

THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2008

世界子供白書2008 子どもの生存

THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2008

世界子供白書2008

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

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
December 2007

unicef

unite for
children

unicef 





ユニセフ本部と地域事務所

ユニセフ本部

UNICEF Headquarters
UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

ヨーロッパ地域事務所

UNICEF Regional Office for Europe
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

**中部・東部ヨーロッパ、独立国家共同体
地域事務所**

**UNICEF Central and Eastern Europe,
Commonwealth of Independent
States Regional Office**
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

東部・南部アフリカ地域事務所

**UNICEF Eastern and Southern Africa
Regional Office**
P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

西部・中部アフリカ地域事務所

**UNICEF West and Central Africa
Regional Office**
P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

米州とカリブ海諸国地域事務所

**UNICEF The Americas and Caribbean
Regional Office**
Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

東アジア・太平洋諸国地域事務所

**UNICEF East Asia and the Pacific
Regional Office**
P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thailand

中東・北アフリカ地域事務所

**UNICEF Middle East and North Africa
Regional Office**
P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordan

南アジア地域事務所

UNICEF South Asia Regional Office
P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

ユニセフ本部 web site: www.unicef.org

世界子供白書2008

**THE STATE OF THE
WORLD'S CHILDREN
2008**

謝辞

本白書の制作は、ユニセフ内外の多くの人々からの助言と貢献によって可能となった。重要な貢献を行ってくれたのは以下の国・地域のユニセフ現地事務所である（英語名のアルファベット順）：アフガニスタン、アンゴラ、アルゼンチン、バングラデシュ、ベナン、ボリビア、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブラジル、カンボジア、カメルーン、チリ、中国、コロンビア、コンゴ、コートジボワール、ドミニカ共和国、エクアドル、エジプト、エリトリア、ガンビア、ガーナ、ハイチ、インド、イラン、ジャマイカ、ヨルダン、カザフスタン、ケニア、モンゴル、モロッコ、モザンビーク、ニカラグア、ニジェール、ナイジェリア、パキスタン、パプアニューギニア、ペルー、セントルシア、セネガル、ソマリア、南アフリカ、スーダン、スリナム、タジキスタン、タンザニア、東ティモール、トルクメニスタン、ウガンダ、ウルグアイ、ベネズエラ、イエメン、ザンビア、ジンバブエ。ユニセフの各地域事務所、イノチェンティ研究センターからも情報・意見が寄せられた。

また、エレン・ジョンソン・サーリーフ氏（リベリア大統領）、テドロス・アドハノム氏、ポール・ファーマー氏、ポール・フリーマン氏、メリンダ・フレンチ・ゲイツ氏、ジム・ヨン・キム氏、エリザベス・N・マタカ氏、ヘンリー・ペリー氏の特別寄稿に特段の謝意を表す。

調査と方針ガイダンス

プログラム部、政策企画部

デザイン・版下作成

Prographics, Inc.

統計表

政策企画部戦略情報課

2008年 世界子供白書

2008年11月20日発行

著：ユニセフ（国連児童基金）

訳：財団法人日本ユニセフ協会広報室

監修：平野裕二

発行：財団法人日本ユニセフ協会（ユニセフ日本委員会）

〒108-8607 東京都港区高輪4-6-12 ユニセフハウス

電話 03-5789-2016 ファクス 03-5789-2036

Website: www.unicef.or.jp

© ユニセフ（国際連合児童基金）、2007

印刷：（株）第一印刷所

The State of the World's Children 2008

© United Nations Children's Fund (UNICEF), 2007

UNICEF, UNICEF House, 3 UN Plaza,

New York, NY 10017, USA

ユニセフ本部 website: www.unicef.org

この白書は国連児童基金（ユニセフ）が2008年1月に発表し、平野裕二氏と（財）日本ユニセフ協会広報室が監修・翻訳したものです。

本書の無断転載・複製はお断りいたします。

転載をご希望の場合は（財）日本ユニセフ協会広報室にお尋ねください。

表紙写真：© UNICEF/HQ07-0108/Thierry Delvigne Jean

まえがき

2006年、近年の歴史では初めて5歳未満の子どもの年間総死亡数が1,000万を切り、970万人となった。1960年以降、5歳未満児死亡率が60%削減された計算になる。

しかし、この成果に満足している余裕はない。毎年970万もの幼い命が失われているという現実には到底受け入れられるものではなく、死亡の多くが予防可能であることを考えればなおさらである。そして、前進はあるものの、このままでは世界は、2015年までに子どもの死亡率を3分の2低減するというミレニアム開発目標を達成できそうにない。

子どもの死亡率推計のための機関間グループ（Interagency Group for Child Mortality Estimation）が集積したデータによると、前進は世界のすべての地域の国々で見られた。中国の5歳未満児死亡率は、1990年以来、出生1,000人あたり45から出生1,000人あたり24となり、47%低減されている。インドの5歳未満児死亡率は34%減少した。6つの国——バングラデシュ、ブータン、ボリビア、エリトリア、ラオス、ネパール——では、依然として5歳未満児死亡率は高いとはいえ、1990年以来50%以上の低減を見ている。エチオピアでは、1990年以来40%近い低減が達成された。

子どもの生存に関するミレニアム開発目標の達成に向けた前進がまったく見られない、あるいは十分ではない62の国のうち、75%近くはアフリカに集中している。南部アフリカでは、これまで5歳未満児死亡率の低減が記録されていたにもかかわらず、HIV/エイズの流行によって子どもの死亡が増加している国もある。これらの国々でミレニアム開発目標を達成するためには、協調のとれた努力が必要である。

出生直後からの完全母乳育児、予防接種、ビタミンA補給、殺虫剤処理されたマラリア予防用蚊帳の使用などの基礎的な保健支援策を幅広く採用することは、サハラ以南のアフリカその他の地域で前進を拡大する上で必要不可欠である。

また、肺炎、下痢性疾患、マラリア、重篤な栄養不良、HIVの破壊的な影響に対処する目的で、治療や予防手段へのアクセスを強化するためにもさらなる取り組みが必要となる。

強力な紹介・搬送システムに支えられた、コミュニティを基盤とする保健サービスに子どもたちがアクセスできるようにすれば、子どもたちの命を救えることがわかっている。

国レベルでのいっそう強力な保健システムの構築を支えるための統合的努力の一環として、鍵となる支援策をコミュニティ・レベルで展開することに焦点を絞らなければならない。特に、女性、母親、新生児の特別なニーズに注意を払う必要がある。



世界保健機関（WHO）、世界銀行、ユニセフは、アフリカ連合から求められて、アフリカの国々が子どもの生存に関するミレニアム開発目標を達成できるよう支援するための枠組みを協同で開発した。今年の『世界子供白書』ではこれを詳細に検討している。

ひとつの希望は、国際保健に新しい勢いが生まれていることである。官民の関心も高く、私たちがこの勢いに乗じようと集团的模索を続ける中で、革新的なパートナーシップが生まれ、強化されつつある。

ミレニアム開発目標の達成に向けた前進を加速させるためには、パートナーシップが非常に有望である。ユニセフは、国連関係のパートナー、各国政府、地域の機関、非政府組織（NGO）、財団、民間セクターと密接に協力しながら、活動を調整し、専門性と知識を協同で蓄積しようとしている。

私たちの課題は、みんなが切迫感を持って行動し、すでに成功が証明されている事例を拡大していくことである。

アン・M・ベネマン
ユニセフ事務局長

目次

謝辞	ii
----	----

まえがき

アン・M・ベネマン ユニセフ事務局長	iii
-----------------------	-----

1 子どもの生存：現状

要約	vi
----	----

パネル

5歳未満児死亡率：子どもの健康を測るためになくしてはならない判断基準	2
------------------------------------	---

妊産婦と子どもの死亡の根本的・構造的な原因	3
-----------------------	---

新生児の生存	4
--------	---

子どもの死亡の主たる近因	8
--------------	---

肺炎：子どもの命を奪う、忘れられた死因	10
---------------------	----

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	17
---	----

複雑な緊急事態における子どもの保健	18
-------------------	----

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	20
----------------------------------	----

出生登録：必須サービスを受けるための重要な一歩	22
-------------------------	----

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・サーリーフ大統領	24
--	----

図表

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	2
--	---

1.2 世界の新生児死亡率、2000年	4
---------------------	---

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	5
--	---

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	6
---	---

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	6
---------------------------------------	---

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	7
---	---

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	8
--	---

1.8 世界の5歳未満児の死因	8
-----------------	---

1.9 保健に関係するミレニアム開発目標	9
----------------------	---

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	10
---	----

1.11 南アジアは全地域のうち栄養不良率が最も高い	11
----------------------------	----

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	12
----------------------------------	----

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	12
---	----

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	13
--	----

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	14
------------------------------------	----

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	14
---	----

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	16
--	----

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	17
---	----

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	17
---	----

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	22
---------------------------------	----

2 発展を重ねる保健ケア・システムと実践から得られた教訓

要約	26
----	----

パネル

はしかイニシアティブ	28
------------	----

「全国予防接種デー」と「子どもの健康デー」	32
-----------------------	----

保健セクターの財源確保：セクター・ワイド・アプローチと重債務貧困国イニシアティブ	33
--	----

インドにおける新生児期・小児期疾病統合管理	35
-----------------------	----

バマコ・イニシアティブ	36
-------------	----

対角線アプローチ：メキシコのやり方	38
-------------------	----

西部アフリカの「子どもの生存・発達促進」プログラム	40
---------------------------	----

アフリカにおけるHIV/エイズと、それが女性と子どもに及ぼす影響 ——エリザベス・N・マタカ	42
---	----

妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ	43
----------------------------	----

図表

2.1 はしかによる死亡の世界的な影響	29
---------------------	----

2.2 選択的基礎保健ケアと予防接種率の推移（1980年～）	35
--------------------------------	----

2.3 生後2カ月から5歳までの病気の子どもを対象とした、外来保健施設、第一次搬送施設および家庭におけるIMCI症例対応	37
--	----

2.4 保健関連のミレニアム開発目標を達成するための概念的な枠組み	39
-----------------------------------	----

子どもの生存

3 母親、新生児、子どもを対象とした基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップ

要約 44

パネル

コミュニティ中心の保健ケア・プログラムで採用されるべき基本的な実践項目 47

保健と栄養に関するコミュニティ・パートナーシップに共通する特徴と課題 48

インド：コミュニティ・パートナーシップを通じた栄養不良の削減 50

HIVの母子感染を防ぐ：東部・南部アフリカにおけるmothers2mothers（マザーズ・トゥ・マザーズ）プログラムの効果 52

リーダーシップがエチオピアの母親と子どもに変化をもたらす——テドロス・アドハノム 54

焦点 モザンビーク：コミュニティを基盤とするプログラムを通じた5歳未満児死亡率の低減 59

給水システムと学校衛生におけるコミュニティ・パートナーシップ 60

図表

3.1 月齢による発育不全の比率 51

4 コミュニティ・パートナーシップ、継続的なケア、保健システムの強化を図る

要約 62

パネル

規模の拡大：母親、新生児、子どものための適切な栄養 66

「障害対応のための限界予算策定」 70

規模の拡大：安全な飲み水、適切な衛生設備（トイレ）、衛生習慣の改善 74

緊急に対処しなければならないアフリカの保健医療従事者危機 76

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関連のミレニアム開発目標のために投資すべき根拠 78

焦点 ボツワナ：コミュニティ・パートナーシップを活用した、HIV感染予防・治療の拡大 81

保健サービスの提供における説明責任とガバナンスの強化 83

ルワンダにおける実績ベースの資金拠出 84

焦点 ブラジル：コミュニティを基盤とする保健システムの全国的ネットワーク作り 86

多国間組織の新しい協働のあり方 88

人権、コミュニティを基盤とする保健ケア、子どもの生存——ポール・ファーマー、ジム・ヨン・キム 90

図表

4.1 開発途上国で基礎保健ケアの規模を拡大していくための概念的枠組み 64

4.2 保健サービスの提供における障害への対応方法 69

4.3 アフリカのための戦略的枠組みにおいて導入される最小・拡大・最大パッケージの効果とコストの見積もり 78

4.4 財源、2007～2015年 79

4.5 ブラジル：特定地域間で、また地域内においても、家族の所得や母親の出身民族によって乳児死亡率に大きな格差がある（2002年） 87

5 子どもの生存のために結束する

要約 94

パネル

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 100

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 102

図表

5.1 開発途上国への資金の流れ（一部） 99

出典・参考文献等 104

統計 109

5歳未満児死亡率の順位 113

1. 基本統計 114

2. 栄養指標 118

3. 保健指標 122

4. HIV/エイズ指標 126

5. 教育指標 130

6. 人口統計指標 134

7. 経済指標 138

8. 女性指標 142

9. 子どもの保護指標 146

10. 前進の速度 150

用語解説 154



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（MDG4）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。MDG4を達成するという事は、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、MDG4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）。

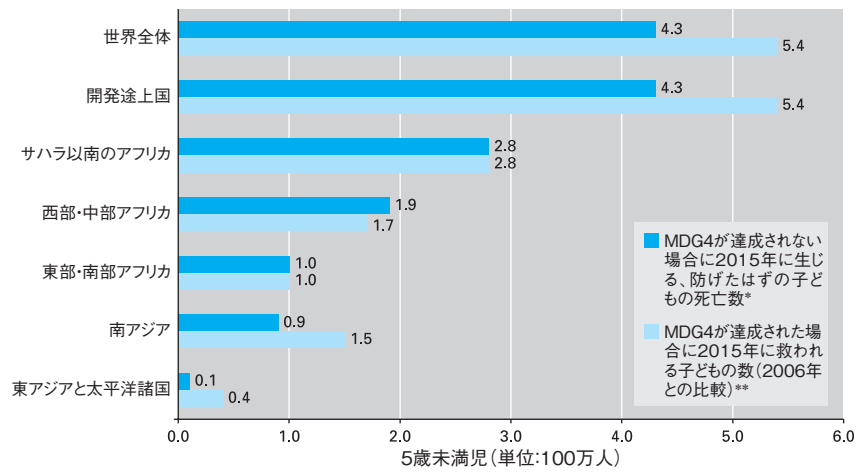
子どもの問題を国際的な課題の中心に位置づける必要性を明確にするため、『世界子供白書2008』は、1980年代初頭に白書が初めて発行された頃のテーマに立ち戻る。当時も今と同じように、ユニセフとそのパートナーたちは、目標としたある時期までに子どもの死亡数をほぼ半減させたいと切望した。当時も今と同じように、ユニセフは、子どもの死亡率を低減し、子どもの健康を改善するために、簡単で効果があり、低コストで、かつ実地的な解決策と戦略を提案した。そして今も当時と同じように、ユニセフは、生活のあらゆる方面に関わる人たち——宗教的指導者から親善大使まで、市長から国家元首まで、スポーツ関係者から議員まで、職能団体か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

これらの阻害要因——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。

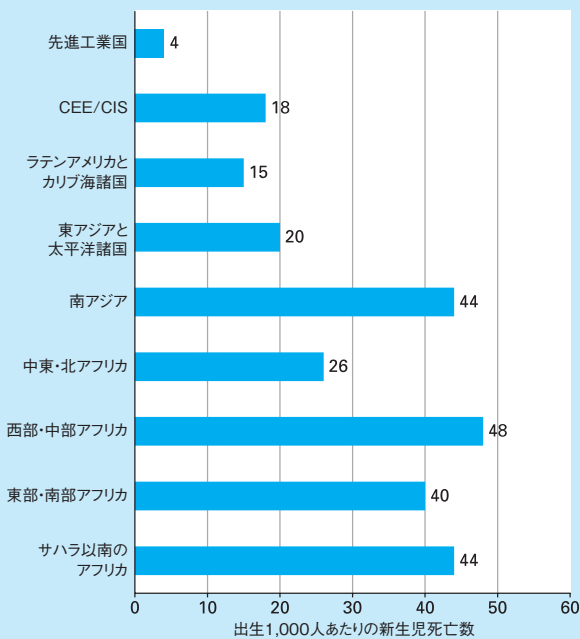
これらの数値でさえも、新生児期に子どもの健康を脅かす問題の大きさを正確には反映していない。例えば、新生児仮死を何とか生き延びた子どものうち毎年100万人以上が、後に脳性まひ、学習困難その他の障害のような問題を有するようになっていく。新生児ひとりごと死亡するごとに、他の20人の新生児が分娩損傷、早産を原因とする合併症、その他の新生児疾患に苦しんでいるのである。

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。

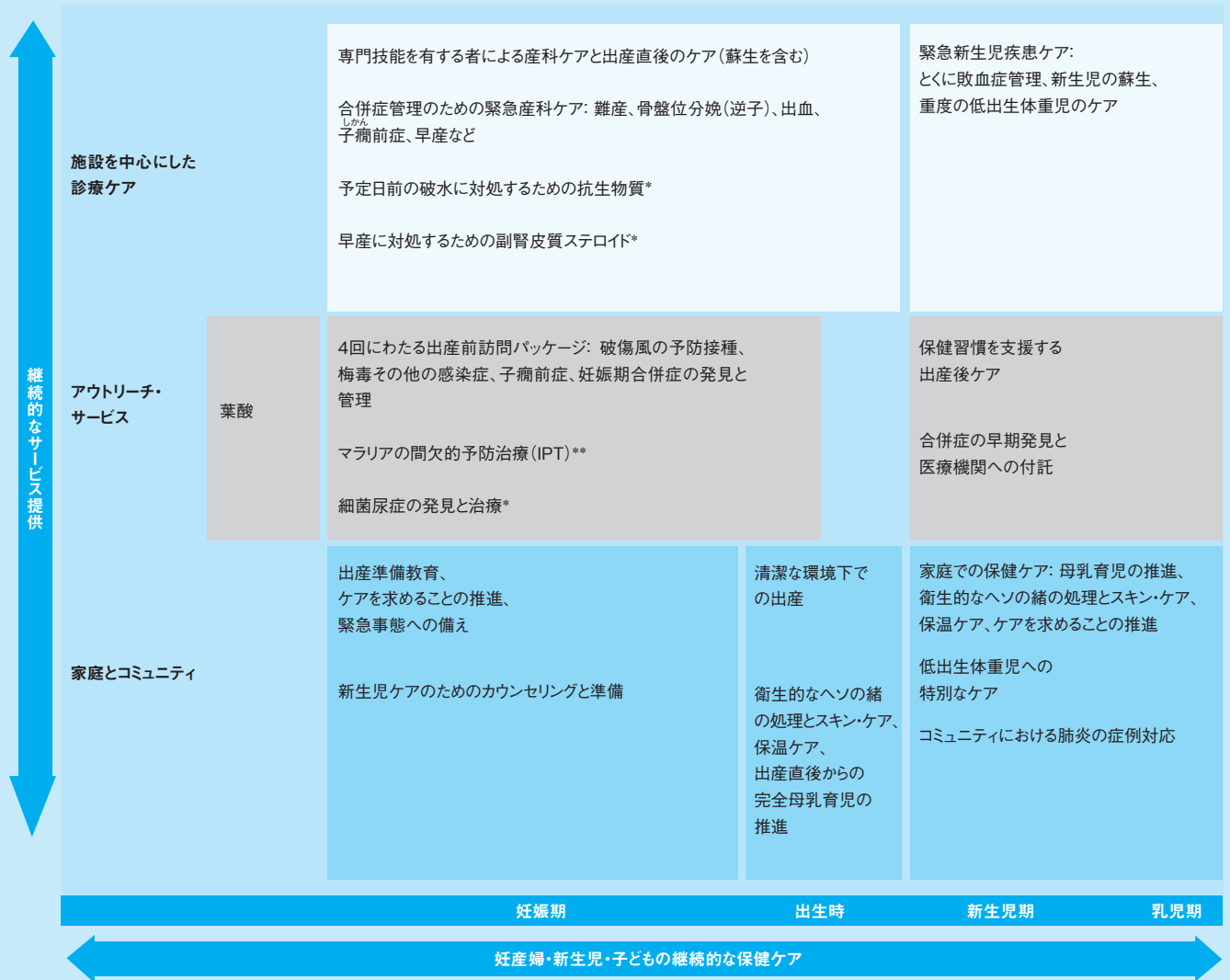
図1.2 世界の新生児死亡率、2000年



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年にくら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

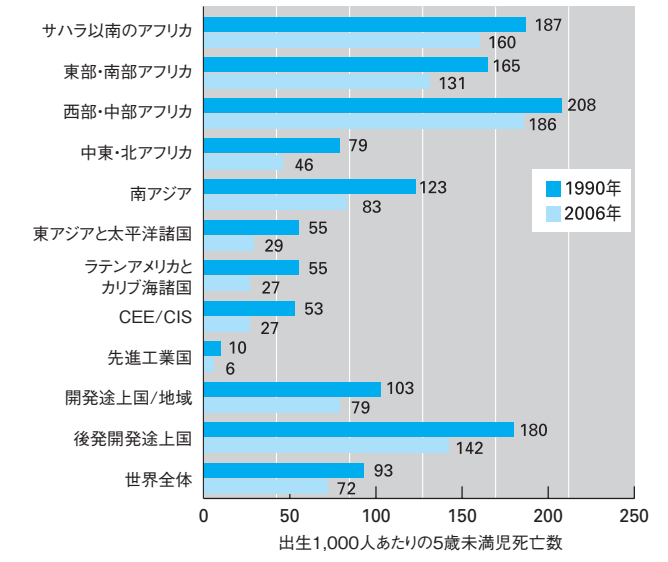
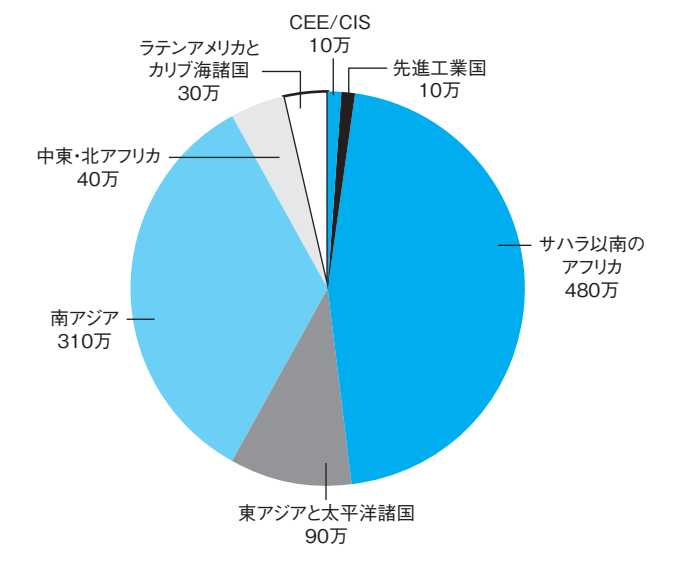


図 1.5 2006年に5歳未満で命を失った子どもの数は1,000万を下回った



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。

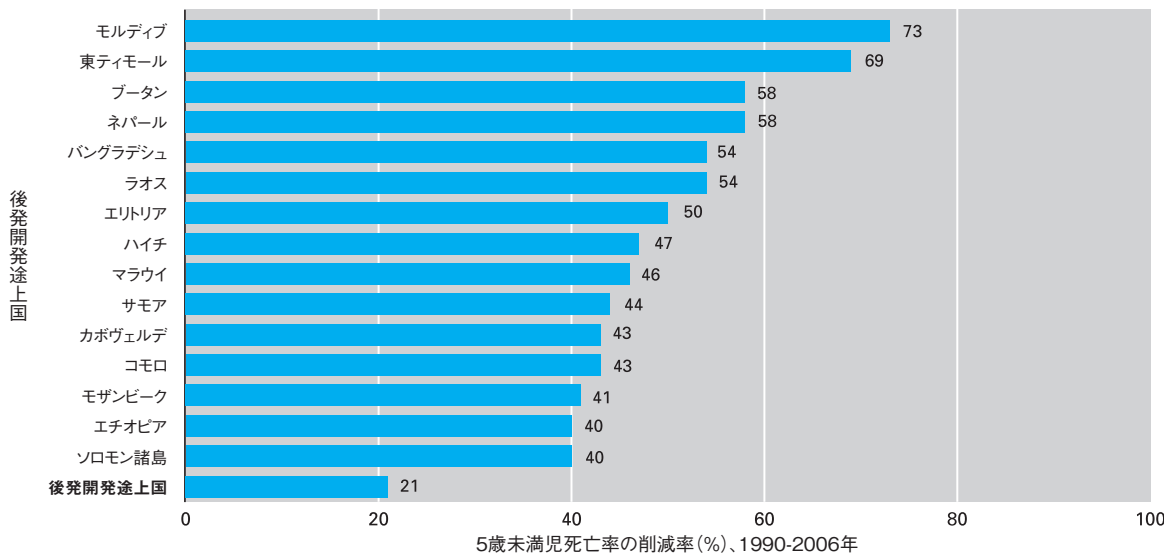
【前進が不十分】—5歳未満児死亡率が40以上で、1990～2006年のAARRが1.0%以上3.9%以下。

【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。

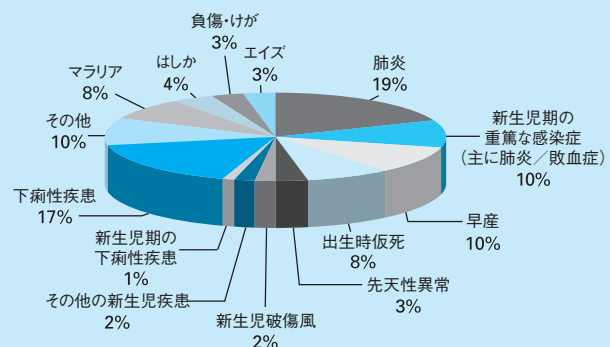
5歳未満児の死亡の約40%は、多様な合併症がもとで新生児期——生後1カ月以内——に発生している(4ページのパネルを参照)。これらの新生児の死亡の約26%——5歳未満児死亡数全体の10%——は重篤な感染症を原因とするものである。これらの感染症の相当の割合は、肺炎と敗血症(細菌による重篤な血液媒介性感染症で、抗生物質による治療を要する)によって占められている。毎年約200万人の5歳未満児——世界全体では5人にひとり——が肺炎により命を失っている。これに加え、肺炎を含む重篤な感染症によって、さらに100万人の乳児が新生児期に命を落としている状態である。1980年代以降前進は見られるものの、下痢性疾患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

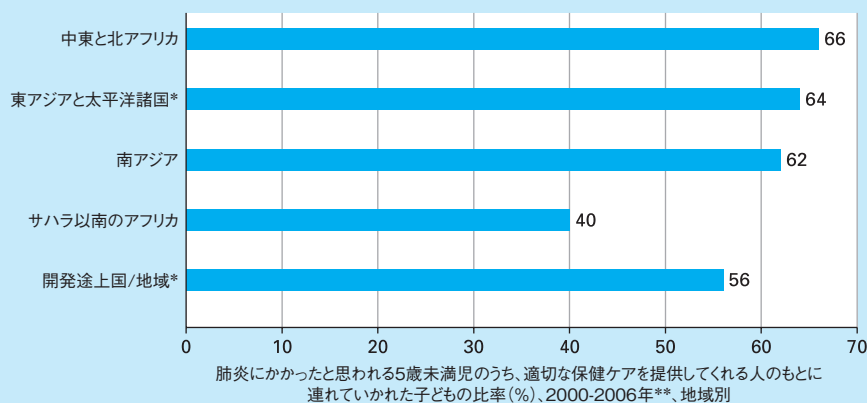
健康な子どもたちは、肺炎を引き起こす病原体から肺を守る生まれながらの防御機能を持っている。栄養不良の子ども——特に完全母乳育児で育てられていない子ども、亜鉛の摂取量が足りない子ども、免疫システムが弱っている子どもは、肺炎にかかる危険性が高い。そのほかの病気（例えばはしか）にかかっている子ども、HIVに感染している子どもも、やはり肺炎にかかりやすい。また、大人数で狭い家に住んでいたり、親が吸うタバコの煙や室内の汚れた空気にさらされたりといった環境面の要素も、子どもを肺炎にかかりやすくし、肺炎の症状を悪化させる場合がある。

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。

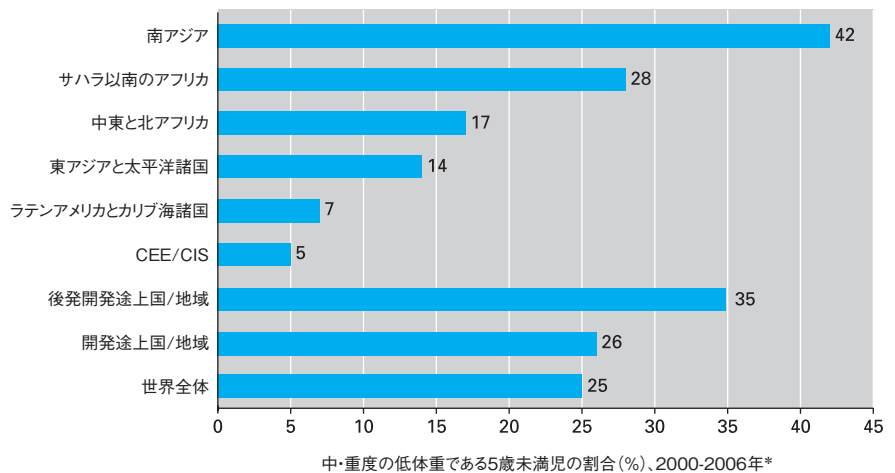
栄養状態を改善する (MDG 1)

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)

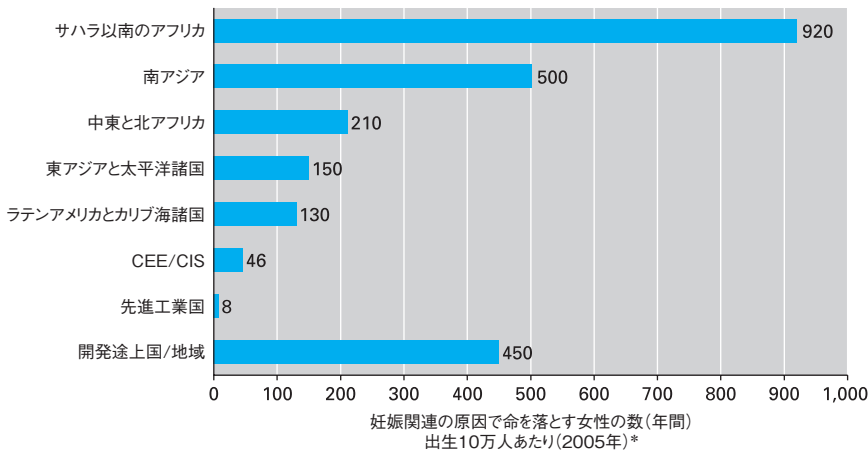
子どもの死亡率を下げるには、妊婦および母親になったばかりの女性の健康を改善することが重要である。毎年50万人以上の女性が妊娠関連の原因で命を落としており、さらに多くの女性が、適切な妊産婦ケアによって容易に防ぐことができる、長期にわたって身体を衰弱させるような影響——例えば瘰癧(ろくろ)——に苦しんでいる。さらに、子どもの生存の可能性を高めるには妊産婦の健康状態を改善することが決定的に重要である。母親のいない子どもは、母親がいる子どもよりも、2歳までに命を落とす確率が2倍近く高いことが

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。

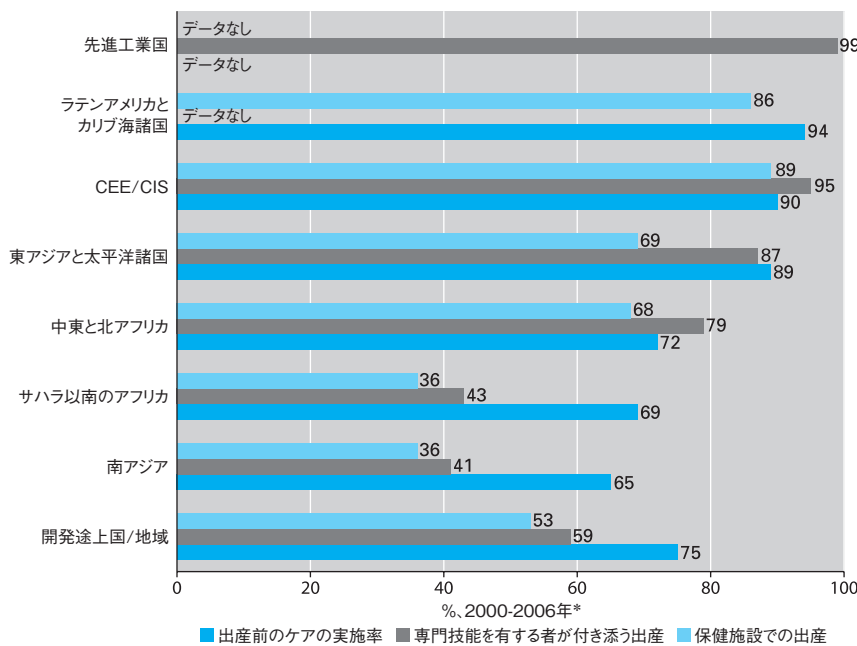
妊産婦ケアの重要性にも関わらず、既存のデータを見ると、このようなケアの利用状況は悲劇的なほど不十分である。どの国や地域でも、妊産婦の4人にひとりはお産前のケアをまったく

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。

出産前のケアの実施率: 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）。

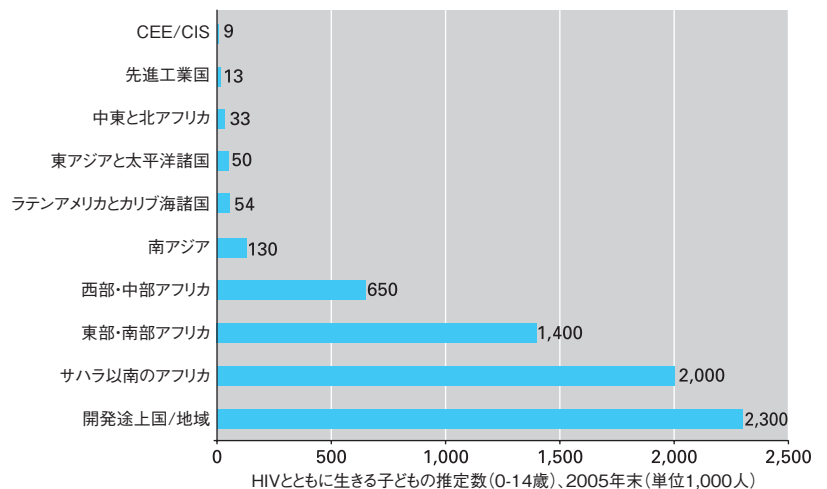
マラリア

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。

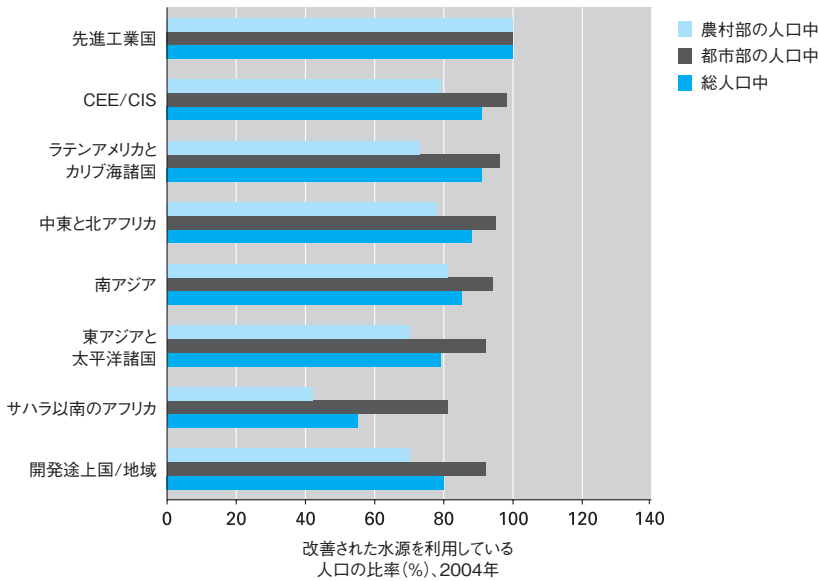
マラリアの予防と治療のためにはいくつかの基礎的な支援策が必要である。このような支援策としては、殺虫剤処理を施した蚊帳（ITN）の中で寝ること、感染の明らかな徴候が見られる妊産婦や子どもに抗マラリア剤を投与することなどがある。ITNの普及は、そもそもの出発点が低水準であったとはいえ、急速に進みつつある。その理由の一部は、マラリア抑制のための国際的な資金拠出が10倍の伸びを見せたことにある。サハラ以南のアフリカではすべての国でITNの普及率は増加傾向にあり、データがある20カ国のうち16カ国では、2000年以来、普及率が少なくとも3倍になった。このような最近の成果にも関わらず、全体的なレベルはいま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

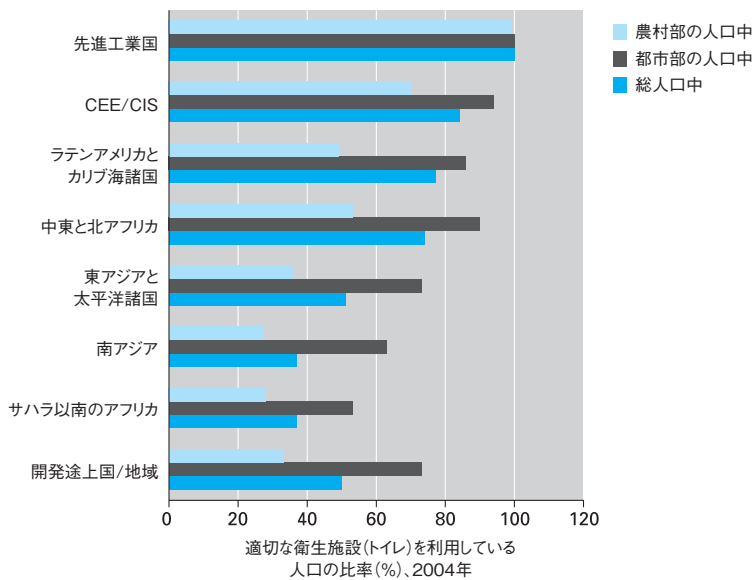


サハラ以南のアフリカでは、熱を出した子どもの3分の1しか抗マラリア薬を使っていない。その上、既存の抗マラリア薬に対する耐性を持った原虫も増えてきている。治療面での突破口となりうるのが、アルテミシニンを中心にした混合治療法（ACT）である。ACTは、複数の治療薬に耐性を持ってしまったマラリアに対する安全でかつ有効な、速効性のある治療法であり、同時にマラリアの再発予防にも役立つ¹³。

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

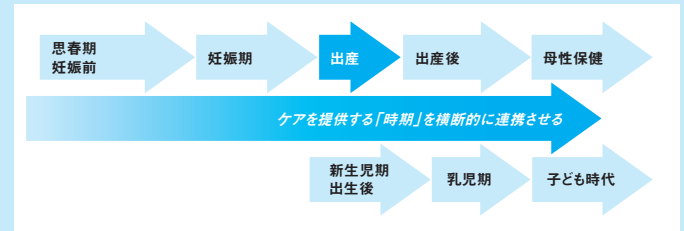
妊産婦、新生児および子どもを対象とする継続的な保健ケアでは、栄養不良と、母親、新生児および子どもの死亡との相互関係が重視される。継続的な保健ケアにおいては、必須の基礎ケア・サービスのパッケージを提供するにあたり、2つの側面に焦点が絞られる。

- 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。

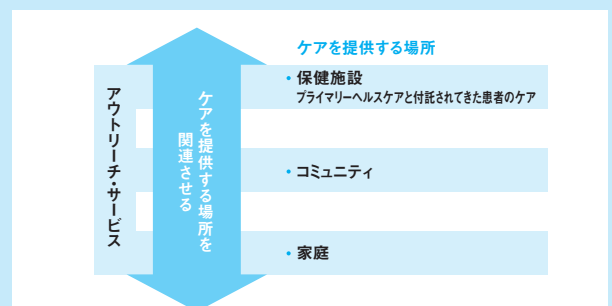
行うところに置かれる。

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、時として子どもたち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たち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）。

われない場合、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

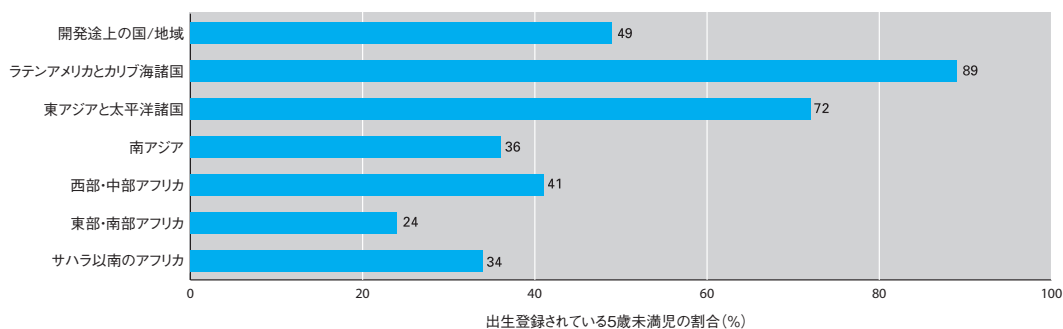
出生登録：必須サービスを受けるための重要な一歩

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。



母親、新生児および子どもを対象とした継続的な保健ケアの前進を加速させる戦略に、もっと焦点を絞らなければならない。旧ユーゴスラビア・マケドニアの難民キャンプに設けられた診療所。

要約

乳幼児の死亡数が過去100年の間に世界の多くの場所で顕著に減少したことは、国際公衆衛生における最大の成功談のひとつである。このことは、平均寿命の延長という点でもきわめて大きな影響を及ぼしている。しかし、全体的に見れば好ましいこのような傾向も、深く分析すると、進展状況が均一ではないことがわかる。国や地域によっては、1990年代以降、前進が大きく減速しているのである。アフリカ南部では、エイズのために平均寿命が短くなり、また日和見感染症、破傷風、マラリア、栄養不良による死亡率が高まるにつれて、乳児死亡率と5歳未満児死亡率が増加した。一方、アフリカと南アジアでは妊産婦死亡率が依然として許容しがたいほどに高く、この数十年というもののほとんど前進が見られない。

ミレニアム開発目標（MDG）の達成

期限である2015年が近づきつつあるにもかかわらず、どのターゲットについても不十分な前進しか見せていない国が多いことを考えると、決定的な疑問が湧いてくる。とりわけ、どうしたら妊産婦、新生児および子どもの生存に再び弾みをつけ、期限までの8年間、前進を加速させることができるのか。同じ8年間という期間に、現実的には妊産婦死亡率をどれだけ低減することができるのか。妊産婦、新生児および子どもの健康に関わって、国はどのような優先順位を定めるべきなのか。

必須サービスの提供のされ方が20世紀初頭から現在までにどのように変わってきたのかを検討してみると、効果的な支援と政策を幅広く実行することこそ、前進を加速させる最大の可能性があることがわかる。命を救うことにつながるこれらの方法には、すでに効果が証明されていて費用対効果の

高い、保健、栄養、水、衛生、HIV/エイズ関連の支援策の適用範囲を広げ、質の高い保健ケアを女性と子どもに提供することが含まれる。また、アクセスを妨げる障壁を少なくすること、追加の財源・人的資源を動員することも含まれる。成果に焦点を絞るには、妊産婦、新生児および子どもの生存と健康についてすでに共有されている知識を踏まえ、それをさらに発展させるような戦略を立てることにより、それぞれの国やコミュニティに最も合った解決策を見つけ出せるようにしなければならない。

発展を重ねる保健ケア・システムと実践から得られた教訓

母親、新生児および子どもを対象とした良質かつ継続的な基礎保健ケアを可能にする、成果志向の、エビデンス（証拠）に基づいた方策を見出すためには、最良の情報、データおよび分析結果を検証し、現在と将来の行動の指針となりうる最も有用な教訓を見出さなければならない。そのために必要不可欠なのは、必須保健サービスを子どもと母親に提供するために現在とられている多様なアプローチをいっそう綿密に検討することである。

このようなアプローチには、はしかや栄養不良などの単一の疾病や状態を対象にしたイニシアティブから、病院・診療所、外来サービスとアウトリーチ・サービス、家庭とコミュニティを基盤としたケアを統合し、継続的かつ包括的な基礎保健ケア・サービスを提供するという理想的な対応に至るまで、さまざまなものがある。

主要な支援策と政策転換のそれぞれにどのような相対的長所があるか、とりわけ最も包括的な戦略にはより選択的な戦略に比べてどのような利点と限界があるかについては、長年にわたって熱心な議論が交わされ、膨大な量の文献が発行されてきた。しかし任意の2つの戦略を選んで比較してみても、くっきりした違いが浮かび上がってくるという状況とはほど遠い。これらの戦略はいずれも、部分的には、それ以前の戦略の限界に対応するものとして生み出されているからである。この章では、ここ100年の間に保健ケア・システムと公衆衛生の実践によって達成された成果と、残された課題および新

たに出現しつつある課題について、歴史的検討を行う。たとえ短いものとはいえ、このような検討は、現状に関する重要な視点を提供し、今後の方向性を見定める指針として役立つはずである。

植民地時代：1900～1949年

20世紀を迎える頃まで、乳幼児の死亡は世界中でごく当たり前の出来事であった。下痢性疾患、マラリア、はしか、肺炎、天然痘、結核、さまざまな形態の栄養不良などの原因によって引き起こされる死亡や障害は、かなりの割合で世界の人々に影響を与えていた。

1900年までに世界の人口は約16億5,000万人に達していた。当時は、世界のいくつかの場所——イギリスやスカンジナビア諸国など——では平均寿命の若干の伸びがすでに観察されていたとはいえ、世界全体の平均寿命は推定で30歳にすぎなかった¹。

20世紀初頭には鉤虫、マラリア、黄熱病などの感染症を抑制しようとする努力が始まり、疾病抑制を目的としたその後の支援策の基礎を成すものとなる。20世紀前半にはいくつかの重要なマラリア対策プログラムが開発され、マラリアの研究とアフリカ大陸におけるマラリア抑制とを結びつけた。初期のこうした努力はまとまりを欠いたもので、これを実行した宗主国政府の焦点はあくまで植民地の領土や労働力に絞られていた。焦点の狭いものであったとはいえ、これらのイニシアティブの中には、例えば1930年から1950年にかけて、現在のザンビアに当たる場

所にあった銅山とその周辺で展開されたマラリア抑制策のように、大きな成功を収めたものもある。

植民地の保健サービスは保健施設が厳しく隔離されており、宗主国出身者と軍人が優先されていた。英語圏アフリカやインドでは外来病に関する研究が進み、熱帯病に関する専門知識やプログラムが発展した。しかし当初は地元の学生の入学を認める医学校はほとんどなく、1950年代から1960年代にかけて多くの開発途上国が独立した際の「多額の手切れ金」の一環としてようやく認められるようになったにすぎない。

住民を対象とした保健サービスを先駆的に開始したのはもっぱら宣教師団であり、それも施設におけるケアが中心であった。地元スタッフの養成は看護学校で始まったが、仕事量のあまりの多さに、看護師はほとんどなくして、男女を問わず、雑務ばかりをするようになった。一部の国では地方政府が診療所や小さな地方病院を開設したが、ほとんどの国ではミッション系の病院が病床の50～80%を提供していた。公衆衛生においては、環境面での保護、特に都市部で安全な飲み水と改善された衛生施設（トイレ）を提供するための初期の努力に焦点が絞られた。

フランス語圏その他のヨーロッパ諸国の植民地における保健サービスは、英語圏の植民地諸国における保健サービスとは異なる独特の展開を見せた。そこでは「主要な風土病」（Grandes Endémies）対策プログラムが非常に重

視されたためである。このプログラムでは、全国的ネットワークのそれぞれのレベルごとに、眠り病、象皮病、ハンセン病、罹患率が高く労働能力に影響を及ぼすその他の病状に焦点が絞られた。大勢の人々を対象としたケアは移動部隊によって提供されたが、この移動部隊には寛大にも旅行用装備一式が支給されることも多かった。より多くの人々をサービスの対象とするためには、大勢の人々を集めて患者を治療するアウトリーチ型の活動に頼る方が、固定された施設に投資するよりも効果的だったからである。周期的に繰り返

された治療では、予防と抑制よりも、単純な治療的支援に焦点が絞られた。

アフリカと同じように、中国の病院も当初は主に宣教師団によって設立された。全国的な公衆衛生システムは、満州で急速に広がりつつあった肺炎を抑制するための努力に伴って、1920年代に整えられ始めた。

歴史的に重要な事実として補足的に触れておくと、コミュニティを中心にした基礎保健ケアの成功例として初めて発表された事例研究は、この頃のプ

ロジェクトを取り上げたものだった。そのプロジェクトとは中国・北京の南方200キロほどのところにある定県（河北省）で実施されたものである。人口50万人ほどのこの県では、保健ケアが中国の「裸足の医者」の前身である保健員によって提供されていた。四半世紀の間、そして世界人口の5分の1以上の人たちを相手に、中国は、かつて例がなかったほど公正な保健システムを築き上げていたのである。この経験は、1978年にソビエト社会主義共和国連邦のアルマ・アタ（現カザフスタンのアルマティ）で開催された基礎保健

はしかイニシアティブ

「はしかイニシアティブ」を検討すれば、資源が豊富で到達目標と管理体制がしっかりした国際的な垂直型イニシアティブが、どれほど急速に広がり、どれほど劇的な成果を生み出しているかが分かる。このイニシアティブは、ユニセフとWHO（世界保健機関）が他の主導的国際機関や著名な民間団体と手を組んで実施している協働事業である。2001年に開始されたこの「はしかイニシアティブ」は、2002年5月の国連子ども特別総会で定められた、1999年から2005年の間にはしかによる子どもの死亡を削減するという目標を採用した。このイニシアティブは、はしかの予防接種を拡大するための大規模キャンペーンの推進役となり、アフリカを中心として、2001年から2005年にかけて2億1,700万人以上の子どもたちが予防接種を受けるという成果をもたらした。

この結果は、はしかによる死を1999～2005年にかけて60%削減するという国連の目標をしのぐものであった。アフリカは、はしかによる死亡の絶対削減数の72%に貢献したのである。推定によると、予防接種の効果もあって、約750万人の子どもたちがはしかによる死を免れたことになる。

はしかによる死亡が減少したのは、予防接種の普及に対して「はしかイニシアティブ」が、またはしかに

よる死亡数を削減するためのWHO/ユニセフの包括的戦略を採用することに対して各国政府が、支持と決意を示したことの表れである。この戦略は4つの主要な要素から構成されている。

- はしか予防ワクチンを、子どもが生後9カ月の段階で、またはそれからあまり遅れない時期に、最低1回は接種する。はしか予防ワクチンの接種は、各地区または全国の子どもの90%以上を網羅した定期予防接種の一環として行う。
- すべての子どもに、2度目のはしかの予防接種を受ける機会を提供する。
- 効果的なサーベイランス（監視・調査）体制を確立する。
- ビタミンAの補給を含め、複雑なケースの臨床管理のあり方を改善する。

はしか対策活動は、いくつかの面で、保健システムの発展に貢献している。例えば、安全な注射方法の推進、ワクチン保管のためのコールドチェーン体制の推進、世界的な公衆衛生研究所ネットワークの発展などである。そのほか、はしかの予防接種キャンペーンは、ビタミンAの補給、虫くだしの投与、殺虫剤処理をし

ケアに関する国際会議を計画するにあたり、重要な教訓を提供してくれた。

今世紀初頭、デンマーク、オランダ、ノルウェー、スウェーデンなどの国々は、妊産婦死亡率を急速に低減することに成功した。専門技能を有する者による出産時の立ち会いをいかに組織的に確保するかが、このような成果に貢献する重要な要因だった模様である。上記の4カ国の場合、主としてコミュニティの助産師の能力向上を通じ、女性が住む場所の近くで専門的なケアを提供することに焦点を絞った取り組み

が進められた²。

大規模な疾病対策キャンペーン：1950～1977年

1950年までに世界の人口は25億を超え、世界全体の平均寿命は47歳にまで延びていた。

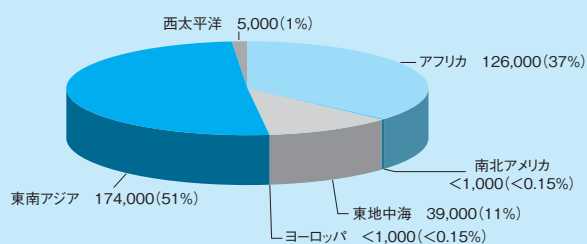
1950年代、1960年代、1970年代にはたくさんの疾病対策が実行に移され、それらはしばしば「大規模キャンペーン」や「疾病に焦点を当てた対策」と呼ばれた。これらの努力は、しっかり

とした科学的根拠があり、疫学的に効果が証明されている支援策を採用し、独立型のプログラムを通じて特定の疾病あるいは状態に対処しようとするものであった。目標の定義が明確であるという特徴を持つことが多かったこれらのプログラムでは、疾病の削減あるいは根絶の達成期限が設けられ、献身的な保健員が提供する専門的技術が活用された³。

これらのキャンペーンで最も成功したのが天然痘根絶イニシアティブで、人から人への感染は1977年以降報告さ

図2.1 はしかによる死亡の世界的な影響*

はしかによる死亡の90%は5歳未満児が占めている



* 地域区分はWHOの分類方式による

出典:WHOの推定値。The Lancet, vol. 369, 20 January 2007, p.194より。

た蚊帳の配布などのような他の必須支援策と組み合わせて実施されることも多い。

2005年5月には世界保健総会で新しい国際目標が設定された。2010年までに、はしかによる死亡数を、2000年のデータに対して90%削減するというものである。かなり挑戦的な目標であり、これを達成するためには、良い成果を出している国々での前進を維持するとともに、インドやパキスタンのように、はしかに

よる死亡数が多い国々でかなりの成果を収めなければならない。はしかとの闘いはまだ終結したとは言えず、2005年には345,000人がはしかにより死亡し、うち90%は5歳未満の子どもたちであった。感染性の高いこの病気は、依然として5歳未満児の主要な死亡原因であり、世界全体で約4%を占めている。はしかは子どもの免疫力を弱め、生命を脅かすその他の疾病や状態——例えば肺炎、下痢性疾患、急性脳炎——を引き起こす可能性があり、依然として、予防接種で防ぐことができる子どもの死亡の主要な原因のひとつである。

1999～2005年に展開されたはしか削減の取り組みの成功は、国際的パートナーや各国政府が、有効性が証明されていて費用対効果も高い治療を提供するために政治的意志と財政面の決意を固め、しっかりした戦略を採用してその決意を実行に移せば何ができるかを示したものである。このような決意を維持していくことができれば、この新しいターゲットの達成も可能であると信じるができる。また、そのことは、ミレニアム開発目標4に向けて前進していく上でも役立つはずである。

参考文献は105ページを参照。

れていない。ほかの大規模キャンペーンも、メジナ虫症、トラコーマ、イチゴ腫といった疾病の根絶や大幅削減に成功している。

天然痘根絶キャンペーンの成功は、史上最大の成功を収めたといえる予防公衆衛生プログラム、すなわち1974年に開始された「拡大予防接種プログラム (EPI)」の立案時に、鍵となる要素のひとつとして参考にされた。EPIは当初、6つの疾病——ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、はしか、結核——から身を守るためのワクチン接種を、1歳未満の子どもたちを対象として行うことを目的としていた。プログラム開始時には、これらの疾病から身を守るための予防接種を受けていたのは世界の子どもの5%に満たなかった。直近の統計では、世界全体の予防接種率——ジフテリア、破傷風、百日咳ワクチンの接種率で測定したもの——は、いまや75%を超えている。

大規模キャンペーンが行われるようになってからしばらくは、保健サービスを提供するためにとられた多様なアプローチは「垂直型」(もしくは「分野指定型」)あるいは「水平型」のいずれかの言葉で説明されることが多かった。この違いは、端的にいえば、プログラムの構造における次の2つの側面を基準とするものであった。

- プログラム・マネジメントが一般保健システム・マネジメントにどの程度統合されているか。特に、より低いマネジメント・レベルでそのような統合が行われているか(水平型)、それともまったく独立したマネジメント担当者が置かれているか(垂直型)。
- 保健員がどの程度ひとつの職務だけに集中しているか(垂直型)、またはどの程度多くの職務を担っているか(水平型)⁴。

垂直型アプローチと水平型アプロ

チの相対的な長所と短所はすでに十分に論じられており、その議論を包括して振り返ることはここでは控える。多くの点で、いずれかのアプローチの長所は他方のアプローチの短所を反映している。

基礎保健ケア：1978～1989年

1978年にアルマ・アタで開催された「基礎保健ケアに関する国際会議」は、第二次世界大戦後、資源が乏しい環境の中で発展してきたコミュニティ保健ケアの革新的取り組みが成功したことの成果である。これらの革新的取り組みとしては、ナイジェリアの5歳未満児クリニック、インドネシアのコミュニティ保健員、中国の裸足の医者、キューバやベトナムの保健システムなどが挙げられる⁵。アルマ・アタ会議とその際に採択された宣言は、きわめて重要なマイルストーンとなった。この会議は、国際保健と開発の分野で単一のテーマを討議する会議としては史上最大の規模となり、134カ国と、67のNGO(非政府組織)および国連の代表が参加した。やがて標準的な通念となる革新的考え方を明確化することにより、この会議はその後の重要な国際的コミットメントへの道を開くこととなった。このようなコミットメントとしては、アルマ・アタ会議で合意された「西暦2000年までにすべての人に健康を」のほか、1990年の「子どものための世界サミット」で表明されたコミットメント、さらに最近では「ミレニアム宣言」とミレニアム開発目標などがある。

アルマ・アタ会議から生まれた基礎保健ケア・アプローチは、公正、コミュニティ参加、セクターを超えた協力、適正技術の使用、低いコスト、ヘルス・プロモーションなどの原理を包含するものであった。これらの原理は、その後、保健システムを開発するためのガイドラインとして位置づけられるようになり、以下のような点が考慮に入れられた：①公衆衛生が担うべき役目を反映・

強化するものとして、より幅広い住民保健の問題が対象となる。②時期と場所を超えてケアを統合することが重視される。③システムのあらゆる構成要素を超えて、予防、緊急ケアおよび長期的ケアが結びつけられる。④パフォーマンス向上のために評価と努力が行われる。⑤保健ケア・サービスの組織化、資金的手当、個人やコミュニティへの提供のあり方をめぐる意思決定の基盤として、住民保健の基準に立ち戻って検討が行われる⁶。

アルマ・アタ宣言は、基礎保健ケアには最低限、以下の活動が含まれるべきだと勧告した。

- 保健教育
- 食料の十分な供給と適切な栄養の推進
- 安全な水と基礎衛生
- 妊産婦と子どものケア
- 主要な小児期疾病の予防接種
- 一般的な疾病やけがの適切な治療
- 風土病の予防と対策
- 必須医薬品の供給

その後、WHO(世界保健機関)により地域保健システムの考え方(ヨーロッパやその他の国々では「医療担当地域中心」アプローチとして、あるいは「小地域」アプローチや「中間集団」アプローチとしても知られる)が提唱され、基礎保健ケアを実施するためのモデルとして用いられるようになった⁷。

基礎保健ケアには多くの利点があったにも関わらず、その実施は好ましくない経済情勢に妨げられた。特に1980年代には、厳しい経済情勢のため、保健ケア、水の供給、ゴミの処理、食料品の品質対策などの公共サービスの提

供から、国が大幅に手を引くようになった。このような状況により、多くの開発途上国では末端の保健サービスがほとんど崩壊の域に達し、また地域保健活動への支援も後退した⁸。

選択的基礎保健ケアと子どもの生存革命：1980年代

1980年代の初め、子どもの保健は引き続き「静かなる」緊急事態のひとつのままであった。5歳の誕生日を迎える前に死亡する子どもの数は、依然として年間1,500万人近くを数えていたのである。1970年代の後半には2人の科学者、ジュリア・ウォルシュとケネス・ウォレンが「選択的基礎保健ケア：開発途上国における疾病抑制のための暫定的戦略 (*Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries*)」という画期的な論文を発表し、合理的な費用で乳幼児死亡率を急速に低減するための代替的戦略を提案した⁹。2人は、子どもの主要な死因が相互に及ぼし合う影響を子細に分析し、その対応策として有効であることが証明されている既存の支援策を列挙した上で、5歳未満児の死亡の圧倒的多数は少数の原因（特に下痢性疾患、マラリア、呼吸器疾患、はしか）によるものであり、予防接種（当時、子どもの予防接種率は世界全体で15%にすぎなかった）、経口補水療法、母乳育児、抗マラリア薬で容易に防ぐことができるとの結論に達した¹⁰。2人の研究は、水平型アプローチと垂直型アプローチにはそれぞれどのような相対的長所があるか、また包括的基礎保健ケアの原則を実効性のあるプログラムとして実践することは可能かという議論が臨界点を迎えていたときに発表された。

その結果が、「選択的基礎保健ケア」として知られる新しい戦略である¹¹。アルマ・アタ宣言から1年後に打ち出されたこの戦略は初め、包括的基礎保健ケアの実施に向けた第一歩と考えられたが、ほどなくして独自のモデルと

して位置づけられるようになった。乳幼児の高い死亡率の最も重要な原因として特定された疾病を対象とすることにより、垂直型アプローチの主要要素を統合したこのモデルは、基礎保健ケアよりも焦点がはっきりした、実現可能性の高いものと考えられた¹²。

ユニセフが主導して1982年に開始された「子どもの生存革命」は、この枠組みを基本にしたものである。そこでは、コストがそれほどかからない4つの支援策に焦点が絞られた。GOBIと総称されたこの4つの支援策とは、栄養不良に対応するための成長観察 (Growth monitoring)、子どもの下痢性疾患を治療するための経口補水療法 (Oral rehydration therapy)、幼い子どもの健康を確保するための母乳育児 (Breastfeeding)、6つの致死性小児期疾病から子どもを守るための予防接種 (Immunization) を指す。GOBIは、WHOが主導する主要なプログラムでも支持された。これには、拡大予防接種プログラムや、下痢性疾患と急性呼吸器疾患への対策プログラムも含まれる。

その後、GOBIにはさらに3つの要素——食料補給 (food supplementation)、出産間隔の延長 (family spacing)、女子教育 (female education) —— が加わり、GOBI FFFとなった¹³。子どもの生存にとってこれらの基礎的な支援策がいかに重要であるかについての世界的なアドボカシーの取り組みが功を奏し、多くの国々が、鍵となる支援策の推進・提供のために独自の国内システムを創設した¹⁴。選択的基礎保健ケアは、当初から、「子どもの生存」プログラムへの資源投入に熱心なドナーの強固な支持を得ることができた。これらのイニシアティブは、コミュニティ中心の基礎保健ケアの根本は失ってはいなかったが、同時に、特定の目的を達成するために比較的安価な医療技術を利用するという魅力も兼ね備えていたのである。

選択的基礎保健ケアは、ここ数十年、



予防接種は、主要な小児期疾病から子どもを守る上で有効であることが証明されてきた。3種混合ワクチンの接種を受ける子ども（コートジボワール）。

比較的成功を収めてきたことが証明されている。GOBI FFFとWHOのイニシアティブは、基礎保健ケア、特に予防接種と経口補水療法の普及率の目覚ましい向上に寄与したとして評価されている。これらの努力が世界全体の5歳未満児死亡率の急激な低減に貢献したことは間違いない。1980年には出生1,000人あたり115だった5歳未満児死亡率は、1990年には93まで減少した。10年間で19%低減されたことになる。

統合的なセクター・ワイド・アプローチと保健システムに重点を置く：1990年代

選択的基礎保健ケアによる成果にも関わらず、1980年代の後半までには多くの開発途上国で保健システムが深刻

に圧迫されるようになった。人口増加、ラテン・アメリカやサハラ以南のアフリカの多くの国々で発生した債務危機、旧ソ連圏や中央・東ヨーロッパにおける政治的・経済的移行の3つは、助長要因の一部にすぎない。これに対して多くの国々が対策に乗り出し、悪化の一途をたどる、資源の配分も十分ではない保健システムの改革に乗り出し、その実効性、効率性および財政的現実性を高めること、公平性を増すことに向けた努力を開始した。

バマコ・イニシアティブ

そのようなアプローチのひとつで、多くの国によって活用されたのが「バマコ・イニシアティブ」である。1987年、マリのバマコで開催されたWHOの

アフリカ保健大臣会議を機に開始されたこの戦略は、保健センターを通じ、統合的な最低限の保健ケア・パッケージを提供することによって、サハラ以南のアフリカで基礎保健ケアへのアクセスを増進し、コミュニティの基礎的ニーズを満たすことに焦点を絞ったものであった。医薬品へのアクセスと、保健ケアを提供する側とコミュニティとの定期的接触が非常に重視された。(バマコ・イニシアティブについてさらに詳しくは36ページのパネルを参照。)

統合

バマコ・イニシアティブの中心的特徴であった、必須サービスの統合を重視する姿勢は、1990年代に採用された種々のアプローチの原動力となった。

統合アプローチは、選択的基礎保健ケアと基礎保健ケアそれぞれの長所を組み合わせることを目指したものである。選択的アプローチと同じように、費用対効果の高い一群の中核的解決策をタイムリーに提供し、保健面での特定の課題に対応することをきわめて重視する。同時に、基礎保健ケアと同じように、コミュニティ参加、部門を超えた協力、一般の保健提供システムへの統合にも重点が置かれた。

1990年代に統合がいっそう重視されるようになったことの例として長年にわたって言及されているのは、IMCI（小児期疾病統合管理）である。1992年にユニセフとWHOにより開発され、それ以来100カ国以上で採用されている。IMCIでは、子どもの病気を引き起こす

「全国予防接種デー」と「子どもの健康デー」

全国予防接種デー（NIDs）はもともと、開発途上国全体で1日限りのキャンペーンとして行われたポリオの集団予防接種をきっかけとしている。NIDsは今なお多くの国々で実施されているが、補完的対策であり、定期予防接種に取って代わるものではない。NIDsのもともとの目的は、過去に予防接種を受けたかどうかに関わらず、5歳未満全員に予防接種を実施してポリオの流行を防ぐところにあった。

子どもの保健に関する大規模な支援を実施するために1日を割くという考え方は、新しいものではない。1980年代には、ブルキナファソ、コロンビア、トルコなどで試行され、成功している。最近では、現在進行中の紛争を一時中断して「静穏の日」とし、子どもたちが安全に予防接種を受けられるようにするという対応が、アンゴラ、シエラレオネ、ソマリアなどでとられた。集団予防接種では、熟練した専門家がボランティア部隊を監督できるため、スケールメリットを活かすことができる。特に経口ポリオ・ワクチンを投与する場合は注射器も針も不要なため、有効である。

子どもの健康デーに実施される支援策の範囲はポリオの予防接種を超えて広がり、ビタミンAの補給なども含まれるようになっていく。ジンバブエでは、殺虫剤処理された蚊帳の配布やポリオ以外の予防接種も実施されている。同様のイベントを実施しているその他

の国としては、ネパールやナイジェリアがある。

ネパールの全国ビタミンAプログラムは特に注目に値する。すでに構築されている女性のコミュニティ保健ボランティアのネットワークを活用して栄養補給剤を配布しているのである。このプログラムは費用対効果が非常に高いことがわかっており、ひとりの命を救うのにかかるコストは327～397米ドルと見積もられている。これによって伸びた障害調整生命年数(DALY)で換算すれば、1年あたりのコストは約11～12米ドルである。このプログラムは着実に拡大しており、当初は32の優先対策郡だけで実施されていたものが、75の郡すべてを網羅するに至った。8年の間、毎年8～10の郡が加わっていったことになる。実施率を向上させるために全国予防接種デーを活用したことが役に立った。

一連の支援策を統合し、ひとつの場所で一度に提供する子どもの健康デーは、家庭にとっても、保健サービスを提供する側にとっても効率的である。子どもの健康週間のような関連した考え方も登場しており、通常であれば排除されている多くの子どもたちを対象として必須支援策を実施する機会は増進されつつある。

参考文献は106ページを参照。

原因は複数存在するのが通例であることを認め、小児期疾病の症例対応に関する広範かつ分野横断的なアプローチを採用している¹⁵。実際、病気の子どもには病気の症状が重複して現れることが多く、十分な第一次検査施設が存在するコミュニティでさえ、単一の診断にたどりつくための努力は容易ならざるものとなる。より困難な状況下ではなおさらである。

IMCIの戦略には3つの主要な構成要素がある。それぞれの要素は国の状況に合わせて修正することが必要である。

- **保健員のパフォーマンスを向上させる**：これには、病気の症状を評価できるようにするための保健員の研修、疾病に対応した正しい治療法の特定、

子どもに対する適切な治療および養育者に対する情報の提供が含まれる。現地の状況に応じて修正したガイドラインを提供することにより、子どもの主たる死因である5つの疾病——急性呼吸器感染症（特に肺炎）、下痢性疾患、はしか、マラリア、栄養不良——についての症例対応スキルを保健医療スタッフに教育する。

- **保健システムを改善する**：ここでは、小児期疾病の効果的管理のために保健システムを強化することが追求される。そのためにとられる措置としては、医薬品の入手を支援すること、監督を増強すること、紹介・搬送体制を強化すること、保健情報システムを深化させることなどがある。地区・国レベルのマネージャーには計

画策定のための手引きが提供される。

- **コミュニティと家庭における実践を向上させる**：この最後の要素は、コミュニティにおける小児期疾病統合管理（C-IMCI）と呼ばれることが多い。その基盤となるのは、第3章のパネル（47ページ）で概要を示しているように、家庭とコミュニティが世帯単位で実践すべき基本的習慣である¹⁶。

症例対応の統合は、一つや二つの病気にとどまらず、主要なあらゆる病気から子どもを守り、治療を提供しようとするものである。これはまた、地元の保健システムの能力や機能に合わせて治療法を修正することを重視し、必須サービスの重要性について保健員や

保健セクターの財源確保：セクター・ワイド・アプローチと重債務貧困国イニシアティブ

1990年代には、垂直型アプローチが主流を占める可能性があることについて、懸念が増大した。これは、このアプローチが疾病抑制対策のための国の保健システムから分離した管理・運営・補給体制を創設・利用しようとしていたからである。こうした懸念をきっかけとして開発された、保健財源確保のための新しい手法がセクター・ワイド・アプローチ（SWAps）である。SWApsでは、保健セクターに拠出された多額な資金が、政府のリーダーシップの下で、セクター政策、戦略、支出を含めたひとつの計画のために用いられる。保健サービスの提供については全セクターで共通のアプローチが採用され、資金の配分や会計は、政府に任せられる度合いが高くなる。

SWAps創設の目的は複数存在する。つまり、①ドナーによる援助がプロジェクト・ベース型でなされることの限界に対処する、②全体的な保健改革の目標が確実に達成できるようにする、③被援助国が負担する高額な取引コストを削減する、④ドナーと被援助国がどちらも権利と責任を有する真正のパートナーシップを構築することである。SWApsは到達点ではなく動的なプロセスであり、そのあり方は国によって大きく異なる。SWApsにより、対話と信頼関係が強化され、精選された主要な優先事項にさらに焦点が絞られるようになり、また政策と実施の関係が密になった。しかしマイナス面としては、計画立案や手続策定における

詳細部が重視されすぎること、市民社会の参加が限られていること、パフォーマンス管理が弱いこと、ドナー間の調整の重視からサービス改善と成果を考慮することへの転換に時間がかかることなどが挙げられる。

1990年代終盤には、IMF（国際通貨基金）と世界銀行が実施した「重債務貧困国イニシアティブ」を背景として、多くの低所得国で保健セクターと財政改革の中心に貧困削減戦略ペーパー（PRSPs）が含まれるようになった。PRSPsに関連した複数年公共計画文書である中期支出枠組みを活用して、公共サービスに必要な予算の計画や、政策変更および新規プログラムの導入に伴う資源の事前評価が行われる。

参考文献は106ページを参照。



基礎保健ケアの提供に関するアプローチは、それぞれの国やコミュニティのニーズや資源に合わせて修正しなければならない。妊婦の血圧を測る看護師（バングラデシュ）。

© UNICEF/HQ06-2720/Shehzad Noorani

IMCIの成果は、サハラ以南のアフリカのいくつかの国でも記録されている。例えば、タンザニアの農村部で実施された調査によれば、保健システム強化のためのイニシアティブとIMCIを実施している地域では、未実施の対照群地域よりも子どもの死亡数の削減率が13%高かったことが明らかになった¹⁹。

