防医大進学紀要　第 44 号　13－22　2021

コロナ禍とかかりつけ医普及定着策の展開

Development of Family Doctor System under COVID-19 Pandemic in Japan

金子雅彦
（社会学学科目）

（2020 年 12 月 8 日受理）

Ⅰ．はじめに

日本は明治時代に近代西洋医学を正統派医学とした。当初、近代西洋医療を行う施設全部を「病院」と呼んでいた。しかし、「病院」が増えるにつれ、1891 年に東京府の私立病院並産院設立規則で、患者もしくは妊産婦が 10 人以上入院できる施設を「病院」と規定した。その後､国の法律も病床数で病院と診療所を区分するようになった。現在の医療法の規定も 20 床以上の医療施設を病院と規定している（金子 2012, pp.35-43）。すなわち、法律上の診療所と病院の区分は欧米で一般的な機能（外来診療－入院治療）区分でなく、規模（病床数）区分である。

こうした推移を社会科学では経路依存（path dependence）と呼ぶ。一般に経路依存とは、国家や地域がある軌跡を進み始めると、その軌跡を切り替え難くなることである。Mahoney は次の 3 つの概念的特徴を指摘する。第 1 に、歴史的連鎖の初期段階に生じた出来事が極めて重要な意味を持つ。第 2 に、初期の出来事の発生はそれ以前の出来事や当初の諸条件に基づいて説明することができない状況依存的（contingent）な性格が強い。第 3 に、いったんそうした出来事が生じると、経路依存的な連鎖が比較的決定論的な因果パターンあるいは慣性と考えられうるようなことによって印される（Mahoney 2000, pp.510-511）。日本における病院概念の変遷はまさにこれにあてはまる。病院は最初西洋医療を行う施設全部を指していたのが、大きな西洋医療施設に限定されていったのは、第 2 の概念的特徴を示している。そして、初期に設定された規模区分が 100 年以上経った現在でも（若干違いはあるものの）同様であるのは、第 1 と第 3 の概念的特徴を示している。

ただし、近年医療法上の規定は変えないまま、診療所と病院の機能分化を推進している。Ⅳ節で詳しく検討するが、経路依存を重視する議論においても、必ずしも制度を固定的とは考えない。本稿は診療所と病院の機能分化策の一つであるかかりつけ医制度の普及定着策に注目して、最近の展開を 2020 年に生じた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）によるパンデミックへの対応も参照しながら、Parsons の戦略様式論や経路依存論における制度変化の議論を用いて分析する。用いる資料は、厚生労働省などの公表資料や各種メディアの報道資料などである。

Ⅱ．かかりつけ医の普及定着策

まず、かかりつけ医の定義をしよう。日本医師会は次のように定義している。「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」（日本医師会　2020）。この定義は、欧米においてプライマリケアを担当する家庭医（family doctor）に類似している。

日本は従来保険証 1 枚でどの医療機関も受診できるフリーアクセスだったこともあり、かかりつけ医は定着してこなかった。しかし、近年診療所と病院の機能分化を推進する一連の対策の中で、かかりつけ医を普及定着させようとする動きが見られてきている。日本におけるかかりつけ医の普及定着策は、Parsons の戦略様式類型[1] でもって整理すると、サンクションが他者にとって有利なものである積極的サンクション様式、つまり誘因戦略と説得戦略を用いてきた（金子 2016）。

誘因戦略は、診療報酬改定による、患者への働きかけと医療従事者への働きかけである。患者への働きかけとしては、紹介状なしで大病院を受診する際の定額負担がある。最初から大病院を受診する場合のコストを増やすことによって、患者を診療所や中小病院受診に仕向けることを目指している。フリーアクセスの一部制限ともいえる。2016 年度に、特定機能病院と一般病床 500 床以上の地域医療支援病院は、定額負担が義務化された（ただし救急医療などは除く）。その後、診療報酬改定のたびに対象範囲が拡大された。2020 年度診療報酬改定では、特定機能病院と一般病床 200 床以上の地域医療支援病院が対象となった。この結果、対象病院数は 666 となり、全病院数の約 7.9％となった（厚生労働省 2020a, p.23）。また、定額負担を徴収しなかった場合の事由について報告を求めることになった。

