



保健関連のMDGを達成するには、母親、新生児、子どもの生存と健康を支援する、結束した行動とパートナーシップが必要である。予防接種会場で列を作って順番を待つ子どもたち（バングラデシュ）。

要約 ミレニアム開発目標（MDG）は理想だけの非現実的な到達目標の羅列ではない。世界の指導的立場にある政治家、開発専門家、経済学者、科学者が懸命に考え抜き、綿密な計算を重ねた賜物であり、いまや、人間の進歩を加速させるための、世界にとって、このうえない希望となっている。

目標を達成できれば、何百万もの子ども、男性、女性が飢餓から解放され、安全な水と基礎的な衛生施設を利用し、教育を受け、他の人々が享受しているのと同じ経済的恩恵と政治的機会を享受できるようになる。前かが遅れている地

域や国々もあるが、政治的意志、必要な資源、必要な戦略が整えられれば、残された期間内にすべての到達目標を達成することは可能である。

政治的意志を喚起することは可能だろうか？ さまざまな枠組み、戦略、行動、資源を結集させ、MDGを期限内に全面的に達成するための動きに弾みをつけることはできるだろうか？ 端的にいえば、答えは「イエス」である。しかしそのためには、政府、ドナー、市民社会その他の関係者が子どもの生存のために結束し、保健関連のMDGの達成を確保することに対する決意を示さな

ければならない。

課題は、皮肉な考え方や無気力を跳ね除け、これまで反故にされてきた約束に片をつけることである。結局のところ、子どもの命を救うこと以上に大切な、あるいは報われる事業は存在しない。

子どもの生存のために結束する

ミレニアム開発目標（MDG）が達成されたとしても、世界が完璧な場所になるわけではない。貧困は相変わらず存在するだろう。子どもとその母親の不必要な死も続くだろう。環境に対しても引き続き注意を向けていかなければなるまい。それでも、ミレニアム・プロジェクト（2005年の世界サミットに向けてミレニアム開発目標達成のための勧告を行った独立の諮問機関）の推定によると、目標を達成できれば3,000万人の子どもと200万人の母親の命が救われることになる。3億人以上の人々が、もはや飢餓に陥らずに済むようになる。何億もの人々が安全な飲み水と基礎的な衛生施設を利用できるようになる。学校に行けるようになる子ども、経済的・政治的機會を享受できるようになる女性の数は百万人単位で増加する¹。

MDGは夢想家の集団による夢物語ではない。世界の指導的立場にある政治家、開発専門家、経済学者、科学者が懸命に考え抜き、綿密な計算を重ねた賜物であり、いまや、世界をより維持可能な方向に向けていくための、人類にとって、このうえない希望となっている。MDGは、十分に手の届く、達成可能な到達目標なのである——ただしそのためには、政治的意志、必要な資源、要求される戦略が整えられなければならない。目標達成の決意を固めることが、必要不可欠な第一歩である。そうすれば、保健関連のMDGを達成するのに必要な次のステップに関する行動（後述）のほとんどは、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアに対する既存のさまざまなアプローチの枠組みの中で実行可能である。

このような政治的意志を喚起するこ

とは可能だろうか？ 個別的・集団的な種々の枠組み、戦略、行動、資源を結集させ、MDGを期限内に全面的に達成するための動きに弾みをつけることはできるだろうか？ 『世界子供白書2008』は、妊産婦、新生児、子どもの生存のための努力を強化し、健康と福祉に対する女性と子どもの権利を実現するため、結束した取り組みを緊急に必要とする、マクロ・レベルの6つの重要な行動を明らかにしてきた。それらは以下のとおりである。

- 妊産婦、新生児、子どもの生存と保健を支える環境作りに向けて活動する。
- 時期と場所を横断する継続的なケアを発展させ、強化する。
- 保健システムとコミュニティ・パートナーシップを強化することにより、パッケージ化された必須サービスを拡大する。
- データ、研究、エビデンス（証拠）の基盤を拡大する。
- 母親、新生児、子どものためにさらなる資源を投入する。
- 妊産婦、新生児、子どもの生存を世界的な緊急課題とする。

