

誓約を行動へ ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）達成に向けた 市民社会の視点



「政治家は UHC と呼ぶ。私はそれを UHC と呼ばないかもしれないが、UHC に向けた一歩と呼ぶことにしよう。」

- パキスタンのフォーカスグループに参加した市民社会代表

謝辞

本報告書は、タミー・サザンズ・バードック Tammy Sutherns-Burdock とカーシ・マニカロットゥ Carthi Mannikarottu が執筆した。方法論 とフォーカスグループでの討議項目は、UHC 達成状況検証タスクチームが作成した。タスクチームには WHO に置かれている UHC2030 事務局、スイス熱帯医学研究所 Swiss TPH が参加し、渡部明人（UHC2030、WHO）マージョリン・ニコッド Marjolaine Nicod とトーマス・パル Toomas Palu（UHC2030 共同リード）がとりまとめを行った。

フォーカスグループの企画・発表を担当した UHC2030 の「市民社会参画メカニズム」（CSEM）チームには、アシュリン・スロウ Aishling Thurow（CSEM 事務局：マネジメント・サイエンス・フォー・ヘルス Management Sciences for Health）、カーシ・マニカロットゥ（CSEM 事務局、ワキ・ヘルス WACi Health）、エリアナ・モンテフォルテ Eliana Monteforte（グローバルヘルス評議会；CSEM 諮問グループ）が参加し、加えてエイミー・ボルドッサー＝ボッシュ Amy Boldosser-Boesch（CSEM 事務局；マネジメント・サイエンス・フォー・ヘルス）、クアット＝チー・ハイ＝オアン Khuat Thi Hai Oanh（コミュニティ開発イニシアティブ支援センター Center for Supporting Community Development Initiatives、CSEM 諮問グループ）、稲場雅紀（アフリカ日本協議会；CSEM 諮問グループ）、タラ・ブレイス＝ジョン Tara Brace-John（セーブザチルドレン、Save the Children、CSEM 諮問グループ）、ワイスワンクワンガ Waiswa Nkwanga（CSEM 事務局、マネジメント・サイエンス・フォー・ヘルス）がサポートした。

UHC2030・CSEM のパートナー団体によるコア・チームは、各国で行われたコンサルテーションの方法論や中身について、共同で策定し、各国の市民団体とのつなぎ役を務めた。メンバーは、サン・ガン Gang Sun（国連合同エイズ計画、UNAIDS）、グレース・デュボア Grace Dubois（非感染性疾患同盟 NCD Alliance）、ジェニファー・ホー Jennifer Ho（アプカソ APCASO）、ラシャ・ゴグアゼ Lasha Gogvadze（国際赤十字・赤新月社連盟、IFRC）、ルイス・マヌエル・エンカルナシオン Luis Manuel Encarnacion（非感染性疾患同盟）、ラヴィ・ラム Ravi Ram（世界民衆保健運動 People's Health Movement）、ロデリン・マルテ RD Marte（アプカソ）、サラ・リンゼイ Sarah Lindsay（リビング・グッズ、UHC の中心にあるコミュニティ Living Goods; Communities at the Heart of UHC）である。

フォーカスグループを組織し議論を重ね、本報告書の作成に協力してくれた以下の各国のパートナーに深く感謝する。

- ブータン：ラクサム・ブータン HIV 陽性者ネットワーク Lhak-Sam – Bhutan Network of People Living with HIV (BNP+) ※アプカソに協力
- ブルキナ・ファソ：必須医薬品アクセス連盟 Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)
- カンボジア：クメール HIV 関係 NGO 連合 Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (KHANA) ※アプカソに協力
- カリブ海地域：健康なカリブ連合 Healthy Caribbean Coalition (HCC) ※非感染性疾患同盟に協力
- コロンビア：Colombia: コロンビア慢性疾患アドボカシー円卓会議 Mesa Colombiana de Incidencia por las Enfermedades Crónicas (MECIEC) ※非感染性疾患同盟に協力
- エジプト：国連合同エイズ計画 UNAIDS
- ジョージア：ジョージア赤十字社 ※国際赤十字・赤新月者連盟に協力
- インド：インド HIV 陽性者連合 National Coalition of People Living with HIV India (NCPI+)、グジャラート州 HIV 陽性者ネットワーク Gujarat State Network of People Living with HIV/AIDS (GSNP+) ※アプカソに協力
- 日本：アフリカ日本協議会

- カザフスタン：カザフスタン全国赤新月社 National Red Crescent Society of Kazakhstan※UNAIDS、国際赤十字赤新月社連盟に協力
- ケニア：健康権政策提言フォーラム、保健 NGO ネットワーク、リビング・グッツ、世界民衆保健運動ケニア、ワキ・ヘルス、ホワイトリボン同盟ケニア Kenya: Health Rights Advocacy Forum (HERAF), Health NGOs Network (HENNET), Living Goods, People's Health Movement Kenya, WACI Health, White Ribbon Alliance Kenya
- ラオス人民民主共和国：コミュニティ保健・包摂協会（Community Health & Inclusion Association (CHIA)）※アプカソに協力
- メキシコ：健康について語る連合 México Salud-Hable Coalition※非感染性疾患同盟と協力
- ネパール：トリスリ・プラス Trisuli Plus ※アプカソに協力
- ニジェール：保健民主主義・市民参画プラットフォーム Plateforme Démocratie Sanitaire et Implication Citoyenne (DES-ICI) ※必須医薬品アクセス連合（RAME）に協力
- パキスタン：HIV 陽性者協会、イスラマバード保健サービスアカデミー Association of People Living with HIV & AIDS (APLHIV) – Pakistan, Health Services Academy Islamabad with APCASO ※アプカソと協力
- 南アフリカ共和国：南アフリカ・非感染性疾患同盟 South African NCDs Alliance (SA-NCDA) ※非感染性疾患同盟と協力
- 米国：国際保健評議会 Global Health Council (GHC), CORE Group
- ベトナム：コミュニティ開発イニシアティブ支援センターVietnam: Centre for Supporting Community Development Initiatives (SCDI) ※アプカソに協力

要約ページのデザインは「ジェイウォーク・デザイン」Jaywalk Designs、表紙は エービン・バスティアン・フェルナンデス Ebin Bastian Fernandez が担当した。また、サム・マカウ氏 Sam Makau（ワキ・ヘルス）、ベアトリス・バーネスカット Beatrice Bernescut（UHC2030 事務局）、およびパートナー団体の職員のサポートに感謝する。末筆となるが、自国の保健システムの現状に関する気づきや経験を快く共有してくれたフォーカスグループの参加者なしには、この作業は不可能であった。すべての人の健康を実現するために協力し合っている、世界中の UHC に関する政策提言関係者に感謝する。

※ なお、本日本語訳は JSPS 科研費 JP21K18415 の助成を受けて（特活）アフリカ日本協議会が作成した。

各国からの視点のとりまとめ

UHC 達成に向けた世界的な取り組みにおける「主な提言」に対する市民社会や 当事者コミュニティの所見 要約版

保健分野を超えた政治的リーダーシップの確保

所見 1

特に政策立案において、UHC に関して横断的に調整を実施するリーダーシップが欠如している。政府は、市民社会をパートナーとし、UHC 達成を目的とした協力体制を強化するべきである。

