

国連ミレニアム開発目標 (MDGs)

達成期限まで、あと5年。

MDGs とは

ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs) は、国連ミレニアム宣言と 1990 年代に開催された主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめられたものである。

2000 年 9 月、ニューヨークで開催された国連ミレニアム・サミットに参加した 147 の国家元首を含む 189 の加盟国代表が、21 世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言を採択した。

MDGs は 8 つの開発目標、18 のターゲット、48 の指標にまとめられたが、2007 年には枠組みの見直しが行われ、現在、21 のターゲットと 60 の指標になっている。

最新のターゲットと指標は以下のウェブサイトから参照可能。

United Nations site for the MDG Indicators (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>)

MDGs 8 つのゴール

- Goal 1 : 極度の貧困と飢餓の撲滅
- Goal 2 : 普遍的初等教育の達成
- Goal 3 : ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
- Goal 4 : 乳幼児死亡率の削減
- Goal 5 : 妊産婦の健康の改善
- Goal 6 : HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止
- Goal 7 : 環境の持続可能性の確保
- Goal 8 : 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

1

¹ 本資料では、国際連合が毎年公表している MDGs レポート及び関連資料を参考に、MDGs の 8 つの各目標に関連する具体的な目標を 1 つ取り上げて図表で解説した。

参考文献一覧 : 国際連合「国連ミレニアム開発目標報告 2008」 2008 年 8 月

国際連合「国連ミレニアム開発目標報告 2009」 2009 年 7 月

国際連合「国連ミレニアム開発目標報告 2010」 2010 年 6 月

MDG Report Statistical Annex 2008 United Nations

MDG Report Statistical Annex 2009 United Nations

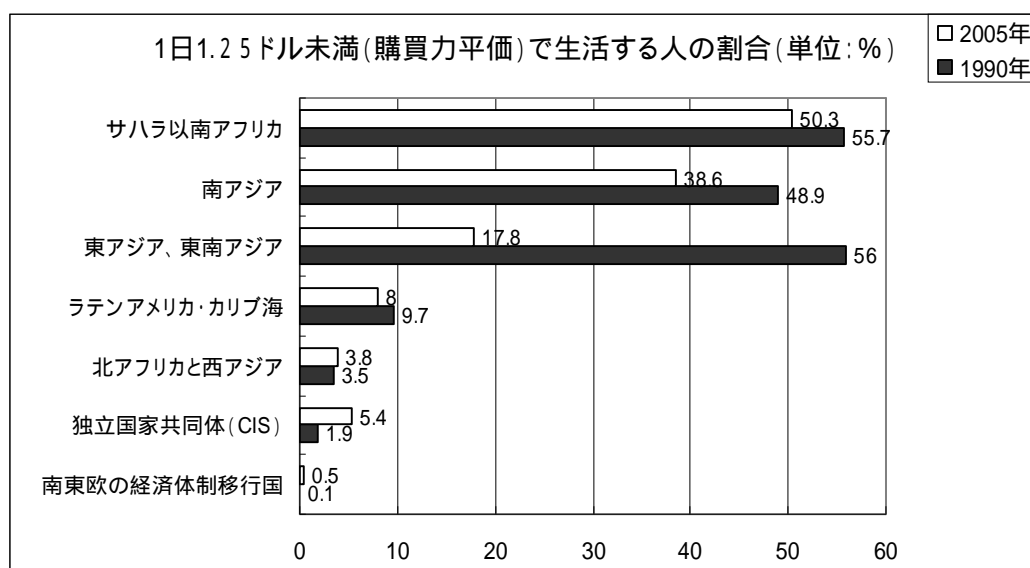
MDG Report Statistical Annex 2010 United Nations

外務省 ウェブサイト「ODA 実績」 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/jisseki.html>

