

# ミレニアム開発目標報告



UNITED NATIONS

2005



この報告書は、国連事務局の経済社会局が主導する「MDG 指標に関する機関間・専門家グループ（Inter-Agency and Expert Group on MDG Indicators）」が総会の求めに応じ、ミレニアム開発目標（MDGs）に向けた進展状況を定期的に評価する目的で集計したデータに基づいて作成されたものである。同グループは下記のとおり、MDGs に向けた進展状況を監視する上で適切と判断された統計指標のうち、いずれかの作成を担当する国際機関の代表から構成されている。各国の統計専門家や外部の専門アドバイザーも多くかかわっている。

国際労働機関（ILO）

国連食糧農業機関（FAO）

国連教育科学文化機関（UNESCO）

世界保健機関（WHO）

国際復興開発銀行（世界銀行）

国際通貨基金（IMF）

国際電気通信連合（ITU）

国連地域委員会

- アフリカ経済委員会（ECA）
- ヨーロッパ経済委員会（ECE）
- ラテンアメリカ・カリブ経済委員会（ECLAC）
- アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）
- 西アジア経済社会委員会（ESCWA）

国連合同エイズ計画（UNAIDS）

国連児童基金（UNICEF）

国連貿易開発会議（UNCTAD）

国連女性開発基金（UNIFEM）

国連開発計画（UNDP）

国連環境計画（UNEP）

国連気候変動枠組み条約（UNFCCC）

国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）

国連人間居住計画（UN-HABITAT）

国連人口基金（UNFPA）

列国議会同盟（IPU）

経済協力開発機構（OECD）

世界貿易機関（WTO）

# はじめに

「国連ミレニアム宣言」に基づく「国連ミレニアム開発目標」の採択は、国連の歴史上まさに画期的な出来事でした。世界の指導者たちは、平和、安全保障、開発、人権、基本的自由の問題をひとまとめにして取り組むことを約束したのです。これは過去に例を見ないことでした。今回の報告は、私が2005年3月に提出した報告書『より大きな自由を求めて：すべての人のための開発、安全保障および人権』と対になるものです。この報告書でも申し上げたとおり、「安全保障なしに開発はない。開発がなければ安全保障も不可能である。また、人権が尊重されなければ、開発も安全保障もありえない。これら全てが前進しなければ何も成功し得ない」のです。

8つのミレニアム開発目標は、極端な貧困を半減させることからHIV/エイズの蔓延を食い止めること、さらには初等教育を完全に普及することにまで及んでいます。これらはすべて、2015年を達成期限としています。ミレニアム開発目標は、世界のすべての国々、そして世界の主要な開発機関すべてが合意した将来の青写真です。それはまた、ニューヨークからナイロビ、さらにはニューデリーに至るまで、世界のどの都市に住んでいる人々も男女を問わず、簡単に支持、理解できる単純かつ強力な目標をまとめたものでもあります。ミレニアム開発目標はその採択以来、世界の最貧層のニーズを満たそうという、過去に類を見ない取り組みの原動力となってきました。

ミレニアム開発目標はなぜ、それほど画期的なのでしょう。それには4つの理由があります。

第1に、ミレニアム開発目標(MDGs)は人間を中心に据えた期限付きの具体的目標となっています。

第2に、MDGsはグローバル・パートナーシップに基づき、開発途上国による自助努力の責任と、先進国がこうした努力を支援する責任の両方を強調しています。

第3に、MDGsは先進国・途上国の最高レベル、市民社会、そして重要な開発機関すべての承認を受け、過去に例を見ない政治的支持を集めています。

第4に、MDGsは達成可能です。

2005年は目標達成に向けた私たちの取り組みにとって、極めて重要な年です。ミレニアム宣言採択から5年後にあたり、

目標達成期限を10年後に控えた9月には、世界の指導者がニューヨークの国連本部に集い、自分たちが約束をどれだけ果たしたかを振り返るとともに、さらにどのようなステップが必要かを判定する予定です。多くの点で、今年の課題は2000年当時の課題よりもはるかに手ごわいものです。指導者は今度こそ、単に目標値を定めるのではなく、それをどうやって達成するのかを決定しなければならないのです。

この**進展状況報告書**は、世界の各地で、私たちがどの程度の進歩を遂げたか、今後どれだけ達成しなくてはならないかを、これまでで最も包括的に示すものです。そこには、国連システム内外の多数の機関による協調的取り組みが反映されています。それぞれの責任分野に関する最新のデータを提供することにより、これらの機関はすべて、この報告書の明快さと一貫性に貢献しています。

この報告書はとりわけ、進展の見られた分野につき、どの程度の進展が見られたか、また、それ以外の分野では、ミレニアム開発目標達成にさらにどの程度の取り組みが必要かを示すものとなっています。このままの傾向が続けば、最貧国の中に目標を達成できない国が多く出るおそれがあります。どれだけの進展が見られても、このような失敗が起きれば、私たちにとって悲劇的な逸機となるでしょう。この報告書では、ほとんどすべての国々が目標を達成できるようにするための手段が、現実に存在することを実証します。こうした手段を活用することこそが、私たちの課題なのです。

3月の報告書で申し上げたことを、ここで繰り返したいと思います。「このチャンスを逃した代償がどれだけ大きいかを、はっきりとさせましょう。救えたはずの数百万人の命が失われます。確保できたはずの自由の多くは否定されます。そして私たちは、より危険で不安定な世界に住むことになるのです」

9月のサミットに向けた準備では、この報告書を重要な資料としていただきたいと思います。報告書の分析と情報は、一般市民、市民団体、政府、国会議員、そして国際機関がミレニアム開発目標の実現に向け、それぞれの役割を果たすための手助けとなることでしょう。

コフィー・A・アナン  
国際連合事務総長

# 目次

PAGE  
4

## 目標 1 極端な貧困と飢餓を解消する Eradicate extreme poverty & hunger

アジアをはじめ、世界の貧困率は低下。しかし、サハラ以南アフリカでは、数百万人の貧困が悪化し、貧困層の極貧化が進む。

飢餓の解消は進展しているが、一部の地域では、農業生産の頭打ちと人口増加で事態が悪化。1990 年以来、サハラ以南アフリカと南アジアでは、慢性的飢餓に苦しむ人々が数百万人増加し、5 歳未満の幼児の半数が栄養不良に。

PAGE  
8

## 目標 2 初等教育を完全に普及させる Achieve universal primary education

5 つの開発途上地域は就学率 100% に接近。しかし、サハラ以南アフリカの小学校就学率は 3 分の 2 未満。南アジアやオセアニアなども目標達成にはほど遠い。このような地域では、就学率の向上とともに、全生徒の修了と教育の質を確保するための取り組みが必要。

PAGE  
11

## 目標 3 男女平等と女性のエンパワーメントを図る Promote gender equality & empower women

開発途上国では、小学校就学に関する男女格差は徐々にだが縮小。これは古くから続く男女不平等解消への第一歩。ほとんどの開発途上地域では、女性の就業率が男性より低く、しかも、不安定で低賃金の職業に追いやられることが多い。進展は見られるものの、政府最高レベルでの女性の存在は薄く、全世界の国会議員のわずか 16% にとどまる。

PAGE  
14

## 目標 4 幼児死亡率を低下させる Reduce child mortality

5 歳未満の幼児死亡率は低下しているが、そのペースは不十分。予防か治療の可能な原因で死亡する子どもは年間 1,100 万人、1 日あたり 3 万人に上る。これら幼い命のほとんどは、簡単で安価な解決策を促進する既存のプログラム拡大で防げた可能性あり。

PAGE  
17

## 目標 5 妊産婦の健康状態を改善する Improve maternal health

毎年、妊娠か出産中に命を落とす女性は 50 万人以上。重傷を負ったり、障害者になったりする女性はその 20 倍に上る。開発途上地域では、妊産婦の死者削減にある程度の進展が見られるが、出産が最も危険な国々ではまったく進展なし。

PAGE  
19

## 目標 6 HIV / エイズ、マラリアなどの病気と闘う Combat HIV/AIDS, malaria & other diseases

エイズは、サハラ以南アフリカで早死にの最大原因となり、全世界で見ても第 4 位の死因。ヨーロッパの独立国家共同体 ( CIS ) 諸国とアジアの一部では、HIV が急速に蔓延。延命薬は開発されるも、エイズ自体の治療法はなく、目標達成のためには、世界各地で予防努力を強化する必要あり。

マラリアと結核を合わせると、毎年の死者はエイズとほぼ同数になり、国民経済を枯渇させる要因だ。マラリアによる死者全体の 9 割を占めるサハラ以南アフリカでは、予防と治療への取り組みが活発化。結核は主として HIV / エイズの影響で拡大。その発見・治療を図る新たな国際議定書の効果が期待される。

## 目標 7 環境の持続可能性を確保する Ensure environmental sustainability

大半の国々は持続可能な開発の諸原則に従うことを公約。しかし、世界の環境資源損失を逆転させることについては、十分な進展は見られず。この目標を達成するには、日常生活が周辺の天然資源に直結することの多い貧困層にもっと目を向け、グローバル協力をこれまで以上に強化する必要あり。オゾン層破壊を食い止めるための行動は、こうした進展が可能なことを実証。

安全な飲み水へのアクセスは改善したが、開発途上国の半分では今も、トイレその他の基本的衛生設備が不足。住宅の改善や生産的雇用の創出は都市人口の増大に追いつかず、都市のスラムに暮らす人々はほぼ 10 億人に上る。

## 目標 8 開発のためのグローバル・パートナーシップを構築する Develop a global partnership for development

国連ミレニアム宣言は、開発途上国が開発を確保するための自助努力を強化する一方で、先進国は援助、債務軽減、貿易機会の改善を通じ、これを支援することを定めた、グローバルな社会契約だ。これら各分野での進展はすでに結実しつつあるが、自ら定めた目標を達成できないでいる先進国も。ミレニアム開発目標を達成するためには、援助と債務軽減の拡大に加え、一層の市場開放や技術移転の加速、開発途上国で増大を続ける若者たちの雇用機会改善が必要。

## 目標 1

# 極端な貧困と 飢餓を解消する

Eradicate extreme poverty & hunger

1日1ドル未満で生活を続ける10億人以上の人々にとって、極端な貧困は日常的な現実である。飢餓と栄養不良もこれと同じくらい広まっている。事実、1日のエネルギー必要量を摂取できていない人々は8億人を超える。幼い子どもたちにとって、食糧不足は非常に危険である。心身の発育を妨げ、その生存自体も脅かすからだ。開発途上国では、5歳未満の子どもの4分の1が栄養不良に陥っている。

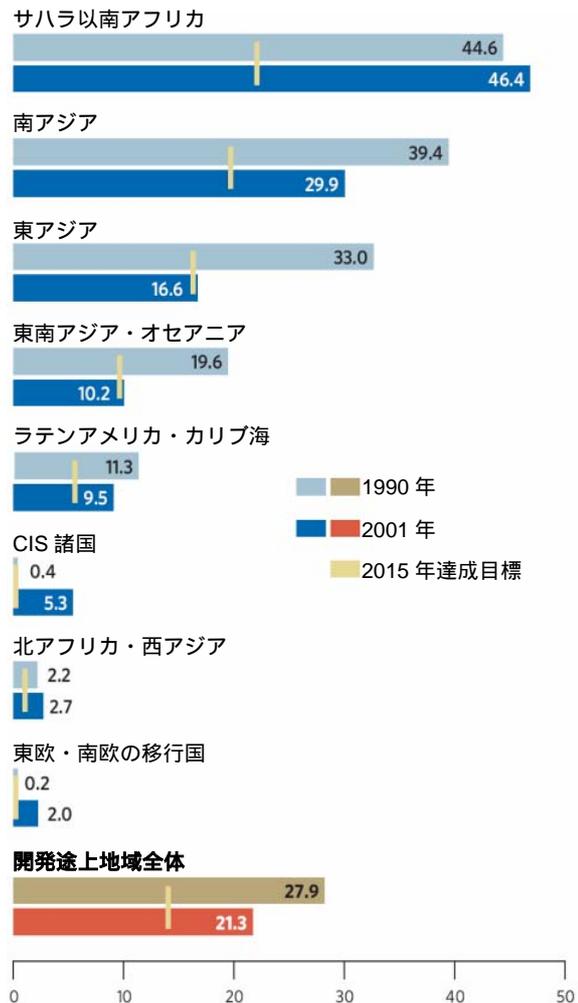
貧困と飢餓の克服は可能である。アジアでは、貧困が劇的な減少を見せた。高度経済成長期の1990年から2001年にかけて、1日1ドル未満で暮らす人々の数はほぼ2.5億人減った。過去10年間に飢餓が25%以上の減少を見た国々は、30カ国を超える。最も大規模な飢餓と栄養不良に見舞われているサハラ以南アフリカ諸国も、そのうちの14カ国を占めている。

### 具体的目標

1990年から2015年までに、1日の所得が1ドル未満の人々の割合を半減させる。

## 貧困率削減の優等生はアジア

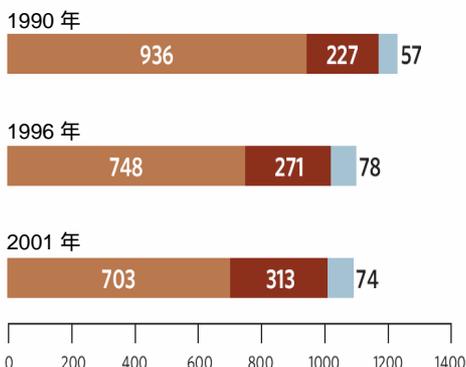
1日1ドル未満で暮らす人々の割合、1990年と2001年の比較(%)



1990年代を通じ、極端な貧困はアジアの大半で減少、ラテンアメリカで微減、北アフリカと西アジアでほぼ不変、経済体制移行国では上昇を経て低下となった。しかし、すでに貧困率が世界最高となっていたサハラ以南アフリカでは、状況がさらに悪化し、さらに数百万人が極端な貧困に陥った。

## アフリカでは貧困層が増大

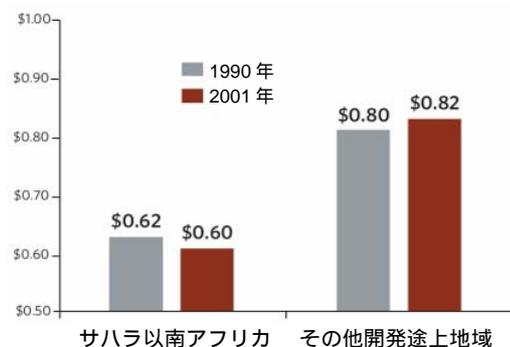
■ アジア ■ サハラ以南アフリカ ■ その他開発途上



1日1ドル未満で暮らす人々の数、1990年、1996年、2001年の比較（百万人）

1990年代にアジアで極貧層が減少したのは主として、世界最大の人口を抱える中国とインドで、それぞれ持続的な成長と経済の加速が見られたことによる。しかし、サハラ以南アフリカでは、生産的な雇用機会のない人々が増え、農業が低迷したのに加えて、HIV/エイズが働き盛りの人々の命を多く奪い去っている。

## 極貧層はさらに貧しく



1日1ドル未満で暮らす人々の平均所得、1990年と2001年の比較（米ドル）

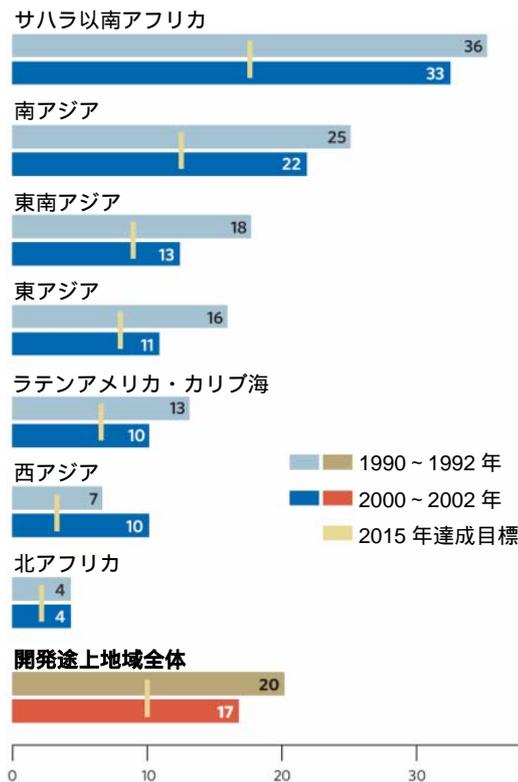
大半の地域では1990年代を通じ、1日1ドル未満で暮らす人々の平均日収がほとんど改善を見なかった。さらに悪いことに、サハラ以南アフリカでは、極貧層の平均所得が減少した。この悪い傾向を逆転させるためには、貧困層に利益をもたらす経済成長の加速が必要だが、病気や武力紛争に直面する現状で、これは困難な課題といえる。