誰も置き去りにしない

所見 2

UHC の対象範囲は拡大しているにもかかわらず、脆弱なコミュニティは医療を受ける上で多くの障壁に直面している。脆弱な人々が直面する物理的、経済的、社会文化的、さらには法的な課題は、UHC の施策の一部として優先的に対処されなければならない。

所見 3

人々のもつ差別・偏見によって多くの人々が医療にアクセスできない状態となっている。UHC は、差別・偏見に対する体系的かつ意図的な解決なくしては達成できない。

規制と法制化

所見 4

UHC に関する政策は、予算が制限されていたり、各部門との連携にずれが生じていたり、説明責任の仕組みが限定されていたりするため、効果的に実施されていないケースがある。効果的に法制化するには、十分な資金が用意され、関係する全てのステークホルダーを巻き込み、調整する必要がある。

ケアの質の向上

所見 5

保健サービスの質は、国内でも、地域やコミュニティによってばらつきがある。サービスの質を維持するために、政府はすべての医療提供者への支援を強化し、「People-centered care（人々中心のケア）」を提供できるようにする必要がある。

より多くの投資、より良い投資

所見 6

医療費の増加は重要だが、それだけでは十分ではない。UHC の目標を達成するために、政府はプライマリー・ヘルスケアと、特にコミュニティレベルの医療従事者に最も投資しなければならない。

共に歩む

所見 7

多くの政府は、市民社会とコミュニティを保健政策に関与させることを謳っているが、この関与は最低限のレベルにとどまっている。各国は、あらゆる保健関連の意思決定において、市民社会が関与できる構造を優先的に作り上げなければならない、市民社会も同様に、参加できる体制を整える必要がある。

ジェンダー平等

所見 8

保健医療システムにおける脆弱性と格差の一因にジェンダー不平等がある。この不公平は、ジェンダーに配慮した保健医療政策とプログラムによってのみ対処することができ、そのためには、世界、国、地方レベルで多様な代表がリーダーシップを発揮することが必要である。

緊急時の備え

所見 9

COVID-19 パンデミックの影響はまだ完全に現れていないが、このパンデミックが医療アクセスに関する既存の障壁をさらに悪化させたことは明らかである。さらなる損失を防ぐために、政府はパンデミックへの対応と復興において、まず最も脆弱な人々に焦点を当てなければならない。

はじめに

2012 年 12 月 12 日、国連総会は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)に関する決議を全会一致で採択した。すべての人に例外なく質の高い、手頃な価格の保健サービスを提供する体制への移行を各国に促したものである。2019 年 9 月の国連ハイレベル会合で、各国政府は、この「政治宣言」によって、UHC を実現するために実施すべき誓約内容を再確認した。¹その前段では、UHC に関与する各セクターの UHC 推進者や提唱者によって、高いレベルでの政治的関心が集められ、政治指導者に対して議論の核となる要請書「UHC 達成のための重要な要望」が策定された。

誓約内容の進捗を管理するために、UHC の実現のための国際的な調整機関である「UHC2030」(本部：ジュネーブ(スイス))は、多様なステークホルダーが達成状況を検証した「UHC の誓約進捗状況報告書」を発行している。²これは、2019 年の政治宣言の主要な分野について現時点での状況を示す国別データと、市民社会を含む様々なステークホルダーからの状況分析と提案などを統合させたものである。この報告書は、国内および国を超えて説明責任を果たすための重要なツールである。

「誓約を行動へ：UHC 達成に向けた市民社会の視点」は、このステークホルダーによる検証と並行して実施された 19 のフォーカスグループの結果を要約したものである。このフォーカスグループはアパカソ(APCASO：旧称＝アジア太平洋エイズ・サービス組織評議会)、国際保健評議会(Global Health Council、米国の NGO)、国際赤十字・赤新月社連盟(IFRC)、リビング・グッドズ(Living Goods、米国の NGO)、非感染性疾患同盟(NCD Alliance)、世界民衆保健運動(People's Health Movement)、国連合同エイズ計画(UNAIDS)、および各国のパートナーとともに、UHC2030 への市民社会の参画の保証のための枠組みである「市民社会参画メカニズム」(CSEM)が企画・実施を行った。

フォーカスグループは以下の国で開催された：ブータン、ブルキナファソ、カンボジア、コロンビア、エジプト、ジョージア、インド、日本、カザフスタン、ケニア、ラオス、メキシコ、ネパール、ニジェール、パキスタン、南アフリカ、アメリカ合衆国、ベトナム。

これとは別に、カリブ地域の以下の 7 개국でもフォーカスグループが開催された：アンティグア・バーブーダ、バハマ、バルバドス、ベリーズ、ドミニカ、ハイチ、セントビンセント及びグレナディーン諸島。

この対話では、UHC に関わる政策を包括的で公平なものにするために政府やその他の意思決定者が取り組むべき重要な課題が浮き彫りになった。参加者の多くは、市民社会組織(CSO)やネットワーク、あるいは取り残されがちなコミュニティの代表者であった。各分野での取り組みの進捗に関するこうした人々の見解は、実生活での体験、政策と実践におけるギャップに関する現場レベルの洞察、そして今後の取り組みに対する提言を伴い、ステークホルダー検証プロセスを補完するものである。

我々は、市民社会からのこれらの考察および提言が、すべてのステークホルダーが集い、すべての人のための健康の実現に

¹ 2019年に国連加盟国が採択したUHCに関する政治宣言には、このレベルで採択された最も包括的な保健に関する誓約内容が含まれており、各国は2023年の国連HLMでその進捗を報告することになっている。

² 「UHC 誓約進捗状況」の検証は、2020 年に自発的国別レビュー(VNR)を提出した 44 개국に焦点をあてている。フォーカスグループ実施国のうち、VNRに参加し、「UHC 誓約進捗状況」の検証を行ったのは、アンティグア・バーブーダ、バハマ、ブータン、コロンビア、エジプト、日本、ラオス、ニジェールである。

向け改めて取り組む機会となる 2023 年国連 UHC ハイレベル会合に向けた道しるべとなることを望む。

コンサルテーション会議の構成

フォーカスグループ・ディスカッションは、定性的なアプローチで社会課題に対する洞察と深い理解を得ることを可能にする。ある集団から意図的に選出された対象者の討議から情報を得るために、この方法を活用する。対象者の意見は理論的にはより広い集団を代表する意見とみなされる。

フォーカスグループは、各国の状況に応じて構成され、パートナー団体がそれぞれのアドボカシーの必要性や進行中の取り組みに合わせて、最適な方法と議論内容を選んだ。インタビュー言語も地域に合わせ、参加者の人数構成も変更した（Annex I）。

フォーカスグループ・ディスカッションは、基本的にはファシリテーターによってすすめられ、インタビューガイド（Annex II）に沿って実施した。それに加えて、インタビュー対象者が自国の UHC に関して個人的な意見を述べるための時間も与えられた。COVID-19 の影響でオンラインでの実施が大半であったが、一部の国では対面での議論が可能であった。

フォーカスグループでは、保健へのアクセスと公平性について討議された。

討議では、以下のことが話された。

- 国の UHC 政策／事業でうまくいっていることは？
- UHC で最も取り残されている人は？
- UHC の政策上、把握されていないコミュニティはあるか？そのコミュニティの声を取り入れるには何をすべきか？
- 治療の質および適用範囲という点でカバーできていない疾患はあるか？
- その他に UHC をかなえる上で国の政策と現実とのギャップはあるか？
- COVID-19 が UHC および質の高い保健サービスに与えた影響は？