医療従事者への働きかけとしては、かかりつけ医機能に係る評価の充実がある。これによって、診療所や中小病院がかかりつけ医的な業務をしてもらうことを目指す。これも診療報酬改定のたびに充実している。2020 年度診療報酬改定では主なものとして、かかりつけ医機能に関わる評価の見直し（時間外対応の施設要件の緩和など）、かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化（両者間の情報共有・連携を強化した場合の評価を新設）、治療と仕事の両立に向けた支援の充実（患者が勤めている会社・産業医などとの情報共有・連携を強化した場合の評価料を拡充。対象疾患の拡大）が行われた。他方、かかりつけ医機能に関する診療報酬（機能強化加算）を得ている医療機関に対して、患者などへ提供すべき情報内容の充実を要請することになった（厚生労働省 2020b）。

説得戦略は、患者が地域の身近な医療機関を受診することを納得できるようになるために、診療所や中小病院のプライマリケア力を高めることである。これに関係することとして、かかりつけ医機能研修制度（日本医師会）や総合診療専門医制度（日本専門医機構）の創設が挙げられる。

かかりつけ医機能研修制度は日本医師会が行うもので、2016 年 4 月に開始された。開業医などが対象である。今までの応用研修受講者数は延べ約 3 万人で、修了証書取得者または認定かかりつけ医は約 6000 人である（日本医師会 2019）。ちなみに、医療施設従事医師数は 311,963 人（2018 年 12 月 31 日現在）である。なお、診療報

酬上のかかりつけ医機能と日本医師会のかかりつけ医機能研修制度は、制度的には別物である。日本医師会のかかりつけ医機能研修制度を受講していないと、診療報酬上のかかりつけ医機能を申請できないというわけではない。

総合診療専門医制度は日本専門医機構が行うもので、2018 年 4 月に開始された。医師になって初期研修を終了し、専門研修を受ける人を対象とする。総合診療専門医を目指す専攻医採用数は、184 人（2018 年度）、179 人（2019 年度）、222 人（2020 年度）である（日本専門医機構 2020）。

以上のように、かかりつけ医普及定着策を厚生労働省や日本医師会などは推進している。さて、2020 年 1 月から起きた COVID-19 によるパンデミックは日本のさまざまな方面に多大な影響を与えている。医療システムも例外ではない。次節以降では COVID-19 によるパンデミックがかかりつけ医の普及定着にどのような影響を与えているかを検討する。