マラウイ、南アフリカ、タンザニア、ウガンダでの調査では、C-IMCIの戦略が広く実施されている場合、家庭における重要な実践のいくつかに顕著な改善が見られることがわかった。その実践とは、栄養状態や乳児期の生存可能性を高めるための対応、病気の予防、病気の子どもの在宅ケアまたは外部ケアの要請、子どもの成長と発達の支えとなるような環境の提供などである²⁰。

こうした成功を踏まえ、保健政策専門家は、それぞれの国の優先課題を基盤とし、IMCIその他の子どもの健康に関わる支援策の役割を明確に定めた国内政策の策定を勧告するようになった。また、システム上の限界を批判的に分析して対応する必要性も指摘するようになった²¹。

妊産婦、新生児および子どもの生存に関する一連の研究が『ザ・ランセット』（The Lancet）誌上で発表されたことが刺激となって、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という流れの中でも、保健ケアの統合モデルが発展してきた（継続的な保健ケアとパートナーシップについてさらに詳しくは、第1章、17ページを参照）。実際のところ、継続的なケアという考え方は、IMCIに新生児疾病の統合管理を組み込んで拡大したものである²²。新生児期・小児期疾病統合管理（IMNCI）と呼ばれるこの新たなアプローチは、インドで暫定的に先行実施されて成功したため、その後完全実施されるようになった（35ページのパネルを参照）。

養育者を教育することにより病気の予防を推進するものである。健康状態の悪化を示す一般的症状を発見し、子どもを保健施設に連れて行き、適切な栄養の与え方や衛生習慣といった予防措置を実行に移すという点で、親やその他の主たる養育者が果たす役割は、非常に重要である。

小児期疾病統合管理は、1990年代の半ばにそれが誕生して以来、精力的な評価の対象とされてきた。WHO、ユニセフ、英国国際開発省（DFID）、米国国際開発庁（USAID）を含むいくつかの機関が、2000年代の初めに複数の国を対象とした評価を実施している。ユ

ニセフは、2004年と2005年にコミュニティと家族についてのIMCI（C-IMCI）についての検証を行った¹⁷。当初の結果はそれほど満足のいくものではなかったが、これは主としてIMCIの3つの中核的要素が完全に履行されていなかったためであり、その後の評価結果では、いくつかの注目に値する成功があったことが明らかになっている。これらの研究によると、IMCIの症例対応は第一次施設で提供される保健ケアの質を高め、保健員やマネージャーのやる気を引き出し、保健員のパフォーマンスを向上させた。そしてその実施に要した費用は、既存のサービスと同等であるか、それよりも安く済んだ¹⁸。

インドにおける新生児期・小児期疾病統合管理

1990年代、インドでは5歳未満児死亡率と乳児死亡率が大きく低減した。しかしこの傾向は、新生児死亡率の低減を伴うものではなかった。2000年までには、新生児の死亡が、同国の乳児死亡総数の約3分の2、5歳未満児の死亡数の約45%を占めるに至っていたのである。新生児の死亡の半数近くは生後1週間以内に発生する。これらの死亡の多くは、親が警告のサインを認識したり、適切な栄養の与え方を実践したり、熟練した保健員や施設のケアを受けていれば、防ぐことができたものである。

2000年に、インド政府は小児期疾病統合管理 (IMCI) 戦略を修正し、新生児ケアにより重点を置くことにした。その結果として生まれたアプローチが新生児期・小児期疾病統合管理 (IMNCI) であり、これはIMCIに手を加えて新生児の健康と生存を推進するための具体的行動を付加したものである。IMCIと同様に、IMNCIは、新生児と乳幼児に効果的な形で必須サービスを提供するための3つの柱という考え方を取り入れている。すなわち、保健システムのインフラ強化、保健員の能力増進、コミュニティ参加の促進であり、それぞれについて新生児の健康と生存をさらに重視しようと

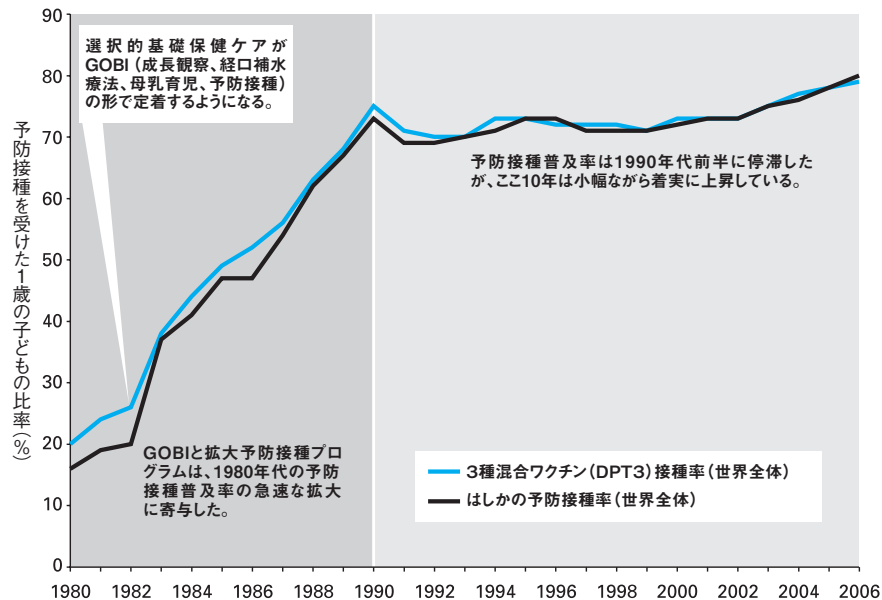
するものである。

具体的には、IMNCIは次のような対応から構成されている。すなわち、子どもが生まれて10日の間に家庭訪問を3回行い、幼い子どもにとって最も望ましい習慣を推進すること、村レベルで、低体重で生まれてきた乳児のフォローアップのための特別体制を整えること、女性グループの会合を通じてメッセージの伝達を強化するとともに、村と家庭との結びつきを確立すること、そして、紹介に基づいて、子どもを地元の保健施設で診察することである。

IMNCIは、政府の「リプロダクティブ・ヘルスと子どもの健康 II」プログラムに組み込まれている。このプログラムは、子どもが生まれておとなになるまでの間、継続的なケアを提供することを目指す、女性の健康を考えた統合的なアプローチである。新生児関連の要素（主として家庭訪問）を加えたことによる追加費用は、子どもひとりあたり0.1米ドル（10米セント）にすぎない。

参考文献は106ページを参照。

図2.2 選択的基礎保健ケアと予防接種率の推移（1980年～）



出典：ユニセフの戦略情報部提供のデータ。

バマコ・イニシアティブ

1987年に、ユニセフとWHOの支持を得てアフリカの保健大臣の集まりで採択された「バマコ・イニシアティブ」は、包括的基礎保健ケアの中核的考え方を原則的には受け入れたにも関わらず、1980年代後半までには多くの国々——特にサハラ以南のアフリカ諸国——が、資源不足と実際的な戦略の欠如のために十分な対応ができなくなっていたことから、生み出されたものである。特に、多くの保健施設は、効率的に機能するために必要な資源や物品を持たなかった。そのため、保健員は薬の処方箋を書くだけで、薬そのものは免許も持たず、監督も受けていない民間の店で購入してもらうという状況が生じることもあった。他方で、多くの患者は、効率が悪く十分な資源も配分されていない公立保健施設への信頼を失っていた。このような変化のいずれもが、1980年代に見られた前進を後退させかねないものとなっていた。主要な課題は、ドナーによる追加投資を推進することであり、社会支出全般、特に保健予算における政府支出の削減を食い止めて増加に転じさせることであり、そして民間セクターやインフォーマル・セクターに流れていた資金を公的システムのほうに呼び戻すことであった。

バマコ・イニシアティブが目指したのは、保健サービスの実効性、効率性、財政的現実性および公平性を向上させることによって、基礎保健ケアへのアクセスを改善することである。バマコ・イニシアティブのもとで設置された保健センターは、最小限の保健ケアをパッケージとして統合された形で提供することにより、コミュニティの基礎的な保健ニーズを満たそうとした。その際の重点は、医薬品へのアクセスを保障することと、保健ケアの提供者とコミュニティとの定期的接触を推進するところに置かれた。コミュニティは必須医薬品の供給管理および資金管理に直接参加しなければならないという考え方にに基づき、村ごとに設置された委員会が保健施設運営のあらゆる側面に関わった。このことは、特に西部アフリカでは、子どもの健康にとって好ましい成果をもたらした。

コミュニティによる資金管理の目的は、各世帯がすでにインフォーマル・セクターで使っている資金の一部を確保し、それを政府やドナーの資金と組み合わせて保健サービスの再活性化と質の改善に役立てることである。最も効果的な支援策は民間セクターよりも安い料金で提供し、差額を優先順位が低い支援策の料金や自己負担額を増やすことによって相殺した。予防接種と経口補水療法は無料で提供された。貧困家庭の費用負担免除に関する地域的基準は、コミュニティによって設定された。

バマコ・イニシアティブの実施方法は国によって違ったが、実際は各国ともひとつの核となる目的を共有していた。利用者負担とコミュニティによる資金の

協同管理を採用することで再活性化された保健センターを通じ、統合されたサービスのうち基本的なものをパッケージ化された形で提供することである。このような課題を核として、必須医薬品の供給、訓練と監督、モニタリングをはじめとする共通の支援体制が数多く構築された。

「規模の拡大」は、実施プロセスの中で決定的に重要なステップであった。拡大のベースは、村の内外で利用可能な資源、地元の能力、コミュニティのニーズや政府・ドナーからのプレッシャーに見合った速度で働く必要性などを考慮に入れなければならない。バマコ・イニシアティブを採用したサハラ以南のアフリカ諸国のほとんどは何らかの段階的拡大策を導入し、いくつかの国——特に顕著なのはベナン、マリ、ルワンダ——は大きな成果を出している。

本質的には、バマコ・イニシアティブの実施は、当局と権力の優勢なやり方を変える政治的プロセスであった。保健施設レベルでの資源の管理と調整にコミュニティが参加することは、利用者に対して公的保健サービスの説明責任を確保する仕組みとなった。コミュニティを代表する保健委員会は、モニタリング会議を開き、目標普及率、投入する資源の量および支出額の設定、見直し、分析、比較ができた。バマコ・イニシアティブにより、アフリカの広い範囲で、保健サービスのアクセス、利用可能性、コスト負担の低減および実際の利用が向上し、予防接種率の向上・維持が実現され、最も貧しい20%の層に属する子どもと女性のサービスの利用が増加したと見られている。

バマコ・イニシアティブに限界がないわけではなかった。貧しい家庭にも利用料を求めたこと、コスト回収の原則を採用したことは大きな批判を浴び、アフリカの多くの国々がこのアプローチを採用したものの、イニシアティブの規模を拡大できたのはほんの一握りに終わった。バマコ・イニシアティブが成功したといわれる国々でも、貧しい人々は2000年初頭には費用負担を障壁と考えるようになり、費用免除や補助金の存在にも関わらず、多くの人たちが必須保健サービスを利用しなくなった。バマコ・イニシアティブを採用した他のアフリカ諸国と同様、ベナン、ギニア、マリが直面している課題は、最も貧しい人たちを保護することと、費用負担のために、貧しく周縁化されているコミュニティが必須基礎保健ケア・サービスを利用できなくなる事態を防止することである。

参考文献は106ページを参照。

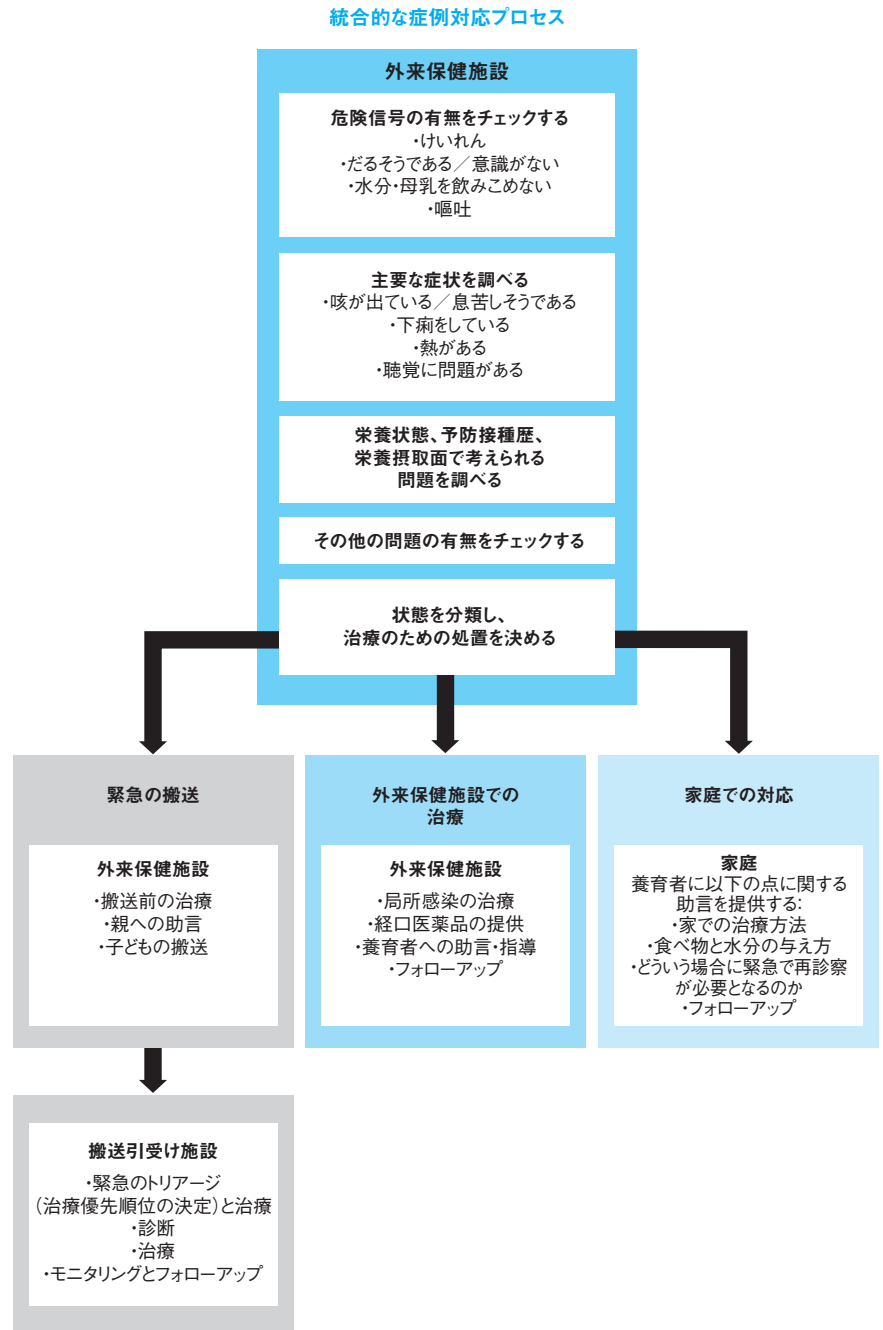
ミレニアム開発目標と成果中心のアプローチ：2000年以降

2000年までに、世界全体の平均寿命は1950年代初頭の47歳から約65歳へと延びた。しかしながら、この寿命の延長につながった健康面での成果を共有できなかった国も多く、またエイズの流行により、HIV感染率が高い地域では成果が後退するおそれも生じた。このため、2000年に189カ国によって採択された8つのミレニアム開発目標(MDG)には保健関連の目標が3つ含まれることになり、その達成期限は2015年とされた(保健関連のMDGと関連する指標を網羅したリストは9ページの図1.9を参照)。

第1章でも説明したように、保健関連のMDGの達成に向けた前進は、MDGを構想した人々が希望したペースでは進んでいない。必須支援策へのアクセスを拡大し、現在取りこぼされている何百万もの母親と子どもたちがアクセスできるようにするための協同努力を継続して行わなければ、これらの目標には、特にサハラ以南のアフリカでははるかに及ばぬままに終わってしまうだろうという深刻な懸念がある。

最近では数多くのハイレベル会合が開催され、MDG達成の機会を見出すこと、最良の実践のあり方を模索すること、国レベルで測定可能な結果を出す決意を明らかにすること、国、地域、世界のそれぞれのレベルで関連した制度的な調整を図ることにに向けた取り組みが進められている。これらの会合で最も懸念されているのは、サハラ以南のアフリカでの進捗状況である。この地域では妊産婦死亡率や新生児・乳幼児死亡率が最も高く、保健関連のミレニアム開発目標についても最も前進が見られない。このままのペースでは、サハラ以南のアフリカ46カ国のほとんどは——スーダンとともに——MDGのほとんどを達成できずに終わるだろう。現在の予測では、1日1ドル未満で生活する人々の割合で見た場合、サハラ以南のアフリカの貧困率は2015年には

図2.3 生後2カ月から5歳までの病気の子どもの対象とした、外来保健施設、第一次搬送施設および家庭におけるIMCI症例対応



出典：WHOとユニセフ：Model Chapter for Textbooks: Integrated Management of Childhood Illness. WHO and UNICEF, Geneva and New York, 2001, p. 6

ほぼ40%に達する見込みである²³。国によっては5歳未満児死亡率が横ばいのままか、逆に上昇さえしているところもあるほか、エイズによる子どもの死亡も増加し続けている。

このような暗い見通しにも関わらず、

他の国々の経験に目を向けると希望が存在する。目標を明確にしたアプローチをとることにより、5歳未満児死亡率を大きく低減することができた国々もある²⁴。最近では、子どもの生存に関連したエビデンス（証拠）に基づく諸支援を包括的に検証したいいくつかの

研究により、現在行われている低コストの支援が、5歳未満児の死亡を3分の2まで、新生児の死亡の半数以上を防ぐことができると再確認されている²⁵。加えて、妊産婦の死亡の88～98%は予防可能である²⁶。

対角線アプローチ：メキシコのやり方

対角線アプローチの有力な提唱者のひとり、メキシコ国立保健研究所のハイメ・セプルヴェダによると、このアプローチは「保健クリニックと家庭をつなぎながら、費用対効果の高い一連の支援策を、大規模に、積極的かつ供給主導で提供すること」である。

対角線アプローチの出発点は垂直型の支援であることが多い。ただし、既存の施設や現場で働く人たちの支援を得ながら、時間の経過とともに支援策の数を拡大していくことが前提である。対角線アプローチは、垂直型の支援、コミュニティ中心の取り組み、そして保健施設でのサービスまたは訪問サービスを統合・調整することの重要性を強調する。医薬品の供給、施設計画、財政、人材開発、品質保障、合理的処方など、支援上の具体的優先事項を定めて適用することにより、多くの重要問題に対処しようとする。

1980～2005年の25年間に、メキシコは多くの垂直型支援を実施して成功させ、その後それを拡大していった。これらのプログラムがターゲットに設定したのは、下痢性疾患（経口補水塩の配布と「きれいな水」プログラム）、予防接種で防げる病気（全国予防接種デー、はしかの予防接種キャンペーン、普遍的予防接種プログラム、全国保健週間）、ビタミンAの補給と虫下し治療（全国保健週間）であった。

PROGRESA——国内の最も貧しい家族を対象にした条件付の現金給付プログラム——により、健康・栄養に関わる習慣を改善したり、学校に子どもたちを通い続けさせたりすることに対して金銭的なインセンティブが用意された。手当の支給は、必須保健サービスや栄養サービスを提供している保健クリニックに定期的に通うことが条件である。生後6～23カ月の子ども全員と、対象世帯の低出生体重児（2～4歳）に対しては、補助食料が配給される。このプログラムは、子どもの栄養状態に非常に好ましい影響を与えている。

2001年からは、保健省が「人生の平等なスタート」(*Arranque Parejo en la Vida*) というイニシアティブ

を開始したことに伴い、妊産婦、新生児および子どもの保健を継続的な形で網羅した、より包括的なパッケージが導入されている。これは特に、社会とコミュニティの参加を推進し、出産前と新生児期のケアを強化・拡大し、女性に葉酸補給剤を提供しようとするイニシアティブである。その普及率はかなり高くなっている。また、Seguro Popular（セグロ・ポピュラー）という公的健康保険イニシアティブを通し、妊産婦と子どもの保健は権利として位置づけられるようになった。

対角線アプローチは、メキシコの保健システムの研究と、過去25年にわたるその発展の結果として生まれたものだともいえる。ほかのアプローチとは違い、その萌芽は、病気がますます複雑化したことと、質の高いサービスを提供し、手ごろな費用負担で利用でき、最も貧しく、最も周縁化された人々を対象とできるような保健支援策や保健システムを発展させなければならないというプレッシャーにメキシコが直面していたことにある。

このようなアプローチを実施してきたことにより、メキシコは、「2015年への子どもの生存カウントダウン」によって2005年に優先的支援対象国に選ばれた60カ国のうち、ミレニアム開発目標の達成に向けて順調に歩みを進めているわずか7カ国のひとつに数えられるようになった。対角線アプローチは今では公式に採用されており、メキシコの前保健大臣フリオ・フレンクが積極的に推進している。この枠組みをより広範な保健政策に統合するべきであるというのが、彼の考えである。対角線アプローチは、「第三の道」を提示することにより、垂直型アプローチと水平型アプローチ、セクター横断型政策とセクター別政策、国内的努力と国際的努力のそれぞれの間には橋をかけようとしている。この「第三の道」によって、効果的支援策が保健システムの発展の原動力となるのである。

参考文献は106ページを参照。

図2.4

保健関連のミレニアム開発目標を達成するための概念的な枠組み

目標とする 保健・栄養・ 人口面での成果: ミレニアム 開発目標	マイクロ・レベルでの行動: 世帯とコミュニティ	メゾ・レベルでの行動: 保健制度とその他のセクター	マクロ・レベルでの行動: 政策と財政
<p>保健関係の ミレニアム 開発目標を 達成する</p> <p>1. 飢餓の撲滅 4.5歳未満児の 死亡率の削減 5. 妊産婦の健康の 改善 6. HIV/エイズ、 マラリア、その他の 疾病の蔓延防止 7. 環境の 持続可能性の確保</p>	<p>家族/ コミュニティ・レベルでのケア</p> <p>住民志向の(アウトリーチ) サービス</p>	<p>モニタリングと情報システム</p> <p>研修と監督</p> <p>社会的動員</p> <p>公平な財政メカニズム</p>	<p>MDGに焦点を絞った、 エビデンス(証拠)に 基づく行動</p> <p>国家的政策・ 戦略・計画</p> <p>貧困削減 戦略ペーパー (PRSPs)</p> <p>セクター・ワイド・ アプローチ (SWAps)</p> <p>財政支援</p> <p>中期支出枠組み (MTEF)</p>
<p>世帯収入を 保護する</p> <p>MDG1:極度の 貧困の撲滅</p>	<p>個人的(臨床的)ケア</p>	<p>調達と供給</p> <p>インフラとロジスティクス</p>	

母親、新生児および子どもの保健面での成果を確実にするための、統一された枠組みに向けて

近年、政府と開発パートナー機関は、保健関連のMDGを達成すること、そして協同のあるいは調和のとれた地域戦略を効果的にまとめることに対する決意を新たにするようになった。同時に、妊産婦・新生児・乳幼児保健の専門家は、過去100年の間に得られた教訓に基づき、協同で戦略的な原則をまとめている。これらの原則とは、具体的には次の3つである。

①プライマリーヘルスケアの原則を改めて再認識する。

これは、子どもの生存、成長、発達における家族とコミュニティ・パートナーシップの優位性を強調するものである²⁷。これにより、基礎保健ケアの別の原則に対する関心も、再び高まるようになった。すなわち、家族による子どものケアを改善できるよう支援し、質が高く過重な費用負担を伴わないサービスを提供することについて保健システムの説明責任を確保するためには、コミュニティ・パートナーシップが必要になるという原則である。(第3章では、妊産婦・新生児・子どもの保健と家族ケアの実践の支えとなるようなコミュニティ・パートナーシップのあり方について検討する。)

②保健サービスの提供に対する、「成果を生み出すための保健システム開発」アプローチ。

これは、選択的/垂直型アプローチと包括的/水平型アプローチの長所を組み合わせたものである。この新しいアプローチは、費用対効果の高い支援パッケージを拡大し、母親、新生児および子どもを対象とした継続的なケアに統合するための枠組みとして採用されつつある。ここでは、エビデンス(証拠)に基づく、効果が大きい保健、栄養、HIV/エイズ、水、衛生関連の支援を拡大することが重視され、保健ケアの提供と利用を妨げるシステム全体の障害を取り除くことの重要性が強調される。

西部アフリカの「子どもの生存・発達促進」プログラム

基礎保健ケアへの統合的なアプローチのより新しい例としては、「子どもの生存・発達促進 (ACSD)」イニシアティブがある。これは、西部・中部アフリカで各国政府がユニセフと協力して始めたものであり、1歳未満の乳児、5歳未満児、妊産婦の死亡率の低減を狙ったものである。このプログラムは、カナダ国際開発庁 (CIDA) がユニセフに対し、子どもの死亡率を低減するような革新的なプロジェクトを開発して欲しいと要請したことに端を発する。2002年に4つの国で開始され、16地区、300万人が対象とされた。以来、ACSDは急速に拡大し、2004年までには、5歳未満児死亡率の高い西部・中部アフリカ11カ国で対象地区が選ばれ、1,600万人以上が対象とされるまでになった。ACSDは、対象とされる女性と子どもへの支援を普及させるために、3つのサービス提供戦略を集中的に実施している。

- 家族の健康と栄養に関わる一連の習慣を、主としてボランティアを活用しながら、コミュニティを基盤として推進する。
- アウトリーチ活動とキャンペーンを通じ、予防接種、ビタミンA、虫下し治療、精選された出産前サービスといった必須サービスや必須製品を提供する。
- 優先順位の高い支援策を選択・統合して最小限のケア・パッケージとし、施設を中心に提供する。

優先順位の高いこれらの支援策は、既存のプログラムとアプローチの長所を発展させた3つの分野から成る。

- 出生前ケア・プラス (ANC+)。妊娠中の間欠的マラリア予防治療、鉄分と葉酸の補給、破傷風ワクチンの接種、HIVの母子感染の予防治療を行う。
- 拡大予防接種プログラム・プラス (EPI+)。予防接種、ビタミンAの補給、虫下しが含まれる。
- 小児期疾病統合管理プラス (IMCI+)。殺虫剤処理された蚊帳の利用、経口補水療法、抗マラリア薬、完全母乳育児、補完食の推進が含まれる。

サービス提供と支援に関するこの「3×3」の枠組みは、行動面、制度面、環境面の制約に対処するための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のようなものがある。

- 行動様式に変化を起こすためのアドボカシー（政策提言）、社会動員および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に対する成果中心のアプローチ
- 地域を基盤とするモニタリングとマイクロ・プランニング
- 統合的な研修
- 供給システムの改善

「子どもの生存・発達促進」プログラムは、国際的パートナーや地元のパートナーと一緒にやってきた既存の支援をさらに発展させた、統合的枠組みを採用している。このプログラムで非常に重視されているのは、保健部門におけるセクター・ワイド・アプローチ、貧困削減戦略とそれに関連する中期支出枠組み、バスケット方式の資金拠出・予算的支援といった、一般的な国家政策およびプログラムにこの枠組みを採り入れることである。また、地域、地区、コミュニティの各段階における能力構築も重視されている。

ACSDではコミュニティを基盤とした要素が強く、「行動様式中心」のプログラムと考えられている。そこで実施される支援の大半は、マラリアが流行している地域で殺虫剤処理された蚊帳を利用すること、病気の子どもや新生児のケアを改善すること、母乳育児と補完食を奨励することなどのように、行動様式の変化を促進するからである。ACSDには、最も遠く離れた地にまでサービスを届けるために必要不可欠な、積極的なアウトリーチ戦略と移動型サービス戦略も含まれている。

ガーナの地区保健チームから提出された予備データによると、予防接種、乳幼児への栄養の提供、小児期疾病統合管理、出産前ケアを含むこの統合的アプローチは、すでに定期予防接種率の向上に前向きな影響をもたらしつつある。予防接種プラスの活動に合わせて、殺虫剤処理された蚊帳も補助金付きで配布されている。

参考文献は106ページを参照。

これらの諸支援策を同時並行で拡大し、広範囲に適用できるようになれば、子どもの生存だけでなく、子どもの成長と発達にとっても二重の相乗効果をもたらされる見込みである。

このアプローチは、成果を達成するための垂直型アプローチとシステム強化を目指す統合的アプローチという、長年に及ぶ二分法に挑戦するものであり、成果を達成できるように保健システムのあり方を修正することによって、両方の目的が実現できると考える。将来母親となる女性（すなわち思春期の女子や若い女性）が子どもを産む前に予防手段を利用することができ、同時に、発展しつつあるリプロダクティブ・ヘルスや妊産婦、新生児および子どもの継続的な保健ケアの恩恵に預かることができれば、子どもの生存・成長・発達を最適な形で達成・維持できる可能性が高まるとしている。（第4章では、これらの戦略を大規模に実施する方法について詳しく述べる。）

③調整、調和および結果に焦点を絞りながら、国内的・国際的レベルでの活動方法を強化する。

基礎保健ケアへの対角線アプローチを大規模に実施しようとする国々を支援するために、国際社会は新しい方法を必要としている。保健関連の数多くの国際的イニシアティブやパートナーシップを、また保健関連のMDG達成へ向けたドナーの支援を調和させることが、パラダイムの統一のためにきわめて重要である。その他の条件としては以下のようなものがある。

- 保健関連のMDGに関する国家計画、政策および予算上の枠組みの面で、開発途上国に対する支援を強化する。
- それぞれの国が定めた優先事項や計画を支援し、保健関連のMDGに対して予測可能な長期的資金提供を行うよう、ドナー間の緊密な調整を図る。



幼い子どもが健康的な人生のスタートを切るためには適切な栄養が必要である。みんなで一緒に食事をするホンジュラスの子どもたち。

- MDGに関連する成果を出せるよう、保健システムその他のセクターを強化する。
- 保健関連のMDGを達成することの緊急性について国際社会の集団的意識を喚起することにより、国連全体の調和を進める流れのなかで多国間支援の実効性と効率性を向上させる。
- MDGを達成できるよう、制度的な活動のあり方を変革する。知識管理と学習に対する、より体系的でしっかりしたアプローチを発展させる。
- 保健面での成果への関心が再び高まっていることから生じた機会を逃さない。
- 成功のためには市民社会と民間セクターの役割が欠かせないことを認識する。

（第5章で、この新しい活動のあり方について取り上げる。）

図2.4は、保健関連のミレニアム開発目標（MDG）を達成する上で、これらの新しい戦略的原則がどのように補完し合っているかを示したものである。この図を見ると、MDGが達成できるかどうかは基本的には世帯とコミュニティのレベルで決まるものの、家族とコミュニティが成果を収めるためには、保健システムその他のセクターからの支援がなければならないことが、明確である。そして、保健システムその他のセクターが家族やコミュニティを支援し、成果に関する説明責任を確実に履行できるようにするためには、国際的・国内的双方のレベルでの政策と財政的手当が必要である²⁸。

教訓を踏まえてさらなる進展を目指す

以上の簡単な回顧から明らかなように、公衆衛生の分野では常に学習と発展が進んでいる。子どもの主要な死因を減らすことを目的とした、すでに効果が証明されている戦略に焦点を絞る必要がある。同時に、これを効率的に

アフリカにおけるHIV/エイズと、それが女性と子どもに及ぼす影響

エリザベス・N・マタカ（アフリカにおけるHIV/エイズに関する国連事務総長特使）

HIVとともに生きる世界のおとなの半数近くが女性であることは、胸が痛むことである。サハラ以南のアフリカだけで、HIVに感染した2,300万人のおとな（15～49歳）のうち、1,310万人（57%）が女性なのである。例えばザンビアでは、女性と女子はHIV/エイズの影響を非常に受けやすい状態に置かれており、15～24歳の女性が感染する確率は同じ年齢層の男性の3倍に上る。HIVが女性たち、特にアフリカの女性たちにどれだけの影響をもたらすかは、これまで非常に過小評価されてきた。子どもたちもHIV/エイズの影響を免れることはできず、破滅的な影響を被っている。推定では、2006年末の段階で、HIVとともに生きる15歳未満の子どもの数は230万人に上っていた。

多くの子どもたちがエイズによって親を失っており、孤児や困難な状況に置かれる子どもたちの数が急増している。サハラ以南のアフリカだけで、2010年までに約1,570万人の子どもたちがエイズによって孤児となる見込みである。子どもたちの苦境は親が亡くなるずっと前から始まっており、とりわけ女の子は、病気の親、特に母親の面倒をみるために学校をやめざるを得なくなる場合がある。子どもたちは、支援が得られないために、教育の機会を失い、持てる可能性を最大限に開花させる機会を失う。親が死亡すると、子どもたちは別の場所に移らざるを得なくなる場合があり、そうなれば友達も、馴染みのある居心地の良い場所や環境も失ってしまう。こうした子どもたちがどのような心的外傷に苦しんでいるかは、アフリカでは子どもを対象としたカウンセリング・サービスが発達していないために、未解明のままである。身体的な、目に見えるニーズばかりが重視され、より複雑で対応も困難な、子どもの心理的ニーズがないがしろにされているとも思える。

子どもたちはもはや、伝統的な大家族システムの支援を頼りにすることはできない。従来は、このようなシステムが、高齢者、孤児、困難な状況や不利な状況に置かれた家族構成員に対してケアや支援を提供していた。このような対処機構は、貧困によって、そしてケアを必要とする子どもが多すぎるといった単純な事実によって圧倒され、機能しなくなってきている。エイズは、生産・生殖の両面で最盛期にある、最も生産的な家族構成員に影響を及ぼすためである。その結果、すでに余裕がなくなっている家庭に、歓迎されない状態で子どもが送り込まれる例も生じるようになった。住むところを失い、アフリカの主要都市の路上で暮らさなければならなくなる子どもたちもいる。

子どもたちは誰もが、雨風をしのげる場所、適切な栄養、養育、そして成長する過程で、また未来への希望を新たに作る上で役立つ支援体制を必要としている。親や養育者から与えられる教育や社会性を身につけるための支援がなければ、子どもたちは、十分に生産性を発揮できる社会の一員となるために必要な、技術や知識を身につけることができない。HIV/エイズのせいで、祖父母に育てられる世代の子どもたちが生み出されているが、ほとんどの場合、祖父母自身もその

年齢ゆえに支援を必要としているのである。

女性と女子のHIV感染率が高いことも憂慮の対象である。これに女性が担わなければならない負担——エイズ患者やエイズにより孤児となった子ども、そして自分自身の家族のケア——が組み合わさると、もはや持ちこたえられない状況となる。特に南部アフリカではそうである。

男性と女性の間には存在する社会経済的地位の不均衡は、HIV感染の拡大、特に女性や女子の間での拡大の加速に大きく影響している。文化的規範や早婚のために、若い女子はさらに感染しやすい立場に追いやられている。性に関する問題について十分なコミュニケーションが図られていないために、女性・女子は、より安全なやり方を求めて交渉する能力を制限されており、危険な関係を続けざるを得ない場合もある。社会経済的な問題のために、女性がカウンセリングや治療を受けにくくなる場合もある。このような環境では、女性は財産を所有できなかったり、財政的資源にアクセスできなかったりするため、夫、父親、兄弟、息子の扶養に依存しなければならない。資源を持たない女性は性的暴力を受けやすくなり、こうした暴力の脅威もまた、HIV/エイズから身を守る女性の力を制約してしまう。

危機は終焉からほど遠い状況にある。アフリカ各国の政府は、個人、特に女性と子どもが自らの身を守る力を高めるようなイニシアティブを強化することに対し、決意を表明しなければならない。女性のエンパワーメントは、もはや「開発のあらゆる側面でジェンダーを主流化する」という一般のお題目のもとで対応してよい問題ではない。女性のエンパワーメントは、孤児や困難な状況にある子どもたちへの支援と同様に、次の段階へと移行しなければならない。対象を明確にし、期限を定め、十分な資金が配分される、測定可能な成果を伴うプログラムが必要となっているのである。

「意識啓発にとどまらない」イニシアティブへの支援を増強する必要がある。そのようなイニシアティブは、能力開発、コミュニティを基盤とする健康増進、積極的な生き方、ジェンダーの平等、予防・ケア・治療への普遍的なアクセスに焦点を絞ったものでなければならない。

エイズの流行によってもたらされる問題は複合的であり、開発のあらゆる側面に負の影響を与えている。HIV/エイズによって引き起こされる人的・財政的な課題に対処するため、アフリカでやらなければならないことは多い。長期的かつ持続的な予防・ケア・支援プログラムが必要であり、一貫した、予測可能かつ持続的な資源の提供も必要である。女性のエンパワーメントを図るとともに、女性を差別する文化的習慣を変える必要もある。長期的で持続的な対策が必要不可欠であり、これはあらゆる関係者が協働して初めて可能となる。

参考文献は106ページを参照。

妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ

2005年9月に開始された「妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ (PMNCH)」には、妊産婦、新生児、子どもに関わる活動を行っている180の組織が参加し、死亡率と罹病率を低減するための同盟を形成している。PMNCHは、妊産婦、新生児、子どもの健康に関する3つの主導的パートナーシップから生まれたもので、その3つとは、ジュネーブのWHO本部が事務局を務める「安全な母性と新生児の健康のためのパートナーシップ」、セーブ・ザ・チルドレン・アメリカを本拠地とする「健康な新生児パートナーシップ」、ニューヨークのユニセフ本部が主催する「子どもの生存パートナーシップ」である。

PMNCHは4つの主要活動分野に焦点を合わせている。

- **アドボカシー**：PMNCHの中心的活動分野であり、妊産婦、新生児、子どもの健康に関わる問題が政治的課題として位置付けられるようにすること、より多くの財政的その他の資源を要求することを目的とする。
- **実効的な、エビデンス（証拠）に基づいた支援策**：これを推進・評価することによってその拡大を図る。その際、保健ケアへのアクセス面での不平等を是正することに焦点を絞る。

- **国別の支援**：これを提供することにより、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアが国家的開発・投資計画に組み込まれ、保健システムが強化され、普及面での格差が改善されるようにする。

- **モニタリングと評価**：優先順位が高い支援策の普及率、MDG 4と5の達成に向けた進捗状況、普及面での格差の改善状況を検討し、関係者が説明責任を履行するようにする。

PMNCHのメンバーは6つのグループに分かれる。学術・研究機関、保健ケアの専門家、国連機関、非政府組織、ドナーや財団、政府である。

このパートナーシップは、「2015年への子どもの生存カウントダウン」で優先支援対象国に指定されている60カ国の少なくとも50%が、2010年までにMDG 4と5の達成が可能な状況になるようにすることを目的としている。その活動のあり方を定める原則は、継続的なケアを実現することにより、時期（妊娠期、出産時、新生児期、乳幼児期）と場所（家庭、コミュニティ、保健施設）を横断する形で、妊産婦、新生児および子どものケアの問題に統合的なやり方で対応するということである。

参考文献は106ページを参照。

行うには、コミュニティと家庭を巻き込みながら、アウトリーチ・ケアと施設ケアを含む継続的なケアの枠組みの中で支援を実施しなければならない。コミュニティ・パートナーシップなどの新しいイニシアティブを支えるために、保健システムを強化・拡大しなければならないし、それをバックアップするために国内外で強力なリーダーシップとコミットメントが存在しなければならない。加えて、妊産婦と子どもの生存、健康、栄養に関わる多くの機関が効果的な協働を図らなければならない。

子どもの生存と健康に関する60年間のアプローチを振り返ることでわかる

何よりも重要な原則は、すべての状況に適用できる唯一のアプローチは存在しないということである。保健ケア・サービスをどのように組織・提供し、どのような支援を行うかは、人的資源や財源の制約、社会経済的背景、現段階で保健システムに備わっている対応能力、そして最後に成果達成の緊急性に応じて決めなければならない。

第3章では、良質な継続的ケアを提供するために保健システムを発展させなければならない理由を明らかにするとともに、保健システムに十分な対応能力が備わっていない国でコミュニティ・パートナーシップを活用することの利点に焦点を合わせる。これによ

り、蓄積された知識がどのように活用されているかわかるはずである。希望が持てる成果はしばしば出ているし、時として印象的なほどの成果もある。しかし、これらのアプローチを拡大し、質の高い保健ケアを受けることができずに生きている、あるいはそのまま命を失っていく何百万人もの母親、新生児、子どもたちにサービスを提供できるようにするためには、多くのことを成さねばならないし、学ばなければならないこともきわめて多い。



妊産婦、新生児、5歳未満児の死亡率を低減するには、コミュニティのパートナーシップが欠かせない。写真はコミュニティ開発推進員の女性（インド）。

要約

保健関連のミレニアム開発目標を達成するには、施設を基盤としたサービス、正規の公衆衛生プログラム、コミュニティ・パートナーシップのすべてのレベルで保健システムを強化する必要がある。コミュニティや家庭で健康維持のための習慣が改善され、これに保健システムへの紹介・搬送の機会が組み合わされれば、5歳未満児死亡率の低減に強力な影響を及ぼすことは、ますます多くの証拠によって明らかにされつつある。その結果、統合的な保健システムとコミュニティ中心の基礎保健ケアは、国内政策においても、保健に関わる国際的なパートナーシップやプログラムにおいても、再びいっそうの注目を集め、重視されるようになってきている。

経験の示すところによれば、うまくいっているコミュニティ・パートナーシップには、その基盤にいくつかの共通の要素が存在する。つまり、まとまりが

よく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されており、コミュニティの参加のあり方も同様であること。コミュニティ保健員に対し、支援とインセンティブが提供されていること。プログラムの監督と支援が十分であること。施設ケアへの実効的な紹介・搬送体制が整っていること。他のプログラムやセクターとの協力・調整が図られていること。資金が安定していること。そして、地域・国のプログラムや政策と統合されていることである。

持続可能性を確保し、拡大を促進するためには、国家的なリーダーシップと、コミュニティ・パートナーシップは自分たち自身のものであるという意識が欠かせない。基礎保健ケアの実現を妨げる障壁を緩和するための政策を策定・実施し、サービス提供者の質と効率性を向上させ、公的な説明責任を増強するという点で、政府は重大な役割を担っている。

実効性のある、子どもに焦点を合わせた保健政策を策定するとともに、コミュニティと保健システムを結びつける強力な制度を構築することは、保健関連のミレニアム開発目標の達成に向けた、きわめて重要な手段である。多くの国々では、保健支出を増加させると同時に、政策環境が相当に改善されなければ、大きな前進は見込めないからである。ドナーは、妊産婦と子どもの生存、健康、栄養状態を向上させるために各国が策定した政策や戦略のもとに結束し、各国政府とともに、人的・財政的資源を十分に投入することによってコミュニティ・パートナーシップの拡大・強化を図らなければならない。

母親、新生児、子どもを対象とした 基礎保健ケアにおける コミュニティ・パートナーシップ

コミュニティ・パートナーシップの役割と重要性

乳児や子どもが病気になったときに最初にケアを担うのは、家族、特に親その他の主たる養育者である。家族、特に母親は、病気の第一次診断を行い、それがどのくらい深刻であるか、どのような結果が生じる可能性があるかを判断し、治療とケアの方法（家での治療を含む）を選択し、医薬品その他の治療手段を調達して投与・実行する。病気になった妊婦や子どもに正規の保健ケアを受けさせる決断をするのも家族と養育者なら、栄養摂取や衛生保持に関わる多様な習慣を採り入れるかどうか判断するのも家族や養育者である。

コミュニティや家族をエンパワーして母親、新生児、子どもの保健ケアと栄養対策への参加を促すことは、ケアの提供を増進させる、理にかなった方法である。基本的な基礎保健ケアや環境面でのサービスが整っていない国やコミュニティでは、なおさらこのことが当てはまる。個人と家族を対象とした保健ケアと栄養にコミュニティが参加しなければならないという考え方は、1978年のアルマ・アタ宣言¹に体现されている包括的基礎保健ケアの考え方につながった動きに伴って、ほぼ30年前に確立された。コミュニティの参加なしには、「すべての人に保健ケアを」という目標が、特に最も周縁化された貧困地域では深刻な制約にぶつかり続けるであろうことは、ずっと以前から明らかだったのである²。

すでに明らかになっているコミュニティ・パートナーシップの利点を学ぶことは、より長期的に保健ケアを改善していくために必要な経験の一部であ

る。コミュニティの参加は、知識、政策、行動が根本的に分断されている状況を緩和し、最終的にこれを解消するためのひとつのメカニズムと見なされている。このような分断状況は、ケアの供給面・需要面双方に対応しようとする努力を阻害してしまう³。

保健ケア、衛生習慣、栄養、水と衛生に関わるサービスにコミュニティが参加することの重要性は、コミュニティの構成員にとって直接の利益があるというだけでは留まらない。それは、コミュニティの構成員が、自分たちの健康に前向きな影響を及ぼしうる活動に従事することにつながるためでもある。参加は、人類の進歩に対する権利中心アプローチの核を成すものである。参加は、人々がその能力を全面的に発揮し、公的な事柄やコミュニティに関する事柄に関与する権利を行使し、公平、平等、エンパワーメントを促進するためにきわめて重要である。これらの特質は、持続的な人間開発にとって、またとりわけ世界人権宣言、子どもの権利条約、女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約、ミレニアム宣言といった盟約が目指すものにとって、基本的要素となっている。

コミュニティ・パートナーシップの多様性

公衆衛生関連の文献では、コミュニティについてはすべての場面で通用するような形では定義されていない。コミュニティは、状況に応じて広義にも狭義にも定義できる。しかし素直にかつ実際の考え方をすれば、特定の地域に住んでおり、共通の利害、伝統、共有財産を持つ集団を指して「コミュニティ」と言うことが多い。コミュニ

ティの構成員は、保健ケア、適切な栄養、安全な飲み水、衛生に対する権利を同じような形で剥奪されている場合もある⁴。コミュニティをこのように広く定義すれば、「コミュニティ・パートナーシップ」とは、自分たち自身の、そして子どもその他の被扶養者の保健ケアと福祉についてコミュニティの構成員の積極的関与を得ようとするアプローチや戦略のことをいう。

妊産婦、新生児、子どもの健康に関するコミュニティ・パートナーシップのあり方は、非常に多様である。数千人、あるいは数百人しか参加していない小規模なものもあるかと思えば、ブラジルのコミュニティ保健員のネットワークや、パキスタンの「レディ・ヘルスワーカー」プログラムのように、何千人もの保健員が参加して何百万人もの子どもや女性を対象としているイニシアティブもある。コミュニティ保健員を通じたサービス提供のような供給サイドの要素に重点を置くプログラムもあれば、需要サイドのイニシアティブにより重点を置き、政府による説明責任の履行と成果を求める社会的要求の動員を図るプログラムもある。コミュニティ保健員を活用したイニシアティブにも、ボランティアの参加に依存するものもあれば、現物支給、一部支給または現金支給による支払いを行うものもある。コミュニティ中心のプログラムにも、国による支援を受け、全セクターにわたる政策やより広い保健システムに統合されているものもあれば、まだ完全には組み込まれていないもの、あるいは部分的にしか組み込まれていないものもある⁵。



© UNICEF/HQ05-2186/Giacomo Pirozzi

コミュニティ・アウトリーチ・サービスによる妊婦の支援は、母子双方のケアの向上につながる。地元の保健センターで提供されている、妊婦を対象としたHIVカウンセリング（コンゴ民主共和国）。

保健ケアへのコミュニティ参加に関わるプログラムやアプローチがこのように多様なのは、少なくとも部分的には、コミュニティ自体が多様だからである。コミュニティはそれぞれ独自の社会的特性、組織構造、ほかの集団との結びつきを有している。したがって、コミュニティを対象にしたプログラムやアプローチを効果的なものとするためには、それらを地元のニーズと状況に合ったものにするとともに、コミュニティ自身のものとして位置づけなければならない。

個々の状況に合わせて戦略を修正するのは、複雑なプロセスである。国や地域と同じように、コミュニティも均質な集団ではないことが多いからである。特定の国や地域に存在する複数のコミュニティ間に顕著な違いがあるばかりでなく、コミュニティの内部にも格差が存在する可能性がある。コミュニティの構成員は、伝統や利害を共有し、同じような剥奪、差別、無力化（ディスエンパワーメント）を経験しているかもしれないが、保健ケアに関わる具体的なニーズ、関心事、期待はそれぞれ異なるはずである。コミュニティは、それぞれの視点や利害関係により、保健プログラムにとって有益な存在にもなり、あるいは妨げにもなりうる強力な個人から構成されている可能性が高い。

このように多様ではあるものの、データや観察によって、保健ケアと栄養に対するコミュニティ中心のアプローチに共通して存在する要素を見出すことは可能である。コミュニティ中心のプログラムの最大の目的は、地域住民が保健サービスや保健支援事業にアクセスできる可能性を高めるところにある。また、このようなプログラムには、行動変容、ケアに関わる習慣、専門家によるケアを求めようとする姿勢の前進に弾みをつけるとともに、質の高いサービスを要求できるようコミュニティと家庭をエンパワーする可能性もあると考えられる⁶。保健ケアと栄養に対するコミュニティ中心のアプローチに見られるその他の共通項は、48ページのパネルで説明している。

コミュニティ・パートナーシップを成功させる要因

うまくいっているコミュニティ中心のアプローチには、いくつかの共通の要素が見られる。どのような実施方法をとるかは、どんな場合でも地元の状況次第である。成功要因を明らかにすることは、プログラムを評価し、「体験を通じて学ぶ」ための積極的方法であるばかりか、コミュニティ中心のプログラムにおいてどのような要素がうまくいかなかったのかを、背景的要因から切り離して考える試みよりもはるかに

容易である。したがって、48ページのパネルには、基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップが共通して直面しているいくつかの課題を掲載しているが、第3章では、成功したイニシアティブに共通する基本的な考え方を明らかにし、説明することに重点を置く。

データと経験から導き出された成功要因としては次のようなものが特定されており、以下にその概略を示していく。

- まとまりがよく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されており、コミュニティの参加のあり方も同様であること。
- コミュニティ保健員に対し、支援とインセンティブが提供されていること。
- プログラムの監督と支援が十分であること。
- 施設ケアへの実効的な紹介・搬送体制が整っていること。
- 他のプログラムやセクターとの協力・調整が図られていること。
- 資金が安定していること。
- 地域・国のプログラムや政策と統合されていること。

以下、それぞれの基本的考え方について、簡単に説明していく。

コミュニティ中心の保健ケア・プログラムで採用されるべき基本的な実践項目

ユニセフとWHO（世界保健機関）を含む多くの機関は、家庭で実践されるべき新生児と乳児のための対応として、以下の12項目を最重要項目として位置づけることに合意している。これらの実践は、コミュニティで子どもの生存・健康・栄養を促進する一助となりうる。

- **完全母乳育児**：出生から6カ月間は母乳のみで育てる。(HIV陽性と診断された母親に対しては、母乳育児に代わる手段についてカウンセリングの機会を提供する必要がある。)
- **補完食**：最低2年間は母乳育児を続けながら、6カ月を過ぎた頃からエネルギーと栄養に富んだ補完食を子どもに与え始める。こうすると、下痢性疾患や急性呼吸器感染症（特に肺炎）による死亡を10%以上防げるとともに、はしかその他の病気への抵抗力も高めることができる。
- **微量栄養素の補給**：ビタミンAが欠乏しているコミュニティでは、食事や栄養補助食品を通じてビタミンAの摂取量を向上させることにより、6カ月から5歳までの子どもの死亡数を20%削減することができる。
- **衛生**：衛生習慣、特に石鹸（あるいは灰）による手洗いと排泄物の安全な廃棄を向上させると、下痢性疾患を35%削減することができる。
- **予防接種**：1歳未満児にはしかの予防接種をすることにより、毎年生じているはしか関連の死亡はほとんど防ぐことができる。養育者は、子どもが1歳の誕生日を迎える前に、ひと通りの予防接種（BCGワクチン、ジフテリア・百日咳・破傷風ワクチン、経口ポリオワクチン、はしかワクチン）を済ませておくようにすべきである。
- **マラリア予防**：マラリア流行地域では、家庭で殺虫剤処理を施された蚊帳を利用することにより、マラリアに関連した子どもの死亡数を23%も削減することができる。
- **心理社会的ケアと発達**：ケアに関する子どものニーズに応え、また子どもと話し、遊び、刺激のある環境を提供することによって、子どもの精神的・社会的発達を促進する。
- **病気の子どもに食べ物と水分を与える**：子どもが病気のときも食べ物を与え続け、水分（母乳を含む）はいつもより多く与える。
- **家庭での治療**：病気の子どもに対し、家庭で適切な感染症治療を行う。
- **専門家によるケアの要請**：病気の子どもが家庭外で治療しなければならない状態になったときは、そのことを認識し、適切な専門家によるケアを求める。
- **適切な対応**：治療、フォローアップ、紹介・搬送に関する保健員のアドバイスはきちんと守る。
- **出産前ケア**：妊婦は全員、適切な出産前ケアを受けるべきである。これには、出産までに少なくとも4回、適切な保健ケア提供者による家庭訪問を受けるとともに、破傷風の予防接種を推奨された回数受けられることが含まれる。母親になった女性は、出産時、出産後および授乳期間中にケアを受けられるように、家族とコミュニティが支援をすべきである。

子どもを守ることにつながるその他の重要な実践項目としては、HIV/エイズの影響を受けている人々、特に孤児や困難な状況にある子どもたちに適切なケアを提供すること、負傷や事故、虐待・ネグレクト（育児放棄）から子どもたちを保護すること、そして、子どものケアに父親の参加を得ることなどがある。

これらの実践項目の多くは、適切な支援があり、物資やサービスが提供されれば、コミュニティ保健員やコミュニティの構成員自身で実施することができる。住民の日常生活に最も密接に関係するような保健ケアや栄養面については、コミュニティの直接的参加を得ることが最も適切なやり方であろう。乳幼児への母乳や食事の与え方、その他の養育習慣、水と衛生に関する問題などがこれに該当する。

参考文献は107ページを参照。

まとまりがよく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されており、コミュニティの参加のあり方も同様であること

まとまりがよく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されていることは、うまくいっているコミュニティ・パートナーシップの基本的特徴である。コミュニティは確立された規範や慣習に基づいて機能しており、それは社会的、宗教的または伝統に深く根ざしていることが多い。このような伝統を尊重するプログラムこそ、保健ケアと栄養に対するコミュニティ中心のアプローチが最も成功している事例に数えられてきた。例えばアジアでは、バングラデシュ（BRAC）、イン

ド（ジャムケッドその他）、パキスタン（レディ・ヘルスワーカー）などの国々で実施された大規模イニシアティブを主導したのは地元の組織であり、それもしばしば女性グループであった。これらのグループは、コミュニティ内ですでに確立されており、保健だけではなく教育や信用融資といったその他の開発分野もカバーする形で活動している⁷。

しかし、コミュニティがこのような形で組織されているというだけでは、永続的な変化をもたらすには十分ではない。真に有効で、すべての住民を網羅するコミュニティ参加を実現するためには、多様な人々を社会的に包摂するような参加のあり方が採られなければ

ならない。コミュニティの構成や構造はしばしば一様ではないことを考えると、多様な人々を社会的に包摂するようなコミュニティ・パートナーシップを確立することは難しい課題ともなりうる。ジェンダー、宗教、民族、障害による排除や差別が長年にわたって存在している場合、支援策の実施対象が限定されてしまう可能性がある。コミュニティ内の分裂は、ごく最近の事件や状況——例えば内紛や、HIV/エイズに伴う偏見・差別——に根ざしていることもある⁸。

たとえ地元で尊敬され、多様な人々を社会的に包摂している組織がコミュニティにあったとしても、その組織がプログラムに自動的に参加してくれる

保健と栄養に関するコミュニティ・パートナーシップに共通する特徴と課題

全般的な目標

- 妊産婦、新生児、子どもの死亡率と罹病率を低減する。

目的

- 基礎的な予防サービスと治療サービスへのアクセスを向上させる。
- 保健員と養育者・母子との直接的接触の機会を増やすよう努める。
- 行動様式の持続可能な変容を促進する。
- ケアの実践を支援する。
- サービスの向上と説明責任の強化を要求するための、コミュニティによる社会的動員を促進する。

中心的特徴

- 保健ケアと栄養に関わる活動は、正規の保健施設外で実施される。
- 必須サービスの提供やより良いケア実践の促進において、コミュニティ保健員（ボランティアや非常勤であることが多い）が主要な役割をしばしば果たしている。
- コミュニティ保健員の研修、支援、監督が、諸プログラムに共通する特徴となっている。
- サービスの提供や家庭訪問を行うために、地理的に近い場所に中央拠点が設けられることが多い。
- コミュニティ組織がプログラムを支援しており、運営・実施だけでなく、立案や評価にも寄与している。
- 基礎保健ケアの他の局面——特に水と衛生や農業関

連の支援策——もプログラムに含まれている。

すべてではないが一部のコミュニティ・パートナーシップに共通して見られるその他の特徴

- 施設ケアへの紹介・搬送。
- アウトリーチ・ワーカーからの支援。
- より広い保健セクターへのプログラム統合。
- 国の開発プログラム・政策への統合。
- 支えとなる環境を強化するための措置——ジェンダー平等イニシアティブなど。

コミュニティ・パートナーシップが共通して抱える限界

- 質の高い保健サービスを提供するコミュニティ保健員がいない。
- 多様な参加者の間で十分な調整が行われていない。
- コミュニティ中心の活動を行うための資金が不足している。
- 医薬品や物資が定期的に供給されない。
- コミュニティ保健員の支援と監督が十分でない。
- 伝統的な養育習慣が根強く残っている。
- 女性の経済的地位が低い。

参考文献は107ページを参照。



村の指導者たちは、コミュニティ内の必須保健支援活動を促進する強力な支持者となりうる。自分の息子にポリオの予防接種をする地区長（ナイジェリア）。

とは限らない。保健ケア、栄養、水と衛生サービスについての希望やニーズについてコミュニティ組織が意見を述べられるよう、アドボカシー（政策提言）とコミュニケーションが必要である。プログラムが立ち上げられて実施段階に入ってからでは、自分たちが掲げた目標に向かってプログラムが前進しつつあることを、コミュニティの構成員が個人としても集団としても確認できなければならない。プログラムの進展に伴い、それが引き続き妥当性を有しているかどうかについても、定期的に評価する必要がある⁹。

実施段階でコミュニティの参加を制限するようなプログラムには地元のオーナーシップを弱める危険性があり、そうなれば参加も一時的かつ実質の乏しいものになってしまう¹⁰。コミュニティ・プログラムに関係するコミュニティ組織が定期的に会合を持つことは、参加の重要な構成要素である。こうした会合では、計画、モニタリング、評価の一環として、成果やエビデンス（証拠）について討議することができる。

コミュニティ保健員に対し、支援とインセンティブが提供されていること

コミュニティ保健員は、コミュニティ中心のプログラムになくしてはならない存在として確固たる位置を占めている。コミュニティ保健員は、専門家である保健スタッフとコミュニティとの間のかけ橋となり、またコミュニティが自分たちの保健ニーズを見出して対処できるように援助する役割を担う。

コミュニティ保健員は一般的に、コミュニティを基盤とした治療、教育、カウンセリングを担う主たる存在であり、通常は家庭訪問によってこのようなサービスを提供する。また、地元の保健施設で活動し、薬その他の必需品を入手して配布し、コミュニティの会合に出席し、プログラム運営の責任を担うといった役割も果たしている。その他の責務として、地元で開催される地区や地域の会合に出席して研修やフィードバックを提供すること、他のコミュニティや政府の保健担当者とコミュニティを代表して対話をする事が含まれる。

コミュニティ保健員は、その存在がなければ基礎保健サービスにアクセス

できないおそれがある困難な状況の子どもたちにサービスを提供することができるため、エクアドル、エチオピア、コロンビア、ネパールなどの多様な国々で、子どもの生存に関わる成果をプロジェクト・レベルで改善する上で、とりわけ有効な役割を果たしてきた。保健サービスの拡大に成功した開発途上国の取り組みを検討すると、遠隔地に住む子どもたちにも平等な保健サービスを提供する上で、また保健システムが脆弱な国々では満たされていない恒常的保健サービスの需要に応える上で、コミュニティ保健員の可能性を裏付けるものがある。

コミュニティ保健員プログラムを拡大するための努力については第4章でさらに詳しく取り上げるが、このような努力は障害や隘路に直面することがある。実際、十分な参加者数や体制を維持すること自体が最大の難問であることも多い。既存のプログラムは、その規模の大小に関わらず、研修や監督が行き届かない、物資がない、サービス対象であるはずのコミュニティとうまく関係が結べないといった問題に取り組んでいる。コミュニティ保健員プログラムの人員離脱率は高いことが多い。例えば、ある調査によると、セネ

ガルでは9カ月の間に30%、ナイジェリアでは2年間で50%の離脱率が記録された。インド、スリランカ、タンザニアでも同様の問題が生じていることがわかっている¹¹。

離脱に関わる要因は複合的である。コミュニティ保健員の責務をまっとうするためには時間と財政的資源が必要であり、相当な機会コストが伴う場合もある。コミュニティ保健員は、特にボランティアで活動していたり、報酬が現物支給や部分支給であったりする場合は、家族を扶養する義務を果たせるだけの所得を必要としているかもしれない。時間と資源の面で明らかに過重な負担を課されれば、保健員として有効に活動することができず、コミュニ

ティ・パートナーシップから脱落してしまう可能性もある。

コミュニティ保健員プログラムが維持できるか否かは、離脱を防ぐだけの魅力的なインセンティブをパッケージとして提供できるかどうかにかかっている。パッケージの内容は、コミュニティ保健員がそれぞれのコミュニティで果たしている職務の違いを反映して、現場ごとに違ったものとなる。しかし、あらゆるパッケージにおいて優先的課題に焦点を絞ることが必要である。これには、失われた経済的機会の埋め合わせをすること、十分な監督と仲間同士の支え合いを提供すること、個人的な成長と発達の機会を提供すること、コミュニティ内に強力な支援システム

を作り出すことが含まれる¹²。

コミュニティ保健員に活動を続けてもらい、やる気を出させるのに必要なインセンティブは、金銭的なものだけとは限らない。アルマ・アタ以降に大規模に展開されたコミュニティ保健員の養成と配置について評価を行ったところ——その結果は失望するものであったが——保健員の実効性を維持するためには、初期研修よりもしっかりしたプログラム運営と再教育研修のほうが効果的であることがわかった。コミュニティの積極的な参加と支援こそ、コミュニティ保健員プログラムの成功と持続にとってきわめて重要な要素であることは、世界共通である。例えば、フィリピンでは、バランガイ・レベル(国

インド：コミュニティ・パートナーシップを通じた栄養不良の削減

課題

インドでは、国の経済が大幅に伸びているにも関わらず、栄養不良が依然として問題となっている。1999年に行われた全国家庭保健調査の結果、3歳未満児の47%が低体重の状態にあることがわかったが、これはサハラ以南のアフリカの平均値よりも高い数字だった。2006年に終了した直近の調査のデータでもほんのわずかな削減しか見られず、3歳未満児の約45%が依然として栄養不良の状態にある。州によっては、マディヤ・プラデシュ州やビハール州のように、前回の調査時より栄養不良率が高まったところもある。栄養不良率がこのように高い理由としては、乳幼児への正しい栄養の与え方について養育者が十分な知識を持っていないこと、不衛生な習慣のために感染症にかかる頻度が高まること、人口増加による弊害が大きいこと、女性や女子の地位が低いこと、社会サービスが最適な形で提供されていないことなどが挙げられる。

インド政府は、幼い子どもの栄養不良に対処するために、子どもの発達統合計画(ICDS)を大いに活用している。1975年に開始されたこの計画は、乳幼児の母親を対象として保健・栄養教育を実施するとともに、栄養補助食、基礎保健ケアおよび出産前ケア、成長観察・促進、就学前の学校外教育、微量栄養素の補給、予防接種などのその他のサービスを提供するものである。これらのサービスは、およそ70万人のコミュニティのアンガンワディ(児童養育センター)・ワーカーのネットワークを通して提供されている。しかし、

ICDSの効果は限定的なものにとどまってきた。これは、アンガンワディ・ワーカーの技能や知識が限られているということから、監督が行われていないこと、欠員が多いこと、ごく低年齢の子どもに十分に焦点が絞られていないなどの欠陥がプログラム政策に存在することに至るまで、種々の要因による。

戦略とアプローチ

ユニセフは、インド政府と協力しながらICDSの効果高めるための取り組みを進めている。ユニセフが支援している具体的支援策には次のようなものがある。運営・監督システムを強化すること、アンガンワディ・ワーカーの知識と技能を向上させるとともに、乳児にいつその時間と注意を向けるよう促すこと、村の状況分析を共同実施することによってコミュニティの関与を強化するとともに、村民の中からボランティアを選び出して乳児ケアについての基礎研修を実施すること、そして、アンガンワディ・ワーカーとボランティアによる家庭訪問の回数を増やすことにより、親がケアのためにより多くの時間を割くようにし、また保健サービスの到達範囲を広げることなどである。

結果

上記の戦略は6つの州で実施された。州ごとに少なくとも1,000の村が対象とされ、恩恵を受ける人は州あたり100万人を超える。支援が実施されるようになってから約3年後、いくつかの州でインパクト評価が実施された。世帯単位の抽出調査を行うことにより、

の最小行政単位)の保健員が子どもの生存の改善における重要な推進力となっている。この成功を促したのは、1995年制定の「 balan g a i 保健員の手当とインセンティブ法」である。この法律には、生活手当、キャリア向上・特別研修プログラム、貸付制度の優先的利用などの規定が含まれている。同様に、ブラジルのセアラ州では、コミュニティ保健員が相応の月収(地元平均の2倍)を得られるような地方分権的アプローチを活用したプログラムにより、子どもの健康状態が劇的に向上し、例えば子どもの死亡率は32%低減された¹³。

プログラムの監督と支援が十分であること

基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの監督・支援体制が確立されていると、コミュニティ保健員の孤立感を軽減するとともに、興味とやる気を維持して離脱のおそれを少なくする一助となる。保健施設を基盤として、あるいは保健施設と密接なつながりを保ちながら活動している熟練のコミュニティ保健員は、監督の役目も担うのが一般的であり、ただでさえ重い負担がさらに重くなるということにもなりかねない。コミュニティを基盤としたプログラムを統括するためには、監督者自身、それにふさわしい技能を身につけるための研修を受ける必

要がある。資源面での人的、財政的、組織的制約のため、より幅広く深い研修を実施することができず、監督者とコミュニティ保健員の双方が、プログラムを実施・運営する上で相当に不利な立場に置かれてしまうおそれもある。特に監督者がコミュニティを視察することは、現場研修や実地学習として双方にとって重要であるが、このような視察は、財源が十分でないために、または交通インフラが未整備なために、妨げられることが多い。

コミュニティ・プログラムの効率的な運営は評価に役立ち、モニタリングは、プログラムができる限り全員に行き届くようにするための一助となりうる。患者、治療、成果の記録は常に最

支援が実施された村と、社会的・経済的・地理的に似たような条件にある対照群の村とを比較しようというものである。例えばラジャスタン州では、支援が実施された村の方が対照群の村よりも母乳育児の早期開始率が高く、発育不全も有意に低かった(図3.1を参照)。西ベンガル州では、母乳育児の早期開始率(支援が実施された村76%に対し対照群の村44%)、ビタミンA補給率(同50%対33%)、予防接種率(はしかについて同89%対71%)のいずれについても、支援が実施された村のほうが対照群の村よりも高く、栄養不良率は前者のほうが低かった(発育不全について同27%対32%)。これらの「付加的」支援のコストはそれほど高いものではなく、ひとつの村で年間150~200米ドル、ICDSの継続的実施のために政府が支出

している村あたりの年間コストの9~10%にとどまっている。

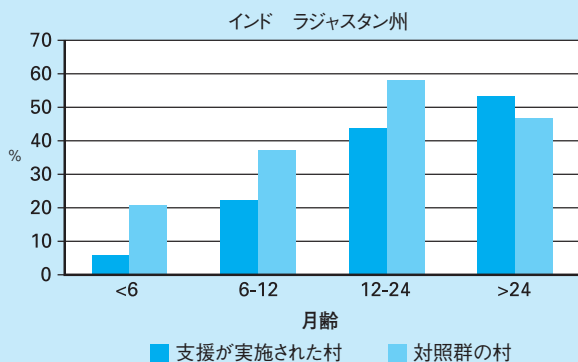
教訓

インドで子どもの栄養不良率が依然として高いことを考えると、現在実施されているICDSに低コストの変更を加えることによって乳幼児の保健ケアを大きく改善できること、またこのような変更が限られた期間内で栄養状態の改善につながりうることを実証するのは重要である。インドでは5歳未満児のおよそ43%が低体重であり、優先的対応をとるべき州で栄養不良解決のための低コストの方法を成功させることができれば、世界的なインパクトをもたらすだろう。

残された課題

これらの支援が実施されている州では、州政府が自己資源で支援の規模の拡大を図っていくことを決定した。ユニセフは、実施の質を十分なレベルに保てるようにするため、引き続き連携を図っていく。変化をもたらすことがより難しい行動様式、例えば、養育者による補完食の開始が遅れる傾向(生後6カ月よりもはるかに遅い)に取り組んでいくことも、連携する目的のひとつである。支援が実施された州では乳幼児の栄養状態が改善されたとはいえ、将来へ向けてまだまだ改善の余地があることははっきりしている。

図3.1 月齢による発育不全の比率



出典: UNICEF India, Annual Report 2006, p.47

参考文献は107ページを参照。

新の状態に保たれるべきであり、また、保健員と監督者との間で協力関係を築くために、そしてプログラムをどのように評価・修正するべきかについて検討するために、定期的な会合を持つ必要がある。コンピュータを利用したデータベース、電子メール、携帯電話などの技術を導入することにより、情報の収集と普及のプロセスを合理化することができ、保健員や監督がコミュニティや家々を訪問したり、会合を持つ時間を確保することができる。

プログラムに対するその他の支援には、ロジスティクス、物資供給、設備などがある。コミュニティ保健員には、

仕事をし、コミュニティの中での立場を維持するための十分な手段が必要であり、これには研修や物品も含まれる。1980年代に実施された、大規模なコミュニティ保健員プログラムに関する前述の評価では、こうした手段や物品（特に医薬品）が適切でなかったり、定期的に補給されなかったりすると、保健員の効果的な活動が妨げられることが明らかになった。コミュニティが遠くにあって保健施設を支援できない場合、監督者やコミュニティ保健員の訪問スケジュールがはっきりしており、またコミュニティと保健施設間の移動手段が整っているときのほうが、プログラムの実効性が高まることがエビデ

ンス（証拠）によりわかっている。

しかし、監督の役割は公的保健当局だけに限定されるべきではなく、コミュニティ組織も、保健員とプログラムの成果を監督する上での役割を果たさなければならない。実務家が広く受け入れている原則では、保健員の最初の選任にはコミュニティが参加すること、また保健員は優先事項の決定や計画策定プロセスにコミュニティ構成員の参加を受け入れることが推奨されている¹⁴。

HIVの母子感染を防ぐ：東部・南部アフリカにおける mothers 2 mothers（マザーズ・トゥ・マザーズ）プログラムの効果

HIVの母子感染の予防（PMTCT=Prevention of mother to child transmission）が緊急の課題であることははっきりとしている。2006年には推定53万人の子どもが新たにHIVに感染し、そのほとんどが母子感染によるものであった。治療が行われなければ、HIVに感染して生まれてきた乳児の半数は2歳になる前に命を落としてしまうだろう。

しかしながら、母子感染の大幅な削減は、次のような、基本的ではあるが重要な手段を実施することによって実現できる可能性がある。定期的なHIV検査を提供することによってHIVに感染した妊婦を特定し、PMTCTプログラムに参加させること、保健システムにおいて、予防と治療の両方を目的とする有効な抗レトロウィルス薬治療を十分に提供できるようにすること、そして、女性が最適で安全な乳児の授乳方法をとれるように支援することである。

しかし、たとえこのようなサービスや支援策が用意されても、多くの妊婦はこれを利用しない。必要な情報を入力していないため、偏見・差別を恐れるため、あるいは保健ケアに従事する人々に余裕がなさすぎるためである。妊娠中にPMTCTサービスを受けていても、出産後のPMTCTに関連したプログラムには参加しなくなるという例も、多くの国で当たり前のように見られる。

mothers2mothers（m2m=エムツーエム）は、現在は南アフリカの73カ所、レソトの15カ所で実施されている、施設を基盤とした革新的なプログラムである。教育とエンパワーメントを活用したアプローチを採り入れる

