

統計で見る子どもの10年(1990~2000)

「子どものための世界サミット」からの前進

子どものための正しい方針と行動は、根拠の確かなデータとその分析があつて初めて可能になります。

「子どものための世界サミット」は、目標に向かって、具体的な行動をかたちづくり、その進み具合を監視することに重点を置いた結果、数々の力強さを持つものとなりました。世界的に子どもと女性に関するデータの収集および処理方法を変え、進捗状況を知るための基盤と基準線を定めたこともそのひとつです。

そして「子どものための世界サミット」から10年後の2000年、サミットの目標への到達度を評価する詳細で正確な報告書を作られはじめました。この報告書では、過去に例を見ないほど大規模に、さまざまな情報が抽出・測定・分析されました。これを読めば、子どもと女性に対して、世界がどれだけ約束を守ってきたかを知ることができます。

この報告書では、これまで入手できなかった幅広い情報と資料を活用しています。これは、1990年代を通じて子どもに関する報告のメカニズムとデータ収集のシステムを強化してきた各国政府の努力の賜物です。また150か国以上が、進捗状況についての本格的な報告書を作成しました。こうしたかたちで入手する情報に加えて、「子どもの権利条約」の批准国による定期報告、また、数多くの国際会議の結果実施された評価活動によるデータも集まりました。さらにまったく新しいデータ収集手法である、複数指標クラスター調査も開発され(裏表紙参照)、各国が子どもと女性の状況を記録し、理解する力を劇的に改善することができました。

このように、データ関連では大きな進展がありましたが、それでも子どもの権利を守り、子どもの生活を改善するための世界全体の力は、いまだとても弱いのが現状です。それは、依然として残る知識格差のためです。たとえば、国単位ではなく地域単位でデータが入手できる国は限られています。また、データを細分化してみることも大きな課題です。そして、こうした課題が、武力紛争やHIV/エイズやその他の深刻な虐待にさらされている最も弱い立場にある子どもたちを認識し、格差の解消に取り組む妨げとなっているのです。

質の高い統計により、精密かつ明確にものごとを眺め、誠実に行動することができます。子どものために、また子どもとともに世界を変えていくには、統計データの改善が不可欠です。



目次 :

	ページ
5歳未満児の死亡率	2
子どもの栄養不良	5
安全な飲み水	8
衛生	11
メジナ虫症	13
初等教育	15
成人の識字率	18
急性呼吸器感染症	20
妊産婦の死亡率	22
出生率と家族計画	25
妊産婦ケア	27
ビタミンA欠乏症	29
ヨード欠乏症	31
母乳育児	33
低体重出生	35
予防接種	37
はしか	40
新生児破傷風	42
下痢性疾患	44
ボリオ根絶	46
HIV/エイズ	48
児童労働	51
出生登録	52
子どもの疾病に対する総合的な取り組み	53
マラリア	54
UNICEF in Japan	55

「子どものための世界サミット」
での約束を果たす
1990年から2000年までの歩み

目標

1990年から2000年のあいだに、5歳未満児死亡率を3分の1減らす、もしくは出生1,000人当たりの死亡率を50～70人にする。どちらか低いほうを実現する。

5歳未満児死亡率

成果

5歳未満児死亡率(U5MR)の世界平均は11%減少し、1990年代はじめ、出生1,000人当たり93人だった死亡数が、83人になりました。3分の1削減という目標を達成できた国は60か国にのぼります。

…しかし

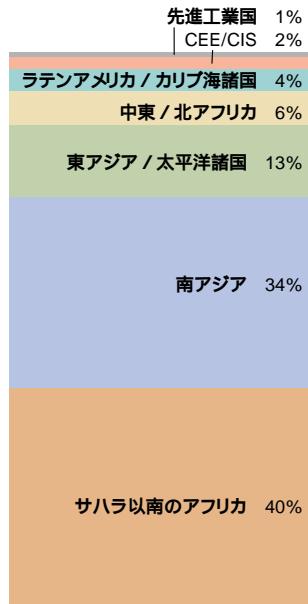
2010年までに、5歳未満児の死亡の半数以上がサハラ以南のアフリカで発生すると予測されます。HIV/エイズによる5歳未満児の死亡の増加、保健サービスが整わず予防接種ができないなどにより、この地域の危機的な状況は、さらに悪化しています。

