

THE STATE OF AFRICA'S CHILDREN 2008

アフリカ子供白書 2008 子どもの生存

unite for
children

unicef 

目次

序文 1

アフリカの子どもの生存：コミュニティが力を合わせて解決策を探る

図表

図表 1.1 地域別グループに分けたアフリカの国々

1 子どもの生存——現在の状況 3

サハラ以北と以南における子どもの死亡率 / サハラ以南のアフリカにおける子どもの生存 / 保健関連のミレニアム開発目標達成に向けての進捗状況 / サハラ以南のアフリカの乳幼児死亡の主な原因 / 子どもの生存に関する新たな希望：近年得られた7つの成果 / 保健関連のミレニアム開発目標の達成に向けて前進を加速するために / 子どもの生存のための戦略を実現させる環境づくり

パネル

マラウイ：子どもの生存が改善された国 / 南アフリカ：早期における乳児診断の拡大普及によって、子どもたちの命を救う / シエラレオネ：統一された計画が、世界で最も高い妊産婦および子どもの死亡率の削減に希望をもたらす / 内戦下の子どもたちの生存を助ける

図表

- 1.2 地域別乳幼児死亡率の削減に向けての進捗状況
- 1.3 保健とミレニアム開発目標
- 1.4 世界の5歳未満児死亡数でサハラ以南のアフリカが占める割合が増加している
- 1.5 アフリカの小地域間における5歳未満児死亡率の比較
- 1.6 2006年、西部アフリカはアフリカの乳幼児死亡数の40%以上を占めた
- 1.7 サハラ以南のアフリカでは、保健関連のミレニアム開発目標のすべてにおいて、前進が不十分か、もしくはまったく見られない
- 1.8 世界保健機関の定義するアフリカ地域における子どもの死因2000年
- 1.9 アフリカの小地域における子どもの栄養状態
- 1.10 過去数十年、アフリカ全体で予防接種率が伸びている
- 1.11 HIVに感染している妊婦に対する抗レトロウイルス治療の普及率が増加、母子感染予防に役立っている
- 1.12 性別による教育レベルの差

2 進化する保健システムとその実践から得られた教訓 21

疾病予防対策 / 総合的プライマリーヘルスケア / 選択的プライマリーヘルスケア / 統合的アプローチ / 妊産婦と子どものヘルスケアのための統一された枠組みに向けて / 科学的根拠および経験から得られた重要な教訓

パネル

目標達成のための方法を見つけたエリトリア / 国の保健計画改善と調和化

3 アフリカの母親、新生児および子どものためのプライマリーヘルスケアにおけるコミュニティ・パートナーシップ 25

コミュニティを基盤とした多様なアプローチ / コミュニティ・パートナーシップにおける成功要因 / アフリカのプライマリーヘルスケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの成功事例 / コミュニティ・パートナーシップを地域保健サービスおよび国の政策に統合させる

パネル

エチオピア、マラウイおよびスーダンの栄養分野におけるコミュニティ・パートナーシップ / ガンビア、モロッコおよびガーナ：予防接種サービスの拡大で子どもの生命を守る / ガーナとマラウイ：安全な水と下水・トイレ施設へのアクセスを改善 / トーゴ：子どもの生存率の改善を加速させるための保健サービスを統合する / コミュニティによるケアによりニジェールの子どもの生存率が急増

4 アフリカにおけるコミュニティ・パートナーシップ、継続的なサービス、および保健システムの強化 35

規模の拡大 / サービスをその提供方法ごとにパッケージ化する / サービスやシステムの規模拡大のための国家戦略策定 / 成果をだすために、保健システムを策定する / 国の政治的コミットメントを得る

パネル

アンゴラにおいて子どもたちを「絶対的優先課題」にする / 専門技能を持った保健医療従事者の確保と訓練という問題 / エジプト：幼い命を救う簡単な方法 / サハラ以南のアフリカにおける、子どもの生存その他の保健に関するミレニアム開発目標への投資例

5 アフリカにおける子どもの生存を、地域およびグローバルレベルで緊急課題とする 48

パネル

グッド・ガバナンスがアフリカの子どもたちにとって素晴らしい意味を持つのはなぜか / ジョアキン・アルベルト・チサノ寄稿 / 保健サービスの改善に携帯電話を活用する

参考文献 50

統計 53

謝辞

本報告書はニューヨークの「世界子供白書」チームが、西部・中部アフリカ、東部・南部アフリカ、中東・北部アフリカのそれぞれを担当するユニセフの地域事務所と、それらの地域にある各国のユニセフ事務所からの協力を得て、作成したものである。編集長はパトリア・モッチャ、編集顧問はデビッド・アンソニー、編集調整はウィリアム・リーが務めた。ライターおよびリサーチャーの中心は、ケイト・ロジャーズとヒルト・ゲーブル・エグツィアパーであった。

地域事務所および各国事務所からの貢献の調整については、西部・中部アフリカを担当したのがマーティン・ドーズ、東部・南部アフリカがパトリア・ローン、北部アフリカがアブデル・ラーマン・ガンドールだった。ゲール・ボソン、ジュヌビエーブ・ベグコイヤン、ティエリ・デルビーニュ＝ジャン、イヴオンヌ・ダンカン、ジェームズ・エルダー、ローン・ヴァス、サラ・ヨハンソン、マカリア・カマウ、メラニー・レンショー、アサコ・サエグサ、アングス・スピアーズ、アブドゥライ・ティノルガー、マッカイ・ウルフにも特別に感謝の意を表す。デビッド・アルンウィック、バーバラ・ベントイン、ギート・カップペール、ビクター・チニャマ、フーサイン・クーバディア、デミス・ハプト、アンソニー・ホッジス、アデル・クドル、ルドルフ・ニッペンバーグ、ンガシ・ンゴンゴ、ドロシー・ロズガ、マヘンドラ・シェス、ルミシェール・シュー、ヘンク・ファン・ノルデンからは、方針の指南、内容についてのコメントを受けた。

エイミー・ライ、シャルロッテ・メトル、カリン・シャンカー、キャサリン・ラトガース、エミリー・グッドマン、マリリア・ディ・ノイア、ミッシェル・リスレー、クリスティン・モールマン、ガブリエル・ミッチェル・マレルからは編集協力を受けた。地域別グループの総計表を準備したのは政策企画部の戦略情報課で、中でもネイン・ネイン・ルウィン、プリシラ・アクワラに感謝している。制作進行にあたったのはジャクリン・ティアニーとエドワード・イン・ジュニアである。デザインおよびプリプレス制作はクリアトリックス社のチューン・シム、キャスパー・ティングレーが担当した。

Photo credits

COVER PHOTO: © UNICEF/HQ06-0197/Michael Kamber (Djibouti).

INSIDE PHOTOS: p. 1, © UNICEF/HQ04-0556/Mariella Furrer; p. 3, © UNICEF Uganda/2007/Chulho Hyun; p. 5, © UNICEF/HQ05-1407/Christine Nesbitt; p. 6, © UNICEF/HQ06-0036/Brendan Bannon; p. 9, © UNICEF Côte d'Ivoire/2007/Parfait Kouassi; p. 13, © UNICEF Senegal/2007/Nisha Bakker; p. 16, © UNICEF/HQ05-2147/Giacomo Pirozzi; p. 20, © UNICEF Uganda/2007/Chulho Hyun; p. 21, © UNICEF/HQ02-0264/Giacomo Pirozzi; p. 22, © UNICEF Côte d'Ivoire/2006/Bruno Brioni; p. 25, © UNICEF/HQ05-2269/Giacomo Pirozzi; p. 27, © UNICEF Mozambique/2007/Thierry Delvigne-Jean; p. 28, © UNICEF Nigeria/2007/Abayomi Adeshida; p. 29, © UNICEF Zambia/2007/G. Aubourg; p. 30, © UNICEF/HQ05-0566/Boris Heger; p. 32, © UNICEF Uganda/2007/Chulho Hyun; p. 33, © UNICEF/HQ04-0830/Thierry Delvigne-Jean; p. 34, © UNICEF/HQ05-1051/Radhika Chalasani; p. 35, © UNICEF/HQ06-1367/Giacomo Pirozzi; p. 38, © UNICEF/HQ07-0657/Giacomo Pirozzi; p. 40, © UNICEF Nigeria/2007/Adesoji Tayo; p. 43, © UNICEF/Gambia/2006/BDownes Thomas; p. 44, © UNICEF/HQ06-2336/Courtesy of Fouad Kronfol; p. 45, © UNICEF Egypt/2007/Shehzad Noorani; p. 46, © UNICEF/HQ04-0897/Shehzad Noorani; p. 49, © UNICEF/HQ08-0161/Kate Holt; p. 52, © UNICEF Côte d'Ivoire/2006/Bruno Brioni

本報告書の電子版を見るには、www.unicef.org のページから、「世界子供白書 2008」をクリックしていただきたい。マルチメディア素材も追加されている。本レポートは「フル・レポート」のアイコンの下にある。



タンザニア連合共和国：村の「保健デー」

序文

アフリカの子どもたちの生存：コミュニティが力を合わせて解決策を探る

毎年、ユニセフは、最年少の世界市民について最も包括的かつ信頼性の高いレポート「世界子供白書（The State of the World's Children）」を発表している。そして、2008年1月に刊行された「世界子供白書（The State of the World's Children）」2008」では、母子の生存に関する世界の現実、および保健に関するミレニアム開発目標（MDG）達成の見込みを検証している。なお、ミレニアム開発目標とは2000年に国連が定めたもので、その内容は、貧困を根絶すること、妊産婦および乳幼児の死亡率を削減すること、疫病を撲滅すること、環境の持続可能性を確保すること、発展途上国において安価な医薬品を入手できるようにすることなどである。

本年度、ユニセフはまた、「アフリカ子供白書（The State of Africa's Children）」を初めて発表した。本レポートおよび本レポートに続く各地域版は「世界子供白書（The State of the

World's Children）2008」を補完するものとして、子どもの生存と保健医療における傾向を、世界規模から各地域に焦点を絞って検証し、プログラム、政策、パートナーシップなどによる解決策の概要を示し、ミレニアム開発目標の達成に向けた歩みに加速をつけることを目標としている。

「アフリカ子供白書（The State of Africa's Children）2008」では、アフリカの開発および人権に関するアジェンダの中心に、子どもの生存の問題を据える必要があることを強調している。最初に検証するのは、子どもの生存についての現状、そしてアフリカ大陸の5つの小地域（東部、中部、北部、南部、西部）において、母子の保健に関するミレニアム開発目標が達成されている程度である。本書の大部分は、サハラ以南のアフリカについての記述に割かれているが、北部アフリカの事例や分析も検証する。

編集者注：「アフリカ子供白書（The State of Africa's Children）2008」における論議の多くは、サハラ以南のアフリカを集中的に取り上げている。サハラ以南のアフリカには、ユニセフの小地域分類で東部、南部、西部、中部アフリカに属する46カ国が含まれている。特別に明記しない限り、サハラ以南のアフリカの傾向分析やデータにジブチとスーダンは含まない。これら2カ国はアフリカ大陸ではおおむねサハラ砂漠の南に位置しているが、ユニセフの分類では通常、中東・北アフリカに含まれる。ただし図表1.2、図表1.6、図表1.9における統計分析においては、ジブチとスーダンは東部アフリカのデータに含まれる。2ページの図表1.1に小地域と国の分類を示す。中にはいくつかの小地域に含まれている国もある。なお、「サハラ以南のアフリカ」についての解決策や提言は、ジブチやスーダンも関係がある。

本レポートは、目標達成への歩みを加速するのに必要な5大優先事項の概略を示し、これらの問題を深く探り、アフリカの実例を引き合いに出してわかりやすく解説するものである。各章では以下の優先事項を論議する。

- 乳幼児死亡率が最も高い国やコミュニティに焦点を合わせる。
- 過去1世紀に学んだ教訓や参考となった証拠を応用する。
- ライフサイクルの重要な時点で、より適当な方法にて包括的なサービスを提供し、妊産婦、新生児、乳幼児を継続的にケアする。

- コミュニティのパートナーシップと保健システムを強化し、成果重視型の取り組みを行う。
- 母子生存に向けて、国際機関の協調体制を促進する

本レポートで最初から最後まで貫かれているのは、一致団結への呼びかけである。データ、リサーチ、評価、枠組み、プログラム、パートナーシップなどの、行動を起こすための基礎はすでに確立している。本レポートは、今こそ、熱意を新たに、またビジョンを明らかに、妊産婦、新生児、乳幼児の生存と保健医療に関する目標の下に結束し、社会的公正と、アフリカの子どもたちをはじめとする、命の尊厳の原則を全うすべき時だと結論づけている。

図表 1.1
地域別グループに分けたアフリカの国々*

北部アフリカ

アルジェリア、エジプト、リビア、モロッコ、チュニジア

中部アフリカ

カメルーン、中央アフリカ共和国、チャド、コンゴ、コンゴ民主共和国、赤道ギニア、ガボン、サントメプリンシペ

東部アフリカ[‡]

ブルンジ、コモロ、ジブチ、エリトリア、エチオピア、ケニア、マダガスカル、マラウイ、モーリシャス、モザンビーク、ルワンダ、セーシェル、ソマリア、スーダン、ウガンダ、タンザニア

南部アフリカ

アンゴラ、ボツワナ、レソト、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、ザンビア、ジンバブエ

西部アフリカ

ベナン、ブルキナファソ、カボヴェルデ、コートジボワール、ガンビア、ガーナ、ギニア、ギニアビサウ、リベリア、マリ、モーリタニア、ニジェール、ナイジェリア、セネガル、シエラレオネ、トーゴ

サハラ砂漠以南のアフリカ

アンゴラ、ベナン、ボツワナ、ブルキナファソ、ブルンジ、カメルーン、カボヴェルデ、中央アフリカ共和国、チャド、コモロ、コンゴ、コートジボワール、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、ルワンダ、サントメプリンシペ、セネガル、セーシェル、シエラレオネ、ソマリア、南アフリカ、

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

アフリカの角

ジブチ、エリトリア、エチオピア、ソマリア

サヘル

ブルキナファソ、カボヴェルデ、チャド、ガンビア、ギニアビサウ、マリ、モーリタニア、ニジェール、セネガル

* 地域別グループの分類は本レポートのために定められたもので、ユニセフの標準的な地域分類とは厳密に一致しないこともある

[‡]ユニセフ地域別グループとジブチならびにスーダン

出典：国連地域分類に基づいて「アフリカ子供白書（The State of Africa's Children）2008」用に作成されたユニセフ分類。



ウガンダ：診療所に息子を連れていく母親

1 子どもの生存——現在の状況

サハラ以北と以南における子どもの死亡率

アフリカ大陸は世界最大の砂漠、サハラ砂漠によって北と南に分けられるが、この境界は地理的以上の意味がある。おおむねサハラ砂漠以北にある国々、すなわちアルジェリア、エジプト、リビア、モロッコ、チュニジアの5カ国における5歳未満児死亡率は2006年において1000人の年間出生数に対して35人の割合であった。つまり、その年に関しては、29人に1人の子どもが5歳の誕生日を迎える前に死亡したということになる。1990年以降、北部アフリカのこれらの5カ国では、いずれも乳幼児死亡率が少なくとも45%、小地域の年間平均では5.3%ずつ低下している。つまり、この5カ国は、1990年から2015年の間に5歳未満

児の死亡率を3分の2削減するというミレニアム開発目標4を順調に達成しつつある¹。

対照的なのは、サハラ以南のアフリカ（ジブチ、スーダンも含む）の子どもの生存の傾向で、その状況は衝撃的としか言いようがない。1970年、北部アフリカにおける5歳未満児死亡率は1000人の年間出生数に対して215人の割合であった。これは同年、東部アフリカで216人、南部アフリカで208人であったのと有意な差はない。しかし、1970年から2006年の間において、北部アフリカでは5歳未満児の死亡率が84%低下したのに対し、東部アフリカでは43%の削減率で1000人あたり123人、南部アフリカでは30%の削減率で1000人あたり146人の割合にすぎなかった。中部アフリカおよび西部アフリカでもやはり

目覚ましい削減を達成することはできず、サハラ以南のアフリカ全体では（ジブチおよびスーダンを含む）5歳未満児の死亡率をこの36年間に、3分の1あまりしか削減できなかった。

この対照的な状況は、サハラ以南のアフリカと世界の他の地域との間で、子どもの生存における格差が広がっているという辛らつな例である。だが一方、過去40年間において、アフリカでも一部の国で、乳幼児死亡率の高い年間削減率が維持されていたという事実には希望が持てる。一致団結した行動、健全な戦略、適切なリソース、強力な政治意志力が、妊産婦と乳幼児の保健医療を支えるために一貫して適用されれば、非常に高い乳幼児死亡率でも大幅に低下させられることを北部アフリカの実例は如実に示している。

図表 1.2

地域別乳幼児死亡率の削減に向けての進捗状況

1990年から2006年にかけての5歳未満児死亡率(U5MR)における平均年間削減率(AARR)と、ミレニアム開発目標4を達成するために2007年から2015年にかけて必要とされる成果

	U5MR		AARR (%)*		ミレニアム開発目標達成に向けての進捗状況
	1990	2006	1990年—2006年に示された結果	2007年—2015年に必要とされる成果	
サハラ以南のアフリカ	187	160	1.0	10.5	不十分
東部・南部アフリカ	165	131	1.4	9.6	不十分
東部アフリカ†	171	123	2.1	8.5	不十分
南部アフリカ	125	146	-1.0	13.9	進捗なし
西部・中部アフリカ	208	186	0.7	11.0	進捗なし
中部アフリカ	187	193	-0.2	12.6	進捗なし
西部アフリカ	215	183	1.0	10.4	不十分
北部アフリカ	82	35	5.3	2.8	順調
南アジア	123	83	2.5	7.8	不十分
東アジア/太平洋地域	55	29	4.0	5.1	順調
ラテンアメリカ/カリブ海地域	55	27	4.4	4.3	順調
CEE/CIS**	53	27	4.2	4.7	順調
先進工業国	10	6	3.2	6.6	順調
発展途上国	103	79	1.7	9.3	不十分
全世界	93	72	1.6	9.4	不十分

* AARRの数値がマイナスの場合は1990年以降、5歳未満児死亡率が増加したことを示す。

† ジブチとスーダンを含む。

** 中央および東ヨーロッパ/独立国家共同体。

順調：U5MRが40未満、あるいはU5MRが40以上でも、1990年から2006年にかけて5歳未満児死亡率に見られたAARRが4.0%以上。

不十分：U5MRが40以上、あるいはAARRが1.0%から3.9%。

進捗なし：U5MRが40以上でAARRが1.0%未満。

出典：機関間乳幼児死亡率評価グループ(Inter-agency Group for Child Mortality Estimation)の研究結果からユニセフが推計

サハラ以南のアフリカにおける子どもの生存

サハラ以南のアフリカは依然、5歳未満児の生存が世界でも最も困難な地域である。信頼できる推計値が入手可能な直近の年である2006年について、サハラ以南のアフリカにおける5歳未満児死亡率は、1000人の年間出生数に対して160人の割合であった。つまり、およそ6人に1人が5歳の誕生日を迎えられなかったということである。1990年以降の削減率は14%だが、世界で見るとサハラ以南のアフリカの5歳未満児死亡率は依然として突出して高い(図表1.2)。

サハラ以南のアフリカは、乳幼児死亡率が最も高い地域であるのに加え、保健に関連するミレニアム開発目標(図表

1.7)の大半、特に目標4と妊産婦の死亡率を1990年から2015年までの間に4分の3削減することを目指した目標5でも最も遅れている。多くの国々で、貧困の蔓延、エイズ感染の急激な拡大、内戦、不適切な物理的インフラ、低レベルな保健システムといった阻害要因が、近年の停滞状態を引き起こし、また乳幼児の死亡率、死亡率を上昇させることにもなっている。

保健関連のミレニアム開発目標達成に向けての進捗状況

ミレニアム開発目標8項目のすべてにおいて前進することが、子どもの生存および健康には必要不可欠である。また、

そのうちの6項目は乳幼児の保健に直接的に関係する目標である(図表1.3)。サハラ以南のアフリカにおいて乳幼児死亡率を削減し、北部アフリカで達成されている進捗状況を維持するためには、さらなる努力により保健関係のミレニアム開発目標を達成する必要がある。本項では、目標4を中心に、これらの目標の各々について、アフリカの5つの主要な小地域における進捗状況を検証する。

ミレニアム開発目標4：乳幼児死亡率の削減

北部アフリカの進捗状況は順調だが、サハラ以南のアフリカの主要な4つの小地域においては遅れている

北部アフリカは5歳未満児死亡率を1990年以降に57%削減し、ミレニアム開発目標4の達成に向けて順調に進んでいる。この小地域の5カ国すべてにおいて、5歳未満児死亡率は1000人の年間出生数に対して40人を下回っている。特にエジプトでは、近年、ミレニアム開発目標4の達成に向けてめざましい前進があり、1990年から2006年の間に5歳未満児死亡率は62%低下した。しかし、エジプトは5歳未満児数が極めて多いためもあって(860万人)、5歳未満児死亡数は北部アフリカで最も多く、2006年においては64,000人であった。これは同小地域の他の4カ国における死亡数を合計した56,000人を上回っている。

サハラ以南のアフリカの子どもの生存についての見込みは非常に厳しい。5歳未満児死亡率は、多くのミレニアム開発目標の基準年となっている1990年以降、全体では低下しているものの、平均年間削減率(AARR)は1990年から2006年においてわずか1%である。これはミレニアム開発目標4を2015年に向けて軌道に乗せるのに、その期間中に求められていた4%強をはるかに下回った。

さらに不穏な傾向は、この数十年において、世界の5歳未満児死亡数においてサハラ以南のアフリカが占める割合が増加していることだ。これは、同地域における平均出生率が世界の他の地域より高いことにもよる。たとえば、2006年の



マラウイ：孤児や脆弱な状況にある子どもたちを支える、コミュニティを基盤としたケアセンター

図表 1.3

保健とミレニアム開発目標

目標	保健に関するターゲット	保健に関する指標
目標1 極度の貧困と飢餓の撲滅	ターゲット2 1990年から2015年の間に飢餓で苦しむ人口の割合を半減させる	5歳未満の低体重児率 最低限のエネルギー消費量が食事によって満たされていない人口の割合
目標4 乳幼児死亡率の削減	ターゲット5 1990年から2015年の間に5歳未満児の死亡率を3分の1に削減する。	5歳未満児死亡率 乳児死亡率 はしかの予防接種を受ける一歳児の割合
目標5 妊産婦の健康の改善	ターゲット6 1990年から2015年の間に妊産婦の死亡を4分の1に削減する。	妊産婦の死亡率 訓練されて技術を持った保健医療従事者の介助を受けた出産の割合
目標6 HIV／エイズ、マラリア その他の疫病の蔓延防止	ターゲット7 2015年までにHIVの蔓延を阻止し、その後減少させる	15歳から24歳の妊産婦におけるHIV感染率 10歳から14歳で就学している孤児と非孤児の割合
	ターゲット8 2015年までにマラリアやその他の主要な疫病の発生を阻止し、その後発生率を下げる	マラリア有病率及びマラリアによる死亡率 マラリアに感染しやすい地域において、有効なマラリア予防及び治療措置を受けている人口の割合 結核の有病率及び結核による死亡率 DOTS（短期化学療法を用いた直接監視下治療）の下で発見され、治療された結核症例の割合
目標7 環境の持続可能性確保	ターゲット10 2015年までに安全な飲料水及び基礎的なトイレ・下水設備を継続的に利用できない人々の割合を半減する	都市、郊外に関わらず、改善された水源を継続的に利用できる人口の割合 都市、郊外に関わらず、改善されたトイレ・下水設備を利用できる人口の割合
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	ターゲット17 製薬会社と協力して、開発途上国において人々が安価で必要不可欠な医薬品を入手できるようにする	安価で必要不可欠な医薬品を継続的に入手できる人口の割合

出典：世界保健機関「保健医療とミレニアム開発目標（Health and the Millennium Development Goals）2005」p.11より引用。

出生率は南アジアでは3.0人、発展途上国全体でも2.8人であったところ、サハラ以南のアフリカでは5.3人であった*。5歳未満児死亡数において同地域が世界全体でも大きな割合を占めるようになった背景には、質の高いプライマリーヘルスケア提供の遅れ、栄養不良、改善された水源および基礎的なトイレ・下水施設の不足なども挙げられる。

過去35年のサハラ以南のアフリカにおける5歳未満児の死亡数を世界の他の地域と比較すると、その特殊性が際立って見える(図表1.4)。1970年におけるサハラ以南のアフリカは、世界の新生児数の11%、5歳未満児死亡数の19%を占めていた。それが、2006年までにサハラ以南のアフリカは、新生児数では倍増して22%となり、5歳未満児死亡数では世界の50%近くに跳ね上がった。西部・中部アフリカを合わせた5歳未満児死亡数は1970年以降、世界の10%から30%と3倍になり、東部・中部アフリカを合わせた死亡数も2倍以上になった。ジブチとスーダンの乳幼児死亡数をサハラ以南のアフリカ全体と合わせると、その数は2006年における世界の5歳未満児死亡数の50%を占めた。対照的に、世界の他の地域では死亡率は減少している。

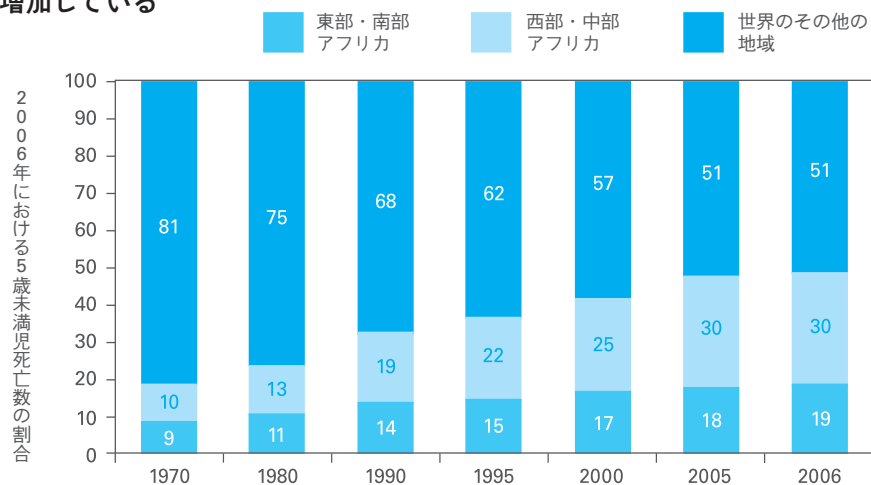
アフリカ中部、東部、南部、西部における乳幼児死亡率の差異

本項では、サハラ以南のアフリカに属する4つの小地域について、5歳未満児死亡率を検証する。目的は、小地域間で傾向、割合、レベルの乖離を評価し、プログラム、政策、パートナーシップへの影響を論議することである。

結果は説得力に富んでいる。4つの小地域のうちで、中部アフリカは1990年以降、5歳未満児死亡数の削減において最も遅れていた。実際、その小地域の5歳未満児死亡数の合計は、1990年には1000人の年間出生数に対して187人の割合だったものが、2006年には193人と、やや増加している。西部アフリカについては、1990年においては1000人の年間出生数に対して215人の死亡率と、当初の割合としては高かったものの、2006

図表 1.4

世界の5歳未満児死亡数においてサハラ以南のアフリカが占める割合が増加している



出典：機関間乳幼児死亡率評価グループ (Inter-agency Group for Child Mortality Estimation) の研究結果からユニセフが推計

年までには15%下げて183人になった。東部アフリカは着実な歩みを示し、1990年から2006年の間に5歳未満児死亡率は28%低下した。南部アフリカではこの間、5歳未満児死亡率が17%上昇したが、乳幼児死亡数としては、他の4小地域よりもはるかに低い(図表1.6)。ボツワナ、レソト、南アフリカ、スワジ

ランド、ジンバブエなど、南部アフリカの多くの国では、エイズの壊滅的な影響が、1990年の死亡率をはるかに越えるほどの小地域全体の平均を引き上げる要因となっている。

