家庭医療学研究：新たな家庭医療学研究の展望

Family Medicine Research : New perspectives on family medicine research

ベンジャミン F. クラブトリー^{*1} 鳴本敬一郎^{*2} 本原理子^{*3} マイク D. フェタース^{*3}

Benjamin Crabtree^{*1}, Keiichiro Narumoto^{*2}, Satoko Motohara^{*3}, Michael D. Fetters^{*3}

要 旨

日本において家庭医療学は比較的新しく、急速に発展しつつある分野である。家庭医療学が日本で専門分野として認知されるためには、独自の研究課題やそれに適した研究法を確立することが必須である。しかし、家庭医療学研究をデザインするにあたってのガイダンスとなる日本語文献はほとんど存在しない。本稿では、「臨床ストーリー」から派生する様々なリサーチクエスチョンを特定し、適切な研究デザインと結びつける方略を紹介する。また、シングルメソッドや量的・質的研究法両方の利点を活かした混合研究法を含む主要な研究デザイン例を紹介する。家庭医療学研究には、ジェネラリスト専門領域独自の特徴を保持する形での確固とした研究基盤の確立と、プライマリ・ケア現場で生まれる複雑なリサーチクエスチョンに取り組むために研究チームを統率できる家庭医療学研究者が必要とされている。

Abstract

Family medicine is a relatively new and rapidly growing discipline in Japan. Nevertheless, for family medicine to achieve recognition as a unique medical discipline in Japan, family medicine must develop its own research agenda and appropriate research methods. However, existing literature in Japanese for guiding the design of family medicine research is scarce. This paper introduces strategies for identifying research questions that emerge from clinical “stories” and connects them with appropriate research designs. This paper provides examples of major categories of research designs including those using a single method and mixed-methods designs that take advantage of the strengths of both qualitative and quantitative methods. A solid research foundation in family medicine needs to be established that preserves the unique attributes of this generalist discipline. Family medicine researchers are needed who can lead research teams to address the complex research questions emanating from primary care clinical practice.

Keywords : 家庭医療, 総合診療, 混合研究法, 質的研究, 量的研究

はじめに

日本における家庭医療学の基盤は、国内外で家庭医療学に啓発された医師らの努力により徐々に発展してきた¹⁾。2010年には、旧日本プライマリ・ケア学会（主にプライマリ・ケアを提供する開業医）、旧日本家庭医療学会（主に研究者や海外で家庭医療教育を受けた医師）ならびに旧日本総合診療医学会（主に総合内科ホスピタリスト）が合併し、日本プライマリ・ケア連合学会(JPCA)が発足した(2013年3月31日現在、

医師会員数6930名、会員総数は他のプライマリ・ケア従事者（例：歯科医、薬剤師など）や学生を含めて7773名²⁾）。必須基準に達した医師は、本学会よりプライマリ・ケア認定医の資格を得る事ができる。また、本学会では家庭医療専門医認定制度を設けている³⁾。認可を受けた後期研修プログラムで3年間の研修を修了し、認定試験に合格したレジデントは、家庭医療専門医認定を取得することができる。さらに、家庭医療専門医を目指すレジデントの指導のために、本

^{*1} Rutgers University, Robert Wood Johnson Medical School, Department of Family Medicine & Community Health

^{*2} 浜松医科大学医学部産婦人科家庭医療学講座、静岡家庭医養成プログラム

^{*3} University of Michigan, Department of Family Medicine

著者連絡先：Michael D. Fetters : Department of Family Medicine, University of Michigan [1018 Fuller Street Ann Arbor, MI 48104-1213 U.S.A.]

email : mfetters@med.umich.edu

(受付日：2013年12月21日、受理日：2014年3月18日)

学会は指導医および研修プログラム認定制度も設けており、2013年の時点で、173の家庭医療後期研修プログラムが認定を受けている^{4),5)}。この中には米国レジデント研修基準に沿って設立された家庭医療研修プログラムもいくつか含まれる^{6)~8)}。さらに、2013年4月に厚生労働省は、日本における専門医認定制度の見直しに関する検討会の報告書を発表し、2017年以降、基本領域専門医分野の一つとして新たに総合診療医を追加する計画を報告している⁹⁾。このような行政的支援を受け、家庭医療の発展は今後さらに加速するであろうと考えられる。

