

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29年度 総括研究報告書

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 4 月

## 目 次

I . 総括研究報告	
研究要旨	
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 -----	3
村上 仁	
II . 分担研究報告	
1 . SDGs健康関連ゴール・ターゲット達成のための、 実施体制ならびにモニタリング・評価指標に関する研究-----	8
村上 仁	
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に関する研究（特にジェンダー領域について） -	33
池上清子	
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困層の視点から） に関する研究 インドとバングラデシュにおける公的保健医療制度と医療保険を 含めた費用負担～ 民営化が進む医療と貧困層の医療費負担の実相 ～ 研究結果 -----	36
大橋正明	
4 . Changes in Phase of Urban Development: Consequences of urbanization and demographic transition -----	56
高橋華生子	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	74

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29年度 総括研究報告書

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 4 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 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國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。2017 年の HLPF では、日本が初めて自発的國家レビュー (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。

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「目標によるガバナンス」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、住生活などと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。

## 1. 分担研究報告：SDGs 健康関連ゴール・ターゲット達成のための、実施体制ならびにモニタリング・評価指標に関する研究

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  
国際医療協力局人材開発部広報情報課長

### 【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。報告会の詳細は資料1として添付する。

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。報告会の詳細は資料2として添付する。

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。

### 【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<sup>1)</sup>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」<sup>2)</sup>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」<sup>3)</sup>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。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。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0

WG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。

OWGI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<sup>4)</sup>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「アジリアベバ行動目標」<sup>5)</sup>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」<sup>6)</sup>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。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ー、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。

### 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<sup>7)</sup>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)<sup>8)</sup>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。詳細な報告は資料1として添付した。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。

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. 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)<sup>9)</sup>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、質が高く包摂的で透明性のある国家のアカウントビリティ・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<sup>10)</sup>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）多様な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）科学的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<sup>11)</sup>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<sup>12)</sup>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」<sup>13)</sup>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
- 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

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

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

**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 ) 10 ( 格差 )、12 ( 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"> <li>● 一億総活躍社会の実現：安心につながる社会保障</li> <li>● 健康づくり・生活習慣病対策の推進</li> <li>● 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</li> <li>● 薬剤耐性 ( AMR ) 対策アクションプランの推進</li> <li>● 感染症対策に資する研究開発の推進</li> <li>● がん対策の推進</li> <li>● 肝炎総合対策の推進</li> </ul>	
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 ) 11 ( 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 ) 11 ( 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 ) 12 ( 持続可能な生産・消費 ) 13 ( 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 ) 14 ( 海洋 ) 15 ( 生物多様性 )
優先課題 7 . 平和と安全・安心社会の実現	16 ( 平和 )
優先課題 8 . SDGs 実施推進の体制と手段	17 ( 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
<b>優先課題1.あらゆる人々の活躍の推進</b>		
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）
<b>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</b>		
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）
<b>優先課題6.生物多様性、森林、海洋等の環境の保全</b>		
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）
<b>優先課題7.平和と安全・安心社会の実現</b>		
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）

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
<b>優先課題1. あらゆる人々の活躍の推進</b>				
長時間労働の是正	ニッポン一億総活躍プラン <sup>14)</sup>	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 <sup>15)</sup>	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 <sup>30)</sup> 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 <sup>14)</sup> ・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 <sup>14)</sup>	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) <sup>16)</sup>	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 <sup>14)</sup>	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) <sup>16)</sup>	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 <sup>17)</sup> 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
<b>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</b>				
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) <sup>18)</sup>	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) <sup>19)</sup> 、国土のグランドデザイン2050 <sup>20)</sup>	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
<b>優先課題6：生物多様性、森林、海洋等の環境の保全</b>				
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
<b>優先課題7：平和と安全・安心社会の実現</b>				
交通安全対策の推進	第10次交通安全基本計画 <sup>21)</sup>	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 <sup>22)</sup>	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)」を元に著者作成)				

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ことがわかる。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<sup>14)</sup>」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<sup>15)</sup>」

」、2013年9月に策定された「障害者基本計画(第3次)<sup>16)</sup>」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。2015年3月に閣議決定された「消費者基本計画<sup>17)</sup>」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)<sup>18)</sup>」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)<sup>19)</sup>」は、2014年7月に策定された「国土のグランドデザイン2050<sup>20)</sup>」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<sup>21)</sup>」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<sup>22)</sup>」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<sup>23)</sup>。

### 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ことになっている。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」<sup>24)</sup>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)」<sup>25)</sup>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。

## 【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いう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。

## 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、多部門連携を推し進めるのに有利である。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<sup>26)</sup>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<sup>27)</sup>。

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。

#### 【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、アジス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。

## 【G. 研究発表】

### 1. 論文発表

### 2. 学会発表

(口演)「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.

## 【H. 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.



## 2. 分担研究報告：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に関する研究（特にジェンダー領域について）

研究分担者 池上清子 PSD(Partners for Sustainable Development)代表取締役

### A 目的

1. 国連が持続可能な開発目標(SDGs)に関して毎年実施する HLPF (High Level Political Forum) において、44か国の政府報告の中から、日本とバングラデッシュの2か国を取り挙げてジェンダー分野の対応を調査し、比較・分析すること。
2. HLPF における市民社会の役割を明確化すること。

### B 方法論

1. バングラデッシュと日本の VNR(Voluntary National Review)報告書入手し、比較する。特に、保健分野とジェンダー分野に絞って、比較する。日本の HLPF での発表を聞き、国連会議場での反応などを調べる。
2. 市民社会が実施する公式サイドイベントに参加し情報を収集する。
3. 日本の国会議員と情報交換することにより、HLPF に関する情報を入手する。

### C 結果

1. 日本だけではないが、手前味噌の内容を多く含む報告が多い。これは、政治的な視点が重視された見直しであることを示している。本来は、3年目にあたる2018年までの進捗状況を把握することが目的であるべきである。実施が進んだ分野だけを指摘することに留まってい

てはならない。今後、VNRを実施する国は、以下の2点を明確にするべきであろう。

- A) A)各国が正確なSDGsの進捗に基づいたレビューを行い、SDGs達成に向けて、今後の活動につなげられるものになったのか
- B) 国連加盟国としての説明責任を果たせたのか。

日本のVNR報告書は「国連ハイレベル政治フォーラム報告書～日本の持続可能な開発目標(SDGs)の実施について～」と題して発表された。このなかでジェンダーについては、優先課題1のところ「あらゆる人々の活躍を推進」という項目の下で扱われる。一億総活躍社会。その中に、いわゆる社会的な弱者とされている人たちが羅列されていて(子ども、女性、障害者、高齢者、難民、少数民族など)、脆弱な立場に置かれやすい人に焦点を当てると記述されている。女性は、一億総活躍する社会の中で必要なのだと認識を持たれていることは理解されるが、どのような施策が取られて、どのような結果がでているのか、指標は何を使って評価しているのか、などには触られていない。ジェンダー関連では他にも国内課題としては、働き方の改革や、6人に1人が貧困の状況と言われている子どもの貧困問題との関連で指摘されて

いるに過ぎない。

この点、バングラデッシュは数値を提示して現状分析として進捗状況を把握している。本来はどの国の VNR もこのような方向性であるはずであったと思われる。なぜバングラデッシュと比較するのかという点については、アジアの途上国であること(途上国も先進国も含む SDGs の特色を考慮した)、また、SDGs の部分的前身でもある ミレニアム開発目標 (MDGs) の優等生であったことが挙げられる。

2017年のVNR のテーマ「Eradicating poverty and promoting prosperity in a changing world」、つまり、貧困をなくし、今の世界を変えながら、繁栄をどのように築いていくかという話に集約した報告となっている。SDGs の目標の1、2、3、5、9、14 に焦点を当てたもの。特にジェンダーのところでは、2 つの大きな柱の下で、議論されている。1 つは、バングラデッシュのジェンダーの現状、もう1 つは inequality (不平等) について現状分析が続いて書かれている。グラフを使って詳しく、達成度合いが書かれている。ジェンダーに関する項目は、教育、保健医療、妊産婦死亡率、女性の平均寿命などについてデータが表示されている。もちろん開発途上国であるから、そのデータ信頼度の課題はある。

もう1 つは、経済的な、また政治的な分野で、エンパワーメントが必要であることを挙げている。やはり女性の賃金格差が改善されているのかのデータが載って

いる。政治的な参加、女性の権利の保障も、進捗状況がデータ付きで、触れられている。報告書の最後に添付資料として、SDGs のベースラインデータとなる2015年のデータを付けているほどだ。

2. 市民社会からの提案として、VNRの報告書作成プロセスのなかで、市民社会団体と意味のある協議が行われた結果として、報告書が作成されるべきであること。さらに、国別の発表の際、市民社会組織の登壇(ベルギー、チェコ、デンマーク、イタリア、ナイジェリア他計8カ国が実施した)が日本でも検討されてしかるべきだったこと、または、市民社会によるカウンターレポートを発表する機会が確保されるべきではないか(タイ、スウェーデンが実施。)

レビューのあり方については、2018年を待たずに、すぐに様々なステークホルダーと協議を開始するべきである。例えば、2017年は、国連経済社会理事会( ECOSOC ) が主催するVNRとして、SDGs達成に向けたフォローアップとレビューの過程として実施された。2017年のVNRのテーマはEradicating poverty and promoting prosperity in a changing worldであり、2016年はinclusion, inequality, empowering women and girls, better data, roles and responsibilities of multiple stakeholders(CSO, women ' s organizations ) 2018年のテーマに沿った見直しを開始されるべきである。(2017年は44か国、2016年は22か国が報告書提出)

日本の市民社会は、日韓、TICAD関連の2つの大規模なサイドイベントを実施した。2つとも、韓国やアフリカ諸国とのネットワーク構築ができたことは大きな成果であろう。今後も連携して、各国での監視役をさらに効果的に実施することが求められている。

3. 国連では非政府機関として、分類される国会議員へのインプットができたことは大きい成果である。自民党には、SDGs外交議連はできているものの、市民社会や民間組織などからさらなるインプットが必要であろう。

共通認識として、政府がデータ・情報公開を加速させるよう働きかけることが重要。また、市民社会のグローバルなネットワークを活用し、国レベルを中心に効果的なデータ収集・分析のための国際機関や民間との連携を進める。エビデンスベースのアドボカシーを進めるため

に、補助指標の開発や「細分化されたデータ」の収集・分析を活用し、市民社会との協働の効用に関し国際機関や民間企業・研究機関などとの対話を進展させる。

#### D 観察

2019年はSDGsが実施されてから、最初のサミットが開催される。これにむけて、日本国内外の成果を数値化してまとめる必要がある。この機会を効果的に使うためには、日本にとって分析しやすい指標を選んで2016年からの推移を示すことであろう。さらに、なんらかの変化があれば、その原因を明確化することが求められる

### 3. 分担研究報告：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困層の視点から）に関する研究

#### インドとバングラデシュにおける公的保健医療制度と医療保険を含めた費用負担 ～ 民営化が進む医療と貧困層の医療費負担の実相～

研究分担者 大橋正明 聖心女子大学グローバル共生研究所教授

#### 要旨

今年度は、インド東部の二つの州の農村や都市スラム周辺の貧困住民、医療機関関係者、医療保険関係者及び行政の担当者などを対象に医療保険に関するインタビュー調査を行った。また今回初調査のバングラデシュでは、同国政府のSDGsのUHCに向けた取り組みの枠組みを瞥見し、かつ首都近郊県の農村部と県庁所在地周辺で、医療体制と民衆の医療費負担に関する調査を文献や聞き取りを通じて行った。

インドでは、昨年度の本研究のフィールド調査報告でごく簡単に触れた貧困層向けの公的医療保険(Rashtara Shast Bima Yojna = 国家健康保険計画、以下RSBY)を中心に他の主要な公的・私的な医療保険も視野に入れて、主にフィールドで調査を行った。最初のインド・西ベンガル州では、医療保険全般の状況の把握に努め、続いて西隣のビハール州では、民衆に広くRSBYが行渡っていないどころか、部分的に停止している実態とその原因の構造の一端を、時間的制約のせいで不十分となったが一定解明した。

簡便に述べると、インドには公的医療保険として中央政府公務員と家族、中小企業労働者と家族、そして貧困層向けのRSBY、そしていくつかの州には州独自のものがある。これらについての詳細は現段階では不明だが、RSBYと並立するものと、RSBY抜きの独自のものがある。いずれにせよ被保険者に対して、主に入院時にキャッシュレス・サービスを提供しているが、中央政府公務員向けを除くとカバー率は相当に少なく、特に貧困層むけのものはその極めて低い保障金額体

系と、最近発表されたモディ・ケアと呼ばれる次のスキームへの期待から、現状ではほとんど機能していない。こうした公的医療保険がカバーしていないのは、州政府職員、民間企業職員、非営利セクター職員、インフォーマルセクターの労働者などである。

民間医療保険では、損保会社が販売するMediclaimがその主なものである。富裕層向けの個人負担で、入院時にキャッシュレス・サービスを本人もしくは家族に提供している。だが、このカバー率も高くはない。

モディ・ケアは来年度の総選挙を視野に入れた人気取り政策という指摘もあり、一部からは州の負担が増えることなどから懸念やネガティブな声が上がっている。つまり本来なら政治とは無関係なはずの医療保険の在り方が、政治の具に化しているように見える。

インドでは保険セクターに巨大な資源を投入する一方で、無償医療サービスを提供する膨大な制度である公的医療制度を今後どうしていくのか、社会政策や社会福祉の観点からの真剣な議論を起こしていかない限り、UHCの2030年までの達成は不可能に見える。

バングラデシュ政府は、SDGsが国連に採択された直後から一貫してその全てのゴールの達成に強い意欲を見せ<sup>1</sup>おり、2016年に発表した同国政府の第7次五年開発計画は、そのタイトル自身にSDGsの実施を唄った。

<sup>1</sup> バングラデシュ政府の強い意欲は、バングラデシュ・デジタル・ニュース 17年1月25日の記事にも見られる。

[http://bddnews.com/post/20170125\\_10881/](http://bddnews.com/post/20170125_10881/) 閲覧日：18年2月28日

