

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

(H27- 地球規模- 一般-003)

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

目 次

1. 研究要旨、研究体制-----			05
2. 研究報告-----			07
2-1 SDGs 健康関連ゴール・ターゲット達成のため、実施体制並びにモニタリング・評価指標について			
	研究代表者	村上 仁	07
2-2 ポスト MDGs 開発アジェンダ採択までとその後の開発アジェンダ実施に向けた国際動向			
	分担研究者	池上 清子	11
2-3 SDGs 健康関連ゴールと持続可能開発に関連したゴールの関連性 (内外の市民社会組織、及び南アジア諸国と貧民層の視点から)			
	分担研究者	大橋 正明	19
2-4 SDGs における持続可能な都市像の検討 - ゴール 11 に関する考察 -			
	分担研究者	高橋 華生子	28

厚生労働科学研究費補助金

地球規模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」

H27- 地球規模- 一般-003

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 保健医療開発課長

平成 28 (2016) 年 3 月

1. 研究要旨、研究体制

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 ”、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する。

- 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、それ以外の新たな国際保健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

ポスト MDGs 開発目標である持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals:SDGs) は、今後のグローバルヘルスの重要な国際枠組みとなり、その動向は、国際保健政策には不可欠なものである。本研究は、1) 官民プラットフォームである Beyond MDGs Japan を通じた動向把握；2) 担当部局である大臣官房国際課への国際会議対応等における実務的フィードバックにより日本の国際発言力を高めるといふ二つの特色を持つ。

3 年間全体の研究計画は以下の通り。

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
研究目的 1	9 月の国連総会における採択まで：採択までの動向把握。 採択後：SDGs の実施体制報告	左記 (採択後) + 市民社会の等を踏まえ、主要論点報告。	左記継続。持続可能な開発目標 (SDGs) の中での保健開発の位置づけを中心に、総括報告。
研究目的 2	保健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	
研究目的 3	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	

【研究の目的】

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、2012 年の国連持続可能な開発会議(リオ+ 20)で浮上した持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)¹ が、翌年国連総会設立のオープン・ワーキンググループ(OWG)に引き継がれ提案された。MDGs の積み残し課題(ポスト MDGs)と SDGs を統合した「ポスト 2015 年開発アジェンダ」が、2015 年 9 月の国連総会で採択予定である。2014 年 12 月の国連事務総長による「統合報告書」(アドバンス版)² は、SDGs の 17 目標を踏襲。うち保健関連目標は、ゴール 3「全ての年齢における健康的な生活と福祉」1 つである。

上記を踏まえ、本研究は以下の 3 つの目的で実施する：

- (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；
- (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・評価目標をめぐる議論を分析・報告。WHO 執行理事会、世界保健総会などにおける要対応事項に関し、対応を提案；
- (3) 保健関連目標(ゴール 3)と、それ以外の新たな国際アジェンダを反映した目標(例：ゴール 10「国内・国家間の不平等削減」、ゴール 11「包摂的、安全、レジリエントで持続可能な都市・居住区」等)の関連性を、グローバルガバナンスの視点から分析・報告。

【必要性】

ポスト 2015 年開発目標は、今後の国際開発、グローバルヘルスの重要な国際枠組みになるため、現時点(2015 年 1 月)から 9 月の国連総会までを含む、タイムリーな国際動向把握が不可欠である。現状で最有力な枠組みである SDGs は、保健目標だけでも 13 のターゲットを含み、モニタリング・評価は大きな技術的課題となり得、開発目標採択後も、その動向把握は、国際保健政策にとり不可欠である。

【特色・独創的な点】

第 1 点は、国立国際医療研究センター (NCGM) と大学、NGO の協調を基軸としながら、より広い官民連携プラットフォームである Beyond MDGs Japan を通じ、ポスト 2015 年開発アジェンダ動向を把握していく点、第 2 点は、単に学術的発信に終わらず、本研究の担当部局である大臣官房国際課に、WHO 執行理事会、世界保健総会等の関連議題等における実務的フィードバックにより日本の国際発言力を高める点である。

- (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：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の動向を把握し、主要論点を報告。採択後は、SDGs 全体の実現に向けた国連内外の実施体制に留意し、主要論点を報告。

- (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・評価目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」の実施体制につき、国連機関等(特にWHO)の動きに留意し、取りまとめ報告。WHO執行理事会、世界保健総会などでポスト2015年開発目標関連議題が出た場合、関連情報を提供し、必要に応じてコメント出し(NCGM国際医療協力局から、厚生労働省国際課への通常ルートにて実施を想定)。
- (3) 保健関連目標と、それ以外の新たな国際アジェンダを反映した目標の関連性を、グローバルガバナンスの視点から分析・報告：Beyond MDG Japanの多セクター視点を活用し、保健関連目標と、ゴール10「国内・国家間の不平等削減」、ゴール11「包摂的、安全、レジリエントで持続可能な都市・居住区」等、SDGsの支柱である持続可能な開発アジェンダとの接点を包括的にとらえる。

1. 研究報告

2-1.

SDGs 健康関連ゴール・ターゲット達成のための、実施体制並びにモニタリング・評価指標について

村上 仁

【背景】

Beyond MDGs Japan について

2012 年になると、ミレニアム開発目標の目標年次の 2015 年を間近に控え、2015 年以降（ポスト MDGs）何を世界の政策としてすすめていくべきかについて、世界中で意見が交わされるようになった。この機会に、2013 年に国立国際医療研究センターにおいて「ポスト MDGs」に関してのフォーラムが開催された。全体のコンセプトに関しては、有意義な意見が出されていたが、具体的な内容に関しては十分と言えなかった。日本国際保健医療学会、国際開発学会、国立国際医療研究センターらの参加者による事前の打ち合わせおよび実施後の話し合いの中で、ポスト

MDGs の具体的な内容を詰めていくためにも、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、ひとつとして、2015 年度以降の世界の目標に関する検討等を行うために「Beyond 2015」日本版を立ち上げることが提案された。日本国内では、いまだに、この件に関して、関心を持っている人は必ずしも多くなく、国内の様々な人々を集める必要が迫られている。このような背景の中、8 月に「Beyond 2015 日本版：Beyond MDGs Japan」を立ち上げられた。ホームページ上、期間限定（開設から 1 年程度）で、日本においてこの問題に興味のある皆様から、参加型で意見を集約して、日本国政府（特に、外務省）に提言し、ひいては最終的に日本からの意見として国連を中心に策定される Post-MDGs 課題に入れることを目的としております。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