このような進展が見られる一方で、専門分野としての家庭医療を成熟させることは、壮大な取り組みである。日本の医学界で家庭医療が専門分野として認知されるためには、家庭医療が学術領域として発展することが不可欠である¹⁰⁾。臨床、教育、研究といった学問的医学の三部門の中で、研究部門は米国また現在の日本において、歴史的に他の二部門から遅れをとってきた。この傾向は、日常診療における患者ケアや学生や研修医の教育といった差し迫った必要性から、臨床および教育部門が発展したことからも明白である¹¹⁾。また、家庭医療の臨床は、他の専門領域を横断する内容が多いため、研究は家庭医療の中核ではないと考えられる傾向がある¹²⁾。これは、(1) ジェネラリスト以外の専門領域における研究が家庭医療の診療にとって十分なものである、(2) 他の専門領域での研究が家庭医に関連するものであるため、研究はその領域に任せておけばよい、という二つの誤解によるものであると思われる。しかし、これは間違った考え方であり、家庭医療が日本で独自の専門分野として出現していくにあたって、家庭医療における研究課題を発展させる必要がある¹³⁾。プライマリ・ケアにおける研究の重要性は、臨床や教育ほどではないものの、プライマリ・ケア連合学会も認めており、学会の活動目的の一つとして「医療界ではプライマリ・ケア部分も医学研究の重要な対象であり、医学教育においてはその中心であることを強調していきたい」と述べられている²⁾。さらに2013年には、文部科学省より「未来医療研究人材養成拠点形成事業」の一環として、リサーチマインドを持った総合診療医養成のための教育プログラム・コースの設定に対して支援金が交付された¹⁴⁾。

家庭医療学研究は、以下の点で他の専門領域における研究と異なる¹⁵⁾。第一に、家庭医は患者の総合的な健康を管理する。第二に、家庭医療は、救急医療と同様に、学際的領域であり、家庭医の専門性は、複数領

域にわたるコモンプロブレムに対して熟練したケアを提供できることに見いだされる。第三に、家庭医療診療は家庭医が地域のリソースと連携し、地域全体の健康を考慮することを基盤とする。第四に、米国にてWhite¹⁶⁾やGreen¹⁷⁾、また、日本では福井ら¹⁸⁾が示したように、プライマリ・ケア診療（一次医療）現場と三次医療現場では、選択バイアスによって疾病の疫学的分布が異なる。例えば、Soxらは、プライマリ・ケアと三次医療で、類似した胸痛の病歴を持つ患者における冠動脈疾患（CAD）の有病率を検証した。三次医療現場では、冠動脈疾患を予測するスコアが中程度であった患者の67%が有病であった一方、プライマリ・ケア現場では21%にとどまった¹⁹⁾。この違いは、鑑別診断に影響を及ぼすものであり、三次医療機関における循環器専門医と家庭医の診療における診断アプローチが異なるべきであることを示唆するものである。また、プライマリ・ケア、二次、三次医療現場では、最重要な倫理問題の性質や分布も異なる²⁰⁾。

過去20~30年に及ぶ急速な少子高齢化により、日本における医療問題は急激に変化し、プライマリ・ケアを提供できる医師の需要が高まった¹⁾。例えば、高齢者数の増加により、慢性疾患のための受診数は急速に増えている。また食生活や活動パターンの変化により肥満の日本人が増加しており、小児や若い世代にも影響を及ぼしている。また社会的変化は、鬱病や自殺²¹⁾、引きこもり²²⁾率の高さにも示されるように、メンタルヘルスの問題を深刻化させている。このように、現在の日本のプライマリ・ケア領域では、比較的単純な急性疾患や単独の慢性疾患を持つ患者ではなく、複雑な健康問題やニーズを抱える患者の受診が多い。日本で家庭医療が独自の専門分野として出現するにあたって、プライマリ・ケアという設定での研究や、プライマリ・ケアを必要としている患者についての研究が急務である。またこのような研究は、患者が訴える健康問題の複雑性を失わない形で行われることが必要である¹⁸⁾。

