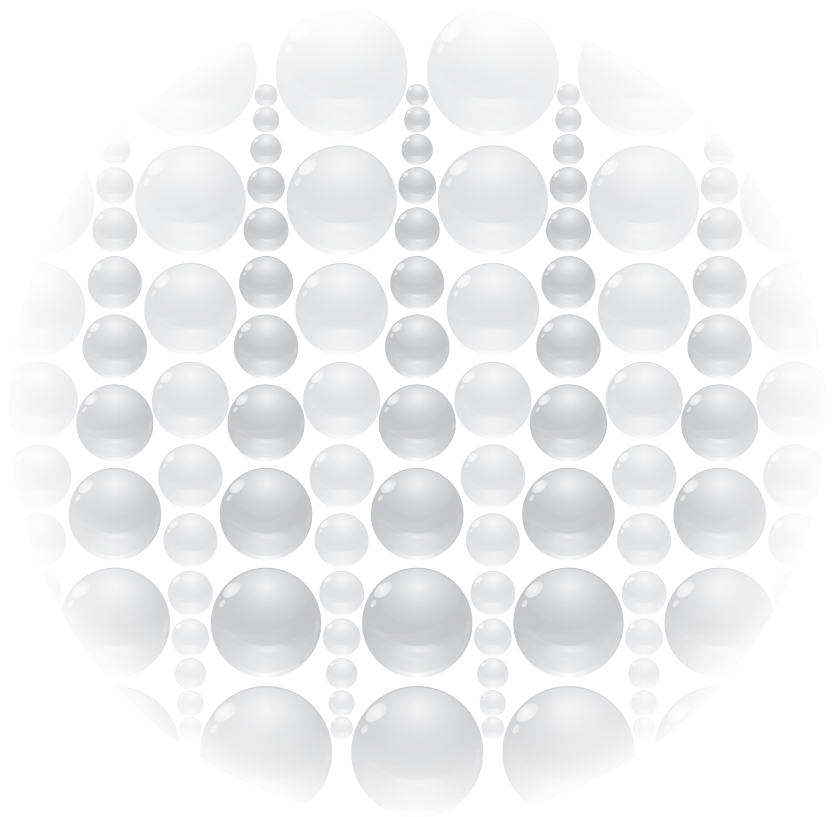




三訂 セミナー 子どもの食と栄養

編 上原誉志夫・根岸由紀子

共著 今井 景子・大和田浩子・三幣 周子・千賀 靖子・永井 佳美
根岸由紀子・濱口 郁枝・船越利代子・吉井美奈子



建帛社
KENPAKUSHA

三訂にあたって

本書は2016年の改訂版発行後、5年を経て、この度三訂版を刊行する運びとなりました。この間多くの保育士養成施設の教育現場に迎えられ、多くの学生諸氏のお役に立つことができたことは、編集者、執筆者ともども望外の喜びです。

近年の急激なグローバル化やIT関連の発展は世界的な社会の変革をもたらし、子どもの食や生活環境をも変化させ、発達や成長にも大きな影響をもたらしています。このような急激な変化に対応するため、国をあげて状況の分析やさまざまな対応策が実施されてきました。栄養面でも「日本人の食事摂取基準」が改定され、2020年版になっています。本書も最新の研究成果や国の施策を取り入れ、時の流れにあった改訂が必要となりました。

著者らが三訂版の執筆にあたった2019～2021年は、COVID-19が猛威を振るい、保育所や幼稚園、学校などの閉鎖も続き、子どもたちの生活に大きな影響を与えてきました。本書が目ざす“食を中心とした子どもの成長と発達”の実践の場が機能せず、子どもたちへの影響が危惧されます。このような現況をみても本書で議論する内容がいかに重要なものか改めて認識することができます。

今回の改訂では、簡潔な記述を踏襲すること、わかりやすい内容となるよう図表等を多用すること、食育や食物アレルギー、感染症など最近のニーズに合わせた内容にページを割くことなどを目ざしました。また演習としての授業内容であることを踏まえ、学生の問題解決力を培うことも重点項目になっています。

本書は時代の流れに沿って内容を更新し、簡素で的確な情報を提供することで、保育者としての必要にして十分な知識や技術が習得できるように企画されています。広く保育者を目ざす学生諸氏のお役に立つことを願ってやみません。

