



子どもは誰も健康的な生活を送る権利を持っている。写真はマラウイにある「コミュニティ子どもセンター」の子どもたち。

要約

子どもの死亡率は国の開発の度合いを教えてくれる敏感な指標であり、国が何を優先し、どんなものに価値を置いているかの明らかな証拠となる。子どもとその母親の健康に投資することは、人権上必須であるばかりでなく、経済的にも健全な意思決定であり、国をより良い方向に導くための最も確かな方法のひとつである。

1990年以来、子どもの生存率と健康の改善の面では、最も貧しい国々の中でさえ、目覚ましい進歩が見られる。それでも、ミレニアム開発目標4（MDG 4）——1990年から2015年までの間に5歳未満児の死亡率を3分の2減らす——を達成するにはさらに努力を要する。この目標を達成するのは不可能ではないが、相当の困難があることは

確かである。

この目標を達成するためには、2006年現在、年間970万人となっている子どもの死亡数を2015年までに約400万人に減らす必要がある。これを達成するには多方面で努力を加速しなければならない。具体的には、貧困と飢餓の削減（MDG 1）、母子保健の改善（MDG 5）、HIV/エイズ、マラリア、そのほかの主要疾病との闘い（MDG 6）、改善された飲み水と衛生施設の利用率の向上（MDG 7）、手が届く値段の必須医薬品を持続可能な形で提供すること（MDG 8）である。また、最も貧しく、最も周縁化されたコミュニティにまでこれらのサービスを届けるための戦略の見直しも必要となる。

ここ数十年の間に、子どもの死亡数

を削減するという点で目覚ましい進展を達成した開発途上国が多数あることは、希望の光を与えてくれる。子どもの死亡の原因、そしてその解決法はすでによく知られている。何百万人もの子どもの命を救える可能性を持った、簡単でありながら信頼でき、費用面でも手ごろな方法はすぐにでも利用できる。課題は、これらの対応策が、妊産婦、新生児および子どもを対象とする継続的な保健ケアを通じて、今まで見過ごされてきた何百万人もの子どもと家族に提供されるようにすることである。

子どもの生存：現状

現在の状況

命はどれほどの価値があるのだろうか？ 私たちの多くは、たくさんの犠牲を払ってでも、ひとりの子どもの命を救うために必死になる。それでも、世界的な規模で考えると、優先すべきことが曖昧となったようだ。毎日、平均、26,000人を超える5歳未満の子どもの命が世界で失われているが、そのほとんどは予防可能な原因で命をなくしているのである。そのほぼ全員が、開発途上国——厳密に言えば60の開発途上国——に住んでいる。このうち3分の1以上の子どもの命が生後1カ月の内に命を失う。それも自宅で、命を救ってくれたかもしれない必須保健サービスと基本物資を利用できずに亡くなっている。先進国ではもはや生命の脅威となくなった呼吸器感染症や下痢性疾患、あるいははしかのようにワクチンで簡単に防ぐことができる小児期の病気で命を落とす子どももいる。5歳未満児の死因の50%には、成長と発達に必要な栄養素を幼児の身体と頭から奪ってしまう栄養不良が関係している。安全でない飲み水、粗末なトイレ、不適切な衛生状態も、子どもの死亡や病気を助長している。

2006年——きちんとした推定値が出せる直近の統計年度——には、970万人近い子どもたちが5歳の誕生日を迎えることができずに命を失った。数値こそ違うものの、問題自体は、ユニセフが25年前に打ち出した「子ども生存革命」当時に劣らず深刻である。開発関係者が子どもの生存に関連して現在焦点を合わせているのはミレニアム開

発目標4（MDG 4）であり、これは1990～2015年の間に5歳未満児の死亡率を世界全体で3分の2減らすというものである。1990年の子どもの死亡数は絶対数にして約1,300万人だった。MDG 4を達成するということは、これから7年の間にそれを半分——1日13,000人未満、あるいは年間500万人未満——に減らすということである¹。

課題の大きさを侮ってはならない。世界は、2008年から2015年までの間に、子どもの死亡数を、1990年から2008年までに削減した以上の割合で少なくしなければならないのである（7ページの図1.6を参照）。それにも増して、努力のほとんどを一番難しい状況や条件に注ぎ込まなければならない。つまり、最も貧しい国々で、最も貧しく、孤立しており、教育がいきわたっていない、周縁化された地区やコミュニティで、そしてエイズや紛争、弱体化した統治体制、公的保健システムや物理的インフラへの慢性的な投資不足のために荒れ果てている国々でこそ、取り組みを進めなければならないのである。

いつもと同じようなことをやっているだけでは、子どもを対象とした保健関連のミレニアム開発目標を達成するには十分ではない。これは、保健関連のほとんどのMDGについてはるかに遅れをとっているサハラ以南のアフリカ諸国についてはもちろんのこと、南アジアのいくつかの国々、開発途上国のその他の国々全体についても、目に見えて明らかである。このままの傾向が続くなら、2015年になっても、MDG 4が達成されさえすれば救えるはずの

430万人の子どもの命が失われることになる（2ページの図1.1を参照）。

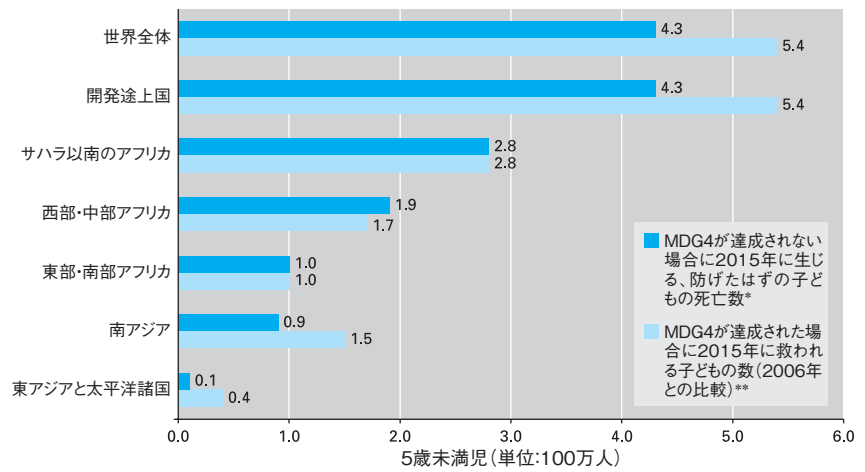
子どもの問題を国際的な課題の中心に位置づける必要性を明確にするため、『世界子供白書2008』は、1980年代初頭に白書が初めて発行された頃のテーマに立ち戻る。当時も今と同じように、ユニセフとそのパートナーたちは、目標としたある時期までに子どもの死亡数をほぼ半減させたいと切望した。当時も今と同じように、ユニセフは、子どもの死亡率を低減し、子どもの健康を改善するために、簡単で効果があり、低コストで、かつ実地的な解決策と戦略を提案した。そして今も当時と同じように、ユニセフは、生活のあらゆる方面に関わる人たち——宗教的指導者から親善大使まで、市長から国家元首まで、スポーツ関係者から議員まで、職能団体から労働組合まで——に、子どもの生存と発達を訴える運動に加わるよう促している。

ユニセフは、1980年代にはひとり荒野を切り拓いている感がしばしばあったが、今日では状況は一変し、同様の憂慮を感じているより大きな開発コミュニティの一員として子どもの生存のために闘っている。ここ20年の間に培われてきたパートナーシップは、子ども生存革命の初期の構想者たちが認識していたよりもさらに複雑な組織的・社会文化的変革を要する諸問題に対応するうえで必須なものであることが明らかになりつつある。『世界子供白書2008』は、こうしたパートナーシップから生まれた成果と共に、子どもの生存と保健に関わるここ数十年間の経験

やアプローチから得られた結果について概観する。

本白書ではまず、子どもの生存と子どもの基礎保健ケアの状況を、特に子どもの死亡率の推移を重視しながら検討していく。次に、子どもの生存をめぐる過去100年間の失敗と成功を評価する。白書の中心は、現在必須サービスから排除されている母親、新生児および子どもたちに手を差し伸べる上で最も成果を上げられそうなくつかのアプローチ——コミュニティ・パートナーシップ、継続的なケアの枠組み、結果を出すための保健システムの強化——を検討することである。これらのアプローチが成功した国や地域の例に焦点を絞り、その拡大にあたっての主な課題は何かを追求することによって、白書では前進をさらに促進するための実践的な方法を提示する。

図1.1 ミレニアム開発目標（MDG 4）を達成することで得られる恩恵と、目標を達成できなかった場合の代償



* 5歳未満児死亡率の年間削減率が現状のままの場合に2015年に生じる、防げたはずの5歳未満児の死亡数。

** 2006年と比較して、2015年の1年間で避けられる5歳未満児の死亡数。MDG 4が達成され、1990年の5歳未満児死亡率が3分の2低減された場合を想定。

出典：本書114と150ページに掲載されている統計表1および10をもとにしたユニセフの推定値。

5歳未満児死亡率：子どもの健康を測るためになくてはならない判断基準

U5MRという略語、あるいは単純に「乳幼児死亡率」として知られることが多い「5歳未満児死亡率」は、現在の死亡率がそのまま続くと仮定した場合に、出生から5歳の誕生日を迎えるまでの間に子どもが死亡する確率を、出生1,000人あたりの数字で表したものである。これは子どもの福祉全般、あるいは特に子どもの健康のバロメーターとして、いくつかの利点を有している。

まず、これは、ひとりあたりの摂取可能カロリーや1,000人あたりの医師の数のような、いずれも目標を達成するための手段である「インプット」を示すものではなく、開発プロセスの「成果」を示すものである。

第二に、U5MRは多種多様なインプットの結果であることが知られている。とりわけ、妊産婦の栄養状態と保健知識、予防接種やORT（経口補水療法）の普及水準、母子保健サービス（出産前ケアを含む）の利用可能性、家族の所得と食料の入手可能性、安全な飲み

水と基礎的な衛生施設の利用可能性、そして子どもの環境の全般的安全性が関連していることがわかっている。

第3に、U5MRは、例えばひとりあたりの国民総所得（ひとりあたりのGNI）などよりも、平均化の誤謬の影響を受けにくい。これは、人為的な尺度ではお金持ちの子どもに1,000倍の収入があるとしても、自然の尺度ではその子の生存率が1,000倍高まるわけではないからである。言い換えれば、少数の富裕層が国全体のU5MRに影響を与えることははるかに難しく、それゆえに、U5MRは大多数の子ども（そして社会全体の）健康状態を、完璧とは言えないまでも、より正確に把握できるということである。

参考文献は104ページを参照。

子どもの生存が大切なわけ

幼い子どもの健康に投資するのはなぜか。ひとりの子どもの死亡でさえ痛みと苦悩を引き起こすものだが、それ以外にも多くの理由がある。乳幼児から基礎保健ケアを剥奪し、成長と発達に必要な栄養素を与えないのは、子どもたちの人生をだいなしにするようなものである。しかし、子どもたちがしっかり栄養をとってケアを受け、安全で刺激のある環境で育つことができれば、生存の確率は高まり、病気や疾患にかかりにくくなり、思考、言語、感情、社会的スキルを十分に発達させやすくなる。学校に入っても成功する可能性が高い。そして、後の人生において、社会の創造的かつ生産的なメンバーのひとりとなる可能性も高まるのである。

子どもに投資するのは、経済的な観点から見ても賢明なことである。世界銀行によると、予防接種とビタミンAの補給は、今日存在する公衆衛生対策と

しては最も費用対効果の高い方法だとされている。ビタミンAの摂取状況を改善できれば、子どもの病気への抵抗力を高め、子どもの死亡率を低減することができる²。わずかな費用で、ビタミンAの欠乏と死につながりかねない多くの病気——ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、はしか、子どもの結核、B型肝炎、そして肺炎や髄膜炎の主要な原因となるHib（ヘモフィルス・インフルエンザb型菌）——から子どもを守ることができるのである³。低価格の抗生物質であるコトリモクサゾールをHIV陽性の子どもに投与すると、日和見感染による死亡を劇的に削減することができる。

子どもの健康と生存を改善することは、いっそうバランスのとれた人口動態を促進することにもつながりうる。親たちは、子どもたちが命を落とさなくて済むとわかれば、それほど子どもを産まなくなり、今育てている子どもたちにより良いケアを提供するように

なる可能性が高い。そして国も、子どもひとりあたりに投資する額を増やすことができるようになるのである⁴。

妊産婦と子どもの死亡の根本的・構造的な原因

妊産婦、新生児、5歳未満児の死亡と栄養不良には、共通する多くの構造的・根本的原因がある。

- 十分な資源が配分されておらず、対応が鈍く、文化的に不適切な保健・栄養サービス
- 不安定な食料事情
- 不適切な授乳・食事の与え方
- 不衛生な状態、安全な飲み水と適切な衛生施設（トイレ）へのアクセスの欠如
- 女性の非識字
- 若年での妊娠
- 貧困や地理的・政治的周縁化により、母親や子どもが必須の保健・栄養サービスを受けようとするときに直面する差別と排除