ことにより、HIVの母子感染を予防し、家族やコミュニティにおける偏見・差別と闘い、治療にきちんと従うことで母親が生き続けられるようにすることを目指している。2001年にミッチ・ベッサー博士により創設されたm2mは、これから母親になる女性たちにとって最良の助言者（メンター）・支援者には母親自身も含まれるという前提に立ったプログラムである。

m2mの目的は、出産前ケアを受けている女性を集めてピア・カウンセラーやメンターと会う機会を設け、健康、HIV感染予防、出産後の子どものケアについて話し合ってもらうことである。HIVに感染しており、すでにPMTCTプログラムに参加することで恩恵を受けている母親たちに研修を実施し、ピア・エドゥケーターや「メンター・マザー」として採用している。また、地元の保健ケア施設やNGO（非政府組織）と協力しながら、サハラ以南のアフリカ諸国で、PMTCT 予防プログラムに組み入れることが可能なモデル・ケースを実施している。メンター・マザーは、妊婦にとってのピア・エドゥケーターである。メンター・マザーは、研修を受けることにより、HIVとともに生きている女性を対象として、HIV感染と抗レトロウィルス薬治療についての相談に乗ったり、母子感染の予防に役立つ行動を推進したり、出産後の母子を適切にフォローアップすることの重要性について話し合ったり、より安全な性的習慣を求めて交渉するためのアプローチや栄養をきちんと摂るための指針を教えたりすることができるようになる。

この取り組みは急速に拡大しつつある。すでにボツワナとエチオピアで国際パートナーシップ事業が実施され

施設ケアへの実効的な紹介・搬送体制が整っていること

実効的な紹介・搬送体制を整えることは、継続的なケアを確保するための、コミュニティを基盤としたプログラムの成功に不可欠な要素である（第4章参照）。病院は、帝王切開その他の緊急産科ケアなど、病院以外の場所では安全に実施できないサービスを提供する。しかしながら、妊産婦死亡率や子どもの死亡率が最も高い最貧国では、保健ケア関連の資源は限られていることが多く、紹介・搬送を受け入れる病院にもなかなかアクセスできないことが多い。こうした状況では、すでに効果が

証明されており費用対効果の高い基礎保健ケアの支援策、特にコミュニティを基盤とした支援策の規模を拡大することにより、何百万人もの子どもたちをきわめて迅速に援助することができる。

同時に、基本的な紹介・搬送ケアを提供し、必須の基礎保健ケア・サービスの拡大を支援するために、地域の保健システム強化のための投資を行うことも必要である。コミュニティ保健員は、下痢性疾患、マラリア、急性栄養不良、肺炎といった多くの深刻な小児期疾病に有効に対処できることがすでに証明されている。保健員を監督し、

紹介・搬送サービスにアクセスできるようにすることは、このような活動の質を強化することにつながる。

コミュニティ保健員は、出産時の合併症について判断・対応するという点ではそれほど有効な役割を果たせていなかった。そのため、妊産婦死亡率を低減するには、緊急産科ケアへの紹介・搬送システムを備えた、出産時に専門技能を有する者が付き添う体制を拡大しなければならない。

地域の保健システムは、公的な保健プログラムを調整する窓口としても機能し、患者に対する直接的なケアを、

ているほか、ケニア、ルワンダ、ザンビアで新しいプログラムが展開されつつある。

治療方法が日々複雑化していること、またHIV感染率の高い地域では多くの保健施設が資源面で逼迫していることを考えると、m2mのようなプログラムの重要性は、いくら強調してもしすぎることはない。WHOが新しく定めたPMTCTのガイドラインは、母子感染率をさらに低減する取り組みの一環として、より複雑な抗レトロウイルス薬治療方法の導入を呼びかけている。また、HIV感染した妊婦がもっと自分自身の健康のための治療にアクセスできるようにすること、PMTCTプログラムのもとで生まれてきた子どもたちのうち、早期の診断検査を受けられる子どもの人数を増やすための取り組みを強化することが、いっそう重視されるようになった。m2mのような、熱意と知識を兼ね備えたコミュニティの構成員が参加してPMTCTイニシアティブの成功を推進するプログラムは、エイズの予防と治療に関して保健医療従事者を支える上でますます重要となっている。

m2mは、メンター・マザーの重要な貢献の大きさが適切に認められるべきだと強調する。ベッサー医師によると、「自らもPMTCTサービスを受けてきたメンター・マザーを地元で採用し、仕事に応じた俸給を支払うことによって、彼女たちをプロとして保健ケア・チームの一員にするのである」。

最近、m2mの第三者評価がポピュレーション・カウンスル（米国）のホライズンズ・プログラムによって実施された。プログラムへの参加に関連して、希望の持てる

成果がいくつか明らかにされている。以下にその一部を挙げる。

- 出産後の女性のうち、m2mと2度以上のコンタクトがあった女性は、m2m非参加の女性より、HIVの血清検査の結果を誰かに明らかにした比率が有意に高かった（m2m参加者97%・非参加者85%；p値〔有意確率〕<.01）。
- 出産後プログラムの参加者は、HIVの母子感染を防ぐネビラピンを投与された比率が、非参加者よりも有意に高かった（m2m参加者95%・非参加者86%；p値<.05）。
- m2mプログラムに参加している女性たちは、母乳のみまたは人工乳のみ（人工乳のみで母乳は与えない）の育児のどちらかを実践していると報告する比率が、非参加者よりも有意に高かった。
- m2mプログラムに参加している女性たちは、直近の妊娠期間中にCD4検査を受けた比率が、非参加者よりも有意に高かった（m2m参加者79%・非参加者57%；p値<.01）。（CD4は人間の免疫システムで最も重要な役割を果たす白血球のひとつだが、HIV感染の影響を最も受けやすいもののひとつでもある。CD4細胞の数が少ないほど免疫システムが弱くなっており、日和見感染症にかかる危険性が高まる。）

参考文献は107ページを参照。

リーダーシップがエチオピアの母親と子どもに変化をもたらす

テドロス・アドハノム（エチオピア保健省大臣）

子どもの生存に関連するエチオピアの経験は、強力な政治的リーダーシップが劇的な成果をもたらしていることを示している。2004年、メレス・ゼナウィ首相は、前途に大きな障害が立ちふさがっていることも厭わず、保健ケアの完全普及のためのロード・マップ作りに協力するよう、政府とそのパートナーらに呼びかけた。子どもの死亡の80%は予防できるはずなのに、予防サービスの普及率と利用率は低いままであり、出生前ケアを受ける女性は30%に満たず、受けるべき予防接種を1歳の誕生日までにすべて受けている子どもはわずか49%にすぎなかった。

保健拡大プログラム

政府とそのパートナーらは、「保健拡大プログラム」を通じてこれらの課題に真っ向から取り組んでいる。これは、コミュニティを基盤とした母子保健の推進を目的とした国家的戦略である。健康は個人の努力で生み出せる産物であるという理念に立った保健拡大プログラムは、コミュニティに適切なスキルや知識を持たせることによって、自らの健康について十分な情報に基づく決定を行えるよう、コミュニティのエンパワーメントを図っている。

この計画を成功させるために、政府は3万人の女性保健拡大委員（HEW=Health Extension Workers）を配置し——これは膨大な財源と人的資源の投入である——子どもと妊産婦の主要な死因に対処するための16の基本的支援策を推進しようとしている。これまでに17,000人以上のHEWが採用され、さらに7,000人が研修を受けている最中である。各ケベレ（最小行政単位）に、地元で採用され、保健省で研修を受けたHEWが配置される。政府はまた、移行期プログラムの「拡大アウトリーチ戦略」も導入した。これは、研修を受けた保健員が着任するまで、コミュニティに緊急ケアと基礎的ケアを提供するものである。

これと同時に、他の保健施設からの紹介患者を受け入れる病院を支援するインフラ強化の取り組みも進行中である。政府は、ヘルスポストを含むすべてのレベルでデータを収集する「保健管理情報システム」への投資を進めている。2006年10月に、政府は全国的な「保健物資供給システム」を採用し、ワクチン、必須医薬品その他の保健物資を公共部門の保健施設が容易に入手できるようにした。これらのイニシアティブは、コミュニティを基盤とする垂直型の保健イニシアティブによってこれまでに達成された前進を維持するために、きわめて重要である。

教訓

保健拡大プログラムは多くの貴重な教訓を残してくれた。第一の教訓は、拡大にはスピード、量、質が必要なことである。しっかりした計画プロセスが、スピードと量を確保する上で役に立った。例えば、殺虫剤処理された蚊帳の配布のために政府が全国キャンペーンを企画したときには、パートナーであるドナー、特にカーター・センター、世界基金、ユニセフ、世界銀行が全国キャンペーンに対する支援を調整し、2年間に2,000万張という目標の達成に寄与した。マラリアから主として女性と子どもたちを守るために用いられる蚊帳を、各世帯2張ずつ受け取ることができた。

第二の教訓は、スピードと量は必ずしも質を約束するものではないことである。蚊帳を含め、健康のための資源をいつ、どのように使ったら良いかを各家庭が理解できるようにするために、さらなる努力が必要とされる。女性HEWは、コミュニティの信頼を獲得し、母親たちと直接話をするすることで、保健セクターと、自分たちがサービスを提供するコミュニティとの間のコミュニケーション・ギャップを埋めようと頑張っている。

第三の、そしておそらく最も大事な教訓は、政治的リーダーシップが何よりも重要だということである。真正の政治的リーダーシップを確保するためには、プロセスのすべての段階で一問題を洗い出して目標の設定をすることから、資源を動員し、コミュニティ参加を推進することに至るまで一積極的かつ意味のある関与が必要である。保健ケアに関わるニーズや優先事項について公的な話し合いを行い、またドナー、保健ケア提供者、コミュニティを含むすべての関係者が協力したことは、保健拡大プログラムに関する幅広いオーナーシップを醸成する上で役に立った。

ユニセフその他のドナーを含むパートナーは、エチオピアの優先事項に合わせて自分たちの活動と支援を調整することにより、この国家的な計画プロセスを支えている。パートナーであるすべてのドナーが行動規範に署名するとともに、ひとつの計画、ひとつの予算、ひとつの最終報告書を作成することを目的とした単一の調整マニュアルを支持したことは、目覚ましい成果である。これは、我々が力を合わせて長期的に達成しようとしている野心的な目標のひとつである。

MDG4の達成に向けたエチオピアのロード・マップには、まだまだ多くのハードルが横たわっている。しかしこれまでに達成された前進は、手ごろな費用負担で利用できる保健ケアにすべての人がアクセスできるようにするという我々のビジョンが現実になりうることを示している。



© UNICEF/H006-1855/Josh Esrey

家庭やコミュニティの行動様式に前向きな変化が見られれば、母親、新生児、子どもの健康も改善される。水のろ過器の使い方を説明するコミュニティ保健員（インドネシア）。

住民一般を対象とするキャンペーンや、コミュニティを基盤とするケアおよびより低いレベルで提供されるその他の保健サービスの監督・調整と統合する役割を担う。紹介・搬送を受け付けるより高次のレベル（地域立・国立病院）ではこの役割は拡大し、より低いレベルの保健サービスを対象とした研修、研究、技術的支援、質の確保といった機能まで含むことが多い。

実効的な紹介・搬送システムの必須要素は、コミュニティ・プログラムの参加者と施設スタッフとの間に良好なコミュニケーションが存在することである。これまでに述べてきたポイントをあらためて強調すると、紹介・搬送を受け付ける病院は、コミュニティ・プログラムに関わり、コミュニティ保健員に強力な支援を提供するとともに、面談その他のコミュニケーション方法を用いた助言の提供に相当の時間を割くべきである。最新の情報通信技術を活用することにより、たとえ低所得国

であっても、対話と紹介・搬送を促進することが可能となる¹⁵。

他のプログラムやセクターとの協力・調整が図られていること

コミュニティ・レベルでの活動の支援と調整のために紹介・搬送システムが不可欠であるように、地域レベルのプログラム間の協力とコミュニケーション、そしてセクター間の連携も重要である。他の保健サービスとの調整はいろいろな形をとりうる。それによって生ずる可能性がある恩恵も多岐にわたり、新しいアイデア、研修、資源、評価技術の共有、疾病の急激な発生に対する早期警戒、対処および制圧などがある¹⁶。

例えば、カンボジアでは、プノンペンで定期的に会合を持っている全国組織「子どもの生存NGOグループ（Child Survival NGO Group）」を通してNGOが資源を共有している。このグループ

のメンバーと保健省の代表は、それぞれが実施しているプロジェクトを視察し合い、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアのアプローチの進展や調整方法を検討・学習している¹⁷。このようなグループを通じて、国際機関は世界中の優秀な実践例を共有することができた。例えば、モザンビークに関するパネル（59ページ）で紹介する「ケア・グループ」の手法は、カンボジア、マラウイ、ルワンダでも採り入れられている¹⁸。

コミュニティの中では、保健プログラムの持続可能性にとって、グループ間のつながりも重要な要素となることがある。コロンビア、エクアドル、ニカラグア、ペルーの7つの地域では、殺虫剤処理された蚊帳の配布と利用における実際の運用面からの評価をするために、一連の大規模な世帯調査が実施された。この調査によると、殺虫剤処理された蚊帳の利用率には大きな幅があり、ニカラグア地域では世帯の



© UNICEF/MENA/06218/Shehzad Noorani

コミュニティ保健員は、基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの推進力となっている。農村で子どもの体重測定と成長観察を行う保健員（イラク）。

25%だったのに対し、ペルーのアマゾン地域では90%に達していたことがわかっていて。調査対象地域のうち4カ所では、地元の女性クラブが蚊帳を製造し、これをコミュニティにいる村の保健員が売る形がとられていて、その収益は回転資金に組み入れられていた¹⁹。

セクター間の連携とは、家庭とコミュニティの保健面での成果に影響を与えるすべてのセクターとの協働を意味する。こうした協力は、保健面でよりいっそうの成果を収めるよう、統合的な形で、持続可能性を強化するような基盤を築くだけでなく、自分たちの健康に関わるより広い範囲の問題について意見が言える体制を構築することにより、コミュニティをエンパワーメントすることもできるのである。連携のとれた

行動がなければ、各セクターはそれぞれが孤立したり、あるいは相反する目的に向けて活動したりすることになりかねず、増幅効果を生み出せるような相乗作用を見逃してしまう可能性がある。

妊産婦、新生児、子どもの保健について統合的なアプローチをとるためには、保健、栄養、衛生、主要な疾病、食料の安定的供給に取り組むさまざまなプログラムとセクターが連携しなから行動しなければならぬ。また、交通・輸送手段や水と衛生施設（トイレ）へのアクセスがないという問題に対処するイニシアティブも必要である²⁰。

セクター間のコラボレーションが必要なものひとつの重要な理由は、病気

にかかった子どもたちの併発症の割合が高いことにある。この問題は部分的にはコミュニティの小児疾患統合管理プログラムを通して対処されているが、疾病との闘いは、環境的な条件を同時に改善することで、より強力なものとなる。例えば、依然として子どもの主要な死因となっている下痢性疾患の場合、子どもは栄養不良になっている可能性もある。したがって、コミュニティ保健員と水と衛生施設（トイレ）の改善担当者との、セクターを超えた連携が不可欠である。例えば食料衛生への関心を高めることによって栄養や食物の与え方に関わる習慣を改善しようとしても、水の供給不足、汚染された水、不適切な衛生施設（トイレ）のせいで、その取り組みが妨げられることも多い²¹。同様に、道路インフラを整備することによって、患者、保健員、必須医薬品・食料品を保健施設へ、また保健施設から移送・輸送しやすくするための措置に役立つはずである。

資金が安定していること

コミュニティを基盤とする保健プログラムは、多様な資金源を抱えていることがある。例えば、コミュニティのメンバー自身が資金を拠出する場合、地元の保健施設経由で自治体政府や地域政府が拠出する場合、民間の支援者やコミュニティ組織が拠出する場合、国の政府や、国内外の上層レベルで活動している非政府組織が拠出する場合などがある。

コミュニティを基盤とするプログラムのための資金をどのように確保するかは、複雑で、時に激しい議論の対象ともなるプロセスである。議論の内容を詳細に検討することは、この白書が取り扱う範囲ではない。しかし、低所得国における子どもの保健のための資金の多くは、今後も外部ドナーから提供されることになるだろう。コミュニティを基盤とするプログラムが成功するためには、長期にわたって持続可能でなければならない。ということは、ドナーによる資金が引きあげられた場合に備えて確固たる財政基盤を整えておかなければならないということである。

これは決して容易なことではない。保健システムの能力が低く、財政的手段も限られている国や地域は、ドナーの資金が得られなければ、中規模のプログラムを維持することにさえ苦心する可能性がある。加えて、健全で自立した財政基盤を構築していくことに関しての簡単な答えはない。特に、コミュニティ・レベルで活動する保健員には、家族を食べさせていけるようにするための、またプログラムへの継続的な参加と動機づけを確保するための何らかの財政的インセンティブが必要である。同様に、専門技能を有しているのに十分な報酬を受け取っていないことが多い専門家に対しても、貧窮地域での活動やコミュニティ・プログラムへの参加に対して財政的補償を行う必要があるかもしれない。

持続可能性や公平性を考慮するということは、コミュニティ内で提供される保健ケアその他の必須サービスの利用料をコミュニティ自身が費用分担しなければならないということである。料金を請求する場合、重要なサービスの利用の妨げにならないような料金設定にすることが求められる。予防接種や緊急ケアのようなサービスは無料にすべきである。コミュニティ内で提供するサービスに対して支払われた費用は、コミュニティ自身で留保・管理し、コミュニティに直接の恩恵を戻せるような形にすることが望ましい。例えば、医薬品の購入、保健員の活動実績に応じた奨励金などが考えられる。コミュニティ保健員への報酬は、コミュニティ保健委員会——コミュニティのメンバー、保健員、地元の保健施設の管理者で構成されるのが理想——を通じて支払われるべきである。保健サービスの利用料徴収をコミュニティが決定するのであれば、コミュニティによって支払い能力がないと判断された人たちがすべてのサービスを無料で受けられるようなシステムを設けることが求められる²²。

コミュニティ・プログラムが地域のサービスや国の政策に統合されていること

保健、栄養、水と衛生、エイズに関連したコミュニティ・パートナーシップの事例は開発途上国全域で豊富に見

られる。その潜在的可能性には疑う余地がない。しかし、もちろんこれらのパートナーシップを成功させる要素は数多く存在するのだが、それに対応する形で、パートナーシップの維持や普及を妨げる脅威も少なくない。コミュニティ中心のイニシアティブを維持し、支えていくのに役立つ2つの鍵となる要素は、州政府や中央政府からの積極的な支援と、政府の政策、計画、予算への統合である。

妊産婦と子どもの生存、保健、栄養は、明確な目標と具体的な評価基準を設けた上で、国や地方行政の計画と予算に優先的に位置づけられるべきである。子どもの生存のための戦略は、コミュニティ、地域、国それぞれのレベルの代表だけでなく、ドナー関係者の代表も参加して、十分な協議を踏まえたプロセスを通じて策定されなければならない。ひとつの国の中に存在する疫学的状況の変動を理解することは、方向性がはっきりした戦略を打ち立てるために欠かせない第一歩である。同様に重要なことは、コミュニティ、地域、国のそれぞれのレベルで提供されている保健ケアについて、その財政的な現実と既存のインフラの水準を詳細に評価することである。これらの側面は、子どもと妊産婦の保健に関する国レベルの戦略を成功裡に遂行するためにきわめて重要な点なので、計画立案に着手する最初の段階で考慮されなければならない。

国の戦略においては、各レベルにおける保健システムの効果的な規模の拡大と実施を妨げる要因を取り除くことに優先的関心が向けられなければならない（保健サービスの提供に関する阻害要因に対処するための方法についての詳細は、第4章を参照）。よく知られている阻害要因としては、予防接種が定期的に行われなかったこと、保健システムに関する否定的な体験をしたこと、保健センターが遠いこと、情報がないことなどが挙げられる。家族とコミュニティのレベルでは、手ごろな費用で入手できる基本物資がないこと、需要の少ないこと、そして蚊帳が殺虫剤処理されていないといったその他の基本的課題が残っていることによって、基礎保健ケア・サービスが阻害されることが多い²³。

特定の疾病を対象にした短期的イニシアティブ——新しい国際的ドナー・パートナーシップによってますます支持されるようになっていく——と、長期的な保健セクター開発プログラムは、引き続き共存していける可能性が高い。子どもの保健に関する維持可能な成果を生み出していくためには、両方のイニシアティブに対して十分な人的・財政的資源を投入していかなければならない。ドナー主導の、特定の疾病を対象にしたパートナーシップには、保健に関する各国の優先事項に適合したマルチセクター型の枠組みに合わせて、国の保健システム全体に公平な恩恵がもたらされるよう、自分たちのアプローチを修正することが考慮されるべきである²⁴。

健康と栄養に関する子どもの権利を保障する最終的責任は、市民社会と協力しながら国の政府が負うことになる。政府は、基礎保健ケアにとって障害となるものを軽減するための政策を策定し、実施する上で、また、サービス提供者の質と効率性を高め、そして公的な説明責任を強化する上で、重要な役割を担っている。同時に、保健政策はその対象であるコミュニティや地域に対して説明責任を果たさなければならない。政府と保健システムは、人々のニーズと利益に緊密に対応していかなければならない。子どもに焦点を絞った効果的な保健政策を策定し、コミュニティと保健システムとを結びつける強力な制度を構築していくことはきわめて重要である。保健関連のミレニアム開発目標の達成に向けた大きな前進を達成するためには、ほとんどの国で、保健支出を増加させるだけでなく、政策環境を大きく改善しなければならない²⁵。



© UNICEF/HQ97-1 086/Giacomo Pirozzi

コミュニティを基盤とするプログラムは、施設におけるケアを利用できれば強化できる。経口補水塩の溶液を準備する保健員（エリトリア）。

保健と栄養面での成果を増進させるため、解決策を適切に組み合わせる

どの開発途上国でも、保健システムを発展させていくための機会とそれを妨げる制約が特有の形で混在している。経済的前進の水準、環境面・制度面の事情、政治状況、現行保健システムの対応能力がそれぞれ異なるためである。そのため、改善を促進するための、すべての国に適用できる単一の方法はない。国によっては、最大の課題は必須保健ケア・パッケージに対するコミュニティ中心のアプローチを拡大して全国規模で展開することではなく、施設中心のプログラムを通じてサービスの提供を強化・拡大すること、保健サービスの地方分権化を進めること、糖尿病や肥満といった非伝染性の病気や状態に対処することが課題だと考える場合もある²⁶。

低所得国、特に母子のかなりの部分が施設中心のプログラムから依然として排除されている国々や、長年にわたる資源投入の不足と不適切な管理、統治の弱体化、職業的保健員の大量移住、複雑な緊急事態、エイズの流行などが原因で保健システムの対応能力が損なわれてい

る国々では、最善の戦略を決めることは簡単でもなければ、リスクのない作業でもない。そのような国々では、実行可能性こそが重要な、そしておそらく最優先すべき考慮事項となる。それは次のような質問を通じて判断されることになる——国の保健・栄養・環境保健システムが現在有している力を前提として、母親、新生児、子どもの生存と健康を向上させ、必須サービスや必需品の普及率を高めるために最も適切で、費用対効果が高く、タイムリーで、持続可能な戦略はどのようなものか？²⁷

実行可能性パラダイムは、最も貧しく、最も周縁化されている社会——妊産婦、新生児、子どもの死亡率が最も高い社会——の緊急のニーズに対処することを目指すものである。こうした社会では、予防接種、医薬品と緊急ケアへのアクセスといった基礎的な予防サービスが最も欠落している。保健、栄養、水と衛生に関わるシステムが相対的に弱く、保健システムの対応能力も低い国々では、保健施設やアウトリーチ・サービスへの依存度が低いコミュニティ中心のアプローチは、必須のサービス、製品、実践の普及率を拡大する一助となりうる²⁸。予防接種のような基礎的な予防サービ

スがすでに導入されている場合はなおさらである。ただし、持続可能性を支えるためには、コミュニティ・パートナーシップの拡大とともに、施設を基盤とする母子保健・栄養サービスに存在するシステム全体の障害を克服する努力と、行動面、組織面、環境面でのその他の制約に対処する努力もあわせて進める必要があることを、強調しておかなければならない。

次の章では、保健、栄養、環境保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの拡大に焦点を絞る。そこで取り上げる主張の多くは、低所得国、周縁化されたコミュニティや貧しいコミュニティにこそ最も当てはまるかもしれないが、多くの事柄は、課題がそれほど大きくない状況にある国やコミュニティにも関連するものである。

モザンビーク：コミュニティを基盤とするプログラムを通じた5歳未満児死亡率の低減

背景と課題：モザンビークは世界の最貧国のひとつである。一人あたりの国民総所得（GNI）は340米ドル（2006年）に過ぎず、5歳未満児死亡率は出生1,000人あたり138に上る。平均寿命はわずか42歳で、5歳未満児の40%以上は中度・重度の発育不全に苦しんでおり、適切な衛生施設を利用できていないのは人口の3分の1に過ぎない。必須保健ケア・サービスへのアクセスは限定的で、はしかのワクチン接種を受けていない乳児は23%に及ぶ。就寝時に蚊帳（殺虫剤処理されているか否かは問わない）を使っている子どもはわずか10%である。その上、人口のほぼ3分の2が暮らしている農村部では、改善された飲料水源にアクセスできるのは4人にひとり過ぎない。

課題は、物理的にも環境的にも保健インフラに問題がある農村部のコミュニティで、コミュニティを基盤とする効果的な子どもの生存プログラムを実施することと、このようなコミュニティ・プログラムが死亡率の低減に寄与したことを確認することであった。

アプローチ：1999～2003年にショクエ地区保健省とワールド・リリーフが提携して実施したプロジェクトは、「ケア・グループ」アプローチを活用しながら子どもの生存プログラムを実施し、コミュニティにおける小児期疾病統合管理（C-IMCI）のうち次の3つの要素に対処するものであった。

- 保健システムとコミュニティとの間のパートナーシップの向上
- コミュニティでサービス提供に従事する人々を対象とした、よりアクセス可能なケアの提供
- 子どもの健康のために家庭で必ず実践すべき習慣の促進

「ケア・グループ」アプローチは、グループ交流を通してコミュニティ・エドゥケーター（教育者）を養成しようとするものである。ボランティアで活動する女性保健エドゥケーターが、それぞれ近隣の15世帯を対象に、同じ女性としての立場から保健教育を行う。また、女性保健エドゥケーターは10人ごとにひとつの「ケア・グループ」を作り、有給の監督者の立会いのもと月に1回会合を開く。ケア・グループの月例会では、現地の保健スタッフまたは女性保健エドゥケーターの監督者が、子どもの生存や女性の健康に関する保健メッセージを紹介する。次に、ケア・グループのメンバーは互いに研修の練習をしながら、提供された情報を共有し合う。各ボランティ

アは、次のケア・グループの会合までに自分が担当する世帯を訪問し、学んだばかりのメッセージを伝えなければならない。

子どもの生存プログラムは、母乳育児、補完食、経口補水療法の利用、殺虫剤処理された蚊帳の使用を統合する、包括的なプログラム設計に基づいていた。このプログラムにより、地元の保健施設への紹介・搬送や、子どもたちがよくかかる病気に関する施設における症例対応も強化された。

ユニセフおよび赤十字国際委員会とのパートナーシップにより、殺虫剤処理された蚊帳、各種ワクチン、ビタミンA補給剤の無料配布が促進された。ボランティアが健康推進活動を進めたり、殺虫剤処理された蚊帳の配布、予防接種キャンペーンの実施などの活動にコミュニティを動員したりする上で、村の保健委員会および地元の牧師との密接な協力が役に立った。

結果：このプロジェクトでは、コミュニティを基盤とする人口動態登録・保健情報システムの構築も実施され、2,300人のコミュニティ・ボランティアが、出生、死亡、子どもの病気に関するデータを毎月収集した。これらのデータは月例会で集約され、登録データは、地区保健省の研修を受けたコミュニティのサービス提供者（ソコリスタス）が運営するヘルスポストに送られ、照合された情報は、村の保健委員会、保健センター、保健省に送り返された。

コミュニティを基盤とする人口動態登録・保健情報システムから得られたデータにより、乳児死亡率は66%、5歳未満児死亡率は62%低減されたことが明らかになった。これらの調査結果の信頼性を検証するために、経験豊かな研究者が、人口保健調査で用いられている標準的手法に基づいた妊娠歴調査の結果を活用して、死亡率に関する第三者評価を実施した。この死亡率調査では、乳児死亡率は49%、5歳未満児死亡率は42%低減されたという結果が出た。

これらの結果は、コミュニティにおけるIMCIの有効性を実証するとともに、コミュニティ保健員は死亡率のモニタリングのために信頼できる保健データを収集できるということを確認するものとなった。

参考文献は107ページを参照。

給水システムと学校衛生におけるコミュニティ・パートナーシップ

アフガニスタンにおける安全給水システム

安全な水の供給は、緊急プログラムと継続的な開発プログラムのいずれにおいても、世界中でかなり以前から優先事項に位置づけられてきた。利用場所での浄水処理および水の保存方法の改善を通して家庭レベルで飲み水の品質向上を図ることは、水を介して媒介される病気を予防するための簡便かつ低コストのアプローチとして、多くの人々によって推奨されてきた。米国疾病管理予防センター、ポピュレーション・サービス・インターナショナル、ユニセフ、米国国際開発庁 (USAID)、WHOその他の機関との間で開発パートナーシップが結ばれ、家族が家で安全な水を手に入れるために必要な製品の製造・配布が進められるようになってきた。これらの製品は安全給水システム (SWS) と呼ばれている。

安全給水システムは次の3つの要素を採り入れたものである。

- 地元で製造される浄水剤 (次亜塩素酸ナトリウムの希釈・漂白溶液) を使い、消費者自身が利用場所で浄水処理を行う。
- 浄水処理した水は、再汚染を防ぐよう設計された容器で安全に保存する。
- 家庭やコミュニティにおける、より安全な水や食べ物の取り扱いと衛生習慣に関する行動様式の変革を図る。

多様なパートナーのスキルと資源を組み合わせるこ

とにより、SWS製品は、官民のパートナーシップや市場ベースのアプローチを通じて製造・配布されている。正確で一貫した使用法を奨励し、またハイリスクな住民にも製品が行きわたるようにするために、非政府組織 (NGO) によるコミュニティの動員も活用されている。

安全給水システムは世界23カ国で推進・導入されており、下痢性疾患の発生を25~84%削減することに成功している。特に、最も困難な状況にある人々——具体的には乳児、免疫機能が低下している人々とその家族、コレラが発生したコミュニティ——を保護する上で効果を発揮してきた。

妊産婦死亡率が高く、保健施設での出産前・出産後ケアへの参加率が低いアフガニスタンでは、SWSが妊産婦保健プログラムの一環として導入されている。保健施設の利用率を高めるために、妊産婦にはSWSと衛生キットが提供され、これらの簡単な技術を利用して自分自身と家族を守る方法が教えられる。

バングラデシュ：学校衛生と衛生教育

遠隔地の村における給水・衛生プロジェクトを中等学校における学校衛生・衛生教育 (SSHE) と組み合わせることで進めているバングラデシュのある取り組みは、コミュニティによる参加と行動の重要性と、それがコミュニティにもたらす前向きな影響を実証するものである。バングラデシュの南西部にガバという村がある。NGOフォーラムは、村レベルでの給水、衛生、衛生教育に対するアプローチを再考することにした。希望が

持てそうなアプローチは、村の学校から始めるというものだった。学校に行っている子どもたちは新しい情報に対してオープンで、動員もしやすいため、NGOフォーラムはこのような可能性をぜひとも活かしたいと考えた。

「WatSan」(水と衛生)委員会が学校・クラスごとに設置された。校長は「学校WatSan委員会」の委員長に選ばれた。クラス委員会は教師および女子・男子両方の生徒で構成され、1クラスごとに設置された。これらの委員会を対象に、安全な水の推進と利用、衛生設備(トイレ)と衛生習慣の改善、生徒と親との有効なコミュニケーション、コミュニティ動員といった事柄を含めたオリエンテーションが何度も実施された。動機づけを図るための映画の上映会が催され、またコミュニティにおけるグループ討議で活用するための、行動変革に役立つ情報、教材、広報資料が教師や生徒に配布された。

生徒たちは、様々な広報用ポスターや横断幕を活用しながら集会や行進を行い、安全な水と衛生的なトイレを使うこと、個人の衛生習慣を改善することの重要性に関するスローガンを唱和して回った。これにより、村全体で村民の意識が喚起された。委員会以外に、男女5人から成る生徒部隊がクラスごとに結成され、家庭における安全な給水・衛生設備(トイレ)の利用状況と衛生習慣をモニターした。また、経口補水療法のような、専門技術を必要としない基礎保健ケア・サービスにも協力した。自然災害に対応するための計画も立案している。もうひとつの委員会として「教師と親のフォーラム」も作られ、4半期に1回、会合を持っ

て進展状況を振り返った。

このプロジェクトを検証した結果、SSHEは、例えば女子が学校に通い続けられるようにする上で役立つといった点で、生徒の福祉と活動に寄与しうることがわかった。学校と生徒にコミュニティの動員役として参加してもらうことは、給水・衛生および衛生習慣を改善する強力な手段である。プロジェクトの前後に実施された調査によれば、ガバ村では、関連の病気についての知識が向上し、衛生的なトイレの設置と利用が増え、安全な飲み水の利用率が高まり、きちんと手を洗う世帯主も増えたという結果が出ている。トップダウンで始まった動機づけのプロセスは、とどまることなくボトム(底)にまで行き着いたのである。

NGOフォーラムは、少数の村で試行的に事業を進めていた段階から、それよりもはるかに多くの村へと活動を拡大している。どの村でもプログラム・アプローチが必要である。NGOフォーラムは大きな2つの問題に直面している。ひとつは、村レベルで進められるこのようなプロジェクトの予算の引き締めを図り、自立した維持管理ができるようにすること。もうひとつは、資源の投入量をはるかに少なくしても多くの村で同様の効果を生み出せるようにすることである。とはいえ、このようなプログラムには、生徒たちと彼らが暮らすコミュニティに大きな利益をもたらす可能性がある。ガバで実施されたようなパイロット・プロジェクトは、このような利益が実現可能であることを示している。

参考文献は107ページを参照。



必須保健ケアに関する支援やアプローチの規模の拡大を図るためには、前進を加速させる戦略とその妨げとなる課題の両方を総合的に理解する必要がある。発育観察のため赤ちゃんの体重を量る保健員（フィリピン）。

要約

子どもの生存に関わる前進を加速させるためには、100年にわたる保健セクターの発展から得られた教訓を応用するとともに、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の効果的アプローチをとる必要がある。

この章では、「行動」と「パートナーシップ」という2つの要素をひとつの枠組みに統合し、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効果的に拡大していく方法を提示する。このような枠組みこそ、成果志向の保健システムを発展させていくための第一義的手段である。本章では、今後10年にプログラム、政策、パートナーシップにおいて必要となる、それぞれ異なるものでありながら、関連し合っている5つの行動について概説する。

行動Ⅰ：プログラムの再編成を図り、特定の疾病を対象とした支援から、継続的なケアを確保するための、エビデンス（証拠）に基づいた、効果の大きな統合的パッケージへと移行する。

行動Ⅱ：必須サービスの拡大に向けて国レベルで進める統合的な計画策定プロセスにおいて、母子保健を中心的な位置づけにする。

行動Ⅲ：保健システムを強化するため、財政の質と一貫性を向上させる。

行動Ⅳ：保健システムを発展させることに対する政治的コミットメント、国内外のリーダーシップ、持続的な資金拠出を促進・維持する。

行動Ⅴ：国際的な保健プログラムとパートナーシップがより調和のとれたものになるように条件を整える。

効果的な規模の拡大を図るためには、政府、ドナー、国際機関、国際保健パートナーシップといった主要なステークホルダーが基礎保健ケアの分野で協働していくための新たな方法を見出す必要がある。このパラダイムの中心的テーマは「結束」である。母子保健のさまざまな側面の改善に向けたイニシアティブやパートナーシップはたくさんあり、これからも増え続けていくが、母親と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ためには、さらなる一貫性と調和が必要となるだろう。

コミュニティ・パートナーシップ、 継続的なケア、保健システムの 強化を図る

第3章でコミュニティ・パートナーシップについて検討した結果、妊産婦、新生児、子どもの保健面での改善を加速させる上でコミュニティ・パートナーシップには大きな可能性があることがわかった。例えば、施設を基盤とするケア・サービスでは改善が見られない場合でも、コミュニティ・アウトリーチ・プログラムと、家族およびコミュニティにおけるケアを重視する戦略を併用し、その普及率を90%にまで高めることができれば、新生児死亡率を18~37%低減できることがデータにより明らかになっている¹。したがって、いま必要とされているのは、基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの可能性を大規模に、かつ最大限に活かすための革新的戦略である。そのような戦略は、理想的には、国の保健システムを強化する全体的な努力の一環として実施されることが望ましい。

効果的なアプローチの規模の拡大から得られた教訓は、連携をさらに重視するやり方で実地に応用されつつある。母子の生存と保健のために活動している主要な国際機関——ユニセフ、国連人口基金、WHO（世界保健機関）、世界銀行——は、ドナー、政府、そしてアフリカ連合のような他の主導的国際機関と協働しながら、基礎保健ケアへのアクセスを拡大するための枠組みや戦略に取り組んでいる。

「規模の拡大」：そのために何が 必要か？

子どもと女性を対象とした保健関連のミレニアム開発目標に関する前進を加速させるためには、すでに行われている支援の規模を拡大することが非常

に重要である。このことは特に、2006年の子どもの全死亡件数の80%以上が集中したサハラ以南のアフリカと南アジアについて、当てはまる。

必要不可欠なサービスの提供や実践を大規模に拡大していかなければならないという点では合意ができていて、これを実行するとすると、口で言うほど易しくはないことも明らかである。規模拡大には、その多くが互いに関連し合う、複雑に組み合わせられた一連の行動が必要となる。幅広い拡大を達成すると同時に、その長期的な持続可能性も確保しなければならないためである。

プログラム・レベルと政策レベルにおいては、すでに効果が証明されている低コストの支援パッケージを、より拡大した形で提供するだけでは十分ではない。拡大プロセスの一環として、アクセスの妨げとなりうる行動様式、制度、環境に見られる阻害要素にも対処しなければならないからである。成功を収めるには、これらの障害について、そしてそれらを回避するための戦略について、深く理解することが必要となる。

効果的な規模の拡大を図るためには、政府、ドナー、国際機関、国際保健パートナーシップといった、主要なステークホルダーが基礎保健ケアの分野で協働していくための新たな方法を見出す必要がある。母子保健のさまざまな側面の改善に向けたイニシアティブやパートナーシップはたくさんあり、これからも増え続けていくと思われるが、さらなる一貫性と調和が確保されなければ、このような懸命な努力にも関わ

らず、今後、保健関連のMDGの達成に手が届かなくなる可能性がある。

この章では、「行動」と「パートナーシップ」という2つの要素をひとつの枠組みに統合し、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効果的に拡大していく方法を提示する。そして、今後10年のプログラム、政策、パートナーシップにおいて必要となる、それぞれ異なるものでありながらも関連し合っている5つの行動について概説する。

- **行動I**：プログラムの再編成を図り、特定の疾病を対象とした支援から、時期と場所を超えた継続的なケアを確保するための、エビデンス（証拠）に基づいた、効果の大きな統合的パッケージへと移行する。
- **行動II**：サービスの規模を拡大し、保健システムを強化するために、より改善・統合された国レベルの戦略的計画策定プロセスの中心に、妊産婦、新生児および子どもの保健を位置づける。
- **行動III**：保健システムを強化するため、財政の質と一貫性を向上させる。
- **行動IV**：継続的なケアへのアクセスを保障するため、政治的なコミットメント、国内外のリーダーシップ、持続的な資金拠出を促進・維持する²。
- **行動V**：国際的な保健プログラムとパートナーシップがより調和のとれたものになるように条件を整える。

1. プログラムの再編成

支援から継続的なケアへ

これまでのところ、妊産婦、新生児、子どもの保健に関わる国際保健関係機関の活動と支援の多くは、特定の疾病を対象とするアプローチに焦点が絞られていた。これらのアプローチは、いずれもしっかりとしたエビデンス（証拠）に基づいており、規模の拡大という点でも実績を有している。特定の疾病を対象とする支援は、資源配分、対象の設定、管理運営、財政の面で十分な対応がとられ、大規模に実施された場合は、疾病の発生や子どもの死亡率の低減にしばしば寄与してきた。

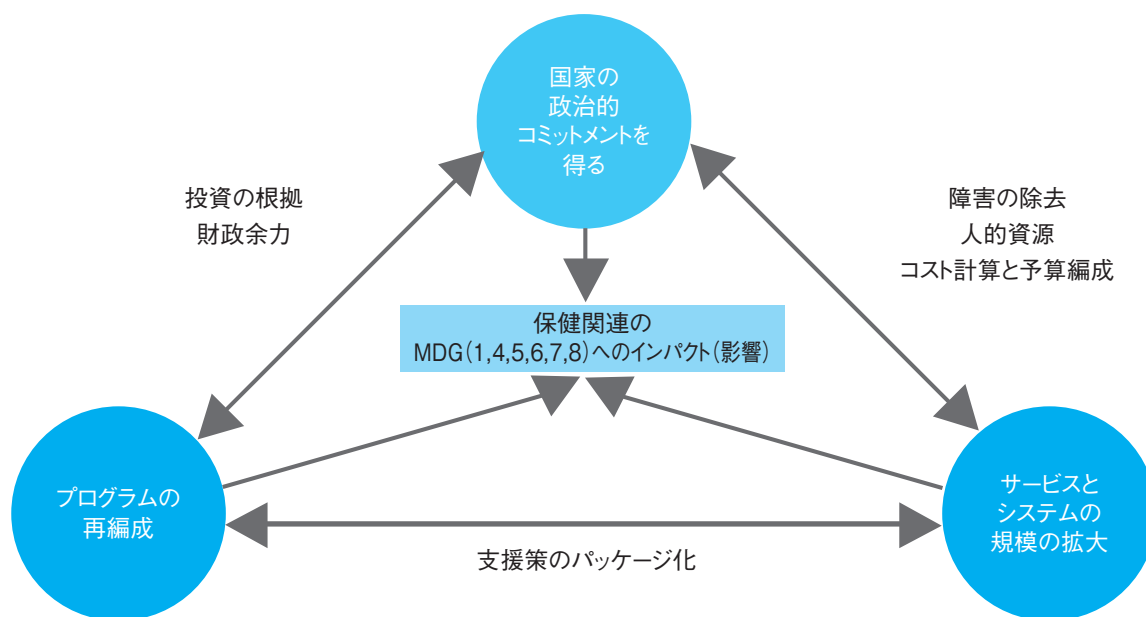
しかし、このような支援に限界がないわけではない。特に、ガバナンス、管理運営、人的資源上の限界といった、上流部分での制約を考慮していないことが多かった。加えて、特定の疾病を対象とするアプローチでは、焦点が絞られてしまうために、より幅広い保健システムの強化につながる相乗作用が制限されてしまう可能性がある。

規模の拡大によって時期と場所を超えた継続的なケアを達成することは、ますます、保健関連のMDGの達成に向けた前進を加速する最も有効な方法のひとつと見なされるようになってきている。しかしながら、継続的なケアの有効性や実行可能性に関するエビデンス（証拠）は、特定の疾病を対象としたアプ

ローチほどには得られていない。継続的なケアというアプローチが実際にどれほど機能するかについてのエビデンス（証拠）を集める必要性が、さらに高まっている。そのためには、特にプログラムの構成に関しては、新しい枠組みとプロセスが必要になるだろう。具体的には、次のような変更が求められる。

- 支援パッケージの具体的内容を明らかにする
- ベンチマーク（評価基準）と到達目標（ターゲット）を定める
- サービス提供のための戦略を統合する

図4.1 開発途上国で基礎保健ケアの規模を拡大していくための概念的枠組み



出典：UNICEF, 'Joint Health and Nutrition Survey for 2006-2015', UNICEF, New York, November 2005, p.10

継続的なケアの規模を拡大するには、支援パッケージのさまざまな構成要素が統合されることを反映して、プログラム管理体制のあり方を変えることも必要になる。そのためには、制度的・個人的な対応能力を増進すること、変化に対する抵抗を克服すること、そして断片的に散らばっている資金の流れ——特に国際的なドナーやパートナーシップからの資金の流れ——を統合・調整することが必要になる³。

サービス提供モードによって支援策のパッケージ化を図る

エビデンス（証拠）に基づき、費用対効果の高い一連の支援策をパッケージ化することは、妊産婦、新生児、子どもの保健面での改善を加速させる最も効果的な方法のひとつとなる可能性がある。規模の拡大のためには、各国が、以下の3つのサービス提供モードに基づいて、継続的なケアのあり方を確定する必要がある。

- 家族を主な対象とした、コミュニティを基盤とするサービス：コミュニティの保健／栄養推進員により定期的に提供され、専門技能を有する者による定期的な監督を受ける。
- 住民を主な対象とした定期的なサービス：アウトリーチ活動を通して、もしくは施設において、専門技能あるいはそれに準ずる技能を有する保健スタッフ（補助看護師、助産師その他の医療補助スタッフ等）によって提供される。
- 個人を主な対象とした臨床サービス：高度な専門技能を有する保健従事者（助産師、看護師、医師等）による対応が必要で、恒常的に利用できる支援策⁴。

どのようなサービスを提供するかは、国の状況と保健システムの対応能力次第である。障害を取り除けば、普及率を高める余地も生まれてくる。

対象年齢を特定した保健・栄養サービスの利用に応じて支援提供を組み合わせることは、費用と時間の両方の面で節約となり、子どもや母親が利用し

やすいサービスの数を増やすことにつながる。ワクチン、抗生物質、殺虫剤処理された蚊帳、ビタミンA補給剤など、コストがそれほどかからない支援策をパッケージ化して提供し、栄養の与え方に関する習慣や衛生習慣の改善を促進すれば、パッケージ化したアプローチによるサービスの普及率は大幅に向上する可能性がある⁵。

コミュニティ・パートナーシップは、パッケージの統合を成功させるために欠くことのできない要素である。ひとつの効果的な支援がきっかけとなり、複数の方法を統合して子どもの保健パッケージとするのに成功することが多い。

例えば、ネパールでは、全国ビタミンAキャンペーンを通して、コミュニティ・ボランティアの能力向上のための研修が実施され、尊敬と信頼を集める組織作りにつながった。ボランティアは、子どもの急性呼吸器疾患の診断・治療に関する研修を受ける以前からすでに親たちの信頼を獲得しており、より複雑な任務を遂行するために必要な自信も身につけていた。

同じようなことがマダガスカルでも見られた。同国では、健康に関わるいくつかの改善された習慣を同時に採り入れることの重要性が家庭に伝えられているが、予防接種が家庭を他のサービスにつないでいくきっかけとなっている。大規模なコミュニティ動員プログラムによって、子どもの健康を促進するために家庭として必ず実践しなければならないことへの注意喚起が継続的に進められている⁶。

最も貧しく、最も周縁化されている母親と子どもたちを対象とするパッケージ化された支援を実施していくには、公平性に対する特別な配慮が必要である。パッケージ化されたアプローチは、確かに多くの母親と子どもにとってより幅広いサービスへのアクセスを増進することにつながるが、サービスにアクセスできる者と排除され続ける者との間のギャップがさらに広がる可能性もある⁷。

II. サービスの拡大と保健システムの強化に向けた国レベルの戦略的計画策定

特定の疾病に焦点を絞った支援から継続的なケアへと基礎保健ケアを再編成し、パッケージ化された支援の普及を拡大していくためには、しっかりした政策的土台が必要である。このことは、2003年以来、保健関連のMDGの達成に向けた前進をどのように加速すればよいかを検討するために開催されてきた一連のハイレベル会合において、ますます認識されるようになってきている⁸。これらの会合によって、時間の経過とともに、政策レベルで上流部分に重大な制約が存在しており、効果的な規模の拡大を支えるには、そのような制約への対応を緊急に行わなければならないことが明らかになってきた。これらの会合における主な結論のひとつは、次のようなものである。すなわち、保健システムが脆弱で、また保健システムの発展のための資金が不足していると、特定の疾病を根絶しようとする努力を拡大しても、そのインパクトは限定されてしまうおそれがあり、疾病によって国が抱える負担全体が母親や子どもに影響を及ぼすということである。

サービスとシステムの規模の拡大のためには、国レベルで実際的かつ効果的な戦略を定めることが必要である。そのような戦略においては、支援を拡大する可能性だけでなく、前進を阻害しかねない制約や障害も考慮し、後者を克服する方法を明らかにすべきである。前節で述べたパッケージ化された支援の規模を拡大するための、国レベルの戦略的計画において必要とされる主要な措置としては、以下のようなものがある。

- 保健システムの障害を特定し、対処する。
- 普及における前進と問題点をモニターする。
- 支援パッケージの導入と保健システムの強化を段階的に進める。
- 保健ケアの人的資源の危機に対処する。
- 成果志向の保健システムを構築する。
- 地域レベルで保健システムを強化する。

規模の拡大：母親、新生児、子どものための適切な栄養

栄養不良が関係している5歳未満児の死亡は全体の50%にも及んでおり、また母親の栄養状態と母子の死亡リスクとの間にも関係があることを示すエビデンス（証拠）がある。開発途上国・地域では、2000～2006年の間、5歳未満の子どもの4分の1以上が中度・重度の低体重か発育不全の状態だった。また、2005年の時点で、6～59カ月の子どものうち28%がビタミンAの補給を受けていなかった。

食料の安定供給も必要だが、栄養不良を回避するためにはそれだけでは十分ではない。そのことは、食料状況が安定している、あるいは貧しくない環境でも低体重や発育不全の子どもたちが多いことからわかる。栄養不良は、相関関係にあるいろいろな要素が原因となって生じる。それには、栄養の与え方やケアに関わる習慣が不適切であること、衛生が不十分であること、病気にかかること、保健サービスに十分なアクセスができないこと、完全母乳育児の利点、補完食、微量栄養素の役割に関する知識が十分でないことなどがある。貧弱な衛生施設や衛生習慣から起きることが多い下痢性疾患も、栄養不良の一因である。乳幼児の栄養不良を引き起こすもうひとつの要因として、母親の多くがサポートを得られるような環境にいないことが挙げられる。母親たちは家事に追われ、保健サービスへのアクセスも十分でないため、妊娠中に自分自身のケアをしたり、出産後に乳児のケアをしたりする時間が限られてしまう場合がある。

母親、新生児、子どもを対象とする継続的なケア全体で効果的な栄養戦略の規模を拡大していくためには、統合的なアプローチが必要である。親とコミュニティが持続的に関わり、それを地域と国全体の基礎保健ケアと環境保健のためのサービス——特に水と衛生に関わるサービス——の発展が支えるという形がとられなければならない。これらの必須条件が整えば、比較的短い時間で目覚ましい成果を挙げることが可能になる。例えばタイでは、このような手段により、10年の間に中度・重度の栄養不良が75%以上削減された。また、経済的な後退にも関わらず、国民に必須ビタミンとミネラルを提供するという面で大きな飛躍を遂げた開発途上国も多い。開発途上国の家庭の70%近くがヨード添加塩を利用し、約4億5,000万人の子どもがビタミンAのカプセルを投与されるようになった。さらに、保健戦略、特にコミュニティ・パートナーシップにおいては、母乳育児を推進・支援するための新しい、革新的な方法が採用されつつある。

開発途上国における栄養不良は南アジアで一番多くなっている。南アジアは、低出生体重児の割合も、中度・

重度の低体重、消耗症または発育阻害の状態にある5歳未満児の割合も最も高く、またビタミンA補給率は最も低い。サハラ以南のアフリカでは、これらの指標についてはやや良い数字が出ているが、6カ月未満の乳児の完全母乳育児率は最低であり、重度の急性栄養不良は依然として深刻な問題となっている。以下に示した国別の事例は、サハラ以南のアフリカでこれらの問題についてどのような対処が行われてきたか、その成功例を示したものである。

ベナン：母乳育児の重要性を母親たちに教える

1996年の人口・保健調査（DHS）によると、ベナンのボルグー県では、出生1時間以内に母乳を与えられた新生児はわずか16%に過ぎなかった。1998年には、生後4カ月未満の乳児で完全母乳育児の恩恵を享受できた子どもは5人にひとりに満たなかった。この母乳育児の問題のほか、栄養不良率や乳児死亡率（14%）の高さに関連するさまざまな栄養問題にも併せて対処するため、「必須栄養アクション」プログラムが1997年に導入された。必須栄養に関わる行動様式を強化するため、同プログラムは保健施設とコミュニティで6つの方法を実施することにした。

- 生後6カ月までの乳児を対象とする完全母乳育児
- 生後6～24カ月の子どもを対象とする適切な補完食の提供と母乳育児の継続
- 子どもへのビタミンAの補給
- 妊婦への鉄分、葉酸の補給
- ヨード添加塩の補給
- 栄養不良の子どもや病気の子どものための支援とカウンセリング

「必須栄養アクション」では、保健員の研修など保健システムを強化するための措置を、コミュニティの動員や、ターゲット層の具体的な条件に合わせた大規模な広報キャンペーンと効果的に組み合わせ実施している。

「ルレ・コミュニテール」(*relais communautaires*、コミュニティの仲介役)の名前で知られているコミュニティ・ボランティアの選出には、コミュニティの指導者らが積極的に参加した。これらのボランティアは、コミュニティと保健施設の間をつなぐ役割を果たし、栄養活動についての研修を受けた人々である。若者、

伝統歌謡の歌手、コミュニティ劇団、女性グループその他のコミュニティ・グループがワークショップに参加し、メッセージや素材を作成した。コミュニティ劇団が村々や近隣地域で劇を上演する一方、コミュニティのラジオ局は、ワークショップで作成された宣伝スポット、ゲーム、ドラマを放送した。

このような大掛かりなコミュニティ動員により、母親たちの間では母乳育児に対する態度が本当の意味で変化した。2001年には、この地域の4カ月未満の子どもを持つ母親たちの50%近くが、完全母乳育児を実践していると回答した。さらに2002年には、調査対象に選ばれたボルグー県のいくつかのコミュニティで、4カ月未満の子どもの完全母乳育児実施率が61%に達したと報告された。1999年には、この数字は40%だった。

エチオピア、マラウイ、スーダンにおける、重度の急性栄養不良へのコミュニティ中心の対応

重度の急性栄養不良は依然として5歳未満児の主要な死因のひとつである。最近まで、治療は施設中心のアプローチに限定されていたため、普及率やインパクトも限られてきた。多くの貧しい国々では、重度の栄養不良児は保健施設に連れて来られることがないからである。しかし、新しいデータによれば、これらの子どもたちの多くは、保健施設や治療目的の栄養補給センターに入院しなくても、コミュニティで治療ができることがわかっている。コミュニティ中心のアプローチとは、コミュニティで生じる重度の急性栄養不良をタイムリーに発見し、合併症が見られない子どもについては、すぐに食べられる栄養補助食品（RUTF）やその他の栄養補給食品を活用して家庭で治療するというものである。合併症がある栄養不良児に対して実施する施設中心のアプローチと適切な形で組み合わせ、大規模に実施すれば、重度の急性栄養不良に対するコミュニティを基盤とした対応は、何十万もの子どもたちの死を防ぐことができる可能性がある。

エチオピア、マラウイ、スーダンから最近報告されたエビデンス（証拠）によると、重度の急性栄養不良に対するコミュニティ中心の対応はインパクトが大きく、費用対効果も高いことが報告されている。保健施設での治療とは対照的に——ほとんどの開発途上国では、この50年間、施設での致命率には大きな変化が見られない——コミュニティ中心の治療ケアは、栄養不良に対する理解とその治療のあり方に根本的転換をもたらした。これまでのところ、2000年から2005年にかけてエチオピア、マラウイ、スーダン北部・南部で実施された20以上のプログラムから得られたデータ

によると、これらのプログラムではほぼ80%の回復率が達成され、死亡率も4%にまで低減されたことがわかっている。普及率は73%に達し、またプログラムの対象とされた重度栄養不良児の4分の3以上は通院による治療だけで済んだ。さらに、第1次データによれば、これらのプログラムはそれほど大きな費用を必要とせず、生存年数を1年延ばすのにかかるコストは12~132米ドルであったという。

コミュニティ中心の治療ケア・プログラムでは新しいRUTFが用いられているが、多くの場合、これらは地元の作物を使って地元で作られたものである。プログラムの実施は以下の3つの前提に基づいて進められる。

- すべてのプログラムで特に重視されているのは、栄養不良の進行における早期ケアの重要性と、患者が回復するまで栄養プログラムを続けることの必要性である。
- 早期に治療を特定し、きちんと治療を受けるようにするためには、家族とコミュニティがプログラムを理解・受容し、参加しなければならないという前提が、プログラムの出発点である。
- プログラムの成功がもたらすフィードバックと対応から恩恵を受けることができ、したがってプログラムが長期的に続くことに関心を有する主要なステークホルダーの参加を得ることに重点を置く。

重度の急性栄養不良に対するコミュニティ中心のプログラムがもたらす成果は、たとえこのようなプログラムによって外部援助の必要性がなくなるわけではないにしても、治療の規模を拡大することが公衆衛生上の大きなインパクトをもたらす、何十万もの子どもの死を防ぐことにつながることを示唆している。

参考文献は108ページを参照。

保健システムの障害を特定し、対処する

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。このようなネットワークは、前節で述べた3つのサービス提供段階、すなわち、①家族とコミュニティ、②地方分権化された、利用者に近いところでの基礎保健ケア・サービス、③施設における紹介・搬送ケアと専門的予防サービスの各段階に設けられていなければならない。最初のステップは、規模拡大の努力を支援するために動員できる、すべての既存のサービス提供者（官民を問わず、非公式なサービス提供者も含む）や組織（NGOも含む）についてのデータと質的情報を収集することである。

このようなプロセスの一例として、ガーナの東北部での事例を挙げる。この地域では、多くの非政府組織（NGO）がいろいろな保健事業（プログラム）を支援しているが、「子どもの生存・発達促進プログラム」のもとで、ガーナ赤十字マザーズクラブ、国の保健サービス、ユニセフが協働することにより、これらのすべての組織の努力をまとめあげて、エビデンス（証拠）に基づいた、高インパクトで低コストの支援パッケージの拡大に重点を置くことに成功した⁹。

その他の重要なステップとしては、システム全体にわたる障害と制約を特定・分析し、これを除去・克服するための戦略を立てることがある¹⁰。このような障害・制約は、施設、アウトリーチ活動、あるいはコミュニティと家庭のレベルに由来することもあれば、政策を定め、ロジスティクスや供給を統括し、規制を作成・実施する戦略的・官僚的組織に由来することもある。69ページの図4.2は、国の保健制度の各レベルで発生する可能性がある、サービス提供を妨げる主な障害と、保健制度が運営されている政策上・行政上の背景を表したものである。これらの制約を分析するための新しいツールが「障害対応のための限界予算策定」であり、

これについては70ページのパネルで説明する。

障害の多くはそれに応じた具体的な解決策が必要であり、それにはさまざまなレベルのサービス提供でおきる制約に対処しなければならない。例えば、コミュニティの構成員の間で質の高い保健サービスへの需要が高くない場合、あるいは保健施設や普及指導員の能力が限られているために必須サービスを十分に提供できない場合には、アクセスを妨げる財政的、社会的、物理的障壁が存在する場合と同様に、支援パッケージの普及が制約されてしまう可能性がある。ここで、第3章で説明したコミュニティ・パートナーシップについて触れておくと、このようなパートナーシップは、献身的な保健員——コミュニティ保健員を含む——やサービスに、現在必須支援策の対象から漏れている家族およびコミュニティが接触することを増進させる上で、ほかにはない、きわめて重要な役割を果たすことができる。しかし、コミュニティ保健員を支えるためにも、より専門的な援助を必要とする多くの保健支援策に関わるサービスを提供するためにも、施設中心のケアとアウトリーチワーカーが必要になる¹¹。

保健員の仕事ぶりややる気を向上させること、また施設に十分な設備を揃えるとともに医薬品を容易に入手できるようにすることは、保健と栄養に関わるコミュニティ・パートナーシップを支援し、サービス提供の質を向上させるための、第二の要件である。サービス提供のあり方を改善する解決策の一環として、資源——人的資源、財源、経営資源——の増加と研修の実施が必要であることは間違いないが、その他のインセンティブや、人的資源管理のあり方の改善も必要となる場合がある。

保健システムのパフォーマンスを左右する、より上位の要素——政策と戦略的管理、マルチ・セクターにわたる公共政策、環境や状況の変化——への対応は、保健システムを発展させる上で最も複雑な課題のひとつに数えられ

る。これらの要素は政治的・制度的状況の一部となっており、このような状況はすぐには、あるいは容易には変わらない可能性があるからである¹²。とはいえ、しっかりしたリーダーシップ、アドボカシー（政策提言）、技術支援、パートナーシップは変化を推進する一助となりうる。

普及率の拡大における前進と制約をモニターする

評価とエビデンス（証拠）に基づいてプログラムの定期的なモニタリング、フィードバック、調整を行うことは、保健システムが十分に機能するための不可欠な要素として広く認識されている。これなしには、プログラムの効果を厳密に評価することは不可能である。エビデンス（証拠）に基づくしっかりした公衆衛生には、疾病の発生頻度と広がりについて、疾病や病状の決定要因と影響について、そして支援策の安全性、効果、有効性およびコストについての確固たる知識ベースが必要となる。種々のアプローチや戦略のインパクトに関する保健調査・研究は、基本的なエビデンス（証拠）を照合し、主要な教訓を読み取り、最も望ましい実践方法を発展させるためになくならない。

普及率のモニタリングも、政策や支援の調整を迅速に行えるようにする上できわめて重要である。保健関連のMDGに関わる進捗状況の測定は、人口・保健調査（DHS）や複合指数クラスター調査（MICS）のような大規模な手法に大きく依存している。MDGの指標は、保健関連の目標達成に向けた前進の測定を可能にする中心的なパラメーターである。その多くは、子どもの生存に関する、優先順位の高い最低限の指標の一部を成すものとして位置づけられている。この点については、「妊産婦、新生児、子どもの生存のためのカウントダウン」のプロセスにおいて、ユニセフとWHOがパートナーとの連携を図りながら合意を形成したところである。

MICSとDHSは、最低限必要な支援

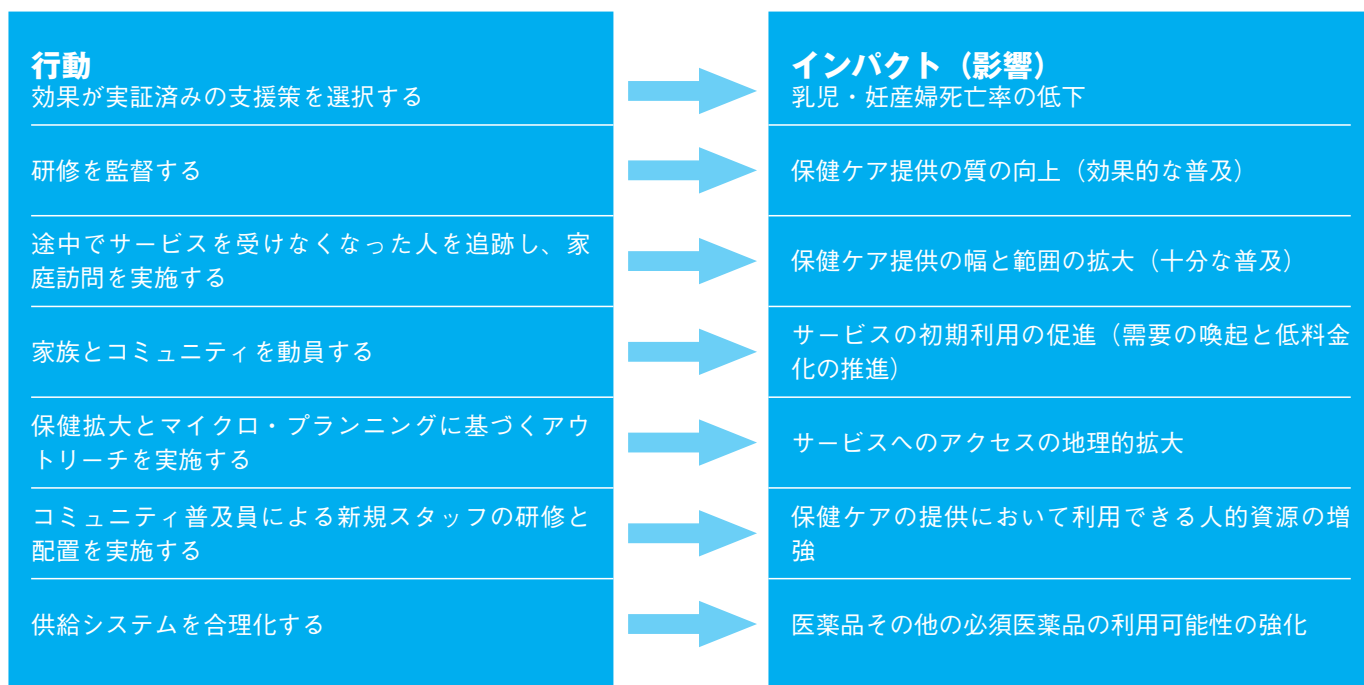
策のパッケージがどの程度効果的に普及しているかを判断するための、定期的なデータを提供してくれる。監視を強化するために、調査間隔は5年から3年に短縮された。加えて、インパクトの大きな支援の規模を拡大する上でどの程度の前進が見られ、どのような問題が生じているかを分析するためには、全国、地方、コミュニティの各レベルで進められるモニタリング・プロ

セスが極めて重要である。

いくつかの開発途上国では、保健プログラムが住民に与えるインパクトをモニターし、重要な保健情報を照合するために革新的な方法を利用するようになっている。その一例として、ポリビアでは全数調査のアプローチが活用され、2年に一度の全戸訪問を通じてプログラムの対象者が全員特定された。

次に、この全数調査の結果を利用して、死亡のリスクが一番高い子どもたちに対し、インパクトの大きいいくつかの支援策を集中的に実施できるようにしたのである。このようなアプローチをとった結果、保健プログラムが実施されている地域における5歳未満児死亡率は、対照群の地域における5歳未満児の平均死亡率の3分の1から2分の1であった¹³。

図4.2 保健サービスの提供における障害への対応方法



出典：UNICEF, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', アフリカ連合 (AU) の要請に基づき、ユニセフ、WHO、世界銀行が作成した草案, September 2006, p.25

「障害対応のための限界予算策定」

「障害対応のための限界予算策定」は、結果ベースの計画立案と予算策定のためのツールである。種々の支援策がある国の乳幼児・妊産婦死亡率にどのようなインパクトを与えたかに関する知識を活用し、実施面での制約を明らかにし、これらの制約を克服するための限界費用を推算する。サハラ以南のアフリカにおける妊産婦、新生児、子どもの保健のための主要な戦略的枠組みを作成するにあたって採用されたこのツールは、ユニセフ、世界銀行、WHOが共同で開発したものである。これは、インパクトの大きさがすでに証明されている支援策の対象を設定することのほか、期待されるインパクト、ひとりの命を救うためにかかるコスト、追加的に必要となる資金の見積もり、これらの追加コストを負担するために必要な財政余力の推定にも利用されている。(財政余力とは、定められた目的——例えば、政府の財政状況を悪化させることなく、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアを妨げる障壁を克服すること——のための資源を政府が提供することを可能にする、予算的余裕の度合いと定義できる。)

「障害対応のための限界予算策定」は、主として以下の5つのステップから構成される。

- 妊産婦、新生児、子どもの死亡率・罹病率に関わる主要な指標、傾向および原因と必須サービスへのアクセス状況について評価を行い、その近接要因に対処するための、エビデンス（証拠）に基づいたインパクトの大きな支援策を選び出してパッケージ化する。支援策の選択とパッケージ化は、サービス提供のモード（家庭/コミュニティを基盤とするケア、実施時期に融通をきかせやすい住民中心のサービスと移動部隊を活用した戦略、第一次レベルあるいは紹介・搬送レベルの施設における個人中心の臨床ケア）に従って行う。
- 必須基礎保健ケア・サービスの十分かつ効果的な普及を需要面・供給面で妨げる、システム全体にまたがる要因を特定する。また、インパクトの大きい支援策の導入を妨げている障害も、主なサービス提供モードごとに特定する。十分な普及には、必須医薬品・物品が入手できること、保健サービスや保健員にアクセスできること、それまで利用されなかった保健ケア・サービスが利用されるようになること、その後も継続してサービスが利用されることも含まれる。その後、障害の根底にある原因を検討し、その克服のために有望な戦略を策定することにより、「最低開拓線」の設定が可能になる。「最低開拓線」とは、十分かつ効果的で、障害を取り除くと同時に達成可能な、支援パッケージの普及水準を指す。
- 各支援策が生存率に与えることができるインパクトの推算を行う。このような推算の基盤となるのは、インパクトの大きい支援策やパッケージが母子の生存と保健面での成果を左右する上でどの程度有効であったかに関する検証データの、最新かつ詳細な分析である。生存率の重複カウントを回避するため、計算は残差法で行う。
- 障害を克服し、支援パッケージの効果的普及を最低開拓線まで進めるための措置を実施するのに必要な、追加投入資源（給与、医薬品、研修など）のタイプ、量、コストを選択する。
- 予算にどのような影響が生じるかを分析し、可能性のある資金源を特定するとともに、計算により明らかになった限界費用と追加の資金ニーズを保健支出

支援パッケージの段階的導入と保健システムの強化

支援パッケージの規模を拡大するための行動は、予算の利用可能性、ロジスティクス面での制約、技術的能力、社会経済的・文化的要因などに応じて段階的に進めなければならない場合もあるという認識がますます高まっている。急速に拡大することが可能な支援策もあるかもしれないが、より長い時間をかけなければならないものもある。普及率に関する具体的なターゲットを

達成できるよう、最低限の必須支援策をパッケージ化してその規模を拡大していくことが、新しい戦略の主たる要素のひとつとなっている。合意されたこれらの目標を、前述した3つの中核的サービス提供モードを通じて達成するための支援パッケージが作成されつつあるが、これは3段階を経て実施されることになっている¹⁴。

保健サービスの提供に段階的アプローチを採用することにより、各国は、とりえず初期支援パッケージの内容

を決めてそれを実施し、その後、長期的にパッケージ内容の拡大を図ることができる。優先される支援策をどのようにパッケージ化して実施するかは、その国の保健システムの対応能力次第ということになる。障害を徐々に取り除くことができれば、サービス提供の規模は拡大しやすくなり、複雑な緊急事態下でもそれは変わらない。パッケージ化したアプローチは結果重視であるため、優先される支援策の大規模な実施を段階的に計画し、モニターすることが可能になる。

に関する「財政余力」と比較する。(保健支出に関する各国の財政余力は世界銀行と国際通貨基金が試算している。)

障害分析の国別事例

障害分析は、およそ25の開発途上国で、さまざまなサービス提供モードについて実施されてきた。前述の3つのサービス提供モードごとに、それぞれの普及率を左右する諸要因を評価するために用いられた代用値としては、次のようなパラメーターがある(以下は網羅的リストではない)。

- 家庭とコミュニティにおけるケア：安全な水と衛生施設(トイレ)の利用率、殺虫剤処理された蚊帳の利用率、乳児への栄養の与え方、病気の子どもや新生児のケアなどに関わる指標。
- 実施時期に融通をきかせやすい住民中心のサービス：予防接種および出産前ケアのレベルなどに関わる指標。
- 臨床ケア：専門技能を有する者による出産時の立会い、緊急産科ケア、新生児ケアなどに関わる。

各国でこのツールを利用した結果、水準や推移のデータを検証するだけではすぐには判明しない障害が明らかになった。

最近のワークショップで、次のように報告されたとおりである。

ホンジュラス：水・衛生設備・衛生サービスの障害分析により、改善された飲み水に十分にアクセスできる

ようになって、安全処理を施した水を消費する世帯は半分以下にとどまっていることが明らかになった。この問題に対して選ばれた戦略としては、浄水の規模拡大のほか、安全な飲み水のみ利用を推進するための情報提供、教育、広報イニシアティブなどがある。

ギニア：2000年の段階で、子どもの生存発達促進プログラム(ACSD)が実施された地域では70%の村にコミュニティ保健・栄養推進委員があり、全世帯の50%が蚊帳を所有しており、妊婦の25%が就寝時に蚊帳を使っていた。しかし、効果的普及の状況は適正な水準をはるかに下回っていた。就寝時、殺虫剤処理が最近施された蚊帳を用いている人の割合は5%未満にとどまっていたからである。マラリア予防を妨げるこのような障害に対処するために、すでに利用されているすべての蚊帳を無料で殺虫剤処理するとともに、殺虫剤処理された蚊帳の配布に多額の補助金をかけるという対応がとられた。その際には、現に出産前ケアを利用しており、かつて子どもに遺漏なく予防接種を受けさせた経験のある妊婦への配布に焦点が絞られた。障害を取り除くためにこのような統合的アプローチをとったことにより、2004年までに、殺虫剤処理された蚊帳の効果的普及率が40%上昇するとともに、予防接種(5歳未満児が必要な予防接種をすべて受ける)や出産前ケア(最低3回の訪問)の効果的普及率も、2002年に40%だったものが、2年後には70%にまで高まった。

