

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

# 日本ユース声明

**A Chance for All**

2017年12月14日



**UHC Youth**  
**JAPAN**



## 要約

ユースやこれから生まれてくる子どもたちが健康に人生を全うできるように、UHC Youth Japan は各国が持続可能な形で Universal Health Coverage(UHC)を構築する必要があると考えている。日本は世界の中で UHC が発展している国の 1 つと考えられるが、私たちはいくつかの不十分な点を認識している。それらは、貧困と社会経済格差や医療資源の偏在、高齢者の介護、自殺とメンタルヘルス、外国人診療、プライマリ・ケア、緩和ケア、信頼できる医療情報への国民のアクセス、データの有効利用、タバコ、予防接種、持続可能な財政である。私たちユースの未来に関わる問題であり、日本を含むすべての国々はこれらの問題に配慮しながら、ユースと共に UHC の体制づくりを進めていく必要がある。

また、UHC の大切さやコンセプトはまだ多くの人に知られていないかもしれない。日本の医学生であっても、UHC を説明できる人は少なかった。UHC や医療に関わるすべての人々は、UHC の国民への認知度を高めるために努力する必要がある。社会に何らかの格差が存在している限り、UHC を達成するための努力を継続する必要があるだろう。

## 序文

UHC の確立は経済的な困難に苦しむことなくすべての人々が医療サービスにアクセスできることを保証する。近年は UHC への各国の動きがグローバルトピックになっている。2030 年までの開発目標である Sustainable Development Goals(SDGs)の 3 つ目のゴールにも、UHC を達成することが含まれている。これらの流れによって多くの低中所得国は UHC を達成するための戦略を立て、国際機関の支援を受けながらそれを進めている。

日本は 1922 年に社会医療保険を法制化した。その後 40 年を経て、1961 年に国民皆保険を実現した。国民の医療へのアクセスを担保するために、1959 年以降は診療報酬体系を統一して、医療サービスの価格の公平性維持と費用抑制を行ってきた。また、患者の自己負担額も高齢者と児童以外は一律であり、月々の自己負担額が一定額を超えれば高額医療費助成を受けられる。このような UHC の先駆けとなった取り組みを行ってきたことで、日本は第二次世界大戦後に生存率が改善し、世界一の長寿社会を短期間のうちに達成した。

一般的にユースは社会の中で相対的に弱者になりうる。そして、私たちは日々医療や社会の現場で UHC を求める国民に出会っている。本稿では世界の中でも高いレベルで UHC が為されている日本の社会において、ユースが認識している問題点や機会を指摘する。私たちは日本がさらに持続可能な UHC を推し進めることが、日本のユースや子ども達の将来を輝かせるだけでなく、世界のユースや子ども達の未来を輝かせることになると思っています。

## ユースが考える日本の UHC に対する脅威と機会

### UHC の認知度

UHC はすべての人に必要な医療へのアクセスを実現する上で極めて重要な概念である。そのため、より多くの人々が UHC の概念を理解し、共通の目標としてその達成に向けて行動することが期待される。特に UHC の達成に向けて医療従事者(healthcare providers)は主導的な立場にある。しかし、現役の医療従事者と未来の医療従事者は UHC の概念をどこまで理解し、重要視しているのだろうか。UHC について言及した研究は世界的に見られるものの、UHC がどの程度市民や医療者に理解されているか明らかではない。(PubMed にて検索式: Universal Health Coverage[Title/Abstract]で検索) 私たちは日本における未来の医療従事者が UHC の概念と重要性を理解しているかを調べる目的で、日本国内の 4 大学で質問紙調査を実施した。調査対象は該当大学に通う医学生で、オンライン質問紙票を用いて行った。回答数は 106 件であった。質問項目とその結果は Appendix に掲載した。この調査結果からは、多くの日本の医学生が UHC について知らず、概念を十分に理解していないことが分かった。さらに、対象が質問回答中に国際協力機構(JICA)の日本語サイトに基づく UHC の定義を初めて知ったとき、UHC の実現について懐疑的な印象を持つ回答者が多いことも分かった。世界保健機関(World Health Organization: WHO)のレポート「Tracing Universal Health Coverage」は、「UHC があまりに曖昧な概念であり、その達成度について測定できない」と指摘している。UHC 先進国である日本の医学生でも、UHC の個別の目標項目を理解せず、理想的で抽象的すぎるキャンペーンと捉える者が多かった。世界的に UHC の認知度はどうなのだろうか。私たちは将来の医療を形作る未来の医療従事者に対する UHC の教育は強化していく必要があると考えている。また、UHC の概念を広める際には、UHC という用語のみをキャンペーンに使用するのではなく、UHC の概念に多くの測定可能な個別の項目が含まれていて達成度は可視化することができることも含めて明確に広めていく必要があるかもしれない。

## 貧困・社会経済格差

日本は 1961 年に社会保険による国民皆保険を確立した。しかし、それによって国民全員が必要な医療サービスにアクセスできているとは限らない。1990 年代の日本経済の後退によって所得格差は拡大し、OECD 加盟国の平均レベルまで広がった。[2] そのような健康の社会的決定要因の影響を受けて健康格差も拡大傾向にある。[3]

日本では高齢者世帯やシングルマザー世帯、障害者世帯、傷病者世帯で社会保険の保険料が支払えない低所得者層は生活保護が適用される。生活保護を受けている人数は約 216 万人(2016 年)であり、横ばいで経過している。[4]被保護者は社会保険料の支払いや医療費の自己負担が免除される。しかし、医療の現場において、生活保護を受けていない人の中で社会保険料が支払えるかどうかの瀬戸際の家庭では、医師が定期受診や検査、治療を受けることを勧めても経済的な自己負担を理由に拒否せざるを得ないことがある。そして、それらの世帯の子どもやユースは必要な医療サービスにアクセスできていないことがある。実際には低所得者が生活保護を受けるためのハードルは高いかもしれない。生活保護費は地方自治体の一般財源を圧迫するため、自治体は資格を与えることを嫌がる傾向がある。また、彼らはできる限り被保護者の親戚に金銭的支援を依頼する傾向がある。加えて、一部の被保護者がこの制度を悪用したことがメディアで報じられたことにより、生活保護制度自体に国民の厳しい目が向けられている。世間体を気にする日本人の国民性は、生活保護申請を善としないだろう。ユースが生活保護申請するときは、若いので頑張れば働けるのではないかと考えられて、正当な理由があつたとしても生活保護を受給することがより難しいかもしれない。これらによって必要な国民を国が保護できていない可能性があり、必要な医療サービスにアクセスできていないかもしれない。

