

# 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<sup>1</sup>、松元千枝<sup>2</sup>、津山直子<sup>3</sup>、廣内かおり<sup>4</sup>  
特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会

## 全体概要

### （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。

- 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

<sup>1</sup> ※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](mailto:ajf.globalhealth@gmail.com)

<sup>2</sup> ※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](mailto:chie.m.matsumoto@gmail.com)

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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

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）のプムズイレ・ムランボ＝スクカ事務局長は 4 月に声明を出し、「影のパンデミック」<sup>5</sup>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。

<sup>5</sup>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。

## 1. 総論 脆弱であるほど保健医療アクセスが困難＝日本の UHC の落とし穴＝

### (1) 本調査の趣旨

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、2010 年代以降、国際保健政策上の重要な柱となった。世界保健機関（WHO）は UHC を「すべての人が、経済的な困難に直面することなく、必要とする質の高い保険・医療サービスを受けることができる状態」<sup>6</sup>と定義する。

国際的には、日本は UHC の達成度が高いと認識されている。一方、日本において経済的・制度的・社会的・文化的に脆弱な状況に置かれている人々のコミュニティでは、保健・医療へのアクセスに多くの困難が生じていることが、当事者自身や支援団体、関係者によって報告されている。また、2020 年からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックでは、これまで脆弱な状況に置かれてこなかった人々も含めて、検査、治療、予防において、資源の限られた状態が生じ、需要が供給を上回って UHC が実現できない状況が生じた。COVID-19 対応が他の保健医療サービスの供給を阻害したため、非感染性疾患や他の感染症への対策へのアクセスにも障害が生じた。

本調査は、UHC の実現を目的とする国際機関「UHC2030」が呼び掛ける「UHC 誓約進捗状況調査」（State of UHC Commitment）と、それに呼応して、UHC2030 に参画する市民社会のネットワーク「市民社会参画メカニズム」（CSEM）が呼び掛けた「国別市民社会コンサルテーション」に応えて実施したものである。2019 年 9 月に開催された国連 UHC ハイレベル会合において採択された野心的な「政治宣言」の各国の履行状況について、政府からの情報のみならず、市民社会やその他のステークホルダーも含めて情報を集め、各国の UHC の進捗状況について、より包括的な情報収集と分析を行おうという試みである。さらに 2021 年から、国連の SDGs 進捗レビューの一環として行われる「自発的国別レビュー」（Voluntary National Review）の対象国を対象に行われることとなった。CSEM はこれに呼応し、「非感染性疾患アライアンス」（NCD Alliance）、世界民衆保健運動（PHM）、国連合同エイズ計画（UNAIDS）などと連携して、各国の市民社会に対して「市民社会コンサルテーション」を呼びかけ、アジア・太平洋、サハラ以南アフリカ、中東・北アフリカ、北米・中南米および東欧・中央アジアの 20 カ国の市民社会がコンサルテーションを実施した。本調査は、この一環として日本で行われたものである。

### (2) 本調査の手法

本調査では、COVID-19 下で明らかになった、日本の保健・医療アクセスの課題について、制度的・社会的・経済的・文化的に脆弱な状況にある各人口集団・社会集団（以下、「コミュニティ」と呼ぶ）の当事者、コミュニティ・リーダー、支援団体のリーダーおよび、公的医療保障制度や公衆衛生の運営にあたるスタッフや専門家など合計 19 名への聞き取り調査を行った。インタビューは COVID-19 の拡大時期と重なったことから、すべてオンラインで 60-90 分行った。聞き取り調査を行った対象者の中から 17 名の参加により、合計 2 回の「コンサルテーション会議」を開催して、特に脆弱性を抱えている人々における保健医療アクセスの現状を明らかにした。同会議は 2 時間をかけ、まず全体会においてインタビューの結果を説明したうえで、小グループに分かれて課題横断的に討議し、インタビューによって見出された事項について、より多角的な分析を行うことを主眼とした。本報告書では、協力者のプライバシー保護のため、個人名や団体名を付すことなく、協力者の行っている活動内容を説明する形で表記している。

### (3) 日本の公的医療保障制度の概要

日本は、UHC を高水準で実現している国だと国際的にもみなされている。その実現に寄与しているのが、日本の社会保障制度のうち、公的医療保険（健康保険および国民健康保険）と、これを補完する各種の社会福祉制度、ならびに、生活困窮の状況にある人に「健康で文化的な最低限度の生活」（憲法第 25 条）を保障する生活保護法に基づく公的扶助（保健医療については、医療を無料で現物給付する「医療扶助」）である。一方、結核については旧結核予防法時代から医療費が公費負担となっているほか、COVID-19 など指定感染症も、感染症予防・医療法によって医療費は公費負担となっている。社会福祉制度の中で、医療アクセスの最大の壁となる自己負担額の軽減を

<sup>6</sup> WHO の UHC に関するウェブサイト参照。

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

担うのが、例えば身体障害者・精神障害者の医療費を負担する国の制度である「自立支援医療」および地方自治体（都道府県）の障害者医療費助成制度のように、税を財源として医療費の自己負担を軽減する制度である。また、医療機関が、自己負担額を軽減して生活困窮者に幅広く医療を提供するための制度として、社会福祉法および法人税法に基づく「無料低額診療」制度がある。

生活困窮者に最も包括的に医療を保障しているのが、生活保護法に基づく公的扶助、特に医療扶助である。日本において、最貧層にも一定水準の医療アクセスが保障されているのは、この医療扶助によるものであり、本来、最貧層を含めた日本の UHC 実現の根幹をなす制度であるといえる。

医療ニーズを持つ生活困窮者においては、医療に持続可能な形でアクセスするために、生活の再建も必要である。2008 年のリーマン・ショック以降の世界金融危機において増大した生活困窮者層に対して、住居確保のために家賃を支援する「住居確保給付金」を設置したり、以前からあった「生活福祉資金貸付制度」の見直しを行うなどし、個々の生活困窮者の状況に合わせて各種の制度を組み合わせ支援していくために、2013 年、生活困窮者自立支援法が策定され、各地方自治体に窓口が設置され、生活困窮者自立支援制度の運用が開始された。上記が、本調査で取り扱う公的医療保障制度の概要である。

#### （４）脆弱な状態に置かれたコミュニティ

本調査は、脆弱な状態に置かれたコミュニティの保健・医療アクセスにおける、これらの制度の課題について究明するものである。日本社会は 60-70 年代の高度成長期以降 90 年代初頭まで、いわゆる「分厚い中間層」を中心に、格差が比較的少ない経済社会を形成してきたとされる。この「中間層」は、高度経済成長以降に発展した企業社会において採用された長期安定雇用をベースにできあがったもので、その基盤は、日本が近代以降営々と築いてきた同質性の高い社会にある。この同質性は、血統主義に基づく国籍・戸籍制度と家父長制、異性愛主義、生産性および企業への忠誠等をベースに形成されたものであった。そのため、これら同質性の枠の外側にある人々・コミュニティは、この時期にあっても、実質上、同質性の内側にある多数者層と同等には扱われてこなかった。

