

## 分科会②：保健衛生と都市化

稲場 私は、「動く→動かす」という MDG ミレニアム開発目標達成の為の NGO ネットワーク組織の事務局長を務めている稲場雅紀と申します。本日のこの『保健と都市化』という課題に関して座長を務めさせて頂きます。よろしくお願い致します。まず最初に私のほうから、簡単にパネリストの方のご紹介がてら、この分科会の趣旨について、お話をしたいとふうに思っています。

まず、紹介のほうからいきますと、最初にプレゼンテーションいただきますのが、中村桂子さま、東京医科歯科大学の国際保健医療協力学分野ということで、今日はどうもありがとうございます。

中村 よろしく申し上げます。

稲場 次のプレゼンターの方が、創価大学看護学部の佐々木論さんです。

佐々木 どうぞよろしく申し上げます。

稲場 今回、保健分野といふところなんですが、『保健と都市化』という非常に新しいテーマでの切り口になりました。これは、まさに、この環境省の研究班と私ども MDGs に携わっている学会や NGO が共同してこのシンポジウムを開催することによって、初めて、この「保健」と「都市化」という二つの、これまで、なかなかつなぎ合わさらなかった二つの課題を一緒に勉強するという機会になったということで、このシンポジウム、ならではのテーマになったかな、と思っております。

MDGs というのは 8 個の目標がありまして、このうちの三つが保健であります。

まず、MDGs 4 ということで、5 歳以下の子どもたちの死亡率を減らすということ。次に MDGs 5 というのが妊産婦の健康の改善。最後に MDGs 6、これが HIV・結核・マラリア等の感染症の防止というこの三つということで、どうしてもこの縦割りになってしまうところ、もしくは、保健の話をするときに、MDGs の分け方が前提になってしまうところがあるわけですね。そこに関しまして、都市化という切り口を設けて、新たな「ポスト MDGs」目標に向けて、保健 이슈をどのように組み立てていくのか、そこが期待されるということかと思えます。皆さんには、お二人のプレゼンテーション、そしてパネルディスカッションを聴きながら、ご質問を積極的に考えていただいて、ディスカッションの後に、ご質問をしていただくように、よろしくお願い致します。

MDGs 自体、かなり色々な前進がありました。先ほど紹介した三つに関して、非常に多くの前進が生み出されています。私は、そもそも HIV/エイズのことをずっとやっておったわけですけれども、2002 年当時には、HIV 陽性者、途上国の HIV 陽性者で、治療薬にアクセ

スできていた人たちは、わずか20万人しか居ませんでした。それが、現在は800万人というかなり大きな人数になっています。また、マラリアによる死者に関しましても、例えば、100万人という数の人たちがマラリアで亡くなっていたわけですが、現状では68万人という形で、かなり減少しているわけですね。このような形で、MDGsさまざまに前進があったわけです。

ただ、一方で、MDGsを推進したことによる問題点というようなものも表れてきたかと思えます。一つが国の保健システムを全体として強化するということが、新たな課題として浮かび上がってきたと考えています。保健人材の問題、また保健の調達の問題、情報の問題、こういったものをどうやって総合的に強化するのか。こういう新しい視点が大体2005年、2006年、2007年ぐらいから上がってきた。これが一時、リーマンショック以降、衰退したわけですが、その後、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という概念によって、再び浮かび上がってきたのかなというふうに思っているところです。この「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という概念を、我が国としては、「人間の安全保障」という大きな柱に即して、これをポストMDGsの重要なイシューとして、しっかり学ぶべきは学んでしっかりやっていこうというようなことを、安倍総理がTICADと、そして、この間の国連のMDGsハイレベル会合でおっしゃったということになっております。

一方で、この都市化の話なんですけれども、1980年代には途上国で、都市と農村の人口が逆転するということになりました。実際に現状では、アフリカなどの地域においても、非常に大きなメガロポリスが、もうできているわけです。例えば、南アフリカ共和国のジョハネスバーグ周辺の都市圏には、1000万人の人口がいます。また、ナイジェリア西部のラゴスはアフリカ最大の都市と言われていますが、ここも1300万人、1500万人の人口を抱えているといわれています。コンゴ民主共和国のキンシャサとか、あるいはアンゴラのルアンダというような都市にも、500万人、600万人という人口が居る。そういう形で農村から都市に大量の流れができています。ところが、この都市には、実際に保健も含めて、受け入れ能力が十分でない。実際にこれは草の根の課題というだけではなくて例えば、都市の社会インフラとどのように充実させるのかという大きな課題も存在しているというふうに考えております。

こうした中で、実際に、きょうも発表があるかと思えますけれども、都市の中で、コレラをはじめとする感染症の拡大がどういう形になっているのか、それに対して、どのような対処をする必要があるのか。こういった保健と都市化という切り口から、新たな視点で保健という課題をしっかりと見る、それを「ポストMDGs」の次なる目標と、どう育てあげていけるかとか、そういったところについても、ぜひ考えたいというふうに思っております。では、ぜひ、皆さん、まずプレゼンテーションのほうを聞いていただければというふうに思います。

では、最初に、『都市における健康格差の縮小への道筋』ということで、中村桂子さんから、よろしくお願ひ致します。

中村 中村でございます。どうぞよろしくお願い致します。私はこの都市での保健水準ということで、MDG の期間にどこまで何が進んだか、それから、その都市の、特に都市といったときに、マクロで見たときに、どういう状況になっているかっていうことについてお話をしたいと思います。そして、テーマとしては、都市化が進んでいるこの中で、この中の格差がどういう状況になっているのか。格差があるということを示すだけでなく、では、それを縮小していく、縮めていくということではできるとなるとどうかということ、また提供させていただいて、ポスト MDG その次の課題の考え方についての情報を提供したいと思っています。MDG の現在の八つのテーマの全てのテーマが保健医療に関係するものです。ですので、その中から三つだけ取り出すのは、一部を見るだけになるのですが、一応、この三つについて、どのような状況になったのかと、こういうこととお話ししたいと思います。

MDG の 4 番目のテーマが子どもの健康です。5 歳未満の子の死亡率についてこれが 1990 年の世界の状況でありまして、これは WHO のウェブサイトでもレポートされています。1000 の出生当たり、200 人以上の子ども、つまり 5 人に 1 人の子どもが亡くなると、こういう状況が、1990 年で、このような国にありました。20 年たって 2011 年になると 1000 の出生あたり 200 人以上の子どもが亡くなるどころがなくなりました。けれども、まだ 1000 人出生あたり 100 以上の国があって、一方で日本のように 1000 人当たり 3 というような国があります。国間の格差というものは、今でも残っているわけです。MDGs では、どのようなゴールを設定したかということ、2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減すると、こういう目標を設定しています。それがどうなったかと、レポートから見ますと、一部達成されたところ、そうでないところがあります。少し進んだところが目標以上にある一方で、半分にも達していないところも、まだまだあります。全体としては、目標に向かって、その方向には少しずつ進んでるという状況があります。MDG の 5 番目、これが妊産婦の健康ですけれども、目標では 2015 年までに、妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減するという目標でありました。10 万回の出産に対して、何人の妊婦が死ぬかという指標です。出産はどこの国でも先進国においても非常にいろんな危険を伴うものでありますけれども、10 万人当たり、国によっては 1000 人とか、もっとたくさん死亡する国もありましたが、これは 4 分の 1 に削減するというのが目標でありました。1990 年、2000 年、2010 年の数字を地域別に見ますと、確かに減ってはいますけれども、4 分の 1 まで下げるということについては、なかなかどの国も、どの地域も、また、国別に見ましても、多くの国が苦勞をしているところです。半分にも減っていないと。それは、出発点がかかなり低い死亡率だったというところだけでなく、出発点でも非常に高いサブサハラ、アフリカにおいても、死亡率が減ったのは 3 分の 1 ぐらいということです。10 万回の出産当たり 500 人の妊婦が亡くなって、死亡するという状況になっています。

HIV の感染について、MDG のゴールでは、HIV 感染のまん延を 2015 年までに食い止め、その後減少させるということが目標になっています。HIV ウイルスの感染率、感染者数と