主な所見

「UHC 運動の主要な提言」にあわせて 9 つの重要な所見がまとめられた：（１）保健分野を超えた政治的リーダーシップの確保（２）誰も置き去りにしない（３）規制と法制化（４）ケアの質を維持する（５）より多くの投資、より良い投資（６）共に歩む（７）ジェンダー平等（８）緊急時の備え。

保健分野を超えた政治的リーダーシップの確保

所見 1：特に政策立案において、UHC に関してセクターを超えて調整するという明確性とリーダーシップが欠如している。政府は、UHC の達成を目的とした協力体制を強化するために、市民社会をパートナーとし、関係を強化するべきである。

すべての国のコミュニティと CSO の関係者は、UHC は多くのセクター間連携を必要とする重要な目標であると理解している。しかし、健康増進や UHC を進めるためにセクターを超えて連携する仕組みは、必ずしも理解されているとは限らない。

関係者が強調した仕組みの多くは、別の重要課題の中に潜在的な課題として UHC が入っているにすぎない。セクターや機関を横断する UHC のための調整プラットフォームやワーキンググループは一般的ではないことが明らかになった。

ブータン、コロンビア、ケニア、パキスタン、ベトナムの参加者は、UHC に関連するいくつかの法律、イニシアティブ、施策に言及したが、多様なステークホルダーの関与を促す体制がないことを指摘した。ジョージアのフォーカスグループ参加者は、今ある協議会や委員会は専門家集団に支配されており、脆弱な立場にある人々のグループに代表される当事者コミュニティは意見を反映させられる形で招待されていないと指摘した。

こうした意見は、世界で共通していた。カリブ海地域のフォーカスグループでは、ステークホルダーの関与の度合いが最小レベルから最高レベルまで幅広いことをあげ、規制に関して直接的な連携が不足していることに全員が同意した。南アフリカでは、国民健康保険（NHI）が財政的な仕組みに過ぎず、各セクターの調整の仕組みもなく、コミュニティが十分に力を発揮できるような協議プロセスになっていないと参加者が指摘した。アメリカ合衆国では、州によって保健医療の仕組みに著しい違いがある。フォーカスグループの参加者は、制度がばらばらで優先事項が競合し、質の高い保健医療サービスを拡大するために必要な計画、支出、調整を妨げていることを共有した。

「もし政府が本当に UHC にコミットしているならば、保健システムのすべての関係者に対する検査、管理、監視の計画を実施すべきである」

- コロンビアの参加者

しかし、セクターを超えた連携があったとしてもそれだけでは効果がない。ニジェールでは、UHC に関する作業部会があり、2014 年に初めて開催され、その後 2019 年にも開催された。ステークホルダーは、この会議が建設的なものだったと口をそろえたが、定期的には開催されていない。ステークホルダーは、国を問わず、またほぼ例外なく次のような印象を持っていた：UHC を達成するために、市民社会とコミュニティのメンバーが政策立案を含む意思決定のすべての段階に含まれることを保証するだけでなく、「マルチステークホルダー・エンゲージメント（多様なステークホルダーの関与）」の範囲と質を改善する必要がある。

誰も置き去りにしない

所見 2：UHC の対象範囲は拡大しているにもかかわらず、脆弱なコミュニティは医療を受ける上で多くの障壁に直面している。脆弱な人々が直面する物理的、経済的、社会文化的、さらには法的な課題は、UHC プログラムの一部として優先的に対処されなければならない。

すべてのフォーカスグループ・ディスカッションで、物理的、経済的、社会文化的、法的な問題のために、医療サービスを受けることが困難なグループが挙げられた。

- 障害者
- 薬物やアルコール依存患者
- LGBTIQ+ コミュニティ
- 若い女性、妊娠中または授乳中の女性
- HIV 陽性者
- 治安の悪い地域や農村部に住む人々
- 国内避難民
- 移住者および難民
- 高齢者、精神疾患の患者
- 非感染性疾患の患者（NCDs）
- 都市貧困層を含む貧困層や社会的弱者
- セックスワーカー
- 若者と子供（孤児を含む）
- 獄中者
- 路上生活者
- 先住民族および少数民族
- 炭鉱労働者

UHC が拡大しても、医療を受けることが難しく、取り残された人々もいる。ブータンのフォーカスグループ参加者は、社会的弱者が医療サービスを受ける際の障壁として、偏見・差別、高コスト、医療サービスを受ける場所が少ないことを指摘した。日本の参加者は、個人の脆弱性が高ければ高いほど、その人が医療を受けるための時間、費用、労力、心理的負担が大きくなると指摘した。パキスタンの参加者は UHC プログラムの計画と評価の一環として、さまざまな人々のリスクを物理的、社会経済的、経済的なアクセスという観点から分類する脆弱性指数を含めることを提案した。

ブルキナファソ、ケニア、ベトナムでは、多くの医療施設にスロープ、適切なトイレ等、障害者に対応した設備がなく、多くの人がケアを受けることができない状態ではないことが関係者から指摘された。さらにメンタルヘルスケアなど、一部のサービスについては、依然として対象となっておらず不十分である。例えば、ブータンの参加者は、UHC プランの中でメンタルヘルスの優先順位が適切に設定されていないため、人々が必要なサービスにアクセスすることが困難であることを指摘した。

「現在、メンタルヘルスに対するニーズが高い。政府もこの点に力を入れるべきだ」

ーネパールの参加者

医薬品や検査等、医療サービスを受けるための費用も医療アクセスの大きな障壁の一つとなっている。つまり必須医薬品や医療サービスが必要になると、高額な借金を抱えることになってしまうのだ。特に非感染性疾患（NCDs）やその他の慢性疾患の既往をもつ人々の経験において、自己負担の影響や家計を破綻させるほどの支出が強調された。カリブ海地域のフォーカスグループでは、がん検診や緩和ケアが十分に受けられないこと、そして NCDs の管理も十分にカバーされていないことが指摘された。さらに、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックがこの格差をさらに拡大させている。注目すべきは、費用の問題が、医療サービスの直接的な費用にとどまらず、UHC 達成のために必要な別の課題にもつながっていることである。例えば、エジプトでは、医療施設までの交通費でさえ、医療サービスのアクセスの不公平を生むことがあるとの指摘があったが、同様のことがインド、ケニア、南アフリカ、アメリカ合衆国でも指摘された。

貧困層、もしくはそれに近い人々が、医療サービスを受診にするにあたり、自己負担が障壁になる、と指摘されることは当然である。多くの国（例：カンボジア、エジプト、ジョージア、日本、南アフリカ）で、貧困層は国の補助（国によっては公立病院）に依存する傾向があり、受診するまでに長い待ち時間を強いられる可能性が高いことが強調された。さらに、医療提供者の不足、サービスの質という点でも格差がある。

また、各国の法律や規制の枠組みも障壁の一つとなっている。コロンビアでは、医療資源の配分において不適切な慣行があることを強調した。市民社会は、最も脆弱なコミュニティが、保健分野の規制の不遵守、様々なステークホルダーの利害の対立、物理的インフラの利便性の格差、特に遠隔地における人材不足の影響を最も受けると強調した。