日本において臨床研究が必要であるにも関わらず、家庭医療学研究をデザインし、実施する方略についてのガイダンスを提供する文献はほとんど存在しない。本稿の目的は、家庭医療ならびにプライマリ・ケア研究者に対して、日本のプライマリ・ケアの現場に合ったクエスチョンのリアリティー（迫真性）が保たれるような研究プロジェクトを発展させる上で必要となる方略を説いたガイダンスを提供することである。まず我々は、日本の家庭医療現場で遭遇するかもしれない

患者を描いた臨床ストーリーを紹介し、そのストーリーから浮かび上がる可能性のあるリサーチクエスチョンをいくつか特定する。研究者が単独の研究法を使う場合、複数の研究法を順次使う場合、複数の研究法を同時に使う場合を紹介する。また、家庭医療学研究者が質的ならびに量的データの収集法を様々な組み合わせで使用する方法を紹介します。特に、研究法はリサーチクエスチョンに沿って決定すべきであることを強調する。本稿で紹介する研究法の組み合わせに関連した四つの具体例は、オンラインで無料の既出版されている研究をベースとしたものである。

リサーチクエスチョンはどこから生まれるか？ ストーリーから始める

研究デザインは、ストーリーとクエスチョンから始まる。ストーリーとは、ある出来事や一連の事象を物語る事である。ストーリーは例外を浮かび上がらせ、それがリサーチクエスチョンとなる。診療において、認識しているのに理解できない事、立ち止まって考えさせられる事、さまざまな選択肢があるがどれを実行すればいいのか分からない事などが、リサーチクエスチョンの源となる。このようなストーリーは、患者の生活、医師の経験、臨床の現場状況、患者との関係、同僚、専門医や病院との関係の中に存在する。また、ストーリーは、地域社会やより広範な国レベルの文脈から生まれることもある（図1）。

臨床ストーリー例

岡田静子さんが、山本医師の元へ、けいれん発作を主訴として来院した。岡田さんは診察室の隅でぐったり座りこんでおり、家庭医の山本医師が10分枠の診察のため入室した際、彼女は落ち込んでいるように見受けられた。山本医師は岡田さんを見て、「発作はどのくらい起きていますか？」と尋ねた。この46歳の女性は、腹部の不調、けいれん発作、高血圧、二型糖

尿病、鬱病などの慢性疾患を持ち、過去2年間で複数の医師の診察を受けてきており、今回が12回目の受診である。岡田さんはすでに幾人もの専門医を訪ねたが、問題は解決せず、医師達は様々な検査の末、彼女の発作は「虚偽性」という結論に至った。山本医師は岡田さんに他の身体的な不調について質問し、診察の終盤に鬱病について聞いたが、さらなる身体的愁訴の情報しか得る事ができなかった。岡田さんは以前と同じ処方箋をもらい、再診の予約を入れて帰っていった。岡田さんは乳がん生存者でもあり、10年近く前に非定型的乳房切除術を受け、その後、放射線治療を受けていた。

岡田さんや、彼女に似たストーリーを持つ患者は、家庭医が診ることになるだろう。岡田さんの状態が改善しないので、彼女のケアには新しいアプローチが必要だと考えられるが、家庭医として、どのように彼女の問題に取り組む始めるべきなのだろうか？

ストーリーからリサーチクエスチョンへ

岡田さんと山本医師のようなストーリーからは、以下のような多くのリサーチクエスチョンが浮かび上がる。岡田さんのようなけいれん発作に対する治療の妨げになるものは何か？家庭医は複数の慢性疾患を持つ患者のケアをどのようにして最善の形で調整する事ができるのか？家庭医療において鬱病のようなよくあるメンタルヘルス問題をどのように認識し、管理できるのか？慢性疾患を持つ患者を長い期間フォローする最善の方法とは何か？がん治療が及ぼす癌生存者への長期的影響は何か？腫瘍専門医へ定期的に受診していない長期の癌生存者のケアにおける家庭医療の役割とは何か？

