

報告書



アフリカ日本協議会
Africa Japan Forum

JOICFP

オンライン勉強会

コロナから見えてきた 保健医療アクセスへの障壁

複合的な課題を抱えるコミュニティから考える

日時： 1月20日（木）18:00-19:25
形式： Zoomウェビナー（事前申込制）
主催： アフリカ日本協議会、ジョイセフ
後援： SDGs市民社会ネットワーク、同団体の課題分野ユニット
（国際保健・ジェンダー・障害・開発ユニット）、
DPI日本会議、GII/IDIに関する外務省/NGO定期懇談会

こちらからお申込みください。
<http://ow.ly/1KCI3056ugV>
こちらから申込みください。



【同時文字通訳あり】

■目次■

1. 企画の趣旨	2
2. 企画概要	3
3. 冒頭あいさつ：稲場雅紀さん（アフリカ日本協議会 国際保健部門ディレクター）	4
4. 各パネリスト発表内容	5
➤ 松元千枝さん（ジャーナリスト）	5
➤ 塩川悠さん（社会福祉士）	6
➤ 平野みどりさん（DPI 日本会議 議長）	7
➤ 鷺巣典代さん（認知症の人と家族の会 理事）	9
➤ 沢田貴志さん（港町診療所 所長）	10
5. 質疑応答	11
6. 閉会あいさつ	12

本資料に関する問い合わせは：

（特活）アフリカ日本協議会 国際保健部門（担当：稲場、小泉）

メールアドレス： ajf.globalhealth@gmail.com

1. ウェビナー「コロナから見えてきた保健医療アクセスへの障壁」の趣旨

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックが始まってからまる 2 年がたとうとしています。この 2 年間、COVID-19 により、これまでもあった社会的な課題が増幅され、顕在化されてきました。脆弱な状況に置かれている人々やそのコミュニティの保健医療アクセスの問題もその一つです。

COVID-19 パンデミック下において、脆弱な状況に置かれている人々が、保健医療をはじめとして、様々な社会資源にアクセスできない状況にあることが、世界中で報告されています。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現度が高く、誰もが基礎的な医療サービスを受けることができるとされている日本も例外ではありません。

UHC の実現や保健システム強化に向けたリーダーシップ作りや調整を担う国際機関「UHC2030」（本部：ジュネーブ）は、2020 年から、各国の UHC の現実を、市民社会を含む様々なステークホルダーからの情報を組み立ててレビューするための調査「UHC 誓約進捗状況調査」（State of UHC Commitment Survey）を行っています。2021 年は日本も調査の対象国となりました。（特活）アフリカ日本協議会は、この調査に呼応し、日本国内で、保健医療や福祉に関連して、様々な意味で脆弱性を抱えているコミュニティのリーダーや、現場に近いところで感染症対策業務や社会福祉・社会保障にかかわる専門家などに連続インタビューを行い、調査結果をまとめました。

これらのインタビューからわかったのは、日本でも、脆弱性が高ければ高いほど、医療へのアクセスへの障壁も高くなる、ということです。また、制度の設計や運営の硬直化、制度に関する教育や情報の不足、ジェンダー不平等を含め、保健・医療アクセスを阻害する社会的差別や偏見の問題が明らかになりました。報告書には、以下のリンクからアクセスできます。

「新型コロナウイルス感染症下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」報告書 **[報告書（日・英）](#)**

2022 年 1 月 20 日に開催されたウェビナー「コロナから見えてきた保健医療アクセスへの障壁」は、この調査を踏まえ、コロナで浮き彫りになった複合的・交差的な課題を、女性、障害者、高齢者、外国人、貧困な状態にある若者、それぞれの当事者や、当事者に近い立場で支援を行っている方々からの発表をもとに、参加者がこれからの取り組みを考える機会として開催されました。合計 90 人近くが参加し、それぞれのコミュニティで様々な取り組みを行っている 5 名のパネリストの報告に耳を傾けました。以下、このウェビナーの報告書を作成しましたので、ぜひ一読いただければ幸いです。

