国連ミレニアム開発目標報告

2013

UNITED NATIONS

国連ミレニアム開発目標報告

2013

国連
ニューヨーク、2013年

WE CAN END POVERTY 2015 MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS

はじめに

ミレニアム開発目標（MDGs）は、世界規模の貧困撲滅運動として、歴史上最大の成功を収めました。

数多くの具体的な目標の達成に目覚ましい大幅な進展が見られました。そこには極度の貧困の中で暮らす人々の数と、改善された飲料水に持続可能な形でアクセスできない人々の割合を半分にすることも含まれています。都市のスラム居住者の比率も大きく減少しました。マラリアおよび結核との戦いにおいても目覚ましい成果がありました。保健分野全般ならびに初等教育においても目に見える改善がありました。

現在、MDGs 達成の期限である 2015 年まであと 1,000 日を切っています。本年度の報告書は、最も行動が必要である分野に焦点を当てています。例えば、世界の 8 人に 1 人がいまだ飢えに苦しんでいます。我々には救う手段があるにも関わらず、あまりに多くの女性が出産で死亡しています。25 億人を超える人々が改善された下水施設を持たず、そのうちの 10 億が健康および環境に大きな害を及ぼす野外排泄を続けています。すでに気候変動の衝撃を経験している世界において、我々の資源基盤は大きく低下しており、森林、生物種および漁業資源を失い続けています。

本報告書では、ミレニアム開発目標の達成が、国によって、そして各国国内の地域によって、不均等である点も指摘しています。農村部の貧困世帯の児童は、都市部の富裕世帯より学校に通わない可能性が非常に高くなっています。感染によって大きな打撃を受けてきたサハラ以南アフリカにおいては、若い男女間の HIV およびその予防の基礎知識に大きな格差が残っています。

MDG 目標に向かって努力してきた 10 年を超える経験の中で、我々は、焦点を絞った世界的な開発努力によって変化を起こすことができることを学びました。行動を加速させることにより、世界は MDGs を達成し、野心的かつ刺激的な 2015 年以降の開発の枠組みへの機運を生み出すことができるのです。今こそ、すべての人にとってより公正、確実、そして持続可能な未来を築くため、我々の努力を一段と強化する時なのです。

潘基文（パン・ギムン）
国連事務総長

概観

MDGs の最終期限が近づく中、世界的な経済金融危機の影響があったにもかかわらず、多くの分野で進展があったことを報告することができます。一部の重要な目標がすでに達成され、各国政府、国際社会、市民社会および民間部門によるコミットメントが継続すれば 2015 年までに達成可能なものもあります。とはいえ、多くの分野において、進展は決して充分でありません。特に、取組みが最も遅れた地域において前進を始動させ最大の成果を得るためには、今一層の努力が緊急に必要です。世界共同体はここまでの成果を誇りに思うべきですが、同時に、2015 年までにできるだけ多くの目的を達成し、すべての人が成果を実感するため、現在の勢いを足場としてさらに加速していかなければなりません。

いくつかの MDG 目標はすでに達成済み、または達成が近い

- **極度の貧困の中で暮らす人々の割合は、世界レベルで半減**

世界はスケジュールより 5 年早く貧困減少目標に達しました。開発途上地域において 1 日 1.25 ドル未満で暮らしている人々の割合は、1990 年の 47%から 2010 年には 22%まで減少しました。極度の貧困下で生活する人々の数は、2010 年には 1990 年より 7 億人減少しました。

- **20 億を超える人々が飲料水の改良水源の利用機会を得る**

過去 21 年間で 21 億人を超える人々が改善された飲料水源を利用できるようになりました。世界人口におけるこうした水源を使用している人々の割合は、1990 年の 76%から 2010 年には 89%まで上昇しました。これは、顕著な人口増加にもかかわらず、MDGs の飲料水目標が期限より 5 年早く達成されたことを意味します。

- **マラリアおよび結核との戦いにおいても大幅な前進**

2000 年から 2010 年の間に、世界全体でマラリアによる死亡率が 25%超低下しました。この期間に推計 110 万人がマラリアによる死を免れたことになります。世界全体、そして一部地域では、結核による死亡率が 2015 年までに 1990 年の水準の半分になる可能性があります。1995 年から 2011 年にかけて、累計 5,100 万人の結核患者が適切な治療を受け、2,000 万人の命が救われました。

- **開発途上地域の都市部および大都市のスラム居住者の割合は減少**

2000 年から 2010 年にかけて、2 億人を超えるスラム居住者が、改善された水源、衛生施設、耐久性のある住宅または充分な居住空間の恩恵を受けており、これにより 1 億人という MDG 目標は達成されました。すべての地域の多くの国が都市部のスラム居住者の割合の削減に大きな進展を見せました。

- **低い債務負担および貿易取引の環境改善が開発途上国の競争の場を公平なものにしつつある**

すべての開発途上国の輸出収入に占める対外債務返済額の割合は、2000 年の約 12%から 2011 年で 3.1%まで低下しました。2011 年には非課税での市場へのアクセス率も改善され、輸出の 80%に達しています。後発開発途上国の輸出が非課税措置の利益を最も受けています。平均関税率も史上最低水準にあります。

- **飢餓削減目標は達成が近づく**

世界全体における栄養不良人口の割合は、1990 年から 1992 年の 23.2%から 2011 年から 2012 年には 14.9%に低下しました。運動の再活性化により、2015 年までに飢餓に苦しむ人口の割合を半減させるという目標は達成に近づいています。しかし、世界人口の 8 人に 1 人は、現在も依然慢性的な栄養不良状態にあります。

多くの地域で進捗の加速とより大胆な行動が必要

- **環境の持続可能性に大きな脅威、新たな水準の世界的協調が求められる**

地球規模の二酸化炭素（CO2）排出増加は加速しており、現在の排出量は 1990 年の水準より 46%超増加しています。森林も切迫した速度で失われ続けています。海洋漁業資源の乱獲により漁獲高が減少しています。地球上の土地および海洋は保護されていますが、鳥、哺乳類その他の種は、個体数および分布の両方が減少しており、これまでより速い速度で絶滅に向かっています。

- **子どもの生存に関しては大きな進展があったが、幼年層に対する責務を果たすためにさらなる努力が必要**

世界全体では、5 歳未満の子どもの死亡率は、1990 年の生児出生 1,000 人あたり 87 人から 2011 年には 41%低下して 51 人となりました。こうした多大な成果にもかかわらず、幼児の死亡を 3 分の 2 に減らすという 2015 年の目標を達成するためには、進歩の速度を早める必要があります。子どもの死亡は最貧地域に、そして生後 1 ヶ月未満の乳幼児に集中しています。

- **大部分の妊産婦死亡は予防可能だが、この分野は進展不足**

世界全体で、妊産婦死亡率は、1990 年の 100,000 人の生児出生につき 400 人でしたが、2010 年には 210 人となり、20 年間で 47%減少しました。この死亡率を 4 分の 3 削減するという MDG 目標を達成するには、女

性および子どもに対する施策およびより強力な政治的支援が必要となります。

- **抗レトロウイルス治療の利用可能性を拡大し、HIV の予防に関する知識を広める必要**

新たな HIV 感染が減少する一方、2011 年末時点で推計約 3,400 万人が HIV を背負って生きています。2010 年までにそれを必要とするすべての人に抗レトロウイルス療法を完全普及させるという MDG 目標は達成できませんでしたが、現在の傾向が継続すれば、2015 年までには達成可能です。究極の目標は HIV の拡大を阻止することですが、このウイルスおよび感染を予防する方法についての知識の水準は、依然容認できないほど低い状態です。

- **初等教育を受ける権利を得られない子どもがあまりに多い**

2000 年から 2011 年にかけて、学校に通っていない子どもの数は 1 億 200 万人から 5,700 万人へとほぼ半減しました。しかし、非就学児童数の減少は時間とともに大きく減速しました。進捗の遅れは、世界全体での初等教育の完全普及という目標を 2015 年までに達成する可能性が低いということを意味します。

- **衛生面の前進は目覚ましいが不十分**

1990 年から 2011 年の間に、19 億人が便所、水洗式トイレまたは他の改良衛生施設を利用できるようになりました。こうした成果にもかかわらず、MDG 目標を達成するためにはより急速な進展が必要です。野外排泄を止めさせ、適切な政策を策定することが重要です。

- **援助資金が全体として減少し、最貧国が最も強く悪影響を受ける**

2012 年の先進国から発展途上国への援助実施総額は 1,260 億ドルでした。これは 2011 年と比較して実質ベースで 4%の減少です。2011 年は 2010 年の水準から 2%の減少でした。こうした援助の減少は特に後発開発途上国に影響を与えました。2012 年にはこれらの国に対する二国間政府開発援助は 13%減少し約 260 億ドルとなりました。

さらなる改善を阻害する格差に注目する必要

- **リプロダクティブ・ヘルス・サービスおよび清潔な飲料水へのアクセスなど、農村部と都市部の格差は依然存在する**

2011 年において、農村部での出産のうち熟練医療従事者が立ち会ったのはわずか 53%だったのに対し、都市部では 84%でした。改善された飲料水源を利用できない人口の 83%は、農村に住んでいます。

- **最貧層の子どもは通学しない可能性が非常に高い**

最貧層世帯の子どもおよび未成年は、学校に通わない確率が最富裕層世帯の子どもより最低でも 3 倍高くなっています。女子は初等教育と中学校教育の就学年齢層の両方において男子より就学していない可能性が高く、これは最富裕層世帯の女子にも当てはまります。

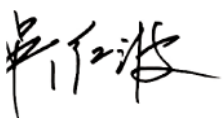
- **意思決定権におけるジェンダー格差も続く**

公的または私的な領域の如何を問わず、ハイレベルな政府意思決定から家庭に至るまで、女性は男性と平等に、自らの生活に影響を及ぼす決定に参加する機会を未だ与えられていません。

将来の開発の安定した基礎を築くため、2015 年の MDGs の達成が引き続き世界の優先事項でなければならない

繁栄、平等、自由、尊厳および平和のある世界を成し遂げる努力は、2015 年から後も続きます。国際連合は、政府、市民社会およびその他のパートナーと協調し、MDGs により形成された機運を継続し、野心的かつ現実的な 2015 年以降の開発課題の作成に取り組んでいます。ミレニアム開発目標が成功裡に終了することは、後継の開発課題にとって重要な基礎となります。そして、ここに至るまでに得てきた多くの経験および教訓のみが、今後のさらなる進展の可能性に役立つのです。

広範な統計に基づく本報告の分析は、すべての利害関係者の行動が融合して MDGs の多くが達成されていることを示しています。同時に、これらの目標の多くの項目がまだ達成されないまま残っています。本報告の分析結果は 2015 年の最終期限まで残された日々の中で我々が努力を傾けるべき方向をはっきりと示しているのです。



呉紅波（ウ・ホンボ）
経済社会問題担当事務次長

目標 1
極度の貧困と飢餓の撲滅

クイック・ファクト

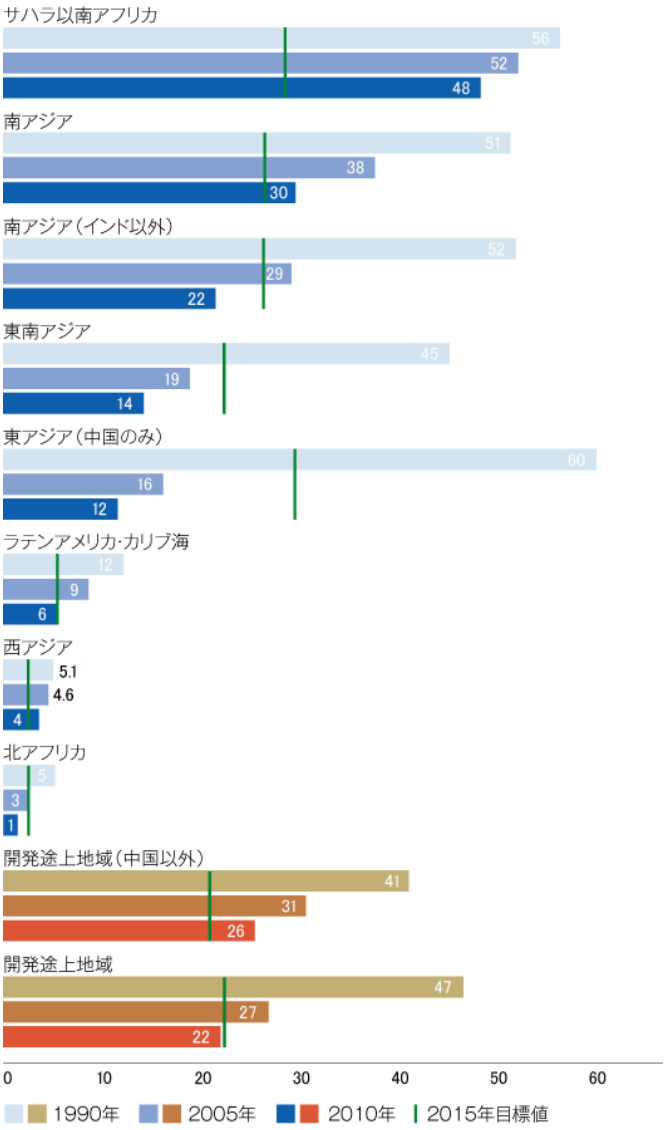
- 貧困率は半減し、極度の貧困状態で暮らす人々の数は 1990 年から 2010 年の間に約 7 億人減少した。
- 経済金融危機は世界全体の雇用のギャップを 6,700 万人分拡大させた。
- 大きな前進はあったものの、依然 8 人に 1 人が空腹のまま眠りについている。
- 世界全体では、5 歳未満児のほぼ 6 人に 1 人が低体重であり、4 人に 1 人は成長が阻害されている。
- 世界の 5 歳未満児の推計 7%は現在体重過多である。これはもう一つの栄養失調の形態であり、こうした子どもの 4 人に 1 人はサハラ以南アフリカに住んでいる。

ターゲット 1.A

1990 年から 2015 年の間に 1 日 1 ドル未満で生活する人々の割合を半減させる

MDG 目標は達成されたが依然 12 億人が極度の貧困の中で暮らす

1 日 1 ドル 25 セント未満で暮らす人々の割合、1990 年、2005 年、2010 年の比較（単位：%）



注： オセアニアに関しては合計値の算出に十分な国別データが入手不可。

世界銀行の貧困に関する新しい推計値により、昨年の所見どおり世界が 2015 年の達成期限より 5 年早く MDG 目標を達成したことが確認された。開発途上地域においては、1 日 1 ドル 25 セント未満で暮らしている人々の割合は、1990 年の 47%から 2010 年には 22%に減少した。2010 年に極度の貧困状態で生活する人々は 1990 年より約 7 億人減少した。

極度の貧困にある人口の割合はあらゆる開発途上地域で減少したが、その先頭を走るのが中国である。中国では極度の貧困が 1990 年の 60%から 2005 年には 16%、2010 年には 12%に減少している。貧困はサハラ以南アフリカおよび南アジアでは依然広く存在しているが、後者において状況は大きく改善している。南アジアの貧困率は毎年平均 1 ポイント低下しており、1990 年の 51%だったものが 20 年後には 30%となっている。これに対してサハラ以南アフリカの貧困率は同じ期間に 8 ポイントしか低下していない。

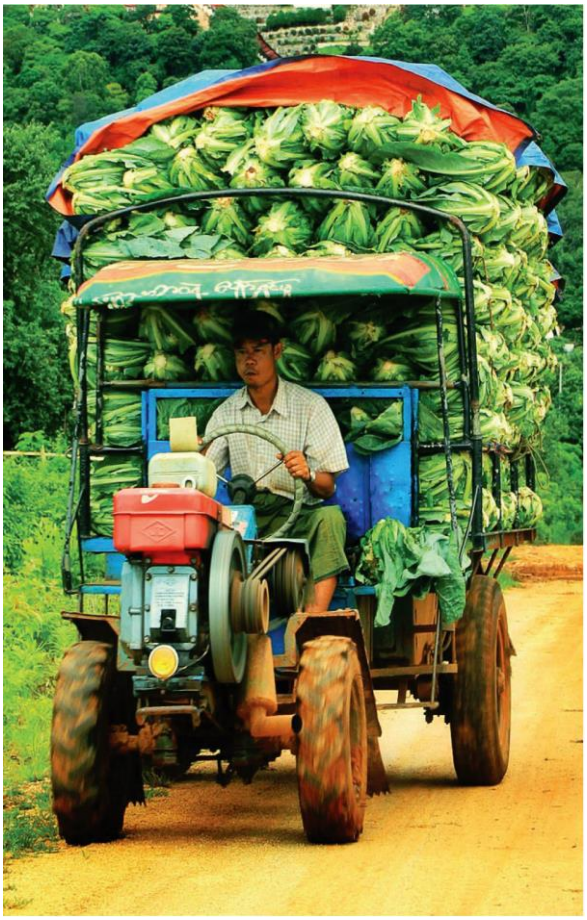
世界全体のこうした素晴らしい成果にもかかわらず、依然 12 億人が極度の貧困の中で生活している。サハラ以南アフリカにおいては、人口のほぼ半分が 1 日 1 ドル 25 セント未満で暮らしている。サハラ以南アフリカは、極度の貧困の中で生きている人々の数が 1990 年の 2 億 9,000 万人から 2010 年には（世界の貧困人口の 3 分の 1 を超える）4 億 1,400 万人へと増加し、そうした継続的増加を経験した唯一の地域である。

世界銀行は、1990 年に低所得国または中所得国に分類された国においては、2015 年には約 9 億 7,000 万人が 1 日 1 ドル 25 セント未満で生活していると予測している。そして開発途上地域において極度の貧困の中で暮らす人口の約 40%がサハラ以南アフリカおよび南アジアに集中する。

世界を見渡すと、絶望的な貧困が見られるのは、健康問題や教育の欠如のために人々が生産的な仕事に就けない地域、環境資源が枯渇または破壊された地域、そして、汚職や紛争や統治の悪さのために公的資源が浪費され民間投資が阻害されている地域である。さまざまなレベルで貧困との戦いを続けるため、国際社会は今こそ次の段階に進む必要がある。

貧困の監視の問題が効果的な政策立案を阻害する

貧困を計測する難しさが、効果的な政策立案にとって依然障壁となっている。多くの国において、貧困のモニタリングデータの利用可能性、調査頻度および質は未だ低いままであるが、小国ならびに情勢不安定な国や領土の場合はとりわけそうである。本報告書の 2010 年の推計値は依然暫定的なものであるが、これは特にサハラ以南と北アフリカにおいて、2008 年から 2012 年に集められた各国の世帯調査のデータが限られているためである。制度的、政治的および財政的な障壁が、データ収集、分析、開示を妨げている。貧困のモニタリングのため、こうした国々の世帯調査プログラムを早急に改善する必要がある。

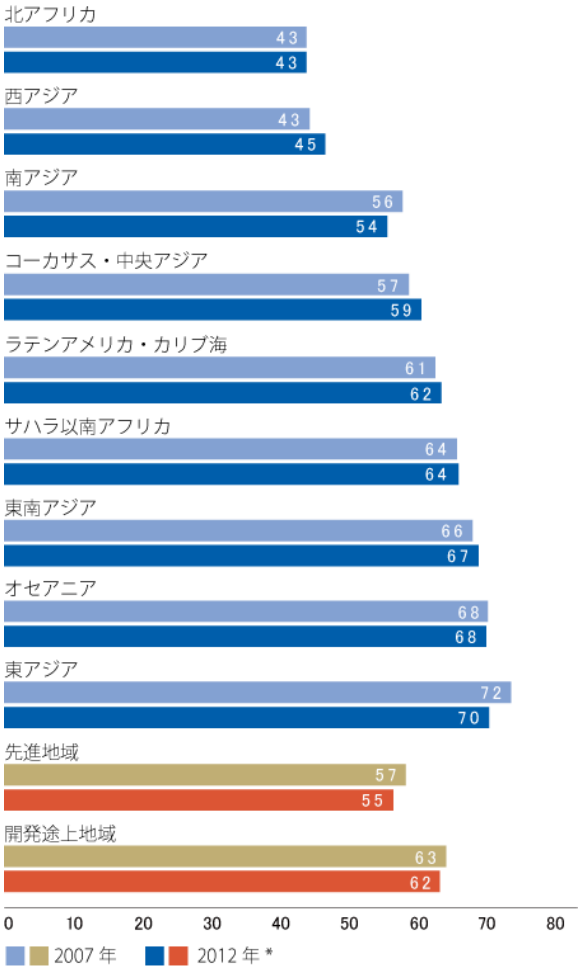


ターゲット 1.B

女性や若者を含むすべての人々の完全かつ生産的な雇用と、（働きがいのある人間らしい仕事）を可能にする。

経済成長の鈍化によって、雇用の喪失が続き、若者が危機の直撃を受けている

就業率、2007 年と 2012 年の比較*（単位：%）

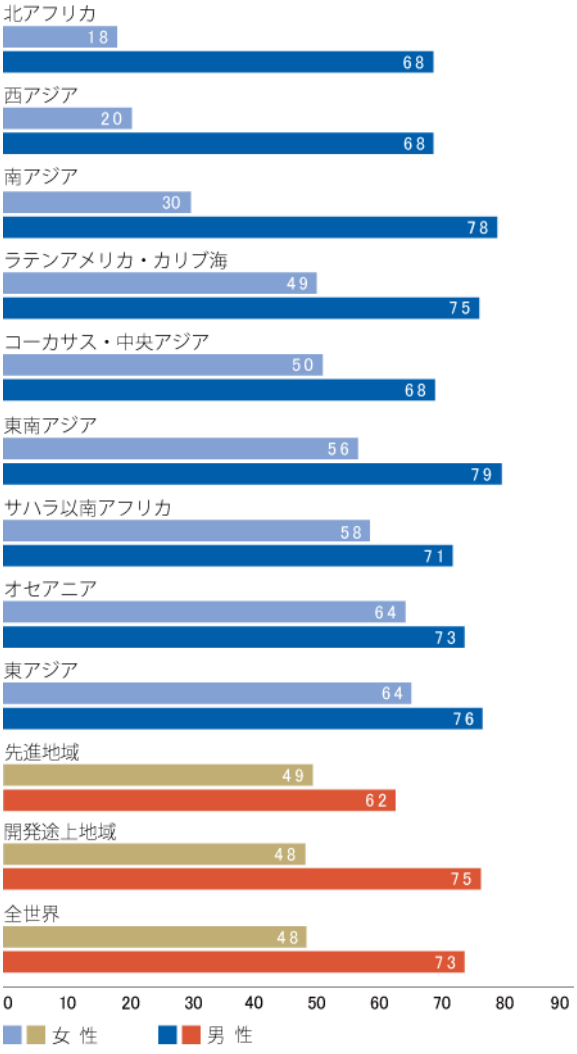


* 2012 年のデータは暫定値

2012 年は世界的な経済成長がさらに減速し、国民経済の雇用創出力は著しく弱められた。世界全体の就業年齢人口に対する雇用の比率は、2003 年から 2007 年に緩やかに増加した後、2007 年の 61.3%から、2012 年には 60.3%に減少した。この比率低下に貢献した 2 大要因は、労働参加率の減少と失業者の増加である。国際労働機関（ILO）によると、2007 年以降に失業者数が 2,800 万増加し、推計 3,900 万人が労働市場から脱落した。つまり世界経済金融危機の結果として、6,700 万の雇用が失われたことになる。

2007 年から 2012 年の間に先進地域では就業率が 1.7 ポイント低下した。同一期間に、開発途上地域は 0.9 ポイントの低下を経験した。このグループにおいて最大の低下が見られたのは南アジアと東アジアであり、それぞれ 2.1 ポイントと 1.5 ポイントの就業率の低下を経験した。

就業率、男女比較、2012 年*（単位：%）



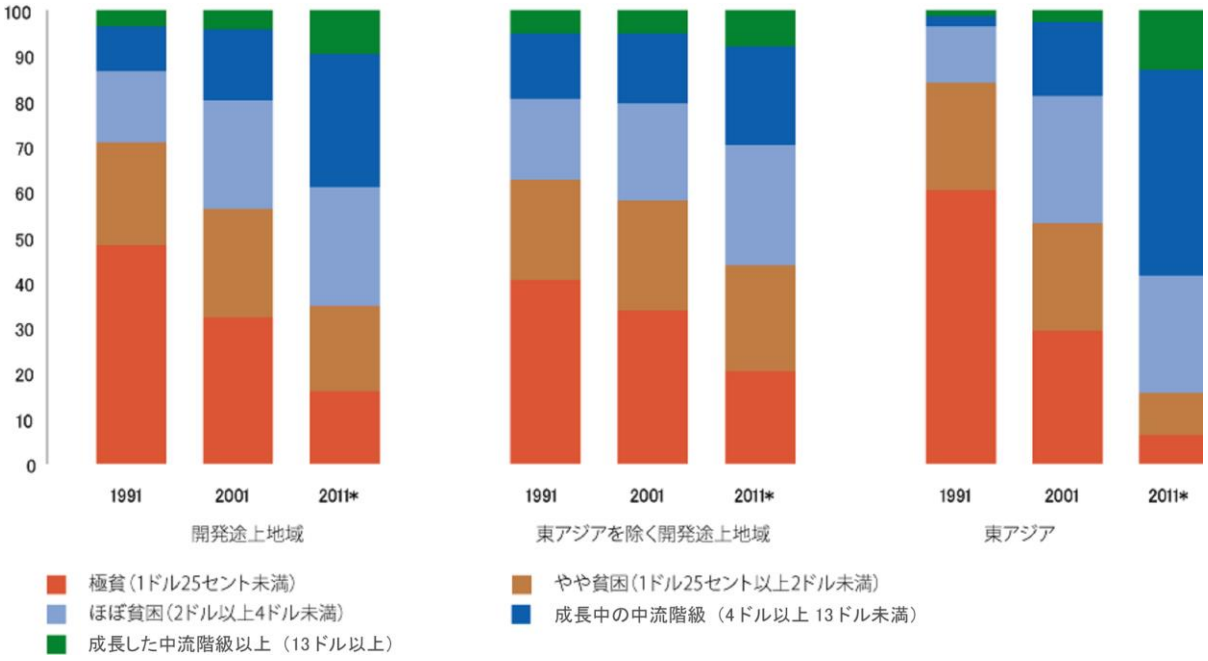
* 2012 年のデータは暫定値

雇用における男女格差は依然続いており、2012 年の男女間の就業率には 24.8 ポイントの差があった。格差は北アフリカ、南アジアおよび西アジアで大きく、これらの地域では女性が雇用される可能性は男性よりはるかに低い。これら 3 つの地域の男女間の就業率の差は 2012 年には 50 ポイント近くになった。

危機の影響を最大に受けたのが若者である。雇用の減少と労働参加の減少による青少年の労働市場への参加縮小が、41%という 2007 年以降の世界の就業率低下を招いた。

ワーキング・プア層が減少する一方、開発途上地域の労働者の 60%超が依然 1 日 4 ドル未満で生活する

開発途上地域の経済クラス別雇用、1991 年、2001 年および 2011 年の比較（総雇用に占める割合、単位：%）



* 2011 年のデータは暫定値

極度の貧困の中で生活している労働者の数は、世界金融危機が発生したにもかかわらず過去 10 年で劇的に減少した。2001 年以降、1 日 1 ドル 25 セント未満で家族を支えている労働者の数は 2 億 9,400 万人減少したが、所得がこの限界域を下回る「ワーキング・プア」に分類される人々が合計 3 億 8,400 万人存在する。開発途上地域において、ワーキング・プアは 2012 年に被雇用労働者の 15.1%を占めたが、これは 2001 年の 32.3%、1991 年の 48.2%を下回った。