どのように研究デザインを決定するか？

研究者は、まず初めにクエスチョンを決定し、その後どの研究方法が最適であるかを検討すべきである。よって、健康問題の複雑性を扱う家庭医療学研究では、様々な研究デザインや研究方法を駆使することが必須となる。家庭医療学では、横断的研究、症例対照研究、コホート研究、臨床試験などの様々な研究デザインを用いた疫学からの量的研究がよく使われる。このような量的研究デザインでは、サーベイ、カルテ調査、アンケート調査、臨床検査など多様な手法が用いられる。また、家庭医療学研究では、エスノグラフィー（民族誌学）²³⁾、グラウンデッド・セオリー²⁴⁾、現象学^{25), 26)}、事例研究といった社会科学の伝統に由

図1 臨床ストーリーの源

来する様々な質的研究デザイン^{27)~29)}が必須とされる。質的研究法には、観察^{30)~32)}、個別面接^{33), 34)}、グループ面接（「フォーカスグループ」とも呼ばれる）³⁵⁾、また、記録・メディアレビューといった様々な手法が含まれる³⁶⁾。家庭医療にまつわるリサーチクエスチョンは複雑なものであることから、質的ならびに量的研究法の長所を活かせる混合研究法デザインを求める声が高まってきている^{37), 38)}。以下では、問われているリサーチクエスチョンによって研究手法が決まってくるという点を、例を用いて解説する。

1. 1つの研究手法を用いてクエスチョンに答える（シングルメソッドデザイン）

患者と鬱病について話し合う時に、医師が様々なストラテジーを使うことを報告したBaikらの論文が示すように、臨床疑問の解決には、しばしば一つの研究手法で十分である³⁹⁾。Baikらが取り組んだリサーチクエスチョンは、鬱病を認識するために臨床医が使っている臨床的方略は何か、というものであった。このリサーチクエスチョンは、8人の臨床医の個別深層面接という単独の研究手法で検証された。この面接データの分析から、臨床医は、鬱病を見分けるために3つのプロセス—身体的要因を除外する、精神的悩みを話せる機会を作る、そして患者を一人の人間として認める—を使っていることが特定された。また、臨床医が診療を行う現場の環境や状況が、鬱病の診断の正確さと適時性を大きく左右することも明らかになった。

2. 複数の研究手法を順次的に用いてクエスチョンに答える（順次的デザイン）

リサーチクエスチョンによっては、時として順次的デザインが適切である場合もある（図2）。2009年に家庭医療学専門誌のAnnals of Family Medicineに掲載された論文に示されるように、Shellyらは、患者が代替医療の利用について医師に話すことの妨げとなる障壁は何かというリサーチクエスチョンに取り組んだ⁴⁰⁾。このクエスチョンに答えるために、Shellyらは、8つのクリニックスタッフのフォーカスグループ、次に、93人の患者の個別深層面接、それに続いて、14人の医師の個別深層面接を行った。この研究

図2 順次的デザイン：複数手法を順次的に用いてクエスチョンに答える

では、医師が代替医療の利用についてどのくらい受容的かについての患者の受け取り方が、それについて医師に話すかどうかの決断を左右するということがわかった。また、患者は、医師が特に聞かない限り、自分が代替医療を使っていることを医師に話さない、ということも明らかになった。

3. 同時に2つの研究手法を用いてクエスチョンに答える（収斂的デザイン）

状況によっては、二つ以上の研究手法を用いることが必要になることもある。2006年発表された医師と鬱病患者間のコミュニケーション不足についての研究で、Wittinkらは、混合研究法の収斂的（Convergent）デザインを用いた（図3）⁴¹⁾。彼らが取り組んだリサーチクエスチョンは、医師患者関係がどのように患者の鬱の訴え方を左右するのか、というものであった。このクエスチョンに答えるためには、患者と医師双方からの情報収集が必要であったため、この研究では、65歳以上の鬱患者を対象とした個別深層面接、および、医師によるその患者の鬱状態の評価が実施された。収斂的デザインにより明らかになったのは、患者の心の問題に対する医師の対応の仕方は、医師の行動を通して患者に伝わり、それが患者の鬱についての話し方を左右するという結果であった。また、高齢患者の多くは、自分は医師の時間を尊重する「良い患者」であると考えており、心の問題を打ち明けることは不必要であると感じていることも明らかになった。このように、患者の心の問題に対する医師の対応の仕方は意図せずとも患者には伝わっており、患者がどのように心の問題を医師に話すかに影響を及ぼしていることがわかった。

