

# 1 妊産婦・新生児保健：現状



妊娠・出産に関連する原因で毎年50万人以上の女性が死亡しており、また400万人近くの新生児が出生後28日以内に死亡している。さらに数百万人の女性が障害に苦しんだり、病気や感染症にかかったり、外傷を負ったりしている。早急な改善を可能にする費用対効果の高い解決策はすでに存在しているが、これを実行し、妊産婦と子どもの保健に関連するミレニアム開発目標を達成するには、切迫感とコミットメントが必要である。『世界子供白書2009』の第1章では、死亡率を基準指標として、主要地域における妊産婦と新生児の保健の傾向と水準を検証する。また、妊産婦と新生児の死亡および罹病に関連する主な近因と根本的原因を概観し、前進を加速させるための枠組みを紹介する。

**妊** 娠・出産は、通常、親や家族にとって喜びもひとしおの時である。妊娠・出産・母性は、女性を尊重するような環境のもとでは、女性の健康を危険にさらさない形で女性の権利や社会的地位を力強く肯定することにつながる。

安全な母性と出産を可能にする環境が提供できるか否かは、コミュニティおよび家族が妊婦と新生児向けのケアと配慮、専門技能を有する保健従事者の洞察力、十分な保健施設、設備および医薬品と必要に応じた緊急ケアの利用可能性にかかっている。開発途上国の女性の多くは——そして後発開発途上国の女性のほとんどは——専門技能を有する者の立会いなしに自宅で出産をするが、それでも、生まれた新生児は通常は健康で、最初の数週間を生き延びて5歳の誕生日を迎え、その後も生きていく。妊娠・出産に関連する多くのリスクがあるにもかかわらず、大多数の母親も死亡することはない。

しかし、妊娠・出産に関わる健康上のリスクは先進国よりも途上国の方がはるかに高い。特に低所得の後発開発途上国で、またどの国でもより貧しくて社会から疎外された家族やコミュニティに、このようなリスクが広く見られる。国際的には、妊娠・出産に関連

した合併症による女性の死亡を削減しようとする努力は、人間開発の他の分野ほどの成功を収めておらず、そのため子どもを持つことは女性の健康にとって最も重大なリスクのひとつとなっている。平均して毎日約1,500人の女性が妊娠・出産に関わる合併症で死亡しているが、そのほとんどがサハラ以南のアフリカと南アジアに集中している。

先進工業国と開発途上国地域——特に後発開発途上国——との格差が最も大きいのは、おそらく妊産婦死亡率に関わる問題であろう。これは数字を見れば明らかである。2005年のデータによると、後発開発途上国の女性が妊娠・出産に関わる合併症で命を落とす平均生涯リスクは、先進工業国に住む女性に比べて300倍以上も高いのである。その他の死亡率で、これほどの格差があるものはない。

出産を無事に済ませても、何百万人もの女性たちが妊娠・出産に関連した外傷、感染症、病気、障害を負っており、生涯にわたってその影響に苦しむことも少なくない。実際のところ、これらの死亡や病態のほとんどは予防可能である。調査によると、妊産婦死亡の約80%は、女性が必須妊産婦ケア・サービスと基礎保健ケア・サービスを利用できれば回避できることが分

かっている<sup>1</sup>。

開発途上国における新生児の死亡についても、これまであまりに関心が払われてこなかった。5歳未満児の約40%——世界保健機関（WHO）の最新推計値によると2004年には370万人——が出生後28日以内に命を失っている。また、新生児死亡の4分の3は出生後7日以内、すなわち早期新生児期に起きており、これもほとんどは予防可能である<sup>2</sup>。

先進工業国と途上国との間では、新生児死亡の格差も大きい。2004年のデータによると、後発開発途上国に生まれた子どもは、先進工業国に生まれた子どもよりも、生後28日以内に命を落とす危険が14倍近く高くなっている。

母親と新生児の健康は密接な関係にあるため、それぞれの死を防ぐためには、多くの場合、同一の支援策を実施しなければならない。これには、出産前ケア、専門技能を有する者による出産時の立会い、必要に応じた緊急産科ケアへのアクセス、十分な栄養、出産後のケア、新生児ケアと健康増進教育、乳児への授乳とケア、衛生習慣などの必須措置が含まれる。ただし、これらの支援策を真に効果的で維持可能なものにする

## 先進工業国と途上国の多く——特に後発開発途上国——との間に見られる妊産婦死亡リスクの格差は、しばしば「世界でも最大の保健格差」と言われる。

ためには、さまざまなプログラムを保健制度とあわせて強化・統合しようとする開発枠組みの中で、そして女性の権利の向上につながるような環境で、それが提供されるようにしなくてはならない。

妊産婦と新生児の保健向上に対する人権中心のアプローチでは、保健ケアの提供体制を増進させること、社会におけるジェンダーの差別や不公平への対応を、とりわけ文化面・社会面・行動面での変容を通して進めること、そして最もリスクの高い国やコミュニティを対象とした取り組みを行うことに焦点が絞られる。

『世界子供白書2009』は、世界全体の、そして特に開発途上国における妊産婦・新生児保健を検証することにより、子どもの生存について述べた昨年の白書を補完しようとするものである。今年度の白書で重点を置くのはあくまでも保健と栄養であることは変わらないが、基準指標として死亡率を採用した。妊産婦と新生児の死亡数・死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカと南アジアに主として焦点を絞る。白書全体を貫く鍵となる主張は、女性の権利の尊重を基盤とした、妊産婦と新生児の保健の向上につながるような環境を創り出さなければならないということ

あり、リプロダクティブ・ヘルス、安全な母性、新生児ケア、子どもの生存・成長・発達に関わるプログラムを統合した、母親、新生児、子どもを対象とする継続的なケアを確立する必要があるということである。本白書では、最新のパラダイム、政策、プログラムを検証するとともに、前進を加速するために進められている主要なイニシアティブやパートナーシップについても触れる。一連のパネル（囲み記事）——外部協力者による寄稿も一部含まれている——では、妊産婦・新生児の保健と栄養に関して今日争点となっている重要な問題をいくつか取り上げる。

図 1.1 母子保健に関するミレニアム開発目標

ミレニアム開発目標 4：子どもの死亡率を削減する	
ターゲット	指標
4. A：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	4. 1 5歳未満児の死亡率 4. 2 乳児死亡率 4. 3 はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
ミレニアム開発目標5：妊産婦の健康の改善*	
ターゲット	指標
5. A：2015年までに妊産婦死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する	5. 1 妊産婦死亡率 5. 2 専門技能を有する保健従事者による出産時の立会い
5. B：2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する	5. 3 避妊法の普及率 5. 4 若者の出産率 5. 5 出産前ケアの普及率（最低1回および4回以上の訪問） 5. 6 家族計画に関わる満たされていないニーズ

\*2005年の世界サミットで国連総会により合意された改定ミレニアム開発目標枠組みには、2008年1月15日に発効した新しい公式指標リストが付随しており、これによりミレニアム開発目標5のモニタリングに関して新しいターゲット（5.B）と4つの新しい指標が追加された。

出典：United Nations, Millennium Development Goals Indicators: ミレニアム開発目標指標に関する国連の公式サイト、(<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>)、2008年8月1日にアクセス。

## 妊産婦・新生児保健の現状

1990年以来、世界の年間妊産婦死亡数は推定50万人を超えている。5歳未満児死亡数は世界的に一貫して減少しており、1990年の約1,300万人から2007年には920万人まで下がったが、妊産婦死亡数は厳然と変わらないままである。ミレニアム開発目標（MDG）5の第1ターゲット（2015年までに妊産婦死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する）については、世界的に限られた成果しか得られていない。サハラ以南のアフリカでは、妊産婦死亡率の低減に関わる前進は実質的に全く見られなかった<sup>3</sup>。

妊産婦死亡率は、保健制度全体の効率性を強く反映する。そして低所得の開発途上国では、多くの場合、行政が脆弱だったり、技術面・ロジスティクス面の能力や財政投資が不十分で、専門技能を有する保健従事者もいない。鍵となる支援策——例えば、出産前にHIV検査を実施する、専門技能を有する保健従事者が立ち会う出産数を増やす、必要に応じて緊急産科ケアにアクセスできるようにする、母親と子どもに出産後のケアを行う——の規模を拡大することにより、妊産婦と新生児の死亡は急減させることができる。女性が、家族計画の知識、十分な栄養、手頃な料金での基礎保健ケアを利用できるようになれば、妊産婦死亡率はさらに下がるはずである。これらは不可能で非現実的な行動ではなく、すでに効果が証明された、費用対効果の高い対応であり、出産可能年齢にある女性にはこのような対応を期待する権利がある。

しかし、妊産婦保健は妊婦と母親の生存だけに関わる問題ではない。妊

娠・出産に関連した原因で死亡する女性がひとりいれば、他に20人が妊娠に関連した病気にかかるか、その他の深刻な影響を経験していると推定される。これは衝撃的な数字である。妊娠によって命を失わずに済んでも、年間推定1,000万人の女性がこうした不運な結果を経験しているのである<sup>4</sup>。

妊産婦保健は——妊娠・出産に関連した原因で死亡したり、または障害を負うリスクの高さからも明らかのように——この数十年、ほとんど前進していない。これはいくつかの間接的原因が重なり合った結果である。根本的な原因は、多くの国や文化において女性が不利な立場に置かれていること、そして、女性の権利に対する関心とアカウンタビリティ（説明責任）が欠けていることにあるのかもしれない。

現在185カ国が批准している1979年の女性差別撤廃条約（CEDAW）は、締約国に対し、「男女の平等を基礎として、保健ケア・サービス（家族計画に関連するものを含む）を享受する機会を確保することを目的として、保健ケアの分野における女性に対する差別を撤廃する」（第12条1）ことを求めている。さらに、「女性に対し、妊娠、出産および産後の期間中の適切なサービス（必要な場合には無料にする）並びに妊娠および授乳の期間中の十分な栄養を確保する」（第12条2）べきであるとも規定している。また、子どもの権利条約では、締約国に対し、「母親のための産前産後の適切な保健ケアを確保すること」と「予防的な保健ケア、父母のための指導並びに家族計画に関する教育およびサービスを発展させること」（第24条）を義務づけている。現在明らかになっているエビデンス（証拠）によると、多くの国々はこれらの約束

を履行できていない。

女性の健康を向上させることは、CEDAWと子どもの権利条約で規定されている女子と女性の権利を実現し、ミレニアム開発目標（MDG）を達成する上で極めて重要である。リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦保健およびこれらに関わるサービスを増進させることは、MDG5の達成に加えて、MDG4（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）の達成にも直接寄与することになる。

妊産婦の栄養を向上させることは、2015年までに極度の貧困と飢餓を根絶するというミレニアム開発目標1の達成にも役立つ。栄養不良は、子どもが胎児のうちから始まるが多く、特に女子と女性にとっては、生涯を通じてその状態が続くことがある。発育不全の女子は、発育不全のまま青年期を迎え、そのまま成人となる可能性が高い。発育不全や低体重を助長する栄養不良は、女性自身の健康や生産性に脅威を及ぼすだけでなく、妊娠・出産に関して好ましくない結果が生じる可能性を高める。栄養不良の母親は低出生体重の赤ん坊を産む可能性もはるかに高く、これによって赤ん坊が死亡するリスクも極めて高くなるのである<sup>5</sup>。

母親の死亡や罹病のリスクを下げることは、子どもの生存の可能性を高めることに直接つながる。調査によると、開発途上国では、生後6週間以内に母親を失った赤ん坊は、2歳の誕生日を迎える前に命を落とす可能性が、母親が生き残っている子どもよりもはるかに高くなることが分かっている。アフガニスタンで行われた研究によると、母親が妊娠・出産関連の原因で死亡した乳児のうち、

## 後発開発途上国の女性が妊娠・出産に関連して死亡する生涯リスクは、先進工業国に住む女性の300倍以上に上る。



© UNICEF/HQ06-2055/Pablo Bartholomew

出産時の合併症を原因とする妊産婦・新生児の死亡を減少させるには、強力な紹介・搬送システム、専門技能を有する保健員、そして十分な設備を持った施設が極めて重要となる。病気の新生児の治療室で赤ちゃんの治療をする保健員（インド）

74%はその後死亡していた<sup>6</sup>。さらに、分娩時に母親に生じた合併症は新生児の死亡リスクを高める。これは、ほとんどの開発途上国で全般的な5歳未満児死亡率が下がってきている中、子どもの生存に関わる取り組みの中で急速に主要課題となりつつある問題である。