子どもの生存と保健を支える環境作りを進める

『世界子供白書2008』では、子どもの命を救うのに有効であることが証明された必須支援策やアプローチに主に焦点を絞ってきたが、さらに幅の広い、体

系的な変革も必要である。女性と子どもに質の高い保健ケアを提供するためには、女性と子どもが生存し、豊かに成長できるような環境が要求される。必要性が最も明白なのは、紛争のない環境である。平和と安全は、施設中心のサービスであろうと、普及ケアを中心とするサービスであろうと、コミュニティ・パートナーシップであろうと、保健プログラムが適切に機能するために欠かすことができない。紛争解決の道が見つからない場合には、複雑な緊急事態下に置かれた子どもやその家族にサービスを提供し、保護することがきわめて重要となる。「平和地帯」としての子どもという考え方を国際法に編入することは現実化されていないが、「静穏の日々」を宣言して戦闘を停止し、保健ケア関連スタッフたちが隊を成してワクチンの接種を行えるようにする取り組みは、ここ数十年の間に、アフガニスタン、アンゴラ、コンゴ民主共和国、エルサルバドル、レバノン、ソマリア、スリランカ、スーダンといった多様な国々で実施されてきた²。

同様に重要なのが、子どもの内面の安心感である。これは武力紛争、コミュニティにおけるひどい暴力や犯罪、あるいは争いの絶えない家での生活によって妨げられる場合がある。乳幼児は周りの世界に非常に敏感である。地雷の爆発であれ、親族や家族の友人による性的暴力であれ、これから危機にさらされるかもしれないという予感、実際の出来事そのものとはほぼ同程度の心的外傷や動揺をもたらす。保護される環境への子どもの権利の認知は、子どもに対する暴力を防ぐために必要不可欠であり、その後適切な法律の制定やその効果的な施行も進められなければならない。



© UNICEF/H005-1173/Roger LaMoigne

健康的かつ安全な環境は、母親と子どもの生存と福祉にとって不可欠な条件である。育児コースの修了証明書を受け取る女性（トルコ）。

公正であることも、子どもを支える環境としてきわめて重要な側面のひとつである。あまりにも多くの国で、貧しいということがそのまま、保健システムから放置されたり、周縁に追いやられたりすることを意味している。ジェンダー、障害、人種、民族的出身を理由として必須のサービスや実践から排除される子どもたちもいる。保健システムと母子生存プログラムを権利を基盤として構築し、その中でこのような不公正を是正する取り組みを行うことは、緊急の課題である。さらに、現在、サービスを受けられない人々に効果的にサービスを提供するためには、周縁化と社会的排除の根本的原因およびその影響に対処するための戦略に、保健プログラムを統

合していかなければならない。

女性と子どもの健康を持続的に向上させていくためには、ジェンダーの平等の拡大と女性のエンパワーメントも必要となる。どのような保健サービスがどのように提供されたとしても、家庭における女性の決定権限が強化されないかぎりは、多くの子どもたちがこれらのサービスを受けられずに終わってしまうだろう。教育と経済的機会が女性の福祉に強力なプラスの効果を持つことは、無数の研究によって確認されている。これが、ひいては子どものケアと生存展望の向上につながるのである。

時期と場所を横断する継続的なケアを 発展させ、強化する

子どもは出生時と出生後最初の数日間が最も脆弱な状態である。したがって、妊娠中、出生時、新生児期の保健ケアはきわめて重要である。このような継続的なケアは乳児期から幼児期全体を通じて行われるべきであり、ライフ・サイクルの重要な段階で母子双方に必須サービスのパッケージが提供されなければならない。ライフ・サイクル・アプローチでは、このような継続的なケアのためには思春期の女子の教育、エンパワーメント、知識、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する保健）・サービスが必要であることが認知されている。彼女たちの多くが母親ともなり——2005年には約13%の赤ん坊が15～19歳の母親から生まれた³——その後成人女性へと成長していくからである。継続的なケアを効果的なものとするためには、家庭、コミュニティ、そして質の高いアウトリーチ・サービスおよび基礎保健ケアを担当する保健センターにおける臨床サービスとの間に強いつながりが醸成されていなければならない。保健センターは同時に、地域の病院とも強く結びついていることが求められる。こうしたつながりを構築することは、サービスの利用拡大につながることが多い。また、隙間からこぼれ落ちる可能性がある女性や子どもの人数が少なくなることも意味する。

