

- 公的医療保険は、以前は労働省が管轄し今は厚生省に移管された Rastra Swasty Bima Yojna(RSBY, 国家健康保険計画)。これはそのスマートカード保持者は、病院で年間 3 万 Rs.(6 万円) までの医療費が保証される。この結果、病院では不要な小手術が増加した。(日本の場合は保険者がそうしたことをチェックするが、と伝えたところ)それを監視するシステムがない。
- モディー政権は Planning Commission を改組(州首相などが参加)して、NITI(National Institution for Transforming India)を作った。そこの責任者の経済学者 Arvind Pangariya が最悪で、今でも GDP の 1% 以下のヘルス歳出(恐らく政府支出のこと)で世界最悪の下から五番目(その中にビルマあり)なのに、それをさらに少なくする方向。
- つまりヘルスを、民営の Clinical Health に矮小化しようとしている。

○民営化の現実

- デリーの公立病院に MRI があるが、スタッフの配置の都合で午後 5 時まで。一方で市立病院は 24 時間の MRI サービス。公立病院がスタッフィングを変えるべき。
- 医療検査(Lab-Medicine)も、ほとんどが民間の検査機関に out-sorting しており、その方向は今後も強化される。
- 妻が務める国立 AIIMS 病院でがん患者が放射線治療を申し込んでも、治療が受けられるのは三か月先。一方高官の犬が放射線治療を優先してうけたというゴシップあり。
- 高度な私立アポロ病院は、土地は無料、建物を政府が建てたことはほとんど知られていない。その代りベッドの三分の一は貧困層向けのはずだが?
- 私立病院は二次医療的な Nursing Home やクリニック中心で、三次医療は少なかった。今後はアポロ病院のような三次医療の私立病院が増える一方、公立病院ではますます検査などを民間の外部に丸投げするだろう。
- 最近デリー市内でデング熱感染の子供の治療が(恐らく金の問題で)複数の病院での治療を断られ死亡。親も自殺した事件があった。
- 病院の中には、医療費を払わないと遺体を引き渡さないところもある。

○飢えの問題

- インドでは富裕層がダイエットに勤しむのに、世界で最大の飢餓人口が存在。平均余命も伸びているが、disintegrate した統計が必要。
- 最近実施された三つの調査、National Sample

Survey, Socio-economic Caste Survey on Agri. HH, 2011 Census ではどれも、人々のカロリー摂取量が減少したり、BMI 18 以下の人が増えていることが確かめられる。

- しかしインド政府は 20 年間に渡って栄養状態調査を行っていない。
- もちろんユニセフなどによって、小規模の調査はある。
- その一つの The HUNGaMA (Hunger and Malnutrition) Survey Report は、11 年に全部の州で栄養不足が警告。ただ 15 年は減少としているが、サンプルサイズは小さい。
- 08 年以來のグローバルな経済危機と食糧価格のインフレが問題
- これに対して、有効な反抗ができていない

○ Food Security Right

- コングレスを中心とした UPA 政権時代(04~14 年)には首相の助言機関に NGO 活動家も含めた National Advisory Council があり、Hunger Belt のことが議論された。また最高裁で飢えや栄養のことが扱われた。しかし結局数団体/関係者だけが議論しているだけで、他者は参加できなかった。
- その結果、月に大人一人 5 ₹の穀物が Food Security の基準になってしまった。
- National Food Security Act (NFSA) が出来るまで、Ms. Kauta Srivastava は「この法案は意味なし」と主張していたが、成立後はアマルティア・セン、Jean Dreze などとともに、「ないよりはまし」と歓迎した。

○ Health Right Act の必要性?

- 農村貧困層に年間百日の雇用を保証する NREGA のために、農地改革への関心が薄れた。為政者にとってどちらが安い、一目瞭然。
- 07 年に中央政府農村開発省が「Unfinished Agenda of Land Reform」をだし、RBA でこの問題を考えてきたが。
- Health Right が法制化されても、それに関連する政策が変わらない。そもそもインドではヘルスが政治課題化しない
- 権利の法制化より、人々のエンパワメントが必要。
- (では人々の一層の窮乏化とその結果としての革命だけが答えか、と質問したのに対して)革命も必要だが、それだけではダメ。労働運動時代に日々の要求に応えるために戦ってきた。
- それにしても、ビハールの様な所では農地改革は必要。日本・韓国・台湾は非共産圏の農地改革の成功例。

- 法制化より、現在のPHCなどのヘルスシステムを強化していくことが重要。
- 一医科大学の同級生の80%は海外に出ている。

○UHCについて

- これは今年二月に出たDraft National Health Policy 2015に明示された。またEPWにこのSocial Medicineが批判的な寄稿をした。
- 政府は基本的に医療保険でこれを実現しようとしている。つまり現憲法下のイギリス型の無償医療からの方向転換。
- しかしこの保険の必要な資源あるのか？資源に限りがあると、診療中心になる。
- そして医療サービスの提供者は大病院になる。PHCは大事にされない。
- 例えばAP(とテレンガナー州)ではRajib Arogeshariというプログラムがあった。この中で三次医療が支援されたため、三次医療施設がある都市の富裕層の医療出費が減少し山村貧困層のそれが増加した。年には人口の1%なのに予算の25%が向けられた。
- PHCやCHCは後退した。