Ⅲ．COVID-19 によるパンデミックと医療システム

まず、COVID-19 によるパンデミックに対する日本の対応の推移を時系列的に示す。

1．2020 年 1 月から 8 月中旬（時期Ａ）

1 月 16 日、厚生労働省は国内初の COVID-19 の感染者を確認したと公表

1 月 28 日、COVID-19 を感染症法上の指定感染症（2 類相当）にする政令を閣議決定（2 月 1 日施行）

・自治体による患者の入院措置が可能になる

・当初は、感染者（PCR 検査陽性者）は原則全員入院

2 月に入り、感染者が増えるにつれて、病院がパンクする懸念が生じる

2 月 25 日、厚生労働省対策推進本部[2]の基本方針（事務連絡）

・感染者が大幅に増えた場合、病院は重症者の治療に力を向ける一方、無症状者・軽症者は自宅で療養することを認める考え方を示す

3 月 19 日、厚生労働省事務連絡（26 日改訂）

・無症状者・軽症者の宿泊療養の検討を要請

4 月 2 日、厚生労働省事務連絡

・軽症者などが自宅や宿泊施設で療養する場合のマニュアル公表

4 月下旬、埼玉県で軽症で自宅待機中だった感染者が死亡する事案発覚

4 月 23 日、厚生労働省事務連絡

・宿泊施設が十分確保されている地域では、無症状者・軽症者は宿泊療養を基本とする

ところで、宿泊療養施設は病院ケアの代替だろうか、それとも在宅ケアの代替だろうか。「呼吸サポートや点滴、酸素といった安全管理サービスの実際的問題や病院環境の外部ということを考えれば、こうしたサイト（宿泊施設）は現実的には病院ケアではなく在宅ケアの代替だろう」とイングレスビーたちは述べている（Inglesby et al. 2006, p.370、括弧内筆者挿入）。

2. 2020 年 8 月下旬以降（時期Ｂ）

8 月 28 日、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部

・季節性インフルエンザと COVID-19 の同時流行に備えた体制づくりを行うことを決定

9 月 4 日、厚生労働省事務連絡

・季節性インフルエンザの流行期には多数の発熱患者が発生している。他方、これまでの医学的知見に基づけば、季節性インフルエンザと COVID-19 を臨床的に鑑別することは困難である

・体制強化の一環として、発熱患者はまずかかりつけ医など地域の身近な医療機関に、電話相談する（10 月中の体制整備を都道府県に要請）

・発熱や上気道症状のみを理由とする診療拒否は応招義務（医師法第 19 条第 1 項）違反とする（ただし 1 類・2 類感染症の場合などはその限りではない）

3. 時期 A と時期 B の主な違い

プライマリケアに関する点について、時期 A と時期 B の主な違いは次の 2 点である。

まず第 1 に、患者の最初の相談先が違う。時期 A では、発熱などの症状がある者は、保健所などに設置された帰国者・接触者相談センターに基本的に相談することとされていた。そして、必要な場合は帰国者・接触者外来（医療機関）を紹介された。帰国者・接触者外来は非公表とされた。これは保健所経由体制といえる。この時期の発熱などの症状のある者の相談・受診の流れは図 1 のとおりである。

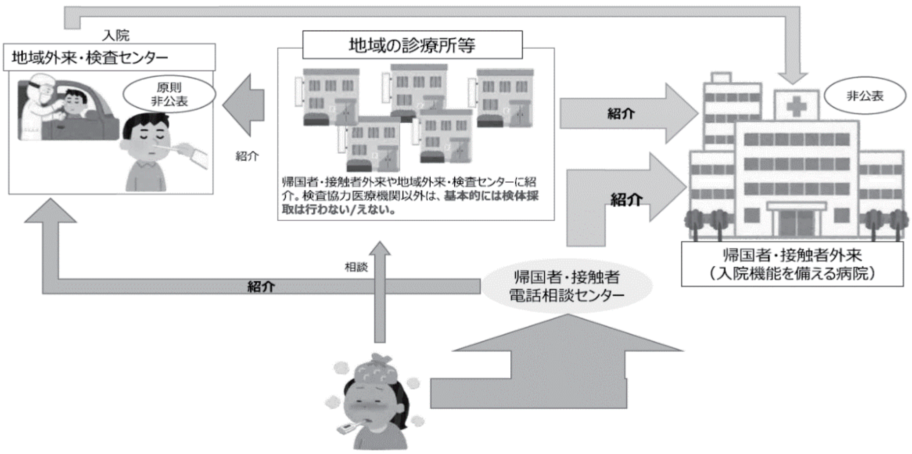

図1　2020 年夏までの相談・受診の流れ（分科会 2020, p.62）

しかし時期Ｂになると、発熱などの症状がある者は、地域の医療機関に基本的に相談することになった。かかりつけ医がいないなど、どの医療機関に相談したらいいかわからない場合は、受診・相談センター（旧帰国者・接触者相談センターなど）に相談する。そして、どちらのルートをとっても、必要な場合は診療・検査医療機

