

## 第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

## 少子高齢社会における総合診療医の役割

井上真智子<sup>1,2</sup>

## 要旨

急速に進行する少子高齢化に伴い、社会のニーズはダイナミックに変化している。2015年に発表された20年後のビジョン「保健医療2035」で提示されたパラダイムシフト「量の拡大から質の改善へ」「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」の実現のためには、マルチモビディティ（多疾患併存）の包括的マネジメント、多様化する価値や医療の不確実性の中における、家族も含めた継続的な信頼関係に基づくプロセス重視の協働的意思決定と、それに基づく慢性疾患管理や人生の最終段階ケアが必要である。総合診療医は、高齢者のみならず、女性・子ども・家族全体のケアにおいて「継続的・包括的診療モデル」の実践により、地域包括ケアシステムの中で各種機関と連携してその役割・機能を発揮すべきであり、地域全体の健康の向上をめざす population health への取り組みに専門性がある。外来診療の出来高によらない「プライマリ・ケア施設機能」評価が今後の課題となる。

## 1. 現状と問題点 - 少子高齢社会で求められる医療像

## 1) 少子高齢社会における医療ビジョン

日本では急速な少子高齢化と生活習慣の変化により、疾病構造が大きく変化し、医療ニーズや目標もそれに伴って変化した。感染症等急性疾患の治療・予防による生命予後の改善から、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の予防・管理、クオリティオブライフ（QOL）の向上へ、そして、認知症、運動器症候群等、多疾患併存（マルチモビディティ）のマネジメントによる介護予防、健康寿命の延伸へというステージをたどっている。さらには、多死社会の到来に向けて、緩和ケアや在宅ケアの重点化による、より満足・納得のできる人生の最終段階（エンドオブライフ）の過ごし方に向け、アドバンスケアプランニングや意思決定支援の重要性も増している。このような変化が示すのは、従来型医療モデル、つまり患者の訴える一つ一つの症候や疾患にスポットで対応する医療モデルでは対応しきれない課題やニーズがより大きな割合を占めるようになってきているということである。「キュアからケア

へ」のパラダイムシフトにおいて、新しい医療モデル、患者・家族-医療者チームの継続的關係性の中で、包括的に健康管理を行い、患者・家族の価値観や意向、状況に沿った意思決定を行っていくという「総合診療モデル」が、各専門診療科医療と同時に必要となり、シェアードケアモデルといったその間の連携の方法が模索される必要がある<sup>1)</sup>。

厚生労働省では、20年後の日本を見据えた今後あるべき保健医療ビジョンとして2015年6月に「保健医療2035」提言書を発表した<sup>2,3)</sup>。少子高齢社会を乗り切るための中長期的ビジョンにもとづく保健医療改革に向けて、日本から世界に発信するために作成されたこの提言の中では、次の3つのビジョンが核となっている。

- (1) 「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」
- (2) 「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」
- (3) 「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」

そして、2035年までに必要なパラダイムシフトとして以下が掲げられている。

- 量の拡大から質の改善へ

1. 浜松医科大学地域家庭医療学講座

2. 静岡家庭医養成プログラム

- インプット中心から患者にとっての価値中心へ
- 行政による規制から当事者による規律へ
- キュア中心からケア中心へ
- 発散から統合へ

である。

しかし、現状では以下のような問題点がある。

## 2) マルチモビディティと愁訴ごとの検査や投薬による量の拡大

まず、高齢者の割合増加は、多疾患併存（マルチモビディティ）患者の増加を示している。マルチモビディティは、2つ以上の慢性疾患をもつ状態と定義されることが多く、プライマリ・ケアでは変形性関節疾患と心血管系/内分泌系疾患の合併が最も多い<sup>4)</sup>。頻度や併存疾患のパターンには報告により幅があるが<sup>4,5)</sup>、最近の日本の研究では、65歳以上高齢者では62.8%と報告されている<sup>6)</sup>。また、マルチモビディティは、社会経済階層の低さと関連が強く、女性、精神疾患を有していることとの相関も明らかになっている<sup>4,5,7)</sup>。このように、多系統にわたる疾患をもつのはごく日常的なことであり、特にハイリスク層の患者を占めるが、現状では、愁訴や疾患ごとに各診療科を受診し検査や投薬を受けるのが受療行動の基本型となっており、各専門内科系、泌尿器系、筋骨格系、精神疾患の対応がそれぞれの診療科で行われている。

