

非都市部の中小規模病院における外科系 病院総合診療医としての場と貢献できること

八巻 孝之[†]

IRYO Vol. 78 No. 4 (209–215) 2024

要 旨

2020年4月、国立病院機構宮城病院は「総合診療外科」を開設した。地域や病院が求めている総合診療のあり方を追求しているが、単独体制のため制約もある。東日本大震災からの創造的復興を推進するため、当院は宮城県亘理郡の亘理町・山元町と相互協力協定を結び、さまざまな取り組みを行っている。しかし、中小規模病院において深刻化している医師不足・診療科偏在問題に直面し、特に、包括的医療においては、マンパワーのない臓器別専門医の負担が増加している。離島や山間地のへき地医療を担う診療所や小規模病院における総合診療医の活躍の場は明らかである。大病院においても、コンサルタント、ゲートキーパー的な役割が存在する。このように、医師不足や診療科偏在の問題を含む立地条件や病院の規模によって、病院に求められる総合診療医の役割は異なる。人口減少社会が求めている地域の包括的医療とケアを実践するためには、総合診療のトレーニングを積んだ病院総合診療医が当院のような中小規模病院に勤務し地域に根付くことが近未来の一つのモデルであるが、著者と同様、他診療科から総合診療への転向医が活躍できる場を広げ、その支援と育成に着手する取り組みは、病院管理者にとって喫緊の課題である。

キーワード：病院総合診療医，医師不足・診療科偏在問題，包括的医療とケア

はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて日本の高齢化が急速に進行している¹⁾。2018年4月にスタートした新専門医制度では、総合診療科が19番目の新たな基本領域として加わった²⁾。そして、2020年度の医学部入学者数は、「地域枠」入学者が全国の医学部募集定員の18.2%まで増加した³⁾。人

口減少社会において、総合診療科のニーズが高まっている現状に異論はない。一方、超高齢社会を迎える日本では、包括的医療の需要が日に日に高まっているが、総合診療科が新専門医制度に加わってまだ日が浅く、その需要に対して総合診療医の数はまだまだ足りない。日本専門医機構理事長の寺本民生氏は、2021年度開始の専門研修で全国9227人の専攻医が採用されたと説明した。専攻医の領域別割合では、

国立病院機構宮城病院 外科（院内標榜：総合診療外科）[†] 医師

著者連絡先：八巻孝之 国立病院機構宮城病院 総合診療外科 〒989-2202 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原100

e-mail: yamaki821@gmail.com, yamaki821@nifty.com

(2023年4月4日受付 2024年4月19日受理)

The Opportunity to Contribute as a Surgical General Physician in a Small to Medium-sized Hospital in a Non-urban Area

Takayuki Yamaki NHO Miyagi Hospital

(Received Apr. 4, 2023, Accepted Apr. 19, 2024)

Key Words: physician belonging to hospital general medicine, problems of shortage of doctors and uneven distribution of doctors, medical care for the elderly

最も多いのが内科2987人、次が外科912人、整形外科627人、精神科552人、小児科550人と続くが、新設の総合診療科は206人（2.23%）に留まり、前年度の222人より微減した⁴⁾。卒後研修医の不安や葛藤に対して総合診療専門医となった後のビジョンやキャリアを明確に示せなかったことが影響したとみられる指摘もある⁵⁾。そこで本稿では、外科と総合診療科の二足のわらじを履く前任地である丸森町国民健康保険丸森病院および当機構における「総合診療外科」の場を紹介し、非都市部の中小規模病院において外科系の領域を担う病院総合診療医の場と貢献できる可能性を考察する一助としたい。

総合診療外科とは

1. 当科開設の経緯と目的

宮城県亘理郡は、太平洋に面し、南は福島県と隣接する。東日本大震災からまもなく12年目を迎え、大震災からの単なる復旧に留まらず、「創造的復興」の新たな課題解決に向けて地域資源の活用や時代の変化と多様なニーズに対応する持続可能な新しい街づくりを目指している。そして、「みんなでつくる笑顔あふれるまち」を将来像とした施策を展開し、子供たちからお年寄りまで、住んで良かったと思える健康で快適、安全・安心な医療とケアの価値を高め、震災後に加速している人口減少地域を見据えた将来の医療・介護・福祉総合計画を進めている。

