

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、実施体制と目標間の関連性の研究

(H27-地球規模-一般-003)

平成 28 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 29 年 (2017 年) 3 月

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、実施体制と目標間の関連性の研究」 H27-地球規模-一般-003

平成 28 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 広報研修課長

平成 29(2017) 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う二つの特色を持つ。

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な関連を分析 | |

【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・評価指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。

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」に関する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、2016 年 3 月までに、次のような活動を行った。

- 2015 年 10 月の IMF 世界銀行年次総会前に 外務省に意見を提示することとした。内容としては、“市民団体”として“国”に“変化”を生み出せるようなもの、“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た。また、“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、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的役割を担うこととした。
- 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、 SDGs 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）の数が増えること、 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、 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、 SDGs 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。
- 平成 28（2016）年度 4 月からは、これまでの「Beyond MDGs Japan の運営委員会」という名称をわれらの MDGs（Our SDGs）と変更し、計 5 回の運営委員会を実施した。

【研究成果】

- 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、 持続的な開発「Sustainable Development」を実現する。
 - 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」するという開発観から、先進国も 17 のゴールの「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のの、それ以外の資金（国際連帯税）途上国の内部資金の活用を目指す。
 - 「誰も取り残さない（No one left behind）」の価値観：不平等是正 へのコミットメントとして、すべての目標の中で強調され、「包摂性（インクルーシブネス）」とも含めての概念として重要となっている、参加型でみんなが決めたみんなのゴールというアプローチ。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。
- 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):

- 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。

(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、非常に幅広い多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が想定される。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である。

(4) 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 COIA（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。

【提言】

１．アフリカにおける女性の健康促進

アフリカにおいては、日本の強みである、健康、保健・医療分野で、「誰一人取り残さない」という理念に基づいたプログラムを推進すべきであり、可能であると考えられる。その場合、コミュニティを活動のユニットとすることが重要である。

２．紛争下における女性の健康促進

パレスチナの女性の死亡原因のトップは子宮がんと乳がんだが、放射線療法の治療が受けられないのが課題である。紛争下にある地域や国では、地域の女性としての看護師を活用しての、子宮がんと乳がんの早期発見ができるように養成することが第一段階と考えられる。この場合には、看護師学校の設立（がんに対応できる人材を養成）が必要となる。

３．生活基盤インフラへの支援の拡充

日本の途上国支援は、経済部門への援助、とりわけ産業基盤インフラの分野で強みを発揮してきたが、持続可能な開発を促進するには、生活基盤インフラへの支援を拡げる必要がある。例えば、「交通」をとって考えると、日本が注力してきたのは港湾や工業地帯をつなぐ高速道路網といった産業基盤の整備である。しかしながら、居住の安全性を担保するには、電車やバスといった生活基盤の交通インフラが求められる。公共交通機関の整備は単なる移動手段の提供ではなく、大気汚染や渋滞の緩和、生産性や効率性の向上、余暇空間へのアクセスと活用の促進など、住民の健康状態の改善に大きく寄与する。欧米諸国が教育や保健医療といった社会部門支援の比重を高めるなか、日本の援助はハコモノ建設との批判を受けてきたが、そうした物理的なインフラ整備の側面から生活環境・健康の問題に取り組めるというモデルを提示すべきである。

４．自治体レベルにおける環境国際協力の促進

SDGsの達成にかかる一つの鍵は、準国家レベルにおける協力体制の構築にある。その理由としては、プログラムやイニシアチブの実施主体が市・町・村といった地方自治体である場合も多く、そうしたレベルの行政が資源・知識・経験不足であることも珍しくない。そのため、近年、活発になっているのが地方自治体同士が手を結んで解決の糸口を見出していく動きである。ゴール11関係でいえば、例えば北九州市はエコタウンやグリーンシティの分野で知られており、中国や東南アジア諸都市とのかずかずの連携を通して都市の低炭素化を積極的に推進している。こうした地方レベルの協働の可能性を拡げていくためにも、自治体間の都市開発・環境パートナーシップを助成する制度を整えるべきである。

5．基礎的社会サービスをソフトの面からボトムアップで改善

インドでの日本のODAは、その大変が経済成長のためのインフラ整備と産業競争力の強化に向けられており、三番目の中目標「持続的で包摂的な成長への支援」の小目標3-1「農村における経済開発と生計向上」の一部に、15~19年度にかけて「タミル・等州都市保健強化計画(255億円)」があるだけで、ごく少額の草の根技協や協力隊派遣、人間の安全保障無償などを除くと、UHC実現に極めて重要な農村保健分野のソフトに関する協力事業が見当たらない。経済成長中のインドでは、今回のインドの調査で判明したように、農村の保健医療分野で分娩についての改善はみられるが、それを除くとまだまだ改善の余地が大きい。この問題を十分認知して、基礎的社会サービスをソフトの面からボトムアップで改善することに貢献するために、この分野のプロジェクトを複数実施する、あるいはこの必要と改善可能性を認知するための、専門家の継続的な派遣を行うことを検討すべきである。

6．南アジアの保健医療分野の人材強化

インドをでは経済インフラだけの協力となっており、UHCのような社会開発が重要視されていない。開発協力が大綱の(2)実施体制にある「外務省・JICAにおいては、社会開発分野の人材育成、体制整備に取り組む」ことの実現と、UHCの草の根レベルからの実現に向け、南アジアの保健医療分野の人材強化を図ることが重要である。

共同分担者：池上清子

平成 28 年度報告書

平成 28 年度は研究計画の 2 年目にあたり、2 つの地域に焦点をあてて、面談や会議出席を通して情報収集し、SDG s 進捗の分析を行った。現地調査は、A.8 月ケニア、B.12 月パレスチナであった。

A TICAD 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」を開催

2016 年 8 月 26 日、ケニアのナイロビで、第 6 回 TICAD の公式サイドイベントとして、市民社会のグループである、みんなの SDG s が主催してシンポを開催した。(詳細は冊子を別添した)

目的：

グッドプラクティスを分析し、女性の健康を守るための手段と政策を提言することであった。みんなの SDG s メンバーである池上による議事進行のもと、女性の健康に関心のある多様な参加者を得て、活発なディスカッションが行われた。

シンポジウムの内容：

オープニング、プレゼンテーション、パネルディスカッション、およびそれに続く質疑応答という構成で、オープニングには、安倍昭恵首相夫人による特別発表がなされ、引き続きミリアム・ウェレ(モイ大学学長)により基調講演が行われた。続いて、テオドロス・メレッセ(IPPF 事務局長)、モウリーン・ムレンガ(エイズ・マラリア・結核対策世界基金ケニア調整員)、モハメッド・カラマ(ウマ大学教授)、シフラ・ンジェリ・クリア・ンディリトゥ(AMREF ケニア)による発表があった。

シンポジウムは、性と生殖に関する健康と権利、女性の HIV 感染と母子垂直感染予防(PMTCT)、感染症と女性の健康、妊産婦死亡といった女性の健康に関する 4 本の柱に沿って行われた。

シンポジウムまとめ：

1. 基本はコミュニティにおける活動であり、これらの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も必要である。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ポイントとなる。
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。

成果：

当シンポジウムの成果については、10月に安倍昭恵首相夫人に口頭報告を行い、冊子を作成した後、2017年2月、800部を日本国内で、200部はケニアを中心にアフリカで、関係者に配布した。

B パレスチナにおける女性の健康

目的：

女性の健康を開発の範疇でなく、紛争（紛争後）の中で考えた場合のニーズを洗い出すことを目的とした聞き取り調査を実施した。（12月17日～25日）これは、SDGsが「誰一人取り残さない」ことを目的に掲げていることを受けて、紛争下での女性の健康を調査したものである。

パレスチナの現状：

IMRやMMRは悪くない。しかし、紛争が始まるとすぐに両方の数字は悪くなる。Fragileな状況であること、また、イスラエルの占領による保健医療サービスへのアクセスが悪いこと（referralを含む）への対応が必要であろう。これは、SDGsの”No one left behind”にも通じる。アクセスを向上してカバレッジを上げることであり、まさに、UHCの推進が必要な国である。

（1）観察結果

イスラエルの占領地域（地域面積の70%にあたるArea C）における課題

移動の制限

医療のreferralが難しい

精神的なケアが必要（失業率、GBVなどとの関連？）

早期発見ができない（女医が少ない、がんへの偏見、移動の制限）

女性のがんに関しては、乳がん（第一位）と子宮がんが多い。発見が遅いため、見つかるときは患者の60%が、stage 2 - 3になっている

乳房保存法が適用できない。がんは死を意味する。家族や夫の教育が必要。

オーガスタ・ビクトリア病院への照会事例（日本のNGO+UNFPA）

X線治療がイスラエルにより禁止されている。（dual purposesが理由）

キモセラピーも定期的にはできない。

エルサレムの病院へのreferralには、イスラエルの許可が必要。

約2年ごとに、紛争が起きる。病院に向かっていた妊産婦が射殺されたこともある。

病院へのアクセスが無くなる。
訓練を受けた助産師も移動できない。
MMR は確実に高くなる。
未熟児の出産が多くなる。

ガザの人口増加率から推計すると、45,000 人の妊婦がいると想定できる。1 日平均 170 件の出産がある推計。

社会的・経済的な理由で保健医療へのアクセスが制限される。(West Bank では産前健診は全体の妊婦の 70%のみ)