### 妊産婦・新生児保健の傾向

#### 妊産婦の死亡

国連機関が連携してまとめた最新の推定値によると、2005年には53万6,000人の女性が妊娠・出産に関連する原因で死亡していた。ただし、妊産婦死亡数の測定は難しい課題であり、多くの開発途上国では必要なデータが定期的に取り取られていないため、この数値は正確というにはほど遠いかもしれない。妊産婦死亡数の推定もさることながら、死因を特定し、これを記録することは複雑な手続きで

ある。死因が妊娠・出産に関係していると確定するためには、死亡原因、妊娠の状況、その妊娠に関連する死亡時期のいずれもが正確に記録されていなければならない。ここまで詳細なデータは、先進工業国の統計報告システムでも欠如していることがある。多くの開発途上国、特に最貧国では、このようなデータは存在しないのが一般的である<sup>7</sup>。

妊産婦の死亡に関連するデータ収集を改善しようとする努力は、過去20年間続けられてきた。最初は世界保健機関（WHO）、ユニセフ、国連人口基金（UNFPA）による取り組みだったが、後に世界銀行も加わっている。これらの機関は連携して、妊産婦の死亡に関する国際的推定値をより正確かつ包括的な形でまとめられるよう、資源の共有と方法論の見直しを進めている。2005年の推定値は最も正確な数値だが、妊産婦の死亡の傾向を機関横断型のプロセスによって

推定しようとする試みとしては初めてのものである。（妊産婦の死亡率および水準の推計作業についてさらに詳しくは7ページのパネルを参照）

近年、妊産婦と新生児の健康状態、サービス上のニーズおよび死亡について数字で表すための新しい方法論が研究者らによって開発されている。これらの努力は継続的なものであり、死亡と罹病に関してより正確な推定値と原因を明らかにしようとするプロセスを豊かなものになっている。そして、健康状態と保健サービスについてのデータと分析が改善されることは、妊産婦・新生児保健の改善に取り組むための戦略、枠組み、プログラム、政策、パートナーシップ——ジェンダー主流化を支援するものも含む——を強化することに役立っている。

妊産婦の死亡の推定作業に関わる論点のうち、議論の余地がないと思われるものがひとつある。妊産婦の死亡の圧倒的多数——2005年に国連諸機関が共同でまとめた推定値によると99%以上——が開発途上国で発生しているということである。そのうち半数(26万5,000)はサハラ以南のアフリカで、3分の1は南アジア(18万7,000)で発生している。2005年には、この2つの地域の合計が妊娠に関連した世界の死亡数の85%を占めていた。インドだけで、世界の総死亡数の22%を占めている。

妊産婦の死亡に関する推定値の推移を見ると、1990年から2015年にかけて妊産婦死亡率を75%削減するというMDG5のターゲットAの達成に向けた前進は十分でないことがうかがえる。世界全体の妊産婦死亡率は、1990年の段階で出生10万あたり430であったが、2005年になっても

## 世界全体で生じている妊産婦死亡の95%はアフリカとアジアに集中しており、負担の多くはサハラ以南のアフリカ（世界全体の50%）と南アジア（35%）が担っている。

出生10万人あたり400であることを踏まえると、ターゲットを達成するためには2005年から2015年にかけて70%以上の削減が必要ということになる。

しかし、世界的な傾向にばかり目を向けていると、地域間の大きな違いが曖昧になってしまう場合もある。妊産婦死亡率の低減に関して相応の前進を示すとともに、基礎妊産婦サービスへのアクセスを向上させることによってさらなる改善の基盤を整えつつある地域も多い。先進工業国では、1990年から2005年にかけて妊産婦死亡率はおおむね変わらないままであり、出生10万あたり8という低い数字にとどまっていた。妊産婦の死亡がこのように低水準に収まっていることには、専門技能を有する者による分娩時のケアと必要に応じた緊急産科ケアを、ほとんどすべての女性が利用できることが貢献している。データがある先進工業国では、専門技能者による出産時の立会い率が98%を下回る国は皆無であり、また、ほとんどの国ではすべての地域でこのようなサービス提供の体制が整っている。

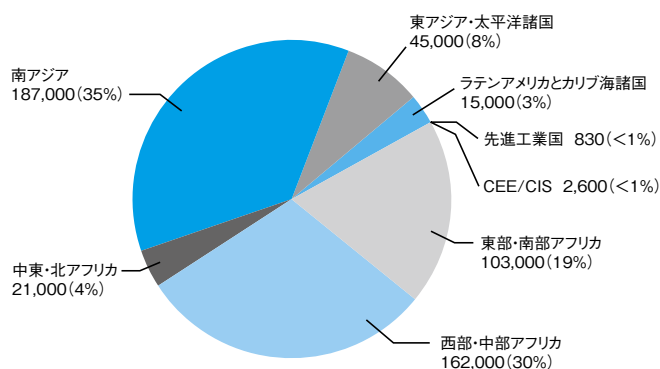
開発途上国では、サハラ以南のアフリカを除くすべての地域で、1990年から2005年にかけて妊産婦死亡の絶対数と妊産婦死亡率がともに減少した。これに対し、サハラ以南のアフリカでは、同じ期間中、妊産婦死亡率はおおむね変わらないままであった。この地域の出生率が高いことを考えると、この15年間で妊産婦死亡数が増加したことになる。この前進の見られない状況は、とりわけ憂慮すべきことである。この地域では、妊産婦死亡率が最も高く、妊産婦が死亡する生涯リスクも最も大きく、妊産婦死亡数も最大だからであ

る。西部・中部アフリカでは、地域全体の妊産婦死亡率は出生10万人あたり1,100で、開発途上国・地域全体の平均である10万人あたり450に比べ、驚くほど高い。この地域には、妊産婦死亡率が世界で最も高いシエラレオネが含まれており、同国の妊産婦死亡率は出生10万人あたり2,100となっている。

西部・中部アフリカ地域は合計特殊出生率が世界で最も高く、2007年には5.5人を記録していた（合計特殊出生率とは、女性が出産可能年齢の終わりまで生き、かつ年齢ごとに当該年齢の一般的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である）。出生率が高くなれば、女性が妊娠・出産に関連する原因で死亡するリスクも高まる。死亡のリスクはすべての妊娠に伴うものだが、女性の出産回数が多いほどリスクは高くなる。

出生率が高く、同時に基礎保健ケア・サービスと妊産婦サービスが十分に受けられないという状況が重なると、女性の生存にとって一生継続く影響が生じる可能性がある。開発途上国全体では、妊産婦死亡の生涯リスクは76分の1で、8,000分の1に過ぎない先進工業国に比べてはるかに高い。比較しやすいように例を挙げると、妊産婦死亡の生涯リスクは、アイルランドの母親の場合は4万7,600分の1に過ぎないのに対し、妊産婦死亡の生涯リスクが最も高いニジェールでは7分の1と、大きな違いがある<sup>8</sup>。

図 1.2 妊産婦死亡の地域分布\*  
妊産婦死亡数、2005年



\*割合は四捨五入しているため、合計しても100%にならない場合がある。

出典：World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p.35.

## 妊産婦の死亡数の測定に向けた挑戦

妊産婦死亡とは、妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡であり、妊娠の部位または期間には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した、またはそれらによって悪化したいずれかの原因により生じたものをいう。死因は、直接的原因（妊娠中、分娩時または出産後の産科合併症に関連したもの）と間接的原因に分類することが可能である。直接的原因には、出血（通常は出産後に起きる）、敗血症、子癇、分娩停止、中絶による合併症の5つがある。間接産科的死亡は、以前から見られた状態によって引き起こされる場合もあれば、妊娠時に生ずる状態であって、直接の産科的原因には関係ないが妊娠の生理的作用で悪化する可能性のあるものによって引き起こされる場合もある。HIV/エイズ、マラリア、貧血、心血管疾患などである。女性が合併症を起こしたからといって、それだけで必ず死に至るというわけではない。治療が不適切・不正確であること、適切かつ時宜を得た処置が行われないことが、ほとんどの妊産婦死亡の背景にある。

直接産科的死亡か間接産科的死亡か、また事故死か偶発的死亡かに関わらず、妊産婦死亡の原因を正確に分類することは容易ならざる課題である。ある死亡を妊産婦死亡として正確に分類するためには、死因および妊娠状態に関する情報や、妊娠と関連した死亡時期についての情報が必要になる。これらの情報は、妊産婦の死亡が数多く発生している開発途上国のみならず、人口動態統計システムが十全に機能している先進工業国でさえ、存在しなかったり、誤って分類されていたり、または過少に報告されていたりする場合がある。その理由はいくつかある。第一に、特に後発開発途上国や農村部では自宅出産が多く、死因を特定しにくくなること。第二に、住民登録制度が不完全であったり、完全であるように見えても死因の記録が不十分であったりすること。第三に、現代医学により、女性の死亡が分娩後42日という期間を超えて発生する場合もあることである。これらの理由により、妊産婦死亡の定義として別のものが使われる場合もある。ある考え方では、妊娠期間中あるいは分娩後に生じた死亡のあらゆる原因を指す。別の考え方では、分娩後、妊娠開始から数えて1年以内に生じた直接的・間接的原因による死亡を考慮することになっている。

妊産婦の死亡リスクを測定する主要な方法は妊産婦死亡率で、一定期間（通常は1年）の出生数10万人あたり、同時期に何人の妊産婦が死亡したかで表される。もうひとつの主要な測定方法としては妊産婦死亡の生涯リスクがあり、これは、ひとりの女性が出産可能期間内に妊娠する確率および妊娠・出産に関連した原因で死亡する確率の双方を反映させたものである。言い換えれば、妊産婦の死亡リスクは主として2つの要因に関連している。すなわち、1回の妊娠または出生に関連した死亡リスクと、出産可能期間内の妊娠回数である。

### 妊産婦死亡の推定値を向上させるための協働の取り組み

世界の妊産婦死亡率・死亡水準をより正確に測定し、ミレニアム開発目標5のターゲットA（1990年から2015年にかけて妊産婦死亡率を4分の3削減する）の達成に向けた進捗度を評価する目的で、いくつかの機関が協働の取り組みを進めている。当初は世界保健機関（WHO）、ユニセフ、国連人口基金から構成されていた妊産婦死亡ワーキング・グループは、1990年、

1995年、2000年の世界的な妊産婦死亡状況について、国際的に比較可能な推定値を整備してきた。

2006年には、同グループに世界銀行、国連人口部、外部の技術的専門家数名が加わり、これまでの方法論を発展させた手法と新しいデータを基に、2005年の妊産婦死亡状況について国際的に比較可能な推定値を明らかにした。その過程で、国内データがない国については推定値が作成され、利用可能な国別データについては過少報告や分類ミスを是正するための調整が行われている。2005年の推定値をまとめるため、妊産婦死亡ワーキング・グループが検討対象とした171カ国中、国全体の適切なデータが存在していない国は、世界の出生数の4分の1を占める61カ国に上っていた。これらの国々については、妊産婦死亡状況に関する推定値を出すための複数のモデルが用いられた。

2005年の推定値を作成するためのデータは、8つのカテゴリーに分類されるデータ源から抽出された。1) データ属性が十分に特定されている完全な住民登録制度、2) データ属性の特定が確実ではない、または十分ではない完全な住民登録制度、3) 直接姉妹メソッド〔成人の回答者に対し、兄弟姉妹の生存・死亡状況について質問する手法〕、4) 生殖年齢別死亡状況調査、5) 疾病サーベランスあるいはサンプル登録、6) 国勢調査、7) 特別調査、8) 国別データなしの8つである。各データ源の推定値は、すでに明らかになっている偏りの是正、現実的な不確定範囲の決定といった要素を考慮に入れ、それぞれ異なる式によって計算された。

妊産婦死亡の測定値をまとめる際には、不確定な部分がある程度残るものである。すなわち、利用可能な推定値としては最善のものであっても、実際の死亡率は平均よりも高かったり低かったりする場合がある。これはどんな統計についても言えることではあるが、妊産婦死亡率については不確定の度合いが高いため、すべてのデータポイントを慎重に解釈しなければならない。