これらの結果、毎年、失われずに済むはずの何百万もの命が失われている。これらの要素は多種多様であり、互いに関連しているため、その解決のためには、さまざまなレベル——コミュニティ、家庭、サービス

の提供者、政府、国際社会——で、効果と範囲が最大になるよう総合的なやり方で対応しなければならない。

これらの障害要因——特に、妊産婦、新生児および子どもの死亡の直接的原因と関連した要因——の解決策は、すでによく知られている。必要な支援策は、子どもを対象とした基礎保健ケア・サービスを、パッケージの形で、妊娠期、出産時および出産後にまたがる継続的なケアの一環として提供し、人生のきわめて重要な時期である幼少期のケアにつなげていくことである（*継続的な保健ケアの詳しい定義は17ページのパネルを参照*）。

参考文献は104ページを参照。

新生児の生存

1990年代の半ばから終わりまで、新生児期（出生1カ月以内）に起きる子どもの死亡数の推計は、特定の調査ではなく、大まかな歴史的データから導き出されていた。新生児の死亡に関するより正確な推計値は、1995年と2000年に、信頼できる世帯調査のデータがとれるようになって初めて出てきたものである。これらのデータの分析から、以前の推計値は、問題の大きさをはるかに過小評価していたことがわかった。新生児死亡率は世界全体で1980年以来わずかに低減されたものの、5歳未満児死亡率より削減率が鈍かったために、相対的には新生児死亡率はるかに重要になってきている。1980年から2000年にかけて、出生1カ月以内の死亡数は4分の1減少したが、出生1カ月から5年にかけての死亡数は3分の1も減少していたのである。

最新のデータによると、毎年400万人の赤ん坊が出生1カ月以内に命を失い、うち半数が最初の24時間以内に命を失っている。出生1カ月までの時点よりも最初の1日で命を落とす確率が約500倍も高いのである。新生児の死亡は、5歳未満児の死亡総数のほぼ40%を占め、乳児（1歳未満）の死亡数の60%近くを占めている。新生児の死亡が一番多いのは、絶対数で見れば南アジアで、世界の死亡総数の4分の1がインドに集中している。しかし国別の新生児死亡率はサハラ以南のアフリカで一番高い。これらの死亡に共通す

る要因は母親の健康状態である。毎年50万人以上が出産中に、あるいは妊娠中の合併症のために命を落としている。出産の際に母親が死亡した場合、その子どもは母親が死なずに済んだ子どもよりも、出生1年以内で命を落とす可能性はるかに高いのである。

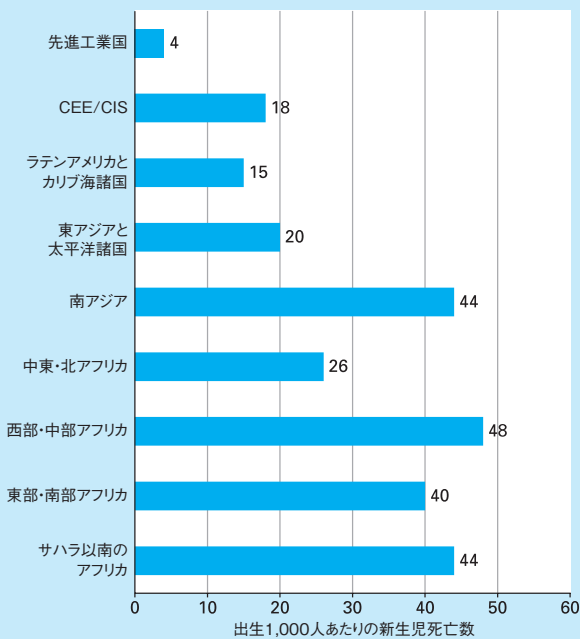
これらの数値でさえも、新生児期に子どもの健康を脅かす問題の大きさを正確には反映していない。例えば、新生児仮死を何とか生き延びた子どものうち毎年100万人以上が、後に脳性まひ、学習困難その他の障害のような問題を有するようになっていく。新生児ひとり死亡するごとに、他の20人の新生児が分娩損傷、早産を原因とする合併症、その他の新生児疾患に苦しんでいるのである。

早期新生児期の問題を大きく改善できるかどうかは、母親と赤ん坊に対して提供される、出産前、出産時および出産直後の必須支援策次第である。2000～2006年の最新の推定値によると、開発途上国では現在、妊産婦の4人にひとりには専門技能を有する保健医療従事者（医師、看護師、助産師）の訪問を一度も受けることなく出産に至っており、専門技能を有する者が立ち会う出産も59%にとどまっている。また、保健施設での出産は50%をわずかに上回るのみである。

新生児の死亡を防ぐことは、子どもの死亡率を低減するために極めて重要である。2005年に発行された、英国の医学雑誌『ザ・ランセット』（*The Lancet*）の「新生児生存シリーズ」（Neonatal Survival Series）は、アウトリーチ活動、家庭・コミュニティおよび施設を基盤とする診療ケアを通じ、継続的な（出産前・出産時・出産後にまたがった）新生児期ケアの形で提供される、効果が立証済みで費用対効果も高い諸支援策をパッケージ化し、高い普及率（90%）を実現できれば、毎年、400万件の新生児の死亡のうち300万件を防ぐことができるかと推定している。専門技能を有する者によるケアを広げることも不可欠だが、「新生児生存シリーズ」は、コミュニティの中で実践することによって、生まれてきた子どもの40%近くを救うことができる、応急処置の重要性を強調している。HIVの母子感染を防止するプログラムの拡大も重要である。

新生児の命を守るために必要な行動としては、^{エビデンス} 証拠に基づいた成果志向の計画（最貧層にサービスを提供できるような具体的戦略を伴ったもの）を国レベルで策定すること、資金拠出額を増やすこと、新生児死亡率の削減目標について合意を確立すること、国際的レベルで活動する関係者間のいっそうの調和と説明責任を促進することなどがある。

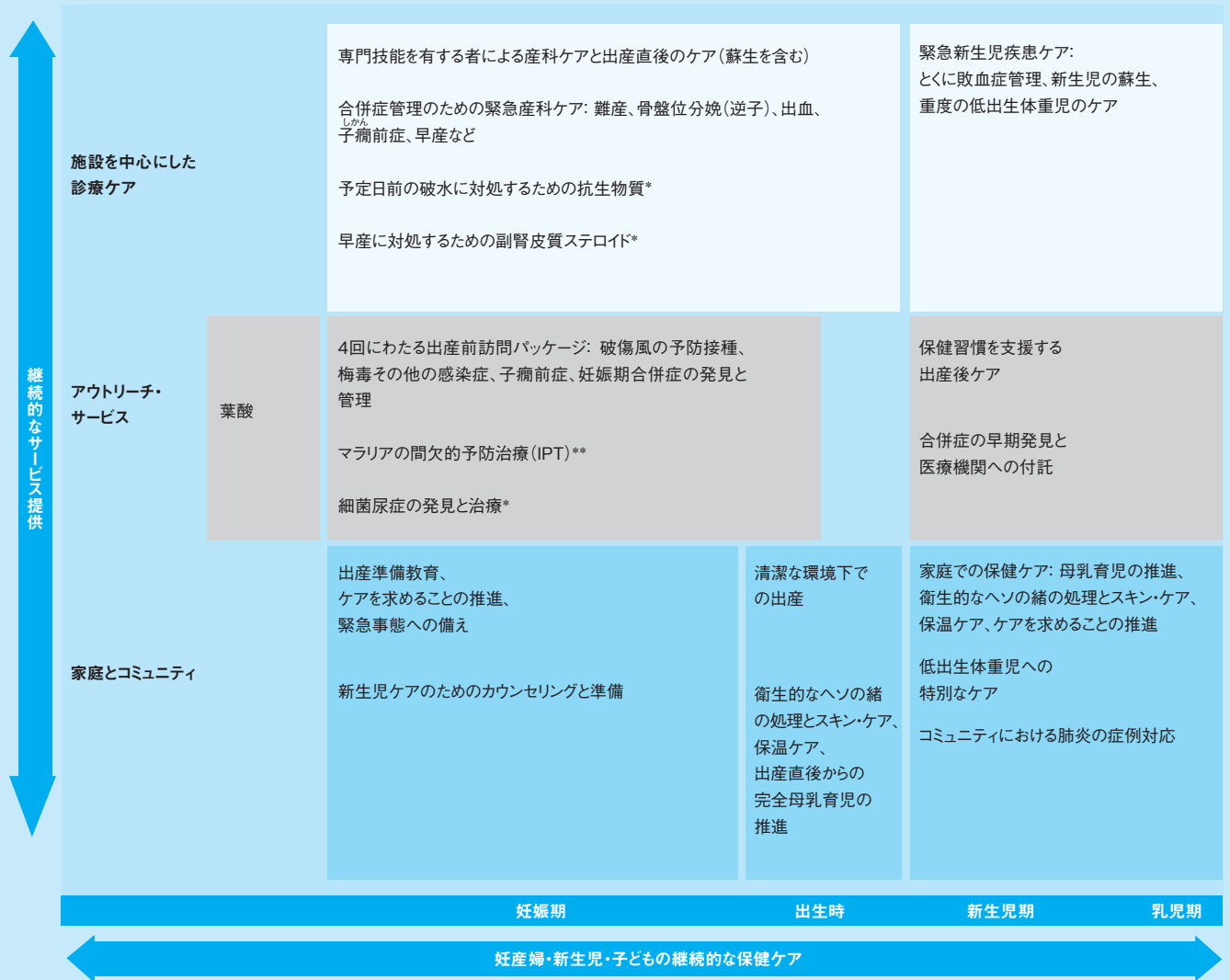
図1.2 世界の新生児死亡率、2000年



出典：WHO（世界保健機関）。人口動態統計システムと世帯調査を用いたデータ。2000年の新生児死亡率の国別・地域別データは114ページの統計表1を参照。

図 1.3

継続的な母子保健ケアで用いられる、新生児の命を救うための簡便かつ効果が高い支援策



* 保健システムがより整っており、死亡率もより低い場合の追加的支援策。
** マラリアの有病率が高い地域など一定の場合に必要な、状況に応じた支援策。

注記: この図には、新生児死亡率の低減に関して有効性が証明されている16の支援策を掲げてある。この時期に実施される重要な支援策はほかにもあるが、その主要な効果が新生児死亡率に関連しないことから (例えば、HIVの母子感染の予防)、ここには掲載していない。ここに掲げた支援策の一部については、状況によってサービスの提供モードが変わる可能性もある。

出典: The Lancet Series Team, 'The Lancet Series on Neonatal Health Executive Summary', The Lancet, 3 March, 2005, p. 3.

参考文献は104ページを参照。



© UNICEF/HO04-0675/Giacomo Pirozzi

予防接種と微量栄養素の補給は、疾病から子どもたちを守る費用対効果の高い方法である。ビタミンAの投与を受ける男の子（タジキスタン）。

数字

現在の子どもの年間死亡数は、子どもの年間死亡数が初めて記録として残された1960年に比べるとはるかに少ない。事実、過去46年の間に子どもの年間死亡数は半減し、1960年には約2,000万件だったものが2006年には1,000万件を切った。最近では、子どもの生存の面で、重要な、そして時には顕著な前進の事例が見られる。多くの障害——特に大きいのは東部・南部アフリカでのエイズの脅威と死亡率の高い国々での国内紛争——があるものの、1990年以来、世界全体では子どもの死亡率は着々と下がっている。2006年の死亡率は出生1,000人あたり72人と推定されており、1990年当時と比べて23%低下した。

多くの地域で、1990年以来の子どもの死亡率の低減には目を見張るものが

ある。東アジアと太平洋地域、中部・東部ヨーロッパ、CEE/CIS（独立国家共同体）、ラテンアメリカとカリブ海諸国では子どもの死亡率がほぼ半減し、これらの地域ごとの5歳未満児死亡率は、2006年の段階で出生1,000人あたり30人未満となった。先進工業国の子どもの平均死亡率の低さ（2006年の段階で出生1,000人あたり6人）に追いつくためにはさらなる前進が必要だが、この3つの地域では、5歳になる前に命を落とす子どもの数は今では約36人にひとりにまで減っている。

ほかの地域は遅れをとっている。中東と北アフリカは、死亡率の低減という点では着実に前進しているが、5歳未満児死亡率は2006年の段階で依然として1,000人あたり46人であり、22人にひとりの子どもが5歳になる前に命を落としていることになる。南アジアも前進しているが、5歳未満児の死亡