亘理郡の南部に立つ唯一の国立病院機構宮城病院は、昭和14年創立以来、84年目を迎える。病院一帯は日本古代史に一石を投じる貴重な合戦原（かっせんはら）遺跡が存在し、古墳時代中期末から後期の古墳群や古代の窯業・製鉄遺跡などが数多く点在する歴史的な地区でもある。2015年、当院は亘理郡の2町（山元町・亘理町）との間に相互協力協定を締結し、地域包括的医療・ケアの推進、健康づくりの推進、その他の連携・協働など、さまざまな貢献が期待されている。そして当院は、認知症初期集中支援センター、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、訪問リハビリテーションなどの院内設置などに取り組むながら、県の神経難病拠点病院としての専門医療と地域住民対象の包括的医療・ケアの両輪を駆動させている。

著者の前任地は、亘理郡の背後に迫る阿武隈山系を超えた伊具郡丸森町にある国民健康保険病院（副院長）であった。この地域は、昨今の医療と介護を

シームレスに繋げる事業を積極的に展開する中、筆者は僻地医療の砦である国民健康保険診療施設（国保直診）が抱える医師不足・診療科偏在の厳しい現実と高齢者医療の複合的な問題に直面した。現在は、手術室閉鎖や非常勤医による夜間休日の救急診療・訪問診療など、直近の後継外科医確保も待ったなしの状況にある。さらに、令和元年東日本台風によって甚大な被害を受けたことは、町史始まって以来の想定外の出来事であった。それから数カ月後、著者は当院へ異動し、2020年4月「総合診療外科」を開設した。

なぜ、当院には外科系の総合診療科が必要なのか、その役割（宮城病院からのお知らせ＞重要なお知らせ一覧＞総合診療外科：https://miyagi.hosp.go.jp/outpatient/gene_surgery_00001.html）とは何かを説明できる職員は私の周囲にまだまだ少ない。外科はこれまで、臓器別・縦断的な専門診療を提供してきた歴史が長い。筆者も、外科専門医・指導医のサブスペシャリティとして、消化器外科、特に肝胆膵領域の外科診療に長く従事した。一方、前任地の国保直診が実践する医療は、外来・入院・救急・在宅医療を主軸とし、地域包括的医療・ケアの創出、その仕組みづくり、次世代の総合診療医育成が3つの柱であった。高齢者医療のニーズは、全人的（臓器横断的）医療にほかならない。医師少数区域において、診る対象が臓器ではなく「場」となれば、自動的に総合診療となる。たとえば、著者が豪華客船のオーナーで、その船が一度出航したら2年間寄港できないとしたら、何科の医師を連れていくかとの問いに、筆者は迷わず総合診療科の医師であると答えるだろう。へき地医療の「場」には特定の疾患が選択的に集合していない。したがって、医師少数区域であれば、なおさら全身を診る医療を固持しなければならないと考えている。現在、当院の標榜科は14科あるが、常勤医体制を確保しているのは、5診療科のみである。常勤の小児科医は80歳を超えている。

2. 当科の診療実態と特徴

当科は開設4年目を迎える。スタッフ数は現在1名、外来の診療日数は週3日である。令和3年度は、コロナ渦による受診控えの影響が浮き彫りとなった。令和4年度の診療実績は、外来延べ患者数632人（令和3年度302人）、入院延べ患者346人（令和3年度255人）まで回復している。令和5年度は、11月13日現在、外来延べ患者数381人、入院延べ患

者219人である。11月期の外来診療について、病状が安定した再診・予約ありの患者一人あたりの診療時間を分析すると、当日に検査のない場合は 29 ± 4 分、全体では 51 ± 17 分であった。高齢の患者や心理・社会的な問題を抱えている患者の診察時間が長くなるなど、おおまかな傾向がみられた。