2021年3月

編者 上原誉志夫

地球上では開発途上国などで食料不足のため、多くの子どもが飢餓状態にさらされていると聞く。これに反し、先進諸国では飽食のため生活習慣病を警戒しなければならないという不均衡が生じている。日本においても、第二次世界大戦後の数年は子どもの栄養状態が大変悪い状態にあった。しかし、学校給食の普及と日本経済の復興により、食生活が改善され、エネルギーの充足とともに動物性食品の摂取が増加して、みるみるうちに国民の健康回復が図られ、子どもの体位向上をみることができた。それが最近では、朝食の欠食や食事バランスの崩れなど食生活の乱れにより、小児肥満や体力低下、さらに子どもの糖尿病までがしばしば話題にされるようになってきた。

そこで政府は、1985（昭和60）年の「食生活指針」を改定し、「健康日本21」で栄養・食生活の目標値をかかげた。さらに2005（平成17）年から‘栄養教諭制’を発足させ、「日本人の食事摂取基準（2005年版）」を発表し、さらに、「食育基本法」を制定した。「日本人の食事摂取基準」は2009（平成21）年、2010年版が発表された。また、具体的な正しい食生活をイメージさせる「食事バランスガイド」を発表するなど、食生活・栄養普及、特に少子化のもとでの子どもの食生活是正と栄養・健康回復にかつてない努力をしている。

したがって、保育においても、子どもの成長段階に応じた栄養・健康を確保して、正しい食事習慣を身につけ、身体と心の育成を心がけることが大切である。そこで保育士は正しい子どもの食生活と栄養の知識を身につけておかねばならない。今回改正された保育士養成カリキュラムにおいても、「子どもの食と栄養」演習2単位と定められた。改正前は「小児栄養」と称していたが、食育の重要性や、食事アレルギー・食中毒などの食事故が発生することから、「子どもの食と栄養」に改称されたのであろう。なお、「小児」から「子ども」への変更は、広辞苑（岩波書店）によっても、ほぼ同義語であるが、最近の多用、慣用から「子ども」としたのであろう。

本書は、前身の『あたらしい小児栄養』（2007年初版発行）を改訂し『セミナー子どもの食と栄養』と命名し、新しいカリキュラムを踏まえ最近の子どもの食や栄養を取り込み、2年制のみか4年制大学の保育士養成課程の教育にも適用できるよう書かれた教科書である。したがって、単なる知識のみならず、演習として展開できるよう工夫したものである。なお、執筆者はいずれも子どもの食事や栄養学の研究・教育に熟練した教員である。一度お読みいただき、納得していただければ幸いである。

2011年3月

編 者 林 淳 三

第1章 世界における子どもの栄養問題▲

1	日本の子どもの食生活の現状	1
2	世界の栄養問題と子どもの栄養不良の現状	1
2.1	世界における栄養不足	1
2.2	栄養不良による子どもの心身の発育・健康への影響	1
2.3	たんぱく質およびエネルギーの欠乏と子ども	3
2.4	微量栄養素の欠乏と子ども	3
3	子どもの栄養不足への国際的な取り組み	5
3.1	栄養不足撲滅に向けた国際的合意	5
3.2	栄養不足問題に取り組む国際機関	5

第2章 子どもにとって食・栄養がなぜ大切か▲

1	子どもは発育期にある	7
1.1	成長, 発達, 発育とは何か	7
1.2	発育の区分	7
2	栄養は発育に大きく関与する	8
2.1	発育に影響する因子—栄養が基盤	8
2.2	低栄養が発育に及ぼす影響	8
2.3	臓器別の発育速度	8
2.4	保護者の愛情と発育障害	8
3	成長の評価	10
3.1	成長を評価する指標	10
4	栄養状態の評価(栄養アセスメント)	13
4.1	子どもの栄養状態の評価	13
4.2	栄養アセスメントの方法と指標	13
5	食の自立に向けて食習慣を形成する	15
5.1	育てたい子どもの“食べる力”	15
5.2	発育期の嗜好学習の積み重ねの大切さ	15
5.3	食習慣の形成とは	16
5.4	生活習慣病の一次予防としての食習慣	16