そのような場合の問題の一つとして、疾患や薬剤の相互作用および患者のQOLへの影響が十分に評価されにくいことがある。複数の診療科に併診することにより、多剤投薬（ポリファーマシー）が招かれている。多剤投薬は高齢者にとってふらつき、転倒<sup>8)</sup>、認知機能低下や腎障害といった薬物有害反応の発生リスク<sup>9)</sup>となり、入院率<sup>10)</sup>、総死亡率<sup>11)</sup>が上昇する。また、多系統にまたがるマルチモビディティ患者は医療費の使用割合が高いことも報告されている<sup>12)</sup>。

そこで、このような多剤投薬への対応も含め、プライマリ・ケアにおいて、マルチモビディティを有する患者を適切に統合的にケアするためのモデルを検討することが、重要な課題となっている。プライマリ・ケアにおけるマルチモビディティへの介入に関する18のランダム化対照試験を検証したコクランのシステマティック・レビューでは、精神面でのアウトカム（うつ病合併への介入）や患者の健康行動、医師の処方行動等にある程度の改善がみられるとしている<sup>13)</sup>。介入の効果の確からしさについて

は、エビデンスの確立には至っていないものの、うつ病や生活機能低下など特定にリスク因子に焦点を当てた介入には効果が期待できることがわかっている。

複数の疾患を有する場合、個々の疾病ガイドラインの遵守は多剤投薬を招き、さらに精神疾患の合併や虚弱高齢者（フレイル）患者の負担は大きく、現実的ではない。英国のNational Institute of Health and Care Excellenceでは、一般家庭医（general practitioner）向けにマルチモビディティの診療ガイドラインを発表している<sup>14)</sup>。このガイドラインでは、「NICEのこれまでの推奨は単独の健康問題を持つ患者に対するものとして書かれており、マルチモビディティを持つ患者では、個々人の状況を勘案して患者と話し合っ治療方針を決めるべきである」と記載されている。日本においても、外来および在宅診療におけるマルチモビディティのマネジメントモデルと、ガイドラインが必要であると考えられる。

日本の医療は諸外国と比して外来診療に偏重する傾向があり<sup>15)</sup>、上述のように各診療科の外来で、個々の疾患の管理が行われ、結果的に頻回の医療機関利用、多剤投薬につながりうる。現状で、総合的にその患者のことを把握し責任を持つ医師がおらず統合がなされていない、つまりケアの分断・細分化がいたるところで起きており、医療の適正利用を妨げている。外来診療における総合診療医と臓器別診療科専門医の役割分担と統合を行うしくみがない以上、「量の拡大」「インプット中心」「発散」が続くことが避けられないのが日本の外来医療の現実といえる。以上より、総合診療医の役割として、分断されたケアを統合し、マルチモビディティの適切な管理を他専門診療科・多職種との連携によって行うことのできる継続的・包括的な診療モデルを徹底する必要がある。

## 3) 多様性と不確実性が増す中での継続性にもとづくプロセス重視の意思決定

上記に加えて、少子高齢社会で価値観や生き方が多様化する中、考慮すべきなのは、従来型医療や意思決定のモデルを基盤とした短時間の診療における意思決定の限界である。検査・治療方針、療養場所、その他、意思決定は多岐にわたり、マルチモビディティの患者ではさらに複雑となる。

たとえば、がん、認知症、神経筋疾患、老衰等で人生の最終段階（終末期）を迎えている場合、患者本人の意向、家族の意向や状況を踏まえつつ、時間

経過とともに変遷する病状と心境，周囲の状況にあわせた医療・介護の介入や療養場所の選択，調整のため，複数のステークホルダー間での合意形成が度重ねて必要となる。患者本人の意向が確認できなくなっていることも多く，患者の推定意思にもとづいた意思決定も慎重に行うプロセスが必要となる。平成30年3月の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂にもあるが，これらの話し合いは，一回きりでなく，複数回の話し合いを通して納得・合意に至るプロセスを重視して行われるものである。また，めざすゴールは，本人の苦痛緩和や本人・介護者のQOLを重視したものであり，最終的には，家族が罪責感や後悔の念に苛まれることの少ない，ある程度満足のいく看取りができることを支援することにある。つまり，各患者・家族のもつ固有の状況・コンテキストに応じた，複雑性かつ個別性の高い方針決定を随時柔軟に行う必要が従来よりも増しており，信頼関係に基づいた高い調整能力が求められる。