参考文献は108ページを参照。

保健システムの対応能力が低い国でサービス提供の普及率を拡大する場合、推奨される3つの段階とは、以下のとおりである。

フェーズ1：第1段階では、家族/コミュニティを基盤とするケアと住民中心のアプローチ・サービスについて、システム全体の障害を半減させることに焦点を絞る。質の高い臨床サービスへの需要を喚起するとともに、政策、人的資源、対応能力面を現在の条件のままとして、実施可能な、インパクトが大きくコストがそれほどかからない最

低限の支援策をパッケージ化して提供する。

運用上の戦略としては、家族のケア習慣を向上させるため、コミュニティ保健・栄養推進委員を養成して配置することなどがある。最低限の支援策のパッケージには、次のような要素が含まれるのが通例である。

- マラリア予防のための支援策
- 栄養

• 衛生の推進

• 予防接種(補完的に、はしかによる死亡率の低減キャンペーンを実施)

• 新生児期・小児期疾病統合管理

• 専門技能を有する者による出産の立会いと、新生児ケアおよび緊急産科ケア

• HIV/エイズの予防と治療

• 施設におけるケア

フェーズ2：第2段階ではパッケージ内容を拡大し、新生児と妊産婦を対象とするさらなる支援策、国家的政策を通じた給水体制の改善と十分な衛生施設（トイレ）の整備、追加資金の動員も含める。この段階では、供給面と需要面の障害を少なくすることにより、3つのサービス提供モードすべてを維持・強化することが目指される。

フェーズ3：最終段階では、ロタ・ウィルスや肺炎球菌に対応するためのワクチンといった革新的な支援策を導入し、その規模を拡大していくとともに、必要な支援策を最大限に盛り込んだパッケージの供給とこれに対する需要を促進する¹⁵。

開発途上国の保健ケアに見られる人的資源の危機に対処する

多くの国々では、経済困難と財政危機が、保健スタッフの不安定化と弱体化をもたらした。それにより、スタッフのやる気がなくなり、生産性が低下し、人的資源への投資がさらに減るといふ悪循環が生じている。

途上国における保健員の危機に対処するには、さまざまなタイムフレームの中で種々の措置を組み合わせる必要がある。

短期：当面の優先課題は、母子保健のための国内的・国際的イニシアティブが拡大された結果、保健システムにさらなる混乱が生じたり、人員がさらに大幅に失われたりしないようにすることである。

短期～中期：専門職として現に保健ケアに従事している人々の生産性と士気を、報酬の増加、監督の改善といったインセンティブを導入することなどにより、回復しなければならない。コミュニティ保健員を含む保健分野の労働力も、国のマクロ経済の全般的枠組みと貧困削減戦略の枠内で拡大していく必要がある。

長期：保健員の危機の問題に対処するには、保健ケアに従事する専門職の教育と研修の機会を大幅に増やすことも

必要である。医療専門職の研修のあり方を改善し、あわせて資金を増加させないかぎり、危機はさらに悪化し、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健に破壊的な結果をもたらす可能性がある。

このような措置をとるためには、質の高い保健ケアを優先課題として位置づけることに関する社会の幅広い合意に基づいた、国レベルの強力なリーダーシップが必要である。継続的なケアにすべての人がアクセスできるような方向へ国を動かすためには、保健員の危機に対処するための包括的な計画が必要になる。さらに、これらの計画は保健分野の枠を超えて拡大し、公務員制度改革、地方分権化、マクロ経済環境といった事柄をも含むようにならなければならない。

この課題の大きさを過小評価するべきではない。サハラ以南のアフリカにおける保健員の危機に対処するだけでも、これから10年のうちにスタッフ配置水準を前例のない規模で引き上げる必要がある。この地域では、保健関連のMDGを達成するために必要とされる水準まで保健ケア提供の規模を拡大しようとするれば、およそ86万人の追加人員が必要と推計されている。その半分以上はコミュニティ保健・栄養推進委員が占めることになる。

多くの開発途上国で、コミュニティ保健員の数を増やそうとする努力や、離職率を下げるようなインセンティブ・パッケージを開発するための努力が進められている。インド、ケニア、南アフリカ、ウガンダをはじめとするいくつかの国では、コミュニティ保健員を対象とする全国プログラムを検討中である。エチオピアでは、コミュニティで活動する女性保健拡大員3万人を養成し、妊産婦・新生児・子どもの保健、マラリア、HIV/エイズに重点を置こうとしている¹⁶。コミュニティ保健員を対象としたプログラムは、アフガニスタン、インドネシア、モザンビーク、ネパール、パキスタンなど多様な国々でも導入されつつある。

保健員プログラムを強化するための取り組みでは、まずは次の3つの分野

におけるサービス提供を増進させるために、コミュニティで保健・栄養関連のサービス提供に従事する人々に焦点を絞ることになる。

- 家庭訪問を通じ、家庭でのケア習慣を改善する。
- 施設ケアに十分アクセスできないコミュニティで、保健と栄養に関連する必需品を家庭用に配布する。
- 病気の子どもに第一次ケアを提供する。

コミュニティの行動変容に成功した場合の報酬のような実績ベースのインセンティブも、保健員のやる気を引き出す目的で、固定給に代えて活用することができる。

エビデンス（証拠）によれば、複合的なインセンティブ・パッケージ——少額の金銭的インセンティブまたは「現物」支給に加え、コミュニティによる認定と監督、個人的な成長と職能開発の機会を非常に重視することが多い——は、コミュニティ保健員の離職率を下げる上で相当な効果を発揮する傾向にある。例えば、グアテマラでは、監督を受けているコミュニティ保健員の離職率は、監督を受けていない保健員よりも2～3倍低い。外部の専門家とつながることにより、保健員の地位が高まるからである¹⁷。

現職保健員の技能向上は、効果的な規模の拡大に欠かせない要素である。成果に基づく実績インセンティブと契約に加え、監督とモニタリングを改善することは、現職保健員のやる気の向上につながる可能性があるほか、今後の就職希望者にとっても魅力のある特徴となる。



© UNICEF/HQ/03-0459/Shehzad Noorani

保健ケア支援の効果は、定期的なモニタリングと評価によって確認できる。高たんぱくビスケットの配布の前にスクリーニングを行い、栄養不良の子どものいないかどうか確かめる（イラク）。

成果志向の保健システムを構築する

援助をいっそう調和のとれたものとし、活動の拡大を図ろうとする努力の中で、特にアフリカでは、保健システム強化の成果を測る基準として保健関連のMDGその他の指票を活用することに、ますます焦点が絞られるようになってきた。成果重視の姿勢は、成果とインプットとの間に相乗効果を生み出そうという意図によるものである。保健システムの発展は、目標達成のプロセスから区別されるのではなく、その一部を構成するものとしてますます位置

づけられるようになってきている。

システムと成果を結びつけることは、保健システムの強化を通じてMDG 4と5を達成するために、アフリカ連合の要請によりユニセフ、WHO、世界銀行が協同で作成した戦略的枠組みの中で強調されてきた。この枠組みは、16のアフリカ諸国についてシステム上の障害を分析するとともに、これらの障害を取り除いた場合にMDGに生じるインパクトについてのシミュレーションを国別に行っている。この枠組みに基づき、現在10以上のアフリカ諸国が、

母子保健に関する具体的成果を達成するために保健システムを強化する目的で、貧困削減戦略ペーパー、保健セクター開発計画、セクター・ワイド・アプローチ、中期支出枠組みといった諸計画や予算機構の見直しを進めている最中である。

これらの国々ではまた、自国の国内計画に対する政治的・財政的支援を高めるために、自国の障害、諸戦略、期待される保健面の成果、追加資金ニーズを「投資の根拠」としてまとめる作業も進めている。

規模の拡大：安全な飲み水、適切な衛生設備（トイレ）、衛生習慣の改善

清潔な水と安全なトイレは、子どもの人生を変える可能性がある。幼い子どもたちは、他のどんな集団よりも、汚染された水、不十分な衛生設備（トイレ）、不適切な衛生習慣による危険に晒されやすい。飲み水が安全でない、洗濯・調理用の水が足りない、衛生設備が利用できないという要因を合わせると、下痢性疾患による死の約88%（年間150万件以上）がその影響を受けている計算になる。

衛生設備が改善されるだけで、下痢性疾患の罹病率を3分の1以上減らすことができる。衛生設備の改善と、衛生面での行動様式の改善を組み合わせれば3分の2の低減が可能である。石鹸や灰で手を洗えば、毎年50万から140万の死亡を防ぐことができる。家での習慣の改善には、家庭の構成員全員が常にトイレを使うこと、幼い子どもの排泄物を安全に廃棄すること、排泄の後や食事の前に石鹸や灰で手を洗うこと、家庭やコミュニティで安全な水源を整備することなどが含まれる。コミュニティに対し、家庭で実践できるこのような基本的習慣を実行するための知識と資源を提供することは、衛生向上に向けた重要な第一歩である。

ニカラグアとペルー：下痢性疾患を減らすために衛生向上を促進する

南アジアと同じように、ラテンアメリカとカリブ海諸国も水と衛生の分野で顕著な前進を示してきた。この地域の33カ国中16カ国は、MDGのターゲット達成に向けて順調に前進している。しかし、根強い格差が——特に都市部と農村部との間に——残っている。

2002年、米国国際開発庁「環境保健プロジェクト」と汎アメリカ保健機構が協同で実施する「衛生行動変革プロジェクト」は、この地域を対象とするコミュニティ基盤型の戦略を開始した。この地域では、トイレと水道水がきちんと整備されているにも関わらず、ロタ・ウィルスによる下痢性疾患のために毎年合計15,000人が死亡し、75,000人が入院している。ペルーでは、このプロジェクトの実施後、下痢性疾患の報告数が9%に減少した。ニカラグアでは、3歳児の下痢性疾患はほぼ見られなくなり、4歳児と5歳児ではまったく見られなくなった。支援の一環として両国で促進された衛生習慣の多く——手洗い、水の安全な利用と保管など——についても、支援実施前から実施中期にかけて、統計的に有意な改善が見られた。

モザンビーク：「子どもから子どもへ衛生委員会」

子どもはしばしば、コミュニティで変化を唱道する力強い存在となり得る。モザンビークの「子どもから子どもへ衛生委員会」は、子ども中心の学校衛生教育プログ

ラムの基礎となるとともに、子どもから子どもへ、そして子どもから親へというチャンネルを通して、地域コミュニティで家庭レベルの衛生的な習慣を採用するきっかけとなることも目的としている。「子どもから子どもへ衛生委員会」は、参加型衛生教育に関する研修を受けた男女の子ども15人で構成される。この教育で伝える情報は、水と衛生にかかわる病気の感染経路と感染予防方法、石鹸（あるいは灰）による適切な手の洗い方、トイレの適切な利用法などに関するものである。委員会に女の子を加えることが特に重要であるが、それは、水と衛生の施設が不十分であること、遠くの飲料水源まで時間をかけて行き来しなければならないことにより、女の子の通学に影響が生じるからである。若者参加型の戦略と組み合わせることによって、これらの努力は、2002～2003年以来、国全体の女子就学率を15～20%向上させることに寄与した。

ほかの子どもの関心をひくため、委員会はフォーカス・グループ・ディスカッション、ポスター、メッセージをこめた歌、劇、ダンス、インタビュー、絵、コンクールなどを活用している。このアプローチにならって、251の学校で「子どもから子どもへ衛生委員会」が設置され、活動している。

スーダン南部：複雑な環境における、コミュニティを基盤とする水と衛生

武力紛争、自然災害その他の複雑な緊急事態に影響を受けてきた地域では、コミュニティを基盤とするアプローチの実施は、不可能ではないにしても難しいと思われることが多い。しかしスーダン南部での事例を見ると、コミュニティを基盤とするアプローチは、その実施に成功すれば困難な環境においてきわめて重要な役割を担えることがわかる。スーダン南部では、水と衛生プロジェクトに、手動掘削に長けた地元の水チームが参加している。各チームは、通常は地元のコミュニティから選ばれた10人によって構成されており、うち7人は掘削担当、残りの3人は手押しポンプのメンテナンス担当というのが通例である。チームの監督役もひとり含まれている。手動掘削は、高度な技術を必要とせず、コストもそれほどかけずに水へのアクセスを確保する方法である。掘削装置は、コミュニティの人々自身で取り外したり、ある地点から別の地点へと移動させたりすることができる。持ち運びができるため、困難な地形の場所でも輸送が可能で、何より、雨季でも掘削を続けることができる。さらに、掘削機が低コストで持ち運び可能であることは、治安が不安定な地域ではきわめて重要である。コミュニティと協働することにより、このプロジェクトは北部バハル・エル・ガザル地区の広い範囲にわたって管井戸を普及させた。

バングラデシュとインド：コミュニティ主導の「総合衛生」

トイレの設置に投資することは、衛生設備の普及率を高める上で重要な前提条件だが、南アジアのデータが示唆するところによれば、公共衛生面でより良い成果をあげるためには、それだけでは必ずしも十分ではない。例えば、インドで実施された州規模のセクター評価の研究によると、ほとんどの人々が野外で排泄する習慣をやめていないことがわかっている。これはトイレを利用することができないからではなく、主として、関連する健康上のリスクについての意識が限られているか無視されているために、自分たちの生活習慣を変える必要性をまったく感じていないからである。事実、トイレの必要性を認識し、自分たち専用のトイレを設置した家庭では、トイレの利用率がきわめて高い。

バングラデシュのラジシャヒ管区では、2001年、衛生設備の100%普及を達成する目的で、ユニークなコミュニティ動員アプローチが試験的に実施された。コミュニティ主導の「総合衛生」というこのアプローチは、集団的な行動変容を誘発するという原則に基づくものである。不十分な衛生設備がどのような悪影響をもたらすかについてコミュニティが理解できるように援助するとともに、集団的な解決を見つけ出せるようにコミュニティのエンパワーメントを図る。ラジシャヒ管区では、このアプローチをとったことにより、村内の野外排泄を全面禁止することができた。この禁止は、外部からの補助金を受けることもなく、完全にコミュニティ動員だけで達成されたものである。コミュニティは自らの資源を活用し、実行委員会を設け、低コストの革新的な技術を開発し、進捗状況のモニタリングに取り組んだ。

ラジシャヒ管区のイニシアティブは、コミュニティに焦点を絞った戦略を通じて衛生習慣の改善を推進する取り組みにおけるパラダイム・シフトを明らかにするものだったが、地域的な規模拡大は村ごとのアプローチに限られていた。しかしながら、ラジシャヒの経験はインドで注目を浴び、政策立案者が視察に訪れるようになった。その中には、インド・マハーラーシュトラ州政府の代表も含まれていた。バングラデシュの経験をもとに、マハーラーシュトラ州政府は、州内の野外排泄に終止符を打つための戦略を策定した。この戦略の中心の特徴は、地域政府を前面に押し出したこと、貧しい人たちに財政的支援をしたこと、強力なモニタリング・評価システムを整えたことである。キャンペーンでは、情報・教育・広報活動や、一番成績の良い村への視察ツアーなどが特に重視された。その結果、2002年から2006年にかけて、マハーラーシュトラ州では野外排泄を完全に廃止した村がゼロから3,800以上になり、500万世帯以上が野外排泄

の行われない環境で暮らすようになった。

マハーラーシュトラ州の成功は、やがてインドの国家的衛生ガイドラインの改定につながり、2004年にはインド政府により「ニルマル・グラム・プラスカル」（清潔な村賞）が設けられた。この賞は、衛生設備の完全普及を達成した地方政府に賞金を与えるものである。これにはきわめて大きな反応があり、2005年2月には38のグラム・パンチャヤット（公選制農村行政組織の最下層）がこれを受賞した。2006年2月までに、この数は760のグラム・パンチャヤットと9のブロック・パンチャヤット（公選制農村行政組織の中間層）まで伸びた。

ガーナ：都市部と農村部の格差を縮める

安全な水と基礎衛生に見られる最大の不均衡のひとつが、都市部の人々と農村部の人々との格差である。世界全体では、改善された飲料水源へのアクセス率は都市部で95%なのに対し、農村部では73%となっている。都市部と農村部の飲料水格差が一番大きいのはサハラ以南のアフリカで、都市部では81%の住民がサービスを受けているのに対し、農村部ではこの割合は41%にとどまっている。

ガーナでは、最近まで、農村部の給水・衛生設備の普及率がサハラ以南のアフリカの平均値を下回っていたが、今では毎年約20万人、すなわち人口の1%以上のペースで拡大が進んでいる。この変化は劇的なもので、1990年代初期に政府が徹底的な改革プログラムを導入したことの反映である。この改革は、特に農村部において住民のニーズに即応できず、サービスも提供できないという、トップダウン型のシステムの非効率性に対処するために実施された。改革が進められた結果、水の供給責任は地方政府と農村コミュニティに委譲され、水の管理を担当する新しい政治体制が作られた。村の組織もこの新しいシステムに組み入れられている。コミュニティが資本補助金を申請するためには、村落水委員会を設置するとともに、システムをどのように運営していくか、資本コストの5%に相当する現金をどのように負担するか、メンテナンス費用をどのように賄うのかについて詳細な計画を立てなければならない。このような参加型アプローチは水へのアクセス率の急激な上昇につながり、1990年には55%だったものが2004年には75%となった。現在、アクセス率は加速度的に高まりつつある。

参考文献は108ページを参照。

地域レベルで保健システムを強化する

保健システムの強化は、特に保健関連のMDGの達成に向けた前進が不十分な国々の多くでは、気が遠くなりそうな、複雑な課題である。保健システムの地方分権化を図り、地域レベルにいった重点を置くことは、周縁化されている子どもと家族を対象にコミュニティ・レベルで基礎保健ケアを実施するための有効な方法と考えることができる¹⁸。しかし、地方分権化にリスクがないわけではない。貧富の差、ジェンダー、言語、民族などの要因によってコミュニティ内にすでに存在している不平等を悪化させるなど、意図しな

い結果をもたらされる可能性もある¹⁹。さらに、経験の示すところによると、地方分権化の努力が成功した場合でさえ、行政区域を保健システムとして機能できるものに変えていくには時間がかかる。例えば、2000年には、ニジェールの地方病院のうち帝王切開ができる態勢が整っているのはわずか13カ所にすぎなかった。ブルキナファソでは、地域区分が確立されて10年たっても、53の地方病院のうち17カ所でしか適切な設備が整っていなかった。その上、17病院のうち、年間を通じたケアの継続性を確保するために医師を3人置いているのは5カ所しかなかった²⁰。

とはいえ、過去10年間の地方分権化の経験からすると、諸事情を考慮すれば、地域単位の保健システムを構築していくことこそ合理的なやり方であることには変わりがない。政府として、紹介・搬送患者を担当する病院のバックアップを受けた保健センター、家庭医またはこれに相当する地方分権型組織のネットワークを通じて基礎保健ケアを広げていくためには、このような方法が必要となる。安定した、存続可能な地域保健システムが整えば、たとえ複雑な緊急事態下であっても顕著な成果を収められることは、コンゴ民主共和国やギニアなどで実証済みである。同様に、マリでも母子を対象とした保

緊急に対処しなければならないアフリカの保健医療従事者危機

十分な人的資源が存在しないことは、コミュニティ・レベルにおける、妊産婦、新生児、子どもの生存、保健、栄養に対する統合的アプローチの拡大を妨げる主要因のひとつである。現在の経験からは、限られた効果、離職率の高さ、不十分な監督が、開発途上国で実施されているほとんどのプログラムの特徴となっていることがうかがえる。保健専門職の大量移住、エイズの影響——感染率が高い国では労働力が激減したところもある——や武力紛争の存在は、現在子どもの死亡率の低減がゆっくりとしか、あるいはまったく進んでいない多くの開発途上国で、国の保健労働力をむしろ減らしている。こうした状況の中で、コミュニティ保健員には、コミュニティの健康一般、そしてとりわけ子どもたちの健康を改善する上で重要な役割を担う可能性がある。しかし、ここで強調しておかなければいけないのは、コミュニティ保健員はあくまでもしかるべき研修を受けた保健専門職を補完する立場にあり、専門職にとって代わるものではないということである。

地域やコミュニティのレベルにおける保健医療従事者

子ども1,000人あたりの保健医療従事者、とりわけ看護師と医師の人数は、乳児・5歳未満児・妊産婦死亡率の国ごとの違いを決定づける重要な要因のひとつである。例えば、保健医療従事者密度が住人1,000人あたり2.5人を超えた場合、はしかの予防接種率や専門技能を有する者の出産時の立会い率が80%を超える見込みが非常に高くなるのが、調査によりわかっている。しかし多くの開発途上国、特にサハラ以南のアフリカ諸国では、保健関連スタッフが圧倒的に不足している状態である。

専門技能を有する保健専門職の移住は、多くの開発途上国で重大な懸念の対象となっている。特に憂慮されるのは、保健専門職が貧しい国から豊かな国へと大量に移住していることである（いわゆる「頭脳流出」）。しかし保健専門職の他の形態の国内移動——農村部から大都市圏へ、公共部門から民間部門へ、保健セクターから他のセクターへ——も、開発途上国で基礎保健ケアに携わる、専門技能を有する保健専門職の確保を阻害している。

医師や看護師が保健セクターそのものから離れてしまう理由は、太平洋諸島やEU（欧州連合）のように多様な違いがある地域であっても、似たようなものであるように思われる。報酬が少ない、労働時間に融通がきかない上に余計な仕事がたくさん追加される、継続教育の機会がない、労働条件が劣悪である、患者の要求が高い、物品や設備が不足しているなどである。例えば、最近の統計によると、ガーナの医学部卒業生の半分は卒業後4.5年のうちに国外移住し、10年以内に75%が国を離れてしまうという。南アフリカでは、毎月300人を超える専門看護師が国を離れ、その多くは二度と帰ってこない。保健医療従事者の主な移住先はヨーロッパと北米である。これは特に英国について当てはまり、同国の保健労働力の3分の1は他国出身者が占めている。調査によると、ヨーロッパと北米における保健医療従事者（医師、看護師、助産師）密度はサハラ以南のアフリカの10倍以上である。開発途上国における保健サービスの提供にこのような国外移住が及ぼす悪影響は、深刻なものが多い。このような人的資本の移動には、政府が養成教育や職能開発を通し

健センターのネットワークやサービスが拡大された²¹。地方分権化とともに行政改革も進められた国では、数年の間に大きな前進が見られている。たとえばモザンビーク、ルワンダ、ウガンダなどの国々である。いずれの国も、長年にわたる紛争と経済的破綻を経験しながらも、その後、保健システムを含む政府機関の改革とパフォーマンス向上の面で大きく前進した²²。

ここ数十年、地域保健システムのパフォーマンスについてのエビデンス（証拠）が充実するようになってきている。しかしながら、基盤となる検証データの規模はまだ相対的に小さく、研究の

範囲にも一貫性がない。実務家から提唱される種々のアプローチは、科学界の中で、必須支援策と同一水準までにはコンセンサスや注目度を得ていないのが現状である。

妊産婦、新生児、子どもを対象とした継続的なケアの提供に対する地域的アプローチに取り組むためには、新しい推進力と、より徹底した体系化が必要である。特に、継続的なケアを提供する地域単位の保健・栄養システムが発展していけるような条件を整えるための、国家的保健制度の再編成に関する研究に主たる焦点を合わせることが求められる。このようなアプローチを

試みたことがある国について体系的分析や事例研究を行うことにより、現行の政策プロセスがどのように機能しており、どのような改善が考えられるかについて、重要な洞察を得られる可能性がある。いくつかの重要な問題——例えば、制度的対応能力を構築することや、資源のフローと保健システムのパフォーマンスに関するコントロールやモニタリングのあり方について戦略的情報を得ること——は、すでに実践家によって十分に認識されている。

保健セクター全体のガバナンスのあり方について、また妊産婦、新生児、子どもを対象とする継続的なケアを地

て多額の投資を行った、最も高度な訓練を受けた専門職が関わっているためである。

これらの一般的な原因に加えて、特にサハラ以南のアフリカでは、エイズの流行と武力紛争が、保健関連スタッフがなくなる大きな背景要因となっている。

紛争下あるいは紛争後の復興期には、紛争のせいで避難を余儀なくされたり負傷するなど困難な状況に置かれた住民に一般的・専門的サービスを提供するために、有能な保健サービス提供者の存在が欠かせない。ところが、紛争の影響を受けている多くの国々では、長年の、時には数十年に及ぶ紛争のために、訓練を受けた保健ケア関連スタッフの深刻な不足が生じている。

専門技能を有する保健関連スタッフの不足に、少なくとも短期～中期的に対処するため、国の保健システムにおいては、自国で保健ケアに従事する人々を対象としたインセンティブを整えなければならない。このことは依然として課題となっているが、保健医療従事者を国内で募集し、働き続けてもらうことに成功している国は多い。これには、不足が最も深刻なことが多い農村部での成功例も含まれる。保健医療従事者に働き続けてもらうための、あるいは移住を思いとどらせるためのインセンティブ・パッケージが開発され、このような危機への対処が進められている。その一例であるマリでは、保健省が新卒の医師に研修の機会、滞在場所、設備、そして必要な場合には交通手段を提供することにより、農村部で働くことを奨励している。

地元の状況に焦点を合わせた研修も、離職に歯止めをかける上で役立つ可能性がある。農村部で働く保健医療従事者の数を増加させるために長年にわたって続けられている取り組みによれば、地元の保健医療従事者を——地元の言語で、そして地元の条件に合った技能を身につけられるような形で——養成することが、離職や流出の防止につながるであろう。人材養成に関してこのようなアプローチをとれば、その結果として得られる資格は国際的に承認されることが多く、移住をさらに制限することにつながる。しかしながら、成功するかどうかは地元レベルで提供されるインセンティブや支援次第である。

裕福な国々が、アフリカの犠牲の上に頭脳流出の恩恵を受けていることについての懸念が高まりつつある。その結果、アフリカから移住してきた保健医療従事者の採用をやめること、あるいはこれが非現実的であるならば（そうである可能性のほうが高い）、相互の利益になるような方法でのみ採用することを求める動きが高まってきた。この5年間で、保健医療従事者の国際的募集に関与する主要なステークホルダーの行動規範を定めたおよそ12の国際文書が、各国当局、職能団体、国際機関によって作成されている。二国間協定でも同様の懸念に焦点が絞られてきた。

参考文献は108ページを参照。

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関連のミレニアム開発目標のために投資すべき根拠

2005年7月にアフリカ連合のために作成された「アフリカにおいて子どもの生存についてのミレニアム開発目標を達成するための戦略的枠組み」で打ち出された戦略は、サハラ以南のアフリカで基礎保健ケアの効果的普及率を高めるために必要な最低条件を、比較的短い期間で作り出してくれるものと期待される。ここでいう基礎保健ケアには、家族およびコミュニティを基盤とするケアと、住民中心のサービスおよび臨床ケアを通して提供することができる、エビデンス（証拠）に基づいた、インパクトが大きくコストもそれほどかからない最低限のサービスをパッケージ化したものが含まれる。主要な支援策として予定されているのは、肺炎や新生児感染症と闘うための抗生物質、抗マラリア混合薬、乳児に対する栄養補給と衛生の推進、殺虫剤処理された蚊帳、経口補水療法、専門技能を有する者による出産時の立会い、ビタミンAの補給、小児エイズの予防とケア、緊急産科ケアと新生児ケアである。これらの戦略と支援策は、女性のエンパワーメントを通して、子どもの栄養状態の改善、妊産婦死亡率の低減、女性の地位向上、貧困削減に大き

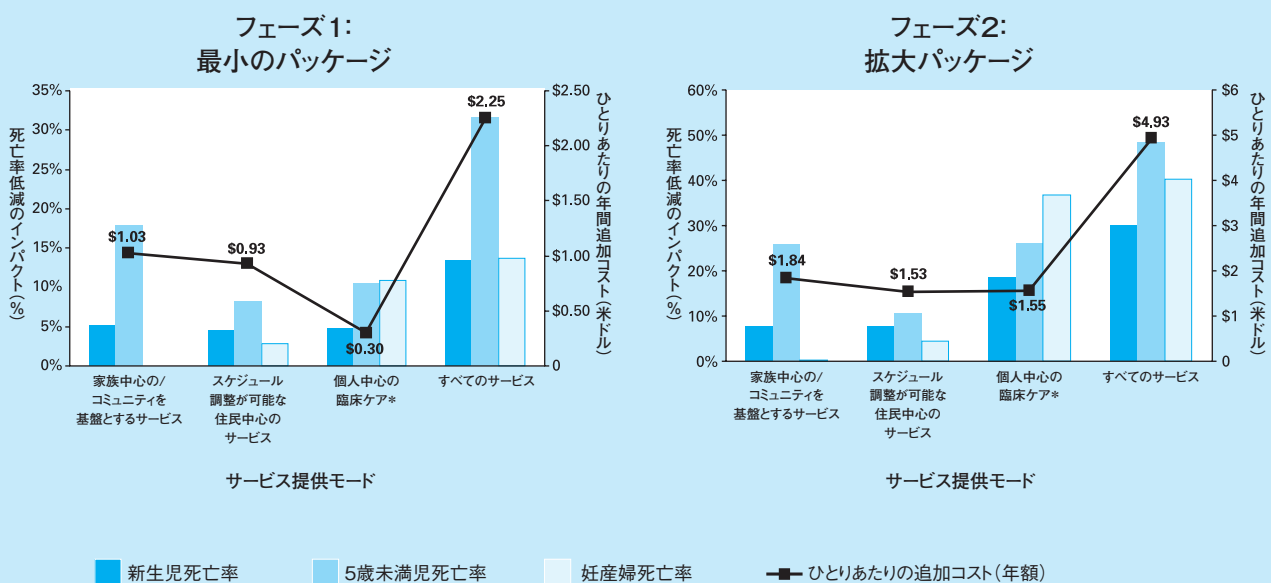
なインパクトを及ぼすものと期待される。（3つの実施段階についての概略は71～72ページで述べている。）

フェーズ1では、この戦略によって、アフリカの5歳未満児死亡率を30%以上低減するとともに、妊産婦死亡率も15%の初期低減が可能になると推定される。そのために必要となる追加費用の見積もりはひとりあたり年間2～3米ドルで、約1,000米ドルでひとりの命が救われる計算である。

フェーズ2では、拡大パッケージを大規模に実施することにより、この地域の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%低減することにつながると見込まれる。年間追加費用の見積もりはひとりあたり約5米ドルで、ひとりの命を救うためにかかる費用は1,500米ドル未満である。

フェーズ3では、最大限の支援策をパッケージ化した上で効果的普及を未開拓の地域まで広げることにより、

図4.3 アフリカのための戦略的枠組みにおいて導入される最小・拡大・最大パッケージの効果とコストの見積もり



* 個人中心の臨床ケアが継続的に提供されることを前提とする。

各国はMDG 1、4、5、6の主要なターゲットを達成し、あるいは達成に近づくことが可能になるだろう。これは、5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率を60%以上低減し、新生児死亡率を50%低減し、マラリアと栄養不良の発生例数を半減させることにより可能となる。フェーズ3達成のために必要な年間追加費用の見積もりはひとりあたり12~15米ドルで、約2,500米ドルでひとりの命が救われる計算である。

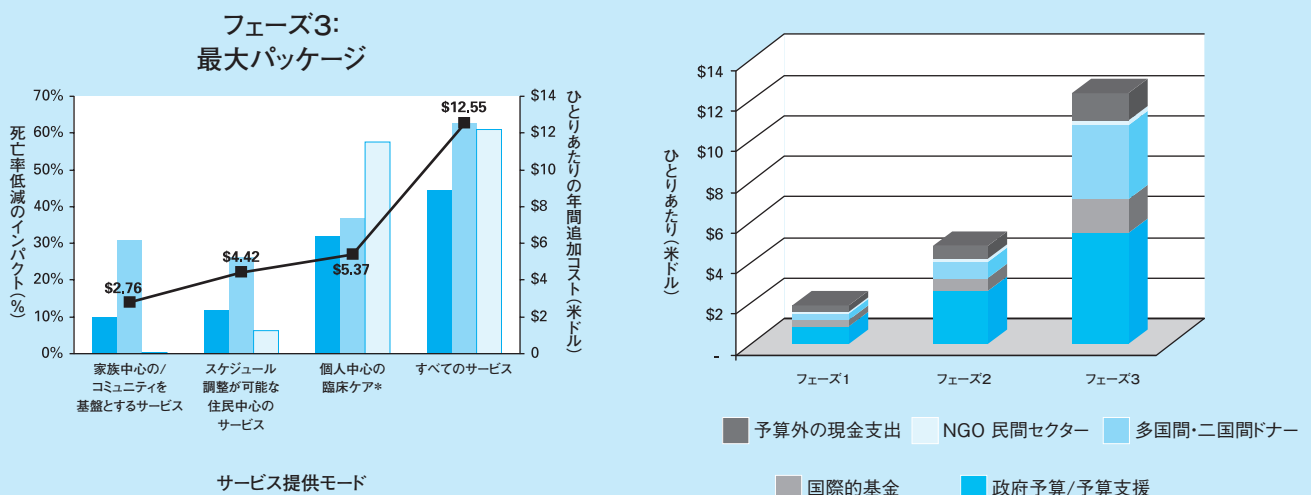
実施のペースが漸進的に加速していくと想定した場合、ここで提案されているようなフェーズごとの加速を図るために必要な追加資金は、フェーズ1で最小パッケージの規模を拡大するためにはひとりあたり年間2~3米ドル増加することになるだろう。また、フェーズ3において、2015年までに最大パッケージの規模を拡大するためには、ひとりあたり年間12~15米ドル以上増加することになる。注目すべきなのは、これらの追加コストの見積もりはさまざまなコスト計算ツールを用いて最近算出されたものであるが、いずれのツールを用いて

も同様の予測結果が出たことである。このことは、これらの見積もりがしっかりしたものであることを示唆している。コストは日用品、医薬品、諸物資のためのものである。殺虫剤処理された蚊帳は、医薬品とともに、ここでいうコストの中で非常に大きな割合を占めている。コストは人的資源、保健施設、設備に割り当てられるとともに、プロモーション、需要喚起、モニタリング、評価に用いられる。

この戦略的枠組みを背景として、次のような共同資金計画が提案されている。すなわち、3つのフェーズすべてにおいて、最小パッケージの規模を拡大するための追加資金のうち、およそ半分は国家予算（予算支援を含む）から拠出するものとする。15%は予算外の現金支出から拠出し、3分の1を世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）、ユニセフ、世界銀行、WHOその他のドナーが負担するものとする。

参考文献は108ページを参照。

図4.4 財源、2007~2015年



出典 図4.3と4.4 (78~79ページ): UNICEF, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health systems strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', アフリカ連合の要請に基づき、ユニセフ、WHO、世界銀行が作成した草案の改訂版 (2007年10月) に基づく暫定的推定値。



© UNICEF/H04-0689/Giacomo Pirozzi

域レベルでどのように組織するかについての指針となりうる政策形成、規制、運営のための能力構築の方法に関しては、エビデンス（証拠）や知識を集積するためにまだまだ多くの取り組みが必要であることは明らかである。

III.保健システムを強化するため、財政の質と一貫性を向上させる

保健ケア・セクターがすでに大幅な予算不足に直面している低所得国では、保健ケアに充てる資金を見つけ出すことそのものが規模拡大の大きな障害となっている。政府の保健財政を決定する政策は、子どもや女性にとっての保健面での成果に重要な影響を与える可能性がある。妊産婦、新生児、子どもの生存、保健および栄養に影響する重要なサービスに補助金を出すか、逆に課税するか、あるいは公正な負担分担の仕組みを支援するかによって、その影響は変わってくる。

保健セクターへの十分な資金の配分は、特定の疾病との闘いとともに、効果的で持続可能な規模の拡大には欠かせないものである。保健セクターに対するこれまでの、そして現在の支援がけっして最高とは言えない成果しか生み出せてこなかったのには、以下のようないくつかの要因がある。

保健面での成果につながるエビデンス（証拠）に基づく国別の予算策定が行われていない。 疾病特化型のイニシアティブが優勢であるために、妊産婦、新生児、子どもの保健のための国家戦略において、保健面での成果を達成すること、サービスの提供を妨げる制度的障害を取り除くこと、保健戦略のために十分な予算を確保することに対するマルチ・セクター型のアプローチに、十分な注意が向けられないことが多い（保健戦略のための予算には、基礎保健ケア・サービスの供給と需要の妨げとなっている障害を取り除くコストも含まれる）。

前進の速度が遅く、国別のプロセスや調和化に対する調整が十分ではない。 保健セクターと、国レベルで進められているより広範な開発プロセス（公共

セクター・予算改革、貧困削減戦略、マクロ経済的財政計画など）との結びつきは、低所得国では依然として希薄であることが多い。資源のフロー、進捗状況、成果を追跡するためのモニタリング・システムは往々にして不十分である。援助効果向上に関する国際的コミットメントを国レベルの具体的な行動に反映させていくという面でも、進展はあまりない。このことは、「調和化と援助効果向上に関するパリ宣言」に従って予測可能な長期的資金提供を行い、かつ取引コストの高騰につながる援助の分散化を緩和していくこととの関連で、もっとも顕著である。

保健システムの強化を妨げる障害に対処するための資金拠出に対し、十分に焦点が絞られていない。 保健関連の目標の達成に関する国際社会のコミットメントが高まっているにも関わらず、各国ではいまなお保健システム構築のための資金が決定的に不足している。これには、主要な人的資源を生み出して維持するための財源、実績に応じたインセンティブ提供のための財源、調達とロジスティクスのシステムを構築するための財源、そして健康向上を妨げる需要側の障害に対処する目的で貧困世帯への資金移転を促進するための財源などが含まれる。HIVのような特定の疾病のために動員される資金が増えるほど、国レベルでは不均衡が悪化することが多い。特定のイニシアティブに向けて提供される資金を吸収するのに必要な、保健サービス提供と資金配分のための機構が往々にして存在しないためである。その結果、疾病対策プログラムは十分に執行されず、有効性も乏しいものとなる。保健サービス提供者の行動に対する政府の統制と、公的資金の使い道に対する保健サービスの恩恵を受ける人たちの統制がまったく、または十分に行われていない場合、効果的な実施は妨げられる²³。

最近の国際的保健パートナーシップでは、MDGの達成に向けた規模の拡大により多くの資源を投入することが提案されている。これらのイニシアティブは結果に焦点を絞り、配分された資源と保健面での成果との間に明確なつながりが生まれることを求めている。そうするためには、開発の成果を――

直接的に、また他のドナーに影響を与えることによって——達成する手段として保健システムを強化する必要があるとともに、保健援助体制の一貫性を高めることが求められる²⁴。

しっかりしたセクター・プランを支援することが重要であり、また保健システム強化のために行われている努力の一貫性を全面的に確保することが望ましいという点については、ますます合意がなされつつある。これらの新しいイニシアティブに関連する主要な問題としては、規模拡大計画の策定と質、モニタリング・プロセスと対象国の選択、資金のフローと管理などがある²⁵。

このような流れの中で、以下の5つの援助原則について合意が形成されつつある。

- 協約を結ぶことにより、予測可能な方法で実績に報いる。
- 開発援助を国のシステムに適合させる。
- 結果ベースの資金拠出を行う。
- 保健システム開発に関するベンチマークと成果指標を確立する。
- 革新的かつ公正な資金戦略を策定する。

協約を結ぶことにより、予測可能な方法で実績に報いる

改めて結果が重視されるようになったことに伴い、資源配分はニーズ（人口規模、貧困レベル、国の保健の現状

などの要因に基づく）や実績（保健面での成果および資金を効果的に使う能力）のような基準に基づいて行うべきであるという合意が形成されつつある。実績は、「協約」において国レベルで合意された主要な結果および政策措置との関連で判断されることになる。このような協約は、欧州委員会、世界銀行、アフリカ開発銀行、二国間ドナーが策定してきたもののような、すでに存在する結果志向の枠組みをもとに締結される²⁶。

これらの協約は、それぞれが説明責任を履行すること、援助受入れ国が実績基準を満たすこと、そしてドナーが予測可能な資金提供を行うことを前提とした、開発途上国とドナーとの相互協定として位置づけられる。

焦点

ボツワナ：コミュニティ・パートナーシップを活用した、HIV感染予防・治療の拡大

背景と課題：エイズは、アフリカ南部における妊産婦、新生児、子どもの死亡の最たる原因のひとつである。ボツワナでは、15～49歳の年齢層のほぼ4人にひとりがHIVに感染している。子どもにとってのリスクは生まれる前から始まっている。ボツワナでは、15～24歳の妊婦の3分の1がHIV陽性なのである。母親がHIV陽性の場合、たとえHIVが子どもに感染しなかったとしても、死産率や新生児期・乳児期の死亡率は高まる。妊娠期間中または母乳育児中に女性がHIVに感染した場合、新生児がHIVに感染する危険性が高い。さらに、母親が死亡するリスクも高まり、残された子どもの生存可能性が低くなる。エイズは、新生児や生後1カ月以上の子どもの障害・死亡を引き起こす重要な原因のひとつである。

支援策とアプローチ：ボツワナのHIVの母子感染防止（PMTCT）の取り組みは1999年に強力な政治的コミットメントのもとで開始され、大量の資源が投入された。ボツワナ政府は当初から、支援策を全国的に普及する計画でいた。サービスは、女性と子どもに対しては無償で提供され、現行の母子保健サービスに統合されている。これらの支援策としては、安全な産科治療、カウンセリング、HIV検査、HIV感染が明らかになった場合の再感染予防または治療、乳児が生後6週間に達した段階での

HIV感染検査などがある。資格を満たした母親と家族には抗レトロウィルス薬治療も提供される。徹底したモニタリングと評価が実施され、サプライチェーン・マネジメントも厳格に行われる。

ボツワナにおける主たる成功要因のひとつは、単一の国家的な規模拡大計画を中心として、統一の調整メカニズムが構築されていたことである。PMTCTは母子保健サービスに完全に統合されたが、質を向上させ、サービスの利用を増やすために継続的に調整が図られた。政治的なコミットメントも、一貫したプログラム・マネジメントともに重要であった。コミュニティの参加と男性の関与も、母乳育児以外の方法を選んだ女性を支援するための、またフォローアップとしての小児科的ケアと支援を容易にするための、重要な要素であった。

結果：ボツワナでは、プログラムは2004年までに全国的に拡大された。2005年までには、HIV陽性の母親の54%が妊娠中に抗レトロウィルス薬を処方されるようになった。

参考文献は108ページを参照。



© UNICEF/HQ05-1876/Doma DeCasare

政府による政治的コミットメントの拡大と十分な資金提供は、母親、新生児、子どもを対象とする継続的なケアへのアクセスを保障するために必要である。幼い妹を抱く子ども（グアデマラ）。

開発援助を国のシステムに適合させる

援助の効果を高めるためには、拠出と実施を国のシステムに適合させることが重要である。信用環境（公共財産管理および調達）が、多国間・二国間のドナーから全体としては十分だと見なされており、かつ公共支出・財務説明機構を通じてパートナーによる協同モニタリングの対象とされている国々では、効果的な規模の拡大のための資金をセクター予算支援の形で提供することも考えられる。これにより、国家予算の保健セクター部分および関連の活動を実施するための資金が増強されることになる。これらの資金の効果に関するモニタリングは、すでに行われている一般予算・セクター予算支援のモニタリングに統合されることになる。同様のメカニズムは、セクター・ワイド・アプローチやバスケット・ファンド方式をとっている国々でも、すでに用いられている評価手法を補完する形で活用することができる。

保健セクターへの資源配分は、プロジェクトやプログラムを通してではなく、サービスの完全普及を目標とする諸機関を通して行うべきであるという点について、合意が形成されつつある。妊産婦、新生児、子どもを対象とする保健サービスは、バスケット方式で提供される中核的保健支援策の一環として、これらの諸機関を通じて資金が拠出されるあらゆる社会保障パッケージに含まれていなければならない。妊産婦、新生児、子どもの保健に用いられる資源を増やすためには、政府支出内での取り引きを、保健予算そのものの枠内で、あるいは国家予算全体の枠組みの中で行うことが必要になる可能性もある。そのような取り引きの交渉は、全体的なマクロ経済環境を踏まえて行わなければならない。これにより、保健ケアに必要な予算について十分な論拠が提示されれば、セクター支出の増額も可能になる。コミュニティのレベルでは、民間セクター、市民社会組織、コミュニティ、世帯の参加を通じ、公

共セクター以外の資源も動員しなければならない。

結果ベースの資金拠出を行う

規模拡大のための新しいイニシアティブが支援対象としている主要な分野のひとつが、結果ベースの資金拠出である。これは既存の資金の流れを補完する重要なアプローチであり、保健システム内に存在する障害を克服して、保健、栄養、人口面での成果を達成する上で有望なものとなる可能性がある。アフガニスタン、アルゼンチン、カンボジア、ルワンダにおける最近の経験（ルワンダにおける実績ベースの資金拠出については、84ページのパネルを参照）では肯定的な結果が出ており、ルワンダについてはさらに徹底した評価も計画されている。

結果ベースの資金拠出には、従来のインプット・ベースのアプローチと比べて、以下のようなものを含むいくつかの利点がある。

- はっきりと定められた期間内に、比較的迅速にアウトプットと成果を達成することが重視される。
- サービス提供の連鎖における重要なポイントで、実績に応じたインセンティブが提供される。
- 重要な資金的ギャップへの対処が行われ、政府として資金面でのゆがみを相殺するための柔軟な資金配分を行えるようになり、優先事項（貧困層を明確な対象とすることなど）に焦点を絞る機会が持てるようになる。
- もともと、結果ベースの資金拠出は本質的にモニタリングと評価のためのツールである。その基盤は測定可能な、かつ到達目標がはっきりした戦略であり、そこでは関連するレベルごとの基準、到達目標、進捗に関するデータが必要となる。したがって、結果ベースの取り組みを進めていけば、成功、不十分な点、障害の定期的な見直しが可能となり、実施計画の中間調整ができるようになる。

保健サービスの提供における説明責任とガバナンスの強化

サービス提供における説明責任とは、コミュニティや家庭が、サービスを提供する側に対し、十分かつ効果的なサービスの提供についての責任を問うことができるプロセスとしてとらえることができる。貧しく周縁化されているコミュニティや家族にとっての公的説明責任は、彼らに発言権と投票権を認めることによって実現が可能になる。政策立案者は、保健ケア、栄養、環境保健に関わるサービス提供者への援助、資金拠出、規制を政府が行う際の社会協約を根拠に、説明責任を要求することができる。コミュニティが、そのエンパワーメントを通じて十分かつ効果的なサービスを要求できるようになれば、家族は、国が提供を約束しているサービスの内容と、適用される最低基準についての情報を得ることができる。

妊産婦、新生児、子どもの生存・発達に関わるすべてのプログラムに公的生活への参加と公民教育を採り入れることは、子どもの生命を守り、子どもの早期発達を促進するための措置についての知識を家族に提供し、家族のエンパワーメントを確保することにつながる。家族やコミュニティは、利用可能なサービスと、これらのサービスに求められる質の基準について知ることにより、政府やサービス提供者に説明責任を要求する能力が増進される。

政府とサービス提供者との間で交わされる社会協約も、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健に関わる説明責任を確保するための効果的手段となり得る。そのために政府は、これらの課題を立法、予算、プログラム、調査研究における優先事項として位置づけるとともに、サービス提供のパフォーマンスをモニタリングしつつ、必須サービスの提供についてサービス提供者に十分な補償を行わなければならない。

説明責任を強化する方法はサービス提供モードに合わせて変えなければならない。コミュニティと家族へのサービス——母乳育児推進のための情報と社会的支援や、新生児ケア・サービスのような要素も含む——という基礎的なレベルでは、家族が日用品を購入したり、サービスに関する情報にアクセスしたりできることが必要であり、両者を組み合わせて保健面での成果を向上できるようにすることこそ、需要サイドからの説明責任の要求を増進させるための中心的要素である。コミュニティ組織、市民社会組織、商業事業者ネットワークは、貧しく周縁化されている家庭がサービスの効果を直接モニターし、説明責任の履行を求めるための仕組みを提供することが多い。

参考文献は108ページを参照。

- 加えて、公式には保健セクターの管理下にはない保健問題（道路や給水・衛生設備の改善など）に対する、より幅広い解決策を支援することにもつながる。
- おそらく最も重要な利点は、結果ベースの資金拠出を行うことにより、分散化された援助を整理統合する機会が生じることであろう。これにより、各国が負担する高額な資金移転費用が削減される。アウトプットに重点を置いた、多くのドナーが同時に拠出することのできる結果ベースの資金拠出取り決めを整えることにより、このような効果をもたらすことが可能になる²⁷。

保健システム開発に関するベンチマークと成果指標を確立する

保健関連のMDGについて設けられている指標は、保健システムのパフォーマンスを測定するための適切な追跡基準または代理尺度として機能しうる。新しいイニシアティブでは、政府が、結果ベースの資金拠出を通じ、適切なインセンティブの枠組みを設けながら、選ばれたいくつかの対象分野で、合意された成果を達成できるような支援が計画されている。その目的は、妊産婦、新生児、子どもの保健・生存に関する肯定的成果に強く関係するサービスの普及について、所定のアウトプット目標を達成することである。このようなアウトプット目標としては、認証施設における出産の割合や、3種混合ワクチン（ジフテリア、破傷風、百日咳の

混合ワクチン）の3回接種率、またマラリア流行地域における殺虫剤処理された蚊帳の普及率を向上させることなどがある。これらのアウトプットと到達目標は、死亡率と罹患率を高めているリスク要因を踏まえ、各国ごとに選択されることになろう。

主要な成果（アウトカム）指標はさまざまな形で設定することが可能である。これらのパラメーターで測定するのは、直接的なアウトプット（予防接種を受けた子どもの絶対数など）でも、普及率（定められたサービス対象地域内で抗原ワクチンの予防接種を受けた対象住民の割合など）でも、推移（予防接種を受けた子どもの数の増加、一定期間に達成された普及率の向上など）でもよい。国同士の比較や学習をある程度可能にする目的で、すべてのプロ

プロジェクトを対象とする一連の中核指標を定めておくこともできる。妊産婦・子ども・新生児保健プログラムの重要な要素をモニターする追加指標を含めてもよい。

革新的かつ公平な資金戦略を策定する

人的資源と保健システム強化に投資するためには相当の資源が必要である。プログラムの資金源としてドナーからの支援が重要な役割を果たしている国々では、資金が安定して確保されなければ長期の活動を計画することはできない。しかし、妊産婦、新生児、子

どもの保健に対するドナーの援助を追跡調査した研究によると、子どもの死亡の90%以上が発生している60の優先援助対象国が2004年に受け取ったODA（政府開発援助）の総額は14億米ドルに過ぎなかった。これは子どもひとりあたり3.1米ドルにしかない²⁸。

「戦略的枠組み」では、普及率を2015年までに現行レベルから100%近くまで引き上げることは可能だと示唆しているが、諸支援策の規模の拡大は、妊産婦、新生児、子どもの保健への投資を大幅に増やさない限り不可能であることも示している²⁹。

しかしながら、妊産婦、新生児、子どもを対象とした良質で、継続的な保健ケアにすべての人がアクセスできるようにするために、サービスの供給を拡大するための、あるいはサービス提供者に報酬を支払うための資金を見い出せば済む問題ではない。保健関連のMDGを達成するには、資金戦略において、女性や子どもがサービスへアクセスすることを妨げている金銭的障害を克服することに焦点を合わせるとともに、ケアに対する支払いによって生じる金銭的困難から予め利用者を保護できるようにする必要がある。

ルワンダにおける実績ベースの資金拠出

ルワンダ政府は最近、ドナーからの支援を得て、いくつかの革新的なプログラムの規模を拡大した。これは、中央政府から自治体に条件付補助金を交付して、保健分野で必須の成果を出すために必要な物品やサービスを購入できるようにしようというものである。この保健プログラムには主として3つの要素が含まれている。

保健分野におけるコミュニティ・パートナーシップ：

これは、資源（ひとりあたり約0.25米ドル）を直接自治体に交付することにより、コミュニティを基盤とする諸機関、NGO（非政府組織）、保健推進員、民間の保健ケア提供者その他の関連サービス提供者と実績ベースの契約を結び、世帯やコミュニティのレベルにおける必須サービス提供への参加を促すものである。IMIHIHO——伝統的な単語だが、政府サービスにおける説明責任の同義語として全国的に用いられるようになったもの——と呼ばれる実績契約が、毎年、ルワンダ大統領と、地域の有権者を代表する首長との間で締結される。このアプローチのもとで提供されるサービスは簡単かつ低コストのもので、保健・衛生習慣の改善の推進、行動変革を目的とした支援、予防サービス（殺虫剤処理された蚊帳の配布、経口補水療法、栄養補給、安全な給水システムなど）に重点が置かれている。

これらのパートナーシップは、2005年にいくつかの地域で導入され、2006年以降は財政資金を活用して全国規模に拡大された。中央政府は2006年4月に30の自治体と実績契約を結び、筆頭実績指標として殺虫剤処

理された蚊帳の普及率を選択した。開始以来、目覚ましい結果が出ている。2007年6月に行われた評価の結果、5歳未満児の蚊帳の利用率は、2004年には4%だったものが2007年には70%以上になった。マラリアの発生件数も著しく減少し、小児病棟から患者がいなくなったほか、血液検査を用いた集団ベース調査でも、マラリアの罹患率の劇的減少が明らかになっている。政策立案関係者はこの状況を前例のないものとして評価し、現在、マラリア根絶のための戦略に取り組んでいる。

保健センター：これは、実績ベースの契約を通じ、基礎保健ケア・センターに対して資源（2007年にはひとりあたり約1米ドルで、保健分野に割り当てられた政府資源の約15%に相当する）を委譲するものである。このプログラムは当初、NGOと二国間援助に支えられる形で、2002年から2つの県——ブタレ県とチャンググ県——で試験的に導入された。実績ベースの契約には、サービスの十分な普及（量）と効果的普及（質）の両方に関する指標が含まれる。評価結果によると、契約事業が実施された県では、契約の対象とされなかった県に比べ、予防接種や専門家による出産時の援助を含む保健サービスの利用率が有意に向上した。

ルワンダ政府はその後、パイロット・プログラムで得た教訓を生かしながら、徐々にプログラムを他の県にも拡大していくことにした。2005年には、パイロット・プログラムを実施した2つの県に、プログラムのための予算の割り当てがなされた。翌年、プログラムは全国的に拡大されて国の予算に全面的に組み入れら

これが意味するところは重要である。保健ケア・サービスの利用料を即時に完全撤廃するよう求めるのは、あまりに単純な、あるいは非現実的な要求かもしれない。利用料に関する政策決定は、保健セクター予算および国家予算の枠組みという、より幅広い事情を踏まえて対処すべきものである。長期的には、事前拠出金をプールする体制を整えて利用料を段階的になくしていくことも考えられる。ただし、保健財政の長期的持続可能性を確保するための構造変革が、当初からあわせて進められるという条件が満たされた場合の話である。

IV. 国家的な政治的コミットメントを獲得する

質の高い基礎保健ケア・サービスへのアクセスと財政的保護を保障するのに必要な資源の水準を考えると、規模の拡大は、技術的な課題であるのと同時に政治的な課題でもある。妊産婦、新生児、子どもの保健を持続的に向上させていくためには、意思決定に携わる多くの人々の政治的寿命をはるかに超えた長期的コミットメントが必要である。ブラジル、スリランカ、タイをはじめとする国々が目覚ましい成果を収めてきたその根本には、長い年月を

かけて徐々に保健システムの普及や栄養サービスを拡大していったという経緯がある。ここ数十年の間、断続的な経済危機、制度的な欠陥、社会経済的な格差にもかかわらず、ラテンアメリカが保健サービスの普及拡大において示してきた実績は特筆に値するものである。前述した国々はいずれも、いくつかのはっきりした段階を踏んでいる。

- 保健医療従事専門職の中核グループを形成し、基盤を整える。
- コミュニティを基盤とするレベル、基礎保健ケアのレベルおよび紹介・

れ、サービス提供、結果、支払いが直結することになった。

運営委員会が各県で設立され、ロット採取品質検査や満足度調査の手法を使って、保健センターの実績を独立の立場からモニターすることになった。この独立の立場からの検証の結果は、各センターが受け取る資金の額に直接影響を及ぼす。ここでもセンターの成果には目覚ましいものがあり、予防接種率が95%となったほか、サービスの年間利用回数はひとりあたり0.4回(2004年)から0.7回(2006年)に、出産時の専門技能を持った人の立会い率は29%(2000年)から52%(2006年)に増加した。これらの資金供与体制が保健面での成果に及ぼす効果の全貌については、現在、無作為抽出と対照群を用いた前方視的な手法を用いながら評価が進んでいるところである。このプログラムは、同国のあらゆる地域病院にも拡大適用されるようになった。

少額健康保険制度：ミューチュエル (Mutuelles、共済)——保健センターによって提供される基礎保健サービスのパッケージと、必要に応じて患者を紹介・搬送病院に移送するための資金をカバーするため、コミュニティのメンバーから拠出された資金をプールしておく非公式な少額保険制度——が10年前から試験的に導入され、成功を収めている。この制度の目的は、メンバーが負担しなければならない保健サービスの費用を平準化し、自己負担での支払いに苦勞しなくてもいいようにすることである。

ミューチュエルは、保健センター、地域病院、一般住民の仲介役として重要な役割を担っている。評価の結果によれば、このような制度がより実効的なものとなるのは、運営体制におけるコミュニティの参加がしっかりしており、また保健センターへの支払いを頭割りによって、基本的にはすべての保険リスクを保健センターに負わせるようにした場合である。

当初は、研修や適切なツールの開発も含め、運営管理面での支援体制や技術的能力を構築することに焦点が絞られていた。しかし2006年以降、ルワンダ政府はコミュニティの中で最も貧しい人々の保険料をカバーするための資金移転(ひとりあたり約0.15米ドル)を行ってきた。最貧層の特定は、ウブデヘ(Ubudehe)と呼ばれる参加型の貧困評価に基づいて行われる。ルワンダは、ミューチュエルの拡大を組織的に支援してきた。2007年現在で人口の約70%がこれに参加しており、参加率は2003年の7%から向上している。ミューチュエルへの貧困層の参加率は、首長と大統領が締結する実績ベースの契約に盛り込まれる主要な指標のひとつである。政府は、自治体が資金をプールするための基金や、正規労働者からの拠出金を資金源とする再保険のための国家基金の創設にも関与している。

参考文献は108ページを参照。

搬送レベルでのネットワークを、アクセスしやすい形で発展させる。

- 生活条件および女性の地位の向上と関連させながらケアの質を改善することにより、前進に弾みをつける。
- 保健、栄養、教育への平等なアクセスを保障する社会的セーフティネット（安全網）の拡大を優先させ、保健・栄養サービスが広く利用できるようにする。

- 主要なサービスの利用を妨げる障害を取り除くとともに、初等・中等教育をすべての子どもたちに提供する。

ラテンアメリカの最貧国では、経済危機、制度的な欠陥、大きな社会経済的格差が前進を阻み続けているが、そのような国々でさえ、質の高い保健ケアへのアクセスの一般化に向けた顕著な前進が見られるところもある。

国の主体的取り組みと公共セクターのリーダーシップにより、規模拡大が

成功する可能性を大幅に高めることが可能である。政府が先頭に立ち、パイロット・プロジェクトや小規模プロジェクトの成功例を拡大しようという決意を固めたとき、これらのイニシアティブの全国的普及を急速に達成しうることがしばしば明らかになっている。ブラジルのコミュニティ保健員プログラム（86ページのパネルを参照）と「ボルサ・ファミリア」（家族補助金）イニシアティブ、メキシコの保健・栄養・教育プログラム「PROGRESSA」と民衆健康保険（Seguro Popular de Salud）

焦点

ブラジル：コミュニティを基盤とする保健システムの全国的ネットワーク作り

背景と課題：ブラジルは、「2015年までのカウントダウン」グループによって、ミレニアム開発目標の達成期限まで子どもの生存に関わる支援を優先的に行う60カ国のひとつに選ばれている。（「2015年までのカウントダウン」についてさらに詳しくは、第1章の16ページを参照。）優先的支援対象国は、子どもの死亡数が5万件以上、あるいは5歳未満児死亡率が出生1,000人中90以上の国々である。ユニセフが発表した最新の推計値によると、2006年には74,000人の子どもが5歳の誕生日を迎える前に死亡していた。

5歳未満児死亡率の低減という点ではブラジルは力強く、着実に前進しつつあるが、乳児死亡率については明確な地理的・民族的格差がある。2002年のデータによると、北東地域全体の乳児死亡率は、南部、南東部、中西部の州の2倍も高い。北東部で最もひどい状況にあるアラゴアス州では、2002年の乳児死亡率は出生1,000人につき58だった。同じ年の全国平均は出生1,000人につき約28である。子どもの死亡リスクに人種的・民族的格差があることも明らかで、先住民の母親あるいはアフリカ系の母親を持つ子どもは、ヨーロッパ系の母親を持つ子どもよりもはるかに高い死亡リスクに脅かされている。

したがって、ブラジルが直面している課題は、子どもの死亡率全般の減少傾向を維持しつつ、同時に、保健ケアの提供において地域的・民族的側面を強く重視していくことである。

アプローチと支援策：1980年代初めにブラジルの複数の都市で実施されたパイロット・プロジェクトの後、包

括的な基礎保健ケア・イニシアティブである「家族保健プログラム」(Programa Saúde da Família)の一環として、ユニセフの支援を受けながらコミュニティ保健員のネットワークが作られた。各保健員には、コミュニティの家族を訪問し、保健、衛生、子どものケアについての最新情報を提供し、6歳未満児の成長と健康および妊婦の健康状態のモニタリングと評価を行う責任がある。コミュニティ保健員は、地域保健ユニットに住民を紹介・搬送する役割や、家族保健チーム——医師、看護師、看護技師、ソーシャル・アシスタント、歯科医各1名から構成されるのが通例——に対し、地域の状況や問題点について注意を促す役割も担っている。家族保健プログラムに参加する医師や看護師たちには、貧困地区や農村部で働くことを奨励するために優遇された給与が支払われる。1チームが受け持つのは約1,000世帯である。チームの活動資金は連邦政府、州政府、地方自治体が協同で拠出している。

家族保健プログラムにおけるコミュニティ保健員の活動には、子どもの発達と保護に関する教育を提供することも含まれている。ユニセフが保健員に提供するファミリー・インフォメーション・キットには、母乳育児や、母子が健康な生活を送れるようにする上で家族全員が果たす役割について解説したフリップチャートが含まれている。ブラジル全土で、222,280人以上のコミュニティ保健員が1億1,000万人近い人々をカバーしており、この種のネットワークとしては世界でも最大のもののひとつである。このネットワークは国の制度の中に組み込まれており、連邦政府、州政府、地方自治体は、ブラジル全土におけるプログラムへの資金提供とその運営について全面的に責任を負っている。

制度、インドネシアのコミュニティ保健員、エジプトの経口補水イニシアティブは、たとえ乏しい資金であってもそれを保健・社会福祉プログラムに配分する意志が政府があれば規模の拡大を図れる可能性があることを、他の多くの事例とともに示すものである。

しかし、主体的取り組みとは資金を出すことにとどまるものではない。政府は、必要となる技術面・運営面での能力の構築と維持にもコミットしなければならない。保健システム運営の各

レベル——連邦、州・県、地区——における支援も、拡大の調整・監督のために必要である。持続可能性の問題にも国レベルで対処しなければならず、プログラムは、政治的な移行や変化によって打ち切られることがないように、政治制度——立法府も含む——によって完全に裏書きされたものでなければならない。

政府は、コミュニティ保健を基盤とする全国ネットワークの構築のための能力と意志を提供することができる。

これが実現すれば、目覚ましい成果につながることが多い。例えば、中国の場合、政府は「全国ヨード欠乏症根絶プログラム」を開始することによって自らに大きな難題を課した。これは、商品として市場で売買されるヨード添加塩が全国的に供給されるようにし、全世帯がこれを利用することを推進しようという戦略である。当時の中国では、世界的に予防可能な知的障害の主因となっているヨード欠乏症から保護されていない子どもの数が最も多かった。ヨード欠乏症は、生涯で合計小さ

図4.5
ブラジル：特定地域間で、また地域内においても、家族の所得や母親の出身民族によって乳児死亡率に大きな格差がある（2002年）

乳児死亡率 (出生1,000人あたり)	
2000年	
家族の所得による格差	
もっとも裕福な上位20%の世帯	15.8
もっとも貧しい下位20%の世帯	34.9
母親の出身民族による格差	
白人	22.9
アフリカ系	38
先住民族系	94
全国平均	30.2
2002年	
地域／特定された州	
中西部	20.4
連邦区	17.5
北東部	41.4
アラゴアス	57.7
北部	27.7
南東部	20.2
サンパウロ	17.4
南部	17.9
リオ・グランデ・ド・ソル	15.4
全国平均：	28.4

出典：United Nations Children's Fund, 'The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development, UNICEF, Brasilia, 2005, pp.10-11

プログラムの実施前に行われた実地検証の結果、このプログラムには保健面で著しい改善をもたらす可能性があることがわかった。ネットワークに対する政治的コミットメントが得られたことで、実行可能性も担保された。コミュニティ保健員の役割は、地域保健ユニットの一員であることが明示されている点も含め、わかりやすく定められている。紹介・搬送および監督がどのように行われるかも明確である。地域保健ユニットが保健員を支援し、保健員は、コミュニティの保健システムのためにアウトリーチ活動を行う。コミュニティ保健員は地域コミュニティの中心的存在となり、また連邦政府、州政府、地方自治体の中でこのネットワークが統合されることは、プログラムの持続可能性を確保する上でも、国の保健システムの新しい分野にまでこのプログラムを拡大していく上でも、役に立っている。

結果：コミュニティ保健員プログラムの導入は、1990年以來、ブラジル全土の乳児死亡数の削減に寄与してきた。さらに、政府は近年、北東部地域と、周縁化されている民族集団に重点を置くようになってきている。子どもと妊産婦の保健ケアについても地域志向を強く打ち出しており、家族保健プログラムに参加して現金給付を受けている人々の半数近くは北東部在住である。

参考文献は108ページを参照。

じ1杯のヨードを摂取すれば防げるものなのである。課題は、特にお金を払って塩を買うという考え方に地元住民が抵抗を示した塩の生産地で、ヨード添加塩の決定的重要性に関する人々の意識を高めることにあった。

省長らの政治的支持、ヨード添加塩規則の厳しいモニタリングと執行、さらには消費者への情報提供を通じてヨード強化塩に対する需要を喚起するため、バスの車内ポスター、新聞の論説、

テレビのドキュメンタリーを活用した全国的公衆衛生キャンペーンが行われ、その効果で、十分なヨード添加が行われた塩を使用する家庭は、1995年頃の51%から、2005年頃には90%に達した³⁰。

継続的な良質なケアを持続可能な形で生み出すという課題の政治的側面に対応していくためには、説得力のある技術的主張を展開するだけでは足りない。主要な政治関係者の間で意志とコ

ミットメントを醸成していくための、種々の制約と機会に関する幅広い理解も必要になる。

継続的なケアを支援する活動が、政策的有効性を示すいくつかの基準を満たしていることについて、政治家を納得させる必要が出てくるかもしれない。そのような基準としては、たとえば次のようなものがある。

- 比較的短い期間内に、目に見える具

多国間組織の新しい協働のあり方

2007年7月19日、ニューヨークで、保健分野で世界的に指導的立場を担っている8つの国際機関の代表が非公式に集まり、開発途上国における保健面での成果を向上させるために協力体制をどのように強化すればよいかを討議した。最近指導的立場に任命された代表も数名含まれており、この機会に最近の進捗状況を振り返り、現在の傾向および国際保健にとっての今後の課題を評価し、眼前の機会を踏まえて協力する方法について合意を得ることが会合の目標だった。その結果、以下のようないくつかの主要なコミットメントが勧告としてまとめられた。

- **保健関連のMDGを達成することが緊急の課題であるという集団的意識を世界的に喚起する。** いくつかの国々で、また一部の指標については母親、新生児、子どものための保健ケアに関して重要な前進が見られるが、国際社会が——各国政府と協力して——努力を劇的に加速・強化しない限り、保健関連のミレニアム開発目標をすべて達成することはできないという点について、参加者は同意した。会合に出席した8つの機関は、このような行動を喚起する上で重要な役割を担っている。参加者は、各国が目標を達成するために必要な支援を提供することに責任を持つとともに、自分の機関内のすべてのレベルにおける行動を加速させることに同意した。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、それぞれの機関内で危機意識を高めるための取り組みを行うとともに、予算や人的資源に関係する決定を通じてそのような取り組みを支援することに合意した。

- **機関としての活動のあり方を変える。** 保健関連のMDGを達成するためには、さらなる協力とチーム

ワークが必要である。各機関の中核的責任を明確にすること、質が高く、需要に応じた技術的援助が提供できるよう機関横断的アプローチによる調整を行うこと、集団的支援を受けた厳格なモニタリング・評価システムを実施することが強調された。このようなアプローチは、国際社会、地域、国それぞれのレベルですでに設けられている体制やプログラムを発展させる形で進められなければならない。各機関は、特に国レベルで新たなスキルを発展させていく必要があることを認め、この新しい協働のあり方を反映させるために人事、研修プログラム、インセンティブ体制の評価を実施することに合意した。相互的説明責任履行のための枠組みを発展させていくことにより、役割、責任およびマイルストーンがますます明確になり、またコミットメントをモニタリングするためのシステムも確立できるはずである。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、より良い成果をより迅速に出すことに対する個別的・集団的説明責任をさらに明確に定義するために協働することに合意した。

- **知識マネジメントと学習に対する、より体系的かつ厳格なアプローチを醸成する。** 国際保健に相当額の新規投資が行われたことにより、保健プログラムの中で得られた知識や教訓を捕捉する機会が生じている。参加者らは、民間セクターが果たしている役割も含め、国レベルの保健セクターのマッピングをより体系的に行う機会が生じていることを強調した。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、保健プログラムの中で得られた知識を体系的に捕捉する手段を模索するとともに、知識マネジメント全般についてより厳格な、調整のとれたアプロ

体的な成果を示すことができる。

- 大規模に実施しても財政的負担が過大でなく、費用対効果が高い。
- 既存の組織体制や上下構造からはみ出さず、職能集団やロビイストからの支持も得ている。

このような政治的配慮は、継続的なケアを唱導する人々が望ましいと考えられる技術的選択を一部制限してしまう可

能性があるが、これらの政治的配慮を認知・対応しなければ、彼らが推進する戦略が成功する可能性は低い。

政治的・マクロ経済的な安定と健全な予算策定は、保健システムと栄養サービスを強化するのに必要な組織的、人的、財政的資源を動員するための前提条件である。MDGを達成するのに悪戦苦闘している多くの国々、特にサハラ以南のアフリカ諸国の多くは、政治的・経済的安定を享受していない。そのよ

うな状況では、セクター全般に関わる広範な決定が行われる国レベルであろうと、コミュニティとのやりとりが行われる地方レベル（州・地区）であろうと、社会に存在するあらゆる形態の効果的リーダーシップを動員することが重要である。

妊産婦、新生児、子どもの保健を向上させるために必要な技術的・状況的支援策については幅広い知識が蓄積されているが、保健サービスの提供につ

ちを発展させていくことに合意した。最後に、それぞれの組織がマッピング演習や保健セクター評価を実施する際、資源をプールすることについても合意した。

- **保健システムに対する新たな関心によってもたらされる重要な機会を認識する。**参加者らは、保健システムの強化をめぐる進められているいくつかの新しい国際的イニシアティブに、保健関連のMDGに対するコミットメントが明記されていることを歓迎した。このような支持は、参加組織の優先事項とも十分整合している。「成果志向のシステム」アプローチを採用することについては強力な合意があり、このようなアプローチのもとでは、サービス提供能力を保健面での成果と照合することにより、システムの強化が評価される。加えて、説明責任を確保する必要性と、自国の開発プロセスを自ら主導したいという国の要望との橋渡しをする上で、国連機関には仲介者として重要な役割があることも認識された。保健システムのパフォーマンスを評価するための基準の設定が緊急に必要であることが強調された。最後に、国際保健の分野で活動する関係機関がますます増えているため、国レベルで定められた全般的な保健セクター戦略を中心として、より緊密な調整を図っていく必要性が強調された。この関連で、保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、HIV/エイズに対処するためのプログラムの経験についても話し合ったが、これは学習の機会にもなり得るものだった。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、それぞれの組織が、資金提供、技術的援助、政策援助を通じて各国を効果的に支援していけるように、調整のとれたやり方で、新たに生まれつつある国際的イニシアティブと関与していくことに合意した。

