

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

静岡県中東遠地域における「住み慣れた家で最期を過ごしたい」を叶える
総合診療専門研修の取り組み井上真智子^{1,2} 松田真和^{2,3} 棚橋信子^{2,4}

要旨

医療提供体制の確保が厳しい地方自治体で家庭医・総合診療医養成事業を開始し、総合診療医の教育診療拠点として2カ所の機能強化型在宅療養支援診療所の新規設置につながった。総合診療専攻医や指導医らによる包括的な訪問診療により、最期は家に帰りたいと希望する患者の訪問診療依頼件数が次第に増加した。総合診療医による在宅医療の充実・強化を通して、患者・家族が満足できる人生の最終段階のケアと看取りを実現できるようになった。世帯構成や住宅事情などの地域特性や医療介護提供体制の個別事情によるところはあるが、総合診療医を中心とした機能強化型在宅療養支援診療所は、本人・家族の意向や希望に添った人生の最終段階の過ごし方を支援する地域包括ケアシステムに貢献する可能性がある。

【事例の概要】

1. 取り組みの背景

患者が希望する場所で療養し、人生の最終段階を過ごすことができる地域包括ケアシステムの構築が、各自治体で望まれている。年間死亡者数のうち、死亡場所が自宅であったのは13.0%、老人ホームは6.9%（平成28年度厚生労働省人口動態調査）であるが、地域によって自宅死亡率は2倍以上の開きがある¹⁾。在宅療養支援診療所は、在宅医療を支える窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間体制で往診、訪問看護等を提供する診療所である。平成28年における届出数は14,683件と人口1万人あたり平均1.17カ所であるが²⁾、これも地域差が大きく、機能強化型・従来型いずれの在宅療養支援診療所（以下、在支診）も有していない基礎自治体は28.0%に上る³⁾。地域における在支診の数と自宅や老人ホームにおける死亡率は必ずしも関連しているわけではなく、往診や看取りは在支診以外の医療機関が実施している場合もあるが、定

期訪問診療の86.2%は在支診によって行われており⁴⁾、在支診の存在は、住み慣れた自宅で最期を迎えることを実現するために今や中心的役割を担うといえる。

地域別にみた場合、人口規模の大きい都市圏では、民間法人や個人による新規診療所開業が期待できるが、人口規模が5万人以下の自治体では、人口の流入が少なく、在支診の新規開業を期待して待つのみでは、増加する医療・介護ニーズに対応するための在宅医療体制の充実・強化は困難といえる。しかし、医療過疎地域においては、医療資源、特に医療従事者の不足がめだつため、在宅医療の充実・強化に特化した方策より、外来・在宅問わず総合的な診療能力をもつ医師が育ち活動する場をもうけることが一つの対策となり得る。

静岡県の中東遠二次医療圏（磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町）は、人口465,470人（平成27年国勢調査）に対し、医師数768人（平成27年病院報告および平成26年医療施設調査により病院426人、診療所342人）であり、人口10万人あたりは165人と全国269人および静岡県全体平均225人（いずれも平成26年病院報告および医療施設調査）と比較して医師が少ない地域である^{5,6)}。日

1. 浜松医科大学 地域家庭医療学講座
2. 静岡家庭医養成プログラム
3. 菊川市家庭医療センター
4. 森町家庭医療クリニック

本医師会総合政策研究機構のデータによるとこの医療圏の診療所数は無床 282, 有床 20 であり, 診療所医師 342 人の大半が一人体制で診療を行っていることがわかる⁶⁾。開業医は高齢化しており, そもそも一人診療体制では, 在宅看取りに必要な 24 時間体制がとれず, 癌性疼痛や呼吸苦に対して行う麻薬系鎮痛剤による症状管理ができないことから, 在宅療養および在宅死は患者が希望しても実現が難しい状況であった。

