



ミレニアム開発 目標の達成に向けて

人口とリプロダクティブ・
ヘルスが成否の鍵を握る
—人口・開発 戦略—



第 10 号



2003年9月初版
New York, NY 10017

本シリーズのバックナンバー:

- PDS第1号** 人口、環境と貧困の連鎖—活動に向けた課題—、2001年8月
PDS第2号 現状と声—南アフリカとインドにおける高齢貧困者及び社会から疎外された人たち—、
2002年4月
PDS第3号 人口高齢化と開発—社会、健康、ジェンダーの課題—、2002年4月
PDS第4号 人口・住宅調査—コスト削減戦略—、2002年10月
PDS第5号 人口高齢化と開発—開発途上国における活動に向けた課題—、
2000年10月
PDS第6号 地球の人口と水:水の確保と持続可能性 2003年3月
(邦訳:リソースシリーズNo.30財団法人アジア人口・開発協会)
PDS第7号 人々を数える—調査費用の制約と代替的手法の評価、2003年5月
PDS第8号 人口と貧困—公平、平等、持続可能性を目指して—、2003年6月
PDS第9号 HIV/エイズの衝撃—人口と開発の展望—、2003年8月

注: 本書で述べられる見解や意見は専門チームの見解や意見であり、必ずしも国連人口基金(UNFPA)の見解や意見を反映したものではない。

本書で使われている表記や紹介されている資料は、いかなる国や領土、自治体、地域、またはその当局の法的な立場に関する、または国境に関する国連人口基金(UNFPA)の意見を表明するものではない。本書内で用いられている「国」という単語は、適宜領域や地域を意味する。「先進国」「開発途上国」という表記は便宜上のものであり、必ずしも特定の国や地域が到達した開発段階に関する判断を表現するものではない。

グラフィックデザイン: Andy Musilli

表紙: 右端:ジョンズ・ホプキンス大学コミュニケーションプログラムセンター(JHU/CCP)
UNFPA Photo Archive、UNESCO Photobank

序

「ミレニアム開発目標、中でも特に絶対的貧困や飢餓の撲滅は、人口とリプロダクティブ・ヘルスの問題に正面から取り組まなければ達成できない。つまり、リプロダクティブ・ヘルスや家族計画も含め、女性の権利向上に向けてさらに努力し、教育と保健への投資を増やさなければならないということである。」

コフィ A. アナン国連事務総長、2002年12月バンコクにて

国連の2002年版の『世界人口推計 (World Population Prospect)』によると、人口は2003年の63億人から2050年には89億人に達するという。人口増加率は低下傾向にあり、2050年の人口規模について言えば、2002年版の推計値は2000年版のそれを4億人下回っている。世界で猛威を振るい続け、一部諸国、特にサハラ以南のアフリカ諸国の死亡率を著しく押し上げているHIV/エイズも、世界人口の増加率を低下させている一因ではあるが、人口プログラムの成功と女性の社会的地位の向上が世界の人口増加率低下の主要な要因である。

このように世界の人口増加率が低下しつつあるとは言うものの、今後2015年までの短い期間の間に、世界の低開発国の人口は2003年の51億人からほぼ10億人増えて60億人になる。こうした諸国の多くでは、貧困層が膨らみ、格差の拡大が進行している。そして、今でも基本的人権や人間の安全保障を享受できていない人は数多い。

ミレニアム宣言は、2000年9月に開催されたミレニアムサミットから生まれた。この宣言では、1990年代に行なわれた国際会議、特に国際人口開発会議(ICPD)を土台とし、改めて開発の権利、貧困の様々な局面の撲滅、男女平等と女性の社会的地位の向上に意欲的に取り組むことを前面に打ち出している。また、この宣言は、2015年までに達成すべき相互に補強的な8項目の目標を世界の開発アジェンダの主流として盛り込んでおり、現在これらの目標は国内の開発と国際協調の駆動力となっている。

「2015年までに誰でも質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスが受けられるようにする」というICPDの目標は、ミレニアム開発目標(MDGs)には盛り込まれていないが、本書からも良く分かるように、開発にとって、貧困との闘いにとって、そしてMDGsの目標を達成するには、リプロダクティブ・ヘルス（人口再生産に関わる健康／性と生殖に関する健康）とリプロダクティブ・ライツ（人口再生産に関わる権利／性と生殖に関する権利）の確保が不可欠である。反対に、リプロダクティブ・ヘルスが劣悪だと、特に女性の生活の質の低下、働き盛りの貧しい女性の体力低下、極端な場合には死を招き、家族やコミュニティに重い負担がかかり開発の足を引っ張ることになる。

教育を受け、自ら家族計画を立てることができる女性ほど自分や家族のために保健や医療を求めることができ、ひいては貧困の連鎖を破って好循環に転じることができる。夫婦やそれぞれの個人が家族計画を立て、妊娠・出産期に保健/医療を受け、自らの健康を守りHIV感染を予防するために必要な情報やサービスを得ることができなければ、貧困を削減し、幼児や妊産婦の死亡率を減らし、HIV/エイズの蔓延を食い止めることはできない。つまり、貧困削減のためだけでなく、持続可能な人間開発のためにもリプロダクティブ・ヘルスは重要なのである。

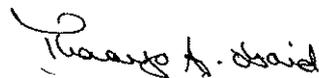
社会セクターへ投資ができるように収入を増やすためには持続可能な経済成長が大切である。しかし、持続可能な経済成長は、貧困層のリプロダクティブ・ヘルスの状況改善を保証するものではない。基本的な医療や基礎教育もまともに受けられない辺境の地で暮らす絶対貧困層や、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスに対するニーズに全く対応し切れていない場合にはなおさらである。

UNFPAは、様々な協力関係を通じ、MDGsの実現に向けてジェンダーに配慮した政策やプログラムを支援している。こうした政策やプログラムは、国内や地域の事情に合わせて調整し、文化の多様性や貧困層の声に配慮したものでなければならない。貧困層、特に貧困層の若者のリプロダクティブ・ヘルスのニーズに応え、そして中絶を防止し、HIV/エイズを予防するうえで、市民団体は行政をおぎなう重要な役割を果たす。

しかし、MDGsやICPDの目標は、それを支える経済的手段がなければ達成できない。先進諸国は、MDGの8つの合意に従い、開発のためのグローバル・パートナーシップを掲げ、これらを始めとする開発目標の達成に必要な資源の投入を約束した。しかし、モンレーで交わされた合意にもかかわらず、近年、人口・開発プログラムに対するものも含めて対外援助は伸び悩んでいる。プログラム対象諸国は人口プログラムにもっと意欲的に取り組まなければならないが、その一方で、援助供与国もODAや技術援助によってプログラム対象諸国の取り組みを全面的に支援する必要がある。また、人口問題を政治問題化することには意味がない。リプロダクティブ・ヘルス及び女性の社会的地位の向上への融資や投資は、コスト対効果が高く、MDGs達成に向けた前進を全面的に支えるものなのである。

最後に、この場を借りて、UNFPA技術支援局のマリー・シモネン局長の励ましを得て、そのプロ意識と創造性を発揮して本書作成に携わった専門チーム(p.v)に心から謝意を表したい。本書がMDGsの達成に向けて、人口とリプロダクティブ・ヘルスに取り組むことがいかに重要かについて啓発するうえで役立つことを心から願っている。

トラヤ・アーメッド・オベイド



UNFPA事務局長
2003年9月

目次

序	iii
専門チーム	v
ミレニアム開発目標 (MDGs): 目標値と指標	vi-vii
世界の人口	1-2
MDG 1 絶対的貧困・飢餓の撲滅	3-4
MDG 2 初等教育の完全な普及の実現	5-6
MDG 3 男女平等と女性の社会的地位の向上の推進	7-8
MDG 4 幼児死亡率の減少	9-10
MDG 5 妊産婦の健康状態の改善	11-12
MDG 6 HIV/エイズ、マラリア、その他疾病との闘い	13-14
MDG 7 環境の持続可能性の確保	15-16
MDG 8 開発に向けたグローバル・パートナーシップの構築	17-18
人口、リプロダクティブ・ヘルス、貧困とMDG	20
注釈・参考資料	21-22

専門チーム

リチャード・リート
UNFPA技術支援局(TSD)
人口開発課(PDB)長

ソラヤ・アズミ・ブラーニ 研究助手
PDB, TSD

ミッキー・ショック 研究助手
PDB, TSD

特別協力
アン・パウリシェコ 資源担当上級職員
PDB, TSD

ミレニアム開発目標: 目標値と指標

目標とターゲット (ミレニアム宣言より)

進捗状況をモニターする指標

1. 極度の貧困と飢餓の撲滅

① 2015年までに1日1ドル未満で生活する人口の比率を半減させる。

- 1a. 1日1ドル未満の人口比(PPP)^a
- 1b. 貧困層比率(国の貧困ライン未満の人口%)
- 2. 貧困ギャップ比率(発生率×貧困の深さ)
- 3. 国内消費において最貧層5分の1の人口が占める割合

② 2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を半減させる。

- 4. 5歳未満の低体重児発生状況
- 5. 食事によるエネルギー摂取量が生存に最低必要な水準を満たすことができない人口の比率

2. 普遍的な初等教育の達成

③ 2015年までにすべての子ども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。

- 6. 純初等教育入学率
- 7a. 1年生で入学し5年生まで進級する児童の比率
- 7b. 初等教育就学率
- 8. 15歳から24歳の識字率

3. ジェンダーの平等の促進と女性の地位の向上

④ 初等・中等教育における男女格差の解消を2005年までに達成し、2015年までに全ての教育レベルにおける男女格差を解消する。

- 9. 初等教育、中等教育、高等教育における男子に対する女子の比率
- 10. 15歳から24歳の男子に対する女子の識字率
- 11. 非農業部門の賃金雇用における女性の比率
- 12. 国会議員の女性比率

4. 幼児死亡率の削減

⑤ 2015年までに5歳未満の乳幼児の死亡率を1990年の3分の2にする。

- 13. 5歳未満児の死亡率
- 14. 乳児死亡率
- 15. 1歳児における麻疹の予防接種率

5. 妊産婦の健康の改善

⑥ 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の4分の3にする。

- 16. 妊産婦死亡率
- 17. 医師、看護師または助産婦が立ち会った出産の比率

6. HIV/エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延防止

⑦ HIV/エイズの感染拡大を2015年までに停止させ、その後感染者数を減少させる。

- 18. 15歳から24歳の妊婦のHIV感染率
- 19. 普及している避妊法の中におけるコンドームの使用率^d
- 19a. リスクの高い性交渉でコンドームを使用したか
- 19b. HIV/エイズに関する正しい総合知識をもっている15歳から24歳の年齢層の比率^c
- 19c. 避妊普及率
- 20. 10歳から14歳の孤児ではない子供の就学に対する孤児の就学の比率

⑧ マラリアおよびその他主要な疾病の発生を抑制し、その後感染者数を減少させる。

- 21. マラリア関連の罹患率と死亡率
- 22. マラリアのリスクが高い地域における効果的なマラリアの予防や治療を行なっている人口割合^d
- 23. 結核関連の罹患率と死亡率
- 24. 発見され、DOTS(直接管理下短期治療)で治療した結核症例の割合

7. 環境の持続可能性の確保

⑨ 持続可能な開発の原則を各国の政策や戦略に反映させ、環境資源の喪失を回復させる。

- 25. 森林に覆われている陸地の割合
- 26. 地表の生物多様性を維持するために保護されている面積の割合
- 27. GDP 1ドルあたりのエネルギー消費(石油kg相当)(PPP) 二酸化炭素排出量(個人あたり)とオゾン層を激減させるフロン(CFC)消費量(ODPトン)
- 28. 消費量(ODPトン)
- 29. 薪や石炭などの固体燃料を使用している人口割合

⑩ 安全な飲料水を利用できない人々の割合を2015年までに半減させる。

- 30. 都市部や農村部において改良された水源を継続的に確保できる人口の割合
- 31. 都市部や農村部において改良された衛生設備を継続的に確保できる人口の割合

⑪ 2020年までに少なくとも1億人のスラム居住者の生活を劇的に改善させる。

- 32. 土地の所有権を得られる世帯の割合

8. 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

- ⑫ 規則に基づいた、予見可能で差別的な運用のない開放的な貿易および金融システムをさらに発展させる（国内的にも国際的にも「良い統治」、「開発」と「貧困削減」にたいするコミットメントを行うことを含む）。
- ⑬ 最低開発国の特別なニーズ（関税および割り当て制限のない商品輸出、重債務貧困国に対する債務救済の促進、二国間債務の抹消、貧困削減に取り組む諸国に対するより寛大なODAの提供を含む）に取り組む。
- ⑭ 内陸国および小島嶼国開発途上国の特別なニーズに取り組む。
- ⑮ 国内および国際的な措置を通じて、開発途上国の債務問題に包括的に取り組み、債務を長期的に返済可能なものとする。

- ⑯ 開発途上国と協力し、適切で生産性のある仕事を若者に提供するための戦略を策定・実施する。
- ⑰ 製薬会社と協力し、開発途上国において人々が購入可能な価格で必須医薬品を入手・利用できるようにする。
- ⑱ 民間セクターと協力し、特に情報・通信分野の新技术による利益が得られるようにする。

以下の指標の一部は、後発開発途上国（LDCs）、アフリカ、内陸国、小島嶼開発途上国については別図にモニターを行う

政府開発援助(ODA)

- 33. OECD/DAC供与国の国民総所得に対するODA純額（合計及び対LDCs）の比率（%）
- 34. 基本的社会サービス（基礎教育、プライマリーヘルス・ケア、栄養、安全な水、衛生設備）の分野に対するOECD/DAC供与国の二国間、および同分野に配分可能なODAの割合
- 35. 条件付きではないOECD/DAC供与国の二国間ODAの割合
- 36. 内陸国と内陸国が受け取るODAのGNI比率
- 37. 小島嶼開発途上国が受け取るODAのGNI比率

市場参入

- 38. 開発途上国及びLDCsから先進国への輸入品で関税がかからないものの比率（価格が基準、武器は除外）
- 39. 開発途上国から輸入される農産物や繊維・医療用品に対して先進国が課す関税の平均
- 40. OECD諸国の農業支援推定額のGDP比率（%）
- 41. 貿易力を付けるために提供されるODAの比率

