UHCの現状: 日本

このスナップショット(概説)は、2021年6月に、日本国内で脆弱な立場に置かれたり、周縁化されているコミュニティの代表者32名に対して行われた一連のインタビューおよびコンサルテーション会議で挙げられた重要なポイントを要約したものです。

主要なメッセージ

日本は、多くの国民が質の高い医療を安価に受けられるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)のモデルとして認識されています。しかし、既存のシステムは、移住者、薬物使用者、性的マイノリティなど、社会的に最も脆弱で周縁化された人々のニーズに対応するうえで困難に直面しています。また、システムが家父長制的な傾向を内包していることから、女性へのサービスやサポートの質が低下しがちです。コミュニティと市民社会は、日本のUHCの実現のための施策として、以下のことを求めます。

1. UHCのための制度に関するモニタリング、評価、改革に市民社会や脆弱な状況にあるコミュニティが意味のある形で参加できるような公式なメカニズムを構築する。
2. 保健分野にお別ける計画立案、予算編成、レビュー、評価にコミュニティと市民社会が参加する。
3. 性的少数者、薬物使用者、その他の脆弱な立場に置かれた人々に対する偏見や差を軽減する。
4. セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービス(性と生殖に関する保健サービス)の適用範囲を拡大し、女性に対する「上から目線」の アプローチを変える。
5. 特に高齢者などに対する、メンタルヘルスに対する支援やケアを充実する。また、サポートにおいて偏見や「上から目線」をなくす。
6. 保健・医療・福祉制度について、学校教育や社会教育で取り上げる機会を増やし、政府や地方自治体が正確な情報発信を積極的に行うことで、一般市民や、特に社会から疎外されたコミュニティが理解を深められるようにする。
7. すべての人が保健医療や福祉に簡単にアクセスできるよう、使いやすく、アクセスしやすい「ワンストップ・サービス」への資金拠出を拡大する。

UHCがおかれた文脈

1. 日本における健康保険の歴史は古く、1874年までさかのぼることができます。現在の制度は、世帯単位を基本とし、企業が健康保険の費用の半額を負担することで、安定した雇用のある人を優遇しています。
2. 少子高齢化が進む日本では、今後この制度が行き詰まることが危惧されています。今のところ、日本の医療は全体 的に質が高く、安価に提供されており、全体的に高い水準にあります。しかし、それは保険や社会福祉制度に 簡単にアクセスできる場合の話です。
3. 公的保険の保険料や窓口での3割負担を支払う余裕のない貧困層の医療アクセスには、社会福祉や公的扶助制度が欠かせません。

取り残された状況にある人々が直面する課題

1. 個人の脆弱性が高ければ高いほど、その人が健康や医療を受けるために必要な時間、コスト、労力、心理的負担が大きくなっています。これは主に、公的扶助制度や社会福祉制度が複雑で硬直した仕組みになっているため です。
2. 雇用が不安定な人は、相対的に保険料が高く、申請や審査手続きがより複雑で、権威主義的・父権主義的な対応に直面することが多くなっています。
3. メンタル・ヘルスの課題は、社会から疎外された広範な人々 に共通して広く見られるものです。サービスは提供されて いますが、概してアクセスに至るプロセスは複雑で、医療従事者が否定的な態度をとることもしばしばあり、治療 を受けることを躊躇する人も多いです。

csem Civil Society Engagement Mechanism for UHC2030
APCASO Strengthening community systems. Advancing human rights.
特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会 Africa Japan Forum www.ajf.gr.jp
uhc2030 International Health Partnership
apcrg The Asia-Pacific Platform on Communities, Rights & Gender

UHCの現状: 日本

移民、高齢者、若者、都市の貧困層、障害者、女性と少女、性労働者、薬物使用者、男性と性行為を持つ男性など、脆弱なコミュニティの代表者や、取り組みを行う団体のリーダーへのインタビューが行われました。

うまくいっていること

日本の医療は概して質がよく、制度を利用できる人には手ごろな価格で提供されています。これには、その中には、HIV陽性者への医療や、メンタルヘルスの支援も含まれます。

また、社会福祉や公的扶助の制度は権利として位置づけられ、公的医療保険を補完して機能しています。

一般に、これらによる支援は広くアクセス可能です。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響

1. COVID-19の検査、治療、予防に資源が回され、他の医療サービスや治療が減らされました。日本で近年、公衆衛生施設や職員の数が減少していることも、これに拍車をかけています。
2. 医療・保健の資源の多くをCOVID-19に振り向けているにもかかわらず、無料の検査は多くの場合、症状のある人や接触者の追跡などに限られてきました。多くの場合、治療は無料で行われていますが、民間のCOVID-19検査は高額なうえ、結果を知るのに数日かかります。
3. 東京都では、2020年4月に匿名の無料HIV検査が制限された結果、検査の実施件数が大きく減少し、多くの人が未診断となっている可能性があります。
4. 精神科の病院に入院するためには、PCR検査を受検しなければならなくなりました。しかし、患者の経済状態によっては、検査費用を負担できない人もいます。

改善のために必要なこと

1. 日本のUHCのためのシステムは、現状では、すべての国民の健康を改善するためというよりも、むしろ効率化のために管理されています。必要な人ではなく、お金を払える人が優先されています。この優先順位は変える必要があります。
2. 社会的に疎外された人々や脆弱な人々、特に安定した雇用のない人々が直面する資金的な障壁や、それ以外の障壁を軽減する必要があります。
3. 現行のシステムは世帯単位で運営されています。個人単位での運営を可能とすることで、女性や子どもの治療アクセスを促進し、支援による利益を直接受けられるようにする必要があります。
4. 公的医療保険や社会福祉、公的扶助について、人々が自分の権利を知り、制度にアクセスし、利用者にとって使いやすく、また個人として尊重される形でサービスを享受できるよう、情報と支援を提供する必要があります。
5. 女性を含む様々な人口集団や、公的扶助を受けている人々に対する「上から目線」の父権主義的な態度は改められる必要があります。そのためには、すべての人の尊厳を尊重し、秘密を守ることを優先する形での実績に基づいた運営と啓発が必要です。
6. 日本のメンタルヘルスサービスは伝統的に、幅広く利用可能ではあるものの、患者を支援するためよりも、むしろ治安維持が目的となってきました。そのため、多くの患者にとって否定的な経験となっている他、最も必要としている人が利用しにくいものとなっています。
7. 外国人住民が、その在留資格に関わらず、医療を受けられるようにする必要があります。

詳細情報については、以下ご連絡ください。

アフリカ日本協議会国際保健ディレクター　稲場雅紀　ajf.globalhealth@gmail.com