図 1.4 1990年から2006年にかけて世界の子どもの死亡率は4分の1近く低下した

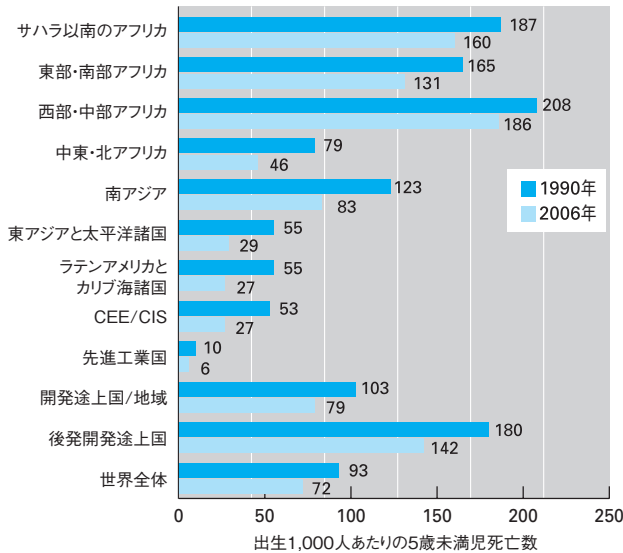
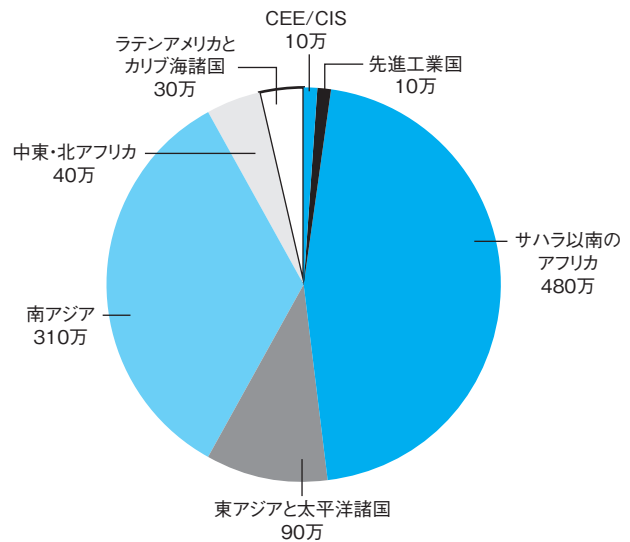


図 1.5 2006年に5歳未満で命を失った子どもの数は1,000万を下回った



出典：UNICEF, World Health Organization, United Nations Population Division and United Nations Statistics Division. 国別・地域別のデータは114ページおよび150ページの統計表1と10を参照のこと。

数は全地域中2番目に多く、世界全体の32%を占めている。5歳未満で死亡する南アジアの子どもの数は、1990年には8人にひとりであったが、2006年には12人にひとりの割合に減った。

サハラ以南のアフリカは依然として最大の課題を抱えた地域である。これまでのところ子どもの死亡率が一番高い——平均すると6人にひとりが5歳未満で命を落としている——ばかりでなく、地域全体で見れば1990年以降の前進が最も遅い地域で、かろうじて、1990年から2006年の間に子どもの死亡率をわずか14%低減できたにすぎない。この地域の多くの国々では、いまだに5歳未満児死亡率が上昇している。サハラ以南のアフリカで生まれてくる子どもは世界の子どもの22%にすぎないというのに、2006年には5歳未満児の死亡総数の49%がこの地域で発生していた。

子どもの生存とミレニアム開発目標

世界の半分の地域が、MDG 4に向かって十分な前進を見せていない

子どもの生存について得られた全体的な成果には印象的なものがあるが、MDG 4を達成するのにほぼ十分な成果を得ているとは言えない地域もある。4つの地域は目標達成に向けて順調に進んでいるが、中東・北アフリカ、南アジア、サハラ以南のアフリカ（東部・南部アフリカと西部・中部アフリカのいずれも）では、子どもの死亡率の低減における前進はいまのところ不十分である。

国別に見ていくと、展望はさまざまである。世界的に見た場合、子どもの死亡率について1990～2006年の比較をするのに十分なデータがある191の

国々のうち、ユニセフが目標達成可能であろうと見ている国は129カ国存在する。これらの国々は、5歳未満児死亡率を出生1,000人あたり40人未満に、あるいは1990年以降の年間削減率を3.9%以上にすることに成功しているか、2015年までの子どもの死亡率削減目標をすでに達成している。全体の約18%、すなわち35カ国では、前進はしているものの、MDG 4を完全にかつ期限どおりに達成するのに十分なペースではない。

最も憂慮すべきなのは、1990年以降ほとんど前進のない、あるいは1990年に比べて5歳未満児死亡率に変化がなく、もしくは死亡率が上昇した27の国々である。サハラ以南のアフリカ46カ国のうち、MDG 4達成への道のりを順調に進んでいるのはカボヴェルデ、エリトリア、セーシェルのみであり、半数近くの国々では、1990年以降、子

図 1.6 子どもの死亡率の低減における世界的な前進は、MDG 4を達成するには不十分である*

1990～2006年の5歳未満児死亡率（U5MR）の平均年間削減率（AARR）と、MDG 4を達成するために2007～2015年に必要な平均年間削減率

	5歳未満児死亡率 出生1,000人あたりの 死亡数		5歳未満児死亡率の年間削減率 (AARR)		MDGの達成に向けた前進
	1990	2006	これまでの 削減率 (%) 1990-2006	今後必要な 削減率 (%) 2007-2015	
サハラ以南のアフリカ	187	160	1.0	10.5	前進が不十分
東部・南部アフリカ	165	131	1.4	9.6	前進が不十分
西部・中部アフリカ	208	186	0.7	11.0	前進なし
中東と北アフリカ	79	46	3.4	6.2	前進が不十分
南アジア	123	83	2.5	7.8	前進が不十分
東アジアと太平洋諸国	55	29	4.0	5.1	順調
ラテンアメリカとカリブ海諸国	55	27	4.4	4.3	順調
CEE/CIS	53	27	4.2	4.7	順調
先進工業国/地域	10	6	3.2	6.6	順調
開発途上国/地域	103	79	1.7	9.3	前進が不十分
世界全体	93	72	1.6	9.4	前進が不十分

*MDG 4の達成に向けた前進の評価の結果は、国ごとに次のような基準で分類されている。

【順調】—5歳未満児死亡率が40未満であるか、5歳未満児死亡率が40以上であるが1990～2006年の5歳未満児死亡率年間削減率（AARR）が4.0%以上。

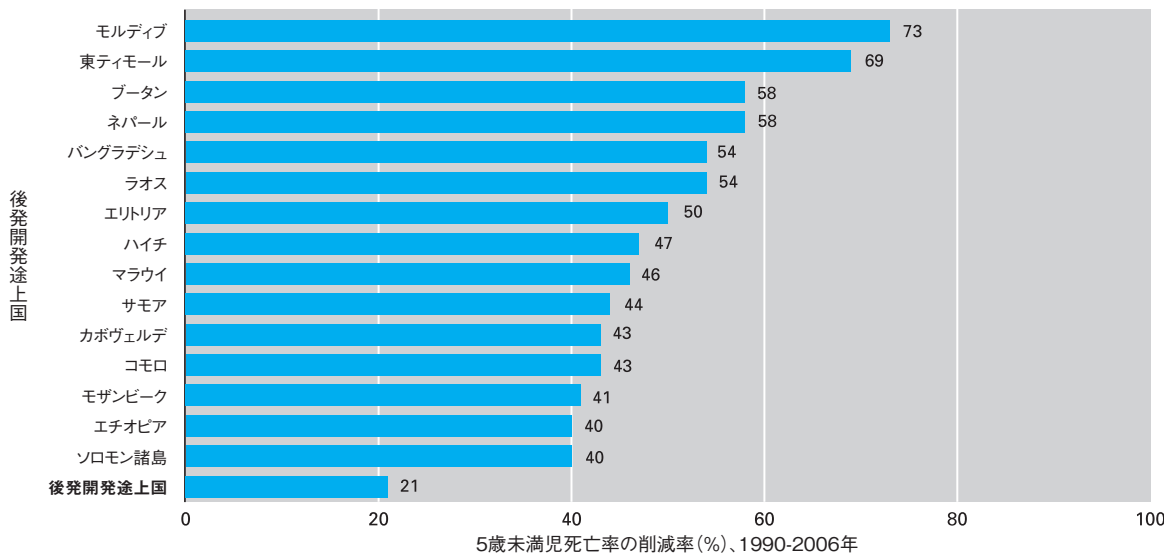
【前進が不十分】—5歳未満児死亡率が40以上で、1990～2006年のAARRが1.0%以上3.9%以下。

【前進なし】—5歳未満児の死亡率が40以上で、1990～2006年のAARRが1.0%未満。

出典：The Interagency Child Mortality Estimation Group の作業をもとにしたユニセフの推定値。

図 1.7

後発開発途上国50カ国の約3分の1が、1990年以来、5歳未満児死亡率を40%以上低減することに成功している



出典：UNICEF, World Health Organization, United Nations Population Division and United Nations Statistics Divisions. 国別・地域別のデータは114ページおよび150ページの統計表1と10を参照のこと。

子どもの死亡の主たる近因

5歳未満の子どもが多数死亡している国や地域はよく知られているし、子どもが幼くして死亡したり健康を害したりする直接の原因も、主要なものについてはすでに十分明らかになっている。

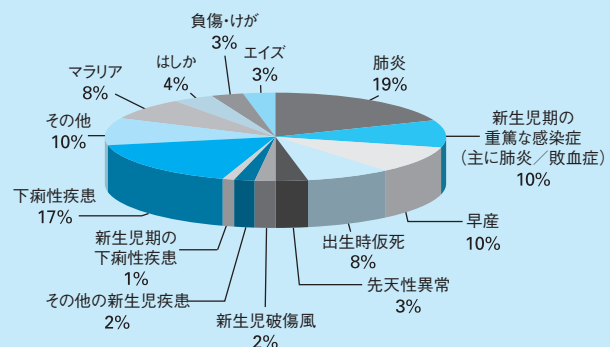
5歳未満児の死亡の約40%は、多様な合併症がもとで新生児期——生後1カ月以内——に発生している(4ページのパネルを参照)。これらの新生児の死亡の約26%——5歳未満児死亡数全体の10%——は重篤な感染症を原因とするものである。これらの感染症の相当の割合は、肺炎と敗血症(細菌による重篤な血液媒介性感染症で、抗生物質による治療を要する)によって占められている。毎年約200万人の5歳未満児——世界全体では5人にひとり——が肺炎により命を失っている。これに加え、肺炎を含む重篤な感染症によって、さらに100万人の乳児が新生児期に命を落としている状態である。1980年代以降前進は見られるものの、下痢性疾患はあいかわらず5歳未満児の死因の17%を占めている。また、マラリア、はしか、エイズを合わせると子どもの死亡の15%を引き起こしている計算になる。

多くの条件と病気が相互作用することにより、子どもの死亡は個々の要因の影響を超えて増加する。栄養不良が関係する子どもの死亡は全体の50%に達して

図 1.8

世界の5歳未満児の死因

栄養不良が関係する5歳未満児の死亡は全体の50%に達する



出典：World Health Organization and UNICEF.

いる。安全でない水、衛生習慣の欠如、不適切な衛生施設(トイレ)は、高い確率で下痢性疾患を引き起こし続けるばかりでなく、肺炎、新生児疾患、栄養不良が原因の5歳未満児の死亡でも重要な助長要因となっている。

参考文献は104ページを参照。

子どもの死亡率がまったく変わらないか上昇している。地域全体としては、1990年から2006年にかけて子どもの死亡率を年平均1%ずつ低減できずにすぎず、MDG 4を達成するには、今後毎年2桁の削減率を示さなければならない⁵。

子どもの生存に関わる課題は国ごとに違い、当然、他の国よりも大きな問題を抱えている国もある。しかしこれまでの顕著な成果を見ると、国がどこにあるかは子どもの命を救うことの障害ではないことがわかる。おそらく最も重要なことは、このような成果が明白な国々は、図1.7でわかるように、世界で最も貧しい国もいくつかあり、また開発途上地域全体に広がっている。これらの成果を見るかぎり、地理的な位置や社会経済的不利益のような障害にも関わらず、顕著な前進は可能である。エビデンス（証拠）、しっかりした戦略、十分な資源、政治的意志、成果志向の姿勢を、子どもの命を守るために意識的に活用するならば、前進することは不可能ではない。

さらに、子どもの死亡と健康に関わる劇的な改善を迅速に実現することは可能である。1990年以降、5歳未満児死亡率を50%低減することに成功した国は60カ国を超える。

図1.9 保健に関するミレニアム開発目標

目標	保健関連のターゲット	保健関連の指標
目標1 極度の貧困と飢餓の撲滅	ターゲット2 2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	低体重の5歳未満児の割合 カロリー消費が必要最低限のレベルに達し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 2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。	5歳未満児の死亡率 乳児死亡率 はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
目標5 妊産婦の健康の改善	ターゲット6 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する。	妊産婦死亡率 医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合
目標6 HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	ターゲット7 HIV/エイズの蔓延を2015年までに食い止め、その後減少させる	15～24歳の妊婦のHIV感染率 避妊具普及率におけるコンドーム使用率
	ターゲット8 マラリアおよびその他の主要な疾病の発生を2015年までに食い止め、その後発生率を減少させる。	マラリア有病率およ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および治療処置を受けている人口の割合 結核の有病率および結核による死亡率 直接監視下短期化学療法（DOTS）の下で発見され、治療された結核患者の割合
目標7 環境の持続可能性確保	ターゲット10 2015年までに、安全な飲料水および基礎的な衛生施設（トイレ）を継続的に利用できる人口の割合を半減する。	改善された水源を継続して利用できる人口の割合（都市部および農村部） 改善された衛生施設（トイレ）を利用できる人口の割合（都市部および農村部）
目標8 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進	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：WHO, *Health and the Millennium Development Goals*, WHO, Geneva, 2005, p.11 をもとに加筆修正。