課題

1990年代はじめ、世界の5歳未満児死亡率は1,000人当たり93人でした。世界平均はその後減少しましたが、サハラ以南のアフリカ、南アジア、中東と北アフリカといった地域では、5歳未満児死亡率は、それぞれ175人、100人、64人と、まだ大きな課題を残しています。5歳未満の死亡の半数が栄養不良を間接的な原因としており、これを改善することが死亡率を下げるカギとなります。

どこで5歳未満の子どもが命を失っているか？

地域別5歳未満児の死亡率（2000年）



2000年に5歳未満で命を失った子どもの数は、およそ1,100万人。そのほとんどがサハラ以南のアフリカと南アジアの子どもである。

出典：ユニセフ（2001年）

重要なデータだが疑問も残る

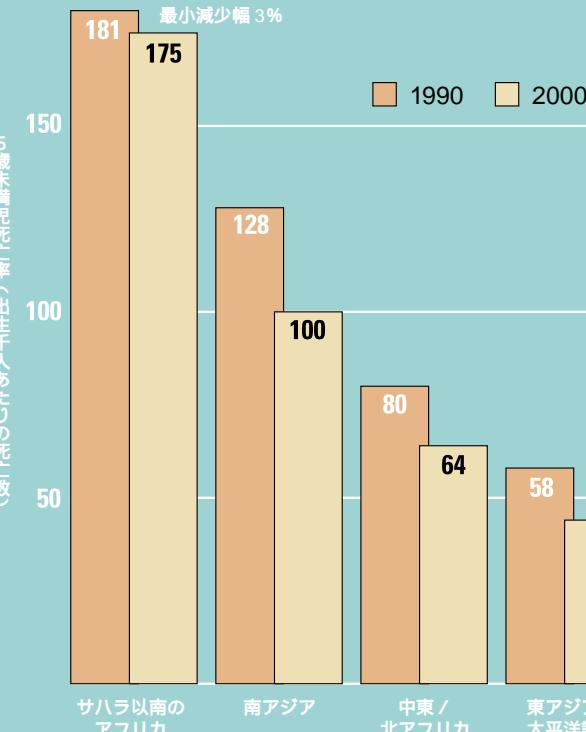
5歳未満児の死亡原因（1999年）

5歳未満児がどのような理由で亡くなっているか、その死因の割合を見ることは、子どもの死亡を減らし、改善を監視する方法を決める上で重要です。5歳未満児の死亡総数はよく知られていますが、死因の割合になると分かっていない部分も多く、そのため下の円グラフでは数値を示していません。理由はいくつかあります。第一に、先進工業国で死因データを提供している出生登録システムが、開発途上国にはほとんどないこと。第二に、子どもが命を失うときには複数の原因があることが多く、主な原因を特定することが難しいこと。ちなみに、全死亡の半分に栄養不良が関係しています。第三に、5歳未満児の主要な死因を推定するのに、小規模の調査結果を使わなければならないこと。これら調査のほとんどは1990年代前半およびそれ以前のものであり、過去5年間のデータ変動を把握することができません。たとえば、死因のうち何が占める割合は、1%から8%まで大きなばらつきがあります。