ベトナムでは、トランスジェンダーは身分証明書と外見が一致しないため、限られたサービスしか受けられない場合がある。また、カザフスタンでは、過去に投獄された人や移住者を含む多くの人が ID や納税者番号を持たず、医療サービスの受診が制限されている。さらには HIV 感染者が市民権や永住権を取得することも困難であると指摘した。

ベトナム、日本、南アフリカ、アメリカ合衆国など他の国でも同じように、一部の移民が基本的なセーフティネットプログラムから取り残されている。ブータンでは、セックスワーカーが医療サービスにアクセスできないことが指摘された。このことは、性的虐待の事例がしばしば報告されないことを意味する。パキスタンのセハト・サフラット・プログラムは、差別なく、すべての人を対象とすることを謳っているが、移民、炭鉱労働者、路上生活者、HIV陽性者、避難民、獄中者、薬物使用者などは必ずしも対象になっていない。

「医療にアクセスできるのは、それを購入できる人たちということのようだ」

- メキシコの参加者

また、参加者は脆弱な人々が確実に優先されるよう繰り返し働きかけるアドボカシーや実践の役割を強調した。例えばインドでは、対策の鍵を握る人々（Key population）のためのアドボカシーを行い、現在、「アユシュマン・バラット全国保険保護枠組」（Ayushman Bharat Scheme：インドで首相のイニシアティブとして実施されている公的健康保険枠組み）のもとで、HIV 陽性者に無料の抗レトロウイルス療法（ART）が提供されている。さらにケニアでは、障害者の医療費を負担するための特定の制度がある。

ニジェールでは 2006 年に「無料医療政策」が採択され、5 歳未満の子どもや妊婦の医療費は無料である。ブルキナファソでは、妊娠中の女性や 5 歳未満の子どもへのケアのほか、家族計画、予防接種、ART、結核の治療などを無料で提供する施策がとられている。日本では、以前から福祉制度はあるが、差別・偏見のためにこれらのサービスを受けることを躊躇している層もいることがわかった。COVID-19 パンデミック時は、政府が福祉支援への追加支援を推進したため、より多くのコミュニティが医療サービスを利用しやすくなったとのことである。

「パンデミックにより、人々は貧困層への共感が高まり、メディアも貧困問題を取り上げるようになった。厚生労働省が「生活保護は権利である」と宣言したことが転機になった」

-日本の参加者

所見 3：人々のもつ差別・偏見によって多くの人々が医療にアクセスできない状態となっている。UHC は、差別・偏見に対する体系的かつ意図的な解決なくして達成できない。

各国の参加者は、差別・偏見が脆弱なコミュニティへの影響を増幅させることを強調した。例えばケニアでは、ただでさえ HIV やジェンダーに基づく暴力のリスクが高い思春期の少女たちが、偏見や医療提供者の不適切な態度への恐れから、家族計画サービスを受けようとしていないことがある。ジェンダーに基づく暴力の被害者はケアを避けることもある。LGBTQI+コミュニティ、障害者、精神衛生上の問題や NCDs を抱える人々、セックスワーカーは、差別、偏見、機密保持政策の不備による影響を受けている。

「出産のために産婦人科に行けば助産師は言うだろう。そんな体でなぜ妊娠したんだ？って。障害はあっても、子供を持つ権利はあるのに」

—ブルキナファソの参加者

例えば、ブータンやブルキナファソでは、障害を持つ女性が、特にセクシャル・ヘルスのニーズにおいて差別を受けていることがわかった。ベトナムでは、HIV や結核に感染した女性、少女、トランスジェンダーの人々が医療サービスを求める際に差別を受けていると報告された。

ブータン、カンボジア、メキシコの関係者は、薬物やアルコール依存症患者は、他の患者と同じケアやサポートを受けられていない場合があり、医療従事者からも差別を受けると指摘した。同様にベトナムでは、国民健康保険制度が依存症治療費

を保障していない。カザフスタンでは、薬物依存とわかると、医療サービスを拒否されるケースもある。日本では、薬物使用者は通報されることを恐れて医療や福祉を受けることをためらい、薬物依存による精神障害は犯罪とみなされ、薬物使用者は障害者年金等の社会的セーフティーネットから排除されている。

「地方病院で手術を受ける予定だったが、HIV 陽性と記入したところ手術を断られた」

ーベトナムの参加者

カザフスタンでは、HIV 陽性者は、健康保険のために高い保険料を払っているにもかかわらず、偏見のために医療サービスを拒否されることが多いと指摘している。高齢者施設や障害者施設では、HIV 感染者を差別しているケースもある。また、差別と偏見のために、多くのセックスワーカーが必要なケアを受けることができていない。例えば日本では、セックスワーカーが差別、偏見といった社会の理解不足に直面していることを強調した。

規制と法制化

所見 4 : UHC を目指す政策は、予算の制限、調整のずれ、説明責任の仕組みが限定されているため、効果的に実施されないことが多い。UHC のための効果的な法律には、十分な資金の裏付けと実施のための多様なステークホルダーによる体制が含まれる必要がある。

ブータン、ブルキナファソ、カンボジア、インド、日本、ケニア、ラオス、パキスタン、南アフリカ、ベトナム、カリブ海諸国において、参加者は UHC に不可欠な法律、政策、戦略があることを認識していたが、それぞれ注意点があった。大きく分けて、コミュニティと CSO の関係者は、(1) 関係者間の調整と協力が現場レベルで欠けており、ひいては実施が不明瞭で標準化されていない、(2) 予算と資源配分において UHC が優先されておらず、政策の実施範囲が限定されている、(3) コミュニティにおける UHC に対する認識と理解が限られており、説明責任の要請につながない、と指摘した。

「UHC (他国の政策) がすべてその国の文脈に関連するとは限らないが、関連するものは、その国の文脈に翻訳したり、参照して使えるかもしれない」

ーブータンの参加者

例えばカンボジアでは、貧困層向け医療扶助 (Health Equity Fund)、国家社会保護枠組 (National Social Protection Framework)、国家社会保障基金 (National Social and Security Fund) が、公平な適用を拡大するためのメカニズムとして挙げられたが、フォーカスグループでは、実施状況はまちまちで、脆弱なコミュニティには上記のようなケアへの障壁が残っていることが強調された。エジプトでは、関係者は、医療で差別を受けた人のためのホットラインなど、説明責任を果たす仕組みが存在することを指摘したが、その潜在能力を十分に発揮させるには、これらを強化する必要があると結論づけた。ベトナムでは、国民健康保険は医療費の 100% をカバーすることを意図しているが、現実には貧困世帯は費用の 20% 程度を支払う必要があり、多くの人にとって手の届かないものであることを関係者は指摘している。

データが限られていることは、実施と説明責任の取り組み、特に公平性を評価するための障害となっている。インドでは、トランスジェンダーやノンバイナリーの人々に関するデータが限られているか、または存在しないため、こうした人々の医療アクセスの問題を理解し、伝えることが困難であると関係者は述べている。カザフスタンでは、投獄された人々など、一部の脆弱な人々が UHC データに含まれていない。全体として、データの欠如は、市民社会が政府に対して提言し、責任を問う力に影響を与える。

