

博士論文

都市部の総合診療医・家庭医に必要なコンピテンシーの検討

密山 要用

論文題目 都市部の総合診療医・家庭医に必要なコンピテンシーの検討

指導教員 江頭正人 教授

東京大学大学院医学系研究科

平成 28 年 4 月入学

博士課程 内科学専攻

氏名 密山 要用

目次

第1章. 要旨	p. 8
第2章. 序文	p. 10
2.1. 用語の定義	p. 10
2.2. 社会的背景	p. 17
2.3. 学術的背景	p. 21
2.3.1. 医学教育学における都市部の GP/FP のコンピテンシー	p. 21
2.3.2. 都市部の GP/FP のコンピテンシーに関する先行研究	p. 22
2.4. 研究目的	p. 24
2.5. 本研究の意義	p. 25
第3章 (第一の研究課題) 都市部と非都市部の総合診療医・家庭医に 必要なコンピテンシーの共通と差異に関する探索的研究	p. 26
3.1. 導入	p. 27
3.2. 目的	p. 27
3.3. 方法	p. 28

3.3.1. 研究デザイン	p. 28
3.3.2. 対象	p. 28
3.3.3. データ収集	p. 29
3.3.4. データ分析	p. 31
3.3.5. 倫理的配慮	p. 32
3.4. 結果	p. 33
3.4.1. 研究参加者の特徴	p. 33
表 1.	p. 34
3.4.2. 分析により得られたテーマ	p. 35
表 2.	p. 37
3.4.3. 代表的な都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシー	p. 39
3.5. 考察	p. 46
3.5.1. 都市のコンテクストに沿ったケア	p. 46
3.5.2. 代表的な都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシー	p. 47
3.5.3. まとめ	p. 49
3.5.4. 本研究の限界	p. 50

3.5.5. 本研究の意義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 51

3.5.6. 今後の研究課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 52

第4章（第二の研究課題）都市部の総合診療医・家庭医に特に必要な

コンピテンシーリストの検討-修正デルファイ法・・・・・・・・ p. 53

4.1. 導入・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 54

4.2. 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 55

4.3. 方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 55

4.3.1. 研究デザイン・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 55

4.3.2. 文献レビューによる初期リスト作成の方法・・・・・・・・ p. 58

図1・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 60

4.3.3. 対象者の選定・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 61

表3・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 64

4.3.4. データ収集・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 65

4.3.5. データ分析・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 66

4.3.6. 倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 67

4.4. 結果・・・・・・・・・・・・・・・・ p. 69

4.4.1. 文献レビューによる初期リスト作成	p. 69
図 2.	p. 69
表 4.	p. 70
4.4.2. 修正デルファイ法の結果	p. 72
表 5.	p. 76
4.5. 考察	p. 79
4.5.1. コンピテンシーリストの検討	p. 79
4.5.1.1. 第1の研究と第2の研究リストの比較	p. 79
4.5.1.2. 初期リストと最終リストの比較	p. 80
4.5.1.3. 最終リストと日本のコンピテンシーとの比較	p. 82
4.5.1.4. 最終リストと AAFP のコンピテンシーとの比較	p. 86
4.5.1.5. まとめ	p. 89
4.5.2. 本研究の限界	p. 91
4.5.3. 本研究の意義	p. 93
4.5.4. 今後の研究課題	p. 94
第5章 総合考察	p. 96

5.1. 本研究全体の結果と考察	p. 97
5.1.1. 導入	p. 97
5.1.2. 第一の研究のまとめ	p. 98
5.1.3. 第二の研究のまとめ	p. 99
5.1.4. 都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心的概念の検討	p. 100
表 5.	p. 102
5.2. 本研究の教育実践における限界	p. 109
5.3. 今後の教育実践・研究における課題	p. 110
5.4. 本研究の社会的意義	p. 113
第 6 章. 結論	p. 115
結論	p. 116
謝辞	p. 118
引用文献	p. 120
付録	p. 144

第1章. 要旨

背景：近年、世界的な都市への人口集中により都市部におけるプライマリ・ケアの重要性が高まっている。都市部の総合診療医・家庭医（以下、GP/FP とする）の養成が不可欠だが、そのために必要な実践的能力としてのコンピテンシーに関する知見は限定的である。本論文は、都市部の GP/FP に必要なコンピテンシーを明らかにすることを目的とする。

方法：第1の研究で、GP/FP を対象に半構造化面接法による個別インタビューと質的分析により、都市部と非都市部のコンピテンシーの共通と差異について検討する。第2の研究で、修正デルファイ法により内容妥当性が高く教育現場に実装できるコンピテンシーリストを明らかにする。

結果：第1の研究では、10名のGP/FPから42のテーマを抽出し、5つの領域に分類された。特に都市部のGP/FPのコンピテンシーとして10項目を明らかにした。第2の研究では、4つの属性の異なる集団の39名を集めデルファイ法で3ラウンドの調査を行い、18項目の都市部のGP/FPのコンピテンシーを明らかにした。

考察：得られたコンピテンシーについて検討し、都市部のコンテクストを理解

し配慮したケアを提供できることが都市の GP/FP のコンピテンシーの中心的な概念枠組みであることを示すとともに、既知のコンピテンシーである「多様性に配慮したケアを提供できること」に加えて、「患者を取り巻く複雑な医療・社会サービスと効果的に連携・調整・統合を行える能力」が都市の GP/FP にとって主要なコンピテンシーであることを新たに示した。

結論：これまで知見が限定的であった都市部の GP/FP のコンピテンシーについて検討し、内容妥当性に配慮した包括的なコンピテンシーリストを示すことができた。これらの知見を踏まえて今後、教育と臨床に実装するためのさらなる研究と教育実践を行う必要がある。

第2章. 序文

2.1. 用語の定義

都市、都市化

本論文は「都市」を主要なテーマとしている。都市の定義は様々であるが、本論文では「都市」を捉えるために大きく分けて2つの視点を採用している。一つは、地理的空間としての「都市」であり、人口総数や人口密度で定義されることが多い[1]。国連の「World Urbanization Prospects」の報告書においては人口1000万人以上を都市と定義している[2]。日本では、総務省統計局の住宅・土地統計調査、あるいは国勢調査において「大都市圏」「都市圏」、および「人口集中地区」が定義されている。「大都市圏」及び「都市圏」は、広域的な都市地域を規定するために行政区域を越えて設定された統計上の地域区分であり、中心市とそれに社会・経済的に結合している周辺市町村によって構成されている[3, 4]。大都市圏の中心市は、東京都特別区部及び政令指定都市であり、都市圏の中心市は、大都市圏に含まれない人口50万人以上の市である。また、もう一つの都市の定義としての「人口集中地区」は、国勢調査基本単位区ごとで、人口密度が4,000人/km²以上、人口5,000人以上とされている[3]。これらの

基準は、国際連合による都市に関する調査レポートにおいて日本のデータを報告する際にも採用されている標準的なものである[2]。そのため、本論文における研究対象者の選定においては、原則として「大都市圏」、「都市圏」に該当する中心市を都市部とし、それ以外の地域を「非都市部」と定義している。合わせて、人口密度に基づく「人口集中地区」の定義も参照している。

もう一つは、社会空間としての「都市」であり、都市社会学の枠組みを参照している。都市は「近代化という社会変動が人間社会に与える影響がもつとも先端的な形をとって現れる場」として社会学的な分析対象として定義される[4]。特に、近年において都市と農村を二分ではなく連続体として捉え、ある地域がより都市的な地域へと変化することを「都市化」(urbanization)として捉える概念枠組みがあり、本論文でもこの枠組みを採用している[4, 7]。都市化の特徴として、都市の人口規模が高いほど、職業の分業や階級の分化が生まれ、また個々の集団における文化多様性が高まると言われている[4, 7]。

プライマリ・ケア

本論文において、「プライマリ・ケア」は少なくとも以下の2つを意味する。

一つは、ヘルスケアサービスとしてのプライマリ・ケアである。これは、1978年のアルマ・アタ宣言において全ての人々へ保健医療サービスを提供することを目的とした政策、社会システムとしてのプライマリ・ヘルスケアの中で特に、地域住民の健康レベルの改善を志向する医療サービスの提供を意味する[8]。もう一つは、患者と持続的なパートナーシップを形成し、個別のヘルスケアニーズに包括的に応えるためのいくつかの体系的な理論を含む実践の学問としてのプライマリ・ケアである。個別の臓器システムではなく、複雑な社会状況に生きる、人全体を見る患者中心性を原理としている[8,9]。本論文では両方の意味を含む用語として「プライマリ・ケア」を使い、それぞれ片方を意味する場合は「ヘルスケアサービスとしての」、「専門性としての」と説明を加える。

プライマリ・ケアを担う医師と総合診療医、家庭医の定義

本論文においては「プライマリ・ケアを担う医師」と「プライマリ・ケアを専門とする医師」の2つを区別するものとする。「プライマリ・ケアを担う医師」は、プライマリ・ケアに従事する様々な医師を含む。特に、日本においては、現在のプライマリ・ケア診療において大多数を占める専門科開業医、僻地診療

を中心的に担っている自治医科大学卒業生、病院診療が中心の総合内科専門医、そして、家庭医療専門医、総合診療専門医などが含まれる。一方、「プライマリ・ケアを専門とする医師」は、プライマリ・ケアにおける体系的な理論と実践の技術を学び、ケアの質を保証された医師としての総合診療医 (general practitioner: 以下、GP)あるいは家庭医 (family physician: 以下、FP)とする [8]。国の制度によって呼称は違うため、本論文では GP, FP を同様に扱い GP/FP と併記する。なお、総合診療医という用語には様々な定義が存在するが、本論文における総合診療医 (GP) はプライマリ・ケアを専門性におく医師であり、幅広い内科診療能力を有し主に病院での診療を行う、内科を専門性におく総合内科医を指すものではないとする。家庭医だけでは日本のプライマリ・ケア診療の実際を表すには不十分であるため、上記のような定義をもって、GP/FP を併記した。なお、日本において、認定制度によって質保証がなされた教育を受け、全数把握が可能であるプライマリ・ケアを専門とする医師としては、日本プライマリ・ケア連合学会が認定する家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医、指導医と 2018 年 4 月より認定制度が開始される総合診療専門医が該当する [10, 11]。ただし、総合診療専門医は調査時点では制度が開始されておらず、実

際の研究対象者には含まれていない。上述した専門家開業医、自治医科大学卒業生の一部もこれらの認定資格を所有している。

本論文においては、「プライマリ・ケアを専門とする医師」である GP/FP を主な研究対象とし、「プライマリ・ケアを担う医師」全てを対象とはしない。研究で得られた知見も「プライマリ・ケアを専門とする医師」にとって適用されるものであり、「プライマリ・ケアを担う医師」全てへの転用可能性については留意が必要である。対象を限定する理由として、専門科開業医については専門以外の幅広い診療を行う場合もあるが、特に都市においては専門科診療のみを行うことも多く、その診療の実態を既存の資料から判別することが困難であるため、すべての専門家開業医を研究対象とすることは避けた。また、自治医科大学卒業生は、その診療の場が基本的に僻地を中心としており、また専門性も多様であるため、すべての専門科開業医を研究対象とすることを避けた。

コンピテンシー、コンピテンス、コンピテンシー基盤型医学教育

医学教育学において、ある社会ニーズに応えることのできる専門家を「コンピテント」な医療専門家と呼び、その業務遂行のための広範な知識・技術・

態度を含む実践能力を「コンピテンス」、観察できる行動を「コンピテンシー」と定義している[12]。教育課程の修了時点で学習者がこれらのコンピテンス、コンピテンシーを確実に備えていることに焦点を当ててカリキュラムを構築していく教育設計の方法を「コンピテンシー基盤型医学教育」(Competency based medical education: CBME)」と呼ぶ。CBMEは、これまでの部門ごとの一般目標、行動目標を積み上げていくプロセス基盤型教育と対比される教育方法であり、現在の医学教育における教育カリキュラム作成において主流となる方法である。なお、コンピテンシー基盤型医学教育はほぼアウトカム基盤型医学教育と同義である。日本においても、医学教育の指針である「医学教育モデル・コア・カリキュラムー教育内容ガイドライン」(2011年3月改訂)において、CBMEの考え方を反映して、その到達目標を学生が臨床実習終了時に身につけておくべき実践的能力(コンピテンス)として再定義され、改定された[12, 13]。なお、本論文における「コンピテンシー」は、コンピテンス、コンピテンシーを合わせたものとして扱い、コンピテンシーをその定義の抽象度に沿って、コンピテンシー領域、定義、説明と段階的に示す形式を採用している[12]。

コンテキスト、コンテキストに応じたケア

本研究におけるコンテキストとは、人の決定とその結果に影響を与える特有の相互関係のある状況と経験である、と定義される。特に、健康のコンテキストとは、健康への影響、健康への解釈、健康に対する意思決定の3つの側面を含む。具体的には、家族、収入、教育、雇用、社会的サポートといった身近なものから、所属するコミュニティや文化、国の経済状況や歴史的問題、ヘルスケアシステム、そして地理や環境などのマクロなものまでを含む多面的な要素で構成されているものとする[14]。患者をとりまく様々なレベルのコンテキストに配慮しながら、患者に最も適切なケアを行う“Contextual care”（コンテキストに応じたケア）を提供されることがプライマリ・ケアにおける重要な機能の一つとされている[15]。

2.2. 社会的背景

近年、世界的な都市への人口集中が進んでいる[1, 2]。2018年時点で世界人口の55%である42億人が都市部に住んでおり、2050年には各国の居住地の都市化の進行と世界人口の増加を合わせると68%、67億人にまで増加すると予測されている。なお、その間に都市人口として増加する25億人のうち約90%はアジアとアフリカで起きると予測されている[1, 2]。

そして、都市の人口増加に伴い、都市には特有の健康問題が出現している。都市の健康問題を捉える枠組みとして、都市の生活環境要因、社会経済的要因、ヘルスケアサービスの3つが挙げられる[16]。まず、都市の生活環境においては多くの都市が不十分な住居や交通機関、衛生や廃棄物管理、大気環境あるいは運動スペースの不足といった空間的問題を抱えており、HIV/AIDS、結核、肺炎、下痢などの感染性疾患や喘息などの呼吸器疾患、心臓病や脳梗塞、癌、糖尿病、うつ病といった非感染性疾患、そして暴力や交通事故などによる怪我といった健康問題が指摘されている[17]。第二に、社会経済的要因が人々への健康に影響することが「健康の社会的決定要因」に代表されるように明らかになっているが[18, 19]、都市においても収入や教育レベルの格差の拡大や人との

つながりの不足といった要因と健康問題との関連についての社会疫学的知見が蓄積されつつある[1, 16, 20-22]。都市における文化や価値観の多様性に配慮の必要性とともに、人種的少数派であることや収入や医療保険の格差があるなどの社会経済的な理由で十分な公的サービスを受けられない「都市部のサービスの網の目から漏れてしまう人々」(the urban underserved)へのアクセスの課題も指摘されている[20, 23]。第三に、ヘルスケアサービスへのアクセスもまた都市における健康を与える要素の一つである。国によって様々な制度の違いはあるが、一般的な傾向として、都市部には多くの医療機関が集まり、分業と専門化が進むことで高度な専門医療が受けられる一方で、過剰な専門分化によるポリファーマシーなどの弊害や医療アクセスへの格差の問題が指摘されている[16]。また、医療資源は豊富であるが特定領域の専門医が多く、プライマリ・ケアを担う医師の不足・診療科間の偏在が問題になっているという指摘がある[24]。

上記の問題に加えて、主に先進国において都市の高齢化も課題となっている。OECD加盟国では、2010年時点で65歳以上の高齢者の56%が都市部に居住している。OECD諸国の人口に占める65歳以上の高齢者の割合は、2010年の17.8%から

2050年には25.1%へと増加すると予測されている。その中でも、大都市における高齢者の増加率が大きく、2001年から2011年にかけて、大都市圏外の18.2%に対して大都市圏では23.8%の増加率を記録している[25]。このような都市においては、高齢化に伴い疾病構造は慢性疾患中心に変化し、かつ多疾患並存の患者も増え、治療目標も治癒や死亡の回避からQOLへと変化しており、そのような状況に対応したヘルスケアサービスが求められる[26]。

以上のように、都市には様々な健康問題があるが、それらの健康問題を解決し、都市に住む人々の健康と身体的、心理的、社会的に良好な状態としてのウェルビーイングを守るためには、住居や交通、エネルギーシステムの整備や雇用、教育、そしてヘルスケアサービスの充実といった様々な領域からの持続可能性に配慮したアプローチが必要である[16]。

特に、本論文では都市におけるヘルスケアサービスの中でも、プライマリ・ケアの提供に焦点を当てる。プライマリ・ケアは、個別の多様なヘルスケアニーズに応える包括的でアクセスの良いケアを提供し、また家族や地域レベルでの健康・予防を行い、地域住民の健康レベルを改善することを志向しているヘルスケアサービスである[8]。そのため、プライマリ・ケアの提供は、先に述べ

たような都市部における複雑で社会的な健康問題に対してその専門性を発揮し、高度化、細分化した専門医療機関やその他の豊富なケア資源と協働することで都市に暮らす全ての人々の健康の向上に寄与できる可能性があると考えられる。

アメリカの The National Health Service Corps は、非都市部だけではなく都市部においてもコミュニティの特性に対応でき文化的能力のある (community-responsive and culturally competent) プライマリ・ケアを担う医師の増員を通して、住民のプライマリ・ケアへのアクセス向上を行うことが重要であると指摘している [18]。

プライマリ・ケアの担い手としての医療専門家には、医師、看護師、保健師、薬剤師、リハビリテーション療法士、ソーシャルワーカーなど多様な職種が存在するが、プライマリ・ケアを専門とする医師が存在する。国によってその呼称は異なるが、多くは総合診療医 (GP) あるいは家庭医 (FP) と呼ばれ、プライマリ・ケアにおける体系的な理論と実践の技術を学んだ、ケアの質を保証された医師である [8]。本論文では、プライマリ・ケアの提供において中心的な役割を果たす医療専門家の一つである GP/FP に焦点をあて、主な研究対象とした。

2.3. 学術的背景

2.3.1. 医学教育学における都市部の GP/FP のコンピテンシー

ここまでの議論で、世界中で都市への人口集中が進み世界的な都市化が進行する中で、いかにして都市に住む人々の健康問題を解決する適切なヘルスケアサービスを提供するかという課題に対して、ヘルスケアサービスの中で都市におけるプライマリ・ケアの提供による貢献の可能性に注目し、その担い手の一つである GP/FP に焦点をあてた。それでは、都市部の GP/FP は、都市における健康問題という社会ニーズに応えるためにどのような役割を担いどのような能力を発揮しているか、あるいは今後、発揮していく必要があるのか。さらには、医学教育学においては、どのような都市部の GP/FP を養成すれば、都市の医療ニーズに応え、都市に住む人々の健康アウトカムを改善することができるのか。

そのような課題に対して、医学教育学におけるコンピテンシーとコンピテンシー基盤型医学教育（CBME）の概念枠組みが有用である（2.1.用語の定義、参照）。ある社会ニーズに応えることのできる専門家像の業務遂行のための広範な知識・技術・態度を含む実践能力を「コンピテンシー」と呼び、コンピテンシーを達成できるよう後ろ向きにカリキュラムを構築していく教育設計の方法

が CBME である[12, 13]。コンピテンシーと CBME には社会のニーズに応える医療専門職の能力を市民とともに議論し、明確に示すことで医療専門職の質保証を行うという側面もある[12]。都市の医療の充実と都市の健康問題の解決という社会ニーズが世界的に高まっており、そのような社会ニーズに応えうる都市のプライマリ・ケアを担う GP/FP の実践能力としてのコンピテンシーを明らかにし、CBME の枠組みに基づき教育カリキュラムを作成、実施、改善することで質保証された都市の GP/FP を養成することは、社会的にも、医学教育学研究においても重要なテーマである。

2.3.2. 都市部の GP/FP のコンピテンシーの関する先行研究

都市部の GP/FP のコンピテンシーに関する先行研究は、一般的な GP/FP のコンピテンシーや非都市部に特徴的なコンピテンシーに関する研究と比較して、限定的である。入手できるいくつかの文献は、部分的な臨床の側面を検討したものととどまっている。例えば、アメリカの都市部と非都市部の家庭医が扱う疾患プロフィールの違い[27]、オーストラリアの GP の都市部と地方における高血圧マネジメントの比較 [28]、カナダの都市部の FP のマイナー手技の実践

に関する調査 [29]、アメリカのプライマリ・ケア医の質改善活動に関する都市部と地方の比較 [30]といった研究であり、いずれも教育学的な観点から包括的に都市部の GP/FP のコンピテンシーを明らかにしようとする研究は少ない。また、日本における都市部の GP/FP のコンピテンシーの研究は見られない。

都市部の GP/FP に関する教育プログラムについては、American Academy of Family Physicians(AAFP) のウェブサイトにおいて、“Urban/Inner-City Training Program in Family Medicine” として都市部の GP/FP のプログラムに必要な要綱が記載されている [31]。このガイドラインには、都市部の医療提供が不十分な人々 (the urban underserved) へのケアや、文化に配慮でき地域ニーズに応えられる (culturally effective community-responsive) プライマリ・ケアを提供するための研修を行う必要性が挙げられている。しかし、あくまでプログラム要綱としての研修条件が記述されているため、体系的なコンピテンシーではなく、その内容の妥当性について検証されていない。

以上より、世界的な都市化に伴う都市の健康問題への注目の高まりにもかかわらず、都市部のプライマリ・ケアの担い手である GP/FP のコンピテンシーに焦点を当てた医学教育学研究の知見は未だ限定的である。

2.4. 研究目的

本論文における研究目的は、都市部のプライマリ・ケアを担う医療専門家の一つとして総合診療医・家庭医（GP/FP）が都市部においてどのようなコンピテンシーが必要とされるのかについて検討し、そのリストを明らかにすることを目的としている。

まず、第一の研究では、都市部と非都市部における GP/FP の役割の共通点と相違点について広く探索し、その上で都市部の GP/FP に特徴的なコンピテンシーを検討する。続いて、第二の研究では、第一の研究結果を踏まえ、内容妥当性を保証できる方法によって、教育カリキュラムに実装可能な包括的な都市部の GP/FP のコンピテンシーのリストを明らかにする。その上で、総合考察にてこれまでの研究結果を踏まえて、都市部の GP/FP のコンピテンシーにおける中心的な概念を明らかにする。

2.5. 本研究の意義

世界的な都市の人口増加と都市化の進行によって、都市の健康問題への関心が高まっている現在、都市における重要なヘルスケアサービスの一つである都市のプライマリ・ケアを担う GP/FP の実践能力としてのコンピテンシーを明らかにすることは、質保証された都市の GP/FP の学びと教育に役立ち、さらには GP/FP の提供するプライマリ・ケアの質の向上へとつながり、それによって都市に住む人々の健康の改善と健康問題の解決に貢献できる可能性がある。

特に、世界的な都市化の流れの中で、日本はいち早く高度な都市化を経験し、都市に住む人口の急増を経て、現在は先進国で最も早く超高齢社会を迎え、人口減少も始まっている。特に日本の都市部における高齢者の絶対数の増加とそれに伴うケアの資源の不足にどのように対応するのかという課題に直面している[23]。日本の都市部における GP/FP のコンピテンシーを明らかにすることは、現在の日本だけでなく、今後都市化が進行し日本と同様に人口減少・高齢化を迎える世界の都市においても GP/FP の養成・教育を検討する上でも有用な知見となる可能性がある。

第 3 章. (第一の研究課題)

都市部と非都市部の総合診療医・家庭医に必要な
コンピテンシーの共通と差異に関する探索的研究

3.1. 導入

ここまで、都市の健康における都市部のプライマリ・ケアを担う GP/FP の役割の重要性を指摘した。一方でその養成・教育に必要なコンピテンシーに関する知見は限定的であり、それらを明らかにする必要性があることを述べた。

そのため、都市部の GP/FP のコンピテンシーを明らかにするための第一の研究として、ステイクホルダーの一つである都市部で働く GP/FP を対象にしたインタビューと質的分析により帰納的な仮説生成を行う必要があると考えた。その際、非都市部を対比軸とし、都市部と非都市部の GP/FP のコンピテンシーの共通と差異について焦点を当て、探索することとした。

3.2. 研究の目的

本研究の目的は、都市部と非都市部の GP/FP のコンピテンシーの共通点と相違点を明らかにすることである。その上で、特に都市部に必要なコンピテンシーを明らかにすることである。

3.3. 研究の方法

3.3.1. 研究デザイン

本研究では、個別インタビューによる質的研究法の手法を採用した[32, 33]。10名のGP/FPへ個別に半構造化インタビューを行い、データ収集と並行してインタビューの書き起こしを“Steps for Coding and Theorization”(SCAT)法と呼ばれるテーマ分析法の方法論を用いて質的に分析した[34]。

3.3.2. 対象

2014年9月から2016年9月の期間で目的的サンプリングにより研究参加者を選んだ。研究対象者は、研究目的に沿い、卒後7年以上の臨床経験を持ち、日本の都市部と非都市部の両方で各1年以上の臨床経験を有しているGP/FPとした。本研究でのGP/FPの定義は、日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療専門医あるいはプライマリ・ケア認定医の資格を持つ者とした[11]。また「都市部」の定義に関しては、第2章序文の「2.1.用語の定義」に記載している。特に第一の研究では、平成20年度版の住宅・土地統計調査における「大都市圏」「都市圏」の定義、および「人口集中地区」の定義を参照し[3, 4]、原則として

「大都市圏」の中心市である政令指定都市と、「都市圏」の中心市に該当する人口 50 万人以上の都市を都市部、それ以外の地域を「非都市部」と定義した。ただし一部、東京都 23 区に隣接する人口集中地区も都市の定義に含めている。また、卒後 7 年目以上の GP/FP を対象とした理由は、初期臨床研修 2 年間のうち家庭医療専門医の専門医研修を 3~4 年間行うことがデータ収集時の GP/FP の一般的なキャリアパスであったためである。都市部と非都市部両方の診療経験を条件とした理由としては、本研究の目的が非都市部と比較した都市部の GP/FP のコンピテンシーの共通点および相違点に焦点を当てており、両方での診療経験のある医師は自分の体験に根差して都市部と非都市部の診療実践の比較についてより具体的に語るることができる最もふさわしい研究対象者であると考えたためである。

3.3.3. データ収集

2014 年 9 月から 2016 年 9 月の期間で、それぞれの研究参加者へ個別の半構造化インタビューを行った。はじめに研究対象者へ研究の概要を記載したメールにて研究協力依頼を行い、研究協力の意思を示した方を対象により詳細な研究

の趣旨・手順・具体的な質問内容、倫理的配慮に関する説明文をメールにて送付し、研究参加の内諾を得た[付録 1.]。インタビュー実施前に対面にて、研究者が改めて研究参加者に研究の趣旨等の説明を行い、研究同意書への署名を持って研究参加の最終確認を行った[付録 2.]。インタビューは、半構造化面接法に基づき、個別に研究者自身によって行われた。所要時間は約 60 分～100 分であった。インタビューの場所は、プライバシーの保たれた個室などで行うよう配慮し、インタビュー内容は対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。以下の質問項目を中心とした半構造化インタビューを行った[付録 1.]。

1. いま、どのような地域でどのような人たちを診ていますか。
2. この地域ではたらく上で、必要なコンピテンシーとは何ですか。
3. 都市部と非都市部で総合診療医・家庭医に求められるコンピテンシーの違いはあると思いますか。そう思う理由は何ですか。
4. 都市部と非都市部の総合診療医・家庭医が求められるコンピテンシーに共通点はあると思いますか。そう思う理由は何ですか。

3.3.4. データ分析

データ分析はデータ収集と同時進行で行い、インタビューの逐語録は SCAT 法に従って分析された[34]。SCAT 法は、系統だった手順でデータ分析を行う方法である。まず、逐語録のテキストをセグメント化し、テキスト中の着目する語句、それを言いかえるためのテキスト外の語句、それを説明するための語句、そこから浮かび上がるテーマ、の順にコードを考案して付していく 4 ステップのコーディングが行われる。その後、得られたテーマをつなげる形でストーリーラインを記述し、そこからさらに理論を記述する手続きを行った[34, 35]。これらの手順により作成したコード、ストーリーライン、理論記述は、データの信頼性を保証するため共同研究者と確認を行った。そして、それぞれの研究参加者に自身のインタビューに関するストーリーラインと理論記述の結果をメールにて送付し、発言の趣旨に沿っているかを確認した。研究参加者からは、大きな異論はなく、一部の文言の修正のみ行った。10 名のインタビューと分析を終えた時点で、それ以上新たな概念やそれまでの概念をより詳細に説明するデータが得られない理論的充足 (theoretical sufficiency) 状態と判断し、研究参加者の募集、データ収集を終了した。最後に、得られた全ての概念を統合する

形で、統合されたストーリーラインを作成した。すべてのデータ分析過程を 2018 年 3 月に終了した。

3.3.5. 倫理的配慮

インタビューへの参加は自由意思に基づくものであり、不参加、途中での取りやめ、事後の参加撤回を保障する旨を説明した。個人情報の管理についてはデータの公開方法、本研究の趣旨と目的について、口頭と書面で説明を行い、同意を得た。希望する参加者には、本人の個別インタビューの逐語録を開示した。

本研究は、東京ほくと医療生協倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 71）。

3.4. 結果

3.4.1. 研究参加者の特徴

インタビューに回答した 10 名の GP/FP について[表 1.]に示す。すべての研究参加者が日本で働いており、男性/女性、現在の勤務地は都市/地方、臨床経験年数の平均は 9.3 年であり、10 名中 6 名が女性であった。現在の勤務地は 4 名が都市の診療所、3 名が都市の病院、3 名が非都市部の診療所である。10 名全てが都市部と非都市部両方での勤務経験を持つ。