一方、80 年代以降、日本経済の停滞と高齢化、少子化の進行と、労働者派遣法の成立など、労働力の流動化を促す政策展開により、長期安定雇用が維持できなくなり、また、社会保障制度を財政的に支えることができなくなっていく中で、中間層はやせ細り、脆弱な状態にある人々の割合が増大してきた。この傾向は今後も継続するものと考えられる。

精神的な不調や精神疾患は、脆弱な状況におかれた人々の間に幅広く共通してみられる。これは、不安定で障壁の多い生活、子どものころからの虐待や身体的・精神的暴力の経験などに関わりがあると考えられる。戦後日本社会において、精神疾患に関わる保健・医療は主に治安問題として認識され、医療の質の向上は置き去りにされてきた。また、人々が保健・医療にアクセスし心身の回復を遂げるには、自分の保健・医療課題を発見し、その解決の役に立つ医療機関等を見出し、たどり着き、そこで提供されるケアを受け入れ、信頼のもとに少なくとも一定期間の治療を経る必要がある。このプロセスは、医療の需要側にある人々と、供給側にある福祉・保健・医療機関の共同作業によって乗り越え可能となる。制度・距離・費用の課題はこれらを阻む絶対的な障壁であり、人々やコミュニティに対する医療・保健アウトリーチの有無、提供される医療の質、このプロセスにおいて人々が経験する公然・非公然の差別やマイクロアグレッション<sup>7</sup>、信頼関係の構築努力の欠落は、人々に医療・保健サービスへのアクセスを断念させる実質的な障壁であるといえる。本調査では、保健医療アクセスの障壁や阻害要因の究明において、医療コストなど経済的障壁に加え、制度的障壁、および社会的・文化的障壁の存在を重視し、その実相を究明することを試みた。

---

<sup>7</sup> マイクロアグレッションとは、日常的に使われるありふれた言葉や行動による、もしくは、人間関係や社会環境により間接的に示される侮蔑的な行為であり、意図的かどうかに関わらず、脆弱な状況におかれた人々に向けて、軽視し侮辱するような敵対的、中傷的、否定的なメッセージとなるものをいう。たいいていの場合、明確な意図をもって行われるものではなく、行使している人々はそのことを意識していない場合が多い。

## **(5) 全体に関わる課題**

### **a) 脆弱性が大きいほど、保健医療へのアクセスから回復にいたる時間、労力、コスト、忍耐が大きい**

本調査で見いだされた、全体性に関わる最も大きな課題は、個々人が抱える脆弱性が大きいほど、保健医療サービスを通して、回復に至るまでに費やす時間、労力や忍耐などの総合的コストが高くなり、人々が保健医療アクセスを断念する要因となっていることである。実際、現代日本においてもいまだ多数派を形成する長期安定雇用層においては、保健医療へのアクセスは公的医療保険によってほぼ自動的に実現している。保険料は給与から自動的に天引きされており、そのコストは通常、強くは認識されない。また、病院では保険証を提示し、医療費の3割までを自己負担することで自動的に医療にアクセスできる。医療費が一定以上の高額にわたる場合は、自己負担の上限が「高額医療費制度」によって定められており、それ以上払う必要はない。ところが、人々が何らかの脆弱性を持ったとたんに、保健・医療アクセスが阻まれ、そのコストが急激に上昇する。その主な理由は、こうした場合に活用することになる、税を財源とした社会福祉制度や公的扶助が、硬直的で制度を運営する側の都合が優先され、当事者本位の運営がなされていないこと、当事者が制度を知って申請する以外に制度適用の可能性がないうえ、申請において当事者に多くの労力的、精神的・感情的負担を強いる構造になっていることである。

### **b) 社会保障制度に関する教育や情報提供がなされていない**

もう一つの全体的な課題は、日本では、公的医療保険、社会福祉、公的扶助など、人々の生活や健康を支える社会保障制度について包括的な情報を得る機会がほとんどないということである。社会保障は中学および高校の「公民」に含まれているが、文科省の「学習指導要領」では「少子高齢社会における社会保障の充実・安定化」という論点が優先され、制度本来の趣旨や各制度の仕組み、申請や活用の方法などは学習の対象に含まれていない。社会生活の中でも、それについての教育や啓発の機会がほとんどない。そのため、制度の趣旨や設置理由、運用の在り方、また、自分がそれらの制度を活用してもよいのかどうか、といった基本的なところから、市民の基本的な理解が欠落している。まして、これらを適切に活用する方法について、あらかじめ把握している人はほとんどいない。社会福祉、公的扶助等について十分な知識もないなか、地方自治体の窓口と交渉し、情報を集め、申請を行わなければならないのである。

これらの制度は、「健康で文化的な最低限度の生活」という基本的人権を保障する趣旨で設置されているが、この趣旨に沿った制度運用がなされているわけではない。特に生活保護法に基づく公的扶助については、長らく、申請者に必要な支援を提供することよりも、なるべく支給数を減らしコストを削減することを優先して運用されてきており、窓口では、何かと理由をつけて支給を渋る対応がなされてきた。結果として、公的扶助について SNS 等で流通する情報は、アクセスの困難さばかりを印象付け、生活に困窮する人々に申請をあきらめさせるような情報に偏っている。また、制度の本来の趣旨やあり方が共有されず、誤情報が拡散されることにつながってしまう。実際、SNS における生活保護に関わる情報は、多くのデマやフェイク情報を含んだものとなっており、人々が申請を手控える理由となっている。

社会保障制度に関する理解の不足は、脆弱層においてのみ生じているわけではない。生きるうえで困難な状況が生じたときに社会保障制度を活用するのは市民の権利であることが教えられておらず、また、申請から活用に至る方法などを含めた体系的な教育が学校教育でも社会生活においても提供されていないため、日本の多くの人々は自国の社会保障・社会福祉制度についての基本的な理解を有していない。その結果、日本の UHC を担保する公的医療保障制度は、国際的な高い評価の一方で、市民に対する制度の教育・周知の努力の欠落によって国内での理解が進まず、結果として、制度の安定性を損なう結果となっている。これについて、政策決定者層の自覚が必要である。

### (1) 経済的障壁

#### ① 不安定雇用・低賃金と保健医療アクセス

日本では、過去 30 年の間、規制緩和等によって正規雇用による長期安定雇用層が継続的に減少し、非正規雇用層が拡大してきた。非正規雇用の割合は、1984 年に 15.3%であったものが、2020 年には 38.4%に達した<sup>8</sup>。この非正規雇用率はジェンダーおよび年齢によって大きな差があり、女性の非正規雇用率は 2019 年で 56.0%なのに対し、男性は 22.8%である。また、男性の非正規雇用率が若者（24 歳未満：2019 年で 21.6%）および高齢者（65 歳以上：2019 年で 73.3%）において高いのに対し、女性の非正規雇用率は 35 歳以上から拡大し、35～44 歳で 51.6%、45-54 歳で 57.7%、65 歳以上では 82.0%にのぼる。正規雇用と非正規雇用では賃金についても格差がある。2019 年の統計<sup>9</sup>によると、正社員・職員平均で月 32.5 万円に対し、非正規等それ以外では 21.2 万円（65.2%）と、10 万円近い差がある。また、ジェンダーにおいても開きがあり、男性正社員等平均が月 35.1 万円に対し女性正社員等が 26.9 万円（男性の 76%）、非正規等の正社員以外の雇用で見ると、男性が 23.5 万円に対し、女性が 18.9 万円（80.4%）となっている。

