

# 日本の医療提供システムの今後 — COVID-19 パンデミックの教訓を踏まえて—

The Future of Japan's Healthcare Delivery System: Based on the Lessons of  
COVID-19 Pandemic

金子雅彦  
(社会学学科目)

(2022年12月23日受理)

## 1. はじめに

本稿は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックによって明らかになった日本の医療提供システムの問題点、つまり医療逼迫を起こしやすい性格を持つことを指摘し、今後の方向性を示す。

## 2. 従来の医療提供システムの特徴と見直し対策

従来の日本の医療提供システムの特徴は、第一にフリーアクセスなことである。保険証1枚で原則どの医療機関も受診できる。診療所と病院の区分は医療法上は基本的に規模、つまり病床数である。20床以上の医療施設は病院で、19床以下は診療所と規定されている。よって、外来診療と入院治療の機能が未分化である。第二に国民皆保険制度である。国民すべてが何らかの公的医療保険に加入している。それぞれの公的医療保険の加入基準は基本的に職業である。したがって、就職・転職・退職を機に、加入する公的医療保険が変わる。国民皆保険といっても単一の公的医療保険があるわけではなく、公的医療保険を運営する団体である保険者は1000以上にのぼっている。

フリーアクセスのため、人々の大病院指向があった。大病院では「3時間待ちの3分診療」状態となっていた。これを是正するため、人々にプライマリ・ケアの段階では診療所や中小病院を受診するよう仕向ける対策が今までも行われてきた。そのうち主な対策は、紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（特別料金）である<sup>1</sup>。初診については1996年度から、再診については2002年度から導入された。当初は任意で、2016年度から大病院で義務化された。2022年10月からは、特定機能病院、200床以上の地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関が対象となっている<sup>2</sup>。定額負担の額は初診で7000円以上、再診で3000円以上である。

## 3. COVID-19 パンデミック時の対応とその影響

日本では新型インフルエンザ等対策特別措置法で、罰則を伴う行動制限を課すことができる措置が定められている。一つは緊急事態措置である。これは全国的かつ

急速なまん延を抑えるための対応で、原則都道府県単位である。内容としては、事業者に対する時短要請や休業要請（命令、過料 [30 万円以下]）や、イベント開催制限・停止、そして住民に対する外出自粛要請などがある。もう一つはまん延防止等重点措置である。2021 年 2 月法律改正により創設された。特定地域からのまん延を抑えるための対応で、区画や市町村単位で発令できる。内容としては、事業者に対する営業時間変更等の要請（命令、過料 [20 万円以下]）や、住民に対して知事の定める区域・業態にみだりに出入りしないことの要請などである。両措置とも措置発令の基準は、主に医療（病床など）の逼迫度である。

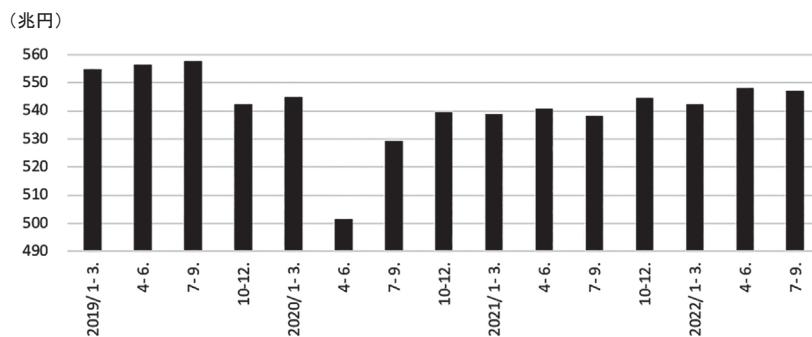
簡単に COVID-19 関連の医療は逼迫した。まず感染症法上、都道府県知事は感染症のまん延を防止するために、当該感染症患者に入院を勧告することができる。そのため、重症軽症を問わず、すべての陽性者を入院させる措置をとった都道府県知事もいた。基本的にフリーアクセスだからである。他方、行政は医療機関に対してお願いしかできない。医師は患者からの診察の求めに応じなければならないとする応召義務が医師法で規定されている。しかし、1 類・2 類感染症の場合はその限りでない。COVID-19 は 2 類感染症相当である。そのため、すべての医療機関が COVID-19 医療に関与したわけではなく、一部にとどまった<sup>3</sup>。こうして、COVID-19 用病床は感染者（陽性者）数が増え出すと、すぐにいっぱいになった。

