

THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2009

世界子供白書2009  
妊産婦と新生児の保健

unite for  
children

unicef 

2009年 世界子供白書

2009年10月30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

ホームページ: [www.unicef.or.jp](http://www.unicef.or.jp)

© ユニセフ（国際連合児童基金）

印　刷：（株）第一印刷所

The State of the World's Children 2009

© United Nations Children's Fund (UNICEF), 2008

UNICEF, UNICEF House, 3 UN Plaza,

New York, NY 10017, USA

website: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)（ユニセフ本部）

この白書は国連児童基金（ユニセフ）が2009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 広報室までお問い合わせください。

表紙写真：©UNICEF/HQ04-1216/Ami Vitale

**世界子供白書2009**

**THE STATE OF THE  
WORLD'S CHILDREN  
2009**

# 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、バングラデシュ、ベナン、ブラジル、ブルンジ、中央アフリカ共和国、チャド、コートジボワール、ガーナ、グアテマラ、ハイチ、インド、インドネシア、ケニア、ラオス、リベリア、マダガスカル、メキシコ、モロッコ、モザンビーク、ネパール、ニジェール、ナイジェリア、パレスチナ自治区、パキスタン、ペルー、ルワンダ、シエラレオネ、スリランカ、スーダン、トーゴ、チュニジア、ウガンダ。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、ヨルダンのラニア・アル・アブドラ王妃、ヴァバ・ゲイフロル氏、ズルフィカル・A・ブッタ氏、サラ・ブラウン氏、ジェニファー・ハリス・レケホ氏、ジョイ・ローン氏、マリオ・メリアルディ氏、ロサ・マリア・ニューネス・ウルキザ氏、セザール・G・ビクトラ氏の特別寄稿に特段の謝意を表す。

## 編集・調査

Patricia Moccia（編集長）；David Anthony（編集担当）；Chris Brazier；Marilia Di Noia；Hirut Gebre-Egziabher；Emily Goodman；Yasmine Hage；Nelly Ingraham；Pamela Knight；Amy Lai；Charlotte Maitre；Meedan Mekonnen；Gabrielle Mitchell-Marell；Kristin Moehlmann；Michelle Risley；Catherine Rutgers；Karin Shankar；Shobana Shankar；Judith Yemane

## 統計表

Tessa Wardlaw（政策実行部戦略情報課長）；Priscilla Akwara；Danielle Burke；Xiaodong Cai；Claudia Cappa；Ngagne Diakhate；Archana Dwivedi；Friedrich Huebler；Rouslan Karimov；Julia Krasevec；Edilberto Loaiza；Rolf Luyendijk；Nyein Nyein Lwin；Maryanne Neill；Holly Newby；Khin Wityee Oo；Emily White Johansson；Danzhen You

## 制作・頒布

Jaclyn Tierney（制作・翻訳課長）；Edward Ying, Jr.；Germain Ake；Fanuel Endalew；Eki Kairupan；Farid Rashid；Elias Salem

## 翻訳

フランス語版：Marc Chalamet  
スペイン語版：Carlos Perellón

## プログラム・方針ガイダンス

ユニセフ・プログラム部、政策実行部、イノチェンティ研究センター。特に、Nicholas Alipui（プログラム部・部長）；Dan Rohrmann（プログラム部・次長）；Maniza Zaman（プログラム部・次長）；Peter Salama（保健担当・主幹）；Jimmy Kolker（HIV/エイズ担当・主幹）；Clarissa Brocklehurst（水と衛生担当・主幹）；Werner Schultink（栄養担当・主幹）；Touria Barakat；Linda Bartlett；Wivina Belmonte；Robert Cohen；Robert Gass；Asha George；Christine Jaulmes；Grace Kariwiga；Noreen Khan；Patience Kuruneri；Nuné Mangasaryan；Mariana Muzzi；Robin Nandy；Shirin Nayernouri；Kayode Oyegbite；David Parker；Luwei Pearson；Ian Pett；Bolor Purevdorj；Melanie Renshaw；Daniel Seymour；Fouzia Shafique；Judith Standley；David Stewart；Abdelmajid Tibouti；Mark Young；Alex Yuster

## デザイン・版下作成

Prographics, Inc.

## 献辞

『世界子供白書2009』を2008年10月12日に他界されたコロンビア大学公衆衛生マイルマン校の名誉学長アラン・ローゼンフィールド博士に捧げる。公衆衛生分野の先駆者的存在であったローゼンフィールド博士は、妊産婦死亡を防ぐため、また、資源が少ない環境にいるHIV/エイズの影響を受けている女性や子どもたちにケアと治療を提供するために、たゆみなく活動を続けた。数多くの画期的なプログラムや機関に活力と知識を提供し、情熱、献身、勇気、コミットメントを傾け、女性の健康と人権を開発の最前線に持ってきたことは、我々の貴重なインスピレーションの源となっている。

# まえがき

妊産婦死亡の生涯リスクが最も高い国はニジェールで、7人にひとりの割合となっている。先進工業国ではこれが8,000人にひとりの割合である。ミレニアム開発目標の基準年である1990年以来、妊娠と出産に関係する合併症で命を落とした女性は推定1,000万人にも上る。そして、毎年約400万人もの新生児が出生後28日以内に命を落としている。5歳未満の子どもの死亡率は、1990年から2007年の間に世界全体で27%も削減されたが、妊産婦・新生児保健の分野では、これほどの改善は見られていない。

『世界子供白書2009』は、妊産婦と新生児の保健に焦点を合わせ、双方の命を救うため、さらに力を入れていかなければならない支援策と行動を明らかにする。妊産婦と新生児の死亡のほとんどは、すでに効果があると立証されている支援策で予防することができる。その中には、十分な栄養、衛生習慣の改善、出産前ケア、専門技能を持つ保健従事者による出産介助、緊急産科ケアと新生児ケア、出産後の母子への訪問が含まれ、これらは家庭・コミュニティを保健システムとリンクさせながら、継続的なケアの中で提供していくことが必要である。調査によると、女性が必須妊産婦ケアや基礎保健ケア・サービスを利用できれば、妊産婦死亡の約80%は避けることができることが分かっている。

妊産婦と新生児の保健を促進するには、アフリカとアジアにより重点を置くことが大切である。この二つの地域は、女性と新生児の生存と健康の面で最も課題が多い地域だからである。妊産婦死亡の推定95%、新生児死亡の約90%はこれらの大陸に集中している。

妊産婦死亡全体の3分の2は10カ国に集中している。インドとナイジェリアは世界の妊産婦死亡の3分の1を占めている。2008年、ユニセフ、世界保健機関（WHO）、国連人口基金、世界銀行は、死亡率が高い上位25カ国で妊産婦・新生児保健に関する前進を促すために協力していくことに合意した。

早すぎる妊娠や早期に母親となることは、女の子の健康にとって大きなリスクとなる。女性の妊娠する時期が早ければ早いほど、女性自身と赤ん坊にとって健康面でのリスクが高まるのである。妊娠と出産に関係する妊産婦死亡は、世界全体で15～19歳の女の子の主要な死因となっており、年間7万件近くに上っている。

早婚、早い時期での妊娠、HIV/エイズ、性的暴力、その他のジェンダーに関係した虐待は、若い女性たちが学校を途中退学するリスクをさらに高める要素でもある。これはまた、ジェンダー差別、貧困、高い妊産婦と新生児の死亡率という悪循環を促進するものでもある。

女子と若い女性の教育は、貧困という罫を打ち破るための最も強力な方法のひとつであり、妊産婦・新生児保健をサポートする環境整備にもつながるものである。必須サービスの拡大と、女子と女性たちをエンパワーし守るための行動を伴った保健システムの強化を組み合わせれば、前進をさらに促すことが真に可能となるのである。

ミレニアム開発目標の達成期限である2015年が近づくにつれ、妊産婦と新生児の保健を改善するという挑戦は、単に目標を達成することにとどまらず、人間の不必要な悲劇を予防するためのものとなっている。成功とは、どれだけの命を救うことができたか、どれだけの人生を改善することができたかによって測られるものなのである。



© UNICEF/HQ05-0693/Nicole Tourounji



アン・M・ベネマン  
ユニセフ事務局長

# 目次

謝辞	ii
献辞	ii
まえがき	
アン・M・ベネマン ユニセフ事務局長	iii

## 1 妊産婦・新生児保健：現状

### パネル

妊産婦の死亡数の測定に向けた挑戦	7
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）	11
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	19
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	20
妊産婦保健を優先させる取り組み——スリランカ	21
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	22
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	24

### 図表

1.1 母子保健に関するミレニアム開発目標	3
1.2 妊産婦死亡の地域分布	6
1.3 妊産婦死亡の推移、水準および生涯リスク	8
1.4 地域別の新生児死亡率	10
1.5 妊産婦死亡の直接的原因、1997～2002年	14
1.6 新生児死亡の直接的原因、2000年	15
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	17
1.8 食料価格はあらゆる面で急騰した	24

## 2 妊産婦・新生児保健の向上につながる 支援環境を整える

### パネル

母親・新生児・子どものための健康的な生活習慣の推進： 手引『ファクト・フォー・ライフ（生存の知識）』	29
基礎保健ケア：アルマ・アタ宣言から30年	31
保健従事者の不足に対処する：妊産婦・新生児保健の 向上にとって極めて重要な行動	35
母親と新生児の保健を一層公平なものとするために ——セザール・G・ビクトラ（ブラジル・ペロータス連邦大学 疫学教授）	38
妊産婦サービスをヘルシー農村部の文化に適合させる	42
スーダン南部：平和の後は、妊産婦死亡との新しい闘いが	43

### 図表

2.1 継続的なケア	27
2.2 改善は見られるが、若い女性の教育状況がまだまだ 低い開発途上地域がある	30
2.3 出席率の面でのジェンダーの平等は著しく改善されたが、 初等学校に行っていない女子はいまだに男子よりも 若干多い	33
2.4 児童婚は南アジアとサハラ以南のアフリカで非常に多く 見られる	34
2.5 女性性器切除/カutting（FGM/C）は減少傾向に あるが、今なお多くの開発途上国で広く行われている	37
2.6 出産時に専門技能者の立ち会いを受けた母親の割合 （所得階層別・地域別）	38
2.7 3回以上の出産前訪問ケアを受けたマリの女性 ——子どもの生存・発達促進（ACSD）イニシアティブの 導入前と導入後	39
2.8 開発途上国の女性の多くは、自分自身の保健ケアの ニーズについて発言権を認められていない	40

## 3 時間と場所を横断的に結びつけた継続的 なケア：リスクとチャンス

### パネル

妊産婦・新生児破傷風を根絶する	49
妊娠高血圧症候群：よく見られるが難しい問題	53
生まれてから最初の28日間 ——ズルフィカル・A・ブッタ（パキスタン・カラチ、 アガカーン大学小児医療・児童保健学科教授・学科長）	57
アフガニスタンの助産体制	60
ガーナにおけるカンガルー・マザー・ケア	62
妊娠期のHIV/マラリア同時感染	63
リベリアの青年期の女性が直面する課題 ——グァバ・ゲイフホル（リベリア・ジェンダー開発相）	64

### 図表

3.1 新生児破傷風の防止	48
3.2 HIV陽性の母親がHIVの母子感染を防ぐための抗レトロ ウイルス予防薬を投与されている割合	50
3.3 出産前ケアの普及率	51
3.4 出産時ケアの普及率	52
3.5 緊急産科ケア：農村部における帝王切開実施率	54
3.6 早期完全母乳育児	59

## 4 妊産婦・新生児保健を向上させるために 保健システムを強化する

### パネル

妊産婦死亡の予防を目的とした、保健システムにおける クリティカル・リンク手法の活用 ——ロサ・マリア・ニューネス・ウルキザ（メキシコ・ 国立公衆衛生研究所）	73
---	----

# 妊産婦と新生児の保健

妊産婦保健の新しい方向性 ——マリオ・メリアルディ (WHO)、ジェニファー・ ハリス・レケホ (妊産婦・新生児・子どもの保健の ためのパートナーシップ) ……………	75
ラオスにおける保健システムの強化……………	76
母親と新生児の命を救う——産後数日間の重要性 ——ジョイ・ローン (南アフリカ・新生児救命プログラム/ セーブ・ザ・チルドレン米国 上級研究政策顧問) ……………	80
ブルンジ：母子保健ケアに対する政府のコミットメント……………	83
インドにおける妊産婦・新生児保健ケアの統合……………	85

## 図表

4.1 緊急産科ケア (EmOC)：国連のプロセス指標と 推奨水準……………	70
4.2 2005年の妊産婦死亡推計値を算出するために 用いられた主要なデータ源の分布……………	71
4.3 専門技能を持つ保健員は、特にアフリカと南東 アジアで不足している……………	74
4.4 「2015年へのカウントダウン」優先支援対象 68カ国による主要な妊産婦・新生児・子ども 保健政策の導入状況……………	78
4.5 アジアでは、保健ケアに対する政府支出が公共支出 全体に占める割合は最低の水準となっている……………	79
4.6 出産後ケアに関する戦略：実現可能性と実施の 際の課題……………	81
4.7 低所得国では私的な保健ケア支出のほとんどは 自己負担である……………	82
4.8 低所得国では病院のベッドが1万人あたり10床しか 用意されていない……………	84

5.4 妊産婦・新生児・子どもの保健のために国際保健 イニシアティブから提供される資金は、近年、 大幅に増えている……………	101
5.5 妊産婦と新生児の継続的な保健ケアの各要素および 関連機能を担当する主務機関とパートナー機関……………	103

出典・参考文献等……………	106
---------------	-----

## 統計

5歳未満児死亡率の順位……………	117
1. 基本統計……………	118
2. 栄養指標……………	122
3. 保健指標……………	126
4. HIV/エイズ指標……………	130
5. 教育指標……………	134
6. 人口統計指標……………	138
7. 経済指標……………	142
8. 女性指標……………	146
9. 子どもの保護指標……………	150
10. 前進の速度……………	154

用語解説……………	158
-----------	-----

## 5 妊産婦・新生児保健のための協働 …… 91

### パネル

妊産婦・新生児保健のための協働 ——サラ・ブラウン (「安全な母性のためのホワイト リボン・アライアンス」後援者、ゴードン・ブラウン 英国首相夫人) ……………	94
妊産婦・新生児保健のための主要な国際保健 パートナーシップ……………	96
母親と新生児のためのパートナーシップ：中央アフリカ 共和国……………	99
妊産婦・新生児保健支援で連携を強化する国連諸機関……………	102
保健情報システムの整備：ヘルス・メトリクス・ ネットワーク……………	105

### 図表

5.1 保健システムの強化と必須支援策の拡大を目的とした 主要な国際保健イニシアティブ……………	97
5.2 妊産婦・新生児保健に対するODA (政府開発援助)は 2004年以来急速に増加している……………	98
5.3 栄養、PMTCT、子どもの保健に拠出される資金は 大幅に増加している……………	100

# 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。これはいくつも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、MDG 5の達成に加えて、MDG 4 (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、母親が活着し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。

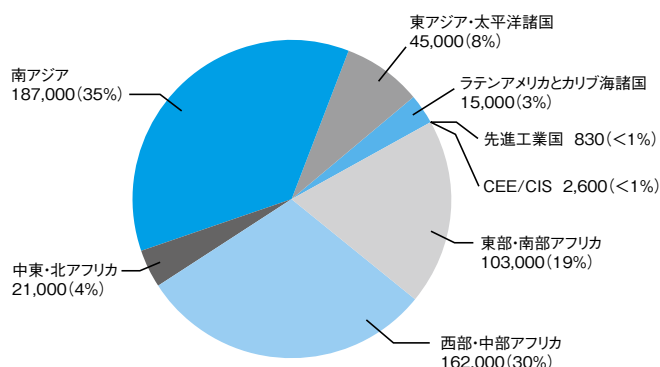
開発途上国では、サハラ以南のアフリカを除くすべての地域で、1990年から2005年にかけて妊産婦死亡の絶対数と妊産婦死亡率がともに減少した。これに対し、サハラ以南のアフリカでは、同じ期間中、妊産婦死亡率はおおむね変わらないままであった。この地域の出生率が高いことを考えると、この15年間で妊産婦死亡数が増加したことになる。この前進の見られない状況は、とりわけ憂慮すべきことである。この地域では、妊産婦死亡率が最も高く、妊産婦が死亡する生涯リスクも最も大きく、妊産婦死亡数も最大だからであ

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。

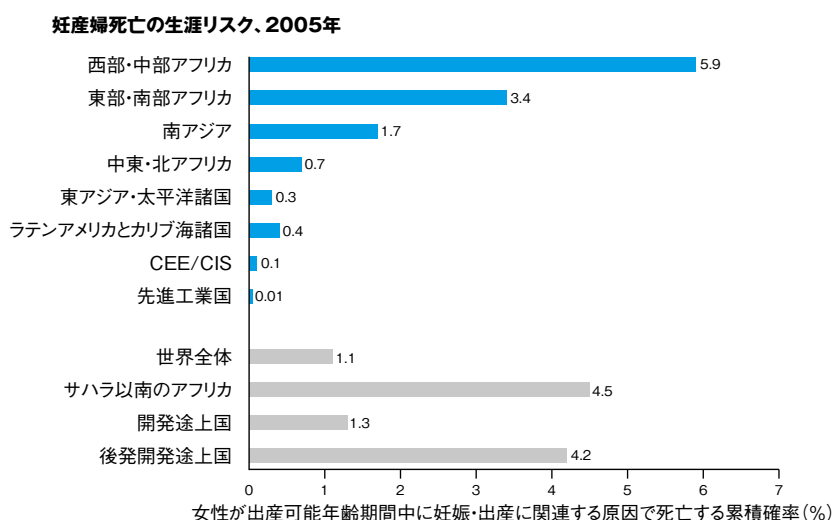
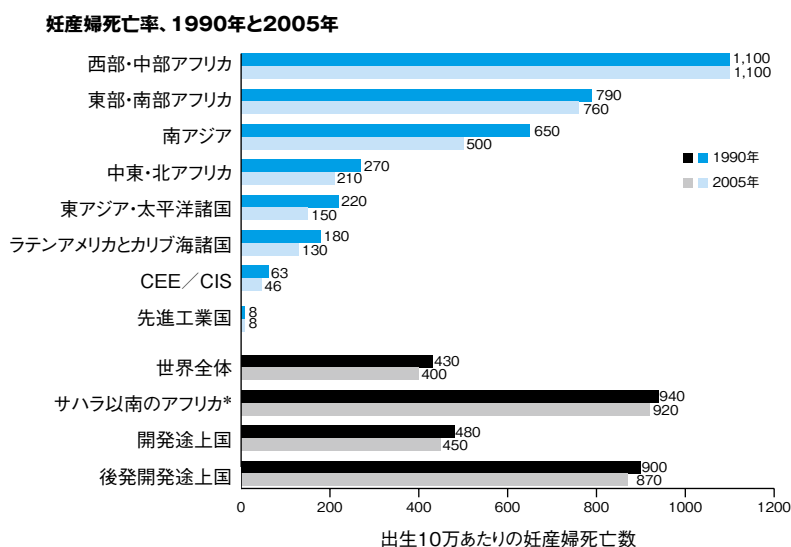
データの収集と測定がこのように難問であるにも関わらず、国連機関が協働で作成した2005年の妊産婦死亡状況推定値は、MDG 5のベースライン・データである1990年の数値から2005年にかけての進捗状況を評価し、推移の分析をするという目的のためには十分に精密なものであった。多くの開発途上国で妊産婦死亡率の低減という点では改善が見られないことが明らかになり、MDG 5の達成に対する関心を高める一助となった。

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

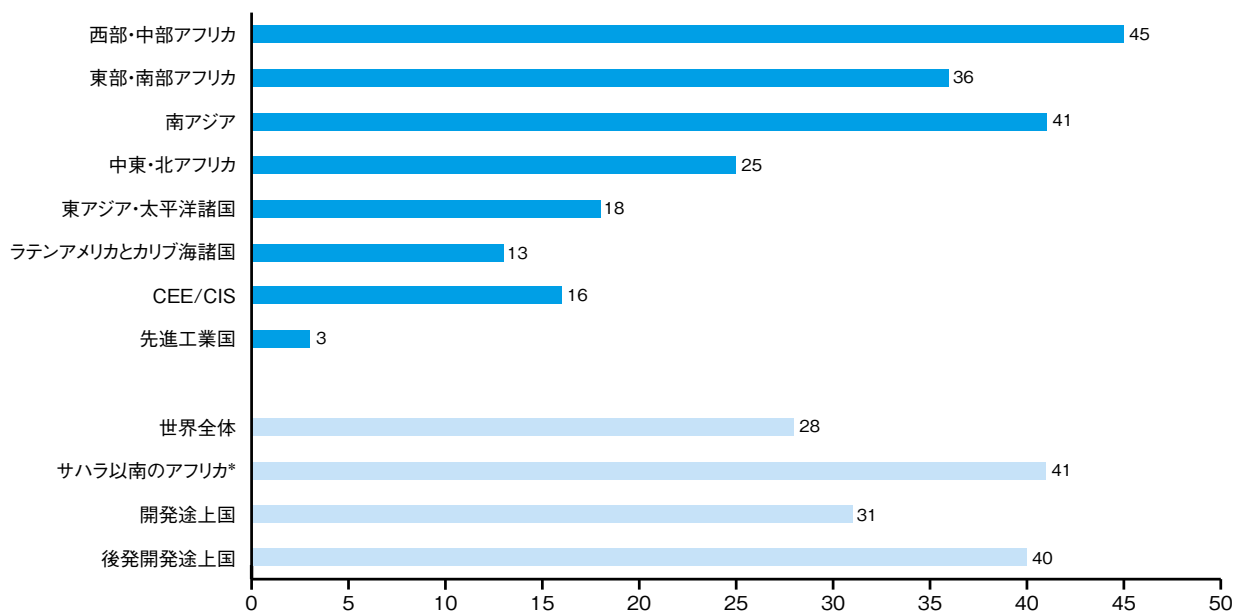
母親の死亡リスクを高める多くの要因は妊娠に特有のものではないが、妊娠・出産によって悪化することがある。これらの原因が妊娠によるものであると判断することは、多くの国では保健情報制度の診断能力が不十分であるため、困難である。それでも、妊産婦死亡の間接的原因を分析することは、妊産婦と子どもの保健にとって最も適切な支援戦略を決定するのに役立つ。特定の病態を対

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膣に漏れ出してくる。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、子宮が膣管に落ち込むもの

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>。

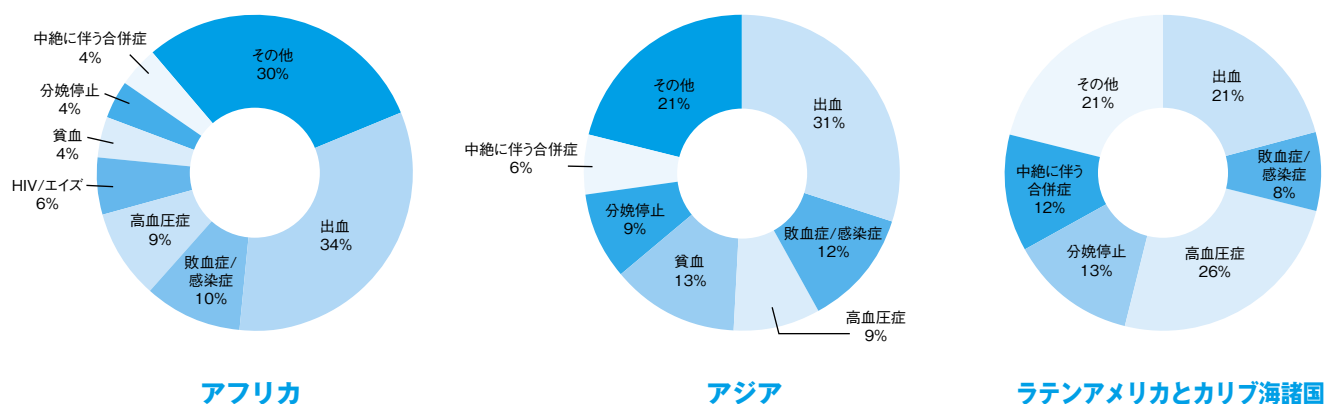
新生児がひとり死亡するごとに、他の20人が出生時外傷、早産による合

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

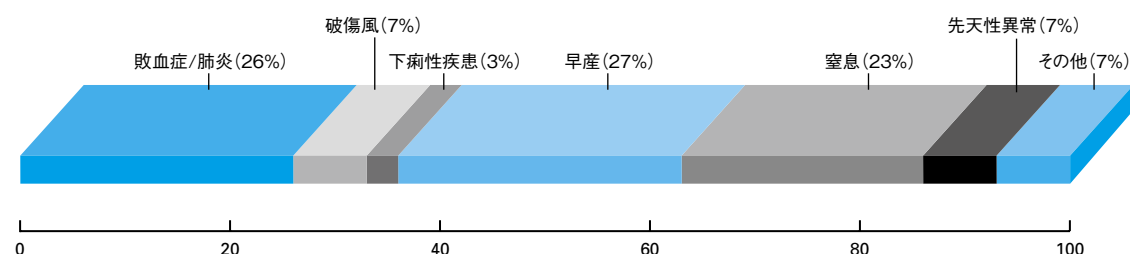
は妊産婦死亡率についても広く見られる<sup>27</sup>。

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>。

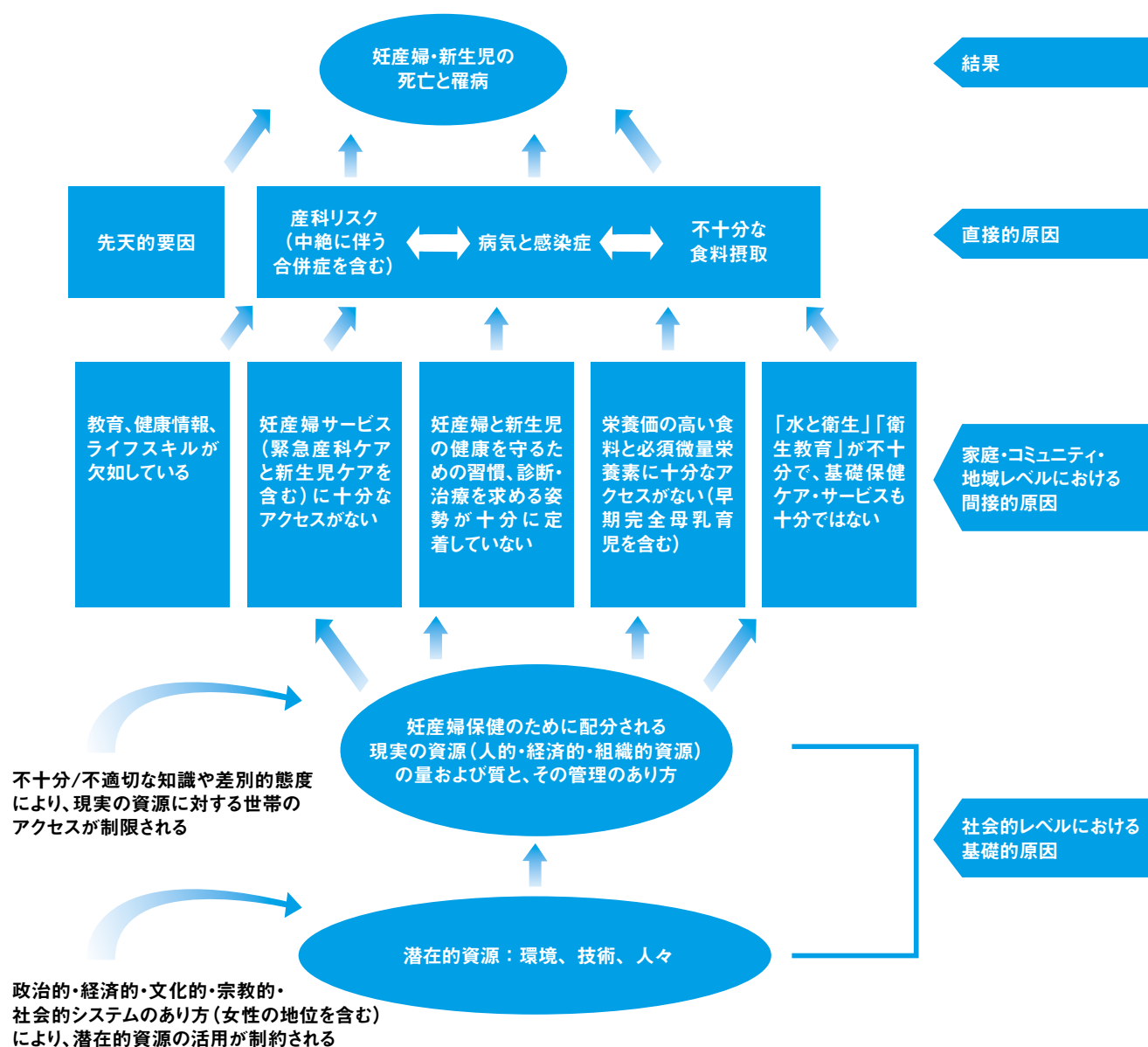
しかし、これらの支援策が効果を発揮するためには、必須サービスの提供のあり方が重要であることも、ますます認識されるようになりつつある。必須サービスは、ライフサイクルの重要な時期に、家庭とコミュニティにおけるケア、アウトリーチ・ケア、施設におけるケアをひとつの流れの中に統合したダイナミックな保健システムを通して提供すべきである。妊産婦・新生児・子どもの健康のための継続的なケアという考え方は、無数の取り組みをばらばらに進めるよりも統合的アプローチを取った方が実りが多いということが認識されるようになったことから、近

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、アルテミシニンを基本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。

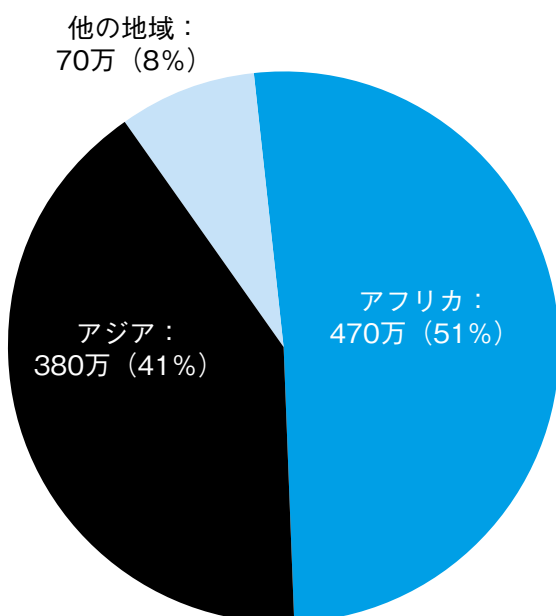
スリランカにとってのさらなる課題として、食料安全保障をどのように確保するかという問題も生じるだろう。世界の食料価格が高いまま推移する場合はなおさらである。スリランカでは、新生児と5歳未満児の栄養不良率が依然として顕著に高い。最新の国際推計値によると、新生児のうち5人にひとり以上が低出生体重で生まれており、5歳未満児の23%は中度・重度の低体重である。6カ月未満の乳児の完全母乳育児率を現在の53%から引き上げることが、新生児と子どもの死亡率に関するスリランカの成果を維持する上で極めて重要になるだろう。

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

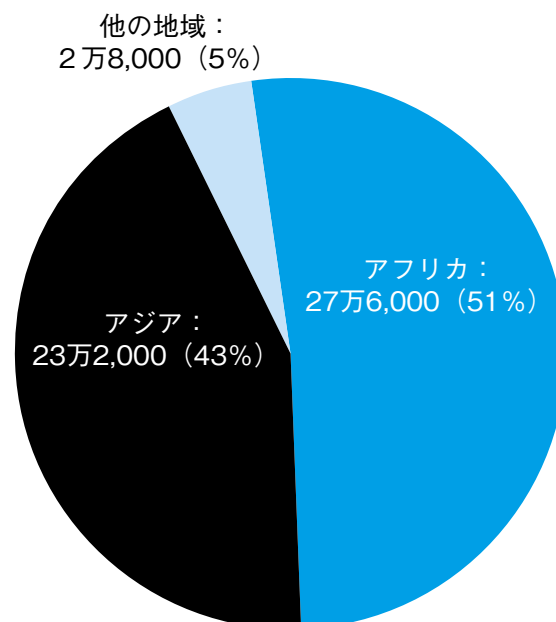


出典：ユニセフ グローバル・データベース

## 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

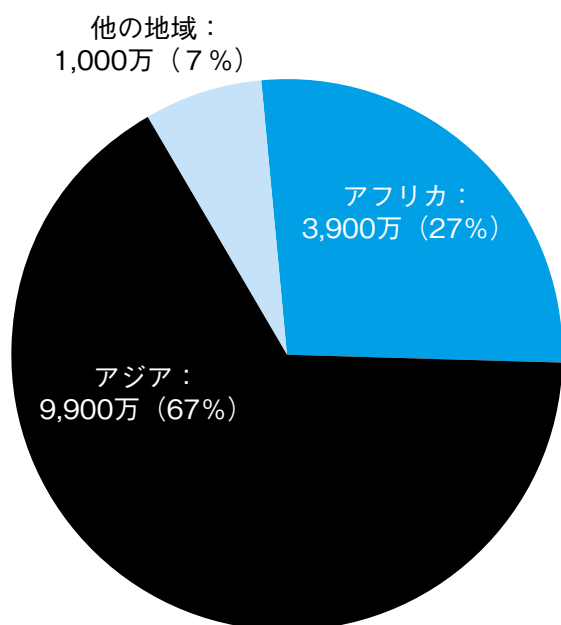
## 妊産婦の死亡

- ・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

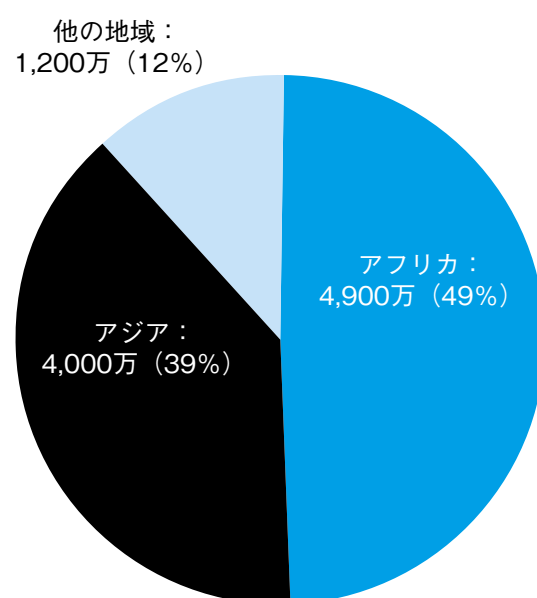


出典：ユニセフ グローバル・データベース

## 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

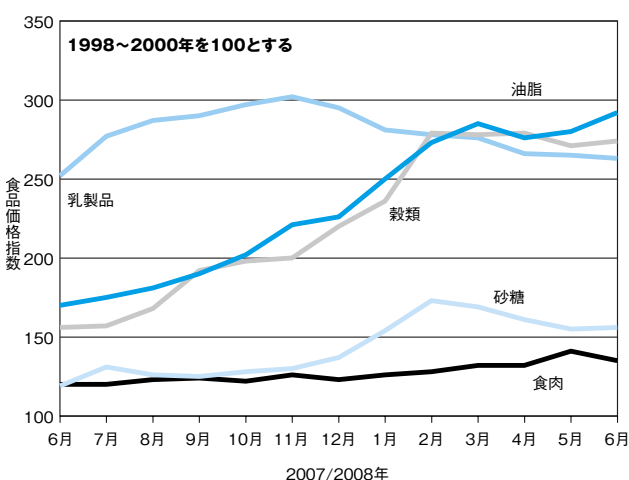
- ・2007年には、初等教育年齢の子ども1億100万人が学校に行っていなかった。
- ・このうちほぼ半数はアフリカ、39%はアジアの子どもである。
- ・両大陸全体で、初等教育年齢の子どものうち女子の約20%と男子の約16%が初等学校に就学または出席していない。

\*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取り入れるようにするためには、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。

## 2 妊産婦・新生児保健の向上につながる 支援環境を整える





妊産婦・新生児保健を向上させるためには、重要な時期に、女性と子どもが容易にアクセスできる主要な場所で、必須サービスを提供しなければならない。このような継続的なケアを確立・整備するためには、基礎保健ケア面の支援を強化する以上のことが必要である。母親と子どもの権利を保護し、促進する支援環境も要求されるのである。『世界子供白書2009』の第2章では、このような支援環境が備えているべき基礎的条件と、またそれが基礎保健ケア増進のための取り組みをどのように強化するかについて検討する。

2008年10月、保健分野で指導的役割を果たしている500人以上の人々が65カ国から集まり、カザフスタンのアルマティで会合を持った。基礎保健ケアに関するアルマ・アタ宣言30周年記念国際会議である。参加者たちは、過去30年の経験を分かち合い、保健システムを強化する方法のひとつとして、基礎保健ケアの原則に対するコミットメントを再度確認した。世界保健機関（WHO）は、会議直前に、やはり基礎保健ケアをテーマとした『世界保健報告2008』（World Health Report 2008）を発表した。

アルマ・アタ宣言は、ユニセフとWHOが同じ場所で1978年に主催した同様の会議から誕生したもので、実質的に公衆衛生の新たな道筋を切り開いた。そこでは、自国の市民全員に質の高い保健サービスを提供することを妨げている社会的・文化的制約およびインフラ面での制約に対処するために、各国が医学的支援策にとどまることなく保健ケアの対象範

囲を拡大することが提唱された。アルマ・アタで生まれた基礎保健ケア・アプローチが主として重きを置いているのは、この白書の主題と同じ、母親と子どものためのケアである。中核となるその他の優先課題には、疾病抑制、家族計画へのアクセス、安全な水の供給と衛生設備の整備がある。市民に対しては、特に予防ケアの提供と衛生的行動・習慣の採用の面で、自分自身の保健ケアに参加するよう奨励することとされた<sup>1</sup>。（29ページのパネルを参照）

続く30年の間に、開発途上国全域で、ポリオとはしかを含むいくつかの主要な疾病の抑制、特に新生児期を過ぎた後（生後29日から5歳に達するまで）の子どもの死亡率の低減の面では相当の前進が見られた。しかし、保健ケアの提供における不平等が開発途上国間でも開発途上国内でも拡大しつつあることを考えると、アルマ・アタでまとめられた包括的な基礎保健ケアの課題——保健面での成果を左右する、支援環境と予防的・

治療的支援策の重要性を強調している——は、1978年当時と同様、現在にも当てはまるかもしれない。

保健政策の立案や保健実務に携わる人々の間では、女性、新生児、子どもの保健ニーズは相互に関連しており、それを満たすためにはアルマ・アタ宣言で提唱されたような統合的解決策が必要であるという認識が高まりつつある。この認識により、保健サービスの提供に関する統合的な枠組みに改めて関心と支持が集まるようになった。そして、ユニセフとWHOが1992年に導入した「小児期疾病統合管理（IMCI）」といった枠組みの定期的な改訂作業と、この20年の間に進められてきた国内的・国際的パートナーの協働が、最近になってひとつの包括的パラダイムへとまとまるに至った。これまではそれぞれ異なるものとされることが多かった種々の母子保健プログラムを統合するこのパラダイムこそ、母親、新生児および子どもを対象とした継続的なケアである。

# 女性と新生児の保健ニーズは相互に関連しており、それを満たすためには統合的な基礎保健ケアによる解決策が必要である。

## 継続的なケア

継続的なケアが目指すのは、妊産婦、新生児および子どもを対象とする保健ケアを統合することである。その中心となる考え方は、以下のようにまとめることができる。すなわち、母親、新生児および子どものための必須サービスは、母子のライフサイクルにおける重要な時期に、主要な場所を網羅したダイナミックな保健システムによって統合パッケージの形で提供され、そして女性と子どもの権利の向上につながる支援環境がそれを下支えする時に、最大の効果を発揮するということである。

サービス提供にとって重要な時期とは、青年期、妊娠前、妊娠中、出産時、出産後、新生児期、乳児期および幼児期である。

母親、新生児および子どものための必須サービスには、基礎的保健ケア、妊産婦・新生児・子どもを対象とする質の高い保健ケア、十分な栄養、改善された水と衛生施設、衛生習慣などがある。

主要なサービス提供モードとは、家庭とコミュニティにおけるケア、アウトリーチ・サービスおよび外来サービス、保健施設におけるサービスを指す<sup>2</sup>。

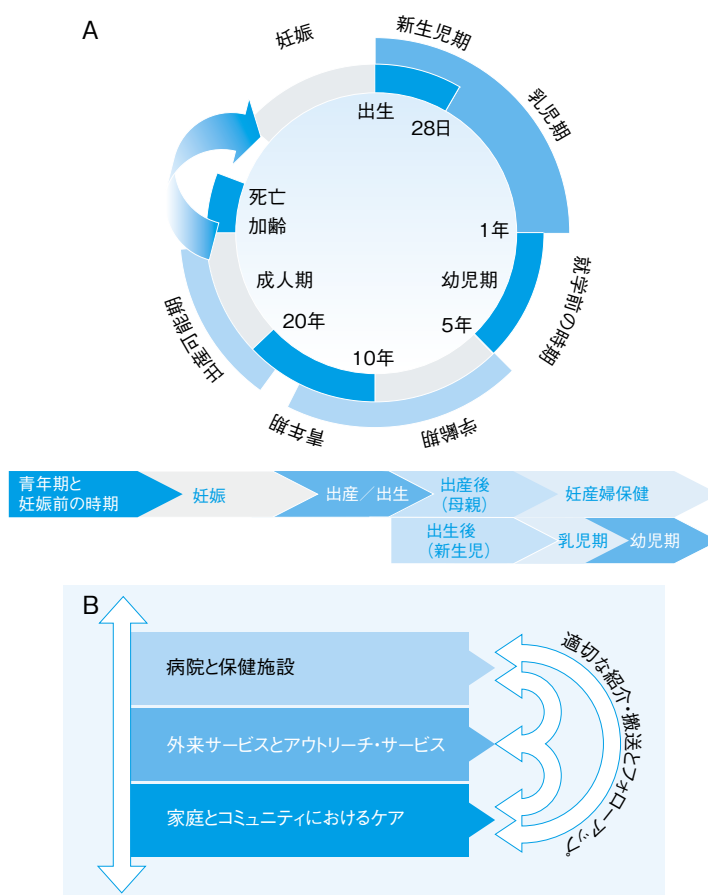
支援環境を整備するためには、女性と子どもの権利の尊重、質の高い教育、人間にふさわしい生活水準、虐待・搾取・差別・暴力からの保護、家庭・コミュニティ・社会・政治生活への平等な参加、女性のエンパワーメント、妊産婦と子どものケアへの男性の参加の拡大が必要となる。

継続的なケアは、保健ケア・シス

図2.1

## 継続的なケア

ライフサイクル (A) を通じてさまざまな場所 (B) で提供されるケアを結びつける。許諾を得て Partnership for Maternal, Newborn and Child Health の図を基に作成。



出典：Kevbes, Kate J., et Al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol.370, no.9595, 13 October 2007, p.1360.

テムとその実践の1世紀に及ぶ発展から得られた教訓に基づく一連の戦略的原則を広く反映したものである。これらの原則については『世界子供白書2008』で詳しく検討したが、以下にその概要を掲げる。

- 女性、新生児、子どもの健康を向上させるための活動は、簡便で費用対効果の高いパッケージに統合した形でコミュニティや家庭に提

供する時、最も効果的かつ維持可能なものとなる。

- 保健システムは、さまざまなケアのモード——施設におけるケア、アウトリーチ・サービスと外来サービス、コミュニティと家庭におけるケア——をダイナミックに統合した時に、最も有用なものとなる。
- 母親と子どもにとっての保健面で

妊娠中の女性の健康問題の多くは、出産前の訪問検診を通じて予防・発見・治療が可能である。診療所で妊婦の血圧測定の前準備をする保健員（バングラデシュ）



© UNICEF/HQ06-0954/Shehzad Noorani

の成果を向上させる目的で保健システムを強化するためには、保健サービスの提供に対する垂直型・水平型アプローチのいずれかを別々に選択するのではなく、2つのアプローチの強みを組み合わせる統合しなければならない。

- 保健システム開発に対して成果志向のアプローチを採り、エビデンス（証拠）に基づく効果的な支援策を中心に位置づけることが、課題と政策の設定、進捗状況のモニタリングと評価の際に有益である。
- 妊産婦、新生児および子どものケアの改善を目指すさまざまなプログラム、政策、パートナーシップが連携して働くことこそ、最善の成果を得るための方法である<sup>3</sup>。

これらの考え方が、母親、新生児および子どもを対象とする質の高い継続的な保健ケアを確立・拡大しようとするプログラム、政策、パートナーシップの基盤となっている。しかし、母子を対象とする必須サービスを真に効果的なものとし、すべての人に基礎保健ケアを提供するというアルマ・アタの課題の達成に近づくためには、女性と子どもの権利を保護・促進する支援環境がなければならない。特に女性と女子を対象として根強く残されているジェンダーに基づく差別、不平等および虐待に対処するための行動が伴わない限り、基礎保健ケアの増進を支えるための活動も、その効果や維持可能性は大きく減少し、あるいは不可能になっ

てしまう恐れさえある。

例えば、新生児死亡の70%で背景要因のひとつとなっている低出生体重の問題を考えてみる。低出生体重児のほとんどは子宮内発育遅延の状態に置かれているが、これは通常、妊娠前および妊娠中の母親の栄養状態と健康状態が悪いことに起因している。このような事例の過半数は南アジアで発生しているが、そこは女子と女性の栄養不良率が最も高い地域である。また、5歳未満児と青年期の若者の栄養状態にジェンダーによる差別があるという、はっきりした証拠が存在する唯一の地域でもある<sup>4</sup>。

新生児の死亡を削減するためには、出産前ケアを提供し、出産時に専門技能を持った保健従事者が立ち会うようにするだけでなく、女子と女性が、出生時から乳幼児・児童期全体を通じて、そして青年期、成人期および出産適齢期を迎えて以降も、十分な栄養と保健ケアを受けられることが必要なのである。

これは、新生児と子どもの生存および健康が、女性の権利が充足されるかどうかによっていかに大きく左右されるかということを示す、ひとつの例に過ぎない（以下、この章でさらに多くの例を示していく）。このため、母親と新生児のための継続的なケアを模索する試みは、女性と女子の権利の向上につながる支援環境のさまざまな構成要素を検討することから始まる。

## 女性と子どものための支援環境を整備する

妊産婦・新生児保健の向上は、より良質な妊産婦サービスをより広範囲で利用できるようにするという、実際的な問題にとどまるものではない。女性の権利がないがしろにされている状況と、女子と女性がしばしば犠牲になっている構造的差別や不当な扱いに取り組み、その傾向を逆転させるという問題でもある。

ジェンダーを理由とする差別は、文化的伝統や経済的・社会的・政治的規範によってしばしば世代を超えて受け継がれ、無数の被害をもたらしている。このような差別のために女子と女性が教育へのアクセスを否定されることがあるが、調査の結果、教育は女子と女性が妊産婦・乳児死亡のリスクにさらされる危険を小さくできることが分かっているのである<sup>5</sup>。女子と女性が教育へのアクセスを否定されれば、十分な保健ケアを受けたり求めたりすること、HIVを含む性感染症、不十分な出産間隔、暴力、虐待、搾取から身を守るための重要なライフ・スキルを学ぶことができなくなる可能性がある。また、成人を迎えたときの稼働能力が制限されたり、結婚してから——18歳未満で結婚することも多い——隷属・従属生活に追いやられたりする恐れもある。

さらに、女性の仕事の負担が重いために——女性の労働時間は男性より長いのが一般的である——余暇や休息のための時間が奪われる可能性もある。

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整えるためには、ジェンダーによる不平等と差別を固定化させる社会的・経済的・文化的障壁

## 母親・新生児・子どものための健康的な生活習慣の推進： 手引『ファクト・フォー・ライフ（生存の知識）』

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備するには、女性と女子を差別するような行動様式を変えること、病気や外傷から身を守る健康的な生活習慣を採用することが必要である。生後6カ月間の完全母乳育児、せっけんでの手洗いなどの健康的な生活習慣は、エビデンス（証拠）に基づいた、医療専門家が立証したものでなければならない。

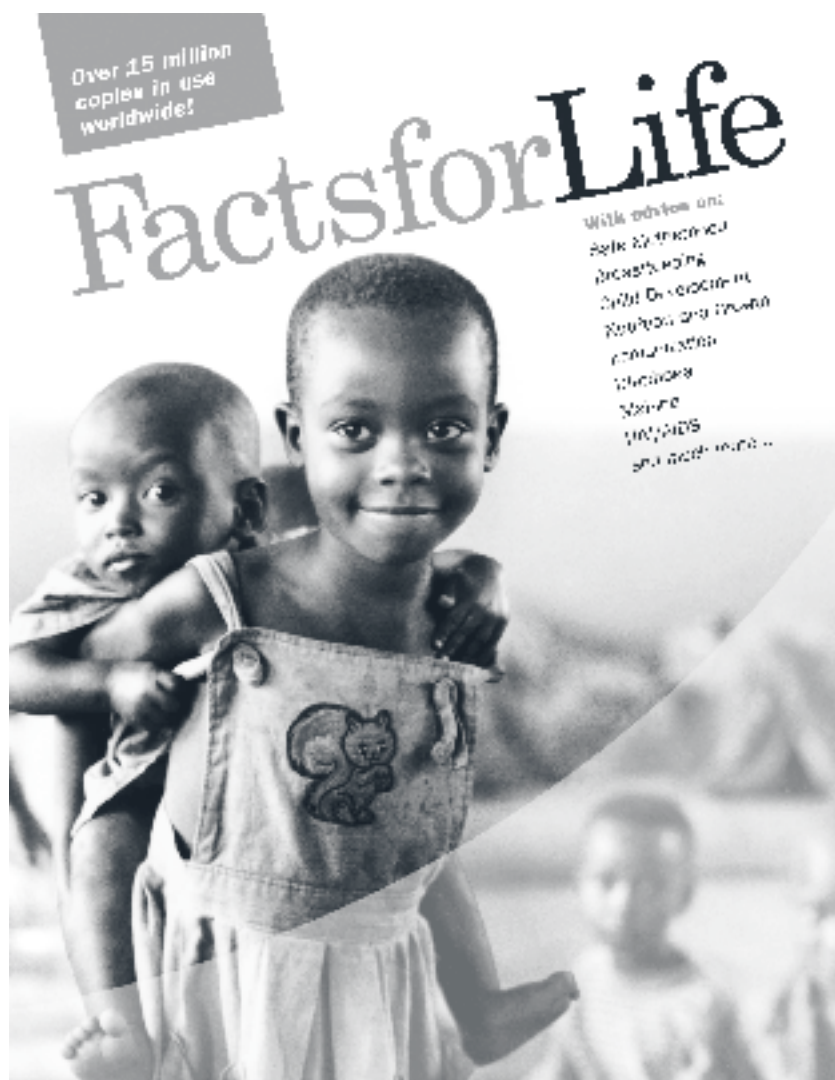
これらの生活習慣について、親その他の養育者に対して専門用語を使わずに説明することは、女性と女子をエンパワーし、妊産婦と新生児の健康を支えるために極めて重要である。20年前、8つの国連機関——ユニセフ、WHO、国連人口基金（UNFPA）、ユネスコ、国連開発計画（UNDP）、国連エイズ合同計画、世界食糧計画（WFP）、世界銀行——が協同で、このような命を救う知識を誰もが利用できるようにするための手引を発行した。『ファクト・フォー・ライフ（生存の知識）』と題されたこの手引は、情報伝達に携わる人たち——保健員、メディア、政府職員、非政府組織、教師、宗教指導者、雇用者、労働組合、女性グループ、コミュニティ組織等向けに作成されたものである。2002年に発行された第3版では、以下のような幅広いテーマが取り上げられている。

- 出産時期
- 安全な妊娠・出産
- 子どもの発達と早期教育
- 母乳育児
- 栄養と発育
- 予防接種
- 下痢性疾患
- 咳、風邪、より重大な病気
- 衛生
- マラリア
- HIV/エイズ
- ケガの予防
- 災害と緊急事態

そこでは主要なメッセージが簡潔明瞭かつ実際に提示されており、推奨される行動の説明と補完的情報の提供が行われている。

この手引の基礎となっているひとつの原則は、物事を伝えるためには単に情報を提供すればいいというものではないということである。興味が湧くような、アクセスしやすい形で情報を提供すること、その情報が自分たちにいかに関わっているかを人々が理解できるよう手助けすることも必要となる。この手引では、行動を起こし、障害や壁を乗り越えるための方法も取り上げられている。

『ファクト・フォー・ライフ』は広く配布されており、2002年までに215言語で1,500万部以上が発行された。現在、新版の作成中である。



## ジェンダーの平等は、女性と子ども双方の人生を豊かにするという二重の恩恵をもたらす。

に対抗していかなければならない。これには、鍵となるいくつかの行動を取ることが必要となる。女子と女性を教育し、また彼女たちが経験している貧困を削減すること、女子と女性を虐待、搾取、差別および暴力から保護すること、家庭内の意思決定や経済的・政治的事柄への女性参加を推進すること、そして、女性が自らの権利および自分と子どものための必須サービスを要求できるよう、そのエンパワーメントを図ることである。妊産婦と新生児の保健ケアや、ジェンダーによる差別と不平等への対応に男性が一層参加するようにすることも、支援環境を確立していく上で極めて重要となる。以下、これらの課題についてひとつずつ大まかではあるが、見ていくことにする。

### 質の高い教育と適正な生活水準

#### 質の高い教育を保障する

教育は、世界人権宣言（1948年）、子どもの権利条約（1989年）その他の人権文書に基づく子どもと青少年の権利である<sup>6</sup>。教育は、妊産婦・新生児保健の向上、児童婚（およびこれに伴ってほぼ不可避免的に生ずる、時期尚早な妊娠・出産の影響）の削減、極度の貧困・飢餓の撲滅、健康上のリスクとライフ・スキルについての知識の増進にとっても極めて重要である。女子と女性に対する差別は早くから始まることが分かっているため、ジェンダーの平等と女性の権利の尊重を促進し、また父親が子どものケアにおいて積極的な役割を果たすよう奨励する取り組みは、早期幼

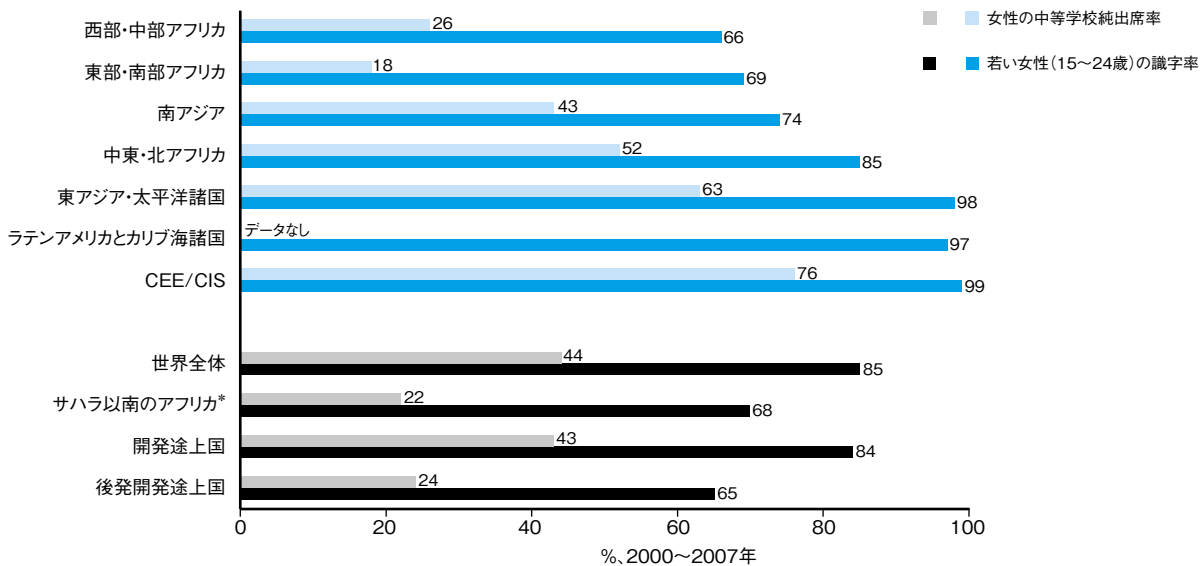
児教育プログラムから開始するべきである。

女子と若い女性に対して質の高い教育を保障することは、ミレニアム開発目標の主要な課題のひとつである。そこでは、普遍的初等教育の達成（MDG 2）とともに、ジェンダーの平等を推進し、女性をエンパワーするための努力の一環として、2015年までにすべての教育レベルにおけるジェンダー格差を解消すること（MDG 3）を目標としている。

初等教育におけるジェンダーの均衡の達成という面ではかなりの前進が見られ、今のところすべての地域がこのターゲットの達成に向けて順調な歩みを続けていると見込まれているが、いくつかの国では、そして

図2.2

### 改善は見られるが、若い女性の教育状況がまだまだ低い開発途上地域がある



\*サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：若い女性の識字率—ユネスコ統計研究所（UIS）。女性の中等学校純出席率—人口保健調査（DHS）および複数指標クラスター調査（MICS）。