債務の負担能力

- 42. HIPC（重債務貧困国）決定ポイントに達した国の数及びHIPC完了ポイントに達した国の数（累積）
- 43. HIPCイニシアチブに基づいた債務免除の約定
- 44. 製品やサービスの輸出に対する債務返済の割合（%）（単位：ドル）

- 45. 男女別と全体の15歳から24歳の失業率^a

- 46. 必要不可欠な医薬品を持続的に購入可能な人口の割合

- 47. 100人当たりの固定電話及び携帯電話の加入者数
- 48a. 100人当たりのパソコン使用台数及び100人当たりのインターネット利用者数
- 48b. 100人当たりのインターネット利用者数

ミレニアム開発目標と目標値は、2000年9月に147ヶ国の首脳を含む189ヶ国が署名をしたミレニアム宣言から生まれたものである（www.un.org/documents/ga/res/55/a55roo2.pdf-A/RES/55/2）。目標と目標値は相互関係があり一体化して考えるべきである。また、宣言で述べられているように、目標と目標値は「国内レベルでも国際レベルでも、開発と貧困撲滅につながる環境を創る」と決意した先進国と開発途上国との連携を示すものである。

- a. 国の貧困の傾向を監視する際には、国の貧困ラインを基にした指標があればその指標を使うこと。
- b. 避妊法の中で、HIV感染の予防に効果があるのはコンドームのみである。避妊普及率は、他の健康、ジェンダー、貧困目標の進捗状況の追跡にも役立つ。コンドーム使用率は女性の間で一斉に調べるだけなので、ハイリスクな状況におけるコンドームの使用に関する指標（指標19a）及びHIV/エイズの知識に関する指標（指標19b）で補足している。
- c. この指標は、15歳から24歳の年齢層で、HIVの性感染を防ぐ2つの重要な方法（コンドームを使用し性交渉の相手を感染していない誠実な1人に絞ること）を知っており、HIV感染に関し一部地域で広がっている2つの主要な誤解を否定し、健康そうに見える人でもHIVを感染させる可能

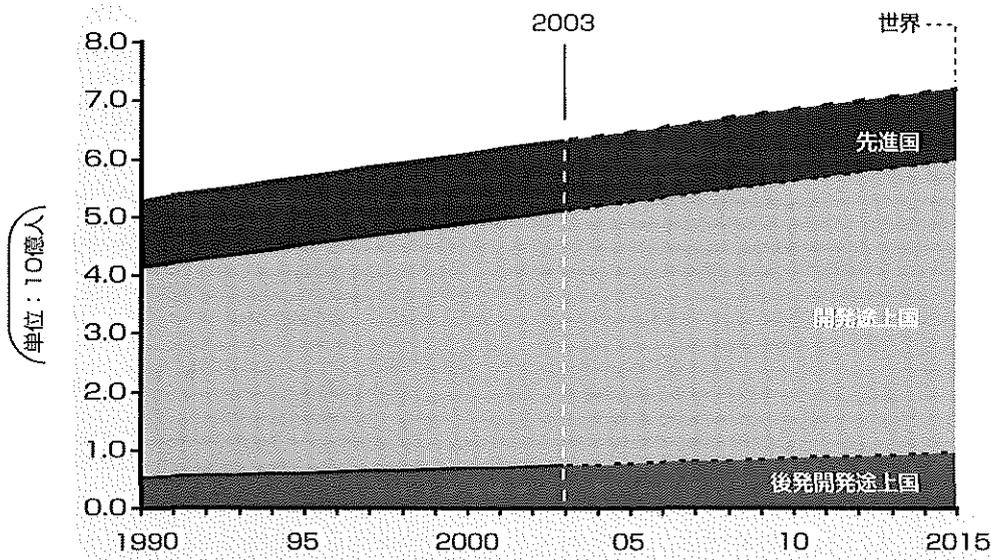
性があることを知っている人の割合と定義される。しかし、現時点では上記の定義のように指標を計算できるほど十分な調査件数がないため、UNICEFがUNAIDSおよびWHOと協力し、実際の指標の2つの構成要素を表している次のような指標を別途設けた。a) 「常にコンドームを用いること」により女性をHIV感染から守ることができることを知っている15歳から24歳の男女の割合（%）。b) 健康そうに見える人でもHIVを感染させる可能性があることを知っている男女の割合（%）。今年の報告書では女性のデータが得られていない。

- d. 予防は、殺虫剤処理した蚊帳を使って眠っている5歳未満児の割合で測定。治療は、適切な治療を受けている5歳未満児の割合で測定。
- e. 今後に向けてILOがより適切な目標値基準を開発中である。

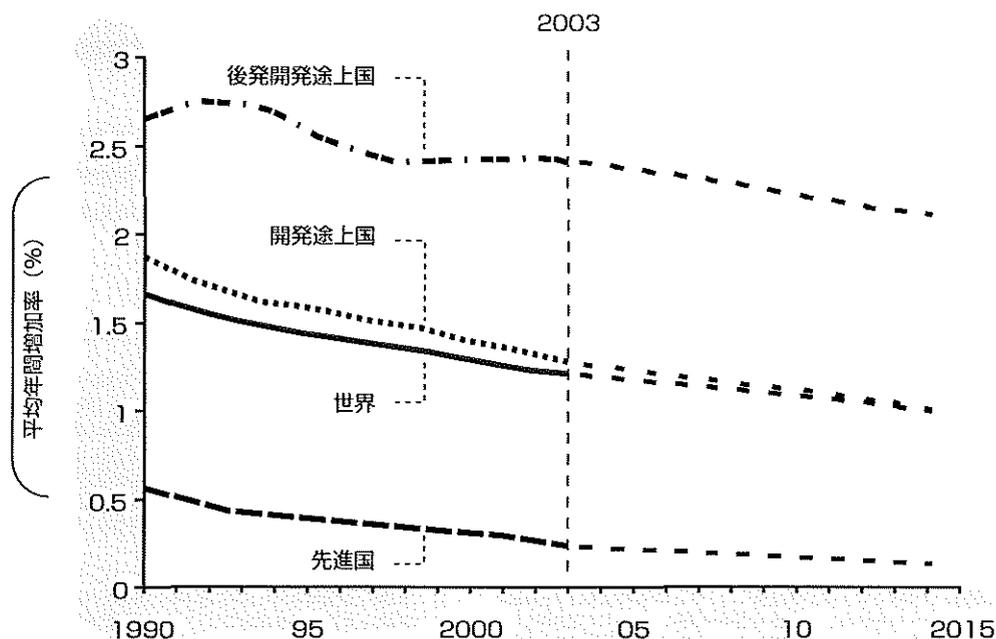
世界の人口

2003年の世界の人口は63億人で、そのうちの19%が先進国、81%が開発途上国に住んでいる。世界の人口増加率は鈍化しているが、人口の安定化に必要なレベルまで充分に下がっているわけではない。

人口は依然として増加しているが、その中心は開発途上国である。



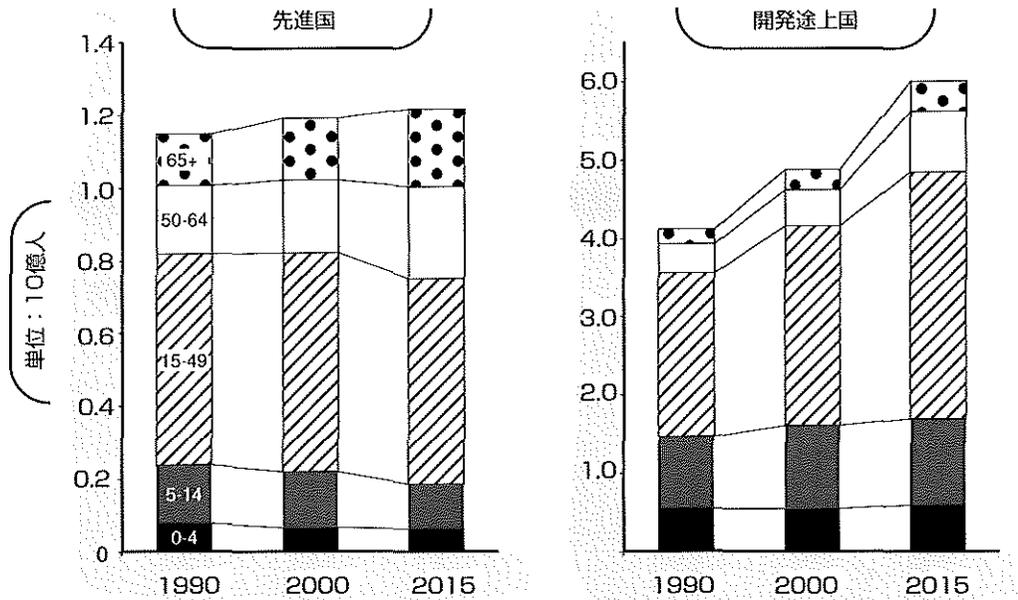
人口増加は最貧諸国で最も顕著だが、増加率は共通して減少傾向にある。ただし、後発開発途上国ではあまり減少が進んでいない。



先進諸国の大半は人口転換を完了した。そして、現在、開発途上国の多くが多産から人口転換の最終段階である少子化へと移行しており、それが人口増加率を鈍化させる主

な原因となっている。しかし、貧しい諸国の場合、出生力転換が始まったからといって、放っておいても自然に出生力転換が進行し、人口置換水準に達すると仮定するわけにはいかない。

人口の高齢化:高齢者層の増加は先進国が最も速い。開発途上国では労働年齢人口も急速に増加している。



人口の安定化は、リプロダクティブ・ヘルス・プログラムを拡充するとともにその質を改善し、必要性があるにもかかわらずその需要に対応し切れていない貧困層の多くのニーズに適切に対応する努力を重ねて初めて実現する。そして、こうした努力に伴い、ICPDとMDGsを達成するために必要な人材、特に女子教育の普及推進に投じる資金を増やさなければならない。

世界の人口は増加しているだけでなく、高齢化も進んでいる。人口の高齢化は、主に出生率の低下によるものであり、程度の差こそあれ、平均寿命が伸びたことも一因となっている。先進国では出生率(及び死亡率)が早くから減少しており、現在、子

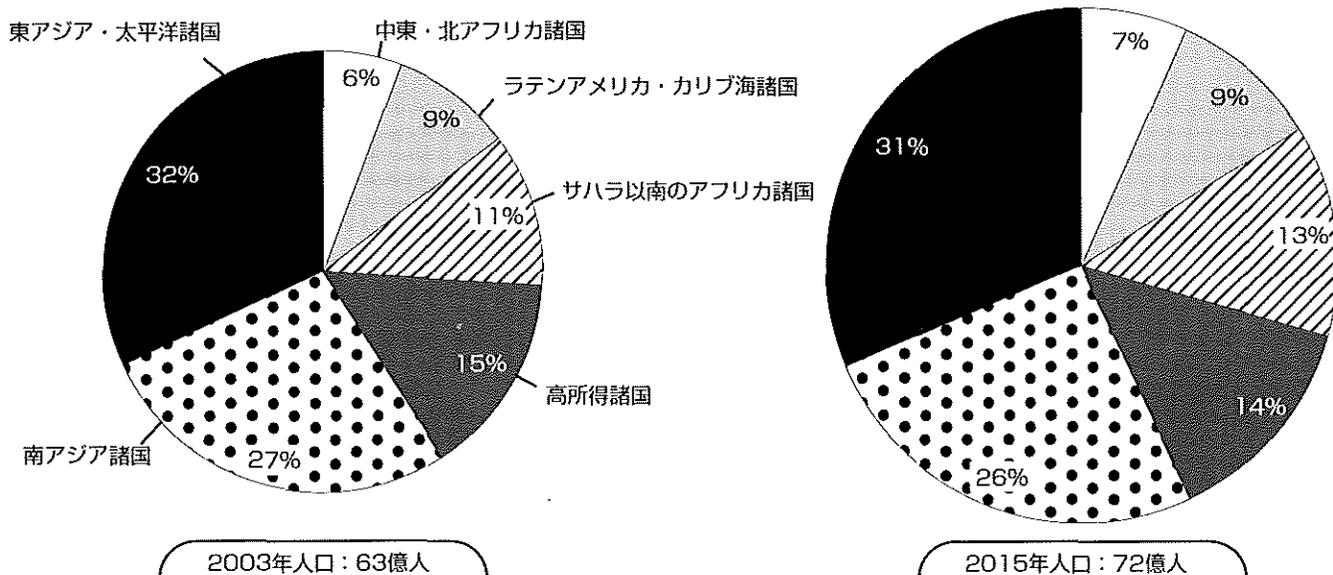
どもや青年の比率は非常に少ない。こうした事情を背景に、先進国では、高い高齢者人口比率がますます高くなっているが、この現象は先進国及び人口転換が極端に進んだ一部の開発途上国の特徴となっている。また、女性は、寿命が長く、高齢者の過半数を占めている。

現在、年齢の中央値、すなわち人口を2等分する年齢は、先進国では39歳、開発途上国では25歳、後発開発途上国ではわずか18歳である。貧しい国々では年齢構成が若く、子どもの人口比率がはるかに高い。また、様々な要因はあるものの、貧しい国々では、大家族ほど世帯の貧困レベルが高い。

世界で最も貧しいサハラ以南のアフリカ地域は、エイズによる死者が増えているにもかかわらず人口増加はどこよりも速く、世界の人口に占めるこの地域の人口比率は現在の

11%から2015年までに13%に増加する。開発途上国に住む人の人口比率がこれから10年で増えることが予想されるため、MDGs及びICPDの目標達成はさらに焦眉の急となっている。

世界の人口の半分以上がアジアに集中...