緊急事態措置とまん延防止等重点措置が発令された期間は次のとおりである。緊急事態措置は、2020 年 4 月 7 日～5 月 25 日、2021 年 1 月 8 日～3 月 21 日、4 月 25 日～9 月 30 日。まん延防止等重点措置は、2021 年 4 月 5 日～9 月 30 日、2022 年 1 月 9 日～3 月 21 日。ただし、地域によって期間は異なっていて、上記の期間はどこかの地域で発令されたものである。

なお 2022 年夏、オミクロン株の流行を受けて、BA.5 対策強化宣言を政府は創設した（7 月 29 日）。罰則を伴う行動制限を行わずに、基本的感染対策の徹底（「三つの密」の回避、手洗い等の手指衛生、効果的な換気等）を一般市民に求めた。また、高齢者や基礎疾患のある人に対して、混雑した場所などへの外出自粛を要請した。原則都道府県単位である。いくつかの都道府県で発令された。発令が最終的に終了したのは 9 月 30 日である。

行動制限はどのような社会経済的影響をもたらしただろうか。まず経済的影響である。2019 年 10 月の消費税増税の数か月後に COVID-19 パンデミックに襲われた。図 1 は 2019 年からの実質 GDP 実額の推移である。経済はなかなか回復していないことがわかる。

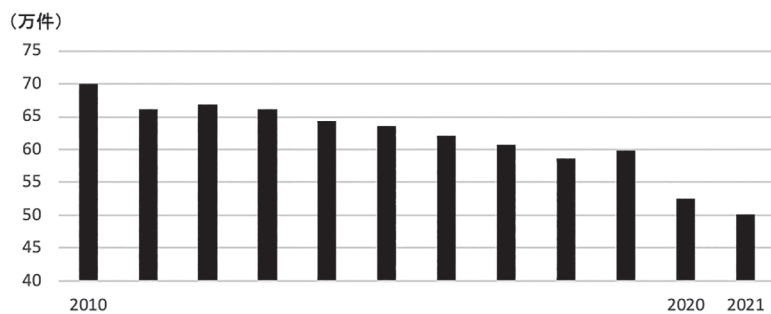
次に、婚姻件数をもてみる（図 2）。基本的に婚姻件数は漸減傾向だが、2020 年と 2021 年はかなり落ち込んでいる。



実額は2015暦年連鎖価格。

<https://www.esri.cao.go.jp/sna/menu.html> より作成

図1 実質 GDP 実額の推移



出典：人口動態統計（確定数）より

図2 婚姻件数の推移

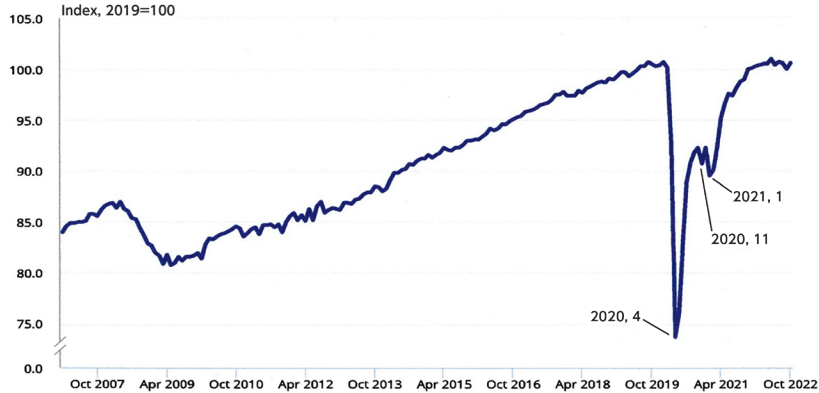
このように、行動制限は社会経済活動に負の影響をもたらしたことが明らかである。

#### 4. イギリス（イングランド）の動向

比較の対象として、イギリスの動向をみてみよう。日本よりはるかに人口当たり COVID-19 感染者や死亡者が多かった。そこで、2020 年から 2021 年にかけてロックダウンを 3 回行った。