さらに，人生の最終段階に限らず，医療における意思決定の転帰は，必ずしも患者・家族にとって満足や納得ができるものになるとは限らないという「不確実性」が常に存在する。その不確実性を受け入れつつ，基盤となる患者・家族-医療者間の継続的關係性に基づいて，意思決定を繰り返す必要がある。したがって，少子高齢時代の医療では，意思決定プロセスと意思決定後の継続的支援が重要な位置を占める。このような，継続的信頼関係にもとづいた意思決定を含むコミュニケーションの実践を促進することが求められ，総合診療医の有する患者・家族との「継続性」や家族まで含めて診療の対象とする「包括性」の意義が大きくなる。

#### 4) 慢性疾患管理に関する意思決定モデルの課題

現状でみられる慢性疾患の受診中断，医療への不信，不必要なドクターショッピングは，その基盤となる関係性と意思決定プロセスへの不満から生じている可能性がある。意思決定においては，状況や内容によって異なるモデルが用いられうる。従来，患者にとっての最善を医師が主導的に決めるパターンリズムによる意思決定，また，医師が決めた治療方針について，説明に基づき，患者が同意するインフォームド・コンセント，医師が複数の選択肢とそのメリット・デメリットを提示し，患者が選択するインフォームド・チョイスなどのスタイルがある。患者・家族の考えや希望・価値をふまえ，エビデンスにもとづきつつ，患者・家族と医療チームが協働

して意思決定を行うシェアード・デシジョンメイキング（協働的意思決定）モデル<sup>19,20)</sup>は，不確実性の高い意思決定場面の多くで適したものとされ，その活用について多くの研究がなされている<sup>21)</sup>。

さらに，患者中心の医療（patient-centered care）や，医療安全の領域では「患者との協働（patient engagement）」<sup>17)</sup>，「共創（coproduction）」<sup>18)</sup>といった概念が近年提示されておりケア計画立案への患者の関与を重視した「協働」が重要な要素となりつつある。

しかし，内科系診療所の医師534名を対象とした我々の調査<sup>22)</sup>では，よく用いる意思決定モデルとして，「医師が最良だと思う治療方法について患者に説明し，同意を得ている」または「複数の治療方法について説明した上で，医師が最良だと思う治療方法を説明し患者の同意を得ている」をそれぞれ4割が選択していた。つまり，日本の診療所医師間では，医師が最良だと思う治療方法を医師自身が決めており，患者・家族との協働作業により決定するというモデル，つまりシェアード・デシジョンメイキング（協働的意思決定）の重要性に関する意識はまだ普及していないと考えられる。

制度的にも同様で，たとえば，日本の診療報酬における「生活習慣病管理料」は，慢性疾患ケアの質向上をめざしたものであるが，「療養計画を患者に説明し，同意を得た」場合に算定できる。生活習慣病管理料は，患者自己負担が増加することから算定を控えている医療機関も多く，実際はあまり普及が進んでいないことも課題だが，その療養計画策定における意思決定で，旧来の「療養計画の説明と同意」というパターンリズムあるいはインフォームド・コンセントモデルに基づくものであるという点が問題である。つまり，患者中心の医療や患者との協働，共創といった概念および行動変容理論に基づいてシェアード・デシジョンメイキング（協働的意思決定）を行い，多職種チームで継続的に支援するモデルとなっておらず，同意された療養計画が有名無実なものとなりかねない。マルチモビディティを抱え，多様な背景を有する患者・家族と不確実性の中で，継続的なプロセス重視の意思決定を行うには，旧来モデルは適していないことはすでに多くの研究で明らかである。

たとえば，米国で採用されている「慢性疾患ケアモデル」の一つとして注目されている慢性疾患を持つ患者に対するpersonalized care planning（個人に応じたケア計画立案）は，「患者と医療者が，個々の患



者の目標や行動について協議し、合意していく慢性疾患管理における協働プロセス」であり、多職種による継続的ケアを前提としている。糖尿病等の慢性疾患に対するその効果についての19の研究を検証したコクランのシステマティック・レビューによると、personalized care planning は総合的にみて、身体面の指標や心理的健康、疾病管理行動に対し一定の効果があり、「ケア計画の回数が多く、頻繁に医療者とのコンタクトがあり、主治医（かかりつけ医）がそのプロセスに関与しているほど効果が高かった」と示されている<sup>16)</sup>。慢性疾患管理は患者と多職種による医療者の協働プロセスが患者のアウトカムを改善することがわかっており、医師が決めた方針・治療計画を説明し、患者が同意するという旧来モデルからの脱却を制度的にも実践面でもめざす必要がある。

