

医療現場の実態を厚労省に



### 厚労省交渉

# 感染高止まりでの公費縮小に疑問 コロナ対応変わらない現状訴え

協会は9月28日、新型コロナウイルス感染症に対する検査・治療の公費負担、診療報酬・施設基準の特例継続を求め、厚生労働省にウェブで要請を行った。厚労省からの出席者は保険局医療課の上原氏、コロナ本部戦略班主査の荒田氏、医政局総務課の小林氏。要請は参院厚労委員の倉林明子議員に仲介いただいた。協会から福山副理事長、吉河・種田・植田・坂本理事が出席した。

## 厚労省回答「コロナ対応効率化で点数見直し」

協会からは、新型コロナウイルスの検査・治療の公費負担医療制度の復活、診療報酬上の特例と施設基準の特例の10月以降の継続、新型コロナウイルス対応病床の現行の財政措置の継続を要請した。

福山副理事長からは、今も一般の外来患者と新型コロナウイルス患者とは動線や時間を分けて対応しており、5類移行後もコロナ対応の時間と手間は変わらない現状を訴えた。厚労省は、点数の見直しにあたり、現場のヒアリングを実施した上で医療機関のコロナ業務が効率化された部分で行ったと説明。これに対し、福山副理事長からは、どの範囲にヒアリングをされたかは分からないが、一般の診療所では効率化とは程遠く、一人ひとりを丁寧に診察しているのが現実だとし、今後コロナの脅威を見据えた10月以降のコロナ関連の公費継続を強く訴えた。協会

事務局長からは、診療報酬改定でも手術点数や処置点数などが効率化を理由に減点されていくことに対し、医療側からすれば、対応すればするほど点数が下がることになり納得できないと付け加えた。

吉河理事からは、「病院

のようないくつかの多いところはコロナ対応に特化した人員配置や場所の設定ができるが、自院では一般外来が終わってから、食事を取る時間を後回しにして対応している。在宅でも今までと変わりなく防護道具を持参し、その場で着替えて、持

ち帰って処分する手間は変わっていない。このような現状で今回の見直しがあったことは非常に残念だ」と述べた。植田理事からは「今、国が進めているのはコロナを特別扱いせず普通の病気に変えずに診療していただくことだと思いが、現状感染者が増えている中で、今後重症者が増え、かえって医療費が上がってしまうことにも配慮が必要ではないか」と指摘した。坂本理事からは、「開業医はコロナ重症患者を一般病棟へ送るために入院調整をするが、コロナ病床数が減

り、重症者を送れる病院を探るのが大変になってきていることを懸念している」と述べた。

厚労省は、重症化リスクの高い患者が入院できる医療機関の確保、施設入所者に陽性者が発生した場合の集中的検査の実施への公費支援を継続しているとして、5類移行した現状で個々の検査の公費復活は難しいと回答。さらに、2024年4月以降は平時の医療体制に戻していく方針だと述べた。

倉林議員からは、医療逼迫によって救える命が救え

ないことが繰り返されてはいけない、医療を平時に戻す動きと実際に今起こっている感染拡大の関係性ははっきりしている。これらの議論抜きで進めていくことに違和感があると指摘した。

協会はコロナ特例の施設

基準について、コロナ病床・病棟を復活するにも看護職員の退職で人員確保が困難な現状を紹介し、特例の継続を強く求めた。

協会からはこれらを踏まえ、あらためて10月以降のコロナ関連の公費継続を要請した。

しかしながら、それらは全て社会のメンタリティ次第である。目的のためにシステムを推進しても、社会にその素地がなければ実現はしない。医療者・介護者の数や質を維持し、患者本人家族の理解と協力が必須なものを、地域社会が支えなければならぬのである。それを考えると道はまだまだ遠いのではないかと。手が回らないことで、「医療費削減」できるならそれは本末転倒でしかない。「癒し」を大きく与えることのできる社会の構築を念頭に、高年齢者医療をつくり上げていくことを、厚労省も、医療者も、国民も考えていかなければならない。

日本医師会 9月6日、懸案の控除対象外消費税問題について、診療所は非課税のまま診療報酬上の補填を継続、病院は軽減税率による課税取引に改めるといふ二本立ての要望を出した。本紙3155号の本欄の通り、現状では一理ある要望ともいえる。診療所は現状のままだが、病院は課税取引になると大きく変わるのでも少し補正して。病院における軽減税率による課税取引の場合、診療報酬に上乗せした補填分を引き剥がすこととなる。現在、消費税分としての診療報酬への乗せは診療報酬本体に1・47%、薬価等に2・31%（医療費見合い）、合計で3・78%が補填されている。非課税とい

