

厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課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、実施体制と目標間の関連性の研究

(H27-地球規模-一般-003)

平成27年度～29年度 総合研究報告書

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 30 (2018) 年 3 月

研究要旨

研究の目的：

研究目的 1：ポスト 2015 年開発目標採択と、その後の実施体制を把握・報告：2015 年 9 月の国連総会での採択までの主要論点を報告。採択後は SDGs 実現に向けた国連内外の実施体制を報告。

研究目的 2：保健関連目標・ターゲット達成（2030 年まで）に向けた実施体制と、モニタリング・評価指標をめぐる議論を分析・報告：ゴール 3「全ての年齢における健康的な生活と福祉」の実施体制を取りまとめ報告。WHO ガバナンス会議等でポスト 2015 年関連議題が出た場合、必要に応じコメント出し。

研究目的 3：保健関連目標と、それ以外の新たな国際アジェンダの関連性を、グローバルガバナンスの視点から分析・報告：「みんなの SDGs」(旧 Beyond MDGs Japan) の多セクター視点を活用し、保健関連とそれ以外の目標（例：国内・国家間の不平等削減、包摂的、安全、レジリエントで持続可能な都市・居住区等）の接点を包括的にとらえる。

研究方法：

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
<u>研究目的1</u>	9月の国連総会での採択まで：採択に向けた動向把握。採択後：SDGs 全体の実施体制報告。	左記(採択後)+市民社会の動向等踏まえ、主要論点報告。	左記継続。開発の持続可能性追求の文脈での保健開発の位置づけを中心に、総括報告。
<u>研究目的2</u>	健康関連目標の実施体制の把握・調査。	左記+モニタリング・評価指標の議論を把握・調査	
<u>研究目的3</u>	持続可能な開発アジェンダ展開の官民動向を分析・報告。	左記+保健関連とそれ以外の開発目標の具体的関連を分析。	

平成 27 年度の実施経過：研究開始時点(2015 年 4 月)から 9 月の国連総会での採択までは、採択に向けた動向把握に集中。主要論点を取りまとめた。採択後は、SDGs 全体の実施体制に留意し、主要論点を取りまとめた。SDGs 健康関連ゴール・ターゲット達成の実施体制の把握・調査を実施。また、持続可能な開発アジェンダの展開に向けた、グローバルな官民の動きを分析した。バングラ、米国、ケニア、ザンビア、インドにて現地調査を実施。

平成 28 年度の実施経過：上記に加え、市民社会の動向等も踏まえ、主要論点を取りまとめた。SDGs 健康関連目標達成の実施体制に加え、モニタリング・評価指標をめぐる議論を把握・調査した。保健関連目標と持続可能目標の関連事項を具体的に掘り下げた。パレスチナ、インドで現地調査実施。ケニアでシンポジウム実施。エクアドルで国際会議に出席。

平成 29 年度の実施経過：SDGs 全体の実施体制の調査を継続した。保健関連目標の実施体制とモニタリング・評価指標調査を継続した。保健関連目標と持続可能目標の関連を継続調査した。シンポジウムを 2 回開催（ハイレベル政治フォーラムにおける日本の自主的国家レビューのレビュー；東アジアにおける SDGs の推進）、米国、バングラデシュ、インドで現地調査。韓国で国際会議出席。

研究結果：

研究目的 1 に関連する結果：ポスト 2015 年開発目標、すなわち持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) は、ポスト・ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) の開発アジェンダと、地球サミットならびにリオ + 20 を引き継いだ環境アジェンダである持続可能な開発概念が融合して形成されたものである。「持続可能な開発目標に関する政府間協議プロセス、オープン・ワーキング・グループ (OWG: Open Working Group)」の設立がリオ + 20 で合意され、国連総会での決議により、2013 年 1 月に設立された。OWG は、全てのステークホルダーへ開かれた SDGs に関する包括的且つ透明な政府間交渉プロセスと位置付けられた。OWG は 30 議席を持ち、それを 70 か国の国代表が共有する形をとった。国の代表以外からも重要なインプットを得るため、テーマ別クラスターが設けられ、合同ポジションペーパーやブリーフなどを通じて、議論の多いテーマに関して OWG に検討を促した。コロンビア、グアテマラ等中南米中進国が、OWG ならびに採択文書に至る政府間協議の議論をリードした。結果、17 のゴールと 169 のターゲットからなる SDGs が合意されたが、ここでは多くの加盟国や国代表以外のステークホルダーの参加が見られた反面、選択と集中の欠如が課題として挙げられる。

リオ + 20 にて、国連持続可能な開発委員会（CSD: Committee for Sustainable Development）をハイレベル政治フォーラム（HLPF: High Level Political Forum）に発展的改組することが決定された。2013年7月、国連決議 67/290 に基づき、HLPF にてポスト 2015 年開発アジェンダに関わる実施の定期的レビューを 2016 年より開始することが定められた。すなわち、毎年国連経済社会理事会（ECOSOC）のもとで閣僚級会合、4 年に 1 度国連総会のもとで首脳級のサミット会合を開催することとなった。HLPF は、そのマンダートの定めるところに従い、総会、ECOSOC、その他関連機関及びフォーラムとの一貫性を確保しつつ、全世界レベルでの、持続可能な開発のための 2030 アジェンダのフォローアップ・レビュー・プロセス・ネットワークの監督において中心的な役割を果たすものとされている。2017 年の HLPF では、日本が初めて自発的国家レビュー（Voluntary National Review:VNR）を発表した。このレビューをするシンポジウムを平成 29 年 9 月 29 日に実施したところ、VNR 作成におけるステークホルダーの参加、ならびに指標設定とモニタリングという課題が浮上した。

各国での SDGs の実施体制としては、バングラデシュでは第 7 次国家開発計画（5 年計画）と統合的に SDGs を進める体制を取り、ザンビアでは持続可能な開発目標のための技術委員会（SDGs technical committee）が SDGs 推進のための中心的役割を果たす体制であることが明らかとなった。2016 年、我が国でも首相を本部長とする SDGs 推進本部が立ち上がり、SDGs 実施指針が定められ、2018 年には SDGs アクションプラン 2018 が実施される。各国とも、基本的には国内の既存政策・戦略に SDGs を整合させながら、取り組みを進めている。

研究目的 2 に関連する結果: 世界保健機関(WHO)の開催する 2016 年 5 月の第 69 回世界保健総会にて、「持続可能な開発に関する 2030 アジェンダにおける保健」に関する決議 (WHA69.11) が採択された。決議は加盟国に対し、保健に関連する SDGs のゴールとターゲットを達成するため、国家、地域、グローバルレベルで包括的な行動をスケールアップすること、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage: UHC)の達成のため適切なスキルを持ち給与を支払われた保健人材を確保することを含む保健システム強化を優先づけることなどを要請している。WHO が毎年発行する World Health Statistics（世界保健統計）は、2016 年度版から “Monitoring Health for the SDGs” という副題がつき、各国の SDG3 の 9 つのターゲットと 3 つの実施方法の指標、ならびに保健と関係する SDG3 以外の 7 つ（WHS2017 では 8 つ）のターゲットの数値を記載している。WHS2016 では、性別、都市-農村別の属性による分析も本文に盛り込まれている。WHO 西太平洋地域事務局(WPRO)においては、「西太平洋地域において持続可能な開発目標 (SDGs) を達成するための地域行動アジェンダ」を策定し、2016 年 10 月の地域委員会がこれを承認した。

研究目的 3 に関連する結果：保健関連 SDG(SDG3) と他の SDGs とのネクサスを捉える際、「健康の社会的決定要因(social determinants of health: SDH)」という概念が大変重要である。近年、健康状態には保健医療のみならず、政治的、社会的、経済的要因が関係していることが指摘され、このような健康格差を生み出す要因が「健康の社会的決定要因」として認識されるようになった。WHO が設立した健康の社会的決定要因に関する委員会は 2008 年の最終報告書「一世代のうちに格差をなくそう」で、以下の 3 つの行動原則を打ち出した。第一に日常生活状況の改善(幼少期に対処する包括的アプローチ、健康を推進する居住地、公正な雇用と適切な労働、ライフコースを通じた社会保護、ユニバーサルなヘルスケア)、第二に権力、資金、リソースの不公平な分配への対処(全ての政策、システム、事業における健康の公平性の考慮、公正な資金供給、経済に関する合意や政策決定における健康と健康の公平性の考慮、ジェンダー平等、政治的エンパワメント)、第三に問題を測定して理解し、対策の影響を評価することである。WHO 欧州地域事務局が 2003 年に刊行した「健康の社会的決定要因：確かな事実の探求(第 2 版)」25) は、1) 社会格差、2) ストレス、3) 幼少期、4) 社会的排除、5) 労働、6) 失業、7) 社会的支援、8) 薬物依存、9) 食品、10) 交通の 10 項目を、健康の社会的決定要因として取り上げた。

上記のような視点で見ると、SDGs の保健目標(SDG3) 以外の多くの目標は、健康の社会的決定要因であることがわかる。本研究が平成 28 年度に実施した(池上研究分担者) ケニア、パレスチナの調査では、ジェンダー主流化が、リプロダクティブヘルスへのアクセスなどを通じて、健康に大きな影響を持つことが明らかになった。また、インドでのフィールド研究(平成 27-29 年度、大橋研究分担者) では、貧困や飢餓が、急速に保健サービスの民営化が進む中で、引き続き大きな健康阻害要因となっていることが明らかになった。また、途上国、新興国を含め急速な都市化が進む中で、都市居住環境と健康の課題が増大していることが明らかになった(平成 27-29 年度、高橋研究分担者)。

結論：

研究目的 1 に関連して：国際開発を条約や法律ではなく、ソフトローである目標で推進していこうとする「目標によるカバナンス」は、MDGs でその前例が作られ、SDGs に結実している。ソフトローであるが故に、各国の自主的な進捗管理・報告が不可欠である。今後の日本政府によるハイレベル政治フォーラム(HLPF)における自主的国家レビュー(VNR)の発表において(次回は 2019 年 7 月)、平成 29 年 9 月 29 日に開催したシンポジウムで明らかとなったように、作成時からの地方自治体、企業、市民社会団体、メジャーグループ(若者、障害者など)の参加と、明確な指標の提示(特に SDGs 実施以前のベースライン値の確定・報告)が必要である。

研究目的2に関連して：世界保健機関(WHO)における SDGs の実施、特に UHC 達成に向けた取り組みを支持し、我が国として特に UHC の進展等でイニシアチブを取っていくことは有意義である。WHO による SDGs 実施体制と各国の統計モニタリングにより、SDG3 (全ての人に健康と福祉を) のグローバルレベルにおける実施の推進とモニタリングは可能であると考えられる。他方、17 の SDGs それぞれが不可欠かつ不可分であるという点を勘案すると、国内における SDGs 実施指針 (SDGs 推進本部が決定) における「2 .健康・長寿の推進」の実施や、保健分野の国際協力において、ジェンダー、貧困、住生活などの具体的な連携を模索することが不可欠である。

研究目的3に関連して：SDGs の保健ゴール(SDG3:全ての人に健康と福祉を)と他の SDGs の関連につき、「健康の社会的決定要因」という視点で見ると、SDGs の保健目標(SDG3)以外の多くの目標は、健康の社会的決定要因であることがわかる。本研究では、ジェンダー主流化、貧困、飢餓、都市居住環境などが、健康課題と密接に関連していることが明らかとなった。今後、SDG3 と他のゴールに向けた取り組みを、レトリックでなくどのように政策的、実務的に調和させていくか、日本を含めた各国の取り組みが待たれる。

I. 総合研究報告

ポスト国連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、実施体制と目標間の関連性の研究

村上 仁

【A. 研究目的】

国連ミレニアム開発目標(MDGs)後、ポスト2015年の目標設定では、MDGsの積み残し課題と持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)を統合したアジェンダが、2015年9月に“Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development”として採択され、その理念として「誰一人として取り残さない(Leave no one behind)」ことを目標として、17の目標が設定された。その中での保健課題としては、目標3として、まとめられた。上記を踏まえ、本研究は以下の三つの目的と、それらに対応した成果のために実施した。

- 研究目的1：ポストMDGs開発目標採択とその後の実施体制に向けた国際動向
- 研究目的2：保健関連目標・ターゲット達成(2030年)へ向けた実施体制とモニタリング・評価指標をめぐる議論を分析・報告。ゴール3「保健」の実施体制のとりまとめ。
- 研究目的3：保健関連目標と、それ以外目標の関連性を分析・報告