子どもの死亡率の改善にはばらつきがある

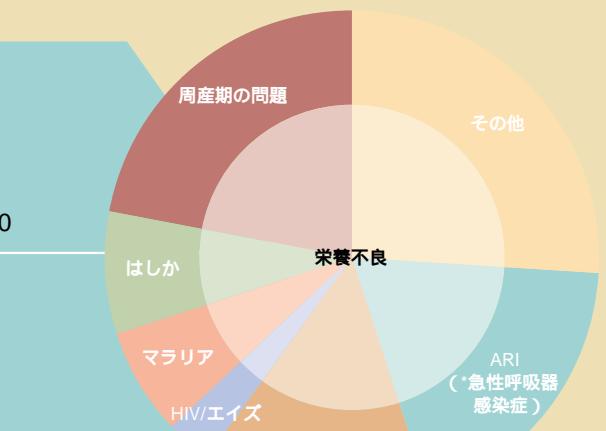
5歳未満児の地域別死亡率

最小減少幅 3%



5歳未満児死亡率が最も高い地域で死亡の減少幅が小さく、5歳未満児死亡率が最も低い地域にめざましい改善が見られる。

出典：ユニセフ（2001年）



出典：世界保健機関（WHO）（2000年）

5歳未満児死亡率*（2000年）

サハラ以南のアフリカ

セーシェルズ	17	パバマ	18
モーリシャス	20	セントルシア	19
カボベルデ	40	ジャマイカ	20
ナミビア	69	トリニダードトバゴ	20
南アフリカ	70	アルゼンチン	21
サントメプリンシペ	75	ベネズエラ	23
コモロ	82	セントクリストファーネビス	25
ガボン	90	セントビンセント・グレナディーン	25
ボツワナ	101	グレナダ	26
ガーナ	102	パナマ	26
コンゴ	108	コロンビア	30
エリトリア	114	メキシコ	30
ジンバブエ	117	バラグアイ	31
ケニア	120	エクアドル	32
ウガンダ	127	スリナム	33
ガンビア	128	地域平均	37
レソト	133	ブラジル	38
マダガスカル	139	エルサルバドル	40
セネガル	139	ホンジュラス	40
スワジランド	142	ベリーズ	41
トーゴ	142	ニカラグア	45
ベニン	154	ドミニカ共和国	48
カメルーン	154	ペルー	50
赤道ギニア	156	グアテマラ	59
タンザニア	165	ガイアナ	74
コートジボワール	173	ボリビア	80
エチオピア	174	ハイチ	125
ギニア	175		
地域平均	175		
中央アフリカ	180	南アジア	
モーリタニア	183	スリランカ	19
ナイジェリア	184	モルディブ	80
ルワンダ	187	バングラデシュ	82
マラウイ	188	インド	96
ブルンジ	190	ブータン	100
ブルキナファソ	198	ネパール	100
チャド	198	地域平均	100
モザンビーク	200	パキスタン	110
サンビア	202	アフガニスタン	257
コンゴ民主共和国	207		
ギニアビサウ	215	東アジア／太平洋諸国	
ソマリア	225	シンガポール	4
マリ	233	韓国	5
リベリア	235	ブルネイ	7
ニジェール	270	マレーシア	9
アンゴラ	295	トンガ	21
シェラレオネ	316	フィジー	22
ラテンアメリカ／カリブ海諸国		クック諸島	24
キューバ	9	ミクロネシア	24
チリ	12	ソロモン諸島	25
コスタリカ	12	サモア	26
バルバドス	14	パラウ	29
アンティグア・バーブーダ	15	タイ	29
ドミニカ	16	朝鮮民主主義人民共和国	30
ウルグアイ	17	ナウル	30

*5歳未満児死亡率とは、出生時から5歳になる日までに死亡する割合で、出生1,000人当たりの死亡数を表す。先進工業国データは出生登録システムから得たものであるが、5歳未満児死亡の多くが発生するその他の国では、人口調査や世帯調査から算出している。

出典：ユニセフ（2001年）

**この報告書では、CEE/CISはバルト海諸国を含む。

バヌアツ	44	パレスチナ暫定自治区	25
地域平均	44	チュニジア	28
インドネシア	48	サウジアラビア	29
ツバル	53	シリア	29
マーシャル諸島	68	レバノン	32
キリバス	70	ヨルダン	34
モンゴル	78	エジプト	43
ラオス	105	イラン	44
ミャンマー	110	モロッコ	46
パプアニューギニア	112	地域平均	64
カンボジア	135	アルジェリア	65
東ティモール（データなし）		スーダン	108
ニウエ（データなし）		イエメン	117
CEE/CIS**		イラク	130
チエコ	5	ジブチ	146
クロアチア	9		
ハンガリー	9		
スロバキア	9		
ポーランド	10		
ブルガリア	16		
ボスニア・ヘルツェゴビナ	18		
ペラルーシ	20		
ユーゴスラビア	20		
エストニア	21		
ラトビア	21		
リトアニア	21		
ウクライナ	21		
ルーマニア	22		
ロシア	22		
旧ユーゴスラビア・マケドニア	26		
グルジア	29		
アルメニア	30		
アルバニア	31		
モルドバ	33		
地域平均	38		
トルコ	45		
キルギスタン	63		
ウズベキスタン	67		
トルクメニスタン	70		
タジキスタン	73		
カザフスタン	75		
アゼルバイジャン	105		
中東／北アフリカ			
キプロス	7	地図平均	6
アラブ首長国連邦	9	アンドラ	7
クウェート	10	米国	8
オマーン	14	リヒテンシュタイン	11
バーレーン	16	バチカン（データなし）	
カタール	16		
リビア	20	世界平均	83
		開発途上国平均	91