（特活）アフリカ日本協議会
共同代表 津山直子、玉井隆

2. ウェビナー「コロナから見えてきた保健医療アクセスへの障壁」の企画概要

1. タイトル

オンライン勉強会「コロナから見えてきた保健医療アクセスへの障壁～複合的な課題を抱えるコミュニティから考える～」

2. 開催概要

- 日時：2022年1月20日（木）18:00-19:25
- 方法：Zoom形式（オンライン）を利用したパネルディスカッション
- 情報保障：以下を実施
 - パソコン文字通訳（協力：パソコン文字通訳者会 Ubiquitous）、
 - 登壇者プレゼンテーションの代替テキストバージョンの作成と全参加申し込み者への事前送付

3. 企画プログラム（敬称略）

- 司会：稲場雅紀（アフリカ日本協議会、UHC2030 運営委員）
- 課題別発言者：
 - 女性 松元千枝（ジャーナリスト）
 - 若者 塩川悠（社会福祉士）
 - 障害者 平野みどり（DPI（障害者インターナショナル）日本会議議長）
 - 高齢者 鷺巣典代（認知症の人と家族の会 理事）
 - 外国人 沢田貴志（港町診療所所長、シェア（国際保健協力市民の会）副代表）
- 閉会挨拶：三輪敦子（SDGs 市民社会ネットワーク共同代表理事）

4. 主催・共催関係

- 共催：アフリカ日本協議会、公益財団法人ジョイセフ
- 後援：一般社団法人 SDGs 市民社会ネットワーク（SDGs ジャパン）、同ネットワーク ジェンダーユニット・開発ユニット・障害ユニット・国際保健ユニット、認定 NPO 法人 DPI 日本会議、GII/IDI 懇談会 NGO 連絡会

3. 開会あいさつと趣旨説明

(稲場雅紀：アフリカ日本協議会 国際保健ディレクター)

<発言要約>

このオンライン勉強会のテーマは、新型コロナウイルス感染症パンデミック下における、特に社会的に脆弱な立場に置かれている人々やコミュニティの「保健医療に関するアクセス」がテーマ。このテーマの日本における課題について、アフリカ日本協議会が昨年4月から5月にかけて調査を行い報告書にまとめた。今回はその中で特に、女性、若者、高齢者、障害者、外国人での課題について、当事者や支援者の視点から現在の取り組みやあるべき政策について、パネリストからお話を聞く貴重な機会となる。

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(UHC)の実現のために、国際的な調整機関「UHC2030」が、2020年から各国のUHCの進み具合を評価するために「UHC 誓約進捗状況調査」を行っている。これは政府だけでなく、市民社会や当事者コミュニティ、企業その他の機関などに、「UHCの現実」をレポートしてもらい、取りまとめて「統合報告書」を発表するものです。アフリカ日本協議会が行った調査は、このUHC2030の呼びかけに答えたもの。

UHCについて、日本は国際的に「誰もが保健医療を受けられる国」と理解されているが、現実とは異なる。私たちは、特にコロナとHIV/AIDSに関連して脆弱な立場におかれている、女性、高齢者、若者、生活困窮者、障害者、MSM(男性と性行為を持つ男性)、セックスワーカー、薬物使用者、外国人の9つのコミュニティ・リーダー、公衆衛生・福祉の専門家などにインタビューし、英語と日本語の報告書にまとめた。結果、以下の問題が分かった。

- 脆弱な状況にある人々を取り巻く様々な障壁によって、「脆弱性が高いほど、保健・医療アクセスに要する労力、時間、忍耐、コストが大きくなる」という事実
- 保健医療アクセスを実現する社会保障制度について、多くの国民に教育・啓発の機会がなく、制度の趣旨・内容・活用方法などを理解している人が非常に少ないこと
- 生活保護制度への偏見や誤情報で、制度の活用がより困難な状況になっていること
- 社会保障制度に当事者の声を反映する方法がないこと

