

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

福島県における家庭医・総合診療専門医育成と地域医療への取り組み

北村俊晴¹ 石井 敦² 川井 巧³ 高澤奈緒美⁴ 菅家智史¹
 武田 仁⁵ 星 吾朗⁴ 若山 隆⁶ 中村光輝¹ 豊田喜弘⁵
 森 冬人⁶ 渡邊聡子² 船山敏男⁷ 宍戸都晃⁷ 葛西龍樹¹

要旨

2006年3月に福島県立医科大学が、全国の大学で初めて大学附属病院でなく地域を基盤として家庭医・総合診療専門医を育成する部門「地域・家庭医療学講座」を開設した。現在までの12年間で、県内6か所の地域にある診療所と病院に診療・教育拠点を作って取り組みを進めてきた。多職種連携、在宅医療、へき地での診療とキャリアパス、学生実習、地域の医療ニーズの補完、救急医療への貢献、女性医師のワークライフバランス、そして国際交流について、どのような成果がこのプロジェクトから生み出されたのかを示した。こうした取り組みが全国の他の地域でも取り込まれるためには、1つの医療機関や地域の中だけでの家庭医・総合診療医育成ではなくより広域での取り組みとすること、そして、総合診療医の専門性と家庭医療学の原理を十分に理解し実践できる核となる家庭医療・総合診療指導医群を重点的に育成することが重要である。

事例の概要

①取り組みの背景

我が国における地域を基盤とした家庭医・総合診療医の育成は、諸外国と比べて大きく遅れていた。1978年に日本プライマリ・ケア学会、1986年に日本家庭医療学会が設立されたが、学会認定の標準的な研修プログラムができたのはようやく2006年からである。この間いくつかの大学に総合診療部ができたが、大学附属病院の一診療部門としての活動がほとんどで、地域を基盤とした診療・教育・研究活動は乏しかった。こうした中で、1996年に葛西が北海道家庭医療学センターを設立し、翌年から地域を基盤とした4年間の家庭医療学専門医育成プログラムを開始した。その後全国の数カ所で地域の診療

所と病院が組織する家庭医育成プログラムができていった。2005年以降、標準的な研修プログラムを作る機運が高まり、2006年に北海道家庭医療学センターの家庭医療学専門医育成プログラムをモデルとして日本家庭医療学会認定家庭医療後期研修プログラムが開始された。大学附属病院総合診療部はいくつか設立されていたが、大学附属病院というプライマリ・ケアとは異なるセッティングでは、家庭医・総合診療医の役割を示すことができなかった。こうした背景の中、2006年3月に福島県立医科大学が、全国の大学で初めて地域を基盤として家庭医・総合診療専門医を育成する部門「地域・家庭医療学講座」を開設した¹⁾。本稿では、この講座の設立によって育成された家庭医・総合診療専門医がどのように地域へ医療資源として影響を与えたかについて、具体的な数字を示しながら述べる。

②導入の経緯

福島県では2003年頃からへき地での医師不足が顕著になり、福島県立医科大学医学部内にも福島県内のへき地医療の問題に対して解決策を探るプロ

1. 福島県立医科大学 医学部 地域・家庭医療学講座
 2. かしま病院
 3. 一般財団法人大原記念財団 大原総合病院 総合診療科
 4. ほし横塚クリニック
 5. 喜多方市地域・家庭医療センター
 6. 只見町国民健康保険 朝日診療所
 7. 福島市消防本部 救急課

プロジェクトチームが作られた。そこで地域を舞台に働くことができる医師を地域で養成することを目指す新講座を設置することが決められた。このような経緯で2006年3月、全国の大学に先駆けて地域基盤型の総合診療、プライマリ・ケア、家庭医療学を専門とする地域・家庭医療学講座（以下、当講座）が開設され、2006年度から家庭医療学専門医コース（後期研修プログラム）が開始された。同時にホームステイ型の医学教育プロジェクトが行われた²⁾。開講から現在までの12年で、福島県内各地の自治体や医療機関と連携しながら、6か所の診療所や病院を家庭医療・総合診療の診療・教育の拠点としてきた。