そのような中, 中東遠二次医療圏の中でも人口規模の小さい 2 市町 (菊川市 4.5 万人, 森町 1.9 万人, 平成 28 年時点)において家庭医・総合診療医養成事業を開始したことで, 総合診療医の教育診療拠点として在支診の新規設置につながった。結果として, 地域における在宅医療の充実・強化が可能となり, 患者・家族の望みに応じた人生の最終段階のケアと在宅看取りが可能となったことをモデル事業として本稿で取り上げる。

2. 導入の経緯

まず, 家庭医養成事業の開始経緯について以下に述べる。平成 22 年, 静岡県地域医療再生計画に基づき, 地域医療再生基金の支援を受け, 中東遠二次医療圏にある 2 市 1 町 (磐田市, 菊川市, 森町)による静岡家庭医養成協議会が発足した。平成 22 年度より家庭医養成事業を開始し, 平成 23 年には教育診療拠点として, 菊川市家庭医療センター, 森町家庭医療クリニックの 2 カ所の公立診療所が開設した。さらに, 平成 26 年に御前崎市 (人口 3.3 万人)が加入したことで, 同協議会は 3 市 1 町によって構成されるようになり, 平成 29 年には新たに御前崎市家庭医療センター・しろわクリニックが開設した。平成 29 年 10 月現在, 単独型の機能強化型在支診は静岡県全体でも 4 カ所のみであり, その中で菊川市家庭医療センターは中東遠二次医療圏における唯一の施設である。森町家庭医療クリニックは機能強化型 (連携型) 在支診であり, 御前崎市家庭医療センター・しろわクリニックは平成 30 年度より在支診となる準備を進めている。

家庭医養成事業は, 当初, 3 年間の「静岡家庭医養成プログラム」として, 日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム⁷⁾として開始し, 後に, そのバージョン 2.0 として 4 年間のプログラムを運営している⁸⁾。研修プログラムの運営には浜松医科大学地域家庭医療学講座, 同産婦人科家庭医療学講座, 米国ミシガン大学家庭医療学講座が携わっている。平成 29 年度研修開始者まではプロ

グラム修了後に日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医を取得する予定である⁷⁾。平成 30 年度には, 浜松医科大学医学部附属病院総合診療研修プログラムとして日本専門医機構の総合診療専門医プログラムへ合流する。

以下, 平成 22 年よりこれらの在支診において家庭医・総合診療医養成に取り組み始めた中で, 総合診療後期研修中や修了後の若手医師らを中心とした訪問診療研修・多職種連携活動により, 地域の在宅診療の重要な拠点として発達し, 患者・家族にとって満足度の高い在宅療養・看取りの実践につながった。以下に, 詳細を提示する。

3. 事例の詳細

1) 診療所の体制

菊川市家庭医療センターは, 総合診療指導医, 老年医学フェロー, 総合診療 (家庭医療) 専攻医 3 年目を中心に, 訪問医療を担当する常勤医師が 3 名以上在籍しており, その他週 1, 2 日診療する専攻医・スタッフ医師がいる。24 時間体制をとることができる背景には, 卒後 3~10 年目程度の若手医師が診療活動の中心となっていることがある。紹介患者および希望患者は断らずに引き受けるが, 特に予測される予後の短い患者を優先して受け入れることとし, エリアはおおむね診療所から 10km 圏内, 車で 30 分以内の場所としている。診療所には, 市の地域包括支援センターのランチが併設されており, 密な連絡がとれるようになっている。

森町家庭医療クリニックは, 総合診療指導医以外に, 同様に専攻医がいるが, 常勤医師 3 名体制は確保できておらず, 機能強化型 (連携型) 在支診となっている。クリニックに隣接する公立森町病院は在宅療養支援病院であり, クリニック開設以前から訪問診療を中心的に担ってきた経緯があり, 連携施設となっている。町内には他に在支診はなく, 病院とクリニックが分担して町内および近隣市町の訪問診療を担っている。クリニック 2 階部分には訪問看護ステーションを併設しており, 連携がとりやすい体制となっている。