生活保護の問題だけではなく、日本の雇用形態の変化からも国民皆保険は脅威にさらされている。1990 年代から非正規雇用者(派遣、パートタイム、契約)としての雇用割合が増加したことにより、15-24 歳の若者の非正規雇用割合は 11.7%(1990 年)から 28.0%(2014 年)に上昇した。[5]被用者保険制度に加入せずに国民健康保険に加入する割合が増加した。それによって法律では加入が定められているものの、国民健康保険に加入したくない、もしくは加入できない人の割合が増加している。人口の 1.3%(160 万人)が国民健康保険料を支払っていない可能性がある」と推計されている。[6]18 か月以上保険料を滞納していると給付が受けられず、必要なときに医療が受けら

れない可能性がある。私たち日本のユースは、国民皆保険のもとでも実際には必要な医療にアクセスできていない国民がいることを認識している。貧困や社会経済格差に適切な対策を行わないことで、日本のUHCが後退してしまうことを危惧している。

## 医療資源の偏在

国民皆保険が整備されていて、公平性に配慮した支払い体制が整っているからといって、すべての国民が医療サービスにアクセスできているわけではない。国民が医療機関にアクセスできるためには、医療提供者や医療施設、その他の医療資源が全国に適切に分布している必要がある。日本の地方では妊婦検診や分娩ができないところや医療機関が閉鎖してしまった場所がある。2007年に妊婦7ヶ月の妊婦が救急搬送され、12の病院が受け入れ不可能と返答し、最終的に受け入れた病院で死産するという悲劇的な報道がなされた。多くの報道機関は受け入れ拒否をした病院を批判した。この10年間で対策が進み、救急搬送を何度も断られることは減ってきた。しかし、その背景には妊婦の救急搬送を断らざるを得ない医療機関の深刻な事情もあった。[7]

これまで日本の医療政策では国民皆保険や公平な支払い体制の構築と維持に力を入れてきたが、医療提供体制は放任する傾向にあった。[3]それもあって医療資源が偏在しており、効率的に利用できていなかったりするかもしれない。例えば、医師の地域偏在と専門科偏在の問題がある。医師は隔年で約8000人ずつ増加しているにも関わらず、医療現場では医師不足が叫ばれている。[8]日本の医師数は人口10万人あたり245人(2014年)で、他の国と比較しても少なくない。この現象には複雑な問題が絡んでいるだろう。まず、医師は病院の労働環境が過酷であり、開業医の世代交代が進んだため病院勤務を止めて診療所に移る医師が増えたと考えられている。また、2004年度から始まった臨床研修必修化の影響もある。それまで国家試験に合格した医師は大学病院の医局に所属して卒後教育を受ける必要があったものが、より労働条件や教育環境の良い病院でトレーニングをしようと自身で研修病院を選択することが可能になった。結果的に医局に所属する若手医師は減った。それまで医局は所属する医師を地域の病院に配属してきたが、それを継続することができなくなった。それによって診療科の閉鎖や閉院を余儀なくされる病院が出現した可能性が指摘されている。また、日本の医師は医師会に半数程度しか所属しておらず、自主的な制御も行いにくいことも原因の1つかもしれない。また、伝統的に男性医師が多かった日本であるが、29歳

以下の世代では女性医師の割合が 34.8%と上昇してきている。それ自体は歓迎されるべきことであるが、女性医師の専門科選好(産婦人科医、小児科医)や妊娠や出産のタイミングでの一時的な就業率の低下を十分に考慮できていないかもしれない。供給側の問題だけではなく、患者の需要も変化している。高齢患者の割合が増加し、患者 1 人が抱える問題点が増加すると医師の負荷は大きくなる。また、医学が細分化されて専門的になればなるほど、1 人の専門医がカバーする診療範囲が細分化されるため、より多くの医師が必要になる可能性もある。このように医療資源の偏在は、非常に多くの問題の集合体である。[9]

日本政府は自治体を中心に医療提供体制を制御しようと試みている。1985 年から都道府県が地域医療計画を立案して、地域毎に病床数の上限設定を行うようになった。しかし、それだけでは不十分であり、2015 年から都道府県が地域の 2025 年の医療需給と病床の必要量を推計し、それに合わせて病床の機能分化(急性期、回復期、療養)とそれらの連携を進められるように地域医療構想を策定し始めた。また、2025 年までに地域の医療と介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供できる効率的な地域包括ケアシステムの構築を目指している。[10]現在政府は将来地域医療に従事する医学生数の確保や卒後教育における地域毎の研修医募集人数の設定が検討されている。専門医研修でも専門科毎に地域の人口や症例数に応じた地域毎の枠を設定することが検討されている。また、医療計画に地域と専門科毎に確保すべき医師数の目標値を設定したり、地域毎の保険医の配置や定数の設定、自由開業の見直しが検討されている。そして、医師の動態を知るためにデータベースの作成と利用も検討されている。[11]

ユースは、私たちの住む地域から必要なすべての医療サービスにアクセスできるように適切な医療資源の配分を行う必要性を理解している。特にユースの需要が高い産科や小児科、精神科医療の偏在対策を議論するときは、ユースも巻き込んで行うべきだろう。また、医学生や若手医師として最も危惧するのは、医療資源の隙間を埋めるための労働力として若手医師が使われて疲弊してしまうことである。そのようなことがないように、特に医学部教育や臨床研修、専門医研修の医師偏在対策を議論するときにはユースを巻き込んで行うべきである。

## 高齢者の介護

日本では少子化と高齢化により、生産年齢人口の減少と高齢者の増加が急激に進んでいる。1950年には1人の高齢者（65才以上）に対して生産年齢人口（20-64才）は12.1人の割合でいたのに対し、2015年には2.3人に減少し今後2025年には1.9人まで減少すると予想され<sup>[12]</sup>、今後もユース1人あたりの負担は増加の一途をたどるとされている。高齢者割合が増加することで介護の需要も増加している。また、日本は平均寿命や高齢者数、高齢化率の3つすべてにおいて世界的にも未曾有の高齢社会の様相を呈しており、これまでのような平均寿命の延長を目標とする医療から、日常生活に制限のない期間である健康寿命の延長を目指すようになってきた。<sup>[13]</sup>介護予防にも力を入れ始めている。