第3章 栄養の基礎知識と消化・吸収にかかわる器官とその発達▲

1	栄養の基礎知識	18
1.1	栄養学の基礎	18
1.2	食品の機能性	18
1.3	栄養素の種類と機能	19
1.4	栄養素の消化・吸収	25

1.5	栄養素の代謝とその相互関係	26
1.6	食べ物からのエネルギー摂取とエネルギー比率	27
1.7	エネルギーの必要量と消費量	27
2	栄養にかかわる器官とその発達	28
2.1	歯の萌出とそしゃく機能の発達	28
2.2	消化・吸収機能とその発達	29
2.3	排泄機能とその発達	30
2.4	免疫機能とその発達	30

第4章 栄養バランスのとれた食事とは▲

1	日本人の食事摂取基準（2020年版）と小児期の特徴	33
1.1	食事摂取基準	33
1.2	小児期における食事摂取基準の特徴	35
2	子どもの食事と栄養バランス	38
2.1	食品の機能と分類	38
2.2	献立作成	42
2.3	食事バランスガイド	47
2.4	食生活指針	47
2.5	サプリメントと子どもの食事	47
2.6	食品の表示	49
	演習課題	53

第5章 胎児期の栄養と母体(妊娠・授乳期)の栄養と特徴▲

1	胎児期の栄養	56
1.1	胎児の発育と栄養摂取	56
1.2	母体の変化	57
1.3	胎児に影響する有害要因	59
2	妊娠期の代謝	60
2.1	妊娠による代謝の変化	60
3	妊娠期の栄養障害・疾病と胎児への影響	61
3.1	肥満とやせ	61
3.2	妊娠貧血	62
3.3	妊娠糖尿病	62
3.4	妊娠高血圧症候群	62
4	授乳期の栄養	62
4.1	乳汁分泌の仕組みと母乳の確立	63
4.2	母乳のダイオキシン汚染	63
4.3	食事計画	63
	演習課題	64

第6章 乳児期の栄養・食生活の特徴▲

1	母乳栄養	66
1.1	母乳栄養とその役割	66
1.2	母乳育児の現状と変遷	67
1.3	母乳育児の推進と支援体制	67
1.4	母乳栄養の与え方	68
1.5	母乳栄養の留意点	71
1.6	母乳栄養を継続していくための社会的支援	72
2	人工乳栄養, 人工栄養	72
2.1	人工乳—その役割	72
2.2	調乳	74
2.3	調製粉乳の与え方	75
3	混合栄養	77
3.1	混合栄養—その役割	77
3.2	母乳の味と人工乳	78
4	乳児の食育の考え方	78
5	離乳食	78
5.1	離乳食はなぜ必要か	78
5.2	乳児期の味覚	79
5.3	離乳食と食嗜好の形成	80
5.4	そしゃく・摂食機能の発達と離乳食の進め方	81
5.5	ベビーフードの利用	86
6	乳児期の栄養障害・食生活上の問題と対応	87
6.1	鉄欠乏性貧血と発育への影響	87
6.2	食物アレルギー	88
6.3	イオン飲料の扱い	88
7	乳児期からの口腔ケア	88
8	離乳期の保育の考え方	89
8.1	食べる意欲を尊重して	89
8.2	家庭との連携	89
	演習課題	91

第7章 幼児期の栄養・食生活の特徴▲

1	成長と発達	93
1.1	身体機能	93
1.2	精神機能	93
1.3	感覚機能	94
1.4	摂食機能	95
1.5	食卓で育てる社会性	96

2	食習慣の形成	96
2.1	生体リズムの大切さー生体リズムと生活活動	96
2.2	嗜好	97
2.3	マナーを身につける	97
2.4	食習慣	97
3	食生活上の問題	98
3.1	食行動における問題ー問題のとらえ方の重要性	98
3.2	虫歯は予防	98
3.3	そしゃくに問題のある子ども	100
4	幼児期の食事	102
4.1	朝食	102
4.2	昼食	102
4.3	夕食	104
4.4	間食(おやつ)	104
5	幼児期の食育の実際	105
6	幼児期に伝えたいこと	106
6.1	食べ物の知識	106
6.2	食文化の伝承	107
	演習課題	108