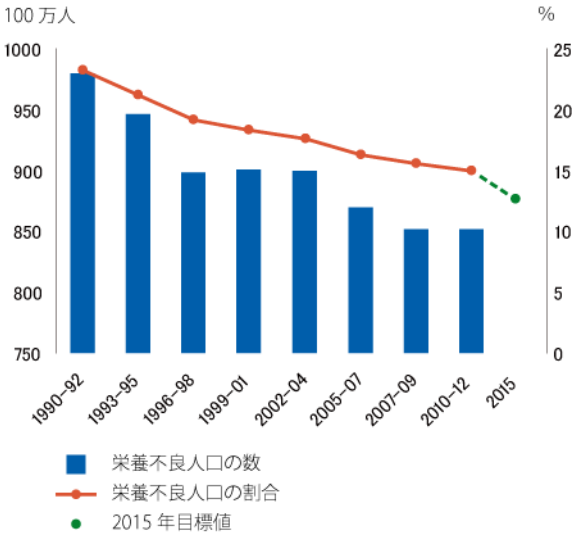
ILO は初めて雇用統計を 5 つの経済クラスに分類した。新しい推計は、極度の貧困状態にある労働者に加えて、19.6%の労働者とその家族が 1 日 1 ド 25 セントから 2 ドルで暮らす「やや貧困」層と、労働者の 26.2%が 1 日 2 ドルから 4 ドルで暮らす「ほぼ貧困」の層である。つまり、2011 年には開発途上地域の労働人口の 60.9%が 1 日 4 ドル未満で生活する貧困または「ほぼ貧困」の状態に留まっていた。こうした数値は、生産性の向上、持続可能な構造転換の促進、そして、貧困層および最も脆弱な立場にある労働者とその家族のために基本的な社会サービスを確保するための社会的保護システムの拡大が急務であることを浮き彫りにしている。

ターゲット 1.C

1990 年から 2015 年までに、飢餓に苦しむ人々の割合を半減させる

最近の進捗の遅れを逆転できれば飢餓削減目標は近い

開発途上地域における栄養不良人口の数と割合、1990 年－2012 年

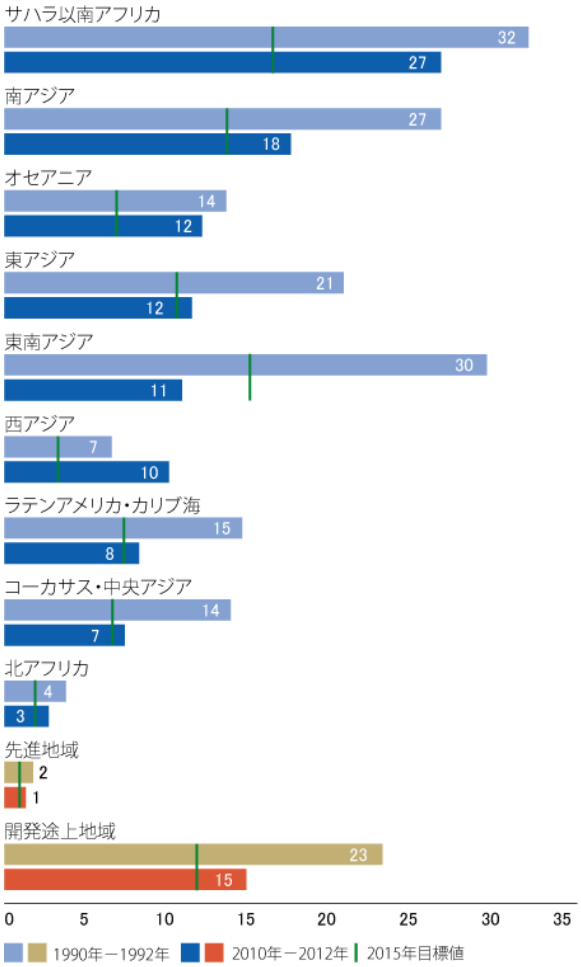


新しい推計によると、2010 年から 2012 年にかけて、世界の約 8 億 7,000 万人または 8 人の 1 人が、最低限の必要エネルギー量を摂取するのに十分な食糧を日常的に消費していなかった。慢性的に栄養不良状態にある人々の大多数（8 億 5,200 万人）が開発途上国で暮らしている。

こうした数値が異常に高い状態に留まる一方、総人口に占める栄養不良人口の割合は 1990 年－1992 年の 23.2 パーセントから 2010 年－2012 年には 14.9%に減少した。これは、飢餓削減の進展が以前考えられていたより大きかったこと、そして飢えに苦しむ人々の割合を半減させるという目標が手の届くところまで来ていることを示唆している。

初期の予測に反して、慢性的飢餓人口の割合は、2007 年から 2009 年の食糧価格危機および経済危機においても急上昇しなかった。しかし、多くの国で貧困世帯の財政状況は確実に悪化し、飢餓の撲滅は大きく減速した。近年の傾向を逆転させるためには、各国政府およびグローバル・パートナーが目的意識を持って調和のとれた行動を取ることが必要である。

栄養不良人口の割合、1990 年－1992 年と 2010 年－2012 年の比較（単位：%）



各地域および各国間の栄養不良の削減スピードの差は依然大きい。栄養状態改善の進展は、東南アジア、東アジア、コーカサス・中央アジア、そしてラテンアメリカで比較的速かった。しかし、カリブ海、南アジア、そして特にサハラ以南アフリカおよびオセアニアにおける変化のペースは MDG 目標を達成するには遅すぎるようである。西アジアだけが、1990 年－1992 年から 2010 年－2012 年にかけて栄養不良発生率の上昇を経験した。これらの地域間格差の背景にあるのは、脆弱性レベルに大きな差があること、そして食料価格の上昇や景気後退といった経済ショックに対応する能力が明らかに異なることである。

貧困は、飢餓および食糧への不十分なアクセスの主な要因の一つである。貧困世帯は一般にその収入の大部分を食糧に費やす。彼らの大半は、多くの小規模自作農民を含め、食糧を売るより購入する方が多い。食糧を十分消費することができないことが、栄養不良人口の労働生産性と所得を得る能力に影響を及ぼし、こうして貧困のわなが強化されていく。

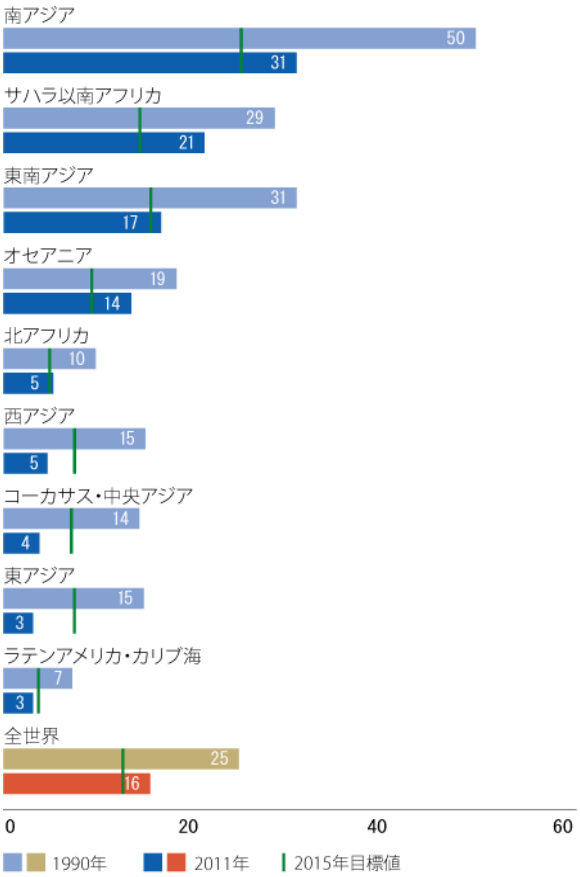
飢餓および食料安全保障の評価方法の向上

国連食糧農業機関（FAO）は、飢餓率を測定するための方法論に重要な改善を数多く導入してきた。とは言え、栄養不良および食料安全保障に関するより包括的な評価を提供するためには、データの改善と指標の追加が必要である。そのためには、開発途上国の統計能力を支えるべく、国際機関の強力な支援投入が必要となる。

一方、FAO は食料の生産、利用、消費、保存、取引およびその他の基本変数に関する基礎データの質を改善するためにいくつかのイニシアチブを開始した。ここには農業統計向上のための世界戦略（Global Strategy to Improve Agricultural Statistics）を実施するための国際的パートナーシップの形成が含まれる。

1 億人を超える 5 歳未満児が依然栄養不良で体重不足

中程度または重度に体重不足の 5 歳未満児の割合、1990 年と 2011 年の比較（単位：%）



注: 本トレンド分析は、UNICEF、WHO および世界銀行による子どもの栄養失調に関する推計値を初めて統一し、それを反映した最新の統計方法に基づく。

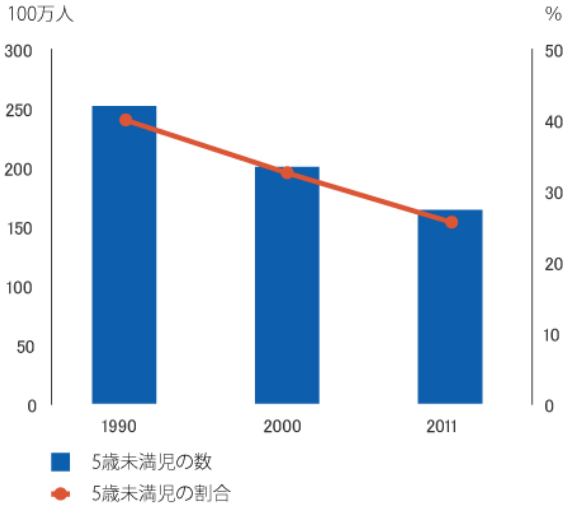
2011 年は世界全体で約 1 億 100 万人の 5 歳未満児が体重不足であった。これは、その年に 5 歳未満だったすべての子どもの 16%または 6 人に 1 人に相当する。2011 年に体重不足だった子どもの数は、1990 年の推計 1 億 5,900 万人から 36%減少した。しかしこの進捗スピードは 2015 年までに飢えに苦しむ人々の割合を半減させるという MDG 目標を達成するには不十分である。

2011 年の体重不足率は、南アジア（31%）とサハラ以南アフリカ（21%）が最も高かった。つまりこれは、南アジアとサハラ以南アフリカでそれぞれ 5,700 万人と 3,000 万人の子どもが体重不足であったことを意味する。

栄養不良が、生存、個人および国家の成長、そして長期的健康に対して与える負の影響を示す証拠は反駁できるものではなく、緊急の行動が求められる。

安定した成果にもかかわらず、世界の子どもの４人に１人は発育阻害の徴候を示す

中程度または重度に成長を阻害された５歳未満児の数と割合、1990、2000 および 2011 年



乳児および子どもの成長阻害は、年齢に対して身長が低すぎる場合として定義されるが、これは初期に慢性的に栄養不良にさらされたことの現れである。世界全体では、2011 年には 4 分の 1 超（26%）の 5 歳未満児の成長が阻害された。依然許容しがたいほどの高い値ではあるものの、この割合は 1990 年から 2011 年の間に成長阻害が 35%低下したことを示している（2 億 5,300 万人から 1 億 6,500 万人に減少）。データの分析から、最貧層世帯の子どもは成長を阻害される可能性が最富裕層世帯の子どもの 2 倍を超えることがわかる。

この期間にはすべての地域で成長阻害は減少しているが、栄養失調のもう一つの形態である子どもの体重超過の発生率が上昇している。2011 年には推計 4,300 万人の 5 歳未満児が体重超過であった。これはこの年齢層の世界人口の 7%に相当する。サハラ以南アフリカでは体重超過の割合が 1990 年から 2011 年の間に 3%から 7%へと 2 倍以上増加した。人口増加と組み合わせると、この地域の体重超過の子どもは 1990 年より 3 倍増加していることになる。現在サハラ以南アフリカには世界の体重超過児のほぼ 4 分の 1 が集中している。

現在行われている成長阻害やその他の栄養指標に直接働きかける施策は拡大される必要がある。そこには、妊娠期間中から子どもが 2 歳になるまでの重要な 1,000 日間の簡単で費用効果的な措置が含まれる。現在その利点が確立されている乳児および幼児向けの年齢に応じた食餌習慣は、乳幼児ケア全体にわたって適用されなければならない。そこには、適切なタイミングで母乳を開始し（出産後 1 時間以内）、生後 6 ヵ月間は母乳のみを与え、2 年以上続けて母乳を与えることが含まれる。世界全体では、出産後 1 時間以内に母乳を与えられた新生児は半分に満たず、生後 6 ヵ月間母乳のみで育てられた子どもはわずか 39%であった。

紛争または迫害による避難民の数は過去 18 年間で最大

ミレニアム宣言は、難民の保護と援助、世界による責任分担の促進、避難民の帰還支援を要請している。これを目指す MDG の目標の多くは、紛争および迫害を生き残った人々にとって、とりわけ重要な意味をもつ。

前進が見られた国も一部あったが、いまだに紛争は人々の家を奪い、彼らをしばしば不安定な状況に追いやっている。2012 年末までに世界中で約 4,510 万人が紛争または迫害のため強制的に避難させられている。このうち 1,540 万人が難民と見なされ、その内訳は、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）の庇護対象者が 1,050 万人、国連パレスチナ難民救済事業機関（UNRWA）に登録されたパレスチナ難民が 490 万人となっている。他にも 2,880 万人が家を追われながらも国内にとどまっており、さらに 100 万人が亡命を希望している。全体として、2012 年に紛争または迫害によって避難した人々の数は 1994 年以来最大となった。

UNRWA の庇護下にあるパレスチナ難民を除き、大部分の難民はアフガニスタン、イラク、ソマリア、スーダンおよびシリア・アラブ共和国で発生している。2012 年末時点で、これら 5 カ国が UNHCR の庇護下にある世界中すべての難民の半数以上（55%）を占めている。

避難民受け入れで最も重い負担を負っているのは開発途上地域である。2012 年末までに開発途上国は 850 万人の難民を受け入れた。これは UNHCR の庇護下にある難民人口の 81%を占める。2012 年に、後発開発途上国がこうした難民のうち 250 万人に一時避難所を提供している。

目標 2

普遍的な初等教育の達成

クイック・ファクト

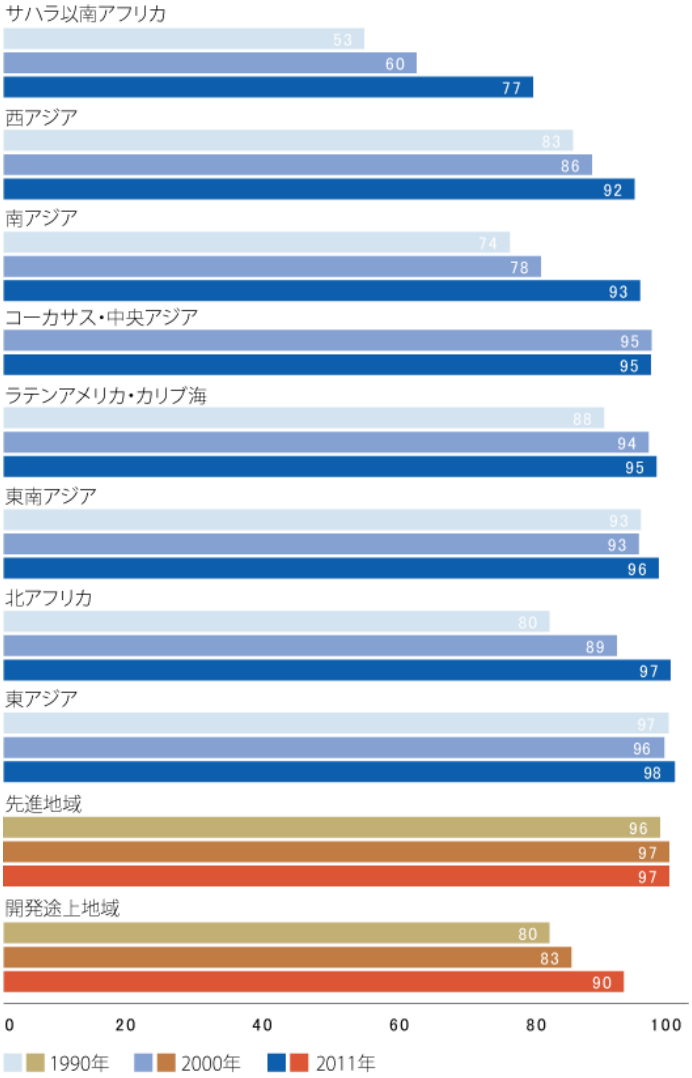
- 初等教育就学年齢であるのに学校に通っていない子どもが 2011 年には 5,700 万人存在した。これは 2000 年の 1 億 200 万人からは減少している。
- こうした非就学児童の半数超がサハラ以南アフリカに暮らしている。
- 世界全体では、1 億 2,300 万人の青少年（15 歳から 24 歳）が基本的な読み書きの能力を欠いている。その 61%は若い女性である。

ターゲット 2.A

2015 年までに、すべての子どもたちが、男女の区別なく、初等教育の全課程を修了できるようにする。

現状のままでは、2015 年までの普遍的な初等教育の完全普及という目標は達成されない

調整後初等教育純就学率*、1990 年、2000 年、2011 年の比較（単位：%）



* 公的な初等教育就学年齢層に属し小学校または中学校に就学している生徒数を、当該年齢層の総人口に対する割合で示したもの。

注: オセアニアのデータは入手不可。コーカサス・中央アジアの 1990 年の数値は入手不可。

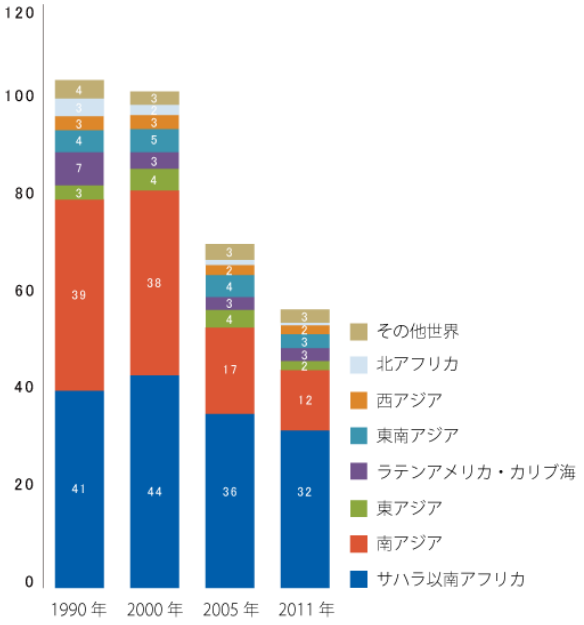
開発途上地域は初等教育を受ける機会の拡大において目覚ましい成果をあげており、調整後の純就学率は2000 年の 83%から 2011 年には 90%へと上昇した。同じ期間に世界中で学校に通っていなかった子どもの数は、1 億 200 万人から 5,700 万人へとほぼ半減した。

しかし、最新のデータをよく見てみると様相が異なってくる。2000 年代の始めに見られた進展がかなり減速してきている。2008 年から 2011 年にかけて初等教育就学年齢の非就学児童はわずか 300 万人減少しただけである。つまりこれは、現在の減少率では、世界が 2015 年までの普遍的な初等教育の完全普及という目標を達成する可能性は低いことを意味する。

サハラ以南アフリカには世界の非就学児童の半分超が集中している。2000 年から 2011 年にかけて調整後の初等教育純就学率は 60%から 77%まで上昇した。しかし、この地域は引き続き人口増加による教育需要増大に直面している。2011 年には、2000 年より 3,200 万人多い子どもたちが初等教育就学年齢に達した。

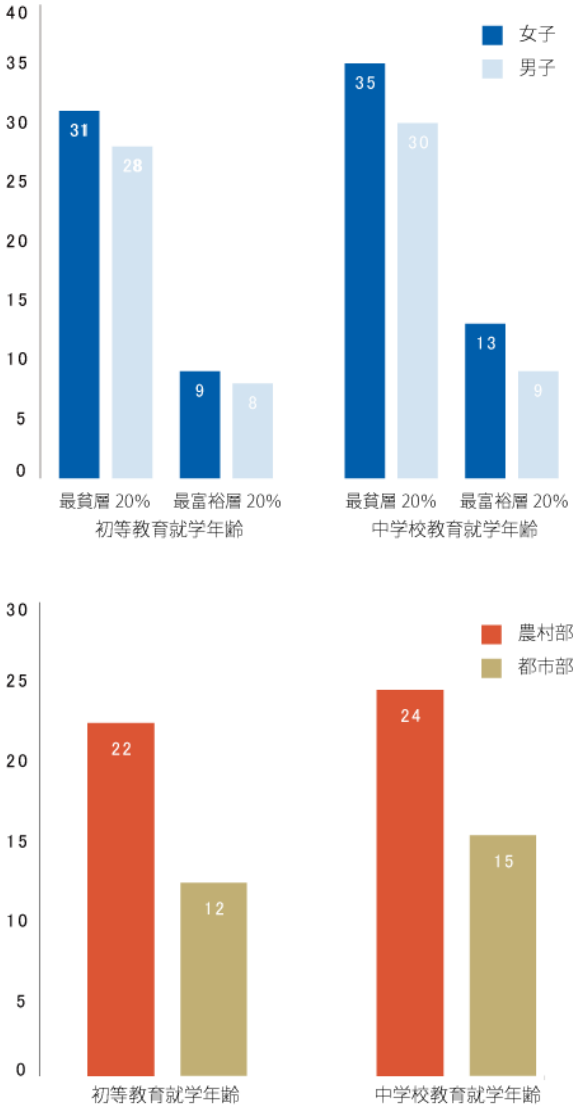
南アジアでも大きな進展があり、2000 年から 2011 年にかけて初等教育就学年齢の子どもの調整後純就学率は 78%から 93%まで増加した。世界全体の非就学児童数減少のほぼ半分はこの地域に起因しており、2000 年には 3,800 万人という高水準であったものが 2011 年には 1,200 万人まで減少している。

初等教育就学年齢の非就学児童数、1990 年、2000 年、2005 年および 2011 年の比較（単位：100 万人）



児童の非就学は貧困の他、性別や居住地域にも起因

家庭財産別、性別、都市部および農村部別に見た初等教育および中学教育就学年齢の非就学児童、63 カ国、2005 年－2011 年（単位：%）



子どもを学校に通えなくする最も重要な要因は家庭の貧困である。これは、63 の開発途上国における世帯調査で 2005 年から 2011 年に集められたデータの分析により明らかになった。最貧層世帯の子どもおよび未成年が学校に通えない可能性は、最富裕層と比べて最低でも 3 倍高くなる。居住地も重要である。農村部の子どもは都市部の子どもに比べ学校に通えない可能性がほぼ 2 倍となる。

63 カ国全てで、初等および中学校教育就学年齢の両方で、女子が学校に通えない可能性が男子に比べて高い。就学における男女格差は中学校教育において拡大するが、これは比較的富裕な世帯の女子も例外ではない。

小学生の 4 人に 1 人は最終学年まで進まずに中退

学校教育へのアクセスの増加は、初等教育を普遍化させるための第一歩である。しかし、少なくとも基本的な読み書きと算数の能力を習得するためには小学校を修了しなければならない。2011 年に小学 1 年生になった 1 億 3,700 万の子どものうち、3,400 万人は小学校の最終学年に達する前に学校を離れる可能性が高い。これを反映するのが 2000 年と同水準の 25%という早期退学率である。高い早期退学率の持続は普遍的な初等教育普遍化の達成の大きな障害となっている。

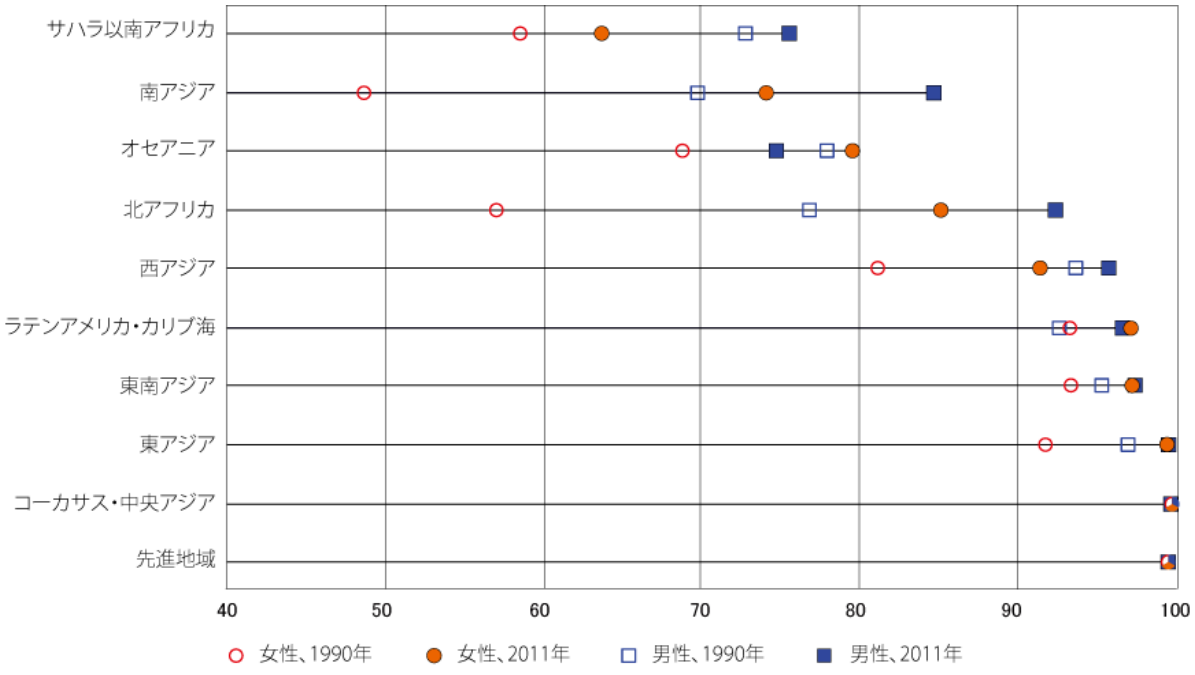
サハラ以南アフリカは、早期退学する子どもの割合が世界で最も高い。2010 年に小学校に入学した生徒のうち 5 人中 2 人以上は最終学年まで残らない。南アジアでは、3 人に 1 人は最終学年になる前に学校を離れる。

遅く進学した子どもほど、卒業前に学校を離れる可能性がより高い。22 の開発途上国の世帯調査データ（2005 年から 2010 年の間に実施）は、小学校に入学した生徒の 38%が正式な入学年齢より最低 2 歳年上であったことを示している。より貧困世帯の子どもであるほど、健康、栄養、長距離通学に伴うリスク等の理由により、教育の開始が遅れる傾向がある。

女子は男子より学校に通い始める可能性は低いが、一旦入学すると小学校の最終学年まで到達する可能性は男子より高い（西アジアおよび東アジア以外）。男子は女子より留年を繰り返す傾向が強く、これは早期退学のリスクを高めている。

成人および青少年の識字率は上昇、男女格差は縮小

地域別および男女別の青少年識字率、1990 年と 2011 年（単位：%）



注: 1990 年のデータは 1985 年から 1994 年までの期間に対応。2011 年のデータは 2005 年から 2011 年までの期間に対応。

青少年および成人双方の識字率は過去 20 年間安定的に向上してきた。2011 年には世界の成人人口（15 歳以上）の 84%が読み書きの能力を持っていた。これは識字率が 1990 年から 8 ポイント上昇したことを意味する。青少年（15 歳から 24 歳の）の識字率は 1990 年から 2011 年の間に 6 ポイント上昇した。この結果、世界全体で若者の 89%が基本読み書きおよび算数の能力を有する。とはいえ、1 億 2,300 万人の若者がまだ読み書きできない。