そして同国の保健家族福祉省の "Health Bulletin 2017" は、その第 3 章で保健関係 SDGs を実現するために、2017~22 年にかけての第 4 次セクターワイドアプローチ(4th Health, Population and Nutrition Sector Program, 4th HPNSP)を計画・実施している。その中で SDGs の 3.8 のターゲットである UHC については、後で詳しく述べるように、3.8.1 と 3.8.2 の二つのインディケータのうち、前者は比較的詳しく設定をしているのだが、もう一つのインディケータ、具体的には医療保健についての記述は全くなされていない。つまり、バングラデシュでは近い将来に何らかの大規模な医療保険制度が導入される予定はない。このことは、同国のインドより高い OOP の値にも反映しているように見える。

続いて、首都に程近いノルシンディー県の医療関係者と農村部の人々から、公的及び私的保健医療の制度とその実態を、一定程度明らかにした。インドと同様に公的医療の無償提供を国是としていたバングラデシュだが、インドと同様に最近では医療の民営化の波に洗われている。今回の現場調査から、インドとほぼ同様に民衆の多くが公的医療制度に不信感を抱いていることが確認できた一方、以下の二点がインドとの主要な違いとして明らかになった。

- A. 公的及び民間の医療保険の欠如
- B. 民間医療機関の中央と末端の大きな格差

全体を通じて、インドとバングラデシュの医療体制は形の上ではかなり似ているが、実態としてはバングラデシュがインドより数段遅れた状態であることと言える。特に不十分とはいえ、インドにはそれ内の医療保険制度があるのに、バングラデシュではその影さえ見えない状態である。つまり SDGs やその UHC を実現しようというバングラデシュ政府の姿勢はインド政府より明確に思えるが、

その道程はインド政府の方がより着実で、バングラデシュはより不明確に見える。

## ・インドの東部 2 州における貧困層向け公的医療保険制度を中心に

### 1. 本研究の目的と背景

前年度の報告でも述べたように、インドは独立時制定の憲法で福祉国家であることを宣言し、5 年おきに作成される経済計画に従ってやや閉鎖的に国民経済を運営し、そのなかで公立医療機関による保健サービスの無償提供を 1947 年度独立以降一貫して実施してきた。SDGs の中に盛り込まれた UHC(Universal Health Coverage= 普遍主義的医療制度)は、イギリスと公的医療体制を真似るような形でインドの建国以来の方針の中に盛り込まれており、少なくとも形の上では UHC を実現しているとも言える。

但し現実には、インドの医療サービスは国民に公平にも十分にも行き渡っていない。公的医療体制にはいくつかの大きな問題を長年に渡って内包している。保健医療分野に限らず、様々な分野での公的に掲げる目標と現実の間に大きな乖離が生じるのは、インドの一つの特徴と言えよう。独立 70 年を超えた福祉国家で、新興国として BRICs の一員で、かつ 2000 年からの MDGs を唄ったインドだが、現実には MDGs の飢餓の指数である 3 歳以下の低体重や妊産婦死亡率の減少などは、まだまだ不十分な状態であることにも表されている。

第一次中東戦争のあおりを受けたインドは、1991 年に国際金融機関の勧告に従って経済の自由化を行った。以来インド全体で、民間の医療機関が大きな役割を果たすようになってきている。このインドでの医療の民営化は、世界的に市場経済の巨大化とグローバル化、公的機関の縮小が進展と軌を一にするもので、今後も一層進行するものと予想される。

日本の経産省の最近の報告によると、インドの近年の新規病床の 95% を私立病院が占めていて、医療産業は年率 6% で成長を続けている。この分野の人的資源と応用医療技術機器の 75% 以上は民間セクターのもので、大半の医療機関は都市部に集中してい

る(通産省、p.68)<sup>2</sup>。こうした恩恵を最も大きく受けているのは、同国の富裕層、中流層以上の費用負担ができる人たちである。インドの医療にも、格差拡大の波が押し寄せているとも言えよう。

その貧困層の人々も、信頼できない公的医療機関より民間医療を歓迎していることは、前年の報告で述べた通りである。公的施設での出産などでは近年大きな進歩を見せたものの、貧しい民衆でも末端の公的医療機関である PHC(Primary Health Center)に行くより、村の無資格医から自宅や同じ村で治療を受ける傾向が、西ベンガル州でもビハール州でも明確であった。その主な理由は、公的医療機関のサービスの質、具体的には医療関係者の患者の扱い方や、医師の不在、医薬品の欠如などである。但し農村部やスラム地区の民間医療機関はその多くに質的な問題があることは、グプタとプシュカルが指摘するように、忘れてはならない(Gupta & Pushkar, <sup>3</sup>pp.viii~ix)。この問題は患者にとっては極めて危険であり重要な問題だが、本研究は限定的に触れるにとどめる。

有償の民間医療機関だけでなく、無償である公的医療機関においても、患者にはかなりの費用や時間の負担が発生している。公立病院が遠い、行っても医師が不在で何度も出かけたり、医療関係者の患者への扱いが悪かったり、備えてあるはずの医薬品の多くが欠品で相当な自費購入せざるを得ない、といったことが普段の状態だからだ。さらに、公立病院の医師が自宅などで開く医院に患者で加療することも、よく知られた事実である。

公立がそうした状況であるがゆえに、あらゆる経済階層の患者は余計民間医療に頼

るようになる。さらに経済の自由化が、大きな力でそれを一層推し進める。そうなると、医療費の負担が大きな問題として立ち現れてくる。インドでは誰が、巨大な医療費をどのように負担しているのか？

インド政府が2017年に発表した「国民保健医療勘定(National Health Accounts、以下NHA)」によると、2014/15年度における保健医療支出は、中央政府が8.2%で3,722億<sup>ルピー</sup>、州政府が13.3%の5,998億<sup>ルピー</sup>、州以下の自治体が0.7%の296億<sup>ルピー</sup>なのに対して、保険払い分を含めた家計負担は71%の3兆2,026億<sup>ルピー</sup>、保険を含めた企業負担が4.4%の2,007億<sup>ルピー</sup>、NGOsの負担が1.6%の742億<sup>ルピー</sup>、外国支援が0.7%の337<sup>ルピー</sup>である(p.7, NHA 2014/15)。

インドの医療費の自己負担(OOP)割合は世界で最も高い一つとする現地紙の17年12月11日の記事は、WHOのデータとしてBRICS諸国、米国および英国の自己負担はどれも50%を超えることがないし、それらの国々の政府の医療支出が半弱程度から85%で、インドの62.6%(14~15年)とは際立った違いを見せている、このためインド政府はその医療費負担をGDPの1.1%から2025年には2.5%に引き上げることを政府の2017年の医療保健政策に定めた、と報じている(Hindustan Times, 17年12月11日<sup>4</sup>)。換言すれば、インドは独立当初に掲げた医療費の無料(公的負担)という目標から、真逆な方向に相当進んできたと言える。この異様に高い医療費の自己負担を減らすことは、国民の健康の増進のためにも必須であるが、インドはこれをどのように実現しようとしているのだろうか？その一つの答えが、医療費の一部を賄う医療保険制度である。

## 2. インドの主要な医療保険制度

インドの主要な医療保健は、以下のように公的なものと民間のものに大別され、

<sup>2</sup>通商産業省、新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査 報告書インド編、[file:///C:/Users/ohash/Documents/15~17年度厚生省科研SDGs調査/17年度研究/経産省ヘルスケア市場インド報告28fy\\_detailreport\\_India.pdf](file:///C:/Users/ohash/Documents/15~17年度厚生省科研SDGs調査/17年度研究/経産省ヘルスケア市場インド報告28fy_detailreport_India.pdf) 18年2月14日閲覧

<sup>3</sup> Gupta, Madhvi & Pushkar, Democracy, Civil Society and Health in India, Palgrave macmillan, London, 2015

<sup>4</sup> Hindustan Times 電子版

<https://www.hindustantimes.com/india-news/how-india-spends-on-health/story-CPyiZZ4jcI4imSKJq03jBM.html>、18年2月14日閲覧



後者は更に営利企業のものとは非営利組織によるものに分けられるが、非営利組織のものはまだ小規模であることもあり、本調査では調べられていない。

## 2-1 . 公的医療保険

A. 中央政府幹部職員の CGS(Central Government Health Scheme): <http://cghs.gov.in/>

B. Employees' State Insurance Act, 1948 によって加入義務付けがある政府資金投入の中小の工場や施設の月収 21000 以下<sup>5</sup>の労働者向けの労災や失保や出産休暇手当を含めた、指定機関での治療を保障する Employees' State Insurance (ESI) 。但し現実には、多くの中小組織がこれに加盟してないように見える。

<http://www.esic.nic.in/>

C. 中央政府主導の貧困層(Below Poverty Line=BPL)対象の RSBY は最大だが、15 州のみで実施。これは本論の中心的関心なので、下に詳述する。

D. いくつかの州政府には独自の医療保険制度が存在するが、詳細は不明

D-1: アンドラ・プラデシュ、ケーララ、タミール・ナドゥ (TN) , テレングアナなどの州の独自の医療保険。これらは RSBY より前から独自の貧困層向け保険あり、州としては RSBY を使ってない(その分の中央政府の資金が来てないのかは不明)。TN は最も良い。

D-2: WB やグジュラート州のような RSBY を補完する(と思われる)制度

## 2-2 . 民間の医療保険

E. 富裕層・中間層向けの入院に伴うキャッシュレス・サービスが特徴の純粋に民間の損保会社が売る(個人向けと家族向けの)Mediclaim。損保による医療保険(Medical Insurance)や、生保(特に政府系の Life Insurance Company = LIC)に付帯の後払いの医療保険もあり。

F. 大企業のスタッフの共済保険(Mediclaim とタイアップの場合も多いと推定される)。TATA や Alliance などの巨大企業は独自の病院も持つが、詳細は不明。

G. SEWA などの NGOs やコミュニティに

よる相互扶助的医療保険(ごく少数)。

インド全体の医療保険のカバー率は 17~20%程度なので、規模感はおそらく A と B が 3~4 %程度、E が 5%前後、C が 8~10%弱位であろうか? またこうした公的な医療保険の対象外になっている組織労働者は、州政府雇用者及び零細企業雇用者である。

なおインドの医療保険制度の全体像の説明に留める。なお J. Anita 論文<sup>5</sup>と福岡藤乃論文<sup>6</sup>が、インドの医療保険について詳しい。

## 3 . RSBY(国家健康保険計画)の説明

本調査の時間的・能力的限界からこの部分の大半は、インド政府の RSBY(国家健康保険計画)のホームページ<sup>7</sup>から主要と思われる部分をそのまま翻訳/要約し斜字で示し、一部コメントを付けた。ここで示す概要と実態は異なっている部分が多いことは、本調査でもその一部が明らかになっている。

-現在有効のスマートカード

数 : .36,332,475

-17年3月31日現在の対象全入院数 : 14,084,587

入院時にキャッシュレスサービスをするためのスマートカードには、一枚に家族 5 人までが含まれる。平均家族数は不明だが、仮に 5 名とすると受益者は 1.8 億人、3 人としても 1.1 億人という規模になる。この保険の対象は入院だけで個人が単位なので、入院数は対象数の 7.8 ~

<sup>5</sup> J. Anita 論文 : Emerging Health Insurance in India – An overview, Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/DTTTE 2TS/Emerging%20Health%20Insurance%20in%20India-An%20overview\_J%20Anitha.pdf

<sup>6</sup> 福岡藤乃、インドの民間医療保険の動向、保健学雑誌 2011(615)、<https://ci.nii.ac.jp/naid/130003375496>

<sup>7</sup> RSBY(国家健康保険計画)のホームページ : [http://www.rsby.gov.in/about\\_rsby.aspx](http://www.rsby.gov.in/about_rsby.aspx)、閲覧日 : 18年3月5日

13%となる。但し入院の対象期間は不明である。このデータに続く冒頭途中からは、インド政府がこの保険を購入した背景が説明されている。

インドにおいて、医療費の3分の2が、患者の自己負担(OOP)となっており、それは医療支出に対して最も非効率かつ最小の説明責任を有するものである。医療に対するサプライサイド資金供給のみでは、医療における患者の自己負担を減少させることはできてこなかったため、需要野資金支出方法を取り入れるみることによってインド政府は決定して、貧困ライン以下層(BPL)の医療費における自己負担を減少し、医療ケアへのアクセスを増加させることを目的として、このRSBY(国家健康保険計画)を導入した。

2008年初期に始まったRSBYは、当初貧困ライン以下層(BPL)だけを対象としていたが、以下の非組織労働者に対する対象が拡大された。

- 1) 福祉局に登録されている建設労働者
- 2) 認可されている鉄道駅の赤帽
- 3) 路上の物売り
- 4) 100日雇用保障制度(MNREGA)の対象者で一年間に15日以上雇用される人
- 5) ビーディー(安価な葉っぱ巻煙草)労働者(家内工業、児童労働が多い)
- 6) 公衆生成労働者(被災別カーストが多い)
- 7) 家事労働者
- 8) 鉱山労働者
- 9) リキシャ引き
- 10) 廃品回収(被差別カーストや困窮者、ストリートチルドレンが多い)
- 11) 3輪自動車及びタクシーのドライバー

保険の掛け金は、被保険者と中央政府と州政府で負担されている。本プログラムは、2012~17年にかけての第20次5

か年計画の終了年までに7千世帯をカバーすることを目標としていた。この保険が提供する主要な2つのサービスとは、この保険で指定された公立および私立から病院を自由に選択できることと、事前に設定された治療セットの金額をキャッシュレス・サービスを行った医療サービス提供者に払い戻すことである。このことによって本制度は、インド政府が定めているUHC制度の強力な柱になっている。

2015年4月1日にこのRSBY(国家健康保険計画)は、(それまでの労働・雇用省から)本来そうであるべきという理由で保健・家族福祉省に移管され、それを州レベルの分権化された実施体制を通じて管理・実施している。

(中略)

このRSBY(国家健康保険計画)の受益者は、入院を求められる大半の病気について、年間1家族当たり3万<sup>ルピー</sup>(5万4千円)までの入院費用のカバーを受けることができる。このカバーは、定められた病気に対する決められた治療パッケージに対して有効である。

政府は、病院向けの治療パッケージの金額を大変多くの治療に対して認めている。前提として入院初日からカバーし、年齢制限もない。また1件の保険で戸主、配偶者、子ども3人を含めた最大家族5人までに適用される。さらに一回の入院ごとに百<sup>ルピー</sup>の交通費が年間1家族に対して千<sup>ルピー</sup>まで支払われる。

受益者は、年間登録料として30<sup>ルピー</sup>を支払い、中央政府と州政府は州政府が競争入札を通じて選定した保険者(損保会社)に定められた割合(7:3)で保険料を支払う。各州では、各州政府が「州担当機関(State Nodal Agency = SNA)」を設立し、保険会社・病院・県当局および地域関係者と調整しながら、この実施、管理、そして部分的資金供給を行う。