表 1. 研究参加者の特徴

ID	性別	卒後年数/ 年齢	専門資格	現在の 勤務施設	都市の勤務地区分 (人口数/人口密度) 県名, 勤務施設、年数	地方の勤務地区分 (人口数/人口密度) 県名, 勤務施設、年数
1	男	15/ 40	FP	非都市部 CL	中心市 (>200,000/ >5,000) 北海道, 札幌市, MC, 5 年	村 (~3000/ ~20) 北海道, CL, 11 年
2	女	7/ 35	FP	都市部 CL	中心市 (>900,000/ >15,000) 東京都, 世田谷区, CL, 6 年	市 (~60,000/ ~2000) 埼玉県, LH, 1 年
3	女	10/ 34	FP	非都市部 CL	中心市 (>2,500,000/ >10,000) 大阪府, 大阪市, CL, 2 年	市 (~40,000/ ~400) 千葉県, CL, 6 年
4	女	7/ 31	FP	都市部 CL	中心市 (>1,000,000/ >15,000) 東京都, 台東区, CL, 1 年	島 (~1,000/ ~100) 沖縄県, CL, 6 年
5	男	8/ 32	FP	都市部 CL	周辺市 (>100,000/ >10,000) 東京都, 小金井市, 2 年	島 (~1,000/ ~50) 沖縄県, CL, 6 年
6	女	10/ 34	FP	都市部 CL	中心市 (>1,000,000/ >10,000) 東京都, 足立区, CL, 4 年	町 (~5,000/ ~6,000) 埼玉県, CL, 6 年
7	男	9/ 33	DPC	非都市部 CL	周辺市 (>700,000/ >7,000) 大阪府, 堺市, MC, 5 年	島 (~9,000/ ~30) 鹿児島県, CL, 4 年
8	男	10/ 34	FP	都市部 LH	中心市 (>500,000/ >15,000) 東京都, 杉並区, LH, 7 年	町 (~40,000/ ~400) 千葉県, CL, 3 年
9	女	9/ 33	FP	都市部 LH	中心市 (>300,000/ >15,000) 東京都, 北区, LH, 3 年	町 (~20,000/ ~70) 高知県, LH, 6 年
10	女	8/ 32	FP	都市部 LH	中心市 (>300,000/ >15,000) 東京都, 北区, LH, 3 年	市 (~40,000/ ~500) 静岡県, CL, 5 年

FP, 家庭医療専門医; DCP, プライマリ・ケア認定医; MC, 特定機能病院; LH, 一般病院; CL, 診療所;

3.4.2. 分析により得られたテーマ

インタビューデータの分析を進めていく中で、非都市部と比較した都市部の GP/FP のコンピテンシーは、ヘルスサービスをはじめとした GP/FP を取り巻くコンテクストの違いに大きく影響を受けており、不可分な関係にあると考えられた。そのため、対象者である GP/FP が自身の周囲の状況や医療課題をどのように捉えているのかに関する語りについても広く分析しテーマとして抽出した。コンテクストとは、人の決定とその結果に影響を与える特有の相互関係のある状況と経験であり、具体的には、家族、収入、教育といった身近なものから、所属するコミュニティや文化、国の経済状況、ヘルスケアシステム、環境などのマクロなものまでを含む多面的な要素で構成されているものである（序文 2.1.用語の定義参照）。

これらの 42 のテーマは、都市部の GP/FP に特徴的なコンピテンシー、都市部の GP/FP に特徴的なコンテクスト、非都市部の GP/FP に特徴的なコンピテンシー、非都市部の GP/FP に特徴的なコンテクスト、そして両者に共通のコンピテンシー、という帰納的に生じた 5 つのカテゴリーにそって整理した【表 2.】。

特に、都市部の GP/FP に特徴的なコンピテンシーの領域では、【状況に応じた

包括的診療能力の発揮】、【都市部の分断されたケアの統合】、【ケアが分断された患者への積極的な関与】、【都市部の各地域に特徴的なマイノリティ集団への包括的ケア（ここでのマイノリティとは、社会経済的状況、人種・民族、そして性的マイノリティを指す）】、【都市の多様な職業・生活スタイルへの理解】、【都市部の多種多様な価値観をもつ患者との合意形成】、【患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断】、【都市における救急医療課題への地域連携の取り組み】、【多種多様な医療介護福祉関係者との協働】、【非同居家族とのコミュニケーション】の、10のテーマが得られた。

表 2. 分析により得られたテーマ

領域	テーマ
<p>都市部の GP/FP の コンピテンシー</p>	<p>状況に応じた包括的診療能力の発揮 ケアが分断された患者への積極的な関与 都市部の分断されたケアの統合 都市部の各地域に特徴的なマイノリティ集団への包括的ケア 患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断 多種多様な医療介護福祉関係者との協働 都市の多様な職業・生活スタイルへの理解 都市部の多種多様な価値観をもつ患者との合意形成 都市における救急医療課題への地域連携の取り組み 非同居家族とのコミュニケーション</p>
<p>都市部の GP/FP の コンテキスト</p>	<p>生物医学的診療範囲の相対的な狭さ 都市部の患者の選択的受療行動 都市での医療サービスの細分化 ケアの責任の不明瞭化 都市部の家庭医のやりがいの分かりづらさ 一都市内における社会経済的な地域特性の多様さ 都市の多様な職業・生活スタイル 都市部における医療要求の相対的な高さ 多種多様な医療資源の把握困難感 都市部の医師・病院の医療の質の格差 都市部の救急医療課題 家族や所属コミュニティの見えづらさ 包括的な地域コミュニティケアの難しさ 地域の医療介護福祉関係者の多種多様さ 都市部の医療介護福祉連携における顔の見えづらさ 都市部の患者を取りまく互助機能の乏しさ 職住の物理的・心理的距離感の遠さ</p>

<p>都市部／非都市部の GP／FP に 共通のコンピテンシー</p>	<p>生物医学的診療能力 医療の場と状況に合わせた診療の包括性 複数疾患を抱える患者の診療 個々の患者の生活のサポート役としての医療者 患者背景をふまえた意思決定の必要性 地域の医療におけるつなぎ役 病院におけるスペシャリストとの分業・協業 地域のケアの社会資源のネットワークづくり 身近な相談役</p>
<p>非都市部の GP/FP の コンピテンシー</p>	<p>幅広い生物医学的診療範囲 限られた医療資源としての医師という責任感 限られた医療資源を有効利用する判断 地域コミュニティと協働したケア 住民と適切な人間関係を築ける能力</p>
<p>非都市部の GP/FP の コンテキスト</p>	<p>ケアの責任性の明確さ 対人間継続性の保ちやすさ 非都市部の家庭医としてのアイデンティティの獲得しやすさ 非都市部の受診行動の地域差 限られた医療資源 周辺医療機関と医師個人の診療能力の把握可能感 医療連携における顔の見える関係 患者・家族背景の見えやすさ 地域コミュニティの把握しやすさ 医療介護福祉連携における顔の見える関係 職住の物理的・心理的距離感の近さ</p>

3.4.3. 代表的な都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシー

以下に、代表的なコンピテンシーについて示す。なお、【】内の言葉は分析により得られたテーマの記述の全部、あるいは一部である。文章内の「斜体」はインタビューで得られた語りであり、続く（）内は対象者 ID, 性別, 卒後年数を記している。

1) 【状況に応じた包括的診療能力の発揮】

研究に参加した GP/FP らは、GP/FP に共通する能力として、幅広い【生物医学的診療能力】と【複数疾患を抱える患者の診療】を挙げている。また、非都市部では、GP/FP らは【限られた医療資源】のため患者が GP/FP のもとに集約しやすく、小児から高齢者まで、あるいは内科疾患だけでなく整形、皮膚、婦人科疾患等までの【幅広い生物医学的診療範囲】での診療を行いしやすく、包括的なケアを提供しやすいと述べていた。一方で、都市部の GP/FP は都市部では医療サービスが豊富だが【細分化】している。特に日本においては、多くの市民が公的医療保険に加入し病院を自由に選択し受療できるという制度の影響もあり【患者の選択的受療行動】が起きやすいため、GP/FP は非都市部に比べて求められる【生物医学的診療範囲の狭さ】を感じている。

「いっぱい病院行って、例えば骨粗鬆症で整形外科に行って、(骨の薬をもらって)、高血圧でここに通って、風邪ひいたら耳鼻科に行くとか。」

「関節注射できますよって言っても、整形外科じゃないしここでやってもらわなくてもいいみたいな患者さんの思いもある。...分業できるところは分業してもいい...のかなと思うんで。」

(ID5, 男性, 8年)

しかし、周辺の専門医療機関との分業・協業をしながらも、個々の患者のニーズや社会経済的【状況に応じて】柔軟に診療範囲を広げて【包括的診療能力を發揮】する必要があると述べている。

「(患者の社会経済的な要因などで) 紹介しようと思ってもできない人とかいっぱいいるので、...何が来てもなんかそれなりの興味を持てる力は必要っていうところはありますか。これは私のあれ(診療範囲)じゃないとか言うのは、だったら(GP/FPとしては)無理かなっていう...。」

(ID6, 女性, 10年)

2) 【ケアが分断された患者への積極的な関与】

特に、都市部では複数疾患を抱える患者が一人で複数の病院あるいは専門医

に受診している事例が多く、ケアの分断が起きており、特に【ケアの責任の不明瞭化】が起きていていると感じている。

「結構いっぱい病院にかかっている人がいたりとかもちろんするじゃないですか。何かあったら救急車に乗ったりとか。そのときにその人の健康に関する最終的な責任を取るっていう人が、あんまりいないっていうか、責任の所在が結構不明確だなというのはあって。」 (ID5, 男性, 8年)

そのため、都市において、自ら積極的に患者の全体像に責任をもつ役割を担うことが GP/FP の重要なコンピテンシーだと述べている。

「全体像に責任を持つかかりつけがやっぱり必要。特に高齢者... はかかっている先生の専門の領域にない健康の問題、ないしは健康問題だけど医療の名前が付かないやつだと、今までのシステムの中で診ると、責任者がいない感じになって、ケアマネが困っているとかは割と起こると思います。」 (ID 8, 男性, 10年)

3) 【都市部の分断されたケアの統合】

そして、複数の病院へ受診しているために分断されやすい患者の医療情報の整理役を担いながら、老化や障害により遠方への通院が困難になった際には疾

病管理の統合を行う能力が重要になると考えている。

「いろんな病院があって週5回行ってるけどもう疲れちゃって行くのが大変とか。そういう人をうまいこと、例えばいっぱい行ってるんだったら（通院先を）2個ぐらい減らして、ここで（処方について）残り出しますよとか言ったりとか。」（ID5, 男性, 8年）

4) 【都市部の各地域に特徴的なマイノリティ集団への包括的ケア】

また、GP/FPらは、【患者背景をふまえ】【個々の患者の生活のサポート役】を担うことが、都市部／非都市部に共通したGP/FPのコンピテンシーであるとも述べている。そして、都市部の方が【多様な職業・生活スタイル】や社会経済的状況が存在すると感じており、それらの多様性を理解して、柔軟なケアを提供することが都市部において重要や役割の一つであると考えている。

「...そこの人たちが求めていることっていうのに柔軟に対応できる能力っていうのがきつと必要なんだろうなとは思ってますけど。」

（ID2, 女性, 7年）

特に、都市部に多い人種的マイノリティに対して、それぞれの文化や医療ニーズの配慮したケアを提供できることが、都市部に特徴的なコンピテンシーの

一つであると捉えている。

「結構、孤立して子育てをしている人が多いので、お父さんお母さんとか実家も遠くてとか、あと、そんなにお母さんたちのコミュニティに入ってなかったりとかいう、特に外国人の人、言葉が通じないからでしょうね。ママ友とか作れない人たちも結構いるので、そういう人には時間を乳児検診とかのときに時間をかけた説明とかが必要になってくるかなと。」(ID6, 女性, 10年)

5) 【患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断】

また、都市、非都市部両方に共通して GP/FP は幅広い診療能力を持つとともに、臓器別専門医に適切に紹介できる能力も必要である。非都市部では、医療資源が限られているため、医療連携において周辺の医療機関の専門医らと【医療連携における顔の見える関係】を築きやすく、医療機関ごとの診療能力を把握しやすいと言う。そして、【限られた医療資源をどのように有効利用する判断】能力が求められると述べている。一方で、都市部では【多種多様な医療資源】が存在し、さらに病院や医師個人によって【医療の質の格差】があると認識しており、それらの医療資源の特徴を把握することに困難さを感じている。

「病院の数多過ぎちゃって、(ある疾患に) どこ (の病院) が強いとか分かんないんです。そうすると、ちょっと顔が見える形ではつなげない気がします。」(ID8, 男性, 10年)

「やっぱり (顔が) 見えてる相手 (専門医) に言うのと、誰だかよく分からない人に言うのは、ちゃんと診てくれるんだろうなっていう信頼感が違うじゃん。」(ID9, 女性, 9年)

その上で専門病院への紹介が必要になった際には、数ある選択肢の中から患者の生物心理社会的状況と周辺医療機関の特徴を考慮して患者を紹介できる、より複雑な判断能力が必要だと感じている。

「地域的には病院とかもいっぱいあるので、どこにでも紹介はできるんだけど、変な所に紹介すると余計に自分が大変になったりとかすることもあるので、本当は、顔の見えるというかね、もうちょっと専門家の先生とかと実際この先生だったらとか、ここの病院だったらっていう所とか、もうちょっとはまってくるといいかなって。」(ID6, 女性, 10年)

6) 【多種多様な医療介護福祉関係者との協働】

GP/FP の役割として、前述の医療連携だけでなく、地域コミュニティにおける多職種連携や住民との健康増進における協働、すなわち多職種連携と地域志向ケアのコンピテンシーも重要視されている。非都市部では、【地域コミュニティの把握しやすさ】、【医療介護福祉連携における顔の見える関係】の構築しやすさをもとに、【地域コミュニティと協働したケアの実践】を行いやすいと述べている。一方で、都市部では、【地域の医療介護福祉らケア提供者の多種多様さ】や【家族や所属コミュニティの見えづらさ】のために、【連携における顔の見えづらさ】や【包括的な地域コミュニティケアの難しさ】を感じており、関係の構築が非都市部よりも難しい中で、【多種多様な医療介護福祉関係者との協働】を実践する能力が必要とされる。

「都市部にいっても結局もっと大変だと思うんですね、地域連携におけるリーダーシップを発揮することに。(非都市部は)関わっている人たちが全然シンプルじゃないじゃないですか...、(都市部は)管理しきれないっていうか、連携を上手につくっていくのも大変だと思うし、...むしろ都会の方が大変だと思う、私は。同じ力でもレベルの高いものが要求されるんじゃないかな。(ID1, 男性, 15年)

3.5. 考察

3.5.1. 都市部のコンテキストに沿ったケア

本研究では、都市部と非都市部における GP/FP のコンピテンシーの共通点と相違点、そして非都市部と比べて都市部に特徴的な GP/FP のコンピテンシーを明らかにすることを目的とした。非都市部と都市部両方で診療経験のある 10 名の GP/FP の個別インタビューと、得られたデータの質的な分析を行い、特に都市部の GP/FP に特徴的な 10 のコンピテンシーと、それらに影響を与えている都市部に特徴的なコンテキストに関するいくつかのテーマを得た。都市部に特徴的なコンテキストとして、非都市部と比べて多様な社会経済的状況や医療ニーズをもつ人々で構成され、ケア提供者側同士が把握しきれないほどの細分化した多くの医療サービスを選択的に利用している状況が示された。それらのコンテキストの中で、都市部の GP/FP に特徴的なコンピテンシーとして、様々な状況に応じて発揮する包括診療能力、分断されたケアを統合する能力、多種多様な医療介護福祉関係者との協働、マイノリティ集団への包括的ケアなどが必要であることが明らかとなった。

結果から、都市部の GP/FP に特徴的なコンピテンシーは、都市部のコンテク

ストに基づくもので互いに不可分の関係にあると言える。プライマリ・ケアにおいて” Contextual Care” という概念枠組みがある。プライマリ・ケアを担う医師は、様々なレベルの患者と医療者を取りまくコンテキストに配慮しながら、患者に最も適切なケアを提供すべきであるという理論的枠組みである [15, 36-38]。都市部において GP/FP がプライマリ・ケアを実践する上でも、都市部のコンテキストの特徴とそこから見える課題をよく理解し、都市部で生活する患者のコンテキストに配慮したプライマリ・ケアを提供できることが重要であると言える。本研究で明らかになった、都市部のプライマリ・ケアにおける Contextual care のいくつかの特徴について以下に説明する。

3.5.2. 代表的な都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシー

1) 医療的ケアが十分に提供されていない人々へのケア

研究では、都市部に特徴的なコンテキストの一つとして、非都市部と比べて多様な社会経済的状況や医療ニーズをもつ人々で構成されていることが指摘されていた。特に、人種的マイノリティの外国人に注目しており、「マイノリティ集団への包括的ケア」がコンピテンシーとしてあげられていた。人種的マイノ

リティだけでなくホームレスなどの都市部の豊富な医療資源へのアクセスが難しい“underserved”な人々に対して、彼らのコンテキストを理解し、適切なケアを提供することは、都市部の GP/FP がその役割を担う重要性はすでに指摘されている[39-41]。AAFPにおける都市部のFPの教育プログラムにおいても“Urban Underserved care”として強調されている[31]。

2) ケアの分断された患者へのケア

しかし、都市部に特徴的なコンテキストはそれだけでない。都市部には、医療資源の限られた非都市部と異なり、細分化した多くの医療サービスがあり、患者は複数の病院を選択的に利用している状況があると研究参加者の GP/FP らは考えていた。実際に、都市部においては複数の専門科が存在するため、GP/FP の診療範囲は狭くなることが指摘されている[42, 43]。そして、結果的に、患者の医療情報が分散し、ケアの責任の所在が不明瞭になるといった弊害が起きているとも感じていた。都市における、いわゆる「分断されたケア」(fragmentation of care) であり [44-46]これが都市部のコンテキストにおけるもう一つの課題である。

この都市部の分断されたケアに対して、ケアが分断された患者への積極的な関与と、複数受診の患者のケアの統合を図る力が都市部の GP/FP に求められるということが研究結果から示された。これは、都市部における GP/FP のコンピテンシーとして、これまで指摘されていない新たな視点である。都市部では、地域の医療介護福祉に関わるケア提供者らも医療機関以上に多種多様に存在するため、連携においては顔の見える関係が重視されるが、そのような関係性の構築が地方よりも難しい[43, 44]。膨大なケアのステイクホルダーらと適切に連携・調整できる能力が必要であることを研究結果が示している。

3.5.3. まとめ

第一の研究において、都市部／非都市部の GP/FP のコンピテンシーは、GP/FP を取り巻く都市部／非都市部のコンテキストの違いに影響を受けており、都市部に特徴的なコンテキストを踏まえたケアを行えることが都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心的な概念の一つであることを示した。具体的なコンピテンシーとして、これまで既存文献で指摘されていた Urban underserved care に加えて、「都市の分断されたケアに対するケアの統合」や、「膨大なケアのステイ

クホルダーらと適切に連携・調整できる能力」が必要である、という新たなコンピテンシーを含む10のコンピテンシーを明らかにした。

3.5.4. 本研究の限界

本研究の限界として、対象者が10名と限られた数であり、また主に卒後7～10年目の経験年数のGP/FPに偏りがあり、都市部においてさらに長い年数働いているGP/FPや看護師などの他職種、そして重要なステイクホルダーである都市部の患者の考えは反映されていない点が挙げられる。また、人口規模、密度の極めて高い大都市圏が中心の研究対象者であり、また都市ごとの違いについては検討できていない。さらに、本研究の対象者は都市部の診療所勤務の家庭医専門医が中心であり、病院と診療所の違いについては言及されていない。そのため、知見を異なる状況へ転用あるいは適用できる程度としての転用可能性（量的研究における外的妥当性に近い概念）には限界がある[46, 47]。また、得られた10のコンピテンシーは、都市部のGP/FPに必要とされるコンピテンシーの中心となる概念を網羅的に反映しているとは言えず、コンピテンシーの記述の抽象度も高く、項目間での重み付けも評価できないため、内容妥当性に限界

がある。医学教育学における妥当性とは、「測定すべきものを測定しているか、を表す指標」であり、内容妥当性とはその中でも、「意図している評価内容を試験などで実際に評価できる程度のことである」とされる[47, 48, 49]。

インタビューアーであり主研究者である自身が都市部での勤務経験が中心の GP/FP であるため、無意識に都市部により焦点を当てやすく、一方で非都市部の GP/FP のコンピテンシーに対して十分に考えを引き出せていない可能性がある。そのため、都市部の GP/FP のコンピテンシーについては、10 名の時点で新たなテーマは抽出されず、理論的充足[50]に至っていると判断されたが、非都市部（地方）の GP/FP のコンピテンシーについてはそれが確認できておらず、対象者を増やすことでさらに抽出されるテーマが増えた可能性がある。

3.5.5. 本研究の意義

上記のような限界はあるが、これまで知見が限定的であった都市部の GP/FP のコンピテンシーについて、非都市部との比較を通して検討し、都市部に特徴的なコンテキストを踏まえたケアを行えることが都市部の GP/FP のコンピテンシーの重要な特徴であることを示し、10 項目のコンピテンシーリストを得るこ

とができた。特に、これまで既存文献で指摘されていた” Urban underserved care”に加えて、「都市の分断されたケアに対するケアの統合」や、「膨大なケアのステイクホルダーらと適切に連携・調整できる能力」が必要である、という都市部の GP/FP のコンピテンシーという視点において新しい知見を明らかにした。

3.5.6. 今後の研究課題

今後の研究課題として、今回意見を反映できなかったベテランの GP/FP や多職種、患者などの意見を踏まえたより内容妥当性の高く、より具体的で評価可能な記述がされた教育実践に実装可能な都市部の GP/FP のコンピテンシーリストを明らかにする必要がある。

第4章. (第二の研究課題)

都市部の総合診療医・家庭医に特に必要な

コンピテンシーリストの検討 -修正デルファイ法-

4.1. 導入

第3章に記した第一の研究において、都市部と非都市部のプライマリ・ケアを担 GP/FP のコンピテンシーの相違点と共通点を明らかにするために、10名の GP/FP に半構造化面接を用いた個別インタビューと SCAT 法を用いた質的分析を行った。その結果、都市部に特徴的なコンテクストを踏まえたケアを行えることが都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心概念であることを示し、さらに都市部の GP/FP に必要なコンピテンシーとして10項目のリストを得た。しかし、第一の研究では、日本の中堅家庭医10名のみを対象としたインタビューによる帰納的なリスト生成という方法を用いたため、得られた10のリストを臨床実践や教育に活用する上では、コンピテンシーとしての内容妥当性に限界があった。

第4章では、都市部の GP/FP のコンピテンシーとして内容妥当性を考慮した包括的で詳細なリストを生成することを目的とし、ステイクホルダー間の合意形成を行う手法である修正デルファイ法を採用し、都市部の GP/FP に特に必要なコンピテンシーリストの作成を行った。

4.2. 研究の目的

本研究の目的は、都市部の総合診療医・家庭医に特に必要なコンピテンシーに関する、内容妥当性を考慮したコンピテンシーリストを開発することである。

4.3. 方法

4.3.1. 研究デザイン

本研究はプラグマティズムのパラダイムに立ち、質的データと量的データ両方を扱う混合研究法として、コンセンサスメソッドの一つである修正デルファイ法を研究デザインとして採用し、都市部の GP/FP に特に必要なコンピテンシーリストの開発を行う [33, 51-54]。

修正デルファイ法

デルファイ法とはある問題に関する専門家を集め、一定期間で系統だった方法で質問紙を用いて専門家集団の意見の集約と合意形成を行うことで、もっとも信頼できる合意された意見を得る方法である [54, 55]。デルファイ法の基本的な特徴は、質問紙への回答を反復して数回（ラウンド、と呼ぶ）行うこと、毎回参加者（パネリスト、と呼ぶ）に全体の回答結果がフィードバックされること、反復作業の中で参加者が回答を修正する機会があること、回答者の匿名性

が保たれていることが挙げられる[55]。以上の基本的な原則を守りながらも、デルファイ法には研究目的に合わせた様々な変法が存在し、それらを総称して「修正デルファイ法」と呼ぶ[56]。デルファイ法における分析方法についても特定の方法に限定されておらず、研究目的や研究デザイン、データの種類のに応じて選択されている。そのため、研究方法の過程を詳細に記し説明を尽くすことが重要である。

本研究では、デルファイ法を用いて都市部の GP/FP のコンピテンシーについて既存の文献から得られた知見と研究参加者の意見を統合することで、妥当性の高いコンピテンシーリストを開発することを目的としている。その研究目的に適うように以下の2つの点を特徴とした修正デルファイ法を採用する。1点目は、参加者へ回答を依頼する前に、研究者らが研究テーマに関する文献レビューを行い事前にコンピテンシーリストの素案（以下、初期コンピテンシーリスト）を作成する点である。既存の知見が不十分な研究テーマを扱う際には、十分な文献検索を事前に行うことで内容妥当性の高いリストを合意形成の過程を経て作成することが可能となるためである[57]。2点目は、リッカートスケールによる合意の程度に関する量的データの分析と同時に、各コンピテンシー

リストに対する修正意見を質的データとして分析し、リストの記載の改定を各ラウンドごとに行う点である。なお、リッカートスケールとは、「はい、いいえ」では測定できないような設問に対する価値観の度合いを測定するための尺度である。本研究においては、コンピテンシーリストの生成を目的としているため、リッカートスケールによる定量的なリストの項目の評価と選別よりも、研究者と参加者の相互的なやりとりを通してコンピテンシーの記述を洗練させていく質的な過程がより重要である[53, 57]。そのため、デルファイ法は混合研究方法であるが、本研究の修正デルファイ法は質的研究に重点を置いた混合研究と言える。なお、コンピテンシーリストに関する質的分析には、質的デルファイ法においてもっともよく用いられるとされるテーマ分析法を採用する[53]。パネリストへは上記のような修正デルファイ法の手順を説明した図を送付した[付録 8.]。なお、修正デルファイ法の研究計画と実施の過程においては、専門家の意見を得て作成している。

4.3.2. 文献レビューによる初期リスト作成の方法

本研究テーマである「都市部の GP/FP に特に必要なコンピテンシー」について、研究参加者が評価するための初期コンピテンシーリストを作成する。研究者が一般的方法論に準じた文献レビューを行い[58]、テーマに該当する文献からコンピテンシーを抽出し、第一の研究課題で明らかにした10のコンピテンシー[表2]と統合する[59]。

文献レビューのための検索ワードとして①Urban, ②Competence, ③Primary Care or General Physicians or Family Physicians の3つを主要なカテゴリーとしそれらに関連する用語を併記する形で、PubMed を用いて[①AND②AND③]について[Title/Abstract] , [MeSH Terms]に限定して文献検索を行う。また、先行研究である第一の研究課題の結果を踏まえ、個別のコンピテンシーとして②' Underserved, Integration of care, Cultural Competence の3つについて[①AND②' AND③]で検索した文献も追加した。②' の3つを選択した具体的な理由は、都市部の医療提供が不十分な人々 (the urban underserved) へのケアと、文化に配慮でき地域ニーズに応えられる (culturally effective community-responsive) が AAFP の都市型カリキュラムであるでも挙げられてい

る既知の主要なコンピテンシーであること、そして分断されたケアの統合 (Integration of care) は第一の研究で新たに得られた特徴的なコンピテンシーであるためである。

Inclusion criteria は、検索した論文の主な研究目的が都市部における GP/FP のコンピテンシーであること、英語論文であることとした。Exclusion criteria は、研究のセッティングが都市でない、プライマリ・ケアでない、研究対象が GP/FP/Nurse Practitioner でない、研究テーマが医学教育でない場合とした。さらに、英語論文でない、Full text が入手できない場合は除外した。検索式を [図 1.] に示す。

続いて、文献レビューで得たそれぞれの文献の本文からコンピテンシーに該当する記述を抜粋し、テーマ分析法を用いて質的に分析し [53, 59, 60]、コンピテンシーとして評価しやすい形に日本語で文章を整えたのち、それらを分類、統合し初期コンピテンシーリストを作成した。なおリスト作成については、主研究者が文献検索と文献の選別、リストの素案作成を行った。リストの分類、統合については研究者間で協議しながら作成した。

Literature Search - PubMed 検索用語 **①AND②AND③ / ①AND(②')AND③**

①urban ②competency ③Primary Care

(②')Underserved, Integration of care, Cultural Competence

[Title/Abstract]

① (“urban”[Title/ Abstract] OR “Inner-City”[T/A] OR “urban health”[T/A])

② (“competence”[T/A] OR “competency”[T/A] OR “competencies”[T/A] OR
 “Professional Competence”[T/A] OR “Clinical Competence”[T/A] OR “Curriculum”[T/A] OR
 “Competency-Based Education”[T/A] OR “Educational Measurement”[T/A])

③ (“General Practice”[T/A] OR “Family Practice”[T/A] OR “Primary Health Care”[T/A] OR
 “General Practitioner”[T/A] OR “Physicians, Family”[T/A] OR “Physicians, Primary Care”[T/A])

②’ (“underserved”[T/A] OR “integration of care”[T/A] OR “integrated care”[T/A] OR
 “Cultural competency”[T/A])

[MeSH Terms]

①(urban health[MeSH Terms] OR Cities[M] OR Urbanization[M] OR Urban Population[M]
 OR Urban Health Service[M])

②(Professional Competence[M] OR Clinical Competence[M] OR Curriculum[M] OR
 Competency-Based Education[M] OR Educational Measurement[M])

③(General Practice[M] OR Family Practice[M] OR Primary Health Care[M])

②’ (Medically Underserved Area[M] OR Vulnerable Populations[M] OR Cultural
 Competency[M] OR Delivery of Health Care, Integrated[M])

図 1. 文献レビュー検索式

4.3.3. 対象者の選定

デルファイ法における研究対象者（以下、パネリストと呼ぶ）のサンプリングについては、ばらつきを可能な限り排除する統計学的な手法よりもパネリストとしての質で判断すべきであるとされている[61]。パネリストの質に関する要素の一つとして、研究テーマに関連のある人物であり、かつ多様な属性と異なる意見を持つ異質性のある集団によって合意形成を行うことが重要であるとされている。具体的には、臨床研究においては、臨床家、特定領域の研究者、患者を「専門家パネリスト」と考えることが多い[61]。そのため、本研究では都市部で働く GP/FP、看護師、医学教育専門家、患者代表者の4つのグループからサンプリングを行う事とした。また、本研究におけるパネリストの質に関する他の要素として、特に都市部の GP/FP については、認定されたプライマリ・ケアの専門性、明確に定義された都市部に勤めていること、都市部での診療経験の豊富さについて重視した。その上で、診療地域や経験年数、男女比などに配慮することとした。