女性への暴力

2011 年のデータでは既婚女性の 37%は少なくとも 1 回は暴力行為を受けている。 + 52%は暴力の恐れを感じたことがある。

理由は、男性側の、貧困、失業、政治的動き、社会規範など。

家族による名誉殺人もあるが、表向きの理由は夫を裏切ったことになっている場合でも、実際は相続などの別の根本原因があるため、正確な判断が難しい。

家族は自分の娘または息子が家族ではない(縁を切った)という広告を新聞に掲載する。
名誉殺人の予防にはなる。

母乳による保育は出産後で 38.6%、6 か月後には下がる。(働くため)

帝王切開率が高い。 + 15 - 19 歳の結婚出産が 63/1000 女子人口 と高い。

UNRWA 関連

妊婦の産前健診はキャンプ内のクリニックで行うが、出産は外部の公的病院となる。

教育も同様。初等教育はキャンプ内。高等教育は外。

パレスチナ全域で共通の課題(保健 + 全体)

教科書の改訂

国予算が常に赤字

公務員の給与遅配、医療の現場の機材・薬の欠如

家計に女性が発言できない

TFR はガザで 4.6、全体で 4.2 (2015 年) と高い。2030 年の推計は 3。可能か？

女性の健康課題としては、肥満、NCD、乳がん、産後健診に来ないこと、医療機関へのアクセスが制限されていることなど。

女性省の優先課題 (2017 - 2022) としては、安保理決議 1325 の国内戦略方針、女性への暴力、などを中心に、SDG5 の目標の達成。

イスラエルが代行する様々な税収から、エルサレムの病院の治療費を差し引いて、パレ

スチナに返金。(いくら治療費がかかっているのか不明) 海外での治療費も出すことがある。

子どもに関する課題

予防接種 (referral)

NCD (referral)

心身障がい児 (血縁結婚が多い。偏見。)

ジェンダー(女性のエンパワーメント)関連の課題

経済的な自立にとっての課題

材料費、工賃を含めて、値段が高いこと

+

売れるデザイン (ブランド作りを含む) まではレベルが上がったが、マーケティングの観点から在庫管理や製造管理などができない

+

パレスチナ特有の製品のポジショニング (男性の場合は、オリーブの木がキリスト教関連性を売り込める) がうまくできない(女性の場合)

(2) 成果 (日本の支援)

このような状況下で日本が実施可能な支援については、以下のような点が考えられる。これらについては、パレスチナ日本大使館、JICA (在パレスチナ、東京本部)、UNRWA 医療局長とも情報共有を行った。

データ収集と分析、政策提言

国勢調査 2017 年実施予定。日本は支援する？

Palestine Central Bureau of Statistics はしっかりと data 収集している。ここからの分析、政策提言が必要。

参考資料としては、"Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey 2014", Dec 2015, Palestinian Central Bureau of Statistics, UNICEF and UNFPA

"Health Annual Report Palestine 2015", Oct 2016, Palestinian Health Information Center、のように最新データがあり、UNICEF や UNFPA はそのデータの信頼度は高いと言っている。

保健医療の施策

Mobile clinic によるアクセス不均衡の解決へ。Outreach を続ける

女性の医療従事者を養成する (女性しか女性の体に触れない。診療時)

予防接種の促進に向けて学校保健の充実 (イスラエル側との話し合いが必要か。) ワクチン不足？

予防教育の促進 早期発見を中心に、意識変革

若者対策（薬物、アルコールなど）には保健医療だけでなく、雇用促進などとのパッケージが必要。

女性のがん対応としては、現段階でも導入できる pop smear を導入して早期発見を促進する

女性のがん患者の会合（survivor's meeting）により、女性同士の支え合いを促進。カツラの回し使いなど、細かい点を含む。

栄養や健康教育は、基本的には予防が主である。成功例として、NCD の一つの高血圧対策には、予防策として、法律で、パン屋が作るパンの塩の量を規制して、塩の摂取を少なくするサプライサイドからの介入がある。

国際保健、グローバルヘルスを考えるとき、広域対応の効果が期待できる。（ヨルダン、パレスチナなど）食料、水、動物の検疫など。

女性の健康を推進するために、特に、死亡率が高い出産時期に関して、胎児モニター機（CTG）超音波診断器（ultra sound）出産用のベッドがあると、サービスの質が向上する。（15の公的病院レベル）

看護学校、助産師学校で女性の人材を養成して、各病院やFPクリニックに配属することにより、outreach 活動が可能となり、死亡率が下がる。これは、女性でないと妊産婦の体を診ることができないため。+ 母子手帳の見方、使い方などの啓発活動の拠点にもなれる。（保健省女性健康局長 + 副大臣）

女性に対する暴力

性暴力の被害者同士の支え合い（health & social workers）

Track of violence(どこで、どのように性暴力が起きるのか)を調査して、対応策が必要村のリーダーや男性の支援

Safe Space という名前で、one stop service の場所を確保して、村レベルで outreach 活動を展開（心理的カウンセリング、職業訓練など）女性のアクセスを向上する。

Door to door キャンペーンを支援する（男性から男性への啓発活動）

被害者の保護や雇用、男性が被害を起こさないための予防などとのパッケージ

女性省では、意識向上、子どもの時から介入する（カリキュラムの改訂を含む）、医療関係者、教員の能力向上の3点が重要と考えている。

PA の対応としては、女性課題省、保健省、内務省、開発・社会課題省などが連携をとることが従来からおこなわれているが、より強化する必要がある。

GBV に関して、保健医療従事者に対するトレーニング 認知の向上

女性のエンパワーメント

新しい市場の開拓（Fair Trade を前面にだして）

取引先の工場が、労働環境の改善を図れている。（改善されないと取引をしないというような条件を課す）

保健副大臣 (Dr Asad Ramlawi): 保健医療の状況が改善された理由は、以下の3つにまとめられる。保健医療の公的機関、民間機関、NGOs や国連機関との間でしっかりと調整ができたこと、つまり国家保健計画が関係者の間で共有できたこと。政治的なコミットメントがあったこと。治療よりも予防の方針が功を奏したこと。

(情報提供 : JICA 事務所、UNICEF、UNFPA、Dunya women's cancer center、Ministry of women's affairs、Ministry of health、Bethlehem Fair Trade Artisans)

以上

東インド 2 州の周縁部における公的保健制度と人々の行動
～理想と現実、そのギャップを埋める施策について～

17 年 3 月 5 日

聖心女子大学 大橋正明(聖心女子大学)

1. 本研究の目的と背景

本研究では、独立時制定の憲法で福祉国家であることを宣言し、イギリスと同様に公務員による公的保健サービスの無償提供を行ってきたインドを対象に取り上げ、特にその東インドの二つの州、ビハール州と西ベンガル州の農村部とスラムの住民にとって、どのような役割を果たしているのか、逆に貧しい人々や富裕な人たちが、どのようにそれを捉えて医療行動しているのかを、住民や保健医療関係者への聞き取りを主な手法とするフィールド調査でまとめたものである。

日本政府の主張もあって SGD の中に盛り込まれた UHC(Universal Health Coverage= 普遍主義的医療制度)は、冒頭に述べたようにインドの建国以来の方針の中に盛り込まれているので、UHC 実現のために改めて新施策の実施を行うとは考えにくい。

しかし 1990 年の経済開放以降、中国に続いて安定的な行動経済成長を果たし、新興国 BRICS の一つとして国際場裏で大きな存在感を示しているインドであるが、その人間開発指数(HDI)の順位は 2015 年で 188 か国中 130 位、BRICS 諸国の中ではロシアが最上位で 50 位、それにブラジルと中国が続き、南アフリカが 116 位で、インドは最下位である。同様な社会経済状態にある南アジアのバングラデシュ、ネパール、スリランカはインドより少々後ろの 140 番台であることから、インドの人間開発のスピードは経済成長のそれに比べてあまりにも遅い。最近のインドの急速な経済成長と教育改善を考慮すると、この遅れの一歩の理由は、保健分野に求めざるを得ない。実際同じ年の出生時平均余命は、BRICS でも南アジアでも、南アフリカを除いてインドが最短である。

インドの首都であるデリーの貧困層が不十分な公的保健サービスに対して行動を起こさない理由を調査したグプタとプシュカールは、容易にしかし質が強く疑われる民間の医療サービスにアクセスできること、コストや性別や階級などの違いがコミュニティの団結を阻害していること、そして何よりも大きな理由として、行動を起こしても社会サービスを担当する役人や議員は大した反応を示さないことを経験的に知っていることの三点を挙げている (Gupta & Pushkar, pp.viii-ix)。