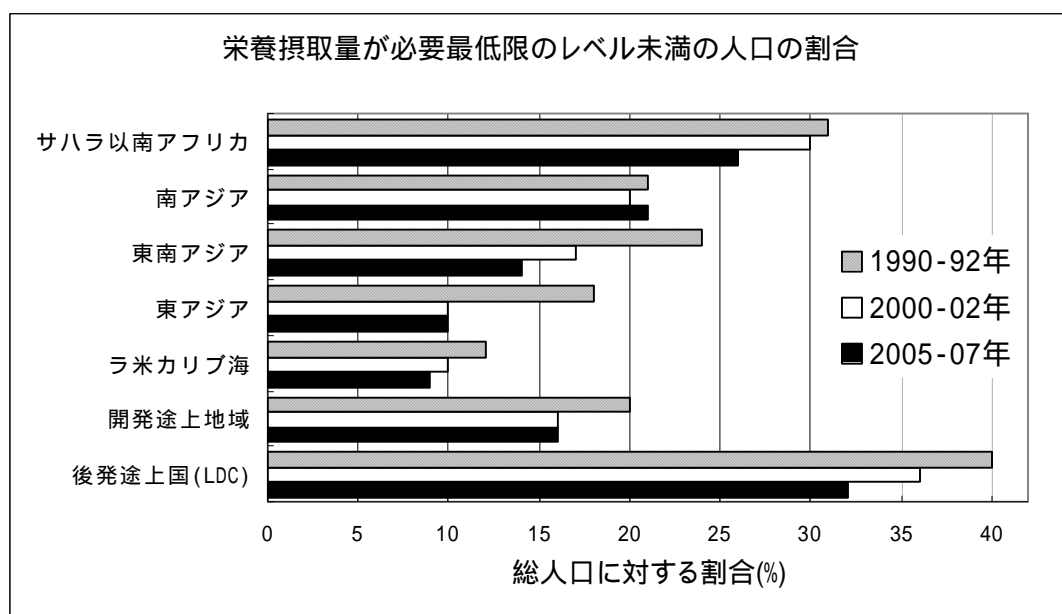
目標 1 極度の貧困と飢餓の撲滅

1日1ドル未満で生活する人々の割合を2015年までに半減させるという目標の達成に手が届く見込みである。しかし、それは、アジア地域における経済成長に負うところが大きく、サハラ以南アフリカでは貧困の削減にほとんど進展が見られていない。また最近の食料価格高騰は、貧困層に悪影響を及ぼしており、現在飢餓状態にある1億人の状況は改善しない可能性が高い。

飢餓の撲滅のためには、全ての人にとって日常摂取する栄養が必要最低限のレベルを超えている必要がある。2010年の最新のMDGs進捗データにおいても依然として厳しい生活を強いられている人々が居ることが分かる。後発開発途上国(LDC)はまだ3割を超える人々が十分な栄養を取れていない状況であるが、改善傾向は明らかである。しかし、南アジアでは2000-02年から2005-07年にかけて十分な栄養を摂取できない人が増加傾向にあり、開発途上地域全体では進捗が止まっている。状況を改善するうえで南アジア地域が重要になっている。



ターゲット 1A:
1990年から2015年までに、1日1ドル未満で生活する人々の割合を半減させる。
指標 1-1
1日1.25ドル未満(購買力平価)で生活する人の割合