結果的に、パネリストとして39名、4グループのステイクホルダー（GP/FP 26名、看護師 5名、医学教育専門家 5名、患者代表者 3名）を目的サンプリング

グで集めた。各グループの参加者の実際のサンプリングの過程については以下の通りである。GP/FPについては2006年から日本プライマリ・ケア連合学会が認定を開始した家庭医療専門医とプライマリ・ケア認定医、指導医の3種類と定義した[11]。日本専門医機構の総合診療専門医の指導医は、研究調査時点でリストが入手できなかったため含まれていない。2019年4月15日時点で日本プライマリ・ケア連合学会のホームページからリストが入手可能であった527名の家庭医療専門医と2511名の指導医からパネリストを選んだ[62, 63]。なお、プライマリ・ケア認定医のリストは調査時点で入手できなかったため、対象から除外した。リストには、名前、勤務地域（都道府県）、勤務先の病院名が記載されていた。リストから、勤務地が都市部に該当する家庭医療専門医129名と指導医673名を選別し、さらに地域比率、男女比、卒後経験年数を考慮し、家庭医療専門医28名、指導医10名を選出した。連絡をとり最終的に家庭医療専門医17名、指導医9名（合計26名の都市部のGP/FP）の参加承諾を得た。なお、GP/FPのパネリストを選出に当たって前提となる都市部の定義は、第2章序文の「2.1.用語の定義」に詳しく記載している。特に本研究（第2の研究）では、「大都市圏」の「中心市」であること（周辺市町村は除外）、その上でさらに勤務地

が人口集中地区の定義である「人口密度 4,000 人/km²以上の市区町村であること」を条件とし、平成 27 年の国勢調査における人口等基本集計結果において確認し、選出した[4, 5]。

医学教育専門家については、日本医学教育学会による認定医学教育専門家のリストに載っている 135 名（2019 年 4 月時点）[64]から、プライマリ・ケア領域の医学教育に詳しいと考えられた 5 名を選出した。看護師については、都市部の家庭医の診療所／病院に勤める者 2 名と、都市部の訪問看護ステーションを運営する看護師 1 名、都市部の診療所／病院での勤務経験があり現在は看護学の大学院生である 2 名を研究参加者の医師からの紹介と研究者により選定し協力を依頼した。患者代表者については、それぞれ異なる患者側の立場から社会活動を行う NPO, 一般社団法人などの代表者 3 名を研究者により選定し協力を依頼した。

パネリストのプロフィールについて[表 3.] に示す。

表 3. パネリストの特徴

分類	準分類	GP/FP	看護師	患者代表者	医学教育 専門家
人数		26	5	3	5
性別	男	20	0	2	3
	女	6	4	1	2
平均年齢		42.3	40.6	47.3	45.4
(最小値-最大値)		(32-62)	(30-49)	(40-53)	(36-57)
卒後平均年数		17.4	17.8	23.3	20.6
(最小値-最大値)		(9-36)	(8-31)	(18-27)	(13-32)
臨床セッティング	診療所	20	2	0	0
	一般病院	4	0	0	2
	大学病院・大学	2	1	0	3
	その他	0	1	3	0
大都市圏	札幌	3	0	0	0
	関東	15	4	2	1
	中京	2	0	0	0
	近畿	4	0	1	1
	広島	1	0	0	0
	北九州・福岡	1	0	0	0
	熊本	1	0	0	0
大都市圏以外	その他	-	-	-	3

4.3.4. データ収集

選出した各参加者に対して、ウェブ調査票を用いて、コンピテンシーリストの評価を依頼する。ウェブ調査票は、医学系論文においても用いられているSurveyMonkey®を使用する。研究者らが編集したコンピテンシーリストに対して、5段階のリッカートスケールで「都市部の総合診療医・家庭医に特に必要である」と合意できる程度についての評価を依頼する。「5」がまったく同意できる、「3」がどちらでもない、「1」がまったく同意できない、とする。また、各リストの定義・説明の記述に対する修正意見を自由記述式で記載するように依頼する[付録 7.]。また、文献レビューから得られるコンピテンシーを補うために、第1ラウンドについては、初期コンピテンシーリストに書かれていないが重要だと考える新たなコンピテンシーリストをパネリストが各5つまで自由記述欄で提案できるようにする。第2ラウンド以降は新たなコンピテンシーリストの提案依頼は行わないこととする。

なお、調査の全過程において、研究者のみが研究参加者を把握しており、各参加者の回答を閲覧可能である。参加者同士は、他の参加者名や回答内容はわからない仕様となっている。参加者は、自身の回答結果と1ラウンドごとに研

究者により送られてくる結果のサマリーを閲覧し、他の参加者から独立した状態で次のラウンドでの回答を行うことができる。

4.3.5. データ分析

回収した回答は、ラウンドごとにまず回答者名と回答を切り離しデータの匿名化を行い、その上で研究者らにより主に2段階の分析を行った。第一に、リッカートスケールによる合意の程度の評価に関する平均値、標準偏差の量的データを元に、リストの除外やランク付けを行う。リスト採用の評価基準として、絶対的な基準はないとされているが、医学教育学領域におけるデルファイ法を用いた先行研究を参考にして、今回は各コンピテンシーリストのリッカートスケールの平均値3.5以下のもの、標準偏差 >1 のものを除外することとする[65]。第二に、各コンピテンシーリストへの修正意見や新規リストの提案に関する質的データについて、テーマ分析法を用いて質的に分析し、リストの修正、統合を行いコンピテンシーリストの改訂案を作成する[53, 59, 60]。ここまですらラウンドと呼ぶ。なお、1ラウンドごとに行った質的分析の結果については、共同研究者とも確認し信頼性を担保している。また、修正デルファイ法における除外基準の設定と質的分析の方針については、共同研究者MKの助言を得た。

1 ラウンドごとに分析結果の要約[付録 9, 10, 11.]とリストの改訂案を研究参加者（パネリスト）に提示するとともに、次のラウンドにて同様の方法で新しいリストの評価を依頼した。研究者とパネリストによる相互的なリスト修正の過程を繰り返し、作成したコンピテンシーリストについて除外項目が現れず、パネリスト間の合意に達したと考えられた時点で調査を終了する。

4.3.6. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部 倫理委員会による承認を得ている（登録番号 2018004NI）。

研究参加者へ生じうる負担として、研究参加によるウェブ調査票への回答のための時間的拘束が考えられるが、1 ラウンドの回答時間 15 分～30 分を 2～4 ラウンド程度で、最長 120 分程度である。ウェブ調査票への回答であり、他者との接触の必要はなく、回答期限内においては、参加者の自由なタイミングで回答可能であることで時間的拘束へと対応している。また、研究参加に関しては、途中棄権も可能であり、それによって不利益を被ることのないことを保証している。研究者らにより入手された個人情報とは、指定した保管場所(医学教育国際

研究センター医学教育学部 門 2F 209 研究室)にて厳重に管理され、全てのウェ

ブ調査への回答終了後に同場所において連結可能匿名化 が行われる。

4.4. 結果

4.4.1 文献レビューによる初期リスト作成

文献レビューにより得られた 629 の文献を精査し、都市部の GP/FP のコンピテンシーについての記述のある 53 の文献を得た [図 2.]。テーマ分析法を用いて、各文献ごとにコンピテンシーを抽出し、整理した [付録 12.] [66-118]。さらにそれらをテーマごとに分類、統合し、34 項目の初期コンピテンシーリストを作成した [表 4.]。

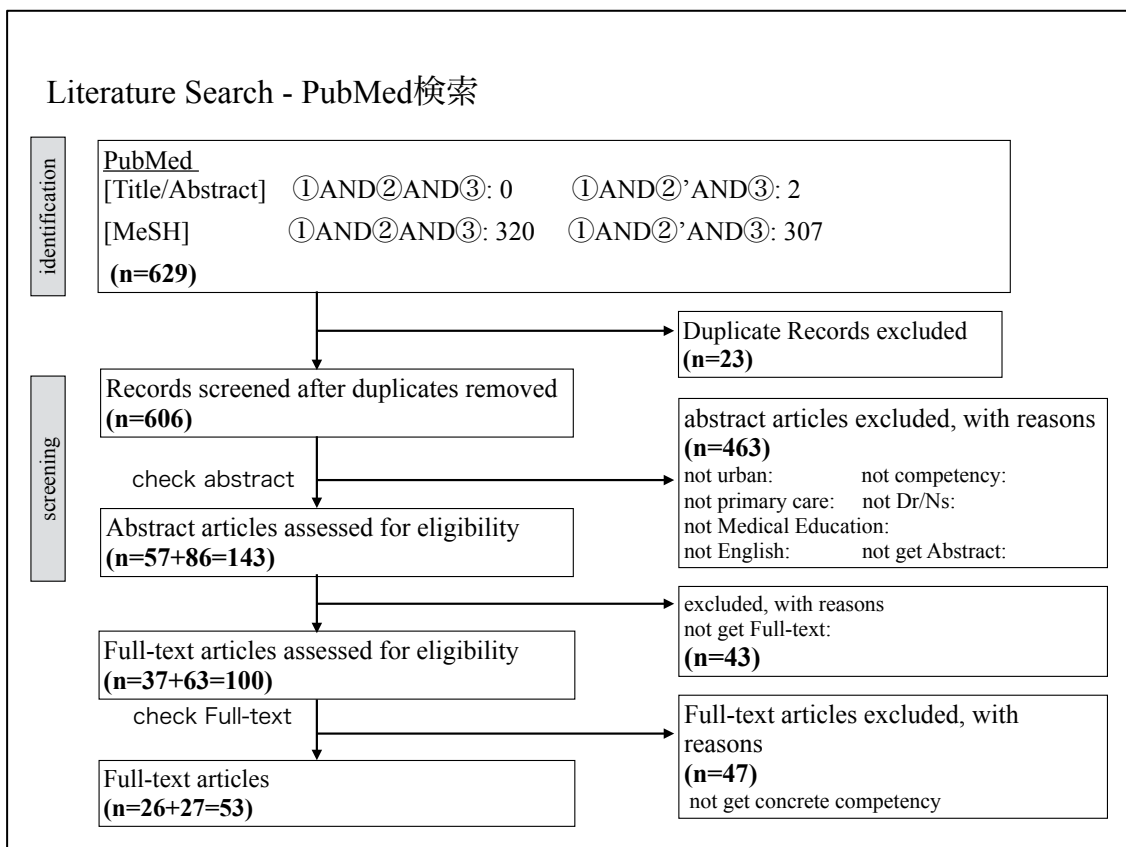


図 2. 文献レビュー結果

表 4. 初期コンピテンシーリスト

番号	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義
1.	文化的能力	多様な文化的背景に配慮したケアを提供できる
2.	文化的能力	都市の多様な職業・生活スタイルを理解することができる
3.	文化的能力	都市部の多種多様な価値観をもつ患者と適切な合意形成を行うことができる
4.	Urban underserved	Urban Underserved Communities (※都市部の医療ケアが十分に提供されていない集団) の社会的文脈について理解できる
5.	Urban underserved	Urban Underserved Communities に対して多職種連携による包括的、統合的ケアを提供できる
6.	Urban underserved	Urban Underserved に対して補完代替医療を統合した予防的ケアを提供することができる
7.	家族志向ケア	非同居家族と効果的なコミュニケーションをとることができる
8.	包括的ケア	患者のニーズと周辺の医療機関の状況に応じて柔軟に包括的ケアを提供することができる
9.	ケアの調整	患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断ができる
10.	統合的ケア	複数の専門科を受診によるケアの分断が起きている患者に対して、責任を持って統合的なマネジメントを行うことができる
11.	統合的ケア	複数の専門科受診の高齢者におけるケアの分断に対して、プライマリ・ケアによる統合的ケアが提供できる
12.	統合的ケア -メンタルヘルス	Patient-centered medical home に基づき、メンタルヘルスにおける多職種や地域ケア資源と連携し、統合ケアのチームを構築できる
13.	統合的ケア-小児	障害のある若年者に対する小児科からのケアの移行を適切に行うことができる
14.	統合的ケア-HIV	HIV 患者に対してプライマリ・ケアとメンタルヘルスの統合されたケアを提供できる
15.	ケアの調整	患者のための地域の社会サービスとその提供者を把握することができる
16.	多職種連携	多種多様な医療介護福祉関係者と協働することができる
17.	地域志向ケア	都市に特徴的な地域課題を同定し、地域志向性アプローチを実践することができる

18.	地域志向ケア-救急	都市の救急医療の地域連携の課題に取り組むことができる
19.	生物医学的問題-産業保健	職業関連の健康問題の診断、治療を行うことができる
20.	生物医学的問題-感染症	結核を疑う患者に対して適切な初期対応を行うことができる
21.	生物医学的問題-感染症	保健所と協働して外来での結核治療を適切に行うことができる
22.	生物医学的問題-感染症	HIV 感染症に関連するリスク因子のスクリーニングを行うことができる
23.	生物医学的問題-感染症	HIV 患者の文化・価値観に配慮して相談に乗ることができる
24.	精神医学的問題-若年者	若年者の自殺リスクに対して適切な評価と対処を行うことができる
25.	精神医学的問題-小児	小児のメンタルヘルス（うつ、発達障害など）のスクリーニングを行うことができる
26.	精神医学的問題-小児	小児のメンタルヘルス（うつ、発達障害など）に関して多職種と効果的な連携を行うことができる
27.	精神医学的問題-高齢者	高齢者のメンタルヘルスの問題に関する適切な評価と精神科への紹介を行うことができる
28.	精神医学的問題-高齢者	文化的に多様な高齢者に対して心理療法的介入を行うことができる
29.	精神医学的問題, Cultural competence	人種的マイノリティ集団に対して適切なメンタルヘルスのケアが提供できる
30.	精神医学的問題, Cultural competence	難民の PTSD を含めた精神的問題に対して系統だった評価を行うことができる
31.	高齢者ケア-認知症	認知症の診断とマネジメントを適切に行うことができる
32.	高齢者ケア-認知症	認知症患者の生活の質を向上させることができる
33.	行動医学	肥満患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる
34.	生物医学的問題-外科	交通外傷の適切な診断と治療を行うことができる

4.4.2. 修正デルファイ法の結果

結果的に3ラウンドを行なった。パネリストは39名で開始し、第2ラウンドで38名、第3ラウンドで36名が回答した。都市部のGP/FPに必要なコンピテンシーリストについて、34項目の初期リストは第1ラウンドにおいて14項目に統合され、新規提案の6項目と合わせて、20項目となった。第2ラウンドで18項目のリストに統合された。第3ラウンドにおいて、18のリストはいずれも参加者の合意に達したと考えられたため、調査を終了した。都市部のGP/FPに必要なコンピテンシーとして妥当性の高い18のリストを得た。

以下に、各ラウンドごとの詳細を示す。

デルファイ法第1ラウンド

参加したパネリスト39名中、39名(100%)の回答を得られた。記述統計のデータとリスト編集結果を別に示す[付録13.]。都市部のGP/FPに必要なコンピテンシーリストに関する34項目の初期リスト[表4.]について、平均値3.5以下、標準偏差 >1 の2項目(項目30.の難民の精神医学的問題と項目34.の交通外傷)が除外された。残った32項目のリストについて、参加者からの計178件の意見

をテーマ分析法を用いて質的に分析し、既存のコンピテンシーの構造を参考にして、コンピテンシーリストを「コンピテンシー領域」、「コンピテンシーの定義」に加え、「コンピテンシーの説明」の3段階に整理した[12, 119]。「コンピテンシーの説明」を追加したことで、「定義」は簡潔に、「説明」では集められた意見を十分に反映した具体的な記述をすることを可能にした。結果的に、リストは14項目のリストへと統合された。項目1-3の cultural competence、4-6の Urban underserved care、10-14のケアの統合、15, 16のケアの調整、20-23の感染症、24-29のメンタルヘルス、31, 32の認知症が統合された。さらに、新規提案の6項目のリストを合わせて、20項目の修正版リストを作成した【付録14.】。

デルファイ法第2ラウンド

39名のパネリスト中、38名(97.4%)の回答を得られた。記述統計のデータとリスト編集結果を別に示す【付録15.】。第2ラウンドにおいて、20項目のリストがパネリストによって評価された。平均値3.5以下、標準偏差>1に該当する除外項目はなく、いずれも平均値4.0以上の高い合意が得られた。参加者か

らの各コンピテンシーに対する意見をテーマ分析法で質的に分析し、修正意見を踏まえて、項目 12, 17 のメンタルヘルス、15, 16 の緩和ケアを統合し、18 項目のリストを得た[付録 16.]。

また、参加者からの意見の分析過程で、コンピテンシー項目によっては都市部に必要であることには合意できるが、非都市部では不要で都市部に特異的なコンピテンシーであるかについては検討する必要があるという意見が散見された。そのため、第 3 ラウンドに向けて、これまで得られた「都市部で特に必要な能力である」という質問（質問 A、とする）に加えて、補助的なデータとして「都市部に特異的な能力」であるかという質問（質問 B、とする）を追加し、リストのさらなる重み付けと分類を試みた。

デルファイ法第 3 ラウンド

39 名のパネリスト中、36 名(92.3%)の回答を得られた。記述統計のデータとリスト編集結果を別に示す[付録 17.]。また、第 1 ラウンドから第 3 ラウンドに至るまでのリストの統合過程をまとめた[付録 18.]。第 3 ラウンドにおいて、パネリストにより 18 項目のリストの評価が行われ、全ての項目で平均値 4.0 以

上となり、標準偏差 >1 の除外項目も認められなかった。そのため、参加者の合意に達したと考え第3ラウンドで調査を終了した。最後に、参加者からの各コンピテンシーに対する意見を研究者2名がテーマ分析法を用いて質的に分析し、リストの表現を一部修正した。すでに合意に達したリストであるため、リストの統合や削除は行わなかった。なお、「都市部に特異的な能力であるか」(質問B)については、全てのリストで標準偏差 >1 の結果となり、参加者間で評価が分かれる結果となった。

結果的に、都市部のGP/FPに特に必要なコンピテンシーとして18項目のリストを得た[表5.]。

表 5. 最終コンピテンシーリスト（第 3 ラウンド終了後のコンピテンシーリスト）

R3-No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義	コンピテンシーの説明
R3-1.	文化的能力	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。	患者の多様な社会経済的状況（社会的地位、教育レベル、生活スタイル、職業、収入、保険など）や文化的背景（人種、宗教、思想、信条、風習など）を理解し、それらに伴う多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団（社会的孤立、引きこもり、貧困地域、低収入、無保険、ホームレス、人種／民族的マイノリティ、移民、LGBT、HIV/AIDS 患者、コマーシャルセックスワーカー、犯罪歴のある人など）に対して、多職種と連携し適切なケアを提供できる。
R3-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。	患者の病状に関する情報共有や重要な意思決定において、家族に対する多様な価値観や関係性（血縁家族にとらわれない、内縁関係や親しい知人を含む多様な家族観、多様な世帯構成や居住状況など）に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取ることで、患者本人にとって妥当な意思決定の支援と適切なケアを提供できる。
R3-4.	診療範囲の調整	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。	患者の多様なニーズと抱える生物・心理・社会的な問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴（細分化された専門性や治療方針の傾向、アクセスなど）も踏まえて、患者の全体像を把握しながら自身の提供するケアの範囲を柔軟に拡大、あるいは縮小する形で調整することができる。
R3-5.	専門医療機関とのケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。	細分化された専門性を持つ多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者の多様なニーズと置かれた状況（病状、基礎疾患、社会経済的状況、交通手段）などに応じて専門医療機関へ適切な紹介、連携を行うことができる。
R3-6.	分断された医療的ケアの統合	ケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持って医療的ケアの統合を行うことができる。	複数疾患を抱え、複数の専門科を受診することでケアの分断の弊害が起きている患者に対して、信頼関係を構築し、専門科医師や施設内外の多職種とも連携し、責任を持って受診先の整理と包括的なケアを提供することができる。

R3-7.	多職種とのケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。	多種多様な介護福祉サービス（介護事業所、介護施設、訪問看護事業所など）や地域社会資源（市民活動や趣味のグループなど）の特徴を把握し、多職種（ケアマネージャー、看護師、地域包括支援センター職員など）と協働しながら患者の状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。
R3-8.	地域志向ケア-ヘルスプロモーション	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と効果的に協働して取り組むことができる。	診療圏における地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、当事者や周囲の住民、多職種ら多種多様な関係者と効果的に協働して、健康問題に対して継続的に計画・実施・評価しながら取り組むことができる。 例えば、貧困地区や頻回の救急車利用地区や、高齢独居世帯、外国人居住者、夜勤労働者、ひとり親家庭などの特定集団が抱える健康問題などへ取り組むことができる。
R3-9.	地域志向ケア-救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。	それぞれの診療地域の救急医療に関して、関係者間（病院、診療所、救急隊など）で課題を共有し、プライマリ・ケアの現場レベルから連携をはかり、何らかの取り組みを実践できる。例えば、救急患者のたらい回し事例に関する議論、休日夜間の救急受診時における患者情報の継続性の担保の取り組み、救急受診を頻回に行う患者に対する対策などが挙げられる。
R3-10.	各論-産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について、自身が産業医として、あるいは産業医と協働しながら適切なケアを提供することができる。 例えば、有機溶剤、粉塵、騒音、振動といった化学・物理的健康障害だけでなく、メンタルヘルスや過重労働といった心理社会的健康障害、VDT 作業や作業姿勢などの人間工学的健康障害、あるいは海外勤務者の感染症対策といった生物的健康問題など、診療地域によって異なるニーズに柔軟に対応できる。
R3-11.	各論-感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。	結核やHIV感染症をはじめとした性感染症などの都市部に頻度の高い感染症を疑うべき症状やリスク因子を持つ患者を同定し、それらの疾患を鑑別診断として想起でき、必要な検査の実施、保健所や専門医療機関との連携・紹介などの適切な初期対応を行うことができる。

R3-12.	各論 -メンタル ヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題（特に小児、若年者の発達障害、不登校や高齢者のうつ、せん妄、あるいは多世代の飲酒、喫煙、薬物などの依存症など）に対して適切なプライマリ・ケアレベルの対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
R3-13.	各論 -認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。	認知症を疑う患者に対して、診断・薬物治療を専門医と適切に連携するとともに、生活の質を向上させるケアマネジメントを多職種（看護師、リハビリ職、ケアマネージャー、介護士など）と連携でき、必要に応じた行政手続き（介護保険主治医意見書や成年後見制度のための書類作成など）にも適切に協力することができる。
R3-14.	各論 -行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	生活習慣病の患者に対して、多様な生活様式を踏まえて行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
R3-15.	各論 -緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。	がん、あるいは非がん疾患の治療期から終末期の患者に対して、患者本人や家族、あるいは代理意思決定者の意思決定を継続的かつ適切に支援することができる。また、各関係者と連携・調整しながら、患者の希望や状況に応じた場（自宅、入所施設、病院、ホスピス他）で適切な緩和ケアを提供できる。
R3-16.	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に根ざした、適切な組織運営（患者の利便性の改善、提供する医療の質の改善、周辺医療機関との役割分担とネットワーク形成など）に取り組むことができる。
R3-17.	生涯学習	一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。	周辺の専門医療機関へのアクセスが良い状況では診療機会が少ない救急疾患、慢性疾患含む一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するために、意識的な学習を行うことができる。
R3-18.	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。	地域医療実習における診療の場を中心とした様々な学生、研修医教育の機会において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を学習者に提供することができる。例えば、都市部の診療所研修を通して、プライマリ・ケアが非都市部・過疎地域に限らず、都市部でも必要であることを学ぶ機会を提供できる。

4.5. 考察

本研究の目的は、都市部の GP/FP に特に必要なコンピテンシーに関する妥当性の高いリストを明らかにすることであった。既存の知見が不十分なテーマであったため、事前に十分な文献レビューによって 34 項目のコンピテンシーリストを作成し、さらに修正デルファイ法による合計 3 ラウンドの専門家パネリストと研究者らとの双方向性のやりとりでリストの洗練化を行うことで、一定の内容妥当性を保証した 18 項目のコンピテンシーリストを得ることができた。

4.5.1. コンピテンシーリストの検討

4.5.1.1. 第 1 の研究と第 2 の研究リストの比較

第 1 の研究によるコンピテンシーリストはその生成過程である対象者や方法の面で内容妥当性に限界があったが、第 2 の研究ではその問題に対して、修正デルファイ法を採用し、臨床実践や教育に応用できるリストの生成を行った。研究方法の検討は、「方法」に述べたが、得られたコンピテンシーリストの内容がどのように変化したのかについて、第 1 の研究と第 2 の研究で得られたそれぞれ 10 項目、18 項目のコンピテンシーリストの内容を比較した[付録 19.]。

第1研究のコンピテンシーは全て第2研究のコンピテンシーに含まれており、第2の研究において、新たに地域志向ケア（R3-8.）、組織運営（R3-16.）、生涯学習（R3-17.）、教育（R3-18.）、そして6つの各論（R3-10.～15.）の10項目が追加されている。そして、各コンピテンシーは第1の研究と比べて、第2の研究ではコンピテンシー領域、定義、説明の3段階に階層化され、より詳細かつ具体的な記述となっており、臨床や教育実践に実装しやすいコンピテンシーに発展している。

4.5.1.2. 初期リストと最終リストの比較

続いて、第1の研究で得られた10項目のコンピテンシーと既存の文献レビューの結果を合わせた初期コンピテンシーリスト[表4.]と、本研究により得た最終コンピテンシーリスト[表5.]を比較した[付録20.]。初期リスト作成において、第1の研究における知見を踏まえ、個別のコンピテンシーとして“Underserved, Integration of care, Cultural Competence”の3項目を文献レビューのキーワードに追加したが、それぞれ最終リストにおいて「社会的不利にある人々へのケア」（R3-2.）、「ケアの統合」（R3-6）、「文化的能力」（R3-1.）

として採用されており、都市部の GP/FP のコンピテンシーとして妥当であると評価されたと考えられる。また、文献レビューにおいて多く上がった感染症 (R1-20. ~23.)、メンタルヘルス (R1-24. ~29.)、認知症 (R1-31. ~32.) のコンピテンシーについても、それぞれを1項目ずつに統合された上で、最終リストに残った (R3-11, 12, 13.)。いずれも都市部において GP/FP が診療する頻度の高い領域のコンピテンシーである。一方で、難民のメンタルヘルス (R1-30.) と交通外傷のケア (R1-34.) はパネリストによる低評価により削除項目となったが、日本の状況では難民のケアはその絶対数の少なさから、交通外傷については周辺に整形外科の病院、診療所が数多くあることから診療機会が限定的であるためと考えられる [67, 83]。また、パネリストの意見を元に新たに追加されたコンピテンシーとして、緩和ケア (R3-15)、組織運営 (R2-16)、生涯学習 (R2-17)、教育 (R2-18) がある。緩和ケアのコンピテンシーが追加された背景には、日本の都市部における高齢者の絶対数・死亡数の増加や、それに伴う在宅医療の推進により、GP/FP が緩和ケアの担い手となっていることがあると考えられる [25, 26, 120]。日本に限らず、高齢化する都市においては重要なコンピテンシーであると言える。また、「都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会」

の提供という教育のコンピテンシーからは、将来のキャリアを問わず多くの学生・研修医に都市部のプライマリ・ケアを伝えることが都市部の GP/FP として重要な役割である、というパネリストらの考えを反映していると言える。文献レビューは英文論文が中心であるという限界に対して、パネリストからの新規コンピテンシーの提案を加えることで、日本の都市部の状況を反映したコンピテンシーリストを作成することができたと考えられる。また、計 3 回のデルファイ法ラウンドを通して得られたパネリストからの豊富な意見を反映することで、第 1 の研究に文献レビューを加えた初期コンピテンシーよりも幅広く、かつ詳細に記述された都市部の GP/FP に特に必要なコンピテンシーの最終リストを得ることができた。

4.5.1.3 最終リストと日本のコンピテンシーとの比較

都市部、非都市部に関わらず全ての日本の GP/FP に共通のコンピテンシーの一つとして、日本プライマリ・ケア連合学会の「新制度で認定する家庭医療専門医のコンピテンシー」（以下、「新・家庭医」）がある。「新・家庭医」には、7 つのコンピテンシー領域に分類された 35 項目のコンピテンシーが記述されてい

る[121]。本研究で得られた都市部の GP/FP のコンピテンシーに関する 18 項目の「最終リスト」と「新・家庭医」のコンピテンシーの記述について比較検討を行った。作成した各コンピテンシーの対応表を示す[付録 21.]。

まずコンピテンシー領域においては、「新・家庭医」のコンピテンシーの 7 つの領域のうち 6 つの領域に 1 つ以上の「最終リスト」のコンピテンシーが該当した。この結果は、本研究で得られた都市部の GP/FP のコンピテンシーの「最終リスト」が幅広く包括的なコンピテンシーリストであることを示している。さらに「コンピテンシーの定義」や「コンピテンシーの説明」のレベルにおける両者の記述を比較すると、「最終リスト」における都市部に特徴的な記述が明らかとなっている。それらについて、詳細を以下に述べる。

まず、コンピテンシー領域である「4. 連携重視のマネジメント」のコンピテンシーの定義・説明を比較したところ、他の医療機関や介護サービス事業者との連携することの重要性の記述は共通しているが、都市部のコンピテンシーでは「専門性が細分化された医療機関」が「多種多様」にあること (R3-5.)、介護福祉サービスや多職種メンバーが「多種多様」に存在する (R3-7.) 状況で患者のニーズや状況を考慮しながら連携を行わなければならないという点が異なっ

ている。つまり、都市部においては、効果的な連携を行うためにはより複雑で難易度の高い連携の能力が求められている。また、「1. 包括的統合的アプローチ」のコンピテンシーにおいては、複数の健康問題や多疾患並存の患者のケアを強調する点では同じだが、都市部においては周辺の専門医療機関が多く存在することにより、GP/FP は診療範囲を時に「縮小する形で調整」しながら患者の「全体像を把握」し情報の継続性を保つことに努め（R3-4.）、一方で「ケアの分断の弊害」が起きつつある患者に対しては、責任を持って診療範囲を拡大し「医療的ケアの統合」を行う（R3-6.）点が特徴的である。いずれも、都市部における多種多様な医療・介護・福祉のケア資源の存在という特徴に対応したコンピテンシーと言える。

さらに、文化的能力(R3-1.)については、「新・家庭医」では「1. 包括的統合的アプローチ」の一つに含まれるが、「性・年齢などに応じた多様性」との記載にとどまっているのに対して、都市部のコンピテンシーでは「患者の多様な社会経済的状況（社会的地位、教育レベル、生活スタイル、職業、収入、保険など）や文化的背景（人種、宗教、思想、信条、風習など）」という、より幅広い多様性に配慮すべきであると具体的に言及している点が異なっており、より発