中央政府と州政府、そして Pachayati Raj Institutions(PRIs)と呼ばれる三層の地方政府(県、郡、行政村)で行われるそれぞれ行われる選挙に示される世界最大の民主主義制度や、憲法等に保障された国民の諸権利、特に本論においては医療保健サービスに対するそれは、支配者側の官僚主義や怠慢、あるいは腐敗などによって容易に実現していない事が窺い知れる。これは、建前と現実のギャップとも表現できよう。

こうした状況の中で、東インドの二つの州の県レベル以下、特に末端の農村の民衆レベルでどのように普遍的な公的医療がどこまで実現しているのか、また十分実現してない場

合には、その状況と主要な阻害要因を分析し論じることは、大海への一滴ではあるが、日本でのこうした類の研究は少ないために意義は大きいと考えられる。

2. インドの保健医療に関する基本的必須情報

2-1. 連邦国家と社会制度

人口 13 億人を抱えるインドは連邦国家であり、インドを構成する各州はインド中央政府の定めに従いながらも、社会制度においてある程度の独自性を持つことができる。例えば中央政府は、2010 年に私立の医療施設を統括する「2010 年医療施設法」を制定し、ビハール州は早々と 12 年にそれに受け入れたが、西ベンガル州はそうしなかった。しかし、17 年 2 月に私立病院の医療費問題で患者が死亡した事件が起きた直後の 3 月に「2017 年西ベンガル医療施設法」を上程している。

それゆえ隣接するこれらの二州の公的保健制度も、相当程度共通しているものの、いくつかの違いが存在している。本論の後に位置する西ベンガル州の報告は、重複を避けて違いの部分を中心にまとめた。

なお州以下の地方行政制度は、この二州の場合呼び名に多少の差があるが、基本的には、州 県 準県 郡(Block,基本的には警察署 = Thana と同一) 行政村(Gram Panchayat)であり、このうち州、県、郡、行政村に民選議会がおかれ、特に県 郡 行政村の地方政府組織は、パンチャーヤット政府組織 (Panchayati Raj Institutions=PRIs) と呼ばれ、分権化の主要な対象にされてきた。医療保健分野でも、県、郡、行政村が重要な役割を果たしている。

2-2. インドにある諸療法

日本に漢方や骨接ぎといった伝統的民間療法が存在するように、インドにもいくつか存在している。

一般の西洋療法は、症状を抑えることを目的にしているがゆえに逆症療法(allopathy=アローパシー)とも呼ばれている。本論が対象とする政府の一般病院やその下の PHC(Primary Health Center=一次医療センター)では、MBBS(Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery) ドクターと呼ばれる専門分野を持たない総合医師が大きな役割を担っている。この下に、病院や PHC(Primary Health Center)で活躍する GNM (General Nurse & Midwife) と呼ばれる正看護師・助産師、PHC とそれ以下のフィールドで活躍する ANM と呼ばれる準看護師・助産師、施設分娩や予防注射、服薬などの指導にあたる非医療職の ASHA(詳しくは後述)が重要な役割を果たしている。

興味深いことに、2014 年に二度目の政権に就いた BJP(Bharat Jatiya Party=インド人民党) のモディ 政権は、インドの伝統的療法の地位を高めるために、Ayurveda(アーユルベータ), Yoga(ヨーガ), Unani (ユナニ) , Siddha(シッダ), Homeopathy(ホメオパシー)の頭文字からなる AYUSH 省を保健省の局から分離格上げして創設した。

これらのうち、一般に女性や子供、あるいは慢性病患者が好むのが、おそらく最も安価に手軽にバザールで利用できる同毒療法(ホメオパシー)である。これは、起きている症状を引き起こす同じ「毒」を少量処方する療法で、長期的な体質改善を目指す。これに対して高血圧や糖尿病といった生活習慣病患者は、ヒンドゥー教の伝統的療法である薬草類からの薬を使ったアーユルベータが好まれる。この療法には、毒蛇の咬傷への対応といった

急性期医療も含まれている。これとよく似たヒンドゥー教の療法だが、ドラビダ語系諸民族が主な人口を占めるタミール州などの南インドで盛んなのがシッディ療法である。同様にイスラーム教の療法が、元はギリシャ医学でアラブ化された Unani(ユナニ)である。これらにヨーガを加えたところに、ヒンドゥー至上主義を掲げる BJP の意図が伺える。

インド政府としては、これらの AYUSH 医師たちを MBBS 医師に準ずるものとして、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、癌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。

2 - 3 . 公立病院の治療費負担の実態

冒頭に述べたようにインドでは公立病院では原則治療費は薬代を含めて無料だが、医薬品は不足がちでまた品数も限られている。このため多くの患者は、必要とする医薬品をバザールの薬局から自費で購入している。

また公立病院の医師の多くは、その近所に自分の診療所を開設している場合が多く、病院に来た患者を自分の診療所で診察・治療しているか、事情の分かっている患者はその診療所を直接訪れる。こうした自分の診察室を開設することは日本では専門義務違反になるが、インドではその義務が強くは存在していない。

図 - 1 : インドの州別地図



(出 典 : <http://yamao.lolipop.jp/chiri/is-indstate.shtml>)

3 . ビハール州の県以下の公的保健制度と実態

3-1 . ビハール州の基礎情報

コルカタ市とベナレス市の間位置し、真ん中にガンジス河が流れ、北をネパールに接する仏教遺跡が集中するビハール州は、面積は日本の四分の一だが、人口は大よそ 9 千万人なので、一つの国と言ってもよいサイズである。行政的には 38 県に分かれ、州都はガンジス河に接するパトナ市である。

ほとんどの社会経済指標からみて、インドで最も経済及び社会の開発が遅れた貧しい州である。この遅れの原因を簡潔に述べることは不可能だが、農業以外の目立った産業がなく、デリー市やコルカタ市への出稼ぎ者の供給源であること、カーストや宗教によるコミュニティの分断が大きいこと、政治的にはカーストの影響がしばらく前まで強く及んでいたことなどがあげられる。その意味で、本州の保健医療を改善することには大きな意義があると言えよう。

現在の州政権は、インドの与野党 BJP と対抗するニティーシュ・クマールを州首相とする地域政党の連合体によって担われている。そのせいか、ここ数年は目覚ましい経済成長を見せており今後の変化が期待される。

3-2 . ガヤ県：調査対象フィールドとその選定理由

ビハール州ではその最南部ガヤ 県の都市近郊、仏陀が紀元前 500 年頃に悟りを得た聖地として世界中から仏教巡礼者が訪れるブッダガヤのあるブッダガヤ郡と、都市部から数十キロ離れているが GT ロードというインドを東西に貫通する主要幹線道路に面した農村部のバラチャティ郡を主な対象とした。

調査者が、これらの両地域に 1974 年に長期滞在して以来、毎年のように訪問しているので知己が多いことが選択の理由である。こうしたフィールドの人々との信頼関係を持つ人の助けを抜きに、突然来訪する外国人の調査者に適切な回答が得られることが少ないのは当然である。

この調査においては、古くからの友人であるホメオパシーの医師がアシスタントして協力してくれ、調査者のヒンディー語での質問を、再度この農村地域の方言で翻訳する形で村での聞き取りが行われた。また同様に、彼のネットワークを活用することで、公務委員である PHC 関係者への聞き取りが容易となった。また別な友人である元州議会議員の仲介で、ガヤ県の行政トップへのインタビューも可能となった。

3-3 . ガヤ県における公的保健体制

ビハール州政府は、ガヤ県の県都に州立医科大学病院と特定疾患の専門病院を別格のトップ置き、県一般病院、県を二分する準県(Sub-Division)の二つの一般病院、そして 24 ある行政末端の郡 (Block) レベルに公立第一次病院として人口 10 万前後を担当する 38 の PHC (Primary Health Center) を置き、その下に 5 千人の人口を担当する 469 の HSC(Health Sub-Center = 保健サブセンター)、という体制である。加えてビハール州の特徴として、大きな郡では PHC 出張所(Additional PHC)を 46 か所開設し、全住民に対して医療保健サービスを原則無償で提供する体制としている。

人員配置から見ると準県病院にはそれほど力点が置かれず、2 名の MBBS 医師、1 名の

AYUSH 医師、数名の正及び準の看護師・助産師（GNM & ANM）、薬剤師などを配置しているが、卵管結紮を除く手術は行われない。

対照的に末端の PHC にはスタッフが重点的に置かれ、分娩や急病人に対する 24 時間サービス提供体制がとられている。人員配置は、MBBS 医師が二名以上（うち一名が病院長 Medical Officer）、婦人科医 1 名、AYUSH 医師 1 名、GNM(正看護師・助産師 = General Nurse & Midwife)、ANM(準看護師・助産師 = Auxiliary Nurse & Midwife)、薬剤師、放射線技師（ただし委嘱）、検査技師、処方助手（dresser）、郡保健マネージャーなどである。分娩に関わる業務の多くは、なおこの PHC は、より病床数が多く手術室を設けた CHC(Community Health Center)に順次格上げされる予定で、調査時点で 38 の PHC のうち、14 が CHC に昇格していた。間もなく CHC に昇格予定のバラチャティ PHC の人員体制は、以下の表 1 の通りである。