肺炎：子どもの命を奪う、忘れられた死因

肺炎は、さまざまな病気の中でも、最も多くの子どもの命を奪っている。エイズ、マラリア、はしかを合わせても、肺炎の比には及ばない。肺炎は、どの地域でも、子どもの主要な死因のひとつである。肺炎を患った子どもは、年齢と感染原因により、さまざまな症状を呈する。共通して見られる症状は、速い呼吸や呼吸困難、咳、熱、悪寒、頭痛、食欲不振、喘鳴などである。幼い子どもが重篤な肺炎を患った場合は、けいれん、体温低下、倦怠感、摂食困難なども起こりうる。

子どもの場合、肺炎とマラリアは、症状の面でも、有効な対処法の面でも、コミュニティにおけるケアの実現可能性という面でも、重なり合う部分が少なくない。実際、非常に幼い子どもの場合、高熱、咳、速い呼吸が果たして肺炎の症状なのかマラリアの症状なのか見分けることが不可能な場合もあり、こうした場合には、子どもは両方の治療を受けることが多い。子どもが肺炎になったときは、養育者が症状を理解し、すぐに適切なケアを求める必要がある。

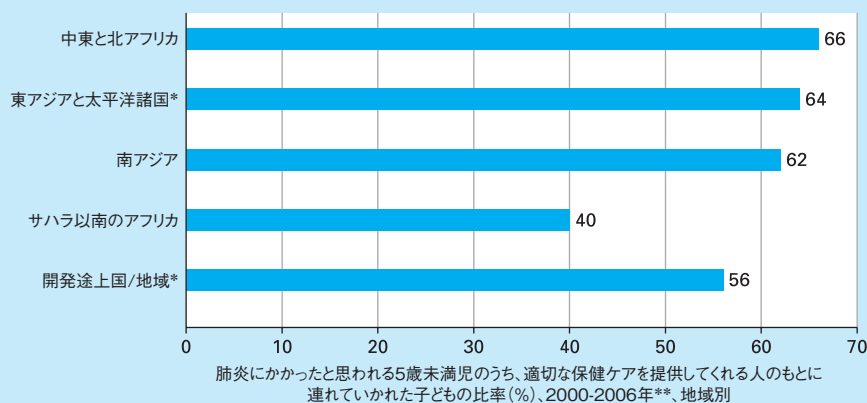
健康な子どもたちは、肺炎を引き起こす病原体から肺を守る生まれながらの防御機能を持っている。栄養不良の子ども——特に完全母乳育児で育てられていない子ども、亜鉛の摂取量が足りない子ども、免疫システムが弱っている子どもは、肺炎にかかる危険性が高い。そのほかの病気（例えばはしか）にかかっている子ども、HIVに感染している子どもも、やはり肺炎にかかりやすい。また、大人数で狭い家に住んでいたり、親が吸うタバコの煙や室内の汚れた空気にさらされたりといった環境面の要素も、子どもを肺炎にかかりやすくし、肺炎の症状を悪化させる場合がある。

肺炎による子どもの死を減らすには、予防が治療と同じくらい重要となる。子どもを対象とした主要な予防手段は、適切な栄養を与えること（完全母乳育児、ビタミンAの補給、亜鉛の摂取を含む）、屋内の空気の汚れを少なくすること、肺炎を直接的に引き起こす感染症（例えばヘモフィルス・インフルエンザb型菌＝Hib）に子どもがかかりにくくするためのワクチン接種率と、合併症として肺炎を引き起こす可能性がある感染症（例：はしかや百日咳）を防ぐ予防接種の接種率を高めることである。肺炎連鎖球菌——開発途上国で子どもたちが重篤な肺炎にかかる最大の原因——から身を守るためのワクチンも、乳幼児向けに利用可能となってきている。

開発途上国の子どもたちの重篤な肺炎のかなりの部分は細菌——主に肺炎連鎖球菌やヘモフィルス・インフルエンザb型菌——が原因であるため、安価な抗生物質を使って家庭で効果的に治療することも可能である。ただし、家族や養育者がアドバイスに従って正確に子どもに治療を施し、必要に応じてあらためて援助を求めることが条件となる。こうした条件が満たされれば、コミュニティを基盤とした肺炎への対処はきわめて有効であることが、開発途上国全域のデータからわかっている。タンザニアを含む7つの国で実施された、コミュニティを基盤とする肺炎の症例対応の影響に関する9つの研究結果のメタ分析によれば、肺炎による死亡率ばかりでなく、より一般的な子どもの死亡率も大幅に減ったことが明らかになった。試行の結果、子どもの死亡率は26%減、肺炎による死亡率は37%減となっている。

参考文献は104ページを参照。

図1.10
肺炎にかかったと思われる5歳未満の子どもの半数以上は、適切な保健ケアを提供してくれる人のもとに連れていかれている



* 中国を除く

** データは指定期間内に入手できた直近の年次のもの

出典：人口保健調査、複数指標クラスター調査 (MICS) その他の全国調査。

ほかの保健関連のMDGへ向けての前進はさまざま

子どもの生存と福祉にとっては、8つのミレニアム開発目標すべてについて前進することが重要であるが、MDG 4以外に、MDG 1、5、6、7、8には子どもの健康に直接影響するターゲットが含まれている。これらの目標で対象とされている分野で前進が見られれば、子どもの生活や将来展望に劇的な効果を与えられる可能性がある。

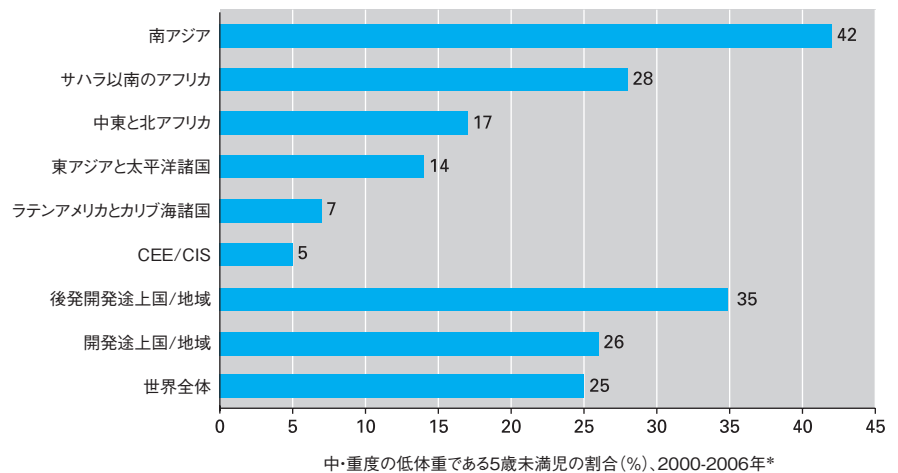
栄養状態を改善する (MDG 1)

栄養不良は、5歳未満児の全死亡件数の半数もの事例で、主要な根本的要因となっている。栄養状態を改善し、貧困と飢餓の削減を目指しているMDG 1を達成することができれば、子どもたちを下痢性疾患、肺炎、マラリア、HIV、はしかによる死から守る上で役立つとともに、新生児の死亡数を減らすことができるだろう。言い換えれば、妊産婦と子どもの栄養状態を改善することは、MDG 4達成の前提条件なのである。

しかし、MDG 1測定のために用いられている標準的指標は、開発途上国の子どもたちの栄養不良状態を完全に明らかにしてはいない。指標のひとつは飢餓に焦点を絞っているが、これは5歳未満児のうち低体重である子どもの割合で測定されることになる。ところが、これは栄養のほんの一面を見ているにすぎない。例えば、子どもが飢餓状態でも低体重でもないと思われる場合でも、ビタミンAが不足していれば、免疫力が弱くなって命を落とすこともあるのである。

適切な栄養の摂取は、母親の妊娠中から始まり、子どもが生まれた後も続けられなければならない。出産直後からの完全母乳育児こそ子どもにとって最高の栄養源であり、これは子どもの体を温め、免疫システムを強化することにつながる。鉄、ビタミンA、ヨードなどの微量栄養素も、子どもの成長と母親の健康に大きな影響を与える。重

図1.11 南アジアは全地域のうち栄養不良率が最も高い



* データは指定期間内に入手できた直近の年次のもの。

出典：人口保健調査、複数指標クラスター調査 (MICS)、WHO、ユニセフ。国別・地域別データは本書118ページの統計表2を参照のこと。

度の急性栄養不良の場合、特定の治療食を摂ることが望ましい。これらの療法は低コストで効果が高いのに、何百万もの子どもや母親が今なおこれを利用できずにおり、または利用しようとしていない。また、開発途上国の世帯の30%以上がヨード添加塩を使っていない。出生後6カ月間、完全母乳育児で育てられなかった乳児の割合は60%以上にのぼり、28%はビタミンAの補給(年に2回)を受けていなかった(2005年)。

妊産婦保健を改善する (MDG 5)

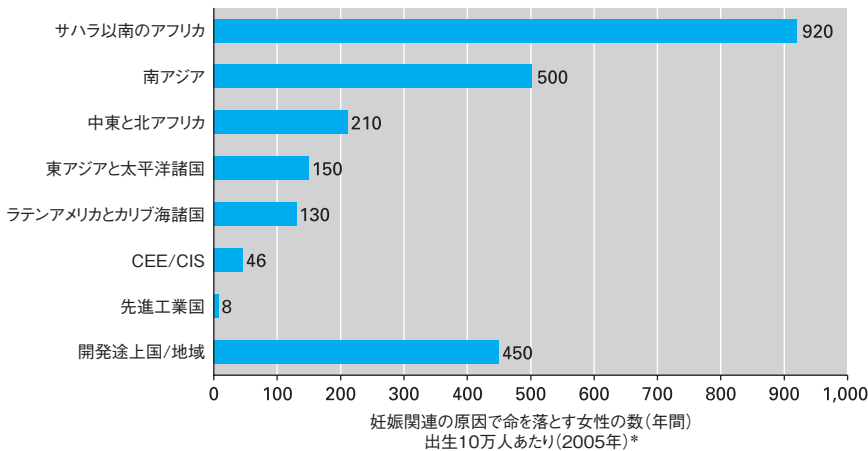
子どもの死亡率を下げるには、妊婦および母親になったばかりの女性の健康を改善することが重要である。毎年50万人以上の女性が妊娠関連の原因で命を落としており、さらに多くの女性が、適切な妊産婦ケアによって容易に防ぐことができる、長期にわたって身体を衰弱させるような影響——例えば瘰癧(ろくろ)——に苦しんでいる。さらに、子どもの生存の可能性を高めるには妊産婦の健康状態を改善することが決定的に重要である。母親のいない子どもは、母親がいる子どもよりも、2歳までに命を落とす確率が2倍近く高いことが

証明されている⁶。

妊産婦の健康と栄養状態を改善し、性と生殖に関する質の高い保健サービスを提供することは、子どもの死の根本的原因の多くに対処するために必須である。女性の栄養が不足している場合、早産になったり、子どもが低体重で生まれてきたりする可能性がある。妊娠中に、訓練を受けた保健ケア提供者のもとを訪れ、あるいはその訪問を受けることができれば、早産や、ほとんど常に命取りになる新生児破傷風を防ぐ一助となりうる。出産時に専門技能を有する者が付き添い、同時に緊急産科ケアによるバックアップが行われれば、女性が出産時に命を落とす危険性は低くなり、感染症や合併症の予防・治療にも役立つ。産後ケアは、母親になったばかりの女性に母乳育児を推奨し、必要な場合は新生児を蘇生させ、また体温低下や肺炎を防ぐ上で中心的役割を果たす。