【B. 研究方法】

2013年、「ポストMDGs」について、何らかのアクションを日本の中でも起こしてい

くべきとの提案が出され、2015年度以降の世界の目標に関する検討を行うためにBeyond MDGs Japanが立ち上げられた。参加団体は、「動く 動かす(GCAP JAPAN)」、「国際開発学会 社会連携委員会」、「特定非営利活動法人 国際協力NGO センター(JANIC)」、「独立行政法人 国立国際医療研究センター(NCGM)」、「独立行政法人 国際協力機構(JICA)」、「日本国際保健医療学会(Jaih)」、の6団体ではじめられたが、2015年9月には、「一般社団法人環境パートナーシップ会議(EPC)」、「障害分野NGO 連絡会(JANNET)」、「特定非営利活動法人(認定NPO 法人) 障害者インターナショナル 日本会議(DPI)」の9団体となった。2016年4月からは、これまでの「Beyond MDGs Japan の運営委員会」という名称を「みんなのSDGs(Our SDGs)」と変更した。平成29年度には、計10回の運営委員会を実施した。その中で、SDGs推進に向けた世界の動き、日本政府内の動き等を相互に報告しあい、情報交換を重ねてきた。

2017年9月29日、聖心女子大学にて、持続可能な開発目標(SDGs)にかかる国連ハイレベル政治フォーラム報告会：「SDGsの任意国家レビュー(Voluntary National Review: VNR)をレビューする」を実施した。VNRの代表性を巡る議論、SDGsの指標のエビデンス

に基づいたモニタリングを巡る議論が構造的に行われた。2018年1月16日には、シンポジウム「アジアにおけるSDGsの推進：新たな視点」を同じく聖心女子大学にて開催した。

上記の報告会、シンポジウムでの討議に加え、日本のSDGs実施指針ならびにその付表につき、health in all policies (HiAP) アプローチを念頭にレビューし、健康の社会的決定要因を通じて、健康以外の施策で健康に影響を及ぼすものを明らかにした。また、世界保健機関（WHO）におけるSDGs達成に向けた取り組みを把握するため、世界保健総会決議ならびに進捗報告、WHO西太平洋地域委員会決議、「西太平洋地域において持続可能な開発目標(SDGs)を達成するための地域行動アジェンダ」等をレビューした。

以上に加え、各年度、以下のような研究活動を実施した。

平成 27 年度の研究活動：研究開始時点(2015年4月)から9月の国連総会での採択までは、採択に向けた動向把握に集中。主要論点を取りまとめた。採択後は、SDGs全体の実施体制に留意し、主要論点を取りまとめた。SDGs健康関連ゴール・ターゲット達成の実施体制の把握・調査を実施。また、持続可能な開発アジェンダの展開に向けた、グローバルな官民の動きを分析した。米国、ケニア、ザンビア、インドにて現地調査を実施した。

平成 28 年度の研究活動：SDGs 全体の実施体制の調査に加え市民社会の動向等も踏まえ、主要論点を取りまとめた。SDGs健康関連目標達成の実施体制に加え、モニタリング・評価指標をめぐる議論を把握・調査した。保健関連目標と持続可能目標の関連事項を具体的に掘り下げた。パレスチナ、インドで現地調査を実施。ケニアでシンポジウム実施。エクアドルで国際会議（ハビタットIII）に出席。

平成 29 年度の研究活動：SDGs 全体の実施体制の調査を継続した。保健関連目標の実施体制とモニタリング・評価指標調査を継続した。保健関連目標と持続可能目標の関連を継続調査した。シンポジウムを2回開催（ハイレベル政治フォーラムにおける日本の自主的国家レビューのレビュー；東アジアにおけるSDGsの推進）、米国、バングラデシュ、インドで現地調査。韓国で国際会議（2017 Asia Pacific Cities Summit）出席。

【C. 研究結果】

以下、研究目的ごとに結果を報告する。

研究目的 1)ポスト 2015 年開発目標採択と、その後の目標実現に向けた国際動向を把握・報告

1 . 持続可能な開発目標採択に至るまでの経緯

2000年9月、国連ミレニアムサミットにおいて採択された国連ミレニアム宣言¹⁾を基に、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)がまとめられた。目標は8つのゴールからなり、2015年までに極度の貧困と飢餓の撲滅、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善、環境の持続可能性の確保などを国際社会全体として目指すこととなった。特に、開発途上国の窮状を改善することに焦点が当てられた。保健関連のMDGsとしては、MDG4：乳幼児死亡率の削減、MDG5：妊産婦の健康の改善、MDG6：HIV / エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止の3つが含まれた。2015年の時点で、MDGsのうち貧困削減、初等教育就学率の改善などは目標に到達したが、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率等は目標には到達しなかった。しかし全体としては大きな進捗が見られ、グローバルな開発目標を掲げることの意義が確認された。

ポスト2015開発アジェンダに関する議論の始まりは、2010年9月のMDGs国連首脳会合の成果文書において、事務総長に対し、MDGs

の進展報告を毎年報告し、必要に応じて、2015年以降の国連開発アジェンダを進展させる取組を提言するよう要請したことである。国連レベルでは、2012年1月に国連開発計画(UNDP)および国連経済社会局(UNDESA)主導の国連タスクチーム(60の国連機関・国際組織が参加)が発足し、同年6月に報告書「Realizing the Future We Want for All」²⁾を発表。2012年7月には、ポスト2015開発アジェンダに関する諮問グループとして、キャメロン・英首相、ユドヨノ・インドネシア大統領、サーリーフ・リベリア大統領を共同議長とするハイレベルパネルが国連事務総長により設置され、2013年5月末に報告書「A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development」³⁾をまとめている。

一方、2012年6月の「リオ+20(国連持続可能な開発会議)」では、SDGsづくりのプロセスが決まり、30か国からなる小規模グループがSDGsの討議を行うことで一致した。「持続可能な開発目標に関する政府間協議プロセス、オープン・ワーキング・グループ(OWG: Open Working Group)」の設立がリオ+20で合意され、国連総会での決議により、2013年1月に設立された。OWGIは、全てのステークホルダーへ開かれたSDGsに関する包括的且つ透明な政府間交渉プロセスと位置付けられた。OWGIは30議席を持ち、それを70か国の国代表が共有する形をとった。

国の代表以外からも重要なインプットを得るため、テーマ別クラスターが設けられ、

合同ポジションペーパーやブリーフなどを通じて、議論の多いテーマに関してOWGに検討を促した。OWGにおける市民参加については、国連経済社会理事会（ECOSOC）の協議資格団体やリオ+20（準備会合を含む）などに参加実績のある団体に対し、オブザーバー参加が認められた他、市民意見を聞くための早朝ミーティングと会合間ミーティングが設けられた。早朝ミーティングは、第3回会合以降に制度化され、メジャー・グループおよび他のステークホルダーが、その日のOWGで議論されるテーマについて共同議長およびOWGのメンバーに対し意見を述べる機会として位置づけられた。

OWGはSDGsに関するプロポーザルを準備するタスクを負い、2014年7月までに13回開催された。14年9月には、経済的、社会的、環境的側面に取り組む一連の目標案を国連総会に提出した。この案は貧困と飢餓の終焉、健康と教育の改善、都市の持続可能性向上、気候変動対策、海洋と森林の保護など、幅広い持続可能な開発課題や先進国を含む地球全体で取り組むべき課題をカバーした。17のゴールと169ターゲットの達成基準がこの時点で作成された。

こうしたポストMDGsのプロセスとSDGs策定のプロセスを統合する形で、2014年12月、潘基文（パン・ギムン）事務総長は、統合報告書⁴⁾を発表し、そこには17のゴールが反映された。2015年7月には、第3回開発資金国際会議が開催され、新たな目標を前に協力して開発資金を調達することに合意する「アジスアベバ行動目標」⁵⁾が採択された。

2015年9月、ニューヨークの国連本部で開催された国連サミットにおいて、持続可能な開発のための2030アジェンダの採択文書「我々の世界を変革する：Transforming Our World」⁶⁾が採択され、17のゴールと169のターゲットからなるSDGsの実施がスタートした。

2. 採択後のSDGsの実施体制

リオ+20にて、国連持続可能な開発委員会（CSD: Committee for Sustainable Development）をハイレベル政治フォーラム（HLPF: High Level Political Forum）に発展的改組することが決定された。2013年7月、国連決議67/290に基づき、HLPFにてポスト2015年開発アジェンダに関わる実施の定期的レビューを2016年より開始することが定められた。すなわち、毎年国連経済社会理事会（ECOSOC）のもとで閣僚級会合、4年に1度国連総会のもとで首脳級のサミット会合を開催することとなった。HLPFは、そのマンデートの定めるところに従い、総会、ECOSOC、その他関連機関及びフォーラムとの一貫性を確保しつつ、全世界レベルでの、持続可能な開発のための2030アジェンダのフォローアップ・レビュー・プロセス・ネットワークの監督において中心的な役割を果たすものとされている。同フォーラムは、成功、課題、教訓を含む経験の共有を促進し、フォローアップのための政治的リーダーシップ、指導、助言を提供し、持続可能な開発政策に関するシステム全体としての一貫性と調整を促進する。

総会主催の下で 4 年に 1 回行われる首脳級のHLPFは、持続可能な開発のための2030アジェンダの実施、進捗及び課題の特定、さらなる実施促進のための動員を行う上でハイレベルでの政治的ガイダンスを与えるものとされる。国連総会の下で開催される次回首脳級HLPFは、2019 年に開催され、以降「四ヶ年包括政策レビュー（QCPR）」プロセスとの一貫性を最大化するために開催時期を調整することとされている。

HLPFにおけるフォローアップ・レビューにおいては、国連システムの協力の下、グローバルな指標枠組み及び各国の統計・情報システムによって作成されたデータに基づき、事務総長が毎年作成する「年次 SDG 進捗報告(Annual SDG Progress Report)」が提出される。またこの他に、「グローバル持続可能開発報告(Global Sustainable Development Report)も活用されることになっており、この報告は、各国の政策立案者が科学的な裏付けをもって貧困撲滅及び持続可能な開発を促進していけるようにするために科学と政策間の橋渡しを強化することを目指している。

HLPFは、国連総会決議 67/290 を踏まえて定期的なレビューを実施する。各国は、自発的国家レビュー(VNR: Voluntary National Review)を適宜発表することとなっている。フォーラムは、先進国、開発途上国の他、関連する国連機関、市民社会・民間セクターなどのステークホルダーに対

し報告を促しているが、あくまで自発的な性格のものである。2017年のHLPFでは、日本が初めてVNRを発表した。HLPFでは、SDGsの進捗に関するテーマ別レビューも開催する。こうしたテーマ別レビューは、各目標間の相互関連性を踏まえつつ、ECOSOCの各種機能委員会及びその他政府間機関、フォーラム等によるサポートを受ける。

また、HLPFは、国連総会決議 67/290 に沿って、メジャー・グループ及び関連したステークホルダーによるフォローアップ・レビューのプロセスへの参加を支持するとされている。メジャー・グループとは、意思決定がより参加型であることを担保するため、持続可能な開発の議論に参加する特定の社会集団の代表を指す。現在、子供と若者、農民、先住民、地方自治体、NGOs、科学技術コミュニティ、女性、労働組合、ビジネスと産業、障害者がメジャー・グループとして参加している。もともとは、1992年の地球サミットで採択されたアジェンダ21で、メジャー・グループの参加が明確に位置づけられた。それぞれのメジャー・グループにつき、国連との橋渡し役をする organizing partnersが決められている。

ビジネス界でのSDGs実施に関しては、国連グローバル・コンパクト、グローバル・レポートング・イニシアティブ（GRI）、World Business Council for Sustainable Development（WBCSD）が作成した「SDGs compass」が各国で導入されている。このコンパスは、企業のコアビジネスにSDGsを組み込むための体系的ツールとなっている。

3. 日本におけるSDGs実施体制

日本政府は、2016年5月、内閣に首相を本部長とするSDGs推進本部を設置することを閣議決定した。その後、関係府省庁での検討、NGO、有識者、民間セクター、国際機関等との意見交換ならびにパブリックコメントを経て、同年12月の推進本部の第二回会合で、SDGs実施指針⁷⁾が決定された。SDGs実施指針は、2030年までのSDGs達成に向け、国際社会の一員として日本がどのように国内施策を進め、同時に途上国支援を含む国際協力に取り組むかの指針を示すものである。指針では、以下の8つの優先課題が設定された。すなわち「1.あらゆる人々の活躍の推進」「2.健康・長寿の達成」「3.成長市場の創出、地域活性化、科学技術イノベーション」「4.持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備」「5.省・再生可能エネルギー、気候変動対策、循環型社会」「6.生物多様性、森林、海洋等の環境の保全」「7.平和と安全・安心社会の実現」「8.SDGs実施推進の体制と手段」である。実施指針の付表には、上記8つの優先課題の下に140の施策が列挙され、それぞれの施策概要、関連するSDGsターゲットならびに関係府省庁が記されている。