表 1：ビハール州ガヤ県バラチャティ PHC の人員配置表

| 職名 | PHC | | CHC 昇格後の定員 | Ref. |
|-------------------------|-------------|------------|------------|--|
| | Assigned 定員 | Actual 実人数 | | |
| MBBS | 3 | 2 | 6 | Gynecologist, Pediatrician, Surgeon and 3 general |
| Dentist | 1 | 1 | 1 | |
| Staff Nurse/GNM | 2 | 0 | 4 | A-Grade Nurse = BSC Nurse = 学位看護師 and GNM=General Nurse & Midwife 正看護師兼助産師 |
| ANM | 2 | 2 | 4 | 準看護師兼助産師 |
| Pharmacist | 1 | 1 | 1 | |
| Dresser | 1 | 0 | 2 | |
| Block Health Manager | 1 | 1 | 1 | データ入力等 |
| Block Community Manager | 1 | 0 | 1 | フィールドの HSC など担当 |
| Lab-Technician | 1 | 1 | 1 | |

PHC での分娩は、婦人科医や正看護師・助産師、準看護師・助産師が対応することになっているが、実際の仕事の多くは、ビハール州特有の無給の MAMTA(ヒンディー語で「愛」と呼ばれる女性によって担われている。この PHC には三人の MAMTA がおり、24 時間を三人でカバーしている。この PHC では、毎日平均 6 人程の出産がなされ、-出産一件で政府から MAMTA に支払われるインセンティブが 100Rs.なので一日 6 例で 600Rs、月 30 日としてそれを 3 人で割ると、月額報酬が 6000Rs.(11000 円程)で、後述の ASHA の二倍以上を受け取っている。聞くところによるとこの MAMTA の多くは、同州の指定カーस्टで皮革が伝統職業のチャーマルの女性たちで、伝統的産婆 (TBA, 現地語で Dai) の多くはこの人たちであった。それゆえ MAMTA は、伝統的産婆のある意味での発展形態と言えるかもしれない。

また末端の HSC には、予防注射や初期治療などを行う ANM1~2 名と、その死体後に詳しく述べる ASHA が数名配置され、ここが住民への日常的な窓口となっている。

3 - 4 . ガヤ県における民間医療サービス体制

ほとんどの村には、自宅で開業している西洋医学の無資格医がいて、一般的な治療や縫合、注射などを自宅か往診で行っているが、面談した無資格医は分娩は行わないものの、

2.5 ヶ月までの中絶は投薬する、と答えていた。費用が一番安く場合でも一回百ルピー(150円)程度である。

またそれよりは数は少ないが、多くの村にはオージャやバガバットと呼ばれる呪術師がいて、簡単な病気に対する息の吹きかけ(フーと呼ばれる)から、本格的な祈禱を通じた精神疾患(悪霊の憑依)や不妊治療などにあたっている。村人の多くは、このことを迷信だと思ふところがあつて、明示的に語りたがらないが、本調査では呪術師に面談できた。

数村ごとにあるバザールと呼ばれる小さな商店街では、曜日ごとの市が立つほか常設の商店が立ち並ぶ。そのうちの数軒は必ず薬屋で、村人たちからの相談に応じて聴診器や血圧計などで診断し、医薬品を売りつけている。こうした薬屋で働く人たちも、公式な薬剤師ではなく、薬屋の店員経験者が多い。

そしてPHCが置かれるような町になると、PHCの医師、著名な無資格医、ホメオパシーの医師らの診療室あるいはクリニックが複数存在する。アーユルベエダも時に見られるが、その数は少ない。ブダガヤPHCの院長も、町に複数の診察室を開業していた。

さらに大きな町や県都であるガヤ市やその周辺になると、MBBSや他の専門医が勤務する大きくてきれいに見える私立病院(Nursing Homeと名乗る場合もある)がいくつも見られるし、個人クリニックも多い。その上には私立の医科大学病院がありうるが、執筆段階でガヤ県には存在しない。

ちなみにガヤ県ブダガヤ郡のブダガヤの町には、宗教系NGOのクリニックが複数存在し、それらはまた医療車で村々を巡回して、ほぼ無償に近く医療を提供している。しかしその努力にもかかわらず、その恩恵に預かれるものの数は決して多くはない。

3-5. 治療における公立病院への強い不信と民間への依存

今回の調査で一番驚かされたことは、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、百~数百タカ支払う村の無資格医かバザールの薬局を頼りにしていた。呪術師を訪れている場合も少なくないが、医師・薬局と較べてどちらが先なのかは不明であった。こうした人々の大半は十分な休みが取れないので短期間の治療を好み、それゆえ抗生物質などを短期集中で服用することが多い。このことは、他方で耐性菌の増加という問題をもたらしている。いずれにせよ、ある程度の好景気がボトムまで行き渡っており、金がないから治療が受けられない、といった状態は今や恐らく大変限られた状況にあると、ガヤ県では感じられた。

ちなみに、ブダガヤ周辺では宗教系のクリニックが貧困層のために存在するが、適正投薬を守るために利用者が偏る傾向がある。

ある程度教育を受けた中間層の場合も同様で、名声のある無資格医や公立病院のMBBS医師の個人診察室、ホメオパシーの診察室を利用するのが一般的で、数百ルピーから千ルピーほどを負担している。

富裕層になると、大きな町やその周辺の私立病院か公立病院の医師の診察室を利用し、一回に千ルピー(1500円)以上の金額を費やしている。

3 - 6 . 施設分娩の急増の背景としての手当支給とアーシャーの役割

病人や怪我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。分娩に関しては、ほぼ 100%近くが PHC などでの施設分娩になっている。この 10 年間ほどの特に分娩に関する変化は、以下に挙げる理由によるものと強く推定されるが、その背景にはインド政府が MDGs の保健関係ゴールを意識した可能性がある。

- A. PHC(あるいはその下のセンター)での分娩に対する産婦への奨励金提供 (1200 ルピー)
- B. 出産時の自宅から PHC、あるいは PHC から上位病院への移動の無償化(救急車の提供)
- C. PHC 分娩に伴う出産証明書の自動的交付
- D. 住民 1000 人を担当する ASHA(ヒンディー語などで「希望」の意味)という非医療職職員によるモニタリングとケア

本論では、バラチャティ PHC のある ASHA の話を引用することで ASHA の説明に代えよう。このような有効な方法を誰がいつどのように編み出したのかは、今後の研究に値しよう。

- 10 年前の 2006 年から ASHA を務める。バザールの店でその募集を知り、同じ村から三人応募して合格。自分の学歴は 10 年生卒業。
- 受け持ちの村は 265 世帯で人口は 1638 人。予防接種率は 100%。施設分娩も 100%。
- その村は PHC のすぐ近くなので、ほぼ毎日 PHC に来る。今日も出産で一人連れてきた。
- 固定給はないが、月の収入(インセンティブ)は 3 千ルピー程度。出産が 3 ~ 4 例×600 ルピー=1800 ~ 2400、予防接種は受け持ちの子ども接種 100%で 200 ルピー、女性の不妊手術 1 ~ 2 例×200 ルピー=200~400 ルピー。ただ出産の手伝いを行う Mamta の収入は、ASHA の二倍以上。
(参考：非熟練日雇い労働者の日給は 250 ルピー、熟練は 500 ルピー)
- 結核患者に、DOT 治療として四か月間毎日目前で服用させ、完了したら 500 ルピー。本人も 08 年に一例を経験だが、それ以外はない。
- ASHA のトレーニングは、初めに 14 日間、次に一週間程度のものが何度が行われる。

4．西ベンガル州の県以下の公的保健制度と実態

以下では、ビハール州と異なることだけを述べることに留め、重複を避ける。

4-1．西ベンガル州の基礎情報

1947年にインドとパキスタンが分離独立するまで、この西ベンガル州とバングラデシュは一つのベンガル州であった。つまり今のバングラデシュ(分離独立当時は東パキスタン)はこの西のベンガル州に対する東のベンガル州であった。このベンガルでは、インド亜大陸で最も早くイギリスによる植民地化が進み、同時に独立に向けた民族運動の中心地だった。

現在西ベンガル州は、文化の都とも称されるコルカタ市を州都としている。大きさはビハール州より一回り小さいが、ほぼ同様な人口を擁している。地理的には、東にバングラデシュ、西にビハール州とそれから分離したジャールカンド州、南にサイクロン(台風)で知られるベンガル湾とオディッシャ州に囲まれている。

西ベンガル州では、独立後から数年前まで共産党が一貫して政権を保持してきたが、その官僚主義的体質や労働組合の強さの故か、同じ共産党州政権だった、そして開発学ではしばしば社会開発のモデルと言われるインドのケララ州ほどの発展をするには至っていない。経済的には、グジュラート州やパンジャブ州、マハラシュトラ州などの先進州に劣るが、ビハール州やオディッシャ州などの貧困州からは外れている。