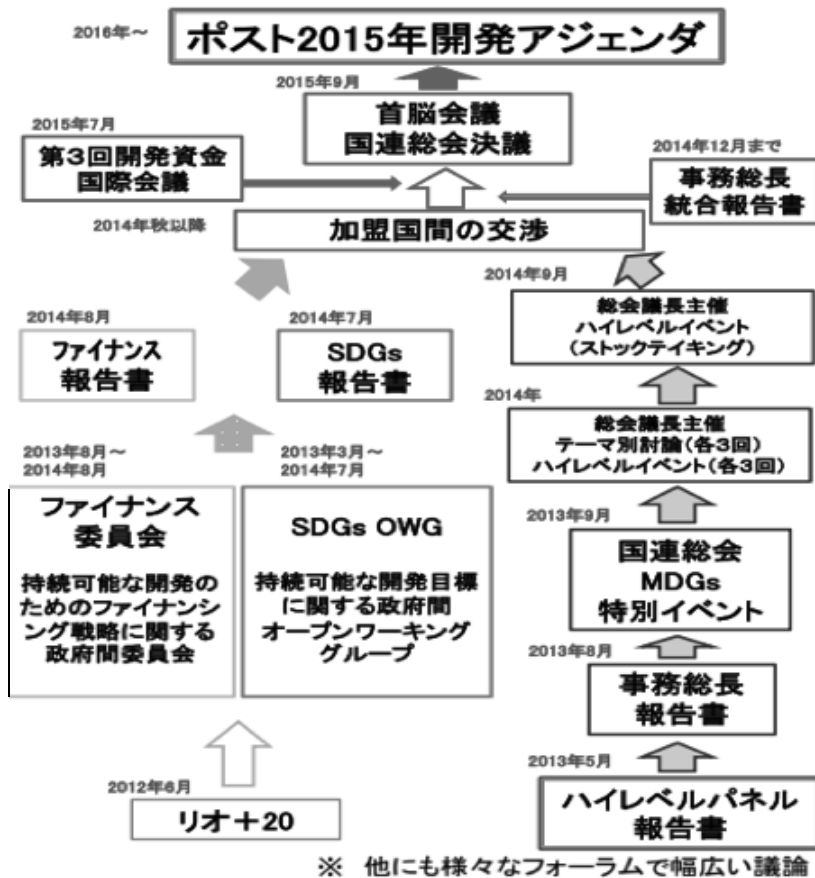
（JANNET）」、「特定非営利活動法人（認定 NPO 法人）障害者インターナショナル 日本会議（DPI）」の 9 団体となった。

Beyond MDGs Japan では、2015 年 3 月までに、次のような活動を行った。

- 当初の予定通り、10 月の IMF 世界銀行年次総会前に外務省に意見（結論ではなく）を提示する？
- 「日本政府にかなりきっちりした提言を出す」からには、「集めた」「言った」だけではあまり意味が無いのでは提言” というからには、“市民団体”として“国”に“変化”を生み出せるようなものになりたい。
- “全体の枠組み”というよりは、“個別な意見”を出すことが目的。
- より広い市民社会からの付加価値の高い意見を集めるという意味で Beyond MDGs JAPAN の価値がある。
- “提言”することで、政府に反応を促すという目的と共に、一般の人 / 社会に働きかけ MDGs の認知度を上げるという目的もある。
- 国⇄市民社会という対立関係の前提無く、包括的に MDGs を捉えた上で、普通に自然体で市民社会の意見を伝える“場”、声を上げる“機会”を提供するプラットフォームの役割を担う。
- 本研究班では、研究成果の進捗報告および情報の共有を目的に Beyond MDGs Japan の運営委員会時に協議を行ってきた（計 8 回）。研究の成果を関連会議、勉強会、シンポジウム、学会などの場を利用して多くの人へ情報提供を行った。SDGs は、社会問題のすべてを網羅する、多様なゴールの集大成。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 なアジェンダにしていくことが求められている。国連事務総長のもとで SDGs 全体の調整を行ってきたアミーナ・モハメド女史のとインタビューでは、①SDGs の目標やターゲットが多いため、ステークホルダー（関係者）の数が多くなること、②各国レベルでも、グローバルレベルでも、調整の機能が重要となること、③実施は、各国レベルに任されることもあり各国でどのように実行されるかが最重要課題であること、④SDGs が開発途上国のみならず先進国にも直接的に関係する枠組みであること、であった。

【研究結果】

◎ SDGs 策定プロセス



概要

- ・ ポスト MDGs の開発アジェンダと、リオ+ 20 を引き継いだ環境アジェンダのハイブリッド
- ・ OWG というオープンフォーラムによるアジェンダ設定
→ 17 のゴールと 169 のターゲット (選択と集中の欠如)
- ・ コロンビア、グアテマラ等中南米中進国が、OWGs ならびに採択文書に至る政府間協議の議論をリード

◎ SDGs に反映された価値観

- ・ 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 なアジェンダに。
- ・ 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、ユニバーサルなパートナーシップへ・・・先進国も「進捗」を評価される。
- ・ 持続可能な開発資金：ODA 資金は引き続き重要であるも、途上国の内部資金の活用を強調 (モンテレイ合意以来の開発資金会合の流れを反映)
- ・ ユニバーサリティ「誰も取り残さない」：不平等是正へのコミットメントの反映である一方、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というアピール。障害者等を排除しない社会を目指すという方向性。
- ・ ガバナンスと SDGs：国家主権の限界が広く認識される中「SDGs 実施は官民連携で」が主流意見。
- ・ 企業の参加が必要。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。

- ・ 市民社会の参加が必要。
- ・ 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大。

◎ 国連サミット (ニューヨーク) での UHC を巡る議論

- ・ 9 月 28 日の日本政府・グローバルヘルス共同保健イベント：WHO のチャン事務局長「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」
- ・ 44 か国 267 名の経済学者が、ランセット誌に「UHC は経済的に合理的」との声明を発表。
- ・ UHC は SDGs の保健ゴールに関連したターゲットの中で、最も社会的に transformative かつシンボリックなものであることは間違いない。
- ・ (技術論) 世銀の UHC 調査報告書 - 24 の途上国の UHC 政策実施のレビュー：
 - － 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い。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。

- 途上国が直面する主要な政策選択肢(主に財政側面としては「ボトムアップかトップダウンか」(貧困側、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」、「単一基金内での再分配か、基金間の再分配か」、「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づけるか、競合と位置づけるか」など。
- 「日本の国民皆保険制度の展開」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、他の OECD 各国との協力などが不可欠と史料。
- 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、貿易セクターと関連)貧困、気候変動、移民・難民等と NCDs の取り組みの協調など。
- 「NCD は保健問題か社会問題か」議論：
 - 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、職域での対策、弁護士の巻き込み(食品輸入や販売などの法制面での協力を得る)なども幅広く議論された。
 - 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」と言い切ることは、反対の声も強かった。
- 「NCD 対策を新たな縦割り事業にするな」議論：
 - ケニア保健省関係者；「MDGs 時代の開発事業は、問題にお金を投げつけるような形態で、現地の市民社会を巻き込まない閉鎖的な事業で、国連の関連機関間の協調もなかった」と縦割り化に懸念を表明。
 - 縦割り分断(いわゆるサイロ化)の懸念につき、1) NCD 対策全体が保健セクター内でサイロ化する懸念、2) NCD 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。
 - 議論の基調としては、このような分断化は避けるべきとの声が主流。
 - 一方で、長期服薬を可能にした HIV などの既存(縦割り)事業から学ぶべきとの声も一部にあり。

◎既存保健事業の今後—生殖、母性、新生児、小児保健

(RMNCH)

- Every Women Every Child (EWEC) は、国連の多くの機関にまたがっている RMNCH アジェンダのアンブレ

ラアジェンダとして、国連事務総長(バン・ギムン氏)のもと、2011 年に発足。

- 同年、グローバル戦略も策定し、今回の SDGs 発足時に改訂。
- その一つの目玉が 2015 年の MDGs 完結に向け、RMNCH の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。
- 3 つのモニタリング枠組みが並立(協調不足な側面も)
 - COIA/iERG：主にグローバル進捗にフォーカス
 - Countdown 2015 (Lancet 編集長等が主催) 国別ケーススタディにフォーカス
 - PMNCH (MNCG パートナーシップ)によるモニタリング
- EWEC の今後の課題：
 - RMNCH の財政メカニズムとして世銀を中心に発足した Global Financing Facility (GFF) と EWEC の関係性が未だ明示的でない。
 - 2011 年から発足したモニタリング・アカウンタビリティの枠組みが、SDGs 採択後どうなるのか、明言がなく、調整が続いていると思われる。