こうした現実について、これから、5名のパネリストの方々に、この場で、より詳しくお話を聞いていきたい。女性と保健医療アクセスについて松元千枝さん(ジャーナリスト)、若者について塩川悠さん(社会福祉士)、障害者について平野みどりさん(DPI(障害者インターナショナル)日本会議議長)、高齢者について鷲巣典代さん(認知症の人と家族の会 理事)、最後に外国人について沢田貴志さん(港町診療所所長、シェア(国際保健協力市民の会)副代表)から話を聞く。

4. 発表1 女性と保健医療アクセス (松元千枝さん：ジャーナリスト)

<発言要約>

(1) 現状とその背景

コロナから見てきた、女性と保健医療アクセスの課題について、女性支援の現場から話したい。現状の課題は、女性の生活困窮が深刻化していること、それにより、医療に対して、高い障壁があること。以下がその背景にある。

まず、女性不況という言葉にもある通り、労働者の非正規化が進み、女性の方が非正規かつ低賃金という差別的構造があり、その結果、医療へのアクセスへの経済的障壁が形成されていること。次に、社会的・文化的障壁がある。これは、例えば、社会的に、女性には、まず自分より他人の世話をすることが期待されており、女性自身が、その価値観を内面化して、また、自分が抱えている困難を解決するよりも、他人の世話をすることを優先してしまうといった課題が生じている。さらに、家族の世話をしないといけないとか、家庭内で女性が課されている義務的な役割の問題、暴力の問題といった、外的な要因がある。実際、暴力被害にあう女性が非常に多い。UN ウィメンの2020年の報告書では、女性の3人に1人が暴力を受けた経験があるとされる。

また、精神的な不調や精神疾患を抱えている女性たちが多い。特にコロナ下においては、孤独・孤立が深刻化したが、2021年、女性の就業者の自殺率が前年比で15%も増加した。

(2) 取り組みと提言

東京都内で、「女性による女性のための相談会」をこれまで4回開催した(2021年3月、7月、12月と2022年1月)。当初は120件前後であったが、昨年12月は3倍以上の382件と大きく増えた。

支援の在り方に関する提言だが、まず、女性にとって安心・安全な場所の確保が大事である。自分の安全が確保され、悩みを安心して話すことができ、相談できる場所が必要。そのために、女性による女性のための相談会を、頼れる人と一緒に考えられる相談会、という形で開催し、伴走支援を行っている。

・地方議員や地方行政との連携も大事。これは、制度を変えるために必要な対話であり、地方議員や行政にどこが問題かを伝えていく。また、この報告書でも出ているとおり、保健・医療・福祉制度の十分な教育と情報へのアクセスの確保を行うとともに、現行の保健・医療・福祉制度については再設計する必要がある。また、何よりも大事なものは、女性の連帯である。

4. 発表2 若者と保健医療アクセス (塩川悠さん：社会福祉士)

<発言要約>

(1) 現状とその背景

若者支援の中で見えてきた現状を報告するにあたり、まずその背景となる問題やリアルな高校生像を確認したい。例えば普通科高校にも療育手帳を持った子がいて、非行や経済的問題などもあり教員の目が届きにくいこと。あるいは、そもそも障害に気づかず高校生になっていたり、親に障害受容がなくて幼少期に持っていた手帳を返納していたり、親自身が障害や手続きなどの理解力に乏しくて認識していないこともある。また、高校生には性的問題がまだあって、具体的には自分が男か女か、好きな対象はどんな性かなどの揺らぎから、精神疾患や妊娠につながる場合もある。そして一般的には気づきにくい「18歳問題」(児童福祉法が終わる18歳で、子どもたちの環境は変わらないのに支援が途絶えること)があって、家庭に頼れない子のその後が見えにくいことがある。こうした背景に対して、教員でも親でもない「第三の大人たち」が「一人ではなく複数の目で見守るネットワーク」をどうつくるかが現状の課題だと考えている。