現在の州政権は、ママタ・パナジー州首相を筆頭とする地方政党が握っており、前の共産党政権と比べてより高い人気を得ている。

4-2．南 24 パルグナ県：調査対象フィールドとその選定理由

ビハール州では筆者の個人的知己の個人的ネットワークを活用したが、西ベンガル州ではこの県の地元の保健や福祉に取り組む SUK(Samaj Unnayan Kendra=社会発展センター)に受け入れを依頼し、その活動地である南 24 パルグナ県の島が多いシュンドルボン地域、特に障がい者への支援、病院船の定期派遣などを行っているナムカーナー(Namkhana)郡のモウサミー(Mousami)で村落レベルの調査を行い、郡内及び県内で追加的調査を行った。県の公的保健関係者とのつながりが強い NGO のため、公立病院長や職員、県の幹部から話を聞くことができた。

またその SUK の紹介で、PRAYAS というスラムで活動する別な NGO を訪問することができた。その団体の案内で、コルカタ市に隣接するハウラー県に属する二つの都市スラム、線路沿いで鉄道省の土地にあるティッカ・パラ(Tikka Para)のスラムと、都市廃棄物の蓄積場所に隣接するベルガチア(Belgachia)のスラムで、人々と医療に関する状況に触れることができたことは幸甚であった。

4-3．南 24 パルグナ県における公的保健体制

基本的には、ビハール州と同じであるが、以下の 4 点において大きく異なっていることが本調査で判明した、

A. 末端部により手厚い西ベンガル州

ビハール州ガヤ県では郡に PHC(将来的には CHC)を置き、各 PHC の下に 10 ほどの HSC を行政村に置いているが、西ベンガル州では PHC は郡レベルではなく、行政村レベルに置

き、末端部に一層手厚い体制を構築している。具体的には、西ベンガル州では郡にかつて BPHC(Block PHC)と呼ばれ、現在では 75 床を有する郡農村病院(Block Rural Hospital)という名称の病院が置かれ、その下の行政村に PHC を配置し、さらにその下の自然村の多くに PHC のサブセンターを 1 ~ 2 配置しているからだ。

例えばナムカーナー郡では、ドワリカル(Dwarikar)に郡農村病院(Block Rural Hospital)があり、その傘下の 7 行政村のうち 4 つに PHC を配している。残り 3 つの行政村は、他の PHC にアクセスが比較的良いのでない、との説明が郡農村病院からなされた。また 4 つの村からなる同郡モウサミ行政村には、ここ 1 つの PHC と郡農村病院に直属する 5 つのサブセンターがある。そしてビハール州と同様に、末端のセンターには ANM と ASHA が配置されている。ただモウサミ行政村の PHC は、しばらく前にもめ事が起きて以来医師が来なくなり、実質上閉鎖状態に近い。

B. 県や郡の議会の議員が病院に関与

西ベンガル州では 2000 年代の分権化と参加を目指した医療制度改革で、県病院や郡農村病院の運営には県議会や行政村の議会の議員が関わるようになってきている (Ghosh, pp.48~51) 。Ghosh によるとこの改革は必ずしも良い結果だけを生んだわけではないが、それでも住民代表が病院体制に関わるようになってきている点は、一歩進んでいる、といえよう。

C. RBSK(Rashtriya Bal Swasthya Karyakram = 国家子ども保健計画)の不在か実施の遅れ

この二州で 13 年から始まっている BRSK だが、ビハール州では 2 名の AYUSH 医師、1 名の準看護師・助産師、1 名の薬剤師、一名の運転手と四輪駆動車を一チームとする 2 チームが各 PHC に配属させ、その管内にあるすべての 0~5 歳児の幼児保育施設 (Anganwari) と、6~18 歳の公立学校の生徒の健康診断と必要な治療を行うことになっている。しかし西ベンガル州では、今回郡農村病院や PHC で見る限りそういったチームが存在していない。

D. 行政村のクリニックの存在

今回調査を実施したナムカーナー郡モウサミ行政村には、行政村自体の無償診察室が開設され、ホメオパシーの医師が治療に当たっていた。これはビハール州では見たことがない。ただしこの規模や範囲については、本調査では明確にはならなかった。

4 - 4 . 南 24 パルグナ県における民間医療体制

ナムカーナー郡は今回の調査で滞在したコルカタ市から南へ約 3 時間半ドライブした遠隔地にあり、今回の短期的な調査では十分把握できなかった。そこからさらに船で 2 時間近くかかるモウサミ行政村には、一軒の無資格医師がおり、住民の多くが彼に頼っていたこと、そしてその彼が重篤な患者を郡農村病院に送っていることが確認できた。

4 - 5 . 治療における公立病院への薄い不信感、しかし民間への依存も。

3 章のビハール州では公立病院への不信感が強く避ける傾向が明確であったが、西ベンガル州でも本調査で見るとは、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。例えばナムカーナー郡モウサミ行政村では、島というロケーションで遠隔地であることも手伝い、村にいる HSC の ASHA による軽い病気への投薬や、行政村のホメオパシー医師の診察室と彼個人の診察室での治療、そして無資格医による治療だけが一時的治療の方法である。そしてそれらでは手に負えないときの選択肢も、船で二時間近くかかる郡の公立ディワルカル農村病院である、と多くの人が答えていた。ただ一例だけであるが、富裕層の彼女の家族は、公立病院ではなく町かコルカタ市の私立病院に行く、と答えていた。

なおコルカタ市周辺の二か所のスラムの住民の多くは、近所の薬局なりでの治療がうまくいかない場合に、ハウラー駅近くの公立病院に行くと言っていた。

4 - 6 . 施設分娩の普及と懸念点

PHC や郡農村病院での施設出産は、ビハール州同様にモウサミ行政村でも一般的になってきている。しかしこの住民の大変がイスラーム教徒であり、身内の女性を病院に連れて行って他人に暴露することの躊躇いがまだ残り、施設出産は 90%程度であると SUK のスタッフは答えていた。

一方より深刻なのは、ハウラー県の二つのスラムの住民である。どちらの住民も、90%がビハール州のある被差別カースト(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者でないことだ。このため施設分娩しても、奨励金を貰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からだ。

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。

身分証明書を西ベンガル州の者に変更することが、この人たちにとってどれほど困難なことなのかは、本調査は触れることができなかった。しかし施設分娩の 100%を目指すなら、行政担当者はこのことにもっと注意を払うべきであろう。

5. まとめと今後の課題

本調査では、インド政府はおそらく MDGs の保健関係のゴールを意識し、あるいは経済成長や教育状況の改善にマッチした保健状況の改善を意識して、10 年ほど前から、妊婦の施設分娩、幼児や児童生徒への予防注射の完全実施などを、郡レベルの郡農村病院や PHC、及サブセンターを軸に、奨励金の支給や無償輸送の提供、新たな働き手である ASHA の配置などを通じて、大きな改善を行っていることを二州の周縁部での調査を通じて確認した。

しかし公的医療については、ビハール州では人々はそれを信頼していないことが判明した。西ベンガル州では、改善の余地があるとはいえ人々は農村でも都市スラムでも公的医療にそれなりに信頼していた。とはいえ両州ともに民間医療に大きく依存しており、巨額な人々の金が質保証十分でないそれに使われていることから、社会的コストが以上に高くなっている可能性が十分にあるので、一層の改善が求められる。

以下は本調査では十分カバーできなかった点である。今後の課題として挙げておきたい。

1) RSBY(Rashtriya Swastha Bima Yojana = 国家健康保険計画)

本調査が十分意識しなかったせいかもしれないが、ビハールではまだ広まっていないが、西ベンガル州では広まりつつあるという印象を得た。貧困世帯カードがあれば、この RSBY に無償で加入でき、家族五人までが年間 3 万ルピー(5 万円)まで、公立病院にない医薬品の購入代やその他の医療費に使えるというこの制度は、UHC を実現するカギになる可能性を秘めている。この追跡調査も、意義深いものになる可能性が高い。

2) RBSK(Rashtriya Bal Swasthya Karyakram = 国家子ども保健計画)

この二州で 13 年から始まっている BRSK だが、前述のようにビハール州では目に見える動きがあるが、西ベンガル州ではそれほど動きがない。この現状調査を行う時期に来ていよう。

3) ビハールの HSC (Health Sub-Center) の実態

ANM と ASHA が配置されるこれは、西ベンガル州では(郡農村病院の)サブセンター、ビハール州では HSC(Health Sub-Center)と呼ばれている。本調査では、これらの実態について西ベンガル州ではある程度触れられたが、ビハール州では話を聞く程度にとどまってしまったため、今後の課題としたい。

参考文献リスト

UNDP, 人間開発報告書 2015、ccc メディアハウス、東京、2016

Ghosh, Buddhadeb, Decentralizing Health Care Delivery System in West Bengal: A Review of the Recent Initiatives, the 1st chapter of Kumar, Girish edited "Health Sector Reforms in India", Monohar, New Delhi, 2009