○今やるべきこと

- (UHCで方向性が変わるので憲法改正が必要ではとの質問に対して) 現状の制度を強化すること、そして民営化を阻止することが必要。
- 今度も協力は惜しまない。

b. 最貧のビハール州ガヤ県

b-1: ガヤ県ホメオパシーMDで政府職員のジャーナルダンのインタビュー記録

日時: 平成27年8月23日水曜日午後4時~5時

場所: ビハール州ガヤ県ブッダガヤ町タイ寺院向かいのジャーナルダンの診療室

記録: 8月25日大橋正明

関係: バッグスクールの卒業生で大橋の助手を務めるカイラーシュと一緒に、Jeewan DeepというNGOをブッダガヤで1998年に創設しその中核スタッフとして保健活動を行っている。15年4月巢から大橋の要請に応じて、シャプラニールのネパール・チトワン郡の緊急救援活動に参加。同時に長年町内に自分の診察室を持ち、診療と投薬を行っている。

情報: Janardan Kumar, OBC, 40歳前後。

○AYUSH Medical Officer について

- AYUSHとは、Ayurveda, Yoga, イスラームのUnani, Siddha(Tantric), Homeopathyという五つのオルタ医療を指す。最近保健省から分かれて、AYUSH省が出来た。
- 本人は、今年の7月からRastriya Bal Swasthya Karyaaram(RBSK=National Child Health Programme)という政府事業のバグサライ県Shamho郡(プラカンド/block)のAyush Medical Officerとして勤務開始。
- 月~金の勤務。郡内各村にあり、村内の全子供の基本的情報を保持しているAnganwali(保育園)を軸に、その村の子供たちを診察し、一人一人の健康カードを作成している。
- 診察の際に、以下の4つのDに注目: Disease by birth(生まれつきの病気)、Disease after birth, Development delay(発達障害)、Deform。
- Growth Monitoringを行う1-5歳のカードと、6-12歳のカードは別。
- 契約は11か月で延長あり当初の給与は2万Rs.(4万円)。ガヤ県に移動願ひ中。

○ガヤ県に見る政府保健医療システム

- 人口30万人ほどのブッダガヤ郡に、一つのPHCがあり医療も行う。郡内に4-5つのPHCのサブセンターが存在。
- このPHCは最近Community Health Center(CHC)に格上げされた。PHCよりベッド数が増え、歯科医、婦人科医、小児科医も配置。ガヤ県には24郡ある。
- この上がDist.(Zilla=県)病院。ガヤ市には①総合病院、②出産や婦人病の女性病院、③結核、HIV、ハンセン氏病に対応する結核病院の公立病院がある。
- 三次レベルに州立病院。

○PHCを取り巻く最近の状況

- 村人は一般に政府病院は役に立たない、と思っている。
- その一つの理由は、PHCにいる医師や看護師は必要な薬しか処方しないが、バザールの薬局はもっと多くの薬を進めるので村人は安心する。
- ASHA for Anti-natal Careという無償の女性ヘルス・ワーカーが各村に1-2名いて、村人とPHCを結びつける役割を果たしている。特に妊婦のPHCでの出産や避妊手術を勧め、そのケースごとに報酬が出る。
- さらにPHCで出産すれば「出産証明書」が出る。
- ASHAの上で2-3の村を担当する看護師も存在し、妊婦の破傷風注射や鉄剤投与。

- ASHA は、DOT プログラムで結核患者の確実な薬剤服用も担当。

○医療保健について

- (JICA 上原の言う) Rastra Shwasta Bima Yojuna (RSBY= 国民健康保険プログラム) は聞いたことなし。
- 一般に保険には、以下の二つがある。
- ① LIC=Life Insurance Corporation= 政府の生命保険公社：役人や富裕層向け生命保険
- ② GIC=General Insurance Corporation= 政府の総合保険公社
- 一GIC は、生保以外つまり車両や農業などあらゆる損害保険を扱っており、この一つのスキームとしてモディ首相が、一年 12Rs. の掛金で死亡時 20 万 Rs. の事故保険を発表。

○貧困層に治療費 3 万 Rs. を保証するヘルスカード

- BPL(Below Poverty Line= 貧困ライン以下の貧困層) カード保持者には、3 年前から Health Card(健康カード) が支給され、年 3 万 Rs. まで指定医療機関での治療費に使うことが出来る。しかし指定機関の数は少なく、ブッダガヤには一か所で、全科目も揃ってない。アーシュラムのマダンは BPL だが、それを持っていない。仮に持っていたとしても、脳溢血で運び込んだバクロウル村のホメオパシー診療所では使えない。

b-2：ガヤ県 Mr. マダンの脳溢血に関するインタビュー記録

日時：平成 27 年 8 月 23 日水曜日午後 3 時~3 時半
場所：ビハール州ガヤ県ブッダガヤ町のサマンバヤ・アーシュラム敷地内

記録：8 月 25 日大橋正明

関係：本人が長年牛飼いとして勤務する現地 NGO のサマンバヤ・アーシュラム設置のバグガ・スクールの卒業生。そこに大橋が 74 年 10 月から半年滞在しかつその後も継続的に関わったことで、本人との関係が確立。