その時（2020 年 4 月、11 月、2021 年 1 月）の GDP はいずれも落ち込んでいる（図 3）。

Monthly index, January 2007 to October 2022, UK



<https://www.ons.gov.uk/economy/grossdomesticproductgdp/bulletins/gdpmonthlyestimateuk/october2022>

図3 イギリスの実質 GDP 指標月次推移 (2019年を100)

また、国家統計局 (ONS) の報告によると、被害者支援を求められた家庭内虐待の件数は2020年5月中旬に12%増加した。また2020年4月から6月の間に、その年の最初の3か月と比較して、国内虐待ヘルプラインへの電話が65%増加した。そこで、政府はCOVID-19感染拡大による脆弱な人々への支援の一環として、2,500万ポンドをDV被害者支援に資金提供することを公表した<sup>4</sup>。

こうした事態を打開するために、イギリス政府はCOVID-19ワクチン開発・接種に早い時期から取り組んだ。2020年12月にワクチン接種を開始した<sup>5</sup>。そして、2022年2月21日、「COVID-19との共生計画」(Cabinet Office 2022)をいち早く公表した(イングランド対象)。リスクのある人たちは守る一方、一般市民に対する行動制限を撤廃した。ウィズ・コロナである。具体的には、2月24日に地方自治体にイベント規制等の権限を与える法規則を廃止し、また陽性者・濃厚接触者に自己隔離を義務づける法規則を廃止した。ただし政府はガイダンスで、陽性者に対して5日間の自己隔離などを推奨した。さらに接触者追跡を止めた。4月1日には一般市民対象の無料の検査を止めた(リスクのある人たちなどは継続)。

イギリスの医療提供システムの特徴は何だろうか。イギリスの医療制度であるNHS (National Health Service) は税金で運営されている。NHS制度にはNHS番号がある(Boyd et al. 2018; 泉田 2018)。NHS番号はNHS制度内の患者個人番号で、患者の医療情報の連携、集約に用いられる。COVID-19ワクチン接種の時もNHS番号が活用された(ワクチン接種招待状や接種記録など)。NHS番号は患者がプライマリ・ケアを担当するGP (General Practitioner, 一般開業医)に最初に登録した時、付与される。患者は自分の都合で登録GPを変更できるが、その際NHS番号を新たに登録したGPに伝えれば、以前の医療情報が引き継がれる。また、家庭医制度が整備されている(一部の地域は例外)。NHS制度において、患者は初診は登録したGPを受診する。そうしないと全額自己負担になる。高度治療が必要な場合は、GPから病院を紹介される。19世紀半ば以降のGPと病院医(顧問医)の関係をNHS制度が踏襲した(金子 2012)。なお近年は、GPのグループ診療が主流である。

## 5. COVID-19 パンデミックが生じて以降の日本の医療提供システムの見直し

イギリスと比較して、現状の日本の医療提供システムの問題点は次のとおりである。ある一人の患者の医療情報が多機関に分散していて、それらをつなぐ役割を持つ患者個人番号ないしはそれの代替となるものが、保険者が1000以上にのぼることもあって整備されていない。そのため、たとえば次のようなことが起きた。2022年4月までCOVID-19感染者情報を入力する情報共有システムで、ワクチンの接種時期欄が未入力感染者は未接種者に計上していた。その状態で諸外国のデータと比べると、未接種者の新規感染者（陽性者）数が接種した人よりかなり高かった。これは日本人にとってワクチンの感染予防効果が長期間続くことの例証とされた。しかし、外部からの指摘などを受けて、5月以降、接種時期未入力を接種歴不明者に計上するよう厚生労働省は変更した。すると、未接種者の新規感染者数が大幅に減少し、一部の年代では2回接種済みの人の方が感染者数が多くなる逆転現象も生じた。これはCOVID-19ワクチンの感染予防効果は接種後短期間で減少することを示し、諸外国のデータとも一致する。日本で患者個人番号（ないしは代替物）が整備されていて、ワクチン接種歴と医療情報が連携されていたら、こうした混乱は起こらなかっただろう。