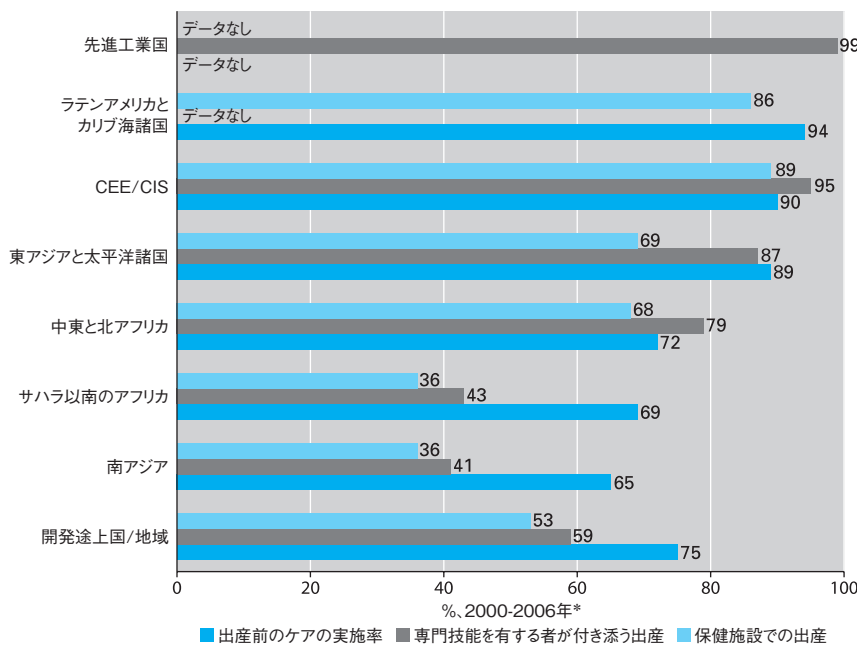
妊産婦ケアの重要性にも関わらず、既存のデータを見ると、このようなケアの利用状況は悲劇的なほど不十分である。どの国や地域でも、妊産婦の4人にひとりはお産前のケアをまったく

図 1.12
妊産婦死亡率は先進工業国よりも開発途上国ではるかに高い



* 以上の推定値には、ユニセフ、WHO、UNFPA、世界銀行が国別データに対して行っている定期的調整が反映されている。このような定期的調整は、妊産婦の死亡の過少報告や誤った分類というよく知られた問題に対処し、またデータがない国について推定値を定めるために行われているものである。そのため以上の推定値は、報告されている国別推定値とは顕著に食い違う場合がある。

図 1.13
妊産婦ケアの水準の低さが南アジアとサハラ以南のアフリカにおける高い妊産婦死亡率を助長している



* データは指定期間内に入手できた直近の年次のもの。

出生前のケアの実施率: 妊娠中に少なくとも1回、専門技能を有する保健医療従事者（医師、看護師または助産師）によるケアを受けた15～49歳の女性の比率。
専門技能を有する者が付き添う出産の比率: 専門技能を有する保健医療従事者（医師、看護師または助産師）が付き添う出産の比率。
保健施設での出産: 調査に先だつ2年の間に出産をした15～49歳の女性のうち、保健施設で出産した女性の比率。

出典：本書142ページの統計表8。

受けておらず、40%以上が専門技能を有する者に付き添われないまま出産している。

エイズ、マラリアその他の疾病と闘う (MDG 6)

ミレニアム開発目標MDG 6はHIVとエイズ、マラリアその他の疾病により引き起こされる大きな負担を削減することに焦点を絞っている。指標の中で子どもに具体的に焦点を合わせたものはほとんどないが、主要な疾病が子どもに対して及ぼす直接間接の影響は非常に大きなものとなりうる。HIVに感染している乳児の半数は2歳前に命を落とし⁷、18歳未満の子どものうち1,500万人以上が、エイズあるいはそれに関連した要因で親の一方あるいは両方を失っている。マラリアは5歳未満児の死因の8%を、はしかは4%を占めている。

HIV/エイズ

世界全体ではHIVとともに生きる子ども（15歳未満）は230万人おり、2006年にHIVに新たに感染した子どもも53万人に上った。そのほとんどは母子感染によるものである。女の子はとくにHIVに感染する危険性が高いが、それは生理的な理由からであるとともに、男性や男の子との関係における社会的、文化的な力の不均衡のためでもある。新たな感染の予防こそエイズに対する第一防衛線である。それは、次の世代を守るための最善の策でもある。

妊産婦がHIVに感染すると、何の対策もとらなければ35%の確率で、妊娠中、出産時または母乳育児中に子どもがHIVに感染する可能性がある⁸。抗レトロウィルス薬による治療は、母子感染の危険を大きく削減することができ、エイズが流行レベルまでに達した国においては、子どもの死亡率の増加を抑えるために不可欠である。適切な薬とケアがあれば、どれだけ長く生きられるかという長期的展望は示せないまでも、HIV陽性の乳児でも命の期限を区切られることなく健康なままであるこ

とができる⁹。このように薬物治療の効果が明らかであり、費用も比較的安く抑えられるにも関わらず、低所得・中所得の国では、HIV陽性の妊婦のうち生まれてくる子どもにHIVを感染させないためのサービスを受けている女性は2005年でわずか11%にとどまっていた。本白書の発行時にはまだ正式発表がなされていないが、2006年の暫定推定値ではこの割合が20%に増加している¹⁰。その圧倒的多数はサハラ以南のアフリカの女性たちである。

© UNICEF/HQ06-2770/Bruno Bioni



マラリアにより、毎年多くの子どもたちが病気になる命を奪われる。マラリアを媒介する蚊から身を守るため、殺虫剤処理が施された蚊帳の下で眠る母と乳児（コートジボワール）。

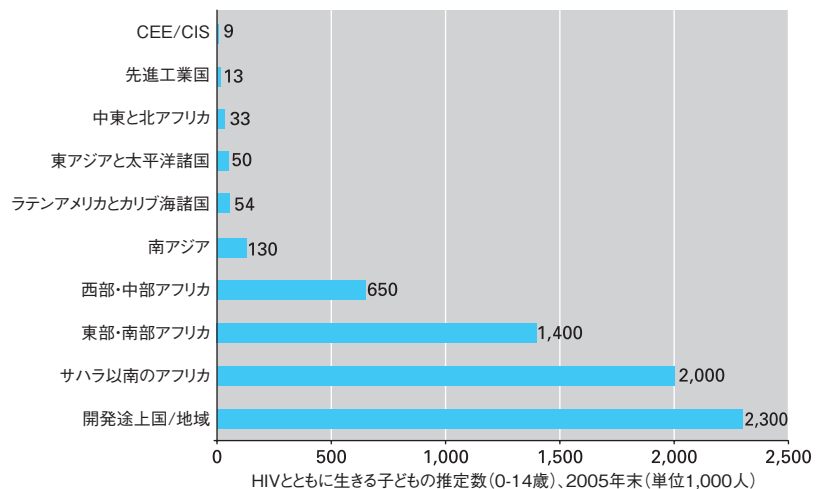
マラリア

マラリアは毎年100万人以上の命を奪っており、その80%が5歳未満児である¹¹。妊産婦と胎児は特にマラリアの被害を受けやすく、新生児の低体重、貧血、乳児死亡の主要な原因となっている。

サハラ以南のアフリカだけで、毎日2,000人以上の5歳未満児がマラリアで命を落としている¹²。生きながらえたとしても、熱や貧血に何度も襲われ、精神的・身体的発達が阻害されることもある。

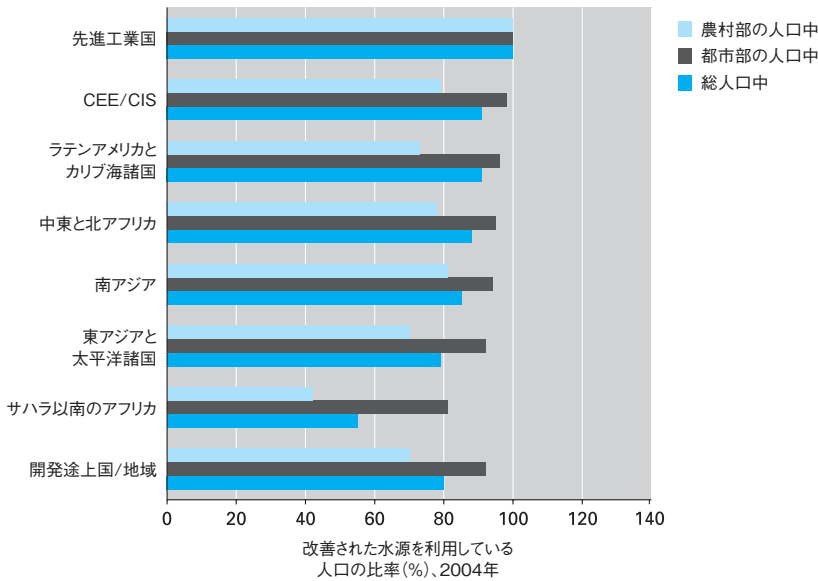
マラリアの予防と治療のためにはいくつかの基礎的な支援策が必要である。このような支援策としては、殺虫剤処理を施した蚊帳（ITN）の中で寝ること、感染の明らかな徴候が見られる妊産婦や子どもに抗マラリア剤を投与することなどがある。ITNの普及は、そもそもの出発点が低水準であったとはいえ、急速に進みつつある。その理由の一部は、マラリア抑制のための国際的な資金拠出が10倍の伸びを見せたことにある。サハラ以南のアフリカではすべての国でITNの普及率は増加傾向にあり、データがある20カ国のうち16カ国では、2000年以来、普及率が少なくとも3倍になった。このような最近の成果にも関わらず、全体的なレベルはいまなお低く、ほとんどの国はマラリアに関する国際的目標に達していない。

図1.14 サハラ以南のアフリカにはHIVの小児感染の90%近くが集中している



出典：UNAIDS, Report on the Global AIDS Epidemic, 2006

図 1.15
開発途上国の約80%は改善された水源を利用することができる

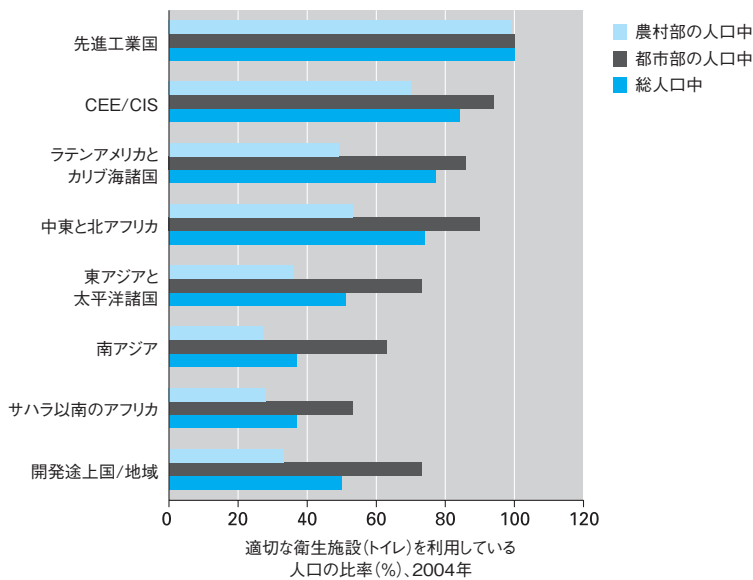


サハラ以南のアフリカでは、熱を出した子どもの3分の1しか抗マラリア薬を使っていない。その上、既存の抗マラリア薬に対する耐性を持った原虫も増えてきている。治療面での突破口となりうるのが、アルテミシニンを中心にした混合治療法 (ACT) である。ACTは、複数の治療薬に耐性を持ってしまったマラリアに対する安全でかつ有効な、速効性のある治療法であり、同時にマラリアの再発予防にも役立つ¹³。

安全な飲み水と基礎的な衛生施設 (トイレ) の利用を拡大する (MDG 7)

最新のデータによると、世界全体では安全な飲み水に関するMDGのターゲットの達成に向けて順調に前進しており、遅れをとっているのは23の開発途上国だけである。しかし、改善された衛生施設 (トイレ) についての進展は不十分であり、41カ国が目標を達成できそうにない¹⁴。

図 1.16
開発途上国で適切な衛生施設 (トイレ) を利用できるのは人口の半分にすぎない



開発途上国では、5人にひとりが安全な飲み水を使っておらず、約半数が適切な衛生施設 (トイレ) を使えないでいる。その影響はしばしば致命的である。世界中で下痢性疾患により命を失う5歳未満児の数は推定で年間200万人近く存在し、多くの国々で、下痢性疾患が主な原因となって子どもが死亡する割合は約20%に上る¹⁵。下痢性疾患による死亡数の推定88%は、衛生習慣の欠如、安全でない飲み水の供給、衛生施設への不十分なアクセスに起因している¹⁶。

出典：ユニセフ、WHO、複数指標クラスター調査 (MICS)、人口保健調査。

保健関連のMDGの前進を促進する

子どもの主要な死因に対処するための方法は、すでに十分に確立・受容されている。事実、調査研究で明らかにされたところでは、5歳未満児の死亡で原因が分からないのはわずか1%程度で、3分の2は完全に防止可能なのである¹⁷。

最も基礎的ではあるが重要なサービスと実践は、以下の通りである¹⁸。

- 出産時や新生児ケアに専門技能を有する者が付き添うこと。
- 低体重出生の乳児に対するケア。
- 衛生習慣の推進。
- HIVの母子感染予防とエイズの小児治療。
- 適切な栄養、特に母乳育児を早期に開始し、出生後6カ月間は他の食べ物を与えないこと。
- 少なくともさらに2年間の母乳育児を継続した上、補助的な食事を子どもにも与えること。
- 免疫システムを強化するために微量栄養素を補給すること。
- ワクチンで防ぐことができる6つの主要な病気から子どもを守るための予防接種。
- 下痢性疾患に対処するための経口補水療法と亜鉛の提供。
- 肺炎に対処するための抗生物質。
- マラリアを予防・治療するための、殺虫剤処理された蚊帳と有効な薬。

