

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。今年の統計表に示したデータは、主に2009年7月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、2008年版『世界人口予測』（国連経済社会局発行、**“World Population Prospects: The 2008 Revision”**）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。

子どもの死亡率推計値

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少なくとも2年分の参照年について掲載している。これらの数値は、本白書の製作段階で入手可能な最良の推計値であり、「死亡率推定に関する機関間グループ」(IGME)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)、国連人口局および世界銀行が参加している。

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、毎年これらの死亡率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しばしばある。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、1970～2008年の5歳未満児死亡率に関しては、ユニセフの地域・国分類に基づき、比較可能な推計値を以下にまとめた。

最新のIGME推計値に基づく1970～2008年（1970年、1990年、2000年および2008年）の各国の死亡率指標は表10に示されているほか、www.childinfo.org およびIGMEのウェブサイト www.childmortality.org において入手可能である。

5歳未満児死亡率（出生 1,000人中）

地域	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	2008
アフリカ	231	206	189	176	168	165	152	139	134	132
サハラ以南のアフリカ	236	210	196	189	184	180	166	152	147	144
東部・南部アフリカ	213	188	177	169	167	162	147	130	123	120
西部・中部アフリカ	261	237	220	214	206	202	188	176	171	169
中東と北アフリカ	193	162	130	97	77	66	56	47	44	43
アジア	150	131	118	98	87	82	71	60	56	54
南アジア	197	180	163	143	124	111	99	83	78	76
東アジアと太平洋諸国	120	94	73	58	54	49	41	32	29	28
ラテンアメリカとカリブ海諸国	122	103	83	66	52	43	33	26	24	23
CEE/CIS	90	81	70	59	51	49	37	27	24	23
先進工業国	24	19	15	12	10	8	7	6	6	6
開発途上国	161	141	127	109	99	95	86	77	73	72
後発開発途上国	241	223	206	187	179	168	150	136	131	129
世界	142	125	113	98	90	87	78	70	66	65

5歳未満児死亡数（単位：100万人）

地域	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	2008
アフリカ	3.7	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
サハラ以南のアフリカ	3.1	3.1	3.3	3.7	4.0	4.3	4.3	4.4	4.4	4.4
東部・南部アフリカ	1.3	1.3	1.4	1.5	1.7	1.8	1.8	1.7	1.7	1.6
西部・中部アフリカ	1.6	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.5	2.6	2.6	2.6
中東と北アフリカ	1.3	1.2	1.1	0.9	0.8	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4
アジア	10.4	8.9	7.6	7.2	6.7	5.8	5.0	4.1	3.8	3.7
南アジア	5.4	5.3	5.4	5.0	4.6	4.2	3.7	3.2	2.9	2.8
東アジアと太平洋諸国	5.0	3.5	2.3	2.2	2.2	1.6	1.3	1.0	0.9	0.8
ラテンアメリカとカリブ海諸国	1.2	1.1	0.9	0.8	0.6	0.5	0.4	0.3	0.3	0.2
CEE/CIS	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1
先進工業国	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
開発途上国	16.3	14.6	13.2	12.7	12.2	11.3	10.3	9.2	8.9	8.7
後発開発途上国	3.3	3.5	3.6	3.6	3.8	3.9	3.7	3.6	3.5	3.5
世界	16.7	15.0	13.6	13.0	12.5	11.4	10.4	9.4	9.0	8.8

2008年の子どもの死亡率推計値について、以下のよう
にいくつかの主要な改訂が行われている。

- 新しく入手したデータや過去にはなかったデータが相当数含まれている。こうした新しいデータは、**以前の推定値と比べ、いくつかの国における子どもの死亡率のレベルや傾向に相当の変化をもたらしている。**
- いくつかの国の推定値は、HIV感染率の高さを背景とする妊産婦死亡に関連した報告バイアスを考慮に入れて、調整されている。従来は、調査に基づく推定値は、母親がHIV関連の理由で死亡あるいは罹病して不在の家庭における子どもの死亡数を実際より低く報告する傾向があった。2009年、IGMEの技術諮問グループは、各データ観測において、HIV/エイズが関係する死亡率を調整する新しい手法を開発した。これには、感染の期間、垂直感染率、出産時からの母子双方の生存期間、主要なHIV関連サービスの普及率によって得られるHIV陽性の女性の出産の分布に関する一連の略式の仮定が用いられている。

子どもの死亡率推計値を出すための手法への改善に関する詳細な情報は、<www.childinfo.org>において入手することができる。

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の国と地域において200近い調査が実施されてきた。第3回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。第4回のMICS調査は現在進行中で、2011年まで実施される。

ユニセフが支援するMICSは、ミレニアム開発目標(MDG)など、国際的に合意がなされた子どもたちのための開発目標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る。MICSの指標の多くは本白書の統計表に組み込まれている。これらのデータの詳細な情報は<www.childinfo.org>において入手することができる。