不安定雇用や低賃金にあえぐ人々にとって、公的医療保険や年金の保険料負担は重い。保険料は賃金の 14-18%の定率に定められ、所得の低い層には逆進性があり、可処分所得を圧迫する。この金額の保険料を払っても、医療費の 30%は自分で負担しなければならない。さらに、自営業や零細企業被雇用者などが加入する国民健康保険（国保）や国民年金では、滞納した場合、保険証の返納や「短期保険証」などへの置き換えにより、一時的に医療費の全額支払いを求められることにもなる。

「困窮した人が一番初めにギブアップするのは、保険料を滞納せずに払っていくこと。で、いざ病気というときに大変になる。路上でセックスワークなどの仕事をしている女性は、国民健康保険にそもそも加入していないことが多く、住民票を移動してなくて、加入しようにも余計な手続きがいる場合も多い。」（貧困女性の課題・労働問題に取り組むジャーナリスト）

「保険料を滞納していると、病院に行けず、薬局で売っている市販薬を自分で服薬するので、余計に金がかかってしまう人もいる」(DV 被害女性支援団体スタッフ)

#### ② ジェンダー格差と制度の不備、保険対象外の医療サービス

雇用の不安定化と賃金の低下は、特に女性に深刻な影響を及ぼしている。先に見た通り、非正規雇用率は女性が男性の 2 倍以上、非正規における賃金支払いは、女性の賃金が男性の 8 割にとどまり、特に単身女性や単身で子育てをする女性（シングルマザー）で保健医療アクセスへの影響が大きい。また、世帯単位で運営されることから、貧困世帯の場合、親が保険料を滞納している結果、子どもが受診できない事例がある。また、被扶養者である女性や子どもが、世帯主である男性との関係で医療アクセスを躊躇する事例も存在する。

日本の医療サービスの多くは公的医療保険の対象となっているが、多くの予防や検査などは対象から外れている。また、女性にとっての大きな問題は、性被害によって妊娠した場合を除いて、妊娠中絶の費用が公的な医療費支援の対象となっておらず、医療保険も適用されないことである。性被害による妊娠についても、申告して認められて初めて公費負担となる。申告は精神的な大きな負担と苦悩を伴い、また、ハードルも高い。これにより、生活に困窮した状況で、様々な理由から中絶を望む女性が、支払いができず中絶を選択できないまま産み落とす結果となり、胎児を遺棄するという重大な事件にもつながることがある。また、精神疾患を含む精神的な不調は脆弱性を抱える人々に多くみられるが、精神医療のカウンセリングの多くは保険適用とならないため、カウンセリングの受診を断念する事例が多くある。

<sup>8</sup> 総務省統計局「労働力調査」

<sup>9</sup> 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」2019 年



「出産の場合、住所があればなんとかなるが、中絶する場合、公的な補助がない。生活保護を受給している場合は、望まない妊娠や性暴力で妊娠したという場合には中絶費用が出る。しかし、生活保護を受給していない場合は、強姦被害の場合は公的負担となるが、それ以外の中絶費用は自己負担。結果として、生み落とした乳児を殺害するといったケースにもつながる。中絶のところでサポートがあれば、そうした事件や、児童虐待などを減らせるのではないか」(DV 被害女性支援団体スタッフ)

「親が保険料を滞納していて、子どもが医療を受けようとしたら、いったん 10 割負担で、その後割り戻しになるといった場合、医療が受けられなくなる」(若者の支援に取り組むケア・ワーカー)

「カウンセリングが保険適用になるとよい。精神疾患があり、薬だけでは済まない。保険適用がないカウンセリングなどの医療サービスが必要な若者が多い」(若年女性の支援団体スタッフ)

### ③ 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の影響

日本の貧困層は COVID-19 の社会・経済的な影響を強く受けている。日本では、COVID-19 拡大後も、検査・隔離・治療の供給を拡大できず、検査体制は断片的でアクセスの方法もわかりにくい。COVID-19 の検査は、発熱などの症状があったり、陽性者の濃厚接触者と判断されない限り、無料の行政検査の制度を活用できず、自己負担で受けざるを得ない。地域の民間クリニックなどで受ける場合、コストは 2 ～ 3 万円に上る。また、COVID-19 に関わる医療は、陽性判明後は無料となるが、判明以前は有料であり、その時点でのコストが問題となる。一方、COVID-19 に関わる業務が保健所の業務を圧迫したことにより、昨年 4 月から、数か月の間、保健所で提供されていた HIV 匿名無料検査が行われなくなった。これは HIV 検査を受けるインセンティブを下げ、エイズ発症で HIV 陽性が判明する人が増えた。COVID-19 に関わる医療ニーズが他の医療ニーズを圧迫したことにより、保健・医療アクセスを阻害するケースは、HIV に限らず非感染性疾患 (NCDs) に関しても存在する。

「精神医療などで病院に入院する場合、その前に PCR 検査を求められる場合が多いが、行政検査に乗れない場合は『社会的検査』とみなされ、自己負担となり、検査費用は 25000 円くらいする。払って PCR 検査を受けないと入院できない。」(若年女性の支援団体スタッフ)

「日本は公衆衛生の政策に力が入れていない。保健所が半減され、コロナが流行ればコロナばかりになり、キャパシティがないから HIV 検査ができないということになった。そうなってもだれも責任を取らない」(HIV 啓発コミュニティ・センターのスタッフ)

## (2) 制度的障壁 1 : 国籍および家父長制に関わる制度的障壁

様々な脆弱性を抱えながら日本に生きる人々にとって、制度的障壁は、経済的障壁と相まって、保健・医療アクセスを阻害する主要な要因の一つである。

### ① 在日外国人に関わる制度的障壁

在日外国人のうち、在留資格をもたない外国人が 2021 年年初の段階で 83,000 人弱、難民申請をして 3 か月未満の在留資格を確保している人が数千人、さらに、様々な理由で期間 1 ～ 3 か月の「特定活動」の在留資格を得ている人や、在留資格 90 日以内の「短期滞在者」が数万人存在している。これらの人々は公的医療保険、社会福祉、公的扶助のいずれからも体系的に排除されており、適用を受けられるのは結核など一部の感染症の医療費公的負担制度などに限定されている。生計が困難な人に無料または低額で医療を提供する「無料低額診療事業」が、こうした外国人の医療アクセスに一定の役割を担ってきたが、同事業を担う病院は数が限られており利用は極めて限定的である。また、政府の「医療ツーリズム」促進政策の影響で、多くの公的基幹病院が無保険外国人を富裕層の「医療ツーリズム」顧客とみなして医療費を日本人の 2-3 倍に値上げしたため、無保険の重症患者が「無料低額診療事業」を行う医療機関に集中した。この結果、多くの病院で無料低額診療の予算をはるかに超える外国人患者の医療費が生じることになった。さらに COVID-19 パンデミック以降の病院の経営悪化で外国人を同事業の対象者からはずす病院が相次ぎ、同事業を通じた在日外国人の医療アクセスは極めて困難な状況となっている。