外科学会関連施設と日本病院総合医学会認定施設として、基本領域の系統的な外科専門医を礎とした裾野の広い外科系の総合診療、さらに地域の診療ニーズに応じて非常勤医（整形外科領域・形成外科領域・皮膚科領域・消化器科領域・肛門科領域の5領域）との連携を診療の主軸に置く。主によく遭遇する外科系の common disease の初期対応に積極的に関わりを持ちつつ、特定臓器に対する専門的治療の必要性をトリアージして、それが必要とされる場合は各領域の専門医をスムーズに紹介してきた。また、現場のニーズに応じて、泌尿器科領域、骨粗鬆症の検診と治療、高齢者の栄養・運動処方・認知症サポート、障害者の運動療法と生活支援、その他の保健・介護・福祉に繋がる社会的医療サービスを包括的に提供している。当科開設の際に各領域の対象疾患を明確化して他診療科に示すことで、「他科の先生、何か困ったことがあれば“総合診療外科”に」という活動の場を当科における当面の目標としている。当科の対象疾患と診療内容については、当院ホームページを活用して地域へわかりやすく発信している。

外来診療で対応してきた対象者の内訳では、65歳以上の高齢者と成人が圧倒的に多かったが、6歳以下の幼児や小児の診療割合も12%を占めた。初診時に救急対応を要した割合は32.9%を占めた。外傷・外科処置を実施した割合は、全体の36.1%を占めた。対象者の愁訴や病名、診療行為については、プライマリ・ケア領域における世界共通の診療コード分類であるプライマリ・ケア国際分類（International Classification of Primary Care, 2nd edition : ICPC-2）⁶⁾の領域別割合を検討した。A：全身および部位不特定（発熱／ウイルス感染症以外）の領域が全体の74%，D：消化器の領域が92%，F：眼の領域が58%，H：耳の領域が49%，K：循環器の領域が15%，L：筋骨格の領域が92%，N：神経の領域が88%，P：心理・精神の領域が51%，R：呼吸器の領域が22%，S：皮膚の領域が84%，T：内分泌・代謝・栄養の領域が88%，U：泌尿器の領域が77%，Y：男性性器が22%，Z：社会問題の領域が65%と占めた。ICPC-2コー

ドの領域別でW：妊娠・育児・家族計画やX：女性性器（乳房を含む）の領域には対象者がいなかった。扱った対象者は、18領域中10領域以上で健康問題を感じていた。

入院診療は外来対象者の17%に行った。外来診療と同様、入院対象者の疾患名はICPC-2の各領域にまたがり、外科系の各領域における非手術症例を中心に幅広い領域でのプライマリ・ケアの多様性を発揮していた。感染性腹部大動脈瘤の保存的治療などの比較的稀な疾患も経験していた。

訪問診療は、近隣の特別養護老人ホームの嘱託協力医として月1回定期的に実施している。院内外業務が多岐に渡るため、緊急往診や当院の訪問看護・訪問リハビリとの連携した在宅医療を行うことが出来ていない。

当科の業務時間は、外来診療を行う時間が最も多かった。次に、病棟診療や救急診療、さらに書類記載やレセプトチェックの時間が続いた。論文作成と自己研鑽に約2時間を割いていた。診療の行われな時間帯において複数の委員会に参加していた。病院業務に留まらず地域のニーズにも応じている。たとえば、平日夜間初期救急対応、認知症サポート、介護認定審査、医師会、学術活動、警察協力医、スポーツ・メディカル、医療・介護・福祉の協議・協力などである。

3. 科に期待される役割と課題

当院が総合診療的役割を担う外科医に期待することは、当科の活動により限られた他科の医師が安心して診療できること、いわゆるサブアキュート、ポストアキュート機能を発揮して後方支援的な術後管理ができること、非手術症例や中低難度の手技に慣れた外科医であること、昼夜を問わず救急外来・救急車対応への待機医となれること、などである。非都市部の中小規模病院において外科系の総合診療が他科の医師の認識や行動変容に与えた影響については、今後詳細に検討すべき余地がある。