第8章 学童期・思春期の栄養・食生活の特徴▲

1	発育の特徴	110
2	栄養の特徴	110
2.1	エネルギー必要量	110
2.2	栄養素の推奨量	110
3	心身の発育・健康と食のかかわり	111
3.1	鉄欠乏と学習能力	111
3.2	ビタミンB ₁ 欠乏と脳機能	112
3.3	亜鉛欠乏と成長障害, 味覚障害	113
4	食生活上の問題点と対応	114
4.1	朝食欠食の現状	114
4.2	朝食は成長を支える心身の活力源	115
5	生涯の健康と学童期・思春期の食とのかかわりー生活習慣病の予防に向けて	117
5.1	骨粗鬆症・骨折の予防は学童期・思春期の栄養から	117
5.2	神経性やせ症/神経性無食欲症と心身の発育への影響	119
5.3	子どもの肥満と心身の発育への影響	120
	演習課題	123

第9章 食育の基本▲

1	食育における養護と教育	125
1.1	今なぜ食育が重要なのか	125
1.2	食をめぐる現状と課題	126
1.3	食育における養護と教育の一体性	127
2	食育の内容と計画・評価	127
2.1	保育所における食育	127
2.2	保育所における食育の目標	128
2.3	保育所における食育の内容	129
2.4	保育所における食育の計画・評価	130
3	食育のための環境	132
3.1	食べ物に感謝する心を育む環境づくり	132
3.2	食事をする環境を整える	132
3.3	人とかかわる力が育まれるように環境を整える	133
4	地域の関係機関・職員間の連携	133
4.1	保育所職員の研修と連携	133
4.2	家庭との連携	133
4.3	地域の関係機関との連携	134
5	食生活の指導	134
5.1	胎児期から始まる食育	135
5.2	授乳期・離乳期	135
5.3	幼児期	136
5.4	学童期・思春期	138
6	食を通じた保護者支援	140
6.1	保育所における二つの保護者支援	140
6.2	保育所における保護者に対する支援	140
	演習課題	142

第10章 子どもの食事と栄養▲

1	家庭における食事と栄養	144
1.1	乳児期	144
1.2	幼児期	145
1.3	学童期	146
2	児童福祉施設における食事と栄養	147
2.1	児童福祉施設とは	147
2.2	食事の提供および栄養管理の考え方と留意点	148
2.3	食事の役割	149
2.4	保育所における食事の実際	150
2.5	障害児施設における食事	153

演習課題 157

第11章 子どもの疾患と栄養▲

1 子どもの疾患の特徴 160

2 出生時の問題と新生児マススクリーニング検査 161

2.1 出生時の問題 161

2.2 新生児マススクリーニング検査 162

3 乳幼児期の問題 163

3.1 乳糖不耐症など 163

3.2 乳幼児突然死症候群 163

4 子どもの罹患時によくみられる症状（非特異的症状） 164

5 子どもに多くみられる感染症 166

5.1 発疹性疾患 167

5.2 ウイルス感染症 168

5.3 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 168

5.4 細菌感染症 169

6 子どもに多くみられる疾患 169

6.1 腎臓病 169

6.2 消化管疾患 169

6.3 心臓病 170

7 生活習慣病，アレルギー，貧血 170

7.1 生活習慣病 170

7.2 やせと体重減少 173

7.3 アレルギー疾患 173

7.4 貧血 179

8 障害のある子どもの食事と栄養 181

8.1 障害のある子どもの摂食機能 181

8.2 摂食機能に応じた食物形態と食事介助 182

8.3 障害に伴う問題 187

演習課題 189

資料▲

日本人の食事摂取基準（2020年版）〔抜粋〕 191 食生活指針 202

妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針 203 成長期のための食生活指針 203

保育所における食育に関する指針 204 授乳・離乳の支援ガイド〔抜粋〕 207

索引▲

..... 211

世界における子どもの 栄養問題

第1章

日本の子どもの食生活の現状

1

豊かな経済環境の中、多くの食料に囲まれていながら、栄養・食事面で多くの問題を抱えているのが、日本の現状である。低出生体重児の増加、ネグレクト・虐待などの増加、摂食機能の発達が不十分な（かまない、かめない）子の増加、生活習慣病の低年齢化、朝食欠食の常態化、亜鉛欠乏による味覚障害、鉄欠乏性貧血や肥満児の増加、思春期やせ症の低年齢化などが、特に大きな問題である。心身の健やかな発育をとげるべき小児期にこうした状況にさらされることで、成人後、すなわち生涯にわたって健康へ影響を及ぼすことが懸念される。