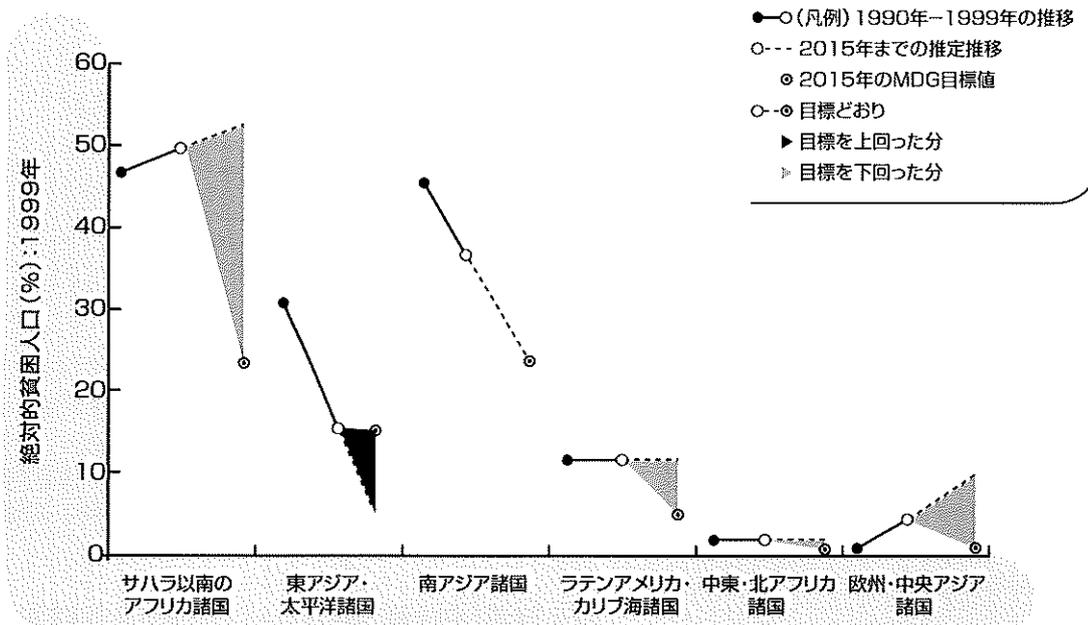
各群に属する国についてはp.22を参照。

絶対的貧困 ・飢餓の撲滅

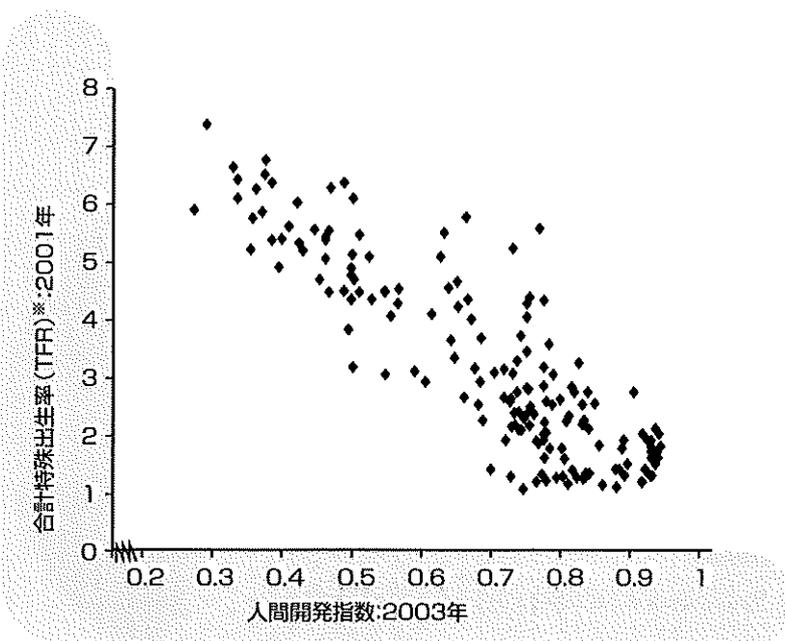


2015年までに絶対的貧困層を半減させる鍵は、人口のダイナミクスと構造、リプロダクティブ・ヘルス(若者のリプロダクティブ・ヘルスやHIV/エイズ予防など)、女性の社会的地位の向上、男女平等にある。

ある地域では絶対的貧困が減少傾向にあり、ある地域では貧困が増加している...



人間開発に対する投資が増加すると家族の規模は小さくなる...



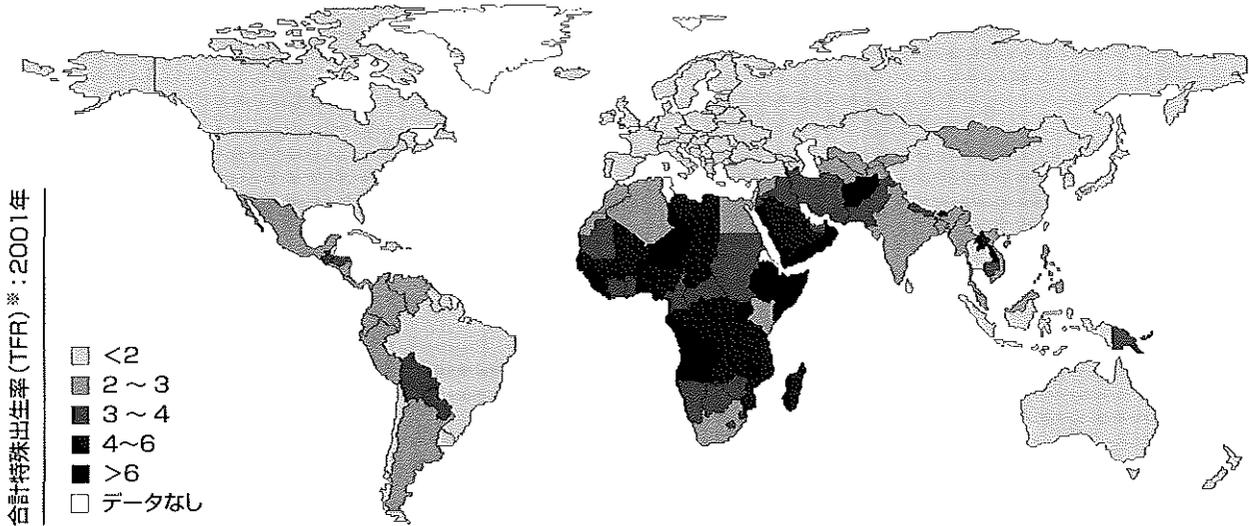
出生率が最も低いところでは、人間の安全保障とともに人間開発が最も進んでいる傾向にある。そして、そのような状況においては、貯蓄率が高く、政府が国民の健康や教育に投じることができる資源も多い。人口、リプロダクティブ・ヘルス、ジェンダーの分野で貧困層に配慮した標的を定めると様々な手ごたえが得られ、それが人間開発に対する投資と呼応し、短い期間で貧困が減少するとともに、特に女性とその家族が貧困から脱却できる能力、あるいはその生涯に渡って貧困を回避できる能力を育成する重大な役割を果たす。

※ 女性一人あたりの総出産回数

出産の間隔や時期を女性が決めることができ、健康な妊娠のためのサービスが整い、男女平等が進み、就学率が上昇し、人権の枠組みの中で貧困層に配慮した政策を打ち

出している国ほど出生力転換の進行は早い。多産は、農村を始めとする多くの貧困層が未だにサービスや情報を受けられないサハラ以南のアフリカと南アジアの数か国に集中している。

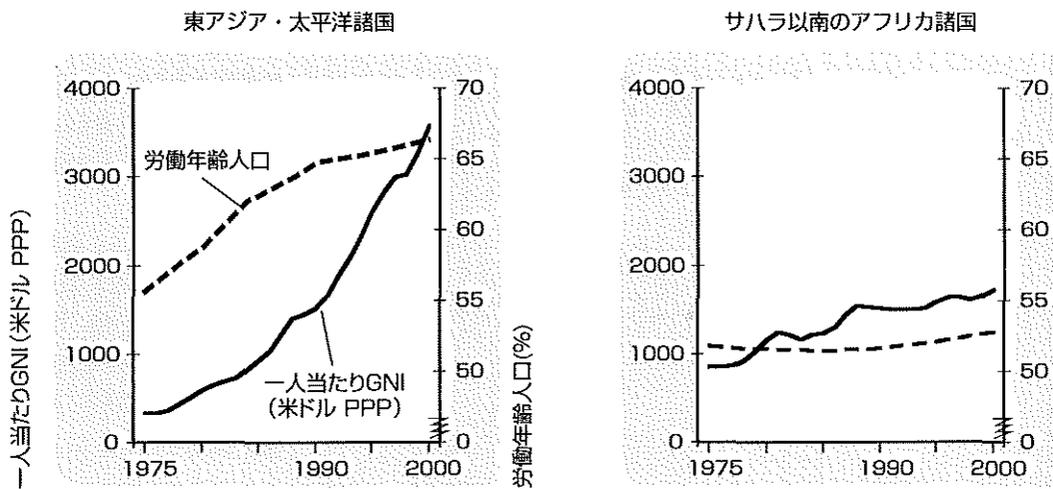
出生力転換は広がりつつあるが、貧しい諸国の女性は依然として多産である…



労働年齢の人口比率が増加すると、収入が増え貧困が減る可能性がある。扶養家族の負担減のメリットを生か

せるか否かは、雇用機会の増大、公衆衛生の改善、男女平等、人間開発への投資にかかっている。

人口配当？労働年齢の人口比率の増加は一人当たりの所得増につながる可能性がある…

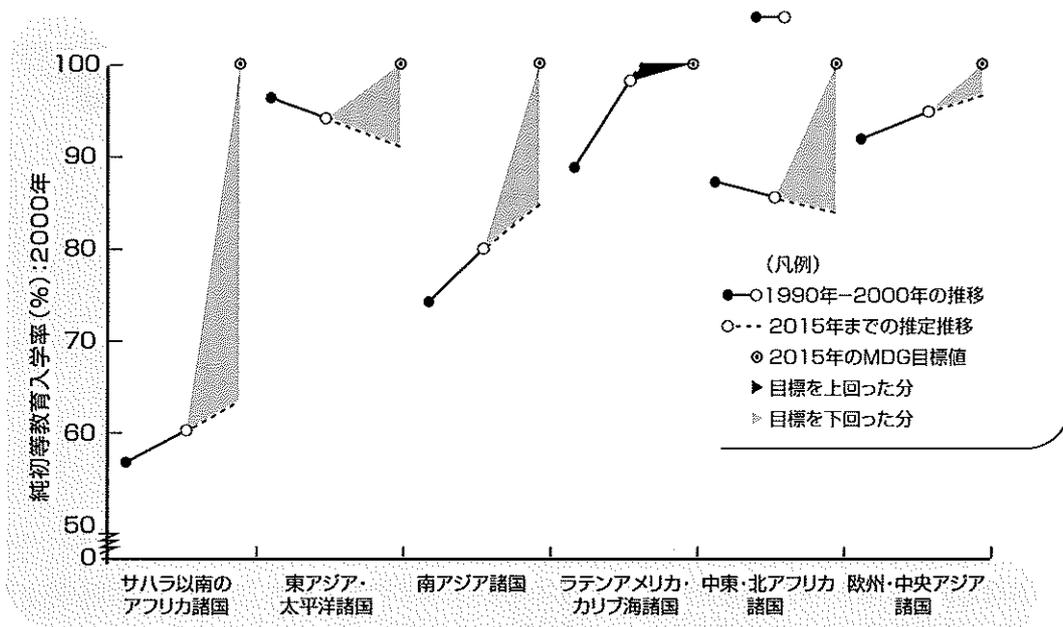


初等教育の完全普及の実現

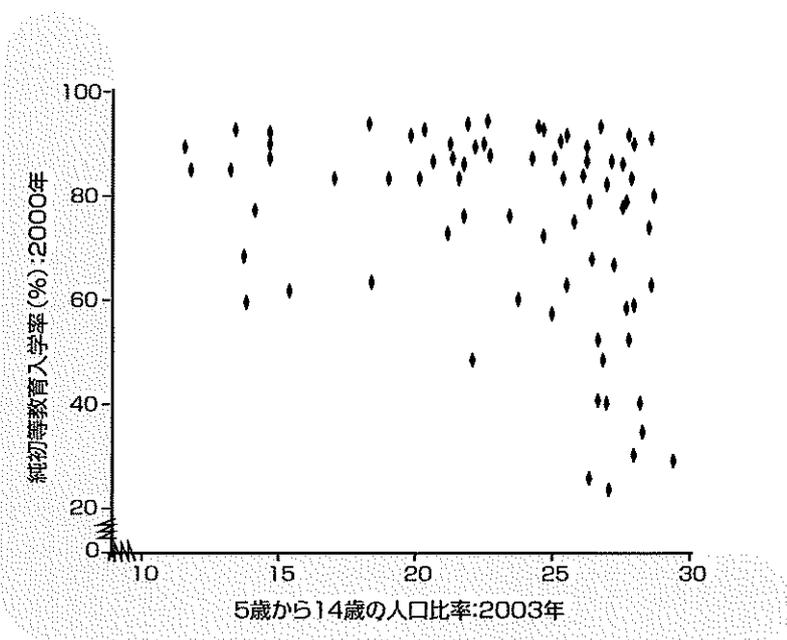


少年少女に対する教育は、貧困を削減し、一生を通して選択と機会を切り開くうえで不可欠なものである。教育の権利が保証されれば、他の権利を確保し享受する権利も広がっていく。

初等教育入学率は上昇傾向にあるが、就学しない子どもも多く、2015年までにその目標値を達成することはできそうもない...



初等教育入学率の上昇につれ子どもの人口比率が減少...