情報：52 歳前後。2 人の男児、3 人の女兒の父で全員婚姻済。ブイヤーンという SC。

○脳溢血の発症と治療

- 15 年 4 月 15 日、アーシュラム内で行われた三女 Sobha の結婚式最中に脳溢血で倒れる。
- 周辺の人がすぐ近くのバクロウル (Bakroul) 村のアユルベーダの医師 Dr.Rabirndra Kumar Mishra の診療所に運び、経口投薬と注射の治療を受けた。その時点で上の血圧は 280 だった。
- 治療後すぐに結婚式に戻った。朦朧としていたが。
- 発症後短時間でアーユルで治療開始のため軽症で

済んだ。左半身に軽いしびれと脱力感。跳梁が遅れたり西洋医療なら後遺症は大きかったはず。アーユルの方がいいことは、この近所の人はみんな知っている。

- その後 3-4 か月間、蜂蜜に混ぜて朝晩服薬の必要。
- 倒れた日の治療費は 1100Rs. (2200 円)。その後は 10 日分で 900Rs.、月に 3 千 Rs.。
- 治療費は全額自己負担。保険無し、アーシュラムの支援なし。但し代わりに配偶者を夕食掛かりに採用してくれている。
- アーシュラムの月給は 3900Rs.、但し食事代として 3 百 Rs. 引かれる。今は無給で、配偶者の月給はより少ない。肉やダール禁止なので牛乳購入にお金がかかる。

○以前の結核治療

- バグガ・スクールに在学中結核発症。ガヤ市にあるゴルパッタル政府病院にドワルコ氏が入院させてくれた。15 日間入院。退院後一週間服薬で終わり。

○家族の治療

- 風邪などはバザールの薬局。
- PHC はバラチャティ町にむかしからある。娘の出産はそこで。
- PHC に行くのは ORS が必要な嘔吐の場合のみ。薬タダだがスタッフ不在気味であまり行かない。

b-3：ガヤ県ゴパルケラ村の Mrs. クリシュナインタビュー記録

日時：15 年 8 月 24 日木曜日午前 11 時~12 時
場所：ビハール州ガヤ県モハンプール郡 (Block) ゴパルケケラ村

記録：8 月 25 日大橋正明

関係：隣接するサマンバヤ・アーシュラム設置のバグガ・スクールの卒業生。そこに大橋が 74 年 10 月から半年滞在しかつその後も継続的に関わったことで、本人や同じ卒業生の夫との関係が確立。

情報：55 歳前後。子供二人は成人。ブイヤーンという SC。

○村に巡回する医療班

- 1 人の女性を含めた 4 人の医者からなる政府のチームが月二回、この村を訪問する。(後で情報を総合すると、ブッダガヤにあるフランス人のチベット僧がトップの NGO あるいは民間医療機関 Sechen Clinic が政府を支援し、毎回三人のパラメディックスを送っている可能性が高いことが判明。恐らく MD は政府の 1 人のみ)
- 毎回この村から 30~35 人、周辺の村からを合わ

せて 90~100 人が受診。

- 場所は、クリシュナ自宅のアンガンワリー。本人はそこで長年保母を務め、この村の子供の情報を保持している。時間は朝 10 時から 16 時。昼食を持参。
- 2008 年から継続。このチームは他の 5 つの村も毎週訪問。
- 初回の登録時に、10 歳以下の子供は 5 ルピー、60 歳以下の大人は 25Rs. が必要。老人は無料。
- ブッダガヤで生産された医薬品が無償で提供される。バザールから購入しないように求められる。
- 全科目を見てくれる。歯痛の場合歯痛止め。

○クリシュナ本人の今の病気と治療

- 10 間ほど、熱がある。時期が合わず、上記の医療班の世話になっていない。
- バザールの医者 (MD ではなく、薬屋かホメオパシーなどの医師と思われる) 三軒から投薬してもらったが快癒しない。最初の店で 80Rs.、次が 70Rs.、最後が 140Rs.。
- (居合わせた同じ村の同じ SC の 60 才程の Mr. Nanhak Mandal) 月二回だと便利でないの、通常の病気はバザールの薬屋で治療を受ける。

○モハンブールの PHC の利用

- 軽い病気ならバザールで済ませる。
- 急病、結核、婦人病、家族計画 (手術を受けると 800Rs. 貰える) だと PHC に行く。
- モハンブールまで 6~7^{km}。乗り合わせのテンポとバスを使う。政府病院があるより大きなバラチャティ町までも同様な距離。
- 重篤だと自分で判断して県都ガヤ市あるいは州都パトナ市の病院に行く。但しそこでは自分の医薬品を購入する必要があるの、自分自身は重篤でも行くつもりがない。

○PHC について

- 存在は、93 年にアンガンワリーを始めてすぐに知った。しかし設備や薬は何もなかった。
- 今の PHC には、MD、24 時間出産サービス、主要な薬の配給、血液や尿の検査ができる。
- しかしレントゲンはない
- 登録時に 1Rs. を払うだけ。