死亡数：世界全体では半減、アフリカでは倍増

5歳未満児死亡数のサハラ以南のアフリカと
この地域を除いた世界全体との比較

1960

18.1 2.3

単位：100万人

6.4 4.5

1960年から2000年までの40年間に、5歳未満児の年間死亡数は世界全体で2,040万人から1,090万人に減少した。しかしながらアフリカでは、反対に230万人から450万人にほぼ倍に増加している。

出典：ユニセフ（2001年）

目標

5歳未満児の重度および中程度の栄養不良を半分に減らす。

子どもの栄養不良



成果

開発途上国の低体重児はこの10年間に32%から28%に減少しました。とくに東アジアと太平洋地域で著しい改善がありました。

…しかし

南アジアおよびサハラ以南のアフリカでは、子どもと女性の栄養不足が深刻で、子どもの生存と発達に大きな影を落としています。それでも基本サービスの充実とともに、適切な栄養の取り方と感染症予防の知識を地域や家族(とくに女性)に伝える努力がなされているところでは、進歩が見られます。

課題

世界全体で見ると、子どもの死亡の約半数に栄養不良が関係しています。栄養不良のために、感染症に対する抵抗力が弱まり、下痢性の病気や呼吸器感染症など、子どもがかかりやすい病気で命を失ってしまうことが多いのです。たとえ死はまぬがれても、頻繁に病気を繰り返して栄養状態がさらに悪化し、成長を妨げ、学習能力の発達が遅れるという悪循環に陥ります。

栄養状態の改善

慢性的な栄養不良が深刻な国

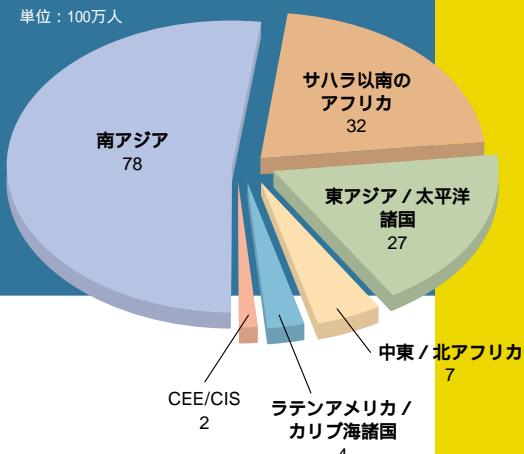
5歳未満児の発育阻害が40%を上回っている国

	(%)
朝鮮民主主義人民共和国	60
ザンビア	59
ブレンジ	57
ネパール	54
アフガニスタン	52
イエメン	52
エチオピア	51
マダガスカル	49
マラウイ	49
カンボジア	46
ケニア	46
インド	46
ナイジェリア	46
バングラデシュ	45
コンゴ民主共和国	45
レソト	44
モーリタニア	44
タンザニア	44
ルワンダ	43
コモロ	42
ラオス	41
ブータン	40
ニジェール	40