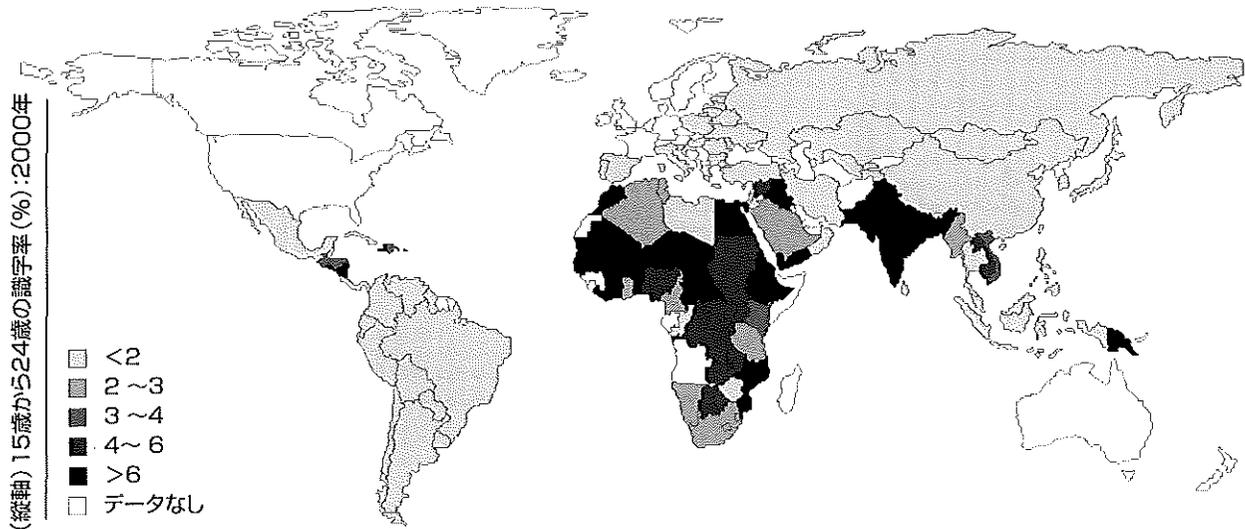
世界のいくつかの地域で入学率は男女を問わず上昇しているが、初等教育の完全普及という目標値を達成するにはさらに努力が必要である。貧困の中で暮らしている子ども、特に女子の就学率は最低になっている。

女子教育は人口と保健に好結果をもたらすものであり、出生率の低下と強く結び付いている。その結果、子どもが少なくなって子ども1人に投じる資金が多くなり進学につながるようになる。

初等教育は非識字撲滅の切り札である。長年にわたって就学率が上昇を続けたため、若者の非識字率は下がっている。現在、読み書きができない若者の比率が最も多いのは、サハラ以南のアフリカ諸国(23%)だが、人数が最も多い

のはアジアである(約8,700万人)。非識字をさらに減らすには、教育の機会を増やすとともに、教育を受ける側の障壁を取り除く必要もある。

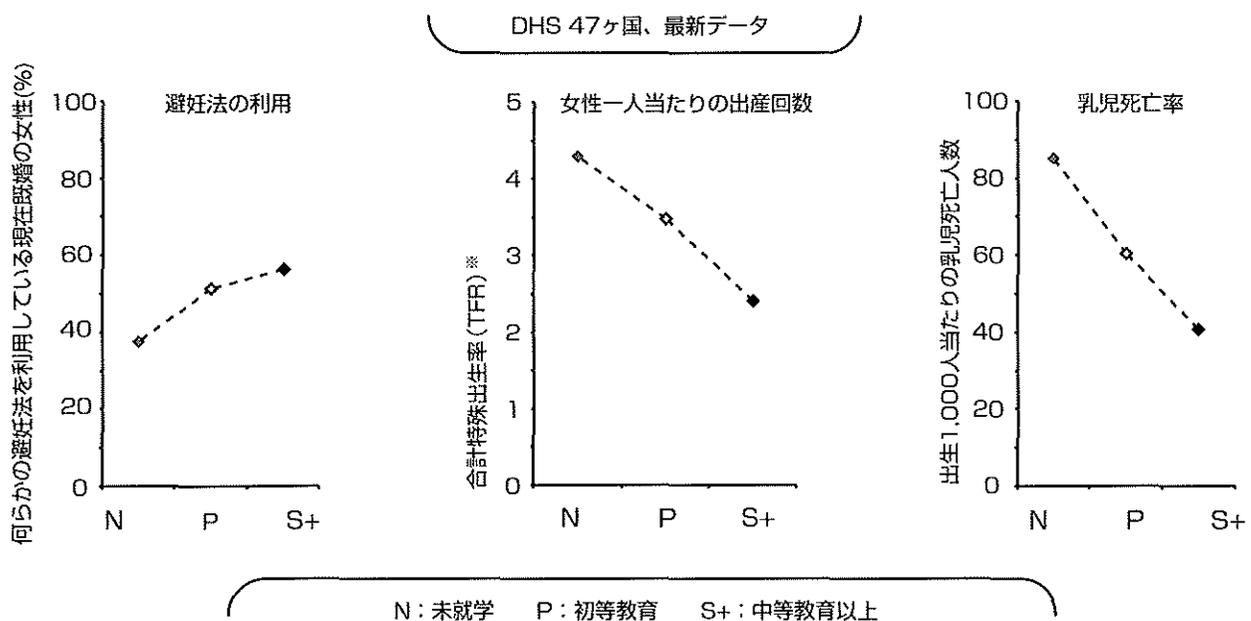
子供が学校に行かない地域では若者の非識字率が高い……



資料を見る限り、教育程度の高い女性ほど避妊をし、子ども的人数が少なく、妊娠・出産期の死亡率が低いことは

多くの国で共通している。また、そうした女性の子どもが乳児期に死亡する確率や貧困生活を送る可能性も低い。

女子教育の充実は人口改善とリプロダクティブ・ヘルスにつながる……

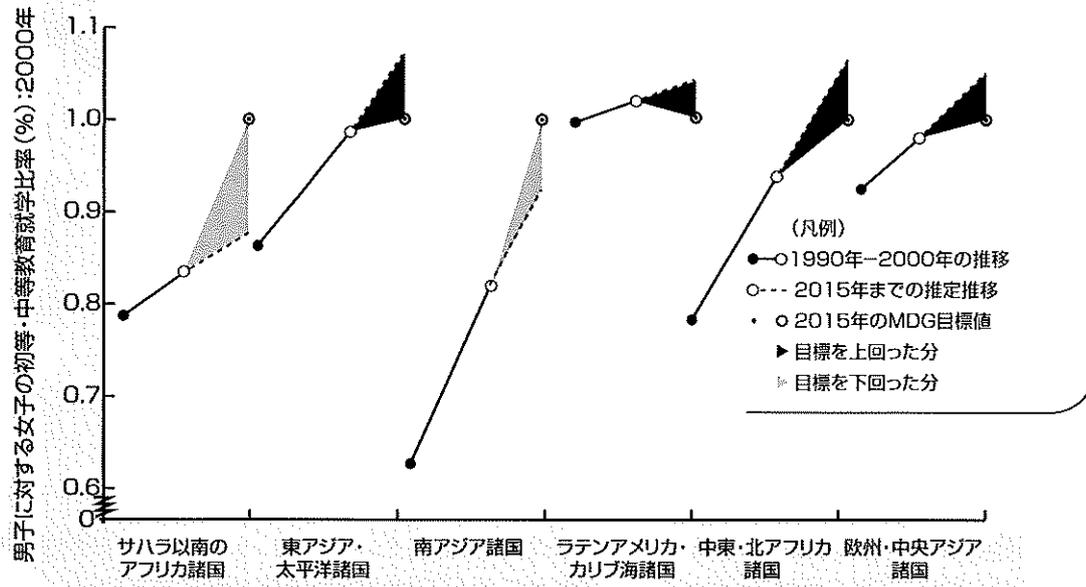


男女平等と女性の社会的地位の向上の推進

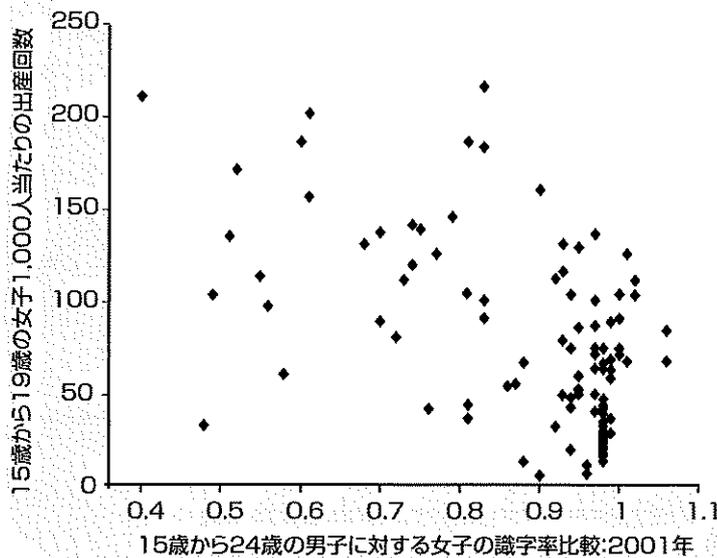


女性の社会的地位の向上は、それ自体基本的人権として重要な目的であり、人間の幸福に寄与するものである。男女平等、公平、女性の社会的地位の向上は、全ての人のための政治経済そして社会の発展の実現に欠かせない。

教育の男女差別は急速に減りつつあるが、女子の就学差別は根強く残っている...



若い男女の識字率格差の縮小と平行して思春期の出生率も低下...

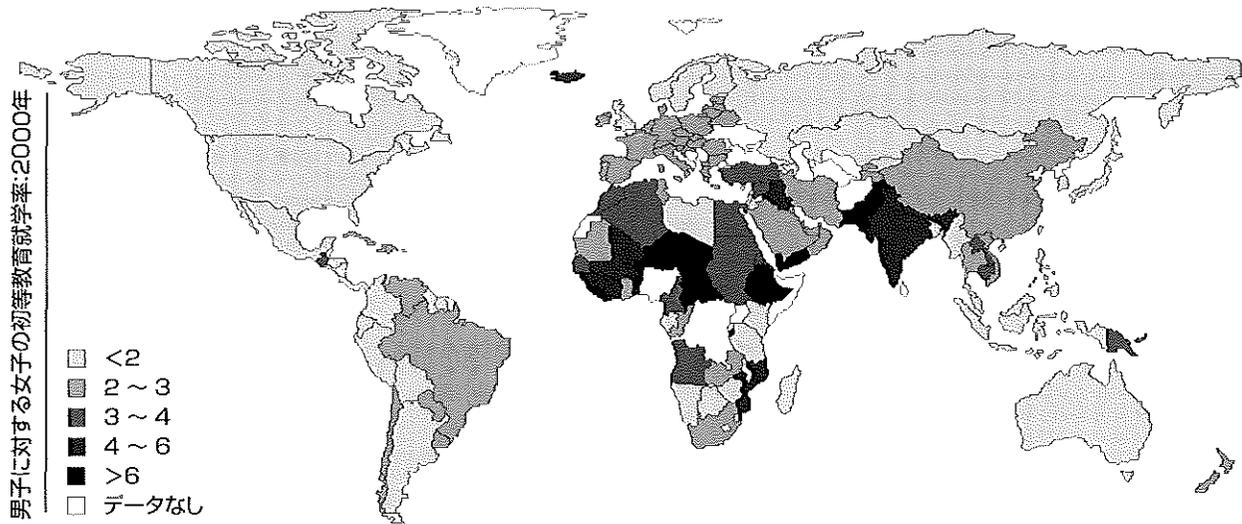


読み書きができる女子ほど結婚や出産開始年齢が遅く子どもの数が少なく、その家族は健康である。反対に、読み書きのできない女子は早婚で結婚後すぐあるいは結婚前から子どもを生み始め、妊娠回数が多い上に次の妊娠までの期間が短く、貧困の連鎖が続く要因となっている。これ以外にも、強姦や近親相姦といった世代間暴力の増長や売春や少女の人身売買にも貧困が男女の関係に影響を与えている。

古くからの文化に根付いた考え方や因習、適切な教育施設の不足、男女差別が背景にあり、女子の教育機会は男子よりも少ない。そして、こうした要因により、教育の男女格差は根強く残っている。この格差を無くすことは、特に初等教