## 基礎保健ケア：アルマ・アタ宣言から30年

1978年のアルマ・アタ宣言は、保健に対する権利中心のアプローチを、それを達成するための現実味のある戦略と結びつけた点で画期的であった。「プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議」の成果文書である同宣言は、基礎保健ケアを、健康に関して各国間および国内に存在する不平等を削減し、それによって、西暦2000年までに「すべての人に健康を」という、野心的で、実現されていない目標を達成するための鍵として位置づけた。基礎保健ケアは、同宣言において、有効性が科学的に証明された支援策に基づく「必須保健ケア」サービスとして定義されている。これらのサービスは、コミュニティおよび国全体が負担できる費用で、個人と家族が普遍的にアクセスできるものでなければならぬとされた。基礎保健ケアは、少なくとも8つの要素から構成される。健康教育、十分な栄養、母子保健ケア、基礎的衛生と安全な水、予防接種による主要な疾病の抑制、風土病の予防と抑制、日常的に見られる疾病および外傷の治療、そして必須医薬品の供給である。

同宣言は、各国政府に対して、国の保健システムに基礎保健ケアを組み込むための国内政策を策定するよう促した。また、国の政治的・経済的現実を反映するコミュニティ中心のケアの重要性に注意を向けるべきであるとした。このようなモデルを採用することにより、住民は、必要に応じ、訓練を受けたコミュニティ保健員、看護師および医師による治療を求められるようになり、「保健ケアを、人々が住み、働く場所に可能な限り近づける」ことにつながる。また、コミュニティの中で個人の自立精神を養い、保健ケア・プログラムの計画および実施への参加を促すことにもなる。そして紹介・搬送システムは、サービスを最も必要とする人々——貧困や周縁化の度合いが最も高い人々——に一層包括的なサービスを提供することにより、一連のケアを完成させるものとして位置づけられた。

アルマ・アタ宣言は、1974年の「新国際経済秩序樹立に関する宣言」につながったのと同じく、社会正義を求める運動から生まれたものである。いずれの宣言も、世界経済の相互依存性を強調するとともに、先進工業国と、多くの場合植民地化のために成長が阻害された開発途上国との間で拡大しつつある経済的・技術的格差を逆に縮小させるために、援助と知識の移転を奨励した。第二次世界大戦後に貧しい国々で進められてきた、コミュニティを中心とした革新的取り組みの実例からも示唆が得られた。ナイジェリアの5歳未満児クリニック、中国の裸足の医者、キューバとベトナムの保健システムは、先進工業国で整えられているようなインフラがなく

ても保健面での前進は生じうることを実証していた。

「プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議」自体も画期的なものであった。当時、国際保健と開発に関する単一のテーマに焦点を絞ったこれだけ大規模な会議が開かれたことはなかったのである（134カ国と67の非政府組織〈NGO〉が参加）。それでも、約束の履行を妨げる障害は複数存在した。ひとつには、宣言には拘束力がなかった。さらに、「普遍的アクセス」といった基本的用語をどのように定義するかという、今日に至るまで根強く残っている概念上の不一致が当初から存在していた。冷戦を背景として、これらの用語は、資本主義世界と共産主義世界との間に存在する大きな思想的相違を明みに出すものだったが、その不一致は、アルマ・アタ会議が当時のソビエト連邦内で開催されたことにより、さらに大きくなったのかもしれない。

1970年代が終わって80年代に入ると、波乱に満ちた経済環境が一因となって基礎保健ケアから遠ざかる動きが生じ、特定の疾病や病態を対象とした、よりコストのかからない選択的保健ケア・モデルが好まれるようになった。とはいえ、実施国の間でも基礎保健ケアの成否は分かれたにも関わらず公衆衛生の改善の面で前進が見られたのは、コミュニティを中心とするモデルの柔軟性と応用可能性を示すものである。

ミレニアム開発目標に向かっての前進が十分でないことに加え、気候変動、インフルエンザの世界的流行、世界規模の食料危機によって国際保健と人間の安全保障が脅かされていることから、包括的な基礎保健ケアへの関心が再び高まっている。しかし、アルマ・アタ宣言の実施を妨げてきた多くの課題はさらに進行しており、同宣言の目標を達成するためには、これらの課題に立ち向かわなければならない。家庭とコミュニティにおけるケアをアウトリーチ・サービスおよび保健施設におけるサービスと統合する費用対効果の高いイニシアティブ——例えば、第3章で取り上げる母子保健イニシアティブ——の有効性を示すエビデンス（証拠）はますます増えつつあり、それを参考にすることによって、各国政府、国際的パートナー、市民社会組織は、基礎保健ケアの再活性化を図っていけるのである。

参考文献は107ページを参照。



© UNICEF/HO05-2374/Anita Klemka

保健サービスをアウトリーチ方式で提供する人々は、重要なサービスをコミュニティと家々に届ける存在である。若い母親を対象とする講習会で、乳児の発育チャートを掲げて見せるコミュニティ保健員（インド）

特に西部・中部アフリカでは、かなり大きな格差が残っている。さらに、中等教育における格差縮小のペースは初等教育の場合ほど速くない<sup>7</sup>。

教育のメリットが女性や女子だけでなく家族やコミュニティに対しても及ぶことは、かなり前から調査研究によって確認されてきた。研究の結果、教育を受けた若者の方が、妊娠によるリスクが最も高い時期である10代を過ぎるまで待ってから家庭を持つ可能性が高く、また生まれてくる赤ん坊もより健康である可能性が高いことが分かっている<sup>8</sup>。青年期を過ぎるまで妊娠しないようにすることの利益は多い。以下の事実を考えてみたい。

- 妊娠と出産に関連する妊産婦死亡は、世界中で15～19歳の女子の重要な死因のひとつとなっており、年間7万件に上っている<sup>9</sup>。
- 妊娠時の年齢が低いほど、健康上のリスクも高まる。15歳前に出産した女子が出産時に死亡する確率は20代の女性の5倍である<sup>10</sup>。
- 18歳未満の母親に生まれた乳児が生後1年以内に死亡する危険性は、19歳以上の母親に生まれた乳児よりも60%高い<sup>11</sup>。
- このような子どもは、たとえ生きながらえたとしても、低出生体重、栄養不良、身体的・認知的発達の遅れといった問題に苦しむ可能性がより高い<sup>12</sup>。

教育の利点は、妊産婦と新生児の死亡・罹病リスクを低減させることにはとどまらない。調査によると、教育を受けた女性は、結婚の時期を遅らせ、子どもに予防接種を受けさせ、自分と子どものための栄養についてよりよく知り、出産間隔を空けるためのより有効な習慣を実施する可能性が高いことが分かっている。そのため、このような女性の子どもは、教育を受けていない女性の子どもよりも生存率が高く、また栄養状態もより良い傾向にある<sup>13</sup>。

教育は女性の権利を実現するためにも必要不可欠である。教育は、家庭内での意思決定における女性の影響力を高め、女性の経済的・政治的参加の機会を作り出すことにつながる。

## 妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備するためには、ジェンダーによる不平等を固定化させる社会的・文化的・経済的障壁に立ち向かわなければならぬ。

### 虐待、搾取、差別、暴力からの保護

#### 児童婚を防止する

児童婚は、子どもの権利の侵害であり、女子の成長発達に悪い影響を与えると同時に、時期尚早な妊娠や社会的な孤立につながるが多い。子どもの権利条約では児童婚について直接取り上げられていないが、これはその他の権利と結びつく問題であり、世界人権宣言では、この点が「婚姻について自由かつ完全な合意を与える権利」（第16条）として認められている。女性差別撤廃条約（CEDAW）は、「児童の婚約及び婚姻は、法的効

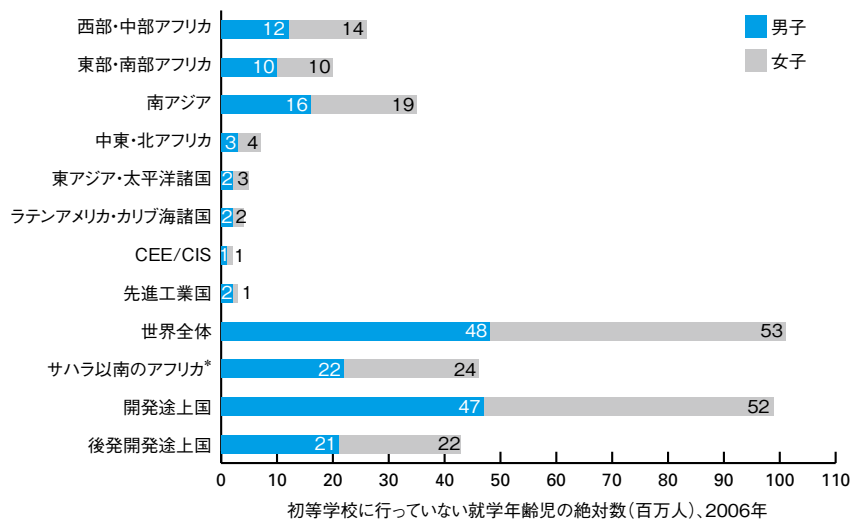
果を有しない」とし、各国に対して、婚姻最低年齢を定めること、婚姻の登録を義務づけることを求めている（第16条）。変革に対する国際的コミットメントの存在にも関わらず、多くの社会やコミュニティでは、コミュニティ・レベルでの社会的圧力が強いために、若い娘や息子を結婚させ続けている。世界全体では、20～24歳の女性6,000万人以上が18歳未満で結婚していた<sup>14</sup>。最新の国際的推計値によると、中国を除く開発途上国では、20～24歳の女性の36%が18歳未満で結婚し、または結婚と同等の関係に入っていたことが分かっている。一部地域では児童婚の発生率が特に高く、最新の推計値によると、

南アジアでは49%、西部・中部アメリカでは44%に達していた<sup>15</sup>。

青年期のうちに妻となった女性は、妊娠・出産による妊産婦死亡リスクが高まることに加えて、暴力、虐待、搾取の被害も受けやすい。児童婚はまた、青年期の女子が学校を中途退学するリスクも高める。これに伴って、前述したように、妊産婦と新生児の健康の面でも、稼得能力の面でも悪影響が生じる。これは、ひいてはジェンダーによる差別の悪循環を助長することになり、貧しい家族が、経済的な必要性から、娘たちの時期尚早な結婚をより積極的に認めてしまうことにつながる<sup>16</sup>。

図2.3

### 出席率の面でのジェンダーの平等は著しく改善されたが、初等学校に行っていない女子はいまだに男子よりも若干多い



\*サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：ユニセフ統計情報部が、世帯調査（人口保健調査と複数指標クラスター調査）とユネスコ統計研究所の出席率データを用いて算出した推計値。



青年期の妊娠と出産には健康上のリスクが伴うこと(32ページを参照)、子どものうちに妻となった女子は青年期の間に妊娠する可能性が高いこと、いくつかの開発途上地域における児童婚の発生率が高いことを考えると、妊産婦保健の向上のためには児童婚に終止符を打たなければならないことは明らかである。そのためには、特に、法定婚姻最低年齢を18歳と定めてこれを執行し、また出生登録と婚姻登録の両方を推進するために、政府の法律を強化することが必要になる。出生登録は、子どもの年齢を明確にするために必要である。

児童婚は全体的にはあまり見られなくなりつつあるが、変化のペースは遅

い。児童婚に対する一般的態度に対抗していくためには、ジェンダーの不平等に取り組んでいくことも必要になる。宗教指導者やコミュニティの指導者を含む、政府以外の関係者による行動も、特に中等教育段階における教育の推進と同様、極めて重要である。市民社会とメディアも、児童婚を根付かせている経済的圧力や社会的伝統に対処・対抗するための開かれた対話を醸成することを、それぞれの立場から支援することができる。

### 女性性器切除/カuttingを根絶する

女性性器切除とカutting (FGM/C) は、女子と女性の人権侵

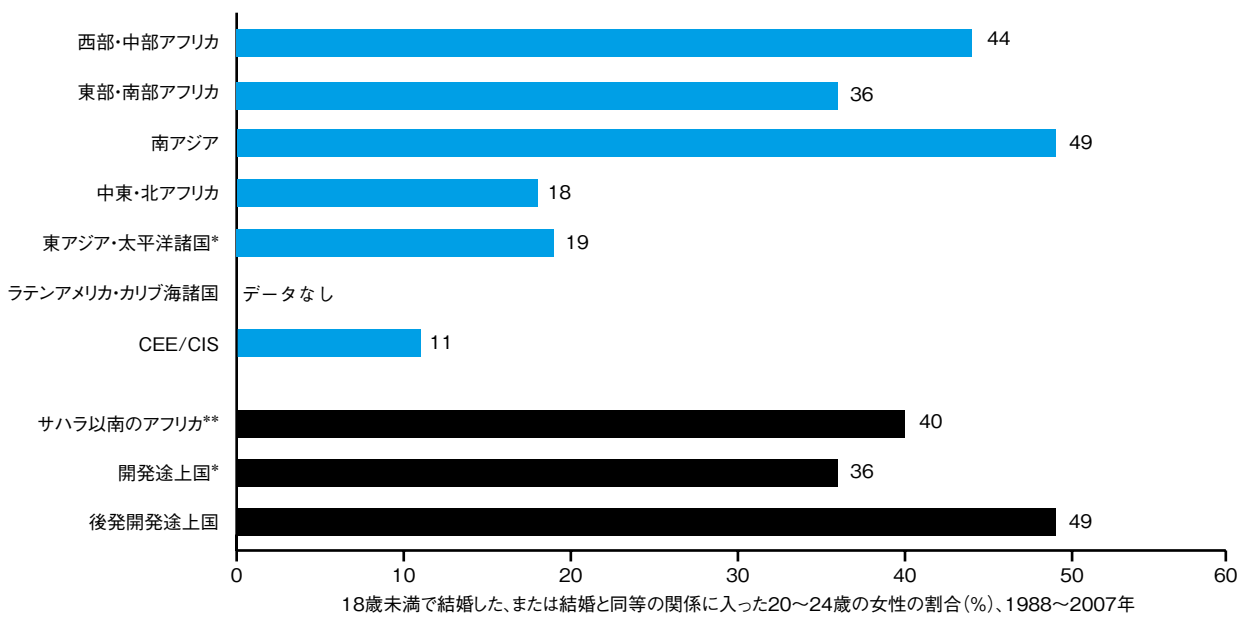
害であり、その身体的・精神的完全性、暴力と差別を受けない権利、そして最も極端な場合には生命を否定するものである。

アフリカと中東の27カ国で、15～49歳の女子と女性の約7,000万人にこの慣習が行われていると推定されている。この慣習は、衰退はしているものの、いくつかの国やコミュニティでは依然として根強く広がっている<sup>17</sup>。

FGM/Cは、権利侵害であるとともに、出産の際にも深刻なリスクを生じさせる。病院外での分娩停止や出産後の出血といった合併症の可能性が高まるためである。

図2.4

## 児童婚は南アジアとサハラ以南のアフリカで非常に多く見られる



\* 中国を除く。

\*\* サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

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

## 保健従事者の不足に対処する：妊産婦・新生児保健の向上にとって極めて重要な行動

妊産婦・新生児保健の最大の問題のひとつは、専門技能を持った保健従事者が不足していることである。2006年の世界保健機関（WHO）の調査によると、アフリカには世界の疾病の24%以上が集中しているが、保健従事者は世界のわずか3%しかおらず、保健支出も、海外からの有償・無償援助を考慮に入れた場合でさえ、保健に振り向けられる世界全体の資金額合計の1%にも満たない。対照的に、ラテンアメリカとカリブ海諸国および北米から構成される南北アメリカ地域では、世界の疾病の10%しか生じていないにもかかわらず、世界の保健従事者の37%を擁し、世界の保健資源の50%以上を使っている。

WHOによると、世界では430万人の保健従事者が不足しており、ヨーロッパ以外のすべての地域で保健従事者が不足しているという。より具体的には、専門技能を持った保健従事者——医師、看護師、助産師——が足りておらず、世界で行われる出産のすべてに立ち会うことができていない。共同学習イニシアティブの研究によると、出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合の望ましい最低水準を達成するためには、平均して住民1,000人あたり2.28人の保健ケア専門家が要する。この基準に満たない57カ国のうち、36カ国はサハラ以南のアフリカに位置している。保健従事者の絶対数はアジア——特にバングラデシュ、インド、インドネシア——で最も不足しているが、相対的ニーズが最大なのはサハラ以南のアフリカである。この地域では、必要人員を配置できるようにするためには保健従事者の数を140%増加させなければならない。かつてWHOが推計したところによると、全出産件数の73%で専門技能者の立ち会いを確保するためには、世界全体で33万4,000人の専門技能者を育成する必要がある。

専門技能者が不足している要因はいくつもある。育成と募集のための投資が十分に行われていないこと、保健ケア従事者向けのインセンティブが弱いこと、報酬が低いこと、ストレスが大きいことなどである。専門技能を持った保健従事者が——人口の高齢化が進む先進工業国で保健従事者の需要が急激に高まっていることに刺激されて——開発途上国から先進工業国に大規模に移住していることも、これに拍車をかけている。アフリカの10カ国の調査によると、出身国で育成された医師のうち現在OECD（経済開発協力機構）の8カ国で働

いている医師の数は、現在も出身国で雇用されている医師の23%に相当するという。

国内の人口動態も保健従事者不足に強く影響する要因である。開発途上国における急速な都市化のため、農村部での保健従事者不足に拍車がかかっている。育成された専門家がより豊かな大都市圏に仕事を求めるからである。保健従事者は都市部で資格を取得するのが通例であり、農村部を本拠地として働くのを嫌がる人が多い。苦労が大きくなり、生活条件も最低水準に近づき、都市部の快適な環境や娯楽にもアクセスしにくくなるというのがその理由である。例えば、南アジアと東南アジアで行われたある調査によると、農村部での募集が忌避された理由として、所得が下がること、経歴に箔が付かないこと、社会から孤立することが挙げられていた。

エイズも、感染率が流行水準に達している国々では保健システムに有害な影響を及ぼしている。これらの国で働く保健従事者は、私生活では高感染率国の他の住民と同じリスクに直面しているが、仕事でも、感染予防のための装備や習慣が十分ではない状況下で、相当のリスクにさらされている。南アフリカで2004年に実施された研究によると、若い保健従事者のHIV感染率は20%であった。これらの保健従事者には、現在よりもはるかに高い水準の保護とケアが提供されるべきである。これには、感染予防の装備の供給改善、針刺し損傷を予防するための安全対策、ウイルスにさらされた可能性がある場合の感染予防対策、HIVに感染した場合の抗レトロウイルス薬治療などが含まれる。

妊産婦と新生児の死亡・疾病を削減する目的で質の高い保健ケアを継続的に提供できるようにするためには、保健ケア従事者の不足を軽減する戦略が必要となる。コミュニティ保健員——その豊かな可能性は、基礎サービスを提供する上で大きな力となりうる——が分かっている——を募集・育成することで多少の不足は補われるとしても、特にサハラ以南のアフリカと南アジアでは専門技能を持つ保健ケア従事者を育成し、職にとどめておくために、はるかに多くの取り組みを進めなければならない。

参考文献は107ページを参照。

世界保健機関（WHO）の研究によると、女性性器切除/カッティング（FGM/C）は女性のリプロダクティブ・ヘルスに影響を与えたり、深刻な痛みを引き起こしたりするだけでなく、長時間の出血、感染、リプロダクティブ・ヘルスに関するさまざまな問題（不妊を含む）、そして死亡さえもたらす可能性がある。また、これを受けた女性が産んだ新生児にも影響が生じる。上記の研究では、

FGM/Cを受けた女性の方が出産時に合併症を発症する可能性が相当に高いという、はっきりしたエビデンス（証拠）が得られた。また、FGM/Cは赤ん坊にとっても有害であり、そのために周産期死亡の発生件数が出産100件あたり1~2件多くなることも分かっている<sup>18</sup>。

母親と赤ん坊のいずれについても、切除の度合いがひどくなるほどリス

クも高くなるが、これにはショック、出血、感染、生殖器部の潰瘍化も含まれる場合がある。いずれも、妊産婦と新生児の死亡や苦痛のリスクを高めるものである<sup>19</sup>。

FGM/Cを根絶することは、安全な妊娠・出産を確保し、新生児の死亡を削減することにとって極めて重要である。FGM/Cが広く行われているセネガルその他の国々で成功を収め



保健施設を拡大し、紹介・搬送システムを強化することは、妊産婦・新生児保健を向上させる有効な方法である。妊産婦と子どものための保健センターで、保健員によって体重測定される我が子を見守る母親（コートジボワール）

ている取り組みでは、コミュニティ・エンパワーメント、開かれた対話、集団的合意を通じてこの慣習を集団的に放棄することが基礎として位置づけられている<sup>20</sup>。

### 女性と女子に対する暴力、虐待、搾取を根絶する

暴力はあらゆる社会に広く存在している。暴力はその被害者の身体的健康や情緒的・心理的安寧を阻害するものである。また、家庭、職場、社会に存在するジェンダーによる不平等は、暴力を許容する環境を醸成する可能性がある。

女性と女子に対する暴力がかなりの規模で存在し、被害者に大きな影響を及ぼしていることは、ずっと以前から認識されてきた。しかし、ごく最近まで、その測定は専ら特定の研究に限られていた。世界保健機関（WHO）による大規模な研究と、女性や子どもに対する暴力について国連が最近実施した研究により、女性と子どもに対する暴力が驚くほどの水準で存在すること、しかもその水準には国や地域内で大きな格差があることが、明るみに出たのである<sup>21</sup>。暴力を受けることによって生じる健康

上の影響のため、身体面や生殖面で望ましくない結果が生じる恐れが高まる。多くの研究は兆候を示すもので決定的結論には至っていないが、女性・女子への暴力と妊産婦の死亡・疾病リスクの上昇との間に相関関係があることを示している。

- インド農村部の400の村を対象として行われた研究によると、妊婦の全死亡件数の16%はパートナーの暴力によるものであった<sup>22</sup>。
- 性的暴力、特にレイプは、強制的な妊娠に結びつくことがある。特に、ボスニア・ヘルツェゴビナやルワンダでの紛争で見られたように、性的暴力が戦争の兵器として用いられ、女性が妊娠するまで繰り返しレイプされるような場合はそうである<sup>23</sup>。
- データが示唆するところによると、強制的な妊娠の場合は望んで妊娠した場合よりもリスクが大きくなるとともに、望まない妊娠をした女性は、早い段階から出産前ケアを受けたり、医師等による監督のもとで出産したりすることがより少ない。このような妊娠では、安全でない方法による中絶（これは

妊産婦死亡の重要な原因のひとつである）、抑うつ状態、自殺、妊娠に対する家族の否定的反応の恐れも高まる<sup>24</sup>。

- 妊娠前あるいは妊娠中の暴力は、母子にとって、流産、早産、胎児仮死などの複合的な健康リスクをもたらす可能性がある。また、妊産婦が医療ケアを求められなくなってしまうこともある。ニカラグアで実施された研究によると、乳児の低出生体重の約16%はパートナーによる妊娠中の身体的暴力と関係があった<sup>25</sup>。
- 女性に対する暴力には、慢性的な痛み、生殖器の損傷、不健全なほどの体重減少など、リプロダクティブ・ヘルスに関わる影響もある<sup>26</sup>。
- 女性に対する暴力が心理的に及ぼす影響も破壊的なものとなりうる。抑うつ状態、ストレスと不安障害、心的外傷後ストレス障害、自殺などである<sup>27</sup>。
- 母親に対する暴力は、新生児のケアと授乳に困難をもたらすことがある。さらに、乳幼児も暴力の危険にさらされていること、そして

## 女性や子どもに対する暴力と闘うことは、妊産婦・新生児保健の向上にとって極めて重要である。

身体的暴力による死亡数が過少に推定されていることを示唆するエビデンス(証拠)も増えつつある<sup>28</sup>。

女性と女子に対する暴力・虐待との闘いは多面的プロセスであり、直接的・間接的原因および影響に正面から対処していくための、政府、市民社会、国際パートナー、コミュニティの力強い行動が必要である。法律の制定と執行、調査研究、プログラムと予算を網羅した包括的なメカニズムを設け、議論における女性の発言権を高めるとともに、この問題に対する関心を持続させていくことが、暴力を現行の水準よりも少なくするために必要不可欠となる。

### 家族、コミュニティ、経済的・社会的・政治的生活への参加

ジェンダーによる差別は、女性——どの社会でも子どもの主たる養育者である——が家庭やコミュニティでの妊産婦と子どもの健康に影響を及ぼしうる重要な決定や行動に全面的に参加することを阻む可能性がある。この問題については、『世界子供白書2007：ジェンダーの平等がもたらす二重の恩恵』で詳しく検討した。同白書で明らかにされたように、サハラ以南のアフリカ、南アジア、中東・北アフリカ全域の多くの国々で、調査対象とされた女性の3分の1以上が、女性自身の保健ケアについて夫だけで決定していると答えている。6地域にわたる30カ国で調査対象となった女性も、相当の割合で、家庭内の意思決定に十分に関わっていないと答えていた<sup>29</sup>。

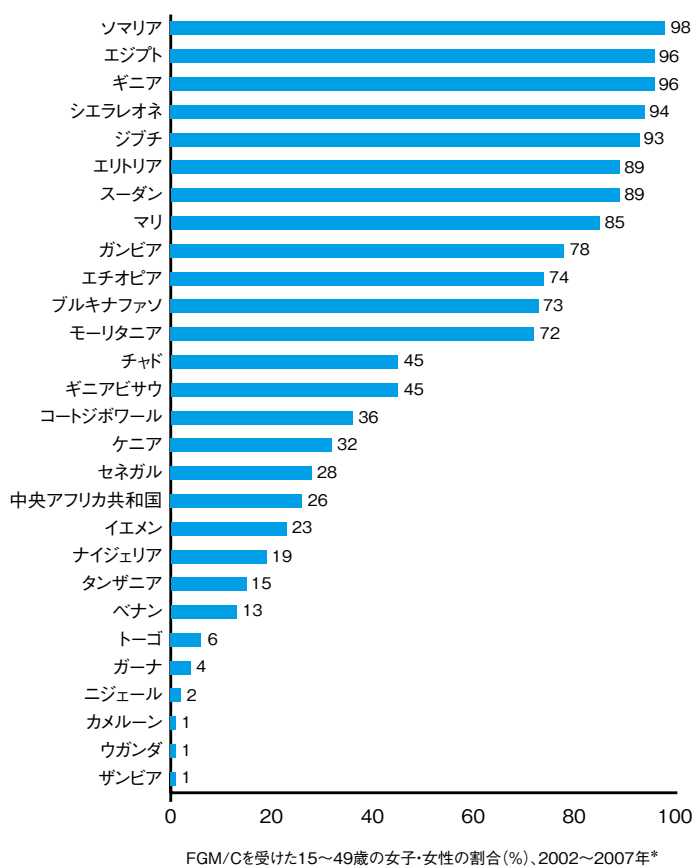
自らの、そして子どもたちの生活に影響を与える重要かつ日常的な意思決定プロセスに女性がより平等に参加できるようにすることは、妊産

婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備する上で極めて重要である。主要な決定に参加することのできる女性は、子どもに十分な栄養が与えられるようにし、自分と子どものために適切な医療ケアを求める可能性が高いことが、研究によって分かっている<sup>30</sup>。

女性が家庭内の意思決定に参加す

る能力を強化することは、解決策の一部に過ぎない。人口保健調査(DHS)で得られたエビデンス(証拠)によれば、女性の意思決定能力の多くはコミュニティ・レベルで行使されている<sup>31</sup>。女性がエンパワーされてコミュニティに参加できるようになれば、ジェンダーによる差別を固定化させてしまうような態度や慣習に立ち向かい、作業を分担し、資源をプー

図2.5 女性性器切除/カッティング (FGM/C) は減少傾向にあるが、今なお多くの開発途上国で広く行われている



\*データは指定期間内に入手できた直近の年次のもの。  
 出典：人口保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)、その他の全国調査

## 母親と新生児の保健を一層公平なものとするために

セザール・G・ビクトラ（ブラジル・ペロータス連邦大学疫学教授）

保健面での成果および必須基礎保健ケア・サービスへのアクセスにおける公平性の問題に対する関心が、妊産婦、新生児、子どもの保健の分野で高まっている。この問題に焦点を絞ることの妥当性を裏づけているのが、保健その他の開発分野で存在する格差の規模に関する新たなエビデンス（証拠）や調査研究である。不公平は、人口集団間に存在する、不公正かつ回避可能な系統的差異と定義されている。これには、さまざまな要因の中でも、社会経済的立場、ジェンダー、民族集団、居住地に関連する格差が含まれるのが通例である。

専門技能者による出産時の立ち会い——妊産婦・新生児の健康と生存を向上させるための主要な支援策のひとつ——は、保健支援策の中でも最も不公平な分布が見られるものに数えられる。図2.6は、低・中所得国で最近行われた全国調査の結果に基づき、専門技能を持つ保健従事者が立ち会った出産の割合の平均を示したものである。世界の諸地域間に顕著な不公平が存在している。ヨーロッパと中央アジアではすべての所得層について最高水準の普及率が達成されているのに対し、特にサハラ以南のアフリカと南アジアは大幅に遅れをとっている。

地域間の差異に加え、各地域内でも社会経済的な立場によって重要な格差がある。これは、人口を資産指数によって五分位に分類した階層ごとに出産時の専門技能者の立ち会い状況を比較することによって明らかになる。南アジアでは、最も貧しい層20%に属する母親のうち出産時に専門技能者の立ち会いを受けた者が10%に満たないのに対し、同地域の最富裕層20%に属

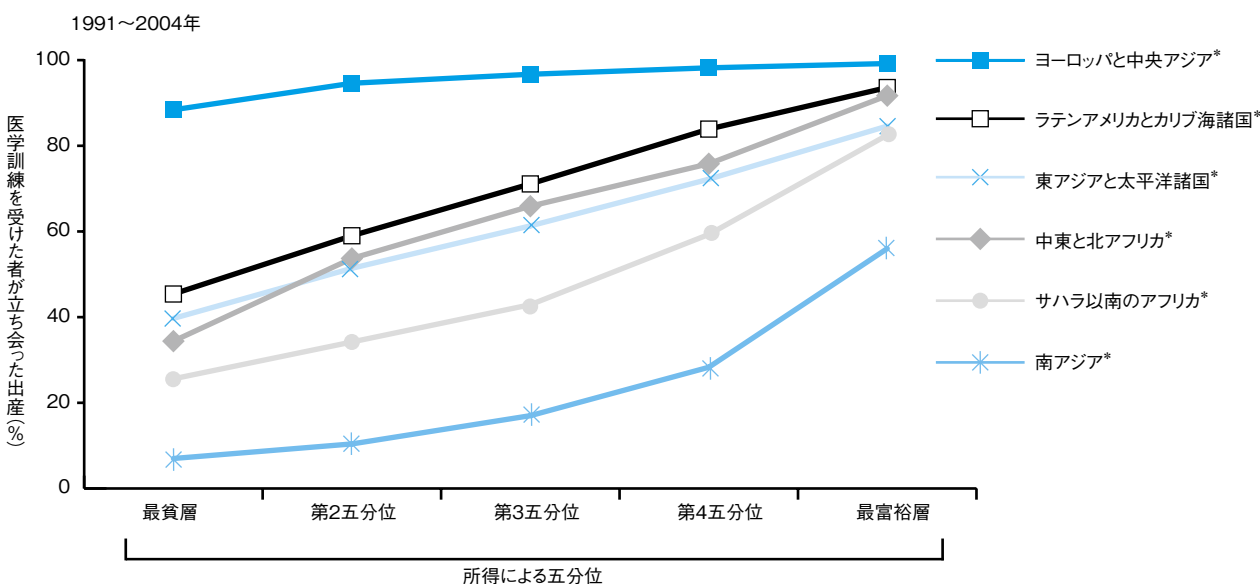
する母親は56%が立ち会いを受けている。他の開発途上地域でも同様の格差が見られ、ヨーロッパと中央アジア——調査データがある国のほとんどは旧社会主義共和国——でさえ、専門技能を持つ保健従事者が立ち会う出産の割合は、最貧層の女性の場合には最富裕層の女性の場合よりも著しく少ないのである。

保健ケアの提供における格差は他の測定値を見ても顕著である。開発途上国では、都市部の母子の方が農村部の母子よりも保健ケアへのアクセスや健康状態が良い傾向にある。社会経済的な不公平は都市部内でも同様に顕著であり、スラムに住む人々の健康状態は特に悪い。国内でも、妊産婦と子どもの保健の面では州ごとの違いが大きいことがしばしばある。ブラジルでより繁栄している南部諸州と、より貧しい状況に置かれている北東部との保健指数の大幅な違いが如実に示している通りである。

貧しい母子は、継続的なケアのあらゆる段階で十分なサービスを受けられていない。サハラ以南のアフリカのいくつかの国のデータを使って、4つの必須支援策——出産前ケア、専門技能者による出産時の立ち会い、出産後ケア、子どもの予防接種——をパッケージの形で受けた母子の割合がまとめられている。4つの支援策すべての普及率は、最富裕層集団のほうが最貧層集団よりも2倍から6倍——国によって異なる——高かった。保健ケア・サービスの提供がこのように不公平な形で分布している事実は、最貧層および社会で最も周縁化されている集団が直面している社会的排除の反映であるとともに、それを固定化するものである。また、妊産婦、新生児、子どもの死亡率

図2.6

### 出産時に専門技能者の立ち会いを受けた母親の割合（所得階層別・地域別）



\*参考文献は108ページを参照。

出典：Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, D.C., September 2007, pp.123-124.

にこれほど顕著な社会経済的ばらつきがある理由を説明する一助ともなる。

保健システムは、これらの格差を克服する上で重要な役割を担う。さまざまな開発途上国の事例を見れば、必須サービスへのアクセス格差に対処し、これを縮小させるためにできることは多く、実際にそのための取り組みが進められていることは明らかである。

- ・タンザニアでは、貧しい母子に影響を与える病気と闘うための支援策を優先することにし、地区保健予算をこれらの疾病対策に優先的に配分することで死亡数が顕著に削減された。
- ・ペルーでは、最も貧しい州が新しいワクチンの予防接種を最初に受ける地域に指定されている。これらの地域で予防接種率が高くなって初めて、ワクチン配布が他の地域にも拡大されるのである。
- ・バングラデシュでは、小児期疾病統合管理（IMCI）戦略が国内の最も貧しい地域で組織的に採用された。同様の戦略がブラジルの家庭保健プログラムでも採用されている。

貧しい人々は農村部や遠隔地に住んでいることが多いので、必須サービスをこれらの人々に届けるための適切なチャンネルの活用は、保健セクターが第一に考えるべきことのひとつである。図2.7は、マリで子どもの生存・発達促進（ACSD）戦略を

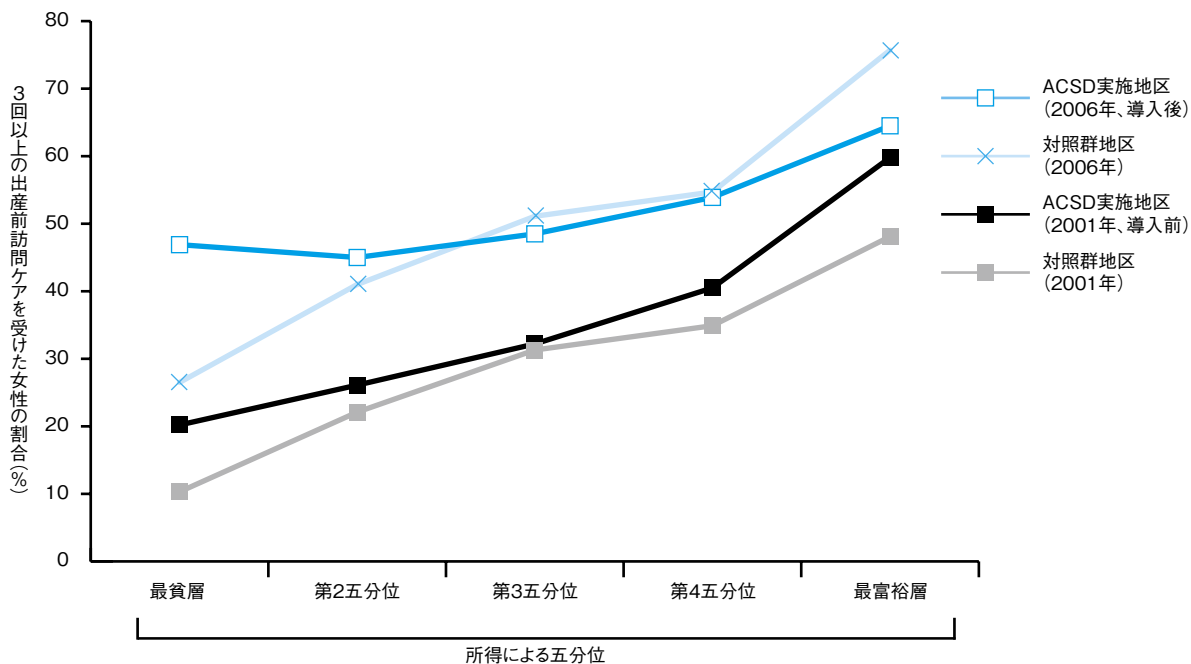
実施したことにより、出産前ケアへのアクセスにおける不公平がどのように縮小されたかを示している。2001年にプログラムが導入される以前は、ACSD実施地区と対照群地区のいずれにおいても顕著な社会的格差が見られたが、5年後には、出産前ケアへのアクセス状況は、対照群地区よりもACSD実施地区の方が著しく公平なものになったのである。同国のACSD戦略では、アウトリーチの取り組みに大きく依拠しながら、遠隔地に住む農村部の母親のためのアクセス改善が目指された。しかしながら、アウトリーチ活動が強力に実施されなかった他のACSD導入国では、これと同様の結果は得られていない。

健康面での不平等を縮小することは、人権の全面的達成のために必要不可欠である。保健ケアの提供に格差があると、こうした不平等の発生につながる。つまり、保健システムは不平等の根絶の役割も果たすということである。妊産婦・新生児・子どもの生存について最大の成果が得られるかどうか、病気の負担に最も苦しんでいる最貧層および最も周縁化されている人々に対し、いかにして効果的にサービスを提供できるかにかかっているということを考えれば、このことはとりわけ明らかになる。十分な政治的支持と資源を得て実施されたことにより、保健面での不公平を相当に小さくできた成功例は多い。国と社会にとっての主要課題は、こうした成功例を伝え広め、最良のやり方を採用するとともに、公平性を保健政策の最優先事項に位置づけるという政治的意識を喚起し、維持していくことである。

参考文献は107ページを参照。

図2.7

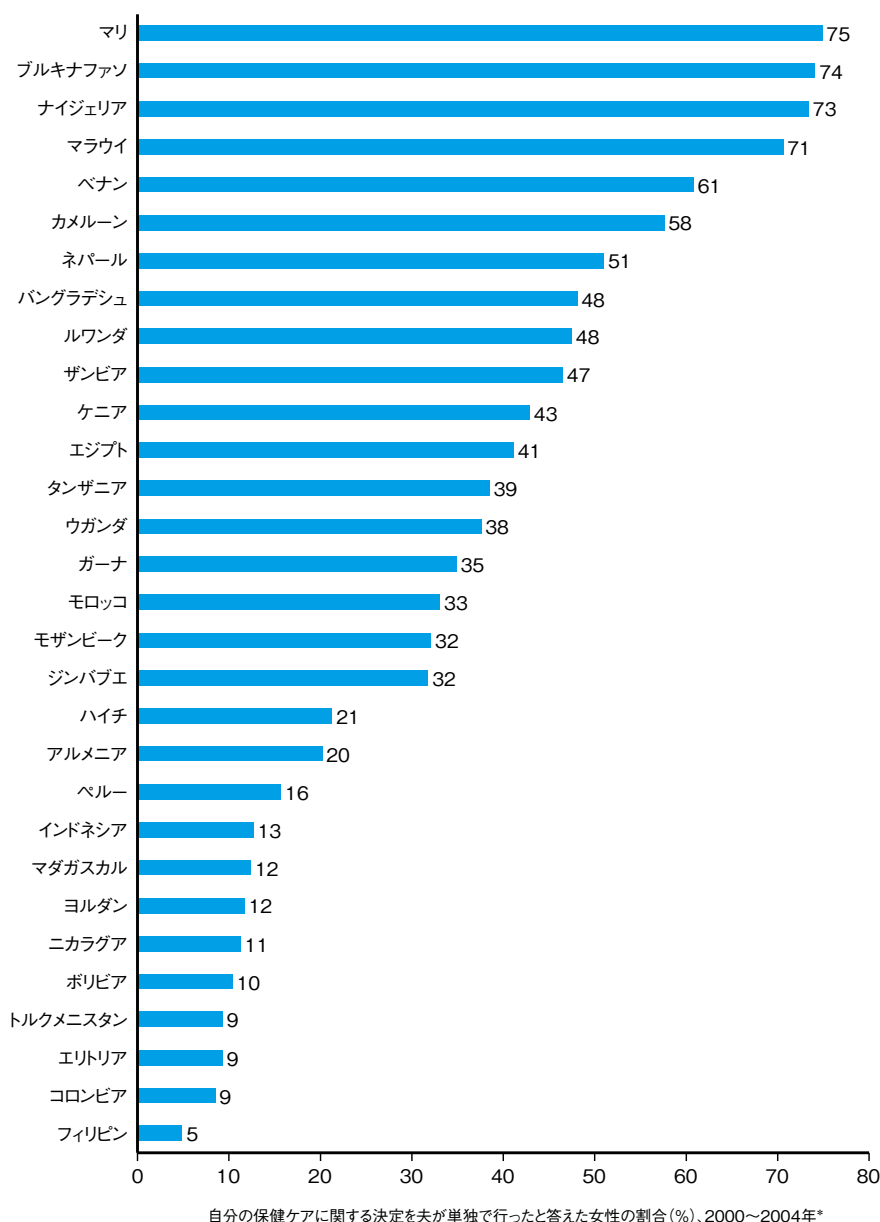
### 3回以上の出産前訪問ケアを受けたマリの女性—— 子どもの生存・発達促進（ACSD）イニシアティブの導入前と導入後



出典：ジョンズ・ホプキンス大学、2008年

図2.8

開発途上国の女性の多くは、自分自身の保健ケアのニーズについて発言権を認められていない



\*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（DHS）により集められたデータを基にユニセフが計算。

ルし、妊産婦・新生児保健を向上させるためのイニシアティブを皆で考案・維持することが可能になる。ほとんどの新生児と母親が妊娠と出産をくぐり抜けて生き延びることができる最大の理由のひとつは、結束して行動する女性たちの洞察力によるものである。

雇用と政治生活における主要な意思決定プロセスに女性が一層参加できるようになることも、妊産婦と新生児の健康に関わる成果を向上させる上で極めて重要である。経済的地位を向上させることは、意思決定への女性の参加を促進するために不可欠となる。また、それに伴って、子どもたちの健康にも良い影響が及ぶはずである。家庭内での意思決定をどのように進めるかに関して女性の影響力が高まると、女性は、子どもが十分な食事をとり、医療ケアを受けられるようにする可能性が男性よりも高い<sup>32</sup>。資産を持つことも、家庭内での意思決定における女性の影響力を高めることにつながる。バングラデシュの農村部で実施されたある研究によれば、結婚前に夫よりも資産を多く持っていた女性の方が、家庭内での意思決定における影響力が強いことが分かった<sup>33</sup>。

国レベルの立法府で女性の代表を増やすという面では若干の進展が見られるとはいえ、2008年5月現在、世界全体で女性議員の割合は今なお19%に満たない<sup>34</sup>。2003年以来地方の意思決定における女性についてのデータを発表している都市・地方自治体連合（United Cities and Local Governments）によると、自治体行政においても女性の代表の存在は十分ではなく、調査対象60カ国で女性市長はわずか9%、調査対象67カ国で女性の市町村議員は21%であった<sup>35</sup>。議会

## 女性が意思決定にさらに全面的に参加できるように奨励することは、母親と新生児のための支援環境を整備するための鍵となる。

政治への女性の参加は限定されており、また比較的最近になってからの傾向であるため、妊産婦と新生児の健康面における成果という点で女性議員がどの程度の影響力を発揮できるかは、今なお明らかではない。しかし、エビデンス（証拠）が示唆するところによれば、女性議員は、子どものケアを改善し、女性の権利を強化するイニシアティブを優先させることによって、女性と子どもを支援するための方策を強力に支持・推進する可能性が高い<sup>36</sup>。

女性グループも地方レベルで変化をもたらすことができる。2004年、女性の権利活動家によるアドボカシーにより、モロッコ政府は、ジェンダーによる不平等に対抗し、子どもの権利を守る画期的な家族法を支持するに至った。同年、モザンビークの女性グループが行ったキャンペーンは、法定婚姻年齢を親の同意がある場合は2歳引き上げて16歳に、同意がない場合は18歳に引き上げることに成功した<sup>37</sup>。

女性が家庭内の意思決定や経済的・政治的生活にさらに全面的に参加できるように、そのエンパワーメントを図ることは、母親と新生児のための支援環境を整備するための鍵となる。しかし、女性の参加には、保健面での成果に影響を与えることをはるかに超えた利点がある。コミュニティと社会が、市民の3分の2を占める人々——女性と子ども——に影響を与える重要な問題に目を向け、さまざまな影響と考慮を基盤にした、より豊かな視点から決定を行えるようになるのである。

### 女性と女子をエンパワーする

ジェンダーの平等と女性のエンパ

ワメントに投資することの相乗効果は、数々のエビデンス（証拠）によって実証されている。女性の教育、リプロダクティブ・ヘルス、経済的・政治的権利に関して対象を明確にした投資を行うことにより、貧困の削減、維持可能な開発、平和に関する前進をもたらすことができるのである。

国際的な報告書で、より幅広い経済的・社会的利点に焦点が絞られるのは理解できる。限られた資金を求めて他の開発優先課題と競合する投資を主張することが多いからである。しかし、女性のエンパワーメントそのものの利点は見失われやすい。エンパワーメントを達成した女性は、自分の人生を自分自身でコントロールし、コミュニティで変化の推進役となって行動し、子どもと家族にとって最善の利益を積極的に追求する力が高まる。これは、家計に入ってきた所得が、栄養のある食べ物、教育、保健ケアのような最も大事なものに使われるようにするという形を取るかもしれない。また、妊娠中・出産時に可能な限り最善のケアを女性に保障し、赤ん坊の健康を守るようなサービスを要求することも意味するかもしれない。

地域レベルで女性が協力し合うことは、しばしば女性のエンパワーメントを奨励する重要な機会となる。非公式な女性グループは、夫から独立した収入源を得るために菜園を作るといった、実際的な目的で集まるのが通例である。しかし、このようなグループを通じて連帯感を育み、問題を共有することによって、エンパワーメントの感覚がさらに高まり、妊産婦・新生児・子どもの保健サービスの改善要求が強まる可能性もある。

### 妊産婦・新生児の保健およびケアに男性と青年期の男子を参加させる

ジェンダーの平等を唱道する報告書では、一見して男性への言及が欠落していることが多い。問題が男性そのものである場合に触れられるのみである。例えば、虐待者あるいは家の中の暴君という形で、一家の貴重な収入を不必要なものにつぎ込む浪費家として、あるいは避妊に責任を持たない無責任な性的パートナーとして登場することはある。

妊産婦・新生児保健の分野の文献では、男性については触れられないのが一般的である。可能な限り最善の妊産婦ケアを求める取り組みに積極的に参加し、子どもの福祉についても親としての責任を全面的に果たしている数億人の父親やパートナーが、自分たちはないがしろにされていると感じてもしかたがない。

逆に言えば、男性はこの問題から排除されることによって、ともかく責任を免れ、家族生活の最も本質的な側面であるこの問題に対して責任を負わないことを正当化されているのかもしれない。

子どもの誕生は、特にそれが初めての子どもであれば、男性の人生における画期的瞬間となることが多い。それは、自分は愛情溢れた責任ある人間であり、その自分を頼りにする人間がいるのだという自己像がくっきりと形を結ぶ瞬間になりうるのである。より一般的には、妊娠したパートナーや生まれたばかりの子どものケアに男性が参加することは、一生涯続く前向きで支援的な関係を確立する重要な機会となりうる。



人口の73%が都市部に住む低中所得国のペルーは、子どもの死亡の削減という点では目覚ましい前進を示し、1970年には6人中ひとりだった死亡率を2006年までに50人中ひとりへと減らした。1990年から2007年の間にペルーの5歳未満児死亡率は74%低減されたが、これはラテンアメリカとカリブ海諸国全域で最大の減少率（同期間）である。しかし、妊産婦保健の分野では、ここまでの成功は収めていない。同国の妊産婦死亡率は、出生10万人あたり240と推計されており（2005年）、これは同地域で最も高い部類に入っている。さらに、ペルーの女性が直面している妊産婦死亡の生涯リスクは140分の1と推計されており（2005年）、地域平均である280分の1の倍となっている。

妊産婦死亡の削減に関して相対的に前進が見られなかったことから、同国は「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの優先的援助対象国拡大リストに記載された。このイニシアティブの対象基準は現在では拡大されており、2005年に設定された子どもの死亡率に関する基準に加えて、妊産婦死亡率に関する基準も含まれることになっている。保健省によると、農村部の女性が妊娠に関係する原因で命を落とす確率は、都市部の女性の2倍に上る。2000年には、専門技能を持つ保健従事者が立ち会った出産は農村部ではわずか20%であり、これに対して都市部では69%であった。

他のラテンアメリカとカリブ海諸国と同様、ペルーが妊産婦・新生児保健を向上させるための課題——そして、前進をもたらす最大の可能性を秘めた対応——は、民族、地理、極度の貧困による格差に対処することである。そのためには、女性と乳児に対し、その居住地あるいは居住地に近い場所での質の高いサービスを提供すること、通常時・緊急時の妊産婦・新生児ケアを統合的な形で提供することが必要になる。

課題のひとつは、施設を中心として、またはアウトリーチ方式で提供されていることが多い現行の保健サービスのあり方を、保健システムによるサービスが現在十分に提供されていないコミュニティの慣習に応じて修正することである。例えば、農村部の女性は、伝統や文化的慣習に従って、保健センターの分娩室ではなく自宅で、伝統的助産師の指導を受けながら垂直位で分娩をしたいと望む場合がある。さらに、こうした妊産婦が公式なケアを受けようと決心しても、保健施設までの距離、サービスの費用、言語の壁その他の障害のために思いとどまってしまうかもしれない。

母親が専門技能を持つ者の介助を受けながら自宅で出産することを選べるようにするとともに、必要に応じた緊急産科ケアへの強力な紹介・搬送システムを整備することが、公式な保健サービスを伝統的慣習に統合させる適切な方法となる可能性がある。これを目指して、保健省はユニセフのペルー事務所とともに妊産婦保健プロジェクトを策定し、次の4つの主要戦略を掲げた。

- ・保健サービス機関から地理的に離れていることで生じる問題を解決するため、妊婦用の出産待機所を設置する。
- ・出産と母親の状態が優先されるよう、家族とコミュニティの支援を推進する。
- ・貧しい家族のために出産前・出産時・出産後ケアにかかる費用を負担する統合保健サービスへのアクセスを強化する。
- ・保健施設で働くスタッフと、出産に関する根強い文化的伝統を保持している母親との間の壁を取り除くため、妊産婦サービスのあり方を修正する。

妊婦用の出産待機所は「ママワシ」と呼ばれ、農村部の女性が自宅ではなく保健センターで出産するという選択肢を選ぶことを奨励するために建設される。現在、保健センターや病院の敷地にほぼ400棟が建てられており、他にアプリマック、アヤクチョ、クスコの各地域でも賃借した建物内に同様の施設が設けられている。近くや遠くのコミュニティから来た妊婦は、出産を終えるまでこの出産待機所に滞在することが可能である。遠隔地の村から来た妊婦は、数週間あるいは数カ月滞ることができる。ママワシは、農村で見られる典型的な先住民族家屋に似せて設計してある。出産を控えた女性は施設に家族を連れて来ること認められているので、より堂々と、安心してサービスを利用することができる。

保健センターもやり方を変えてきている。例えば、垂直位での出産にも対応できるようにし、出産時に家族や伝統的助産師（産婆）の付き添いを認め、センターの室温をこれまでよりも高めに維持するなどの対応を取っている。

このプログラムは、保健ケアにおける文化的配慮を促進することによって、日常的な保健サービスのあり方を変えてきた。アンデス山脈に近い、クスコ県パウカルタンボ郡に位置するファンカラニ地区は、この新しい戦略の導入に最も成功している場所である。全体では妊婦のほぼ4人に3人が、特に出産の際に、サービス提供地域の保健ケア・センターを訪れるようになったのである。以前はこの割合は4人にひとりだった。このプログラムは、各地区・県の保健政策に取り込まれるようになり、2004年には保健省によって全国的に実施すべき国レベルの基準として採用された。保健省は、サービスを文化的に適切なものとするための方法を保健従事者に教えるための研修モジュールも作成している。

参考文献は108ページを参照。

## スーダン南部： 平和の後は、妊産婦死亡との新しい闘いが

21年続いた紛争の後、スーダン北部と南部との内戦は2005年に終結した。戦いはほとんど終わったものの、スーダン南部は新たな闘いに直面している——妊産婦と新生児の死亡率との闘いである。2006年のスーダン世帯別保健調査によると、西エクアトリア州（スーダン南部の州）の妊産婦死亡率は出生10万人あたり2,327で、世界最高値のひとつだった。2006年の新生児死亡率は出生1,000人あたり51で、スーダン全体の出生1,000人あたり41よりも大幅に高かった。

専ら少数の非政府組織を通して運営されている保健ケアの普及率は、全体ではわずか25%と推計されている。保健ケアが受けられるとしても、妊産婦のための保健サービスは限られており、多くの場合あまり利用されていない。その理由のひとつとして、教育の欠如が考えられる。国連人口基金（UNFPA）の推計によれば、スーダン南部の女性の識字率はわずか12%（2006年）にとどまり、これに対して男性は37%だった。このため、女性は保健情報へのアクセスが限られている。

もうひとつ考えられる理由は、出産前ケアが受けられるセンターにたどり着くには、妊婦が徒歩で長距離を移動しなければならないことである。このため、妊産婦ケアを受ける割合は場所によってまちまちで、ユニティ州の17.4%（2006年）から西エクアトリア州の80%近くまで、大きな格差がある。スーダン南部では、専門保健従事者が立ち会う出産の割合は15%に満たず、80%は、親戚、伝統的助産師（産婆）、あるいは村の助産師（通常約9カ月の研修を受けた女性の助産師）の監督下で行われる自宅出産である。それでも、妊産婦の死亡原因——遷延分娩・分娩停止、出血、敗血症、子癇など——のほとんどは、より高度な研修を受けた者が立ち会うことにより対応することができるとは思えない。

現在利用可能な出産前・分娩サービスは、熟練した技術を身に付けたサービス提供者が存在しないために質が低いものとなっている。スーダンの南部10州すべてにおいて、助産師、伝統的助産師（産婆）、妊産婦・新生児ケアに携わるその他のサービス提供者は、簡単な救命・看護処置を

施すのに必要な研修を受けていないのである。設備や装備がないこと、紹介・搬送制度が貧弱であること、物理的インフラや輸送手段が不十分であることも、保健ケアの提供を妨げている。スーダン南部では、妊産婦と新生児の死亡のほとんどが産後に起きているにもかかわらず、産後のケア・サービスが実質的に存在していないのである。

こうした背景の下、スーダン南部政府とそのパートナーは、妊産婦保健サービスを強化するための努力に乗り出している。2006～2011年の暫定保健政策では、女性の権利を守りながら保健サービスを改善していく必要があるという認識に立った、統合的アプローチの概略が示されている。保健省は、基礎保健ケア、リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦保健のための施設の増設を約束する一方、マスメディアやカウンセリング・サービスを活用した、栄養、有害な伝統的慣習、性的健康についての情報の普及を支援してきた。直ちに対応しなければならない保健ケアのニーズに応えるため、国連人口基金（UNFPA）の支援を受けて、基礎的な資格を持つコミュニティ助産師の「速習型研修」が進められている。2006年6月には、スーダン南部のジュバ総合教育病院に初の瘻孔（ろうこう）修復センターが設けられた。

この戦略の実施を促進するために、政府はすでにリプロダクティブ・ヘルス局を設置し、各州における妊産婦・新生児保健活動の推進・監視・調整を担当する州別コーディネーターの採用を進めている。ユニセフは、いくつかの州で出産前・緊急産科サービスの拡大を支援するとともに、ラジオやコミュニティ・アウトリーチ活動を通じた重要な保健メッセージの普及を支援している。

課題はまだ残っている。難民の帰還と多数の避難民の移動、スーダン南部における出生率の高さ（6.7）、いくつかの人口集団におけるHIV感染率の上昇により、体系的な保健プログラムが必要とされているのである。闘いは長期にわたるものになるかもしれないが、勝利を確信している人々はすでに行動に出ている。

参考文献は108ページを参照。

調査研究が明らかにするところによると、男性は、自分自身や人間関係について前向きな感情を持ち、また子どもの生活に関わることについて家族や友人の支持を得られる場合に、熱心で参加意欲の強い父親になる可能性が高まる。親としての責任を共有する男性は、家庭内の意思決定も女性のパートナーと共有し、従ってパートナー自身のエンパワーメントにも寄与する可能性がより高くなる<sup>38</sup>。

男女双方の参加を奨励するプログラムは、男女間のコミュニケーションを密にすることにより、また子育ての仕事をより平等に分担するよう奨励することによって、このようなプロセスの一助になりうる。さらに、職場も、子育てにおいて両方の親が果たす役割を認識し、女性のみならず、男性も仕事と家庭内での責任を両立するよう奨励しなければならない。

## 支援環境と継続的なケアを連携させる

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備することは、ダイナミックかつ継続的なケアの中で必須支援策の規模を拡大するための強力な基盤となりうる。第3章ではこの点に焦点を絞って検証する。