### 具体的目標

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。

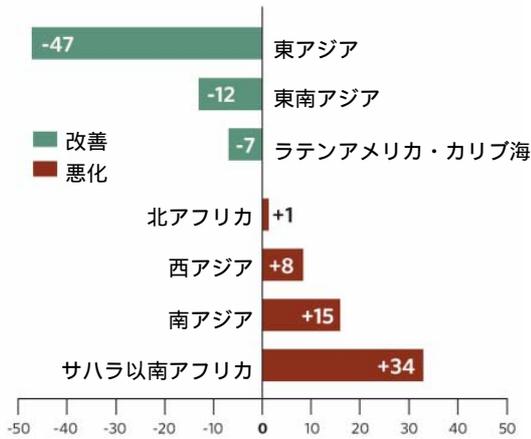
## 飢餓の減少は鈍化

食糧が不十分な人々の割合、1990～1992年と2000～2002年の比較（%）



慢性的な飢餓（日常のニーズ充足に必要な食糧を得られない人々の割合で測定）は減少している。食糧が不十分な人々の割合は西アジアを除き、1990～1992年から2000～2002年にかけて減少した。しかし、ここ数年の進展は停滞気味で、1997年から2002年にかけては、飢餓に陥る人の数が増大した。

## 飢餓状況は一進一退

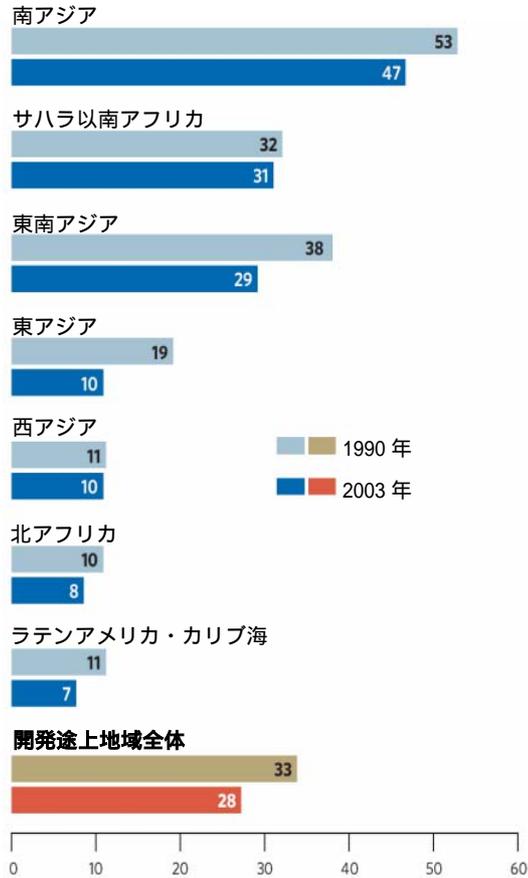


食糧が不十分な人々の数、1990年から2002年までの増減（百万人）

2002年の時点で、開発途上地域では8億1,500万人が飢餓状態にあるが、1990年に比べると900万人減っている。しかし、最も飢餓が深刻な地域（サハラ以南アフリカと南アジア）では、その数が数千万人単位で増えている。これら地域では、人口増加と農業生産性の低迷が食糧不足の主因である。世界で飢餓に苦しむ人々の大半は農村部に暮らし、所得と食糧の両面で天然産品に依存した生活を送る。飢餓は土地を所有しない層や、耕作地が狭くて生計を立てられない農民に集中する傾向がある。

## 開発途上地域の子どもは4分の1以上が栄養不良

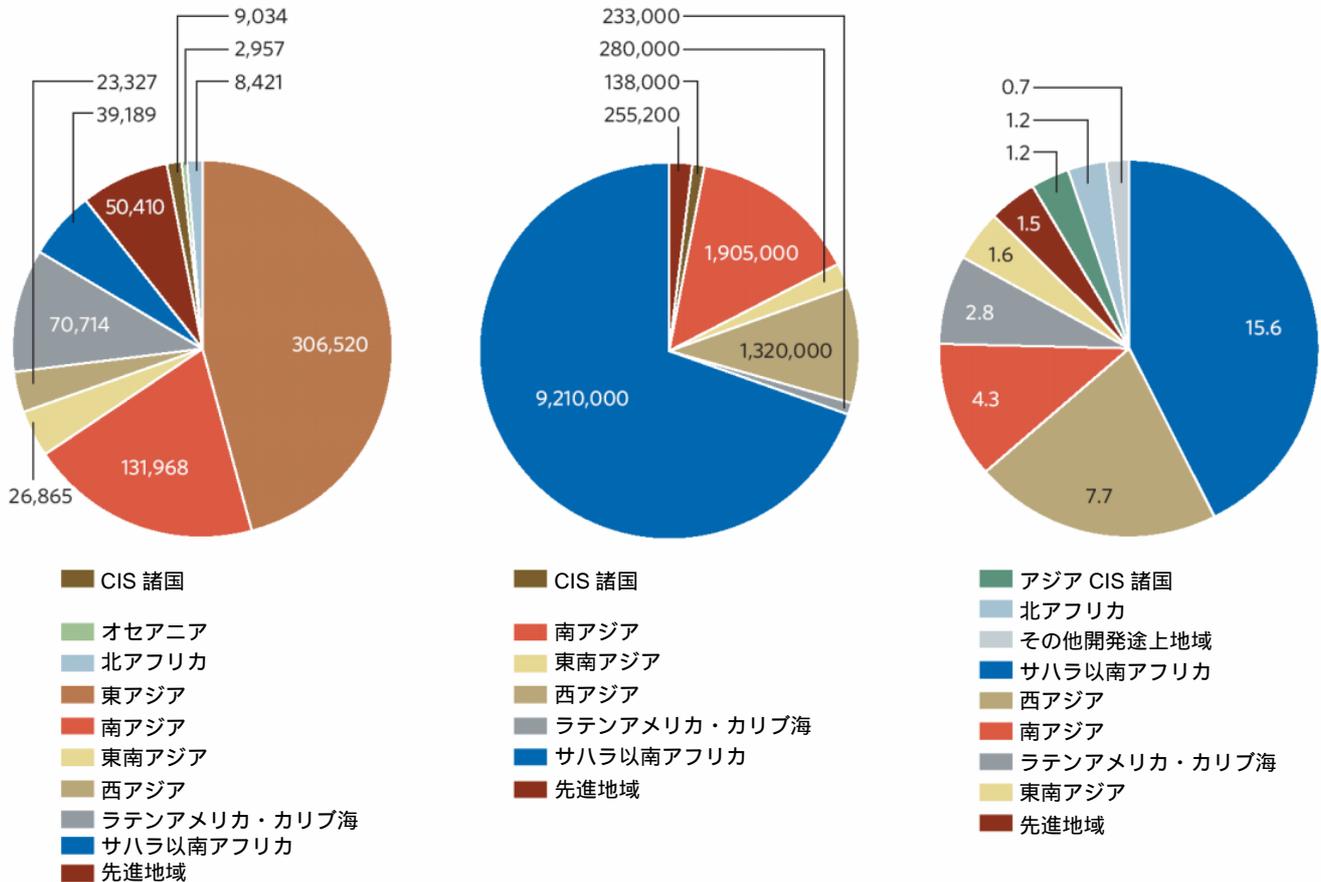
5歳未満の体重不足児の割合、1990年と2003年の比較



栄養不良は子どもの死亡の半分以上に関係している。その原因は食糧難にとどまらず、感染症による衰弱やケアの不足にも見いだすことができる。子どもの栄養不良の解消は思うように進んでいない。開発途上地域では、5歳未満の子ども1億5,000万人以上が体重不足に陥っているが、その中には南アジアの子どものほぼ半数が含まれている。サハラ以南アフリカでは、体重不足の子どもが1990年の2,900万人から、2003年には3,700万人へと増大。一方、改善が見られる東アジアでは、栄養不良の子どもの数が2,400万人から1,000万人へと減少した。

子どもの栄養不良対策戦略としては、生後6カ月間は母乳のみで授乳すること、微量栄養素サプリメントの利用を増大すること、感染症を減らすこと、きれいな水と衛生設備を利用できるようにすることなどがあげられる。

## 紛争や災害で貧困と飢餓は悪化



災害による死者  
1994～2003年推計

紛争による死者  
1994～2003年推計

難民と国内避難民  
2003年 (百万人)

貧困と飢餓を解消するための取り組みはしばしば、紛争や自然災害による打撃を受けている。一方、飢餓と貧困は特に、不平等などの要因と結びついた場合、紛争の温床となり、防災活動をさらに困難にすることがある。

1994年から2003年までの大規模紛争による死者1,300万人のうち、サハラ以南アフリカ、西アジアおよび南アジアでの死者は1,200万人を超える。これらの地域が、全世界の難民・国内避難民3,700万人の4分の3を抱え、その各所で飢餓に苦しむ人々が増えているのも無理からぬことだ。中でも、サハラ以南アフリカと西アジアの2地域では、貧困も増大している。

この同じ時期に自然災害で死亡した人々は66万9,000人に上る。東アジアと南アジアはその4分の3近くを占める。2004年12月にアジアで発生した津波は、ほんの数時間でさらに数十万人の命を奪った。自然災害による死者の多くは、早期警報システムなどの措置があれば助かっていたかもしれない。犠牲になるのは常に、ほかにも優先課題が山積する最貧国とその人々である。

ミレニアム開発目標 (MDGs) は、置かれた状況に関係なく、すべての人々に当てはまる。人道危機と紛争後の状況で MDGs の促進を図れば、長期的な開発に向けた健全な基盤を作ることでもできよう。

\* 国内避難民に関するデータは、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) の保護・支援対象となる人々に関するもの。

## 目標 2

# 初等教育を完全に普及させる

Achieve universal primary education

どのような生活を送るかを選べるチャンスの人々に与えるのが教育である。人々は教育によって、個人的な関係でも、コミュニティの中でも、そして職場でも、自信を持って自己表現できるようになる。しかし、就学年齢に達していても小学校に通えない 1 億 1,500 万人以上の子どもたちは、この人権を手にするができない。その圧倒的多数は、母親も正規の教育を受けていない貧困家庭に暮らしている。

潜在能力の損失によって影響を受けるのは、子どもたちだけではない。特に女子の教育は、社会全体にとって社会的・経済的な利益となる。教育を受けた女性には経済的チャンスが多く訪れ、社会にも深くかかわれるようになる。また、母親として産む子どもの数も少なくなるため、子どもの健康状態も改善し、学校に通える可能性も高くなる。こうした利益はすべて、貧困の悪循環を取り除く鍵となる。

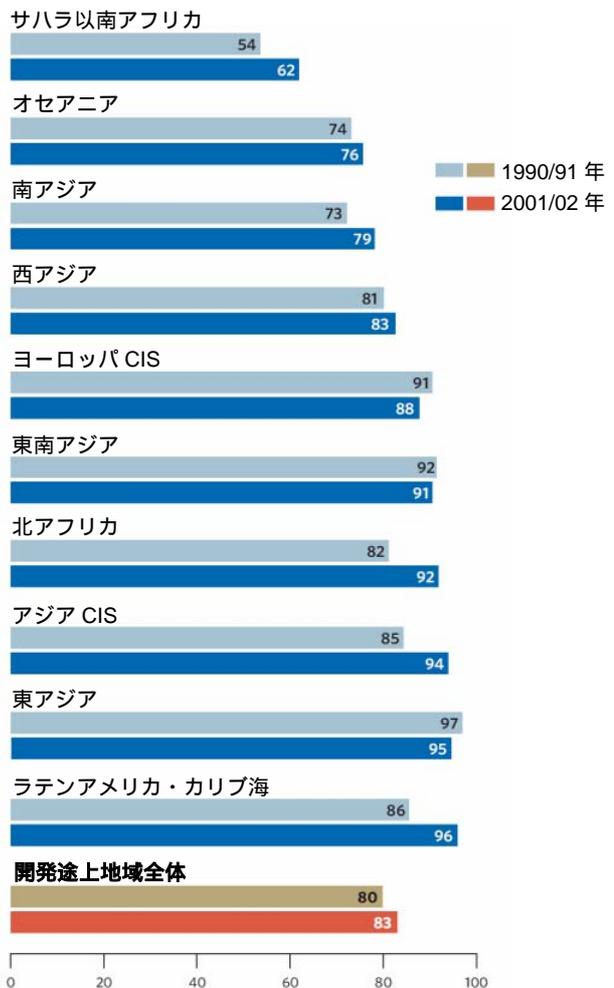
5 つの地域は初等教育の完全普及に近づいている。サハラ以南アフリカ、南アジア、オセアニアでこの目標を達成するためには、取り組みを劇的に拡大する必要がある。このような地域では、就学率を向上させることに加え、すべての子どもたち（特に手を差し伸べるのが最も難しい子ども）が退学せず、最後まで質の高い教育を受けられるようにする取り組みも必要だ。

### 具体的目標

2015 年までに、男女を問わず、あらゆる子どもたちが各地で初等教育を修了できるようにする。

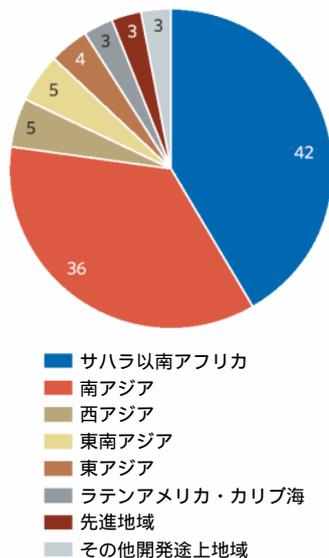
## 5 地域で初等教育普及が目前

初等教育正味就学率、1990/91 年と 2001/02 年の比較 (%)



5 地域では、子どもの小学校就学率が 90%を超えているが、この高水準を維持し、残ったわずかな子どもたちを学校に通わせるのは難しいこともある。サハラ以南アフリカでも進展は見られるが、3 分の 1 以上が依然として就学していない。アフリカの 5 カ国では、小学校に通っている子どもたちが就学年齢児全体の半分に満たない。南アジア、オセアニア、西アジアでも就学率は頭打ちで、約 20%の子どもたちが学校に通えていない。

## 非就学児の 10 人に 8 人は サハラ以南アフリカか南アジアに



非就学児の地域別構成、2001年 (%)

サハラ以南アフリカと南アジアでは、就学年齢の子どもの多さが最も大きな課題を突きつけている。特に教育資源の乏しい農村部に住む子どもたちの割合が多いことから、状況は一層困難になっている。

2001年の時点で、開発途上国では1億1,500万人の子どもが学校に通っていないが、その中には退学者もいれば、まったくの未就学者もいる。例えばマリでは、61%に上る非就学児のうち、学校に通ったことのある子どもはほとんどいない。

## エイズは教育に重い負担

サハラ以南アフリカの教育危機は、エイズによってさらに悪化している。1999年だけでも、この地域の子ども100万人近くがエイズで教師を失った。このような死が積み重なることで、ただでさえ十分な教員がいない多くの国々は、支えきれないほどの重荷を負っている。親がエイズを発症すれば、子どもが学校をやめてその世話をしたり、家事をしたり、働いて生計を立てたりしなければならないことが多い。親が死ねば、経済的理由で退学しなければならない子どもも多くなる。子どもの生活に安定要素を提供する教育が、このような時にこそ必要なことを考えれば、こうした事態は悲劇的である。しかも、エイズの蔓延を食い止めるのに最も効果的な方法は教育だともいえる。若者がエイズから身を守る方法に関する知識は、学校カリキュラムにも取り入れられるようになったからだ。