育就学の男女格差が最も大きいサハラ以南のアフリカ諸国や南アジア諸国の政策決定者にとって重大な課題である。

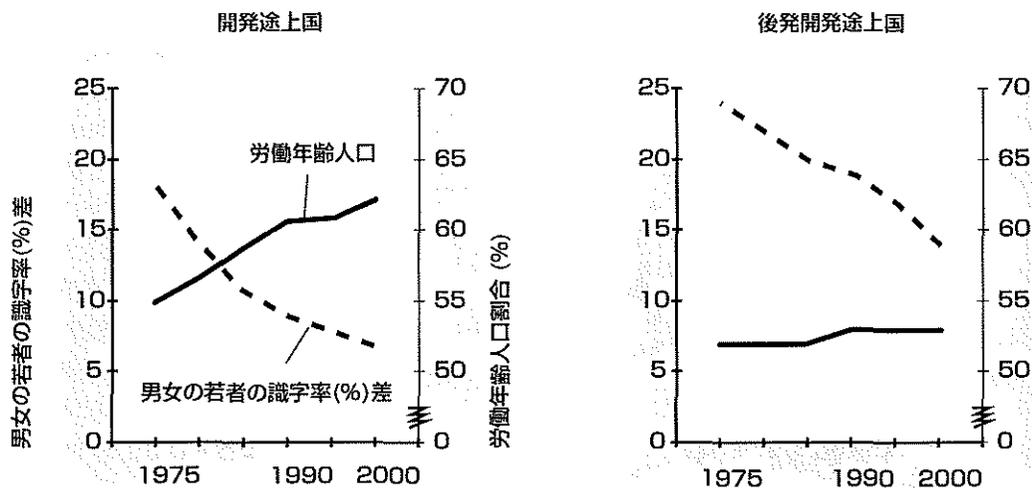
男子よりも女子の初等教育就学が低い国が多い・・・



世界の貧困層の中でも女性、特に農村部の女性は最も貧しい層に属する傾向にある。公務員、工場労働者、企業

の従業員などのフォーマルセクターや政治、政治的な意思決定をする立場に進出している女性は少数である。

労働年齢人口の増加は若者における識字率の男女格差の縮小にプラスに作用する・・・

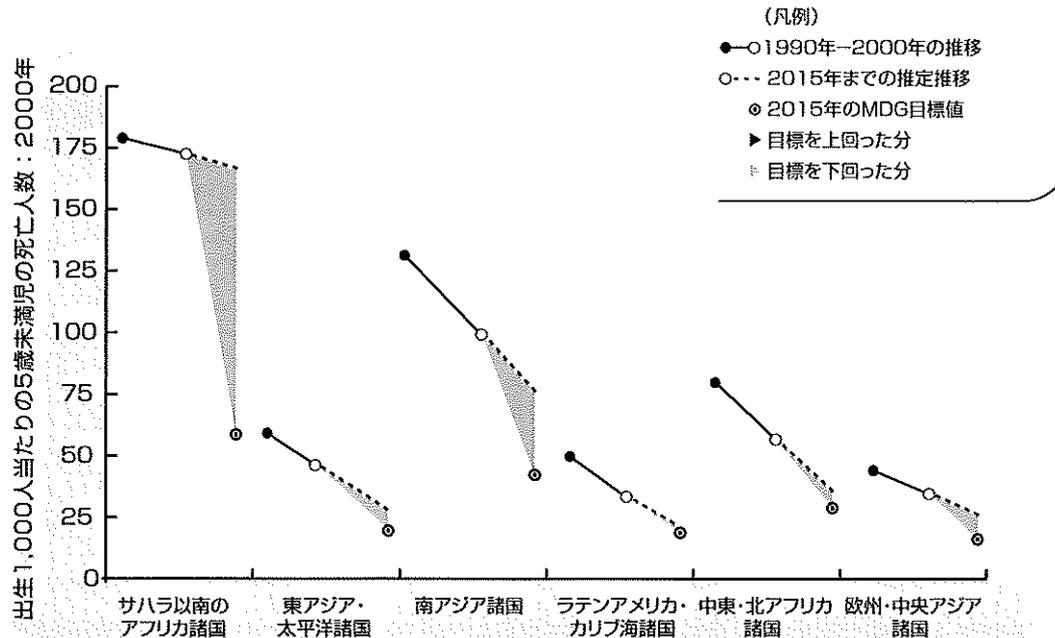


乳幼児死亡率の減少

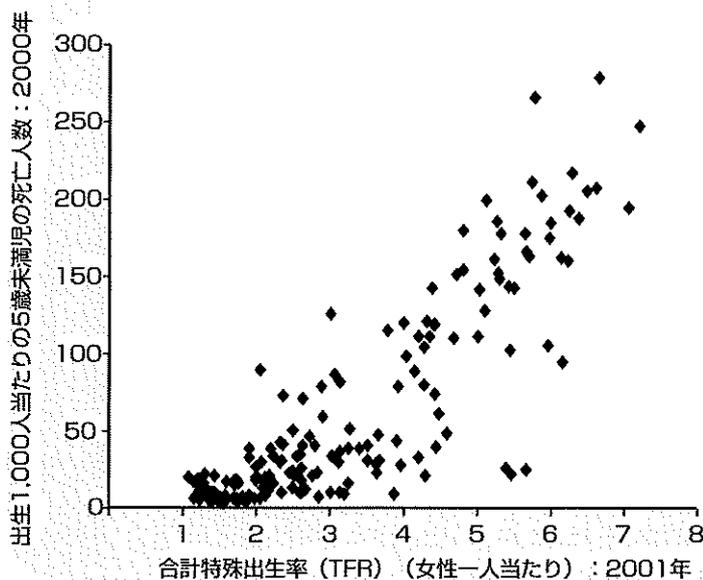


特にサハラ以南のアフリカ諸国においては、予防可能な疾病、特にHIV/エイズにより乳幼児死亡率を大幅に下げることができず、2015年までに乳幼児死亡率を3分の2減らすという目標値が実現不可能になっている。

最貧国では乳幼児死亡率減少の目標値達成が遅々として進まない・・・



子どもの人数が少ないほど乳幼児死亡率は低い・・・

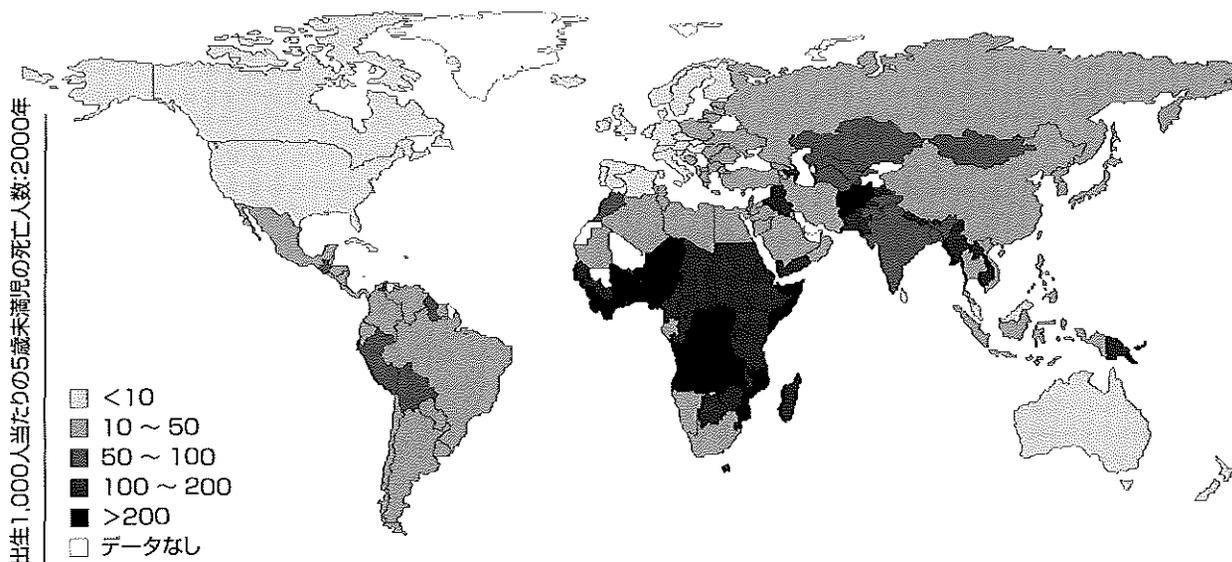


乳 幼児死亡率は年間約1,100万人にのぼるが、その割合は子どもさんの家族ほど高い。教育のチャンス及び土地や融資といった資源を利用できれば、女性は子どもを産む数を減らして、もっと適切に子どもを養育することができる。乳幼児死亡率を削減するには、特に、栄養や予防接種、及びハイリスク妊娠の回避に注意すること、そして妊婦のケア、妊娠中、出産時及び産後に健康に暮らせるように配慮することが必要である。これ以外にも、安全ではない水や劣悪な衛生設備といった問題も解決しなければならない。

プライマリー・ヘルス・ケア・システムが利用できない、あるいはプライマリー・ヘルス・ケア・システムが整備されていない最貧諸国の乳幼児死亡率が群を抜いて高くても驚くには値しない。いくつかの貧困国では複雑な人道上の危機状

態が蔓延し、それでもなくとも弱体な医療制度の劣悪化が進み、乳児および幼児が死亡するリスクが高まる傾向にある。特に地方に基本的な社会サービスを整備することが大きな課題である。

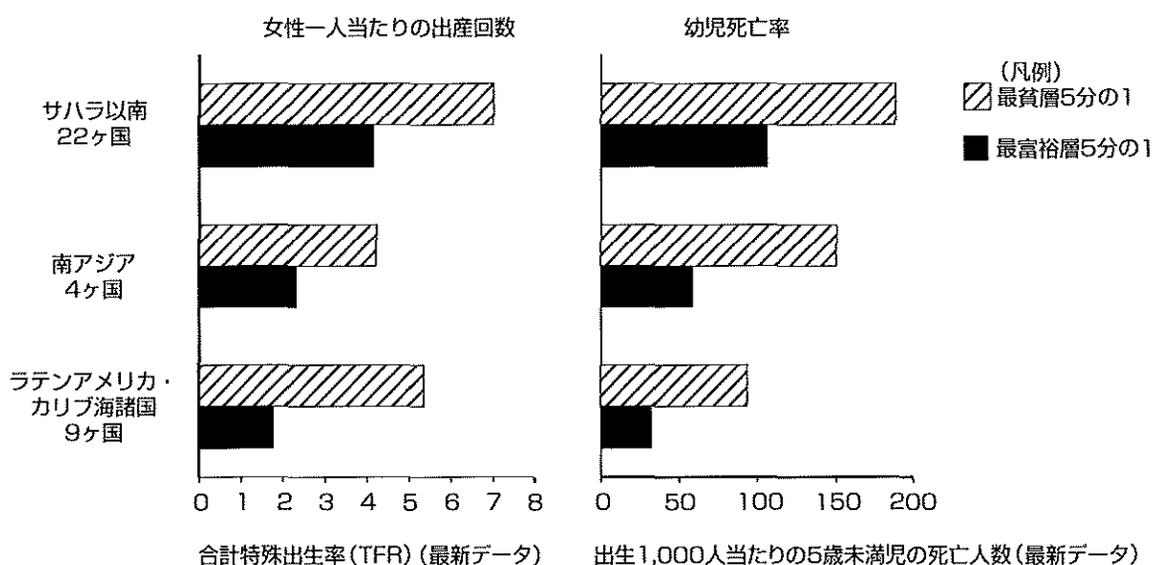
乳幼児死亡率は最貧国で最も高い・・・



豊かさ、人口と健康を左右する強力な決定要因である。貧困層が富裕層よりも子どもが多く、乳児死亡率も高

いことは全ての地域や国で共通している。

国のなかでは貧困層の方が富裕層よりも子どもが多くてかつ乳幼児死亡率も高い・・・

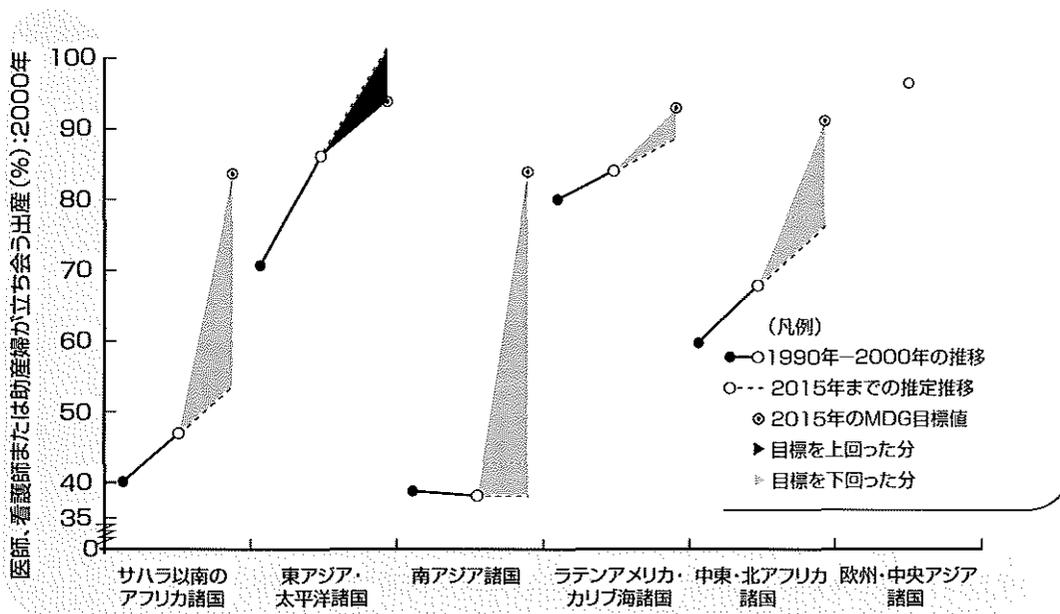


妊産婦の健康状態の改善

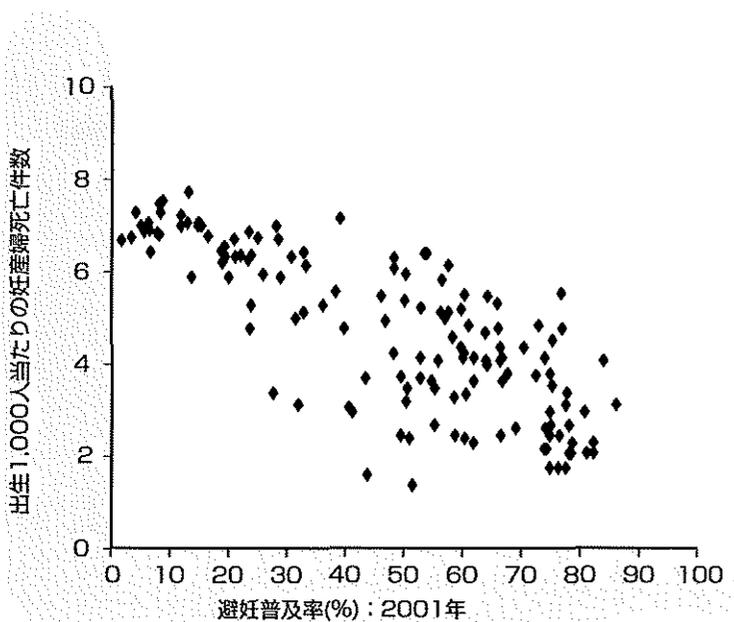


1年間で妊娠出産時に女性の約50万人が死亡し数百万人が体調を崩す。そしてその大半がリプロダクティブ・ヘルス・サービスを受けることができない最貧国に住む女性である。

医師、看護師または助産婦が立ち会わず母体が危険にさらされる出産が余りにも多い……



産婦の死亡は家族計画の普及に伴い減少……



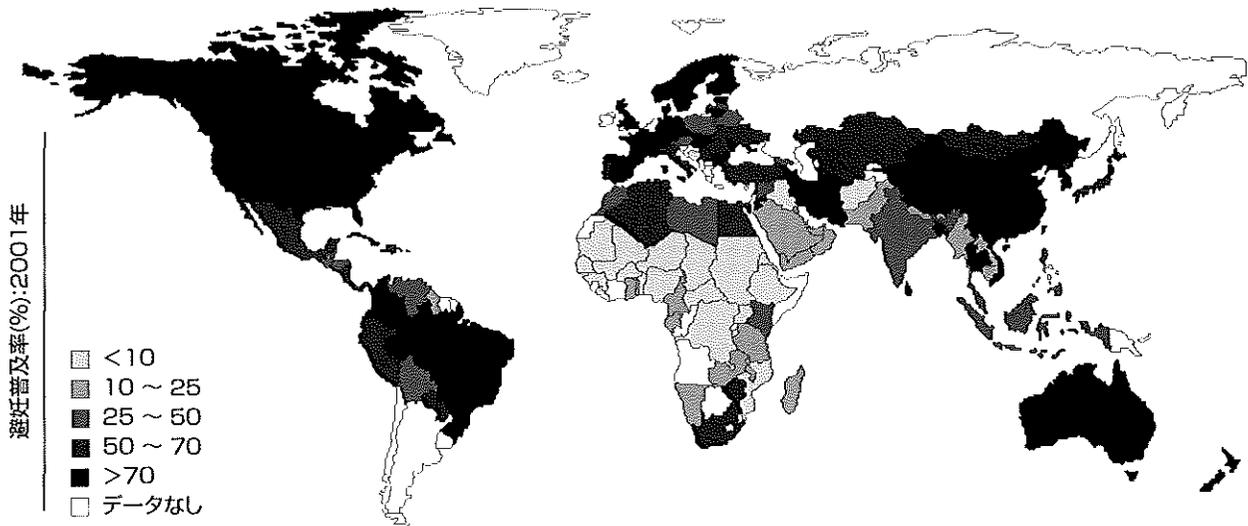
出 妊産婦死亡の減少は、避妊具の有無や質の高い医療が受けられるかなど、様々な要因に左右される。特に重要なのは、妊娠と出産に伴う合併症に対応できる医師、看護師または助産婦が出産に立ちあうか否かである。世界全体では、医師、看護師または助産婦が立ち会う出産は60%に満たない。貧困層に向けた妊娠期医療、救急産科医療(EOC)、産後医療に対して投資をすると貧困削減を後押しすることになる。