2) 総合診療研修中での在宅訪問診療の位置づけ

専攻医は訪問診療研修をそれぞれの所属診療所 (菊川市家庭医療センター, 森町家庭医療クリニック)にて行う。総合診療研修プログラムの中で, 1, 2 年目 (卒後 3, 4 年目相当) から週 1 日の診療の中で少しずつ経験を積み, 3 年目以降 (卒後 5 年目以降) は診療所常勤医師として訪問診療を担う。総合診療研修の過程には, 総合的な病棟研修が含まれて

おり、専攻医や修了生は麻薬系鎮痛剤や鎮静薬を用いた終末期の全身管理および意思決定に関するコミュニケーションの経験を既に得ているため、在宅患者を受け持つ際も上級医の支援のもと症状管理や意思決定支援を行うことができるようになる。

当プログラムにおける在宅訪問診療の研修目標は、「患者・家族の希望に寄り添い、安心を支える在宅ケア・在宅ホスピスが実践できる」である。3年の研修期間（H29年開始者からは研修期間は4年に変更）を通して、がん患者、非がん患者含め、外来通院からの移行や紹介患者など多様な患者の受け持ちを経験し、原則として上級医の指導のもとチームで担当する。

3) 学びの方法として診療経験の振り返り（事例検討）と老年医学フェローシップ

専攻医の学びの方法について述べる。専攻医は、患者の受け持ちを始めたときは上級医が訪問診療に同行し、次第に一人で看護師と一緒に訪問をする。一連の流れとして、事前面談や退院時カンファレンスへの参加、初回訪問を通して本人・家族の状況把握とその価値観・希望をふまえた方針決定を行い、疼痛等苦痛の緩和のための薬剤調整、訪問看護や介護サービス・リハビリなどの多職種ケアの導入、調整を行う。随時、多職種との情報共有やミーティングを開催しつつ、スピリチュアルペインへのケア、家族のケア、看取りの準備教育を行い、状況に応じて、自宅や入院、施設での看取りとなる。看取り後は、家族へのグリーフケアをしつつ、多職種での振

り返り、自身の学びについての省察を行う。これらを適宜上級医、指導医、看護師らスタッフと話し合いつつチームで進めていく（図1）。次第に受け持ち患者数を増やし、経験を蓄積する。静岡家庭医養成プログラムでは月に2回、全体での学習会を持っており、その際に、専攻医は振り返り発表として、経験事例をもとに詳細な文献検討と自己省察を行う。

また、専門研修修了後、さらに老年医学、緩和ケア、在宅医療の学びを深化させるため1年間のフェローシップを行うことができ、これまでに2名がフェロー研修を修了した。学習ニーズに合わせて、老年病専門医の外来やりハビリテーション病院、在宅専門クリニックでの研修を行いつつ、ホームとなる家庭医療クリニックで実践経験を積む。

4) 在宅診療多職種カンファレンスと情報共有システム

地域包括ケアシステムの一環として顔の見える関係作りを行うため、月に一度、地域で在宅診療に携わる多職種が集まるカンファレンスをクリニックの会議室を開放して開催しており、複数の事業所（訪問看護ステーションなど）から約30名の定期参加がある。開催を始めた当初は、医師によるレクチャーが中心であったが、次第に訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャーら多職種からの情報共有、意見交換の場となっている。異なる事業所のスタッフが会するこのような「場」がこれまで地域になく、特に多職種は医師との連携の困難さを感じていたが、このように「何でも話しやすい医師」との関係は地域包括