関で季節性インフルエンザと COVID-19 の検査を受けることになる。最初に医療機関に相談する場合、そこが診療・検査医療機関であれば、手間が省けることになる。これは地域医療機関対応体制といえる。この時期の相談・受診の流れは図 2 のとおりである。

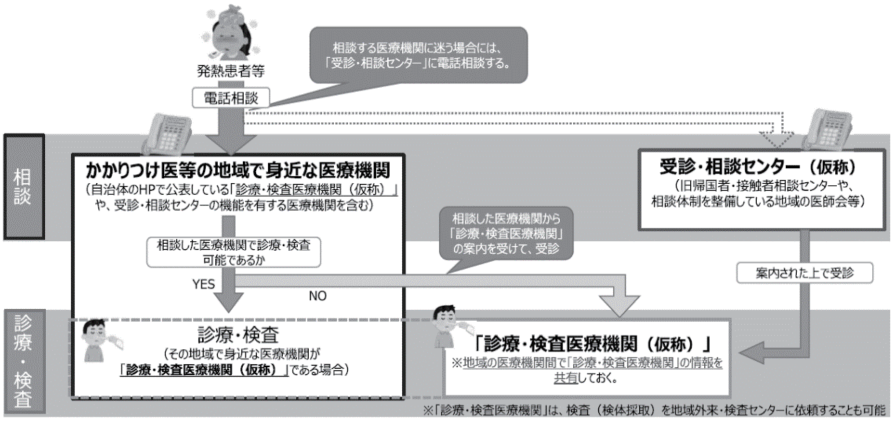

図2　2020 年 11 月以降の相談・受診の流れ（分科会 2020, p.68）

第 2 に、COVID-19 の PCR 検査陽性者の療養先振り分けの根拠が異なる。軽症・無症状者は自宅（その後宿泊施設追加）で療養する一方、それ以上の者は病院に入院させる方針は 2 月末から決められていて、厚生労働省事務連絡という形で公表されていた。しかし、2 月 1 日施行の政令自体は変更しておらず、その内容だと原則全員入院だった。それが時期Ａである。しかし、時期Ｂになると、10 月 14 日に政令を改正した。これによって、軽症・無症状者は宿泊施設や自宅で療養する一方、それ以上の者や重症化リスクの有る人（高齢者・基礎疾患持ちなど）は病院に入院することが明確にされた（ただし、都道府県知事の裁量が認められている）。

さて第 1 の違いである、時期Ａの保健所経由体制から時期Ｂの地域医療機関対応体制へ、なぜ転換したのだろうか。

その最大の理由は、保健所の負担軽減である。日本自治体労働組合総連合が行った調査によると、回答のあった 32 保健所の常勤保健師の約 3 割（165 人中 49 人）が 4 月の時点では月 45 時間(労働基準法の上限)を超えた残業を行っていた。また､サービス残業をしたことのある者は 43.8%にのぼっていたという（読売新聞 2020)。

そして、COVID-19 の症状は季節性インフルエンザや従来の風邪と見分けがつきにくい。例年秋以降季節性インフルエンザや従来の風邪が流行りだすが、その時期に発熱患者が保健所に相談する従来の体制のままだと、保健所がパンクする可能性があった。そのために保健所経由体制から地域医療機関対応体制へ転換したのである。

地域医療機関対応体制を実現するために政府は以下のような戦略をとった。

まず医療機関サイドに対してである。地域医療機関は診療・検査医療機関になることを法律によって強制[3]されない。あくまで協力してもらう位置づけである。そこ

で、地域医療機関が手を挙げやすくするために、誘因戦略をとることにした。具体的には、医療用物資（マスク、ガウンなど）の配布、発熱患者等専用診察室を確保した場合の補助（実際の受診患者数が少なかったときは補填）、受診・相談センターの代理として、土日祝日や夜間の電話相談を行う場合の補助、新しい検査方法（鼻腔ぬぐい液採取方式）の承認などである。