日本では2000年に介護保険制度が創設された。公的な社会保険制度であり、2015年1月現在、65才以上の人口の約18%にあたる610万人を受給対象としている。介護保険制度では患者が受給資格の認定を受ければ、要介護度に応じて設定される上限額の中で、様々な居宅サービスと施設サービスを一定の自己負担額を支払うことで受けることができる。介護保険によって、それまで家族内で行ってきた介護が社会化され、所得水準や非公的介護（informal care）の利用可能性に関わらず、すべての人に介護を提供することができるようになった。しかし、介護給付費交付金は急激に増大しており、制度が開始された2000年の3.2兆円（GDP比0.7%）から急増し、2015年現在9兆円（同1.8%）、2025年には21兆円（同3.2%）になると予想されている。<sup>[14][15]</sup>政府は、増え続ける介護費用の抑制を目的の1つとして、2013年には特別養護老人ホーム入所に必要な要介護度を引き上げて、2015年に自己負担額の引き上げを行った。これにより、特別養護老人ホームに入所できない高齢者が増加した。そして、特別養護老人ホームに入所できない高齢者が有料老人ホームに入所しようとしても、年金収入だけでは費用が支払えないことが多い。その結果、無認可の老人ホームに入所せざるを得ない高齢者の増加が問題になっている。また、在宅療養中の高齢者を介護する家族に適切な居宅介護サービスが提供され、介護負担を軽減できているのかも明らかではない。

介護職の人材不足問題も顕在化している。現在、介護業務従事者の多くはユースであるが、厚生労働省は2025年に介護人材が37.7万人不足するという推計結果を発表し、介護人材確保は喫緊の課題である。人材不足の原因として、介護職の低賃金や



重労働、勤務時間の不規則さが挙げられており[16]、介護職員の離職率が 16.6%と高値[17]であることも大きな課題である。対策として、介護職員の賃上げや介護未経験者を対象とする研修の実施、企業内保育所の充実による子育て支援、介護職員の登録制度による再就職の促進が進められている。一方で、不安定かつ過酷な労働環境に比してカウンセリング体制は十分であるとはいえず、今後増加が予想される外国人技能実習生（大半がユース）の体制整備も途上である。私たちは超高齢社会に向けて、介護が必要な高齢者が経済的困難に関わらず介護サービスを受けられる持続可能な財政と介護人材確保、介護職の待遇改善が必要であると考えている。

### **自殺・メンタルヘルス・働き方改革**

日本では毎年前途ある若者の自殺や過労死が大きく報道されている。最近では大手の広告会社に務めていた 24 歳女性が長時間労働に耐えかねて 12 月 25 日に自殺したとされる。また、産婦人科医の 30 歳代の男性は月 200 時間以上に及ぶ時間外労働が影響して自殺した。このケースは決して特別なものではない。2016 年の調査では 20-30 代男性医師の労働時間は平均約 75 時間/週で、女性医師は平均約 65 時間/週であり、他の職種と比較して労働基準法を越える労働時間である割合が高かった。[18]

日本の自殺者数は人口 10 万人あたりの年齢調整自殺率が 19.7(2015 年)で、世界平均 10.7%を大きく上回っている。[19]日本は 2006 年に自殺対策基本法を制定し[20]、国レベルの総合的自殺予防対策と自殺者の親族に対する広範囲の支援を義務付けた。それによって減少傾向ではあるものの 2015 年は 24,025 人が自殺で亡くなっており、依然として大きな社会問題である。

若い世代の自殺は深刻な状況で、15-39 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺である。先進国の中では日本のみがこの状況で、ユースの自殺率も他の国に比べて高いことが分かっている。[21]自殺は多因子によって引き起こされるものであるが、主な原因としてうつ病や統合失調症などの精神疾患への罹患はどの世代でも多く報告されている。日本ではうつ病や統合失調症などの精神疾患に対する国民の偏見が根強く残っており、適切な治療が受けられていないかもしれない。精神科疾患を疑ったときに早期に受診を勧められる国民風土を醸成していく必要があるだろう。[3]また、20-39 歳の自殺で特徴的なことは、前述の精神疾患に続いて「勤務問題」が 2 番目に多いことであ

る。[22]従って、ユースの自殺を防ぐためには、一般的な自殺予防対策に加えて、ユースの労働環境を改善する必要があるだろう。2017年に日本政府が進める「働き方改革」[23]では、労働基準法において年間を通して労働時間の上限規制を定める方針となった。これは組織の中で相対的な弱者となり得る若者労働者を自殺や過労死から守るための重要な一歩であると考えている。しかし、形式上の法規制のみでは無きに等しく、ユースはサービス残業を強いられることになるだろう。職場をあげて、実質的に労働環境を改善していく必要がある。

## 外国人診療

私たちが海外旅行先で十分な医療を受けることができない、または治療後に高額な医療費を請求されることが時に問題になる。増加の一途にある訪日外国人や在留者が日本で医療を受診するときも、言語の問題や医療費の問題は切実である。[24]

観光立国推進基本法が成立した平成18年の訪日外客数は733万人であったが、平成28年には2404万人に急増し、2020年には東京オリンピックの開催が予定されていることから、今後も訪日外客数は増加すると考えられている。また、2015年末現在の中長期・特別在留者数は223万人で、前年より11万人増加している。[25]

言語の問題に対応するため、外国語が使用できる病院を検索できるサイト[26]がいくつか開設されている他、「外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)」が策定され、言語や宗教、文化の壁を越えた医療サービスの実現が期待されている。また、「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」によって、モデル病院を中心として、医療通訳、外国人向け医療コーディネーターの配置促進が始まっている。[27]現在、日本での医療通訳制度の整備は途上であり、医療通訳士の国家資格もないため今後の法整備が望まれる。外国語で診察可能な病院が近くにない場合や緊急時に備えて、厚生労働省では「外国人向け多言語説明資料」[28]を作成しており、「多言語医療問診票」のサイトもある。

また、在留期間満了後も日本に留まっているオーバーステイの外国人にはユース世代も多く、経済的に困窮している場合が多い。UHCの理念から彼らの医療へのアクセスが保証されるように検討すべきだと考える。

## プライマリ・ケア

現在、日本の医療は比較的低コストで良好な健康指標を実現していると評価されている。[29]しかし、それでも社会構造や疾病構造の変化に伴うニーズの変化と財政の持続可能性の問題は深刻である。

WHO は UHC におけるプライマリ・ケアの重要性を謳っている。[30]経済協力開発機構（OECD）は、日本の特徴である医療のフリーアクセスは利用しやすく患者ニーズにも応え易い一方で、超高齢化社会に対応するにはより構造的な医療提供体制が必要ではないかと指摘している。[29]具体的には、プライマリ・ケアの専門医を養成することや患者を急性期治療から地域の環境に移行できるケアコーディネーターの整備の必要性、精神医療も包括して患者中心の医療を実践すること等を挙げている。予防的及び包括的な高齢者ケアに向けた明確な方向性が必要としている。