これまでに多くの成果が得られたとはいえ、こうした一見簡単そうな解決方法を実行に移すことは、子どもの生存革命の開始時期に専門家たちが予見



適切な衛生施設を利用できるようにすることは、世界中で子どもの命を奪う主要な原因となっている下痢性疾患を防ぐ一助となる。学校で適切な衛生習慣を練習するフィリピンの子どもたち。

していたよりもずっと困難であることが明らかになり、成果も予測されていたほど明確にはなっていない。開発関係者は、以下のようなカテゴリーにしたがって整理された、いくつかの優先事項に力を合わせて取り組むことが多くなっているが、これは保健関連のMDGを達成するために必要な弾みとなる可能性がある。

- ①子どもの死亡率が最も高い60カ国に焦点を絞る。
- ②ライフ・サイクルの重要な段階でパッケージ化された支援を行うことにより、母親、新生児および子どもに対して継続的なケアを提供する。
- ③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する。

以下のセクションでも示すように、①に関する行動はすでに十分に進められている。②についても前進が見られ

るが、やらなければいけないことはまだまだ多い。③については、多くのパイロット・プロジェクトが立ち上げられ、成果が証明されたプログラムも少なくないにも関わらず、さらなる拡大が急務となっている。

図 1.17

「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの対象とされている、子どもの生存に関して優先的対応がとられるべき60カ国



出典：Countdown to 2015, *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 report*, UNICEF Health Section, New York, 2006, p.37

優先項目 1：子どもの死亡率が最も高い国々に焦点を絞る

2003年、子どもの生存についての前進が遅れていることを憂慮し、子どもの健康についてさまざまな面から活動を行っている専門家がイタリアのベラジオに集まって子どもの生存に関するワークショップを開いた。スポンサーはロックフェラー財団である。その年の後半、このベラジオ子ども生存グループは、英国の医学雑誌『ザ・ランセット』(The Lancet) で、妊産婦、新生児および子どもの生存と健康についての一連の論文を発表した。「子どもの生存」(Child Survival) シリーズと呼ばれたこれらの論文は、意識喚起に貢献するとともに、知識を実行に移すための即座の行動を呼びかけた。同グループの活動は現在、科学者、政策立案者、活

動家、保健プログラムの管理者が新たな連合体を組んで参加する、「2015年へのカウントダウン：妊産婦、新生児および子どもの死亡に関わる前進の追跡」に引き継がれている。このカウントダウン・イニシアティブは、2005年12月に始まり、2015年までおおむね2年に1回開かれることになっている一連の会議を後援している（次回は2008年4月に南アフリカのケープタウンで開催予定）¹⁹。

カウントダウン・イニシアティブは、5歳未満児の死亡数を減らすのに有効であることが証明されている支援策の普及を拡大しつつ、各国が達成しつつある前進についてのデータを収集している。当初から、世界のどの地域も前進を加速させなければならないにせよ、5歳未満児の死亡数が最も多い、また

は死亡率が最も高い国々が優先されるべきだということは認識されていた。そこで、ユニセフを含む「2015へのカウントダウン」のパートナー機関は、子どもの生存についての取り組みを優先的に進めるべき60の国を特定した。その基準は2つ、すなわち5歳未満児の死亡数が年間5万件以上の国と、5歳未満児の年間死亡率が出生1,000人あたり90以上の国である。2005年にはこれらの60カ国で世界の5歳未満児の死亡総数の93%を占めていた。この中で、MDG 4の達成に向けて順調に前進していると思われるのは7カ国——バングラデシュ、ブラジル、エジプト、インドネシア、メキシコ、ネパール、フィリピン——のみである。対照的に、優先支援国のうち19カ国は、2015年までにターゲットを達成するには年間10%以上の削減率を達成しなければならない²⁰。

時期と場所を横断的に結びつけた、妊産婦、新生児および子どもを対象とする継続的な保健ケア

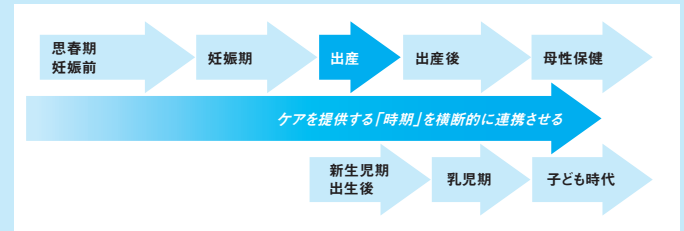
妊産婦、新生児および子どもを対象とする継続的な保健ケアでは、栄養不良と、母親、新生児および子どもの死亡との相互関係が重視される。継続的な保健ケアにおいては、必須の基礎ケア・サービスのパッケージを提供するにあたり、2つの側面に焦点が絞られる。

- 時期:** 妊娠中、出産時、出産後および子どもの乳幼児期に、母親と子どもを対象とする必須サービスを確保しなければならない(図1.18を参照)。出産時——出産前、出産中および出産後——こそ、母親と子どもの双方にとって、命を失ったり病気にかかったりする危険性が最も高い時期であるという認識に立って、時期に焦点が合わせられるようになったものである。
- 場所:** 在宅ケア、コミュニティ・ケア、アウトリーチ・ケア、施設ケアを統合したダイナミックな基礎保健ケア・システムの中で、必須サービスの提供を連携させなければならない(図1.19を参照)。場所に重点が置かれるようになったのは、ケアの空白は、家庭とコミュニティという、ケアが最も必要とされる場所で生じることが多いという認識からである。

継続的なケアという考え方は、妊産婦、新生児および子どもの死亡が、栄養不良と同様の、相互に関連する構造的な原因を少なからず共有しているという認識から生まれてきた。その原因とは例えば、不安定な食糧供給、女性の非識字、早期の妊娠、低出生体重を含む望ましくない出産結果、栄養の与え方に関する不十分な習慣、衛生習慣の欠如、安全な水や適切な衛生施設(トイレ)へのアクセスの欠如、貧困や地理的・政治的周縁化による保健・栄養サービスからの排除、そして十分な資源が提供されず、応答性も低く、文化的にも不適切な保健・栄養サービスである。

継続的なケアには、妊産婦、新生児および子どもの保健に関するここ数十年の証拠や経験から学んだ教訓も反映されている。過去には、母性保護プログラムと子どもの生存プログラムは往々にして別々に実施されており、そのために生じたケアの断絶が母親と新生児の両方に影響を及ぼしていた。重要な時点で具体的支援を途切れなく行うことには複合的な利点があることが認められている。パッケージの形で種々の支援を関連づけることで、効率性と費用対効果を高めることもできる。サービスの統合は、それを採用することを奨励しやすくなると同時に、普及率をも高める機会の提供にもつながりうる。主眼は、統合された基礎保健ケア・システムの中で、ライフ・サイクルを通じ、すべての妊産婦と子どもを対象として必要不可欠な支援を

図 1.18
妊産婦、新生児および子どもの健康のための継続的なケアを横断的に結びつける



出典: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, 2007年9月30日にアクセス。

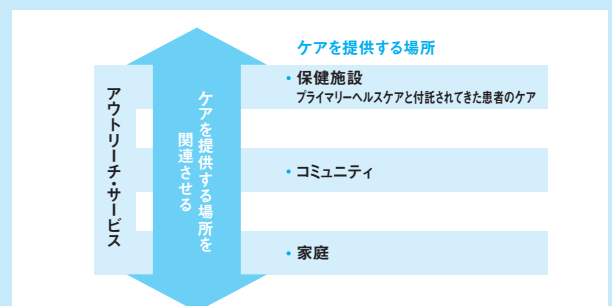
行うところに置かれる。

継続的な保健ケアの普及率を高めることができれば、予想される効果は非常に大きなものとなりうる。サハラ以南のアフリカでは、妊産婦と新生児の90%に継続的なケアを提供できれば、新生児の死亡の3分の2を防ぐことができ、毎年80万人の命を救うことになるのである。

このパラダイムは、公衆衛生に関する国際的な政策とプログラムでますます採用されるようになりつつあり、「妊産婦、新生児および子どもの健康のためのパートナーシップ」の活動の基礎ともなっている(このパートナーシップの詳細については第2章の43ページを参照)。

参考文献は104ページを参照。

図 1.19
在宅ケアと保健施設におけるケアを結びつけることにより、妊産婦、新生児および子どもの死亡を削減する



出典: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, 2007年9月30日にアクセス。

優先事項2：パッケージ化された支援策をライフ・サイクルの重要な段階で行うことにより、継続的なケアを提供する

特定の病気や状況をターゲットにした子どもの保健プログラムの中には、驚くべき成果を挙げてきたものがある。これらは「垂直型」支援の名前で知られているが、例えばひとつの病気を対象とした予防接種キャンペーンのような一度きりのものか、特定の病気に特化した性質のものであるのが通例である。過去の教訓によると（さらに詳しく

は第2章参照）、母親、新生児および子どもが必要としている、より包括的・持続的なケアを提供するには、このようなプログラムはふさわしくない。最近の経験によると、命を救うことにつながるこのような諸支援を、「パッケージ化」されたケアとしてライフ・サイクルの重要な段階で実行すれば、さらに大きな前進も可能であることが示唆されている。

効果が証明されており、費用対効果も高い支援策——例えば予防接種とビタミンAの補給——をパッケージ化・統

合することの効用は大きい。それは、サービスの対象となっている子どもに包括的なケアを保障することにもつながる。最近になって、効果が証明されている16の支援策をパッケージ化することで、新生児の死亡の72%を防げることが明らかになった。これには、破傷風トキソイド接種、専門技能を有する者による出産時の立会い、産科ケアへのアクセス、出産直後からの完全母乳育児、新生児の清拭と保温、必要に応じた蘇生治療へのアクセス、低出生体重児の特別ケア、感染症の治療などが含まれる²¹。

複雑な緊急事態における子どもの保健

子ども、女性、家族の保健面でのニーズを満たすのは、平時でも相当に困難である。緊急事態ともなれば、それが自然災害であれ人災であれ、その困難はいっそう大きくなる。しかし住民一般、そして特に子どもたちに対して保健サービスを提供することは、このような事態においてこそとりわけ重要なのである。実際、いまのところ既存の支援の対象とされていない子どもたちは、相当の割合で、保健サービスの提供が深刻に阻害されてきた国々に住んでいる。記録によれば、1989年から2000年の間に世界では110の紛争が起きた。そのうち103件は内戦で、その多くは長引き、また諸制度の崩壊や民間人への暴力を伴っていた。現在武力紛争を抱えている国は40カ国で、その90%が低所得国である。ユニセフの「2006年人道支援活動レポート (Humanitarian Action Report 2006)」では、子どもと女性に影響を及ぼしている29の緊急事態が取り上げられている。

複雑な緊急事態とは、広義には、武力紛争、住民の避難および（または）不安定な食糧供給の状況として定義され、これらに伴って死亡数と栄養不良も増加する。複雑な緊急事態下における子どもの主たる死因のほとんどは、一般的状況における子どもの主たる死因と変わらない。すなわち、はしか、マラリア、下痢性疾患、急性呼吸器疾患、栄養不良などである。これらは、髄膜炎のような他の感染症や栄養欠乏症など、子どもの罹病率や死亡率に深く関係する病気を一緒に発症することがある。例えば、難民の中で最も死亡率が高いのは5歳未満児であることが多い。

子どもの死亡率は、複雑な緊急事態が深刻化した初期の段階で最も高くなるのが通例である。それに比べ、緊急事態が一段落し、子どもたちが安定した難民キャ

ンプに長期間滞在した後では、難民である子どもの死亡率が近くの地域に住む子どもたちより低くなる場合もある。複雑な緊急事態下における子どもたちへの保健ケアの提供を阻害する要因としては、アクセス面での制約、文化的障壁、不安定な状況、薬や物品などといった資源の不足、さまざまな救援組織間でのコミュニケーションの欠如などがある。

このような状況においては、コミュニティのリーダーシップと参加が特に重要である。コミュニティは危機的な状況では脆く、戦争、飢饉、大規模な人口移動のストレスのもとでばらばらになりやすいという思い込みに反して、何らかの形でコミュニティを動員することはほぼ常に可能であること、またコミュニティの重要な要素はストレス下でも健在であり、重要性を増しさえすることが、調査によりますます明らかにされつつある。エチオピア、マラウイ、スーダン南部では、複雑な緊急事態下で重度の栄養不良に対処することに焦点を絞った取り組みが行われたが、これらの取り組みを通じて明らかにされたところによれば、支援が成功するかどうかは、コミュニティの主要人物（例えば伝統的指導者、教師、コミュニティの保健員など）、コミュニティの組織、ボランティア・ネットワーク、女性団体などの関与が得られるかどうかで決定的に変わってくる。さらに、伝統的保健医療従事者の関与を得ることも同様に重要である。多くの場合、住民が健康について最初に相談するのはこれらの人々であり、したがって重度の栄養不良に陥った子どもを初期段階で発見する上で、これらの人々はきわめて重要な役割を果たしうるからである。