## 家庭が貧しければ就学も困難



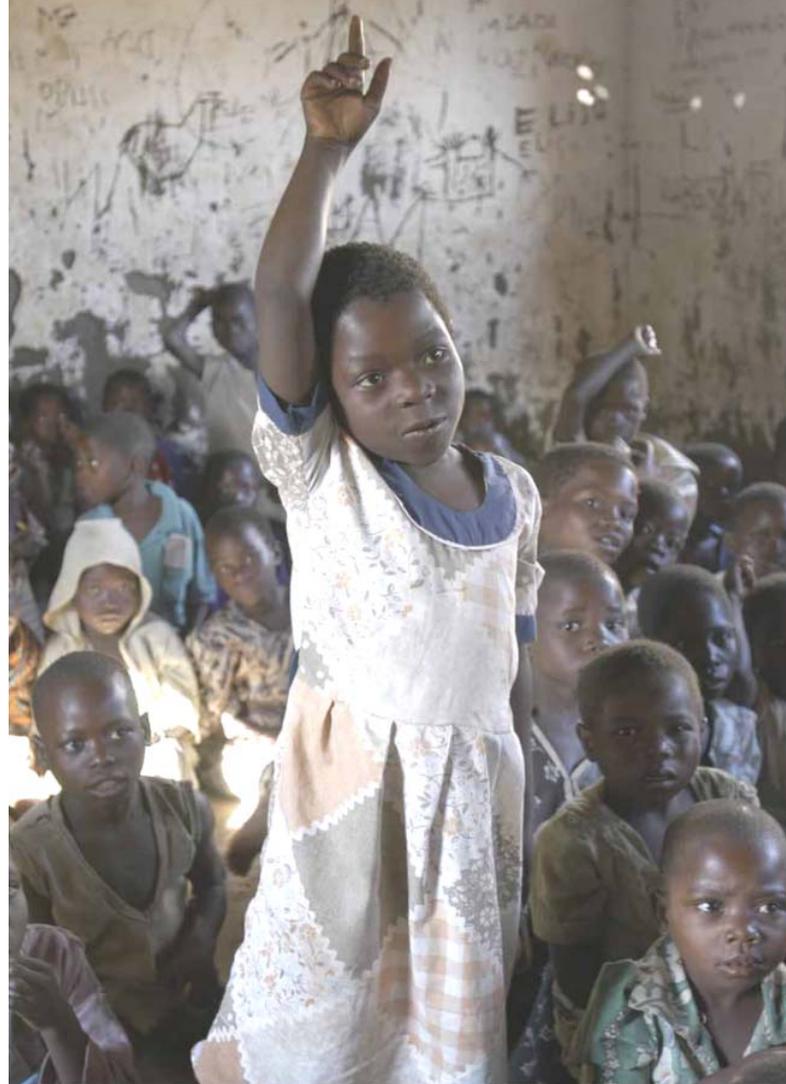
開発途上地域の就学年齢児のうち、学校に通っていない子どもの割合、家計所得・母親の学歴別、2001年(%)

開発途上地域の状況はどれも同じである。最も豊かな20%の家庭の子どもは、最も貧しい20%の家庭の子どもに比べ、学校に通える確率が3倍高い。同様に、教育を受けた母親の子どもは、正規の教育を受けなかった母親の子どもに比べ、学校に通える確率が2倍以上高い。

最も就学率が低いのは、先住民その他少数者の子どもである。このような格差に取り組み、最も恵まれない子どもたちに手を差し伸べるこそが、初等教育を完全に普及させる上で最大の課題である。

## 就学はまだ道半ば

就学した子どもについては、学校に最後まで通わせて、社会に出る準備となる教育を受けさせることが重要である。退学や留年は多くの子どもたちにとって、初等教育を修了できないことを意味する。サハラ以南アフリカでは、最終学年に進む子どもが半分強にすぎない。南アジア、西アジア、オセアニアでは、この割合が60%から75%となっている。小学校修了の点で最も大きな進展が見られたラテンアメリカ・カリブ海と東南アジアでは、90%以上の子どもが最終学年に進級している。東アジアでは、すべての子どもが小学校を卒業する。授業料の引き下げあるいは無料化、給食の提供、授業内容の改善、家に近い場所への学校設置により、就学率と出席率をともに引き上げることができる。



## ほとんどの開発途上地域で高い女子の退学率

ラテンアメリカ・カリブ海、東アジア、東南アジアを除くすべての開発途上地域では、女子のほうが男子よりも学校に残れない可能性が高い。男女の格差が最も大きいのは、初等教育を修了する子どもが60%に満たない22カ国である。

## 目標 3

### 男女平等と女性のエンパワーメントを図る

Promote gender equality & empower women

男女平等は一つの人権であり、ミレニアム開発目標でも中心に据えられている。男女平等は飢餓、貧困、病気を克服するための前提条件である。それはすなわち、あらゆる教育レベルとあらゆる職業分野での平等、資源に対する平等な管理権、社会と政治における平等な代表を意味する。

女性が社会とグローバル経済に全面的に参加するためには、小学校やそれ以降の教育で男女平等を達成しなければならない。しかし、女子が教育から取り残されている国々があまりにも多い。質の高い教育は数々の恩恵をもたらすが、その一つとして、有給雇用による生活の安定があげられる。しかし、女性は不安定で給料の低い仕事へと追いやられることがあまりにも多い。農業以外の有給雇用に占める女性の割合は増えているものの、多くの地域では、女性がほとんど有給の職に就くことができず、インフォーマル経済の担い手となっている。

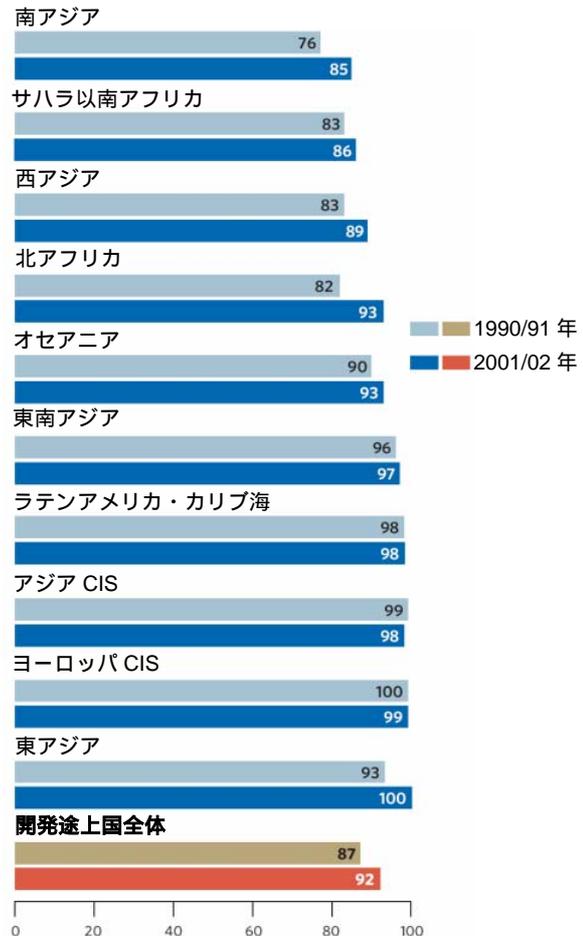
家庭内から政府の最高レベルに至るまで、自らの生活にかかわる決定に平等な発言権を持つことは、女性のエンパワーメントの鍵を握る要素だ。1990年以來、女性の国会議員は徐々に増えてはいるものの、その割合は全世界でわずか16%にすぎない。

#### 具体的目標

できれば2005年までに初等教育と中等教育で、少なくとも2015年までに全教育レベルで、男女の格差を解消する。

### 女子の就学率は男子に追いつかず

男子に対する女子の小学校就学率、1990/91年と2001/02年の比較（男子生徒100人あたりの女子生徒数）

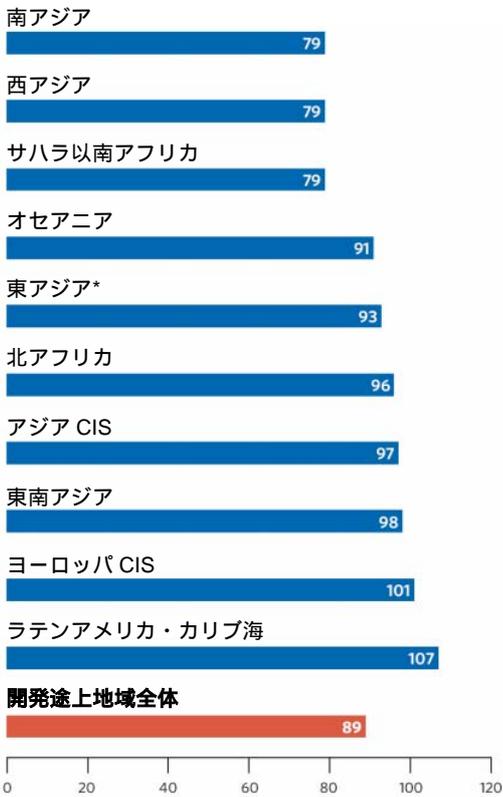


初等教育の男女格差が最も大きい国々の中には、女子の就学率を向上させたものも多い。それでも、南アジア、サハラ以南アフリカ、西アジアでは、男女格差が相変わらず深刻な問題となっている。資源と学校施設が不足し、全体の就学率が低い国々では、家庭が女子と男子のどちらを学校に通わせるかの選択を迫られることが多い。犠牲になるのはたいてい女子だ。

焦点を絞った施策により、女子の就学率を大幅に改善し、学校にとどまるよう促すことができる。具体的な措置としては、通学のための安全な交通手段を提供すること、男女別のトイレを設置すること、男女の固定的観念を教室から排除することなどがあげられる。

## 男女格差は中等・高等教育でより深まる

男子に対する女子の中学・高校就学率、2001/02年（男子生徒100人あたりの女子生徒数）

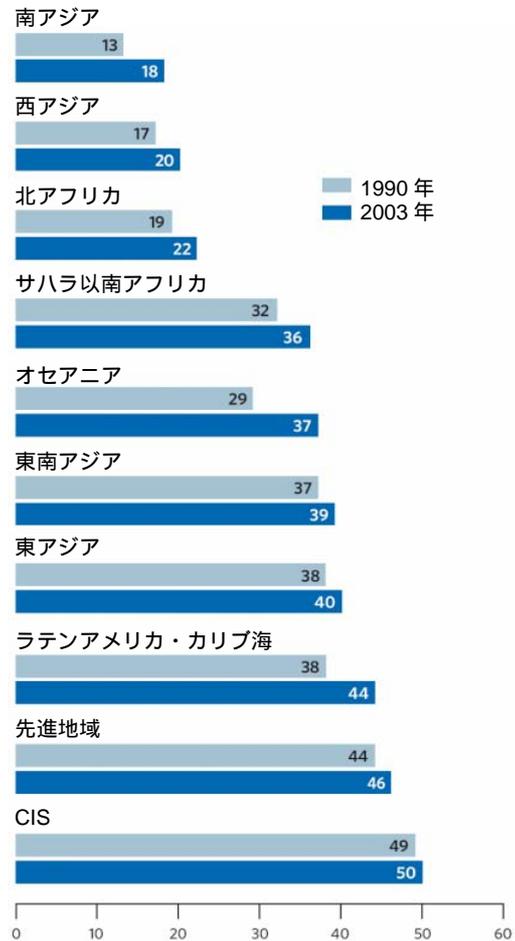


全体的に就学率が高い国々では、女子の初等・中等教育就学率も高い傾向にある。例えばラテンアメリカでは、中等教育を受けている女子が男子よりも多い。しかし、ほとんどの開発途上地域では、中等教育、高等教育とレベルが高くなるにつれて、男女格差がさらに大きくなる。十分なデータがある約65カ国のうち男女平等を達成したのは、初等教育で約半数なのに対し、中等教育では約20%、高等教育では8%にすぎない。

\*2000/2001年のデータ。

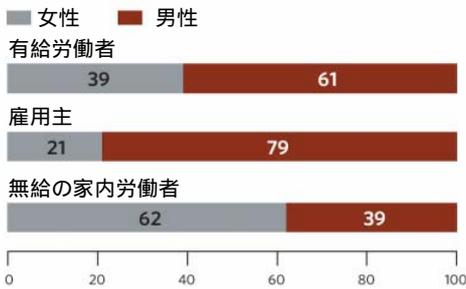
## 有給雇用で続く男女格差

非農業有給雇用に占める女性の割合、1990年と2003年の比較（%）



開発途上地域のほとんどで、女性は男性よりも有給雇用を得にくい。全地域である程度の進展は見られるが、南アジア、西アジア、北アフリカでは、農業以外の有給雇用に占める女性の割合が20%程度にすぎない。ラテンアメリカ・カリブ海では、着実な改善が見られた結果、有給雇用に占める女性の割合が40%台に達している。CISでは、有給雇用の男女格差はほとんどないものの、男女ともに雇用状況の悪化が見られる。失業者が多いほか、給与や諸手当も目減りしている。

## 地位の低い職業に多いのは女性



地位別雇用全体に占める女性の割合、1990～2002年 (%)

女性は男性よりも有給の定職に就ける可能性が低く、インフォーマル経済で働くことのほうが多いため、安定した生計も社会保障給付もほとんど得ることができない。企業を所有し、雇用主となる女性も男性より少ない。世界的に見ても、家内企業で無給労働に従事する人々の60%以上は女性である。女性は家事のほとんども担当する。この労働も無給であるばかりか、ほとんど価値を認められず、国民生産統計にも反映されない。

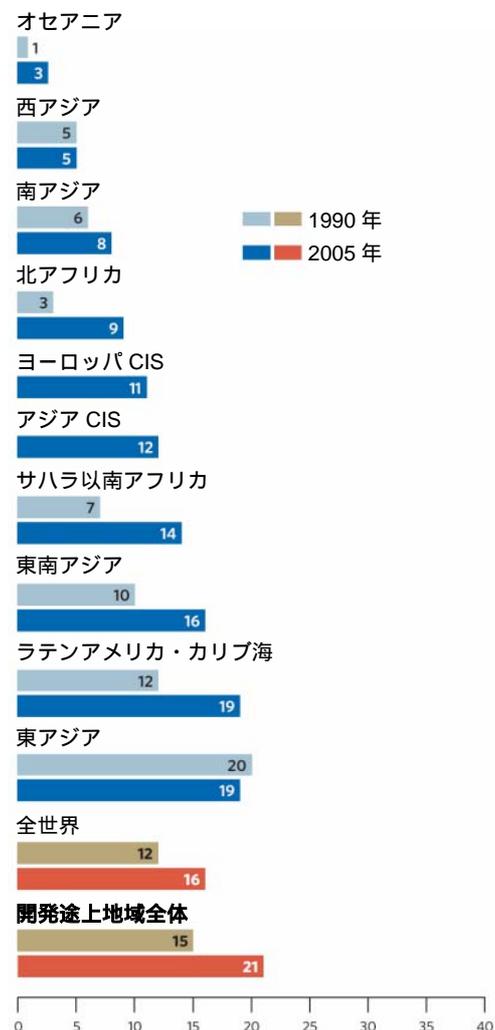
## 女性の政治参加の保証を目指し、80カ国以上が具体的に行動

2003年の国政選挙の結果、ルワンダの国会議員の49%は女性となった。現在まで、これほど国会で男女平等に近づいた国はない。ブルンジ、エリトリア、モザンビーク、ナミビア、南アフリカ、ウガンダなど、その他のアフリカ諸国も、国会に女性枠を設ける立法規定を成立させた。ラテンアメリカ・カリブ海では、17カ国で女性を優遇するアファーマティブ・アクションを導入され、女性が国会議員の20%近くを占めるようになった。さらに、伝統的に女性の政治参加が少なかった北アフリカと西アジアでも、ジブチ、ヨルダン、モロッコ、チュニジアが選挙法を改正し、国会に女性枠を設けた。2004年末までに、全世界で81カ国が同様の措置を導入したが、これは世界での女性の地位向上を確保する上で極めて重要だ。啓発キャンペーンや研修、政党改革も、女性の指導者や有権者としての政治参加に効果をあげている。