日本にはこれまでも地域に根ざした素晴らしいプライマリ・ケアが提供されてきた。例えば、ある病院では戦後間もない時期から、病院のスタッフが巡回診療を行った。乳児や高齢者の医療費を無料化した。地域住民が衛生指導員となり、地域の保健リーダーとして活動した。さらには健康手帳と健康台帳を整備するといった活動を国に先駆けて行ってきた。このようなプライマリ・ケアの結果、その地域の乳幼児死亡率は低下し、脳卒中・がん死亡の低下、医療費の低下を達成した。2007年に厚生労働省はこの地域モデルを「医療費の適正化を推進していく上で一つのモデルを提供している」と評した。[31]一方で高度経済成長後の日本社会から、担い手不足などの理由によりこれらの多くが消えつつあることを懸念している。私たちはこれまで日本の医療を支えてきた地域に根ざした既存のプライマリ・ケア体制を基盤として、社会構造と疾病構造の変化や医療費の抑制に対応できるような有効で持続可能なプライマリ・ケアの仕組み作りが可能であると信じている。

## 緩和ケア

自分自身や自分の両親の終末期には、多くの人が望んだ場所で全人的ケアを受けることを望むだろう。日本は高齢化社会を迎えている中で、多くの終末期患者は専門的な緩和ケアを受けられずに亡くなっている現状がある。日本の第1位の死因である悪性新生物患者では、約65%が緩和ケアチームのない病院で亡くなっている。日本では

2006年のがん対策基本法が制定された。それに伴って、がん診療連携拠点病院において緩和ケアチームの設置とがん診療に関わる医師を対象とした緩和ケア研修が開始された。拠点病院では緩和ケアの整備が進んでいるものの、それ以外の病院では不十分なままである。[32]悪性新生物以外の疾患による終末期患者への緩和ケアも確立していない。

また、日本人は70%が自宅で亡くなることを希望しているものの、実際在宅死は12%程度に留まっており、78%は病院死である。[33]日本では医療保険制度に加えて、2000年から介護保険制度も開始され、在宅療養においても医療と介護両方の公的な居宅サービスが受けられる。一方で在宅医療従事者や介護従事者数が不足している地域では、在宅療養や自宅で亡くなる環境が整えられない現状にある。

私たちは望む場所で終末期を過ごし、緩和ケアを受けられる体制の構築を望んでいる。

## 国民が信頼できる医療情報へのアクセス

UHCの達成のためには、国民の信頼できる医療情報へのアクセスが重要である。特に近年では、インターネットの普及により国民がアクセスできる情報が極めて多く、医師が「その疾患1つだけを取ってみれば、自分よりもその疾患の患者の方が詳しいことがある」と述べるのを聞く機会も少なくない。しかし、インターネットには誤った情報も多々含まれており、医療情報についても玉石混淆である。[34]

例えば、日本では2016年に、ある医療系サイトが根拠のない極めて不正確な情報を医療情報として掲示しており、その内容のセンセーショナルさと極めていい加減なロジック・データから大きな社会問題となった。この問題の背景にあるのは、医学的訓練を受けていない患者がどの情報に信頼性を持ってアクセスすれば良いか分からず、信頼性の高い医療情報にアクセスすることを促すシステムが社会的にも存在しないか不十分であることである。さらに、国民がインターネットにより依存していくことが予想され、この問題は現状の仕組みの中では増悪していく可能性が高い。[35]

インターネットに特に親和性の高いユースとして、多くの医療機関が試みている糖尿病教室などや紙媒体での患者教育のみならず、インターネット上での信頼できる医療情報の確立を期待する。また特に、未来の医療従事者である医療系学部の学生は、医療の専門的な(ある種の閉鎖的な)環境に身をおく前、あるいは早期の段階にあり、

患者と医療の「間」に位置する強みを活かして、「国民が信頼できる医療情報へのアクセス」に関する社会的な取り組み、システム構築に貢献していきたい。

## データの有効利用

2017年5月にWHOが発表した世界保健統計2017によると、日本の医療は乳児死亡率や健康寿命などの保健指標に関して非常に優れたアウトカムを収めている。[36]事実、他先進国と比較して低コストで世界一の長寿を達成した日本の保健システム、特に国民皆保険は海外からも高く評価されている。[37]その一方で、1961年に制定された国民皆保険は高度経済成長期に予想された人口比率や疾病構造、保健医療リソースとしての財源・マンパワーをもとに作成されたため、社会情勢の大きく変化した現在では様々な問題を抱えている。例えば、2015年の1年間にかかる医療費は42兆3,664億円[38]と、国民皆保険が制定された1961年の医療費である5,130億円の実に約80倍にまで拡大している。[39]その反対に、1961年度と2015年度のGDPは約26倍の増加に留まっている。これは経済規模の拡大と比較して国民医療費の増加が顕著であることを示している。現時点での前時代的な保健システムに大幅な修正を加えなければ、将来の生産年齢層を担うユースへの負担が更に増大していく。この状況を危惧した厚生労働省は、2015年に20年後を見据えた保健医療政策のビジョンとその道筋を示す「保健医療2035」を作成し、国民の健康増進や医療の最適化に関する取組の指針を打ち立てた。[40]

現在のような医療費の増加には、技術革新や医療ニーズの増加といった回避不可能な要因が関与していることは明らかなものの、最適化を施すことによって改善の余地を見込める要因もある。現在の医療現場では複数施設間での患者情報の共有などが進まず、過剰治療や過剰投薬、頻回・重複診断が課題として挙げられている。このような問題の解決には医療現場の可視化が急務であり、データ利用はその大きな改善策として期待されている。

近年ではスマートフォンといった情報媒体の普及により、個人の医療・介護・健康データを容易に収集できる環境が形成されつつある。それに伴い、これらのデータを統括・活用できるプラットフォームの開発が急がれている。[42]これらのデータベースを医療現場に応用することにより、過剰または過少な医療提供を阻止することができるであろう。また、現時点では個別に管理されている健康(KDB)・医療(NDB)・介護

(介護 DB)の統合化<sup>[43]</sup>も進んでおり、数年後には膨大な量の個人の保健医療データにアクセス可能と言われている。

近い将来、データの利用により適切な医療の受診や疾患リスクの可視化・軽減が可能となり、保健システムに対する私たちユースの不安が解消されることを期待している。

## タバコ

喫煙は人の健康に大きな影響を与える。また、未成年者の喫煙は成人の喫煙よりもニコチン依存症になりやすく<sup>[44]</sup>、死亡率が高まるという報告されている。喫煙者の54.7%が未成年の内にタバコを経験しており、私たちは若年者への禁煙の啓発活動が重要であると考えている。