展的なコンピテンシーとなっている。文化的能力は、近年の医学教育において重要とされているコンピテンシーの一つであり、都市における GP/FP のコンピテンシーとして既知のものである [84, 86, 104, 106, 114, 123]。また、「5. 地域志向アプローチ」においては、コミュニティの健康問題を同定し、関係者と協働して問題解決に取り組むこと、特に健康の社会的決定要因を考慮して、社会的に脆弱な集団のアドボカシー活動を行うことを求める記述は共通しているが、都市部のコンピテンシーでは外国人居住者、夜勤労働者、ホームレス、引きこもりなど、より具体的で都市部に特徴的な集団や健康問題（R3-2.）を地域志向ケアの対象として列挙している点が特徴的である。これらは “the Urban underserved care” と呼ばれ、既知の主要な都市部の GP/FP の既知のコンピテンシーとして知られている [23, 39-41, 69, 71, 72, 102, 112, 116-118, 124]。「3. 患者中心の医療・ケア」の家族志向ケアにおいても、都市部のコンピテンシーは「家族に対する多様な価値観や関係性（血縁家族にとらわれない、内縁関係や親しい知人を含む多様な家族観、多様な世帯構成や居住状況など）に配慮」（R3-3.）できるような、より多様性を意識した発展的な記述になっている。

最後に、「6. 公共に資する職業規範」においては、教育（R3-18.）、生涯学習

(R3-19.) が該当する。都市部にコンピテンシーにおける教育のコンピテンシーでは、「医学生・研修医に対してプライマリ・ケアが非都市部だけでなく、都市部においても必要である」ことを伝えるという記述が特徴的である。これは、プライマリ・ケアの提供の必要性が非都市部、特に医療過疎地域においては必要と認識されている一方で、都市部においては未だ十分にその必要性を研修医らに認識されていないことを反映していると考えられる。

ここまでの既存の GP/FP のコンピテンシーとの比較から、「最終リスト」で得られた都市部の GP/FP のコンピテンシーリストは、一般的な GP/FP のコンピテンシーである「新・家庭医」と同様に幅広いコンピテンシー領域を持つリストである。さらに、都市部の GP/FP のコンピテンシーの定義、説明における記述を比較すると、それぞれ都市部に住む人々を取り巻くコンテクストを反映した特徴のある発展的なコンピテンシーとなっていた。

4.5.1.4. 最終リストと AAFP のコンピテンシーとの比較

次に、他国の都市部の GP/FP のコンピテンシーとの比較を行った。都市部の GP/FP のコンピテンシーを包括的に示した論文は限られている。アメリカの家庭

医療の学術団体である American Academy of Family Physicians (以下、AAFP) がそのホームページで“Urban/Inner-City training program in family medicine” (以下、AAFP 都市プログラム) と題して掲示した、都市部の家庭医プログラム認定のための研修目標リストを示したものが最も包括的な資料であると考えられる[31]。ただし、これらには詳細なコンピテンシーの記述は含まれず、総論的な学習目標の記述に止まっているという限界もある。他に Montefiore Medical Center の Social Medicine の研修プログラム[91]や Johns Hopkins Hospital の urban health residency program[124]など、アメリカにおいていくつかの都市部の家庭医研修プログラムの報告がなされているが、いずれもこの AAFP 都市プログラムの研修目標に準拠した形でコンピテンシーが設定されているため、AAFP 都市プログラムの研修目標を本研究結果と比較することとした。研究者が作成した AAFP 都市プログラムとの各コンピテンシーの対応表を示す[付録 22.]。

両者に共通するコンピテンシーとして、“the urban underserved”つまり都市部における社会的不利にある人々のケア (R3-2.)、そして文化的能力 (R3-1.)、地域志向ケア (R3-8.)、救急医療 (R3-9.)、産業保健 (R3-10)、各論としての

感染症 (R3-11.)、メンタルヘルス (R3-12.) が該当した。また、AAFP 都市プログラムには記載されているが、本研究の「都市部のコンピテンシー」に含まれない項目は” adolescent medicine” (思春期医学) であった。

基本的に AAFP 都市プログラムの求めるコンピテンシーは、都市部に集まる文化的に多様で、社会経済的状況において脆弱な集団 (ホームレス、HIV/AIDS、メンタルヘルス、薬物依存など) について理解し、社会的養護の視点から医療ケアや予防的介入ができる、都市におけるケアの公平性に寄与するプライマリ・ケアの専門家を想定している [74]。これらの特徴は、アメリカにおける人種、民族、宗教をはじめとする文化的多様性と社会経済的格差の問題を背景としていると考えられるが、日本においても近年、外国人労働者の増加や格差の増大が起きており「最終リスト」のコンピテンシーにも含まれたものと考えられる [125, 126]。

一方で、本研究における「都市部のコンピテンシー」に含まれるが、AAFP 都市プログラムには記述されていない項目が複数存在した。まず、一般的な診療能力に関しては、認知症患者のケア (R3-13.) と緩和ケア (R3-15.) が本研究結果だけに見られた。これは、日本の都市部における高齢者数の増加にともなう

ニーズの高まりを反映していると考えられる。これらの項目は都市部に限らないコンピテンシーではあるが、今後、都市部の高齢化が進む国においては重視すべきコンピテンシーと言えるだろう。次に、「専門医療機関とのケアの調整」(R3-5.)、「多職種とのケアの調整」(R3-7.)、「診療範囲の調整」(R3-4.)、そして「分断された医療的ケアの統合」(R3-6.)についても AAFP 都市部プログラムには記述が見られなかった。これらは、都市部における多種多様な医療・介護・福祉のケア資源に対して多職種や他施設との連携やケアの調整や統合をはかれる能力、とまとめることができ、本研究で新たに明らかにした都市部の主要なコンピテンシーであると言える。その背景として、日米両国とも都市における医療機関の専門分化は共通する特徴と言えるが、現時点では医療保険制度によるアクセスの容易さの違いによる影響が現れているのかもしれない[127]。しかし、特に今後、都市の高齢化、人口減少が進むに連れてアメリカをはじめ他国においても必要な能力となってくると考えられる。

4.5.1.5. まとめ

本研究から 18 項目の都市部の GP/FP のコンピテンシーリストを明らかにした。

得られたコンピテンシーリストは、GP/FP として必要な幅広いコンピテンシー領域を含んでおり、コンピテンシーの定義、説明において、都市部の特徴を示した発展的なものであることを示した。特に、既知のコンピテンシーである文化的能力や都市部における社会的不利にある人々のケアに加えて、都市部におけるケアの連携、調整、統合の能力が重要であることを新たに明らかにした。患者の背景を理解し、患者中心の医療を実践することを主要な原理とするプライマリ・ケアを専門とする GP/FP にとっては、これらの都市部において求められるコンピテンシーの詳細な記述の違いを認識することは、プライマリ・ケアの実践を行う上で有用な知見となる [8, 36]。

4.5.2. 本研究の限界

本研究における、いくつかの方法論的な限界を示す。

1) パネリストの数（量）について

デルファイ法におけるパネリストの人数については、本研究は39名と比較的少ない人数かもしれない。実際には、デルファイ法において基本的に人数の基準はなく様々であり[48, 56]、少なくとも20名以上を推奨する記述もある[128]。人数についてはパネリストの数を増やすほど脱落率が高まるため、両者のバランスにも配慮すべきである。近年の医学教育研究では38名で行った文献があり、本研究の人数の参考にした[129]。本研究では、39名のパネリストが参加し、第2ラウンドで38名(97.4%)、第3ラウンドで36名(92.3%)と高い回答率を得ている点は評価できる。今後はより多くの数のステイクホルダーによるリストの妥当性の評価が望ましい。

2) パネリストの質について

デルファイ法においてパネリストの質は重要な問題であり、テーマに関係する集団であるとともに、多様な意見を反映させるために一定の異質性を持つ集団であることが重要である[61]。本研究の限界としては、パネリストとして看

護師、患者代表者をメンバーには加えたが、医療における重要なステイクホルダーである患者代表者は3名と少ない一方で、都市部のGP/FPの割合が大きく(26名、66.7%)、彼らの意見が大きく反映されている可能性があげられる。また、GP/FPではない他科専門医、あるいは薬剤師やリハビリ療法士、社会福祉士や介護福祉士らはパネリストとして選択しておらず、彼らの意見は反映されていない。しかし、本研究のテーマである都市部のGP/FPのコンピテンシーについては、未だ既存の文献からは断片的な知見しか明らかになっておらず、現場の都市部のGP/FPの間でもそのコンピテンシーについては十分に明示、共有されていないため、まずは複数のステイクホルダーを交えながらも都市部のGP/FPをパネリストの中心メンバーに置きコンピテンシーリストを生成することが重要であると考えた。ただし、大都市圏が中心の研究対象者である点は限界がある。

また、本研究の都市部のGP/FPのパネリストは、十分に臨床経験があり、専門性を認定され、かつ地域や男女比についてもバランスよく集められており、日本の都市部においては十分に代表的な集団である。しかし、全てのパネリストは日本の医療機関や法人で働く日本人であるため、他のアジア諸国や欧米諸

国への転用可能性には限界があり、さらなる検討が必要である。

さらに、ある一定の時期における特定のパネリストを選出して合意形成を行うというデルファイ法の方法論は、得られたコンピテンシーリストはその時点でのパネリストのおかれた時事的な状況や医療専門職らの変容しうる共通の関心に影響されるという限界がある。例えば、都市部における災害や感染症アウトブレイクなどの状況が出現すればそれらがコンピテンシーの候補に挙げられる可能性があり、合意形成によるデルファイ法の方法としての限界がある。

4.5.3. 本研究の意義

上記の限界はあるものの、本研究によって都市部の GP/FP に必要なコンピテンシーに関する妥当性の高いリストを明らかにすることができた。具体的には、都市に住む患者の多様な文化的、社会経済的背景を考慮した患者中心のケアを実践できるという既知のコンピテンシーに加え、都市部において高度に分業が進んだ各種のヘルスケアサービスとの調整と統合ができること、都市部に特徴的な健康課題とその社会的要因に対して関係者と協働し働きかけることができること、そして都市部におけるプライマリ・ケアの重要性を医学生・研修医に教育できること、といった都市部の GP/FP のコンピテンシーとして新たな視点

を明らかにすることができた。これまで都市部の GP/FP に必要なコンピテンシーに関する知見は限定的であり、部分的なものや提言にとどまっていたため、本研究は都市部における GP/FP のコンピテンシー研究に有用な知見を提供できたと考える。また、日本における都市部の GP/FP の実践、教育カリキュラムの設計だけでなく、今後、都市化の進む他国における GP/FP の臨床実践と教育にとっても有用な示唆を与えたと考えられる。

4.5.4. 今後の研究課題

日本の都市部の GP/FP を主な対象として、複数のステイクホルダーの意見を集め、都市部の GP/FP に特に必要なコンピテンシーのリストを得た。今後の研究課題として、今回少数であった都市部の患者の意見を中心にした調査や今回パネリストに含まれなかった多職種を対象にこのコンピテンシーの妥当性について検討する必要がある。また、より多くの人数のステイクホルダーへのウェブアンケート調査を行うことで、今回作成したリストの妥当性の評価をさらに行うことが望ましい。また、都市化が進行し人口減少と都市の高齢化が進む日本の大都市を中心としたデータであり、他国における転用については、それぞ

れの国で検討が必要である。その際には、本研究にて得られたリストを元にして、同様の修正デルファイ法を用いることで調査可能であり、得られた多国間でのコンピテンシーの共通点や違いを考察することも可能である。

第 5 章. 総合考察

5.1. 本研究全体の結果と考察

5.1.1. 導入

世界的な都市化と都市人口の増加は、近年でもっとも重要な変化の一つである[1, 2]。都市部における健康問題を明らかにし、都市部に暮らす人々の健康を支えるために適切な医療サービスを提供することは重要なテーマであり[1, 17]、社会疫学領域を中心に様々な知見の蓄積と実践が行われているが[1, 18]、都市部の医療を担う専門家の養成は医学教育学において取り組むべき課題の一つである。本論文では、コンピテンシー基盤型教育の概念枠組みに基づき[12]、特に未だ十分に明らかになっていない、都市部のプライマリ・ケアを担う専門家の一つとしての GP/FP を養成するためのコンピテンシーを明らかにすることを研究課題とした。総合考察では、第一の研究と第二の研究についてまとめ、都市部の GP/FP のコンピテンシーについての中心的な概念について考察する。その上で、本論文全体を通しての社会的意義と研究の限界、そして今後の課題について述べる。

5.1.2. 第一の研究のまとめ

はじめに、第一の研究では、非都市部を比較対象として、都市部の GP/FP に求められるコンピテンシーを明らかにするための探索的研究を行った。都市部と非都市部両方での診療経験のある家庭医専門医 10 名を対象に、半構造化面接法を用いて集めた個別インタビューのデータを質的に分析した。結果として、都市部／非都市部ともにプライマリ・ケアの専門家としての基本的なコンピテンシーは共通しているが、都市部／非都市部それぞれに特徴的なコンピテンシーとそれらに影響を与える特徴的なコンテキストが存在することを示した。そしてそれらの都市部の患者・コミュニティの特徴的なコンテキストを理解し、患者中心のケアを提供できること、すなわち都市部における” Contextual care” の実践ができることが都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心的概念であると考えられた[15, 16, 36]。具体的なコンピテンシーとして、文化的能力や都市部の社会的不利にある集団のケア、分断されたケアの統合などの 10 項目を列挙した[表 2.]。しかし、方法論的な問題から、教育実践に応用していく上ではこれらのコンピテンシーリストは内容妥当性に限界があった。

5.1.3. 第二の研究のまとめ

第一の研究を踏まえ、今後増加する都市部の医療ニーズに対応できる都市部の GP/FP の臨床実践における行動目標となり、新たな都市部の GP/FP の養成のための教育カリキュラムの設計に有用な、内容妥当性の高いコンピテンシーを開発することを第二の研究課題とした。修正デルファイ法を採用し、研究対象者は第一の研究より数が多く属性が異なる集団となるよう、医師、看護師、患者、医学教育専門家の4グループ、合計39名のパネリストを集めた。文献レビューから作成した初期コンピテンシーリスト34項目に対して、合意の程度に関する量的データと修正意見の質的データを分析し、リストの再編集を繰り返した。最終的に3ラウンドで参加者間での合意に達し、一定の内容妥当性を保証した18項目のコンピテンシーリストを得た[表5.]。それらのコンピテンシーは都市部の特徴を記述した、発展的なコンピテンシーであり、既知のコンピテンシーである文化的能力や都市部における社会的不利にある人々のケアに加えて、都市部におけるケアの連携、調整、統合の能力が重要であることを新たに明らかにした。

5.1.4. 都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心的概念の検討

これまで、都市部の GP/FP のコンピテンシーについて2つの連続する研究によって検討してきた。第1の研究では、都市部の特徴的なコンテキストを理解し、そこで生じている健康問題について適切に対応できることが都市部の GP/FP の中心的概念であることを示した。第2の研究では、包括的で詳細な18項目のリストを得た。最後に、18項目のコンピテンシーリストを都市のコンテキストに注目して分類することで、都市部のプライマリ・ケアにおけるコンテキストとコンピテンシーを構成する中心的概念について検討した。

18項目のうち、一般的な健康問題に対応する診療能力（R3-11, 12, 13, 14, 15）と教育・生涯学習（R3-17, 18）を除く11項目において、大きく2つのコンテキストとコンピテンシーの組み合わせに分類できる[表 6.]。第一に、R3-1, 2, 3, 8, 10 の5項目に共通するコンテキストは、都市部における社会・経済・文化的な多様性を持つ個人、家族、あるいは集団の存在であり、それら多様性とコミュニティの特徴に配慮したケアを提供できることが都市部の GP/FP の主要なコンピテンシーの一つであると言える[31]。第二に、R3-4, 5, 6, 7, 9, 16 の6項目に共通するコンテキストは、都市部における多種多様な医療・介護・

福祉のケア資源の存在であり [122]、そのコンテキストに対応する形で多職種や他施設との連携やケアの調整や統合を行うことが都市部の GP/FP の主要なコンピテンシーの一つである。これらの 2 つの中心的なコンテキストとコンピテンシーについてさらに文献的考察を加えることで、都市部の GP/FP のコンピテンシーに関する研究と実践における位置付けを示し、今後、取り組むべき課題に関する議論へとつなげていく。

表 6. 都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心的概念の検討

共通する コンテキスト	R3-No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義
都市部における社会・経済・文化的な多様性を持つ個人、家族、あるいは集団	R3-1.	文化的能力	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
	R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。
	R3-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。
	R3-8.	地域志向ケア -ヘルスプロモーション	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と効果的に協働して取り組むことができる。
	R3-10.	各論 -産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。
都市部における多種多様な医療・介護・福祉のケア資源	R3-4.	診療範囲の調整	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。
	R3-5.	専門医療機関とのケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。
	R3-6.	分断された医療的ケアの統合	ケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持って医療的ケアの統合を行うことができる。

	R3-7.	多職種とのケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。
	R3-9.	地域志向ケア -救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。
	R3-16.	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。
(一般的な健康 問題に対応する 診療能力)	R3-11.	各論 -感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。
	R3-12.	各論 -メンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
	R3-13.	各論 -認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。
	R3-14.	各論 -行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
	R3-15.	各論 -緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。
(教育・ 生涯学習)	R3-17.	生涯学習	一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。
	R3-18.	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。

1) 多様な個人、あるいは集団の特徴に配慮したケアを提供できる

都市部のプライマリ・ケアを提供する GP/FP のコンピテンシーの主要な特徴の一つは、都市部における社会・経済・文化的な多様性を持つ個人、あるいは集団（コンテクスト）に対して、それらの特徴に配慮したケアを提供できること（コンピテンシー）である。都市社会学において、都市とは、単に人口密集地域であるだけでなく、人口の増加に伴い個々の集団の文化的多様性が高まり、職業の専門化と分業という都市化が起きる社会空間であると説明できる[6, 7]。つまり都市には、あるいは都市化が進むほど、人種、宗教、思想などにとどまらず、性の多様性、趣味嗜好や人生観、家族観といった価値観を含む文化的多様性を持ち、また、社会的地位、教育レベル、生活スタイル、職業、収入、保険などの社会経済的状況の様々に異なる集団が生じる傾向がある[1, 6, 7]。つまり、「社会・経済・文化的な多様性を持つ個人、あるいは集団」は都市という社会空間の特徴を反映したコンテクストであると言える。このような都市部の多様な住民は、その属する集団ごとの医療ニーズや医療へのアクセスも様々に異なるが、都市部の GP/FP が特に配慮すべき集団として、人種や民族、文化、言語における少数派であるがゆえに医療へのアクセスが制限されやすい集団と、

社会経済的な理由で医療アクセスが制限されやすい集団の2つが挙げられる [74, 130]。前者に対するコンピテンシーは、”cultural competence” と呼ばれ、文化的多様性について理解し、適切なケアを提供する臨床実践能力であり、文化的差異による不平等を是正し全ての人々に質の高いケアを提供するためのヘルスケア戦略として医学教育における重要なコンピテンシーとして知られている [129]。また、近年は、社会経済状況と健康アウトカムの関連を示す研究として、「健康の社会的決定要因 (Social determinants of health: 以下、SDH)」に代表されるような多くの知見が蓄積されており、SDH 教育についての関心も高まっている [19, 126]。後者のコンピテンシーとして、都市における多様な社会経済状況の中でも、ホームレスや無保険、貧困地域、移民、性的マイノリティといった特に医療へのアクセスが困難な、社会的に脆弱な集団 (the urban underserved communities) に適切なケアを提供できることが、都市の GP/FP の既知のコンピテンシーとして知られている [31]。さらに、このような都市の脆弱な集団に対して個別のケアにとどまらず、当事者である住民を巻き込んだヘルスプロモーション活動や社会擁護的活動の実践までをコンピテンシーとして設定している教育プログラムもある [72]。

2) 多種多様なケア資源との連携、ケアの調整と統合

都市部のプライマリ・ケアを提供する GP/FP のコンピテンシーのもう一つの主要な特徴は、都市部における多種多様な医療・介護・福祉のケア資源（コンテキスト）に対して、多職種や他施設との連携やケアの調整や統合をはかれること（コンピテンシー）である。都市化に伴い、職業の専門化と分業とが起きるとされるが[6]、それはヘルスケアサービスの提供においても同様である。つまり、都市部には高度に専門化・分業化した多種多様な医療・介護・福祉サービスが存在している。高度に専門化した医療を提供する医療機関が複数存在することや様々な特徴を持った介護・福祉サービスが多数存在することは、都市部に住む人々にとってケア資源を選択できるという長所がある一方で、ヘルスケアサービスの質のばらつきやサービス提供者間での連携の複雑化・関係構築の困難さに伴うサービスの断片化、ヘルスケアとソーシャルケアの連続性の欠如といった、ケアの分断と言える問題が起きていることが指摘されている[26, 44, 45]。このような都市部の健康問題の背景には、慢性疾患を主体とする疾病構造の変化や、高齢化に伴う複数の慢性疾患や障害を抱える患者の増加、そして、疾患の治癒ではなく QOL の維持・向上を目指すという治療目標・健康

概念の変化も存在していると考えられる[26]。多種多様なケア資源が存在し、一方で複数の慢性疾患を抱える患者に QOL を重視した長期的なケアを提供するというコンテキストに対して、都市部の GP/FP は周辺の複数の医療機関に合わせて「診療範囲を調整」しながら、特にケアの分断が起きている場合には積極的に「医療的ケアの統合」を行うというコンピテンシーが必要である。また、関係者の多さゆえに関係構築の難易度の高い「多職種や専門医療機関とのケアの連携・調整」を行うコンピテンシーもまた必要である。

これらは、いずれも全く新しいコンピテンシーではなく、医学教育学において基盤となる既存の知見が存在する。例えば、多職種連携のコンピテンシーについては多くの知見が存在しており、日本における多職種連携コンピテンシーについても明らかにされている [131, 132]。また、慢性疾患患者に対する「慢性疾患ケアモデル」や予防、治療、生活支援を統合的に行うシステムとしての「統合ケア」も、都市部における連携、調整、統合のコンピテンシーを考える上でも重要な知見である[26, 133]。統合ケアの定義は多面的であるが「診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念」でありヘルスケアサービスのケアの質の改善につ

ながる手段であるとされている[26]。統合の段階として、1. 個々のクライアントレベル、2. ローカルなケア事業者間関係レベル（事業者ネットワークにおけるつながり、連携、統合）、3. 政策レベルに分類できるが、本研究における「医療的ケアの統合」は 1. の段階、「多職種・専門医療機関間の連携・調整」は 2. の段階に該当すると言える。また、日本における地域包括ケアシステムも、統合ケアの一つとして捉えることができる[26]。

しかし、これらの「2. 多種多様なケア資源との連携、ケアの調整と統合」のコンピテンシーは、「1. 多様な個人、あるいは集団の特徴に配慮したケアの提供」のコンピテンシーと違い、これまで都市部の GP/FP のコンピテンシーとしては、注目されていなかった新たなコンピテンシーと言える。急速かつ全体的な都市化の進行を経て、都市の高齢化という問題に直面している社会的状況にある日本を調査対象とした本研究であるからこそ、このような健康問題とコンピテンシーがより顕著に現れたと考えられる。

上記の通り、都市部の GP/FP の中心的なコンテキストとコンピテンシーについて文献的考察を行った。まとめると、都市部の GP/FP のコンピテンシーとは都市部における多様な個人、集団をケアし、多様なケア資源との連携・調整・

統合を行うコンピテンシーであると言える。そして、それらのコンピテンシーは文化的能力、地域志向ケア、SDH、多職種連携、慢性疾患ケアモデル、統合ケアなどの既存のモデルを基盤としながら、都市のコンテクストに合わせて総合的なケアの能力を発揮できる能力であると言える。

5.2. 本研究の教育実践における限界

今後必要性の高まる都市部における GP/FP のコンピテンシーを明らかにし、社会ニーズにあった質の高い都市部の GP/FP を養成するために、本研究では、都市部の GP/FP のコンピテンシーの検討とコンピテンシーリストの開発を行った。今後は、コンピテンシー基盤型医学教育の理論に基づき、コンピテンシーリストを元にした、教育カリキュラムの開発・実践が必要となる。Carraccio らは、カリキュラムの構築において以下の4段階を提唱している。第一段階としてコンピテンシーの決定、第二段階としてコンピテンシーの構成要素とパフォーマンス・レベルの設定、第三段階として評価方法の作成、第四段階として全教育過程の評価である[12, 13, 134]。本研究において、コンピテンシーリストの開発を行ったが、これは Carraccio の第一段階にとどまっている。さらに、コ

ンピテンシーの記述は包括的である一方で、全般的な能力の記述にとどまっております。パフォーマンス・レベルの設定や評価、教育方略を作成できるほど詳細な記載はされていない。個別インタビューとデルファイ法だけではなく、臨床現場でのタスク分析などの異なる研究方法を通して、より臨床現場に沿ったコンピテンシーの明らかにしていく必要がある[12]。やまた、得られたコンピテンシーが実際に都市部における GP/FP のケアの質向上、そして患者の健康アウトカムの改善につながるかについては検討されていない。そして、すべて日本における研究であるため、他国における転用可能性について限界がある。

5.3. 今後の教育実践・研究における課題

コンピテンシー基盤型医学教育の理論に基づき、本研究で得られたコンピテンシーを実践できる都市部の GP/FP を養成するための教育カリキュラムの開発を行うことが今後の教育実践における課題である。そのために、Carraccio のカリキュラム構築の第二段階としてコンピテンシーの構成要素とパフォーマンス・レベルの設定、第三段階として評価方法の作成、第四段階として全教育過程の評価を段階的に行っていく必要がある[9, 129]。本研究により得られたコン

ピテンシーは、コンピテントな、十分に完成した都市の GP/FP 像を想定した全般的な記述となっているが、実際の教育カリキュラムを設計するためにはコンピテンシーを各学習段階にそってより具体的で評価可能な形で記述された都市部の GP/FP としてのパフォーマンス・レベルと評価について明らかにするための複数の方法による研究が必要である。その評価方法には、日本の家庭医専門医において行われるような普段の臨床現場での能力をみるポートフォリオ評価やシュミレーション可能な技能を評価する客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination: OSCE)、知識レベルを評価する筆記試験など既存の枠組みを利用した多面的な評価が行われることが望ましい[12, 13]。そして、これらの全ての過程を実践と研究を同時進行で行うアクションリサーチとして進め、効果を検証することが今後の課題である。

また、都市の健康問題を学ぶ教育学的方法としては、現場での気づきと振り返りを主体とした経験学習、都市の住民やリーダーとともに地域コミュニティの問題に取り組む地域基盤型教育、そして都市に特徴的な事例のディスカッションを通して学ぶケーススタディ学習が経験的に有効であると言われている[1]。特に、都市部の GP/FP とは、都市部における中心的なコンピテンシーであ

る多様な個人、集団をケアする能力、多様なケア資源との連携・調整・統合を行う能力については、文化的能力、地域志向ケア、SDH、多職種連携、慢性疾患ケアモデル、統合ケアなどの既存のモデルにおける教育学的知見を統合したテーマ別のケーススタディによる教育コンテンツの開発が有用であると考ええる。

実際に、教育カリキュラムの計画・実施していく上では、都市部・非都市部を問わない共通のコンピテンシーに基づく総合診療専門医・家庭医専門医の専攻医研修を終了した GP/FP を対象とし研修プログラムの終了に引き続く形で、1～2年程度の都市部のプライマリ・ケアに焦点を当てたフェローシップとしての教育プログラムを実施する、あるいは都市部で専攻医研修中の GP/FP や実際に現場でプライマリ・ケアを担う開業医にまで対象を広げ、外国人診療や SDH 教育、統合ケアといった特定のテーマの都市部のコンピテンシーに焦点を絞った単回の、あるいは断続的な教育ワークショップを実施することが考えられる。

最後に、医学教育学においては、研究と教育、臨床の連続性が重要であり、研究知見を活かして教育実践を行うとともに、その効果を研究によって検証していくことが望ましい。つまり、得られた知見、本研究では都市の GP/FP のコンピテンシーとなるが、それを活かした教育カリキュラムの実施による、学習

者の知識や技術の向上といった教育場面での学習効果の評価に止まらず、診療場面でのケアの質の向上、そして患者やコミュニティの健康アウトカムの向上へとつながっているのかを評価し、教育カリキュラムの改善へとつなげるアクションリサーチを実施することで、より質の高い都市部の GP/FP を養成し社会的ニーズに応えていくことが今後の課題である[135]。

5.4. 本研究の社会的意義

上記のような研究の限界はあるが、本研究は世界的な都市人口の増加と都市化の進行する現在において、重要なヘルスケア・サービスの一つである都市部のプライマリ・ケアを担う GP/FP のコンピテンシーを明らかにすることができた。さらに、都市部におけるコンテキストとコンピテンシーの関係性を示し、都市のコンテキストへの考察とともに、多様な個人、集団をケアし、多様なケア資源との連携・調整・統合を行うことができる GP/FP の養成が必要であるという都市部の GP/FP のコンピテンシーの中心的な概念を明らかにすることができた。これらの知見は、都市部における GP/FP の養成・教育カリキュラムの設計・実施・評価において有用であるだけでなく、都市部の GP/FP の提供するケ

アの質向上、都市部の人々の健康アウトカムの改善に貢献できる可能性がある。

また、日本の都市部の GP/FP だけでなく、今後都市化が進む他国における GP/FP の臨床実践と教育にとっても有用な示唆を与えるものと考えられる。特に、日本と同様にすでに都市化のピークを超え高齢化社会となっている欧米諸国や、あるいは現在進行している都市化と将来の急速な高齢化が予想されるアジア諸国にとって、日本の都市部における GP/FP のコンピテンシーに関する知見と今後の教育実践による成果を示ことは役立つ可能性がある。

第 6 章. 結論

結論

世界的な都市人口の増加と都市化の進行を背景に、都市特有の健康問題を明らかにするとともに、都市に住む人々の健康を支えるための適切なヘルスケアサービスの提供について検討する社会的、学術的重要性が高まっている。しかし、都市部におけるヘルスケアサービスの一つであるプライマリ・ケアを担う GP/FP の教育・養成に関わる知見は限定的であった。本研究は、医学教育学におけるコンピテンシーの研究として、今後重要性が高まると考えられる都市のプライマリ・ケアを担う GP/FP のコンピテンシーについて検討した数少ない研究の一つである。コンピテンシー開発の研究方法として一般的な質的インタビューと修正デルファイ法を用いて、都市の GP/FP のコンピテンシーについて検討した。都市社会学における都市化の理論を援用しながら、都市の文脈とコンピテンシーの関係を考察するとともに、都市の文脈を理解し配慮したケアを提供できることが都市の GP/FP のコンピテンシーの中心的な概念枠組みであることを示した。その上で、18 項目の包括的なコンピテンシーリストを示すとともに、既知のコンピテンシーである「多様性に配慮したケアを提供できること」に加えて、「患者を取り巻く複雑な医療・社会サービスと効果的に連携・調整・統合

を行える能力」が都市の GP/FP にとって主要なコンピテンシーであることを新たに示した。これらは、特に都市化の進行とともに人口減少・高齢化が起きていく都市におけるプライマリ・ケアの実践と教育を行う上で有用な知見である。さらに、本研究で得られたコンピテンシーに関する知見を踏まえた教育カリキュラムの開発・実施によって、都市部における適切なプライマリ・ケアを提供できる質保証された GP/FP の養成につながり、さらには都市部に住む人々の健康アウトカムの改善に貢献していくことが期待される。

謝辞

本論文の執筆にあたっては、非常に多くの方々のご支援、ご指導をいただきました。この場を借りて、お世話になった皆様に感謝の気持ちを申し上げたいと思います。はじめに、本研究の実施に当たり、お忙しい中面接調査にご協力いただいた10名の総合診療医・家庭医の皆さま、調査票の回答にご協力いただいた39名のパネリストの皆さまに心より感謝申し上げます。皆様の語り、あるいは意見を繰り返し読み込むことによる相互作用を通して考察を深めることで、本研究を形にすることができました。また、私が都市部のプライマリ・ケアというテーマに関心を持つきっかけである、医師として勤務していた東京都の王子生協病院で出会った患者さま、同僚の方々にも感謝申し上げます。この論文を通して、そして今後の研究・教育・臨床の実践活動を通して、少しでも都市部のプライマリ・ケアを担う皆さまの役に立てば幸いです。

そして、本研究についてご指導いただきました東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門の江頭正人教授に心より感謝申し上げます。同センターの講師である孫大輔先生には、私に研究の道を開くとともに、研究者としての知識、技術、態度を一から教えていただき、研究過程において

もご指導いただきました。深くお礼申し上げます。また、第一の研究における研究計画の作成において多くのご指導、ご助言をいただきました松村医院の松村真司先生、第二の研究におけるデルファイ法の研究デザインと分析において多くのご指導、ご助言をいただきました九州大学大学院医学研究院医学教育学講座の菊川誠先生、一連の過程において特にコンピテンシー概念の捉え方について適切なお助言をくださった同センター国際協力学部門の大西弘高先生に厚く御礼申し上げます。また、4年間の大学院での研究生生活を支えていただいた医学教育国際研究センターの事務の皆さま、大学院生の皆さまに感謝致します。特に、林幹雄先生には4年間、大学院生の同期としてご一緒させていただき、様々な苦勞と喜びを共にすることができ感謝しております。

最後に、私の研究生生活を気にかけてくださった家族、友人、関係者の皆さまに感謝いたします。特に、私の大学院在学中に研究生生活を継続することができる環境を整え、一番の理解者として様々な局面でサポートしてくれた妻に心から感謝いたします。

本研究は第一の研究においては、研究助成一般財団法人東京保健会 病体生理研究所からの研究助成を受けて実施されました。厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1 Sandro Galea, Catherine K. Ettman, David Vlahov. Urban Health. Oxford University Press, p3-14, 2019.
- 2 United Nations. World Urbanization Prospects 2018.
<https://www.un.org/development/desa/publications/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>, (参照 2019-12-03)
- 3 総務省統計局. 平成 20 年住宅・土地統計調査 用語の解説 《地域》
<https://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/1-5.html>, (参照 2019-12-03)
- 4 総務省統計局. 平成 30 年住宅・土地統計調査 調査の結果, 用語の解説.
<https://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2018/pdf/yougo.pdf>
- 5 総務省統計局. 平成 27 年国勢調査結果 人口等基本集計結果
<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.html>
- 6 森岡清志, 北川由紀彦. 都市社会構造論. 放送大学教育振興会, 224p, 2018.
- 7 赤枝尚樹. 現代日本における都市メカニズム. ミネルヴァ書房, p61-77, 2015.
- 8 Trisha Greenhalgh. Primary health care -theory and practice-.