## 最高レベルの決定は男性が支配

国会議員(二院制の場合は下院議員)に占める女性の割合、1990年と2005年の比較 (%)



1990年代以来、女性国会議員の割合は着実に上昇している。サハラ以南アフリカでは、女性議員の割合が倍増した。にもかかわらず、世界的に見れば女性議員の割合は16%にすぎない。男女平等に近づいているのはルワンダとスカンジナビア諸国だけだ。これとは対照的に、オセアニアと西アジアでは女性議員がほとんどいない。CISでは、女性の国政参加が保証されなくなった1990年代前半以降、女性議員の割合が激減した。しかし、複数政党制で女性の役割が強まる中、この動きにも変化が生じている。

## 目標 4

# 幼児死亡率を低下させる

Reduce child mortality

子どもの死は悲劇的な損失である。それでも毎年、1,100万人近く（1日あたり3万人）の子どもが5歳の誕生日を待たずに幼い命を失っている。こうした子どものほとんどは開発途上国に暮らし、既存の安価な手段で予防あるいは治療できる病気や、その併発によって死亡する。肺炎治療の抗生物質や下痢治療の経口補水塩がないことが死因となるケースさえ見られる。死因の半数以上には、栄養不良が関係している。

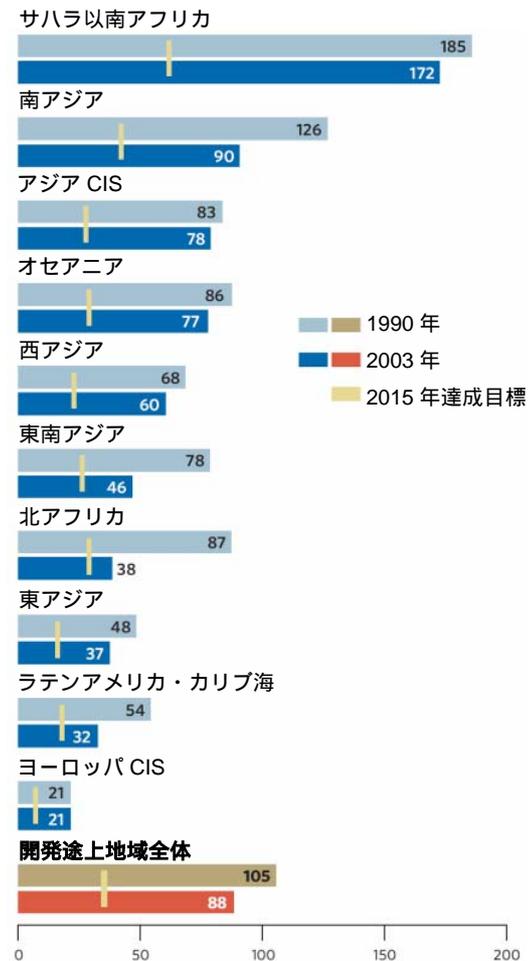
幼児死亡率は貧困と密接にかかわり合っている。事実、貧困国の人々や、それ以外の国々の最貧層にとって、乳幼児の生存率はなかなか改善しない。ここで鍵を握るのは、安全な水や衛生設備改善をはじめとする公衆衛生サービスだ。特に女子と母親の教育は子どもの命を救うことになる。所得の向上は助けにはなるが、最も必要な人々にサービスが行き届かなければ何にもならない。

### 具体的目標

1990年から2015年までに、5歳未満の幼児死亡率を3分の2引き下げる。

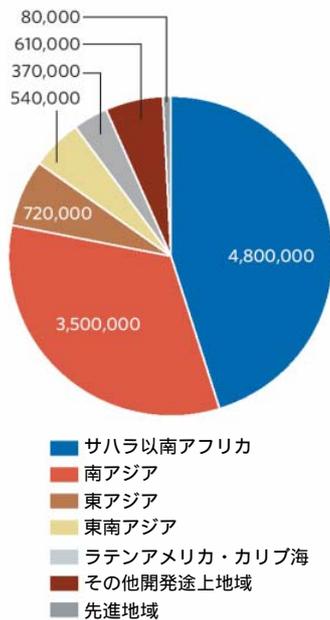
## 幼児死亡率の改善は足踏み

出生1,000人あたり5歳未満死亡率、1990年と2003年の比較



1960年には、開発途上地域の子ども5人に1人以上が5歳を迎える前に死亡していた。1990年までに、この割合は10人に1人まで低下した。このような進歩から、2015年までに幼児死亡率をさらに3分の2引き下げられるだろうとの期待が生まれた。しかし、1990年代に入ると改善のペースは鈍化。同じペースで前進を遂げられたのは北アフリカ、ラテンアメリカ・カリブ海、東南アジアだけだった。これらの地域では、経済成長、栄養状態の改善、保健医療の普及が、幼児生存率の改善を後押しした。しかし、地域の平均データの裏には、各国の状況の違いや、社会経済集団間の格差が隠れている。

## 目標達成には、サハラ以南アフリカと南アジアで大幅な改善が必要

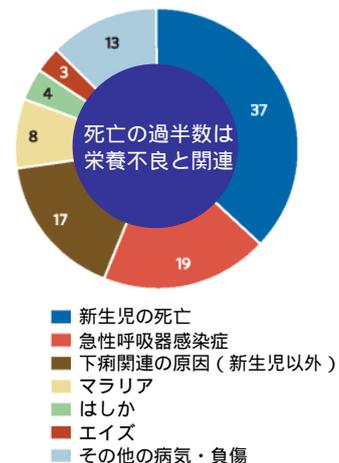


5 歳未満の幼児死亡数、2003 年

5 歳未満で命を失う子どものほぼ半数が暮らすサハラ以南アフリカでは、保健システムの不備、紛争、エイズなどにより、改善が滞っている。貧困の減少が見られる南アジアも、依然として幼児死亡数の 3 分の 1 以上を占める。カンボジアやイラクなど、紛争を経験した国々では 1990 年以來、幼児死亡率の急激な上昇あるいは高止まりが見られる。南部アフリカをはじめ、エイズの直撃を受けている諸国でも、5 歳未満の死亡率が急増している。



## 簡単で安価な措置の拡大で、多くの命が助かるはず

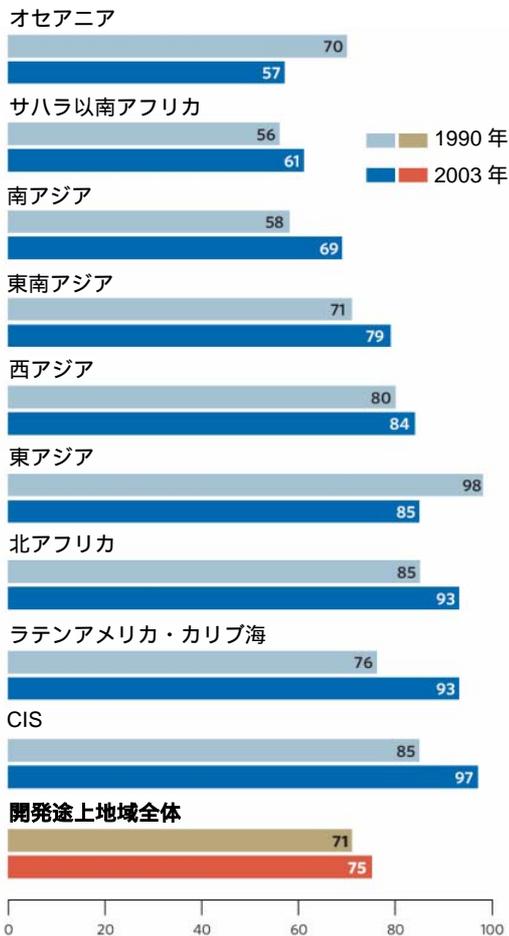


5 歳未満の子どもの死因、2000 ~ 2003 年 (%)

5 歳未満で命を失う子どもの半数は、肺炎、下痢、マラリア、はしか、エイズの 5 つの病気を原因としている。安価な予防・治療措置を拡大していれば、多くの命が救えていたかもしれない。具体的な措置としては、母乳のみの授乳、抗生物質による急性呼吸器感染症の治療、経口補水による下痢治療、予防接種、殺虫蚊帳や適切な薬を用いたマラリア予防などがあげられる。栄養不良が病死の危険を高めることから、適切な栄養摂取も予防の一環となる。産前産後の母子保健を改善すれば、新生児の死亡を 3 分の 1 減らすことができよう。

## はしか予防接種は有効だが、普及の余地大

はしか予防接種を受けた子ども（12～23 カ月）の割合、1990年と2003年の比較（％）



予防接種で撲滅できる病気の中でも、はしかは子どもにとって最大の死因である。安全で有効、かつ、比較的安価なワクチンが利用できるようになってから、すでに40年以上になる。それでも、毎年3,000万人の子どもがはしかにかかり、2002年には54万人が命を失っているほか、視力や聴力に障害を来すケースも多い。はしか予防接種の普及は、世界中で徐々に進んでいるものの、オセアニア、サハラ以南アフリカ、南アジアでの普及は遅れ、子どもの3分の1がまだ予防接種を受けられないでいる。はしか予防接種がどの程度普及しているかは、5歳未満の小児保健医療システムの充実度を測る上で、一つの指標となる。

## 目標 5

### 妊産婦の健康状態を改善する

Improve maternal health

出産は喜びの時であるはずだ。しかし、毎年 50 万人を超える女性にとって、妊娠と出産は致命的となる。重傷や障害を負う女性はその 20 倍に上り、これを治療しないまま放置すれば、苦痛や屈辱が一生つきまとうことにもなりかねない。母親の死は何よりも、残された子どもにとって悲劇となる。貧困に陥ったり、搾取の対象になったりするおそれが高まるからだ。

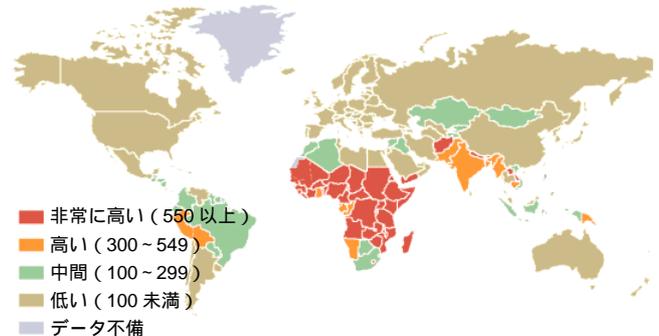
すでに妊産婦死亡率が低い国々では、さらに進展が見られているが、まだ十分ではない。妊産婦死亡率が最も高い国々でこれを引き下げるためには、資源をさらに投入し、出産の大半にそれに伴う余病を予防、発見、管理できる医師、看護師、あるいは助産婦が付き添えるようにする必要がある。問題が発生した場合には、女性が速やかに設備の整った医療施設を利用できるようにしておかなければならない。

家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスケアの普及は、妊産婦の健康増進に向けた第一歩といえる。また、生殖年齢を控えた若者 13 億人のニーズに応える上でも重要だ。現状では、安全で効果的な避妊サービスを受けられない女性が 2 億人に上っている。

#### 具体的目標

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

### 女性にとって出産は命がけ

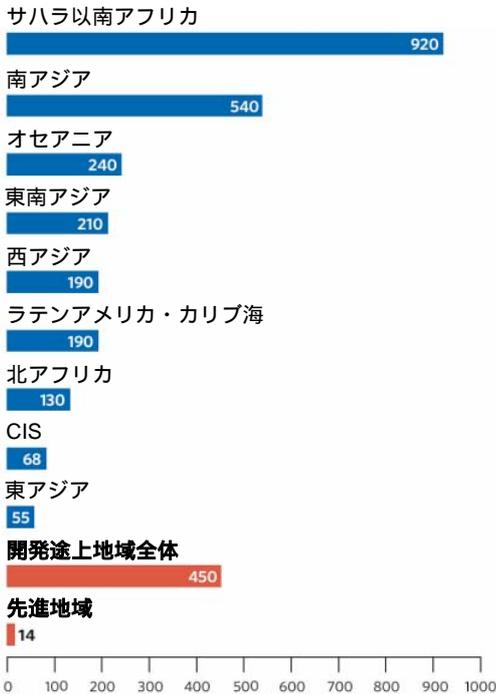


出生 10 万人あたり妊産婦死亡率、2000 年

2000 年の時点で、開発途上地域では出生 10 万人あたり平均で 450 人の女性が妊娠あるいは出産中に死亡している。1 人あたりの出産数が多い国々では、女性が何回もこの危険にさらされることになる。このため、一生涯で妊娠あるいは出産中に死亡する確率は、先進地域の 3,800 分の 1 に対し、サハラ以南アフリカでは 16 分の 1 と高くなっている。女性が希望する家族計画サービスを受けられれば、この一生涯の危険は大幅に減らすことができよう。妊娠した女性には、十分な医療を確保するとともに、不測の事態に備え、緊急の出産施設を利用できるようにしておくことが不可欠だ。

## 出産中の死亡は減少も、死亡率の高い国では改善見られず

出生 10 万件あたり妊産婦死亡率、2000 年



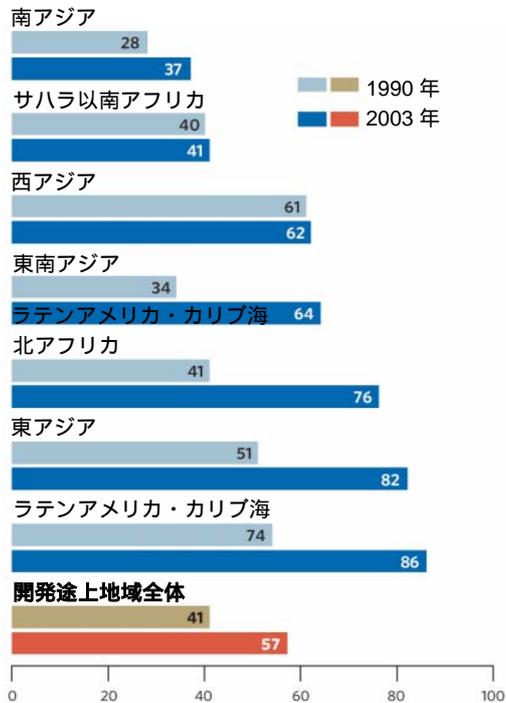
手元のデータは限られているが、これを分析すると、妊産婦死亡率が中程度か、もともと低い国々で死者が激減しているのがわかる。妊娠と出産が最も危険な国々では、同じような進展の証拠が見られない。

## 貧困国でも改善は可能

バングラデシュは世界の最貧国の一つだが、熟練助産婦、緊急出産施設の利用、家族計画プログラムの拡大に重点的に取り組むことで、妊産婦死亡率の大幅な削減に成功した。エジプトでは、わずか 8 年間で妊産婦死亡率が半減した。このまれに見る成果は、出産に伴う余病管理をはじめとする医療の質的改善と、熟練助産婦の付き添い確保を図る包括的プログラムによってもたらされた。また、妊産婦に対するコミュニティの支援を促し、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスの必要性に取り組むことにも重点が置かれた。

## 熟練介護者の付き添いによる出産が増加

熟練介護者が付き添った出産の割合、1990 年と 2003 年の比較 (%)



1990 年から 2003 年にかけて、開発途上地域のほとんどでは、熟練介護者がますます出産に付き添うようになった。東南アジア、北アフリカ、東アジアでは大きな改善が見られたが、サハラ以南アフリカではまったく変化がなく、妊産婦死亡率も最も高い。南アジアでは改善が続いてはいるものの、世界で最も熟練介護者の付き添いが少ない地域となっている。どの地域でも、熟練介護者の付き添い率は都市部よりも農村部で低い。

出産時の専門職員による介護は、緊急出産施設へのアクセスとともに、妊産婦死亡率を引き下げることができる要因の一つだ。しかし、その効果を上げるためには、緊急出産施設に必須医薬品、設備、用品が備わっていないなければならない。

