

表 3 専門医の特性

消化器内科(治療)	循環器内科(治療)	整形外科(治療)	神経内科(治療)
1 胃潰瘍、十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>	肺水腫、うっ血性心不全	肩関節周囲炎	脳梗塞
2 急性胃腸炎	不整脈	変形性関節症	認知症
3 便秘症	弁膜症 <僧帽弁膜症、大動脈弁膜症>	骨折	緊張型頭痛、片頭痛
4 胃食道逆流症[逆流性食道炎<GERD>]	心筋症	骨粗鬆症	脳卒中後遺症
5 機能性消化管障害 <機能性ディスぺプシア、過敏性腸症候群>	高血圧症	変形性脊椎症、脊柱管狭窄症	Parkinson 病
6 肝硬変、肝不全、肝性脳症	急性心筋梗塞、 急性冠症候群、狭心症	椎間板ヘルニア	てんかん
7 炎症性腸疾患<潰瘍性大腸炎、Crohn 病>	動脈硬化症	関節リウマチ	髄膜炎、脳炎、脳症
8 急性・慢性肝炎、脂肪肝	深部静脈血栓症、下肢静脈瘤	高尿酸血症、痛風	
9 胆石症、胆嚢炎、胆管炎	閉塞性動脈疾患	頭部外傷、脊髄損傷	
10 胃・食道静脈瘤	肺循環障害<肺梗塞、肺塞栓症>	皮膚潰瘍、褥創	
11 胃癌	急性大動脈解離、大動脈瘤破裂		
12 急性・慢性膵炎	過換気症候群		
13 大腸癌	脂質異常症<高脂血症>		
14 膵癌			
15 食道癌			
16 肝癌			
17 鉄欠乏性貧血、二次性貧血			
18 腸閉塞			
19 急性食中毒			
20 脂質異常症<高脂血症>			

産科・婦人科(治療)	耳鼻咽喉科(治療)	小児科(治療)	泌尿器科(治療)	眼科(治療)
1 正常妊娠、妊娠悪阻	急性中耳炎	上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	前立腺肥大症、前立腺癌	結膜炎、角膜炎
2 子宮外妊娠<異所性妊娠>	アレルギー性鼻炎	ウイルス性発疹症 <麻疹、風疹、水痘、ヘルペス>	急性腎盂腎炎、尿路感染症	白内障
3 子宮筋腫	急性・慢性副鼻腔炎	気管支喘息<小児喘息を含む>	腎癌、膀胱癌	糖尿病・高血圧・動脈硬化による眼底変化
4 子宮頸癌、子宮体癌	良性発作性頭位眩暈症	肺炎、胸膜炎	尿路結石	緑内障
5 子宮内膜症、月経困難症	上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	乳児下痢症	急性・慢性腎不全	
6 更年期障害	睡眠時無呼吸症候群	熱性けいれん		

表 4 総合医の診療特性（治療）

1 便秘症	27 アレルギー性鼻炎
2 急性胃腸炎	28 薬疹
3 高血圧症	29 熱中症、寒冷による障害
4 急性腎盂腎炎、尿路感染症	30 脳梗塞
5 肺炎、胸膜炎	31 自然気胸、緊張性気胸
6 胃食道逆流症[逆流性食道炎<GERD>]	32 緊張型頭痛、片頭痛
7 胃潰瘍、十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>	33 急性・慢性膵炎
8 過換気症候群	34 糖尿病性腎症
9 脂質異常症<高脂血症>	35 急性・慢性肝炎、脂肪肝
10 上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	36 骨粗鬆症
11 鉄欠乏性貧血、二次性貧血	37 良性発作性頭位眩暈症
12 糖尿病、メタボリックシンドローム	38 肝硬変、肝不全、肝性脳症
13 動脈硬化症	39 急性・慢性副鼻腔炎
14 高尿酸血症、痛風	40 胆石症、胆嚢炎、胆管炎
15 気管支喘息<小児喘息を含む>	41 尿路結石
16 アナフィラキシー	42 皮膚潰瘍、褥創
17 慢性閉塞性肺疾患<COPD>	43 急性呼吸不全、急性呼吸促<窮>迫症候群<ARDS>
18 敗血症	45 不整脈
19 急性食中毒	46 睡眠障害
20 脳卒中後遺症	47 湿疹・皮膚炎、接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎
21 甲状腺機能亢進症・低下症	48 腸閉塞
22 肺水腫、うっ血性心不全	49 急性・慢性腎不全
23 慢性呼吸不全	50 熱性けいれん
24 蕁麻疹	51 認知症
25 機能性消化管障害<機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群>	52 乳児下痢症
26 ウィルス性発疹症<麻疹、風疹、水痘、ヘルペス>	53 肺結核

表 5 総合医の診療特性 (診断以上)

1 肺炎、胸膜炎	27 蕁麻疹
2 急性胃腸炎	28 急性・慢性肝炎、脂肪肝
3 鉄欠乏性貧血、二次性貧血	29 急性・慢性膵炎
4 便秘症	30 アレルギー性鼻炎
5 過換気症候群	31 機能性消化管障害<機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群>
6 急性腎盂腎炎、尿路感染症	32 脳卒中後遺症
7 気管支喘息<小児喘息を含む>	33 熱中症、寒冷による障害
8 高血圧症	34 慢性呼吸不全
9 胃食道逆流症[逆流性食道炎<GERD>]	35 急性虫垂炎
10 糖尿病、メタボリックシンドローム	36 糖尿病性腎症
11 脂質異常症<高脂血症>	37 良性発作性頭位眩暈症
12 高尿酸血症、痛風	38 肝硬変、肝不全、肝性脳症
13 上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	39 急性・慢性腎不全
14 胃潰瘍、十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>	40 自然気胸、緊張性気胸
15 慢性閉塞性肺疾患<COPD>	41 薬疹
16 腸閉塞	42 皮膚潰瘍、褥創
17 尿路結石	43 ウィルス性発疹症<麻疹、風疹、水痘、ヘルペス>
18 甲状腺機能亢進症・低下症	45 急性・慢性副鼻腔炎
19 胆石症、胆嚢炎、胆管炎	46 不整脈
20 動脈硬化症	47 認知症
21 脳梗塞	48 骨粗鬆症
22 緊張型頭痛、片頭痛	49 急性心筋梗塞、急性冠症候群、狭心症
23 肺水腫、うっ血性心不全	50 胃癌
24 急性食中毒	51 急性呼吸不全、急性呼吸促<窮>迫症候群<ARDS>
25 アナフィラキシー	52 脳出血、くも膜下出血、頭蓋内血腫
26 敗血症	53 湿疹・皮膚炎、接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎

54 大腸癌	78 乳児下痢症
55 髄膜炎、脳炎、脳症	79 てんかん
56 熱性けいれん	80 腸重積
57 胃・食道静脈瘤	81 アルコール・薬物依存症
58 肝癌	82 関節リウマチ
59 深部静脈血栓症、下肢静脈瘤	83 変形性関節症
60 肺結核	84 肩関節周囲炎
61 膵癌	85 心筋症
62 閉塞性動脈疾患	86 悪性リンパ腫
63 汎発性腹膜炎	87 不安障害<パニック障害、社会不安障害>
64 睡眠障害	88 結膜炎、角膜炎
65 痔瘻、痔核	89 更年期障害
66 炎症性腸疾患<潰瘍性大腸炎、Crohn 病>	90 うつ病、双極性障害<躁うつ病>
67 食道癌	91 腎癌、膀胱癌
68 Parkinson 病	92 変形性脊椎症、脊柱管狭窄症
69 肺循環障害<肺梗塞、肺塞栓症>	93 身体表現性障害<心気症、心身症>、 ストレス関連障害[外傷後ストレス障害<PTSD>、急性ストレス障害]
70 弁膜症<僧帽弁膜症、大動脈弁膜症>	94 急性白血病
71 急性大動脈解離、大動脈瘤破裂	95 椎間板ヘルニア
72 肺癌	96 骨折
73 前立腺肥大症、前立腺癌	97 頭部外傷、脊髄損傷
74 急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群	
75 睡眠時無呼吸症候群	
76 鼠径ヘルニア	
77 急性中耳炎	

2. モデル地域の設定

2つの島における住民基本台帳の情報をもとに、モデル地域を作成した（表 6）。

表 6 モデル地域の基本情報

総人口	5,362 人		
年齢, 階級, 歳			
0	-	19	752 人 (14.0 %)
20	-	39	882 人 (16.4 %)
40	-	59	1,422 人 (26.5 %)
60	-	79	1,668 人 (31.1 %)
80	-		638 人 (11.9 %)
性別			
男			2,565 人 (47.8 %)
女			2,797 人 (52.2 %)
高齢化率	33.6 %		

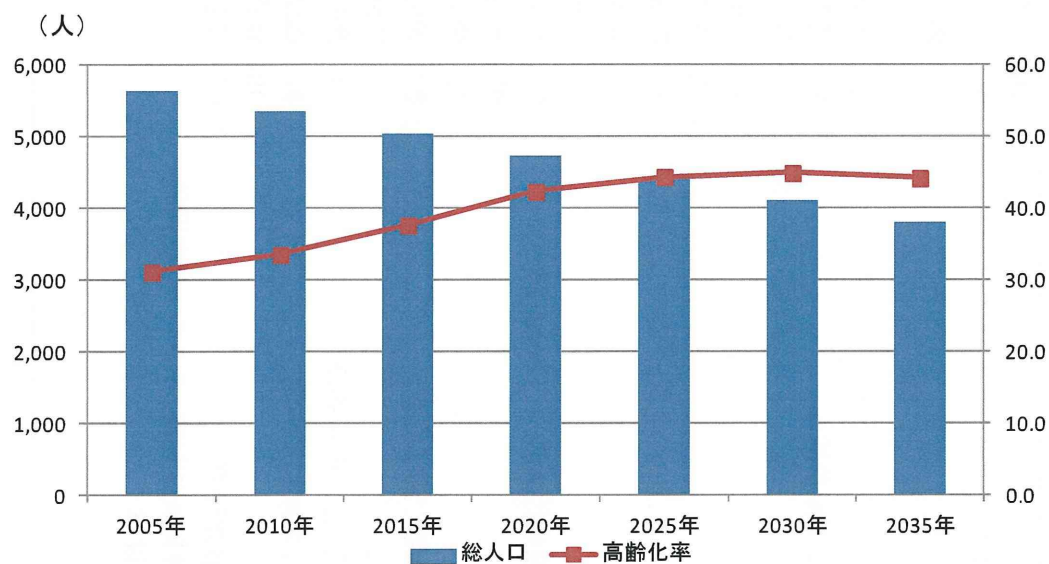


図 13 モデル地域の総人口と高齢化率の将来推計

モデル地域における 2010 年の総人口 5,362 人（高齢化率 33.6%）であった。

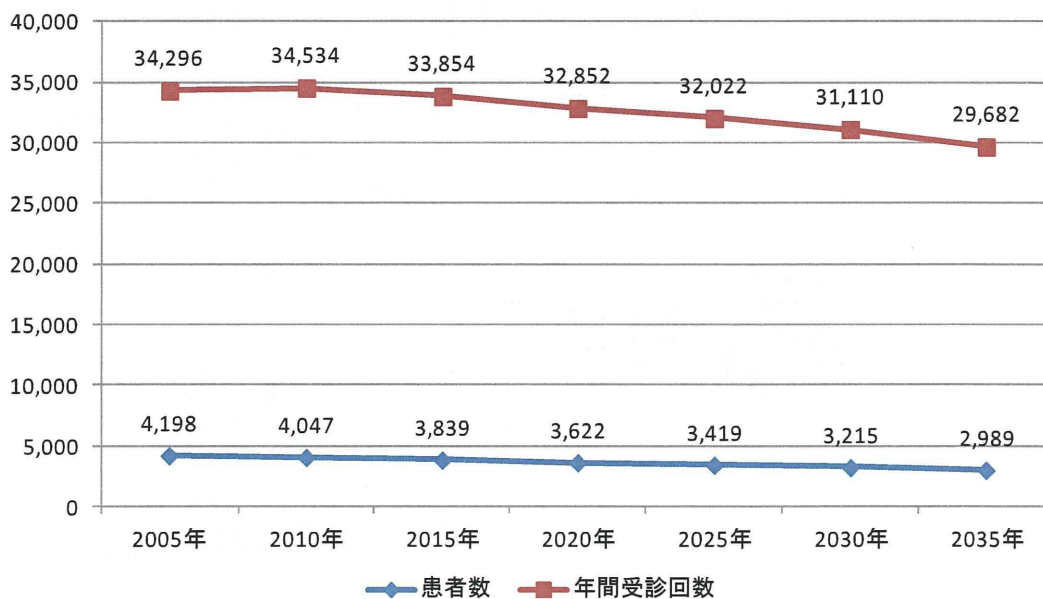


図 14 モデル地域の年間受診患者数と年間受診回数

モデル地域における 2010 年の年間受診患者数と年間受診回数は、それぞれ 4,047 人と 34,534 回であった。

3. 2010 年の医療提供体制モデルの比較検討

3 パターンの医療提供体制モデルのイメージを図 15・図 17 に示した。

I : 専門医を直接受診し、治療する (総合医を含めない)