- Blackwell Publishing, p1-22, 2007.
- 9 Donaldson, Molla S., et al. Primary care: America's health in a new era. National Academies Press, 1996.
- 10 一般社団法人日本専門医機構. 総合診療専門医とは.
<https://jmsb.or.jp/sogo#an02>, (参照 2020-01-03)
- 11 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. 認定制度：認定医、専門医、指導医の概要. <http://www.primary-care.or.jp/nintei/overview.html>,
(参照 2020-01-03)
- 12 田邊政裕. アウトカム基盤型教育の理論と実践. 篠原出版新社, 150p, 2013.
- 13 田邊政裕, et al. 千葉大学医学部における学習成果基盤型教育 (Outcome-based Education) の実質化. 医学教育, 42. 5, p263-269, 2011.
- 14 Stewart, Moira, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. CRC press, 2013.
- 15 Saultz, John W., ed. Textbook of family medicine: defining and examining the discipline. McGraw-Hill, 2000.

- 16 Galea, Sandro, and David Vlahov. Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annu. Rev. Public Health*, 26, p341-365, 2005.
- 17 World Health Organization. "Urban health."
<https://www.who.int/health-topics/urban-health>, (参照 2019-12-12)
- 18 Eberhardt, M. S., Ingram, D. D., Makuc, D. M. Urban and rural health chartbook: Health, United States, 189p, 2001.
<https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus01cht.pdf>, (参照 2019-12-03)
- 19 Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf, 79p, 2010. (参照 2018-10-05)
- 20 Blumenthal S. J., Kagen J. The effects of socioeconomic status on health in rural and urban America. *JAMA*, 287, p109-109, 2002.
- 21 Moss JL, Liu B, Feuer EJ. Urban/rural differences in breast and cervical Cancer incidence: the mediating roles of socioeconomic status and provider density. *Womens Health Issues*. 27, p683-691, 2017.
- 22 Johnson JA 3rd, Johnson AM. Urban-rural differences in childhood and

- adolescent obesity in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Child Obes.* 11, p233-241, 2015.
- 23 Li LB, Williams SD, Scammon DL. Practicing with the urban underserved: a qualitative analysis of motivations, incentives, and disincentives. *Arch Fam Med.* 4, 124, 1995.
- 24 Council on Graduate Medical Education (US). Council on Graduate Medical Education Tenth Report, Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-city Areas. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration, 1998.
- 25 国土交通省. OECDによる「都市における高齢化 (Aging in Cities)」報告書. <http://www.mlit.go.jp/common/001088717.pdf> (参照 2019-12-12)
- 26 堀田聡子. オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策- 我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて-. JILPT Discussion Paper Series 12-07, p9, 2012.
- 27 Probst JC, Moore CG, Baxley EG, Lammie JL. Rural-urban differences in visits to primary care physicians. *Fam Med,* 34, p609-615, 2002.

- 28 Yapp CK, Taylor LS, Ow CY, Jamrozik K, Puddey IB. Hypertension management: a comparison of urban versus rural general practitioners in Western Australia. Clin Exp Pharmacol Physiol, 22, p447-449, 1995.
- 29 Sempowski IP, Rungi AA, Seguin R. A cross sectional survey of urban Canadian family physicians' provision of minor office procedures. BMC Fam Pract, 7, 18, 2006.
- 30 Kirchhoff AC, Hart G, Campbell EG. Rural and urban primary care physician professional beliefs and quality improvement behaviors. J Rural Health, 30, p235-243, 2014.
- 31 American Academy of Family Physicians. Urban/Inner-City training program in family medicine.
<https://www.aafp.org/about/policies/all/training-program.html>,
(参照 2018-1-24)
- 32 ウヴェ・フリック. 質的研究入門<人間の科学>のための方法論. 春秋社, 670p, 2002.
- 33 今福輪太郎. 理論的貢献ができる研究をデザインする: 研究パラダイムの理解の重要性. 医学教育, 50, 1, p 53-60, 2019.

- 34 大谷尚. 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案
ー着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続きー. 名古屋大
学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学) , 54, 2, p27-44, 2008.
- 35 Aomatsu M, Otani T, Tanaka A, Ban N, van Dalen J. Medical students'
and residents' conceptual structure of empathy: a qualitative study.
Educ Health, 26, p4-8, 2013.
- 36 Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and
technology. USA, Oxford University Press, 1998.
- 37 Takemura Y. Family medicine: what does it mean in Japan?
Asia Pac Fam Med. 2, p188-192, 2003.
- 38 Haruta J, Breugelmans R, Nishigori H. Translation and cultural
adaptation of the Japanese version of the interprofessional
facilitation scale. J Interprof Care, p1-8, 2017.
- 39 Rabinowitz HK, Diamond JJ, Veloski JJ, Gayle JA. The impact of multiple
predictors on generalist physicians' care of underserved populations.
Am J Public Health, 90, p1225, 2000.
- 40 Grumbach K, Hart LG, Mertz E, Coffman J, Palazzo L.

- Who is caring for the underserved? A comparison of primary care physicians and non physician clinicians in California and Washington. *Ann Fam Med*, 1, p97-104, 2003.
- 41 Odom WK, Ryan G, Ramey R, Nunez FL, Beltran R, Splawn RG, Brown AF. Recruiting and retaining primary care physicians in urban underserved communities: the importance of having a mission to serve. *Am J Public Health*, 100, p2168-2175, 2010.
- 42 Marfatia R. Scope of practice differences in urban and rural settings. *Am Fam Physician*, 77, p916-920, 2008.
- 43 Hutten-Czapski P, Pitblado R, Slade S. Scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician*, 50, p1548, 2004.
- 44 Schrag D, Xu F, Hanger M, Elkin E, Bickell NA, Bach PB. Fragmentation of care for frequently hospitalized urban residents. *Med Care*, 44, p560-567, 2006.
- 45 Clarfield AM, Bergman H, Kane R. Fragmentation of care for frail older people—an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada, and the United States. *J Am Geriatr Soc*, 49, p1714-

- 1721, 2001.
- 46 Ivins D, Blackburn B, Peterson LE, Newton WP, Puffer JC. A majority of family physicians use a hospitalist service when their patients require inpatient care. *J Prim Care Community Health*, 6, p70-76, 2015.
- 47 田川まさみ, 西城卓也. 医学教育における学習者の評価 (1) 総論. *医学教育*, 44, 5, p 345-357, 2013.
- 48 Artino, Anthony R. Jr PhD; Durning, Steven J. MD; Creel, Alisha H. PhD
AM Last Page: Reliability and Validity in Educational Measurement. *Academic Medicine*, 85, 9, p1545, 2010.
- 49 田邊政裕. アウトカム基盤型教育の理論と実践. 篠原出版新社, p89-110, 2013
- 50 Varpio, Lara, et al. Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Medical education*, 51, 1, p40-50, 2017.
- 51 Frambach Janneke M., Cees P.M, Steven J. AM Last Page: Quality Criteria in Qualitative and Quantitative Research. *Academic Medicine*, 88, 4, p552, 2013.

- 52 Castillo-Page L. AM last page: Understanding qualitative and quantitative research paradigms in academic medicine. Acad Med, 87, 3, p386, 2012.
- 53 Brady, Shane R. Utilizing and adapting the Delphi method for use in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods, 14, 5, 1609406915621381, 2015.
- 54 Keeney, Sinead, Felicity Hasson, and Hugh P. McKenna. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. International journal of nursing studies, 38, 2, p195-200, 2001.
- 55 Thangaratinam, Shakila, and Charles WE Redman. The delphi technique. The obstetrician & gynaecologist, 7, 2, p120-125, 2005.
- 56 McKenna, Hugh P. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing?. Journal of advanced nursing, 19, 6, p1221-1225, 1994.
- 57 Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. BMJ, 311, p376-380, 1995.
- 58 Hammick, Marilyn, Timothy Dornan, and Yvonne Steinert. Conducting a best evidence systematic review. Part 1: From idea to data coding.

- BEME Guide No. 13. Medical teacher, 32, 1, p3-15, 2010.
- 59 伊賀光屋. 地平を融合させる対話としてのテーマ分析法. 新潟大学教育学部研究紀要 人文・社会科学編, 2, 1, p15-38, 2009.
- 60 SALEHI, ALIREZA, et al. Designing and conducting MD/MPH dual degree program in the Medical School of Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism, 3, 3, p105, 2015.
- 61 Powell, Catherine. The Delphi technique: myths and realities. Journal of advanced nursing, 41, 4, p376-382, 2003.
- 62 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. 患者・ご家族の皆様：専門医一覧. http://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/fp_list.php,
(参照 2019-04-15)
- 63 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. 患者・ご家族の皆様：指導医一覧. http://www.primary-care.or.jp/nintei_in/in_list.php,
(参照 2019-04-15)
- 64 一般社団法人日本医学教育学会. 日本医学教育学会 認定医学教育専門家一覧. <http://jsme.umin.ac.jp/cmcs/CMES-list.html>,

(参照 2019-04-15)

- 65 Kikukawa, Makoto, et al. An instrument for evaluating clinical teaching in Japan: content validity and cultural sensitivity. BMC medical education, 14, 1, p179, 2014.
- 66 Sturgiss E, Haesler E, Elmitt N, van Weel C, Douglas K. Increasing general practitioners' confidence and self-efficacy in managing obesity: a mixed methods study. BMJ Open, 7, 1, e014314, 2017.
- 67 Brijnath B, Bunzli S, Xia T, Singh N, Schattner P, Collie A, Sterling M, Mazza D. General practitioners knowledge and management of whiplash associated disorders and post-traumatic stress disorder: implications for patient care. BMC Fam Pract, 17, 1, 82, 2016.
- 68 Maria Michail, Lynda Tait. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. BMJ Open, 6, 1, e009654, 2016.
- 69 Berz JP, Gergen Barnett KA, Gardiner P, Saper RB. Integrative Medicine in a Preventive Medicine Residency: A Program for the Urban Underserved.

Am J Prev Med. 2015 Nov;49(5 Suppl 3):S290–5.

doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.031.

- 70 Shtasel D, Hobbs-Knutson K, Tolpin H, Weinstein D, Gottlieb GL.
Developing a Pipeline for the Community-Based Primary Care Workforce
and Its Leadership: The Kraft Center for Community Health Leadership's
Fellowship and Practitioner Programs. *Acad Med*, 90, 9, p1272–1277, 2015.
- 71 Roy V, Hurley K, Plumb E, Castellan C, McManus P. Urban underserved
program: an analysis of factors affecting practice outcomes. *Fam Med*,
47, 5, p373–377, 2015.
- 72 Haq C, Stearns M, Brill J, Crouse B, Foertsch J, Knox K, Stearns J,
Skochelak S, Golden RN. Training in Urban Medicine and Public Health:
TRIUMPH. *Acad Med*, 88, 3, p352–363, 2013.
- 73 Naqvi SA, Naseer M, Kazi A, Pethani A, Naeem I, Zainab S, Fatmi Z.
Implementing a public-private mix model for tuberculosis treatment in
urban Pakistan: lessons and experiences. *Int J Tuberc Lung Dis*, 16, 6,
p817–821, 2012.
- 74 Fornari A, Anderson M, Simon S, Korin E, Swiderski D, Strelnick AH.

- Learning social medicine in the Bronx: an orientation for primary care residents. *Teach Learn Med*, 23, 1, p85-89, 2011.
- 75 Simmons BB, DeJoseph D, Diamond J, Weinstein L. Students who participate in a student-run free health clinic need education about access to care issues. *J Health Care Poor Underserved*, 20, 4, p964-968, 2009.
- 76 Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract*, 19, 8, p22, 2007.
- 77 McDougale L. Matching community need with physician training: the OSU Urban Family Medicine Program. *J Natl Med Assoc*, 98, 5, p687-689, 2006.
- 78 Zweig RA, Siegel L, Hahn S, Kuslansky G, Byrne K, Fyffe D, Passman V, Stewart D, Hinrichsen GA. Doctoral clinical geropsychology training in a primary care setting. *Gerontol Geriatr Educ*, 25, 4, p109-129, 2005.
- 79 Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J,

- O'Carroll R. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*, 33, 5, p461-467, 2004.
- 80 Metsch LR, Pereyra M, del Rio C, Gardner L, Duffus WA, Dickinson G, Kerndt P, Anderson-Mahoney P, Strathdee SA, Greenberg AE; Antiretroviral Treatment and Access Study Group. Delivery of HIV prevention counseling by physicians at HIV medical care settings in 4 US cities. *Am J Public Health*, 94, 7, p1186-1192, 2004.
- 81 Jacobs EA, Kohrman C, Lemon M, Vickers DL. Teaching physicians-in-training to address racial disparities in health: a hospital-community partnership. *Public Health Rep*, 118, 4, p349-356, 2003.
- 82 Chaytors RG, Szafran O, Crutcher RA. Rural-urban and gender differences in procedures performed by family practice residency graduates. *Fam Med*, 33, 10, p766-771, 2001.
- 83 Weine SM, Kuc G, Dzudza E, Razzano L, Pavkovic I. PTSD among Bosnian refugees: a survey of providers' knowledge, attitudes and

- service patterns. *Community Ment Health J.* 37, 3, p261-271, 2001.
- 84 Takayama JI, Chandran C, Pearl DB. A one-month cultural competency rotation for pediatrics residents. *Acad Med*, 76, 5, p514-515, 2001.
- 85 Harper PG, Baker NJ, Reif CJ. Implementing community-oriented primary care projects in an urban family practice residency program. *Fam Med*, 32, 10, p683-690, 2000.
- 86 Zweifler J, Gonzalez AM. Teaching residents to care for culturally diverse populations. *Acad Med*, 73, 10, p1056-1061, 1998.
- 87 Yu M, Hawley C, Towns AB. A year-long longitudinal third-year clerkship in an inner-city health center designed to maximize continuity. *Acad Med*, 72, 5, p439-440, 1997.
- 88 Marsh D, Hashim R, Hassany F, Hussain N, Iqbal Z, Irfanullah A, Islam N, Jalisi F, Janoo J, Kamal K, Kara A, Khan A, Khan R, Mirza O, Mubin T, Pirzada F, Rizvi N, Hussain A, Ansari G, Siddiqui A, Luby S. Front-line management of pulmonary tuberculosis: an analysis of tuberculosis and treatment practices in urban Sindh, Pakistan. *Tuber Lung Dis*, 77, 1, p86-92, 1996.

- 89 Lipscomb J, Burgel B, McGill LW, Blanc P. Preventing occupational illness and injury: nurse practitioners as primary care providers. *Am J Public Health*, 84, 4, p643-645, 1994.
- 90 Montgomery K, Lewis CE. AIDS-related educational preparation and needs of United States and foreign medical school graduates providing primary care in Los Angeles. *Med Care*, 29, 9, p926-931, 1991.
- 91 Strelnick AH, Bateman WB, Jones C, Shepherd SD, Massad RJ, Townsend JM, Grossman R, Korin E, Schorow M. Graduate primary care training: a collaborative alternative for family practice, internal medicine, and pediatrics. *Ann Intern Med*, 109, 4, p324-334, 1988.
- 92 Godoy L, Long M, Marschall D, Hodgkinson S, Bokor B, Rhodes H, Crumpton H, Weissman M, Beers L. Behavioral Health Integration in Health Care Settings: Lessons Learned from a Pediatric Hospital Primary Care System. *J Clin Psychol Med Settings*, 24, 3-4, p245-258, 2017.
- 93 Walker KO, Stewart AL, Grumbach K. Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care. *BMC Health Serv Res*, 16, 193, 2016.

- 94 Engel PA, Spencer J, Paul T, Boardman JB. The Geriatrics in Primary Care Demonstration: Integrating Comprehensive Geriatric Care into the Medical Home: Preliminary Data. *J Am Geriatr Soc*, 64, 4, p875-879, 2016.
- 95 Dawson-Rose C, Draughon JE, Zepf R, Cuca YP, Huang E, Freeborn K, Lum PJ. Prevalence of Substance Use in an HIV Primary Care Safety Net Clinic: A Call for Screening. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 28, 2, p238-249, 2017.
- 96 DeCamp LR, Gregory E, Polk S, Chrismer MC, Giusti F, Thompson DA, Sibinga E. A Voice and a Vote: The Advisory Board Experiences of Spanish-Speaking Latina Mothers. *Hisp Health Care Int*, 13, 4, p217-226, 2015.
- 97 Lindsay S, Cruickshank H, McPherson AC, Maxwell J. Implementation of an inter-agency transition model for youth with spina bifida. *Child Care Health Dev*, 42, 2, p203-212, 2016.
- 98 Majzoub Perez K, Flier L, D' Couto H, Rudder M, Thakker A, Weems J, Wibecan L, Song Z, Bitton A, Erb J, Pollack S, Silbersweig D, Sullivan L, Frolkis J. Behavioral health integration in primary care at Brigham

- and Womens Advanced Primary Care Associates, South Huntington.
Healthc (Amst), 3, 3, p169-174, 2015.
- 99 Reid J, Cormack D, Crowe M. The significance of relational continuity of care for Māori patient engagement with predominantly non-Māori doctors: findings from a qualitative study. Aust N Z J Public Health, 40, 2, p120-125, 2016.
- 100 Carrillo JE, Carrillo VA, Guimento R, Mucaria J, Leiman J. The NewYork-Presbyterian Regional Health Collaborative: a three-year progress report. Health Aff (Millwood), 33, 11, p1985-1992, 2014.
- 101 Matiz LA, Peretz PJ, Jacotin PG, Cruz C, Ramirez-Diaz E, Nieto AR. The impact of integrating community health workers into the patient-centered medical home. J Prim Care Community Health, 5, 4, p271-274, 2014.
- 102 Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. BMC Fam Pract, 14, 151, 2013.

- 103 Younge R, Jani B, Rosenthal D, Lin SX. Does continuity of care have an effect on diabetes quality measures in a teaching practice in an urban underserved community? *J Health Care Poor Underserved*, 23, 4, p1558-1565, 2012.
- 104 Siegel C, Haugland G, Reid-Rose L, Hopper K. Components of cultural competence in three mental health programs. *Psychiatr Serv*, 62, 6, p626-631, 2011.
- 105 Hasnain M, Connell KJ, Menon U, Tranmer PA. Patient-centered care for Muslim women: provider and patient perspectives. *J Womens Health (Larchmt)*, 20, 1, p73-83, 2011.
- 106 Yeung A, Shyu I, Fisher L, Wu S, Yang H, Fava M. Culturally sensitive collaborative treatment for depressed chinese americans in primary care. *Am J Public Health*, 100, 12, p2397-2402, 2010.
- 107 O'Connell JJ, Oppenheimer SC, Judge CM, Taube RL, Blanchfield BB, Swain SE, Koh HK. The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. *Am J Public Health*, 100, 8, p1400-1408, 2010.
- 108 Furler J, Kokanovic R, Dowrick C, Newton D, Gunn J, May C.

- Managing depression among ethnic communities: a qualitative study.
Ann Fam Med, 8, 3, p231-236, 2010.
- 109 Wang EA, Hong CS, Samuels L, Shavit S, Sanders R, Kushel M.
Transitions clinic: creating a community-based model of health care for
recently released California prisoners. Public Health Rep, 125, 2,
p171-177, 2010.
- 110 Chen TM, Huang FY, Chang C, Chung H. Using the PHQ-9 for
depression screening and treatment monitoring for Chinese Americans in
primary care. Psychiatr Serv, 57, 7, p976-981, 2006.
- 111 Plochg T, Delnoij DM, Hoogedoorn NP, Klazinga NS.
Collaborating while competing? The sustainability of community-based
integrated care initiatives through a health partnership. BMC Health
Serv Res, 20, 6, p37, 2006.
- 112 Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R, Hossain A, Desai M, Troxel A, Gemson
D. Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening
among primary care physicians in an underserved community. J Am Board
Fam Med, 19, 2, p110-121, 2006.

- 113 McColl K, Pickworth S, Raymond I. Project: London--supporting vulnerable populations. *BMJ*, 332, 7533, p115-117, 2006.
- 114 Winiarski MG, Beckett E, Salcedo J. Outcomes of an inner-city HIV mental health programme integrated with primary care and emphasizing cultural responsiveness. *AIDS Care*, 17, 6, p747-756, 2005.
- 115 Ell K, Vourlekis B, Nissly J, Padgett D, Pineda D, Sarabia O, Walther V, Blumenfield S, Lee PJ. Integrating mental health screening and abnormal cancer screening follow-up: an intervention to reach low-income women. *Community Ment Health J*. 38, 4, p311-325, 2002.
- 116 Redlener I. Access denied: taking action for medically underserved children. *J Urban Health*, 75, 4, p724-731, 1998.
- 117 Manfredi C, Czaja R, Freels S, Trubitt M, Warnecke R, Lacey L. Prescribe for health. Improving cancer screening in physician practices serving low-income and minority populations. *Arch Fam Med*, 7, 4, p329-337, 1998.
- 118 Li LB, Williams SD, Scammon DL. Practicing with the urban underserved. A qualitative analysis of motivations, incentives, and

- disincentives. Arch Fam Med, 4, 2, p124-133, 1995.
- 119 Frank, Jason R., and Deborah Danoff. The CanMEDS initiative:
implementing an outcomes-based framework of physician competencies.
Medical teacher, 29, 7, p642-647, 2007.
- 120 森泰三. 地方中心都市の住宅団地における人口高齢化の動向. 都市計画論
文集, 40, p757-762, 2005.
- 121 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会 一般社団法人日本プライマリ・
ケア連合学会専門医・認定医認定制度要綱.
<https://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/senmonininteiyouko.pdf>,
p24-27, 2019. (参照 2019-04-15)
- 121 厚生労働省. 平成 30 (2018) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/dl/01tyousa30.pdf>,
(参照 2019-04-15)
- 122 Dreachslin, Janice L., M. Jean Gilbert, and Beverly Malone.
Diversity and cultural competence in health care: A systems approach.
John Wiley & Sons, 457p, 2012.
- 123 Kai, Joe, and Chris Drinkwater, eds. Primary care in urban

- disadvantaged communities. Radcliffe Publishing, 199p, 2004.
- 124 OLDFIELD, Benjamin J., et al. Two Novel Urban Health Primary Care Residency Tracks That Focus On Community-Level Structural Vulnerabilities. *Journal of general internal medicine*, 33, 12, p2250-2255, 2018.
- 125 厚生労働省. 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(平成30年10月末現在). https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03337.html, (参照 2019-04-15)
- 126 相田潤, 近藤克則. ソーシャル・キャピタルと健康格差. *医療と社会*, 24, 1, p57-74, 2014.
- 127 浜田淳. 医療政策論の現況. *岡山医学会雑誌*, 119, 2, p131-136, 2007.
- 128 Dunn, William R., David D. Hamilton, and Ronald M. Harden. Techniques of identifying competencies needed of doctors. *Medical Teacher*, 7, 1, p15-25, 1985.
- 129 Yeates, Peter JA, Jane Stewart, and J. Roger Barton. What can we expect of clinical teachers? Establishing consensus on applicable skills, attitudes and practices. *Medical education*, 42, 2, p134-142, 2008.
- 130 BETANCOURT, Joseph R., et al. Cultural competence and health care

- disparities: key perspectives and trends. *Health affairs*, 24, 2, p499-505, 2005.
- 131 春田淳志. 多職種連携コンピテンシーの国際比較 (特集 専門職連携コンピテンシー). *保健医療福祉連携, 連携教育と連携実践*, 9, 2, p106-115, 2016.
- 132 多職種連携コンピテンシー開発チーム. 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー.

http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/miraiiryo/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf, 2016年3月31日, (2019/12/20 閲覧).
- 133 World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care.

<https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/>, (2019/12/20 閲覧).
- 134 CARRACCIO, Carol, et al. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Academic medicine*, 77, 5, p361-367, 2002.
- 135 McGaghie, William C. Medical education research as translational science. *Science translational medicine*, 2, 19, 2010.