○脳溢血の場合

- モハンブールの PHC に連れて行く。そこからバ

ラハティ町の病院に紹介される。しかし政府病院は無視されがちなので、金がかかるがサービスの良い市立病院が好き。

- (同窓のマダンのように) アーユルベータの診療所に連れて行くことはしない。

○本人の BPL カード

- BPL カードを持っているので、3 万 Rs. まで指定病院で治療を受けられる Swast/Health Card があるが使っていない。「もう切れている」とも言われた。(上のカーストの) ヤダブやカハールの人たちが多く使っている。

○村の医療状況の変化

- 子供の頃はバグガスクールに医療班が来たので何の心配もなかった。今は良くなっている。

○村の世帯構成

- バラモン/ティワリ 1 世帯、ヤダブ 6~7 世帯、カハール 90 世帯、パーシー 6 世帯、チャマル/ラビダーシー 15 世帯、ブイヤーン 160 世帯、ロハール/鍛冶屋 1 世帯。

○伝統医療の利用

- 英国/外国医療で快癒するで、自分は使わない
- アーユルベータの医師が週一回、同じ村の小学校で巡回診療に来ている。学校の位置から、周辺の(牛飼いで OBC の) ヤダブカーストの人や周辺村の人が受診。(この後そこを訪問。チベット仏教を信奉する欧米人の NGO がアーユルの医師、PT、薬剤師などのチームを派遣していた)

○予防注射

- アンガンワリーに村の全子供の記録があり、そこで実施。
- Rastra Bal Swathaya Karyakaram(RBSK) は、聞いたことがない。

○村の疾病状況

- 結核患者は多く死んで少なくなった。レプロは 2 人居たが死去で今はなし。エイズもなし。
- 虫歯は村で治療。抜歯はガヤ市に行く。

c. 西ベンガル州

c-1: 西ベンガル州南部河口近くの村のイスラーム教徒の女性たちの医療行動

日時: 平成 27 年 8 月 30 日 日曜日 午後 12 時 45 分 ~14 時

場所：西ベンガル州南 24 パルグナ県 Namkhana 郡 (block),
Mousumi 行政村, Baliara 村

記録：9月10日大橋正明

関係：Kallol Ghosh がリーダーの現地 NGO の Human
Development Ctr のプロジェクトの一つである巡回
医療の船が回る対岸の Mousumi 島に、90 分ほどか
けてその船で渡り、島の中心部まで歩き、そこの民
家に集合してくれた 15-20 人ほどのイスラーム教徒
の中年女性たちにインタビューした。

情報：女性たちは当初十数人。私たちが来たことを聞きつけ、
一か月ほど前の堤防決壊で水没した道などを超えてさ
らに十人ほどが次第に集合。ただししゃべる人は一部の
リーダーと、居合わせた男性 Sheik Abudul Mabad (リ
キシャ引き、8 年生) に限られた。

○出産

- 現在出産の 8 割は、川を渡るので自宅から 5-6 時
間ほど掛かる Dwariknagar の公立病院で。そこは
出産前から入院できるので便利。この傾向は四年
ほど前から。(実際は自宅が 6 割、病院は 4 割程度)
- そこに助産師や MD がいるが、帝王切開など緊急
対応は、さらに遠い Kakdwip の Sub-division の病
院に
- 病院で出産すると、費用が無料なだけでなく、
1000Rs. (2000 円) が貰える。ASHA ももらえず
はずだが詳細は知らない。
- 病院で出産すると、そこから出産証明書が貰える。
自宅出産だと、行政村から入手する必要がある。
- 20% 程度 (実際は 6 割) だが、健康なら自宅で
TBA 立会いのお産も。
- ASHA は 10 年ほど前から四人いる。Tolly (Para)
に一人なので、この行政村には 16 人オン ASHA
がいる。
- TBA (DAI) は、政府がトレーニングしたが大した
内容ではない。

○初期治療

- 村には 30 年前から PHC があり MD もいたが、混
乱があって 7-8 年前から閉めている。
- この Balira 村には村の医師が 5-7 名いるが、訓練
だけで正規の MBBS ではない。きずの縫合をする
が上手くない。この他にホメオパシーの医師 2 人
がいる。
- 梗塞の場合ホメオは役立たない。病院に連れてい
く。
- 病院は出産と同じ Dariknagar 病院。これは
Block (郡) PHC である。そこまで川を渡るのに 90
分、さらに 6 キロ程で 90 分の合計三時間以上掛
かる。

- そこでベッド、食事、生理食塩水は無料だが、医
薬品は購入する必要あり。

○予防注射

- Nurse センターと呼ばれる看護師が週一回四時間
だけ来る PHC のサブセンターで受ける。
- ASHA が、乳幼児の接種時期を教えてくれる。母
子とも接種受ける。(注射、特にポリオを不妊と
疑うムスリムがいる)
- このセンターには訪れる母子全員のヘルスカード
があり、かつ幼児の体重測定なども行う。
- この村には Anganwari (保育所?) が一つあり、朝
7~9 時、20-30 人の子供を預かるが、(ビハール
州のように) ASYA や予防接種には関わっていない。
- Anganwari はキチュリーセンターと呼ばれ、週 6
日 100 人ほどの母子が昼に雑炊を食べに行く (恐
らく妊娠中及び五歳以下の母子。) 実際は質が低
く、それほど来ない。
- CDPO for Block が、予算限りで、質よくない。