いう数字そのものが把握しにくいものであります。報告されているものが正しいかどうか、難しいところがありますけれども、これで地域別に見ますと、アフリカの各地域、南アフリカ、中央アフリカ、東、西、どの地域においても高くなっています。新しく感染する方の数が、南アフリカでは人口100人あたり1人以上で、その他のアフリカも0.1以上です。その他のアジアやカリブ地域でも高いのですけれども、アフリカの新規患者数は桁が違い、アフリカ地域では、まん延を食い止めるにはいたっていません。さて、本題の都市化ですけれども、都市の人口が、現在、ちょうど世界で50億を超したところでありますが、これはどんどん増えて、2050年には、70億に近い人が、都市に住むといわれています。都市に住む人の割合ということで見ますと、現在が40パーセント弱、2050年には、これが60パーセントが都市人口になります。先進国だけでなく、アフリカ、アジア、全てを含んで60パーセント以上が都市に住むとこういう時代になります。それは、先進国と開発途上国と分けたときに、どこに都市の人が住んでるかということで見ますと、先進国の都市も増えてますけれども、もともと多くて、それは少しずつ増えている状況です。それに対して、開発途上国での都市人口というのは、急激に伸びて、特にこれから2010年から2050年ということであるという、数、実数としても倍以上になります。都市人口が急激に伸び、開発途上国の中でも、農村地域に住む人口の実数が下がっていきます。地域別に見ますと、もともとある程度都市人口がありますアメリカやヨーロッパなどは、徐々に増えているということですが、アジアとアフリカ地域が、都市人口の割合の増加ということで急激になっている。これにさらに、その実数も加えると、さらに伸び率が大きいということになります。世界の都市化といったときに、どこで人が増えるか、開発途上国の都市にどんどん実数も増えるし、割合も増えていくと、こういうことが分かります。

大きな大規模な都市圏を20番まで示すとこのような都市になります。

都市に住む人の健康ということを考えるときに、さまざまな都市問題、もうこれをなしには、健康問題考えられないということではありますが、水と衛生の問題、燃料の問題、住居の問題、地域の整備普及の問題。大気汚染、あるいは交通の問題、職場の環境、地球、気候変動の問題もたくさんございます。また、一方、人の生活の仕方ということでいいますと、先ほど申し上げました人口変動、人口移動ですね。今までの暮らしている人の規模とかが違うと。それから、新しい感染症の発生するリスク、あるいはその管理の問題。医療にアクセスできるか。女性の健康の為の公平性や格差の問題。また、ライフスタイル。都市と農村のライフスタイルは違う、ライフスタイルの問題があります。食生活も農村で暮らす場合と、都市とは違うわけですし、都市ではそれを購入しなければ食糧は確保できないという状況になります。身体活動、日常生活の中での体を動かす量というものが、都市生活では異なってきます。たばこ、薬物という問題もあります。

都市における健康の格差についてお話しします。まず、日本の中での格差の例ですが、結核という病気、今でも、日本でも、これは問題になりますけれども、これは、全国の政令指定市の中で、区別に、これは、例えば、ここ東京でいきますと、東京23区の中で、最も

結核の罹患率が少ない区と多い区と見ますと、これだけ差があります。3 倍近くです。一番差が大きいところは大阪です。日本の都市には、比較的コンパクトですけれども、その中でも、都市の中で、地域によって、これだけこの結核にかかりやすさということで、差があるという例であります。

ケニアのナイロビ市での乳児死亡率と 5 歳未満死亡率を示しています乳児死亡率は、出生 1000 に対して、1 歳になる前に亡くなる子どもが何人いるか、5 歳未満死亡率のほうは、5 歳になるまでに何人死ぬかという数字です。これはナイロビ市の平均値なんです。所得別に見ると、ナイロビ市の中でも豊かな人では、1000 人の出生当たり、死亡する子どもは 10 より低い数字です。日本の数字よりは高いですけど、そこそこの数字です。一報、同じナイロビ市でも低所得のスラム地区では出生 1000 当たり、150 人の子どもが亡くなっています。10 人当たり 1.5 人の子どもが亡くなるということです。同じ都市の中で、これだけの大きな格差があると。こういうことです。これは、ナイロビ市に特異的なことかという、そうではありません。各国のデータを見てみまして、紫が最も貧しい家庭の子どもたち赤が最も豊かな家庭の子どものデータですけれども、そうしますと、どの国もこういう貧富の傾きが見えて、生まれた家の豊かさで生き延びられるかどうかというのが、こゝまで差があります。同じ国の同じ都市に住みながら、2 倍から 3 倍も差が出てしまうというのが、これが、都市内の健康の格差ということです。

子どもの健康でなくて、他の、糖尿病で見えます。糖尿病、生活習慣病、これは、先進国の病気かと誤解しますけれども、国によって動きが違うところを、興味深く見てもらいたいと思います。バングラディッシュが相対的に所得が低い国ですけれども、バングラディッシュでは、豊かな層が糖尿病にかかりやすくなっています。豊かだと、食べる量が多く、豊かなほうが糖尿病になりやすい。だから、糖尿病はぜいたく病だということになっています。しかし、状況は、国によって違います。先進国のスペインの場合は、逆の動きがみえます。豊かなほうが糖尿病少ない。貧しいほうが多いということです。豊かですと、食べ物を選べるわけです。低カロリーで栄養によいものを食べられる。貧しいとそれを買うことができず、ポテトチップとマクドナルドというようになってしまうということも反映しているようです。では、その格差は、一体何が原因なのかということです。先ほどまでは、豊かさと病気や健康の関係の資料を見せました。豊かさも大きな差をもたらす原因です。その他、母親や父親の教育、居住場所と、田舎か都市か。その他の状況があり、単に保健医療は供給するというのではなくて、その生活してる条件の違いが、子どもの健康状態に違いをもたらすということでもあります。

次に、この健康格差を縮小できるのかということを考えて見ます。そもそも、健康格差は、どうやって計るかです。先ほど、幾つか数字を出してはいますが、これは、国単位とか、大きな都市では数字が出るのですが、どこでも数字が出せるかということ、それは結構難しいものがあります。そもそも格差があるかどうかということ認識しないと始まらないのですが、それをどうやって認識するかということからお話をしたいと思います。WHO

世界保健機関で、この健康格差ということに注目をして、これをアセスメントをして、アセスメントをするだけではなくて、どうやって対応するかと。格差縮小に、つなげるために、何か分かりやすいやり方はないだろうかということ、取り組みを始めたものがあります。それをアーバンハートというニックネームが、付いています。ヘルシー・エクイティ・アセスメント、レスポンス・ツールの略で (Urban HEART) といいます。ときどき、この前半部分だけ、アセスメントだけして、格差が、これだけありますと言って終わっている場合があります。確かに、そのようなデータは必要ですけれども、それを見るだけでは、次につながりません。そこで、同じ都市の中の居住区、あるいは都市別に、このような指標で評価をして、適切な状況か課題があるかというのを、一覧表にしてみます。これが、結構難しく、どのようにして計るかという問題。それから、同じ都市の中で、どこがよくてどこが悪いかは、なんとなく印象で分かっている、一目で分かりやすくするというのは、難しい。このようなデータを出して、その次に進むには、いろいろな事例、その都市の状況をふまえ、このようなマトリックスを作る、ということを勧めています。

また、都市の中での、その指標の違いを、先ほど結核のデータで示したように、平均値はこれだけけれども、低いところと高いところと、これだけ違いがありますよというのを見ていくと、こういうことも勧めています。実際に幾つかの都市でも、モデル的に取り組んでいます。フィリピンのパラニャーケ市、これはメトロ・マニラの南のほうの都市ですけれども、現在の人口が60万人ぐらいです。20年前は、30万人でした。20年間に倍になったということです。この都市の中でも、相当大きな違いがあります。ちょうど空港の、エアポートの南に広がる都市です。ここで、このマトリックスというのを努力をしています。妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、5歳未満の死亡率、を、このような形で評価をします。また、水へのアクセスとか、トイレの状況がどうなってるか。ガバナンスの状況の評価もあります。どれだけの予算で使っているかも。全部を埋めることは難しいですけれども、しかし、最初の段階の状況を、まず、評価する。ケニアのナクル市。ここは人口50万ぐらいで、農業とその食品加工が中心ですけれども、この二つの地区は、相対的に条件が悪い地域だといわれているところで、同様に指標を評価をしているところです。この最初のアセスメントをして、次の優先課題を選んで、取り組みを始めているというところです。この成果がどうなるかというのは、あと2、3年しないと出てこないところです。このようにして格差が見えるように、見える化して、対策を考えるます。そのためには、これを専門家だけでやるのではなくて、関連する機関ですとか、ステークホルダーが意見交換する場を作る。そもそも格差についてこれをテーマに集まると、数字を基に意見交換をするというのは普通はなかなか設定しにくいのですけれども、必ず数字を使って意見交換を行っています。