一方、インターネットやスマートフォンの普及により、患者・家族自身が医療情報を手軽に得られるようになり、そのことも意思決定に影響を及ぼしている。氾濫する医療情報の質は玉石混淆であり、情報を批判的に吟味し自分に適した情報を取捨選択し、意思決定に活用できるかどうかには患者・住民のヘルスリテラシーが影響する<sup>23,24)</sup>。しかし、現時点で、ヘルスリテラシーを高める介入や、ヘルスリテラシーが低い患者へのシェアード・デシジョンメイキングのサポートには十分なエビデンスがない<sup>25,26)</sup>。我々の研究では、継続的、包括的なプライマリ・ケア診療を経験していたことは、患者の高いヘルスリテラシーとの相関があった<sup>27)</sup>。後に述べる、「継続性」と「包括性」を兼ね備えた質の高いプライマリ・ケアを提供する総合診療医の役割が、ヘルスリテラシーにも配慮した意思決定へと結びつく可能性はある。このように、マルチモビディティの慢性疾患管理や人生の最終段階ケアにおけるシェアード・デシジョンメイキングモデルにもとづく意思決定は、十分な時間と多職種の関与を要するものであり、従来の数分間の診察時間での済ませる外来診療モデルでは、ニーズに答えることができない。時間や多職種の関与、継続的な関係性に基づき、患者・家族・介護者等と協働して行う意思決定プロセスを提供できる体制に対して、しかるべき評価が行われるよう検討する必要がある。

## 2. 総合診療医が貢献できること

これまで述べてきた少子高齢社会における医療ニーズとビジョンに対して、総合診療医の役割の原

点に立ち返り、「質の高いプライマリ・ケアを提供する」ことが重要な意味をもつ。プライマリ・ケアの質の評価方法には国際的に用いられているものがいくつかあるが、米国ジョンズ・ホプキンス大学で開発された原版<sup>28)</sup>をもとに、我々が日本のコンテキストで使用できるように開発したのは、「日本版プライマリ・ケア質評価ツール（JPCAT）」である<sup>29)</sup>。これは、プライマリ・ケアの質を「患者経験」として「近接性、継続性、医療連携（協調性）、包括性、地域志向性」の5つのドメインにより測定する。「患者経験（patient experiences）」は、近年、医療の質評価のために患者アウトカムの一つとして用いられるようになり、本ツールを用いた患者集団や地域住民のプライマリ・ケア利用の「経験」の評価は、医療の質の向上のためさまざまな方法で用いられている。

JPCAT では、usual source of care（普段自分が相談する医師）として、以下の3つに該当する医師（1つや2つでも可）を念頭に置いて定義をする。

1. 体調が悪いときや健康について相談したいときにいつも受診する医師
2. あなたという人をよく理解している医師
3. あなたの健康管理や治療に責任を持っている医師

5つのドメインのうち、「継続性」は、「その医師はあなたが心配していることや問題について話す時間を十分にとっていますか」「その医師は、症状や病気を持つ患者としてだけでなく、あなたという人をよく理解していますか」などから成る5つの質問で評価され、「包括性」は必要なときに利用できるサービス（医療相談）として、「こころの問題の相談」「虐待の相談」「自分らしい人生の終わり方の相談」など、実際に受けたことのあるサービスとして「テレビや新聞などメディアが伝える健康情報に関する助言」などの項目により評価している。

これまでの調査では、JPCAT で測定した「プライマリ・ケアの質」と、乳がん検診受診率<sup>30)</sup>やアドバンスケアプランニングの実施率<sup>31)</sup>が関連していることが示されている。質の高いプライマリ・ケア、特に「継続性」「包括性」は、これまで述べてきたように総合診療医の役割の中で核となるものであるが、診療報酬等での評価は難しい。

そこで、本稿で述べてきた少子高齢社会における医療ニーズの中心であるマルチモビディティの慢性疾患をもつ中年～高齢患者へのケアに関して、地域包括ケアシステムの中で、行政・住民、各種機関

および他専門診療科と連携して、患者・家族を診るための「継続的・包括的診療モデル」を提示する(図1)。疾病予防や早期発見・健康維持・福祉の向上、および地域全体の健康向上を視野に入れて取り組む population health の観点も含まれる。