【SDGs における保健アジェンダ：スコープと実施体制】

(1) SDGs の特性と保健アジェンダの位置づけ：

SDGs は、社会問題のすべてを網羅する、多様なゴールの集大成。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、SDGs を transformative なアジェンダにしていくことが求められている。その中で、保健ゴールについても、他のゴール(貧困、飢餓、教育、ジェンダー平等、水と衛生、エネルギー、雇用、インフラ・産業・イノベーション、格差是正、都市、気候、環境、平和・司法等)との関連の中で位置づけていくことが求められる。

(2) UHC (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)

9 月 28 日の日本政府・グローバルヘルス共同保健イベントで、WHO のチャン事務局長は、「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、サービスを統合し、プライマリ・ヘルスケアに基づいて包括的に提供することを可能にする」と述べた。44 か国 267 名の経済学者が UHC は経済的に合理的」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。

(3) 新しい保健事業の展開—非感染症(生活習慣病)対策：

SDGs 時代に、生活習慣病対策は、非常に幅広いセクター間の取り組みになりうると認識されている。例えば、保健セクターと教育、食料(農業、貿易セクターと関連)貧困、

気候変動、移民・難民等のセクター間の取り組みの協調など、生活習慣病は保健だけの課題でなく社会の課題という認識は一面で正しく、健康の社会的決定要因、喫煙対策など一次予防は進めなければならないが、他方、治療やスクリーニングも不可欠であり、保健セクター内部でのがっちりした事業設計も不可欠。

(4) 既存保健事業の今後—生殖、母性、新生児、小児保健 (RMNCH) 領域にみる SDGs 実施体制とモニタリング枠組み：
 国連の多くの機関にまたがっている RMNCH アジェンダのアンブレラアジェンダとして国連事務総長が主管する Every Woman Every Child (EWEC) が 2011 年に発足。2015 年の MDGs 完結に向け、RMNCH の進捗モニタリングをしっかりと行う体制を確立することで、そのために (情報とアカウンタビリティ委員会とその下部組織である

iERG (独立専門家レビューグループ) が設立された。SDGs

採択を期に、グローバル戦略の改訂を実施したが、ポスト 2015 年の実施・モニタリング体制には不確定な部分も多い。

(5) 結論

上記のように、保健セクターでは、UHC が社会変革的アジェンダとして出され、生活習慣病対策など、新規分野で多セクター的な展開が模索されている。一方、RMNCH のように、既存事業がポスト 2015 年に継続実施される部分も多い。今後、SDGs が提示する開発パラダイムの転換を、どのように保健セクター全体に反映するのか、議論の余地は大いにあると思われる。

【発表業績】

(1) 第 30 回日本国際保健医療学会学術大会シンポジウムの内容「持続可能な開発目標 (SDGs) を考える—保健と環の視点から—」を日本国際保健医療学会誌に投稿中。

(2) 学会等での報告

	テーマ	月日	研究者 / 協力者	参加者数
1	UHC (Universal Health Coverage)	6/17	村上	48 名
2	人口及び雇用問題	7/10	池上	42 名
3	国連総会報告会	10/24	村上	58 名
4	持続可能な開発目標 (SDGs) を考える (日本国際保健医療学会) シンポジウム	11/21	池上、仲佐、岡田	約 120 名
5	資金調達 パネルディスカッション (国際開発学会)	11/29	大橋、仲佐	20 名
6	日本と世界の変革へ向けて 環境省の研究 S11 との合同シンポジウム	1/15	仲佐、岡田	約 250 名

2-2.

ポストMDGs 開発アジェンダ採択までとその後の開発アジェンダ実施に向けた国際動向

分担研究者：池上 清子

期間： 平成 27 年 9 月 7 日～平成 27 年 9 月 13 日（7 日間）
 研究訪問先： ニューヨーク国連本部、国連開発計画（UNDP）ユニセフ、国連環境計画（UNEP）日本
 政府代表部、ILO、国連グローバル・コンパクト、国際 NGO Oxfam International

【目的】

SDGs に関して、国連総会前に、主な国連機関の職員などと情報交換を行うことにより、SDGs の提案内容、および、その後の決定プロセスの動きを明らかにすること。

【成果】

日本大使、アミーナ・モハメッド国連事務総長特別顧問、UNEP NY 所長や SDGs 担当者に SDGs 策定プロセスならびに課題を聞くだけでなく、その後現在につながる動向まで聞く事が出来た。SDGs のインディケータは現在策定中。インディケータの策定はコロンビア大学地球研究所所長であるジェフリー・サックス教授が率いる SDSN・持続可能な開発ソリューション・ネットワークを中心に策定されるのではないかと、とのこと。

【各取り組み及び助言要約】

* 2015 年 9 月 NY 訪問時点。更新されている可能性有。

《日本政府代表部》

9 月の国連サミットで承認された SDGs を今後、国内でどのように対応するかが問われる。SDGs は 179 のインディケータがあるが、実際は「チェリー・ピッキング」のように各国が得意な項目から対応をするのではないかと予測もされる。MDGs と SDGs の違いは、MDGs は開発途上国のための指標だったが、SDGs は日本も含め先進国も対象となり、今後世界へ報告が求められる。例えば貧困解消や雇用問題等。この分野の国内主導機関は、厚生労働省になるのではないかと。

《アミーナ・モハメッド国連事務総長特別顧問》

「誰も置き去りにしない (No one is left behind) このスローガンで 9 月の国連サミットに向けリーダーシップを取っている。ジェンダー教育問題が問われているが、この対策は女子だけではなく、男子も重要である。K 国レベルの実施が重要となる。その際、調整が課題。

《UNDP》

IT を駆使したヒアリング、一般への SDGs 認知度広報活動として、人気のある映画関係者や若者に人気のあるアーティストを活用し、親しみやすい映像を作成。政府リーダーは選挙があるため短期的な視点での活動になりがちで SDGs を周知し実行する本質的な効果は現実的にはそれほど期待できないため、より広く多くの世界市民に SDGs の重要性を訴えるため、ローマ教皇など宗教・精神的リーダーに SDGs 周知の協力を要請。

《UNEP》

グリーン経済を推進し、世界の生態系を保護し、気候変動の影響を縮小することを目指している。アディスアベバ資金調達会議など、経済的なアプローチを行っている。次世代、若者向けのプロジェクトも実施。

《UNICEF》

ユニセフでは、World's Largest Lesson という教員向けガイドをインターネットにて配布中。ROI アプローチとして、POST2015 Copenhagen Consensus Research on SDGs がある。

《ILO》

SDGs 目標 8 の雇用問題に関しては、各国中央銀行の力量が問われる。「起業家」というあり方も世間で話題になっているが、実際、起業家として活躍できるのは、サッカーの選手と同じ低い割合。サステナビリティと世界人口激増のバランスを取る Green Job については、ILO での議論はこれから、とのこと。

《国連グローバル・コンパクト》

国連グローバル・コンパクト、グローバル・レポートング・イニシアチブ、wbcsd 連携し、ビジネス・セクターでのポスト 2015 世界プロジェクト「SDGs Compass」の各国での実施。

《国際 NGO Oxfam International》

市民、NGO 側の SDGs の策定プロセスに関する評価として、MDGs 策定時と比べ SDGs は関心ある市民がプロセスに参画しやすくなった。透明性が強化されたプロセス。日本国内の市民が、自分たちの様々な苦しい現状を SDGs の各目標に紐づけて声を上げて行くことも求められている。今後グローバルでの市民活動は CIVICUS で検討中。他、日本国内の NGO 市民社会の活動として、2015 年 10 月 7 日（水）会場は参議院議員会館にて、中学生（文部科学省の「グローバルシティズンシップ科」研究指定校である上尾市立東中学校）を招いて、グローバル市民社会とネットワークを持つ「動く→動かす」が主催、中学生と武見敬三参議院議員をはじめ交えた複数の超党派の多様な国会議員と SDGs 広報活動を実施。2000 年生まれ、2015 年に 15 歳、SDGs が終わる 2030 年に 30 歳になる「MDGs/SDGs 世代」の中学生たち 15 人が、SDGs に深く関わる外務省および環境省を訪問し、参議院議員会館において、各政党の国会議員の代表と「15 年後の世界と日本がどうなっていてほしいのか」について語り合う企画。