また、患者の既往歴や社会的状況などを知っていてプライマリ・ケアに責任を持つ医者は誰なのか、明確でない。こうしたことから、医療現場に常に負荷がかかっていて、人口当たり患者数が少なくても医療逼迫や崩壊を起こしやすい<sup>6</sup>。そのため、今回のパンデミックでは患者（陽性者）が増えないように、政府は行動制限を何回も行ってきた。ただし、上で見たように、行動制限は社会経済活動に多大な影響を及ぼす<sup>7</sup>。そこで、ロックダウンや行動制限よりも、簡単に医療逼迫が生じないような医療提供システムを構築することが日本にとって必要である。

第一に、患者の受診歴を多機関で共有できる仕組みの構築である。マイナンバーカード保険証（マイナ保険証）の普及がこれに相当する。2021年10月、マイナ保険証の本格運用が始まった。医療機関や薬局にあるオンライン資格確認等システム（患者が加入している公的医療保険をオンラインで確認できるシステム）で利用する。マイナンバーそのものでなく、ICチップ内の電子証明書を利用する。2022年10月時点で、診療情報（レセプトレベル）、処方薬情報、特定健診情報、後期高齢者健診情報、医療費通知情報が閲覧可能となっている。マイナ保険証にすると、患者本人は自身のマイナポータルで複数の医療機関・薬局で受けた上記の情報を一覧で閲覧することができる。医療機関は、患者の同意があれば他機関で患者が受けた上記の情報を閲覧することができる。

政府はマイナ保険証普及のためにさまざまな取り組みを行っている。それらをパーソンズの戦略様式論を用いて整理しよう（Parsons 1969=1974）<sup>8</sup>。

一つ目は説得戦略である。患者は初診の問診の際に、医者から既往歴を必ず聞かれる。そこで、受診歴の共有化が患者にも医療機関にもメリットがあることを、厚生労働省のマイナ保険証サイト<sup>9</sup>などで広報している。人々の自発的行為を促すという点で、説得戦略はメインの戦略である。

二つ目は誘因戦略である。国民（患者）に対して、2022年10月からマイナ保険証対応医療機関でマイナ保険証を用いると、従来の保険証を用いるより患者負担が若干安くなるケースがあるようにした（9月までは逆に高かった）。またマイナ保険証にすると、7500円分のポイントを与えるキャンペーンを政府は実施中である。医療機関に対しては、オンライン資格確認用のマイナ保険証読み取り機の無償提供や整備費費用を現在補助している。

三つ目は強制戦略である。国民（患者）に対して、2024年秋に現行の健康保険証廃止を目指すことを、2022年10月13日に政府は表明した。これはマイナ保険証の実質義務化といえる。他方、保険医療機関・薬局に対して、オンライン資格確認の2023年4月からの導入を原則として義務づけることを、骨太の方針2022で明記した（内閣2022, p.32）。

第二の簡単に医療逼迫が生じない医療提供システム構築の取り組みは、医療機関の新興感染症等の対応整備である。2024年度から、医療計画に新興感染症等の感染拡大時における医療を記載することになっている。現時点（2022年10月26日現在）で発熱患者に対応する診療・検査医療機関（発熱外来）の施設数は40,985、公表率は91%である<sup>10</sup>。なお病院と一般診療所を合わせた施設数は113,345（2022年9月末概数）<sup>11</sup>である。2022年10月、感染症法等改正案を国会に提出した。すべての医療機関に対し、感染症医療の提供（病床や外来医療、訪問診療の提供内容など）に関する都道府県との協定締結に向け、協議に応じる義務を課している。また、公立医療機関や大学病院、地域の中核病院に対して、危機発生時の医療提供を義務づけている。危機発生時、都道府県知事は協定に則った医療提供を医療機関に勧告・指示できる。指示違反があれば、医療機関名の公表や特定機能病院などの承認取り消しができる。