# 3 時間と場所を横断的に結びつけた 継続的なケア：リスクとチャンス



実効性のある継続的ケアとは、青年期、妊娠前、妊娠中、出産時、出産後および新生児期における重要な時期に、家庭およびコミュニティの主要な場所で、アウトリーチ/外来方式による支援策を通して、また女性や子どもが容易にアクセスできる保健施設において、母子を対象とした必須サービスを提供するものである。保健におけるコミュニティ・パートナーシップは、継続的なケアの必要不可欠な要素となる。しかし、妊産婦と新生児の死亡率を低減する上で最も重要なのは、質の高い出産前ケアであり、専門技能を持った保健従事者による出産時の立ち会いであり、母親と新生児のための出産後ケアであろう。出産時の合併症に対処するための緊急産科ケア・新生児ケアを利用できるようにしておくことで、現在出産時や早期新生児期に失われている多くの命を救うことができるはずである。『世界子供白書2009』の第3章では、継続的なケアを支える主要なサービスについて、またこれらの支援策をどのように拡大・改善できるかについて検証する。

## 継続的なケア：重要な時期にサービスを提供する

出生から高齢期に至るまで、人生のあらゆる段階で、健康に関わる差し迫った需要が存在する。母親と新生児が有する相互に関連した保健ニーズに応えようとするサービスでは、高度な継続性と統合性が必要である。これらの特徴は、妊産婦・新生児保健を向上させようとする保健関連の国内・国際的政策、プログラム、パートナーシップには、必ずしも目に見える形で表れてこなかった。

継続的なケアという枠組みが目指すのは、単一で特定の病気に特化した支援策を重視する伝統的な手法から脱却することである。そこでは、妊産婦、新生児、子どもの保健のあらゆる段階を包含した基礎保健ケア・モデルが提唱されている。しかし、この枠組みの成功は、ライフ・サイクルの重要な時期に必須サービスを提供し、改善されたやり方を実施できるかどうかにかかっている。その際、母親、新生児、そしてその家庭とコミュニティを、質の高い基礎保健ケア・サービスおよび妊産婦サービスと結びつける取り組みが同時に進められなければならない<sup>1</sup>。

第3章では、継続的な妊産婦・新生

児ケアを支えるために必要な必須サービスについて概観する。これには次のようなサービスが含まれる——栄養の改善、安全な水、衛生と衛生施設の拡充、衛生習慣の促進、病気の予防と治療、質の高いリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する保健）・サービス、十分な出産前ケア、専門技能者による出産介助、基礎的かつ包括的な緊急産科・新生児ケア、出産後ケア、新生児ケア、そして新生児期・小児期疾病統合管理（IMNCI）である。

この章では保健サービスの提供場所についても簡単に検証する。これには、家庭とコミュニティのレベル、アウトリーチ・サービスと外来サービス、施設を基盤とするケアがある。

### 質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービス

リプロダクティブ・ヘルスに関するターゲットは、当初ミレニアム開発目標（MDG）には含まれていなかったが、2005年9月の世界サミットにおいて、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達成するという決定が行われた。その後、新しいMDG枠組みが採択され、2008年1月の改定版目標にリプロダクティブ・ヘルスに関するターゲットが含まれるに至ったのである（新し

いターゲットと指標について詳しくは20ページのパネルを参照）。

新しいターゲットには、部分的ながらリプロダクティブ・ヘルスを向上させる必要があるという合意の高まりが反映されている。もうひとつの目標は、増加しつつある生殖管感染症や性感染症（HIV感染を含む）の発生病数を減らすというものである。世界保健機関（WHO）は、安全でないセックスが最貧国における死亡および障害をもたらす2番目に重要なリスク要因であること、また先進国では9番目に重要なリスク要因であることを明らかにした<sup>2</sup>。HIVの新規感染のほぼ半分は若者、特に女性の間で起きており、サハラ以南のアフリカでは、HIVに感染する女性の人数は男性のほぼ2倍に達している<sup>3</sup>。

国レベルでリプロダクティブ・ヘルスに関する能力構築を図っていくためには、すべてのステークホルダーの参加を得て、問題点を洗い出し、優先順位を定め、戦略を立案することが必要である。WHOは、リプロダクティブ・ヘルス・ケア・サービスに関する行動について5つの主たる優先事項を明らかにしている。保健システムの能力を強化すること、優先順位設定のための情報収集のあり方を改善すること、政治的意思を動員

## 女性が十分な栄養を摂取できるようにすること（食料摂取量や微量栄養素の補給を増やすことも含む）は、母親と新生児の健康・生存にとって極めて重要である。

すること、法令上・規制上の支援的枠組みを整備すること、モニタリング、評価およびアカウンタビリティ（説明責任）を強化することである<sup>4</sup>。

### 母親と新生児の栄養の増進

思春期の女子や妊娠中の女性が十分な栄養を摂取できるようにすることは、母親と新生児双方の健康および生存の見通しを改善する上で極めて重要である。若い母親の栄養不良は、母親と乳児双方の健康上のリスクを高める。妊婦のボディマス指数（肥満度指数、BMI）が低い（18.5kg/m<sup>2</sup>未満）と、妊産婦と新生児双方の死亡リスクが高まる。母親が発育不全である場合も同様である。ボディマス指数が低いと胎

児の発育が妨げられる可能性もあり、これは低出生体重のような新生児期特有の病態を生じさせるリスク要因のひとつとなる<sup>5</sup>。

妊産婦の健康の改善を目的とするプログラムでは、ライフ・サイクル全体を通して女子と女性の栄養を増進させることにますます重点が置かれるようになってきている。食料摂取量を増やすことと同時に、妊娠前・妊娠中の葉酸と鉄の補給、出産後のビタミンAの補給が奨励されている。さらに、さまざまな種類の食物を食べること、ヨード添加塩の使用、虫下しの服用も、妊婦と母親の栄養状態を強化するための主要な支援策である。

神経管欠損を防ぐための葉酸補給の効果が証明されているほか、一般的に、出産前プログラムで亜鉛のような微量栄養素も提供することが求められる。亜鉛欠乏と発育不全、下痢性疾患、マラリアとの関係も証明済みである<sup>6</sup>。

このような微量栄養素補給のプログラムを通して妊婦の信頼を獲得することは、その他の形態の専門的な出産前ケアにも引き続き妊婦の参加を得る有益な方法となりうる。診療所や病院の利用の増加は、妊婦や母親の健康に関するデータ収集にも役立つ。このようなデータは、後発開発途上地域や最も貧しい国々とコミュニティでとりわけ不足している。



妊娠中の重要な時期に女性に必要な不可欠なサービスを提供するためには、専門技能を持つ保健員の増員が必要である。診察台に横たわって看護師から出産前診察を受ける妊婦。ジブチのエンゲイラ保健センターにて

## 妊産婦・新生児保健の向上のためには、感染症の発生件数の削減と、HIVおよびマラリアの予防・治療が欠かせない。

### 感染症、HIV、マラリアに対処する

第1章で強調したように、重度の感染症は妊産婦と新生児の主要な直接的死因となっている。確固たる死因推定データが存在する直近の年である2000年には、新生児の死亡のおよそ36%が感染症によるものであった。したがって、敗血症/肺炎、破傷風、性感染症などの感染症の発生件数を低減させ、HIVとマラリアを予防・治療することは、妊産婦・新生児保健の向上のために極めて重要である(49ページのパネル「妊産婦・新生児破傷風を根絶する」を参照)。

出産可能年齢の女性のHIV感染を予防し、感染した妊婦を利用可能な混合薬で治療することにより、子どもへのHIV感染を大幅に削減することができる。また、15～24歳の若い女性と男性の間でHIVについての包括的知識の水準を高めることは、感染を防ぐために欠かせない。十分なデータがある17カ国のうち14カ国では、2000/2001年以降、15～24歳の妊婦のHIV感染率が下がってきている<sup>7</sup>。このような前向きな発展は心強いが、HIV予防活動に弾みをつけ、エイズの流行の原因となっている社会的・経済的・政治的要因に対処していくためにやらなければならないことはま

だまだ多い。

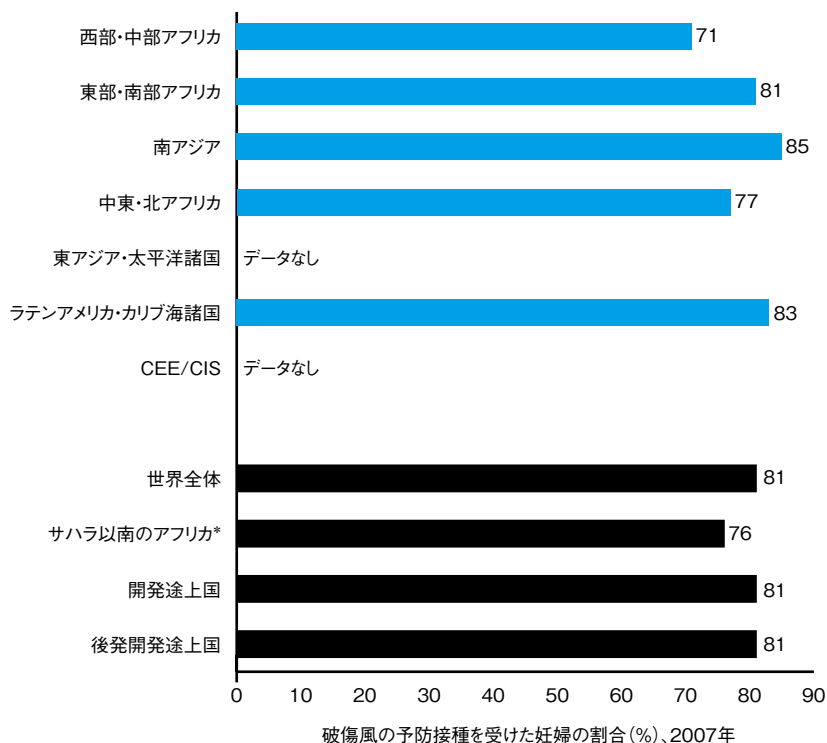
ミレニアム開発目標(MDG)で新たにリプロダクティブ・ヘルスに重点が置かれるようになったことに合わせ、妊産婦の生存率向上を目指すプログラムには、性感染症の発生件数を減らし、これを治療するための支援策を含めることが求められる。

マラリア流行地域で妊婦に殺虫剤処理を施した蚊帳を配ることで、マラリア感染の発生件数を減らし、妊婦とまだ生まれていない子ども双方の健康を向上させられる可能性がある。また、妊娠中のマラリアの間欠予防治療は、予防と治療の両方の目的で活用されている。これは、妊婦がマラリアにかかっているか否かに関わらず、妊娠中に抗マラリア混合薬を最低2回投与するというものである。この方法には効果があると考えられているものの、マラリア流行地域におけるこの治療法の普及率は、依然として限られたものとなっている<sup>8</sup>。

### 出産前ケアを拡大する

妊婦の健康問題の多くは、出産前の訪問ケアを通じて、予防・発見・治療が可能である。出産前ケアは、妊婦に対し、妊婦自身およびその乳児の福祉にとって重大な意味を持ちうる複合的支援策を提供する機会となる。専門技能を有する保健員またはコミュニティ保健員が、たんぱく質、葉酸、鉄分の栄養補給剤を提供することも、母親の栄養不良や貧血、新生児の低出生体重の可能性を減少させるという有益な効果をもたらす。

図3.1  
新生児破傷風の防止



\*サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：ユニセフと世界保健機関(WHO)。

## 妊産婦・新生児破傷風を根絶する

破傷風は、依然として、妊産婦と新生児の重要な死因のひとつであり、2002年には新生児18万人以上、母親1万5,000～3万人の命を奪った。破傷風は、破傷風菌が切り傷や負傷部位から体内に侵入することで発症する。出産や妊娠中絶時の不衛生な対応が妊産婦破傷風につながることもある一方、新生児破傷風は、赤ん坊の臍帯や臍帯断端の不衛生なケアが原因である。病院での集中治療が行われなければ、新生児破傷風はほぼ常に死をもたらす。その他の妊産婦・新生児死亡の原因と同様、破傷風による死亡のほとんどはサハラ以南のアフリカとアジアで発生している。特に、女性が質の高い保健ケアに限られた形でしか、あるいは全くアクセスすることができず、安全な出産方法についてもほとんど知らない、貧しく周縁化されたコミュニティでの死亡数が多い。

破傷風は、成人女性への予防接種と衛生的な出産方法の実践によって容易に予防が可能である。両方の措置、特に妊婦の予防接種の実施を強化することにより、包括的なデータが存在する最も古い年である1980年以降、妊産婦・新生児破傷風の発生件数とこれによる死亡数は大幅に削減されてきた。1988年には、破傷風はおよそ80万件の新生児死亡の原因となっており、地区レベルで出生1,000人あたり1例以上の新生児破傷風が発生したと報告した国は90カ国以上に上っていた。2008年半ばまでには、地区レベルで妊産婦・新生児破傷風が1例以上発生したと報告した国は46カ国にまで減少した。

予防接種は、妊産婦・新生児破傷風に対する最も重要な対策のひとつである。破傷風トキソイドは破傷風に対して有効であることが証明されており、多くの場合、2回の接種で感染予防に十分な濃度の抗毒素が形成され、3回目の接種を済ませれば免疫はほぼ100%に達する。1980年には妊婦に対する新生児破傷風ワクチンの予防接種率は世界全体でわずか9%であったが、それ以降急激に上昇しており、2007年には81%に達した。それでも新生児のほぼ5人にひとりには保護されていないことになる。これは、部分的には、出産前サービスを受けるために施設を訪れる妊婦に予防接種をする機会を逸してしまうこと、来るのが遅すぎて予防接種を受けられない女性がいること、将来の妊娠における感染予防のための出産後の予防接種が行われないことなどの理由による。

破傷風にかかるリスクが高い人々は、保健サービスや予防接種サービスへのアクセスがほとんどないコミュニティで暮らしている。これらの人々にサービスを提供するために、革新的な解決策——「ハイリスク・アプローチ」と呼ばれる——が始められた。このアプローチは、ハイリスクと思われる地域に住む出産可能年齢の女性全員に、最低2回、破傷風トキソイド（TT）ワクチンを接種することを指すものである。コミュニティに対しては、出産方法が不衛生であること、予防接種を受けていないことを含む破傷風のリスク要因が説明される。出産方法の改善が促進され、新生児破傷風のサーベイランス（発生動向調査）も強化される。子どものときに破傷風トキソイド・ワクチンを接種された記録がない女性には、追加接種が行われる。

ハイリスク・アプローチは広く採用され、1999年から2005年にかけて6,400万人の女性が破傷風トキソイドの接種を最低2回受けることができた。国レベルでの成果には目覚ましいものがある。

- ・ネパールでは、1980年代初頭に予防接種が始まるまで、新生児の破傷風感染率が高かったことが調査により分かっている。成人女性を対象とした予防接種が導入され、ハイリスク・アプローチが実施されるようになると、感染率は、2005年までにすべての地区で新生児破傷風による死亡率が出生1,000人中ひとりに満たない水準まで減少した。
- ・エジプトで1986年に実施された調査によると、子どもが1,000人生まれるごとに7人が新生児破傷風で死亡する計算になっており、農村部ではこの死亡率が出生1,000人中10人に達していた。ハイリスク・アプローチが実施されるようになると、2007年までに、死亡率はすべての地区で出生1,000人中ひとりに満たない水準まで減少した。
- ・1980年代半ばのバングラデシュでは、新生児破傷風の感染率が高く、地域によっては出生1,000対20～40症例に達していた。当時、出産可能年齢の女性のうち破傷風トキソイドの接種を受けた者の割合は5%にとどまっておらず、衛生的な出産ができる妊婦も5%に過ぎなかった。ハイリスク・アプローチの採用は、バングラデシュが、新生児破傷風による死亡率を2008年までに出生1,000人中ひとりに満たない水準まで低減する上で役に立った。

ところによっては、ハイリスク・アプローチを活用して、破傷風トキソイド・ワクチンとともにしか予防ワクチン（例えばケニアやスーダン南部）やビタミンA（例えばコンゴ民主共和国）などの他の支援策を提供する場合もある。エチオピア、ウガンダ、ザンビアのように、パッケージ化された必須支援策を提供するためのメカニズムにハイリスク・アプローチを組み込んだ国もある。ハイリスク・アプローチの主な利点は、新生児破傷風の削減につながることに加え、国内における妊産婦・新生児保健ケアへのアクセス面での不公平さを低減できることである。また、忘れ去られたり取り残されたりすることが多い人々への保健支援策の提供が可能であることを証明することにもつながる。

参考文献は108ページを参照。



## 出産前ケアは、予防接種、微量栄養素の補給、衛生習慣の改善といった複合的な支援策を妊婦に届ける機会となる。

ユニセフとWHOが推奨する、妊娠中の出産前訪問ケアの回数は最低4回である。このような訪問は、妊婦に主要なサービスを提供する一助となる。マラリアや貧血の発見・治療処置、破傷風の予防接種、性感染症への対応とHIV陽性の妊婦に対する抗レトロウイルス薬治療、妊娠・出産におけるリスクについて妊婦が知っておかなければならない情報の提供などである。データに制約があるため、また国連機関間で推奨する訪問ケアの提供回数をはるかに下回る国が多いため、データのほとんどは、少なくとも1回の出産前訪問ケアを受

けた女性が対象とされている<sup>9</sup>。

開発途上国全体では、妊婦の4分の3が、専門技能を有する保健従事者による出産前ケアを少なくとも1回は受けている。しかし、このデータを記録している世帯調査からは、ケアの質や伝えられた情報の内容は分からない。

3つの地域——ラテンアメリカとカリブ海諸国、中央・東部ヨーロッパと独立国家共同体（CEE/CIS）、東アジアと太平洋諸国——では、妊婦10人中およそ9人が1回以上の出産

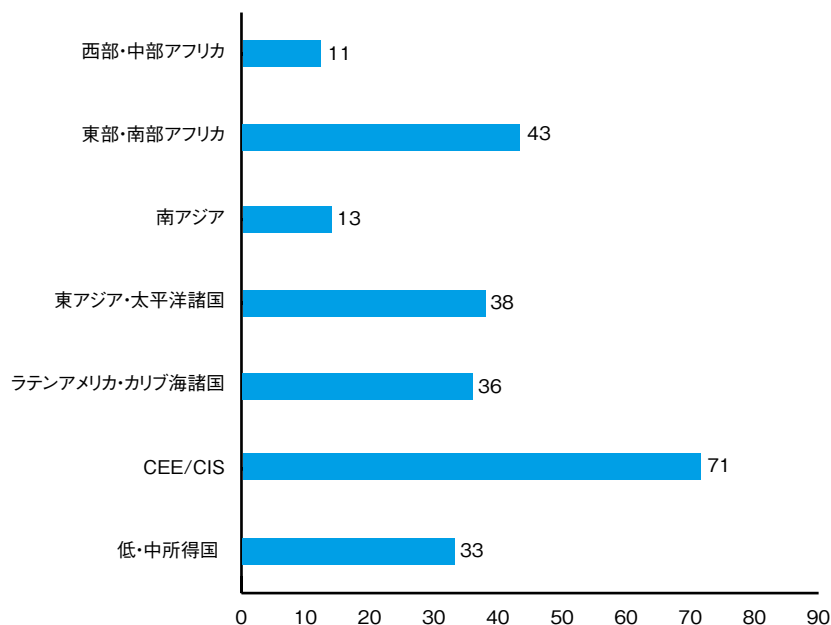
前訪問ケアを受けている。この割合は、中東・北アフリカ、サハラ以南のアフリカ（共に72%）、南アジア（68%）でははるかに低い。

しかし、普及率が相対的に低いこれらの地域でも、出産前ケアは、妊婦に対する必須支援策の提供率を高める重要な機会となっている<sup>10</sup>。

殺虫剤処理を施した蚊帳のように、すでに高い関心があるものも含める形で必須支援策をパッケージ化することにより、出産前サービスに対する需要と利用率を高められる可能性がある。このような対応はまた、妊娠してからもっと早い時期に診療所やアウトリーチ型サービスを提供するイベントに出かけていって出産前ケアを受けるよう、女性に奨励することにつながるかもしれない。

図3.2

### HIV 陽性の母親が HIV の母子感染を防ぐための抗レトロウイルス薬を投与されている割合



HIV陽性の妊婦のうち、HIVの母子感染予防のための抗レトロウイルス薬を投与された者の推定割合(%)、2007年

出典：UNICEF, UNAIDS and WHO, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector - Progress Report 2008*, UNICEF, New York, 2008, p.43.

### 専門技能を持つ者による出産時の立ち会いを確保する

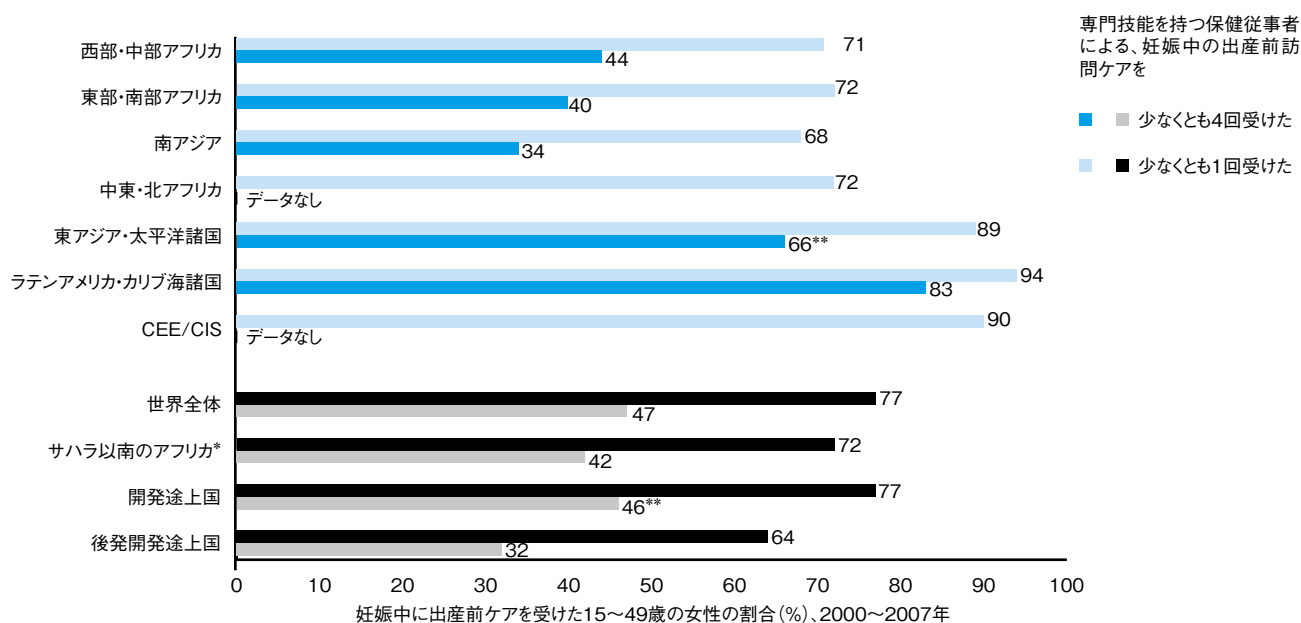
出産は、乳児だけでなく、母親にとってもリスクが高い時期となりうる。妊産婦死亡の4分の3は、分娩中あるいは分娩直後の合併症を原因としているのである。これらの合併症には、出血（妊産婦死亡の25%）、感染症（15%）、妊娠中絶による合併症（13%）、子癇もしくはこれに関連した高血圧症（12%）、分娩停止（8%）などがある<sup>11</sup>。

出産時の合併症による妊産婦死亡を削減することは、専門技能を持つ保健従事者（医師、看護師あるいは訓練を受けた助産師）が立ち会う出産件数を増やすことによって可能となる。訓練を受けた保健従事者は、通常分娩や中程度の合併症を伴う分娩を援助できるだけでなく、より専門的な緊急ケアを必要とする重篤な

後発開発途上国では、3人に1人の女性が妊娠中に出産前ケアを全く受けておらず、5人に3人が専門技能を持つ保健従事者の介助を受けずに出産している。

図3.3

### 出産前ケアの普及率



\*サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。  
\*\*中国を除く。

出典：人口保健調査(DHS)、複数指標クラスター調査(MICS)、その他の国内世帯調査。

合併症が生じた場合、それを見極められなければならない。しかし、たとえ専門技能を持つ保健従事者であっても、必須医薬品・物資・設備を利用できなければ十分なケアは提供できないのであり、出血、敗血症、分娩停止などの合併症が生じたときはなおさらである。また、重篤な合併症を見極め、有効な紹介・搬送を行えるだけの専門技能と判断力も必要となる。

専門技能者が立ち会う出産件数は、サハラ以南のアフリカは例外ではあるが、この10年の間に開発途上国で著しく増えてきた。2000~2007年には、開発途上国全体で行われた出産の61%に専門技能を持つ保健従事者が立ち会っている。中東と北アフリカで

は改善が特に著しく、立ち会い率が55% (1995年) から81% (2000~2007年) に上昇した。専門技能者による出産時の立ち会い率が最も低い2つの地域——サハラ以南のアフリカ(45%)と南アジア(41%)——は、妊産婦死亡率が最も高い地域でもある<sup>12</sup>。

世界全体を見渡した場合、立ち会いのない出産の4分の1はインドで行われている。インドを含む10カ国が専門技能を持つ保健従事者の立ち会いがない出産の3分の2を占めているのである。インドは現在、施設を基盤としたケアを金銭的インセンティブによって奨励することでこの問題に対処しようとしている<sup>13</sup>(85ページのパネル「インドにおける妊産婦・新生児保健ケアの統合」を参照)。

世界全体では、都市部での出産の場合、専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合は農村部での出産の2倍に上る。西部・中部アフリカではこの格差が最も大きく、2.5倍である。経済的要因による格差も目立っており、開発途上国全体では、最も貧しい世帯に属する女性が出産時に専門技能を持つ保健従事者の立ち会いを受けられる割合は、最も富裕な世帯に属する女性の半分程度となっている<sup>14</sup>(妊産婦サービスへのアクセスを巡る格差についてさらに詳しくは、38ページのパネル「母親と新生児の保健を一層公平なものとするために」を参照)。

## 妊産婦死亡の4分の3が出産中あるいは分娩直後に起きていることを考えると、専門技能を持つ保健従事者が出産時に立ち会うことは、妊産婦死亡を削減する上で非常に重要である。

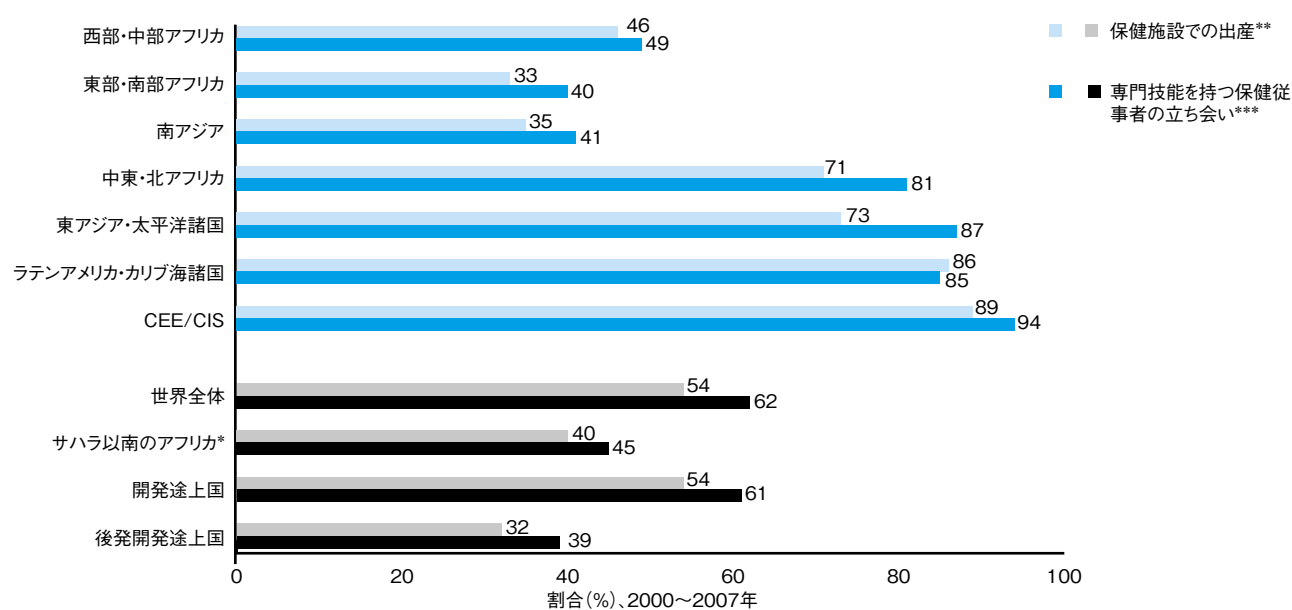
WHOは妊産婦死亡の主因のひとつである分娩後出血の発生を削減するためにいくつかの勧告を行っている。分娩後出血の原因として最も一般的なものとしては、子宮収縮不全、生殖管損傷、胎盤組織の滞留がある。その対策として最も広く受け入れられている手法が分娩第3期の積極的管理である。分娩第3期とは、新生児が完全に娩出されてから胎盤が完全に娩出するまでの段階をいう。積極的管理としては、子宮収縮を促して胎盤娩出を促進するために子宮収縮薬を投与すること、臍帯の結紮（けっさつ）・切断および牽引を遅らせることがある。

WHOはすべての母親について専門技能を持つ立会人による積極的管理を推奨しているが、立会人が専門技能を有していない場合にはこのような対応を勧めていない。WHOは、臍帯結紮（けっさつ）はどの段階で行うのが最適か、また専門技能を持たない立会人が投与すべき医薬品があるとすればそれはどのようなものかについて、さらに調査研究を進めるよう呼びかけている。

出産から生じるその他のリスクも、専門技能を持つ者によるケアで対処可能である。WHOは、子癇や子癇前症を発症している女性について、分娩まで入院して硫酸マグネシウムに

よる治療を受けるよう推奨している。また、ほとんどの感染症は抗生物質によって治療可能である。破傷風のように、予防接種プログラムや臍帯の衛生的な取り扱いによって容易に防げる感染症もある<sup>15</sup>（49ページのパネル「妊産婦・新生児破傷風を根絶する」を参照）。

図3.4  
出産時ケアの普及率



\* サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

\*\* 「保健施設での出産」とは、調査に先立つ2年間に出生した15~49歳の女性のうち保健施設で出産をした者の割合をいう。

\*\*\* 「専門技能を持つ保健従事者の立ち会い」とは、専門技能を持つ保健従事者（医師、看護師、助産師）が立ち会った出産の割合をいう。

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

妊産婦保健の向上のためには格差への対処が極めて重要である。最も貧しい20%の世帯に属する女性が出産時に専門技能を持つ保健従事者の立ち会いを受けられる割合は、最も豊かな20%の世帯に属する女性の半分ではない。

## 妊娠高血圧症候群：よく見られるが難しい問題

妊娠高血圧症候群は、妊娠期に最も一般的に見られる医学上の問題であり、世界全体では相当な割合（12～20%）で妊産婦死亡の原因となっている。どの地域の女性にも発症するもので、アフリカとアジアでは妊産婦死亡の10%近く、先進工業国では16%以上、そしてラテンアメリカとカリブ海諸国では4分の1以上を引き起こしている。妊娠高血圧症候群は、深刻さの度合いが最も小さい血圧上昇から致命的な脳出血まで、さまざまな病態につながりうる。また、胎児死亡、早産、新生児の低出生体重の原因となる場合もある。

高血圧の原因はまだ十分に解明されていないが、調査研究によれば、肥満、塩分摂取過多、遺伝性素因が要因ではないかとされている。妊娠期の高血圧の一部は、妊娠それ自体の生物学的影響から生じている可能性もある。妊娠20週目以降に起きる子癇前症は、たんぱく尿に伴って生じる妊娠高血圧症候群として定義されており、特に慢性の高血圧が伴っている場合には妊産婦と胎児の健康にとって最大のリスク要因となる。早産の主な要因のひとつでもある。

いくつかのリスク要因が存在すると、母親の妊娠高血圧症候群が起りやすくなる。初めての妊娠、多胎妊娠、慢性高血圧の症歴、35歳以上での妊娠・出産、妊娠性糖尿病、肥満、胎児の先天性異常などである。ある研究では、妊娠間隔が59カ月以上空いている場合には子癇前症や子癇の発生率が高まると説明している。研究者からは、ホルモンの不均衡、カルシウム不足、インシュリン耐性が原因として考えられるという主張もある。

カルシウムの補給が、妊婦がカルシウム不足に陥る可能性のある開発途上国において有効な支援策であることはすでに分かっており、これによって子癇前症の発生率は48%低減されている。この方法が妊娠高血圧症候群による妊産婦の死亡についても同様の効果を示すとすれば、カルシウム補給により約2万1,500件の妊産婦死亡が防げるとことになる。「マグパイ試験療法」（1998～2002年にかけて先進工業国と途上国の両方で実施された、妊娠高血圧症候群を対象とした最大規模の試験療法）とその後のフォローアップ研究では、子癇前症の段階にある妊婦に硫酸マグネシウムを投与することにより子癇へ

と進行するリスクが低減されることが証明されてきている。その後の研究でも、極めて重要であり、費用対効果も高いこの支援策が有効であることがさらに明らかになってきている。

理想的には、ケアは受胎前から開始されるべきである。これにより、出産の可能性のある女性の病歴を追跡し、慢性高血圧症についてどのような対応を選択してきたかを把握することが可能になる。高血圧症の女性には、妊娠に関わるリスクと、この病気への対応のために必要となりうる生活習慣の変更についての情報も必要である。一般的に、高血圧症の妊婦は床上安静を推奨される。専門技能を持つ保健従事者が定期健診を行い、子癇前症やその他の高血圧性症状の兆候および進行を監視することが必要である。

妊娠期の高血圧症は長い間産科の問題として理解されてきたため、専ら妊娠の結果に焦点を合わせた対応が取られ、母親への長期的・短期的影響にはあまり目が向けられてこなかった。しかし、新しい調査研究によると、妊娠高血圧症候群は出産後の母親の健康にも影響を与える可能性があり、慢性高血圧症や心血管疾患のリスクを高めることが分かっている。妊娠高血圧症候群を原因とする妊産婦死亡率・罹病率が高いという現状を踏まえ、さらなる調査研究が必要である。これらの症状の治療や管理は、妊産婦・新生児保健ケアに関する継続的ケア・モデルにとって大きな意義を持つことになろう。

参考文献は108ページを参照。

## 緊急産科ケア・新生児ケアを提供すること、そして出産後ケアを利用できるようにすることが、妊産婦・新生児保健を増進させるための主要な課題であり、機会である。

### 緊急産科ケア・新生児ケアを提供する

出産時に合併症を発症する女性の命を救うためには、医療施設におけるケアを逸さない努力が必要となることが多い。施設によって提供されるケアの質は極めて重要である。十分な支援を提供するためには、施設に十分な医薬品、物資、設備、人員が備わっていなければならない。さらに、帝王切開、輸血、新生児蘇生など、救命につながる処置を施すことができなければならない。

開発途上国における緊急産科ケアについてのデータはほとんどないことが多い。複数の研究によると、総出生数のおよそ15%で緊急産科ケアが必要となる可能性があり、また出

産件数の5～15%で帝王切開が必要になる場合があるとされる。サービス普及の面で多くの深刻な空白があるのは明らかであり、特に、帝王切開の実施率が約2%にとどまるサハラ以南のアフリカの農村部ではそれが著しい<sup>16</sup>。

緊急産科ケアの提供を妨げる要因としては、特に距離、利用者の直接費用負担、交通費・輸送費および宿泊費、知識・文化面での障壁などがある。さらに、提供されるケアの質が利用をためらわせる場合もある。タンザニア北部で実施された研究によると、施設におけるケアの質が貧弱であることこそアクセスを妨げる主な要因であることが明らかになっている<sup>17</sup>。

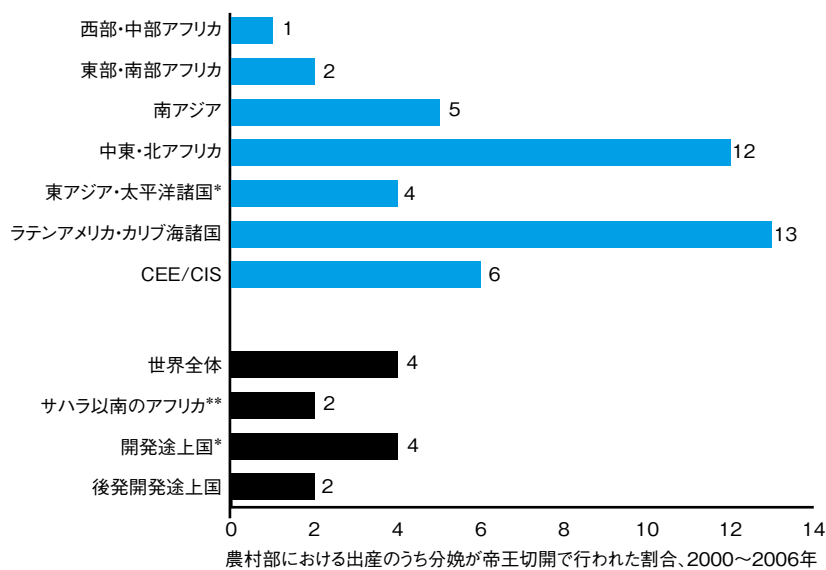
### 出産後ケアを利用可能にする

出産後ケアを今よりもはるかに重視する必要があることは明らかである。これは、多くの開発途上国で長い間軽視されてきた支援策であり、継続的なケアに空白をもたらしているのものである。緊急に必要とされているのは出産直後のケアである。妊産婦の死亡・罹病リスクが高まるのは出産直後の48時間であることは、すでに明らかになっている。出産後のケアは、新生児にとっても、特に出生直後には極めて重要であることが多い。新生児死亡のおよそ4分の3は生後1週間以内に起きており、そのうち半数までが生後24時間以内に起きているのである。

多くの開発途上国では、母親は出産後24時間以内に保健施設から退院させられる可能性が高く、あるいはしかるべき技能を身につけた専門家によるケアを受けられない場合がある。科学的知見によれば、たとえハイリスク期間が過ぎても、妊産婦の死亡・罹病リスクは最低でも出産後42日間は継続し、6カ月から1年に及ぶことさえあることが明らかになっている。出産直後の死亡の主要な原因は、重度の出血、感染症、高血圧症候群である。これらの症状を治療するには、この章でこれまで述べてきたような、専門技能を持つ者による出産時のケアと立ち会いが必要となる<sup>18</sup>。

出産直後のハイリスク期間には、合併症が生じた場合には速やかに発見し、必要に応じてより専門的なサービスに紹介・搬送しなければならないため、出産直後の訪問ケアを慣例化することが必要である。たとえ合併症が生じなくとも、このような訪問を通じ、妊産婦と新生児の健康、特

図3.5 緊急産科ケア：農村部における帝王切開実施率



\* 中国を除く。

\*\* サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：人口保健調査(DHS)、その他の国内世帯調査およびユニセフ。



© UNICEF/H007-0367/Dan Thomas

質の高い継続的な妊産婦・新生児保健ケアを確立するには、専門技能を持つ保健従事者およびコミュニティ保健員の募集と養成が必要となる。小児病院で新生児の世話をする看護師（朝鮮民主主義人民共和国）

に乳児のケアと授乳のやり方、病気の危険信号、紹介・搬送プロセス、より良い衛生習慣などについて、知っておかなければならない情報や指導を提供することができる。研究の結果、出産後48時間以内に母子への訪問が行われると新生児死亡が減少することが分かっている。HIV陽性の母親や早産で生まれた赤ん坊に対しては特に注意が必要である<sup>19</sup>。低出生体重の乳児にも、特に体温管理の面で特別な注意を払わなければならない（62ページのパネル「ガーナにおけるカンガルー・マザー・ケア」を参照）。

出産直後のケアを受けられる母親でさえ、その後は放置されたままになることが多い。保健員と次に接触するのが、赤ん坊が最初の予防接種を受けることになっている生後6週目となる場合もある。エビデンス（証拠）によって明らかにされているところによると、母親は、出産前ケアや分娩時の立ち会いほどには出産後のケアを求めることが少ない。たとえ、分娩直後の出血や、瘻孔（ろうこう）や子宮脱等の症状に苦しんでいる時でもなかなかケアを求めようとしないのである<sup>20</sup>。

効果的な出産後ケアのためには、出産直後のケアと検診に加えて、数回のフォローアップ訪問も必要となる。出産から数日・数週間で母親が改めて保健施設を訪れることができるようにしたり、アウトリーチ型訪問によるフォローアップを行ったりすることが、容易ならざる課題となる場合もある。移動や訪問を手配することには費用や困難が伴うこともあるだろうし、文化的理由のために、診療所や病院に再び足を運ぶのは考えにくいということもあるだろう。だからこそ、どこで出産が行われたかに関わらず、妊産婦と新生児の健康を維持していく上で、アウトリーチ型の訪問は重要な役割を果たしうるのである（57ページのパネル「生まれてから最初の28日間」と80～81ページのパネル「母親と新生児の命を救う——産後数日間の重要性」を参照）。

開発途上国で妊娠中・出産後のうつ病がどのような影響を及ぼし、どの程度広がっているかについてはほとんど知られていない。産後1年間のうつ病の発症は、パートナーや社会による支援、ライフイベント、母親としての経験、乳児の気性が重要な要因になっているとする研究結果がある。

先進工業国では、女性の約10～15%が分娩後数週間から数カ月間にうつ病を経験する可能性があると推定されているが、開発途上国では情報が乏しい。パキスタンとベトナムで実施された小規模な研究によると、うつに悩む女性は低出生体重の子どもがいる傾向があり、また、インドの調査では、母親がうつである子どもは発育不全に陥るリスクが高まる可能性があることがうかがえる<sup>21</sup>。

## 新生児ケアのための健康的な慣習

新生児の死亡を防止するためには、技術よりも専門技能を有する者によるケアが必要であり、柔軟で応答性の高い支援システムが要求される。保健システムの状況、社会的文脈、地域的慣習の重要性は、疫学的リスクのそれに決して劣らない。新生児保健は、例えば、衛生的な出産環境の整備や早期からの完全母乳育児の促進といったそれほどコストのかからない方法を実践することによって、また母親が出産時に健康であることを確保することによって、向上させることが可能である。

新生児保健に前向きな影響を及ぼす、簡便かつ費用対効果の高い支援の提供の面では、最近改善が進んできた。このような支援策としては、破傷風ワクチンの予防接種、マラリアに対抗するための殺虫剤処理を施した蚊帳の使用、微量栄養素の補給などがある。妊産婦、新生児および子どもの生存のための支援策の普及状況を追跡したある研究では、治療的ケアより、このような予防的支援策の提供の面でより大きな改善が見られることが分かった。母乳育児のような行動面での変革（行動変容）に焦点を合わせた支援は、その進展状況にむらが見られた<sup>22</sup>。

1990年代初頭以降、子どもの命を脅かす、これらの多様な要因に対処する際、どんな病気にも複数の助長要因があるのが通例であるという認識に立った、より幅広い分野横断的なアプローチに重きが置かれるようになった。ユニセフと世界保健機関（WHO）によって導入されたこのアプローチは、小児期疾病統合管理（IMCI）という名で知られるようになり、ますます前向きな成果をもたらすよう

母親と新生児のための健康的な行動を、特に栄養と衛生の分野で推進することは、健康上のリスクと病気を削減する上で極めて重要である。



© UNICEF/HQ05-1795/Giacomo Prozzi

専門技能を持つ保健従事者は、適切な設備と支援にアクセスできれば、分娩や出産の際に緊急事態が生じても救命処置を施すことができる。子ども病院で医療スタッフによるモニタリングを受ける新生児（ウクライナ）

になっている。さらに最近では、この統合的モデルが、妊産婦、新生児および子どもの継続的保健ケアに組み込まれるようになった。

### 継続的なケア：生活と場所を結び付ける

諸支援策をパッケージの形で結び付けることによって効率と費用対効果を高めることができることは、すでに認められている。さらに、サービスが統合されると、住民側の利用意欲が高まるとともに、普及を拡大・増進していくための機会も増える。目指すべきは、女性と子どもに必須支援策を提供するとともに、これまでは欠落していることがあまりにも多

かった、家庭と保健施設との結びつきを強化するような、包括的な基礎保健ケア・システムを發展させることである。

### 家庭での習慣と行動

子どもが病気になった時、最初に支援の手を差し伸べるのは、当然のことながら家族、特に親、近親者、保護者である。子どもがどのような病気にかかった場合であれ、その最初の診断は、医師や看護師ではなく、母親によって行われることが最も多い。母親は症状を見極め、どのくらい重症かを判断し、家庭内でのケアや治療で済ませるか、訓練を受けた保健従事者に相談しなければならないか

を決定する。保健従事者に診てもらおうか否かに関わらず、病気になった子どもの面倒をみたり、必要な薬の投与やその他の治療法を実施したりするのも家族の責任である。

同様のプロセスは、子どもの場合ほどではないにせよ、妊娠中の女性や最近出産した女性にも当てはまることが多い。出産前、分娩中または出産後に何か問題が生じた場合、それがどの程度深刻かについて、女性は自分なりの見方を持つだろうが、当然のことながら、家族も主要な役割を担うことになる。外部の、それも往々にしてお金のかかる医療支援を求めるかどうか決定する際には、なおさらである。さらに、社会文化的

## 生まれてから最初の 28 日間

ズルフィカル・A・ブッタ (パキスタン・カラチ、アガカーン大学小児医療・児童保健学科教授・学科長)

子どもの死亡のかなりの割合が新生児期、すなわち生後28日以内に起きることは、広く認められている。2007年に世界中で命を落とした推定920万人の5歳未満児のうち、約40%が新生児期に死亡していた。多くの開発途上国では、新生児の死亡が乳児の死亡の半数以上を占めており、その圧倒的多数は生後数日のうちに起きている。主要な死因は、重度の感染症(36%)、早産(27%)、出生時仮死(23%)、先天性形成異常(7%)である。これらの数値には、年間300万件生じていると推定される死産は含まれていない。死産の約30~40%は陣痛・分娩中に生じた出来事と関係している可能性があり、さらにそのような出来事は子宮内の異常や窒息が原因である可能性がある。

新生児死亡の削減に関連して相対的に前進が見られないことには、いくつかの要因がある。最も重要なのは、産後期(生後29日~59カ月)における健康と異なり、新生児の健康は母親の健康と密接に関わっていることである。母親の健康を向上させるためには、妊産婦のエンパワーメント、社会文化的なタブー、保健システムの応答性といった複雑な問題に対処する支援策が必要となる。

新生児死亡につながる具体的要因には以下のようなものが含まれる。

- ・妊産婦保健に注意が向けられず、専門技能を持つケア提供者へのアクセスが限られている。
- ・妊産婦保健ケア、特に新生児死亡の少なくとも半数に関係している自宅出産時のケアが行き届いていない。
- ・家族やコミュニティの間で新生児の病気に対する認識が不十分であり、ケアを求めようとする姿勢が十分ではない。
- ・出生時仮死、早産による問題といった早期新生児期障害に対応するための支援策の範囲が限定されている。
- ・コミュニティの中で、新生児破傷風以外の重篤な新生児感染症を予防・治療するための支援策とその提供戦略について、合意形成がなされていない。

近年、新生児の疾病や死亡についての理解は大幅に深まってきた。しかし、妊産婦・新生児死亡が不公平に分布しているということは、ほとんどの死亡は貧しい農村部の人たちの間で、また無視されていることの多い都市部の不法居住者地区で起きているということである。子どもの死亡率低減に関するミレニアム開発目標を達成するためには、生後28日以内の死亡数を削減するための取り組みに焦点を合わせながら、母親と新生児のためのケアを改善しなければならないことを認識している国も多い。

コミュニティ・パートナーシップを活用する戦略や支援策が有効だということが、さまざまな面から明らかになっている。専ら南アジアで実施されている多くのプログラムは、革新的なアプローチを用いながら、コミュニティの中で新生児の罹病率・死亡率を低減しようと試みている。インドのマハラシュトラ州の農村部で行われた画期的な研究では、アプハイ・バン博士らが、伝統的助産師と協働して活動するコミュニティ保健員に研修を実施し、出生時仮死や細菌性感染症の疑いのような重篤な新生児期疾患を発見して、それぞれ自宅で蘇生と抗生物質の経口投与・注射によって治療できるようにした。このような自宅で行う新生児ケア戦略を通じ、このプログラムは新生児死亡率を大幅に低減することに成功している。さらに最近では、ジョンズ・ホプキンス大学の研究者たちが、バングラデシュの農村部シレットで、新生児の

ための予防的・治療的ケアを統合パッケージの形で提供するために、訓練を受けたコミュニティ保健員を活用することの効果を実証した。これらの研究では自宅におけるケアの提供が重要な役割を果たしたが、家庭内での習慣と新生児ケアを改善することにより、大きな恩恵を引き出せる可能性もある。ネパール農村部のマクワンプールでの研究では、女性の支援グループが、研修を受けたファシリテーターの援助を受けながら、新生児死亡の大幅な削減に成功した。さらなる研究により、協調的戦略に基づいて新生児ケアに関するコミュニティ教育を進めることで、習慣の大きな変化と新生児死亡率の低減をもたらすことも分かっている。

これらの最近の研究はいずれも、妊産婦・新生児ケアの改善と新生児感染症の自宅治療についてコミュニティを基盤とする教育を実施することにより、新生児の生存を大幅に増進させることができるという証拠を提供するものである。それほど遠くない未来に保健制度に影響を与えるためには、すでに活動している保健ケア要員に対して実現可能な動機づけと研修を実施しながら、これらの戦略を他の場所でも大規模に実行していかなければならない。そのような拡大はパキスタン農村部でも進められており、コミュニティに密着した女性保健員が村の保健委員会や女性団体と協力しながら活動している。パキスタンにおけるこのイニシアティブについて最近実施された評価によると、周産期・新生児期の死亡率が大幅に低減されたこと、専門技能を身につけた者による妊産婦ケアを求める姿勢も高まったことが分かった。

このような新たなデータは、死亡率が最も高く、質の高い保健ケアへのアクセスが最も欠如しているコミュニティと家庭自体で妊産婦・新生児保健を向上させていくという戦略の有効性を裏づけるものである。課題は、コミュニティと保健施設の両方で、継続的な妊産婦・新生児ケア全体を通じて効果的な戦略や支援策を統合していくところにある。最近の推定によると、基礎保健ケアの現場で、母親と新生児を対象とする基本的な予防的・治療的支援策を提供し、実際的な水準の普及率を達成することができれば、妊産婦と新生児の死亡を20~40%削減できる可能性がある。

これらの手段は、特にいくつかの補完し合う支援策がパッケージ化され、さまざまな保健ケア提供者によって提供されれば、確かに有望である。他方、多くの開発途上国では、サービス提供の改善を阻む重要な障害が残っている。保健施設が満足に機能していないこと、専門技能を持つ保健ケア提供者の数が限られていることなどである。これらの障害に対しては、基礎保健ケアや妊産婦サービスから取り残される危険性が最も高い家族、コミュニティ、地区に手を差し伸べることを目的とした戦略を通して対処することが可能であるし、そのような対処を進めなければならない。これらの困難が存在するにも関わらず、また、出生時仮死、早産児の虚弱状態、重篤な細菌性感染症のような新生児の難しい問題にコミュニティで対処していくための最善の方法について我々が知っていることにはまだまだ重要な空白があるにも関わらず、ひとつだけははっきりしている。効果的に変化をもたらすにはどうしたらよいかということは、すでによく分かっているということである。今特に必要とされているのは、分かっていることを実施することであり、問題となっている所、すなわち農村部と都市部の貧困層の中で適切な妊産婦・新生児ケアを実施するための政策的枠組みを作り出すことなのである。

参考文献は108ページを参照。





保健ケア分野でのコミュニティ・パートナーシップは、保健と栄養に関わる必須サービスの普及拡大と慣習の改善に役立つ可能性がある。村の妊婦宅を訪ねるコミュニティ保健ボランティア。この女性は訓練を受けた助産師でもある（ネパール）

要因のため、女性が妊娠中、出産時あるいは出産後にケアを受けようとする時に、夫やその他の家族の許可を得なければならない可能性もある。

医学的問題に関する家族の判断能力には、当然のことながら大きなばらつきがあるが、いかなる保健システムも、子どもや妊産婦の病気を発見して対処する際に、家族やその他の世帯構成員が果たす極めて重要な役割を無視してはやっていけない。さらに、開発途上国全体では出産の過半数強（54%）が診療所や病院で行われているが、妊産婦・新生児死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカと南アジアでは、いずれも60%以上の女性が自宅出産をしている<sup>23</sup>。保健施設で出産をした女性でも、分娩後

24時間以内に病院を退院させられることが多く、分娩後および新生児期のケアと監督は、母親・新生児の家族が主として担うことになるのである。

より基本的なレベルでは、家庭における栄養と衛生習慣が、母親と新生児が直面する健康面でのリスクを左右する主要因となる。母親の栄養状態が不十分であること、分娩時や臍帯断端・臍帯のケアの際に不衛生な対応がなされること、基本的な衛生習慣（トイレの使用後や調理・食事前に石鹸か灰で手を洗うことなど）に注意が向けられないこと、室内の空気が汚れていることは、破傷風、下痢性疾患、急性呼吸器感染症といった感染症や疾病の拡大を加速させる

可能性がある。新生児や生後6カ月までの乳児については完全母乳育児を行うなど、個々の家庭における習慣や行動を改善する必要性について意識を高めていくことには、家族の健康と福祉を向上させていく大きな可能性が秘められている。

食事の用意にあたっての基礎的な衛生習慣についての注意点——食べ物は虫よけのため蓋付きの容器に保存する、皿や鍋を拭くための布巾は殺菌のため日光に当てて干すなど——を伝えることにより、望ましい成果がもたらされる可能性もある。家庭レベルで保健、栄養、環境保健に関わる初歩的な支援策についての知識を向上させるとともに、女性のエンパワメントを促進して自分自身と子

## 保健分野でのコミュニティ・パートナーシップは、早期完全母乳育児の促進につながる可能性がある。これは、健康状態の悪化や疾病から新生児を守る、極めて重要な手段である。

子どもの健康についての意思決定を行えるようにしていくことは、子どもにとっても、母親になったばかりの女性やこれから母親になろうとしている女性にとっても、保健面での成果という点で大きなプラス効果をもたらしうる。

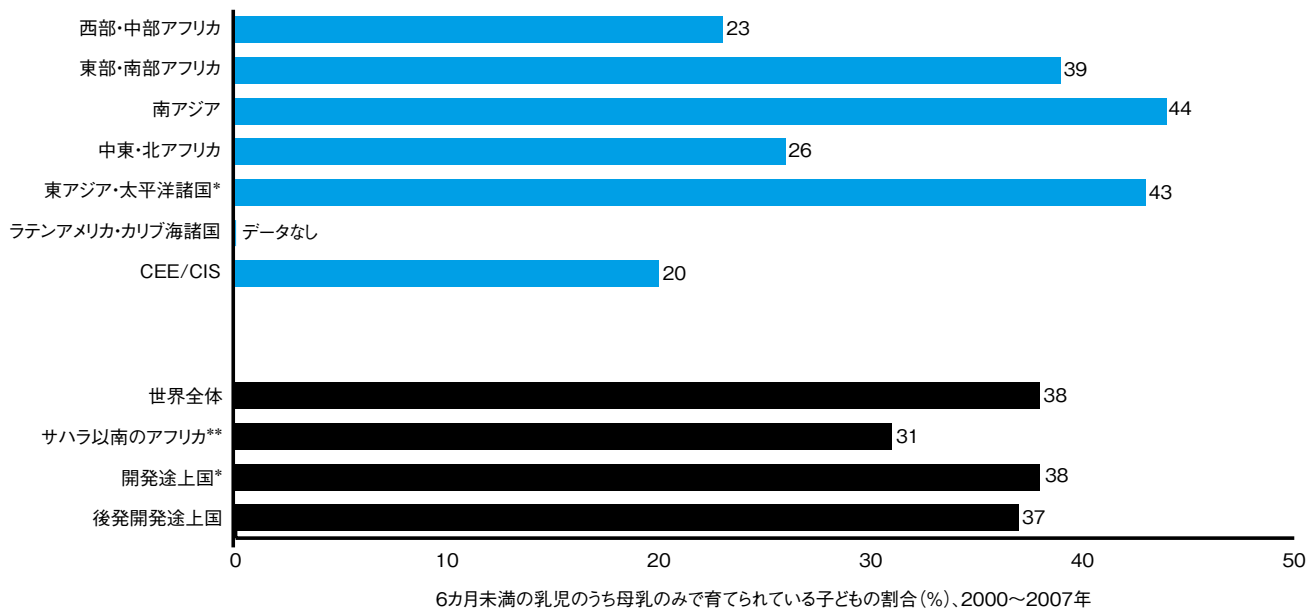
### 基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップ

コミュニティは、母親、新生児、子どもの保健ケアと栄養について極めて重要な役割を果たしている。コミュニティが基礎保健ケアの礎であるという考え方が提唱されたのは、1978

年のアルマ・アタ宣言でのことであった。そして、特により貧しく、より遠隔地にある地域では、コミュニティの参加がなければ、すべての人に保健ケアを提供するという目標が達成できないのは明らかである。保健ケア、衛生習慣、栄養、給水・衛生サービスの改善に関してコミュニティが積極的な役割を担うことには利点が多い。これは、さらにお金のかかる選択肢を取ることができない場合に必要になる手段というだけにとどまらず、エンパワーメントと参加を推進するためにも望ましい方法なのである<sup>24</sup>。