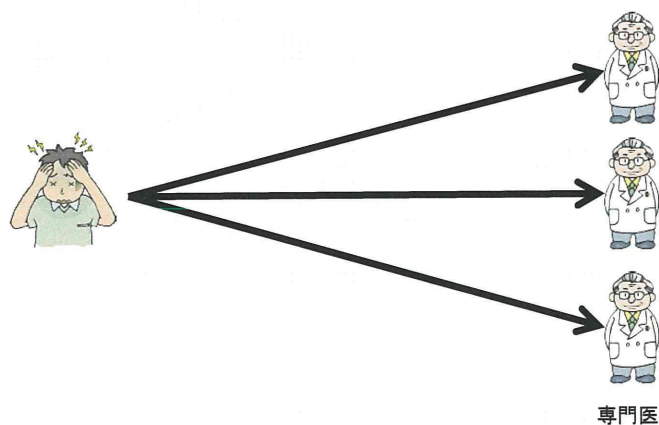
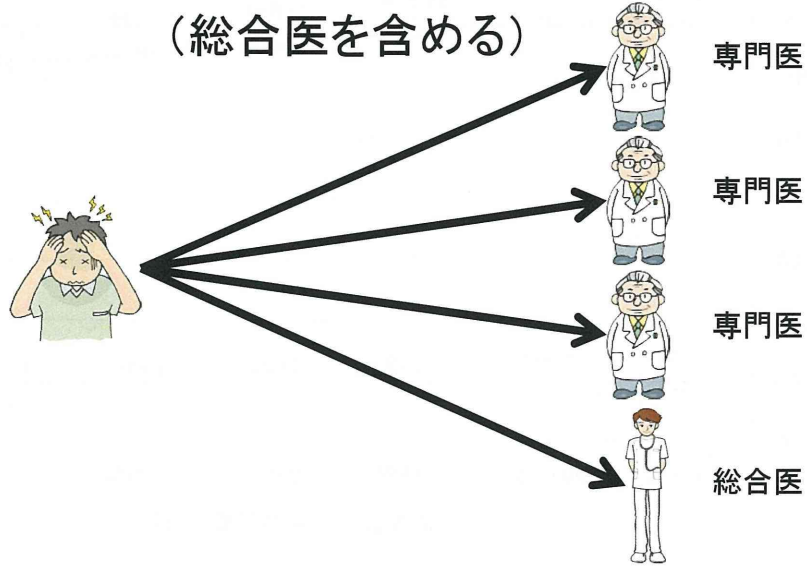


図 15 個別受診モデル A

Ⅱ：総合医と専門医を直接受診し、治療する



※ 複数の専門医が「治療できる」と回答した対象項目の患者については、患者本人が医師の専門分野を確実に見極めて受診することは非現実的であることを考慮し、該当する複数の専門医にそれぞれ同様の患者数を加味して分析を行った

図 16 個別受診モデル B

Ⅲ：総合医を受診したうえで(適切な診断がなされ)、 必要に応じ専門医を受診するモデル

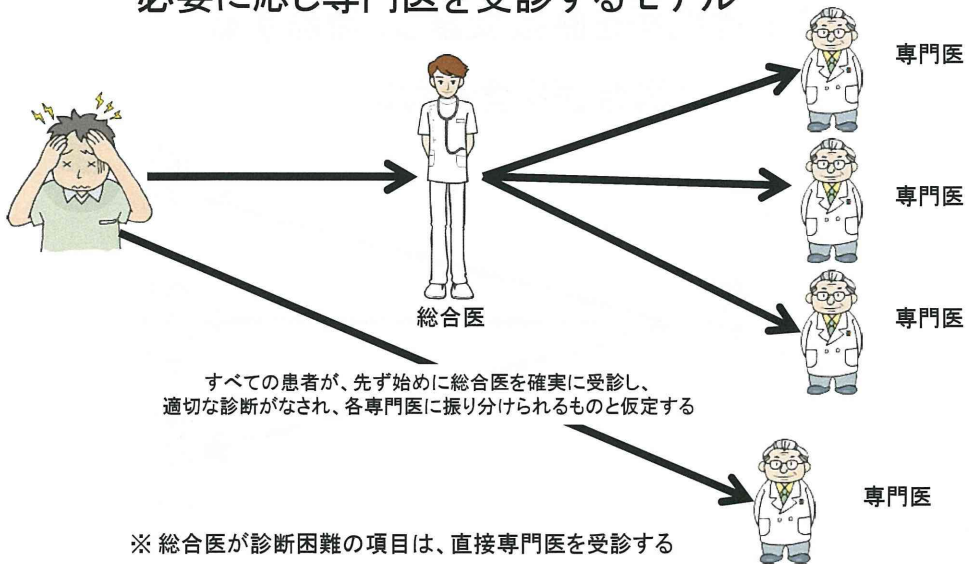


図 17 連携受診モデル

I：個別受診モデルA（専門医だけを個別受診し，治療するモデル）（図 18）

モデル地域において受診のあった疾患・症候群は，111 項目中 107 項目であった。この 107 項目に該当する患者が，総合医を含まないすべての専門医（分析対象である 9 つの診療科に限定）にそれぞれ個別受診すると仮定した場合，76 項目（全体の 71.0%）の疾患・症候群に対して治療レベルの医療を提供することが可能であることが示された。