若くして妊娠するとリスクが大きい。間隔をあけずに妊娠を繰り返す場合も同様である。少女には意思決定権が乏しく、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを受けに行く方法を知らない場合が多い。また、若者はHIV/エイズなどの性行為感染症(STDs)に感染するリスクも高い。

2015年までに、必要とする人全員がリプロダクティブ・ヘルス・サービスを受けられるようにするというICPDの目標に向かって進捗は見られている。しかし、特にサハラ以南のアフリカや南アジアの諸国では、必要としているサービスが受けられない人が今でも大勢いる。世界における計画外の妊娠

件数は年間8,000万件。また、出産の間隔を空けるため、そして出生数を制限するために避妊をしたいと思いつながら避妊をしていない女性が1億2,000万人いる。リプロダクティブ・ヘルスを改善し、リプロダクティブ・ライツを実現する道は遠い。

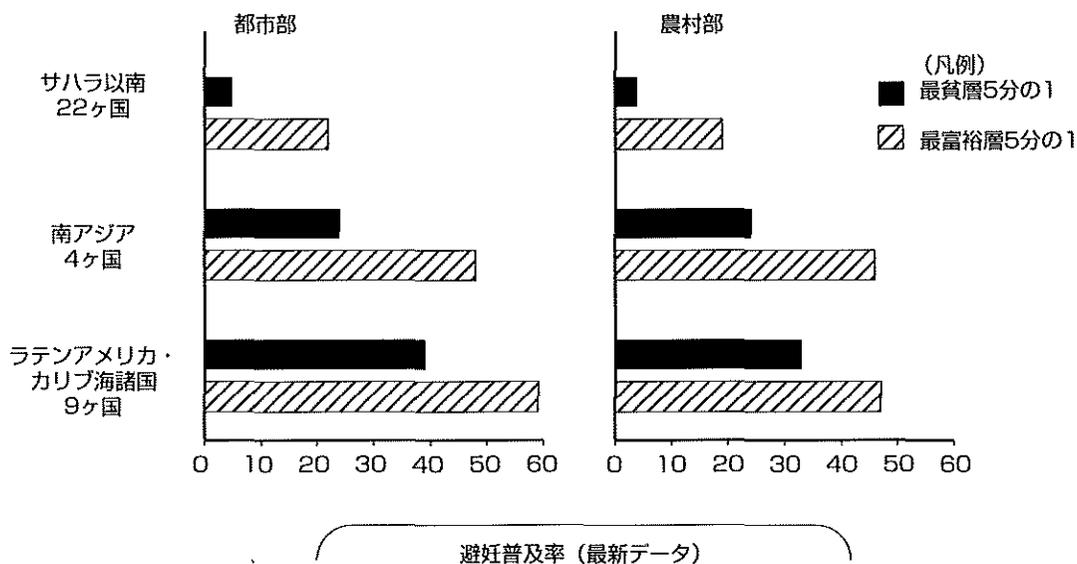
今でも家族計画を利用できない夫婦は多い……



避妊を行うか否かは、様々な要因、特に質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスを利用できるか否かに関係する。社会的・文化的要因により女性がサービスを受けにくい

場合も多い。地方に住む低所得者層は避妊を行う可能性が最も低くなっている。

依然として貧困層と農村部の方が避妊の利用率が低い……

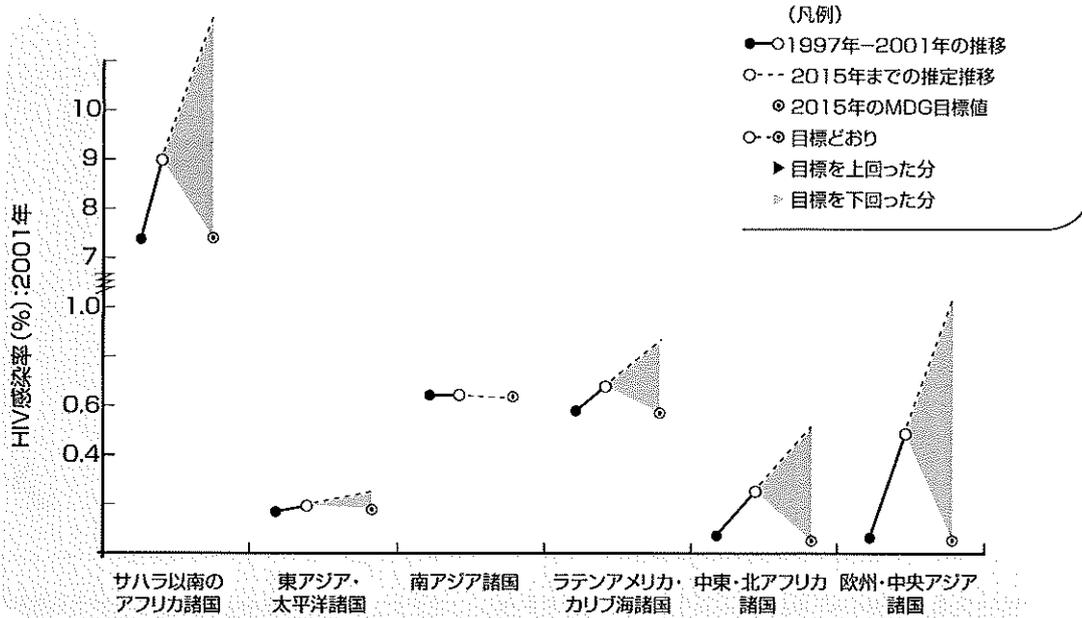


HIV/エイズ、マラリア、その他疾病との闘い

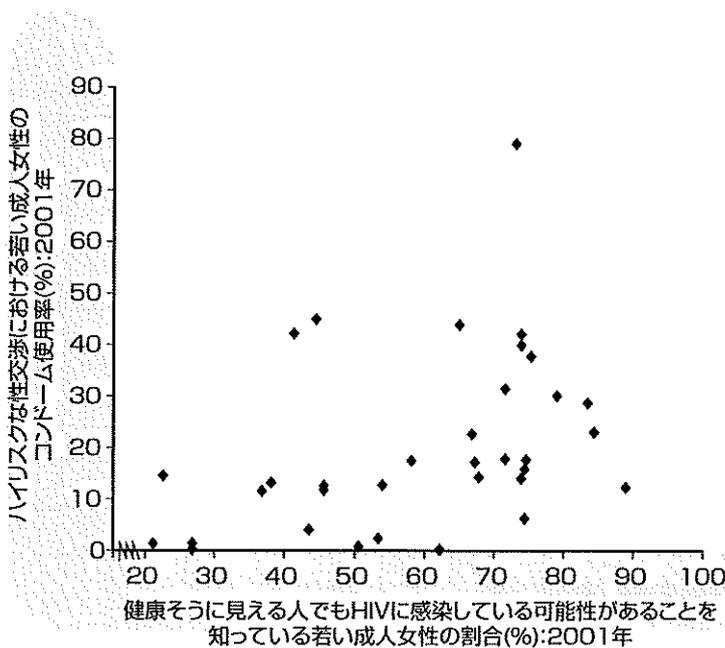


現在、HIV/エイズ感染者は4,000万人以上である。そして、どこよりもリプロダクティブ・ヘルスの情報に関する知識が乏しく、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを受けられない低所得国にその多くが集中している。

止まらないHIV/エイズ感染:サハラ以南のアフリカ諸国の割合は驚異的...



HIV/エイズに関する知識が深まるにつれ若者のコンドーム使用率は増加...

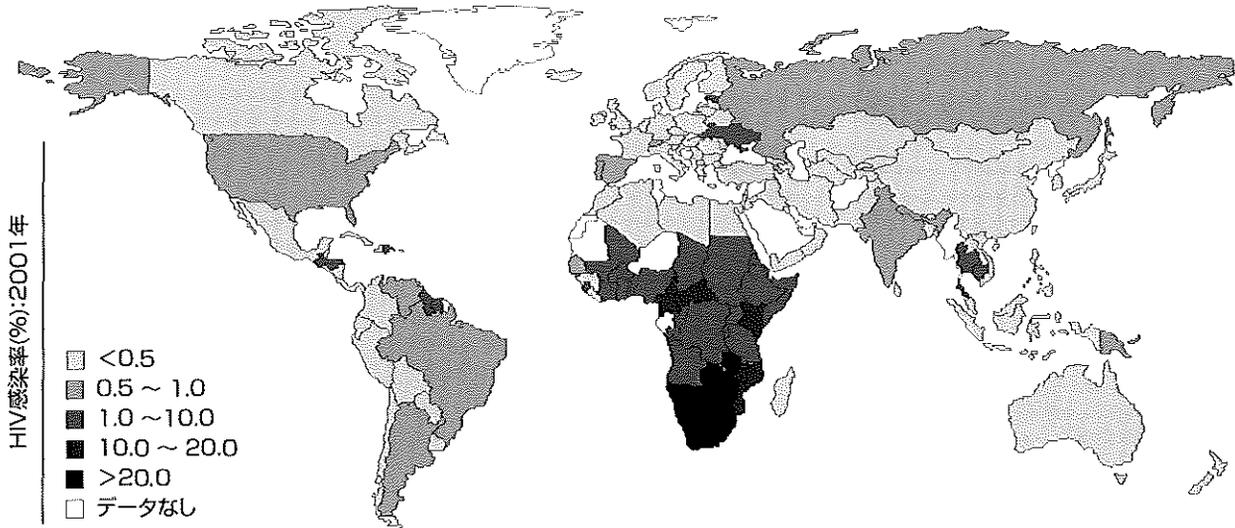


HIV/エイズは病気と死亡の大きな元凶である。罹患率が高いところでは、大幅に寿命が短くなり人口も減少する。HIV/エイズの流行は、他のMDGs実現に向けた開発の進捗・前進の脅威となっている。MDGの目標値は全て密接に結び付いており、一つが逆行すると他に波及しやすい。HIV/エイズに効果的に対応するには、社会の全ての層に向けて感染原因に関する知識を広めるセクターを超えた戦略が必要である。

HIV/エイズが水面下で流行している兆しが多く国で見られる。流行がハイリスク集団に集中している国も一部にはある。しかし、多くの国ではハイリスク集団だけでなく一般の人々の中にも流行している。サハラ以南のアフリカ諸国

の中には、感染率が人口の20%を超えている国もある。この影響は壊滅的であり、全てのセクターにおいて開発の足かせとなっている。

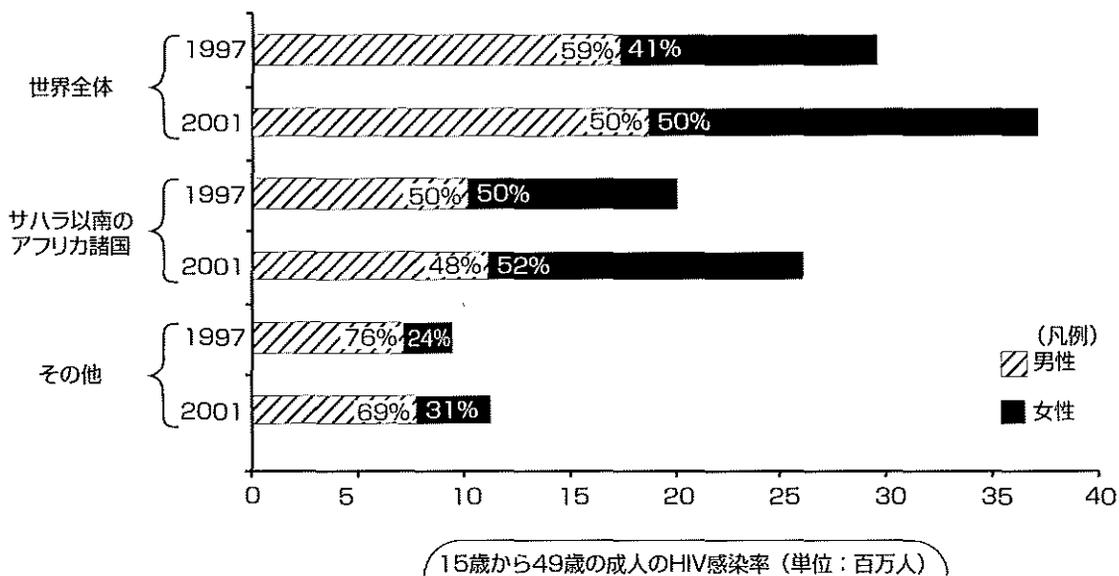
HIV/エイズ感染率の驚異的な地域格差・・・



世界的に見ると、HIV/エイズ感染者は女性よりも男性が多いが、女性の感染率は増加傾向にあり、サハラ以南のアフリカ諸国では女性の感染者の方が多い。このことは、HIV