第三の簡単に医療逼迫が生じない医療提供システム構築の取り組みは、かかりつけ医（家庭医）機能の制度整備である。以前からかかりつけ医を普及すべきという議論はあった。2010年代前半の社会保障制度国民会議の報告書にも次のように記載されている。

「ともすれば『いつでも、好きなところで』と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須であり、」（社会保障制度改革国民会議2013, p.24）

COVID-19パンデミック下の2020年9月、厚生労働省事務連絡で、発熱した患者は基本的にまず身近にある発熱外来に相談する体制にすると通知した。しかし実際は、発熱外来を公表した都道府県は一部にとどまった。そのため一般市民は、どの診療所・病院が発熱外来を行っているのかわかりにくかった。また、東京都内の発熱外来の約4割はかかりつけの患者のみを対象としていた。そこで、財政制度等

審議会は「世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった可能性が高い」（財政制度等審議会 2022, p.38）と指摘している。

また、日本医師会の研究機構が 2022 年 3 月に行った意識調査によると、かかりつけ医のいる人もいない人も、「かかりつけ医をもつことの必要性を感じた」という質問に「そう思う」あるいは「まあそう思う」と回答した人は 6 割以上だった（日医総研 2022）。

今回の COVID-19 パンデミックはフリーアクセスの問題点を明らかにした。ゲートオープナー（gate opener, 門を開ける者）機能制度の構築が必要である<sup>12</sup>。骨太の方針 2022 でも、「医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、…かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記された（内閣 2022, p.31）。

第 7 波（2022 年夏）の時、発熱外来に患者が殺到した。冬に COVID-19 と季節性インフルエンザの同時流行が起きた場合発熱外来がパンクしないように、10 月 13 日に政府が対応策を発表した<sup>13</sup>。それによると、重症化リスクの低い人（中学生～64 歳）は、すぐに医療機関を対面受診することを控えてもらうことになっている。これは、事実上従来のフリーアクセスを断念したとあってよい。重症化リスクの低い人向けの対応について、COVID-19 抗原検査キットのセルフチェックで陰性だった場合、電話・オンライン診療受診あるいはかかりつけ医受診となる。しかし、電話・オンライン診療に対して不安の声がある。また、オンライン対応できる医療機関が少ない。そのため、かかりつけ医を持つことの重要性を感じる人々が多くなるのではないかと。また、自宅療養中の陽性者に対応する健康フォローアップセンターの仕事も、かかりつけ医が代替可能である。日本医師会名誉会長の横倉義武は自著のなかで「自宅療養の患者の方々については、私はかかりつけ医が担う役割の一つだと考えています」（横倉 2021, p.159）と述べている。

なお、イギリスでは COVID-19 パンデミック第 1 波時（2020 年春）はロックダウン中だったこともあり、プライマリ・ケアを担当する GP の診療は「最初は電話・オンライン診療」が基本になった。しかし、GP と患者はすでに顔見知りの関係にあり、それほど大きな混乱はなかった。

以上のことから、かかりつけ医機能が発揮される制度を構築する必要がある日本にもある。その際、考慮すべきことがある。それは一般に制度は経路依存性、つまりひとたび特定の経路が定まれば、自己強化過程から方向転換することが非常に難しくなる特徴を持っていることである（Mahoney 2000; Pierson 2004=2010）。マホニーとセーレンは、既存の制度の存在を前提にした制度変化として、次の 4 類型を挙げている（Mahoney and Thelen 2010）。置換（新しいルールが既存のルールに取って代わる）、併設（新しいルールが既存のルールに付け加わる）、移行（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（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）である。

かかりつけ医（家庭医）制度というと、歴史のあるイギリスが真っ先に言及される。しかし、世界の家庭医制度にはさまざまなパターンがある。たとえばフランスである。フランスの公的医療保障制度は社会保険（償還払い方式が基本）であり、