家庭とコミュニティは、子どもの養育方法や、いざというときに専門家によるケアを求めるといった行動を学んだり、支援が提供される場所である。こうした情報は、妊娠中に保健クリニックを訪問したときに提供されることが多い。女性にとっては、このような訪問が正規の保健システムとの初めての出会いとなる可能性もある。出産前ケアは、女性が潜在的风险を自覚し、安全な妊娠のための計画を立てることの一助となるので、重要である。保健クリニックが近くにない場合は、遠くの地域施設から派遣されたスタッフによる出張サービスが提供されるべきである。これらのサービスでは通常、産前・産後ケアと子どもの保健ケ

アを組み合わせたものが提供されることになる。

地域病院は、コミュニティと家庭を対象にした保健システムの最上位に位置するものであり、十分な人数のスタッフと、出産時のどんな合併症にも対応できる設備を備えていなければならない。基礎保健ケアのレベルでは、施設とスタッフが、合併症を伴わない出産の援助を行い、基礎的な緊急産科ケアと出生直後の新生児ケア（蘇生を含む）を提供できるような体制が整っていなければならない。3つのすべてのレベルで提供されるケアの質と、各レベル間の強力なつながりこそが、時期と場所を超えた継続的なケアを確保するための鍵となる⁴。

保健システムとコミュニティ・パートナーシップを強化することにより、パッケージ化された必須サービスを拡大する

最貧国の多くは保健システムが脆弱で分断されており、専門技能を持つスタッフの深刻な不足から、資金・設備・物資や情報の生成・活用能力の欠如まで、さまざまな問題に悩まされている。中長期的には、保健関連のミレニアム開発目標を達成する一番確実な方法は国の保健システムを強化することである。基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップは、アクセスが難しい地域でのサービスの拡大や、保健システムの強化に関して有効な役割を果たすことができる。本白書が示しているように、パッケージ化された諸支援策を、ライフ・サイクル全体を通してコミュニティ・レベルで効果的に提供することができるということが、多くのエビデンス（証拠）で明らかになっている。さらに、個人が自分自身の健康——そして家族の健康——について一定の責任を持てるようにエンパワーメントを図ることは、開発に根本的かつ永続的なインパクトを及ぼすことにつながり得る。

コミュニティの構成員が生活を革新するために必要な情報の提供は、保健に関する重要なメッセージを低コストで

伝達できるマス・メディアによって大いに増進することが可能である。さらに、適切なガイドラインを示して注意深くモニタリングを行えば、参加型アプローチを専門とする市民社会組織を募集し、子どもの生存・保健の特定の側面を推進する役割を委ねることも考えられる。コミュニティの動員について、すでに手一杯の保健省が単独で責任を負う必要はない。地方政府、女性開発に携わる省庁も、女性団体や国内の市民社会のリーダーとともに、最初からプロセスへの参加を促されていれば重要な役割を担うことができるはずである。

子どもの生存に関する現行プログラムでは高度な技術を必要としない解決策が重視されているが、最新鋭の技術には、サービスを届けるのが困難な人々にサービスを提供できるようにする上で、思いもよらない躍進をもたらす可能性がある。例えば、マラリアの診断、HIV感染検査、水質の分析のための簡易診断キットが開発されてきた。これらの検査は、基礎的な研修を受ければ、最も基本的な保険クリニックを拠点として実施することさえ可能である。バイオテクノロジーによってより安全な組み換え型ワクチンも生産されつつあるほか、冷蔵を必要とせず、注射ではなく皮膚パッチ、鼻孔スプレーその他の技法で投与可能なワクチンの研究も進んでいる。画期的な発明となる見込みがあるこれらのワクチンはいずれも、予防接種サービスを拡大する上できわめて大きな影響を及ぼす可能性がある⁵。

情報技術も、この分野への適用はいまだ初期段階ではあるが、途上国の子どもの生存と保健に重要な役割を担っている。携帯電話、電子メール、インターネットの利用が伸びているということは、eヘルス（eHealth＝保健分野において電子通信・情報技術を組み合わせて活用すること）やテレメディスン（遠隔医療）によって遠隔地の人々にサービスを提供することがすでに可能となっており、その適用を大幅に拡大していける可能性があるということである。さらに、保健ケア従事者は、基礎保健ケアのための施設や、必要な場合には病院の各部署や