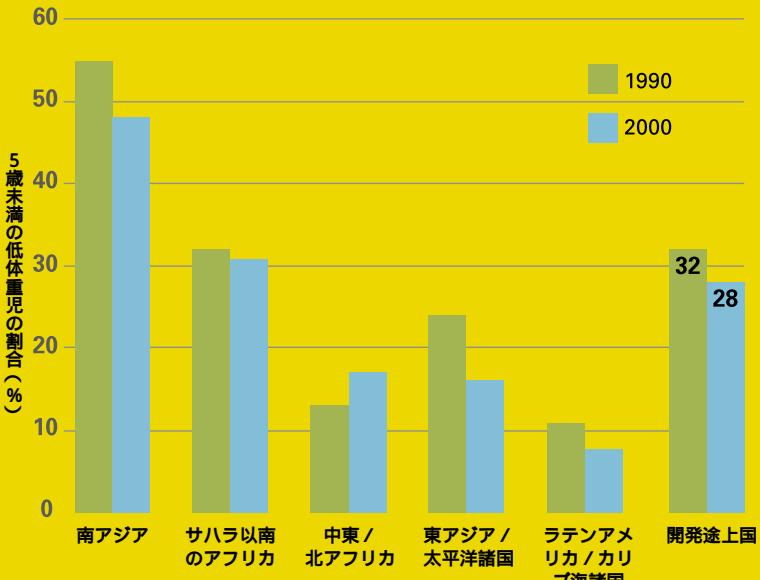
開発途上国の1億5000万人の子ども
が栄養不良

低体重児の5割以上を南アジアが占める

単位：100万人

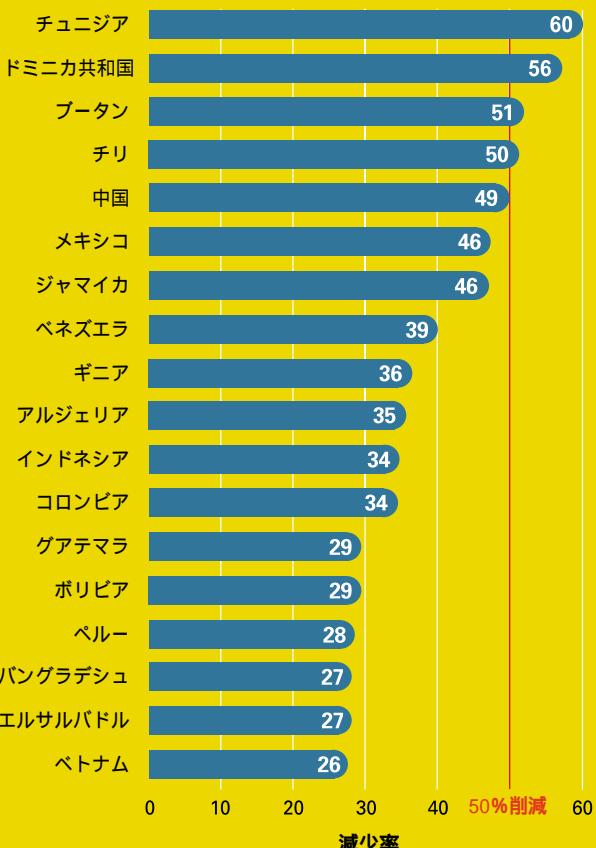


5歳未満の低体重児の割合変化 (1990～2000年)



1990年代の前進

低体重児が25%以上減少した国



5歳未満の低体重児の割合（1995～2000年）

サハラ以南のアフリカ		中東／北アフリカ	
ボツワナ	13	レバノン	3
ジンバブエ	13	パレスチナ暫定自治区	4
コンゴ	14	チュニジア	4
レソト	16	ヨルダン	5
モーリシャス	16	リビア	5
サントマリンシペ	16	アルジェリア	6
ガンビア	17	カタール	6
セネガル	18	バーレーン	9
カメルーン	21	クウェート	10
コートジボワール	21	イラン	11
ギニア	23	エジプト	12
ギニアビサウ	23	シリア	13
ケニア	23	サウジアラビア	14
モーリタニア	23	アラブ首長国連邦	14
中央アフリカ	24	地域平均	15
コモロ	25	イラク	16
ガーナ	25	スー丹	17
マラウイ	25	ジブチ	18
トーゴ	25	オマーン	24
ザンビア	25	イエメン	46
モザンビーク	26		
ソマリア	26		
ウガンダ	26		
ナイジェリア	27		
シエラレオネ	27		
チャド	28		
ベニン	29		
ルワンダ	29		
タンザニア	29		
地域平均	30		
マダガスカル	33		
ブルキナファソ	34		
コンゴ民主共和国	34		
ニジェール	40		
マリ	43		
エリトリア	44		
ブルンジ	45		
エチオピア	47		

南アジア	
ブータン	19
スリランカ	33
パキスタン	38
モルディブ	43
地域平均	46
ネパール	47
インド	47
バングラデシュ	48
アフガニスタン	48