○疾病状況

- 梗塞、下痢、ガンが多い。(TB も今も多い)
- 下痢の場合、村の医師から ORS。それでダメなら
病院へ。子供も老人も罹患。
- 村の医師は抗生物質を販売しているが質悪く値段
が高い。
- TB やレプロは少しある (トラウマのせい、多
くを語らず)。
- 皮膚の白線病も多い。このせいで離婚された妻も
いる。MD の治療が必要。
- 婦人病は、村のホメオや医師は対応できず、
Kakdwip の Sub-Division 病院で対応だが、大変遠い。

○公立病院の状況

- 治療は受けられるが待ち時間が長く、診断は短時
間。薬も外からの購入が必要。
- 外来で行くと、ほぼ全員の患者がその医師の個人
クリニックで受信するように言われる。
- 個人クリニックは、診療一回 2 百 Rs. (4 百円)。こ
の他に薬購入が必要。有名な MD だともっと高い。

○十年前の状況

- 大きくは変わらないが、予防注射はヘルスカード
はなかった。
- ただしマラリアの薬が外部から来るようになった
- 10 年ほど前から洪水が毎年来るようになった。

○村の状況

- 2 千世帯、1-1.2 万人。

- ヒンドゥー 60%、ムスリム 40%。
- 日雇い労働の賃金は一日 250Rs.。
- 飲み水は手押しポンプ。トイレはある。

1. はじめに

2015年9月に開催された国連総会において、2030年までの開発アジェンダである「持続可能な開発目標（以下、SDGs）」の合意がなされた。SDGsは2000年に採択された「国連ミレニアム開発目標（以下、MDGs）」の後継にあたるものであり、今後15年間の道標となる国際的な取り組みである。そのMDGsからSDGsへの移行のなかで、新たに盛り込まれた要素の一つが、これからの都市のあり方を見つめる「ゴール 11」である。MDGsではさほど重要視されていなかった「都市」が注目を集めている背景には、世界の居住パターンが農村から都市へと大きく転換しており、都市部の人口が増加する「都市化（アーバニゼーション）」が未曾有のレベルで進行している現象が指摘できる。つまり、都市への人口の流入と資源の集積が加速する現代においては、「都市をいかにマネージするか」という課題を上位目標に据えることが不可欠なのである。

本報告書ではSDGsのゴール 11に焦点をあて、その現代的な意味と実施にかかる課題を考察していく。文献調査に加えて、国連関連の会議¹⁾で得られた知見を整理しながら、ゴール 11の策定と実現にかかる論点を精査していく。

2. 都市に特化した開発ゴールの意義

近年、開発援助の協議のなかで、都市を強調する方向性が示されるようになってきている。その主たる要因として、SDGsの策定プロセスでも唱えられてきた点が都市化の進展である。2014年のデータによれば、世界の都市化率は1950年に30%であったが、2014年には54%にまで上昇しており、2050年には66%に達すると予測されている（UN DESA、2014）。ここで注視すべきは、現代の都市化の急進が途上国によって引き起こされている事実である。1975年から2000年までの都市人口の増加率を見ると、先進国は0.9%と微増であるのに対し、途上国では3.6%を記録しており、この傾向はさらに加速しながら強まっていくとされる（新田目、2010）。

そうした変化にともなって、途上国における貧困の問題

も、都市での度合いが高まりつつある。たとえば、都市部のスラム居住者の割合をみると、MDGsのターゲット 7.Dで掲げられたこともあり、2000年から2010年までに39.3%から32.7%へと低下しており、一定の成果をもたらしていると思われられる。しかしながら、スラムに居住する総人口の実数に目を向けると、同時期の間には7億6,700万人から8億2,800万人に増加しており、都市化の勢いがMDGsの取り組みを凌駕している現状が浮き彫りとなる（United Nations、2011）。

都市化が開発に与えるもう1つのインパクトは、特定の都市への人口集中が加速している傾向である。とくに重要なポイントは、人口1,000万人以上の巨大都市（以下、メガシティ）と、それに続く500万人から1,000万人規模の都市が台頭している点である。1990年のメガシティの数は10都市に過ぎなかったが、2014年には28都市にまで増加しており、SDGsの達成期限である2030年には41都市にまで拡大すると予想されている。500万人から1,000万人規模の大都市も同様の傾向を辿っており、1990年の21都市から2014年には43都市、そして2030年までに63都市にまで膨れ上がると見込まれている（UN DESA、2014）。こうした動向がアジア・アフリカ地域で著しいことを踏まえると、都市を志向する居住パターンが途上国世界においても強化されていくと判断できる。

以上に述べた都市化の現象は、その速度が急激であるがゆえ、さまざまな歪みを生んでいる。代表的な問題を列挙すると、(1)住宅の供給不足から、スラムやホームレスが増加する、(2)インフラの整っていない過密状態の地域が拡がり、災害時の被害が甚大となる、(3)公共サービスを享受できず、職にもあぶれた貧困層が拡大する、(4)人口集中によって犯罪やテロの発生が高まり、治安の悪化や地域環境の荒廃が進む、(5)郊外への乱開発が進むことで、スプロール現象が促される、(6)自動車や工場の急増と規制の弱さから、大気汚染や交通渋滞が発生する、(7)廃棄物や下水の処理が十分でないことから、水や土壌の汚染が悪化するなどが挙げられる。