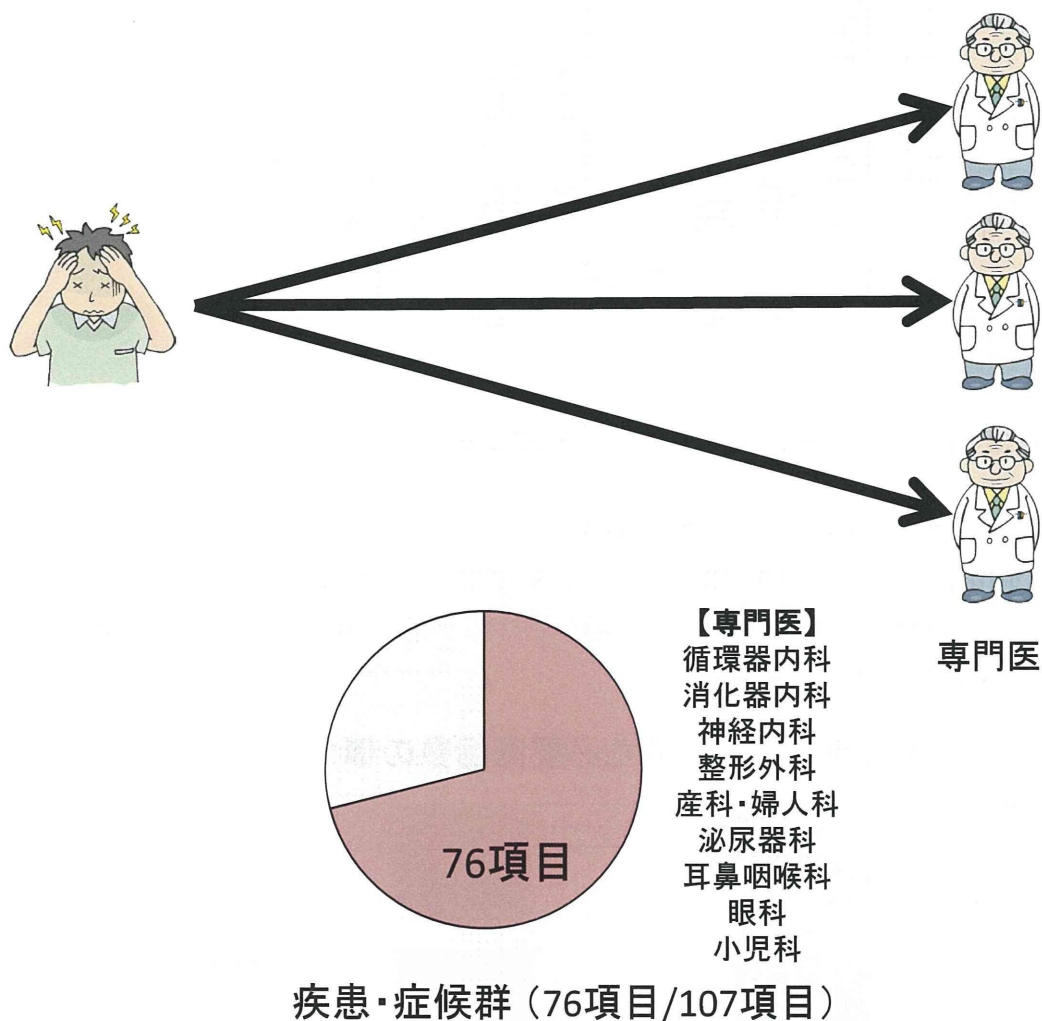


図 18 個別受診モデル A の結果

治療対象となる推計患者数(図 19)

耳鼻咽喉科，小児科，消化器内科，循環器内科が 1,500 人以上なのに対して，眼科，泌尿器科，神経内科，産婦人科は 500 人未満であった。

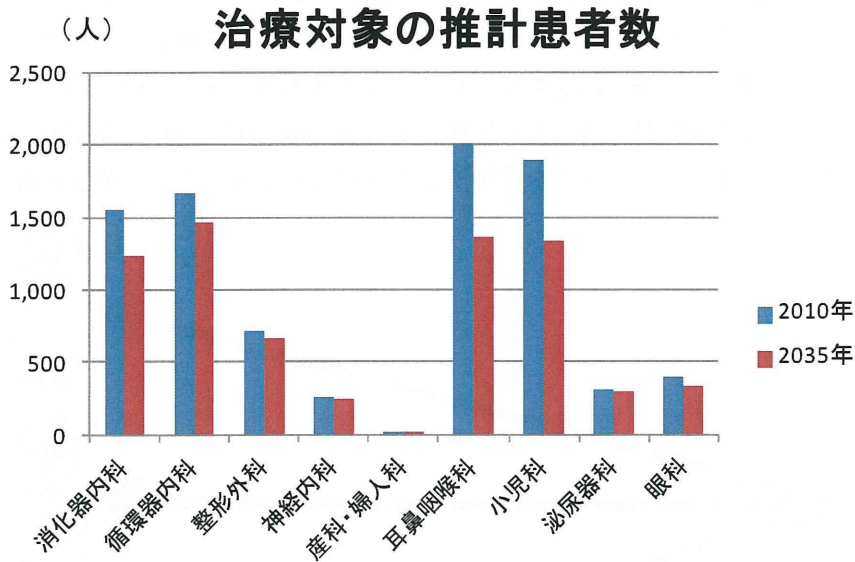


図 19 個別受診モデル A 治療対象の推計患者数

各専門医が担当する患者数の構成割合(図 20)

2010年時点の各専門医が担当する患者数を推計し、それぞれの患者数の全体に占める構成割合を算出した。2010年では、耳鼻咽喉科、小児科、消化器内科、循環器内科がそれぞれ20%前後であった。

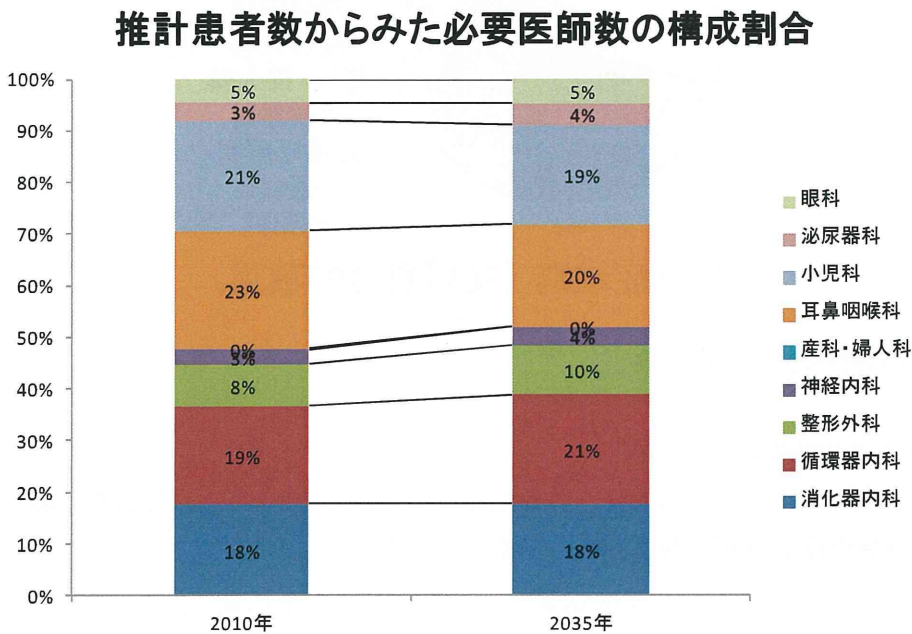


図 20 個別受診モデル A 各専門医が担当する患者数の割合

II : **個別受診モデルB** (総合医と専門医を個別受診し, 治療するモデル) (図 21)