以上がそのように実施されているなら、またもし次の調査の機会があるなら、州



政府の担当機関や州でこれを担当する保険会社を尋ねてみたいものである。

なおウィキペディア<sup>8</sup>は、このRSBY(国家健康保険計画)について、以下のように述べており、やはり政府のHPをうのみにすることの危険性を指摘している。

(インド政府の)社会福協議会によると、この計画は大変非効率的であるとされた。高騰する外来治療費、入院費及び医薬品代のせいで、保険会社はいくつかお疾病をこの対象外にせざるを得なくなることで、貧困ライン以下層の家族にとって魅力がなくなった。同じ報告書は、主な受益者はより上の階層のもので、ターゲット層ではないとしている。

#### 4. 医療保険を巡る西ベンガル州のワールドの状況

この報告書を執筆中の18年2月21日の朝日新聞に、「糖尿病治療やめないで、足切断・失明のリスク増、中断のほうが医療費総額は大」という記事が掲載された。公的医療保険によるカバー率が100%の日本でも、2014年で糖尿病患者の8%程度が、多忙、体調復活、経済的理由などを主な理由で治療を中断している。日本でそうなら、保険カバー率が圧倒的に少ないインド・西ベンガル州ではこうした事例がさらに多いはずで、それなりの悲劇を生んでいるはずだ。

結果的にはそれほど悲惨にはならず済んだが、西ベンガル州の地方都市に暮らす典型的な中産階級でNGO職員として働くKCの家族の糖尿病治療の一時期中断のケースを、少々長くなるが着目すべき点がいくつかあるので、以下で見てみよう。

##### 1) KCの家族と居住地

-本人は大学学部卒業の30歳。母は59歳専業主婦で10年生終了。弟は専門学校卒業後、

西隣のビハール州で会社勤務。2年前死亡の父は生きていれば61歳、西ベンガル(以下WB)州バス運輸局で40年間技師として働いた。西ベンガル州の地方都市の自宅に在住。

##### 2) 父の長い糖尿病の闘病生活

-自分が生まれた翌年の89年か90年に高血圧と糖尿病を発症して-地元の私立病院で治療開始。最初からインシュリン注射を使ったのは、空腹時血糖値は590mg/dL位と高かったから。  
-州政府バス輸送局終身雇用職員だったが、州政府公務員向けの健康保険はなかった。  
-当時は二人の子どもの養育費、住宅ローン、そして父の医療費で一家の生活は困窮。  
-父は健康のため、毎日散歩、甘いものや炭水化物の摂取制限など自分でやり、10年

間程は治療もあって病気をコントロール-98年頃たぶん困窮のため、それ前の西洋医療(アエロパシー)を止めてホメオパシー(同毒療法)とインドの伝統医療のアユルヴェーダに切り替えた。後者の薬草から出る恐ろしい色の液体を朝に飲んでいた。

-5~6年後、目に障害発生。レーザー手術を私立病院で二回受けた。しかしそのころから

足に浮腫、血糖値のさらなる上昇がみられた。

-09年には本人が大学卒業し、このままでは父の病状は悪化すると認識。そのため、09年か10年頃、伝手を使って公立の大学病院の高名な医師であるMCの診察を直接受ける。

-その結果、この病院に入院。有償の私立診療所だと完全看護なので付き添い不要だが、公立だと医療費は無償だが、入院患者には付き添い必要。そのため本人付き添ったが、そのためのベッドなく床に寝る。

-この際、外部者が病院スタッフかは不明だが、ダラルと呼ばれる仲介者がKCに接近し、彼に金を払えば付き添いもベッドで寝られると言われる。

<sup>8</sup> RSBYに関する Wikipedia:  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Rashtriya\\_Swasthya\\_Bima\\_Yojana](https://en.wikipedia.org/wiki/Rashtriya_Swasthya_Bima_Yojana).

- そうして本格的治療が始まったが、数年後に腎臓障害を発症し、透析が必要に。14年頃から週2回4時間ずつの透析を、公立B県病院の中になぜか設置されている私立の透析場所で開始。
  - その費用は、1回の透析1200ルピー、往復の交通費を含めると一回2千ルピー(3600円)なので毎週4千<sup>ルピー</sup>、月では2万<sup>ルピー</sup>(36,000円)近くもなる。加えてヘモグロビンの注射液が月に4千<sup>ルピー</sup>、インシュリンが月に3,600<sup>ルピー</sup>で、月額治療費総額は18,000<sup>ルピー</sup>(32,500円)にも上った。
  - 本人はこの時点で大学卒業したが就職できず、稼ぎのために家庭教師を開始。父は公務員なので、母付き添いで毎日数時間だけ勤務で続けて職を守った。父の最終給与の手取り額は25,000<sup>ルピー</sup>(45,000円)なので、その半分以上が最終段階の治療費。
  - 6か月間の透析後のある晩、口から出血で即公立B県病院入院。しかし父と同じベッドに結核の子どもがいたので、1床確保の方策を追求。この過程で、再度ダラルが接近して「5千<sup>ルピー</sup>を払えば同病院で1床をアレンジする」と言われるが、KCは信用せず。5千<sup>ルピー</sup>はKCのような教育のあるものだから控えめに言った金額と本人は推定。無学な村人にはもっと高額を吹っかけている可能性あり。
  - 結局ダラルを使わないまま三日後に父は退院。その三日後に、透析に行くことが出来なかった父は自宅で死亡。
  - なおKC自身が持っていた学生時代以来の政治的コネで、14年10月から15年4月までの透析代金は免除される。これも一つのダラル的機能。
- ### 3) 医療保険
- 本人は年額3千ルピーのMedicclaimを購入している。母親も同様な保険あり。
  - 父は長い持病のため、途中から民間の医療保険には入れず。

以上の点から、以下のような着目点が抽出される。CKはダラル(仲介人)を積皮なっ

たが、もし支払いが発生していたら、そのコストは

共産党が20年以上に渡って政権を握っていた州政府でも、その公務員向け公 的医療保険は存在していない。NGOにも保険はない。

私立病院による糖尿病治療は長期間に渡りかつ高額のために、患者がより安 価な代替治療法に切り替えたが、結果的に病状が悪化した。

無償の公立病院での治療や入院には、特別なコネなどが必要。それが無い場 合は、ダラルと呼ばれる仲介人が金銭を媒介して便宜を図るケースがある。

このCKと同様に教育のあるNGO職員(夫は自営業)は、医療保険の重要性を以下のように語っていた。

#### 1) SCの家族

- 本人SCは45歳位の女性大学で歴史の学士得てすぐ結婚。-17年前から別なNGOに勤務。現在は地方の町にあるこのNGO立の小学校で音楽や踊りを教えている。
- 夫も大卒で、水パイプのビジネスを自営業として。
- 息子はMBAの学生。

#### 2) Medicclaimと病歴

- 夫が購入し家族三人をカバー。
- 9~10年前にコルカタ市内在住中に夫がOrientalかNationalで購入。年7~8千Rsで、上限は20~30万<sup>ルピー</sup>だが詳細は知らない。
- 夫が2013年に心臓病で、私立病院で入院は受診し、その後投薬を続けている。その費用の60%がメディクレイムから戻るがその分立替払い。
- 息子が昨年7月、3階から転落して意識不明に。市立病院に運ばれ三日間

ICUに入り、12針を縫う。この費用の70~80%はキャッシュレスのサービスを受けた。残りの交通費などはもらえないはずだが、面倒なので請求していない。また保険代理店も助けてはくれない。

-いつ何があるか分からないので、Mediclaimのカードは常時携帯している。  
-公立病院は質が良くないので行かない。

この二つのケースで共通するのは、民間医療保険の有用性あるいは重要性だが、必ずしも全部の費用を容易にはカバーしないことと、NGOにも医療保険はないことだろう。彼女に特有なのは、昨年度の報告書でも伝えた公立病院への強い不信感だ。

この医療費がさらなる負債や貧困問題を招いていることについて、サンパティの2014年8月14日の記事は、「インド農村では医療費が借金の二番目の下人となっており、毎年38百万人が高額化する医療費のために貧困に陥っている」と報じている。このため続くビハール州では、このため貧困層に対する公的医療保険を中心とした現状把握のための調査を行った。

## 5. RSBYのビハール州の悲惨なフィールドの状況

今回の調査では、昨年度と同様に主に同州 Gaya 県 Budda Gaya 郡 (ブロック) とそれに隣接する Parachatti 郡の農村部数か所で明らかに BPL (貧困水準以下) 以下でかつ「指定カースト (SC)」か「その他の後進諸階級 (OBC)」の貧困層の住民への聞き取り調査、世界中から仏教巡礼者が集まる小さな町の Budda Gaya と Gaya 市の医療関係者、及び Gaya 市で医療行政の責任者との面談を行い、特に RSBY の普及、具体的にはキャッシュレス・サービスを保障する有効なスマートカードを誰が保持しているか、なぜそれが少ないのかを探った。続いて、RSBY を巡る諸問題を考察する。

1) RSBY カードのカバー状況：62%なのか、0%なのか

下の表に明確に示されたように、11人の村人(本調査のアシスタントと関係者の知己がある指定カーストの村で集まってきた人々)を対象とした本調査時点(18年2月12~14日)時点で有効なカードを保持している村人はいない。これが異常な事態であることは、後述する。

11名中9名がカードの交付を受けたことがあり、その9名(82%)に限れば、これまでに4回あった交付<sup>9</sup>のうち、1.3回交付を受けていることになる。但し、交付4回で11人には44回の機会があったが、13回しか受けてないので、カバー率は僅か32.5%ということになる。

<sup>9</sup> カード発行の年は、筆者の調べによると09・10年、11年、13年、15年の4回行われ、最初の3回では更新は行われていない。4回目は更新されている、とのことだが。

表 1：ガヤ県住民へのスマートカードに関する聞き取り調査の結果

場所	名前	SC/OBC	カード受け取り回数(年)	カードによる利益の有無他	現在有効なカードの保有数
バラチャティ郡バツガ	AK	SC	1	一回、但し薬に 1 万 <sup>ルピー</sup>	なし
ブッダガヤ ガヤ郡 バラ・ナン バル	SM	SC	2 (09,12)	無	
	BM	SC	1	一回 2 日間入院	
	BM-2	SC	2 (09,11)	無	
	GD	SC	3(08,11,12)	1 回 3 日間入院	
	RM	SC	1(09)	1 回入院	
ブッダガヤ 郡ジャムン ディ・パイン ンバル	SM	SC	1(11)	1 回 3 日間入院	
	MM	SC	1(13)	無	
	MR	SC	0	n.a.	
	KC	SC	1(09)	無	
集計	11 人	全員 SC	受取 9 人(82%)、無 2 人、 平均 1. 回、 受取者 1.3 回	受取者 9 名中 4 人	0

出典：筆者のフィールド調査の結果から筆者作成

ではどうして、表 1 に示したように現在有効なカードの保持者がいないことが、異常なのか？筆者がガヤ市で訪れたガヤ県の医療衛生部長とその主任事務官は、現在は 15 年発行の RSBY カードが 4 回目にして初めて更新中で、18 年 3 月まで続く、その対象は BPL で、15 年時のターゲットは 462,886 カード、16 年 1 月 21 日時点で実際に配布されたのはその半分以下の 43.5%で 201,492 カードである、と答えたからだ。

このターゲット数が同県の 413 万人(11 年国勢調査)にとって少ないことは明らかであろう。仮に JBIC/JICA 報告<sup>10</sup>の同州の貧困割合を 40%として同県に当てはめると 164 万人、あり得ないだろうが仮に 1 枚のカードで 5 人の受益者になっていると仮定すると、ターゲット数なら 231 万人だが実際は 101 万人なので、少なく見積もったギャップは 63 万人が計算上は、この恩恵を受けていない。主任事務官によると、この RSBY が始

まった当時の DM(県知事)が、それ以上の意欲を見せなかったから、この少ない数字となったとのこと。

しかし公式には 164 万人中の 101 万人(61.6%)という高いカバー率であるはずだが、この小さな調査によると現時点でのカバー率は 0%である。もちろん偶然性は否定できないにせよ、この大きなギャップは、どうして生じているのだろうか？

## 2 )RSBY の県レベルでの実施の仕組みと問題点

### 2-1 . 現時点の TPA を巡る問題

ガヤ県では、ガヤ医療衛生部長がその TPA(第三者機関)と呼ばれる実施者を入札で決めており、現在の TPA は政府系の損保会社 New India Insurance である。県医療衛生部長と事務主任の強い勧め(というより『TPA にすべて任せているのだから、そこに尋ねろ』という姿勢)で、その TPA の担当者 Mr. Pawan Kumar に電話で連絡を取るようになった。その結果彼からは、ガヤ県では RSBY の費用が県から一年間不払いなので、電話した時点ですでにガヤ市内の

<sup>10</sup> JICA/JBIC、貧困プロファイル インド  
[file:///C:/Users/ohash/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/DTTTE2TS/india\\_2012\\_Jreport.pdf](file:///C:/Users/ohash/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/DTTTE2TS/india_2012_Jreport.pdf) 閲覧日 18 年 2 月 14 日

事務所を閉め(いつかは不明)、本人は西ベンガル州に転勤になっている、という驚くべき事実を告げられた。

つまり県当局は、16年当初までの報告書にある数字を説明するだけで、その実施主体であるTPAの事務所が消えていることを、筆者の目の前では確実に認知していなかった。TPA担当者の言を信じるならば、払いの悪いRSBY業務をとっくに取りやめているのは当然である。そうであれば、上の表1の現時点のカード保有者ゼロが偶然ではないことが、かなり裏付けられると言えよう。つまりRSBYは少なくともガヤ県では機能していない。ガヤ県当局の担当者の無RSBYへの無関心さには、改めて驚かされた。

ちなみにそのガヤ県の事務主任によると、何時からか不明だが17年2月までに2,939件に支払いがあったと言う。仮に1カードから1件として発生率は1.5%である。一方中央政府のRSBYのHPに示された有効カード数と支払い件数は、3,633万枚と(期間は不明だが)1,408万件<sup>11</sup>なので、同様に計算した発生率は、38.8%にも上る。この巨大なギャップ、あるいはガヤ県での請求発生件数の異常な少なさは、この制度の有効性を民衆に疑わさせるに十分な事態である。なぜそうなのかを、以下で探ろう。