日本では非正規滞在の外国人は、その理由によらず全員、入国者収容所等に収容するという「全件収容主義」政策がとられている。収容の長期化や体調不良などに応じて一部は「仮放免」されているが、就労は禁止され、県境をまたいで移動も届け出制となるなど厳しい管理がなされている。期限を定めない長期収容により、心身を病む人も多いが、収容所における医療アクセスは不十分であり、また、仮放免者は友人や民間団体等からの限られた援助によって生活している上、ほとんど全ての公的な医療保障制度から排除されているため、医療アクセスは極めて困難である。

外国人技能実習制度により日本で就労している現在 40 万人弱の技能実習生は、「実習」を名目とした低賃金や転職の制限などに直面しており、保健医療アクセスにも問題を抱えている。本来は、妊娠や結核などの疾病への罹患によって「技能実習生」としての法的地位が揺らぐわけではないが、実習前の本国での研修や、日本国内で監理団体や就労先から「妊娠したら技能実習を継続できない」「結核に罹患したら解雇」などと言われ、一方で自分の権利やその行使の方法については伝えられないため、例えば妊娠しても誰にも相談できず、医療にもアクセスできないため、安全でない方法での中絶につながるケースが多発してきた。また、結核についても、こうした背景から、本来、公費負担で治療を受けられるにもかかわらず、治療できずに帰国させられるケースが起きている。日本政府は技能実習制度の拡大、「特定技能」在留資格の新設などの法改正においても、「『移民政策』を取らない」との公式見解を繰り返しており、技能実習生などが日本で継続的に生活を営んでいくための支援が乏しい。その結果、実習生は、社会保障や地域社会からの情報や支援を受けにくく、妊娠や疾病といった健康・医療上の問題に直面した場合に、他の外国人に比べても不利な立場に置かれることが多い。これは制度及び政策の不全がもたらした結果である。

「在留資格のない人や、難民申請中で 3 か月未満の在留資格しかもっていない人は、医療保険も入れず、社会福祉や各種支援制度の対象外となり、就労もできない。基本的な生活が営めず、生存の危機にさらされています。この人たちが最も大変な状況にある人々です」(在日外国人支援・政策提言団体スタッフ)

「収容を経験した仮放免の人たちは、うつ病など精神疾患にかかっている。収容中は適切な医療を受けられず、薬だけ飲まされるので精神状態が悪くなる。仮放免で外に出ても、保険がないため医療費が高く、なかなか病院にかかれない」(在日外国人支援・政策提言団体スタッフ)

「もともと在日外国人の医療アクセス整備が不十分だったところに、外国人の『医療ツーリズム』促進政策が進み、医療機関も海外からくる富裕層を受け入れ、貧困な在日外国人は受け入れないという傾向が強まった。その結果、貧困層が無料低額診療事業を行っている病院に集中し、病院の経営を圧迫、さらにコロナ禍での経営悪化により無料低額診療事業から撤退する医療機関が増えている。悪循環に陥っている」(外国人医療に取り組む医師)

「技能実習生制度は「移民政策はとらない」という原則に基づいて設計され、「期間満了で全員帰国」が前提だ。在日外国人が問題を抱えたときに最初に頼るのは、同国人たちのコミュニティだが、技能実習生には、こうしたコミュニティの基盤の弱い国から来ている人も多い。制度的にも保護が弱い立場にあり、同国人コミュニティにも頼れない技能実習生が、例えば結核を発症したり妊娠した場合に、解雇されたり、帰国を強制されたりするケースが後を絶たない。外国人労働者の受け入れに当たって、政府はその「生活者」としての側面について、多文化共生のシステムを整備し、不当な扱いを防ぐ責任がある。それをしないことで、「不当な搾取」を容認する政策となっている。」(外国人医療に取り組む医師)

## ② 保健医療アクセスを阻む世帯単位の公的医療保障制度

日本の社会保障制度は基本的に「世帯単位」で運営されてきた。日本の世帯に多い、夫・妻・子どもで構成される核家族の場合、世帯主は夫である男性になることが多い。特に健康保険において女性や子どもが、世帯主や家族に知られることを恐れて保健・医療アクセスが遅れるケースが存在する。特に、妊娠をはじめとするセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (SRHR) に関わる課題や精神疾患などは、公的医療保険や社会福祉が「世帯単位」で運営されていることがアクセスの制度的障壁になっている。

一方、生活保護法に基づく公的扶助については、生活保護受給を減らして公的支出を抑え、また、いわゆる「不正受



給」をなくすことを名目に導入された「扶養照会」制度（次ページ参照）により、多くの人々が、生活保護申請をためらい、結果として、医療扶助の適用による保健医療アクセスを遅らせる理由となっている。

平時の公的な医療保障制度のみならず、COVID-19 や災害等に関わる各種の支援金、給付金なども、原則として世帯単位で適用されるものがほとんどである。COVID-19 の際に家計支援として一人につき 10 万円が支給された「特別定額給付金」についても、原則、世帯単位だったため、世帯主による暴力や虐待の対象となっている人に届かないといった問題が生じた。

「保険を使って病院にアクセスするのに親に言わないといけないんだったら病院には行かない、と、『親の壁』で健康の問題を放置することがよくある。親からの虐待の問題などを抱えてきた高校生等のサバイバーは特に『親の壁』の問題を抱えている。親の日々の様子を見ながら生活をしてきた子どもたち、母親のパートナーの関係で生活が揺さぶられてきたような子どもたちは、親に言わないといけないくらいなら、言わないで我慢することが多い。」（若者の支援に取り組むケア・ワーカー）

「貧困な家庭でなくても、この『親の壁』の問題は起こる。持ち家の家庭の方が、相談の件数は少ないが深刻。自分だけそうなんじゃないかと思いきんできたり、意を決して相談しても、相談を受けた側が慣れておらず、上から目線で返事をしてしまったりして、子どもが言いだせない状況を作ってしまう。問題が明らかにならないので対処が遅れてしまう」（若者の支援に取り組むケア・ワーカー）