1990 年から 2011 年にかけて青少年の識字率の最も大きな増加が見られたのは、北アフリカ（68%から 89%）および南アジア（60%から 81%）である。若い女性の識字率は若い男性より速いペースで伸びている。北アフリカでは、1990 年から 2011 年の間に女性の識字率は 28 ポイント上昇した。これに対して同一期間の若い男性の場合は 16 ポイントである。南アジアでは、同一期間の若い女性と男性の識字率はそれぞれ 26 ポイントと 17 ポイント上昇した。すべての地域で男性と女性の識字率が等しくなりつつある。

1990 年以降、成人女性の識字率は男性の 7 ポイントに対し 10 ポイント上昇した。それでも、女性は世界の読み書きできない成人人口の 3 分の 2 を占める。

学習成果向上のための世界的なイニシアチブ

2012 年、国連事務総長は教育を開発の優先事項として「教育が最優先（Global Education First）」のイニシアチブを開始した。これは、すべての子どもに教育を行き渡らせ、学習成果を高めることを目標としている。教育の向上を成し遂げることは、すべての国連ミレニアム開発目標に影響を及ぼす。教育を受ける機会は世界中で増幅したが、初等教育就学年齢の推計 2 億 5,000 万の子どもが、通学の有無に関わらず、基本的な読み書きと算数の能力を欠いている。教育政策を改善するためには、世界全体と国別の両レベルにおける学習成果の確固たる指標が重要であり、これは学習のさらなる成功につながる。

学習の危機への対応に向けて、各国および国際機関による子どもと青少年の学習結果の測定と改善を支援するため、世界中の教育関係者を代表する学習指標タスクフォース（Learning Metrics Task Force）が学習基準、指標および実施方法に関する提言を作成している。この取組みは国連教育科学文化機関（UNESCO）およびブルッキングス研究所が先導している。

目標 3

ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上

クイック・ファクト

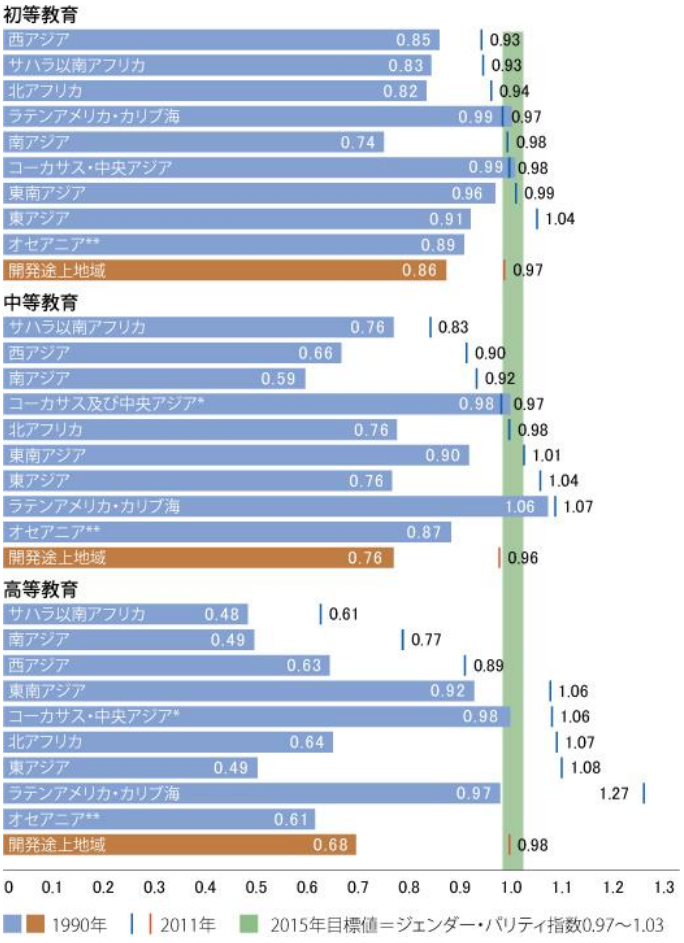
- 男女平等の目標達成が最も近いのは初等教育段階である。しかし、教育のすべての段階で目標を達成しているのは130カ国中わずか2カ国である。
- 世界全体では、非農業部門で収入が得られる仕事の 40%に従事しているのは女性である。
- 2013年1月31日時点で、世界中の議会の女性議員の割合は平均 20%をわずかに上回る水準である。

ターゲット 3.A

できれば 2005 年までに初等・中等教育において、2015 年までにすべての教育レベルで、男女格差を解消する。

男女の教育の機会均等の実現に向けて着実に進歩するも、多くの地域ではより集中的な取り組みが必要

初等、中等、高等教育の総就学率を示す開発途上地域のジェンダー・パリティ指数、1990 年と 2011 年の比較



* コーカサス・中央アジアのデータは 1993 年のもの。
** オセアニアの 2011 年のデータは入手不可。

開発途上地域全体では、教育の各段階のジェンダー・パリティ指数（GPI、男子の就学率に対する女子の就学率として定義される）は、（一般に平等とみとめられる基準である）0.97 から 1.03 の範囲に入るか近づいている。しかし細かく見ると、教育のすべての段階で、地域間に大きな男女格差が存在することが明らかになる。

時間の経過とともに初等教育では多くの進展が見られる。しかし、北アフリカ、サハラ以南アフリカおよび西アジアにおいて、女子は引き続き通学に対する高い障壁に直面している。サハラ以南アフリカでは、女子の純就学率は 1990 年から 2011 年にかけて 47%から 75%へと飛躍的に上昇した。同じ時期に男子の純就学率は 58%から 79%まで上昇した。現在サハラ以南アフリカでも学校に行く女子が増えてはいるが、小学校では男子 100 人に対して 93 人の女子しか就学していない。

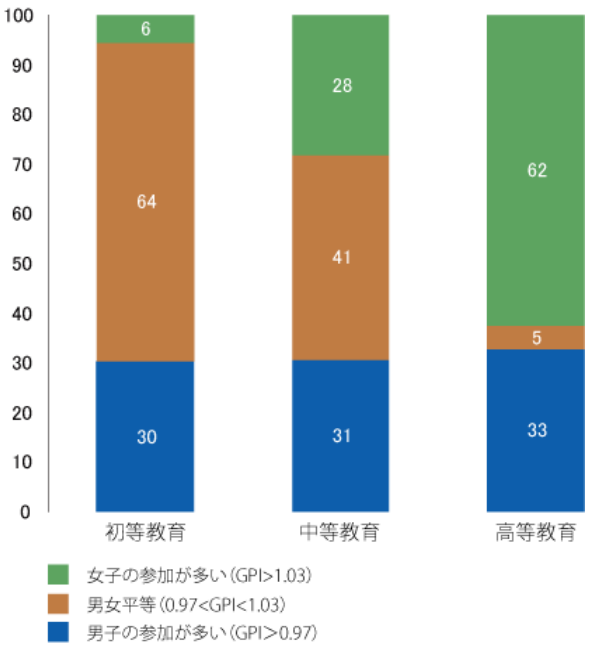
東アジアは、開発途上地域では唯一女子が男子より小学校に通う地域である。コーカサスと中央アジア、ラテンアメリカとカリブ海、東南アジアと南アジアといった他の開発途上地域は、GPI が男女平等の限界値である 0.97 と 1.03 の範囲に入っている。

ジェンダー格差がより顕著になるのは中等教育である。サハラ以南アフリカ、西アジアおよび南アジアにおいて、女子は依然男子より不利な立場にある。しかし、西アジアおよび南アジアでは大きな前進があり、南アジアの GPI は 1990 年から 2011 年にかけて 0.59 から 0.92 まで上昇している。西アジアでは 0.66 から 0.90 に進展した。進展のスピードはサハラ以南アフリカではもっと遅く、同時期の GPI は 0.76 から 0.83 と数ポイントしか上昇していない。例外は格別の進展を遂げたガンビア、ガーナ、マラウイやセネガルなどである。これらの国の GPI は 1990 年から 2011 年にかけて 0.5 周辺から 0.9 まで上昇した。

格差は、初等・中等教育の段階よりも高等教育段階では、はるかに大きくなる。ラテンアメリカとカリブ海、コーカサスと中央アジア、東アジア、北アフリカと東南アジアでは、女性のほうが男性より高等教育を受けている。これに対して、西アジアと南アジアにおいては、若い女性が高等教育を受ける可能性は若い男性より低い。GPI はそれぞれ 0.89 と 0.77 である。格差の状況はサハラ以南アフリカで最もひどく、ここでは男女格差が実に広がっており、GPI は 2000 年から 2011 年にかけて 0.66 から 0.61 まで低下している。

女子が常に不利益を被るとは限らないものの、ジェンダー格差は高等教育でより顕著

初等、中等、高等教育における男女比による各国*の分布、2011 年（単位：%）



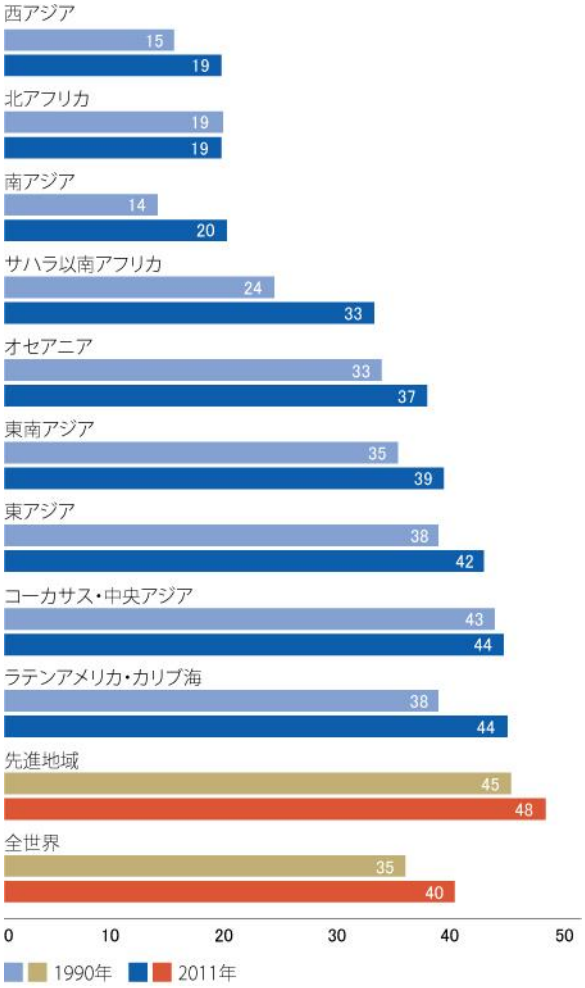
* 初等教育は 175 カ国、中等教育は 160 カ国、高等教育は 141 カ国の利用可能なデータに基づく。2011 年のデータが利用できない場合は、2009 年から 2012 年の間の利用可能な一番新しいデータを使用。

入手可能なデータのある 130 カ国のうち、教育のすべての段階で男女平等の目標を達成したのはわずか 2 カ国であった。国別の就学に関するジェンダー格差の分析結果は、女子が必ずしも不利益を被っているわけではないことを示している。しかし一般的には、女子が被る格差は、男子が被る格差より甚だしい。多くの国で、女子は特に初等および中等教育段階において教育を受ける権利をまだ与えられていない。

全体像は高等教育の段階で変化する。ほぼ 3 分の 2（62%）の国々において、高等教育における女性の就学率は男性を上回っている。就学率が低い国では、一般に男性の数が女性より多い。しかし就学率が高い国では、正反対のことがおこっている。一般的に、高等教育における最も極端な男女格差は就学率が低い国に見られる。極度の男女格差がある（GPI が 0.7 以下）10 カ国中 8 カ国では、総就学率が 10%を下回る。

女性の労働市場における地位は向上しつつあるものの、地域・職種により相違が生じている

非農業部門の女性賃金労働者の割合、1990 年と 2011 年の比較（単位：%）



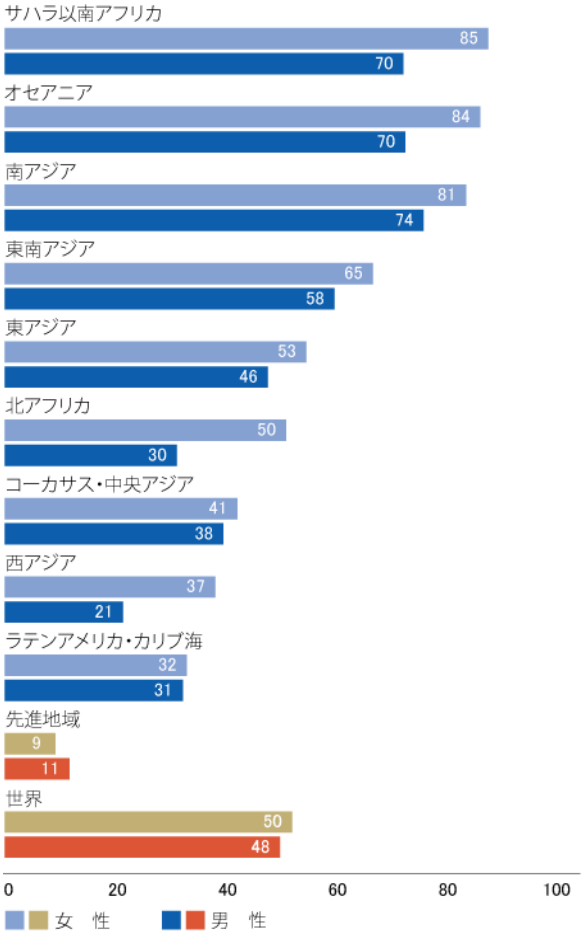
女性が有給雇用の機会を得ることは、市場経済への統合の現れである。女性が以前より安定した収入という利益を得るにつれて、彼女たちはさらなる自律、家庭や自己啓発における自立、そして決定権を獲得する可能性が高い。

世界全体を見ると、2011 年には非農業部門での賃金が得られる仕事の 40%に女性が就業していた。これは、女性が就く仕事がわずか 35%だった 1990 年から著しい改善である。しかし、地域および各国の間で重要な違いが見られる。東アジア、コーカサスおよび中央アジア、ラテンアメリカとカリブ海においては、収入が得られる仕事を持つ女性と男性の数の平等がほぼ達成された。しかし、その他 6 の開発途上地域においては、非農業部門の賃金雇用の女性の割合は 40%を下回っていた。西アジア、北アフリカおよび南アジアでは 20%を下回った。有給雇用へのアクセスは、これらの地域の女性にとって未だ困難である。

大多数の国において、公共部門の雇用における女性の割合は非農業部門よりはるかに（少なくとも 5 ポイント）高い。事実、多くの国でこの割合は 50%を超えている。しかし、女性は中央政府より地方政府の職場で働くことが多い。

すべての開発途上地域において女性は男性よりも不安定な仕事を持つ傾向があり、社会保障が少ない

雇用全体に占める個人事業主と家族従業者の割合、2012 年（単位：%）



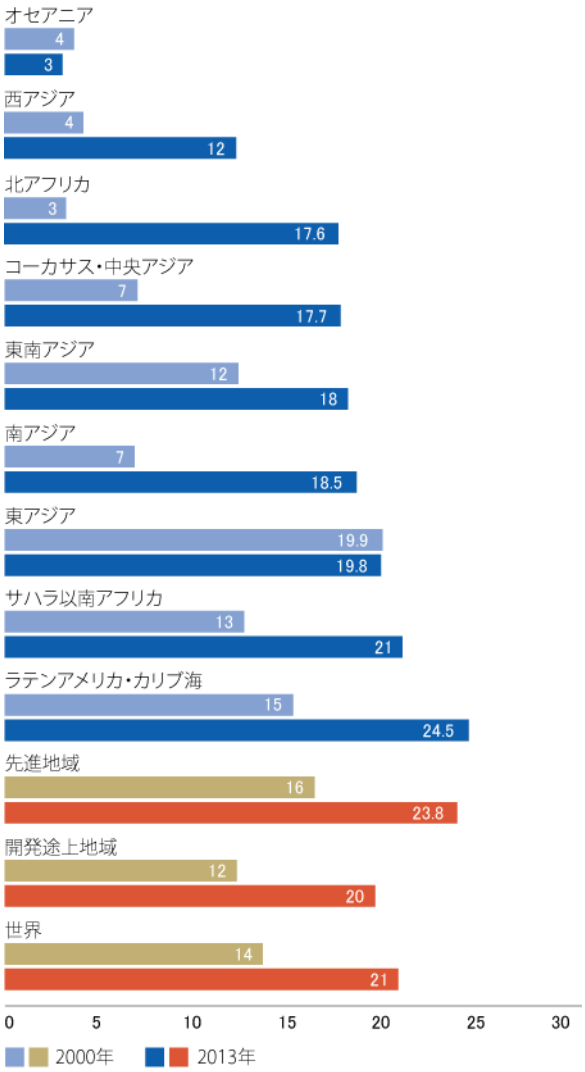
* 2012 年のデータは暫定値。

女性が所得を得る機会が増加しているといっても、安定した人間らしい仕事に就いているとは限らず、女性が男性と対等の地位にあるとも限らない。事実データは、開発途上地域の女性が家族従業者として、農場または他の家業で働いたり、または個人事業主として働く可能性が男性より高いことを示している。こうした職業には経済的に不安定で社会保障も不十分である。

この種の男女格差は特に西アジアと北アフリカで明白である。これらの地域では女性の有給雇用の機会は限られている。格差はサハラ以南アフリカとオセアニアでも大きい。こうした格差は仕事や家庭生活を支配する規制と慣行を含む様々な要因によって説明可能である。無報酬の福祉に関わる仕事における女性の負担、保育施設やその他の社会的権利の欠如も、女性の労働不参加、職業選択、雇用パターンに大きな影響を与えている可能性がある。

議席割当制度に支えられ、女性は世界中の議会で力を増している

一院制議会または下院の議席数に占める女性の割合、2000 年と 2013 年の比較（単位：%）



2012 年は、世界全体の議会で（下院および上院の両方）の女性議員の数が、珍しく 1 年間でほぼ 1 ポイント増加した。2013 年 1 月 31 日時点の議会における女性の割合の平均は、2012 年 1 月の 19.6%から上昇し 20.4%となった。2007 年を除き、年平均増加率はわずか 0.5 ポイントという状態が続いていた。

今日世界で女性議員がまったくいないのは、ハイチ（上院）、ミクロネシア、ナウル、パラウ（下院）、カタールおよびバヌアツの 6 つの議会だけである。今年は、女性にとって歴史上初めてのことが起こった。2013 年にサウジアラビアのシューラ委員会に初めて女性が任命されたのである。現在この国の議会では全体の 20%を 30 人の女性議員が占めている。

2012 年に選挙が行われた 48 カ国のうち 22 カ国では、（多くの場合は比例代表制との組み合わせで）法制化された議席割当制度または自主的な同様の制度の導入を大きな原動力として、女性議員数が平均数以上増加した。議席割当制度が法制化された国では、女性が全議席の 24%を獲得した。自主的な議席割当の場合は、女性が議席の 22%を占めた。議席割当が導入されなかった国では女性の議席獲得はわずか 12%にとどまり、世界の平均値を大きく下回っている。

女性にとって 2012 年の選挙における最高の成果は、法制化された議席割当を初めて採用したセネガル、アルジェリアおよび東ティモールで見られた。セネガルでは、女性が議席の 43%を獲得した。女性議員が議会の 32%を占めたアルジェリアは、現在 30%の大台を超えた最初かつ唯一のアラブ国である。東ティモールでは、議会の女性議員数は 11 ポイント増加し、全体の 39%に達した。

議席割当は重要ではあるが、それだけでは不十分である。2012 年の選挙は、男女平等への政治的意思とそれを達成するための野心的な措置のほかに、それに従わない場合の制裁も必要であることをあらわにした。さらには、女性候補は政党名簿で有利な位置に載せられなければならず、政党はそれを支援する必要がある。選挙制度に関しては、政党名簿を使用する比例代表制が今なお、議席割当を実行するための最良のシステムである。2012 年の比例代表制による女性議員の割合は 25%であったが、これは多数代表制システム（14%）や 2 つのシステムを組み合わせた制度（18%）を大きく上回った。

家庭での女性の意思決定権には大きな改善の余地

女性の意思決定権の強化は、議会での役割に限られない。公私を問わず、女性は自身の生活に影響を及ぼす決定に参加する機会を奪われることが多い。意図的な抑圧もあれば、古くからの差別的な社会的・文化的規範から生じる抑圧もあるが、多くの領域において女性の声が消されており、これは男女不平等を維持し、人間の発展を制限している。

過去 40 年にわたって、高等教育の女性の就学率の伸びは男性のほぼ 2 倍である。その結果、現在世界の大部分の国において、女性達が高等教育を受ける学生の過半数を占めている。しかし、この前進は労働市場における女性の機会拡大に十分につながっていない。これを示すのが、男女間の賃金格差の持続、そして女性管理職の不足である。51 カ国を対象とした研究によれば、民間部門の管理職総数に占める女性管理職の割合は 10%から 43%におよぶが、大多数の国では 20%から 35%の範囲にとどまる。
家庭での女性の発言権を強化することが子どもの栄養、

生存率および読み書き能力の改善に貢献することは広く認識されている。しかし、最近の 37 の開発途上国（大部分はアフリカ諸国）のサンプル調査によると、家庭における高額の買い物、家族、親族、友人の訪問、そして女性自身の健康に関しては、女性の意思決定権は男性のそれより著しく劣る。

家庭内では、大多数の女性は家族、親類、友人の訪問時期や自身の健康管理については、いくらか自由である。しかし、金銭に関わる意思決定の場合は状況が悪化する。決定権は男性に大きく集中している。サンプル中の大多数の国において、家庭の大きな買い物を決める機会を与えられていると回答した女性は半数以下である。こうした不平等は、所得や資産保有を含む資産の支配に関わる男女間の格差を直接的に反映する。この格差自体は、相続や財産所有に関連する法律や規範という制度的要因に起因するが、こうした制度は女性に対して差別的である国が多い。

目標 4
幼児死亡率の引き下げ

クイック・ファクト

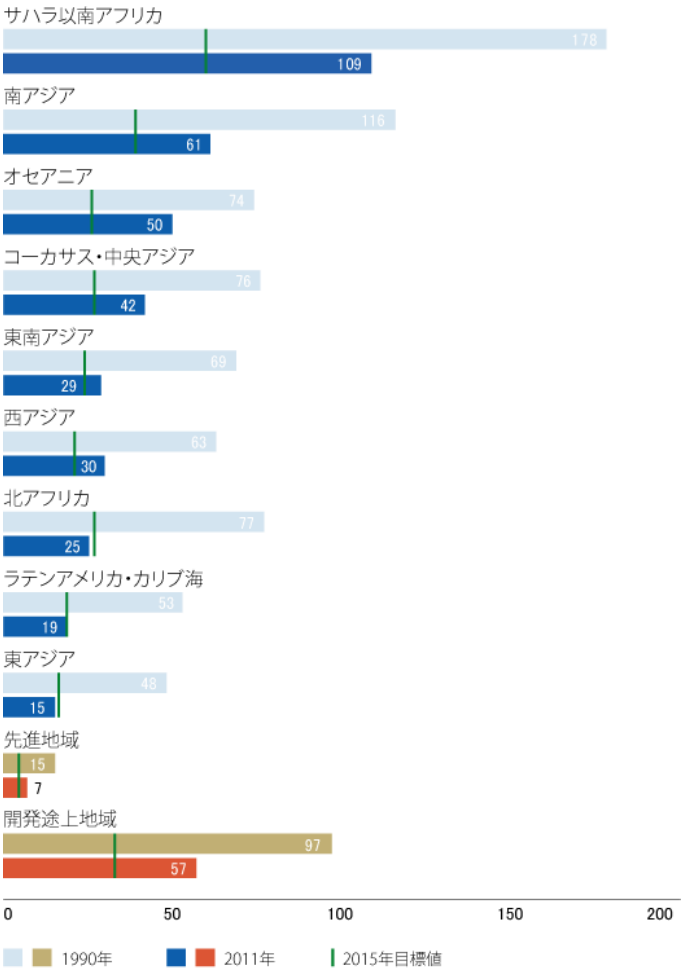
- 1990 年以降幼児死亡率は 41%低下し、毎日死亡する子どもの数は 14,000 人減少した。
- それでも、2011 年に 5 歳未満児が 690 万人も死亡、その大部分は予防可能な疾患で亡くなっている。
- サハラ以南アフリカでは 9 人に 1 人の子どもが 5 歳未満で死亡している。この死亡率は先進地域の平均の 16 倍を超えている。

ターゲット 4.A

1990 年から 2015 年までに、5 歳未満の幼児の死亡率を 3 分の 2 引き下げる。

子どもの生存に関して大きな成果があったが、目標達成のためには一層の努力が必要

5 歳未満児死亡率、1990 年と 2011 年の比較
（生児出生 1,000 人当たりの死亡数）



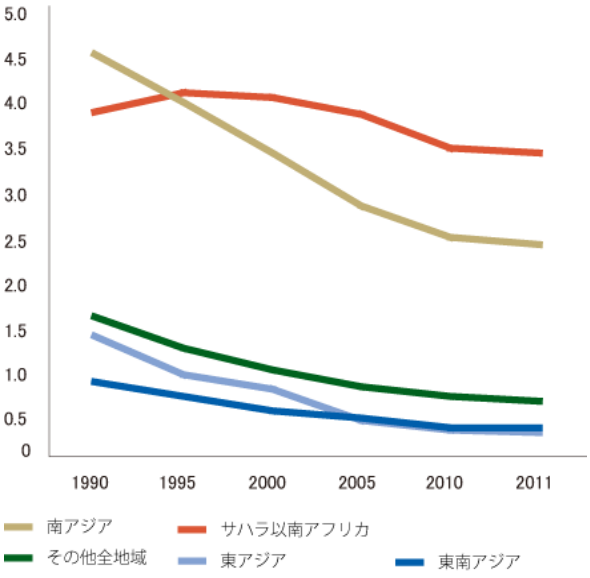
世界全体では、5 歳未満児死亡率は 1990 年の生児出生 1,000 人あたり 87 人から、2011 年には 51 人へと 41%低下した。大きな成果があったとは言え、2015 年までに幼児死亡率を 3 分の 2 削減するという目標を達成するためには、さらに急速な前進が必要である。2011 年には、推計 690 万人、つまり 1 日 19,000 人の子どもが、予防がほぼ可能な疾患で死亡した。これらの死の圧倒的大多数は、世界で最も貧困な地域や国、各国内の最も恵まれない地域において発生した。

子どもの生存率の改善はすべての地域で顕著である。その先頭を走るのがすでに目標を達成した東アジアと北アフリカである。ラテンアメリカ・カリブ海、東南アジアおよび西アジアは 5 歳未満児死亡率を 50%以上低下させている。サハラ以南アフリカと南アジアは、それぞれ 39%と 47%の削減を成し遂げた。

2000 年のミレニアム開発目標の採択以来、5 歳未満児の死亡率は世界全体で、そして多くの地域で、加速度的に低下した。サハラ以南アフリカは幼児死亡率が世界一高いが、その平均減少率が、1990 年－2000 年の年率 1.5%から 2000 年－2011 年には年率 3.1%と倍増した。サハラ以南アフリカだけでなく他の地域においても、幼児死亡率が最も高い国々が死亡減少傾向を牽引している。該当する 66 カ国中 45 カ国が過去 10 年の間に減少率を高めてきた。それでも MDG 目標を達成するためには、特にサハラ以南アフリカと南アジアにおいて、進展のペースをさらに加速する必要がある。