コミュニティ・パートナーシップは、妊産婦・新生児・子どもの保健を向上させていく上で特に貴重な役割を果たす。コミュニティ・パートナーシップのあり方はさまざまに異なっており、コミュニティの数だけ存在すると言っても過言ではない。小規模で地域的なものもあれば、全国的ネットワークの一部を構成しているものもある。完全にボランティアベースのものもあれば、何らかの支払いが行われるものもある。国の保健ケア・システムとは独立に活動しているものもあれば、そこに全面的に統合されているものもある。ひとつのアプローチとしてコミュニティ・

図3.6 早期完全母乳育児



\* 中国は除く。

\*\* 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地域をいう。

出典：人口保健調査(DHS)、その他の国内世帯調査およびユニセフ。

## アフガニスタンの助産体制

数十年にわたる紛争と不安定な国情により、アフガニスタンの基礎保健インフラは破壊されてきた。特に女性は、保健サービスにアクセスできないために苦しんできた。その結果、アフガニスタンの女性の妊産婦死亡率は極端に高く、国連諸機関による最新の推計では、出生10万件あたり1,800に達していた（2005年）。

アフガニスタンの女性が妊娠・出産に関連する原因で死亡する生涯リスクは8人にひとり、これは世界で2番目に高い。アフガニスタンの女性の死因は、他のどんな要因よりも妊娠・出産に関連するものが多く、中でも出血と分娩停止が最も多く見られる。出産可能年齢にある女性の全死亡数に妊産婦死亡が占める割合は、カブール（アフガニスタン最大都心）の16%から、バダクシャン州ラグ郡の64%まで、さまざまである。

妊産婦死亡率の高さはいくつかの要因を反映したものである。それには、特にアフガニスタン農村部では質の高い妊産婦保健ケアへのアクセスが限られていること、妊産婦保健と安全な出産についての知識が欠如していること、資格を持つ女性保健ケア提供者が著しく不足していること（文化的理由から、女性は女性にケアしてもらうことを強く望むため）などがある。農村部の女性の10人中9人は、専門技能を持つ者に立ち会ってもらうことなく、あるいは緊急産科ケアにアクセスできない状況下で、自宅で出産すると推定されている。男性の親族の許可または付き添いなしに女性が行動することを抑制する社会文化的要因も、必須サービスへの女性のアクセスを制限する可能性がある。妊産婦死亡を助長するその他の要因には、女性と女子の社会的地位の低さ、貧困、栄養不足、治安の欠如がある。

アフガニスタンの母親の生存率を向上させることは、この上なく重大な課題である。助産師が提供するケアは、極めて重要なものとなる。世界保健機関（WHO）は、妊娠中、出産時および出産後の女性175人につきひとりの助産師、あるいは出産時に立ち会えるその他の専門技能者を配置するよう推奨している。この数字を推定出生件数に当てはめると、アフガニスタンでは、妊娠の90%を網羅するためには4,546人の助産師がいなければならないということである。しかし実際には、訓練を受けた助産師の数は467人とどまっていた（2002年）。女性保健スタッフがひとりでもいる保健施設は半数に満たない。農村部のノーリスタンでは、保健従事者の男女比は43対1という大差を示した。

アフガニスタンにおける妊産婦・新生児保健の向上のためにやらなければならないことはまだまだ多いが、これまでに成功を収めてきた多くの取り組みは、助産体制の拡大・強化に焦点を定めたものである。

アフガニスタン政府は、地元のパートナーやユニセフを含む国際的なパートナーと協働しながら、包括的アプローチの開発を進めている。その中には、助産師教育の強化と拡大、必須産科ケア・新生児ケアの提供における助産師の中心的役割を確保する政策の立案、助産師の職能団体を設立することの支援、出産時に専門技能を持つ者によるケアにもっとアクセスできるようにするためのイニシアティブの開発などが含まれている。

コミュニティ助産師教育（Community Midwifery Education = CME）プログラムは、18カ月間のスキル中心の養成プログラムである。従来の助産師養成プログラムよりも参加条件が緩和されており、専門技能を持つ出産介助者の養成・配置拡大に対する適切なアプローチと考えられている。2008年には19のCMEプログラムが実施され、それぞれ20～25人の受講者がいた。2002年に比べ、養成者数が顕著に増加している。2002年には、保健科学研究所が地域センターで実施した6つの看護助産師養成プログラムと、ナンガハール州で実施されたひとつのコミュニティ助産師養成プログラムしかなかったのである。同国で活動する助産師の数は、2002年の467人から、2008年には2,167人に増加した。

CMEは、研修が終われば出身地域で活動するという了解のもと、助産師が不足している地域の女性からの応募を推奨している。このような方針を採ったことにより、専門技能を持つ女性保健従事者（医師、看護師、助産師）を擁する保健施設は急激に増加し、2004年の39%から、2006年には76%に達した。妊産婦ケアにも目に見える影響を及ぼしており、専門技能を持つ保健従事者が付き添う出産の数も、2003年にはおよそ6%だったものが、2006年には19.9%へと上昇している。スキル中心の研修というアプローチが成功したことにより、既存の助産師養成プログラムもCMEのカリキュラムと資格証明手続きを採用するようになった。

参考文献は109ページを参照。

アウトリーチ・サービスと外来サービスは、家庭と保健施設との橋渡し役となり、リプロダクティブ・ヘルス関連のサービスや出産前・出産時・出産後のサービスを提供することができる。



© UNICEF Peru/2005

保健ケアの利用を妨げる文化的・社会的・地理的要因に対処することは、農村コミュニティで保健サービスへのアクセスを増加させる上で役立つ。保健センターで保健員のケアを受ける母親と新生児（ペルー）

パートナーシップの活用を考えているプログラムでは、それが地元の状況に適合したものとなるよう配慮しなければならない。

保健・栄養分野のコミュニティ・パートナーシップは、最大の効果を発揮できた場合、サービスへの住民のアクセスを改善し、保健従事者と個人・家庭とのより緊密な接触を促

進するばかりでなく、行動変容や社会的動員の推進にもつながる。逆に、最も困難な状況に陥った場合は、スタッフ、調整、資金、物資がすべて不足することになる。開発途上国全域で進められている保健分野のコミュニティ・パートナーシップの成功例を見ると、全体としてのバランスシートがプラスであることは明らかである<sup>25</sup>。

## 妊産婦・新生児保健におけるコミュニティ保健員の役割

保健分野のコミュニティ・パートナーシップでは、住民をコミュニティ保健員として養成することが多い。コミュニティ保健員は、家庭訪問を通じてか、あるいはすでに設けられている施設においてかに関わらず、基礎的な保健ケアと栄養増進活動を担当する。より良いケアや衛生習慣についてのキャンペーンを主導したりもする。完全母乳育児、石鹸または灰による手洗い、マラリア予防のた

めの殺虫剤処理を施した蚊帳の使用は、コミュニティ保健員が唱道する最も一般的な3つの支援策である。さらに、保健分野のコミュニティ・パートナーシップでは、HIVの母子感染予防について助言したり、マラリア、肺炎、新生児敗血症などの小児期疾病の管理に寄与する保健員がいることが多い。

ネパールにおける取り組みはその一例である。研修を受けたコミュニティ保健員が、専門技能を持つ保健従業者と協働して、母親、新生児、子どもに

対してケアを提供している。ネパール農村部で実施された無作為抽出調査によると、これらのパートナーシップにより、新生児死亡率が30%低減されたことが分かっている。このような知見を補完するものとして、インド農村部で実施された調査があり、それによると、コミュニティ保健員が新生児に対して家庭を基盤としたケア（出生時仮死の蘇生と抗生物質による敗血症の治療を含む）を提供した場合、新生児死亡率が62%低減されたことが明らかになっている<sup>26</sup>。

## ガーナにおけるカンガルー・マザー・ケア

低出生体重児を対象としたカンガルー・マザー・ケアは、ヘクター・マルティネス博士とエドガー・レイ博士によって、1979年にコロンビアで導入された。これは、とりわけ病院が過密状態であるために感染の増加と死亡率が高まることへの対策であった。以来、この方式は開発途上国全域で採用されるようになり、世界中で継続的な新生児ケアの必須要素となっている。

カンガルー・マザー・ケアは4つの要素から構成されているが、いずれも、特に低出生体重児にとっては、ケアのための最良の選択肢を確保するために欠かせないものである。4つの構成要素とは、母親の胸で肌と肌が触れ合うように赤ん坊を抱くこと、母乳育児を通して十分な栄養を提供すること、病院からの早期退院に伴って外来でのケアを充実させること、赤ん坊のケアに関して母親と家族を支援することである。

カンガルー・マザー・ケアを広める最も重要な手法として用いられてきたのは、研修プログラムという手段である。研修は依然として病院の中に限られることが多い。ガーナでは、ユニセフおよび南アフリカ医療研究評議会の妊産婦・乳児保健ケア戦略班の支援を受けながら4地域で進められているカンガルー・マザー・ケア・プロジェクト（KMCガーナ）で、新しいアプローチが採用された。研修を提供するだけというやり方に代えて、保健ケア施設からの継続的支援を基盤とする、長期的な「オープン・ドア」アプローチが採用されたのである。

このプログラムでは、カンガルー・マザー・ケアだけに特別

な注意を向け、それを2～3年間持続させることになっている。これにより、参加者は新生児ケアのひとつの局面にだけ注目しながら、それを十分に実施するとともに、その過程で通常の新生児ケアの習慣に組み入れていくことが求められる。

この実施モデルでは、その国における権限がどのように展開しているかに応じて、地区・地域の具体的役割を明らかにする。ガーナでは、地域が実施のための節点の役割を果たし、実際の実施活動については地区が担当している。出産の半数はいまだに自宅で行われているものの、KMCガーナ・プロジェクトの礎のひとつは、地域の病院にCOE（卓越した研究拠点）を設けるとともに、各地区病院で24時間体制の継続的なカンガルー・マザー・ケアを導入したことである。

実施は、各地域に設けられたKMC運営委員会によって監督されている。これは、各地区からひとりずつ代表者が出て構成されているものである。これらの代表者は、それぞれ地区レベルで運営委員会を設立している。地区病院でKMCを導入することに焦点が合わせられているが、他の保健ケア施設やコミュニティ組織もパートナーとして協力を求められている。

KMCガーナ・プログラムの包括的評価はまだ行われていないが、予備的に収集されているデータからは、低出生体重児の生存率を高め、母子の絆を強化する上で効果を発揮していることがうかがえる。

参考文献は109ページを参照。

## 妊娠期の HIV/ マラリア同時感染

HIVとマラリアへの同時感染は、妊婦にとって、また胎児の発達にとって問題となる特有の合併症を引き起こす。通常、初回および2度目の妊娠期間中に妊娠期特有の対マラリア免疫が獲得されるが、HIVはこの免疫力を低下させるのである。胎盤マラリアは、妊産婦貧血およびHIV感染のリスク増大と関連しており、特に若い女性や初産の女性の場合にその傾向が著しい。HIVの母子感染において同時感染がどのような役割を果たすかは明確になっておらず、同時感染によって母子感染のリスクも高まるとする研究もあれば、変化はないとする研究もある。薬を併用することで悪影響が生じる可能性があることは、同時感染への効果的対応にとって極めて重大な意味を有するものであり、さらなる研究が求められる。

マラリアは、アジア、ラテンアメリカとカリブ海諸国、サハラ以南のアフリカに影響を与えているが、同時感染が最も多く発生しているのは、マラリアの発生件数が世界最多の大陸であり、HIVに感染した女性の4分の3以上が住んでいるアフリカである。アフリカ大陸全域で状況は様々ではない。HIV/マラリア同時感染が最も多いのは中央アフリカ共和国、マラウイ、モザンビーク、ザンビア、ジンバブエで、成人人口の約90%がマラリアに感染しやすい状況に置かれており、成人のHIV感染率も平均で10%を超えている。HIV感染が最も深刻に広がっているアフリカ最南端の地域では、マラリアはそれほど発生していないが、南アフリカのクワズル・ナタルのように、特定の地域で大発生が起きる場合もある。

他の地域についてのデータはそれほど明確ではないが、ベリーズ、エルサルバドル、グアテマラ、ガイアナ、ホンジュラスの一般住民の間で重複感染が発生している可能性がある。やや規模は小さくなるものの、ブラジルでも同様である。調査によると、ブラジルやガイアナの金鉱で働く移住労働者のように、同時感染のリスクがより大きい集団が存在する可能性もある。HIV感染の流行はミャンマーやタイのようなアジア諸国でも一般化しているが、マラリア感染は、ラテンアメリカ・カリブ海諸国の場合と同様、アジア全体でばらつきがあり、均一なパターンが見られない。各地域で一般的に見られるマラリア原虫もそれぞれ異なる。アフリカでは*P. falciparum* (熱帯性マラリア原虫)、アジアとラテンアメリカ・カリブ海諸国では*P. vivax* (三日熱マラリア原虫)が最も一般的である。また、マラリアの影響は、女性が妊娠までにどの程度の免疫を獲得していたかによっても異なる場合がある。アジアの女性は、マラリア感染がそれほど深刻ではないので、後天的免疫を獲得する機会も少ない。同じことは、南部アフリカのマラリアの感染状況にばらつきがある地域についても言える。妊娠期のマラリアに関する研究のほとんどはアフリカで実施されたものであり、他の地域や、*P. falciparum* (熱帯性マラリア原虫)以外のマラリア原虫についても、さらに研究を進めることが必要である。

マラリア患者が重度の貧血で輸血を必要とする場合、特にそれが子どもである場合、HIV感染のリスクが高まる。アフリカのマラリア蔓延地域では、毎年5,300～8,500人の子どもが重度のマラリアに対して実施される輸血でHIVに感染している。

さまざまな地域的違いはあるものの、同時感染が妊婦に及ぼす影響は、すべての妊婦について同様である。HIVに感染した妊婦がマラリアにも感染すると、重度の貧血のリスクが高まるとともに、マラリアの感染状況に大きな変動が見られない地域に住む女性であっても、それまでに獲得した免疫が弱まってしまう。すなわち、HIV陽性の女性は、2回目、3回目、4回目の妊娠であっても、マラリアに対し、実質的には初回妊娠の女性と同じ程度の低い免疫しか持っていないということである。HIV陽性の妊婦が臨床マラリアに感染する確率は、妊娠回数に関わらず、2倍高くなる。妊婦がHIVに感染している場合、マラリアによって、胎児の成長が阻害されたり、早産や新生児の低出生体重が引き起こされたり、肺炎連鎖球菌、破傷風、はしかといった感染症に対する先天性免疫や細胞応答の伝達が少なくなったりする可能性がある。最近のデータでは、マラリアにかかったHIV陽性の母親は低出生体重児を産む可能性が高いことが示唆されている。逆に、低出生体重の乳児は、普通出生体重の乳児に比べ、HIVの母子感染リスクが非常に高いことが分かっている。

マラリアがHIVにどのような影響を与えるのかはそれほどはっきりしていないが、急性マラリアの発症によりウイルス量が増加し、病の進行が早まる可能性はある。妊娠中にマラリアに感染すると、子宮内および出産中のHIV母子感染リスクが高まる恐れがあるほか、ウイルス量が増加するために、母乳育児の際の感染リスクも高まる可能性がある。マラリアの治療後はウイルス量が発症前の水準に戻る場合もあるとする調査もあり、これは、マラリアへの対応がHIVの拡散とエイズの進行の速度を抑えるために極めて重要となる可能性を示唆している。

同時感染に関する最も切迫した問題のひとつに、薬物治療に関連したものがあある。世界保健機関 (WHO) は、HIV感染率の高い地域 (>10%) に住む妊婦は全員、間欠予防治療 (IPT) として、たとえば症状が出ていない場合であっても、最低3回はスルファドキシシン・ピリメタミン合剤の投与を受けるよう推奨している。ただし、HIVの日和見感染症の治療のためにコトリモキサゾールを投与されている場合は、この限りでない。

アフリカの多くの国の政府は、妊娠中のマラリアへの対応としてアルテミシニンを中心にした混合療法を用いている。調査研究がまだ限られているため、WHOは、合併症を伴わない妊娠初期のマラリアについては、ほかに有効な治療方法がない場合、引き続きこの治療方法を推奨している。重度の貧血の場合は、アルテミシニンを中心にした療法あるいはキニーネによる治療が推奨される。ただし、妊娠中期・後期に入っている場合はアルテミシニンを中心にした療法の方が望ましい。抗レトロウイルス薬と抗マラリア薬 (アルテミシニン誘導体を含む) を併用投与することのリスクについては公表された情報がほとんどないが、アルテミシニンについては、抗レトロウイルス薬と併用投与した場合、または妊娠初期に投与した場合、重大な毒性が観察された例は今のところ報告されていない。

参考文献は109ページを参照。

## リベリアの青年期の女性が直面する課題

ヴァバ・ゲイフロル（リベリア・ジェンダー開発相）

青年期の女性とその成長発達の促進につながる支援的環境を保障され、虐待、搾取、暴力から守られ、結婚や労働といったおとなの役割を時期尚早な形で背負わされないようにすることは、私の国、リベリアではとりわけ困難な課題である。

リベリアの青年期の女性は次のような状況に置かれている。

- おそらく小学校に行ったことがない。最新の全国推計によれば、女子の初等学校純就学率は39%にとどまっている。
- 中等学校に行く割合も低い。中等学校に通う年齢の女子のうち、実際に中等学校に就学しているのは14%にすぎない。
- 非識字の状況に陥る可能性が高い。リベリアの15～24歳の思春期・青年期の女性は24%が非識字者である。
- レイプの被害を受ける可能性が高い。これは最も報告数の多い犯罪で、被害者になることが最も多いのは10～14歳の女子である。
- おそらくHIV/エイズについては限られた知識しか持っていない。HIV/エイズについて包括的な知識を持っているのは、15～24歳の若い女性のわずか21%である。
- すでに結婚しているか、これに準じた関係にある可能性が高い。リベリアでは20～24歳の女性の40%が18歳未満で結婚している。
- 妊娠する可能性が極めて高い。15～19歳の青年期の女子の出産率は1,000人あたり221で、世界第2位である。
- 病院や保健施設で出産をする可能性は低い。施設での出産率はわずか37%にとどまっている。
- 専門技能を持つ保健員の介助を受けることなく出産しなければならない可能性がある。専門技能を持つ保健員が立ち会うのは全出産の51%にすぎない。
- 妊娠・出産に関連する理由で死亡するリスクが高い。妊産婦死亡率は出生10万人あたり1,200に上っている。
- 15歳未満の場合、妊娠・出産に関連する原因で死亡するリスクがさらに高まる。10～14歳の女子が妊娠・出産に関連した原因で死亡する確率は、20～24歳の女性の5倍に上る。
- 妊娠関連の原因で死亡せずに済んでも、出産に関連した損傷が残る可能性がある。例えば、瘻孔（ろうこう）や子宮脱などである。
- 最初の妊娠およびその後の妊娠が原因で死亡する生涯リスクが高い。妊産婦死亡の生涯リスクは12分の1である。
- 子どもが1年以内に命を落とす可能性がある。乳児のほぼ10人にひとりには1歳の誕生日を迎えることができない。
- パートナーからは、たとえ結婚していても、おそらく支援を受けることがない。
- さらに虐待、搾取、ディスエンパワーメントからの保護を求める手段がほとんど、またはまったくない。

リベリアの青年期の女性のために支援的な環境を整備していくためには、まず、暴力と虐待から彼女らを守り、質の高い教育を受けられるようにすることが必要である。

また、女子が18歳前に結婚したり搾取的な労働に従事したりすることを家族が認めないようにすることも必要となる。

HIV/エイズの知識を若者の間で広めていくこと、性的暴力の被害者が司法に訴えることができるようにもしていかなければならない。

数百万人の青年期の女子を対象とした、リプロダクティブ・ヘルス・ケア、妊産婦保健ケア、基礎保健ケアへの投資が必要である。

何にも増して、コミュニティと社会が女性と女子の権利を尊重するとともに、女性と女子への危害や差別につながる習慣・慣習に対処する勇気を持つことが要求される。

エレン・ジョンソン・サーリーフ大統領のリーダーシップの下、リベリア政府は、青年期の女子が必要としている保護を提供し、また彼女たちが自分の身を守るために必要なスキルを習得できるよう援助するために、懸命に努力している。私たちが迅速かつ効果的に行動できるよう、国際開発コミュニティの支援を歓迎する。

参考文献は109ページを参照。

## 施設を基盤とするケアは、紹介・搬送のために、また母親と新生児を対象とする一連の定期的・緊急サービスを提供するために、必要不可欠である。

保健ケア分野でのコミュニティ・パートナーシップは、必須サービスの普及と、保健・栄養面での習慣の改善を拡大していく一助となりうる。これよりもさらに重要なのは、こうしたパートナーシップにより、保健システムが、どんなに貧しい、あるいはどんなに周縁化されたコミュニティに対しても手を差し伸べられるようになる可能性があるということであろう。

### アウトリーチ・サービスと外来サービス

出産前ケアや予防接種のようなアウトリーチ・サービスや外来サービスは、2つの形式のどちらかを通じて定期的に提供される。常設のクリニックを妊婦やその子どもが訪れる形か、保健員が母子に対してコミュニティで必須支援策を実施する移動式サービスの形である。ほとんどすべての場合に、利用者は臨床例として診断の対象とされるのではなく、標準化されたサービスを受ける。これらの支援策の多くは、専門技能を持つ医療スタッフが実施しなければ効果を発揮しないというわけではなく、ある程度の技能を持つ保健員や、若干の研修を受けたコミュニティ保健員が提供することも可能である。これにより、ひいては、多くの住民を対象としたアウトリーチ中心のサービスの普及率を高めることがより容易になり、費用対効果も高まる<sup>27</sup>。

アウトリーチ・サービスと外来サービスは、自宅ケアやコミュニティ・ケアと、施設を基盤とするケアとの橋渡し役となりうる。これらのサービスは、出産前後のケアを提供するためにも、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスを推進するためにも、極めて重要なメカニズムである。例えば、出産前ケアは、診療所や病院

で提供することももちろんできるが、アウトリーチ・サービスの形で提供しても何ら不適當な点はない。

出産前のアウトリーチ・サービスでは、貧血、高血圧、糖尿病、梅毒、結核、マラリアといった疾患のスクリーニングを行って治療するとともに、胎児の位置を確かめることが求められる。破傷風の予防接種を実施し、殺虫剤処理をした蚊帳を配布し、マラリア流行地ではマラリアの間欠予防治療を行うことも、食事、衛生、妊娠期の危険信号、母乳育児などについての助言・相談に加えて必要である。ただし、外来サービスやアウトリーチ・サービスに過度の負担をかけないことも重要である<sup>28</sup>。

アウトリーチ・サービスは、この章で前述したように、出産後ケアを提供できるように修正してもよい。主要なサービスとしては、母親と新生児の危険信号を発見・チェックすること、新生児に対する栄養の与え方——特に早期からの完全母乳育児——やケアの方法についてガイダンスを提供すること、適当な場合には母親や赤ん坊の治療のための紹介・搬送を行うこと、健康的習慣についての支援と助言・相談などがある<sup>29</sup>。

アウトリーチ・サービスと外来サービスに適しているもうひとつの分野がリプロダクティブ・ヘルスである。アウトリーチ・サービスを通じ、リプロダクティブ・ヘルスに関わるサービスや習慣（出産間隔を空けることも含む）にどのような選択肢があるのかについての意識啓発を行うことができる。また、性感染症を発見し、迅速に治療することもできる。しかし、リプロダクティブ・ヘルスの分野における外来サービスやアウトリーチ・サービスの多くは、今のと

ころ質の低い支援策しか実施できていないため、住民はなかなか利用しようとし<sup>30</sup>ない。

### 施設を基盤とするケア

保健施設は一般的に、妊産婦と子どもの保健のための予防・治療サービスを最も幅広く提供している。また、専門技能を有する保健ケア従事者を最も多く擁している可能性が高いところでもある。これらの施設は、診療所と病院という、2つの主要なカテゴリーのいずれかに分かれているのが一般的である。コミュニティに最も密着した施設は、当座の一般的なケアを提供する診療所である可能性が高く、看護師が統括していることも考えられる。診療所のスタッフは、合併症を伴わない出産に対応したり、新生児のケアについての支援やアドバイスを提供したりすることができる場合が多い。主要ないくつかの合併症に対処できること——例えば、手技で胎盤を取り除いたり、新生児に蘇生措置を実施したりすることも必要である。しかし、陣痛と出産に関わる潜在的リスクを考えると、診療所のスタッフや、アウトリーチ・サービスとして出産を介助するスタッフは、出産時の合併症や新生児の病状の度合いが自分たちの手に負えないものである場合は、それを速やかに認識し、より高次の施設に搬送できるだけの専門知識を有していなければならない。

そのより高次の施設は地区病院である可能性が高く、そこでは医師が医学的診断、治療、ケア、カウンセリング、リハビリテーションのサービスを提供できる。保健システムによっては、複雑な臨床ケアを提供する紹介・搬送対応病院が設けられている場合もあるが、開発途上国の多



くのコミュニティでは、母親と乳児の健康上のニーズのうち施設を基盤とするケアによって対応しなければならないものについて、対応が行われるにしても、診療所や地区病院がその役目を担っている<sup>31</sup>。

緊急産科ケアへのアクセスは、農村部に住む妊婦にとっては大きな問題となりうる。適切な施設にたどり着くまでに長い距離を移動しなければならず、そのための移動手段やまともな道路がない場合もあるからである。たとえ移動用の車があり、インフラが整備されていたとしても、旅費や宿泊費がかかり過ぎるために、付き添いの家族がその間の収入を失うといった間接的費用と相まって、利用ができないこともある。このように、地理的に孤立したコミュニティに住む家族にとっては、出産時合併症が生じた場合の妊産婦・新生児死亡リスクがさらに高まるのである。例えば、アフガニスタンで最近実施された妊産婦死亡に関する研究によると、物理的な遠さは、女性が直面している疫学上のリスクを高めること

が分かっている<sup>32</sup>。

しかし、保健ケア施設へのアクセスを妨げているのは地理的距離だけではない。保健施設の近くに住んでいる女性が、出産前ケアを受けるために施設に通うだけで、出産そのもののためには施設を利用しないという場合もある。よそ者が女性の出産に立ち会うことについての文化的抵抗や出産時に専門技能者の立ち会いを受けることに伴う費用は、保健ケア施設の利用を阻害する抑制要因の例である。保健ケア従事者がいないこと、医療設備や医薬品が不十分であることも、家族に保健施設での出産をためらわせる要因となりうる。特有の課題のひとつは、施設内感染の発生率を低下させることである。施設内感染はサハラ以南のアフリカでは重大なリスクとなっており、輸血や注射針の再利用によって感染リスクが高まる可能性がある<sup>33</sup>。このような阻害要因が存在するにせよ、妊産婦クリニック、保健センター、病院の質を高め、少なくとも基礎的な緊急産科ケアを提供できるようにする

ことが、妊産婦・新生児死亡率の低減に向けた重要な一歩となることは明らかである。


### **継続的なケア：母親と新生児のための基礎保健ケアの確立に向けた実際の措置**

保健ケア・サービスが最善の形で機能するのは、自宅でのケアが、コミュニティを通してアウトリーチ・サービスと、さらには診療所および病院と結び付けられている場合である。これは決して新しい考え方ではない。それを裏づけるエビデンス（証拠）と知識は何十年も前から存在していた。これを応用することにより、防止可能な妊産婦・新生児死亡の犠牲者数を大幅に減らせる可能性がある。今の課題は、継続的なケアを保障できるように保健サービスへの投資を行うことである。第4章では、開発途上国が緊急に必要としている妊産婦・新生児保健の改善をもたらすためには、どのような枠組みに基づいて戦略を立案し、資源を割り当てていけばよいかを概観する。

# 4 妊産婦・新生児保健を向上させるために 保健システムを強化する



効果的な継続的ケアを確立するためには、保健システム強化のために実践的措置をとっていく必要がある。保健システム開発のための主要な要素——科学的根拠をさらに蓄積すること、保健従事者数を拡大・充実させること、インフラとロジスティクスを向上・拡大すること、社会動員を通じて財源の問題を平等な形で解決し、またケアへの需要を高めること、ケアの質を確保すること、そして連携を通じて政治的コミットメントとリーダーシップを醸成すること——は、各国政府や地域機関・国際機関によってますます受け入れられるようになっていく。『世界子供白書 2009』の第4章では、初めの6つのステップについて検証し、各国の事例を通してその実際の適用のあり方を明らかにする。7つめのステップ——政治的リーダーシップとコミットメント——については最終章で扱う。

 レニウム開発目標5の達成は容易な課題ではない。全体的には、世界は妊産婦保健の改善という点ではるかに遅れをとっており、特にサハラ以南のアフリカでは、1990年以来、ほとんど前進が見られていない。前進が見られた開発途上国・地域でさえ、貧困や周縁化によって生じる問題により、多くの人々が必須妊産婦サービスや基礎保健ケア・サービスから排除され続けている（妊産婦死亡率の推移に関する詳細は、第1章を参照）。

妊産婦・新生児の生存と健康の面でさらに迅速な前進と重要な向上を達成することは、すでにその効果が証明されており、負担が大きくない支援策をパッケージ化し、その規模を拡大することによって可能となる。これらの支援策は継続的なケアを通じて提供され、女性と子どもの権利の向上につながる支援環境によって支えられなければならない。

前進を加速させるのに必要な枠組みに関する政策上の推奨事項は、データ収集、調査・分析、モニタリング・評価、協調的行動を通して、充実した内容になってきている。第4章では、第3章で概観した継続的なケアを支援するために保健システムを強化することに向けた一連の実践的措置を要約して示すことにより、これらの取り組みへの貢献を図る。その実践的措置とは、次のような行動のことである。

- 妊産婦・新生児の死亡および罹病の傾向、水準、リスク、原因およびこれに対する支援策についてのデータ収集と分析を促進する。
- 開発途上国における基礎保健ケア分野の労働力を拡大するとともに、技能水準を向上させる。
- 社会の動員を図ることにより、妊産婦・新生児保健ケアの改善と、女性と子どもの権利の向上につながる支援環境を要求していく。

- 基礎的な保健ケア・サービスと妊産婦サービスに対し、实际的で公平かつ維持可能な形で財源を提供していくためのメカニズムを構築する。
- インフラ、ロジスティクス、情報通信技術、施設および管理能力強化に投資することにより、質の高いケアと効率的な紹介・搬送を確保する。
- 保健システム全体にわたって、ケアの質を改善する。
- パートナー間の連携を強化することによって、政治的コミットメントとリーダーシップを醸成する。

この章では初めの6つのステップについて検証し、各国の事例を通してその実際の適用のあり方を明らかにする。7番目のステップについては第5章で取り上げる。

## 妊産婦・新生児の健康および生存についてのしっかりしたデータは、健全な政策、効果的なプログラム、協調的パートナーシップの基盤となる。

### ステップ1：データ収集と分析を促進する

妊産婦と新生児のどちらの健康についても、その多様な諸側面を十分に描き出せる単一の指標は存在しないため、プログラムの方向性を定め、モニタリングを進めていくためには、幅広い各種指標を用いるのが有効である。政策とプログラムの立案に欠かせない重要な情報には、人口動態、栄養状態、社会経済的状况、保健ケアの提供状況、ケアを求める習慣の実態、より好ましい保健・栄養習慣の実践状況などがある。

これらの測定値は、妊産婦・新生児の罹病と死亡の負担の大きさ、傾向、リスク、原因についての理解を強化するものである。しかし、やらなければならないことはまだまだ多い。妊産婦・新生児保健の多くの側面——2つの要素だけを挙げるとすれば、死亡率の推計からHIV/エイズが妊娠にもたらすリスクに至るまで——について、知識の格差が依然として相当に残っている。多くの開発途上国では保健情報システムが不完全なため、妊産婦・新生児保健の状況を判断し、最も適切な戦略や支援策を適用することを困難なものにしている<sup>1</sup>。

したがって、政策、プログラム、パートナーシップの根底をなす知識基盤を強化することは、保健システム開発の必須要素のひとつである。データ収集を充実させるプロセスについては、すでに取り組みが始まっている。世界保健機関（WHO）は、妊産婦保健に関するデータ収集の拡大とデータの質の向上について各国政府やその他の機関を援助するためのガイドラインの整備を進めてきた。WHOが推奨するところによれば、保健情報システムにおいては、妊産婦と子



予防接種や微量栄養素補給のような必須ケアを妊婦に提供することは、病気や栄養不良から妊婦を守ることにつながる。体重測定、血圧測定、破傷風ワクチンの予防接種、鉄分補給などを含む健診を行う保健員（パプア・ニューギニア）

妊産婦と新生児の生存についてのデータ収集を促進するために、国勢調査、世帯調査、施設を基盤としたデータ収集などの幅広い手法が採用されている。

図4.1

### 緊急産科ケア (EmOC) : 国連のプロセス指標と推奨水準

国連のプロセス指標	定義	推奨水準
1. 利用できる EmOC サービスの量	EmOC を提供している施設の数	最低：50 万人につき包括的 EmOC 施設が1つと基礎的 EmOC 施設が4つ
2. EmOC 施設の地理的分布	EmOC を提供する施設が地域レベルの行政単位ごとに均等に分布していること	最低：地域レベルの行政単位の 100% で、基礎的・包括的 EmOC 施設が必要最低数設置されている
3. EmOC 施設で行われる出産の割合	住民の全出産のうち EmOC 施設で行われるものの割合	最低：15%
4. EmOC サービスに対するニーズの充足	産科合併症を発症した女性のうち EmOC 施設で治療された者の割合	最低：100% (想定出産件数の 15% と推計)
5. 帝王切開による出産の割合	住民の全出産のうち帝王切開分娩が行われたものの割合	最低：5% 最大：15%
6. 受け入れ患者死亡率	産科合併症を発症して EmOC 施設に受け入れられた女性のうち、死亡した者の割合	最大：1%

出典：国連

どもの保健に関連する次の5つの主要分野でデータの収集に努めることが求められる。

- 妊産婦・新生児死亡率
- 死亡と罹病の要因および決定因子
- これらの保健問題および適切な対応に関するコミュニティのとりえ方（サービスのタイプ、ケアを求めることに対する態度を含む）
- 質の高い保健ケア・サービスがどの程度利用・アクセスできるようになっているか
- ケアの質<sup>2</sup>

このような情報の収集を容易にする手段は多数存在する。国勢調査、口頭剖検（近親者等からの事情聴取に基づき死因を推定する手法）、死亡登録、調査・研究、保健施設から得られたデータ、保健サーベイランスな

どである。これらの手法にはそれぞれ長所と短所があるので、妊産婦・新生児保健の評価のためには複数の手法を採用することが求められる。

#### 国勢調査、アンケート調査、世帯調査

国勢調査は、妊産婦保健に関する主要なデータ源・情報源である。妊産婦死亡の地理的・社会経済的ばらつきの測定ができる規模を備えた世帯レベルの調査は、これ以外には存在しないことが多い。国勢調査では、過去12カ月間に各世帯で死亡した出産可能年齢の女性の死亡時期を算定するために、関連質問を盛り込むことができる。しかしながら、このような情報を収集する目的で国勢調査を活用しておらず、妊産婦保健についての貴重な情報収集の機会を逃している国もあることに注意しなければならない。

口頭剖検は、死亡や罹病についての情報を収集するもうひとつの手法である。世界保健機関（WHO）は、口頭剖検用に3種類の質問票を作成している。生後4週間以内の死について確認するもの、生後4週間から14歳までの子どもを対象とするもの、15歳以上の者を対象とするものである。その目的は、測定基準・手法の標準化を支援するところにある。このように厳密な区分をしているのは、これまで十分に重視されてこなかった、時期という極めて重要な問題を考慮に入れたためである<sup>3</sup>。

死因についての情報を収集することが容易ではない場合もある。WHOによると、質の高い死因統計を報告しているのは、193の加盟国中31カ国に過ぎない。国によっては、それほど広くない地域では人口静態・動

## DHSやMICSのような世帯調査からは、幅広い成果指標や普及率指標に関する必須データが得られる。

態調査システム（DSS）のようなサーベイランス・ツールを利用して死因の特定を図るようになったところもある。この場合に用いられる手法としては、家族、保健ケア提供者、コミュニティの構成員に死亡状況の説明を求める口頭剖検を活用した、事後的死亡調査などがある。このようなシステムは、口頭剖検活用型標本人口動態統計システムと呼ばれている。責任免除方針を採用し、調査上の質問に対する回答について回答者が責任を問われないようにすることは、このような取り組みに対してコミュニティの支持を獲得・維持する上で欠くことができない<sup>4</sup>。

妊産婦・新生児保健面での成果に影響を与える要因はいくつもある。栄養状態などの生物学的要因、所得や教育などの社会経済的決定因子、健康維持のための行動や健康的習慣、保健サービスへのアクセスを妨げる障壁、家庭における暴力や喫煙などの行動上のリスク要因などである。世帯調査や世帯研究は、これらの決定因子の発生頻度を評価するのに活用される第一義的手法となっている。その後、こうした分析を行うことにより、保健プログラムがその対象としている住民について、よりよく理解することが可能となる。

定期的に行われる重要な分野横断的世帯調査としては、人口保健調査（米国国際開発庁）、複数指標クラスター調査（ユニセフ）、リプロダクティブ・ヘルス調査（米疾病管理センター）などがある。これらの国際調査により、保健に関する幅広いテーマについての包括的な量的データが得られる。1995年以来、100カ国で200近い複数指標クラスター調査が実施されてきた。

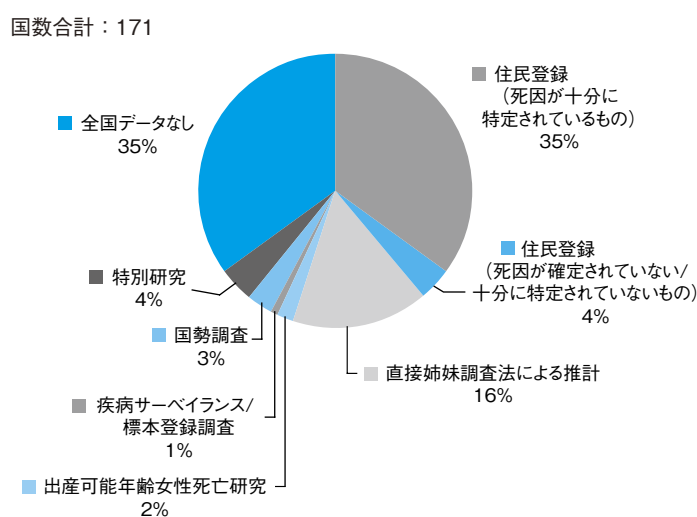
### 施設とコミュニティを基盤としたデータ収集

官民を問わず、幅広い保健ケア提供者が設置している保健施設から得られるデータも、妊産婦・新生児保健の状況を評価する上で有益である。施設における死亡数はモニタリングが容易であり、「妊産婦死亡検証・監査」と呼ばれているプロセスを通して、さらなる死亡、特に施設で発生する死亡を防ぐために必要な改善策について学ぶ機会を提供してくれる。このタイプのデータからは、サービスの質の向上のために重要な「ニアミス」事例——生命に関わる合併症のために死亡リスクが高まったものの、最終的に死亡には至らなかった事例——についての洞察も得られる<sup>5</sup>。

政府、研究機関、その他の機関は、保健サーベイランスも実施している。これは、米疾病管理センターによって、「罹病率および死亡率の低減ならびに保健の向上を目的とした公衆衛生活動で活用するため、保健関連の事象に関わるデータを継続的かつ組織的に収集し、分析し、解釈し、かつ普及すること」と定義されているものである<sup>6</sup>。このデータ収集法は、他の手法と組み合わせ、住民の健康状態を通時的および地域ごとに評価するために用いることもできる。

国際機関の強力な支援を得て、妊産婦保健ケアのその他の側面についても測定が行われている。緊急産科ケアに関する指標を整備するため、施設を基盤とするデータを収集しているのは、ユニセフとそのパートナーである。緊

図4.2 2005年の妊産婦死亡推計値を算出するために用いられた主要なデータ源の分布



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.9.



© UNICEF/H1006-0550/Shehzad Noorani

専門技能を持った保健従事者が立ち会う出産件数を増やすことにより、出産時の合併症による妊産婦死亡を減らすことができる。助産師研修センターで開かれた女性向け研修セッションで、分娩後の赤ちゃんの正しい扱い方を実演する2人の講師（スーダン）

急産科ケアのニーズ評価も、ユニセフ、国連人口基金、コロンビア大学によって、「妊産婦死亡/障害防止プロジェクト」として実施されている<sup>7</sup>。

ヘルス・メトリクス・ネットワーク（Health Metrics Network）は、各国による保健管理情報システムの強化を支援することを目的とした国際的パートナーシップで、情報システムの完成度と質を評価するためのツールを開発している（104ページのパネル「保健情報システムの整備：ヘルス・メトリクス・ネットワーク」を参照）。世界保健機関（WHO）は、「Beyond the Numbers」

（数値を超えて）と題するガイドの作成を主導した。これは、妊産婦死亡率を低減する努力の一環として、女性の死に関する話をする際に活用できる手法について説明したものである。このような手法としては、コミュニティを基盤とする口頭剖検、施設を基盤とする妊産婦死亡事例・ニアミス事例の検証、臨床監査、より大規模な地域的・全国的匿名実態調査などがある<sup>8</sup>。モザンビークでは、保健施設における妊産婦死亡についての検証を行うことによって、これらの死亡の背景にあった予防可能な要因について貴重な洞察が得られ、政策上・制度上の対応を進め

ていく際の指針が定まった<sup>9</sup>。

保健従事者が提供するケアの質を評価する方法も開発されてきた。そのような枠組みを2つ挙げると、米国国際開発庁（USAID）が開発した「パフォーマンスの質的向上」法と、エンジェンダーヘルス（EngenderHealth）が開発したCOPE（利用者本位かつ事業効率の良いサービス）法がある<sup>10</sup>。

新しい測定ツールに加え、新しい技術も情報収集の支援のために導入されつつある。例えば、デジタル技術を応用した調査は、最遠隔地にお

## 妊産婦死亡の予防を目的とした、保健システムにおけるクリティカル・リンク手法の活用

ロサ・マリア・ニューネス・ウルキザ（メキシコ・国立公衆衛生研究所）

クリティカル・リンク（重要な関係）手法（CLM）では、ひとつひとつの妊産婦死亡を警鐘事例と位置づけて精査する。死亡前に女性と保健従事者との間に生じた保健ケアの相互作用をすべて検証することにより、保健ケアがどのように求められ、これに対応して保健システム全体を通じてどのようなケアが提供されたのかを時系列でまとめるものである。

CLMは3つの観点から保健ケアの評価を行う。

- 臨床パフォーマンス（定められたガイドラインとの比較に基づく遅延、不作為および質的基準の順守）
- 病院の内部組織
- 複数の保健ケア施設間におけるケアの継続性

この検証プロセスを通じ、CLMは、迅速に提供できれば今後の妊産婦死亡の防止につながる重要な支援策に重点を置く。これにより、安全な母性委員会は、焦点を医学的死因から、妊産婦の救済につながったはずの失われた機会を管理運営面からどのようにとらえるかに移せるようになる。このような視点の転換は、以下のような一連の質問に強調されている。

- 女性と保健システムとの間に生じた相互作用のうち、どの段階で、女性の死につながった状況への対応を改善できたか？
- この分析に基づき、今後同様の状況が起きた場合、女性の死亡を防ぐためには、具体的に対応措置をどのように変えればよいか？
- これらの具体的変更点を持続させるためには、それぞれのケア・ユニットで採用されているプロセスを、ケアの質を確保する目的でどのように修正しなければならないか？ また、産科的な緊急事態の中で継続的なケアを確保するために、保健システムのどのような要素を改めるべきか？

さらに、ニアミス事例（合併症によって重篤な疾病が生じたが最終的には死亡に至らなかった事例）を妊産婦死亡事例と比較することによって、ケアをタイムリーに提供することの必要性が浮き彫りになる。これにより、「治療までのインターバル」という新しい分析カテゴリーができ、支援策が効果を発揮できる時間を明らかにするための臨床研究が求められている。治療までのインターバルという考え方は、たとえ適切な治療が行われても、タイムリーに適用されなければ女性の命を救えない可能性があることを示す上で役に立つ。

### 個々の事例による警鐘からさらなる研究へ

CLMフィールド・スーパーバイザー（現場統括官）と政府当局者たちとの間で、オープンかつ定期的なやりとりが行われたことにより、個々の事例研究で明らかにされた警鐘の内容をきっかけとする定期データ・システム（617の公立病院で受け

入れられる年間102万9,000名の産科患者の病院登録）の分析が確保された。この分析は、妊産婦ケアにおけるこれらの格差が保健システム全体でどの程度存在し、どのように分布しているのかを検証するために行われたものである。

そのひとつの例として、コミュニティ病院から紹介病院への搬送中に死亡した、分娩後出血の女性に関するCLM研究がある。評価を行った結果、搬送前に女性の病状の安定化を怠ったことが致命的であったことが分かった。分娩後出血を原因とする妊産婦死亡率が全国平均を上回っている7つの州では、妊産婦死亡の60%までもが、より大きな病院への患者の搬送中に起きていたのである。このような保健地区のひとつに救急車や研修を受けた人材を配備すると、翌年には分娩後出血を原因とする妊産婦死亡率が30%減少した。

CLMは、地区ごとの保健システムで諸施設のネットワークのあり方を再編できるよう支援を進めている。さらに、CLMを適用するためには、従来から安全な母性委員会に参加してきた関係者（具体的には臨床研究所や血液銀行の長、保健地区行政官など）よりも幅広いステークホルダーの関与を得ることが必要となる。

CLMのひとつの成果は、保健省とメキシコ社会保険庁（IMSS）双方のリプロダクティブ・ヘルス部局が、妊産婦死亡の原因の報告方法を変えたことである。現在では、「子癇前症、敗血症等」のような医学的原因だけではなく、ケアの過程で過失があったことが明らかになった場合は、それについても報告するようになった。例えば、いずれかの地区ないし州の保健システムが妊産婦死亡について報告する場合、現在では、「妊産婦死亡の15%は、保健センターに静脈注射用の溶液がなく、搬送前に女性の容態の安定化を図れなかったために発生した」とか、「妊産婦死亡の10%は、週末、外科医を地区病院に呼び出すのが遅れたために発生した」と書かれる。医学的原因にとどまらない検討を行うことは、すぐに対処していれば妊産婦死亡を防ぐことができたであろう保健システムの欠陥を診断する上で役立つ。

参考文献は110ページを参照。



## 新しい技術も、妊産婦・新生児保健についてのデータ収集を支援する可能性を發揮しつつある。

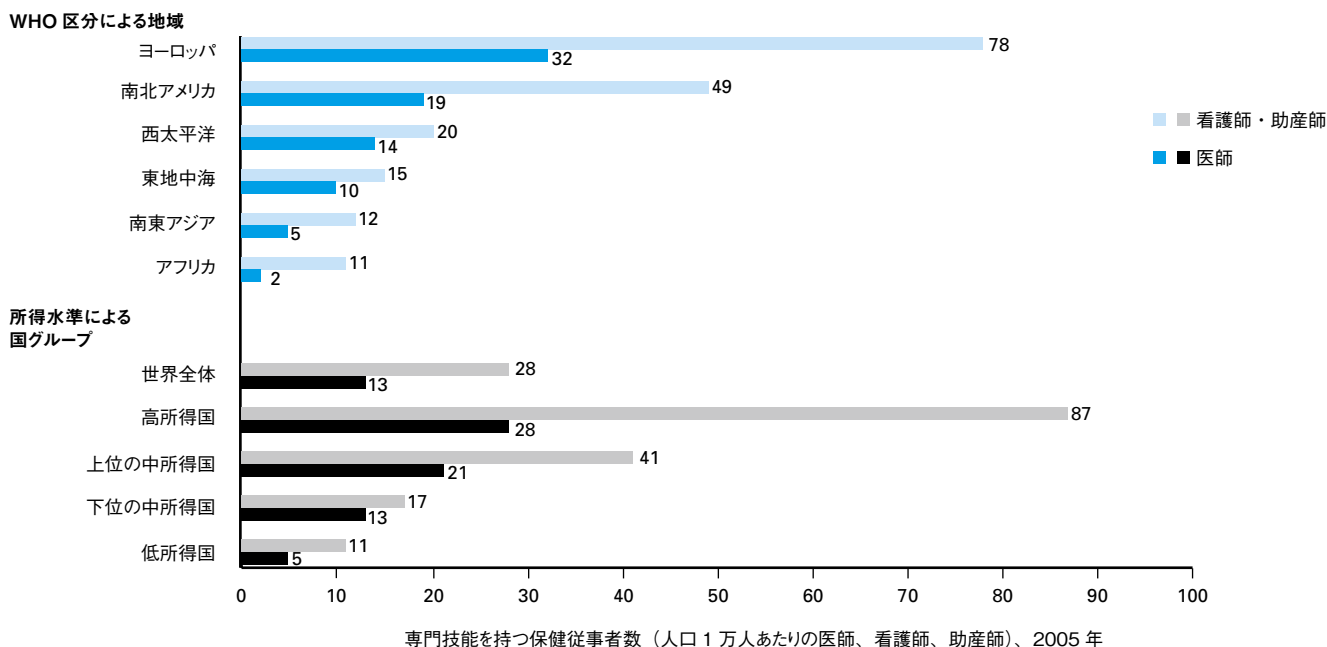
けるデータ収集の改善につながる希望を与えてくれるものである。

妊産婦死亡プログラム評価イニシアティブ(IMMPACT)がブルキナファソ東部で実施したある研究では、127人の面接員が、携帯情報端末(PDA)を活用しながら、わずか3カ月強で8万6,376世帯のデータを収集した。機器の単価は約350米ドルで、装置全体で6万米ドルになる。費用対効果分析は終わっていないが、紙による調査

を行った場合は、100万枚以上の印刷資料、100台のGPS受信機、20台のデスクトップ・コンピュータが必要で、さらにこれ以上の費用がかかったはずである。今回のPDA活用実験には、紙ベースの調査の問題として挙げられることが多いデータ入力の即時性の面でも、優位性が見られた。また、調査に必要な言語能力を持ち、携帯電話に親しんでいる地元の学校の生徒たちを訓練し、調査に協力してもらうという試みも行われた<sup>11</sup>。

もちろん、プログラムや政策の指針となる有益な情報を提供するデータ収集手段は無数に存在する。資源配分および政策的対応に有効活用するために、そして妊産婦死亡の削減に最大の効果を得られるようにするために、地方、国および国際社会の各レベルでこれらのデータを伝達・分析していくことが必要不可欠である。

**図4.3** 専門技能を持つ保健員は、特にアフリカと南東アジアで不足している



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.82-83.