【その他訪問後の印象およびコメント】

ハイレベルと SDGs 政策実務担当者の両方にインタビューを実施した中で、UNDP、UNICEF など SDGs 政策実務担当者が若手（30 歳～30 代前半ほど）ながら、数年前からプロジェクト・スターティングメンバーとして責任ある仕事に就き、アクティブに働いていることに刺激を受けた。国連の仕事も、IT を活用した世界の Voice の収集とビッグデータ分析等、時代のトレンドに乗った仕事をしていた。この貴重な研究機会に、お声がけ頂いた日本大学大学院池上清子教授に心から感謝申し上げ、本報告が SDGs 促進ならびに世界の多くの人々や生き物の現状を好転に導くことに微力ながら貢献できたら本望である。

期間： 平成 28 年 1 月 6 日～平成 27 年 1 月 14 日（9 日間）
 研究訪問先： ケニア（ケニヤッタ大学、JICA 事務所、保健省）ザンビア（ザンビア大学、ルサカ大学、UNDP 事務所、保健大臣、JICA 事務所（所長、保健担当者）日本大使館（大使）PPAZ、市民社会の 2 団体（キリスト教系の NGO）

【目的】

SDGs に関して、ケニアおよびザンビアで、開始直後の実施状況やプロセスを明らかにすること。

【成果】

保健大臣や局長レベルの政策担当者や SDGs 担当者に SDGs 実施状況やプロセスならびに課題を聞く事が出来た。ケニアは一言でいうと、2015 年春から準備を進めてきたがステークホルダーの参加度は、限定的であるという印象である。ザンビアの保健分野では、3.8 に出てくるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を傘にして、その下にさまざまな保健医療の取り組みを入れ込む形をとることがわかった。しかし、資金的な裏付けがないことが判明した。ジェンダーに関しても課題は山積している。

詳しい内容は資料 1(題目は SDGs(持続可能な開発目標)実施に向けたバングラデッシュとザンビアの取り組みと課題。)なお、バングラデッシュの研究は、別の資金による研究。

資料 1: SDGs (持続可能な開発目標) 実施に向けたバングラデッシュとザンビアの取り組みと課題

池上 清子

潘基文国連事務総長は、2015年7月、「ミレニアム開発目標報告書(The Millennium Development Goals Report) 2015」を発表した。これは2000年に合意され、2015年までに貧困を半減することなどを目標に掲げたMDGsを最終的に評価するものだ。この報告書によると、1日あたり1.25ドル以下で暮らす極度の貧困人口は基準年(1990年)の19億2600万人から8億3600万人へと減り「極度の貧困を半減する」という目標が達成された。基準年(2000年)の83%から91%へと向上した初等教育における就学率や、安全な飲水の確保など、過去15年間で大きな改善が見られた。21億人の衛生環境が改善し、途上国のスラム街で暮らす人口の割合も減少した。一方で、5歳未満の子どもや妊産婦の死亡率の削減は基準年よりは改善したが、目標の水準に遠く及ばず、女性の地位向上は限定的で依然として大きなジェンダー間の格差が残された。また、二酸化炭素の排出量が基準年(1990年)から50%以上も増加したことによる気候変動が持続的な開発を妨げているとの指摘もなされた。

1. 持続可能な開発目標(SDGs)とは

新アジェンダである持続可能な開発目標(SDGs)はミレニアム開発目標を基礎として、ミレニアム開発目標が達成できなかったもの、とりわけ最も脆弱な部分に取り組むことにより、これを完遂することを目指すに留まらず、さらに幅広く新たな目標(持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals, SDGs))として採択されたものである。SDGsは、持続可能な開発のための2030アジェンダ(2030アジェンダ)の5項目の一つである。SDGs合意までのプロセスは、MDGsとは異なり、各国政府参加の下、2年以上に渡って交渉が続けられた結果でもある。最終合意は、2015年9月にニューヨークで開催された「持続可能な開発に関するサミット」で採択された²⁾。(17目標に関しては表1を参照)

表 1: 持続可能な開発目標

目標 1.	あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる
目標 2.	飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する
目標 3.	あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する
目標 4.	すべての人々への包摂的かつ公正な質の高い教育を提供し生涯学習の機会を促進する
目標 5.	ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女児の能力強化を行う
目標 6.	すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する
目標 7.	すべての人々の、安価かつ信頼できる持続可能な近代的エネルギーへのアクセスを確保する
目標 8.	包摂的かつ持続可能な経済成長及びすべての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用(ディーセント・ワーク)を促進する
目標 9.	強靱(レジリエント)なインフラ構築、包摂的かつ持続可能な産業化の促進及びイノベーションの推進を図る
目標 10.	各国内及び各国間の不平等を是正する
目標 11.	包摂的で安全かつ強靱(レジリエント)で持続可能な都市及び人間居住を実現する
目標 12.	持続可能な生産消費形態を確保する
目標 13.	気候変動及びその影響を軽減するための緊急対策を講じ*
目標 14.	持続可能な開発のために海洋・海洋資源を保全し、持続可能な形で利用する
目標 15.	陸域生態系の保護、回復、持続可能な利用の推進、持続可能な森林の経営、砂漠化への対処、ならびに土地の劣化の阻止・回復及び生物多様性の損失を阻止する
目標 16.	持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する
目標 17.	持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

* 国連気候変動枠組条約(UNFCCC)が、気候変動への世界的対応について交渉を行う基本的な国際的、政府間対話の場であると認識している。

出典: 外務省の仮訳

この SDGs には 5 つの特色があると思われる。

- ① 理念として、社会を構成する「だれもが取り残されない (Leave No One Behind)³⁾」や「われわれの社会を変革する (Transforming Our World)⁴⁾」ことを挙げたうえで、国際社会の関連するほぼ全ての課題を網羅している。
- ② 開発目標という名前ではあるが、開発途上国のみならず、先進国も SDGs にかかりの度合で関与する。なぜならば、先進国にも格差が拡大して、貧困人口が増大していることが背景にあるという認識が共有されたからだろう。日本にも適用される SDGs であるため、日本国内でどのように実施に向けた体制を整えるのかが問われている。
- ③ 17 目標、169 ターゲット(項目)と幅が広く総花的である。従って、SDGs を具体的に実施するためには大きな負担が想定される。そこで、例えばバングラデシュでは、自国に適用すべき優先順位の高いターゲットを選択し、「スマートターゲット」として絞り込む動きがある。同時に、幅広い内容に対応するためには、関係者(ステークホルダー)も多岐にわたり、その調整力が問われることになる。また、社会のステークホルダーとして、企業の役割が大きいと期待されている。さらに、各国が推進する国家開発計画との整合性にも配慮する必要がある。
- ④ 大きくは、開発(社会開発と経済開発)と環境の 2 本柱から構成されている。環境分野には「気候変動枠組み条約」、「生物多様性条約」などの条約が多く存在しているため、法的拘束力の問題が懸念されたが、SDGs は MDGs と同様、政治的なコミットメントとして採択されている。これは、拘束力が弱い国際規範の方が、長期にわたり政府の政策を変える力を持ってきた MDGs の経験に基づいている。
- ⑤ MDGs が社会開発に焦点を絞ったのに比べて、SDGs は、経済発展、雇用、エネルギー、環境保全などを含んでいる。環境保全が配慮されない社会における開発は、持続可能ではないという考えに基づいている。また、社会開発の場合、その開発の成果が捉えにくいという点を踏まえて、経済成長を基本とした開発に揺り戻しがあったとも言えよう。