## 主張

日本の伝統的な医療文化は、病気や症状の治療に重点を置いてきた。死は常に忌むべき、闘いの対象であり、苦痛との妥協は後回しになった。医師や医療機関は病気の診断と治療に注力してきた。他人を家に入れないという伝統的な心情はまだ残っている。家族が患者のケアを担当し、医療機関は主に治療を提供する役割を果たしてきたため、終末期の患者の「癒し」に関するニーズが社会において適切に理解されてこなかった。権威主義的な医療現場の構造により、意思疎通が不十分であったことも否定できない。

日本では「癒し」そのものを社会が各個人に与えられる仕組みに乏しいといえる。日本は先進国としては珍しい「死刑」のある国である。被害者側の「癒し」が、「犯人」の死をもって

の概念が広まりつつあり、厚生労働省は2018年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、終末期医療に関する指針を明示した。これは緩和

レセプトデータの解析では8%に満たないという調査もある。高齢化が進行した現在はそのよりも増加していると思われるが、加えて各施設のキャパシティを考慮しなければならぬ。感染

後期高齢者がなるべく在宅で終末期を迎えられるようにとの構想であるが、大きな目的が「医療費削減」であることは論をまたないであろう。

そのためには、まず地域側にそれらを受け入れる能力が必要である。終末期医療の長期入院を削減し、延命治療にかかる高額な費用を避け、痛みの管理や快適な終末期を追求する方向にシフトさせる。予防的な医療ケアやアドバンス・ケア・プランニングの推進により、終末期における急性症状や合併症のリスクを低下させる。これらは全て、終末期患者の生活の質を上げるとともに、医療費削減に有用な可能性がある。

しかしながら、それらは全て社会のメンタリティ次第である。目的のためにシステムを推進しても、社会にその素地がなければ実現はしない。医療者・介護者の数や質を維持し、患者本人家族の理解と協力が必須なものを、地域社会が支えなければならぬのである。それを考えると道はまだまだ遠いのではないかと。手が回らないことで、「医療費削減」できるならそれは本末転倒でしかない。「癒し」を大きく与えることのできる社会の構築を念頭に、高年齢者医療をつくり上げていくことを、厚労省も、医療者も、国民も考えていかなければならない。

# 「癒し」を与える社会に 今後の高齢者医療を考える

しか得られないのである。それでも、医療分野においては1980年代より徐々に、延命を目的とせず、身体的・精神的苦痛を除いて生活の質(QOL)の維持または向上を目指す「ターミナルケア」論あり、2000年前後の

ケア、ホスピス、看取りなど、医師を含む医療従事者、介護従事者と患者本人家族の協力がなければ行なうことができない。

疾患が「復興」したかに見える近年、延命のみを目的とした終末期入院者が多くいることは、それだけでいわれる医療崩壊のリスクを上げていくといえる。

厚労省は「地域包括ケアシステム」を唱えている。

厚労省は「地域包括ケアシステム」を唱えている。

厚労省は「地域包括ケアシステム」を唱えている。

**京都 保険医新聞**

購読料 年8,000円  
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所  
京都府保険医協会  
〒604-8162  
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637  
インターンプライス烏丸6階  
電話 (075) 212-8877  
FAX (075) 212-0707  
編集発行人 花山 弘

**主な内容**

会員限定 特別価格で医薬品等購入 (2面)  
子ども医療費助成 木津川市も (3面)  
先輩への指導を学ぶ 接遇研修 (4面)

ご用命は  
**アミス**まで

医師賠償責任保険  
休業補償制度  
(所得補償、傷害疾病保険)  
針刺し事故等補償プラン  
自動車保険・火災保険

TEL 075-212-0303

**新署名にご協力下さい**

保団連・協会は秋の国会に向けて現行の健康保険証を残すことを求める請願署名に取り組んでいます。

本紙3154号に署名用紙を同封しました。署名用紙の追加は協会にお申し出下さい。

寸評	医界
----	----

日本医師会 9月6日、懸案の控除対象外消費税問題について、診療所は非課税のまま診療報酬上の補填を継続、病院は軽減税率による課税取引に改めるといふ二本立ての要望を出した。本紙3155号の本欄の通り、現状では一理ある要望ともいえる。診療所は現状のままだが、病院は課税取引になると大きく変わるのでも少し補正して。病院における軽減税率による課税取引の場合、診療報酬に上乗せした補填分を引き剥がすこととなる。現在、消費税分としての診療報酬への乗せは診療報酬本体に1・47%、薬価等に2・31%（医療費見合い）、合計で3・78%が補填されている。非課税とい