また日本と同じように一般医だけでなく専門医も開業可能である。そのフランスは、2005年に家庭医登録制度を導入した（2004年法制定）。初診で家庭医を受診した時、3割自己負担（ただし、家庭医が一般医か専門医かなどによって、金額は若干異なる）となる。他方、初診で家庭医以外を受診した時は7割自己負担となる（加藤・松本 2015）。イギリス型を日本に導入するとなると、制度置換になる。これはハードルが高い。日本はフランス型を参考にかかりつけ医機能が發揮される制度整備（制度併設）を行った方がよい。

## 6. 結びに代えて

従来の日本の医療提供システムは、医療逼迫を起こしやすい性格を持っている。今回の COVID-19 パンデミックでその問題点が明らかになった。現在そうした問題点を是正するために、いくつかの見直しが進められている。患者の受診歴を共有できる仕組みの構築、医療機関の新興感染症対応整備、かかりつけ医（家庭医）機能の制度整備である。

第一の患者の受診歴を共有できる仕組みの構築に関わるマイナ保険証の普及について、マイナ保険証の利用登録件数は、35,671,442（2022年12月11日時点）である<sup>14</sup>。マイナンバーカードの交付件数は67,846,028（人口の53.9%、2022年11月末時点）である<sup>15</sup>。いずれも右肩上がりが増加している。また、オンライン資格確認等システムの運用開始施設（医療機関・薬局）数は87,542（全施設数の38.1%、2022年12月11日時点）で、申込施設数は205,010（同89.1%、同時点）である<sup>16</sup>。

第二の医療機関の新興感染症対応整備に関わる感染症法等改正案は12月2日に成立した。2024年4月施行である（一部公布日など早期施行の項目あり）。

最後のかかりつけ医（家庭医）機能の制度整備についてはさまざまな議論が出されている。財務省や健康保険組合連合会（健保連）はかかりつけ医の「認定制」や「登録制」を提案している。他方、2022年12月16日に公表された政府の全世代型社会保障構築会議は、かかりつけ医機能が發揮される制度整備を医療・介護制度の改革の足下の課題（最優先課題）の一つとする一方、医療機関と患者それぞれの手挙げ方式にとどめた提案を行っている（全世代型社会保障構築会議 2022）。

医師免許は一つだが、従来の日本の医師養成は特定の臓器や疾病の専門医を育成するのが主流だった。したがって、さまざまな病気に対応できる医師が十分に育成されているとはいえ、かかりつけ医の認定制や登録制の導入は現状では難しいという判断が働いたのかもしれない。他方、日本は超高齢社会となり、複数の持病を抱える人が増えている。患者の健康全般に責任を持つプライマリ・ケアの必要性は増している。

2022年に医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂された（2024年4月から開始）。今回の改訂では、人口の高齢化に伴い「多疾患の併存や、様々な社会的背景を有する患者等の割合の増大が見込まれ、これらの患者・生活者を総合的にみる姿勢が、医療人として求められる」（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, 2022, p.2）などとして、医師として求められる基本的な資質・能力に「総合的に患者・生活者をみる姿勢（Generalism）」が加えられた。その学修目



標の一つである地域の視点とアプローチはプライマリ・ケアの項目であり、以前よりプライマリ・ケアは重きを置かれている。COVID-19 パンデミックが沈静化すれば、プライマリ・ケアやかかりつけ医（家庭医）の必要性が減るわけではない。

※ 本稿は第 95 回日本社会学会大会日韓ジョイントセッション（追手門学院大学、2022 年 11 月 12 日）での報告「日本の医療提供システムの今後—COVID-19 パンデミックの教訓を踏まえて—」を加筆修正したものであり、2022 年 12 月 20 日時点の状況を基にしている。JSPS 科研費（19K02064）による研究成果の一部である。