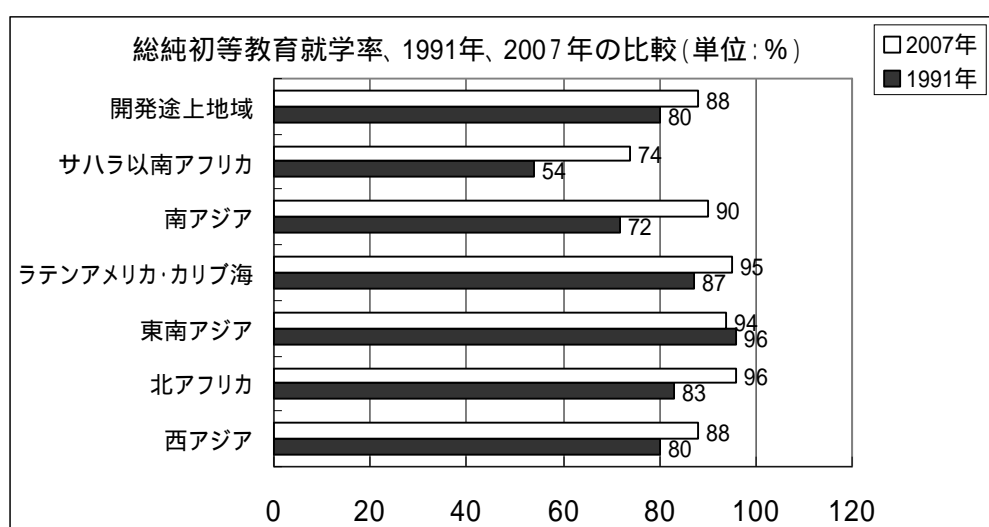
ターゲット 1C:
2015年までに、飢餓に苦しむ人々の割合を1990年の水準の半数に減少させる。
指標 1-9
栄養摂取量が必要最低限のレベル未満の人口の割合

目標 2 普遍的な初等教育の達成

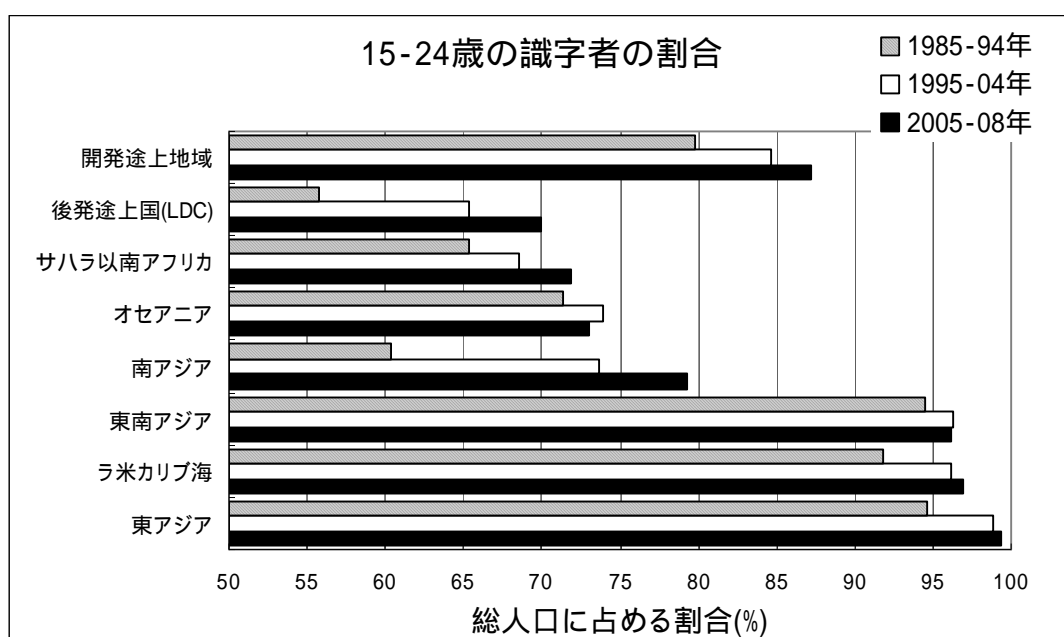
1990年と比べて、世界で小学校に通っていない子どもの数は大幅に減少した。しかし、今もなお全世界で7200万人の子どもが学校に通っていない。また、サハラ以南アフリカでは約3600万人、南アジアでは約1800万人の小学校就学年齢の子どもが学校に通っていない。とりわけ、途上国の貧しい家庭では、小学校に入学しても授業に出席できない子どもや、途中で退学してしまう子どもが多い。