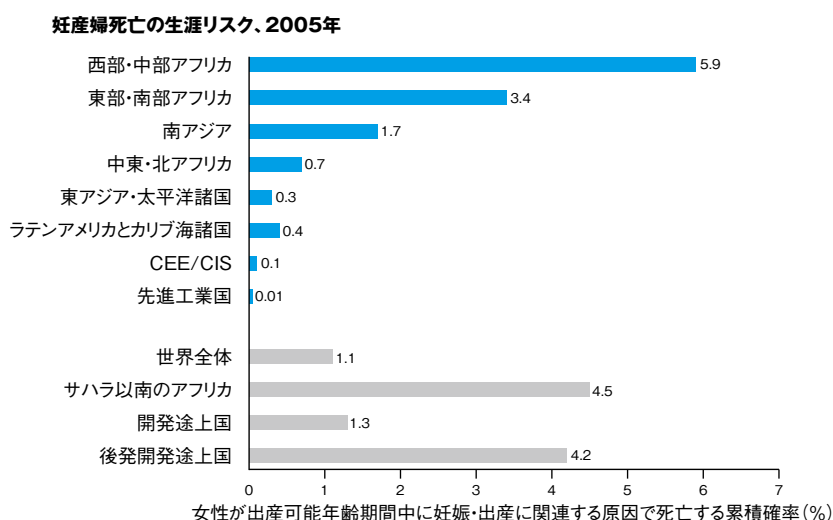
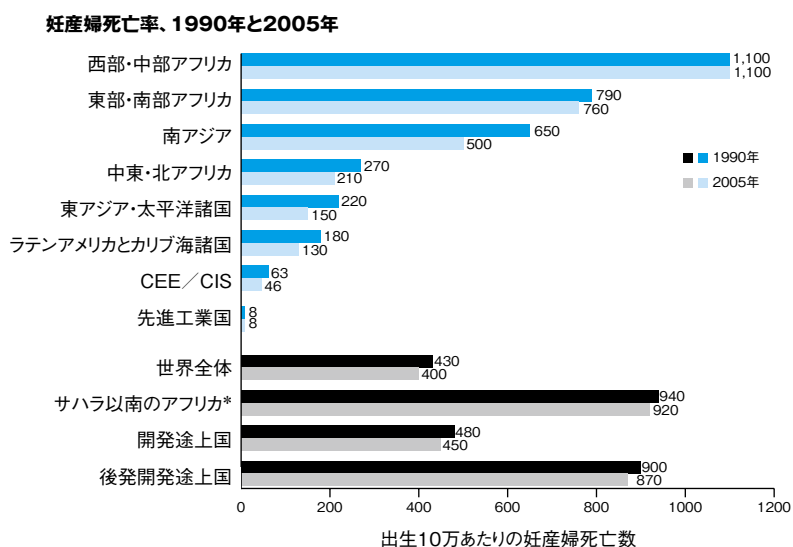
データの収集と測定がこのように難問であるにも関わらず、国連機関が協働で作成した2005年の妊産婦死亡状況推定値は、MDG 5のベースライン・データである1990年の数値から2005年にかけての進捗状況を評価し、推移の分析をするという目的のためには十分に精密なものであった。多くの開発途上国で妊産婦死亡率の低減という点では改善が見られないことが明らかになり、MDG 5の達成に対する関心を高める一助となった。

妊産婦の死亡状況に関する2005年の推定値は決して完璧なものではなく、データ収集と推定値算出のプロセスをより洗練されたものにするために、依然として多くの取り組みが必要である。しかしそこには、正確さと精密さを高めるために継続的努力を進めていくという、国際社会の決意が反映されている。これらの継続的な努力は、妊産婦保健を改善し、女性が重視されることを確保するための行動を支え、その指針となるはずである。

参考文献は106ページを参照。

5歳未満児死亡数は世界的に一貫して減少しており、1990年の約1,300万人から2007年には920万人まで下がったが、妊産婦死亡数は依然として50万人を超えたままである。

図1.3 妊産婦死亡の推移、水準および生涯リスク



\*サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせたものである。

出典：World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p.35.

### 新生児の死亡

新生児死亡率とは、出生から生後28日までの間に新生児が死亡する確率をいう。世界保健機関（WHO）の最新の推計（2004年）によると、その年には約370万人の新生児が生後28日以内に死亡していた。しかし、同じ新生児期でも死亡リスクはさまざまに異なる。最もリスクが高いのは出生後の24時間で、新生児死亡の25～45%がこの時期に起きていると推定されている。新生児死亡のおよそ4分の3——2004年には280万人——が生後1週間以内、すなわち早期新生児期に起きている。

妊産婦の死亡と同様、ほとんどすべての新生児死亡（2004年には98%）が低・中所得国で起きている。死産と早期新生児期の死亡はよく似た産科的原因によって生じるため、一括して周産期死亡と呼ばれているが、2004年には総計590万人がこれにより命を落とした。同年、死産は周産期死亡の約300万件を占めていた<sup>9</sup>。

1990年代中盤から後半まで、新生児の死亡に関する数値は大ざっぱな歴史的データを元に推定されていた。しかし、世帯調査を通じてより信頼できるデータが得られるようになると、以前の推定値では、新生児死亡の発生率が相当に低く見積もられていることが明らかになった。1980年から2000年にかけて世界全体の新生児死亡率は4分の1減少したが、その削減率は、3分の1の減少を示した5歳未満児死亡率全体の削減率に比べて、はるかにゆっくりとしたものであった。そのため現在では、新生児の死亡が5歳未満児の死亡に占める割合は過去よりもずっと高くなっている。特に、生後1週間以内の死亡が5歳未満児全体の死亡に占める割





© UNICEF Mozambique/Emidio Máchiana

マラリアを予防するために殺虫剤処理を施した蚊帳の配布を拡大すること、HIV感染の予防・治療プログラムを迅速に拡大することは、妊産婦と新生児の命を救うための効果を発揮している。殺虫剤処理を施された蚊帳の中で、保健センターの看護師から援助を受けるHIV陽性の母親と新生児（モザンビーク）

合は、1980年の23%から、2000年には28%に上昇した<sup>10</sup>。

新生児の死亡割合の上昇には、2つの主要な要因が反映されている。自宅で生まれた多くの赤ん坊に対し、効果的で時宜を得た新生児支援を提供するのが難しいこと。そして、開発途上国全体で新生児期以降の子どもの死亡数の大幅削減に寄与した予防接種などの支援の実施について、多くの国が成功を収めたこともある。そ

のため、費用対効果が大きく単純な新生児のための生存支援が相対的に軽視されてしまったのである。このようにして、乳幼児死亡を削減し、ミレニアム開発目標4を達成するための新しいパラダイムと戦略を構成する主要な要素のひとつに、新生児死亡の削減が位置づけられるようになった。

新生児死亡の地域的パターンは妊産婦死亡のパターンと緊密な相関関

係にある。新生児死亡率が最も低いのは当然ながら先進工業国で、2004年の新生児死亡率は出生1,000人中3にすぎなかった。2004年の新生児死亡率が最も高かったのは南アジア（出生1,000人中41）と西部・中部アフリカ（出生1,000人中45）である。出生数が多いために、南アジアにおける新生児死亡数は世界のどの地域よりも高い<sup>11</sup>。

## 国連諸機関が協働でまとめた最新の推定値によれば、2005年には53万6,000人の女性が妊娠・出産に関連した原因により死亡した。

### 妊産婦・新生児の死亡および疾患の主な原因

#### 妊産婦の死亡

##### 直接的原因

妊産婦・新生児の死亡が発生する時期と原因についてはよく知られている。妊産婦の死亡は、妊娠後期から産後1週間以内に起きることがほとんどである（中絶に伴う合併症による死は除く）。研究によると、母親の死亡リスクは産後2日間が特に高い。妊産婦の死亡のほとんどは、産科合併症——分娩後の出血、感染症、子癇、遷延（せんえん）分娩、分娩停止など——および中絶に伴う合併症と関連している。妊産婦の死亡をもたらす直接的原因のほとんどについては、専

門的技能を有する保健従事者が立ち会い、主要な医薬品、設備、紹介・搬送先施設が利用可能な場合には、容易に対処できるはずである<sup>12</sup>。（*出産時の合併症および緊急産科ケア*についてさらに詳しくは第3章を参照）

##### 間接的原因

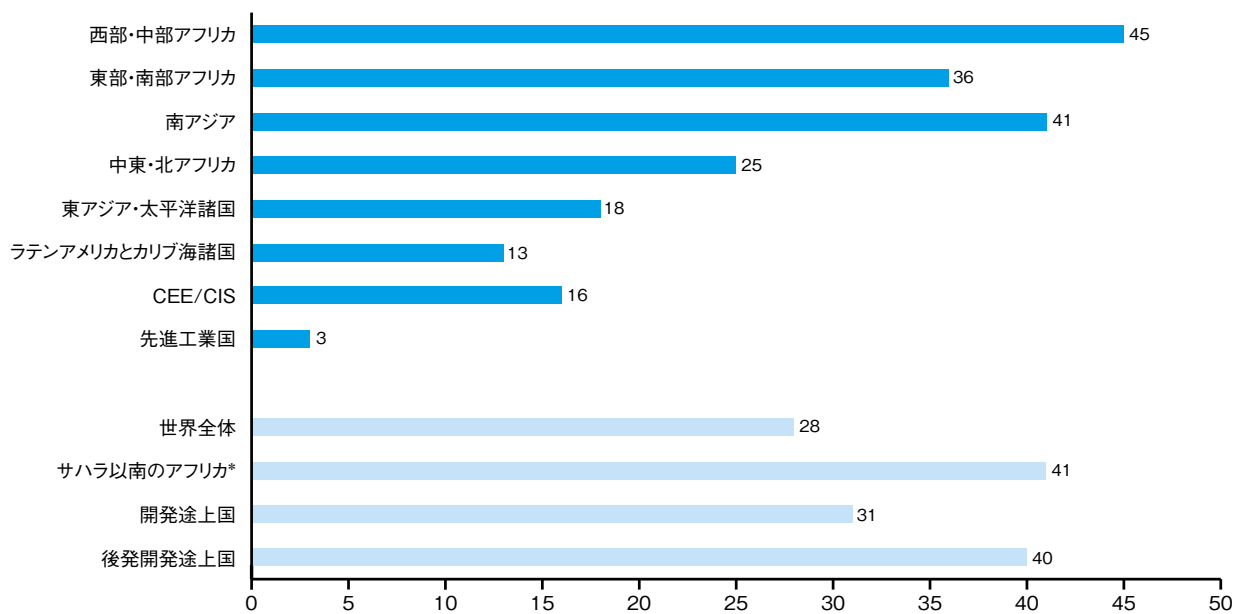
母親の死亡リスクを高める多くの要因は妊娠に特有のものではないが、妊娠・出産によって悪化することがある。これらの原因が妊娠によるものであると判断することは、多くの国では保健情報制度の診断能力が不十分であるため、困難である。それでも、妊産婦死亡の間接的原因を分析することは、妊産婦と子どもの保健にとって最も適切な支援戦略を決定するのに役立つ。特定の病態を対

象としたプログラム——例えばマラリアやエイズに対処するためのもの——と妊産婦保健イニシアティブを連携させることは、これらの間接的原因のいくつかに対処する最も効果的な方法となりうることが多い。これには、貧血のように、予防・治療がかなり容易なものも含まれる<sup>13</sup>。

妊産婦の貧血は、全妊婦の約半数に影響を与えている。青年期の妊婦は年長の妊婦よりも貧血になりやすいが、年長の妊婦よりも不十分なケアしか受けていないことが多い。マラリア——毎年、マラリア流行地域の国々に暮らす約5,000万人の妊婦が影響を受けている——のような感染症や腸管寄生虫も、質の悪い食事内容と同様に貧血を悪化させることがあり、いずれも妊産婦の死亡を発生

図1.4

### 地域別の新生児死亡率



出生1,000人あたりの新生児死亡数(生後0~28日)、2004年

\*サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせたものである。

出典：人口動態統計システムと世帯調査を活用した世界保健機関（WHO）のデータ。

## 母親と新生児の支えとなる環境づくり

ラニア・アル・アブドラ王妃（ヨルダン王妃、ユニセフ子どものための大使\*）

1631年、美しい王妃ムムターズ・マハルが第14子を出産中に亡くなった。悲嘆にくれた夫は、彼女のために記念建造物を造った。これこそ、今や世界で最も有名な建造物のひとつとなったタージ・マハルである。

しかし、タージ・マハルの丸屋根や尖塔はすぐにそれと分かるというのに、その建立のきっかけとなった悲劇については、世界的にほとんど知られていない。

ムムターズ・マハルが出産時に命を落としてから400年近くを経てもなお、毎日、毎分、妊娠・出産に関連した原因で女性が死亡している。その数は毎年50万人以上、1世代あたり1,000万人にも上る。近代的前進と医学的奇跡の時代である現代にあって、人類そのものの未来をつないでいる女性たちを今なお守ることができないという事態が、どうして生じうるのだろうか。

