

## 目標3 すべての人に健康と福祉を

あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

### 1. 解説

全ての人々が生涯にわたり健康的な生活を営めるようになることが目標3で目指されています。妊産婦や乳幼児の健康、HIV/AIDS、マラリア、結核といった感染症の制圧、生活習慣病などの非感染性疾患の予防が求められます。また、全ての人々が医療、保健サービスや医薬品にアクセスできるようになることも求められます。

まずターゲット 3.1 と 3.2 では妊産婦と乳幼児の死亡率を下げるのが、それぞれ目指されます。続く 3.3 ではエイズ、結核といった感染症に対する、3.4 では非感染性疾患に対する対策が焦点となります。さらに、3.5 では薬物やアルコール依存症、3.6

は交通事故、3.7 は性と生殖と、様々な視点での保健と福祉への取り組みがテーマとなります。全ての人々の保健医療サービスを提供するというユニバーサル・ヘルス・カバレッジは3.8で取り上げられ、大気や水質汚染による健康被害の問題は 3.9 で対象となります。続く 3.a から 3.d では、保健医療を整備するための実施体制の強化が求められます。3.a はたばこの規制への国際的取組み、3.b はワクチンや医薬品の研究開発支援とアクセス改善、3.c は開発途上国の保健財政整備や保健人材の能力向上、そして 3.d では世界規模の保健リスクへの早期対応がテーマになっています。

### ターゲット

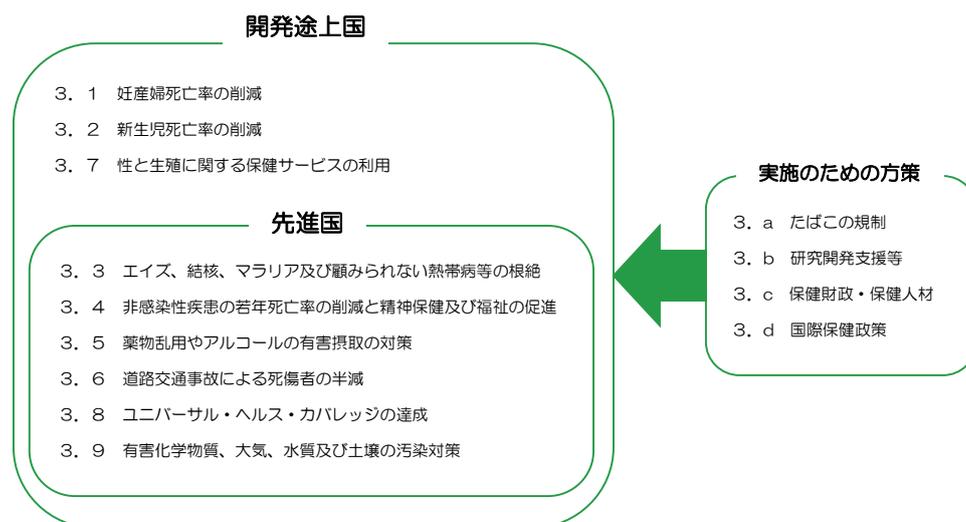
3.1	2030 年までに、世界の <b>妊産婦の死亡率</b> を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する。
3.2	全ての国が <b>新生児死亡率</b> を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳以下死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに、新生児及び 5 歳未満児の <b>予防可能な死亡</b> を根絶する。
3.3	2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった <b>伝染病を根絶</b> するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。
3.4	2030 年までに、 <b>非感染性疾患による若年死亡率</b> を、予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健及び福祉を促進する。
3.5	<b>薬物乱用やアルコール</b> の有害な摂取を含む、物質乱用の <b>防止・治療</b> を強化する。
3.6	2020 年までに、世界の <b>道路交通事故</b> による死傷者を半減させる。

