

2021年10月12日
 稲場 雅紀（アフリカ日本協議会）

第3回グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース会合 「ポスト・コロナ時代の UHC」に関するメモ

1. 「健康格差を見据えた科学的な地域づくり型 UHC」に関するメモ

- ◎ UHC を「必要とする質の高いサービスの提供」+「貧困化に繋がらない無料もしくは安価な支払い負担」のみに限定せず、＜保健の社会的（+経済的・文化的）決定要因＞へのアプローチを含めることは極めて重要。
 - 人間を包括的にとらえ、分野で縦割りにせず、「プロテクション」と「エンパワーメント」を軸に包括的なアプローチをとること＝「人間の安全保障」の根幹。これは個別ゴールで分断せず、包摂性と統合性をベースに各ゴールのシナジーとトレードオフの関係を重視する「SDGs」アプローチとも共通する。
 - 日本の社会保障制度（公的医療保険、社会福祉、公的扶助、公衆衛生）は、医療、福祉、生活を統合的にみる点で、本来、包括性を組みこんだもの：この複合的・包摂的な制度設計は COVID-19 について相対的に強みを発揮した（医療と福祉、ケアがある程度接合されていたことで、ケア⇒医療へのスムーズな移行が実現できた）。
 - UHC にとっての「地域包括ケア」の重要性：UHC を単に「保健」の問題にせず、個人の社会関係資本の豊かさをみることが必要。
 - UHC を「公的医療保険」だけでなく、日本の社会保障制度全体とつなげて把握する（社会福祉、公的扶助、公衆衛生、ホームレス自立支援制度（2002～）、生活困窮者自立支援制度（2015～）等。特に生活保護法に基づく公的扶助（医療扶助）が最貧層・生活困窮層の UHC を実質上担保してきたことの重要性を認識すべき）
 - 地域の社会関係資本の重要性：「持続可能な多世代共創社会のデザイン」（科学技術振興機構 社会技術開発研究センター（RISTEX）の研究領域（2015-2020））などに一定の研究成果を見ることが可能。
 - 一方、COVID-19 などのパンデミックおよび「パンデミック対策」は、これら直接的な「社会関係資本」によるアプローチを切断するものであることに注意。実際、地域包括ケアは COVID-19 によって極めて大きな打撃を受けた（＝インパクトが数字で出てくるのは今年からと考えられる）。高齢者の命は守られても、QOL は大きく低下した。この痛苦的な経験から、パンデミックに対する地域包括ケアの脆弱性をどう克服し、レジリエンスをどう確保するかが問われる（国際的に展開する場合にも必ず問われる事項となる）。

＜参考＞コロナ下における社会的脆弱層の保健医療アクセスに関する調査（概要：別添参照）

- ◎ UHC2030 が呼び掛ける「UHC 進捗状況調査」（State of UHC Commitment）に呼応し、2020 年 4～5 月、アフリカ日本協議会が実施。コミュニティ・リーダー等 19 名への聞き取り調査。

インタビュー対象	<ul style="list-style-type: none"> ➢ COVID-19 および HIV/AIDS に関して脆弱性を持つコミュニティの当事者団体等のリーダー：在住外国人、高齢者、若者、生活困窮者、障害者、女性、セックスワーカー、薬物使用者/経験者、男性と性行為を持つ男性（MSM） ➢ 制度運用やケアに取り組むソーシャルワーカー、保健所スタッフ等
結果	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 個人が経済的・制度的・社会的・文化的に脆弱性が高い状況にあるほど、保健・医療サービスを受けるための時間、コスト、労力、精神的負担が大きくなる ➢ 日本の市民の多くが、公的な保健・医療の保障を含む社会保障制度について正確かつ十分な情報を持っておらず、保健医療アクセスの妨げおよび誤情報の氾濫の原因となっている ➢ ジェンダー暴力や虐待、精神疾患に関わる差別・偏見をはじめ、脆弱な状況にある人々への差別や虐待が、保健医療アクセスの阻害要因となっている。