日本では1900年に未成年者喫煙禁止法<sup>[45]</sup>が施行されて以来、さまざまな取り組みが行われてきた。1998年以降は日本たばこ協会によって自主基準<sup>[46]</sup>が設けられ、テレビ、ラジオ、インターネットなどによる製品広告を行わないことや未成年者を対象とする製品広告・販売促進活動を行わないことが定められた。健康日本21でも壮年期死亡の減少が目的の1つに掲げられ、分煙・受動喫煙防止の取り組みが行われるようになった。<sup>[47]</sup>日本はWHOが健康や社会、環境、経済への破壊的な影響から現在と将来の世代を保護することを目的として定めた「たばこ規制枠組条約」<sup>[48]</sup>に2004年に批准した。しかし、2008年のWHO報告では、日本は禁煙支援の提供を除くすべての取り組みで低い評価を受けた。同報告では、タバコの価格引き上げが喫煙率低下に有効であるにも関わらず、日本のタバコ価格は諸外国に比べて極めて安いことが指摘された。<sup>[49]</sup>タバコ価格の引き上げは健康日本21でも言及されていたものの、実施されずに課題として残っている。

日本は禁煙者割合が欧米各国に比べて低いことが指摘されており、いかに喫煙者を禁煙させるかが課題である。今後は「たばこ規制枠組条約」第8条に則り、公共の場所や交通機関での全面禁煙に対して、罰則付きの法的整備を進めることが期待される。

## 予防接種

近年、日本ではヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチン接種後の慢性疼痛がメディアを賑わせた。また、使用できるワクチンの種類が少ないワクチン・ギャップの弊害も指摘されている。予防接種は常にその有効性と安全性の両立が求められている。

1948年に日本で制定された予防接種法<sup>[51]</sup>では、元来接種は義務で非接種者には罰則があった。しかし、その後予防接種の副反応による健康被害が問題となり、1989年のMMRワクチン(麻疹、流行性耳下腺炎、風疹ワクチン)接種後の無菌性髄膜炎、2005年の日本脳炎ワクチン接種後の急性散在性脳脊髄炎(ADEM)発症、2013年のHPVワクチン接種後の慢性疼痛など、しばしば訴訟問題に発展したため、予防接種は罰則なしの義務接種に変更された。1994年には予防接種は「義務規定」から「努力規定」に変更された。<sup>[52]</sup>このような予防接種に対するネガティブな反応はワクチン・ギャップの問題を引き起こすこととなり、2017年現在、ムンプスワクチンが国のワクチンプログラムに含まれていないのは、先進国では日本だけである。そして、日本独自の「定期接種」、「任意接種」という分類が生まれた。予防接種法が規定するのは「定期接種」のみで、「任意接種」は費用も自己負担となるため、これに含まれる疾患は接種が進まず、ワクチンによる予防が不十分である現状がある。予防接種がもたらす集団免疫(外部性)を考慮すると国際的にも影響を及ぼし得る。

時計の針を巻き戻さないために、近年ワクチン・ギャップを是正しようとワクチンの副反応問題に対する備えが始まった。医師の厚生労働省への報告義務を定めた「予防接種後副反応疑い報告制度」<sup>[53]</sup>が定められ、医療機関からの報告に関する情報整理、調査については(独)医薬品医療機器総合機構<sup>[54]</sup>に委託できるようになった。また、予防接種健康被害救済制度<sup>[55]</sup>が制定され、予防接種によって生じた健康被害に対する補償が定められた。さらに、予防接種施策立案関わる専門家からなる委員会がないことが課題として指摘されており、2009年厚生労働省内に感染症分科会予防接種部会<sup>[56]</sup>(2013年に予防接種・ワクチン分科会に発展改組<sup>[57]</sup>)が設立された。私たちは科学的な予防接種の有効性と有害事象の検討体制を充実させ、得られた知見を国民に啓発し、還元していくことが必要であると考えている。

ワクチン・ギャップによって少なかったワクチンの種類が近年増加してきたため、患者への同時接種が推奨されるようになってきた。しかし、日本における同時接種の歴史は短く、医療者や国民の理解も十分に得られていない現状がある。今後は同時接

種の啓発活動と被接種者の苦痛の回数の軽減が期待できる混合ワクチンの開発が必要だろう。

## 持続可能な財政

日本のユースは 1961 年から続く国民皆保険を維持することを望んでいるが、一方で財政の持続可能性に強い不安を感じている。医療と年金、介護、福祉を含む社会保障費は、社会保険料だけではなく約 40%が税金で賄われている。国の一般歳出の 50%以上を占めている。

日本の歳入は大まかに税収と公債金、そしてその他の収入からなっている。少子化と高齢化が進展しており、今後就業者人口は 6270 万人(2012)から 5449 万人(2030)に減少すると推計されている。これらは、税制や労働参加率が変わらなければ、税収が自然に増えることはないことを示している。これに対して、2013 年に政府は社会保障と税の一体改革を進め<sup>[58]</sup>、2014 年に消費税を 5%から 8%に上昇させ、社会保障の安定財源の確保を目指した。しかし、2015 年に消費税を 10%に上昇させる予定であったが延期を繰り返している。また、政府は 2017 年から働き方改革を促進し、職場の労働生産性を向上させ、労働参加率を上げることで、少しでも就業者人口を保とうという政策を行っている(一億総活躍)。そして、歳入の中で公債金の割合は高く推移しており、1990 年には歳入の 10.2%であったが、2017 年には 35.3%である<sup>[59]</sup>。対 GDP 比での政府の債務も増加し続けており、ユースは国の財政に強い不安を抱いている。

歳出において、年金と医療、福祉、介護を含む社会保障費の占める割合は増加している。<sup>[60]</sup>医療費は高齢者や死亡直前に費やされる傾向があるため、日本は高齢化率が約 40%に達する 2060 年まで医療需要は高まり続け<sup>[61]</sup>、医療技術の向上も相まって医療・介護費は上昇し続けると推計されている<sup>[62]</sup>。これまで歴史的に国民皆保険や公平な支払いシステムを構築したことにより、低コストで健康指標を向上させてきた日本ではあるが、2016 年には医療費は対 GDP 比 10.9%であり他の OECD 諸国と同程度まで上昇している<sup>[63][64]</sup>。政府は医療や介護の支払いシステムを定期的に見直しながら給付の伸びの抑制を試みているが、これまで放任されてきた医療や介護サービスの提供体制に介入を始めている。



以上のような国家財政と将来の推計を考慮すると、ユースは将来 UHC の基盤である国民皆保険を維持できるかどうか強く危惧している。私たちは将来の子どもたちのために、政治的なリーダーシップをもって社会保障財源確保のための税収の確保と医療や介護サービスの提供体制の効率化、データベースを用いたモニタリング等を迅速に進めて、財政の持続可能性を担保することを期待している。医療提供者や医療系学生を対象として、コストを意識した医療資源を賢明に選択するケアの在り方について啓発や教育を行うことも必要である。

