

## データについての一般的留意事項

以下の統計表に示したデータは、国際比較が可能で統計的信頼性が高いデータをもとにしており、定義、出典、記号の説明をつけてある。経済的・人口統計学的な指標などについては、可能なかぎり、担当の国連機関のデータを使用している。国際的に標準化された推計値がない場合は、他の情報源、とくに適当なユニセフ現地事務所から受領したデータを用いた。手法とデータの出典に関するより詳細な情報は、〈www.childinfo.org〉において入手することができる。

平均余命、合計特殊出生率、粗出生率、粗死亡率などいくつかの指標は、国連人口局が日常的に行っている推計・予測作業から得られたものである。これらを含む国際的な推計値は定期的に改訂されているため、ユニセフの過去の刊行物のデータとは異なることもある。本白書には、2006年版『世界人口予測』（“the World Population Prospects 2006”）からとった最新推計値と将来推計も含まれている。

最近人災または天災の影響を受けた国については、データの質に悪影響が生じている可能性がある。国の基本的な社会基盤が破壊されたり、大規模な人口移動が生じた国についてはとくにその可能性が大きい。

### 死亡率推計値

毎年ユニセフは、『世界子供白書』の中に、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、5歳未満児死亡数などの、死亡率に関する推計値を可能なかぎり少なくとも2年分の参照年について掲載している。これらの数値は、本白書の製作段階で入手可能な最良の推計値であり、「死亡率推定に関する機関間グループ」の作業にもとづくものである。同グループには、ユニセフ、世界保健機関（WHO）、世界銀行および国連人口局が参加している。このグループは、新たに入手可能となったデータを詳細に検討し、毎年これらの推計値を更新している。この検討作業によって、以前報告された推計値の改訂が必要となる場合がある。従って、各年版の『世界子供白書』で報告されている推計値は比較が不可能な場合があり、死亡率の経年変化を分析する目的で使用してはならない。ただし、1970年、1990年および最新データがとられた年の5歳未満児死亡率に関しては比較可能な推計値が表10にまとめられている。加えて、すべての国を対象とした時系列データは、〈www.childinfo.org〉において入手可能である。この時系列データは、「死亡率推定に関する機関間グループ」がまとめる最新の推計値にもとづいている。

さらに、本白書には、2005年の妊産婦死亡率の最新の推計値が掲載されている。これらの推計値は、WHO、ユニセフ、国連人口局、世界銀行による機関間グループの作業にもとづき、同グループが2007年にジュネーブで発行した“Maternal Mortality in 2005”の中に発表されている。これらのモデルベースの推計値は、妊産婦死亡数の統計でしばしば生じる過小報告や誤分類を考慮に入れて、データを調整する二元的なアプローチを用いている。

### 複数指標クラスター調査（MICS）

10年以上にわたって、ユニセフは、複数指標クラスター調査（MICS）を通して、統計的信頼性が高く、国際比較が可能なデータを各国が収集できるよう支援している。1995年以来、約100カ国で200近い調査が実施されてきた。直近のMICS調査は2005～2006年に50カ国以上で行われ、子どもと女性の世界的状況を新たに、より包括的に評価することを可能としている。ユニセフが支援するMICSは、人口・保健調査（DHS）とともに、ミレニアム開発目標（MDG）の達成に向けた進捗状況をモニタリングするための最大のデータ源のひとつであり、53のMDG指標のうち21の指標に関する報告に利用することができる。これらのデータは、国際的に合意された他のコミットメント——例えば、「子どもにふさわしい世界」の行動計画やエイズとマラリアについての国際目標——をモニタリングするのにも使われている。これらのデータは本白書の統計表に組み込まれているほか、白書の分析のための参考資料としても活用された。これらのデータの詳細な情報は〈www.childinfo.org〉において入手することができる。