ラテンアメリカ / カリブ海諸国

チリ	1
キューバ	4
ジャマイカ	4
コスタリカ	5
ドミニカ共和国	5
バラグアイ	5
ウルグアイ	5
ベネズエラ	5
ブラジル	6
コロンビア	7
パナマ	7
地域平均	8
メキシコ	8
ペルー	8
ボリビア	10
エルサルバドル	12
ガイアナ	12
ニカラグア	12
エクアドル	15
グアテマラ	24
ホンジュラス	25
ハイチ	28

CEE/CIS**

クロアチア	1
ユーゴスラビア	2
アルメニア	3
グルジア	3
モルドバ	3
ロシア	3
ウクライナ	3
ボスニア・ヘルツェゴビナ	4
カザフスタン	4
旧ユーゴスラビア・マケドニア	6
地域平均	7
トルコ	8
キルギスタン	11
アルバニア	14
アゼルバイジャン	17
ウズベキスタン	19

データが古い国、またはデータがない国：

サハラ以南のアフリカ：アンゴラ、カボベルデ、赤道ギニア、ガボン、リベリア、ナミビア、セーシェルズ、南アフリカ、スワジランド

中東／北アフリカ：キプロス、モロッコ

東アジア / 太平洋諸国：ブルネイ、クック諸島、東ティモール、ミクロネシア、フィジー、キリバス、マーシャル諸島、ナウル、ニウエ、パラウ、パプアニューギニア、韓国、サモア、シンガポール、ソロモン諸島、タイ、トンガ、ツバル、バヌアツ

ラテンアメリカ / 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、パリバドス、ベリーズ、ドミニカ共和国、グレナダ、セントクリストファーネビス、セントルシア、セントビンセントグレナディーン、トリニダード・トバゴ

CEE/CIS：ベラルーシ、ブルガリア、チェコ、エストニア、ハンガリー、ラトビア、リトアニア、ポーランド、ルーマニア、スロバキア、タジキスタン、トルクmenistan



低体重 中・重度：年齢相応の体重をも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以下のもの。重度：年齢相応の体重をも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以下のもの。

目標

世界のどこでも安全な飲み水が手に入るようとする。

安全な飲み水



成果

この10年間に、安全な飲み水が手に入る人の割合は、世界全体で77%から82%に増えました。1990年代に、改善された飲料水源を利用できる人が10億人以上増えたことになります。

…しかし

まだ11億人が安全な水源を利用できません。アフリカの貧しい地域や、都市周辺の不法居住区域では、水道の普及率も高くありません。またアジア諸国では地下水に含まれる砒素が危険なレベルに達しているところがあり、水質も差し迫った問題になっています。

課題

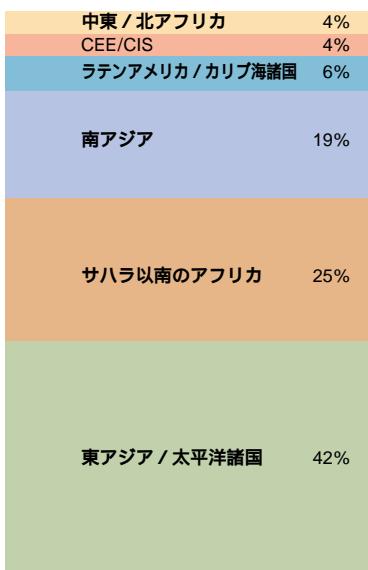
2000年までに安全な飲料水を広く利用できるようにすることが、1990年の課題でした。それは世界人口の23%に相当する12億人が、清潔な飲料水を継続的に利用できるようになることを意味しました。国際飲料水供給と衛生の10年(1981～1990年)のあいだには改善があったものの、1990年当時も残された課題となっていました。