## 2-2. 指定医療機関の大幅な減少と不正の問題

仮にRSBYのスマートカードが予定の枚数配られていても、それを使ってキャッシュレスのサービスを受けられるガヤ県内の指定医療機関が少ない、という問題が存在する。県担当者を訪ねた時点で、県内ではこれまでに18か所がキャンセルされ(09年からか、当初の08年からは不明)、14か所だけがその時点で指定されていた。101万人が行政のRSBYの加入者の実数なので7万2千

人に1か所、キャンセルされれば分を含めても3万2千人に1か所に過ぎない。行政の目標値231万人でみると、それぞれ16.5万人と7.2万人に1か所である。交通の不便さを考慮すると、かなりの使い勝手が悪い。これが、先のガヤ県の異常に低い発生率を説明する一つの要因である。

では18機関がキャンセルされたのは何故か？

筆者が様々な関係者から聞いたところによると、私立診療所が不正請求を行ったという記事が新聞で何度も報道されたという。本調査のアシスタントのジャーナルダン医師によると、40歳代が適切な子宮摘出手術が20台代や50歳代の女性に実施されて請求があった、といったことが知られているという。ちなみに表1に示した受益者たち数人に「入院してRSBYが負担した金額を知っているか？」と尋ねたが、答えられた者はいない。こうしたことが相次いだ結果、医療指定機関のキャンセルが相次いだのであろう。

## 2-3. 医療関係者側から見たRSBYの問題点：あまりに低い上限金額

無関心なガヤ県の行政当局からの話を聞くだけではアンバランスなので、本調査ではバラチャティ郡、ブダガヤ町、及びガヤ市にある4つの民間医療機関と1つの公立のPrimary Health Centerを訪問し、RSBYに関する意見を求めた。以下の表2が、その簡単な一覧表である。

<sup>11</sup> RSBYのHP: <http://www.rsby.gov.in/>、閲覧日：18年2月2日

表 2：ガヤ県の民間医療施設と RSBY との関係

医療機関名 <sup>12</sup>	回答者	住所	RSBY との関係	RSBY についてのコメント
ブッダ診療所	Mr. Dinesh Kumar 事務長	ブッダガヤ町	元指定機関	上限価格が低すぎ
Khan 診療所	M.H. Khan 院長	バラチャティ郡農村部	元指定機関	上限価格が低すぎ
AIMS 病院	事務長	ブッダガヤ町外れ	聞いたことなし	聞いたことなし。病院開設三年半目だからか？ Mediclam の患者有。
診療所	Ratan 院長	ガヤ市内	二期目の元指定機関その後辞退。	支払い時の 10% 天引きに不満。上限価格が低すぎ。Mediclam もキャッシュレスを辞めた。保険を信じない。
公立ブッダガヤ PHC	Manoj Kumar 院長	ブッダガヤ町内	無償医療提供の公立なので関係なし	RSBY 失敗は指定医療機関の質の悪さ(MD の名義貸し)や偽計請求のせい

出典：フィールド調査の結果を筆者がまとめて作成

<sup>12</sup> 本論ではインドの法令に大よそ従って XX 床以上の設備の整った民間の機関を病院(Hospital)、それ以下だが入院施設を有した機関を診療所(Nursing Home)と表現している。

私立診療所の3医師が共通して強調していたことは、RSBYの年に3万ルピーという上限額よりも、細かく定められた加療ごとの上限額が低すぎることである。支払いは遅いしその際に10%もカットされると指摘する医師によると、この上限額設

定は08年にRSBYが開始される5年前の2003年のことで、それ以来一度も見直されていない、という。そのため下の表3に示したように、それらの医師が語る一般的費用との格差が2~3倍にもなっている。

表3：RSBYの低い上限額と一般的費用

手術名	RSBYの上限	一般的な費用
陰嚢水腫	3千ルピー	8千ルピー
盲腸炎	5千ルピー	1万ルピー
痔瘻	5千ルピー	1万ルピー
子宮摘出	8千ルピー	2.5万ルピー

#### 6. インドのまとめ

様々な新聞や雑誌の記事や有識者との面談を通じて探ったところ、大よそ以下の点が明らかになった。

- A. 現在の中央政府のモディ政権は最近の予算案の中でモディ・ケアと称される新しい国民医療保険制度の開始を、UHCを実現するためとして発表した。この詳細はまだ不明だが、おそらくRSBYに置き換わるもので、上限を現在の3万ルピーから10万ルピーから50万ルピーに引き上げられる、と予想されている。
- B. 上記の準備が昨年からは始まっているため、RSBYは昨年の途中で中断されていること。
- C. この新制度における中央政府と州政府の負担割合(70:30が60:40になるという噂が強い)や、現在のRSBYとの関係がまだ明らかでないこと
- D. 独自あるいはRSBYを補完する貧困層向け医療保険を持つ州政府は、とりわけこのモディ・ケアに対して懐疑的。実際そうした州のひとつである西ベンガル州のマタ首相は、モディ・ケアの拒否を最近表明した。
- E. この拒否の背景、あるいはこの時期のモディ・ケアの発表は、来年のイン

ド総選挙を狙った支持獲得の狙いがあるという指摘は少なくない。

以上のことから明らかなことは、インドは医療の一層の民営化を進め、それを医療保険で補う形でUHCを実現しようとしていること、しかしこれまでも同様な狙いを持っていたRSBVの実施状況から見て、新制度になってもごく一時期の一部の人たちを覗いて、持続可能な公的医療保険にはならない、つまり選挙のための一時的な人気取り政策になる危険性が高いことが予想される。

そして何より懸念されるのは、こうして民間医療に焦点が当たり資源が投入される一方、もともと無償で医療を提供していた公的医療機関の充実のために、もっと多くの関心や資源が充てられるべきではないだろうか。

保険を通じた民間医療と無償の公的医療のどちらがより早くUHCの実現に近づくのか、インドはこのことをもう一度真剣に検討すべきだろう。

なおJICAは、現在数年間かけてタミール・ナドゥ州のチェンナイ市を中心に公立の二次、三次病院のインフラ強化を行っている。このことは高く評価されるべきだが、同時にプライマリーレベル、ソフト分野、そして公的医療分野に協力を大きく広げて、UHCのより効果的に

実現する方途を探ることを勧めたい。これは、実は日本の得意芸だし、日本だからこそできる強力ではないだろうか？

最後に、JICA から寄せられた同州での取り組みの説明を張り付けることにする。

タミル・ナド州での都市保健強化事業（有償資金協力事業）では、非感染症対策に向けて主に2次、3次レベルの公立病院の医療施設の強化や機材の供与を実施しますが、同時にプライマリーレベルの医療従事者の能力強化に向けて、1次研修施設においてモデルスキルラボの設立や研修を行っています。高次病院のインフラ整備のみならず、プライマリーレベルでのソフト分野の支援も並行して実施してまいります。こうした活動を通じて、コミュニティレベルでの継続的な治療の支援や予防への取り組みをすすめていくものです。これまで JICA が蓄積してきたプライマリーレベルでの知見を活かして、実施してまいります。

## ． **Bangladesh の UHC への取り組みと医療制度と医療費の負担状況**

### 1 . **Bangladesh 政府の UHC への取り組み**

MDGs 以来、国際的開発目標の実現に積極的に取り組んできた Bangladesh では、2016 年に発表した第7次5か年開発計画 は、そのタイトル自身に SDGs の実施を唄った。そして同国の保健家族福祉省の "Health Bulletin 2017" は、その第3章で保健関係 SDGs を実現するために、2017~22 年にかけての第4次セクターワイドアプローチ(4<sup>th</sup> Health, Population and Nutrition Sector Program, 4th HPNSP)を計画・実施している。

その中で SDGs の 3.8 のターゲットである UHC については、以下のように具

体的な目標とそれらの目標数値を設定している。



表4：バングラデシュ政府保健家族福祉省のSDGsの3.8UHCの指標と目標値

指標	バングラデシュの ベースライン (14年、NCDだけ11年)	21年までの 国別目標値
3.8.1 必須健康サービスケアの カバレッジ 合計特殊出生率	2.3	1.7
避妊具普及率	62.4%	75%
4回のANC達成率	32.2%	75%
麻疹予防注射率	86.6%	95%
6ヵ月末満児の母乳割合	55.3%	65%
6~23ヵ月の乳幼児の 最低限離乳食の割合	22.8%	45%
35歳以上のNCD(糖尿病と 高血圧症)の罹患率	糖尿病 11.2% 高血圧症 31.9%	糖尿病 10% 高血圧症 30%
3.8.2 千人当たりの 医療保険のカバー率	(記述無し)	(記述無し)

ここに示された諸数値の専門的な分析は筆者の手には余るが、一般的に見て2021年の到達目標の数値としては実現可能な相当控えめなものに見える。例えばこの国の代表的なNCDである糖尿病と高血圧症の21年までの改善割合は、僅か1.2~1.9%の減少と少なめであり、換言すると2030年のSDGs達成年までの9年後にどれだけの改善を実現するのか、不安になる。対照的に離乳食の割合は現行の2倍を目指しており、この分野での改善意欲の強さが伺われる。

しかし何より目を引くのが、UHCターゲットの二つの指標のもう一つである3.8.2保健保険のカバー率についての記述の欠如である。これはバングラデシュにおいて暫くの間は、公的医療保険を導入・確立する計画がないことを示している。つまり仮にもう一つ指標である3.8.1でケアが改善されても、肝心の片足が改善されないでUHCというターゲット

の実現にとっては大きな障害、と断じることが出来よう。

このことは、バングラデシュの医療費の2015年の家計負担率(OOP)が67%と、上記で異常に高いと評したインドの62.6%を大きく上回っていることにも反映されている、と強く推測される。ちなみにバングラデシュの残りの医療費は、政府が23%、外国援助が7%、NGO系の医療活動や後述する保険が3%である<sup>13</sup>。

## 2. 公的医療制度のあらまし

バングラデシュではJICAが継続的に、昨今では(母子保健後の)看護教育とNCDとこのセクターへの援助協調で同国の母子保健などで公的医療に関わり続けているために、基本的な情報が日本語でも確

<sup>13</sup> 出典は Bangladesh National Health Accounts 1997~2015  
<http://www.heu.gov.bd/healthaccounts.php>

保されている<sup>14</sup>ので、ここではごく簡単に、本調査で関わった地域の公的医療制度とその実態の把握に留める。

軍を除く公的医療体制の最上位は、バングラデシュ 8 管区ごとにある国立の医科大学である。特にダッカにあるダッカ医科大学病院や PG 病院<sup>15</sup>は、著名である。またこれら以外に、糖尿病や腎臓病などに特化した半公的な病院<sup>16</sup>も散見される。

この下の二次医療機関は、64 の県にある県病院である。ちなみに人口 230 万人を擁するノルシンディー県の場合は例外的にノルシンディー市の内外に二つの県病院が存在する。

本調査で訪問したノルシンディー県中央病院 (Narsingdi Sadar Hospital) は、18 名の一般医師と 10 名の専門科医師、有資格看護師は 42 人という陣容で、通年平均で 560 人/日と 100 床の入院患者と向き合っている。しかし、精神科や血液銀行、腎臓の透析施設、理学療法施設はない。24 時間緊急対応をしているが、そのための医師の増員なく皆で分担している。医薬品は必須のものだけを無償で提供し、不満を抑えるためにその在庫状況をディスプレイで公開している。

この県の下には 7 つの郡 (Upazilla) があり、本調査では人口 15 万人ほどのベラ

ボ郡に着目した。この 31 床を持つ郡病院 (Belabo Upazilla Health Complex) の陣容は、歯科とホメオ療法各 1 名を含む 19 人の医師ポストがあるが、10 名の MBBS 医師と歯科医師とホメオ療法医師の 12 名しかいない。10 人の MBBS 医師のうちの専門医は、婦人科 1 名、内科 1 名、外科 1 名 (だが別病院に出向中)、小児科 1 名で、麻酔科はいないので小規模な手術に限られる。MBBS 医師の数が多いのは、この郡内に 8 つあるユニオン (行政村) の UHFWC (Union Health & Family Welfare Centre、以下ユニオンセンター) に 1 名ずつ配置するためだが、どこにも医師が活躍するために必要な適切な施設がないと医師たちが主張するので、全員がこの病院で勤務中である。また SACMO (Sub- Assistant Community Medical Officers) と呼ばれる医師補も、各ユニオンセンター用の 8 人と本院用 2 名でポストは 10 名で揃っているが、うち三名は他院に出向中である。加えて有資格看護師は 23 名、検査技師はポスト 2 名だ 1 名は学習のための長期休暇中、レントゲン技師は機械が故障のため他に出向中 (バザールにレントゲンの店あり) といった陣容で、決して少なくはない。欠勤が多いなどの問題が指摘されるこれらの人々の勤務実態は、今回は調査していない。

患者側を見ると、日々 500 人程度の外来患者だが、院長によるとその半数は真剣な患者でなく、無料薬の入手が目的の近隣の人たちである。公的医療機関としては来訪者全員に医薬品を平等に提供する義務があるため、結果的に解熱剤や鉄

<sup>14</sup> 基本情報は、バングラデシュ国 母子保健改善事業 (保健・人口・栄養セクター開発プログラム) (フェーズ 2) 準備調査最終報告書 和文要約、JICA 書誌 ID 1000020952

<sup>15</sup> PG 病院とは、Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University の附属病院のこと。

<sup>16</sup> 特化した病院とは、例えば糖尿病専門の BIRDEM (The Bangladesh Institute of Research and Rehabilitation for Diabetes, Endocrine and Metabolic Disorders

剤などの一般的な医薬品を少しずつ患者に配布するしかなく、余計に遠距離からの患者はここに来ない、という悪循環状態に陥っている、と言う。

この郡の下には8つのユニオン(行政村)があり、それぞれにユニオンセンターが開設されているが、先述のように医師が勤務するのに適した建築がなされていないという理由のために医師や SACMO はそこに赴かず、Family Welfare Visitor(FWV)などが日々勤務し、診断や投薬を行っている。

さらにその下に、理論上は6000人に一か所の割合で、コミュニティクリニック(以下CC)が開設されることになっているが、これはその数も活動内容もまだ途上である。本調査では、ナラヤンプル・ユニオンのカマルチョールCCを訪問したが、当日はワーカーたちが不安定なプロジェクト予算から安定した歳入予算に移すことを要求して綴じられていたので、詳細を訪ねることはできなかった。しかし近隣の住民の話によると、基本的に毎日9時から4時ころまで開き、住民200人ほどが利用している、薬があるときは良いが入荷して数日するとなくなる、子どもや妊婦への予防注射を行っている、と言った様子であった。