付録

付録 1. (資料 1)

都市部の家庭医に必要とされる能力に関する質的研究 インタビュー調査 ご協力をお願い

貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。この度下記趣旨に基づいたインタビュー調査を行うことに致しました。何卒宜しくご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

研究の趣旨

日本は 2025 年には高齢者人口は約 3500 万人、年間死亡者数は 2025 年には約 160 万人に達 すると見込まれます。都市部と地方・僻地のいずれにおいても、患者を総合的に診て適切な ケアを提供できる「かかりつけ医」となれる家庭医・総合診療医は、今後の高齢化社会においてより必要とされると考えられる。とりわけ、首都圏をはじめとする都市部においては、今後急速に高齢化が進み、高齢者の絶対数の増加が予想されるため、都市部での家庭医・総合診療医の役割はより大きなものと考えられます。また、都市化 urbanization に伴い、高齢化だけでなく、貧困や格差の増加、過度に専門分化した医療による弊害などが指摘されており、都市部で「かかりつけ医」として機能するための能力は、地方・僻地のそれとは異なったものが求められる可能性があります。しかし、日本の都市部の家庭医・総合診療医に必要な能力についてはこれまでのところ開発されておられません。

本研究の目的は、日本の都市部の家庭医がどのような環境におかれ、どのような能力を駆使して診療を行い、地域コミュニティの中でどのような役割を担っているか、その特徴と能力を探求することにあります。特に診療所と病院、都市部と地方で家庭医に必要とされる能力にはどのような違いと共通点があるのかについて、実際に診療を行う家庭医複数名にインタビューを行い、そこから導かれる都市部の家庭医の能力のモデルを構築し提示することを目標としています。

研究の主体

本研究は、一般財団法人東京保健会 病態生理研究所 臨床研究助成事業における研究助成金を受け、密山要員らにより行われています。そのほかの研究助成や支援は受けておりません。

研究の内容

インタビューは、研究者自身と 1 対 1 での個別の半構造化インタビューを行います。インタビューの時間はいずれも 60 分程度とし、必要と判断した場合には後日、追加インタビュー をお願いすることがあります。インタビューの場所は、プライバシーの保たれた個室、会議 室などで行います。発言内容は記録のため録音が行われ、後日テープ起こしを行い、逐語録を作成いたします。

インタビュー項目としては、以下の 4 つについてお聴きする予定です。

1. いま、どのような地域でどのような人たちを診ていますか。
2. この地域ではたらく上で、必要なコンピテンシーとは何ですか。
3. 都市部と非都市部で家庭医・総合診療医に求められるコンピテンシーに違いはあると思いますか？ そう思う理由は何ですか？
4. 都市部と非都市部の家庭医・総合診療医が求められるコンピテンシーに共通点はあると思いますか？ そう思う理由は何ですか？

対象者選択

インタビュー対象者は、家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医(日本プライマリ・ケア学会認定)の資格を持つ者に加えて、診療所あるいは病院で臨床に携わるプライマリ・ケア医全般も対象としています。特に、都市部/地方、男性/女性、若手/ベテラン、診療所/病院の項目で偏りのないよう理論的サンプリングを行い、対象者を選定する予定です。なお、都市部の定義に関しては、今回は東京都区部に加えて、政令指定都市(20市)のうち特に人口140万人を超える札幌、横浜、川崎、名古屋、京都、大阪、神戸、福岡市の8市を「都市部」として、それ以外を「地方」と定義する。また、「ベテラン」を10年以上、「若手」を10年未満の診療経験と定義としています。

予想される利益/不利益

本研究に参加されることによる直接的な利益はありません。研究結果につきましては後日 研究のまとめという形で参加者にはフィードバックいたします。また、些少ですが負担金をご用意させていただきます。インタビュー内容は人によっては不快な思いをすることがあります。ただしお答えいただきたくない質問には答えなくていただかなくて結構ですし、後日これらの発言を撤回することも可能です。

倫理的配慮等

- ・研究の開始にあたり、王子生協病院における倫理委員会の承認を得ています。
- ・研究への同意・不同意は まったくの自由です。研究へ同意いただかなくても、不利益を受けたりすることは一切ありません。また、いったん研究に同意したあとでも、いつでも同意を撤回することができ、そのことによって不利益を得ることもありません。
- ・取得した個人情報、匿名化された形で保管いたします。これらは研究者のみが閲覧・聴取でき、その他の人は閲覧できないようにいたします。
- ・本研究のデータは個人を特定できないかたちで保存し、個人情報に関しては研究代表者(密山要用)の責任のもと厳正に研究事務局内で管理いたします。電子データ・音声データに関してはパスワードをかけた形で保管いたします。また、結果は、論文、報告等で公表されることがありますが、その場合には個々の施設や個人を特定出来るいかなる個人情報も除かれた形で公表されます。
- ・研究終了後、個人を特定できるデータはすべて廃棄いたします。個人情報を削除したデータは研究事務局内で保管し、再度研究を行う場合には改めて同意を得ます。

<研究代表者> 王子生協病院 密山要用

<調査機関・問い合わせ先>

ご希望の場合、以下にご連絡いただければ研究計画書を入手することが可能です。

研究事務局 「都市部の家庭医に必要な能力とはなにか」

密山要用 〒 114-0003 東京都北区豊島 3-4-15

電話 03-3912-2201 FAX 03-3912-7196

付録 2.

同 意 書

密山 要用 殿

研究課題「都市部の家庭医に必要とされる能力に関する質的研究」

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について、研究代表者 密山要用氏から説明を受け、これを十分理解しましたので本研究の研究参加者となることに同意いたします。

以下の項目について、説明を受け理解しました。

- この研究の概要について
- 研究協力の任意性と撤回の自由について
- 個人情報の保護について
- IC レコーダーで録音されることについて
- 研究結果の公表について
- 研究参加者にもたらされる利益及び不利益について
- 研究終了後の資料（試料）等の取扱方針について
- あなたの費用負担について
- その他について

平成 年 月 日

氏名（研究参加者本人）（自署） _____

同意撤回書

密山 要用 殿

研究課題「都市部の家庭医に必要とされる能力に関する質的研究」

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け同意しましたが、同意の是非について再度検討した結果、同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏名（研究参加者本人）（自署） _____

付録 3.

研究協力をお願い

研究課題「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・家庭医の
コンピテンシーの検討」へのご協力をお願い

〇〇様

お世話になります。

東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター医学教育学部門の
孫大輔（そんだいすけ）／密山要用（みつやまとしちか）です。

この度は、〇〇様に、研究へのご協力を頂きたく連絡差し上げました。

ご協力いただきたい研究課題は「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・
家庭医のコンピテンシー（能力）の検討」と題しております。都市部のプライマリケ
アを担う医師の養成に関する研究は、今後、その重要性が増すにも関わらず未だ明ら
かにされていないことが多い領域です。

本研究は、都市部のプライマリケアを担う医師に必要な能力を明らかにするために、
20～40名の専門家・関係者に参加して頂き、ウェブ調査票を用いて、意見抽出・合
意形成を行うものです。

多様な意見を求めており、〇〇様の都市のプライマリケアに関する経験・意見を
我々に共有していただければ幸いです。わずかながら謝礼も用意しております。
本研究の詳細につきまして、添付ファイルにて「研究説明書」を合わせて送付して
おりますのでそちらをご確認ください。

「研究説明書」の内容をご確認頂き、本研究の参加に同意を頂けるようでしたら、
3月31日までに密山にメールで「研究に協力いたします」とお返事を頂けますと幸い
です。折り返し同意書を送付させていただきます。（同意書）

なお、研究にご協力いただくかどうかは、自由意思に委ねられており、研究にご協
力いただけない場合にも、不利益につながることはないことを保証いたします。その
場合はメールの返信も不要です。

ご多忙のところお手数お掛け致しますが、ご検討のほどよろしくお願い申し上げます。

研究責任者：孫 大輔，連絡担当者：密山 要用

東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター 医学教育学部門

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

Tel: 03-5841-3583(代表) Fax: 03-5841-0254

付録 4.

研究参加者の皆様へ

研究課題「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・家庭医の コンピテンシーの検討」 へのご協力のお願い

1.この研究の概要

【研究課題】

研究課題「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシーの検討」
(審査番号 2018004NI)

【研究機関名及び本学の研究責任者氏名】

この研究が行われる研究機関と研究責任者は次に示す通りです。

研究機関 東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門

研究責任者 孫大輔（東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門 講師）

担当業務：研究設計・データ収集・匿名化・データ分析・論文執筆

【共同研究者】

江頭正人（東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門 教授）

密山要用（東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門 大学院生）

【研究期間】 2018年8月より2023年3月まで

【研究目的】

プライマリケアの提供は、住民の健康アウトカムを改善する有効な手段の一つとされています。各国においてプライマリケアを提供する医師（プライマリケア医）としては、**family physician**、**general practitioner**などが挙げられますが、日本においても家庭医、総合診療医の養成が行われています。プライマリケア医は、特に僻地において相対的な医療資源不足を補う重要な役割を担ってきましたが、現在では、世界人口の半数以上が都市に暮らしており、都市部におけるプライマリケアの提供は重要なテーマとなりつつあります。しかし都市部のプライマリケアを担う医師に必要な能力（コンピテンシー）に関する知見は限定的です。

本研究の目的は、関係者間で合意形成を行いながら知見を構築する研究方法であるデルファイ法により、日本の都市部のプライマリケア医、特に家庭医・総合診療医に必要な能力（コンピテンシー）のリストの開発を行うことです。そのため、都市のプライマリケアの関係者として、ご自身の立場・考えに基づき、本テーマに関するウェブ調査票に回答していただき、それに基づきコンピテンシーリストの検討・開発を行うことを計画いたしました。

ご多忙と存じますが、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

【研究方法】

研究者らによる文献調査により、日本の都市部の総合診療医・家庭医に必要な能力（コンピテンシー）の初期リストを作成します。それを基に、ウェブ調査サービスであるサーベイモンキー®を使用しウェブ調査票を作成します。初期リストの各項目について参加者が「コンピテンシーとして妥当だと思われるか」について、その合意の程度をリッカートスケールで選択し、自由記述で意見の追加や修正の提案ができる形式で作成します。20~40名程度の研究参加者（都市部の総合診療医・家庭医、都市部のプライマリケア医と働く看護師、都市部の患者代表者、医学教育専門家など）を選定いたします。

参加者にご協力いただき、1回15~30分のウェブ調査票への回答を2~4回行っていただきます。参加者は、自身のメールアドレスへ送付されたウェブ調査票のリンクアドレスにアクセスし、各期限内に回答していただきます。得られた回答を元に、研究者がウェブ調査票の改訂版を作成し、匿名化された集計結果を参加者全員に開示し、あわせて各参加者にご自身の回答結果を返します（ここまでを1ラウンドとします）。改訂したウェブ調査票に、同様の方法で再度回答していただきます。これらを参加者間の合意形成が得られたと研究者が判断するまで繰り返します。ご協力いただく回答回数は、2~4回を予定しており、拘束時間は最長で120分ほどとなります。

ご協力のほど、どうぞよろしくお願ひいたします。

2.研究協力の任意性と撤回の自由

本研究にご協力いただくかどうかは、研究参加者のみなさまの自由意思に委ねられております。研究にご協力いただけない場合にも皆様の不利益につながることはありません。研究期間中のいずれの時点でも、ご本人の申し出があれば研究参加を撤回することが可能であり、可能な限り取得した情報を破棄します。もし同意を撤回される場合は、同意撤回書に署名し、研究責任者の密山までメールなどにてご提出ください。ウェブ調査票に期日までに未回答の場合は、そのラウンドへの参加を棄権したものと見なし、それによって何ら不利益を被ることがないことが保証致します。なお、デルファイ法の性質上、すでに回答いただき、参加者全体へ開示された集計に含まれたデータについては、破棄することができないことをご了承ください。

3.個人情報の保護

この研究に関わる成果は、他の関係する方々に漏えいすることのないよう、慎重に取り扱います。あなたの回答は、研究者らを除き、あなた以外の他者に知らされることはありません。あなたに関するデータ・情報は、すべてのデルファイラウンド終了後、氏名・性別などの個人情報を削り、代わりに新しく符号をつけ、どなたのものか分からないようにした上で、当研究室において厳重に保管します。

4.研究結果の公表

研究の成果は、あなたの氏名など個人情報明らかにしないようにした上で、学会発表や学術雑誌及びデータベース上で公表します。

5.研究参加者にもたらされる利益及び不利益

この研究が、あなたに直ちに有益な情報をもたらす可能性は高いとはいえません。しかし、この研究の成果は、今後の都市部におけるプライマリケア医の教育、実践への適用を通して、都市部の住民の健康アウトカムの改善へと貢献できる可能性があります。

6.研究終了後の資料等の取扱方針

あなたからいただいた資料等は、この研究のためにのみ使用します。研究終了5年後、いただいた資料等は適切な方法で破棄します。

7. 研究参加者への謝金及び費用負担

研究参加者であるあなたには、1人1回の回答（1ラウンド）につき1000円分のギフト券を謝金としてお送りします。また、今回の研究に必要な費用について、あなたに負担を求めることはありません。

8. 研究から生じる知的財産権の帰属

本研究の結果として特許権などが生じる可能性がありますが、その権利は国、研究機関、民間企業を含む共同研究機関及び研究従事者などに属し、皆様はこの特許権等を持ちません。また、その特許権等に基づき経済的利益が生じる可能性がありますが、これについての権利も持ちません。

9.その他

この研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を受け、東京大学大学院医学系研究科・医学部長の許可を受けて実施するものです。なお、この研究に関する費用は、奨学寄附金から支出されています。本研究に関して、開示すべき利益相反関係はありません。ご意見、ご質問などがございましたら、お気軽に下記までお寄せください。

2019年3月23日

【連絡先】 研究責任者:孫 大輔 連絡担当者:密山 要用

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター医学教育学部門

Tel: 03-5841-3583(代表) Fax: 03-5841-0254

同意書

東京大学医学系研究科長・医学部長 殿

研究課題「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシーの検討」(審査番号 2018004NI)

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け、これを十分理解しましたので本研究の研究参加者となることに同意いたします。

はい

いいえ

以下の項目について、説明を受け理解しました。

- この研究の概要について
- 研究協力の任意性と撤回の自由について
- 個人情報の保護について
- 研究結果の公表について
- 研究参加者にもたらされる利益及び不利益について
- 研究終了後の資料等の取扱方針について
- 研究参加者への謝金及び費用負担について
- その他について

西暦 2019 年 月 日

氏名(研究参加者本人)(自署) _____

同意撤回書

東京大学医学系研究科長・医学部長 殿

研究課題「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシーの検討」(審査番号 2018004NI)

私は、上記研究への参加にあたり、説明文書の記載事項について説明を受け同意しましたが、同意の是非について再度検討した結果、同意を撤回いたします。

研究の参加について(同意の撤回):

「はい」または「いいえ」にご自身で○を付けてください。

はい

いいえ

西暦 2019 年 月 日

氏名(研究参加者本人)(自署) _____

付録 6.

研究課題「デルファイ法による日本の都市部の総合診療医・家庭医のコンピテンシーの検討」

フェイスシート

あなたの以下の情報について、記入できる部分だけご記入ください。説明文書(別紙)にある通り、研究過程において個人情報保護に努め、研究結果には個人情報が明らかにならないようにいたします。

- 氏名 ()
- 性別 (男性 ・ 女性)
- 年齢 () 歳
- 本研究参加における立場 <複数回答可>
(都市部の総合診療医・家庭医
都市部の総合診療医・家庭医と働く看護師
都市部の患者代表者
医学教育の専門家
その他)

<以下は、医療職の方のみ記入してください>

- 臨床経験年数 () 年
- 主な勤務先 (診療所 中小病院 大病院 大学病院 その他)
- 主な勤務地 (都道府県：
市区町村：)

付録 7.

survey monkey®回答フォーム例

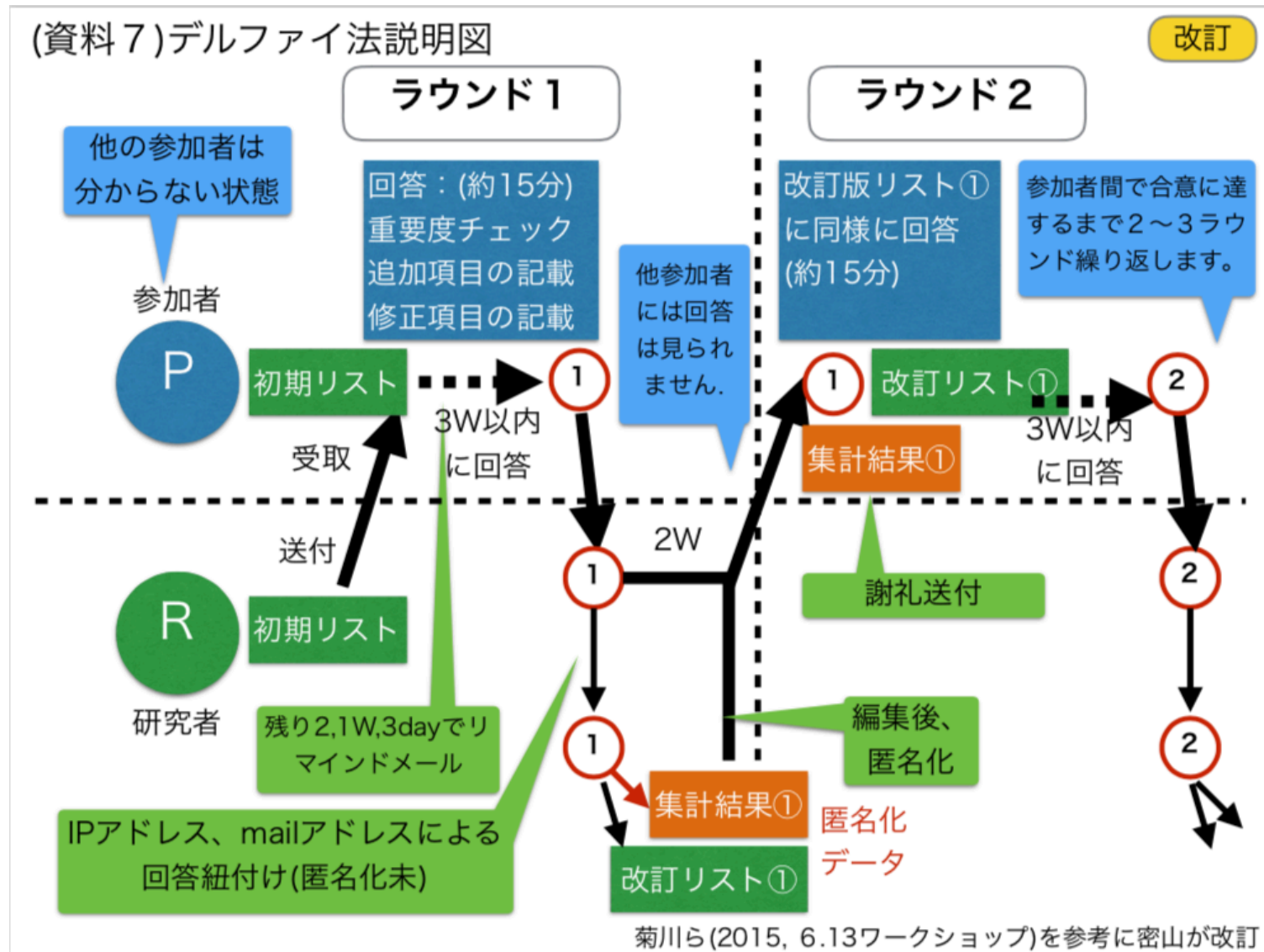
都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査（第2ラウンド）

* 7. 都市部の多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のおかれた状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。

（説明）都市部の、専門性がより細分化された多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者の希望やおかれた状況（病状、基礎疾患、社会経済的状況、交通手段）などに応じて専門医療機関へ適切な紹介、連携を行うことができる。

- まったく同意できない
- あまり同意できない
- どちらでもない
- 同意できる
- まったく同意できる

コンピテンシーへの意見、コンピテンシーの文章についての修正案があればご記入ください。（100文字まで）



付録 9. 第 1 ラウンドの結果まとめ

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第 1 ラウンド・サマリー)

研究参加者のみなさまへ。

1 度目の回答をいただきありがとうございました。

39名全ての方からご回答をいただきました。

リストについての評価と多くのご意見、提案をいただきました。

以下に、簡単な第 1 ラウンドの結果と、

それを受けてのリスト編集の過程についてのまとめを記しております。

こちらをご確認いただくだけでも回答可能ですが、
ラウンド 1 の結果と分析の過程を把握されたい方はご参照ください。

あと 2 回の調査を予定しております。引き続きよろしくお願いたします。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第 1 ラウンド・サマリー)

第 1 ラウンド 4/26 開始 - 5/20 終了。

39名に送付→**39名が回答(100%)**

<参加者プロフィール>

男:女=25:14, 医師:看護師:患者=31:5:3,

平均年齢43歳, 卒後年数平均=12年,

勤務先診療所(22), 一般病院(7), 大学病院(5), 大学(3), 訪問看護(3),

NPO/一般社団法人(2), その他(1)

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第1ラウンド・サマリー)

ラウンド1の結果を踏まえて、研究者間で議論し、
合意レベル（量的データ）からカットオフの設定を行いました。

34項目のコンピテンシーに対して

リッカートスケール5段階で合意の程度を選択し
(全く同意できる=5 point ~全く同意できない=1 pointで換算)、
項目ごとの平均値 $4.0 \leq$ が24項目、 $3.5 \leq < 4.0$ が8項目、 $3.5 >$ が2項目。
平均値3.5以下、各項目SD<1を除外とし、問②、⑨の**2つを除外**。
平均値4.0以下の**8項目**はいずれも総論ではなく各論の能力のため、
近い**総論のリストに統合**しました。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第1ラウンド・サマリー)

ラウンド1の結果を踏まえて、研究者間で議論し、
意見（質的データ）からリストの編集を行いました。

また結果の分析の過程で、
総論と各論としてのコンピテンシーが混在しているとの意見が複数あったため、
【コンピテンシーの概要（総論）】
ー【コンピテンシーの説明（各論を含む説明）】
という記述形式に修正し、コンピテンシーリストを統合する作業を行いました。

コンピテンシーの概要
(総論レベル)

コンピテンシーの説明
(各論レベルを含む説明)

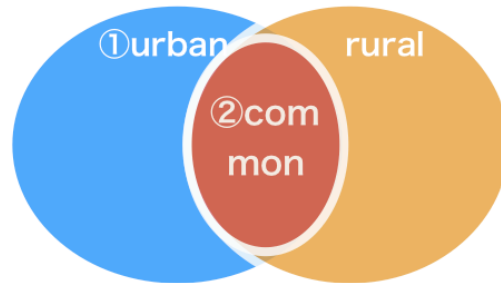
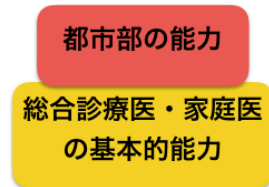
都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査
(第1ラウンド・サマリー)

さらに結果の分析の過程で、

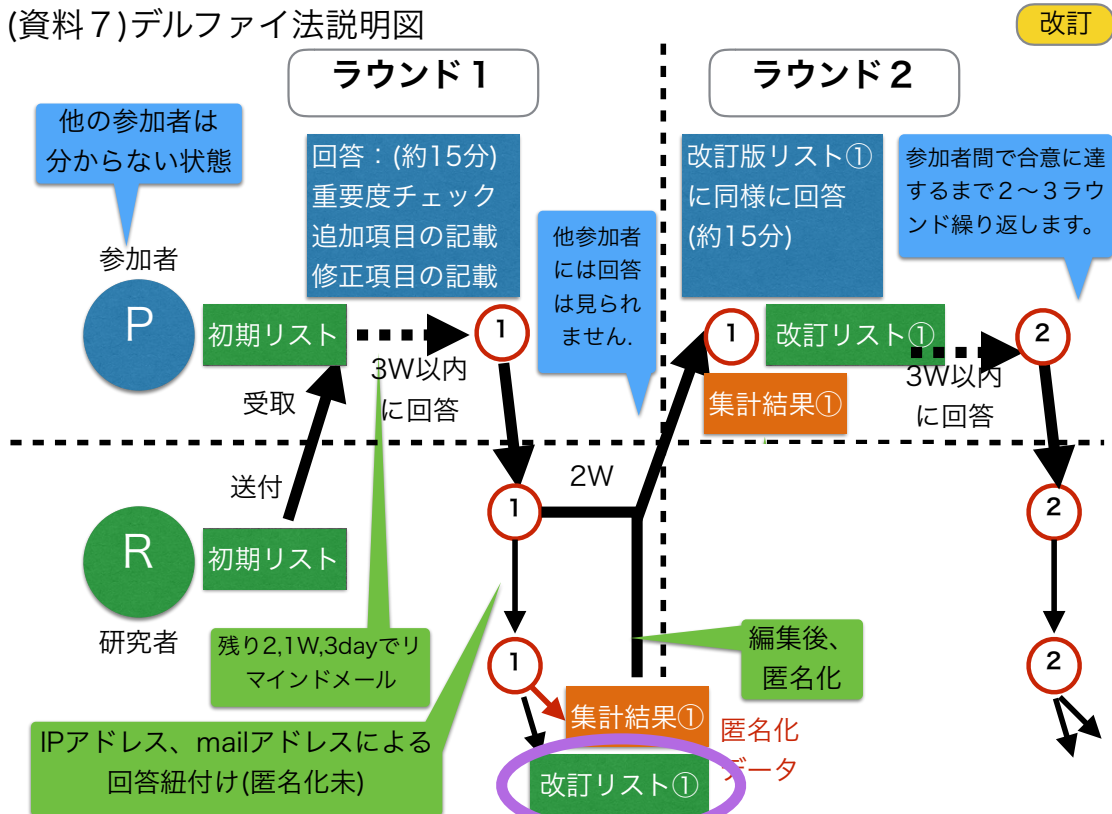
「都市部の総合診療医・家庭医に特に必要な能力」は、
総合診療医・家庭医としての基本的な能力を土台にして、
その上に位置付けられる発展的な能力として扱い、リストを編集しました。

またその能力には、

「都市部に特異的（ユニーク）な能力①」と
「都市部でも地方でも共通するが特に都市部で重要な能力②」
の少なくとも2つの要素が含まれていることが分かりました。
本研究では両者を含めて、都市部のコンピテンシーとして
扱うことにしました。



(資料7)デルファイ法説明図



菊川ら(2015, 6.13ワークショップ)を参考に密山が改訂

付録 10. 第 2 ラウンドの結果まとめ

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第 2 ラウンド・サマリー)

研究参加者のみなさまへ。

2度目の回答をいただきありがとうございました。

38名の方からご回答をいただきました。

リストについての評価と多くのご意見、提案をいただきました。

以下に、簡単な第 2 ラウンドの結果と、
それを受けてのリスト編集の過程についてのまとめを記しております。

こちらをご確認いただくだけでも回答可能ですが、
ラウンド 2 の結果と分析の過程を把握されたい方はご参照ください。

今回で最後の調査になると思われます。ご協力よろしくお願いいたします。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第 2 ラウンド・サマリー)

<研究目的>

本研究の目的は、関係者間で合意形成を行いながら知見を構築する研究方法であるデルファイ法により、都市部のプライマリ・ケア医、特に総合診療医・家庭医にとって、特に必要な能力（コンピテンシー）のリストの開発を行うことです。

<定義>

本研究で定義する

「都市部の総合診療医・家庭医に特に必要な能力」とは、
総合診療医・家庭医としての基本的な能力を土台にして、
その上に位置付けられる発展的な能力とします。

また、「特に必要な能力」には、

「都市部に特異的（ユニーク）な能力」と

「都市部に特異的ではないが、特に都市部で必要な能力」が含まれる
と考えています。

都市部の能力

総合診療医・家庭医
の基本的な能力

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第2ラウンド・サマリー)

ラウンドの結果を踏まえて、研究者間で議論し、
合意レベル（量的データ）からカットオフを設定。 Kikukawa M(2014)

- ・ **20項目**のコンピテンシーに対して
項目ごとの平均値 $4.5 \leq$ が7項目、 $4.0 \leq < 4.5$ が12項目、 $4.0 >$ が1項目。
平均値3.5以下はなし。SD ≥ 1 はなし。
いずれも合意の程度は高いと考え、除外する項目はありませんでした。
- ・ さらに自由記述の意見をテーマ分析法を用いて分析し、
リストを再編集しました。
緩和ケアとメンタルヘルス領域のそれぞれ2つのリストを1つに
統合することで、20→18のリストに変更いたしました。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第2ラウンド・サマリー)

結果の分析の過程で、

「都市部の総合診療医・家庭医に『特に必要な』能力は、
「都市部に特異的（ユニーク）な能力」と
「都市部でも地方でも共通するが特に都市部に必要な能力」
の少なくとも2つの要素が含まれていることを
報告しましたが、問いの設定上、分別を行えませんでした。



そのため、第3ラウンドでは各コンピテンシーに(A),(B)2つの問いを設定しました。

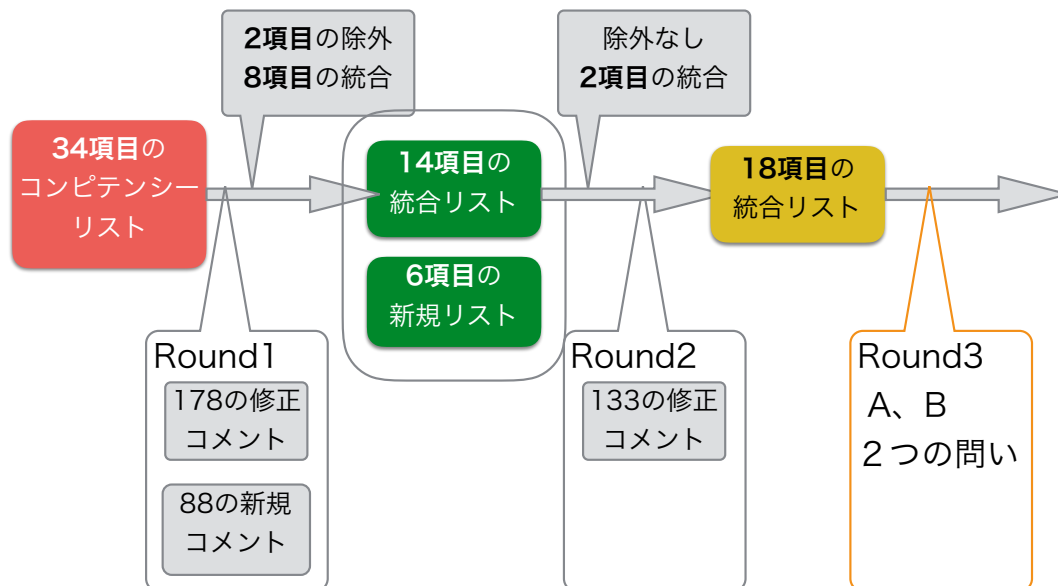
(A)は、**従来通り**の「都市部に特に必要な能力である」ことについての
合意の程度を尋ねるものです。これまでの皆様の基準でお答えください。

(B)は、新たに「**都市部に特異的な能力である**」ことについての
合意の程度を尋ねるものです。

非都市部では少なく、都市部により特異的であると言えるか
という合意の程度についてお答えください。

この2つの観点で(A),(B)それぞれ設問に5段階の中から1つお選びください。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査
(第2ラウンド・サマリー)



付録 11. 第 3 ラウンドの結果まとめ

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第3ラウンド・サマリー)

研究参加者のみなさまへ。

3度目の回答をいただきありがとうございました。

36名の方からご回答をいただきました。

以下に、簡単な第3ラウンドの結果と

それを受けてのリスト編集の過程を記しております。

3ラウンド目で合意に達したと判断し、

これをもって本研究におけるデルファイ法を終了とさせていただきます。

これまでご協力いただきまことにありがとうございました。

なお、ラウンド3の結果と分析の過程についてご意見ある方は、

密山 (yoyo.toshichika@gmail.com) までお気軽にご連絡ください。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第2ラウンド・サマリー)

<研究目的>

本研究の目的は、関係者間で合意形成を行いながら知見を構築する研究方法であるデルファイ法により、都市部のプライマリ・ケア医、特に総合診療医・家庭医にとって、特に必要な能力（コンピテンシー）のリストの開発を行うことです。