さらに、WHOと世界銀行は、保健システムのパフォーマンスを評価するための基準の設定に早急に取り組むことを約束した。

- **成功のためには市民社会と民間セクターの役割が決定的に重要であることを認識する。**民間セクターは、保健サービスの提供、保健ケアへの資金提供、マーケットへの新しい技術の導入などの面でいくつかの役割を担っている。革新的な取り組みは、それが技術主導のものであれ、マイクロ・ベンチャーや実績ベースの資金拠出のような新たなプログラム・モデルであれ、前進を加速させる上で役立つ可能性がある。また、NGO（非政府組織）は開発途上国におけるサービス提供の面で長い歴史を有しており、その実地経験は重要な教訓の源泉である。開発途上国が保健関連のMDGを達成できるよう支援するためには、公的セクターと民間セクターの枠を超えた統合的なサービス提供システムを強化するとともに、民間セクターによる参加や投資の機会を生み出していく必要がある。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、保健関連のMDGに関する活動が国際社会、地域、国それぞれのレベルで拡大していく中で、民間セクターと市民社会がより体系的に参加できるようにすることへのコミットメントを表明した。

この会合で表明されたコミットメントの達成に向けた進捗状況をモニターすることについて、合意がなされた。

参考文献は108ページを参照。

人権、コミュニティを基盤とする保健ケア、子どもの生存

ポール・ファーマー、ジム・ヨン・キム

ハイチの農村部で、これまで近代的医療ケアを享受してこなかった何百万人もの人々を対象に近代的医療ケアを導入してきた20年の経験から、疾病や貧困にあえぐ地域で保健ケア・プログラムを成功させるために必要なことの多くが明らかになっている。感染症の専門的治療とあわせて基礎保健ケアを提供しつつ、同時に女性と子どもの保健を促進するためには、コミュニティ保健ケア・ワーカーを養成・動員することにより、疾病の予防と質の高い保健ケアの提供に取り組まなければならない。最近になってプログラムがレソト、マラウイ、ルワンダへも拡大されてきた経緯から、ハイチで得られた教訓の多くは、世界中の子どもとおとなの保健を向上させていく上で普遍的に適用できることがわかってきた。

「パートナーズ・イン・ヘルス」(Partners in Health)が活動している各現場で、私たちが目指しているのは、サービスを提供する相手——ほぼ全員が貧困下で暮らしている人々——の保健と福祉を向上させるために「必要なあらゆる手段を尽くす」ことである。私たちは、いずれの現場でも、保健問題は他の基礎的ニーズ——十分な栄養、きれいな水、衛生、住居、初等教育など——から切り離された形で生じているのではないことを学んできた。また、非政府組織(NGO)は、孤立して活動するのではなく、サービス提供の相手であるコミュニティの人たち、そして地元の保健当局と協力しながら公衆衛生の強化を進め、未来の世代がこれらのサービスを特権ではなく権利として考えられるようにしなければならないことも学んできた。

健康促進について、このように権利に根ざした、コミュニティを基盤とするアプローチをとることで、子どもの健康に関する明確なビジョンが生まれる

ハイチ、レソト、マラウイ、ルワンダにおいて、パートナーズ・イン・ヘルスは、地元コミュニティや、クリントン財団、各国保健省、ユニセフ、フランソワ・ザビエル・バグヌード医療人権センターなどのさまざまなパートナー組織と協力しながら、包括的でコミュ

ニティを基盤とする子ども生存プログラムの鍵となる5つの要素を特定してきた。

第一に、私たちは公衆衛生当局と協働しながら、子どもの生存を向上させる上で決定的に重要であることがわかっている支援策を展開していく。このような支援策としては、拡大予防接種キャンペーン、ビタミンAの配布、下痢性疾患の治療のための経口補水塩の使用と下痢性疾患を防ぐための安全な水プログラム、HIVの母子感染予防のための積極的なプログラム、コミュニティを基盤とするケアと施設ケアの改善に支えられる蚊帳を使ったマラリア予防、栄養不良に苦しんでいる、あるいは栄養不良のリスクが高い子どもたちに対する栄養面での援助、実際に病気になってしまった子どもたちを対象とする良質な入院治療と巡回小児サービスなどがある。現在、私たちは、ルワンダ政府その他のパートナーと協働しながら、HIVの母子感染防止を含む、子どもの生存に関わる主要な支援策の統合的パッケージが、政府による強化型農村部保健ケア・モデルのもとで速やかに展開できることを示そうとしている。国際的イニシアティブである「子どもとHIV/エイズに関する共同学習イニシアティブ」——指導的立場にある実務家、政策関係者、研究者間の連携に基づく、セクター横断型の学際的活動——による支援を得て、子どもの生存に関わる諸支援策の農村部における拡大に取り組んでいる実務家らは、連携ネットワークを通じて革新的な取り組みとその結果を共有しつつある。これにより、これまでサービスを十分に受けられなかった地域のより多くの子どもや家族にサービスを提供するとともに、サービスの質を向上させていくことが可能になる。

第二に、母親の保健と福祉は子どもの生存のあり方を左右する主要な要素であるため、私たちは統合的な母子保健の推進に力を入れている。子どものために私たちが行っている努力は、子どもの母親とその他の家族構成員のための努力と結びついたものである。後者の努力は、女性の保健プログラムの一環としての家族計画プログラム、出産前ケアおよび近代産科学、おとなの識字の推進、貧困緩和活動一般を通じて進められている。

いて結果重視のアプローチをとることに対する政治的コミットメントを、特に保健システムの対応能力が低い状況下でどのように獲得・維持すればよいかについては、あまり知られていない。国際社会は、アジェンダの定め方は知っ

ている。それは、ミレニアム開発宣言からMDGが抽出された経緯と、MDGが2千年紀初頭における人間開発の評価基準となっていた経緯を見れば明らかである。しかし、ゴールまでの折り返し点に達してもなお、意図と行動

の間には依然として乖離が存在している。

第三に、私たちは、小児エイズ予防・抑制プログラムの開始と強化を図っている。これから展開するキャンペーンの一環として、私たちは上述したようなやり方で、クリントン財団ならびにルワンダの保健当局者や保健サービス提供者と協力しながら、ルワンダで大規模な小児エイズ・イニシアティブを開始しようとしている。このイニシアティブでは、小児エイズ・ケアの中核的拠点となる国立センターが設置される予定である。質の高い小児サービスは、HIVとともに生きる子どもたちのためのコミュニティ中心のケアや、ルワンダ農村部の初等・中等学校における予防教育とも関連しながら提供されることになる。

第四に、農村部の子どもたちに提供するケアの質を高めることを目的としたオペレーションズ・リサーチと、それに基づく研修プログラムを開始する必要がある。このようなリサーチでは、HIVの母子感染予防に成功している取り組みのプログラム上の特徴、乳児のHIV感染の診断とマネジメント、小児結核の診断とケアなどについて検討することになる。さらに、エイズや結核を含む慢性的な子どもの病状のケアを改善する上で、またマラリアや下痢性疾患といった一般的疾病の予防、診断、家庭中心の治療を進める上で、コミュニティ保健員が果たす役割についての検討、社会的支援策（食料不安や非識字を削減するための支援を含む）が世界中の子どもと保健福祉に及ぼす影響の評価も含まれる。

第五に、私たちはこのような努力を、子どもの基本的権利、特に社会的・経済的権利を促進するための努力と並行して進めていく。パートナーズ・イン・ヘルスの「社会的・経済的権利プログラム」(POSER)では、具体的プロジェクトやアドボカシーを通して、権利に根ざした貧困削減モデルを普及している。そこでは、私たちがサービスを提供しているコミュニティの中でも最も貧しい子どもたちや家族と出会い、協働していくための手段として、保健ケアへのアクセスを活用している。POSERは、教育、農業、住居、水のプロジェクトをバックアップし、基本的な社会的・経済的権利をすべての子どもと家族に保障しようとするものである。年間何百万人もの子どもの死の根本的要因が

飢餓と栄養不良だとわかっているのであれば——そして実際にその通りである——予防接種と小児ケアのための必須医薬品として食料を位置づけ、これを処方するという課題に取り組みなければならない。同様に、教育によってHIV感染のリスクが小さくなることが研究を通じて判明するのであれば——そして実際に判明している——HIVその他の貧困病と闘うための処方箋に、効力と費用対効果の高い処方成分として学校教育へのアクセスを記載し、これに投資する覚悟をしなければならない。

コミュニティを基盤とする包括的な戦略なしには、子どもを——ひいては母親、父親、兄弟姉妹を——治療するための努力も所期の成果は生み出せないことを、私たちはすでに知っている。私たちは、各国保健省、国際機関、その他のNPO（非営利組織）と協働しながら、自分たちが活動する地域で子どもの死亡と病気の流れを食い止めようと決意している。ハイチでの、そして今や世界中での経験から、私たちは、必要に応じて優れた臨床サービスのための資源と連携した、保健の向上と貧困削減のためのコミュニティを基盤としたサービスこそ、今日の世界で最高水準のケアを提供することにつながり、また子どもの生存を向上させていく鍵となることを知っている。

ポール・ファーマー、ジム・ヨン・キム両博士は「パートナーズ・イン・ヘルス」の共同創設者である。国際的な保健・社会正義団体である同組織は、ハイチ、レソト、マラウイ、ペルー、ロシア連邦、ルワンダ、米国で活動している。ポール・ファーマーは、ハーバード大学医療人類学教授であり、ボストンのブリガム・アンド・ウィメンズ病院 (Brigham and Women's Hospital) でも医師として教育に携わっている。ジム・ヨン・キムは、ハーバード・メディカル・スクール社会医学部長、ブリガム・アンド・ウィメンズ病院社会医学・健康格差科学部長、フランソワ・ザビエル・バグヌート医療人権センター長であり、かつてはWHOでHIV/エイズ部長も務めた。

規模の拡大を成功させるためには、強力なリーダーシップと擁護者の存在が重要となることが多い

規模拡大に関するある研究で、興味深い知見が得られている。この研究は、

世界でも有数の保健専門家が多数参加して疾病抑制における優先課題を評価するために継続的に進めている、「疾病抑制優先課題プロジェクト」が実施したものである。最も興味深い知見のひとつは、保健プログラムの拡大に関す

る政治的な意志とコミットメントを生み出し、維持していくためには、国内でそのような取り組みを擁護する人々の役割が重要であるということであった。このような擁護者は、イニシアティブの強力な支持者というだけでなく、

主要なステークホルダーを結集させ、活動の調整を図り、拡大の勢いを維持するという点でもその力を発揮してきたのである。

リーダーシップはさまざまな形で発揮される。個人的リーダーシップの例としては、例えば、バングラデシュで何百万もの人たちに必須保健ケア・サービスを提供することに成功しているコミュニティ保健プログラム、BRAC（バングラデシュ農村振興委員会）の創始者であるファズレ・ハッサン・アベドを挙げることができよう。政府の最上層レベルでリーダーシップが発揮された例としてはメキシコがある。同国のPROGRESAプログラムは、エルネスト・ゼディーリョ・デ・レオン大統領によって提唱され、その後継者であるビンセント・フォックスとフェリペ・カルデロンによって維持・拡大された。国際社会では、拡大予防接種プログラム、子どもの生存革命とGOBI（growth monitoring=成長観察、oral rehydration therapy=経口補水療法、breastfeeding=母乳育児、immunization=予防接種）、この60年間にさまざまな疾病を対象として実施されてきた多種多様な国際的パートナーシップと国際プログラム、そしてごく最近では小児期疾病統合管理（IMCI）や「子どもの生存と発達促進」イニシアティブなどの例がある。

規模拡大に関する検証データと経験を振り返ってわかることのひとつは、擁護には時間とコミットメントが必要だということである。プログラムの規模を着実に拡大していくためには、時間と資源の両方に対する持続的な投資が長年にわたって必要となる。このようなコミットメントの主要な例としては、スリランカで50年間にわたって実施されてきた農村保健ネットワーク作りプロジェクトや、ネパールで長期間展開されてきた微量栄養素補給キャンペーンなどがある³¹。

国としてのコミットメントを法的枠組みの中に掲げることによって、継続的なケアの拡大を支えるために必要な継続性を、最初の擁護者たちが政治の世界から引退してもなお確保することができる。このような枠組みにより、

政治的コミットメントを資源の動員や予算措置へと転換することが可能になるのである。このように政治的アジェンダをより長期的なものとするためには、政治的な勢いを維持し、変化に対する抵抗を乗り越え、資源を動員するための、政府、市民社会組織、開発機関間のパートナーシップが必要とされる。また、システムが当初の目的から逸脱しないよう、説明責任を確保するためのメカニズムと、権限の分散を通じた抑制と均衡も必要である。

V. 国際的な保健パートナーシップとプログラムをより調和のとれたものにする

この10年の間に、保健分野における援助体制は大規模な国際的保健パートナーシップ（GHP）の出現によって複雑さをさらに増した。どのような定義が用いられるかにもよるが、このようなGHPは100以上あると推測されている。GHPは多様な一群をなしており、アドボカシー（政策提言）から実施に至る広範な機能を担っているほか、その性質、規模、範囲もそれぞれ異なっている。大多数は感染症、特にエイズ、結核、マラリアに焦点を合わせたものである。いくつかのGHPは、早期からの完全母乳育児やビタミンA補給といった栄養面の支援策や、水と衛生の改善も推進している。最近では、2015年までに飢餓と貧困を半減させることを目標とするMDG 1の達成に焦点を絞った活動に、ますます関心が向けられるようになってきた。これには、「子どもの飢餓と栄養不良根絶イニシアティブ」、「栄養向上のためのグローバル同盟」、「微量栄養素イニシアティブ」、「小麦粉強化イニシアティブ」などがある。

GHPは数多くあるが、保健財政に大きな影響を及ぼしているのは、GAVI（ワクチン予防接種世界同盟）や世界エイズ・結核・マラリア対策基金など、ほんのひと握りにすぎない。国際的な保健パートナーシップは、健康に対する主要な脅威に対処するために重要な資源を新たに動員するほか、優先されるべき疾病や支援策に政治的・技術的重点が置かれるようにするという、大い

に必要とされている効果をもたらしてきた。また、民間セクターを支援すること、保健ケアの提供面でコミュニティ・パートナーシップがより顕著な役割を果たすよう奨励することにより、開発援助に新しいエネルギーを注入してきた。

保健分野で新しい組織が急速に登場するようになったため、開発途上国にとっては、対応や調整どころか、ついていくことさえ困難な課題になりつつある。さらに、新しいイニシアティブには、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健を支援するために国際的レベルで進められている活動の調和と調整に向けた努力が困難になる可能性がある。費用対効果の高い、測定可能な結果を早急に出すことが非常に重視されるため、GHPの増殖は保健財政が有する「垂直型」の性質を固定化してしまうおそれがある。疾病特化型のプログラムや支援策に多額の新規資金が注ぎ込まれ、財政とサービス提供が分断されてしまうほか、被援助国の政府に、自国の優先順位に従って資金を再配分したり、給与や設備といった保健システム上のコストや投資に資金を拠出したりする余地がほとんどなくなってしまうためである。

国際的な保健プログラムとパートナーシップにおける結束を高めるための条件作り

保健に関わる国際的なパートナーシップやイニシアティブが次から次へと登場してくる事態を前に、国際的保健パートナーシップを最も望ましい形で実施するための原則が策定された。援助効果向上に関するパリ宣言を踏まえて作成されたこの原則は、参加者によって支持され、いまでは多くのGHPの理事会によって採択されている。加えて、OECD（経済協力開発機構）開発援助委員会は、「国レベルで国際的プログラムの調整を図るための望ましい実践のあり方に関する指針」の見直しを進めてきた。これは、国際的なプログラムとイニシアティブがパートナー国のより幅広い開発アジェンダに十分に統合されていない状況に対処するため、具体的かつ効果的な行動を起こさなければならないという、パリ宣言の

指摘に応えたものである。国際的プログラムのガバナンスと実施については、望ましい実践に関する指針において、出資機関（二国間ドナー、多国間組織、民間財団）、パートナー国、国際的プログラムがそれぞれ担っている役割の相互関係の問題が取り上げられている。

保健分野における国際的プログラムは、それがパートナーシップに基づくものであろうと、単体の組織やドナーによる個別の行動によるものであろうと、開発援助の重要なツールとなってきた。二国間ドナー、多国間組織、民間財団は、国レベルでのサービス提供のための資金拠出額を急速に増大させている。これらのプログラムは、強力な公的支持も得ながら、世界的に重要な諸問題に国際的な注意を向けるよう呼びかけ、革新および最も望ましい実践の普及を奨励し、複数のドナーから拠出された資金をいったんプールして提供している（上流での調和化）。

援助効果向上に関するパリ宣言に掲げられた諸原則は、国の主体的取り組み、調和化と調整、相互の説明責任に焦点を合わせていることから、国際的プログラムにも国別プログラムにも適用できる。国別研究により、実施に関わる問題はいずれの場合についても同様であるが、多くの国際的プログラムが特有の課題に直面していることが確認されている。現地代表が存在しないこと、それに関連してドナー間の調和化のための努力が行われていないこと、政府の優先順位や予算との不一致が存在すること、実施および調整のためのメカニズムが並行して複数設けられてしまうこと、人的資源や財源をめぐって関連する国内プログラムとの競合が発生することなどである。

望ましい実践に関する指針は、パリ宣言の原則と関連指標を基本としながら、国際的プログラムの具体的事情に合わせて、それらを適用・拡張している。

これらの実践指針は、第一義的には、国レベルで相当額の資金を提供する国際的プログラム——現在進行中のものであれ、提案中のものであれ——の効果をも高めることを意図したものである。しかしながら、望ましい実践に関する指針の中には、選択的援助やガバナンスに関するものをはじめとして、国際的プログラム全般に影響を及ぼすものもある。

出資機関、パートナー国、国際的プログラム、民間ドナーは、この指針を試験的に適用するよう促されている。望ましい実践の適用試行事例のモニタリングは、保健セクターを「援助効果向上に関するパリ宣言」の効果的実施をモニタリングするための追跡セクターとして利用する取り組みの一環として実施され、その結果は、2008年9月にガーナのアクラで開催される「援助効果向上に関するハイレベル・フォーラム」で報告される予定である。



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

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、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う行動を学んだり、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。

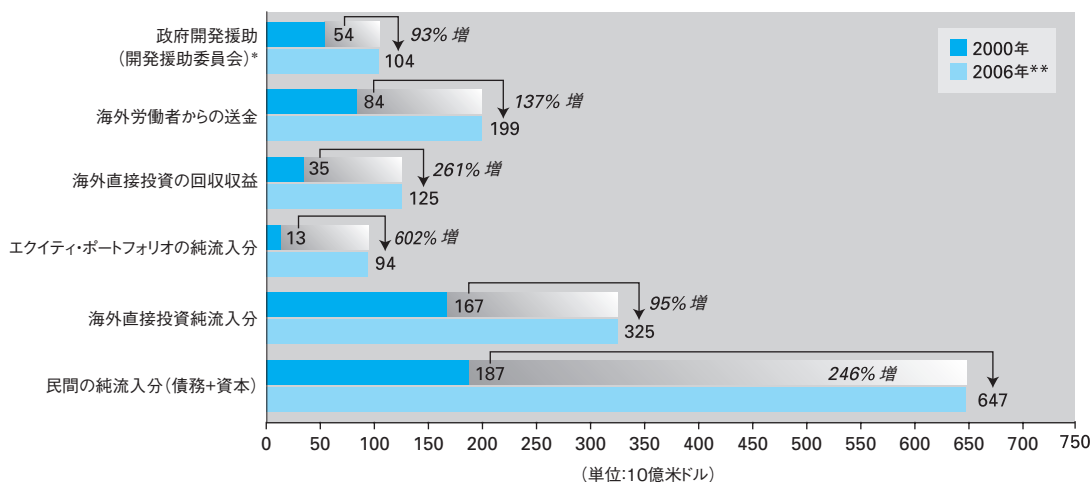
もちろん、MDGを達成しようとしている国々のニーズはそれぞれ違う。ユニセフは現在、入手できる最良のエビデンス(証拠)に基づきながら、各国政府および母子保健の分野におけるそのパートナーの検討に供するため、保健関連のMDGを達成するための国別政策オプションリストを作成しているところである。ユニセフはまた、各国が財政的支援で足りないところを特定し、それを埋められるようにするための援助も行っている。

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おらず、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てきた結果、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。

出典・参考文献等

第1章

- 1 The Inter-agency Child Mortality Estimation Group の作業をもとにしたユニセフの推定値。
- 2 World Health Organization and United Nations Children's Fund, 'Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization: Policy and programme implications, Meeting report (WHO/EPI/GEN/98.07)' WHO, Geneva, 1998, pp. 4-12.
- 3 Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 March 2005, pp. 977-988.
- 4 Phillips, James F., Ayaga A. Bawah and Fred N. Binka, 'Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo experiment in Ghana', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, no. 12, Dec. 2006, pp. 949-953.
- 5 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 19. (邦訳: ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、ユニセフ東京事務所、2008年)
- 6 WHO Regional Office for Africa, *The Health of the People: The African regional health report*, WHO Press, Geneva, 2006, p. 19.
- 7 Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', *The Lancet*, vol. 364, no. 9441, 2 Oct. 2004, pp. 1236-1243.
- 8 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.
- 9 World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and United Nations Children's Fund, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - Progress report, April 2007*, WHO, Geneva, 2007, pp. 6, 30.
- 10 Ngongo, Ngashi, 'PMTCT Report Card 2005: Monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV', UNICEF, New York, p. 5.
- 11 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 36. (邦訳: ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、前掲)
- 12 United Nations Children's Fund and Roll Back Malaria Partnership, 'Malaria & Children: Progress in intervention coverage,' UNICEF and RBM, New York, 2007, pp. 1, 7.
- 13 Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, *HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria: The status and impact of the three diseases*, GFATM, Geneva, 2005, p. 39.
- 14 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, Dec. 2007, pp. 39-41. (邦訳: ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、前掲)
- 15 World Health Organization, 'Health Status: Mortality', *World Health Statistics 2006*, WHO, Geneva, 2007, pp. 29-31.

- 16 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5*, UNICEF, New York, Sept. 2006, p. 3.
- 17 Black, Robert E., Saul S. Morris and Jennifer Bryce, 'Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?', *The Lancet*, vol. 361, no. 9376, 28 June 2003, p. 2230.
- 18 World Health Organization, 'Improving Child Health in the Community', WHO, Geneva, Dec. 2002, p. 7.
- 19 Countdown to 2015: Child Survival, *Tracking Progress in Child Survival: 2005 report*, UNICEF Health Section, New York, 2005, p. 9.
- 20 The Inter-agency Child Mortality Estimation Group から得たデータにもとづいたユニセフの推定値。
- 21 Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many lives of new-born babies can we save?', *The Lancet*, <www.thelancet.com>, 3 March 2005, p. 11.
- 22 World Health Organization, *Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*, WHO, Geneva, 2006, p. 9.
- 23 本白書のpp. 114-117、統計表1. 基本統計。
- 24 Pinheiro, Paulo Sérgio, *World Report on Violence Against Children*, UN Secretary-General's Study on Violence against Children, New York, 2006, p. 51.
- 25 United Nations Children's Fund, 'Early Marriage: Child spouses', *Innocenti Digest*, no. 7, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, March 2001, p. 11.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 United Nations Children's Fund, *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration*, UNICEF, New York, 2005, pp. 1, 13.
- 29 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *EFA Global Monitoring Report 2007: Strong foundations - Early childhood care and education*, UNESCO, Paris, 2006, p. 2.
- 30 Porterfield, Shirley L., and Timothy D. McBride, 'The Effect of Poverty and Caregiver Education on Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs', *American Journal of Public Health*, vol. 97, no. 2, Feb. 2007, p. 323.
- 31 Ibid.
- 32 White, Howard, *Maintaining Momentum to 2015? An impact evaluation of interventions to improve maternal and child health and nutrition in Bangladesh*, World Bank, Washington, D. C., Sept. 2005, p. 25.
- 33 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2006: Excluded and invisible*, UNICEF, New York, Dec. 2005, p. 18. (邦訳: ユニセフ『世界子供白書2006: 存在しない子どもたち』、(財)日本ユニセフ協会、2006年)
- 34 Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet*, vol. 362, no. 9379, 19 July 2003, p. 234.
- 35 Ibid.

第1章 パネル

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

United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2007: Women and children - The double dividend of gender equality*, UNICEF, New York, Dec. 2006, pp. 137, 141. (邦訳: ユニセフ『世界子供白書2007: 女性と子ども』、(財)日本ユニセフ協会、2007年)

妊産婦と子どもの死亡の根本的・構造的な原因

United Nations Children's Fund, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)', UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, pp. 3-4.

新生児の生存

Darmstadt, Gary L., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 March 2005, pp. 977-988; The Lancet Series Team, 'Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series', *The Lancet*, 3 March 2005, p. 1; Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, 5 March 2005, vol. 365, no. 9462, pp. 891-900; Save the Children, *State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns*, Save the Children, Westport, CT, May 2006, pp. 3, 8; 本書のpp. 142-145, 統計表8. 女性指標; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 9-10.

子どもの死亡の主たる近因

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', *The Lancet*, vol. 370, no. 9583, 21 July 2007, pp. 285-289; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on water and sanitation, Number 5*, UNICEF, New York, Sept. 2006, p. 2, and *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, Dec. 2007, pp. 19, 24 (邦訳: ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、前掲); UNICEF and World Health Organization, *Pneumonia: The forgotten killer of children*, UNICEF and WHO, New York and Geneva, 2006, p.5.

肺炎: 子どもの命を奪う、忘れられた死因

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', *The Lancet*, vol. 370, no. 9583, 21 July 2007, pp. 285-289; Sazawal, Sunil, and Robert E. Black, 'Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A meta-analysis of community-based trials', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, no. 9, Sept. 2003, pp. 547-556; United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Pneumonia: The forgotten killer of children*, UNICEF and WHO, New York, and Geneva, 2006, p. 5, 7-9, 14, 26, 27; World Health Organization, 'Evidence Base for the Community Management of Pneumonia (WHO/FCH/CAH/02.23)', WHO Dept. of Child and Adolescent Health and Development, Stockholm, June 2002, pp. 2, 5-6.

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

Lawn, Joy, and Kate Kerber, editors, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Geneva, 2006, p. 3, 5, 9, 24; Le Galès-Camus, Catherine, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015', statement at Executive Board meeting first regular session, New York, 17 Jan. 2006, pp. 3-4; United Nations Children's Fund, *UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)*, UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, p. 3.

複雑な緊急事態における子どもの保健

CIEDRS Working Group, 'Building the Evidence Base on the Provision of Health Care to Children in Complex Emergencies, Draft 4.0', Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, Sept. 2003, pp. 3-4, 11, 14-15; Collins, Steve, 'Community-Based Therapeutic Care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises - Network paper no.48', Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, London, Nov. 2004, p. 24; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 27, no. 3 (suppl.), Sept. 2006, p. 58; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Earthscan, London, 2005, p. 77; World Health Organization, *Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments*, WHO, Geneva, 2005, p. 2.

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

Perry, Henry, et al., 'Barriers to Immunization among Women and Children in Slums of Zone 3 of Dhaka City, Bangladesh: A qualitative assessment', International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, April 2007, pp. 16-19; Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D. C., Dec. 2005, p. 20; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Earthscan, London, 2005, p. 36; WHO Centre for Health Development, 'A Toolkit for Women's Empowerment and Leadership in Health and Welfare', Kobe, Japan, 2005, pp. 26-28; World Health Organization, 'Women's Health in Afghanistan', WHO Dept. of Gender and Women's Health, Family and Community Health Cluster, Geneva, March 2002, pp. 1-2.

出生登録：必須サービスを受けるための重要な一歩

本白書のpp. 146-147、統計表9。子どもの保護指標; UNICEF Innocenti Research Centre, 'Birth Registration and Armed Conflict', *Innocenti Insight*, UNICEF IRC, Florence, 2005, p. vii; United Nations Children's Fund, 'Birth Registration', *Child Protection Information Sheets*, UNICEF, New York, May 2007, pp. 13-14; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review, Number 6*, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 42 (邦訳: ユニセフ「子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー」、前掲), and *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration*, 2005, pp. 2, 15-16.

第2章

- Lee, Ronald, 'The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change', *Journal of Economic Perspectives*, vol. 17, no. 4, 2003, pp. 167-190.
- Van Lerberghe, Wim, and Vincent De Brouwere, 'Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's lessons on reducing maternal mortality', *Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence*, edited by Wim Van Lerberghe and Vincent De Brouwere, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, vol. 17, 2001, pp. 7-34.
- Claeson, Mariam, 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; Oliveira-Cruz, Valeria, Christoph Kurowski and Anne Mills, 'Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the

vertical versus horizontal debate', *Journal of International Development*, vol. 15, 2003, p. 68; and United Nations Children's Fund, *1946-2006: Sixty Years for Children*, UNICEF, New York, 2006, pp. 7-9.

- Mills, Anne, Fawzia Rasheed and Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, *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. 88.
- Green, Andrew, *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, 2nd ed., Oxford University Press, New York, 1999; and Morley, David, 'Under-Five Clinics', *Medical Care in Developing Countries: A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*, edited by Maurice H. King, Oxford University Press, New York, 1966.
- Basch, Paul F., *Textbook of International Health*, 2nd ed., Oxford University Press, New York, July 1999.
- Thieren, Michel, 'Background Paper on the Concept of Universal Access', Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', WHO, Geneva, Oct. 2005; and Vaccine Safety Datalink Group, 'The Use of a Computerized Database to Monitor Vaccine Safety in Viet Nam', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 8, Aug. 2005, p. 605.
- Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12, no. S1, 12 June 1997, pp. S29-S47.
- Walsh, J. A., and K. S. Warren, 'Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries', *New England Journal of Medicine*, vol. 301, no. 18, 1 Nov. 1979, pp. 967-974.
- Ibid.
- Claeson, Mariam, 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.
- Ibid.
- Black, Maggie, 'Children First: The story of UNICEF, past and present', Oxford University Press, New York, 1996, p. 19.
- Claeson, Mariam, 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.
- UNICEF Statistics, 'Integrated Management of Childhood Illness: An initiative for effective case management', *UNICEF End Decade Databases: IMCI*, <www.childinfo.org/eddb/imci/>, 2007年11月15日にアクセス。
- World Health Organization and UNICEF, 'Management of Childhood Illness in Developing Countries: Rationale for an integrated strategy', *IMCI Information (WHO/CHS/CAH/98. 1A Rev. 1)*, WHO, Geneva, 1999, p. 3.
- Bryce, Jennifer, et al., 'The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons from the evaluation of public health interventions', *American Journal of Public Health*, vol. 94, no. 3, March 2004, pp. 406-415; 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 ESARO, 2005, p. xii.

- Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Chapter 63, *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. 1189.
- 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.
- 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 ESARO, 2005, p. 86.
- Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Chapter 63, *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, pp. 1188-1189.
- Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet*, vol. 365, no. 9465, 26 March 2005, p. 1191.
- Chen, Shaohua, and Martin Ravallion, 'Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004', Development Research Group, World Bank, Washington, D.C., March 2007, p. 12.
- Bryce, Jennifer, et al., 'Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival', *The Lancet*, vol. 368, no. 9541, 23 Sept. 2006, pp. 1070-1071.
- Jones, Gareth, et al., 'How Many Child Deaths Can We Prevent this Year?', *The Lancet*, vol. 362, no. 9377, 5 July 2003, p. 65; and Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Chapter 27, *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. 547.
- Campbell, Oona M. R., and Wendy J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, no. 9543, 28 Sept. 2006, p. 1297.
- Hill, Zelee, Betty Kirkwood and Karen Edmond, *Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development: A review of the evidence*, World Health Organization, Geneva, 2004, p. 1.
- Wagstaff, Adam, et al., 'Millennium Development Goals for Health: What will it take to accelerate progress?', Chapter 9, *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, pp. 181-194.

第2章 パネル

はしかイニシアティブ

United Nations Children's Fund, *A World Fit for Children*, UNICEF, New York, 2006, p. 29; Wolfson, Lara J., et al., 'Has the 2005 Measles Mortality Reduction Goal Been Achieved?: A natural history modelling study', *The Lancet*, vol. 369, no. 9557, 20 Jan. 2007, pp. 191-192; World Health Organization, 'World Health Assembly Resolution WHA 52.20: Reducing global measles mortality', WHO, Geneva, 28 May 2003; World Health Organization and United Nations Children's Fund, *Measles: Mortality Reduction and Regional Elimination - Strategic plan 2001-2005*, WHO, Geneva, 2001, pp. 6-7.

「全国予防接種デー」と「子どもの健康デー」

Levine, Ruth, 'Case 4: Reduction Child Mortality with Vitamin A in Nepal', Chapter 4, *Case Studies in Global Health: Millions saved*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007; Global Polio Eradication Initiative, 'National Immunization Days', <www.polioeradication.org/content/fixed/national.shtml>, 2007年8月24日にアクセス; United Nations Children's Fund, *Annual Report 2006*, UNICEF, New York, June 2007, p. 12, (邦訳: ユニセフ『ユニセフ年次報告2006』、(財)日本ユニセフ協会、2007年) and *1946-2006: Sixty Years for Children*, Nov. 2006, pp. 18-19.

保健セクターの財源確保: セクター・ワイド・アプローチと重債務貧困国イニシアティブ

Gottret, Pablo, and George Schieber, *Health Financing Revisited: A practitioner's guide*, World Bank, Washington, D.C., 2006; Schieber, George, et al., 'Financing Health Systems in the 21st Century', Chapter 12, *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, pp. 225-242; World Bank, 'Health and Nutrition Services', Chapter 8, *World Development Report 2004: Making services work for poor people*, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

インドにおける新生児期・小児期疾病統合管理

Ramji, Siddarth, 'Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI): Implementation challenges in India', *Indian Pediatrics*, vol. 43, no. 12, 17 Dec., 2006, pp. 1029-1031; Sines, Erin, Anne Tinker and Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', *Policy Perspectives on Newborn Health*, Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., March 2006, p. 2.

バマコ・イニシアティブ

Ebrahim, G. J., 'The Bamako Initiative', *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 39, no. 2, 1993, pp. 66-67; Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12, no. S1, 1997, pp. S29-S47; Küchler, Von Felix, 'Manageable Bamako Initiative Schemes', *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, no. 84, April 2002; Paganini, Agostino, 'The Bamako Initiative Was Not about Money', *Health Policy and Development*, vol. 2, no. 1, 2004, pp. 11-13; World Bank, *World Development Report 2004: Making services work for poor people*, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, pp. 72-73, 76-77.

対角線アプローチ: メキシコのやり方

Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Comprehensive reform to improve health in Mexico', Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 29 June 2006, pp. 4-5; Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico', *The Lancet*, vol. 368, no. 9539, 9 Sept. 2006, pp. 954, 957; Sepúlveda, Jaime, et al., 'Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 Dec. 2006, pp. 2017-2027.

西部アフリカの「子どもの生存・発達促進」プログラム

Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', submitted to UNICEF and Canadian International Development Agency, 15 Jan. 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD)', presentation 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.

アフリカにおけるHIV/エイズと、それが女性と子どもに及ぼす影響

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development, *Children on the Brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action*, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 10; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Population Fund and United Nations Development Fund for Women, *Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis*, UNAIDS, UNFPA and UNIFEM, Geneva and New York, 2004, p. 2; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 'AIDS Epidemic Update', UNAIDS and WHO, Geneva, Dec. 2006, p. 1.

妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ

Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/en>, 2007年8月24日にアクセス。

第3章

1 Declaration of Alma-Ata, articles 6-8, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978, <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>, 2007年10月15日にアクセス。

2 Adapted from Claeson, Mariam, et al., 'Health, Nutrition and Population', Chapter 18, *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*, vol. 2, edited by Jeni Klugman, World Bank, Washington, D.C., 2002, pp. 211-212.

3 Zakus, J. David L., and Catherine L. Lysack, 'Revisiting Community Participation', *Health Policy and Planning*, vol. 13, no. 1, Oxford University Press, New York, 1998, pp. 1-12.

4 Gryboski, Kristina, et al., 'Working with the Community for Improved Health', *Health Bulletin No. 3*, Population Reference Bureau, Washington, D.C., June 2006, pp. 1-3.

5 Lehmann, Uta, and David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?', World Health Organization, Geneva, Jan. 2007, p. 26.

6 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapter 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, pp. 1053.

7 BRAC, <www.brac.net/history.htm>, 2007年10月22日にアクセス; Comprehensive Rural Health Project: Jamkhed, <www.jamkhed.org>, 2007年10月22日にアクセス; World Health Organization, 'Pakistan's experience in Lady Health Workers (LHWs) Programme (EM/RC51/12)', 51st session, WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Cairo, 3-6 Oct. 2004.

8 Wallerstein, Nina B., and Bonnie Duran, 'Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities', *Health Promotion Practice*, vol. 7, no. 3, July 2006, pp. 312-323.

9 World Health Organization, 'What Is the Effectiveness of Empowerment to Improve Health?' WHO Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, Feb. 2006, p. 5.

10 Rifkin, Susan B., 'Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes', *Acta Tropica*, vol. 61, 1996, pp. 88-90.

11 Bhattacharyya, Karabi, et al., *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability*, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), United States Agency for International Development, Arlington, VA, Oct. 2001, pp. 1-3, 20-21.

12 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.

13 Bhattacharyya, Karabi, et al., *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability*, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), United States Agency for International Development, Arlington, VA, Oct. 2001, p. 6.

14 Lehmann, Uta, and David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?' World Health Organization, Geneva, Jan. 2007, pp. 21-22.

15 Hensher, Martin, Max Price and Sarah Adomakoh, 'Referral Hospitals', Chapter 66, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, p. 1233.

16 Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dec. 2005.

17 Adventist Development and Relief Agency International, *Final Evaluation Child Survival XVII Baray-Santuk Operational District Kampong Thom Province*, ADRA, Silver Spring, MD, 2006, p. 26.

18 Laughlin, Megan, *The Care Group Difference: A guide to mobilizing community-based volunteer health educators*, World Relief, Baltimore, MD, 2004, p. 5.

19 Kroeger, A., et al., 'Operational Aspects of Bednet Impregnation for Community-Based Malaria Control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 2, no. 6, June 1997, pp. 590, 593.

20 Perlman, Daniel, Bertha Pooley and Alejandra Villafuerte, 'Como Sera, Pues?: The NGO contribution to neonatal health in Bolivia', The CORE Group, Washington, D.C., April 2006, pp. 1-26.

21 Perry, Henry B., David S. Shanklin and Dirk G. Schroeder, 'Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia', *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 21, no. 4, Dec. 2003, p. 386.

22 England, Sarah, et al., 'Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries', Department of Vaccines and Biologicals, World Health Organization, Geneva, 2001, pp. 10-11.

23 UN Millennium Project, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, United Nations Development Programme, New York, p. 34; and 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 prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, pp. 25, 26.

24 Claeson, Mariam, 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. 1238.

- 25 Wagstaff, Adam, and Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges*, World Bank, Washington, D.C., 2004, p. 132.
- 26 Tollman, Stephen, Jane Doherty and Jo-Ann Mulligan, 'General Primary Care', Chapter 64, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, p. 1195.
- 27 United Nations Children's Fund, 'UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/20006/8)', UN Economic and Social Council, New York, 15 Nov. 2005, pp. 1-13.
- 28 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapter 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, p. 1056.

第3章 パネル

コミュニティ中心の保健ケア・プログラムで採用されるべき基本的な実践項目

World Health Organization, *Improving Child Health in the Community*, WHO, Geneva, 2002, pp. 7-8.

保健と栄養に関するコミュニティ・パートナーシップに共通する特徴と課題

Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Chapter 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press and the World Bank, New York, 2006, pp. 1054-1055.

インド：コミュニティ・パートナーシップを通じた栄養不良の削減

UNICEF India, *Annual Report 2006*, pp. 46-47.

HIVの母子感染を防ぐ：東部・南部アフリカにおけるmothers2mothers（マザーズ・トゥ・マザーズ）プログラムの効果

Baek, Carolyn, et al., *Key Findings from an Evaluation of mothers2mothers in KwaZulu-Natal, South Africa*, Horizons/Population Council, Washington, D.C., 2007, p. 4; mothers2mothers, <www.m2m.org/programmes/where-we-work.html>, 2007年9月11日にアクセス; Population Council, 'Helping Mothers Saving Babies: mothers2mothers initiative', <www.popcouncil.org/pdfs/m2m/m2mDescription.pdf>, 2007年10月15日にアクセス; United Nations Children's Fund, *Children and AIDS: A stocktaking report*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNICEF and World Health Organization, New York, 2007, p. 6; United Nations Children's Fund, *Children: The missing face of AIDS*, UNICEF, New York, 2005, p. 7.

焦点 モザンビーク：コミュニティを基盤とするプログラムを通じた5歳未満児死亡率の低減

Bradbury, Kathryn, and Anbrasi Edward, 'Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique', World Relief, The CORE Group and United States Agency for International Development, Washington, D.C., 2005, p. 7; Edward, Anbrasi, et al., 'Examining the Evidence of Under-Five Mortality Reduction in a Community-Based Programme in Gaza, Mozambique', *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 101, no. 8, Aug. 2007, pp. 816-819; 本白書のpp. 114-117, 統計表1. 基本統計, pp. 120-121, 統計表2. 栄養指標, pp. 122-125, 統計表3. 保健指標, pp. 134-137, 統計表6. 人口統計指標.

給水システムと学校衛生におけるコミュニティ・パートナーシップ

Rashid, S. M. A., 'Bangladesh: School sanitation and hygiene education - The story of its impact on one village and its school', NGO Forum, <www.schools.watsan.net/redir/content/download/219/1923/file/Bangladesh.doc>, 2007年11月2日にアクセス; 'Safe Water System: A low-

cost technology for safe drinking water', March 2006, World Water Forum 4 update, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., pp. 1-2; 'Safe Water System (SWS): Where has the SWS been used? - Afghanistan', Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, <www.cdc.gov/safewater/where_pages/where_afghanistan.htm>, 2007年9月23日にアクセス; Snel, Marielle, *The Worth of School Sanitation and Hygiene Education (SSHE)*, IRC International Water and Sanitation Centre, Delft, the Netherlands, 2004, pp. 57-64.

第4章

- 1 Dormstadt, Gary, et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 265, no. 9463, 12 March 2005, p. 977.
- 2 United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, World Bank and WHO, New York, 24 March 2007, pp. 4-5, 10-11.
- 3 Ibid., p. 5.
- 4 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, 27 Sept. 2006, p. 18.
- 5 Ibid., p. 24.
- 6 Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., Dec. 2005, p. 10.
- 7 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, 27 Sept. 2006, p. 24.
- 8 High-Level Forum Secretariat, 'High-Level Forum on the Health MDGs', World Health Organization and World Bank, Geneva and Washington, D.C., <www.hlfhealthmdgs.org>, 2007年11月16日にアクセス。
- 9 United Nations Children's Fund, *Accelerated Child Survival and Development in Ghana*, UNICEF Ghana, Accra-North, March 2005, pp. 1-2.
- 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 prepared on request of the African Union, 27 Sept. 2006, pp. 24-28.
- 11 Mills, Anne, Fawzia Rasheed and Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, *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.
- 12 Ibid., p. 90.
- 13 Perry, Henry, et al., 'The Census-Based Impact-Oriented Approach: Its effectiveness in promoting child health in Bolivia', *Health Policy and Planning*, vol. 13, no. 2, 1998, p. 140.
- 14 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, 27 Sept. 2006, p. 5.

- 15 Ibid., pp. 5, 28-30.
- 16 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.
- 17 Bhattacharyya, Karabi, et al., 'Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability', Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASIC II) for USAID, Arlington, VA, Oct. 2001, p. 19.
- 18 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 21-22.
- 19 Ibid., pp. 25-30.
- 20 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.
- 21 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 33.
- 22 Mills, Anne, Fawzia Rasheed and Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Chapter 3, *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., p. 91.
- 23 United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World Bank and World Health Organization, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, World Bank and WHO, New York, 24 March 2007, pp. 4-8.
- 24 World Bank, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges*, World Bank, Geneva, 2004, p. ix.
- 25 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, 27 Sept. 2006, p. 40.
- 26 'International Health Partnership: A global 'compact' for achieving the health Millennium Development Goals', agreement signed by all partners at the launch of the International Health Partnership, London, 5 Sept. 2007.
- 27 Soeters, Robert, Christian Habineza and Peter Bob Peerenboom, 'Performance-Based Financing and Changing the District Health System: Experience from Rwanda', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, no. 11, Nov. 2006, pp. 885, 887.
- 28 Powell-Jackson, Timothy, et al., 'Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9541, Sept. 2006, p. 25.
- 29 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, 27 Sept. 2006.
- 30 Center for Global Development, 'Case 15: Preventing iodine deficiency disease in China', *Millions Saved: Proven successes in global health*, <www.cgdev.org>, 2007年11月16日にアクセス; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review*, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 8. (邦訳：ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6：子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、前掲)

- 31 Levine, Ruth, 'Case 6: Saving mothers' lives in Sri Lanka', *Case Studies in Global Health: Millions saved*, Jones and Bartlett Publisher, Sudbury, MA, 2007, pp. 41-48; and MOST: The USAID Micronutrient Program, *Cost Analysis of the National Vitamin A Supplementation Programs in Ghana, Nepal, and Zambia: Synthesis of three studies*, USAID, Washington, D.C., 2004, p. 4.
- 32 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, London, Jan. 2007, p. 1.

第4章 パネル

規模の拡大: 母親、新生児、子どものための適切な栄養

Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, *Basics II Country Report: Benin, BASICS II*, United States Agency for International Development, Arlington, VA, 2004, pp. 7-15; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 27, no. 3, 2006, pp. S49-S51; Collins, Steve, et al., 'Management of severe acute malnutrition in children', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 Dec. 2006, p. 1992; World Bank, *Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action*, World Bank, Washington, D.C., 2006, pp. 10-11; and World Health Organization, World Food Programme, United Nations System Standing Committee on Nutrition and United Nations Children's Fund, 'Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition', WHO, WFP, SCN and UNICEF, Geneva, Rome, New York, May 2007, p. 2.

「障害対応のための限界予算策定」

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, 27 Sept. 2006, p. 25.

規模の拡大: 安全な飲み水、適切な衛生設備(トイレ)、衛生習慣の改善

Black, Robert E., Saul S. Morris and Jennifer Bryce, 'Where and why are 10 million children dying every year?', *The Lancet*, vol. 361, 28 June 2003, p. 2227; Curtis, Val, and Sandy Cairncross, 'Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, no. 5, May 2003, p. 275; Favin, Michael, *Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI: The Peru and Nicaragua experience*, Activity Report 143, Environmental Health Project, Washington, D.C., Oct. 2004, p. xi; IRC International Water and Sanitation Centre and United Nations Children's Fund, *Water, Sanitation and Hygiene Education for Schools*, final report from Oxford Roundtable, 24-26 Jan. 2005, UNICEF and IRC, New York, p. 32; Lane, Jon, 'Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas', case study from 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: What works, what doesn't, and why - A global exchange for scaling up success', paper offered at Scaling Up Poverty Reduction conference in Shanghai, 25-27 May 2004, World Bank Group, 2004, pp. 1-10; Pan American Health Organization, 'Rotavirus Update', *Immunization Newsletter*, vol. 27, no. 3, June 2005, pp. 1-2; Slaymaker, Tom, and Karin Christiansen, 'Community-Based Approaches and Service Delivery: Issues and options in difficult environments and partnerships', Overseas Development Institute, London, Feb. 2005, p. 26; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on water and sanitation*, Number 5, UNICEF, New York, Sept. 2006, pp. 3, 22, 30; Water and Sanitation Program, 'Community-Led Total Sanitation in Rural Areas: An approach that works', WSP, New Delhi, Feb. 2007, pp. 4, 6-9.

緊急に対処しなければならないアフリカの保健医療従事者危機

The Health Workforce in Africa, Challenges and Prospects, 'A Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development', Sept. 2006, p. 3; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Earthscan, London, 2005, p. 77; World Health Organization, 'Guide to Health Workforce Development in Post-Conflict Environments', WHO, Geneva, 2005, pp. 6-13, 52-77, 119-122; World Health Organization, 'Working together for health', *The World Health Report 2006*, WHO, Geneva, 2006.

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関連のミレニアム開発目標のために投資すべき根拠

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, 27 Sept. 2006, pp. 5-6, 38-43.

焦点 ボツワナ: コミュニティ・パートナーシップを活用した、HIV感染予防・治療の拡大

Botswana Progress Report, 'A World Fit for Children 2007', Government of Botswana, July 2007, pp. 11-12, 15, 18; Kak, Lily, et al., 'Prevention of Mother-to-Child transmission of HIV/AIDS Programmes', Chapter 7, *Opportunities for Africa's Newborns*, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Cape Town, 2006, pp. 113-127; and United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A statistical review*, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, pp. 30, 34, 60. (邦訳: ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、前掲)

保健サービスの提供における説明責任とガバナンスの強化

World Bank, *World Development Report 2004: Making services work for poor people*, World Bank, Washington, D.C., 2003, pp. 133-156.

ルワンダにおける実績ベースの資金拠出

Sekabaraga, Claude, Louis Rusa and Agnes Soucat, 'What it Takes to Scale up for Better Health: The experience of Rwanda 2004-2007', Background paper to 'Innovations in service delivery', 2007.

焦点 ブラジル: コミュニティを基盤とする保健システムの全国的ネットワーク作り

United Nations Children's Fund, *The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development*, UNICEF, Brasilia, 2005, pp. 10-11.

多国間組織の新しい協働のあり方

United Nations Children's Fund, 'Informal Meeting of Global Health Leaders: Final summary', UNICEF, New York, July 2007.

第5章

- 1 UN Millennium Project, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London, 2005, pp. 1-2.
- 2 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2005: Childhood under threat*, UNICEF, New York, 2004, pp. 57-58 (邦訳: ユニセフ『世界子供白書2005: 危機に晒される子どもたち』、(財)日本ユニセフ協会、2005年); UNICEF, *Children Affected by Armed Conflict: UNICEF actions*, May 2002, p. 15; and UNICEF, *Outlook Special Edition: Crisis in Middle East*, Aug. 2006, p. 2.
- 3 Derived from UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division databases, *World Population Prospects: The 2006 revision and World Urbanization Prospects: The 2005 revision*, <<http://esa.un.org/unpp>>, 2007年9月30日にアクセス。

- 4 World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006, p. 119; Sines, Erin, Anne Tinker and Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', *Policy Perspectives on Newborn Health*, Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., March 2006, pp. 2-3.
- 5 Juma, Calestous, and Lee Yee-Cheong, 'Reinventing Global Health: The role of science, technology, and innovation', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 March 2005, pp. 1105-1106; Acharya, Tara, Abdallah S. Daar and Peter A. Singer, 'Biotechnology and the UN's Millennium Development Goals', *Nature Biotechnology*, vol. 21, no. 12, Dec. 2003, pp. 1434-1436.
- 6 Department of Essential Health Technologies, World Health Organization, 'Strategy for 2004-2007: eHealth for health-care delivery', WHO, Geneva, 2004, p. 2.
- 7 UN Millennium Project, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London, 2005, p. 240; United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, June 2007, p. 28.
- 8 United Nations, *Report on the World Social Situation 2005: The inequality predicament*, UN, New York, 2005, p. 114.
- 9 United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, June 2007, p. 28.
- 10 Gautum, Kul C., 'Pre-Conference Report on Diseases of Poverty, Child Survival and MDGs', presented at the BioVision 2007 Pre-Conference on Diseases of Poverty, Lyon, France, 12 March 2007.
- 11 United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, June 2007, p. 29.
- 12 Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet*, vol. 365, no. 9465, 26 March 2005, pp. 1193-1194.
- 13 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, Jan. 2007, p. 261.

第5章 パネル

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

United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review*, Number 6, UNICEF, New York, Dec. 2007, p. 68 (邦訳: ユニセフ『子どもたちのための前進 No.6: 子どもにふさわしい世界の統計レビュー』、前掲); Health Metrics Network, *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2nd ed., WHO, Geneva, 2007, pp. 5, 17, 60.

統計

子どもの福祉にとくに重点を置いて見た、世界の国・領域の経済・社会統計

データについての一般的留意事項.....	110
記号の説明.....	112
5歳未満児死亡率の順位.....	113
表中の国の分類.....	148
人間開発の進展を測る：表 10 について.....	149

表	1. 基本統計.....	114
	2. 栄養指標.....	118
	3. 保健指標.....	122
	4. HIV/エイズ指標.....	126
	5. 教育指標.....	130
	6. 人口統計指標.....	134
	7. 経済指標.....	138
	8. 女性指標.....	142
	9. 子どもの保護指標.....	146
	10. 前進の速度.....	150

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〉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〉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。

5歳未満児死亡率の順位

以下のリストは、子どもの福祉のきわめて重要な指標の一つである5歳未満児死亡率（U5MR、出生1,000人あたりの死亡数で表す）の2006年の推定値が高かった順に各国・領域を配列したものである。統計表では、各国・領域は英語名のアルファベット順に配列してある。

国	U5MR の値	U5MR の順位	国	U5MR の値	U5MR の順位	国	U5MR の値	U5MR の順位
シエラレオネ	270	1	トルクメニスタン	51	67	セントルシア	14	130
アンゴラ	260	2	イラク	46	68	シリア	14	130
アフガニスタン	257	3	モンゴル	43	69	ペラルーシ	13	135
ニジェール	253	4	ウズベキスタン	43	69	セーシェル	13	135
リベリア	235	5	グアテマラ	41	71	スリランカ	13	135
マリ	217	6	キルギス	41	71	バルバドス	12	138
チャド	209	7	ミクロネシア連邦	41	71	コスタリカ	12	138
赤道ギニア	206	8	スリナム	39	74	マレーシア	12	138
コンゴ民主共和国	205	9	アルジェリア	38	75	オマーン	12	138
ブルキナファソ	204	10	トリニダードトバゴ	38	75	ウルグアイ	12	138
ギニアビサウ	200	11	ツバル	38	75	アンティグアバーブーダ	11	143
ナイジェリア	191	12	モロッコ	37	78	クウェート	11	143
ザンビア	182	13	ニカラグア	36	79	パラオ	11	143
ブルンジ	181	14	バヌアツ	36	79	バーレーン	10	146
中央アフリカ共和国	175	15	エジプト	35	81	モンテネグロ	10	146
スワジランド	164	16	メキシコ	35	81	ブルネイ	9	148
ギニア	161	17	カボヴェルデ	34	83	チリ	9	148
ルワンダ	160	18	インドネシア	34	83	ラトビア	9	148
カメルーン	149	19	イラン	34	83	リトアニア	8	151
ベナン	148	20	グルジア	32	86	セルビア	8	151
ソマリア	145	21	フィリピン	32	86	スロバキア	8	151
モザンビーク	138	22	ジャマイカ	31	88	タイ	8	151
ウガンダ	134	23	レバノン	30	89	アラブ首長国連邦	8	151
レソト	132	24	モルディブ	30	89	米国	8	151
ジブチ	130	25	ナウル	30	89	キューバ	7	157
コートジボワール	127	26	ドミニカ共和国	29	92	エストニア	7	157
コンゴ	126	27	カザフスタン	29	92	ハンガリー	7	157
モーリタニア	125	28	サモア	28	94	ポーランド	7	157
ボツワナ	124	29	ホンジュラス	27	95	オーストラリア	6	161
エチオピア	123	30	トルコ	26	96	カナダ	6	161
ケニア	121	31	エルサルバドル	25	97	クロアチア	6	161
ガーナ	120	32	ヨルダン	25	97	マルタ	6	161
マラウイ	120	32	ペルー	25	97	ニュージーランド	6	161
タンザニア	118	34	サウジアラビア	25	97	英国	6	161
セネガル	116	35	アルメニア	24	101	オーストリア	5	167
マダガスカル	115	36	中国	24	101	デンマーク	5	167
ガンビア	113	37	エクアドル	24	101	アイルランド	5	167
トーゴ	108	38	トンガ	24	101	イスラエル	5	167
ジンバブエ	105	39	ウクライナ	24	101	韓国	5	167
ミャンマー	104	40	パナマ	23	106	オランダ	5	167
イエメン	100	41	チュニジア	23	106	ポルトガル	5	167
パキスタン	97	42	パレスチナ自治区	22	108	スイス	5	167
サントメプリンシペ	96	43	パラグアイ	22	108	ベルギー	4	175
ガボン	91	44	コロンビア	21	110	キプロス	4	175
スーダン	89	45	カタール	21	110	チェコ	4	175
アゼルバイジャン	88	46	ベネズエラ	21	110	フィンランド	4	175
カンボジア	82	47	ブラジル	20	113	フランス	4	175
ハイチ	80	48	グレナダ	20	113	ドイツ	4	175
インド	76	49	セントビンセント・グレナディーン	20	113	ギリシャ	4	175
ラオス	75	50	クック諸島	19	116	イタリア	4	175
エリトリア	74	51	モルドバ	19	116	日本	4	175
パプアニューギニア	73	52	セントクリストファー・ネイビス	19	116	ルクセンブルク	4	175
ソロモン諸島	73	52	フィジー	18	119	モナコ	4	175
ブータン	70	54	リビア	18	119	ノルウェー	4	175
バングラデシュ	69	55	ルーマニア	18	119	スロベニア	4	175
南アフリカ	69	55	アルバニア	17	122	スペイン	4	175
コモロ	68	57	旧ユーゴスラビア・マケドニア	17	122	アンドラ	3	189
タジキスタン	68	57	ベトナム	17	122	アイスランド	3	189
キリバス	64	59	アルゼンチン	16	125	リヒテンシュタイン	3	189
ガイアナ	62	60	ベリーズ	16	125	サンマリノ	3	189
ボリビア	61	61	ロシア連邦	16	125	シンガポール	3	189
ナミビア	61	61	ボスニア・ヘルツェゴビナ	15	128	スウェーデン	3	189
ネパール	59	63	ドミニカ	15	128	バチカン	-	-
マーシャル諸島	56	64	バハマ	14	130	ニウエ	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	55	65	ブルガリア	14	130			
東ティモール	55	65	モリシャス	14	130			

表 1 基本統計

国・地域	5歳未満 児死亡率 の順位	5歳未満児 死亡率		乳児死亡率 (1歳未満)		新生児 死亡率	総人口 (1000人)	年間出生数 (1000人)	5歳未満 児の年間 死亡数 (1000人)	1人あたり のGNI (米ドル)	出生時の 平均余命 (年)	成人の 総識字率 (%)	初等教育 純就学/ 出席率 (%)	世帯あたりの 所得の分布 (%)	
		1990	2006	1990	2006									2000	2006
アフガニスタン	3	260	257	168	165	60	26088	1272	327	250x	43	28	53s	-	-
アルバニア	122	45	17	37	15	12	3172	52	1	2960	76	99	94	21	40
アルジェリア	75	69	38	54	33	20	33351	694	26	3030	72	70	97	19	43
アンドラ	189	6	3	5	3	4	74	0	0	d	-	-	80	-	-
アンゴラ	2	260	260	154	154	54	16557	792	206	1980	42	67	58s	-	-
アンティガババーダ	143	-	11	-	10	8	84	0	0	11210	-	-	-	-	-
アルゼンチン	125	29	16	25	14	10	39134	690	11	5150	75	97	99	11	55
アルメニア	101	56	24	47	21	17	3010	36	1	1930	72	99	99s	21	43
オーストラリア	161	10	6	8	5	3	20530	255	2	35990	81	-	97	18x	41x
オーストリア	167	10	5	8	4	3	8327	77	0	39590	80	-	97	22	38
アゼルバイジャン	46	105	88	84	73	36	8406	129	11	1850	67	99x	85	19	45
バハマ	130	29	14	22	13	10	327	6	0	14920x	73	-	91	-	-
バーレーン	146	19	10	15	9	11	739	13	0	14370x	75	87	97	-	-
バングラデシュ	55	149	69	100	52	36	155991	4013	277	480	63	48	81s	21	43
バルバドス	138	17	12	15	11	8	293	3	0	d	77	-	98	-	-
ベラルーシ	135	24	13	20	12	5	9742	91	1	3380	69	100x	89	22	38
ベルギー	175	10	4	8	4	3	10430	110	0	38600	79	-	99	21	41
ベリーズ	125	43	16	35	14	18	282	7	0	3650	76	70x	95	-	-
ベナン	20	185	148	111	88	38	8760	358	53	540	56	35	54s	19	44
ブータン	54	166	70	107	63	38	649	12	1	1410	65	-	70s	-	-
ボリビア	61	125	61	89	50	27	9354	264	16	1100	65	87	78s	7	63
ボスニア・ヘルツェゴビナ	128	22	15	18	13	11	3926	35	1	2980	75	97	91s	24	36
ボツワナ	29	58	124	45	90	40	1858	47	6	5900	49	81	85	7x	70x
ブラジル	113	57	20	48	19	15	189323	3720	74	4730	72	89	95	9	61
ブルネイ	148	11	9	10	8	4	382	8	0	24100x	77	93	93	-	-
ブルガリア	130	18	14	14	12	8	7693	69	1	3990	73	98	93	22	38
ブルキナファソ	10	206	204	123	122	36	14359	641	131	460	52	24	45	18	47
ブルンジ	14	190	181	114	109	41	8173	381	69	100	49	59	71s	15	48
カンボジア	47	116	82	85	65	40	14197	377	31	480	59	74	75s	17	50
カメルーン	19	139	149	85	87	40	18175	649	97	1080	50	68	84s	15	51
カナダ	161	8	6	7	5	4	32577	338	2	36170	80	-	100	20	40
カボヴェルデ	83	60	34	45	25	10	519	15	1	2130	71	81	90	-	-
中央アフリカ共和国	15	173	175	114	115	48	4265	157	27	360	44	49	59s	7x	65x
チャド	7	201	209	120	124	45	10468	482	101	480	50	26	36s	-	-
チリ	148	21	9	18	8	6	16465	249	2	6980	78	96	90	11	60
中国	101	45	24	36	20	21	1320864	17309	415	2010	73	91	99	13	52
コロンビア	110	35	21	26	17	14	45558	884	19	2740	73	93	87	9	63
コモロ	57	120	68	88	51	29	818	28	2	660	65	-	72	-	-
コンゴ	27	103	126	67	79	32	3689	132	17	950x	54	85	86s	-	-
コンゴ民主共和国	9	205	205	129	129	47	60644	3026	620	130	46	67	52s	-	-
クック諸島	116	32	19	26	16	12	14	0	0	-	-	-	77	-	-
コスタリカ	138	18	12	16	11	7	4399	80	1	4980	79	95	92	12	54
コートジボワール	26	153	127	105	90	65	18914	684	87	870	48	49	62s	14	51
クロアチア	161	12	6	10	5	5	4556	41	0	9330	76	98	87	21	40
キューバ	157	13	7	11	5	4	11267	121	1	1170x	78	100	97	-	-
キプロス	175	12	4	11	3	4	846	10	0	18430x	79	97	99	-	-
チェコ	175	13	4	11	3	2	10189	93	0	12680	76	-	92	25	36
デンマーク	167	9	5	7	4	4	5430	62	0	51700	78	-	95	23	36
ジブチ	25	175	130	116	86	38	819	24	3	1060	54	-	79s	-	-
ドミニカ	128	17	15	15	13	7	68	0	0	3960	-	-	84	-	-
ドミニカ共和国	92	65	29	50	25	19	9615	231	7	2850	72	87	88	12	57
エクアドル	101	57	24	43	21	16	13202	285	7	2840	75	91	98	11	58
エジプト	81	91	35	67	29	21	74166	1828	64	1350	71	71	94	21	44
エルサルバドル	97	60	25	47	22	16	6762	159	4	2540	72	81	93	10	56
赤道ギニア	8	170	206	103	124	40	496	19	4	8250	51	87	81	-	-
エリトリア	51	147	74	88	48	25	4692	186	14	200	57	-	67s	-	-
エストニア	157	16	7	12	5	6	1340	14	0	11410	71	100	95	18	43
エチオピア	30	204	123	122	77	51	81021	3159	389	180	52	36	45s	22	39
フィジー	119	22	18	19	16	9	833	18	0	3300	69	-	96	-	-
フィンランド	175	7	4	6	3	2	5261	58	0	40650	79	-	98	24	37
フランス	175	9	4	7	4	3	61330	763	3	36550	80	-	99	20	40
ガボン	44	92	91	60	60	31	1311	34	3	5000	56	84	94s	-	-
ガンビア	37	153	113	103	84	46	1663	60	7	310	59	-	61s	13	53

	5歳未満 児死亡率 の順位	5歳未満児 死亡率		乳児死亡率 (1歳未満)		新生児 死亡率	総人口 (1000人)	年間出生数 (1000人)	5歳未満 児の年間 死亡数 (1000人)	1人あたり のGNI (米ドル)	出生時の 平均余命 (年)	成人の 総識字率 (%)	初等教育 純就学/ 出席率 (%)	世帯あたりの 所得の分布 (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006	2000	2006	2006	2006	2006	2006	2000-2005*	2000-2006*	最下位 40%	最上位 20%
グルジア	86	46	32	39	28	25	4433	48	2	1560	71	-	93	16	46
ドイツ	175	9	4	7	4	3	82641	683	3	36620	79	-	96	22	37
ガーナ	32	120	120	76	76	27	23008	700	84	520	59	58	75s	16	47
ギリシャ	175	11	4	9	4	4	11123	103	0	21690	79	96	99	19	41
グレナダ	113	37	20	30	16	13	106	2	0	4420	68	-	84	-	-
グアテマラ	71	82	41	60	31	19	13029	445	18	2640	70	69	94	10	59
ギニア	17	235	161	139	98	48	9181	374	60	410	55	30	51s	18	46
ギニアビサウ	11	240	200	142	119	48	1646	82	16	190	46	-	54s	14x	53x
ガイアナ	60	88	62	64	46	25	739	13	1	1130	66	-	96s	14	50
ハイチ	48	152	80	105	60	34	9446	269	22	480	60	-	50s	9	63
バチカン	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	95	58	27	45	23	18	6969	199	5	1200	70	80	79s	11	58
ハンガリー	157	17	7	15	6	6	10058	93	1	10950	73	-	89	23	37
アイスランド	189	7	3	5	2	2	298	4	0	50580	82	-	99	-	-
インド	49	115	76	82	57	43	1151751	27195	2067	820	64	61	84s	19	45
インドネシア	83	91	34	60	26	18	228864	4427	151	1420	70	90	96	20	43
イラン	83	72	34	54	30	22	70270	1407	48	3000	71	82	95	15	50
イラク	68	53	46	42	37	63	28506	937	43	2170x	58	74	88	-	-
アイルランド	167	10	5	8	4	4	4221	66	0	45580	79	-	96	20	42
イスラエル	167	12	5	10	4	4	6810	137	1	18580x	80	-	97	16	45
イタリア	175	9	4	8	4	3	58779	544	2	32020	80	98	99	18	42
ジャマイカ	88	33	31	28	26	10	2699	55	2	3480	72	80	97s	14	52
日本	175	6	4	5	3	2	127953	1087	4	38410	82	-	100	25x	36x
ヨルダン	97	40	25	33	21	17	5729	152	4	2660	72	91	99s	18	46
カザフスタン	92	60	29	51	26	32	15314	289	8	3790	66	100x	98s	19	41
ケニア	31	97	121	64	79	29	36553	1447	175	580	53	74	79	16	49
キリバス	59	88	64	65	47	27	94	0	0	1230	-	-	97	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	65	55	55	42	42	22	23708	321	18	a	67	-	-	-	-
韓国	167	9	5	8	5	3	48050	455	2	17690	78	-	100	21	37
クウェート	143	16	11	14	9	6	2779	50	1	30630x	77	93	87	-	-
キルギス	71	75	41	63	36	31	5259	113	5	490	66	99x	92s	22	39
ラオス	50	163	75	120	59	35	5759	156	12	500	64	69	84	20	43
ラトビア	148	18	9	14	8	7	2289	21	0	8100	72	100	88	18	45
レバノン	89	37	30	32	26	20	4055	74	2	5490	72	-	92	-	-
レソト	24	101	132	81	102	28	1995	59	8	1030	42	82	87	6	66
リベリア	5	235	235	157	157	66	3579	184	43	140	45	52	66	-	-
リビア	119	41	18	35	17	11	6039	144	3	7380	74	84	-	-	-
リヒテンシュタイン	189	10	3	9	3	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
リトアニア	151	13	8	10	7	5	3408	30	0	7870	73	100	89	18	43
ルクセンブルク	175	10	4	8	4	4	461	5	0	76040	79	-	95	21	39
マダガスカル	36	168	115	103	72	33	19159	714	82	280	59	59	76s	13	54
マラウイ	32	221	120	131	76	40	13571	566	68	170	47	64x	87s	18	47
マレーシア	138	22	12	16	10	5	26114	556	7	5490	74	89	95	13	54
モルディブ	89	111	30	78	26	37	300	7	0	2680	68	96	79	-	-
マリ	6	250	217	140	119	55	11968	579	126	440	54	24	51	16	47
マルタ	161	11	6	10	5	5	405	4	0	13610x	79	88x	86	-	-
マーシャル諸島	64	92	56	63	50	26	58	0	0	3000	-	-	90	-	-
モーリタニア	28	133	125	85	78	70	3044	102	13	740	64	51	72	17	46
モーリシャス	130	23	14	21	13	12	1252	19	0	5450	73	84	95	-	-
メキシコ	81	53	35	42	29	15	105342	2109	74	7870	76	92	98	13	55
ミクロネシア連邦	71	58	41	45	33	12	111	3	0	2380	68	-	92	-	-
モルドバ	116	37	19	30	16	16	3833	44	1	1100	69	99	86	20	41
モナコ	175	9	4	7	3	3	33	0	0	d	-	-	-	-	-
モンゴル	69	109	43	79	34	26	2605	49	2	880	66	98	97s	20	40
モンテネグロ	146	16	10	15	9	-	601	8	0	3860	74	96	97s	-	-
モロッコ	78	89	37	69	34	21	30853	635	23	1900	71	52	86	17	47
モザンビーク	22	235	138	158	96	48	20971	856	118	340	42	39x	60s	15	54
ミャンマー	40	130	104	91	74	40	48379	897	93	220x	61	90	84s	-	-
ナミビア	61	86	61	60	45	25	2047	53	3	3230	52	85	72	4x	79x
ナウル	89	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-
ネパール	63	142	59	99	46	40	27641	791	47	290	63	49	87	15	55