格差というのは縮まるかということなんですけれども、これは、フィリピンの妊産婦ケアの指標です。1993年から2008年まで、産前のアンテナタルのケアを受ける割合は、増えました。それから、医療施設で分娩する、これもすごく増えました。全国で増えました。

これを豊かさ別に見ると、産前ケア、出産前に最低4回、専門施設でケアを受けなさいというのがあります。最初は、48パーセントポイント、豊かなところと貧しいところと差がありました。全体としてはよくなりましたが、まだこれだけ差があり、35パーセントポイントの格差があります。しかし、数字で見ると格差が縮まりました。こちらの医療施設での分娩割合は、全体としてはよくなりました。しかし、格差を見ると、59パーセントポイント75パーセントポイントです。平均はよくなりましたが、格差は広がりました。

医師、助産師、専門家が立ち会った分娩。これは、母体に大事な指標です。2015年の数字は測定値ではなく、推計値です。ポリビアでは、専門家が立ち会った分娩の割合の格差は縮まりました。推計の部分があるため全く同じになるかどうか、分かりませんけども、縮まりました。同じ期間について、インドのデータを見ると、この格差が縮まっています。社会的格差は確かに存在します。格差が縮まらない国もありますけれども、縮まった国があることから、社会的格差を縮めることができるということです。

水へのアクセス。これも、大事なことです。これも豊かさによって結果が違います。これが一つの情報ですけれども、これ、ヨハネスブルグの水の料金体系です。少し前ですから、最新ではよくなってるかもしれませんが、実際の水の料金は、使用量の増加に対して、最初の段階でグッと立ち上がっています。水の使用がほんのわずかでも、少しだけ使っても高い料金を払わなければならない。こうすると、完全に真っすぐになっているわけではなくて、少し使うだけで高い支払いが必要になります。お金払うのはもったいないと思う人は、使わない、ということになるわけです。使う水の量が少ないところではあまり払わずに、たくさん使う人は払うような料金体系のほうが、もし所得別に格差が大きいということが明らかになっているのであれば、こういう料金体系を進めるのはどうだろうか、という考え方があります。

今後のポストMDGの課題についてお話しします。都市内の健康格差は明らかに存在します。縮小することは難しいですけれども、可能なことであるはずで、都市内の格差を縮小すると、こういうことは、一つ大事な課題であると思います。

健康の社会的決定要因と書きましたけれども、健康には豊かさ、教育、水や衛生、いろいろな条件が影響をもたらします。これらが、全体がそろわないと、健康増進はのぞめない。医療機関は必要ですし、それが平均的に、誰もがアクセスできるように、ということは、当然必要ですが、それだけでは、健康問題が解決しないのではないかと思います。医療についても単に一つ一つのケアということよりも、それをどこに配置するか、誰が提供するか。費用や体系はどうなのか。ヘルスのシステムとしてどう構築するか。また、それを支える人材の配置は、都市の人口がどんどん変動するのであれば、その将来的な変動を見越した上で育てていく必要があるだろうと思います。どうもありがとうございます。

稲場 何個かデータのほうを示していただきながら、都市における保健の格差というものに焦点を当てて、非常に素晴らしいプレゼンを伺えたと思います。どうもありがとうございます。

います。そうしましたら、次に、佐々木論さまに、『保健衛生と都市化』ということで、今度はより具体的な事実関係にも焦点を当てながら、お話をいただこうと思います。よろしくをお願いします。

佐々木 皆さんこんにちは、創価大学の看護学部の教員をします佐々木と申します。今、中村先生のほうから都市の格差、それと関連する健康問題についてお話をいただきました。私のほうでは、中村先生のご報告をもとに都市の格差において、その格差の要因、最も影響を受け、健康被害を受けているスラム、貧困地域にフォーカスを当てまして、その貧困地域において、どのようなアプローチが地域住民の健康改善により有効的なのか事例を通して紹介をさせていただきたいと思います。

内容としましては、まずはじめに、都市人口の増加と実際スラム化にどのような関連があるのか、次に、その都市化における健康問題。そして、ケーススタディーとしましてザンビア共和国ルサカ市の事例を紹介しながら、ここで用いられたコミュニティー活動が健康改善にどのような効果をもたらしたかという面。そしてまとめとして、今回のシンポジウムのテーマであります SDGs と MDGs の統合に向けて、この事例というものが、どのように生かしていけるか、ということでまとめたいと思います。

まず、全体的な部分なのですが、これは今、中村先生のほうからもお話がありました、今後、世界の人口というのは、2050 年に向けて急激に増加しており、その中で特徴的な部分として、特に、開発途上国においては、都市人口と農村人口の逆転現象が起きることが予測されています。1980 年代よりは、農村と都市人口の増加が逆転し、2030 年以降には農村人口が減少に転じるということが分かります。こちらの図ですが、こちらが後発開発途上国の、1950 年から 2050 年までの人口推移をプロジェクトン、予測を含めてグラフで表しています。この 2025 年以降になりますと、農村の都市人口は減少することが予測されています。—

次に都市人口の推移を見てみます。アジア地域の都市人口が、現在急激に増えていることが分かりますが、これは、中国、インドの人口増が要因となり影響がしていると考えられます。2040 年にはアジア地域の都市人口は 30 億人を超えるということになります。また、2025 年までにはアフリカの都市人口が南米を抜き、2045 年には 10 億人に達するといわれています。この中で農村人口と比較をした都市人口割合については、アフリカ、また、アジア全体の地域におきましても、2030 年以降の農村と都市人口の割合が逆転をする。つまり、都市ほうが人口が多くなるということが示されております。

この人口推移の過程で、つまり都市人口が増加するに当たって、最も健康被害を受けることが考えられる貧困地域、つまりスラムということの関連はどうかということですが、2000 年から 2010 年までのこの 10 年間で、世界の都市スラム人口というものが 5000 万人増加をしております。2000 年に 7 億 7630 万人であったスラム人口が、2010 年には 8 億 2700 万人に増加しました。特にこの中でも、サハラ砂漠以南のサブサハラアフリカでは



毎年 1400 万人が都市に流入をしているとされます。そのうち、1400 万人が都市に流入をする中で、流入人口の 70 パーセントがいわゆる未計画居住区またはスラムに生活することが推定をされています。実際、私が従事したプロジェクトの事例におきましても、農村から流入をした人たちが、まず一番最初に住む地域はどこか。それは最も家賃が安い場所、つまり、都市における貧困地域です。スラム街にまず定住をし、そこから、ある程度の職を得たり、経済的に豊かになっていくと、スラム地域の中でも、より生活が便利な、水が供給されているスラム、また、ある程度の生活環境が整っているスラムというふうに、スラム地域の中でもレベルに応じて、居住を変えていくという習慣があります。そういう意味においては、農村からの流入人口が、まず、一番最初に定住する可能性が高いのが、都市においても貧困地域ということが考えられます。

この中において、先ほどご紹介がありましたが、都市化における健康問題の要因としましては、自然環境と、人工的環境、これに関しては、後ほど、コレラの流行を通しながら、紹介をさせていただきます。貧困を含めた社会経済環境、食品の安全性、社会福祉保健サービスなどが健康に結び付く要因として指摘をされてます。中でも、特に都市における健康の脅威としましては、まずは感染症があげられます。これは、不十分な水の供給や、不衛生なトイレ、高い人口密度などが要因となり感染症が流行することが推測できます。感染症としましては、下痢症、肺炎、結核、マラリア、また、中には HIV も含めた感染症の脅威が都市において深刻となっています。