普遍的初等教育が普及されることで成人識字率が向上するが、これまで多くの初等教育普及の取り組みにもかかわらず開発途上地域においては十分な識字率となっていない。東アジア、東南アジア地域、そしてラ米カリブ海地域では成果が確認できる。一方で、サハラ以南アフリカ、オセアニア、南アジアでは依然として70%代である。開発途上地域の平均を大きく下回るサハラ以南アフリカを中心として、積極的かつ継続的な改善が必要である。

ターゲット 2A
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過程を修了できるようにする。
指標 2-1
純初等教育就学率



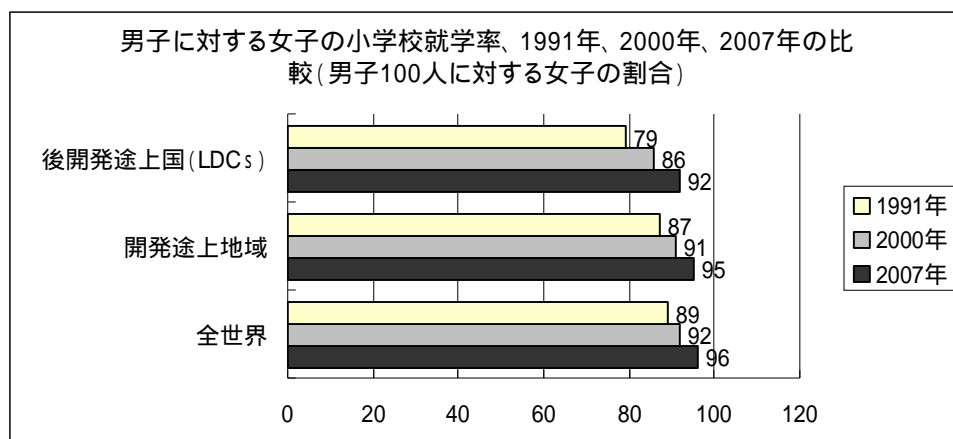
ターゲット 2A
同上
指標 2-2
15-24歳の識字者の割合



目標3 ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上

2000年から2006年にかけて、すべての開発途上地域で、女子就学率は男子就学率よりもおおきく改善した。しかし、依然として学校に通っていない子どもの約55%が女子である。初等教育就学率で男女格差が最も大きいのはオセアニア、サハラ以南アフリカ、西アジアの3地域である。

また、女性の雇用機会は改善したが、女性の職の多くは依然として不安定かつ低賃金の傾向にある。



ターゲット 3A

初等・中等教育における男女格差を可能な限り2005年にまでに解消し、2015年までにはすべての教育レベルにおける男女格差を解消する。

指標 3-1

男子に対する女子の小学校就学率

目標4 乳幼児死亡率の削減

5歳未満児の死亡率は、死亡率データ収集が始まって以来はじめて年間1000万人を割った。しかし、予防可能な原因が元で毎年多くの子どもが命を失っている。開発途上地域で生まれた子どもが5歳になる前に死亡する確率は、先進国で生まれた子どもの12倍を超える。とりわけ状況が深刻なのはサハラ以南アフリカで、開発途上地域における5歳未満の幼児死亡率の約半数を占める。