図3 収斂的デザイン：同時に2つの研究手法を用いる方法

図4 同時に複数の研究手法を用いる方法

4. 同時に3つ以上の研究手法を用いてクエスチョンに答える（マルチメソッド）

複雑な研究の場合、3つ以上の研究手法が必要となる場合がある。例えば、Ventresらは電子カルテ導入が臨床現場にどのような変化を与えたかをより良く理解するために、エスノグラフィーデザインの4つのデータ収集法を用いた⁴²⁾。この研究は家庭医療専門誌the Annals of Family Medicineで発表された。リサーチクエスチョンは、医師と患者のやり取りにおいて、電子カルテはどのような影響を及ぼすのか、であった。この複雑な問いに答えるために、著者らは、四カ所の医療施設での80時間におよぶ観察、52人の患者の個人深層面接、29の診療のビデオ評価、および5回の医師やコンピューター化支持者のフォーカスグループを組み合わせた。この研究の主な結果の一つとして、電子カルテがどのように医師患者関係の認知的小および社会的側面に影響を及ぼすのかについて詳しく報告されている。例えば、電子カルテで用いられる既成のテンプレートは単純な診断を記録するには有用であったが、患者の物語（ナラティブ）や感情面での問題を捉えることが難しく、また、複数あるいは慢性的な疾患を抱える患者の持つ複雑性を管理することには役立たなかった（図4）。

考 察

以上のように、日々の物語の観察が様々なりサーチクエスチョンを導きだし、そのクエスチョンに最善の形で答えるためには、多様な研究手法やデザインを組み合わせることが必要となる。このようなストーリーやクエスチョンそして研究手法がまだ多く未来の研究者を待っていると言える。例えば、糖尿病患者の増加に伴い、患者と医者が糖尿病やその治療についてどのように理解しているのかについてのストーリーやクエスチョンがある。この場合に使用可能な研究デザイン

の一つは、医師とその患者一組に対して個別深層面接を行うと同時に、各患者の医療記録のカルテ審査を行う方法である。同様に、癌の生存率が上がり長期生存者が増えるにつれ、このような患者がプライマリ・ケアを受ける際の家庭医療の役割に関するストーリーやクエスチョンが浮かび上がってきている。この場合、使用可能な研究デザインのの一つは、特定の病院または癌センターで癌治療を受けた患者のコホートに、電話や郵送によるアンケートを実行し、その中から意図的に抽出した患者に対して、彼らの経験を理解するために個別深層面接を行う方法である。このように、日本には、混合研究法の観点を必要とするクエスチョンが数多くあり、家庭医療学研究者が取り組むべきものである。先述のように、これらのクエスチョンは岡田さんのケースのように日常診療から浮かび上がってくる。

日本で家庭医療学研究が発展するにあたって、ジェネラリスト専門領域における研究課題の複雑さに対して、一人の研究者だけでは持ち得ない広範なスキルが必要であることは明らかであると思われる。従って、リサーチクエスチョンに忠実であるためには、このような研究は、共同研究チームを組んで行われる必要があり、その中では、しばしば家庭医が「ジェネラリスト研究者」としての役割を担い、チームとして協力するためのスキルを身につける必要がある。このようなチームを構成するメンバーには、臨床試験、質的研究法、統計学や疫学を实践でき、また、幅広く分析ソフトウェアを使えるスキルが必要とされる。「ジェネラリスト研究者」はこれら全てのスキルを十分に持つことはできないが、それぞれの優れた点や欠点を理解し、研究チームのコーディネーター役を務められなければならない。これは、家庭医が患者の診療のコーディネーターとして務める役割と非常によく似ている。