一方で、これからの都市における重要な課題というのが、生活習慣病となります。これは、都市においても、この貧困地域である部分と、先ほどもご紹介がありましたように、経済的な格差が存在し、ある程度中流、豊かな地域においては、まさにこの生活習慣病というものが、重要な課題に今後なってくると考えられてます。特に途上国におきましても、この生活習慣病というものが感染症から途上国における主要な死因へと逆転をすることが指摘されており、2030 年までには非感染症による死因が、途上国の死因の半数を超えて、主要な死因になるというふうにも予測をされております。

続いて、では、この都市化の流れ、また、都市化におけるスラム化の問題を考えた上で、ケーススタディーとして、ザンビアの事例を紹介をしたいと思います。ザンビアは、2012 年において、人口は 1400 万人。1 人当たりの GNI は 1360 ドル。出生時平均余命は 56 歳。これは、最近、非常に改善をしております。約 10 年前は、出生時平均余命は 40 から 40 歳前半でした。5 歳未満児死亡率は対象者を 1000 人において 83 人となっていきます。ザンビアの都市人口の推移ということで、2010 年までの 10 年間で、人口が 1.3 倍に増加をしております。2000 年に 1000 万人だった人口が、2010 年で 1300 万人に増加しています。これは、過去 50 年で見ますと、1950 年から 2000 年には人口が 4 倍増加をし、かつ、2050 年までには、さらに人口が 4 倍増加するといわれています。2035 年には都市人口が農村人口を上回ることが予測されており、都市人口割合が 50 パーセントを超え、農村人口が 50 パーセントを切ることが推測をされてます。

実際の未計画居住区、スラム地域の状態に近い未計画居住区では、どのような生活状況なのかということで、幾つか紹介をしたいと思います。全体的にこのような状況になっておりまして、住む家は、このようなブロックを積み上げた簡易な生活空間。電気はありません。電気ガスはありませんので、基本的に食べ物を作る際にはチャコールという木炭を用います。このチャコールも屋内で料理すると、チャコールから出てくる煙によって呼吸器感染症の原因にもなります。各家には水道は通っておりませんので、このような共同水源を利用し、各自がそこに行って水道をくむ。もしくは、有料の水を共同水源から購入してくるということになります。また、一般的な生活用水は安全な水といわれる共同水源ではなくて、このような浅井戸の水をくみ、生活用水として使用しています。また、このお金で安全な水を買えない場合は、この浅井戸の水を実際に飲料水として使用するケースも多くあります。こちらがトイレ、また、シャワー。一般にシャワーという内容のものではありませんが、トイレと水を浴びる、そういう場所になります。ごみを収集する仕組みはありませんので、ごみというのは、基本的に、この地域において放置をされているということがよく見られます。また、排水施設等もなく、雨が降ると水たまりが非常に増えている。この水たまりがマラリアの感染経路となる蚊が発生する要因にもなっています。

そこで、具体的に、どのように、この貧困地域において感染症が流行するのか、どういう要因によるものなのかというのを、一つの事例として、コレラを取り上げて紹介をしたいと思います。コレラはコレラ菌によって感染する下痢症感染症で、潜伏期間は非常に短く、数時間から、大体通常1日で発症します。非常に激しい嘔吐と下痢を伴い、この脱水症状が適切に処置されないと、死に至る病とされておりまして。このコレラは、ルサカ市では、コレラ流行シーズンにおいて発症を致しました。2003年から2004年のシーズンではルサカ市内において6500人。そのうち、死亡者が187人。2005年、2006年シーズンでは同じく6000人がコレラに感染し、死亡が148人となります。

このグラフでは青い折れ線グラフが降水量、赤いグラフがコレラの感染者数を示していますが、コレラシーズンにおいて顕著な例としては、雨が降る時期、かつ、雨が降る時期においても雨がピークに向かうにしたがって、コレラ患者がピークに達するということが示されています。これを、より分かりやすく具体的に見ていきますと、このピンクの線が実際の降雨量を3週移動平均で示したものです。青い波線は降雨量これを1週間ずらしたグラフになります。それと、各地域のコレラ患者数を述べてみますと、一番最初にコレラ患者が発生した地域においては、この一番最初の降雨量ピークの1週間後に、その地域のピークがきました。次に後発の流行地域のそれぞれのピークは、同じくこれらの降雨量のピークの1週間後、そして、最後のコレラ地域が発生した地域のピークは、雨量のピークの1週間後ということが示されています。

これから考えられるのが、都市化における一つの環境部分も含めた問題として、都市が自然な天候を含めて、自然に対して、ある一定の許容量を超えた場合に、極めて顕著に都市が脆弱性を示しているということです。降雨量に対して都市が許容量を超えた場合、そ

れがこのような感染、特に、コレラというような感染症の流行の大きなアウトブレイクの要因として機能するということがいえます。もう少し分かりやすく示してみますと、これはルサカ市内のコレラ患者の分布を示した地図ですが、赤い点がコレラ患者の分布となっています。ここから分かるように、コレラの発生というのは、非常に高い集積性を示すということがいえます。この赤い点が、まさに集積しているところが、未計画居住、つまり貧困地域。その上で、もう一つルサカ市の特徴としましては、ルサカ市内の西側にコレラ患者が集積をしている。ルサカ市を東西に分ける縦に南北に走る線を境に西側と東側で、コレラの患者発生数が、極めて明らかな違いが見えます。ルサカ市西部にコレラ患者の約90パーセントが集中をしており、では、なぜルサカ市の西側にコレラ患者の90パーセント集積をしているのか。この説明として、この境界線となっている線が、実は鉄道の線です。かつて、この鉄道というのが、イギリスの植民地時代、いわゆる防疫線、Cordon sanitaire といって、病気の流行をある意味ここで食い止めるというような意味合いを持ち、西側が黒人居住区、東側が白人居住区という都市計画がなされました。そして、この白人居住区である東側の地域は社会施設が整い、社会基盤が整った上で都市化が進み、一方でこの西側というのは貧困地域が、今も残りながら、植民地から独立した今もなお、イギリスの植民地生活が負の遺産として残りながら、感染症の流行にも影響を与えているということがいえます。かつ、この感染も、一極で集中的に発生をするのではなくて、このように空間分析で、時系列に見ていくと、ある一地域でコレラ患者が、アウトブレイクが発生をした。それがシフトしながら、感染がルサカ市に拡大をしている。つまり、都市において、より脆弱性の弱い地域から、かつ、徐々に、その脆弱性の高い地域、かつでも、病気のその感染の許容を越えた場合に、地域に振ってくるようなことが考えられています。

どのような要因が、このような、特にコレラにおいては、流行の要因になるのかというのを、もう一つ別な視点で考えて見みますと、この赤い地図は、コレラの流行の際のコレラ患者数を、グリッドの中に落として、より赤い色の濃い地域がコレラ患者数が多い地域になります。一方、こちらの紫色の地図、これは、排水溝の整備率を表しています。つまり、排水溝が整備されている、社会基盤が整備されている地域には、コレラの流行が抑えられる。かつ、排水溝が整備されていない地域において、顕著にコレラの流行があるという、そういう負の関連性が示されております。

今は、ルサカ市全域を見ましたが、もう少し細かく、各地域ごとに見ていきますと、生活環境とコレラ流行がどのように影響を与えているか。これは、ある特定の地域をさらに細かく分けをしながら、コレラ罹患率をマップで表しました。そのそれぞれの区画の全世帯調査から出された、生活環境、トイレがあるか無いか。排水溝が整備されているかどうか。また、浅井戸の水を飲用しているかどうか。また、世帯人数や月平均の所得を変数として考慮し分析したところ、コレラの流行要因と最も影響が考えられるのが、トイレがない世帯が多い地域と浅井戸の水を飲用水にして用いる世帯が多い地域となりました。これらの地域が、コレラの罹患と統計的に有意に関連性があるということが示されておりま

す。マクロで見た場合、全体的に見た場合、排水溝というような大きな社会基盤が影響する点と、そのような小さなコミュニティーで見た場合は、より生活に密着したトイレとか、または浅井戸というような、いわゆる上下水道の整備というものが感染症の流行に影響を与えるということが、このケースから示されています。