アフリカの角にある国々は成果を上げており、5歳未満児死亡率を1990年以降において39%削減するのに成功して

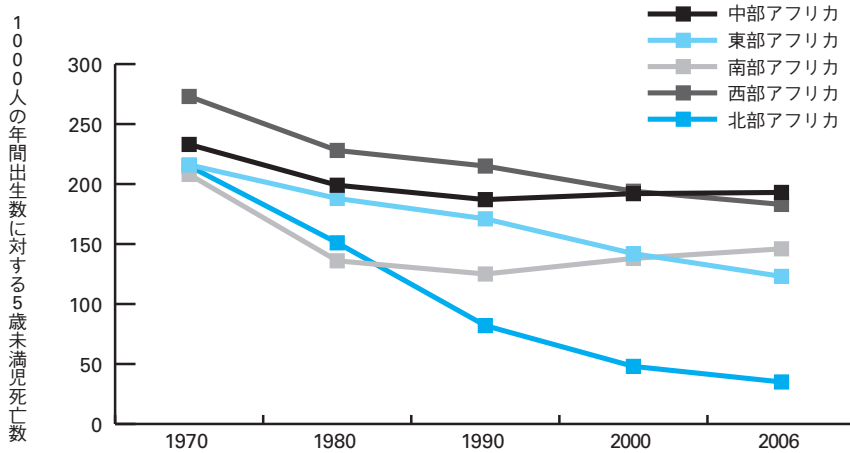
* 合計特殊出生率は、女性が出産可能年齢の終わりまで生き、年齢ごとに当該年齢の通常の出生率にしたがって子どもを産むとして、その女性が一生のあいだに産むことになる子どもの人数。



ソマリア：栄養状態を見極めるために子どもの腕周りを測定する保健医療従事者

図表 1.5

アフリカの小地域間における5歳未満児死亡率の比較



出典：機関間乳幼児死亡率評価グループ (Inter-agency Group for Child Mortality Estimation) の研究結果からユニセフが推計

いる。特に5歳未満児の約半数が中度から重度の発育障害であるという重要な課題に取り組み、さらに早期の改善も可能である。また、内戦が続いているソマリアでは、内戦、自然災害、疫病の発生などによる人道的危機にさらされ、女性や子どもはすっかり疲労困憊しており、5歳未満児死亡率の改善は内戦の終結次第であろう。サヘルの国々における成果は芳しくなく、1990年以降、5歳未満児死亡率は11%しか減少していない。これらの国々では現在、生後6ヶ月間に母乳で育てられる乳児は6人に1しかいないが、この完全母乳の育児率を伸ばすこ

とが、乳幼児の栄養状態の改善につながると思われる。

ジブチおよびスーダンも含めて、アフリカの地域間で乳幼児死亡率の分布を検証したところ、南部アフリカでは、5歳未満児死亡率は最も増加しているものの、乳幼児死亡率では地域全体の8%しか占めていないことが明らかになった。乳幼児死亡率において大きな割合を占めていたのは、西部アフリカ (42%) と東部アフリカ (30%) である。サハラ以南のアフリカで乳幼児死亡率において中部アフリカが占めていた割合は20%にも満たなかった。大陸全体の5歳未満児

死亡率において、サヘルの国々は12%、アフリカの角の国々は10%を占めた。コンゴ民主共和国、エチオピア、ナイジェリアの3カ国は、アフリカ全体の5歳未満児死亡率の43%を占めた。

「子どもたちのための前進：子どもたちにふさわしい世界の統計レビュー (Progress for Children; A world fit for children statistical view)」は、国際的に合意が成立している子どものための目標の達成に向けて、進捗状況を報告する、ユニセフの重要なレポートであるが、2007年12月に発表された特別版によると、サハラ以南のアフリカの46カ国のうち、ミレニアム開発目標4の達成に向けて順調に進んでいるのはカボヴェルデ、エリトリア、モーリシャス、セーシェルだけだった。最も懸念されるのは、1990年以降において、5歳未満児死亡率にまったく改善が見られない、あるいは増加している24カ国である。ミレニアム開発目標第4項の達成に向けて、ジブチとスーダンの進捗状況も不十分で、目標を達成するには1990年から2006年にかけて1.9%だった削減率を、2007年から2015年の間に8.9%に引き上げる必要がある。

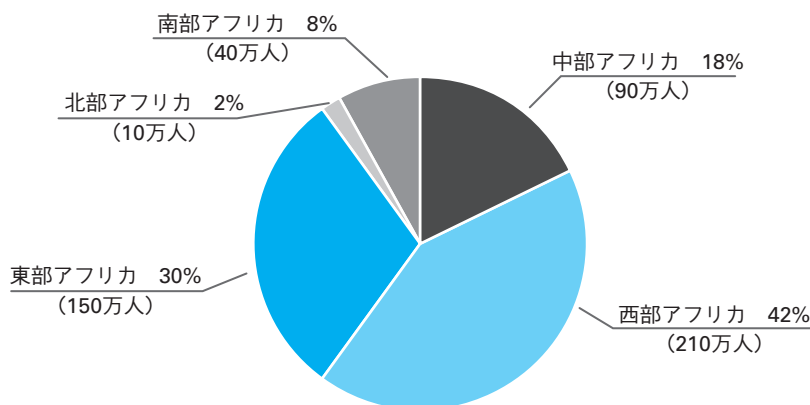
サハラ以南のアフリカは、ミレニアム開発目標4を達成するために、前代未聞の難題に直面している。ミレニアム開発目標4を達成するには、2007年から2015年の間に乳幼児死亡率を1990年から2006年に記録した削減率の10倍以上で削減する必要がある。サハラ以南のアフリカで現在の傾向が続くと、目標年の2015年にミレニアム開発目標4が達成されても、その年だけでも救われたであろう280万人の5歳未満児が死亡することになる。

サハラ以南のアフリカは、その他の保健に関するミレニアム開発目標 (図表 1.7) においても遅れをとっている。「子どもたちのための前進 (Progress for Children)」によると、サハラ以南のアフリカの現状は以下の通りである。

- 極度の貧困と飢餓の撲滅に向けての進捗状況は不十分である (ミレニアム開発目標 1)。
- 妊産婦死亡率が非常に高い (ミレニ

図表 1.6

2006年、西部アフリカはアフリカの乳幼児死亡率の40%以上を占めた



出典：機関間乳幼児死亡率評価グループ (Inter-agency Group for Child Mortality Estimation) の研究結果からユニセフが推計

アム開発目標 5)。

- HIV 蔓延の防止、減少には至っていない (ミレニアム開発目標 6)。
- 環境の持続可能性の確保については、まったく進捗が見られない (ミレニアム開発目標 7)。

サハラ以南のアフリカの乳幼児死亡の主な原因

サハラ以南のアフリカにおける 5 歳未満児の主な死因はよく知られている (図表 1.8)。世界保健機関 (WHO) が「世

界保健統計 2007 (World Health Statistics 2007)」で発表した最新の数値によると、WHO のアフリカ地域においては新生児疾患が死亡数の 4 分の 1 を占めている (WHO の分類によるアフリカ地域はユニセフの標準分類によるサハラ以南のアフリカとは異なるが、違いはアルジェリアを含め、ソマリアを除いているという点だけである)。それに次ぐのが 5 分の 1 以上を占める肺炎だ。さらに乳幼児死亡のうちマラリアは 18%、下痢性疾患は 17% を占める。その他の深刻な死因には、特に南部アフリカの国々において

のエイズ、そしてはしかが挙げられる。子どもの死亡のほとんどに菌止めをかけるのに必要とされている措置や処方もまたよく知られている。きわめて基本的でありながら重要とされている処方やサービスには、次のようなものが含まれる。

- 訓練を受けた保健医療従事者による出産助助とその後のケア
- HIV の母子感染予防と小児エイズの治療
- 特に生後 6 ヶ月における早期からの完全母乳育児を含めた適切な栄養摂取
- その後少なくとも 2 年間の母乳育児の継続と補完食の組み合わせ
- 免疫機能を高めるための微量栄養素の補給
- ワクチンで予防できる主要な 6 種類の病気に対する予防接種の実施
- 下痢性疾患を治療するための経口補水塩および亜鉛補給
- 肺炎を治療するための抗生物質
- 殺虫剤処理をした蚊帳の配布とマラリアの予防および治療に効果的な薬の投与
- 石鹸で手を洗う、使用時に浄水処理を行う、し尿処理を行うなど、衛生面の推進²

地域全体ではこれらの措置の普及率はおおむねまだ低いが、次項「子どもの生存に関する新たな希望」でも概略を示す通り、子どもの病気を予防する手段の提供においては、重大な進歩があった。しかし、肺炎と下痢性疾患だけでも WHO の定義するアフリカ地域で子どもの死因の 38% を占めているというのに、これらの子どもの病気に効果的な治療の普及率を高めることについては、それほどの進歩は見られない。サハラ以南のアフリカで肺炎が疑われる 5 歳未満の子どものうちで、適切な保健サービス提供者のもとに連れていかれるのはわずか 40% だ。下痢性疾患の治療法の普及率はさらに低く、サハラ以南のアフリカで下痢性疾患にかかった 5 歳未満の子どもたちのうち、継続的に水分を与えて身体の水分を補う、経口補水塩療法といった推奨される治療を受けているのは 3 分の 1 にも満たな

図表 1.7

サハラ以南のアフリカでは、保健関連のミレニアム開発目標のすべてにおいて、前進が不十分か、もしくはまったく見られない

ミレニアム開発目標達成に向けての進捗状況を見極める指標	信頼できる最新予測	平均年間削減率 (1990年—2006年)	ミレニアム開発目標達成に向けての進捗状況
目標 1			
5 歳未満の低体重児の割合	28% (2000 年—2006 年)	1.1	不十分な進捗状況
目標 4			
5 歳未満児死亡率	出生千対 187 人 (1990 年)、 出生千対 160 人 (2006 年)	1.0	不十分な進捗状況
目標 5			
妊産婦の死亡率、調整済み	出生十萬対 920 人 (2005 年)	適用外	非常に高い*
目標 6			
マラリア対策として、殺虫剤処理を施した蚊帳で眠る 5 歳未満児	8% (2003 年—2006 年)	適用外	マラリア拡大の阻止、さらには減少には至っていない
小児 HIV 感染 (1 歳から 14 歳の子ども)	200 万人 (2005 年)	適用外	HIV 拡大の阻止、さらには減少には至っていない
首都圏の若い妊産婦 (15 歳—24 歳) における HIV 感染率	9.7% (2005 年)	適用外	HIV 拡大の阻止、さらには減少には至っていない
目標 7			
改善された飲料水源の利用	48% (1990 年)、 55% (2004 年)	適用外	進捗なし
改善されたトイレ・下水施設の利用	32% (1990 年)、 37% (2004 年)	適用外	進捗なし

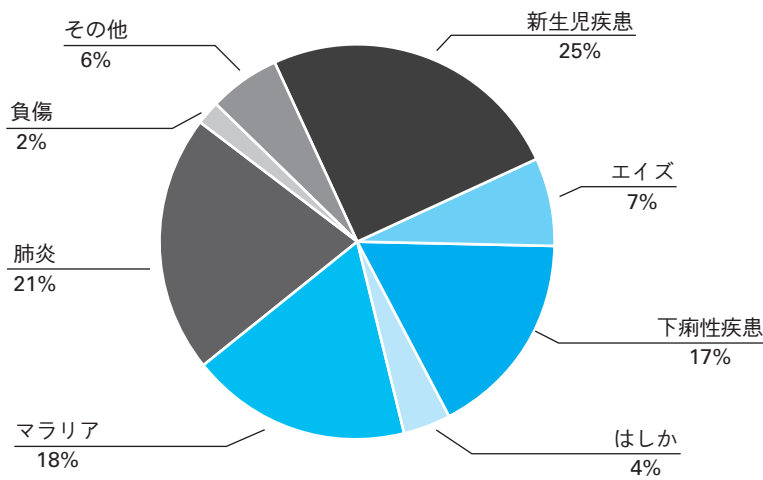
* 「非常に高い」とは、100,000 人の年間出生数あたり、妊娠が関係する原因で死亡した妊産婦の数が 550 人以上の場合を指す。

出典：「子どもたちのための前進：子どもにふさわしい世界の統計レビュー」第 6 号、ユニセフ、2007 年 12 月発行。「世界子供白書 2008」。「エイズウイルス感染に関する年次報告書 2006 年、国連合同エイズ計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006 Report on the Global AIDS Epidemic)」UNAIDS、ジュネーブ、2006 年発行。



コートジボワール：地域保健医療従事者が見守る中、子どもに授乳する母親

図表 1.8 世界保健機関の定義するアフリカ地域における子どもの死因 2000 年*



* WHO の指すアフリカ地域は、ユニセフが地域グループに分けたサハラ以南のアフリカとは異なっている。違いは、アルジェリアを含み、ソマリアを除いている点である。ユニセフのグループ分けによるサハラ以南のアフリカに含まれる国は、p.2 の図表 1.1 に挙げられている。

出典：世界保健機関「世界保健統計 2007 (World Health Statistics 2007)」p.31。

い。

栄養不良に取り組み、環境衛生を改善することも、サハラ以南のアフリカでは緊急の課題である。乳幼児死亡のうち、3分の1以上が母親あるいは子ども自身の栄養不良を原因としている。貧困と飢餓の削減を目指したミレニアム開発目標 1 を達成すれば、下痢性疾患、肺炎、マ

ラリア、HIV、はしかなどによる死亡数を減少させることができ、新生児死亡率も減らすこともできるだろう。言い換えれば、子どもの栄養状態の改善がミレニアム開発目標 4 の達成の前提になるということだ。

適切な栄養摂取は妊娠中から始めなければならない。母親の栄養状態が悪いと、

子どもは生涯にわたってその影響を受けることもある。たとえば、生前発育不全、出生時低体重、その後の発育障害リスクの高まりなどだ。実際、母親の栄養状態は子どもの健康と栄養状態を如実に示す指標である。³

サハラ以南のアフリカに属する 4 つの小地域（ジブチとスーダンも東部アフリカに含める）では、中度・重度の低体重、消耗症、発育障害などをもとに算出したところ、栄養不良率が非常に高い（図表 1.9）。栄養不良はサヘルとアフリカの角で最も深刻で、それは食料不足のためでもある。加えて、生後 6 ヶ月までの完全母乳育児率が依然として低く、それは中部、南部、西部で特に顕著である。南部アフリカはビタミン A の補給も不十分で、6 ヶ月から 59 ヶ月までの子どものうち、この微量栄養素を完全に（全 2 回）投与されているのは半分にすぎない。また東部アフリカでヨウ素添加食塩を用いているのは全世界の半数以下だ。

北部アフリカについては、低体重と消耗症をもとに測定したところ、栄養不良率ははるかに低いが、子どもの栄養状態についてはなおも課題が残っている。5 歳未満児のおよそ 6 人に 1 人が中度から重度の発育障害に陥っていて、ヨウ素添加食塩を利用していない世帯も 4 軒に 1 軒以上ある。一方では富裕層で、肥満や

図表 1.9

アフリカの小地域における子どもの栄養状態

	出生時 低体重の 新生児 の割合	2000年から2006年*にかけて 以下の状況にある子どもの割合			2000年から2006年*にかけて 以下の状況で苦しんでいる 5歳未満児の割合			ビタミンA補給率 (6-59ヶ月) 2005年		ヨウ素添加 食塩を利用 している 世帯の割合	
		完全母乳 育児	母乳と 補完食	母乳育児の 継続	低体重		消耗症	発育障害	少なくとも 1回投与 (%)		必要量補給 (%)**
					1999年- 2006年*	中度から 重度					
中部アフリカ	13	21	75	47	29	9	12	37	93	86	65
東部アフリカ	16	42	69	56	30	8	8	41	79	71	47
北部アフリカ	12	31	61	29	6	1	5	16	-	-	71
南部アフリカ	12	17	66	41	23	-	6	41	56	50	-
西部アフリカ	15	21	58	46	28	8	10	36	82	80	74
サヘル	18	16	55	66	34	11	13	37	89	85	45
アフリカの角	19	45	50	-	38	11	11	45	59	58	20

* データは指定された期間内で入手可能な最新の年のもの

** 2回投与を受けた子どもたちの割合

出典：世界保健機関およびユニセフの「Demographic and Health Survey (人口保健調査)」「Multiple Indicator Cluster Surveys (複数指標クラスター調査)」のデータ、全国世帯調査、定例報告書に含まれているデータをもとに、ユニセフが推計

栄養過多が子どもから若者の間で深刻な健康上の問題として浮かび上がってきている。

環境衛生の改善もサハラ以南のアフリカにとってはきわめて困難な課題である。サハラ以南のアフリカに住む人々のうちで、約45%が改善された飲料水源を利用していない。また、信頼できる推測が入手できる最新の2004年においては、60%以上の人々がなお、改善されたトイレ・下水施設を利用していなかった(図表1.7)。

アフリカ全体で見れば、1990年以降、改善された飲料水源を利用できる人々はいくらか増えてきた。しかし、改善されたトイレ・下水施設の利用についてはひどく立ち遅れていて、2015年までに基礎的なトイレ・下水施設を利用できない人の数を半分に減らすという、ミレニアム開発目標7の達成に向けて、順調に進んでいるのは8カ国(北部アフリカの5カ国ならびにジブチとマラウイとセネガル)にとどまっている。⁴

西部・中部アフリカを合わせると、改善された飲料水源と基礎的なトイレ・下水施設を利用できない人の数は、1990年よりも2004年の方が多い。東部・南部アフリカを合わせると、改善された

飲料水源を利用できる人の割合は56%(1990年の48%から増加)、基礎的なトイレ・下水施設を利用できる人の割合は38%(1990年の35%からわずかながら増加)であった。しかし、普及率が高くなっても、人口増加率はそれを上回っていた。サハラ以南のアフリカでは急激に人口が増加したため、5400万人の5歳未満児が改善された飲料水源を利用できずにいる。東部・南部アフリカでは、基礎的なトイレ・下水施設を利用できない人の数が、1990年から2004年までの間で3分の1の割合で増えた。⁵

不適切なトイレ・下水施設しかないという環境は、しばしば生命にも影響する。下痢性疾患で死亡する5歳未満児数は、最近の推定によると、世界で年間200万人近い。また国によっては、乳幼児死亡のうち、下痢性疾患を主な原因とする割合が20%にもなっている。世界で下痢性疾患がもとで死亡した人のうち、88%は、不衛生で安全でない飲料水を飲んだことや、トイレ・下水施設が利用できなかったことが原因と推測されている。

同様に許容できないのは、サハラ以南のアフリカで下痢性疾患にかかった子どもたちの実に70%が、経口補水塩による治療を受けていないことだ。この治療

法は、塩と砂糖の水溶液を与えて下痢による脱水症状を緩和して、死を遠ざけるというものである。治療は簡単で、一回あたり5セントもかからない。

蛇口から流れ出る水と清潔なトイレは、子どもの生活を大きく変える可能性を秘めている。衛生状態を改善するだけでも、下痢性疾患を原因とする世界の死亡率を3分の1以上改善できる。さらには、トイレ・下水施設の改善に加えて、衛生に対する認識が生まれ、行動も変われば、死亡率は3分の2でも改善できるであろう。

アフリカにも飲料水と衛生の問題をかなり改善している国があるが、その成果に安穩としてはならない。安心できる水と基礎的なトイレ・下水施設に関する最大の格差は都市と農村の間にある。飲料水にまつわる都市と農村の格差は、世界のあらゆる地域の中でも、サハラ以南のアフリカにおいて最も大きい。ここでは、都市部の人口の81%が上水を利用しているが、農村部では41%にすぎない。⁶

子どもの生存に関する 新たな希望： 近年得られた7つの成果

ミレニアム・サミットで目標が制定された2000年と目標達成の期限に定められた2015年との中間にあたる今、サハラ以南のアフリカが、保健に関するミレニアム開発目標の多くにおいて遅れているのは懸念材料になっている。しかし、2000年から2006年までの間にはしかによる子どもの死亡数が91%も減少したこと、また母乳育児率、ビタミンAの補給率、殺虫剤処理が施された蚊帳の利用率、HIVに感染している妊婦の特定率、およびさまざまな医療措置の中でもHIVの母子感染を防ぐための措置実施率などにおいては、急速に改善が見られるため、今後は前進に加速がつくであろう。また、各国政府、国際機関、ドナー、NGO、各国政権、コミュニティなどが、枠組み、プログラム、方針のもとで団結

を強め、時間と地域を越えて、母子に質の高い保健医療ケアを継続的に提供し、広めようとしているのも、明るい見通しのもとになっている。

サハラ以南のアフリカの子どもの生存に関して近年、以下に示すような7つの成果が上がっており、前進にはずみがつくことが期待されている。

- 1990年以降、サハラ以南のアフリカの国々のいくつかで子どもの生存に急速な改善が見られる。
- 2000年から2006年の間にはしかで死亡する子どもの数が大幅に減少した。
- マラリアの予防と治療において進歩があった。
- HIV感染した母子の抗レトロウイルス療法の利用が増加した。
- 生後6ヶ月までの乳児に完全母乳育児を行う割合が急増した。
- 微量栄養素補給の提供および利用が広がった。

- 前進を加速させるのに必要な枠組みと戦略について、コンセンサスが固まった。

1. 数力国において 子どもの生存が急速に改善

アフリカの最貧国においても、子どもの生存には明らかに改善が見られる。さらに、1990年以降、その地域の中でも一部の国が子どもの死亡率を大幅に下げたという実績は、希望を抱かせる。統計によると、子どもの死亡率と健康状態は短期間で劇的に改善できる。「世界子供白書2008」によると、5歳未満児死亡率は、エリトリア、エチオピア、マラウイ、モザンビークで1990年以降、40%も低下した。ちなみに、この4カ国はひとり当たりの年間GNPが350ドルにも満たない国々である。

マラウイ：子どもの生存が改善された国

マラウイにおける子どもの死亡率は世界の標準から見ると依然として高いが、子どもの死亡数を減らすことにかけては、同国はめざましい成果を上げている。1990年から2005年までに、5歳未満児死亡率は出生1000人あたり、221人から125人の割合に減少した。そして、2006年にはその割合は120人になった。これは、サハラ以南のアフリカの他の30カ国とほぼ同じ、あるいは下回るレベルである。

乳幼児の死亡率がこのように急速に改善した要因は、予防接種が非常に広く普及したこととビタミンAの補給にある。マラウイでは、1歳以下の乳児の99%が、結核、ポリオ、B型肝炎の予防接種、ジフテリア、百日咳、破傷風の予防接種を3回、ヘモフィルス・インフルエンザb型菌の予防接種を3回受けている。また、85%がはしかの予防接種を受けている。2006年においては、6ヶ月から59ヶ月の子どもたちの94%が少なくとも1回はビタミンAの投与を受けており、86%が全2回の投与を受けている。

生後6ヶ月までの完全母乳育児率は56%で、これは地域の標準に照らし合わせても比較的高いレベルにある。73%の世帯に改善された水源が提供されている。マラウイ政府の報告によると、殺虫剤処理を施した蚊帳は2006年12月までに100万枚以上が配布された。妊産婦および5歳未満児の間では65%に行き渡ったことになり、これはアブジャ宣言で目標に掲げられた60%を超える。またマラウイ政府は、ポリオは2002年に根絶したと述べた。それ以降のポリオを発症報告はないのである。

政府が発表した2006年の報告書「子どもにふさわしい世界」によると、5歳未満児死亡率が低下したのは、IMCI（小児疾患の総合的管理）というアプローチのもとで、非常に効果的な保健活動が展開されたためでもある。IMCIとは、妊産婦のケアに重点を置くとともに、マラリア、栄養不良、貧血、肺炎、はしか、下痢性疾患に取り組むことを目指した計画である。同報告書によると、現在の死亡削減率が持続すれば、乳幼児死亡率の削減に関するミレニアム開発目標4の達成も可能である。

2005年のユニセフ報告書では、IMCI戦

略の成功があらためて次のように記されている。「2000年、初期の試験段階を経て、マラウイは妊産婦に対するIPT（間欠予防治療）の実施に本格的に取りかかった。また産前ケアや児童福祉クリニックにやってきた母親に、殺虫剤を施した蚊帳を配布した。産前ケアの徹底、妊娠中のIPTの明確な方針の策定、さらには、ユニセフ、世界保健機関、米国際開発庁、ポピュレーション・サービシーズ・インターナショナル（Population Services International）、ロールバックマラリアなどのパートナーの積極的な支援などがあいまって、マラウイではこの戦略から素晴らしい成果を上げることができた」

1990年以降、変わっていない要因は、マラウイで死亡する子どものほぼ半数の背景に依然としてある、蔓延する栄養不良だ。5歳未満児の19%が中度あるいは重度の低体重、46%が中度あるいは重度の発育障害を抱えている。

p.50 参考文献参照。

2. はしかによる死亡数の著しい減少

1990年代に、特に中部・西部アフリカで後退があったものの、予防接種率はすべての主なワクチンについて少しずつ伸びている。その中にはジフテリア、百日咳、破傷風（DPT3）の第3回、はしかの予防接種も含まれている。はしかの予防接種率は、ミレニアム開発目標4の達成に向けて、前進を評価する3つの指標のひとつだ。

定期的なはしかの予防接種を普及させ、またワクチン接種の機会を2回設けるフォローアップキャンペーンを広く実施することにより、2000年から2006年までにアフリカではしかによる死亡数は91%減少した。これは画期的な進展といえる。というのは、2005年の世界保健総会で、2000年をもとにして2010年には世界のはしかによる死亡率を90%削減するという目標が定められたが、アフリカでは期限よりも前倒しでその目標が達成された。⁷

はしかに対する取り組みはアフリカの保健システムの向上にもいくつかの点で役立っている。たとえば、安全な注射という処方を浸透させることによって、貯蔵ワクチンの低温輸送能力が向上し、公

衆衛生に携わるラボのネットワークが世界規模で築かれた。さらには、ワクチン接種キャンペーンはビタミンAの補給、駆虫薬、殺虫剤処理を施した蚊帳の配布などの、その他の重要な方策とも組み合わせられている。

3. マラリア予防および治療における進歩

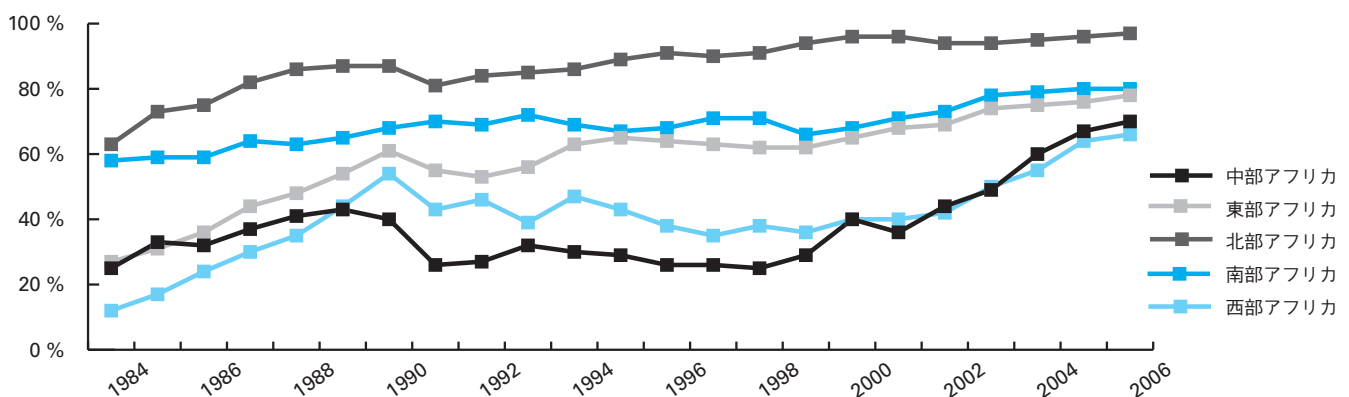
マラリアに関する病気や死亡が最も深刻なサハラ以南のアフリカの多くの地域において、殺虫剤処理を施した蚊帳の配布率が著しく伸びた。同地域の最近の証拠によると、データが入手できる国々については、20か国中16カ国で5歳未満児の蚊帳の利用率は2000年以降、少なくとも3倍になっている。しかし、最新の包括的な地域別の数値によると、サハラ以南のアフリカでは、どのようなものであれ就寝中に蚊帳を利用している子どもは15%にすぎない。殺虫剤処理を施した蚊帳に至っては8%である。国によっては地域の平均利用率を上回っているところがある。それは、ガンビア（2005年頃に49%）、サントメプリンシペ（42%）、ギニアビサウ（39%）、トーゴ（38%）だ。その他の国々でも、殺虫剤処理を施した蚊帳の配布率、利用率は

大幅に伸びており、その結果は間もなく数値になって表れるだろう。例えばエチオピアでは、前回2005年の世帯調査以降、1800万枚を超える蚊帳が配布された。ケニアでは前回2003年の調査以降1000万枚が配布された。⁸ サハラ以南のアフリカ全体では、殺虫剤処理を施した蚊帳の現地生産は2倍以上になり、2004年から2006年の間では、年間3000万枚から6300万枚ずつ伸びている。