③事例の詳細

当講座には、下記の6か所の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点（診療所4か所、病院2か所）を中心に、図表に示した福島県内23か所の医療機関が後期研修（専門研修）連携施設となってネットワークを構成している。福島県には被災地またはへき地と認定されている地域が複数あり、2011年に発生した東日本大震災とそれに続く原子力発電所事故に関連した健康問題を有する患者のケアや都市部とは異なる住民のニーズに対応することで、総合診療医としての診療能力の深まりと広がりを実感できる研修となっている。すべての家庭医療・総合診療の診療・教育の拠点には家庭医療専門医が常勤するグループ診療として構成され、日常診療で生じる疑問やポートフォリオ事例といった相談はその場で速やかに指導医とディスカッションできる。また、インターネット会議システムや月例勉強会を駆使して、どの診療・教育の拠点に所属していても一定水準の教育が受けられる環境を確保している。2018年度からの日本専門医機構による新専門制度へも対応する総合診療専門研修プログラムとして認定されている。

保原中央クリニック：伊達市にある外来と在宅診療が中心の民間無床診療所。当講座が最初に地域で家庭医療専門の診療・教育を開始した拠点である。在宅療養支援診療所としてグループ診療で80人以上を担当している。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が行われている。

喜多方市 地域・家庭医療センター：喜多方市にある在宅療養支援診療所。2011年福島県の地域医療再生基金により喜多方市が設立し、喜多方市医師会の協力で市内の医療法人が経営する公設民営の無床診療所である。あらゆる年齢層の患者が来院する。

学校健診、乳幼児健診にも取り組んでいる。

ほし横塚クリニック：福島県最大の都市である郡山市に位置する無床在宅療養支援診療所。クリニックの建物内に訪問看護ステーションと地域包括支援センターがあり、在宅医療や地域医療について多職種連携のしやすい環境がある。

只見町国民健康保険朝日診療所：高齢化率が45%を超える南会津郡只見町にある唯一の医療機関。有床診療所であり、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、町の保健福祉センターに隣接し、地域を基盤とした行政も含めた多職種連携を実践しやすい環境がある。へき地でありながら充実した家庭医療・総合診療専門研修を提供している。

かしま病院：いわき市にある地域の開業医が立ち上げた民間中規模病院。急性疾患の診断・治療、慢性疾患の長期管理だけでなく、予防医学からリハビリテーション、介護、福祉支援まで一貫したマネジメントができるように、地域医療連携室、訪問看護ステーション、居宅介護支援事務所、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホームなどの関連施設が隣接している。10年以上家庭医・総合診療医の育成を行っており、各科臓器別専門医からの協力体制も充実している。

一般財団法人大原記念財団大原総合病院（以下、大原総合病院）：福島市の中心部に位置する民間の地域医療支援病院である。各種専門診療を提供する急性期病院で2016年に総合診療科が創設され、総合診療専門研修を開始した。救急は総合診療科を中心とする総合救急センターで幅広い救急医療を提供している。

2018年3月末における、当講座が運営する家庭医療・総合診療専門研修プログラムの実績は、在籍者41名、専門研修修了者25名、専門医19名、専攻医5名、指導医26名で、このうち26名が福島県内で診療に従事している。

本報告書に係るデータ収集は、上記6か所の拠点の主として指導医へ依頼し、2018年2月中に電子メール、電話、または面談して聴き取り調査を行ったものである。

④成果

<多職種連携>

当講座の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点では、特に地域の複数の医療機関や介護・福祉・行政との連携を重視したマネジメントが充実した。

医療機関同士の連携では、家庭医・総合診療医が

専門医へ紹介を行うだけでなく、他科からの紹介にも対応する。福島県郡山市の都市部にあるほし横塚クリニックでは、2015年の1年間に外部の医療機関から紹介された53人の患者に対応していた。その一方で周囲に医療機関がない只見町国民健康保険朝日診療所では2017年の1年間で外部の医療機関から紹介された患者は429人だった。

いわき市のかしま病院では病院、診療所、在宅など医療を提供するサービス間の垣根を低くして連携を取りやすくしていた。かしま病院内のケースカンファレンスや患者への直接の相談では退院調整専属看護師、訪問診療支援看護師、訪問看護師、医療クラーク、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、地域医療連携室事務職、臨床工学技士、臨床検査技師、診療放射線技師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が連携したケアが行われていた。この多職種連携のケアには家庭医療・総合診療専攻医も参加し、多職種からのフィードバックを受けながら研修していた。