以上のことから、途上国における都市、特に、その中において、貧困地域における病気、今回は感染症でしたが、その要因というのは、一つは都市化における生活基盤の脆弱性、これが、不衛生な生活、不健康な生活習慣、不十分な保健サービス等も含め、感染症の流行要因になっていることが考えられます。それでは、この貧困地域の問題をどのように克服するかということで、今まで JICA で取り組んできたことに、プライマリー・ヘルスケアを基にしたプロジェクトがあります。プライマリー・ヘルスケアというのは、まさに地域住民、地域の人たちが、自らの健康を守るために、自らをリソースとしながら、地元のリソースを活用しながら、地域で健康問題に取り組んでいくという考え方です。この考え方は決して新しい考え方ではなく、1970 年代から世界的に広まったアプローチです。当時の背景としては、1950 年、1960 年代の植民地の独立を機に、医療というのが、主に大都市に偏重し、病院にサービスが集中し、農村部が医師不在をしてる。その時代にあって、全ての人々に健康サービスを提供する、その上で、地域の持つ、また、人々の持つ力、コミュニティーの持つ力を最大限に生かしながら、かつ、必ずしも先端技術ではなく、病気が予防できる適正技術を用いながら取り組もうということが原則となっているヘルスケアという考え方でした。背景的にはシューマッハーの『スモール イズ ビューティフル』、適正技術の重要性、また、デビッド・ワーナー、まさにコミュニティー・ヘルスのある意味、先駆者、パイオニアの存在がその背景にありました。

1978 年にアルマ・アタ宣言で、プライマリー・ヘルス・ケアというものが推奨され、実践理念として住民参加、住民のニーズに基づく法則、地域資源の有効活用、適正技術、他のセクターとの協調や統合というものが見られます。プライマリー・ヘルス・ケアとは、社会的に受容できるやり方で、技術的に基づく必要不可欠なヘルスケアを提供しようと。コミュニティーや国がその発展の度合いによって、個人や家族が広く享受できる住民参加の下で実践しようということがいわれています。このプライマリー・ヘルス・ケアの原理に基づいて、ザンビアのルサカ市では 10 年、そして、最近 3 年にわたって合計 13 年間にわたりプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトというものが実施されました。1997 年から 2002 年まで、これはジョージ地区というパイロット的にこの地区に住む約 4 万人の貧困地域を対象にされました。そして、その後、ルサカ市全域に拡大して、約 60 万人の裨益人口を対象としたプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトとして実施され、その後は、ザンビア全域に拡大することを目指し、で、地方都市において実施されました。

活動の内容といいますのは、まず、プライマリー・ヘルス・ケアの中で根本となる住民のエンパワーメント、住民がしっかり力を持ち、また、健康に対する知識を蓄え、そして、ノウハウを身に付けた上で、住民が必要なヘルス・ケア・サービスを提供していく。それ

をヘルスセンターや地方の保健行政局がしっかり人材育成も含めて、サポートしていく。かつ中央省庁においては、この地方行政、かつボランティアの活動がしっかり実施できるように、中央として政策的な裏付け政策的な支援を、これらを総称してプロジェクトでは保健サービスの提供、人材育成、政策立案も含めて取り組んでまいりました。具体的には、このように現地のヘルスセンターを、スタッフがボランティアを養成し、そのボランティアの人たちが住民のニーズに基づく健康サービスを提供していくということです。具体的には、このような小児保健でいうと、体重測定を毎月定期的で開催し。栄養カウンセリングをボランティアが行っていく。または、病院ではなくて、ヘルスセンターではなくて、コミュニティーの中に入って、予防接種を提供し、よりアクセスの高いヘルスサービスを提供していく。そして、子どもに必要な栄養素、また微量栄養素等を提供していくということを小児保健サービスとして行っています。

また、先ほどのコレラを含めた感染症等の予防のための環境衛生では、住民自らが、地域の問題は何かというものを発見し、それに対して住民が行動を起こしていきます。社会環境の基盤を整備するという、そういうインフラの部分も含め、また、住民の知識、習慣、行動変容も含め、住民自らが取り組みながら、改善をしていくという活動です。このワークショップを通して住民が問題の所在がどこにあるのかといことを住民でしっかり見極める。それに基づき活動計画を住民が作って、具体的に活動していくという内容となります。例としては、このように衛生的なトイレを住民が作ったり、また、先ほどの排水溝でいえば、排水溝が整備されていない地域に住民が排水溝を整備するような取り組みをして、自ら地域環境を改善するような取り組みがなされました。

また、もう一つの取り組みとしては、コミュニティー活動の重要な課題の一つといわれるのが持続性という点です。せっかくボランティアを養成し、活動を導入したとしても、持続的な活動でなければ一過性のもので終わってしまうという問題です。この課題に対して、取り組みとしては、2点、一つは先ほども紹介しましたように、行政が政策としてコミュニティーの活動をサポートしていく取り組みを作っていく政策的支援。もう一つはコミュニティーが自立して、自らの活動を自らがリソースを作りだして運営をしていくということ。どうしてもコミュニティーのボランティアの活動とは言え、お金が掛かってしまいますし、ボランティアも無償では続けることが、なかなか難しい状況があります。そういう意味においては、このように住民が、コミュニティーが自らビジネスを始めることを促し、このビジネスのソースマネー、一番最初の出資はプロジェクトのほうで支援し、特に環境衛生や保健に関連するようなビジネスを導入します。例えば、このような有料公衆トイレがあります。マーケットやバス停の近くに有料公衆トイレを作り、ユーザー・フィーを集めることによって運営をしていく。また、主食であるメイズを食べるときに製粉をするのですが、この製粉ビジネスを行ってユーザー・フィーを集める。ここから出た利益を一方は、この活動の維持費として口座に残しつつ、ここから上がった収益の一部をコミュニティー活動に還元できるバスケットファンドを創設して、そこにお金をプールし、そ

こちら、定期的にコミュニティーボランティアの活動の資金として活用していきます。時にはボランティアへの報酬であったり、時には活動に必要な資材を購入するための資金であったりします。これら全てをコミュニティーが運営できるというように、ビジネスも含めて運営できるような仕組みを作り導入をすることで、プロジェクトが撤退した後も、活動が継続するような仕組みとしてきました。

最後にプロジェクト成果として、健康改善に対する効果を見ていただきますと、プロジェクトのベースラインとエバリュエーションということで、最近の2011年から2014年に行ったプロジェクトの成果において、乳児死亡率、下痢症罹患率、マラリア罹患率というのでも調べました。これは生後6カ月から11カ月児のプロジェクト対象地域の全乳児を対象登録しまして、毎月フォローアップをして、亡くなった子どもが居るかどうかが、罹患した子どもが居るかどうかが調査した結果です。その結果、プロジェクトの地域においては、まず乳児死亡率が非常に大幅に減少しました。一方で、プロジェクト以外のコントロール地域を選出して比較をしたところ、コントロール地域では、残念ながら乳児死亡率は高くなっていました。下痢症罹患率、マラリア罹患率においても、同じくプロジェクト地域においては、それぞれ罹患率が減少し、コントロール地域においては高くなっているということが示されております。以上の点から、コミュニティー活動の効果というものを示した上で、今後のSDGとMDGの課題としては、一つは急激な都市化と先ほど紹介しました都市の脆弱性、これに対してどのように取り組んでいくことができるのか。また、都市が人口を流入するに当たって、さらに高い人口ニーズに対して、どのように取り組んでいくことができるのか。また、今後、都市化において、生活習慣病が増加をしていくと。この生活習慣病の増加に対して、どのようなアプローチを行っていくのか、ということが課題として取り上げられるものがあります。

それに対して、今後の取り組みとしては、一つは持続的な都市基盤整備というものを併せて、住民の生活行動の改善、これを行いながらの感染症、生活習慣病の予防に用いていくことができると考えられます。方法としては、行政によるトップダウン、そして住民によるボトムアップ。これを効果的に組み合わせながら、脆弱な整備の財政を担うために、ボランティアや地域のリソースを活用しながら、持続的な活動の枠組みを構築することが方法として考えられるのではないかと思います。このような方法を、先ほど中村先生がご紹介いただいた、まさに都市格差、格差における縮小のアプローチとして検討できるのではないかと考えております。以上で発表を終わります。ありがとうございました。