ケニアにおける最近のデータからわかったことだが、殺虫剤処理をした蚊帳が、定期的な保健サービスを通して多額の補助金つきで販売されたり、集団予防接種キャンペーンに際して無料で配布されたりすると、普及率も社会的な公平性も伸びる。ケニアでは2003年以降、予防接種や産前ケアを含む総合的な母子の保健サービスを通して、1000万枚以上の蚊帳が配布された。4つのケニアの地区で最近、調査を行ったところによると、5歳未満の子どもの67%が就寝中に蚊帳を利用している。

サハラ以南のアフリカではマラリアの治療も進んでおり、発熱した子どもたちの3分の1が抗マラリア薬で治療されている。しかし、予防と治療が進歩したにもかかわらず、全体での普及率は依然として低い。特に、マラリアで死亡する世

図表 1.10 過去数十年、アフリカ全体で予防接種率*が伸びている



* ジフテリア、百日咳、破傷風（DPT3）のワクチン接種を3回受けた子どもの割合。ユニセフと世界保健機関はDPT3の接種率を毎年定期的に行われる予防接種の標準普及指標として用いている。

出典：ユニセフおよび世界保健機関のデータに基づきユニセフが推計



セネガル：殺虫処理をしてもらうために蚊帳を持ち込む女生徒たち

界全体の5歳未満児の80%はこの地域が占めていることを考えるとなおさらだ。突破口を築く可能性があるのは、アルテミシニンを組み合わせた治療法だ。これは多剤耐性があるマラリアに対して安全、効果的、かつ即効性があり、また、再発を防ぐというメリットもある。サハラ以南のアフリカのほぼすべての国で、アルテミシニンを組み合わせた治療法がマラリアに対する第一の治療法に採用している。

子どもの頃はマラリアと、子どもにとって致命的なもう一つの病気である肺炎はよく似た兆候を示す。肺炎を発症した場合、ケアの提供者は兆候を見極め、適切な措置をただちに講じる必要がある。たとえばセネガルでは、保健医療従事者と保護者に肺炎の初期兆候を教え、陽性であれば、抗生物質を保護者に手渡すプログラムがあり、感染した子どもに迅速な治療を施すうえで、めざましい成果を上げている。

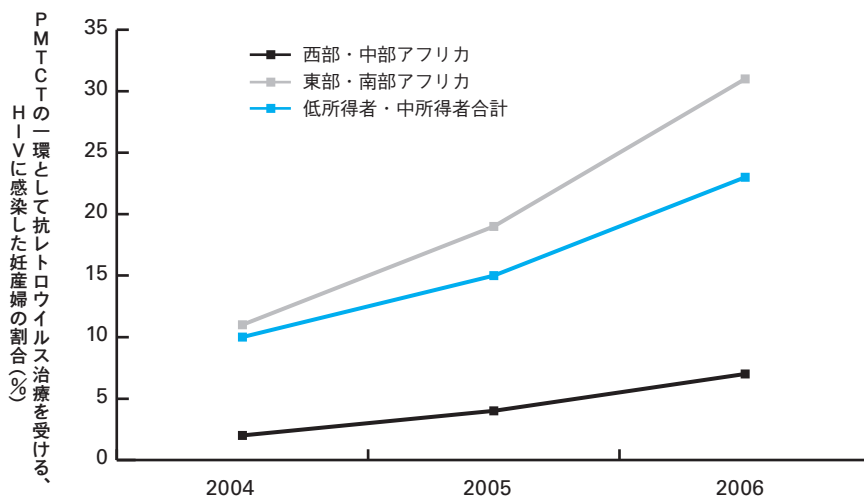
4. HIV 感染母子に対する抗レトロウイルス治療適用の増加

エイズの流行はサハラ以南のアフリカで暮らすアフリカの子どもたちの生存にとって大きな脅威である。世界でHIVに感染している子どものほぼ90%、そしてエイズで命を落とす子どものほとんどが、この地域に集中している。南部アフリカの状況は特に深刻で、5歳未満児死亡率は、1990年においては1000人の出生あたり125人の割合だったが、2006年には146人に増加している。このように、死の恐怖に最もさらされているのは南部アフリカだが、その他の小地域も打撃を受けていることには変わらない。

2007年、40万人以上の15歳未満の子どもが新たにHIVに感染した。たいていは母子感染である。⁹ 妊産婦が一旦感染すると、措置を講じない限り、妊娠中、出産時、あるいは授乳期にウイルスを子どもに移してしまう危険性は35%に上る。¹⁰

HIVの母子感染の予防、感染した母子のための治療法の特定および実施は、アフリカの保健ニーズでも最も急を要するうちに入る。抗レトロウイルス治療は母子感染の危険性を大幅に低下させ、エイズが流行している国々では子どもの死亡率上昇を阻むのに不可欠である。非

図表 1.11 HIVに感染している妊婦に対する抗レトロウイルス治療の普及率が増加、母子感染予防に役立っている



出典：UNAIDSのデータに基づいてユニセフが推計

南アフリカ： 早期における乳児診断の 拡大普及によって、 子どもたちの命を救う

南アフリカは世界で最もエイズに苦しんでいる国である。約550万人がHIVと共に生き、約25万人の15歳未満の子どもたちがHIVに感染している（2005年当時）。64,000人の新生児が毎年、母子感染でHIVに感染する。HIVに感染していながら治療を受けていない子どもの約半分は2歳の誕生日を迎える前に死亡する。南アフリカでは、エイズは最大の子どもの死因だ。南アフリカの病院で亡くなる5歳未満の子どもの半分はエイズが原因だ。

死亡率の高さの背景には、治療を受けられるのが、PMTCT（母子感染予防）のサービスを求める妊産婦と小児エイズのケアおよび治療を必要とする子どもに限られているという事実もある。

2005年、HIVに感染している妊産婦のうち、ネビラピンの投与を1回受けたのは30%にすぎなかった。HIV感染の危機にさらされた子どものうち、コートリモキサゾールプロフィラキサス（抗菌薬の予防的投与）を受けたのは26%だった。そして、HIV感染した子どもで抗レトロウイルス治療を受けたのは18%にすぎなかった。子どものHIVの状態が、理想的な年齢（生後4週間から6週間）で診断されるのは稀ということが重大な課題のひとつである。それゆえに、「南アフリカのための包括的なHIVおよびエイズケア・管理・治療実施計画」（Operational Plan for Comprehensive HIV、

AIDS Care, Management and Treatment for South Africa）を通して延命薬が利用しやすくなっているのに、感染した子どものほとんどは抗レトロウイルス治療を受けられなかったのだ。

南アフリカ政府は国の対応として、子どもたちがエイズのケアと治療を受けられるようにすることを優先事項に掲げた。2004年の4月には早くも、HIVに感染している女性から生まれる子どもに早期感染診断を行うように勧めている。用いられるのは、「DNA PCR」と呼ばれる、生後6週間の幼児を対象とするウイルス診断であった。それ以前は、検査は公的機関で幅広く行われていたわけではなく、南アフリカ衛生研究所サービス（National Health Laboratory Services）における検査能力は年間6万件までに限られていた。しかし、実際には、最低でも年間で推定40万件のDNA PCR検査を行う能力が必要だったのである。

活動：2004年、南アフリカ保健省（National Department of Health）はDNA PCR検査を3ヵ所の研究所で実施できるようにするプログラムを開始した。3ヵ所とは、ガウテン、クワズルー・ナタル、ウェスタン・ケープである。最も農村部にあり、保健医療施設から離れていたクワズルー・ナタルの研究所では、ユニセフからの支援を受けて、乾燥炉紙血検査を導入、保健医療施設と研究所間の検査サンプルの運搬を容易にした。

2005年までに、3つの研究所では毎月5000件の検査ができるようになっていた。2005年、南アフリカ衛生研究所サービス（National Health Laboratory Services）は

検査能力の拡大を図った。そして2006年末までには、8つのDNA PCR研究所を設立し、年間30万件の検査ができるまでになった。

成果：2004年から2006年にかけて、実施されたDNA PCR検査の数は、年間2万件以下から14万件超に増加した。これにより、抗レトロウイルス治療を利用する子ども数は急増した。治療を受けられる子どもたちの数は、2004年には3000人に満たなかったところが、2006年9月には25,000人、2007年12月には32,000人になった。これにより、このような保健サービスの提供がなければ死んでいた何百人もの子どもたちの命が救われたのである。

AIDSは南アフリカの子どもの生存において、なおも最大の課題だ。ミレニアム開発目標4の達成のためには、PMTCTの充実に加えて、できるだけ感染を防ぎ、ケアと治療の需要を減らすことだ。加えて、PMTCTにも関わらず感染してしまった場合のために、早期幼児診断、ケア、治療を受けやすくすることも必要だろう。「HIV・エイズ・性感染症に関する南アフリカの戦略計画2007-2011（HIV and AIDS and STI National Strategies Plan 2007-2011）」を通して、南アフリカの政府と国民は、2011年までに、子どもたちのためのケアと治療のサービスであるPMTCTをどこからでも利用できるようにしたいと尽力している。

参考文献p.50参照。

常に低い水準からではあるが、普及率は上昇している兆しがある。2006年の暫定的な推定では、サハラ以南のアフリカで抗レトロウイルス治療の普及率は大幅に伸びるとされている（図表1.11）。東部・南部アフリカを合わせると、15歳未満の子どもで抗レトロウイルス治療を受けたのは、2005年には12%だったが、2006年には17%に上昇した。しかしながら、問題の大きさを考えると、このようなレベルは著しく低く、より多くの感染者が利用できるようにするためには多大なさらなる努力が必要である。

5. 完全母乳育児率の上昇

新生児にとっては、生後すぐから完全に母乳で育てられることが、最高の栄養になり、また同時に身体の温もりも伝えられ、免疫システムを強化する。まだ低い割合ではあるが、サハラ以南のアフリカにおいて、生後6ヶ月の完全母乳育児率は1996年には22%であったものが、2006年には30%と、近年、大幅に上昇している。ベナン、ガーナ、マダガスカル、マラウイなどの国々では、完全母乳育児率が10年間で50%以上まで伸ばす

ことができた。

子どもの生存戦略としての完全母乳育児の可能性をあなどってはならない。開発途上国における5歳未満死亡数の約13%を救うことができるかもしれないのだ。サハラ以南のアフリカの国々は、その割合はもっと伸ばせることを示している。他の国々でも完全母乳育児率を確実に高めていくことが課題である。

6. 微量栄養素の補給と その利用の拡大

ヨウ素、鉄やビタミンAといった微量栄養素は、子どもの発育や母親の健康に大きく影響する。これらの微量栄養素の補給は効果があり、コストもそれほどかからないと立証されているのに、サハラ以南のアフリカでは、多くの幼児や母親が微量栄養素の補給を受けていない。象徴的な統計を挙げると、サハラ以南のアフリカでは1000万人の新生児がヨウ素欠乏に対策を講じられないままである。ヨウ素欠乏は知的障害を引き起こす主要因だが、それは本来なら予防できるものなのだ。

近年、ビタミンAの補給率が上昇していることから、その他の微量栄養素の補給も進むのではないかと期待されている。サハラ以南のアフリカでは、その他の開発途上地域と同様に、生後6ヶ月から59ヶ月の子どもに少なくとも1年に1回、ビタミンAを投与することが、めざましく増加している。ユニセフが「世界子供白書2008」で取り上げ、地域合計を算出できるだけのデータがある地域の中では、西部・中部アフリカが、東アジア・太平洋諸国に並んで、ビタミンA補給率合計が高かった。

ビタミンA補給を拡大することができたのは、戦略や包括的な啓発活動が組み合わせられ、非常に高い効果を持つ、その他の保健や栄養に関する措置、例えば予防接種などがパッケージになっていたからだ。保健デーや子ども保健デーは補給栄養素を提供する格好の機会としてしばしば利用された。

7. 前進を加速するのに必要な 枠組みに関する合意の形成

サハラ以南の子どもの生存において、前進が加速されるという望みを抱かせる7つ目の理由は、必須のサービスや物品を届けるのに必要な枠組みについて、合意が形成されつつあることだ。近年、妊産婦と新生児、そして子どもの健康の問題に取り組むパートナーシップやプログラムが、「継続的なケア」の枠組みを中

心に、努力を結集する姿勢を強めている。この枠組みが生まれたのは、妊婦と新生児、それに子どもの死には、栄養不良と同時に、互いに似通っていて、関連する多くの構造的な原因があるという事実が認識されたからだ。家庭、コミュニティ、アウトリーチ、施設を基盤としたケアを活発な保健システムに統合し組み合わせ、ライフサイクルを通して措置を講じることで、効率と費用対効果を高めることができる。

シエラレオネ： 統一された計画が、世界 で最も高い妊産婦および 子どもの死亡率の削減に 希望をもたらす

内戦が母子の生存に及ぼす壊滅的な影響は、シエラレオネで最もはっきりと見てとることができる。内戦に引き裂かれたこの国は、5歳未満児および妊産婦の死亡率が世界で最も高い。2006年においては、年間出生数1000人に対して270人の子ども、つまりほぼ4人に1人が5歳の誕生日を迎える前に亡くなっている。妊産婦の死亡率も世界で最も高く、2005年においては、出生数10万人に対して2100人の割合でなくなっている。すなわち妊産婦が死亡する生涯リスクは実に8人に1人。サハラ以南のアフリカでは平均して22人に1人、先進国では平均して8000人に1人である。

1999年から2006年にかけての最新の推計値によると、低体重の新生児は4人に1人、生後6ヶ月間において完全母乳で育てられる乳児はわずか8%、5歳未満児で中度あるいは重度の低体重が見られるのは30%、中度あるいは重度の発育障害は40%になる。3分の1以上の子どもたちが、ジフテリア、百日咳、破傷風（DPT3）、それにポリオといった重要なワクチン接種を受けていない。2004年（信頼できる推計値が得られる最新の年）において、改善された水源を利用できるのは57%、適切なトイレ・下水施設を利用できるのは39%で、その割合は依然として低い。

シエラレオネの母子の高死亡率によりよく対処するため、同国の保健衛生省（Ministry of Health and Sanitation）は主

保健関連のミレニアム開発 目標の達成に向けて前進を 加速するために

ミレニアム開発目標の達成に関して北部アフリカおよびサハラ以南のアフリカが直面している課題は異なっている。北部アフリカは、ミレニアム開発目標4の達成のみならず、その先に向けても、前進するための土台ができています。特に、保健サービスの提供における社会経済的不公平に取り組めば、その歩みは力強い

要なパートナーと協力して、「リプロダクティブ・ヘルスと子どもの保健に関する国家戦略計画2008-2010（Reproductive and Child Health Strategic Plan 2008-2010）」を策定した。ユニセフ、世界食糧計画、世界保健機関、国連人口基金といった主要な国連機関は、同計画を支援するために共同のプログラムを策定した。このプログラムは、基本的かつ包括的な緊急出産ケア、予防接種、栄養不良の防止および管理を網羅している。この試みは、「リプロダクティブ・ヘルスと子どもの保健に関する国家戦略計画」に関連して、同国政府、それに世界銀行や英国国際開発庁といったさまざまな国際的パートナーが力を合わせて進めたいくつかのイニシアチブのひとつだ。これらのイニシアチブの包括的な目的は、2005年における妊産婦、新生児、5歳未満児の死亡率を、2010年までに30%削減することである。

「リプロダクティブ・ヘルスと子どもの保健に関する国家戦略計画」は、すべての主要なパートナーの団結と関与を優先したという点で、母子の生存に関するまったく新しい取り組みとなった。同計画は継続的なケアの枠組みを用い、まず出産前から出産後までの女性、それから新生児、子どもに保健サービスを提供する。効果を最大限に引き上げるために、この計画では、主要な関係者のオーナーシップ、連携、成果重視の管理、相互責任、調和に重点を重視する。目標は、母子の生存と保健を改善しようとするシエラレオネの努力を、一致団結して支えることである。

p.50参考文献参照。

ものになるであろう。サハラ以南のアフリカについては、これからの数年で、保健システムの大幅な改革を図る必要がある。そして、改革の基礎を成すいくつかの優先事項がある。その中には、コミュニティ・パートナーシップによる保健システムの強化、時間と場所を越えた継続的なケアの確立、成果重視の保健システムの開発などが含まれる。

コミュニティの関与を通じた保健システムの強化

子どもたちに包括的な保健サービスを提供するためには、病気の治療だけでなく、予防手段も含めなければならない。なお通常、予防のためには、まずは家庭で始められ、それからコミュニティが支持するような行動の変化が必要だ。より大きな保健システムに欠かせない部分として、母子の保健サービスを支えるコミュニティ・パートナーシップは2つ

の機能を持っている。それは、コミュニティのメンバーに保健員として積極的に関わってもらうこと、そしてよりよい保健医療に向けてコミュニティの力を結集することだ。彼らはまた、政府に質の高い保健サービスを求める声を奨励することもできる。

コミュニティが関与することにより、子どもの生存努力を担っているのは自分たちだというオーナーシップが生まれ、官僚主義的な保健システムに活力を与えることができる。また、コミュニティの関与は、孤立している人たちや排除された人たちを取り込むためにも絶対に必要である。本レポートの次章以降でも示すように、アフリカの多くの国々は、保健、栄養、エイズ、環境衛生などに取り組むプロジェクトでコミュニティを基盤としたプログラムを成功させている。今後の課題は、これらの経験から学び、成功しているプログラムを拡大する戦略を策定し、保健システムが行き届いていない何

百万もの母子に、さらに手を差し伸べることである。

時間と場所を越えた継続的なケアの確立

高い効果がある継続的なケアとは、母親と新生児と子どもに提供する重要な保健サービスを統合するということだ。その期間は、女性が妊娠してから、出産、産後を迎え、そして子どもが新生児期から乳幼児期を経て青年期に至るまでに及ぶ。各段階の成功は、前段階の成功の上に成り立っている。例えば、青年期の少女に総合的なサービスを提供すると、早期の望まない妊娠を減らすことができる。保健サービスを提供する人を訪問するようになると、妊娠中の問題を防ぐことができ、また出産時においても母親が適切なケアを受けられることが多くなる。専門家が産前、出産時、産後にケアを提供すると、母子の死亡や障害のリスクを抑



コンゴ民主共和国：子どもにポリオワクチンを投与するコミュニティの宗教リーダー

えられる。子どもに対する継続的なケアは、保健における彼らの権利を支えるものである。

継続的なケアは、家庭、コミュニティ、保健センター、病院などにおけるケアの穴を埋めることにもなる。例えば、仮死、敗血症、早産による合併症などで生まれた新生児は、適切なケアが施されなければ、数時間どころか数分内で死に至ることもある。アフリカの母親の大多数は自宅で出産するため、訓練を受けて専門技術を持った人が、地元のクリニックやその他の優れた施設の強力なバックアップ体制を整えたいうえで、出産に付き添うことが必須だ。¹¹ あらゆる面で質の高いケアを提供することがきわめて重要なのである。

成果重視の戦略、共同プログラム、パートナーシップによる保健システムの強化

子どもの生存における前進を加速するためには、保健分野が発展したこの一世紀の教訓を活かし、コミュニティ・パートナーシップ、継続的なケア、保健システムを強化するために効果的な取り組みを行うことが必要だ。世界銀行、世界保健機関、ユニセフなどの主な国際機関が策定し、アフリカ連合に提出された共同の枠組みに基づき、「アフリカ子供白書2008」は第4章において、次の10年間において、プログラム、方針、パートナーシップを通して、アフリカ全土に保健システムを確立するための枠組みについて説明する。

子どもの生存のための戦略を実現させる環境づくり

子どもの生存についての展望は、重要なサービスと措置の提供と同時に、子どもたちとその家族が暮らす制度および環境にもかかっている。どこでも同じだが、アフリカの乳幼児の死亡率がもっとも高いのは最貧国や、貧窮し、孤立し、教育が行われず、取り残された地方やコミュニティ、それに内戦、エイズ、食糧不足、脆弱な政府、公的な保健システムや物理的なインフラに対する投資が慢性的に不

足していたために荒廃した国々だ。同様に、汚職がはびこり、政治的に不安定で、法の原則が揺らいでいるような脆弱な国も、基本的なサービスを国民に提供できないことが多い。

制度および環境上の要因は、子どもの生存においては決定的な要因にもなる。例えば、エイズが蔓延している東部・南部アフリカの国々では、エイズの撲滅が子どもの生存をかけた最大の課題だ。エイズの規模および特徴から考えると、その取り組みをしない限り、他に何をしていても徒労に終わるだろう。食糧不足に苦しむ国、早魃の被害を受けやすい国々（アフリカの角にある国々など）も、結果的に子どもの生存を脅かすことが多い。食事を多様化できないことから、子どもたちは慢性的な栄養不足に陥りやすく、病気にかかり、最終的には死に至る危険性も大きくなる。

このような困難な問題を抱えている国々の子どもたちに手を差し伸べるという課題は相当なものだ。しかし、一致団結して力を尽くし、継続的に行動を起こすのであれば、子どもたちの生存と成長を支える環境を作り出すために、これらの国々がとっていける方策がある。

内戦の遺産と政治社会不安

アフリカにおいては、内戦が母子の生存にとって最も大きな障害の一つとなっている。アフリカでは、20%以上の子どもが5歳未満で亡くなる国が10カ国あり、それらはアンゴラ、ブルキナファソ、チャド、コンゴ民主共和国、赤道ギニア、ギニアビサウ、リベリア、マリ、ニジェール、シエラレオネだが、これらの半分以上は1989年以降、大規模な武力紛争に苦しめられている。コンゴ民主共和国では、4年間にわたる内戦により、女性や子どもが大部分を占める100万人が家を出て、仮住まいの村で過ごすことを余儀なくされた。こういった場所では、コレラやはしかなどの子どもにとっては致命的な病気が野火のように広がる。重要な公共サービスを立て直そうという努力は、終戦後かなりの期間続いている。その主な対象は、戦争に家やコミュニティを破壊された子どもたちやその家族である。

絶望的な状況にもかかわらず、内戦後のアフリカの国々は、戦争で荒廃した社会を再構築するという途方もない難題に取り組んでいる。国際的なパートナーの力を借りながら母子の健康を守ろうとする、かつてより力強い国の指導者たちは、戦争で打撃を受けた重要なサービスの立て直しに力を注いでいる。アンゴラ、コートジボワール、エチオピア、リベリア、ルワンダ、シエラレオネなどが、そういった国々に入る。

同時に努力しなければならないのは、戦争で崩壊した社会の子どもたちに、安全で安定した環境で成長する機会を確実に提供することだ。停戦してから長い時間がたっても、多くの国々は脆弱なままである。恒久的な平和には、激しい内戦の根本的な原因と結果に取り組む、社会的および政治的な構造が求められる。これは、社会の全構成員の完全な参加と、国際的なパートナーの継続的な尽力を必要とする長期プロジェクトである。

教育の要因

サハラ以南のアフリカの大部分においては、特に女性と女子の教育の程度が低く、それが母子の生存に大きな障害となっている。いくつかの国では、女子の教育において、大きな前進が見られる。しかし、こういった前進は最近のもので、未だ女性の非識字率が比較的高い。

女性の非識字率が高いことが招く結果は重大だ。比較的高い教育を受けている女性に比べて、教育を受けていない女性は、妊娠中および出産に際して訓練された分娩助産者の付き添いを求めることが少ない。フォーマルな教育をいくらかでも受けた女性は、結婚と出産の時期を慎重に考え、子どもたちに確実に予防接種を受けさせ、自分たちと子どもたちに必要な栄養について情報を収集し、出産の間隔を適切にあげるようにするだろう。その結果、子どもたちの生存率は高くなり、適切な栄養を得て、健康で暮らせることが多くなる。

内戦下の子どもたちの 生存を助ける

アフリカのいたるところで一般市民が戦渦に巻き込まれている。その中では女性や子どもたちが被害者になることも非常に多い。例えば、スーダン西部のダルフルでは約360万人が現在も続く危機にさらされているが、その中でも180万人が子どもである。

ダルフルの紛争により、先住民族の大部分、それに24万人のスーダン人が住みなれた土地を離れ、隣国チャドに避難しなければならなかった。その中の85%は女性および子どもであった。

だが、世界にはあまり伝えられていないかもしれないが、チャドの国民の中でも、やはり内戦と暴力がもとで、住み慣れた地を離れなければならなかった人たちが17万3000人いるのだ。その中の3万人は2007年の終盤に避難を強いられた。だが、国内避難民と彼らを受け入れるコストを負担するコミュニティに対する支援は、ダルフルの難民支援を得るより困難だ。2008年初頭、100を越える国際NGOと国連機関がチャド東部のアベシエ周辺にいるスーダン人のために働きかけを行った。活動の焦点は主に公衆衛生や、その他、難民および国内避難民の中でも特に子どもたちの生存の

機会を増やす措置に合わせられていた。

12カ所の難民キャンプでは、一人一日あたり10リットルの水が提供され、共用トイレも設置された。キャンプの若者で構成されたチームは、近くの食料配給センターによんだ水が流れ込むのを防ぐ役割を与えられた。同チームはまた、キャンプの公共の場所を掃除する役割も担った。

子どもたちは仮設の学校に通い、試験の準備をしている。人数を考慮し、毎日、午前と午後2回の授業を行っている。教師は主に1ヶ月の研修を受けたボランティアだ。PTAが責任を持って、子どもたちと一緒に学校の清掃および維持にあっている。

キャンプの討論グループでは、母親が生後6ヶ月間は新生児を母乳で育てることの重要性を話している。一方、保健医療従事者は、6ヶ月から4歳までの子どもを対象に、はしかの集団予防接種が間もなく行われることを改めて伝えている。子どもたちは指定の場所で遊んでいる。コミュニティを基盤としたネットワークが築かれ、キャンプとコミュニティの両方で、スーダンとチャドの子どもたちの福祉を担っている。

高蛋白、高エネルギーのピーナッツペーストが5歳未満で栄養不良の子どもたちに配られており、母親たちには「食べさせやすい」と好評だ。重度の栄養不良の子どもたちは治療を行う栄養療法センターに移さ

れる。

難民キャンプの外では、チャド人が全く異なる生活を送っている。この地区では生活が苦しく不安定なので、働く気にもなれないのだ。チャド人の教師は、国からの給与が不定期なので、学校を去り難民キャンプで働いている。その方が良い給料がもらえるのだ。そして、アベシエの町で唯一の病院には5人の医師と助産婦しかいない。

国内避難民とホスト・コミュニティの両方に対して、国内外からの支援が増えている。人々が生存のために必要とするもの、すなわち水、食料、保健サービス、保護、避難所、教育が提供されている。他のアフリカ地域でも同様に、受け入れコミュニティにとっては、このような緊急措置と開発援助のつながりが重要であることを認識した上で、人道援助機関が一致団結して力を尽くしている。こうした努力がいずれは、国内避難民が自足し、ホスト・コミュニティに溶け込むことにつながるだろう。そして、影響を受けたすべての人、すなわち難民とホスト・コミュニティの両方が、生存のためのサービスと支援をより享受できるようになるだろう。

p.50 参考文献を参照。

出生登録： 必要最小限のサービスを利用 するために重要な手続き

名前と国籍を持つ権利は子どもの権利条約で定められている。その第7条には、子どもは生後すぐに登録されなければならないとはっきりと記されている。しかし、2006年においては、全世界で5100万人の子どもが登録されていないままだ。登録される権利は基本的な人権の一つで、これが前提条件として行われていなければ、その他の権利や実際的なニーズも満たされない。それらの中には、保健サービスや教育を受ける権利、それに児童労働、児童婚、未成年者の兵役および徴兵、内戦や自然災害後による家族からの別離、人身売買、警察やその他の法執行機関に

よる嫌がらせなどからの保護がある。

2006年においては、サハラ以南のアフリカで1970万人の子どもたちの出生登録がされていなかった。実際、サハラ以南のアフリカでは出生登録がされていない子どもが3360万人を超えており、割合は66%と最も高い。この問題が特に困難に感じられるのは、タンザニア連合共和国やザンビアなどだが、これらの国々で出生登録率が非常に低いのは、効果的で機能する登録システムが存在しないからである。ユニセフでは、1999年から2006年においてザンビアで出生が登録されたのは10%、タンザニア連合共和国ではわずか8%と推定している。

出生登録と保健サービスへの利用は密接に結びついている。これは、5歳未満の子どもにとって特に言えることであ

る。例えば、アフリカの数カ国のデータによると、出産時における訓練された分娩助産者の有無と出生登録の間には密接なつながりがある。例えばベナンでは、訓練された分娩助産者によって生まれた子どもについては、74%がすぐに登録されたが、訓練された分娩助産者が介在しなかった場合、登録されたのは28%にすぎなかった。さらにそのデータからわかるのは、ワクチン接種を受ける数、ビタミンA投与の有無、利用できる保健サービスのレベルなどに応じて、出生登録率は上がる傾向があることだ。例えばチャドでは、ビタミンAの補充投与を受けた子どもの38%が登録されている一方、投与を受けなかった子どもの登録率は15%だった。