子供の死亡はますます最貧地域に集中する傾向にある

地域別 5 歳未満児死亡数、1990 年－2011 年（単位：100 万人）

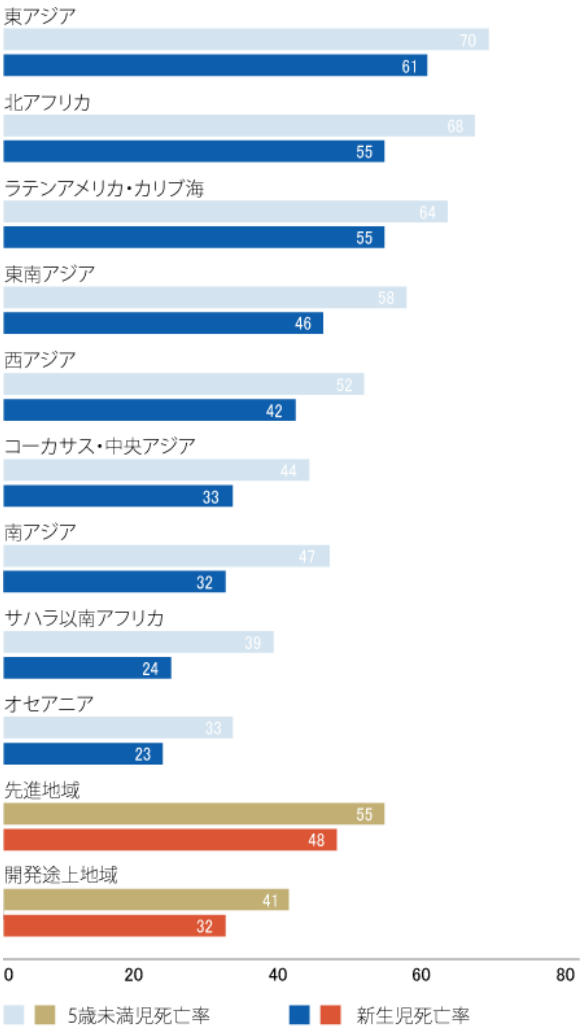


5 歳未満児死亡率がより豊かな開発途上地域で低下するに従い、子どもの死亡の大半が最貧地域であるサハラ以南アフリカと南アジアで起るようになっている。2011 年の 5 歳未満児死者数は、世界全体の 690 万人の内、この 2 つの地域が 570 万人を占めている。これは、2011 年の世界全体の死亡数の 83%であり、1990 年の 69%より上昇している。2011 年の 5 歳未満児死亡率が生児出生 1,000 人当たり 100 人を上回る 24 カ国のうち、23 カ国がサハラ以南アフリカに属する。残り 1 カ国は南アジアである。サハラ以南アフリカでは 9 人に 1 人、南アジアでは 16 人に 1 人の子どもが 5 歳になる前に死亡する。

課題が困難であったにもかかわらず、1990 年の幼児死亡率が非常に高かった国々は不利な条件を克服し、すべての子どものための前進が我々の手の届くところにあることを示した。例えば、バングラデシュやリベリアは、1990 年以降 5 歳未満児死亡率を少なくとも 3 分の 2 引き下げることに成功した。サハラ以南アフリカのエチオピア、マダガスカル、マラウイ、ニジェール、ルワンダの各国、および南アジアのブータンとネパールも少なくとも 60%の削減を経験した。

生後 1 ヶ月未満の新生児が幼児死亡に占める割合が上昇中

5 歳未満児死亡率と新生児死亡率の減少、1990 年-2011 年（単位：%）



子どもの死亡は出生時またはその前後の発生割合が上昇しており、これは不安定な生後 1 ヶ月に子どもの生存のための努力を集中させる必要があることをはっき

りと示している。過去 20 年にわたり、5 歳未満児の死亡率は年率 2.5%減少してきた。これに対し生後 1 か月の新生児の死亡率は年率 1.8%の減少であり、減少速度がかなり遅い。その結果、世界全体の 5 歳未満の死者に占める死亡新生児の割合は、1990 年の約 36%から 2011 年の 43%へと上昇した。

同じ傾向はすべての地域で観察される。例えば、5 歳未満児死亡率全体の削減に最も急速な進展を成し遂げた東アジアにおいて、新生児死亡は 2011 年にすべての子どもの死の 57%を占めた。ラテンアメリカ、カリブ海、南アジアにおいては、新生児の死亡は 5 歳未満児死亡の半数を上回る。世界全体の新生児死亡の 38%を占めるサハラ以南アフリカは、新生児死亡率が最も高く（2010 年は生児出生 1,000 人当たり死者 34 人）、オセアニアとともに過去 20 年間改善が最も進んでいない地域である。子どもの死亡全般に関する進展のスピードを持続させるためには、生後 1 ヶ月までの乳児の健康に対するより効果的な対応が必要とされる。

2015 年の目標達成のためには、最も脆弱な子どもへの支援に一層集中すると共に新たなコミットメントが必要

MDG 目標を達成するのであれば、最も多くの子どもが死亡し、子どもの死亡率が最も高い国や地域に取組みを集中しなければならない。例えばインドとナイジェリアは全世界の 5 歳未満の死者の 3 分の 1 以上を占め、シエラレオネやソマリアのような国の 5 歳未満児死亡率は生児出生 1,000 人当たり 180 人を超える。サハラ以南アフリカ 49 カ国のうち、現在の傾向が継続すれば MDG 目標を達成すると予想されるのは、わずか 8 カ国（ボツワナ、カーボヴェルデ、エチオピア、リベリア、マダガスカル、マリ、ナイジェリア、ルワンダ）である。

同時に、子どもの主な死因（肺炎、下痢、マラリアおよび栄養不良）と最も脆弱な子どもたちに焦点を定める組織的な行動が必要とされる。そこには幼児死亡率全体を上昇させる要因である新生児死亡率により重点を置くことが含まれる。出産後の家庭訪問のようなシンプルで効率的な施策が新生児の命を守るために効果的であることが証明されている。

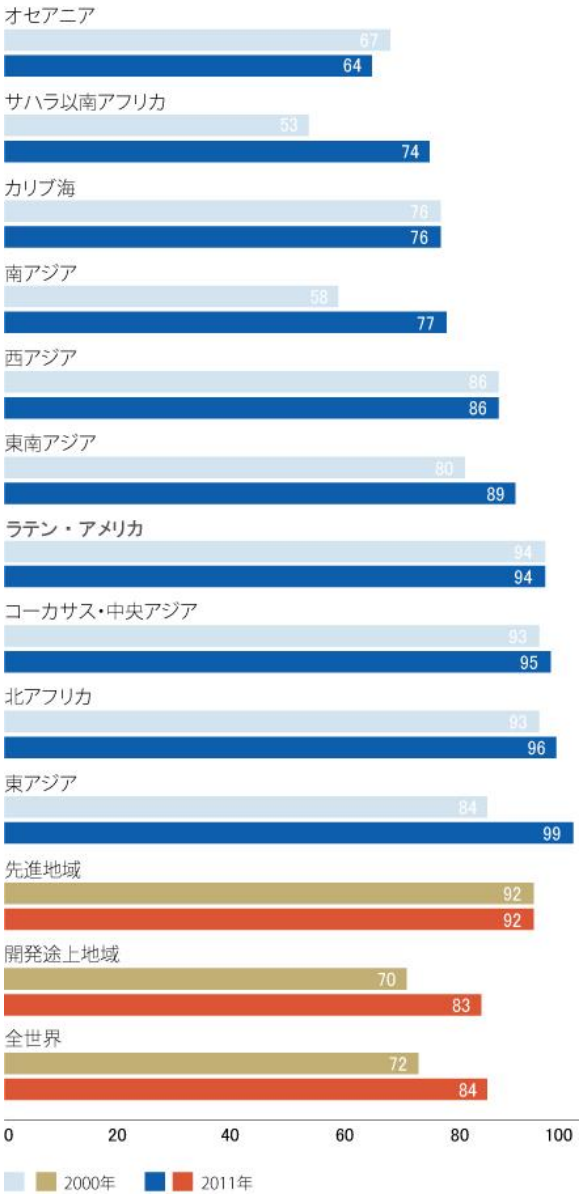
同一国内でも 5 歳未満児死亡率に容易ならぬ地域格差があることを示す新たな証拠もあり、こうした不公平に対処する必要がある。最貧層世帯に産まれる子どもが 5 歳前に死亡する可能性は最富裕家計の子どものほぼ 2 倍である。しかし、こうした格差を生むのは貧困だけではない。子どもが農村部で生まれる場合、または基礎教育を受けていない母の元に生まれる場合にも、5 歳前に死亡するリスクは高まる。暴力および政治不安という背景は子どもの脆弱性を増す。5 歳未満児死亡率が世界で最も高い 10 カ国のうち、8 カ国が、紛争または暴力、あるいは弱い中央政府によって、特徴づけられる。

MDG モニタリングは、引き続き信頼性の高いデータの必要性を強調

ミレニアム開発目標を通じたモニタリングは、幼児の死亡率に世界の目を向け、その削減に向けた目標を確立し、政策担当者に自分たちの行動の影響力を伝えた。それでも、多くの開発途上国では完全な出生・死亡の登録システム（モニタリングデータの最も良い情報源）が欠如している。統計能力を強化し、多種多様な世帯調査によってデータ格差を埋めるため、国および国際機関が努力を継続する必要がある。

「あの約束を再び（A Promise Renewed）」（2035 年までに予防可能な病気による子どもの死を撲滅するための行動の世界的な要請）の中核となるのがモニタリングである。国連児童基金（UNICEF）および米国国際開発庁（USAID）によって 2012 年に開始されたイニシアチブは、すでに 179 カ国で承認されている。これらの国の公約の一部として、政府ならびに市民社会、国際連合および民間部門から成るパートナーは、国内または各国間における子どもの生存状況に関するモニタリングと報告を強化するため、共に働いている。正確かつタイムリーなデータが入手可能であることは、子どものための世界規模の公約への責任強化をする上で重要である。

適切な年齢層で少なくとも 1 回「はしか」を含む予防接種を受けた子どもの割合、2000 年と 2011 年の比較（単位：%）

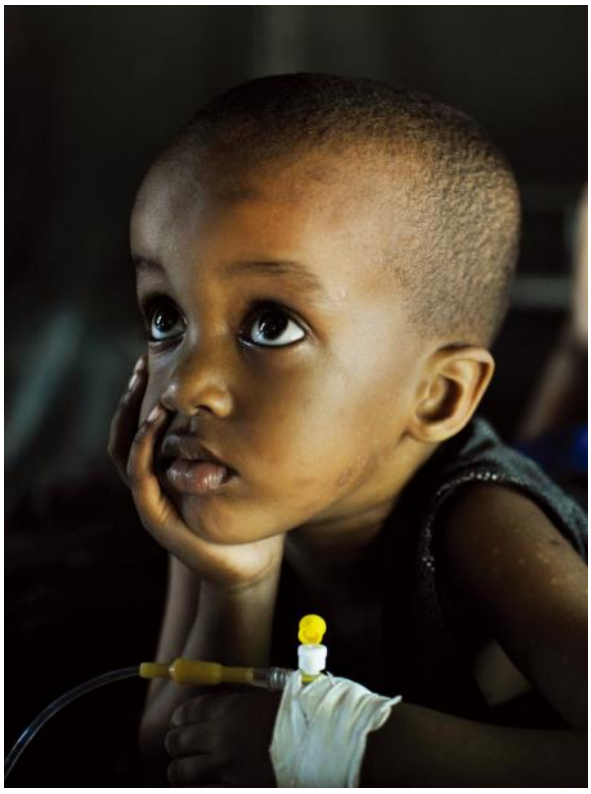


2000 年以降「はしか」予防接種が 1,000 万人以上の死を防いだが、これが継続するかどうかは不透明

「はしか」の予防接種により 2000 年から 2011 年の間に推計 1,070 万人が死を免れた。2011 年にはこの病気により 158,000 人が亡くなったが、その多くが 5 歳未満児である。これは 2000 年の推計 548,000 人の「はしか」の犠牲者よりはるかに少なかった。とはいえ、この人たちの死は予防できたものである。

「はしか」予防接種率は多くの地域、特にこの病気による被害が最も大きいサハラ以南アフリカと南アジアにおいて上昇した。しかし、これらの 2 つの地域における「はしか」のまん延は続いている。これは定期予防接種システムが脆弱であることと、増強された疾病管理の実施が遅れたことが一部原因である。これは地域および世界における「はしか」の管理と撲滅に向けた動きの失速につながった。2011 年の「はしか」による死者の 90%がサハラ以南アフリカおよび南アジアで発生した。

「はしか」は、安全で効果的かつ安価なワクチンを 2 回接種すれば感染を防ぐことができる。2000 年から 2011 年の間に、世界における 1 回目の「はしか」予防接種の実施範囲は、72%から 84%まで拡大した。サハラ以南アフリカでは、この実施範囲が同一期間中に 53%から 74%まで拡大し、南アジアでも同様の進展が見られた。こうした前進は印象的ではあるものの、依然不安定かつ不十分なものである。推奨されている 1 回目の接種水準は国内の最低 90%、そしてすべての地区内の最低 80%であるが、これは達成されなかった。2011 年に 1 回目の「はしか」の予防接種さえ受けなかった約 2,010 万の乳児の多くは、地球上で最も貧しく取り残された子どもたちである。「はしか」の予防接種は、依然幼児死亡率削減の重要戦略である。2010 年の世界保健総会における決定に従い、より強力な政治的および財政的なコミットメントがこの死に至る病を抑制し予防するためには必要である。



目標 5

妊産婦の健康状態の改善

クイック・ファクト

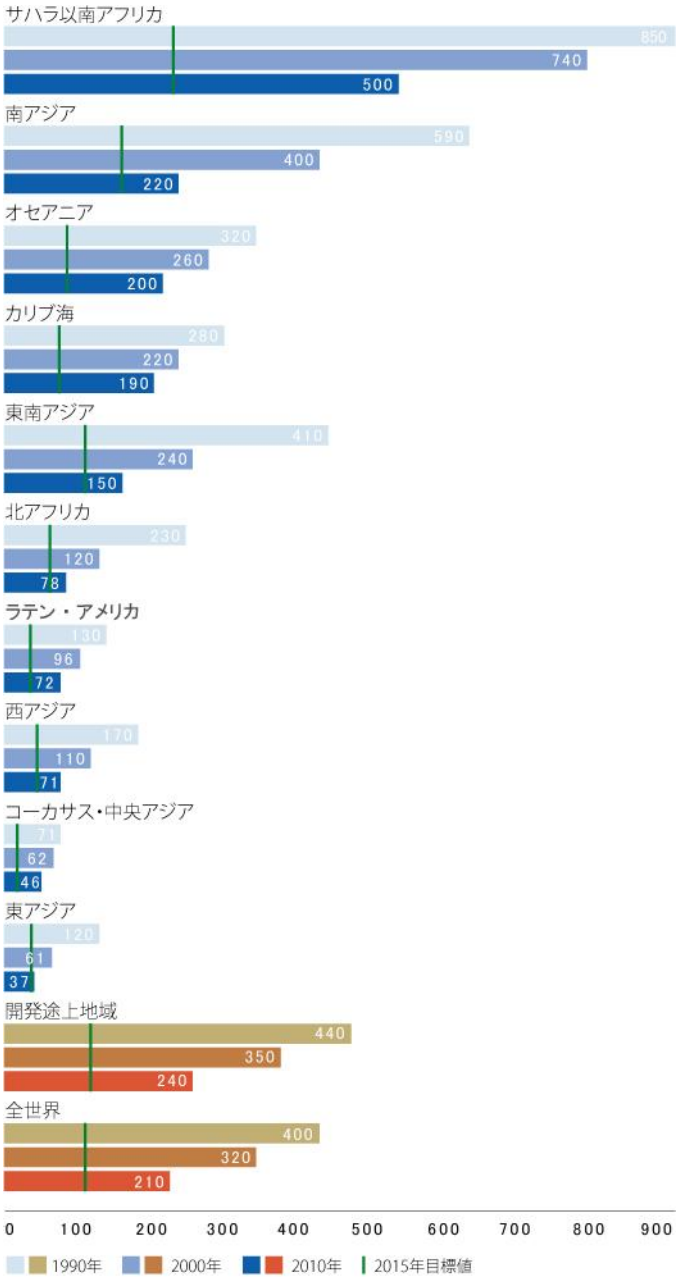
- 東アジア、北アフリカおよび南アジアにおいて、妊産婦の死亡率は約 3 分の 2 低下した。
- 開発途上地域の妊婦のうち、推奨されている最低 4 回の出産前診察を受けるのはわずか半数である。
- 婚姻または内縁関係にある世界中の約 1 億 4,000 万人の女性が、妊娠を遅らせるかまたは回避したいと思いながら、避妊手段は使用していないと答えている。

ターゲット 5.A

1990 年から 2015 年までに、妊産婦の死亡率を 4 分の 3 引き下げる。

1990 年以降妊産婦の死亡率はほぼ半減したが、MDG 目標までは遠い道のり

妊産婦死亡率、1990 年、2000 年、2010 年の比較（生児出生 100,000 人当たり妊産婦死亡者数、15 歳から 49 歳の女性）

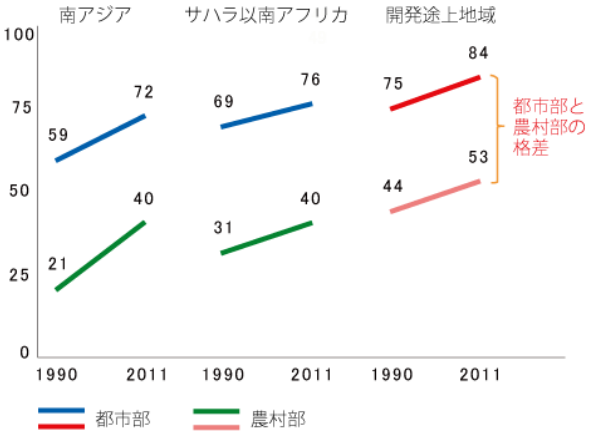


世界全体では、妊産婦死亡率は過去 20 年で 47%減少し、1990 年の生児出生 100,000 人当たり 400 人から 2010 年には 210 人となった。すべての地域で進展が見られたが、最も大きく減少したのは、東アジア（69%）、北アフリカ（66%）および南アジア（64%）である。妊産婦死亡率を 4 分の 3 引き下げるという MDG 目標を達成するためには、必要とするすべての妊婦に救急産科治療、出産時の熟練医療従事者からの援助、そして抗レトロウイルス療法を提供する機会を増やすことを含む施策を加速する必要がある。

世界中でほぼ 5,000 万人の乳児が熟練ケアを受けずに生まれてくる

熟練した立ち会い人（医師、看護婦または助産婦）の介助を受けて出産すれば、防げる死または障害のリスクを削減することが可能である。必要な訓練と医薬品をもつ立ち会い人は、大量出血のような生命を脅かす合併症を予防または管理するための援助を与えることができる。また、患者をより高水準のケアに引き渡すこともできる。開発途上地域において、熟練スタッフによる立ち会い出産の割合は、1990 年の 55%から 2011 年には 66%に上昇した。しかし、2011 年の 1 億 3,500 万人の生児出生のうちの約 4,600 万人については、女性は自分 1 人もしくは不十分なケアしか受けられない状態で出産している。熟練者による立ち会い出産の水準に関しては、ほぼ完全に普及している東アジアとコーカサス・中央アジア（それぞれ 100%と 97%）から、約 50%と低い南アジアとサハラ以南アフリカ（妊産婦の死亡率が最も高い地域）まで、大きな地域間格差が見られた。

熟練医療従事者が立ち会った都市部と農村部における出産の割合、1990 年と 2011 年の比較（単位：%）



農村部で出産する女性は、受けるケアに関して依然不利な状態に置かれている。1990 年には開発途上地域の農村部の出産の 44%に熟練スタッフによる立ち会いがあったが、都市部では 75%である。2011 年までに熟練者の立ち会いは全体的に増加したが、都市部と農村部の格差は残った。農村部では女性の半数以上（53%）が出産時に熟練者による立ち会いを受けたが、対して都市部では 84%である。サハラ以南アフリカおよび南アジアでは格差はさらに大きかった。

ターゲット 5.B

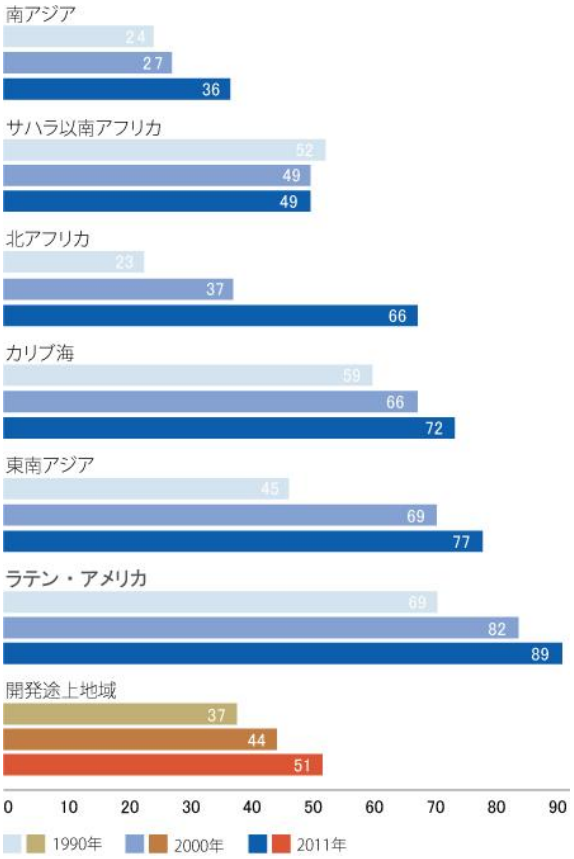
2015 年までに、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の完全普及を達成する。

妊娠中の医療は命を救うことができる、しかし、開発途上地域で推奨されたケアを受けている女性はわずか半数

妊娠中に質の高いケアを受けることは、母親とその乳児の健康、福祉および生存にとって重要である。開発途上地域においては、出産前ケア（妊娠中に医師、看護婦または助産婦の診察を最低 1 回受けること）の普及率が 1990 年から 2011 年の間に 63%から 81%まで上昇した。南アジア、北アフリカおよび西アジアは過去 10 年で最も前進しており、カリブ海、東アジア、ラテンアメリカおよび東南アジアといった地域はすでに 90%を超える普及率を達成している。

世界保健機構は、母親と新生児の福祉を確保するために最低 4 回の出産前診察を推奨している。これらの診察では、破傷風トキソイド予防接種、検査、感染症治療、そして妊娠中の危険な徴候の特定等を行う必要がある。妊婦は、HIV 検査も受ける。陽性である場合、彼女たちは HIV とのつき合い方、そして自分の子への感染を避けるための援助と指導を受ける。マラリアが風土病の国においては、妊娠中に感染した場合に母子にとっての悪影響を避けるため、妊婦は予防的に間欠的な治療も受けなければならない。

妊娠中にいずれかの医療提供者から 4 回以上診察を受けた 15-49 歳の女性の割合、1990 年、2000 年、2011 年の比較（単位：%）



出産前ケアは命を救うことができる。それでも、開発途上地域全体において、推奨された最低 4 回の出産前診察訪問を受けるのは、すべての妊婦のわずか半分である。北アフリカや東南アジアでは、過去 20 年間に出産前診察普及の改善において大きな進展を見せたが、南アジアとサハラ以南アフリカは遅れを見せた。2011 年には、南アジアの妊婦のわずか 36%とサハラ以南アフリカの 49%が、直近の妊娠中に最低 4 回の出産前診察を受けた。ケアの質に関しては地域で異なる可能性があるが、この側面は計測が難しくデータに反映されない。出産状況の確実な向上に資する高水準の出産前ケアを確保するためには、モニタリングが必要となる。

大半の開発途上地域の既婚女性の半分以上が何らかの家族計画を実施している

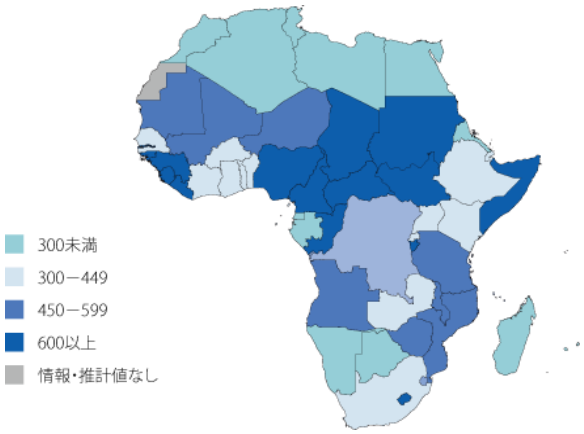
リプロダクティブ・ヘルスの普遍的な利用機会という目標の達成のためには、様々な避妊方法に関する情報、カウンセリングおよび必需品物資へのアクセスを拡大することが不可欠である。2011 年には、婚姻または内縁関係にある開発途上地域の女性の平均 62%は、何らかの避妊手段を使用していた。サハラ以南アフリカとオセアニアを除くと、最低でもすべての地域の当該女性の 50%が避妊していた。

世界全体では、婚姻または内縁関係にあり避妊している生殖年齢の女性の 10 人に 9 人が近代的な方法を用いていた。開発途上地域で最も普及している避妊方法は女性の避妊手術と IUD であり、両方ですべての避妊の半分以上を占める。地域によるパターンの違いも見られる。例えば、女性の避妊手術は南アジアで圧倒的に多い。一方東アフリカおよびアフリカ南部で最も一般的なのは挿入型の器具である。

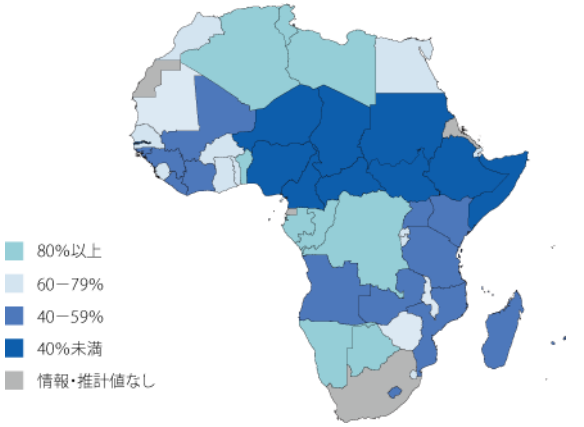
アフリカ諸国では妊産婦の健康およびリプロダクティブ・ヘルスに大きな格差が存在するため、効果的な施策を拡大する必要

避妊手段の使用は、望まれない妊娠や短すぎる間隔での妊娠を回避し、危険な中絶を減らすことによって、妊産婦の健康とリプロダクティブ･ヘルス を支えるものである。言うまでもなく、アフリカの母親死亡率は、避妊手段の使用および出産時の熟練者の立ち会いの水準が比較的高い国で低い傾向がある。こうした国の大部分は北アフリカおよびアフリカ南部に見られる。サハラ以南アフリカは、全体として妊産婦死亡率が世界で最も高く、避妊の普及はわずか 25%、そして出生時の熟練者による立ち会いの水準も低い。

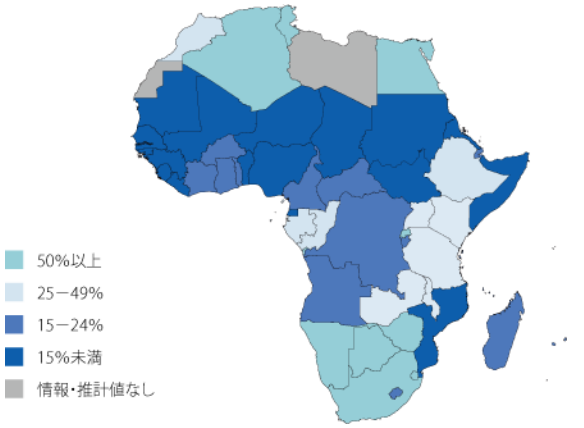
妊産婦死亡率、2010 年（生児出生 100,000 人あたりの妊産婦死亡者数（15-49 歳の女性）