次に患者サイドに対してである。患者の方からすると、最初の相談先が地域医療機関と保健所とで、経済上の誘因面の差はない。しかし、近所の医療機関が最初の相談に応じてくれ、さらに検査・診療をしてくれるなら、今後そこを健康や病気のことについてなんでも相談できる頼りになる医者とみなし、かかりつけ医とする可能性がある。これはかかりつけ医普及定着の視点からみると、保健所の負担軽減などの理由が発端だが、結果的にかかりつけ医を持つことが得策だと患者が納得する説得戦略に相当する。かかりつけ医普及定着の推進にとって、いわば意図せざる結果といえる（Merton 1957=1961, p.60）。

ちなみに、厚生労働省が委託したアンケート調査によると、現在すでに 1 人以上のかかりつけ医を持っている人の割合は、30.7％（18 ～ 44 歳）、42.1％（45 ～ 64 歳）、65％（65 歳以上）である（厚労省 2020c）[4]。

一つ付言しておく。図 1 で、細い線で患者から地域の診療所等への相談ルートが描かれている。主流ルートではなく、また検査協力医療機関でない場合は検体採取を行えないが、政府が方針を変更する夏前から発熱外来を行っていた地域医療機関があったことを示している。往々にして制度が変化する際には、それに先立つイノベーティブな存在がある。

Ⅳ. 経路依存と制度変化

経路依存論は医療政策の分析においても馴染みのある議論である（津川 2020）。経路依存を重視する議論は自己強化や正のフィードバック、ロックインという概念がいみじくも示すように、今まで制度の持続性に関心を向けてきた。しかし近年、必ずしも制度は固定的だと考えずに、制度変化にも注意を向ける動きが出てきている（阪野 2006）。ただし制度変化といっても、制度は真っ新な状態で合理的に設計されたり選択されるのではなく、経路依存の上で既存の制度の存在を前提に強化ないし変化していくと考える。

Mahoney and Thelen（2010）は既存制度の存在を前提にした場合の制度変化の 4 類型を提示している。置換（displacement）は、新しいルールが既存のルールに取って代わる。併設（layering）は、新しいルールが既存のルールに付け加わる。移行（drift）は、ルールは公には同じままだが、外部条件の変化の結果、ルールのインパクトが変化する。転用（conversion）は、ルールは公には同じままだが、新しい仕方で解釈され実施される。これら 4 類型の特徴は表 1 のように整理することができる。また、政治的文脈の特徴やターゲットとなる制度の特徴という観点から 4 類型を整理すると、表 2 のようになる。

表1　制度変化の 4 類型（Mahoney and Thelen 2010, p.16）

	置換	併設	移行	転用
古いルールの除去	はい	いいえ	いいえ	いいえ
古いルールの放置	ー	いいえ	はい	いいえ
古いルールの変化したインパクト／実施	ー	いいえ	はい	はい
新しいルールの導入	はい	はい	いいえ	いいえ

表2　政治的文脈やターゲットとなる制度の特徴との関係（Mahoney and Thelen 2010, p.19）

		ターゲットとなる制度の特徴	
		裁量の余地が低い	裁量の余地が高い
政治的文脈の特徴	拒否の可能性が強い	併設	移行
	拒否の可能性が弱い	置換	転用

現時点までのかかりつけ医普及定着策は、この制度変化の 4 類型のどれにあたるだろうか。今まで取られてきた戦略は積極的サンクション（誘因と説得）である。積極的サンクションは相手にとって有利なサンクションだから、拒否の可能性が弱いといえる。また、医療法などの法律自体は変えずに、解釈や運用の変化で対応している。季節性インフルエンザと新型コロナの同時流行に備えた対応策も、感染症法は変えずに政令改正レベルまでである。政令改正とはどのようなレベルか。日本の法システムにおいて、政令は内閣が制定する命令である。8 月 28 日の政府の新型コロナウイルス感染症対策本部決定においても「感染症法に基づく権限の運用について、政令改正も含め、柔軟に見直す」とある。したがって、政令改正は事務連絡よりは法令レベルが高いけれども、ルールの解釈や運用の変化の範囲内であり、既存の制度のルールの裁量の余地が高いグループに入る[5]。こうして、かかりつけ医普及定着策は現時点までのところ、制度転用による制度変化に位置づけられる。