多くの国では、出生登録をしていなく

図表 1.12

性別による教育レベルの差

	初等教育純就学率・出席率* (2004-2006年の割合)†			若年層(15-24歳) 識字率**	
	合計	男子	女子	男子	女子
中部アフリカ	58	61	54	76	60
東部アフリカ	66	66	66	74	63
北部アフリカ	93	95	91	90	78
南部アフリカ	77	77	78	-	-
西部アフリカ	64	67	59	76	65

* 初等教育純就学率・出席率とは、初等教育機関に就学あるいは出席している子どもの数の、就学対象年齢の子どもの総数に対する割合。就学率と出席率の両方のデータが入手できる場合は、特別に出席率を優先する理由がない限り、就学率を指標に用いた。

** 若年層(15-24歳)の識字率とは、15歳から24歳で読み書きのできる人の数の、同じ年齢層に属する人の総数に対する割合。

† データは指定された期間で最新のもの。

出典：ユネスコ統計研究所「人口保健調査」「MICS(複数指標クラスター調査)」をもとにユニセフが推計

れば、きわめて重要な公的サービスを受けられなくなる。子どもの誕生を届けることが困難な両親には、その上に、さまざまな社会的排斥を受けたり、社会サービスが利用できなくなったりする恐れが重なってくる。だが、特に辺境の地においては、両親はその国の国民であることのメリットを感じる事が少ない。ましてや、出生届によって子どもが受けられるメリットなど、なおさら想像がつかないだろう。また、たとえ両親が出生登録を計画していたとしても、登録にかかる費用や登録センターまでの距離が、実際に登録をすることへの大きな阻害要因になっている。

最近のユニセフの分析により、世界の発展途上国の20カ国において、出生登録が行われない最大の理由は費用の高さにあることが明らかになった。それゆえに、富裕層と貧困層の間で登録率に大きな格差が認められた。タンザニア連合共和国では、全体でも登録率は非常に低い。富裕層と貧困層の間には特に大きな差があり、全世帯を所得別に5分位に分けた場合では、上位5分の1の最富裕層では登録率は25%、下位5分の1の最貧困層では登録率はわずか2%だった。

アフリカで出生登録を全ての子どもたちに拡大するためには、政府、両親、地域住民が力を合わせて、その優先順位を

高める必要がある。例えば、全国規模の集団予防接種と集団出生登録を組み合わせるなど、統合的に取り組むことが多くの場合において最善の戦略であろう。子どもの権利条約にも明示されているように、名前と国籍を持つ子どもの権利を満たすことは明確な目標だが、同時にそれはすべての子どもたちが、必要な社会サービスと保護を確実に受けられるようにするために必要不可欠な一歩でもある。

女性のエンパワーメント

社会的および経済的に女性の権利を推進することは、子どもの生存を改善するのに中心的な役割を果たす。よく知られていることだが、女性が家計を含めて、家庭での意思決定に影響力を持っているれば、彼女たちは家庭のリソースの大部分を食品やその他、子どもたちに必要なものに充てる。同じ理由から、女性に経済的にもっと自立する手段を与えれば、子どもたちに有益な副産物もたらされると考えられている。

30カ国での人口保健調査のデータを分析すると、多くの家庭で女性が、自分や子どもたちの健康に関する決定に、ほとんど影響力を持っていないことがわかる。この傾向は特に南アジアやサハラ以南のアフリカで顕著で、例えば、ブルキ

ナファソやマリ、ニジェールなどでは、75%の女性回答者が「妻の保健ケアについてはすべて夫が決定する」と答えている。¹²

コミュニティレベルで女性の権利とリーダーシップを推進するイニシアチブは、女性と子どもの健康状態を改善するうえで重要である。例えば、ガーナの事例では、メジア虫症(水を介して広がる寄生虫症で、感染すると何ヶ月もの間、痛みで何もできなくなる)が広がり、包括的な根絶運動が必要になった時に、男性よりも、改善された水源を理解していた女性のボランティアが一軒ずつ調査を行い、フィルターを配布し、汚染されている危険性のある水源を特定し、コミュニティへの啓発と教育に努めた。その結果、この病気の発症数は2002年から2003年で36%も低下したのである。

社会的公正の推進

何百万人もの女性や子どもが、この数十年の社会的および経済的進歩から排斥されている。それは、彼女らが貧しく、公民権を持っていないからだ。貧困層の子どもたちと暮らし向きの良い層の子どもたちの格差は、国家間によるものだけでなく、同じ国の中でもはっきりしている。データが入手できる各国において、所得別下位5分の1の最貧層に属する家庭の子どもは、所得別上位5分の1の最富裕層に属する家庭の子どもに比べて、5歳まで生存できる可能性ははるかに低い。貧困層の子どもたちは豊かな家庭の子どもたちに比べて、病気になるリスクにさらされている。これらのリスクには、適切でない水やトイレ・下水などの衛生施設、ホコリや炊事の煙などによる室内の空気汚染、大人数と一緒に生活する住居事情、劣悪な住宅、病気の媒介生物にさらされる頻度の高さなどが挙げられている。

社会経済的な不平等をなくすための法的な措置、つまり、80%の最貧層における子どもの死亡率を20%の最富裕層における子どもの死亡率と同じ程度にすることは、国全体でも5歳未満児の死亡率を改善するのに大きな効果があると思われる。サハラ以南のアフリカでは、5歳

未満児の死亡数の35%がこの方法で救われるかもしれない。¹³

アフリカの国々はとりわけ、武力衝突、自然災害、脆弱な統治、経済的打撃などのマクロ要因に対して影響を受けやすい。サハラ以南の多くの国々は近年、旱魃や洪水、エボラ出血熱などの病気の発生など様々な緊急事態に苦しめられている。サハラ以南のアフリカはまた、エイズ流行の中心地で、それが家族や子どもに及ぼした影響は甚大である。ザンビアについて2001年からの5年間の後向き(遡及)調査(retrospective study)をしたところ、家族がエイズに感染した232軒の都市世帯、101軒の農村世帯のうち、3分の2の世帯において、月あたりの可処分所得(自由に使える手取り収入)は80%以上低下した。¹⁴

このような収入の低下のリスクを予防

も緩和もできない世帯は、子どもたちの栄養や教育(特に女子)にかかる投資を減らすことで、対処しなければならないことが多い。また、エイズが、元々脆弱な対処メカニズムをさらに悪化させていることを示す、重大な証拠がある。エイズの被害を受けている世帯は、家畜などの生活の根幹を支える資産を売り払うという長続きしない、いわば最後の手段に出る。その結果、収入レベルはさらに下がり、一層の貧困に陥っている。

かつて社会的不正を解消するために行われた手法が、この場合にも応用できる。経済的などの理由で保健サービスが最も届きにくい人々に対して、利用者料金を撤廃したり、貧困層および社会的に疎外されてきた人々に対する保健サービスには助成金を支給したりするなどのアプローチをとることができる。

困難に立ち向かう姿勢

子どもの生存に関する最大の課題は、子どもの死亡率の直接の原因やその対策を決定することではなく、解決策として必要なサービスや教育が、著しく取り残されている国々やコミュニティに確実に届くようにすることである。世界最貧国のいくつかを含め、多くの国々が、多数の子どもたちや家族に必要な不可欠な社会サービスを届けることにおいて、目覚ましい成果を上げている。しかし、これらのサービスを効果的に拡大するには、私たちはこの数十年の教訓から学ぶ必要がある。そして、特に重点を置くべきところは、コミュニティレベルで子どもの保健に対する包括的なアプローチを強化することである。



ウガンダ：村のクリニックの外でワクチン注射を受ける生後1日の子ども



マリ：破傷風の危険について説明する昔ながらの分娩助産者

2 進化する保健システムとその実践から得られた教訓

基本的保健サービスの提供について 20 世紀初頭から今日に至るまでのさまざまなアプローチを検証した結果、アフリカ、特にサハラ以南のアフリカにおける歩みを加速させるにはさまざまなサービス提供方法と政策が効果的であると確認されている。具体的には、マラリアや栄養不良など単一の疾病や症状を対象を絞ったイニシアチブから、病院と医療施設、外来と巡回サービス、在宅やコミュニティを基盤とした介護まで含んだ一連の総合的なプライマリーヘルスケア・サービスを提供するという理想的な状況にいたるまで、多岐にわたる。

20 世紀のアフリカにおける子どもの

健康分野での達成状況および保健システムや公衆衛生に残された課題を大まかに検証してみると、現在の状況についての重要な視点が得られると共に、今後の進むべき方向性を明らかにすることができる。本レビューでは、公衆衛生の 5 つの重要な局面、すなわち大規模な疾病管理、総合的プライマリーヘルスケア、選択的プライマリーヘルスケア、統合的アプローチ、得られた教訓を基に構築されるヘルスケアの枠組みに光を当てる。

これらの各局面は「世界子供白書 2008」（本レポートおよびアフリカ以外の地域での子どもの健康に関するレポートはこれを基に作成された）で詳細にと

り上げられている。本レビューの主要なポイントについては、それがアフリカといかに関係するかの具体例と共に本書にて概説する。

疾病予防対策

特定の疾病を管理しようというアフリカでの取り組みは 20 世紀初頭に始まった。20 世紀前半には、大規模な疾病管理の取り組みはマラリア対策プログラムが主で、アフリカ大陸におけるマラリアの抑制を研究と結び付けて進めようというものだった。こうした予備的で細分化された取り組みは植民地政府によって進

められた。焦点が絞られていたにもかかわらず、一部のイニシアチブ、たとえば現在のザンビアに当たる場所にあった銅鉱山内外で1930-1950年に行われたマラリア対策などは、かなり成果を上げた。ところが、マラリア抑制がアフリカ全土で真剣に進められることはなかった。そのことが現在でも、世界規模での大規模な発症や多大な犠牲者を生む原因となっている。

大規模な疾病管理プログラムは、特殊な技術を利用して特定の疾病を抑制・撲滅することをめざす大規模キャンペーンが実施されるようになったのを受け、1950年代から1970年代に著しく普及した。こうしたキャンペーンの対象になったのは、糸状虫症、天然痘、ハンセン病、トラコーマ、フランベジア、象皮病など、労働能力に支障となる状態をもたらす疾病である。こうしたキャンペーンのいくつかはきわめて大きな成果を上げた。特に、天然痘については、1977年にアフリカ大陸ばかりか地球上から根絶されるに至っ

た。オンコセルカ症（河川盲目症）は西アフリカでは根絶され、その他のサハラ以南のアフリカでも著しく減少した。¹こうした「垂直的」大規模キャンペーンのいくつか、特に天然痘対策が成功したことは、1974年に開始され歴史上最も大きな成功を収めることになるプログラム「拡大予防接種計画（the Expanded Programme on Immunization）」に道を開くこととなった。

はしかなど特定の疾病や症状を管理しようという取り組みは進展を続けている。はしかイニシアチブが最近報告したとおり、2000年から2006年の間にアフリカでははしかによる死者数が実に91%も減少したことは、垂直的アプローチの利点を証明するものだ。また、本レポートの第1章に記載の、サハラ以南のアフリカにおける完全母乳の育児、微量栄養素の補給、殺虫剤処理を施した蚊帳などの利点も同様である。

総合的プライマリーヘルスケア

1950年代と1960年代に展開されたマラリア撲滅キャンペーンから得られた重要な教訓のひとつは、疾病根絶のための垂直的アプローチを支援・強化する基本的サービスなしには、長期的に高度な保健サービスを推進することは難しいという点だ。したがって、清潔な水、基礎的なトイレ・下水施設、十分な栄養は現在、子どもの生存、健康、幸福にとって決定的に重要であるとみなされている。こうした経験から得られたもうひとつの重要な教訓は、可能なかぎりコミュニティの関与を促しながら、現在進行中の、国家保健システムの開発と強化に資するような、特定の疾病を対象としたプログラムの必要性である。²

ナイジェリアおよび第二次大戦後の中国やインドネシアなどの国々でコミュニティの保健における革新的な取り組みが成功したことは、特定の疾病を対象と



コートジボワール：予防接種の日の保健センター

したものを超えた多様な保健サービスの提供の可能性を示した。1978年にカザフスタンのアルマ・アタ（現在のアルマトイ）で開催された画期的な国際会議で確立された総合的プライマリーヘルスケア・アプローチは、特定の疾病の管理にとどまらずコミュニティの関与、公平性、健康増進、保健サービス提供とセクター間の協力のための統合的アプローチという主義を盛り込むよう、保健サービス提供のコンセプトを拡大した。これらをはじめとするプライマリーヘルスケアの指針は、ここ数十年、保健システム開発を導く原則となっている。

選択的プライマリーヘルスケア

経済的制約、特に1980年代に多くの国が経験した債務危機は保健システムが脆弱であることと共に、サハラ以南のアフリカにおけるプライマリーヘルスケアの実行の妨げとなった。代わりに選択的プライマリーヘルスケアは、主要な疾病や症状の中からより選択されたもののみ対象とし、具体的な目標を達成するために比較的安価な医療技術を使用したものだった。選択的プライマリーヘルスケアはドナーから強力な支持を獲得した。1982年にユニセフが先頭に立って進めた「子どもの生存革命（the child survival revolution）」はこれに基づくものだった。これは、GOBI（栄養不良、子どもの下痢症状を治療する経口補水塩療法、幼児の健康を確保するための母乳による育児、子どもの命に関わる6大疾病に対する予防接種の進捗状況のモニタリング）という総称の、低コストの4つのサービスに焦点を絞ったものだった。

GOBIは、「拡大予防接種計画（the Expanded Programme on Immunization）」ならびに下痢や急性呼吸器疾患のためのプログラムと共に、1980年代に世界の子どもの死亡数削減に紛れもなく貢献した。アフリカでは、予防接種率が過去十年間に、そもそもきわめて低い水準からのスタートであったとは言え、着実に上昇した。ほかの3つのサービスについては導入されたもの、ほかの地域と比べ対象範囲ではるかに後れを取った。

統合的アプローチ

1990年代と2000年代初頭に、保健サービスの提供に関する統合的アプローチが重視されるようになった。

バマコ・イニシアチブ

アフリカの多くの国々が用いたアプローチは、1987年に世界保健機関の主催によりマリのバマコにアフリカ各国の保健大臣が集まった会合において立ち上げられたバマコ・イニシアチブである。この戦略は、サハラ以南のアフリカにおいて、保健センターを通じて統合的な最小限のサービス・パッケージを提供することにより、プライマリーヘルスケアへのアクセスを高めることと、基本的なコミュニティのニーズを満たすことを主眼としたものだった。その際、特に重視されたのが、薬品へのアクセスと、保健サービス提供者とコミュニティの間の定期的な接触だった。

バマコ・イニシアチブの中心的特徴である、総合的基本サービスの重視が、1990年代に保健サービスへのアプローチの機動力になる。統合的アプローチでは、選択的プライマリーケアとプライマリーヘルスケアのメリットを組み合わせることを目指した。選択的アプローチ同様、統合的アプローチも、特定の課題に対応するため、コアとなる費用対効果の高い複数のサービスをタイミングよく提供することを特に重視した。また、プライマリーヘルスケア同様、コミュニティの参加、セクター間の協力、一般的な保健サービス提供システムの統合を重視するものでもあった。

小児疾患の統合的管理 (Integrated Management of Childhood Illness)

統合のための枠組みとして支配的なのは、「小児疾患の統合的管理（Integrated Management of Childhood Illness : IMCI）」で、小児疾患の症例管理に対して、通常、原因は複数あるとの観点から、広範かつ分野横断的アプローチがとられている。多くの場合、病気の子どもは重複する兆

候や症状を示すため、一流の検査施設を十分に備えたコミュニティにおいてさえ単独の診断にいたるための努力が複雑なものとなっている。より恵まれない環境においては言うまでもない。

IMCI戦略は、保健医療従事者のパフォーマンスを高め、保健システムを強化し、コミュニティと家族での衛生慣習を向上させることを目的としており、1992年の導入以来、アフリカの多くの国々で採用されている。

IMCIが望ましい成果を上げていることは、サハラ以南のアフリカのいくつかの国で確認されている。例えば、タンザニア連合共和国の農村部で実施された調査では、保健システム強化のためのイニシアチブとIMCIを実施している地方では、他地域と比べ子どもの死亡率が13%も低いことが裏付けられている。³ マラウイ、南アフリカ、ウガンダ、タンザニアでの調査の結果は、コミュニティを基盤とした「小児疾患の統合的管理（Community-based IMCI）」の広範な実施が栄養や乳幼児の生存、疾病予防、在宅介護、病気の子どもを探し出すためのケア、子どもの成長や発育を促進する環境の提供など、家庭における重要な慣行において成果を高める可能性があるとしている。⁴

子どもの生存と発育促進 (Accelerated Child Survival and Development)

プライマリーヘルスケアに対する統合的アプローチのより最近の例としては、カナダ国際開発局、ユニセフ、西部・中央アフリカ諸国の政府が始めた「子どもの生存と発育促進（Accelerated Child Survival and Development (ACSD)）」と呼ばれるプログラムがある。ACSDでは、1歳未満児、5歳未満児、妊婦の死亡率を下げることを目指している。2002年の導入以来、ACSDは急速に拡大し、現在は西部・中央アフリカの11カ国の、5歳未満児の死亡率が高いとして選ばれた地域で1600万人以上を対象に活動している。⁵

ACSDは、対象により多くの女性や子どもを含めるため、以下の3つのサービ

目標達成のための方法を見つけたエリトリア

エリトリアは現在、サハラ以南のアフリカでは数少ない、ミレニアム開発目標4達成への歩みが順調な国のひとつである。この国では5歳未満児の死亡率が、1990年には年間出生数1000人あたり147件だったのが、2006年には74件へと約50%減少した。この減少の背景としてはいくつもの要因が考えられる。中でも大きなものとしては、予防接種の対象範囲が広がったことでワクチンにより予防可能な疾病が減少したことが挙げられる。エリトリアにはポリオがなく、妊婦や新生児の破傷風は根絶され、過去2年間にはしかによる死者は報告されていない。また、マラリアの罹患率も2001年の12万5750症例から2005年には3万4100症例へと急激に減少しており、マラリアによる死者も2001年の129人から2005年には38人に減っている。

1993年の独立以来、また30年に及んだ隣国エチオピアとの紛争の後、エリトリアは、破壊された施設の再建、保健医療従事者のトレーニング、薬剤や機器の提供改善に投資するなどして、保健サービスへのアクセスを確保するため多大な努力を払ってきた。保健システム強化の一環として、保健省は、小児麻痺やはしかといった疾病から子どもを守り、ビタミンA補給で免疫システムを高め、夜盲症を予防するためのキャンペーンを展開した。しかしながら、紅海沿岸部に暮らす多くの子どもたちは保健サービスを受けられないでおり、その結果、当然のことながら、2つの沿岸地方ではほかの4つの地方と比べて子どもの死亡率が高い。

コミュニティを基盤とした小児疾病の統合的管理 (Community Integrated Management of Childhood Illness : C-IMCI) : このアプローチは2005年に17の村落/村落群に導入された。情報教育とコミュニケーション教材、タイマー、温度計、体重計、薬剤、登録・医療カードを携えた37人の地域保健医療従事者が2000人以上の子どもたちに援助を行い、介助者にアドバイスを提供した。2006年、C-IMCIの第1回評価により、ボランティアを通じたコミュニティの活動が子どもの死亡率を引き下げる可能性を秘め、コミュニティで介護が受けられるよう

にすることで保健施設での介護を求める際の障壁の一部が取り除かれて、ひいてはヘルスケアの対象範囲を広げる可能性のあることが明らかになった。コミュニティの保健医療従事者の士気が高いこと、さらに、健康増進に関して啓発活動のみを行う者よりも治療を行う者のほうが意欲が高いことが確認された。保健施設で毎月実施される講習とそれに伴いコミュニティの保健医療従事者の仕事をフォローするための機会も成果を上げていることが確認された。

「得られた教訓」に基づき、2007年に追加で63の村落にC-IMCIを導入することが決定された。そのひとつアディ・ロッソ (Adi-Rosso) では、各村の委員会によって選出された地域保健医療従事者 (75人の子どもに対して1人の割合) が村の計画に従ってトレーニング・コースを受けることになった。このプロセスが終わるまでに、彼らは最も一般的な小児疾患を見極め、必要に応じて薬を処方し、深刻な症例は適切な保健施設に照会することできるようになっている予定だ。5歳未満児の死亡総数の半分が生後1カ月以内 (さらにその大半は生後1週間以内) に起きているため、政府は施設とコミュニティの両方のレベルで「小児疾患の統合的管理 (Integrated Management of Childhood Illness : IMCI)」に新生児に対応するサービスを追加することを決定した。

コミュニティを基盤とした治療的栄養療法 : 子どもの健康と生存への脅威に対応するにあたりコミュニティの参加が成果を上げたことを踏まえ、エリトリアでは、コミュニティを基盤とした治療的栄養療法が2006年に導入された。まだ実施段階が始まったばかりではあるが、このサービスが施設を基盤とした治療的栄養療法にアクセスできない子どもたちに届く可能性を持つのは明らかだ。コミュニティを基盤とした栄養療法なら、子どもたちやその介助者がコミュニティや家族の下にとどまりながら治療を受けることが可能になる。こうして、施設を基盤とした療法において主な制約だった女性の負担が解消されることになる。

アウトリーチ (定期巡回訪問) : アディ・ロッソ (Adi-Rosso) に住む家族は、子どもたちに予防接種を受けさせるにはネファシト (Nafasit) にある保健センターまで連

れて行かなければならない。移動には最低でも1日かかり、ラクダを借りるのに一族120ナクファ (8ドル) がかかる。8ドルといえば、人口の60%以上が毎月16ドルで暮らす国では、大金である。きわめて辺境の村落に暮らす、最も弱い立場の子どもたちにサービスを提供するためのもうひとつの方法は、保健センターから十分な機材を持ったチームを派遣して、一般的な疾病は治療し、深刻な症例は照会し、基本的な予防接種とビタミンA補給をすることだった。紅海北部にあり、住民の推定40%が保健サービスを受けられないでいるフォロ (Foro) の保健担当スタッフは、きわめて辺境の山岳地帯の村落まで行くにはラクダで最大5日かかることもあると説明する。実施されてまだ日は浅いものの、この巡回訪問サービスは、キャンペーンと共に、予防接種の対象範囲を広げたようだ。

ビタミンAキャンペーン : 2006年以降、エリトリア政府は生後6カ月から59カ月のすべての子どもにビタミンA補給を実施すると公言してきた。これは、栄養不良の割合が大半の地域で高く、それだけでなく栄養不良で弱った子どもたちはほかの疾病で深刻な合併症を併発する可能性がきわめて高いので、免疫システム強化が救命につながる可能性があるという観点からきわめて重要である。2006年に実施された「ビタミンAプラス (Vitamin A-plus)」のキャンペーンでは、小学校や幼稚園でのほかに予防接種と手洗い励行キャンペーンも合わせて行われた。2007年5月、この活動は16の地域で、子どもの定期的な予防接種率を最低80%にまで引き上げ、妊産婦が破傷風ワクチンを2回摂取する割合を最低でも50%にまで引き上げるためのキャンペーンと組み合わせられた。アンセバ (Anseba) 地方でのキャンペーンには、5歳未満児の栄養不良を見極めることも含まれた。キャンペーン実施中、ビタミンA補給の普及は95%以上に達し、きわめて辺境の地域の子どもたちにさえ、ロバやラクダ、ポートを使って届けられた。

50ページの参考文献を参照のこと。

ス提供戦略を集中的に進めている。

- 主にボランティアを使い、家族の健康と栄養慣行改善のためのパッケージをコミュニティを基盤として促進する。
- 予防接種、ビタミンA補給、駆虫剤治療、妊婦向けのサービスなど基本的サービスと物品を提供するための支援活動とキャンペーン。
- 施設を基盤とした統合的かつ最小限のサービス・パッケージには、優先度の高いサービスすべてが組み込まれている。

こうした優先度の高いサービスは、既存プログラムやアプローチの利点を生かし以下の3つの分野にも取り込まれた。

- 産前ケア・プラス (Antenatal Care plus (ANC+)) 妊娠期間の断続的なマラリア予防治療、鉄分とヨウ素補給、破傷風ワクチン、HIVの母子感染予

防を行う。

- 拡大予防接種プログラム (Expanded Programme on Immunization plus (EPI+)) 予防接種、ビタミンA補給、駆虫が含まれる。
- 小児疾病の統合的管理・プラス (Integrated Management of Childhood Illness plus (IMCI+)) 殺虫剤処理された蚊帳、経口補水塩療法、抗マラリア薬、完全母乳の育児、栄養補助療法が含まれる。

このサービス提供の枠組みは、行動面、制度面、環境面での制約に対応するため、分野横断的な戦略によって支えられている。これらの戦略には以下が含まれている：

- 行動面での変化を促すための啓発活動、社会的動員、コミュニケーション
- コミュニティレベルでのサービス提供のための成果重視のアプローチ

- 地方ベースのモニタリングと詳細な計画立案
- 統合トレーニング
- 供給システムの改善

子どもの生存と発育促進 (Accelerated Child Survival and Development) は、その統合的な枠組みを、保健セクター全体のアプローチ、貧困削減戦略 (貧困削減戦略文書を含む)、関連する中期支出枠組み、バスケット型資金拠出、予算支援など国家政策やプログラムの本流に組み込むよう強く主唱している。また、地方、地域、コミュニティの各レベルでの能力構築についても強調している。

ACSDには強力なコミュニティを基盤とした構成要素があり、マラリアが流行しているコミュニティで殺虫剤処理を施した蚊帳を活用すること、病気の子どもや新生児に対する介護を改善すること、母乳育児や栄養補助療法を推奨することなど、サービスの大半が行動の変化を推



モロッコ：子どもの発育状況を慎重に測定

国の保健計画改善と調和化

2007年11月、カイロで開かれた「第2回アフリカの子どもの関する汎アフリカ・フォーラム (the Second Pan-African Forum on Children)」において、アフリカ連合は、ユニセフ、世界保健機関、世界銀行が共同で策定した「アフリカの子どもの生存に関するミレニアム開発目標達成のための戦略的枠組み (Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa)」を採択した。だが、それ以前にも、アフリカ各国の保健大臣は同戦略的枠組みに沿って自国の国家保健計画を繰り返し検証、修正していた。

例えばベナンでは、大統領が2007年初頭に、妊婦や5歳未満児に対する保健サービスの利用料金をすべて無料にすると発表した。国家の保健・財政の専門家がユニセフ、世界銀行、国連人口基金、世界保健機関と共同で、この新しい現実が反映されるよう国家予算を再編成した。この変化のもたらす不足分を補うため、国内外の援助基金が移転された。その結果、ベナンの貧困削減戦略は、特に妊産婦・新生児医療と子どもの生存に関連しているため、はるかに子どもに配慮したものとなり、ベナンがミレニアム開発目標を達成するのに役立つ可能性が高い。

アフリカの一部の国の保健計画はあまりにも古くからあり、データや過去の教訓についてあまりに膨大なデータベースがあったため、戦略的枠組みとの調和を達成するのは、大々的な総点検というよりはむしろ微調整であった。マリもそのひとつの例だ。この国の「衛生・社会開発プログラム (Programme de Developpement Sanitaire et Social (PRODES))」は2008-2012年の子どもの生存のための戦略が最小の行政区に対する適切な保健サービスを詳細に定義する段階にまで至っている。この細部まで行き届いた計画のおかげで、マリでは各地域でのニーズや制約への理解が深まり、その結果、自らの保健システムを適切に管理することができるようになった。

2007年、ガーナは、ヘルスケアのために「高インパクトで迅速な保健サービス提供 (High Impact Rapid Delivery)」のための戦略に着手し、目覚ましい成果を上げた。ガーナ人の新生児のうに100%と妊婦の78%

が基本的予防活動の対象となっている。6月から59カ月の子どもたちのビタミンAの摂取率は100%に達した。ポリオのワクチン接種率も100%に達した。2004年以降、はしかによる死亡は報告されていないし、ガーナ人の子どもと妊婦の半分以上が現在、寝るときに殺虫剤処理を施した蚊帳を利用している。ガーナでの経験から得られるもうひとつの教訓は、政府とドナーや国連機関が共通のゴールに向かって一致して取り組めば多くが達成可能であるという点だ。

アフリカの保健のための調和 (Harmonization for Health in Africa)