稲場 ザンビアの情報などを中心にご説明いただきながら、アフリカの都市がどんな状況であるか、また、具体的な取り組みのほうも、紹介していただきました。私も、一度、2005年にジョージ地区に伺ったことがありまして、その頃のことを懐かしく思い出しました。どうもありがとうございます。

そうしましたら、蟹江先生からいただいている宿題ですね。つまり、保健と都市化とい

います、このビジョンの中から、国連事務総長に、「この二つだ」というふうに提示をするとなると、何がいいのかというところを、ちょっと話していきたいと思いますが、その前に、非常にベーシックな質問を司会者としてしたいと思います。一つは、こういう形で農村から都市への人口移動というのが、不可避的な形で急速に起こっているということなんですが、これは一体なぜそのような移動が起こるのか。必然的なものなのか、それとも何らかの形で、農村から都市への人口移動というのを止めることができるか。ベーシックな質問ですけれども、まず、1点、お伺いします。

佐々木 農村から都市への人口流入ということですが、人口流入によって考えられる要因としては、一般的に二つ、押し出し要因と、あと引き出し要因ということがいわれています。押し出し要因というのは、まさに農村のほうから人を押し出している。引き出し要因というのは、都市が、非常に魅力的な部分を持ち、都市に引っぱられていくという点ですが。農村から都市の流入人口においての一つの要因は、都市における労働を、まさに農村から来た人が担うという点があり、それによって、さらに経済発展等に貢献するということが考えられます。一方で、しかしながら、アフリカでは、農村から都市への流入というのか、実際に都市に労働のニーズがあり、農村から都市に来たときに移住者が労働できるのかどうか、それがまさに要因となって農村から来ているのかどうかというのを考えたときに、必ずしもそうではない現状があります。とにかく農村では生活ができない、この市場経済の中であって、まさに換金経済の中であって、農村では生活ができないがゆえに、やむを得ず、都市に流れてくるということがアフリカにおいては特徴的なのではないだろうかと思います。

一方、農村もまさに経済的な自立、農村における経済的な安定というものが計られない以上、農村から都市への人口流入というのは、おそらく止められない現象であり、かつ、農村から都市に人口が来たとしても、先ほど話しましたように、多くの流入人口が、スラムという地域にまずは定住せざるを得ない状況で、問題というのが一層深刻化していくのではないかと考えてます。

稲場 はい、ありがとうございます。もう一つ質問なんですけれども、MDGs 7番目の目標は「環境問題」を中心にしてしています。先ほど、MDGs1 から 8 まで、いずれも保健に関係しているという中村先生のご指摘があったと思いますが、その中の「MDGs7」において、スラムの生活環境の改善というのが入っているんですね。これについて、「達成された」と主張している国際機関もあります。で、この点に関して、実際に今、お見受けする中では、必ずしも、都市スラムにおける状況が改善されているとは言いがたいのではないかと一般的な感覚というものが、私なんかにもあるんですけど、この点、MDGs の達成状況に関する評価というの、もし、よろしければ教えていただければと思いますが、いかがでしょうか。

中村 都市人口の増加率と、6 パーセントのところでお示ししたのですけれども、都市の全体の数というのが、ものすごい勢いで増えています。それで、スラムの改善ということであると、以前あったスラムが改善、つまりアップグレードされて、昔、あんなところだったのが、こんなにきれいになったというところは、確かにあります。ですから、以前に比べればよくなったところはあるということです。全体のパーセントでいうと、スラム人口の割合が若干減ったように見えますが、一方で、スラムの数が増え、都市人口が増えているわけですから、スラムに住む人の数は実数が増えていると考えられます。この数字はそのように評価ができるということで、全体でのパーセントで見ると、とんとんか少々減っており改善と見るかもしれない。しかし、実際に劣悪な環境でスラムの環境で住んでる人の実数は増えているというところで、スラムの改善についての評価が分かれるところだと思います。実感としては大変なところの実数は増えているということではないかと思います。

佐々木 今、中村先生からお話がありました実数が増えているということなんですが、まさにご指摘のとおりだと思います。MDG のゴール7では、目標としては2020年までに、スラムで住んでる人々が、スラム人口の1億人がそういう状況から脱出することを目標とし、実際、発表では2億2000万人の人たちが、スラムから脱出をして、MDG の、まさに2倍の成果を示しているといわれています。実際にこのような成果があった一方で、先ほど紹介しましたように、スラム人口自体が増えているということもります。1990年代、1990年のスラム人口は6億5700万人。それで、先ほど紹介した2000年が7億6700万人、で、2010年が8億2800万人。これは、実際のこのMDG7の取り組みによって、実際にスラムから脱出した人が居る一方で、都市流入が、まさに、さらに、それより速いペースで進んでいるために、スラム人口が残念ながら増えているという。決して取り組みが達成できなかったというよりは、それ以上に深刻な問題が世界にはあるのだ考えてます。

稲場 はい、ありがとうございます。実際にいろいろな取り組みがあったにもかかわらず、人口流入のスピードのほうが速い。そういう中で、実際の改善というところが、なかなか目に見えない形で全体マクロに見たときに進んでいないということだろうと思います。そうしましたら、皆さんのほうからご質問を取りたいと思います。今の2人のプレゼンテーションに対するご質問、ありましたら、挙手をしてください。ご質問のときに、ご所属とお名前のほうをお願いします。はい、じゃあ、よろしくをお願いします。

タナカ 文京学院大学のタナカと申します。教員をしていますが、長く南アジアとスラムで活動をしました。きょうのお話を伺って、2点質問があります。保健と都市化ということ、私自身、スラム等で活動してまして、一番思ったのは、モビリティが非常に高いスラムの中でコミュニティー・ベースの住民参加型モデルっていうのが、本当に有効なのか



ということです。きょう特に後半でお話しいただいた佐々木先生の気象図的な資料、非常に私も勉強になったんですけども、一方で私自身の実感として、まず、住民把握っていうのが、農村に比べて都市はされていないと思います。特に都市防災の調査等しておりますと、家事使用人ですとか一時的な出稼ぎ者っていうのは全く人口にも入っていないくて、特にそのユニバーサル・ヘルス・カバレッジのような話をするとき、その人たちは一体どこで自分の健康へのアクセスの権利の要求していくのか、そして、その人たちに対するデューティーベアラっていうのは、一体誰なのかっていうのを特にそのインフォーマルな労働形態が多い都市人口においては、非常に深刻な問題だと考えています。今までの住民参加モデル、コミュニティー・ベースドっていうのは、世帯単位の、非常に農村でやっていたことを都市に持ってきた、保健モデルではなかったかと思うんですけども、そういった、モビリティが非常に高い個人ベースで、しかも、テンポラリーにしか、1カ所に住んでいない人が多い中で、どのように、こういった健康や居住、特に衛生施設の改善っていうのは、住民負担で投資をしていかなきゃいけない中で、私自身、借家人が多い地域で、都市環境の改善っていうのが非常に難しいってことを実感していますので、その辺りのことをお話ししたいと思っています。

稲場 はい、ありがとうございます。続けてご質問を取りますので、はい。じゃあ、南参事官、ご質問をお願いします。

南 外務省の南と申します。私自身、SDGsの国連における交渉を担当しております。それで、先週、まさにこのSDGsの交渉がありまして、都市の問題が議論されました。で、そこで議論されたほとんどの問題というのが、中村先生のプレゼンテーションの中で取り上げられていた、都市と健康の問題とほぼ同じなんです。そうしますと、私の立場から致しますと、都市と健康の問題というのは、都市問題ほとんどそのものであって、なおかつそれが、結局都市における不平等格差の問題ということなんだなと考えたのですが、そういう理解が正しいかどうかということと、あともし、そういうことを国連の場で持ち出すと、必ず出てくるのが、そうはいつでも農村部はどうしてくれるんだということです。だから、そうすると、農村部の健康の問題っていうのをどういうふうにか考えるのか、ということをお伺いしたいと思います。

稲場 はい、ありがとうございます。他に質問はございますか。はい、お願いします。

池上 日大の池上です。すごく基本的な質問なんですけれども、私、UNSPにいるときに、都市という定義がなかなか見つからないっていうか、できなくて、それにもかかわらず都市化とか、都市の人口とかいっているんですね。今回はどんなふうな定義で都市、考えられたんでしょうか。