紹介・搬送センターともより容易に連携できるようになる⁶。

エビデンス（証拠）の基盤を拡大する

問題を理解できれば、その半分はすでに解決できていることが多い。しかし、世界の子どもの概況は大まかなところでは明らかにされているものの、その詳細については時として曖昧なことがある。多くの国々では信頼できる統計データが乏しいために、政策立案に携わる者たちは、優先事項を設定したり、プログラムの有効性を測ったり、あるいは進捗状況をモニターしたりすることができないでいる。人口動態統計システム——出生や死亡をはじめとする主要なライフイベントを記録するもの——でさえ、たとえ利用可能であったとしても、国の一部しか網羅していないことがある。特に出生登録は、子どもの権利を守り、国の人口についての正確な情報を生成するために必要不可欠である（第1章、22ページ参照）。

世界の子どもの保健、栄養、水、衛生、HIV/エイズの状況についての正確な情報と分析は、コミュニティ・パートナーシップ、継続的なケア、成果志向の保健システムを拡大していくための戦略の立案にとってきわめて重要である。途上国においてデータの普及、成果の評価、戦略的計画立案を進めていくための基盤は、さまざまな情報源によって提供されている。複数指標クラスター調査（MICS）のような世帯調査、ユニセフが発行している『子どもたちのための前進』（*Progress for Children*）シリーズのような統計的レビュー、子ども・新生児・妊産婦の生存と保健について取り上げてきた『ザ・ランセット』（*The Lancet*）のシリーズ、そしてとくにUNDP（国連開発計画）、世界銀行、WHO（世界保健機関）などが発行している、ミレニアム開発目標の達成に向けた進展を評価する出版物などがある。これらのイニシアティブは、妊産婦・新生児・子どものためのインプット（投資）とアウトカム（成果）に関する主要な保健データと情報を生み出し、分析し、普及させるために開発途上国全域で進められている国内的



© UNICEF/H0062402/Susan Markisz

子どもの生存と健康を推進するためには、保健システム開発に対する統合的アプローチがきわめて重要である。出生登録、母乳育児、予防接種を推進する「Trio por la Vida (命のための3本柱)」プログラムに参加する家族 (ベネズエラ)。

努力を補完するものである。

MDGおよび新しい国際保健イニシアティブの結果、説明責任の履行がますます要求されるようになりつつあることから、エビデンス（証拠）の強力な基盤をいやおうなく整えていく必要がある。行動するための情報は余りあるほど存在するが、効果的対応についてのより厳密な研究と評価、望ましい実践例の体系的共有、新しい情報の共有の強化が依然として必要なことも確かである。

母親、新生児、子どものためにいっそうの資源を投入する

最貧国がMDGを達成するためには、国内の資源を動員するとともに、より豊かな国々から相当の支援を受ける必要があることは広く認められている。ミレニウム・プロジェクトの推計によると、MDGを達成するために必要なODA（政府開発援助）の総額は2006年の段階で1,350億米ドルであったが、2006年の実際のODA拠出額は総計1,040億米ドルであった⁷（図5.1参照）。現在の傾向が続けば、ODAは2015年までに約2,000億米ドルまで増加する見込みである。これらの推計額は、ODA拠出国のGNP（国

民総生産）の約0.5%——2006年には0.44%、2015年には0.54%——に相当する。追加費用——例えば、大規模なインフラ整備プロジェクト、気候変動への対応、紛争後の再建のための費用——を計算に入れると、より適当な目標値はODA拠出国のGNPの0.7%である。皮肉なことに、この額は、ODA拠出国がすでに表明している誓約の枠内で完全に負担することができる。35年以上前、主要先進国はGNPの0.7%をODAに割り当てると約束した⁸。2002年のモンテレイ合意で、この0.7%の目標はすべての国によって再確認されている。

現状はどうだろうか？ OECD（経済

協力開発機構) 開発援助委員会を構成する22カ国のうち16カ国は、モンテレイで設定した2006年までのODA目標を達成している。しかし残りの6カ国は、約束を果たすための努力をしなければならない⁹。