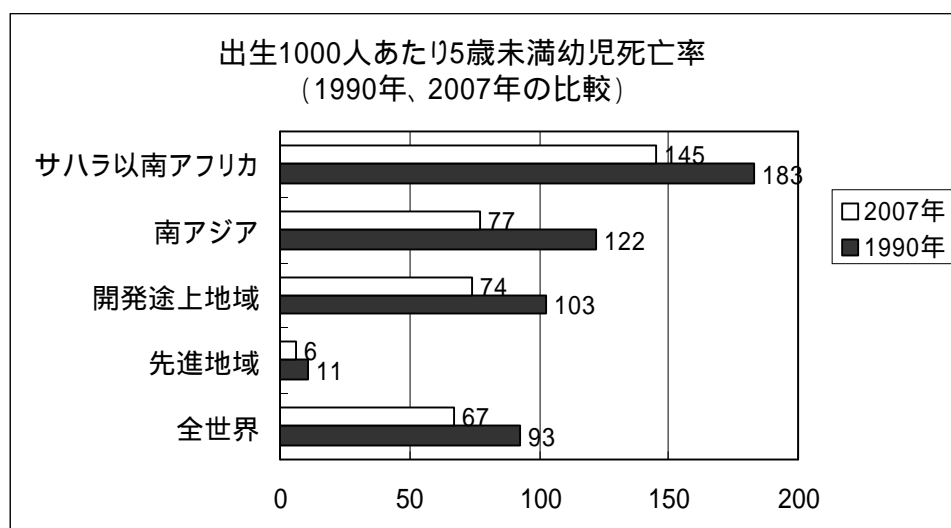
肺炎、下痢、マラリア、はしかという幼児の4大死因は、基礎的保健サービスの改善など実証済みの対策によって容易に防げるはずである。また5歳未満児の死亡件数のうち3分の1以上は低栄養が根本的な原因であると見られる。

ターゲット 4-A

2015年までに、5歳未満児の死亡率を1990年の水準に比べて3分の2減少させる。

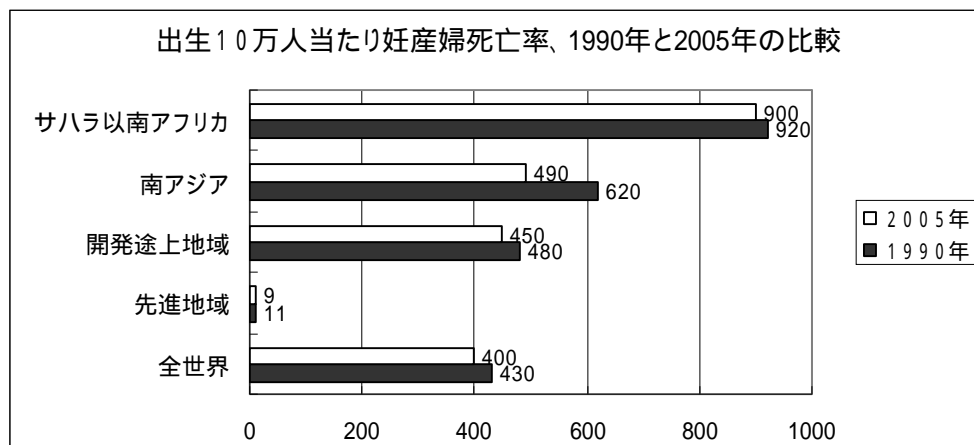
指標 4-1

5歳未満幼児死亡率



目標 5 妊産婦の健康状態の改善

妊産婦死亡率は開発途上地域の多くで非常に高い状態が続いている。妊娠中、出産中、または産後 6 週間以内に死亡した女性は 2005 年には 50 万人以上に達した。開発途上地域はこれらの死者の約 99% を占め、サハラ以南アフリカと南アジアだけで、その約 85% を占める。妊産婦死亡率が最も高いサハラ以南アフリカでは、妊産婦の健康状態の改善にほとんど進展が見られていない。