これらの点が示唆していることは、問題の本質が都市化そのものにあるのではなく、都市化に対応できていない都

1) 具体的には、2015年9月の国連総会時に開催された2つのサイドイベント（ニュースクールでおこなわれた「Safer Cities」と国連ハビタットが主催した「One Billion Slum Dwellers」）、そして2016年3月に実施された国連ハビタットのテーマ会議「Financing Urban Development」での議論を取り上げる。

市のあり方にかかっている点であろう。つまり、都市の制度やキャパシティが現状に見合っていないことから様々な歪みが生まれてしまい、住民の生活を脅かす問題が山積してしまうのである。以上の解釈を踏まえたうえで、国連人間居住計画（以下、国連ハビタット）の事務局長であるJoan Closは、都市化はリスクではなく、チャンスであると強調している。この発言が意味することは、都市化は持続可能な都市の発展を促す原動力であり、都市の開発アジェンダを見直す契機になりうることである。たとえば、スラム居住者の増加は課題として考えられる一方で、そうした地域を開発し、都市貧困層の住環境を改善することによって、潜在的な労働人口が開発されることや、新たなイノベーションを生み出す可能性を掘り起こすことができるのである。ここで発見される点とは、「いかに都市化を抑えるか」という従来の開発論から、「いかに都市化を活用するのか」という方向に発想が転回していることである。すなわち、農村や地方を発展させて都市化の進行を喰い止めたり、都市の成長に制限をかけるという考え方に変化が訪れているといえよう。

3. 都市を単位とする開発の課題

ゴール11の最大の特徴は、当然のことながら「都市」が単位として設定されている点である。MDGsやSDGsといった国際的なアジェンダは、国を単位として合意されるものであるが、ゴール11の舞台は都市や地域であり、地方自治体の実施主体となる場合が想定される。つまり、ある都市の開発が国家レベルでの事業として一般的に認識されるとしても、実質的な主導アクターは地方自治体であることを念頭におかなければならない。この点を反映させて考えると、地方自治体のキャパシティ・ビルディングがゴール11の上位課題であると仮定できよう。

その上位課題から詳細をひも解いていくと、とりわけ途上国の政府が直面する最大の障壁は財政の問題である。ゴール11は都市の構造を物理的な側面から大きく改良することで、都市環境の安全性や公平性、持続可能性などを担保していく狙いがある。ゴール11はさまざまな要素から構成される複合的なゴールであり、公共交通機関、公営住宅、電機・上下水道、衛生・医療施設といったサービスの提供に加えて、災害に強く、環境負荷の低い都市デザインの実現までを網羅している。それゆえに、これらをあまねく整えるには、既存のインフラの改善のみならず、新規のインフラ建設が必要となり、実現にかかる費用は途方もない金額となる。多くの途上国の自治体が財政難に苦しんでいることを鑑みると、ゴール11のビジョンを実現させるには、地方レベルにおける資金調達力の向上が急務となる。

その要点に留意したうえで、一連のイベントや会議で論じられていた財政案は以下になる。第1の方策は租税改革である。世界的な地方分権の潮流を受けて、中央集権体

制からの転換が図られており、地方政府の権限が強化される傾向にあるが、財政の面から見ると、地方の歳入の自治（fiscal autonomy）は脆弱な状態にある。そうした財政難を克服するためには、独自の税収を確保する必要がある。具体的には、財産税（property tax）、固定資産税（real estate tax）、企業関連の税などの見直しと強化が挙げられている。財産税に関しては、富裕層への課税を拡げることで、その増収分を公共開発に再分配する目的がある。固定資産税については、都市環境を改善することで資産価値を上昇させ、税額を増やししながら同時に開発も進めていくことを想定している。企業関連の税については、企業からの税収を確実にすることだけでなく、企業が地域や土地に投資することで固定資産税の上昇を促す狙いもある。近年、主にアフリカ地域において、外国企業による土地収奪（land grab）が大きな社会問題になっているが、外国企業との借地契約などからも適切な税収を得られるように租税体制を固めていく必要がある。

次に挙げる第2の方策は、民間資本の活用である。民間資本をいかに引き込むかというテーマは、開発資金会議の主な論点であり、SDGsが掲げる「マルチステークホルダーのパートナーシップ」の要でもある。民間資本の導入に関して、一般的に知られているアプローチは、「官民パートナーシップ（public private partnership、以下PPP）」と呼ばれるものである。端的に言えば、PPPとは公的機関が民間企業と手を結んで事業を実施することを指す。民間企業が関わる開発のあり方は、途上国政府が抱えるリソース（資金や資材、技術など）の問題をクリアにするものであり、SDGsの鍵を握るものとして位置づけられている。

そして第3の方策は、地方自治体を対象にした国際的な援助や融資の拡充である。とくに、マルチラテラル機関から地方自治体に供与される支援スキームの充実が提起されている。これまでも地方レベルでの事業にマルチラテラルの援助が投入されてきたが、その援助の流れは中央政府を経て地方自治体に落とされることも珍しくない。それゆえに、地方で使われるとしても、国に対する債務や融資に含められることがあり、結果として地方の裁量で支援を受領する可能性が低くなると案じられている。また、援助機関ごとに条件が異なることも散見され、融資の一貫性や整合性の欠如から重複や無駄が生じてしまうことも問題視されている。地方自治体が核となるゴール11の実現には、こうした従来の援助慣行を見直す必要がある。