## 提案事項

1. 私たちは未来の医療従事者に対する UHC に関する教育が強化されることを期待している。また、UHC の概念を世界中のより多くの人に広める必要があり、UHC の概念と可視化された指標も含めて啓発していくことを提案する。
2. 私たちは日本の UHC が後退しないように貧困や社会経済格差に適切な対策を行うよう要望する。
3. 私たちはユースの需要が高い産科や小児科、精神科の医療資源の偏在対策を議論するときには、ユースも巻き込んで行うことを提案する。また、医学生や若手医師は医療資源の偏在是正のための労働力として使われて疲弊してしまうことを危惧している。医師の偏在対策を議論するときにはユースを巻き込んで行うよう要望する。
4. 私たちは今後到来する超高齢社会に向けて、介護が必要な高齢者が経済的困難に関わらず介護サービスを受けられるように、持続可能な財政と介護人材確保、介護職の労働環境改善を要望する。
5. ユースを含むすべての国民の自殺を重く受け止め、精神疾患に対する国民の偏見を解消する努力が必要とされている。そして、精神疾患を疑ったときに早期に受診できる風潮を作ることを提案する。また、ユースの自殺理由として多い労働環境の改善を強く要望する。
6. 訪日外国人や在留外国人の急増により、外国人診療のニーズが高まっている。言語や医療費の問題が報告されており、2020 年東京オリンピック開催に向けてサポート体制を充実させることを提案する。

7. 私たちユースは、これまで日本の地域に根ざした素晴らしいプライマリ・ケアを基盤にして、社会構造や疾病構造の変化と高騰する医療費の問題に対応できるような有効で持続可能なプライマリ・ケアの仕組み作りが可能であると信じている。
8. 私たちは望む場所で終末期を過ごし、緩和ケアを受けられる体制の構築を望んでいる。
9. 私たちユースは、インターネット上での信頼できる医療情報の確立を望んでいる。医療系のユースは、患者と専門家との間に位置する強みを活かして、国民が信頼できる医療情報へアクセスできる社会的な取り組みに積極的に貢献する。
10. 近い将来、データの有効利用により適切な医療の受診や疾患リスクの可視化と軽減が可能となり、保健システムに対する私たちユースの不安が解消されることを期待している。
11. ユースはタバコの健康被害をより受けやすいことを知っている。国は若年者に対して禁煙の啓発と教育を行い、たばこ規制枠組み条約に則って公共の場所や交通機関での対策を進めるよう強く要望する。
12. 私たちは科学的な予防接種の有効性と有害事象の検討体制を充実させ、得られた知見を国民に啓発し、還元していくことが必要であると考えている。それによって、ワクチン・ギャップの解消を求める。また、ワクチンの同時接種の啓発活動と被接種者の苦痛の回数の軽減が期待できる混合ワクチンの開発を提案する。
13. 将来の子どもたちのために、政治的なリーダーシップをもって社会保障財源確保のための税収の確保と医療や介護サービスの提供体制の効率化、データベースを用いたモニタリング等を迅速に進めて、財政の持続可能性を担保することを期待している。医療提供者や医療系学生を対象として、コストを意識した医療資源を賢明に選択するケアの在り方について啓発や教育を行うことも必要である。
14. 上記を実現するためには継続的なユースの関与が必要である。私たちは UHC を達成するための世界的なユースのプラットフォームの構築を提案する。

## 謝辞

本稿作成にあたり重要なご助言とご助力を頂いた UHC Coalition、UHC2030、稲場雅紀氏(一般社団法人 SDGs 市民社会ネットワーク)、福田友子氏(公益財団法人 ジョイセフ)、Ms. Batool Alwahdani (International Federation of Medical Students' Associations)、Mr. Dominique Vervoort (International Student Surgical Network)、日本医師会ジュニア ドクターズ ネットワーク、国際医学生連盟日本、アジア医学生連絡協議会日本支部、日本国際保健医療学会学生部会、Japan Youth Platform for Sustainability、パブリックコメントを頂いたすべての皆様、翻訳を手伝って下さった皆様に心より感謝を申し上げます。そして、天野彩佳氏(UHC フォーラム 2017 市民社会事務局)には、チームの立ち上げから本稿の公開に至るまで全面的なご支援を頂いた。この場をお借りして心より感謝を申し上げます。

## UHC Youth Japan 2017

### 執筆者

阿部計大(東京大学大学院博士課程)

加藤大祐(三重大学大学院博士課程)

佐藤峰嘉(王子総合病院)

池尻達紀(京都大学医学部医学科)

上田 聖(千葉大学医学部医学科)

唐木まりも(国際基督教大学)

木谷百花(京都大学医学部医学科)

小山裕基(旭川医科大学医学部医学科)

櫻庭唱子(千葉大学看護学部看護学科)

高木孝典(産業医科大学医学部医学科)

濱田祥生(和歌山県立医科大学医学部医学科)

## 参考文献

1. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. : World Health Organization; 2015.
2. OECD Publishing. In It Together: Why Less Inequality Benefits All. : OECD Publishing; 2015.
3. Hasegawa T. Japan. historical and current dimensions of health and health equity. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001: 90–103.
4. 厚生労働省. 生活保護の被保護者調査(平成 28 年 1 月). 2016.
5. 江刺, 宮下. 最近の正規・非正規雇用の特徴. 総務省統計局 『統計 Today』 2016(97).
6. Ikegami N, Yoo B, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. The Lancet 2011;378(9796):1106-1115.
7. 総務省消防庁. 平成 27 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果. 2016; Available at:  
[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h28/kyukyu\\_arikata/](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/). Accessed 11.28, 2017.
8. 厚生労働省. 平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査. 2015.
9. 島崎謙治. 日本の医療: 制度と政策. : 東京大学出版会; 2011. p323-327
10. 厚生労働省医政局. 地域における外来医療提供体制に ついて. 2017; Available at:  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000184023.pdf>. Accessed 11.28, 2017.
11. 厚生労働省医政局. 医師偏在対策の検討状況について. 2017; Available at:  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000184025.pdf>. Accessed 11.28, 2017.
12. 厚生労働省. 平成 29 年版高齢社会白書. 2017.
13. 厚生労働省健康局. 「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針」を実践するための資料集. 2013.
14. 厚生労働省老健局. 平成 27 年度 介護保険事業状況報告. 2017.
15. 厚生労働省. 介護給付と保険料の推移. 2016; Available at:

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-2.pdf). Accessed 12.12, 2017.

16. 介護のニュースサイト Joint. 介護職員の月給は 21.5 万円 全産業の平均を約 9 万円下回る 厚労省賃金統計. 2017; Available at: <http://www.joint-kaigo.com/article-3/pg596.html>. Accessed 11.28, 2017.