熟練医療従事者が立ち会った出産の割合、最新の調査（2006 年－2012 年）（単位：%）

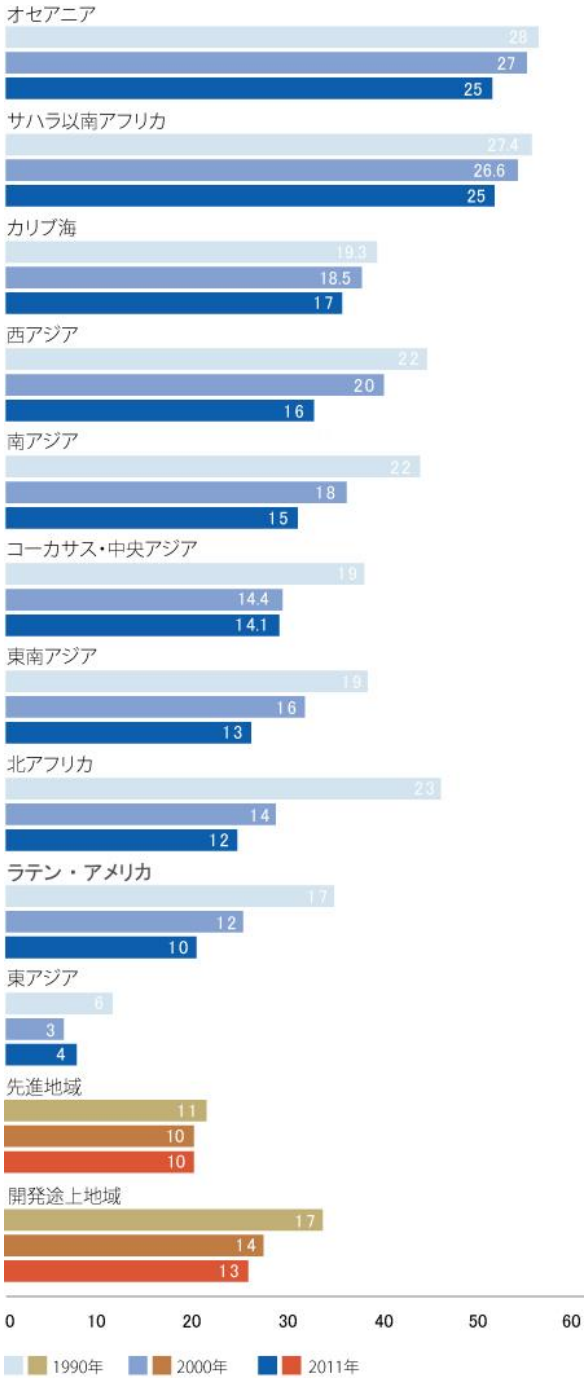


婚姻または内縁関係にある 15 歳から 49 歳の女性のうち、何らかの避妊手段を利用する者の割合、最新の調査（2000 年－2012 年）（単位：%）



より多くの女性の家族計画へのニーズは徐々に満たされつつあるが、需要は急速に拡大

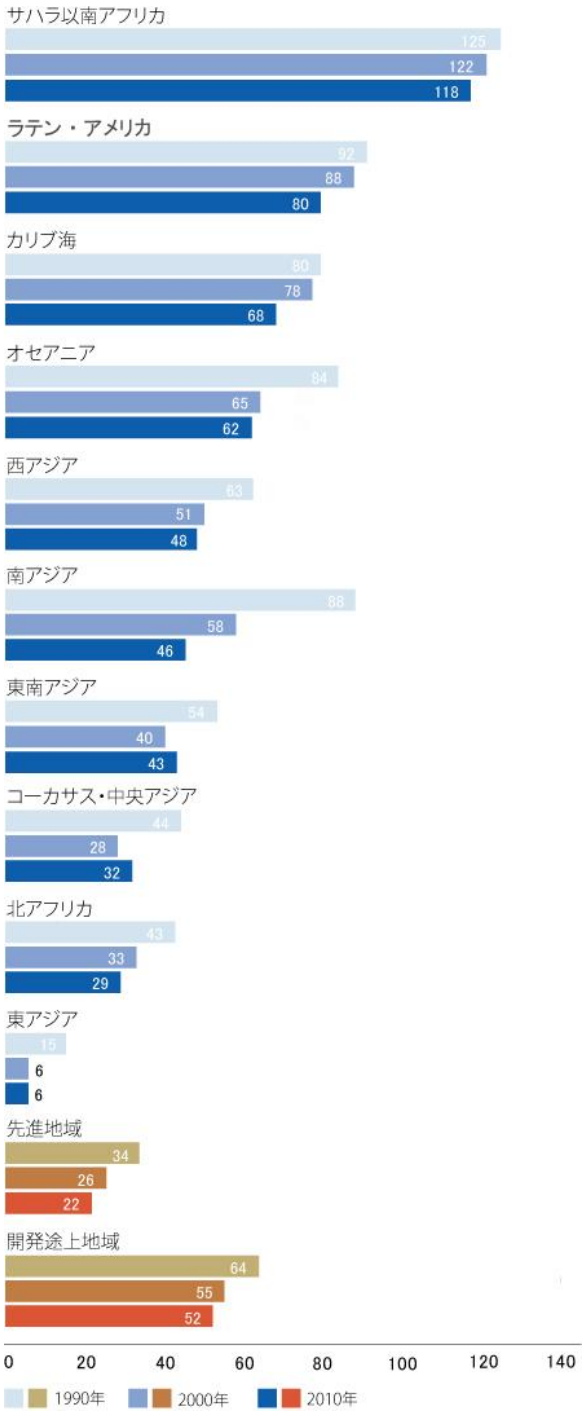
婚姻または内縁関係にある 15 歳から 49 歳の女性のうち、家族計画ニーズを持たない女性の割合、1990 年、2000 年、2011 年の比較（単位：%）



避妊手段が普及するにつれ、家族計画に対する未充足ニーズ（婚姻または内縁関係にある 15 歳から 49 歳の女性のうち、妊娠を遅らせるか回避したいが避妊の手段を持たない者の割合）は全体として減少した。世界全体で見ると、家族計画に対する未充足ニーズは、開発途上地域における改善に伴い 1990 年の 15%から 2011 年の 12%に低下した。未充足ニーズの現在の水準が最も低いのは東アジアの 4%で、最も高いオセアニアおよびサハラ以南アフリカでは 25%である。これは妊娠を遅らせるか回避したいが避妊の手段を持たない（婚姻または内縁関係にある） 女性の数が 1 億 4,000 万人を上回るということである。2015 年までに家族計画を希望する既婚女性の総数は、人口増加に伴い、9 億人を超えると予測されている。これは、リプロダクティブ・ヘルスの領域に未対応の課題が存在すること、そして避妊手段（特により効果の高い新しい方法）に対する需要と歩調を合わせるために必要な取組みの規模を示唆している。

未成年の出産は母子双方にとって高リスクだが、多くの開発途上地域では未だ非常に多い

15 歳－19 歳の女性の出産数、1990 年、2000 年、2010 年の比較（女性 1,000 人当たり）



若年出産は母親と新生児のリスクを高める。未成年者の出生率低下に進展があったにもかかわらず、世界の 1 億 3,500 万人の生児出生中 1,500 万人以上は 15 歳から 19 歳の女性が出産している。1990 年から 2010 年の間に、すべての地域において、未成年者の出生率は低下したが、特に南アジアで最も劇的な進展があった。15 歳から 19 歳の女子が出産する割合が最も高いのはサハラ以南アフリカ（女子 1,000 人中 118 人の出産）であり、相対数および絶対数の両方において、1990 年以降最も進展が小さい。この地域では（18 歳未満の）子どもの結婚がまだ一般的であり、これが未成年者の出産と密接に関係している。同様にラテンアメリカおよびカリブ海においても未成年者の出産率は依然高い状態であり、最近減少し始めたばかりである。この問題を悪化させているのは、未成年者の女子は一般に成人女性よりリプロダクティブ・ヘルス・サービスの利用機会に関して障壁が大きいという事実である。

目標 6

HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止

クイック・ファクト

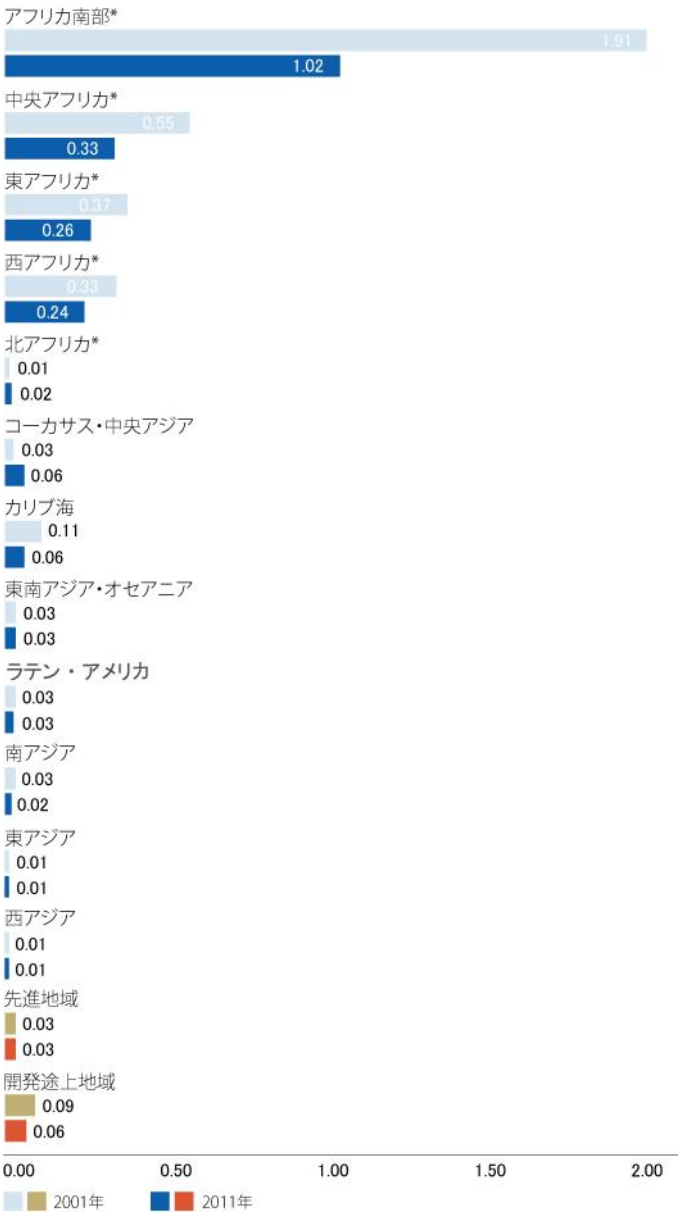
- 2011 年、HIV に感染している 15 歳未満の子どもは 2001 年より 23 万人減少した。
- 2011 年末時点で、800 万人が HIV のため抗レトロウイルス療法を受けていた。
- 2000 年からの 10 年間にかけて、110 万人にのぼるマラリアによる死が回避された。
- 結核治療は 1995 年から 2011 年にかけて約 2,000 万人の命を救った。

ターゲット 6.A

2015 年までに HIV／エイズのまん延を阻止し、その後、減少させる。

HIV の発生率は多くの地域で着実に減少しているが、毎年 250 万人が新たに感染している

HIV 発生率（15 歳から 49 歳の 100 人あたりの年間新規 HIV 感染者数の推定値）、2001 年と 2011 年の比較



* アフリカの 5 つの小地域の構成については、59 ページの地域分類の項を参照。

世界全体では新たに HIV に感染する人々の数は減り続けており、2001 年から 2011 年の間に 21%減少している。しかし、2011 年は推計 250 万人が HIV に感染した。その大多数がサハラ以南アフリカで暮らす人々であった（180 万人）。10 年の間に、この地域の新規感染者は 25%減少した。カリブ海地域は 43%という最も急激な減少を経験し、その結果、2011 年の新規感染者数は推計 13,000 人となった。

全体として進展しているとはいえ、一部地域に気がかりな傾向が見られる。例えば、コーカサスおよび中央アジアにおいては HIV 発生が 2001 年の 2 倍を超えた。この地域では 2011 年に約 27,000 人が新たに感染している。

2011 年には低所得国および中所得国において 15 歳から 24 歳の男女約 82 万人が新たに HIV に感染しており、その 60%超が女性である。若い女性は、生理的要因と男女不平等の複雑な相互作用により、HIV 感染に対してより脆弱である。より安全な性交渉を自分の側から求めること、HIV 予防情報および各種サービスを得る機会に関しては、女性や女児は、その経済的社会的地位の低さのために、多くの国において不利な立場に置かれることが多い。

治療が拡大するにつれ AIDS による死者は減少する一方、以前より HIV 感染を背負って生きる人が増加

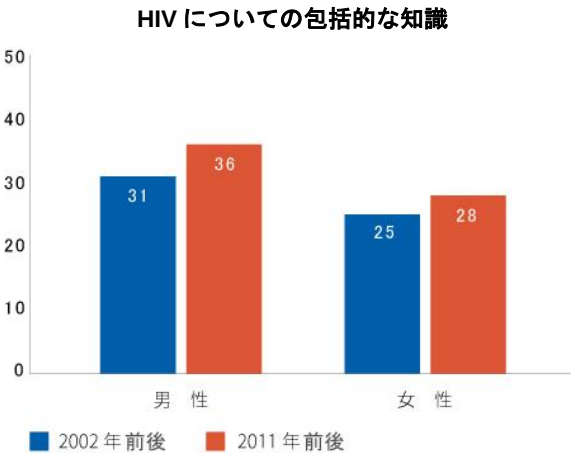
新規 HIV 感染者は、1997 年にピークに達した。以来、抗レトロウイルス療法の拡大および新たな感染症の低下は、AIDS 関連の原因で死亡する人が減少することを意味していた。こうした AIDS 関連の死亡率の低下は 2011 年も続き、多くの国でさらに加速している。2011 年の AIDS による死者は推計 170 万人であり、感染による死が最も多かった 2005 年から 25%の低下となった。

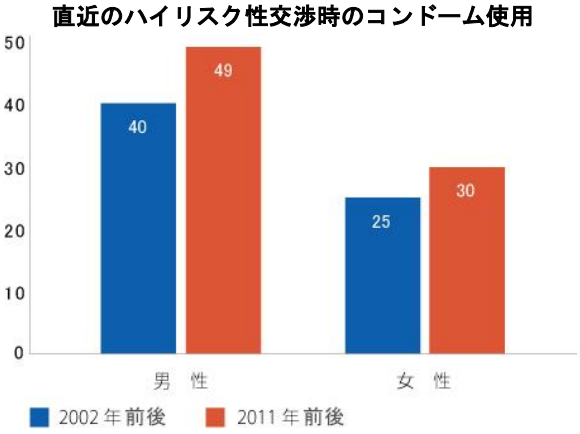
新規 HIV 感染者の数は、モニタリングが開始されて以来 AIDS 関連の死者数を大きく上回ってきた。その結果、以前にもまして HIV とつき合いながら生活する感染者が増加している。世界全体では、HIV 感染者数は 2011 年末時点で推計 3,400 万人であり、2001 年より 470 万人増加している。世界の成人（15 歳から 49 歳）の推計 0.8%が感染しているが、感染率は国と地域によって大きく異なる。

最も厳しい影響を受けているのは依然としてサハラ以南アフリカである。この地域では、ほぼ 20 人に 1 人の成人が感染しており、世界の HIV 感染者の 69%を占める。サハラ以南アフリカの HIV 有病率はアジアのほぼ 25 倍であるが、南アジア、東南アジア、東アジア合計でほぼ 500 万人の HIV 感染者が暮らしている。サハラ以南アフリカの次に重大な影響を受けている地域はカリブ海諸国であり、2011 年には成人の 1%が HIV 感染者であった。

若者の HIV 知識が低下し MDG 目標を大きく下回る

サハラ以南アフリカで HIV 感染に関する包括的知識を有する 15 歳から 24 歳の男女の割合、直近のハイリスク性交渉時にコンドームを使用したと回答した同男女の割合、2002 年前後と 2011 年前後の比較（単位：%）





新規 HIV 感染者の圧倒的大多数は性交渉を通じて感染する。HIV とその感染拡大メカニズムの基本的な理解はより安全な性交渉を促進する行動変化のために重要である。にもかかわらず、 最悪の影響を受けている地域の若者の知識レベルは恐ろしく低い。サハラ以南アフリカで HIV について包括的かつ正しい知識を持っていたのは、若い女性のわずか 28%、若い男性の 36%であり、ほぼ 10 年でそれぞれ 3 ポイントおよび 5 ポイント増加しただけである。流行が広がっている国に対する最近の調査は、これらの国の多くで、50%以上の若い男女に HIV の基本的な理解がないことを示している。これは、2001 年の HIV／エイズに関する国連特別総会で合意された 95%という目標を大幅に下回っている。

コンドームは HIV の性的感染を減らすために利用可能な手段のうち最も効率的なものの 1 つであり、HIV がまん延する数か国において使用が増加している。2011 年頃に実行された調査によると、サハラ以南アフリカでは、15 歳から 24 歳の男性のほぼ 50%が、彼らが直近の過去に不定期なパートナーと性交渉を持った時にコンドームを使用したという。これは、2002 年頃と比べて 9 ポイントの増加となる。同一期間の同年齢層の若い女性のコンドーム使用率は 25%から 30%に上昇した。とはいうものの、各国の代表的な調査によると、成人の HIV 有病率が 1%を上回る数カ国でコンドームの使用が減少している。こうした国には、ベナン、ブルキナ・ファソ、コートジボアールおよびウガンダが含まれる。

エイズの影響を緩和する取り組みの拡大により、現在学校に行ける孤児が増加

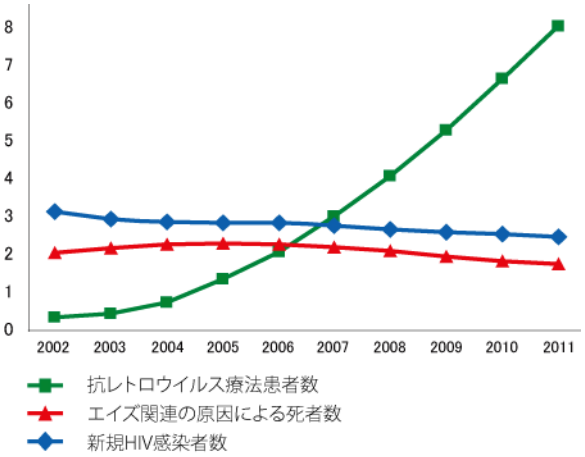
エイズにより片親または両親を失った子どもは依然著しい数である。2011 年には世界全体の集計値が 1,730 万人に昇った。こうした子どものほぼすべて（1,600 万人）がサハラ以南アフリカで暮らしている。過去 5 年間にわたり、エイズが家庭、コミュニティー、そして子どもに与える影響を緩和するための措置が国家プログラムおよびグローバル・パートナーによって拡大している。こうした投資により、10 歳から 14 歳の孤児と孤児でない子どもがほぼ平等に就学するなど、子どもたちの社会面および健康面で大きな成果が得られた。

ターゲット 6.B

2010 年までに、必要とするすべての人々は誰もがHIV／エイズの治療を受けられるようにする。

抗レトロウイルス療法の完全普及は手の届くところにあるが、政治的支援の持続が必要となる

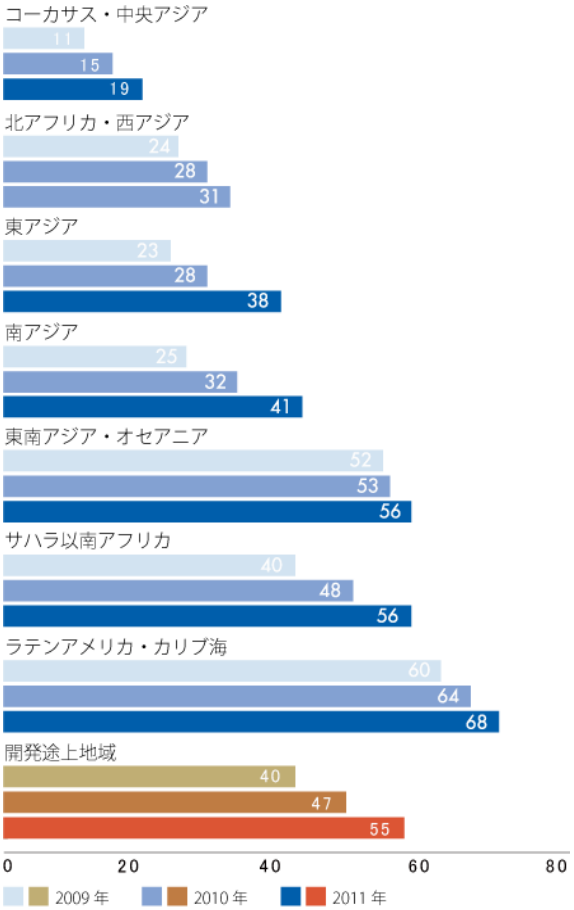
開発途上地域で抗レトロウイルス療法を受けている患者数、エイズ関連の原因による死者数および新規HIV 感染者、2002 年ー2011 年（単位：100 万人）



2011 年末時点で、開発途上地域の 800 万人が HIV またはエイズ用の抗レトロウイルス薬を受け取っていた。これは 2010 年 12 月から約 140 万人の増加であり、それまで数年に見られた同様の増加を上回る前進である。現在の増加率であれば、2015 年末までに 1,500 万近い人々がこの延命治療を受けることができる。これは 2011 年 6 月のエイズに関する国連首脳会合で合意された目標である。

こうした進展および明るい見通しにもかかわらず、2010 年までに抗レトロウイルス療法を必要とするすべての人に完全普及させるという MDG 目標は達成されなかった。2011 年末時点で、治療を必要とする開発途上国の 1,440 万人のうち、それを受けることができたのはわずか 55%であった。さらに現在では、臨床面の効果のために抗レトロウイルス薬をもっと早い時期から、特定の集団に対してはより広範に使用することが推奨されている。ここには HIV 感染者であるすべての妊婦を一生治療する、という推奨も含まれる。結果として治療の対象患者の数は増加しており、治療を必要としている人と、現に治療を受ける人の間の差を広げている。抗レトロウイルス療法の完全普及の目標を達成するためには、政治的な機運を維持し、エイズに対する世界規模の対応の実効性を向上させることが必要である。

HIV 感染者のうち、抗レトロウイルス治療を受けている者の割合*、2009 年、2010 年、2011 年の比較（単位：%）



* 抗レトロウイルス療法の適応範囲は、CD4 細胞数が 1 ミリ立方メートルあたり 350 個以下の HIV 感染者に対して計測されている。

大部分の地域では、抗レトロウイルス療法をますます多くの適応患者に提供することに顕著な進展が見られた。2011 年末時点で、HIV の感染が全国的に広がっている 5 カ国（ボツワナ、ナミビア、ルワンダ、スワジランド、ザンビア）および感染が少なくかつ限定的である 6 カ国（カンボジア、キューバ、ドミニカ共和国、フィジー、ガイアナ、メキシコ）を含む 11 カ国は、完全普及を達成した。これは、抗レトロウイルス療法を必要とする人々の少なくとも 80%に提供することを意味する。しかし、これ以外の大部分の開発途上国はその目標の達成には程遠い。

抗レトロウイルス療法の利用機会は、性別および年齢によって異なる。2011 年の普及率は男性（46%）より女性（63%）のほうが高かった。2011 年末時点で推計 56 万人の 15 歳未満の子どもが治療を受けていた。しかしこれは、この年の開発途上地域の 15 歳未満のすべての適応のある子どものわずか約 28%でしかない。

治療がなければ、HIV 感染者の女性から産まれた子ど

もの約 3 分の 1 は、母親の胎内で出生時に、または母乳を通じて、ウイルスに感染する。こうしたリスクは効果的な抗レトロウイルス薬で妊婦を治療することによって、大幅に削減することが可能である。2011 年には当該治療を必要とする開発途上地域の妊婦の推計 57%が治療を受けた。サハラ以南アフリカには抗レトロウイルス薬を必要とする 150 万人の妊婦の約 93%が集中している。

ターゲット 6.C

2015 年までに、マラリアその他の主要な疾病の発生を阻止し、その後、発生率を下げる。

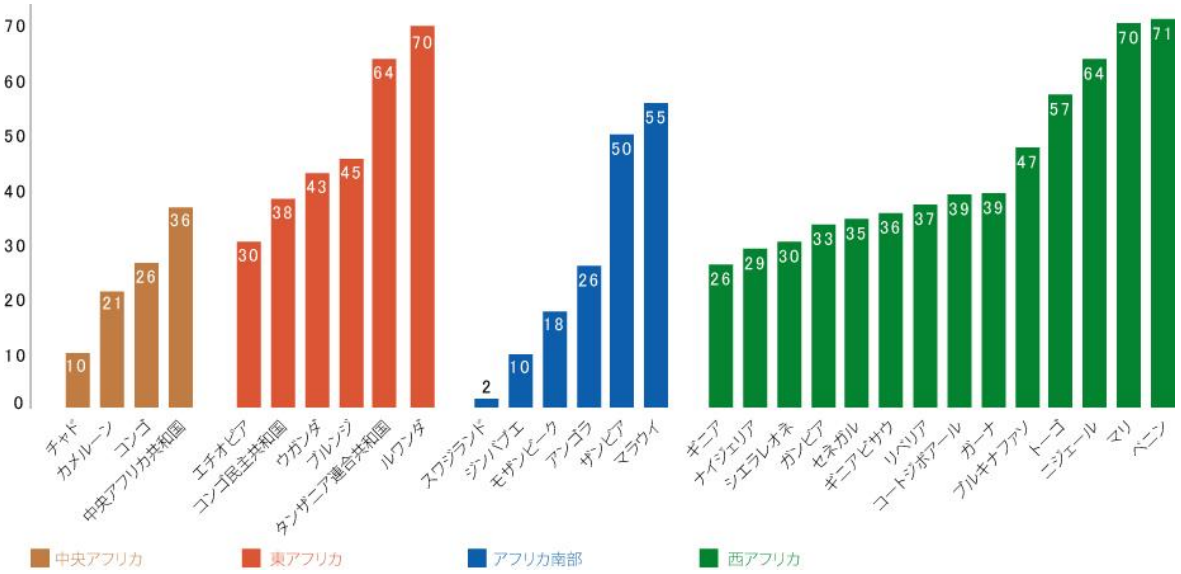
過去 10 年間に 100 万人以上の命がマラリアから救われたが、前進を維持するためには新たなコミットメントが必要

2000 年から 2010 年の間に、マラリアによる死亡率は世界全体で 25%以上低下した。この期間中、推計 110 万人のマラリアによる死が回避され、その命の半数以上は最もマラリアの負担に苦しむ 10 カ国において救われたものである。2011 年まで、マラリアの感染が継続している 99 カ国のうち 50 カ国は、順調に 2015 年までのマラリア症例発生率の 75%削減へと向かっていた。この削減はマラリアとの世界的な戦いにおいて、大きな成果である。しかし、こうした前進を維持するためには、国際社会のさらなる努力と新たなコミットメントが必要となる。

この病気の犠牲に最もなりやすいのは幼児である。2010 年には世界中の約 2 億 1,900 万件のマラリア症例が約 66 万人の死亡を招いたが、その 80%以上が 5 歳未満児であった。同時に、コンゴ民主共和国およびナイジェリアを合計すると、世界のマラリアの推計死者数の 40%超を占める。マラリアは以前から貧困の病である。同一国内で、5 歳未満児のマラリア感染が最も広がるのは、貧困層と農村部に暮らす人達である。