Gupta, Madhvi & Pushkar, Democracy, Civil Society and Health in India, Palgrave macmillan, London, 2015

Department of Health and Family Welfare. The Health Sector Strategy 2004 – 2013,

Government of West Bengal,

本報告の目的は、都市を単位とする開発の現代的な意義を途上国の文脈からひも解き、ゴール 11 の実現にかかる課題を主要アクターと財政の面から考察することにある。現状に即した課題を検討するため、SDGs の採択時におこなわれたサイドイベント¹や第 3 回国連人間居住会議（以下ハビタット 3）に向けたテーマセッション²、そして 2016 年 10 月に開催されたハビタット 3 への参加から得られた知見を取り込んで、現段階までの議論とその争点を以下に整理する。

1. 開発アジェンダと「都市」

2015 年 9 月の国連総会において、「ミレニアム開発目標（以下 MDGs）」の後継にあたる「持続可能な開発目標（以下 SDGs）」が採択

→ 新たに設置されたのが「都市」を単位とするゴール 11（付録 1 を参照）

MDGs では、「都市」はゴール 7 内のインディケータールに出ているのみ

→ 「スラムに居住する都市人口の割合」

従来の援助戦略 = 開発から取り残される農村に焦点を当てることが多く、現にヨーロッパのドナー諸国も、長年の間、都市よりも農村に傾倒した支援を展開 [UN-Habitat, 2003]

→ ゴール 11 の誕生は農村を重視する言説からの脱却を示唆

→ 国際開発と援助政策における一つのパラダイムシフト

2. 「都市」を単位とする目標設定の意義

現代の消費・生産・再生産の拠点が都市に偏向している現状 = 都市の卓越性はグローバル化の進展とともに上昇

→ 都市の面積は地球全体の 2% 以下だが、その限られた領域に世界総人口の半数が居住 [LSE Cities, 2013]

→ 全世界の国内総生産の 8 割が都市で創出され、そのエネルギー消費量は世界全体の 3 分の 2 にまで到達 [World Bank, 2015]

→ 大気汚染や水不足の深刻化、生活環境の悪化、生態系の破壊、犯罪の増加、災害被害の拡大などを引き起こしており、都市のサステナビリティは非常に脆弱

¹ 具体的には、ニューヨークにあるニュースクールでおこなわれた「Safer Cities」と、国連本部で開かれた「One Billion Slum Dwellers」という 2 つのサイドイベントの内容を参照している。

² 2016 年 3 月にメキシコシティで開かれた、国連ハビタットのテーマ会議である「Financing Urban Development」を指す。

経済活動とそれを牽引するマンパワーの局所的な集中 = 倍加的な都市化の進行

- 農村と都市の人口比率の逆転 = 世界の都市化率は 1950 年に 30%だったが、2014 年には 54%にまで上昇、そして 2050 年には 66%に達するとの予測 [UN DESA, 2014]
- 現代の都市化は途上国世界によって深化・拡大 = 1980 年から 2015 年までの都市人口総数の推移をみると、先進国では約 6.5 億から 9.5 億弱までの緩やかな伸び；途上国³では 10.5 億から 30 億程度へと 3 倍近くの増加 [World Bank, 2016a]

現代の都市化の傾向

- A. 特定の都市への人口集中が加速、その趨勢がアジア・アフリカ地域において顕著
 - 人口 1,500 万を超える巨大都市圏の数は 2016 年初頭のデータで 22 にまで伸張；その内の 13 がアジア・アフリカ地域の途上国や新興国に位置 [CITY POPULATION, 2016]
- B. 途上国において驚異的な速度で進行する都市化
 - 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ず
 - 例えば、2000 年から 2010 年までの都市部のスラム居住者の数 = 7 億 6,700 万人から 8 億 2,800 万人にまで増加 [United Nations, 2011] 都市化の勢いが MDGs の取り組みを相殺

問題の本質 = 都市化という現象ではなく、都市化に対応できていない都市のあり方

- 都市化をめぐる解釈の転回 = ハビタット 3 で採択された「New Urban Agenda」：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

3. ゴール 11 の特徴

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

- 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

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

- MDGs = 建築環境の観点から格差や貧困の問題が把握されず（貧困層や女性、子ども、障がい者といった人びとが生産・消費・再生産活動のための空間とそこへの移動手段から排除されている点など）

都市計画上の 2 つの要点：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

- 安心・安全・安価な公共交通機関の整備 = 集積によって生じる負の影響を軽減させる仕掛け [加藤, 2016]

³ 「途上国」として一括したが、出典の元データには中所得国と低所得国の 2 つのカテゴリーが含まれている。

- あらゆる人びとが様々な場所に移動・アクセスできる手段を提供 = 都市空間の利用に関する格差を是正
- 環境問題の悪化に歯止めをかける効果 = 自動車社会からの脱却、大気汚染や交通渋滞の緩和、スプロール現象の抑制など、低炭素社会の実現に貢献
- 生産性の向上 = (1) 迅速かつ安定的な輸送の確保によって、企業の生産効率性が上昇、(2) 短時間で長距離の移動が可能になることで、人びとの雇用オプションが広がり労働生産性が向上

パブリック・スペースの充実 = SDGs が標榜する包括的 (inclusive) な社会の醸成に寄与

- 民主的に管理されたパブリック・スペース = 年齢、収入、地位、宗教、人種的背景を問わず、すべての社会集団が直接出会うことができる都市空間；その空間で交わされる情報や価値を共有・経験させる機能を保有 [ゲール, 2014]
- 人びとが自らのアイデンティティを表現し、共通のリソースにアクセスできる場 [Rivera & Lagos, 2013]
- 都市の許容力と創造力を養う装置であり、また居住性や安全性を示すバロメーター

4. 実現に向けた課題の考察

ゴール 11 の課題考察の前提 = 「local government (地方自治体)」という主体の重要性

- SDGs 自体は国を単位として合意されるが、ゴール 11 の舞台は都市や地域 = 核となる実施主体は地方自治体；ゆえに、地方自治体のキャパシティ向上がゴール 11 の上位課題

途上国の地方自治体が直面する最大の障壁 = 財政の問題

- 公共交通機関、住宅、電気・上下水道、衛生・医療施設といったインフラの整備に加えて、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；これらをあまねく備えるには、既存インフラの改善と新規インフラの建設が不可欠であり、莫大なコスト

しかし、世界的な地方分権の潮流を受けて、多くの地方自治体の財政はより逼迫した状態

- 分権化による中央集権体制からの転換と地方への権限委譲 = 地方自治体の義務を肥大化させ、歳出が歳入を上回ってしまう状態
- とりわけ途上国における状況は厳しい：地方自治体の一人当たりの年間支出額 = 欧米諸国で 3,000 ドルから 4,000 ドルなのに対し、アフリカ諸国では 36 ドルにしか過ぎず [Global Taskforce, 2016]

資金調達の基盤を地方レベルで構築する必要性：一連の会議で論じられている施策案

- A. 租税改革の推進 = 地方自治体の自己財源の確立
- 財産税、固定資産税、法人関連の税などの見直しと強化

B. 民間資本の活用 = 途上国に流入する民間資本の規模 > 政府開発援助 (ODA)

- 2003 年から 2004 年の段階 = OECD 諸国から途上国への ODA と民間資本の総額はそれぞれ 748 億ドルと 629 億ドルとほぼ同水準 ; 2010 年度には 1,284 億ドルと 3,444 億ドルにまで差が開いており、民間資本の総額は 2014 年度に 4,000 億ドルを突破 [OECD, 2015]
- ゴール 11 に関する代表的なアプローチ = 「官民パートナーシップ (public private partnership, 以下 PPP)」 ; 一定期間の運営を経て費用を回収した後、公的機関に移転するという BOT (Build-Operate-Transfer) の手法が有名⁴ ; 1991 年から 2015 年までの間 : 交通インフラの分野における PPP の事業数は 599 を記録しており、そのうちの 532 が BOT 方式で実施・契約 [World Bank, 2016b]

C. 国際的な援助や融資の拡充 (とくにマルチラテラルな機関からの支援を地方自治体に方向づける必要性)

- 懸念 : 中央政府を経由して地方自治体に落とされることもあり、国に対する債務や融資に含まれてしまう = 地方の裁量で支援を受ける可能性の低下

以上の方策 = 今までも繰り返し論じられてきた点であり、実践に向けた課題が残存

- 途上国の社会では課税の役割が認識されていないことや、天然資源や援助に依存する構造から課税をおこなうインセンティブが弱いことなど、税制改革を阻害する要因が存在 [花井, 2012]

外資や多国籍企業に頼る形での経済開発 = しかし、課税ルールや徴税能力の不備などから、適当な税収を得られていないケースが散見 [青山, 2016]