日本政府は2017年7月のHLPFにおいて、任意国家レビュー(VNR: Voluntary National Review)⁸⁾を発表した。報告書には上記のSDGs実施指針の概要が盛り込まれた。15分間のプレゼンテーションでは、外相スピーチが

約5分、日本の官民のSDGsに向けた取り組みを紹介するビデオ上映が約5分(北九州市によるカンボジア、プノンペン市の給水事業への技術協力、JICAによる母子健康手帳の普及、味の素社のガーナにおける離乳食への栄養補充のためのサプリメントであるココ・プラス、廃棄食品を液体飼料としてブランド豚を飼育するリサイクルの構築)、最後に全寮制の新しい若者教育を実施しているインターナショナルスクール・オブ・アジア軽井沢(ISAK)代表理事の小林りん氏のスピーチが約5分行われた。SDGsの評価指標については、VNRによると、全グローバル指標の3割くらいが入手可、2割くらいが代替データで対応可、残りの半分近くが収集の目途がたっていない状況とされている。VNRにおいては、これらの指標による現在の達成状況の表示はされなかった。一方、Bertelsmann FoundationとSustainable Development Solutions Network(SDSN)の報告書におけるSDGs Indicatorsに照らし、日本は貧困、ジェンダー平等、エネルギー、気候変動、海洋環境、陸生環境、SDGs実施体制において低いスコアを得たことを報告している。

2017年9月29日、当研究班の資金を活用し、SDGsに関する学会、公的機関、市民社会団体の官民連携プラットフォームである「みんなのSDGs」が主催し、聖心女子大学にて、持続可能な開発目標(SDGs)にかかる国連ハイレベル政治フォーラム報告会:「SDGsの任意国家レビュー(Voluntary National Review: VNR)をレビューする」を実施した。この報告会の議論を通して明らかになった

論点は2つある。第一は、HLPFを通じた日本のSDGs実施進捗の報告の策定プロセスに、どれだけ多様なステークホルダーを巻き込んでいけるかという点である。第二は、VNRをどれだけSDGsの指標などのエビデンスに基づいた進捗報告とするかという点である。

4. 途上国におけるSDGs実施体制

バングラデシュにおいては、第7次国家開発計画(5か年計画)がちょうど2016年から始まるのに合わせて、SDGsの取り組みに対応して、整合性を持たせながら、調整を行うことを調整していた。2015年段階では、SDGs実施の調整機関を首相に直属する形で置くか、計画省に置くか、論議があった。最終的にはSDGs実施モニタリング委員会が首相府に置かれることとなった。

ザンビアにおいては、2015年3月から持続可能な開発目標のための技術委員会が設立された。調整役としては財務省がリーダーシップを発揮してきたが、2015年10月からは新しく設立された計画省が中心となっていた。計画大臣は女性で、副大統領でもあった。このようにザンビアでは、大統領ではないが、副大統領という政治的にも高い地位にある者がトップに立つ計画省がまとめ役を果たそうとしていた。

ザンビアにおける保健医療に関する取り組みは、SDG3全体をUHCの傘の下に置き、ケア

の向上、サービスの拡大、財政的な危機回避と保護(社会保障、特に健康保険の導入)を進めていた。MDGsの目標であった母子保健の状況が向上していないことを受けて、母子と新生児死亡削減が課題となっていた。

インドにおいては、初年度の調査から、SDG3(全ての人に健康と福祉を)の中核をなすユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成に向けた制度設計ならびに動向が明らかとなった。インド政府は2012-17年の12次五か年計画で、2020年までにUHC達成を謳った。医療・保健は州政府の責任事項になっており、州政府の裁量が強い。2005年に中央政府主導によりNational Rural Health Mission (NRHM)が始まり、ガイドラインが作成された。州政府はガイドラインに従って、主に農村部を中心にサブヘルスセンター、プライマリー・ヘルス・センター(PHC)、コミュニティ・ヘルス・センター(CHC)を人口規模に合わせて設置。2次レベル以下の公的医療機関において、特に母子保健と感染症対策のためのプラットフォームを形成し、農村部の妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、感染症関連指標の改善に取り組んできた。准看護助産師の育成と保健ボランティア(Accredited Social Health Activist: ASHA)の登用も実施した。

2013年からNational Urban Health Mission (NUHM)が開始された。これは都市化に伴って増加しているスラム人口や移民など、都市部の脆弱層に対する公的医療サービスを強化することを目的としている。上記NRHM同様に中央政府がガイドラインを作成し、

主なシステムやアプローチはNRHMに準じている。NRHMでは母子保健と感染症に特化していたが、昨今増加傾向にあるがんや生活習慣病などの非感染性疾患(non-communicable diseases: NCD)についてもコミュニティレベルでの対策が求められており、州によってはNUHMにNCDを独自に含めているところもある。

UHCの達成は、2015年2月に出たDraft National Health Policy 2015でも明示された。インド政府は基本的に医療保険でこれを実現しようとしていた。つまり現憲法下の英国型の無償医療からの方向転換を意味する。公的医療保険は、以前は労働省が管轄し、現在は保健省に移管された国家健康保険計画に基づく。これより貧困ライン以下の貧困層にはスマートカードが発行され、その保持者は、病院で年間3万ルピー(6万円)までの医療費が保障される。公的医療保険を拡大する一方で、モディ政権は保健・医療のサービス提供者の民営化を一層進めようとしている。従来私立病院は二次医療的なnursing home やクリニックが中心で、三次医療機関は少なかった。しかしデリーのアポロ病院のような私立病院が増え、公的病院では医療検査を民間の検査機関にアウトソースするようになっており、その方向は今後も強化されると予想される。上記のスマートカードの指定医療機関の数は少なく、例えばブッダガヤには1か所しかなく、全診療科もそろっていない。

上記のような政策方向性に従い、医療サービスの提供者は大病院となり、PHCは大事に

されないという観察がなされている。しかしインドの末端レベルでは、PHCの役割は重要で、ASHAが村人と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されている。また、PHCで出産すると出産証明書が発行される。

末端において、PHCはバザール(市場)の薬局と競合している。村人は公的医療機関は役に立たないと思っており、その一つの理由は、PHCの医師や看護師は必要な薬しか処方しないが、バザールの薬局は多くの薬を勧めるので村人が安心するという面がある。一般的に軽い病気の際、人々はバザールの薬局で対処しているようだ。

インド政府は、アーユルベダ、ヨーガ、ユナニ、シッダ、ホメオパシーといった代替療法(頭文字を取ってAYUSHと呼ばれる)の医師たちを、徐々に公的な医療制度に組み込むことを試みている。例えば、ビハール州では病院にAYUSHの医師が複数配属され、患者がその治療を受けることで長生きするか、がんなどの苦痛が軽減されないかといった調査が行われている。

第二年度の現地調査(インド、ビハール州)の所見で最も重要と思われるのは、貧しい人から富裕層まで、公立病院で治療を受けることをできる限り避ける傾向が大変強いことである。その理由として異口同音に語るのは、公立病院での医師らによる患者の扱い方の非人間性、長い待ち時間、そして

医薬品の不足である。遠隔地に暮らす貧しい住民のほとんども、無料で診療が受けられるPHCに行くより、有料である村の無資格医かバザールの薬局を頼りにしていた。病人やけが人には不人気の公立病院だが、特に出産と予防接種などに関してはPHCが大変大きな役割を果たしている。また、前述のようにPHCと村人をつなぐ役割をASHAが果たしている。彼女らの活躍もあり、施設分娩率は100%近くに達していた。

上記のようなビハール州で見られた公立病院への強い不信感は、同第二年度に調査された西ベンガル州では、民間には依存しているが、公立病院への不信感は薄いことが明確になった。一方で、同州ハウラー県の二つのスラムの住民については、90%がビハール州の被差別カースト(Schedule Castes=指定カースト)の人たちであり、ほとんどが今なお自宅出産を行っていた。その一番の理由として考えられるのは、彼らの保持する身分証明書がビハール州政府のものであり、現住地の西ベンガル州のものでないことだ。このため施設分娩しても奨励金をもらうことができないし、そもそも州政府にとっては見えない存在なのでASHAを配置することもない。ただ不幸中の幸いなのは、こうした人々が公立の病院や学校を訪れても、同様に無償サービスを受けることができることだ。

研究目的2) 保健関連目標・ターゲット達成(2030年まで)に向けた実施体制と、モニタリング・評価指標をめぐる議論を分析・報告

1. 保健関連目標・ターゲット達成(2030年まで)に向けた実施体制にかかる主要論点(2015年持続可能な開発に係る国連サミットのサイドイベントでの議論から)

(1) SDGsの特性と保健アジェンダの位置づけについて:

SDGsに反映された価値観(特性)として、以下のポイントが挙げられる。

・ 包括的パートナーシップによる変革: セクター、国家主体、行政レベルを超え、様々な共働を実現しながら、transformativeなアジェンダとして実施していく。

・ 開発観の転換: 先進国から途上国へのODAに頼り、「世界総先進国化」という開発観から、持続可能な世界を目指して先進国も変わっていかねばならず、その「進捗」を評価される、ユニバーサルなパートナーシップへと移行する。

・ 持続可能な開発資金: ODA資金は引き続き重要であるも、アジスアベバ行動アジェンダを反映し、途上国の内部資金を活用する。

・ ユニバーサリティー「誰も取り残さない」: 不平等是正へのコミットメントである一方、実務的な定義についてはコンセンサスを見ていない。

・ 包摂性(インクルーシブネス): 参加型

でみんなが決めたみんなのゴールであるというアピールを反映している。障害者等を排除しない社会を目指すという方向性を示す。

・企業の参加：CSR（企業の社会責任）にとどまらず、企業のコアビジネスにSDGsを織り込む。

・市民社会の参加：市民社会の参加は不可欠であり、計画、実施、モニタリングの全ての段階で市民社会が参画すべき。

・データ革命とSDGs：SDGs実施のモニタリングと評価にICTやデータ革命が必要なだけでなく、ICTが教育へのアクセスなど開発のブレイクスルーをもたらすことへの期待が大きい。

上記を踏まえた上で、保健関連目標・ターゲットのうち、特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)、非感染症(non-communicable diseases: NCD)、生殖・母性・新生児・小児保健(reproductive, maternal, neonatal and child health: RMNCH)のグローバルな実施体制にかかる議論の論点を以下にまとめる。

・UHC：WHOのチャン事務局長（当時）は、「UHCは公衆衛生の最も強力な概念で、社会団結と安定に寄与し、サービスを包括的に提供することを可能にする」と述べた。国連サミット開会中、44か国267名の経済学者が、「UHCは経済学的に合理的」との声明を発表。UHCはSDGsの保健ゴールに関連したアジェンダの中で、最もtransformativeかつシンボリックなものであることは間違いな

い。他方、UHC達成に向けた技術論を見ると、世銀が途上国24か国のUHC政策実施のレビューを実施した中で、途上国のUHCに向けた取り組みは、斬新的（インクレメンタル）に実施している例が多く、初めから完璧なシステムを政策的に描いている事例は少ないことが明らかとなった。UHCを達成しようとする場合、途上国が直面する主要な政策選択肢(主に財政面)としては、「ボトムアップかトップダウンか」「供給側、需要側どちらを変革するか」「貧困でないインフォーマルセクターをどうするか」「単一基金内での再配分か、基金間の再配分か」「次にどのサービスを（保険などで）カバーするか」「民間セクターを公的サービスの補完者と位置付けるか、競合と位置付けるか」などが挙げられる。これを踏まえると、日本からの支援を考える際には、「日本の国民皆保険の制度設計と経験の共有」だけでは途上国の広範な政策決定支援には応じられず、皆保険構築・維持にかかる政策決定とその影響を丁寧に検証すること、ならびに他のOECD各国との協力などが不可欠と思われる。

・NCD対策：SDGs時代にNCD対策は非常に幅広いマルチセクターの取り組みでありうる。例えば、教育、食料（農業、貿易セクターとの関連）、貧困、気候変動、移民・難民等とNCD対策の協調が考えられる。サイドイベントでは2つの主要な論点が挙げられた。第一は「NCDは保健問題か社会問題か」の議論である。NCDは社会構造により特定の人口に引き起こされるという視点から、職域の対策、食品輸入や販売などの法制面が重要