### 改訂

今年はいくつかの統計表について改訂が行われている。

**表2 栄養指標：**これまでビタミンA補給率については、過去6カ月の間に最低1回のビタミンA補給を受けた6～59カ月の子どもに関する指標を掲載していたが、これに加えて、高容量のビタミンA補給を2回受けた6～59カ月の子どもについても掲載した。前年（暦年）に高容量のビタミンA補給を2回受けていれば、万全な対応をされたものと見なされる。

**表3 保健指標：**今年の子どもの保健指標については2つの主要な改訂が行われた。

予防接種——WHOとユニセフにより、出生時における破傷風からの保護率を推定する新しい方法が開発された。従って、今年の白書に掲載されている数値は、これまでの白書で発表されている推計値とは比較できない。

この新しい手法は、女性のコーホート（同年または同期間出生した集団）を対象とした、幼少期から生涯にわたる追跡調査をもとにしたものである。追跡にあたっては、ジフテリア、百日咳、破傷風の3種混合ワクチン（DPT3）の3回接種率に関するWHO/ユニセフの推計データと、破傷風トキソイド（TT）の定期的接種を受けている妊婦の割合についての報告ベース・調査ベースの推計データの両方を利用する。次に、補完的な予防接種活動の中でTTの接種を受けた女性の割合を計上する形でデータの調整を行う。報告データについては、他の年の接種率のパターンや、調査で得られた結果を考慮した調整が行われることもある。その後、これまでに受けたすべての予防接種による免疫期間についてWHOが発表している推計値にもとづき、免疫期間を計算する。このようにして得られた結果が、母親が妊娠中に予防接種を受けたことにより、その年に生まれた子どもが破傷風から保護される確率である。

肺炎と疑われる症状に対する抗生物質の利用——これまで、肺炎と疑われる症状を呈した子どものうち適切な保健サービス提供者のところに連れていかれる子どもの推計数を報告していたが、今年からはこれに加えて、肺炎と疑われる症状を呈した5歳未満児のうち抗生物質を投与されている子どもの比率を掲載した。近年実施された複数指標クラスター調査（MICS）により、子どもの肺炎に対する抗生物質の利用について新たに豊富なデータが提供されるようになってきている。

**表4 HIV/エイズ指標：**成人の推定HIV感染率およびHIVと共に生きる人の推定数のデータは、国連エイズ合同計画（UNAIDS）とWHOによる2005年の推定値をもとにしている。これらの推定値は2007年末に更新される予定であったが、本白書の発行時点では新たな数字は利用できなかった。

HIV/エイズと性感染症に関するグローバル・サーベイランスは、WHOとUNAIDSが協同で取り組んでいるものである。広汎流行期に達している国々では、HIV感染率の推定値は、選ばれた定点産科クリニックに通う妊婦に焦点を合わせたサーベイランス・システムによるデータをもとに算出

している。最近では、全国的代表性を確保しうる地域住民調査の一環としてHIV検査を実施する国が増えてきており、このような地域住民調査の結果が利用できる場合、それもその国における成人のHIV推定感染率に含まれている。低流行期または流行地域が限定的である国々では、HIV感染率の推定値は主として、ハイリスク集団（商業的セックス・ワーカー、男性と性交渉を持つ男性、注射器を利用する薬物常用者）を対象として得られたサーベイランス・データと、ハイリスク集団およびローリスク集団の推定人口にもとづいて算出される。これらの推定値に関するさらなる情報は〈[www.epidem.org](http://www.epidem.org)〉において入手可能である。

**表5 教育指標：**成人の識字率に代えて、若者（15～24歳）の識字率を男女別に示すこととした。

**表8 女性指標：**今年の統計表には3つの主要な変更がある。

女性の初等・中等教育就学率/出席率——これまで、この統計表では、初等・中等教育双方についての総就学率（女性の対男性比）を掲載していた。今年はこれに代えて初等・中等教育双方についての純出席率（女性の対男性比）を採用し、初等・中等教育双方についての純就学率（女性の対男性比）とともに掲載している。純就学率/出席率のほうが、初等・中等段階における学校教育への参加水準をよりよく反映しているからである。