「医療機関の側も、最終決定者は子ども本人のはずだが、保護者を連れてこい、と言いつつなど、『保身医療』の傾向がかなりある。」（若年女性の支援団体スタッフ）

### **（３） 制度的障壁 ２： 社会保障制度の設計や運用に関わる課題**

#### **① 社会福祉・公的扶助の設計と運用**

公的医療保険（健康保険、国民健康保険）でカバーされない医療費の自己負担分が支払えない状況にある人が医療にアクセスするためには、社会福祉や公的扶助（特に医療扶助）を活用する必要がある。これらの制度を申請しようとする人の多くは、当然、何らかの脆弱性を抱えた状態にある。問題は、これらの制度が、前項に見た「世帯単位」での適用を含め、脆弱な状況にある人が利用しやすいような設計になっていないことである。さらに、政府や地方自治体の財政悪化の中で、特に公的扶助については、必要な人に積極的に給付するのではなく、様々な理由をつけて支給を渋る運用がなされてきた。その結果、制度利用申請のハードルが上がり、脆弱性が大きいほど利用しにくくなっている。そのため申請を躊躇してしまい、症状が悪化してから医療にアクセスせざるを得なくなるといった深刻な事態が生じている。

「制度を理解できる人はだいたい、企業などに安定雇用されていて何もなくてよい。逆に、制度を理解できない状況にある人の方が、何もかも自分自身でやらないといけない制度になっている。弱い立場にある人ほど、いろんな書類を作って申請することになっている。」（生活困窮者支援団体スタッフ）

#### **a) 公的扶助**

生活保護法に基づく公的扶助は、生活に困窮した人々に対して、最低限の生計費（生活扶助）や家賃（住宅扶助）、医療（医療扶助）など「健康で文化的な最低限度の生活」を保障する包括的な制度である。医療扶助は生活保護利用者に医療サービスを無料で給付する制度であり、さまざまな脆弱性の結果として低所得、生活困窮にある人々に医療を保障し、日本の UHC を「誰一人取り残さない」サービスとして実現するうえで死活的に重要な制度である。しかし、生活保護の費用を負担する政府および地方自治体は、財政負担を嫌い、窓口で生活保護申請を断る「水際作戦」をたびたび実施、場合によっては「不正受給」キャンペーンを行って、生活保護利用者に対する偏見を強化してきた。さらに、2014 年の生活保護法改正で、生活保護申請者の親族に扶養能力があるかを申請先である地方自治体の福祉事務所が確認する「扶養照会」の強化が盛り込まれた。実際に支援現場では、多くの生活困窮者が生活保護申請を忌避する場面に多く直面している。日本において生活保護を受けることができる低所得世帯のうち、

実際に生活保護を受給している世帯の割合は9%～20%にすぎない<sup>10</sup>。

一方、地方自治体で生活保護申請を扱う福祉事務所でも、福祉の専門職の採用が減り、非正規・臨時雇用の職員が就労支援や面談業務の一部を担当する自治体が増えている。非正規職員は、自らも低賃金や不安定雇用に悩みながら、福祉に関する専門性を得ることもできずに業務についている。さらに、職員数が削減される中で、一人が多数の利用者を担当するようになり、ケースワーカーが過重労働に陥っている。必然的に、生活保護利用者と対立関係に陥りやすい。

「県庁所在地の都市でも、福祉の専門職を一人も採用しない自治体がある。職員の意識は低く、使命感のない職員が仕事でやっているケースが多い。さらに、窓口職員の非正規化が進んでいる。窓口職員は待遇も恵まれておらず、生活保護利用者に対して、何のつもりなのか、私は我慢しているのに、という怒りを持つことも少なくない。当事者同士の対立が煽られ、ますます申請を躊躇することになっている」（生活困窮者支援に取り組むケア・ワーカー）

「生活保護で病院にかかる場合、受付で福祉の医療券を見せ、生活保護を受けていますと伝えて、受付の人が福祉事務所に電話して確認をして、OKであれば医療アクセスが受けられる。受付でのひと手間ひと手間が屈辱的なので、病院に行かない、という人の話はよく聞く。医療機関によっては、わざと周りに聞こえるように大声でいうようなケースもある。そうすると、『もう絶対病院に行かない』ということになってしまう。」（DV被害女性支援団体スタッフ）

## **b) 生活困窮者自立支援制度**

2008年のリーマン・ショックにより生活が困窮する人が増加した。公的扶助を受給する手前で、複数の制度を本人の需要に沿って組み合わせ、活用することにより生活を再建することを目的に「生活困窮者自立支援制度」が2015年にスタートした。同制度は、各地方自治体に相談窓口を設け、必要な公的サービスやNPOなどによるサービスを組み合わせ生活再建につなげるというもので、保健医療に関しては、特に生活に困窮し医療にかかれない、という人に対して、無料低額診療事業を紹介して医療につなぐなどが可能である。生活の再建については、生活福祉資金の特例貸付や、家賃の支払いに充てる住居確保給付金の給付などが中心となる。この制度の特徴は、様々な脆弱性を抱えて相談に来た人に対して、その人が必要とするサポートを提供できる制度を需要に照らして組み立て、生活再建につなげることである。この相談の質は、自治体によって大きく異なる。ある自治体では、例えば生きづらさを抱えた若者への伴走支援ができていたが、別の自治体では、事実上、住居確保給付金の申請窓口にしかなっていないなど、自治体および相談窓口を担う受託団体の実力が問われる状態となっている。

「日本の社会福祉制度は、本人の申請に対して給付を行うということで、自分で探して、適切な申請をしないといけない。生活困窮者自立支援制度は、相談員がその人の抱えている悩みを解きほぐしながら、道筋を考えて、交通整理をする、伴走型の支援が本来である。しかし、ある自治体では、そういった自立支援が研がいがいい化し、特定の制度の申請業務に埋もれてしまった」（生活困窮者支援に取り組むケア・ワーカー）

「生活困窮者自立支援制度は、窓口ができたのは良かったが、職員が使えるメニューに乏しい。使えるタマがないので、新型コロナで生活福祉資金の貸付に頼ることになった。生活困窮者に資金を貸し付けることには問題が多い。また、相談窓口を民間委託するケースがあるが問題が多い。安い見積もりを出して落札してしまい、行きつくところは福祉の市場化。その結果、地域に根付かないという問題が起きている。」（生活困窮者支援団体スタッフ）

## **② 公衆衛生及び医療の体制とCOVID-19の影響**

### **a) 公衆衛生や感染症医療の弱体化**

2020年上半期のCOVID-19の最初の拡大に際して、日本で問題となったのは、検査・隔離・医療体制の規模拡

<sup>10</sup> 厚生労働省は「統計データから生活保護の捕捉率を算出することは技術的にできない」とする（「生活保護基準未満の低所得世帯数の推計について」、2010年）。公的統計から生活保護捕捉率を出す研究は、多くの研究者が行っており、算出された数値はおおよそ9%～20%の間である。

大が遅れたことである。その最大の理由は、90 年代後半以降に継続して展開されてきた、保健所を中心とする公衆衛生体制の縮小再編、および感染症病床の圧倒的な縮小である。1994 年の「保健所法」から「地域保健法」への改正により、保健所は都道府県および政令市が設置する保健所と、基礎自治体が設置する保健センターに分かれ、それぞれが縮小再編された。その結果、保健所の数は 1992 年の 852 施設から、2020 年には 469 施設へと半減した<sup>11</sup>。保健所の担う業務は広範囲・多角化しているが、保健師をはじめ、業務に就くスタッフの人数は絞られており、場合によって、平時における業務遂行にも問題が生じていた。