<在宅医療>

当講座の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点では、活動当初から地域の在宅医療のニーズに応じてきた。家庭医・総合診療医2~4名がチームを組んで他職種と連携して在宅医療を充実させた。2016年~2017年の1年間に診療・教育拠点1箇所あたり42人~108人の在宅患者の在宅医療を担当した。

またかしま病院では介護福祉施設への訪問もっており、2017年度の1年間で193名の入所患者を施設でケアしていた。

郡山市（2015年の国勢調査で人口33万人）は都市部でありながら十分な在宅医療を提供できていない所である。郡山市内に在宅療養支援診療所診療は30箇所あるが、人口10万あたりの施設数は8.94（日本全国平均10.54）であった、そして連携強化型在宅療養支援診療所の人口10万あたりの施設数は1.19（日本全国平均2.2）で全国平均の半分程度だった³⁾。こうした状況を少しでも改善するため、ほし横塚クリニックでは郡山市内での在宅医療の提供体制を構築するため、在宅医療を行う在宅療養支援診療所間での業務提携を構築し、相互の患者の夜間対応を実現した。

<へき地での診療とキャリアパス>

当講座の設立により、へき地勤務をしながらでも総合診療の専門医としてのキャリアを発展させることが可能になった。只見町の朝日診療所では、かつては自治医科大学卒業生が福島県から派遣されて義務年限として勤務していたが、義務年限内でも大学附属病院などで他科の専門研修をすることが認められたこともあり、へき地勤務をする医師が減少していった。このへき地での医師不足への対策として、当講座はここを家庭医療・総合診療の診療・教育拠点とした。もう一つのへき地における家庭医療・総

福島県内の家庭医療・総合診療
専門研修連携施設



1	福島県立医科大学附属病院
2	保原中央クリニック
3	喜多方市地域・家庭医療センター
4	ほし横塚クリニック
5	只見町国民健康保険朝日診療所
6	かしま病院
7	大原総合病院
8	公立相馬総合病院
9	南相馬市立総合病院
10	公立藤田総合病院
11	福島赤十字病院
12	星総合病院
13	寿泉堂総合病院
14	竹田総合病院
15	白河厚生総合病院
16	会津医療センター附属病院
17	医療生協わたり病院
18	福島労災病院
19	二本松病院
20	公立岩瀬病院
21	福島県立南会津病院
22	会津中央病院
23	太田西ノ内病院
24	三春町立三春病院

合診療の診療・教育拠点は、喜多方市 地域・家庭医療センターで、地域医療再生基金の活用を目的に福島県、喜多方市と当講座が協働して設立した。これら2か所のへき地診療所では、2009年以降8名の家庭医療・総合診療専攻医へ専門研修の場を提供した。現在それぞれのへき地診療所に2名ずつ家庭医療・総合診療の指導医が勤務しているが、すべてが当講座の家庭医療・総合診療専門研修を修了しており、その後もへき地診療所で家庭医療・総合診療指導医としてキャリアを發展させている。医学生の臨床実習や研修医の地域医療研修も積極的に受け入れてきた。

<学生実習>

当講座の設立により地域での学生実習が充実した。当講座の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点を合わせて、これまでに福島県立医科大学医学部6年生の臨床実習（BSLアドバンスト・コース）は2008年から2018年3月末までに97名が実習を行った。5年生の臨床実習（BSLプライマリ・コース）は2011年より受け入れを開始し2018年3月末までに700名が実習を行った。その中でも文部科学省の2005年度「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人育成支援プログラム」採択事業である「ホームステイ型医学教育研修プログラム」～『地域で生きる』医師の定着に向けて～』では医学生・研修医が地域の一般住民家庭でのホームステイを経験しながら実習・研修を実施し、地域とのふれあいを通じて、地域医療と地域生活に関する深い理解を促進し、地域への医師定着に結び付けることを目標とした。2005年からの3年間で福島県内の29世帯の一般家庭で医学部6年生のべ29名、研修医13名それぞれに対して2～4週間のホームステイ受け入れが行われた^{1,2)}。さらに福島県にこの事業の意義が認められ、文部科学省事業助成が終了した後も福島県の県費により事業助成が継続された。実際にホームステイ型医学教育研修プログラムを経験した学生の中から3名が当講座の家庭医療・総合診療専門研修の専攻医となった。そのうち2名は、現在へき地診療所で家庭医療・総合診療指導医として後進の指導にあたっている。