2. 「ポスト・コロナ時代の UHC 達成に向けて」に関するメモ

- ◎ ペーパー全体に流れる前向きな姿勢と、「ポスト・コロナ」 = 「我がパンデミックの時代」 (Our Pandemic Age: HLIP 報告書のタイトルの一部) における UHC の達成に向けて、保健 ODA を含むグローバルな保健への公共投資 (Global Public Investment for Health) の増額が必要であり、そこに我が国のメリットもあるとの明確なビジョンに賛同。

- ◎ UHC の実践的・理論的深化と COVID-19/PPR に関わる展開の整理：凡そ以下の通り

公平・公正性と UHC	<p>UHC は社会の主流人口・主流派のみならず、脆弱な立場にあるコミュニティ・少数派人口においても実現される必要がある (誰一人取り残さない UHC)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 経済的・社会的・文化的側面へのアプローチ ◎ 移民・難民、先住民、障害者・高齢者、女性、LGBTIQ などへの広がり ◎ 保健・医療に特化した「保健システム強化」からコミュニティによるボトムアップ型の PHC への取り組みを大きく位置付ける「RSSH」(Resilient and sustainable systems for health) への再定義
レジリエンスと UHC	<p>開発の進展、中所得国の拡大、都市人口の拡大、気候変動等の「地球の限界」にかかる危機の深化⇒健康上の新たな脆弱性の拡大 (肥満、NCDs、環境汚染由来の疾病の拡大、精神疾患の増大等) ⇒「シンデミック」</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ これらを反転させるための、より包括的な社会政策との連動の必要性 ◎ シンデミックを加速させる企業行動への規制 <p>コロナを経て、パンデミック予防・対策・対応 (PPR)、特に「予防」部分でのこの課題の重要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 肥満・NCDs とそれをもたらす社会・文化・経済構造への取り組み ◎ 都市の住環境の改善の取り組み (SDGs Goal 11) ◎ 大気汚染・環境由来疾病への取り組み ◎ 気候変動対策と保健
UHC と公正な医薬品アクセス	<p>SDGs ターゲット 3.8=ワクチン・必須医薬品へのアクセスを UHC の不可欠な一要素として明記⇒COVID-19 で顕在化した「ワクチン・診断・治療 (酸素を含む)・集中治療室 (ICU) へのアクセス」(低所得国と高所得国で、ワクチンは 20 倍、診断は 80 倍のアクセスの差)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 「研究開発から現場でのアクセスまで」の End to end の仕組みを事前に構築する必要性 (IPPPR 報告書) ◎ 研究開発に関わる新たなインセンティブの確保と「研究開発費と最終価格との切り離し」(MSF: de-linking) ◎ 国際公共財化 (知的財産権の共有を含む)、技術移転、地域での製造能力強化：パンデミック対策における「研究開発と製造能力の高所得国による独占」の打破 (IPPPR 報告書)
<p><これらの変化に関連する基本的な原則・認識></p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 「UHC=基本的人権」という認識の拡大 (復権: 1946 年 WHO 憲章で明記)。#MeToo, Black Lives Matter, 「ワクチン・ギャップ」への厳しい問題提起。※我が国の UHC が「人間の安全保障」をベースにしていることの「強み」を再確認する必要。 ◎ 保健・医療という縦割りから「社会、コミュニティ・個人」という包摂性への広がり：コミュニティ、当事者団体、患者団体、個人のエンパワーメントが含まれる必要 ◎ 3つのグローバルな危機 (地球の限界、地政学的変動、科学技術イノベーション) の深化に伴う全般的な脆弱性の拡大：真に「ユニバーサル」かどうか問われる ◎ パンデミック：所得別国家分類を問わない地球規模の脅威⇒「保健 ODA」を含みつつ、より包括的な「保健への地球規模の公共投資」(研究開発、技術移転、ラストワンマイル支援 etc.) と、脅威の大きさに対応する資金額の飛躍的拡大が求められることに。 	

<別添>

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）下の日本における 脆弱性を抱える人々の保健・医療アクセスに関する質的調査

稲場雅紀¹、松元千枝²、津山直子³、廣内かおり⁴
特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会

全体概要（Executive Summary）

（1）調査の目的

日本はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成度が高い国の一つとして国際的にも認識されており、日本に住む誰もが公平に医療を受けることができるとみなされている。しかし、実際には、日本の公的な保健・医療の保障制度は構造的な問題に直面している。2020年以降日本でも拡大した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により、脆弱な状況におかれた人々の保健・医療アクセスにおいて、この問題はますます顕在化している。