また、感染症病床も、1990 年代前半には全国で 1 万床を超えていたものが、90 年代末に急減して 3000 床前後となり、さらに 2000 年代以降には 1800 床にまで削減されて現在に至る形となっている。結果として、COVID-19 患者の増大に対して、病院がこれを受け入れることができず、保健所と医療機関の連携に支障をきたす状況となった。また、隔離施設の確保にも手が回らず、地域やタイミングによって、自宅待機せざるを得ない COVID-19 患者が数多く出る状況となった。

「保健所は一貫してスタッフが減らされてきた。保健師だけでなく、衛生環境や福祉などの担当スタッフも減らされ、平時でも仕事を回すのが難しい状況だ。感染症や災害などの突発事象は増えており、余剰に人がいないと対応できない」（公衆衛生に携わる機関のスタッフ）

「COVID-19 により、保健所では医療機関のやり取りに大変苦勞する。『コロナを診たくない』という医療機関が思いのほか多い。もともと感染症指定医療機関が診る話だったのが、一般病院も工夫して診ないといけな状況になっているが、それをしない医療機関も多い」（公衆衛生に携わる機関のスタッフ）

「保健所はずっとリストラに遭っている。人員を減らし、さらにタスクは増えた。公衆衛生が後退する中でコロナが生じた。さらに、外部委託が増え、人員配置を『効率』のみで考えてきた結果、多くの優秀な保健師が辞めてしまっている。前からの政策のかじ取りが弊害となった。ところが、誰かがこの状況に対して責任をとるわけでもない」（HIV 予防啓発・陽性者支援団体スタッフ）

## b) COVID-19 が HIV 対策に与えた影響

こうしたいわゆる検査・隔離・医療の「ひっ迫」状況は、特に脆弱性を抱える人々の保健・医療ニーズにも大きな影響を与えている。その一つが、保健所の業務ひっ迫による HIV 検査の途絶である。東京都内をはじめ、COVID-19 感染が拡大した多くの地域で、昨年 4 月以来、接触追跡調査などにより、保健所の業務がひっ迫し、HIV 検査が停止された。その結果、2019 年には 142,260 件あった全国の保健所での HIV 検査数が、2020 年には 68,990 件と半減<sup>12</sup>。東京でも 32,016 件だったものが 17,370 件へと急減した<sup>13</sup>。このように、自発意思による HIV 検査のアクセスが悪化したため、早期の発見が阻害され、発症して初めてエイズと分かる割合が増加した。HIV 感染者と AIDS 患者の新規報告数に占める AIDS 患者の割合は、2019 年に 26.5%だったものが、2020 年には 31.5%に上昇した。

<sup>14</sup>

「保健所の HIV 検査は、コロナの部署とかぶる。使えるリソースの制限もあって、平日にやっている HIV の無料匿名検査が止まってしまった。東京では 23 区や市部の保健所での検査がすべて止まった。」（HIV 啓発コミュニティ・センターのスタッフ）

「コロナで検査へのアクセスが難しくなり、検査数が減ったため、検査で HIV の新規感染が判明した件数がかくんと下がっている。今後、日和見感染症の発症、つまりエイズの発症により HIV 感染が分かる人の割合が増えることが懸念される。もともと、九州や東北地方では、エイズ発症で分かる人が全体の半分となっている。そもそも、コロナ下でも HIV 検査を受ける権利はあるはずだ」（HIV 予防啓発・陽性者支援団体スタッフ）

<sup>11</sup> 全国保健所長会「保健所数の推移」2021 年。

<sup>12</sup> 国立感染症研究所「2020 年の日本国内 HIV 発生動向」([リンク](#))

<sup>13</sup> 東京都保健福祉局「2020 年東京の HIV 感染者・AIDS 患者の動向及び検査・相談事業の実績」([リンク](#))

<sup>14</sup> 厚生労働省エイズ動向委員会「令和 2（2020 年）エイズ発生動向 概要」([リンク](#))

### c) 障害者・高齢者介助と COVID-19

高齢者・障害者も困難に直面している。医療供給体制の逼迫で、高齢者は COVID-19 の重症化・死亡のリスクが大きいにもかかわらず、地域・タイミングによって在宅療養を強いられるケースがある。また、認知症や障害を持つ高齢者が病院から拒まれる場合もあるが、COVID-19 に感染した高齢者の在宅介護の支援体制は不十分である。また、感染拡大期には、高齢者の日常生活のケア・支援を行うデイケアやショートステイの施設は閉鎖され、高齢者はこれまで受けられていたケアを受けられなくなっている。結果として、リハビリができず、身体・精神機能が目に見えて低下するといったことが多数生じている。支援のない状態での在宅介護の長期化は必然的に、ケアを行う家族などからの虐待の増加にもつながっている。少子高齢化によるケア需要の増大に対応して、政府は、地域の自立性・主体性に基づいた「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。一方で、高齢者が、需要に応じた多様で質の高い医療・福祉サービスを受ける権利は、政府の責任によって保障される必要があり、そのことが曖昧にされることはあってはならない。

重度の身体障害者は対面で介助を得て自立生活を実現させている。しかし、COVID-19 の感染リスクを避ける観点から、介助事業者が介助時間を減らしたり、派遣を回避する傾向が強まり、我慢を強いられる状況となっている。また、精神障害者や知的障害者はこれまで精神病院などへの社会的入院や施設収容を強いられており、その処遇の劣悪さも問題とされてきた。今、これらの施設では集団感染が多発し、「デルタ株」の拡散によってその深刻さも増している上、その閉鎖性もあって全貌が把握されていない。

「コロナのインパクトは大きい。認知症や障害を持っている人の場合、病院が受け入れてくれないケースが多い。在宅医療や訪問の体制が十分でなく、家族の負担が大きくなっている。また、デイケアやショートステイの施設が閉まってしまい、高齢者の一部は行くところがない。リハビリができず、身体機能がガタ落ちになる。家じゅう失禁だらけとか、階段から降りられないといった問題もある。家族の負担も大きくなり、虐待につながるケースもある」（高齢者支援・政策提言団体スタッフ）

「精神障害者は社会的入院の状況にある。知的障害者も施設収容が中心。本人が地域での自立生活を望んでいるのに、収容先の施設でクラスターが発生してしまっている。精神病院への社会的入院を含め、施設収容では、クラスター発生後、感染医療へのアクセスを拒否されたりする中、重症化、死亡といった最悪の状況を生み出しやすい。一方、地域生活では介護者や関係者の出入りによるリスクはあっても、感染予防に留意すればクラスターは発生しにくいことは強調されてよい。（障害者団体スタッフ）