アフリカの保健システムでの進捗状況にばらつきがあるため、ユニセフなどの国連機関では、その強みを活かして「アフリカの保健のための調和 (Harmonization for Health in Africa : HHA)」という協議構造を構築することを決定した。世界保健機関と世界銀行を調整役として、開発援助機関や途上国がカナダに集まった2003年の会議から発展した「ハイ・レベル・フォーラム (High Level Forums)」が2004年以降3回にわたって開かれている。

これらのフォーラムで議題となったのは、資金、援助の有効性と調和、世界規模の保健パートナーシップ、ミレニアム開発目標達成に向けた歩みのモニタリングである。フォーラムの席上、エビデンスに基づく政策・計画・予算の各国主導による策定を促進・調整するための地域メカニズムの立ち上げが提言された。その目的は、保健システムとサービス提供を強化して貧困層や弱い立場の人々に働きかけることにある。

HHA 行動枠組みの目標は、アフリカ各国がミレニアム開発目標達成に向け、また保健分野でさらなる成果を上げるため歩みを進める中で直面する重大な課題を克服するために国際的な保健機関など関係機関が実施する取り組みを調整することにある。優先分野としては以下のとおり6つの分野がある。

- 各国が計画を特定し、保健システムの制約に対処して、持続可能かつ効果的な形でさらなる成果を上げられるよう支援する。
- 関係分野でのトレーニングと活発な人的交流を通じて国としての能力を強化し、また域内の技術専門員の一覧を作成し、

さらにはアフリカに本部を置く学術機関とのパートナーシップを構築する。

- 保健サービスの強化、保健システム機能の監視、成果ベースの資金拠出、援助の有効性と保健に関する経験の集大成を重視して、特定の技術分野における知識やガイダンス、ツール（手法）を生み出し共有する。
- 各国が予測可能で持続的な資金を保健セクターのために捻出できるように支援し、投資環境を整え、ありとあらゆる世界規模のメカニズムから資金援助を確保するための基盤を提供する。
- 責任の所在を明確にし、国家保健システムの機能、援助の有効性、国際保健パートナーシップ (the International Health Partnership) の機能のモニタリングを支援する。
- 国家が主体的に策定した計画や実施プロセスを支援するために協働体制を促進し、さらには、国際機関内部の制約により発生する国レベルの障害に各国が対応するのを支援する。

各機関は、対象国に対し、貧困削減戦略文書、予算支援、セクター別アプローチ、中期支援枠組み、セクター別投資計画など、現行の国家開発・財政体制の範囲内で支援を提供する。以下の各項目が、当初の重要な介入として特定されている。

- 関係機関内外から専門知識や専門員を動員し、国レベルの特定の行動を支援する。
- 理事会や、アフリカの保健分野開発に影響力を持つ世界的な意思決定団体のためにエビデンスに基づく報告書を作成する。
- 保健関連のミレニアム開発目標に向けた進捗状況、各国のニーズや課題について総合的評価を各関係者に対し報告する。
- 仲介者としての役目を果たし、必要であれば、資金調達や助成金の申請準備を支援する。
- 各国や地域機関の間で経験の共有を促進し、卓越性をめざす地域センターを構築する。

パートナーである国際機関は HHA の行動枠組みの実施に着手しており、2010年までに23カ国が支援の対象となる予定である。

50 ページの参考文献を参照のこと。

進するのを目指しているため、「主として行動を伴う」プログラムと見なされている。ACSDはまた、最も離れた辺境の村にサービスを提供するために欠くことのできない巡回訪問サービス活動を支援している。

ACSDは各国政府とドナーがパートナーとなっており、ANC+、EPI+それにIMCI+の対象範囲を2年以内に全体の80%にまで拡大し、プログラム対象地方における5歳未満児の死亡率を3年以内に15%、5年以内に25%削減することを目標に設定している。

予備的評価とガーナの地方保健チームの提出したデータによると、このアプローチはすでに望ましい成果を上げつつある。対象地方での定期的な予防接種の対象範囲は10～20%拡大し、殺虫剤処理を施した蚊帳で眠る子ども、産前ケアの対象範囲、経口補水塩療法、ビタミンA補給の割合でも大きな改善が見られる。さらに、補助金でまかなわれた殺虫剤処理を施した蚊帳が、予防接種プラス（immunization-plus）の活動と同時に配布されている。西部・中央アフリカでは妊産婦、新生児、子どもの死亡率が世界で最も高く、効果的だが持続可能なアプローチを迅速に拡大することが課題となっている。ACSDのパートナーは、このアプローチをアフリカのほかの多くの地方や国に拡大することも視野に入れて、この評価結果を慎重に検証している。

妊産婦と子どものヘルスケアのための統一された枠組みに向けて

アフリカの公衆衛生に関して20世紀からの教訓を得るために、妊産婦、新生児、子どもの保健の専門家は、途上国全般に適用が可能で、アフリカの妊産婦や子どもの死亡率を削減することを重視する一連の戦略的な原則を統合しようとしている。中心となる3つの原則は以下のとおりである。

- 子どもの生存・成長・発育において家族やコミュニティのパートナーシップが重要であるというプライマリー

ヘルスケアの原則を改めて認識すること。

- 保健サービス提供のための成果重視のアプローチを用いた保健システムの開発に当たり、選択的・垂直的および統合的／水平的アプローチの利点を、費用対効果の高いサービスパッケージの拡大を通じ、母子の一連のケアを通じて統合すること。このアプローチはアフリカにおける国際機関の協働体制（第4章を参照のこと）により進められており、特定の成果を達成するための垂直的アプローチと、保健システムを強化し一般的な健康状態を改善するための統合的アプローチの間の長年の断絶について、どちらの目標も成果重視の保健システム強化を通じてのみ実現可能であるとして、否定するものである。
- 国・国際レベルでの作業を拡大するに

当たり、調整、調和、成果、そして中でも保健関連のミレニアム開発目標の達成を特に重視する。

科学的根拠および経験から得られた重要な教訓

本レポートで明らかかなように、包括的な原則として、すべての状況に適用可能なアプローチは存在しない。保健サービスの組織、提供、介入の方向性が、人的資源と財務資源の制約、社会経済状況、保健システムの現在の能力、それに成果達成の緊急性などに対応できるよう調整されなければならない。成果重視においては、妊産婦、新生児、子どもの生存と健康に関する集約的な知識を基にした戦略を用いて、各国や各コミュニティにとって一番うまくいく解決策を見極めることが必要となる。



モザンビーク：若い母親と乳児



ナイジェリア：プライマリーヘルスケア・センターで順番を待つ母親たち

3 アフリカの母親、新生児および子どものための プライマリーヘルスケアにおける コミュニティ・パートナーシップ

アフリカの家庭は子どもの疾病に対する保健サービスと治療の最前線となっている。サハラ以南のアフリカ 24 カ国の最新データによると、抗マラリア薬の投与を受けた子どもの 42% が自宅で治療を受けている。¹ 地域全体で、訓練を受けた専門家立ち会いのもとで出産した女性は 40% に満たない。² 例えば、エリトリアでは、女性の 72% が専門家の介助なく、自宅で出産している。³

アフリカの家庭とコミュニティが母親、新生児および子どもの健康と栄養に関与するようエンパワーすることは、保健サービスの提供を推し進める上で論理

的かつ実践的な方法である。これは特に、基本的なプライマリーヘルスケアと環境サービスが十分でない国やコミュニティで言える点である。農村部であれ都市部であれ、周縁に追いやられ貧困化した地域では、母親と子どもの健康・栄養水準の維持に必要な食糧、保健サービスおよび介助を家庭や家族が確保できるようにするうえで、コミュニティの関与が不可欠ことがある。ほとんどの場合、こうした関与には、保健サービスのニーズに対応する意欲的な熟練職員のサポートが含まれる。

コミュニティを基盤とした 多様なアプローチ

母親、新生児および子どもの健康に対するコミュニティ・パートナーシップは、対象となるコミュニティの数だけ多様なものである。特定の国や地域のコミュニティ間で際立った違いがあるだけでなく、各コミュニティ内でも相違点のある可能性が高い。コミュニティのメンバーが共通の遺産や資産、権益を共有し、類似した損失や不利益に苦しんでいる可能性もある一方で、さまざまなメンバーが保健サービスに対して特定のニーズ、関心お

よび期待をもつことになる。

しかし、アフリカや他の開発途上国でコミュニティ・パートナーシップが成功した事例には、共通した要因が見られる。大きな共通点は、こうしたプログラムが、現地の人々による保健サービスの利用の拡大を目的としている点だ。調査結果が示すように、こうしたプログラムは、行動変容およびサービスの実践や追求を加速的に改善しうるものであり、また、コミュニティと家庭が良質な保健サービス、栄養および上下水道のサービスを要求するよう力づけするものである。

コミュニティ関与の重要性は、家族とコミュニティのメンバーに対する直接的な健康効果だけに留まるものではなく、むしろ人類の進歩に向けた、権利に基づくアプローチの中心に位置づけられる。人々が十分な能力を達成し、公共およびコミュニティの問題に携わる権利を行使し、公平、平等およびエンパワーメントを促進できるようになるためには、この関与というものが欠かせない。コミュニティに基づくプログラムとアプローチを効果的なものにするためには、そうしたプログラムやアプローチをコミュニティが管理し、現地のニーズや状況に即したものとする必要があり。

コミュニティ・パートナーシップにおける成功要因

コミュニティ・パートナーシップの成功はいくつかの共通の要因に基づくことがこれまでの経験から分かっている。これらの要因は『世界子供白書 2008』第3章に詳述されているが、以下にその概要を記す。

- **地域保健指導員向けのサポートとインセンティブ:** コミュニティを基盤とした治療、教育および相談の主要な担い手である、地域保健指導員については、職員の減少を回避し、各職員の意思や義務を達成し、また職員の意欲を持続させるためのインセンティブとサポートが必要である。こうしたインセンティブとサポートは、アフリカ諸国の子どもたちの生存率の改善において特に効果をあげてきた。

- **結束力がありかつ包括的なコミュニティの組織と関与:** コミュニティ内の既存の体制の上に設置されたプログラムは、社会的に包括性が高く、コミュニティのメンバーを企画や評価・実施に関与させるもので、開発途上国において特に優れたものとなっている。
- **十分なプログラムの監視とサポート:** コミュニティのメンバーの関心と意欲を維持し、スタッフ減少のリスクを減らすため、監視が必要である。これ以外の重要なサポートには、ロジスティックス、薬用品および機器などがある。
- **施設を基盤とした保健サービスへの効果的な照会制度:** 病院および診療所は優れたコミュニティ・パートナーシップに欠かせない要素であり、救急産科医療など、他の場所では安全な代替のできないサービスを提供している。各地区の保健システムも、公衆衛生プログラムの調整において中心的役割を担っている。
- **他のプログラムおよびセクターとの協力および調整:** 母親、新生児および子どもへの統合的なアプローチにおいては、保健、栄養、衛生、主な疾病、および食糧確保等各プログラムやセクター間の連携が必要であり、また、交通基盤および上水道設備へのアクセスが不十分な問題に対するためには、セクターの枠を越えた提携が必要である。
- **安定した資金調達:** コミュニティ・パートナーシップのための資金調達は長期的に成功させるためには、利用者料金および地域保健指導員向け経済的インセンティブなどの問題を含め、持続可能性と公平性を念頭に置くべきである。
- **各地域および国のプログラムや政策の統合:** 健全な戦略を策定するとともに



ザンビア：栄養不良で苦しむ幼児の世話

に、国や地域の計画および予算において、明確な目標と具体的な評価基準を含め、母子の生存の問題を大きく盛り込むためには、複数の関係者との協議をふまえたプロセスを踏む必要がある。

アフリカのプライマリーヘルスケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの成功事例

アフリカには、母子の健康と生存に関するコミュニティ中心型の幅広いプログラムの事例が豊富に存在する。これらの事例においては、その目的や方法が異なっても、コミュニティのメンバーをプログラム策定に携わらせることが各イニシアチブの成功のために欠かせないという共通点が見られる。本項では、アフリカの保健、栄養、HIV とエイズおよび環境衛生の分野におけるコミュニティ・パートナーシップについて検証し、こうしたパートナーシップの成功要因について特に論じる。

栄養

十分な栄養の摂取は、子ども、その家族およびコミュニティ全体に恩恵をもた

エチオピア、マラウイおよびスーダンの栄養分野におけるコミュニティ・パートナーシップ

エチオピア、マラウイおよびスーダンのデータを見ると、重篤な急性の栄養不足に対するコミュニティを基盤としたマネジメントは、成果が上がると同時に費用対効果も高くなりうる事が分かる。重篤な急性の栄養不足が一般的な問題となっている場合には、致死率が20～30%、受診率が10%未満というのが普通である。最新のデータでは、コミュニティを基盤とした治療ケア・プログラムによって致死率を大幅に引き下げ、受診率も引き上げられることが分かっている。こうしたプログラムは新しい即席の治療用食品を利用したもので、サービスへのアクセスを高め、機会費用を減らし、早期の受診と正しい服用方法を推奨し、受診率と回復率を改善することを目的としている。

エチオピア、マラウイおよびスーダン北部とスーダン南部で2001～2005年に履

行されたコミュニティを基盤としたプログラムでは、回復率78.1%を達成し、死亡率が4.3%まで引き下げられた。受診率は73%に達し、受診した重篤な栄養不足の子どものうち74%が外来患者としての治療のみを受けた。初期のデータによれば、こうしたプログラムの費用は、生き延びることができた年数1年につき12～132米ドルの幅となっており、費用対効果の-highが明らかになっている。

コミュニティを基盤とした治療ケア・プログラムの費用対効果が高いのは、死亡リスクの高い重篤な栄養不足の子どもにターゲットを絞ってリソースを投入しているためであり、他の主流となっている子どもの生存のための介入(ビタミンAの補給など)よりも優先的に対処されている。可能な限り、現地のキャパシティと既存の組織や制度を生かしてプログラムを策定し、今後の脆弱な時期にもコミュニティが対応できるようにする。

参考文献 (p51) を参照。

らす。栄養を確保するうえで食糧の入手可能性と同程度に重要なのは、食糧の保管、準備および提供に関する家庭の決断である。乳幼児の場合、適切な栄養の摂取は出生時から生後6か月までの完全母乳からスタートする。その後の継続的な母乳の提供は、発育と発達の維持のため年齢に応じた補完食を与えながら、2年以上とすることが望ましい。幼児の死亡率が高い国々では、生後6～59か月の子どもへのビタミンAの十分な投与は、子どもの生存のための介入として特に費用対効果の高い手段である。また、これ以外に費用対効果の高い方法として、油や小麦粉など多くの人が消費する基本食品の栄養強化がある。⁴

母と新生児のケア

5歳未満児の死亡のうち、40%近くが生後1か月以内の新生児期に発生している。また、生後1週間以内の死亡も3分の2にのぼり、そのうちの3分の2前後が生後24時間以内の死亡である。⁵こうした重要な時期における新生児の生存率を飛躍的に高めるのが、産前ケアと訓練された専門家立ち会いによる分娩である。しかし、開発途上国の母親の半数以上は自宅で出産しており、家族や近所の人、訓練を受けていない付添い人によるケアしか受けていない母親も半数弱に及ぶ。⁶このため、距離的および経済的に利用可能な保健施設がない場合には特に、母と新生児の安全なケアに関するスキルと知識をコミュニティに根付かせることが大切である。

母と新生児の生存に関しコミュニティを中心とした戦略を打ち立てることで、大きな変化をもたらすことがデータから明らかになっている。母親への破傷風の予防接種、栄養面のサポート、出産計画、母乳相談、訓練された専門家立ち会いによる分娩、出産直後の新生児のケア、ならびに訓練を受けた保健員の継続的かつ定期的な訪問など、簡単で費用対効果の高い介入によって、新生児の死亡の最大72%を回避できる可能性がある。⁷特に地域保健指導員による小児患者の症例管理など、アフリカでのコミュニティレベルでのさまざまな取り組みが、子



エチオピア：予防接種を終えたばかりのわが子を抱き、誇らしげな母親

もの死亡率を大幅に引き下げていることが分かっている。

予防的措置

調査結果によると、子どもの生存および子どもの包括的保健サービスに対するコミュニティ中心のアプローチは、疾病の予防および治療の分野で特に優れた成果を上げている。子どもと妊婦のマラリア感染を防ぐ殺虫剤処理を施した蚊帳の配布と利用拡大、HIVの予防と治療、または一定の疾病に対する予防接種など

のイニシアチブにコミュニティが取り組むことで、低費用で経済的に利用可能なサービスの有効性を最大化することができる。

衛生

乳幼児は他のグループに増して、汚染水や劣悪な衛生状態によるリスクに弱い。⁸ 下痢性疾患により5歳未満の子どもが毎年190万人亡くなっているが、このうち150万人以上は、飲料水の安全性が低く、洗濯や調理用の水が十分に手に入らず、

しかもトイレ・下水施設へのアクセスが不足していることが原因で死亡している。⁹

衛生状態を改善するだけで、下痢による死亡率を3分の1以上引き下げることが可能だ。衛生状態の改善に加えて、衛生意識と行動の変化も伴えば、下痢による死亡率を3分の2引き下げることが可能になる。家庭習慣の改善策には、家庭で各自が欠かさずトイレや便所を使用する、乳幼児の便を安全に処理する、排便後および食事前に石鹸か灰で手を洗う、ならびに家庭やコミュニティに公共の配水塔、掘り抜き井戸を設置するなどがあ

ガンビア、モロッコ およびガーナ： 予防接種サービスの拡大で 子どもの生命を守る

ガンビアでインフルエンザ菌B型(Hib)髄膜炎のワクチンを子どもに接種：保健制度が脆弱で資金の乏しい国では統合アプローチを機能させるのに苦労するという考え方は、ガンビアでの経験によって覆された。ガンビアは医療や物理的なインフラが非常に限られており、100人につき電話回線がわずか19本(2005年)、10万人に対し医者がわずか11人(2004年)で、しかも予防接種の供給チェーンが頻繁に途絶える状態にある。それにも関わらず、太陽光発電の利用や地域におけるワクチン保管、必要なときに必要な場所でワクチンを供給できる保健サービス・マネジメントによって、Hibワクチンのコールド・チェーンをなんとか改善することができた。Hibワクチンを接種した子どもは、未接種の子どもに比べ、浸潤性Hib疾患の発生率が95%低下し、ワクチンの効果が先進国と同様に高いことが確認された。また、この取り組みによって、ガンビアにおける乳幼児の全種類の肺炎発症率が21%減少する結果ともなった。

モロッコでは予防接種が子どもの生存率改善のカギに：モロッコでは、予防接種の堅調な普及によって、1990～2006年の間に5歳未満児死亡率を58%引き下げることができた。具体的には、年間出生数1000人あたり89人から37人となり、年間平均5.5%

の引き下げとなっている。6つの予防可能な小児疾病のうち5種類の病気に関するモロッコのワクチン接種率は、1990年以降飛躍的に上昇した。2006年には、ワクチンで予防可能な6つの主要な病気について、1歳までに予防接種を受ける子どもが95%を超えた。ジフテリア、百日咳および破傷風の三種混合ワクチン(DTP3)の3回目の接種率の高さは、予防接種プログラムを成功させるだけの能力をモロッコが有することの表れであり、また医療サービスが全体的に効果的に提供されていることの表れであると見られている。2006年の世界保健機関とユニセフの試算によると、モロッコ国内におけるDPT3の接種率は1990年以降、81%から97%に改善された。

B型肝炎ワクチンの3回目の接種率の伸びは2000～2001年の間に43%から84%と、さらに急激なうえ、その後も上昇を続けており、2006年度の接種率は95%と試算されている。

ポリオの撲滅に向けたモロッコの歩みは、ワクチン接種率97%を達成する賞賛に値するものである一方、麻疹ワクチンの接種率も95%となっている。モロッコは2002年、WHO東地中海地区で初めて、新生児破傷風の排除を達成したことが明らかになった。2006年には、厚生省(Ministry of Health)の予算がワクチン入手への注力によって倍増され、インフルエンザ菌B型ワクチンの接種が、国の予防接種計画に盛り込まれた。

モロッコの子どものほぼ全員に予防接種を行うことは達成可能である。都市部に比べ農村部で生まれた子どもの不利益、母親の教育レベルおよび経済的地位に相関した

ワクチン接種率の差への取り組みによって、残りの未接種者問題の多くは解決できる。

ガーナで、予防接種サービスを農村部の子どもの身近な存在に：ガーナ農村部の予防接種キャンペーンは、包括的な現地レベルの計画が、リソースの不足する僻地のコミュニティでさえ、子どもの健康に好ましい成果をもたらしていることを証明した。保健インフラが脆弱で、家族やコミュニティの予防接種への理解が不十分な僻地のコミュニティでは、リーチング・エブリィ・ディストリクト(Reaching Every District)キャンペーンによって、統合サービスが提供されている。

リーチング・エブリィ・ディストリクト(Reaching Every District)は2003年に採択されたキャンペーンで、監督者による現場訓練、コミュニティと保健スタッフとの定期的な会議およびコミュニティ・モニタリング・システムを通じて、現地の各地域が活動の計画を立て、活動を実施し、活動をモニタリングできるようにするものである。2004年には、これに参加した10地域の半数で、予防接種を受けた子どもの数が前年度を上回り、12%の上昇を記録した。プログラムを成功させるには、コミュニティの関与、特に現地の宗教指導者の参加が欠かせない。マーケットが混み合う日にマーケットの近くで予防接種キャンペーンを実施することを決断すれば、母親にマーケットに連れてこられた子ども達が予防接種を受け損なう心配がなくなる。

参考文献(p51)を参照。



ウガンダ：コミュニティの給水所で水を汲む女性

ガーナとマラウイ： 安全な水と下水・トイレ 施設へのアクセスを改善

ガーナでは、1990年代初めに政府の導入した全面的な水道改革プログラムによって、特に農村部で対応能力に欠け支援の行き届かなかったトップダウン制度が、劇的に解体修理されることになった。改革プロセスの結果、水道供給の責任が地方政府と農村コミュニティに委譲され、水道管理の新しい政治的な仕組みが策定されたのである。今では、村の仕組みが制度の一部となっている。資金援助を申請するためには、各コミュニティで村の水道委員会を結成したうえで、システムの管理方法を詳記した計画書を作成し、資本経費の5%に相当する現金を出資し、さらに保守費用を負担しなければならない。この参加型のアプローチは、改善された水源の利用率を55%（1990年）から75%（2004年）へと飛躍的に上昇させ、利用率の拡大は今も続いている。

マラウイでは、農村コミュニティのトイレ・下水施設の普及率は30%以下と見られており、上水設備は62%となってい

る。ただし、この数字には、機能していない施設も相当な比率で含まれているとも考えられる。多くのコミュニティでは、トイレ・下水施設といっても、従来の穴を掘っただけのトイレにすぎず、病気の糞便経口感染対策の点で十分でないことが多い。コレラや腸チフスなど、水に関連した病気もまだ流行している。

ウォーター・フォー・ピープル（Water for People）は北米を本拠地とするNGOで、コミュニティと協同で、15万人のためにトイレ・下水施設を改善し水を利用できるようにしている。このNGOは現地のNGOや地方政府と協力し、上下水設備の良質化を目指すコミュニティを基盤とした取り組みをサポートしている。典型的な水のプロジェクトには、井戸や、手掘りの浅い井戸、雨水貯水タンク、コミュニティの給水スタンド、簡単な穴掘り型のトイレを衛生的な台で覆ったものなどがある。このNGOの発表では、各プロジェクトで200～1000人が恩恵を受けているという。

参考文献（p51）を参照。

る。¹⁰ このような基本的な家庭習慣の実践に向けた知識およびリソースをコミュニティに提供することは、衛生状態の改善に向けた重要な第一歩となる。

HIV / エイズ

HIVの母子感染予防（PMTCT）が急務であることは明白である。2007年には、40万人以上の15歳未満の子どもが新たに感染したが、そのほとんどが母子感染によるものだった。感染して生まれた乳児の半数は治療を受けなければ、2歳までに死亡する。

母子感染は、基本的だが非常に重要な行動によって大幅に減少させることができる。例えば、定期的検査を実施してHIVに感染した妊婦を特定する、HIV感染した妊婦をPMTCTプログラムに登録する、効果的な抗レトロウイルス剤を予防および治療目的で十分に提供できる医療制度を確立する、母親が最適で安全な授乳方法を確実に実施できるようサポートする、などがある。

コミュニティ・パートナーシップを地域保健サービスおよび国の政策に統合させる

コミュニティを基盤としたイニシアチブを維持およびサポートするうえで重要な点として、州・県政府および中央政府向けの積極的なサポートと、地域プログラムを政府の政策や計画に統合させることの2点がある。国および地域の保健政策では、子どもの生存、保健および栄養といった問題を明確な目標と具体的な評価基準を踏まえつつ、大きく取り上げるべきである。¹¹ 子どもの生存に関する戦略は、コミュニティ、地域および国家のレベルの代表者に加えてドナー・コミュニティも関与させた、協議によるプロセスによって策定するのが最善の方法である。

統合されたコミュニティ中心型アプローチは、それが現地の条件に応じて手直しされ、しかも支援に協力的なコミュニティや政府によって運営される場合に、効果的で効率よく、持続可能な成果を上げられることが、各種の国家プログラム

や小規模プロジェクトのデータで確認されている。¹² マリ共和国では、コミュニティのリーダーや女性を始め、すべての関係者との広範囲に及ぶ協議に基づき地域型の保健システムを導入したところ、1998年に370か所あったコミュニティを基盤とした保健センターの数が2004年には700か所以上へと倍近く増えた。これらの保健センターのうち30～51%が、予防・治療サービスの最低限のパッケージを提供している。¹³

国内の多様な疫学的特徴を理解することは、的を絞った戦略を策定する上で欠

トーゴ：子どもの生存率を改善加速させるための保健サービスを統合する

トーゴは2004年に、殺虫剤処理を施した蚊帳を初めて全国規模で配布した。複数の保健サービスを統合した包括的政策を提供するため、この蚊帳キャンペーンでは、すでに実施されているはしか死亡率の引き下げを目指す戦略のために配置されていた、インフラと人材が利用された。この包括的政策には、子どもの95%以上に支援の手を差し伸べることを目標に、はしかのワクチンや経口ポリオワクチンの接種、子どもひとりにつき処理済み蚊帳1張と駆虫薬のメベンダゾール1錠を提供することなどが盛り込まれていた。

計画の立案、実施および結果について評価したところ、こうした保健サービスの統合には実行可能性が見られた。キャンペーン開始の1か月後に行われた調査では、はしかワクチンの接種率が93.1%、メベンダゾール投与が94%に達し、処理済み蚊帳を所有する家庭も8%から63%に増加したことが分かった。しかし、調査の前夜に蚊帳を使用して眠った5歳未満の子どもはたったの44%だったという事実があり、このキャンペーンは、特に行動変容という点において、まだ多くの課題を抱えている。

参考文献 (p51) を参照。

かせない第一歩である。これと同程度に重要なのが、コミュニティ、地域および国の各レベルにおける保健サービス提供について、財務の現状と既存インフラの水準を詳細に評価することである。こうした側面は、母子の健康に関する国家戦略をうまく実行するうえで欠かせないので、計画策定の最初の段階で考慮しなければならない点である。

国家戦略においては、保健システムをさまざまなレベルで効果的に拡大し、実行する際に生じる障害の除去に最も注意を払わなければならない。よく知られている障害としては、予防接種時期が不定期であることや、保健システムでこれまでによい経験がないこと、保健センターまで遠距離であること、情報が不足していることなどがある。¹⁴ 家族やコミュニティのレベルでは、低価格薬品の供給不足や、需要の低迷、および他の根本的な課題（蚊帳に殺虫剤処理が施されていないなど）によって、効果的な支援提供が阻害されることが多い。¹⁵

子どもの生存、健康および栄養の改善に向けた国家戦略の裏では、ドナーが力を合わせる必要がある。新しい国際的ドナーのパートナーシップが堅固にサポートする、短期的な特定疾病の撲滅イニシアチブタイプと、長期的な保健セクターの開発プログラムとは、今後も共存できるものであるし、引き続き共存すべきものである。

子どもの保健と栄養の権利を確保する究極の責任は、国の政府にある。政府は、子どもの保健サービスの障壁を緩和する政策の策定と実施、サービス提供者の質と効率の改善、ならびに公的責任の向上において、きわめて重要な役割をもつ。¹⁶ それと同時に、保健政策は、その対象となるコミュニティと地域に対して責任を果たせるものでなければならない。

子どもに焦点を当てた強力な保健政策を策定して、コミュニティと保健制度との間に強力な絆を築くことが、きわめて重要である。子どものための保健関連のミレニアム開発目標（MDG）に向けて大きく前進するために、多くの国では、ガバナンス、経済的安定性および保健サービス管理を実質的に改善し、保健支出を増やす必要がある。