また、少子化・人口減少により、地方やへき地・過疎地域における産婦人科医・小児科医の確保は困難となり、安全な分娩のためにも周産期医療は集約化が不可欠となっている。総合診療医による女性と子どものプライマリ・ケア、健康管理・支援は、少子高齢社会においては特に重要となる。具体的には、月経関連の女性特有の問題、妊娠前ケア(ワクチンや葉酸摂取などの勧め、禁煙や高血圧・喘息等

合併症の管理)、性感染症の予防・治療、妊娠中・産後のコモンプロブレムへの対応、産後ケア(産後うつ等の発見)や子育て支援、更年期・老年期のケアなどを、地域の他機関・専門職と連携しつつ継続的・包括的に行う必要がある。そこで、子どもや家族を含めた女性の「継続的・包括的診療モデル」を以下に提示する(図2)。このモデルでは、総合診療医は、地域包括ケアシステムの中で、性暴力被害などへの対応も含めた女性のケアや子育て支援に関わる地域・行政の各種機関と連携し、高齢者のみならず、女性・子どもを中心とした家族の生活の支援を行う。

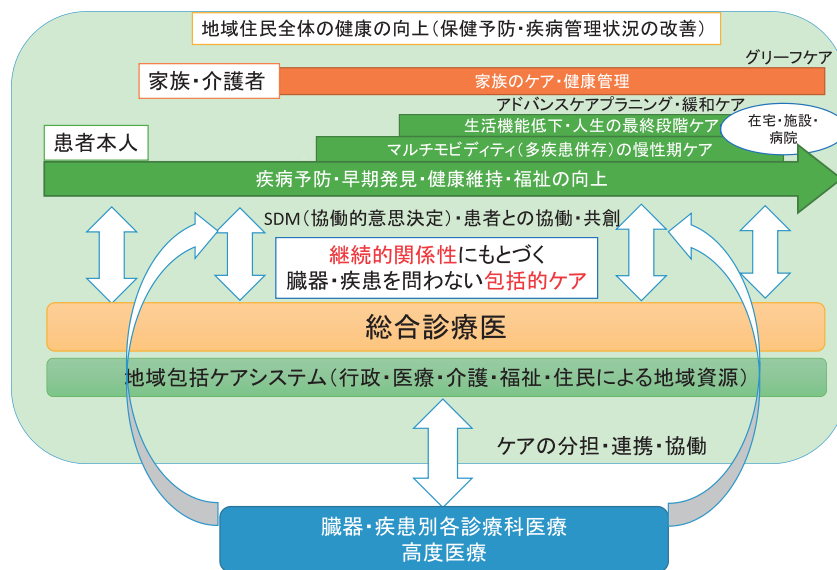


図1. 総合診療医による継続的・包括的診療モデル

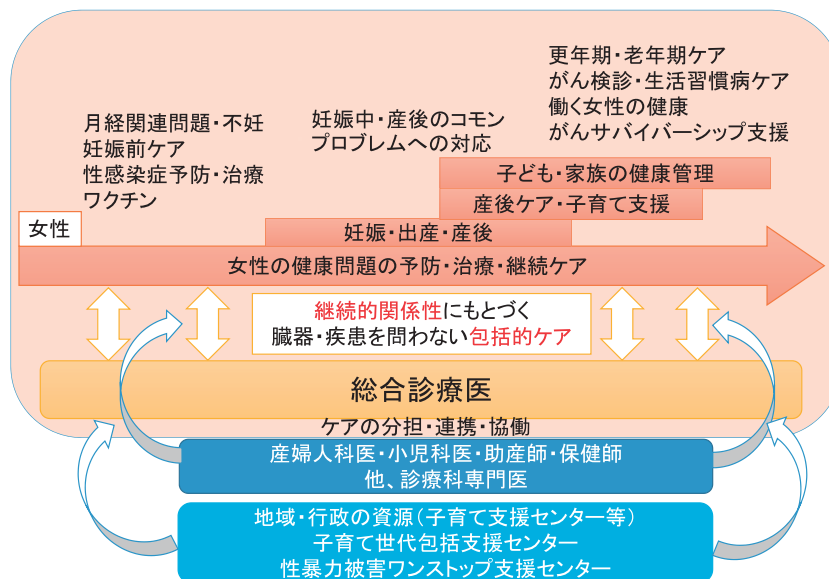


図2. 総合診療医による女性(と家族)の継続的・包括的診療モデル

### 3. 社会に与えるインパクト

従来の医療モデルでは明確ではなかったが、図1、2に示すような総合診療医の存在と役割を緩やかに担っていた事例は個別に存在していた。しかし、今後の少子高齢社会においては、医療従事者の働き方改革とも併せて、総合診療医と各診療科専門医との分担・連携・協働は不可欠となる。また、健康問題は医学的のみならず複雑化する心理・社会的要因が強く関連している。健康の維持・増進には、医学的対応のみでは不十分であり、地域包括ケアシステムの中での介護・福祉の多職種、行政・地域資源との連携なしには対応できない。そして、「継続的・包括的信頼関係」を基盤にした役割と協働体制をこのように明確にすることで、社会の中で総合診療医が対応すべきケアニーズを改めて認識することができる。

たとえば、がん患者において「治療」は人生の一時期的ものである。Cancer continuumという言葉が示すように、がん発見前の生活から、検査・診断、治療方針に関する意思決定、治療、緩和ケアを経験し、家族・学校や仕事へのさまざまな影響を抱えつつ、その後も患者の生活は継続して続いていくものである。しかし、がん治療医との関係は、治療にまつわる問題の対処や再発のフォローアップに関しては継続するが、日常的に発生する健康問題については、治療が一旦落ち着いた後も随時相談する関係としては適していない。小児がんの場合、成人してもサバイバーであることに変わりがないが、小児科にいつまでかかるのかという問題もある。継続性・包括性の観点から、がんサバイバーシップ支援は、総合診療医の「継続性」が大きく活かされる領域の一つである<sup>34,35)</sup>。このように、他にもこれまでの体制で十分に対処やケアが行われていなかった領域はさまざまあるが、図1,2のモデルに関する理解と実践が浸透すれば、その隙間を総合診療医が埋めることができるといえる。