また、社会環境の変化を背景に、食事形態も変化している。「こ食」など、食事を家族でともにする機会も減少している。食卓を囲む家族団らんの中で、望ましい食習慣、食文化、食事のマナーなどを教える機会が不十分となり、栄養や食に関する教育の充実が大きな課題となっている。

▲こ食

第9章1.2. p.126参照。

世界の栄養問題と 子どもの栄養不良の現状

2

2.1 世界における栄養不足

現在世界で**栄養不足**状態にあるのは約8億500万人で、そのうちの1,500万人は先進工業国に暮らす人びとであるが、およそ98%は開発途上国が占めている（図1-1）。ここでいう栄養不足状態とは、生命維持のために最低限必要な食料をとることができない状況が最低1年以上続く状態のことである。

▲栄養不足

低栄養のこと。特にたんぱく質・エネルギーの不足をさすことが多い。

2.2 栄養不良による子どもの心身の発育・健康への影響

栄養不良は子どもへのしわよせが大きく、成長の遅れや停止などを招く。低体重、発育阻害（低身長）、急性の栄養不良で体重が急激に減少する消耗症および低出生体重児の出生率は、南アジアと開発途上国、後発開発途上国に多い

▲栄養不良

栄養素の不足と過剰の両方を含める。低栄養のみをさす場合もある。

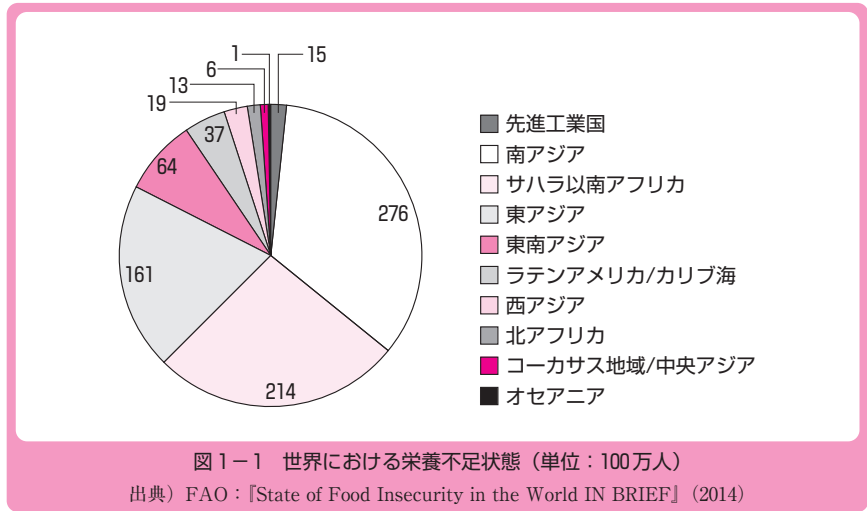


表1-1 世界における子ども (5歳未満) の栄養不良状況・死亡数と母乳育児・栄養補給状況

	低出生体重 児出生率 (%)	母乳育児の 早期開始 (%)	栄養不良の5歳未満児 の比率 (%)		5歳未満児の 年間死亡数 (100万人)	ビタミンA の補給率 (%)	ヨウ素添加 塩を使う 世帯 (%)
	2003~2008年	2003~2008年	低体重	発育障害	2008年	2008年	2003~2008年
アフリカ	14	47	21	40	4.5	73	60
サハラ以南のアフリカ	15	46	23	42	4.4	73	60
中東と北アフリカ	11	47	14	32	0.4	-	60
アジア	18	31**	27	36	3.7	70**	73
ラテンアメリカとカリブ 海諸国	9	48	4	14	0.2	-	89
CEE/CIS	6	-	-	-	0.1	-	51
先進工業国	-	-	-	-	0.1	-	-
開発途上国	16	39**	23	34	8.7	71**	72
後開発途上国	17	49	28	45	3.5	85	57
世界	16	39**	23	34	8.8	71**	70