* 目標の達成度を測る指標は 2016 年 3 月に最終決定される予定。

ジェンダーに関連する目標は 5 番目であり、性暴力などを含む包括的な内容となっている。前文にもグローバルなスローガンとしての記述⁵⁾がある。

また、性と生殖に関する健康・権利(SRH/R)は、気候変動、平和かつ包括的な社会、法の支配、そして包括的な公的機関のテーマと並んで、事前の会合では、合意形成に関して

対立があったことも事実である。女性の健康(特に性と生殖に関する健康と権利)に関しては、国際会議のたびに対立構造を伴う議題であることが改めて示されたが、最終版には 2 か所(SDG3 および SDG5)に言及されている。

2. 実施に向けての現状と課題

2016 年から 2030 年までの期限付きの政治的な目標である SDGs は、2016 年からの実施に、目を向ける必要がある。そこで、MDGs の優等生とも言われるバングラデシュでは、以下の取り組みが検討されている⁶⁾。

- i) 第 7 次 5 か年計画と SDGs の整合性。整合性が一番重要
- ii) 169 のターゲットから 20 くらい smart target を選択して、優先度を決めていく
- iii) データの信頼性を上げていくこと
- iv) 南の国同士の連携促進と情報交換
- v) 市民社会や企業の関与と保障する
- vi) 基本原則は、参加、透明性、整合性など
- vii) 実施を担保するために、Platform を策定(民間主導か政府主導かは未定)

最も重要な点は、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、調整を行うことを想定していることである。そのためには、何らかの調整機関としての Platform を提言していることである。調整が可能な機関とするために、首相に直属する Platform を置くことを提案している。現実的には、計画省が窓口になるのではないかと思われる。が、仮に首相直属または首相府に調整機能を持たせるとすれば、計画省よりもかなり調整は進むと考えられる。このように、国別の SDGs 対応が異なることも、

MDGs とは大きく違う点である。バングラデシュの経験は、日本版 SDGs を策定する際には大いに参考にすべき点を含んでいる。

次に、SDGs 目標の一つであり、MDGs でも期待されたほどの成果が見られなかったジェンダーの課題に焦点を当て、女性の社会進出を支えた女子教育の効果を考察する。

バングラデシュの街中では、一昔前では考えられなかったことがおきている。女性が道を歩いている。しかも、女性 2 - 3 人のグループもあれば、男女のカップルもいる。ミレニアム開発目標(MDGs)では、3 番目の目標(ジェンダーの平等の推進)として、ジェンダーの課題が開発枠組みの中で取り上げられているが、バングラデシュではどのように女性の社会参加が進んできたのだろうか。

筆者が 1980 年代後半、バングラデシュを訪問したころは、滞在が 1 週間を超えると気が滅入ってきたものだった。

話をした概ね全ての人（政府機関や市民組織の職員・役員、市場やお店などあらゆる場面で話をする人という意味）が男性だからではないかと気がついたのは、何回目かのバングラデシュ滞在時だった。もちろん、村での家庭訪問の際、女性が中庭で家事をしているときに話を聞いたりしたがる、家の中だけが女性との接点だった。1990年代には、銀行やホテルで上流階級の若い女性が海外で教育を受けたあと、事務職員として働く姿は見られるようになった。2000年代には、紡績工場に通う10代の女性たち（地方出身の、女工

哀史の世界と同じ女性たちが10人 - 20人と列を組んで、寮から工場に通う姿見かけられるようになった。そして、今回の訪問では、カップルが2人で並んで歩く姿や、女性が一人でリキシャや乗り合いバスに乗って移動しているのを見ると、隔世の感がある。

「女性が社会に進出できるようになった背景は？」の問いについて、関係者⁷⁾は共通して以下のような点を示唆している。

- ① 教育が行き渡るようになり、女性自身がさまざまな意思決定をすることが可能となった。バングラデシュの初等、中等教育における男女差はほとんどなく、中等教育までは女性の就学率のほうが男性より高いというデータがある。一方、高等教育は男性が多い。しかし、女子教育推進のため、初等教育から高等教育（公立の場合までの授業料、制服と教科書は無料となっている。
***ここで、しっかりと気をつけて統計を見る必要があるのは、就学率だけをみていたのでは、本来の男女の教育レベルは見てこないということであろう。つまり、初等教育の終了率が必要なのである。しかし、就学率は統計がとられていることが多いのに比べて、終了率はデータを見つけることが難しい。
- ② 女性の雇用機会が増えた。サービス業も含めて、紡績工場の労働者や教員以外にも女性が仕事に就くことができるようになった。
- ③ 生活費全体が高騰しているため、女性も仕事をせざるを得なくなったという経済的な理由もある。家族の中で、現金収入を持つてくるようになったため、家族内部の力関係に変化が生じている。

バングラデシュの2大政党の党首は女性である。独立の父と言われる初代首相を父に持つ現在の女性首相と、2代首相の妻である野党党首は、選挙により政権与党の首相または野党の党首として20年以上活躍してきた。バングラデシュで一番権力を持つ首相が女性であったことは、政治的なコミットメントとして、女性の社会進出を後押ししてきたことに大きな影響をもたらしたことも事実であろう。

「このような女性の社会進出に伴う、影響は？」との質問への回答に関しては、以下の3点が共通していた。

- ① 平均結婚年齢は上がっている。法定婚姻年齢は18歳だが、多くの女性（女児を含む）がそれよりは若く、いわゆる若年結婚をしていた。これが教育や雇用の機会が増えることにより、結婚が遅くなってきたことを示している。昨年、政府が法定婚姻年齢を16歳に引き下げる案を提示したが、これは、現実により沿うように法律を改正しようという趣旨であるが、反対も多く、現在も議論になっている。
***ここでやはり、注意すべき点は、未だに平均の婚姻年齢が16歳台⁸⁾であること。現実と法律が定める年齢には1 - 2歳の差が存在しているのである。
- ② 離婚率が上がっている。しばらく前までは、男性からの離婚請求が大半だったが、最近は40%が女性からの請求となっている。
- ③ 性暴力は昔からあったが、現代ではソーシャルメディアが普及したため、報道されることが多くなったとも言える。女性たちが自分で決められるようになったため、それが男性のエゴを刺激して、DVなどに発展することも多い。女性の性の商品化も多くなっている。（これは社会進出というよりは、TVや映画の影響のほうが大きいと思われるとのこと。）

また、政治的参加の観点からは、バングラデシュ憲法で、国会議員の20%が女性であることが決まっている点については大いに評価すべき点でもある。女性の政治参加を促進するためには、初めのうちは、このような議員の割り当て制度をとることも一つのやり方ではあると思われる。実際の女性議員の数が多くなった段階で、新たに修正を考慮すればよいと思われる。政治参加は各政党から指名される女性たちを通して国会での議論に声を届けているという見方も可能である。もちろん、実態は政党色が強く、一般女性の意見を吸い上げているかどうかについては疑問が残る。行政組織には女性の次官や局長も多く、女性・子ども課題省という独立した省が存在し、ジェンダーの課題に取り組んでいる。現在では350名の国会議員のうち、選挙で当選