- 企業の租税回避の拡がりによる税収問題 = 途上国の政府歳入の 10% に相当する 7,300 億ドルが多国籍企業、そのうちの 4 分の 1 から 3 分の 1 が法人所得税によるもの ; 他方、1,000 億米ドルに上る税収の損失が報告 [UNCTAD, 2015]
- 合法的なスキームに基づく租税回避であることも多く、それをおこなう主体のモラルに訴えかけるしかないというジレンマ

民間企業の活用の課題

- PPP の場合 = ゴミの回収といった私的材の提供には有効、電力や水のように規模の経済性から自然独占が生じる場合は市場の競争原理が働かず規制や監督が必要 ; しかし、途上国ではそうした機能を果たす機関や人材が整っていないため、結果的に経営効率が悪化 [鈴木, 2016]
- 例えば、1997 年から民間参入による大規模な上水道事業がおこなわれたマニラ = 給水人口や給水率が上昇したものの、料金は以前と比べて最高で 3.7 倍増を記録 [Wu & Malaluan, 2008]

⁴ BOT 以外には、企業が建設・管理・運営し、契約期間後も所有し続ける BOO (Build-Own-Operate) や、企業が建設を終えて所有権を公的機関に移転した後、一定期間の運営を企業が担う BTO (Build-Transfer-Operate) などがある。

- 多くの PPP が公約のターゲットを満たせずに終わることも珍しくなく、一過的な処方になってしまう可能性

第 2・第 3 の都市の開発問題

- 過度な局所的集積を防ぎ、持続可能な都市のあり方を国や地域全体で作り上げるには、第 2・第 3 の都市の開発が鍵：500 万人から 1,000 万人規模の都市も成長
- その数は 1990 年の 21 都市から 2014 年には 43 都市、そして 2030 年までに 63 都市にまで上昇するとの予測 [UN DESA, 2014]
- 第 2・第 3 の都市 = 首座都市に比べて国内的にも国際的にもアテンションを惹きつけにくいいため、投資や融資を誘致することには困難
- 例えば、地域間の是正策として提唱された「成長の極理論 (growth pole theory)」は、税優遇措置や産業インフラなどの提供を材料にして、投資を地方に拡散させる狙いがあったが、実際には首座都市における産業集積効果やリソースの蓄積に敵うことなく、失速していった計画も少なくない⁵

5. キャパシティの構築に関する課題

以上に挙げた課題の根底：執行能力の問題

- 途上国の地方レベルにおいて、執行能力を有したアカウンタブルな統治体制、いわゆる「ガバナンス」が「適切に」整っているのか？

開発とガバナンスをめぐる 2 つのジレンマ

- (1) 融資や投資が必要なところはガバナンスに問題を抱えている点
 - 前述の PPP の 559 事業のうち、ガバナンスの弱さが指摘されるサハラ以南アフリカで実施・契約された数は 24 に留まっており、また低所得国での事業は 10 に過ぎず；そのなかの約 13% に当たる 71 事業が開発金融機関の援助対象であったが、低所得国の案件で融資を受けたのはトーゴとハイチの 2 つのみ⁶ [World Bank, 2016b]
 - ガバナンスの強化を成し遂げない限り、投資や融資を呼び込むことが厳しくなり、具体的な開発事業に着手できないという負のサイクルに陥る
- (2) ドナー側の論理に沿ったガバナンス論が展開されている点
 - 「ガバナンス」という概念 = バイやマルチの金融機関によって提唱・普及されてきた：援助効果を高める目的を内包、効率的な援助運用のための制度改革
 - ドナーの旧来の価値観を投影した「民主化」とそれに基づくガバナンスの「正当性」の揺らぎ：トップダウンへの回帰とポピュリズムの台頭

⁵ 瀬田 [2002] によれば、成長の極理論は地域間格差の是正を図る戦略論としては画期的であったが、理念的であったため具体性に欠けており、大きな成果につながらなかったとまとめている。

⁶ トーゴの事業にはアフリカ開発銀行と国際金融公社、ハイチの事業には国際金融公社が融資をおこなっていた。

途上国の経験や価値観に基づいたアプローチの追求

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

- 途上国における地方自治体のリソースは概して限られている = 情報や知識、経験などを共有する回路を作り上げて、それぞれのキャパシティを高めていく試みが展開
- ゴール 11 関連の例：「Global Network on Safer Cities」, 「World Urban Campaign」, 「United Cities and Local Governments (UCLG)」, 「World Association of Major Metropolises」など
- 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 = グローバルシティ論における都市のネットワーク化

6. 今後の検討事項

すでに指摘した点の再検討

- 一体感の欠如、関心の低さ、表象性の問題

一体感の欠如（本年度：民間企業の位置づけについて）

アーバンプランナー・実務家と政策立案者・官僚との隔たりに加えて、市民社会や企業の関与もつながりが弱い

- ハビタット 3 では、本会場の近くに Exhibition と呼ばれる別会場が設置（図 1 を参照）：各国政府、市民社会、学術・研究機関、民間企業など、カテゴリーごとにエリア分けされている
- 居住関係で著名な Habitat for Humanity International といった NGO や、都市計画研究で知られる大学院大学の New School などがブース内を設置：本会場のセッションの企画・開催に加えて、各ブースでの独自の講演やワークショップなども実施
- 一方、民間企業のブース = CSR の宣伝・ショーケース：本会場のセッションへの関与が低い；その他の参加主体との関係性・関連性が薄い



図 1 ハビタット 3 の Exhibition 会場

関心の低さ

20年ぶりにハビタット3が開催されたにも関わらず、ゴール11への政府の意欲、パブリックアテンションは総じて低い（とりわけ日本のプレゼンスの低さ）

- 例えば Smart-city を推進して世界的に売り出している韓国は、Exhibition で VR などを取り入れた体験型のブースを設置して大きな注目を集めていたのに対し、日本の情報提供・発信は極めて乏しく閑散な状態（図2と図3を参照）

図2 Exhibition 内の韓国のブース



図3 Exhibition 内の日本のブース



表象性の偏り

都市の多様性や包括性を標榜 = しかし、女性・ジェンダー、子ども・若者、障がい者、LGBTIといったステークホルダーの存在感が薄く、中年の男性が議論の中心

- ハビタット3では多少改善：「女性・ジェンダー」と「子ども・若者」をタイトルに掲げるセッションはそれぞれ16と19に上り、SDGsの新要素として注目を集めていたパブリック・スペースの19と同じ⁷

⁷ ハビタット3の公式プログラム [Habitat III, 2016] に列挙されたものを計算すると、開催されたセッションやイ

→ 一方で、障がい者と LGBTI を題目とするセッション = わずか 2 つずつ⁸

質的分析の指標化にかかる問題

インディケータ（表 1 を参照） = 量的分析が基盤：ターゲット 1・5・6 などは数値指標しやすい；ターゲット 2 や 7 については、公共交通機関やパブリック・スペースへのアクセスを対象数や割合から把握

- しかし...グループやカテゴリー、コホートに分けての定量分析は可能だが、「持続可能性」を測るためには質的分析が不可欠：例えば、パブリック・スペースの包括性や多様性などを実証する質的分析：質的分析を可視化させる調査・研究の重要性
- SDGs が掲げる「格差」 = いかにか「スタンダード（基準）」「インディケータ（指標）」ベースの開発アジェンダに質的分析の成果を組み込んでいけるのか？

表 1 ゴール 11 のインディケータ一覧

| |
|--|
| 11.1.1 Proportion of urban population living in slums, informal settlements or inadequate housing (スラム、非正規の居住や不適切な住宅に居住する都市人口の割合) |
| 11.2.1 Proportion of population that has convenient access to public transport, by sex, age and persons with disabilities (公共交通機関へ容易にアクセスできる人口の割合 (性別、年齢、障害者別)) |
| 11.3.1 Ratio of land consumption rate to population growth rate (人口増加率と土地利用率の比率) |
| 11.3.2 Proportion of cities with a direct participation structure of civil society in urban planning and management that operate regularly and democratically (定期的かつ民主的に行われている都市計画及び管理において、市民社会構造に直接参加できる都市の割合) |
| 11.4.1 Total expenditure (public and private) per capita spent on the preservation, protection and conservation of all cultural and natural heritage, by type of heritage (cultural, natural, mixed and World Heritage Centre designation), level of government (national, regional and local/municipal), type of expenditure (operating expenditure/investment) and type of private funding (donations in kind, private non-profit sector and sponsorship) (全ての文化及び自然遺産の保全、保護及び保存における総支出額 (公的部門、民間部門) (遺産のタイプ別 (文化、自然、混合、世界遺産に登録されているもの)、政府レベル別 (国、地域、地方、市)、支出タイプ別 (営業費、投資)、民間資金のタイプ別 (寄付、非営利部門、後援))) |
| 11.5.1 Number of deaths, missing persons and persons affected by disaster per 100,000 people (10万人当たりの災害による死者、行方不明者、及び被災者数) |
| 11.5.2 Direct disaster economic loss in relation to global GDP, including disaster damage to critical infrastructure and disruption of basic services (災害による甚大なインフラ被害及び基本サービスの中 |

