

バランスシート

1990～2000年の10年間の目標、成果および未解決の課題を要約したもの。
国連事務総長報告書 ‘We the Children: End-decade review of the follow-up
to the World Summit for Children’ にもとづいている。

1. 子どもの健康	86
2. 栄養	87
3. 女性の健康	88
4. 水および環境衛生	89
5. 教育	90

子どもの健康（1990～2000年）

目 標	成 果	未解決の課題
乳児・5歳未満児死亡率：乳児死亡率および5歳未満児死亡率（U5MR）を3分の1引き下げる	<ul style="list-style-type: none"> ■60カ国以上がU5MRに関する目標を達成した。 ■世界全体でU5MRは14%減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■U5MRが上昇した国が14カ国（うち9カ国はサハラ以南のアフリカの国）、変わらなかった国が11カ国ある。 ■U5MRに関して依然として深刻な国内格差が残っている。その格差は、所得水準や都市部・農村部の別によって、またマイノリティ・グループのあいだに存在するものである。
ポリオ：2000年までにポリオを世界的に根絶する	<ul style="list-style-type: none"> ■175カ国以上でポリオが根絶された。 	<ul style="list-style-type: none"> ■いまなお20カ国でポリオが流行している。
定期的予防接種：高水準の予防接種率を維持する	<ul style="list-style-type: none"> ■定期的予防接種率は75%の水準で維持された（ジフテリア、百日咳および破傷風を対象とした3種混合ワクチン〈DPT3〉）。 	<ul style="list-style-type: none"> ■サハラ以南のアフリカでは、DPT3予防接種を受けている1歳未満児の割合は50%に満たない。
はしか：長期的な世界的根絶への重要な一歩として、1995年までにはしかによる死亡を95%、はしかの発症件数を90%、それぞれ引き下げる	<ul style="list-style-type: none"> ■1990～1999年にかけて、はしかの報告件数は世界的に3分の2近く減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■はしかの予防接種率が50%に満たない国は15カ国以上にのぼる。
新生児破傷風：1995年までに根絶する	<ul style="list-style-type: none"> ■開発途上国161カ国のうち104カ国が目標を達成した。 ■新生児破傷風による死亡は1999～2000年にかけて50%減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■いまなお発生している新生児破傷風の90%は27カ国（うち18カ国はアフリカ）で発生しているものである。
下痢による死亡：50%引き下げる	<ul style="list-style-type: none"> ■世界保健機関（WHO）の推定によれば、世界全体ではこの目標は達成された。 	<ul style="list-style-type: none"> ■下痢は依然として子どもの主要な死因のひとつである。
急性呼吸器感染症（ARI）：ARIによる5歳未満児の死亡を3分の1引き下げる	<ul style="list-style-type: none"> ■保健センター段階のARI対応は向上した。 ■b型インフルエンザ菌および肺炎双球菌に対するワクチンの効果は立証された。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ARIは依然として子どもの最大の死因のひとつである。 ■ARIだけに焦点を当てたトップダウン型プログラムは、世界的にはほとんど効果がなかったと思われる。

出典：United Nations, 'We the Children: End-decade review of the follow-up to the World Summit for Children', Report of the Secretary-General, A/5-27/3, United Nations, New York, 4 May 2001.