3.7	2030年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖に関する健康の国家戦略・計画への組み入れを含む、 <b>性と生殖に関する保健サービス</b> を全ての人々が利用できるようにする。
3.8	全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、 <b>ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ</b> （UHC）を達成する。
3.9	2030年までに、 <b>有害化学物質、並びに大気、水質及び土壌の汚染</b> による死亡及び疾病の件数を大幅に減少させる。
3.a	全ての国々において、 <b>たばこの規制</b> に関する世界保健機関枠組条約の実施を適宜強化する。
3.b	主に開発途上国に影響を及ぼす感染性及び非感染性疾患のワクチン及び医薬品の <b>研究開発を支援</b> する。また、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS協定）及び公衆の健康に関するドーハ宣言に従い、安価な必須医薬品及びワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護及び、特に全ての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS協定）」の柔軟性に関する規定を最大限に行使する開発途上国の権利を確約したものである。
3.c	開発途上国、特に後発開発途上国及び小島嶼開発途上国において <b>保健財政及び保健人材の採用</b> 、能力開発・訓練及び定着を大幅に拡大させる。
3.d	全ての国々、特に開発途上国の国家・世界規模な健康危険因子の早期警告、危険因子緩和及び危険因子管理のための能力を強化する。

## 2. 世界の現状

目標3にはMDGsから引き継がれているテーマもありますが、先進国も対象にしたテーマが多く追加されています。妊産婦・乳幼児の死亡率といった主に開発途上国を対象とした課題だけでな

く、非感染性疾患、薬物乱用、大気汚染といった、先進国を含めた多くの国々が共通して持つ保健課題がSDGsでは強調されています。



図：ターゲット相互の関係

## 2-1. 妊産婦と乳幼児死亡率

2015年の妊産婦死亡率は10万人あたり216人で、2030年までの目標である10万人あたり70人を達成するには、まだまだ努力が必要です[1]。妊産婦の死亡は助産師の立ち合いのもと衛生的な施設で出産することができれば、大幅に減らすことができます。しかし、とりわけサハラ以南アフリカと南アジア地域では、助産師が立ち会う出産件数は全体の半数以下にすぎません。また、これら地域では、家族計画への取り組みが遅れています。家族計画を普及させ、妊娠件数全体を減らすことも、妊産婦死亡件数の低下につながります。

5歳未満児死亡率については、2015年には1,000人あたり43人で、2000年と比較して約44%減少しています[1]。一方、地域格差はいまだに顕著で、サハラ以南アフリカ地域の5歳未満児死亡率は1,000人あたり84人（2015年）で、世界平均の約2倍となっています。

## 2-2. 感染症

2000年から2015年にかけてHIV/AIDS、マラリア、結核のそれぞれの発生件数は世界的に低下しました。しかしまだまだ撲滅には至っておらず、2015年に新たにHIVに感染した者は210万人と推定されています[2]。サハラ以南アフリカ地域の新規感染者数はいまだに多く、2015年には1,000人あたり約1.5人が新たに感染しています。また、一般集団と比べてHIVに感染する確率が10~50倍高いとされているハイリスク集団での感染拡大が世界各国で懸念されています[3]。ハイリスク集団であるセックスワーカー、注射による薬物使用者、トランスジェンダー、囚人、男性間性交渉者とその性的パートナーは、2015年の新規HIV感染者数の約45%を占めると報告

されています。

一方、肝炎による死亡者数は2000年から2015年までに約22%上昇して134万人となっており、その殆どがB型肝炎の患者です[2]。さらに、B型肝炎に感染していると推定される約257万人のうち、たったの8%しか治療を受けていないとされています。そのため、肝炎の早期発見・早期治療に向けた取り組みが必要です。マラリアの感染者数に関しては、2000年から2015年の間に、感染の可能性のある1,000人あたり94人と約41%減少しましたが[2]、サブサハラ以南アフリカ地域では依然として高く、1,000人あたり234人となっています[4]。