これまで、地域を診る視点で病院外活動に従事してきたが、さらに郡市医師会を通じて診療所医師との顔の見える・腹を割って話せる関係を目指し、一方、二次・三次医療圏の中核的病院との多様な広域連携を確立したいと考えている。当該領域の診療について24時間365日提供できることが望ましい。さらに余裕があれば、他領域の診療をカバーできる可能性が膨らむ。十分な人数がいない場合は、当該領

域の診療だけで精一杯になるだろう。許可病床が344床である当院のような中規模病院であれば、総合診療の広さと深さを考えると、内科系・外科系・(ER系)の領域をカバーし得る総合診療チームを2～3名で構築することが理想的といえる。

医師偏在が叫ばれて久しいが、その傾向は留まることがない。当院のなどの中小規模病院では、都市部の大病院に比べるまでもなく、外科手術症例が少ないだけでなく、総合診療に関する適正とスキルを切磋琢磨する仲間や指導者もいない。地域医療の現場において、外科医としてのバックグラウンドを持った総合診療への転向医が地域の病院業務に従事することは医師としても外科医としても意義深いものとする。類似の事象はしばしば見かけられるが、著者を含め外科医は臓器・疾患のみを診ればよいという状況にないことだけは間違いない。そのため、当科では、東北大学病院や基幹施設との事前調整を進め、県内のコンダクター型総合診療専門研修プログラムに準じた専門研修体制を構築することも課題としている。外科系の領域を広げ、他とスムーズな協力・連携を図ることを目的として院内外の業務を拡大していく意欲ある他科専門医から総合診療への転向医が増えることにも期待を込め、病院総合診療医が活躍できる場を「見える化」させていくことも極めて重要と考える。

病院総合診療医が抱える現状の問題点

離島や山間部の診療所・小規模病院において、総合診療医の活躍の場は明らかである。また、都市部の大規模病院では、各専門診療科が特定領域の疾患に対して密度の高い医療を提供する場と認識されることが一般的である。しかし、高齢社会の一層の進行により、包括的・継続的な医療に対する大きな需要と役割が生まれる一方、中小規模病院では、各専門診療科を非常勤体制で確保しつつ、包括的医療に取り組まざるを得ないマンパワーのない臓器別専門医の高齢化も進んでいる。

総合診療医は、鑑別診断をする人、振り分け診療をする人、急患を選ばず初めに診る人というイメージで語られることが多いだろう。総合診療医のアイデンティティは、「場を診る、まるごと診る、ずっと診る、地域を診る」など、地域が抱える包括的医療・ケアのあらゆる問題に対応できる専門医である。一方、専門医資格を持たずとも、実際にジェネラリ

ストとして非常に高いレベルで総合診療される先生方をこの目で数多く見てきた。日本プライマリ・ケア連合学会の病院総合医委員会が臨床研修指定病院の病院管理者に対して実施したアンケート⁷⁾によれば、病院総合診療部門を持たない病院管理者(回答数136)に対して、病院に総合診療部門が必要かとの問いに76.5%が必要であると回答している。病院総合診療医のニーズは非常に高い⁸⁾。だからこそ、医師少数区域における中小規模病院勤務の一般内科医には、すでに病院総合診療医としての役割が求められている。しかし、日本の医師の約3分の1が所属する日本内科学会が2016年、会員を対象として実施したWebアンケート⁹⁾によれば、病院の一般内科医が総合診療を実践しているという割合は25.6%と低い。臓器横断的な診療姿勢への取り組みについて取り組んでいるのは50.4%で、取り組んでいる施設が半数に留まる。このような現状は、複数疾患を抱える高齢者医療の困難さに繋がっている。ゆえに、病院勤務の一般内科医と総合診療医のスキルは明らかに異なっている。