参考文献は105ページを参照。

これらのパッケージ化された支援策を行うタイミングは非常に重要なものとなりうる。妊産婦や新生児の死亡の半数以上は出産時および出生後数日以内に起きているが、この時期は保健ケアが一番手薄な時期でもある。効果のある継続的なケア（17ページのパネルを参照）は、妊産婦、新生児および子どもにとって必要不可欠な保健ケアのパッケージを、妊娠中、出産時、出産後および新生児期を通して、そして子ども時代から思春期に至るまで、連続的に提供する。その利点は、各段階が直前の段階の成功を踏まえて発展していくということである。例えば、思春期の女の子に統合的なサービスを提供するということは、意図せざる妊娠やタイミングの悪い妊娠を減らすということでもある。保健ケア従事者のもとを訪問することによって、妊娠中の諸問題を防ぎ、母親が出産時に適切なケアを受ける可能性も高まる。出産前、出産中、出産直後に専門的ケアを受けられれば、母親にとっても赤ん坊にとっても、死亡あるいは障害のリスクを削減することにつながる。子どもに継続的なケアを提供することは、健康に対する権利を支えることにほかならない。

効果のある継続的なケアは、家、コミュニティ、保健センターあるいは病院のいずれであるかに関わらず、そこで生じているケアの不足の問題にも対応する。早産のために仮死状態になったり、あるいは敗血症や合併症を発症して生まれてきた子どもは、適切なケアが行われなかった場合、数時間、あるいは数分で命を落とす危険性がある。途上国では6,000万人以上の女性が自宅を出産するため²²、出産時に専門技能を持った者が立ち会うとともに、感染症が生じた場合に備えて地域の保健クリニックやその他の第一次施設や病院が強力なバックアップを行うことが必要である。これらのあらゆるレベルで質の高いケアを提供することが欠かせない。

優先事項3：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

子どもを対象とした包括的なケアを提供するためには、病気の治療だけでなく予防手段も必要である。予防のためには、一般的に、家庭に始まり、コミュニティを通じた支援が得られる行動様式の変化が必要となる。例えば栄養面での改善は、母親や養育者が乳幼児への栄養の与え方を改善した成果であることが多い。母乳育児を行うこと、あるいは子どもがもっと大きくなったときには家庭菜園や地域の菜園でとれた多様な食べ物を提供することがそれに該当する。こうした習慣を個人が学び、コミュニティがバックアップしなければならぬ。井戸、ポンプ、トイレは衛生面で重要である。しかしその実効性は、これらの設備を保守・点検・利用するコミュニティの力にかかっている。子どもたちは手を洗うことを学ばなければならないし、衛生習慣を実践しなければならない。こうした習慣は、家庭や学校、近所の住民や友達を通して育まれていくものである。

より大きな保健システムに不可欠な構成要素として、基礎保健ケアの中で構築されるコミュニティ・パートナーシップは、2つの役割を果たす。保健員としてコミュニティのメンバーを積極的に登用することと、保健習慣を改善するためにコミュニティを動員することである。また、政府に対する、質の良い保健サービスの要求を喚起することにもつながりうる。コミュニティの参加は、保健システムはコミュニティ自身のものであるという意識を醸成することにつながり、また、どうしても官僚主義的になりがちな保健システムに活気をもたらすとともに、最も孤立し、または排除されている人たちにサービスを提供するうえでも欠かせない。これ以降の章で示されるように、世界でも最も貧しい国々のいくつかを含む多くの国々がコミュニティを中心にした保健プログラムを実施し、成功を収めてきた。今後の課題は、これらの経験から学び、プログラムを拡大し、今まで保健システムから見過ごされてきた何百万もの子どもたちをサービスの対象とすることである。

子どもの生存戦略の支えとなる環境を創る

子どもたちの生存の見通しには、子どもとその家族が生きている制度的・環境的背景が大きく関わっている。例えば、最も貧しい国々で、最も貧しく、孤立しており、教育がいきわたっていない、周縁化された地区やコミュニティで、そして内戦、弱体化した統治体制、公的保健システムや物理的インフラへの慢性的な投資不足のために荒れ果てている国々で、乳幼児の死亡率が最も高いのは驚くに値しない。20%以上の子どもたちが5歳未満で亡くなる11の国々——アフガニスタン、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²³——の半分以上は、1989年以降に大きな武力紛争を経験している。同様に、汚職が蔓延し、政治が不安定であり、法の支配が揺らいでいるという特徴を持つ脆弱国家は、往々にして、国民に基礎的サービスを提供することができない。

制度的・環境的要因は、時として子どもの生存を左右する支配的要因ともなりうる。例えば、エイズが流行レベルにまで達した国々では、エイズ対策こそが子どもの生存のための主たる課題である。エイズの影響の大きさとその性質を考えれば、エイズ対策なしには他のあらゆる支援も効果を発揮しないことになるだろう。食糧状況が不安定な国や干ばつに見舞われやすい国々も、子どもの生存面で良い成果を挙げられないおそれがある。多様な食べ物を供給できなければ、子どもの慢性的栄養不良につながり、子どもが病気にかかりやすく、最終的には命を失いやすくなってしまふのである。

これほどまでに手に負えない問題を抱えた国々の子どもたちに保健サービスを提供することは、気が遠くなりそうな課題である。それでもなお、政治的な意志があればこのような国でも採ることのできる、子どもの生存と成長の支えとなるような環境を創り出すための方策が存在する。

妊産婦、新生児および子どもの健康増進のために女性をエンパワーする

女性を特にコミュニティ・レベルでエンパワーすることは、5歳未満児の死亡数を削減するためにも、ミレニアム開発目標5（2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3削減する）を達成するためにも必要不可欠である。しかし、多くの社会で女性の地位が低く、家庭内での決定権が限られているために、どちらの分野でも、相当の前進を達成する上で深刻な課題が生じることが多い。例えば、最近の人口保健調査で得られた30カ国のデータを分析した結果、多くの家庭、特に南アジアとサハラ以南のアフリカの家庭では、女性は健康に関連する家庭内の決定に、自分の健康のことであろうが子どもの健康のことであろうが、ほとんど影響力を発揮できないでいることがわかった。ブルキナファソ、マリ、ナイジェリアでは、女性の75%近くが、女性の保健ケアについての決定は夫ひとりがすると回答している。南アジアで調査対象とされた2カ国（バングラデシュとネパール）では、このように回答した女性の割合は約50%だった。

女性がこのような形で排除されていることは、家族全員——とりわけ女性と子ども——の健康や福祉を損なうとともに、妊産婦・乳幼児死亡率の高さとも関連していることが多い。上記で言及した5カ国はすべて、「2015年へのカウントダウン」で、子どもの生存のための優先的対応対象国に選ばれた60カ国に入っている（詳細は16ページの図1.17を参照）。状況は、農村部や都市部のスラムで最も深刻であることが多い。こうしたところでは、女性はたいてい読み書きができず、保健サービスへのアクセスを妨げる社会文化的障壁——外出や知らない人との話を制限されるなど——に苦しんでいるほか、保健センターや診療所を利用できない状態に置かれていることも多い。

例えばアフガニスタンでは、女性は男性の保健医療従事者しかいない病院で保健ケアを受けることが禁止されている一方、文化的規範により、女性が仕事をすることや高度な医学的訓練を受けることも禁じられているのである。

主に女性を対象とした多くのコミュニティ保健員研修プログラムは、ジェンダーによる差別を理由として

保健サービスの利用を妨げる障壁を取り除くことに成功してきた。バングラデシュでは、BRAC（バングラデシュ農村開発委員会）により研修を受けたコミュニティ保健員は既婚の中年女性で、彼女たちが提供している「戸口」保健サービスにより、パルダ（女性隔離）という習慣のために単独で外出して保健施設を訪問することが許されていない女性たちも、これを回避することができるようになってきている。パキスタンでは、1999年には妊娠可能な年齢にある女性の50%程度しか破傷風の予防接種を受けていなかったが、保健省が行った予防接種キャンペーンにより、接種対象とされた500万人の女性の80%にまで接種率を高めることに成功した。これは、男性の接種担当者よりも受け入れられやすい、「レディ・ヘルスワーカー（女性保健員）」による家庭訪問を活用した成果である。

さらに、コミュニティ・レベルで女性のエンパワーメントとリーダーシップを推進する支援策も、女性と子どもの健康状態を改善する上で同様に重要な役割を果たしてきた。ガーナでは、水を媒介として広まり、感染者を何カ月も動けなくしてしまうことがあるメジナ虫症が蔓延したため、包括的な根絶キャンペーンが必要となった。そこで、改善された水源について男性よりもよく知っている女性ボランティアたちが戸別訪問によるチェックを行い、フィルターを配るとともに、汚染された可能性がある給水設備を特定してコミュニティ教育を行った。その結果、メジナ虫症の発生率は2002年から2003年までの間に36%減少したのである。同様にプエルトリコでは、WHO（世界保健機関）と米国疾病管理予防センターが実施したデング熱予防プログラムにおいて、コミュニティが指名した女性たちを推進員として活用した。女性たちは戸別訪問を行い、世帯主から話を聞くとともに、病原菌を媒介する蚊が発生しそうなところはないかどうか、敷地内を見て回った。また、この女性たちはコミュニティの意識を高める活動にも参加し、地元のスーパーマーケットなどでデング熱の予防方法を伝える展示を行ったりした。この戦略によって、全世帯の20%がキャンペーンに参加したのである。

参考文献は105ページを参照。

子どもを暴力から守る法律を作り、確実に施行されるようにする

OECD（経済協力開発機構）加盟国

のデータでは、18歳未満の子どものうち、1歳未満の子どもの殺人で命を失うリスクは2番目に大きい。1歳未満の子どもの死亡するリスクは、1～4

歳の子どもの約3倍であり、子どもが幼ければ幼いほど、その死が近い家族構成員によって引き起こされる可能性は高くなる。死亡の記録や調査が行



© UNICEF/H006-2640/Tom Pietrasik

健康に関する決定を行う際に女性に発言権を持たせることは、子どものケアの改善につながる。集会で保健ケアについて話し合う女性たち（インド）。

られない場合、子どもを死に至らしめる暴力がどの程度広がっているかは正確にはわからず、5歳未満児死亡率が全体的に高いためにうやむやにされてしまう可能性が高い。殺人として記録されない、あるいはひょっとしてそもそも記録すらされないかもしれない乳幼児の死亡には、いずれかの形態の暴力——ネグレクト（育児放棄）も含む——が何らかの原因となっていることが多いと思われる。家族構成員による子どもへの暴力は、公式記録が示すよりもはるかに死亡につながっていることが多いというのは、広く合意されているところである²⁴。

強制的な結婚も、子どもに対して行われる——そしてしばしば社会的に容認されている——暴力のもうひとつの形態であり、子どもの生存に影響を及

ぼしている。女の子が身体的にまだ十分に成長していない段階で出産をすると、母子双方にとって死の危険性ははるかに高まる。世界全体では、15～19歳の女の子が死亡する原因の筆頭は、結婚しているか否かに関わらず、妊娠に関連した死亡である²⁵。15歳未満の女の子は、20代の女性よりも、出産時に命を落とす確率が5倍高い²⁶。その子どもの生存率も低くなる。母親が18歳未満の場合、赤ん坊が生後1年以内に命を失う可能性は、19歳以上の母親から生まれた赤ん坊よりも60%高くなるのである²⁷。

子どもが生存し、豊かに成長するような環境を創ろうとする国は、児童婚やその他の形態の子どもへの暴力を禁止する法律に加え、あらゆる暴力を絶対に許さない政策を採用することが求

められる。欠かすことのできないもうひとつの保護の形態は、すべての子どもの出生登録である。子どもの存在が法的に認められることは、必須サービス——例えば予防接種やビタミンAの補給——を受けるための要件であることが多い。それは、相続の問題が生じた場合に家族の絆を証明する手段ともなる²⁸。

女性を教育し、エンパワーする

平均すると、おとな（ここでは15歳以上と定義）の約4人にひとりが非識字であるとされる。ユネスコ統計研究所の最新データでは、そのうち約3分の2が女性である²⁹。一般に、十分な教育を受けていない養育者は、より高度な教育を受けた養育者に比べ、基礎保健ケアについての情報を手に入れに

くい状態にあることが調査でわかっている³⁰。このため、病気にかかった子どものケアをいつ、どのように求めたらいいのかについて、十分な情報に基づかない決定がなされる可能性がある³¹。これに対し、バングラデシュでのデータからは、初等教育を受けた母親のもとに生まれた子どもの生存率は、まったく教育を受けたことがない母親のもとに生まれた子どもよりも20%程度高いことがわかっている。母親が中等教育を受けている場合は、この確率が80%にまで高まる³²。

女性を社会的、経済的にエンパワーすることは、子どもの生存率を高める

もうひとつの道を切り開くことにもつながりうる。多くの国々で、女性は基本的な意思決定の責任を奪われており、自分自身の健康や子どもの健康についての意思決定さえできない。女性が家計に責任を持っている場合は、食料をはじめ、子どもが必要とするものへの家計支出額が増える傾向があることもよく知られている。こうした理由から、女性の経済的自立を高める手立てを提供することは、子どもにとっても好ましい波及効果をもたらす可能性が高い。