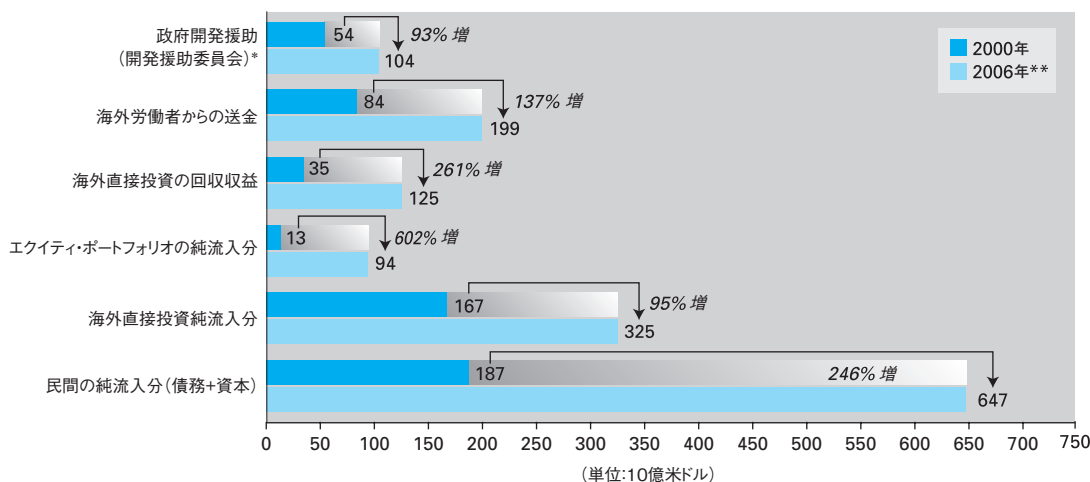
もちろん、MDGを達成しようとしている国々のニーズはそれぞれ違う。ユニセフは現在、入手できる最良のエビデンス(証拠)に基づきながら、各国政府および母子保健の分野におけるそのパートナーの検討に供するため、保健関連のMDGを達成するための国別政策オプションリストを作成しているところである。ユニセフはまた、各国が財政的支援で足りないところを特定し、それを埋められるようにするための援助も行っている。

小さい子どもの状況が最も悲惨なサハラ以南のアフリカで、ユニセフ、WHO、世界銀行は、2006年に協同プロジェクトを実施し、子どもの死亡率を低減するのにどの程度の負担が必要かを分析した(第4章、78ページのパネル参照)。この白書で強調している既存の諸支援策の規模を拡大することにより、5歳未満児死亡数は、ひとりあたり約2.5米ドル(救うことができるひとりあたりの命でいえば約800米ドル)の追加費用で、2009年までに35%削減することが可能となる。2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2低減するというMDG 4を完全に達成するためには、アフリカの保健システムをさらに強化するとともに、新しい支援策——ロタウィルスや肺炎球菌感染症に対するワクチンなど——を導入することが必要となるだろう。分

析によると、1年間に500万人以上の子どもたちと20万人近くの母親たちの命を救うことは完全に実現可能であることがわかっている。それだけの子どもと母親の命を救うのに、どのくらいのコストがかかるのだろうか。1年ごとにひとりあたり10米ドルの追加費用(あるいは救われるひとりの命につき2,000米ドル未満の追加費用)で済むのである¹⁰。

2005年、スコットランドのグレンイーグルズで開催されたG8サミットで、主要先進国は2010年までにアフリカへの援助額を倍増させると約束した。しかしながら、2007年半ばの段階で、この方向への進捗はほとんど見られない¹¹。アフリカ諸国も、自国の子どもたちに対する決意を実証することについては消極的である。2001年に開催されたアフリ

図5.1 開発途上国への資金の流れ(一部)



* OECD開発援助委員会構成国が提供した政府開発援助を指す。

** 推定値

出典: World Bank, *Global Development Finance 2007: The globalization of corporate finance in developing countries*, Washington, D.C., 2007, pp.37, 55.