との主張がある。他方、NCD対策では、社会的決定要因への取り組みや一次予防のみならず、治療やスクリーニングも不可欠であり、「NCDは保健問題でなく社会問題」と言い切る事への反対の声も多かった。第二は「NCD対策を新たな縦割り事業にするな」という議論である。MDGs時代の保健事業が疾病や対象ごとに縦割り分断化されていたことへの懸念が多く表明された。NCD対策についても、NCD対策全体が保健セクターの中でサイロ化する懸念ならびにNCD対策内でも、糖尿病、がん、心血管疾患などがそれぞれサイロ化する懸念が共有された。このような分断を避けるべきとの声が主流であった。

・RMNCH : RMNCHは、MDGsにおいて達成できなかったゴールであり、SDGs時代にも継続的に取り組むべき積み残し案件である。国連の多くの機関にまたがっているRMNCHのアンブレラアジェンダとしてEvery Women Every Child (EWEC)がある。2011年に当時の国連事務総長パン・ギムン氏のイニシアチブで発足した。同年RMNCHのグローバル戦略(2011-2015)も策定され、今回のSDGs採択時に次期グローバル戦略(2016-2030)も打ち出された。SDGs採択前のRMNCH実施体制で強調されたのが、進捗モニタリングをしっかりと行う体制の確立で、そのためにCommission of Information and Accountability (COIA)と、その独立専門家グループIERGが設立された。この他、学術誌ランセットが主催したCountdown 2015、The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)によるモニタリングスキームが並立していた。新しいグローバル戦略(2016-2030)については、

Independent Accountability Panel (IAP)がアカウントビリティ枠組みを提供することとなる。また、世銀を中心として発足したGlobal Financing Facility (GFF)は正式にEWECならびにグローバル戦略(2016-2030)を財政的に支えるという位置づけとなった。

2. SDGsの保健関連目標・ターゲット達成に向けたWHOの取り組みと、保健関連SDGsのモニタリング・評価指標

2016年5月の第69回世界保健総会にて、「持続可能な開発に関する2030アジェンダにおける保健」に関する決議(WHA69.11)⁹⁾が採択された。決議は加盟国に対し、以下の7点を要請している。(1)保健に関連するSDGsのゴールとターゲットを達成するため、国家、地域、グローバルレベルで包括的な行動をスケールアップすること；(2)UHCの達成のため適切なスキルを持ち給与を支払われた保健人材を確保することを含む保健システム強化を優先づけること；(3)社会的、環境的、経済的な健康の決定要因に取り組み、特に女性と少女のエンパワーメントを通じて健康格差を低減し、適切であればHealth in all policiesを含む持続的開発への貢献するため、政府の全てのセクター内、そしてセクター間の国家、地域、グローバルレベルでの協力の必要性を強調すること；(4)健康への投資を適切に優先づけし、保健への投資が経済と地域にもたらす多セクター的な影響に鑑み、国内ならびに国際的なリソースを動員し保健に有効に活用すること；(5)開発途上国

に影響を与える感染症、非感染症に対するワクチン・薬剤の研究開発を支援し、開発途上国が医薬品へのアクセスを確保するためにTRIPS合意と公衆衛生に関するドーハ宣言に従い支払可能な必須医薬品とワクチンへのアクセスを提供すること；（６）薬剤耐性の病原体の出現と並んで新興再興感染症に特別の注意を払いながら、これらのグローバルな課題に対応するキャパシティーを作るためのサーベイランス、研究、予防措置とトレーニングの強化を促すような形で医学、獣疫、環境の各コミュニティ間の対話を強化すること；（７）SDGsのゴールとターゲットの定期的なモニタリングと進捗のレビューのため、質が高く包括的で透明性のある国家のアカウントビリティー・プロセスを、国家政策、計画、優先度と一貫する形で既存のメカニズムの上に策定すること。

決議は同時に、WHO事務局長に対して、最低2年に1度のペースで、UHCと平等性への焦点を含む、SDGsの保健関連ゴールの達成状況を、ゴール全体、それぞれのターゲットならびに他の健康と関連するゴールにつき、加盟国に報告すること、ならびに同決議の実施状況を来る第70回の世界保健総会にて報告するよう要請している。

2016年12月のWHO執行理事会では、持続可能な開発に関する2030アジェンダ実施の進捗報告¹⁰⁾がなされた。報告の前半では、保健ゴール（SDG3）がいかに他のゴールと不可分の関係にあるかが強調され、以下の6つの変化の手段と可能にする要因が挙げられ

ている：（１）多様のステークホルダーによるセクター間の行動；（２）UHCのための保健システム強化；（３）平等と人権の尊重；（４）持続可能な財政措置；（５）科学研究とイノベーション；（６）モニタリングと評価。それぞれにつき、持続可能な開発に関する2030アジェンダがもたらす新しい機会を同定している。（１）については、全てのセクターの政策策定に保健を反映すること、（２）については、財政的保護を含む包括的な保健システムに疾病対策事業が包含されること、（３）については、全ての人の参加と「誰も取り残さない」精神ならびに女性のエンパワーメントを通じて全ての人の健康を向上させること、（４）については、新しい財源をひきつけ、国内リソースを強調し保健システム機能の重複を防ぐこと、（５）については、医学的、社会的、環境的要因のバランスの取れた研究を含む持続可能な開発の基礎としての研究とイノベーションを強化すること、（６）については新しい情報技術の活用と全ての人々のニーズを解明するための属性ごとのデータ分析、ゴール3と他の保健関連ゴールのモニタリングを実施することが挙げられている。

報告の後半では、SDGsに向けたWHOの取り組みが示されている。まず、WHOの業務をSDGs指向のものにする取り組みとして、WHOの国事務所が、国家計画にSDGsのゴールとターゲットを統合する手助けをし、それを地域レベル、グローバルレベルで調整する体制を取ること、WHOの事業予算をSDGsにアラインさせることが述べられている。第12次

(2014-2019年)事業計画で既にゴール3のみならず他の保健関連SDGsをカバーしているが、次期の計画では一層のアラインメントを確保するとしている。次に、各国のSDGs実施への支援の取り組みとして、地域事務局レベルでの国支援の枠組み作成、UHC達成のための保健システム強化支援(加盟国を発展段階により3つに分類し、ガバナンス、財政、情報、人材などの保健システム技術ネットワークを設立)、WHO健康危機事業を通じた各国の健康危機対応の支援を挙げている。最後に、パートナーシップの深化と拡大の取り組みとして、国連システム全体を通じた戦略計画、実施、報告(WHOのcountry cooperation strategyを通して他の国連機関や他の開発パートナーの計画との整合性を取る)、国連を超えたパートナーシップ(グローバルヘルス・パートナーシップ、慈善基金、民間セクター、NGO、国際的職業協会、財政機関、研究所や大学、メディア、市民社会)を挙げている。

2017年5月の第70回世界保健総会では、前年の総会決議WHA69.11に従い、再度、持続可能な開発に関する2030アジェンダ実施のアップデートされた進捗報告¹¹⁾がなされた。報告の前半では、世界保健統計2016ならびに2017の情報に基づき、保健ならびに保健関連の指標をレビューした。その結果、妊産婦と子供の死亡率低減、栄養改善、HIV、結核、マラリア、肝炎との闘いに大きな課題が残っていることがわかった。また、非感染性疾患とその決定要因であるタバコ、精神保健、交通事故、環境衛生に取り組む重要性のエビデンスを提供した。多くの国

で弱い保健システムが引き続き障害となり、最も基本的な保健サービスのカバレッジが欠損し、健康危機への備えが不適切となっている。その他、指標のレビューから明らかとなった重要な点をピックアップすると以下が挙げられる。

- 妊産婦死亡率は2015年には世界で出生10万人当たり216であった。2030年のターゲットである70を達成するためには、1990-2015年間の低減率の3倍の低減率が必要。
- 5歳未満死亡率と新生児死亡率は2015年にそれぞれ出生1000人当たり43と19だった。2000-2015年間の低減率が維持できれば、それぞれの2030年のターゲットである25、12が達成できる。
- 2015年には世界の死亡の70%に当たる4千万人の死亡が非感染症によってもたらされた。この大部分は心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病によるもの。
- 2013年に世界で125万人が交通事故死亡し、その90%が低中所得国で起こった。
- UHC(ターゲット3.8)の指標である「必須保健サービスのカバレッジ」と「家計総支出に占める医療支出が大きな人口の割合」について加盟国コンサルテーションを実施。完成すれば国際比較可能な指標が提供される予定。
- 保健雇用と経済成長に関するハイレベル委員会の報告書「保健と成長のために働く：保健人材への投資」が2016年の国連総会で打ち出された。保健人材に投資することで、SDG3のみならず、

経済成長（ゴール8）、貧困削減（ゴール1）など他のSDGsにも貢献することが謳われている。

- 屋内、屋外の大気汚染により2012年には推定650万人の死亡が引き起こされた。

報告の後半では、決議WHA69.11の実施進捗が報告された。以下のような点が特筆される。

- WHO国事務所が各国の保健政策・戦略・計画をSDGsにアラインさせるため、対話を実施。
- 2030アジェンダ実施にかかる地域戦略の策定。
- 保健関連SDGsの指標の最終化（UHCの指標のうち財政的リスク保護の指標の改良を含む）。
- 加盟国の国家統計の能力強化
- 2017年7月のHLPFに向けた40カ国のVNR作成の支援
- 保健情報の公共財としての提供（国際保健規則に基づく公衆衛生危機の情報、疾病負担やトレンドの情報と推定方法、WHOの持つ全ての情報の公開原則の策定）
- IHP+が改組され発足したIHP for UHC2030への支援。
- 加盟国の健康平等のモニタリングを、WHOのUHCデータポータルなどを通じて支援。
- 2030アジェンダに向けた多セクターア

プローチの推進（国連事務総長が立ち上げた「女性と子供の健康のためのエネルギー」構想への協力、保健セクターにおける雇用創出への保健雇用と経済成長に関するハイレベル委員会の貢献等々）。

- 国際保健規則に関連し、「ワンヘルス」アプローチ推進のための医療、獣疫、環境の多セクター協力の推進。
- 加盟国における研究開発の推進（特に、The Alliance for Health Policy and Systems Researchによる保健システム研究の支援）。
- 国連開発グループ内に設置された南南協力、三角協力推進のタスクチームを通じた、これら協力の推進。
- 第13次事業計画（2020年～をカバー）のドラフト作成において、SDGsに沿ってWHOの既存事業間の相互協力がより進むようにする。

WHOが毎年発行するWorld Health Statistics（世界保健統計）は、2016年度版¹²から“Monitoring Health for the SDGs”という副題がつき、各国のSDG3の9つのターゲットと3つの実施方法の指標、ならびに保健と関係するSDG3以外の7つ（WHS2017では8つ）のターゲットの数値を記載している。WHS2016では、性別、都市-農村別の属性による分析も本文に盛り込まれている。

WHO西太平洋地域事務局(WPRO)においては、「西太平洋地域において持続可能な開発目

標(SDGs)を達成するための地域行動アジェンダ」¹³⁾を策定し、2016年10月の地域委員会がこれを承認した。「行動アジェンダ」の要旨としては、以下のように4つのガイディング・クエスチョンとそれに基づく行動に整理される。

- 1 国は何を達成しようとしており、どのように達成を知ることができるか？
 - 1.1 国によるゴール、ターゲット、指標の選択
 - 1.2 堅牢なモニタリングとレビュー過程
 - 1.3 適切な情報キャパシティー
- 2 「誰も取り残さない」ための政策・事業の優先事項は何か？
 - 2.1 保健サービスの平等性
 - 2.2 セクター間協調によるwin-win関係の実現
 - 2.3 平等を推進するための財政戦略
- 3 国はどのように優先事項を効果にしているか？
 - 3.1 政府横断的な協調
 - 3.2 政府以外のステークホルダーの巻き込み
 - 3.3 影響を受ける地域の参加
- 4 保健セクターはどのようにアジェンダを進めて行けるか？
 - 4.1 知識交換の能力
 - 4.2 政策システムを操縦するためのリーダーシップスキル
 - 4.3 現在と将来の挑戦に向けた組織

能力

2017年5月、WPROは、SDGとユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の地域モニタリング枠組みに関するワークショップを実施した。枠組みは、以下4つのモニタリング・ドメインとその下にある指標ドメインにより構成される。