低出生体重: 出生時の体重が2,500g未満
 母乳育児の早期開始: 生後1時間以内に母乳を与えられる新生児の割合
 低体重: WHO年齢相当基準体重 - 2SD未満
 発育障害: WHO年齢相当の基準身長 - 2SD未満
 ビタミンAの補給率(年2回補給): 2008年にビタミンAの補給を2回受けた生後6~59か月児の推定割合
 ヨウ素添加塩を使う世帯: 適切なヨウ素添加処理が施された塩(15ppm以上)を消費する世帯の割合
 2003~2008年: データが2003~2008年の期間内で入手できた直近の年次のものであることを示す
 CEE/CIS: 中東欧ロシア
 **: 中国を除く
 出典) ユニセフ: 『世界子供白書特別版2010』, Unicef, p.96, 107 (2010)

(表1-1)。

栄養不良は発育障害のみならず、感染症に対する抵抗力も低下させ、生命をも奪う。5歳未満の子どもの死亡数(表1-1)は年間800万人を超え、栄養不良の国に多い。子ども(5歳未満)の死亡原因の半分は栄養不良が背景になっ

て起きていると世界保健機関（WHO, p.6参照）は報告している（図1-2）。すなわち、栄養素の不足による低体重と微量栄養素欠乏があいまって免疫能低下を引き起こし感染症にかかりやすくなるとともに、死のリスクも高めることになる。子どもは感染防御力が十分に備わっていないため栄養不良の影響を受けやすい。

また、乳幼児期における発育不全や低出生体重児は、成人後に糖尿病、心臓病などの非感染性疾患にかかるリスクを高めることが懸念されており、妊婦や子どもの栄養不足は一生を通してその子の健康に問題を残すことになる。

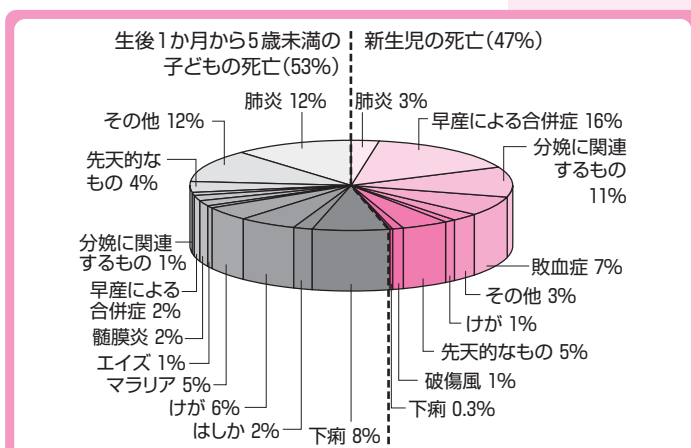


図1-2 5歳未満児の死亡原因 (2018)

(感染症が、5歳未満児の命を奪う主な原因)

出典) WHO and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE) interim estimates produced in September 2019, applying cause fractions for the year 2017 to UNIGME estimates for the year 2018.

2.3 たんぱく質およびエネルギーの欠乏と子ども

PEM (protein-energy malnutrition) はたんぱく質とエネルギーが欠乏した状態であるが、欠乏状態の程度はさまざまである。クワシオルコル型、マラスムス型、両者の混合型の三つに大別される。クワシオルコル型は、エネルギーはある程度摂取されているが、たんぱく質摂取が著しく少ない場合で、体重の減少は少ないが、精神機能に変化をきたすことがある。マラスムス型はたんぱく質欠乏もあるが、エネルギーが著しく欠乏している場合で、食物からの摂取不足分をみずからの身体の筋肉、脂肪を消費して補うため全身が消耗し、やせが極度となる。PEMは感染症にかかりやすく、感染症にかかるとエネルギーとたんぱく質の必要量が増し、ますます状態を悪化させる。

2.4 微量栄養素の欠乏と子ども

世界規模で欠乏が目立つ微量栄養素は、鉄、ビタミンA、ヨウ素、亜鉛などである。

① 鉄欠乏：もっとも広範囲に分布し、20億人が鉄欠乏性貧血にあり¹⁾、乳幼児（特に乳児期後半）と思春期の女子（月経の開始が貧血を助長）、および妊産婦に多い。主な原因は食事からの摂取不足にある。貧血は子どもの身体の発育のみならず、知的な発達にも遅れを生じさせ、時にはその障害が不可逆になることも懸念されている。持久力・集中力・記憶力などの低下から学習に消極的となり学力の低下を招きやすい。