## 妊産婦保健の新しい方向性

マリオ・メリアルディ (WHO)、ジェニファー・ハリス・レケホ (妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ)

21年前、国際保健コミュニティは「安全な母性のためのイニシアティブ」(Safe Motherhood Initiative)のもとに結集し、国際公衆衛生の分野では上位集団と下位集団との間の格差が最も著しい妊産婦死亡率に焦点を合わせるようになった。それでも、ミレニアム開発目標の基準年である1990年までに、依然として毎年50万人以上の女性——そのうち99%は途上国の女性——が毎年妊娠・出産に関係する合併症から命を落とすという状況があった。2005年の推定妊産婦死亡率は、妊娠・出産中に毎年約53万6,000人の女性が死亡し続けていることを示している。これは、大ざっぱに言えば、基本的には予防可能な原因で1分にひとりの女性が命を落としている計算である。これらの死亡例は、低資源国の中でも最も不利な立場に置かれた人口グループに著しく集中している。これは、もっと高い関心を集めていけるべき、根強く残る不公正な社会的不平等の反映である。これらの妊産婦死亡は、サハラ以南のアフリカ(年間妊産婦死亡数の半数を占める)と南アジア(35%)で、人口比に照らして不相応に多く発生している。そのため世界は、1990年から2015年にかけて妊産婦死亡率を4分の3低減するという数値目標(ミレニアム開発目標5のターゲットA)の達成からはほど遠い状況に置かれている。

「安全な母性のためのイニシアティブ」の開始以降、妊産婦死亡の削減の面では残念ながら進展がないにもかかわらず、いくつかの分野では妊産婦保健に関して重要な前進が達成されてきた。国際的レベルで保健分野に前代未聞の量の資源が割り当てられるようになったことは、基礎保健ケアへの政治的なコミットメントが改めて確認されたこと、妊産婦・新生児・子どもの保健に特に焦点を合わせた新たな補完的イニシアティブが立ち上げられていることとあわせて考えると、これまで軽視されてきた妊産婦死亡の問題に対処しようという動きに弾みがつきつつあることを示唆している。こうした方向への他の発展としては、公衆衛生プログラムの核となる枠組みとして継続的なケアが採用されたこと、継続的ケアの指針を示し、これを推進していくために2005年に「妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ」が設置されたこと、アフリカにおけるリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関わる保健)および権利についての全大陸の枠組みを実施するためのマプト行動計画が批准されたこと、2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的なアクセスを実現することを目指す新しいターゲットがミレニアム開発目標5に追加されたこと(5.B)、「2015年へのカウントダウン」のための評価項目に妊産婦の生存が含まれたことなどがある。これらの前進は、国際保健コミュニティの中で、妊産婦と新生児の生存・福祉に重きを置こうとする動きが活性化していることの証である。

妊産婦死亡に関する推計値を出すための手順が改善されたこと、新たに中絶についての推計値が出されるようになったこと、妊産婦の健康問題がもたらす世界的な負担をマッピングする努力が強化されていることは、疫学的に見て重要な前進であり、各国政府やパートナーによる意思決定の改善を可能にするだろう。栄養不良が妊産婦死亡の原因となるという認識が広がるにつれ、妊娠期の微量栄養素補給への関心が再び高まるとともに、その背景にある基底的要因——貧困、ジェンダー差別、ディスエンパワーメント(多くの女子と若い女性にとって教育へのアクセスが限られており、また感染症の危険性が高いことを含む)——に対処する必要性がさらに強調されるようになった。妊産婦死亡率を低減するために必要とされる中核的保健セクター戦略についても、広範囲な合意が生まれつつある。今では、包括的なリプロダクティブ・ヘルス・ケアに、家族計画、すべての妊婦を対象とする妊娠中・出産時の専門的ケア、生命を脅かす

合併症にかかっているすべての女性と乳児を対象とする緊急ケアが含まれると考えられるようになった。この3本柱のそれぞれと結び付けられた、すでに有効性が証明されている支援策やアプローチについての普及率指標(出産前ケアの普及率、緊急産科ケアの有無、帝王切開実施率、避妊手段の利用率、出産時の専門技能者立ち会い率、出産後ケアの普及率、未対応の家族計画に関するニーズなどを含む)は、現在、各国政府、国連機関、国際保健パートナーシップ、NGO(非政府組織)により、「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの中で追跡調査されている。

妊産婦の死亡と罹病が世界的にどのように分布しているかを記録し、効果的な支援策を特定・追跡する手法が改善される一方で、これを補完するものとして、妊産婦の健康上のリスクへの対抗方法に関する重要な研究成果も蓄積されてきた。疫学的な研究により妊産婦の生存の向上につながるものが分かっており、普遍的適用にも適したいくつかの支援策については、すでに幅広い実施の準備が整っている。妊娠高血圧症候群の予防を目的とした硫酸マグネシウムとカルシウムの補給、出産後出血の予防と治療に関するガイドラインの効果的普及戦略、妊婦に対しては最低4回の出産前訪問ケアを、新たに母親となった女性に対しては最低1回の出産後訪問ケアを行うことが望ましいという勧告などがそうである。妊産婦と新生児の健康が分かちがたく結びついているという認識が高まったことにより、マラリアとHIVを予防・治療するための効果的なプログラムも導入されるようになった。そのために、殺虫剤処理を施した蚊帳や妊娠期のマラリア予防のための間欠治療の提供、HIVの母子感染を予防するための支援策、HIV感染が(特に若者の間で)起こらないようにするための予防手段、HIV陽性の女性と子どもに対する抗レトロウイルス薬治療などを拡大するための措置が進められている。

成果が期待できる主要な研究分野としては、継続的なケアの流れに沿って妊産婦・新生児保健サービスの包括的パッケージが提供されるようにするための戦略策定に焦点を合わせた活動などがある。これらの戦略に欠かせない要素は、従来は垂直的アプローチを通して提供されていたサービス——例えば、予防接種や微量栄養素の補給——を、保健システム強化の一環として産前産後ケアに統合するためのメカニズムを設けることである。最近では、妊娠・出産に伴う主要な合併症——早産、死産、胎児発育障害、高血圧症、出産後出血、閉塞性分娩、産科瘻孔(ろうこう)を含む——についての多国間研究プロジェクトを推進するために、国際機関、政府機関、研究機関、非政府組織(NGO)、民間セクターが協働パートナーシップを立ち上げるという、心強い傾向も見られる。

妊産婦・新生児保健の向上を目的としたプログラムや研究イニシアティブへの政治的・財政的支援は増えつつあり、保健ケアへのアプローチも、単一の問題を対象としたセクター別アプローチから、協働しながら基礎保健ケアを継続的ケアとして提供する方向へと移り変わりつつある。これは、国民の福祉と発展のために非常に重要で、長年にわたって待ち望まれてきた妊産婦・新生児・子どもの保健面での成果が、近い将来、ますますはっきりしてくるのではないかと、希望と期待を抱かせる動きである。

参考文献は110ページを参照。

## ラオスにおける保健システムの強化

ラオスは東南アジアの山国で、その大部分が農村部である。ひとりあたりの国民総所得平均は、2007年の段階で600米ドルに満たない。民族的多様性を有するこの国——50近い民族から構成されている——では、人口の40%近くが貧困線以下の生活をしている。同国は、1990年から2007年の間に5歳未満死亡率を57%低減することに成功しており、ミレニアム開発目標4を達成できる見込みだが、母親と新生児にとっては、いまなお保健面で重要な課題が残っている。

その中心となるのが、栄養不良、授乳・食事と衛生に関わる習慣の改善、予防接種、環境保健、そして、質の高い保健サービスを提供するための専門技能を有する十分な保健従事者の確保である。新生児の7人にひとり以上が低出生体重の状態生まれてきているが、これは母親の栄養状態の悪さと関連していることが多い。完全母乳育児率は最新の推計値で23%であり、東アジアと太平洋諸国の地域平均である43%をはるかに下回っている。改善された飲料水源にアクセスできる人は60%に過ぎず、適切な衛生施設にアクセスできる人の割合はわずか48%である。極めて重要なこれらのサービスの両方にアクセスできる人の割合は、農村部では今なおこれよりもはるかに低い。2007年には、1歳未満の乳児の40%しかはしかの予防接種を受けておらず、新生児破傷風の予防接種を受けた妊婦はわずか47%に過ぎなかった。ラオスの妊産婦死亡率は出生10万人中660で（2005年）、地域最高の妊産婦死亡率である。妊産婦死亡の生涯リスクの高さは、2005年の段階で33分の1となっていた。

これらの課題にも関わらず、同国の多数の農村人口に保健サービスを拡大していこうとする努力は着実に前進している。そのようなプログラムのひとつは、セーブ・ザ・チルドレン・オーストラリアが関わっているもので、サヤブリーの県保健事務所やその他のパートナーと協力しながら、4段階（各3年）で基礎保健ケア・インフラの拡大・充実を図っている。その目標は次の通りである。

- ・ **フェーズI**：地区のチームや村の保健ボランティア、伝統的助産師の研修を担当する県管理運営チームを強化する。また、妊産婦と子どもを対象とした保健クリニック（常設型・移動型）の設置を進め、必須設備を提供する。
- ・ **フェーズII**：すべてのレベル——県、地区、村——で基礎保健ケアを統合する。
- ・ **フェーズIII**：プログラムを4つの遠隔地区に拡大する。
- ・ **フェーズIV**：小児期疾病統合管理の枠組みを採用することで、保健従事者のスキルを高める。

このプログラムでは、改善された栄養習慣（母乳育児と補完食を含む）について女性を教育することが優先される。ラオスでは、授乳・食事に関する不適切な習慣と子どもの栄養不良との間に強い関係があることが、研究により分かってきたからである。そのほかの保健情報（臨床ケアと予防接種に関するものを含む）の伝達も、このプログラムの重要な構成要素のひとつとなっている。

このサヤブリー・プログラムは大きな成功を収めた。12年間にわたるコストはおおよそ400万米ドルと非常に安く、ひとり当たりの支出は年間わずか1米ドルである。地区の妊産婦死亡率は、1998年から2003年の間に、出生10万人あたり218から10万人あたり110にまで減少した。乳児が補完食を与えられ始める平均月齢も、1999年には生後2.8カ月だったものが2001年には生後3.7カ月にまで延び、生後4カ月間の完全母乳育児率は、1999年の28%から2004年には66.2%に向上している。しかし予防接種の普及率は依然として不十分なままであり、3種混合ワクチン（ジフテリア・百日咳・破傷風）の接種を3回以上受けた1歳未満児の割合（定期予防接種の普及率に関する基準指標）は、2007年の段階で50%にとどまった。

妊産婦・新生児保健を向上させるための補完的取り組みとして進められている「思いやりのあるパパ」広報キャンペーンでは、父親に対し、自分自身および赤ん坊のケアをする妊婦と母親を支援するよう奨励している。保健省は、ユニセフおよびラオス労働組合と協力しながら、家族のケアに男性がより積極的に関わるよう呼びかけるための包括的手法の開発に取り組んできた。これらのキャンペーンは収入を得ている父親を主たる対象としているが、これは、この国のHIV感染拡大の原因となっている商業的性行動に関与する可能性が最も高いのがこのグループであることが分かっているからである。ラオスの成人HIV感染率はいくつかの近隣諸国ほど高くないが、貧困と国境を越えた移住がHIVの拡散を助長している。「(ママの) 妊娠中に活躍する思いやりのあるパパ」といったテーマで作成されたポスターや冊子は、需要が予想外に高く、増刷されている。

保健分野におけるコミュニティのイニシアティブの促進を目的としたこれらのプログラムは、2007年にユニセフが支援した拡大予防接種・栄養補給キャンペーン、そして保健インフラの整備とあわせて、ラオスで依然として多数発生している妊産婦・新生児死亡の削減に、着実に役立ち始めている。

参考文献は110ページを参照。

保健従事者危機への対応は、妊産婦・新生児保健の向上にとって非常に重要である。保健従事者はアフリカとアジアで最も不足している。



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

妊産婦死亡を防ぐことは、新生児の生存と健康を守ることに役立つ。無事に出産を終えて、生まれたばかりの娘とともに産科病室のベッドに横たわる母親（パキスタン）

## ステップ2：人的資源、養成・研修、監督を充実させる

多くの開発途上国は、専門技能を持つ保健従事者の深刻な不足に直面している。大規模な国外移住、エイズ、武力紛争などが国の保健労働力を弱体化させている主な要因であり、これにより、妊産婦と新生児の死亡・罹病の削減に関わる前進が抑制されている。さらに、保健従事者の分布も不均衡であり、開発途上国に比べて先進工業国に、国内では農村部に比べて都市部に集中している。

2006年、世界保健機関（WHO）による調査の結果、出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合を十分な形で達成するためには、各国は1,000人あたり平均2.28人の保健ケア専門家を配置することが推奨された。この基準を満たしていない57カ国のうち、36カ国はサハラ以南のアフリカ諸国である。絶対数で保健従事者が最も不足しているのはアジア——特にインド、インドネシア、バングラデシュ——だが、相対的に見て最大のニーズを抱えているのはサハラ以南のアフリカで、必要な人数

を確保するには保健従事者の数が140%増えなければならない<sup>12</sup>。WHOは、“*World Health Report 2005*”（『世界保健白書2005』）の中で、2030年までに妊産婦保健ケアの普及率を高めるためには、普及水準を現在の3倍に増やさなければならないと推計している。また、専門的技能を持つ保健従事者が立ち会う出産の割合を2015年までに世界全体で73%にするためには、新たに33万4,000人の要員が必要であるとされる。これに伴い、医師、外科医、麻酔科医、技師、保健施設内の産科病棟も数千単位で増やさなけ

## 出産時に十分な専門的介助を行うためには人口1,000人あたり2.28人の保健従事者が必要であるというWHOの最低基準は、57カ国——そのうち36カ国はサハラ以南のアフリカ諸国——で満たされていない。

ればならない<sup>13</sup>。

分娩時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会うことにとって代わる手段はない。これは、多様な特徴を持ちながらも妊産婦死亡率を下げることに成功してきた国々に、共通に見られる要素のひとつである。専門技能を持つ出産介助者の定義は、WHOによると、「助産師、医師または看護師のような、資格を認められた保健専門家であって、合併症を伴わない分娩の管理および分娩後のケアについて、ならびに女性や新生児の合併症の識別、管理および紹介・搬送に

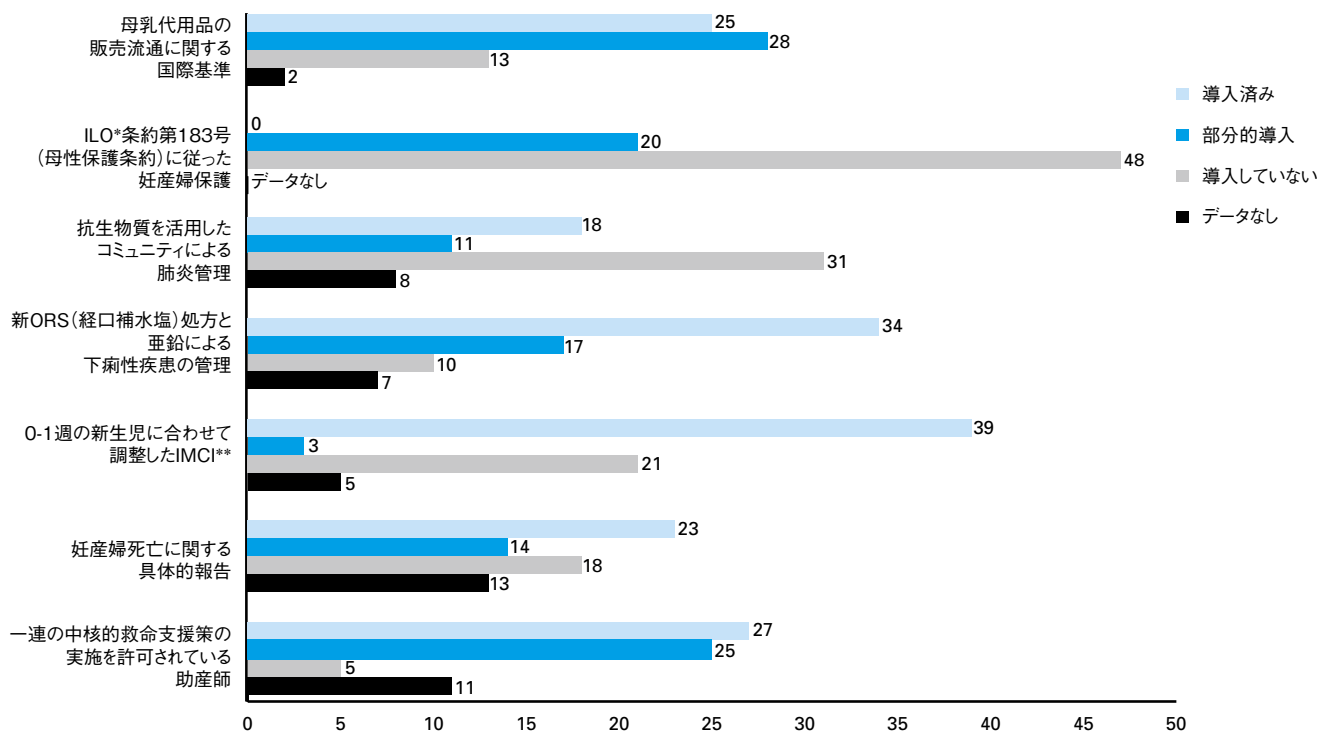
ついて教育または訓練を受けたことのある者」とされている<sup>14</sup>。しかし、このカテゴリーに該当する保健従事者のスキルは国によって大きな幅があり、「出産介助者」と呼ばれている保健従事者が全員必要なスキルを持っているとは限らない。

助産師や、それよりは短い期間の訓練を受け、それほど高い学歴資格を要求されない中級水準のサービス提供者は、幅広い保健従事者の中核のひとつに位置づけられるべきである。このような保健従事者は、それぞれ異なる役割を担い、仕事の負担

を分散させ、妊婦と新生児の紹介・搬送システムを構築することができる。訓練を受けた出産介助者を支えるものとして、そのスキルを活用できるような環境を確保することも非常に重要である。そのためには、効果的なチーム、物資の供給、監督、紹介・搬送システムが必要となる。例えば、モザンビークでは、助産師や看護助産師が産科医を手伝い、十分なサービスが提供されていない地域で、費用対効果が高い良質な緊急産科ケアの提供を可能にしてきた<sup>15</sup>。ペルーでは、コミュニティ保健員が毎月「ハイリスク」家庭（1歳未満

図4.4

### 「2015年へのカウントダウン」優先支援対象68カ国による 主要な妊産婦・新生児・子ども保健政策の導入状況



\*ILO: 国際労働機関

\*\*IMCI: 小児期疾病統合管理

出典: Countdown to 2015, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report*, UNICEF, New York, 2008, pp.200-201.



専門技能を持つ保健従事者とコミュニティ保健員の採用、研修および保持を通して保健労働力を強化することは、開発途上国全体にとっての重要な課題である。病院で助産師に対する研修を行う医師（アフガニスタン）

© UNICEF/HQ07-141/Antia Khemka

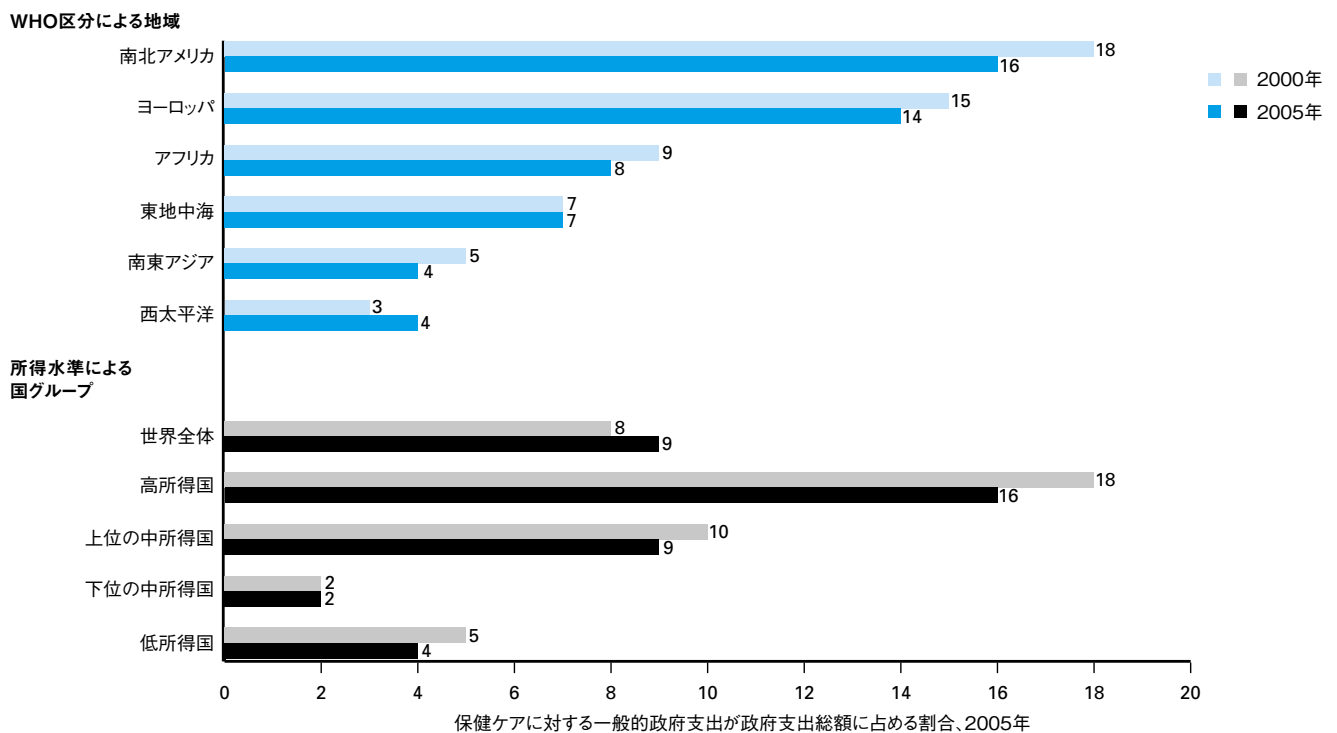
の子ども、妊婦、子育て世代の女性がいる家と定義されている）を訪れ、呼吸に問題を抱える赤ん坊の支援にあたっている<sup>16</sup>。責任を分散させることにより、仕事が多すぎる少人数のスタッフに過度に依存する状況を緩和させながら、妊婦と子どもにさらなるケアを提供できるようになるのである。

各国はまた、保健従事者に十分な報酬を保障し、そのニーズに応える労働力保持戦略の策定という課題にも直面している。例えばマリでは、保健省が新卒の医師が農村部でのサービスに従事することと引き換えに、研修の機会、宿泊場所、設備、移動手段を提供している<sup>17</sup>。パキスタンでは、「パンジャブ安全な母性のためのイニシアティ

ブ」が、研修医を小管区病院からシクプラの地区病院にローテーションで派遣し、24時間体制で質の高い産科・緊急ケアを提供している<sup>18</sup>。助産師の短期ローテーション、研修機会の提供、心理社会的支援グループなど、非金銭的なその他のインセンティブもアフリカ南部・東部で活用され、程度こそ異なるものの、一定の成功を収めてきた。しかし、その効果を十分に評価するためには、より大規模な実施とさらなる調査研究が必要である<sup>19</sup>。

図4.5

### アジアでは、保健ケアに対する政府支出が公共支出全体に占める割合は最低の水準となっている



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.90-91.

## 母親と新生児の命を救う——産後数日間の重要性

ジョイ・ローン（南アフリカ・新生児救命プログラム/セーブ・ザ・チルドレン米国 上級研究政策顧問）

### 産後ケアへの投資は母親と新生児の生存の面で大きな利益につながる

個人が生涯を通じて最大の死亡リスクに直面するのは、分娩中および生後28日間（新生児期）である。毎年400万近い新生児がこの時期に命を失っており、これは1日約1万人に相当する。新生児死亡の4分の3は生後1週間以内に生じており、100万から200万人が生後1日以内に死亡している。これらの死のほとんどは家庭で起きており、記録に残ることもなく、家族以外の人には知られないままである。加えて、毎年何百万人もの子どもたちが重篤な病気にかかり、数知れぬ子どもたちが生涯残る障害を負っている。さらに、妊産婦の死亡・罹病リスクが最大になるのも、出産時および分娩直後の時期である。

新生児敗血症や分娩後出血などの合併症にかかった赤ん坊や母親にとっては、適切なケアの提供が数時間遅れただけでも命とりとなり、あるいは長期の傷や障害のもととなる可能性がある。バングラデシュで得られた新しい重要なデータによると、出産の翌日あるいは2日後に家庭訪問をすれば新生児死亡を3分の2減らすことができるが、それ以降の訪問は、死亡を減少させるという面ではそれほど効果がない。出産直後の時期——生後7日間——は、命を守ることにつながる効果の大きい行動（完全母乳育児を含む）を開始するのに極めて重要な時期でもある。最適な母乳育児は、生後6週目の訪問時に乳児が予防注射を受けてから始めればよいというものではない。子どもが生まれてから数日の間に効果的な支援と助言を提供すれば、完全母乳育児率の向上に直接寄与することが、エビデンス（証拠）により分かっている。新生児期に取るべきその他の主要な行動——臍の緒の衛生的ケア、赤ん坊の保温など——も、特に早産の子にとっては、生死を分けるほどの差につながる場合がある。出生直後は、HIVの母子感染を防いだり、また女性に家族計画の選択肢へのアクセスを提供する上でも極めて重要な時期である。

### 早期の出産後ケアの普及における格差

出産後の早い時期に母親と新生児に効果的なケアを提供すると、継続的なケアのあらゆる段階で、生存・健康面で最も大きな成果を挙げられる可能性がある。しかし、それが確実であるにも関わらず、出産後の最初の数日間は、適切なサービスや行動の普及率が今のところ最も低い時期なのである。「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの優先支援国に指定されている68カ国では、出産後ケアを受けた女性はわずか平均21%にとどまっている。

### 出産後ケアのパラダイム変革

母親と新生児にケアを提供することの重要性、そして普及面で現在存在している大きな格差についての認識が高まり、さらにはそれを裏づけるエビデンス（証拠）が主として南アジアにおける試事例から得られたことで、パラダイム・シフトが促されてきた。3つの基本的考え方が新たに生まれている。

- **なぜ？** 母親と新生児に対する出産後ケアを統合することは、分娩後ケアと新生児ケアに対して別々のアプローチを取るよりも、有効かつ効率的なケアを提供することにつながる。

- **どこで？** 定期訪問による出産後ケアは、自宅あるいは自宅の近くで提供されるべきである。これは、健康的な行動を推進するためでもあり、治療ケアとの結びつきを図るためである。問題が起きれば、母親あるいは赤ん坊は保健施設に連れてこられるだろうと期待しているだけの、従来のような対応では十分ではない。

- **いつ？** 母親および赤ん坊と早期に接触することは極めて重要であり、最初の訪問は産後24時間以内、最大でも48時間以内に行うのが理想である。より一般的に行われている、産後6週間目の訪問では十分ではない。「2015年へのカウントダウン」は、2008年の報告書の中で出産後ケアに関する指標を公にしているが、そこでは産後2日以内のケアに重きが置かれている。大規模調査のあり方も変わりつつあり、より多くの国やコミュニティでこの指標による測定が行われるようになってきた。

### 政策と行動との間の格差を縮める

出産後ケアの重要性を反映させる形で政策や指標を変えることは、生命を救うための必要条件ではあるが、十分条件ではない。出産後の時期のケアの普及率を高め、良質なケアを確保するためには、サービスの規模の拡大も図らなければならない。出産後ケアのパッケージに何を含めるかはかなり明確になっているが、最も効果的なサービス提供メカニズムのあり方はそれぞれ異なってくる。特に、遠隔の農村部でサービスを提供する方法、出生直後に新生児と母親にサービスを提供する方法についてはこれが当てはまる。図4.6は、保健施設へのアクセス条件と、施設およびコミュニティ・レベルでの人材の利用可能性によって、サービス提供方法の選択肢を示したものである。出産後ケアに必要な仕事の多くは、適切な監督を受け、保健システムと効果的な結びつきを有している保健普及員に委託することができる。

### 新生児感染症の症例管理は緊急の優先事項

予防ケアを目的として出産後ケアのための訪問を早期に行うことは極めて重要であるが、それは治療ケアと統合されてこそ、死亡率低減の面で最大の効果を発揮する。新生児死亡のほぼ3分の1は感染症によるもので、貧しく、死亡率の高い環境ではこの比率ははるかに高くなる。死亡する赤ん坊の多くは早産で生まれてきた子どもである。

出産後ケアのための効果的パッケージが用意されていれば、新生児の感染症は早期に発見されるはずである。しかしほとんどの国では、新生児の疾病は保健施設への紹介・搬送を通じてしか治療ができない。たとえ紹介・搬送されたとしても、そのうち実際に治療を求める人の割合は低くとどまっている。ひとつの対処方法は、第1次レベルで通常のIMCIを担当している保健員に抗生物質治療を開始させることである。コミュニティ保健員がすでに肺炎やマラリア等の症例管理を行っている国では、より自宅に近い場所でケアを提供できるようにするため、新生児感染症の症例管理も委ねることが考えられる。アジアで実施されたいくつかの研究により、このような戦略がいかに新生児死亡の大幅削減につながるかが分かっており、ネパールでは現在、コミュニティにおける新生児敗血

症の症例管理が、小児肺炎の症例管理と連携させる形で拡大されている最中である。「カウントダウン」優先支援対象68カ国のうち39カ国が政策の転換を図り、小児期疾病統合管理の枠組みの中に新生児敗血症の症例管理を含めることにした。現在の主要な課題は、各国でこのようなケアを適切に行えるサービス提供者を見つけ出すことである。

#### 知識の格差を埋める

新生児死亡のほぼすべて（98%）は低・中所得国で発生している。それなのに、ほとんどの研究や資金提供は、高所得国で発生している残り2%の新生児死亡を対象とした、高い技術のケアをゆるやかに前進させることに重点が置かれているのである。もっとも、現在増えつつある研究では、新生児死亡の大半

が発生している場所で、とりわけ保健施設へのアクセス率が低い場所で救命につながる支援策を提供するために「どのような方法で、誰が、いつ、どこで」対応すればよいかについて、新たな指針が示されつつある。アフリカの8カ国でネットワーク型研究が進行中であり、それぞれの国の状況に合わせて修正を加えたパッケージと、大規模に展開できる可能性がある保健員組織のあり方についての検討が進められている。救われた命およびかかった費用の分析を行うことは、人生の最初の時期における妊産婦・新生児ケアを向上させるための政策とプログラムのあり方を示すのに役に立つ。

参考文献は110ページを参照。

### 図4.6

#### 出産後ケアに関する戦略：実現可能性と実施の際の課題

	出産後ケアのための接触を図るために考えられる戦略	母親にとって利用しやすい	サービス提供者が実行しやすい	実施における課題
1	母親と赤ん坊が施設に出向く	*	***	出産から非常に短い期間内に母親が施設に行かなければならない。施設出産の後であれば可能性は高まるが、それでも出産後数日間は困難を伴う。
2	専門技能を持つ保健従事者が家庭訪問し、母親と赤ん坊に出産後ケアを提供する	***	*	十分な人的資源の存在が条件となり、その確保には困難が伴う。専門技能を持った保健従事者にとっては、出産時に自分たちが立ち会う割合が依然として低い状況下では、出産後ケアの提供は最優先事項として位置づけられない可能性がある。出産後ケアに関わる仕事の多くは、専門技能を持つ保健従事者以外に委任することができる。農村部の保健施設で午後にあまり受診者がいない場合は、専門技能を持つサービス提供者が出産後の時期に家庭訪問を行えるかもしれない。
3	コミュニティ保健員が家庭訪問して母親と赤ん坊の様子を見る	***	*	十分な人数のコミュニティ保健員を配置し、適切な研修、監督およびインセンティブの提供を行うことが必要となる。
4	併用型：施設で出産の上、最初の出産後ケアは施設内で行い、2～3日中に家庭訪問を実施する。それ以降は保健施設に出向いてもらって出産後ケアを提供する	**	**	施設を基盤とする保健員とコミュニティ保健員との間でチーム・アプローチを取らなければならない。十分な人的資源とその管理・監督、効果的な紹介・搬送システム、母子の健康増進を容易に追跡できる効率的な情報追跡システムも必要。

注：\*利用/実行しにくい、\*\*中程度、\*\*\*利用/実行しやすい

出典：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 and Child Health, Cape Town, 2006.



## 妊産婦サービスを支える活動にコミュニティ・パートナーシップを取り込んだイニシアティブは、いくつかの開発途上国で確実な希望をもたらしつつある。

### ステップ3：社会的動員を推進する

供給側がとる措置は、世帯やコミュニティのレベルで質の高い保健ケアを要求する声が強くならなければ、うまくいかない。社会的動員が優先されなければならない。個々の家族——特に女性——とコミュニティは、保健ケアの提供におけるパートナーとして包摂・処遇されなければならない。いくつもの事例が示しているように、正規の保健ケア施設と接触した際に否定的な経験をする、家族が、そしてコミュニティ全体までもがケアを求めたがらなくなる可能性があるのである。

妊産婦・新生児保健向上のための最

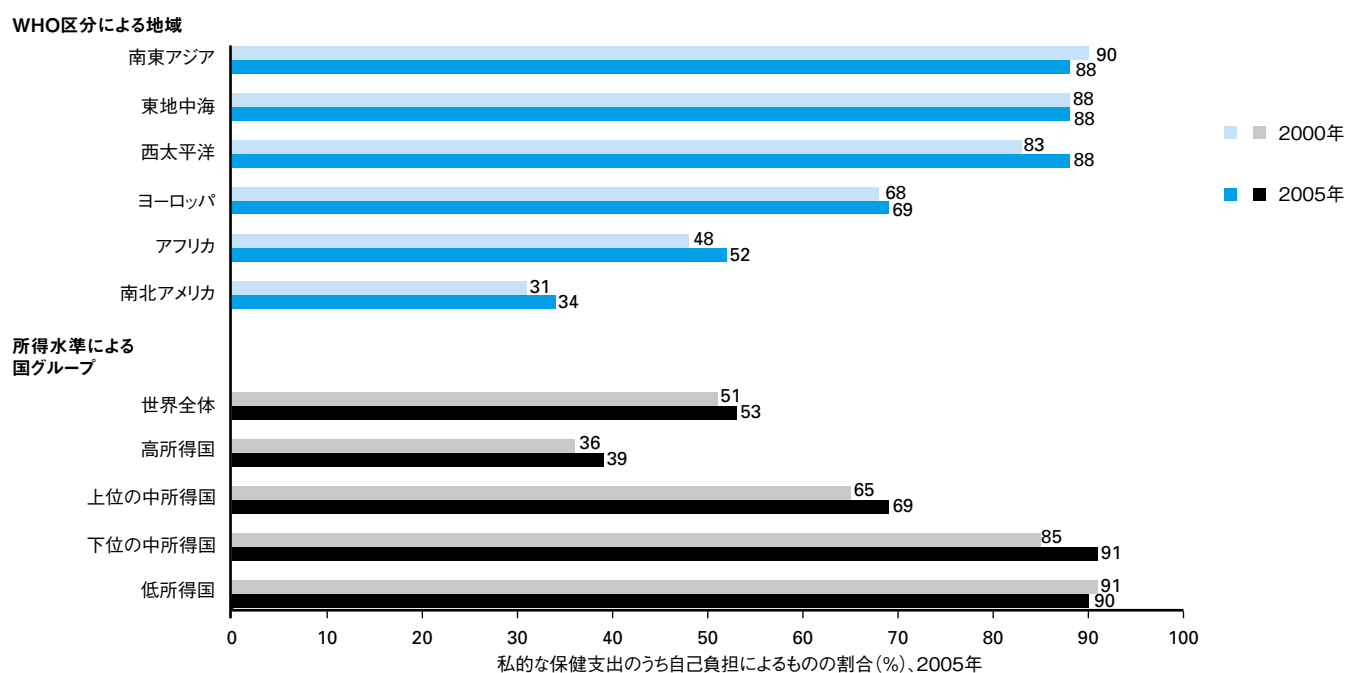
も重要な支援策のひとつは、予防可能なリスクを認識することである。妊娠・出産には深く根付いた文化的態度・信条が付きまとうことが多く、女性の体調不良や疾病、新生児の死亡・罹病について女性自身が非を負わされることもある。死産や新生児の死亡が当たり前になっている場合、それは予防可能なものとしてとらえられていない可能性がある。従来のもので代わるやり方を受け入れるようコミュニティに強制することはできないが、コミュニティは、自分たち自身の、そして母親と子どもの健康と福祉を推進していくパートナーになりうる。

健康的な習慣や態度、またケアを求めるための適切な知識を養成する上で

保健教育が中心的な役割を果たすことになるが、保健ケアを提供するにあたって、コミュニティの主要なステークホルダーに直接関与してもらうパートナーシップも重要である。そのようなパートナーシップの一例がブルンジで進められている。伝統的助産師が、正規の保健ケア従事者および新たに母親となった女性の援助者として保健施設での出産に立ち会うのである。出産した女性は、立ち会い料を払う代わりに、食べ物その他の贈り物をする事になっている<sup>20</sup>。

保健システムへのコミュニティ参加は、強制的なやり方ではなく、包摂的なやり方をとることによって進めることも可能である。エクアドル

図4.7 低所得国では私的な保健ケア支出のほとんどは自己負担である



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.90-91.

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を強化するには、男性その他の親族を含む家族を動員し、健康上のリスクを認識させ、これに対応できるようにすることが必要不可欠である。

## ブルンジ：母子保健ケアに対する政府のコミットメント

ブルンジは、世界でも最も開発が遅れた途上国のひとつである。内戦が長期化し、政治再編が中断されたために、経済的・社会的な前進が阻まれてきた。貧困率は急激に上昇しており、ブルンジ人の88%近くが1日わずか2米ドルで生活している。人口の66%が栄養不良に陥っており、5歳未満児の半数以上が中度あるいは重度の発育不全である。2005年には、女性が直面する妊産婦死亡の生涯リスクは16分の1であった。調整後の妊産婦死亡率は出生10万人あたり1,100（2005年）であり、新生児死亡率は出生1,000人あたり41（2004年）に上る。

ブルンジは、貧困層一般に対して、そして特に母子に対して、手が届く料分で質の高い保健ケアを提供することの重要性を経験から学んでいる。2002年2月、政府は費用回収プログラムを実施し、診察、検査、医薬品の費用を患者が支払う形にした。このイニシアティブは、導入されて間もない保健ケア・システムのための資源の捻出を目的としたもので、農村部の17州のうち12州で実施され、同国の全人口850万人のうち500万人がその対象とされた。このプログラムの導入により、公的病院で受けた医療サービスに対する支払いができない患者数が増え、その多くが院内に留め置かれる事態となった。帝王切開により出産した女性は、患者の監禁に関するヒューマンライツ・ウォッチの報告書（2006年）に記載されている貧しい患者の35%を占めると推定されている。同研究で取り上げられている貧しい患者の10%は子どもであった。医療費の負担が大きいに加え、女性と子どもに対する保健ケア・サービスは質の低いものであることが多かった。

ンクルンジザ大統領が率いる現政府は、この保健ケア危機への対処に乗り出している。ブルンジが暫定的債務救済を受けて国際通貨基金と世界銀行による「重債務貧困国イニシアティブ」に参加した2005年、保健予算は3倍に増やされた。2006年には、妊婦と子どもに対する保健ケアの無償化を発表するという、極めて重要な一歩を踏み出した。同年、国連人口基金、世界保健機関（WHO）、世界食糧計画（WFP）およびユニセフの支援を受けて、「新生児・妊産婦死亡を削減するためのロードマップ」という新しい政策が作成・開始された。2007年には新たに重要な一歩が踏み出され、ブルンジは「国際保健パートナーシップ」に参加する8カ国のひとつとなった。これは、各国政府、国際機関および非政府組織（NGO）が構築する、国家主導かつ成果志向の協働事業である。この

パートナーシップの主な目的のひとつは鍵となる一連の目標を明らかにすることであり、その中には、保健施設における出産数を増やすこと、HIVの母子感染予防サービスを増やすことも含まれている。

ブルンジの「国家リプロダクティブ・ヘルス政策」には、子どもの死亡を削減するための重要な戦略として、新生児ケアが含まれるようになった。この政策の中心的特徴として、HIVの母子感染予防のためのサービスの拡大も盛り込まれる予定である。ブジュンブラの若い妊婦（15～24歳）の間では、HIV感染率の中央値が2005年には16%に達した。今後のプログラムで取り上げる分野のひとつとして、母子感染予防戦略への男性のさらなるサポートを得るための方策についても考えていくことになるかもしれない。

ブルンジはまた、大いに必要とされており、女性と子どもに良い影響を与えるであろう基礎保健ケアの提供にも乗り出している。予防接種プログラムでは、ハイリスク地区の女性の4分の3近くに破傷風トキソイド・ワクチンを提供してきた。こうした努力は、国・地方レベルのステークホルダーたちに大きな刺激を与えている。しかし、ブルンジの保健インフラを構築していく上で国際社会や草の根レベルの人々から継続的な支援を得るためには、政府が貧しい人々への保健ケアに今後も優先して取り組んでいくことが必要になる。

参考文献は110ページを参照。

## 質の高い保健ケアへの資金配分は世界的な課題である。「2015年へのカウントダウン」優先支援対象68カ国のほぼ3分の1は、ひとり当たり年間45米ドルという、同イニシアティブが掲げた最低基準を満たしていない。

の政策立案者たちは、そのようなアプローチを取り、リプロダクティブ・ヘルスに文化横断的アプローチを法的に組み込んだ。その目的は、維持可能な保健開発への少数民族女性のさらなる参加を奨励することにある。この戦略は、一部の少数民族女性が抱えている、自分たちは文化的慣習（垂直位での出産など）のために近代的健康サービスから排除されているという考えに対処するのに役立つかもしれない<sup>21</sup>。

### 男性その他の家族の参加を得る

結束を強めるという目標を達成するためには、より多くの女性だけではなく、男性も取り組みに含めていかなければならない。研究によると、男性は、無数の合併症が妊産婦死亡につながることは理解しているものの、妊産婦死

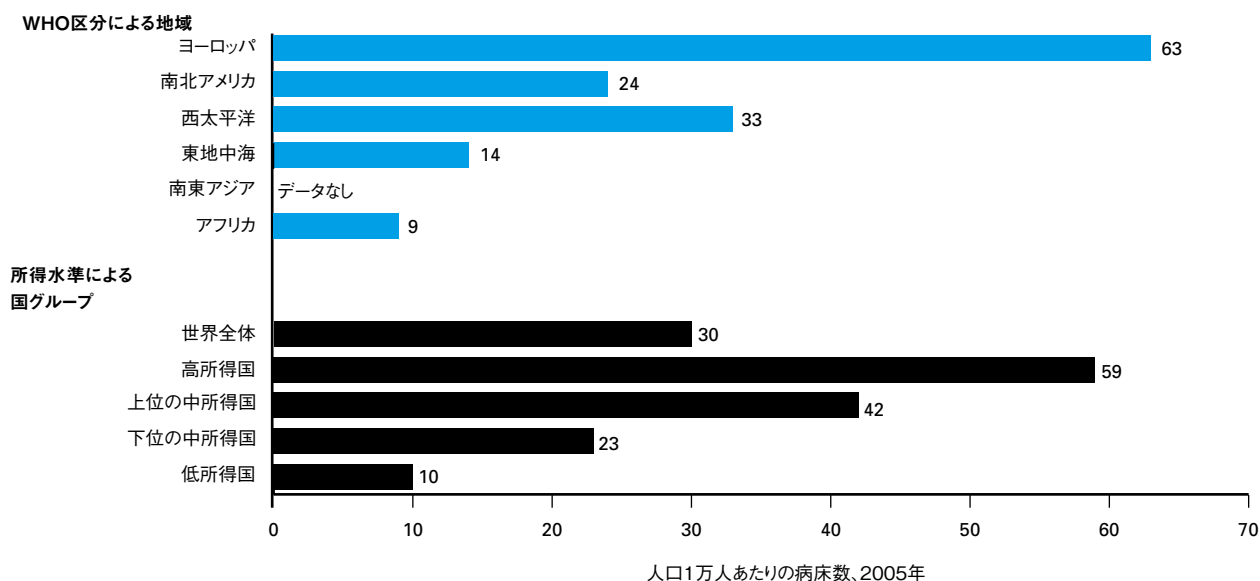
亡の予防における自分たち自身の役割は必ずしも認識していないことがうかがえる。母子の生存と健康に関わる男性の役割について、より詳細な調査研究が必要である。現在利用可能な研究のほとんどは経済的対応に焦点を合わせており、疾病予防、ケア、栄養、健康を左右するその他の要因についてはあまり取り上げられていないからである<sup>22</sup>。

男女の親を動員することが可能であるのと同様、その他の家族もやはり動員可能である。拡大家族を構成する親族がすぐ近くに暮らしている多くの社会では、姻戚その他の年長の親族が保健ケアに関する意思決定をめぐって影響力を有している。例えばマリでは、コミュニティ教育に祖母たちが参加したことにより、母親と赤ん坊に対する望ましい栄養の与え方、重労働が母親

に及ぼす有害な影響についての意識が高まるとともに、パートナーや新生児のケアへの父親参加も進んだ。このプログラムは、女性と姑との関係を改善し、双方の間に距離を生んでいた恥の感覚や不信感を軽減する上でも役立つ<sup>23</sup>。

図4.8

### 低所得国では病院のベッドが1万人あたり10床しか用意されていない



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.82-83.

## インドにおける妊産婦・新生児保健ケアの統合

地域規模、世界規模で妊産婦・新生児保健の向上を図るためには、インドの前進が極めて重要である。最新の国際的推計値によれば、インドの妊産婦死亡率は出生10万人あたり450（2005年）、新生児死亡率は出生1,000人あたり39（2004年）となっている。いずれの数字も前年よりは下がっている。しかし、経済は急速に成長している——2007～2008年の実質総国内生産の年間平均伸び率は9%を超えている——とはいえ、保健面での成果については、所得集団間の、また社会的集団・カースト集団間の格差が一般的に広がっている。拡大しつつある不平等が、基礎保健ケアの提供が不足していること、ケアの費用が上昇していることとあいまって、保健関連のミレニアム開発目標を達成しようとする同国の努力を困難なものとしているのである。

ざっと11億人に達する総人口、環境面・社会文化面における広範な多様性、28の州と7つの連邦直轄地域から成る複雑な政治体制を有するインドでは、国民の保健ケアに関する管理運営はもっぱら地方分権化されてきた。インド政府は基礎保健ケアの拡大を強調してきたが、憲法上、これは州の管轄事項である。2000年からは、農村部や十分な実績を収められていない諸州（ビハール、オリッサ、ラジャスタンなど）の女性と子どもへのケアの提供を強化するために、さらなる努力を開始した。また、まだほとんどの人には手が届かない民間の保健ケアも奨励してきたが、その一方で、公的保健ケアへの拠出は国内総生産の2%にまで落ち込んでいる。

格差の拡大に対処するため、インド政府は「万人のための成長」を進めていく決意を明らかにした。そのようなイニシアティブのひとつに、国家農村保健計画に基づいて実施される政府後援プロジェクト、「ジャナイ・スラクシャ・ヨジャナ」がある。これは、妊娠中の出産前ケア、保健施設における介助付きの出産、現場レベルの保健従事者による出産後ケアの利用を、現金給付により促進しようとするものである。10の州で貧困線以下の生活をしている19歳以上の妊婦は、全員2回目の妊娠まで手当を受給することができる。プログラムに登録されていない女性でも、分娩停止、子癇、敗血症のような合併症を経験している場合は、手当の受給資格が認められる。このプログラムには、参加する民間保健従事者の認証・補償のためのメカニズムも含まれている。

2007～2008年にラジャスタン州のいくつかの地区で実施されたフォローアップ研究によると、ジャナイ・スラクシャ・ヨジャナにより、出産前後のケアへのアクセスが増えたという。この検証作業により、研究に参加した200人中76人（40%近く）が、インドの法定婚姻年齢である18歳に達していない女子であることも明らかになった。このプログラムは現在もケアへのアクセスを拡大することに成功しており、他方、政府は女子と女性の状況をより緊密に監視できるようになっている。

いくつかの州は、民間セクターとの保健パートナーシップを開始するためのイニシアティブにも乗り出している。インドでも最も開発が進んでいる州のひとつ、グジャラート州では、専門技能を持つ保健ケア提供者が不足していることから、州政府が民間病院と協力し、貧困線以下の生活をしている妊婦、特に指定カーストおよび指定部族の妊婦に、無償の産科ケアを提供するようになった。この「チランジーヴィ・ヨジャナ」（長寿のためのプログラム）は2005年に開始されたもので、グジャラート州政府と民間産科医が交わした了解覚書に基づいて運営されている。出産1回につき、政府は1,795ルピー（約40米ドル）を支払う。これには、患者ひとりにつき200ルピーの交通費と、サービス受給者の付添人に対して、その間仕事ができなくて得られない収入を補償するものとして50ルピーが含まれている。

2006年に発表された「チランジーヴィ・ヨジャナ」についての国連人口基金による研究は、このプログラムは保健施設における出産数の増加に成功したこと、民間産科医はこのイニシアティブへの参加についておおむね熱心であったことを報告している。ただし、患者側には出産のために保健施設を利用することへのためらいがあること、配偶者や姻戚が意思決定面で大きな影響力を有しているため、患者の保健ケアを積極的に求める能力を制約していることも付記している。この研究ではいくつかの勧告を行っており、その中には、品質管理と公平な実施を確保するための独立機関の設置も含まれている。

グジャラート州政府のイニシアティブは、保険会社のような仲介者に頼るのではなく、州政府が単独で責任を持って民間の保健ケア提供者への弁済を行うという点で、従来のやり方から脱却したものである。州政府は、産科医協会や学術組織のような専門機関と協力しながら、新体制の計画・実行を進めている。

このプログラムは顕著な成功を収めたため、グジャラート州の5地区だけで実施されていたものが、25全地区に拡大された。2006年1月から2008年3月までの間に180人の医師が登録された。10万件近い分娩が行われ、医師はひとりあたり平均540件を担当した。このような経験は希望を抱かせるものではあるが、確実に改善がもたらされ、所期の効果が達成されるようにするためには、継続的なモニタリングと評価が必要である。

参考文献は110ページを参照。



妊産婦・新生児ケアを強化・統合していくためには、国家的・国際的コミットメントと、機関間・組織間の世界的保健パートナーシップが必要である。幼児を抱き、補助食のカップを手にする女性（シエラレオネ）

## ステップ4：公平かつ維持可能な資金拠出を確保する

質の高い保健ケアに対してどのように資金を拠出するかは、先進工業国・開発途上国を問わない世界的課題である。ひとりあたりの最低総支出に関して国際的に合意された基準は存在しないが、「2015年へのカウントダウン」イニシアティブでは、ひとりあたり45米ドルに満たない支出では質の高い基礎保健ケア・サービスを提供するには不十分だと推定している。「2015年へのカウントダウン」イニシアティブで妊産婦・新生児・子どもの保健分野の優先支援対象国に位置づけられている68カ国中、21カ国はひとりあたり支出額が45米ドル未満であった<sup>24</sup>。

保健に対する公共支出は、保健システムの対応能力を左右する主要な要因のひとつになりうる。ひとりあたりの支出率が低い国では、これに関連して、保健面での成果が貧弱である、スタッフが適正に配備されていない、保健ケアに関わるインフラとロジスティクスに十分な投資が行われていないといった状況が生じて

いる可能性がある<sup>25</sup>。汎米保健機構のデータによると、2004年の段階で、公共保健に対する平均支出額は低・中所得国全体の国内総生産（GDP）のわずか2.6%にとどまっていた。これに対し、高所得国はGDPの7%近い額を支出しており、大きな開きがある。南アジアは支出率では一番低い部類に入り、国内総生産のわずか1.1%である。サハラ以南のアフリカは、GDPに占める保健ケア支出率はこれよりもわずかに多いが（2004年の段階で2.4%）、保健ケア支出に国家予算の15%を割り当てるといふ、2001年のアブジャ宣言でなされた誓約を守っている国は数カ国しかない<sup>26</sup>。

各国およびドナーは、公平な社会的・経済的開発において妊産婦・新生児保健ケアが極めて重要であるということ、ますます認識するようになりつつある。多くの国の政府は、たとえ資源に乏しい地域であっても、家族が通常・緊急の産科ケアと新生児ケアの費用をやりくりできるよう支援するため、いろいろな戦略を模索中である。選択肢としてはさまざまなもの考えられる。利用者の直接負担を一部ないし全面的に廃止す

ること、条件付または無条件の現金給付やバウチャーといった社会的保護策を実施すること、国またはコミュニティのレベルで健康保険を導入すること、貧しい世帯向けに保健ケアを提供している民間サービス提供者に補助金を出すことなどである<sup>27</sup>。

### 利用者の直接負担

保健財源をめぐる議論の中心のひとつとなっているのが、利用者の直接負担の問題である。これは特に貧しい人々にとっては、保健サービスの利用を妨げる重要な障壁となっている。利用料をなくせば、特に貧しい人々の間で保健サービスへのアクセスが改善される可能性が高い。開発途上国全域で、いくつかの国が利用者の直接負担を部分的にまたは全面的に廃止済み、あるいは廃止中であり、これによって保健ケア・サービスへのアクセスが増加するという心強い結果がもたらされていることも多い。このような国は、東アフリカのブルンジ（83ページのパネルを参照）や西アフリカのガーナからネパールの一部地域に至るまで、さまざまである<sup>28</sup>。

## 妊産婦・新生児保健ケアの公平性を向上させるための選択肢としては、保健予算の増額、利用者直接負担の廃止、保険イニシアティブの実施、現金給付プログラムなどがある。

開発途上国における利用者負担の廃止について、体系的評価が横断的な形で行われたことは今のところない。暫定的な検証結果によると、利用者負担の廃止を支えるその他の政策措置——保健ケアへの国家予算の増額、注意深い計画立案と入念な実施戦略など——が取られなかった国では、保健システム上の問題が増加し、パフォーマンスも悪くなる傾向にあることがうかがえる。しかし、利用者負担の廃止が注意深く計画・管理された国では、サービスの利用の増加を示す兆候があり、貧困層が最大の恩恵を受けた可能性があることも示されている。ただし、貧しい人々の高額医療の支出自体は減ることはなかった<sup>29</sup>。

ウガンダと南アフリカの経験からすると、利用者負担の廃止を効果的なものにするには、失われる歳入分を相殺し、質を維持し、需要の増大に対応するための予算増額を盛り込んだ、より広範な改革パッケージの一環として位置づける必要があることがうかがえる。また、明確なコミュニケーションおよび幅広いステークホルダーの賛同、公式な利用料に代わって非公式な費用徴収が行われないうようにするための注意深いモニタリング、利用者負担の代わりとなる財政メカニズムの適切な管理運営も必要である<sup>30</sup>。

貧しい人々が直面する障壁は利用者負担だけではないことを強調しておかなければならない。利用を妨げているその他の負担として、非公式な料金、公的な保健施設では提供していない医薬品や臨床検査・放射線検査の料金、移動・食事・宿泊料金、民間の保健ケア施設で行われる諸請求などがある。これらの費用は、家庭が直面している総負担のかなりの

割合を占めるのが一般的であり、貧しい人々に不均衡なほどの影響を与えている<sup>31</sup>。

さらに、貧しい人々が十分な保健サービスにアクセスできるようになるまでには、質・情報・文化面での多くの障壁も乗り越えなければならない。エビデンス（証拠）で明らかにされているところによると、貧しい人々は、費用負担以外のこうした障壁に不均衡なほどの影響を受けている。

利用者負担は貧しい人々が直面している障壁のひとつにすぎないが、政策的に最も対処しやすい分野のひとつでもある。ウガンダにおける最近の経験が示しているように、利用者負担を廃止するための政策プロセスが触媒的作用をし、政府として、医薬品の供給・調達、予算配分、財政管理といった、前進を妨げるさらなる障壁となっているその他の問題に対処できるようになる可能性もある<sup>32</sup>。

もちろん、利用者負担の廃止は簡単なことではない。この方向に動くとする国々では、この政策的転換を計画・実行するにあたっての支援が必要であるし、利用者直接負担の廃止を、保健システムを強化するためのより幅広い措置と関連づけていかなければならない。

利用者負担の廃止をどのような流れの中で進めていくかは極めて重要であり、一律の政策で各国のニーズを満たせる可能性は低いことに注意すべきである。その国特有の状況、利用者負担に代わる財源と提供戦略が公平性に及ぼす影響、アクセスを妨げる多様な金銭的・非金銭的障壁について注意深く分析することが、最も適切な行動の方向性を決定するた

めに必要となる。

### 保険と現金給付

ボリビアが導入している母子保健ケア・サービスのための社会保険のような国民健康保険制度には、最貧困層の女性による出産前・出産時ケアへのアクセスを高められる可能性がある<sup>33</sup>。しかし、公式セクターでの雇用が限られており、所得が低く、世帯も分散しており、インフラも最低限しか整っていない国では、こうした資金拠出形態を拡大するのは困難である。

社会保険制度よりも非公式な形で運営され、規模も小さいコミュニティ保険制度が導入されたことにより、ルワンダでは保健施設での出産率が45%、ガンビアでは12%上昇した<sup>34</sup>。ブルキナファソの都市部のある地区では、医療費共同負担制度の導入により、緊急ケアへの紹介・搬送件数が1年のうちに84件から693件に増えている<sup>35</sup>。しかし、このような制度の受益者層を拡大するのは困難である可能性があり、政府やドナーによる支援が必要である。このような制度はそれ自体の資金だけでは賄いきれず、効率的なコミュニティ動員に依存していることが多いからである。

条件付現金給付制度やバウチャー制度も、特定のサービスに対する貧困層の需要喚起のために試行されている。現金給付の導入により、貧しい女性が妊娠初期に出産前ケアを受ける割合はメキシコで8%、ホンジュラスで15~20%増加した<sup>36</sup>。インドでは、優先地区に住む周縁化されたグループの女性を対象として、保健施設での出産について金銭的インセンティブを提供している。これらのイニシアティブによって保健サービ

## 財政・開発戦略では、国と地元の事情を考慮に入れるとともに、交通費やインフラといった、アクセスを妨げる間接的障壁にも焦点を合わせることが求められる。

スへのアクセスは増加したが、妊産婦保健の成果面での効果的改善は、同時にサービスの質を向上させなければ実現できない可能性がある。こうした資金面での革新的取り組みを継続的にモニタリング・評価していくことは、政策立案者による適切な規模拡大を求めるために必要である。

### 民間セクターのサービス提供者

民間セクターは、特にアジアでは、保健ケアの提供者として重要な位置を占めるようになった。しかし、その実効性を測るデータ基盤は依然として限られている。ほとんどの評価は提供者側の行動の短期的変化を測定するにとどまっており、保健面での成果や受益者へのその他の効果は検討対象としていない。民間セクターは本来的に異質性が高く、多様なサービス提供者を包含している。伝統的な治療師・助産師、教会が中心になって運営する病院、温泉、国際的企業組織などであり、その活動が規制や監督の対象になっていない場合もある。多くの低所得国では、民間のサービス提供者は、正式な規制による統制が——職能団体、法執行、政府による課税などのいずれの形態を取るものであれ——弱い環境下で活動している<sup>37</sup>。

保健システムで新たに生まれつつある官民混合体制に注意を向けることが緊急に必要である。不公平な資金配分や、民間セクターが十分な規制の対象とされない実態は、保健ケアに対する政府のコミットメント、国民の信頼、社会経済的格差に影響を及ぼす可能性がある。インド、インドネシア、メキシコにおける民間サービスの研究から得られた知見は、官民両セクターのケアの質を横断的に評価することの難しさと、それぞれ

のセクターについて最終的結論を出す前に各国の文脈を考慮することの重要性を明らかにしている<sup>38</sup>。各国政府が直面している課題は、出産前ケア、HIV/エイズの症例管理、容認可能な帝王切開分娩率の上限、妊産婦・新生児ケアに関するその他の重要な問題についての最低基準を明らかにする国内政策の策定のための国際的ガイドラインを活用しながら、民間の保健ケア提供者の規制を改善することである。

### ステップ5：インフラ、交通・輸送手段、ロジスティクス、物資供給体制および紹介・搬送プロセスを強化する

妊産婦・新生児ケアを支える保健システムを強化するためには、必須妊産婦ケア・サービスと基礎保健ケア・サービスを支える諸セクターへの投資が必要である。情報システムの増進に加え、人的資源を拡大すること、社会的動員を促進すること、公平な資金拠出を確立すること、そしてインフラ、物資供給・ロジスティクス、交通・輸送手段、紹介・搬送プロセスを発展させていくことが欠かせない。特に低所得国では、保健ケア施設の拡大に一層の投資を行うことが緊急に必要である。WHOによる最新の推計によると、低所得国では病床が1万人あたり10床しか確保されており、ほぼ6倍の病床を確保している高所得国に比べて極めて少ない<sup>39</sup>。

施設が存在する場合でも、政府その他の監督機関はそれらの施設が適切に機能し、維持されるようにしなければならぬ。妊産婦死亡率の低減が記録されているウガンダでは、緊急産科ケア施設の検証により、全国56地区中54地区で、基礎的な緊急

サービスを提供するものとされている施設の97%以上がそのようなサービスを提供できていないことが分かった。水道、電気、機能する手術室がないことなどが、サービス提供を妨げる主たる要因であった<sup>40</sup>。既存の施設が整備され、新しい施設が維持可能な方法で設置されるようになるために、さらなる検証が早急に行われなければならない。必須医薬品を含む医療物資に対する資金拠出も、さらなる優先事項である。国連諸機関が協同で作成したリプロダクティブ・ヘルス用必須医薬品リストは、有効でコストの節減にもつながる医薬品を最低限どの程度揃えておかなければならないかに関する有益な指針となる<sup>41</sup>。

保健インフラ開発計画においては、女性と子どもが一般的ケアおよび施設における緊急ケアを利用できるよう援助するため、また環境によっては移動型の保健ケア・チームが稼働できるようにするため、交通・輸送システムを改善する最良の方法について考慮すべきである。インド（85ページのパネルを参照）やネパール農村部におけるプログラムを検討すると、妊婦の交通費を確保するためにどのようなインセンティブを提供できるかの実例を見ることができる<sup>42</sup>。

交通・輸送インフラの改善は、紹介・搬送プロセスを強化する上でも役立つはずである。紹介・搬送プロセスは、緊急妊産婦・新生児サービスの、またより幅広くは保健システム全体のひとつの要素でありながら、依然として軽視され、十分な研究が行われていない。しかし、これは母親と新生児の生存にとって極めて重要な要素であることが多い。

搬送を決定してから女性が施設に

## ケアの質を向上させることは、安全と福祉を確保するためにも、保健ケア・サービスの利用を促進させるためにも必要である。

到着するまでの時間を削減することは、女性の生存にとって非常に重要であることが多い。インドのマハラシュトラ州西部の農村部で実施された研究では、一般的保健サービスを受けられる場所までの距離は、合併症で死亡した女性の場合には3キロ、同様の合併症を発症しながらも命をとりとめた女性の場合には2.5キロであった。しかし、出産時の合併症に対して適切な治療を提供できる場所までの距離を見ると、死亡した女性の場合には63.5キロ、命をとりとめた女性の場合には39.3キロという結果が出た。また、インドのカルナタカで実施された研究では、女性を緊急産科ケアのために紹介・搬送するにあたって、十分に機能していない政府系サービスや非正規の民間サービス提供者から効果的ケアを受けるべく、さまざまな搬送先候補の中から複数を選んで、行き当たりばったりで打診を行い、なおかつその努力が報われないこともしばしばあったことが分かっている。民間のサービス提供者は非公式なネットワークの形でつながっていたものの、政府系のサービスでは、紹介・搬送に関するフィードバックや学習のためのメカニズムが存在していなかったのである<sup>43</sup>。

紹介・搬送システムの応答性と実効性を高めるためには、最低限、以下のことが確保されなければならない。すなわち、緊急の症例に対応するための準備ができるよう施設間の連絡を密にすること、患者の搬送と臨床的安定化処置を確実に実行すること、搬送時の付添いを確保すること、各症例をフォローアップすること、リスクが高すぎて患者を搬送できない場合にはケアを提供する側が患者のもとに赴くことである。より幅広い観点からは、紹介・搬送システムは、

住民のニーズと保健システムの対応能力を評価すること、各段階の保健・医療施設間および諸セクター間の積極的連携を奨励すること、連絡・移送体制を正式なものにすること、紹介・搬送元と紹介・搬送先を対象としたプロトコル（標準手順）を策定すること、サービス提供者のパフォーマンスに関する説明責任の履行と監督を確保すること、財政負担面について保護を提供すること、実効性をモニターするための指標を設定することを進めなければならない。