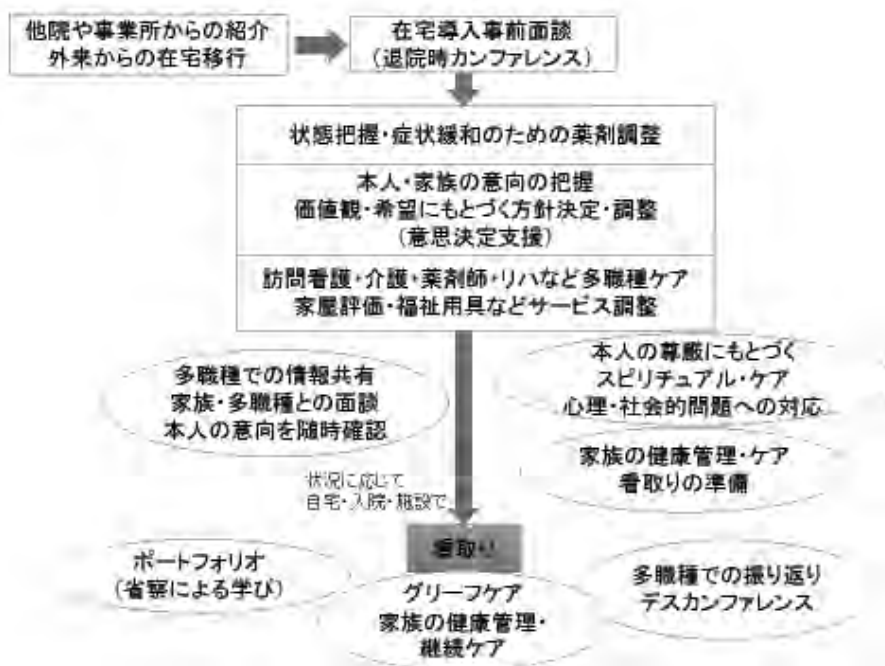


図1 総合診療医による在宅訪問診療導入から看取り後の流れ

ケアの一つの原動力となりつつある。

また、情報共有の手段として、静岡県静岡在宅医療推進センターによる「静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア＊かけはし）」⁹⁾を活用することで、異なる事業所に属する専門多職種が、特定の患者に関する情報をウェブシステムで共有することができている。訪問診療時の状況や、担当医が患者・家族と話した面談の内容、決定した方針などにつき、随時情報共有を行っている。緊急性の高い連絡は電話で行うが、緊急性の低いやりとりについては、このウェブシステムを利用することで、外来診療などの妨げになることなく効率化できている。

4. 成果

1) 訪問患者数と在宅看取り件数

菊川市家庭医療センターと森町家庭医療クリニックが開設されてからの数年で、両診療所による看取り件数は次第に増加を示している（表1）。菊川市では約6割、森町では約3割の自宅死が、これらの診療所によって担われている。

菊川市、森町における65歳以上人口に対する支診の数は、全国や静岡県全体より少ないが、自宅における死亡の割合はやや高い（表2）。

特に、菊川市家庭医療センターの訪問診療患者は

要介護4と5が8割を占め、悪性腫瘍患者が2割と、重症度の高い患者が多い。一部は入院や施設での看取りとなるが、87%が自宅での看取りを行うことができている。平成29年度に死亡した訪問診療患者68名（入院での看取りを含む）の85%が訪問診療導入後6ヶ月以内に死亡しており、緩和ケアや人生の最終段階の過ごし方についての意思決定支援のニーズが高い患者の割合が高いことが特徴である。

2) 総合診療医の関わりによって満足できる在宅死が可能になった事例

総合診療医による在宅訪問診療を受けるという選択肢があったために、本人・家族が最期の療養場所として自宅を選択し、最後の時間を住み慣れた家で家族とともに過ごすことができたという事例が多数ある。一例として、在宅療養を選択することで母親としての家庭内役割を全うでき悔いのない最期を迎えることのできた事例を紹介する。

表1 菊川市家庭医療センターおよび森町家庭医療クリニックにおける訪問件数および在宅看取り件数

年 (平成)	訪問管理件 数 (月平均)	菊川市家庭医療センター			森町家庭医療クリニック			
		看取り件数 (市外含む)	看取り件数 (市内のみ)	市内の自宅 死における 看取り割合 (%) *	訪問管理件 数(月平均)	看取り件数 (町外含む)	看取り件数 (町内のみ)	町内の自宅 死における 看取り割合 (%) *
25	14.8	33	26	36.1	11.4	2	1	2.9
26	18.7	35	30	55.3	17.9	11	7	18.9
27	28.1	56	42	43.4	25.1	13	7	19.4
28	37.2	49	36	63.3	28.8	15	12	29.3
29	52.0	61	50	-	48.1	17	12	-