モデル地域において受診のあった 107 疾患・症候群に該当する患者が, 総合医及び各専門医(今回の分析対象である 9 つの診療科)にそれぞれ個別受診すると仮定した場合, 93 項目 (全体の 86.9%) の疾患・症候群に対して治療レベルの医療を提供することが可能であることが示された. 総合医が存在することにより, 個別受診モデルAと比較して, より多くの疾患・症候群に対応できることが示された.

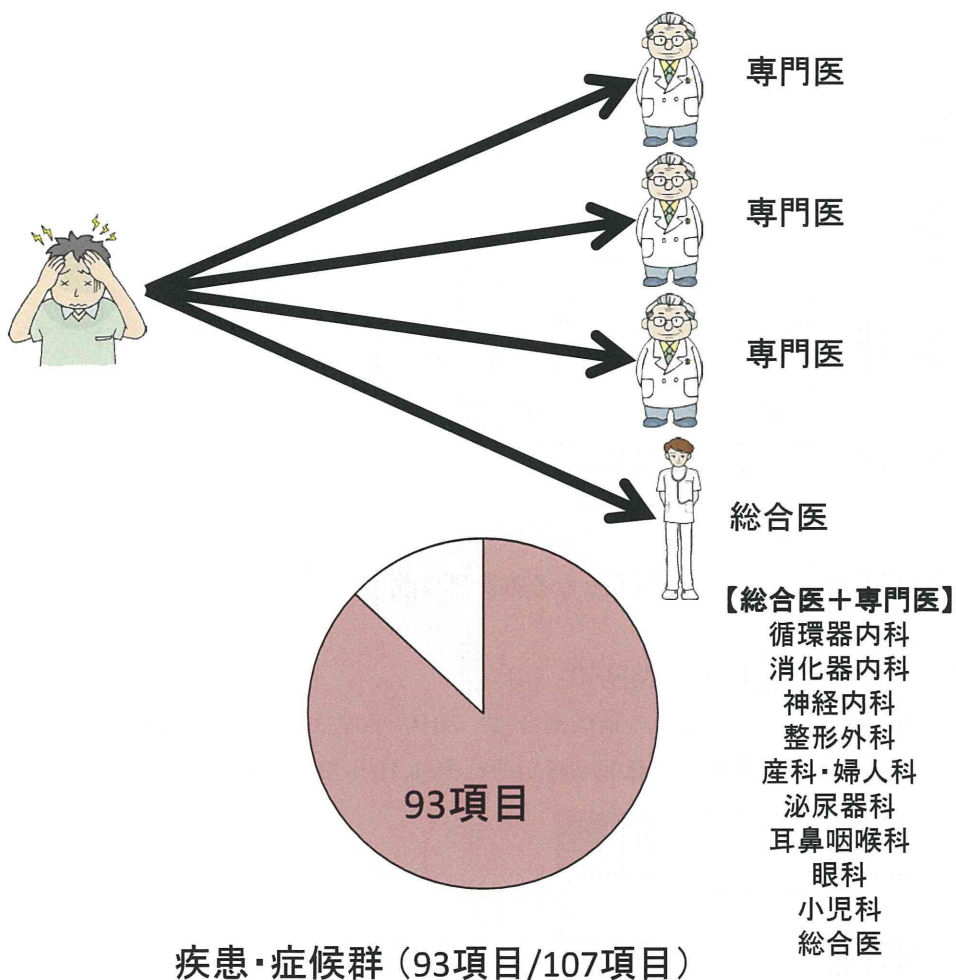


図 21 個別受診モデルBの結果

治療対象となる推計患者数 (図 22)

総合医は 7,000 人近い患者の治療を担い、次に多い耳鼻咽喉科 (2,008 人), 小児科 (1,894 人) 循環器科 (1,667 人), と比較しても 3 倍以上になることが示された。

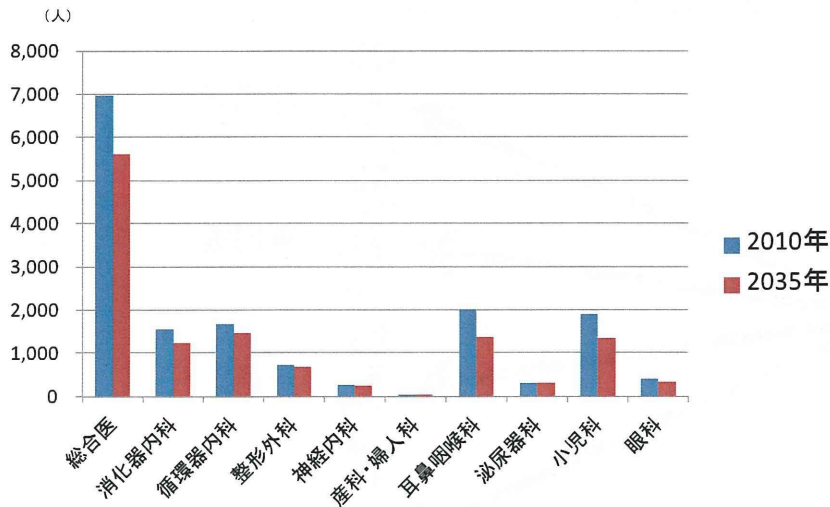


図 22 個別受診モデル B 治療対象となる推計患者数

各専門医が担当する患者数の構成割合(図 23)