ターゲット 5-A

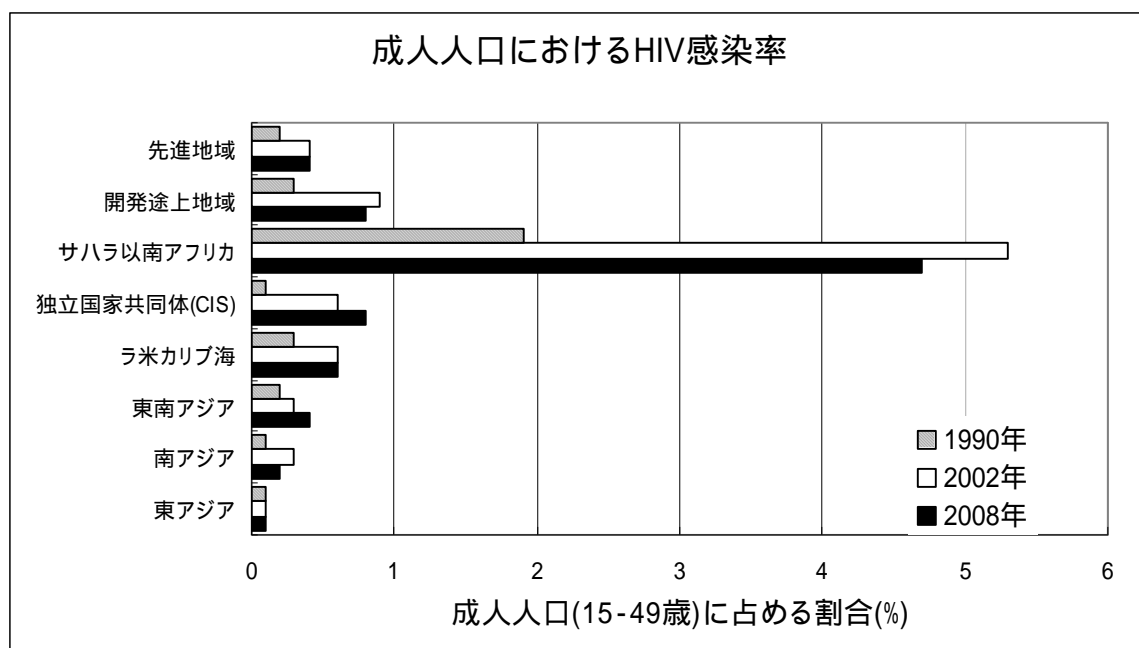
2015 年までに、妊産婦の死亡率を 1990 年の水準に比べて 4 分の 3 引き下げる。

指標 5-1

妊産婦死亡率

目標 6 HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止

毎日、新たに 7500 人近くが HIV に感染し、5500 人がエイズで死亡しているが、エイズ対策ではいくつかの前進もある。予防プログラムの改善により、新規 HIV 感染者数は 2001 年の 300 万人から、2007 年には 270 万人に減少した。またエイズ死亡者数も 2005 年の 220 万人から 2007 年には 200 万人へ減少を始めた。これら HIV 感染者の大多数はサハラ以南アフリカに暮らしている。

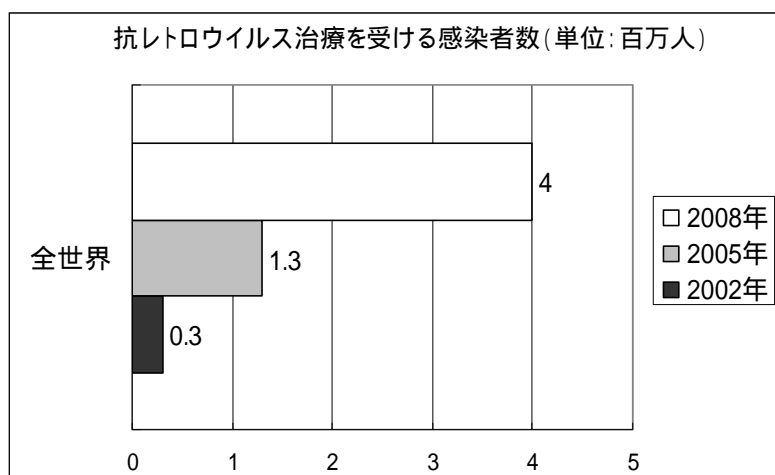


ターゲット 6 A

2015 年までに HIV エイズの蔓延を防止し、その後減少させる。

HIV/AIDS に対する闘いのゴールは、HIV の新規感染者を無くすことだと言われている。中でも HIV/AIDS の新規感染は 15 歳から 24 歳の若年層で最も高いと考えられており、若年層の新規感染者を無くすための対策が急務である。このグラフでは成人人口(15-49 歳)における HIV の感染率を示しているが、各地域において感染率が低下することが重要である。世界的な流れでは、先進地域においても開発途上地域においても 2002 年から 2008 年の感染率は低下傾向にあり、一定の成果が確認できる。これに対してサハラ以南アフリカの感染率は他の地域を圧倒して多いが、2008 年には全体的に減少傾向にあり希望は持てる。他方で、独立国家共同体 (CIS) や東南アジアにおいては新規感染が増加傾向にあり、状況の悪化が懸念される。