*安全な飲み水が利用できるかどうかは、改善された水源を使用する人口の割合で判断する。

「改善された」とは：各世帯に水道が引かれている、あるいは公共の貯水塔や掘り抜き井戸、汚染を防止した井戸や泉、雨水集積装置があることなどを指す。

「改善されていない」とは：井戸や泉がむきだしである、川や池の水を使っている、業者が売る水や給水トラックの水を使っていることなどを指す。

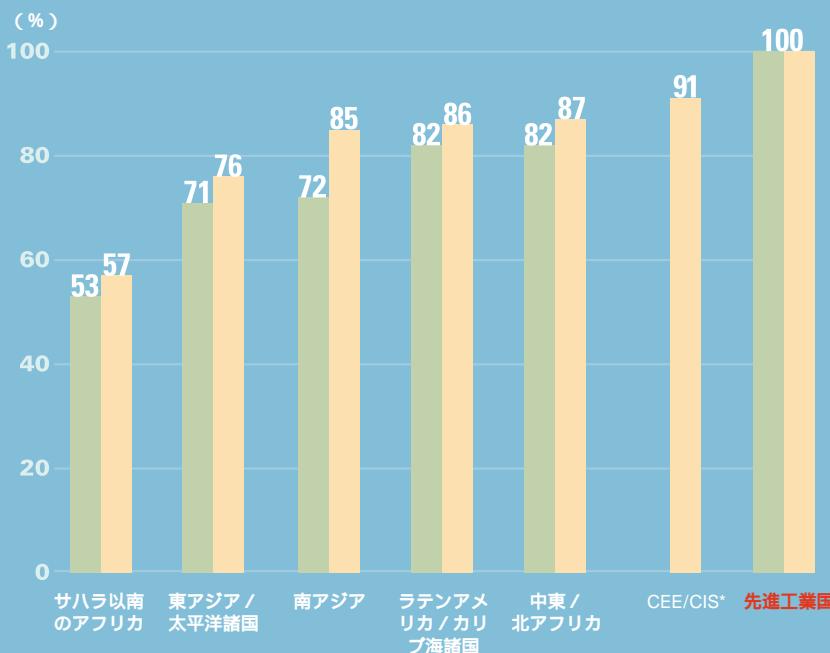
11億人が安全な飲み水を手に入れられない



サハラ以南のアフリカで最も普及率が低い

安全な飲み水の普及率 - 地域別変化 -

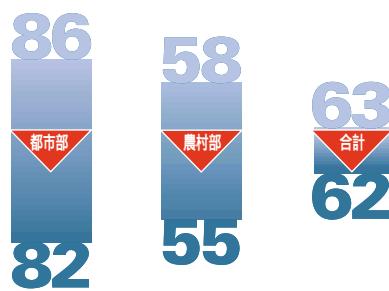
1990年 2000年



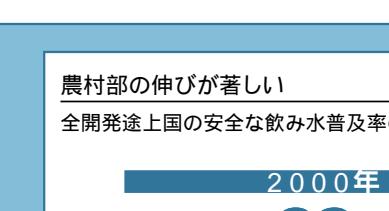
貧しい国では状況が悪化している

後発開発途上国では、普及率が低下している（%）

1990年



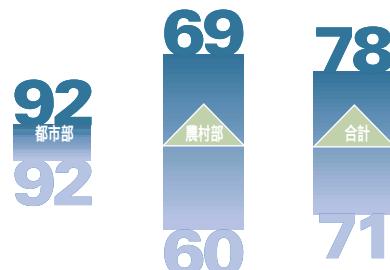
2000年



農村部の伸びが著しい

全開発途上国の安全な飲み水普及率の変化（%）

2000年



1990年



*1990年のデータはなし

安全な飲み水を入手できる人口割合の比較(1990年)と2000年

サハラ以南のアフリカ							
モーリシャス(100)	100	チュニジア(75)	80	アンティグアバーブーダ(-)	91	2000年のデータがない国:	
コモロ(88)	96	スードン(67)	75	コロンビア(94)	91	サハラ以南のアフリカ:リベリア、	
ボツワナ(93)	95	リビア(71)	72	キューバ(-)	91	サントメプリンシペ、セーシェルズ、	
ガボン(-)	86	イエメン(-)	69	パナマ(-)	90	ソマリア、スワジランド	
南アフリカ(86)	86	オマーン(37)	39	トリニダードトバゴ(91)	90	中東 / 北アフリカ: バーレーン、ク	
ジンバブエ(78)	83	東アジア / 太平洋諸国		ホンジュラス(83)	88	ウェート、カタール、アラブ首長国連邦	
コートジボワール(80)	81	クック諸島(100)	100	メキシコ(80)	88	東アジア / 太平洋諸国 : ブルネ	
ブルンジ(69)	78	朝鮮民主主義人民共和国(-)	100	ブラジル(83)	87	イ、東ティモール、マレーシア、マ	
レスト(-)	78	ニウエ(100)	100	ドミニカ共和国(83)	86	ーシャル諸島、ミクロネシア、ナウル	
セネガル(72)	78	シンガポール(100)	100	地域平均(82)	86	ラテンアメリカ / カリブ海諸国: ア	
ナミビア(72)	77	トンガ(-)	100	エクアドル(71)	85	ルセンチン	
カボベルデ(-)	74	ツリュル(-)	100	ボリビア(71)	83	CEE/CIS:アルメニア、ボスニア・	
ガーナ(53)	73	サモア(-)	99	ベネズエラ(-)	83	ヘルツェゴビナ、クロアチア、チェ	
中央アフリカ(48)	70	韓国(-)	92	ペルー(74)	80	コ、エストニア、ラトビア、リトアニア、ポーランド、旧ユーゴスラビ	
タンザニア(38)	68	バヌアツ(-)	88	バラグアイ(63)	78	ア・マケドニア、トルクmenistan	