地域分類： 今年の白書から、ユニセフはアフリカとアジアという2つの新しい地域分類を追加した。さらに、サハラ以南のアフリカ地域に分類される国に、ジブチとスーダンが加わり、この地域の国数が増加した。その結果、**過去の白書に報告されているサハラ以南のアフリカ地域の推計値は、今年の推計値と比較することはできない。** そのほかの地域については変更はない。

ユニセフの地域区分による国々の詳細については、136～137ページのユニセフの地域分類を参照のこと。

統計表における改訂

表1 基本統計：

新生児死亡率： この表に示されている2004年の新生児死亡率は世界保健機関(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、2008年の乳児および5歳未満児死亡率の推計値とは、子どもの死亡率の年齢構成の面で一致していない可能性がある。

表2 栄養指標：

低体重・発育障害・消耗症： 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、広く使われている米国の子どもの限定されたサンプルを基にしている 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”を公表した。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人を超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、新しい基準母集団は、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。

『世界子供白書2009』では、身体測定指標は、主としてNCHS/WHO基準をベースにし、WHO Child Growth Standardsに基づく低体重率（中度・重度）の列を追加した。今年の白書では、これが逆に、低体重率・発育障害・消耗症の主要指標はすべてWHO Child Growth Standardsによるもので、低体重率（中度・重度）を示す列はNCHS/WHO基準をベースとしている。**従来の基準集団と新しい基準の違いにより、各年版の『世界子供白書』で報告されている子どもの身体測定指標の推定値は完全に比較することができない場合がある。**

母乳育児の早期開始： ユニセフとWHOは母乳育児の早期開始—出産後1時間以内に新生児に母乳を与える—を推奨している。母乳育児の早期開始の指標が統計表に入れられたのは、今年が初めてである。

ビタミンAの補給： 従来は、ビタミンAの補給率については、「少なくとも1回」と「完全投与（2回以上）」の2種類のデータ点が報告されていた。どちらの指標も、1～6月（1回目）と7～12月（2回目）の期間に報告された補給率から出されたものである。「少なくとも1回」という指標は、多くの場合、2回目の期間に報告された補給率であった。

今年の表には、ビタミンAの補給については「完全投与（年2回補給）」のみが報告されている。これは、子どもたちが4～6カ月の間隔を空けて年2回ビタミンAを補給されることが重要なためである。この指標を直接的に出すことができない場合は、統計をとった年度の1回目と2回目の補給率のうち低い数値（割合）の推定値が「完全投与」として記入されている。

表3 保健指標：

殺虫剤処理を施した蚊帳： 「蚊帳の下で眠る5歳未満児」の指標は、「殺虫剤処理を施した蚊帳（ITN）を利用する家庭」に置き換えられた。今年の白書では、ITNについて「殺虫剤処理を施した蚊帳を利用する家庭」と「殺虫剤処理を施した蚊帳の下で眠る子ども」という2つの指標を提示している。これら2つの指標を合わせて見ると、ITNの入手・利用という重要なポイントが明らかになる。ITNは、その効果が証明され、各国に配布される蚊帳の主流を成すようになってきている。したがって、蚊帳であれば種類を問わずに利用状況を調べるのではなく、ITNの普及状況を調べるのがより強調されるようになってきている。

表4 HIV/エイズ指標：

国連エイズ合同計画（UNAIDS）によって出された2008年の最新HIV/エイズ推計値は、この表が2009年半ばに作られた際には、まだ改訂の途中にあり、2009年の終わりに発行される“2009 AIDS Epidemic Update”の中で発表される予定である。さらなる情報と最新のデータについては、<www.unaids.org>または<www.childinfo.org>を参照のこと。

本白書に掲載されている2007年のHIV/エイズ推計値は、UNAIDSとWHOが2008年8月に発表したものである。これらの推計値は、従来の推計よりも改良された手法を用いて出されたものであり、多くの国における人口調査と拡大全国センチネルサーベイランス・システムから得られたより信頼できるデータが利用できるよう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ず、時系列的な傾向を見ることはできない。**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>において入手することができる。

表5 教育指標：

小学校の最終学年まで在学する率： 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、2008年に「小学校の最終学年まで在学する率」（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。第5学年まで残る率に代わり、最終学年まで在学する率が利用されるようになり、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6 人口統計指標：

人口の年間増加率と都市人口の年間平均増加率： これらの指標は拡大され、1990～2000年のデータが含まれるようになった。

表7 経済指標：

1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率： 2008年、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発表した。表7は、これを反映し、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となっている。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くなった。** 定義、手法、提示されたデータの出典に関する詳しい情報は、<www.worldbank.org>において入手することができる。

表9 子どもの保護指標：

子どもの保護指標に初めてすべての国と地域が含まれるようになった。

女性性器切除/カッティング (FGM/C)： 表に反映されているのは、全体の比率のみで、これまでのように指標を都市部と農村部に分けることはしていない。

子どもの障害： 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、少なくとも1種類の障害（認知、運動、発作性、視覚、聴覚）があるとされた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が求められた。2008年6月までは、推計値はMICSの10の質問のうち9の項目に基づいて計算されていたが、それ以降は、データはさらに多くの質問に基づくようになっている。

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>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、136～137ページを参照のこと。