17. 介護労働安定センター. 平成 28 年度版 介護労働実態調査. 2017.

18. 厚生労働省. 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査. 2017.

19. World Health Organization. Global Health Observatory data repository Suicide rates, crude Data by country. 2017; Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEv?lang=en>. Accessed 11.28, 2017.

20. Department of Public Health, Akita University School of Medicine. Basic Law on Suicide Countermeasures. 秋田県公衆衛生学雑誌 2006;4(1):83-88.

21. 厚生労働省. 平成 28 年度版自殺対策白書. 2016.

22. 厚生労働省. 平成 26 年度 自殺の統計. 2015.

23. the Council for the Realization of Work Style Reform. The Action Plan for the Realization of Work Style Reform. 2017.

24. 黒木. 外国人患者の診療. 北海道医報 2015;1164(1):48-49.

25. 法務省. 平成 27 年末現在における在留外国人数について (確定値) . 2017; Available at:

[http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\\_00057.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00057.html). Accessed 11.28, 2017.

26. 東京都国際交流委員会. 外国人のための生活ガイド. 2006; Available at: <https://www.tokyo-icc.jp/guide/info/08.html>. Accessed 11.28, 2017.

ITM Incorporated. English speaking Doctors and Dentists in Japan. 2017; Available at: <http://inhos.net/>. Accessed 11.28, 2017.

27. 厚生労働省. 医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業実施団体公募要領. 2014; Available at: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000047390.pdf>. Accessed 11.28, 2017.

28. 厚生労働省. 外国人向け多言語説明資料 一覧. 2014; Available at: <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056789.html>. Accessed 11.28, 2017.

29. Reviews of National Health Care Quality, OECD, 2017
30. Universal health coverage, World Health Organization, 2016  
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>, accessed 29 Nov, 2017)
31. 人口動態統計年報、厚生労働省、2009  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth8.html>, accessed 29 Nov, 2017)
32. 厚生労働省. がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理、2016  
(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000153445.pdf>, , accessed 29 Nov, 2017)
33. 平成 24 年度高齢白書. 第 1 章 第 2 節 3 高齢者の健康・福祉、内閣府、2012  
([http://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2012/2012pdf\\_e.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2012/2012pdf_e.html), accessed 29 Nov, 2017)
34. G. Themistocleous et al, The accuracy of medical information on the Internet, Orthopaedic Proceedings, 2003
35. 後藤、インターネットにおけるがん医療情報の現状と、改善への取り組み、情報管理、2010
36. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017
37. Hideaki Akashi et al. Human resources for health development: toward realizing Universal Health Coverage in Japan. BioScience Trends, 2015
38. 平成 27 年度国民医療費の概況、厚生労働省、2015  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/15/dl/data.pdf>, accessed 29 Nov, 2017)
39. 国民医療費:統計表、厚生労働省、2014  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/dl/toukei.pdf>, accessed 29 Nov, 2017)
40. 保健医療 2035、厚生労働省、2015  
(<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>, accessed 29 Nov, 2017)
41. Yasuharu Y. Current Status of Choosing Wisely in Japan. General Medicine,

2015

42. Sakai M. スマホに医療アプリ…救急対応、データ共有に効果. Yomiuri Online 2013.  
(<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20130606-OYTEW51962/>, accessed 29

Nov,2017)

43. データ利活用基盤の構築、総務省、2017

(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai1/siryou1.pdf>, accessed 29 Nov,2017)

44. 平成 10 年度喫煙と健康問題に関する実態調査、厚生労働省、2009

([http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1111/h1111-2\\_11.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1111/h1111-2_11.html), accessed 29 Nov,2017)

45. 未成年者喫煙禁止法

46. 製造たばこに係る広告及び販売促進活動に関する自主規準、公益財団法人 健康・体力づくり財団、2004

(<http://www.health-net.or.jp/tobacco/policy/pc530000.html>, accessed 29 Nov,2017)

47. 「健康日本 21」最終評価、厚生労働省

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf>, accessed 29 Nov,2017)

48. たばこ規制枠組条約、外務省

([http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159\\_17.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html), accessed 29 Nov,2017)

49. 2008 年世界のたばこの流行に関する報告、WHO (MPOWER 政策パッケージ)

([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/5/9789241596282\\_jpn.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/5/9789241596282_jpn.pdf) , accessed 29 Nov, 2017)

50. 「喫煙と健康の問題等に関する中間報告」2002.10.10.財政制度等審議会

51. 予防接種法

52. 予防接種制度について、厚生労働省、2017

([http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033079-att/2r985200000330hr\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033079-att/2r985200000330hr_1.pdf), accessed 29 Nov,2017)

53. 予防接種後副反応疑い報告制度、厚生労働省、

([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou\\_houkoku/](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/), accessed 29 Nov,2017)

54. 医薬品医療器機総合機構  
( <https://www.pmda.go.jp/>, accessed 29 Nov,2017)
55. 予防接種健康被害救済制度、厚生労働省  
([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/kenkouhigai\\_kyusai/](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/kenkouhigai_kyusai/), accessed 29 Nov,2017)
56. 厚生科学審議会、厚生労働省  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei.html?tid=127719>, accessed 29 Nov,2017)
57. 審議会・研究会等、厚生労働省  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingi.html#shingi127702>, accessed 29 Nov,2017)
58. 内閣官房. 社会保障と税の一体改革.  
(<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/>, accessed 29 Nov,2017)
59. 財務省. 一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移.  
([http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/003.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/003.htm), accessed 29 Nov,2017)
60. なぜ今、改革が必要なの?、厚生労働省  
([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kai-kaku\\_1.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kai-kaku_1.html), accessed 29 Nov,2017)
61. 平成 28 年版高齢社会白書概要版、内閣府  
([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_1.html),accessed 29 Nov,2017)
62. 田近英治、菊地潤、高齢化と医療・介護費—日本版レッド・ヘリング仮説の検証—、ファイナンシャルレビュー、財務省財務総合政策研究所
63. OECD. Health spending. 2016  
(<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, accessed 29 Nov, 2017)
64. 国民負担率の国際比較  
(<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/280915/shiryou3-1-2.pdf>, accessed 29 Nov,2017)



## Appendix

### UHC の理解のされ方に関する医学生を対象とした意識調査

**【目的】** 日本国内の医学生の UHC に対する認知度・意識を調査して現状を把握するとともに、これからの医学教育の UHC 分野におけるアプローチを検討する一助とする。

**【方法】** 以下の要領で、インターネットによる質問フォームを用いて、アンケートを実施した。

対象：

京都大学医学部 1 年生

和歌山県立医科大学医学部 1、2 年生

産業医科大学 2 年生

千葉大学医学部 3 年生

期間：2017 年 11 月 1 日～11 月 19 日

アンケート項目：

1～3：回答者の所属・学年について問う項目

4：UHC(universal health coverage)という言葉を知っていますか。

5：UHC(universal health coverage)という概念を説明できる人はしてください。

6：UHC(universal health coverage)についてはどのような機会に知りましたか。

7：UHC(universal health coverage)というのは、『すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる』という概念です。