力統一機構・エイズ特別サミットで採択されたアブジャ宣言には、アフリカ諸国のリーダーによる、国家予算の15%を保健に割り当てるという約束が含まれている。しかし、6年たった今、この約束を何とか果たした国は数カ国にすぎない¹²。

保健関連のMDGを達成するための資

源はすでに利用可能である。世界はかつてなく豊かになっている。民間債務の流入、海外直接投資、ポートフォリオ・エクイティ、海外送金の形をとった開発途上国への資金フローは、記録的レベルに達している。しかし、ODAは2000年以来倍増したとはいえ、その増加率は他の資金フローに比べるとやや立ち遅れている（99ページの図5.1を参照）。ODA

拠出国は、アフリカへの援助を増やすという約束をいまだ果たしてはならず、この数年の間に顕著な努力を要する必要がある。

公衆衛生に関する決定のためにデータ収集とモニタリングを強化する

「国が貧しいから保健に関する良質な情報を生み出せないのではない。貧しいからこそ、保健に関する良質な情報がなければやっていけないのである」

——ヘルス・メトリクス・ネットワーク、WHO

しっかりした情報は、公衆衛生に関する決定をする際の中心となる。それは、政策、プログラム、予算、評価の基本となるものであり、また政府が、自らのコミットメントに関する、そして市民に対する説明責任を果たしていくための基盤となるものである。しかし、多くの開発途上国では、保健情報システムに十分な投資が行われないうえに、データの収集、普及、分析に関する欠陥が残ったままになっている。保健に関する難題が増加し、保健関連のミレニアム開発目標（MDG）の達成期限がどんどん近づくにつれ、しっかりした情報の要求に応えることは喫緊の課題となっている。

1990年代中盤まではデータに決定的欠陥があり、公衆衛生に関する決定を行うための正確かつ効果的な分析が妨げられていた。例えば、子どもの栄養不良率は上昇しているか低下しているかという、子どもの保健と福祉に関する基礎的な指標データが存在した開発途上国は38カ国にすぎなかったのである。これらの重要なデータに関わる欠陥を是正するため、また1990年の子どものための世界サミットで定められた目標のモニタリングを促進するために、ユニセフは1995年に複数指標クラスター調査（MICS）を開始した。MICSは、子どもの保健と栄養、子どもの保護、教育、HIV/エイズ、妊産婦保健など、幅広いトピックスに関する量的なデータの提供を目的としたものである。

1995年以来、200件近いMICSが約100の国と地域で実施されてきた。最新の調査は2005～2006年にかけて50カ国以上で実施されたもので、53のMDG副指標のうち21の指標についてのデータを提供している。これは、米国国際開発庁（UNAIDS）が支援する補完的イニシアティブである人口・保健調査（MICSのデータはこの調査との調和が図られている）とともに、

MDGのモニタリングのための単体の情報源としては最大のものである。

ミレニアム開発目標の達成に向けた前進のモニタリングをきっかけとして、特定の技術的・方法論的な課題に対応する機関間グループが続々と形成されてきた。これらの課題は、指標とモニタリング・ツールの標準化、国レベルでの統計整備能力の構築、共通推計値の開発、パートナー間のモニタリング活動の調和を図ることなどである。これらのグループは5歳未満児と妊産婦の死亡率、水と衛生、予防接種、マラリア、HIV/エイズなどの分野に焦点を絞っている。

国レベルでデータ・システム全般の向上を図り、公衆衛生に関する決定の際に参考にできる、しっかりしたタイムリーなデータをより信頼の置ける形で報告できるようにすることも、緊急に必要である。これは長期的取り組みであり、特にWHOとヘルス・メトリクス・ネットワーク（HMN）が、各国および他のイニシアティブと緊密に協力しながら保健情報システムの向上を図っている。具体的目標は、総体として保健情報の作成に役立つ複数のサブシステムやデータ・ソースをすべて組み込んだ包括的システムの開発である。調査、人口動態統計、国勢調査、疾病サーベイランスと疾病対応、サービス統計、保健管理情報、財政データ、資源把握などがその対象とされる。このような包括的システムを開発するためには、各国と国際的パートナーとの調整・協力をいっそう推し進め、システムの統一に向けて、調和のとれた単一の計画に基づいた協働を図っていかなければならない。このような包括的データ・システムは、データの収集と報告における二度手間、断片化、重複を少なくすることにつながるだろう。

参考文献は108ページを参照。

妊産婦、新生児、子どもの生存を世界的な緊急課題とする

多くの人々が、子どもと母親の生存を求める叫びを耳にしてきた。子どもの生存革命の初期から、保健のための国際的パートナーシップが、しばしば民間から資金を得て次から次へと登場し、現場に活気を与えてきている。多くの実例からいくつか挙げるとすれば、小麦粉強化イニシアティブ (FFI)、栄養向上のためのグローバル同盟、GAVI同盟、妊産婦・新生児・子どもの健康のためのパートナーシップ、マラリア根絶のためのパートナーシップ、熱帯病研究・研修特別プログラムなどがある。