答えはもちろん、こうである——公衆衛生は目を見張るほどの躍進を遂げたというのに、諸国間でも、国内の地域・社会集団間でも、その利益が平等に共有されていないからである。妊娠・出産関連の合併症の原因は世界中で同じでも、それによって生じる結果は、国によって、地域によって、大きく異なる。今日、スウェーデンの若い女性が妊娠関連の原因で命を落とす生涯リスクは1万7,400分の1だが、シエラレオネではこれが8分の1へと急上昇してしまう。

そして、ひとりの女性が亡くなる一方、他の20人の女性が重度の感染症にかかり、あるいは重傷を負っている。毎年、推定7万5,000人の女性が産科瘻孔（ろうこう）の犠牲になっているのである。産科瘻孔は身体的・心理的に甚大な被害をもたらす病態であり、社会的排除にもつながりかねない。

たくさんの女性の生命が犠牲となっている。しかし、被害を受けているのは女性だけではない。2007年に、女性の健康に関する世界会議で専門家グループが述べたように、「出産可能な年齢にある女性は、社会のためにさまざまな形で生産をしている。女性たちは、次世代を生み育てる存在であるとともに、労働者、指導者、活動家として、進歩のための極めて重要な行為主体でもあるのだ」。妊娠や出産のために女性の人生が短く終わり、または無力化されてしまえば、悲劇は連鎖していく。子どもは親を失い、配偶者はパートナーを失い、そして社会は生産的貢献を行ってくれる存在を失うのである。

世界には、これほど多数の人々を、そしてこれほど多くの可能性を犠牲にし続けられる余裕はない。妊娠に関連した問題の多くについては、子癇、出血から敗血症、分娩停止、貧血に至るまで、予防・治療法がすでに分かっている。実際、世界銀行の推定によれば、出産前ケア、専門技能を有する保健従事者による分娩時の立会い、女性と新生児を対象としたアクセスしやすい緊急治療のような基礎的支援を行うことにより、妊産婦の死亡のほぼ4分の3は回避できるはずなのである。

しかし、医学的支援の拡大は、妊産婦・新生児保健を改善していく取り組みの一部に過ぎない。より根本的には、世界中で女性のエンパワーメントを推進していく必要がある。情報の重要性が一層増しつつある世紀にあって、出産時に命を落とす女性の年間人数について、いまだに正確なデータが存在しないというのはどういうことなのか。妊産婦の死亡数はどうして部分的にしか数えられていないのか。その理由として考えられるの

は、女性の生命が十分に重視されていない場所が多過ぎることである。

そして、女性が社会で不利な立場に置かれ続ける限り、妊産婦・新生児保健の問題も解決できないだろう。しかし、自分の人生をコントロールするための手段を女性に提供し、それによって女性のエンパワーメントを図ることができれば、女性にとっても子どもにとっても一層の支えとなるような環境をつくりだすことが可能である。

エンパワーメントは教育に始まる。教育は、私たちが行いうる最高の開発投資であって、女子と男子双方が初等学校に通えるようにすることから、女性に読み書きを教えたり、公衆衛生教育を実施したりすることまで、さまざまである。まだ多くの課題が残されているが、多くの国々がこの方向に歩み始めている。例えばヨルダンでは、ヨルダン大学看護部の学生がボランティアで公立学校の教壇に立ち、女性の健康問題について女子生徒に教えている。

次々と実施される研究によると、教育を受けた女性の方が、家族を支えるための収入を得る能力を身につけており、子どもの保健ケア・栄養・教育のためにお金を使う可能性が高く、また市民生活への参加や、コミュニティの改善のための唱道活動（アドボカシー）にも積極的に取り組むことが分かっている。

教育を受けた母親は、自分自身のためにも適切な保健ケアを求める可能性が高い。『ミレニアム開発目標中間報告書2007』（*the 2007 Millennium Development Goals Report*）によると、「中等教育または高等教育を修了した女性の84%は、出産時に専門技能を有する保健従事者の立会いを得ており、これは正規の教育を受けたことがない女性の倍以上に上る。」

教育を受けた女性の子どもは、教育を受けたことがない、あるいは修了していない女性の子どもよりも、5歳まで、そして5歳以降も生き延びる確率が50%以上高い。特に女子にとっては、教育が希望と絶望の分かれ目になることもある。調査によると、初等教育を修了した若者は、初等教育を卒業できなかった若者よりも、HIVに感染する確率が低いのである。

教育を受けた女子はまた、結婚の時期を遅らせることが多く、ごく若いうちに妊娠することが少ないため、自分自身もまだ子どものうちに産んで、出産時に死亡するリスクが少なくなる。女子が教育を受け続けることにより、より多くの収入を得られる可能性が高まり、何世代にもわたって受け継がれていくことがあまりにも多い貧困の束縛を打破することもできるようになる。

簡潔に言えば、女子が歩む道筋を変えることにより、未来の行く末も変えられるということである。そして、このような女子がおとなの女性へと成長し、自ら選んで母親となる時には、妊娠・出産は恐れるものではなく祝福すべきものと考えられるようになるだろう。

参考文献は106ページを参照。

\*ヨルダンのラニア・アル・アブドラ王妃は、ユニセフ子どものための大使であるとともに、子どもの保護、早期幼児開発、教育におけるジェンダーの平等、女性のエンパワーメントを唱導するために倦むことなく世界的活動を続けている。

しやすくする。重度の貧血は、出血の際の死亡リスクを高めることにつながる<sup>14</sup>。

貧血は、妊産婦保健プログラムを通して配布される鉄分補給剤で容易に治療可能である。しかしこの支援策は、一部の開発途上国では、普及率の面でも実効性の面でも制約が残っている。これは主として、基礎保健ケア、より具体的には質の高い出産前ケアと支援へのアクセス率が低いことによる。心強いのは、多くの途上国で、小麦のような主食の栄養強化を図ることによって貧血対策を進めるための努力が全国的に活発になり始めていることである<sup>15</sup>。

妊娠中の母親のヨード欠乏症は、死産、流産、先天性異常の発生率の上昇と関係している。これらのリスクは、妊娠前または妊娠中に母親がヨードを適切に摂取することにより、低減・防止することができる。ヨード添加塩を広く行き渡らせることと、場合によってはヨードの追加的補給をすることが、妊娠中および乳幼児期に最適な量のヨードを摂取できるようにする上で必要不可欠である<sup>16</sup>。

マラリアもまた、母親と赤ん坊にとって死のリスクをもたらす疾患である。マラリアの流行地域では、マラリアが重度の妊産婦貧血のおよそ4分の1に関係しており、死産や流産のリスクを高め、低出生体重や新生児死亡の一因になっている。したがって、殺虫剤処理を施した蚊帳によるマラリアの予防は、妊産婦と新生児への影響を低減するために極めて重要である。さらに、妊娠中期・後期の妊婦を対象として実施されるマラリアの間欠予防治療は、貧血と胎盤マラリアを予防する目的で、サハラ以南のアフリカでますます活用

されるようになっている<sup>17</sup>。

HIV/エイズが妊産婦の死亡をどの程度助長しているかについて、厳密に評価することは難しい。HIVの母子感染予防プログラムが拡大しているにも関わらず、多くの妊婦のHIV感染状況は今なお把握されていないからである。HIVと妊娠は、いくつかの形で相互に影響し合っていることが考えられる。HIVウイルスは、出血、敗血症、帝王切開に伴う合併症といった産科合併症のリスクを高める可能性がある。逆に、妊娠によって、貧血や結核といったHIV関連の疾患にかかるリスクが高まったり、HIVの進行が早まったりする可能性もある。最近の調査による知見は、これらの可能性を示唆するだけで決定的なものではなく、どちらの方向の因果関係についても、それがどの程度存在するのかを明らかにするためには、より多くの調査が必要である。HIV感染率の高い国では、エイズの流行により、妊産婦死亡に関してこれまで達成された前進が無になり、後退が始まっている可能性があると考えられている。少なくとも部分的にはより確実な形で評価できるのは、HIVとともに生きながら子どもを産んだ女性の数である。2006年には、低・中所得国108カ国に、このような女性がおよそ150万人いた。

エイズの流行に対処し、妊産婦と新生児の健康への影響を抑える努力は、以下の4つの主要分野で強化されつつある——青少年間・若者間での感染防止、抗レトロウイルス薬による治療を必要とするHIV陽性の女性・母親を対象とした抗レトロウイルス薬治療、母子感染の予防、そして小児を対象としたHIV治療である。4つのいずれの分野でも前進が見られ、それに伴って心強い成果が出ている。例

えば、HIV陽性の母親を対象とした、母子感染予防のための抗レトロウイルス予防薬の普及率は、低・中所得の国々で、HIVに感染した妊婦の10% (2004年) から33% (2007年) にまで上昇した。このような評価すべき前進にも関わらず、HIVの予防・ケア・治療のための支援策を女性に提供していくためには、まだまだやらなければならないことが多い。このような支援策には、医薬品だけではなく、検査、カウンセリング、そして質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスが含まれる<sup>18</sup>。

HIVとマラリア原虫の両方に感染した場合にどのような結果が生じるかは十分に解明されていないが、利用可能なエビデンス (証拠・データ) によると、2つの感染症は相乗作用を伴い、好ましくない結果をもたらす可能性があると考えられる。最近のエビデンスでは、HIV陽性の女性が胎盤マラリアに感染した場合、低出生体重児を産む可能性が高まるとされている。また、低出生体重児は、正常体重の乳児よりも母子感染によってHIVに感染しやすいことを示す調査結果もある。HIV陽性の女性と子どもに抗レトロウイルス薬治療を実施するとともに、殺虫剤処理を施した蚊帳を使用することで、マラリアのリスクをさらに低減させることが可能である<sup>19</sup>。(HIVとマラリアの同時感染についてさらに詳しくは、第3章、63ページのパネルを参照)

妊娠関連の合併症で死亡する女性ひとりにつき、他に約20人の女性が外傷、感染症、障害を患っている。その数は毎年およそ1,000万人に上る。最も辛い病態のひとつに、産科瘻孔(ろうこう)がある。これは、出産に時間がかかり、問題が生じたときに、赤ん坊の頭の圧力を長時間受けるた



© UNICEF/HQ05-1222/Roger LeMoyné

産後6カ月間の完全母乳育児は、新生児と乳児を病気から守るのに役立ち、死亡リスクを低減させ、子どもの健康的な成長を促すことにつながる。保健省が運営する診療所(Uskudar Ana ve Cocuk Sagligi Klinigi)で新生児に母乳を与える女性(トルコ・イスタンブール)

めに産道の組織が傷つくことで生じる状態である。出産後に産道に複数の穴が開き、膀胱や直腸から尿や便が腔に漏れ出してくる。瘻孔は、適切な外科技能を有する保健員によって容易に治療可能なものだが、産科瘻孔を患う年間推定7万5,000人の女性の多くは治療を受けることがない。逆に、瘻孔がもたらす身体的・心理的苦痛に対処しなければならないばかりか、夫や家族から退け者にされる恐れもある。

女性の心身を痛めつけるもうひとつの病態は、子宮脱である。これは、骨盤を支えている筋肉、靭帯、組織が緩み、子宮が腔管に落ち込むもの

である。子宮脱の影響としては、動作の制限、慢性の背部痛、尿失禁の3つがあり、重度の場合は、女性は家事その他の日常的作業もできなくなることがある。子宮脱を引き起こしうる要因はいくつもあり、遷延(せんえん)分娩、難産、頻繁な妊娠、不十分な産科ケア、きつい単純労働などが挙げられる。

妊産婦が陥りやすいその他の病態としては、貧血、不妊、慢性の感染症、抑うつ、失禁などがある。いずれも、身体的・心理的虐待、家庭崩壊、社会的排除などの家庭的問題につながる<sup>20</sup>。

## 新生児死亡

世界の新生児死亡の約86%は、主要な3つの原因のいずれかによって直接引き起こされるものである。重度の感染症(敗血症/肺炎、破傷風、下痢性疾患を含む)、窒息、早産がこれにあたる。重度の感染症による死亡は、新生児死亡総数の36%に上ると推定されている。生後1カ月間はいつでも生じうるが、生後1週間を過ぎた新生児の死亡の主要因となっている。感染症予防のために出産時の衛生的対応が重要なのはもちろんだが、妊娠中に母親の感染症を発見して治療することも必要である。新生児の感染症は迅速な発見と治療が求められ、出生後できるだけ早く対応しなければならない。