さらに前提となる背景として、社会そのものが若者の保健医療アクセスの障壁だと考える。それは医療制度を含めた日本の多くの制度が「世帯単位」だからで、若者個人から制度の先にアクセスすることが難しいから。このことは若者にとって「親の壁」という言葉でも表すことができる。報告書にも出ているが、例えば親が保険料を滞納したために保険証がなく利用できない場合や、「親に言わなくてはいけないなら、もういいです」と諦める子も多い。これは経済上問題が見えない家庭にもあり、その場合、貧困家庭に比べてつながる公的制度が限られる。そのため高校生が自分から困りごとを話せない場合や、話せても相談を受ける側が不慣れで、「自分の言い訳ではないか」などと突き放してしまい、高校生が自分のことを言いにくくなることもある。

(2) 取り組みと提言

私は自治体の福祉分野で初めて高校生支援を立案し、教員でも親でもない「第3の大人」の関わりを行ってきた。そのなかで見えてきた現状を踏まえ、いまできる対応方法について、4つに分けてお伝えしたい。

まず大切なのは本人の気持ちを尊重し、やりたいことや将来の希望、そのために何ができるか考えることを優先する。役所の人と親しくなることや就労体験など、制度を通らなくてもできることも実践を視野に入れる。

次に高校生本人との関わり方。これが1番大切。一緒に活動したNPOと、「高校生と関わる7つのルール」を作った。そのルールも引用しながら、以下の通り提言する。

- 否定しない、最後は楽しく解散する。部屋の隅で小さな声で安全安心が確保できたうえで相談にのることも重要。
- 生徒の利益の最優先。親の側に立たない。これは最も優先しながら話す。
- 今回のテーマは「制度」に関する勉強会ではあるが、高校生と話すときには制度にこだわらず、広い視野で出来る方法をさがす。
- 実際に募って本人の言葉を供出する。本人の希望を見出すことを大切に。ある程度対話的に自己決定を尊重する。
- 親との対立構造は避けること。制度は結局、親を通らないと使えなくて、入学も退学も奨学金も親の了承が必要。
- 親の最低限の協力を得るために親の気持ちも一旦受けとめる。経済的問題やシングルマザーなど親自身が辛い場合も。
- 時には親のための支援者を用意する。第三の大人達がチームを作る。

若者支援は貧困支援の現場と似ており、それは若者が制度を持たなかったりアクセスできなかったりするの、制度を持たない貧困層と似ているから。

(本人たちが声をあげづらいうからこそ) 私たち気づいた人が発信すること。今回の調査で改めて気づかされた。調査で取り上げてもらったことに感謝したい。

4. 発表3 障害者と保健医療アクセス (平野みどりさん：DPI（障害者インターナショナル）日本会議議長)

<発言要約>

(1) 現状とその背景

障害者がおかれている現状や背景として、次の7点を挙げる。

まず障害をもつ仲間達は介助者から支援を受けている人が多く、それはコロナウイルス感染リスクがあることだ。「予防や検査における体制」として、当事者や介助者らに感染予防の医療品や介護用品の支給、検査・ワクチン接種が優先されるかが懸念された。

次に障害者が感染したり濃厚接触者になったりしても、「平常時の介助ケア」が必要であること。実際に介護事業所等での感染者発生によるサービス中止など、ケア体制の維持が大きな課題だった。

障害者が「病院に入院しても身辺介助が必要」だが、コロナ禍で医療スタッフには頼めない。実際、重度障害者の入院時に、身辺介助が不十分だったことが多く報告された。医療は提供しても日常のケアは軽視され、障害者のQOLが低下する結果に。熊本地震の後、重度障害者が入院した時に、介助者が医療現場に入って介助可能になった。障害者のQOLのために大事なので、コロナ禍でも維持されなければならない。

また、感染拡大で人工呼吸器が不足した場合に、障害者よりも障害の無い人の感染回復に優先使用されるのではないかと「トリアージ」の危機感がひろがった。実際の報告はなかったが、トリアージに言及する首長もいた。