## 目標 6

# HIV / エイズ、マラリア などの病気と闘う

Combat HIV/AIDS, malaria & other diseases

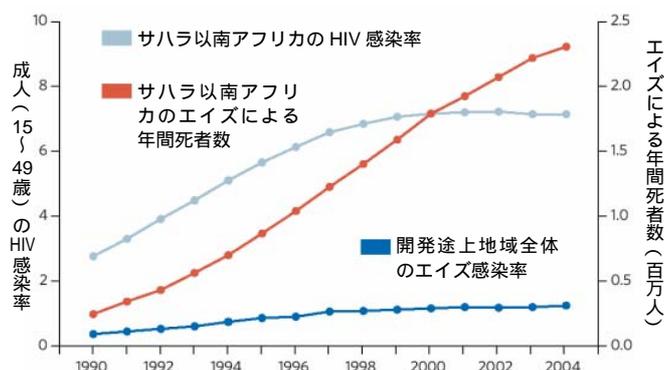
エイズは、25年前にはじめて報告されて以来、サハラ以南アフリカで早死にの最大の原因となり、全世界的にも第4位の死因となっている。エイズによって命を失った人々は、これまでで2,000万人を超える。また、2004年末時点で、3,900万人がHIVに感染していると見られる。エイズは人間に計り知れない苦痛をもたらしているだけでなく、最も打撃の大きい国々では、数十年にわたる開発の進歩が無に帰している。その影響を免れた国は皆無だといっても過言でない。しかし、これに闘いを挑み、勝利している国々もある。タイとウガンダは、ビジョンと指導力さえあれば、感染率を引き下げられることを実証した。これらの国々は、エイズ禍に苦しむ他の国々にとって模範となる存在だ。

大きく報道されてはいないものの、開発途上地域の人々の活力と希望をひそかに奪い去りつつある病気はほかにもある。マラリアは幼児をはじめとして、年間百万人の命を奪っており、アフリカ諸国の経済成長を年1.3%低下させていると見られる。一度は撲滅されたかと思われた結核も、耐性菌の出現やHIV/エイズによる抵抗力の低下もあり、再び姿を現しつつある。これら3つの病気が最貧国に集中していることは驚くに値しない。教育や予防、病気になった場合の治療やケアにより、これらの病気はかなり統制できるのである。

### 具体的目標

2015年までに HIV / エイズの蔓延を食い止め、後退させる。

## 死者と感染者が増大するサハラ以南アフリカでは、感染率が高止まり

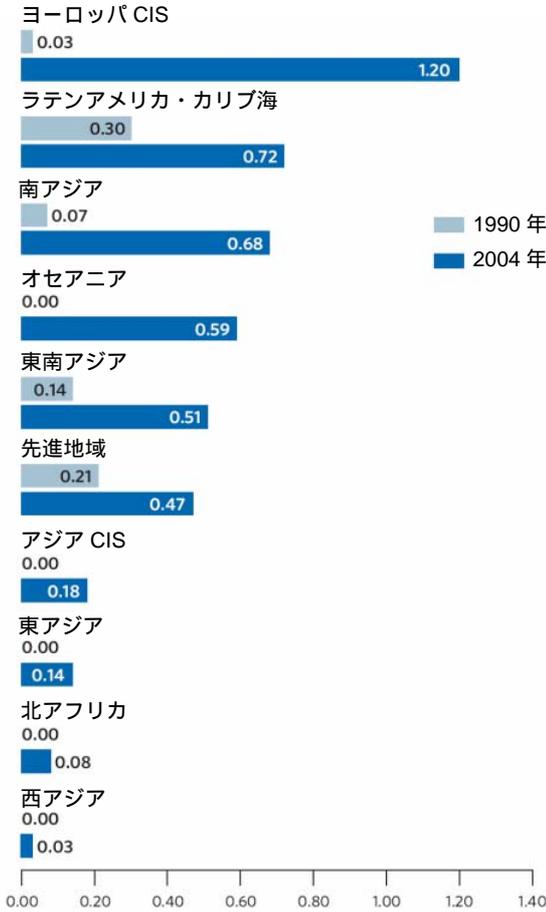


サハラ以南アフリカと開発途上地域全体における15～49歳の成人のHIV感染率(%)およびサハラ以南アフリカのエイズによる死者数(百万人)、1990～2004年

サハラ以南アフリカでは、100人に7人がHIVに感染している。南部アフリカ諸国の中には、成人の4分の1がHIV感染者の国もある。サハラ以南アフリカの感染率は引き続き高い水準にあるが、その上昇は一段落した。だからといって、蔓延が食い止められたわけではない。エイズによる死者数が年を追うごとに増大し、新感染者数とほぼ等しくなっているだけだ。

## 他の全地域で HIV 感染率は上昇

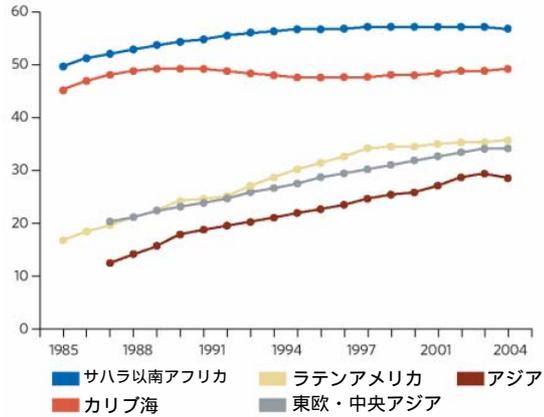
主要地域における 15～49 歳の成人の HIV 感染率、1990 年と 2004 年の比較 (%)



2004 年には全世界で 490 万人が HIV に新たに感染し、310 万人がエイズで死亡した。HIV が最も急速に蔓延している地域は、ヨーロッパの CIS 諸国とアジアの一部だ。

エイズの蔓延が始まって間もない国々では、最も感染しやすい人々を対象を絞ったプログラムが有効である。しかし、資源の不足と政治的リーダーシップの欠如によって前進が阻まれている国が多い。HIV が社会的に阻害あるいは蔑視されている集団に蔓延している国々では、特に状況が深刻だ。現実的な将来を見据えたアプローチを採用しなければ、これまで大規模感染に至っていない国でも HIV が蔓延することになる。

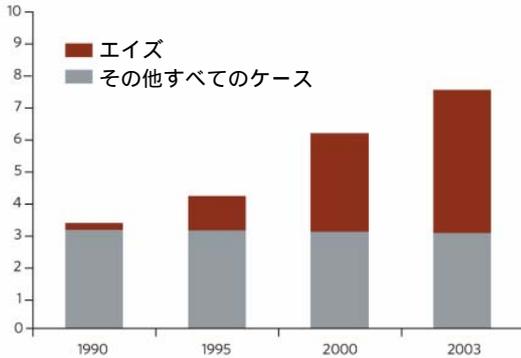
## エイズ禍の悪化は女兒と女性を直撃



主要開発途上地域における 15～49 歳の成人女性の HIV 感染率、1985～2004 年 (%)

全世界の HIV 感染者の半数弱が女性であるが、蔓延が広がるにつれ、女性と女子の割合は増えている。生理学的な理由に加え、男性との性的関係で弱い立場に立たされていることが、女性と女子を HIV に感染しやすくしている。サハラ以南アフリカでは、女性が感染者の 57% を占める。アフリカの 15 歳から 24 歳の年齢層を見ると、その差はさらに歴然とする。最も感染者の多い国々の中には、最近の国勢調査で、若年層の男性感染者 1 人につき、3 人の若い女性が感染していることが判明した国もある。このような動向は、エイズ対策に深刻な落ち度がある証拠だ。女性の HIV 感染を防げるサービスを拡大するとともに、女性の感染リスクを助長する要因に立ち向かうための教育と予防措置を実施する必要がある。

## エイズ孤児は記録的な数に



サハラ以南アフリカでエイズとその他の原因で両親を失った 15 歳未満の子ども、1990～2003 年

エイズの蔓延に伴い、エイズで両親を失う子どもの数も増大している。この前例のない社会問題に取り組むためには、斬新な対応が必要である。サハラ以南アフリカだけでも、2003 年に 400 万人以上の子どもがエイズで両親を失った。片方の親だけを失った子どもたちを含めると、その数は 1,200 万人になる。開発途上地域全体で見ると、1,500 万人の子どもがエイズでどちらか、あるいは両方の親を失っている。

## 治療やケアとともに鍵を握るのは予防

エイズを完治させる方法はないため、予防は欠かせない。しかし、若者の知識は HIV から身を守るのにあまりにも不十分だ。サハラ以南アフリカでの調査によれば、感染を防ぐための基礎知識を持っている女性は若い女性の 21%、若い男性の 30% にすぎない。東南アジアの若い女性を対象とした調査では、この割合がさらに低くなっている。このような状況では、若者の過半数がコンドームを使わずにリスクの高い性交渉に至るのも無理はない。

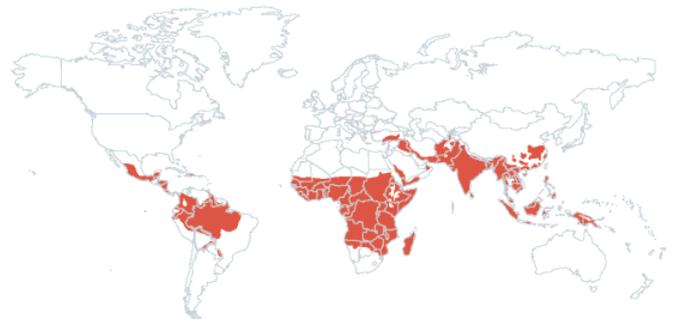
感染者については、薬物投与で延命を図ることができる。妊婦の場合には、これによって HIV 母子感染の危険性も低くなる。2004 年後半には、開発途上地域で抗レトロウイルス薬の投与を受けた人々が 44 万人から 70 万人へと増えたが、この数字でも、こうした投薬が有効と見られる人々の 12% 程度にしかない。治療とケアをさらに数百万人に拡大する必要がある。



### 具体的目標

2015 年までに、マラリアその他の病気の蔓延を食い止め、後退させる。

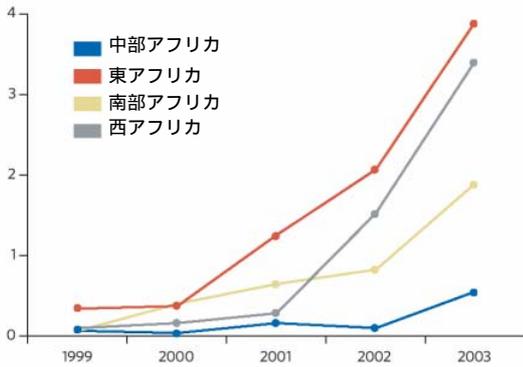
## 最貧層と弱者がマラリアの犠牲に



### マラリア感染の危険がある地域

世界の最貧国の多くでは、マラリアが風土病となっており、年間で 3 億 5,000 万人から 5 億人が感染していると見られる。マラリアによる死者は毎年 100 万人に上るが、サハラ以南アフリカはその 90% を占める。妊婦と胎児はマラリアに対して特に弱く、未熟児、貧血症、乳児死亡の大きな原因となっている。サハラ以南アフリカだけでも、毎日 2,000 人以上の子どもがマラリアで命を失っている。生き残った子どもたちにも影響は残る。発作的に襲う発熱や貧血で、子どもたちの心身の発育が阻害されるからだ。マラリアは成人の身体もむしばみ、数日間、場合によっては数週間も働けなくなることが多い。

## 蚊帳の配給は拡大



サハラ以南アフリカで販売あるいは配給された蚊帳、1999～2003年（百万張）

1990年代には、主にアフリカでマラリア患者と死者が増大した。それ以来、この地域では予防と治療の措置に改善が見られる。予防に最も有効な手段として殺虫蚊帳があげられるが、国連の諸機関と協力機関は、必要な人々にこれを無償で配給している。2000年以降、配給量は10倍に増えた。

マラウイでは、2003年だけでも100万張の殺虫蚊帳が配給され、世帯普及率も2000年の5%から2003年末までに43%へと急増した。同時に、保健医療ネットワークを通じた蚊帳の配給は、日常的な予防サービスへの参加拡大にもつながった。その他の国々にも、同じやり方を採用するものが出てきている。

## より有効なマラリア治療対策をとる国も



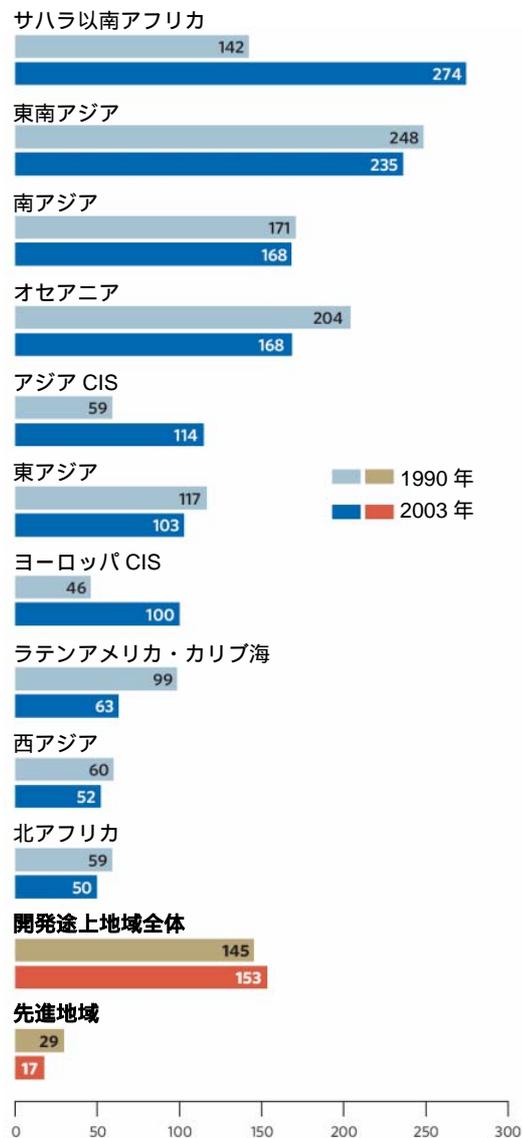
2004年までに、マラリア治療政策をアルテミシニン併用治療に切り替えたアフリカ諸国

過去20年間で、最も一般的な形態のマラリアは薬物耐性を備えるようになった。より効果の高いアルテミシニンを併用する新混合薬が広く出回るようになったため、投薬政策の変更でその利用を促す動きが出ている。2001年から2004年にかけて、40カ国（うち半数はアフリカ）で政策が見直され、この有効なマラリア治療法の利用が義務づけられるようになった。

ほかにもプラスの動きが見られている。「HIV/エイズ、結核およびマラリア対策のためのグローバル基金」からの資金提供により、80カ国がマラリア対策支援として2億9,000万ドルを受け取っている。また、蚊帳の配給と予防薬治療を通じ、妊婦のマラリア感染を予防する取り組みも広がっている。

## 結核、過去の脅威の再来

人口 10 万人あたり新規結核患者数 (HIV 感染者を除く)、1990 年と 2003 年の比較



結核は毎年 170 万人の命を奪っているが、死者のほとんどは働き盛りの人々である。新規結核患者数は年間約 1% のペースで増えているが、中でもサハラ以南アフリカと CIS では急激な増大が見られる。2003 年の新規患者数は、HIV 感染者 67 万 4,000 人を含め、900 万人近くに達している。耐性結核菌の出現、抵抗力の弱い HIV 感染者やエイズ患者の増大、難民と国内避難民の増加はいずれも、結核の蔓延を助長している。

## 新たな結核治療戦略に効果

国際的に推奨されるプロトコル「DOTS」による治療を受ける結核患者の数が増えている。DOTS は陽性と診断された患者に対し、一連の治療とフォローアップ・ケアを施すものである。DOTS による治療を受けた患者の 80% 以上が完治しているが、薬物耐性が広く見られたり、HIV 感染率が高かったりする国々では治療率が低く、死亡率が高い。プロトコルの成功は最終的に、すべての患者を把握することにかかっている。しかし現在のところ、把握されて DOTS 治療を受けている患者は全体の半数に満たない。結核対策を加速するためには、特にアジアとアフリカで、患者の把握と保健サービスの拡大をさらに進めなければならない。