した女性議員20名に加えて、女性の割り当てが50名であり、計70名となり、20%である⁹⁾。

女性の社会参加に関しては、この30年間の変化は著しく大きいことは確かである。しかし、縫製工場の事故¹⁰⁾が示すように、女性の労働環境の整備など、これからのバングラデシュの課題は、量の問題から質の問題へと、取り組みの優先度をシフトしていくことではないだろうか。

一方、アフリカではどのようにSDGs実施準備が進んでいるのだろうか。ザンビアでは、昨年準備がされているようだ。2015年3月から持続可能な開発目標のための技術委員会（SDGs technical committee）が設立されている。多くの関係者がメンバーとして委員会にはいる。

(政府・NGO・国連機関の代表) 準備段階の特色としては、中央レベルでの会合に加えて、地域レベルでもの会合が開かれてきた。2014 - 2015 年の OWG、Intergovernmental negotiation には一般の人からのコメントを NY での議論に反映するプロセスがあった。しかし、現実には、SDGs はまだ一般的には知られていない。調整役としては、大蔵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る。計画大臣は女性で、副大統領でもある。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人がトップに立つ計画省がまとめ役を果たそうとしている。

ジェンダーの関連では、Anti-GBV Act 2011(2011 年にできた法で、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としている。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、Mind-set (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なく、子育ての中にもある¹¹⁾。ジェンダー担当省があり、女性大臣が就任しているが、社会が伝統的なコミュニティとして残っていることもあり、ザンビアでは、特に、SDG 5 だけでなく、SDG11 (sustainable cities and communities) も同時に見ていく必要があると思われる。

女性の政治参加は、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 (NGOCC) 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。しかし、現実には女性議員率は上がらない。例えば、ある政党が女性を立候補者とした場合、同じ選挙区に、他の政党も女性を立候補させて、女性同士で戦わせる戦略をとっていることにも原因があると思われる。今年 8 月総選挙予定であるので、この結果がどうなるかが、議論となっている。加えて、女性議員の議席を数 (バングラデッシュと同様な女性議員留保数) として決める (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。しかし、憲法改正には、ジェンダーの理念と言葉は入った。

ジェンダーに関連して、女子教育について重要な点がある。女性の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。イスラム教国はもちろん、ザンビアのようなキリスト教国 (97%) でも同様に、女性教員の役割が大きい。その理由は、男性教員による、女兒に対する性暴力やセクハラがあるので、女性教員が増えれば、GBV が減る可能性が高いこと、さらに、女性教員は女兒のロールモデルとなりえること、加えて、教育を受ける女兒が増えれば、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などが期待できることである。

ザンビアにおける保健医療に関する取り組みは、SDG3 全体をユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage (UHC)) の傘の下に、ケアの向上、サービスの拡大、財政的危機回避と保護 (社会保障、特に健康保険の導入) を進めている。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る。ザンビアの保健医療分野の特徴は、公的施設によるサービスが 60%、教会関連施設が 40%となっていることであるが、保健省は教会関係施設にも物品や人的サポートを提供している¹²⁾。このため、私立病院などの施設は少なく、概ねが公的サービス機関といってもよい状況である。

最後に、日本版 SDGs について、再度触れたい。課題の第一は、誰が音頭をとり、リーダーシップを発揮するのか、ステークホルダーの調整ができるのはだれかという、調整役である。政治的なコミットメントが求められるため、事例の 2 か国では、行政のトップが関与する形態がとられる見込みである。日本では、首相直属の機関である内閣府、内閣官房などに新たな機構が設置されるのが望ましい。第二は、内容の絞りこみである。目標やターゲットの中から、日本に特に関連するものを選択するのか。これは、本来は不可であるが、バングラデッシュのようにスマートターゲットを選択することにするのかどうかは、議論が必要になる。SDGs の指標が決まるのは 2016 年 3 月である。指標の優先順位を決めるのにも、十分な議論を尽くすことが期待されている。

1) 池上清子「SDGs とジェンダー」『女性たちの 21 世紀』No 84、2015 年 12 月号、40 - 43 頁。なお、本論文は、この原稿をもとにしつつ、かなり加筆したものである。全ての脚注を追加し SDGs の必要目標やターゲットを引用したこと、また、二つの項目に分けて全体構成を修正し関連する説明を詳細に記述したこと、ザンビアの事例を追加したことなど、加筆・修正したものである。

2) 最終版は、以下のサイトに掲載されている。(国連文書)
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E 和文としては、外務省のホームページに全文が仮訳として掲載されている。
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000101402.pdf>

- 3) 前文の保健分野に関するパラに入っている。
 身体的及び精神的な健康と福祉の増進並びにすべての人々の寿命の延長のために、我々はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)と質の高い保健医療へのアクセスを達成しなければならない。誰一人として取り残されてはならない。我々は、2030年までにこのような防ぐことのできる死をなくすことによって、新生児、子供、妊産婦の死亡を削減するために今日までに実現した進歩を加速することを約束する。家族計画、情報、教育を含む、性と生殖に関するサービスへの普遍的なアクセスを確保することに全力で取り組む。我々は、開発途上国においてははびこる薬剤耐性や対応されていない病気に関する問題への取組を含め、マラリア、HIV/エイズ、結核、肝炎、エボラ出血熱及びその他の感染症や伝染病に対して示された進歩の速度を等しく加速する。我々は、持続可能な開発に対する大きな挑戦の一つとなっている行動・発達・神経学的障害を含む非感染性疾患の予防や治療に取り組む。
- 4) 前文全体の題が、「我々の社会を変革する」である。
- 5) 後述するジェンダーの課題に関連するため、前文から引用する。
 「ジェンダー平等の実現と女性・女児の能力強化は、すべての目標とターゲットにおける進展において死活的に重要な貢献をするものである。人類の潜在力の開花と持続可能な開発の達成は、人類の半数に上る(女性)の権利と機会が否定されている間は達成することができない。女性と女児は、質の高い教育、経済的資源への公平なアクセス、また、あらゆるレベルでの政治参加、雇用、リーダーシップ、意思決定において男性と同等の機会を享受するべきである。我々は、ジェンダー・ギャップを縮めるための投資を顕著に増加するために努力するとともに国、地域及びグローバルの各レベルにおいてジェンダー平等と女性の能力強化を推進する組織への支援を強化する。女性と女児に対するあらゆる形態の暴力は男性及び男子の参加も得てこれを廃絶していく。新たなアジェンダの実施において、ジェンダーの視点をシステムティックに主流化していくことは不可欠である。」
- 6) 2015年8月20日-9月1日のバングラデッシュ滞在中に、面談した民間シンクタンク代表(Dr. Debapriya Bhattacharya, Distinguished Fellow, Center for Policy Dialogue)のインタビュー内容および、CPDが事務局を務めるSDGsに向けた委員会の会合内容から抜粋した。
- 7) 2015年8月20日-9月1日のバングラデッシュ滞在中に、面談した女性・こども省次官、企画庁職員、民間シンクタンク代表、NGOのBRAC職員のインタビュー内容から抜粋した。
- 8) バングラデッシュ人口保健調査 2013
- 9) 女性留保議席の決め方：
 憲法規定上、国会における勢力シェア(300議席のうちの各政党の割合に応じて、女性留保議席数50が各政党に割り振られる。手続的には「選挙」の公示がなされて、候補者または推薦者が選挙管理委員会に立候補を提出す。ただし、実際には各政党内で人数が調整され、割り当て数以上の「立候補」はないことから、「選挙」がかわれることはないようだ。
- 10) 2015年8月20日-9月1日のバングラデッシュ滞在中に、面談した Mr. Syed Sultan Uddin Ahmed (Assistant Executive Director, Bangladesh Institute of Labor Study) は、労働環境の不整備による事故で女性工場労働者が犠牲になることが多く、事故の経験は活かされておらずと語った。
- 11) 2016年1月9日-14日のザンビア滞在中に面談した UNDP ザンビア事務所、ジェンダー担当官の Delia による。
- 12) 2016年1月9日-14日のザンビア滞在中に面談した Kasonde 保健大臣の説明による。

期間： 平成 27 年 12 月 22 日～平成 28 年 1 月末

【目的】

SDGs に関して、保健分野の成果測定を考えること。

【成果】

SDGs の概要を理解し、その達成度合いを測る一つの方法論として、DHS(人口保健調査)の調査法・実施体制・課題などの情報・経験を共有した。また、これらを日本語に訳してシンポジウム(2015年12月22日)に参加できなかった人への配布を計画。(国際保健医療学会、大学女性協会、人口学会など)

詳しい内容は別添(題目は、持続可能な開発目標(SDGs)と保健分野の成果測定。)

2-3.