最大の問題が「精神病院でのクラスター」だと考える。日本は精神障害者の社会的入院が8万人と言われるくらい隔離状態が長年続いている。コロナでクラスターが発生した時に外部との遮断など、一段と隔離が強化され、適切な専門医療にアクセスできず多くの死亡例が発生した。こうした精神障害や知的障害の入所施設での数多くのクラスター発生は大きな課題である。

そして今はテレビや知事の会見などでも、手話通訳や文字などの「情報保障」が徹底されてきているが、聴覚障害者に、感染予防や検査体制などの医療情報が適時・適切に伝わっていないという課題もある。

最後に、障害のある母親がコロナ禍で物品の買い占めにあったり、保育園休園による子どものケア時間増加で困難さが増したりしたという「交差性の視点」からの報告があった。コロナ禍のDV多発は障害女性にも推測されるものの実態は表に出にくく、女性相談機関も障害女性の対応に不慣れで機能しないことが懸念される。

(2) 取り組みと提言

まずDPI日本会議など当事者団体はコロナ発生時から複数回にわたり、国に「予防や検査体制」について要望書を提出してきた。その結果、国は衛生資材等を比較的早期に支給し、事業所職員の検査も定期実施されるようになった。「平常時の介助ケア」については、感染拡大時は混乱が発生したが、予防対策や検査が進んだ。困ったという話もあるが、事業所間で助け合いながら介助派遣を順調に進めている。しかし介助者不足はコロナ以前からの課題なので、介護従事者にも医療従事者と同様に、報酬見直しや上乗せが必要だ。今後も体制維持できるかの懸念が残る。

「病院での介助」については、重度訪問介護の障害区分6の支援者が、通常時から病院に入れる仕組みになった。全ての病院ではないが、道は開けてきた。障害者が入院した場合、障害区分に関わらず様々なケアが必要なので、医療現場と連携して、介助者も十分な防御体制をとりながら、日常と同じケアができるように今後とも働きかけたい。次に「トリアージ」の問題。女性は人工呼吸器が必要でも、男性に比べてその方法をとらないこともある。人工呼吸器を健常者に譲るべきと考えがちだとも指摘されている。安易に障害者から人工呼吸器を奪うことは絶対いけなく、安心して人工呼吸器を使って暮らせる視点を、社会で共有していけるように今後とも働きかけたい。

「精神病院のクラスター問題」は、私たちからみて「起こるべくして起きた」と思う。病院自体が日頃から他の医療機関との連携体制などを組み、クラスター発生や重度化を防止することが大事だ。また障害者が地域で生きる場所を選択し生きる、という障害者権利条約でうたわれる障害者の生活のあり方を保障するためにも、脱施設の加速化が必要だ。国連障害者権利委員会の脱施設ワーキングチームとも連携し、無理の無いように障害者が地域に移行していける仕組みを、DPI日本会議としても、国に提案したい。

「情報保障」に関しては、聴覚障害者だけでなく視覚障害者や知的障害者も情報が理解しにくいと思うので、様々な障害を持っている人が参加していることを前提に、わかりやすい情報保障を常に意識することが必要だと働きかけたい。障害女性の特有の課題について、私たちは電話や面談、必要であれば赴いて話を聞くなどの相談体制をとってきた。また障害女性の視点を持ち込んだ要望書を国へ提出してきた。これからも継続し、改善の要望を行っていきたい。

4. 発表4 高齢者と保健医療アクセス (鷲巢典代さん：認知症の人と家族の会 理事)

<発言要約>

(1) 現状とその背景

高齢者の一般的な心身の特徴として、身体機能や感情コントロールなど様々な機能が低下し、反対に無気力・無関心・不安や孤独感などは高まっていく。そのような高齢者が現在約 3640 万人で、今後ますます多くなっていくが、彼らが抱えている様々な課題がある。例えば医療機関受療率が高く、医療機関の外来患者の 10 人に 1 人が高齢者と言われる。世帯構造もいわゆる老老世帯が増え、夫婦だけでなく、親と未婚の子で「老老」という形も増えている。介護保険で要支援・要介護認定される人も 600 万人から 700 万人と増えている。認知症も統計で 600 万人、障害者の中での高齢者の割合も増えており、経済的困難を抱える高齢者も多い。障害、疾病、貧困など重複課題を持つ高齢者が増加している。