<定義>

本研究で定義する

「都市部の総合診療医・家庭医に特に必要な能力」とは、総合診療医・家庭医としての基本的な能力を土台にして、その上に位置付けられる発展的な能力とします。

また、「特に必要な能力」には、

「都市部に特異的（ユニーク）な能力」と

「都市部に特異的ではないが、特に都市部で必要な能力」が含まれると考えています。

都市部の能力

総合診療医・家庭医
の基本的な能力

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第3ラウンド・サマリー)

第3ラウンドでは各コンピテンシーに(A),(B)2つの問いを設定しました。

(A)は、**従来通り**の「都市部に特に必要な能力である」ことについての合意の程度を尋ねるものです。

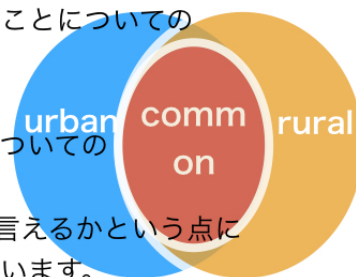
(B)は、新たに「**都市部に特異的な能力である**」ことについての合意の程度を尋ねるものです。

非都市部では少なく、都市部により特異的であると言えるかという点に焦点を当てた問いです。(A)の補助的データとして扱います。

(A)は、**従来通り**の「都市部に特に必要な能力である」ことについての合意の程度を尋ねるものです。

(B)は、新たに「**都市部に特異的な能力である**」ことについての合意の程度を尋ねるものです。

非都市部では少なく、都市部により特異的であると言えるかという点に焦点を当てた問いです。(A)の補助的データとして扱います。



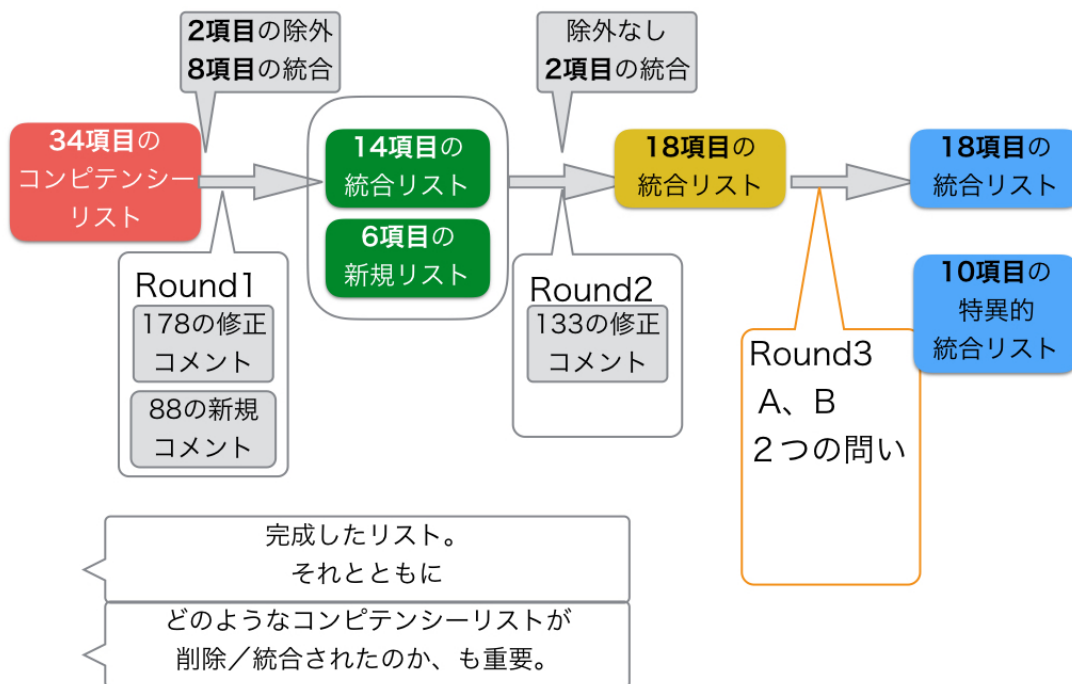
都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査 (第3ラウンド・サマリー)

ラウンドの結果を踏まえて、研究者間で議論し、

合意レベル(量的データ)からカットオフを設定。 Kikukawa M(2014)

- ・(A)18項目のコンピテンシーに対して
項目ごとの平均値 $4.5 \leq$ が11項目、 $4.0 \leq < 4.5$ が7項目、 $4.0 >$ が0項目。
平均値4.0以下はなし。SD ≥ 1 はなし。
いずれも合意の程度は高く、除外する項目はなし。
→今回のリストを持って、研究参加者の合意に達したと判断した。
- ・さらに各コンピテンシーに関して自由記述式の意見をテーマ分析法を用いて研究者2名で分析し、リストの表現を一部修正した。
すでに合意に達したリストのため、リストの統廃合は行わなかった。
- ・(B)18項目のコンピテンシーに対して、
すべてのSD > 1 となった。研究参加者間で合意した都市部に必要な能力のリストは、どれが都市部に特異的な能力のリストかについては、研究参加者間でも意見が大きく分かれることを示している。

都市部に特に必要な総合診療医・家庭医のコンピテンシーに関する調査
(第3ラウンド・サマリー)



付録 12. 文献レビューにより得た文献ごとのコンピテンシー

No.	文献 番号	Author	コンピテンシー領域	抽出したコンピテンシー
				pubmed result (MeSH “Urban” AND” Competency” AND “Primary care”):320→26
1	66	Sturgiss E	Behavioral medicine	肥満患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
2	67	Brijnath B	surgery	交通外傷の適切な診断と治療を行うことができる。
3	68	Maria Michail	mental health	若年者の自殺リスクに対して適切な評価と対処を行うことができる。
4	69	Berz JP	urban underserved, CAM	都市の Underserved (人種/民族的マイノリティ、移民、低収入、ホームレス、障害者) に対して代替医療を統合した予防的ケアを提供することができる。
5	70	Shtasel D	地域志向ケア	コミュニティヘルスセンターとセーフティネット提供者の歴史と発展を理解できる/健康の社会的決定要因、レイシズム、健康の平等性間の関係性を理解できる/地域診断と CBPR の方法を理解できる/地域基盤型プロジェクトを実践する能力を示すことができる/地域の健康予防政策を理解することができる/脆弱な住民への臨床家の擁護の重要性を理解でき実践することができる/質改善のツールと関連するマネジメント能力を発揮することができる/自己評価、焼殺、効果的なコミュニケーション、協同的な意思決定というリーダーシップの能力を発揮することができる。

6	71	Roy V	urban underserved	<p>都市コミュニティの暴力、ホームレスの若者、プライマリケアでの HIV の治療、難民患者のケアについて理解できる。／Street Outreach Medicine Program のプロジェクトを実践できる。以前ホームレスだった青少年のためのドロップインラウンジの評価、都市部の若者の指導、州レベルでのプライマリケア改革の提唱などを含む。</p> <p>社会的意識を持つことができる。／十分なサービスを受けていない集団のために働く意欲を持つことができる。／十分なサービスを受けていない人々に共感することができる。／健康格差の知識を理解できる。</p> <p>十分なサービスを受けていない人々のケアシステムを理解できる。／十分なサービスを受けていない人々のケアにより効果的になるためのスキルを持つことができる。</p>
7	72	Haq C	urban underserved	<p>臨床学習の目標</p> <p>十分にサービスされていない都市部で、人間中心の思いやりのあるケアを提供する /健康の社会的決定要因を認識して対応する/健康を促進し、病気を管理するために家庭訪問を実施する/患者ケアにおいて社会のおよび地域社会のリソースにアクセスして使用する/患者が複雑な健康システムをナビゲートするのを支援する</p> <p>コミュニティおよび公衆衛生の学習目標</p> <p>歴史的、社会的、および経済的な力がミルウォーキーコミュニティの健康に与える影響を議論する/公衆衛生データにアクセスして、健康格差を特定および追跡する/地域の医療システムと資金調達について説明する/地域の資産を特定して地域の健康を改善する/優先順位を選択し、健康の結果を改善する戦略を決定する。/証拠に基づいた健康増進をコミュニティに提供する/地域保健プロジェクトの論理モデルを設計する/メンター、コミュニティメンバー、およびグループとの良好な関係を確立および維持する</p> <p>個人学習目標</p> <p>人道的価値を明確にし、強化する/プロジェクトの喜び、発見、課題、進捗を仲間と共有する/患者と地域の出会いについての個人的な反省について話し合う/多様な経験を通じて文化的意識を深める/専門家のストレスを緩和するための健康的な対処戦略を実践する/学際的なコラボレーションを通じてネットワークスキルを向上させる/ピアサポートを受ける・提供する/個人的な価値とキャリア目標を明確にする/社会的正義と健康の公平性を促進するために自信を強化する</p>

				3TRIUMPH の学生は、これらのスキルを統合して適用し、以下に対応するコミュニティに対応できる医師になる。 文化的な感受性と謙虚さのモデルである／同定された人々の健康を促進するためにコミュニティと連携する／学際的なチームと協力して、健康の結果を改善する／健康格差を減らすためのリーダーシップとアドボカシーのスキルを実証する
8	73	Naqvi SA	Tuberculosis	保健所と協働して外来での結核治療を適切に行うことができる。
9	74	Fornari A	urban underserved care	(都市の underserved community に属する) 患者の社会的文脈を理解できる。一生物医学的視点にコミュニティの視点や社会文化的視点を加える。／(都市部に) 特徴的なコミュニティを理解できる。／学習する個人としても社会的擁護者としてのプロフェッショナルとしても研鑽できる医師であろうとする。
10	75	Simmons BB	urban underserved care	無保険の患者を医療システムにつなげることができる。／難しい社会的状況にある患者を適切な機関につなげることができる。／ホームレスになる一般的な理由をあげることができる。／ホームレスへのケアの一般的な障壁をあげることができる。
11	76	Mercer SW	urban underserved care	貧困地域の患者に対して継続的で良好な医師患者関係を構築できる。／ 貧困地域の患者に対して継続的なケアを提供できる。／ 貧困地域の患者に対して十分に相談できる時間をとることができる。／
12	77	McDougle L	urban underserved care	Urban underserved のケアが実践できる。一・社会経済的な困窮者へのケアが提供できる。／HIV/AIDS 患者の外来診療が行える。／無保険者への周産期ケアが提供できる／若年者や隣人による暴力に対するケアが提供できる。／外傷治療が提供できる／都市の健康に焦点を当てた研究プロジェクトを実践できる。／
13	78	Zweig RA	mental health, geriatrics	高齢者のメンタルヘルスの問題に関する適切な評価と精神科への紹介を行うことができる。／文化的に多様な高齢者に対して心理療法的介入を行うことができる。

14	79	Turner S	dementia, geriatrics	認知症の診断とマネージメントを適切に行うことができる。ー各論：認知症の診断を自信を持って行うことができる。／認知症の患者家族のための地域の社会資源を把握することができる。～地域の社会資源の提供者と顔の見える関係を築ける／認知症患者の生活の質を向上させることができる
15	80	Metsch LR	HIV	新規 HIV 陽性患者への HIV 予防のためのカウンセリングを行うことができる。
16	81	Jacobs EA	Cultural competence	Underserved-人種的マイノリティへのケア／いかに社会経済的状況が健康に影響を与えているかを理解できる／多文化への理解とコミュニケーションを実践することができる／患者の人生の複雑さに敬意を払い、それが患者の健康や医療機関にアクセスする能力にいかに関与を与えるかを理解している。／コミュニティと地域のローカルサービスが患者のウェルビーイングに影響を与えることを理解できる。
17	82	Chaytors RG	minor surgery	小外科、眼の異物除去、関節穿刺／注射、鼻出血などの手技は都市では地方よりも必要とされない。
18	83	Weine SM		難民の PTSD に対して系統だった評価を行うことができる。
19	84	Takayama JI	Cultural competence	文化に配慮したケアを提供できる。
20	85	Harper PG	地域志向ケア	都市のコミュニティの課題を同定し、COPC のプロジェクトを実践することができる。
21	86	Zweifler J	Cultural competence	多様な文化的背景の患者にケアを提供できる。ー文化的差異や習慣に配慮できる。ー患者の話す言語に関わらず効果的にコミュニケーションが取れる。様々な理由で医療にアクセスしづらい人々に利用可能なケアを提供できる。
22	87	Yu M, Hawley C	Cultural competence	医療アクセスが制限されている人、多様な文化背景を持つ人へ継続的なケアを提供できる。

23	88	Marsh D	Tuberculosis	結核を疑う患者に対して適切な初期対応を行うことができる。
24	89	Lipscomb J	Occupational medicine	職業関連の健康問題の診断、治療を行うことができる。
25	90	Montgomery K	HIV	HIV 感染症に関連するリスク因子のスクリーニングを行うことができる。／HIV 患者にプライマリケアを提供することができる。－HIV 診療について理解できる。／AIDS のリスクのある患者の相談に乗れる／新患者の性行為歴を聴取することができる。
26	91	Strelnick AH	urban underserved	都市の underserved な人々へケアを提供できる。／患者の心理社会的側面と健康の社会的決定因子に注目してケアを提供できる。
				pubmed result (MeSH “Urban” AND “Competeny 各論” AND “Primary care”):306→27
27	92	Godoy L	pediatrics, mental health	プライマリケアの診療所において小児への行動保健学的（うつ、発達障害など）のスクリーニングを行うことができる／臨床心理士や精神科医と効果的な連携を行うことができる。
28	93	Walker KO	integrated care	ケアチーム内・間で適切な連携を行える。／診療に関する予約や訪問の予定調整が行える／専門医と適切な連携を行える。／地域コミュニティの資源との適切な連携を行える。
29	94	Engel PA	integrated care	高齢者のケアの分断を解消することができる。／高齢者に対してより良いケアの移行を計画できる。／複雑性の高い高齢患者へ訪問によるケアを提供できる。
30	95	Dawson-Rose C	addiction	HIV 患者のアルコール、タバコ、違法ドラッグ使用に適切に介入できる。
31	96	DeCamp LR	cultural competence	外国ルーツの子育て世代のケアのアクセスを向上させることができる。／外国ルーツの子育て世代の親の相談にのることができる

32	97	Lindsay S	integrated care	障害のある若年者に対する小児科からのケアの移行を適切に行うことができる。
33	98	Majzoub Perez K	mental health	メンタルヘルスのケアが提供できる／メンタルヘルスサービスと適切に連携できる。
34	99	Reid J	urban underserved care	人種的マイノリティの患者へ継続的な関係性に基づくケアを提供できる。
35	100	Carrillo JE	integrated care	PCMH（患者中心のメディカルホーム）の概念に基づき、多職種や地域ケア資源と連携し、統合ケアのチームを構築できる。
36	101	Matiz LA	integrated care	PCMHを構築し、多様な文化的背景を持つ患者に対して包括的ケアを提供できる。
37	102	Rondet C	urban underserved, mental health	貧困や無保険の患者の診察において、うつとメンタルヘルスに関する問診を行うことができる。
38	103	Younge R	urban underserved	継続的なケアの向上により都市のマイノリティ、underserved community の慢性疾患のケアの質を改善することができる。
39	104	Siegel C	mental health	メンタルヘルス領域における文化的能力
40	105	Hasnain M	Cultural competence	ムスリム女性に対して文化的に適切なケアを提供できる。
41	106	Yeung A	Cultural competence	中国系アメリカ人移民に対して文化に配慮した多職種連携による治療を提供できる。

42	107	O'Connell JJ	urban underserved	ホームレスの人々へ身体、精神、口腔、予防を合わせた統合的ケアを提供できる。
43	108	Furler J	urban underserved, mental health	人種的マイノリティ集団へうつ病のケアが提供できる。
44	109	Wang EA	urban underserved	出所後の慢性疾患を抱える囚人に対して継続的なプライマリケアを提供できる。
45	110	Chen TM	urban underserved, mental health	人種的マイノリティ集団へうつ病のケアが提供できる。
46	111	Plochg T	integrated care	多職種との連携により、地域コミュニティにおける統合的ケアサービスの構築を先導できる。
47	112	Gorin SS	urban underserved	UUC に対して乳がんの予防とスクリーニングを実施できる。
48	113	McColl K	urban underserved	UUC (移民、ホームレス、コマーシャルセックスワーカー) がケアにアクセスするのを支援することができる。
49	114	Winiarski MG	HIV, mental health	HIV 患者に対してプライマリケアとメンタルヘルスの統合されたケアを提供できる。(個人というよりサービスレベル) /文化に対応したケアを提供できる。(患者のアイデンティティ、信念、価値観を踏まえて介入できる)
50	115	Ell K	urban underserved, mental health	低収入、民族的マイノリティの女性集団に対して、うつと不安障害のスクリーニングを提供できる。
51	116	Redlener I.	pediatrics	医療へのアクセスが難しい小児に対して統合的ケアを提供できる。

52	117	Manfredi C	urban underserved	低収入、マイノリティの人々へのがんのスクリーニング受診を向上させることができる。
53	118	Li LB	urban underserved	UUP へケアを提供することに個人的、かつプロフェッショナルとしてのアイデンティティを持つことができる。/UUP の医学的、社会的需要に対して多職種チームで柔軟で創造的で革新的な方法で、包括的に対応することができる。

付録 13. 第 1 ラウンド結果（リッカートスケールとリスト統合）

第 1 ラウンド (R1) -番号	コンピテンシーの定義	第 1 ラウンド結果 : 平均値, (標準偏差), 平均値の順位	第 2 ラウンド (R-2) へ向けた リスト編集結果
R1-1.	多様な文化的背景に配慮したケアを提供できる。	4.44 (0.709) 11	(1, 2, 3) は R2-No. 1 へ統合
R1-2.	都市の多様な職業・生活スタイルを理解することができる。	4.58 (0.494) 5	(1, 2, 3) は R2-No. 1 へ統合
R1-3.	都市部の多種多様な価値観をもつ患者と適切な合意形成を行うことができる。	4.59 (0.542) 1	(1, 2, 3) は R2-No. 1 へ統合
R1-4.	Urban Underserved Communities (※都市部の医療ケアが十分に提供されていない 集団) の社会的文脈について理解できる	4.31 (0.685) 15	(4, 5, 6) は R2-No. 2 へ統合
R1-5.	Urban Underserved Communities に対して多職種連携による包括的、統合的ケアを提供できる。	4.37 (0.741) 12	(4, 5, 6) は R2-No. 2 へ統合
R1-6.	Urban Underserved に対して補完代替医療を統合した予防的ケアを提供することができる。	3.63 (0.840) 32	(4, 5, 6) は R2-No. 2 へ統合
R1-7.	非同居家族と効果的なコミュニケーションをとることができる。	4.28 (0.749) 16	
R1-8.	患者のニーズと周辺の医療機関の状況に応じて柔軟に包括的ケアを提供することができる。	4.59 (0.741) 1	
R1-9.	患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断ができる。	4.49 (0.78) 6	
R1-10.	複数の専門科を受診によるケアの分断が起きている患者に対して、責任を持って統合的なマネジメントを行うことができる。	4.59 (0.669) 1	(10, 11, 12, 13, 14) は R2-No. 6 へ統合
R1-11.	複数の専門科受診の高齢者におけるケアの分断に対して、プライマリケアによる統合的ケアが提供できる。	4.47 (0.752) 8	(10, 11, 12, 13, 14) は R2-No. 6 へ統合
R1-12.	Patient-centered medical home に基づき、メンタルヘルスにおける多職種や地域ケア資源と連携し、統合ケアのチームを構築できる。	4.21 (0.853) 18	(10, 11, 12, 13, 14) は R2-No. 6 へ統合
R1-13.	障害のある若年者に対する小児科からのケアの移行を適切に行うことができる。	4.1 (0.81) 22	(10, 11, 12, 13, 14) は R2-No. 6 へ統合

R1-14.	HIV 患者に対してプライマリケアとメンタルヘルスの統合されたケアを提供できる。	3.69 (0.91)	30	(10, 11, 12, 13, 14) は R2-No. 6 へ統合
R1-15.	患者のための地域の社会サービスとその提供者を把握することができる。	4.49 (0.78)	6	(15, 16) は R2-No. 7 へ統合
R1-16.	多種多様な医療介護福祉関係者と協働することができる。	4.59 (0.669)	1	(15, 16) は R2-No. 7 へ統合
R1-17.	都市に特徴的な地域課題を同定し、地域志向性アプローチを実践することができる。	4.46 (0.711)	9	
R1-18.	都市の救急医療の地域連携の課題に取り組むことができる。	4.33 (0.613)	14	
R1-19.	職業関連の健康問題の診断、治療を行うことができる。	4.08 (0.888)	23	
R1-20.	結核を疑う患者に対して適切な初期対応を行うことができる。	4.18 (0.712)	20	(20, 21, 22, 23) は R2-No. 11 へ統合
R1-21.	保健所と協働して外来での結核治療を適切に行うことができる。	3.69 (0.821)	30	(20, 21, 22, 23) は R2-No. 11 へ統合
R1-22.	HIV 感染症に関連するリスク因子のスクリーニングを行うことができる。	4 (0.784)	24	(20, 21, 22, 23) は R2-No. 11 へ統合
R1-23.	HIV 患者の文化・価値観に配慮して相談に乗ることができる。	3.97 (0.862)	25	(20, 21, 22, 23) は R2-No. 11 へ統合
R1-24.	若年者の自殺リスクに対して適切な評価と対処を行うことができる。	4.13 (0.822)	21	(24, 25, 26, 27, 28, 29) は R2-No. 12 へ統合
R1-25.	小児のメンタルヘルス（うつ、発達障害など）のスクリーニングを行うことができる	3.9 (0.778)	27	(24, 25, 26, 27, 28, 29) は R2-No. 12 へ統合
R1-26.	小児のメンタルヘルス（うつ、発達障害など）に関して多職種と効果的な連携を行うことができる。	3.9 (0.841)	27	(24, 25, 26, 27, 28, 29) は R2-No. 12 へ統合
R1-27.	高齢者のメンタルヘルスの問題に関する適切な評価と精神科への紹介を行うことができる。	4.36 (0.832)	13	(24, 25, 26, 27, 28, 29) は R2-No. 12 へ統合
R1-28.	文化的に多様な高齢者に対して心理療法的介入を行うことができる。	3.82 (0.873)	24	(24, 25, 26, 27, 28, 29) は R2-No. 12 へ統合
R1-29.	人種的マイノリティ集団に対して適切なメンタルヘルスのケアが提供できる。	3.95 (0.749)	26	(24, 25, 26, 27, 28, 29) は R2-No. 12 へ統合
R1-30.	難民の PTSD を含めた精神的問題に対して系統だった評価を行うことができる。	3.38 (0.923)	33	eliminated
R1-31.	認知症の診断とマネジメントを適切に行うことができる。	4.46 (0.812)	9	(31, 32) は R2-No. 13 へ統合
R1-32.	認知症患者の生活の質を向上させることができる。	4.23 (0.799)	17	(31, 32) は R2-No. 13 へ統合
R1-33.	肥満患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	4.21 (0.853)	18	
R1-34.	交通外傷の適切な診断と治療を行うことができる。	3.13 (0.911)	34	eliminated

付録 14. 第 1 ラウンド終了後のコンピテンシーリスト

R 2 -No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義	コンピテンシーの説明
R2-1.	cultural competence	都市部に住む患者の多様な社会経済状況や文化的背景とそれに伴う多様な医療ニーズについて配慮し、適切なケアを提供することができる。	(説明) 都市部に住む日本人、外国人いずれもの多様な社会経済的状況(社会的地位、収入レベル、教育レベル、生活スタイルなど)や文化的背景とそれに伴う多様な医療ニーズに配慮し、適切なケアを提供することができる。
R2-2.	SDH, UUC, cultural competency	都市部において重要な健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、患者の社会的背景に配慮し、多職種と連携し適切なプライマリ・ケアを提供できる。	(説明) 都市部において重要な健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、患者の社会的背景に配慮しながら、多職種と連携し適切なケアを提供できる。特に、健康格差については、都市部の医療的ケアが十分に提供されていない集団である Urban underserved communities(例として、社会的孤立、引きこもり、貧困地域、低収入、無保険、ホームレス、人種/民族的マイノリティ、移民、LGBT、HIV/AIDS患者、コマーシャルセックスワーカー、犯罪歴のある人など)に注目して適切なプライマリ・ケアを提供できる。
R2-3.	家族志向ケア	都市部における家族形態の変化に配慮し、患者家族の状況に合わせて効果的なコミュニケーションをとりながらケアを提供することができる。	(説明) 都市部における家族形態の変化に配慮し、患者の病状の情報共有や治療方針の決定において、患者家族の状況に合わせて効果的なコミュニケーション手段を取りながらケアを提供することができる。特に都市部の単身世帯の増加に伴い、時間的、空間的に直接会うことが難しい家族と効果的なコミュニケーションを取ることができる。
R2-4.	ケアの包括性	数多くある周辺医療機関の状況や多様化する患者のニーズや抱えている問題に応じて柔軟に提供するケアの範囲を調整することができる。	(説明) 都市部には数多くの専門科開業医や専門病院が存在する。そのため、総合診療医・家庭医は常に全ての健康問題を扱うよりも、周辺医療機関の専門性やアクセスといった状況や多様化する患者の受診ニーズや抱えている身体・心理・社会的な問題を考慮して提供するケアの範囲を柔軟に拡大、あるいは縮小する形で調整できる能力が必要である。

R2-5.	ケアの調整、 病診連携	都市部の多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のおかれた状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。	(説明) 都市部の、専門性がより細分化された多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者の希望やおかれた状況(病状、基礎疾患、社会経済的状況、交通手段)などに応じて専門医療機関へ適切な紹介、連携を行うことができる。
R2-6.	ケアの統合	複数の専門医療機関を受診することでケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持ってケアの統合を行うことができる。	(説明) 複数疾患を抱え、複数の専門科を受診することによるケアの分断による弊害が起きている患者に対して、専門科医師、多職種や地域ケアとも連携し、責任を持ってケアの統合を行うことができる。特に高齢者や精神疾患のある患者の治療全体の責任者の不在、ポリファーマシーによる弊害、障害のある若年者に対する小児科からのケアの移行の課題への対応などがあげられる。
R2-7.	ケアの調整、 多職種連携	都市部の多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握する、あるいは把握している多職種と協働し、患者の状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。	(説明) 都市部に存在する多種多様な介護福祉サービス(介護事業所、介護施設、訪問看護事業所など)や地域社会資源(市民活動や趣味のグループなど)の特徴を把握する、あるいは把握している多職種(ケアマネージャー、看護師、地域包括支援センター職員など)と協働し、患者の状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。
R2-8.	地域志向ケア	都市部のそれぞれの地域に特徴的な地域課題を同定し、地域志向性アプローチを実践することができる。	(説明) 都市部のそれぞれの地域に特徴的な地域課題を同定し、地域志向性アプローチを実践することができる。
R2-9.	ケアの調整、 救急	都市部のそれぞれの地域に特徴的な救急医療の地域連携の課題に取り組むことができる。	(説明) 都市部のそれぞれの地域に特徴的な救急医療の地域連携の課題(救急患者のたらい回し、患者情報の分断など)に取り組むことができる。
R2-10.	産業保健	都市部の診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。	(説明) 都市部の診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について、自身が産業医として、あるいは産業医と協働しながら適切なケアを提供することができる。例えば、有機溶剤、粉塵、騒音、振動といった化学・物理的健康障害だけでなく、メンタルヘルスや過重労働といった心理社会的健康障害、VDT作業や作業姿勢などの人間工学的健康障害、あるいは海外勤務者の感染症対策といった生物的健康問題など、診療地域によって異なるニーズに柔軟に対応できる。

R2-11.	生物医学的問 題	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者に対して適切な初期対応を行うことができる。	(説明) 結核や HIV 感染症をはじめとした性感染症などの都市部に頻度の高い感染症を疑うべき症状やリスク因子を持つ患者に対して、それらの疾患を鑑別診断として想起でき、必要な検査の実施、保健所や専門医療機関との連携・紹介などの適切な初期対応を行うことができる。
R2-12.	精神医学的問 題	多世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。	(説明) 小児、若年者のメンタルヘルス(うつ、発達障害、不登校、自殺リスク)の問題に対して、スクリーニングと専門医療機関への紹介を行い、小児科医や精神科医、保育士、保健師などの多職種と効果的な連携を行うことができる。また、高齢者のメンタルヘルス(うつ、不安障害、せん妄など)の問題に対して、適切な評価とプライマリ・ケアレベルでの薬物療法、心理療法的介入を行い、精神科や関係機関と効果的な連携を行うことができる。
R2-13.	高齢者ケア -認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。	(説明) 認知症を疑う患者に対して、専門医と連携して適切な診断・薬物治療を行い、生活の質を向上させるケアマネジメントを多職種(看護師、リハビリ職、ケアマネージャー、介護士など)と連携して行い、必要に応じた行政手続き(介護保険主治医意見書や成年後見制度のための書類作成など)にも適切に協力することができる。
R2-14.	行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	(説明) 生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
	新規提案コンピテンシー		
R2-15.	生物医学的問 題-終末期、緩和 ケア	がん、あるいは非がん疾患の終末期の患者に対して、患者の状況に応じた場面・患者の希望する場所で適切な緩和ケアを提供できる。	(説明) がん、あるいは非がん疾患の終末期の患者に対して、患者の状況に応じた場面(外来、在宅、入院)・患者の希望する場所(自宅、入所施設、病院、ホスピス他)で適切な緩和ケアを提供できる。
R2-16.	コミュニケー ション -終末期	終末期における患者本人や家族、あるいは代理意思決定者の意思決定を継続的、かつ適切に支援することができる。	(説明) 終末期における患者本人や家族、あるいは代理意思決定者の様々な重要な意思決定を、継続的にかつ適切に支援することができる。

R2-17.	精神医学的問題-依存症	依存症の問題を抱える患者に対して適切な対応を行うことができる。	(説明) 依存症(飲酒、喫煙、薬物など)の問題を抱える患者に対して、プライマリ・ケアレベルでの適切な評価と薬物療法、心理療法的介入、そして精神科への紹介、効果的な連携を行うことができる。
R2-18.	組織運営	都市部におけるプライマリ・ケアの役割を理解し、適切な組織運営を実践、もしくは協力ができる。	(説明) 都市部におけるプライマリ・ケアの役割を理解し、適切な組織運営を実践、もしくは協力ができる。
R2-19.	生涯学習	周辺医療機関との役割分担により診療機会が少ないが重要な一般的な疾患について、その診療能力を維持するための学習を意識的に行うことができる。	(説明) 周辺の専門医療機関へのアクセスが良いため診療機会が少ないが、時に自身で提供が必要となる重要な一般的な疾患についての診療能力を維持するための学習を意識的に行うことができる。
R2-20.	教育	学生、研修医が都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を理解できるような教育を実践できる。	(説明) 学生、研修医が都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を理解できるような教育を実践できる。