### 3. インドとの主な違い(まとめに変えて)

#### 3-1. 医療保険の欠如

インドとの一番の違いは、インドには大きな欠陥はあるものの公的医療保険が貧困層向けに、民間医療保険が富裕層向けに用意されているが、バングラデシュ

にはほぼ皆無であることだ。本調査でインタビューした十数名の村人や公務員、医療従事者の誰もが、医療保険を有していなかった。このため、貧しい村人が医療を中断した例があった。さらにこの他の数件で、医療費のため負債を膨らましていた。

*RBの夫が8ヵ月前に病気で倒れ、すぐ近くのボイロップ町の私立病院を受診したが、入院も投薬もなく「ダッカの病院で受診せよ」と言われた。それでバスで4時間程のオールドダッカ市内にある公立の大学病院に行き受診した。その病院で長く待たされた後受診した無料でレントゲンや血液などの検査を受けてガンが判明したが、「さらに8千タカで検査が必要」と言われたので、加療継続を断念しそのまま帰宅した。8千タカさらにかけても、その後またさらに費用が嵩むだけ、と判断したから。その後は、医者の治療も服薬もせず自宅で療養。訪問時は相当な衰弱で喋れず。*

(出典：大橋、180224 ガンの医療費で困窮したが、治療を諦めた貧困一家)

援助関係者の話によると、グラミン銀行やNGOにマイクロクレジット用の資金を低利で提供するPKSF<sup>17</sup>によるマイクロファイナンスの一環として、PKSFが実施主体となってタンガイル県でSSFと呼ばれるマイクロな医療保険を実験したとのことだが、結果は思わしくないようだ。

<sup>17</sup> PKSFとはPalli Karma-Shahayak Foundation。 <http://www.pksf-bd.org/>

一方でバングラデシュ政府の保険監督組織である IDRA<sup>18</sup>は、保険の販売は保険業者に限るとしている。マイクロな医療保険が今後本格化するなら、この点の調整も今後必要となろう。

なおバングラデシュの保健医療の NGO としては、独立戦争時の野戦病院に起源を持つ Gonoshasthaya Kendra (以下 GK、ベンガル語で「民衆の健康」)が圧倒的に著名である。その創設者でありリーダーのザフルッラ氏の提唱で、バングラデシュは 90 年代に多国製企業生産の医薬品の輸入を禁止し、国内生産を奨励する政策がとられたことは、世界的に知られている。

そのザフルッラ氏は、インド型の医療保険は入院治療だけが対象になっており、バングラデシュには向いてないと言う。なぜなら、バングラデシュで現在主要な問題である糖尿病や高血圧症にとって入院治療は例外だからだし、ガン治療の多くや腎臓病による透析も、入院治療ではないからだ。その彼によると、GK は現段階で以下の二つの非営利医療保健プロジェクトを実施中である。

#### 1) GK の医療保険(正式名称は不明)

1973 年に導入し、現在では 150 万人が参加。その加入者は、その経済状況によって、極貧、貧者、低中流、中流、上中流、上流あるいは富裕層の六階層に分けられ、年額の保険料は無料から 3 千タカまでに分けられるほか、喫煙者には割増がある。しかし全国にある 7

つの病院や 43 のクリニックにおいて受けられるサービスは全員が同じで、外来から入院・手術までが無償で受けられる。ザフルッラ氏によると、それでもこの保険は経済的に持続的である。これには政府補助金がないが、日本の国民健康保険に少し近いと思われる。

#### 2) 既製服生産工場労働者のためのパイロット医療保険プロジェクト (Health Insurance Pilot Project for RMG Worker in Bangladesh)<sup>19</sup>

1 千人以上の貧しい女子工員が死亡した 2013 年のラナプラザビル崩壊事件後に、GK がヨーロッパのドナーと縫製企業と連携して始めた工場労働者向けの医療保険制度。現在では、1 年間の保険料として労働者は 1500 タカ、企業が 3 千タカ、ドナーが 1500 タカを負担し、GK の医師チームによる工場での週二回の診察、診療所での治療、そしてサバル地区とダッカ市内の GK 病院へのリファラスサービスである。本人も認めているように、これはインドの労働者向けの公的医療保険である EGS と似たものである。

インドと比べると政府が弱体なバングラデシュでは、この GK の医療保険の取り組みは、グラミン銀行によるマイクロクレジットや、BRAC による ORT の普及などと並んで、NGO がパイオニア的役割を果たしている好例と言える。政府が、真剣に参考にすべき事例ではなからうか。

<sup>18</sup> IDRA とは Insurance Development & Regulatory Authority。http://www.idra.org.bd/

<sup>19</sup> この保険のある程度の詳細は、以下を参照の事。  
http://gonoshasthayakendra.com/project-details/11

今後は、さらなる注目と調査が求められる。

### 3-2. 民間医療機関の中央と末端の大きな格差

インドでもバングラデシュでも、無資格の医師(バングラデシュの場合は「村医者」という呼称)が、薬局を兼ねるような形で営業していることが多い。本調査で訪れたノルシンディー県のダッカからシレットに向かう国道沿いの農村部のナラヤンプルバザールのある「村医者」ANのケースを、以下に要約しよう。

9年間、出稼ぎ先のサウジアラビアの公立病院の薬局のアシスタントを務め、薬や医療の基礎を学んだANは、帰国して6年前に人間向けの薬屋としてオープンした。4年ほど前に政府の青年開発プログラム(Youth Development Programme)で獣医師関連のトレーニングを三か月間受講し、3年前に、製薬会社が主催したガジプールでの2か月間の家畜受精のトレーニングも受講したことで、獣医師も始めた。その中で、自然と人間相手の村医者となり、現在では週7日開業し、一日に30人が来訪。そのうち60%が家畜対象、40%が人間対象である。難しい症状なら診察料を取るが、一般には薬の価格だけ徴収する。ちなみに獣医師の方が家畜をその家で診察・治療するので支払額が高く、人間相手より儲かる。1回の費用は平均500タカ(600円)。抗生物質の投与や注射もするが、縫合や手術はしない。これと同様な薬局兼村医者の店は、この数

百軒のバザールに50軒ほどだが、獣医師のものは少ない。

(出典：大橋、180223 ナラヤンプルの獣医兼村医者は耐性菌問題に自覚的)

本人が述べているように、この農村部のバザールで50軒も同様な店が営業を続けているということは、それだけの需要が存在しているからだ。先に引用した貧しいRBも、公立病院は薬をくれる量が少ないので、自分の胃炎治療に村医者を使っている。身近にあって無償で診断と投薬をするはずのコミュニティクリニックの存在は知らないという。

一方でインドのビハール州に多く存在した、MBBSの常勤医師を1名かそれ以上を擁して入院施設もある私立診療所(Nursing Home)は、バングラデシュではまだ数が少ない。バングラデシュの場合は、ダッカをはじめとした都市病院の勤務医が、週末の金曜日だけ地方のそうした私立病院で診察する例が多い。実際本調査で偶然立ち寄ったノルシンディー市の私立Hazrat Shahjalal General Hospitalも、普段は(おそらく公立病院の勤務が終わった)夕方だけ一人の小児科医が診察するだけなので閑散としていたが、金曜日には何人もの専門医が診察する、と説明してくれた。

重篤な病気で倒れた場合、こうした私立病院を頼りにする例が多いが、その場合(そこの医師が勤めるるのであろう)ダッカの公立の大病院でしかできないCTなどの検査などを受けてくることが求められることが多いので、患者やその家族にとっては身体的にも経済的にも負

担が大きい。その典型例が、以下のRMだろう。

RMは17年2月24日朝9時ころ突然脳溢血。CNG(小さな三輪タクシー)でボイロップ町の心臓病に強い私立病院にかかるが、その指示で、ダッカに救急車で5千タカかけてダッカの *Shamolita Medical College Hospital* に行き、そこで3千タカでCTスキャンを取って、同じ日にボイロップの病院に戻った。その夜はこの病院に入院し2万タカ支払い。この病院は「ここで治療できる」というが信用できず、翌日公立ダッカ *Medical College* 病院にまた救急車を使って移る。ダッカ大学病院に10日間入院して少し改善。病院での支払いは何のためか不明だが10万タカ(13万円)。退院後自宅に戻り、今は毎週金曜日にDr. AIが診察に来るボイロップ町の私立 *Abedin* 病院で、週一回500タカで治療を受けている。(出典：大橋、180224 脳梗塞に西洋医療もコピラージも受ける富裕だが教育低い一家)

一方今回は調査できていないが、首都ダッカでは2~3千床を有する強大で近代的な私立病院が続々と登場している。続いている経済成長の結果として生まれた富裕層のためのものである。特に豊かな人たちは現在ではインドやシンガポール、あるいは米国や英国にまで著量に出かけている。そうした富裕層の人たちは、混雑する首都の大学病院を避けて、こうしたホテルと見間違えるような私立病院で治療を受けることが出来る。

一方公立の県病院には、透析の施設や開腹手術などを行う施設さえ整っていない。そしてその下の村のバザールでは、たくさんの無資格の「村医者」が薬局を兼ねて怪魚しており、民衆が求める抗生物質などの即効性のある薬剤を短期間だけ投与し、耐性菌を生み出している。

インドの構図と基本的は同様であるが、インドにはバザールと大都市の中間にそれなりに信頼できる私立診療所(*Nursing Home*)があるので、バングラデシュの格差の大きさが強く感じられた。

### ・まとめ

全体を通じて、インドとバングラデシュの医療体制は形の上ではかなり似ているが、インド パキスタンとしての分離独立から71年、バングラデシュのパキスタンからの独立46年間に経ち、ある程度変わってきた部分があちらこちらに見られた。

特にSDGsのUHCの実現に向けた道筋という視点から見ると、実態としてはバングラデシュがインドより数段遅れた状態であることと言える。もちろんインドでは、民衆のヘルスケアが選挙対策の具になっているという深刻な問題を抱えているのだが。

これまで縷々述べてきたように、インドの公的保険のカバー率はまだまだ小さく、制度や内容としてもかなり不十分とはいえ、それなりの政策意図を持った公的保険制度が確立している。もちろん、発表されたばかりのモディ・ケアの今後の行方をRSBYおよび州政府の公的保険の今後の在り方とともに、注意深く見

ていく必要がある。また個人レベルの私的な医療保険の今後、そして組織労働者のうちでカバーしきれてない大半の人々の今後にも、注目していく必要がある。

一方バングラデシュでは、医療保険はごく一部の例外を除いて、公的も民間もその影さえ見えない状態である。換言すると、SDGs の 3.8 の UHC を実現するための二つの二つの指標のうち、二つ目が全く見えない状況である。

SDGs やその UHC を実現しようというバングラデシュ政府の姿勢はインド政府より明確に思えるが、その道程はイン

ド政府の方がより着実で、バングラデシュはより不明確に見える。

本研究プロジェクトはこれで終わりになるが、ここで提示したような視点から今後の南アジアの医療状況と医療保険状況は、続けてモニタリングしていく必要が明確にあるように思える。

## 4 . Changes in Phase of Urban Development: Consequences of urbanization and demographic transition

研究分担者 高橋華生子 明治大学情報コミュニケーション学部専任講師

### Introduction

It is widely claimed that the twenty-first century has been turned into “the era of cities.” Behind such an inclination to cities, the advancement of urbanization does exist as a fundamental driver. Nowadays, urbanization is one of the most significant phenomena becoming apparent anywhere on the globe. Estimates presented by the United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA, 2017) show that the world total population will increase from 7.55 billion to 8.55 billion between 2017 and 2030, and keep expanding to 9.77 billion in 2050. It would be easy to imagine that overall population increase has also brought a upsurge of city dwellers. In fact, the rate of urbanization is expected to reach 66% in 2050, which represents that two out of three people will be residing in cities. From a geographic standpoint, an intriguing dimension of ongoing urbanization lies in the traits that developing countries are taking an initiative in promoting such dynamics. According to the World Bank (2016) data on world urban populations, the figure in developed regions recorded a modest increase to 960 million in 2015 from 650 million in 1980. On the other hand, the one in developing as well as emerging regions increased threefold during the same period: approximately 1 billion to 3 billion. These facts described above evidently pose a serious concern on how to deal

with rising complications related to “urban.” In conformity with the above-mentioned moves, the term “cities” has gain legitimacy in the discourse of internationally agreed agendas, for instance as manifested in Sustainable Development Goals (SDGs). SDGs’ innovation deserving a special remark here is that, unlike conventional development philosophies primarily focusing on of rural areas and developing countries, renewed attentions to urban issues started to be paid, being incorporated into the ongoing agenda. Most notably, a development goal specialized in urban planning -- Goal 12-- was formulated in response to the growing presence of cities. It is important to remember that urban issues are not stand-alone subjects only open to Goal 12; rather, to realizing a vision of prospective cities should be treated as an overarching topic throughout SDGs in that both developed and developing countries have to be sincerely committed.

Although the need of addressing urban growth and its associated problems has been largely accepted, there might be a certain misunderstanding partly due to a lack of comprehending the reality: what’s going on in third-world cities amid the unprecedented rate of urbanization. Of all possible factors, such a misunderstanding could be well clarified from demographic compositions: who constitute a city. Without having updated population profiles in contemporary city settings, urban planning designed to alleviate complications



would end up with a standardized scheme inappropriate to actual conditions. The point to be highlighted is, despite the same old expression, urban population makeup is not monolithic even in developing countries' cities. In particular, such contemporary urban morphology should be systematically perceived through a movement of fertility transition. Based on several scholars' observations, Wang & Sun (2016) state two points that can tell the

significance of conceptualizing fertility trends within the framework of urban studies. First, urbanization has been recognized as a social structural change along with fertility transition; second, an inverse correlation between fertility and urbanization has been detected. In view of those points, conducting an in-depth examination of fertility dynamics must be instrumental in identifying the people who sustain current and future cities.