## 目標 7

# 環境の持続可能性を確保する

Ensure environmental sustainability

環境の持続可能性とは、天然資源を賢く利用し、わたしたちの命の源である複雑な生態系を保護することにほかならない。しかし、現在の資源消費・利用パターンで持続可能性は達成できない。土壌は恐ろしい速さで劣化している。動植物種の損失は記録的な数に上る。気候の変動に伴い、海面上昇や干ばつ、洪水の悪化が生じるおそれがある。漁業資源やその他海洋資源の乱獲も進んでいる。

その影響を直接に受けるのが農村の貧困層である。毎日の生存と生計を周辺の天然資源に依存していることが多いからだ。都市部への人口流出で、農村部の土地に対する圧力は弱まったが、その一方で、危険で過密な都市部のスラムに暮らす人々が増えた。都市部にも農村部にも、安全な飲み水と基本的衛生設備のない人々が数十億人いる。

このような環境問題を克服するためには、貧困層の窮状にもっと目を向け、グローバルな協力をこれまで以上に強化する必要がある。オゾン層破壊を食い止めるための活動は、政治的意志さえあれば、進展が可能なことを示している。

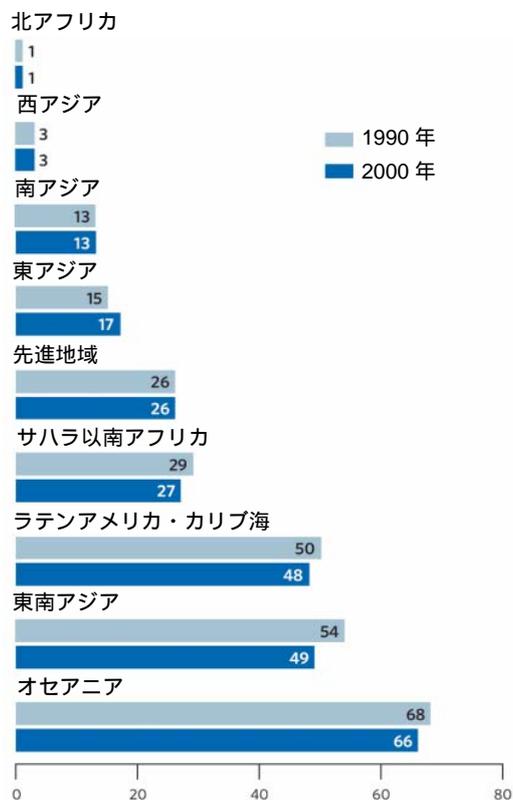
### 具体的目標

各国の政策とプログラムに持続可能な開発の諸原則を取り入れ、環境資源の損失を逆転させる。

ほとんどの国々は、持続可能な開発の諸原則を守り、これを各国の政策と戦略に取り入れることを公約済み。関連の国際協定の実施にも同意している。しかし、善意はあっても、地球上の環境資源の損失を逆転させるという目標について、十分な進展は得られていない。

## 最貧地域では森林消失も深刻

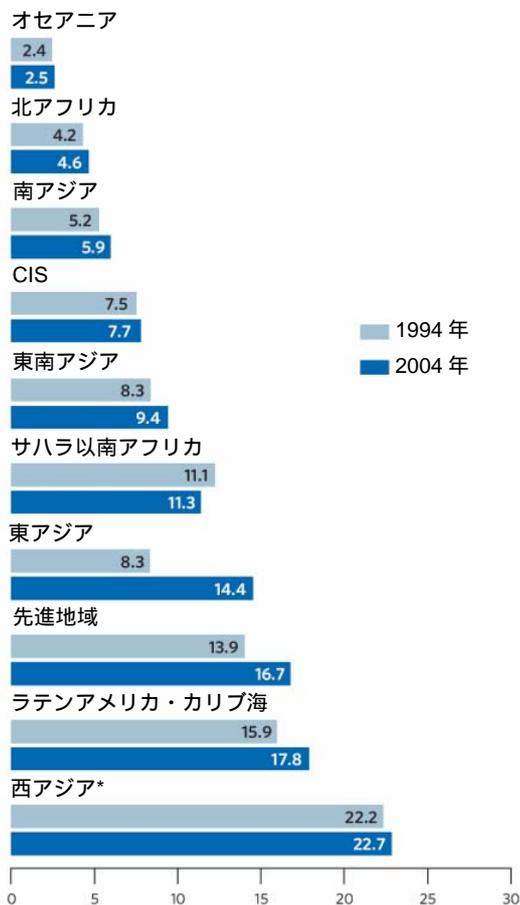
森林面積の割合、1990年と2000年の比較(%)



地表全体の3分の1を占める森林は、生態系の宝庫である。食糧、燃料、建設資材、きれいな水をはじめ、多くの人々に日常的必需品も供給している。それでも、最近の10年間だけで、94万平方キロメートルの森林(ベネズエラの面積に相当)が農地化されたり、伐採されたり、他の用途に向けられて消失したりしている。森林破壊対策の取り組みは続いている。持続可能な森林管理方法により、土地に対する圧力は弱まり、森林やその周辺に暮らすコミュニティの生活も改善している。しかし、これも時間との闘いだ。

## 保護地域拡大も、生物種と生息地の消失は継続

保護地域・水域が領域全体に占める割合、1994年と2004年の比較（％）

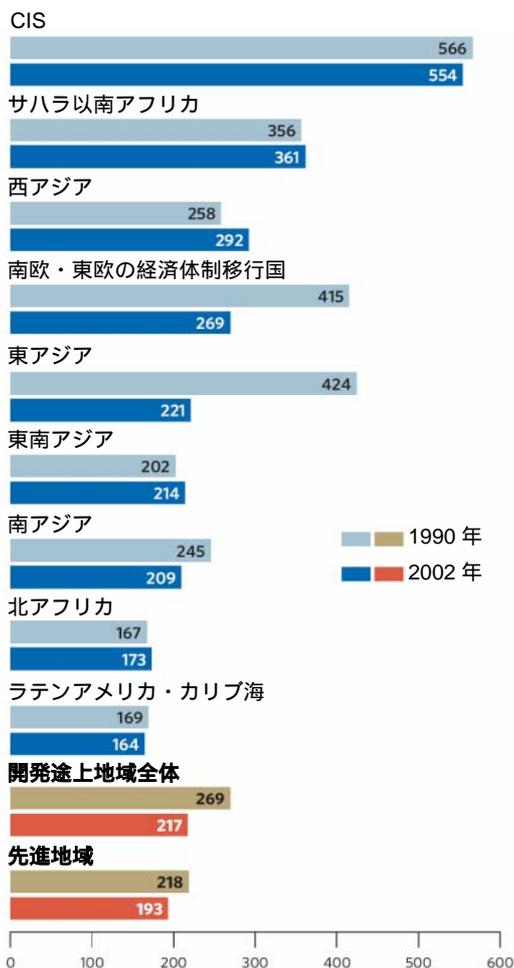


指定保護区域の面積は、およそ 1,900 万平方キロメートル（地表面積の 13%以上）に及び、1994 年と比べて 15%拡大している。保護区域の拡大は心強いが、その管理は必ずしも保全目標に沿ったものとなっていない。しかも、海洋環境に対する関心は極めて低く、保護対象の海洋生態系は 1%未満にすぎない。生息地と生物多様性の損失は続いており、1 万種以上に絶滅のおそれがあるとされている。

\*この大きな割合は、サウジアラビアに広大な保護区域があるため。

## エネルギー効率の改善は進むも不十分

GDP1 単位あたりエネルギー使用量、1990 年と 2002 年の比較（2000 年購買力平価 GDP1 ドルあたり石油換算キログラム）



エネルギー効率と、クリーンな技術や燃料へのアクセスは改善されてきている。しかし、エネルギー需要が急伸する開発途上国への技術移転は十分に進んでいない。効率改善にもかかわらず、エネルギー使用量は全体として増加を続けている。

開発途上国では、料理や暖房を木材や家畜のふん、作物の残りがす、木炭に依存する農村世帯に、クリーン燃料の不足が直接的影響を及ぼしている。これら燃料による室内空気の汚染による死者は、女性や子どもをはじめ年間 160 万人に上ると見られる。

## 温室効果ガスの排出は豊かな国が中心

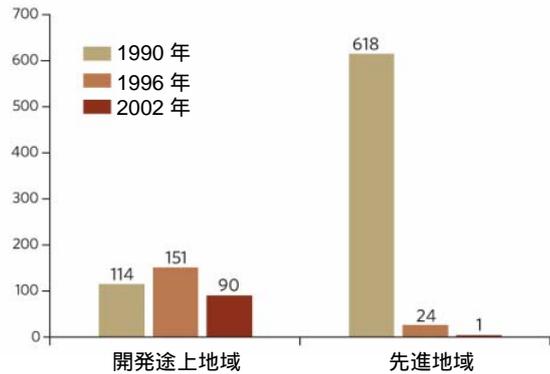


二酸化炭素 (CO<sub>2</sub>) の 1 人あたり排出量、1990 年と 2002 年の比較 (1 人あたりメートルトン)

石油、石炭、天然ガスなどの化石燃料の消費によって排出される二酸化炭素は、地球を徐々に温暖化させている。気候変動の影響としては、海面上昇、暴風雨の回数と強さの増大、生物種の絶滅、干ばつの悪化、不作などが考えられるが、これらは地球上のあらゆる国々に影響する。総排出量が増大を続ける中で、大半の先進国は世界初の排出抑制へのグローバルな取り組みとして、京都議定書を採択した。

\*基準年は 1992 年。

## オゾン層破壊物質は激減



フロンガスの使用量、1990 年、1996 年、2001 年の比較 (潜在的オゾン破壊量千メートルトン)

成層圏のオゾン層は、皮膚がんなど生物への悪影響の原因とされる紫外線を吸収する。過去に例を見ないグローバルな協力により、オゾン層破壊の最大原因とされていたフロンガスの利用は、1990 年の 10 分の 1 にまで減少した。この見事な成果は、政治の強固な意志と、問題やその解決策に関する合意があれば、環境面での進歩が可能であることを実証している。すでに損傷が明らかになっているオゾン層も、今後 50 年以内に回復するものと見られる。

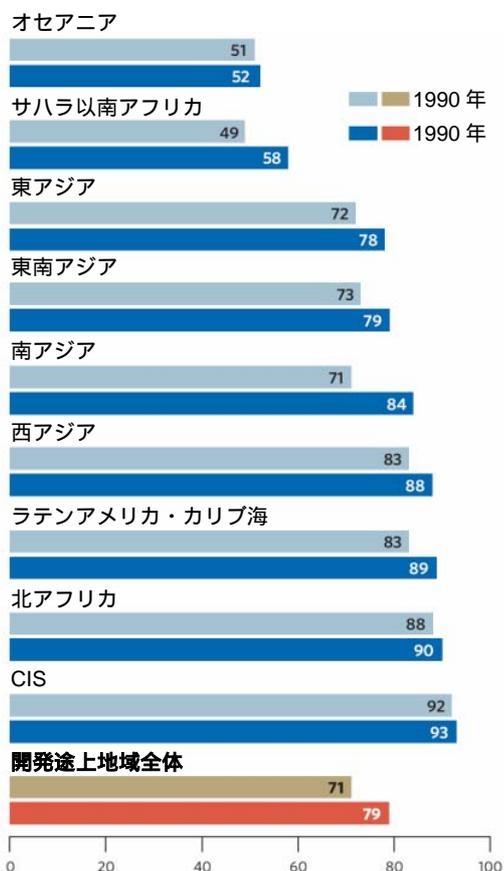
**具体的目標**

2015年までに、安全な飲み水と基本的な衛生設備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。

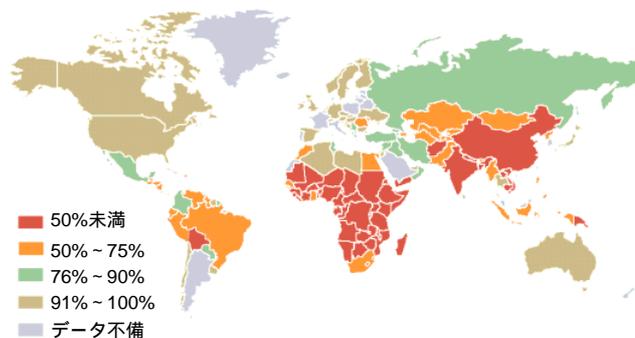
1990年代を通じ、改良飲料水源の利用は大幅に拡大した。しかし、まだ10億人以上に恩恵が及んでおらず、特に農村部と都市スラムでの普及率が低い。全世界的に、衛生設備の改善はこれよりはるかに遅れている。開発途上地域の人口の半分にあたる26億人が、トイレその他の改良型衛生設備を利用できていないと見られる。

**安全な飲み水の利用は全世界で改善**

改良飲料水源を利用する人々の割合、1990年と2002年の比較（％）



開発途上地域で安全な飲料水源を利用する人々の割合は、1990年の71%から2002年には79%へと上昇した。特に南アジアでの改善が著しい。この飛躍的進歩は主として、10億人以上の人口を抱えるインドでの普及率向上による。1990年以来、全地域で進展が見られるのはよい知らせだが、その一方で、2002年に至ってもまだ11億人が不衛生な水を利用しているという事実を忘れてはならない。42%の人々がきれいな水を使えないサハラ以南アフリカでは、紛争、政治不安、水道・衛生施設投資の優先度の低さといった障害が進展を阻んでいる。人口増加率の高さを考えれば、これは特に憂慮すべき事態だ

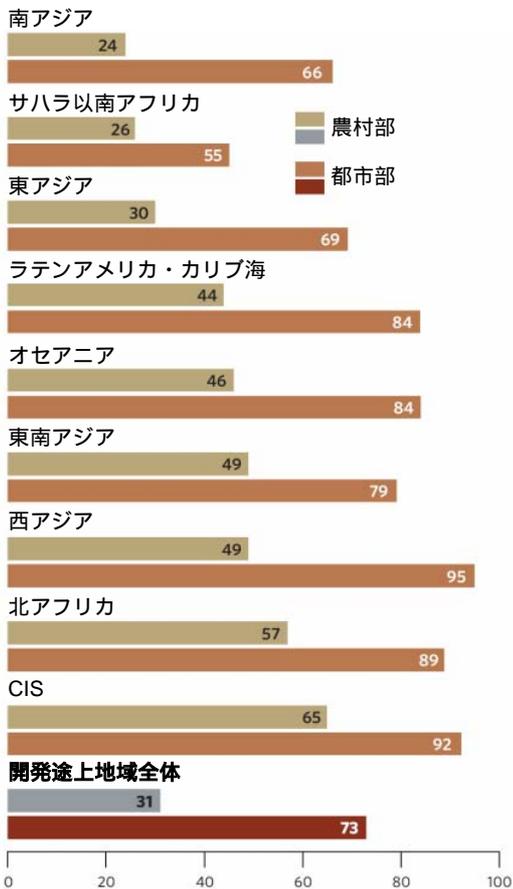
**開発途上地域の半分で改良衛生施設が未整備**

改良衛生施設を利用する人々の割合、2002年（％）

開発途上地域では、衛生設備の普及率が1990年の34%から2002年には49%へと上昇した。しかし、このままの動向が続けば、2015年になっても全世界で24億人近くが改良衛生施設を利用できないことになる。この数は現在とほとんど変わらない。衛生サービスへの投資を劇的に増大させない限り、衛生目標は達成できない。

## 政策決定者は農村部と都市スラムの貧困層に関心を

都市部と農村部で改良衛生施設を利用する人々の割合、2002年（％）



都市部と農村部の間には、衛生設備の利用に大きな格差が生じている。農村部での普及率は都市部の半分にも満たない。しかし、都市部の普及率に関する統計は、都市スラムの窮状を反映していない。開発途上国で拡大の一途をたどるスラムでは、安全な水の利用率も基本的衛生設備の普及率も極めて低い。