- 1) ライフコースを通じた健康影響
 1. 死亡
 2. 罹患
 3. 余命とウェルビーイング
- 2) 健康の決定要因
 1. 物理的環境要因
 2. 個人の特性と行動
 3. 社会経済的要因
 4. 社会環境要因
- 3) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)
 1. 財政的保護
 2. 保健サービスのカバレッジ
 3. アクセスと利用
- 4) 保健システム資源とキャパシティー
 1. 有効性
 2. 質と安全性
 3. 対応能力と人々が中心である度合い
 4. 資源とインフラ
 5. 入手可能性と準備状況

6. 保健財政

7. 効率性と持続可能性

上記の枠組みに沿って、SDG3の指標26項目、SDG3以外のSDGs指標で健康に関連するもの17項目、UHCをモニタリングするための追加指標42項目をマッピングしている。加盟国は、上記の枠組みにつき、以下の点を考慮しながらその国に最適な形で適用することが望ましいとしている。

- 1) 枠組みをどのように国の文脈に適合させるか。
- 2) SDGsとUHCのモニタリングを支援するため、インプット、アウトプット、アウトカム、インパクトから成る論理モデルをどのように活用できるか。
- 3) どのように平等性に立脚した分析とモニタリングを実施するか。
- 4) どのようにモニタリングしたデータを政策決定・意志決定に活用するか。
- 5) SDGsとUHCのモニタリングにおいて避けるべきことは何か。

最後の避けるべき点としては、(1)モニタリングを、政策決定や意志決定と関係のない孤立した活動として実施すること、(2)あまりにも多くの活用できないデータや情報を集めること、(3)枠組みにある全ての指標をすぐを選択すること、(4)SDGsとUHCの指標をドナー支援をフォローするためだけに選択すること、の4点が挙げられている。

2. 日本における保健関連SDGの実施体制

表1に、日本のSDGs実施指針の8つの優先課題と、保健に直接関わる「2.健康・長寿の推進」にかかる国内施策を示す。後者は、社会保障、生活習慣病対策、感染症対策、薬剤耐性対策、がん対策、肝炎総合対策という今日の厚生行政の重点事項をほぼ網羅しているといえるが、地域包括ケアシステムの構築などの今日的課題がカバーされていない問題もある。

表2に、「2.健康・長寿の推進」以外の優先課題の施策のうち、健康に関連すると思われるものを列記し、関連する健康の社会的決定要因ならびに関連する保健以外のSDGsを示す。健康に関連する施策は、特に「1.あらゆる人々の活躍の推進」に多いことがわかる。ここでは、子供の貧困対策、幼児教育の充実など、幼少期に対処する包括的アプローチや、長時間労働の是正、若年者雇用対策、介護離職ゼロ、労災防止など、公正な雇用と適切な労働にかかる施策、さらに障害者の社会参加を促進する施策が特に強調されている。「4.持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備」においては、住生活基本計画、コンパクト・プラス・ネットワークにおける住生活へのアプローチに加え、水資源の供給、汚水処理の普及などの健康に関わるインフラ整備が関係する。「6.生物多様性、森林、海洋等の環境の保全」においては、化学物質対策、大気汚染対策が直接健康に関連する。「7.平和

表 1 日本の SDG s 実施指針における 8 つの優先課題と、「 2 . 健康・長寿の推進」にかかる国内施策

日本の SDG s 実施指針における 8 つの優先課題	特に関係が深い SDG s
優先課題 1 . あらゆる人々の活躍の推進	1 (貧困) 4 (教育) 5 (ジェンダー) 8 (経済成長と雇用) 1 0 (格差)、 1 2 (持続可能な生産・消費)
優先課題 2 . 健康・長寿の達成	3 (保健)
<ul style="list-style-type: none"> ● 一億総活躍社会の実現：安心につながる社会保障 ● 健康づくり・生活習慣病対策の推進 ● 国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画の推進 ● 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプランの推進 ● 感染症対策に資する研究開発の推進 ● がん対策の推進 ● 肝炎総合対策の推進 	
優先課題 3 . 成長市場の創出、地域活性化、科学技術イノベーション	2 (食料) 8 (経済成長と雇用) 9 (インフラ、産業化、イノベーション) 1 1 (持続可能な都市、人間居住)
優先課題 4 . 持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備	2 (食料) 6 (水と衛生) 9 (インフラ、産業化、イノベーション) 1 1 (持続可能な都市、人間居住)
優先課題 5 . 省・再生可能エネルギー、気候変動対策、循環型社会	7 (エネルギー) 1 2 (持続可能な生産・消費) 1 3 (気候変動)
優先課題 6 . 生物多様性、森林、海洋等の環境の保全	2 (食料) 3 (保健) 1 4 (海洋) 1 5 (生物多様性)
優先課題 7 . 平和と安全・安心社会の実現	1 6 (平和)
優先課題 8 . SDGs 実施推進の体制と手段	1 7 (実施手段：パートナーシップ)

SDGs: Sustainable Development Goals (持続可能な開発目標) , AMR: antimicrobial resistance.

(出典 : 「 SDGs 実施指針 」 を参考に著者作成)

表2 日本のSDGs実施指針における「2.健康・長寿の推進」以外の健康関連施策、関連する健康の社会的決定要因ならびに関連する保健以外の持続可能な開発目標（SDGs）

「2.健康・長寿推進」以外の保健関連施策	関連する健康の社会的決定要因	関連する保健以外のSDGs
優先課題1.あらゆる人々の活躍の推進		
長時間労働の是正	労働環境	8（成長と雇用）
子供の貧困対策の推進	幼少期、社会格差	1（貧困）
若年者雇用対策の推進	失業、労働	8（成長と雇用）
女性活躍、男女共同参画の推進	ジェンダー平等	5（ジェンダー）
初等中等教育の充実	幼少期、教育	4（教育）
幼児教育の充実	幼少期、教育	4（教育）
安心につながる社会保障（介護離職ゼロへ）	労働	8（成長と雇用）
障害者基本計画（第3次）に規定する施策の推進	社会的排除、社会的支援	11（持続可能な都市、人間居住）
公共交通機関のバリアフリー化の推進	社会的排除、社会的支援、交通	11（持続可能な都市、人間居住）
障害者雇用の推進	社会的排除、社会的支援、失業、労働	8（成長と雇用）
労働災害防止対策の推進	労働環境	8（成長と雇用）
障害者の職業訓練	社会的排除、社会的支援、失業、労働	8（成長と雇用）
消費者基本計画の推進	社会環境、所得、食品	12（持続可能な生産・消費）
優先課題4.持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備		
住生活基本計画（全国計画）の推進	居住地、物理的環境	11（持続可能な都市、人間居住）
「コンパクト・プラス・ネットワーク」の推進	居住地、交通	11（持続可能な都市、人間居住）
水資源開発施設の建設・維持管理による安定的な水資源の供給	居住地、物理的環境	6（水と衛生）
汚水処理の普及促進	居住地、物理的環境	6（水と衛生）
優先課題6.生物多様性、森林、海洋等の環境の保全		
化学物質対策	居住地、物理的環境	11（持続可能な都市、人間居住）
大気汚染対策	居住地、物理的環境	11（持続可能な都市、人間居住）
優先課題7.平和と安全・安心社会の実現		
交通安全対策の推進	交通	11（持続可能な都市、人間居住）
子供の不慮の事故を防止するための取り組み	幼少期	
児童虐待防止対策の推進	幼少期	16（平和）

SDGs: Sustainable Development Goals（持続可能な開発目標）

（出典：「持続可能な開発目標(SDGs)を達成するための具体的施策（付表）」を元に著者作成）

と安全・安心社会の実現」においては、交通事故対策、子供の不慮の事故防止ならびに児童虐待防止が健康に関連する。このように、日本のSDGs実施指針は、保健・医療の領域を超え広範に健康に寄与する施策を含み、多様な健康の社会的決定要因に対応し、多くの保健とそれ以外のSDGsとの関連性を内包していることがわかる。もともとSDGs実施指針は保健に特化した戦略文書でないにも関わらず、保健ならびにHiAPアプローチの視点から見た際、多くの関連セクターとの政策上の接点が存在し、SDGs推進がHiAPアプローチに基づいた多セクター的な保健政策の推進につながる可能性を持っている。

表3abに、日本のSDGs実施指針における「2.健康・長寿の推進」以外の健康関連施策の概要(施策内容、根拠文書、健康との関連、指標、関連府省庁)を示す。SDGs実施において、我が国は、基本的には既存政策の枠組みでこれに対応しようとしている。また、健康に関わる施策が、様々な府省庁の多様な政策に関わる事がわかる。関連する施策の政策領域を見ると、労働・雇用、幼少期、貧困対策、教育、社会保障、障害者、消費者、住生活、国土計画、水資源、インフラ、環境、交通と多岐にわたる。関連府省庁は、厚生労働省はもとより、内閣府、文部科学省、内閣官房、国土交通省、消費者庁、経済産業省、環境省と、こちらも多岐にわたる。それぞれの施策について指標が設定されており、それらをモニタリングすることで達成状況を把握することが可能と思われる。

「1.あらゆる人々の活躍の推進」の中の健康と関連する施策の根拠文書の中では、2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン¹⁴⁾」が、最も多くの施策の根拠文書となっている。誰もが活躍できる一億総活躍社会を創るため、「希望出生率1.8」、「介護離職ゼロ」、「戦後最大の名目GDP600兆円」という3つの目標を掲げている。これら3つの目標を貫く横断的課題である働き方改革を、非正規雇用の待遇改善、長時間労働の是正等を通じて進めるとしている。「希望出生率1.8」に向けた取り組みとして、子育て・介護の環境整備、女性活躍、若者・子育て世帯への支援等を挙げ、「介護離職ゼロ」に向けた取り組みとして、介護人員の確保など介護の環境整備、健康寿命の延伸と介護負担の軽減等を挙げている。その他の根拠文書として、2014年8月に閣議決定された「子供の貧困対策に関する大綱¹⁵⁾」、2013年9月に策定された「障害者基本計画(第3次)¹⁶⁾」が挙げられる。前者は、子供の貧困の指標を提示するとともに、教育の支援、生活の支援、保護者に対する就労の支援、経済的支援それぞれの概要をまとめている。後者は、基本原則として、地域社会における共生等、差別の禁止、国際的協調を挙げ、さらに各分野に共通する横断的視点として、1)障害者の自己決定の尊重及び意思決定の支援、2)当事者本位の総合的な支援、3)障害特性等に配慮した支援、4)アクセシビリティの向上、5)総合的かつ計画的な取組の推進を挙げている。その上で、生活支援、保健・医療、雇用・就業、経済的自立の支援、生活環境等、分野別施策の基本的方向を定めている。20

15年3月に閣議決定された「消費者基本計画¹⁷⁾」の推進においては、計画中の「消費者の安全の確保」が最も健康の社会的決定要因として重要で、事故の未然防止、食品の安全性の確保等の内容が含まれている。

「4. 持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備」の中の健康と関連する施策の根拠文書としては、2016年3月に策定された「住生活基本計画(全国計画)¹⁸⁾」が挙げられる。居住者の視点、住宅ストックの視点、産業・地域の視点それぞれに目標が掲げられているが、うち居住者の視点にかかる3つの目標、すなわち「目標1. 結婚・出産を希望する若年世帯・子育て世帯が安心して暮らせる住生活の実現」、「目標2. 高齢者が自立して暮らすことできる住生活の実現」、「目標3. 住宅の確保に特に配慮を要する者の居住の安定の確保」が健康に深く関係する。特に最後の項目は、住宅を市場において自力で確保することが難しい低額所得者、高齢者、障害者、ひとり親・多子世帯等の子育て世帯、生活保護受給者、外国人、ホームレス等(住宅確保要配慮者)を対象としており、健康の社会的決定要因に深く関係する。計画の指標として「都市再生機構団地の地域の医療福祉拠点化」が挙げられているが、これは大都市圏の高齢者の急増に伴う医療・介護需要の増大に対応し、広域連携を視野に入れた医療計画及び介護保険事業支援計画を策定・推進することを意味する。この点でも「住生活基本計画(全国計画)」は健康と密接に関連していると言える。2015年8月に策定された「国土形成計画(全国計画)¹⁹⁾」は、2014年7

月に策定された「国土のグランドデザイン2050²⁰⁾」を踏まえ、人口減少に立ち向かう地域構造・国土構造として、人口減少や高齢化の中で医療を含む生活サービス機能を確保するためのコンパクト・プラス・ネットワークを掲げている。