各国とも、UHC と脆弱性の多次元的な性質に関する理解と認識を深めることが求められている。多くの脆弱なコミュニティは、医療サービスや公的支援プログラムの存在について必要な情報を持っていない。ステークホルダーは政府に対して、UHC 戦略を広く普及させ、コミュニティからのフィードバックの機会やプラットフォームをより多く開発し、規制の枠組みの中でさまざまなセクターにおける追跡とモニタリングを優先させるよう求めた。UHC 政策には、その開始時から市民社会とコミュニティの関与のための明確なプロセスと仕組みが含まれていなければならない。

「50 ページの文書に目を通し、フィードバックを与えるなんて...2 時間の会議で全部できるのか？」

—ケニアの参加者

ケアの質を維持する

所見 5：保健サービスの質は、国内、地域、コミュニティでばらつきがある。ケアの質を維持するために、政府はすべての医療提供者、特にコミュニティや最前線の医療従事者への支援を強化し、すべての人に人を中心としたケアを提供できるようにする必要がある。

ブルキナファソ、カンボジア、コロンビア、グルジア、ケニア、パキスタン、南アフリカ、ニジェールでは、保健サービスの質の低さが多くの関係者から指摘された。質の高い医療があっても、すべての人が利用できるわけではない。ほとんどのフォーカスグループにおいて、支払い能力のある人だけが高品質でタイムリーな医療サービスを受けることができるとステークホルダーが述べていた。

カリブ海諸国では、データ不足により、ケアの質に関してエビデンスに基づく対応を行うことが困難であることを関係者が指摘した。サービスの質の低さが主要な懸念事項として挙げられた国々では、参加者は、改善すべき分野として、保健施設の状態、人材の確保、医薬品やその他の製品の供給、緊急事態への備え、技術支援へのアクセスに言及した。

そのほかにも、効果的でないコミュニケーション、長い待ち時間、診断の準備不足、説明責任の欠如など、サービス提供の現場で直面する課題も浮き彫りになった。また、患者を尊重しないこと、プライバシーや守秘義務の確保が不十分であることなども挙げられた。

質に対する認識は、複数の脆弱性を持つコミュニティにとって特に重要である。ブータンでは、薬物やアルコールを使用する人々や精神疾患を抱える人々にとって、ケアの質は「目を覆うほど」であり、無料で薬が提供されても、それが必ずしも高品質の薬として信頼されているとは限らないと関係者は指摘している。エジプトと南アフリカでは、私立病院と公立病院で提供されるサービスの間に大きな格差があることが指摘された。南アフリカの参加者は、提供されるケアの間に著しい不公平があり、HIV や結核、STI と比較して NCD が軽視されていることを指摘した。メキシコでは、三次医療サービスの質が高いが、一次医療サービスは待ち時間が長く、集学的なアプローチを確保するのが難しいという意見が出された。

「この国は非常に不公平な国です。北部の州は医療サービスが充実していますが、南部や南東部の州はそうではありません」

—メキシコの参加者

「特にいくつかのコミュニティでは、コミュニティ・ヘルスワーカーの重要性は極めて高い...しかし、これらの人々が快適にサービスを提供できるスキルを身につけるために、教育や訓練をもっと強化する必要がある」

—カリブ海地域の参加者

各国とも、医療の質を維持するうえでの重要な障壁として、医療従事者の不足が強調されている。既存の労働力、特にコミュニティ・ヘルスワーカーの報酬や訓練は不十分で、この障壁は COVID-19 の流行によってさらに悪化している。アメリカ合衆国の関係者は、医療従事者不足の中で高い質を期待することは可能なのか、と疑問を呈した。カリブ海諸国での議論では、スタッフの減少、特に看護師の減少と、多様性に欠けるスタッフ構成が、質の高いケアのための課題であると強調された。メキシコの関係者は、医療従事者が最良の条件で働けず、医師は低賃金で、プライマリー・ヘルスケアへの従事を促す対策がほとんどないことを指摘した。

より多くの投資、より良い投資

所見 6：医療費を増やすことは重要だが、それだけでは不十分である。UHC の目標を達成するために、政府はプライマリー・ヘルスケアと、特にコミュニティレベルでの医療従事者への投資を優先させなければならない。

UHC 達成のために政府がどこに投資すべきかについて、各国のコミュニティと CSO の関係者は共通の認識を持ち（表 1）、保健関連支出の綿密な計画によってより良い支出を行うことの重要性を指摘した。プライマリー・ヘルスケアと保健医療人材は、すべてのフォーカスグループにおいて、優先順位の引き上げを求める最も一般的な回答であった。保健システム強化のための支出拡大は、健康を促進、回復、維持する組織、人々、行動（コミュニティ主導、コミュニティベースの保健システムを含む）を包括したものでなければならない。

「PHC が政府によって最優先されるべきものであることに疑問の余地はない。これは、グルジアの医療制度が UHC 目標を達成するための最大の課題である。」

— ジョージアの参加者

カンボジア、エジプト、ジョージア、ケニア、ラオス、南アフリカ、ネパールでは、フォーカスグループは、保健医療とサービスの提供は、政府支出の観点から他のセクターと比較して優先度が低いと感じているようであった。注目すべきは、一次医療が二次・三次サービスほど注目されていないことである。コロンビアとケニアでは、関係者は、医療提供者と農村地域のプライマリー・ヘルスケアに投資することで、アクセスが改善され、紹介病院の負担が軽減されると感じていた。

各国の参加者は、UHC 政策の成功は、より多くの人々に行き届き、健康問題に早期に対処することでより高度な治療の必要性を減らすことができる、強力なプライマリーヘルスケアシステムを持つことに基くと指摘した。これには、プライマリーケアにおける NCD や HIV の予防、治療、ケア、管理のためのサービスも含まれる。

「特にいくつかのコミュニティでは、コミュニティ・ヘルスワーカーの重要性が際立っている...しかし、これらの人々に対する教育や訓練を強化し、快適にサービスを提供できるスキルを身に付けてもらう必要がある。」

— カリブ海地域の参加者

カリブ海地域の参加者は、プライマリーヘルスケアシステムが充実している国ほど、COVID-19 のパンデミックへの対応が良いと認識しており、追加投資の潜在的な効果を示唆している。グループ全体では、プライマリー・ヘルスケアのための予算と、こ

のレベルの医療従事者の不足が改善のための主な障壁として認識された。

フォーカスグループに参加した市民社会とコミュニティは、保健医療従事者、特にコミュニティ保健医療従事者への投資は、最も脆弱な人々やコミュニティ、特に農村や到達困難な地域にいる人々に確実に届くようにするために重要であると指摘した。また、コミュニティ・ヘルスワーカーと健康のためのコミュニティシステムを、保健システムの不可欠な要素として正式に認識することの重要性を強調した。

「PHC への投資なくして UHC はあり得ない。二次、三次医療機関の滞留を招くだけである」

- ケニアでの参加者

多くのコミュニティ・ヘルスワーカーはボランティアであり、十分な報酬やトレーニングを受けていないことがケアの質と範囲の両方に負の影響を及ぼしている。政府は、保健医療人材の育成とそのサービスの保護において、より大きな役割を担っている。ケニアの参加者は、「頭脳流出」の問題を強調し、より良い保護と政府の優先順位付けによってのみ、保健医療労働力を維持できることを示唆した。