窒息(出生後の呼吸困難)は、新生児死亡の23%の原因となっており、陣痛・分娩時のケアを改善することにより、その多くを防ぐことができる。窒息の兆候を発見して新生児に蘇生を施すことができる、訓練を受けた保健員がいれば、呼吸困難の緩和は可能である。早産(満期出産と見なせる妊娠37週よりも前の出産)は、新生児死亡の27%の直接の原因となっている。早産の乳児は、満期出産の乳児よりも、授乳しにくく、正常体温を保つことが困難で、感染症への抵抗力も弱い。マラリアの流行地域では、妊婦のマラリアを予防することが、早産の発生率の削減に効果を発揮しうる<sup>21</sup>。

2000~2007年の期間をカバーする最新の国際的推計値によれば、全新生児の15%は低出生体重(出生時の体重が2,500グラム未満の乳児をいう)で生まれてきている。早産または子宮内発育遅延が原因で起きる低出生体重は、新生児死亡の60~80%

## 妊娠・出産に関連した合併症は、世界全体で15～19歳の女子が死亡する重要な原因のひとつとなっており、毎年7万人の女子がそのために死亡している。

の間接的要因となっている。低出生体重の多くは特に南アジアで発生しており、サハラ以南のアフリカでも見られる。いずれも、女子と女性の栄養不良率が最も高い地域である。妊産婦の栄養不良は、乳児の低出生体重率の上昇と相関関係にある<sup>22</sup>。

子宮内発育遅延（妊娠中に胎児の発育が阻害される状態を指す）は、周産期死亡のリスクを高める最大の要因である。低出生体重の場合と同じように、これもとりわけ妊産婦の栄養不良・健康不良と関連している。子宮内発育遅延は正しい診断と適切な管理（妊産婦の病気の早期治療と栄養改善を含む）によって防ぐことができ、必ずしも生涯にわたる影響をもたらすものというわけではない<sup>23</sup>。

子宮内発育遅延を解決するために母子両世代にわたる対応が必要であることから明らかなように、妊産婦・新生児保健を改善するというこ

とは、より良質かつ集中的な妊産婦保健サービスを利用できるようにするという実務的な問題にとどまるものではない。多くの社会で女性の基本的人権が軽視されているという問題にも真っ向から取り組んでいくことが必要なのである。

早産、乳児の低出生体重および新生児死亡を防ぐ上では、女性が十分な栄養を摂取できるようにすることに加え、出産間隔を空けることも重要である。研究によれば、24カ月以内に次の出産が行われる場合にはこれらのリスクが相当に高まる。女子が適切な栄養と保健ケアにアクセスできることを、出生時から乳幼児・児童期に至るまで、そして青年期、成人期、子どもを産む可能性がある時期全体を通じて保障することも、必要不可欠である<sup>24</sup>。

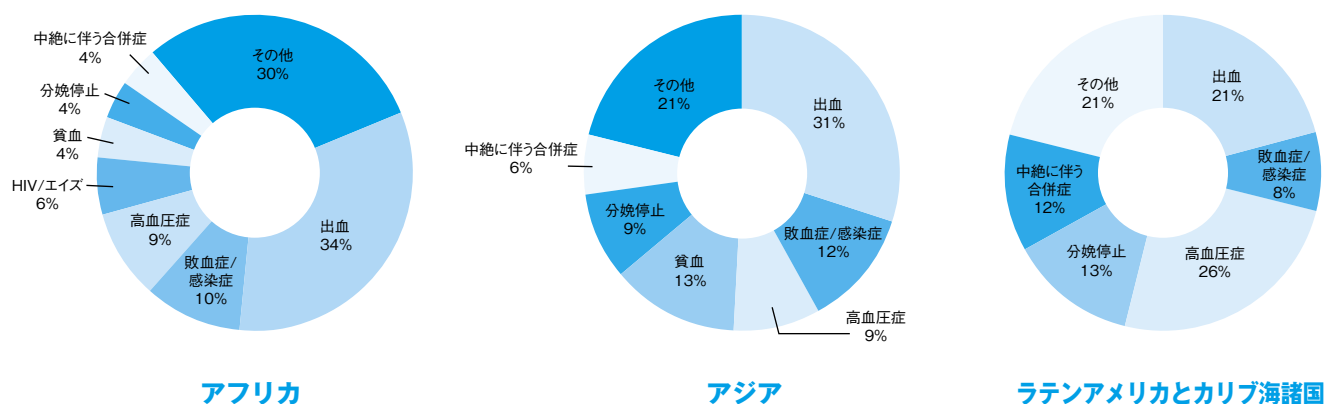
新生児がひとり死亡するごとに、他の20人が出生時外傷、早産による合

併症あるいは新生児関連のその他の病態に陥っている。例えば、出生時仮死で死亡に至らなかった子どものうち年間100万人以上が、後に脳性麻痺や学習障害などの障害を負っている<sup>25</sup>。

### 妊産婦・新生児の死亡と罹病の間接的・基礎的原因

妊産婦・新生児の死亡と罹病の直接的要因に加え、やはり母親と新生児の健康および生存を損ねることにつながる間接的要因が、世帯、コミュニティ、地域の各レベルに数多く存在している。教育や知識が欠如していること、妊産婦と新生児の健康のための習慣や診断・治療を求める姿勢が不十分であること、栄養価の高い食料や必須微量栄養素を十分に摂取できないこと、環境保健設備が整っていないこと、基礎保健ケア・サービスが不十分であること、妊産婦サービス（緊急の産科ケアや新生児ケアを含む）へのアクセスが限られてい

図1.5 妊産婦死亡の直接的原因、1997～2002年\*



\*データは、ここに掲げた期間内で入手可能な最新のものの。割合は四捨五入しているため、合計しても100%にならない場合がある。

出典：Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1 April 2006, p.1069.

## 女性が妊娠に関連した原因でひとり死亡する度に、他の女性20人以上が外傷、感染症、障害に苦しんでいる——その数は毎年約1,000万人に上っている。

ることなどである。また、貧困、社会的排除、ジェンダーによる差別といった基礎的要因も、妊産婦・新生児の死亡と罹病の直接的・間接的原因を強めている。(これらの要因がどのように影響し合っているかについてのさらに詳しい概略は、17ページの図1.7を参照)

特に重要なのが、質の高い保健ケア・サービスへのアクセスが制限される状況に多くの女性が直面していることである。妊産婦の健康と、質の高い避妊手段およびリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスは、女性の命を救うものであるとともに、新生児の健康と生存を支える重要な要因でもある。研究の結果、ライフサイクル全体を通じて——子ども時代から青年期を経て成人期に至るまで——女性の健康は、妊産婦と新生児の保健に関わる成果を左右する決定的要因であることが分かっている。保健施設にアクセスで

きること、出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会うことも、同じく重要な要素である。新生児死亡率が最も高い国々では、出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合も保健施設における出産率も最も低いということは、驚くに値しない<sup>26</sup>。

貧困は、色々な形で妊産婦と新生児の健康を損なう。死亡の直接的原因——例えば妊産婦の感染症や栄養不良など——の発生率を高める可能性もあれば、診断・治療を求めることをためらわせたり、保健ケア・サービスへのアクセス率を低めたりする可能性もある。また、たとえサービスが利用できたとしても、貧困のためにその質が低下する恐れもある。1995年から2002年にかけて実施された50の人口保健調査によると、同じ地域内でも、所得の多い最上位20%の世帯よりも、所得の少ない最下位20%の世帯の方が新生児死亡率は20~50%高い。同じような不公平

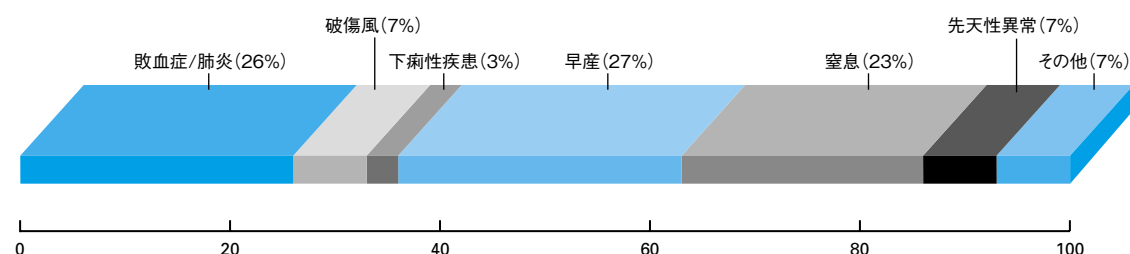
は妊産婦死亡率についても広く見られる<sup>27</sup>。

女性と女子の権利の向上につながるような社会環境を提供することも、妊産婦と新生児の死亡・罹病率を低減する上で極めて重要である。妊産婦と新生児の死亡や罹病につながる近因に対処することを目的とした保健支援策を増やしたり、妊産婦の栄養不良の改善、感染症の抑制、衛生施設・習慣の向上を図ったりするために努力しても、女性と女子が身を置いている社会環境の中でその権利が尊重されるようにならない限り、部分的にしか成功しないだろう。第2章でも示すように、いくらサービスの提供を拡大しても、文化的、社会的または家族的な阻害要因のために女性と女子が必需品や必須サービスへのアクセスを否定されている場合は、十分な効果が発揮されない可能性がある。

図1.6

### 新生児死亡の直接的原因、2000年\*

妊産婦の栄養不良と関係がある低出生体重は、新生児死亡の60~80%の要因となっている。



\*割合は四捨五入しているため、合計しても100%にならない場合がある。

出典：Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths; When? Where? Why?', *The Lancet*, vol.365, no.9462, 5 March 2005, p.895.

## 妊産婦・新生児保健の前進を加速させる

妊産婦・新生児の死亡や罹病を引き起こす要因の多くはよく知られており、図1.7の概念的枠組みからも明らかのように、相互に関連している。妊産婦と新生児の死亡の規模や原因については今なお分かっていない点が数多く残されているが、何百万もの命を救うことのできる支援方法を実施するための知識が十分にあることは確かである。妊産婦と新生児の死亡率・罹病率を低減する主な方法は、すでに十分に確立・理解されている。これには以下のような方法が含まれる。

- それぞれの国の政策に基づき、家族計画サービスへのアクセスを促進する。
- 保健サービスと栄養サービスを包括的にパッケージ化した、質の高い妊産婦ケアを提供する。
- HIVの母子感染を予防し、必要な女性には抗レトロウイルス薬治療を提供する。
- 基本的な予防・治療支援を実施する。特に、妊婦を対象とする新生児破傷風の予防接種、定期的予防接種、殺虫剤処理された蚊帳やORS（経口補水塩）の配布などである。
- 改善された水と衛生設備を利用できるようにするとともに、特に出産時に、改善された衛生習慣が採用されるようにする。衛生確保と飲用のための清潔な水が、安全な出産のためには必須である。
- 出産時に、専門技能をもった保健



© UNICEF/HQ08-0302/Susan Markisz

妊産婦サービスを向上させることは、妊産婦・新生児の健康と生存を増進させる上で必要不可欠である。コミュニティ保健センターで行われる健康診断で看護師の検診を受ける、生後6週の赤ちゃん（ジャマイカ）

- 従事者（医師、看護師、助産師）にアクセスできるようにする。
- 何らかの合併症を経験する女性のために、基礎的な緊急産科ケアを人口50万人あたり4施設以上で行う。設置数は各国の事情に応じて変更してもよい。
- 包括的な緊急産科ケアを、地区ごとに（または人口50万人あたり）最低1施設で受けられるようにする。
- 出産後なるべく早い時期に、すべての母親と新生児を対象として出産後の訪問ケアを実施する。理想的なのは、24時間以内に最初の訪問を行い、生後1週間の終わり頃および生後4～6週間の時期に追加の訪問を行うことである。
- 妊婦と家族に対して、妊産婦と新生児の健康に危険が生じていることを示す徴候および紹介・搬送システムについての知識とライフスキルを提供する。
- 必要に応じ、定期的な出産前・出産後・新生児ケアの一環として、妊産婦を対象とした栄養相談・補給を実施する。
- すべての新生児に必須ケアを提供する。これには、生後1時間以内に母乳育児を開始すること、その後も完全母乳育児を続けること、感染症対策を取ること、保温措置を取ること、生後24時間は沐浴を行わないことなどが含まれる。
- 未熟児、多子出産、重度の先天性障害については特別ケアを提供する。
- 女性と子どもにケアを提供している保健施設で、新生児期・小児期疾病統合管理または同等のプログラムを実施する<sup>28</sup>。