各専門医が担当する推計患者数の構成割合は、2010 年では、総合医が 52%と約半数を占め、消化器科、循環器科、耳鼻咽喉科がそれぞれ 10%強を占めた。

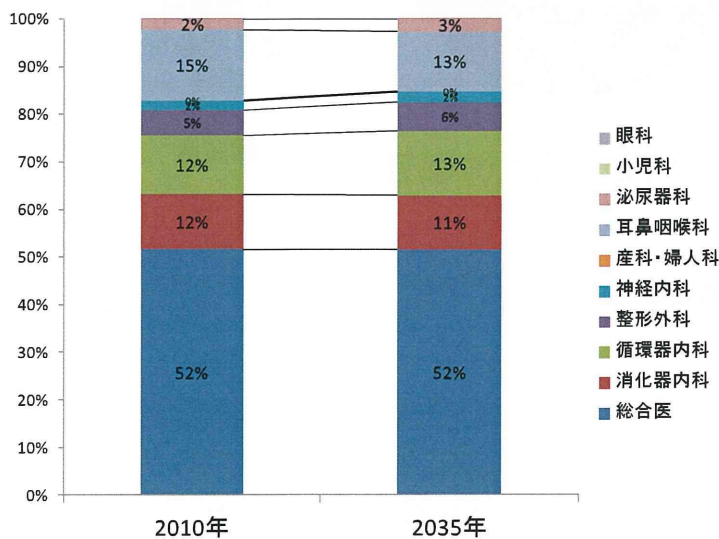


図 23 各専門医が担当する患者数の構成割合

表 7 総合医が担当する患者の割合を 10 とした時の他の専門医との比較

	2010 年	2035 年
総合医（治療）	10	10
消化器内科	2.24	2.20
循環器内科	2.40	2.62
整形外科	1.03	1.18
神経内科	0.37	0.44
産科・婦人科	0.01	0.01
耳鼻咽喉科	2.89	2.44
泌尿器科	0.44	0.52
小児科	2.72	2.38
眼科	0.57	0.59

図 22 から「総合医の担当する患者の割合を 10 とした他の専門医と比較した表 7」を作成した。患者数ベースで考えた場合、総合医が他の専門医と比較して少なくとも 3 倍以上の患者の診療を担うことになる。

Ⅲ： **連携受診モデル**（＝総合医を受診したうえで（適切な診断がなされ）、必要に応じ専門医を受診するモデル）（図 24）

モデル地域において受診のあった 107 疾患・症候群のうち、総合医が「治療あるいは診断ができる」項目は、96 項目（全体の 89.7%）であった。残りの総合医が「診断」困難な 11 項目（表 8）のうち、専門医が担うのは 8 項目であり、これらは産科・婦人科及び眼科にて対応可能な疾患・症候群であった。残りの 3 つの項目は、今回の研究における各専門医の治療範囲に該当しなかった。

総合医が「治療あるいは診断できる」96 項目のうち、44 項目が「治療は困難であるが診断が可能」な疾患・症候群であった。さらに、この 44 項目のうち、30 項目が総合医によって適切に各専門医に振り分けられる疾患・症候群に該当した。残りの 11 項目は、今回の研究における各専門医の治療範囲に該当せず、総合医の振り分け先となる専門診療科が不確定となった。

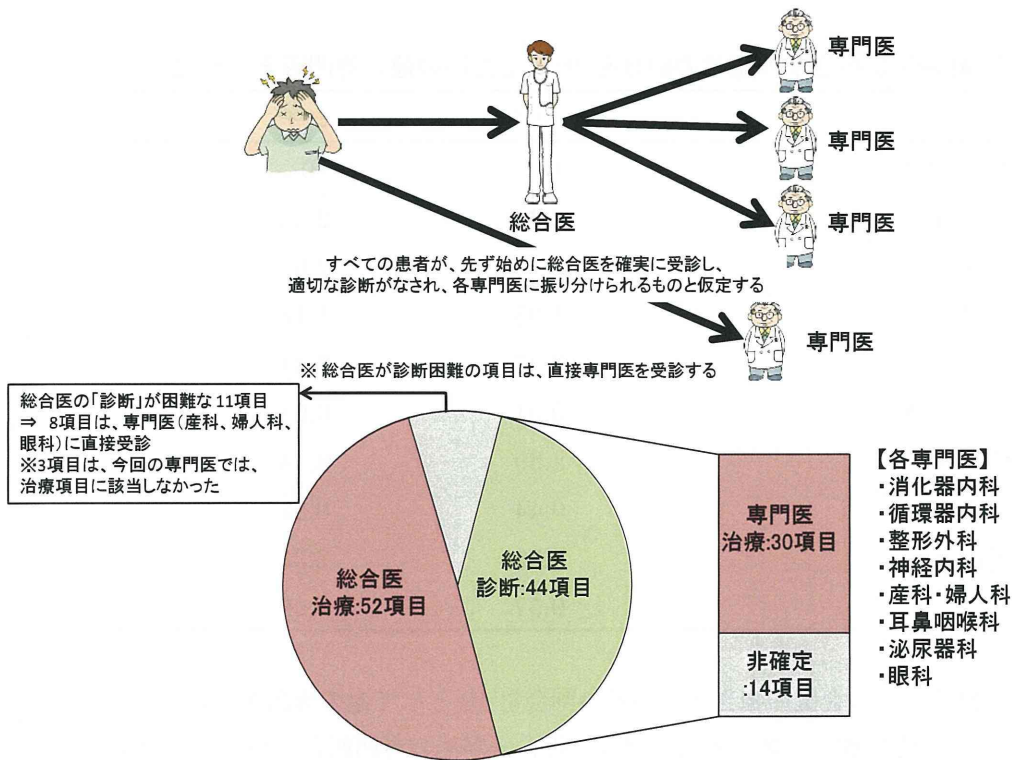


図 24 連携受診モデルの結果

表 8 総合医が「診断」困難な 11 項目

1 先天性心疾患	7 子宮外妊娠<異所性妊娠>
2 統合失調症	8 糖尿病・高血圧・動脈硬化による眼底変化
3 乳癌	9 子宮内膜症, 月経困難
4 子宮筋腫	10 緑内障
5 白内障	11 子宮頸癌, 子宮体癌
6 正常妊娠, 妊娠悪阻	

治療対象となる推計患者数(図 25)

総合医が診療(治療及び診断)の対象とする推計患者数が他の専門診療科と比較して圧倒的に多かった。総合医が担う 2010 年の具体的な推計患者数は 8,141 人であり、他の専門医の中で患者数の多かった整形外科及び眼科では、それぞれ 487 人、400 人であった。