② ビタミンA欠乏：視覚系の正常な機能および成長を司る細胞機能の維持を阻害する（WHO, 2009）。また、子どもの失明を引き起こす主因ともなっている²⁾。これは、ビタミンAが皮膚や身体の内表面をおおう（目の結膜、消化管、呼吸器、血管など）細胞を正常に保つ働きをもち、その欠乏が皮膚などの乾燥化、角質化を招いた結果である。発育の障害も起こす。

③ ヨウ素欠乏：世界人口の13%¹⁾にみられ、多くはヨウ素の摂取不足に原因がある。食物に含まれるヨウ素は土壌中のヨウ素濃度と相関しており、低濃度の地域に暮らす人に多い。ヨウ素に富む海産物を摂取している日本では、ヨウ素欠乏はほとんどみられない。ヨウ素は成長を促す甲状腺ホルモンの構成成分であるため、子どもは身体の発育不全ばかりでなく知能の低下が生じることもある。

④ 亜鉛欠乏：世界人口の約21%と推定されている¹⁾（図1-3）。主な症状として、成長障害、皮膚炎、味覚障害があげられる。その他に、胎児の発育遅滞や低体重児の出生、性腺発育障害、慢性下痢、創傷治癒の遅れなどがみられる。また、免疫を担っている細胞の働きをコントロールするのに欠かせないことから、免疫機能を低下させ、感染症の悪化につながる。

亜鉛欠乏による子どもの死亡は年間80万にとされる³⁾。子どもの発育を促し、死亡率の改善を図るうえで、亜鉛欠乏対策は重要な栄養改善活動の一つである。さらに、薬剤や食品添加物などによる亜鉛の吸収阻害が亜鉛不足を招くことも知られていることから、注目される微量栄養素である。

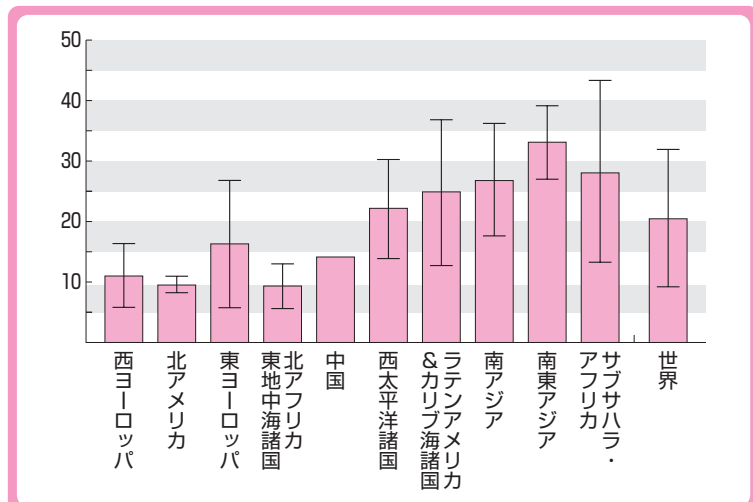


図1-3 世界における亜鉛の摂取不足状況

Hots C, Brown KH, Assessment of the Risk of Zinc Deficiency in Populations and Options for its Control, Food and Nutrition Bulletin 2004; 25: S130-60
 出典) 力丸 徹:『国際栄養へのアプローチ』、『臨床栄養』, 108 (1), 4 (2006)

子どもの栄養不足への国際的な取り組み

3

3.1 栄養不足撲滅に向けた国際的合意

2000（平成12）年開催の国連総会で採択された「ミレニアム開発目標」（MDGs）では、国際社会の支援が必要な緊急的課題の解決を約束し、八つの目標を掲げた。達成期限である2015（平成27）年までには一定の成果をあげている（図1-4）。

目標の一つに極度の貧困と飢餓の撲滅がある。2010（平成22）年における極度の貧困人口割合は1990年比で半減し、目標は達成された。さらに2015年には1/3までになった。しかし、サブサハラやアフリカ人口の約4割は依然として極度の貧困状態にあるという現実もある。