### 4. 実現のために必要な事項

これまで述べてきたモデルの実践のためには、診療報酬上の課題が大きい。現状の地域包括診療料や生活習慣病管理料は外来診療における出来高制とリンクしており、患者の自己負担を増加させるしくみとなっている。点数によって患者負担が増加する制度では、経済状況の厳しい患者では算定が難しく、実際は普及が進んでいない。地域包括診療料では、「高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2

つ以上」が対象疾患となっているが、これら疾患名のみでは患者ケアに求められる複雑度は適切に評価できていない。生活機能が保たれ、安定している高血圧症と脂質異常症を有しているのみであれば、求められるケアは非常にシンプルである。認知症を有する場合、複雑度は高くなるが、複雑度に寄与する要因の直接的なものは高血圧症や脂質異常症ではない。したがって、よりの確に患者の複雑度と包括的ケアの必要性を評価するしくみが必要である。

また、直接的な出来高制により患者負担を増加させることによらない評価のしくみの開発も検討を要する。たとえば、米国の patient centered medical home (患者中心のメディカルホーム) では、施設基準としてレベル区分があり、質向上へのチームでの取り組みのプロセス評価や予防医療の実施状況の評価、JPCATのような患者経験 (patient experiences) による医療の質評価にもとづいて、インセンティブが設けられている。

日本でも、診療所の「プライマリ・ケア施設機能」の評価として、行政や医師会との連携により、地域全体での予防医療実施率の向上に努めているか (大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診の実施率、インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの接種率) の評価や、マルチモビリティ患者の受け入れ状況の評価、地域での健康教育活動・行政・保健師・他専門機関との連携実施状況、妊娠前女性のケア・子育て支援・乳幼児健診・予防接種推進状況、禁煙外来実施状況の評価等、地域の population (集団) の健康へのアプローチが、「プライマリ・ケア施設機能」としての評価対象として挙がりうる。現在問題となっている、外来・訪問診療における直接的な出来高制による「量の拡大」を防ぐためにも、このようなエビデンスに基づいた適切な評価が行われるしくみが整備される必要があり、それによって総合診療医の役割・機能が医療システムの中で明確に位置づけられる可能性がある。

### 文献

- 1) Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2: CD004910.
- 2) 厚生労働省. 保健医療 2035-2035年, 日本は健康先進国へ. 2015; <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/future/>. Accessed Mar.15, 2018.