* 市町統計による年間自宅死亡数に対し、各診療所で看取った件数の割合（平成29年の死亡統計は未発表）

表2 在宅療養支援病院・診療所の数と自宅死割合（平成28年）*

	人口	高齢化率 (%)	在宅療養 支援病院数	在宅療養 支援病院 (65歳以上 人口10万対)	在宅療養支 援診療所数	在宅療養 支援診療所 (65歳以上人 口10万対)	自宅死の 割合 (%)	老人ホーム 死の割合 (%)
全国	125,891,742	26.6	1,111	3.3	14,683	43.9	13.0	6.9
静岡県	3,697,930	27.8	15	1.5	342	33.3	13.5	9.3
菊川市	45,288	26.2	0	0	3	25.2	16.8	13.6
森町	18,876	31.1	1	17.1	1	17.1	14.4	10.9

* 出典：厚生労働省、在宅医療にかかる地域別データ集（平成29年11月）²⁾

50代女性、子宮体癌の多臓器転移がある終末期であったが、ホスピス入院ではなく、在宅で過ごすことを希望されて、それまでかかっていた病院から在宅緩和ケアを目的に家庭医療クリニックを紹介された。夫と20代の娘2人がおり、次女の結婚式を控えていた。呼吸苦や疼痛、病巣からの出血があり、全身衰弱が進んでいたが、「娘の結婚式に出席したい」という本人の希望により担当医・訪問看護師、ケアマネジャーらが、介護タクシー、酸素ボンベ、車椅子、急変時の対応準備などを行い、無事に結婚式への出席がなかった。患者の「母親としての役割を果たしたい」という最後の想いをかなえることができ、家族に見守られる中、その10日後に息を引き取った。亡くなる直前でありながら、家族全員で結婚式に参加できたことは、遺された家族にとって貴重な思い出となっている。

3) 地域における多職種との関係・地域包括ケアシステムの構築

在宅訪問診療・看取りを実践するうちに、地域の民生委員や医療従事者、ケアマネジャー、訪問看護・介護ステーションから信頼を得るようになり、苦痛の緩和が十分にできていない事例、最後の過ごし方についての意思決定が困難となっている事例、本人・家族が強く在宅を希望する事例などが、家庭医療クリニックに紹介されるようになった。地域で「自宅で穏やかに過ごすことができ、よい看取りができた」という口コミが広がり、自分の親にもそのようにさせてあげたいという思いで、家族の希望で訪問診療導入につながる事例もあった。

在宅多職種カンファレンスの定期開催により、互いの強みや力量がわかる関係となり、患者をめぐる調整が行いやすくなったという感想がある。さらに、事例検討、薬剤師による発表、看護師による実践の共有、医師によるミニレクチャーなど、生涯学習・スキルアップ、信頼関係の構築につながっている。保健師や行政職員の参加もあり、この数年で地域包括ケアシステム構築に向けた、総合診療医による活動が核としての機能を果たすようになってきたといえる。

5. 今後の展開

これらの教育診療所では、診療体制が研修プログラムとの関連で随時変化しうる。新しい総合診療専攻医が入ってきたり、修了生が出たり毎年スタッフの入れ替わりがある中でも一定の水準で満足度の高い人生の最終段階のケアと看取りを実践していけるよう、スタッフの生涯学習やスキルアップを進めていく必要がある。さらに、地域包括ケアシステムの