感染を防止する手段であるコンドームを使用するか否かに関する判断など、男女の力関係が不均衡であることを物語っているものと思われる。

流行の拡大につれて増える女性のHIV/エイズ感染率・・・

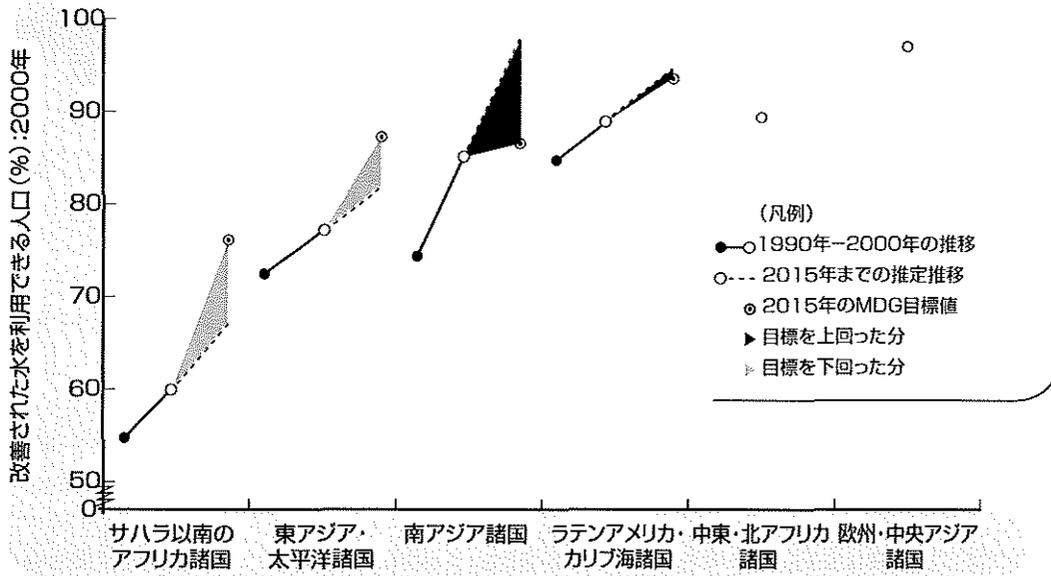


環境の 持続可能性の確保

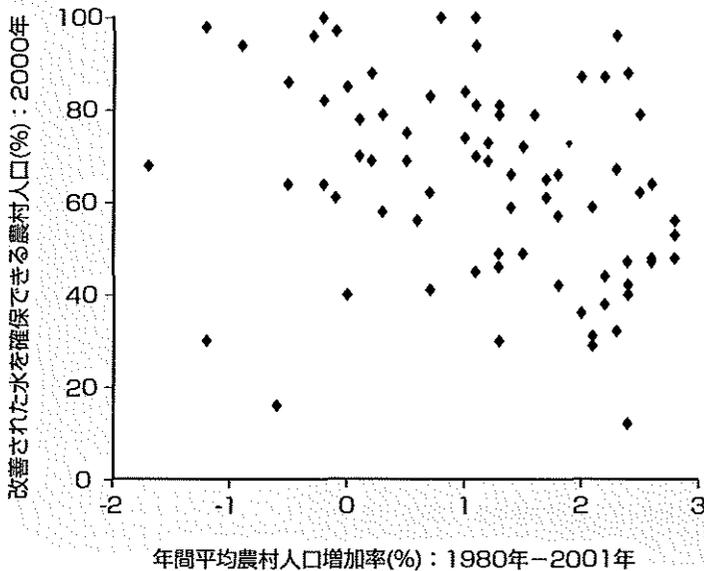


人口(人数、増加、分布)と持続可能な開発の関係は複雑である。富裕層の過剰消費、貧困層の過少消費も含め、現在の消費と生産の 패턴の多くは持続可能なものではない。

水を確保できる人々の比率は増加傾向にあるが、貧困層の多くはまだ確保できていない...



農村人口の増加が落ち着くと改善された水を確保できる人々の割合が増加する...



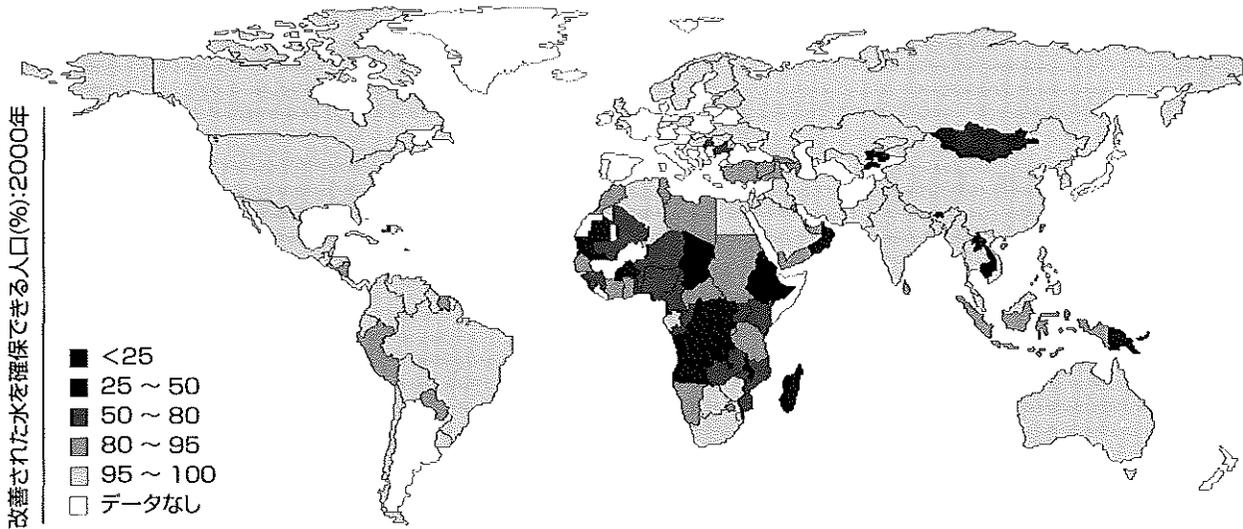
長年にわたり世界の人口は増加の一途である。現在では、開発途上国を中心に年間約8,000万人増え、世界の消費増加に影響を与えている。そして、そこに経済活動の増加が加わり、希少な天然資源の利用量が指数的に増加している。

世界の水の消費量は一世代内で2倍になる。また、現在のように水の消費量が増え続けば、2025年には、80億人のうち50億人が基本的な水のニーズを満たすことが難しい地域に住むことになる。

水 不足に苦しむ低所得国の多くでは人口が急増している。そうした諸国では節水技術に高額な投資をすることはまずできないのが普通である。そして、その負担はどちらかといえば女性と子どもにのしかかる。徒歩で遠くまで水汲みに出

かけて重い水を運ばなければならない場合も多く、女性の健康や子どもたちの就学に悪影響を与えることも多い。

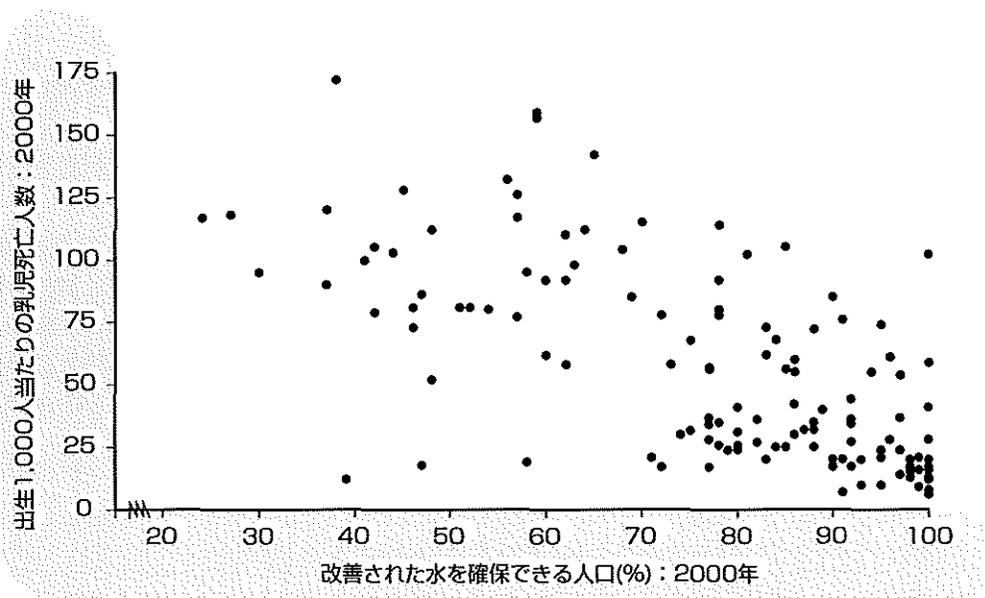
新しいミレニアムに突入しても水の確保に苦しむ人は多い……



乳 幼児死亡の約60%は感染症と寄生虫病によるものであり、下痢やコレラなど、その大半は水による感染であ

る。現在、安全な飲料水を確保できない人は約10億人、十分な衛生設備のない人はその2倍以上にのぼる。

清潔な水が利用できるようになると乳児死亡が減少する……

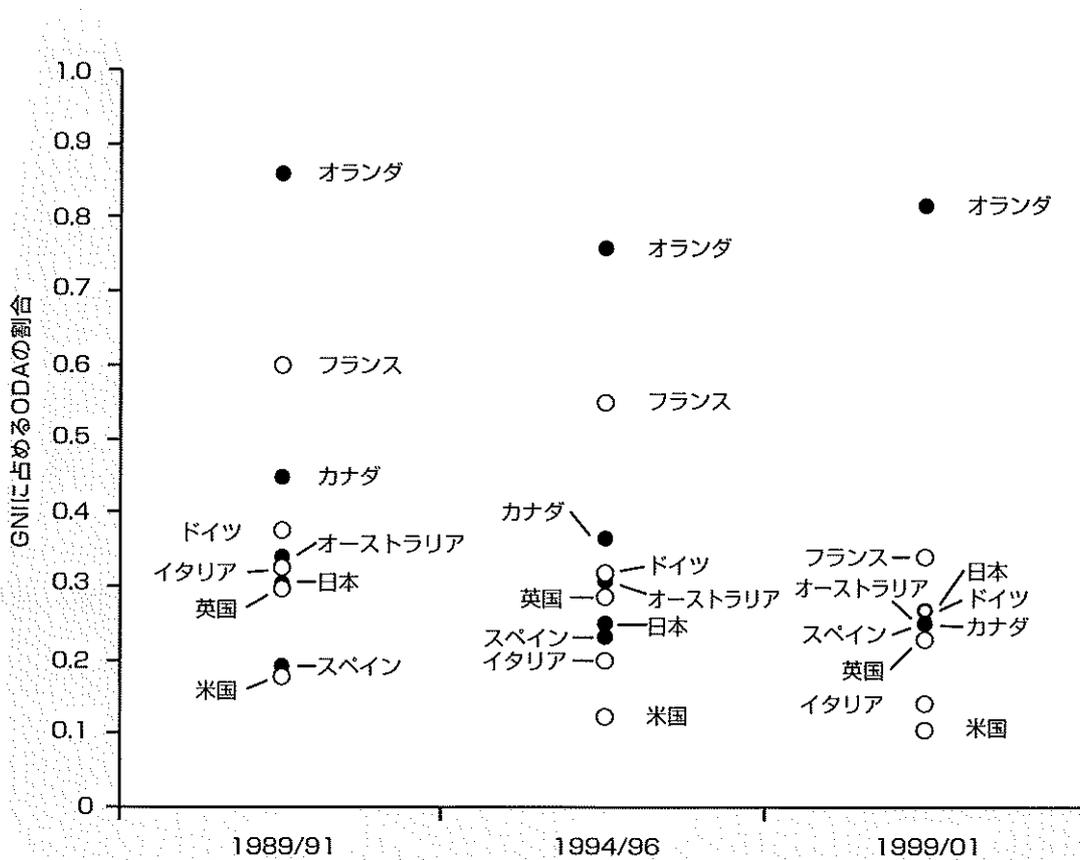


開発に向けた グローバル・ パートナーシップの構築



2002年のモンレー合意では、開発に向けた新たなパートナーシップが呼びかけられ、資金調達、技術移転、能力開発というアジェンダの大枠が示された。しかしODAは目標値に届かず、貿易障壁や農業補助金はなくなっていない。

OECD上位10ヶ国の大半はODAが目標値の0.7%を大幅に下回っている・・・



ICPDでは、2015年までにカイロ目標を達成するために必要となる資金の額について明確にした。年間170億米ドルから始まって217億ドルになるというものである。その約3分の2は国内から3分の1は供与国からのものである。

ICPD直後は、国内外からの人口プログラムへの拠出が増えたが、その後、勢いは頭打ちとなり、現在の資金調達量はカイロで合意された目標を大きく下回っている。国外からの支援は、

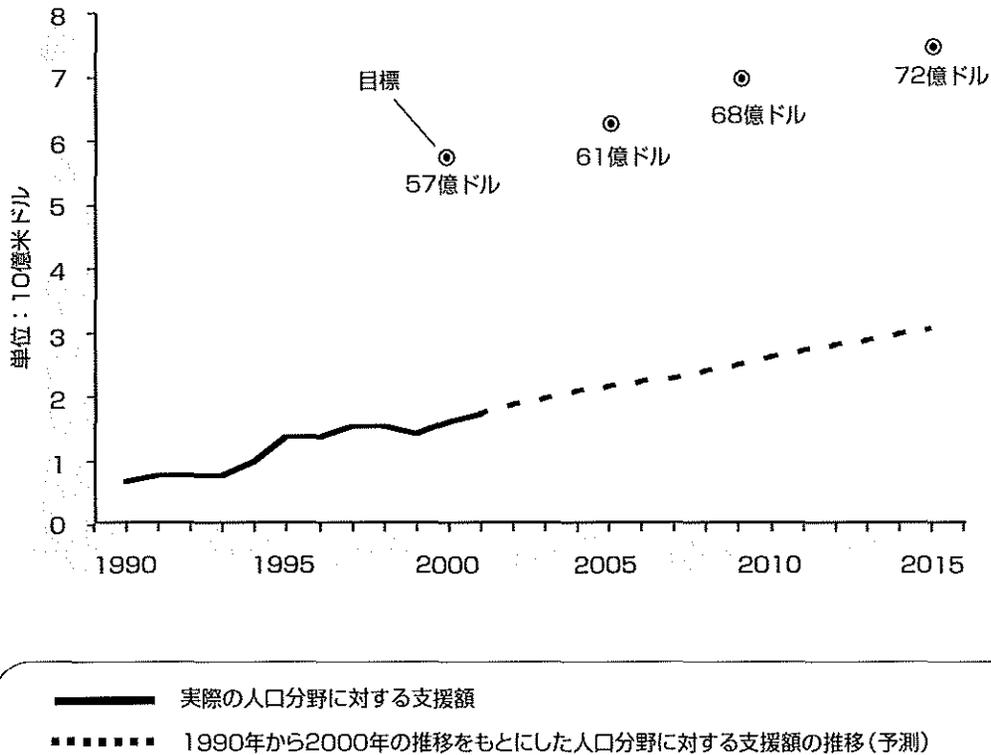
2000年までに57億ドルという目標達成に向けて着実に増加するのではなく、ここ数年は20億ドル前後を歩き来し、2001年には25億ドルだった。これは目標値の44%である。