殺虫剤処理済みの蚊帳を使って眠ることが、マラリアの感染を防止する最も効果的な方法である。過去 10 年にサハラ以南アフリカ全体で、殺虫剤処理済みの蚊帳の家庭ごとの保有と使用の両方の拡大に大幅な進展がみられた（使用は保有世帯の 90%と推定される）。殺虫剤処理済みの蚊帳の中で眠る 5 歳未満児は、2000 年の 5%未満から上昇し、2011 年までに 3 分の 1 を超えた。しかし、使用地域の間には大きい格差が見られる。東アフリカと西アフリカでは、殺虫剤処理済みの蚊帳の中で眠る子どもの割合はそれぞれ 44%および 38%であった。中央アフリカではこの割合はわずか 20%であるが、2000 年の 1%からは増加している。

アフリカの地域別および国別の殺虫剤処理済みの蚊帳で眠る 5 歳未満の子どもの割合*、2010 年－2012 年（単位：%）



*アフリカの 4 つの小地域の構成は 59 ページの地域分類の項を参照。

子どもによる殺虫剤処理済みの蚊帳の使用の現在の水準は、いまだに完全普及という目標をかなり下回っている。2012 年において、サハラ以南アフリカ諸国に届けられた処理済みの蚊帳の数（6,600 万）は、2010 年（1 億 4,500 万）の半分に満たなかった。さらに、サハラ以南アフリカにおいて、屋内残留噴霧によって守られている人口の割合は、2011 年が 11%程度と変わらなかった。2013 年に大幅な防疫の拡大がない限り、マラリアの大規模な再流行が予想される。

マラリアの早期診断と効果的かつ適時の治療は、罹患率を低下させ死を防ぐ。アルテミシニン・ベースの併用療法（ACT）は、サハラ以南アフリカで最も多くみられ最も致死性の高いマラリア原虫である熱帯熱マラリア原虫に対して最も効果的な抗マラリア治療法である。しかし最近の入手可能なデータによると、マラリアの治療を受けている子どものうち現在 ACT を受けている割合は比較的少ない。これは、他の効果の低い薬がまだ広く使用されているためである。プラス面をみると、マラリア用の迅速な診断検査が提供されていることが大きな進展である。2011 年にはマラリアの診断は公共部門を通じて全地域の 84 カ国において無償で提供された。公的に実施された迅速な診断検査の報告数は急増し、2005 年の 20 万件未満から 2011 年には 7,400 万を超えた。

抗マラリア剤および殺虫剤に対する耐性は、依然大きな懸念である。これを放置したままにすれば、過去 10 年間の著しい進展が脅かされる可能性がある。アルテミシニン（ACT の主要化合物）に対する耐性は東南アジアの 4 カ国で検出された。その一方で、蚊の殺虫剤に対する耐性は世界 64 カ国で確認された。

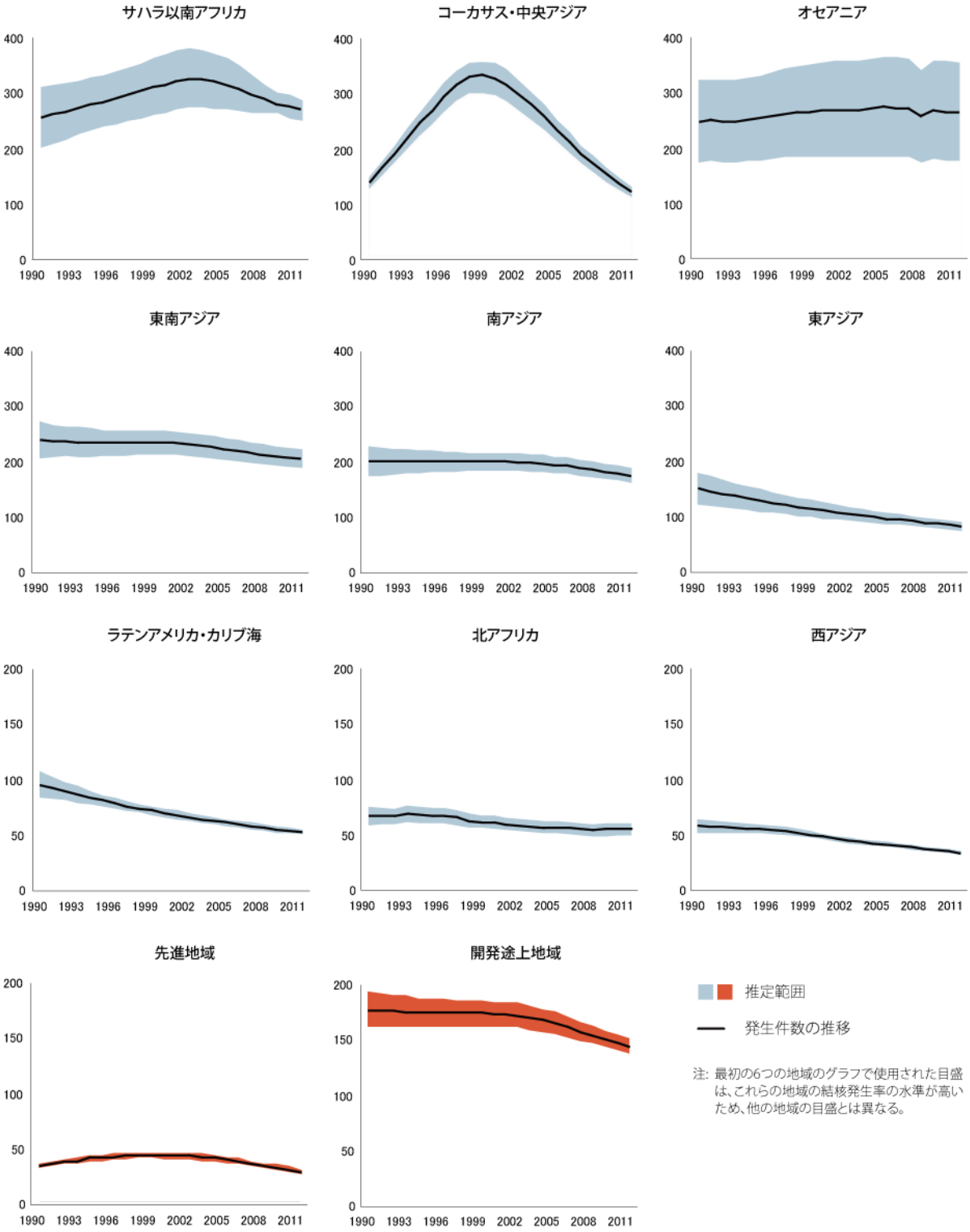
これまでの 10 年間は、既存の方策が命を救うためにどれだけ役立つかを示した。しかし、数百万人がそうした方策の恩恵による機会を持たない。世界全体でマラリアを予防し、診断し、治療するための資金の年間必要額は 51 億ドルと推定される。ところが、2011 年に世界はその目標に 28 億ドル届かず、特に最も被害を受けたアフリカ諸国における進展が危機にさらされている。マラリアの再流行は現実の脅威である。この病気が風土病である国は、マラリア対策を実行するための資金と支援が準備されていることを知る必要がある。マラリアの危険にさらされている人は誰でも、予防、診断テストおよび治療の機会を得るべきだ。

世界は結核の拡大抑止と発病率低下に向かう

2011 年には世界中で推計 870 万人が新たに結核と診断された。そのうち 13%は HIV 感染者であった。世界全体の 10 万人あたりの結核症例数は 2010 年から 2011 年の間に約 2.2%減少した。減少のスピードは遅いものの、こうした傾向が継続すれば、全世界的に結核の拡大を止め、発病率を低下させるという MDG 目標は達成される。主にアフリカとアジアで過去に感染した推計 20 億人の間の結核の再発防止には、継続的な防疫対策がきわめて重要である。

結核の有病率および関連死は大部分の地域で減少しているが、2011 年には推計 140 万人が結核で死亡しており、そこには HIV 感染者 43 万人が含まれる。現在の予測は、2015 年までに死亡率を 1990 年の半分にするという「ストップ TB パートナーシップ」戦略の目標が世界全体と一部地域で達成される可能性があることを示唆している。2011 年時点で推計 1,200 万人が結核を患いながら生活している。

人口 10 万人当たり推計新規結核症例数（HIV 感染者を含む）、1990 年－2011 年



結核治療の成功は世界目標を超えているが、まだ多くの課題が残っている

2011 年に 580 万の人々が結核感染と正式に診断された。これは、新規症例の推計数の 3 分の 2 を占める。2010 年に診断された患者の中で、87%は治療に成功した。これによって 3 年連続で確定症例の最低 85%の治療に成功するという目標を超えた。

結核対策の進展は、直接監視下短期化学療法（DOTS）戦略、およびその後継である 2006 年開始のストップ TB パートナーシップを実施するための 15 年間（1995 年から 2005 年）の集中的な努力の結果である。1995 年から 2011 年の間に、こうしたプログラムにより累計 5,100 万人の結核患者の治療が成功し、2,000 万人の命が救われた。

さらに多くの課題が残っている。全結核症例の 3 分の 1 超は DOTS プロトコルに基づく治療がなされていない。そして、診断された患者の中の多剤耐性結核の推計 31 万の症例の大部分は、国際的なガイドラインによる診断も治療も受けていない。多くの結核症例は、HIV 感染者でありながら自分が HIV に感染していることを知らず、進行を遅らせる抗レトロウイルス療法を受けていない人々の間で発生している。

結核のモニタリングによって、健康を脅かす危機が MDG 目標の成功例に変化する

20 年前、カンボジアは世界の最も結核患者の多い国の一つであり、保健システムは数十年間の紛争および経済的困窮によって、弱体化していた。1993 年に、結核の再流行に対する世界的な関心をきっかけに、選挙によって成立した新政権は、WHO およびグローバル・パートナーからの強い支援のもと国家規模の結核プログラムを再開した。 機運を高めるために数年かかったが、カンボジアはこのプログラムを病院ベースのシステムから、一般大衆が、一時治療のための保健所を通じて、無償の結核治療を、全国どこにいても受けられるものに変えた。新しいアプローチの中核は、WHO により推奨された DOTS/ストップ TB 戦略であった。これは 6 ヵ月という、短縮された治療計画期間に沿うよう、患者をサポートすることに重点を置いたものである。

2002 年に、カンボジアは全国民を対象とした結核感染者の調査を開始し、3 万人を超える感染者を発見した。この種の調査が低所得国で行われたのは初めてのことであった。この調査により、1,000 人当たり 15.1 人という極めて高い感染率が確認された。国家の調査およびモニタリング能力の強化により、当局が保健サービスを利用する機会がない人口を特定し、是正措置を講ずることができた。2011 年の第 2 回の全国調査では、9 年間で結核感染者数が 1,000 人あたり 8.17 人とほぼ半減していることが判明した。発生率は、現在毎年 3%超以上下落していると推計される。カンボジアは、1990 年の水準から感染者数と死者数を半減させ、発生率を削減することを含め、2015 年のすべての結核関連の MDG 目標達成に向けて順調に進んでいる。

目標 7

環境の持続可能性の確保

クイックファクト

- 世界の二酸化炭素（CO2）排出量は、1990 年以降 46%を上回る増加を見せた。
- 海洋漁業資源のほぼ 3 分の 1 が過剰に捕獲されている。
- 保護地域の増加にもかかわらず、多くの種が絶滅の危険にさらされている。
- 1990 年以降、21 億人を超える人々が改良水源を手に入れ、ほぼ 19 億人が衛生施設を利用できるようになった。
- 開発途上地域では推計 8 億 6,300 万人がスラムに居住している。

ターゲット 7.A

持続可能な開発の原則を各国の政策やプログラムに反映させ、環境資源の喪失を阻止し、回復を図る。

貧困層にとってセーフティネットである森林が、 驚くべき速さで失われ続けている

多くの国で森林政策が取られ、持続可能な林業経営を支援する法律が制定されているにもかかわらず、森林は急速に失われている。2005 年から 2010 年の間に森林を最も喪失したのは南アメリカとアフリカであり、その純減面積は、それぞれ 1 年に約 360 万ヘクタールと 340 万ヘクタールであった。

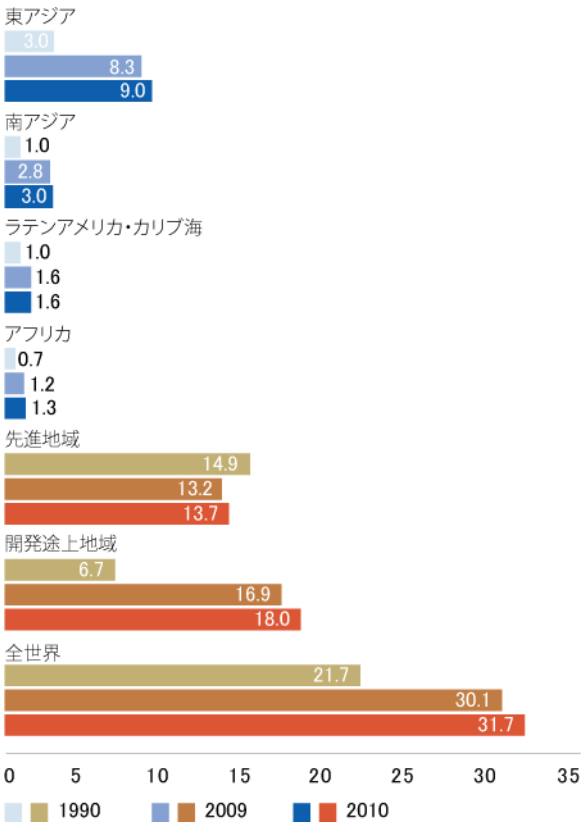
世界のほぼ 75%の森林は国有林プログラムの対象となっている。しかし多くの場合、森林破壊はそうしたプログラムの管理が及ばない要因によって引き起こされている。森林破壊の主要因の 1 つは、世界の増大する人口を養うための森林の農地への転換である。

森林の喪失の最大の被害者は農村の貧困層である。彼らにとって森林は「セーフティネット」の役割を持つ。森林は、食糧、薪、薬品やその他材木以外の産品を提供することによって、貧困削減と持続可能な生活様式に貢献している。これらの産品は世界の何百万の最貧層世帯で使われたり、伝統的または非公式の市場で販売される。

森林破壊は環境の持続可能性に対する深刻な脅威であり、それによって貧困撲滅および飢餓根絶の努力が危機に瀕している。森林を含む天然資源の喪失を阻止し回復するための実質的な進展のため、そして気候変動の緩和、生物多様性の保護および持続可能な土地管理に関する国際的な公約を遂行するため、農業部門と森林部門間の統合されたアプローチが必要である。

世界規模の温室効果ガス排出量が増加傾向に戻ったことは懸念すべき傾向であり、大胆な行動が必要

二酸化炭素（CO2）排出量、1990 年、2009 年、2010 年の比較（単位：10 億メトリックトン）



* 2010 年のデータは暫定値。一部の MDG 地域の内訳は入手不可。

2008 年から 2009 年の経済金融危機の勃発当時、世界規模の二酸化炭素（CO2）排出量は 0.4%減少した。しかし、予想どおりこれは一時的猶予であった。CO2 の排出は 2009 年から 2010 年の間に 5%増加し、現在は 1990 年の水準を 46%上回っている。20 年にわたって集められたデータは、世界の排出量増加が加速したことを示しており、それは 1990 年から 2000 年の間に 10%、2000 年から 2010 年の間に 33%上昇した。

排出量の増加は、概ね開発途上地域におけるテンポの早い成長に刺激されている。これらの地域において、二酸化炭素の排出量は 2009 年から 2010 年の間に 7%増加した。これに対して先進地域では 3%の増加であった。1990 年から 2000 年の 10 年間に、開発途上地域における排出量は 48%増加した。その次の 10 年間（2000 年－2010 年）は 81%の増加であった。これに対して、先進地域における排出量は、それぞれの期間に 7%と 1%減少した。とはいえ、先進地域の平均 1 人あたりの排出量は開発途上地域より著しく高い。先進地域において、1 人あたりの年間 CO2 排出量は平均約 11 メトリックトンである。これに対して開発途上地域は約 3 メトリックトンであるが、地域によって大きな差がある。また、経済生産単位あたりの排出量は、先進地域より開発途上地域のほうが高い状態が続いている。2010 年の経済的な生産高 1 ドルあたりの CO2 排出量は、開発途上地域が 0.6 キログラム、先進地域が 0.4 キログラムとなっている。

世界的な排出量の伸びを抑制するためには、各国および国際社会による、大胆で調和のとれた行動が必要である。カタールのドーハにおける国連気候変動枠組条約締約国会議は、京都議定書に基づき、第 2 のコミットメント期間についてのコンセンサスを形成することにより、2013 年から 2020 年の期間に正しい方向への大きな一歩を踏み出すことを促した。気候変動枠組み条約および京都議定書に基づき各国の排出量削減努力を強化するための取り組みが進行中である。同時に、「もう一つの法的手段であり、すべての当事者に適用可能な同条約に従い法的強制力を持った合意内容である議定書（中略）」を策定するための交渉が継続中である。目標は 2015 年までにこれらの交渉を完了し、2020 年に実行を開始することであり、それによって地球の気候システムの不可逆的変動を避けるための断固とした措置を講じることである。

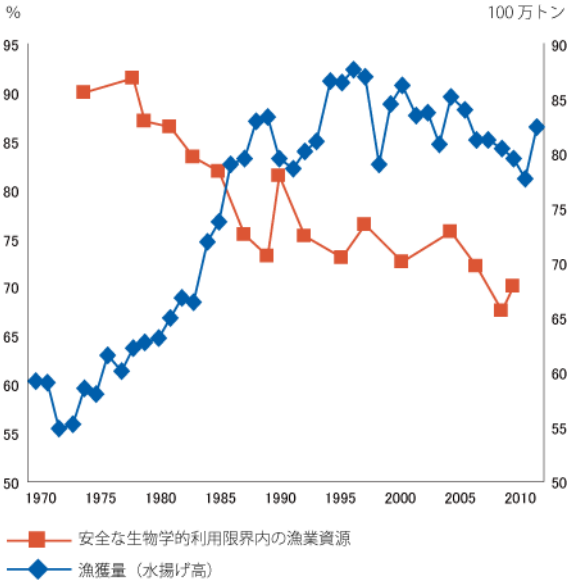
幅広いコミットメントとオゾン層破壊物質の綿密な監視は、気候変動阻止に向けての成功例である

1986年以来オゾン層破壊物質の消費の98%削減につながった「オゾン層を破壊する物質に関するモントリオール議定書」は議論の余地のない成功例である。そして、この成功は今日まで続いている。これらの物質の大部分が強力な温室効果ガスであるため、モントリオール議定書は地球の気候システムの保護に大きく貢献していることになる。

効果的な国際的行動のためには、堅固な科学的および技術的情報、柔軟で適応性が高いメカニズム、すべての利害関係者のコミットメント、情報交換と技術移転、そして効果的なモニタリングが必要である。モニタリングにはオゾン層破壊物質に関する適切なデータが継続的に必要であるが、そのすべては国内生産と国際貿易の統計から引き出すことが可能である。

海洋漁業資源の乱獲が捕獲量を減少させている

安全な生物学的利用限界内の漁業資源の割合、1974年－2009年（単位：%）と、実際の漁獲量、1970年－2011年（100万メトリックトン）



2009年には、海洋漁業資源の30%が過剰に捕獲された。これは1974年の10%と比較すると、生物種の保存にとって安全な限界を超えている。これは、現在、海洋漁業資源が世界全体で、最大の持続可能生産量を生み出すことができる水準を下回っていることを意味する。過去40年間、沿岸国による政策展開と漁場管理の行動にもかかわらず、世界の漁場の状態は全体的に悪化している。多くの国で漁業の拡大が続いているため、漁業資源の乱獲が拡大している。

乱獲された漁業資源の割合が最も高いのは大西洋、地中海および黒海であり、ここでは漁業資源の50%以上が安全な生物的利用限界を超えている。乱獲された漁業資源の割合が最も低い（約10%）のは、太平洋の東中央、北東および南西海域である。

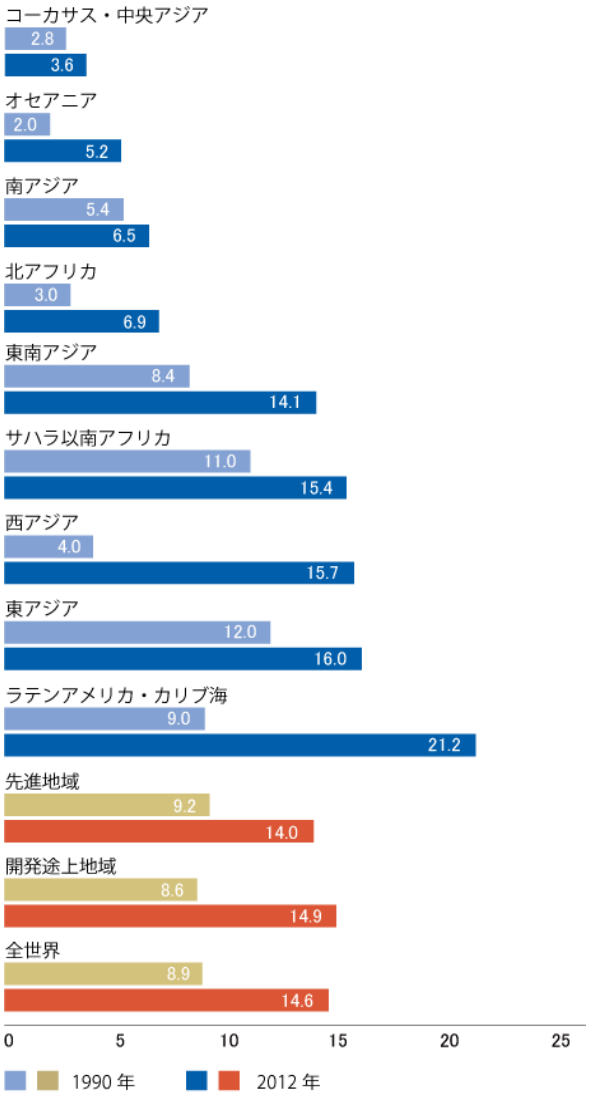
乱獲は漁業資源の生産性を減少させる。その結果、陸に運ばれる漁獲の総量（「水揚げ」と呼ばれる）は、1996年の8,770万メトリックトンをピークとして、世界的に減少している。厳しい管理計画による漁業資源の回復が生産性を復活させ、同時に漁業の経済効率性を改善し、生物多様性と海洋生態系の機能を強化する。

ターゲット 7.B

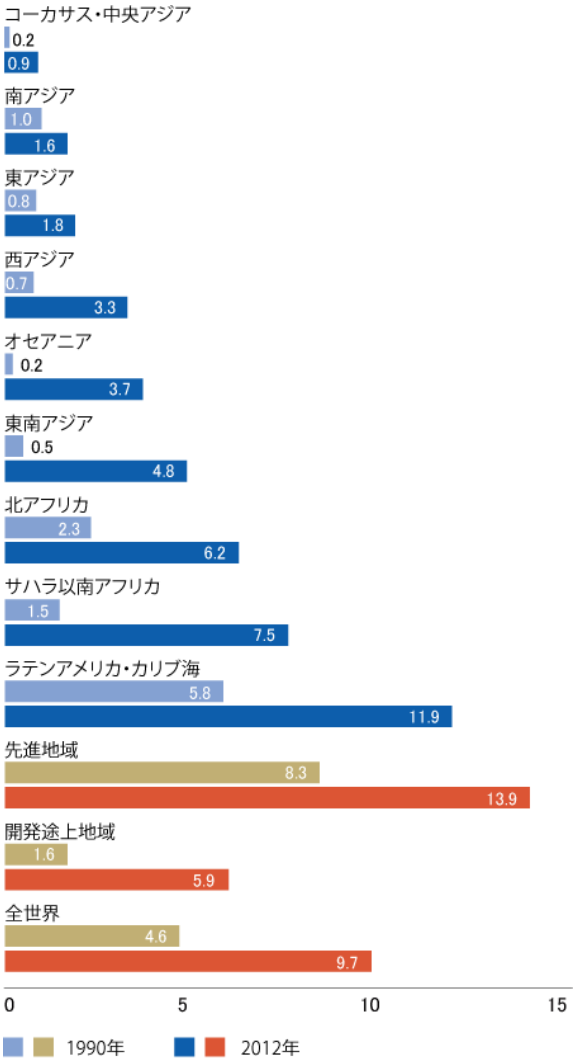
生物多様性の損失を抑え、2010 年までに、損失率の大幅な引き下げを達成する。

地球規模で保護対象の土地と海が増加している

陸上の保護対象範囲、1990 年と 2012 年の比較（単位：%）



海の保護対象範囲、1990 年と 2012 年の比較（単位：%）



1990 年以降、保護対象地域の範囲拡大に大きな進展がみられた。これらは、生物多様性と天然資源を、関連する文化的な価値とともに保護し維持することを主な目的とする地域である。1990 年から 2012 年の間に保護下にある陸上の地域は世界の地表面積の 8.9%から 14.6%まで拡大した。同じ期間に、海洋の保護地域は 12 海里までの沿岸海域の中の 4.6%から 9.7%と 2 倍以上拡大した。保護されている潜在的国家管轄権にある海域（海岸線から 200 海里まで）は 1.2%から 5.3%に増加した。

保護地域は、生物多様性を保護し育むことを目的としている。またそうした地域は、地域、国家および世界の経済に利益をもたらす重要な生態系財サービスを生産する。事実、世界人口のかなりの割合が保護地域に生計を依存している。生物の多様性に関する条約は、生物多様性および生態系サービスの重要性を認識し、2020 年までに世界の陸上の最低 17%と沿岸および海域の 10%を保護することを目指している。これは、効果的かつ公正に管理され、地球の天然資源を適切に反

映する生態系として機能する、地球規模の保護対象地域ネットワークを通じて行われる。

ラテンアメリカは同国の土地および海岸の保護において先頭を走っており、陸地の 21.3%と沿岸の 15.4%が保護地域である。他の地域ははるかに遅れを取っている。保護範囲を広げ、とりわけ世界的な保護地域ネットワークの実効性を改善するための継続的な努力が必要である。

鳥類、哺乳類、その他の種も絶滅に向かっている

生物の種は、個体数の面でも分布の面でも減少しており、これまでより速いペースで絶滅へと向かっている。これは国際自然保護連合（ICUN）により作成されたレッドリスト指数による調査結果である。この指数は、一連の種の全体的な絶滅リスクの傾向を計測するものである。