ブルキナファソの参加者は、より健康的な行動をとるよう促し、保健所の需要を減らすために、予防と健康増進が重要であると付け加えた。この作業は、コミュニティ・ヘルスワーカーの人材確保とコミュニティ主導の保健システムにも依存している。

共に歩む

所見 7：ほとんどの政府は、保健政策に市民社会とコミュニティを関与させることを約束しているが、この関与は周縁的なレベルであることが多い。各国は、あらゆる保健関連の意思決定において、市民社会が関与するという目的にかなった構造を優先的に作り上げなければならない、市民社会グループも同様に、参加するための準備を整えておかなければならない。

フォーカスグループでは、多くの国で国やコミュニティレベルで CSO が保健政策に関与している事例が確認されたが、いずれもこうした参加がどの程度有意義であるか、どのように改善されなければならないかについて懸念が示された。例えば、ケニアの様々な郡の関係者は、市民社会とコミュニティの参加を求める声があがると、その登録プロセスが不十分であったり、期間が短すぎたりすることを指摘した。このことは、関与のための方法が包括的でなく、コミュニティが適切に関与することがほとんどないことを意味する。

ブルキナファソでも、市民社会の関係者が、政府からの関与の機会に関するコミュニケーションはしばしば効果がなく、フィードバックのプロセスは全体的に限られているという懸念を表明した。この意見は、カンボジア、エジプト、ジョージア、ケニア、ネパール、パキスタン、そして南アフリカでも同じであった。コミュニティのメンバーや CSO は、形式的には関与する機会があるが、包括的ではなく、与えられる影響は非常に小さいと認識している。カリブ海地域の参加者は、市民社会はヘルスケアサービスの計画、促進、評価において重要な役割を担っているが、さらに多くの協力が必要であることを認めた。

一部の関係者は、UHC のための説明責任や監視の仕組みがあることを確認したが、フィードバックのためのプロセスがあまり明確でないと指摘した。ニジェールでは、関係者は市民主導の監視メカニズムの存在を強調する一方で、その影響について疑問を呈し、保健システムのあらゆるレベルにおいて、より包括的な社会対話が必要であると訴えた。カンボジアの関係者は、参加型ガバナンスの良い例として、社会的説明責任枠組みの実施、地域の保健サービス向上のためのコミュニティ・フィード

バック・メカニズム、および地方分権を通じて民主的発展を促進するための省庁間メカニズムとして国家地方民主発展委員会（National Committee for Sub-National Democratic Development）を挙げた。

注目すべきは、意思決定が行われた後の協議に限定して市民社会が関与するのではなく、意思決定そのものへの関与の重要性がステークホルダーから指摘されたことである。市民社会やコミュニティと真にパートナーシップを結び、問題を特定し、解決策を共同で創造するための環境を整えるために、政府のリーダーシップが必要である。

多くのフォーカスグループにおいて、ステークホルダーは、参加のためのより良い機会を作るという政府の役割に加え、市民社会とコミュニティグループは、UHC の提唱と説明責任のための能力向上に投資すべきであることにも言及した。また、保健政策や保健計画を批判的に分析する能力がしばしば欠如していることを指摘した。多くの市民社会関係者は保健分野の出身ではないため、より技術的なサポートが必要である。さらに、その多くはボランティアであり、継続的に参加するための時間や余裕が限られている。また、CSO がどのようにして政府に公約の責任を負わせることができるのか、その点についても理解が不足している。

「家に来ておしゃべりしているだけでは、エンゲージメントとは言えない。その人は自分の権利や方針を知っているのだろうか？ 共同で作成した明確な計画があることを確認し、そのプロセスについて共同で責任を持たなければならない」

—南アフリカの参加者

「...グローバルファンドの国別調整委員会は、HIV、結核、マラリアの影響を受けるコミュニティの代表が、助成金の設計、計画、予算、実施、助成金の指導に十分に関与できるプラットフォームを提供している」

—カンボジアの参加者

ケニアでは、CSO が協議に参加し、有権者を真に代表することを確認し、アドボカシーの影響を監視することが重要であると関係者が指摘した。ネパールでは、CSO は人々の声としてもっと行動する必要があり、宗教指導者も代弁者としての役割を果たすべきであるとされた。アメリカ合衆国のステークホルダーは、一般市民がリーダーに呼びかけたり、議員に手紙を書いたり、医療アクセスの問題に対する認識を高める責任があることも強調した。

政府は市民社会に投資し、参加を可能にする環境を整え、市民社会の対応に資金を提供する必要がある一方、市民社会組織は保健政策分析、アドボカシー、および説明責任の能力を拡大しなければならない。

ジェンダー平等

所見 8：保健医療システムにおける脆弱性と格差の影響は、あらゆる環境において、性自認によって大きく異なる。この不公平は、ジェンダーに配慮した保健政策とプログラムによってのみ対処することができ、そのためには、世界、国、地方レベルで多様な代表がリーダーシップを発揮することが必要である。

すべてのフォーカスグループの参加者は、地理的な障壁、経済的な障壁、質の格差など、医療制度の格差によって女性と女兒が不当に影響を受けていることを指摘した。例えば、医療センターまでの交通費は、女性と女兒が医療を受ける際の重要な問題としてしばしば挙げられた。日本では、不安定な雇用と賃金の低下が、女性および女性がヘルスケアを受けられるかどうかには顕著な影響を及ぼしていることが、参加者から特に言及された。

「思春期の女の子は、社会的に孤立し、知識も経済力もなく、移動の自由も制限されているため、保健所に通う人はほとんどいない」

—ニジェールの参加者

女性や女兒が医療を受ける際の大きな障壁として、家父長制の考え方や文化的要因、宗教的信念が挙げられた。多くの場合、夫の許可や付き添いがなければ保健所に行くことができないことがある。エジプト、コロンビア、日本、南アフリカでは、成年および未成年の女性に対する暴力の問題が、文化的要因のために優先されない重要な公衆保健の問題として挙げられた。同時に、態度や文化は男性のケアへのアクセスにも影響する。カリブ海諸国の参加者は、男性が診療所で医療を受けることに消極的であることを指摘し、彼らにサービスを提供することの重要性を訴えた。

ノンバイナリーまたはトランスジェンダーの人々は、ケアを受ける際に複合的な脆弱性に直面している。すべての関係者が、ジェンダーに配慮したサービスを計画する医療制度がほとんどないことに同意している。例えば、ケニア、ラオス、パキスタンでは、基本的な診察フォームでは、患者が男性か女性かを確認するよう求められることがよくある。カンボジア、コロンビア、ラオスでは、LGBTQIA+のグループに対する保健サービスは不親切であり、彼らのニーズに応えていないことが説明された。ブータンでは、その強力な国家保健プログラムにもかかわらず、関係者はトランスジェンダーの人々がホルモン補充療法のサポートを受けられず、精神医療へのアクセスも限られていることを強調した。グルジアと南アフリカの参加者はトランスジェンダーの人々がしばしば虐待、暴力、差別に直面していることに同意した。カリブ海地域の関係者は、LGBTQIA+コミュニティが偏見や差別の壁に直面している一方で、非政府組織が「安全な空間」であり、ジェンダーに配慮したケアを提供する診療所を運営するなど、この地域には最も良い方法も存在すると指摘した。