大規模な臨床研修指定病院における初期研修プログラムのコンセプトは、患者を選ばない、地域に向く、総合力を磨くなど、まさに医師の原点回帰、医師のたしなみ、ニューマニズム(人間主義:人間性を尊重して真に人間的な社会環境の実現を目指す思想)などと比喻され、人によってそのイメージが異なり、医療者の中にも混乱が見られる。そして、総合診療領域のキャリアには、現在のところ、総合内科専門医(日本内科学会)、かかりつけ医(日本医師会)、総合診療専門医(新専門医制度の基本領域)、家庭医療専門医・プライマリ・ケア認定医(日本プライマリ・ケア連合学会)、病院総合診療専門医(日本病院総合診療医学会)、地域総合診療専門医(日本地域医療学会)などがある。私見ではあるが、各学会・団体の目指す総合診療医師像には共通点があるものの、それぞれの具体的な方向性やアイデンティティについては、協議していく必要があるだろう。

中小規模病院において 病院総合診療医が貢献できること

病院総合診療医には、どのような診療の場がふさわしく、どのような役割を発揮すべきなのだろうか。日本専門医機構総合診療専門医検討委員会が作成し

た総合診療専門研修プログラム整備基準¹⁰⁾を踏まえ、臓器別専門医との関係や医師不足・医師偏在の問題からみた、医療施設の立地と規模¹¹⁾を考慮して持論を進める。

まず、総合診療医の役割には施設ごとにさまざまなバリエーションが存在する。たとえば、問題点が明らかになった時点で専門診療科に引き継ぐゲートキーパー機能としての部門や、臓器別診療科に区分されない不明熱などの診断不明な少数の入院診療を扱う部門、病院で専門医が不在な診療領域、たとえばリウマチ、膠原病などを扱う部門、さらに、内科系・外科系の一次・二次救急などを担当する部門として機能することもある。このように、病院総合診療医の業務は、その地域、その施設ごとに多様であり、臓器別専門医の有無とマンパワー、そして当院のように、拠点病院としての障害児・者や高齢者が求めている役割にも影響を受ける。また、病院のニーズに総合診療医が多様かつ柔軟に対応する役割の中には、臓器別専門医でもできること、総合診療医もすること、総合診療医だからこそすべきことなどが混在しているように見える。それぞれの場が断片的で、総合診療医のコンピテンシー（優れた成果を創出する能力・行動特性）がいまだ曖昧であるといわざるを得ない。

1. 外来診療

将来推計人口からも明らかなように¹²⁾、人口減少社会において後期高齢者以外の外来診療需要は縮小するが、臓器専門医の外来需要もいずれ縮小するだろう。新患外来では、多岐にわたる愁訴を持つ高齢患者に対して包括的診療が求められるため、一定のスキルを持つことが必要である。とくに、臨床推論のスキルに長けた病院総合診療医が力を発揮する場が存在する。一方、再診外来では、生活背景を把握して全人的診療や健康相談にも対応する「かかりつけ医機能」が重要される。かかりつけ医機能とは、一般的に診療所が担うことを期待される機能¹³⁾であるが、高齢患者の中には地域の病院にかかりつけ医機能を期待していることが多い。臓器別ではない特殊外来として、たとえば老年外来や障害児・者外来、メンタルヘルス外来などを病院総合診療医が担うこともあるだろう。

2. 入院診療

地域を診る中小規模病院が総合診療医に期待して

いる中心的役割は、病院完結型の病棟診療から複数の疾患罹患や生活背景の脆弱性を有する高齢患者を地域完結型の医療に繋げることである。現在の入院診療は、生活の場が自立して退院か、介護支援を受けながらの在宅療養か、あるいは施設入所を目指すのか、どの分野・領域の担当医であってもその役割は入院期間の各フェーズにおいて多様に変化している。臓器別専門医が担う入院診療は、生物医学的アプローチが主体であり、病態を把握して治療することが全てであった。しかし現状は、急性期に続く多様な役割が主体のフェーズが控えている。大規模病院の総合診療医ならば、コンサルタント・ゲートキーパー主体の診療になりやすいが、中小規模病院ならば、広域連携のもと、院内に存在しない専門診療科の領域もカバーし、その領域の主治医を継続的に担う役割もある。

3. 検査・治療手技

専門的な検査や手技は、臓器専門医が対応することに異論はない。しかし、臓器専門医が従来担っていた手技を病院総合診療医が担うことによって、その施設で対応できない診療を改善することができる。たとえば、消化器専門医が不在の状況において胃瘻や腸瘻のカテーテル交換を担うことがあるだろう。特殊な手技でない場合には、地域の限られた医療資源を把握して最善の医療を提供するコーディネートを積極的に実践することも重要である。