稲場 はい、ありがとうございます。そうしましたら、じゃあ、今の三つの質問について、それぞれ、お二人から簡潔にお答えいただくと助かりますが、よろしくをお願いします。

佐々木 はい。では、一番最初にご質問いただきました都市におけるコミュニティー活動という点についてなんですが、まさにご指摘のとおりだと思います。プロジェクトにおいて一番気を付けたというか、非常に考え抜いてやった点というのが、従来、プライマリー・ヘルス・ケアというものが、農村において医療サービスのアクセスを高めるために、住民のエンパワーメントを活用しようということですが、それを、従来農村であった活動をどのように都市に応用していくのかということなんです。そうした場合には、やはり、アプローチを都市ならではのアプローチに変えていく必要があるという点は、非常に私たちも深く感じて、そこから、アーバン・セッティングにおけるプライマリー・ヘルス・ケアというものは、一体どういうものなのかという点を考えながら、プロジェクトを行っていました。最終的にそれを、アーバン・セッティングのプライマリー・ヘルス・ケアモデルとして体系化してまとめたわけですが、一つの問題点としては、まさに住民の移動が非常に激しいことがあります。住民自体も、コミュニティーに対する帰属意識が低く、また、住民同士のそうしたネットワークが非常に弱いことが特徴です。こういう地域において、では、どのように取り組んでいったらいいのか、っていう点が、私たちも非常に悩みました。一方で、そうありながら、これもいろんな人が指摘する部分なんですけど、実は、都市の、先ほどの流入という部分なんですけれども、都市に流入するという人が、ある意味、自分の生活をよくしようという、そういう気概、目的観を持って、都市に来てる人が多いことから、そういう意味では、彼らの持っているポテンシャルというものをいかに引き出しながら、いわゆるコミュニティーの中において、ソーシャルネットワークをどう作っていくかっていうのが、非常に重要であると考えています。

具体的に、では、どのように取り組んだかということ、一つは地域性をしっかり把握をした上で、特にザンビアというのは、キリスト教文化の非常に強い国で、9割がキリスト教徒であり。その場合、社会における一つのソーシャル・ネットワークの受け皿となるのが教会が考えられます。教会というところと連携をしながら、教会を一つの活動拠点にし、教会におけるコミュニティーのリーダーシップというものを活用しながら行っていました。

もう一つは、住民登録ということなんですけど、私たちも、さまざま、コミュニティーの中に入ったときにも、難しい点が二つありまして、一つは、以前、そこに住んでいた人が気づいたら居なくなってる、引っ越してることがあります。しかも、半年程度で、すぐ居なくなってしまう。非常に、まさにモビリティが速いと、住民の移転が速いという点と、もう一つは、住民登録そのものが成り立っていないことがあげられます。コミュニティーの中、地域の中にアドレスの存在がない。市役所さえ地域の住所を整備していない。彼らが知っているアドレスをたどっていても、全く別な家にたどり着いてしまうというような、都市の貧困地域ならではの問題があります。それに対しては、非常に手が掛かるんで

すが、私たちは、まさに住民の全世帯登録というものを行いながら、1万、2万、3万という、数万単位のコミュニティーなんですけども、そこにコミュニティーの人たちを活用しながら全世帯登録をして、できる限り、まずは世帯登録の中から浮かび上がってくる人口動態を参考にプロジェクトを作っていこうというふうに提案していました。そういう意味では、農村とは違う、都市独特のこのアプローチの仕方というものをどう考えていくのが、重要なのではないかと思います。それは、地域、国、または大陸が違うと異なってくると思いますので、その地域におけるその都市の特性というのを、考えていく必要があるのと思います。

稲場 はい、ありがとうございます。そうしましたら、南参事官のご質問のほう、お願いします。

中村 都市の健康の格差の問題は、都市の不平等と一体ではないかということですが、おっしゃるとおり、その健康の格差を縮小するには、都市内のさまざまな不平等を解消していくということになると思います。ただ、考え方として、やはり何のための格差が解消かということかというと、人間の安全保障の観点から考えると、例えば、その格差を放置して良いかという問題になります。その時に、健康を切り口に格差の問題を考えるとわかりやすいと思います。例えば、インフラ整備をする場合に、なぜインフラの格差を解消するかという問いに対し、それは、財力のないところは自助努力でインフラ整備を行うべきであるという考え方もあるかもしれないのですが、人間の安全保障という観点から、健康確保の観点からインフラは基本的なものであり、インフラの格差をなくしていくことは、人間の安全保障という切り口から、必要な対策という位置付けになります。

農村のことは、農村も確かに必要です。格差は農村にもあります。農村と都市と比較すると、農村のほうが、悪い部分もたくさんありますので、大きくいうと、格差解消にアプローチすることになります。その国の平均値では上がっているけれども、いろんな、その都市内での格差、それから、その都市の格差の、その格差の縮小というのが、一つテーマであるということです。一方で、都市人口が急増するという、これは事実でありまして、それが急増して、インフラ整備、あるいは環境整備が追い付かないと、さらにひどいことになる。こういう警告が必要なために、都市の格差が強調されますが、農村の格差の解消というのも重要課題になると思います。

稲場 はい、ありがとうございます。そうしましたら、最後の池上さんからの質問、よろしいですか。

中村 はい。都市の定義ですけれども、国連の統計ですとか、その他、基本的には、各国のレポートベースですので、国によって、そもそも定義が違います。で、先ほど話題に出

ました、実際の登録人口と実人口が、都市人口が違う。それはその国によって統計が違うところでもありますのですが、人が集積して住む地域ということで、国によっては、その人口密度です。それからその地域割りで行っているところがありますけれども、大きな統計でいいますと、国連の都市人口プロスペクトという「予測報告」に基づいて統計が出されてしまいます。

池上 あれも定義じゃないんですか。

中村 はい。

稲場 はい、ありがとうございます。そうしましたら、課題を二つに絞るところに、取り組んでいく必要があるかと思えます。先ほどのパソコンの中村先生のプレゼンの一番最後のスライドのほうを、そちらに出していただいて、あと、佐々木先生の紙のプレゼンの最後の部分を見て頂きたいのですが、はい、ありがとうございます。

稲場 中村先生は、こちらの四つを出されているわけですね。(1)都市内格差の縮小。(2)健康の社会的決定要因。(3)ヘルスシステム。で、(4)財産。こういったところを進めていく必要があるというんですね。佐々木先生のほうは、こちらの課題、目標、方法ということで、それぞれ課題のほうは三つ、目標を一つずつ出されています。これに関して、お二人のこの論点をうまく合わせて、とにかくこの二つをぜひポストMDGsに、SDGsにという形で、ちょっと練り上げていただくということが必要になりますが、まず、そうしたら、中村先生、佐々木先生、お二人のどちらかから、こういうふうにしたらいんじゃないかという話をいただくと助かります。

中村 はい。二つということではいいますと、ここの課題は議論すべき課題を並べたところなのですが、一つはこちらの絵に書いてあります都市内格差の縮小、健康格差の縮小ということですが、平均はよくなったけれども、その都市内格差に注目していく必要があるなということが一つです。それから、二つ目は、ヘルスシステム。どこでも医療、保健、基本的な保健医療のサービスが受けられる仕組み作りということが、二つあげるとすれば、この二つの中では1番目と3番目と、これだと思います。

稲場 はい、ありがとうございます。佐々木先生のほうから、この二つにこういう形でやるとか、あるいは、ご自分のプレゼンの中で、この辺を補ってとか、そういうのがあったら教えてください。