このような状況は予測されていたことで、日本では国民皆保険や皆年金、地域包括ケアシステム等を整備してきた。保健医療体制も急性疾患から慢性疾患重視へシフトし、病床数等、公衆衛生の縮小が行われてきた。これは高齢化社会に向けた準備施策で、介護保険も導入され、医療と介護が分離された。しかし、社会保障全体に言えることだが、それらの制度は経済成長が前提で、それが破綻することについて議論を先送りしてきた。また含み資産としての家族介護も見込まれて設計されていた。そこに起きたのが新型コロナウイルス感染症。高齢者コミュニティには元々、経済的困難や社会的孤立の問題が横断的にあり、コロナ禍で特に「情報」の分野が問題化した。高齢者は情報を受信・理解・発信しにくい一方、社会保障をはじめ、行政の施策は申請主義で、自らが要望、請求しなければサービスが届かない。公衆衛生の縮小で行政側からのアウトリーチも不足し、デジタル化が高齢者のアクセスシビリティーの低下により拍車をかけている。

オンライン診療やデジタル化が叫ばれているが、そもそも方法など理解が難しく、コロナ禍でのワクチン接種や検査の混乱で課題が明らかになった。申込や検査へのつながりなどではだいたい混乱しているのが現状。また個人の判断力や環境への適応力の低下、移動の困難さが保健医療サービスを受けるうえで常に問題となる。保健医療サービス提供側も、身体疾患と精神・認知症の領域が分断されていて、両方のニーズを持つ高齢者への対応が困難になっている。

これらに加えて、恒常的な支援者不足、介護現場の感染症対策不足、医療と介護が分離され「上位、介護が下位」という差別的な医療優先施策になっている。施設への医療介入の遅れ、介護事業所への感染防護具の供給不足、感染症対応の経験不足による訪問サービス休止など、高齢者の生活を支える基盤の脆さが露呈した。

(2) 取り組みと提言

2021 年 9 月 21 日の日本老年医学会の提言が素晴らしいのでご紹介する。それは「年齢や認知症の診断を基準として差別をすることがないこと」「予防、医療、介護、共生の場面で、課題の共有、好事例・アイデアの共有を行う」「本人・介護者へのケアを充実させる」と述べている。私からは先ほどの課題にそって解決に向けたアイデアを提言したい。

まず情報分野では、介護保険の中での IT ヘルパーの策定、導入を提言したい。また申請制の問題にはアウトリーチ機能の強化が求められる。保健医療分野では、検査会場を設けても行けないなどの「物理的アクセスの問題」に対して、ワクチンや検査用車両で出前検査を実施することを提案したい。訪問診療も絶対的に不足しているので、オンライン診療は機器貸出しや IT 活用でよりアクセスしやすくする必要もある。介護・生活支援の分野への提言は、研修や物品の配布が必要であることだ。感染リスクのある訪問時は、初回に看護師が同行するなどの、フレキシブルな対応も必要だと考える。また、シャワールームを作るなど介護事業者への設備助成も必要。そして介護用 PPE（マスクやガウンなどの個人用防護具）を医療用と同じ機能を持ちつつ、生活になじみやすいデザインにすることで、差別の防止や認知症のある人にとってのストレス軽減が期待できると考える。

全体として、経済成長がない時代を考えた社会保障制度づくりと障壁を超える努力が必要である。また、どこにもつながっていない人をつなげて、現場のニーズを吸い上げ実践するシステムと財源も必要だと考える。このような社会変革がなければ、医療介護資源のひっ迫時には、高齢者、障害者への差別から「トリアージ」が起こりうることを非常に危惧している。