トーゴ：予防接種キャンペーンで子どもの登録を行う女性たち

コミュニティによるケアによりニジェールの子どもの生存率が急増

ニジェールでは、約1400万人の住民の56%が、保健施設から5キロ以上離れた場所に住んでいる。保健サービスの行き届かない農村コミュニティで、サービスの拡充によって子どもの生存率を引き上げようと、ニジェール政府は2000年、債務削減プログラムの資金を使って2000カ所の保健拠点を建設するという野心的な戦略に着手した。これは、農村地域で5000人につき保健施設1カ所を設置することに向けた、大きな一歩である。

ニジェール南部のマダロウンファ(Madarounfa)地区では、コミュニティの保健拠点を30カ所建設したことにより、保健ケアの利用が2倍以上になった。保健施設から5キロ以内(または徒歩60分以内)に居住する人の比率は、34%から72%に伸びた。特に子どもには恩恵がもたらされた。地区内に新たにコミュニティ保健拠点が開設されて以降、子ども1人あたりの年間の問い合わせ数は約2倍となっている。

コミュニティ保健拠点では、訓練を受けた地域保健指導員が、治療・予防介入の最小限のパッケージを提供している。これらの保健指導員は、5歳未満児に最もよく見

られる疾病を特定し、そうした疾病に効果的に対応できるようにするため、「小児疾病の総合的管理(IMCI)」で訓練を受けた。マラリア、肺炎および下痢はニジェールの5歳未満の死因の60%弱を占めており、適時に効果的な治療を行うことで子どもの死亡率は大幅に低下する。地域保健指導員は重病患者を統合保健センターや病院に照会する。しかし、次のレベルのケアへのアクセスには重大な問題が生じることがあり、交通機関の不足は照会制度における障害の一つとなっている。

予防は戦略成功のカギ

地域保健指導員は基本的な治療サービスの提供に加えて、疾病予防の促進も行う。子どもの成長の様子を評価し、ワクチンの接種状況をモニタリングして、フォローアップのサービスを提供するのである。また、地域保健指導員は家庭やコミュニティで救命に関する話をする際に、母乳による授乳は早期に開始して、生後6か月までは母乳のみとすることや、年齢に応じた食事の与え方のほか、衛生管理や殺虫剤処理の施された蚊帳を子どもや妊婦のために使用方法についても指導する。こうした低コストの介入は、子どもの死亡率の低下において大きな成果を生んでいる。

ニジェールのコミュニティ保健拠点のイニシアチブは、まだ初期の段階にあって克服すべき課題も多いが、何千人もの子どもに対して、熟練した保健サービスへの扉を開く結果となった。訓練を受けた地域保健指導員の設置は成果を上げつつあり、統合保健センターや病院から遠距離の場所に住む180万人の子どもに希望を与えている。さらに、5歳未満児の保健サービスを無償化するというニジェール政府の最近の決定も期待できる動きである。ニジェール人の61%は1日1ドル未満で生活しているが、こうした動きは彼らが保健サービスを受ける際のもう一つの障害を取り除くものである。

それでも、このプログラムの当初の成功を基盤に、さらになすべき仕事がある。理想を言えば、子どもたちが自宅から合理的な範囲ですべてのサービスを受けられるようにするため、保健拠点を統合保健センターに格上げすべきである。とはいえ、コミュニティ保健拠点は費用対効果の高い方法で、ニジェールの多くの子どもたちの命を救っている。コミュニティ保健拠点がなければ、予防可能な病気で多くの子どもが命を落としかねない。

参考文献(p51)を参照。



ニジェール：雑穀を入れた袋を頭に載せ家に帰る母親とその子ども



南アフリカ：栄養カウンセリングを受ける母親と子ども

4 アフリカにおけるコミュニティ・パートナーシップ、継続的なサービス、および保健システムの強化

保健サービス提供における事実や経験から得られた教訓、そしてサービス規模の拡大に向けた効果的なアプローチ。現在これらが、さらに統一かつ一貫性を持った方法で徐々に適用されつつある。母子の生存と健康に取り組んでいる主要な国際機関——ユニセフ、世界保健機関、国連人口基金、世界銀行——は、ドナー、政府、およびアフリカ連合などの共通の枠組みや戦略を持った他の国際組織と結束し、プライマリーヘルスケアの利用機会を拡大しようとしている。保健サービスをより広範囲で持続可能に拡充するためには、一連の行動が必要とされるが、それらの行動は複雑に関連している。

政府、ドナー、国際組織、および世界的な保健パートナーシップが、サービスの効果的な拡大をはかろうとするならば、プライマリーヘルスケアにおける主要な関係者の取り組み方を一新しなければならない。このパラダイムの中心テーマは「統一」である。母子保健の様々な面を改善するために進められてきたイニシアチブやパートナーシップはいくつもあり、なお増加の一途をたどっている。しかし、一貫性と調和を高めなければ、このようにばらばらな取り組みをしても、今後数年間では保健に関連するミレニウム開発目標を達成できない危険性がある。

次の10年には、妊産婦、新生児、子

どもの生存のためのプログラム、政策、パートナーシップを整合させ、統一をはかる上で、次のように個別でなおかつ関連性のある行動が必要となる。

- **行動Ⅰ**：その疾病特有の介入から、科学的根拠に基づく、インパクトの強い、統合的な保健サービス提供パッケージへとプログラムを再調整し、あらゆる時間と場所において継続的なサービスが受けられるようにする。
- **行動Ⅱ**：保健サービスやシステムを拡大するため改善され統合された国家戦略策定プロセスにおいて、妊産婦、新生児、子どもの医療が中心部

分を占めるようにする。

- **行動 III**：成果につながるような国の保健システム強化計画を策定する。
- **行動 IV**：政治的コミットメント、国内および国際的なリーダーシップ、継続的なサービスの利用機会を保証するために必要な持続的な融資を促進し維持する。¹
- **行動 V**：世界的な保健プログラムとパートナーシップの一層の調和をはかれるような状況を作り出す。

妊産婦、新生児、子どものための一連の保健は比較的新しいパラダイムで、彼らの栄養不良と死亡との相互関係を特に強調するものである。この一連の保健介入は、必要不可欠なプライマリーヘルスケアサービスのパッケージを次の2つの次元で提供している。

- **時間**：出産期の前後とその間は、母子ともに死亡率や罹患率が最も高い時期であることを認識し、妊娠中、出産、産後期、幼児期、および小児期早期に、必要不可欠な保健サービスを確保する必要がある。
- **場所**：治療が最も必要とされている場所、すなわち家庭とコミュニティで治療の欠如が最もよく見受けられることを認識し、家庭、コミュニティ、福祉活動、および保健施設を基盤とした治療を統合した、ダイナミックな一次保健医療制度の中で、必要不可欠なサービスの提供を連結させていく。

栄養不良とともに、同じような相互関連性のある多くの構造的原因が、妊産婦、新生児、子どもの死亡の共通の原因になっていると認識することで、継続的なサービスの枠組の形が明らかになってきた。これらの原因としては、たとえば食糧不足、女性の非識字、早期妊娠、および低体重などの出産結果不良；不十分な授乳習慣；衛生と安全な水の欠如、または十分なトイレ・下水施設の欠如；貧困や地理的または政治的な要因により保健栄養サービスを受ける機会から疎外されていること；医療・栄養サービスが資源に乏しく、ニーズに無反応で文化的に

不適切であることなどが挙げられる。

継続的なサービスは、この数十年間に、妊産婦、新生児、および小児の健康における事実と経験から得られた教訓を反映したものである。以前は母性保護プログラムと子どもの生存プログラムは別々に実施されることが多かったため、それぞれの保健サービス提供に繋がりがなく、それが妊産婦と新生児の両方に悪影響を与えていた。現在では、継続的なサービスの中の所要所で特定の介入を行うことに多くのメリットがあると認められている。サービスパッケージで保健サービスの提供を連結させることは、その効率や費用対効果を高めることにもなる。サービスを統合すれば理解も深まり、サービスの範囲を広げる機会にもなる。統一されたプライマリーヘルスケア制度の下で、人間が一生を通じて、どこにしようとも必要不可欠な保健サービスを受けられるようにすることが何よりも重要なのである。

継続的なサービスの対象範囲拡大がもたらすインパクトは大きい。サハラ以南のアフリカでは、妊産婦と新生児の9割を継続的なサービスの対象にすることができれば、新生児死亡の3分の2が回避でき、毎年80万人の命を救うことができる。²

規模の拡大

あらゆる時間と場所において継続的なサービスの提供を拡大することは、保健に関連するミレニアム開発目標達成に向けた進展を加速する最も有望な方法のひとつだと考えられるようになってきた。しかし、サービスの継続性が持つ効果や実行可能性を根拠とした事実基盤は、疾病特有の介入に比べてまだまだ未発達であり、継続的なアプローチが実際にどのように機能できるのかについて事実を収集する必要が高まっている。そのためには新しい枠組とプロセスが必要であり、特にプログラム構成という点でそれらは不可欠である。また、保健サービスパッケージの様々な要素を統合させることを反映し、それらを保健システム開発の中に組み込むため、プログラム管理という構造を取り入れる必要がある。そのため

にはさらに、機関や個人の能力を高め、変化に対する抵抗を克服し、断片的な資金調達、特に国際ドナーやパートナーシップによる融資の流れを統一して調整することが求められる。³

サービスをその提供方法ごとにパッケージ化する

疾病と戦い、母親、新生児、子どもの健康を促進していく上で、予防と治療は同じように重要である。事実に基づく、費用対効果の高い様々なサービスをパッケージ化することは、目標を達成するための最も効果的な方法になりうる。介入規模を拡大するためには、次の3つの要素を状況に応じて組み合わせ、それに基づいてどのような継続的なサービスを行うかを各国が明らかにする必要がある。

- **家庭を対象とした、コミュニティを基盤とした保健サービス**：コミュニティの保健栄養指導員が定期的にこのサービスを提供し、一定期間ごとに特殊技術を持った専門家の監督を受けることができる。
- **地域の住人を対象とした定期的なサービス**：特殊技術を持った保健スタッフやそれに準ずる技術を持ったスタッフ（補助看護師や補助助産師）、その他の保健補助員がアウトリーチ活動や施設内で提供する定期サービスもこの中に入る。
- **個人向けの臨床サービス**：これは、常勤の正規看護師や助産婦、あるいは医師など、高度な技術を持った医療従事者を必要とするサービスである。

年齢に応じた保健や栄養サービスの提供によって介入の方法を組み合わせれば、費用と時間の両方で規模を確保することができ、子どもや母親が利用できるサービスの数を増やすことができる。たとえば、あるコミュニティで殺虫剤処理をした蚊帳の配布とビタミンAの配布を別々の日に行い、さらに予防接種キャンペーンをまた別の日に行うのと、これら全てを1日で行うのとを比べた場合、子どもたちがこの3つの介入から受けるメリットは前者の方が少ない。逆に、ワクチン

や抗生物質、殺虫剤処理をした蚊帳やビタミン A 補給などの低コストの介入を組み合わせ、さらに摂食や衛生習慣の改善を推進するというパッケージによる介入方法を取れば、サービスの提供範囲をぐんと広げることができるのである。⁴

規模の拡大に成功しているプログラムは数多くある。最近の有望な取り組みとしては、西アフリカや中央アフリカで急速に拡大した「子どもの生存と発達促進 (ACSD) プログラム」がある。ACSD は子ども、新生児、妊婦の範囲を拡大するため、3つのサービス提供方法を統合し、費用対効果の高いパッケージにまとめたものである。ガーナの各地区の保健チームが報告した予備データによると、予防接種、乳幼児の摂食、小児疾病の統合的管理、出産前健康診断などを含めたこの統合的アプローチは、すでに定期予防接種の実施範囲にプラスの影響を与えている。殺虫剤処理をした蚊帳は補助金で支給されるもので、「予防接種プラス (予防接種に他のサービスを付け加えた保健医療活動)」との連携で配布されている。

サービスやシステムの規模拡大のための国家戦略策定

サービスやシステムの規模を拡大するには、拡大の可能性を考慮し、進歩を阻むような制限や障害を提示し、かつそれらの克服方法を提案するというような現実的かつ効果的な国家レベルの戦略を策定しなければならない。

サービスパッケージの規模拡大を目的とした国家行動計画には、主に次のようなものがある。

- 保健システム上の障害を明らかにし、それらを取り除く。
- 対象範囲の進捗状況と問題をモニタリングする。
- 保健サービスパッケージと保健システムの強化を段階的に導入する。
- 保健医療における人的・経済的資源の危機に取り組む。
- 地区レベルの保健システムを強化する。
- 保健システムを発展させ、結果を出す。

アンゴラにおいて子どもたちを「絶対的優先課題」にする

アンゴラは、長期間にわたる内戦が終わり、国内が安定してやっと6年目を迎えたところだが、内戦のせいで国内の保健インフラのほとんどを再構築する必要がある。現在、政府主導で子どもの生存への取り組みが行われているが、その最大の目的は、保健やその他の基本サービスを復活させることである。この戦略を実行に移すため、アンゴラ政府はユニセフ、世界保健機関、国連人口基金と協力して2007 - 2013年の投資計画を策定した。

第一の優先事項は、約1,700万人の人口を抱えるこの大きな国のデータを収集することである。母子の健康に関する既存のデータはほとんどが2002年の内戦終了前のもので、その後の個々の疾病に対する大きな取り組みは反映されていない。現在、新しい調査を進めると同時に、母子の医療におけるニーズとそれに対する能力不足に取り組むための新たな政策が整備されつつある。

アンゴラの5歳未満児死亡率は世界第二位で260 (出生千対) である。5歳未満の死亡のうち18%が下痢によるもので、約90%が衛生用の水不足、安全でない飲用水、そして衛生的な廃棄物処理ができないことによるものである。アンゴラ人の人口の半数以上に当たる約900万人は安全な水を使うことができず、1,140万人が十分なトイレ・下水施設を使うことができない。衛生的な固定設備を利用できるのは、人口のわずか30 - 40%にすぎない。

アンゴラがミレニアム開発目標を達成するには、1990年から2015年までに、5歳未満の子どもの死亡を3分の2、妊産婦の死亡を4分の3以上減らさなければならない。また2015年までに、安全な水の利用者を新たに670万人、トイレ・下水施設の利用者を新たに810万人増やすためにもさらなる投資が必要である。

2007年6月の第3回全国子ども会議 (National Forum on Children) を母体として、全国子ども協議会 (National Council of Children) が新たに設置されたが、これは子どもの生存という難問に取り組もうとするアンゴラ政府の積極的な活動の一例である。同協議会に出席するのは副大臣または全国部長レベルで、16の省庁、アンゴラ

国立子ども研究所 (the National Institute for the Angolan Child)、および18の市民団体の代表者が参加しており、全国子ども協議会 (National Council of Children) は、2007年の全国子ども会議 (National Forum on Children) で定められた11の公約が実施されるよう監視している。この公約は、子どもたちの生存、成長、教育、保護、および参加に取り組むもので、会議はこれを「絶対的優先事項」と宣言した。

このような積極的な子どもたちへの取り組みをもとに、保健省は母子の保健サービスの基本パッケージを策定し、それを①既存の公衆衛生サービスのネットワーク ②福祉および移動サービス ③コミュニティを基盤とする活動 という3つの主な経路で提供しようとしている。第1期 (2007 - 2009年) のターゲットは、人口の約3分の1を占める5つの州——ビエ、クネネ、ウイラ、ルアンダ、モシコ——である。政府はすでにこれらの州での経験を活用し、計画を拡大してアンゴラの18州すべてを網羅することを視野に入れている。国連システムの提携諸機関は「子どもの生存と発達促進プログラム (ACSD)」を策定した。これにより、政府や資金援助者からの資金を全国への活動展開に利用することが可能となる。

今後5年間に予測される母親、新生児、および5歳未満の子どもの死亡低減率を算出するため、現在実施中の保健医療介入に関するデータと、介入地域における今後のサービス提供レベルの予測データが使用されている。統合的なサービスパッケージを提供した5州と、提供していない3 - 4州でそれぞれ行った基礎調査をもとに結果を出す予定である。

保健所へ直接行くことのできるアンゴラ人はほとんどいないという現実への対策として、多くの保健指導員が育成されている。彼らの役割は、国民に関心を持たせ、保健サービスパッケージの存在を知らせ、それを各家庭が取り入れるようにすること、そして基本的な保健サービスを各家庭に提供していくことである。市町村への現地訪問で、どのレベルの政府も復活プロセスについての政策や理解は共通であること、またそのためのシステムが整備され、効果的に機能していることが明らかになっている。

参考文献 (p52) を参照。

- 国の政治的コミットメントを得る。

保健システムの障害を特定・排除する

家族を対象としたコミュニティを基盤とするサービス、クライアントに密着した一次保健サービス、そして施設で行う専門医への照会や専門の予防サービスという3つの介入方法をもとにした継続的なケアを提供するためには、機能的なサービス提供ネットワークが必要である。初期段階では、公共、民間、非正規などあらゆる既存のサービス提供者、また非政府機関も含めて活動規模拡大の支援を仰げる機関についての、データや定性的情報の収集が必要となる。

このプロセスの一例をガーナ北東部に見ることができる。ここでは非政府機関が様々な保健サービスの提供を積極的に支援している。ガーナ赤十字母親クラブ、国民保険サービス、ユニセフが「子どもの生存と発達促進プログラム（ACSD）」の下で力を合わせ、3つの機関の取組みをひとつに統合し、高インパクトで低コスト、かつ事実に基づく保健サービス提供パッケージの拡大を重点的に支援している。

もうひとつの重要な段階として、システム全体の障害や制限を特定・分析し、それを排除または克服するための戦略を立てなければならない。⁵ このような障害や制限は、施設やサービス、コミュニティや家庭のレベルで生じる場合もあれば、政策を定め、物流や供給を管理し、規則を作成・実行する戦略的な官僚組織から生じる場合もある。

たとえばギニアでは、2002年のACSD実施地区のうち、70%の村に地域保健指導員や栄養指導員がおり、50%の家庭が殺虫剤処理をした蚊帳を持ち、25%の妊婦がその蚊帳の中で寝ていた。しかしサービス提供の質（効率）は、サービスの量（普及度）よりはるかに低いことがわかった。最近殺虫剤処理をした蚊帳の中で寝ている人は5%に満たなかったのである。マラリア予防に対するこの障害に取り組むため、住民の手持ちの蚊帳にはすべて無料で殺虫剤処理をするとともに、多額の補助金を使って殺虫剤処

理済みの蚊帳を配布し、特に産前ケアを受けている妊婦を対象として、子どもたちには予防接種を完了させるように注力した。このように統合的な方法で障害を排除したおかげで、2004年までに、殺虫剤処理をした蚊帳の質的サービス提供率が40%増加した。また一方、予防接種（5歳未満の子どもが受ける全ての接種）と妊婦管理（受診回数が3回以上）の質的サービス提供率も、2002年には40%だったのが、2年後には70%に増加した。

障害の多くは独自の解決法が必要なことが多く、いくつものサービス提供レベルでその障害に取り組まなければならない

い。たとえば、コミュニティメンバーの間で質の高い医療サービスに対する需要が低いとか、基本的なサービスを提供する保健施設や保健指導員の能力に限られるという場合、また経済的、社会的、物理的なバリアのため保健サービスのパッケージが利用しにくい場合、サービスの提供範囲が限られてくる。この場合、専門の保健指導員——コミュニティの保健指導員もこれに含まれる——やサービスと、現在基本的な保健医療介入を行っていない家庭やコミュニティとの接触を増やすのに、第三章で詳述したコミュニティ・パートナーシップがユニークで重要な役割を適切に果たすことができる。



リベリア：寝台用の蚊帳の下に座る、最近マラリアから回復した女性と子ども

専門技能を持った 保健医療従事者の 確保と訓練という問題

子どもの生存率向上を促進し、母親、新生児、子どもに継続的なサービスを提供するには、特にコミュニティレベルの保健医療従事者の数を大幅に増員しなければならない。アフリカでは保健に関連するミレニアム開発目標を達成するには、2015年までに約86万人の保健スタッフを増員せねばならないが、そのうち半数以上は保健医療従事者や栄養指導員である。

保健スタッフは、アフリカ諸国で非常に不足しているだけでなく、よりよい経済機会が与えられる先進諸国への流出が着実に続いている。国際開発研究センターがカナダ政府の出資によって見積もったところによると、途上国は毎年約5億米ドルを投じて保健医療専門家を訓練しているが、彼らはその後、スカウトされたり引越したりして、実際にはより豊かな国々の保健システムを補助しているという。アフリカで訓練を受けたスタッフのうち、医師の4人に1人、看護師の20人に1人は現在、世界の30の先進国で仕事をしている。たとえば、ガーナの医師の29%、ジンバブエの看護師の34%は海外で仕事をしている。途上国の保健システムに大きな投資が行われないかぎり、この「頭脳流出」を留めるための選択肢は非常に限られてくる。

国のニーズに合わせた 保健医療訓練を取り入れ、 奨励策を提供する

少なくとも短・中期的に保健スタッフの流出を防止するため、国家保健システムは、彼らが自国で仕事に従事するような奨励策を確立しなければならない。これは今なお解決困難な問題ではあるが、保健医療従事者の調達と確保に成功している国もたくさんある。しかも、保健医療従事者不足が最も深刻といわれる農村部においても成功しているのである。いくつかの国では、保健医療従事者を確保したり、人材流出の流れを変えたりするための奨励策が確立されている。たとえばマリでは、保健省が新卒の医師に、訓

練、宿泊施設、医療機具、運賃を提供して、農村部での仕事を奨励している。

現地の状況に合わせた訓練も、保健医療従事者の離職を制限するのに役立つことがある。農村部での保健医療従事者を増員するための長期的な取り組みから、現地の保健医療従事者を——現地の言葉で、現地の状況に合った技術を——育成することが、人材確保につながるということがわかってきた。このような方法で訓練して得た免許は、多くの場合海外では認められないことが多く、それがさらなる流出を防ぐことにもなる。しかし成功の決め手になるのは、その地方レベルでどんな奨励策や支援を与えているかである。

頭脳流出によって、アフリカの金を使って豊かな国が恩恵を得るのではないかという懸念が高まっている。それに対し、アフリカの保健医療従事者をスカウトするのをやめるよう求めるか、あるいは相互にメリットがある場合のみそうすべきだという運動が起きている。この議論の中には、そのようなスカウトによってアフリカの保健システムが被る損害を、先進国が補償するべきだという意見もある。ここ5年間で、政府当局、専門家団体、および国際機関などから、保健医療従事者の海外からのスカウトに関する主な関係者の行動を定めた10以上の国際規約文書が発表されている。

2国間協定でも同様の懸念が見られる。たとえば2003年に南アフリカとイギリスの間で交わされた2国間協定は、医療教育と保健医療労働力の問題について協力関係を確立することを目的としたものである。同協定によって保健医療従事者の流出を食い止めるのに成功したといわれている。

52 ページ参考文献を参照。

しかし施設を基盤としたケアや巡回保健指導員は、コミュニティの保健指導員を支援するだけでなく、さらに専門的な補助が必要な多くの保健サービスも提供しなければならなくなるだろう。⁶

サービス提供範囲の進捗状況 と問題点をモニタリングする

保健医療従事者の遂行能力と意欲を高め、施設に十分な設備と薬品がいつでも使えるように揃えておくことは、保健や栄養面においてコミュニティ・パートナーシップを支援し、サービス提供の質を高めるために欠かせない第二の必要条件である。サービス提供の質を高めるための解決法のひとつは、人的、経済的、経営的資源を増やし、トレーニングを提供することだが、他の奨励策や人的資源管理の向上にも必要になることがある。

政策・戦略管理、多部門公共政策、環境や状況の変化など、保健システムの能力を決定づけるさらにハイレベルの決定要因は、保健システムの発展にとって最も複雑な問題のひとつである。なぜならこれらは政治的・制度的状況の一部をなしており、そう簡単に変えられるものではないからだ。⁷ だがやはり、強固なリーダーシップ、政策提言、技術的支援、そしてパートナーシップは、変化を起こすのに有益といえよう。

保健サービスパッケージへの 段階的移行と 保健システムの強化

保健サービスを段階的に提供するというアプローチを取ると、国はそれぞれ初期の保健サービスパッケージを定め、時間の経過とともにそれを拡大実行していくことができる。優先的保健サービスをどのようにパッケージ化し提供するかは、その国の保健システムの能力によって異なる。障害を徐々に取り除いていけば、たとえ複雑な緊急時にあってもサービス提供の拡大をはかることができる。パッケージによるアプローチは結果重視であるため、優先的保健サービスの大規模な実行を段階的に計画し、モニターすることができる。



ナイジェリア：次の目的地までオートバイに乗せてもらうコミュニティの保健指導員

保健システムの能力が低い国には、次のように3段階でサービス提供を拡大することが望ましい。

第1段階：初期段階は、家族もしくはコミュニティを基盤とした保健サービス、および地域の住民を対象としたアウトリーチサービスのシステム全体の障害を減らすことに注力すると同時に、質の高い臨床サービスの需要供給を促進し、現在の政策、人的資源、および能力状況において実行可能なかぎりの高インパクト低コストの最小限のサービスパッケージを提供する。このパッケージの運用にあたっては、家庭におけるケア方法改善のために、コミュニティの保健栄養指導員を訓練し配置することも戦略に含める。最小限のサービスパッケージには通常、以下のものが含まれる。マラリア予防処置、栄養、衛生指導、はしか死亡率削減キャンペーンとセットになった予防接種、新生児および小児疾病の統合的管理、訓練された専門家立ち会いによる分娩、新生児ケアと緊急産科治療、HIVとAIDSの予防と治療、施設を基盤とするサービス。

第2段階：第2段階では、新生児と妊産婦への追加的な保健サービス、国家政策による安全な水の供給と基礎的なトイレ・下水施設の改善、追加融資の準備など、パッケージの範囲がさらに広がる。

第3段階：第3段階には、ロタウィルスや肺炎球菌ワクチンなどの革新的な保健サービスの導入と規模の拡大を行い、この最大限のサービスパッケージの重要供給を高める。

保健医療における 人的・経済的資源の危機への 取り組み

経済的困窮と財政危機のため、保健スタッフが安定的・効果的に仕事ができず、意欲喪失、生産性の低下、人的資源への投資不足という悪循環に陥ってしまう国が多い。途上国における保健医療従事者の危機に取り組むには、さまざまな時間枠でいくつかの対策を組み合わせることが必要となる。

短期：当面の優先事項は、国および世界的な母子保健のイニシアチブ拡大により、今以上の混乱や重大な人材喪失を招かないようにすることである。

中・短期：給与増額などの奨励策や監督改善などによって、保健医療専門家の生産性や意欲を回復する必要がある。コミュニティの保健指導員も含む保健医療労働力も、国全体のマクロ経済および貧困削減戦略の枠内で拡大をはかる必要がある。

長期：保健医療従事者不足の危機に取り

組むには、保健医療専門家の教育と訓練を大幅に増やさなければならない。保健医療専門家の訓練を改善し、資金を増やさなければ、危機はさらに悪化し、母親、新生児、および子どもの生存と健康に壊滅的な影響を及ぼすことになる。

この問題の規模を過小評価してはならない。サハラ以南のアフリカの保健医療従事者不足の危機に対処するだけでも、今後10年間に、スタッフの人数をかつてないほど増員する必要がある。必要とされる86万人の増員のうち、地域保健栄養指導員が半数以上を占める。多くの途上国では、地域保健指導員の数を増やすとともに、離職率を減らす奨励策を考案する努力が続けられている。ケニア、南アフリカ、ウガンダなどいくつかの国では現在、地域保健指導員の国家プログラムが検討されており、エチオピアでは母親、新生児、子どもの健康とマラリア、HIV、エイズに重点的に取り組むため、3万人のコミュニティを基盤とする女性保健指導員の訓練を行っている⁸。コミュニティの保健指導員の増員プログラムはブルキナファソ、エジプト、モザンビークなど様々な国でも始まっている。

既存の保健医療従事者の技術を高めることは、効果的に労働者を拡大するために重要である。実績重視の奨励策と契約に加えて、監督とモニタリングを改善することによって、サハラ以南のアフリカで雇用されている保健医療従事者の意欲を高めることができよう。

人的資源と保健システム開発への投資には、多大な資金が必要となる。これらのプログラムへの融資にドナーが重要な役割を果たす国々では、融資の保証がないと長期的な活動計画が立てられない。しかし母親、新生児、および子どもの医療に対するドナーからの支援を調べたところ、子どもの死亡の90%以上が集中している最優先国60カ国では、2004年に公式の開発援助をわずかに14億米ドルしか受け取っていないことがわかった。これでは子ども一人当たり3.10米ドルにしかない⁹。理論的には、現在のレベルから2015年までにほぼ全体に保健サービスを行き渡らせることは可能だという専門家も一部にいるが、母親、新生