SDGs 健康関連ゴールと持続可能開発に関連したゴールの関連性

(内外の市民社会組織、及び南アジア諸国と貧民層の視点から)

分担研究者：大橋 正明

【研究要旨】

MDGs 及び SDGs における保健関連ゴールについて、インドおよびバングラデシュの末端の保健医療機関がどのような施策を実施しているのか、それに対して主に農村部の住民がどのように行動しているのか、さらにそうした状況に対して市民社会や NGO がどのように対応しているのかを、経年的に見ることの基礎を築くことを目的に、インドのビハール州 Gaya 県と西ベンガル州農村部でフィールド調査を行った。またインドの首都デリーとバングラデシュの首都ダカで、以降の調査のための準備を行った。

【研究目的】

MDGs 及び SDGs における保健関連ゴールについて、インドおよびバングラデシュの末端の保健医療機関が(上位政府の方針に基づき)どのような施策を実施しているのか、またそれに対して主に農村部の住民がどのように行動しているのか、さらにそうした状況に対して市民社会や NGO がどのように対応しているのかを、経年的に見ることの基礎を築くこと。

などを行った。これはいわば現状把握であり、今後はこの現状のより詳細な理解(特に、2000年以降の変化)と、今後の変化に注目した臨地調査を繰り返す予定である。

(倫理面への配慮)

村人や関係者へのインタビューに際して、研究目標に直接関わらないプライバシーにかかわる事項の情報収集を行わないようにした。

【研究方法】

本 2015(平成 27)年は、2000年に始まった国連ミレニアム開発目標(以下 MDGs)の達成年であり、またこの月にニューヨークで開催中の国連総会では、一部の目標が未達成だった MDGs に代わって、さらに地球環境問題を目標に加えた国連持続可能な開発目標(以下 SDGs)が採択された。両方の目標やその下位目標には、複数の保健関連の目標が含まれており、その中には早急な改善が求められているものが含まれている。このグローバルな目標が、途上国でどのように受け止められ、現実の政策に反映されているのか、そして現場ではそれはどのような形で表れているのかを、貧困層や市民社会組織(以下 CSO)の視線で追及するのが、本研究分担者の担当である。

【研究結果】

- a. インド・ニューデリー市での調査記録
 - a-1: JICA デリー事務所の上原スタッフのインタビュー記録
 - a-2: ジャワラハル・ネルー大学(JNU)社会医療学の Prof. Vikas Bajpai インタビュー記録
- b. 最貧のビハール州 Gaya 県での調査記録
 - b-1: Gaya 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
 - b-2: Gaya 県 Mr. マダンの脳溢血に関するインタビュー記録
 - b-3: Gaya 県ゴバルケラ村の Mrs. クリシュナイインタビュー記録
- c. 西ベンガル州での調査記録
 - 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

今回は今後三年間にわたる本研究の最初の現場訪問である

ことから、インドにおいて

1. デリー市の識者からの聞き取り及び文献調査を通じた、インド全体の保健政策全般
2. 最貧のビハール州の貧困層 / 低カースト層の人々へのインタビューを通じた医療状況
3. 保健関係者からの聞き取りによる、同ビハール州の州政府の保健行政の状況
4. 西ベンガル州僻地の農村女性たちへのインタビューを通じた医療及び出産状況

a. インド・ニューデリー市での調査記録

a-1: JICA デリー事務所で上原スタッフ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 40~ 5 時
 50 分場所: ニューデリー市の JICA 事務所内

記録: 8 月 26 日 & 9 月 9 日 大橋 正明
 関係: 事前に中村唯企画調査員に連絡した結果すでに離任しており、保健担当の井本次席を紹介されアポ取り。直前に次席の都合が悪くなり、保健及び社会開発担当者として紹介される。

○ MDGs のヘルス関係目標について

- Å インドでは MDGs 関係指標に独自の指標を加えたものを使っている。Institutional Delivery Rate (公的医療機関での出産率) はその一例。インドでは医療・保健は州政府の責任事項となっており、州政府の裁量が強い。
- Å 2005 年に中央政府主導により National Rural Health Mission(NRHM) が始まり、ガイドラインを作成している。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、コミュニティ・ヘルスセンターを人口規模に合わせて設置(施設の呼び名は州によって違う)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予防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。準看護助産師とよばれる ANM (Auxiliary Nurse Midwife) の育成と各ヘルスセンターへの配置や地域の女性を保健ボランティア ASHA に登用して施設分娩や予防接種率向上を促す活動なども行っている。NRHM は州政府の財政状況によって、中央政府が予算配分をしている。州によっては、独自の予算をつけている。
- Å 2013 年 から National Urban Health Mission (NUHM) が開始した。NUHM 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。NUHM ガイドラインを中央政府が作成しているが、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癌や生活習慣病などの非感染症疾患 (Non-Communicable Disease) 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。中央保健家族福祉省は NRHM と NUHM、その他の独立したプログラム (TB やマラリアなど) を統合して

National Health Mission としている。
 州レベルでは NRHM と NUHM 実施のための Mission Directorate が作られ、Project Implementation Plan (PIP) を毎年作成し、中央政府に提出している。

Å NHM で規定されている各施設の Norm は以下の通り。

The population Norms for setting up of public health facilities are as under :

- Sub Centre: 1 per 5,000 population in general areas and 1 per 3,000 population in difficult/tribal and hilly areas
- Primary Health Centre: 1 per 30,000 population in general areas and 1 per 20,000 population in difficult/tribal and hilly areas
- Community Health Centre: 1 per 1,20,000 population in general areas and 1 per 80,000 population in difficult/tribal and hilly areas.