MDGsは後継となる「持続可能な開発のための2030アジェンダ」（2030アジェンダ）に引きつがれている。2030アジェンダは、17の目標と169のターゲットからなる「**持続可能な開発目標**」（SDGs）である。

3.2 栄養不足問題に取り組む国際機関

栄養不足の背景に食料不足、飢饉、戦争、災害、経済的貧困、栄養的知識不足、感染症による栄養状態の悪化などがあり、各国で独自に取り組みがなされ

ミレニアム開発目標 (MDGs) の達成状況

目標1 極度の貧困と飢餓の撲滅

- ◎貧困に関するターゲット(極度の貧困人口の割合を1990年比で半減)は2010年に達成。
2015年には1/3に！ ※中国の発展の影響大
- ◎サブサハラ・アフリカ人口の41%は依然極度の貧困層
- ◎開発途上地域における栄養不良人口の割合はほぼ半減
1990-92年:23.3%→2014-16年:12.9%
※ただし、今なお約8億人(世界人口の9人に1人)が栄養不良状態。更なる努力が必要

	1990年	2015年
世界全体	36% (19億人)	12% (8.4億人)
開発途上地域	47%	14%

目標2 初等教育の完全普及の達成 目標3 ジェンダー平等推進と女性の地位向上

- ◎就学率及び若年層の識字率は向上するも、全ての児童の初等教育修了は実現せず

	1990年	2015年
開発途上地域の就学率	80%	91%
世界の15-24歳男女の識字率	83%	91%

- ◎開発途上地域総体として見た場合、全ての教育レベルにおける男女格差が解消
- ◎1995-2015年で、世界の女性議員比率は倍増
※ただし、総数は男性議員の1/5にすぎない

目標7 環境の持続可能性確保

- ◎飲料水に関するターゲット(改良飲料水源を利用できない人の割合を半減)は2010年の時点で達成
1990年:24% → 2015年:9%
- ◎衛生施設に関するターゲット(改良衛生施設を利用できない人の割合を半減)は達成できず
1990年:46% → 2015年:32%
- ◎スラム居住者生活に関するターゲット(1億人のスラム居住者の生活改善)は達成
※ただし、スラム居住者数自体は増加傾向

開発途上地域におけるスラム居住者人口の割合	2000年	2014年
	39% (7.9億人)	30% (8.8億人)

- ◎環境の持続可能性については、進展があるものの、CO₂排出増大、森林や水産資源の減少等、課題も残す

目標4 乳幼児死亡率の削減

目標5 妊産婦の健康の改善

目標6 HIV/AIDS、マラリアその他の疾病の蔓延の防止

- ◎世界の5歳未満児死亡率は53%減少するも、ターゲット(1990年比で1/3まで削減)達成までは至らず
- ◎世界の妊産婦死亡率は45%減少するも、ターゲット(1990年比で1/4まで削減)達成までは至らず
- ◎開発途上地域の妊産婦のうち、望ましい妊産婦検診を受けているのは2014年段階で52%にすぎず。普遍的なプロダクティブ・ヘルスへのアクセスが達成されたとはいえない
- ◎2000-2013年で、世界のHIV/AIDSの感染は40%減少
- ◎2000-2015年で620万人以上の命がマラリア対策により、2000-2013年で3700万人の命が結核対策により救われたと推定される

目標8 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

- ◎政府開発援助(ODA)は、2000-2014年で66%増加
1990年:810億ドル → 2014年:1352億ドル
- ◎OECD開発委員会(DAC)メンバー国のうち、ODA拠出額のGNI比0.7%目標を達成したのは5カ国のみ。非DACメンバー国のODAも増大(UAEは1.17%)
- ◎情報通信技術は大幅に普及し、2000-2015年で、インターネット普及率は4倍、携帯電話加入者数はほぼ10倍に

データ出典:国連ミレニアム開発目標報告書2015
(http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20July%201.pdf) (注:2015年及び2014~16年のデータは推定値)

図1-4 ミレニアム開発目標の達成状況

出典) 国連ミレニアム開発目標報告書2015

▲SDGs

www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/index.html
(最終閲覧2021.2)