児、および子どもの医療への投資を大幅に増額しなければ、サービス提供の規模を拡大することはできない。¹⁰

母親、新生児、子どもの質の高い継続的な保健医療を誰でも受けられるようにすることは、単に、保健サービス供給の拡大やサービス提供者への報酬の資金源を見つければよいという問題ではない。保健に関するミレニアム開発目標を達成するには、女性と子どものサービス利用を阻む経済的障害の克服に重点を置いた資金調達戦略を立て、サービスへの支払いによって生じる恐れのある経済的困難から、サービス利用者を保護する措置を講じる必要がある。

この意味するところは大きい。利用料金は、特に貧しい人々が保健サービスを利用しようとするとき足かせになる。また長期の高額治療を続けなければいけないときにも、代わりに質の高いサービスを受けられるとはいえ、重大な障害となる。

だが貧しい人々にとっての障害は、利用料金だけではない。他にも、非正規料金、薬代、公的医療施設で行うことのできない臨床検査や放射線検査、運賃、食費や宿泊費、それに民間医療施設の費用などが金銭的な障害となる。これらのコストは一般に、世帯にかかる医療費全体の大部分を占め、その影響を最も大きく受けるのは貧しい人々である。また、貧しい人々が十分な保健サービスを利用できるようになるまでに、克服せねばならない医療の質、情報、文化的な障害も数多くある。このような費用以外の障害に最も大きな影響を受けるのはまた貧しい人々である。

利用料金を廃止すれば、特に貧しい人々は保健サービスの利用機会を増やせる可能性がある。それには、失われた料金収入を補填し、かつサービスの質を保ち需要増加に対応するための予算増加をも含めた広範囲の改革の一部に料金を組み込む必要がある。また、明確なコミュニケーションによって関係者の幅広い賛同を得、正規料金に代わって非正規料金が幅を利かすことがないよう慎重な監視を行い、利用料金に代わる資金調達メカニズムを適切に管理することも必要である。

上記の条件が守られなければ、貧しい人々のために料金を廃止することができない。その場合は、貧しい人々により効果的に対応できる政策オプションをまた別に考えなければならない。

保健医療部門の資源は、プロジェクトやプログラムを通じてではなく、国民保険をめざす制度によって供給すべきだという一致した意見が高まりつつある。母親、新生児、子どもの保健サービスは、中核保健サービスパッケージの一部として、これらの制度が資金を出す福利厚生の中でまかなわねばならない。母親、新生児、子どもの保健に使う資源を増やすためには、政府支出を保健予算自体、あるいは国家予算の中でやりくりしなければならない。このようなやりくりは、全体的なマクロ経済レベルにおける話し合いが必要であり、保健医療要件の主張が通れば、その部門の支出を増やすことが可能となる。国家レベルで見ると、公共部門以外からも資源を調達せねばならず、民間部門、市民団体、コミュニティ、および家庭の参加が必要となる。

地区レベルにおける保健システムの強化

保健システムの強化は今なお難しく複雑な仕事であり、多くの優先国にとっては特にそうである。保健システムの地方分権化と地区レベルの重視は、コミュニティレベルで取り残された子どもや家庭を効果的にケアできる手段として有効に見える。¹¹ しかし地方分権化にリスクがないわけではない。貧困、性別、言語、民族などの要素によって、コミュニティにすでに存在する不平等性をさらに拡大するという、意図せぬ結果を生む可能性がある。¹² さらに、地方分権化の取り組みが成功したところでも、行政地区を機能的な保健システムに転換するには時間がかかることが、これまでの経験から分かっている。たとえば2000年には、ニジェールの地区病院のうち、帝王切開手術に適した設備のある病院は13しかなかった。ブルキナファソでも、地区制度が作られてから10年たっても、53の地区病院のうち帝王切開の施設があるところは17にとどまっていた。さらにこれ

らの17病院のうち、年間を通じて継続的な治療をするのに必要な3人の医師がいるのは5つしかなかった。¹³

しかし過去10年間の地方分権化の経験から見て、やはり医療センターのネットワーク、家庭医療、あるいはそれらに相当し、かつ照会先の病院からも支援を受けている分権的機関を通じて政府がプライマリーヘルスケアを提供しようとするには、やはり保健地区制度が合理的な方法であることに変わりない。コンゴ民主共和国やギニアのように、これらの地区が安定した実行可能な組織に到達したところでは、非常に困難な状況にあっても目に見える確かな結果を出している。マリは何とか無事に保健センターネットワークと母子サービスの拡大をはかることができた。¹⁴ 地方分権化と行政改革が並行して行われた国々は、数年間で大きな進歩を遂げている。たとえばモザンビーク、ルワンダ、ウガンダなどがそれで、いずれも長年の紛争と経済崩壊を経験してきたが、その後保健システムも含めて、政府の制度や能力を改革し、顕著な進歩を遂げている。¹⁵

地区レベルで母親、新生児、子どもの継続的な保健サービスを提供するという仕事には新たな弾みをつけ、さらに厳密に組織化することが必要である。特に今後は、継続的なケアを提供する地区の保健・栄養制度を拡大できる状況を作り出すよう、国家保健システムがとるべき方向を見定めることを、研究の主眼とすべきである。このアプローチを行った国々で発表された系統的な分析やケーススタディから、現在の政策プロセスを機能させ、改善させる方法に重要な洞察を与える可能性もある。制度の能力を高め、資源の流れと保健システム機能実施の運営・監督に関する戦略的情報を得るといった問題はすでに、よく認識されている。また、モニタリングや評価の効果的な方法が適切な保健システム運営に不可欠だということも、十分な意見の一致を見ている。

成果重視の事実に基づいた方法で、母親、新生児、子どものための継続的な質の高いプライマリーヘルスケアを制定するためには、最も詳しい情報、データ、分析を検討し、現在および将来どのよう

エジプト： 幼い命を救う簡単な方法

エジプトはアフリカの中で、5歳未満児死亡数の削減に目覚ましい進歩を遂げた国である。エジプトの1970年の5歳未満児の死亡率は235（出生千対）。つまり、ほぼ4人に1人が5歳の誕生日を迎える前に死亡している状況だった。しかし1990年までにその割合は91（出生千対）に減少。さらにエジプトの幼児死亡率はその後も3分の2以上減って35（出生千対）にまで減少した。現在はその数を30にまで削減し、2015年までにミレニアム開発目標を達成すべく、順調に進歩を遂げている。

エジプトが子どもの生存率を高めるのに素晴らしい成功をおさめたひとつの理由は、乳幼児の下痢の治療に経口補水塩療法（ORT）を率先して取り入れたことである。1970年代後半には、下痢症は国内の乳幼児の死亡原因の半分以上、子どもの入院の原因の30%以上を占めていた。1977年にエジプトの保健省は、公立の診療所に、経口補水塩（ORS）として知られる塩と糖と清浄水の簡単な溶液を導入するとともに、ORSパッケージの国内生産を開始した。最初、この治療はなかなか広まらなかった。1982年までにORSの治療を受けた下痢の症例はわずか10 - 20%で、倉庫や診療所では塩が手つかずのまま保管されていた。代わりに最も広く行われていた治療は効果のない下痢防止薬で、たいていの医師は母親に水分や食物を控え、母乳を一時やめるよう勧めていた。

前年にコミュニティで試験的に使用し成功したエジプト政府は、1981年、その体験をもとに、海外のドナーやコンサルタントの援助を得て、国家下痢症対策プロジェクトを策定した。このプロジェクトには保健省をはじめとする政府省庁、民間部門、専門家協会、それに世界保健機関やユニセフなどの国際機関が参加した。1984年、このプログラムは全面的に活動を開始した。まず、試験的にプロジェクトを実施してさまざまな方法を検証し、あらゆる保健サービスに関係のある基本情報を収集した。そしてこの情報をもとにプロジェクトは拡大していったのである。

プロジェクトの主な構成要素は、国内生産の強化、幅広い流通ネットワークの確立、保健サービス提供者の訓練、製品設計開発

とブランド化、そして宣伝販売の実施である。調査により、世帯の90%がテレビを持っていることがわかったため、大衆教育の媒体としてテレビを使用した。公共広告によって、識字率の低い農村部のコミュニティにまで経口補水塩療法が知られるようになった。地方の保健医療センターから大学や中央病院まで、あらゆるレベルの水分補給訓練センターが設置された。医師や看護師に幅広い訓練が行われ、経口補水塩療法は看護や医学の基本訓練に盛り込まれた。

好ましい結果がすぐ表れた。1986年までに、エジプトの母親の約99%が経口補水塩を知るようになり、この溶液の使用が広まり、ほとんどの女性がその溶液を正しく混合できるようになった。下痢症の治療で診療所へ連れてこられる子どもたちの数は、1983年には63万人だったが、1985年には140万人に増加した。1982年から1987年の間に、乳幼児死亡率は36%、5歳未満児死亡率は43%減少。また同時期の下痢症関連の死亡率は、乳幼児で82%、5歳未満児で62%減少した。1982年から1989年までの間に、経口補水塩療法キャンペーンによって30万人の子どもたちを死から守ることができたのである。

この保健サービスは費用対効果も高かった。経口補水塩療法の治療を受けた子ども1人当たりの平均コストはおおよそ6米ドル未満で、死亡回避1件当たりのコストは100 - 200米ドルである。今日では、ほとんどのエジプトの子どもたちが生存という最も基本的な権利を享受している。しかしなおエジプトでは、28人に1人が5歳未満で死亡し、エジプト北部——肥沃で都市化されたナイル・デルタの南の、ほとんどが農村の貧しい地域——の小児死亡率は今なお高く、国内の他の地域や北アフリカ全体とは大きく異なっている。

下痢症関連の死亡率を下げるため、経口補水塩療法の使用が促進されている国々でさえ、そのサービス地域を拡大するには障害がある。民間診療所のほとんどは今なお経口補水塩を処方せず、代わりに静脈内療法を用いている。民間部門の医師やその他の保健サービス提供者に経口補水塩療法を使うよう促すことが何より必要である。教育機会の少なさ、母親の権利が限られていること、安全な水や改善されたトイレ施設の欠如などを含めた、下痢症の根本原因にも取り組む必要がある。

エジプトでは98%以上が清浄な水源を利用し、70%が改善されたトイレ施設を用いている。また6種類の主な幼児疾患の予防接種率は全体で98%以上である。しかし他の北アフリカ地域同様、エジプトでも完全母乳はまだ広まっていない。最近出されたほとんどの概算によると、エジプトの新生児の14%が低体重で誕生し、一生のうち最も大切な最初の6か月に完全母乳で育てられる赤ん坊は38%しかいない。この数字は途上国全体の平均値と同じだが、北アフリカ地域では他のほとんどの子どもの保健指標が世界の標準よりはるかによいため、この数字の低さが目を引くのである。

エジプトでは経口補水塩療法が素晴らしい成功を遂げたが、資金不足によってこのプログラムの持続性が脅かされる恐れがある。過去の経験から、経口補水塩療法プログラムの資金が削減されると、経口補水塩療法の使用率は激減することが分かっている。このように使用率が激減するというのは、保健医療専門家の間でさえまだまだ行動変容が広まってはならず、さらなる教育と訓練がなお必要であることを示している。

52 ページ参考文献を参照。

な行動をとればよいか最も有益な教訓を取りだすことが必要である。保健医療部門全体のガバナンスと、地区レベルでの母親、新生児、子どもの継続的サービスの組織化を可能にする政策立案、規則、および運営能力を構築するにはどうすればよいか。その方法を知るためには、今後さらに多くの事実や知識を収集していかなければならない。

成果をだすために保健システムを策定する

これは特にアフリカについて言えることだが、援助の調整を進め、活動の規模を拡大する取り組みでは、保健に関するミレニアム開発目標やその他の指標を結果の目安に活用しようとする動きが高まっている。成果を重視することは、結果と投入との間に相乗効果を生み出そうとするものである。保健システムの開発はミレニアム開発目標達成プロセスの一部として扱われ、それらと区別がつかなくなりつつある。

ユニセフ、世界保健機関、および世界銀行が共同で作成し、2007年11月にアフリカ連合に発表した、アフリカ連合のアフリカにおけるミレニアム開発目標達成のための戦略枠組の中でも保健システムと結果との関係は強調されている。この枠組では、16カ国の保健システムの障害を分析し、これらの障害を取り除くことで、ミレニアム開発目標にどんな潜在的影響があるかについて、国ごとにシミュレーションを行っている。この枠組にもとづき、アフリカの10カ国以上が現在、貧困削減戦略文書や保健セクター開発計画、セクター別アプローチ、および中期支出枠組みなどの計画や予算メカニズムを改訂し、母子のために具体的な結果を出すことを目指して保健システムの強化をはかっている。

保健システム開発のための目安と結果指標を策定する

保健に関するミレニアム開発目標の指標は、保健システムの成果を適切に追跡調査するもので、開発の目安の代わりにすることも可能である。新しいイニシア

チブは、成果重視の融資や適切な奨励枠組みなどの方法を通じて、政府がいくつかの重点領域で結果を出せるよう支援することができる。その目標は、サービス提供で一定の目標を達成することである。これらのサービスは、母親、新生児、および子どもの健康と生存にプラスに作用するものである。たとえば公認施設でのサービス提供、ジフテリア、破傷風、百日咳の三種混合ワクチン投与、あるいはマラリア流行地域での殺虫剤処理をした蚊帳の提供の割合向上等。これらの結果や到達目標は、各国の死亡率や罹患率に貢献しているリスク要因をもとに選ばれる。

国の政治的コミットメントを得る

国がオーナーシップを持ち、公共部門がリーダーシップを取ると、規模拡大の成功の見込みが一気に高まる。政府の主

導で成功している試験プロジェクトや小規模プロジェクトを拡大しているところでは、これらのイニシアチブのサービス提供範囲があつという間に全国に広がっていることは、これまでも繰り返し見てきたとおりだ。政府は地域保健にもとづく全国ネットワークを作り出す能力と意思を提供することができる。

保健システムと栄養サービスの強化に必要な組織、人材、資金を結集するための必要条件は、健全な予算、政治とマクロ経済の安定である。ミレニアム開発目標を達成しようと奮闘している多くの国々、特にサハラ以南のアフリカ諸国は、政治や経済が安定していない。このような状況では、幅広くセクター別の決定が行われる国レベルであろうと、コミュニティとの関係の深い州や地区など、地方レベルであろうと関係なく、社会のあらゆる効果的なリーダーシップを結集することが重要となる。



ガンビア：母親と子どもの微笑ましいひととき

サハラ以南のアフリカにおける、子どもの生存その他の保健に関するミレニアム開発目標への投資例

2005年7月にアフリカ連合が作成した、「アフリカにおける子どもの生存に関するミレニアム開発目標を達成するための戦略的枠組」に示された戦略は、比較的短期間のうちに、サハラ以南のアフリカのプライマリーヘルスケアの提供率を効果的に拡大するのに必要な最低条件を整えることができると期待されている。

これらの戦略には、事実に基づいた高インパクト低コストの最小限の保健サービスパッケージも含まれている。これらは、家族やコミュニティを基盤としたサービス、あるいは住民を対象とした保健サービスや臨床ケアで提供することができる。

提供する主な保健医療介入としては、肺炎や新生児感染を防ぐ抗生物質、抗マラリア併用薬、乳幼児栄養と衛生促進、殺虫剤処理をした蚊帳、経口補水塩療法、出産時の専門技術者の付き添い、ビタミンA補給、小児エイズの防止と治療、そして産科と新生児の緊急治療が予定されている。

これらの戦略や保健サービスは、子どもの栄養改善、妊産婦の死亡率低下、女性の地位向上、および女性のエンパワメントによる貧困削減に大きな影響を与えるものと見られている。

第1段階では、この戦略によって、アフリカの5歳未満児の死亡率を30%以上削減でき、妊産婦の死亡率をまずは15%以上削減できると予測されている。年間の増分費

用は1人当たり2-3米ドル、死亡回避一件当たり約1,000米ドルとなる。

第2段階では、内容を拡大したサービスパッケージを大規模に実施することで、その地域の5歳未満児死亡率を45%以上、妊産婦死亡率を40%、新生児死亡率を約30%削減することができると見られる。年間の増分費用の見積りは1人当たり約5米ドル、死亡回避一件あたり約1,500ドルである。

第3段階では、最も充実したサービスパッケージで、効果的な医療サービスがフルに提供でき、それによって5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率を60%以上、新生児死亡率を50%それぞれ削減し、マラリアや栄養不良の発生を半減させることで、各国がミレニアム開発目標の項目1、4、5、および6を達成できるか、またはそれに近づくことができるかと見られている。第3段階を達成するのに必要な年間の経済的な増分費用は、1人当たり12-15ドル、死亡回避一件あたり約2,500ドルと見積もられる。

実施のペースが速まることを考えると、この戦略の段階的な加速に必要な年間の増分費用は、第1段階で最小限のパッケージを拡大するために1人あたり2-3ドル、第3段階で2015年までに最も充実したパッケージを拡大するためには1人あたり12-15ドル以上となる。これらの追加費用は先ごろ、また別のいくつかの費用計算ツールを用いて算出されたが、いずれもの予測値も同じ程度だった。これらの見積りがしっかりしたものであると示されたことは注目に値する。

これらの費用は、生活必需品、薬品、消耗品に充てられる。この費用の中では薬品

と同じく、殺虫剤処理した蚊帳がかなりの割合を占めている。また、人的資源、医療施設や設備、および促進、需要喚起、モニタリングと評価の費用としても割り振られる。

戦略的枠組みの中では、次のような共同出資シナリオが提案されている。すなわち、3つの段階すべてにおいて、最小限のパッケージを拡大するための増分費用の約半分は予算支援も含めた国家予算から拠出し、15%は個人負担、そして3分の1は世界エイズ・結核・マラリア対策基金、ユニセフ、世界銀行、世界保健機関、その他のドナーが出すというものである。

52ページ、参考文献参照。



モロッコ：「子どもの生存」というテーマを掲げた1984年の郵便切手



エジプト：ナイルバレーの村で産後訪問をする地域保健指導員

5 アフリカにおける子どもの生存を、地域およびグローバルレベルで緊急課題とする

アフリカ大陸における死と病との闘いは今もなお続いているが、この数十年で北部アフリカで子どもの死亡率がめざましく低下したこと、サハラ以南のアフリカの国々でも大きな成果が出ていること、いくつかの重要な予防サービスが急速に拡大したこと、そしてアフリカの母子の保健について各機関が共通の国際的な枠組みを築いたことなどを考慮すると、希望の光が見えてくる。しかし、楽観視している状況から行動を起こし、言葉を現実につなぐためには力強い一押しが必要だ。子どもの生存に関する課題は決して軽く見てはならない。端的に言えば、サハラ以南のアフリカは前代未聞の難題に直面しているのだ。というのも、ミレニ

ウム開発目標4を期限までに達成するためには、今後8年間、この地域は年間平均10%の割合で子どもの死亡率を下げていかなければならない。

地域レベルでは、北部アフリカの主な課題は、ここ数十年続けてきた前進を今後も維持すること、それに不公平と格差を縮小することだ。また、サハラ以南のアフリカの4つの主要な小地域は、克服が困難な問題に直面している。特に、1990年以降、5歳未満児死亡率が上昇した中部アフリカと南部アフリカは厳しい状態におかれている。この2つの小地域の課題は、この傾向に歯止めをかけ、流れを逆にすることだ。それには、前進を可能にする環境に影を落とすいくつかの

要因に取り組むことが必要だ。そういった要因の中でも特に深刻なのは、中部アフリカにおける内戦、南部アフリカにおけるエイズの流行だ。これらの分野において迅速に持続可能な改善がなされなければ、子どもの病気の予防や治療を広く行き渡らせることで死亡率を下げようとしている努力も、無駄になりかねない。また、東部アフリカ（ジブチ、スーダンも含む）および西部アフリカにおける課題は、1990年以降緩やかに低下傾向にある死亡率を、さらに改善していくことだ。

サハラ以南のアフリカが直面している、子どもの生存に関わる課題は、克服不可能なものではない。ミレニウム開発

目標は夢想家たちが描いた夢物語ではない。世界有数の政治家、開発専門家、経済学者、科学者が懸命に考え、計算を尽くして、生まれた産物なのである。ミレニアム開発目標は、アフリカの人間開発における前進を加速させるための新たな希望である。本レポートは、アフリカで母子の生存と保健において、熱意を持ったリーダーシップ、政治的意志、十分な資金、適切な戦略、そして関係者全ての一一致団結した行動が組み合わされて初めて可能になった多くの成果の一部を紹介してきた。

アフリカにおいて、保健に関するミレ



スーダン：西ダルフル地方の母親と子ども

ニアム開発目標を達成するためには、プライマリーヘルスケアにおいてコミュニティのパートナーシップを拡大し、持続可能な継続したサービスを編み出し、そして成果を生み出す保健システムを築く努力を倍加させることが必要だ。また、保健サービスのすべての分野において大規模な投資も必要だ。すべての分野とは、コミュニティや家庭のレベルから巡回サービス、施設を基盤としたサービスまで含む。また、このような投資の拡大は、最も遅れを取っている国々で特に必要だ。目標を達成するためには、母親、新生児、子どもの生存が地域の至上課題として認識され、また、最高の政治的レベルにおいて、アフリカのための国際的課題の中心に据えられなければならない。

「アフリカ子供白書 2008」は、軸となる6つのマクロ規模の行動を強調する。これらの行動はいずれも一致団結した取り組みが不可欠なものである。

- **妊産婦、新生児、子どもの生存と健康の実現のために協力的な環境を醸成する**：そのためには、保健システムおよびプログラムを確実に人権に基づいたものにする、そして平和、安全、子どもの保護、出生登録、非差別、ジェンダーの平等、女性のエンパワメントを推進することで可能になる。
- **時間と場所を越える、継続的なサービ**

スを確立し、強化する：継続的なケアにより、母子のライフサイクルにおいてカギとなる各時点で必要なサービスを提供する。家庭、コミュニティ、質の高い巡回サービス、プライマリーヘルスケア施設や地域の病院の外來診療と臨床サービスとの間で、密接な連携も必要である。

- **保健システムとコミュニティのパートナーシップを強化することにより、基礎的なサービスのパッケージを普及拡大する**：これは、保健指導員を育成し、地域への巡回サービスを拡大し、構造的な障害を取り除き、新たな技術とパラダイムを有効に活用するなどのイニシアチブを通して行う。
- **統計データ、研究、科学的根拠の拡充を図る**：母子保健に関して土台になるエビデンスはすでに多くのリソースから得られているが、さらに正確なデータを収集し、普及させること、そして研究と評価を行うことが求められている。
- **母親、新生児、子どものための資金規模を拡大する**：ドナーによる支援は増えているが、アフリカにおいて目標を達成するほどの伸びではない。各国政府は保健関連の支出を増やすという約束を果たさなければならない。
- **アフリカにおける妊産婦、新生児、子どもの生存を、世界的および地域的な緊急課題として認識する**：

グッド・ガバナンスがアフリカの子どもたちにとって素晴らしい意味を持つのはなぜか

ジョアキン・アルベルト・チサノ

私は偉大なる私の国、モザンビークを率いるという名誉を授かっていました。そしてその間に私は、リーダーシップが、いかに国や国民を元気づけ、前進させることができるということ、またそうしなければならないのだということを、実際に身をもって学びました。今、ミレニアム開発目標の期限である2015年まで8年を残すところ

となり、私は、統治について、そして愛するアフリカ大陸にそれがどれほど役に立つかについて、アフリカの一国の大統領として学んだことをお伝えしようと思います。

ミレニアム開発目標は非常に人間的な顔を持っています。それは、子どもたちの顔、そして子どもたちの家族の顔であり、いずれも、より良いより健康的な、そしてより安全な生活を望み、努力するすべての人たちの顔です。ミレニアム開発目標を達成することは、つかみどころのない抽象的な成果を上げることではありません。それは、人類の大成功であり、すべての国、すべての子どもたちとその家族にとって、劇的で具体的な大躍進なのです。だからこそ、ア

フリカのリーダーはミレニアム開発目標の達成に全力を尽くさなければなりません。

サハラ以南のアフリカは今、経済復興に向かおうとしているところです。しかし、その利益は、私たちの子どもたちがより良い保健サービス、教育、栄養、社会サービスを楽しむようになって初めて得られるものです。そうすることによって、経済復興は、より深く、より広く、公平に資源を分配し、そして私たちの社会は繁栄し、アフリカから人間の文化、科学、芸術に、かつてなかった貢献ができるようになるのです。

しかしながら、大陸全体では、2015年に向けての偉大なるレースで遅れをとってい

ることもわかっていて、他の国よりも速度を上げて、長い距離を進まなければならない状況にあります。子どもの死亡率という厳しい例だけを見ても、どれほどの距離があるかは明らかです。2006年においては、970万人の子どもが5歳未満で亡くなりましたが、その半分はサハラ以南のアフリカの子どもたちでした。私たちは世界のどこよりも、高い率で子どもたちを失っているのです。サハラ以南のアフリカでは、年間出生1000人に対し毎年160人が5歳未満で亡くなっています。南アジアは次に高い死亡率を示していますが、それでも出生1000人に対して83人です。

それほど多くの子どもたちの命を奪い、生きていく子どもたちの健全な発達を脅かしている要因に目をやると、それらは圧倒的で手強いものに見えます。結託するようにして前進を阻んでいるそれらの要因とは、経済的発展の欠如であり、その結果としての貧困、戦争、病気、それに腐敗です。

これらの敵に立ち向かって、サハラ以南のアフリカは前進してきました。しかし、私たちの成功には暗い影が投げかけられましたし、多くの場合十分ではありませんでした。ですから、リーダーはあらためて、設定すべき優先事項に目をやり、そして正しく、効果的で、価値があるものにエネルギーと資金を振り向ける方法を考えることが、不可欠です。

例えば、アフリカは毎年、約180億ドルを戦争、内戦、暴動のために失っています。紛争状態にあるアフリカの一国の経済は年間15%縮小します。この数字が意味するのは、人民が苦しみ、命を落とすことだけではありません。この大陸は、教育サービスを改善し、清潔な飲料水とトイレ・下水施設を利用できるようにすること、結核やマラリアといった病気から感染しやすい人を守ることに約120億ドルを投じる必要があるのに、それを越えた額が失われているということです。また、アフリカではHIVやエイズと闘うためには毎年163億ドルが必要だとわかっていますが、それをも越えているのです。

私自身の国は16年間にわたる武力衝突を耐え抜き、その間に、100万人の同国人の命が失われました。1986年に大統領に就任した私は、すぐに広範な改革を実施し、平和の実現を第一の目標に掲げました。今日、モザンビークは力強く、活気のある国

として広く認められるようになり、実際に、1996年から2006年にかけては年間平均8%の経済成長を遂げています。これはアフリカでも最も高い成長率に入ります。その結果、世界銀行の調査によると、貧困者比率は1997年から2003年までに15%低下しており、約300万人が最貧層から脱しています。(総人口は約2000万人)

多くのアフリカの国々は、この大陸の歴史上なかったほどの平和を享受しています。しかしながら、それらの国々はあたかも戦時中かのように、財源の配分を行っています。私はアフリカのリーダー達に、支出の優先順位を見直して、国民の健康や教育のために投資しなければ、結果的にどれほどの機会を逃すことになるのかを再考するように、求めたいのです。

私たちの資金と人民の流出の、もう一つの大きな原因は、アフリカ大陸が抱えている多額の負債です。2004年だけでも、サハラ以南のアフリカは2200億ドルの負債のために150億ドルを支払いました。すなわち、毎日、4100万ドルが流出していることとなります。多国間債務救済イニシアチブやその他の二国間イニシアチブのおかげで、一部の国に対しては債務救済が行われましたが、多くの国はなおも重すぎる負債を抱えています。

アフリカからの資源流出の問題は、毎年約2万人の優秀な人材が国を出て、恐らく先進国に向かっていることで、さらに複雑になっています。

これらの難題に対して、グッド・ガバナンス(良い統治)はもっとも明るい希望の光なのです。ガバナンスは選択を伴います。それはまた、賢明な優先順位を設定し、財源を再配分し、優秀な人材を引きとめるだけの明快なビジョンを持ったリーダーシップを必要とします。思いやりがあって、熱意のあるリーダーは、政策を打ち出し、必要なりソースをインフラやサービスに投資し、人々が自らの状況を改善し、自らの子どもたちを守るようにエンパワーし、そしてそれによってミレニウム開発目標への前進に加速をつけることができます。また、そうしなければならないのです。