バランスシート

栄養（1990～2000年）

目 標	成 果	未解決の課題
栄養不良：5歳未満児の重・中度の栄養不良を半減する	<ul style="list-style-type: none"> ■栄養不良は開発途上国で17%減少した。南アメリカは、10年間で低体重の蔓延率を60%引き下げるという目標を達成した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■1億4,900万人の子どもがまだに栄養不良の状態にあり、その3分の2はアジアの子どもである。栄養不良の子どもの絶対数はアフリカで増加している。
母乳育児：すべての女性のエンパワーメントを通じ、生後4～6カ月までは子どもを母乳のみで育てるとともに、1歳になっても補助食とともに母乳を与え続けるようにする	<ul style="list-style-type: none"> ■母乳のみで子どもを育てる割合はこの10年間で20%近く上昇した。 ■適切な時期に補助食を与えながら1歳になっても母乳を与え続けることについても成果があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ■生後4カ月まで母乳のみで育てられる乳児は全乳児の半数でしかない。
ビタミンA欠乏症：2000年までに事実上根絶する	<ul style="list-style-type: none"> ■圧倒的多数の子ども（70%以上）を対象として少なくとも年1回、十分なビタミンA補給を行った国は40カ国以上にのぼる。ユニセフの推定によれば、そうすることにより、この3年間だけで100万人もの子どもの死亡が防げた可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■多くの国が全国一斉ポリオ予防接種デーを中止しようとしているため、新たなビタミンA配給システムを編み出さなければならない。
ヨード欠乏症：事実上根絶する	<ul style="list-style-type: none"> ■開発途上国の約72%の世帯がヨード添加塩を利用している。10年間の開始時点ではこの割合は20%に満たなかった。その結果、毎年9,000万人の新生児が学習能力の重大な喪失から保護されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ヨード添加塩利用世帯が半数に満たない国がいまなお37カ国存在する。
新生児破傷風：1995年までに根絶する	<ul style="list-style-type: none"> ■開発途上国161カ国のうち104カ国が目標を達成した。 ■新生児破傷風による死亡は1999～2000年にかけて50%減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■いまなお発生している新生児破傷風の90%は27カ国（うち18カ国はアフリカ）で発生しているものである。
低体重出生：低体重（2.5キログラム以下）出生率を10%未満まで引き下げる	<ul style="list-style-type: none"> ■これまでのところ、開発途上国57カ国で低体重出生率が10%未満に抑えられている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■南アジアでは毎年1,100万人、サハラ以南のアフリカでは毎年360万人が低体重で出生している。
発育観察：1990年代の終わりまでに、子どもの発育促進と発育観察がすべての国で制度化されるようにする	<ul style="list-style-type: none"> ■過半数の開発途上国がさまざまなアプローチを活用して発育観察・発育促進活動を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■発育観察にもとづく情報がコミュニティ、家庭または政府の行動の基盤として用いられないことが多い。
世帯ごとの食糧確保：食糧生産を増やすために知識と支援サービスを普及する	<ul style="list-style-type: none"> ■開発途上国では、十分なカロリーのある食事をとっていない人々の数がろうじて減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■サハラ以南のアフリカでは人口の約3分の1が十分な食糧を確保できていない。

出典：United Nations, 'We the Children: End-decade review of the follow-up to the World Summit for Children', Report of the Secretary-General, A/5-27/3, United Nations, New York, 4 May 2001.

女性の健康（1990～2000年）

目 標	成 果	未解決の課題
<p>妊産婦死亡率：1990年から2000年にかけて妊産婦死亡率（MMR）を半減する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■高いMMRにつながる原因については意識が高まったが、把握可能な進展はほとんどなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ■この10年間で妊産婦死亡率が相当に減少したという証拠はない。 ■いまなお毎年51万5,000人の女性が妊娠・出産の結果死亡している。サハラ以南のアフリカでは、女性の13人に1人が妊娠・出産中に死亡する危険がある。
<p>家族計画：若すぎる妊娠、間隔が狭すぎる妊娠、高齢過ぎる、または、回数が多すぎる妊娠を防止するための情報およびサービスを、すべてのカップルが利用できるようにする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■避妊率は世界全体で10%上昇し、後発開発途上国では倍増した。 ■総出生率は3.2から2.8へと低下した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■毎年、思春期の若者が1,500万人の子どもを出産している。 ■サハラ以南のアフリカの女性（婚姻または婚姻外の関係にある者）のうち、避妊を行っている女性は23%にすぎない。 ■リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）教育へのアクセスは依然として課題である。
<p>出産関連のケア：すべての女性が出生前のケアを利用でき、出産時には専門技能者に付き添われ、危険の高い妊娠や妊娠・出産時の緊急事態の場合には専門施設に付託されるようにする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■サハラ以南のアフリカを除くすべての地域で、出生前のケアと、専門技能を身につけたヘルスワーカーによる出産時の介助のいずれの面でも控えめな成果があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ■妊娠・出産時のケアのための必須サービスが提供されていない。 ■分娩時にケアが提供される割合は、南アジアで29%、サハラ以南のアフリカで37%にすぎない。
<p>貧血症：女性の鉄分欠乏性貧血症を1990年の水準の3分の1に引き下げる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ほとんどの開発途上国が妊婦を対象とした鉄分補給措置をとっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■利用可能な証拠によれば、妊婦の貧血症の発生率は1990年代を通じてほとんど変わっていない。

出典：United Nations, 'We the Children: End-decade review of the follow-up to the World Summit for Children', Report of the Secretary-General, A/5-27/3, United Nations, New York, 4 May 2001.