#### 【注】

1. 定額負担以外の対策を含めた詳細は、金子（2016）を参照。
2. 社会保障審議会医療部会の資料によると、特定機能病院と 200 床以上の地域医療支援病院は全病院の 7.9%である。残りの 200 床以上の病院（8.2%）がすべて紹介受診重点医療機関になると、合わせて 16.1%となる。しかし、実際には 200 床以上の病院すべてが紹介受診重点医療機関になるとは限らない。（「かかりつけ医療機能について」[第 91 回社会保障審議会医療部会、2022 年 9 月 29 日]、p.40）<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000994685.pdf>
3. 以前から応召義務と正当な診療拒否に関してさまざまな議論があった。そこで、厚生労働省は医師法の応召義務解釈に関する研究会を設置した。研究会報告書が 2019 年夏にまとめられ、それを受けて厚生労働省は 2019 年 12 月 25 日に「応召義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（医政発 1225 第 4 号）を発出した。この文書の「差別的な取扱い」の項目で、「特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。ただし、1 類・2 類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症に罹患している又はその疑いのある患者等についてはこの限りではない。」と明記した。その直後 COVID-19 パンデミックが起きた。厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部は「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」を 2020 年 3 月 11 日に発出した。この文書で、患者が発熱や上気道症状を有していることのみを理由に患者の診療を拒否することは正当化されないとしつつ、「診療が困難である場合は、少なくとも帰国者・接触者外来や新型コロナウイルス感染症患者を診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨すること」としている。こうして、患者に発熱外来など COVID-19 医療機関を受診するよう伝えれば、患者の診療を拒否する正当性が得られることになった。
4. <https://commonslibrary.parliament.uk/domestic-abuse-and-covid-19-a-year-into-the-pandemic/>
5. イギリスの取り組みに関しては、金子（2022）参照。ただし、取り組むのが早かったからといって、ワクチン接種率（人口当たり接種者数）がずっと高いまままでいるとは限らない。2022 年 11 月末時点の 3 回目ワクチン接種率は、遅く

- 始まった日本の方がイギリスより高い。イギリスは2022年秋以降、4回目以上接種を季節性ワクチン接種に移行させ、接種者数を集計していない。
6. 医師の長時間労働問題が以前から指摘されているが、それもこうした日本の医療提供システムの非効率性・冗長性が原因の一つである。
  7. 人々の健康についてはどうか。ジョンズ・ホプキンス大学の研究グループはCOVID-19死亡率に及ぼすロックダウンの効果に関する諸研究をメタ分析した結果、2020年春の欧米におけるロックダウンはCOVID-19による死亡率を平均して3.2%減少させたに過ぎないと指摘した。これはヨーロッパでは約6000人、アメリカでは約4000人に相当する。他方、例年インフルエンザによる死者はヨーロッパで約72000人、アメリカで約38000人である。このことから、2020年春のロックダウンはあまり効果がなかったと結論づけている（Herby et al. 2022）。
  8. パーソンの戦略様式としては、本文で言及するもの以外にコミットメントの活性化戦略がある。ただし、この戦略はいわゆる同調圧力であり集団が行為主体となるため、政府が行為主体である取り組みには該当しない。
  9. <https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000577618.pdf>
  10. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001010899.pdf>
  11. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m22/dl/is2209\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m22/dl/is2209_01.pdf)
  12. イギリスの家庭医関係者たちは、近年ゲートキーパーの代わりに、ゲートオープナーの名称を用いている。ゲートオープナーの役割は、「患者のニーズに最も適したスペシャリストのサービスへの入口に患者を案内し、それによって多数のスペシャリスト間での紹介や不必要な検査を防ぐことにある」（RCGP 2012=2016, p.13）。
  13. <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai19/gijisidai.pdf>
  14. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08277.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html)
  15. [https://www.soumu.go.jp/kojinbango\\_card/kofujokyo.html](https://www.soumu.go.jp/kojinbango_card/kofujokyo.html)
  16. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08280.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html)