2000年10月、米国家庭医療学界のリーダーたちにより、家庭医療分野の中核について検討する歴史的な学会が開催された⁴³⁾。この学会の作業分科会の中には、Kurt Stangeのリーダーシップの元、家庭医療学の分野における研究と学術活動に焦点を当てたものもあった⁴⁵⁾。この作業分科会は、Wilber⁴⁴⁾の研究成果を参考にしたものであり、研究の枠組みとして「知の技法」を用いながら家庭医療学研究のドメインについて解説したが、この枠組みは日本における家庭医療学研究の指針としても役立つ可能性がある⁴⁵⁾。この枠組みでは、ジェネラリスト専門領域に不可欠な複数の知の

技法が家庭医療学研究の特徴に含まれる。ここには、医師の自己認識、患者、その家族、そして地域についての知識、診療が行われるシステムについての理解に加え、基礎物理学、化学、生物学、遺伝子学など医学プロセスの理解を助けるものも含まれる。家庭医療学のようなジェネラリスト専門領域を築き支えていくために必要な知識が多様であることは、家庭医療学の将来が、幅広い混合研究法デザインを駆使した独自の研究課題を探究できるかどうかにかかっているという考え方をさらに強めるものである。

多様な視点を持つ研究者が参加し、複数の研究手法を用いるプロジェクトを実施する場合、研究者同士がうまく協力することが不可欠である。複数の専門領域から構成される共同研究チームを発展させるには、多くの仕事に対して誠実に取り組む必要がある。さらに、研究の複雑性が増すにつれて、より高いレベルでの関係性や協力が必要となる。最低限のチームワークでは、それぞれの研究者は各専門分野の範疇内にとどまっていればよい。しかし、研究がさらに複雑になるにつれ、共同研究者同士で率直にアイデアや批評を共有したり、他の専門分野から出てくる研究についての新しい考え方を許容したりできるほどの十分な信頼関係を構築する必要がある。最良のチームワークでは、それぞれの研究者が研究問題に対して複数の専門分野の視点を持ち、クエスチョンへの新たなアプローチ法の開発に貢献できることが理想である⁴⁵⁾。例えば、無作為化比較試験（RCT）において、試験前、試験中、試験後に質的データの収集を組み込むことでより良い臨床試験になるという新しいデザインが出現している⁴⁶⁾。コラボレーションを効果的に行うためには、臨床試験研究者が質的研究者の特別な役割を理解し評価する必要があるとともに、質的研究者はRCTデザインを把握する必要がある。家庭医は臨床問題やそれに関連する広範な問題を理解しており、共同研究者双方の言語を話すことができる。共同研究者双方にとって、各々の専門分野で受けてきた訓練の枠を超えて新しい考え方を受け入れる必要がある^{47), 48)}。要するに、家庭医療学研究者は家庭医療学の専門領域に適した研究手法に精通している必要があるということである。各研究手法の専門家（エキスパート）になる必要はないが、学際的研究チームのメンバーと話し合い、協力することができなければならない。

ジェネラリスト研究者は、家庭医が診療で遭遇する複雑なクエスチョンに答えるためには、混合研究法デザインが不可欠であるということを受け入れ始めてい

る。近年の論文で、Fettersらは量的および質的研究法を統合するための三つの基本的な混合研究法デザインを提示した³⁸⁾。このうち二つは、量的ならびに質的研究法を用いた順次的説明および探究デザインであり（図2）、もう一つは収斂的デザインである（図3）。さらに、著者は多段階、介入、事例報告および参加型の四つのより高度なアプローチも提示している。研究を始める前にどのデザインが最適かを決めてしまうのではなく、リサーチクエスチョンに合ったデザインを選んでいくというスタンスをとることによって、厳密な方法論を用いて独創的な研究を行うことが推奨され、かつ可能となる。

日本における家庭医療学研究者にとっての最重要問題は、日々の診療から浮かび上がる切実なクエスチョン（問い）に答えるための様々なデータ収集法の組み合わせを受け入れ、使うことであると考えられる。この方略は、目の前にある問題に対して幅広い研究ツールを用いるデザインを構想することを奨励するものであり、研究者自身が精通している研究デザインにクエスチョンを合わせるという伝統的アプローチとは一線を画すものである。これは、誠実な家庭医が患者のニーズに最善の形で応えるために、どんな臨床ツールや治療介入をも探究する、という臨床ケアへのアプローチと非常に良く似ているといえる。