「7. 平和と安全・安心社会の実現」の中の健康と関連する施策の根拠文書として2016年3月に策定された「第10次交通安全基本計画²¹⁾」があるが、講じようとする施策の筆頭に道路交通環境の整備が挙げられ、さらにその筆頭に生活道路等における人優先の安全・安心な歩行空間の整備が挙げられている。これは、道路交通における歩行や自転車走行を促進するという意味で、運動習慣の定着などとも関係してくると思われる。「子どもを事故から守る！プロジェクト」は消費者庁が実施しているプロジェクトで、0歳を除く子どもの主要な死因である不慮の事故を防止しようとするものである。2016年3月に閣議決定された「児童虐待防止対策に関する業務の基本方針について²²⁾」は、厚生労働省が関係府省庁の間の調整役を担うことを規定している。厚生労働省では、1) 児童福祉法の理念の明確化等、2) 児童虐待の発生予防、3) 児童虐待発生時の迅速・的確な対応、4) 被虐待児童への自立支援に沿って施策を進めている²³⁾。

3. SDGsの評価指標を巡る動きと課題

持続可能な開発のための2030アジェンダの採択プロセスと連動し、17のゴールと169

表3a 日本のSDGs実施指針における「2.健康・長寿の推進」以外の健康と関連する施策の概要				
施策内容	根拠文書	健康との関連	指標	関連府省庁
優先課題1. あらゆる人々の活躍の推進				
長時間労働の是正	ニッポン一億総活躍プラン ¹⁴⁾	過重労働による心身の障害の予防につながる。	週労働時間49時間以上の労働者割合	厚生労働省
子供の貧困対策の推進	子供の貧困対策に関する大綱 ¹⁵⁾	生活困難家庭の子供の健康指標が非困難家庭の子供のそれより悪いなどのエビデンスがある(足立区の調査 ³⁰⁾ など)。	子供の貧困率、一人親家庭の貧困率など	内閣府他
若年者雇用対策の推進	ニッポン一億総活躍プラン ¹⁴⁾ ・青少年の雇用の促進等に関する法律	雇用は健康の社会決定要因として重要。	若年層(25-34歳)の不本意非正規割合	厚生労働省
女性活躍、男女共同参画の推進	第4次男女共同参画基本計画	生涯を通じた女性の健康支援、女性に対する暴力の根絶などが女性の健康につながる。	第4次男女共同参画基本計画の71の成果目標	内閣府他
初等中等教育の充実		良質な義務教育は幼年期の発達に寄与し、その後の生涯における健康を増進する。	後期中等教育卒業率など	文部科学省他
幼児教育の充実		幼年期発達の支援は、その後の生涯における健康を増進する。	幼稚園等の就園率、保育料が無償である子供の割合	文部科学省他
安心につながる社会保障	ニッポン一億総活躍プラン ¹⁴⁾	介護離職ゼロに向けた取組により、収入の安定をもたらし、健康の増進につながると推定される。	介護施設・サービスを利用できないことを理由とする介護離職、要介護3以上の特養自宅待機者など	内閣官房他
障害者基本計画(第3次)に規定する施策の推進	障害者基本計画(第3次) ¹⁶⁾	障害者の自立と社会参加の推進により、障害者の社会的健康の増進につながる。	福祉施設入所者の地域生活への移行者数、障害者支援施設及び障害児入所施設での定期的な歯科検診実施率など	内閣府他
公共交通機関のバリアフリー化の推進	移動等円滑化の促進に関する基本方針	障害者の社会参加の推進により、障害者の社会的健康の増進につながる。	鉄道駅、バスターミナル、空港などのバリアフリー化率など	国土交通省
障害者雇用の促進	ニッポン一億総活躍プラン ¹⁴⁾	障害者の雇用促進は、収入の安定をもたらし、健康の増進につながると推定される。	民間企業における障害者の実雇用率	厚生労働省
労働災害防止対策の推進	第12次労働災害防止計画	労働災害の防止により、死亡傷害の数を低減し、労働者の健康につながる。	労働災害による死傷者数	厚生労働省
障害者の職業訓練	障害者基本計画(第3次) ¹⁶⁾	障害者が就労することで、社会参加が促進され、社会的健康に貢献するのみならず、就業により収入が安定し健康の増進につながると推定される。	障害者職業能力開発校の修了者における就職率、障害者委託訓練修了者における就職率	厚生労働省
消費者基本計画の推進	消費者基本計画 ¹⁷⁾ に基づく消費者基本計画工程表	基本計画にある「消費者の安全の確保」は、消費者の健康につながる。	消費者基本計画工程表フォローアップ状況	消費者庁
SDGs: Sustainable Development Goals (持続可能な開発目標)				
(出典:「持続可能な開発目標(SDGs)を達成するための具体的施策(付表)」を元に著者作成)				

表3b 日本のSDGs実施指針における「2. 健康・長寿の推進」以外の健康と関連する施策の概要(つづき)				
施策内容	根拠文書	健康との関連	指標	関連府省庁
優先課題4. 持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備				
住生活基本計画(全国計画)の推進	住生活基本計画(全国計画) ¹⁸⁾	若年世帯・子育て世帯や高齢者が安心して暮らすことができる住生活ならびに居住の安定は健康の増進につながる。と推定される。	都市再生機構団地の地域の医療福祉拠点化、最低居住面積未満率など	国土交通省
「コンパクト・プラス・ネットワーク」の推進	国土形成計画(全国計画) ¹⁹⁾ 、国土のグランドデザイン2050 ²⁰⁾	人口減少や高齢化が進む中であっても、医療を含む生活サービス機能を確保するための都市のコンパクト化は、都市周辺との交通ネットワークが整備されるのであれば健康に資すると推定される。ただし、農山村住民がさらなる医療過疎に陥らないよう配慮が必要。	立地適正化計画を作成する市町村数、地域公共交通再編実施計画認定総数	国土交通省
水資源開発施設の建設・維持管理による安定的な水資源の供給	水資源開発促進法	水の安定的な供給の確保により、保健衛生水準を保つことに寄与する。	安定的な水の利用	国土交通省
汚水処理の普及促進		汚水処理施設の未普及地域において下水道、集落排水、浄化槽等の普及により、保健衛生が向上する。	汚水処理人口普及率	国土交通省
優先課題6: 生物多様性、森林、海洋等の環境の保全				
化学物質対策	化学物質審査規制法、化学物質排出把握管理促進法	子どもの健康と環境に関する全国調査や化学物質に関する未解明の問題への対応等の実施により、化学物質への暴露による健康被害の低減に資する。	環境基準等の達成率、POPs等長期モニタリング物質の濃度傾向、PRTR対象物質の排出量及び移動量など	経済産業省、環境省
大気汚染対策		大気汚染の固定発生源、移動発生源からの排出抑制対策、アスベスト飛散防止対策により、大気汚染への暴露による健康被害の低減に資する。	環境基準等の達成率	環境省
優先課題7: 平和と安全・安心社会の実現				
交通安全対策の推進	第10次交通安全基本計画 ²¹⁾	各種交通安全対策により、交通外傷による死傷を低減できる。	年間の交通事故死傷者数	内閣府他
子供の不慮の事故を防止するための取り組み	子どもを事故から守る!プロジェクト	子供の事故防止にかかる各種取組により、子供の不慮の事故による死傷を低減できる。	不慮の事故による子供の死亡数	消費者庁
児童虐待防止対策の推進	児童虐待防止対策に関する業務の基本方針について ²²⁾	児童虐待について発生予防から自立支援まで推進することで、虐待による直接的な死傷とともに、成長後の健康影響をも低減する。	児童虐待による死亡者数	厚生労働省他
POPs: persistent organic pollutants (残留性有機汚染物質),				
PRTR: pollutant release and transfer register (化学物質排出移動量届出制度)。				
(出典:「持続可能な開発目標(SDGs)を達成するための具体的施策(付表)」を元に著作作成)				

のターゲットの進捗を測定するためのSDG指標の開発を国連総会は国連統計委員会に要請した。2015年3月、国連統計委員会第46回会合にてSDG指標に関する機関間専門家グループ（IAEG-SDGs）が設立された。このグループには27か国が参加し、国連統計委員会が議長を務めた。任期2年で、東アジアメンバーは中国であった。日本は、総務省政策統括官（統計基準担当）室が、国内各府省に対する意見照会の取りまとめを行い、国連統計部及びメンバー国を通して意見提出を行い、IAEG-SDGs会合にオブザーバー参加して議論に対応した。SDGs採択に遅れること半年、2016年3月の第47回国連統計委員会で、SDGsのグローバル指標枠組みを合意、17のゴール、169のターゲットを測定するための230の指標が同定された。

その後、IAEG-SDGsは、指標の3分類化を発表した。Tier 1の指標は、国際的に合意された定義があり、多くの国が定期的に統計を提供できるものである。例えば死亡率や就学率が挙げられる。Tier 2の指標は、国際的に合意された一応の定義はあるが、多くの国は、定期的な統計の提供に問題があるものである。例えば、女性に対する暴力などが挙げられる。Tier 3の指標は、国際的に合意された定義がなく、多くの国が統計を定期的に提供できないものである。例えばスラム地域の人口やリサイクル率などが挙げられる。2017年4月の段階で、Tier 1の指標が82、Tier 2が61、Tier 3が84、複数のTierにまたがるものが5ある。

ハイレベル政治フォーラムならびにECOSOC（国連経済社会理事会）で採択された国連統計委員会の勧告としては、第一にグローバル指標枠組みがあり、次に、そのモニタリングは各国によって自主的にやられるものということとなっている。また、指標は毎年修正を行い、同時に包括的なレビューを2020年、そして2025年に実施するというになっている。全ての国がグローバル指標のみで進捗を測るのではなく、地域的、またその国独自の指標が捕捉されるべきとされている。

勧告ではまた、国際的な標準、また方法論、そしてガイドラインを作成すべきこと、そして出来上がった指標枠組みをさらに精製し、改善すべきことも記載されている。特にターゲットと指標の整合性の確保、言葉の定義付け、そしてメタデータの利用の必要性をうたっている。公的な統計、データは、国家統計システムを基盤とするものであり、国家統計システムは、各国の国家統計局をコーディネーターとして構築されるものである。

多くの国で現在収集されている統計データには、国家経済統計、人口調査、農業調査、経済環境統計あるいは環境統計といったものがある。国際比較事業として算出される購買力平価、出生・死亡登録と人口動態統計、様々な財の価格データ、疫学調査なども含まれる。収支統計、予算組みのための地方政府の予算分析、もしくは税収のデータも入る。HIES(Household Integrated Economics Survey)、DHS(Demographic and

Health Survey)などを含む大規模調査のデータも重要なデータ源となる。

国際機関の役割として、ある国で統計指標が入手できない場合、それらの国と協議し、モデル化した推定値を作成、実証することがある。また、各関係機関の間をよく調整し、データの一貫性を確認する必要がある。そうすることによって、国際比較ができるようになり、各国のデータを比べて見ることができる。こういった全てのプロセスに関しては、透明性の確保が重要である。

研究目的 3) 保健関連目標と、それ以外の目標の関連性を分析・報告する。

1. 健康の社会決定要因を通じた健康とそれ以外の目標の関連性

保健関連 SDG(SDG3)と他の SDGs とのネクサスを捉える際、「健康の社会的決定要因 (social determinants of health: SDH)」という概念が大変重要である。近年、健康状態には保健医療のみならず、政治的、社会的、経済的要因が関係していることが指摘され、このような健康格差を生み出す要因が「健康の社会的決定要因」として認識されるようになった (5-8)。世界保健機関 (WHO) が設立した健康の社会的決定要因に関する委員会は 2008 年の最終報告書「一世代のうちに格差をなくそう」²⁴⁾ で、以下の 3 つの行動原則を打ち出した。第一に日常生活状況の改善 (幼少期に対処する包括的アプローチ、健康を推進する居住地、公正な雇用と適切な労働、ライフコースを通じ

た社会保護、ユニバーサルなヘルスケア)、第二に権力、資金、リソースの不公平な分配への対処 (全ての政策、システム、事業における健康の公平性の考慮、公正な資金供給、経済に関する合意や政策決定における健康と健康の公平性の考慮、ジェンダー平等、政治的エンパワーメント)、第三に問題を測定して理解し、対策の影響を評価することである。WHO 欧州地域事務局が 2003 年に刊行した「健康の社会的決定要因: 確かな事実の探求 (第 2 版)」²⁵⁾ は、1) 社会格差、2) ストレス、3) 幼少期、4) 社会的排除、5) 労働、6) 失業、7) 社会的支援、8) 薬物依存、9) 食品、10) 交通の 10 項目を、健康の社会的決定要因として取り上げた。