十分な資金がないことが、ICPD目標達成に向けた軌道をそらせている大きな原因の一つである。貧しい女性がリプロダクティブ・ヘルス・サービスを受けられず、妊産婦の高い罹患率と死亡率につながり、HIV/エイズとの闘いを進める妨げとなり、ひいては開発目標が有名無実になっているのである。

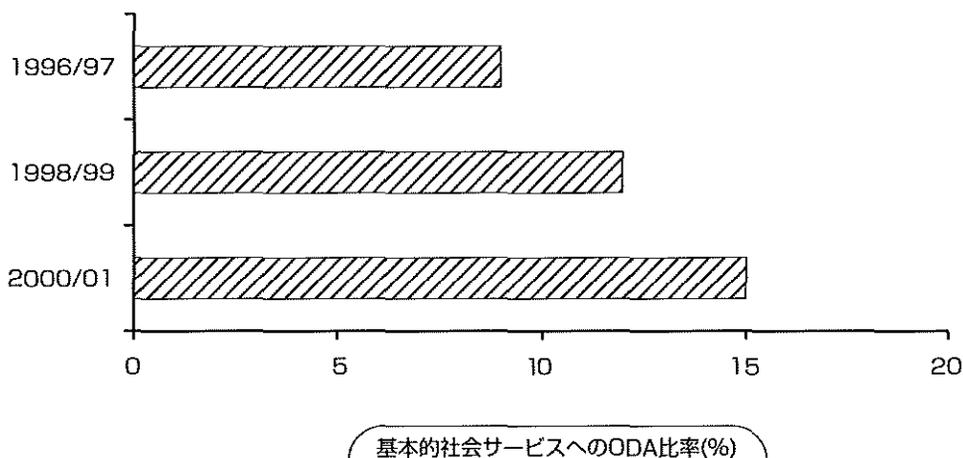
貧 困層、特に女性の健康と教育への投資は、経済成長、貧困削減、公正を推進させるものである。1995年に開催された「世界社会開発サミット(WSSD)」では、基本的社会サービスのために国内支出の20%及びODAの20%を支出する

よう求めた。若干の進捗は見られたが、20/20という目標値は依然として実体がなく、最貧層の多くは今でもこうしたサービスを受けることができてない。しかし、開発及び人権の実現には、誰でも基本的な社会サービスが受けられることが基本である。

人口プログラムに対する供与国の支援はICPD目標値を大きく下回っている…



基本的社会サービスへのODA比率の増加…



人口、リプロダクティブ・ヘルス、 貧困とMDGs

○ リプロダクティブ・ヘルスが確保できる場合

● リプロダクティブ・ヘルスが確保できない場合

MDG 1

絶対的貧困・飢餓の撲滅

- 出生数の減少、人口増加率の鈍化、好ましい年齢構造、経済成長の加速、貧困削減
- 少子化と女性労働力の参加
- 所得配分の歪みが是正され、絶対的貧困が減り成長への展望が広がる

- 人口増加の助長、不確かな生活、食料不安のリスク増大
- 十代の出産、短い出産間隔、無計画な、希望よりも多い子どもの人数
- 貧困が世代を越えて受け継がれ循環する可能性が高い

MDG 5

妊産婦の健康状態の改善

- 妊産婦の罹患率・死亡率の低下
- EOC(緊急時産科医療)や妊産婦検診を受けることができる
- 出生数の減少および十分な出産間隔

- 避妊具が手に入らない、女性に選択権がない
- 医師、看護師、助産婦以外による分娩助動
- 妊娠合併症の結果がより深刻

MDG 2

初等教育の完全普及の実現

- 子どもの数が少なく、子ども1人当たりの教育資金が増え、学業成績の向上につながる
- 子どもの労働が減る
- 青年期から成人期を通じて機会が増大する

- 特に女子の在籍率が低い
- 女子が兄弟姉妹の面倒を見なければならず、学業で優秀な成績を修める展望が開けない
- 生徒対教師の比率が高く、子供1人当たりの予算が少ない

MDG 6

HIV/エイズ、マラリア、その他疾病との闘い

- HIV/エイズその他STD(性行為感染症)の感染と予防に関するより確かな情報
- 安全な性交渉のための交渉力が増し、リスクが減少
- 性の健康に関する市民の知識が広く深くなる

- 妊婦の管理や医薬品が不足し、母子感染のリスクが増大
- STDの検査と対処が行なわれないためにHIV/エイズ感染の可能性が増す
- 性交渉の初体験が早い上に避妊具が不足しHIV/エイズのリスクが増す

MDG 3

男女平等と女性の社会的地位の向上の推進

- 晩婚化及び人生の機会が増大する
- リプロダクティブ・ヘルスに男性が参加することにより、配偶者同士の理解が深まりDV(ドメスティックバイオレンス)が減る
- 性行動及び出産に関する決定において女性の交渉力が増す

- 有害な行為及び風土の慣習
- 女子及び女性の地位や力が弱い
- 年功序列や男尊女卑を伴う序列傾向の強い大家族

MDG 7

環境の持続可能性の確保

- 空間や土地の持続的使用の改善
- 既存のインフラや基本的社会サービスへのプレッシャーが少ない
- 資源管理者としての女性の役割の強化

- 過密な都市部スラムへの移住により、地方の環境資源基盤が劣化する
- 食料と水の安全保障に対するプレッシャー
- 森林地帯、辺境の土地や壊れやすい生態系への拡大

MDG 4

乳幼児死亡率の減少

- 乳児および幼児の疾病率と死亡率のリスクの軽減
- 衛生、乳児食、育児に関する知識が深まる
- 子育て力の向上

- 大家族の中の子どもは栄養や愛情が不足しがち
- 乳児に優しい保健制度や保育に接することができない
- 栄養不良、発育障害、低出生体重児が多い

MDG 8

開発に向けたグローバル・パートナーシップの構築

開発に向けたグローバル・パートナーシップの構築
MDGsに向けて前進するには
北から南への流れが不可欠である。

- 開放的な貿易・金融システムの育成
- LDCs、内陸国、小島嶼開発途上国特有のニーズに対応する
- 債務免除及CIDAの増額
- 生産的な若年者に対する雇用の創出
- 入手可能な価格の医薬品の提供
- ニューテクノロジーの恩恵の普及

注釈・参考資料

国のグループ別分類

サハラ以南のアフリカ諸国：アンゴラ、ベニン、ボツワナ、ブルキナファソ、ブルンジ、カメルーン、ガーボベルデ、中央アフリカ、チャド、コモロ、コンゴ、コートジボアール、コンゴ民主共和国、赤道ギニア、エリトリア、エチオピア、ガボン、ガンビア、ガーナ、ギニア、ギニアビサウ、ケニア、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、マリ、モーリタニア、モーリシャス、モザンビーク、ナミビア、ニジェール、ナイジェリア、レユニオン、ルワンダ、サントメ・プリンシペ、セネガル、セイシェル、シエラレオネ、ソマリア、南アフリカ、スーダン、スワジランド、トーゴ、ウガンダ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ。

東アジア・太平洋諸国：カンボジア、中国、朝鮮民主主義共和国、フィジー、インドネシア、キリバス、ラオス、マレーシア、マーシャル諸島、ミクロネシア連邦、モンゴル、ミャンマー、パラオ、パプア・ニューギニア、フィリピン、サモア、ソロモン諸島、タイ、東ティモール、トンガ、ツバル、バヌアツ、ベトナム。

南アジア諸国：アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、インド、モルジブ、ネパール、パキスタン、スリランカ。

ラテン・アメリカ・カリブ海諸国：アンティグア・バーブーダ、アルゼンチン、バルバドス、ベリーズ、ボリビア、ブラジル、チリ、コロンビア、コスタリカ、キューバ、ドミニカ、ドミニカ共和国、エクアドル、エルサルバドル、フランス領ギニア、グレナダ、グアテマラ、ガイアナ、ハイチ、ホンジュラス、ジャマイカ、メキシコ、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、ペルー、プエルトリコ、セントキッツ・ネイビス、セントルシア、セントビンセント及びグレナディーン諸島、スリナム、トリニダードトバゴ、ウルグアイ、ベネズエラ。

中東・北アフリカ諸国：アルジェリア、ジブチ、エジプト、イラン、イラク、ヨルダン、レバノン、リビア、モロッコ、占領下パレスチナ、オマーン、サウジアラビア、シリア、チュニジア、イエメン。

欧州・中央アジア諸国：アルバニア、アルメニア、アゼルバイジャン、ベラルーシ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブルガリア、クロアチア、チェコ、エストニア、グルジア、ハンガリー、マン島、カザフスタン、キルギスタン、ラトビア、リトアニア、マケドニア（旧ユーゴスラビア共和国）、ポーランド、モルドバ、ルーマニア、ロシア、スロバキア、タジキスタン、トルコ、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタン、ユーゴスラビア。

高所得国：アンドラ、アルバ、オーストラリア、オーストラリア、バハマ、バーレーン、ベルギー、バミューダ、ブルネイ・ダルサラーム、カナダ、ケイマン諸島、チャンネル諸島、香港、マカオ、キプロス、デンマーク、フェロー諸島、フィンランド、フランス、ポリネシア、ドイツ、ギリシャ、グリーンランド、グアム、アイスランド、イスラエル、イタリア、日本、韓国、クウェート、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、モナコ、オランダ、オランダ領アンティル諸島、ニューカレドニア、ニュージーランド、北マリアナ諸島、ノルウェー、ポルトガル、カタール、サンマリノ、シンガポール、スロベニア、スペイン、スウェーデン、スイス、アラブ首長国連邦、英国、米国、バージン諸島。

先進国：欧州全域、北米、オーストラリア、ニュージーランド、日本。

開発途上国：アフリカ全域、アジア（日本を除く）、ラテンアメリカ・カリブ海諸国、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシア。

後発開発途上国：アフガニスタン、アンゴラ、バングラデシュ、ベニン、ブータン、ブルキナファソ、ブルンジ、カンボジア、ガーボベルデ、中央アフリカ、チャド、コモロス、コンゴ、ジブチ、赤道ギニア、エリトリア、エチオピア、ガンビア、ギニア、ギニアビサウ、ハイチ、キリバス、ラオス、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、モルジブ、マリ、モーリタニア、モザンビーク、ミャンマー、ネパール、ニジェール、ルワンダ、サモア、サントメ・プリンシペ、セネガル、シエラレオネ、ソロモン諸島、ソマリア、スーダン、トーゴ、ツバル、ウガンダ、タンザニア、バヌアツ、イエメン、ザンビア。

参考資料

世界の人口の参考資料:「人口に関する図表」国連(2003年版) World Population Prospects 2002年改訂版、United Nations Publications、ニューヨーク。

MDG 1 の参考資料:「目標グラフ」世界銀行(2003年) World Development Indicator 2003、ワシントンDC;「散布図」国連(同上);UNDP(2003年) Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A Combat among Nations to end Human Poverty、ニューヨーク、Oxford University Press;「世界地図」国連(同上);「4番目のグラフ」国連(同上)、世界銀行(同上)。

MDG 2 の参考資料:「目標グラフ」世界銀行(同上);「散布図」世界銀行(同上);UNDP(同上);「世界地図」世界銀行(同上);「4番目のグラフ」www.measuredhs.com に掲載されている最新の人口保健調査(DHS)。

MDG 3 の参考資料:「目標グラフ」世界銀行(同上);「散布図」世界銀行(同上);UNDP(同上);「世界地図」国連(同上);「4番目のグラフ」世界銀行(同上)、国連(同上)。

MDG 4 の参考資料:「目標グラフ」世界銀行(同上);「散布図」世界銀行(同上)、国連(同上);UNDP(同上);「世界地図」国連(同上);「4番目のグラフ」人口保健調査(同上)。

MDG 5 の参考資料:「目標グラフ」UNFPA(2002年) State of the World Population: People, Poverty and Possibilities、ニューヨーク、UNICEF(データはwww.unicef.org に掲載)、WHO(データはwww.who.int に掲載);「散布図」UNFPA(同上);「世界地図」国連人口部(2000年) World Contraceptive Use 2001、United Nations Publications、ニューヨーク;「4番目のグラフ」DHS(同上)。

MDG 6 の参考資料:「目標グラフ」UNエイズ(1998年) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*、ジュネーブ、UNエイズ(2002年) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*、ジュネーブ;「散布図」UNエイズ(同上);「世界地図」UNエイズ(同上);「4番目のグラフ」UNエイズ(同上)。

MDG 7 の参考資料:「目標グラフ」世界銀行(同上);「散布図」世界銀行(同上)、国連(同上);UNDP(同上);「世界地図」世界銀行(同上);「4番目のグラフ」国連(同上)、世界銀行(同上)。

MDG 8 の参考資料:「1番目のグラフ」世界銀行(同上)、www.oecd/dac に掲載されているOECD-DACのデータ;「2番目のグラフ」UNFPA(2002年) Financial Resource Flow for Population Activities in 2000、ニューヨーク、UNFPA(予定) Financial Resource Flow for Population Activities in 2001、ニューヨーク;「3番目のグラフ」OECD-DAC(同上)。



国連人口基金
220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017



財団法人 アジア人口・開発協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-5-1
ダヴィンチ新宿御苑ビル 3F
TEL : (03) 3358-2211
FAX : (03) 3358-2233
Email : apdatyoj@gol.com