4. 発表5 外国人と保健医療アクセス

(沢田貴志：港町診療所長、シェア（国際保健協力市民の会）副代表）

<発言要約>

(1) 現状とその背景

コロナ禍で今まで起きていた問題が強調されて出てきたと思う。言葉の問題では、欧米で標準的に存在する「公的通訳支援制度」が日本には無いこと。例えばコロナで発熱しているのに、日本語の分かる友だちを連れて来なさいと無理な要求をされてしまう。また、抗 HIV 薬を自国から送ってもらい飲んでいて人がたくさんいることも分かった。それは役所で秘密を守る通訳がおらず怖いということで、手続きできず自国から送ってもらっていたということだ。

言葉の問題以外にお金の問題もある。外国人は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」ではない。3万人弱の短期ビザの方や7万人以上いるビザ超過滞在の方々には健康保険の対象外だ。例えば、日本で出産した外国人の親が、来日して脳出血などになっても、医療保険に入れず医療費が払えない。難民申請中の方は、当初の8カ月間は医療保険に入れない。こういった状態の時に、発熱が続いたため PCR 検査を受けたくても、自費診療で2万円などと病院側の誤解による対応もあり、受診が遅れる例も見られた。また同様に、毎日服用が必要な HIV 陽性者が難民申請のために8か月間薬をもらえず、発症してしまう例などもあった。

さらに、困窮しているのは、在留資格が切れた人。何らかの事情で在留資格を求めているが、もらえない人。こうした方も健康保険に入れず、受診できずに困窮することとなる。コロナ禍で、無保険の外国人の医療需要が増加した。技能実習生が仕事を無くされ、失踪するなどしてビザがなくなり、医療保険に入れない例。入管施設のクラスター発生などで仮放免となり外に出されても、健康保険がない。健康保険がなく、蓋をあけたらがんだったという方も。

このように大勢が医療を必要としたが、無料・低額診療できるところは限られている。公立病院はコロナ疲弊もあり、無保険の外国人医療費を2倍、3倍と高額化させたところが出てきた。こうして無料低額診療施設がひっ迫した。その背景には、医療ツーリズムを促進する中で、保険のない外国人には高い医療費を課すべきという対応が、基幹病院などから出てきてしまったからだ。こうして無保険外国人の緊急医療がひっ迫している状況がある。

(2) 取り組みと提言

現在、支援者側と医療関係者の両側が一緒になって、制度づくりのキャンペーンを実施している。特に「未払医療費補填制度」を推し進めたい。この制度は1993年頃に群馬県などで開始され、その後、各地の地方自治体で実施されている。この制度は健康保険がない方が医療費を払えなかったら損失を出した病院を補助するという制度で、診療忌避をしないようにする。逆説的だが、こういう制度があれば結果的に医療費の未払いは減ると思う。神奈川県では医療通訳制度と未払補填を実施したら、未払い医療費が結果的に減ったという事実がデータで出ている。早期の受診と対応がされるためだろう。いろんな人に対するセーフティネットを作るキャンペーン [（コロナ禍で苦しむ移民・難民の命を守る制度を整えてください。）](#) も行っている。

コロナ禍でワクチンが話題だが、EUの旧西欧諸国では、在留資格が無い方のワクチン接種にも積極的に取り組んでいる。私たちが短期ビザや在留資格が切れた方も含めてすべての住民が接種できるよう相談センターを作って対応している。コロナの流行下で、全ての人に安全が提供されなければ誰の安全も確保されない。外国人に対して身近な多言語相談体制を充実させていくことが重要だと思う。

5. 質疑応答

Q：塩川さんの発表で、若者と貧困者が「制度にたどりつけない」ところが似ていると言われた理由は、「親の存在」か。私の活動（外国人の医療アクセス）でも同じだと感じた。

A：（塩川さん）日本は国民皆保険で誰でもアクセスできるとうたうが、それは世帯単位である。女性問題も同じだが、何かを得ないとアクセスできない。このことが本当にすべての国民を網羅できる制度か、こと若者は難しい。支援と調査がリンクし気付いた。親が外国人という高校生の存在も、さらに障壁があって難しい問題と感じている。