<地域の医療ニーズの補完>

日本では医療機関の役割や専門性は基本的に各医療機関が独自で決めており、地域全体の医療ニーズを総合的に考慮した政策とは必ずしも連携していない。地域ごとに既存の医療機関が対応しきれない医療ニーズができてしまう。当講座の家庭医療・

総合診療の診療・教育拠点がそうした医療ニーズの満たされない部分にどのように対応しているか示す。

喜多方市内で小児科を標榜している診療所は11件あるが、小児科医が診療を行っている診療所は2件のみである。喜多方市 地域・家庭医療センターでは2017年の1年間の23967件の全受診件数のうち4,333件（18%）が小児の受診であった。定期予防接種の他にインフルエンザや任意の予防接種、そして市内の4か月児健診、9～10か月児の健診を担当していた。また市内の小学校1校と中学校1校の学校医を務めていた。只見町朝日診療所では2016年10月1日から12月31日までの3か月間で認知症（250名）、統合失調症（75名）、うつ病（62名）、パニック障害（3名）など精神科疾患受診者にも対応していた。医療への要望は地域で異なるため、総合診療医は地域のプライマリ・ケアの要望に対して可能な範囲で対応していた。

<救急医療への貢献>

家庭医・総合診療医は1次救急、2次救急の両方で地域の救急医療に貢献していた。1次救急としては家庭医療・総合診療の各診療・教育拠点での通常診療時間内の対応に加えて、2017年から福島市夜間急病診療所の小児科輪番へ参加し診療を開始した。只見町の朝日診療所では地域に唯一の診療所として24時間対応を行っている。2次救急には福島市の大原総合病院の家庭医・総合診療医が対応している。2015年4月1日から2017年3月31日までの期間で総合診療科が対応した救急車で搬送された患者数（成人と小児を含む）は合計1570名（土曜午後および日曜日、祝日と当直時間帯を除く）であった。2015年度と2016年度は総合診療科医師1名で対応、2017年4月1日以降は総合診療科医師2名が対応していた。救急車で搬送された患者以外で救急外来を日中に受診した患者数（予約なしで来院したが各科対応困難で救急外来で対応した事例や、介添人が院内で具合が悪くなり救急外来を受診した患者など）は223名であった。平日の月曜日から金曜日の8時30分から17時の応需率は総合診療医が赴任する2年前の2013年4月1日から2015年3月31日の期間での平均79.2%に対し、赴任後の2015年4月1日から2017年3月31日の期間では93.9%と上昇した。

<女性医師のワークライフバランス>

当講座では女性医師の産前産後休暇と育児休暇の取得率は高かった。所属する11名の女性医師で所

属期間に出産・育児を経験した3名のうち、全員が産前産後休暇6か月間、育児休暇6か月間を100%取得していた。また産前産後休暇や育児休暇中でもインターネットのテレビ会議システムや職場での勉強会へ参加することで継続した学習機会が担保されていた。

厚生労働省が働きかけて日本医師会女性医師支援センターが病院に勤務する女性医師を対象として行った勤務状況の現況に関する調査によると、産前産後休暇取得者は86.1%、育児休業取得者は59.1%だった⁴⁾。

<国際交流>

当講座には、開設後世界の家庭医療学エキスパートの客員指導者、専攻医、医学生が多数福島を訪問し、家庭医療・総合診療専攻医および指導医への直接指導と経験の交流が継続して実施されている。この12年間で家庭医療・総合診療の先進地である英国、オランダ、オーストラリア、キューバを始め、台湾、米国、デンマーク、韓国、メキシコから、のべ38人が合計833日滞在した。

また、当講座の家庭医療・総合診療専攻医及び指導医は、海外の家庭医療・総合診療の先進地を視察した。現在までの訪問先はシンガポール、オーストラリア、英国、米国ハワイ、台湾、中国香港、ニュージーランド、オランダ、キューバ、デンマークである。これらの世界の家庭医療学エキスパートとの交流は、家庭医療・総合診療専攻医及び指導医たちにとって、世界標準の家庭医療・総合診療とプライマリ・ケアについて実際に学び、それをベンチマークとして日本の状況を評価し具体的な行動目標を考える貴重な経験となっていた^{5,6)}。学術大会への参加をはじめ、国際交流を通して世界標準の家庭医療・総合診療を学ぶ機会がある。さらに、当講座のこのような国際交流活動が世界の家庭医療学エキスパートから認められ、WONCA（世界家庭医機構）の国際共同研究などへも発展した^{7,9)}。