「トランスジェンダーの患者の一人が透析を必要としていたが、トランスコミュニティのための独立した病棟はなく、彼女が病院に運ばれたとき、男性・女性両方の病棟の患者が彼女を別の病棟に移すように要求した」

—パキスタンの参加者

医療アクセスの不公平は、医療の意思決定や公共政策における男女比が著しく偏っていることから予測できるかもしれない。アメリカ合衆国の参加者は、国内および世界中の医療従事者のほとんどが女性である一方で、意思決定者は圧倒的に男性であることを指摘した。意思決定者層に代表がいなければ、女性やジェンダー・マイノリティが直面する課題は二次的な問題であり、二次的な解決策となる。市民社会関係者は、システムを見直し、医療アクセスにおけるジェンダー平等を阻む構造的、社会文化的、経済的、物理的な障壁に対処するためには、多様なリーダーシップが必要であると指摘した。

緊急時の備え

所見 9 : COVID-19 のパンデミックの完全な影響はまだ現れていないが、この危機がアクセスに対する既存の障壁を悪化させたことは明らかである。さらなる損失を防ぐために、政府はパンデミックへの対応と復興において、まず最も脆弱な人々に焦点を当てなければならない。

多くの市民社会とコミュニティの関係者は、COVID-19 のパンデミックの際、教育・啓発、症例検出、スクリーニング、検査、治療、ワクチン展開の面で政府が迅速に行動し、一部の医療へのユニバーサルアクセスが優先されたことを指摘した。しかし、COVID-19 に注力した結果、他の保健サービスが犠牲になることが多く、参加者は過去 10 年間に改善した保健課題が後退していることに懸念を示した。

「COVID-19 の大流行で、すべての弱者がより見えなくなってしまった」

—ジョージアの参加者

各国において、CSOとコミュニティの関係者は、COVID-19のまん延と外出規制の間、プライマリーヘルスケアサービス、HIVと結核、非感染性疾患、性と生殖に関するサービス（Sexual and Reproductive Health Services）が中断されたと報告した。全体として、最も脆弱な人々がこうした混乱から最も大きな影響を受けた。ブータンでは、薬物やアルコールを使用している人々など、特定の集団があまり注目されず、支援を受けていないようである。アメリカ合衆国では、COVID-19が遠隔医療への移行のきっかけとなったが、関係者は、不平等なインターネットアクセスとデジタルリテラシーの両方の点で、情報格差の課題に焦点を当てた。この知見はコロンビアのフォーカスグループでも同じで、関係者は多くの人が遠隔診療を受けられないことを指摘した。

また、パンデミックは医療従事者の不足を深刻化させ、既存の労働力は多くの場合 COVID-19 に配置転換され、継続的な医療サービスの提供が損なわれていた。また参加者は、COVID-19 患者の多さに対応できる保健システムが整っていないことを指摘した。さらに、ニジェールやケニアなど多くの国で、パンデミックのもっとも深刻な時期には、健康増進や予防のための地域ベースの活動が妨げられたり、完全に中断されたりした。

パンデミックの影響の全容はまだわかっていないが、予防医療や継続的なケアの遅れは、保健システムに長期的な影響を及ぼすと予想され、外出規制やパンデミックによる不安は、他の課題も深刻化させている。ブルキナファソの関係者は、結核患者が COVID-19 の陽性反応に伴う偏見のために病院に行きたがらず、治療の中断につながったことを述べている。同様にグルジアでは、NCDs の治療を必要とする人々が、COVID-19 感染を恐れて医療を受けるのをためらっている。これはケニア、ラオス、南アフリカ、メキシコでも同じで、NCDs 患者や HIV 陽性者の多くがパンデミックの間に予約を取りそこなったということである。ベトナムでは、医療施設での COVID-19 検査のために、すべての健康診断や治療がより複雑になっていることも関係者から指摘されている。

パンデミックの二次的な影響は、あらゆる場面で脆弱性を増大させ、失業率、貧困、ジェンダーに基づく暴力、食料不安、精神衛生上の懸念、計画外妊娠、薬物の濫用などの増加につながっている。コロンビアのように UHC で大きな前進を遂げた国でさえ、危機はより多くの人々を貧困に追いやり、医療保険から脱落するリスクを大きくしている。健康に対するこうした脅威がさらに増大し、救命医療サービスの提供がさらに中断されるのを防ぐために、緊急の優先順位付けが必要である。復興と対応においては、COVID-19 の検査、治療、ワクチンの提供とともに、これらの複合的な脆弱性に対処する必要がある。

「3 年前、私たちはユニバーサルカバレッジに近づいていた...拋出型プラン（従業員ベース）と補助型プラン（非正規または低所得労働者）の間で、95%に達していた。しかし、最近の雇用の減少により、基本的な医療サービスを受けられない人口が非常に多くなり、深刻な緊急事態でしか医療サービスを受けることができなくなっている」

—コロンビアの参加者

最後に、各国の関係者は、パンデミックが地域社会に恐怖を与え、誤った情報が横行したことを指摘した。特にアメリカ合衆

国の参加者は、誤報が科学研究や医療制度に対する信頼に広く影響を及ぼしたことを議論した。このこともまた、今後何年にもわたって永続的な影響を及ぼすと予測される。そして、信頼を築き、効果のある政策やプログラムを生み出すために、保健システムの意思決定に市民社会が参加することの重要性をさらに強調することになった。

「...多くの患者（特に NCDs の患者）はケアを受けるのを嫌がる。なぜなら、まず咳やくしゃみ、息切れがあると『コロナ病院』に送られることになるからである。だから彼らは来ない、『コロナ病院』には行きたがらない」

—カリブ海地域の参加者

いくつかの国では、CSO が COVID-19 によって引き起こされた医療サービスの格差を埋めるために立ち上がった。エジプトでは、CSO が疎外された地域での COVID-19 の啓発に努め、PLHIV やその他の脆弱なグループに対して医療ケア、心理社会的支援、ガイダンスを提供した。カリブ海地域でも同様に、関係者は格差を埋める CSO や NGO の活動、特にソーシャルメディアを通じた患者へのフォローアップに注目した。ジョージアの CSO はパンデミックの期間中、多くの種類の保健サービスを提供するために行動を起こしたが、関係者は、脆弱なコミュニティに

とって失われた地歩を取り戻すことは困難であると指摘した。ニジェールの関係者は、CSO がパンデミックの間中、活動を維持しようとする回復力を見せたことを強調した。しかし、こうした取り組みが組織的に支援されることはほとんどなかった。参加者は、パンデミックへの対応と UHC への道筋の強化の両方において、コミュニティ主導の対応と仕組みに投資するよう指導者に求めた。

UHC への到達：今後に向けて

2021 年に開催された 19 のフォーカスグループは、国や地方の保健関連の市民社会とコミュニティの関係者を集め、UHC の状況について議論した。いくつかのグループでは、政府の代表者や実施者も議論に加わった。国の医療計画や保険適用制度を通じて UHC に向けて大きく前進した国でも、まだその途上にある国でも、議論の結果、質の高い医療へのアクセスを阻む障壁が他よりも大きいコミュニティがあることが明らかになった。国の指導者たちは、公平性への取り組みを強化し、より深刻な脆弱性に直面するコミュニティをまず優先させなければならない。