「健康の社会的決定要因」に留意して、日本の SDGs 実施指針を見ると、以下のような SDG3 と他の SDGs とのネクサスを同定することができる (表 2 参照)。

- 長時間労働の是正が SDG8 (成長と雇用、ディーセント・ワーク) と SDG3 (健康) の両方を改善する。
- 子供の貧困対策の推進が、SDG1 (貧困) と SDG3 (健康) の両方を改善する。
- 若年者雇用対策の推進が、SDG8 (成長と雇用、ディーセント・ワーク) と SDG3 (健康) の両方を改善する。
- 女性活躍、男女共同参画の推進が、SDG5 (ジェンダー平等) と SDG3 (健康) の両方を改善する。
- 初等中等教育の充実が、SDG4 (教育) と SDG3 (健康) の両方を改善する。
- 幼児教育の充実が、SDG4 (教育) と SDG3 (健康) の両方を改善する。

- 安心につながる社会保障（介護離職ゼロへ）が、SDG8（成長と雇用、ディーセント・ワーク）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 障害者基本計画（第3次）に規定する施策の推進が、SDG11（包摂的な都市、人間居住）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 公共交通機関のバリアフリー化の推進が、SDG11（包摂的な都市、人間居住）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 障害者雇用の推進が、SDG8（成長と雇用、ディーセント・ワーク）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 労働災害防止対策の推進が、SDG8（成長と雇用、ディーセント・ワーク）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 障害者の職業訓練が、SDG8（成長と雇用、ディーセント・ワーク）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 消費者基本計画の推進が、SDG12（持続可能な生産・消費）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 住生活基本計画（全国計画）の推進が、SDG11（包摂的な都市、人間居住）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 「コンパクト・プラス・ネットワーク」の推進が、SDG11（包摂的な都市、人間居住）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 水資源開発施設の建設・維持管理による安定的な水資源の供給が、SDG6（水と衛生）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 汚水処理の普及促進が、SDG6（水と衛生）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 化学物質対策が、SDG12（持続可能な生産・消費）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 大気汚染対策が、SDG11（包摂的な都市、人間居住）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 交通安全対策の推進が、SDG11（包摂的な都市、人間居住）とSDG3（健康）の両方を改善する。
 - 児童虐待防止対策の推進が、SDG16（平和、司法へのアクセス、アカウントビリティ）とSDG3（健康）の両方を改善する。
- ## 2. 保健への投資と他の目標の関連性
- 上記は、健康の社会的決定要因へのアプローチが、健康とさらに関連する領域のSDGsの達成に寄与するという事例であるが、健康への投資が、他のセクターでのSDGs推進に結びつくネクサスも、以下のように多く挙げられる。
- 母子保健の推進がSDG3（健康）とSDG5（ジェンダー平等）の両方を改善する。
 - 小児保健の推進が、SDG3（健康）とSDG4（教育）の両方を改善する。
 - 学校保健の推進が、SDG3（健康）とSDG4（教育）の両方を改善する。
 - 保健人材への投資が、SDG3（健康）とSDG8（成長と雇用、ディーセント・ワーク）、SDG1（貧困）を改善する。
 - 成人保健の推進が、SDG3（健康）とSDG8（成長と雇用、ディーセント・ワーク）の両方を改善する。
 - 保健への投資が、SDG3（健康）とSDG1（貧困）の両方を改善する。

3. ジェンダー主流化と女性の健康

初年度のザンビアにおける調査からは、ジェンダーの関連では、Anti-GBV (gender-based violence) Act 2011 (2011年にできた法で、女性への暴力の被害者のケア、警察官のトレーニング、女性の保護などを保障する法律) 及び、Gender Equality and Equity Act 2016 (2016年にできたばかりの、女性の社会参加を促進し、差別・区別の解消を目指す法律) があり、法的な体制はしっかりしていることが判明した。しかし、ザンビアのジェンダーの推進 (SDG5) における主な課題はマインドセット (社会的、文化的な意識) にあり、この意識は男性にも女性にもある。差別は仕事の中だけではなく、子育ての中にもある。女性の政治参加は、国会 150 議席のうち、11-14%が女性議員である。女性議員を増やす活動は、NGO 調整委員会が中心となって、女性候補の多い政党に投票しようというキャンペーンを実施したが、現実には女性議員率は上がらなかった。加えて、女性議員の議席数を定める (affirmative action) 項目を憲法改正時に入れる運動を 2015 年に展開していたが、失敗に終わった。

ジェンダーに関連して、女子教育について重要な点が明らかとなり、それは女性教員を増やすことが、女兒・女子の教育を受ける機会を保障することにつながる点である。その理由は第一に女性教員が増えると男性教員による女兒に対する性暴力やセクハラが減り、GBV が減ること、第二に女性教員は女兒のロールモデルになりうること、加

えて教育を受ける女兒が増えると、若年結婚を防ぐことにもつながり、若年妊娠出産による妊産婦死亡を減らすことにもつながることが期待できることである。

第二年度に実施したケニアにおける第 6 回 TICAD の公式サイドイベント「女性の健康についてのシンポジウム」では、以下のような所見が得られた。(1) 基本はコミュニティにおける活動であり、女性の健康に向けた活動はコミュニティのニーズに基づいている必要がある。(2) 計画が成功するためには、政治的なコミットメントが必要である。特に妊産婦死亡を削減するなど、女性の健康を促進する点からも大きなサポートになる。(3) 科学的なデータに基づく対策の計画・立案が望ましい。また、その結果はコミュニティに伝えられる必要がある。(4) アドボカシーは NGO と政府の両方の活動にとって必要である。(5) 若者の安全な性交と学校保健の充実・改善が重要である。

第二年度に行われた、パレスチナの女性の健康にかかる調査においては、以下のような点が明らかとなった。(1) 精神保健のニーズが高い。(2) 乳がん、子宮がんの早期発見ができていない。(3) 女性への暴力が多発している (既婚女性の 37% は少なくとも 1 回は暴力行為を受けている)。(4) 帝王切開率が高い。(5) 合計特殊出生率が 4.2 と高い。

上記に対して、(1) アウトリーチ活動、(2) 女性医療従事者の育成と配属、(3) pap smear などのがん検診の導入などの施策が

有効ではないかと思われた。

4. 目標 11 (住み続けられるまちづくり) と健康への影響

MDGs から SDGs への移行の中で、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目標 11 である。「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ある。世界の都市化率は 1950 年には 30% だったが、2014 年には 54% にまで上昇、そして 2050 年には 66% に達すると予測されている。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。特にアジア・アフリカ地域において巨大都市圏への人口集中が顕著である。都市部のスラム居住者の割合をみると、MDGs のターゲット 7D で掲げられたこともあり、2000 年から 2010 年までに 39.2% 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に目を向けると、同時期間に 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実が浮き彫りとなる。既存のキャパシティを上回る人口が未曾有のスピードでなだれ込んでいるため、都市の環境整備が追い付

かない状態である。

都市化の減少は、その速度が急激であるがゆえ、様々な歪みを生んでいる。代表的な問題を列記すると、(1) スラムやホームレスの増加、(2) 災害への脆弱性の増加、(3) 公共サービスや雇用にあぶれた貧困層の拡大、(4) 治安の悪化、環境の荒廃、(5) 郊外に乱開発が進むことによるスプロール現象、(6) 大気汚染や交通渋滞の発生、(7) 水や土壌の汚染の悪化などが挙げられる。これらはどれも、健康の社会的決定要因として重要であり、人々の健康状態にも影響を与える要因である。

SDGs の目標 11 の特徴として、(1) 物理的な建築環境の整備から生活の質を向上させていくという、テクニカルな都市計画の要素を多分に採用していること (従来の開発目標であるスラムの改善に加えて、土地利用や交通網、防災といった、より広域な都市計画の面から統合的にアプローチする形を追求)、(2) 都市計画の側面から貧困削減や格差是正に取り組んでいく新たな視点の投入、(3) 都市計画上の 2 つの要点である公共交通機関とパブリック・スペースに関するターゲットの創設が挙げられる。

目標 11 の舞台は都市や地域であり、地方自治体が主導的な実施主体となる場合が多い。したがって地方自治体のキャパシティ・ビルディングが目標 11 の上位課題であると仮定できる。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、目標 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。

第一の方策は租税改革である。自治体が独自の税収を確保するため、財産税、固定資産税、企業関連の税などの見直しと強化が挙げられている。第二の方策は民間資本の活用である。一般に知られているアプローチは官民パートナーシップと呼ばれるものである。第三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。こうした方策を実現させるには、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。また、アーバン・プランナーの人材不足の解決も不可欠である。

都市化をめぐる開発戦略上の解釈の転回が、例えば Habitat III で採択された「New Urban Agenda」に表れている。すなわち農村・地方開発の促進による都市への集中回避から、都市化を活かしながら都市をマネージしていく開発の重要性を強調するようになった。また、地域・都市間を結ぶトランスナショナルなネットワークの形成が図られるようになっており、生存をかけた競争関係にあった各々の地方自治体が、共存のための協働関係へとその方向を転換しつつある。

また、特に東南アジアの大都市では、高齢化に伴う人口構成の急激な変化が起こっており、福祉政策を含む都市計画の見直しが必要とされる

【D. 考察】

1. ポスト 2015 年開発目標採択とその後 の目標実現に向けた国際動向

SDGs採択に至るまでの道筋を概観すると、第一に、国際開発の文脈において、貧困削減に主眼を置くMDGsに端を発する、ポストMDGsの議論・プロセスがあった。第二に、1992年の地球サミットに端を発する、環境の持続性に配慮した持続可能な開発の議論・プロセスがあった。そして第三に、2002年にメキシコのモンテレーで開催された後、2008年のカタールのドーハでの開催を経て2015年のエチオピアのアジスアベバにおける「アジスアベバ行動計画」に至る開発資金国際会議の流れがあった。これら3つの議論・プロセスを経てSDGsは形成されていたといえよう。

SDGs実施のグローバルレベルでの進捗モニタリングにおいては、ハイレベル政治フォーラム（HLPF）のメカニズムが非常に重要である。これまでのHLPFにおけるVNRの実施状況を見ると、各国が自慢できる進捗をハイライト的に報告する傾向があり、合意されたグローバル指標ならびに国内指標に照らした進捗を、しっかり管理していくという視点に欠けている側面がある。また、VNR策定における国内プロセスがどのくらいメジャー・グループや市民社会に開かれていたのかという論点から、十分な参加が得られていないのではないかと批判も多く聞かれる。

日本が2017年7月のHLPFで発表した任意国家レビュー（VNR）をレビューすると、今後のSDGs進捗モニタリングにおける2つの論点が明確となった。第一にVNRの代表

性が挙げられる。VNR は政府が策定・発表するものである以上、政府見解を代弁するものになりがちであるが、「誰も取り残さない」という視点で、どれだけ国連のメジャー・グループに代表される子供と若者、農民、先住民、地方自治体、NGOs、科学技術コミュニティ、女性、労働組合、ビジネスと産業、障害者などの視点を織り込んでいけるのか、その策定プロセスが問われる。すなわち VNR の代表性が大きな論点であり、それは VNR の正統性に関わる問題でもある。第二に指標というエビデンスに基づいたモニタリングが挙げられる。2017 年 7 月に発表された日本の VNR では、SDGs のグローバル指標枠組みに基づく進捗、ならびに日本の SDGs 実施指針に盛り込まれた指標に基づく進捗が記載されなかった。一つの考えられる理由は、実施指針が策定されて間もなく、指標の数値の確定が間に合わなかった可能性がある。しかし、本来的には 2017 年の VNR では、2015 年、2016 年のベースラインデータを明示し、それに照らした達成目標を明示することが望ましかったと言えよう。

途上国における SDGs 実施体制においては、国家開発計画との調整が重要と考えられた。SDG3 の中核をなす UHC については、インドにおいて地域ベースのプライマリ・ヘルス・ケアの提供と公的医療保険（貧困者に対する年間一定額までの無料診療の保障を含む）が実際に機能していることが明らかとなった。他方、民間の医療サービスがサービス提供に占める割合が益々高くなりつつある実態がわかった。UHC において民間医療サービスをどのように位置づける