保健施設での出産——専門技能を有する保健医療従事者が付き添う出産の割合に加え、今年の統計表では、保健施設での出産の比率も掲載している。

妊産婦死亡率——すでに述べたように、本白書に掲載した2005年の推定妊産婦死亡率は、WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行の機関間グループの作業結果にもとづいており、“*Maternal Mortality in 2005*”（WHO, Geneva, 2007）に掲載されたものである。これらの推定妊産婦死亡率は、妊産婦の死亡の過少報告や誤分類を考慮に入れて調整が図られている。さらなる情報は〈[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)〉で入手可能である。

**表9 子どもの保護指標：**今回の統計表には、新しい指標が3つ加わっている。主に、複数指標クラスター調査（MICS）、人口・保健調査（DHS）その他の国レベルの調査によって最近新たに入手できるようになった、子どもの保護に関する豊富なデータをもとにしたものである。

## データについての一般的留意事項（続き）

ドメスティック・バイオレンスに対する態度——この指標は、事情によっては夫やパートナーが妻を殴打することも正当化されると答えた15～49歳の女子・女性の割合を指す。回答者たちは、事情によっては、すなわち妻が子どもを放任したとき、断りなく外出したとき、夫に口答えしたとき、性的な関係を拒んだとき、食事を焦がしてしまったときなど、夫やパートナーが妻を殴打することも正当化されるかという質問をされている。

子どもの障害——この指標は、2～9歳の子どものうち、障害（認知障害、運動障害、発作性障害、視覚障害、聴覚障害）に関する質問の少なくともひとつについて「はい」の回答があったことがスクリーニングによって明らかにされた子どもの比率を指す。障害についての質問は、子どもの親あるいは養育者を対象にして行われ、子どもの身体的・精神的発達および機能についての個人的な評価を提供してもらう形になっている。障害の発生率に関するデータは、これらの質問に対

して「はい」の回答があったことがスクリーニングによって明らかにされた子どもの比率を指しており、したがって、障害のある可能性があり、さらなる診断と発達評価が必要かもしれない子どもの比率を表したものとしてとらえられなければならない。

子どものしつけ——この指標は、何かしらの心理的または身体的罰を経験した2～14歳の子どもの比率を指す。心理的罰とは、子どもに向かって叫び、どなりつけ、大声を出すことや、子どもを傷つけるような呼び方をすることをいう。身体的罰すなわち体罰とは、怪我をさせようとしたものではないが、身体的な痛みや不快感を与えることを意図した行動のことである。軽度の体罰には、子どもをゆさぶること、手、腕、脚またはお尻を平手やこぶしで叩くことが含まれる。重度の体罰には、子どもの顔、頭または耳を叩くこと、子どもを強くまたは繰り返し叩くことが含まれる。

## 記号の説明

統計編の目的は世界の子どもと女性の状況に関する全体像を示すことにあるので、データについての詳細な説明や注は別の場所に掲げるのが妥当である。以下の記号はすべての表に共通するものである。特定の表に使われた記号は、その表の注に掲載されている。

- データが存在しないことを示す。
- x データが各列の見出しで指定されている年次もしくは期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、または国内の一部地域のみに関するものであることを示す。このようなデータは、地域別・世界全体の平均値の算出には含まれていない。
- y データが各列の見出しで指定されている年次もしくは期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、または国内の一部地域のみに関するものであることを示す。地域別・世界全体の平均値の算出にあたっては計算に入れられたことを示す。
- \* データが、各列の見出しで指定されている期間内に入手できた直近の年次のものであることを示す。
- § それぞれの国別分類または地域グループに掲げられた領土も含む。それぞれの国別分類と地域グループに含まれる国名・領域名に関しては、148ページを参照のこと。