しかし、これらの支援策が効果を発揮するためには、必須サービスの提供のあり方が重要であることも、ますます認識されるようになりつつある。必須サービスは、ライフサイクルの重要な時期に、家庭とコミュニティにおけるケア、アウトリーチ・ケア、施設におけるケアをひとつの流れの中に統合したダイナミックな保健システムを通して提供すべきである。妊産婦・新生児・子どもの健康のための継続的なケアという考え方は、無数の取り組みをばらばらに進めるよりも統合的アプローチを取った方が実りが多いということが認識されるようになったことから、近

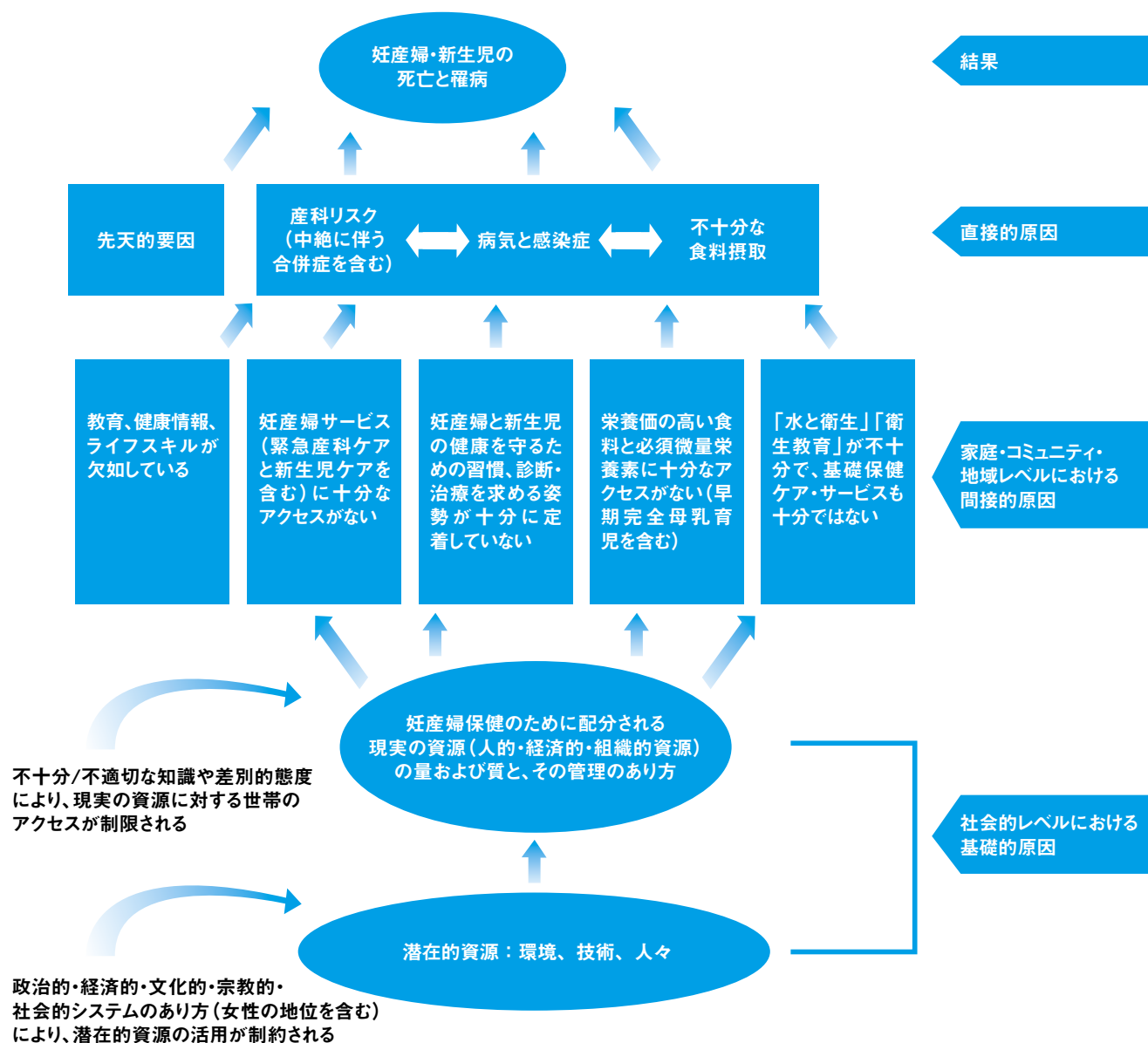


新生児死亡の負担も膨大である。毎年400万人近い新生児が生後28日以内に死亡している。

図 1.7

### 妊産婦・新生児の死亡および罹病について理解するための概念的枠組み

妊産婦・新生児死亡の原因に関する以下の概念的枠組みは、相互に関連する諸要因が保健面での成果を左右することを示すものである。これらの要因としては、特に、栄養、水、衛生、保健ケア・サービスと健康的行動、疾病管理がある。これらの要因は、近接的（個人）、間接的（世帯、コミュニティ、地域）、基礎的（社会）なものとして定義される。いずれかのレベルの要因は、他のレベルに影響を及ぼす。この枠組みは、妊産婦・新生児の死亡および罹病の原因を評価・分析し、妊産婦・新生児の健康増進のための効果的行動を計画する上で役に立つように作られたものである。



出典：ユニセフ

## 後発開発途上国に生まれた子どもが生後28日以内に死亡する確率は、先進工業国で生まれた子どものほぼ14倍である。

年浮上してきたものである。しかし、このような継続的なケアは、女性の権利を保護し、妊産婦と新生児の保健を優先的に扱う、母子を支えるような環境の中で提供されるものでなければならない。第2章では、このような環境を創り出し、維持するために必要な要素について検討する。

継続的なケアにおける最も重要な要素のひとつは、妊娠、出産、出産後および新生児ケアの期間全体を通じて、専門技能・知識を有する保健従事者が存在することである。このような専門家を支援するものとして、緊急事態に対応できるだけの設備と十分なスタッフを備えた施設への紹介・搬送制度も必要となる。緊急産科ケアへのアクセスを拡大する上では、看護師や助産師のような中級レベルのサービス提供者が新たな役割を果たすようになりつつあり、開発途上国において将来の期待につながっている。

とりわけ、妊産婦と新生児の死亡リスクが最も大きいのは出産後24～48時間であることを考慮して、この時期の出産後ケアを緊急に拡大し、赤ん坊と母親のためのフォローアップ訪問健診を一層重視する必要がある。出産後、あまり時間を置かず母親を訪ねることは、新たに母親になった女性にとって極めて重要である。産後1年は、女性の死亡・罹病リスクがより高い状態にあるからである。ところが、通常はこのような対応を取ることができない。最も貧しい国々やコミュニティでは、死亡例が集中しているにも関わらず、妊産婦と新生児のためのサービスが著しく欠けていることが多いためである。特にサハラ以南のアフリカでは、距離、移住、都市化、武力紛争、疾病、公衆衛生への投資の欠如といった要因の

ために、専門技能を有する保健従事者が深刻に不足したままとなっている。

脆弱国家——制度面の政策が弱く、ガバナンスを欠き、政治的に不安定で、法の支配も整っていない国々——に住む女性と新生児に対しては、特に注意が必要である。これらの国々は、多くの場合、基礎的社会サービスとインフラ・サービスを提供し、市民の安全を確保する制度的能力と十分な資源を有していない。脆弱国家には世界人口の約8%が住んでいるが、世界の妊産婦死亡の35%はこれらの国々で発生しており、妊産婦死亡率が高い上位10カ国中8カ国はこれらの国々である。また、世界の新生児死亡の21%もこれらの国々で発生しており、新生児死亡率が高い10カ国中9カ国は脆弱国家が占めている<sup>29</sup>。

ガバナンスと法の支配を強化し、平和と治安を回復することは、妊産婦・新生児保健の向上を加速させるための前提条件である。ドナーと国際機関も、短期的人道支援だけにとどまることなく長期的開発援助に移行するという課題に直面している。また、ガバナンスの向上、紛争解決、制度の強化を目的とする交渉やプログラムにおいて、妊産婦・子ども・新生児の保健と女性の権利を確実に主要課題とすることも必要である<sup>30</sup>。

後発開発途上国では、妊産婦・新生児保健に十分な資源が配分されないことから、貧しい人々は、特に農村部では、診療所や病院へのアクセスを実質的に否定されてきた。その理由としては、施設そのものがない、保健センターや病院の質と状態が貧弱である、専門技能を有する保健従事者がいない、あるいは技術水準の低い保健従事者しかいない、貧困層

には払えないほどの利用料その他の費用がかかるなどが考えられる。継続的なケアという考え方は、母親と子どものニーズをあらゆる時期に満たすというだけでなく、家庭とコミュニティ、診療所および病院とを結びつけることによって保健サービスへのアクセスを増強させるという意味もこめられた概念である。第3章では、母親と新生児が利用できるサービスを統合・強化し、ライフサイクルの主要な段階で、かつ主要な場所において提供するための方法について、さらに詳しく検討する。

母親、新生児、子どもに対する継続的なケアを実施・拡大していくためには、広範な活動を統合するとともに、その規模の拡大も図っていかなければならない。第4章では、このプロセスの前進の原動力となっている主なパラダイム、政策、プログラムについて検討する。

『世界子供白書2009』の最終章では、妊産婦と新生児の生存と健康を向上させるために、協調のとれた行動と、強力で一貫したパートナーシップを呼びかける。目標はすでに明確である——世界全体で、子どもの死亡率を削減するというミレニアム開発目標(MDG4)の前進は遅れており、妊産婦の健康の改善という目標(MDG5)についてはさらに遅れた状態であることも明らかになっている。前進にさらに拍車をかけなければならないことは明らかである。いくつかの開発途上国の経験——第2章以下で詳しく検討する——から、しっかりした戦略、政治的コミットメント、十分な資源、連携のとれた取り組みが母親と新生児両方の健康を支えるために整えられれば、迅速な前進が可能であるということが証明されている。

## ナイジェリアにおける妊産婦・新生児保健——前進を加速するための戦略の策定

ナイジェリアはアフリカで最も人口の多い国で、2007年の人口は1億4,800万人に上り、そのうち5歳未満児は2,500万人だった。2007年の出生数は約600万人で、これはインド・中国に次いで世界で3番目に多い。合計特殊出生率が5.4に達するナイジェリアの人口増加は、絶対数では依然急激である。

ナイジェリアは、人口が多いことに加えて、莫大な石油埋蔵量でも有名である。にもかかわらず、貧困が広がっている。世界銀行が発行した最新の『世界開発指標2007』によると、ナイジェリア人の70%以上は1日1米ドル未満で生活しており、保健ケアの費用を負担する余裕がない。

3つだけ挙げるとすれば、貧困、人口動態の圧力、公共保健ケアへの投資不足が、妊産婦・新生児死亡の水準と割合を高めている要因である。国連諸機関が合同で算出した最新の推計値によると、2005年における妊産婦死亡率の全国平均は出生10万件あたり1,100で、妊産婦死亡の生涯リスクは18分の1となっている。世界的に見ると、妊産婦死亡の多さがくっきりと浮き彫りになる。概算すれば、ナイジェリアだけで世界の妊産婦死亡の9件に1件が発生しているのである。

妊娠・出産を生きて乗り越えた女性も、その健康が危険にさらされることがある。研究によると、ナイジェリアでは10万人から100万人の女性が産科瘻孔（ろうこう）に苦しんでいる可能性があるという。世界保健機関（WHO）による最新の数字によると、2004年の新生児死亡数は24万9,000件に上り、その76%が早期新生児期（出生後1週間以内）に起きている。同国で妊産婦、新生児、子どもの死亡率・罹病率が高いことの主たる要因は、保健施設が不十分であること、施設でケアを受けるための交通手段がないこと、サービスの費用が負担できないこと、一部住民の間で近代的保健ケアへの抵抗があることである。

ナイジェリアでは、多数の民族言語集団間で、また複数の州の間で、貧困と保健面での顕著な格差が存在する。農村地域の貧困率は2004年の段階で64%と推定されており、これは都市部（43%）の約1.5倍である。さらに、北東部の貧困率は67%で、より裕福な南東部（34%）のほぼ2倍の水準に達している。