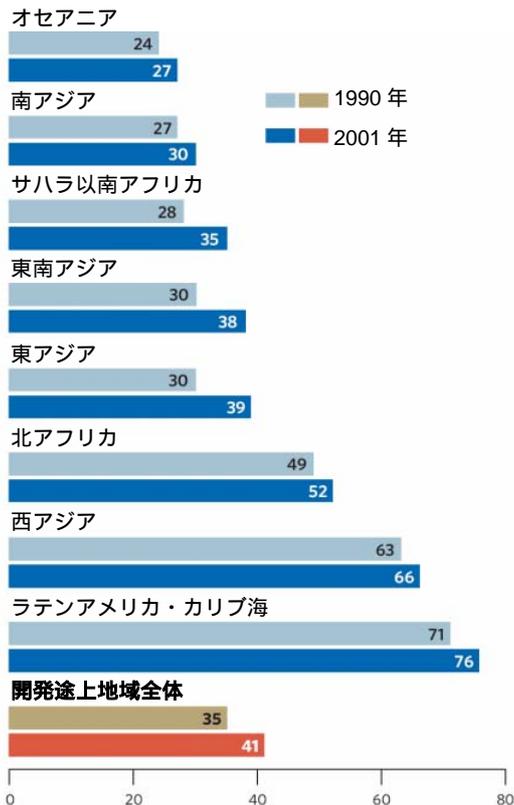
開発途上地域全体で見ると、最も豊かな20%の世帯は最も貧しい20%の世帯に比べ、安全な飲料水源を利用できる可能性が2倍、改良衛生設備を利用できる可能性が4倍となっている。

### 具体的目標

2020年までに、スラム住民1億人以上の生活を大幅に改善する。

## 開発途上地域では、都市居住者が農村人口を抜く勢い

都市部に暮らす人々の割合、1990年と2001年の比較（％）

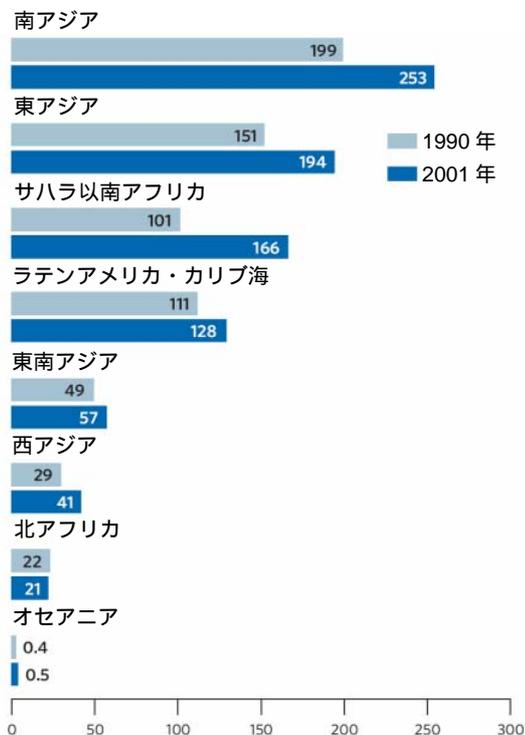


開発途上国の都市人口は年間3%を超す勢いで増えているが、これは農村部の人口増加率の3倍にあたる。つまり、都市への移住とそこで生まれる子どもにより、開発途上国では毎年、約1億人が都市部のコミュニティに加わることになる。2007年までに、開発途上地域では都市人口が農村人口を上回ると見られる。

都市住民のほぼ3人に1人にあたる10億人近くが暮らすスラムは過密状態にあり、雇用も安定した職業もほとんどなく、水質、衛生設備、保健サービスも劣悪で、女性に対する暴力を含め、治安も悪いのが特徴である。計画的な都市住宅地に比べて、病气、死亡率、失業率をはるかに高いのも驚くに値しない。調査によれば、アフリカの都市の中には、スラムに暮らす5歳未満の幼児死亡率が、他の都市コミュニティの約2倍に上るものもある。

## スラム住民は都市改善を上回る勢いで増大

スラムに暮らす都市住民数、1990年と2001年の比較(百万人)



南アジア、東アジア、サハラ以南アフリカの3地域だけで、スラム住民全体の3分の2以上を占める。ほとんどの地域では、各国がスラムに代わる居住地を提供する取り組みを行っている。しかし、都市人口の急増により、スラム住民の数は北アフリカを除き、すべての開発途上地域で増加している。



## 実証済みのスラム改善措置の拡大が必要

都市が膨張を続ける中でも、多くの開発途上国は、スラム住民の生活条件を改善できることを実証している。ミレニアム開発目標を達成するためには、スラム改善を大規模に実施する必要がある。例えば、セネガルと南アフリカは都市スラム住民の健康と雇用を改善した。ブラジルとインドの政策決定者は、違法な強制退去からの保護を強化することにより、スラムの改善に成功した。エジプト、南アフリカ、タイでは、安定した働き口と貸付の供与が住民による住宅投資を促した。

## 目標 8

# 開発のためのグローバル・パートナーシップを構築する

Develop a global partnership for development

ミレニアム開発目標の根底にあるのは、貧困対策が集団的な取り組みであり、すべての国々がその成果に利害を有するという理解である。目標達成の主たる責任は開発途上国にあるが、特に最貧国や地理的孤立によって不利な立場にある国々にとっては、国際的な支援が欠かせない。さらに、相互依存関係にある世界経済で、開発途上国が持続可能な開発を加速させるチャンスをつかむためには、市場開放、国際金融の安定、技術の普及が必要となる。

国連ミレニアム宣言は、開発途上国が引き続き、健全な経済の維持、自国の開発の確保、人間と社会のニーズへの取り組みに努めるとの合意を体現している。先進諸国はこれに対し、援助、貿易、債務軽減で貧困国を支援することに同意している。豊かな国と貧しい国との間で有意義なパートナーシップを構築するためには、開発途上国の国民、特に増加を続ける若者の技術、医薬品、雇用のニーズにも取り組まなければならない。

## 最貧国には援助を、中所得国には貿易を



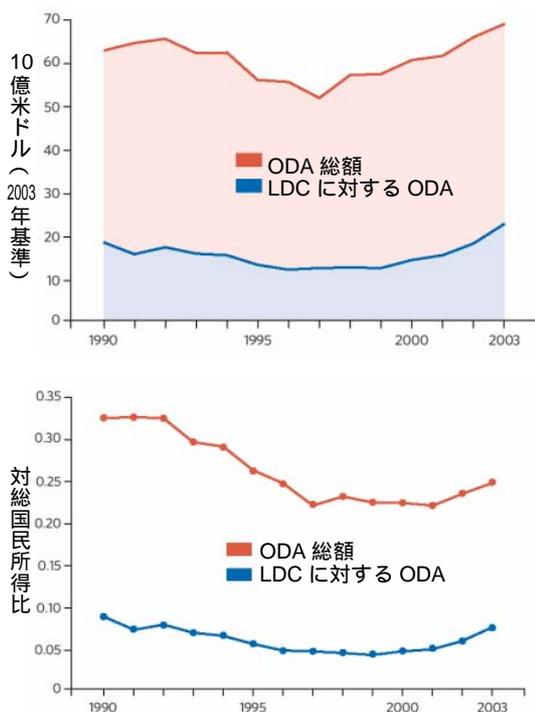
開発途上国の外貨収支、2002～2003年平均（10億米ドル）

先進国からの政府開発援助（ODA）と民間の寄付は、最貧国にとって主な外部資金源となっている。中所得国については、貿易が主要な外貨獲得源となる。これらの国々では、外国直接投資が第2の資金源となっているが、企業の本国への収益送金によって、これは部分的に相殺されている。先進国に移住した労働者からの仕送りは、2000年に約340億ドルに達し、一部の開発途上国にとって重要な外部資金源となっている。仕送りはこれを受け取る家族にとっても、具体的な恩恵をもたらす。

低所得国については、病気、非識字、インフラ不備などを克服するために、援助の増額が必要だ。このような障害を克服するまで、これらの国々は投資を誘致することも、世界の貿易市場で競争することもできないだろう。豊かな国の市場アクセスをより公正なものにすれば、これらの国々がグローバル経済で競争する足がかりとなる。また、一次産品と製品の貿易がすでに重要な位置を占める中所得国にとっても、市場開放は利益となる。

\*石油を除く財・サービスの輸出から輸入を引いたもの。

## 開発援助額は記録更新も、援助国の所得比では低迷



先進国からの政府開発援助、1990～2003年（不変米ドル、援助国総国民所得に対する割合）

ODA は 1990 年代の低落傾向から持ち直し、2004 年には 790 億ドルと、記録を更新した。援助国は 2006 年までに、さらに 200 億ドルの援助増額を約束している。この回復基調にもかかわらず、援助額が援助国の国民所得に占める割合は 0.25%にとどまっております、国民所得の 0.7%という国連の目標を達成しているのはデンマーク、オランダ、ルクセンブルク、ノルウェー、スウェーデンの 5 カ国にすぎない。さらに 6 カ国が 2015 年までの目標達成を約束している。新規の公約がすべて守られれば、援助額は 2010 年までに 1,000 億ドルを超えることになる。ただしこれでも、MDGs の達成に必要なとされる金額には届かない。

## 増額分の援助はほとんどが債務救済と緊急援助に

最近の援助増額分のほとんどは、債務の帳消しや、緊急事態後の人道援助と復興のニーズに当てられている。債務帳消し自体は歓迎すべきことだが、債務返済が滞った国が対象となることが多く、必ずしも社会事業や貧困削減に向けた資金源とはならない。同様に、緊急・災害援助も不可欠だが、長期的な開発ニーズへの取り組みにはならない。アジアの津波被害を受けて、緊急援助はさらに増える見込みである。

ミレニアム開発目標が対象とするものをはじめ、人間の基本的ニーズに当てられる ODA の割合は、1990 年代半ばから倍増している。増大したシェアの約半分は基礎教育や保健、水と衛生に回され、男女平等と女性のエンパワーメントを促進している。マイナス面を見ると、農業や物理的インフラに充当される援助の割合が減っている。各国が食糧自給を達成し、経済を立て直すためには、これら 2 部門への支援を強化する必要がある。

## 援助は量だけでなく、質も重要

援助の増額に伴い、受入国自身の開発戦略を前進させることで、援助をより効果的に利用する必要がある。資金投入額ではなく、結果を重視すべきだ。さらに、開発途上国が援助機関ごとに異なる事務手続きに忙殺されないよう、援助国は手続きを簡素化し、既存の取り決めを有効に活用しなければならない。援助国はこの方向での合意に達し、そのための目標も設定している。

### 具体的目標

後発開発途上国、陸封国、小島嶼開発途上国の特殊なニーズに取り組む。

国連は深刻な課題に直面する 50 の開発途上国を「後発開発途上国（LDC）」に指定している。先進国は包括的援助パッケージとして、総国民所得の少なくとも 0.15～0.20%を LDC 援助に当てることで合意している。この目標は達成にほど遠い。現在、LDC が受け取っている額は、援助全体の約 3 分の 1 程度に上る。

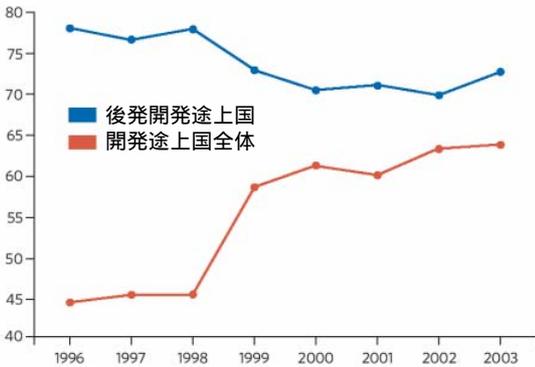
このほか、開発上の特殊な制約を抱えている国々として、陸封開発途上国と小島嶼開発途上国の 2 グループがあげられる。陸封国が受け取る援助も、1996 年の 15 億ドルから 2003 年には 100 億ドルへと増大している。小島嶼開発途上国は 2003 年、17 億ドルの援助を受け取った。

**具体的目標**

開放的でルールに基づき、予測可能で非差別的な貿易・金融システムをさらに発展させる。

開発途上国が潜在的な国際貿易能力を発揮し、経済成長を高めるためには、その輸出に対する主な障壁を取り除く必要がある。具体的には、先進国が開発途上国からの輸入品に課す関税（税金）や、先進国が国内の農業生産者に支給する補助金などがあげられる。

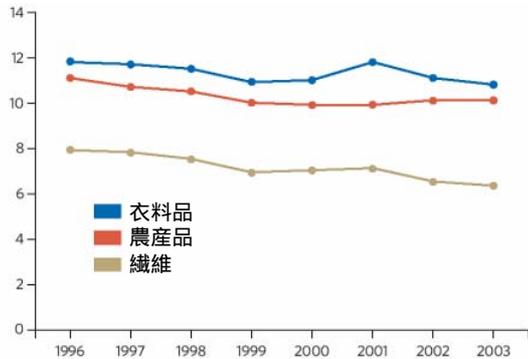
**先進国による途上国産品の免税は拡大**



先進国が開発途上国から無税で受け入れた輸入品の割合（武器と石油を除く）、1996～2003年（%、金額ベース）

先進国は、開発途上国からの輸出品のうち3分の2を無税で受け入れるようになった。先進国が関税の引き上げを行わなかったにもかかわらず、後発開発途上国からの無税輸入の割合は1998年から2002年にかけて減少した。これは輸出品の構成が変化したことによる。それ以来、先進国は最貧国向けの特別貿易措置を次々と導入した。その結果、後発開発途上国からの輸入品のうち、関税をかけられるものの割合は低下したのである。

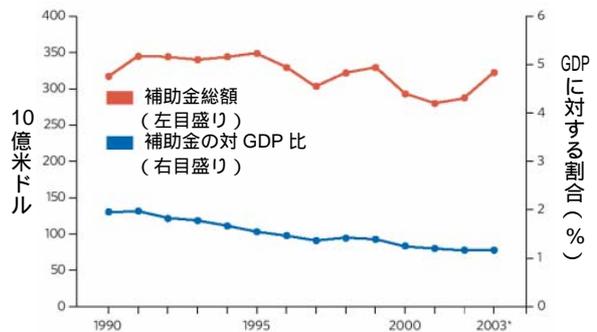
**開発途上国からの重要輸入品に対する関税はほぼ据え置き**



開発途上国からの主要輸入品に対する先進国の平均関税率、1996～2003年（%）

繊維や農産物など、途上国経済にとって戦略的に重要な商品に対し、先進国は依然として高い関税をかけている。継続中の多角的貿易交渉は、あらゆる国の市場を開発途上地域からの輸出品に対して開く機会となる。

**今こそ先進国の農業補助金削減を**



先進国の農業補助金額、1990～2003年（10億米ドル、対GDP比）

開発途上国の輸出に対する障害は関税だけに限らない。豊かな国々の生産者は政府からの補助金により、外国からの輸入に対して優位に立っているが、これは不公正であるばかりか、納税者の負担も大きい。農産物貿易を自由化するだけでも、開発途上国に年間200億ドルの利益が生まれると見られる。

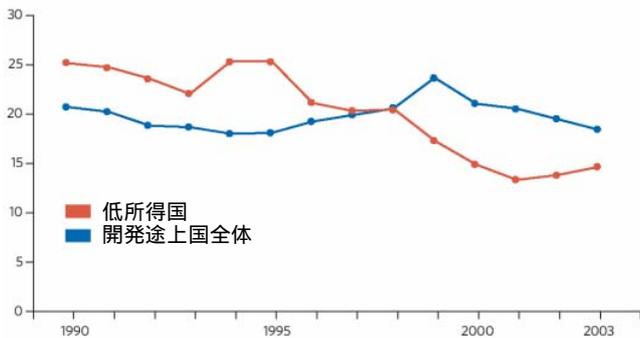
\*速報値。



**具体的目標**

開発途上国の債務に包括的に取り組む。

**最貧国に限らず、対外債務は依然として開発への障害**



開発途上国の輸出収入に対する債務返済額の割合、1990～2003年 (%)

重債務国に対する債務軽減プログラムは、27カ国の将来の債務返済額を540億ドル削減した。これにより、債務返済額は輸出収入の10%にまで低下するはずだ。しかし、この水準の返済でさえ難しい国々も多い。対外債務返済はまた、多くの中所得国にとっても障害となっている。最貧国の対外債務を全額免除するという、2005年2月の主要先進7カ国蔵相による合意が実施に移されれば、大きな突破口となる。