これらをはじめとするさまざまな同盟が組み込まれた結果、国際的な保健問題に対する公的関心はかつてないほど高くなっている。これらのパートナーシップが支援する研究開発は成果を生み出しつつあり、主として貧しい人々に影響を与えている疾病に対処することを目的とした25の薬、8つの殺菌剤、50のワクチンの開発が進行中である。これらのパートナーシップの多くは、ワクチンとともに、品質が保証された無償または低費用の医薬品をコミュニティに提供する上で顕著な効果を発揮できることが証明されている。その他、国の政策立案の改善や制度改革の支援を進めているパートナーシップもある。また、治療プロトコルの標準的内容や基準の確立に寄与している取り組みもある¹³。

しかし、結果を出すことだけにこだわるあまり、国際的パートナーシップは往々にして、国や人々を中心にするのではなく、ドナー主導・物資主導になりがちだとも言われてきた。さらに、特定の疾病に焦点が絞られることが多いために、垂直型の支援策に頼り過ぎ、サービスの統合や国の保健システムの強化が十分に重視されないこともある¹⁴。これまでに広く耳にされてきた——そして心に留められてきた——メッセージは、開発途上国こそが主導権を握り、自国の保健問題に対して「自分たち自身の」解決策を見出さなければならないというものである。そのためには、開発途上国自



すべての母親、新生児、子どもの保健ニーズに応えるためには、あらゆるステークホルダーがパートナーシップを組み、決意を新たにすることが必要である。母親と予防接種について相談する保健員（タンザニア）。

身の優先事項、システム、手続きとの調和化と調整をさらに進めなければならない。事実、これこそが、2005年3月の「援助効果向上に関するパリ宣言」で採用された立場であった。同宣言は、ドナーと開発途上国とのパートナーシップがその可能性を全面的に発揮できるような枠組みを提示したものである。

さて、世界はミレニアム開発目標 (MDG) の達成期限までの中間地点を過ぎたばかりだが、現状はどのようなものだろうか。総合的に見れば、世界の地域の半分はMDG 4の達成に向けて順調に歩を進めており、1990年から2015年までの間に子どもの死亡率を3分の2低減することができる見込みである。これが前例のないシナリオであることは間違いなく、そこには、過去100年間の母子保健の前進と、子どもの生存と成長を保障す

るために結束することに対するドナーと各国政府の決意が反映されている。

多くの開発途上国といくつかの地域は、子どもの死亡率の低減の面で大きな前進を図ることができた。ひとりあたりの国民所得ははるかに低いにも関わらず、一部先進国に迫る水準まで子どもの死亡率を低減することに成功した国もいくつかある。3つの地域——ラテンアメリカとカリブ海諸国、東アジアと太平洋諸国、中央・東部ヨーロッパと独立国家共同体 (CEE/CIS) ——は、経済的・政治的不安定を何回となく経験しながらも、1960年以来、子どもの死亡率を相当に低減してきた。このような成功は、子どもの死亡率が今後も世界的に、いっそう早いペースで低減されていくのではないかという希望を抱かせてくれる。ただしそのためには、途上国の母親、新

マットの向こう側：妊産婦、新生児、子どもの生存と保健のために結束する

メリンダ・フレンチ・ゲイツ
(ビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団共同理事)

ビルと私が訪問先の開発途上国の人々に会うと、置かれている状況の違いに関わらず、容易に共通点を見出すことができる。私たちと同じように、彼らも未来への希望を持っている。愛してくれる親がいて、必要としてくれる子どもたちがいる。知的好奇心、起業家精神、そして自分と子どもたちのために生活を向上させようという決意を有している。

私が特に感動させられるのは、私が出会う母親たちである。自宅に招いてもらうと、私たちは床に座り、しばしば小さなマットをはさんで向かい合いながら話をする。私自身も幼い子どもたちがいるので、彼女たちの立場になって考えてみる。私がマットの向こう側に座っていたら、どうするだろう？ 子どもたちのために何を望むだろう？