教育水準が特に女性について低く、また差別的な文化態度や習慣が存在することにより、高い妊産婦死亡率の削減が妨げられている。中北部のジョス大学付属病院で行われた研究によると、2005年に死亡した妊産婦の4分の3近くは読み書きができない女性だった。また、出産前ケアを受けなかった女性の死亡率は、ケアを受けた女性の約20倍に上った。調査対象の患者にはいくつかの民族集団が含まれていたが、そのうちハウサ=フラニ人の女性は、総出産件数の22%および総死亡件数の44%を占めていた。ハウサ=フラニ人は北部ナイジェリア最大の民族集団であるため、この地域の高い貧困率に深刻な影響を受けているのである。

女性と女子を差別する文化的態度や習慣は、妊産婦の死亡・罹病の一因となっている。児童婚や青年期における出産率の高さはナイジェリア全土で一般的に見られる現象であり、出産年齢の女子や女性の健康をおびたしい数の危険にさらしている。

このような複雑な現実を考えると、妊産婦・新生児保健における前進を加速させるような戦略の策定は、依然として大きな課題である。しかし、ナイジェリア政府は、国際的なパートナーとともに、この課題に挑戦しようとしている。2007年、効果の大きい支援パッケージの普及を加速させる目的で、国レベルの「統合的な妊産婦・新生児・子どもの保健（IMNCH）戦略」の実施を開始したのである。この支援パッケージには、栄養補助剤、予防接種、殺虫剤処理を施した蚊帳、HIVの母子感染予防などが含まれている。

この戦略は3年ずつ3段階に分けて展開されることになっており、地方分権化により国・州・地方の各レベルで運営されているナイジェリアの保健制度を強化する目的で、継続的なケア・モデルに従って立案されたものである。2007～2009年の第1段階では、障害を明らかにして取り除くことに重点を置きつつ、コミュニティと家庭におけるケアの戦略を活用しながら基本的なサービス・パッケージを提供していくことになっている。特に農村地域における女性、子ども、新たに募集・育成された保健員のマラリア対策のため、アルテミシニンを中心とする混合療法に相当の割合の支出がなされる予定である。基礎的な保健ケアが改善されるにつれ、診療所のサービスに対する需要も高まると予想される。

IMNCHの第2・第3段階では、保健インフラの確立がより重視される。この戦略は、9年にわたり、既存の施設を再活性化し、診療所や病院を建設するとともに、専門技能を身につけた保健従事者がナイジェリアの保健制度から離れないようにするのに役立つインセンティブ——家族を養えるだけの給料、遠隔地勤務手当、業績に応じた賞与など——を設けることを目指している。

IMNCH戦略が全面的かつ予定通りに実施されれば、妊産婦・新生児保健を著しく改善することが可能である。このパッケージと併せて、ナイジェリアでは最近、国民健康保険計画が可決された。これは公的・民間保健部門を統合し、ナイジェリアの人々がより負担しやすい額で保健ケアを利用できるようにしようとするものである。現在議会で検討されている国民保健法案を政府が通過させれば、基礎保健ケアのために直接財源を支出する道も開かれることになる。これらの保健制度の改善には、アフリカ最大の国家でミレニアム開発目標4および5を達成することに向けた、新たな進路を切り開く可能性がある。

参考文献は106ページを参照。

新生児がひとり死亡するごとに、他の20人が出生時外傷、早産による合併症、新生児関連のその他の病態に陥っている。

## ミレニアム開発目標5の拡大：2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する

2005年、ミレニアム宣言——2000年のミレニアム開発サミットの成果文書——で表明されたコミットメントについて振り返るために国連で開催された国家元首会合は、2000年に設定され、その後ミレニアム開発目標（MDG）という名前で知られるようになった開発目標を再確認しただけでなく、その達成を支援するための4つの新たなターゲットを追加した。

MDGの構成が大きく変更された点のひとつは、リプロダクティブ・ヘルスに関する具体的なターゲットが盛り込まれたことである。ミレニアム開発目標5のターゲットBとして、「2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する」が加えられた。この新しいターゲットは、妊産婦の健康の改善というMDG5の全般的な目的にかなうものであり、当初からのターゲットと関連指標を補完している。MDG5のターゲットBの進捗状況のモニタリングのために選ばれた指標は以下の通りである。

**避妊法の普及率：**婚姻等の関係にある15～49歳の女性のうち、現在避妊をしている人の割合。

**青少年の出産率：**15～19歳の女性の年間出産数を、当該年齢の女性1,000人あたりの数字で示したものの。これに代えて、15～19歳の女性についての年齢別合計特殊出生率を指すこともある。

**出産前ケアの普及率：**15～49歳の女性のうち、妊娠中、専門技能を有する保健従事者（医師、看護師、助産師）によるケアを1回以上受けた女性の割合と、いずれかのサービス提供者によるケアを4回以上受けた女性の割合。

**家族計画に関わる満たされていないニーズ：**受胎可能であり、性的関係を持っているが、いかなる避妊法も用いておらず、かつ子どもがこれ以上欲しくない、または次子の出産を遅らせたいと申告している女性。

リプロダクティブ・ヘルスに関するターゲットがMDGに追加されたのは、リプロダクティブ・ヘルスの問題を開発、人権、ジェンダーの平等と結びつけようとする長年のプロセスの反映である。そのプロセスにとって画期的な出来事は、1994年にカイロで開催された国際人口開発会議（ICPD）であった。それ以降、他の重要な行事、とりわけ第4回世界女性会議（北京、1995年）とICPD+5——1999年に開催された、国連人口開発特別総会——において、当初のICPDでまとめられた勧告が確認・延長されてきた。2015年までにリプロダクティブ・ヘルス・サービスへの普遍的アクセスを実現するという目標は、その勧告に含まれていたものである。

参考文献は106ページを参照。

スリランカでの取り組みは、見込みがほとんどないと言われながら成功を収めた事例のひとつである。中所得国の中でも低い方に位置するスリランカ——2006年のひとりあたり年間総所得は1,500米ドルに満たなかった——は、長引く紛争と、2004年のインド洋津波による壊滅的被害を経験した国でもある。それでも、人間開発、特に妊産婦と子どもの保健および教育に関する同国の前進は、ここ数十年間、開発途上国における主要な成功事例のひとつに数えられてきた。スリランカの妊産婦死亡率は、出生10万人あたり340（1960年）から出生10万人あたり43（2005年）まで下がり、今では出産の98%が病院で行われるようになっている。出産前ケア（1回以上の訪問健診）の普及率と出産時の専門技能者立会い率はともに99%である。2007年の合計特殊出生率は1.9であり、南アジア地域の3.0よりも低く抑えられている。これらの成果は、子どもの生存にも好影響を与えてきた。5歳未満児死亡率は、出生1,000人あたり32（1990年）から出生1,000人あたり21（2007年）まで下がっている。利用可能な最新のデータによると新生児死亡率も下がっており、2004年には出生1,000人あたり8前後になったことがうかがえる。

基礎教育についても、スリランカが挙げてきた成果は群を抜いている。最新の国際推計値によると、初等教育純就学率は女子・男子ともに97%以上に達しており、15～24歳の若者の識字率は男性97%、女性98%である。行政データによると、初等教育修了率は100%とされる。教育と妊産婦・子どもの生存との間に正の相関関係があることを考えると、これは3つのすべての分野に継続的投資をしてきたことの成果である。

妊産婦保健の分野でスリランカが際立った改善を見せたことの鍵は、貧困層にサービスを提供するため、相乗効果につながるような形で保健・社会サービスをパッケージ化・拡大したことである。同国の保健システムは19世紀後半に整えられたものだが、最初は、改善された保健ケア・衛生・疾病管理をすべての人に提供することが目標とされていた。その後、女性と子どもの健康を向上させるための具体的支援策が追加された。その後の各政権は、経済的・人的資源を賢明に用いつつ、母親と貧困層に保健ケア・サービスを優先的に提供するという慎重なアプローチを長年にわたって引き継いできた。その成果である女性の健康の向上を支え、強化しているのが、教育、雇用および社会参加を通じて女性の社会的・政治的エンパワーメントを図るための方策である。

スリランカの古い文献記録および植民地としての過去を振り返ることにより、同国における妊産婦保健が独特な形で進展したことが浮き彫りになる。最も古い記録は9～10世紀の医学文献である。正式な助産師養成は1879年に英国植民地政府のもとで開始され、1902年以降は登録長官が妊産婦死亡率の記録を取るようになった。このようにして蓄積された豊富な情報と知識により、妊産婦保健に対するさまざまなアプローチがどのような成果を生み出してきたのか、通時的に評価することができる。助産師が身につけていなければならない能力が明確にされたことはその専門職化に役立ち、個人

の責任を問わない政策は、妊産婦の死亡に関する調査が当たり前のこととして行われるようにする上で役に立った。

その成果は劇的で、1947年から1950年にかけて妊産婦死亡は半減した。13年後には、妊産婦死亡率は再び半減している。いったん保健制度と保健ネットワークが整えられると、組織化と臨床管理の改善がますます進んだことにより、スリランカでは6～11年ごとに妊産婦死亡率を50%削減することが可能になった。さらに、女性の識字率は1946年から1971年にかけて44%から71%に上昇している。専門技能者による出産時の立会い率も、保健施設での出産率も上昇した。公衆衛生助産師の役割は、保健施設における出産介助者という色合いが強まっている。助産師が介助する自宅出産の割合が、1970年の9%から1995年にはわずか2%にまで減ったためである。1965年からは、助産師は政府の家族計画サービスを拡大するという面でも役割を果たすようになった。

スリランカの保健システム開発は、長年にわたり他の途上国のモデルとなっている。これは、しっかりした戦略、十分な資源、政治的なコミットメントが賢明なやり方で適用されたときに、妊産婦と子どもの保健の分野でいかに大きな成功を収めることができるかを如実に表すものである。しかし、妊産婦と子どもの保健の分野で特筆すべき前進が見られるにもかかわらず、課題は残っている。近年、スリランカは保健員の不足に直面してきた。世界保健機関（WHO）の『世界保健統計2008』（*World Health Statistics 2008*）によると、2000～2006年の間、同国には人口1万人あたり6人の医師と17人の看護師・助産師しかいなかったという。さらに、財源の圧縮により2005年の保健支出がGDPの4%程度に落ち込んだことから、サービスが悪化している。保健支出全体の50%以上を個人支出が占めており、そのほとんどは自己負担である。

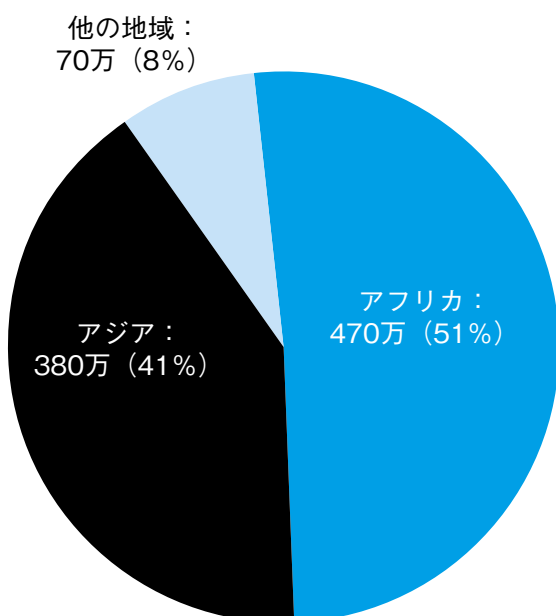
スリランカにとってのさらなる課題として、食料安全保障をどのように確保するかという問題も生じるだろう。世界の食料価格が高いまま推移する場合はなおさらである。スリランカでは、新生児と5歳未満児の栄養不良率が依然として顕著に高い。最新の国際推計値によると、新生児のうち5人にひとり以上が低出生体重で生まれており、5歳未満児の23%は中度・重度の低体重である。6カ月未満の乳児の完全母乳育児率を現在の53%から引き上げることが、新生児と子どもの死亡率に関するスリランカの成果を維持する上で極めて重要になるだろう。

参考文献は107ページを参照。

# 子どもと女性のための国際的挑戦における アフリカとアジアの中心的位置づけ

アフリカとアジアの両大陸\*は、子どもと女性の生存のための国際的取り組みに最大の課題を突きつけている。とりわけ子どもと妊産婦の健康、栄養、教育といった極めて重要な分野で両大陸における前進を確保することが、ミレニアム開発目標の達成にとって欠かせない。