⑤今後の展開

福島県内で育成する家庭医・総合診療専門医を増やすこと、そして彼らが指導医になり、診療・教育拠点と連携施設を増やしながらか、こうした取り組みをシステムとして発展させたい。福島県外の総合診療医育成プログラムとの連携、特に東北地方の他の家庭医・総合診療専門医育成プログラムとのプライマリ・ケアに関わる共同の活動がより活発に行われていくことが望まれる。診療と教育については、ある程度モデルを作り成果を出せているので、今後

は、業務の中で沸き起こるリサーチ・クエスチョンに答えを探る臨床研究を推進することが課題である。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

今回の地域を基盤として家庭医・総合診療専門医を育成する事例においては、総合診療医の7つの専門性（包括的統合アプローチ、一般的な健康問題に対する診療能力、患者中心の医療・ケア、連携重視のマネジメント、地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、多彩な診療の場に対応する能力）のすべてが取り組みの根幹にある。福島県内の当講座の診療・教育拠点と連携施設の中には都市部の医療機関からへき地の医療機関まで多彩な診療の場が含まれる。家庭医・総合診療医は、その地域の健康ニーズを探りながら、周囲の医療・介護・福祉・行政分野の多職種との連携を重視して、「患者中心の医療の方法」を駆使して個々の患者へケアする一方で地域の健康問題を意識したマネジメントも行われていた。家庭医・総合診療医としての専門性の到達レベルは国際交流でのベンチマーキングを経て振り返られ、それぞれの地域の実情に合わせた改善策へ落とし込むことができる。

日本の超高齢化社会では、地域包括ケアシステムの実現が課題となっている。最期を迎えたい場所として、自宅での療養希望が意識されている¹⁰⁾。本事例での高齢者ケアでも、総合診療医の7つの専門性を活かしていた。包括的統合アプローチをとり、高齢者でよく遭遇する多重罹病も含めた一般的な健康問題に対する診療能力を備えるだけでなく、事例によっては在宅で看取りを行うところまで継続して患者とその家族に関わっていた。医療におけるコミュニケーション能力、プロフェッショナルリズム、家族志向ケアなどを含む臨床能力が必要であるが、それらを専門研修で身につける環境を整備していることが重要である。海外では在宅医療における家庭医の役割として医療の調整能力が指摘されている¹¹⁾。本事例の郡山市での在宅患者の夜間対応に関する診療所間連携システムの構築は、家庭医・総合診療医が調整能力を活かして地域の問題に取り組んだ例である。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携）

現在の日本では大病院であってもプライマリ・ケアの問題を持った患者が多く受診しており、病院で

働く臓器別専門医が専門外の診療もしなければならず負担となっている。よく訓練された家庭医・総合診療専門医は、すべての臓器別専門分野のプライマリ・ケアに対応できる。今回の事例でも、地域からの小児科診療（喜多方市）、精神科診療（只見町）、夜間・時間外の小児1次救急医療と通常診療時間帯の1次および2次救急医療（福島市）のニーズに就いていた。タスクシフティングの可能性を示すものである。特に、時間外診療や通常診療時間帯でも混雑して時間的制限がある場合には、患者-医師間のコミュニケーション上の問題が発生するリスクが増すが、コミュニケーションやプロフェッショナルリズムについて専門的に学び、自己の診療を省察することができる家庭医・総合診療医は、利用者にとって安心・安全なケアを提供できるだろう。さらに、今回の事例で分かるように、家庭医・総合診療専門医は臓器別専門医との連携以外にも多職種との連携マネジメントを専門研修中に学んでいるので、それぞれの役割を尊重した上で、プラリマリ・ケアチーム全体としてのキャパシティービルディングを図り、幅広いケアを展開することができる。