**Table 1: Urbanization rate in selected Southeast Asian countries, 1950 to 2050**

(%)

	1950	1975	2000	2025	2050
<b>Southeast Asia</b>	15.5	23.3	38.2	49.7	65.4
<b>Cambodia</b>	10.2	4.4	16.9	26.3	43.8
<b>Indonesia</b>	12.4	19.3	42	50.7	65.9
<b>Malaysia</b>	20.4	37.7	62	80.5	87.9
<b>Myanmar</b>	16.2	23.9	27.8	44.4	62.9
<b>Philippines</b>	27.1	35.6	48	55.4	69.4
<b>Thailand</b>	16.5	23.8	31.1	42.2	60
<b>Vietnam</b>	9.9	14.6	24.3	36.4	54.9

Source: UN-DESA (2010)

Given the above-mentioned line of discussion, Southeast Asia is a preferable example to be investigated. This is because, unlike African and parts of South Asia still keeping high fertility rates, some Pacific Asian countries have arrived at the opposite low-fertility stage, which raises new question for planning economic and social welfare (Jones, Straughan & Chan, 2009a). In other words, even though the huge magnitude of urbanizations has been witnessed throughout Southeast Asia (see Table 1), an interesting mix of fertility situations are found in the region. As is often the case in developing countries, it is generally conceived that

initiatives to lower fertility are yet critical to make urban environment livable. This typical scenario essentially relies on the existence of time lag that the death rate usually falls before the birth rate slows down. Because of this time lag, the term "population momentum" comes to the fore and thus massive population growth will eventually come about. Such a classic theory holds the validity to some extent. In reality, despite the relatively slow population growth in Southeast Asia, population in the region is projected to grow by 7 to 8 million a year during 1993 to 2025 (Cole, 1996). That is why the alarmist view warning the crisis of population explosion

remains persistently.<sup>1</sup> In the meantime, another scenario began appearing in some countries. That is, improving fertility is a proposition due to an unprecedented shift to depopulation and aging. As elaborated later in this report, Thailand is a forerunner country experiencing the shift and other countries are few steps behind at this moment. It is estimated that Indonesia, Myanmar and Vietnam are supposed to follow the same path: by 2050, population declines will become more evident in those countries, and the biggest factor causing the declines is lowered fertility rates (Kato et al., 2013). This fact tells that many Southeast Asian countries are approaching to the end of so-called “population bonus” periods<sup>2</sup>. What it means, it will soon require massive reconstructions of institutional and societal arrangement to be suitable to current demographic structures of cities.

Toward the realization of livable cities in the pursuit of SDGs, debates on urbanization must go beyond a mere examination of its phenomenon and associated problems. Instead, more elaborate

---

<sup>1</sup> Such a perspective was stressed at the International Conference of Population and Development (ICPD) in 1994, reflecting the situations of the mid-1990s: 45% of the countries on earth regarded that their fertility levels were far from a satisfactory level (UN, 1994).

<sup>2</sup> In the case of Japan, the end of its population bonus period was between 1990 and 1995, and those years exactly correspond to the era named “a lost decade” in Japan (Sugaya, 2012).

study on urban transition from a demographic perspective has to be facilitated in order to identify the right place, right people, and right timing. Therefore, understanding how urbanization has influenced the change of urban morphology should serve as a basis of formulating development planning. For the sake of untangling this question, this report attempts to conduct a contextual analysis on demographic transitions in the milieu of prevailing urbanization. Such an analysis offers valuable insights to comprehend a current and future picture of urban inhabitants, helping to lay out forward-thinking policy directions.

## Overview of fertility transition in Southeast Asia

Decreased fertility rates have become a global trend characterizing the demography in the 21<sup>st</sup> century. In fact, statistics reported by UN-DESA (2013) shows that total fertility rates (TFRs) continue to drop from 4.4 in 1970-1975 to 2.5 in 2010-2015. Furthermore, the number of countries with TFRs below the replacement of 2.1 has been on the sharp rise: 55 countries in 1990-1995 to 86 countries in 2010-2015 and 119 countries by 2030-2035. These figures may seem somehow strange due to the stereotyped image that population sizes are mushrooming in developing countries. As stated above, because salient decreases in mortality rates take place before fertility declines, population expansion does emerge.

**Table 2: Total Fertility Rates in Selected Southeast Asian Countries from 1955 to 2070**

	1955 -	1965 -	1975 -	1985 -	1995 -	2005 -	2015 -	2025 -	2035 -	2045 -	2055 -	2065 -
	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070
<b>Southeast Asia</b>	6.12	5.91	4.81	3.58	2.69	2.42	2.25	2.11	2.00	1.93	1.88	1.85
<b>Cambodia</b>	6.95	6.70	5.42	5.99	4.25	3.08	2.52	2.27	2.09	1.96	1.87	1.82
<b>Indonesia</b>	5.67	5.57	4.73	3.40	2.55	2.50	2.32	2.12	1.98	1.90	1.85	1.83
<b>Malaysia</b>	6.38	5.38	4.20	3.67	3.13	2.22	2.01	1.86	1.78	1.74	1.74	1.74
<b>Myanmar</b>	6.00	6.10	5.15	3.80	2.95	2.55	2.18	2.00	1.87	1.80	1.77	1.77
<b>Philippines</b>	7.27	6.54	5.46	4.53	3.90	3.30	2.88	2.60	2.39	2.21	2.07	1.96
<b>Thailand</b>	6.14	5.98	3.92	2.30	1.77	1.56	1.46	1.43	1.51	1.59	1.65	1.69
<b>Vietnam</b>	6.16	6.46	5.50	3.85	2.25	1.93	1.95	1.92	1.91	1.90	1.90	1.90

Source: UN-DESA (2017) World Population Prospects: The 2017 Revision.<sup>3</sup>

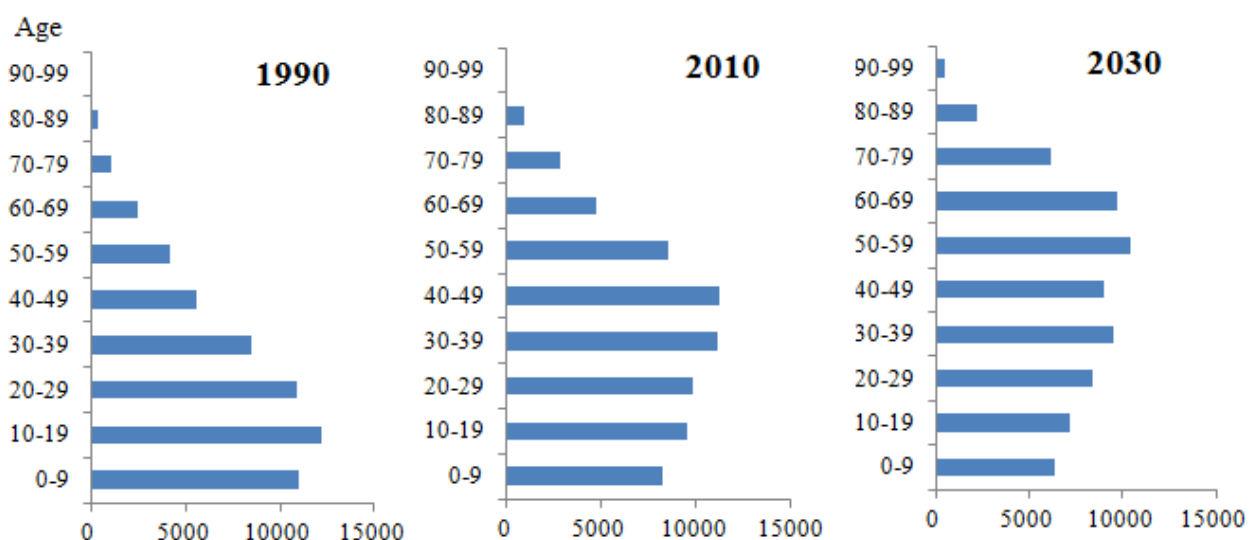
<sup>3</sup> This source is custom data acquired via UN-DESA website: World Population Prospects: The 2017 Revision. Available at <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

This line of story has been also applied to Southeast Asian countries. In spite of some exceptions, declines of fertility rates in the region countries are generally on a downward trend. As Table 2 displays, TFRs in the 1950s kept at high levels above 6.0; however by the turn of the century, those numbers sank to below or around the replacement level. By casting a glance at fluctuations over time, it is striking to notice that the trajectory that Thailand has followed is becoming similar to the one of other developed counterparts. A phenomenal drop was marked, reaching below the replacement level as of the late 1990s. No doubt to say, TFRs less than 1.5 were overwhelmingly low compared to most other countries. Interesting to note, those statistics of TFRs considerably overlap with the data showing the start and end of population bonus in the region. In fact, the start of population bonus in Thailand, 1965-1970, was exactly the same as the ones in the Philippines and Malaysia; but the projected end of the bonus in Thailand, 2010-2015, is much earlier than Philippines and Malaysia: 2040-45 and

2035-40 respectively (Oizumi, 2007). It is fair to assume that such differences are an outcome brought by faster fertility declines in Thailand than expected. Even though the timings of the mortality decline would be synchronized across the region, the speed and course of fertility declines were further diverse. That is why the ends of population bonus periods may significantly vary. However, albeit differing in time and pace, fertility declines are the common experience that all the listed countries are going through, as is clear from Table 2. What those facts imply is that an orthodox population myth --more babies in developing countries and fewer babies in developed countries-- is no longer applicable. In developing countries, while almost 50% of governments pursued policies to lower population growth and only 10% launched policies to raise it (UN-DESA 2013), that 10% is projected to be further enlarging. From that point of view, Southeast Asia would be a foreseeable area that signals incoming directions.

**Figure 1: Age Cohorts in Thailand, 1990-2030 (thousands)**

Source: UN-DESA (2017)<sup>4</sup>



<sup>4</sup> This source is also custom data acquired via UN-DESA website: World Population Prospects: The 2017 Revision. Available at <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Accordingly, the scale and profile of productive population have been in change. Data on age cohort in Thailand provides clear signs of the change. As Figure 1 displays, the largest age fraction has been dramatically shifted to middle-age population from teenagers in 1990. As of 2010, it seems that Thailand is in the midst of population bonus, which means the country enjoys the maximum labor productivity because the peaks of the cohort are marked at the two population groups aged from 30 to 49. However, by the year 2030, top two age groups will move up to 50-59 and 60-69. What this transformation represents is that, such a demographic transition gives great impetus to changing the profile of urban inhabitants. Singapore is a pioneer in this field, already adopting pronatalist population policies in the late 1980s to prevent population decline, avoid an unbalanced age structure and sharp aging, and ensure continued increase of the work force (Jones & Leete, 2002). However, most of the cities and countries have been left behind to cope with these demographic changes. In the case of Thailand, it has already started to prepare specific measures against its aging trend around the turn of the twenty-first century (Country Report: Thailand, 2002). Yet such attempts had not been reflected into population policies as a major theme at that time.

With the objective to examine the backgrounds of the change, elucidating conditions favorable to fertility decline is a big analytical question. Variables related to the conditions should cover a broad range of

social, economic, cultural, and political settings. Hence, giving a careful scrutiny to the context of fertility transition is quite helpful to digest how fertility transitions have been affected by ongoing urbanistic climates. Based on various associated literatures, a number of notable factors can be spelled out. Generally speaking, the reduction of mortality rates should be recognized as the first essential determinant. In part, advances in medical treatment and conclusions of gigantic world-wide wars have brought dramatic impacts on the decrease in death births and infant mortality rates. Given that reason, the need of having other babies is getting less owing to a high survival rate of a delivered baby. Coupled with the decrease of overall mortality rates, many Southeast Asian countries have entered the process of demographic transitions as shown at Table 2 about fertility changes.

**Table 3: Contraceptive prevalence rate among women of reproductive age**

Country	Year	Contraceptive prevalence rate (%)	
		Any method	Modern method
Cambodia	2000	23.8	18.5
Indonesia	1997	57.4	54.7
Lao PDR	2000	32.2	28.9
Malaysia	1994	54.5	29.8
Myanmar	1997	32.7	28.4
Philippines	1998	46	28.2
Thailand	1996-97	72.2	69.8
Vietnam	1997	75.3	55.8

Source: Gubhaju & Moriki-Durand (2003, p.56)

Apart from such straightforward trigger of improved health conditions, the introduction of governmental schemes such as family planning programs also plays a crucial role. In the case of Southeast Asia, the latter half of the 1960s was the time when the idea of birth control was proposed and adopted in the arena of policy making: Singapore launched its population policy in 1965, Malaysia in 1966, Indonesia in 1968, and Thailand and the Philippines in 1970 (Jones, 1984). Debates over the implementation of family planning programs lead to exploring the efficacy of such government-sponsored approaches. Those public schemes are designed to satisfy both supply-side and demand-side factors. A representative supply-side factor is the widespread of contraception use. This is greatly brought by the invention of technologies in the 1960s, contributing to the creation and supply of various contraceptive measures (Caldwell et al, 2002).<sup>5</sup> The widening scope of choices

---

<sup>5</sup> Measures are such as oral contraceptives, IUD, injectables, implants, and sophisticated sterilization techniques.

available to people has been perceived as one of the powerful thrusts reducing TFRs. It is no wonder that rates of contraception prevalence are incredibly high over 70% in the countries such as Thailand and Vietnam (see Table 3) where low TFRs have been achieved in a short period of time. On the other hand, in the countries maintaining high fertility rates like Cambodia and Lao PDR, rates of contraceptive prevalence remains low. As a matter of fact, those data provide additional ground to certify the effects of urbanization onto fertility.

Important to be emphasized here, the efficacy of such public initiatives is intrinsically relevant with the extent of urbanization. A combination of Table 1 and Table 3 shows that the degrees of contraceptive prevalence and the rates of urbanization are actually correlated: countries with higher urbanization rates have records of wider contraceptive uses and vice versa. As is often said, people in cities tend to have better access to subsidized contraceptive methods because it

is easier to provide such public services in densely populated areas. From the standpoint of policy implementation, focusing on urban areas is a rational choice to make more considerable outcomes. Furthermore, such a gap can be found also within a city between the rich well-informed people and impoverished marginalized people<sup>6</sup>. This raises a question about the purpose of government-driven initiatives since there might be profound disparities. In other words, it can be assumed that urbanization itself has caused social and economic divides in terms of distributing such public resources.

As Hirschman & Bonaparte (2012) assert, articulate, official schemes like family planning programs are contingent upon other external determinants of fertility decline, most notably socioeconomic factors. Investigating the impacts of socioeconomic development onto fertility transitions serves as an underlying theme of this research. As many scholars have argued and reviewed so far, socioeconomic variables do affect women's reproductive behaviors. In fact, many "take-off" countries in Asia have experienced fertility declines during the periods of their startling economic and social development. This is because such development substantially contributes to changing conventional status and norms surrounding women and children. In this regard, a study conducted by Hirschman & Young (2000) is worth noting. In their analysis, socioeconomic determinants are divided into

two categories: contextual variables --status of women, economic roles of children, infant mortality rate, and marriage patterns-- or individual-level variables --women's education, husbands' occupation, and migration states. Despite those classifications, however, they are not mutually exclusive. Instead, they are in a certain correlation: for example, women's education affects their working and marriage patterns. By taking that point into consideration, looking more into socioeconomic factors is a key to figure out why fertility transition has been strongly championed in urban areas. Of all, two socioeconomic conditions need to be explored especially in the urban context: (1) changes of industrial structures and (2) expansion of educational systems.