### （４） 社会的・文化的障壁：ジェンダー、精神疾患と保健医療アクセス

#### ① ジェンダーに基づく暴力と精神疾患

非正規雇用、低賃金、SRHR サービスへの公的な資金支援の欠如以外に、保健・医療アクセスについてのジェンダー格差を作り出している問題は、女性の多くが、家庭内での虐待や性暴力を含む家庭内暴力（DV）を経験しており、その結果として精神疾患や精神的な不調に悩まされていることと、これが原因で必要な保健医療サービスへのアクセスができていないことである。

DV 被害者が利用できる福祉制度等については、申請時に行政担当者にこれまでの成育歴や結婚・子育ての経験などについて明らかにし、適格性を判断されることになる。このプロセスは当事者には苦痛である。一方、不安定・非正規雇用の場合、雇い止めや金銭的負担を心配するため精神的・身体的不調などについて職場に相談しにくい。さらにコロナ禍により、苦勞して利用できるようになった福祉制度等を利用して医療機関に受診することも難しくなっている。

医療機関にアクセスできても、男性に比べて女性の方が、医療機関でハラスメントなどの問題を経験することが多い。医師等から一方的に生活態度を注意される、病気について説明してくれないといったこともある。こうしたマイクロ・アグレッション（４ページ注７参照）の積み重なりが、保健・医療アクセスへの社会的・文化的障壁となる。

「非正規とか低賃金の問題以前に、暴力の被害に遭っている女性が多い。子どものころから親・家族からの虐待に遭う。職場ではセクシュアル・ハラスメントやパワー・ハラスメントに遭う。結婚すれば夫からの DV がある。

人生の中で暴力の被害に複数回遭うことでメンタルヘルスに影響しているケースが多い」(貧困女性の課題・労働問題に取り組むジャーナリスト)

「これまでは、なんとか生活保護をもらって、ちょっとしたことで病院に言って安心を得る、という人も多かった。でも、コロナ禍になって病院に行きにくくなり、市販薬を買うのでお金もかかり、困っている人が多い」(DV被害女性支援団体スタッフ)

「ちょっとしたことについて説明がない。たしかに医療者側としては、混乱させないようにとか、本人が不安がるからといったこともあるかもしれない。しかし、ちょっとしたことで心理的なハードルが軽減されることもあるので、もう少し配慮してくれればいいのに、と思うことが多い」(DV被害女性支援団体スタッフ)

## ② セックスワークと医療アクセス

性風俗産業に従事するセックスワーカーは、セックスワークについての無理解や差別、偏見や固定観念によって、医療や福祉のアクセスが困難になっていることが多い。自治体によっては、当事者団体がつくったセックスワークに関する手引書を地方自治体が医療機関や保健所などに配布したり、研修を行ったりしているが、ごく少数の実践にとどまっている。また、保健所における性感染症の検査などは、セックスワーカーが利用できない時間帯に行われていることが多い。受けやすい日時・場所での検査体制が必要である。また、COVID-19 に関わる各種給付金制度が、風俗店やその従業員からの申請を考慮に入れずに設計され、性風俗産業自体が対象から排除されたり、申請において必要な配慮がなされていないなどの問題が生じている。

「風俗嬢は、仕事柄、性感染症の定期的な検査を受ける必要がある。しかし、差別を恐れて病院や保健所に仕事のことを言えないため、検査に行きづらい。匿名性を確保するために、わざわざ遠くにある病院に行くケースもある」(セックスワーカー当事者団体スタッフ)

「大都市の繁華街での感染拡大が『夜の街』から始まったと言われ、偏見が広がった。最初は給付金からも除外された。風俗嬢はもらえることになったが、申請のときに、子どもの休校補償について学校名、就業場所、業務内容について記述しなければならず、多くの人が困った。また、オーナーのサインが必要だが、サインしてくれないケースもあった。」(セックスワーカー当事者団体スタッフ)

## ③ 薬物使用と保健・医療アクセス

日本における薬物使用は、覚せい剤やいわゆる「危険ドラッグ」などの「違法薬物」の使用と、病院で処方される処方薬や市販薬の自己使用とがある。最近では後者がますます顕在化している。その背景としては、処方薬については、公的医療保険を活用して安価で購入できること、市販薬については、使用方法について SNS などで情報が流通していること、購入もネットでできることなどがある。

違法とされる薬物を使っている人々は、通報を恐れ、医療・福祉機関へのアクセスを躊躇する傾向にある。また、違法薬物への依存による精神障害については、「犯罪」とみなされ、障害年金の受給ができなくなる。そのため、医療機関で薬物使用について話すことが困難になる。すると、適切な治療に結びつかず、薬物使用が精神的・身体的な健康被害に結びつきやすくなる。一方、処方薬を自己使用している人は、病院にアクセスしないと確保できないので、逆に、処方薬を得るために病院にアクセスすることになる。薬物依存の背景には、脆弱な状況に置かれてきたが故の精神的な不調、疾患、トラウマがある場合が多い。しかし、心理カウンセリングが保険適用されない場合が多いため、低所得層にとって高額でアクセスできず、ハードルが高くなっている。また、政府の薬物政策には「ハームリダクション」(健康被害の軽減)という考え方が採用されておらず、薬物使用者が適切な福祉・保健・医療サービスにアクセスすることが難しい。

「若い人たちが処方薬や市販薬の自己使用に流れている背景には、SNS の影響が大きいと考える。実際、違法行為ではないし、経済格差や先行きの見えない不安がある中で、処方薬や市販薬の自己流の使用で一時的にでも乗り切れるのであれば、SNS 上の情報は、生き延びるために貴重と思える」(薬物使用者支援・政策提言団体スタッフ)

「一方、心理カウンセリングが保険適用でなく、高額で、トラウマや傷つきのケアへのアクセスのサポートが十分でない。そうするとますます処方薬や市販薬の自己流使用に救いを求めたくなる人がでてくるだろう。ハードルを下げる努力が必要」(薬物使用者支援・政策提言団体スタッフ)

#### ④ 生活保護受給に関わる差別・偏見と固定観念

長年にわたって、制度の趣旨をゆがめる形で生活保護制度が運用されてきたことは、社会に広範に存在する生活保護利用者に対する差別意識、受給当事者や生活困窮者における、生活保護に対する差別意識の内面化の問題をもたらしている。実際に生活に困窮し、保健・医療ニーズのある人々自身が、自らに生活保護受給の適格性があることを認知せず、また、認知しても、申請を嫌がる状況が生じている。厚生労働省は COVID-19 による経済的危機に直面して、ようやく、「生活保護受給は人々の権利」と表明し、悪名高い「扶養照会」についても、申請者本人の意向を尊重するようとの見解を示した。しかし、これまで数十年にわたる運用によって傷ついた制度や、染みついた偏見をなくしていくには困難が伴う。

「相談に来る人々が、社会の仕組みを学ばないまま今に至ってしまったことが大きなリスクになっている。職場を解雇されても、解雇法制を知らない。失業給付や雇用保険についても知らないので請求もしない、など、社会教育が欠けている。中学、高校でセーフティネットの仕組みを教えることが必要だと思う」(生活困窮者支援に取り組むケア・ワーカー)