### ステップ6：ケアの質を向上させる

良質な妊産婦・新生児ケアの定義は、もっぱら生物医学的成果だけに焦点を合わせたものから、患者の権利と満足度、諸基準、公平性、保健機関・保健従事者の責任と権利も考慮に入れた、より幅の広いアプローチを取るものへと拡大されてきた。良質なケアとは、すべての妊婦、出産した女性および新生児に対して最低限のケアを提供するとともに、緊急産科ケアあるいはより専門的なサービスを必要としている人たちに対応する能力も持っているケアのことである。そのようなケアを提供するにあたっては、可能な限り最高の医学的成果を得ること、サービス提供者、患者および家族を満足させること、管理面・財務面で健全なパフォーマンスを維持すること、そして、すべての女性に提供されるケアの水準を引き上げるために既存のサービスを発展させることに向けた努力が行われなければならない<sup>44</sup>。

先進工業国や中所得国で設けられている既存の保健システムでは、よりアクセスしやすく質の高い妊産婦・新生児サービスを提供するための改

革が必要になる場合もあるが、新たに構築されつつある保健システムでは、ケアの質を確保するためのメカニズムを新しいプログラムに組み込むことが可能である。例えば、コートジボワールでは、2000年に既存の妊産婦保健サービスにHIVの母子感染予防を統合する国家的プログラムが開始された。最近の研究によると、このプログラムのおかげで、多くの分野（分娩第3期におけるオキシトシンの投与、分娩後の子宮検査などを含む）でケアの全般的質が向上したことが分かっている<sup>45</sup>。こうしたプログラムは、スタッフに対し、命を救うという重要な機会とともに、新しい研修の機会と、自分たち自身の責任に対する一層の投資の機会を与えるものである。

マリ、ペルー、ベトナムなどの多様な国々で、多くの組織がケアの質を確保するための手段を導入することによって緊急産科ケアの必要性を裏づけている。緊急産科ケアにおける取り組みを基礎とし、これを発展させる形で導入されたこれらの手段により、報告とモニタリングのメカニズムが改善・単純化され、さまざまな関係者を受け入れる参加型のやり方によってプロトコルと基準が策定され、スキル中心の研修と継続的かつ協力的な監督を通じた能力醸成が進められた。連絡と紹介・搬送システムの改善を通して、チームワークの向上も促進された。女性の関心事や権利が取り上げられるようになり、コミュニティとのパートナーシップが開始され、サービス提供者は、革新的な問題解決方法を採用できるだけの力を身につけられるようになった<sup>46</sup>。

これらの手段がうまくいくためには、上級管理者による支持・支援と



## 保健システム強化を成功させるためには、支援環境を整備することと強い政治的意思が極めて重要である。

オーナーシップが必要である。「変革を求める保健従事者による評価」によると、地方レベルで変革が実行されても、それに伴ってこのような変革を支持・支援するための政策手段が上級レベルで取られているとは限らないことが分かった<sup>47</sup>。より上級レベルで管理上の説明責任や政策変更が必要となる諸問題——スタッフの欠員や異動、財政面でのスタッフの自由裁量、報告書式、血液のような重要な物資の利用可能性など——は、ケアの質を確保するための地域的プロセスが妊産婦保健面での成果に及ぼす効果を制限してしまう可能性がある。保健従事者を指揮する立場にある保健管理者や公選指導者がその労働環境を支えなければ、保健従事者が変化を効果的にもたらすことはできないし、変化がないことを保健従事者の責任にすることもできない。

### 保健システム開発：連携して行動する必要性

保健システム開発の主要要素——エビデンス（証拠）の蓄積を強化すること、保健労働力を拡大・増進させること、インフラとロジスティクスを刷新・拡大すること、財政上の問題について公平な解決策を用意すること、そして社会的動員を通して質の高いケアへの需要を刺激すること——は、各国政府、地域機関、国際機関にますます受け入れられるようになってきている。

さらに、必須サービスの統合パッケージの提供規模を拡大すること、妊産婦・新生児ケアの提供に関するコミュニティ・パートナーシップを推進することの利点についても、コンセンサスが深まってきた。最後に、今年と昨年の『世界子供白書』でも述べているように、女性と子どもの

権利を尊重し、増進させるような、妊産婦・新生児・子どもの生存と保健の向上につながる支援環境を整備していくことへのコミットメントも存在する。

約束を目的意識のある行動に変えていくためには、力強い言葉や確固たるコミットメントだけでは十分ではない。各国政府、国際開発コミュニティ、市民社会組織、民間セクター、そして家庭とコミュニティ自身が、人権の国内・国際的尊重および人類の前進に対するコミットメントのバロメーターである母親と新生児の健康改善に対して責任を持つために調和のとれた行動を取っていくことが、最低限必要である。第5章では、このようなプロセスを前進させているいくつかのパートナーシップの例を検証するとともに、今後このような連携をどのように増進させていけるかについての提案を行う。

# 5 妊産婦・新生児保健のための協働



妊産婦・新生児保健を向上させるためには連携、コミットメント、創造力が必要である。ミレニアム開発目標やその他の国際的に合意された目標が突きつける課題に応えようとする国内外の努力は、ますます協調の度合いを深めている。子どもの生存の多くの側面で迅速かつ持続的な成果を得ることを可能にしたのと同じ決意、エビデンス（証拠）、革新性および資源を、妊産婦・新生児保健にも応用すべき時期がきている。『世界子供白書2009』の最終章では、妊産婦・新生児保健を向上させる目的で支援環境の整備、継続的なケアの確立、保健システムの強化に取り組んでいる連携型のパートナーシップやプログラムについて検証する。また、具体的成果を達成するために、連携を強化し、援助効果を高め、資源とコミットメントを適用する方法も探究する。

**保** 健関連のミレニアム開発目標の達成に向けた折り返し地点はすでに過ぎた。これまでの前進を見ると、成績はまちまちである。妊産婦・新生児・子どもの保健面での前進をさらに促し、種々の行動の調整を図り、必須支援策の規模を拡大するという点では、近年、多くの取り組みがなされてきた。具体的成果もあがっており、特に、多くの開発途上国で、出生後29日から5歳まで（新生児期後の乳幼児期）の子どもの死亡数は大幅に削減されている。妊産婦・新生児・子どもの保健に対する国際的援助も増加しており、より多くの援助資金の流入、パートナーシップの強化、行動のための枠組みの整備が促されてきた。

現在の課題は、2015年までの間、そして2015年を過ぎてからも、このような成果をさらに発展させていくことである。特に、妊産婦と新生児の死亡が最も多く発生している2つの大陸、アフリカとアジアのニーズに注意

を向けなければならない。また、すべての開発途上国地域（保健関連のミレニアム開発目標のすべてあるいは一部をおおむね順調に達成できる見込みのある地域も含む）には、諸目標を達成するための努力が後れを取っており、妊産婦・新生児保健を支える努力を強化すべき国々、コミュニティ、社会経済的グループが存在している。

連携の取れた行動の必要性はこの上なく高い。妊産婦・新生児保健の向上という課題に立ち向かうためには、女性と女子のための支援環境の整備、継続的なケアの確立、保健システムの強化を進めるために、創造的で一貫した、調和のとれた努力をマクロ・レベルで行っていく必要がある。

本白書では、広く知られている真実を改めて繰り返してきた。すなわち、妊産婦と新生児の死亡には謎めいたことは何ひとつ存在しないのである。妊娠・出産に関係する理由でなぜ女性と赤ん坊が命を落とすのか——そして、

なぜ何百万人もの子どもが生後28日以内に命を落とすのか——については、十分に理解されている。これらの原因に対処していくためには、良質なデータと分析、しっかりした戦略、十分な資源、政治的コミットメント、連携を基調とするパートナーシップが必要である。これまでの章で概観してきたように、個々の国の保健システムの弱さを克服するには、その国の具体的な状況に応じた行動が必要となる。是正のための行動をどのように組み合わせるかは、その国の背景事情、政策的選択、特有の費用関数、そして、女性と子どもの権利の尊重を基盤とした、妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境の整備状況次第である。

そこで、『世界子供白書2009』の最終章では、国際保健パートナーシップにおける最近の進展に焦点を合わせながら、主要な3つの分野について概観する。その3つの分野とは、連携、援助効果、資源および成果に対するコミットメントである。

## 連携の強化

近年、国際保健パートナーシップが拡大している。これは、部分的には、開発のためのグローバル・パートナーシップの推進を追求するミレニアム開発目標8（MDG8）と、2002年の「開発資金に関するモンテレー合意」において連携が重視されたことをきっかけとする動きである。これらのイニシアティブは、いくつかの分野、特にエイズ、結核、はしか、マラリアのような感染症の調査研究、評価、予防・治療の分野で極めて重要な影響を及ぼしつつある。

一例は、はしかに関連するものである。2007年、アフリカでは2000年から2006年にかけて、はしかによる死亡数が91%減少したと報告する

ことができた。この前例のない成功は、各国政府と国際パートナーが、はしかの予防接種を推進するために協調のとれた運動を進めた結果である<sup>1</sup>。

マラリアの予防についても、大規模キャンペーンを通じて無料で手に入ることがますます多くなった殺虫剤処理を施した蚊帳の配布によって、対処が進められている。一方、HIV/エイズと闘う取り組みも、多くの場所で前進中である。2007年、低・中所得国に住むHIV陽性の妊婦（推定150万人）の33%が、子どもへのHIV感染を予防するために抗レトロウイルス薬治療を受けた。これは2005年の15%から増加している。さらに、抗レトロウイルス薬治療を受けた子どもの数は、2005年の7万5,000人から2007年には20万人に達し、ほぼ3倍になった<sup>2</sup>。

以上は、政府と国際パートナーが調整のとれた行動を進めることにより、いかに母親、新生児、子どもの人生に具体的改善をもたらされたかを示す3つの例に過ぎない。

妊産婦・新生児保健に対しては、近年、国際保健に関わるパートナーシップやイニシアティブから特別な注目が向けられるようになってきた。それにより、MDG 5達成に向けた前進をさらに促す取り組みの中で生まれた、長期にわたるパートナーシップの活動を補完するような新しい連携事業がいくつか誕生している。

しかし、妊産婦・新生児・子どもの保健のための国際保健パートナーシップの増加には、課題がないわけではない。用いられている定義にもよるが、国際保健パートナーシップは100以上存在しており、開発途上国からは、多数のイニシアティブを相手にすることの困難が報告されることもある<sup>3</sup>。さらに、母親、新生児、子どもを対象とした効果的かつ継続的なケアを整備することが欠かせないという点では合意があっても、疾病特化型の支援策に対する援助の垂直的流入を補完する形で、保健システム開発と組み合わせた統合的アプローチをどのように強化していくかという課題は依然として残る。

国内で継続的なケアを確立するための作業に国際保健パートナーシップの活動をどのように組み込んでいくかが、今後の主要課題である。二国間援助の拠出国の中には、すでに連携の調和を図り、パートナーシップを通じた援助の実効性を向上させるための措置をとり始めた国もある。これには、ノルウェー政府が主導する「保健関連のミレニアム開発目標達成のためのグローバル・キャンペー



包括的なリプロダクティブ・ヘルス・ケア、専門技能を有する者による妊娠中のケア、訓練を受けた助産師・看護師・医師による出産介助、生命の危機につながる合併症に対する緊急産科ケアを、妊娠中の母親および新生児が利用できるようにすべきである。「生命と健康に対する女性の権利イニシアティブ」の一環として、看護学生に研修を行う医師（パキスタン）

ここ数年、私は活動の多くを、早産の、あるいは困難な妊娠の末に生まれてきた新生児の健康改善のための予防プログラムに焦点を合わせてきた。先進国の医療関係者は、協働の取り組みにより、困難な状況のもとに生まれてきた新生児が、死を免れて質の高い人生を享受するために必要なケアを人生最初の重要な段階で受けられるようにするための支援策を、ますます改善させつつある。

しかしながら、開発途上国における乳児の生存の状況は、英国のような先進工業国の状況とは著しい対照をなしている。私は、英国産科婦人科医学会（RCOG）の国際諮問委員会の代表として、RCOGがアフリカとアジアの多くの国々で行っている研修プログラムを実地見学したことがある。この現場経験の結果として痛感したのが、最初に母親の健康を確保することなくして、最も弱い状況にある乳児や子どもたちの命を守ることに手はつけられないということである。

理由は簡単で、子どもを育て、食べ物を与え、学校に行かせ、予防接種を受けさせるのは母親だからである。対照的に、母親を失った子どもが乳児期に死亡する確率は、母親が健在である子どものほぼ5倍に達する。母親のいない新生児の場合、10倍である。

この問題の規模は、妊産婦の年間死亡数を見ると明らかになる。この数字は、ほぼ20年の間ほとんど変わっていない。今年、妊娠・出産時に命を落とす母親の数は世界全体で50万人以上になるだろう。そして、そのほとんどすべては貧しい国々に集中するはずである。さらに、母親ひとりが死亡するごとに、20人の女性が出産時の合併症による外傷や障害に苦しむことになる。

重要なのは、私たち——政府、非政府組織、宗教団体、民間企業、心ある個人——全員が力を合わせることで、世界中のすべての国およびコミュニティで、女性が必須基礎保健ケアと専門技能を持つ保健従事者にアクセスできるようにすることである。これこそ、母親の命を救い、ひいては、母親がいなければ重大なリスクにさらされる新生児と子どもがより良い人生を送る機会を提供できる取り組みにほかならない。

このような取り組みをしかるべき形で進めていけば、ライフサイクルのどの段階でも命を救うことができるようになる。妊産婦の健康の改善を追求するミレニアム開発目標5は、すべてのミレニアム開発目標の基礎である。専門技能を持つ保健従事者へのアクセスは、女性と子どもが必要としている継続的なケアを支えることにつながる。母親が出産前ケアを受けられ、また出産時およびその後の重要な時期に専門技能を持つ保健従事者のケアにアクセスができれば、安全な出産が可能になるのである。十分なスタッフと医薬品・備品が揃っている保健センターも、乳児が必須予防接種やマラリアや肺炎による死亡を防ぐために必要な医療を受けられるようにすることにつながる。

特定の疾病に特化した、垂直型の解決策にばかり焦点を合わせてはならない。貧困と疾病を根絶し、保健ケアと教育を改善するために積極的に活動しているあらゆる組織は、機を見てサービス提供を統合していかなければならない。貴重な資源を最大限有効に使えるようにし、地域の真のニーズに応じていく必要がある。効果的な保健サービスがどのような違いをもたらしているのかを私たちはすでに見てきた。証拠ははっきりしているのである。

日本は、1945年からの10年間で妊産婦死亡率を3分の2低減することに成功した。この成功は、妊娠から子どもの就学まで一貫した保健ケアを提供するコミュニティ保健員〔保健婦、現在は保健師〕の導入によって達成されたものである。母親たちは、日本人が誇るべき母子手帳〔現在は母子健康手帳〕を通して、自分たちの権利について、そして質の高い保健ケアの重要性を学んだ。このような成果にとってもうひとつ重要だったのは、政治的意思と推進力が積極的に投入されたことであり、それは今なお続いている。妊産婦保健に注目を集め、資源を注ぎ込んでいくためには、国際的なリーダーシップが極めて重要である。

まさに今、ミレニアム開発目標の達成期限である2015年に向けてカウントダウンが進む中、世界的な盛り上がりが見られる。今こそ、私たちは世界的変革を達成できるのである。世界中でこれほど多くの異なる国・機関・組織が、この問題をこれほど目に見える形で取り上げ、支持を表明したことはいまだかつてない。日本で開催された2008年のG8サミットでは、妊産婦保健が議題として初めて採り上げられた。

しかしながら、政府の力だけでは妊産婦死亡を劇的に減らすことはできないことを理解しなければならない。非政府組織は、ますます妊産婦保健を優先事項のひとつに位置づけ、協働するようになってきている。「安全な母性のためのホワイトトリボン・アライアンス」のような草の根組織に参加する組織も増えており、加盟組織は90カ国以上で前進のためのキャンペーン活動を進めてきた。世界の助産師や産婦人科医も目覚ましいスタートを切っている。国際産科婦人科学会（FIGO）と国際助産師連盟の主導の下、これらの専門家によって構成される職能団体が、出産前ケア、出産、乳児ケアの技能に関する保健員の研修の面で開発途上国を援助するために協働していくことに対し、コミットメントを表明したのである。

私たち全員が、妊産婦死亡を削減するためにそれぞれの役割を果たすことができる。個人としては変革を求めるキャンペーンを展開し、コミュニティは男女の住民の意識啓発を進め、非政府組織、民間セクター団体、政府は力を合わせながら現実的な解決策を見出していくことが可能である。

ひとりひとりがそれぞれの力を持ち寄り、妊産婦と子どもの健康を妨げる要因を世界中で取り除くために協働していこう。

保健員を必要としているすべての国やコミュニティで、十分な訓練を受けた保健員にアクセスができるようにするために、そして各国政府が保健員の実働体制を整えられるようにするために、私たちは協働しなければならない。

これは、過去20年間、不必要に命を落としてきた何百万人もの母親に対する、私たちの義務である。命を失うかもしれないという恐怖の中、毎日世界中で出産をしている何千人もの妊婦に対する義務でもある。

そして、世界の最も貧しい国々に生まれた次世代の子どもたち——母親を必要としており、母親がいるのが当然であるはずの子どもたちに対する義務なのである。

参考文献は111ページを参照。

ン」(Global Campaign for the Health Millennium Development Goals)、ドイツとフランスが主導する「保健対策イニシアティブ」(Providing for Health Initiative)、カナダが主導する「百万人の命を救うための触媒的イニシアティブ」(Catalytic Initiative to Save a Million Lives)、GAVI(ワクチンと予防接種のための世界同盟)の「保健システム強化の窓」(Health Systems Strengthening Window)などがある。

一方で、8つの主要な国際保健機関——世界保健機関(WHO)、ユニセフ、世界銀行、GAVI、世界人口基金、国連エイズ合同計画(UNAIDS)、世界エイズ・結核・マラリア対策基金、ビル&メリンダ・ゲイツ財団——は、非公式な「ヘルス・エイト」(H8)グループを通じて一層の対話を行うことにより、その活動を豊かなものにしようとしている。2007年7月に発足会合を開催したH8は、年に2回の会合を持ち、主要な保健支援策の拡大と、保健関連のMDGの達成促進に関わる課題を検討している<sup>4</sup>。

2007年9月に開始された「国際保健パートナーシップ」(IHP)は、各国政府、ドナー、国際機関を一堂に会させて取り組みの調和を図り、各国の保健開発計画を支援するための調整型パートナーシップである。このプロセスを支えるべくIHPが活用している主要なメカニズムとして、カントリー・コンパクト(国レベルの協定)とグローバル・コンパクト(世界レベルの協定)がある。2008年8月、エチオピアは政府とパートナーがIHPとのカントリー・コンパクトに調印した初めての国となった。モザンビークも2008年9月にカントリー・コンパクトを締結したほか、アフリカやアジアのその他の国々も、数カ月の間に協定に調印する体制が整っている<sup>5</sup>。



© UNICEF/ALBA000331/Giacomo Pirazzi

保健システム全体への強力な公的投資と、一致団結した国内・国際的行動およびコミットメントが、妊産婦・新生児の生存と健康の向上につながる。ユニセフが支援している母子対象の保健センターで新生児の世話をする看護師(アルバニア)

## 国際援助の効果を向上させる

援助効果の問題に対応するため、ハイレベルな討議の場がいくつか設置されている。2005年の「援助効果に関するパリ宣言」(パリ宣言)を元に、国際保健パートナーシップが目指すべき望ましい実践の指針が策定された。そこでは、取り組みの調和、各国の戦略と制度に応じた支援の調整、国のオーナーシップ、相互説明責任、成果志向の運営に焦点が合わせられている。OECD(経済協力開発機構)開発援助委員会も、さらなる実践的指針の必要性に対応してきた。2008年9月には、「第3回援助効果にかかるハイレベル・フォーラム」が、ガーナのアクラで開催されている。フォー

ラム参加者の支持を得た「アクラ行動計画」は、このようなコミットメントを深め、強化した。そこでは、3つの主要な分野——国のオーナーシップの強化、より効果的で包括的なパートナーシップの構築、開発成果の重視——で援助効果をさらに促進することの必要性と、それらを公けに説明する責任が強調されている。

パートナーシップの分野において、アクラ行動計画は、援助効果を向上させるため、各パートナーシップが次の5つの基本原則を採用するよう勧告している。

- 援助コストの細分化を縮小するため、ドナー側の努力の補足性を増

## 妊産婦・新生児保健のための主要な国際保健パートナーシップ

近年、妊産婦・新生児保健への関心を高め、そのための資源を作り出そうとする国際保健パートナーシップが誕生してきている。以下、いくつかの主要なパートナーシップを紹介する。

• **The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health** (妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ) は2005年9月に発足した国際保健パートナーシップで、妊産婦・新生児・子どもの保健に関する諸機関が結集した約240組織による同盟である。事務局と運営業務は世界保健機関 (WHO) がジュネーブで担当し、母親と子どもの命を救うための投資とコミットメントを強化するよう求めている。2008年7月に「グローバル・コール」(国際的呼びかけ) を発表し、女性、新生児、子どものための基礎保健サービスに資金を拠出するようG8諸国の指導者に求めるとともに、諸組織・個人に対し、政治的リーダーシップと投資を要求するこの呼びかけに賛同署名を行うよう訴えた。

• **Deliver Now for Women + Children Campaign** (「母と子に今すぐサービスを」キャンペーン) は、世界中で妊産婦と子どもの死亡をなくし、女性と子どもの保健を向上させるための新たなアドボカシー運動である。「妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ」が調整を行っている。これは、妊産婦と子どもの死亡を削減するというミレニアム開発目標 (MDG) の達成に向けて世界ははるかに後れを取っているという懸念に応じて開始されたものである。

• **The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals** (保健関連のミレニアム開発目標達成のためのグローバル・キャンペーン) は、ニューヨークで開催されたクリントン・グローバル・イニシアティブ会議の場で、ノルウェーのイエンス・ストルテンベルグ首相によって2007年9月26日に発表された。「グローバル・キャンペーン」は、英国、ノルウェー、カナダ、フランス、ドイツをはじめとするいくつかの国の政府と、多くの著名な国際保健・アドボカシー組織の支援を受けている。特に重視しているのは「ニーズが最もないがしるにされたままになっている」女性と子どもの健康である。「グローバル・キャンペーン」のもと、以下のような関連イニシアティブが数多く進められている。

• **The International Health Partnership** (国際保健パートナーシップ) は、2007年9月、ゴードン・ブラウン英国首相がロンドンで開始を宣言したイニシアティブで、世界の最貧国数カ国で国家的な保健システム構築の支援を行うことがその目的である。

• **The Catalytic Initiative to Save a Million Lives** (百万人の命を救うための触媒的イニシアティブ) は、2007年11月、カナダのステイブ・ハーバー首相が開始を宣言したイニシアティブである。前線で働く保健員の研修を実施すること、手の届く負担額で利用できる保健ケア・サービスを地域コミュニティに直接提供することにより、保健システムを強化することを目指している。

• **Innovative Results-Based Financing** (革新的な成果主義型資金拠出) は、2007年11月にノルウェーと世界銀行が開始を宣言したイニシアティブで、保健面での成果を向上させる、最も費用対効果の高い方法を追求している。

• **Providing for Health Initiative** (保健対策イニシアティブ) は2008年にドイツとフランスが開始を宣言したイニシアティブで、健康のための適切な社会的保護機構を整え、すべての人をその対象とすることにより、保健システムを強化することを目指している。

• **Women Deliver** (女性へのサービス提供) は、2007年10月にロンドンで開始が宣言された。これは、開発途上国における妊産婦と新生児の高い死亡率・障害率を低減するための世界的取り組みが20年目を迎えたのを記念して、20年間の研究と経験から得られた知識を応用するために立ちあげられたイニシアティブである。妊産婦保健を基本的人権のひとつとして、そして公正な開発の達成、貧困削減、環境の維持可能性の確保のためになくてはならない戦略のひとつとして位置づけ直すことを目指している。運営担当パートナーはFamily Care Internationalである。

• **Saving Newborn Lives** (新生児の命を救う) イニシアティブは、死亡率が高い国々で新生児の生存を向上させるための、セーブ・ザ・チルドレンのプロジェクトである。2000年に開始されて以降、アジア、アフリカ、ラテンアメリカの18カ国、2,000万人以上の母親と子どもに重要な保健サービスを提供してきた。

• **The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood** (安全な母性のためのホワイトリボン・アライアンス) は、すべての女性の安全な妊娠と出産を推進するために作られた、個人と組織による国際的な同盟である。この同盟のメンバーは、この問題を政府や他の国際機関にとっての優先事項とするため、それぞれの国で行動を起こしている。

• **The Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment** (妊産婦死亡対策プログラムへの評価イニシアティブ) (IMMPACT) は、これから母親になるようとする開発途上国の女性の保健向上推進を目指す、国際的な調査研究イニシアティブである。IMMPACTは、さまざまな戦略の研究を実施し、その有効性と対経費価値を判定することによって、各戦略の潜在的可能性の評価に役立つような測定方法と、これを裏づけるエビデンス (証拠) を改善することを目的としている。

• **Countdown to 2015** (2015年へのカウントダウン) は、科学者、政策立案関係者、活動家、諸機関から成るグループによって2005年に創設されたもので、ミレニアム開発目標4の進捗状況の追跡を目的としている。子どもの生存に関わるイニシアティブの優先支援対象60カ国のための会議で、サービス普及率に関する報告書が提出された。2008年4月に開催された2回目の会議では、「カウントダウン」の任務が拡大されて妊産婦と新生児の生存も含まれるようになり、報告書で追跡対象とされる国の数も68カ国に増えている。

• **Averting Maternal Death and Disability** (妊産婦死亡と傷害の防止) は、コロンビア大学メイルマン公衆衛生大学院 (ニューヨーク) が運営する国際的プログラムである。調査研究、アドボカシー、政策分析、プログラム支援を通して、妊産婦死亡率・罹病率の低減に寄与している。最近では、開発途上国約50カ国で活動を展開している。

参考文献は111ページを参照。

## 妊産婦・新生児の保健に対する政治的・組織的コミットメントの高まりを補完する形で、これらの分野への資金フローが増加している。

進させるとともに、パートナー間分業の改善を促進する。国家間分業の改善に関する議論は2009年6月に開始される。

- 援助のバリュー・フォー・マネー（VFM）を高めるため、援助のアンタイド化を図り、地元あるいは地域内での調達を推進するとともに、企業の社会的責任に関する国際協定を尊重する。
- 開発に関わるすべての関係者と協働するため、南南協力の重要性を認識するとともに、開発途上国が自国の国際協力プログラムを活用して他の開発途上国を援助するよう奨励し、三角協力を深めていく。国際的な基金やプログラムは、国のオーナーシップを後押しし、援助の調整・調和を図り、相互説明責任を確保し、引き続き成果の達成に重点を置くようにすることが求められる。
- 市民社会組織との関わりを深めるため、これらの組織に対し、パリ宣言に謳われた原則を自分達自身の活動に適用する方法を検討するよう促すとともに、開発効果向上を推進するため、マルチ・ステークホルダー・プロセスに参加するよう求める。また、市民社会組織が最適な形で開発に貢献できるような支援環境を整備する。
- 援助政策を脆弱な状況にある国々に適応させるため、「脆弱国家に対する効果的な国際的関与のための諸原則」(Principles for Good International Engagement in Fragile States and Situations) の実施状況をモニタリングし、共同の能力・状況分析を実施するとともに、紛争や脆弱性の根本的原因

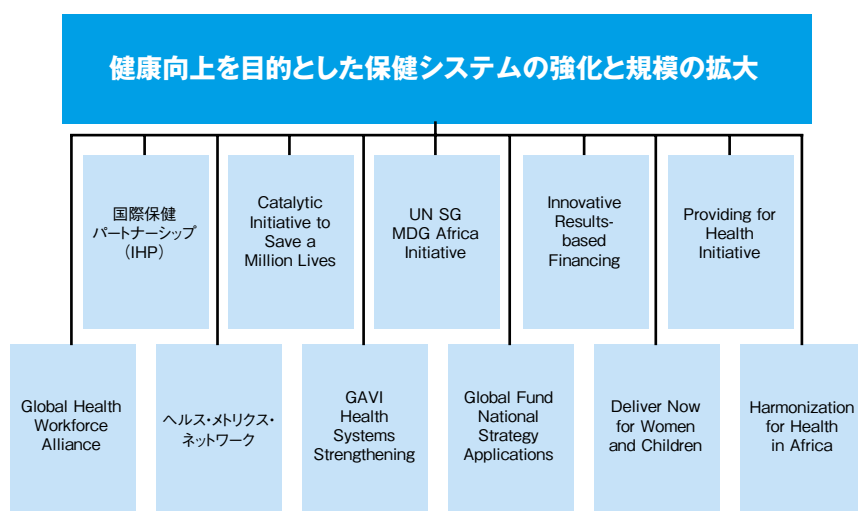
に対処できる実際の目標を設定するためにドナーと各国政府との連携を推進する。また、女性の参加を奨励するほか、柔軟で迅速かつ長期的な資金提供手段の検討を進める<sup>6</sup>。

これらの行動は、国際保健パートナーシップにとっては特に関連性が高い。ドナーとパートナー国は、パリ宣言の実施に関わる進捗状況をモニタリングするために、保健セクターを選んだからである。保健セクターに向けられる援助の強化と調和を図るための措置はすでに取られつつある。重要な前進として挙げることができるのは、調和の取れたアプローチ、能力構築および成果主義型資金拠出に一層重きが置かれるようになったこと、いくつかの国で相互説

明責任を確保するための協定が締結されたこと、援助の調和と調整が向上しつつあること、国際保健パートナーシップが国レベルで活動を進める際の中核的原則が採択されたこと、援助支援策の凝集性と包括性を高めるためにH8と「国際保健パートナーシップ」が創設されたことなどである<sup>7</sup>。

望ましい実践に関する諸原則を持続的に実施・改訂していくことによって、国際保健パートナーシップの行動に関する枠組みと、国レベルの測定と国際的なレベルでのモニタリングが可能な進捗状況指標と数値目標が着実に整備されつつある。

図5.1 保健システムの強化と必須支援策の拡大を目的とした主要な国際保健イニシアティブ



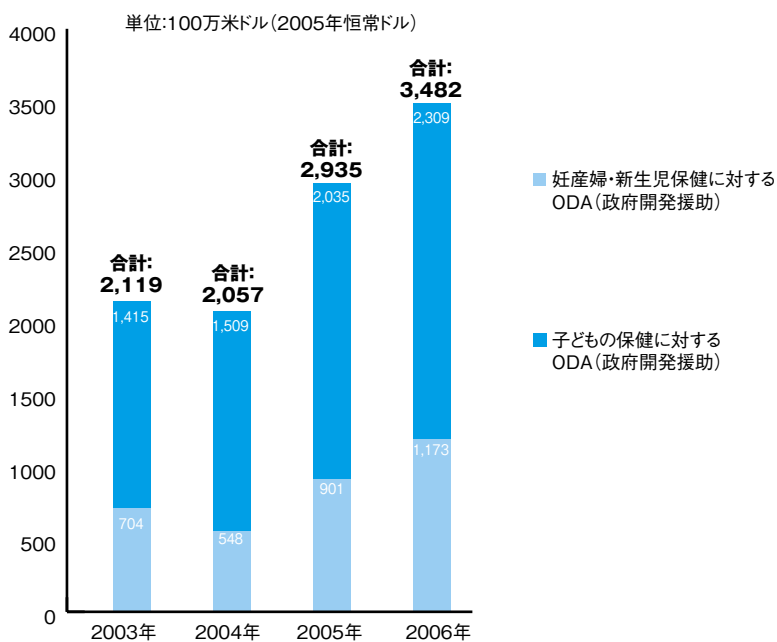
出典：International Health Partnership, <[www.internationalhealthpartnership.net/ihp\\_plus\\_about\\_initiatives.html](http://www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html)>, 2008年9月1日にアクセス。





専門技能を持つスタッフを養成し、離職を防止するための資源を国レベルでも国際的レベルでも投資することは、妊産婦・新生児保健の向上にとって極めて重要である。出産前サービスと新生児サービスのほか、HIV ウイルスの母子感染予防のためのサービスも提供している妊産婦病棟の診察台に置かれた、巻尺と旧型の胎児聴診器（ナイジェリア）

## 図5.2 妊産婦・新生児保健に対する ODA（政府開発援助）は 2004 年以来急速に増加している



出典：Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol.371, 12 April 2008, p.1269.

## 保健面でより良い成果を得るため、世界的な政治コミットメントと資源を強化する

援助の質を向上させるための手段を補完する形で、妊産婦・新生児保健に対する政治的コミットメントが高まり、資金フローも増加しつつある。数年前まで、妊産婦と子どもの保健の問題が世界の指導者によって取り上げられることはめったになかった。今日では、妊産婦と子どもの保健は、世界の指導者が掲げる課題や、G8を含む主要な会議の議題に上っている。

2008年のG8サミットでも妊産婦死亡問題が討議され、「妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ」は、妊産婦と子どもの保健ケア並びに家族計画への支出を毎年102億米ドル増額するよう、G8の指導者に訴えた<sup>8</sup>。

2008年のG8サミットでは、並行して「G8保健専門家グループ」が設置されている。このグループは、行動のための原則を定めるとともに、保健関連のミレニアム開発目標に対応するために包括的行動を取ることを誓い、また特定の疾病に特化したイニシアティブと保健システムの強化の両方が重要であることを確認した。さらに、MDGの達成期限である2015年以降も見据えた、より長期的な視点が必要であること、幅広いステークホルダーの動員が不可欠であることも強調している。

そこでは、5つの主要な分野で行動を取ることが約束された。すなわち、①保健システムの強化、②妊産婦・新生児・子どもの保健、③感染症（エイズ、結核、マラリア、ポリオ、対策が取られていない熱帯病を含む）、④ク

中央アフリカ共和国は、世界で最も所得の低い国のひとつであり、2007年のひとり当たりのGNI（国民総所得）は360米ドルであった。アフリカ大陸の中心に位置し、10年にわたる紛争に耐えてきた国でもある。紛争の影響を最もひどく受けている北東部と北西部では、反政府勢力と政府軍とがたびたび衝突を繰り返している。進行中の暴力は、特に北部地域において多数の避難民を生み出し、保健ケア・サービスなどの公的インフラの破壊につながってきた。

妊産婦と新生児の生存と健康は、依然として、貧困と紛争によって危険にさらされている。妊産婦死亡の生涯リスクは25分の1であり、国連諸機関による推計では、同国の妊産婦死亡率は出生10万人あたり980とされている（2005年）。2004年の新生児死亡率は出生1,000人あたり52であったが、これは西部・中央アフリカの平均である出生1,000人あたり44——これ自体、新生児死亡率の地域積算値としては開発途上国全体で最も高い数値である——を超えている。出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会う女性の割合はわずか53%である。

妊産婦と乳児の保健は、伝染性疾患の抑止が不十分であること、治安が悪いこと、包括的な妊産婦保健プログラムが存在しないことによって損なわれている。感染症の中でも特に破傷風が新生児死亡の重要な原因となっている。破傷風の症例は、貧しく、遠隔地に位置する、種々の権利を奪われたコミュニティ

で蔓延している。そのようなコミュニティでは、出産時や出産後の不衛生な対応が蔓延しており、また妊娠中に破傷風トキソイドによる予防接種を受ける機会も整えられていない。

治安の悪い状況が続くために生じる種々の課題にも関わらず、国際機関は、中央アフリカ共和国政府と協働しながら、妊産婦・新生児・子どもの保健を支えるための幅広い取り組みの一環として、妊産婦・新生児破傷風への対処を進めている。2008年1月、保健省は、WHO、国連人口基金、ユニセフとともに「母子生存キャンペーン」を開始した。キャンペーンの第一段階では予防接種に力が入られ、出産可能年齢にある女性70万人に対して破傷風の予防接種が行われた。第2次予防接種は3月に実施され、今後、全国150万人の女性と子どもに予防接種が行われる予定である。この破傷風予防接種キャンペーンは、妊産婦と新生児の死亡を削減するための取り組みにおける重要な第一歩である。

中央アフリカ共和国とそのパートナーにとっての課題は、妊産婦・新生児保健の向上に役立つ妊産婦サービスと基礎保健ケア支援策を提供していくため、以上の成果をさらに確かなものとし、保健システムを強化することである。治安の強化も、女性と子どもへのアクセスを広げていくためには欠かすことができない。

参考文献は111ページを参照。

ロスセクター・アプローチの推進（女性のエンパワーメント、ジェンダーによる不平等および女性に対する暴力の削減、保健を含む）、⑤資源である。開発途上国が保健ケアに対する自国の資源配分を増やすよう奨励された一方、G8諸国は、主要な感染症対策と保健システムの強化のため、最低でも600億米ドルを提供するという目標に向けて努力していくことを改めて表明した<sup>9</sup>。

世界エイズ・結核・マラリア対策基金、GAVIのワクチン・イニシアティブ、米国政府のエイズ・マラリア関

連プログラムのような、特定の疾病に特化した基金は、強化された保健システムとサービス提供を通じ、妊産婦・新生児保健に相当の資源を投入する機会を用意している。これらの基金は、特定の疾病対策に焦点を合わせているとはいえ、保健従事者の研修の向上、物資供給システムの信頼性の増進、臨床検査と診断の改善、家庭とコミュニティを基盤としたサービスの拡大に寄与している。

世界保健機関（WHO）、ユニセフ、世界人口基金、世界銀行は妊産婦・新生児保健の向上に対するコミット

メントを改めて強化しており（102ページのパネル参照）、国際保健に取り組んでいる主要なパートナーシップやプログラムは、かなりの規模の資源を動員し、具体的なプログラムや保健サービス供給に対する統合的アプローチを支援しようとしている。妊産婦と子どもの保健面での前進を促そうとする政治的意思とコミットメントは、低所得国、中所得国、ドナー国のいずれにおいても強化されつつあり、これによって、連携と協力の増進、グローバル・コンパクト（世界レベルの協定）の形成が著しく進展しつつある。



© UNICEF/HO07-1493/Anita Khemka

## 妊産婦・新生児・子どもの保健のための資金フロー

妊産婦・新生児・子どもの保健に対する政治的・組織的コミットメントの高まりを反映して、これらの分野へ向けた援助フローは急激に伸びている。最新の推計値では、妊産婦・新生児・子どもの保健向けのODA（政府開発援助）は、2003年から2006年までの間に世界全体で64%伸びた。具体的には、子どもの保健に拠出される資金が63%増となった一方、妊産婦と新生児の保健に配分される資金は66%伸びた。GAVIと世界エイズ・結核・マラリア対策基金から妊産婦・新生児・子どもの保健に拠出される資金の額は、同じ期間に200%伸びている。

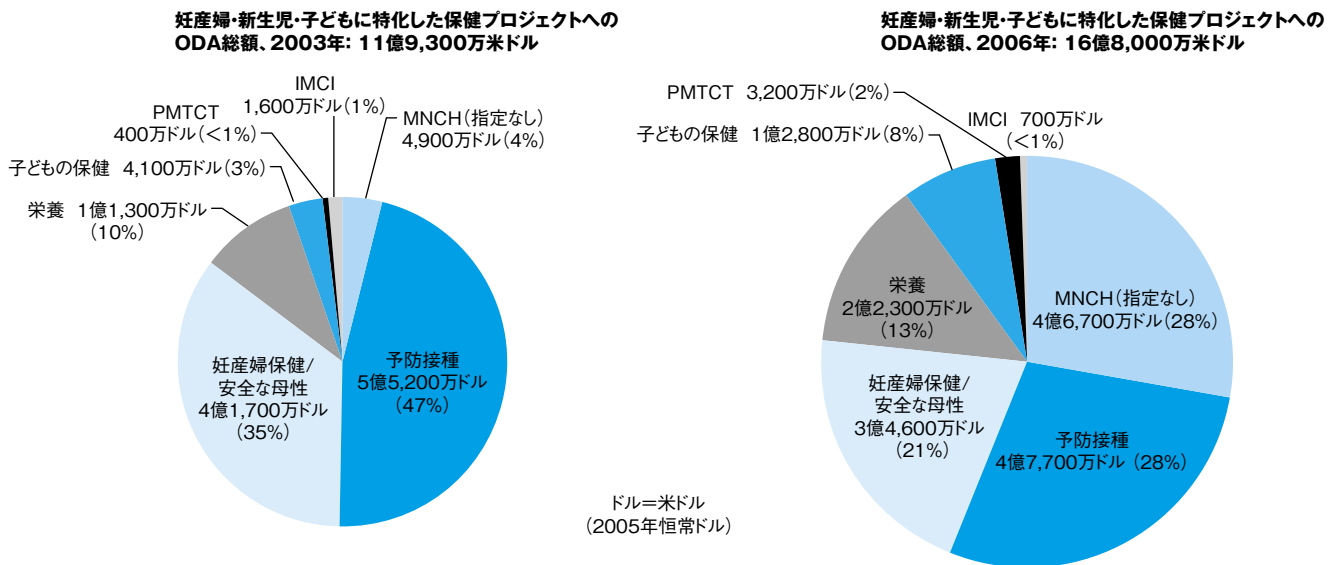
家庭とコミュニティに始まり、診療所・病院へと至る継続的なケアを確保する際には、コミュニティ保健員と訓練を受けた医療スタッフが共に重要な役割を担う。家庭訪問の際、妊婦にビタミンA、鉄分、葉酸の補給剤を手渡すボランティアのコミュニティ保健員（ネパール）

しかし、妊産婦・新生児保健向けの資源をさらに増やす余地はまだ豊富にある。これらの分野へのODAフローについて最近行われた分析によると、妊産婦・新生児・子どもの保健に関連した活動に向けられる援助額は、ODA拠出総額のわずか

3%である。さらに、妊産婦・新生児保健のための活動に割り当てられた資金は、子どもの保健向けの資金に比べると少ない。2006年の数字では、妊産婦・新生児保健向けのODAは世界全体で12億米ドルに上ったが、これは子どもの保健に割り当てられた

図5.3

## 栄養、PMTCT、子どもの保健に拠出される資金は大幅に増加している



出典：Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol.371, 12 April 2008, p.1269.

IMCI：小児期疾病統合管理  
MNCH：妊産婦・新生児・子どもの保健  
PMTCT：HIVの母子感染予防

## 何千人もの女性と何百万人もの子どもの命を救う機会は手の届くところにある。

額のざっと半分である。妊産婦・新生児保健向けのODAが世界全体で7億400万米ドルであった2003年に比べると急激に増加しているが、2006年の数字も、出生ひとりあたりに換算すればわずか12米ドルに過ぎない。

調査によると、国によっては、妊産婦・新生児・子どもの保健に対する援助フローが年ごとに激しく浮き沈みし、開発途上国における戦略的優先順位の効果的計画のための努力が困難になっている場合があることが分かっている。援助への依存度が最も大きい国では、なおさらである。また、最近では援助効果を高めるための枠組みが強化され、セクター支援と一般財政支援への動きが進んでいるにも関わらず、妊産婦・新生児・子ども

の保健向けの資金の大部分はプロジェクト資金の形で配分されている。

資金の大部分が今なおプロジェクト支援に回されるため、保健システム開発——妊産婦・新生児保健に関する前進を加速させるため緊急に必要とされている研修、スタッフ確保、管理運営、ロジスティクスなど——のための資金は、相対的に限られたままである<sup>10</sup>。妊産婦・新生児・子どもの保健分野で達成された前進が維持され、深化していくようにするためには、援助フローの予測可能性と持続可能性を高めることが極めて重要になる。各国政府は、国際保健に関わるパートナーシップやプログラムとの関係で生じる取引費用の削減にも取り組まなければならない。こ

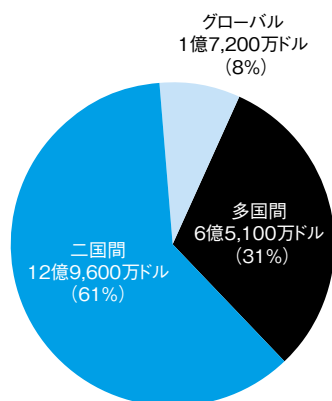
れは、資金面・技術面での援助のさらなる合理化・調和をもたらさう。

持続可能・予測可能でかつ柔軟な資源の必要性にも目を向けなければならない。このような資源は、保健サービスのために長期にわたって継続的に必要となる経費を支援するために、また政府が自国の予算を保健分野に振り向ける財政的余裕を作るために必要となる。さらに、妊産婦・新生児保健ケアへのアクセスに直接的な影響を及ぼすその他のセクター（運輸交通等）についても、維持可能な保健システム開発のためのイニシアティブの中で相応に考慮しなければならない。

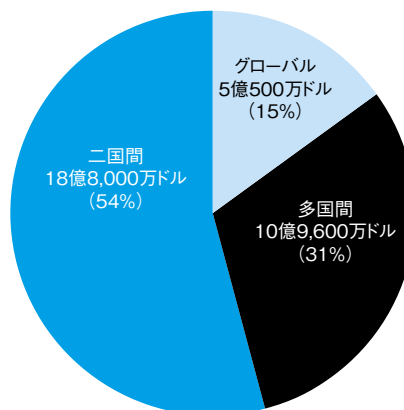
図5.4

### 妊産婦・新生児・子どもの保健のために国際保健イニシアティブから提供される資金は、近年、大幅に増えている

妊産婦・新生児・子どもの保健のためのODA総額、2003年:  
21億1,900万米ドル



妊産婦・新生児・子どもの保健のためのODA総額、2006年:  
34億8,200万米ドル



ドル=米ドル  
(2005年恒常ドル)

出典: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol.371, 12 April 2008, p.1269.

## 妊産婦・新生児保健支援で連携を強化する国連諸機関

2008年9月に国連総会の場で開かれたミレニアム開発目標(MDG)ハイレベル会合において、保健関連の活動を行っている4つの主要機関——世界保健機関(WHO)、ユニセフ、国連人口基金、世界銀行——は共同宣言を発表し、ミレニアム開発目標の中で最も進展していないMDG 5の達成に向けて取り組みの強化・調和を進めていく意図を明らかにした。このような形で連携行動に対するコミットメントを改めて表明した主な目的は、国レベルで進めている取り組みを調整するとともに、必要な資源を協同で募っていくところにある。

上記4機関は、妊産婦死亡が最悪の水準にある国々——特に妊産婦の死亡率または死亡数が最も高い25カ国——への支援の強化を約束した。4機関は、それぞれの比較優位、中核的専門性および経験、そして力を合わせることに由来する強みを基盤としながら、能力強化、保健システム開発、妊産婦・新生児・子どもの保健計画の費用計算および資金調達に協同で寄り添っていくことを計画している。

### 国内能力の強化

4機関は、政府および市民社会と力を合わせながら、次のような方法で国内能力の増進を図っていく。

- ニーズ評価を実施するとともに、保健計画がMDGに沿って実績ベースで立案・実施されることを確保する。
- 国の計画の費用計算を行い、必要な資源を迅速に動員する。
- 質の高い保健サービスの規模を拡大し、リプロダクティブ・ヘルス（特に家族計画に関して）、専門技能を持った保健従事者による出産時の立ち会い、緊急産科・新生児ケアにすべての人がアクセスできるようにする。また、HIVの感染予防・治療とのつながりも確保する。
- 専門技能を持った保健従事者（特に助産師）に対する緊急のニーズに対応する。
- 特に最貧層によるアクセスを妨げている金銭的障壁に対応する。
- 妊産婦の死亡と罹病の根本的な原因への取り組みを進める。これには、ジェンダーによる不平等、女子の教育アクセス率の低さ（特に中等教育）、児童婚、思春期の妊娠などが含まれる。
- モニタリングと評価のシステムを強化する。

### 妊産婦と新生児の継続的なケアにおける各機関の中核的機能

妊産婦と新生児の継続的なケアの実施を加速させるために協同行う国別支援について、上記の共同宣言よりも早く、2008年7月に発表した文書の中で、4機関は妊産婦と新生児の継続的なケアを強化するために政府と協働していくことも誓約している。それぞれの比較優位性と専門性に基づき、各々の機関が担っていく中核的機能も具体的に定められた。

**世界保健機関：**政策、基準、調査研究、モニタリングと評価。

**世界人口基金：**リプロダクティブ・ヘルス関連物資の安全性、実施の支援、性的健康およびリプロダクティブ・ヘルス（妊産婦・新生児保健を含む）のための人的資源、モニタリングと評価の能力育成に関する技術的援助。

**ユニセフ：**資金調達、実施の支援、ロジスティクスと物資供給、モニタリングと評価。

**世界銀行：**保健のための資金調達、国の開発の枠組みへの妊産婦・新生児・子どもの保健の包摂、戦略的計画立案、保健システムへの資源投入に対する投資（信託制度とシステムの管理運営に関するものも含む）、成功したプログラムの拡大措置。

また、支援の最適化、説明責任、調整の増進を確保するために、妊産婦と新生児の継続的なケアの各要素に関する主務機関（単独あるいは複数）も指定された。それぞれの機関の責任は図5.5に概略されているが、これはそれぞれの分野に他の機関が関与することを妨げるものではない。むしろ、当該分野における国の保健計画を支援するための国連側の対応を、主務機関が調整するという趣旨である。さらに、各機関の活動は引き続き、各国の一般的状況、各機関がその国で積み上げてきた強みと経験、その他の背景的要素（セクターワイド・アプローチ〔SWAps〕および保健に関わるその他の国家的計画・協定など）を第一に考えて進められていく予定である。各事案では、政府が引き続きプロセスを主導・調整していくものとする。

参考文献は111ページを参照。

図5.5

妊産婦と新生児の継続的な保健ケアの各要素および関連機能を担当する  
主務機関とパートナー機関

分野	主務機関	パートナー
<b>妊産婦と新生児の継続的なケア</b>		
家族計画	UNFPA、WHO	ユニセフ、世界銀行
出産前ケア	ユニセフ、WHO	UNFPA、世界銀行
専門技能者による出産時の立ち会い	WHO、UNFPA	ユニセフ、世界銀行
基礎的な緊急産科・新生児ケア	UNFPA、ユニセフ	WHO、世界銀行
包括的な緊急産科・新生児ケア (C EmONC)	WHO、UNFPA	ユニセフ、世界銀行
分娩後のケア	WHO、UNFPA	ユニセフ、世界銀行
新生児ケア	WHO、ユニセフ	UNFPA、世界銀行
妊産婦と新生児の栄養	ユニセフ、WHO、世界銀行 (妊産婦の栄養)	UNFPA
<b>妊産婦・新生児保健活動に関係するその他の分野</b>		
女子教育	ユニセフ	UNFPA、世界銀行
ジェンダー / 文化 / 男性の参加	UNFPA、ユニセフ	WHO、世界銀行
ジェンダーを理由とする暴力	UNFPA、ユニセフ	WHO
青年期のリプロダクティブ・ヘルス——若者	UNFPA、ユニセフ、WHO	世界銀行
開発のための広報連絡活動	UNFPA、ユニセフ	WHO、世界銀行
産科瘻孔 (ろうこう)	UNFPA	WHO
安全でない中絶の防止 / 中絶後のケア	WHO	UNFPA
女性性器切除	UNFPA、ユニセフ、WHO	世界銀行
人道危機下の妊産婦・新生児保健	UNFPA、ユニセフ、WHO	世界銀行
性感染症	WHO	UNFPA、ユニセフ
HIV/ エイズおよび家族計画との統合	UNAIDS <i>Technical Support Division of Labor</i> による	
妊産婦・新生児保健のための人的資源の養成・現職者研修	WHO、UNFPA	ユニセフ、世界銀行
保健に携わる人的資源のための規制・立法	WHO	UNFPA、ユニセフ、世界銀行
必須医薬品リスト	WHO	UNFPA、ユニセフ
ロードマップの作成と実施	WHO、UNFPA、世界銀行	ユニセフ

出典：WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, 22 July 2008.

これらの課題は克服できない問題ではない。しかし、母親、新生児、子どもへの義務を果たすために力を合わせていくという決意を、主要なすべてのパートナーが持つ必要がある。エビデンス（証拠）と結果に重きを置きながら取り組みを進めていかなければならない。ミレニアム開発目標は、今後数年の間取るべき行動についての確固たる基準点である。目標を達成するには、それに貢献しようとするすべてのパートナー——各国政府、ドナー、国際保健に関わるパートナーシップとプログラム、国際機関、市民社会組織、民間セクター、そしてコミュニティと家族自身——がしっかりと結びついていかなければならない。連携の強化および成果志向の強調という面ですでに達成されている近年の著しい前進は、2015年までに、そしてそれ以降も一層の成果が得られるという希望を与えるものである。

## 母親と新生児のためのサービス提供

母親と新生児の世界的状況と、そ

の生存と健康を向上させるための多様な、そして時として複雑な課題を検討する際には、その人間的側面を見失ってしまう可能性がある。数百万人の女性が恐怖に震えながら陣痛・出産に向き合っているという事実である。今回の、あるいは将来の妊娠が自分自身の死や生涯にわたる障害につながるかもしれないこと、そして生まれたばかりの子どもも、十分な基礎的ケアを受けられなければ死や病気に直面する可能性が非常に高いことを考えれば、このような恐怖心が生じるのも無理はない。

1990年以降の母親の状況に目を向けると、死亡による犠牲の多さがくっきりと浮かびあがる。1990年代以降、概算で毎年50万人の女性が死亡したとして、合計するとおよそ1,000万人の女性が妊娠・出産に関連した原因で命を落としてきた。また、利用可能な直近の推計値によれば、新生児の死亡は年間400万件近い規模で発生している。悲劇的なのは、このようにして失われた生命のほとんどは、費用対効果が高く、有効性が証明されている支援策によって救うことがで

きたということである。

このような状況が続くのを許してはならない。科学の飛躍的進歩や新たなパラダイムが前進のための最善の道を照らし出してくれるのを待つ必要はない。何百万人も新生児と妊産婦の命を救うことができる知識はすでに利用可能であり、データと分析は急速に向上しており、行動のための枠組みは用意され、ミレニアム開発目標が提示する課題も明確である。

何千人もの女性、何百万人もの子どもの命を救う機会はすでに手の届くところにある。今や、人的・財政的資源、政治的意思、そして国内的にも国際的にもますます明確なものとなりつつあるコミットメントと連携のすべてが、引き続き母親と新生児の健康・生存を向上させるための活動に向けられるようにすることに、取り組みの焦点を合わせなければならぬ。

## 保健情報システムの整備：ヘルス・メトリクス・ネットワーク

しっかりした情報は、公衆衛生に関する決定にとって必要不可欠である。そのような情報は、政策、プログラム、予算、評価の参考にされるとともに、政府が市民に対して表明したコミットメントについて説明責任を果たす際の基礎となる。しかし、多くの開発途上国では保健情報システムへの投資が不十分であり、データの収集、普及および分析に欠落が残されている。保健面での課題が増加し、保健関連のミレニアム開発目標の達成期限がますます近づきつつある今、しっかりした情報の要求に応えることは極めて重要である。

ヘルス・メトリクス・ネットワーク（HMN）は、開発途上国、国際機関、財団、国際保健パートナーシップ、技術専門家による国際的パートナーシップであり、保健情報システムの強化を目的としている。このようなシステムは、全体として保健情報の作成に寄与するあらゆるサブシステムやデータソースを取り込んだものである。これには、人口動態統計、国勢調査その他の調査、疾病サーベイランスと症例への対応、サービス統計、保健管理情報、財政データ、資源追跡などがある。保健システム開発における現在の傾向に合わせて、HMNは、保健情報や統計システムの基盤を特定の疾患にとどまらない範囲にまで広げるとともに、国レベルでの情報の作成・利用におけるリーダーシップを推進しようとしている。これらの目標を達成するためには、各国と国際的パートナーとの調整と協力を増進させること、保健情報システム開発のための調和のとれた計画を策定することが必要となる。HMNのさらなる目標は、統一された、その国自身の保健情報システム開発計画にドナーが参加するようにすることで、二度手間、断片化、重複の度合いを少なくすることである。

調和のとれた計画で中心を占めているのは、「HMN枠組み」として知られている「国別保健情報システムの枠組みと基準」（Framework and Standards for Country Health Information Systems）である。HMNは、2011年までに、これをデータ収集、

報告および利用のための普遍的パラダイムにしようとしている。この枠組みの中核となるのは「HMNツール」と呼ばれる標準化された質問票であり、各国のステークホルダーはこれを用いながら、具体的な基準に照らして保健情報の現状を評価することになる。このツールは、基本となる状況の標準を示し、保健情報に関わる成果、プロセス、背景状況および資源の重要な格差を明らかにするとともに、実績と達成事項の評価手段となる。HMNから技術的・財政的援助を受けている国は、HMNツールを使って評価を実施することが求められている。

HMN枠組みの目標は2つある。保健情報の標準化に焦点を絞った投資を進めることと、国レベル・国際的レベルでより良質な保健情報へのアクセスを、ひいてはその利用を増進させることである。HMN枠組みは、保健システム情報に関する既存のガイドラインにとって代わろうとするものではなく、適切な基準をさらに発展させ、最も望ましい実務のあり方を推進しようとしている。そのプロセスは動的なものとして構想されており、より良いエビデンス（証拠）とより広範な経験を取り入れることで発展する形を取っている。

動的な枠組みを発展させていくことに加え、HMNにはこれに関連した2つの目的がある。HMN枠組みの実施のために技術的支援および触媒作用的な財政支援を提供することによって、保健情報システムをより奥深いものにしていくことと、あらゆるレベルのステークホルダーたちによる保健情報へのアクセス、普及および利用を広げていくことである。HMNは、たったひとつの確固たる前提の上に成り立っている。すなわち、各国は貧しいがゆえに良質な保健情報を得るための負担ができないのではなく、貧しいからこそ良質な保健情報なしではやっていけないということである。

参考文献は111ページを参照。



# 出典・参考文献等

## 第1章

- Wessel, Hans, et al., 'Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoidability', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, no. 3, March 1999, pp. 225-232; Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5-11 March 2005, pp. 864-870; Kilpatrick, Sarah J., et al., 'Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, 2002, pp. 321-326.
- World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006, p. 4.
- 以下より情報を取得: UNICEF global databases, 2008; 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.
- Nanda, Geeta, Kimberly Switlick and Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, World Bank, Washington, D.C., April 2005, p. 4.
- Fishman, Steven M., et al., 'Childhood and maternal underweight', Chapter 2 in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, edited by Majid Ezzati et al., World Health Organization, Geneva, 2004, pp. 84-86.
- Barlett, Linda A. et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5-11 March 2005, p. 868.
- 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, pp. 3-8, 35.
- 数値は以下より取得: United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 42-45; 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, pp. 23-27, 35.
- World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006, p. 2.
- Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 891-892.
- 次の文献から得られたデータに基づいてユニセフが推定したもの: World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006.
- Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 September 2006, p. 1193; Li, X.F., et al., 'The Postpartum Period: The key to maternal mortality', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 54, no. 1, 1996, pp. 1-10; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 10, 62.
- Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 September 2006, p. 1195.
- Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243-244; World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds - A review of the literature and programmes*, WHO, Geneva, 2007, pp. 19-20.
- Center for Disease Control and Prevention, 'Trends in Wheat-Flour Fortification with Folic Acid and Iron - Worldwide, 2004 and 2007', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, no. 1, 11 January 2008, pp. 8-10.
- Allen, Lindsay H., and Stuart R. Gillespie, 'What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions', ACC/SCN Nutrition Policy Paper No. 19/ADB Nutrition and Development Series No. 5, Asian Development Bank with the UN Administrative Committee on Coordination Subcommittee on Nutrition (ACC/SCN), Manila, 2001, pp. 56, 59.
- World Health Organization, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 44; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 6.
- Ronsmans, Carine, and Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 September 2006, pp. 1194-1195.
- Brahmbhatt, Heena, et al., 'Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 4, 1 April 2008, p. 475.
- United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 6; World Health Organization, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds - A review of literature and programmes*, WHO, Geneva, 2007, pp. 19-20; Gunasekera, Prasanna, Junko Sasaki and Godfrey Walker, 'Pelvic Organ Prolapse: Don't forget developing countries', *The Lancet*, vol. 369, no. 9575, 26 May 2007, pp. 1789-1790.
- Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 894-895; Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, February 2007, pp. 96-97.
- Bang, Abhay, M. H. Reddy and M. D. Deshmukh, 'Child Mortality in Maharashtra', *Economic and Political Weekly*, vol. 37, no. 49, 7 December 2002, pp. 4947-4965; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 243-244.
- Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, February 2007, pp. 96-97.
- Setty-Venugopal, Vidya, and Ushma D. Upadhyay, 'Birth Spacing: Three to five saves lives', *Population Reports*, Series L, no. 13, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, 2002, p. 1.
- World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 10; JHPIEGO, *Best Practices: Detecting and treating newborn asphyxia*, JHPIEGO, 2004, <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>>, 2008年8月31日にアクセス。
- 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. 896.
- Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Chapter 27 in *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. 534.
- 出典: United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 37-38; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008, pp. 41-48.
- 世界銀行は、脆弱国家を国別政策・制度評価 (CPIA) に基づく3.2ポイント以下の低所得国と定義している。脆弱国家のリストは、国別CPIAの算定に基づいて毎年更新される。この定義に関して詳しくは以下を参照: *Global Monitoring Report 2007: Confronting the challenges of gender quality and fragile states*, World Bank, Washington D.C., 2007, p.40. 2007年の世界銀行国際開発協会 (IDA) のリストに記載されている国と地域については、以下を参照: <<http://web.worldbank.org/WEBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTS/IDA/0,,contentMDK:21389974~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>>, 2008年8月30日にアクセス。
- United Nations Millennium Project, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, London/Sterling, VA, 2005, pp. 113, 188.