すでに述べたように、私たちは前進しています。子どもの死亡率はマラウイでは2000年から2004年の間に29%低下しました。エチオピア、モザンビーク、ナミビア、ニジェール、ルワンダ、タンザニア連

合共和国では20%低下しています。ガンビア、ギニアビサウ、マラウイ、サントメプリンシペ、トーゴ、ザンビアでは、子どもたちが殺虫剤処理を施した蚊帳の下で眠るようになったという大きな前進がありました。これは、マラリアによる死者を減らすうえでおおいに効果的です。サハラ以南のアフリカでは、マラリアは子どもたちの死因で最も多いものの一つなのです。

サハラ以南のアフリカが賢明なリーダーシップとミレニウム開発目標に向けての前進を求めるにあたっては、世界中からのパートナーシップが必要です。しかし、仕事をするのはアフリカ自身です。これまで多くの困難に立ち向かってきたように、私たちはこの困難にも立ち向かっていかなければなりませんし、またそうするつもりです。

アフリカ連合は、大陸の開発努力を持続させるにあたって、グッド・ガバナンスを主な柱に据えることを、強く決意しています。アフリカ開発のための新パートナーシップ(NEPAD)は、この点を堅固にするためのもう一つのイニシアチブです。参加国はNEPADを通して、民主主義、透明性、説明責任、品格、人権の尊重、法の原則の推進といった原則に沿って、自らの政治および政権の枠組みを強化するよう努力しています。さらに、参加国は政治ガバナンスに加え、経済ガバナンスに関連する重要な問題にも取り組んでいます。経済ガバナンスは政治ガバナンスと合わさって、国の発展、そして貧困の根絶に寄与することでしょう。

アフリカに必要なのは理屈ではありません。必要なのは、国およびコミュニティのレベルで力を尽くすリーダーシップ、熱意のあるパートナー、財源、そして子どもたちのために中身のある、前向きな改革を成し遂げようとする、優れたガバナンスです。

p.52 参考文献参照。

ジョアキン・アルベルト・チサノ氏は、1986年から2005年までの19年間にわたり、モザンビークの第2代大統領を務めた。国連事務総長特使としてウガンダ北部およびスーダン南部の問題にあたった経験もある。ジョアキン・チサノ財団(Joaquim Chissano Foundation)、アフリカ元首経験者フォーラム(Forum of Former African Heads of State and Government)の議長も務める。

アフリカにおける子どもの健康を改善させるためにしなければならない行動は明らかだ。行動のもととなる科学的根拠、つまりデータ、研究、評価などについても、はっきりしている。結果を出すまでの時間の枠組みはミレニアム開発目標によって設定されている。コミュニティのパートナーシップ、継続的に提供されるべきサービス、成果重視の保健システムなどの枠組みについても、定義がより明確になってきている。

私たちはアフリカにおける子どもの死亡率を下げるのに、どれほどのコストがかかるかさえ知っている。アフリカの母子の生存に関わる、国際機関の共同の枠組みの中の推計では、本レポートで強調した既存の保健サービスを拡大することにより、5歳未満児死亡率は2009年までに35%削減することができ、そのコストは一人あたり2.50ドル、或いは一人の命を救うのに800ドルと考えられている。ミレニアム開発目標4を達成するためには、アフリカの保健システムをさらに強化する必要があり、またロタウイルスや肺炎球菌感染症に対するワクチン

など、新たなサービスも導入しなければならない。これまでの研究分析によると、アフリカで1年間に死亡する490万人の5歳未満児のほとんどの命を救うことは実現可能であることがわかっている。これらの命を救うにはどれほどかかるのだろうか。子ども達の命は年間人口一人あたり10ドルの追加資金があればその多くが助かり、一人の命を救うのにかかるのは2000ドル以下という換算である。

2005年、スコットランドのグレンイーグルズで開催された会議で、主要先進国は2010年までにアフリカに対する援助を2倍にすると約束した。だが、2007年の半ばにおいて、その結果はほとんど出ていない。¹ アフリカの国々もまた義務を怠っており、子どもたちに対する責任を果たしていない。2001年に開催された、HIV/エイズ、結核、その他の関連する感染症に関するアフリカンサミット(African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases)で採択されたアブジャ宣言によると、各国は国家予算の15%を保健サービスに充てることを誓約している。²

しかし、それから7年たっても、それを実行できている国はほとんどない。

アフリカの子どもの生存を地域と世界の至上課題に

多くの人が子どもたちの生存を訴える悲痛な叫びを聞いている。子どもたちの生存に関する革命が始まった当初から、保健に関するグローバルなパートナーシップは、しばしば民間セクターからの資金援助も得て、拡大してきた。そして近年、その動きが再び活発になってきている。ユニセフはパートナーあるいは協賛者として、その多くに参加している。その中には、妊産婦、新生児および子どもの保健のためのパートナーシップ(Partnership for Maternal, Newborn & Child Health)、GAVI(ワクチン予防接種世界同盟)、ロールバックマラリア、国際保健パートナーシップ、ウィメン・デリバー、触媒イニシアチブ(Catalytic Initiative)、栄養改善のためのグローバル同盟、小麦粉添加イニシアチブ(Flour Fortification Initiative)などがある。

保健サービスの改善に携帯電話を活用する

世界のどこを見ても、アフリカほど携帯電話の登場に影響を受けているところはないだろう。携帯電話の急速な普及はまた、子どもの生存やその他の住民に対する保健イニシアチブを促進することにつながるかもしれない。この10年間において、アフリカのほとんどの国で、高度な携帯電話システムが立ち上げられ、電話を利用する人の数は100倍にもなった。これは世界でも最高の携帯電話加入増加率だ。普及率は国によって差があり、南アフリカでは住民1000人あたり724台、ルワンダでは同じく1000人あたり32人などとなっているが、アフリカの人々の優に60%は携帯電話を利用できる地域に住んでおり、その数値は2010年までに85%に伸びると予測されている。

携帯技術は、アフリカでもその他の場所でも、子どもの生存を推進し、子どもの死亡率を削減するアプローチを前進させるの

におおいに役に立つと考えられている。携帯電話は、固定電話を引くことができない農村に住む人々との橋渡しができるので、アフリカでは、保健に関する情報の伝達が、携帯電話の最も重要な用途の一つになるかもしれない。例えば、携帯電話はすでに、HIVと共に生きる人たちのための保健サービスの向上に役立っている。というのは、携帯電話を使えば、コミュニケーションが取りやすくなり、また患者と保健システムを結ぶこともできるからだ。さらには、携帯のメール機能を使えば、性の健康やHIVの予防についての情報を、特に若年層に向けて、広めることができる。

エイズの流行が子どもの親や保護者の生命を脅かしているところでは、治療法の進歩が彼らの生存の可能性を高める。南アフリカを拠点とするNGOは携帯電話を提供し、抗レトロウイルス薬を投与されている患者の治療カウンセラーが、治療後のケアの一環として、データを収集し、また送信することができるようにしている。これで、

症状や投薬計画の遵守状況といったきわめて重要な情報を、中央のデータベースに即座に送ることができるのだ。ルワンダでは、通信技術を用いて共通のデータシステムを開発した。これは、地方および国の保健マネージャーに、計画策定に役立つデータを迅速に提供するものだ。他にも、保健担当官やサービスを提供する施設が、命に関するデータを見て、即座に分析、対応するのを可能にしたイニシアチブもある。

そのような使い方ができれば、保健医療従事者は文書を準備したり、郵送したりするのに時間を割かなくてよくなり、自らが持っている専門知識や技術を、子どもの生存のために活かす時間が増える。現在の取り組みが評価され、同時に新しい活用方法についても検討されている中、保健サービスにおける携帯電話の活用をさらに多くのアフリカの国々に拡大しようという計画が進行中である。

p.52、参考文献参照。

こういった協調の結果、グローバルな保健問題に向けられる一般の関心はこれまでなかったほどに高まっている。これらのパートナーシップの支援を受けた研究開発は結果を出し始めている。多くのパートナーシップがコミュニティに無料あるいは安価で品質の保証された医薬品やワクチンを提供することに成功し、結果として高い成果を上げている。他には、各国の政策立案の改善や機構改革の支援を行っているものもあれば、治療プロトコルの規準の確立に貢献しているものもある。³

アフリカは世界の保健問題でより注目を浴びようになり、病気と闘い、抑えようとする、より多くの努力が実を結びつつある。例えば、アフリカ大陸ではしかによる死亡数は激減した。しかし、結果を出したい一心から、グローバルなパートナーシップはしばしば、国や人を中心に据えるのではなく、ドナーや物資中心の視点で動くことがある、と議論されてきた。さらには、一つの病気に頻繁

に焦点が合わせられると、垂直型の保健サービスに過度に頼ることになり、サービスを統合したり、国の保健システムを強化したりといったことに、十分な重点が置かれなくなることがある。よく言われる、あるいは忠告されることは、保健の問題については、アフリカの国々が先頭に立ち、問題の解決方法を自らのものとしてとらえなければならない、というメッセージだ。それにはまた、発展途上国の優先課題、システム、手続きに沿ったものでなければならない。実際、この立場は援助効果に関するパリ宣言で採択されたものだ。この宣言は、ドナーと発展途上国がパートナーシップを結ぶと、最大限にそれぞれの力が発揮できる枠組みを提供している。

アフリカ大陸は、世界における5歳未満児死亡数の半分以上を占めている。また、サハラ以南のアフリカ人の50%近くが18歳未満であり、つまりアフリカは世界で最も人口が「若い」大陸だ。だが、ミレニアム開発目標の達成に向け

てレースが中盤を抜けたあたりの今、サハラ以南のアフリカで子どもの生存状況の前進にはなかなか加速がつかず、必要なペースよりもはるかに遅れている。これは嘆かわしい状況だ。大陸で最も若い国民を救えないような状況にあるのなら、私たちはこれまで一体、何をしてきたのだろうか。このことはグローバルな優先課題について、何を語るであろうか。

課題は、皮肉な見方と倦怠感を振り払い、過去に守られなかった約束については脇に追いやることだ。1億4700万のアフリカの5歳未満の子どもの生存と生産的な大人になるための発達を確実にする仕事は、私たちの肩にかかっている。緊急に必要なのは、熱意を新たに、ビジョンをより明確に、アフリカにおける母子の生存と保健に関する目標を改めて掲げ、そして、それを地域の課題の中心に据えることだ。社会的公正の問題として、また命の尊厳に敬意を払うために。



ケニア：2008年初め、幼児を背負う女性

第1章

- ¹ 特に指示がない限り、すべての統計と傾向分析は国連子ども基金、2008年世界子供白書、(ユニセフ、ニューヨーク、2007年11月)のデータをもとにしている。
- ² World Health Organization, *Improving Child Health in the Community*, WHO, Geneva, December 2002, pp.4, 7 and 11.
- ³ United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A Report card on nutrition, Number 4*, UNICEF, New York, 2006, pp.2, 9.
- ⁴ United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5*, UNICEF, New York, 2006, p.32.
- ⁵ Ibid., p.5.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ World Health Organization, 'Weekly epidemiological record', 20 November 2007, No. 48, WHO, Geneva, pp. 418-424.
- ⁸ United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A world fit for children statistical review, Number 5*, UNICEF, New York, 2007, pp. 36-37; United Nations Children's Fund and Roll Back Malaria, *Malaria & Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, 2007, pp.14-18, 21.
- ⁹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, '2007 AIDS epidemic update', UNAIDS and WHO, Geneva, 2007, p.1.
- ¹⁰ De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating research into policy and practice', *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no.9, 1 March 2000, pp.1175-1182.
- ¹¹ World Health Organization, *Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*, WHO, Geneva, 2006, p.10.
- ¹² United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2007*, UNICEF, New York, December 2006, pp.17-21.
- ¹³ Victora, Cesar G., et al., 'Applying and Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet*, vol. 362, no.9379, 19 July 2003, pp.234-235.
- ¹⁴ Barnett, Tony, and Whiteside, Alan, 'Poverty and HIV/AIDS: Impact, coping and mitigation policy', in *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, edited by Giovanni Andrea Cornia, UNICEF, Innocenti Research Centre, Florence, 2002.

第1章 パネル

マラウイ：子どもの生存が改善された国

United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008*, UNICEF, New York, December 2007; Government of Malawi, World Fit for Children (WFFC) Progress Report for Malawi, December 2006, pp. 24-26; Lucas Jane E., et al., 'Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR); A state-of-the-art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival', UNICEF New York and UNICEF Nairobi, 2005.

南アフリカ：早期における乳児診断の拡大普及によって、子どもたちの命を救う

Dorrington, Rob, et al., *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National and provincial indicators for 2006*, Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa, Cape Town, 2006; Department of Health (South Africa), 'South African National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa 2006', Pretoria, 2007, 0.22.

シエラレオネ：統一された計画が、世界で最も高い妊産婦および子どもの死亡率の削減に希望をもたらす

UNICEF reporting.

内戦下の子どもたちの生存を助ける

UNICEF reporting.

第2章

- ¹ International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: Scaling up poverty reduction', A Global Learning Process and Conference in Shanghai, 25-27 May 2004, case study summaries, World Bank, Washington, D.C., 2004, pp.147-148.
- ² Claeson, Marian, and Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, no.10, 2000, p.1235.
- ³ Armstrong Schellenberg, Joanna R. M., et al., 'Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania.' *The Lancet*, vol. 364, no.9445, 30 Oct., 2004, p.1583.
- ⁴ Lucas, Jane E., et al., 'Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern

Africa Region (ESAR): A state of the art review of the human rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival', UNICEF New York and UNICEF Nairobi, 2005, p.86.

- ⁵ Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', submitted to UNICEF and the Canadian International Development Agency, 15 Jan. 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ASCD), presented to the 2nd Global Immunization Meeting, New York, 13-15 Feb. 2007; United Nations Children's Fund, *Accelerated Child Survival and Development in Ghana*, UNICEF Ghana, March 2005, pp.1-2.

第2章 パネル

目標達成のための方法を見つけたエリトリア
UNICEF reporting.

国の保健計画改善と調和化

World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, African Development Bank, World Bank, 'Harmonization for Health in Africa (HHA): An Action framework', 2007.

第3章

- ¹ United Nations Children's Fund and Roll Back Malaria, *Malaria and Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, 2007, p.23.
- ² Save the Children, *State of the World's Mothers 2006: Saving the Lives of Mothers and Newborns*, Save the Children, London, 2006, p.10.
- ³ Ibid., p.19.
- ⁴ United Nations World Food Programme, 'Fortifying food in the field to boost nutrition: Case studies from Afghanistan, Angola and Zambia,' WFP, Rome, 2006, p.4.
- ⁵ Seidel, R., 'Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival interventions,' Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Academy for Education Development, with support from UNICEF, 2005, p.11.
- ⁶ Ibid., p.14.
- ⁷ Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we

参考文献

- save?’, *The Lancet*, vol.365, 12 March 2005, pp.977-988, and Seidel, Renata., ‘Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival interventions’, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Academy for Education Development, with support from UNICEF, 2005, p.15.
- ⁸ United Nations Children’s Fund, *Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5*, UNICEF, New York, September 2006, p.2.
- ⁹ Ibid., p.3.
- ¹⁰ Ibid., pp.2, 3.
- ¹¹ United Nations Development Programme, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, UNDP, London, 2005, p.34.
- ¹² Bryce, J., et al., ‘Reducing Child Mortality: Can public health deliver?’, *The Lancet*, vol. 362, 12 July 2003, p.162.
- ¹³ Soumare, Alice and Mary Catlin, ‘Evaluation of GAVI immunization Services Support Funding Case Study: Mali,’ Global Alliance for Vaccine and Immunization, June 2004, p.4.
- ¹⁴ United Nations Children’s Fund, World Bank and World Health Organization, ‘A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child Survival in Africa,’ draft report prepared on request of the African Union, 2006, p.25.
- ¹⁵ Ibid., p.26.
- ¹⁶ Wagstaff, A., and Claeson, M., ‘The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges’, World Bank, Washington, D.C., 2004, p.132.
- 第3章 パネル**
- エチオピア、マラウイおよびスーダンの栄養分野におけるコミュニティ・パートナーシップ**
- Collins, Steve, et al., ‘Management of severe acute malnutrition in children’ *The Lancet*, vol. 368, no.9551, 2 December 2006, p.1992; Collins, Steve, et al., ‘Key issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition,’ World Health Organization Technical Background Paper, November 2005, Geneva.
- ガンビア、モロッコおよびガーナ：予防接種サービスの拡大で子どもの生命を守る**
- Center for Global Development, ‘Preventing Hib Disease in Chile and the Gambia’ Case 20, CGD, Washington, D.C., pp. 5-6; United Nations Children’s Fund, *The State of the World’s Children 2008*, UNICEF, New York, December 2007; World Health Organization, ‘Weekly epidemiological record’, no. 39, WHO, Geneva, 27 September 2002, pp. 325-328:
- UNICEF and World Health Organization, *Immunization Summary: The 2007 Edition*, UNICEF-WHO, New York, 2007; Naimoli, Joseph F, et al., *Benchmarking Immunization Program Performance in the Africa Region*, World Bank, Washington, E.C., May 2005; United Nations Children’s Fund, *The Situation of Moroccan Children: Analysis based on a human right-based approach*, UNICEF, New York, 2007; World Health Organization, Ghana, ‘Bringing Immunization Services Closer to Communities: The Reaching Every District experience in Ghana,’ WHO, Ghana, 2005.
- ガーナとマラウイ：安全な水とトイレ・下水施設へのアクセスを改善**
- United Nations Development Programme, *Human Development Report 2006*, UNDP, New York, 2006, p.103; Lane, J., ‘Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas’; *Annual Report 2006*, Water for People, Denver, 2007, p.19.
- トーゴ：子どもの生存率を改善加速させるための保健サービスを統合する**
- Takpa, V., et al., ‘Distribution of Insecticide-Treated Bednets During an Integrated Nationwide Immunization Campaign—Togo, West Africa, December 2004,’ *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol.54, no.39, 7 October, 2005, p.994.
- コミュニティによるケアによりニジェールの子どもの生存率が急増**
- Republic Niger, National Health Information System, Health Statistics Compendium 2005, Niamey, 2005; Republic of Niger, Ministry of Public Health, Madarounfa Health District, *Health Data 2006 and Madarounfa 2006 Health Posts activity report*; Demographic and Health Survey and Multiple Indicator Cluster Survey, National Statistics Institute, Niamey, Niger, 2006; *Community IMCI implementation by Traditional Birth Attendant and Community Health Worker ion Madarounfa and Matameye Health Districts, Republic of Niger, Progress report*, Action for West Africa—Reproductive Health (AWARE-RH), UNICEF and Ministry of Health, Niamey, February 2007; Republic of Niger, Office of the Prime Minister, Permanent Secretariat of the Poverty Reduction Strategy, ‘Combating Poverty: A challenge to all’, preparatory document for the Conference on Financing of the Accelerated Development and Poverty Reduction Strategy, Brussels, 25-26 October 2007.
- 第4章**
- ¹ United Nations Children’s Fund, World Bank and World Health Organization, ‘A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa’, draft report prepared on request of the African Union, 2006, pp.4-5, 10-11.
- ² Lawn, Joy, and Kate Kerber, editor’s *Opportunities for Africa’s Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Geneva, 2006, pp.3, 5.
- ³ United Nations Children’ Fund, World Bank and World Health Organization, ‘A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival; in Africa’, draft report prepared on request of the African Union, 2006, pp.5-6.
- ⁴ Ibid., p.24.
- ⁵ Ibid., pp 24-28.
- ⁶ Mills, Anne, Fauzia Rasheed and Stephen Tollman, ‘Strengthening Health Systems’, Chapter 3, in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p.101.
- ⁷ Ibid., p.90.
- ⁸ Haines, Andy, et al., ‘Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers’, *The Lancet*, vol., 369, no.9579, 23 June 2007, p.2121.
- ⁹ Powell-Jackson, Timothy, et al., ‘Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health’, *The Lancet*, vol. 368, no. 9541, September 2006, p.25.
- ¹⁰ United Nations Children’s Fund, World Bank and World Health Organization, ‘A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa’, draft report prepared on request of the African Union, 2006.
- ¹¹ World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 21-22.
- ¹² Ibid., pp.25-30.
- ¹³ Bodart, Claude, ‘The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso’, *Health Policy and Planning*, vol., 16, no.1, March 2001, p.74.
- ¹⁴ World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p.33.
- ¹⁵ Mills, Anne, Fauzia Rasheed and Stephen Tollman, ‘Strengthening Health Systems’, Chapter 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dan T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p.91.

第4章 パネル

アンゴラにおいて子どもたちを「絶対的優先課題」にする

World Health Organization, United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund, 'Accelerating Child Survival and Development Investment Plan: Revitalizing Angola's primary health services to achieve the health-related Millennium Development Goals—A development investment plan 2007-2013, Phase One: 2007-2009', Luanda, 2007.

専門技能を持った保健医療従事者の確保と訓練という問題

United Nations Children's Fund, 'Community Health Workers for Africa: An urgent need', UNICEF paper for the Earth Institute Meeting on Human Resource Crisis, Safari Park Hotel, Nairobi, Kenya, 30-31 May 2007; World Health Organization, 'The global shortage of health workers and its impact', WHO, Fact Sheet No. 310, April 2006; World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006.

エジプト：幼い命を救う簡単な方法

United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, December 2007, p.56; Levine, Ruth, 'Preventing Diarrheal Death in Egypt', Chapter 8, *Case Studies in Global Health: Millions saved*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007.

サハラ以南のアフリカにおける、子どもの生存その他の保健に関するミレニアム開発目標への投資例

United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', draft prepared on request of the African Union, 2006, pp. 5-6, 38-43.

第5章

¹ United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, June 2007, p.29.

² Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet*,

vol. 365, 26 March 2005, pp. 1189-97.

³ Buse, Kent, and Andrew M. Harmer, 'Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential', *Social Science & Medicine*, vol. 64, no.2, January 2007, pp. 259-271.

第5章 パネル

グッド・ガバナンスがアフリカの子どもたちにとって素晴らしい意味を持つのはなぜか
ジョアキン・アルベルト・チサノ元モザンビーク大統領による寄稿。

保健サービスの改善に携帯電話を活用する

Study conducted by Vodaphone and supported by Centre for Economic Policy Research, quoted in BBC News: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/4331863.stm>; '4 examples for innovative mobile phone use in Africa', from Crisscrossed, (www.crisscrossed.net/2007/08/29/4-examples-for-innovative-mobile-phone-use-in-africa/), 29 August 2007; 'Dialling for health in Africa', by Manasee Wagh, in *Biotech 360* (undated); www.biotech360.com/biotechArticleDisplay.jsp?biotechArticle=100006.



コートジボワール：栄養不良の子どもに栄養補助食品を配給

統計⁺

指標	サハラ以南の アフリカ ^a	東部・南部 アフリカ ^b	西部・中部 アフリカ	北アフリカ ^c	世界全体
人口統計指標					
総人口（単位 1000 人）2006 年	787,412	408,886	378,526	154,624	6,577,236
18 歳未満の人口（単位 1000 人）2006 年	394,112	201,297	192,815	57,647	2,212,024
5 歳未満の人口（単位 1000 人）2006 年	130,842	65,785	65,057	16,324	625,781
生存					
出生時の平均余命（2006 年）	51	51	50	71	68
新生児死亡率（28 日未満）出生千対（2000 年）	44	39	48	20	30
乳児死亡率（1 歳未満）出生千対（2006 年）	94	81	107	30	49
5 歳未満児死亡率 出生千対（2006 年）	157	128	186	35	72
5 歳未満児死亡率 年間平均削減率（1990–2006 年）	1.0	1.4	0.7	5.3	1.6
妊産婦死亡率 出生十萬対（2005 年調整値）	900	730	1,100	160	400
保健と栄養					
低出生体重児出生率（1999–2006 年*）	15	15	14	12	15
中・重度の低体重児（5 歳未満）の比率（%） （2000–2006 年*）	29	29	28	6	25
改善された水源を利用する人の比率（%）（2004 年）	56	57	55	91	83
都市部	80	85	76	96	95
農村部	42	44	40	86	73
適切な衛生施設を利用する人の比率（%）（2004 年）	37	38	36	77	59
予防接種を受けた 1 歳児の比率（%）（2006 年）					
結核（BCG）	81	84	79	98	87
ジフテリア / 百日咳 / 破傷風（DPT1）	84	86	81	98	89
ジフテリア / 百日咳 / 破傷風（DPT3）	72	78	67	97	79
ポリオ（ポリオ 3）	74	77	70	97	80
はしか	72	75	68	96	80
B 型肝炎（hepB3）	48	58	38	94	60
ヘモフィルス・インフルエンザ（Hib3）	23	33	13	2	22
教育					
小学校の第 1 学年に入学した生徒が第 5 学年に在学 する率（%）（2000–2006 年*）	70	70	71	92	78**
初等教育純出席率（%）（2000–2006 年*）					
男性	64	65	63	94	80
女性	60	65	57	92	78
中等教育純出席率（%）（2000–2006 年*）					
男性	25	20	30	61	50**
女性	22	19	25	59	47**
成人の識字率（%） （15 歳以上を成人とする、2000–2006 年*）					
	58	60	57	68	78

統計[†]

指標	サハラ以南の アフリカ ^a	東部・南部 アフリカ ^b	西部・中部 アフリカ	北アフリカ ^c	世界全体
経済指標					
1人当りのGNI（米ドル、2006年）	849	1,136	553	2,165	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率（%） （1995-2005年*）	43	34	52	3	19
政府支出中の比率（%）（1995-2005年*）					
保健	-	5	-	4	14
教育	-	15	-	19	5
防衛	-	14	-	12	11
世帯当たりの所得の分布（%）（1995-2004年*）					
最下位40%	13	11	16	18	20
最上位20%	55	58	49	45	42
HIV/エイズ					
成人の有病率（15-49歳、2007年末時点）	5.0 ^d	8.6 ^{d,e}	3.5 ^e	-	0.8
HIV/エイズとともに生きる人（全年齢）の推定数 （2007年）（単位1000人）	22,500 ^d	17,500 ^{d,e}	6,900 ^e	-	33,200
HIV/エイズとともに生きる子ども（0-14歳）の 推定数（2007年）（単位1000人）	2,000 ^{d,e}	1,400 ^{d,e}	650 ^e	-	2,100
エイズにより孤児となった子ども（0-17歳）の 推定数（2007年）（単位1000人）	11,400 ^d	8,700 ^{d,e}	3,300 ^e	-	15,200 ^e
子どもの保護					
出生登録（%）（1999-2005年*） [◇]					
都市部	54	46	58	-	-
農村部	29	23	35	-	-
児童婚（%）（1987-2006年*）					
都市部	24	20	27	10	-
農村部	47	43	53	17	-
児童労働（5-14歳）（%）（1999-2006年*）					
男性	34	35	33	9	-
女性	32	31	34	6	-
女性					
成人の識字率（対男性比%） （2000-2006年*）	72	75	70	71	86
出産前のケアが行われている率（%） （2000-2006年*）	69	70	67	75	75
専門技術者が付き添う出産の比率（%） （2000-2006年*）	45	44	46	77	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険（2005年）（1/n）	22	30	17	210	92

注記：

* ユニセフの標準地域分類の統計、データに関する注記は「2008年世界子供白書」109-153ページを参照。

* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

a ジブチとスーダンを含む

b ジブチとスーダンを含む

c アルジェリア、エジプト、リビア、モロッコ、チュニジアを含む。

d ジブチとスーダンを除く。

e 2007年のHIVとエイズのデータは、HIV/AIDSに関する国連共同エイズプログラムが2007年11月に発表した「2007 AIDS Epidemic Update」から抜粋。ここで報告されているが、「2007 AIDS Epidemic Update」の数字と一致しない指標は2005年のものであり、ユニセフの「2008年世界子供白書」129ページに発表されている数字と一致する。

◇ 出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものをもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1998-2006年の期間で計算されており、詳細は www.childinfo.org/areas/birthregistration を参照。

For every child
Health, Education, Equality, Protection
ADVANCE HUMANITY

UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office

P.O. Box 44145-00100

Nairobi, Kenya

Telephone: 254-20-762-1234

E-mail: unicefesaro@unicef.org

UNICEF West and Central Africa Regional Office

P.O. Box 29270 Yoff

Dakar, Senegal

Telephone: 221-33-869-5858

E-mail: wcaro@unicef.org

UNICEF Middle East and North Africa Regional Office

P.O. Box 1551

Amman 11821, Jordan

Telephone: 962-6-553-9997/962-6-550-2400

E-mail: menaro@unicef.org

ISBN: 978-92-806-4247-6

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
May 2008