水および環境衛生（1990～2000年）

目 標	成 果	未解決の課題
水：すべての人が安全な飲料水を利用できるようにする	■この10年間で、新たに8,160万人が改善された上水設備を利用できるようになった。	■約11億人がいまだに利用できていない。世界全体の利用可能率は82%で、わずか3%上昇したのみである。
衛生：すべての人が衛生的な排泄物処理施設を利用できるようにする	■新たに7億4,700万人が改善された衛生設備を使用できるようになった。	■アジアの総人口の半数を含む24億人がいまだに利用できていない。世界全体の利用可能率は60%で、わずか5%上昇したのみである。 ■衛生設備を利用できない人々の80%は農村部に住んでいる。
メジナ虫症：根絶する	■報告件数は97%減少した。中東の1カ国およびサハラ以南のアフリカの13カ国を除き、すべての地域で根絶されている。	■メジナ虫症の根絶に向けて、この勢いが維持されなければならない。

出典：United Nations, 'We the Children: End-decade review of the follow-up to the World Summit for Children', Report of the Secretary-General, A/5-27/3, United Nations, New York, 4 May 2001.

教育（1990～2000年）

目 標	成 果	未解決の課題
<p>幼児期発達：家庭およびコミュニティを基盤とした低コストの適切な援助も含む幼児期発達（ECD）活動を拡大する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 幼児期発達プログラムを利用する子どもの人数は、ほとんどの地域で、人口増加率に一致する形で、またはそれを上回って増えてきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ほとんどの進展は都市部およびエリート層のあいだで、また正規の就学前プログラムとして見られたものである。 ■ 中央・東ヨーロッパおよび中央アジアの国々では、公的な就学前教育の提供体制が事実上崩壊した。 ■ 家庭およびコミュニティを基盤とした包括的アプローチについては限られた進展しか見られない。
<p>基礎教育の完全普及：初等学校相当年齢の子どもの少なくとも80%が初等教育を修了できるようにする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 初等学校純就学率はすべての地域で上昇し、世界全体では82%に達した。 ■ ラテンアメリカは、都市部における初等学校修了率を70%以上にするという地域別目標を達成した。 ■ 世界教育フォーラム（ダカール、2000年）が教育の質に関する包括的定義を支持した。 ■ 多くの国が、義務教育修了年齢と最低就業年齢との乖離を埋めるために基礎教育年限を延長した。 ■ 人道支援の基本パッケージのなかに教育が含まれるようになった。 ■ 第2次HIPC（重債務貧困諸国）イニシアチブにおいて、基礎教育への投資の増加が債務救済と結びつけられるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 初等学校年齢に相当する1億人以上の子ども、とりわけ働く子ども、HIV／エイズ・紛争・障害の影響を受けている子ども、貧困家庭の子ども、民族的マイノリティの子ども、農村部の子どもが学校に通えていない。 ■ 数百万人の子どもが質の低い教育を受けている。 ■ 10～14歳で働いている開発途上国の子ども1億9,000万人のうち、少なくとも3分の1はまったく基礎教育を受けていない。 ■ 人道的危機における教育支援のための資金拠出は、依然として優先順位が低い。 ■ 第2次HIPCが迅速に実施されていない。
<p>男女格差：現在の男女格差を縮小する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 初等学校就学率における男女格差は、世界全体では8ポイントから6ポイントに縮小された。 ■ 開発途上地域のなかでは、CEE／CIS・バルト海諸国、ラテンアメリカ・カリブ海諸国および東アジア・太平洋諸国でもっとも男女格差が少ない（2ポイント以下）。 ■ 中東・北アフリカ諸国では男女格差が半減し、8ポイントとなった。 ■ 南アジアでは男女格差が5分の1近く縮小され、14ポイントとなった。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ サハラ以南のアフリカではこの10年間男女格差が変化していない。
<p>成人の識字率：女性の識字率をとくに重視しながら、成人の非識字率を1990年のレベルの少なくとも半分にする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 成人の非識字率は25%から21%に減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 成人の非識字者の絶対数は、この10年間、世界全体で約8億8,000万人のまま変わっていない。ほとんどの地域では非識字者の人数が増えている。 ■ 非識字は、とくに南アジアおよびサハラ以南のアフリカではますます女性に集中するようになっている。
<p>生活向上のための知識、スキルおよび価値観：あらゆる教育経路を通じ、個人および家族が生活向上のための知識、スキルおよび価値観をますます獲得できるようにする</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 若者を対象としたスキル形成のための教育・訓練の提供は増加し、ライフスキルや生計維持のためのスキルがますます重視されるようになっている。 ■ 教育提供機関、産業およびコミュニティの指導者たちのあいだで、生活に関連するスキルを基盤とした学習を促進するための新しいパートナーシップが組まれるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ とくに中央・東ヨーロッパおよびサハラ以南のアフリカの若者たちは大規模な失業に直面しており、避難民化を余儀なくされることも多い。 ■ サハラ以南のアフリカおよびアジアの若者の圧倒的多数は、HIV／エイズから自分を保護するためのスキルを身につけていない。

出典：United Nations, 'We the Children: End-decade review of the follow-up to the World Summit for Children', Report of the Secretary-General, A/5-27/3, United Nations, New York, 4 May 2001.