

新型コロナウイルス 5 類引き下げ後の医療提供体制等に対する声明

政府は 3 月 10 日、新型コロナウイルス感染症の 5 類移行に向け、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」を発表した。医療提供体制の枠組みでは、特定の医療機関だけでなく、幅広く一般の医療機関で外来・入院医療を受けられる体制に移行するとして、入院は全病院約 8200 施設、外来は約 6 万 4000 施設で対応する体制を目指すとする一方、診療報酬の特例や病床確保料など医療機関への財政支援は縮小としている。また、医療費自己負担（患者負担）の公費支援についても、高額薬剤を除いて外来診療や検査は打ち切り、入院は当面「自己負担上限を 2 万円低く設定」するなどの対応をとりながら終了していくとし、入院調整については、「医療機関同士での調整」に移行していくとしている。

新型コロナウイルス「第 8 波」では、コロナ医療を必要とする患者は、想定した確保病床の上限を超え、全国で医療崩壊が起き、死者が激増した。季節性インフルエンザの十数倍のコロナ死亡と未解明の超過死亡の増加をもたらしてきた新型コロナを、季節性インフルエンザ同等の 5 類へ移行すること自体、拙速と言わざるを得ないが、さらに問題は、政府の想定でこうした事態を繰り返すことを防げるのかどうかである。政府の専門家組織は、死亡者数増加の要因を分析し、死亡原因の変化や施設等での高齢者の感染増加、医療負荷増大による治療介入の遅れ、医療体制が十分でない地方への感染拡大などの要因を指摘している。政府は、5 類移行後、軽症・中等症 I の患者の受入れを先として「地域包括ケア病棟」や「地域一般病棟」での受け入れを想定しているが、これらの病棟は、これまでの重点医療機関と比べて人員配置基準が低く、死亡原因の変化への対応や感染管理、コロナ患者の看護に相当の困難が強いられる。クラスターが発生すれば、職員の欠勤につながり、通常医療の提供にも支障を来たしてきた。人員体制の元々薄い病棟での受け入れは、こうしたリスクを拡大しかねない。加えて、「病床確保料」や診療報酬のコロナ特例を縮小すれば、受入医療機関の拡大どころか、これまでコロナ患者を受け入れてきた医療機関がコロナ病床を減らす可能性もある。外来についても、政府は応召義務を整理するとするが、現実にはコロナ患者と一般患者の動線を分けることの難しさがあり、政府が発表した提供体制の実現は困難である。医療現場はコロナ禍以前から、歴代政府による医療従事者の抑制でぎりぎりの体制を強いられ、感染症危機に対応できる余力を徹底的にそぎ落とされてきた。この医療体制の脆弱さこそ、克服すべき最大の問題である。救えるはずのいのちを救うことができない状況をどのように回避するのかについて、政府は、ただ数値目標のみを示すだけで必要な人員体制の拡充には触れず、具体案を国民に示さないのは全くの無責任であると言わざるを得ない。

コロナ禍が 3 年以上続くなか、現場では必死に医療や介護を守りながら、感染症と向き合っており、奮闘が続けられているが、政府による、医療・介護への十分な補償も補填もないため、そのしわ寄せは労働者への賃金・労働条件等の切り下げなどの形であらわれ、大量の退職者も発生している。医療提供体制については、十分な医師・看護師など医療従事者がいなければ、どれだけ病床が空いていたとしてもコロナ患者を受け入れることはできない。常に病床と医療従事者に一定の余裕を確保しておく必要があり、そのための医師・看護師など医療従事者の増員が緊急に求められている。しかし政府は、コロナ禍の現在でも、医療費抑制政策を積極的に進め、病院の再編・統合、病床削減が惨事便乗型に加速して行われている。

これからどのような変異株が増えるかは予想できないうえに、アメリカで流行している「XBB・1.5」は、より感染力が強いと言われており、「5 類感染症」に位置付けたところで、新型コロナウイルスの性質自体が変わることはない。政府は変異株の状況など、今後の感染状況次第では対策を強化するとしているが、そうであるなら、この時期に「5 類感染症」への移行はやめるべきである。医療崩壊の危機を再び繰り返さないために、第 9 波に備え、政府は一刻も早く、感染者が医療にアクセスできる医療提供体制づくりを進めるべきである。そのための医療機関に対する補助の継続や緊急の診療報酬の改定の実施とともに、患者負担の軽減を図ることを強く求める。