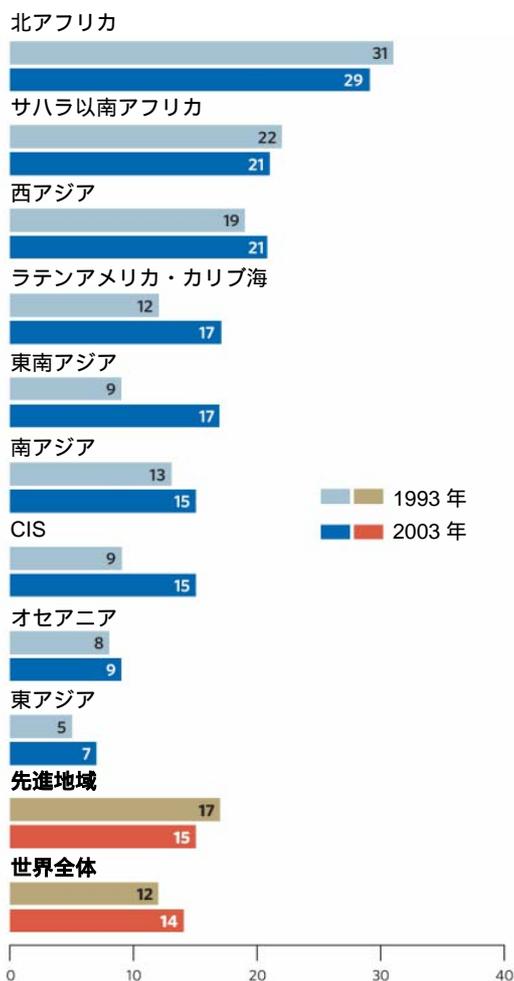
**具体的目標**

開発途上国との協力により、若者に一定水準の生産的雇用を確保するための戦略を策定、実施する。

グローバル化の恩恵は大きいものの、全世界で28億人の労働者が、依然として1日2ドル未満で生活している。そのうち、1日1ドル未満で生活する労働者は5億人を超える。これら労働者の貧困を削減するためには、新たな働き口を作り出し、生産的雇用を増大させる必要がある。

**若者の失業は潜在的な不安要素**

若年層失業率、1993年と2003年の比較 (%)



世界の失業者1億8,500万人の半数弱は、15歳から24歳までの若者である。開発途上地域では、若者の失業率が成人よりも3倍高い。1990年以来、若年人口は1億1,500万人以上増えて、2004年にはほぼ12億人に達しているだけでなく、2015年までにさらに6,400万人の増加が見込まれる。9つの開発途上地域のうち6地域では、若い女性の失業率が若い男性の失業率を上回る。若者の失業は国民経済の足かせであるばかりか、国内で最も重要な資源の無駄遣いにもなる。しかも、失業中の青年は犯罪、暴力、社会不安の原因となるおそれもある。

**具体的目標**

製薬会社との協力により、開発途上国で必須医薬品を安価に提供する。

**必須医薬品で数百万人の命が救える可能性**

毎年、効果的な医薬品やワクチンで治療できる病気や症状により、数百万人が命を失ったり、不必要な苦痛を味わったりしている。必須医薬品は命を救い、健康状態を改善させることができるが、そのためには、良質な医薬品を物理的、金銭的に入手できる必要がある。

各国政府、援助国、民間などによる取り組みの結果、開発途上地域では必須医薬品が手に入りやすくなってきている。世界貿易機関は 2001 年、医薬品の特許権保護などをうたった TRIPS 協定（知的所有権の貿易に関連する側面に関する協定）について、各国が公衆衛生を確保し、すべての人々が医薬品を入手できるようにする権利を支持する解釈を行うべきだとの裁定を下した。これを受け、世界貿易機関一般理事会は 2003 年、エイズ、マラリア、結核など、急速に蔓延する「コストの高い」病気の治療に関し、最貧国の後発医薬品輸入に対する規制を緩和する決定を行った。

**マラリア対策に不可欠な成分は供給不足**

クソニンジンから抽出される化合物（アルテミシニン）を成分とするものを含め、マラリアの治療に効果のある混合薬が開発されている。しかし、この天然成分はコストが高く、供給も限られているため、なかなか手に入れることができない。クソニンジンの生育期間は 6 カ月から 8 カ月であるため、アルテミシニン併用治療薬（ACT）の供給を確保するためには、需要の正確な予測が極めて重要な要因となる。ACT の生産と資金調達は、2005 年に 1 億 3,200 万人と予測される患者のニーズを満たす上で、引き続き大きな課題となっている。

**エイズ治療薬は普及拡大も、まだ数百万人の手に届かず**

2004 年には、抗レトロウイルス薬で HIV とエイズの治療を受ける人々の数が、サハラ以南アフリカとアジアで倍増した。しかし、この治療が有効な人々はさらに 600 万人いる（その 4 分の 3 はサハラ以南アフリカ）。後発品の価格は大幅に低下したものの、保健システムが未整備で、必要な人々に手を差し伸べられないような状況の中で、治療薬の普及を図るという課題は、こうした医薬品のコストとともに、治療への最大の障害となり続けている。

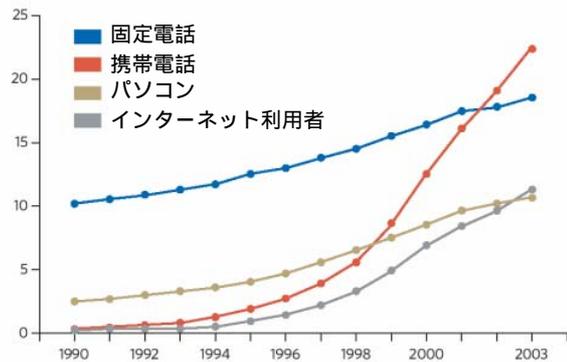
**治療薬の供給不足と不十分な政策で、結核対策は停滞気味**

処方どおりに服用すれば、治療薬品の併用は結核治療に効果があるのが普通だ。これら治療薬の後発品は比較的安価であるものの、最貧国の多くにとってはまだ高すぎる。このような国々などでは、国際的に推奨されるプロトコル「DOTS」（目標 6 を参照）を含めた治療戦略の効果と、その普及の見通しが、供給不足と不十分な政策によって制約を受けている。

**具体的目標**

民間との協力により、情報通信技術をはじめとする先端技術の恩恵を広める。

**開発途上地域でも情報革命の兆し**



全世界で電話、パソコン、インターネットを利用する人々の割合、1990～2003年 (%)

開発途上地域全体での情報通信技術の普及はプラスの動きといえる。情報通信技術の普及は 1990 年半ばから加速し、開発の仲介役となり続けている。例えばバングラデシュでは、民間企業の GrameenPhone がスタートした少額融資ネットワークにより、貧しい女性が携帯電話を購入したり、他の村民に電話サービスを販売したりできるようになった。このイニシアチブは 10 万件の雇用創出に貢献し、これら女性零細起業家の所得を大幅に改善したほか、農村部の住民 6,000 万人に電話を普及させた。

開発途上地域では携帯電話ブームにより、電話の利用者が短期間で急増した。開発途上地域の電話は固定、携帯を含めて、1991 年の時点では 100 人に 2 台しかなかったが、2003 年にはこれが 100 人に 25 台にまで増えた。しかし、各国の間には依然として大きな格差がある。また、開発途上国でインターネットを利用できるのは人口のわずか 5% にすぎない。貧富間のデジタル・デバイドを埋めるにはほど遠いのが現状だ。

## 注記

ミレニアム開発目標（MDGs）は、2000年に189カ国が採択した「国連ミレニアム宣言」に端を発する。ほとんどの目標は、1990年代の世界情勢に基づきつつ、2015年を達成期限としている。世界規模の会議が次々と開かれ、開発課題の主要目標が定められたのも1990年代であった。よって、MDGsの具体的な目標のほとんどは1990年を進展状況判断の基準年とする。大半の指標について、至近のデータは2002年か2003年のものである。

MDGsに向けた進展状況を監視するデータは、各分野の専門機関が集計する。これらのデータは、政府が国際統計システム（国連統計部と各国国際機関の統計部局）に提供した各国統計に手を加え、比較対照できるようにしたものである。場合によっては、各国政府が、国際統計システムに提供したものよりも最近の統計データを持っていることがある。また、指標の集計に必要なデータを作成していない国もある。この場合、国際統計機関は近隣国、あるいは同様の所得水準にある国のデータを基に推計を行う。この作業には、ほとんどの国連機関のほか、経済協力開発機構（OECD）と列国議会同盟（IPU）がかかわっている。

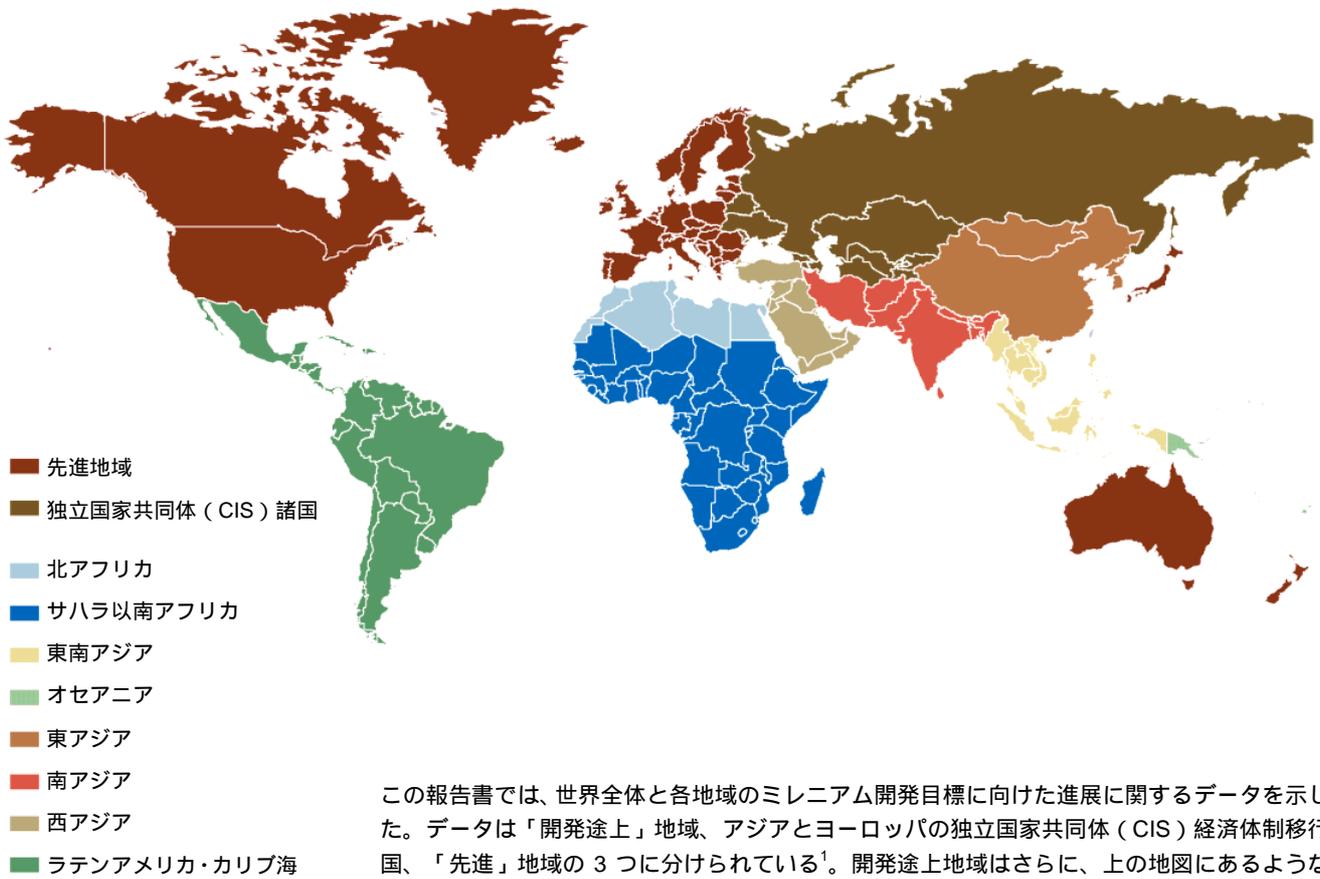
これら指標の中には、幼児死亡率と栄養不良、マラリアの予防と治療、HIV／エイズに関する知識と行動など、国際機関が後援、実施した調査から得られたもの

が多い。その中でも重要なものとして、複数指標クラスター調査（Multiple Indicators Clusters Surveys）と人口保健調査（Demographic and Health Surveys）があげられるが、これらはしばしば生じるデータの空白を埋めるのに役立っている。

国際調査や各国情報源、あるいは担当機関による推計から得られた国別データは集計され、各地域と全世界の数値となる。本報告書ではこれらの集計値を用いて、全般的な進展状況の審査を行っている。地域別集計値は時系列的な進展を見るのに好都合であるが、同一地域内の各国間の格差を覆い隠すことも多い。全地域について集計値を提示することは、もう一つの現実もあやふやにする。それはすなわち、多くの開発途上国には、国内の動向を見極め、開発政策の実施状況についての情報提供と監視を行うのに十分なデータがないという現実である。

国際統計機関はこれらの欠点をよく認識し、国内レベルでのデータ作成を改善する取り組みを支援している。具体的な支援活動は、各国の統計担当者の研修に重点を置きつつ、研修を受けた統計学者が国内の統計機関にとどまることを確保することが必要だ。また、社会・経済統計を常に更新するためには、基礎的データ収集プログラムを開発する必要があるほか、地域内の各国間で協力と知識共有をさらに進めなければならない。

## 地域分類



この報告書では、世界全体と各地域のミレニアム開発目標に向けた進展に関するデータを示した。データは「開発途上」地域、アジアとヨーロッパの独立国家共同体 (CIS) 経済体制移行国、「先進」地域の 3 つに分けられている<sup>1</sup>。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国家集団を作り出すため、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、<http://millenniumindicators.un.org> を参照のこと。

<sup>1</sup> 国連システムには「先進」国あるいは地域と「開発途上」国あるいは地域の決まった定義がないため、ここでの分類は純粋に統計分析上のものである。

ミレニアム開発目標に関する国連の進展状況報告の完全版は、<http://millenniumindicators.un.org>をご覧ください。

**より詳しい情報をお知りになりたい方や、支援をお申し出の方は、**

最寄りの国連開発計画事務所あるいは国連広報センターにお問い合わせになるか、国連ミレニアム開発目標ウェブサイト ([www.un.org/millenniumgoals](http://www.un.org/millenniumgoals)) をご覧になるか、国連ミレニアムキャンペーン事務所ウェブサイト ([www.millenniumcampaign.org](http://www.millenniumcampaign.org)) をご覧ください。

**デザイン**

Giampietro+Smith, New York

**写真**

表紙：Stuart Franklin/Magnum Photos  
10 ページ：Louise Gubb/UNICEF/04-0474  
13 ページ：Photo by John Rae  
15 ページ：UN Photo by Eskinder Debebe  
21 ページ：Sean Sprague/The Image Works  
29 ページ：Thierry Geenen/UNICEF/HQ02-0255  
33 ページ：Raghu Rai/Magnum Photos

**日本語版作成**

国際連合広報センター  
<http://www.unic.or.jp/>  
2005 年 8 月



今日の世代ははじめて、あらゆる人々の開発への権利を実現し、人類全体を貧困から解放できる資源と技術を与えられている。開発のビジョンも共有されている。2015年までに極端な貧困を半減し、あらゆる子どもたちを小学校に通わせ、HIV / エイズをはじめとする感染症の蔓延を食い止めるというミレニアム開発目標は、より幅広い前進の基準として世界中で受け入れられており、援助機関、開発途上国、市民社会、主要な開発機関も一様にこれを標榜している。

2015年までにこれら目標を達成することは可能だが、そのためにはすべての関係者が認識を改め、直ちに大幅な行動の加速と拡大を図らなければならない。



- 事務総長報告書『より大きな自由を求めて』要旨から

Published by the United Nations Department of Public Information  
DPI/2390 – May 2005 – 35M