## 第1章 パネル

### 妊産婦の死亡数の測定に向けた挑戦

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, pp. 1-10.

### 母親と新生児の支えとなる環境づくり

Gill, Kirrin, Rohini Pande and Anju Malhotra, 'Women Deliver for Development: Executive Summary', Family Care International, New York, 2007, p. 1; United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2007*, UN, New York, 2007, p. 17.

### 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

United Nations Population Fund/Engender Health, *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from nine African countries*, UNFPA/Engender Health, New York, 2003, pp. 57-58; World Health Organization, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, WHO, Geneva, 2006, p. 11; Wall, L. Lewis, 'Dead Mothers and Injured Wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria', *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 4, December 1998, p. 350.

### 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

Glazier, A., et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 November 2006, p. 1595; derived from United Nations Population Fund, *The State of World Population 2004: The Cairo consensus at ten - Population*,

reproductive health and the global effort to end poverty, UNFPA, New York, 2004, pp. 4-7, 12.

## 妊産婦保健を優先させる取り組み——スリランカ

UNICEF Sri Lanka, *Annual Report 2007*, Colombo, 2008, pp.7-8; Padmanathan, Indra, et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, Washington, D.C., World Bank, 2003, pp. 1-3, 107, 110, 114, 116-117, 122, 131.

## 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

Food and Agricultural Organization of the United Nations, *Soaring Food Prices: Facts, perspectives, impacts and actions required*, FAO, Rome, June 2008, pp. 2-4, 17; Young, Helen, et al., 'Public Nutrition in Complex Emergencies', *The Lancet*, vol. 364, no. 9448, 20 November 2004, p. 1899; United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund, World Food Programme and World Health Organization, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*, UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, p. 21; Food and Agriculture Organization of the United Nations, *The Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture*, <[http://www.fao.org/giews/english/giews\\_en.pdf](http://www.fao.org/giews/english/giews_en.pdf)>, 2008年8月1日にアクセス。

## 第2章

- 1 World Health Organization, *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving better health for Africa in the New Millennium*, WHO, Geneva, April 2008, p. 1.
- 2 Kerber, Kate, et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369.
- 3 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008*, UNICEF, New York, January 2008, pp. 39-41, 63-64. [邦訳: ユニセフ『世界子供白書2008: 子どもの生存』、(財)日本ユニセフ協会、2008年]
- 4 Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 894-895; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 245-248.
- 5 World Bank, *Education and Development*, World Bank, Washington, D.C., 2002, p. 20.
- 6 United Nations, Universal Declaration of Human Rights, Article 26, UN, New York, 1948; United Nations, Convention on the Rights of the Child, Article 28, UN, New York, 1989.
- 7 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review*, Number 6, UNICEF, New York, December 2007, pp. 16, 35. [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]
- 8 Lloyd, Cynthia B., 'Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries', background paper to *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, United Nations Millennium Project, New York, 2006.
- 9 Rowbottom, Sara, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*, United Nations Population Fund, New York, 2007, p. 2.
- 10 Ibid., p. 5.
- 11 United Nations Population Fund, *The State of the World's Population 2005: The promise of equality, gender equity, reproductive health and the millennium development goals*, UNFPA, New York, 2005, pp. 34-38.
- 12 Ibid.

- 13 World Bank, *Education and Development*, World Bank, Washington D.C., 2002, p. 5.
- 14 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review*, Number 6, UNICEF, New York, December 2007, p. 45. [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 本白書のpp.150-151、統計表9、子どもの保護指標より。
- 16 International Planned Parenthood Federation and the Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, *Ending Child Marriage: A guide for global policy action*, IPPF, London, September 2006, pp. 7, 11, 15.
- 17 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review*, Number 6, UNICEF, New York, 2007, p. 44. [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]
- 18 World Health Organization, *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*, WHO, Geneva, 2006, p. 6.
- 19 World Health Organization, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO*, Geneva, 2008, p. 11.
- 20 TOSTAN, *2006 Annual Report*, pp. 12-16.
- 21 World Health Organization, summary report, *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, WHO, Geneva, 2005, p. 22.
- 22 Ganatra, B.R., K.J. Coyaji and V.N. Rao, 'Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 76, no. 6, 1998, pp. 591-598.
- 23 Vlachova, Marie, and Lea Biason, *Women in an Insecure World: Violence against women - Facts, figures and analysis*, Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces, Geneva, 2005, pp. 15-16.
- 24 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 12; and United Nations, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, UN, New York, 2006, p. 49.
- 25 Leung W.C., et al., 'Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 72, no. 1, January 2001, pp. 79-80; and Valladares, Eliette M., et al., 'Physical Partner Abuse During Pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, no. 4, October 2002, pp. 700-705.
- 26 United Nations, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, UN, New York, 2006, p. 49.
- 27 Campbell, Jacquelyn C., 'Health consequences of intimate partner violence', *The Lancet*, vol. 359, no. 9314, April 2002, pp. 1331-1336.
- 28 Åling-Monemi, Kajsa, et al., 'Violence against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A case-referent study from Nicaragua', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, no. 1, 2003, pp. 10-16.
- 29 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2007*, UNICEF, New York, 2006, pp. 17-18. [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]
- 30 Ibid., pp. 23-28.
- 31 Desai, Sonalde, and Kiersten Johnson, 'Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and

social hierarchies', in Sunitor Kishor, ed., *A Focus on Gender: Collected papers on gender using DHS data*, ORC Macro and Measure DHS, Maryland, USA, 2005, p. 66.

- 32 Smith, Lisa C., et al., *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*, research report 131, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2003, pp. xi-xii, 8-14.
- 33 Quisumbing, Agnes R., ed., *Household Decisions, Gender, and Development: A synthesis of recent research*, Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2004, p. 118.
- 34 データは以下より取得: the Inter-Parliamentary Union database on 'Women in National Parliaments', <[www.ipu.org/wmn-e/world.htm](http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm)>, 2008年7月にアクセス。
- 35 データは以下より取得: United Cities and Local Governments database on women in local decision making, <[www.cities-localgovernments.org/uc/g/index.asp?pag=wldmstatistics.asp&type=&L=EN&pon=1](http://www.cities-localgovernments.org/uc/g/index.asp?pag=wldmstatistics.asp&type=&L=EN&pon=1)>, 2008年7月にアクセス。
- 36 United Nations Development Fund for Women, *Progress of Arab Women 2004*, UNIFEM Arab States Regional Office, Amman, 2004, p. 62.
- 37 United Nations Children's Fund, 'National Situational Analysis of Children and Women', UNICEF Mozambique, 2006; United Nations Development Fund for Women, *Progress of Arab Women 2004*, UNIFEM Arab States Regional Office, Amman, p. 62.
- 38 Cowan, Carolyn Pape, et al., 'Encouraging strong relationships between fathers and children', *Working Strategies*, vol. 8, no. 4, Summer 2005, p. 2.

## 第2章 パネル

### 基礎保健ケア: アルマ・アタ宣言から30年

Chan, Margaret, 'Address to the 61st World Health Assembly', WHO, Geneva, 19 May 2008; International Declaration of Alma-Ata, 1978; United Nations, 'Resolutions adopted by the General Assembly during its Sixth Special Session', 9 April-2 May 1974, Supplement No. 1 (A/9559), pp. 3-5; Thieren, Michel, 'Background paper on the concept of universal access', prepared for the Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', WHO, Geneva, 18-20 October 2005; Haines, Andy, Richard Horton and Zulfiqar Bhutta, 'Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata - A call for papers', *The Lancet*, vol. 370, no. 9591, 15 September 2007, pp. 911-913.

### 保健従事者の不足に対処する: 妊産婦・新生児保健の向上にとって極めて重要な行動

World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006, pp. 8-12, 24, 99-101; Koblinsky, Marge, et al., 'Going to scale with professional skilled care', *The Lancet*, vol. 368, no. 9544, pp. 1377-1386; Tawfik, Linda, 'The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries', background paper for the *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006, p. 8; Physicians for Human Rights, *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, PHR, Boston, 2004; Shisana, Olive, et al., 'HIV/AIDS Prevalence Among South African Health Workers', *South African Medical Journal*, vol. 94, no. 10, 2004, pp. 846-850, cited in Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project, UNDP, 2005, p. 122.

### 母親と新生児の保健を一層公平なものとするために

Gwatkin, Davidson R., et al., *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview*, Health, Nutrition

and Population, World Bank, Washington, D.C., September 2007, pp. 123-124; Fotso, Jean-Christophe, 'Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, no. 9, 2006; Countdown 2008 Equity Analysis Group et al., 'Mind the Gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1259-1269; Victora, Cesar G., et al., 'Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian child health studies', *The Lancet*, vol. 366, no. 9235, pp. 1093-1098; Kerber, Kate J., 'The Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: Coverage, co-coverage and equity analysis from Demographic and Health Surveys', Faculty of Health Sciences, University of Cape Town (unpublished), 2007, pp. 16, 23-40.

### 妊産婦サービスをベルー農村部の文化に適合させる

Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1254-1255; World Health Organization, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p. 26; Pan American Health Organization, *Gender, Health and Development in the Americas 2003*, PAHO and Population Reference Bureau, 2003; ユニセフ・ベルー事務所からの情報。

### スーダン南部：平和の後は、妊産婦死亡との新しい闘いが

Central Bureau of Statistics and Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation, *Sudan Household Health Survey 2006*, CBS and SSCSE, Khartoum, pp. 43, 161, 164, 178; United Nations Population Fund Sudan Country Office, *Annual Report 2006*, UNFPA Sudan, pp. 3-4; ユニセフ・スーダン事務所からの情報。

## 第3章

- 1 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369.
- 2 Glasier, Anna, et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 November 2006, p. 1602.
- 3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic 2008*, UNAIDS, Geneva, 2008, p. 33.
- 4 World Health Organization, *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets*, WHO, Geneva, 2004, pp. 26-30.
- 5 Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, p. 244.
- 6 Ibid., p. 249.
- 7 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic 2008*, UNAIDS, Geneva, 2008, p. 30.
- 8 Briand, Valérie, et al., 'Intermittent preventive treatment for the prevention of malaria during pregnancy in high transmission areas', *Malaria Journal*, vol. 6, no. 1, 2007, p. 160.
- 9 World Health Organization and United Nations Children's Fund, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities - An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*, WHO, Geneva, 2003, p. 2.
- 10 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 44.

- 11 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp.10, 62.
- 12 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 44.
- 13 Paul, Vinod K., 'Meeting MDG 5: Good news from India', *The Lancet*, vol. 369, no. 9561, 17 February 2007, p. 558; Chatterjee, Patralekha, 'India addresses maternal deaths in rural areas', *The Lancet*, vol. 370, no. 9592, 22 September 2007, pp. 1023-1024.
- 14 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, p. 9.
- 15 World Health Organization, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, WHO, Geneva, 1998, p. 17.
- 16 United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 11, 44.
- 17 Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki and Ole Frithjof Norheim, 'Availability, distribution and use of emergency obstetric care in northern Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 20, no. 3, 2005, pp. 171-173.
- 18 World Health Organization, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, WHO, Geneva, 1998, p. 2; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 62, 73-74.
- 19 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1366.
- 20 World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, pp. 73-74.
- 21 Prince, Martin, et al., 'No health without mental health', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 8 September 2007, pp. 867-8.
- 22 Knippenberg, R., et al., 'Systematic scaling up of neonatal care in countries', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 March 2005, pp. 1088-1089; Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, p. 1256.
- 23 本書のpp.146-149、統計表8、女性指標より。
- 24 Declaration of Alma-Ata, articles 6-8, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978; 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.
- 25 Haines, Andy, et al., 'Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 June 2007, p. 2123.
- 26 Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's got the power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project, UNDP, 2005, p. 65.
- 27 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1361.
- 28 Lawn, Joy, and Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 32.
- 29 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan

to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1364.

30 Ibid.

31 Lawn, Joy, and Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 33.

32 Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005; pp. 864-870.

33 Paxton, A., et al., 'Global patterns in availability of emergency obstetric care', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93, no. 3, 2006, pp. 300-307.

## 第3章 パネル

### 妊産婦・新生児破傷風を根絶する

World Health Organization, *Weekly epidemiological record*, WHO, Geneva: nos. 20, 19 May 2006, pp. 198-208; 81, 31 March 2006, pp. 120-127; 44, 30 October 1987, pp. 332-335; 82, 29 June 2007, pp. 237-242; and 34, 22 August 2008, pp. 301-307; Roper, Martha H., Jos H. Vandelaer and François L. Gasse, 'Maternal and neonatal tetanus', *The Lancet*, vol. 370, no. 9603, 8 December 2007, pp. 1947-1959.

### 妊娠高血圧症候群：よく見られるが難しい問題

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. 1073; Podymow, Tiina, and Phyllis August, 'Hypertension in pregnancy', *Advances in Chronic Kidney Disease*, vol. 14, no. 2, April 2007, pp. 178-179, 181; Hofmeyr, G.J., A.N. Attallah and L. Duley, 'Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems', *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, vol. 3, article no. CD001059; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 February 2008, p. 431; Dolea, Carmen, and Carla Abouzahr, 'Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000', *Global Burden of Disease 2000*, World Health Organization, Geneva, 2003.

### 生まれてから最初の28日間

Lawn, Joy E., Simon Couzens and Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 891-900; Lawn, Joy E., Kenji Shibuya and Claudia Stein, 'No Cry at Birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 6, June 2005, pp. 409-17; Bang, Abhay T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 December 1999, pp. 1955-1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 June 2008, pp. 1936-1944; Manandhar, D.S., et al., 'Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9438, 11 September 2004, pp. 970-979; Kumar, V., et al., 'Effect of Community-based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 372, no. 9644, 27 September 2008, pp. 1151-1162; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Implementing Community-based Perinatal Care: Results from a pilot study in rural Pakistan', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, no. 6, June 2008, pp. 452-459; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Interventions to Address Maternal, Newborn and Child Survival: What difference can integrated primary

health care strategies make?', *The Lancet*, vol. 372, no. 9642, 13 September 2008, pp. 972-989; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Community-based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the evidence', *Pediatrics*, vol. 115, no. 2, February 2005, pp. 519-617; Haws, Rachel A., et al., 'Impact of Packaged Interventions on Neonatal Health: A review of the evidence', *Health Policy and Planning*, vol. 22, no. 4, 25 May 2007, pp. 193-215.

#### アフガニスタンの助産体制

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. 23; United Nations Children's Fund, *Progress for Children: A report card on maternal mortality*, Number 7, UNICEF, New York, September 2008, pp. 10, 43; UNICEF Regional Office for South Asia, *Maternal and Neonatal Health Review in South Asia Region*, 25 June 2008, pp. 67-68; Currie, Sheena, Pashatoon Azfar and Rebecca C. Fowler, 'A bold new beginning for midwifery in Afghanistan', *Midwifery*, vol. 23, no. 3, September 2007, pp. 226-234; Afghan Ministry of Public Health, *Maternal Mortality in Afghanistan: Magnitude, causes, risk factors and preventability*, Afghan Ministry of Public Health, Centers for Disease Control and Prevention and UNICEF, 6 November 2002, p. 4; ユニセフ・アフガニスタン事務所からの情報。

#### ガーナにおけるカンガルー・マザー・ケア

Whitelaw, A., and K. Sleath, 'Myth of the Marsupial Mother: Home care of very low birthweight babies in Bogota, Colombia', *The Lancet*, vol. 1, no. 8439, 25 May 1985, pp. 1206-1208; Pattinson, Robert C., et al., 'Implementation of Kangaroo Mother Care: A randomized trial of two outreach strategies', *Acta Paediatrica*, vol. 94, no. 7, 2005, pp. 924-927; Bergh, A.-M., and Robert C. Pattinson, 'Development of a Conceptual Tool for the Implementation of Kangaroo Mother Care', *Acta Paediatrica*, vol. 92, no. 6, pp. 709-714; ユニセフ・ガーナ事務所からの情報。

#### 妊娠期のHIV/マラリア同時感染

Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, February 2007, pp. 93-104; Ter Kuile, F.O., et al., 'The Burden of Co-infection with HIV Type 1 and Malaria in Pregnant Women in Sub-Saharan Africa', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, supplement 2, 2004, pp. 41-54; World Health Organization, 'Malaria and HIV Interactions and their Implications for Public Health Policy', WHO, Geneva, 2005, pp. 10-11; United Nations Children's Fund, 'Malaria and HIV Factsheet', UNICEF Technical Note no. 6, February 2003, p. 2; World Health Organization, 'Technical Expert Group Meeting on Intermittent Preventive Treatment in pregnancy (IPTp)', Geneva, 2008, p. 4; World Health Organization, 'Assessment of the Safety of Artemisinin Compounds in Pregnancy', Geneva, 2003, p. 2.

#### リベリアの青年期の女性が直面する課題

ユニセフ・リベリア事務所からの情報。

#### 第4章

- Hill, K., et al., 'Interim Measures for Meeting Needs for Health Sector Data: Births, deaths and causes of death', *The Lancet*, vol. 370, no. 9600, 17 November 2007, pp. 1726-1735.
- World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, 2004, pp. 1-2.
- Measure Evaluation, 'Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for potential users', <www.cpc.unc.edu/measure/publications>, 2008年9月30日にアクセス; World Health Organization, *Verbal Autopsy: Ascertaining and attributing causes of death*, WHO, Geneva, 2007, p. 6.
- Setel, P.W., et al., 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy: A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 8, 2005, pp. 611-617; Measure Evaluation,

'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy', <www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/savvy>, 2008年9月30日にアクセス。

- World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, 2004, pp. 106-107.
- US Centers for Disease Control and Prevention, 'Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems', *Morbidity and Mortality Weekly Report - Recommendations and Program Report*, vol. 50, no. RR13, CDC, Washington, D.C., 27 July 2001, pp. 1-35.
- United Nations Children's Fund, World Health Organization and United Nations Population Fund, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, August 1997; Averting Maternal Death and Disability Program, *Averting Maternal Death and Disability Program Report, 1999-2005*, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, October 2006, pp. 2-4.
- World Health Organization, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Geneva, 2004, p. 4.
- Granja, A.C., F. Machungo and S. Bergstrom, 'Avoidability of Maternal Death in Mozambique: Audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases', *African Journal of Health Sciences*, vol. 7, no. 3-4, July-December 2000, pp. 83-7.
- Blouse, A., P. Gomez and B. Kinzie, *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmes*, JHPIEGO, Baltimore, 2004, pp. 1-42; EngenderHealth, *COPE for Maternal Health Services: A process and tools for improving the quality of maternal health services*, New York, 2001.
- Byass, Peter, et al., 'Direct Data Capture Using Hand-held Computers in Rural Burkina Faso: Experiences, benefits and lessons learnt', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, special issue 1, July 2008, p. 29.
- World Health Organization, *World Health Report 2006: Working together for health*, WHO, Geneva, 2006, p. 12.
- World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005, p. 96.
- United Nations Population Fund, *Investing in People: National progress in implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, UNFPA, New York, 2004, p. 45; World Health Organization, International Confederation of Midwives, and International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Making Pregnancy Safer: The critical role of the skilled attendant - A joint statement by WHO, ICM and FIGO*, WHO, Geneva, 2004, p. 1; World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 'Proportion of Births Attended by Skilled Health Workers', 2008 updates, WHO, Geneva, p. 3.
- United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Management of Sick Children by Community Health Workers*, UNICEF/WHO, New York, January 2006, p. 7.
- Ibid.
- 以下より情報を取得: United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008: Child survival*, UNICEF, New York, January 2008, p. 77. [邦訳: ユニセフ「世界子供白書2008:子どもの生存」, 前掲]
- UNICEF Regional Office for South Asia, *Maternal and Neonatal Health Review in the South Asia Region*, 25 June 2008, p. 152.
- Dambisya, Ysowa, 'A Review of Non-financial Incentives for Health Worker Retention in Eastern and Southern Africa', Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, Discussion Paper no. 44, May 2007, p. 49.

- Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 73.
- Vivar, Susana Camacho, 'Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1302.
- Lawoyin, Taiwo, O., O.C. Olukshevi, and David A. Adewole, 'Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria', *Journal of Public Health Policy*, vol. 28, no. 3, 2007, pp. 299-318.
- Lawn, Joy E., and Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p. 87.
- Bryce, Jennifer, and J.H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008, p. 44.
- データは以下による: the Health Policies and Systems Development Unit, Health Systems Strengthening Area, Pan American Health Organization.
- United Nations Economic and Social Commission, United Nations Economic Commission for Africa, African Union Commission, 'Meeting Africa's New Development Challenges in the 21st Century: Issues paper', Addis Ababa, 21 March 2008, p. 13.
- Borgh, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457-1465.
- Witter, Sophie, et al., 'The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, pp. 61-71; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457-1465.
- Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, pp. 331, 762-765.
- Borgh, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457-1465; Deininger, K., and P. Mpuga, *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, World Bank policy research working paper no. 3276, Washington, D.C., 2004; Nabyonga, J., et al., 'Abolition of Cost-sharing Is Pro-poor: Evidence from Uganda', *Health Policy Plan*, vol. 20, pp. 100-108.
- Borgh, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, October 2006, pp. 1457-1465; Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 October 2005, pp. 762-765.
- Gilson, Lucy, and Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 October 2005, pp. 762-765.
- Dmytraczenko, T., et al., *Evaluacion del Seguro Nacional de Maternidad y Ninez en Bolivia*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, 1998; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9545, 21 October 2006, pp. 1457-1465.
- Schneider, P., et al., *Utilization, Cost and Financing of District Health Services in Rwanda*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, March 2001; Fox-Rushby, J.A., 'Cost-effectiveness Analysis of a Mobile Maternal Health Care Service in West Kiang, The Gambia', *World Health Stat Quarterly*, vol. 48, no. 1, 1995, pp. 23-27.
- Richard, F., et al., 'Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care: Experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina

- Faso', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, no. 8, August 2007, pp. 972-981.
- 36 Gertler, P., and S. Boyce, *An Experiment in Incentive-based Welfare: The impact of Progesterone on health in Mexico*, University of California, Berkeley, 2001; Morris, S.S., et al., 'Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A cluster randomized trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9450, 4 December 2004; pp. 30-37.
- 37 Peters, David H., Gita G. Mirchandani and Peter M. Hansen, 'Strategies for Engaging the Private Sector in Sexual and Reproductive Health: How effective are they?', *Health Policy and Planning*, vol. 19, supplement 1, pp. 5-21.
- 38 Bhatia, Jagdish, and John Cleland, 'Health Care of Female Outpatients in South-central India: Comparing public and private sector provision', *Health Policy and Planning*, vol. 19, no. 6, pp. 402-409; Barber, Sarah L., 'Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare?', *International Journal for Quality in Health Care*, 4 May 2006, pp. 1-8; Barber, SL, PJ Gertler, and P Hasrimurti, 'Differences in access to high-quality outpatient care in Indonesia', *Health Affairs*, vol. 26, no. 3 May-June 2007, pp. 352-366.
- 39 World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 82-83.
- 40 Mbonye, A.K., et al., 'Declining Maternal Mortality Ratio in Uganda: Priority interventions to achieve the MDG', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, no. 3, September 2007, p. 287.
- 41 World Health Organization, International Planned Parenthood Foundation, John Snow, Inc., PATH, Population Services International, United Nations Population Fund, World Bank, *The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health*, WHO, Geneva, 2006.
- 42 Barker, Carol, et al., 'Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An integrated approach', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, November 2007, p. 5.
- 43 Pan American Health Organization, *Neonatal Health in the Context of Maternal, Newborn and Child Health for the Attainment of the Millennium Development Goals of the UN Millennium Declaration*, PAHO, Washington D.C., 2006, p. 19.
- 44 Ganatra, B.R., K.J. Coyaji and V.N. Rao, 'Too Far, Too Little, Too Late: A community-based, case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, vol. 76, no. 6, pp. 591-598; George, Asha, 'Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, pp. 91-102; Murray, Susan F., and Stephen C. Pearson, 'Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current knowledge and future research needs', *Social Science and Medicine*, vol. 62, 2006, pp. 2205-2215.
- 44 Pittrof, Rudiger, Oona Campbell and Veronique Filippi, 'What Is Quality in Maternity Care? An international perspective', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, no. 4, April 2002, p. 278.
- 45 Delvaux, Therese, et al., 'Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, no. 8, August 2008, p. 974.
- 46 Kayongo, M., et al., 'Strengthening Emergency Obstetric Care in Ayacucho, Peru', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 92, no. 3, March 2006, pp. 299-307; Otchere, S.A., and H.T. Binh, 'Strengthening Emergency Obstetrics in Thanh Hoah and Quang Tri provinces in Vietnam', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, no. 3, September 2007, pp. 165-172; Otchere, S.A., and A. Kayo, 'The Challenges of Improving Emergency Obstetric Care in Two Rural Districts in Mali', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, August 2007, pp. 173-182.
- 47 Thomas, Lena Susan, et al., 'Making Systems Work: The hard part of improving maternal health services in South Africa', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, September 2007, pp. 45-48.

#### 第4章 パネル

##### 妊産婦死亡の予防を目的とした、保健システムにおけるクリティカル・リンク手法の活用

Núñez Urquiza, Rosa Maria, et al., 'Más Allá de las Cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas', *Género y Salud en Cifras*, vol. 3, nos. 2/3, May-December 2005, pp. 5-15.

##### 妊産婦保健の新しい方向性

Starrs, Ann M., 'Delivering for Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1285; World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2005; World Health Organization, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, WHO, Geneva, 2005; Braveman, Paula, and Eleuther Tarimo, 'Social Inequalities in Health within Countries: Not only an issue for affluent nations', *Social Science & Medicine*, vol. 54, no. 11, 2002, pp. 1621-1635; Marmot, Michael, 'Social Determinants of Health Inequalities', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 March 2005, pp. 1099-1104; Hill, Kenneth, et al., 'Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data', *Obstetric Anesthesia Digest*, vol. 28, no. 2, June 2008, pp. 94-95; Bryce, Jennifer, and J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report*, Countdown to 2015, United Nations Children's Fund, New York, 2008; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced Abortion: Rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1338-1345; Gülmezoglu, A. Metin, et al., 'WHO Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological issues and challenges', *BMC Medical Research Methodology*, vol. 4, no. 16, 2004, p. 16; Filippi, V., et al., 'Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A longitudinal study', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1329-1337; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 February 2008, pp. 417-440; Shankar, A.H., et al., 'Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Fetal Loss and Infant Death in Indonesia: A double-blind cluster-randomized trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 January 2008, pp. 215-227; Campbell, O.M., and W.J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, no. 9543, 7 October 2006, pp. 1284-1299; Villar, J., et al., 'World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women', *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 193, no. 6S2, February 2006, pp. 639-649; Altman, D., et al., 'Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: A randomized placebo-controlled trial', *The Lancet*, vol. 359, no. 9321, 1 June 2002, pp. 1877-1890; Althabe, Fernando, et al., 'A behavioral intervention to improve obstetrical care', *New England Journal of Medicine*, vol. 358, no. 18, 1 May 2008, pp. 1929-1940; Villar, J., et al., 'WHO Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care', *The Lancet*, vol. 357, no. 9268, 19 May 2001, pp. 1551-1564; United Nations Children's Fund, Malaria & Children: Progress in intervention coverage, UNICEF, New York, 2007; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369.

##### ラオスにおける保健システムの強化

Economist Intelligence Unit, Country Report Laos, January 2008, EIU, London, 2008, pp. 7, 12; United Nations Children's Fund, The State of Asia-Pacific's Children 2008, UNICEF, New York, May 2008, p. 38;

United Nations Population Fund, Maternal and Neonatal Health in East and Southeast Asia, UNFPA, New York, 18 May 2008, p. 1; Perks, Carol, Michael J. Toole and Khamla Phouthonsy, 'District Health Programmes and Health-sector Reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, no. 2, February 2006, pp. 133-135; UNICEF Lao People's Democratic Republic, Annual Report 2007, pp.3-4, 9.

##### 母親と新生児の命を救う——産後数日間の重要性

Lawn, Joy E., Simon Cousens and Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 891-900; Baqui, A.H., et al., 'Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An observational study', 2008 (unpublished); Darmstadt, G.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; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 February 2008, pp. 417-440; Dearden, Kirk, et al., 'The Impact of Mother-to-mother Support on Optimal Breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala', *Pan American Journal of Public Health*, vol. 12, no. 3, September 2002, pp. 193-201; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, pp. 1358-1369; Bryce, J., et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1247-1258; Tinker, Anne, et al., 'A Continuum of Care to Save Newborn Lives', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 March 2005, pp. 822-825; Lawn, Joy E., and Kerber, Kate J., eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006, p.84; Peterson, S., et al., 'Coping with Paediatric Referral: Ugandan parents' experience', *The Lancet*, vol. 363, no. 9425, 12 June 2004, pp. 1955-1956; Bang, A.T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 December 1999, pp. 1955-1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 June 2008, pp. 1936-1944.

##### ブルンジ：母子保健ケアに対する政府のコミットメント

Economist Intelligence Unit, *Country Report Burundi, May 2008*, EIU, London, 2008; United Nations Development Programme, *Human Development Report 2007/2008: Fighting Climate Change - Human solidarity in a divided world*, UNDP, New York, 2007, p. 240; United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2008: Child survival*, UNICEF, New York, January 2008, pp. 114, 118, 126, 142 (邦訳：ユニセフ『世界子供白書2008：子どもの生存』、前掲)；Philips, Mit, et al., 'Burundi: A population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*, vol. 54, no. 505, 1 August 2004, p. 634; *Human Rights Watch*, 'A High Price to Pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals', *Human Rights Watch*, vol. 18, no. 8(A), September 2006, pp. 7, 21, 27; United Nations Children's Fund, *Annual Report 2007*, UNICEF, New York, 2008, pp. 11, 25-26 (邦訳：ユニセフ『ユニセフ年次報告2007』、(財)日本ユニセフ協会、2008年)；International Health Partnership, *Scaling-Up for Better Health (IHP+) Update*, no. 1, WHO, 1 November 2007, p. 1. <www.who.int/healthsystems/ihp/en/index.html>, 2008年7月30日にアクセス。

##### インドにおける妊産婦・新生児保健ケアの統合

United Nations Children's Fund, The State of Asia-Pacific's Children 2008, UNICEF, New York, May 2008, pp. 20, 53; United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2008: Child survival, UNICEF, New York, January 2008, pp. 115, 143 (邦訳：ユニセフ『世界子供白書2008：子どもの生存』、前掲)；

Maternal and Neonatal Health Review in the South Asian Region, 25 June 2008, pp. 16, 103; United Nations Children's Fund, Annual Report 2007, UNICEF, New York, 2008, p. 4 [邦訳: ユニセフ「ユニセフ年次報告2007」、前掲]; Government of India, Ministry of Health & Family Welfare, Janani Suraksha Yojana: Guidelines for implementation, September 2006, p. 5; Sharma, Ramakant, 'Janani Suraksha Yojana: A study of the implementation status in selected districts of Rajasthan', Population Research Centre, Mohanlal Sukhadia University, 2007-2008; United Nations Population Fund, 'Rapid Assessment of Chiranjeevi Yojana in Gujarat 2006', UNFPA India, pp. v, 23; Bhat, Ramesh, Dale Huntington and Sunil Maheshwari, 'Public-Private Partnerships: Managing contracting arrangements to strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India - Lessons and implications from three case studies', World Health Organization, 2007, pp. 12-13; UNICEF India Country Office, 'Assessment of Chiranjeevi Performance', February 2008, <[http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M\\_index.htm](http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M_index.htm)>, 2008年8月4日にアクセス。

## 第5章

- 1 World Health Organization, 'Progress in Global Measles Control and Mortality Reduction, 2000-2006', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 82, no. 48, 30 November 2007, p. 422.
- 2 Joint United Nations Monitoring Programme on HIV/AIDS, United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector - Progress Report 2008*, UNAIDS/UNICEF/WHO, pp. 88-89, 98.
- 3 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, London, January 2007, p. 1
- 4 International Health Partnership, 'Informal Meeting of Global Health Leaders', Outcome Document, July 2007, <[www.internationalhealthpartnership.net/ihp\\_plus\\_about\\_agencies.html](http://www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_agencies.html)>, 2008年9月30日にアクセス。
- 5 International Health Partnership, <<http://www.internationalhealthpartnership.net>>, 2008年9月15日にアクセス。
- 6 High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability', Paris, 28 February-2 March 2005; 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Accra Agenda for Action', Accra, 2-4 September 2008.
- 7 Canadian International Development Agency, Office of Economic Cooperation and Development and the World Bank, *Building a New Aid Relationship: The Paris Declaration on Aid Effectiveness*, 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, Accra, 2-4 September 2008, p. 26.
- 8 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 'A Global Call for G8 Leaders and Other Donors to Champion Maternal, Newborn and Child Health', World Health Organization, Geneva, April 2008, pp. 1-4.
- 9 Toyako Framework for Action on Global Health: Report of the G8 Health Experts Group, Tokyo, 8 July 2008, pp. 1-10.
- 10 Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 April 2008, pp. 1268-1275.

## 第5章 パネル

### 妊産婦・新生児保健のための協働

World Health Organization: *The Health of the People: The African regional health report 2006*, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2006, p. 19; The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, *Annual Report 2007*; Graham, Wendy J., 'How Japan Reduced Maternal Mortality in One Generation', brief published by the Partnership for Maternal, Newborn and Child

Health, <[www.who.int/prmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html](http://www.who.int/prmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html)>, 2008年9月30日にアクセス。

### 妊産婦・新生児保健のための主要な国際保健パートナーシップ

情報は各パートナーシップのサイトから取得。2008年8月30日にアクセス。

### 母親と新生児のためのパートナーシップ：中央アフリカ共和国

ユニセフ・中央アフリカ共和国事務所からの情報。

### 妊産婦・新生児保健支援で連携を強化する国連諸機関

World Health Organization, 'Accelerating Efforts to Save the Lives of Women and Newborns', joint statement on behalf of UNICEF, United Nations Population Fund, the World Bank and WHO, 25 September 2008; WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, <[www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who\\_unfpa\\_unicef\\_joint\\_country\\_support.pdf](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf)>, 2008年10月28日にアクセス。

### 保健情報システムの整備：ヘルス・メトリクス・ネットワーク

World Health Organization, *Health Metrics Network, Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2nd edition, WHO, Geneva, 2008, pp. 5-8; Health Metrics Network website, <[www.who.int/healthmetric/about/en](http://www.who.int/healthmetric/about/en)>, 2008年9月30日にアクセス。

# 統計

子どもの福祉に特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.....	114
記号の説明.....	116
5歳未満児死亡率の順位.....	117
表中の国の分類.....	152
人間開発の進展を測る：表 10 について.....	153

<b>表</b>	1. 基本統計.....	118
	2. 栄養指標.....	122
	3. 保健指標.....	126
	4. HIV/エイズ指標.....	130
	5. 教育指標.....	134
	6. 人口統計指標.....	138
	7. 経済指標.....	142
	8. 女性指標.....	146
	9. 子どもの保護指標.....	150
	10. 前進の速度.....	154

## 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集めたユニセフのグローバル・データベースから取得したものであり、定義、出典、記号の説明をつけてある。また、可能な限り、統計の主たる収集責任を担っている国連機関のデータを使用した。国際的に標準化された推計値がない場合は、他の情報源、特に全国レベルの代表性を持つ世帯調査から得たデータを用いた。今年の本書に示したデータは、2008年7月1日時点での情報を反映している。手法とデータの出典に関するより詳細な情報は、〈[www.childinfo.org](http://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特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限り少なくとも2年度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」の作業に基づくものである。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](http://www.childinfo.org)〉および「死亡率推定に関する機関間グループ」のウェブサイト〈[www.childmortality.org](http://www.childmortality.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基づいている。

## 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年の間に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。次回のMICS調査は2009～2010年に予定されている。

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](http://www.childinfo.org)〉において入手することができる。

## 改訂

今年の統計表では、指標について以下のような改訂が行われている。

**表1 基本統計：**表1は、死亡率推定に関する機関間グループによる子どもの死亡率の推計値を提示している。この表に示されている2004年の新生児死亡率はWHOによるものであり、死亡率推定に関する機関間グループによる正式な評価を受けていない。このため、これらの推計値は、2007年の乳児および5歳未満児死亡率の推計値に共通の子どもの死亡率の年齢構成と必ずしも一致しないことがある。さらに、東部・南部アフリカの12カ国（ボツワナ、レソト、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、ルワンダ、南アフリカ、スワジランド、ウガンダ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ）についての子どもの死亡率の推定値は、国連エイズ合同計画（UNAIDS）によるエイズを原因とする子どもの死亡数の推定値を反映して改訂されている。これらの



UNAIDSによる推定値は、HIV感染に関する情報だけでなく、HIV/エイズの予防と治療における最近の努力に関する情報にも基づいて算出されている。これらの推計方法に関するより詳細な説明は、〈[www.childmortality.org](http://www.childmortality.org)〉において入手することができる。

**表2 栄養指標：**5歳未満児の低体重・発育障害・消耗症の比率は、実測値を国際基準集団と比較することによって推算されている。2006年4月、世界保健機関（WHO）は、広く使われてはいるが、米国の子どもの限定されたサンプルに基づくNational Center for Health Statistics（NCHS）・WHOによる基準集団に置き換わるものとして、“WHO Child Growth Standards”を発表した。この新しい基準は、ブラジル、ガーナ、インド、ノルウェー、オマーン、米国の8,000人を越える子どもたちを対象とする集中調査プロジェクトの成果である。従来の基準に見られた技術的・生物学的な障害を乗り越え、新しい基準は、世界のどこで生まれても、人生の最良のスタートを切った子どもたちは、同じ身長と体重の範囲まで成長する可能性があることを立証した。例えば、5歳までの子どもの成長の違いは、遺伝や民族性よりも、栄養や食事の習慣、環境や保健ケアに影響を受けることが明らかになった。

表2に新しい“WHO Child Growth Standards”による低体重推定値が入れられたのは、今年が初めてである。従来の基準と新しい基準が異なるため、これらの二つの基準による子どもの人体測定指標の推計値はそのまま比較することはできない。

**表4 HIV/エイズ指標：**2008年8月、国連エイズ合同計画（UNAIDS）とWHOは、2007年に関する世界の新しいHIV/エイズ推計値を発表した。これは、より改良された方法によって出されており、多くの国における住民調査や拡大された国別センチネルサーベイランス・システムによるより信頼できるデータが入手可能になったことを反映している。

2007年の成人の推定HIV感染率、HIVと共に生きる成人と子どもの推定数、エイズにより孤児となった子どもの数に関するUNAIDSとWHOの新しい推計値の違いは、大部分において、これまでの白書に掲載されている推計値よりも顕著ではなくなっている。本白書に掲載されている数字は、これまでの推計値と比較することができないため、時系列的な傾向は反映していない。UNAIDSは、新しい手法を以前のHIV/エイズに関する推計値に適用することによって、比較可能な推計値を出しており、〈[www.unaids.org](http://www.unaids.org)〉において入手することができる。

**表5 教育指標：**第5学年に在学する率（小学校の第1学年に入学した児童が第5学年まで在学する率）は、小学校最終学年まで残る率（小学校の第1学年に入学した児童が最終学年まで達すると考えられる率）に置き換えられた。最終学年まで残る率は、第5学年まで残る率に代わり、2008年1月にミレニアム開発目標（MDG）2（普遍的初等教育の達成）の正式指標となった。

**表7 経済指標：**世界銀行は、改訂された世界全体の購買力平価（PPP）レベルの推計値に基づく新しい貧困ラインを最近発表した。表7はこの最新の貧困ラインを反映しており、購買力平価で調整した、2005年の価格のもとで1日1.25米ドル未満で暮らす人の割合を示したものである。この新しい貧困基準は、2005年の国際比較プログラムの結果に基づく購買力平価為替レートの改訂を反映している。この改訂により、開発途上国全体で生活費が以前の推計よりも高くなっていることが明らかになった。これらの改訂の結果、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することはできない。定義、手法、提示されたデータの出典に関するより詳しい情報は、〈[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)〉において入手することができる。

**表8 女性指標：**今年の表には、妊娠中に少なくとも1回、専門技能を有する保健従事者によるケアを受けた女性の割合に加えて、いずれかのサービス提供者から、少なくとも4回ケアを受けた女性の割合を掲載している。この二つの出産前ケアの指標は、改訂されたMDG5のモニタリング・フレームワークの一部であり、これは「リプロダクティブ・ヘルスの完全普及の達成」という新しいターゲットのもと、2008年1月に導入された。

**表9 子どもの保護指標：**子どもの障害に関するデータは、世帯調査によって出されたもので、この指標は、調査で少なくとも1種類以上の障害（認知、運動、発作性、視覚、聴覚）を持つとされた2～9歳の子どもの割合と定義される。子どもの障害に関する質問は子どもの親あるいは保護者に対してなされ、子どもの身体的・精神的発達と機能についての個人的な評価を求められた。2008年6月現在、MICS調査によるこれらの推計値の計算に使われていた手法が変更された。これまでは、推計値はMICSの障害に関する10の質問のうち9の項目に基づいて計算されていたが、今年以降の白書では、10の質問事項すべてに基づいたデータとなる。

## 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。統計表の中の特定のデータ・ポイントの出典や年は、〈[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)〉において入手できる。

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。以下の記号はすべての表に共通するものである。

- 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国・領土を含む。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、152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あらわす）の2007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	262	1	モンゴル	43	67	ウルグアイ	14	132
アフガニスタン	257	2	ウズベキスタン	41	68	バハマ	13	134
チャド	209	3	ボツワナ	40	69	ベラルーシ	13	134
赤道ギニア	206	4	ミクロネシア連邦	40	69	セーシェル	13	134
ギニアビサウ	198	5	アゼルバイジャン	39	71	バルバドス	12	137
マリ	196	6	グアテマラ	39	71	ブルガリア	12	137
ブルキナファソ	191	7	ドミニカ共和国	38	73	オマーン	12	137
ナイジェリア	189	8	キルギス	38	73	アンティグアバーブーダ	11	140
ルワンダ	181	9	アルジェリア	37	75	コスタリカ	11	140
ブルンジ	180	10	ツバル	37	75	ドミニカ	11	140
ニジェール	176	11	エジプト	36	77	クウェート	11	140
中央アフリカ共和国	172	12	メキシコ	35	78	マレーシア	11	140
ザンビア	170	13	ニカラグア	35	78	バーレーン	10	145
モザンビーク	168	14	トリニダードトバゴ	35	78	モンテネグロ	10	145
コンゴ民主共和国	161	15	モロッコ	34	81	パラオ	10	145
アンゴラ	158	16	バヌアツ	34	81	ブルネイ	9	148
ギニア	150	17	イラン	33	83	チリ	9	148
カメルーン	148	18	カボヴェルデ	32	84	ラトビア	9	148
ソマリア	142	19	カザフスタン	32	84	リトアニア	8	151
リベリア	133	20	インドネシア	31	86	セルビア	8	151
ウガンダ	130	21	ジャマイカ	31	86	スロバキア	8	151
コートジボワール	127	22	グルジア	30	88	アラブ首長国連邦	8	151
ジブチ	127	22	モルディブ	30	88	米国	8	151
コンゴ	125	24	ナウル	30	88	キューバ	7	156
ベナン	123	25	レバノン	29	91	ハンガリー	7	156
ケニア	121	26	パラグアイ	29	91	ポーランド	7	156
エチオピア	119	27	スリナム	29	91	タイ	7	156
モーリタニア	119	27	フィリピン	28	94	オーストラリア	6	160
タンザニア	116	29	パレスチナ自治区	27	95	カナダ	6	160
ガーナ	115	30	サモア	27	95	クロアチア	6	160
セネガル	114	31	ベリーズ	25	97	エストニア	6	160
マダガスカル	112	32	サウジアラビア	25	97	ニュージーランド	6	160
マラウイ	111	33	アルメニア	24	99	英国	6	160
ガンビア	109	34	エルサルバドル	24	99	ベルギー	5	166
スーダン	109	34	ホンジュラス	24	99	キプロス	5	166
ミャンマー	103	36	ヨルダン	24	99	イスラエル	5	166
トーゴ	100	37	ウクライナ	24	99	韓国	5	166
サントメプリンシペ	99	38	パナマ	23	104	マルタ	5	166
東ティモール	97	39	トンガ	23	104	オランダ	5	166
カンボジア	91	40	トルコ	23	104	スイス	5	166
ガボン	91	40	ブラジル	22	107	オーストリア	4	173
スワジランド	91	40	中国	22	107	チェコ	4	173
パキスタン	90	43	エクアドル	22	107	デンマーク	4	173
ジンバブエ	90	43	スリランカ	21	110	フィンランド	4	173
ブータン	84	45	チュニジア	21	110	フランス	4	173
レソト	84	45	コロンビア	20	112	ドイツ	4	173
ハイチ	76	47	ペルー	20	112	ギリシャ	4	173
イエメン	73	48	グレナダ	19	114	アイルランド	4	173
インド	72	49	セントビンセント・グレナディーン	19	114	イタリア	4	173
エリトリア	70	50	ベネズエラ	19	114	日本	4	173
ラオス	70	50	クック諸島	18	117	モナコ	4	173
ソロモン諸島	70	50	フィジー	18	117	ノルウェー	4	173
ナミビア	68	53	リビア	18	117	ポルトガル	4	173
タジキスタン	67	54	モルドバ	18	117	サンマリノ	4	173
コモロ	66	55	セントクリストファー・ネイビス	18	117	スロベニア	4	173
パプアニューギニア	65	56	セントルシア	18	117	スペイン	4	173
キリバス	63	57	シリア	17	123	アンドラ	3	189
バングラデシュ	61	58	旧ユーゴスラビア・マケドニア	17	123	アイスランド	3	189
ガイアナ	60	59	アルゼンチン	16	125	リヒテンシュタイン	3	189
南アフリカ	59	60	アルバニア	15	126	ルクセンブルク	3	189
ボリビア	57	61	モリシャス	15	126	シンガポール	3	189
朝鮮民主主義人民共和国	55	62	カタール	15	126	スウェーデン	3	189
ネパール	55	62	ルーマニア	15	126	バチカン	-	-
マーシャル諸島	54	64	ロシア連邦	15	126	ニウエ	-	-
トルクメニスタン	50	65	ベトナム	15	126			
イラク	44	66	ボスニア・ヘルツェゴビナ	14	132			







	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 (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									2004	2007
英国	160	9	6	8	5	3	60769	722	4	42740	79	-	98	18	44
タンザニア	29	157	116	96	73	35	40454	1600	186	400	52	72	73s	19	42
米国	151	11	8	9	7	4	305826	4281	34	46040	78	-	92	16	46
ウルグアイ	132	25	14	21	12	7	3340	51	1	6380	76	98	100	14	51
ウズベキスタン	68	74	41	61	36	26	27372	623	26	730	67	97	100s	19	45
バヌアツ	81	62	34	48	28	18	226	7	0	1840	70	78	87	-	-
ベネズエラ	114	32	19	27	17	11	27657	597	11	7320	74	93	91	12	52
ベトナム	126	56	15	40	13	12	87375	1653	25	790	74	90x	95	18	45
イエメン	48	127	73	90	55	41	22389	860	63	870	62	59	75	19	45
ザンビア	13	163	170	99	103	40	11922	473	80	800	42	68x	57s	12	55
ジンバブエ	43	95	90	62	59	36	13349	373	34	340	43	91	88	13	56

## 要約

サハラ以南のアフリカ	186	148	109	89	41	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
東部・南部アフリカ	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
西部・中部アフリカ	206	169	116	97	45	388292	16056	2719	698	50	60	60	16	48
中東と北アフリカ	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
南アジア	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
東アジアと太平洋諸国	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
ラテンアメリカとカリブ海諸国	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
CEE/CIS	53	25	44	22	16	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
先進工業国 <sup>§</sup>	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	-	96	20	40
開発途上国 <sup>§</sup>	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
後発開発途上国 <sup>§</sup>	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
世界	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	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152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。

**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割合で表す。

**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割合で表す。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、134ページからの表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割合。

## 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（WHO）、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（935米ドル以下）  
b：下位の中所得層（936～3,705米ドル）  
c：上位の中所得層（3,706～11,455米ドル）  
d：高所得層（11,456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。  
s 国別世帯調査のデータ。  
\* 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2 栄養指標

国・地域	子どもの比率 (%) 2000-2007*				栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2007*					ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2007		ヨード 添加塩を 使う世帯 (%) 2000-2007*
	低出生体重 児出生率 (%) 2000-2007*	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† (WHO基準母集団) (NCHS/WHO)			消耗症‡ 発育阻害‡ (NCHS/WHO) (NCHS/WHO)		少なくとも 年1回補給‡ (%)	年2回 補給△ (%)	
					中・重度	中・重度	重度	中・重度	中・重度			
アフガニスタン	-	-	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28
アルバニア	7	40	69	22	6	8	1	7	22	-	-	60
アルジェリア	6	7	39	22	3	4	1	3	11	-	-	61
アンドラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35
アンティグアバーブーダ	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンチン	7	-	-	28	2y	4y	-	1y	4y	-	-	90x
アルメニア	8	33	57	15	4	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	12	44	16	8	10	2	5	21	95	95w	54
バハマ	7x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バーレーン	8x	34x	65x	41x	-	9x	2x	5x	10x	-	-	-
バングラデシュ	22	37	52	89	41	46	-	16	36	95	94	84
バルバドス	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベラルーシ	4	9	38	4	1	1	0	1	3	-	-	55
ベルギー	8x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベリーズ	8	10	-	27	-	6	1	1	18	-	-	90x
ベナン	15	43	72	57	18	23	5	7	38	73	73	55
ブータン	15x	-	-	-	14x	19x	3x	3x	40x	48	48	96
ボリビア	7	54	74	46	5	8	1	1	27	-	-	90
ボスニア・ヘルツェゴビナ	5	18	29	10	1	2	0	3	7	-	-	62
ボツワナ	10	34	57	11	11	13	2	5	23	-	-	66
ブラジル	8	-	30x	17x	4	5	-	-	-	-	-	88
ブルネイ	10x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルガリア	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
ブルキナファソ	16	7	50	85	32	37	14	23	35	95	73	34
ブルンジ	11	45	88	-	35	39	14	7	53	83	83	98
カンボジア	14	60	82	54	28	36	7	7	37	76	76	73
カメルーン	11	21	64	21	16	19	5	6	30	-	-	49
カナダ	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カボヴェルデ	13x	57x	64x	13x	-	-	-	-	-	-	-	0x
中央アフリカ共和国	13	23	55	47	24	29	8	10	38	78	78	62
チャド	22	2	77	65	-	37	14	14	41	54	54	56
チリ	6	85k	-	-	-	1y	-	0y	1y	-	-	100x
中国	2	51	32	15	6	7	-	-	11	-	-	94
コロンビア	9	47	65	32	5y	7y	1y	1y	12y	-	-	92x
コモロ	25	21	34	45	-	25	-	8	44	93	0	82
コンゴ	13	19	78	21	11	14	3	7	26	95	79	82
クック諸島	3	19x	-	-	-	10x	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	7	35x	47x	12x	-	5x	0x	2x	6x	-	-	92x
コートジボワール	17	4	54	37	16	20	4	7	34	63	4	84
クロアチア	5	23x	-	-	-	1x	-	1x	1x	-	-	90x
キューバ	5	26	47	16	-	4	0	2	5	-	-	88
キプロス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
チェコ	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	7	65	31	37	18y	23y	8y	7y	37y	95	95	40
コンゴ民主共和国	12	36	82	64	28	31	9	13	38	79	79	72
デンマーク	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジブチ	10	1	23	18	24	29	10	21	33	95	94	0
ドミニカ	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	11	4	36	15	-	5	1	1	7	-	-	19
エクアドル	16x	40	77	23	6	9	1	2	23	-	-	99x
エジプト	14	38	67	37	5	6	1	4	18	87	87w	78
エルサルバドル	7	24	76	43	6y	10y	1y	1y	19y	20	13	62
赤道ギニア	13	24	-	-	-	19	4	7	39	-	-	33
エリトリア	14	52	43	62	35	40	12	13	38	51	50	68
エストニア	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
エチオピア	20	49	54	-	33	38	11	11	47	88	86	20



	子どもの比率 (%) 2000-2007 *				栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2007 *					ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2007		ヨード 添加塩を 使う世帯 (%) 2000-2007 *
	低出生体重 児出生率 (%) 2000-2007 *	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 † (WHO基準母集団)			消耗症 † (NCHS/WHO)	発育障害 † (NCHS/WHO)	少なくとも 年1回補給 † (%)	年2回 補給 † (%)	
					中・重度	中・重度	重度					
フィジー	10x	47x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31x
フィンランド	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
フランス	7x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	14	6	62	9	8	12	2	3	21	90	0	36
ガンビア	20	41	44	53	16	20	4	6	22	93	82	7
グルジア	5	11	35	20	2	2	0	2	10	-	-	87
ドイツ	7x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガーナ	9	54	58	56	13	18	3	5	22	95	77	32
ギリシャ	8x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グレナダ	9	39x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	12	51	67	47	18y	23y	4y	2y	49y	33	29	40
ギニア	12	27	41	71	22	26	7	9	35	95	94	51
ギニアビサウ	24	16	35	61	15	19	4	7	41	66	64	1
ガイアナ	13	11	42	31	10	12	2	8	14	-	-	-
ハイチ	25	41	87	35	18	22	6	9	24	-	-	3
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	10	30	69	48	8	11	1	1	25	-	-	80x
ハンガリー	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アイスランド	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
インド	28	46	57	77	43	46	-	19	38	53	33	51
インドネシア	9	40	75	59	23	28	9	-	-	87	87	73
イラン	7x	23	68	58	-	11x	2x	5x	15x	-	-	99
イラク	15	25	51	36	6	8	1	5	21	-	-	28
アイルランド	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イスラエル	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イタリア	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジャマイカ	12	15	36	24	3	4	-	4	3	-	-	100x
日本	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ヨルダン	12	22	66	11	-	4	1	2	9	-	-	88
カザフスタン	6	17	39	16	4	4	1	4	13	-	-	92
ケニア	10	13	84	57	16	20	4	6	30	22	15	91
キリバス	5x	80x	-	-	-	13x	-	-	-	-	-	-
クウェート	7x	12x	26x	9x	-	10x	3x	11x	24x	-	-	-
キルギス	5	32	49	26	2	3	0	4	14	95	95	76
ラオス	14	23	10	47	31	37	9	7	40	83	69	75
ラトビア	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
レバノン	6	27	35	11	-	4	-	5	11	-	-	92
レソト	13	36	79	60	-	20	4	4	38	85	38	91
リベリア	-	35	70	45	23	26	8	6	39	85	85	-
リビア	7x	-	-	23x	4x	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	36	42	11	13	48	95	95	75
マラウイ	14	57	89	72	15	21	4	4	46	90	90	50
マレーシア	9	29x	-	12x	-	8	1	-	-	-	-	-
モルディブ	22	10	85	-	-	30	7	13	25	62	62	44
マリ	19	38	30	56	27	32	10	13	34	95	89	79
マルタ	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マーシャル諸島	12x	63x	-	-	-	-	-	-	-	39	39	-
モーリタニア	-	20	78	57	-	32	10	13	35	95	89	2
モーリシャス	14	21	-	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x
メキシコ	8	38x	36x	21x	3	5	-	2	13	-	-	91
ミクロネシア連邦	18	60x	-	-	-	15x	-	-	-	-	-	-
モルドバ	6	46	18	2	-	4	1	4	8	-	-	60
モナコ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	6	57	57	65	5	6	1	2	21	95	94	83
モンテネグロ	4	19	35	13	2	3	1	3	5	-	-	71
モロッコ	15	31	66	15	9	10	2	9	18	-	-	21
モザンビーク	15	30	80	65	20	24	6	4	41	48	42	54
ミャンマー	15	15	66	67	-	32	7	9	32	94	93	60
ナミビア	14	24	72	28	-	24	5	9	24	-	-	63
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## 表2 栄養指標