## 2-3. 非感染性疾患

感染症対策が進む一方、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患といった非感染性疾患による死亡率は依然として高い水準にあります。2015年、70歳未満の死亡者数の約56%が非感染性疾患によるものと推定されています[2]。このうち4分の3は、心疾患、悪性腫瘍、糖尿病または慢性呼吸器疾患が原因です。2000年から2015年の間に、上記4疾患の死亡率は減少したものの、2030年の目標にはまだ遠い状況です。非感染性疾患は、喫煙率や有害なアルコール摂取率の減少、健康的な食事や運動の促進等によって予防することが十分に期待出来るため、一人ひとりの意識変容が不可欠です。

## 2-4. 精神保健

うつ病を含む精神疾患は自殺の原因となることがあります。2015年には世界で約80万人の人々が自ら命を絶っており、特に男性の自殺率が高くなっています[2]。全世界において、自殺は15

歳から 29 歳の死因の上位を占めています。

また、アルコール依存症による死者数は 2013 年に 330 万人と推定されており、これは世界の死者数の約 6%に相当します[4]。15 歳以上の人口の平均アルコール消費量は、ビール換算で週に 3 リットルですが、アルコール消費が多い欧州や中央アジアでは 10 リットル以上になります。さらに、薬物依存症も今後の大きな課題です。2015 年に一回以上違法薬物を使用した成人は約 2 億 5 千万人（約 20 人中 1 人）と推定されています[5]。よって、アルコール・薬物依存症の人々に対する適切な治療の提供は、目標 3 の達成に欠かせません。

#### 2-5. 医療アクセスと保健人材

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成することによって、人々は病気によって貧困に陥ることなく、健康的で生産的な生活を送ることが可能になります。多くの開発途上国において、人々はいまだ多額の治療費の支払いを強いられています。世界では毎年、約 0.74%の人々が治療費の支払いによって国際貧困ライン（1 日\$1.90）以下の生活に陥っているとされています[4]。

また、目標 3 の達成には質の高い保健人材の確保が不可欠です。しかし、世界の 40%以上の国では、1,000 人に対して医師 1 人以下の状態が続いています。すべての人の健康に必要な保健サービスを提供するためには、2030 年までにさらに 1 千 800 万人の医療従事者が必要になります[2]。人材不足は特にサハラ以南アフリカ地域の国々を含めた開発途上国で顕著で、効果的な対策をとらなければ、貴重な保健人材は次々と需要も給与水準も高い先進国に流出し、既に脆弱な保健システムがさらに悪化してしまう可能性があります。

### 3. ゴール達成のために私たちができること

#### 組織面の取組み

##### 3-1. 従業員へのヘルスケアの提供

自社の従業員、さらにはバリューチェーン上の従業員やその家族に対してヘルスケアサービスを提供することは、従業員の健康改善につながります。例えば、従業員に対する運動習慣や栄養バランスのとれた食事の奨励、禁煙プログラムの提供、飲み過ぎ防止の啓発等が考えられます。従業員の健康に対する意識の啓発を通じて、疾病を理由とする欠勤・遅刻・休職の削減、労働生産性の向上、優秀な人材の確保といった効果も期待できます。さらに男性の育児休暇取得（パパ・ママ育休プラス）の推奨等を通して、女性従業員の妊娠や育児を支援することも重要です。

また、従業員のメンタルヘルス対策も欠かせません。2015 年の労働安全衛生法の改正により、労働者数 50 人以上の事業所ではストレスチェックの実施が義務付けられましたが、精神障害による労災認定は年々増加傾向です[6]。契約企業の従業員に対するカウンセリングや休職者の復職支援を行う EAP (Employee Assistance Program) 会社を有効に活用することで、従業員がメンタルヘルス不調になることを未然に防ぎ、業務パフォーマンスが向上することが期待出来ます。

#### 事業面の取組み

##### 3-2. 開発途上国向けの医薬品・医療機器等の開発

電力供給、上下水道、通信など、開発途上国では社会・経済インフラの整備が遅れているところが多く、特に地方部と都市部では大きな格差があります。病院や診療所に設置される医療機器もこう