As is commonly claimed, the advancement of urbanization resonates with the promotion of industrialization. To make it short, in parallel with changing settlement patterns from countryside to city, industrial bases in a country have been gone through a transformation to more urbanized sectors. In Southeast Asia, such industrial shifts have occurred intensively for the last several decades. For instance, from 1980s to 2000s when the salient growth of urbanization started to be noticeable, the departure from the primary sector, mainly agriculture, became a dominant feature in major Southeast countries (see Table 4). While some ups and downs are found regarding the ratios of secondary and tertiary sectors out of total, the primary sector has been decaying on average, accounting for just a fraction of a percentage. What this shift means with regard to fertility are at least twofold: (1) increasing a surplus of labor in rural areas and

---

<sup>6</sup> As for the details about such urban divide concerning reproductive health services, please refer to the research done by Ezeh, Kodzi & Emina (2010).

(2) changing economic roles of children. Both are linked to the shift of industrial structures: the former is a pre-condition but the latter is a consequence. As for a surplus of labor in rural areas, development techniques such as agrarian reforms and agricultural revolution give an impetus to accelerating urbanization in turn, since those techniques contribute to improving productivity while causing the reduction of

farmland size. In the aftermath, a number of tenant farmers are squeezed out from what they used to do. Therefore the scale of rural-to-urban migrations gets bigger in that people out of work are driven to move to cities (Sato et al., 2016).

**Table 4: Contribution ratios to GDP growth by sector, 1980s to 2000s**

	1980s			1990s			2000s		
	Primary	Secondary	Tertiary	Primary	Secondary	Tertiary	Primary	Secondary	Tertiary
<b>Indonesia</b>	12.7	45.2	42.1	8.1	55	36.9	9.5	34.1	56.4
<b>Malaysia</b>	9.6	47.2	81.7	1.4	54.7	43.9	5.1	28	67
<b>Philippines</b>	10.7	7.7	81.7	10.3	31.4	58.3	7.7	29.5	62.8
<b>Thailand</b>	6.9	42	51	3.8	53.5	42.6	4	54.3	41.7

Source: World Bank (2017)

Besides, what is expected to children has been altered in the course of industrial shifts. When agriculture was a key industry, the larger number of children was more desirable to keep extra labor force; but the shift to urbanized sectors like manufacturing and services leads to changing economic roles of children. In accordance people are likely to prefer fewer children as the need of having more children for agricultural work is not that much like before (Uchiyama & Hayashi, 2016). Instead, in order to develop competent and productive labor force who is qualified for non-agricultural, knowledge-based sectors, more investments to children's education are considered further critical. It follows that reproductive decisions to keep fewer children tend to be justified, because the costs of having and raising children get high (Caldwell & Caldwell, 1997). Furthermore, those costs related to children do not only indicate monetary expenditures but also contain the time commitments (Hirschman, 1994). Owing to the industrial shifts, incorporating women as a wage labor is no longer superfluous. Since the percentage of women's work participation multiplies and the time of women has become a commodity

within the market economy, the required time commitments to children are also seen as an impediment. All those things result in maintaining a smaller family size as a rational choice especially among urban population. It is certain that those contextual variables are deeply connected to individual level variables, notably women's educational attainment. In fact, women with high educational attainments are inclined to have fewer children. Regarding this, three reasons can be raised. First reason involves information and knowledge. More-educated women know the way to seek their own interest and family plan since they are able to gain access to various information and concrete practices such as contraception and related necessary information; therefore they are less affected by husbands and other relatives (Lutz, 2014). Furthermore, the percentage of female wage labor must be another important aspect. By referring to the case in East Asia, the proportion of female workers has expanded due to the industrial shifts; but that growth is in conjunction with the increase in women completing secondary and tertiary education (Jones, Straughan & Chan, 2009). This point indicates that the issue of



educational levels serves as an important clue to explain lower fertility in urban areas. That is because, not surprisingly, highly educated labor force is more likely to cluster in certain urban areas. A good example to be introduced is Bangkok. In spite of the fact that the largest segment of working population, 49.1%, is the people with primary education or below, 34.2% out of the total university graduates are concentrated in Bangkok. Of course, higher income levels in cities must be a magnet attracting and retaining such well-educated manpower; moreover, such people are more able and willing to have their children received quality education (Oizumi, 2009). Honestly said, the correlations among variables described above are not a surprise at all. It seems quite logical that shifts of industry and betterment of education are associated with the advance of urbanization. All of which lead to prescribing demographic conditions of cities; but it is important to remember that, as previously touched, urbanization has the nature that it can produce a widening disparities in (re)distribution of resources and associated opportunities.

In sum, it can be claimed that fertility decline serves as an indicator showing the start of urban restructuring. This is because demographic transitions prompted through drastic fertility decline are not under way on a nation-wide scale but intensively evident in urban areas. Hence, changes of fertility rates should not be interpreted as a continuum trend spreading across a country. Rather, those are inherently linked to the dynamics of urban transitions. In this respect, national population statistics do not help to capture present and future states of cities correctly. This reality reaffirms that today's cities are not the places representing each country but being increasingly detached from such national boundaries where they used to belong to.

#### Prospective Lessons from Southeast Asian countries

Based on the discussion presented above, a critical question to be examined is related to the original nature of urbanization. That is, whether a conventional model of urbanization rooted in Europe and North America has been duplicated in Southeast Asia or not. In order to answer this question, a concrete analysis to specify

characteristics of urban transitions -- demographic changes and urban growth in particular-- in Southeast Asia needs to be delivered. In short, Knox & McCarthy (2014, p.140) summarize the main point as follows: "in sharp contrast to the experience of the world's developed countries, where urbanization was largely an outcome of economic growth, urbanization in the less developed countries has resulted from demographic growth that preceded economic development." Their statement is indeed instrumental in figuring out existing issues that will be developed into serious challenges in Southeast Asia.

Out of all, the most pronounced characteristic in Southeast Asia is its abrupt acceleration. As Kato et al. (2013) mention, unlike other developed countries, there hasn't been enough time to undertake possible measures against fast-paced aging population because of galloping birthrate declines. In fact, as for the percentage of the elderly population whose age is over 65, it took 25 years in Japan to reach the level of 14% from 7%. Once it was known that Japan would be the fastest case; but, it is estimated that the shift of the percentage from 7% to 14% in some Southeast Asian countries will be achieved in much shorter periods: 20 years in Thailand and 17 years in Vietnam (Oizumi, 2015). Such a transformation definitely requires not only the reinvention of social policies and its public & welfare services but also the reconstruction of physical city designs catering to the change of urban morphology.

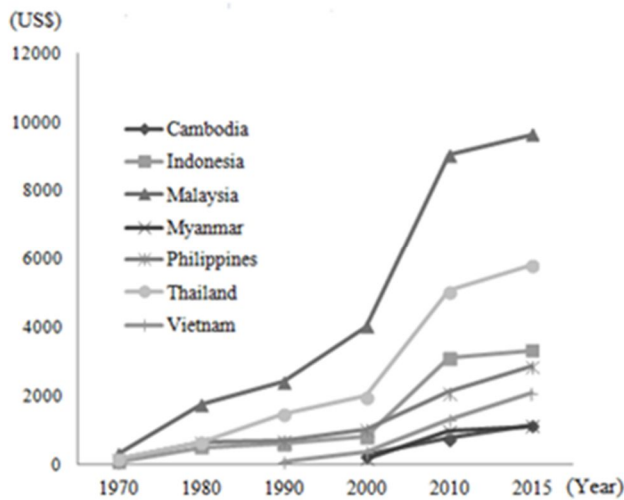
Nevertheless, in the matter of realizing those reorganizations, substantial amounts of financial resources have to be procured and retained in a very short span of time. Because of the difficulty in catching up with such a fast speed, deterioration of welfare and living standards start to be disclosed. This ordinary problem could be derived from a stereotyped image and discourse about the cities in developing regions. It is not necessarily true that cities in such regions are the places where destitute neighborhoods are scattered throughout the cities, leaving people deprived, idle and unproductive. Rather it is critical to understand that some of them are going to next stages similar to the situations of more developed countries. The reality is, even in developing countries, an increasing number of

households are likely to share the following characteristics: employed in modern sectors, high income, well-educated, fewer children, and nuclear form.

However, careful inquiries should be made to portray traits differentiating Southeast Asian from other developed forerunners. It is generally known in the world that fertility rates are negatively correlated with economic development (Kato et al., 2013). This hypothesis is possibly because economic development has been often initiated and promoted by the industrial shifts described above. That is why fertility declines have been

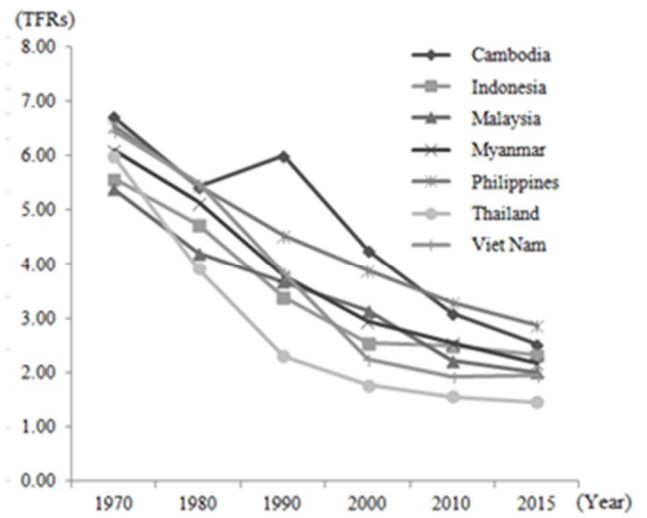
usually forwarded in conjunction with urbanization and industrialization. It seems that Southeast Asian countries' experiences support the validity of such standardized formula. By comparing Figure 2 side by side with Figure 3, it is fairly apparent that declines of TFRs are associated with the rises in Gross Domestic Products (GDPs). Along with the advance in urbanization, those data suggest that income growth is connected with smaller family preference in favor of seeking the prospect of modern sector employment.

**Figure 2: Changes of income, 1970 to 2015**



Source: World Bank (2017)

**Figure 3: Changes of TFRs, 1970 to 2015**



Source: UN-DESA (2017)<sup>7</sup>

<sup>7</sup> This source is custom data acquired via UN-DESA website: World Population Prospects: The 2017 Revision. Available at <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Although the growth of GDPs per capita has great impacts on fertility, it might be skeptical to confirm the correlation. Two observations endorsing this question can be raised. First, even in the countries recording low GDPs, fertility declines have been identified. Myanmar is the best example in this sense. In 2015, while the GDP per capita in Myanmar was just \$1,139, its fertility rate achieved the replacement level, 2.18 (World Bank, 2017). This is also applied to the case of Thailand. It is interesting to note that, in Thailand, the region recording the greatest fertility decline between 1965 and 1975 was the Northeast region, poorest in the country (Hirschman & Guest, 1990). What those figures suggest is that, fertility transitions in Southeast Asia do emerge regardless of a phase of economic development. This is possibly explained by the second observation: the periods when those changes occurred are not exactly coincided. Actually it is not necessary to have an absolute overlap between the two graphs. Given the points previously reviewed, it might be understandable as long as income growth comes up before fertility rates fall. However, as Figure 1 and Figure 2 exhibit, in Southeast Asian countries, fertility declines began ahead of rising income. In particular, special attention should be paid to the 1980s and 1990s since those times depict what happened in the real world. While many countries went through significant reductions of TFRs in the 1980s, comparably big boosts in income were monitored in the 1990s. Such evidence proves that TFRs in Southeast Asia went down akin to the levels of developed countries before experiencing economic

development. It would not be a logical consequence under the assumption that income growth would be one of the prerequisites provoking fertility declines. Yet, this is a key to a proper interpretation of urbanization trends in many developing world: the advancement of urbanization continues without the development of industrialization in cities. When taken all together, it can be addressed that the synchronization between fertility and urbanization is not necessarily a phenomenon pertaining to industrialization and its subsequent economic development. As Sugaya (2012) mentions, fertility declines in developing countries may theoretically lead to heightening a potential of economic growth because ratios of working-age population go up due to the time lag in the decreases of mortality and fertility. Based on such understanding, facilitating fertility declines can be regarded as an important condition toward the promotion of economic development.

This kind of argument surely reflects the importance to explore the balance of impact between governmental initiatives and economic growth. According to the data shown above, the roles that policy interventions, namely family-planning program, historically have played are enormous to change reproductive behavior and decisions. In general terms, family-planning programs aim to enable women to limit their childbearing through the provision of information and access to contraceptives (Bongaarts, 2009). In view of that objective, such public schemes can be regarded as awareness-raising, educational efforts and this point offers a better grasp of why family-planning programs should target

people and communities in socioeconomically lagging areas rather than pursuing bigger achievements in a numeric manner. In practice, the study about sub-Saharan countries by conducted by Ezeh, Kodzi & Emina (2010) presents that the poorest urban married women in the bottom 20 percent are two and a half time less likely to use any contraceptive method in comparison to the ones in the richest 20 percent. The gist of their study is conducting an analysis on fertility dynamics by socioeconomic classes in the urban context. They say that the influences of urban poverty on fertility outcomes are still poorly understood because of the following reasons: (1) much of the related research have been conducted in reference to rural areas and (2) there might be an assumption that urban residence is more extensively subject to fertility regulation, a higher cost of rearing children, and better access to reproductive and other health services and information (Ezeh, Kodzi & Emina, 2010). These points again refer to in-city disparities that go beyond a traditional rural-urban dichotomy.

Such considerations pose two, somehow opposing questions. First concern is the effectiveness of public top-down initiatives in part to close the disparities; and second point is the efficiency of economic development at the level of subsistence. Although both are commonly recognized as crucial variables relating to fertility transitions, they are not always in stable equilibrium. Impacts of each variable totally depend on circumstances in a locality. More interestingly, it is often claimed that economic viability is indeed valuable, surpassing the effect of governmental schemes.