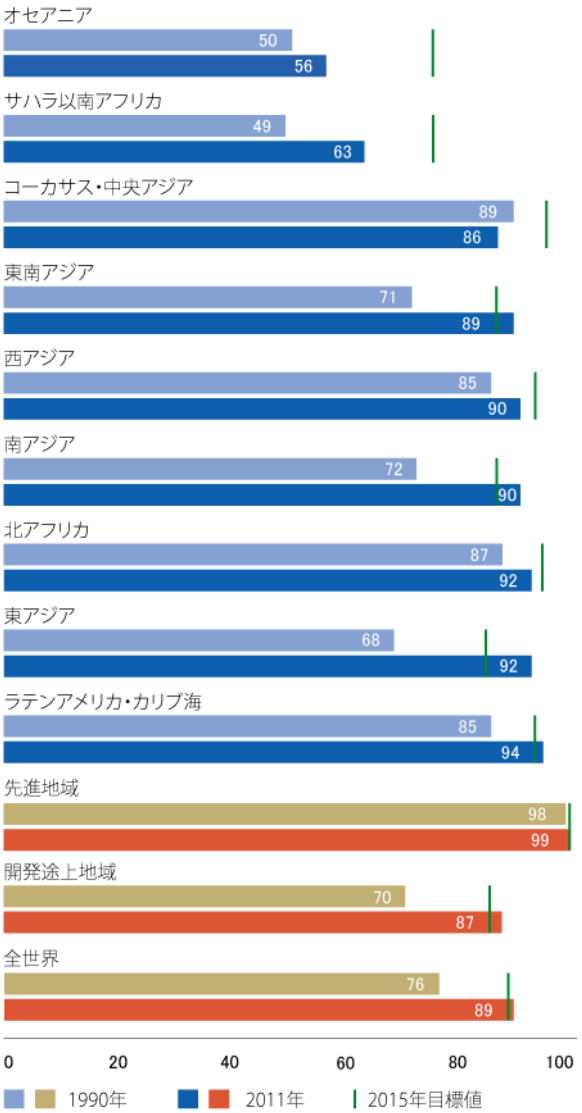
レッドリスト指数は、現在世界中の鳥類（10,000 種）、哺乳類（4,500 種）、両生類（5,700 種）および温水造礁サンゴ（700 種）に関して入手可能である。鳥類の 2012 年までの見識を示す最新の改訂版によると、減少は続いており、そのスピードは不変または加速している。周知の傾向を示すすべてのグループは状況が悪化しており、他の生物種も同じような悪化パターンを示している可能性が高い。生物多様性の低下はすべての人々が依存する生態系サービスに深刻な結果をもたらすだろう。近年、デンマークとスウェーデンを含むいくつかの国が特定の在来種の絶滅リスクの削減に成功した。より多くの国がこれに倣う必要がある。

ターゲット 7.C

2015 年までに、安全な飲料水と基礎的な衛生施設を持続可能な形で利用できない人々の割合を半減させる。

1990 年以来 21 億を超える人々が改良飲料水源を利用する機会を得ており、MDG 目標は達成された

改良水源を利用する人々の割合、1990 年と 2011 年の比較（単位：%）



過去 21 年間に 21 億を超える人々が改良飲料水源を利用できるようになった。改良水源を使用している世界の人口の割合は、1990 年の 76%から上昇し、2010 年には 89%に達した。これは、著しい人口増加にもかかわらず、MDG 目標の飲料水に関する項目が予定より 5 年早く達成されたことを意味する。

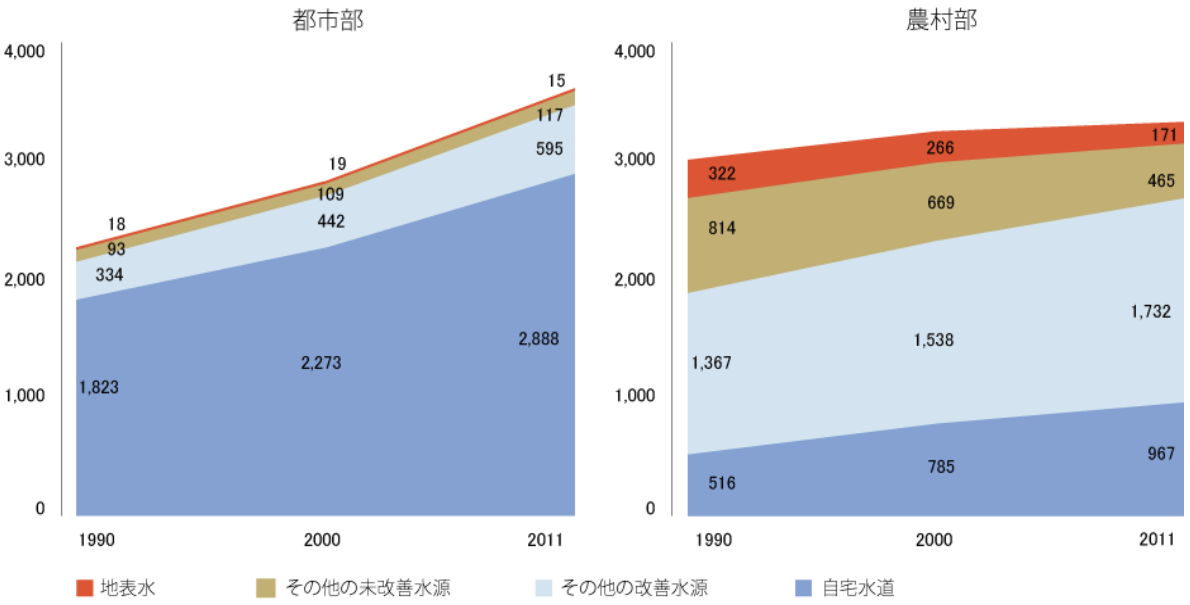
飲料水普及率は、コーカサスと中央アジアを除くすべての地域で増加した。この地域では普及率は、1990 年の 89%から 2011 年の 86%に落ちた。東アジア、東南アジアおよび南アジアが最大の前進を見せた。飲料水が利用できるようになった人のうち 10 人に 6 人は都市部で暮らしている。

農村部の貧困層の飲料水へのアクセスは水質と安全性に重大な懸念

これまでにない進展にもかかわらず、7 億 6,800 万の人々が 2011 年に依然旧来の水源から水を引いていた。改良飲料水源へのアクセスのない人口の 83%（6 億 3,600 万）は農村部で暮らしている。さらにまた、多くの改良飲料水源の水質および安全性について懸念が残っている。その結果、安全な飲料水を利用できない人々の数は公式推計の 2 倍から 3 倍高い可能性がある。

世界中の多くの人々が自分の敷地に水道を引きたいと望んでいる。それでも、世界で改良飲料水源を使用している 62 億人のうち 38%は、自宅に水道の飲料水があることの利便性、そこから得られる健康、経済的便益を享受していない。それどころか、彼らは公共の水汲み場で行列を作り、重たい水を家庭まで運んで貴重な時間とエネルギーを費やしても、必要最低限の飲料水しか得られないことが多い。最も影響を受けているのは社会で最も貧しく最も取り残された人々である。その多くは特に都市部において、少量の質の悪い水に高い価格を支払っていることが多い。主な飲料水源として未処理の地表水に依存している人々の割合が 1990 年の 6%から 2011 年の 3%に低下したことを指摘できるのは心強い。それでも、1 億 8,000 万を超える人々が、日々の飲料水ニーズを満たすために、川、小川、池または湖に依存している。

飲料水を利用できる人口、都市部と農村部、1990 年、2000 年および 2011 年（単位：100 万人）



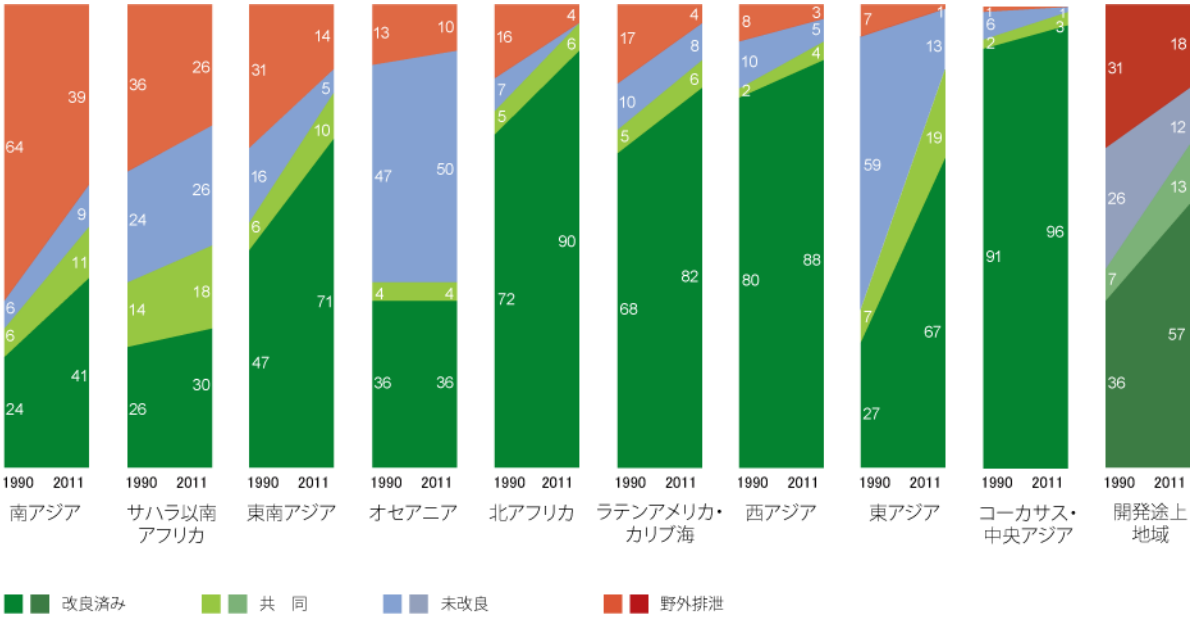
1990 年から 2011 年にかけて 1 日 24 万人以上が改良衛生施設を利用できるようになったことは目覚ましいが不十分

1990 年から 2011 年の間に 19 億人が簡易式トイレ、水洗式トイレ、またはその他の改良衛生施設を利用できるようになった。MDG 衛生目標を達成するため、2015 年までに確実にこの数値をあと 10 億人増加させるには強力な後押しが必要である。1990 年には、改良衛生施設を利用できる人は世界人口の半分をわずかに下回っていた（49%）。目標達成のためには、普及率を 64% の現行水準から 75% まで上昇させなければならない。

最も大きな進展があったのは東アジアであり、衛生施設普及率は 1990 年の 27% から 2011 年の 67% まで上昇した。これは 21 年間に 6 億 2,600 万人が改良衛生施設を利用できるようになったことを意味する。サハラ以南アフリカとオセアニアは依然最も遅れた状態にある。

1990 年から 2011 年の間に、1 日あたり平均 24 万人以上が改良衛生施設を利用できるようになった。その多くはすでにトイレを所有していた家族に生まれた人だが、他は誕生後に下水道ネットワークに接続したか、または簡易式トイレの設置を終えたケースである。これらの成果にもかかわらず、さらに急速な進展が必要である。この MDG 目標を達成するためには、2011 年から 2015 年の間に 1 日あたり平均 66 万人に毎日衛生サービスを届けなければならない。

衛生実践別人口構成、1990 年と 2011 年の比較（単位：%）

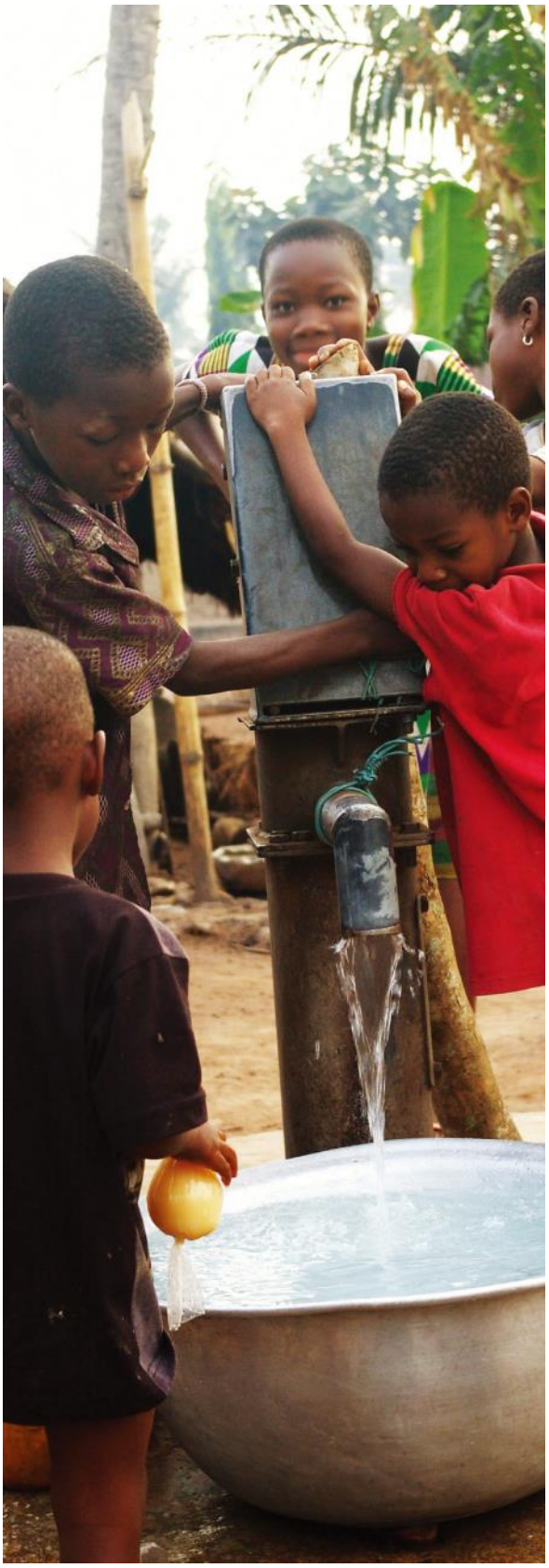


野外排泄を止めさせ正しい政策を開始することが衛生における進展の継続に重要

世界で野外排泄を行っている人口の割合は 1990 年の 24%から 2011 年の 15%まで減少した。しかし、10 億人以上は衛生施設を持たず、自分自身および全コミュニティーに深刻な健康リスクと環境リスクを課す慣行を続けている。

近年開発途上地域全体で採用された新たな衛生政策は大成功となり、これまでにない衛生施設普及率の増加につながった。これらの政策は、コミュニティーレベルの行動を通じて野外排泄がもはや受け入れられるとみなされないところまで社会規範に影響を与えることにより、野外排泄の慣行を止めさせることに重点を置いている。世界中のほぼ 100 カ国において、衛生に対する新しい考え方が定着し、「野外排泄のない村」を宣言している村の数は上昇している。

水道、保健衛生および衛生学の専門家達は、今後数年の 3 つの優先事項を特定した。それは、野外排泄の禁止、万人が自宅に安全な水と衛生施設を保有し良い衛生習慣を身につけること、そして、すべての学校と保健センターが水および衛生施設を備えるとともに良い衛生習慣を促進すること、である。2010 年の国連総会は、安全で清潔な水と衛生への権利を明言し、それらがすべての人権の実現にとって不可欠であると確認した。

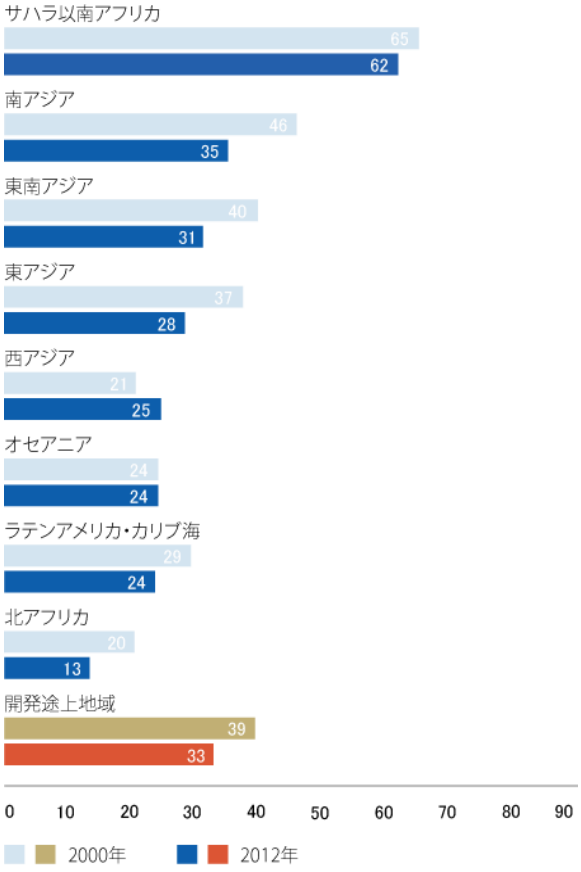


ターゲット 7.D

2020 年までに、最低 1 億人のスラム居住者の生活を大幅に改善する。

MDG 目標は達成されたが、依然都市化のスピードがスラムの状況改善を上回る

スラム地区に居住する都市人口の割合、2000 年と 2012 年の比較（単位：%）



2000 年から 2010 年の間に 2 億人以上のスラム居住者が改良水源、衛生施設、耐久性のある住宅または充分な居住空間を得たため、1 億人という MDG 目標を上回った。事実、2010 年から 2012 年だけで、さらに 4,400 万の人々がもはやスラムで生活しているとはみなされないところまで状況は改善された。

開発途上地域のスラム居住者の割合は、2000 年の 39%から 2012 年には 33%に減少した。こうした減少は大部分の地域で観察された。北アフリカはスラム居住者の割合がもともと低かったが、それがさらに低下した。東アジア、南アジアおよび東南アジアは、割合からみて最大の減少を達成した。しかし、スラム居住者の割合が高いサハラ以南アフリカでは、2000 年の 65%が 2012 年の 62%までわずかに低下しただけだった。

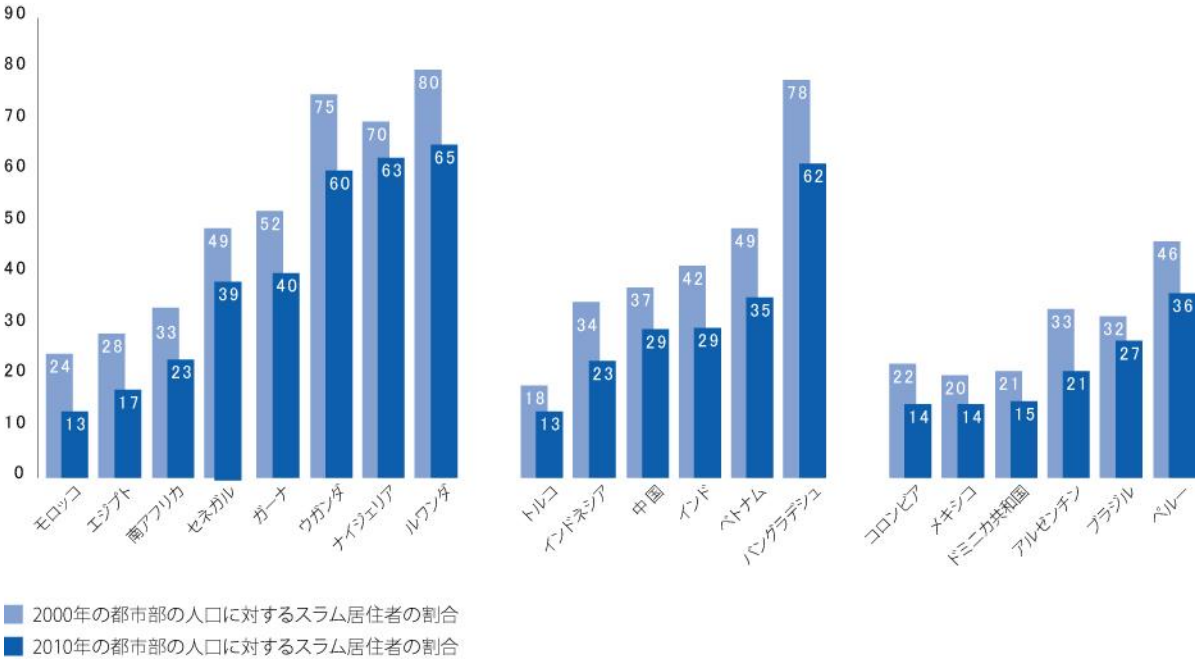
MDGs のスラム目標が達成されたにもかかわらず、急速な都市化により、スラム居住者の絶対数は増加を続けている。スラム状態の中で生活する開発途上地域の都市住民の数は、1990 年の 6 億 5,000 万人、2000 年の 7 億 6,000 万に対して、2012 年は推計 8 億 6,300 万人であった。開発途上地域全体の都市部および大都市で都市貧困層の生活を改善するためには、より強力で焦点を絞った取り組みが必要である。

都市部のスラムの多面的な問題に取り組んだ国から他国も学ぶことができる

すべての地域の数多くの国において、都市部のスラム居住者の割合の削減に目覚ましい進展が見られた。こうした地域および世界の動向を牽引したのは、中国、インドおよびインドネシアといった大国であった。しかし、特に紛争に影響を受けた他の国々では、スラム居住率が依然非常に高く、スラムで生活する都市住民の割合は 2000 年から 2012 年の間に増加した。こうした国々のスラム居住者は、（現在の「スラム」の定義にあるとおり）改良水源、改良衛生施設、耐久性のある住宅、充分な居住空間のいずれか、または複数を欠いている。従って、都市貧困層の生活改善には、大規模な多部門投資が必要となる。

スラム人口の急増に対してはさらなる行動が必要である。成功した国の経験に基づき、スラム削減の目標を国家レベルで達成するための必要条件として、適切な政策、基本サービスの利用機会、借地権の確保、そしてスラムの定義とそのモニタリング及び評価方法の統合といった数々の要因が特定された。このため、政府、地域および地方政府は、都市部の貧困人口の苦境を緩和するため、自身の地域のスラム人口を把握し、それに基づき 2020 年までに達成可能な自主的かつ現実的な目標を国家、地域および地方ごとに設定するよう促されている。

いくつかの目標達成度上位国のスラム地区に居住する都市人口の割合、2000 年と 2010 年の比較（単位：%）



目標 8

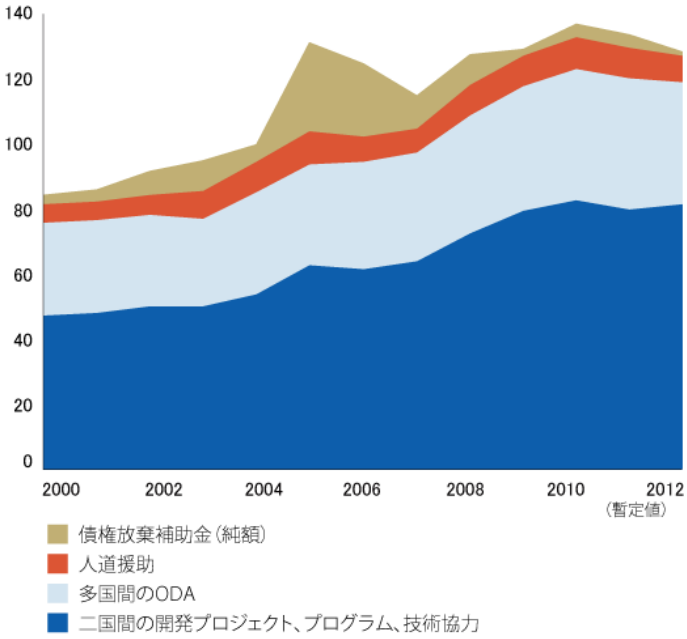
開発のためのグローバル・パートナーシップの構築

クイック・ファクト

- 2012 年の政府開発援助は 1,260 億ドルであった。
- 後発開発途上国からの輸出のうち 83%が先進国で関税非課税となっている。
- 開発途上国の債務返済は輸出収入のわずか 3%を占めるだけである。
- 開発途上地域でインターネットを使用しているのは人口の 31%であり、先進諸国では 77%である。

世界金融危機およびユーロ圏の混乱は、政府開発援助に悪影響

OECD 開発援助委員会（DAC）諸国による政府開発援助（ODA）、2000 年－2012 年（単位：2011 年実質米ドル）



2012 年の先進国からの純政府開発援助（ODA）は 1,256 億ドルであった。これはドナーの総国民所得を合算したものの 0.29%に相当する。これは実質ベースで 2011 年からの 4%の減少であり、2011 年は 2010 年の水準を 2%下回った。この減少は経済金融危機およびユーロ圏の混乱に起因しており、多くの政府が緊縮政策を実行して援助予算を削減したためである。

ODA が 2 年連続で下落したのは 1996 年－1997 年以来のことである。2012 年の減少は国際機関への拠出金が実質ベースで 7%減少したことを反映しており、これは二国間プロジェクトおよびプログラムに対する援助が 2%増加したことにより部分的に相殺された。

現在の財政圧力にもかかわらず、経済協力開発機構（OECD）の開発援助委員会（DAC）に所属する国の一部は、自ら設定した目標を達成すべく援助予算を維持または増加させている。ODA 純額（借款の返済分を除いた後の ODA 額）は、DAC 参加の 24 カ国のうち 9 カ国において実質ベースで増加した。オーストラリア、オーストリア、アイスランド（後者は 2013 年に DAC 加盟）、ルクセンブルクおよび韓国の伸びが最も大きかった。イギリスは援助を総国民所得の 0.56%に維持したが、2013 年から 2014 年にかけて 0.7%に増額するための予算を組成した。

最近の DAC ドナー援助計画調査（DAC Survey of Donors' Forward Spending Plans）によると、2013 年には国により計画可能な援助（country programmable aid）が実質 9%増加すると予想される。これは主に一部のドナーによる増資計画と国際機関からのソフトローンに由来するものである。国により計画可能な援助には、資金提供国の国内支出、そしてその他の項目のうち本来予測不可能であるもの（例えば債務免除または人道援助）または政府間の協力合意に含まれないものを除外する。これは国レベルで提供される援助の代理資金源として有用であると考えられている。国により計画可能な援助の総額は、2014 年から 2016 年にかけて安定的状態を維持すると予想されている。

金額ベースでは、米国が 2012 年の時点で最大のドナーとなっており、英国、ドイツ、フランス、日本がこれに続いている。デンマーク、ルクセンブルク、オランダ、ノルウェーおよびスウェーデンは、国民総所得の 0.7%という ODA 諸国に対する国連目標を引き続き達成している。

主要ドナーおよびヨーロッパ諸国からの援助は大きく減少している。先進 7 か国財務相・中央銀行総裁会議は、2012 年には DAC による ODA の 70%を拠出したが、これは 2005 年の 75%より少ない。DAC－EU からの援助の割合（51%）は 2001 年以降最低水準にある。しかし、援助は DAC 参加国以外から増加している。すべての国に関して 2012 年の正確な数値を入手することはできないが、2011 年から 2012 年にかけてトルコの援助は倍増し、アラブ首長国連邦の援助も 31%増加した。

援助はジェンダー問題への対応を強めている。2010 年－2011 年の分野別配分可能な援助（sector-allocable aid）の総額 919 億ドルのうち、205 億ドルが男女平等および女性の地位向上の達成に当てられた。

ターゲット 8.B および 8.c

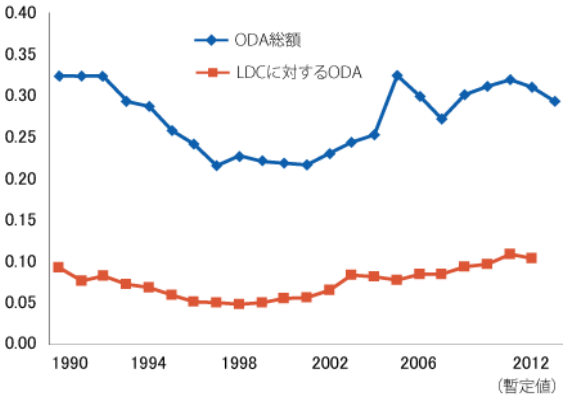
後発開発途上国、内陸開発途上国および小島嶼開発途上国の特別なニーズに取り組む。

援助資金は全体的に減少し最貧国から移動

DAC 諸国からの政府開発援助は 2000 年から 10 年間増加し、2010 年でドナーの合算総国民所得の 0.32%に達したが、その後 2011 年は 0.31%、2012 年は 0.29%へと減少した。こうした減少は、近年ドナーの援助フロー総額の約 3 分の 1 を受け取ってきた後発開発途上国（LDC）にも影響を及ぼした。2012 年の後発開発途上国に対する二国間 ODA 純額は実質ベースで 13%減少し約 260 億ドルとなった。2011 年の「アラブの春」後の北アフリカの一部の国に対する特別支援ののち、2012 年のアフリカに対する二国間 ODA は 10%下落し 289 億ドルとなった。このうちサハラ以南アフリカに対する援助は 262 億ドルとなり、8%下落した。