「生活保護は一度受けたら抜けられない、車や家があったら受けられないと思っている人もいる。生活保護になったら働いてはいけないと思っている人もいる。ちょっとでも働きたいから生活保護を受けたくない、という人が多い。」(生活困窮者支援に取り組むケア・ワーカー)

「一方、コロナで社会の共感性は高まり、貧困問題へのメディアの取り上げなども増えてはいる。厚生労働省が『生活保護は権利』というようになったのは大きな変化と言える。」(生活困窮者支援団体スタッフ)

### 3. 結論：「誰も取り残さない」UHC を実現するための制度見直しの提言

#### (1) 問題の整理

本調査において、脆弱な状態に置かれた人々の保健・医療アクセスについて、私たちが見出した、今すぐに取り組むべき全体的な課題は以下のとおりである。

- ① 日本の保健・医療アクセスを担保する公的医療保険、社会福祉、公的扶助の体系においては、脆弱性が大きいほど、これらの制度を活用するための労力、時間、コストなどが大きくなるという逆説が存在する。
- ② 日本では、これらの制度について、公教育で十分に教えられておらず、社会生活の中でも情報が十分に提供されていない。学校教育においても、社会生活の中でも、これらの制度が人権の保障として設置されているという制度存立の根拠や、必要な時にどのように利用するかという「ライフスキル」としての情報提供が行われておらず、結果として、人々は、問題に直面して初めて、何の準備もないままにこれらの制度を申請しなければならない。

上記二つの課題と、以下のような個別的な障壁や制度の不全との相互作用により、脆弱な状態に置かれた人々の保健医療アクセスが阻害されている。

- ① **経済的障壁**：長期・安定雇用にある中間層がやせ細り、非正規・不安定雇用と低賃金にある人々が増加している。その影響が、ジェンダー格差の構造に沿って、特に女性に大きく及んでいる。
- ② **制度的障壁**：まず、特に在留資格のない非正規滞在の外国人がこれらの制度のほとんどから制度的に排除されている。また、制度が「世帯単位」で運用されているため、特に被扶養者などとして位置づけられがちな女性や子どもが主体的に制度を運用することが難しい。社会福祉制度や生活保護制度については、申請が難しく、また、特



に生活保護については、適格性のある人の受給を促進するのではなく、むしろ申請を忌避する対応が行われてきた。その結果、制度自体がスティグマ化される傾向にある。

- ③ **社会的・文化的障壁**：同質性の強い社会において、異質性を抱えた人々が差別や偏見、社会的排除などにより脆弱な状態に置かれてきた。脆弱な状況にある女性の多くが、虐待や性暴力、パワー・ハラスメントを含む暴力にさらされてきた。また、男性も含め脆弱層は、こうした暴力や先行きの見えない不安により、精神疾患や精神的な不調を抱えていること。これらがいまって、保健・医療アクセスへの躊躇や断念等につながっている。
- ④ **公衆衛生・感染症対策への低投資**：公衆衛生や感染症対策が特に 21 世紀以降、体系的に弱められ、低投資によりキャパシティ不足に陥っていた。そこに COVID-19 パンデミックが起こったため、検査・隔離・医療需要の急速な増大に対応して供給を拡大できず、対策に失敗する結果となっている。

## （２） 将来展望と提言

上記の課題を克服し、脆弱な状態に置かれた人々を含めたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を実現するために、私たちは以下の提言を行う。なお、日本の公的医療保険制度は少子高齢化により持続可能性が問題となっており、民営化の圧力にさらされている。しかし、脆弱層における保健・医療アクセスは、収益確保をベースとした民営化では実現できない。私たちは、以下の提言に基づき、既存の制度を見直し、再設計するところこそ、UHC 実現に向けた活路が開かれると考える。

- a) **（経済的障壁）** 社会福祉および公的扶助について、職を失って生活に困窮する人々や、非正規・不安定雇用にある人々が必要に応じて制度にアクセスできるように、a) 各種制度の申請をしやすくする、b) 生活困窮者自立支援制度などとも有機的に連携して、その人にあった制度の活用に取り組む、c) こうした人々が普段利用する商業施設やアクセスするメディアなどを活用した情報提供などを積極的に行うこと。中絶を含む SRHR サービス、心理カウンセリング等について保険適用やその他の公的医療保障を柔軟に行うこと。
- b) **（制度的障壁）** 在留資格のない非正規滞在の外国人にも、救急医療を含め、必要とする医療の保障を行うこと。医療通訳をはじめ、各種医療制度へのアクセスにおける言語的障壁を最大限低減すること。日本在住の外国人や外国にルーツを持つ人々が情報にアクセスできるように、日本在住の外国人が普段アクセスするソーシャルメディアなどを活用した情報の配信を積極的に行うこと。社会保障制度の世帯単位での運用の弊害を取り除くこと。
- c) **（社会・文化的障壁）** 脆弱性を抱える人々にとっての制度的障壁および社会的・文化的障壁を低減するべく、制度の見直しを行うこと。また、特に多文化共生、ジェンダー平等の側面に注目するとともに、高齢化、障害に関わるケア、HIV 等の感染症や非感染性疾患、精神疾患の治療とケア、虐待や暴力の防止とその負のインパクトの軽減、薬物使用に関する「健康被害軽減」の側面の重視などを、当事者との対話を踏まえて制度に反映すること。
  - a) - c)を行うにあたって、当事者団体、支援団体や経験ある NGO/NPO、現場で制度を運用する機関のスタッフなどの関係者と積極的に対話を行い、保健・医療アクセスを阻害する要素を把握し、制度の改革に活かすこと。
  - 政府・地方自治体などは、制度の運用にあたって、現場で実際に制度を運用する機関のスタッフ等や、当事者団体、支援団体や経験ある NGO/NPO などと積極的に対話し、協働することで、経験・知見を組織的に蓄積し、制度改善に取り組むこと。
- d) **（公衆衛生・感染症対策への低投資）** 公衆衛生および感染症対策に対する低投資を反転させ、保健所や地方の衛生研究所の体制を充実させるなどして、今後の感染症や災害などの危機への対応能力を強化すること。特にパンデミックへの対応として、急拡大する需要に対する予防、検査、隔離、治療の供給能力を確保すること。
- e) **（制度に関する教育と普及）** 公的医療保険、社会福祉、公的扶助など、保健・医療アクセスのための公的な制度について、義務教育課程（中学校）および高等学校において、これらの制度が市民の基本的な権利の充足のための制度であり、利用することは市民の正当な権利の行使であることを明確に伝えるとともに、より多くの時間をあてがい、制度の申請や活用の方法などについて、参加型学習の手法を活用するなどして効果的に教えること。また、社会生活の中でも、すべての市民が情報にアクセスできるような広報・周知を行うこと。

日本において、「誰一人取り残さない UHC」を実現するためには、上記の事項を含む制度改革を実施することで、日本の公的保険・医療保障制度を、増え続ける脆弱層が適切に利用できるものと再建していくことが不可欠である。