私がバングラデシュの妊婦なら、どうすれば赤ちゃんを安全に産めるように手助けできるかを知っている熟練者に付き添ってほしいと思うだろう。インドの若い母親だったら、人工乳ではなく母乳を与えることこそ、生まれたばかりの赤ちゃんをコレラから守る最良の方法のひとつだという事実を知りたいと望むだろう。私がマラウイの母親で、娘が下痢のために病気にかかっていたら、手遅れになる前に電解液水を飲ませたいと思うだろう。

それが私の希望であり、夢であり、望みとなるはずである。しかし、多くの人々にとって、それは日常的現実ではない。現実はこちらである——2006年には、5歳の誕生日を迎えることなく亡くなった子どもの数は970万人にのぼった。その死因のほとんどは容易に予防・治療できるものだった。

私が訪問したいいくつかの国では、母親は、子どもに愛情を持ち始めないですむように、何週間も、あるいは何カ月も子どもに名前をつけない。生後数週間のうちに子どもが命をなくす確率が、あまりにも高いのである。そのような話を聞くと、私は驚きのあまりマットのこちら側に引き戻される。このような悲劇が途上国で当たり前のように広がっているなどということが、なぜありうるのだろうか。

マットのこちら側では、子どもたちが病気になると抗生物質を飲ませる。マットの向こう側では、子どもが病気になると、死刑宣告を言い渡されたことにもなりかねない。裕福な国に住む私たちは、マットの向こう側に自分たちを置いて考えてみる必要がある。

幸い、状況は変わり始めた。世界中の国の政府が、子どもの保健のためにいっそうの努力をするようになった。世界で最も甚大な被害をもたらしている複数の病気を治療・予防するための努力により、何百万人もの子どもたちの生活が向上しつつある。

この勢いを維持していくためには、途上国の母親たちも私たちと同じぐらい自分の子どもたちを愛しているのだということを心に留めなければならない。途上国の子どもたちには無限の可能性のあることを理解しなければならない。そして、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健のために結束するというこの活動に、さらに多くの国の政府、事業者、個人が参加するようになり、子どもたちが自分の可能性を実現できる手助けをしなければならない。そうすれば、すべての母親が子どもたちが幸せに、力強く成長していく様を見る機会を持てるようになり、すべての子どもたちが自分の夢を実現させるチャンスを得られるようになるはずである。

生児、子どもを対象とした質の高いケアへのアクセスを増進する方法が見つからなければならない。

特に近年は、アウトリーチ・サービスを通して提供される予防的支援策によって開発途上地域全域で前進が達成されてきたことを踏まえ、さらにその成果をどのように発展させていくかが課題となっている。アウトリーチによって

提供される拡大支援策——特に拡大予防接種プログラム、殺虫剤処理された蚊帳の配布促進、経口補水療法のさらなる普及、ビタミンA補給の拡大——により、子どもと妊産婦の保健に関わるバランス・シートのうち、インプット（投資）の部分が増進された。これらの結果を分析し、あわせてデータ収集の頻度を高めていけば、今後、子どもと妊産婦の生存に関する成果に顕著なインパクトが生

じることは確実である。

新しいミレニアムを迎えた最初の年以来、たくさんのイニシアティブ、プログラム、政策が次から次へと誕生してきたが、5歳未満児の死亡数を減らす機会がこれほどくっきりと明らかになったことはかつてない。子どもの生存に関わる前進を確保するために何がなされなければならないかは、はっきりしている。

いつそれをなすべきか、誰が関わるべきかも明らかである。なかんずく、質の高い基礎保健ケアに対する母親、新生児および子どもの権利を確保するために——言葉だけではなく実際の行動でも——「**結束**」しなければならないことは、最もはっきりしている。

したがって、課題は、皮肉な考え方と無気力を跳ね除け、反故にされてきたこ

れまでの約束に片をつけることである。2000年にMDGが発表されてから、2015年の達成期限までの中間点に到達した今、すでに達成済みのことは多い。行動の基盤——データ、調査研究、評価——もすでに十分に整備されている。今こそ、新たなエネルギーとより鮮明な展望を持って、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健に関する目標のために結集する時である。そして、社会正義のため

の諸原則を履行し、生命の神聖さを讃えるために、これらの目標を国際的課題の中心に位置づける時である。

手段はすでに用意されている。あとは意志と行動の問題である。ひとりの子どもの命を救うこと以上に気高く、すばらしい報いがある事業はないのだから。