付録 15. 第 2 ラウンド結果（リッカートスケールとリスト統合）

第 2 ラウン ド (R2) -番号.	コンピテンシー 領域	コンピテンシーの定義	第 2 ラウンド結果 : 平均値 (標準偏 差) 平均値の順位	R3 へ向けてのリスト 編集
R2-1.	cultural competence	都市部に住む患者の多様な社会経済状況や文化的背景とそれに伴う多様な医療ニーズについて配慮し、適切なケアを提供することができる。	4.55 (0.497) 5	
R2-2.	SDH, UUC, cultural competency	都市部において重要な健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、患者の社会的背景に配慮し、多職種と連携し適切なプライマリ・ケアを提供できる。	4.68 (0.518) 2	
R2-3.	家族志向ケア	都市部における家族形態の変化に配慮し、患者家族の状況に合わせて効果的なコミュニケーションをとりながらケアを提供することができる。	4.55 (0.714) 6	
R2-4.	ケアの包括性	数多くある周辺医療機関の状況や多様化する患者のニーズや抱えている問題に応じて柔軟に提供するケアの範囲を調整することができる。	4.5 (0.59) 7	
R2-5.	ケアの調整、病診 連携	都市部の多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のおかれた状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。	4.61 (0.489) 3	
R2-6.	ケアの統合	複数の専門医療機関を受診することでケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持ってケアの統合を行うことができる。	4.74 (0.497) 1	
R2-7.	ケアの調整、多職 種連携	都市部の多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握する、あるいは把握している多職種と協働し、患者の状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。	4.58 (0.591) 4	
R2-8.	地域志向ケア	都市部のそれぞれの地域に特徴的な地域課題を同定し、地域志向性アプローチを実践することができる。	4.16 (0.708) 16	

R2-9.	ケアの調整、救急	都市部のそれぞれの地域に特徴的な救急医療の地域連携の課題に取り組むことができる。	4. 21 (0. 832) 15	
R2-10.	産業保健	都市部の診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。	3. 95 (0. 944) 20	
R2-11.	生物医学的問題	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者に対して適切な初期対応を行うことができる。	4. 42 (0. 634) 10	
R2-12.	精神医学的問題	多世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。	4. 32 (0. 765) 11	(12, 17)は R3-No. 18 へ統合
R2-13.	高齢者ケア -認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。	4. 47 (0. 752) 8	
R2-14.	行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	4. 05 (0. 944) 18	
	新規提案コンピテンシー			
R2-15.	生物医学的問題- 終末期、緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の終末期の患者に対して、患者の状況に応じた場面・患者の希望する場所で適切な緩和ケアを提供できる。	4. 26 (0. 784) 13	(15, 16)は R3-No. 15 へ統合
R2-16.	コミュニケーション- 終末期	終末期における患者本人や家族、あるいは代理意思決定者の意思決定を継続的、かつ適切に支援することができる。	4. 32 (0. 798) 12	(15, 16)は R3-No. 15 へ統合
R2-17.	精神医学的問題- 依存症	依存症の問題を抱える患者に対して適切な対応を行うことができる。	4. 08 (0. 703) 17	(12, 17)は R3-No. 12 へ統合
R2-18.	組織運営	都市部におけるプライマリ・ケアの役割を理解し、適切な組織運営を実践、もしくは協力ができる。	4. 24 (0. 705) 14	

R2-19.	生涯学習	周辺医療機関との役割分担により診療機会が少ないが重要な一般的な疾患について、その診療能力を維持するための学習を意識的に行うことができる。	4 (0.889) 19	
R2-20.	教育	学生、研修医が都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を理解できるような教育を実践できる。	4.47 (0.595) 9	

付録 16. 第 2 ラウンド終了後のコンピテンシーリスト

R2-No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義	コンピテンシーの説明
R2-1.	文化的能力 (cultural competence)	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。	都市部に住む人々（外国人を含む）の多様な社会経済的状況（社会的地位、教育レベル、生活スタイル、職業、収入、保険など）や文化的背景（宗教、思想、信条、風習など）を理解し、それらに伴う多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
R2-2.	患者中心の医療の方法／健康の社会的決定要因	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない集団（社会的孤立、引きこもり、貧困地域、低収入、無保険、ホームレス、人種／民族的マイノリティ、移民、LGBT、HIV/AIDS 患者、コマーシャルセックスワーカー、犯罪歴のある人など）に対して、多職種と連携し適切なケアを提供できる。
R2-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。	患者の病状に関する情報共有や重要な意思決定において、家族に対する多様な価値観や関係性（血縁家族にとらわれない、内縁関係や親しい知人を含む多様な家族観、多様な世帯構成や居住状況など）に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取ることで、患者本人にとって妥当な意思決定の支援と適切なケアを提供できる。
R2-4.	ケアの包括性	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。	患者の多様なニーズと抱える生物・心理・社会的な問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴（細分化された専門性や治療方針の傾向、アクセスなど）も踏まえて、患者の全体像を把握しながら自身の提供するケアの範囲を柔軟に拡大、あるいは縮小する形で調整することができる。
R2-5.	ケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。	細分化された専門性を持つ多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者の多様なニーズと置かれた状況（病状、基礎疾患、社会経済的状況、交通手段）などに応じて専門医療機関へ適切な紹介、連携を行うことができる。
R2-6.	ケアの統合	複数の専門医療機関を受診することでケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持つ	複数疾患を抱え、複数の専門科を受診することでケアの分断の弊害が起きている患者に対して、信頼関係を構築し、専門科医師や施設内外の多職種とも連携し、責任を持ってケアの統

		てケアの統合を行うことができる。	合を行うことができる。
R2-7.	ケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。	多種多様な介護福祉サービス（介護事業所、介護施設、訪問看護事業所など）や地域社会資源（市民活動や趣味のグループなど）の特徴を把握し、多職種（ケアマネージャー、看護師、地域包括支援センター職員など）と協働しながら患者の状況に応じて適切な紹介、連携を行うことができる。
Q10	地域志向ケア	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と協働して取り組むことができる。	診療圏における地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、当事者や周囲の住民、多職種ら多種多様な関係者と効果的に協働して、健康問題に対して継続的に計画・実施・評価しながら取り組むことができる。例えば、貧困地区や頻回の救急車利用地区や、高齢独居世帯、外国人居住者、夜勤労働者、ひとり親家庭などの特定集団が抱える健康問題などへ取り組むことができる。
Q11	地域志向ケア ／救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。	それぞれの診療地域の救急医療に関して、関係者間（病院、診療所、救急隊など）で課題を共有し、プライマリ・ケアの現場レベルから連携をはかり、何らかの取り組みを実践できる。例えば、救急患者のたらい回し事例に関する議論、休日夜間の救急受診時における患者情報の継続性の担保の取り組み、救急受診を頻回に行う患者に対する対策などが挙げられる。
Q12	各論一産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について、自身が産業医として、あるいは産業医と協働しながら適切なケアを提供することができる。例えば、メンタルヘルスや過重労働といった心理社会的健康障害、VDT 作業や作業姿勢などの人間工学的健康障害、あるいは海外勤務者の感染症対策といった生物的健康問題など、診療地域によって異なるニーズに柔軟に対応できる。
Q13	各論一感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。	結核や HIV 感染症をはじめとした性感染症などの都市部に頻度の高い感染症を疑うべき症状やリスク因子を持つ患者を同定し、それらの疾患を鑑別診断として想起でき、必要な検査の実施、保健所や専門医療機関との連携・紹介などの適切な初期対応を行うことができる。

Q14	各論 ーメンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題（特に小児、若年者の発達障害、不登校や高齢者のうつ、せん妄、あるいは多世代の飲酒、喫煙、薬物などの依存症など）に対して適切なプライマリ・ケアレベルの対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
Q15	各論ー認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。	認知症を疑う患者に対して、診断・薬物治療を専門医と適切に連携するとともに、生活の質を向上させるケアマネジメントを多職種（看護師、リハビリ職、ケアマネージャー、介護士など）と連携でき、必要に応じた行政手続き（介護保険主治医意見書や成年後見制度のための書類作成など）にも適切に協力することができる。
Q16	各論ー行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
Q17	各論ー緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。	がん、あるいは非がん疾患の治療期から終末期の患者に対して、患者本人や家族、あるいは代理意思決定者の意思決定を継続的かつ適切に支援することができる。 また、各関係者と連携・調整しながら、患者の希望や状況に応じた場（自宅、入所施設、病院、ホスピス他）で適切な緩和ケアを提供できる。
Q20	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に根ざした、適切な組織運営（患者の利便性の改善、提供する医療の質の改善、周辺医療機関との役割分担とネットワーク形成など）に取り組むことができる。
Q21	生涯学習	一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。	周辺の専門医療機関へのアクセスが良いため診療機会が少ない救急疾患、慢性疾患含む一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するために、意識的に学習を行うことができる。
Q22	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。	地域医療実習における診療の場を中心とした様々な学生、研修医教育の機会において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を学習者に提供することができる。例えば、都市部の診療所研修を通して、プライマリ・ケアが非都市部・過疎地域に限らず、都市部でも必要であることを学ぶ機会を提供できる。

付録 17. 第 3 ラウンド結果（リッカートスケールとリスト統合）

第 3 ラウン ド (R3) -番号.	コンピテンシー 領域	コンピテンシーの定義	R3 質問 (A) 結果： 平均値 (標準偏差) 平均値の順位
R3-1.	文化的能力 (cultural competence)	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。	4. 5 (0. 645) 11
R3-2.	患者中心の医療の方法/ 健康の社会的決定要因	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。	4. 58 (0. 546) 7
R3-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。	4. 39 (0. 792) 15
R3-4.	ケアの包括性	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。	4. 61 (0. 636) 4
R3-5.	ケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。	4. 67 (0. 471) 2
R3-6.	ケアの統合	複数の専門医療機関を受診することでケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持ってケアの統合を行うことができる。	4. 78 (0. 416) 1
R3-7.	ケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。	4. 58 (0. 682) 6
R3-8.	地域志向ケア	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と協働して取り組むことができる。	4. 61 (0. 591) 5
R3-9.	地域志向ケア/救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。	4. 44 (0. 685) 13

R3-10.	各論一産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。	4.17 (0.764) 18
R3-11.	各論一感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。	4.53 (0.499) 9
R3-12.	各論一メンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。	4.53 (0.687) 10
R3-13.	各論一認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。	4.42 (0.722) 14
R3-14.	各論一行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	4.36 (0.787) 16
R3-15.	各論一緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。	4.47 (0.799) 12
R3-16.	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。	4.31 (0.907) 17
R3-17.	生涯学習	一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。	4.53 (0.499) 8
R3-18.	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。	4.64 (0.535) 3

付録 18. 修正デルファイによるリストの統合過程

R1-No.	コンピテンシーの定義	結果：平均値 (標準偏差) 平均値順位	R2-No.	コンピテンシー領域	結果：平均値 (標準偏差) 平均値順位	R3-No.	コンピテンシー領域	結果：平均値 (標準偏差) 平均値順位
R1-1.	文化的能力	4.44 (0.709) 11	R2-1.	cultural competence	4.55 (0.497) 5	R3-1.	文化的能力	4.5 (0.645) 11
R1-2.	文化的能力	4.58 (0.494) 5						
R1-3.	文化的能力	4.59 (0.542) 1						
R1-4.	Urban underserved (UUC)	4.31(0.685) 15	R2-2.	SDH, UUC, cultural	4.68 (0.518) 2	R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	4.58(0.546) 7
R1-5.	(UUC)	4.37(0.741) 12						
R1-6.	(UUC)	3.63(0.840) 32						
R1-7.	家族志向ケア	4.28(0.749) 16	R2-3.	家族志向ケア	4.55(0.714) 6	R3-3.	家族志向ケア	4.39 (0.792) 15
R1-8.	包括的ケア	4.59 (0.741) 1	R2-4.	ケアの包括性	4.5 (0.59) 7	R3-4.	診療範囲の調整	4.61 (0.636) 4
R1-9.	ケアの調整	4.49 (0.78) 6	R2-5.	ケアの調整、病診連携	4.61(0.489) 3	R3-5.	専門医療機関とのケアの調整	4.67 (0.471) 2
R1-10.	統合的ケア	4.59 (0.669) 1	R2-6.	ケアの統合	4.74(0.497) 1	R3-6.	分断された医療的ケアの統合	4.78 (0.416) 1
R1-11.	統合的ケア	4.47 (0.752) 8						
R1-12.	統合的ケア-メンタルヘルス	4.21(0.853) 18						
R1-13.	統合的ケア-小児	4.1 (0.81) 22						
R1-14.	統合的ケア-HIV	3.69 (0.91) 30						
R1-15.	ケアの調整	4.49 (0.78) 6	R2-7.	ケアの調整、多職種連携	4.58 (0.591) 4	R3-7.	多職種とのケアの調整	4.58 (0.682) 6
R1-16.	多職種連携	4.59 (0.669) 1						
R1-17.	地域志向ケア	4.46 (0.711) 9	R2-8.	地域志向ケア	4.16 (0.708) 16	R3-8.	地域志向ケア-ヘルスプロモーション	4.61 (0.591) 5
R1-18.	地域志向ケア-救急	4.33 (0.613) 14	R2-9.	地域志向ケア、救急	4.21 (0.832) 15	R3-9.	地域志向ケア-救急医療	4.44 (0.685) 13

R1-19.	生物医学的問題-産業保健	4.08 (0.888) 23	R2-10.	産業保健	3.95 (0.944) 20	R3-10.	各論-産業保健	4.17 (0.764) 18
R1-20.	生物医学的問題-感染症	4.18 (0.712) 20	R2-11.	生物医学の問題	4.42 (0.634) 10	R3-11.	各論-感染症	4.53 (0.499) 9
R1-21.	-感染症	3.69 (0.821) 30						
R1-22.	-感染症	4 (0.784) 24						
R1-23.	-感染症	3.97 (0.862) 25						
R1-24.	精神医学の問題-若年者	4.13 (0.822) 21	R2-12.	精神医学の問題	4.32 (0.765) 11	R3-12.	各論-メンタルヘルス	4.53 (0.687) 10
R1-25.	-小児	3.9 (0.778) 27						
R1-26.	-小児	3.9 (0.841) 27						
R1-27.	-高齢者	4.36(0.832) 13						
R1-28.	-高齢者	3.82(0.873) 24						
R1-29.	-Cultural competence	3.95 (0.749) 26						
R1-30.	-Cultural competence	3.38 (0.923) 33						
R1-31.	高齢者-認知症	4.46 (0.812) 9	R2-13.	高齢者ケア-認知症	4.47 (0.752) 8	R3-13.	各論-認知症	4.42 (0.722) 14
R1-32.	-認知症	4.23 (0.799) 17						
R1-33.	行動医学	4.21 (0.853) 18	R2-14.	行動変容	4.05 (0.944) 18	R3-14.	各論-行動変容	4.36(0.787) 16
R1-34.	生物医学的問題-外科	3.13 (0.911) 34						
				新規コンピテンシー				
			R2-15.	終末期、緩和ケア	4.26 (0.784) 13	R3-15.	各論-緩和ケア	4.47(0.799) 12
			R2-16.	コミュニケーション-終末期	4.32 (0.798) 12			
			R2-17.	精神医学の問題-依存症	4.08 (0.703) 17			
			R2-18.	組織運営	4.24 (0.705) 14	R3-16.	組織運営	4.31(0.907) 17
			R2-19.	生涯学習	4 (0.889) 19	R3-17.	生涯学習	4.53 (0.499) 8
			R2-20.	教育	4.47 (0.595) 9	R3-18.	教育	4.64 (0.535) 3

付録 19. 第 1 の研究と第 2 の研究リストの比較

研究 1	コンピテンシー	研究 2	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義
1	都市の多様な職業・生活スタイルへの理解	R3-1.	文化的能力	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
2	都市部の多種多様な価値観をもつ患者との合意形成			
3	都市部の各地域に特徴的なマイノリティー集団への包括的ケア	R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。
4	非同居家族とのコミュニケーション	R3-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。
5	状況に応じた包括的診療能力の発揮	R3-4.	診療範囲の調整	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。
6	患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断	R3-5.	専門医療機関とのケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。
7	都市部の分断されたケアの統合	R3-6.	分断された医療的ケアの統合	ケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持って医療的ケアの統合を行うことができる。
8	ケアが分断された患者への積極的な関与			
9	多種多様な医療介護福祉関係者との協働	R3-7.	多職種とのケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。
		R3-8.	地域志向ケア-ヘルスプロモーション	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と効果的に協働して取り組むことができる。

10	都市における救急医療課題への地域連携の取り組み	R3-9.	地域志向ケア-救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。
		R3-10.	各論-産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。
		R3-11.	各論-感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。
		R3-12.	各論-メンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
		R3-13.	各論-認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。
		R3-14.	各論-行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
		R3-15.	各論-緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。
		R3-16.	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。
		R3-17.	生涯学習	一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。
		R3-18.	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。

付録 20. 初期リストと最終リストの比較

R1-No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義	R3-No.	コンピテンシーの定義	コンピテンシーの定義
R1-1.	文化的能力	多様な文化的背景に配慮したケアを提供できる。	R3-1.	文化的能力	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
R1-2.	文化的能力	都市の多様な職業・生活スタイルを理解することができる。			
R1-3.	文化的能力	都市部の多種多様な価値観をもつ患者と適切な合意形成を行うことができる。			
R1-4.	Urban underserved (UUC)	Urban Underserved Communities (※都市部の医療ケアが十分に提供されていない集団) の社会的文脈について理解できる	R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。
R1-5.	(UUC)	Urban Underserved Communities に対して多職種連携による包括的、統合的ケアを提供できる。			
R1-6.	(UUC)	Urban Underserved に対して補完代替医療を統合した予防的ケアを提供することができる。			
R1-7.	家族志向ケア	非同居家族と効果的なコミュニケーションをとることができる。	R3-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。
R1-8.	包括的ケア	患者のニーズと周辺の医療機関の状況に応じて柔軟に包括的ケアを提供することができる。	R3-4.	診療範囲の調整	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。

R1-9.	ケアの調整	患者の状況に応じた適切な病院紹介のための判断ができる。	R3-5.	専門医療機関とのケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。
R1-10.	統合的ケア	複数の専門科を受診によるケアの分断が起きている患者に対して、責任を持って統合的なマネジメントを行うことができる。	R3-6.	分断された医療的ケアの統合	ケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持って医療的ケアの統合を行うことができる。
R1-11.	統合的ケア	複数の専門科受診の高齢者におけるケアの分断に対して、プライマリケアによる統合的ケアが提供できる。			
R1-12.	統合的ケア -メンタルヘルス	Patient-centered medical home に基づき、メンタルヘルスにおける多職種や地域ケア資源と連携し、統合ケアのチームを構築できる。			
R1-13.	統合的ケア -小児	障害のある若年者に対する小児科からのケアの移行を適切に行うことができる。			
R1-14.	統合的ケア -HIV	HIV 患者に対してプライマリケアとメンタルヘルスの統合されたケアを提供できる。			
R1-15.	ケアの調整	患者のための地域の社会サービスとその提供者を把握することができる。	R3-7.	多職種とのケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。
R1-16.	多職種連携	多種多様な医療介護福祉関係者と協働することができる。			
R1-17.	地域志向ケア	都市に特徴的な地域課題を同定し、地域志向性アプローチを実践することができる。	R3-8.	地域志向ケア-ヘルスプロモーション	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と効果的に協働して取り組むことができる。

R1-18.	地域志向ケア-救急	都市の救急医療の地域連携の課題に取り組むことができる。	R3-9.	地域志向ケア-救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。
R1-19.	生物医学的問題-産業保健	職業関連の健康問題の診断、治療を行うことができる。	R3-10.	各論-産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。
R1-20.	生物医学的問題-感染症	結核を疑う患者に対して適切な初期対応を行うことができる。	R3-11.	各論-感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。
R1-21.	-感染症	保健所と協働して外来での結核治療を適切に行うことができる。			
R1-22.	-感染症	HIV 感染症に関連するリスク因子のスクリーニングを行うことができる。			
R1-23.	-感染症	HIV 患者の文化・価値観に配慮して相談に乗ることができる。			
R1-24.	精神医学的問題若年者	若年者の自殺リスクに対して適切な評価と対処を行うことができる。	R3-12.	各論-メンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
R1-25.	-小児	小児のメンタルヘルス（うつ、発達障害など）のスクリーニングを行うことができる			
R1-26.	-小児	小児のメンタルヘルス（うつ、発達障害など）に関して多職種と効果的な連携を行うことができる。			
R1-27.	-高齢者	高齢者のメンタルヘルスの問題に関する適切な評価と精神科への紹介を行うことができる。			

R1-28.	-高齢者	文化的に多様な高齢者に対して心理療法的介入を行うことができる。			
R1-29.	-Cultural competence	人種的マイノリティ集団に対して適切なメンタルヘルスのケアが提供できる。			
R1-30.	-Cultural competence	難民のPTSDを含めた精神的問題に対して系統だった評価を行うことができる。			
R1-31.	高齢者-認知症	認知症の診断とマネジメントを適切に行うことができる。	R3-13.	各論-認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。
R1-32.	-認知症	認知症患者の生活の質を向上させることができる。			
R1-33.	行動医学	肥満患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。	R3-14.	各論-行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
R1-34.	生物医学的問題-外科	交通外傷の適切な診断と治療を行うことができる。			
			R3-15.	各論-緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。
			R3-16.	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。
			R3-17.	生涯学習	一般的な疾患について、診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。
			R3-18.	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。

付録 21. 最終リストと日本のコンピテンシーとの比較

	新制度で認定する家庭医療専門医のコンピテンシー				本研究で対応するコンピテンシー
コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義	テーマ	R3-No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義
1. 包括的統合アプローチ	1) 疾患のごく初期の診断を確定するのが困難である未分化で多様な訴えに対応し、また複数の問題を抱える患者に対しても、安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供できる。	包括性	R3-4.	診療範囲の調整	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。
	2) 日常診療を通じて、恒常的に健康増進や予防医療を提供できる。	予防			
	3) 医師・患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供できる。	継続性			
	4) 多疾患併存 (multimorbidity) 患者に対するアセスメントと、適切な医療・ケアの提供ができる。	多疾患併存	R3-6.	医療的ケアの統合	ケアの分断の弊害が起きている患者に対して、責任を持って医療的ケアの統合を行うことができる。
	5) 複雑・困難事例に対する包括的なアセスメントや対応ができる。	複雑困難事例			
	6) 性・年齢などに応じた多様性を考慮したアセスメントや対応ができる。	多様性	R3-1.	文化的能力	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
	7) 生活機能や障害を評価し、リハビリテーションを含めた医療・ケアのアプローチができる。	リハビリ			

	8) 人生の最終段階におけるケアを、苦痛の緩和を含め、適切に行うことができる。	終末期	R3-15.	各論-緩和ケア	がん、あるいは非がん疾患の患者に対して、適切な意思決定支援と緩和ケアを提供できる。
2. 一般的な健康問題に対応する診療能力	1)プライマリ・ケアの現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査、治療法を適切に実施できる。	common disease			
	2)プライマリ・ケアの現場で遭遇する一般的な症候に対し、適切な鑑別診断と初期対応を行って、問題解決に結びつけることができる。	common disease	R3-11.	各論-感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。
	3)プライマリ・ケアの現場で遭遇する一般的な疾患・病態について、適切なマネジメントができる。	common disease	R3-13.	各論-認知症	認知症を疑う患者への適切な診断と治療、ケアマネジメントを多職種と連携して行うことができる。
			R3-12.	各論-メンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
	4)地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、適切な臨床推論を行う。	初期診療			
	5)慢性疾患のケアに関して、患者のセルフケアの評価やサポートを行い、継続的な診療を實踐できる。	慢性疾患	R3-14.	各論-行動変容	生活習慣病の患者に対して行動変容理論を用いた指導を行うことができる。
3. 患者中心の医療・ケア	1)患者中心の医療の方法を實踐できる。	PCCM			
	2)家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を實踐できる。	家族志向	R3-3.	家族志向ケア	家族に対する多様な価値観や関係性に配慮し、必要な関係者と効果的なコミュニケーションを取り、患者本人にとって適切なケアを提供することができる。

	3)患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法とその応用方法を実践できる。	PCCM, コミュニケーション			
	4)患者や家族のライフステージを考慮したケアが提供できる	家族志向			
	5)EBM(Evidence-Based Medicine)を実践し、患者側および医療者側の価値に関する情報収集や構造化を行って、最適な意思決定につなげることができる。	EBM			
4.連携重視のマネジメント	1)患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートできる。	多職種連携	R3-7.	多職種とのケアの調整	多種多様な介護福祉サービスや地域社会資源の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて多職種と協働しながら適切な紹介、連携を行うことができる。
	2)切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者等と円滑に連携できる。	多施設連携	R3-5.	専門医療機関とのケアの調整	多種多様な医療機関の特徴を把握し、患者のニーズと置かれた状況に応じて専門医療機関への適切な紹介、連携を行うことができる。
	3)所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメントができる。	組織運営			
	4)保健・医療・福祉に関連した職種のそれぞれの機能や役割を理解し、それぞれの場面で最適な統合的ケアが提供できる。	多職種連携、統合的ケア	R3-4.	診療範囲の調整	患者の多様なニーズと抱える問題に対して、多種多様な周辺医療機関の特徴も踏まえて、提供するケアの範囲を柔軟に調整することができる。
	5)継続的な診療の質向上や患者安全に向け、所属する部門や医療機関の改善に向けた取り組みを行える。	QI	R3-16.	組織運営	それぞれの地域のプライマリ・ケアの役割に基づいた診療所・病院の組織運営に取り組むことができる。

5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ	1) わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画できる。	地域志向			
	2) 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して 各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。	地域志向-健康問題の解決	R3-8.	地域志向ケア-ヘルスプロモーション	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多様な関係者と効果的に協働して取り組むことができる。
			R3-9.	地域志向ケア-救急医療	地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。
	3) プライマリ・ヘルス・ケアの概念に基づき、地域住民全体の包括的な健康維持・増進に関わることができる。	地域志向-ヘルスプロモーション	R3-10.	各論-産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。
	4) 脆弱な集団のケアや健康の社会的決定要因を考慮し、患者やコミュニティのアドボケイト(擁護者/代弁者)として行動できる。	地域志向UUC, SDH	R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。
6. 公益に資する職業規範	1) 医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識して日々の診療に反映することができる。				
	2) 常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。	診療の質、生涯学習	R3-17.	生涯学習	一般的な疾患について診療機会の頻度に関わらず診療能力を維持するための学習を行うことができる。
	3) 家庭医療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や国際的視野に基づく学術活動を継続する習慣を身につける。	教育研究活動	R3-18.	教育	学生、研修医教育において、都市部のプライマリ・ケアの特徴や意義を学ぶ機会を提供できる。

	4) 倫理的に困難な事例に関して、網羅的な情報収集と分析に基づく合理的な意思決定を行うことができる。	倫理			
7. 多様な診療の場に対応する能力	1) 外来医療で、幅広い疾患や傷害、日常的な健康問題に対して適切なマネジメントができる。	外来			
	2) 救急医療で、緊急性を要する疾患や傷害に対する初期診療に関して適切なマネジメントができる。	救急			
	3) 病棟医療で、入院頻度の高い疾患や傷害に対応し、適切にマネジメントできる。	病棟			
	4) 在宅医療で、頻度の高い健康問題に対応し、適切にマネジメントできる。	在宅			

付録 22. AAFP 都市コンピテンシーとの比較

Urban/Inner-City Training Program in Family Medicine				本研究で対応するコンピテンシー
研修目標	テーマの分類	R3-No.	コンピテンシー領域	コンピテンシーの定義
1. A mission statement that includes a commitment to care of the urban underserved .	underserved	R3-2.	社会的不利にある人々へのケア	健康の社会的決定要因と健康格差について理解し、医療的ケアが十分に提供されていない多種多様な集団に対して多職種と連携して適切なケアを提供できる。
2. A Family Medicine Center located in and serving an urban/inner-city patient population;				
3. Training to provide culturally effective community-responsive primary care ;	cultural competence	R3-1.	文化的能力	患者の多様な社会経済的状況や文化的背景を理解し、多様な医療ニーズに配慮したケアを提供することができる。
4. At least one month of significant educational experience (may be longitudinal) of clinical experience in an urban community health center , homeless shelter or similar facility;	community health center, homeless	R3-8.	地域志向ケア-ヘルスプロモーション	地域・コミュニティに特徴的な健康課題を同定し、多種多様な関係者と効果的に協働して取り組むことができる。
5. At least one month of significant educational experience (may be longitudinal) experience in an urban public health department setting ;	public health department	R3-8.		
6. At least 200 hours of clinical hands-on experience in the Emergency Department of an urban/inner-city Level II or higher trauma center;	emergency department	R3-9.	地域志向ケア-救急医療	それぞれの地域に特徴的な救急医療の課題に対してプライマリ・ケアの現場レベルで連携し、取り組むことができる。

7. At least one month of significant educational experience (may be longitudinal) of clinical hands-on experience in an HIV/AIDS clinic or similar setting ;	HIV/AIDS	R3-11.	各論-感染症	都市部に頻度の高い感染症を疑うべき患者を同定し、適切な初期対応を行うことができる。
8. A required structured educational experience in occupational health ;	occupational health	R3-10.	各論-産業保健	それぞれの診療地域に多い、あるいは特徴的な産業衛生関連の健康問題について適切なケアを提供することができる。
9. A required structured educational experience in adolescent medicine ;	adolescent medicine			
10. A required structured educational experience in the care of patients with acute and chronic mental illness ;	mental illness	R3-12.	各論-メンタルヘルス	あらゆる世代の患者のメンタルヘルスの問題に対して適切な対応と精神科や関係機関との連携を行うことができる。
11. A required clinical hands-on experience in a substance abuse treatment facility or program;	substance abuse	R3-12.		
				以下については該当なし R3-3. 家族志向ケア R3-4. 診療範囲の調整 R3-5. 専門医療機関とのケアの調整 R3-6. 分断された医療的ケアの統合 R3-7. 多職種とのケアの調整 R3-13. 各論-認知症 R3-14. 各論-行動変容 R3-15. 各論-緩和ケア R3-16. 組織運営 R3-17. 生涯学習 R3-18. 教育