References

- 1) Hutt P : Family medicine in Japan. The British journal of general practice : The journal of the Royal College of General Practitioners. 2009 ; 59 (566) : 699-701
- 2) 日本プライマリ・ケア連合学会. 本学会について. <http://www.primary-care.or.jp/about/index.html>. (参照 2013-12-03)
- 3) 日本プライマリ・ケア連合学会. 認定制度, 家庭医療専門医制度. http://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/index.html. (参照 2013-12-03)
- 4) Japan Primary Care Association. Overview of Advance Residency Training Programs. 2012 ; <http://www.primary-care.or.jp/index.html>. (December 3)
- 5) 日本プライマリ・ケア連合学会. 認定制度, 後期研修プログラム関連制度. http://www.primary-care.or.jp/nintei_pg/index.html. (参照 2013-12-04)
- 6) 寺田雅彦: 静岡家庭医養成プログラム, 特集: 地域医療再生基金の活用. 全国自治体病院協議会雑誌. 2011 ; 50 (6) : 867-873
- 7) 岡田唯男: 施設紹介 (後期研修プログラム紹介) 亀田

- ファミリークリニック館山家庭医後期専門研修プログラム. 日本家庭医療学会誌. 2006 ; 12 (2) : 36-41
- 8) 山田康介: 施設紹介 (後期研修プログラム紹介) 医療法人社団カレスアライアンス・北海道家庭医療学センターと家庭医療学専門医コースのご紹介. 日本家庭医療学会誌. 2007 ; 13 (1) : 36-39.
 - 9) 厚生労働省 (Ministry of Health Labour and Welfare). 専門医の在り方検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html> (参照 2013-12-04)
 - 10) Schwenk TL, Green LA : The Michigan Clinical Research Collaboratory : following the NIH Roadmap to the community. *Ann Fam Med*. 2006 ; 4 (Suppl 1) : S49-5 ; discussion S58-60
 - 11) North American Primary Care Research Group Committee, Academic Family Medicine Organizations Research Subcommittee : What Does It Mean to Build Research Capacity ? *Fam Med*. 2002 ; 34 (9) : 678-684
 - 12) Stange KC : Primary care research : Barriers and opportunities. *J Fam Pract*. 1996 ; 42 (2) : 192-198
 - 13) Schwenk T : Family Medicine as an academic discipline : The educational and scholarly contributions of family physicians. *Japanese Journal of Family Practice*. 2000 ; 7 (1) : 3-9
 - 14) 文部科学省. 未来医療研究人材養成拠点形成事業 公募要領. http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kai-kaku/1335392.htm. (参照 2013-12-04)
 - 15) Stange KC, Miller WL, McWhinney I : Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2001 ; 33 (4) : 286-297.
 - 16) White KL, Williams TF, Greenberg BG : The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961 ; 265 : 885-892.
 - 17) Green LA, Fryer GE, Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM : The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001 ; 344 (26) : 2021-2025
 - 18) Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, Saito M, Shimbo T, Endo H, et al : The ecology of medical care in Japan. *Japan Medical Association Journal*. 2005 ; 48 (4) : 163-167
 - 19) Sox HC, Hickam DH, Marton KI, Moses L, Skeff KM, Sox CH, et al : Using the Patient's history to estimate the probability of coronary artery disease : A comparison of primary care and referral practices. *Am J Med*. 1990 ; 89 (1) : 7-14
 - 20) Fetters MD, Brody H : The epidemiology of bioethics. *J Clin Ethics*. 1999 ; 10 (2) : 107-115
 - 21) Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, et al : Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008 ; 62 (4) : 442-449
 - 22) Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T : Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry Res*. 2010 ; 176 (1) : 69-74
 - 23) Agar M, ed : *Speaking of ethnography* Beverly Hills, CA : Sage Publications ; 1986
 - 24) チェニッツ WC, スワンソン JM : グラウンデッド・セオリー : 看護の質的研究のために. 東京 : 医学書院 ; 1992.
 - 25) レイ マ A : 看護現象研究のための哲学的方法. In : レイニンガー マ M, ed. 看護における質的研究. 東京 : 医学書院 ; 1997 : 106-120
 - 26) ジュディス・リンチ・サウアー : 現象学的方法による看護現象の研究. In : レイニンガー マ M, ed. 看護における質的研究. 東京 : 医学書院 ; 1997 : 121-138
 - 27) Crabtree BF, Miller WL : *Doing Qualitative Research*. 2 ed. Newbury Park, CA : Sage Publications, Inc ; 1999.
 - 28) Creswell JW : *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches*. 3rd ed. Los Angeles : Sage Publications ; 2013
 - 29) フェターズ MD, エルウィン TS, 佐野 潔, 津田 司. <質的研究1>プライマリケアの新しい研究方法. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2000, 23 (1) : 47-55.
 - 30) Sanjek R : *Fieldnotes - The Makings of Anthropology*. Ithaca, NY : Cornell University ; 1990.
 - 31) DeWalt BR, DeWalt KM : *Participant observation : A guide for fieldworkers*. Second ed. Lanham, Maryland : AltaMira Press ; 2011
 - 32) Bogdewic SP : *Participant observation*. In : Crabtree BF, Miller WM, eds. *Doing Qualitative Research*. Vol 3. Newbury Park, CA : SAGE Publications ; 1992 : 45-69
 - 33) McCracken GD : *The long interview*. Newbury Park, CA : Sage Publications ; 1988
 - 34) Crabtree BF, Miller WL : A qualitative approach to primary care research : The long interview. *Fam Med*. 1991 ; 23 (2) : 145-151
 - 35) Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Second ed. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc. ; 1997.
 - 36) Henry SG, Fetters MD : Video elicitation interviews : A qualitative research method for investigating physician-patient interactions. *Ann Fam Med*. 2012 ; 10 (2) : 118-125
 - 37) Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV : Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med*. 2004 ; 2 (1) : 7-12.
 - 38) Fetters MD, Curry LA, Creswell JW : Achieving in-