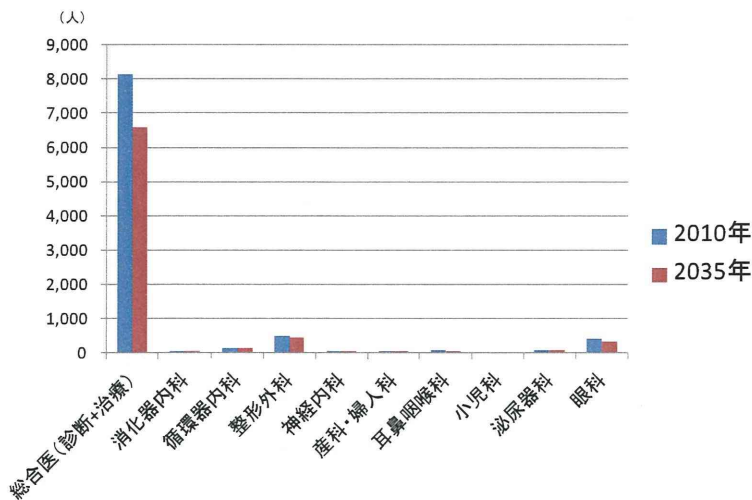


図 25 治療対象となる推計患者数

各専門医が担当する患者数の構成割合(図 26)

推計患者数から見た必要医師数の構成割合については、個別受診モデルBよりもさらに総合医の割合が高く、85%以上を占めていた。一方、他の専門医においては、整形外科と眼科が比較的多い割合を占めていたが、双方ともに全体の10%未満に過ぎなかった。

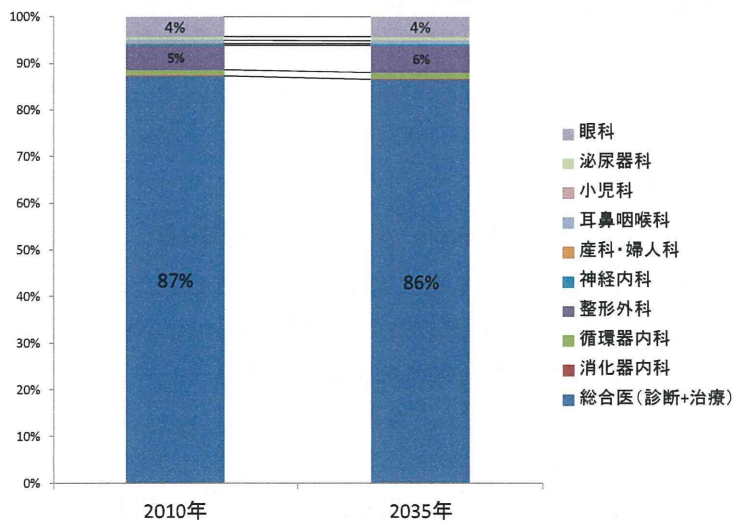


図 26 各専門医が担当する患者数の構成割合

表 9 総合医が担当する患者の割合を 10 とした時の他の専門医との比較

	2010 年	2035 年
総合医（治療）	10	10
消化器内科	2.24	2.20
循環器内科	2.40	2.62
整形外科	1.03	1.18
神経内科	0.37	0.44
産科・婦人科	0.01	0.01
耳鼻咽喉科	2.89	2.44
泌尿器科	0.44	0.52
小児科	2.72	2.38
眼科	0.57	0.59

図 25 から「総合医の担当する患者の割合を 10 とした他の専門医と比較した表 9」を作成した。患者数ベースで考えた場合、総合医が他の専門医と比較して少なくとも 3 倍以上の患者の診療を担うことになる。

4. 2035 年の医療提供体制モデルの比較検討

I : 個別受診モデル A（専門医だけを個別受診し、治療するモデル）（図 18）

治療対象となる推計患者数(図 19)

2035 年の推計では、2010 年と同様に耳鼻咽喉科、小児科、消化器内科、循環器内科の患者数が多かったが、耳鼻咽喉科、小児科では患者数の減少率が大きい一方で、消化器内科、循環器内科では減少率が小さかった。それ以外の専門診療科（整形外科、眼科、泌尿器科、神経内科、産婦人科）で患者数の減少率は非常に小さかった。

各専門医が担当する患者数の構成割合(図 20)

2010 年では、耳鼻咽喉科、小児科、消化器内科、循環器内科がそれぞれ 20%前後であったが、これらの割合は 2035 年においてもほぼ横ばいであった。

II : 個別受診モデル B（総合医と専門医を個別受診し、治療するモデル）（図 21）

治療対象となる推計患者数(図 22)

総合医の治療対象患者が 2010 年から 1,000 人以上減少して 5,601 人になるものの、

他の専門医と比較して圧倒的に多く、2010年とほぼ同様の傾向を示した。専門医においては、耳鼻咽喉科の治療対象患者数の減少率がやや大きいものの、消化器科、循環器科、整形外科の治療対象患者数は2010年とほとんど変わらないことが示された。

各専門医が担当する患者数の構成割合(図 23)

2010年では、総合医が52%と約半数を占め、消化器科、循環器科、耳鼻咽喉科がそれぞれ10%強を占めたが、この傾向は2035年でもほぼ変わらなかった。

Ⅲ：連携受診モデル（＝総合医を受診したうえで（適切な診断がなされ）、必要に応じ専門医を受診するモデル）(図 24)

治療対象となる推計患者数(図 25)

2010年と同様に、総合医が診療（治療及び診断）の対象とする推計患者数が他の専門診療科と比較して圧倒的に多かった。総合医が担う2035年の具体的な推計患者数は、6,595人であり、他の専門医の中で患者数の多かった整形外科及び眼科では、それぞれ439人、329人であった。

各専門医が担当する患者数の構成割合(図 26)

推計患者数から見た必要医師数の構成割合については、2010年と同様に2035年でも85%以上を占めていた。この構成割合は、2010年と比較して、ほとんど差がなかった。患者推計値は2010年とほぼ横ばいであり、総合医の仕事量は2035年にかけて、横ばいに推移することが示された。

連携受診モデルは、他の2つのモデルと比較して2010年からの変化が最も少ないことが示された。他のモデルでは将来的に医療提供体制をある程度変更・調整しなければならない一方で、このモデルはその必要性が少なく最も安定した医療提供体制モデルであることが示唆された。総合医が不均質な集団であり、様々な状況に対応できる素養がある可能性があることが示唆された。