日本は1990年代以降、終身雇用された男性を労働力の中心とする、中所得層中心で所得格差の低い社会から、非正規・不安定雇用が拡大した所得格差の大きな社会へと移行している。日本は60-70年代の高度成長期以降80年代に至るまで、家父長制の強い社会において、政府が主に世帯を単位に社会保障制度を整備し、公的医療保険や公的年金については企業が主に男性の従業員に対して終身雇用を前提にその費用を分担することで、システムの安定性が保証されていた。その後数十年の社会構造の変化は、このシステムの不安定化を生じさせたが、これに対応した抜本的な改善はなされてこなかった。このことは、特に女性やその他の周縁化されたコミュニティに対して、特に大きな影響を与えている。

この調査の目的は、脆弱性を抱えた人々の健康と医療アクセスの状況を検証し、UHCに関する主要な障害を特定することである。

（2）調査手法

この調査では、COVID-19およびHIV/AIDSに関連して、経済的・制度的・社会的・文化的に脆弱な状況に置かれている主要なコミュニティの当事者団体やNPO等のリーダーに対して、保健・医療サービスへのアクセスについての聴き取りを行った。社会保障制度の中で、特に保健・医療へのアクセスを保障する制度である公的医療保険、社会福祉、生活保護法に基づく公的扶助（特に医療扶助）、公衆衛生、および生活困窮者自立支援制度を対象とし、これらの制度の利用状況についてもインタビューした。インタビューを行ったコミュニティは、日本に在住する外国人、高齢者、若者、生活困窮者、障害者、成年および未成年の女性（Women and girls）、セックスワーカー、薬物を使用する人々、男性と性行為を持つ男性（MSM）である。また、制度の運用やコミュニティのケアに取り組むソーシャルワーカーや保健所のスタッフにもインタビューを行った。インタビュー終了後は、日本のUHCの進展にとって障害となっている主な要因を分析するために、調査対象者にはコンサルテーション会合に参加してもらい（2回に分けて実施）、分野やコミュニティの垣根を越えた分析を行う機会とした。この報告書では、インタビュー対象者のプライバシーを保護するために、個人名や団体名を表記せず、取り組んでいる活動を簡潔に添える形とした。

本調査はCOVID-19が蔓延している状況において行われたため、感染予防策に従い、各インタビューおよびコンサルテーション会合はオンライン・アプリケーションを使用し、遠隔にて行った。インタビューは60-90分でデジタル録音され、その概要をまとめたうえで日本語と英語の報告書にまとめた。

（3）結果

インタビューおよびコンサルテーションの結果として、おおよそ、以下の点が確認された。

¹ ※対応責任ある著者 稲場雅紀 特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会 国際保健ディレクター
メールアドレス：ajf.globalhealth@gmail.com

² ※対応責任ある著者 松元千枝 ジャーナリスト、メディア協同組合「アンフィルター」編集者、労働組合オルガナイザー
メールアドレス：chie.m.matsumoto@gmail.com