以上の第2と第3の方策は、首座都市に次ぐ第2・第3の都市をどう扱うかという問いにつながっている。上述したように局所集中型の都市化が加速するなか、首座都市は過密の一途を辿り、飽和状態にあるといえる。首座都市への過度な集積を防ぎ、持続可能な都市のあり方を国や地域全体で作りに上げるためには、第2・第3の都市の開発が争点となる。しかしながら、首座都市が突出して台頭する構図は、グローバル化とともに強化されつつあり、首座都市

以外の自治体が民間企業や援助機関からの投資・融資を引き入れることは厳しさを増している。このような状況を念頭に入れると、都市と財政の問題は、一様に同じ温度で論じるのではなく、第2・第3の都市への対応を意識しながら検討しなければならない。

ここまで財政にかかる3つの方策について整理したが、そうした具体的なアプローチを実現させるには、アカウンタブルな統治体制を成立させること、すなわち「ガバナンス」を安定させることが大前提となる。そして、このガバナンスの構築こそが、SDGs全体の基調となる目標なのである。前述の議論に合わせながら述べると、融資の対象になるには、その融資を適切かつ有効に使用・配分する「受け皿」としての体制が必須となる。

さらには、税制改革を機能させるうえでも、ガバナンスの意義を強調することができる。多くの途上国においては、住民や法人などの登録が未完全であり、インフォーマルな経路を駆使した税逃れなどが横行しているが、そういった行為に対する処罰が徹底されずにいる。外国企業による土地収奪に関しても、統治体制と税システムが確立していない、ガバナンスの弱い国ぐにがターゲットになっていると報告されている(Oxfam, 2013)。つまり、課税と徴収を公正かつ効率的に実施・管理するには、それらを厳密にマネジメントするガバナンスが不可欠なのである。

そして、第3の民間資本の活用についても、同様のロジックが正当化される。現在、あらゆる開発の分野において、民間資本の導入が謳われているが、企業が関与するか否かは、その候補地域のガバナンスの成熟度にかかっている。とくに巨額の投資が求められるインフラ建設になると、相手先の政策や政情が安定しているかどうか、関係諸機関の間で調整がとれているかなどが大きな判断材料となる。現にタイでは、政策の変更や政治家の介入などがPPP関係の事業実施を大きく妨げている(花岡、2010)。要するに、PPPを結実させるには、ガバナンスの発展と定着が所与の条件であるといえる。しかし、実際には、PPPが必要なところはガバナンスに問題があり、PPPが成立しにくいというパラドクスを抱えている。そうした「ガバナンスありき」の思考パターンに則っていくと、ガバナンスの構築に対する国際的な援助を受給できない限り、具体的な開発事業に着手できないというジレンマに陥ってしまうのである。

以上に述べた財政とガバナンスに加えて、人的資源の問題もキャパシティ・ビルディングの課題として論じられている。なかでも繰り返し力説されている点は、都市計画にかかる専門家の不備、すなわちアーバン・プランナーの人材不足の問題である。これはとくに途上国において顕著な問題である。ゴール11に関係する会議にも、都市計画の専門家が列席しているが、その多くが欧米からの参加者である。たとえば、国連ハビタットが主催したスラム関係のイベントには、アフリカ諸国からのパネリストが広く登壇しているが、かれらの多くは政府機関の官僚であり、都市

計画の実務者や研究者とは異なる。そのため、政策レベルのマクロな議論、あるいは国際機関などが提唱する現場でのミクロな方法論、そのいずれかといった両極端に議論が集中してしまう傾向が否めない。しかしながら、ゴール11を実現させるためには、マクロとミクロの両極の間を埋めていく都市計画のテクニックが重要である。たとえば、どのように土地市場に介入して公共用地を確保し、開発の恩恵を市民に還元していくのか、こうした実践的な方策を考究しなければならない。つまり、持続可能な都市を作り上げるには、政策が描くビジョンを市民の利益に連節させる、専門家としてのアーバン・プランナーの存在が不可欠なのである。

また、前述した財政の課題にも人材の問題は関係している。花井(2010)が言及しているように、租税改革を実施するうえでも、新たな制度を適切かつ公正に運用できる人材が必要である。さらには、民間企業や国際機関との折衝や交渉をおこなうためにも、それに必要なスキルと知識、コネクションなどを有した人材が欠かせない。これらの点は、キャパシティ・ビルディングには体制や制度の構築だけでなく、それらを実質的に駆動させる人材が不可欠であることを改めて強調している。しかしながら、そうした基本となる人材の育成には相当の時間を費やさなければならず、15年というSDGsの期間設定がいかにチャレンジングであるかを暗示している。