This conception has been defended by the event that government policies can exert control over fertility for a temporal, initial period of time; but they might not be that influential on a continuous basis (Hirschman & Bonaparte, 2012). For example, as Sakata (2015) says in a broad sense, the rapid decline of TFRs in Vietnam is a result championed by Doi Moi, economic liberalization reform initiated in 1986, since cutbacks in public expenditures through the liberalization policies lead to an increase of private child-rearing costs. Furthermore, in the case of Vietnam, maintenance of high annual economic growth at 7% even after the Asian Currency Crisis in 1997 would be another factor (CIA, 2004). From those points, economic-based principles exercise great effects on lowering fertility rates, although favorable cultural and political conditions do exist in Vietnam<sup>8</sup>. In keeping with the discussions so far, it can be assumed that the prevailing climate of neo-liberalism from the 1980s should be regarded as one of the covert catalysts to fertility declines. Urban areas are the place where fertility transitions are likely to appear intensively because they are more subject to the adoption of monetized systems.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> For example, penetration of Buddhism beliefs which do not impede any kind of modern contraception (Myint, 1991) and strong political commitments were facilitated by adopting Vietnam Population Strategy 2001-2000 (VCPFC, 2001).

<sup>9</sup> Points raised in this paragraph shall counterwork under certain circumstances. Based on the research on Singapore, Maruo and So (2017) presume that, in order to overturn low birthrates, continuous GDP growth per capita is more effective compared to the measures against

Despite a prevailing fashion of promoting social development, economic growth is a fundamental condition to heighten cities' sustainable capacity. This notion will gain more significance in this ever-urbanizing era.

Economic growth would widen the gap between haves and have-nots within cities; but it might contribute to narrowing unjust disparities if profits are correctly to be redistributed. Nevertheless, before taking about the need of redistribution, the problem of distribution has to be deliberated and mitigated.

In order to do so, it is necessary to think about what kind of "economy" needs to be created and developed. In the efforts to figure out the "economy," extensive and elaborate analyses on demographic compositions of the time are critically entailed. This is because employment opportunities should be facilitated consistent with the changes of demographic compositions. During the phrase when a huge pool of young productive population exists, development of labor-intensive industries is the most compelling option. Conversely, in the case of a city encountering aging labor force, reconsidering industries adequate to the population will be essential. This point

---

falling fertility like public child-care support. This is because subsidies and incentives given through the public schemes are basically kept at the same level, not incrementally increased in proportion to economic development. From this, a contradictory formula can be also noted: economic growth will work as a favorable ingredient to improve declining TFRs, especially in a low-birthrate country achieving a substantial level of economic development (Maruo and So, 2017) . As a matter of fact, even in Europe, the implementation and effectiveness of public-driven measures have been difficult to ascertain (UN-DESA, 2013).

evidently posits a serious challenge that urban planning has to tackle: building physical economic environments that enable the achievement of social sustainability.

## Concluding Remarks got Coming Research Agenda

In accordance with a growing velocity of urbanization, demographic compositions of contemporary cities are undergoing a striking transformation. Once it was believed that cities in developing countries had a great accumulation of young poor migrants living under overcrowded, chaotic urban environment. However, as discussed throughout this research, such a stereotyped image of third-world cities will be no longer effective. As the examples of Southeast Asia show, some of them have been moving through the stages of change, which necessarily require restructuring not only economic and social bases but also physical designs of cities. Hence, development goals related to cities must deliberate the current feature and state of urban morphology in each locality. Additional point to bear in mind is, demographic compositions vary surprisingly according to different socio-economic groups even within a city itself.

At the end of the report, there are two research points that the prospective study should consider. First, research on urbanization from a demographic perspective does require an inclusion of geographic, space-based analysis. This is because many primate cities tend to expand its territories beyond their administrative boundaries. In effect, once it was a city, it has been transformed into a mega-urban region, which encompass extensive

areas where do not officially belong to the cities. That is to say, today's city, which is sometimes better called as a broader urban region, can be broken into several spatial zones and each zone has its own demographic characteristic. For example, in their research on urban regions in Asia Pacific, Jones & Douglass (2008, p.7) note that "while the inner zone tends to be the area of new middle class prosperity in the form of gated communities and shopping malls, outer zones tend to fall behind municipal boundaries and lack even the most basic urban infrastructure despite the large urban population increases they are experiencing." Like this, extended cities nowadays are not a mono-centered structure but polynuclear having different spatial zones. Therefore, not applying uniformed planning approaches but formulating the ones customized according to socio-economic profiles of the population is desperately required to create a sustainable living environment for every city dweller.

Second concern is more grounded into the aspect of global movement of people, which means the unparalleled growth of international migration. For the last several decades, the phenomenon of heterogeneity and multicultural populations has gradually become prevalent even throughout Southeast Asian cities. Contemporary international migration is different from conventional models in terms of direction and composition. With respect to direction, a customary paradigm of migration was explained by south to north directions. However, in fact, south-to-south migration accounts for more than half of cross-border migration (Castles & Miller, 1994).

Accordingly, a nation, often conceived of as a labor exporter, is both a receiving and a sending area like Malaysia: major outflow to Singapore and large inflow from Indonesia and Southern Thailand (Stalker, 1994). It is important to mention here that some predominant reasons of prompting international migration are negative population growth by low fertility rates, growing old-age populations, and depletion of reserves of flexible domestic labor in hosting countries (Sassen, 1994; Stalker, 1994; Abella, 1995; Douglass, 1999). In those views, some Southeast Asian countries such as Thailand hold a much larger potential to become hubs of international migrants more than now.

Diversification of the types of urban population including foreign migrants surely challenges how to accommodate various people with different backgrounds and implement social and physical planning of cities. Furthermore, migrants to date are not necessarily limited to legal and permanent ones; the scale and scope of illegal migration also keep enlarging. So the challenge definitely extends to the issues of new comers who don't have a proper residential status.

Concerns described above pose that urban planning in this century is required to integrate socioeconomic development and physical city designs to accommodate demographically and culturally heterogeneous societies. In order to formulate desired urban planning, a coming research subsequent to this should revisit and scrutinize arguments, research points, and challenges that this report outlines.

## Reference

- Abella, M. (1995). "Asian labor migration: past, present, and future." *ASEAN Economic Bulletin*, 12(2), p.125-135.
- Bongaarts, John (2009). "Human population growth and the demographic transition," *Philosophical Transactions of Royal Society B*, 364, p.2985–2990.
- Caldwell, John. C. & Pat Caldwell (1997). "What do we now know about fertility transition?" In Jones, G.W., Douglas, R.M., Caldwell, J.C. & R.M. D'souza (eds), *The Continuing Demographic Transition*. Oxford, England: Clarendon Press.
- Caldwell, John C., Phillips, James F. & Barkat-e-Khuda (2002). "The future of family planning programs." *Studies in Family Planning*, 33 (1), p.1-10.
- Castles, S. & Miller, M.J. (1994). "The age of international migration." *The Urban Age*, 2(3), p.1-5.
- CIA (2004). *The World Fact Book*. Washington, DC: CIA.
- Cole, John. (1996). "Chapter fifteen: Southeast Asia." In *Geography of the World's Major Regions*. London, England: Routledge.
- Country Reports: Cambodia; Indonesia; Lao PDR; Malaysia; the Philippines; Thailand. (2002). A paper submitted at the Fifth Asian Pacific Population Conference, United Nations Conference Centre, Bangkok, December 11-17, 2002.  
Available:<http://www.unescap.org/esid/psis/population/5appc/country.asp>.
- Douglass, M. (1999). "Unbundling national identity – global migration and the advent of multicultural societies in East Asia." *Asian Perspective*, 22(3), p.79-128.
- Douglass, Mike (2002). "From Global Competition to Cooperation for Livable Cities and Economic Resilience in Pacific Asia." *Environment and Urbanization, Special Issue on Globalization and Cities*, 14(1), p.53-68.
- Douglass, Mike & Gavin Jones (2008) "The Morphology of Mega-Urban Regions Expansion," In Jones, Gavin W. & Mike Douglass (eds.), *Mega-Urban Regions in Pacific Asia: Urban Dynamics in a Global Era*. Singapore: NUS Press.
- Ezeh, Alex C. , Kodzi, Ivy and Jacques Emina (2010). "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services," *Studies in Family Planning*, 41(2), p. 109-116.
- Gubhaju, Bhakta. & Yoshie Moriki-Durand (Sep. 2003). "Fertility transition in Asia: past experiences and future direction." *Asia-Pacific Population Journal*, 18 (3), p.41-68.
- Hirschman, Charles and Sabrina Bonaparte (2012) "Population and Society in Southeast Asia: A Historical Perspective," In Williams, Lindy & Michael Philip Guest (eds.), *Demographic Change in Southeast Asia: Recent Histories and Future Directions*. Ithaca, US: Cornell Southeast Asia Program Publications.
- Myint, Nyan. (1991). "Recent levels and trends of fertility and mortality in Myanmar." *Asia-Pacific Population Journal*, 6 (2), p.3-20.
- Hirschman, Charles. (1994). "Why fertility changes." *Annual Review of Sociology*, 20, p.203-233.
- Hirschman, Charles. (2001). "Fertility transition in Southeast Asia." In Smelser, Neil J. & Paul B. Baltes [eds], *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford, England: Elsevier.
- Hirschman, Charles. & Philip Guest (Mar.

- 1990). "The emerging demographic transitions of Southeast Asia." *Population and Development Review*, 16 (1), p.121-152.
- Hirschman, Clarles. & Yih-Jin Young (2000). "Social context and fertility decline in Southeast Asia: 1968-70 to 1988-90." *Population and Development Review, Supplement: population and Economic Change in East Asia*, 26, p.11-39.
- Hull, Terence H. (2012) "Fertility in Southeast Asia," In Williams, Lindy & Michael Philip Guest (eds.), *Demographic Change in Southeast Asia: Recent Histories and Future Directions*. Ithaca, US: Cornell Southeast Asia Program Publications.
- Jones, Gavin W. (1984). "Asia's demographic transition: successful or stalled?" In Jones, Gavin W. (ed), *Demographic Transition in Asia*. Singapore: Maruzen Asia.
- Jones, Gavin (2008) "Comparative Dynamics of the Six Mega-Urban Regions," In Jones, Gavin W. & Mike Douglass (eds.), *Mega-Urban Regions in Pacific Asia: Urban Dynamics in a Global Era*. Singapore: NUS Press.
- Jones, Gavin & Mike Douglass (2008) "Introduction," In Jones, Gavin W. & Mike Douglass (eds.), *Mega-Urban Regions in Pacific Asia: Urban Dynamics in a Global Era*. Singapore: NUS Press.
- Jones, Gavin W. & Richard Leete. (Mar. 2002). "Asia's family planning programs as low fertility is attained." *Studies in Family Planning*, 33 (1), p.114-126.
- Jones, Gavin, Straughan, Paulin Tay & Angelique Chan (2009) "Very low fertility in Pacific Asian countries: causes and policy responses," In Jones, Gavin, Straughan, Paulin Tay & Angelique Chan (eds), *Ultra-low Fertility in Pacific Asia: trends, causes and policy issues*, Oxon, UK: Routledge.
- Knodel, John. & Gavin W. Jones (Dec. 1996). "Post-Cairo population policy: does promoting girls' schooling miss the mark?" *Population and Development Review*, 22 (4), p.683-702.
- Knox, Paul L. and Linda M. McCarthy (2014). *Urbanization: An Introduction to Urban Geography*, Pearson: UK.
- Lutz, Wolfgang (2014). "A Population Policy Rationale for the Twenty-First Century," *Population and Development Review*, 40(3), p. 527-544.
- Sassen, S. (Summer 1994). "Economic internationalization: the new migration in Japan and the U.S." *Social Justice*, 21(2), p.62-82.
- Sato, Yasuhiro Sato and Kazuhiro Yamamoto (2005). "Population concentration, urbanization, and demographic transition," *Journal of Urban Economics*, 58, p.45-61.
- Stalker, P. (1994). Asia. In *The Work of Strangers: A Survey of International Labor Migration (pp.247-269)*. Geneva, Switzerland: ILO.
- United Nations (1994). *Concise Report on the World Population Situation in 1993: with special emphasis on refugees*. New York, NY: United Nations.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN-DESA) (2001). *World Urbanization Prospects: the 1999 Revision*, New York, NY: United Nations..
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN-DESA) (2010). *World Population Prospects: the 2009 Revision*, New York, NY: United Nations.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN-DESA) (2013). *World Population Policies 2013*, New York, NY: United Nations.



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

Vietnam Commission for Population Families & Children (VCPFC). (2001). "Vietnam Population Strategy 2001-2010 [online]." Available: <http://www.ncfp.netnam.vn/English/Policy/Vietnam%20population%20strategy%200110.htm>

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN-DESA) (2017). *World Population Prospects: the 2017 Revision*, New York, NY: United Nations.

Wang, Qingfeng and Xu Sun (2016). "The Role of Socio-political and Economic Factors in Fertility Decline: A Cross-country Analysis," *World Development*, 87, p. 360-370.

World Bank (2017). "Database: World Development Indicator," Available: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators> (2017年1月6日アクセス).

内山愉太、林玲子 (2016) 「2 メガシティ

の多様性と共通性：都市地域生態圏、人口圏」『メガシティ 2 メガシティの進化と多様性』(村松伸、深見奈緒子、山田協太、内山愉太編) 東京大学出版会。

大泉啓一郎 (2009) 「先進国化する中国・東南アジアの大都市～メガシティ(大都市)からメガリージョン(大都市圏)へ～」、『環太平洋ビジネス情報』、第9巻第32号、p.25-51.

加藤巖、高橋廉、松田朋子 (2013) 「東南アジア地域の少子高齢化とその対処策の枠組みに関する考察」、『和光大学総合文化研究所年報 東西南北』、p.226-242.

佐藤浩司、村松伸、内山愉太、深見奈緒子、島田竜登、山田協太 (2016) 「座談会 全休18 メガシティを比較する」『メガシティ 2 メガシティの進化と多様性』(村松伸、深見奈緒子、山田協太、内山愉太編) 東京大学出版会。

菅谷広宣 (2012) 「東南アジア諸国の人口変動：少子高齢化の現状と将来予測」、『岐阜経済大学論集』、第46巻第1号、p.57-77.

丸尾直美、荘発盛 (2017) 「出生率変動と家族政策」、『尚美学園大学総合政策論集』、第24号、p.105-129.

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				