③医療や社会に与えるインパクト

今回「へき地での診療とキャリアパス」で示した只見町と喜多方市の事例は、へき地の医師不足解消を目的とする自治医科大学や全国の大学医学部で設定しているいわゆる「地域枠」の制度設計に再考を促すものである。すなわち、へき地や遠隔地であっても家庭医・総合診療医の専門研修プログラムを整備することで、そこで修学資金貸与制度の義務年限を過ごす時間が通過儀礼のようなネガティブなものから家庭医療・総合診療専門医を目指す専攻医としてキャリアパスを発展させることができる魅力あるものにできる。今回の事例で、へき地で家庭医療・総合診療専門研修を経験した専攻医8名中、修学資金貸与制度を受けている者は1名のみであることも特筆に値する。彼ら7名にはへき地で働く義務はないが、へき地で指導医として後進を育成することと地域住民の健康維持・増進に貢献することにやりがいと価値観を持ってキャリアパスを発展させ続けている。修学資金貸与制度を受けている1名にとっては、家庭医療・総合診療専門研修があることで、地域で義務年限を消化しながら家庭医・総合診療専門医のキャリアを積むことができるメリットもある。このようなキャリアパスがあることを全国の地域枠の医学生に周知させるべきである。ホームステイ型実習などで、地域に住み地域で働くプライマリ・ケ

アの専門医療に取り組む医師のキャリアを次世代の地域医療を担う医学生や研修医が直接実習や研修を通して体験する機会をできるだけ増やす必要がある。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

福島県では県全体での地域医療への取り組みや協力体制構築への意識の高まりを背景として家庭医・総合診療医育成が始まった。今回紹介した取り組みは、他の地域でも応用可能である。

実現のために必要なことは2つある。まず、1つの医療機関や地域の中だけでの家庭医・総合診療医育成ではなく、より広域での（できたら一都道府県単位の）取り組みとすることが重要である。医療機関が、設立母体に関わらず、質の高いよく鍛えられた家庭医・総合診療医を育成するという大きな目票を共有して、自施設の強みを活かして連携できるかが鍵である。次に、総合診療医の7つの専門性と家庭医療学の原理を十分に理解し実践できる家庭医療・総合診療指導医の育成である。彼らが次世代の家庭医・総合診療専門医のケアの質やスタンダードを決定することになる。当講座も含めた全国のいくつかの指導医育成の拠点を設置して、核となる指導医群を重点的に育成して、その後で彼らに全国の多数の地域で家庭医・総合診療専門医を育成する取り組みを開始させることが重要である。

文献

- 1) 葛西龍樹. 大学が県単位の広域で取り組む家庭医養成プロジェクト. 病院. 2008; 第67巻(10): 873-876.
- 2) 追跡「地域で生きる 医師を育てる—福島県立医大「ホームステイ型教育研修」の取り組み. 「日本医事新報」別冊2006; (4282): 16-19.
- 3) 福島県郡山市(地域別統計). 地域医療情報システム. 日本医師会. <http://jmap.jp/cities/detail/city/7203> (2018年3月18日アクセス)
- 4) 日本医師会男女共同参画委員会, 日本医師会女性医師支援センター. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書. 日本医師会女性医師支援センター. 2017. 48-49. https://www.med.or.jp/joseiishi/h29wd_survey.pdf (2018年3月18日アクセス)
- 5) 中村光輝. 豪・タスマニアで見えてきた家庭医と地域医療の未来像. 週刊医学界新聞. 2013; (3034). http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03034_02 (2018年3月18日ア

クセス)

- 6) 渡邊聡子, 森冬人, 児玉久仁子, 他. 家庭医療先進国キューバ研修報告. 週刊医学界新聞. 2015. (3121). http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03121_03 (2018年3月18日アクセス)
- 7) van Weel C, Kassai R, Tsoi GW, Hwang SJ, Cho K, Wong SYS, Phui-Nah C, Jiang S, Li M, Goodyear-Smith F. Evolving health policy for primary care in the Asia Pacific region. *Br J Gen Pract.* 2016 Jun;66(647): e451-1. doi: 10.3399/bjgp16X685513.
- 8) van Weel C, Kassai R, Qidwai W, Kumar R, Bala K, Gupta PP, Haniffa R, Hewageegana NR, Ranasinghe T, Kidd M, Howe A. Primary healthcare policy implementation in South Asia. *BMJ Global Health.* 2016; 1: e000057. doi:10.1136/bmjgh-2016-000057.
- 9) van Weel C, Kassai R. Expanding primary care in South and East Asia. *BMJ.* 2017; 356: j634. doi: 10.1136/bmj.j634.
- 10) 内閣府政策統括官(共生社会政策担当). 平成24年度高齢者の健康に関する意識調査結果. 内閣府 <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html> (2018年3月18日アクセス)
- 11) The Role of the Family Physician in Home Care A Discussion Paper December 2000. The College of Family Physicians of Canada; Dec 2000. <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1515&langType=4105> (2018年3月14日アクセス)