### 5歳未満児死亡数、2007年

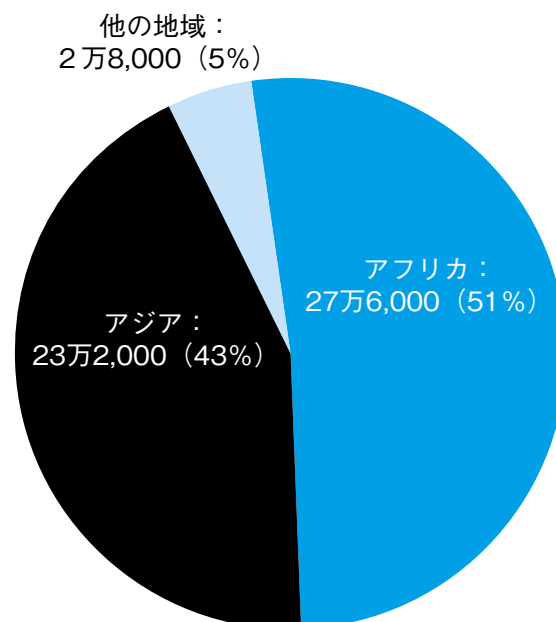


出典：ユニセフ グローバル・データベース

## 5歳未満児の死亡

- ・2007年には920万人の子どもが5歳未満で死亡した。アフリカとアジアの合計でその92%を占めている。
- ・世界の5歳未満児死亡数の半分はアフリカに集中している。アフリカは依然、子どもが5歳まで生存することが世界で一番難しい場所である。
- ・アジアでは、1970年以来、子どもの年間死亡数が顕著に減少しているが、それでも世界の5歳未満児死亡数の41%を占めている（2007年）。

### 妊産婦死亡数、2005年



出典：ユニセフ グローバル・データベース

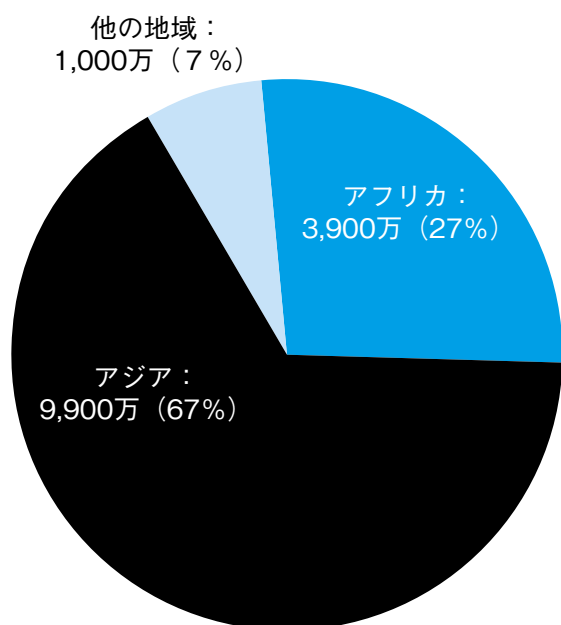
## 妊産婦の死亡

- ・2005年（しっかりした推計値が入手可能な直近の年）には、推定53万6,000人の女性が妊娠・出産に関連する原因で死亡した。妊産婦の死亡のほとんどすべて（95%）はアフリカとアジアで発生している。
- ・アフリカは妊産婦死亡率が最も高い大陸で、2005年には出生10万人あたり820人の妊産婦が死亡したと推定されている。アジアの妊産婦死亡率は出生10万人あたり350である。
- ・アフリカでは、妊産婦死亡の生涯リスクは26分の1である。これはアジアの4倍、先進工業国の300倍以上にあたる。

アフリカおよびアジアで妊産婦と子どもの死亡がどれほど重い課題になっているかは、それぞれの大陸についても、両大陸を合わせて見た場合でも、過少に説明されることが多い。これは、ミレニアム開発目標の主要な指標について大陸全体を対象とした推計値が存在しないためである。このパネルでは、アフリカとアジアにおける子ども・妊産婦関連の主要な指標をいくつか提示し、全体として統計表（本白書の113～157ページ）の地域別データを補完する視点を提供する。

この2つの巨大な大陸から得られた子ども関連のデータを集約することにより、国際的開発目標を達成する上でアフリカ・アジア全域で早急に前進を図ることがどれほど重要か、まざまざと想起させられる。ただし、大陸レベルで前進を加速させるための取り組みにおいては、それぞれの国および大陸の内部で、女性と子どもの地位にも前進の進捗率にもしばしば驚くほどの格差があることを忘れてはならない。子どもに影響を与えている格差や不平等の問題については、今後の『世界子供白書』でさらに詳しく検証する予定である。

### 5歳未満の低体重児、2007年

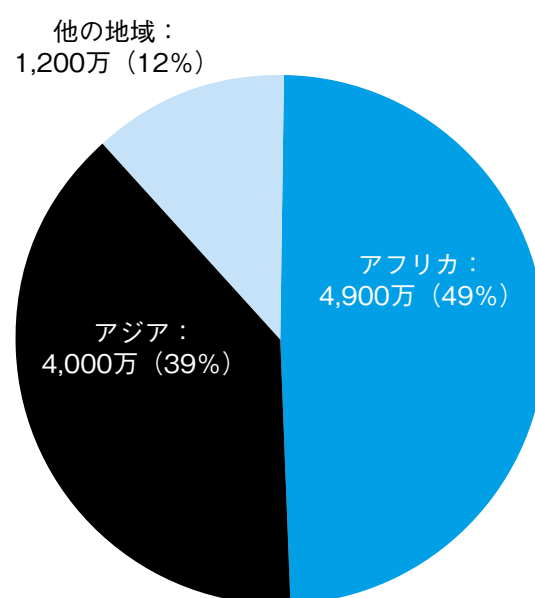


出典：ユニセフ グローバル・データベース

## 幼い子どもの栄養状態

- ・2007年には、途上国の5歳未満児の1億4,800万人が年齢ごとの標準体重に達していなかった。
- ・これらの低体重児の3分の2はアジア、4分の1強はアフリカの子どもである。
- ・開発途上国の低体重児（5歳未満）の93%はアフリカとアジアに集中している。

### 学校に行っていない就学年齢児（初等教育）、2007年



出典：ユニセフ グローバル・データベース

## 初等教育

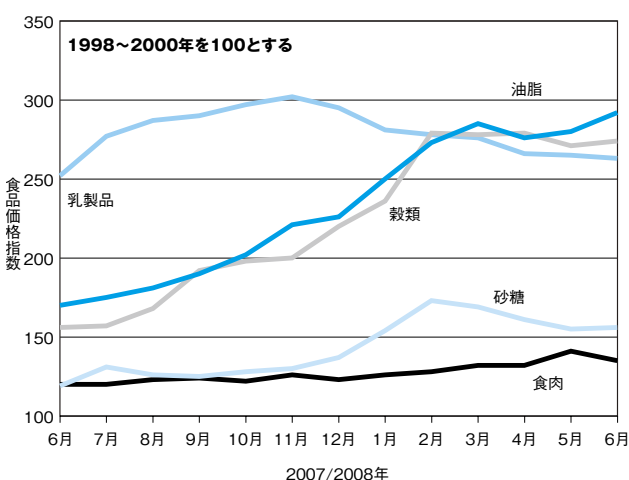
- ・2007年には、初等教育年齢の子ども1億100万人が学校に行っていなかった。
- ・このうちほぼ半数はアフリカ、39%はアジアの子どもである。
- ・両大陸全体で、初等教育年齢の子どものうち女子の約20%と男子の約16%が初等学校に就学または出席していない。

\*ここでのアフリカにはすべてのアフリカ連合加盟国が含まれる。アジアには、ユニセフの地域区分で東アジアと太平洋諸国並びに南アジアに分類されているすべての国が含まれる。数字は四捨五入しているため、合計しても100%にならないことがある。

## グローバルな食料危機と、それによって妊産婦と新生児の健康に生じる可能性がある影響

2006年に始まり、2007～2008年にかけて続いた近年の国際的価格急騰は、数百万人の人々——特に今なお食料安全保障が大きな問題となっている国々に住む人々——が、たやすく飢餓や栄養不良に陥りかねないことを明らかにした。今回の価格急騰は、植物油、穀物、乳製品、米などの基礎食料品にも及んだ。日用品の物価変動はよくあることだが、2008年の状況が通常と異なったのは、世界の物価上昇が、いくつかの特定の製品だけではなく、ほぼすべての主要食品・飼料に影響を及ぼしたことである。

図 1.8  
食料価格はあらゆる面で急騰した\*



\*上の食品価格指数は、各食品グループの基礎物資の価格指数を加重平均して算出したものである。加重値には、1998～2000年の平均輸出シェアを用いた。例えば「油脂」の価格指数は、11の油脂製品（動物油脂・魚油を含む）の価格指数に1998～2000年の各油脂製品の平均輸出シェアを加重したものである。各食品グループの構成についてさらに詳しくは出典を参照。

出典：Food and Agriculture Organization of the United Nations, Food Price Indices, <<http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en>>, 2008年8月1日にアクセス。

国連食料農業機関（FAO）は、2008年6月までに、食料危機の影響を特に受けやすい国として22の開発途上国を挙げた。その評価の根拠とされたのは、以下の3つのリスク要因の組み合わせである。

- ・低体重の発生率が人口の30%以上に達している。
- ・米、小麦、トウモロコシなどの主食の輸入依存度が高い。
- ・輸入石油製品への依存度が高い。

コモロ、エリトリア、ハイチ、リベリア、ニジェールは、以上のような形で特定された3つのリスク要因すべてについて憂慮すべき水準に達している国々に含まれる。これらの国々のほとんどが後開発途上国・低所得国に数えられていることに、意外性はほとんどない。しかし、これらの国々においてさえ、食料危機の影響を最も大きく受ける可能性が高いのは、可処分所得を食料に費やす割合が最も大きい、社会の最貧層なのである。

### 母親と新生児の栄養面での特別なニーズに応える

食料危機のような緊急事態の際、妊婦と授乳中の母親は、乳児とともに、栄養不良に陥るリスクが最も高いと考えられる層に含まれる。他の人々よりも多くの栄養を必要とするためである。例えば、妊婦が必要とする追加カロリーは1日あたりほぼ285キロカロリーに上り、授乳中の女性の場合はこれが1日あたり500キロカロリーに達する。微量栄養素もより多く必要とするほか、母親と乳児双方の健康を保つために、十分な鉄分、葉酸、ビタミンA、ヨードを摂取しなければならない。

食料危機を受けて、FAOは、特に最もひどい影響を受けている国々で、より良い食料需給バランスを回復するための迅速な食料供給を促した。さらに、各国に食料援助を行う一方で、妊婦と授乳中の女性が必要最低限の栄養も得られないような家族間の食料配分パターンを解消するための政策を採らなければならない。食料不足や栄養不良に陥るリスクが最も高い人々に食料援助を行う場合、妊婦に対しては、一般の食料配給プログラムまたは補完食料プログラムのいずれかを通じ、家に持ち帰ることのできる形で、追加の食料を提供すべきである。妊婦と授乳中の女性は、栄養に関連したその他の補完的支援も必要とする場合がある。栄養強化食品や微量栄養素補給剤の提供、安全な飲料水の追加、妊娠中のマラリア予防、腸内寄生虫の予防、栄養教育相談などである。

食料援助に関する広報とアドボカシー・キャンペーンでは、妊婦と授乳中の女性が栄養面で特別なニーズを有していることを強調するとともに、これらの女性に追加の食料が提供される理由を説明した、家族とコミュニティ向けのメッセージを含めるべきである。この情報では、子どもが生まれて6カ月間は完全母乳育児を行い、その後も補完食を与えながら母乳育児を続けることの重要性を強調することが求められる。ただし、母親がHIV陽性である場合は、母乳を通してHIVウイルスが感染する可能性もあるので、母乳代替品の入手可能性とその安全性によって母乳育児をするかどうか栄養の与え方が変わってくることもある。

被害を避けるための的確な行動を時期を逸せずに行うためには、情報と早期警報が今後も極めて重要な役割を担っていく。FAOの「世界食料情報早期警報システム」は、食料不足の発生に対して世界の注意を喚起する能力を備えていることを実証しつつある。しかし、食料危機に備えた強力な対応メカニズムを構築するためには、また、食料・栄養面での安全保障を優先的課題と位置づけてこれを守っていくためには、そして女性と幼い子どもが栄養面で有している特別なニーズを考慮に入れた国内的・国際的政策を立てていくためには、さらなる取り組みが必要である。

参考文献は107ページを参照。