社会的公正を推進する

貧しく、権利を奪われているために、

何百万もの女性と子どもがここ数十年の前進から排除されてきた。貧しい子どもたちと裕福な子どもたちとは生存面での展望にはっきりした格差があり、これは国と国の間だけでなく同じ国の子どもたちにも当てはまる。例えば、データが存在するすべての国について言えることだが、人口を資産指数によって五分位に分類した場合、最も貧しい20%の世帯に住む子どもたちは、最富裕層の子どもたちよりも、5歳の誕生日を迎える前に命を落とす確率ははるかに高い。この危険性が5倍も高くなっている国もある³³。こうした格差をなくすための政策的支援を行えば——つまり、人口の80%を占める

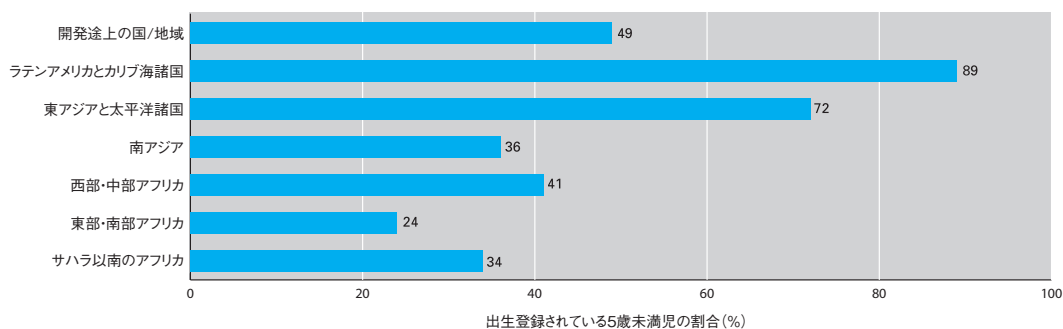
出生登録：必須サービスを受けるための重要な一歩

名前と国籍を持つ権利は子どもの権利条約（児童の権利に関する条約）にはっきりと謳われた権利であり、第7条では出生直後の出生登録がはっきりと求められている。それでも、毎年約5,100万人の子どもたちが出生登録をされていない。こうした子どもたちは、必ずと言って良いほど、貧しい家族、周縁化された家族あるいは避難を強いられた家族か、登録制度が機能していない国の子子どもたちである。出生登録がなされないことにより、子どもたちの健康と福祉に深刻かつ長

期的な影響がしばしばもたらされる。

出生登録をされていない子どもの割合が最も高いのはサハラ以南のアフリカだが（66%）、人数では南アジアが一番多い（未登録率64%）。アフガニスタン、バングラデシュ、タンザニア、ザンビアのように、十分に機能する効果的な出生登録制度が存在しないために出生登録率が著しく低くなっている国々では、課題はとりわけ深刻である。ユニセフの推計によれば、バ

図1.20 出生登録*の水準は南アジアとサハラ以南のアフリカで低い



* ここでいう出生登録とは、調査の時点で登録されていた5歳未満児の割合を指す。この指標の分子には、調査担当者が出生証明書を現認した子どもや、母親または養育者が出生登録されていると証言した子どもが含まれる。MICSのデータが対象としているのは、調査の時点で生存していた子どものみである。

出典：MICS, DHS, その他の全国調査および人口動態統計システム。国別・地域別データは本書146ページの統計表9を参照。

最貧層の乳幼児死亡率が最も裕福な20%の層の乳幼児死亡率と同等になるようにすれば、国全体の5歳未満児死亡率に劇的な影響をもたらすことになる³⁴。世界全体では、5歳未満児の死亡の約40%をこのようにして防ぐことができる³⁵。

子どもたちが保健サービスから排除されている要因には、差別、地理的な孤立、親の教育レベルの低さ、エイズが流行レベルに達している状態、複雑な緊急事態（武力紛争や自然災害）なども含まれる。多くの子どもたちは複数のこうした事態に同時に影響を受けており、命を救うための支援の対象と

される可能性がますます低くなっている。

これらの不平等に対処するために用いられ、うまくいっているアプローチとしては、最もサービスが届きにくい人たちに保健サービスを提供するプログラムがある。貧しい人々を対象にした保健ケアに助成金を出したり、排除されている人たちにソーシャル・マーケティングの手法を適用したりするという選択肢もある。おそらく最も大切なのは、子どもの生存に関する支援策やその提供方法を計画するにあたって、公正さを優先事項とすることであろう。そのためには調査データの収集を通し

て状況を完全に把握することが必要となる。調査データは教育やアドボカシーにも利用することが可能である。アカウントビリティを確保するためのメカニズムを備えた定期的なモニタリングも、国内的・国際的レベルの両方で導入されなければならない。

ングラデシュとザンビアでは生まれてくる子どもの10%しか登録されておらず、タンザニアでは登録率はわずか8%にすぎない。

出生登録と、特に保健ケアへのアクセスは密接に結びついている。5歳未満の子どもたちにとってはなおさらである。アフリカのいくつかの国のデータを見ると、専門技能を有する者による出産時の立会いと出生登録との間には密接な関係があることがわかる。例えばベナンでは、専門技能を有する者による立会いのもとで生まれた子どもは74%が出生登録の対象とされたが、そうでない子どもの登録率は28%にとどまった。さらに、データの示唆するところによると、出生登録の水準は、予防接種を受けた回数やビタミンAの補給状況とも、利用可能な医療ケアの水準とも関連している。例えばチャドでは、ビタミンAの補給を受けた子どもの38%が出生登録されていたが、補給対象とされなかった子どもの登録率は15%にとどまった。逆に、出生登録がなされていない場合、子どもたちが重要な支援策やプログラムの対象とされない国も多い。

子どもたちの出生登録に関して親たちが直面する課題は、より広範な社会的排除のパターンや社会サービスへのアクセスの欠如が存在することを示し、またこれらの問題と重なり合っていることが多い。そのため、特に遠隔地では、親は自分自身の市民権がどのような利益をもたらしてくれているかについても理解しておらず、ましてや出生登録が自分の子どもにもたらすであろう利益などは思いもよらないことがしばしばある。さらに、両親が出生登録を行おうとしても、登録

料が高く、また登録所が遠くにあることが強力な阻害要因となることが多い。特に登録料が高いことについては、最近のユニセフの調査により、20カ国以上の開発途上国で、出生登録がなされない主な理由となっていることが明らかになった。そのため、富裕な子どもと貧しい子どもの間に出生登録面での大きな格差が生じている。出生登録率そのものが著しく低いタンザニアでは富裕層と貧困層との間で大きな格差があり、最も富裕な20%の層では子どもの25%が登録されているのに対し、最も貧しい20%の層ではわずか2%しか登録されていない。

100%の出生登録を達成するには、政府、親、コミュニティが力を合わせ、出生登録を優先事項とすることが必要である。その際には、全国予防接種キャンペーンと出生登録キャンペーンを組み合わせるような統合的アプローチこそ、最良の方策となることが多い。このような協働体制が確立された場合、最も状況が厳しい中であらゆる目覚ましい成果がもたらされる。アフガニスタンでは、2003年、1歳未満のすべての子どもを出生登録するための全国キャンペーンが全国ポリオ予防接種デーに合わせて実施された。2004年にはこのキャンペーンが拡大され、その年の10月半ば頃までには5歳未満の子ども200万人を登録することができたのである。

参考文献は105ページを参照。

紛争後の子どもの生存：リベリアでの挑戦と勝利

エレン・ジョンソン・サーリーフ（リベリア大統領）

ニューヨークに本部を置く「女性と子どもの難民のための女性委員会」（Women's Commission for Refugee Women and Children）によると、社会が子どもたちをどのように処遇しているかは、社会が子どもたちにどのような価値を見出しているかの反映であるという。紛争後のリベリアでは、国の運命は、最も弱い立場に置かれた国民の運命と分かちがたく結びついている。リベリアの子どもたちの生存は、我が国の開発アジェンダの基本的土台のひとつである。我が国が国家としてどのように前進していくかは、子どもたちの生存によって決まってくるからにはほかならない。

リベリアの子どもたちの生存に紛争が与えた影響は甚大である。出生1,000人あたりの死亡数は235で、リベリアの5歳未満児死亡率は世界で5番目に高い。乳児死亡率は3番目、妊産婦死亡率は21番目である。妊産婦死亡率の推移は、ミレニアム開発目標（MDG）4や、子どもを対象としたその他の保健関連のMDGのターゲットを達成するための重要な指標となる。妊産婦の健康は子どもの生存を支えるものであるからである。女性の発展とエンパワーメントについての確固たる政策がないかぎり、紛争後の子どもたちは、最終的には国家の失敗を思い起こさせるだけの存在として放置されたままになってしまうだろう。

憂慮すべきことに、現代医学のさまざまな進歩にもかかわらず、リベリアの5歳未満の子どもたちはいまだにマラリア（全死亡件数の18%）、下痢性疾患、はしか・新生児破傷風・ジフテリア・百日咳といったワクチンで予防可能な病気や急性呼吸器感染症で命を落としている。これらの状況の根底にあるのは、5歳未満児の間で一般的になっている慢性的栄養不良とビタミンやミネラルの欠乏症である。人口の51%は食料面で不安定な状況に置かれている。妊婦のHIV感染は、2004年には4%であったものが2007年には推定5.7%に増加した。これも、15年に及んだ紛争と、女性と女子が不利な立場に置かれる経済の構造的問題の影響を示す、もうひとつの例である。

基礎保健ケアへのアクセスは改善されつつあるが、普及率と地理的分布の点ではいまだに不十分であり、特に農村部でのアクセスに問題がある。すべての人がサービスにアクセスできるようにするためには、保健インフラの破壊、訓練を受けた保健員の不足、保健部門に配分される公共部門の資源の少なさのような武力紛争の破壊的影響に対処するため、膨大な作業が必要

である。リベリア政府は、子どもの罹病率と死亡率を2011年までに大幅に低減するため、必死の努力をしている。すべての人によるアクセスを可能にする国家保健戦略と行動計画を策定し、実施している最中である。あわせて、子どもの生存を飛躍的に改善するための国家政策と計画も策定された。また、妊産婦死亡率削減のための「ロードマップ」となる戦略と行動計画も立案中である。平和が訪れたことにより、幼い子どもと妊婦を対象とした予防接種を大幅に増加させることも可能になった。

しかし、課題は依然として残っている。

紛争が起きるまでは、リベリアの首都モンロビアを始め、多くの人口が集中する都市部では生存のために不可欠な安全な飲み水を利用することができたが、紛争によってほとんどの水道管網が破壊された。現在、徐々に水道管システムの復旧が進んでいるモンロビアを除き、都市部では水道管を通して水を得ることは不可能な状態にある。子どもは安全で飲用可能な飲み水がなければ生きていくことができず、ましてや豊かな成長など思いもよらない。しかし現在、リベリアで安全な飲み水を手に入れられる住民の割合は32%という低水準にとどまっている。

健康と教育は、子どもの生存に関わる確固たる戦略の主要な柱である。2つはコインの裏表であり、リベリアではこの2つに同時に対処することによってMDG 4の達成を目指さなければならない。国民の非識字率は高く、68%（男性55%、女性81%）と推定されている。識字と教育、とくに女子の識字率向上と教育は、子どもの生存率の向上と密接に関わる分野である。「2006年女子教育政策」は、すべての女子に教育を提供することを目標に掲げている。子どもの生存を確実にするには、女の子の保護も必要である。紛争のために、多くの若い女子が妊娠し、またはすでに母親となっている。思春期の女子を性的搾取・虐待、妊娠、エイズから守るために特別な努力が必要である。このような努力は、彼女たち自身が生存権利を享受するためにも、その子どもたちの権利を保障するためにも必要となる。

子どもの生存という問題に関して、新たに大きなうねりを生み出さなければならない。リベリアはその高らかな呼びかけの先頭に立とうとしている。我々の子どもたちが、生存という段階を超えて、豊かに成長して生産的な市民になることができるような成長段階にまで至ることを確実にしたいと考えているからである。

母親、新生児および子どもに継続的なケアを提供するという課題に立ち向かう

現在必須サービスから排除されている子どもたちにサービスを届けようとした場合に保健ケアの提供者側が直面する課題は、以上のようなものである。子どもの生存にとって一番大きな課題は、もはや子どもの死亡の近因や解決方法を見つけ出すことではなく、これらの解決策を実行するために必要なサービスと教育が、最も周縁化された

国やコミュニティまで届くようにするところにある。本白書でこれから述べていくように、世界で最も貧しい国々のいくつかを含め、多くの子どもや家族のもとに必須サービスを届ける上で大きな前進を果たした国は少なくない。しかし、効果的な規模の拡大のためには、ここ数十年の教訓から学ぶ必要がある。その際には、コミュニティのレベルで、子どもの健康に関する統合的なアプローチを強化することに特に重点を置かなければならない。