4. 救急診療

二次医療圏を超えての医療機関受診が増えている¹⁴⁾¹⁵⁾。医療圏間の患者の流出入に関連する要因としては、医療技術、設備力、ドクターショッピングなどが報告されている¹⁶⁾。しかし、加齢に伴って二次・三次医療圏を越境して受診している世代が二次医療圏内やさらには一次医療圏にUターンするようになるだろう。宮城県伊具郡や国道・自動車道・鉄道を利用できる医療アクセスの良好な亘理郡もその例外ではない。中小規模病院にとって、救急の専従医や専任医が不在する施設は決して少なくない。そういった場合、常勤の臓器別専門医に期待されることが多く、救急からの入院診療や対応する臓器が明確でない高齢の救急疾患には対応しがたい現状にある。ゆえに、病院総合診療医が主として救急診療を実践する機会も増えていく可能性がある¹⁷⁾。高齢患者が一次医療圏に回帰するにあたって、病院総合診

療医が受け皿となって救急診療を統合する役割を担う可能性がある。

5. 院内外における協働・連携の場

診療業務のほか、医療安全や感染対策のコア・メンバー、医療サービスの質改善、地域包括ケア病棟のベットコントロール、患者の速やかな転入・転出、昨今のコロナ診療、医師会との協働、介護施設・福祉行政との連携なども役割の一部になる可能性がある。しかし、当院のように、その役割を担うべき病院総合診療医のインセンティブな場が確立されていない施設は少なくないだろう。病院総合診療医の役割の核心部分とは、急性期における生物医学的マネジメント・スキルであることは当然ながら、すべてのフェーズに継続的に関わり、多職種との高いチーム・コミュニケーション・スキルを発揮し、最大限望ましい在宅復帰や自立支援を目指すことである。特に、院外が多職種専門職と円滑なチーム・コミュニケーションをとることができる調整力が重要である¹⁸⁾。その調整力とは、近未来の地域共生社会における病院総合診療医のコアコンピテンシー¹⁹⁾（核となるコンピテンシー：ほかの診療科が真似できない核となる能力と行動特性）にほかならない。特に、中小規模病院の管理者が求めている在宅復帰というゴールにコミットすることは、さまざまな臓器専門医と共生しながら、総合診療医の増員、総合診療チーム構築、総合診療医育成という将来のミッションにとって極めて重要であると考えられる。

おわりに

中小規模病院における病院総合診療医の場と貢献できることについて述べた。地域完結型の包括的医療・ケアに繋げる役割は、人口減少社会を見据えた喫緊の課題である。病院総合診療医の育成は、離島・山間部の診療所のみならず、医師少数区域の中小規模の病院においても今後積極的に取り組むべきである。病院総合診療医が地域を診る視点で病院に広く根付くためには、まだ多くの時間を要するだろう。だから、筆者は臓器別診療から総合診療への転向を志す希少な仲間が活躍できる場を現在の地に作りたいと願っている。そして、総合診療のトレーニングを積んだ医師が地域の病院で勤務する近未来が訪れることが一つのモデルとなる。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし

【文献】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口（平成29年推計）. 2018（Accessed Jan. 16, 2023, at https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp）
- 2) 日本専門医機構. 専門医制度整備指針（第三版）. 東京：一般社団法人日本専門医機構；Feb 2020（accessed Jan. 16, 2023, at https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2020/06/jmsb_mg_ver3_20200630.pdf）
- 3) 厚生労働省. 第34回医師需給分科会資料1 今後の地域枠のあり方について. 厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会. 2020（accessed Jan. 16, 2023, at <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf>）
- 4) m3.com：医療維新シリーズ 真価問われる専門医改革～2021年度開始の専攻医9227人、内科が最多2987人. 2021（accessed Jan. 16, 2023, at <https://www.m3.com/news/iryoishin/883259?>）
- 5) Cadetto.jp. あの体験・この視点を伝えたい 若手が総合診療を選ばない理由が見えた. 201（accessed Jan. 16, 2023, at <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cadetto/igakusei/report/201904/560514.html>）
- 6) 日本プライマリ・ケア連合学会 CPCプロジェクトチーム（旧日本プライマリ・ケア学会 国際疾病分類研究会）. ライマリ・ケア国際分類日本語版HTMLファイル.（accessed June.15, 2023, at <http://icpc.nosmokeworld.com/old/>）
- 7) 山城清二. 病院総合医アンケート調査の結果報告. 日プライマリケア連会誌 2015；38（4）：412-23.
- 8) m3.com. 医療維新シリーズ 未来の医師たちへー医師のリアルと2035年の医療 Vol 1, 2035年、ニーズ高まる科は「総合診療」「内科」. 2018（accessed Jan. 16, 2023, at <https://www.m3.com/news/iryoishin/580702>）
- 9) 日本内科学会専門医部会. 「内科医」の今後のあり方に関するアンケート結果. 東京：一般社団法人日本内科学会. 2017（accessed Jan. 16, 2023, at http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/09/enquete_risou_no_naikai_zou.pdf）
- 10) 総合診療専門医検討委員会. 総合診療専門研修プ

- ログラム整備基準. 東京：一般社団法人日本専門医機構. 2022 (accessed Jan. 20, 2023, at https://jmsb.app.box.com/s/ugs2wtljj23vye2qyvbtjhf8lw_rzhk5)
- 11) 小泉俊三. 病院総合医（日本型ホスピタリスト）の現状と近未来像－実践を基盤とした総合内科医として. 日内会誌 2011；**100**：3687-93.
 - 12) 北村 聖. 病院医療に専門医制度は貢献するか 医師地域・診療科偏在対策に専門医制度は貢献するか. 病院 2019；**78**：107-11.
 - 13) Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, et al. The ecology of medical care in Japan：Jpn Med Assoc J 2005；**48**：163-7.
 - 14) 生労働省医政局指導課. 医療計画の見直しに関する都道府県 説明会資料（1） 二次医療圏，CAサイクル. 2018 (accessed Jan. 22, 2023, at www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-2.pdf)
 - 15) 厚生労働省. 患者調査. 2014 (accessed Jan. 22, 2023, at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>)
 - 16) 寒水孝司, 浜田知久馬, 吉村 功. 受療のための地域間患者移動に影響する要因の検討. 厚生指標 2004；**51**(15)：21-7.
 - 17) 高山義弘. 病院に求められる地域包括ケアシステムとの連携. 在宅新療 0→100. 2017；**2**(10)：901-6.
 - 18) 八巻孝之. “地域共生社会”を実現するためのチーム・コミュニケーション・スキームの重要性. 医療 2021；**75**：193-7.
 - 19) 総合診療専門医のコアコンピテンシー. 総合診療専門研修の手引き（第4版）. ー何をどう教えるのか 工夫と実例. 東京：中山書店；2016

Place to be Active and Contribution as Surgical General Physicians Working in Small and Medium-sized Hospitals in a Non-urban Areas

Takayuki Yamaki

Abstract

For the first time our hospital established a surgery for hospital general medicine in April 2020. In our hospital, I am pursuing comprehensive medical care that is required by the community and hospitals. In order to promote creative recovery from the Great East Japan Earthquake, our hospital signed a mutual cooperation agreement with Watari Town and Yamamoto Town in Watari-gun Miyagi. Following that, our hospital is doing various initiatives. Our region is facing the problem of shortage of doctors and uneven distribution of medical departments. The physician belonging to hospital general medicine are certainly useful in clinics and small hospitals on remote islands and in mountainous areas. In large hospitals, there are roles like consultants and gatekeepers. In this way, the role of hospital general medicine differs depending on the location and size of the hospital. In a society with a declining population, Comprehensive care should be provided by physicians trained in general medicine. Furthermore, it is one model in the near future that the physician belonging to hospital general medicine examine the region. It is an urgent issue for hospital administrators to expand the place to be active of hospital general medicine and to start training them.