した厳しい環境に適合する必要があります。ソーラー式の医療用冷蔵庫、不安定な電圧に耐えられる医療機器等は、開発途上国で大きな需要があると考えられます。こうした機器を開発し、これらを安価に提供することができれば、開発途上国の貧困層の健康改善に大きく貢献できます。また、医療機器の不適切な利用による故障を未然に防ぐため、医療従事者への研修を併せて実施することも求められます。医療アクセスが不十分なコミュニティに対しては、モバイルクリニックの運営を通して企業の製品やサービスを提供することも考えられます。

他方、医薬品に関しては、顧みられない熱帯病（NTDs）に対する創薬研究が期待されています。さらに製薬企業が、日本で上市されている医薬品を開発途上国の現地法人による販売網を使って供給することも、目標3の達成に効果的です。一方、多くの開発途上国では医療保険制度の加入者数が限定的であるため、現地の社会経済状況に合わせた価格設定が求められるでしょう。

### 3-3. 交通事故対策

自動車メーカーが自社製品の自動運転機能を開発・向上したり、安全機能を強化したりすることは、交通事故による死傷者を減少させることに繋がります（ターゲット3.6）。例えば、自動車の生産を行うある外資系メーカーは、2020年までに、自社の車による交通事故死亡者や重傷者をゼロにするというビジョンを掲げています。

### 3-4. データヘルス対策

日本のSDGs推進本部は、データヘルス改革の推進を謳っています。保健・医療・介護のビッグデータを活用し、エビデンスに基づいた支援サービ

スを提供したり、災害時等に医療関係者が適切に高齢者や障害者等の情報を共有出来るシステムを構築したりすることが、国民の健康確保に繋がります。また、患者のゲノム情報を収集し、一人ひとりに合ったオーダーメイド医療の提供も今後益々期待されるでしょう。

### 3-5. 生活習慣病対策

日本の「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」において、健康寿命の延伸や生活習慣病の予防が重要視されています。食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防、早期発見・早期治療を目指す二次予防、そして重症化を防ぐ三次予防それぞれのステージにおいて対策が必要です。最近では生活習慣病の一次予防対策として、地方自治体とフィットネスクラブ運営会社が協働で住民参加型の健康増進プログラムを実施するといった取り組みが始まっています。

また、食品・飲料業界においては責任ある商品開発が求められます。美味しさや手軽さの追求だけでなく、栄養バランスもしっかり考えた商品開発が求められます。さらに、健康補助食品や特定保健用食品（トクホ）の広告についても、不健康な生活習慣を許容するメッセージを含んでいないか、企業側は誠実に検討する必要があります。

### 3-6. 薬物・アルコール依存症対策

依存症は脳の病気であり、意思の弱い人が依存症になるわけではありません。当事者と家族は疾患を正しく理解し、認知行動療法や薬物療法を含めた適切な治療プログラムを受ける必要があります。薬物依存症に関しては、2016年度からSMARPP（Serigaya Methamphetamine

Relapse Prevention Program：せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム）と呼ばれる認知行動療法を用いた集団療法が日本で診療報酬の対象となり、医療機関での普及促進が求められています。

また、家族が共依存に陥らないために、依存症の正しい知識や情報を伝え、適切な対処法を習得

してもらうための心理教育プログラムの実施も重要です。近年では、CRAFT（Community Reinforcement And Family Training：コミュニティ強化法と家族トレーニング）と呼ばれる家族向けプログラムが注目されており、医療機関や精神保健福祉センター等で徐々に取り入れられるようになっていきます。

## 参考文献

1. United Nations. 2017. Report of the Secretary-General - Progress towards the Sustainable Development Goals- <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
2. United Nations. 2017. Sustainable Development Report. <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017.pdf>
3. UNAIDS. 2016. HIV Prevention among Key Populations. Geneva: UNAIDS. [http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121\\_keypops](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops)
4. World Bank. 2017. Atlas of Sustainable Development Goals 2017: From World Development Indicators. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/26306>
5. UNODC. 2017. World Drug Report 2017. <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>
6. 厚生労働省. 2017年. 平成28年度「過労死等の労災補償状況」を公表一別添資料2 精神障害の労災補償状況. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000168672.html>