## 【参考文献】

- Boyd, Andy, Richard Thomas, and John Macleod, 2018, “NHS Numbers and Their Management Systems”, <https://www.closer.ac.uk/wp-content/uploads/CLOSER-resource-NHS-Numbers-and-their-management-systems.pdf>
- Cabinet Office, 2022, “COVID-19 Response: Living with COVID-19”, <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-living-with-covid-19>
- Herby, Jonas, Lars Jonung, and Steve H. Hanke, 2022, “A Literature Review and Meta-Analysis of the Effects of Lockdowns on COVID-19 Mortality -II”, SAE./No.210, <https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/06/A-Systematic-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-of-COVID-19-Mortality-II.pdf>
- 加藤智章・松本由美, 2015, 「フランスにおける医療制度改革」松本勝明編著『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社,

- pp.99-189.
- 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.
- 金子雅彦, 2022, 「COVID-19 ワクチン接種対策の日英比較」『防衛医科大学校進学課  
程研究紀要』 45, pp.1-11.
- 泉田信行, 2018, 「英国 NHS 制度における IT 化及びデータの活用方策について—供  
給サイドに対する政策との関連から」『社会保障研究』 3(3), pp.365-377.
- Mahoney, James, 2000, “Path Dependence in Historical Sociology”, *Theory and Society*, 29,  
pp.507-548.
- Mahoney, James and Kathleen Thelen, 2010, “A Theory of Gradual Institutional Change”,  
in Mahoney, James and Kathleen Thelen (eds.), *Explaining Institutional Change:  
Ambiguity, Agency, and Power*, Cambridge University Press, pp.1-37.
- モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, 2022, 「医学教育モデル・  
コア・カリキュラム (令和 4 年度改訂版)」 [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/  
chousa/koutou/116/toushin/mext\\_01280.html](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/116/toushin/mext_01280.html)
- 内閣, 2022, 「経済財政運営と改革の基本方針 2022 (骨太の方針 2022)」 [https://  
www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022_basicpolicies_ja.pdf)
- 日医総研 (日本医師会総合政策研究機構), 2022, 「日本の医療に関する意識調査・  
2022 年臨時中間調査 (日医総研ワーキングペーパー No.466)」 [https://www.jmari.  
med.or.jp/wp-content/uploads/2022/07/WP466\\_1.pdf](https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/07/WP466_1.pdf)
- Parsons, Talcott, 1969, *Politics and Social Structure*, Free Press. (= 1974, 新明正道監訳・  
金沢実訳『政治と社会構造・下』誠信書房.)
- Pierson, Paul, 2004, *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton  
University Press. (= 2010, 粕谷祐子監訳・今井真士訳『ポリティクス・イン・タ  
イム—歴史・制度・社会分析』勁草書房.)
- RCGP (Royal College of General Practitioners), 2012, *Medical Generalism: Why  
Expertise in Whole Person Medicine Matters*. (= 2016, 日本プライマリ・ケア連合学  
会「メディカル・ジェネラリズム」翻訳チーム訳『メディカル・ジェネラリ  
ズム—なぜ全人的医療の専門性が必要なのか』 [https://www.primary-care.or.jp/imp\\_  
news/pdf/20160721.pdf](https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20160721.pdf)
- 社会保障制度改革国民会議, 2013, 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会  
保障を将来世代に伝えるための道筋～」 [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/  
minutes/2013/0808/sankou\\_02.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0808/sankou_02.pdf)
- 田村祐子, 2022, 「【イギリス】 COVID-19 との共生計画の公表—規制撤廃へ—」『外  
国の立法』 291-1, pp.4-5.
- 横倉義武, 2021, 『新型コロナと向き合う—「かかりつけ医」からの提言』岩波書店  
財政制度等審議会, 2022, 「歴史の転換点における財政運営」 [https://www.mof.go.jp/  
about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/)

zaiseia20220525/01.pdf

全世代型社会保障構築会議, 2022, 「全世代型社会保障構築会議報告書～全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する～」 [https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai\\_hosyo/dai12/siryou1.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/dai12/siryou1.pdf)

政府の COVID-19 対策に関する資料などは次の URL 参照 <https://corona.go.jp/>

(URL の最終アクセスは 2022 年 12 月 22 日)