- tegration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res.* 2013 ; 48 (6 Pt 2) : 2134-2156
- 39) Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL : The recognition of depression : The primary care clinician's perspective. *Ann Fam Med.* 2005 ; 3 (1) : 31-37
 - 40) Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF : 'They don't ask me so I don't tell them' : Patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine. *Ann Fam Med.* 2009 ; 7 (2) : 139-147
 - 41) Wittink MN, Barg FK, Gallo JJ : Unwritten rules of talking to doctors about depression : Integrating qualitative and quantitative methods. *Ann Fam Med.* 2006 ; 4 (4) : 302-309
 - 42) Ventres W, Kooienga S, Vuckovic N, Marlin R, Nygren P, Stewart V : Physicians, patients, and the electronic health record : an ethnographic analysis. *Ann Fam Med.* 2006 ; 4 (2) : 124-131
 - 43) Green LA, Graham R, Stephens GG, Frey JJ : A Preface Concerning Keystone III. *Fam Med.* 2001 ; 33 (4) : 230-231
 - 44) Wilber K, ed : A theory of everything : An integral vision for business, politics, science and spirituality. 1st ed. Boston : Shambhala Publications ; 2000.
 - 45) Crabtree BF, Miller WL, Addison RB, Gilchirst VJ, Kuzel A, eds. Exploring collaborative research in primary care : Sage Publications ; 1994.
 - 46) Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions : methodological study. *BMJ.* 2009, 339 : b3496.
 - 47) Curry LA, O'Cathain AO, Plano Clark VL, Aroni R, Fetter MD, Berg D. The role of group dynamics in mixed methods health sciences research teams. *J Mix Methods Res.* 2012 ; 6 (1) : 5-20.
 - 48) Bowers B, Cohen LW, Elliot AE, Grabowski DC, Fishman NW, Sharkey SS, et al. Creating and supporting a mixed methods health services research team. *Health Serv Res.* 2013 ; 48 (6 Pt 2) : 2157-2180.