- 3) Miyata H, Ezoe S, Hori M, et al. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet*. 2015; 385(9987): 2549-2550.
- 4) Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014; 9(7): e102149.
- 5) Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderon-Larranaga A, et al. Multimorbidity patterns in primary care: interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS One*. 2012; 7(2): e32190.
- 6) Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Onishi Y, Fukuhara S. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. *Sci Rep*. 2018; 8(1): 3806.
- 7) Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med*. 2018; 16(2): 127-131.
- 8) Masumoto S, Sato M, Maeno T, Ichinohe Y, Maeno T. Potentially inappropriate medications with polypharmacy increase the risk of falls in older Japanese patients: 1-year prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2018.
- 9) Abe J, Umetsu R, Uranishi H, et al. Analysis of polypharmacy effects in older patients using Japanese Adverse Drug Event Report database. *PLoS One*. 2017; 12(12): e0190102.
- 10) Wang KN, Bell JS, Chen EYH, Gilmartin-Thomas JFM, Ilomaki J. Medications and Prescribing Patterns as Factors Associated with Hospitalizations from Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2018.
- 11) Gomez C, Vega-Quiroga S, Bermejo-Pareja F, Medrano MJ, Louis ED, Benito-Leon J. Polypharmacy in the Elderly: A Marker of Increased Risk of Mortality in a Population-Based Prospective Study (NEDICES). *Gerontology*. 2015; 61(4): 301-309.
- 12) Zulman DM, Pal Chee C, Wagner TH, et al. Multimorbidity and healthcare utilisation among high-cost patients in the US Veterans Affairs Health Care System. *BMJ Open*. 2015; 5(4): e007771.
- 13) Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 3: CD006560.
- 14) In: (UK) NGC, ed. *Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016.
- 15) 関本美穂. 第2章 わが国の外来診療の質とコスト—プライマリ・ケアにおけるかかりつけ医登録制度と包括評価導入の検討—. 「医療・介護に関する研究会」報告書 2016. Accessed Mar.18, 2018.
- 16) Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(3): CD010523.
- 17) Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. In: Geneva: World Health Organization; 2016.
- 18) Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25(7): 509-517.
- 19) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(10): 1361-1367.
- 20) これから始める！シェアード・デジジョンメイキング - 新しい医療のコミュニケーション. 東京：日本医事新報社；2017.
- 21) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*. 2004; 140(1): 54-59.
- 22) 久我咲子, 可知悠子, 井上真智子, 智之川. Shared decision making を実践する医師の特徴—都内10区2市の診療所内科医に対する郵送調査—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2016 39 (4) : 209-213.
- 23) Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13: 150.
- 24) Seo J, Goodman MS, Politi M, Blanchard M, Kaphingst KA. Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients. *Med Decis Making*. 2016; 36(4): 550-556.
- 25) McCaffery KJ, Smith SK, Wolf M. The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: a framework for research and development. *Med Decis Making*. 2010; 30(1): 35-44.
- 26) Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle VA. Empirical relationships between health literacy and treatment decision making: a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(3): 296-309.
- 27) Aoki T, Inoue M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. *PLoS One*. 2017; 12(9): e0184565.
- 28) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2): 161-164.

- 29) Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract.* 2016; 33(1): 112-117.
- 30) Aoki T, Inoue M. Primary care patient experience and cancer screening uptake among women: an exploratory cross-sectional study in a Japanese population. *Asia Pac Fam Med.* 2017; 16: 3.
- 31) Aoki T, Miyashita J, Yamamoto Y, et al. Patient experience of primary care and advance care planning: a multicentre cross-sectional study in Japan. *Fam Pract.* 2017; 34(2): 206-212.
- 32) Svetaz MV, Garcia-Huidobro D, Allen M. Parents and family matter: strategies for developing family-centered adolescent care within primary care practices. *Prim Care.* 2014; 41(3): 489-506.
- 33) Siltanen M, Aromaa M, Hakulinen-Viitanen T, et al. A new participative, family-oriented health counseling approach for children and their families: a comparative qualitative analysis. *J Community Health Nurs.* 2014; 31(2): 90-102.
- 34) Lawrence RA, McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Primary Care Physicians' Perspectives of Their Role in Cancer Care: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016; 31(10): 1222-1236.
- 35) Singer S, Gianinazzi ME, Hohn A, Kuehni CE, Michel G. General practitioner involvement in follow-up of childhood cancer survivors: a systematic review. *Pediatr Blood Cancer.* 2013; 60(10): 1565-1573.