V．結論

前節までの議論をまとめると、次のとおりである。日本におけるかかりつけ医普及定着策は、積極的サンクション（誘因と説得）による戦略様式をとってきている。

そして、この戦略は制度転用による制度変化である。2020 年 11 月から開始された、季節性インフルエンザと新型コロナ同時流行に備えた対応策、つまり地域の医療機関が発熱患者などの最初の相談先になる対応策は、かかりつけ医普及定着の推進にとって重要な機会となるだろう。

このように、日本の戦略は今のところ積極的サンクションのみである。積極的サンクションのみである程度の効果が期待できるのは、国民が政府などの方針に自発的に従う程度が高いからともいえる。もし国民の自発的な従順傾向が低ければ、消極的サンクションによって強制しなければならないかもしれない。今後国際比較を行う際には、こうした点にも留意して分析を進める必要がある。

付記：本稿は第 93 回日本社会学会大会での一般報告「日本の医療体制整備に関する一考察 —— かかりつけ医制度に注目して」（2020 年 10 月 31 日、松山大学［オンライン］）を加筆修正したものである。また本稿は科学研究費（JSPS 19K02064）による研究結果の一部である。

注

1　Parsons は、ある行為者（自我）が他の行為者（他者）に対して、どうやって自我が望む行為を行わせる（あるいは望まない行為を防止する）か、というコントロール方法の類型を提示した。2 つの軸を設定する。1 つは、サンクションが他者にとって有利なものか（積極的）、それとも不利なものか（消極的）である。もう 1 つは、他者が自ら当該行為を行うことを望む必要があるか（意図的）、それとも必ずしも望む必要はないか（状況的）である。2 つの軸を交差させると、4 つの象限ができあがる。誘因戦略は、積極的－状況的象限である。他者は何らかの利益を提供されることによって、彼／彼女の意図に関わりなく自我が望む行為を行う。説得戦略は積極的－意図的象限である。他者は説得されることによって、彼／彼女の意図を変えて自我が望む行為を行う（Parsons 1969=1974）。

2　この組織は厚生労働大臣を本部長とし、厚生労働省幹部を本部員とする。厚生労働省事務連絡はほとんどこの組織名で発信されている。なお、内閣の組織として、新型コロナウイルス感染症対策本部がある。内閣総理大臣が本部長で、副本部長・本部員は内閣総理大臣を除く全国務大臣である。これらの組織の法的位置づけ、またこれらの組織と諸専門家会議（新型コロナウイルス感染症対策専門家会議、新型コロナウイルス感染症対策分科会、厚生労働省アドバイザリー・ボード）との法律上の関係性については、山本（2020）を参照。

3　Parsons の戦略様式における強制戦略は消極的－状況的象限である。他者は強制されることによって、彼／彼女の意図に関わりなく自我が望む行為を行う（Parsons 1969=1974）。

4　厚生労働省が厚生労働白書（令和 2 年版）を作成する際の基礎資料を得ることなどを目的に、工業市場研究所に委託して行った調査である。2019 年 12 月実施。質問文は「あなたは、かかりつけ医（例えば、健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれるような身近にいて頼りになる医師）