UHC の政策や計画の実施は依然として不均一であり、多くの場合、調整されていない。パンデミックへの対応と回復だけでなく、より良い保健システムを再構築するために、セクターや利害関係を超えて調整する構造改革が必要である。市民社会とコミュニティは、保健政策とプログラムの計画、実施、モニタリングの中心的存在でなければならない。現場の課題を特定し、現場で見られるような実施に関する証拠を提供し、個人、家族、コミュニティの生活実態と、しばしば高尚な法律との整合性をサポートするのに最も適した立場にあるのは、これらのグループである。

医療費の増額が求められる。COVID-19 の大流行が明らかにしたように、強力な保健システムと国民の健康は、国の経済システムを含む社会と政府のあらゆる側面が効果的に機能するために必要な前駆体である。したがって、保健への十分な投資を避けることができないことは明らかである。市民社会とコミュニティは、保健への支出を増やすだけでは十分でないことを指摘する。むしろ、保健に対する公的支出の増加は、予防と健康増進サービスを含むプライマリー・ヘルスケアの強化に焦点があてられなければならない。プライマリー・ヘルスケアは、すべての人々が、可能な限り早い段階で、その人が必要とする医療サービスを、その人がいる環境で利用できるようにするための UHC 達成の基礎となるものである。

医療従事者の不足は早急に解決されなければならない。これには、コミュニティ・ヘルスワーカーの役割の制度化、適切な報酬の確保、研修と保護の提供、定着のための計画策定が含まれる。政府は、すべての人に人間中心のヘルスケアを提供できるよう、あらゆるレベルの医療従事者を優先的に確保しなければならない。UHC の達成は、ケアを提供できる人々なしには不可能である。

市民社会とコミュニティのフォーカスグループ参加者が、これら 4 つの重要な行動領域で強調した国政リーダーへの具体的な提言をここに紹介する。2023 年の国連ハイレベル会合が近づき、各国がこれまでの進捗を評価する準備を進める中、現場の人々からのこれらの洞察は、行動のための重要な道標になる。

市民社会とフォーカスグループの参加者が国の政治指導者に対して提言する保健の優先分野を下記にまとめた。2023年国連首脳レベル会合に向けて各国の取り組みを評価する際には、こうした草の根の人々の見解こそ実践の道筋を示すものとなる。

表 1: 政府支出を増額すべき保健の優先分野

国名	フォーカスグループが特定した優先分野
ブータン	研究 医療サービスとアルコール依存症対応施設の拡充
ブルキナファソ	喫煙と飲酒をする人々のための疾病予防と健康増進水・衛生（WASH） 健康増進などの地域保健医療 緩和ケアとリハビリケアを含む障害者および高齢者のケア
カンボジア	プライマリ・ヘルスケアにおける医療提供者 プライマリ・ヘルスケアにおけるNCDs サプライチェーンの確保 健康保険や社会保護プログラム
コロンビア	健康増進と疾病予防 病院インフラの改善 地方の保健問題への対応メンタルヘルスサービス
エジプト	メンタルヘルスサービス高 齢者プログラム 臓器移植
ジョージア	プライマリ・ヘルスケア 健康増進と疾病予防
インド	緊急時対応
日本	公衆衛生と感染症対策 災害対応 教育と保健医療に関する周知

カザフスタン	毒物対応プログラム、難民とその家族のためのプログラム
ケニア	予防、予防的サービスおよび健康増進的サービス プライマリ・ヘルスケア 地域保健ワーカー 地方や遠隔地の医療施設の拡充
ラオス	衛生サービスを含む医療サービスの拡大 社会保障プログラム 住民参加
ネパール	地方の医療施設の拡充
ニジェール	保健サービス施設でのケアにかかるコストの削減
パキスタン	人材育成、施設拡充、新テクノロジー、遠隔地医療 緊急時対応 プライマリ・ヘルスケア
南アフリカ	医療インフラ、設備、人材育成 ヘルスリテラシーと地域住民への教育 説明責任を保障するための対策と独立したモニタリングシステム 政治的 および経済的不安定時の保健医療対応
アメリカ合衆国	教育 メンタルヘルスの診療医、保健教員、地域保健ワーカー、介護者などの医療提供者
ベトナム	高齢者のための長期ヘルスケアサービス 依存症治療、家族計画サービス、LGBTQIA+サービス、獄 中者や障害者のためのサポート体制
カリブ海地域	研修やナースの確保を含む戦略的人材育成 健康、栄養、運動に関する教育 遅滞のない医療へのアクセス プライマリー・ヘルスケア

政治指導者への主な提言

誰一人取り残さない

UHC プログラムおよび計画では、さらなる脆弱性に直面する人のグループを優先的に扱う必要がある。

- 特に UHC 計画が存在する環境では、コミュニティが医療へのアクセスにおいて直面する課題を十分に理解するために、効果的な分析と調査に投資し、コミュニティ関与のもとでこれらの知見の解釈と解決策の策定を行う。
- 社会的弱者の世帯の社会的プログラムへの登録を促進し、正式な身分証明書を持たないために取り残された世帯を把握する。
- 偏見・差別は人権侵害であることを認識し、医療提供者の意識啓発、ヘルスケアにアクセスしたときに生じた人権侵害の体験事例を監視し対処する。
- 利用可能なヘルスケアサービスや福祉プログラムについて、関連する翻訳を含め、教育や啓発を優先させる。

医療従事者の支援

より多くの労働者を惹きつけ、維持し、コミュニティ・ヘルスワーカーを制度化し、適切な報酬とトレーニングを提供するために、保健医療人材への投資を拡大しなければならない。

- 医療従事者の不足に対処し、採用と維持のための計画を策定する。
- 質の高い医療サービスを提供するために不可欠なコミュニティ・ヘルスワーカーの役割を正式なものにする。
- コミュニティ・ヘルスワーカーを含むすべての医療従事者に対する十分な報酬と訓練を確保する。
- 保健医療人材管理政策の策定と実施、健康危機時の訓練支援など、保健医療従事者を保護する。

健康に対する公的資金を増やす

政府は、健康、特にプライマリー・ヘルスケアと健康増進への支出を増やさなければならない。

- 予防と健康増進を含むプライマリーヘルスケアサービスを強化する。
- 保健のためのコミュニティシステム強化に資金を投入する。
- 特に NCDs について、医療サービスおよび製品の費用を低減させ、規制する。
- 医薬品や日用品の長期的な在庫切れに対処する。
- 緊急事態への備えのための資金を投入する。

市民の関与、透明性、説明責任の向上

市民社会は、人々のニーズに応える強力な保健システムを作るためのパートナーでなければならない。

- UHC 政策の策定と実施のすべての段階に市民社会を参加させる。
- 医療システム利用者からのものも含め、医療政策のためのフィードバック・メカニズムを標準化し、モニタリングと評価のプロセスを公式化する。
- UHC のための機関間、部門間、省庁間の協力体制を制度化する。
- 市民社会とコミュニティの能力開発やコミュニティが先導する下からのアドボカシーおよび参加を後押しするための資金提供など、市民社会やコミュニティを支援する。



UHC2030 市民社会参画メカニズムCSEM
www.csemonline.net | csem@msh.org
2021 年 12 月

本訳は、JSPS 科研費 JP21K18415 の助成を受けて（特活）アフリカ日本協議会が作成した