Q：医療保険に入れない現状について。すべての外国人、技能実習生に医療が行き渡らないなど、制度づくりが必要ではということだったが、具体的な提言は？

A：（沢田さん）社会保険の制度からこぼれる人のための、もう1つのセーフティネットが必要だと考える。EUの国で多く見られるように医療費が支払えない人に緊急医療を提供した病院に赤字を補填する制度が必要だ。これで、難民をふくめた様々な人への最低限の医療保障が可能になる。

Q：このような会で実態を発信することは大変意義深いと思う。

支援者団体やコミュニティが各地で増え活発になるにはどのようなしくみが必要か。

A：（鷲巣さん）生きるためには医療も介護も必要で、特に今回の感染症の災害時に必要。何かあったときに、両方からアプローチできる、柔軟で、大きな施策・制度が必要だと思う。

A：（平野さん）今後も脆弱性のある人たちの視点で発信し、より多くの人と情報共有していくことをやっていく必要がある。今回は短期間で広報が行き渡らなかったが、積極的に連携して、いろいろな人に聞いてもらうことを心がけていきたい。

A：（松元さん）まず小さく始めることだと思う。1番近い人にまず協力してもらい、そこから少しずつネットワークを広げていく。東京はリソースがたくさんあるし政治にも近いところなので、本当は東京ではなく地方のほうが支援を強く求めていると思う。可能なら全国的に女性のための助け合う取組みを広めたい。

A：（塩川さん）身近な人、明日からメールすれば返ってくるくらいの人と始めるのがいいのではないかと思う。そのとき、思いがけないつながりになると思う。

A：（沢田さん）コロナを機会に、みんなが安全でない限り、誰も安全ではない。ということが社会に知られてきた。その中で、いろんな立場の脆弱性がオーバーラップしていることもわかった。これを機会に様々な声を集めて発言することができればと思う。

Q：各団体が行っている政策提言に関することで、市民として協力できることがあるか。

A：（鷲巣さん）署名などはないが、ホームページを見てコメント等いただけたら、力になる。

A：（松元さん）女性たちが連帯していくことが大事だと思う。（困難なことは）誰でも経験することであり、人口の半分以上は女性なので、問題を共有して認識したらそれが大きな声になると思う。今は東京で女性のための相談会をしており、そこには地方自治体の議員さん、皆さん女性ですが、参加してもらっている。行政サービスの問題点も気付いて、働きかけるときも力になってくださる点で、とても助かっている。

A：（塩川さん）高校生支援を丸パクリでいいので、他の所でも是非やっていい。そこで心に残ったフレーズが伝染し、聞いた話を何かの話題にしてくれれば、それが政策につながっていく。今回「若者」をテーマに入れていただいたことが本当にありがたい。こういうことに気付いてくださることが少ないので。

A：（沢田さん）先ほどお見せした署名（キャンペーン活動）に、是非ご協力を。

6. 閉会挨拶

(三輪敦子 : SDGs 市民社会ネットワーク共同代表理事)

今日は 5 つの領域の報告をうかがった。深刻で見えにくい問題の数々が明らかにされたが、その多くは実は以前からあった課題。それらが顕在化すると同時に深刻化している。結果として、ウイルスではなく、失業、孤独、孤立、排除に命を奪われる状況がある。日本は国民皆保険制度を実現したと思われてきたが、実はそうではなかったということもコロナ禍で明らかになった。

コロナ禍からの回復では、「すべての人が安全にならないと、誰も安全ではない」と再認識する必要があり、これは人権の問題と深く繋がっている。そしてそれが実現した社会は、誰もが安心でき、そして連帯感を感じられる居場所がある社会だろう。そのためには不平等や差別の複合性、交差性を理解することが重要であることも今日の話から痛感した。女性であり、障害があり、外国籍であり、高齢者であるといった複数のアイデンティティが複雑に重なり合うことによる課題。みんながみんなのアライになる意識が重要だと感じる。それにより制度からこぼれる人に気付き、声を出しにくい人のために皆が声をだす。SDGs はそういう社会をつくるための軸でありツールでもある。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）がまだまだ遠いという現実を変えるために、一緒に取り組んでいきたいと思う。

(了)