表 1 基本統計

	5歳未満 児死亡率 の順位	5歳未満児 死亡率		乳児死亡率 (1歳未満)		新生児 死亡率	総人口 (1000人)	年間出生数 (1000人)	5歳未満 児の年間 死亡数 (1000人)	1人あたり のGNI (米ドル)	出生時の 平均余命 (年)	成人の 総識字率 (%)	初等教育 純就学/ 出席率 (%)	世帯あたりの 所得の分布 (%)	
		1990	2006	1990	2006	2000								2006	2006
オランダ	167	9	5	7	4	4	16379	188	1	42670	79	-	99	21	39
ニュージーランド	161	11	6	9	5	4	4140	57	0	27250	80	-	99	18	44
ニカラグア	79	68	36	52	29	18	5532	139	5	1000	72	77	87	15	49
ニジェール	4	320	253	191	148	43	13737	683	173	260	56	29	40	10	53
ナイジェリア	12	230	191	120	99	53	144720	5909	1129	640	47	69	68	15	49
ニウエ	-	-	-	-	-	13	2	0	-	-	-	-	90	-	-
ノルウェー	175	9	4	7	3	3	4669	56	0	66530	80	-	98	24	37
パレスチナ自治区	108	40	22	34	20	-	3889	143	3	1230x	73	92	80	-	-
オマーン	138	32	12	25	10	6	2546	57	1	9070x	75	81	73	-	-
パキスタン	42	130	97	100	78	57	160943	4358	423	770	65	50	68	22	40
パラオ	143	21	11	18	10	14	20	0	0	7990	-	-	96	-	-
パナマ	106	34	23	27	18	11	3288	70	2	4890	75	92	99	9	60
バブアニューギニア	52	94	73	69	54	32	6202	191	14	770	57	57	-	12	57
パラグアイ	108	41	22	33	19	16	6016	153	3	1400	71	94	88	9	62
ペルー	97	78	25	58	21	16	27589	584	15	2920	71	88	97	11	57
フィリピン	86	62	32	41	24	15	86264	2295	73	1420	71	93	94	15	51
ポーランド	157	18	7	16	6	6	38140	358	3	8190	75	-	96	19	42
ポルトガル	167	14	5	11	3	3	10579	113	1	18100	78	94	98	17	46
カタール	110	26	21	21	18	5	821	13	0	12000x	75	89	96	-	-
ルーマニア	119	31	18	23	16	9	21532	213	4	4850	72	97	93	21	39
ロシア連邦	125	27	16	23	14	9	143221	1506	24	5780	65	99	92	17	47
ルワンダ	18	176	160	106	98	45	9464	420	67	250	46	65	86s	14	53
セントクリストファー・ネイビス	116	36	19	30	17	12	50	1	0	8840	-	-	93	-	-
セントルシア	130	21	14	17	12	10	163	3	0	5110	73	-	97	15	48
セントビンセント・グレナディーン	113	25	20	20	17	11	120	2	0	3930	71	-	90	-	-
サモア	94	50	28	40	23	13	185	5	0	2270	71	99	90	-	-
サンマリノ	189	14	3	13	3	2	31	0	0	d	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	43	100	96	65	63	38	155	5	0	780	65	85	97	-	-
サウジアラビア	97	44	25	35	21	12	24175	612	15	12510x	72	83	78	-	-
セネガル	35	149	116	72	60	31	12072	435	50	750	63	39	58s	17	48
セルビア	151	-	8	-	7	-	9851	126	1	3910	74	96	96	-	-
セーシェル	135	19	13	17	12	9	86	3	0	8650	-	92	99	-	-
シエラレオネ	1	290	270	169	159	56	5743	262	71	240	42	35	69s	3x	63x
シンガポール	189	9	3	7	2	1	4382	37	0	29320	80	89x	-	14	49
スロバキア	151	14	8	12	7	5	5388	53	0	9870	74	-	92	24	35
スロベニア	175	10	4	8	3	4	2001	18	0	18890	78	100	98	23	36
ソロモン諸島	52	121	73	86	55	12	484	15	1	680	63	-	63	-	-
ソマリア	21	203	145	121	90	49	8445	371	54	130x	47	-	22s	-	-
南アフリカ	55	60	69	45	56	21	48282	1102	76	5390	50	82x	87	10	62
スペイン	175	9	4	7	4	3	43887	468	2	27570	81	97x	99	19	42
スリランカ	135	32	13	26	11	11	19207	295	4	1300	72	91	97	17	48
スーダン	45	120	89	74	61	29	37707	1225	109	810	58	61	58s	-	-
スリナム	74	48	39	35	29	18	455	9	0	3200	70	90	94	-	-
スワジランド	16	110	164	78	112	38	1134	33	5	2430	40	80	80	13	56
スウェーデン	189	7	3	6	3	2	9078	101	0	43580	81	-	96	23	37
スイス	167	9	5	7	4	3	7455	69	0	57230	81	-	93	20	41
シリア	130	38	14	31	12	9	19408	529	7	1570	74	81	95	-	-
タジキスタン	57	115	68	91	56	38	6640	185	13	390	66	100	89s	20	41
タンザニア	34	161	118	102	74	43	39459	1589	188	350	52	69	73s	19	42
タイ	151	31	8	26	7	13	63444	936	7	2990	70	93	98s	16	49
旧ユーゴスラビア・マケドニア	122	38	17	33	15	9	2036	23	0	3060	74	96	92	17	46
東ティモール	65	177	55	133	47	40	1114	46	3	840	60	-	75s,y	-	-
トーゴ	38	149	108	88	69	40	6410	242	26	350	58	53	78	-	-
トンガ	101	32	24	26	20	10	100	3	0	2170	73	99x	95	-	-
トリニダード・トバゴ	75	34	38	30	33	13	1328	20	1	13340	69	98	98s	16x	46x
チュニジア	106	52	23	41	19	14	10215	172	4	2970	74	74	97	16	47
トルコ	96	82	26	67	24	22	73922	1378	36	5400	72	87	89	15	50
トルクメニスタン	67	99	51	81	45	35	4899	108	6	1340x	63	99x	99s	16	47
ツバル	75	54	38	42	31	22	10	0	0	-	-	-	100	-	-
ウガンダ	23	160	134	93	78	32	29899	1406	188	300	50	67	82s	15	53
ウクライナ	101	25	24	22	20	9	46557	417	10	1950	68	99	97s	23	38

	5歳未満 児死亡率 の順位	5歳未満児 死亡率		乳児死亡率 (1歳未満)		新生児 死亡率	総人口 (1000人)	年間出生数 (1000人)	5歳未満 児の年間 死亡数 (1000人)	1人あたり のGNI (米ドル)	出生時の 平均余命 (年)	成人の 総識字率 (%)	初等教育 純就学/ 出席率 (%)	世帯あたりの 所得の分布 (%)	
		1990	2006	1990	2006									2000	2006
アラブ首長国連邦	151	15	8	13	8	5	4248	69	1	23950x	78	89	71	-	-
英国	161	10	6	8	5	4	60512	715	4	40180	79	-	99	18	44
米国	151	12	8	10	6	5	302841	4248	34	44970	78	-	92	16	46
ウルグアイ	138	23	12	20	11	7	3331	51	1	5310	76	97x	93	14	50
ウズベキスタン	69	74	43	61	38	27	26981	619	27	610	67	-	100s	19	45
バヌアツ	79	62	36	48	30	19	221	6	0	1710	70	74	94	-	-
ベネズエラ	110	33	21	27	18	12	27191	595	12	6070	73	93	91	12	52
ベトナム	122	53	17	38	15	15	86206	1654	28	690	74	90x	94s	20	44
イエメン	41	139	100	98	75	37	21732	839	84	760	62	54	75	20	41
ザンビア	13	180	182	101	102	40	11696	470	86	630	41	68x	57s	11	55
ジンバブエ	39	76	105	52	68	33	13228	372	39	340x	42	89	82	13	56

要約

サハラ以南のアフリカ	187	160	111	95	44	748886	29889	4786	851	50	58	66	13	55
東部・南部アフリカ	165	131	102	83	40	370361	14074	1844	1171	50	60	70	11	58
西部・中部アフリカ	208	186	119	107	48	378525	15815	2942	553	50	57	62	16	49
中東と北アフリカ	79	46	58	36	26	382048	9617	442	2104	69	73	85	17	46
南アジア	123	83	87	62	44	1542571	37942	3149	777	64	58	82	19	46
東アジアと太平洋諸国	55	29	41	23	20	1968675	29764	863	2371	72	91	97	17	46
ラテンアメリカとカリブ海諸国	55	27	43	22	15	559525	11418	308	4847	73	90	93	12	56
CEE / CIS	53	27	43	24	18	405584	5529	149	4264	68	97	92	20	42
先進工業国 [§]	10	6	9	5	4	969949	11003	66	37217	79	-	96	21	40
開発途上国 [§]	103	79	70	54	33	5358223	121685	9614	1967	66	76	84	15	50
後発開発途上国 [§]	180	142	113	90	43	785444	28661	4070	438	55	55	65	15	50
世界	93	72	64	49	30	6577236	135163	9733	7406	68	78	86	20	42

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

- 5歳未満児死亡率**—出生時から満5歳に達する日までに死亡する確率。出生1,000人あたりの死亡数で表す。
- 乳児死亡率**—出生時から満1歳に達する日までに死亡する確率。出生1,000人あたりの死亡数で表す。
- 新生児死亡率**—出生時から生後28日以内に死亡する確率。出生1,000人あたりの死亡数で表す。
- 1人あたりのGNI**—GNI(国民総所得)とは、すべての居住生産者による付加価値の額に、生産評価額に含まれないすべての生産品税額(補助金は控除)および非居住者からの1次所得(被用者の報酬および財産所得)の正味受取額を加えた総額である。1人あたりのGNIは、国民総所得を年次の人口で割って算出する。1人あたりのGNIの米ドル換算値は世界銀行アトラス計算法によるものである。
- 出生時の平均余命**—新生児が、その出生時の人口集団の標準的な死亡の危険のもとで生きられる年数。
- 成人の識字率**—15歳以上で読み書きできる者の数。当該年齢層の総人口に占める比率で表す。
- 初等教育純就学/出席率**—初等学校に就学する、あるいは通学する子どもの数。初等教育就学年齢の子どもの総人口に占める比率で表す。指標は、初等教育純就学率、あるいは初等教育純出席率のどちらかである。両方の指標が入手できる場合は、初等教育出席率のデータが特に優れている場合を除いては、初等教育純就学率を用いる。初等教育純就学率と初等教育純出席率の定義については、130ページの表5に記載している。
- 所得の分布**—所得の受取額から見て上位20%の世帯と下位40%の世帯がそれぞれ受け取っている所得の比率。

データの主な出典

- 5歳未満児・乳児死亡率**—ユニセフ、世界保健機関、国連人口局、国連統計局。
- 新生児死亡率**—世界保健機関(人口動態統計システムおよび世帯調査を使用)。
- 総人口**—国連人口局。
- 出生数**—国連人口局。
- 5歳未満児の死亡数**—ユニセフ。
- 1人あたりのGNI**—世界銀行。
- 平均余命**—国連人口局。
- 成人の識字率**—ユネスコ統計研究所(UIS)。万人のための教育2000評価の結果を含む。
- 就学・出席率**—ユネスコ統計研究所(UIS)、複数指標クラスター調査(MICS)および人口保健調査(DHS)。
- 世帯の所得**—世界銀行。

注

- a: 低所得層(905米ドル以下)
- b: 下位の中所得層(906~3,595米ドル)
- c: 上位の中所得層(3,596~11,115米ドル)
- d: 高所得層(11,116米ドル以上)

- データなし。
- x データが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り、地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。
- y 列の見出しで指定されている年次もしくは期間以外のデータ、標準的な定義によらないデータまたは国内の一部地域のみに関するデータではあるが、地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられたことを示す。
- * データが、列の見出しで指定されている期間内に入手できたもっとも最近の年次のものであることを示す。
- s 国別世帯調査のデータ。

表2 栄養指標

国・地域	低出生体重児出生率 (%) 1999-2006 *	子どもの比率 (%) 2000-2006 *			栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2006 *				ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2005		ヨード添加塩を使う世帯 (%) 2000-2006 *
		母乳のみ (6カ月未満)	母乳と補助食品 (6-9カ月)	母乳育児継続 (20-23カ月)	低体重		消耗症	発育障害	少なくとも年1回補給* (%)	年2回補給△ (%)	
					中・重度	重度	中・重度	中・重度			
アフガニスタン	-	-	29	54	39	12	7	54	95	91	28
アルバニア	7	2	38	20	8	1	7	22	-	-	62
アルジェリア	6	7	39	22	4	1	3	11	-	-	61
アンドラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	12	11	77	37	31	8	6	45	79	65	35
アンティグアバーブーダ	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンチン	7	-	-	-	4	-	1	4	-	-	90x
アルメニア	8	33	57	15	4	0	5	13	-	-	97
オーストラリア	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストリア	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アゼルバイジャン	12	7	39	16	7	1	2	13	29	29w	26
バハマ	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バーレーン	8	34x,k	65x	41x	9x	2x	5x	10x	-	-	-
バングラデシュ	22	37	52	89	48	13	13	43	83	82	84
バルバドス	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベラルーシ	4	9	38	4	1	0	1	3	-	-	55
ベルギー	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベリーズ	6	24x,k	54x	23x	7	-	1	18	-	-	90x
ベナン	16	70	50	57	23	5	7	38	94	92	72
ブータン	15	-	-	-	19x	3x	3x	40x	-	-	96
ボリビア	7	54	74	46	8	1	1	27	39	39	90
ボスニア・ヘルツェゴビナ	5	18	29	10	2	0	3	7	-	-	62
ボツワナ	10	34	57	11	13	2	5	23	-	-	66
ブラジル	8	-	30x	17x	6x	1x	2x	11x	-	-	88
ブルネイ	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルガリア	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
ブルキナファソ	16	7	50	85	37	14	23	35	95	95	34
ブルンジ	11	45	88	-	39	14	7	53	69	17	98
カンボジア	11	60	82	54	36	7	7	37	79	65	73
カメルーン	11	21	64	21	19	5	6	30	95	95	49
カナダ	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カボヴェルデ	13	57x,k	64x	13x	-	-	-	-	-	-	0x
中央アフリカ共和国	13	23	55	47	29	8	10	38	-	-	62
チャド	22	2	77	65	37	14	14	41	95	93	56
チリ	6	63	47	-	1	-	0	1	-	-	100
中国	2	51	32	15	7	-	-	11	-	-	90
コロンビア	9	47	65	32	7	1	1	12	-	-	92x
コモロ	25	21	34	45	25	-	8	44	-	-	82
コンゴ	13	19	78	21	14	3	7	26	90	9	82
コンゴ民主共和国	12	24	79	52	31	9	13	38	92	87	72
クック諸島	3	19x,k	-	-	10x	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	7	35x,k	47x	12x	5x	0x	2x	6x	-	-	97x
コートジボワール	17	4	54	37	20	4	7	34	95	89	84
クロアチア	6	23x	-	-	1x	-	1x	1x	-	-	90x
キューバ	5	41	42	9	4	0	2	5	-	-	88
キプロス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
チェコ	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
デンマーク	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジブチ	10	1	23	18	29	10	21	33	52	0	0
ドミニカ	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	11	4	36	15	5	1	1	7	-	-	19
エクアドル	16	40	77	23	9	1	2	23	-	-	99x
エジプト	14	38	67	37	6	1	4	18	-	-	78
エルサルバドル	7	24	76	43	10	1	1	19	-	-	62
赤道ギニア	13	24	-	-	19	4	7	39	-	-	33
エリトリア	14	52	43	62	40	12	13	38	57	50	68
エストニア	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
エチオピア	20	49	54	-	38	11	11	47	59	59	20
フィジー	10	47x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	31x
フィンランド	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
フランス	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	低出生体重 児出生率 (%) 1999-2006*	子どもの比率 (%) 2000-2006*			栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2006*				ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2005		ヨード 添加塩を 使う世帯 (%) 2000-2006*
		母乳のみ (6カ月未満)	母乳と 補助食品 (6-9カ月)	母乳育児 継続 (20-23カ月)	低体重		消耗症		少なくとも 年1回補給 ⁺ (%)	年2回 補給 [△] (%)	
					中・重度	重度	中・重度	中・重度			
ガボン	14	6	62	9	12	2	3	21	-	-	36
ガンビア	20	41	44	53	20	4	6	22	95	16	7
グルジア	7	18x,k	12x	12x	3x	0x	2x	12x	-	-	91
ドイツ	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガーナ	9	54	58	56	18	3	5	22	95	95	32
ギリシャ	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グレナダ	9	39x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	12	51	67	47	23	4	2	49	44	36w	67
ギニア	12	27	41	71	26	7	9	35	95	95	51
ギニアビサウ	24	16	35	61	19	4	7	41	-	-	1
ガイアナ	13	11	42	31	14	3	11	11	-	-	-
ハイチ	25	41	87	35	22	6	9	24	42	42	3
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	10	30	69	48	11	1	1	25	40	40	80x
ハンガリー	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アイスランド	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
インド	30	46	56	-	43	16	20	48	64	64w	51
インドネシア	9	40	75	59	28	9	-	-	76	76	73
イラン	7	44	-	0	11x	2x	5x	15x	-	-	99
イラク	15	25	51	36	8	1	5	21	-	-	28
アイルランド	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イスラエル	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イタリア	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジャマイカ	12	15	36	24	4	-	4	3	-	-	100x
日本	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ヨルダン	12	27	70	12	4	1	2	9	-	-	88
カザフスタン	6	17	39	16	4	1	4	13	-	-	92
ケニア	10	13	84	57	20	4	6	30	69	69	91
キリバス	5	80x,k	-	-	13x	-	-	-	62	60	-
朝鮮民主主義人民共和国	7	65	31	37	23	8	7	37	95	95	40
韓国	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
クウェート	7	12x,k	26x	9x	10x	3x	11x	24x	-	-	-
キルギス	5	32	49	26	3	0	4	14	88	87	76
ラオス	14	23	10	47	40	13	15	42	63	62	75
ラトビア	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
レバノン	6	27k	35	11	4	-	5	11	-	-	92
レソト	13	36	79	60	20	4	4	38	9	2	91
リベリア	-	35	70	45	26	8	6	39	95	79	-
リビア	7	-	-	23x	5x	1x	3x	15x	-	-	90x
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルクセンブルク	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マダガスカル	17	67	78	64	42	11	13	48	95	95	75
マラウイ	13	56	89	73	19	3	3	46	94	86	48
マレーシア	9	29x,k	-	12x	8	1	-	-	-	-	-
モルディブ	22	10	85	-	30	7	13	25	-	-	44
マリ	23	25	32	69	33	11	11	38	66	66	74
マルタ	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マーシャル諸島	12	63x,k	-	-	-	-	-	-	6	6	-
モーリタニア	-	20	78	57	32	10	13	35	96	57	2
モーリシャス	14	21k	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x
メキシコ	8	38x,k	36x	21x	5	-	2	13	68	63	91
ミクロネシア連邦	18	60x,k	-	-	15x	-	-	-	89	73	-
モルドバ	6	46	18	2	4	1	4	8	-	-	60
モナコ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	6	57	57	65	6	1	2	21	92	92	83
モンテネグロ	4	19	35	13	3	1	3	5	-	-	71
モロッコ	15	31	66	15	10	2	9	18	-	-	59
モザンビーク	15	30	80	65	24	6	4	41	95	16	54
ミャンマー	15	15k	66	67	32	7	9	32	95	95	60
ナミビア	14	19	57	37	24	5	9	24	68	0	63

表2 栄養指標

	低出生体重児出生率 (%) 1999-2006 *	子どもの比率 (%) 2000-2006 *			栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2006 *				ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2005		ヨード添加塩を使う世帯 (%) 2000-2006 *
		母乳のみ (6カ月未満)	母乳と補助食品 (6-9カ月)	母乳育児継続 (20-23カ月)	低体重		消耗症	発育障害	少なくとも年1回補給* (%)	年2回補給△ (%)	
					中・重度	重度	中・重度	中・重度			
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ネパール	21	53	75	95	39	11	13	49	96	96	63
オランダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
ニカラグア	12	31	68	39	10	2	2	20	98	0	97
ニジェール	13	14	62	62	44	15	10	50	94	94	46
ナイジェリア	14	17	64	34	29	9	9	38	73	73	97
ニウエ	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ノルウェー	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パレスチナ自治区	7	27	-	-	3	0	1	10	-	-	86
オマーン	8	-	92	73	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
パキスタン	19	16x,k	31x	56x	38	13	13	37	95	95	17
パラオ	9	59x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パナマ	10	25x	38x	21x	8x	1x	1x	18x	4	4	95x
バブアニューギニア	11	59x	74x	66x	-	-	-	-	90	0	-
パラグアイ	9	22	60	-	5	-	1	14	-	-	88
ペルー	11	64	81	41	8	0	1	24	-	-	91
フィリピン	20	34	58	32	28	-	6	30	85	85	56
ポーランド	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ポルトガル	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カタール	10	12x,k	48x	21x	6x	-	2x	8x	-	-	-
ルーマニア	8	16	41	-	3	0	2	10	-	-	74
ロシア連邦	6	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
ルワンダ	6	88	69	77	23	4	4	45	100	99	88
セントクリストファー・ネイビス	9	56x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントビンセント・グレナディーン	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サモア	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	8	60	60	18	9	1	8	23	33	28	37
サウジアラビア	11	31x,k	60x	30x	14x	3x	11x	20x	-	-	-
セネガル	19	34	61	42	17	3	8	16	95	86	41
セルビア	5	15	39	8	2	0	3	6	-	-	73
セーシェル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シエラレオネ	24	8	52	57	30	8	9	40	95	95	45
シンガポール	8	-	-	-	3	0	2	2	-	-	-
スロバキア	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロベニア	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ソロモン諸島	13	65k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ソマリア	11	9	15	35	36	12	11	38	-	-	1
南アフリカ	15	7y	46y	-	12x	2x	3x	25x	33	29	62x
スペイン	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スリランカ	22	53	-	73	29	-	14	14	64	61w	94
スーダン	31	16	47	40	41	15	16	43	90	90	1
スリナム	13	9	25	11	13	2	7	10	-	-	-
スワジランド	9	24	60	25	10	2	1	30	59	40	59
スウェーデン	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スイス	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シリア	9	29	37	16	10	2	9	22	-	-	79
タジキスタン	10	25	15	34	17	4	7	27	98	98	46
タンザニア	10	41	91	55	22	4	3	38	95	95	43
タイ	9	5	43	19	9	0	4	12	-	-	58
旧ユーゴスラビア・マケドニア	6	37x	8x	10x	2	0	2	9	-	-	94
東ティモール	12	31	82	35	46	15	12	49	91	35	72
トーゴ	12	28	35	44	26	7	14	24	95	92	25
トンガ	3	62x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
トリニダード・トバゴ	19	13	43	22	6	1	4	4	-	-	28
チュニジア	7	47	-	22	4	1	2	12	-	-	97
トルコ	16	21	38	24	4	1	1	12	-	-	64
トルクメニスタン	4	11	54	37	11	2	6	15	-	-	87
ツバル	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	低出生体重 児出生率 (%) 1999-2006*	子どもの比率 (%) 2000-2006*			栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2006*				ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2005		ヨード 添加塩を 使う世帯 (%) 2000-2006*	
		母乳のみ (6カ月未満)	母乳と 補助食品 (6-9カ月)	母乳育児 継続 (20-23カ月)	低体重		消耗症		発育障害	少なくとも 年1回補給 [†] (%)		年2回 補給 [△] (%)
					中・重度	重度	中・重度	中・重度				
ウガンダ	12	60	80	54	20	5	5	32	78	78	95	
ウクライナ	4	6	83	11	1	0	0	3	-	-	18	
アラブ首長国連邦	15	34x,k	52x	29x	14x	3x	15x	17x	-	-	-	
英国	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
米国	8	-	-	-	2	0	0	1	-	-	-	
ウルグアイ	8	-	-	-	5	1	2	11	-	-	-	
ウズベキスタン	5	26	45	38	5	1	3	15	82	82	53	
バヌアツ	6	50x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ベネズエラ	9	7x,k	50x	31x	5	1	4	13	-	-	90x	
ベトナム	7	17	70	23	25	3	7	30	99	99w	93	
イエメン	32	12	76	-	46	15	12	53	15	15w	30	
ザンビア	12	40	87	58	20	-	6	50	66	66	77	
ジンバブエ	11	22	79	28	17	3	6	29	81	81	93x	

要約

サハラ以南のアフリカ	14	30	67	50	28	8	9	38	79	73	64
東部・南部アフリカ	14	39	71	56	28	7	7	41	73	64	54
西部・中部アフリカ	14	21	63	46	28	9	10	36	85	82	72
中東と北アフリカ	16	28	57	25	17	5	8	25	-	-	64
南アジア	29	45	55	-	42	15	18	46	71	71	51
東アジアと太平洋諸国	6	43	45	27	14	-	-	16	84	82**	84
ラテンアメリカとカリブ海諸国	9	-	-	-	7	-	2	16	-	-	85
CEE / CIS	6	19	44	23	5	1	2	12	-	-	50
先進工業国 [§]	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
開発途上国 [§]	16	38	56	40	26	10	11	32	75	72**	69
後発開発途上国 [§]	17	35	64	63	35	10	10	42	82	77	55
世界	15	38	56	39	25	9	11	31	75	72**	68

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

低出生体重—出生時の体重が2,500グラム未満であること。

低体重—中・重度：年齢相応の体重を持つ基準集団の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満であること。重度：年齢相応の体重を持つ基準集団の体重の中央値からの標準偏差がマイナス3未満であること。

消耗症—中・重度：身長相応の体重を持つ基準集団の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満であること。

発育障害—中・重度：年齢相応の身長を持つ基準集団の身長の中央値からの標準偏差がマイナス2未満であること。

ビタミンAの補給率—2005年にビタミンAの補給を受けた生後6～59カ月児の比率。

ヨード添加塩を使う世帯—適切なヨード添加処理が施された塩（15ppm以上）を消費する世帯の比率。

データの主な出典

低出生体重—人口保健調査（DHS）、複数指標クラスター調査（MICS）、その他の国別世帯調査、定期報告制度によるデータ。

母乳育児—DHS、MICS、ユニセフ。

低体重・消耗症・発育障害—DHS、MICS、世界保健機関（WHO）、ユニセフ。

ビタミンA—ユニセフ、WHO。

ヨード添加塩—MICS、DHS、ユニセフ。

注

- データなし。
- x データが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り、かつ地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。
- y 列の見出しで指定されている年次もしくは期間以外のデータ、標準的な定義によらないデータ、または国内の一部地域のみに関するデータではあるが、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。
- * データが列の見出しで指定されている期間内に入手してきた直近の年次のものであることを示す。
- k 生後4カ月未満の乳児への母乳のみの育児を表す。
- w ビタミンA補給プログラムの対象とされる月齢層が6～59カ月よりも狭く設定されている国を示す。補給率は対象の月齢層にしたがって報告されている。
- † 2005年（報告時点での直近の実施年度）に少なくとも1回のビタミンA補給を受けた子どもの比率を示す。
- △ 2005年に2回のビタミンA補給を受けた子どもの比率については、2回の実施時期のうち補給率が低かった方の数字が報告されている。'0'（ゼロ）は2005年にビタミンA補給が1回しか実施されなかったことを示している。
- ** 中国を除く。

表3 保健指標

国・地域	改善された水源を利用する人の比率 (%) 2004			適切な衛生施設を利用する人の比率 (%) 2004			政府資金による定期EPI用ワクチンの購入率 (%) 2006	完全に予防接種を受けた比率 (%) 2006							肺炎と疑われる症状を呈している5歳未満のうち適切な保護を受けた比率 (%) 2000-2006*	肺炎と疑われる症状を呈している5歳未満のうち適切な保護を受けた比率 (%) 2000-2006*	下痢をした5歳未満のうちORITおよび授乳・食事の継続による対応をされた比率 (%) 2000-2006*	マラリア 2003-2006*			
	全国	都市	農村	全国	都市	農村		BCG	1歳児			破傷風から保護される新生児 (%)	2000-2006*	2000-2006*				蚊の下の比率 (%)	殺虫処理を施した5歳未満の比率 (%)	発熱した5歳未満のうちマラリア剤を与えられた比率 (%)	
									結核	3種混合	ポリオ										はしか
アフガニスタン	39	63	31	34	49	29	0	90	90	77	77	68	-	-	88	28	-	48	-	-	-
アルバニア	96	99	94	91	99	84	-	98	98	98	97	97	98	-	87	45	38	50	-	-	-
アルジェリア	85	88	80	92	99	82	100	99	98	95	95	91	80	-	70	53	59	24	-	-	-
アンドラ	100	100	100	100	100	100	-	-	97	93	93	91	84	93	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	53	75	40	31	56	16	67	65	66	44	44	48	-	-	80	58	-	32	-	-	-
アンティグアバーブーダ	91	95	89	95	98	94	100	-	96	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンチン	96	98	80	91	92	83	-	99	93	91	92	97	84	91	-	-	-	-	-	-	-
アルメニア	92	99	80	83	96	61	30	91	95	87	87	92	78	-	-	36	11	59	-	-	-
オーストラリア	100	100	100	100	100	100	-	-	97	92	92	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-
オーストリア	100	100	100	100	100	100	88	-	94	83	83	80	83	83	-	-	-	-	-	-	-
アゼルバイジャン	77	95	59	54	73	36	70	99	97	95	97	96	93	-	-	36	-	40	12x	1x	1x
バハマ	97	98	86	100	100	100	100	-	95	95	94	88	96	95	65	-	-	-	-	-	-
バーレーン	-	100	-	-	100	-	100	-	99	98	98	99	98	97	92	-	-	-	-	-	-
バングラデシュ	74	82	72	39	51	35	63	96	96	88	88	81	88	-	92	30	22	49	-	-	-
バルバドス	100	100	100	100	99	100	100	-	81	84	85	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-
ベラルーシ	100	100	100	84	93	61	100	99	99	99	97	97	98	-	-	90	67	54	-	-	-
ベルギー	-	100	-	-	-	-	-	-	98	97	97	88	78	95	94	-	-	-	-	-	-
ベリーズ	91	100	82	47	71	25	100	97	96	98	98	99	98	98	80	66x	-	-	-	-	-
ベナン	67	78	57	33	59	11	10	99	99	93	93	89	93	93	84	35	-	42	47	20	54
ブータン	62	86	60	70	65	70	-	92	98	95	96	90	95	-	88	-	-	-	-	-	-
ボリビア	85	95	68	46	60	22	69	93	94	81	79	81	81	81	-	52	-	54	-	-	-
ボスニア・ヘルツェゴビナ	97	99	96	95	99	92	85	97	94	87	91	90	82	85	85	91	73	53	-	-	-
ボツワナ	95	100	90	42	57	25	100	99	98	97	97	90	85	-	71	14	-	7	-	-	-
ブラジル	90	96	57	75	83	37	-	99	99	99	99	99	97	99	84	46x	15x	28x	-	-	-
ブルネイ	-	-	-	-	-	-	-	96	99	99	99	97	99	99	92	-	-	-	-	-	-
ブルガリア	99	100	97	99	100	96	100	98	97	95	96	96	96	-	65	-	-	-	-	-	-
ブルキナファソ	61	94	54	13	42	6	17	99	99	95	94	88	76	76	-	39	15	42	18	10	48
ブルンジ	79	92	77	36	47	35	1	84	86	74	64	75	74	74	84	38	26	23	13	8	30
カンボジア	41	64	35	17	53	8	0	87	85	80	80	78	80	-	80	48	-	59	88	4	0
カメルーン	66	86	44	51	58	43	20	85	87	81	78	73	81	-	52	35	38	22	27	13	58
カナダ	100	100	99	100	100	99	-	-	97	94	94	94	14	94	82	-	-	-	-	-	-
カボヴェルデ	80	86	73	43	61	19	90	70	74	72	72	65	69	-	-	-	-	-	-	-	-
中央アフリカ共和国	75	93	61	27	47	12	0	70	65	40	40	35	-	-	74	32	39	47	33	15	57
チャド	42	41	43	9	24	4	55	40	45	20	36	23	-	-	60	12	-	27	27x	1x	32x
チリ	95	100	58	91	95	62	100	98	95	94	94	91	94	94	-	-	-	-	-	-	-
中国	77	93	67	44	69	28	-	92	94	93	94	93	91	-	-	-	-	-	-	-	-
コロンビア	93	99	71	86	96	54	100	88	95	86	86	88	86	86	88	62	-	39	24x	-	-
コモロ	86	92	82	33	41	29	0	84	78	69	69	66	69	-	77	49	-	31	36x	9x	63x
コンゴ	58	84	27	27	28	25	75	84	81	79	79	66	-	-	84	48	-	39	68	6	48
コンゴ民主共和国	46	82	29	30	42	25	0	87	87	77	78	73	-	-	77	36	-	17	12x	1x	52x
クック諸島	94	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	97	100	92	92	89	97	-	88	89	91	91	89	90	89	-	-	-	-	-	-	-
コートジボワール	84	97	74	37	46	29	28	77	95	77	76	73	77	-	-	35	19	45	17	6	36
クロアチア	100	100	100	100	100	100	100	98	96	96	96	96	-	96	-	-	-	-	-	-	-
キューバ	91	95	78	98	99	95	99	99	96	89	99	96	89	97	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	100	100	100	100	100	100	36	-	99	97	97	87	93	90	-	-	-	-	-	-	-
チェコ	100	100	100	98	99	97	-	99	98	98	98	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-
デンマーク	100	100	100	-	-	-	100	-	93	93	93	99	-	93	-	-	-	-	-	-	-
ジブチ	73	76	59	82	88	50	-	88	76	72	72	67	-	-	77	62	43	33	9	1	10
ドミニカ	97	100	90	84	86	75	100	99	99	95	88	99	7	7	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	95	97	91	78	81	73	69	95	93	81	85	99	74	69	85	63	-	42	-	-	-
エクアドル	94	97	89	89	94	82	100	99	99	98	97	97	98	98	66	-	-	-	-	-	-
エジプト	98	99	97	70	86	58	100	99	98	98	98	98	98	-	86	63	-	27	-	-	-
エルサルバドル	84	94	70	62	77	39	100	93	98	96	96	98	96	96	91	62	-	-	-	-	-
赤道ギニア	43	45	42	53	60	46	0	73	65	33	39	51	-	-	59	-	-	36	15x	1x	49x
エリトリア	60	74	57	9	32	3	10	99	99	97	96	95	97	-	79	44	-	54	12x	4x	4x
エストニア	100	100	99	97	97	96	100	99	98	95	95	96	95	88	-	-	-	-	-	-	-
エチオピア	22	81	11	13	44	7	0	72	80	72	69	63	-	-	80	19	-	15	2	2	3
フィジー	47	43	51	72	87	55	100	93	84	81	83	99	81	81	93	-	-	-	-	-	-
フィンランド	100	100	100	100	100	100	100	98	99	97	97	97	-	98	-	-	-	-	-	-	-
フランス	100	100	100	-	-	-	-	84	98	98	98	87	29	87	-	-	-	-	-	-	-

	改善された水源を利用する人の比率 (%) 2004			適切な衛生施設を利用する人の比率 (%) 2004			政府資金による定期EPI用ワクチンの購入率 (%) 2006	完全に予防接種を受けた比率 (%) 2006								破傷風から保護される新生児 (%)	肺炎と疑われる症状を呈している5歳未満児のうち適切な保健措置を受けた比率 (%)	肺炎と疑われる症状を呈している5歳未満児のうち適切な保健措置を受けた比率 (%)	下痢をした5歳未満児のうちORTおよび授乳・食事の継続による対応をされた比率 (%)	マラリア 2003-2006 *			
	全国	都市	農村	全国	都市	農村		BCG	1 歳児				HepB3	Hib3	2000-2006 *					2000-2006 *	蚊を駆除した5歳未満児の比率 (%)	殺虫剤を施した5歳未満児の比率 (%)	発熱した5歳未満児の比率 (%)
									結核	3 種混合	ポリオ	はしか											
								対応ワクチン				マラリア 2003-2006 *											
ガボン	88	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	-	63	48	-	44	-	-	-		
ガンビア	82	95	77	53	72	46	35	99	95	95	95	95	95	95	94	69	61	38	63	49	63		
グルジア	82	96	67	94	96	91	71	95	99	87	88	95	83	-	87	99	-	-	-	-	-		
ドイツ	100	100	100	100	100	100	-	-	96	90	96	94	86	94	-	-	-	-	-	-	-		
ガーナ	75	88	64	18	27	11	-	99	87	84	84	85	84	84	-	59	33	29	33	22	61		
ギリシャ	-	-	-	-	-	-	-	88	96	88	87	88	88	88	69	-	-	-	-	-	-		
グレナダ	95	97	93	96	96	97	100	-	87	91	91	98	91	91	-	-	-	-	-	-	-		
グアテマラ	95	99	92	86	90	82	-	96	93	80	81	95	80	80	91	64	-	22x	6x	1x	-		
ギニア	50	78	35	18	31	11	40	90	99	71	70	67	-	-	79	42	-	38	12	0	44		
ギニアビサウ	59	79	49	35	57	23	-	87	85	77	74	60	-	-	91	57	42	25	73	39	46		
ガイアナ	83	83	83	70	86	60	100	96	95	93	92	90	93	93	31	78	-	40	74	6	1		
ハイチ	54	52	56	30	57	14	-	75	83	53	52	58	-	-	94	31	3	43	-	-	5		
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ホンジュラス	87	95	81	69	87	54	100	90	95	87	87	91	87	87	-	56	54	49	-	-	1		
ハンガリー	99	100	98	95	100	85	100	99	99	99	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-		
アイスランド	100	100	100	100	100	100	-	-	97	97	97	95	-	97	86	-	-	-	-	-	-		
インド	86	95	83	33	59	22	100	78	78	55	58	59	6	-	83	69	-	32	-	-	12x		
インドネシア	77	87	69	55	73	40	87	82	88	70	70	72	70	-	87	61	-	56	32x	0x	1		
イラン	94	99	84	-	-	-	100	99	99	99	99	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-		
イラク	81	97	50	79	95	48	100	91	83	60	63	60	75	-	89	82	82	64	7x	0x	1x		
アイルランド	-	100	-	-	-	-	100	93	97	91	91	86	-	91	-	-	-	-	-	-	-		
イスラエル	100	100	100	-	100	-	-	-	98	95	93	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-		
イタリア	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	97	87	96	95	52	-	-	-	-	-	-		
ジャマイカ	93	98	88	80	91	69	100	90	86	85	86	87	87	87	72	75	52	39	-	-	-		
日本	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	97	99	-	-	86	-	-	-	-	-	-		
ヨルダン	97	99	91	93	94	87	100	95	99	98	98	99	98	98	-	78	-	44	-	-	-		
カザフスタン	86	97	73	72	87	52	100	99	99	99	99	99	99	-	-	71	32	48	-	-	-		
ケニア	61	83	46	43	46	41	80	92	90	80	77	77	80	80	74	49	-	33	15	5	27		
キリバス	65	77	53	40	59	22	100	99	98	86	86	61	88	-	-	-	-	-	-	-	-		
朝鮮民主主義人民共和国	100	100	100	59	58	60	-	96	91	89	98	96	96	-	-	93	-	-	-	-	-		
韓国	92	97	71	-	-	-	-	98	98	98	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-		
クウェート	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	90	-	-	-	-	-	-		
キルギス	77	98	66	59	75	51	40	99	96	92	93	97	90	-	82	62	45	22	-	-	-		
ラオス	51	79	43	30	67	20	0	61	68	57	56	48	57	-	52	36	-	37	82x	18x	9x		
ラトビア	99	100	96	78	82	71	100	99	99	98	98	95	97	99	-	-	-	-	-	-	-		
レバノン	100	100	100	98	100	87	100	-	98	92	92	96	88	92	72	74	-	-	-	-	-		
レソト	79	92	76	37	61	32	1	96	95	83	80	85	85	-	72	59	-	53	-	-	-		
リベリア	61	72	52	27	49	7	0	89	99	88	87	94	-	-	-	70	-	-	11	3	-		
リビア	-	-	-	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-		
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
リトアニア	-	-	-	-	-	-	100	99	98	94	94	97	95	94	-	-	-	-	-	-	-		
ルクセンブルク	100	100	100	-	-	-	-	-	99	99	99	95	95	98	-	-	-	-	-	-	-		
マダガスカル	50	77	35	34	48	26	18	72	71	61	63	59	61	-	67	48	-	47	30x	0x	34		
マラウイ	73	98	68	61	62	61	20	99	99	99	99	85	99	99	84	51	29	26	29	23	24		
マレーシア	99	100	96	94	95	93	100	99	88	96	96	90	87	89	88	-	-	-	-	-	-		
モルディブ	83	98	76	59	100	42	75	99	99	98	98	97	98	-	85	22	-	-	-	-	-		
マリ	50	78	36	46	59	39	77	85	95	85	83	86	90	16	-	36	-	45	-	-	-		
マルタ	100	100	100	-	100	-	70	-	85	85	83	94	86	83	62	-	-	-	-	-	-		
マーシャル諸島	87	82	96	82	93	58	100	92	90	74	95	96	86	97	60	-	-	-	-	-	-		
モーリタニア	53	59	44	34	49	8	100	86	85	68	68	62	68	-	94	41	-	9	31	2	33		
モーリシャス	100	100	100	94	95	94	100	97	96	97	98	99	97	96	-	-	-	-	-	-	-		
メキシコ	97	100	87	79	91	41	100	99	99	98	98	96	98	98	87	-	-	-	-	-	-		
ミクロネシア連邦	94	95	94	28	61	14	100	55	86	67	81	83	84	59	-	-	-	-	-	-	-		
モルドバ	92	97	88	68	86	52	-	99	97	97	98	96	98	-	-	60	-	48	-	-	-		
モナコ	100	100	-	100	100	-	-	90	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-		
モンゴル	62	87	30	59	75	37	-	98	99	99	98	99	98	56	87	63	71	47	-	-	-		
モンテネグロ	-	-	-	-	-	-	-	98	95	90	90	90	90	90	85	89	57	64	-	-	-		
モロッコ	81	99	56	73	88	52	100	95	99	97	97	95	95	10	-	38	-	46	-	-	-		
モザンビーク	43	72	26	32	53	19	100	87	88	72	70	77	72	-	85	55	-	47	10	-	15		
ミャンマー	78	80	77	77	88	72	-	85	86	82	82	78	75	-	87	66	-	65	-	-	-		
ナミビア	87	98	81	25	50	13	100	88	90	74	74	63	-	-	81	53	-	39	7x	-	14x		

表3 保健指標

	改善された水源を利用する人の比率 (%) 2004			適切な衛生施設を利用する人の比率 (%) 2004			政府資金による定期EPI用ワクチンの購入率 (%) 2006	完全に予防接種を受けた比率 (%) 2006							肺炎と疑われる症状を呈している5歳未満の適切な措置を受けた比率 (%) 2000-2006*	肺炎と疑われる症状を呈している5歳未満の適切な措置を受けた比率 (%) 2000-2006*	下痢をした5歳未満のうちORTおよび授乳・食事の継続による対応をされた比率 (%) 2000-2006*	マラリア 2003-2006*						
	全国	都市	農村	全国	都市	農村		1歳児										破傷風から保護される新生児 (%)	蚊の下の5歳未満の比率 (%)	殺虫処理を施した5歳未満の比率 (%)	発熱した5歳未満のうちマラリア剤を与えられた比率 (%)			
								結核	三種混合	ポリオ	はしか	B型肝炎	Hib	破傷風										
ナウル	-	-	-	-	-	-	0	99	98	72	45	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ネパール	90	96	89	35	62	30	18	93	93	89	91	85	69	-	83	43	25	43	-	-	-	-	-	
オランダ	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	96	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニュージーランド	-	100	-	-	-	-	100	-	92	89	89	82	87	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニカラグア	79	90	63	47	56	34	83	99	94	87	88	99	87	87	94	57	-	49	-	-	-	-	2x	
ニジェール	46	80	36	13	43	4	19	64	58	39	55	47	-	-	53	27	-	43	15	7	33	-	-	
ナイジェリア	48	67	31	44	53	36	100	69	72	54	61	62	41	-	71	33	-	28	6	1	34	-	-	
ニウエ	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ノルウェー	100	100	100	-	-	-	100	-	97	93	93	91	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パレスチナ自治区	92	94	88	73	78	61	-	99	98	96	96	99	97	-	-	65	-	-	-	-	-	-	-	-
オマーン	-	-	-	-	97	-	-	99	98	98	98	96	99	98	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パキスタン	91	96	89	59	92	41	100	89	90	83	83	80	83	-	80	66x	16x	-	-	-	-	-	-	-
パラオ	85	79	94	80	96	52	100	-	98	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パナマ	90	99	79	73	89	51	100	99	99	99	99	94	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バブアニューギニア	39	88	32	44	67	41	100	75	85	75	75	65	70	-	81	75x	-	-	-	-	-	-	-	-
パラグアイ	86	99	68	80	94	61	100	75	90	73	72	88	73	73	82	51x	29x	-	-	-	-	-	-	-
ペルー	83	89	65	63	74	32	96	99	98	94	95	99	94	94	64	68	-	57	-	-	-	-	-	-
フィリピン	85	87	82	72	80	59	100	91	90	88	88	92	77	-	57	55	-	76	-	-	-	-	-	-
ポーランド	-	-	-	-	-	-	-	94	99	99	99	99	98	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ポルトガル	-	-	-	-	-	-	-	89	94	93	93	93	94	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カタール	100	100	100	100	100	100	100	99	99	96	95	99	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	57	91	16	-	89	-	100	99	98	97	97	95	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ロシア連邦	97	100	88	87	93	70	-	97	99	99	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルワンダ	74	92	69	42	56	38	28	98	99	99	99	95	99	99	82	28	-	24	16	13	12	-	-	-
セントクリストファー・ネイビス	100	99	99	95	96	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	98	98	98	89	89	89	-	94	94	85	85	94	85	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントビンセント・グレナディーン	-	-	93	-	-	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サモア	88	90	87	100	100	100	100	84	80	56	57	54	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	94	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	79	89	73	25	32	20	0	98	99	99	97	85	75	-	-	47	-	63	53	42	25	-	-	-
サウジアラビア	-	97	-	-	100	-	100	95	97	96	96	95	96	96	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セネガル	76	92	60	57	79	34	37	99	99	89	89	80	89	89	86	47	-	43	14	7	27	-	-	-
セルビア	-	-	-	-	-	-	-	99	97	92	97	88	93	42	-	93	57	31	-	-	-	-	-	-
セーシェル	88	100	75	-	-	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シエラレオネ	57	75	46	39	53	30	-	82	77	64	64	67	-	-	-	48	21	31	20	5	52	-	-	-
シンガポール	100	100	-	100	100	-	-	98	96	95	95	93	94	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	100	100	99	99	100	98	100	98	99	99	99	98	99	99	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロベニア	-	-	-	-	-	-	70	-	98	97	97	96	-	97	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ソロモン諸島	70	94	65	31	98	18	-	84	96	91	91	84	93	-	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ソマリア	29	32	27	26	48	14	0	50	40	35	35	35	-	-	-	13	32	7	18	9	8	-	-	-
南アフリカ	88	99	73	65	79	46	100	97	99	99	99	85	99	99	88	75x	-	37x	-	-	-	-	-	-
スペイン	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	97	81	98	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スリランカ	79	98	74	91	98	89	68	99	99	99	98	99	98	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スーダン	70	78	64	34	50	24	0	77	91	78	77	73	60	-	-	57	-	38	23x	0x	50x	-	-	-
スリナム	92	98	73	94	99	76	-	-	94	84	84	83	84	84	-	58	-	43	77x	3x	-	-	-	-
スワジランド	62	87	54	48	59	44	100	78	73	68	67	57	68	-	-	60	-	24	0x	0x	26x	-	-	-
スウェーデン	100	100	100	100	100	100	-	17	99	99	99	95	-	99	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スイス	100	100	100	100	100	100	5	-	98	95	94	86	-	92	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シリア	93	98	87	90	99	81	100	99	99	99	99	98	98	99	87	77	71	34	-	-	-	-	-	-
タジキスタン	59	92	48	51	70	45	5	94	93	86	81	87	86	-	88	64	41	22	2	1	2	-	-	-
タンザニア	62	85	49	47	53	43	83	99	94	90	91	93	90	-	-	59	-	53	31	16	58	-	-	-
タイ	99	98	100	99	98	99	100	99	99	98	98	96	96	-	-	84	65	46	-	-	-	-	-	-
旧ユーゴスラビア・マケドニア	-	-	-	-	-	-	-	92	95	93	92	94	89	-	88	93	74	45	-	-	-	-	-	-
東ティモール	58	77	56	36	66	33	0	72	75	67	66	64	-	-	63	24	-	-	48x	8x	47x	-	-	-
トーゴ	52	80	36	35	71	15	100	96	91	87	87	83	-	-	84	23	26	22	41	38	48	-	-	-
トンガ	100	100	100	96	98	96	75	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
トリニダード・トバゴ	91	92	88	100	100	100	100	-	93	92	89	89	89	89	-	74	34	32	-	-	-	-	-	-
チュニジア	93	99	82	85	96	65	100	99	99	99	99	98	99	-	89	43	-	-	-	-	-	-	-	-
トルコ	96	98	93	88	96	72	-	88	92	90	90	98	82	-	67	41	-	19x	-	-	-	-	-	-
トルクメニスタン	72	93	54	62	77	50	-	99	99	98	98	99	98	-	-	83	50	25	-	-	-	-	-	-
ツバル	100	94	92	90	93	84	10	99	99	97	97	84	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	改善された水源を利用する人の比率 (%) 2004			適切な衛生施設を利用する人の比率 (%) 2004			政府資金による定期EPI用ワクチンの購入率 (%) 2006	完全に予防接種を受けた比率 (%) 2006							破傷風から保護される新生児 ^λ (%)	肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保健措置を受けた比率 (%) 2000-2006*	肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保健措置を受けた比率 (%) 2000-2006*	下痢をした5歳未満児のうちORTおよび授乳・食事の継続による対応をされた比率 (%) 2000-2006*	マラリア 2003-2006*		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村		2006	1歳児												
									結核	3種混合	ポリオ	はしか	B型肝炎	Hib					対応ワクチン	破傷風	新生児 ^λ
ウガンダ	60	87	56	43	54	41	8	85	89	80	81	89	80	80	88	67	-	29	22	10	62
ウクライナ	96	99	91	96	98	93	99	97	98	98	99	98	96	11	-	-	-	-	-	-	-
アラブ首長国連邦	100	100	100	98	98	95	-	98	97	94	94	92	92	94	-	-	-	-	-	-	-
英国	100	100	100	-	-	-	100	-	97	92	92	85	-	92	-	-	-	-	-	-	-
米国	100	100	100	100	100	100	-	-	99	96	92	93	92	94	-	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	100	100	100	100	100	99	100	99	99	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-
ウズベキスタン	82	95	75	67	78	61	64	98	96	95	94	95	97	-	87	68	56	28	-	-	-
バヌアツ	60	86	52	50	78	42	100	92	90	85	85	99	85	-	52	-	-	-	-	-	-
ベネズエラ	83	85	70	68	71	48	-	83	78	71	73	55	71	71	88	72	-	51	-	-	-
ベトナム	85	99	80	61	92	50	80	95	94	94	94	93	93	-	61	71	-	65	94	5	3
イエメン	67	71	65	43	86	28	100	70	92	85	85	80	85	85	-	47	-	18x	-	-	-
ザンビア	58	90	40	55	59	52	85	94	94	80	80	84	80	80	90	69	-	48	27	23	58
ジンバブエ	81	98	72	53	63	47	0	99	95	90	90	90	90	-	80	50x	-	80x	7	3	5

要約

サハラ以南のアフリカ	55	81	41	37	53	28	49	82	83	72	74	72	48	24	77	40	-	30	15	8	34
東部・南部アフリカ	56	86	42	38	58	30	43	85	86	78	77	76	58	36	81	44	-	32	15	9	28
西部・中部アフリカ	55	76	40	36	49	26	55	79	81	67	70	68	38	13	72	36	-	29	16	7	40
中東と北アフリカ	88	95	78	74	90	53	88	92	95	91	91	89	88	24	81	66	-	38	-	-	-
南アジア	85	94	81	37	63	27	91	82	82	63	66	65	25	-	84	62	-	35	-	-	-
東アジアと太平洋諸国	79	92	70	51	73	36	-	91	92	89	89	89	86	2	-	64**	-	61**	-	-	-
ラテンアメリカとカリブ海諸国	91	96	73	77	86	49	96	96	96	92	92	93	89	90	84	-	-	-	-	-	-
CEE / CIS	91	98	79	84	93	70	-	95	96	95	95	97	92	3	-	57	-	-	-	-	-
先進工業国 [§]	100	100	100	100	100	99	-	-	98	96	94	93	64	82	-	-	-	-	-	-	-
開発途上国 [§]	80	92	70	50	73	33	78	86	88	78	79	78	59	17	80	56**	-	38**	-	-	-
後発開発途上国 [§]	59	79	51	36	55	29	33	85	87	77	77	74	50	17	82	40	-	37	-	-	-
世界	83	95	73	59	80	39	78	87	89	79	80	80	60	22	80	56**	-	38**	-	-	-

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

政府資金による定期EPI用ワクチンの購入率—子どもを守るために定期的に実施される予防接種のワクチンのうち、中央政府資金（融資資金を含む）で購入されたものの比率。

EPI—拡大予防接種プログラム。このプログラムにおける予防接種には、結核、ジフテリア・百日咳・破傷風（三種混合：DPT）、ポリオ、はしかの予防接種、および新生児破傷風予防のための妊婦に対する予防接種が含まれる。EPIにその他の（たとえばB型肝炎（HepB）やヘモフィルス・インフルエンザB型菌（Hib）、黄熱病の）予防接種を含めている国もある。

BCG—カルメット・ゲラン菌（結核予防ワクチン）の接種を受けた乳児の率。

3種混合（DPT 1）—ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の率。

3種混合（DPT 3）—ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの予防接種を3回受けた乳児の率。

HepB3—B型肝炎の予防接種を3回受けた乳児の率。

Hib3—ヘモフィルス・インフルエンザB型菌ワクチンの予防接種を3回受けた乳児の率。

肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち抗生物質を処方された子どもの比率（%）—調査前2週間に肺炎と疑われる症状を呈していた0～4歳の子どものうち、抗生物質を処方された子どもの比率。

肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保健措置を受けた子どもの比率（%）—調査前2週間に肺炎と疑われる症状を呈していた0～4歳の子どものうち、適切な保健措置を受けた子どもの比率。

下痢をした5歳未満児のうちORTおよび授乳・食事の継続による対応をされた比率—調査前2週間に下痢をした0～4歳の子どものうち、経口補水療法（ORT：経口補水塩または推奨された方法で、家庭で調合された吸収のよい安全な水分）または水分補給を受け、さらに授乳・食事の継続による対応をされた者の比率。

マラリア：

蚊帳の下で眠る5歳未満児の比率（%）—0～4歳の子どもで蚊帳の下で眠った子どもの比率。

殺虫処理を施した蚊帳で眠る5歳未満児の比率（%）—0～4歳の子どもで殺虫処理を施した蚊帳の下で眠った子どもの比率。

発熱した5歳未満児のうち抗マラリア剤を与えられた比率（%）—調査前2週間に発熱した0～4歳の子どもうち、（現地の定義による）適切な抗マラリア剤を与えられた子どもの比率。

データの主な出典

改善された水源を利用する人および適切な衛生施設を利用する人の比率—ユニセフ、世界保健機関（WHO）、複数指標クラスター調査（MICS）、人口保健調査（DHS）。

政府資金によるワクチン購入—ユニセフ、WHO。

予防接種—ユニセフ、WHO。

肺炎と疑われる症状—DHS、MICS、その他の国別世帯調査。

ORTの使用率—DHS、MICS。

マラリア—DHS、MICS。

注

- データなし。
- x データが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り、かつ地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。
- * データが、列の見出しで指定されている期間内に入手できた最も最近の年次のものであることを示す。
- β DPT1接種率は少なくともDPT3と同率でなければならない。DPT1接種率がDPT3よりも小さいことは、データ収集・報告プロセスの欠陥を反映するものである。ユニセフとWHOは、各国・各地域の機関と協力してこのような欠陥を解消すべく取り組んでいる。
- ± 今年の白書では、昨年同様、過去の白書で採用していた「急性呼吸器感染症（ARI）」に代わり、「肺炎と疑われる症状」という用語を使用している。しかし、データ収集方法は変わっておらず、本統計表に掲載されている推計値は過去の白書に掲載されている推計値と比較可能なものである。本改訂に関わる詳細は110ページの「データについての一般的な留意事項」を参照。
- λ 今年の白書では、WHOとユニセフは、妊婦が破傷風トキソイド（TT）ワクチンの接種を2回以上受けているという理由により出生時に破傷風から保護されていると考えられる子どもの比率を計算するモデルを採用した。このモデルでは、女性が保護されていると可能性がある他のシナリオ（例えば、部分的に実施された予防接種活動においてTTの接種を受けた場合）を把握しまたは含めることにより、この指標の正確性を高めることも目指している。この手法の詳細については、110ページの「データについての一般的な留意事項」を参照。
- ** 中国を除く。

表4 HIV/エイズ指標

国・地域	成人の推定HIV感染率(15-49歳) 2005年末 (%)	HIVと共に生きる人(全年齢)の推定数 2005年(1000人)		HIVと共に生きる女性(15歳以上)の推定数 2005年(1000人)		首都に住む妊婦した若い(15-24歳)女性のHIV感染率 (%)		HIVと共に生きる子ども(0-14歳)の推定数 2005年(1000人)		若者の予防				孤児		
		推定	推定値(下限) - 推定値(上限)	推定	年	中央値	若者(15-24歳)のHIV感染率 2005年 (%)	HIVについての包括的な知識を持つ比率 (%)		リスクの高い直近の性交渉でコンドームを使用した人の比率 (%)		エイズにより孤児となった子どもの数(0-17歳) 2005年		すべての原因により孤児となった子どもの数(0-17歳) 2005年		両親を失った孤児の学校への出席率 (%) (2000-2006*)
								2000-2006年*	2000-2006年*	推定(1000人)	推定(1000人)					
アフガニスタン	<0.1	<1.0	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
アルバニア	-	-	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
アルジェリア	0.1	19	9.0-59	4.1	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
アンドラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	3.7	320	200-450	170	2004	2.8	35	0.9	2.5	-	-	-	-	160	1200	90
アンティグアバーブーダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンチン	0.6	130	80-220	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	690	-
アルメニア	0.1	2.9	1.8-5.8	<1.0	-	-	-	-	-	15	23	86	-	-	-	-
オーストラリア	0.1	16	9.7-27	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストリア	0.3	12	7.2-20	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アゼルバイジャン	0.1	5.4	2.6-17	<1.0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
バハマ	3.3	6.8	3.3-22	3.8	-	-	<0.5	-	-	-	-	-	-	-	8	-
バーレーン	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バングラデシュ	<0.1	11	6.4-18	1.4	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	4400	-
バルバドス	1.5	2.7	1.5-4.2	<1.0	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	3	-
ベラルーシ	0.3	20	11-47	5.1	-	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-
ベルギー	0.3	14	8.1-22	5.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベリーズ	2.5	3.7	2.0-5.7	1.0	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	5	-
ベナン	1.8	87	57-120	45	2003	1.7-2.1	9.8	0.4	1.1	14	8	44	17	62	370	-
ブータン	<0.1	<0.5	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-
ボリビア	0.1	7.0	3.8-17	1.9	-	-	-	-	-	18	15	37	20	-	310	74
ボスニア・ヘルツェゴビナ	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	48	-	71	-	-	-
ボツワナ	24.1	270	260-350	140	2005	33.5	14	5.7	15.3	33	40	88	75	120	150	99
ブラジル	0.5	620	370-1000	220	-	-	-	-	-	67	67	71	58	-	3700	-
ブルネイ	<0.1	<0.1	<0.2	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
ブルガリア	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	15	17	70	57	-	-	-
ブルキナファソ	2.0	150	120-190	80	2005	1.8	17	0.5	1.4	23	19r	67	64r	120	710	71
ブルンジ	3.3	150	130-180	79	2004	8.6	20	0.8	2.3	-	30	-	25	120	600	86
カンボジア	1.6	130	74-210	59	2002	2.7	-	0.1h	0.3h	45	50	84	-	-	470	80
カメルーン	5.4	510	460-560	290	2002	7.0	43	1.4h	4.8h	34	32r	57	62r	240	1000	87
カナダ	0.3	60	48-72	9.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カボヴェルデ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中央アフリカ共和国	10.7	250	110-390	130	2002	14.0	24	2.5	7.3	-	17	-	41	140	330	96
チャド	3.5	180	88-300	90	2005	3.6	16	0.9	2.2	20	8	25	17	57	600	105
チリ	0.3	28	17-56	7.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	200	-
中国	0.1	650	390-1100	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20600	-
コロンビア	0.6	160	100-320	45	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	870	-
コモロ	<0.1	<0.5	<1.0	<0.1	-	-	<0.1	<0.1	<0.1	-	10	-	-	-	33	59
コンゴ	5.3	120	75-160	61	2002	3.0	15	1.2	3.7	22	10	38	20	110	270	90
コンゴ民主共和国	3.2	1000	560-1500	520	2003	3.2	120	0.8	2.2	-	-	-	-	680	4200	72
クック諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	0.3	7.4	3.6-24	2.0	2002	5.2	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
コートジボワール	7.1	750	470-1000	400	2002	5.2	74	0.3h	2.4h	28	18	53	39	450	1400	121
クロアチア	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キューバ	0.1	4.8	2.3-15	2.6	-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	120	-
キプロス	-	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
チェコ	0.1	1.5	0.9-2.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
デンマーク	0.2	5.6	3.4-9.3	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジブチ	3.1	15	3.9-34	8.4	-	-	1.2	0.7	2.1	22	18	50	26	6	48	82
ドミニカ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	1.1	66	56-77	31	-	-	3.6	0.4h	0.7h	-	36	52	29	-	220	93
エクアドル	0.3	23	11-74	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230	-
エジプト	<0.1	5.3	2.9-13	<1.0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
エルサルバドル	0.9	36	22-72	9.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
赤道ギニア	3.2	8.9	7.3-11	4.7	-	-	<1.0	0.7	2.3	-	4	-	-	5	29	95
エリトリア	2.4	59	33-95	31	-	-	6.6	0.6	1.6	-	37	-	-	36	280	83
エストニア	1.3	10	4.8-32	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
エチオピア	-	-	420-1300	-	2003	11.5	-	0.3h	1.2h	33	21	50	28	-	4800	60
フィジー	0.1	<1.0	0.3-2.1	<0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-
フィンランド	0.1	1.9	1.1-3.1	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
フランス	0.4	130	78-210	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	7.9	60	40-87	33	-	-	3.9	1.8	5.4	22	24	48	33	20	65	98
ガンビア	2.4	20	10-33	11	-	-	1.2	0.6	1.7	-	39	-	54	4	64	87

	成人の 推定 HIV 感染率 (15-49 歳) 2005 年末 (%)	HIV と共に生きる人 (全年齢)の推定数 2005 年(1000 人)		母子感染			小児感染		若者の予防				孤児					
		推定	推定値 (下限) - (上限)	HIV と共に 生きる女性 (15 歳以上) の推定数 2005 年 (1000 人)	首都に住む妊 娠した若い (15-24 歳) 女性の HIV 感染率 (%)		HIV と共に 生きる子ど もの推定数 (0-14 歳) 2005 年 (1000 人)	若者 (15-24 歳) の HIV 感染率 2005 年 (%)		HIV について の包括的な知 識を持つ比率 (%)		リスクの高い直 近の性交渉でコ ンドームを使 用した人の比率 (%)		エイズにより 孤児となった 子どもの数 (0-17 歳) 2005 年		すべての原因 により孤児と なった子ども の数 (0-17 歳) 2005 年		両親を失っ た孤児の 学校への 出席率 (%)
					年	中央値		男	女	男	女	男	女	男	女	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	(2000-2006*)
グルジア	0.2	5.6	2.7-18	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ドイツ	0.1	49	29-81	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ガーナ	2.3	320	270-380	180	2003	3.9	25	0.1h	1.2h	44	34r	52	42r	170	1000	79p		
ギリシャ	0.2	9.3	5.6-15	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
グレナダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
グアテマラ	0.9	61	37-100	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	370	98	-	
ギニア	1.5	85	69-100	53	2004	4.4	7.0	0.6h	1.2h	23	17	37	26	28	370	73	-	
ギニアビサウ	3.8	32	18-50	17	-	-	3.2	0.9	2.5	-	18	-	39	11	100	97	-	
ガイアナ	2.4	12	4.7-23	6.6	-	-	<1.0	-	-	47	53	68	62	-	26	-	-	
ハイチ	3.8	190	120-270	96	2000	3.7	17	0.6h	1.5h	40	32	43	29	-	490	86	-	
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ホンジュラス	1.5	63	35-99	16	-	-	2.4	-	-	-	30	-	24	-	180	-	-	
ハンガリー	0.1	3.2	1.9-5.3	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
アイスランド	0.2	<0.5	<1.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
インド#	0.9	2500	2000-3100	1600	-	-	-	-	-	43	24	37	22	-	25700	84	-	
インドネシア	0.1	170	100-290	29	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	5300	82	-	
イラン	0.2	66	36-160	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1500	-	-	
イラク	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84	-	
アイルランド	0.2	5.0	3.0-8.3	1.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
イスラエル	-	4.0	2.2-9.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
イタリア	0.5	150	90-250	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ジャマイカ	1.5	25	14-39	6.9	-	-	<0.5	-	-	-	60	-	-	-	55	101	-	
日本	<0.1	17	10-29	9.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ヨルダン	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
カザフスタン	0.1	12	11-77	6.8	-	-	-	-	-	-	22	65	32	-	-	98	-	
ケニア	6.1	1300	1100-1500	740	-	-	150	1.3h	5.9h	47	34	47	25	1100	2300	95	-	
キリバス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
朝鮮民主主義人民共和国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
韓国	<0.1	13	7.9-25	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	450	-	-	
クウェート	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
キルギス	0.1	4.0	1.9-13	<1.0	-	-	-	-	-	-	20	-	56	-	-	-	-	
ラオス	0.1	3.7	1.8-12	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	290	-	-	
ラトビア	0.8	10	6.1-17	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
レバノン	0.1	2.9	1.4-9.2	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
レソト	23.2	270	250-290	150	2004	27.3	18	6.0h	15.4h	18	26	53	53	97	150	95	-	
リベリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	250	-	-	
リビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
リトアニア	0.2	3.3	1.6-10	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ルクセンブルク	0.2	<1.0	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
マダガスカル	0.5	49	16-110	13	-	-	1.6	0.6	0.3	16	19	12	5	13	900	76	-	
マラウイ	14.1	940	480-1400	500	2001	15.0	91	2.1h	9.1h	36	41r	47	40r	550	950	96	-	
マレーシア	0.5	69	33-220	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-	-	
モルディブ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
マリ	1.7	130	96-160	66	2002	2.5	16	0.4	1.2	15	9	35	17	94	710	104	-	
マルタ	0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
マーシャル諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モーリタニア	0.7	12	7.3-23	6.3	-	-	1.1	0.2	0.5	-	-	-	-	7	170	-	-	
モーリシャス	0.6	4.1	1.9-13	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	
メキシコ	0.3	180	99-440	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-	-	
ミクロネシア連邦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モルドバ	1.1	29	15-69	16	-	-	-	-	-	54	42	63	44	-	-	-	-	
モナコ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モンゴル	<0.1	<0.5	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	79	96	-	
モンテネグロ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-	-	
モロッコ	0.1	19	12-38	4.0	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	
モザンビーク	16.1	1800	1400-2200	960	2002	14.7	140	3.6	10.7	33	20	33	29	510	1500	80	-	
ミャンマー	1.3	360	200-570	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1700	-	-	
ナミビア	19.6	230	110-360	130	2004	7.5	17	4.4	13.4	41	31	69	48	85	140	92	-	
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ネパール	0.5	75	41-180	16	-	-	-	-	-	44	28	78	-	-	970	-	-	

表4 HIV/エイズ指標

国名	成人の推定 HIV 感染率 (15-49 歳) 2005 年末 (%)	HIV と共に生きる人 (全年齢) の推定数 2005 年 (1000 人)		HIV と共に生きる女性 (15 歳以上) の推定数 2005 年 (1000 人)		首都に住む妊 娠した若い (15-24 歳) 女性の HIV 感染率 (%)		HIV と共に 生きる子ども の推定数 (0-14 歳) 2005 年 (1000 人)		若者の予防				孤児				
		推定	推定値 (下限) - (上限)		推定	年	中央値	若者 (15-24 歳) の HIV 感染率 2005 年 (%)		HIV についての 包括的な知識 を持つ比率 (%)		リスクの高い直 近の性交渉でコ ンドーム使用し た人の比率 (%)		エイズにより 孤児となった 子どもの数 (0-17 歳) 2005 年		すべての原因 により孤児と なった子ども の数 (0-17 歳) 2005 年		両親を失っ た孤児の 学校への 出席率 (%)
			推定	推定値 (下限) - (上限)				男	女	男	女	男	女	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	(2000-2006 *)		
		(%)	推定	推定値 (下限) - (上限)	(1000 人)	年	中央値	男	女	男	女	男	女	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	(2000-2006 *)		
オランダ	0.2	18	11-29	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニュージーランド	0.1	1.4	0.8-2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニカラグア	0.2	7.3	3.9-18	1.7	-	-	-	-	-	-	-	17	-	130	-	-		
ニジェール	1.1	79	39-130	42	-	-	8.9	0.1h	0.5h	16	13	37	18	46	800	-		
ナイジェリア	3.9	2900	1700-4200	1600	-	-	240	0.9	2.7	21	18	46	24	930	8600	64p		
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ノルウェー	0.1	2.5	1.5-4.1	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
パレスチナ自治区	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
オマーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
パキスタン	0.1	85	46-210	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4400	-	-	
パラオ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
パナマ	0.9	17	11-34	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-	-	
パプアニューギニア	1.8	60	32-140	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	350	-	-	
パラグアイ	0.4	13	6.2-41	3.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-	-	
ペルー	0.6	93	56-150	26	-	-	-	-	-	-	-	32	-	660	85p	-	-	
フィリピン	<0.1	12	7.3-20	3.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2000	-	-	-	
ポーランド	0.1	25	15-41	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ポルトガル	0.4	32	19-53	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
カタール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ルーマニア	<0.1	7.0	3.4-22	-	-	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-	-	
ロシア連邦	1.1	940	560-1600	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ルワンダ	3.1	190	180-210	91	2003	10.3	27	0.4h	1.5h	54	51	40	26	210	820	82	-	
セントクリストファー・ネイビス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セントルシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セントビンセント・グレナディーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サモア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サントメ・プリンシペ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	56	-	-	-	-	109	-	
サウジアラビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セネガル	0.9	61	29-100	33	2005	0.9	5.0	0.2h	0.6h	24	19	52	36	25	560	83p	-	
セルビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	74	-	-	-	-	-	-	
セーシェル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
シエラレオネ	1.6	48	27-73	26	2003	3.2	5.2	0.4	1.1	17	20	31	340	83	-	-	-	
シンガポール	0.3	5.5	3.1-14	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-	-	-	
スロバキア	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
スロベニア	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ソロモン諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ソマリア	0.9	44	23-81	23	-	-	4.5	0.2	0.6	4	-	-	-	23	630	87	-	
南アフリカ	18.8	5500	4900-6100	3100	2004	25.2	240	4.4h	16.9h	-	-	-	-	1200	2500	-	-	
スペイン	0.6	140	84-230	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
スリランカ	<0.1	5.0	3.0-8.3	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310	-	-	-	
スーダン	1.6	350	170-580	180	-	-	30	-	-	-	-	-	-	1700	96	-	-	
スリナム	1.9	5.2	2.8-8.1	1.4	-	-	<0.1	-	-	41	49	-	-	10	97	-	-	
スワジランド	33.4	220	150-290	120	2004	37.3	15	7.7	22.7	52	52	70	54	63	95	97	-	
スウェーデン	0.2	8.0	4.8-13	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
スイス	0.4	17	9.9-27	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
シリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	106	-	
タジキスタン	0.1	4.9	2.4-16	<0.5	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	
タンザニア	6.5	1400	1300-1600	710	2003	8.2	110	3.0h	4.0h	40	45	46	34	1100	2400	102	-	
タイ	1.4	580	330-920	220	-	-	16	-	-	46	-	-	-	1200	99	-	-	
旧ユーゴスラビア・マケドニア	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	27	70	-	-	-	-	-	-	
東ティモール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
トーゴ	3.2	110	65-160	61	2004	9.3	9.7	0.8	2.2	28	50	88	280	94	-	-	-	
トンガ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
トリニダード・トバゴ	2.6	27	15-42	15	-	-	<1.0	-	-	54	51	-	-	28	101	-	-	
チュニジア	0.1	8.7	4.7-21	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
トルコ	-	<2.0	<5.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
トルクメニスタン	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	
ツバル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ウガンダ	6.7	1000	850-1200	520	2005	5.2	110	1.1h	4.3h	35	30	55	53	1000	2300	94	-	
ウクライナ	1.4	410	250-680	200	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	98	-	

	成人の推定 HIV 感染率 (15-49 歳) 2005 年末 (%)		HIV と共に生きる人 (全年齢) の推定数 2005 年 (1000 人)		HIV と共に生きる女性 (15 歳以上) の推定数 2005 年 (1000 人)		首都に住む妊娠した若い女性 (15-24 歳) の HIV 感染率 (%)		HIV と共に生きる子ども (0-14 歳) の推定数 2005 年 (1000 人)		若者の HIV 感染率 (15-24 歳) の HIV 感染率 2005 年 (%)				若者の HIV 感染率 (15-24 歳) の HIV 感染率 2005 年 (%)				リスクの高い直近の性交渉でコンドームを使用した人の比率 (%)		エイズにより孤児となった子どもの数 (0-17 歳) 2005 年		すべての原因により孤児となった子どもの数 (0-17 歳) 2005 年		両親を失った孤児の学校への出席率 (%)	
	推定	推定値 (下限)	推定値 (上限)	推定	推定	推定	年	中央値	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)	推定 (1000 人)
アラブ首長国連邦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
英国	0.2	68	41-110	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
米国	0.6	1200	720-2000	300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	0.5	9.6	4.6-30	5.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-	-	-
ウズベキスタン	0.2	31	15-99	4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	7	31r	50	61r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バヌアツ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベネズエラ	0.7	110	54-350	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-	-
ベトナム	0.5	260	150-430	84	-	-	-	-	0.8h	0h	50	42r	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1800	-	84	
イエメン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ザンビア	17.0	1100	1100-1200	570	2004	20.7	130	3.0h	11.1h	46	41	38	26	710	1200	103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジンバブエ	20.1	1700	1100-2200	890	2004	18.6	160	4.2h	11.0h	46	44	68	42	1100	1400	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