マラリアについては、予防よりも治療に進展の遅れが見られる。サハラ以南アフリカで人口の約半数をかかえ、時系列比較が可能なデータのある 22 カ国について見ると、熱病にかかった子どものうち、抗マラリア薬の投与を受けた者の割合は、2000 年の 41% から 2005 年には 34% に減少している。(マラリアを原因とした死亡率に関する全世界、または地域ごとの統計データはない)

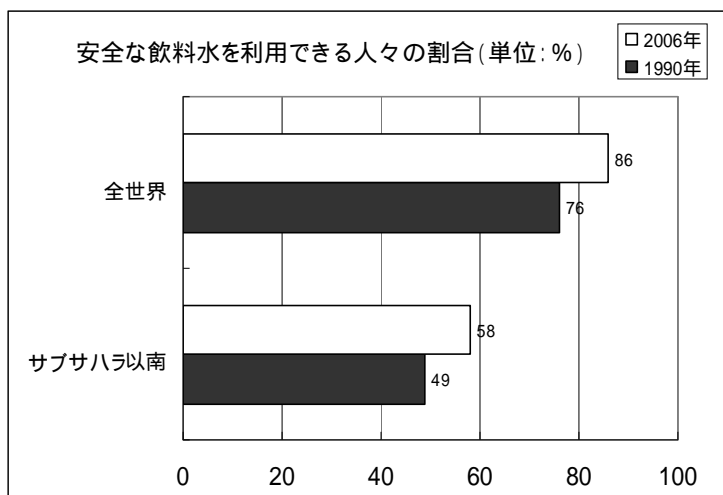


ターゲット 6 B
2010 年までに HIV エイズの治療へのユニバーサルアクセス(普遍的アクセス)を達成する。
(目標値 800 万人)

目標 7 環境の持続可能性の確保

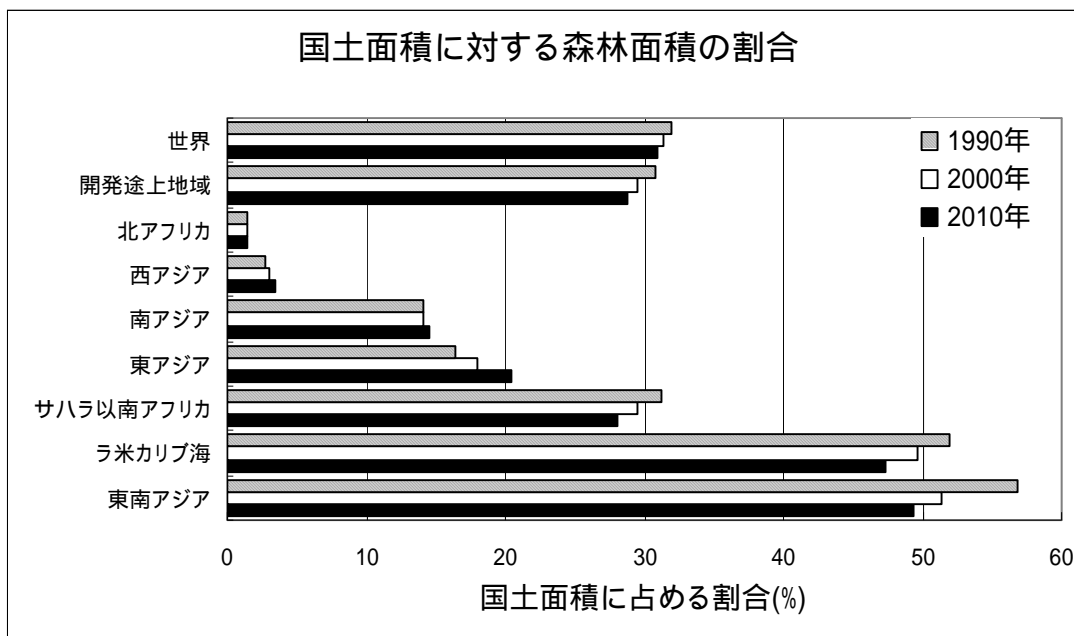
世界で改良衛生施設を利用できない人は約 25 億人にのぼり、安全な飲料水源を利用できない人は約 10 億人にのぼる。また世界の 40% を超える 28 億人が、何らかの水不足問題を抱える河川地域に暮らしている。