充実に向け、地域の多職種・行政との連携を向上させる活動に取り組むことを検討している。

【考察】

1. 総合診療医の専門性がどう活かされたか

上に述べてきたような予後半年以内の人生の最終段階にある患者・家族のケアにおいては、総合診療医の専門性である、継続的な患者-医師関係に基づく家族を含めた包括的・全人的ケアが必要とされている。特に医学的に対処を必要としないことが多い老衰の看取りと異なり、たとえば、悪性腫瘍の終末期ケアには多臓器にわたる複数の症状の管理（疼痛、呼吸苦、浮腫、腹部膨満、褥瘡、出血など）が必要となり、神経筋疾患や慢性心不全など非がん患者の場合においても同様に病態に応じた苦痛緩和のための全身管理が必要となる。病態や薬剤の影響の複合要因により、せん妄を合併して家族が対応に困るなど在宅ケアに影響が生じることもある。総合診療医は、そのような複雑な病態の管理、せん妄や認知症、抑うつなどの精神的問題、さらには皮膚疾患や整形疾患、不正出血といった婦人科的問題にも対応できる能力を有しており、今回の事例の場合、系統的なトレーニングを受けて間もない若手総合診療医チームによって、ほぼすべての患者の症状コントロールを適切に行うことができていた。

訪問診療導入時点では病院からの紹介であることが多く、「最期は家で過ごしたい」「少しでも家に帰りたい」という希望により予後がきわめて短い（数日～1、2週間）事例もある。その場合、訪問診療導入前からの継続的關係性があつたわけではないが、早急に在宅体制を整え、速やかな薬剤調整による症状緩和と同時に、死の間際のスピリチュアルケアと家族・介護者のケアを行うといった短くも密度の濃い関わりによって、患者・家族の信頼を得ることができ、「最後に先生に診てもらえてよかった。自分のことをよくわかってもらって満足した」といった言葉が聞かれている。死の前後の濃密なケアは患者・家族にとって非常に感慨深いものとなるため、これをきっかけに患者の死後も、それぞれの家族メンバーと関わり続け、グリーフケアを含めて外来などで健康管理を行うことも総合診療医の強みである。たとえば、孫・ひ孫世代の予防接種や健診、子世代の健康管理などを通して、家族の死というライフイベントの経験とともに生きていくことをサポートできる。患者の死後の家族への継続的ケアが可能であることは、年代と健康問題の種類を

問わず対応できる総合診療医の専門性と密接に結びついているといえる。

2. タスクシフティングの可能性

本事例では、総合診療を専門的に学ぶ専攻医・フェロー・指導医ら卒業後3～10年目の経験年数の若い医師らが中心となり多職種チームで訪問診療を展開している。夜間・休日は当番制で24時間体制をとっているが、緊急往診や看取りなどが続くと医師にとっては翌日の診療に負担となりうる。訪問看護で対応できる部分は分担し、情報共有やさまざまな調整は診療所看護師やケアマネジャーが担うといった多職種との協働が効果的に行われれば、医師の疲弊を予防することにつながりうる。平成24年度診療報酬改定から創設された看護小規模多機能型居宅介護事業所は、現状では全国で400カ所に満たないが（平成29年3月時点で357事業所）¹⁰⁾、将来的にさらに普及すれば、総合診療医チームによる在支診との協働体制をとることでタスクシフティングの一助となりうると思われる。

3. 医療や社会に与えるインパクト

まだ数年程度ではあるが、このような総合診療医の地域での取り組みにより、人生の最終段階の過ごし方について、住民が考え、家族や医療者と事前に話し合うアドバンスケアプランニングに関する意識をもつ機会が少しずつ浸透してきている。行政や地域団体の開催する講演会やリーフレットなどでの啓発活動以外に、近所の口コミなどで、在宅を希望する事例もある。

さらに、静岡県中東遠および志太榛原地域の市町では、浜松医科大学地域医療学講座の支援のもと、地域医療を育む住民グループ10団体が、「かかりつけ医をもちましよう」「コンビニ受診を控えましよう」といった啓発活動を講演会や地域学習会を通して展開している¹¹⁾。総合診療医もこの活動に協力しており、地域コミュニティ全体で医療と介護、人生の最終段階の過ごし方や看取りについて考える機会を繰り返しもつ中、総合診療医の存在と役割が認知されることにつながっていると考えられる。啓発活動の効果は量的に現せる成果としてはまだ得られていないが、各家庭医療クリニックへの訪問診療依頼件数の増加が一つの指標として物語っているといえる。