(参照元：JICA ホームページ <https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/UHC.html>)

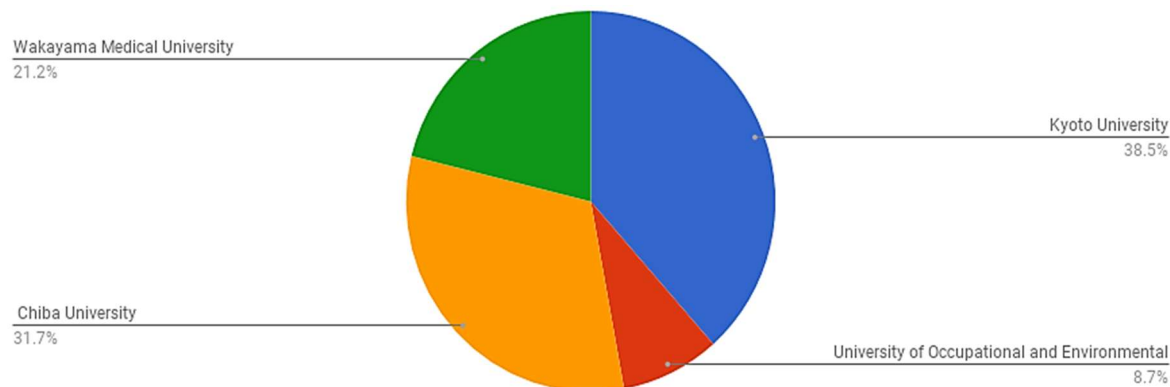
これを聞いて、どのようなことを連想しましたか。自由に記述してください。

8：上述の「UHC フォーラム 2017」では、世界の健康増進に関する「ユース宣言」を発表します。宣言には、ぜひみなさんからの声も盛り込みたいと考えています。そこで、UHC に関して、政府・国際機関への要望や、若者としての意気込みなどがあれば自由に記述してください。

【結果】全 107 件の回答を得た。

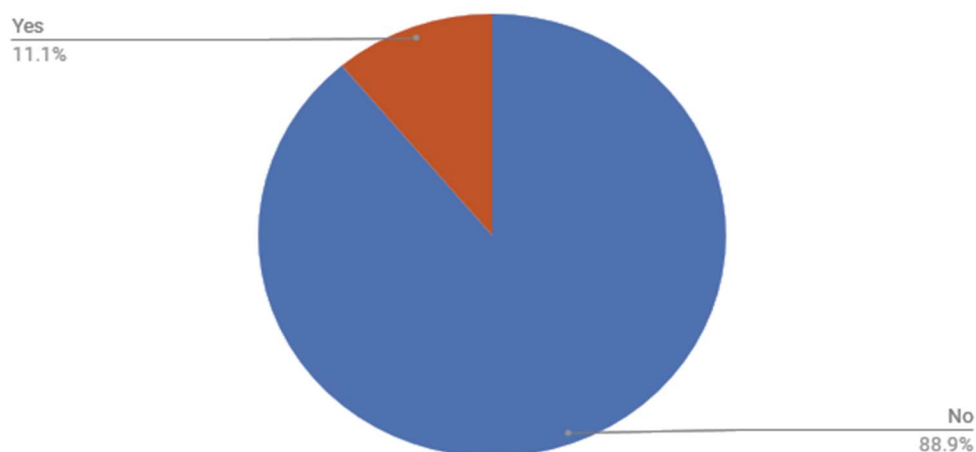
### 1. 回答者の所属

107 件の回答者のうち、京都大学学生、千葉大学学生、和歌山県立医科大学学生、産業医科大学学生がそれぞれ 40 名、33 名、22 名、9 名であった。



### 2. UHC という用語の認知度

UHC という単語を聞いたことがあるか、という項目に対して「はい」と回答した学生は 11 名、「いいえ」と回答した学生は 96 名であった。



また、聞いたことがある学生のうち、そのきっかけが何かを問う項目について、「自発的に開催した・された勉強会」と回答した学生が 3 名、「インターネットを通して」と回答した学生が 2 名、「授業（大学の正規カリキュラム名）」と回答した学生が 2 名、「新聞・雑誌・テレビなどのマスメディアを通して」と回答した学生が 2 名、「書籍を通して」と回答した学生が 1 名であった。（11 件の回答のうち無効回答 1 件）

### 3. UHC の概念の定義を知ったときに医学生が考えること

UHC の概念を JICA 日本語 HP に記載のある定義を用いて説明した後に、そのイメージを問うた項目は自由記述形式で回答を受け付けた。これらの回答を KJ 法を用いて分析したところ以下のようにまとめることができた。

#### <UHC について肯定的・否定的な意見を述べたもの> 53 件

・ UHC を理想論とし、「実現が難しい」などの批判的な意見を述べたもの…28 件

例：「理想的ではあるが本当にうまくいくのか疑問ではある」

うち、財政面への懸念を述べたもの…14 件

例：「どこからその費用を捻出するのか気になった」

・ UHC に対して「重要な概念である」などの肯定的な意見のみを述べたもの…23 件

例：「深刻なのに広まっていないワクチンの接種などがあるのを見て、現状のニーズに沿っているなあと思いました。」

・ 条件付きで肯定的な意見を述べたもの…9 件

例：「金額設定をするのが難しそうだが必要性を感じた」

#### <UHC に対して肯定・否定の立場を記載せず、想起するトピックのみを述べたもの>

41 件

国民皆保険…11 件 例：「国民皆保険のようなもの？」

医療格差…9 件 例：「医療格差の是正」

途上国…5 件

例：「難民キャンプでの暮らし」「青年海外協力隊や国境なき医師団などの活動」

地域性…5 件 例：「貧困地域において医療に関する知識がない人が多いこと」

公衆衛生…3 件 例：「健康増進」

アメリカの医療…3 件 例：「オバマケア」

大きな政府…3 件 例：「生活保護」

医療情報…1 件 例：「病気の人向けの情報サイト」

医療者の過重労働…1 件 例：「医師の過重労働」

**<その他> 6件**

医学生としての心意気を述べたもの…1件

例：「もっと関心を持って勉強する必要性を感じた」

その他（無効回答含む）…5件

例：「全ての人が経済的困難を伴うことなく、サービスを受けられるために、具体的にどんな取り組みをしているのかを知りたい」