	子どもの比率 (%) 2000-2007*				栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2007*					ビタミンAの補給率 (6-59カ月児) 2007		ヨード 添加塩を 使う世帯 (%) 2000-2007*
	低出生体重 児出生率 (%) 2000-2007*	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† (WHO基準母集団) 中・重度	低体重† (NCHS/WHO) 中・重度		消耗症‡ (NCHS/WHO) 中・重度	発育阻害‡ (NCHS/WHO) 中・重度	少なくとも 年1回補給‡ (%)	年2回 補給△ (%)	
						中・重度	重度					
ネパール	21	53	75	95	39	45	10	12	43	95	95	63
オランダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
ニカラグア	12	31	83	43	-	7	1	1	17	95	-	97
ニジェール	27	9	73	-	39	44	15	10	50	95	95	46
ナイジェリア	14	17	64	34	24	29	9	9	38	77	55	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	9	-	91	73	13x	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
パキスタン	19x	37	36	55	31	38	13	13	37	95	95	17
パラオ	9x	59x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パナマ	10	25x	38x	21x	6x	8x	1x	1x	18x	-	-	95x
バブアニューギニア	11x	59x	74x	66x	-	-	-	-	-	7	7	-
パラグアイ	9	22	60	-	3	4	-	1	14	-	-	94
ペルー	10	63	82	47	6	5	1	1	30	-	-	91
フィリピン	20	34	58	32	21	28	-	6	30	83	83	45
ポーランド	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ポルトガル	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
カタール	10x	12x	48x	21x	-	6x	-	2x	8x	-	-	-
韓国	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	8	16	41	-	4	3	0	2	10	-	-	74
ロシア連邦	6	-	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
ルワンダ	6	88	69	77	18	23	4	4	45	89	76	88
セントクリストファー・ネイビス	9	56x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
セントルシア	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントビンセント・グレナディーン	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サモア	4x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	8	60	60	18	7	9	1	8	23	55	48	37
サウジアラビア	11x	31x	60x	30x	-	14x	3x	11x	20x	-	-	-
セネガル	19	34	61	42	14	17	3	8	16	94	94	41
セルビア	5	15	39	8	1	2	0	3	6	-	-	73
セーシェル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シエラレオネ	24	8	52	57	25	30	8	9	40	95	86	45
シンガポール	8	-	-	-	3	3	0	2	2	-	-	-
スロバキア	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロベニア	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ソロモン諸島	13x	65	-	-	16x	21x	-	-	-	-	-	-
ソマリア	-	9	15	35	32	36	12	11	38	89	4	1
南アフリカ	15x	7	46	-	10x	12x	2x	3x	25x	-	-	62x
スペイン	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スリランカ	22	53	-	73	23y	29y	-	14y	14y	-	-	94
スーダン	31x	16	47	40	-	41	15	16	43	90	90	1
スリナム	13	9	25	11	7	10	1	5	8	-	-	-
スワジランド	9	32	77	31	5	7	-	2	24	-	-	80
スウェーデン	4x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スイス	6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シリア	9	29	37	16	9	10	2	9	22	-	-	79
タジキスタン	10	25	15	34	14	17	4	7	27	92	92	46
タイ	9	5	43	19	7	9	0	4	12	-	-	47
旧ユーゴスラビア・マケドニア	6	37x	8x	10x	2	2	0	2	9	-	-	94
東ティモール	12	31	82	35	-	49	15	25	54	57	50	60
トーゴ	12	28	35	44	22	26	7	14	24	95	64	25
トンガ	3	62x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	16x	21	38	24	-	4	1	1	12	-	-	64
トルクメニスタン	4	11	54	37	8	11	2	6	15	-	-	87
ツバル	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	14	60	80	54	16	20	5	5	32	64	-	96

	子どもの比率 (%) 2000-2007*				栄養不良の5歳未満児の比率 (%) 2000-2007*					ビタミンAの補給率 (6-59ヵ月児) 2007		ヨード 添加塩を 使う世帯 (%) 2000-2007*
	低出生体重 児出生率 (%) 2000-2007*	母乳のみ (6ヵ月未満)	母乳と 補助食品 (6-9ヵ月)	母乳育児 継続 (20-23ヵ月)	低体重† (WHO基準母集団)		消耗症‡ (NCHS/WHO)	発育障害‡ (NCHS/WHO)	少なくとも 年1回補給‡ (%)	年2回 補給△ (%)		
					中・重度	中・重度						
ウクライナ	4	6	49	11	-	1y	0y	0y	3y	-	-	18
アラブ首長国連邦	15x	34x	52x	29x	-	14x	3x	15x	17x	-	-	-
英国	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
タンザニア	10	41	91	55	17	22	4	3	38	93	93	43
米国	8	-	-	-	1y	2y	0y	0y	1y	-	-	-
ウルグアイ	8	54	32	31	-	5	1	2	11	-	-	-
ウズベキスタン	5	26	45	38	4	5	1	3	15	84	84	53
バヌアツ	6	50x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベネズエラ	9	7x	50x	31x	-	5	-	4	12	-	-	90x
ベトナム	7	17	70	23	-	20	5	8	36	95	95w	93
イエメン	32x	-	-	-	42	46	15	12	53	47	47w	30
ザンビア	12	61	93	42	15	19	3	5	39	95	95	77
ジンバブエ	11	22	79	-	12	17	3	6	29	83	83	91

## 要約

サハラ以南のアフリカ	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
東部・南部アフリカ	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
西部・中部アフリカ	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
中東と北アフリカ	12	26	57	36	11	17	5	8	26	-	-	60
南アジア	27	44	53	75	41	45	-	18	38	64	50	51
東アジアと太平洋諸国	6	43	45	27	11	14	-	-	16	86	86**	86
ラテンアメリカとカリブ海諸国	9	-	-	-	5	6	-	2	16	-	-	83
CEE/CIS	6	20	41	23	-	5	1	2	12	-	-	50
先進工業国§	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
開発途上国§	15	39	55	51	24	26	-	11	30	72	62**	70
後発開発途上国§	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
世界	14	38	55	50	23	25	-	11	28	72	62**	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152ページ参照。

## 指標の定義

低出生体重—出生時の体重が2,500グラム未満の乳児の割合。

低体重(WHO基準母集団)—中・重度:2006年に発表された世界保健機関(WHO)の“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢相応の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満である生後0～59ヵ月児の割合。

低体重(NCHS/WHO)—中・重度:The National Center for Health Statistics(NCHS)とWHOによる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未満である生後0～59ヵ月児の割合。重度:NCHSとWHOによる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未満である生後0～59ヵ月児の割合。

消耗症(NCHS/WHO)—中・重度:NCHSとWHOによる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未満である生後0～59ヵ月児の割合。

発育障害(NCHS/WHO)—中・重度:NCHSとWHOによる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未満である生後0～59ヵ月児の割合。

ビタミンAの補給率—2007年にビタミンAの補給を受けた生後6～59ヵ月児の割合。

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)を消費する世帯の割合。

## 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、ユニセフ、世界保健機関(WHO)。

母乳育児—DHS、MICS、その他の国別世帯調査、ユニセフ。

低体重・消耗症・発育障害—DHS、MICS、その他の国別世帯調査、WHO、ユニセフ。

ビタミンA—ユニセフ。

ヨード添加塩—DHS、MICS、その他の国別世帯調査、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。
- k 生後4ヵ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ヵ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。
- † 今年の白書では、「低体重」について、ひとつの指標を2つの異なる基準集団に適用している。こうした違いがあるため、厳密にはここで提示しているデータを相互に、あるいは過去の白書のデータと比較することはできない。NCHS/WHOの基準集団は広く使われているが、“The WHO Child Growth Standards”が徐々に取って代わりつつある。この移行に関する詳細は114ページの「データについての一般的留意事項」を参照。
- ‡ 消耗症と発育障害のデータは、同一の基準集団に関するものなので、相互に、あるいは過去の白書のデータと比較することができる。
- ‡ 2007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割合を示す。
- △ 2007年に2回のビタミンA補給を受けた子どもの割合については、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2007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。
- \* 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。













	成人の 推定HIV 感染率 (15-49歳) 2007年 (%)	HIVと共に生きる人 (全年齢)の推定数 2007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)	推定値 (上限)	HIVと共に 生きる女性 (15歳以上) の推定数 2007年 (1000人)	HIVと共に 生きる子ど もの推定数 (0-14歳) 2007年 (1000人)	若者 (15-24歳) のHIV感染率 2007年 (%)		HIVについての 包括的な知 識を持つ比率 (%) 2002-2007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 (%) 2002-2007年*		エイズにより孤児 となった子どもの 数 (0-17歳) 2007年	すべての原因により 孤児となった子ども の数 (0-17歳) 2007年	両親を失った 孤児の学校へ の出席率 (%) (2002-2007*)
							男	女	男	女	男	女	推定 (1000人)	推定 (1000人)	
フランス	0.4	140	78-240	38	-	0.4	0.2	-	-	-	-	-	420	-	
ガボン	5.9	49	37-68	27	2.3	1.3	3.9	22x	24x	48x	33x	18	67	98x	
ガンビア	0.9	8.2	3.7-13	4.5	<1.0	0.2	0.6	-	39	-	54	3	48	87	
グルジア	0.1	2.7	1.5-6.1	<1.0	-	0.1	0.1	-	15	-	-	-	72	-	
ドイツ	0.1	53	31-97	15	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	540	-	
ガーナ	1.9	260	230-290	150	17	0.4	1.3	33	25	56	42	160	1100	104p	
ギリシャ	0.2	11	6.1-19	3.0	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	73	-	
グレナダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
グアテマラ	0.8	59	41-84	52	-	-	1.5	-	-	-	-	-	360	-	
ギニア	1.6	87	73-110	48	6.3	0.4	1.2	23	17	37	26	25	380	73	
ギニアビサウ	1.8	16	11-23	8.7	1.5	0.4	1.2	-	18	-	39	6	110	97	
ガイアナ	2.5	13	7.6-18	7.1	<1.0	0.5	1.7	-	50	68	62	-	23	-	
ハイチ	2.2	120	100-140	58	6.8	0.6	1.4	40	34	43	29	-	380	86	
パチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ホンジュラス	0.7	28	18-44	7.4	1.6	0.7	0.4	-	30	-	24	-	170	108	
ハンガリー	0.1	3.3	2.0-5.9	<1.0	-	0.1	<0.1	-	-	-	-	-	130	-	
アイスランド	0.2	<0.5	<1.0	<0.2	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	2	-	
インド	0.3	2400	1800-3200	880	-	0.3	0.3	36	20	37	22	-	25000	72	
インドネシア	0.2	270	190-400	54	-	0.3	0.1	0y	1	-	-	-	4400	82y	
イラン	0.2	86	68-110	24	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	1300	-	
イラク	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84	
アイルランド	0.2	5.5	4.1-7.7	1.5	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	38	-	
イスラエル	0.1	5.1	2.5-12	2.9	-	<0.1	0.1	-	-	-	-	-	44	-	
イタリア	0.4	150	110-210	41	-	0.4	0.2	-	-	-	-	-	320	-	
ジャマイカ	1.6	27	19-36	7.6	-	1.7	0.9	-	60	-	-	-	53	-	
日本	-	9.6	7.9-10	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	520	-	
ヨルダン	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	3y	-	-	-	-	-	
カザフスタン	0.1	12	7.0-29	3.3	-	0.2	0.1	-	22	65x	32x	-	470	-	
ケニア	-	-	1500-2000	-	-	-	-	47	34	47	25	-	2500	95	
キリバス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
クウェート	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
キルギス	0.1	4.2	2.3-7.7	1.1	-	0.2	0.1	-	20	-	56	-	140	-	
ラオス	0.2	5.5	3.3-13	1.3	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	210	-	
ラトビア	0.8	10	7.4-15	2.7	-	0.9	0.5	-	-	-	-	-	33	-	
レバノン	0.1	3.0	1.7-7.2	<1.0	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	71	-	
レソト	23.2	270	260-290	150	12	5.9	14.9	18	26	53	53	110	160	95	
リベリア	1.7	35	29-41	19	3.1	0.4	1.3	27	21	22	14	15	270	-	
リビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
リトアニア	0.1	2.2	1.2-4.6	<1.0	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	51	-	
ルクセンブルク	0.2	-	<1.0	<0.2	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	4	-	
マダガスカル	0.1	14	9.1-23	3.4	<0.5	0.2	0.1	16	19	12	5	3	840	75	
マラウイ	11.9	930	860-1000	490	91	2.4	8.4	42	42	58	40	550	1100	97	
マレーシア	0.5	80	52-120	21	-	0.6	0.3	-	-	-	-	-	410	-	
モルディブ	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	
マリ	1.5	100	88-120	56	9.4	0.4	1.1	22	18	36	17	44	550	87	
マルタ	0.1	<0.5	<1.0	-	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	3	-	
マーシャル諸島	-	-	-	-	-	-	-	39	27	-	-	-	-	-	
モーリタニア	0.8	14	8.3-26	3.9	<0.5	0.9	0.5	-	-	-	-	3	83	-	
モーリシャス	1.7	13	7.5-28	3.8	<0.1	1.8	1.0	-	-	-	-	<0.5	21	-	
メキシコ	0.3	200	150-310	57	-	0.3	0.2	-	-	-	-	-	1400	-	
ミクロネシア連邦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モルドバ	0.4	8.9	6.0-15	2.6	-	0.4	0.2	54y	42y	63	44	-	74	-	
モナコ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モンゴル	0.1	<1.0	1.5	<0.2	-	0.1	-	-	35	-	-	-	64	96p	
モンテネグロ	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-	
モロッコ	0.1	21	15-31	5.9	-	0.1	0.1	-	12	-	-	-	630	-	
モザンビーク	12.5	1500	1300-1700	810	100	2.9	8.5	33	20	33	29	400	1400	80	
ミャンマー	0.7	240	160-370	100	-	0.7	0.6	-	-	-	-	-	1600	-	
ナミビア	15.3	200	160-230	110	14	3.4	10.3	62	65	81	64	66	110	100	
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ネパール	0.5	70	50-99	17	-	0.5	0.3	44	28	78	-	-	990	-	
オランダ	0.2	18	10-32	4.9	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	110	-	

# 表4 HIV/エイズ指標

	成人の 推定HIV 感染率 (15-49歳) 2007年 (%)	HIVと共に生きる人 (全年齢)の推定数 2007年 (1000人)		母子感染	小児感染	若者の予防						孤児		両親を失った 孤児の学校の 出席率 (%)	
		推定	推定値 (下限)	推定値 (上限)	HIVと共に 生きる女性 (15歳以上) の推定数 2007年 (1000人)	HIVと共に 生きる子ど もの推定数 (0-14歳) 2007年 (1000人)	若者 (15-24歳) のHIV感染率 2007年 (%)		HIVについて の包括的な知 識を持つ比率 (%) 2002-2007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 (%) 2002-2007年*		エイズにより孤児 となった子ども の数 (0-17歳) 2007年		すべての原因により 孤児となった子ども の数 (0-17歳) 2007年
							男	女	男	女	男	女	推定 (1000人)		推定 (1000人)
ニュージーランド	0.1	1.4	<1.0-2.6	<0.5	-	0.1	-	-	-	-	-	-	34	-	
ニカラグア	0.2	7.7	5.3-15	2.1	-	0.3	0.1	-	22x	-	17x	-	110	106x	
ニジェール	0.8	60	44-85	17	3.2	0.9	0.5	16	13	37y	18y	25	570	67	
ナイジェリア	3.1	2600	2000-3200	1400	220	0.8	2.3	21	18	46	24	1200	9700	64p	
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ノルウェー	0.1	3.0	1.7-5.0	<1.0	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	37	-	
パレスチナ自治区	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
オマーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
パキスタン	0.1	96	69-150	27	-	0.1	0.1	-	3	-	-	-	3900	-	
パラオ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
パナマ	1.0	20	16-26	5.5	-	1.1	0.6	-	-	-	-	-	48	-	
パプアニューギニア	1.5	54	53-55	21	1.1	0.6	0.7	-	-	-	-	-	330	-	
パラグアイ	0.6	21	12-38	5.8	-	0.7	0.3	-	-	-	-	-	130	-	
ペルー	0.5	76	57-97	21	-	0.5	0.3	-	19	-	32	-	570	85x	
フィリピン	-	8.3	6.0-11	2.2	-	-	-	18	12	25	11	-	1800	-	
ポーランド	0.1	20	11-34	5.5	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	440	-	
ポルトガル	0.5	34	20-63	9.4	-	0.5	0.3	-	-	-	-	-	82	-	
カタール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
韓国	<0.1	13	7.5-42	3.6	-	<0.1	<0.1	-	-	-	-	-	360	-	
ルーマニア	0.1	15	12-16	7.0	-	0.2	0.2	1y	3y	-	-	-	300	-	
ロシア連邦	1.1	940	630-1300	240	5.2	1.3	0.6	-	-	-	-	-	4000	-	
ルワンダ	2.8	150	130-170	78	19	0.5	1.4	54	51	40	26	220	860	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	-	-	-	
サウジアラビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セネガル	1.0	67	47-96	38	3.1	0.3	0.8	24	19	52	36	8	350	83	
セルビア	0.1	6.4	3.9-12	1.8	-	0.1	0.1	-	42	-	74	-	130	-	
セーシェル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
シエラレオネ	1.7	55	42-76	30	4.0	0.4	1.3	-	17	-	20	16	350	83	
シンガポール	0.2	4.2	2.6-7.3	1.2	-	0.2	0.1	-	-	-	-	-	24	-	
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	0.5	24	13-45	6.7	<1.0	0.6	0.3	-	4	-	-	9	590	78	
南アフリカ	18.1	5700	4900-6600	3200	280	4.0	12.7	-	-	-	-	1400	2500	-	
スペイン	0.5	140	80-230	28	-	0.6	0.2	-	-	-	-	-	210	-	
スリランカ	-	3.8	2.8-5.1	1.4	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	330	-	
スーダン	1.4	320	220-440	170	25	0.3	1.0	-	-	-	-	-	1800	96x	
スリナム	2.4	6.8	4.2-12	1.9	<0.2	2.7	1.4	-	41	-	49	-	9	-	
スワジランド	26.1	190	180-200	100	15	5.8	22.6	52	52	70	54	56	96	97	
スウェーデン	0.1	6.2	3.5-11	2.9	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	66	-	
スイス	0.6	25	14-43	9.2	-	0.4	0.5	-	-	-	-	-	39	-	
シリア	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	
タジキスタン	0.3	10	5.0-23	2.1	<0.1	0.4	0.1	-	2	-	-	-	210	-	
タイ	1.4	610	410-880	250	14	1.2	1.2	-	46	-	-	-	1300	93	
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	-	
トーゴ	3.3	130	110-150	69	10	0.8	2.4	-	28	-	50	68	260	94	
トンガ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
トリニダード・トバゴ	1.5	14	9.5-19	7.7	-	0.3	1.0	-	54	-	51	-	20	-	
チュニジア	0.1	3.7	2.7-5.4	1.0	-	0.1	<0.1	-	-	-	-	-	130	-	
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	5.4	940	870-1000	480	130	1.3	3.9	38	32	55	38	1200	2500	96	
ウクライナ	1.6	440	340-540	190	5.1	1.5	1.5	43	42	-	-	-	1000	98	
アラブ首長国連邦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

	成人の推定HIV感染率(15-49歳)2007年(%)	HIVと共に生きる人(全年齢)の推定数2007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)	推定値(上限)	HIVと共に生きる女性(15歳以上)の推定数2007年(1000人)	HIVと共に生きる子どもの推定数2007年(1000人)	若者(15-24歳)のHIV感染率2007年(%)		HIVについての包括的な知識を持つ比率(%)2002-2007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(%)2002-2007年*	エイズにより孤児となった子どもの数(0-17歳)2007年	すべての原因により孤児となった子どもの数(0-17歳)2007年	両親を失った孤児の学校への出席率(%)
							男	女	男	女	男	女	推定(1000人)	推定(1000人)
英国	0.2	77	37-160	22	-	0.3	0.1	-	-	-	-	520	-	
タンザニア	6.2	1400	1300-1500	760	140	0.5	0.9	40	45	46	34	970	2600	102
米国	0.6	1200	690-1900	230	-	0.7	0.3	-	-	-	-	-	2800	-
ウルグアイ	0.6	10	5.9-19	2.8	-	0.6	0.3	-	-	-	-	-	46	-
ウズベキスタン	0.1	16	8.1-45	4.6	<0.2	0.1	0.1	-	31	-	61	-	690	-
バヌアツ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベネズエラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	430	-
ベトナム	0.5	290	180-470	76	-	0.6	0.3	-	44	68	-	-	1500	-
イエメン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ザンビア	15.2	1100	1000-1200	560	95	3.6	11.3	37	34	48	38	600	1100	103y
ジンバブエ	15.3	1300	1200-1400	680	120	2.9	7.7	46	44	68	42	1000	1300	95

要約														
サハラ以南のアフリカ	5.0	22000	20500-23600	12000	1800	1.1	3.2	30	24	44	29	11600	47500	83
東部・南部アフリカ	7.8	16400	15300-17600	8970	1300	1.5	4.5	38	31	47	30	8700	24900	92
西部・中部アフリカ	2.6	5600	4800-6300	3000	480	0.7	1.9	23	19	42	29	3000	22700	76
中東と北アフリカ	0.3	480	370-620	220	28	0.1	0.2	-	-	-	-	-	5900	-
南アジア	0.3	2600	2000-3400	930	110	0.3	0.2	36	18	38	22	-	37400	73
東アジアと太平洋諸国	0.2	2400	1900-3000	750	41	0.2	0.1	7**	18**	-	-	-	30100	-
ラテンアメリカとカリブ海諸国	0.6	1900	1700-2400	660	55	0.5	0.4	-	-	-	-	-	9400	-
CEE/CIS	0.8	1500	1100-1900	460	11	0.8	0.5	-	-	-	-	-	7600	-
先進工業国 <sup>§</sup>	0.3	2000	1400-2900	460	5.8	0.4	0.2	-	-	-	-	-	7200	-
開発途上国 <sup>§</sup>	0.9	29500	27300-32100	14600	2000	0.4	0.7	30**	19**	-	-	-	130000	77
後発開発途上国 <sup>§</sup>	2.2	10000	9500-11000	5300	900	0.6	1.4	32	23	45	29	-	40400	86
世界	0.8	33000	30000-36000	15500	2000	0.4	0.6	-	-	-	-	15000	145000	-

§ 各国・地域グループに属する領域も含む。分類については152ページ参照。

指標の定義	
成人の推定HIV感染率	2007年時点で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	2007年時点で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	2007年時点でHIVと共に生きている女性の推定数。
HIVと共に生きる子ども(0~14歳)の推定数	2007年時点で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	2007年時点でHIVと共に生きている15~24歳の若い男女の割合。
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	2007年時点で、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	2007年時点で、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。
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、または国内の一部の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、または国内の一部の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。
p	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の事例)に基づいて算出されている。
*	データが、列の見出しで指定されている期間内に入ってきた直近の年次のものであることを示す。
**	中国を除く。

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。

データの主な出典	
成人の推定HIV感染率	国連エイズ合同計画(UNAIDS)、Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
HIVと共に生きる人(全年齢)の推定数	UNAIDS、Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
HIVと共に生きる女性(15歳以上)の推定数	UNAIDS、Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
HIVと共に生きる子ども(0~14歳)の推定数	UNAIDS、Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
若者のHIV感染率	UNAIDS、Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
HIVについての包括的な知識を持つ比率	AIDS Indicator Surveys (AIS)、行動観察調査(BSS)、人口保健調査(DHS)、複数指標クラスター調査(MICS)、リプロダクティブ・ヘルス調査(RHS)、その他の国別世帯調査、2002-2007; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', < www.measuredhs.com/hivdata >
リスクの高い直近の性交渉でコンドームを使用した比率	AIS、BSS、DHS、RHS、その他の国別世帯調査、2002-2007; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', < www.measuredhs.com/hivdata >
エイズにより孤児となった子ども	UNAIDS、Report on the Global AIDS Epidemic, 2008
すべての原因により孤児となった子ども	UNAIDS、未発表推計値
両親を失った孤児の学校への出席率	AIS、DHS、MICS、その他の国別世帯調査、2002-2007; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', < www.measuredhs.com/hivdata >







	若者 (15-24 歳) の識字率 (%)		人口100人あたりの数 2006		初等教育就学率 (%) (2000-2007*)				初等教育純出席率 (%) (2000-2007*)		小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率 (%) (2000-2007*)		中等教育就学率 (%) (2000-2007*)				中等教育純出席率 (%) (2000-2007*)	
	2000-2007*		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		
ツバル	-	-	15	19	106	105	-	-	-	-	63	-	87	81	-	-	-	-
ウガンダ	88	84	7	5	116	117	-	-	83	82	25	72	20	16	16	14	16	15
ウクライナ	100	100	107	20	102	102	90	90	96	98	98	100	94	93	83	84	90	93
アラブ首長国連邦	99	97	119	37	104	103	88	88	-	-	99	-	89	91	78	80	-	-
英国	-	-	117	63	105	106	98	99	-	-	-	-	97	99	91	94	-	-
タンザニア	79	76	15	1	113	111	98	97	71	75	83	91	7x	6x	22	20	8	8
米国	-	-	80	70	98	99	91	93	-	-	96	-	94	94	88	88	-	-
ウルグアイ	98	99	67	24	117	113	100	100	-	-	92	-	94	109	-	-	-	-
ウズベキスタン	99	99	9	4	97	94	-	-	100	100	99	100	103	102	-	-	91	90
バヌアツ	92	92	-	-	110	106	88	86	-	-	69x	-	43	37	41	35	-	-
ベネズエラ	96	98	69	15	106	103	91	91	91	93	90	82	73	82	62	71	30	43
ベトナム	95	94	18	17	109	103	-	-	94	94	92	98	68	62	-	-	77	78
イエメン	93	67	14	1	100	74	85	65	68x	41x	60	-	61	30	49	26	35x	13x
ザンビア	73x	66x	14	4	118	116	90	94	55	58	76	80	33	27	31	25	17	19
ジンバブエ	98	99	6	9	102	101	87	88	91	93	62	79	42	39	38	36	46	43

## 要約

サハラ以南のアフリカ	77	68	18	3	101	90	75	70	64	61	61	84	36	29	28	24	26	22
東部・南部アフリカ	78	69	19	3	110	104	83	81	66	66	60	82	39	34	30	27	20	18
西部・中部アフリカ	77	66	18	3	93	77	67	58	63	56	62	86	33	24	26	20	31	26
中東と北アフリカ	93	85	37	13	102	97	86	81	88	85	83	-	73	67	67	62	54	52
南アジア	84	74	15	9	111	104	88	83	81	77	72	94	54	45	-	-	51	43
東アジアと太平洋諸国	98	98	36	12	111	110	98	97	92**	92**	80**	-	73	73	60**	62**	60**	63**
ラテンアメリカとカリブ海諸国	97	97	54	19	120	116	94	95	90	91	84	-	87	94	69	74	-	-
CEE/CIS	99	99	81	20	98	96	92	90	93	91	96	97	89	85	79	75	79	76
先進工業国 <sup>§</sup>	-	-	93	59	101	101	95	96	-	-	97	-	102	101	91	92	-	-
開発途上国 <sup>§</sup>	90	84	30	11	109	103	89	86	80**	77**	74**	90	62	58	51**	49**	48**	43**
後発開発途上国 <sup>§</sup>	75	65	9	1	101	91	79	74	65	63	60	82	35	29	30	26	26	24
世界	90	85	42	18	108	103	90	87	80**	77**	76**	90	67	63	58**	57**	48**	44**

§ 各国、地域グループに属する領域も含む。分類については152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。

**小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率**—小学校の第1学年に入学した子どものうち、最終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)。

**最終学年まで残る率**—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。
- \* 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。









	人口 (1000人) 2007		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	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
トリニダードトバゴ	357	94	1.2	0.5	7	7	8	27	21	15	66	70	70	1.6	13	-0.5	3.1
チュニジア	3178	830	2.4	1.3	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1.9	66	3.8	2.1
トルコ	24623	6646	2.3	1.6	12	8	6	39	26	18	56	65	72	2.1	68	4.5	2.6
トルクメニスタン	1845	494	2.6	1.8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2.5	47	2.3	2.1
ツバル	4	1	1.3	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4.6	2.8
ウガンダ	17349	6028	3.2	3.2	16	15	14	49	50	47	50	51	51	6.5	13	5.7	4.4
ウクライナ	8389	2025	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	1006	327	10.6	5.0	11	3	1	36	27	16	61	73	79	2.3	77	10.5	5.1
英国	13100	3503	0.1	0.4	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1.8	90	0.8	0.5
タンザニア	20630	7050	3.1	2.7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5.2	25	7.5	4.6
米国	75922	20957	1.0	1.0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2.1	81	1.1	1.6
ウルグアイ	938	252	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	10593	2879	2.7	1.7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2.5	37	3.1	1.2
バヌアツ	103	31	2.8	2.4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3.8	24	4.9	4.2
ベネズエラ	10089	2896	3.0	2.0	7	5	5	37	29	22	65	71	74	2.6	94	3.8	2.8
ベトナム	30263	8109	2.2	1.6	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2.2	27	2.7	3.6
イエメン	11729	3740	3.3	3.5	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5.5	28	5.5	5.6
ザンビア	6270	2030	3.2	2.3	17	16	19	49	44	40	49	49	42	5.2	35	4.5	1.7
ジンバブエ	6175	1706	3.5	1.4	13	8	19	48	37	28	55	63	43	3.2	37	6.1	3.0

## 要約

サハラ以南のアフリカ	383988	127624	2.9	2.6	20	16	15	48	45	39	45	50	50	5.2	36	4.7	4.3
東部・南部アフリカ	186875	61296	2.9	2.5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	4.9	29	4.7	3.9
西部・中部アフリカ	197113	66328	2.9	2.7	22	17	16	48	47	41	43	49	50	5.5	43	4.8	4.6
中東と北アフリカ	153178	44789	3.0	2.0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3.0	58	4.4	2.9
南アジア	614747	175250	2.3	1.9	17	11	8	39	33	24	49	59	64	3.0	29	3.8	3.0
東アジアと太平洋諸国	559872	144441	1.8	1.0	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1.9	44	3.9	3.5
ラテンアメリカとカリブ海諸国	197226	55622	2.2	1.5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2.4	78	3.3	2.2
CEE/CIS	100110	26458	1.0	0.2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1.7	62	2.0	0.3
先進工業国 <sup>§</sup>	204334	54922	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 <sup>§</sup>	1962419	562128	2.2	1.6	13	9	8	38	29	22	55	63	67	2.8	44	3.8	3.1
後発開発途上国 <sup>§</sup>	383853	124237	2.5	2.5	21	16	12	47	42	36	44	51	55	4.7	28	4.9	4.4
世界	2213456	629106	1.8	1.4	12	9	9	32	26	20	59	65	68	2.6	49	2.7	2.3

§ 各国、地域グループに属する領域も含む。分類については 152 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 (%)	国際貧困ライン1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1997-2006*)			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 (%)	
		1970-1990	1990-2007			1990-2007	2005	防衛			保健	教育
アフガニスタン	250x	-	-	-	-	-	-	-	3000	37	-	-
アルバニア	3290	-0.7x	5.2	18	1	4	4	2	321	3	4x	3
アルジェリア	3620	1.6	1.4	13	7	17	4	24	209	0	62	-
アンドラ	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	2560	0.4x	2.9	319	54	34x	6x	15x	171	1	7	13
アンティグアバーブーダ	11520	8.3x	1.7	2	-	-	-	-	3	0	-	-
アルゼンチン	6050	-0.7	1.5	6	5	3	5	5	114	0	30	13
アルメニア	2640	-	5.8	69	11	-	-	-	213	4	-	6
オーストラリア	35960	1.5	2.4	2	-	6	15	10	-	-	-	-
オーストリア	42700	2.4	1.8	2	-	2	14	10	-	-	-	-
アゼルバイジャン	2550	-	2.8	71	0	12	1	4	206	1	-	1
バハマ	15730x	1.8	0.4x	3x	-	3	16	20	-	-	-	-
バーレーン	19350	-1.3x	2.4x	2x	-	14	8	15	57x	1x	-	-
バングラデシュ	470	0.6	3.1	4	50y	10	7	17	1223	2	17	3
バルバドス	d	1.5	1.3x	3x	-	-	-	-	-1	0	-	-
ベラルーシ	4220	-	3.4	162	0	4	3	4	73	0	-	2
ベルギー	40710	2.2	1.8	2	-	3	16	3	-	-	-	-
ベリーズ	3800	2.9	2.4	1	-	5x	8x	20x	8	1	5	16
ベナン	570	0	1.3	6	47	17x	6x	31x	375	8	7	6x
ブータン	1770	6.8x	5.2	7	26	-	9	13	94	10	-	-
ボリビア	1260	-1.1	1.3	7	20	5	10	22	581	6	31	8
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3580	-	10.8x	5x	0	-	-	-	494	4	-	7
ボツワナ	5840	8.2	4.2	8	31	8x	5x	26x	65	1	4	1
ブラジル	5910	2.3	1.2	72	8y	3	6	6	82	0	19	36
ブルネイ	26930x	-2.2x	-0.3x	4x	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルガリア	4590	3.4x	2.3	51	0	6	11	5	-	-	19	10
ブルキナファソ	430	1.3	2.5	3	57	14x	7x	17x	871	14	6	-
ブルンジ	110	1.1	-2.7	12	81	23	2	15	415	52	41	40
カンボジア	540	-	6.2x	3x	40	-	-	-	529	8	0x	1
カメルーン	1050	3.3	0.6	4	33	10	3	12	1684	9	18	15x
カナダ	39420	2	2.2	2	-	6	9	3	-	-	-	-
カボヴェルデ	2430	-	3.3	4	21	-	-	-	138	13	5	4
中央アフリカ共和国	380	-1.3	-0.8	3	62	-	-	-	134	9	8	-
チャド	540	-1	2.4	7	62	-	8x	8x	284	6	2	-
チリ	8350	1.5	3.7	6	1	7	15	17	83	0	20	19
中国	2360	6.6	8.9	5	16y	12	0	2	1245	0	10	2
コロンビア	3250	2	1	14	15	13	9	20	988	1	39	31
コモロ	680	0.1x	-0.4	4	46	-	-	-	30	7	2	-
コンゴ	1540	3.2	-0.2	8	54	10	4	4	254	7	32	2x
クック諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	32	0	-	-
コスタリカ	5560	0.7	2.5	13	2	0	21	22	24	0	21	4
コートジボワール	910	-1.9	-0.7	6	23	4x	4x	21x	251	2	26	0
クワアチア	10460	-	3	33	0	4	13	8	200	0	-	33
キューバ	c	-	3.6x	4x	-	-	23x	10x	78	0	-	-
キプロス	24940	5.9x	2.2	4	-	4	6	12	-	-	-	-
チェコ	14450	-	2.4	7	0	4	16	10	-	-	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	a	-	-	-	-	-	-	-	55	0	-	-
コンゴ民主共和国	140	-2.4	-4.3	335	59	18	0	0	2056	27	-	-
デンマーク	54910	2	1.9	2	-	5	1	12	-	-	-	-
ジブチ	1090	-	-2.1	3	19	-	-	-	117	14	4x	6
ドミニカ	4250	4.7x	2.4	1	-	-	-	-	19	7	4	13x
ドミニカ共和国	3550	2.1	3.8	11	5	4	10	13	53	0	7	8
エクアドル	3080	1.3	1.2	5	10	13x	11x	18x	189	0	27	23
エジプト	1580	4.3	2.5	7	2	9	3	15	873	1	18	5
エルサルバドル	2850	-1.8	1.8	4	14	3	14	14	157	1	14	12
赤道ギニア	12860	-	21.1	13	-	-	-	-	27	1	2	-
エリトリア	230	-	-0.3x	12x	-	-	-	-	129	15	-	-
エストニア	13200	1.5x	5.2	24	0	5	16	7	-	-	-	-
エチオピア	220	-	2.2	5	39	17	1	5	1947	15	33	7
フィジー	3800	0.6x	1.5x	4x	-	6x	9x	18x	56	2	12	1
フィンランド	44400	2.8	2.8	2	-	4	3	10	-	-	-	-

	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 (%)	国際貧困ライン 1日1.25米ドル 未満で暮らす人の 比率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1997-2006 *)			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 (%)	
		1970-1990	1990-2007			1990-2007	2005	防衛			保健	教育
フランス	38500	2.2	1.6	1	-	6x	16x	7x	-	-	-	-
ガボン	6670	0.3	-0.7	6	5	-	-	-	31	0	4	5x
ガンビア	320	0.9	0.2	8	34	4x	7x	12x	74	15	18	11
グルジア	2120	3.2	1.8	102	13	23	7	11	361	5	-	7
ドイツ	38860	2.3x	1.4	1	-	4	19	1	-	-	-	-
ガーナ	590	-2.1	2.1	24	30	5x	7x	22x	1176	10	21	4
ギリシャ	29630	1.3	2.7	6	-	8	7	11	-	-	-	-
グレナダ	4670	4.9	2.5	2	-	-	10x	17x	27	6	2	5x
グアテマラ	2440	0.2	1.4	7	12	11x	11x	17x	487	1	11	4
ギニア	400	0.3x	1.3	8	70	29x	3x	11x	164	4	18	17x
ギニアビサウ	200	-0.2	-2.6	16	49	4x	1x	3x	82	27	21	35x
ガイアナ	1300	-1.5	3.1	8	8	-	-	-	173	20	20x	3
ハイチ	560	-0.3	-2.1	18	55	-	-	-	581	14	4	3
パチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	1600	0.8	1.5	15	22	7x	10x	19x	587	7	30	5
ハンガリー	11570	3	3.3	13	0	3	6	5	-	-	30	32
アイスランド	54100	3.2	2.4	4	-	0	27	11	-	-	-	-
インド	950	2.1	4.5	6	42y	14	2	4	1379	0	25	7
インドネシア	1650	4.7	2.3	15	21y	7	1	4	1405	0	31	9
イラン	3470	-2.3	2.5	23	1	14	6	7	121	0	1	-
イラク	2170x	-	-	-	-	-	-	-	8661	0	-	-
アイルランド	48140	2.8	5.8	4	-	3	16	14	-	-	-	-
イスラエル	21900	1.9	1.7	6	-	19	12	15	-	-	-	-
イタリア	33540	2.8	1.2	3	-	3	3	10	-	-	-	-
ジャマイカ	3710	-1.3	0.8	15	0	2	7	15	37	0	20	11
日本	37670	3	0.9	-1	-	4x	2x	6x	-	-	-	-
ヨルダン	2850	2.5x	2	2	0	19	10	16	580	4	18	5
カザフスタン	5060	-	3.2	75	3	6	5	6	172	0	-	33
ケニア	680	1.2	0	11	20	6	7	26	943	5	26	6
キリバス	1170	-5.3	1.8	2	-	-	-	-	-45	-36	-	-
クウェート	31640	-6.8x	1.1x	4x	-	14	6	12	-	-	-	-
キルギス	590	-	-0.5	46	22	7	12	11	311	12	-	4
ラオス	580	-	4.2	25	44	-	-	-	364	13	8	-
ラトビア	9930	3.4	4.7	21	0	5	12	6	-	-	0x	29
レバノン	5770	-	2.5	8	-	11	2	7	707	3	-	19
レソト	1000	3.1	1.8	8	43	5	6	25	72	4	4	4
リベリア	150	-4.2	1.9	42	84	9x	5x	11x	269	57	-	0
リビア	9010	-4.9x	-	-	-	-	-	-	37	0	-	-
リヒテンシュタイン	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	9920	-	3	29	0	5	12	7	-	-	-	21
ルクセンブルク	75880	2.7	3.2	2	-	1	13	10	-	-	-	-
マダガスカル	320	-2.4	-0.4	14	68	5	8	13	754	14	32	5x
マラウイ	250	-0.1	0.3	30	74	5x	7x	12x	669	30	23	-
マレーシア	6540	4	3.2	4	1	11	6	23	240	0	12	4
モルディブ	3200	-	5.5x	1x	-	5	8	14	39	4	4	5
マリ	500	-0.3	2.2	5	51	8x	2x	9x	825	13	8	4
マルタ	15310	6.5	2.7x	3	-	2	14	13	11x	0x	-	-
マーシャル諸島	3070	-	-2	5	-	-	-	-	55	28	-	-
モーリタニア	840	-0.9	0.6	8	21	-	4x	23x	188	8	24	-
モーリシャス	5450	5.1x	3.7	6	-	1	9	15	19	0	6	6
メキシコ	8340	1.6	1.6	14	1	3	5	25	247	0	16	19
ミクロネシア連邦	2470	-	-0.2	2	-	-	-	-	109	41	-	-
モルドバ	1260	1.8x	-1.3	52	8	1	13	9	228	6	-	10
モナコ	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	1290	-	2.2	30	22	9	6	9	203	9	17x	2
モンテネグロ	5180	-	3.4x	-	-	-	-	-	1586	68	-	-
モロッコ	2250	2	2	3	3	13	3	18	1046	2	18	12
モザンビーク	320	-1x	4.1	20	75	35x	5x	10x	1611	23	21	2
ミャンマー	220x	1.5	6.8x	24x	-	23	3	13	147	0	17	1
ナミビア	3360	-2.3x	1.8	9	49	7x	10x	22x	145	2	-	-
ナウル	-	-	-	-	-	-	-	-	17	0	-	-

# 表7 経済指標

	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 (%)	国際貧困ライン 1日1.25米ドル 未満で暮らす人の 比率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1997-2006*)			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 (%)					
		1970-1990	1990-2007			1990-2007	2005	防衛			保健	教育	2006	2006	1990	2006
		2007	2007			2007										
ネパール	340	1.2	1.9	7	55	11	5	18	514	6	12	5				
オランダ	45820	1.5	2.1	2	-	4	10	11	-	-	-	-				
ニュージーランド	28780	0.8	2	2	-	3	16	19	-	-	-	-				
ニカラグア	980	-3.7	1.9	21	16	6x	13x	15x	733	14	2	4				
ニジェール	280	-2.2	-0.6	4	66	-	-	-	401	11	12	5x				
ナイジェリア	930	-1.4	1.2	23	64	3x	1x	3x	11434	12	22	16x				
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-				
ノルウェー	76450	3.2	2.6	4	-	5	16	6	-	-	-	-				
パレスチナ自治区	1230	-	-2.9x	4x	-	-	-	-	1449	33	-	-				
オマーン	11120	3.3	2.2x	2x	-	33	7	15	35	0	12	1				
パキスタン	870	3	1.6	10	23	18	1	2	2147	2	16	8				
パラオ	8210	-	-	3x	-	-	-	-	37	23	-	-				
パナマ	5510	0.3	2.6	2	9	-	18	16	30	0	3	25				
バプアニューギニア	850	-0.7	-0.6	8	36	4	7	22	279	6	37	9x				
パラグアイ	1670	2.8	-0.3	11	9	11x	7x	22x	56	1	12	6				
ペルー	3450	-0.6	2.7	13	8	-	13	7	468	1	6	12				
フィリピン	1620	0.8	1.7	7	23	5	2	19	562	0	23	18				
ポーランド	9840	-	4.4	13	0	4	11	12	-	-	4	24				
ポルトガル	18950	2.6	1.9	4	-	3	16	16	-	-	-	-				
カタール	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
韓国	19690	6.2	4.4	4	-	10	0	14	-	-	-	-				
ルーマニア	6150	0.9x	2.3	57	1	5	14	5	-	-	0	16				
ロシア連邦	7560	-	1.2	71	0	12	8	4	-	-	-	13				
ルワンダ	320	1.1	1.1	9	77	-	5x	26x	585	25	9	9				
セントクリストファー・ネイビス	9630	6.3x	2.8	3	-	-	-	-	5	1	3	22x				
セントルシア	5530	5.3x	1.3	2	21	-	-	-	18	2	2	6x				
セントビンセント・グレナディーン	4210	3.3	3	2	-	-	12	16	5	1	3	11x				
サモア	2430	-	2.6	6	-	-	-	-	47	11	5	6				
サンマリノ	45130	-	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-				
サントメ・プリンシペ	870	-	-	-	-	-	-	-	22	17	28	37				
サウジアラビア	15440	-1.5	0.3	4	-	36x	6x	14x	25	0	-	-				
セネガル	820	-0.7	1.1	4	34	7	3	14	825	9	14	10x				
セルビア	4730	-	2.6x	-	-	-	-	-	96	0	-	-				
セーシェル	8960	2.9	1.4	3	-	3	9	8	14	2	7	18				
シエラレオネ	260	-0.4	-0.4	19	53	10x	10x	13x	364	27	8	8				
シンガポール	32470	5.6	3.8	1	-	31	6	22	-	-	-	-				
スロバキア	11730	-	3.3	8	0	5	19	4	-	-	-	-				
スロベニア	20960	-	3.5	15	0	3	15	13	53x	0x	-	-				
ソロモン諸島	730	3.4	-1.6	7	-	-	-	-	205	62	10	2				
ソマリア	140x	-0.9	-	-	-	38x	1x	2x	392	0	25x	-				
南アフリカ	5760	0.1	1	8	26	-	-	-	718	0	-	6				
スペイン	29450	1.9	2.4	4	-	4	15	2	-	-	-	-				
スリランカ	1540	3	3.9	9	14	18	6	10	796	3	10	7				
スーダン	960	0.1	3.6	38	-	28	1	8	2058	7	4	4				
スリナム	4730	-2.4x	1.8	54	16	-	-	-	64	4	-	-				
スワジランド	2580	3.1	-0.3	12	63	8	8	20	35	1	6	2				
スウェーデン	46060	1.8	2.2	2	-	5	3	6	-	-	-	-				
スイス	59880	1.2	0.7	1	-	5	0	5	-	-	-	-				
シリア	1760	2	1.5	7	-	24	2	9	27	0	20	1				
タジキスタン	460	-	-2.2	99	21	9	2	4	240	9	-	5				
タイ	3400	5	2.9	3	0	6	9	20	-216	0	14	9				
旧ユーゴスラビア・マケドニア	3460	-	0.5	30	0	-	-	-	200	3	-	15				
東ティモール	1510	-	-	-	53	-	-	-	210	24	-	-				
トーゴ	360	-0.6	-0.2	4	39	11x	5x	20x	79	4	8	0x				
トンガ	2320	-	2	4	-	-	7x	13x	21	10	2	3				
トリニダード・トバゴ	14100	0.5	5.1	5	4	2	9	17	13	0	-	-				
チュニジア	3200	2.5	3.4	4	3	5	5	20	432	1	22	13				
トルコ	8020	1.9	2.2	52	3	8	3	10	570	0	27	25				
トルクメニスタン	b	-	-6.8x	408x	25	-	-	-	26	0	-	-				
ツバル	-	-	-	-	-	-	-	-	15	0	-	-				
ウガンダ	340	-	3.1	8	52	26x	2x	15x	1551	17	47	5				

	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 (%)	国際貧困ライン 1日1.25米ドル 未満で暮らす人 の比率 (%)	政府支出中の比率 (%) (1997-2006*)			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 (%)	
		1970-1990	1990-2007			2005	防衛	保健			教育	2006
ウクライナ	2550	-	-0.7	93	0	3	3	6	484	1	-	16
アラブ首長国連邦	26210x	-4.8x	-0.3x	3x	-	30	7	17	-	-	-	-
英国	42740	2	2.4	3	-	7	15	4	-	-	-	-
タンザニア	400	-	1.8	15	88	16x	6x	8x	1825	14	25	3
米国	46040	2.2	2	2	-	20	25	3	-	-	-	-
ウルグアイ	6380	0.9	1.5	18	0	4	7	8	21	0	31	43
ウズベキスタン	730	-	1.2	106	46	-	-	-	149	1	-	-
バヌアツ	1840	1.1x	-0.4	3	-	-	-	-	49	13	2	1
ベネズエラ	7320	-1.6	-0.2	35	18	5	8	21	58	0	22	13
ベトナム	790	-	6	10	21	-	4	14	1846	3	-	2
イエメン	870	-	1.6	17	18	19	4	22	284	2	4	2
ザンビア	800	-2.3	0.1	34	64	4	13	14	1425	19	13	3
ジンバブエ	340	-0.4	-2.1x	62x	-	7	8	24	280	6	19	-

## 要約

サハラ以南のアフリカ	965	-0.1	1.3	35	51	-	-	-	35799	6	17	7
東部・南部アフリカ	1245	-	1.4	40	49	-	-	-	13793	3	14	7
西部・中部アフリカ	698	-0.6	1.3	26	53	-	-	-	22006	11	19	-
中東と北アフリカ	3666	-0.1	1.6	11	4	15	5	14	16660	1	21	8
南アジア	889	2.1	4.1	6	40	14	2	5	9191	1	21	7
東アジアと太平洋諸国	2742	5.7	6.8	5	17	11	1	7	7477	0	16	4
ラテンアメリカとカリブ海諸国	5628	1.4	1.5	35	8	4	7	14	5989	0	20	21
CEE/CIS	5686	-	1.6	67	4	9	7	6	5928	0	-	17
先進工業国 <sup>§</sup>	38579	2.3	1.9	2	-	12	18	4	-	-	-	-
開発途上国 <sup>§</sup>	2405	2.4	4	18	25	10	3	9	77364	1	19	10
後発開発途上国 <sup>§</sup>	491	-0.2	2.5	60	54	14	5	14	28181	9	12	6
世界	7952	2.3	2.4	8	-	11	14	6	81045	0	18	11

§ 各国、地域グループに属する領域も含む。分類については152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。

**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。

**国際貧困ライン1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率** - 購買力平価で調整した2005年の価格のもとで1日1.25米ドル未満で暮らす人の人口比率。新しい貧困基準は、2005年の国際比較プログラムの結果に基づく購買力平価為替レート(改訂)を反映している。この改訂は、開発途上国全般の生活費が以前に推計されたよりも高いことを明らかにしている。これらの改訂の結果、各国の貧困率は前年版以前の白書で報告されている貧困率と比較できない。提示されたデータの定義・手法・出典に関するより詳細な情報は、〈www.worldbank.org〉において入手することができる。

**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。

**国際貧困ライン1日1.25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(935米ドル以下)  
b: 下位の中所得層(936~3,705米ドル)  
c: 上位の中所得層(3,706~11,455米ドル)  
d: 高所得層(11,456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。  
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。















## 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；コートジボワール；コンゴ民主共和国；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；トーゴ；ウガンダ；タンザニア；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；朝鮮民主主義人民共和国；フィジー；インドネシア；キリバス；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；韓国；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

### 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；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；コンゴ民主共和国；朝鮮民主主義人民共和国；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；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；韓国；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；タンザニア；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；東ティモール；トーゴ；ツバル；ウガンダ；タンザニア；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（154～157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。2007年、5歳の誕生日を迎える前に命を失う子どもの数は、920万まで減少した。1960年には毎年約2,000万人の子どもが命を落としていたことと比較すると、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、就学水準、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の利用水準、母子保健サービス（出生前のケアを含む）の利用可能性、家族の所得や食糧の入手可能性、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、たとえば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ありえども、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、いっそう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。たとえば、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、たとえば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、もっと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あいだ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を大きく削減できた国の多くは出生率も大きく削減できていることがわかる。









	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 (%)	
		5歳未満児死亡率			年間平均削減率 (%) <sup>o</sup>		1990年以降 の削減率 (%) <sup>o</sup>	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007								
ツバル	75	-	53	37	-	2.1	30	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	21	195	175	130	0.5	1.7	26	-	3.1	7.1	7.1	6.5	0.0	0.5
ウクライナ	99	36	25	24	1.8	0.2	4	-	-0.7	2.1	1.9	1.2	0.6	2.6
アラブ首長国連邦	151	84	15	8	8.6	3.7	47	-4.8x	-0.3x	6.6	4.4	2.3	2.1	3.8
英国	160	21	9	6	4.2	2.4	33	2	2.4	2.3	1.8	1.8	1.2	0.0
タンザニア	29	217	157	116	1.6	1.8	26	-	1.8	6.8	6.1	5.2	0.5	0.9
米国	151	23	11	8	3.7	1.9	27	2.2	2	2.2	2.0	2.1	0.6	-0.2
ウルグアイ	132	60	25	14	4.4	3.4	44	0.9	1.5	2.9	2.5	2.1	0.7	1.0
ウズベキスタン	68	-	74	41	-	3.5	45	-	1.2	6.5	4.2	2.5	2.2	3.0
バヌアツ	81	155	62	34	4.6	3.5	45	1.1x	-0.4	6.3	4.9	3.8	1.2	1.6
ベネズエラ	114	62	32	19	3.3	3.1	41	-1.6	-0.2	5.4	3.4	2.6	2.2	1.7
ベトナム	126	85	56	15	2.1	7.7	73	-	6	7.0	3.7	2.2	3.2	3.2
イエメン	48	309	127	73	4.4	3.3	43	-	1.6	8.6	8.1	5.5	0.3	2.2
ザンビア	13	179	163	170	0.5	-0.2	-4	-2.3	0.1	7.4	6.5	5.2	0.7	1.2
ジンバブエ	43	131	95	90	1.6	0.3	5	-0.4	-2.1x	7.4	5.2	3.2	1.8	2.8

## 要約

サハラ以南のアフリカ	232	186	148	1.1	1.3	20	-0.1	1.3	6.8	6.3	5.2	0.4	1.1
東部・南部アフリカ	202	165	123	1.0	1.7	25	-	1.4	6.8	6.0	4.9	0.6	1.2
西部・中部アフリカ	260	206	169	1.2	1.2	18	-0.6	1.3	6.8	6.6	5.5	0.1	1.1
中東と北アフリカ	195	79	46	4.5	3.2	42	-0.1	1.6	6.8	5.0	3.0	1.5	3.0
南アジア	197	125	78	2.3	2.8	38	2.1	4.1	5.7	4.3	3.0	1.4	2.2
東アジアと太平洋諸国	121	56	27	3.9	4.3	52	5.7	6.8	5.6	2.5	1.9	4.1	1.6
ラテンアメリカとカリブ海諸国	122	55	26	4.0	4.4	53	1.4	1.5	5.3	3.2	2.4	2.5	1.8
CEE/CIS	91	53	25	2.7	4.4	53	-	1.6	2.8	2.3	1.7	0.9	1.9
先進工業国 <sup>s</sup>	24	10	6	4.4	3.0	40	2.3	1.9	2.3	1.7	1.7	1.3	0.2
開発途上国 <sup>s</sup>	162	103	74	2.3	1.9	28	2.4	4	5.8	3.6	2.8	2.3	1.6
後発開発途上国 <sup>s</sup>	241	179	130	1.5	1.9	27	-0.2	2.5	6.7	5.8	4.7	0.7	1.3
世界	143	93	68	2.2	1.8	27	2.3	2.4	4.7	3.2	2.6	1.9	1.3

<sup>s</sup> 各国、地域グループに属する領域も含む。分類については152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2007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。
- <sup>o</sup> 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

<b>ACSD</b>	子どもの生存・発達促進プログラム	<b>MICS</b>	複数指標クラスター調査
<b>AIDS</b>	後天性免疫不全症候群	<b>OECD</b>	経済協力開発機構
<b>EmOC</b>	緊急産科ケア	<b>PMTCT</b>	(HIV の) 母子感染予防
<b>FGM/C</b>	女性性器切除 / カutting	<b>UN SG</b>	国連事務総長
<b>GDP</b>	国内総生産	<b>UNAIDS</b>	国連エイズ合同計画
<b>HIV</b>	ヒト免疫不全ウイルス	<b>UNESCO</b>	国連教育科学文化機関
<b>HMN</b>	ヘルス・メトリクス・ネットワーク	<b>UNFPA</b>	国連人口基金
<b>IMCI</b>	小児期疾病統合管理	<b>UNICEF</b>	国連児童基金
<b>IMNCH</b>	新生児と子どもの保健の統合管理	<b>WHO</b>	世界保健機関
<b>MDG</b>	ミレニアム開発目標		



**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**  
United Nations Complex Gigiri  
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

website: [www.unicef.org](http://www.unicef.org) (ユニセフ本部)