かは重要な課題であり、民間主導のサービス提供を国民皆保険による単一の診療報酬体系で統制している日本の経験を生かした技術・政策アドバイスが有効であると思われる。

2. 保健関連目標、ターゲット達成に向けた実施体制とモニタリング・評価指標をめぐる議論

WHO の SDGs 達成に向けた取り組みを概観すると、いくつかの特徴が指摘できる。第一に、UHC 達成を SDGs 達成に向けた保健セクターの主要戦略と位置付けていることが挙げられる。SDGs の「誰も取り残さない」というテーゼと UHC は理念的な整合性が高い上、UHC の達成には保健システムの包括的な強化が必要であり、それが MDGs 時代の疾病・課題別の事業強化の次のフェーズにふさわしいものとして認識されていることが、その背景にあると思われる。第二に、SDG3 の各ターゲットの指標のモニタリングが実働しており、さらに UHC の指標、特に保健平等や家計に占める医療費の割合のモニタリングが可能となりつつあることが挙げられる。World Health Statistics では、SDG3 以外で健康と関連するターゲット（子供の栄養不良、安全な水と衛生へのアクセス、クリーンな燃料を使える人々の割合、都市における大気中の PM2.5 濃度、自然災害による死亡、殺人による死亡、紛争による死亡、死亡統計の完全性）についてもモニタリングしており、SDGs 達成に向けたグローバルなモニタリング体制は整いつつあると言えよう。一つの国の中の異なる属性間の格差の分析

のうち、性別、都市-農村間などは既にある程度盛り込まれている。今後、収入レベル、民族間などの格差の分析が待たれるが、これらの属性による分割可能なデータは入手が難しく、困難が予想される。第三に、研究開発の強調が挙げられる。医薬品、ワクチンの開発などの科学技術的ブレイクスルーがSDG3達成に不可欠という価値観が感じ取れる。

日本のSDGs実施指針をレビューすると、そこに示された国内施策は、様々な健康の社会的決定要因への対策を含んだ包括的なものであり、健康格差に多セクターで取り組む機会を提供するものである。指針には保健セクターと他セクターの間の関連性が多数盛り込まれており、health in all policies (HiAP)アプローチの実施可能性を高めている。特に、SDGs推進本部という強力でハイレベルな政策プロセスが存在し、府省庁間、部局間をまたぐ実施体制が敷かれていることは、多部門連携を推進するのに有利である。SDGsの推進において、保健セクターは、HiAPアプローチの視点を持ち、労働・雇用、幼少期、貧困対策、教育、社会保障、障害者、消費者、住生活、国土計画、水資源、インフラ、環境、交通といった他セクターの健康の社会的決定要因にかかる施策の進捗にも関心を払い、関与していくことが望ましい。

汎米保健機構 (Pan American Health Organization: PAHO) が2017年に刊行したHiAPに関する白書²⁶⁾は、SDGsがHiAPの実行のエントリーポイントになると指摘する。また、健康は開発の前提条件、指標、

結果であり、17のゴールは全て健康の決定要因と捉えられ、これらは健康と健康格差に影響するとしている。健康が開発の前提条件であるのは、健康な人々がその労働を通じて社会開発に資するからである。さらにSDGsは保健セクターが健康に関する政策を推し進める駆動力になるのみならず、他のセクターと協力する機会にもなると指摘している。他の文献においても、HiAPとSDGs推進は互いに深く関係しており、相乗効果が期待されるとするものがある²⁷⁾。

SDGsの評価指標全般に関しては、今後、IAEG-SDGsは引き続きSDG指標の向上に努めながら、国連統計委員会を軸としてSDGs指標を収集し、グローバルなSDGsの進捗のモニタリングが行われることとなる。そこには、多くの課題が存在する。まず、膨大な量のデータが必要とされる点が挙げられる。230の指標それぞれにつき、「誰も取り残さない」という原則に立って、社会的属性によって分割された値を求めていく必要があるためである。このような社会的属性には、収入、性別、年齢、民族、居住の状況、障害を持っているかいないか、また地理的にどういう所にいるのかということが含まれる。民族、居住状況、障害の有無等のデータの収集は非常に難しい。また、統計的に精査されていない指標、国際比較性を欠く指標(Tier 3)が、指標の約3割を占めることも大きな障害要因である。統計処理能力が不十分な開発途上国、小国への負担も問題である。

3. 保健関連目標とそれ以外の目標の関連性

SDG3は、他の多くのSDGsに影響を受ける。またSDG3の達成が、他の多くのSDGsの達成に貢献する。健康は開発の結果であると同時に、その前提条件でもある。このようなゴールの不可分性は、日本のSDGs実施指針にも反映されており、今後、SDGsという枠組みとモメンタムをいかに活用して、健康・長寿の推進と、他の社会的課題への取り組みを一体的に進めていくかが問われる。国際保健医療協力においても、今後は当該国のSDGs実施体制を確認しながら、保健支援事業を持続可能な開発の中で適切に位置づけつつ進めていく必要がある。多セクター的な開発支援の指針として、UNDAF (United Nations Development Assistance Framework)を参照・活用することも有効であろう。二か国間協力においても、保健セクターの協力と他のセクターの協力のネクサスを視野に入れ、相乗効果を生むための相互乗り入れも考慮されるべきであろう。

本研究が平成28年度に実施した(池上研究分担者)ケニア、パレスチナの調査では、ジェンダー主流化が、リプロダクティブヘルスへのアクセスなどを通じて、健康に大きな影響を持つことが明らかになった。また、インドでのフィールド研究(平成27-29年度、大橋研究分担者)では、貧困や飢餓が、急速に保健サービスの民営化が進む中で、引き続き大きな健康阻害要因となっていることが明らかになった。また、途上国、新興国を含め急速な都市化が進む中で、都

市居住環境と健康の課題が増大していることが明らかになった(平成27-29年度、高橋研究分担者)。

本研究では、ジェンダー主流化、貧困、飢餓、都市居住環境などが、健康課題と密接に関連していることが明らかとなった。今後、SDG3と他のゴールに向けた取り組みを、レトリックでなくどのように政策的、実務的に調和させていくか、日本を含めた各国の取り組みが待たれる。

【E. 結論】

- SDGsは、第一に、貧困削減に主眼を置くMDGsに端を発する、ポストMDGsの議論・プロセス、第二に、1992年の地球サミットに端を発する、環境の持続性に配慮した持続可能な開発の議論・プロセス、そして第三に、モンテレー、ドーハ、アジリアベバにおける国際開発資金の議論を経て形成されていった。
- SDGs実施のグローバルレベルでの進捗モニタリングにおいては、ハイレベル政治フォーラム(HLPF)のメカニズムが非常に重要である。HLPFによる進捗モニタリングの課題としては、第一にVNRの代表性(国内のどのセグメントの人々を代表して作成されるのか)の問題、第二に指標というエビデンスに基づいたモニタリングをいかに実効的に行うかという点が挙げられる。
- WHOのSDGs達成に向けた取り組みを概観すると、第一に、UHC達成をSDGs達成に向けた保健セクターの主

要戦略と位置付けていること、第二に、SDG3の各ターゲットの指標のモニタリングが実働しており、さらに UHC の指標、特に保健平等や家計に占める医療費の割合のモニタリングが可能となりつつあること、第三に、研究開発の強調という特徴が挙げられる。

- 日本のSDGs実施指針をレビューすると、そこに示された国内施策は、様々な健康の社会的決定要因への対策を含んだ包括的なものであり、健康格差に多セクターで取り組む機会を提供するものである。保健セクターは、health in all policies (HiAP)アプローチの視点を持ち、労働・雇用、幼少期、貧困対策、教育、社会保障、障害者、消費者、住生活、国土計画、水資源、インフラ、環境、交通といった他セクターの健康の社会的決定要因にかかる施策の進捗にも関心を払い、関与していくことが望ましい。
- SDGs の評価指標全般に関しては、今後、IAEG-SDGs は引き続きSDG指標の向上に努めながら、国連統計委員会を軸としてSDGs指標を収集し、グローバルなSDGsの進捗のモニタリングが行われることとなる。そこには、社会的属性にかかるデータ入手の困難、国際比較性を欠く指標(Tier 3)など多くの課題が存在する。
- 日本国内では、SDGs という枠組みとモメンタムをいかに活用して、健康・長寿の推進と、他の社会的課題への取り組みを一体的に進めていくかが問われる。国際保健医療協力においても、今後は当該国のSDGs実施体制を確認

しながら、保健支援事業を持続可能な開発の中で適切に位置づけつつ進めていく必要がある。

- SDGs の保健ゴール(SDG3:全ての人に健康と福祉を)と他のSDGsの関連につき、「健康の社会的決定要因」という視点で見ると、SDGsの保健目標(SDG3)以外の多くの目標は、健康の社会的決定要因であることがわかる。
- 本研究では、ジェンダー主流化、貧困、飢餓、都市居住環境などが、健康課題と密接に関連していることが明らかとなった。今後、SDG3と他のゴールに向けた取り組みを、レトリックでなくどのように政策的、実務的に調和させていくか、日本を含めた各国の取り組みが待たれる。

【F. 研究発表】

1. 論文発表
池上清子、デウオドロス・メレッセ、中谷比呂樹、垣本和宏、石井哲也、岡田未来、仲佐保．第30回日本国際保健医療学会学術大会シンポジウム「持続可能な開発目標(SDGs)を考える」-保健と環境の視点から-(シンポジウム報告)．国際保健医療2016;31(2):149-153.
2. 学会発表
(シンポジウム)池上清子、デウオドロス・メレッセ、中谷比呂樹、垣本和宏、石井哲也、岡田未来、仲佐保．シンポジウム「持続可能な開発目標(SDGs)を考える」-保健と環境の視点から-．第30回日本国際保健医療学会

学術大会 . 金沢 . 2016 年 11 月 .

(口演)村上仁 . 「日本の SDGs 実施指針と health in all policies (HiAP)アプローチ」グローバルヘルス合同学会 2017.東京.2017 年 11 月.

【G.知的財産権の出願・登録状況】
該当せず。

【参考文献】

- 1) United Nations. 55/2.United Nations Millennium Declaration. New York: United Nations. 2000.
- 2) UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General. New York: United Nations. 2012.
- 3) High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development. New York: United Nations. 2013.
- 4) The Road to Dignity by 2030:Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet-Synthesis Report of the Secretary-General on the Post-2015 Agenda. New York: United Nations. 2014.
- 5) United Nations. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. New York: United Nations. 2015.
- 6) United Nations. A/RES/70/1.Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations. 2015.
- 7) 持続可能な開発目標(SDGs)推進本部 . 持続可能な開発目標(SDGs)実施指針. 東京 : SDGs 推進本部.2016.
- 8) SDGs Promotion Headquarters. Japan's Voluntary National Review: Report on the implementation of the Sustainable Development Goals. Tokyo: SDGs Promotion Headquarters. 2017.
- 9) World Health Organization. WHA69.11. Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO. 2016.
- 10) World Health Organization. EB140/32. Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO. 2016.
- 11) World Health Organization. A70/35. Progress in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: WHO. 2017.
- 12) World Health Organization. World Health Statistics 2016. Geneva: WHO. 2016.
- 13) World Health Organization Office for the Western Pacific. Regional Action Agenda on Achieving the Sustainable Development Goals in the Western Pacific. Manila: WPRO. 2016.

- 14) 内閣府.ニッポン一億総活躍プラン.東京:内閣府.2016.
- 15) 内閣府.子供の貧困対策に関する大綱.東京:内閣府.2014.
- 16) 内閣府.障害者基本計画(第3次).東京:内閣府.2015.
- 17) 内閣府.消費者基本計画.東京:内閣府.2015.
- 18) 内閣府.住生活基本計画(全国計画).東京:内閣府.2016.
- 19) 内閣府.国土形成計画(全国計画).東京:内閣府.2015.
- 20) 国土交通省.国土のグランドデザイン 2050～対流促進型国土の形成～.東京:国土交通省.2014.
- 21) 中央交通安全対策会議.交通安全基本計画:交通事故のない社会を目指して.東京:中央交通安全対策会議.2016.
- 22) 内閣府.児童虐待防止対策に関する業務の基本方針について.東京:内閣府.2016.
- 23) 下山憲治.地方自治関連立法動向研究 14:児童福祉法等の改正について.自治総研 2017;463:79-104.
- 24) Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO. 2008.
- 25) Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: The solid facts. 2nd edition. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2003.
- 26) Pan American Health Organization. Health in all policies: From the global to the local. Washington DC: PAHO. 2017; 40-41.
- 27) Buss PM, Fonseca LE, Augusto L, et al. Health in all policies in the partnership for sustainable development. Rev Panam Salud Publica 2016; 40(3):186-191.