最後に、イベントや会議への参加から観察されたその他の課題についてまとめておく。第1に指摘できる点は、関心の低さである。MDGsのなかでも都市に的を絞った項目はほとんどなく、唯一、投影されたポイントもスラムに関するものであった。こうした点も影響してか、SDGs採択の国連総会時に開催されたサイドイベントでもゴール11関連のものは数が少なかった。国連ハビタットが主催した「One Billion Slum Dwellers」が最大規模のイベントとして期待されていたが、蓋を開けてみれば参加者は合計しても50名にも満たず、関係者ばかりの会場は閑散としていた。この状況は、スラムや住環境開発といった 이슈の現在の立ち位置を象徴しているといえるが、それにしてもゴール11へのパブリック・アテンションは相対的にみて低いといわざるを得ない。

第2の所見は、ゴール11内での一体感の欠如である。上記に挙げた「One Billion Slum Dwellers」とニュースクールで開催された「Safer Cities」には両方とも国連ハビタットが関与しており、ゴール11を扱うイベントであったが、「One Billion Slum Dwellers」が途上国政府からの出席者がメインであり、国レベルの政策と国連ハビタットが進める現場プログラムの話であったのに対し、「Safer Cities」には先進国からの都市計画の専門家や研究者が多く集っており、都市計画に関するテクニカルな質疑応答が繰り返されていた。双方の議論ともゴール11の発展には欠かせない内容であったが、問題は両方のイベントに参加した人がほぼ

皆無であった点である。こうしたイベントからも、前述した官僚とアーバン・プランナーの分断が目されており、両者をつなぐ議論の形成が課題として掲げられる。

最後の点は表象の問題である。足を運んだイベントや会議では、パネリストやプレゼンター、コメンテーターのほとんどが中年の男性で占められており、その多くが政府組織や国際機関の職員・研究員、学会の有識者などであった。女性は数名に過ぎず、青少年を含む若年層に至ってはゼロに近い。それに加えて、企業や市民を取り込む重要性を叫びながらも、民間セクターや非営利セクターからは登壇者だけでなく参加者でさえも少数であった。この状態が続けば、民間企業の関心を惹きつけられないばかりか、多くの都市住民の声が反映されない、偏った都市像が独り歩きしてしまうだろう。

グローバル化や都市化の波のなか、途上国の都市といえども今後さらなる住民の多様化が予想される。持続可能な都市とは、子どもや若者、ジェンダー、障がい者、移民・難民など、さまざまな人びとの利害を調整し、かれらを収容する場でなければならない。そのビジョンを実現するためにも、都市を構成する人びとを正確に表象するプロセスを作りあげていくことが求められている。

4. おわりに

ゴール11の成立は確かに評価に値する前進ではあるが、本報告書で概観してきたように、その実現にはかずかずの

課題と困難が指摘されている。列挙した課題のなかでも、とくに注目したいのが民間企業の関与である。ゴール11が描く都市構造の再編は、インフラの整備や土地利用の転換などから成り立つものであり、そこではデベロッパーやゼネコンといった民間企業の参入が重要となる。1980年代以降、「小さな政府、大きな市場」に基づく新自由主義的な着想が浸透していくなか、国際開発の世界でも企業を呼び込む気運が高まりを見せており、PPPの発展もこうした背景に端を発している。しかしながら、営利目的の企業が公益に沿った活動をするとは限らない。その点を考慮に入れると、SDGsが掲げる「マルチステークホルダーのパートナーシップ」を現実のものにするのは、開発における市場原理の問題に挑まざるを得ない。

確かに、厳しい見方も多く出されてはいるが、SDGsはまだ立ち上がったばかりであり、具体的なインディケーターの確定もこれからである。とくにゴール11に関しては、今年の10月に、20年ぶりに開催されるHabitat IIIが控えている。Habitat IIIへのプロセスを通じて、ゴール内の整合性や、実施可能なアプローチに関する詳細が議論され、実現に向けた準備が積み重ねられていくと期待される。

【参考文献】

Oxfam (2013), "Poor Governance, Good Business," Oxfam Media Briefing, Available: <http://grow.oxfam.jp/wordpress/wp-content/uploads/poor-governance-good-business-oxfam-mb070213.pdf> (2016年2月20日アクセス) .

United Nations (2011), *The Millenium Development Goals Report 2011*, United Nations, New York, USA.

United Nations Department of Economic Social Affairs (UN DESA) (2014), *World Urbanization Prospects 2014*, United Nations, New York, USA.

新田目夏実 (2010) 「アジア都市の現在ーグローバル化と都市経済、コミュニティ、文化の 変容」、『日本都市社会学会年報 28』、p. 53-63。

花井清人 (2010) 「第一章 開発途上国における課税とガバナンスーベトナムの税制改革に残された課題ー」、『開発途上国における財政運営上のガバナンスの問題』(小山田和彦編)、JETRO 調査研究報告書、p.1-25。

花岡伸也 (2010) 「アジア大都市における交通社会資本への BOT 手法適用事例の比較分析」、『土木学会論文集 F4 (建設マネジメント) 特集号』、第 66 号第 1 巻、p.285-295。

厚生労働科学研究費補助金

地球規模課題保健問題解決推進のための行政施策に関する研究事業
ポスト国連ミレニアム開発目標における保健関連及び
その他目標の採択過程、実施体制の目標間の関連性の研究

平成 27 年度 研究報告書

研究代表者 村上 仁
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力局

平成 28 (2016) 年 3 月