³ 津山直子 特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会 共同代表

⁴ 廣内かおり 特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会 事務局長

- a) **保健・医療サービスを受ける個人が、経済的、制度的、社会的、文化的な脆弱性が高い状況にあるほど、保健・医療サービスを受けるためにかかる時間、コスト、労力、精神的な負担が大きくなること。**これは、保健・医療サービスを受けるために必要な社会福祉や公的扶助の仕組みの複雑さや、申請・審査・運用における硬直的な対応が主たる原因である。日本では、公的医療保険制度の確立により、長期・安定雇用にある中所得者以上の層は、ほぼ自動的に公的医療保険による医療サービスを受けることができる。保険料も事業者（企業等）と労働者の折半である。一方、脆弱な状況におかれ、不安定雇用・低所得を余儀なくされている社会的少数者にとって、保険料負担は重く、社会福祉制度や生活保護法に基づく公的扶助を利用しようにも、申請手続きや運用が複雑かつ硬直的で、それ自体が医療アクセスへの大きな阻害要因となる。さらに医療サービスにおいて権威主義や父権的温情主義に基づく対応に直面することが多く、医療アクセスへの心理的な負担が生じる。
- b) **日本の市民の多くが、公的な保健・医療の保障を含む社会保障制度について、正確かつ十分な情報を持っていないこと。**これは、公教育の過程や社会生活において、公的な保健・医療の保障を含む社会保障制度について体系的に学ぶ機会がほとんどないことによる。
- c) **ジェンダーに基づく暴力や虐待、精神疾患に関わる差別・偏見をはじめ、脆弱な状況におかれた人々への差別や虐待が、保健医療サービスへのアクセスを阻害する社会的・文化的要因となっていること。**UN Women（国連女性機関）のプムズイル・ムランボ＝ヌカ事務局長は4月に声明を出し、「影のパンデミック」⁵について告発したが、この問題は、日本においても他人ごとではない。差別や虐待は、女性やLGBTIQをはじめ、脆弱な状況にある人々に大きな苦悩を与えており、精神的な不調や精神疾患の原因ともなる。ところが、日本において、精神医療の優先順位は低く抑えられており、質も保障されていない。このことは、精神疾患に関わる差別・偏見の増長につながるとともに、人々の精神医療に対するアクセスの妨げとなっている。さらに、日本の精神医療において、いまだに長期入院による社会からの隔離が続き、社会の中で生活しながら治療し、社会参加していくという国際的な潮流から遅れているという課題もある。また、この調査においては、個人・コミュニティが異なった複数の脆弱性に同時に直面している課題の交差性の問題も浮かび上がった。

（４）結論

日本は今後も少子高齢化と人口減少が継続する。現在でも65歳以上の高齢者が人口の約3割、出生率も1.34で、5年連続で低下をしている日本において、脆弱性を抱える人口が今後さらに拡大することは不可避である。

国民の健康や医療へのアクセスを確保するための公的な仕組みは、安定雇用にある多数派の人々には概ね機能している一方、脆弱な状況にある人々は、制度の複雑さや正しい情報の不足などの障害により、医療サービスへ容易にアクセスできていない。COVID-19パンデミックが、保健・医療システム全体に重い負担を課し、制度を劣化させている。

本調査では、日本の公的医療保障制度が経済的・制度的および社会・文化的な障壁により、多くの脆弱なコミュニティを置き去りにしていることが明らかになった。これらは、さらに分析を重ねることで、パンデミックで露呈したシステムの欠陥に対処するヒントを与えるものであり、時宜を得たものである。

日本の社会保障制度は、高齢化と出生率の低下でその持続可能性が疑問に付され、民営化の圧力にさらされている。医療サービスをはじめ、社会保障へのアクセスは基本的な人権であり、これらの制度は公共の領域にとどめられなければならない。少子高齢化社会の課題解決策として推進されている「地域包括ケア」は、必要とする医療・福祉にアクセスする市民の権利を実現する担い手を、地域社会の市民自身に広げるプライマリー・ヘルスケア的な発想を含んでいる。このことは前向きに評価できるが、一方で、市民の医療・福祉へのアクセスに関する政府の責任はあいまいにされてはならない。日本の制度の変革の可能性は、民営化にではなく、透明性の確保と、社会から疎外されたコミュニティへの対話と参画の保障等を含む再設計を適切に実施することにある。こうした変革により、脆弱性を持つコミュニティに対して社会保障が行き届けば、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは達成可能となる。同時に、政府は市民、特に脆弱性を持つ人々に対して、公的医療保険、社会福祉、公的扶助をはじめ、社会保障制度に関する教育と意識啓発、正しい情報の提供に資源を投入する必要がある。脆弱な状況に置かれたコミュニティが医療・保健サービスに効率的にアクセスするためには、提供されているサービスを適切に選び出し、必要なものを迅速に見出し、利用する必要がある。そのための教育や情報の発信は、社会保障制度に関する国民・市民のリテラシーの向上にもつながる。

今こそ、制度を見直し、制度を利用する人々にとっての主要な障害を特定し、様々な脆弱性を抱える人々をはじめ、誰一人取り残さないユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現への道筋を見出すべき時である。

⁵具体的には、成年女性および未成年の女性（Women and Girls）に対する差別や虐待、暴力を指す。