佐々木 はい。私の発表の核心部分としても、まさに都市の格差という特に貧困地域が直

面する課題というのは、これから都市化が進み、さらにスラム人口が増える中では、無視できない部分でありますので、都市の格差によって、最も脆弱の高い貧困地域、その取り組みをどのようにしていこうというのが、大事な課題になっていくのではないかなと思います。その上で、従来の元 MDGs の、例えばアプローチの仕方というところまでは記載はしていませんでしたが、やはり、これから、サステナビリティという点を考えるに当たっては、まさに、最もサステナブルというのは何かというと、まさに私たち一人一人が持っている力というと、地域が持っている力、コミュニティが持っている力、これこそが持続可能性のまさにソースになるのではないかと考えます。そういう意味では、この持続的な都市と健康を考えるに当たっては、まさに格差、そして、最も脆弱性の高い貧困地域の取り組みを、重点課題として取り組みつつ、それに当たって、アプローチとしては、その地域に住んでいる人たちのポテンシャルというのを最大限に生かすようなアプローチは重要であると考えます。なぜ、そうなのかというと、まさに健康というものの目的というものが、ただ単に病気がないことが健康なのではなくて、まさに生きる生きがいというものも健康において大事な点だと思います。貧困地域において生活をするという過酷な生活の中で、自らが地域の健康のために役立つ、また、自分の努力によって、地域が、健康が改善をしていく、それ自体が、ボランティアを含め、地域の人たちの、まさに1人1人に貢献する喜びや生きる力ということにつながっていくのではないかなと思いますので、そういう点をぜひ、サステナビリティという点も含めて検討いただければと思います。

稲場 はい、ありがとうございます。二つまとめますと、まずは「都市内の健康格差の縮小」。特に、都市内の貧困地域の脆弱性や課題への取り組み、脆弱性の解消が一つ。二つ目が、保健システム強化。これに関して、どのように進めていくのかということについて、持続性に配慮をし、そして地域の人々の力もうまく引き出していくと、そういうようなことによって都市の保健問題に対処していくと、そういうような流れになるのかなというふうに思いますが、いかがでしょうか。取りあえず、そんな感じで、ちょっと会場のほうに開いていきたいと思いますが、今のような二つということで、何か、それにこれを付け加えたいとか、それじゃ駄目だとか、そういうのはございますでしょうか。

では、そうしましたら、わっと皆さんにお話しいただきますが、じゃまず、そちらの男性の方、そして、セーブ・ザ・チルドレンさんとサトウさん。そして、ワールドビジョンさん。で、こちらのお二人ということで。

スドウ JICA のスドウと申します。二つのテーマ、非常に重要だと思いますけれども、そもそもの因果性が、今ひとつよく分かっていません。というのは、格差が生じる因果が何か。要因があって、その要因が何かという、根本原因をつぶさない限りは都市の格差というのは縮小していかないのではないかと。そんな意味では、2 点目の社会的決定要因をもう少ししっかりあぶり出した上で、それをたたいていかない限りは、格差の縮小とい

う、その目的というのは達成できないのではないかなというふうに思います。

それと、外部性の点、もう1点は外部性で、環境の変化に伴って、居住環境もそうですし、気候変動のような、外部性の変化に伴って、コミュニティの脆弱性というのは、時系列的には大きく変わってきます。それに対する耐久性であったり、レジリエンスであったり、そこに対してどうアドレスしていくかという点を考えていかないと、システムとしての決定要因をつぶせないのではないかなというふうに思います。以上です。

稲場 はい、ありがとうございます。じゃあ次の方、よろしくお願いします。

堀江 セーブ・ザ・チルドレンの堀江と申します。どうもありがとうございます。中村先生の健康格差についてのアプローチとプラス補足のコメントです。これまでもたびたびポスト2015年の議論でも出てきている、細分化されたデータの重要性ということが、中村先生のプレゼンを通して浮き彫りになったかなと思います。あらゆる社会層ごと、所得層ごとのデータというものを出して、それを比較しないとやはり見えてこないことがあるということで、ポスト2015年においては、それを、しっかり最初から、指標に組み込んでいく必要があるのではないかと思います。所得層ごとのデータもそうなんですけれども、社会層ごとということで、農村と都市部、あるいは、そのジェンダーですとか、民族とか年齢、そういったありとあらゆる社会層、所得層ごとの、やっぱりデータ。そのデータがない部分も多いと思いますので、データへの投資ということが、非常に重要なのではないかと、一応、コメントさせていただきます。

稲場 はい、ありがとうございます。

山田 オックスファムの山田と申します。私のほうから、あまりにも都市化のスピードが速いというところで、取り組みが追い付かないということもありましたので、この中での補足というよりは、分科会1への提携みたいな形で、ちょっと出せるといいかなと思いました。農村から都市への流入ということのプッシュファクターのところ、例えば農民が土地を持たないこととか、食料を自分たちで決めたものを作れないということとか、小規模農民への支援が少ないといったこと、こういったところも、やはり、同時にやっていく必要があるのではないかと、また、そういった都市化をどんどん進めていった結果、農業のほうは、例えば、だいたい集約化していく中で、そういうところで行われる農業生産の環境持続可能性だったりとか、新たに、都市住民の食料購入への依存という。大きなところでの開発の望ましくない形になっていってしまうのではないかとこのことを考えますと、その都市化に対応する、その健康格差の縮小と同時に、やはり、都市化をいかに減速させるのかというところで、分科会1との連携みたいなものを必要かと思いました。

稲場 はい、ありがとうございます。

シバタ ありがとうございます。ワールド・ビジョン・ジャパンのシバタと申します。非常に示唆に富むお話をたくさんありがとうございました。私のほうから、1点、コメントさせていただければと思うんですが、やはり、都市化で、都市に流入する脆弱層がより脆弱化してしまうというところで、中村先生のお話にありました格差が縮小している指標としない指標があるというお話がありましたけれども、やはり、そういった格差が縮小していく指標はなぜその格差が縮小したのか、しない指標は、なぜしなかったのかというところにしっかり焦点を当てて取り組んでいく必要があるかなと思います。

といいますのも、都市の脆弱層のその方々に対して、保健サービスを届けるというユニバーサル・ヘルス・カバレッジということ、日本政府も、大変後押ししておりますけれども、やはり、しっかりそういった格差が縮小していないものを、どう縮小させていくかというところが、しっかりユニバーサル・ヘルス・カバレッジを浸透させていくために必要なアプローチかと思っておりますので、その点をしっかり分析していく必要があるかなと思いました。

稲場 はい、ありがとうございます。はい、では次の方よろしく申し上げます。

サトウ 千葉大学のサトウと申します。今回の話、特に、途上国の都市化だったと思うんですけれども、これから SDGs に向けて、こうした目標、都市内格差の縮小、ヘルスケアシステムがどこでも受けられるようにしていくというのは、成熟化した国でも適応できるのか。私は、共通する部分もあると思うので、もし、共通する部分もあるのであれば、何か、そういう先進国への議論拡張可能性についても、一言加えるとよいかないと思いました。以上です。

稲場 はい、ありがとうございます。

ヤマダ JICA のヤマダです。今のお話を伺ってしまして、健康そのものに対するアプローチというわけではなくって、安全な水とか、都市排水、それから、都市計画というふうなことっていうのもアプローチとしては、あるのかなというふうに思って聞かせていただきました。そうすると、今の現行の MDG の中では、安全な水とか、それから健康っていうのは、それぞれ別な目標として立ってます。目標の数が増えれば増えるほど、非常に、取りまとめが困難になってくるっていう状況を考えると、どれを優先するのかっていう議論もあるし、双方の目標の関連性っていうことを考えていく必要があるかと思っております。その点でいえば健康の指標を最初に持ってくるのか、それとも都市インフラ、最初に持ってきて、その中で、健康セッティングするのか、どちらで考えていくのかっていうふうな、2 択で

はないんですけども、そういうことを、上下関係考える必要があると思いました。

稲場 はい、ありがとうございます。私のほうで簡単にまとめさせていただきますと、まず第1に、先ほどの流れの中で、都市内の健康格差の縮小、特に、その脆弱性へのアプローチ。都市内の地域の脆弱性の解消ですね。もう一つが、保健システムの強化。そこに人々の地域の力を生かすということ。この二つだと思います。ただ、まず前提として、都市の格差っていうものがどうして生じたのかということに関する要因が、より明確になる必要があるという点には、まず、言及をさせていただきます。その上で、農村から都市への人口押し出し要因に関して、しっかりアプローチをする必要があるというのを、補足で加えます。あとはデータの必要性、および、インディケーターの必要性ということを加えさせていただきます。最後に都市計画をどうするか、安全な水をどうするかと、この辺りについても、優先順位の問題としてはあるということで、その辺りについても言及をするという形でよろしいですかね。一応、軸となる二つに加えて、こういうことも考えなくちゃいけないという形にさせていただければと思います。では、皆さん、どうもいろんな意見をいただきまして、ありがとうございました。

(了)