さらに、二酸化炭素など温室効果ガスの排出の増加による地球温暖化、生物多様性の損失、森林破壊などが環境に大きな負荷をかけ、貧しい人たちの生活を脅かしている。



ターゲット 7C
2015 年までに、安全な飲料水と基礎的な衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減させる。

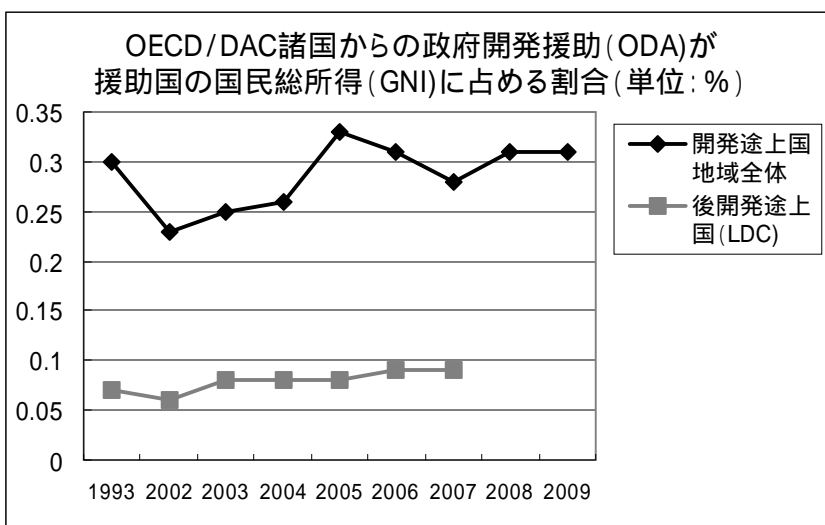
環境の持続可能性の確保の中で、地球上の森林面積は重要な指数であり、森林面積が減少傾向から増加傾向になることが重要である。このグラフから読み取れることは、世界的な森林面積は1990年、2000年、2010年と20年間の間に減少傾向が継続しているという点であり、特に森林資源の豊富な東南アジアやラテンアメリカ・カリブ海地域での減少傾向が顕著である。東アジアや南アジアでは増加傾向にあるが、世界全体の森林面積増加には至っていない。



ターゲット 7A
持続可能な開発の原則を各国の政策や戦略に反映させ、環境資源の喪失を阻止し、回復を図る。
ターゲット 7B
生物多様性の喪失を2010年までに確実に減少させ、その後も継続的に減少させつづける。

目標 8 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

政府開発援助（ODA）は、2005年に過去最高の1,071億ドルを記録して以来、2年連続で減少した。これは主として、債務救済額が減ったことによる。2009年度は、先進国の国民総所得（GNI）のわずか0.31%しかODAに拠出しておらず、0.7%という目標値には、はるか及んでいない。2009年度、日本のODA総額は8,854億円で、GNIの0.18%にすぎない。



具体的な目標：
OECD/DAC ドナー諸国のODA純額の対国民総所得（GNI）比を、ODA全体としては0.7%、後開発途上国向けには0.15～0.2%を目標とする。（注：対GNI比の数値は2002年のモンテレー合意などで確認されている）