DAC の調査は、最貧国やアフリカから中所得国へのこうした援助の移動は続き、無償援助よりもむしろソフトローンの形で提供される援助の割合が増えると示唆している。

OECD 開発援助委員会（DAC）諸国からの純政府開発援助（ODA）が援助国の国民総所得に占める割合、1990～2012 年（単位：%）

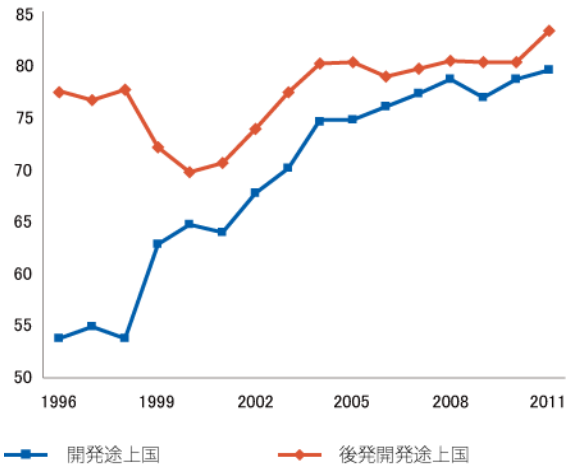


ターゲット 8.A

開放的でルールに基づいた、予測可能でかつ差別のない貿易および金融システムのさらなる構築を推進する。

非課税アクセスによる開発途上国および後発開発途上国の貿易環境改善は続く

先進国の開発途上国および後発開発途上国（LDC）からの輸入（石油および武器を除く）のうち非課税輸入が認められたものの割合、1996 年－2011 年（単位：%）



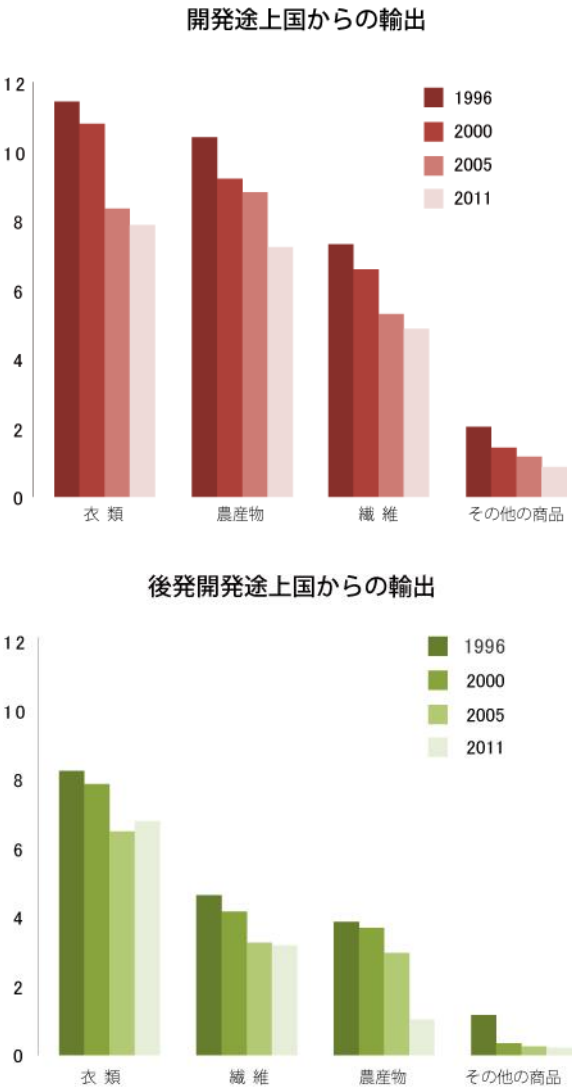
注: この指標は輸出構造および相対価格の変動の影響を受ける。

後発開発途上国（LDC）および開発途上国による先進国市場への非課税アクセスは 2011 年に全体的に改善し、それぞれのグループの輸出の 83%と 80%に達している。これは、特恵原産地規則の分野における進展が一部原因となっている。例えば、欧州連合は 2011 年 1 月に運用が開始された特恵関税システムの原産地規則を改正した。

日本および米国の衣類および繊維、ノルウェーの一部農産物といった若干の例外を除き、すべての先進国は、LDC の輸出に非課税での市場アクセスを提供している。LDC の輸出の半分以上は通常関税の対象となる商品であるため、本当の意味での特恵待遇の恩恵を得ており、競争条件が優位になっている。より大きなグループである開発途上国のための市場アクセスも改善された。これは、途上国の輸出の大部分が最恵国待遇により関税がかからない工業製品で構成されているためである。

先進国が賦課する平均関税率は、開発途上国と後発開発途上国双方に対して少しずつ引き下げられている

開発途上国および後発開発途上国（LDC）が輸出した主要産品に対する先進国の平均関税率、1996、2000 年、2005 年および 2011 年（従価関税単位：%）



注: 1999 年から 2001 年の調整済み輸出構造に基づく。2011 年の LDC に対する平均関税額の急上昇はアジアの LDC からの米国の輸入が増加したためであり、名目関税率の変化によるものではない。

LDC から輸出される労働集約型の製品に賦課される平均関税率には近年大きな変化はない。こうした関税は、1995 年のウルグアイ・ラウンドの貿易交渉および 2005 年の世界貿易機構の香港閣僚会議宣言の後、急速に引き下げられた。これはほぼ完全に撤廃されたか、

またはその他産品および農産物に非常に低い税率が賦課されている（平均 1%）。繊維と衣服に関しては、アジアの LDC の大規模輸出企業が米国の特恵関税から除外されていることを反映し、LCD に対する平均関税率は依然比較的高い状態にある。こうした措置は「競争力条項（competitive-need limitations）」に基づき正当化されるが、LDC の米国市場でのシェア拡大をもたらしたわけではない。

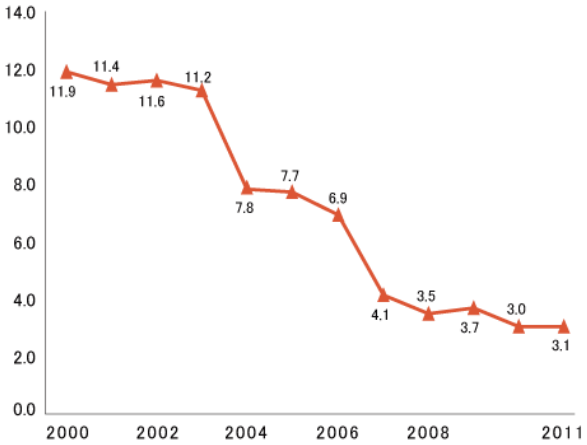
他の開発途上国が支払う平均関税率も下落したため、LDC に与えられた特恵マージンは徐々に低減していった。それは農産物では依然顕著である（約 6 ポイント）が、繊維、衣類およびその他の商品では低いかほとんど存在しないレベルである（2 ポイント未満）。

ターゲット 8.D

開発途上国の債務に包括的に取り組む。

債務返済比率は 2000 年の 4 分の 1 の水準となり、開発途上国の財政負担を軽減

輸出収入に占める対外債務返済額の割合、2000 年－2011 年（単位：%）



注: データは世界銀行の債務国報告システムに報告を行う開発途上国のみを対象としたもの。

一国の対外債務負担は、その国の信用や経済的ショックに対する脆弱性に影響を与える。債務管理の改善や貿易の拡大、さらには最貧国を対象とする大幅な債務救済によって、過去 10 年間に債務返済負担は軽減されてきた。2000 年から 2008 年にかけて、開発途上地域に対する政府債務および政府保証付債務の返済の対輸出比率は、11.9%から 3.5%まで低下した。2010 年には、すべての開発途上国の輸出収入に対する債務返済の比率は史上最低の 3%に達し、2011 年も 3.1%と低く保たれた。

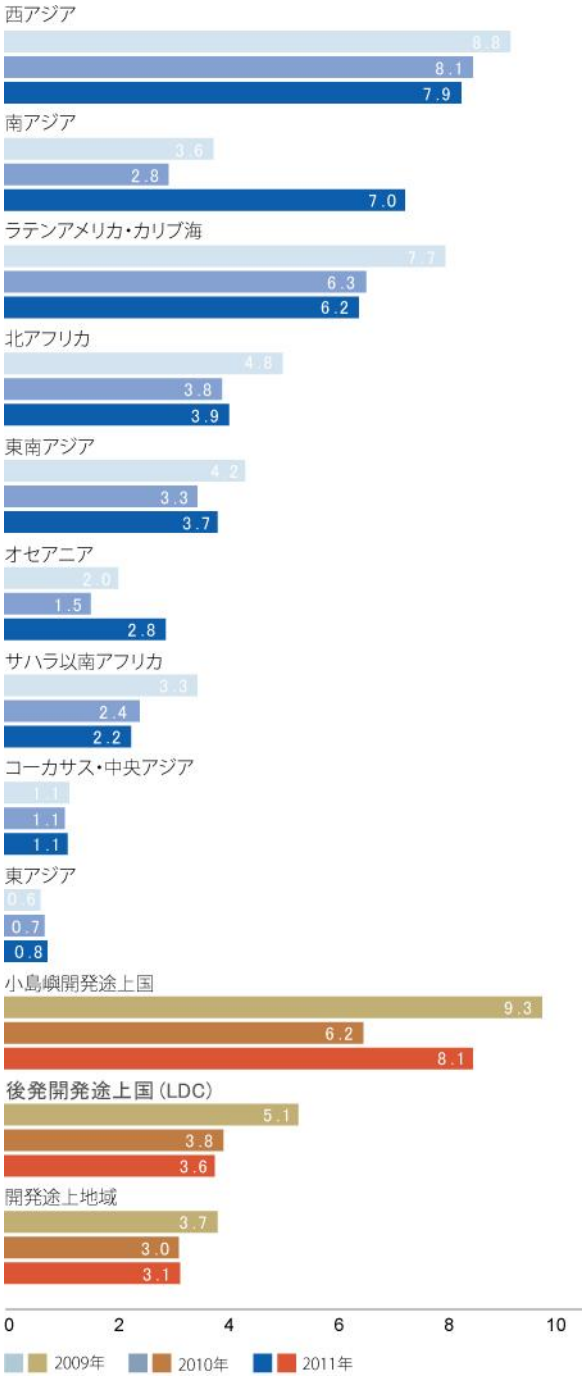
2009 年には世界金融危機が開発途上国輸出収入を 18.1%低下させ、その一方で公的債務返済総額が 2008 年と同水準であったため、この低下傾向は一時的に途切れた。2010 年には開発途上国の輸出収入が 2009 年より 26.5%も増加し、その一方で公的債務返済総額は安定した状態を維持したため、この債務返済比率は 2008 年の水準を下回る下降基調に戻ることができた。

輸出収入の低下により一部地域の債務返済比率が上昇

2011 年の債務返済比率は大部分の地域で前年とほぼ同水準であった。しかし、南アジア、オセアニアおよび小島嶼開発途上国等の一部地域は 2011 年の輸出収入の減少を経験した。債務返済の減少がこの減少を相殺するのに十分でなかったため、これらの地域の輸出額に対する債務返済の比率はそれぞれ 4.1 ポイント、1.3 ポイント、1.9 ポイント増加した。

39 カ国が重債務貧困国イニシアティブによる債務救済を受けることができる。そのうちの 36 カ国はその決定時点（decision points）に到達しており、将来の債務支払いが 589 億ドル削減された（2011 年末の正味現在価値ベース）。完了時点（completion points）に到達した 35 カ国は、マルチ債務救済イニシアティブにより全面的な債務救済を受けている。

輸出収入に占める対外債務返済額の割合、2009 年、2010 年、2011 年の比較（単位：%）

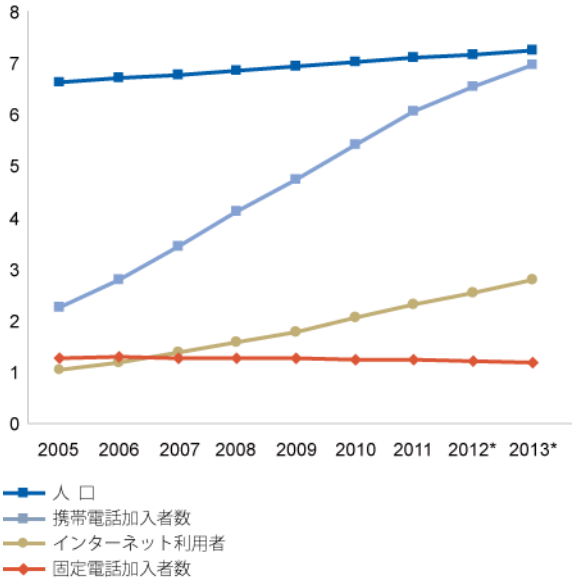


ターゲット 8.F

民間セクターとの協力により、情報通信技術をはじめとする先端技術の恩恵を広める。

携帯電話加入者数は完全普及に近づき、世界の人口のほぼ 40%がインターネットに接続

携帯電話加入者数、インターネット利用者および固定電話加入者数の推計、2005 年－2013 年（単位：10 億人）



* 2012 年および 2013 年のデータは暫定値。

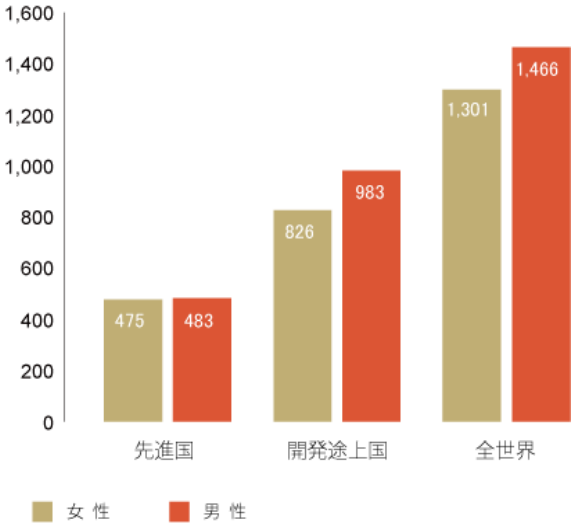
携帯電話加入者数は 2013 年末までに 68 億人に達すると予測されており、世界規模の普及率（総人口に対する加入者数の数として測定される）は 96%に達する。それは開発途上国でも 89%に達する。ますます多くの国で普及レベルが市場の飽和点に近づくにつれ、昨年の加入者数の伸び率は開発途上国で約 6%、先進国で 4%とこれまでの最低水準まで低下した。開発途上国は現在世界の携帯電話加入者数の 77%超を占めており、携帯電話によるデジタル格差は大幅に削減された。

2013 年末までに推計 27 億人がインターネットを使用するようになる。これは世界人口の 39%に相当する。携帯ブロードバンド・ネットワークを含む情報通信技術のインフラの拡大は、ソーシャルメディア、革新的なアプリケーション、各種サービス価格の低下とともに、世界のすべての地域において、インターネットの導入を牽引している。しかし、他方では大きな地域格差も残っている。開発途上地域においては人口の 31%がオンライン化されているが、これに対して先進諸国では 77%である。サハラ以南アフリカではインターネ

ットを使用しているのは人口の 20%未満であり、最も低い浸透率のままである。

ますます多くの人々が情報化社会に参画する中、インターネットを使用する男性は女性より多い。世界全体では全女性の 37%がインターネットに接続し、これに対して男性は 41%である。この男女格差は開発途上地域でより顕著となり、インターネットを使用する女性は 29%、対して男性は 33%である。先進国ではインターネットを使用する女性が男性より 2%少ないことに比べ、開発途上地域では女性が男性より 16%少ない。

推計インターネット利用者数、2013*（単位：100 万）



* 2013 年のデータは暫定値。

ブロードバンドの利用は拡大したが、多くの開発途上国ではまだ普及せず

高速接続がより手頃な価格で利用可能になり、インターネットにアクセスする人が増加している。世界の大多数の国は第三世代（3G）携帯ブロードバンド・サービスを開始しており、高速携帯ブロードバンド信号を受信できる人口の割合は増加している。2013 年末までに、固定ブロードバンド加入者数は合計でほぼ 7 億人、携帯ブロードバンドに関しては 210 万人になると予想される。つまり世界における普及率はそれぞれ 10%と 30%となる。

開発途上国の固定および携帯ブロードバンド加入者数は、両者とも先進国を上回る。しかし浸透率では大きな遅れをとっている。先進国の固定および携帯ブロードバンドの普及率がそれぞれ 27%と 75%であるのに対し、開発途上国のブロードバンド加入率は固定が 6%、携帯が 20%であった。サハラ以南アフリカの固定ブロードバンド普及率は 1%未満である。

普及率の格差の他にも、普及範囲、価格およびブロードバンド・サービスの質において、大きな格差が残っている。多くの開発途上国において、国際的なインターネット帯域幅および基本インフラの利用可能性が限られていることが引き続き課題となっている。価格が大幅に低下しているにもかかわらず、多くの途上国にとってブロードバンドアクセス費用は、平均所得に対して依然高すぎる状態である。ブロードバンドを、すべての人にとって利用可能で、手ごろな価格で、そして本当の意味で高速にするため、さらなる努力が必要である。

注　記

MDGs 達成に向けた進捗の測定

8 つのミレニアム開発目標（MDGs）の達成に向けた進捗状況は、21 の具体的目標と 60 の正式指標で測定される 。本報告は、2013 年 6 月の時点で入手可能なデータを用いて、世界がこれら目標の達成に向け、どれだけ前進してきたかを報告するものである 。

ほとんどの MDG 目標は 1990 年を進捗測定の基準年とし、2015 年を達成期限と定めている。各国のデータは小地域、地域レベルで集計し、全般的な進捗状況を時系列で示せるようにした。MDGs の地域および小地域の構成は国連の地理区分に基づくものであるが、できる限り有意義な分析を行える国家集団を作り出すため、必要な修正をいくつか施した。MDGs の地域分類に加え、本報告は国連アフリカ経済委員会により採用された分類に基づくアフリカの小地域のデータも掲載している 。集計値は進捗状況を追跡するのに利便性の高い方法であるが、特定の同一地域内においても国によって地域平均と状況が大きく異なる場合がある。国別のデータと、各地域および小地域の構成は、http://mdgs.un.org で閲覧できる。

分析の基礎

本書で提示した地域別、小地域別の数値は「MDG 指標に関する機関間・専門家グループ（IAEG）」が集計したものである。これら数値は一般的に、基準母集団を用いて各国のデータを加重平均したものである。各指標について、個別の機関を正式なデータ提供者に指定し、データの収集と分析に関する方法論の開発を主導させた（データ提供機関については 60 ページを参照）。

データは通常、各指標を管轄する国際機関に対して各国政府が提供した公式統計から導出した。データの空白を埋めるため、これらの指標のデータの中には、国際機関が後援、実施した調査を通じて収集されたデータで補完されたり、こうしたデータのみから導出されたりしたものも多い。その中には主として、複数指標クラスター調査（MICS）と人口保健調査（DHS）から集計された保健関連の指標も多く含まれている。

場合によっては、各国政府が関連の専門機関に未提供の最新データを持っていることがある。また、各国政府が指標の算出に必要なデータを作成しておらず、管轄する国際機関が欠測値を推計する場合もある。各国のデータが入手可能な場合でも、国際的な比較対照性を確保するためにしばしば調整が必要となることがある。したがって国際的な情報源から得られたデータは、各国の国内で入手できるデータと異なっている場合もある。

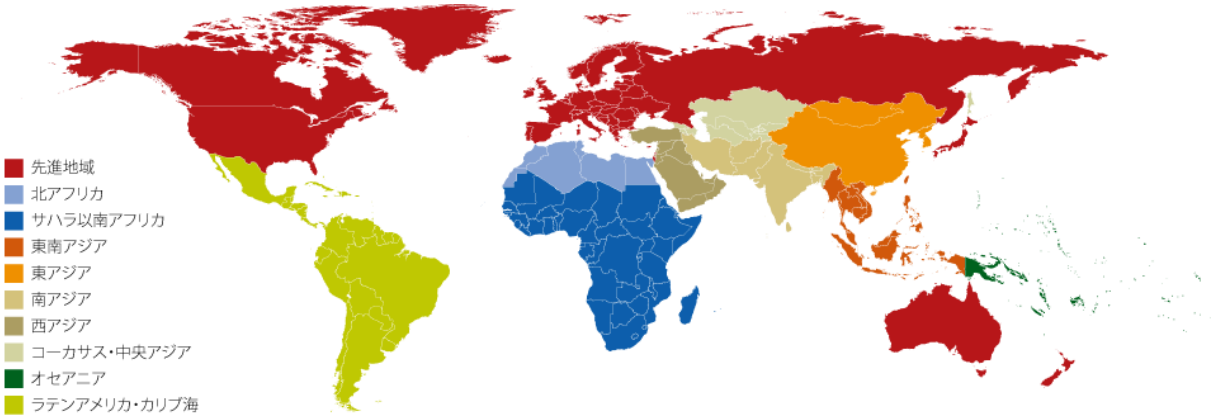
国連統計部は IAEG の公式ウェブサイトとデータベース（http://mdgs.un.org で閲覧可能）を管理している。透明性向上に向けた取り組みの一環として、データベースに収録された各国のデータ・シリーズには、該当する数値が推計値か、それとも国内機関から提供されたものかを示すカラー・コードが付けられている。また、データの作成方法と、地域集計に用いられた方法論を詳しく解説したメタデータも添えられている。

モニタリングシステムの強化

MDG 目標達成に必要となる適切な政策や施策を考案し、国際社会が負うべき責任を問うために、MDG 指標に関する信頼できるタイムリーで国際比較可能なデータは欠かせない。また、開発のための公的な支援と資金を取り付け、援助を効果的に配分し、地域間、国家間で進捗状況を比較するという意味でも重要である。大きな前進は見られるものの、多くの貧困国では、開発をモニタリングするための信頼できる統計が依然として不足している。こうした国々に統計機関を確立するには、開発パートナーが調和のとれた財政的および技術的支援の拡大を行う必要がある。加えて、持続的な統計能力を確保するために必要な制度的変革を促すためには、国の当事者意識と政府の関与が必要である。

これまでの努力の結果、すべての MDGs の動向に関するトレンドの検証について、国際系列のデータの入手可能性の改善が続いている。2012 年には 135 カ国が 16 から 22 の指標に対して少なくとも 2 時点のデータを持っていた。これに対して 2003 年にこうしたデータを持つ国はわずか 4 カ国であった。

地域分類



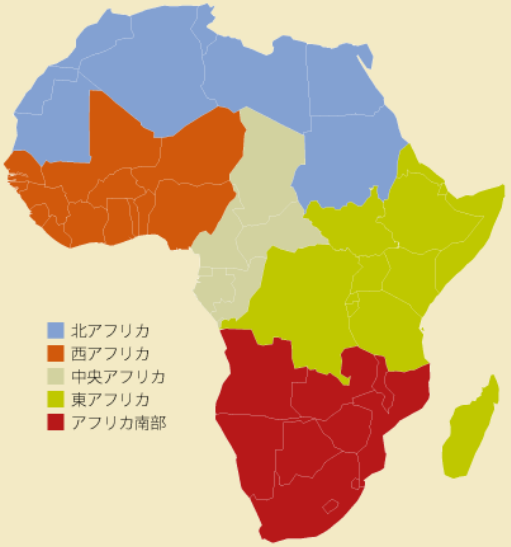
本報告書では、世界全体と各地域のミレニアム開発目標（MDGs）に向けた進捗に関するデータを示した。これら地域は「開発途上」地域および「先進」地域に分類される*。
開発途上地域はさらに、上の地図にあるような小地域に分類されている。この地域分類は国連の地理区分に基づくものであるが、できる限り有意義な分析を行えるよう、必要な修正をいくつか施した。各地域および小地域の具体的構成国については、mdgs.un.org を参照のこと。

本書の資料で用いた指定および表示は、いずれの国、領土、都市または管轄区域についても、その法律上の地位や国境線または境界線の画定に関する国連事務局の見解を何ら表明するものではない。

* 国連システムには先進国または地域、開発途上国または地域について確立した定義がないため、ここでの分類は純粋に統計分析を目的としたものである。

アフリカ小地域

一部の MDG 指標に関しては、国連アフリカ経済委員会が採用する分類に基づくアフリカの小地域別のデータが個別に提示されている。



国際機関によるデータ提供

国連ミレニアム開発目標の 8 つの目標の各ターゲットに関するデータおよび分析は以下に示す各機関により提供されたものである。

目標 1：極度の貧困と飢餓の撲滅
ターゲット 1.A：世界銀行
ターゲット 1.B：ILO
ターゲット 1.C：FAO および UNICEF
追加データ：UNHCR

目標 2：普遍的な初等教育の達成
ターゲット 2.A：UNESCO

目標 3：ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
ターゲット 3.A：ILO、IPU、UNESCO および UN WOMEN

目標 4：幼児死亡率の引き下げ
ターゲット 4.A：UNICEF および WHO

目標 5：妊産婦の健康状態の改善
ターゲット 5.A：UNICEF および WHO
ターゲット 5.B：UNFPA、UNICEF および国連人口部

目標 6：HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止
ターゲット 6.A：UNAIDS、UNICEF および WHO
ターゲット 6.B：UNAIDS および WHO
ターゲット 6.C：UNICEF および WHO

目標 7：環境の持続可能性の確保
ターゲット 7.A：CDIAC、FAO、UNEP および UNFCCC
ターゲット 7.B：IUCN および UNEP-WCMC
ターゲット 7.C：UNICEF
ターゲット 7.D：UN-Habitat

目標 8：開発のためのグローバル・パートナーシップの構築
ターゲット 8.A：ITC、UNCTAD および WTO
ターゲット 8.B および 8.C：OECD
ターゲット 8.D：世界銀行
ターゲット 8.F：ITU

より詳しい情報については、下記をご覧ください。
国連統計部ミレニアム開発目標ウェブサイト：
http://mdgs.un.org
国連ミレニアム開発目標ウェブサイト：
www.un.org/millenniumgoals
国連ミレニアムキャンペーン事務所ウェブサイト：
www.endpoverty2015.org

写真提供：

Cover ©Mohammad Rakibul Hasan/UNDP Picture This
Page 2: ©Kaori Kobayashi/UNDP Picture This
Page 7: ©Tun Tun Aung/Mandalay
Page 11: ©Md. Akhlas Uddin/UNDP Picture This
Page 12: ©Masa Kogure/UNDP Picture This
Page 13: ©Jodi Hilton/IRIN
Page 17: ©Leonardo Sexcion/UNDP Picture This
Page 20: ©Sandra Calligaro/Taimani Films/World Bank
Page 21: ©Tran Thi Hoa/World Bank Page 23: cLakshman Nadaraja/World Bank
Page 27: ©Tobin Jones/UN Photo Page 29: cDominic Sansoni/World Bank
Page 32: ©Abhijit Dey/UNDP Picture This Page 33: cMaria Fleischmann/World Bank
Page 35: ©Betuca Buril/UNDP Picture This
Page 39: ©Vestergaard Frandsen/Georgina Goodwin
Page 42: ©Eva Fendiaspara/UN Photo Page 44: cJohn Isaac/UN Photo
Page 49: © Gillian Griffin/UNDP Picture This
Page 51: ©IRIN
Page 53: ©Tun Tun Aung/Mandalay
Page 57: ©Charlotte Kesl/World Bank

Editor: Lois Jensen

Copyright c United Nations, 2013
All rights reserved.

日本語版制作：国際連合広報センター (UNIC)

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-53-70

国連大学本部ビル 8 階

電話：03-5467-4451

ホームページ：http://www.unic.or.jp

Facebook：http://www.facebook.com/UN.Japan