Å 中央政府はビハール、UP、チャッティスガル、WB など 11 州を Empowered Action States と認定し、重点的に資金割り当てをしている。

○ Referral System

Å サブ・ヘルス・センター (SHC) 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) → Dist. 病院 → 州中央病院が一般的。インドはフリーアクセスであるため、軽い症状であっても 3 次病院に行く患者も多い。

Å PHC 以上には MD が配置されているべき。インドの MD のレベルは高いが、病院の管理は良くない。

Å PHC 以上は 365 日 24 時間体制を原則としているが、医師やスタッフの不足などで実態はそうっていない。基本的に全ての公的医療施設では実費を除いて無料。どこの施設でも緊急患者を除いて午前中が外来診察時間となっている。3 次病院に人が集中しがちだが、貧困者にとってはより機会。

○ UHC と医療保健

Å インド政府は 12-17 年の 12 次五か年計画で、20 年までに UHC を達成と謳う。

Å 内容は WHO の UHC にある affordability に注目し、医療保険が中心

Å RSBY (Rashtra Syasta Bima Yojna = 国家健康保険計画) があり、全国レベルで貧困層を対象にしている。公立病院での入院治療費を後で払い戻しする。

Å タミル・ナードゥ州は州首相が独自に Chief Minister's Insurance Scheme を実施しており、私

- 立病院での入院費も対象としている。
- ◌ RSBY の総合的資料は探してみる。保健関係の HP からリンクできるかも。
- ◌ 他の主要疾患
 - ◌ 結核、NCD(生活習慣病)、ハンセン病、精神疾患などは、独立したプログラムとして実施されていたが、現在は NHM の傘下で実施されている。HIV/AIDS は中央保健家族福祉省傘下の National AIDS Control Organization が独自に実施している。<http://www.naco.gov.in/NACO/>
- ◌ 他の関係省
 - ◌ アユールベダ、ホメオパシー及び他二つを扱う AYUSH 省が、15 年 5 or 6 月に保健省から分離して創設された。
 - ◌ M/o Sanitation & Drinking Water
- ◌ コメンテーター
 - ◌ グルガオンの Dr. Hira はどうか？半官半民の研究所のシニア。保健全般に詳しい。
- ◌ その他
 - ◌ 世界銀行グループの一機関である International Finance Corporation は PPP スキームにて医療分野を支援している（例えば建物は州政府のものを使い、運営は民間に任せる等）
http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/1fe83000407f526384ba94cdd0ee9c33/SectorSheets_Health.pdf?MOD=AJPERES
アポロ病院は貧困層向けのサービスを開始しており、高所得層からは一定の治療費を徴収、低所得層には無料が安価な対価で治療を行っている。
- ◌ JICA インド事務所
 - ◌ 事業班に日本人 10 人、総務担当が日本人 7-8 人 + 現地職員が 20 人弱
 - ◌ インド向け資金の約 98% が円借で、無償・技協は 2% 程度。
 - ◌ 保健関係は、現在無償資金協力でチェンナイにある小児病院の外来病棟新規建設と機材を支援。過去には MP のサーガル地域で母子保健の技協を実施。技プロ案件は現在無。
 - ◌ 円借款でタミルナド州の都市保健事業の支援を検討中？
 - ◌ 上原職員自身は安倍イニシアチブ、ジェンダーも担当。

- a-2: ジャワラハル・ネルー大学 (JNU) 社会医療学の Prof. Vikas Bajpai インタビュー記録
- 相手 : Dr. Vikas Bajpai, Assistant Professor, Centre for Social Medicine and Community Health, Jawaharlal Nehru University, New Delhi-67,
- 日時: 平成 27 年 9 月 15 日 火曜日 午後 4 時 10 分 ~5 時 40 分
- 場所: ニューデリー市 JNU キャンパス Social Science □ 三階の Bajpai 研究室
- 記録: 9 月 16 日 大橋正明
- 関係: WB の Kaliyani でマオイストとの関係で投獄された経験を持つ医師 Dr. Binayak Sen に、今回の大橋の調査目的に沿っているからと紹介されたもの。同じ JNU 教授の Prof. Mahendra Lama の娘も、この大学院研究科の博士課程に在籍中。
- 情報: 彼の小さな研究室にはマルクス、レーニン、スターリン、毛沢東などが一緒に飾られている。UP 出身で中産階級の親の意向で放射線科医師になったが、その後労働運動（詳細は不明だが、恐らくインド共産党マオ派）に長らく身を投じ、数年前に大学教員になった 50 歳。年齢差がフィールドの差のせいだが、Vinod Raina を知らないという。妻は AIIMS の放射線科の医師。よくしゃべる人。

- ◌ ヘルスを総合的に捉える必要性
 - ◌ 医学は、細分化された専門技術を中心にそれぞれが孤立した存在に。
 - ◌ インド政府、例えば 05 年から始まった National Rural Health Mission (NRHM, 2013 年に National Health Mission=NHM に変容) の概念も、PHC を軸に MCH や施設出産など、MDGs の目標や指標に沿ったものになっているが、人々の多様なヘルスニーズに対応したものになっていない。
 - ◌ 例えば PHC に AYSA が配置されたが、無給なので手当が出る出産関係の仕事に集中する。一方家庭にとって出産は 2-3 度しかないイベントである。
 - ◌ 学生をグジュラートの村にフィールドスタディーに連れて行き、各世帯のニードと順位を聞いてこさせた。答えは農業とか教育が上位でヘルスが上位に来ないが、良く考えると農業や教育も、ヘルスに関連している。
- ◌ モディー政権が進める医療の民営化
 - ◌ 今年 2 月に発表された Draft National Health Policy 2015 に明確に述べられているように、モディー政権はヘルスの民営化を一層進めようとしている。具体的には、公的医療保険と私立病院での治療が柱だ。

- À 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。
- À - 医科大学の同級生の 80% は海外に出ている。
- UHC について
 - À 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。
 - À 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。
 - À 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。
 - À 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。
 - À 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王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。
 - À PHC や CHC は後退した。

○今やるべきこと

- À (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。
- À 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:バグスクール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 年に創設しその中枢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療室を持ち、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

- À 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。
- À 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。
- À 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 Anganwadi(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。
- À 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。
- À Growth Monitoring を行う 1~5 歳のカードと、6~12 歳のカードは別。
- À 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

- À 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。
- À 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。
- À この上が Dist.(Zilla= 県) 病院。ガヤ市には○総合病院、○出産や婦人病の女性病院、○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。
- À 三次レベルに州立病院。

○ PHC を取り巻く最近の状況

- À 村人は一般に政府病院は役に立たない、と思っている。
- À 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。
- À 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。
- À さらに PHC で出産すれば「出産証明書」が出る。
- À 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。
 Å 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

Å (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。

Å 一般に保険には、以下の二つがある。
 ○ LIC=Life Insurance Corporation= 政府の生命保険会社：役人や富裕層向け生命保険
 ○ GIC=General Insurance Corporation= 政府の総合保険会社

Å 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

Å 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、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rou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

Å 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。

Å 周辺の人がすぐ近くのバクrouル (Bakrou) 村のアユルベータの医師 Dr.Rabindra 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。

Å 治療後すぐに結婚式に戻った。朦朧としていたが。

Å 発症後短時間でア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。アユルの方が好いことは、この近所の人はみんな知っている。

Å その後 3-4 か月間、蜂蜜に混ぜて朝晩服薬の必要。

Å 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。

Å 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。

Å 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

Å バグガ・スクールに在学中結核発症。ガヤ市にあるゴルパ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

Å 風邪などはバザールの薬局。

Å 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。

Å 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：ガヤ県ゴバルケラ村の 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

時場所：ビハール州ガヤ県モハンプル郡

(Block)

ゴバルケラ村

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

Å 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)

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。ただしゃべる人は一部のリーダーと、居合わせた男性 Sheikh 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。(実際は自宅で 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、費用が無料だけでなく、1000Rs. (2000 円) が貰える。ASHA ももらえずはさすが詳細は知らない。

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 人オア 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。

À ただしマラリアの薬が
外部から来るようになったÀ
10 年ほど前から洪水が
毎年来るようになった。

○村の状況

À 2 千世帯、1~1.2 万人。
À ヒンドゥー 60%、ムスリム 40%。
À 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見受けられる。しかしながら、スラムに居住する総人口の実数を目を向けると、同時期の間に 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）公共サービスを受容できず、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。

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。

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点である。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、農村や地方を進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、富裕層への課税を上げることで、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。端的にいえば、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まれることがあり、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。

ここまでに財政にかかる 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、アカウント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々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ピ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きた。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、その実現にはかすかす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 - 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 28p. 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 - ベトナムの税制改革に残された課題 - 』、『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



研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	特になし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	特になし				