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

本稿で述べた事例は、総合診療専門研修の一環として、機能強化型在支診が設立され、卒業後3～10年目程度の若手医師らが中心となって包括的な在宅ケ

アを提供することに成功しているといえるが、一般診療所が24時間の訪問診療体制を構築するため機能強化型在支診となることは通常容易ではない。本事例のように専門研修制度との関連で在支診の体制を整備するのは一つの方法であるため、今後、診療所における訪問診療教育体制が整備されれば、他の地域においてもこのようなモデルが応用できる可能性はある。

考慮すべき点として、本稿で紹介した地域は、人口5万以下、高齢化率26～31%の地方であり、多世代同居の形態が残っており、同居または近隣に住む家族による介護が可能なケースが多い。長年家族で過ごした一軒家である「住み慣れた家」への愛着が大きい場合が多くみられる。これは、単身または夫婦のみ世帯で集合住宅に住むことの多い大都市圏と異なる地域特性である。一方で、さらに過疎化・高齢化の進んだへき地では、一般に家族介護が困難となり、施設療養や入院が中心となる傾向がある。そのような場合、自宅での訪問診療や看取りのニーズは長期的には減少する可能性がある。このように、「人生の最終段階の過ごし方」への希望には地域差がみられることが想定される。よって、機能強化型在支診のニーズは地域の人口・世帯構成によって変化しうると考えられ、世帯構造、住宅事情や周辺の事業所体制などにおいて異なる特性を持つ地域での応用については検討が必要である。

さらに、図1に挙げたように、在宅終末期ケアには多くのステップがあるが、意思決定支援やスピリチュアルケア、グリーフケアなど直接的に診療報酬で評価が難しい領域もある。医療者がコミュニケーションに費やす時間や労力と、ケアの質の維持・向上との間のバランスは状況に応じて常に考慮すべきであり、ニーズ（患者数）の増加に伴い、医師の疲弊や質の低下を招かないように検討する必要があると考えられる。

【謝辞】

本稿の執筆にあたり、静岡家庭医養成プログラム（菊川市家庭医療センターおよび森町家庭医療クリニック）指導医・専攻医・事務スタッフの皆さんの協力に感謝いたします。

【文献】

- 1) 厚生労働省. 平成28年(2016)人口動態統計(確定数)の概況. 2017; <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html>. Accessed Mar.15, 2018.

- 2) 厚生労働省. 在宅医療にかかる地域別データ集 (更新日:平成29年11月22日). 2017; <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>. Accessed Mar.15, 2018.
- 3) 厚生労働省. 在宅医療にかかる地域別データ集. 第1回全国在宅医療会議平成28年7月6日(参考資料3). 2016; <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134262.pdf>. Accessed Mar.15, 2018.
- 4) 厚生労働省. 在宅医療(その2)(中央社会保険医療協議会29.4.12資料). 2017; <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryuka/0000161550.pdf>. Accessed Mar.15, 2018.
- 5) 高橋泰江, 石川雅俊. 静岡県. 地域の医療提供体制の現状-都道府県別・二次医療圏別データ集-(2016年度版). 2016; http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_612.html. Accessed Mar.15, 2018.
- 6) 地域医療情報システム. 静岡県 中東遠医療圏. http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2207. Accessed Mar.15, 2018.
- 7) 日本プライマリ・ケア連合学会. 家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則. 2015; <http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/koukikensyusaisoku.pdf>. Accessed Mar.15, 2018.
- 8) 静岡家庭医養成プログラム. 浜松医科大学医学部附属病院総合診療専門研修プログラム/静岡家庭医養成プログラム. <https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/commun-health-care/res-act/kouennkai.html>. Accessed Mar.15, 2018.
- 9) 静岡県在宅医療推進センター. シズケア*かけはしについて. 2017; <http://www.shizuoka.med.or.jp/zaitaku-c/zaitakunet/>. Accessed Mar.15, 2018.
- 10) 厚生労働省. 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>. Accessed Mar.15, 2018.
- 11) 浜松医科大学地域医療学講座. 講演会, 講習会の予定および実績. <https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/commun-health-care/res-act/kouennkai.html>. Accessed Mar.15, 2018.