要約

サハラ以南のアフリカ	6.1	24500	21600-27400	13200	-	9.7	2000	1.4	4.3	31	25	47	31	12000	46600	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
東部・南部アフリカ	8.6	17500	15800-19200	9400	-	13.5	1400	2.1	6.2	37	31	46	32	8700	24300	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
西部・中部アフリカ	3.5	6900	5300-8700	3700	-	4.0	650	0.7	2.3	24	19	47	31	3300	22200	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中東と北アフリカ	0.2	510	320-830	210	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
南アジア#	0.7	5900	3600-9700	1600	-	-	130	-	-	43	23	38	22	-	37500	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
東アジアと太平洋諸国	0.2	2300	1800-3200	750	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	34800	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ラテンアメリカとカリブ海諸国	0.6	1900	1500-2800	640	-	-	54	-	-	-	-	-	47	-	10700	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CEE/CIS	0.6	1500	1000-2300	450	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
先進工業国§	0.4	2000	1400-3000	530	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
開発途上国§	1.1	35100	30300-41900	16400	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
後発開発途上国§	2.7	11700	10100-13500	6000	-	7.5	1100	1.1	2.9	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	-
世界	1.0	38600	33400-46000	17300	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	15200	132700	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については 148 ページ参照。

指標の定義

成人の推定 HIV 感染率— 2005 年末時点で HIV と共に生きている成人 (15 ~ 49 歳) の比率。
HIV と共に生きる人 (全年齢) の推定数— 2005 年末時点で HIV と共に生きている人々 (全年齢) の推定数。
HIV と共に生きる女性 (15 歳以上) の推定数— 2005 年末時点で HIV と共に生きている女性の推定数。
首都に住む妊娠した若い女性の HIV 感染率— 選択された妊産婦診療所で「関連のない無記名の」観察調査で実施された 15 ~ 24 歳の妊娠した女性の血液検査で HIV に陽性だった比率。
HIV と共に生きる子ども (0-14 歳) の推定数— 2005 年末時点で HIV と共に生きている 0 ~ 14 歳の子どもの推定数。
若者の HIV 感染率— 2005 年末時点で HIV と共に生きている 15 ~ 24 歳の若い男女の比率。
HIV についての包括的な知識を持つ比率— 15 ~ 24 歳の若い男女のうち、性交渉を通じて HIV 感染を予防する 2 つの主な方法 (コンドームの使用と、ひとりの忠実で HIV に感染していない相手のみと性交渉を持つこと) を認識し、HIV 感染についての 2 つの主要な現地の誤解を否定し、健康にみえる人も HIV に感染している可能性があることを知っている割合。
リスクの高い直近の性交渉でコンドームを使用した人の比率— 結婚しておらず、同居していない相手と過去 12 カ月に性交渉を持った 15 ~ 24 歳の男女の若者のうち、そのような相手との直近の性交渉でコンドームを使用した人の割合。
エイズにより孤児となった子ども— 2005 年末時点で、エイズにより親の一方もしくは両親を失った 0 ~ 17 歳の子どもの推定数。
すべての原因により孤児となった子ども— 2005 年末時点で、何らかの理由により親の一方もしくは両親を失った 0 ~ 17 歳の子どもの推定数。
両親を失った孤児の学校への出席率— 少なくとも親の一方と住んでいて通学している 10 ~ 14 歳の子どもに対する、生物学上の両親を失い現在通学している同年齢の子どもの比率。

注

- データなし。
- * データが、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。
- # 孤児 (10 ~ 14 歳) の学校への出席率は小分母 (典型的には、ウェイト処理を施していない 25 ~ 49 歳の事例) にもとづいて算出されている。
- p インドについては、成人の推定 HIV 感染率の最新データが本白書の発行の時点で入手できなかった。「HIV と共に生きている人 (全年齢) の推定数」の地域別要約からはインドの最新数値が除外されている。
- r 女性のデータのほうが男性のデータよりも新しいことを示す。
- h 2001 年から 2006 年にかけて行われた DHS と AIS のデータに基づく。

HIV 感染率 (=HIV prevalence) — Prevalence は、ある一時点で、観察しようとする集団の中で特定の「疾患」にかかっている人の割合を指し、一般に「有病率」と訳す。しかし、HIV/ エイズの場合は、エイズ患者に加え、まだ発症していない HIV 感染者も含めて、HIV/ エイズと共に生きている人々の割合を指すため、ここでは「HIV 感染率」と訳している。

表5 教育指標

国・地域	若者（15-24歳）の識字率（%）		人口100人あたりの数		初等教育就学率（%） （2000-2006*）				初等教育 純出席率 （%） （2000-2006*）		小学校の第1学年に入 学した児童が第5学年 に在学する率（%） （2000-2006*）		中等教育就学率（%） （2000-2006*）				中等教育 純出席率 （%） （2000-2006*）	
	2000-2006*		2005*		総就学率		純就学率						総就学率		純就学率			
	男	女	電話	インターネッ トユーザー	男	女	男	女	男	女	政府デー タ	調査デー タ	男	女	男	女	男	女
アフガニスタン	51	18	4	1	108	64	-	-	66	40	-	92	24	8	-	-	18	6
アルバニア	99	100	60	6	106	105	94	94	92	92	90y	9	79	77	75	73	79	77
アルジェリア	94	86	49	6	116	107	98	95	97	96	96	95	80	86	65	68	57	65
アンドラ	-	-	149	33	89	85	82	79	-	-	-	-	84	93	73	80	-	-
アンゴラ	84	63	11	1	69x	59x	-	-	58	59	-	75	19	15	-	-	22	20
アンティグアバーブーダ	-	-	150	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンチン	99	99	82	18	113	112	99	98	-	-	97	-	83	89	76	82	-	-
アルメニア	100	100	30	5	92	96	77	81	99	98	-	100	87	89	83	86	93	95
オーストラリア	-	-	142	70	104	104	96	97	-	-	-	-	152	145	86	87	-	-
オーストリア	-	-	152	49	106	106	96	98	-	-	99y	-	105	100	-	-	-	-
アゼルバイジャン	100x	100x	40	8	97	96	85	84	91	91	98y	99	84	81	79	76	87	84
バハマ	-	-	112	32	101	101	90	92	-	-	99	-	90	91	83	85	-	-
バーレーン	97	97	130	21	105	104	97	97	86	87	99	99	96	102	87	93	77	85
バングラデシュ	67	60	7	0	107	111	93	96	79	84	65	94	47	48	44	45	36	41
バルバドス	-	-	127	59	108	108	98	98	-	-	98	-	113	113	96	97	-	-
ベラルーシ	100x	100x	76	35	103	100	91	88	93	94	99y	100	95	96	88	89	95	97
ベルギー	-	-	135	46	104	104	99	99	-	-	-	-	112	108	97	98	-	-
ベリーズ	76x	77x	57	14	130	125	93	96	-	-	91	-	84	85	71	72	-	-
ベナン	59	33	11	6	107	85	86	70	60	47	52	92	41	23	23	11	19	12
ブータン	-	-	9	3	-	-	80	79	74	67	93	-	-	-	-	-	-	-
ボリビア	99	96	33	5	113	113	94	96	78	77	85	50	90	87	73	72	57	56
ボスニア・ヘルツェゴビナ	100	100	66	21	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89
ボツワナ	92	96	54	3	107	105	85	84	83	86	91	96y	72	75	57	62	36	44
ブラジル	96	98	68	21	146	135	95	95	95	95	81y	84x,y	101	111	75	81	42x	50x
ブルネイ	99	99	85	36	108	107	93	94	-	-	100	-	94	98	85	90	-	-
ブルガリア	98	98	113	21	103	102	94	93	-	-	92y	-	106	101	89	87	-	-
ブルキナファソ	40	27	5	0	64	51	50	40	49	44	76	91	16	12	13	9	17	15
ブルンジ	77	70	2	1	91	78	63	58	72	70	67	87	16	12	-	-	8	6
カンボジア	88	79	8	0	139	129	93	90	73	76	56	95	35	24	27	22	24	21
カメルーン	-	-	14	2	126	107	-	-	86	81	64	91	49	39	-	-	45	42
カナダ	-	-	117	68	100	99	99	100	-	-	93	-	119	116	-	-	-	-
カボヴェルデ	96	97	32	6	111	105	91	89	97	96	78	-	65	70	55	60	-	-
中央アフリカ共和国	70	47	3	0	67	44	44	37	64	54	-	73	-	-	13	9	16	10
チャド	56	23	2	0	92	62	72	50	41	31	33	64y	23	8	16	5	13	7
チリ	99	99	90	29	106	101	91	89	-	-	100	-	90	91	-	-	-	-
中国	99	99	57	8	114	112	99	99	-	-	-	-	74	75	-	-	-	-
コロンビア	98	98	65	10	113	111	87	87	90	92	81	89	74	82	53	58	64	72
コモロ	-	-	4	3	91	80	80	65	31	31	80	25	40	30	-	-	10	11
コンゴ	98	97	13	1	91	84	40	48	86	87	66	95	42	35	-	-	39	42
コンゴ民主共和国	78	63	5	0	69	54	-	-	55	49	-	54	28	16	-	-	18	15
クック諸島	-	-	-	-	83	81	78	77	-	-	-	-	72	73	62	68	-	-
コスタリカ	97	98	58	21	110	109	91	93	87	89	87	-	77	82	58	64	59	65
コートジボワール	71	52	14	1	80	63	62	50	66	57	88	92	32	18	26	15	32	22
クロアチア	100	100	122	32	95	94	88	87	-	-	100y	-	88	89	84	86	-	-
キューバ	100	100	9	2	104	99	98	96	-	-	97	99y	94	94	87	88	-	-
キプロス	100	100	136	39	101	101	99	99	-	-	99	-	96	98	93	95	-	-
チェコ	-	-	147	27	102	100	91	93	-	-	98	-	95	97	-	-	-	-
デンマーク	-	-	162	53	98	99	95	96	-	-	93	-	122	126	91	93	-	-
ジブチ	-	-	8	1	44	36	37	30	80	78	77x	96	29	19	27	18	50	42
ドミニカ	-	-	88	-	93	92	83	85	-	-	93	-	109	106	92	92	-	-
ドミニカ共和国	93	95	51	17	116	110	87	88	84	88	86	91	64	78	47	59	27	39
エクアドル	96	97	60	7	117	117	97	98	-	-	76	-	61	61	52	53	-	-
エジプト	90	79	34	7	104	97	96	91	96	94	95	99	89	82	85	79	72	67
エルサルバドル	87	90	49	9	115	111	93	93	-	-	69	-	62	64	52	54	-	-
赤道ギニア	95	95	21	1	117	111	85	77	61	60	33	72y	38	22	-	-	23	22
エリトリア	-	-	2	2	71	57	51	43	69	64	79	82y	40	23	30	20	23	21
エストニア	100	100	142	52	102	99	95	95	-	-	99	-	100	101	90	93	-	-
エチオピア	62	39	1	0	107	94	71	66	45	45	68y	78	41	28	38	26	30	23
フィジー	-	-	37	8	107	105	97	96	-	-	99	-	85	91	80	85	-	-
フィンランド	-	-	141	53	100	99	98	98	-	-	100	-	108	113	95	95	-	-
フランス	-	-	135	43	112	110	99	99	-	-	98x	-	116	116	98	100	-	-

	若者 (15-24 歳) の識字率 (%)		人口100人あたりの数 2005*		初等教育就学率 (%) (2000-2006*)				初等教育純出席率 (%) (2000-2006*)		小学校の第1学年に入学した児童が第5学年に在学する率 (%) (2000-2006*)		中等教育就学率 (%) (2000-2006*)				中等教育純出席率 (%) (2000-2006*)	
	2000-2006*		電話	インターネットユーザー	総就学率		純就学率		男	女	政府データ	調査データ	総就学率		純就学率		男	女
	男	女			男	女	男	女					男	女	男	女		
ガボン	97	95	50	5	130	129	77	77	94	94	69	91y	49	42	-	-	34	36
ガンビア	-	-	19	4	79	84	78	77	60	62	-	97	51	42	49	41	39	34
グルジア	-	-	39	6	93	94	93	93	99y	100y	98y	-	82	83	81	81	-	-
ドイツ	-	-	162	43	101	101	96	96	-	-	99y	-	101	99	-	-	-	-
ガーナ	76	66	14	2	94	93	69	70	75	75	63	90	50	43	40	36	45	45
ギリシャ	99	99	149	18	101	101	99	99	-	-	99	-	103	101	90	92	-	-
グレナダ	-	-	72	19	94	91	84	83	-	-	79	-	99	102	78	80	-	-
グアテマラ	86	78	46	8	118	109	96	92	80	76	68	73x,y	54	49	35	32	23x	24x
ギニア	59	34	3	1	88	74	70	61	55	48	76	97	39	21	31	17	27	17
ギニアビサウ	-	-	8	2	84	56	53	38	54	53	-	80	23	13	11	6	8	7
ガイアナ	-	-	52	21	133	131	-	-	96	96	64	97	101	103	-	-	66	73
ハイチ	-	-	8	7	-	-	-	-	48	51	-	89	-	-	-	-	18	21
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	87	91	25	4	113	113	90	92	77	80	70	83	59	73	-	-	29	36
ハンガリー	-	-	126	30	99	97	90	88	-	-	98y	-	97	96	90	90	-	-
アイスランド	-	-	169	62	101	98	100	97	-	-	100	-	107	109	87	89	-	-
インド	84	68	13	5	123	116	92	86	84	85	73	95y	63	50	-	-	64	58
インドネシア	99	99	27	7	119	115	97	94	94	95	90	96y	64	63	59	58	54	56
イラン	98	97	38	11	100	122	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
イラク	89	81	6	0	108	89	94	81	91	80	81	95	54	36	44	31	46	34
アイルランド	-	-	152	34	108	106	96	96	-	-	100	-	108	118	85	91	-	-
イスラエル	-	-	155	24	109	110	97	98	-	-	100	-	93	92	89	89	-	-
イタリア	100	100	167	48	103	102	99	98	-	-	100	-	100	99	92	93	-	-
ジャマイカ	-	-	118	46	95	94	90	90	97	98	90	99	86	89	77	80	88	92
日本	-	-	121	67	100	100	100	100	-	-	-	-	102	102	99	100	-	-
ヨルダン	99	99	66	13	96	96	88	90	99	99	96	99y	87	88	77	80	85	89
カザフスタン	100x	100x	55	4	110	108	92	90	99	98	100y	100	100	97	92	91	97	97
ケニア	80	81	14	3	114	110	78	79	79	79	83	98	50	48	42	42	12	13
キリバス	-	-	-	2	111	113	96	98	-	-	82	-	82	93	65	71	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
韓国	-	-	135	68	105	104	100	99	-	-	99	-	96	96	94	94	-	-
クウェート	100	100	108	26	99	97	87	86	-	-	99y	-	92	98	76	80	-	-
キルギス	100x	100x	19	5	98	97	87	86	91	93	97y	99	86	87	80	81	90	92
ラオス	83	75	12	0	123	108	86	81	81	77	63	92	53	40	41	35	40	33
ラトビア	100	100	113	45	94	90	86	89	-	-	98y	-	98	99	-	-	-	-
レバノン	-	-	46	20	108	105	93	92	97	97	93	96	85	93	-	-	61	68
レソト	-	-	17	3	132	132	84	89	82	88	73	91	34	43	19	30	16	27
リベリア	65	70	-	-	115	83	74	58	-	-	-	-	37	27	22	12	-	-
リビア	100	97	20	4	106	105	-	-	-	-	-	-	96	115	-	-	-	-
リヒテンシュタイン	-	-	137	63	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
リトアニア	100	100	150	26	95	95	89	89	-	-	98y	-	97	96	91	91	-	-
ルクセンブルク	-	-	207	68	100	100	95	95	-	-	92	-	91	97	79	85	-	-
マダガスカル	59	57	3	1	141	136	93	92	74	77	43	93	14x	14x	11x	11x	17	21
マラウイ	82x	71x	4	0	121	124	92	97	86	88	42	87	31	25	25	22	27	26
マレーシア	97	97	92	42	96	96	96	95	-	-	98	-	72	81	71	81	-	-
モルディブ	98	98	-	-	95	93	79	79	-	-	92	-	68	78	60	66	-	-
マリ	32x	17x	8	1	74	59	56	45	45	33	87	93	29	18	-	-	15	11
マルタ	94x	98x	131	32	101	95	88	84	-	-	99	-	98	101	84	83	-	-
マーシャル諸島	-	-	9	-	105	101	90	89	-	-	-	-	75	78	72	77	-	-
モーリタニア	68	56	26	1	93	94	72	72	46	42	57	69y	22	19	17	14	15	9
モーリシャス	94	95	81	24	102	102	94	96	-	-	97	-	89	88	81	82	-	-
メキシコ	98	98	62	17	110	108	98	98	97	97	94	-	78	83	64	66	-	-
ミクロネシア連邦	-	-	24	13	116	113	-	-	-	-	-	-	83	88	-	-	-	-
モルドバ	100	100	48	13	93	92	86	86	84	85	91y	100	80	83	75	77	82	85
モナコ	-	-	145	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	97	98	27	10	92	94	83	85	96	98	91y	96	86	98	79	90	85	91
モンテネグロ	-	-	-	-	98	98	-	-	98	97	-	97	88	89	-	-	90	92
モロッコ	81	61	45	15	111	99	89	83	91	87	79	86y	54	46	38	32	39	36
モザンビーク	60x	37x	8	1	111	94	81	74	63	57	62	84	16	11	8	6	8	7

表5 教育指標

	若者（15-24歳）の識字率（%）		人口100人あたりの数		初等教育就学率（%） （2000-2006*）				初等教育純出席率（%） （2000-2006*）		小学校の第1学年に入学した児童が第5学年に在学する率（%） （2000-2006*）		中等教育就学率（%） （2000-2006*）				中等教育純出席率（%） （2000-2006*）	
	2000-2006*		2005*		総就学率		純就学率						総就学率		純就学率			
	男	女	電話	インターネットユーザー	男	女	男	女	男	女	政府データ	調査データ	男	女	男	女	男	女
ミャンマー	96	93	1	0	99	101	89	91	83	84	70	100	41	40	38	37	51	48
ナミビア	91	94	31	4	99	100	69	74	78	78	86	95	52	60	33	44	29	40
ナウル	-	-	-	-	84	83	-	-	-	-	31	-	46	50	-	-	-	-
ネパール	81	60	3	1	129	123	90	83	86	82	79	95	46	40	-	-	46	38
オランダ	-	-	144	74	108	106	99	98	-	-	99	-	120	117	86	88	-	-
ニュージーランド	-	-	131	68	102	102	99	99	-	-	-	-	119	127	90	93	-	-
ニカラグア	84	89	23	2	113	110	88	86	77	84	54	63	62	71	40	46	35	47
ニジェール	52	23	2	0	54	39	46	33	36	25	65	89	10	7	9	6	6	6
ナイジェリア	87	81	15	4	111	95	72	64	66	58	73	97	37	31	29	25	38	33
ニウエ	-	-	-	-	78	97	-	-	-	-	-	-	104	94	91x	96x	-	-
ノルウェー	-	-	149	58	98	98	98	98	-	-	100	-	114	114	97	97	-	-
パレスチナ自治区	99	99	39	7	89	88	80	80	91	92	98y	99	96	103	92	98	-	-
オマーン	98	97	62	11	81	82	73	74	-	-	100	-	90	86	77	77	-	-
パキスタン	77	53	12	7	99	75	77	59	62	51	70	90	31	23	24	18	23	18
パラオ	-	-	-	-	108	101	98	95	-	-	-	-	97	105	-	-	-	-
パナマ	97	96	67	6	113	109	99	98	-	-	85	-	68	73	61	67	-	-
バブアニューギニア	69	64	2	2	80	70	-	-	-	-	68	-	29	23	-	-	-	-
パラグアイ	96	96	36	3	106	103	87	88	95	96	81	90x,y	63	64	-	-	81	80
ペルー	98	96	28	16	113	112	96	97	94	94	90	95	91	92	70	69	70	70
フィリピン	94	97	45	5	113	112	93	95	88	89	75	93	81	90	55	66	55	70
ポーランド	-	-	106	26	98	98	96	97	-	-	99	-	100	99	92	94	-	-
ポルトガル	100	100	149	27	117	112	98	98	-	-	-	-	94	104	79	87	-	-
カタール	95	98	119	28	107	106	96	96	-	-	-	-	101	99	91	89	-	-
ルーマニア	98	98	82	22	108	106	93	92	-	-	95y	-	85	86	79	82	-	-
ロシア連邦	100	100	112	15	129	129	92	93	-	-	-	-	93	91	-	-	-	-
ルワンダ	79	77	3	1	119	121	72	75	84	87	46	84	15	13	11	10	5	5
セントクリストファー・ネイビス	-	-	83	-	97	102	91	96	-	-	87	-	95	93	87	85	-	-
セントルシア	-	-	-	34	111	107	98	96	-	-	96	-	71	85	61	76	-	-
セントビンセント・グレナディーン	-	-	78	8	117	105	92	88	-	-	88	-	67	83	57	71	-	-
サモア	99	99	24	3	100	100	90	91	-	-	94	-	76	85	62	70	-	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	96	95	12	15	135	132	97	96	94	95	76	87	43	46	30	34	39	41
サウジアラビア	97	95	73	12	91	91	77	79	-	-	96	-	89	86	63	68	-	-
セネガル	59	41	17	5	80	77	70	67	58	59	73	95	24	18	19	15	20	16
セルビア	-	-	-	-	98	98	-	-	98	98	-	100	88	89	-	-	90	93
セーシェル	99	99	97	26	115	116	99	100	-	-	99	-	106	105	94	100	-	-
シエラレオネ	60	37	-	0	171	139	-	-	69	69	-	92	35	26	-	-	22	17
シンガポール	99x	99x	143	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	-	-	106	35	99	98	91	92	-	-	97y	-	94	95	-	-	-	-
スロベニア	100	100	131	55	102	101	99	98	-	-	99y	-	100	100	94	95	-	-
ソロモン諸島	-	-	3	1	99	94	65	62	-	-	-	-	32	27	28	24	-	-
ソマリア	-	-	7	1	-	-	-	-	24	20	56y	92	-	-	-	-	8	4
南アフリカ	94x	94x	82	11	106	102	87	87	80	83	82	98x,y	90	97	58	65	41x	48x
スペイン	100x	100x	142	40	108	105	100	99	-	-	100	-	121	127	97	100	-	-
スリランカ	95	96	22	2	102	101	99	98	-	-	100	-	82	83	-	-	-	-
スーダン	85	71	7	8	65	56	47	39	60	57	79	71	35	33	-	-	19	20
スリナム	96	94	70	7	120	120	93	96	94	93	-	93	75	100	63	87	55	66
スワジランド	87	90	23	4	111	104	80	81	73	72	77	89	46	44	31	35	24	33
スウェーデン	-	-	171	76	97	97	96	96	-	-	-	-	103	103	99	100	-	-
スイス	-	-	161	51	102	101	93	93	-	-	-	-	98	91	87	81	-	-
シリア	95	90	31	6	127	121	97	92	97	96	92	99	70	65	64	60	64	65
タジキスタン	100	100	8	0	103	99	99	96	89	88	98y	99	89	74	86	73	89	74
タンザニア	81	76	9	1	112	109	99	97	71	75	85	96	7x	5x	-	-	8	8
タイ	98	98	59	11	98	94	90	86	98	98	-	99	69	72	62	66	77	84
旧ユーゴスラビア・マケドニア	99	99	88	8	98	98	92	92	97	93	98y	100	85	83	83	81	79	78
東ティモール	-	-	-	-	157	145	-	-	76y	74y	-	-	52	52	-	-	-	-
トーゴ	84	64	10	6	109	92	84	72	82	76	75	92	54	27	30	14	45	32
トンガ	99x	99x	44	3	118	112	97	93	-	-	89	-	94	102	61	75	-	-
トリニダード・トバゴ	100	100	86	12	102	99	90	90	98	98	91	99	79	82	68	70	84	90
チュニジア	96	92	69	9	111	108	97	97	95	93	97	92y	80	88	62	68	-	-
トルコ	98	93	86	15	96	91	92	87	91	87	97	97x,y	83	68	72	61	53	47

	若者 (15-24 歳) の識字率 (%)		人口100人あたりの数 2005*		初等教育就学率 (%) (2000-2006*)				初等教育純出席率 (%) (2000-2006*)		小学校の第1学年に入学した児童が第5学年に在学する率 (%) (2000-2006*)		中等教育就学率 (%) (2000-2006*)				中等教育純出席率 (%) (2000-2006*)	
	2000-2006*		電話	インターネットユーザー	総就学率		純就学率		男	女	政府データ	調査データ	総就学率		純就学率		男	女
	男	女			男	女	男	女					男	女	男	女		
トルクメニスタン	100x	100x	10	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
ツバル	-	-	-	-	95	102	-	-	-	-	70	100	87	81	-	-	-	-
ウガンダ	83	71	5	2	119	119	-	-	82	81	48	89	21	17	16	14	16	16
ウクライナ	100	100	90	10	107	107	83	83	96	98	-	100	92	85	82	77	90	93
アラブ首長国連邦	98	96	128	29	85	82	71	70	-	-	97	-	62	66	56	59	-	-
英国	-	-	167	54	107	107	99	99	-	-	-	-	104	107	94	97	-	-
米国	-	-	130	66	100	99	92	93	-	-	-	-	94	96	88	90	-	-
ウルグアイ	98x	99x	66	21	110	108	92	93	-	-	91	-	98	113	-	-	-	-
ウズベキスタン	-	-	9	3	100	99	-	-	100	100	96y	100	96	93	-	-	91	90
バヌアツ	-	-	9	3	120	116	95	93	-	-	78	-	44	38	42	36	-	-
ベネズエラ	96	98	60	13	106	104	91	92	91	93	91	96	70	79	59	68	30	43
ベトナム	94x	94x	30	13	98	91	97	92	94	94	87	98	77	75	71	68	77	78
イエメン	91	59	14	1	102	75	87	63	68	41	73	88x,y	62	31	46	21	35x	13x
ザンビア	73x	66x	9	3	114	108	89	89	55	58	94	88	31	25	29	23	17	19
ジンバブエ	98	98	8	8	97	95	81	82	85	87	70	88	38	35	35	33	45	45

要約

サハラ以南のアフリカ	76	64	14	3	102	91	75	70	64	60	70	86	37	30	30	25	25	22
東部・南部アフリカ	75	64	17	3	110	104	83	81	66	67	69	87	41	35	35	30	20	19
西部・中部アフリカ	76	64	11	2	95	79	68	59	62	55	71	86	34	25	26	20	30	25
中東と北アフリカ	92	83	37	9	100	94	86	81	89	86	88	91	74	68	67	62	54	52
南アジア	81	65	12	5	118	109	90	83	81	79	72	94	56	46	-	-	55	50
東アジアと太平洋諸国	99	98	52	10	112	110	98	97	91	92	84**	96**	72	72	61**	62**	60**	63**
ラテンアメリカとカリブ海諸国	96	97	61	16	120	115	95	94	90	91	85	-	85	92	67	71	-	-
CEE / CIS	99	98	84	14	105	102	91	89	93	91	97	-	90	86	80	75	80	78
先進工業国 [§]	-	-	138	55	102	101	95	96	-	-	-	-	102	103	92	93	-	-
開発途上国 [§]	90	84	35	8	111	105	90	86	80	78	77**	92**	63	59	52**	50**	50**	46**
後発開発途上国 [§]	74	59	6	1	100	91	80	75	65	63	67	85	36	29	33	28	26	24
世界	91	85	53	15	110	104	91	87	80	78	78**	92**	68	64	59**	58**	50**	47**

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

若者の識字率—15～24歳で読み書きできる者の比率。当該年齢の総人口に占める比率で示されている。

初等教育総就学率—年齢に関わらず初等教育に就学する子どもの人数が、公式の初等教育就学年齢に相当する子どもの総人口に占める比率。

中等教育総就学率—年齢に関わらず中等学校に就学する子どもの人数が、公式の中等教育就学年齢に相当する子どもの総人口に占める比率。

初等教育純就学率—公式の初等教育就学年齢に相当する子どもであって初等学校に就学する子どもの人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

中等教育純就学率—公式の中等教育就学年齢に相当する子どもであって中等学校に就学する子どもの人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

初等教育純出席率—公式の初等教育就学年齢に相当する子どもであって初等学校または中等学校に通学する者の人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

中等教育純出席率—公式の中等教育就学年齢に相当する子どもであって中等学校またはそれ以上の学校に通学する者の人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

小学校の第1学年に入学した児童が第5学年に在学する率—小学校の第1学年に入学した子どものうち、第5学年に達した者の比率。

データの主な出典

若者の識字率—ユネスコ統計研究所 (UIS)。

電話・インターネットユーザー—国際電気通信連合 (ジュネーブ)。

初等・中等教育就学率—ユネスコ統計研究所 (UIS)。

初等・中等教育出席率—人口保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)。

第5学年に在学する率—政府データ: ユネスコ統計研究所 (UIS)。調査データ: DHS、MICS。

注

- データなし。
- x データが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り、かつ地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。
- y 列の見出しで指定されている年次もしくは期間以外のデータ、標準的な定義によらないデータまたは国内の一部地域のみに関するデータではあるが、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、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。
- ** 中国を除く。

表6 人口統計指標

国・地域	人口 (1000人) 2006		人口の 年間増加率 (%)		粗死亡率			粗出生率			平均余命 (年)			合計特殊 出生率	都市人口の 比率 (%)	都市人口の 年間平均増加率 (%)	
	18歳未満	5歳未満	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
アフガニスタン	13982	4823	0.3	4.5	29	23	20	52	52	49	35	41	43	7.2	23	2.9	6.0
アルバニア	1003	250	2.2	-0.2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2.1	46	2.9	1.2
アルジェリア	11870	3213	3.0	1.7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2.4	64	4.4	3.0
アンドラ	14	4	3.9	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3.8	1.9
アンゴラ	8797	3082	2.7	2.8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6.5	54	7.3	5.2
アンティグアバーブーダ	28	8	-0.6	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0.3	2.4
アルゼンチン	12277	3346	1.5	1.1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2.3	90	2.0	1.4
アルメニア	789	164	1.7	-1.0	5	8	9	23	21	12	70	68	72	1.3	64	2.3	-1.4
オーストラリア	4803	1267	1.4	1.2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1.8	88	1.4	1.4
オーストリア	1584	394	0.2	0.5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1.4	66	0.2	0.5
アゼルバイジャン	2604	547	1.7	1.0	7	7	7	29	27	15	65	66	67	1.7	52	2.0	0.7
バハマ	106	28	2.0	1.6	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2.0	91	3.1	2.1
バーレーン	226	65	4.0	2.5	9	4	3	40	29	18	62	72	75	2.4	97	4.3	3.1
バングラデシュ	64194	18951	2.4	2.0	20	12	8	45	35	26	44	54	63	2.9	25	7.2	3.6
バルバドス	67	17	0.6	0.5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1.5	53	1.0	1.6
ベラルーシ	1936	455	0.6	-0.3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1.2	73	2.7	0.2
ベルギー	2138	561	0.2	0.3	12	11	10	14	12	11	71	76	79	1.6	97	0.3	0.4
ベリーズ	123	36	2.1	2.6	8	5	4	40	35	26	66	72	76	3.0	48	1.7	2.7
ベナン	4437	1488	3.0	3.3	22	15	12	47	47	41	46	53	56	5.6	40	6.7	4.3
ブータン	252	61	3.0	1.1	23	14	7	47	38	19	41	52	65	2.3	11	6.1	4.0
ボリビア	4131	1243	2.3	2.1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3.6	65	4.0	3.1
ボスニア・ヘルツェゴビナ	842	195	0.9	-0.6	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1.2	46	2.8	0.5
ボツワナ	784	216	3.3	1.9	13	7	15	45	35	25	55	64	49	3.0	58	11.8	4.0
ブラジル	62408	18092	2.2	1.5	10	7	6	35	24	20	59	66	72	2.3	85	3.7	2.3
ブルネイ	131	40	3.4	2.5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2.4	74	3.7	3.2
ブルガリア	1331	341	0.2	-0.9	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1.3	70	1.4	-0.5
ブルキナファソ	7573	2605	2.4	3.0	24	17	15	51	49	45	42	50	52	6.1	19	6.8	4.9
ブルンジ	4249	1461	2.4	2.3	20	19	16	44	48	46	44	46	49	6.8	10	7.3	5.4
カンボジア	6261	1690	1.7	2.4	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3.3	20	2.0	5.4
カメルーン	8791	2851	2.9	2.5	19	13	15	45	42	36	46	55	50	4.5	56	6.4	4.4
カナダ	6948	1716	1.2	1.0	7	7	7	17	14	10	73	77	80	1.5	80	1.3	1.3
カボヴェルデ	240	73	1.4	2.4	12	8	5	40	39	30	56	65	71	3.5	58	5.5	4.1
中央アフリカ共和国	2107	668	2.4	2.2	22	16	19	42	42	37	42	50	44	4.7	38	3.9	2.4
チャド	5528	1943	2.5	3.4	21	16	16	46	48	46	45	52	50	6.3	26	5.5	4.7
チリ	4897	1233	1.6	1.4	10	6	5	29	23	15	62	73	78	1.9	88	2.1	1.7
中国	348276	84390	1.6	0.9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1.7	41	3.9	3.4
コロンビア	16233	4438	2.2	1.7	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2.3	73	3.2	2.0
コモロ	395	129	3.3	2.8	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4.5	38	5.1	4.6
コンゴ	1788	587	3.0	2.6	14	11	12	44	39	36	54	57	54	4.6	61	4.7	3.3
コンゴ民主共和国	32671	11843	3.1	2.9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6.7	33	2.6	3.9
クック諸島	5	2	-0.9	-1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0.5	-0.2
コスタリカ	1490	393	2.6	2.2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2.1	62	4.0	3.5
コートジボワール	9179	2849	4.4	2.5	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4.6	45	6.1	3.3
クロアチア	859	205	0.4	0.1	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1.3	57	1.9	0.4
キューバ	2630	652	1.0	0.4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1.5	75	2.0	0.5
キプロス	202	49	0.5	1.4	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1.6	69	3.0	1.6
チェコ	1857	466	0.2	-0.1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1.2	73	2.1	-0.2
デンマーク	1210	321	0.2	0.3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1.8	86	0.5	0.4
ジブチ	368	107	6.2	2.4	21	14	12	49	42	29	43	51	54	4.1	87	7.3	3.2
ドミニカ	23	6	0.3	-0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2.1	0.3
ドミニカ共和国	3760	1110	2.3	1.7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2.9	68	3.9	3.0
エクアドル	5064	1414	2.7	1.6	12	6	5	42	29	22	58	68	75	2.6	63	4.4	2.4
エジプト	29263	8634	2.2	1.9	17	9	6	41	32	25	50	62	71	3.0	43	2.4	1.8
エルサルバドル	2685	775	1.8	1.8	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2.7	60	2.9	3.0
赤道ギニア	241	81	0.8	2.4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5.4	39	2.0	3.1
エリトリア	2330	808	2.7	2.5	21	16	10	47	41	40	43	48	57	5.2	20	3.8	3.9
エストニア	261	67	0.7	-1.0	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1.5	69	1.1	-1.2
エチオピア	41299	13439	2.7	2.9	21	18	13	49	47	39	43	47	52	5.4	16	4.6	4.4
フィジー	321	90	1.6	0.9	8	6	7	34	29	22	60	67	69	2.8	51	2.5	2.2

	人口 (1000人) 2006		人口の 年間増加率 (%)		粗死亡率			粗出生率			平均余命 (年)			合計特殊 出生率	都市人口の 比率 (%)	都市人口の 年間平均増加率 (%)	
	18歳未満	5歳未満	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
フィンランド	1097	286	0.4	0.3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1.8	61	1.4	0.3
フランス	13555	3834	0.6	0.5	11	9	9	17	13	12	72	77	80	1.9	77	0.8	0.7
ガボン	554	158	2.8	2.2	20	11	12	34	36	26	47	61	56	3.1	84	6.6	3.5
ガンビア	784	261	3.5	3.4	28	15	11	50	43	36	37	51	59	4.8	55	6.8	5.7
グルジア	1043	237	0.7	-1.3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1.4	52	1.5	-1.6
ドイツ	14517	3548	0.1	0.2	12	11	10	14	11	8	71	75	79	1.4	75	0.1	0.4
ガーナ	10452	3195	2.7	2.4	16	11	10	45	40	30	49	57	59	4.0	49	3.9	4.2
ギリシャ	1917	513	0.7	0.6	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1.3	59	1.3	0.6
グレナダ	43	10	0.1	0.6	9	10	8	28	28	18	64	66	68	2.3	31	0.1	0.3
グアテマラ	6463	2066	2.5	2.4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4.3	48	3.2	3.3
ギニア	4576	1544	2.3	2.6	27	19	12	50	47	41	38	47	55	5.6	33	5.1	3.7
ギニアビサウ	889	322	2.8	3.0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7.1	30	5.9	3.3
ガイアナ	268	73	0.1	0.1	11	9	9	38	25	18	60	62	66	2.4	28	0.2	-0.2
ハイチ	4190	1244	2.1	1.8	18	13	10	39	37	28	47	54	60	3.7	39	4.1	3.6
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	3235	943	3.0	2.2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3.4	47	4.6	3.2
ハンガリー	1935	475	0.0	-0.2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1.3	67	0.5	-0.1
アイスランド	78	21	1.1	1.0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2.0	93	1.4	1.1
インド	445361	126843	2.2	1.8	16	10	8	38	32	24	49	59	64	2.9	29	3.5	2.6
インドネシア	76870	21720	2.1	1.4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2.2	49	5.0	4.4
イラン	24682	6270	3.4	1.3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2.0	67	4.9	2.5
イラク	13691	4223	3.0	2.7	12	8	10	46	39	33	56	63	58	4.4	67	4.1	2.4
アイルランド	1047	315	0.9	1.1	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2.0	61	1.3	1.6
イスラエル	2231	679	2.2	2.6	7	6	5	27	22	20	71	76	80	2.8	92	2.6	2.7
イタリア	9886	2729	0.3	0.2	10	10	10	17	10	9	72	77	80	1.4	68	0.4	0.3
ジャマイカ	1011	277	1.2	0.8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2.5	53	2.1	1.3
日本	21393	5622	0.8	0.2	7	7	9	19	10	9	72	79	82	1.3	66	1.7	0.5
ヨルダン	2460	718	3.5	3.5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3.2	83	4.8	4.4
カザフスタン	4595	1253	1.2	-0.5	9	9	10	26	23	19	62	67	66	2.2	58	1.7	-0.3
ケニア	18155	6161	3.7	2.8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5.0	21	6.5	3.7
キリバス	35	10	2.5	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.0	4.0
朝鮮民主主義人民共和国	6744	1606	1.7	1.0	7	6	10	35	21	14	62	71	67	1.9	62	2.1	1.4
韓国	10616	2369	1.5	0.7	9	6	6	31	16	9	60	71	78	1.2	81	4.5	1.3
クウェート	769	236	5.3	1.6	6	2	2	48	24	18	66	75	77	2.2	98	6.0	1.6
キルギス	1959	504	2.0	1.1	11	8	8	31	31	21	60	66	66	2.5	36	2.0	0.8
ラオス	2682	715	2.3	2.2	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3.3	21	4.7	4.1
ラトビア	427	102	0.6	-0.9	11	13	14	14	14	9	70	69	72	1.3	68	1.3	-1.1
レバノン	1367	363	1.0	1.9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2.2	87	2.7	2.2
レソト	952	272	2.2	1.4	17	11	19	43	36	30	49	59	42	3.5	19	5.7	2.0
リベリア	1922	690	2.2	3.2	22	21	19	49	50	50	42	43	45	6.8	59	4.9	4.9
リビア	2154	676	3.9	2.0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2.8	85	6.7	2.5
リヒテンシュタイン	7	2	1.5	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1.6	1.5
リトアニア	713	151	0.8	-0.5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1.3	66	2.4	-0.6
ルクセンブルク	101	27	0.6	1.2	12	11	9	13	13	12	70	75	79	1.7	83	1.0	1.3
マダガスカル	9613	3142	2.8	2.9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4.9	27	5.3	3.8
マラウイ	7286	2425	3.7	2.3	24	18	16	56	50	42	41	49	47	5.7	18	7.0	4.8
マレーシア	9623	2758	2.6	2.3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2.7	68	4.5	4.3
モルディブ	123	30	2.9	2.1	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2.6	30	6.8	3.0
マリ	6528	2247	2.3	2.8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6.6	31	4.7	4.6
マルタ	85	20	0.9	0.7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1.4	96	0.9	1.1
マーシャル諸島	22	6	4.2	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4.3	1.5
モーリタニア	1415	456	2.6	2.8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4.5	41	7.6	2.9
モーリシャス	360	94	1.2	1.1	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1.9	42	1.4	0.8
メキシコ	37911	10445	2.4	1.4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2.3	76	3.4	1.7
ミクロネシア連邦	50	14	2.2	0.9	9	7	6	41	34	27	62	66	68	3.9	22	2.4	0.0
モルドバ	975	213	1.0	-0.8	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1.4	47	2.9	-0.8
モナコ	6	2	1.2	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.2	0.5
モンゴル	918	233	2.8	1.0	14	9	7	42	33	19	53	61	66	1.9	57	4.0	1.0
モンテネグロ	145	38	0.6	0.1	3	5	9	10	11	13	69	75	74	1.8	-	-	-

表6 人口統計指標

	人口 (1000人) 2006		人口の 年間増加率 (%)		粗死亡率			粗出生率			平均余命 (年)			合計特殊 出生率	都市人口の 比率 (%)	都市人口の 年間平均増加率 (%)	
	18歳未満	5歳未満	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
モロッコ	11135	2978	2.4	1.4	17	8	6	47	30	21	52	64	71	2.4	59	4.1	2.6
モザンビーク	10674	3670	1.8	2.7	25	20	20	48	43	41	39	43	42	5.2	35	8.3	5.9
ミャンマー	15772	4146	2.1	1.2	15	11	10	40	27	19	51	59	61	2.1	31	2.5	2.6
ナミビア	942	248	3.0	2.3	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3.3	36	4.1	3.9
ナウル	4	1	1.7	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.7	0.6
ネパール	12487	3626	2.3	2.3	21	13	8	42	39	29	43	54	63	3.4	16	6.3	6.1
オランダ	3592	987	0.7	0.6	8	9	9	17	13	12	74	77	79	1.7	81	1.2	1.6
ニュージーランド	1066	284	1.0	1.2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2.0	86	1.2	1.3
ニカラグア	2446	671	2.7	1.8	13	7	5	47	37	25	54	64	72	2.8	59	3.3	2.5
ニジェール	7455	2713	3.1	3.5	26	22	14	58	56	50	40	46	56	7.3	17	5.9	4.1
ナイジェリア	73703	24503	2.8	2.7	22	18	17	47	47	41	42	47	47	5.5	49	5.3	4.8
ニウエ	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-
ノルウェー	1092	284	0.4	0.6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1.8	77	0.9	1.1
パレスチナ自治区	2039	673	3.4	3.7	19	7	4	49	46	37	54	68	73	5.3	72	4.5	4.0
オマーン	1014	269	4.5	2.0	17	4	3	50	38	22	49	70	75	3.1	71	9.3	2.6
パキスタン	70673	19012	3.2	2.2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3.6	35	4.2	3.1
パラオ	8	2	1.4	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	2.2	1.8
パナマ	1172	344	2.4	1.9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2.6	72	3.0	3.7
バブアニューギニア	2899	898	2.4	2.5	19	11	10	42	37	31	43	54	57	4.0	13	3.9	2.7
パラグアイ	2522	731	2.7	2.2	7	6	6	37	33	25	65	68	71	3.2	59	4.0	3.4
ペルー	10318	2815	2.5	1.5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2.5	73	3.4	1.8
フィリピン	36430	11027	2.6	2.1	11	7	5	40	33	27	57	65	71	3.3	63	4.5	3.8
ポーランド	7684	1765	0.8	0.0	8	10	10	17	15	9	70	71	75	1.2	62	1.6	0.1
ポルトガル	1996	557	0.7	0.4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1.5	58	1.8	1.6
カタール	204	64	7.2	3.5	13	3	2	34	23	17	60	69	75	2.7	96	7.4	3.7
ルーマニア	4276	1058	0.7	-0.5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1.3	54	2.2	-0.5
ロシア連邦	27839	7195	0.7	-0.2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1.3	73	1.5	-0.3
ルワンダ	4844	1617	3.3	1.6	20	33	17	53	49	44	44	33	46	6.0	20	5.9	9.9
セントクリストファー・ネイビス	17	5	-0.5	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0.4	0.7
セントルシア	55	15	1.4	1.1	8	7	7	41	25	19	64	71	73	2.2	28	2.4	0.7
セントビンセント・グレナディーン	42	12	0.9	0.6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2.2	46	3.0	1.4
サモア	88	25	0.6	0.9	10	7	5	39	34	26	55	65	71	4.1	23	0.8	1.3
サンマリノ	6	2	1.2	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	3.1	1.4
サントメ・プリンシペ	75	23	2.3	1.8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	4.0	59	4.2	3.7
サウジアラビア	9671	2879	5.2	2.5	18	5	4	48	36	25	52	68	72	3.5	81	7.5	2.8
セネガル	5888	1913	2.9	2.7	21	12	9	48	43	36	45	57	63	4.9	42	4.2	3.1
セルビア	2222	605	0.8	0.2	9	10	11	18	15	13	68	71	74	1.8	-	-	-
セーシェル	44	15	1.6	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.8	1.2
シエラレオネ	2827	999	2.1	2.1	29	26	23	47	48	46	35	39	42	6.5	41	4.8	4.1
シンガポール	1010	207	1.9	2.3	5	5	5	23	18	9	69	75	80	1.3	100	1.9	2.3
スロバキア	1114	259	0.7	0.2	10	10	10	19	15	10	70	72	74	1.2	56	2.3	0.1
スロベニア	349	89	0.7	0.2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1.3	51	2.3	0.3
ソロモン諸島	226	70	3.3	2.7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	4.0	17	5.5	4.2
ソマリア	4261	1507	3.1	1.4	24	22	17	51	46	44	40	42	47	6.2	36	4.5	2.6
南アフリカ	18349	5254	2.4	1.7	14	8	16	38	29	23	53	62	50	2.7	60	2.9	2.6
スペイン	7671	2268	0.7	0.8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1.4	77	1.4	0.9
スリランカ	5576	1483	1.6	0.7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1.9	15	1.0	-0.1
スーダン	17697	5483	2.9	2.3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4.4	42	5.3	5.1
スリナム	160	45	0.4	0.8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2.5	74	2.4	1.3
スワジランド	536	147	3.2	1.7	18	10	20	50	41	29	48	59	40	3.6	24	7.5	2.1
スウェーデン	1925	499	0.3	0.4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1.8	84	0.4	0.5
スイス	1500	362	0.5	0.5	9	9	8	16	12	9	73	78	81	1.4	76	1.6	1.2
シリア	8342	2500	3.5	2.6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3.2	51	4.1	2.9
タジキスタン	3090	858	2.9	1.4	10	8	6	40	39	28	60	63	66	3.5	25	2.2	-0.2
タンザニア	20171	6953	3.1	2.7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5.3	25	7.5	4.4
タイ	16522	4514	1.9	1.0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1.8	33	3.6	1.6
旧ユーゴスラビア・マケドニア	486	117	1.0	0.4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1.5	70	2.0	1.6
東ティモール	570	190	1.0	2.6	22	18	9	46	43	42	40	46	60	6.7	27	3.4	4.1
トーゴ	3192	1045	3.1	3.0	18	12	10	48	44	38	48	58	58	5.0	41	4.9	4.9

	人口 (1000人) 2006		人口の 年間増加率 (%)		粗死亡率			粗出生率			平均余命 (年)			合計特殊 出生率	都市人口の 比率 (%)	都市人口の 年間平均増加率 (%)	
	18歳未満	5歳未満	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
トンガ	44	12	-0.2	0.3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3.8	24	0.4	0.7
トリニダードトバゴ	365	93	1.2	0.5	7	7	8	27	21	15	66	70	69	1.6	13	-0.5	2.9
チュニジア	3225	823	2.4	1.4	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1.9	66	3.8	2.0
トルコ	24632	6630	2.3	1.6	12	8	6	39	26	19	56	65	72	2.2	68	4.5	2.4
トルクメニスタン	1865	491	2.6	1.8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2.6	47	2.3	2.0
ツバル	4	1	1.3	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4.6	2.7
ウガンダ	16828	5840	3.2	3.2	16	15	14	49	50	47	50	51	50	6.6	13	5.7	4.1
ウクライナ	8676	2001	0.4	-0.6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1.2	68	1.4	-0.5
アラブ首長国連邦	976	315	10.6	5.1	11	3	1	36	27	16	61	73	78	2.3	77	10.5	5.0
英国	13155	3467	0.1	0.3	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1.8	90	0.8	0.4
米国	75757	20776	1.0	1.0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2.1	81	1.1	1.5
ウルグアイ	943	254	0.5	0.4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2.1	92	0.9	0.7
ウズベキスタン	10673	2861	2.7	1.7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2.6	37	3.1	1.2
バヌアツ	102	31	2.8	2.4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3.9	24	4.9	4.0
ベネズエラ	10052	2880	3.0	2.0	7	5	5	37	29	22	65	71	73	2.6	94	3.8	2.7
ベトナム	30570	8101	2.2	1.7	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2.2	27	2.7	3.4
イエメン	11482	3639	3.3	3.6	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5.6	28	5.5	5.3
ザンビア	6164	2012	3.2	2.3	17	16	20	49	44	40	49	49	41	5.3	35	4.5	1.6
ジンバブエ	6199	1703	3.5	1.5	13	8	19	48	37	28	55	63	42	3.3	36	6.1	2.9

要約

サハラ以南のアフリカ	376047	125254	2.9	2.6	20	16	15	48	45	40	45	50	50	5.3	35	4.7	4.1
東部・南部アフリカ	183232	60197	2.9	2.5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	5.0	29	4.7	3.7
西部・中部アフリカ	192816	65057	2.9	2.7	22	17	16	48	47	42	43	49	50	5.6	42	4.8	4.3
中東と北アフリカ	152632	44126	3.0	2.0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3.1	58	4.4	2.8
南アジア	612647	174830	2.3	1.9	17	11	8	39	33	25	49	59	64	3.0	29	3.8	2.8
東アジアと太平洋諸国	566804	144870	1.8	1.1	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1.9	43	3.9	3.4
ラテンアメリカとカリブ海諸国	197134	55715	2.2	1.5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2.4	78	3.3	2.1
CEE/CIS	101837	26218	1.0	0.2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1.7	62	2.0	0.2
先進工業国 [§]	204920	54768	0.7	0.6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1.7	76	1.0	0.9
開発途上国 [§]	1958948	559069	2.2	1.6	13	9	8	38	29	23	55	63	66	2.8	43	3.8	2.9
後発開発途上国 [§]	376727	122114	2.5	2.5	21	16	13	47	42	36	44	51	55	4.7	27	4.9	4.1
世界	2212024	625781	1.8	1.4	12	9	9	32	26	21	59	65	68	2.6	49	2.7	2.2

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

出生時の平均余命—新生児が、その出生時の人口集団の標準的な死亡の危険のもとで生きられる年数。

粗死亡率—人口1,000人あたりの年間の死亡数。

粗出生率—人口1,000人あたりの年間の出生数。

合計特殊出生率—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、その女性が一生の間に産むことになる子どもの人数。

都市人口—各国が最新の人口調査で用いた定義にしたがって定められた都市地域で暮らす人口の比率。

データの主な出典

子どもの人口—国連人口局。

粗死亡率・粗出生率—国連人口局。

平均余命—国連人口局。

合計特殊出生率—国連人口局。

都市人口—国連人口局。

注 - データなし。

表7 経済指標

国・地域	1人あ たりの GNI (米ドル)	1人あたりの GDPの 年間平均成長率 (%)		年間平均 インフレ率 (%)	1日1米 ドル未 満で暮 らす 人の比 率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1995-2005*)			政府開発 援助(O DA)の 受け入 れ額 (100万 米ドル)	ODAが 受け入 れ国 のGNI に占 める比 率 (%)	債務返済が商品や サービスの輸出額 に占める比率 (%)	
	2006	1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005*	保健	教育	防衛	2005	2005	1990	2005
アフガニスタン	250x	1.6x	-	-	-	-	-	-	2775	40	-	-
アルバニア	2960	-0.7x	5.2	20	<2	4	2	4	319	4	4x	2x
アルジェリア	3030	2	1.3	13	<2	4	24	17	371	0	62	19x
アンドラ	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	1980	0.4x	2.1	361	-	6x	15x	34x	442	2	7	9
アンティグアバーブーダ	11210	6.5x	1.8	2	-	-	-	-	7	1	-	-
アルゼンチン	5150	-1	1.3	6	7	5	5	3	100	0	30	12
アルメニア	1930	-	5.2	78	<2	-	-	-	193	4	-	5x
オーストラリア	35990	2	2.5	2	-	15	10	6	-	-	-	-
オーストリア	39590	2	1.9	1	-	14	10	2	-	-	-	-
アゼルバイジャン	1850	-	1.5	78	4	1	4	12	223	2	-	4x
バハマ	14920x	2	0.4x	3x	-	16	20	3	-	-	-	-
バーレーン	14370x	-1.3x	2.3x	2x	-	8	15	14	0	0	-	-
バングラデシュ	480	1	3	4	41	7	17	10	1321	2	17	5
バルバドス	d	2	1.5x	3x	-	-	-	-	-2	0	14	5
ベラルーシ	3380	-	2.8	180	<2	3	4	3	54	0	-	1x
ベルギー	38600	2	1.8	2	-	16	3	3	-	-	-	-
ベリーズ	3650	3	2.3	1	-	8	20	5	13	1	5	34
ベナン	540	0	1.4	6	31	6x	31x	17x	349	8	7	6x
ブータン	1410	4.7x	4.8	8	-	9	13	-	90	11	5x	5x
ボリビア	1100	-1	1.3	7	23	10	21	5	583	6	31	13
ボスニア・ヘルツェゴビナ	2980	-	11.6x	5x	-	-	-	-	546	5	-	3x
ボツワナ	5900	8	4.8	8	28x	5	26	8	71	1	4	1
ブラジル	4730	2	1.1	81	8	6	6	3	192	0	19	26
ブルネイ	24100x	-2.1x	-0.8x	0x	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルガリア	3990	3.4x	2	55	<2	12	5	6	-	-	19	28
ブルキナファソ	460	1	1.5	5	27	7x	17x	14x	660	13	6	10x
ブルンジ	100	1	-2.6	12	55	2	15	23	365	50	41	41
カンボジア	480	-	5.8x	3x	34	-	-	-	538	9	-	0x
カメルーン	1080	3	0.7	4	17	3	12	10	414	3	18	11x
カナダ	36170	2	2.2	2	-	9	2	6	-	-	-	-
カボヴェルデ	2130	-	3.3	4	-	-	-	-	161	16	5	6
中央アフリカ共和国	360	-1	-0.6	3	67x	-	-	-	95	7	8	12x
チャド	480	-1	2.4	7	-	8x	8x	-	380	10	2	7x
チリ	6980	2	3.7	6	<2	14	17	7	152	0	20	15
中国	2010	7	8.8	5	10	0	2	12	1757	0	10	3
コロンビア	2740	2	0.8	15	7	9	20	13	511	0	39	34
コモロ	660	0.1x	-0.4	4	-	-	-	-	25	6	2	3x
コンゴ	950x	3	-0.8	8	-	4	4	10	1449	38	32	2
コンゴ民主共和国	130	-2	-4.7	385	-	0	0	18	1828	26	5x	0x
クック諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	-	-
コスタリカ	4980	1	2.4	13	3	21	22	0	30	0	21	5
コートジボワール	870	-2	-0.5	6	15	4x	21x	4x	119	1	26	4
クアチア	9330	-	2.8	37	<2	13	8	4	125	0	-	27x
キューバ	1170x	-	3.5x	4x	-	23x	10x	-	88	0	-	-
キプロス	18430x	5.9x	2.3x	4x	-	6	12	4	-	-	-	-
チェコ	12680	-	2.1	8	<2	16	10	4	-	-	-	10x
デンマーク	51700	2	1.9	2	-	1	12	5	-	-	-	-
ジブチ	1060	-	-2.4	3	-	-	-	-	79	10	-	4x
ドミニカ	3960	4.7x	1.4	2	-	-	-	-	15	5	4	13
ドミニカ共和国	2850	2	3.7	11	3	10	13	4	77	0	7	6
エクアドル	2840	1	1	5	18	11x	18x	13x	210	1	27	28
エジプト	1350	4	2.4	7	3	3	15	9	926	1	18	6
エルサルバドル	2540	-2	1.6	5	19	13	15	3	199	1	14	7
赤道ギニア	8250	-	21.6	13	-	-	-	-	39	1	2	0x
エリトリア	200	-	0x	12x	-	-	-	-	355	47	-	13x
エストニア	11410	1.5x	4.9	26	<2	16	7	5	-	-	-	15x
エチオピア	180	-	1.9	4	23	1	5	17	1937	17	33	4
フィジー	3300	0.6x	1.4x	3x	-	9	18	6	64	2	12	6x
フィンランド	40650	3	2.6	2	-	3	10	4	-	-	-	-
フランス	36550	2	1.6	1	-	16x	7x	6x	-	-	-	-

	1人あ たりの GNI (米ドル)	1人あたりの GDPの 年間平均成長率 (%)		年間平均 インフレ率 (%)	1日1米 ドル未 満で暮 らす 人の比 率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1995-2005 *)			政府開発 援助(ODA) の受け 入れ額 (100万米 ドル)	ODAが 受け入 れ国の GNIに 占める 比率 (%)	債務返済が商品や サービスの輸出額 に占める比率 (%)	
	2006	1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005 *	保健	教育	防衛	2005	2005	1990	2005
ガボン	5000	0	-1	6	-	-	-	-	54	1	4	11x
ガンビア	310	1	0.3	8	59	7x	12x	4x	58	13	18	11
グルジア	1560	3	1	116	7	3	4	9	310	5	-	8x
ドイツ	36620	2.2x	1.4	1	-	19	1	4	-	-	-	-
ガーナ	520	-2	2.1	25	45	7x	22x	5x	1120	11	21	6
ギリシャ	21690	1	2.7	6	-	7	11	8	-	-	-	-
グレナダ	4420	4.9x	2.3	2	-	10x	17x	-	45	9	2	6
グアテマラ	2640	0	1.2	9	14	11x	17x	11x	254	1	11	5
ギニア	410	0.3x	1.3	8	-	3x	11x	29x	182	5	18	17x
ギニアビサウ	190	0	-2.5	17	-	1x	3x	4x	79	28	21	11x
ガイアナ	1130	-2	3	8	<2x	-	-	-	137	18	-	5x
ハイチ	480	0	-2	19	54	-	-	-	515	13	5	3
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	1200	1	0.6	14	15	10x	19x	7x	681	8	30	7
ハンガリー	10950	3	3.2	14	<2	6	5	3	-	-	30	30
アイスランド	50580	3	2.3	4	-	26	10	-	-	-	-	-
インド	820	2	4.4	6	34	2	2	13	1724	0	25	18x
インドネシア	1420	5	2.2	15	8	1	4	7	2524	1	31	20x
イラン	3000	-2	2.5	23	<2	6	7	14	104	0	1	4x
イラク	2170x	-4.3x	-	-	-	-	-	-	21654	0	-	-
アイルランド	45580	3	6	4	-	16	14	3	-	-	-	-
イスラエル	18580x	2	1.5x	7x	-	13	15	19	-	-	-	-
イタリア	32020	3	1.3	3	-	3	10	3	-	-	-	-
ジャマイカ	3480	-1	0.7	16	<2	7	15	2	36	0	20	16
日本	38410	3	0.9	-1	-	2x	6x	4x	-	-	18	5
ヨルダン	2660	2.5x	1.8	2	<2	10	16	19	622	5	18x	7x
カザフスタン	3790	-	2.6	83	<2	4	4	5	229	1	-	38x
ケニア	580	1	0	11	23	7	26	6	768	4	26	4
キリバス	1230	-5	1.9	2	-	-	-	-	28	22	-	22x
朝鮮民主主義人民共和国	a	-	-	-	-	-	-	-	81	0	-	-
韓国	17690	6	4.5	4	<2	0	14	10	-	-	10x	10x
クウェート	30630x	-6.8x	0.6x	4x	-	6	12	15	-	-	-	-
キルギス	490	-	-0.9	51	<2	11	20	10	268	12	-	11x
ラオス	500	-	4.1	26	27	-	-	-	296	12	8	8x
ラトビア	8100	3	4.2	23	<2	11	6	4	-	-	-	18x
レバノン	5490	-	2.5	9	-	2	7	11	243	1	1x	63x
レソト	1030	3	2.3	8	36	6	25	5	69	4	4	5
リベリア	140	-4	2.2	44	36x	5x	11x	9x	236	54	-	0x
リビア	7380	-4.8x	-	-	-	-	-	-	24	0	-	-
リヒテンシュタイン	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	7870	-	2.5	32	<2	10	7	4	-	-	-	13x
ルクセンブルク	76040	3	3.3	2	-	13	10	1	-	-	-	-
マダガスカル	280	-2	-0.5	15	61	8	13	5	929	17	32	14
マラウイ	170	0	1.1	28	21	7x	12x	5x	575	28	23	6x
マレーシア	5490	4	3.2	3	<2	6	23	11	32	0	12	5
モルディブ	2680	-	4.2x	1x	-	9	14	10	67	9	4	7
マリ	440	-1	2.2	5	36	2x	9x	8x	691	13	8	5x
マルタ	13610x	7	2.7x	3x	-	14	13	2	0	0	0x	3x
マーシャル諸島	3000	-	-2.2	5	-	-	-	-	57	31	-	-
モーリタニア	740	-1	0.5	8	26	4x	23x	-	190	11	24	20x
モーリシャス	5450	5.1x	3.7	6	-	9	16	1	32	0	6	6
メキシコ	7870	2	1.5	14	3	5	25	3	189	0	16	17
ミクロネシア連邦	2380	-	-0.2	2	-	-	-	-	106	42	-	-
モルドバ	1100	1.8x	-2	57	<2	13	9	1	192	6	-	10x
モナコ	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	880	-	3.3x	11x	11	6	9	9	212	12	-	2x
モンテネグロ	3860	-	2.6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モロッコ	1900	2	1.6	2	<2	3	18	13	652	1	18	11
モザンビーク	340	-1x	4.4	21	36	5x	10x	35x	1286	21	21	3
ミャンマー	220x	2	6.6x	24x	-	5	15	22	145	0	17	3x
ナミビア	3230	-2.3x	1.5	9	35x	10x	22x	7x	123	2	12	4

表7 経済指標

国・地域	1人あ たりの GNI (米ドル)	1人あたりの GDPの 年間平均成長率 (%)		年間平均 インフレ率 (%)	1日1米 ドル未 満で暮 らす 人の比 率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1995-2005*)			政府開発 援助(O DA)の 受け入 れ額 (100万 米ドル)	ODAが 受け入 れ国 のGNI に占 める 比率 (%)	債務返済が商品や サービスの輸出額 に占める比率 (%)	
	2006	1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005*	保健	教育	防衛	2005	2005	1990	2005
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
ネパール	290	1	1.9	6	24	5	18	11	428	6	12x	5x
オランダ	42670	2	1.8	2	-	10	11	4	-	-	-	-
ニュージーランド	27250	1	2.1	2	-	18	20	3	-	-	-	-
ニカラグア	1000	-4	1.9	22	45	13x	15x	6x	740	15	2	6
ニジェール	260	-2	-0.5	4	61	-	-	-	515	15	12	6x
ナイジェリア	640	-1	0.7	22	71	1x	3x	3x	6437	9	22	16
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	21	0	-	-
ノルウェー	66530	3	2.6	3	-	16	6	5	-	-	-	-
パレスチナ自治区	1230x	-	-2.8x	4x	-	-	-	-	1102	25	-	-
オマーン	9070x	3	1.8x	1x	-	7	15	33	31	0	12	7
パキスタン	770	3	1.4	10	17	1	1	20	1666	2	16	9
パラオ	7990	-	-	3x	-	-	-	-	23	15	-	-
パナマ	4890	0	2.3	2	7	18	16	-	20	0	3	17
バブアニューギニア	770	-1	0.2	8	-	7	22	4	266	6	37	9
バラグアイ	1400	3	-0.5	11	14	7x	22x	11x	51	1	12	11
ペルー	2920	-1	2.3	14	11	13	7	-	398	1	6	25
フィリピン	1420	1	1.7	7	15	2	19	5	562	1	23	16
ポーランド	8190	-	4.3	14	<2	11	12	4	-	-	4	28
ボルトガル	18100	3	1.9	4	<2x	16	16	3	-	-	-	-
カタール	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	4850	0.9x	2	62	<2	14	7	5	-	-	0	17
ロシア連邦	5780	-	0.6	78	<2	9	4	13	-	-	-	9x
ルワンダ	250	1	0.3	9	60	5x	26x	-	576	28	10	7
セントクリストファー・ネイビス	8840	6.3x	2.8	3	-	-	-	-	4	1	3	23
セントルシア	5110	5.3x	1.1	2	-	-	-	-	11	1	2	6
セントビンセント・グレナディーン	3930	3	1.7	3	-	12	16	-	5	1	3	11
サモア	2270	-0.1x	2.5	6	-	-	-	-	44	12	5	5
サンマリノ	d	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	780	-	0.5x	34x	-	-	-	-	32	47	28	31x
サウジアラビア	12510x	-2	0.1x	3x	-	6x	14x	36x	26	0	-	-
セネガル	750	0	1.2	4	17	3	14	7	689	8	14	9x
セルビア	3910	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セーシェル	8650	3	1.4	2	-	10	9	4	19	3	7	6
シエラレオネ	240	0	-0.8	20	57x	10x	13x	10x	343	28	8	8
シンガポール	29320	6	3.7	0	-	6	22	29	-	-	-	-
スロバキア	9870	-	2.9	8	<2	18	4	5	-	-	-	13x
スロベニア	18890	-	3.3	16	<2	15	13	3	0	0	10x	16x
ソロモン諸島	680	3	-2.3	8	-	-	-	-	198	67	10	7x
ソマリア	130x	-1	-	-	-	1x	2x	38x	236	0	25x	-
南アフリカ	5390	0	0.8	9	11	-	-	-	700	0	-	6x
スペイン	27570	2	2.5	4	-	15	2	4	-	-	-	-
スリランカ	1300	3	3.8	9	6	6	10	18	1189	5	10	4
スーダン	810	0	3.7	37	-	1	8	28	1829	8	4	6
スリナム	3200	-2.2x	1.4	55	-	-	-	-	44	4	-	-
スワジランド	2430	2	0.4	11	48	8	20	8	46	2	6	2
スウェーデン	43580	2	2.2	2	-	3	6	5	-	-	-	-
スイス	57230	1	0.7	1	-	0	4	6	-	-	-	-
シリア	1570	2	1.4	7	-	2	9	24	78	0	20	2
タジキスタン	390	-	-3.1	109	7	2	4	9	241	11	-	6x
タンザニア	350	-	1.6	15	58	6x	8x	16x	1505	12	25	2
タイ	2990	5	2.8	3	<2	8	20	6	-171	0	14	14
旧ユーゴスラビア・マケドニア	3060	-	0.2	34	<2	-	-	-	230	4	-	9x
東ティモール	840	-	-	-	-	-	-	-	185	31	-	-
トーゴ	350	-1	-0.1	4	-	5x	20x	11x	87	4	8	0x
トンガ	2170	-	1.9	4	-	7x	13x	-	32	14	2	2x
トリニダード・トバゴ	13340	1	4.7	5	12x	8	17	2	-2	0	18	4x
チュニジア	2970	3	3.3	4	<2	5	20	5	376	1	22	12
トルコ	5400	2	1.9	57	3	3	10	8	464	0	27	29
トルクメニスタン	1340x	-	-6.8x	408x	12x	-	-	-	28	0	-	30x
ツバル	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-

	1人あ たりの GNI (米ドル)	1人あたりの GDPの 年間平均成長率 (%)		年間平均 インフレ率 (%)	1日1米 ドル未 満で暮 らす 人の比 率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1995-2005*)			政府開発 援助(ODA) の受け 入れ額 (100万米 ドル)	ODAが 受け 入れ 国の GNI に 占 め る 比 率 (%)	債務返済が商品や サービスの輸出額 に占める比率 (%)	
	2006	1970-1990	1990-2006	1990-2006	1995-2005*	保健	教育	防衛	2005	2005	1990	2005
ウガンダ	300	-	3.1	8	85x	2x	15x	26x	1198	15	47	7
ウクライナ	1950	-	-1.5	104	<2	3	6	3	410	1	-	10x
アラブ首長国連邦	23950x	-4.8x	-0.9x	3x	-	7	17	30	-	-	-	-
英国	40180	2	2.5	3	-	15	4	7	-	-	-	-
米国	44970	2	2.1	2	-	24	3	20	-	-	-	-
ウルグアイ	5310	1	1.2	20	<2	7	8	4	15	0	31	27
ウズベキスタン	610	-	0.7	117	<2	-	-	-	172	1	-	21x
バヌアツ	1710	-0.5x	-0.3	3	-	-	-	-	39	12	2	1
ベネズエラ	6070	-2	-0.6	36	19	8	21	5	49	0	22	9
ベトナム	690	-	6	10	<2x	4	14	-	1905	4	7x	3x
イエメン	760	-	1.5	18	16	4	22	19	336	3	4	2
ザンビア	630	-2	0	35	64	13	14	4	945	16	13	22x
ジンバブエ	340x	0	-2.4	76	56	8	24	7	368	8	19	6x

要約

サハラ以南のアフリカ	851	-	1.1	35	43	-	-	-	28779	5	11	10
東部・南部アフリカ	1171	-	1.2	38	34	-	-	-	12571	4	6	6
西部・中部アフリカ	553	-	1	29	52	-	-	-	16208	9	20	15
中東と北アフリカ	2104	0	2.2	15	4	5	13	15	28451	3	21	14
南アジア	777	2	3.9	6	32	2	3	14	9260	1	21	-
東アジアと太平洋諸国	2371	6	6.7	5	9	1	7	11	8968	0	16	6
ラテンアメリカとカリブ海諸国	4847	1	1.4	37	9	7	15	4	5363	0	20	18
CEE / CIS	4264	-	1.1	74	2	7	6	9	4006	0	-	18
先進工業国 [§]	37217	2	1.9	2	-	18	4	12	-	-	-	-
開発途上国 [§]	1967	3	4.1	19	20	3	9	10	82952	1	18	13
後発開発途上国 [§]	438	-	2.3	62	38	5	14	14	25979	10	13	8
世界	7406	2	2.3	8	19	14	5	11	84828	0	18	14

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

1人あたりのGNI—GNI(国民総所得)とは、すべての居住生産者による付加価値の額に、生産評価額に含まれないすべての生産品税額(補助金は控除)および非居住者からの1次所得(被用者の報酬および財産所得)の正味受取額を加えた総額である。1人あたりのGNIは、国民総所得を年央の人口で割って算出する。1人あたりのGNIの米ドル換算値は世界銀行アトラス計算法によるものである。

1人あたりのGDP—GDP(国内総生産)とは、すべての居住生産者による付加価値の額に、生産評価額に含まれないすべての生産品税額(補助金は控除)を加えた総額である。1人あたりのGDPは、国内総生産を年央の人口で割って算出する。成長率は現地通貨による固定物価GDPから算出したものである。

1日1米ドル未満で暮らす人の比率—1993年の国際価格のもとで1日1.08米ドル未満で暮らす人の人口比率(1985年の1日1米ドルに相当し、購買力平価で調整済みの数値)。購買力平価為替レートの改訂の結果、各国の貧困率は前年度版以前の白書で報告されている貧困率と比較できない。

ODA—政府開発援助。

債務返済—公的および公的保証付の長期対外債務に対する金利の支払額および元本の返済額の合計。

データの主な出典

1人あたりのGNI—世界銀行。

1人あたりのGDP—世界銀行。

インフレ率—世界銀行。

1日1米ドル未満で暮らす人の比率—世界銀行。

保健・教育・防衛支出—国際通貨基金(IMF)。

ODA—経済開発協力機構(OECD)。

債務返済—世界銀行。

注

a: 低所得層(905米ドル以下)

b: 下位の中所得層(906~3,595米ドル)

c: 上位の中所得層(3,596~11,115米ドル)

d: 高所得層(11,116米ドル以上)