がいますか。」である。選択肢は「１．１人いる；２．２人以上いる；３．いない；４．わからない」である（厚生労働省 2020c）。

５　政令改正をルール自体の変更とみなすかルール解釈・運用の変更とみなすかについては、実際には微妙である。行政法において、行政権が行政の組織や活動について一般的・抽象的な規範を定立することを行政基準と呼ぶ。行政基準は大きく法規命令（法律の授権あり）と行政規則（法律の授権なし）に分けられる。政令（内閣が制定）や省令（各省大臣が制定）は法規命令に位置づけられる。法律（国会が制定）に詳細を書き込むと法律の分量が膨大になるなどのため、その部分を政令や省令に委ねているのである。これは、議会が行政機関に立法活動の一部を委任しているとみなせるため、法規命令を行政立法と呼ぶこともある（稲葉他 2018; 宇賀 2018）。したがって、行政立法の側面を重視するならば、政令改正はルールの変更となり、制度置換となる。

引用・参考文献

阪野智一, 2006,「比較歴史分析の可能性――経路依存性と制度変化」日本比較政治学会『比較政治学の将来〈日本比較政治学会年報第 8 号〉』早稲田大学出版部, pp.63-91.

分科会（新型コロナウイルス感染症対策分科会）, 2020,「第 8 回資料」https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/corona8.pdf

金子雅彦, 2012,『医療制度の社会学――日本とイギリスにおける医療提供システム』書肆クラルテ.

金子雅彦, 2016,「日本における医療機能の分化・連携策に関する一考察――パーソンズ理論による整理」『防衛医科大学校進学課程研究紀要』39, pp.39-54.

稲葉馨・人見剛・村上裕章・前田雅子, 2018,『行政法（第 4 版）』有斐閣.

Inglesby, T. V., Nuzzo, J. B., O’Toole, T., Henderson, D. A., 2006, “Disease Mitigation Measures in the Control of Pandemic Influenza,” *Biosecurity and Bioterrorism* 4(4), pp.366-375.

厚生労働省, 2020a,「第 126 回社会保障審議会医療保険部会」https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000607034.pdf

厚生労働省, 2020b,「令和 2 年度診療報酬改定の概要」https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf

厚生労働省, 2020c,「人口減少社会における医療・福祉の利用に関する意識調査」https://www.mhlw.go.jp/content/12605000/000684405.pdf

Mahoney, J., 2000, “Path Dependence in Historical Sociology,” *Theory and Society* 29, pp.507-548.

Mahoney, J. and Thelen, K., 2010, “A Theory of Gradual Institutional Change,” in Mahoney, J. and Thelen, K. (eds.), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, Cambridge University Press, pp.1-37.

Merton, R. K., 1957, *Social Theory and Social Structure: Towards the Codification of Theory and Research*, Free Press.（=1961, 森東吾・森好夫・金沢実・中島竜太郎訳『社会理

論と社会構造』みすず書房 .）
日本医師会 , 2019,「日医ニュース（2019 年 6 月 20 日）」https://www.med.or.jp/nichiionline/article/008639.html
日本医師会 , 2020,「かかりつけ医を持ちましょう」https://www.med.or.jp/people/kakari/
日本専門医機構 , 2020,「年度採用数」https://jmsb.or.jp/senkoi/#an05
Parsons, T., 1969, *Politics and Social Structure*, Free Press.（=1974, 新明正道監訳『政治と社会構造 (下)』誠信書房 .）
Pierson, P., 2004, *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton University Press. (=2010, 粕谷祐子監訳『ポリティクス・イン・タイム――歴史・制度・社会分析』勁草書房 .)
津川友介 , 2020,『世界一わかりやすい「医療政策」の教科書』医学書院 .
宇賀克也 , 2018,『行政法（第 2 版）』有斐閣 .
山本隆司 , 2020,「パンデミックにおける国の意思決定組織――専門家の関与する機関に焦点を当てて」『論究ジュリスト』35 号 , pp.14-22.
読売新聞 , 2020,「保健所忙しすぎた」（10 月 13 日掲載、東京本社 13 版 38 面）.

本文で言及した政令や厚労省の自治体・医療機関向けの事務連絡などについては、下記 URL 参照　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00088.html

（URL の最終アクセス、2020 年 12 月 7 日）