べントの合計数は、クローズドのものを含めて 599 であった。したがって、「女性・ジェンダー」と「子ども・若者」の全体比はそれぞれ 0.027% と 0.032% に過ぎない。しかしながら、ハビタット 3 で取り上げられた 이슈ーが極めて多岐に渡っていたことを考えると、絶対的な低数値とはいえないだろう。

⁸ こうした表象性の低さに対するアピールとして、ハビタット 3 の会期後半にはドラァグクイーンが会場内を練り歩くというパフォーマンスがおこなわれ、来場者の意識啓発を促していた。

| |
|--|
| 断を含む、グローバルな GDP に関連した直接的な災害経済損失) |
| 11.6.1 Proportion of urban solid waste regularly collected and with adequate final discharge out of total urban solid waste generated, by cities(都市で生成される廃棄物について、都市部で定期的に回収し適切に最終処理されている固形廃棄物の割合) |
| 11.6.2 Annual mean levels of fine particulate matter (e.g. PM2.5 and PM10) in cities (population weighted)(都市部における微粒子物質(例:PM2.5 や PM10)の年平均レベル(人口で加重平均したもの)) |
| 11.7.1 Average share of the built-up area of cities that is open space for public use for all, by sex, age and persons with disabilities(各都市部の建物密集区域における公共スペースの割合の平均(性別、年齢、障害者別)) |
| 11.7.2 Proportion of persons victim of physical or sexual harassment, by sex, age, disability status and place of occurrence, in the previous 12 months(過去12か月における身体的又は性的ハラスメントの犠牲者の割合(性別、年齢、障害状況、発生場所別)) |
| 11.a.1 Proportion of population living in cities that implement urban and regional development plans integrating population projections and resource needs, by size of city(人口予測とリソース需要について取りまとめながら都市及び地域開発計画を実行している都市に住んでいる人口の割合(都市の規模別)) |
| 11.b.1 Proportion of local governments that adopt and implement local disaster risk reduction strategies in line with the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030(仙台防災枠組2015~2030に則した地域防災戦略を採用し、実施している地方公共団体の割合) |
| 11.b.2 Number of countries with national and local disaster risk reduction strategies(国レベルや地方レベルでの防災戦略を持つ国の数) |
| 11.c.1 Proportion of financial support to the least developed countries that is allocated to the construction and retrofitting of sustainable, resilient and resource-efficient buildings utilizing local materials(現地の資材を用いた、持続可能で強靱(レジリエント)で資源が効率的である建造物の建設及び改築に割り当てられた後発開発途上国への財政援助の割合) |

参考:日本語訳については、IGES [2016]「SDGs グローバル指標案(仮訳)」から抜粋。

【参考文献】

CITY POPULATION [2016], “Major Agglomerations of the World,” Available: <http://citypopulation.de/world/Agglomerations.html> (2016年2月27日アクセス).

Global Taskforce of Local and Regional Governance (Global Taskforce) [2016] “Our Habitat III Journey,” Available: http://media.wix.com/ugd/bfe783_b8ca04f24be941a4ab3f095811e1f8c6.pdf (2016年9月10日アクセス).

Habitat III [2016], “Programme,” Available: <https://habitat3.org/programme/> (2016年10月28日アクセス).

LSE Cities [2013], *Going Green: How cities are leading the next economy*, London, UK: London School of Economics and Political Science.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) [2015], “Statistics on resource flows to developing countries,” Available: <http://www.oecd.org/dac/stats/statisticsonresourceflowstodevelopingcountries.htm> (2016年10月19日アクセス).

Rivera, Manuel & Adriana Lagos [2013], “Establishing a Sustainable Development Goal on Cities,” *IASS Policy Brief 3/2013*, Potsdam, Germany: Institute for Advanced Sustainability Studies Potsdam.

United Nations [2011], *The Millenium Development Goals Report 2011*, New York, USA: United Nations.

United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) [2015], *World Investment Report 2015: Reforming International Investment Governance*, Geneva, Switzerland: United Nations.

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

United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) [2003], *The Challenge of Slums: Global Report on Human Settlements 2003*, London, UK: Earthscan Publications Ltd.

World Bank [2015], “World Bank Group and UN-Habitat: Intensifying Partnership for Transformative Sustainable Urban Development towards COP21, Habitat III, and the Sustainable Development Goals,” Available: www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/10/10/world-bank-group-and-un-habitat-intensifying-partnership-for-transformative-sustainable-urban-development-towards-cop21-habitat-iii-and-the-sustainable-development-goals (2016年2月27日アクセス).

World Bank [2016a], “Urban Development,” Available: <http://data.worldbank.org/topic/urban-development> (2016年9月12日アクセス).

World Bank [2016b], “Private Participation in Infrastructure Database,” Available: <https://ppi.worldbank.org/data> (2016年10月30日アクセス).

Wu, Xun and Nepomuceno A. Malaluan [2008], “A Tale of Two Concessionaires: A Natural

Experiment of Water Privatisation in Metro Manila,” *Urban Studies*, 45(1), p.207-229.

青山慶二 [2016] 「途上国の一般的租税回避否認規定 (GAAR) の課題とわが国への示唆 - 新興国を中心に - 」、『ファイナンシャル・レビュー』、第 126 号、p.47-69。

外務省 [2015] 「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための 2030 アジェンダ (仮訳)」
Available:http://pub.iges.or.jp/modules/envirolib/upload/6123/attach/20150925_sdgs2013agenda_iges_jp.pdf (2016 年 2 月 24 日アクセス)

加藤浩徳 [2016] 「経済成長と都市整備」 『グローバル時代のアジア都市論 - 持続可能な都市をどうつくるか - 』 (松行美帆子・志摩憲寿・城所哲夫編)、丸善出版、p.20-36。

ゲール、ヤン [2014] 『人間の街 - 公共空間のデザイン - 』 (北原理雄訳)、鹿島出版会。

公益財団法人 地球環境戦略研究機関 (IGES) [2016] 「SDGsグローバル指標案(仮訳)」 Available:
<http://www.iges.or.jp/files/research/integrated-policy/PDF/20160819/Ref2.pdf> (2017年3月23日アクセス)

鈴木博明 [2016] 「都市開発とファイナンス」 『グローバル時代のアジア都市論 - 持続可能な都市をどうつくるか - 』 (松行美帆子・志摩憲寿・城所哲夫編)、丸善出版、p.168-183。

瀬田文彦 [2002] 『地域格差是正政策とグローバル化に伴うその変容過程：日本・タイ・マレーシアにおける比較研究』、東京大学博士論文、東京大学。

花井清人 [2012] 「第四章 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) p.125-166、アジア経済研究所。

付録 1 ゴール 11 の一覧

| 目標 11 包括的で安全かつ強靱(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 | |
|---|---|
| 11.1 | 2030 年までに、すべての人々の、適切、安全かつ安価な住宅及び基本的サービスへのアクセスを確保し、スラムを改善する。 |
| 11.2 | 2030 年までに、脆弱な立場にある人々、女性、子ども、障害者及び高齢者のニーズに特に配慮し、公共交通機関の拡大などを通じた交通の安全性改善により、すべての人々に、安全かつ安価で容易に利用できる、持続可能な輸送システムへのアクセスを提供する。 |
| 11.3 | 2030 年までに、包摂的かつ持続可能な都市化を促進し、すべての国々の参加型、包摂的かつ持続可能な人間居住計画・管理の能力を強化する。 |
| 11.4 | 世界の文化遺産及び自然遺産の保護・保全の努力を強化する。 |

| | |
|------|--|
| 11.5 | 2030 年までに、貧困層及び脆弱な立場にある人々の保護に焦点をあてながら、水関連災害などの災害による死者や被災者数を大幅に削減し、世界の国内総生産比で直接的経済損失を大幅に減らす。 |
| 11.6 | 2030 年までに、大気の状態及び一般並びにその他の廃棄物の管理に特別な注意を払うことによるものを含め、都市の一人当たりの環境上の悪影響を軽減する。 |
| 11.7 | 2030 年までに、女性、子ども、高齢者及び障害者を含め、人々に安全で包摂的かつ利用が容易な緑地や公共スペースへの普遍的アクセスを提供する。 |
| 11.a | 各国・地域規模の開発計画の強化を通じて、経済、社会、環境面における都市部、都市周辺部及び農村部間の良好なつながりを支援する。 |
| 11.b | 2020 年までに、包含、資源効率、気候変動の緩和と適応、災害に対する強靭さ(レジリエンス)を目指す総合的政策及び計画を導入・実施した都市及び人間居住地の件数を大幅に増加させ、仙台防災枠組 2015-2030 に沿って、あらゆるレベルでの総合的な災害リスク管理の策定と実施を行う。 |
| 11.c | 財政的及び技術的な支援などを通じて、後発開発途上国における現地の資材を用いた、持続可能かつ強靭(レジリエント)な建造物の整備を支援する。 |

出典：外務省[2015]「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための 2030 アジェンダ(仮訳)」。

研究成果の刊行に関する一覧表

特になし