- データなし。

x データが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り、かつ地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。

* データが、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。

表8 女性指標

国・地域	出生時の平均余命 (対男性比、%)	成人の識字率 (対男性比、%)	就学率・出席率 (対男性比、%)				避妊法の普及率 (%)	出産前のケアが行われている率 (%)	専門技能者が付き添う出産の比率 (%)	保健施設での出産の比率 (%)	妊産婦死亡率 [†]		
			初等教育 (2000-2006*)		中等教育 (2000-2006*)						2000-2006* 報告値	2005 調整値	生涯に妊娠・出産で死亡する危険(1/n)
			純就学率	純出席率	純就学率	純出席率							
アフガニスタン	100	30	-	61	-	33	10	16	14	13	1600	1800	8
アルバニア	109	99	100	100	97	97	60	97	100	98	17	92	490
アルジェリア	104	75	97	99	105	114	61	89	95	95	120x	180	220
アンドラ	-	-	96	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	108	65	-	102	-	91	6	66	45	16x	-	1400	12
アンティグアバーブーダ	-	-	-	-	-	-	53x	100	100	-	0	-	-
アルゼンチン	111	100	99	-	108	-	-	99	99	99	39	77	530
アルメニア	110	99	105	99	104	102	53	93	98	97	27	76	980
オーストラリア	106	-	101	-	101	-	-	100x	100x	-	-	4	13300
オーストリア	107	-	102	-	-	-	51x	100x	100x	-	-	4	21500
アゼルバイジャン	112	98x	99	100	96	97	55	70	100	74	26	82	670
バハマ	108	-	102	-	102	-	-	-	99	-	-	16	2700
バーレーン	104	94	100	101	107	110	62x	97x	98x	98x	46x	32	1300
バングラデシュ	103	76	103	106	102	114	58	48	20	16	320	570	51
バルバドス	108	-	100	-	101	-	55x	100	100	-	0x	16	4400
ベラルーシ	119	99x	97	101	101	102	73	99	100	100	10	18	4800
ベルギー	108	-	100	-	101	-	78x	-	-	-	-	8	7800
ベリーズ	108	100x	103	-	101	-	56x	96	84x	77	130	52	560
ベナン	104	48	81	78	48	63	17	88	78	78	500x	840	20
ブータン	105	-	99	91	-	-	31	51	56	37	260	440	55
ボリビア	107	87	102	99	99	98	58	79	67	57	230	290	89
ボスニア・ヘルツェゴビナ	107	95	-	97	-	100	36	99	100	100	3	3	29000
ボツワナ	101	103	99	104	109	122	48	97	94	80x	330x	380	130
ブラジル	111	101	100	100x	108	119x	77x	97	88x	97	76	110	370
ブルネイ	106	95	101	-	106	-	-	100x	99x	-	0x	13	2900
ブルガリア	110	99	99	-	98	-	86x	-	99	-	10	11	7400
ブルキナファソ	106	55	80	90	69	88	17	85	54	51	480x	700	22
ブルンジ	106	78	92	97	-	75	9	92	34	29	620	1100	16
カンボジア	109	75	97	104	81	88	40	69	44	22	470	540	48
カメルーン	102	78	-	94	-	93	29	82	63	61	670	1000	24
カナダ	106	-	101	-	-	-	75x	-	98	-	-	7	11000
カボヴェルデ	109	86	98	99x	109	-	53x	99	89x	49x	76	210	120
中央アフリカ共和国	106	52	84	84	69	63	19	69	53	51	540	980	25
チャド	106	32	69	76	31	54	3	39	14	13	1100	1500	11
チリ	108	100	98	-	-	-	56x	95x	100	100	17	16	3200
中国	105	92	100	-	-	-	87	90	98	83	48	45	1300
コロンビア	111	100	100	102	109	113	78	94	96	92	78	130	290
コモロ	107	-	81	100	-	110	26	75	62	43x	380	400	52
コンゴ	105	87	120	101	-	108	44	86	83	82	780	740	22
コンゴ民主共和国	106	67	-	89	-	83	31	68	61	-	1300	1100	13
クック諸島	-	-	99	-	110	-	44	-	98	-	6x	-	-
コスタリカ	106	100	102	102	110	110	96	92	99	94	36	30	1400
コートジボワール	104	64	81	86	58	69	13	85	57	54	540	810	27
クロアチア	110	98	99	-	102	-	-	-	100	-	7	7	10500
キューバ	105	100	98	-	101	-	77	100	100	-	37	45	1400
キプロス	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	0x	10	6400
チェコ	109	-	102	-	-	-	69x	99x	100	-	5	4	18100
デンマーク	106	-	101	-	102	-	-	-	-	-	10x	3	17800
ジブチ	105	-	81	98	67	84	9	67	61	74	74x	650	35
ドミニカ	-	-	102	-	100	-	50x	100	100	-	0	-	-
ドミニカ共和国	109	100	101	105	126	144	61	99	96	95	92	150	230
エクアドル	108	98	101	-	102	-	73	84	99x	74	110	210	170
エジプト	107	71	95	98	93	93	59	70	74	65	84	130	230
エルサルバドル	109	96	100	-	104	-	67	86	92	69	71	170	190
赤道ギニア	105	87	91	98	-	96	-	86	65	-	-	680	28
エリトリア	109	-	84	93	67	91	8	70	28	26	1000x	450	44
エストニア	117	100	100	-	103	-	70x	-	100	-	29	25	2900
エチオピア	105	46	93	100	68	77	15	28	6	5	670	720	27
フィジー	107	-	99	-	106	-	44	-	99	-	38x	210	160
フィンランド	108	-	100	-	100	-	-	100x	100x	100	6x	7	8500
フランス	109	-	100	-	102	-	75x	99x	99x	-	10x	8	6900

	出生時の 平均余命 (対男性比、%)	成人の 識字率 (対男性比、%)	就学率・出席率 (対男性比、%)				避妊法の 普及率 (%)	出産前のケアが 行われている率 (%)	専門技能 者が付き 添う出産 の比率 (%)	保健施設 での出産 の比率 (%)	妊産婦死亡率 [†]		
			初等教育 (2000-2006*)		中等教育 (2000-2006*)						2000-2006* 報告値	2005	
			純就学率	純出席率	純就学率	純出席率						調整値	生涯に妊 娠・出産で 死亡する 危険(1/n)
ガボン	102	91	100	100	-	106	33	94	86	85	520	520	53
ガンビア	104	-	99	103	84	87	18	98	57	55	730	690	32
グルジア	112	-	100	101x,y	100	-	47	94	99	92	23	66	1100
ドイツ	107	-	100	-	-	-	75x	-	-	-	8x	4	19200
ガーナ	101	76	101	100	90	100	17	92	50	49	210x	560	45
ギリシャ	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	1x	3	25900
グレナダ	105	-	99	-	103	-	54	100	100	-	0	-	-
グアテマラ	111	84	96	95	91	104x	43	84	41	42	150	290	71
ギニア	106	42	87	87	55	63	9	82	38	31	980	910	19
ギニアビサウ	107	-	72	98	55	88	10	78	39	36	410	1100	13
ガイアナ	109	-	-	100	-	111	35	90	94	-	120	470	90
ハイチ	106	-	-	106	-	117	32	85	26	25	630	670	44
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	111	100	102	104	-	124	65	92	67	67	110x	280	93
ハンガリー	112	-	98	-	100	-	77x	-	100	-	4	6	13300
アイスランド	104	-	97	-	102	-	-	-	-	-	-	4	12700
インド	105	66	93	101	-	91	56	74	47	41	300	450	70
インドネシア	106	93	97	101	98	104	57	92	72	40	310	420	97
イラン	105	88	110	97	95	-	74	77x	90	84	37x	140	300
イラク	107	76	86	88	70	74	50	84	89	63	290x	300	72
アイルランド	106	-	100	-	107	-	-	-	100	100	6x	1	47600
イスラエル	105	-	101	-	100	-	-	-	-	-	5x	4	7800
イタリア	108	99	99	-	101	-	60x	-	-	-	7x	3	26600
ジャマイカ	108	116	100	101	104	105	69	91	97	94	95	170	240
日本	109	-	100	-	101	-	56	-	100x	-	8x	6	11600
ヨルダン	105	92	102	100	104	105	56	99	100	97	41x	62	450
カザフスタン	118	99x	98	99	99	100	51	100	100	100	70	140	360
ケニア	104	90	101	100	100	108	39	88	42	40	410	560	39
キリバス	-	-	102	-	109	-	21x	88x	85x	-	56	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	106	-	-	-	-	-	62x	-	97	-	110x	370	140
韓国	110	-	99	-	100	-	81x	-	100x	-	20x	14	6100
クウェート	105	97	99	-	105	-	50x	95x	98x	98x	5x	4	9600
キルギス	113	99x	99	102	101	102	48	97	98	97	100	150	240
ラオス	104	79	94	95	85	83	32	27	19	-	410	660	33
ラトビア	116	100	103	-	-	-	48x	-	100	-	10	10	8500
レバノン	106	-	99	100	-	111	58	96	98x	-	100x	150	290
レソト	101	122	106	107	158	169	37	90	55	52	760	960	45
リベリア	104	79	78	-	55	-	10	85	51	36	580x	1200	12
リビア	107	81	-	-	-	-	45x	81x	94x	-	77x	97	350
リヒテンシュタイン	-	-	102	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	117	100	100	-	100	-	47x	-	100	-	16	11	7800
ルクセンブルク	108	-	100	-	108	-	-	-	100	-	0x	12	5000
マダガスカル	106	87	99	104	100x	124	27	80	51	32	470	510	38
マラウイ	101	72x	105	102	88	96	42	92	54	54	980	1100	18
マレーシア	107	92	99	-	114	-	55x	79	98	98	28	62	560
モルディブ	102	100	100	-	110	-	39	81	84	-	140	120	200
マリ	109	48x	80	73	-	73	8	57	41	38	580	970	15
マルタ	105	103x	95	-	99	-	-	-	98x	-	-	8	8300
マーシャル諸島	-	-	99	-	107	-	34	-	95x	-	74	-	-
モーリタニア	106	72	100	91	82	60	8	64	57	49	750	820	22
モーリシャス	110	92	102	-	101	-	76	-	98	98	22	15	3300
メキシコ	107	97	100	100	103	-	74	86x	86x	86	62	60	670
ミクロネシア連邦	102	-	-	-	-	-	45x	-	88	-	270x	-	-
モルドバ	111	99	100	101	103	104	68	98	100	99	19	22	3700
モナコ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	110	100	102	102	114	107	66	99	99	99	93	46	840
モンテネグロ	106	95	-	99	-	102	39	97	99	100	-	-	-
モロッコ	106	61	93	96	84	92	63	68	63	61	230	240	150
モザンビーク	103	45x	91	90	75	88	17	85	48	48	410	520	45
ミャンマー	111	91	102	101	97	94	34	76	57	16	320	380	110
ナミビア	102	97	107	100	133	138	44	91	76	75	270	210	170

表8 女性指標

	出生時の平均余命 (対男性比、%)	成人の識字率 (対男性比、%)	就学率・出席率 (対男性比、%)				避妊法の普及率 (%)	出産前のケアが行われている率 (%)	専門技能者が付き添う出産の比率 (%)	保健施設での出産の比率 (%)	妊産婦死亡率 [†]		
			初等教育 (2000-2006*)		中等教育 (2000-2006*)						2000-2006* 報告値	2005	
			純就学率	純出席率	純就学率	純出席率						調整値	生涯に妊娠・出産で死亡する危険(1/n)
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ネパール	101	56	92	95	-	83	48	44	19	18	280	830	31
オランダ	106	-	99	-	102	-	79x	-	100x	-	7x	6	10200
ニュージーランド	105	-	100	-	103	-	75x	95x	100x	-	15x	9	5900
ニカラグア	109	100	98	109	115	134	69	86	67	66	87	170	150
ニジェール	97	35	72	69	67	100	11	46	33	17	650	1800	7
ナイジェリア	102	77	89	88	86	87	13	58	35	33	-	1100	18
ニウエ	-	-	-	-	105x	-	-	-	100	-	-	-	-
ノルウェー	106	-	100	-	100	-	-	-	-	-	6x	7	7700
パレスチナ自治区	104	91	100	101	107	-	50	99	99	97	-	-	-
オマーン	104	85	101	-	100	-	32	100	95	94	15	64	420
パキスタン	101	55	77	82	75	78	28	36	31	28	530x	320	74
パラオ	-	-	97	-	-	-	17	-	100	-	0x	-	-
パナマ	107	98	99	-	110	-	-	72	93	92	40	130	270
バプアニューギニア	111	81	-	-	-	-	26x	78x	41	-	370x	470	55
バラグアイ	106	99	101	101	-	99	73	94	77	74	170	150	170
ペルー	107	88	101	100	99	100	71	92	73	70	190	240	140
フィリピン	106	102	102	101	120	127	49	88	60	38	170x	230	140
ポーランド	112	-	101	-	102	-	49x	-	100	-	4	8	10600
ポルトガル	108	96	100	-	110	-	-	-	100	-	8x	11	6400
カタール	102	100	100	-	98	-	43x	-	99x	98x	10x	12	2700
ルーマニア	110	98	99	-	104	-	70	94	99	98	17	24	3200
ロシア連邦	123	99	101	-	-	-	-	-	99	-	23	28	2700
ルワンダ	107	85	104	104	91	100	17	94	39	28	750	1300	16
セントクリストファー・ネイビス	-	-	105	-	98	-	54	100	100	-	0	-	-
セントルシア	105	-	98	-	125	-	47x	99	100	-	35	-	-
セントビンセント・グレナディーン	106	-	96	-	125	-	48	95	100	-	0	-	-
サモア	109	99	101	-	113	-	43x	-	100x	-	29	-	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	106	85	99	101	113	105	30	97	81	78	150	-	-
サウジアラビア	106	86	103	-	108	-	32x	90x	91x	91x	-	18	1400
セネガル	107	57	96	102	79	80	12	87	52	62	430	980	21
セルビア	107	95	-	100	-	103	41	98	99	99	-	-	-
セーシェル	-	101	101	-	106	-	-	-	-	-	57	-	-
シエラレオネ	108	51	-	100	-	77	5	81	43	19	1800	2100	8
シンガポール	105	87x	-	-	-	-	62x	-	100x	-	6x	14	6200
スロバキア	111	-	101	-	-	-	74x	-	100	-	6	6	13800
スロベニア	110	100	99	-	101	-	74x	98x	100	-	17x	6	14200
ソロモン諸島	103	-	95	-	86	-	7	-	85x	-	140x	220	100
ソマリア	105	-	-	83	-	50	15	26	33	9	1000	1400	12
南アフリカ	104	96x	100	104x	112	117x	60	92	92	-	150x	400	110
スペイン	109	97x	99	-	103	-	81x	-	-	-	6x	4	16400
スリランカ	111	97	99	-	-	-	70	95	96	97	43	58	850
スーダン	105	73	83	95	-	105	7	60	87	-	550x	450	53
スリナム	110	95	103	99	138	120	42	91	85	-	150	72	530
スワジランド	101	96	101	99	113	138	48	90	74	-	230x	390	120
スウェーデン	106	-	100	-	101	-	-	-	-	-	5x	3	17400
スイス	107	-	100	-	93	-	82x	-	-	-	5x	5	13800
シリア	105	84	95	99	94	102	58	84	93	70	65	130	210
タジキスタン	108	99	97	99	85	83	38	77	83	62	97	170	160
タンザニア	104	79	98	106	-	100	26	78	43	47	580	950	24
タイ	114	96	96	100	106	109	77	98	97	97	24	110	500
旧ユーゴスラビア・マケドニア	107	96	100	96	98	99	-	81	99	98	13	10	6500
東ティモール	103	-	-	97y	-	-	10	61	18	10	-	380	35
トーゴ	106	57	86	93	47	71	17	84	62	63	480x	510	38
トンガ	103	100x	96	-	123	-	33	-	95	-	78	-	-
トリニダード・トバゴ	106	99	100	100	103	107	43	96	98	97	45x	45	1400
チュニジア	106	78	100	98	110	-	66	92	90	89	69x	100	500
トルコ	107	84	95	96	85	89	71	81	83	78	29	44	880

	出生時の平均余命 (対男性比、%)	成人の識字率 (対男性比、%)	就学率・出席率 (対男性比、%)				避妊法の普及率 (%)	出産前のケアが行われている率 (%)	専門技能者が付き添う出産の比率 (%)	保健施設での出産の比率 (%)	妊産婦死亡率 [†]		
			初等教育 (2000-2006*)		中等教育 (2000-2006*)						2000-2006* 報告値	調整値	生涯に妊娠・出産で死亡する危険(1/n)
			純就学率	純出席率	純就学率	純出席率							
トルクメニスタン	115	99x	-	100	-	100	48	99	100	98	14	130	290
ツバル	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-	-
ウガンダ	102	75	-	99	88	100	24	94	42	41	510	550	25
ウクライナ	119	99	100	102	94	103	66	99	100	100	13	18	5200
アラブ首長国連邦	106	99	99	-	105	-	28x	97x	99x	99x	3x	37	1000
英国	106	-	100	-	103	-	84	-	99x	-	7x	8	8200
米国	107	-	101	-	102	-	76x	-	99x	-	8x	11	4800
ウルグアイ	110	101x	101	-	-	-	84x	94x	100x	-	26x	20	2100
ウズベキスタン	110	-	-	100	-	99	65	99	100	97	28	24	1400
バヌアツ	106	-	98	-	86	-	28	-	88x	-	68x	-	-
ベネズエラ	108	100	101	102	115	143	77x	94	95	95	60	57	610
ベトナム	105	93x	95	100	96	101	76	91	88	64	160	150	280
イエメン	105	48	72	60x	46	37x	23	41	27	20	370	430	39
ザンビア	101	79x	100	105	79	112	34	93	43	44	730	830	27
ジンバブエ	97	92	101	102	94	100	60	95	80	68	560	880	43

要約

サハラ以南のアフリカ	104	72	93	95	84	87	23	69	43	36	-	920	22
東部・南部アフリカ	104	74	98	101	88	91	30	71	40	32	-	760	29
西部・中部アフリカ	104	69	87	89	78	85	17	67	46	39	-	1100	17
中東と北アフリカ	105	77	94	97	93	96	55	72	79	68	-	210	140
南アジア	104	66	92	98	-	90	53	65	41	36	-	500	59
東アジアと太平洋諸国	106	92	99	101**	102**	105**	79	89	87	69	-	150	350
ラテンアメリカとカリブ海諸国	109	99	99	101	106	-	70	94	-	86	-	130	280
CEE / CIS	115	96	98	98	94	97	63	90	95	89	-	46	1300
先進工業国 [§]	108	-	101	-	102	-	-	-	99	-	-	8	8000
開発途上国 [§]	105	83	96	98**	97**	93**	61	75	59	53	-	450	76
後発開発途上国 [§]	105	68	94	97	85	93	30	61	38	27	-	870	24
世界	106	86	96	98**	98**	94**	61	75	63	53	-	400	92

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

出生時の平均余命— 新生児が、その出生時の人口集団の標準的な死亡の危険のもとで生きられる年数。

成人の識字率— 15歳以上で読み書きできる者の数。当該年齢の総人口に占める比率で示されている。

就学率と出席率— 女性の対男性比— 女子純就学率と純出席率を男子純就学率と純出席率で割り百分率で示した数値。

初等教育あるいは中等教育の純就学率— 公式の初等・中等教育就学年齢に相当する子どもであって初等・中等学校に就学する子どもの人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

初等教育の純出席率— 公式の初等教育就学年齢に相当する子どもであって初等学校に出席する子どもの人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

中等教育の純出席率— 公式の中等教育就学年齢に相当する子どもであって中等学校に出席する子どもの人数が、当該年齢の子どもの総人口に占める比率。

避妊法の普及率— 男性と婚姻等の関係にある15～49歳の女性のうち、現在避妊手段を使っている者の比率。

出産前のケアが行われている率— 妊娠中に少なくとも1回、専門技能を有する保健従事者（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。

保健施設での出産の比率— 調査前2年間に出産した15～49歳の女性で、保健施設で出産をした女性の比率。

妊産婦死亡率— 出生10万人あたり、妊娠関連の原因で死亡する女性の年間人数。「報告値」は各国から報告された数字で、報告漏れおよび分類の誤りを考慮して調整されていないもの。

生涯に妊娠・出産で死亡する危険— 同指標は、ひとりの女性が生殖可能期間内に妊娠する確率、およびその妊娠・出産の結果として死亡する確率の双方を考慮に入れたもの（訳注：同指標が100の場合、女性が生殖可能期間内の妊娠・出産によって死亡する確率は100人にひとりということになる）。

データの主な出典

平均余命— 国連人口局。

成人の識字率— ユネスコ統計研究所（UIS）。

初等・中等教育就学率— ユネスコ統計研究所（UIS）。

初等・中等教育出席率— 人口保健調査（DHS）、複数指標クラスター調査（MICS）

避妊法の普及率— 人口保健調査（DHS）、複数指標クラスター調査（MICS）、国連人口局、ユニセフ。

出産前のケアが行われている率— DHS、MICS、世界保健機関（WHO）、ユニセフ。

専門技能者が付き添う出産の比率— DHS、MICS、WHO、ユニセフ。

保健施設での出産：DHS、MICS、WHO、ユニセフ。

妊産婦死亡率— WHO、ユニセフ。

生涯に妊娠・出産で死亡する危険— WHO、ユニセフ。

† 「報告値」と示した欄に挙げられた妊産婦死亡率のデータは各国当局が報告したもの。ユニセフ、WHO、国連人口基金（UNFPA）、世界銀行は定期的にこれらのデータを評価し、十分な資料の裏付けのある妊産婦の死亡に関する報告漏れや分類の誤りを調整し、データが存在しない国の推計値を開発している。2005年の「調整値」の欄には、これらの改定値のうち直近の値が示されている。

注

- データなし。
- x データが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り、かつ地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。
- y データが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はあるが、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、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。
- ** 中国を除く。

表9 子どもの保護指標

国・地域	児童労働 (5-14歳) 1999-2006*			児童婚 1987-2006*			出生登録 1999-2006◇			女性性器切除 (FGM/C) 2000-2006*			ドメスティック・バイオレンスに対する懸念 子どもの障害 子どものしつけ			
	1999-2006*			1987-2006*			1999-2006◇			女性 (15-49歳) ^a			1999-2006* 2005-2006*			
	全体	男	女	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	1999-2006*	1999-2006*	2005-2006*
アフガニスタン	30	28	33	43	-	-	6	12	4	-	-	-	-	-	-	-
アルバニア	12	14	9	8	7	8	98	97	98	-	-	-	30	11	49	-
アルジェリア	5	6	4	2	2	2	99	99	99	-	-	-	68	1y	86	-
アンゴラ	24	22	25	-	-	-	29	34	19	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンチン	7y	8y	5y	-	-	-	91y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アルメニア	-	-	-	10	7	16	96	97	95	-	-	-	22	-	-	-
アゼルバイジャン	11	11	11	-	-	-	97	98	96	-	-	-	-	-	-	-
バーレーン	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バングラデシュ	13	18	8	64	58	69	10	13	9	-	-	-	-	18	-	-
ベラルーシ	5	6	4	7	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
ベリーズ	40	39	42	-	-	-	93y	92y	94y	-	-	-	-	-	-	-
ベナン	26y	23y	29y	37	25	45	70	78	66	17	13	20	6	60	-	-
ブータン	19y	16y	22y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ボリビア	22	22	22	26	22	37	82	83	79	-	-	-	-	-	-	-
ボスニア・ヘルツェゴビナ	5	7	4	6	2	7	100	99	100	-	-	-	5	7	36	-
ボツワナ	-	-	-	10	13	9	58	66	52	-	-	-	-	-	-	-
ブラジル	6y	8y	4y	24	22	30	89y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルキナファソ	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	-	83
ブルンジ	19	19	19	18	14	18	60	62	60	-	-	-	-	-	-	-
カンボジア	45y	45y	45y	23	-	-	66	71	66	-	-	-	-	55	-	-
カメルーン	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	23	92
カボベルデ	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中央アフリカ共和国	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	-	31	88
チャド	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	-	3y	-
チリ	3	3	2	-	-	-	96y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3y	-
コロンビア	5	6	4	23	19	38	90	97	77	-	-	-	-	-	-	-
コモロ	27	26	28	30	23	33	83	87	83	-	-	-	-	-	-	-
コンゴ	-	-	-	31	24	40	81y	88y	75y	-	-	-	-	76	-	-
コンゴ民主共和国	32	29	34	-	-	-	34	30	36	-	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コートジボワール	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	-	90
キューバ	-	-	-	-	-	-	100y	100y	100y	-	-	-	-	-	-	-
ジブチ	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	-	35	70
ドミニカ共和国	10	12	7	41	-	-	78	82	70	-	-	-	-	9	-	-
エクアドル	12	12	13	26y	21y	34y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
エジプト	7	8	5	17	-	-	-	-	-	96	92	98	28y	50	8y	92y
エルサルバドル	6y	9y	4y	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
赤道ギニア	28	28	28	-	-	-	32	43	24	-	-	-	-	-	-	-
エリトリア	-	-	-	47	31	60	-	-	-	89	86	91	63	-	-	-
エチオピア	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	-	-
ガボン	-	-	-	34	30	49	89	90	87	-	-	-	-	-	-	-
ガンビア	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	-	84
グルジア	-	-	-	16	-	-	93y	97y	89y	-	-	-	-	30y	-	-
ガーナ	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	16	89
グアテマラ	29	25	32	34	25	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ギニア	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	-	-
ギニアビサウ	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	-	80
ガイアナ	19	21	17	-	-	-	97	99	96	-	-	-	-	-	-	-
ハイチ	-	-	-	30	-	-	81	-	-	-	-	-	-	29	-	-
ホンジュラス	16	16	15	39	33	46	94	95	93	-	-	-	-	16	-	-
インド	12	-	-	45	28	53	41	59	35	-	-	-	-	54	-	-
インドネシア	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	-	-	-	-	25	-	-
イラク	11	12	9	17	16	19	95	95	96	-	-	-	-	59	15	84
ジャマイカ	6	7	5	9	7	11	89	88	89	-	-	-	-	6	15	87
ヨルダン	-	-	-	11	11	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カザフスタン	2	2	2	7	6	9	99	99	99	-	-	-	-	10	-	52
ケニア	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
キルギス	4	4	3	10	7	14	94	96	93	-	-	-	-	38	-	51
ラオス	25	24	26	-	-	-	59	71	56	-	-	-	-	-	-	-
レバノン	7	8	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
レソト	23	25	21	23	13	26	26	39	24	-	-	-	-	-	-	-
リベリア	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マダガスカル	32	36	28	39	29	42	75	87	72	-	-	-	-	28	-	-
マラウイ	29	28	29	51	38	53	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-
モルディブ	-	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マリ	34	35	33	65	46	74	47y	84y	34y	92	90	93	73	89	-	-
モーリタニア	4y	5y	3y	37	32	42	55	72	42	71	65	77	66	-	-	-
メキシコ	16y	15y	16y	28y	31y	21y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モルドバ	32	32	33	19	16	22	98	98	98	-	-	-	-	21	-	-
モンゴル	18	19	17	9	7	12	98	98	99	-	-	-	-	20	17	79
モンテネグロ	10	12	8	5	5	5	98	98	99	-	-	-	-	11	13	61
モロッコ	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	-	-	-	-	-	-	-
モザンビーク	-	-	-	56	41	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ミャンマー	-	-	-	-	-	-	65y	66y	64y	-	-	-	-	-	-	-
ナミビア	13y	15y	12y	10	9	10	71	82	64	-	-	-	-	-	-	-
ネパール	31y	30y	33y	51	-	-	35	-	-	-	-	-	-	23	-	-
ニカラグア	15	18	11	43	36	55	81	90	73	-	-	-	-	17	-	-
ニジェール	38y	39y	38y	75	-	-	32	71	25	2	2	2	1	70	-	-
ナイジェリア	13y	-	-	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	-	-
パレスチナ自治区	-	-	-	19	-	-	96y	97y	96y	-	-	-	-	-	-	95y
パキスタン	-	-	-	32	21	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	児童労働 (5-14 歳) 1999-2006 *									児童婚 1987-2006 *			出生登録 1999-2006 ◊			女性性器切除 (FGM/C) 2000-2006 *			ドメスティック・バイオレンスに対する態度			子どもの障害			子どものしつけ		
	1999-2006 *			1987-2006 *			1999-2006 ◊			2000-2006 *			1999-2006 *			1999-2006 *			2005-2006 *								
	全体	男	女	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部			
パナマ	3	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
パラグアイ	15	17	12	24	18	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ペルー	19	20	19	17	13	30	93	93	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
フィリピン	12	13	11	14	10	22	83	87	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	-		
ポルトガル	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ルーマニア	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ルワンダ	35	36	35	13	9	14	82	79	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	2y	-	-	-		
サントメプリンシペ	8	8	7	33	31	37	69	70	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	16	-	-	-		
セネガル	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	-	-	-	-	-	-	6	11	73	-	-		
セルビア	4	5	4	6	4	8	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
シエラレオネ	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	23	92	-	-	-	-	85	23	92	-	-		
ソマリア	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
南アフリカ	-	-	-	8	5	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
スリランカ	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
スーダン	13	14	12	27y	19y	34y	64	82	46	90	92	88	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
スリナム	-	-	-	-	-	-	95	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
スワジランド	9	9	9	-	-	-	53	72	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
シリア	4	5	3	13	15	12	95	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87		
タジキスタン	10	9	11	13	13	13	88	85	90	-	-	-	-	74y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74		
タンザニア	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
タイ	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12		
旧ユーゴスラビア・マケドニア	6	7	5	4	3	4	94	95	93	-	-	-	-	21	10	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
東ティモール	4	4	4	-	-	-	53y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
トーゴ	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	-	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
トリニダードトバゴ	1	1	1	8	-	-	96	-	-	-	-	-	-	8	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
チュニジア	-	-	-	10y	7y	14y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
トルコ	5	4	6	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
トルクメニスタン	-	-	-	7	9	6	96	96	95	-	-	-	-	38y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ウガンダ	36	37	36	54	34	59	4	11	3	-	-	-	-	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ウクライナ	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	-	5	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ウズベキスタン	2	2	2	7	9	7	100	100	100	-	-	-	-	70	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ベネズエラ	8	9	6	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ベトナム	16	15	16	10	3	13	87	94	85	-	-	-	-	64	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
イエメン	11y	11y	12y	37	-	-	-	-	-	23	26	22	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ザンビア	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	-	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ジンバブエ	13y	12y	14y	29	21	36	42	56	35	-	-	-	-	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

要約

サハラ以南のアフリカ	35	36	34	40	24	47	34	52	28	36	31	40	19	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
東部・南部アフリカ	36	38	33	36	20	44	24	39	21	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
西部・中部アフリカ	34	33	34	44	27	53	41	58	35	28	29	29	15	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中東と北アフリカ	9	10	8	17	11	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
南アジア	13	-	-	45	30	53	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
東アジアと太平洋諸国	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	80**	67**	-	-	-	-	34**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ラテンアメリカとカリブ海諸国	11	12	10	26	24	31	89	93	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CEE / CIS	5	5	5	11	7	9	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
先進工業国 [§]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
開発途上国 [§]	16**	19**	17**	34**	23**	45**	49**	64**	37**	-	-	-	-	51**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
後発開発途上国 [§]	29	31	28	49	37	57	30	43	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
世界	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については 148 ページ参照。

指標の定義

児童労働—調査の時点で児童労働活動に従事した 5～14 歳の子どもの比率。子どもは、以下の条件で児童労働に従事したとみなされる。(a) 5～11 歳の子どもで調査期間の直前の週に少なくとも 1 時間の経済活動に従事しているか、もしくは少なくとも 28 時間の家事労働に従事している。(b) 12～14 歳の子どもで調査期間の直前の週に少なくとも 14 時間の経済活動に従事しているか、もしくは少なくとも 28 時間の家事労働に従事している。

児童労働の背景変数—子どもの性別、居住地(都市部・農村部)、世帯資産より構成された人口の最貧困層 20%・最富裕層 20% (世帯資産の評価手法についての詳細は www.childinfo.org を参照)、母親の教育(一定の水準の教育を受けているかいないか)。

児童婚—18 歳より前に結婚または婚姻として認められる結合の状態にあった 20～24 歳の女性の比率。

出生登録—調査の時点で出生登録されていた 5 歳未満の子どもの比率。この指標は、調査者によって出生証明書が確認された子どもや、母親や世話人の証言によって出生登録が確認されている子どもを含む。MICS のデータは調査の時点で生存していた子どものみを含む。

女性性器切除 (FGM/C) — (a) 女性—15～49 歳で女性性器切除 (FGM/C) を受けた女性の比率。(b) 娘—少なくともひとりの娘が FGM/C を受けた 15～49 歳の女性の比率。女性性器切除 (FGM/C) は社会的理由で女性性器を切り取る、または、変形させることをいう。

ドメスティック・バイオレンスに対する態度—掲げられた理由の少なくともひとつに該当すれば、夫が妻を殴打することも正当化されると考えている 15～49 歳の女性の比率。女性に対しては、妻が食べ物を焦がしたとき、夫に口答えしたとき、断りなく外出したとき、子どもを放任したとき、性的な関係を拒んだときなどのような事情があれば、夫が妻を殴打することも正当化されるかどうかを質問された。

子どもの障害—少なくともひとつの障害(認知障害、運動障害、発作性障害、視覚障害、聴覚障害)があると報告された 2～9 歳の子どもの比率。

子どものしつけ—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。

データの主な出典

児童労働—複数指標クラスター調査 (MICS)、人口保健調査 (DHS)。

児童婚—MICS、DHS、その他の国別調査。

出生登録—MICS、DHS、その他の国別調査および人口動態統計システム。

女性性器切除 (FGM/C) — MICS、DHS、その他の国別調査。

ドメスティック・バイオレンスに対する態度—MICS、DHS、その他の国別調査。

子どもの障害—MICS、DHS、その他の国別調査。

子どものしつけ—MICS、DHS、その他の国別調査。

注

- y データなし。
- データが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はあるが、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、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。
- ◊ この統計表に掲載した出生登録に関する世界的・地域的推定値は、1999～2006 年の間にデータが存在していた国の数字をもとに計算している。より広範囲の国の数字を踏まえた世界的・地域的推定値は 1997～2006 年にかけてのものが入手可能であり、www.childinfo.org/areas/birthregistration に掲載されている。
- ** 中国を除く。

表中の国の分類

各統計表の末尾に掲げられた平均を算出する際には、以下のようにグループ分けされた国・領域のデータを用いている。

サハラ以南のアフリカ

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；コンゴ民主共和国；コートジボワール；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；タンザニア；トーゴ；ウガンダ；ザンビア；ジンバブエ

中東と北アフリカ

アルジェリア；バーレーン；ジブチ；エジプト；イラン；イラク；ヨルダン；クウェート；レバノン；リビア；モロッコ；パレスチナ自治区；オマーン；カタール；サウジアラビア；スーダン；シリア；チュニジア；アラブ首長国連邦；イエメン

南アジア

アフガニスタン；バングラデシュ；ブータン；インド；モルディブ；ネパール；パキスタン；スリランカ

東アジアと太平洋諸国

ブルネイ；カンボジア；中国；クック諸島；フィジー；インドネシア；キリバス；朝鮮民主主義人民共和国；韓国；ラオス；マレーシア；マーシャル諸島；ミクロネシア連邦；モンゴル；ミャンマー；ナウル；ニウエ；パラオ；パプアニューギニア；フィリピン；サモア；シンガポール；ソロモン諸島；タイ；東ティモール；トンガ；ツバル；バヌアツ；ベトナム

ラテンアメリカとカリブ海諸国

アンティグアバーブーダ；アルゼンチン；バハマ；バルバドス；ベリーズ；ボリビア；ブラジル；チリ；コロンビア；コスタリカ；キューバ；ドミニカ；ドミニカ共和国；エクアドル；エルサルバドル；

グレナダ；グアテマラ；ガイアナ；ハイチ；ホンジュラス；ジャマイカ；メキシコ；ニカラグア；パナマ；パラグアイ；ペルー；セントクリストファー・ネイビス；セントルシア；セントビンセント・グレナディーン；スリナム；トリニダードトバゴ；ウルグアイ；ベネズエラ

CEE/CIS

アルバニア；アルメニア；アゼルバイジャン；ベラルーシ；ボスニア・ヘルツェゴビナ；ブルガリア；クロアチア；グルジア；カザフスタン；キルギス；モルドバ；モンテネグロ；ルーマニア；ロシア連邦；セルビア；タジキスタン；旧ユーゴスラビア・マケドニア；トルコ；トルクメニスタン；ウクライナ；ウズベキスタン

先進工業国

アンドラ；オーストラリア；オーストリア；ベルギー；カナダ；キプロス；チェコ；デンマーク；エストニア；フィンランド；フランス；ドイツ；ギリシャ；バチカン；ハンガリー；アイスランド；アイルランド；イスラエル；イタリア；日本；ラトビア；リヒテンシュタイン；リトアニア；ルクセンブルク；マルタ；モナコ；オランダ；ニュージーランド；ノルウェー；ポーランド；ポルトガル；サンマリノ；スロバキア；スロベニア；スペイン；スウェーデン；スイス；英国；米国

開発途上国

アフガニスタン；アルジェリア；アンゴラ；アンティグアバーブーダ；アルゼンチン；アルメニア；アゼルバイジャン；バハマ；バーレーン；バングラデシュ；バルバドス；ベリーズ；ベナン；ブータン；ボリビア；ボツワナ；ブラジル；ブルネイ；ブルキナファソ；ブルンジ；カンボジア；カメルーン；カボヴェルデ；中央アフリカ共和国；チャド；チリ；中国；コロンビア；コモロ；コンゴ；コンゴ民主共和国；クック諸島；コスタリカ；コートジボワール；キューバ；キプロス；ジブチ；ドミニカ；ドミニカ共和国；エクアドル；エジプト；エルサルバドル；赤道ギニア；エリトリア；エチオピア；フィジー；ガボン；ガンビア；グルジア；ガーナ；グレナダ；グアテマラ；ギニア；

ギニアビサウ；ガイアナ；ハイチ；ホンジュラス；インド；インドネシア；イラン；イラク；イスラエル；ジャマイカ；ヨルダン；カザフスタン；ケニア；キリバス；朝鮮民主主義人民共和国；韓国；クウェート；キルギス；ラオス；レバノン；レソト；リベリア；リビア；マダガスカル；マラウイ；マレーシア；モルディブ；マリ；マーシャル諸島；モーリタニア；モーリシャス；メキシコ；ミクロネシア連邦；モンゴル；モロッコ；モザンビーク；ミャンマー；ナミビア；ナウル；ネパール；ニカラグア；ニジェール；ナイジェリア；ニウエ；パレスチナ自治区；オマーン；パキスタン；パラオ；パナマ；パプアニューギニア；パラグアイ；ペルー；フィリピン；カタール；ルワンダ；セントクリストファー・ネイビス；セントルシア；セントビンセント・グレナディーン；サモア；サントメプリンシペ；サウジアラビア；セネガル；セーシェル；シエラレオネ；シンガポール；ソロモン諸島；ソマリア；南アフリカ；スリランカ；スーダン；スリナム；スワジランド；シリア；タジキスタン；タンザニア；タイ；東ティモール；トーゴ；トンガ；トリニダードトバゴ；チュニジア；トルコ；トルクメニスタン；ツバル；ウガンダ；アラブ首長国連邦；ウルグアイ；ウズベキスタン；バヌアツ；ベネズエラ；ベトナム；イエメン；ザンビア；ジンバブエ

後発開発途上国

アフガニスタン；アンゴラ；バングラデシュ；ベナン；ブータン；ブルキナファソ；ブルンジ；カンボジア；カボヴェルデ；中央アフリカ共和国；チャド；コモロ；コンゴ民主共和国；ジブチ；赤道ギニア；エリトリア；エチオピア；ガンビア；ギニア；ギニアビサウ；ハイチ；キリバス；ラオス；レソト；リベリア；マダガスカル；マラウイ；モルディブ；マリ；モーリタニア；モザンビーク；ミャンマー；ネパール；ニジェール；ルワンダ；サモア；サントメプリンシペ；セネガル；シエラレオネ；ソロモン諸島；ソマリア；スーダン；タンザニア；東ティモール；トーゴ；ツバル；ウガンダ；バヌアツ；イエメン；ザンビア

人間開発の進展を測る

表 10 について

開発を包括的に評価しようとするのであれば、経済的進展とともに、人間的進展を測定する手段が必要になる。ユニセフの観点からは、子どもの福祉水準とその変化の度合いを測定する手段についての合意が必要である。

表10（150～153ページ）では、そのような進展を示す主たる指標として5歳未満児死亡率（U5MR）を用いた。2006年には、記録がとられるようになって初めて、5歳の誕生日を迎える前に命を失う子どもの数が1,000万を切って970万人となり、子どもの生存に関わる重要なマイルストーンとなっている。1960年頃には毎年約2,000万人の子どもの命を落としていた。これは、世界の5歳未満児の死亡数が長期的には重要な形で減少してきたことを浮き彫りにするものである。

U5MRにはいくつかの利点がある。第1に、それは発展過程の最終的結果を測定するものであって、就学率、1人あたりのカロリー摂取率、人口1,000人あたりの医師の人数のような「インプット」を測定するものではない。後者はいずれも目的達成のための手段である。

第2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。そのようなインプットには、肺炎治療のための抗生物質、マラリアを予防する殺虫剤処理を施した蚊帳、母親の栄養状態や保健知識、予防接種やORT（経口補水療法）の利用率、母子保健サービス（出生前のケアを含む）の利用可能性、家族の所得や食料の入手可能性、安全な飲料水や基礎的衛生設備の利用可能性、子どもの環境の全体的安全性などがある。

第3に、U5MRは、例えば1人あたりのGNIなどに比べ、平均値という落とし穴に陥る危険性が少ない。これは、人為的尺度では豊かな子どもが1,000倍も多い所得を得ているということはいえ、自然の尺度ではそのような子どもの生存可能性が1,000倍も高いというこ

とはありえないからである。言い換えれば、各国のU5MRは豊かな少数者の存在にはるかに影響されにくいので、大多数の子ども（および社会全体）の健康状態を、完全からはほど遠いにしても、より正確に描き出すことができる。

U5MR削減にあたっての進展の速さは、その年間平均削減率（AARR）を算出することで測定することができる。絶対的増減を比較するのは異なり、AARRは、U5MRが低くなるにつれてそれ以上の削減がますます困難になるという事実を反映したものである。例えば、5歳未満児死亡率が低くなれば、絶対的な低下のポイント数が同じであっても削減率は当然大きくなる。したがってAARRは、例えばU5MRが10ポイント低くなった場合、5歳未満児死亡率が低かったほど進展の度合いが高かったということを示すものである。U5MRが100から90に10ポイント下がれば10%の削減が生じたことになるが、20から10に下がれば50%の削減が生じたことになる。（削減率がマイナスの場合は、指定期間内に5歳未満児死亡率が増加したことを意味する。）

そのため、U5MRとその削減率を国内総生産の成長率とあわせて用いることにより、いずれかの国、領域または地域で、いずれかの期間に、最も重要な人間的ニーズの一部を充足することに向けてどのような進展があったかがわかることになる。

表10が示しているように、U5MRの年間削減率と1人あたり国内総生産の年間成長率との間には確固たる連関は存在しない。このような比較は、経済的発展と人間開発との間の関連性を浮き彫りにするうえで役に立つものである。

最後に、表10には各国・領域の合計特殊出生率とその年間平均減少率もあわせて示した。これにより、U5MRを大きく低減できた国の多くは出生率も大きく低減できていることがわかる。

表 10 前進の速度

国・地域	5歳未満児死亡率の順位	5歳未満児死亡率			5歳未満児死亡率の年間平均削減率 (%) ^θ		1990年以降の削減率 (%) ^θ	1人あたりのGDP年間平均成長率 (%)		合計特殊出生率			合計特殊出生率の年間平均減少率 (%)			
		5歳未満児死亡率			年間平均削減率 (%) ^θ			1990-1990		1990-2006			1990-1990		1990-2006	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		
アフガニスタン	3	320	260	257	1.0	0.1	1	1.6x	-	7.7	8.0	7.2	-0.2	0.6		
アルバニア	122	109	45	17	4.4	6.1	62	-0.7x	5.2	4.9	2.9	2.1	2.6	2.0		
アルジェリア	75	220	69	38	5.8	3.7	45	2	1.3	7.4	4.7	2.4	2.3	4.2		
アンドラ	189	-	6	3	-	4.3	50	-	-	-	-	-	-	-		
アンゴラ	2	300	260	260	0.7	0.0	0	0.4x	2.1	7.3	7.2	6.5	0.1	0.6		
アンティグアバーブーダ	143	-	-	11	-	-	-	6.5x	1.8	-	-	-	-	-		
アルゼンチン	125	71	29	16	4.5	3.7	45	-1	1.3	3.1	3.0	2.3	0.1	1.7		
アルメニア	101	-	56	24	-	5.3	57	-	5.2	3.2	2.5	1.3	1.2	4.0		
オーストラリア	161	20	10	6	3.5	3.2	40	2	2.5	2.7	1.9	1.8	1.9	0.3		
オーストリア	167	33	10	5	6.0	4.3	50	2	1.9	2.3	1.5	1.4	2.3	0.2		
アゼルバイジャン	46	-	105	88	-	1.1	16	-	1.5	4.6	3.0	1.7	2.2	3.4		
バハマ	130	49	29	14	2.6	4.6	52	2	0.4x	3.6	2.6	2.0	1.6	1.5		
バーレーン	146	82	19	10	7.3	4.0	47	-1.3x	2.3x	6.5	3.7	2.4	2.8	2.9		
バングラデシュ	55	239	149	69	2.4	4.8	54	1	3	6.4	4.4	2.9	1.9	2.5		
バルバドス	138	54	17	12	5.8	2.2	29	2	1.5x	3.1	1.7	1.5	3.1	0.7		
ベラルーシ	135	-	24	13	-	3.8	46	-	2.8	2.3	1.9	1.2	1.0	2.8		
ベルギー	175	29	10	4	5.3	5.7	60	2	1.8	2.2	1.6	1.6	1.7	-0.2		
ベリーズ	125	-	43	16	-	6.2	63	3	2.3	6.3	4.5	3.0	1.7	2.4		
ベナン	20	252	185	148	1.5	1.4	20	0	1.4	7.0	6.8	5.6	0.2	1.2		
ブータン	54	267	166	70	2.4	5.4	58	4.7x	4.8	6.7	5.9	2.3	0.6	5.8		
ボリビア	61	243	125	61	3.3	4.5	51	-1	1.3	6.6	4.9	3.6	1.5	1.9		
ボスニア・ヘルツェゴビナ	128	82	22	15	6.6	2.4	32	-	11.6x	2.9	1.7	1.2	2.6	2.1		
ボツワナ	29	142	58	124	4.5	-4.7	-114	8	4.8	6.6	4.7	3.0	1.7	2.9		
ブラジル	113	136	57	20	4.3	6.5	65	2	1.1	5.0	2.8	2.3	2.9	1.3		
ブルネイ	148	78	11	9	9.8	1.3	18	-2.1x	-0.8x	5.7	3.2	2.4	2.8	2.0		
ブルガリア	130	32	18	14	2.9	1.6	22	3.4x	2	2.2	1.7	1.3	1.2	1.7		
ブルキナファソ	10	287	206	204	1.7	0.1	1	1	1.5	7.6	7.3	6.1	0.2	1.1		
ブルンジ	14	244	190	181	1.3	0.3	5	1	-2.6	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0		
カンボジア	47	-	116	82	-	2.2	29	-	5.8x	5.9	5.8	3.3	0.1	3.6		
カメルーン	19	215	139	149	2.2	-0.4	-7	3	0.7	6.2	5.9	4.5	0.2	1.7		
カナダ	161	23	8	6	5.3	1.8	25	2	2.2	2.2	1.7	1.5	1.5	0.6		
カボヴェルデ	83	-	60	34	-	3.5	43	-	3.3	7.0	5.5	3.5	1.2	2.8		
中央アフリカ共和国	15	232	173	175	1.5	-0.1	-1	-1	-0.6	5.7	5.7	4.7	0.0	1.2		
チャド	7	-	201	209	-	-0.2	-4	-1	2.4	6.5	6.7	6.3	-0.1	0.3		
チリ	148	98	21	9	7.7	5.3	57	2	3.7	4.0	2.6	1.9	2.1	1.9		
中国	101	118	45	24	4.8	3.9	47	7	8.8	5.6	2.2	1.7	4.7	1.6		
コロンビア	110	105	35	21	5.5	3.2	40	2	0.8	5.6	3.0	2.3	3.1	1.7		
コモロ	57	215	120	68	2.9	3.5	43	0.1x	-0.4	7.1	6.1	4.5	0.7	2.0		
コンゴ	27	142	103	126	1.6	-1.3	-22	3	-0.8	6.3	5.4	4.6	0.8	1.0		
コンゴ民主共和国	9	245	205	205	0.9	0.0	0	-2	-4.7	6.4	6.7	6.7	-0.3	0.0		
クック諸島	116	-	32	19	-	3.3	41	-	-	-	-	-	-	-		
コスタリカ	138	83	18	12	7.6	2.5	33	1	2.4	5.0	3.2	2.1	2.3	2.5		
コートジボワール	26	237	153	127	2.2	1.2	17	-2	-0.5	7.4	6.6	4.6	0.5	2.2		
クアアチア	161	42	12	6	6.3	4.3	50	-	2.8	2.0	1.7	1.3	0.9	1.4		
キューバ	157	43	13	7	6.0	3.9	46	-	3.5x	4.0	1.8	1.5	4.2	0.8		
キプロス	175	33	12	4	5.1	6.9	67	5.9x	2.3x	2.6	2.4	1.6	0.4	2.6		
チェコ	175	24	13	4	3.1	7.4	69	-	2.1	2.0	1.8	1.2	0.5	2.5		
デンマーク	167	19	9	5	3.7	3.7	44	2	1.9	2.1	1.7	1.8	1.2	-0.5		
ジブチ	25	-	175	130	-	1.9	26	-	-2.4	7.4	6.2	4.1	0.9	2.5		
ドミニカ	128	-	17	15	-	0.8	12	4.7x	1.4	-	-	-	-	-		
ドミニカ共和国	92	127	65	29	3.3	5.0	55	2	3.7	6.2	3.3	2.9	3.1	0.9		
エクアドル	101	140	57	24	4.5	5.4	58	1	1	6.3	3.7	2.6	2.7	2.0		
エジプト	81	235	91	35	4.7	6.0	62	4	2.4	6.2	4.4	3.0	1.7	2.4		
エルサルバドル	97	162	60	25	5.0	5.5	58	-2	1.6	6.4	3.7	2.7	2.7	1.9		
赤道ギニア	8	-	170	206	-	-1.2	-21	-	21.6	5.7	5.9	5.4	-0.2	0.5		
エリトリア	51	237	147	74	2.4	4.3	50	-	0x	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1		
エストニア	157	26	16	7	2.4	5.2	56	1.5x	4.9	2.1	1.9	1.5	0.4	1.8		
エチオピア	30	241	204	123	0.8	3.2	40	-	1.9	6.8	6.8	5.4	0.0	1.4		
フィジー	119	65	22	18	5.4	1.3	18	0.6x	1.4x	4.5	3.4	2.8	1.5	1.2		
フィンランド	175	16	7	4	4.1	3.5	43	3	2.6	1.9	1.7	1.8	0.3	-0.2		
フランス	175	24	9	4	4.9	5.1	56	2	1.6	2.5	1.8	1.9	1.7	-0.5		

	5歳未満児 死亡率の 順位	5歳未満児死亡率					1人あたりのGDP 年間平均成長率(%)		合計特殊出生率			合計特殊出生率の 年間平均減少率 (%)		
		5歳未満児死亡率			年間平均削減率 (%) ^a		1990年以 降の削減率 (%) ^a	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006								
ガボン	44	-	92	91	-	0.1	1	0	-1	4.8	4.8	3.1	0.0	2.6
ガンビア	37	311	153	113	3.5	1.9	26	1	0.3	6.7	6.0	4.8	0.5	1.4
グルジア	86	-	46	32	-	2.3	30	3	1	2.6	2.1	1.4	1.0	2.5
ドイツ	175	26	9	4	5.3	5.1	56	2.2x	1.4	2.0	1.4	1.4	1.9	0.1
ガーナ	32	183	120	120	2.1	0.0	0	-2	2.1	6.7	5.8	4.0	0.7	2.3
ギリシャ	175	54	11	4	8.0	6.3	64	1	2.7	2.4	1.4	1.3	2.5	0.5
グレナダ	113	-	37	20	-	3.8	46	4.9x	2.3	4.6	3.7	2.3	1.1	3.0
グアテマラ	71	168	82	41	3.6	4.3	50	0	1.2	6.2	5.6	4.3	0.6	1.6
ギニア	17	338	235	161	1.8	2.4	31	0.3x	1.3	7.0	6.7	5.6	0.2	1.1
ギニアビサウ	11	-	240	200	-	1.1	17	0	-2.5	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
ガイアナ	60	-	88	62	-	2.2	30	-2	3	5.6	2.6	2.4	3.8	0.6
ハイチ	48	222	152	80	1.9	4.0	47	0	-2	5.8	5.4	3.7	0.3	2.5
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	95	170	58	27	5.4	4.8	53	1	0.6	7.3	5.1	3.4	1.7	2.6
ハンガリー	157	39	17	7	4.2	5.5	59	3	3.2	2.0	1.8	1.3	0.6	2.2
アイスランド	189	14	7	3	3.5	5.3	57	3	2.3	3.0	2.2	2.0	1.6	0.4
インド	49	192	115	76	2.6	2.6	34	2	4.4	5.4	4.0	2.9	1.5	2.0
インドネシア	83	172	91	34	3.2	6.2	63	5	2.2	5.5	3.1	2.2	2.8	2.1
イラン	83	191	72	34	4.9	4.7	53	-2	2.5	6.6	5.0	2.0	1.3	5.6
イラク	68	125	53	46	4.3	0.9	13	-4.3x	-	7.2	5.9	4.4	1.0	1.8
アイルランド	167	27	10	5	5.0	4.3	50	3	6	3.9	2.1	2.0	3.1	0.4
イスラエル	167	27	12	5	4.1	5.5	58	2	1.5x	3.8	3.0	2.8	1.2	0.4
イタリア	175	33	9	4	6.5	5.1	56	3	1.3	2.4	1.3	1.4	3.1	-0.2
ジャマイカ	88	62	33	31	3.2	0.4	6	-1	0.7	5.5	2.9	2.5	3.1	1.0
日本	175	21	6	4	6.3	2.5	33	3	0.9	2.1	1.6	1.3	1.3	1.4
ヨルダン	97	107	40	25	4.9	2.9	38	2.5x	1.8	7.9	5.5	3.2	1.8	3.4
カザフスタン	92	-	60	29	-	4.5	52	-	2.6	3.5	2.8	2.2	1.1	1.5
ケニア	31	156	97	121	2.4	-1.4	-25	1	0	8.1	5.9	5.0	1.6	1.1
キリバス	59	-	88	64	-	2.0	27	-5	1.9	-	-	-	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	65	70	55	55	1.2	0.0	0	-	-	4.0	2.4	1.9	2.6	1.6
韓国	167	54	9	5	9.0	3.7	44	6	4.5	4.5	1.6	1.2	5.2	1.9
クウェート	143	59	16	11	6.5	2.3	31	-6.8x	0.6x	7.2	3.5	2.2	3.6	3.0
キルギス	71	-	75	41	-	3.8	45	-	-0.9	4.9	3.9	2.5	1.2	2.8
ラオス	50	218	163	75	1.5	4.9	54	-	4.1	6.4	6.2	3.3	0.2	4.0
ラトビア	148	26	18	9	1.8	4.3	50	3	4.2	1.9	1.9	1.3	0.0	2.5
レバノン	89	54	37	30	1.9	1.3	19	-	2.5	5.1	3.1	2.2	2.4	2.2
レソト	24	186	101	132	3.1	-1.7	-31	3	2.3	5.8	4.9	3.5	0.8	2.2
リベリア	5	263	235	235	0.6	0.0	0	-4	2.2	6.9	6.9	6.8	0.0	0.1
リビア	119	160	41	18	6.8	5.1	56	-4.8x	-	7.6	4.8	2.8	2.3	3.4
リヒテンシュタイン	189	-	10	3	-	7.5	70	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	151	28	13	8	3.8	3.0	38	-	2.5	2.3	2.0	1.3	0.7	2.9
ルクセンブルク	175	26	10	4	4.8	5.7	60	3	3.3	2.0	1.6	1.7	1.1	-0.4
マダガスカル	36	180	168	115	0.3	2.4	32	-2	-0.5	6.8	6.2	4.9	0.4	1.5
マラウイ	32	341	221	120	2.2	3.8	46	0	1.1	7.3	7.0	5.7	0.2	1.2
マレーシア	138	70	22	12	5.8	3.8	45	4	3.2	5.6	3.7	2.7	2.0	2.1
モルディブ	89	264	111	30	4.3	8.2	73	-	4.2x	7.0	6.2	2.6	0.6	5.4
マリ	6	400	250	217	2.4	0.9	13	-1	2.2	7.5	7.4	6.6	0.0	0.8
マルタ	161	32	11	6	5.3	3.8	45	7	2.7x	2.1	2.0	1.4	0.0	2.5
マーシャル諸島	64	-	92	56	-	3.1	39	-	-2.2	-	-	-	-	-
モーリタニア	28	250	133	125	3.2	0.4	6	-1	0.5	6.6	5.8	4.5	0.6	1.6
モーリシャス	130	86	23	14	6.6	3.1	39	5.1x	3.7	3.7	2.2	1.9	2.5	1.1
メキシコ	81	110	53	35	3.7	2.6	34	2	1.5	6.7	3.4	2.3	3.4	2.5
ミクロネシア連邦	71	-	58	41	-	2.2	29	-	-0.2	6.9	5.0	3.9	1.7	1.5
モルドバ	116	65	37	19	2.8	4.2	49	1.8x	-2	2.6	2.4	1.4	0.3	3.3
モナコ	175	-	9	4	-	5.1	56	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	69	-	109	43	-	5.8	61	-	3.3x	7.5	4.1	1.9	3.0	4.8
モンテネグロ	146	-	16	10	-	2.9	38	-	2.6x	2.4	2.0	1.8	0.9	0.6
モロッコ	78	184	89	37	3.6	5.5	58	2	1.6	7.1	4.0	2.4	2.8	3.3
モザンビーク	22	278	235	138	0.8	3.3	41	-1x	4.4	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1

表 10 前進の速度

国・地域	5歳未満児死亡率の順位	5歳未満児死亡率						1人あたりのGDP年間平均成長率(%)		合計特殊出生率			合計特殊出生率の年間平均減少率(%)	
		5歳未満児死亡率			年間平均削減率(%) ^θ		1990年以降の削減率(%) ^θ	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006								
ミャンマー	40	179	130	104	1.6	1.4	20	2	6.6x	6.1	3.4	2.1	2.8	3.1
ナミビア	61	135	86	61	2.3	2.1	29	-2.3x	1.5	6.5	5.8	3.3	0.5	3.6
ナウル	89	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ネパール	63	238	142	59	2.6	5.5	58	1	1.9	5.9	5.2	3.4	0.6	2.7
オランダ	167	15	9	5	2.6	3.7	44	2	1.8	2.4	1.6	1.7	2.2	-0.6
ニュージーランド	161	20	11	6	3.0	3.8	45	1	2.1	3.1	2.1	2.0	2.0	0.3
ニカラグア	79	165	68	36	4.4	4.0	47	-4	1.9	6.9	4.8	2.8	1.9	3.3
ニジェール	4	330	320	253	0.2	1.5	21	-2	-0.5	8.1	7.9	7.3	0.1	0.5
ナイジェリア	12	265	230	191	0.7	1.2	17	-1	0.7	6.9	6.8	5.5	0.1	1.3
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ノルウェー	175	15	9	4	2.6	5.1	56	3	2.6	2.5	1.9	1.8	1.5	0.1
パレスチナ自治区	108	-	40	22	-	3.7	45	-	-2.8x	7.9	6.4	5.3	1.0	1.3
オマーン	138	200	32	12	9.2	6.1	63	3	1.8x	7.2	6.6	3.1	0.4	4.7
パキスタン	42	181	130	97	1.7	1.8	25	3	1.4	6.6	6.3	3.6	0.2	3.5
パラオ	143	-	21	11	-	4.0	48	-	-	-	-	-	-	-
パナマ	106	68	34	23	3.5	2.4	32	0	2.3	5.3	3.0	2.6	2.8	0.9
バブアニューギニア	52	158	94	73	2.6	1.6	22	-1	0.2	6.2	4.8	4.0	1.2	1.2
パラグアイ	108	78	41	22	3.2	3.9	46	3	-0.5	5.7	4.5	3.2	1.2	2.2
ペルー	97	174	78	25	4.0	7.1	68	-1	2.3	6.3	3.9	2.5	2.4	2.7
フィリピン	86	90	62	32	1.9	4.1	48	1	1.7	6.3	4.3	3.3	1.8	1.7
ポーランド	157	36	18	7	3.5	5.9	61	-	4.3	2.2	2.0	1.2	0.4	3.2
ポルトガル	167	62	14	5	7.4	6.4	64	3	1.9	2.8	1.5	1.5	3.0	0.3
カタール	110	65	26	21	4.6	1.3	19	-	-	6.9	4.4	2.7	2.3	3.0
ルーマニア	119	57	31	18	3.0	3.4	42	0.9x	2	2.9	1.9	1.3	2.0	2.4
ロシア連邦	125	40	27	16	2.0	3.3	41	-	0.6	2.0	1.9	1.3	0.3	2.1
ルワンダ	18	209	176	160	0.9	0.6	9	1	0.3	8.2	7.6	6.0	0.4	1.5
セントクリストファー・ネイビス	116	-	36	19	-	4.0	47	6.3x	2.8	-	-	-	-	-
セントルシア	130	-	21	14	-	2.5	33	5.3x	1.1	6.1	3.3	2.2	3.0	2.6
セントビンセント・グレナディーン	113	-	25	20	-	1.4	20	3	1.7	6.0	3.0	2.2	3.5	1.9
サモア	94	101	50	28	3.5	3.6	44	-0.1x	2.5	6.1	4.8	4.1	1.2	1.0
サンマリノ	189	-	14	3	-	9.6	79	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	43	106	100	96	0.3	0.3	4	-	0.5x	6.5	5.4	4.0	0.9	1.9
サウジアラビア	97	185	44	25	7.2	3.5	43	-2	0.1x	7.3	5.8	3.5	1.1	3.3
セネガル	35	276	149	116	3.1	1.6	22	0	1.2	7.0	6.6	4.9	0.3	1.9
セルビア	151	-	-	8	-	-	-	-	-	2.4	2.1	1.8	0.6	1.1
セーシェル	135	59	19	13	5.7	2.4	32	3	1.4	-	-	-	-	-
シエラレオネ	1	368	290	270	1.2	0.4	7	0	-0.8	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
シンガポール	189	27	9	3	5.5	6.9	67	6	3.7	3.0	1.8	1.3	2.7	2.0
スロバキア	151	29	14	8	3.6	3.5	43	-	2.9	2.5	2.0	1.2	1.0	3.2
スロベニア	175	29	10	4	5.3	5.7	60	-	3.3	2.3	1.5	1.3	2.0	1.1
ソロモン諸島	52	-	121	73	-	3.2	40	3	-2.3	6.9	5.9	4.0	0.8	2.4
ソマリア	21	-	203	145	-	2.1	29	-1	-	7.3	6.8	6.2	0.3	0.6
南アフリカ	55	-	60	69	-	-0.9	-15	0	0.8	5.6	3.6	2.7	2.2	1.8
スペイン	175	34	9	4	6.6	5.1	56	2	2.5	2.9	1.3	1.4	3.9	-0.1
スリランカ	135	100	32	13	5.7	5.6	59	3	3.8	4.4	2.5	1.9	2.7	1.8
スーダン	45	172	120	89	1.8	1.9	26	0	3.7	6.6	6.0	4.4	0.5	1.9
スリナム	74	-	48	39	-	1.3	19	-2.2x	1.4	5.7	2.7	2.5	3.6	0.6
スワジランド	16	196	110	164	2.9	-2.5	-49	2	0.4	6.9	5.7	3.6	0.9	3.0
スウェーデン	189	15	7	3	3.8	5.3	57	2	2.2	2.0	2.0	1.8	0.1	0.8
スイス	167	18	9	5	3.5	3.7	44	1	0.7	2.0	1.5	1.4	1.4	0.5
シリア	130	128	38	14	6.1	6.2	63	2	1.4	7.6	5.5	3.2	1.6	3.5
タジキスタン	57	140	115	68	1.0	3.3	41	-	-3.1	6.9	5.2	3.5	1.4	2.5
タンザニア	34	218	161	118	1.5	1.9	27	-	1.6	6.8	6.1	5.3	0.5	0.9
タイ	151	102	31	8	6.0	8.5	74	5	2.8	5.5	2.1	1.8	4.8	0.8
旧ユーゴスラビア・マケドニア	122	119	38	17	5.7	5.0	55	-	0.2	3.2	1.9	1.5	2.4	1.8
東ティモール	65	-	177	55	-	7.3	69	-	-	6.3	5.3	6.7	0.8	-1.4
トーゴ	38	219	149	108	1.9	2.0	28	-1	-0.1	7.0	6.4	5.0	0.5	1.6
トンガ	101	50	32	24	2.2	1.8	25	-	1.9	5.9	4.6	3.8	1.3	1.2
トリニダード・トバゴ	75	54	34	38	2.3	-0.7	-12	1	4.7	3.5	2.4	1.6	1.8	2.6

	5歳未満児死亡率の順位	5歳未満児死亡率						1人あたりのGDP年間平均成長率(%)		合計特殊出生率			合計特殊出生率の年間平均減少率(%)	
		5歳未満児死亡率			年間平均削減率(%) ^g		1990年以降の削減率(%) ^g	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006								
チュニジア	106	201	52	23	6.8	5.1	56	3	3.3	6.6	3.6	1.9	3.0	3.9
トルコ	96	201	82	26	4.5	7.2	68	2	1.9	5.5	3.0	2.2	3.0	2.2
トルクメニスタン	67	-	99	51	-	4.1	48	-	-6.8x	6.3	4.3	2.6	1.9	3.3
ツバル	75	-	54	38	-	2.2	30	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	23	170	160	134	0.3	1.1	16	-	3.1	7.1	7.1	6.6	0.0	0.5
ウクライナ	101	36	25	24	1.8	0.3	4	-	-1.5	2.1	1.9	1.2	0.6	2.8
アラブ首長国連邦	151	84	15	8	8.6	3.9	47	-4.8x	-0.9x	6.6	4.4	2.3	2.1	3.9
英国	161	23	10	6	4.2	3.2	40	2	2.5	2.3	1.8	1.8	1.2	0.1
米国	151	26	12	8	3.9	2.5	33	2	2.1	2.2	2.0	2.1	0.6	-0.2
ウルグアイ	138	56	23	12	4.4	4.1	48	1	1.2	2.9	2.5	2.1	0.7	1.0
ウズベキスタン	69	-	74	43	-	3.4	42	-	0.7	6.5	4.2	2.6	2.2	3.1
バヌアツ	79	155	62	36	4.6	3.4	42	-0.5x	-0.3	6.3	4.9	3.9	1.2	1.5
ベネズエラ	110	62	33	21	3.2	2.8	36	-2	-0.6	5.4	3.4	2.6	2.2	1.8
ベトナム	122	87	53	17	2.5	7.1	68	-	6	7.0	3.7	2.2	3.2	3.2
イエメン	41	303	139	100	3.9	2.1	28	-	1.5	8.6	8.1	5.6	0.3	2.3
ザンビア	13	181	180	182	0.0	-0.1	-1	-2	0	7.4	6.5	5.3	0.7	1.2
ジンバブエ	39	135	76	105	2.9	-2.0	-38	0	-2.4	7.4	5.2	3.3	1.8	2.9

要約

サハラ以南のアフリカ	243	187	160	1.3	1.0	14	-	1.1	6.8	6.3	5.3	0.4	1.1
東部・南部アフリカ	220	165	131	1.4	1.4	21	-	1.2	6.8	6.0	5.0	0.6	1.1
西部・中部アフリカ	264	208	186	1.2	0.7	11	-	1	6.8	6.6	5.6	0.1	1.1
中東と北アフリカ	195	79	46	4.5	3.4	42	0	2.2	6.8	5.0	3.1	1.5	3.1
南アジア	199	123	83	2.4	2.5	33	2	3.9	5.7	4.3	3.0	1.4	2.2
東アジアと太平洋諸国	121	55	29	3.9	4.0	47	6	6.7	5.6	2.5	1.9	4.1	1.7
ラテンアメリカとカリブ海諸国	123	55	27	4.0	4.4	51	1	1.4	5.3	3.2	2.4	2.5	1.8
CEE / CIS	91	53	27	2.7	4.2	49	-	1.1	2.8	2.3	1.7	0.9	2.1
先進工業国 [§]	27	10	6	5.0	3.2	40	2	1.9	2.3	1.7	1.7	1.3	0.2
開発途上国 [§]	164	103	79	2.3	1.7	23	3	4.1	5.8	3.6	2.8	2.3	1.6
後発開発途上国 [§]	244	180	142	1.5	1.5	21	-	2.3	6.7	5.8	4.7	0.7	1.3
世界	145	93	72	2.2	1.6	23	2	2.3	4.7	3.2	2.6	1.9	1.4

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については148ページ参照。

指標の定義

5歳未満児死亡率—出生時から満5歳に達する日までに死亡する確率。出生1,000人あたりの死亡数で表す。

1990年以降の削減率—1990年から2006年にかけての5歳未満児死亡率(U5MR)の削減率。2000年の国連ミレニアム宣言で1990年から2015年にかけてU5MRを3分の2(67%)引き下げるという目標を定めた。そこで、この指標は、この目標に向けての現在の進展の評価を示す。

1人あたりのGDP—GDP(国内総生産)とは、すべての居住生産者による付加価値の額に、生産評価額に含まれないすべての生産品税額(補助金は控除)を加えた総額である。1人あたりのGDPは、国内総生産を年次の人口で割って算出する。成長率は現地通貨による固定物価GDPから算出したものである。

合計特殊出生率—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、その女性が一生の間に産むことになる子どもの人数。

データの主な出典

5歳未満児死亡率—ユニセフ、国連人口局、国連統計局。

1人あたりのGDP—世界銀行。

合計特殊出生率—国連人口局。

注

- データなし。
- x データが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り、かつ地域別・世界全体の平均値の算出にあたって計算に入れられていないことを示す。
- ^g 負の数値は1990年以降、5歳未満児死亡率が上昇していることを示す。

用語解説

ACSD	子どもの生存・発達促進プログラム	IMNCI	新生児期・小児期疾病統合管理
ACT	アルテミシニン誘導體多剤併用療法	ITN	殺虫剤処理を施した蚊帳
AIDS	後天性免疫不全症候群	MDG	ミレニアム開発目標
AIS	エイズ指標調査	MTEF	中期支出枠組み
AARR	年間平均削減率	ODA	政府開発援助
BCG	結核予防ワクチン（カルメット・ゲラン桿菌）	OECD	経済協力開発機構
BSS	行動サーベイランス調査	PAB	出生時保護
C-IMCI	コミュニティにおける小児期疾病統合管理	PMTCT	（HIV の）母子感染予防
DAC	（OECD）開発援助委員会	PMNCH	妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ
DALY	障害調整生命年数	PRSP	貧困削減戦略ペーパー
DOTS	直接監視下短期化学療法	SSHE	学校衛生教育
FFF	食料補給・家族計画・女性の教育	SWAp	セクター・ワイド・アプローチ
FGM/C	女性性器切除 / カutting	SWS	安全な水供給システム
GDP	国内総生産	TB	結核
GFATM	世界エイズ・結核・マラリア対策基金	TT	破傷風トキソイド
GNI	国民総所得	U5MR	5歳未満児死亡率
GNP	国民総生産	UIS	ユネスコ統計研究所
GOBI	成長観察、経口補水療法、母乳育児、予防接種	UNAIDS	国連エイズ合同計画
HepB	B型肝炎	UNESCO	国連教育科学文化機関
Hib	ヘモフィルス・インフルエンザb型菌	UNFPA	国連人口基金
HIV	ヒト免疫不全ウイルス	UNICEF	国連児童基金
HMN	ヘルス・メトリクス・ネットワーク	USAID	米国国際開発庁
IMCI	小児期疾病統合管理	WHO	世界保健機関