考察

1. 変曲点についての考察

今回新たに定義した「変曲点」を用いて、各専門医が「治療できる」項目を分析し、上記のような結果を得た。均質な集団では当然その集団構成者の多くが共通して治療・診断できる疾患・症候群が存在するため、80%等の具体的な数値をカットオフポイントにすることで、その集団の特性を捉えることが出来る。しかしニーズに合わせて自らを変化させうる総合医は、共通して治療・診断できる疾患・症候群が多くなく、これらの

方法では適切に特性を捉えられないものと考えられた。また、カットオフポイントを50%などに下げても、むしろ含まれる項目にばらつきが見られるようになり、一律のカットオフポイントの設定は各診療科の特性分析には不適切であると考えられた。そこで、「治療（診断）できる／できない」と回答した割合が急激に下がる（落差が大きい）点が特性を規定していると仮定し、この点を変曲点と設定した。結果、専門医が「治療できる」と回答した項目は、9つの専門診療科においてそれぞれ特異的な項目が適切に含まれており、臨床的な観点からは妥当であると思われた。これらの特性分析法はこれまで示されたことはなく、総合医を含む医師像を分析するに際し、重要な方法論的知見と思われた。

2. 専門医・総合医の診療特性分析の考察

専門医・総合医の診療特性分析において、注目すべき点は、図の形である。総合医と、内科・小児科の専門診療科、さらに、それ以外の専門診療科の三者で図の形が明らかに異なっていた。総合医は頂点の高さが低く上に凸の「丘」のような形を示し、内科・小児科の専門診療科はなだらかな「山」型を呈し、それ以外の専門診療科では急峻で高い「崖」のような形を呈していた。「崖」型を呈している診療科は非常に均質な集団であると言えるが、実際に「崖」型を呈していたのは整形外科、産科・婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科の臓器特異的な専門診療科であった。「山」型を呈した内科・小児科は臓器特異性がなく、患者の年齢や治療方法によってのみ規定される診療科であるため崖型よりもゆるやかな図を呈したものと思われる。このように今回の診療特性分析では各々独自に枠組みを規定している診療科をいくつかの特性に分類することができたが、総合医をこの延長上で解釈すると、総合医は非常に不均質で規定する要素が少ない集団ということになる。これは総合医が集団として未成熟であることを指しているとも考えられるが、一方で、今回の結果が実際の地域基幹病院の勤務医を対象にしたアンケートであることを考えると、わが国の現状を反映したものとも考えられる。すなわち、総合医が地域のニーズ（地域特異的な疾病構造や地域の医療資源）に応じて自らの診療を変化させているという可能性である。ただし、今回の分析では、各地域における総合医の治療範囲の差異までを詳細に検討することはできなかった。地域をいくつか選定し、その地域における医療ニーズとそこに勤務する総合医の診療特性との関連について分析を行うことで、総合医の不均質性だけでなく、地域順応性を示すことができる可能性があるが、これらは今後の課題として挙げられる研究内容である。

総合医は不均質であるため診療できる項目からの規定は難しいが、一方で不得手とする項目は明確であった。総合医の「診断できる」項目について見てみると、本研究の対象となる107項目のうち、総合医は、その大半の96項目（89.7%）が「診断できる」項目となった。治療に関する図と比較して、診断に関する図では下位の項目において急峻な低下が見られ、このことは、総合医にとって「診断することが困難な項目」が明確

に存在していることを示している。これらの項目は、表 8 に示す 11 項目であった。臨床的な観点では、これらの疾患・症候群は、きわめて専門性の高い疾患であった。たとえば、先天性心疾患は小児科（特に新生児専門医）、統合失調症は精神科、乳癌は外科（乳腺専門医）、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮外妊娠、子宮癌、などは産科・婦人科、緑内障、白内障は眼科と、すべての項目に明確な専門科が存在している。

総合医は、ニーズに応じて多くの疾患・症候群の治療あるいは診断を行うことができる一方で、専門性のきわめて高い疾患・症候群については診断することも困難であることが示された。米国では、わが国の総合医に類似した役割を担う「家庭医」が周産期に関わる疾患・症候群（正常妊娠など）なども診療範囲としている。しかし、今回の調査結果を踏まえると、わが国において総合医がこれらの疾患・症候群に対応するというのは現実的ではない。今回の研究で明らかになった「総合医が診断困難」な項目については、むしろ総合医の診断を介さなくても適切に各専門医が診療する連携システムを構築するべきであろう。

3. 医療提供体制モデルの考察

「個別受診モデル A」において、107 項目のうち、76 項目（全体の 71.0%）を 9 つの専門診療科でカバーできることが示された。本研究では、サンプルサイズの不足によりこれら 9 つ以外の専門診療科を除外して分析を行っている。それぞれの治療特性を有する専門診療科を加えれば、残りの項目をカバーできるが、その場合、必要医師数がさらに増加すると考えられる。本研究の趣旨は、有限な医療資源をいかに適切に分配するかを検討することであり、このモデルは他のモデルと比べて、明らかに医療資源を多く必要とすると思われ、適切な医療提供体制モデルとはなり得ないと考えられる。

「個別受診モデル B」は、幅広い診療範囲を持つ総合医の存在により、「個別受診モデル A」と比較して、明らかに少ない医療資源で多くの疾患・症候群に対応している。特に、小児科医が治療できる疾患・症候群については、そのすべての項目で総合医も同様に治療ができるため、分析上は 8 つの専門医＋総合医で 107 項目中 93 項目（全体の 86.9%）をカバーすることができている。「個別受診モデル B」において、図 22 から「総合医の担当する患者の割合を 10 として他の専門医と比較した表 7」を作成した。この表より、患者数ベースで考えた場合、総合医が他の専門医と比較して少なくとも 3 倍以上の患者の診療を担うことが推察される。

「個別受診モデル B」をさらに発展させた「連携受診モデル」では、「個別受診モデル B」と比較して、総合医が担当する患者数及び割合がさらに多くなっている。そのためこのモデルでは「個別受診モデル B」よりもさらに少ない医療資源で多くの疾患・症候群に対応できると言えるが、さらに、専門医が総合医と同一の医療機関にいる必要がない点も重要である。つまり、医療機関の集約・機能分化を可能としており、より現実的なモデルであると言える。