マリ(55)	65	フィリピン(87)	86	エルサルバドル(66)	77	先進工業国: ベルギー、フランス、	
サンビア(52)	64	タイ(80)	84	ニカラグア(70)	77	ドイツ、ギリシャ、パチカン、イスラ	
ベニン(-)	63	パラウ(-)	79	ハイチ(53)	46	ンド、アイルランド、イスラエル、イタリア、日本、リヒテンシュタイン、	
ガンビア(-)	62	インドネシア(71)	78	CEE/CIS		ルクセンブルク、ニュージーランド、ポルトガル、サンマリノ、スペ	
ナイジェリア(53)	62	ベトナム(55)	77	ペラルーシ(-)	100	イン	
ニジェール(53)	59	地域平均(71)	76	ブルガリア(-)	100		
カメルーン(51)	58	中国(71)	75	スロバキア(-)	100		
ケニア(45)	57	ミャンマー(-)	72	ハンガリー(99)	99		
マラウイ(49)	57	ソロモン諸島(-)	71	ロシア(-)	99		
モザンビーク(-)	57	モンゴル(-)	60	ウクライナ(-)	98		
シェラレオネ(-)	57	キリバス(-)	48	ユーロスマリニア(-)	98		
地域平均(53)	57	フィジー(-)	47	アルバニア(-)	97		
ギニアビサウ(-)	56	パプアニューギニア(40)	42	モルドバ(-)	92		
トーゴ(51)	54	ラオス(37)	37	カザフスタン(-)	91		
ウガンダ(45)	52	カンボジア(-)	30	地域平均(-)	91		
コンゴ(-)	51	南アジア		ウズベキスタン(-)	85		
ギニア(45)	48	モルディブ(-)	100	トルコ(79)	82		
マダガスカル(44)	47	バングラデシュ(94)	97	グルジア(-)	79		
エリトリア(-)	46	パキスタン(83)	90	アゼルバイジャン(-)	78		
コンゴ民主共和国(-)	45	ネパール(67)	88	キルギスタン(-)	77		
赤道ギニア(-)	44	地域平均(72)	85	タジキスタン(-)	60		
ブルキナファソ(-)	42	インド(68)	84	ルーマニア(-)	58		
ルワンダ(-)	41	スリランカ(68)	77	先進工業国			
アンゴラ(-)	38	ブータン(-)	62	アンドラ(-)	100		
モーリタニア(37)	37	チャド(-)	13	オーストラリア(100)	100		
エチオピア(25)	24	ラテンアメリカ / カリブ海諸国		オーストリア(100)	100		
中東 / 北アフリカ		バリバドス(-)	100	カナダ(100)	100		
キプロス(100)	100	セントクリストファー・ネービス(-)	98	デンマーク(-)	100		
ジブチ(-)	100	セントルシア(-)	98	フィンランド(100)	100		
レバノン(-)	100	ウルグアイ(-)	98	マルタ(100)	100		
エジプト(94)	97	バハマ(-)	97	モナコ(-)	100		
ヨルダン(97)	96	ドミニカ(-)	97	オランダ(100)	100		
サウジアラビア(-)	95	コスタリカ(-)	95	ノルウェー(100)	100		
イラン(-)	92	グレナダ(-)	95	スロベニア(100)	100		
アルジェリア(-)	89	ガイアナ(-)	94	スウェーデン(100)	100		
地域平均(82)	87	チリ(90)	93	スイス(100)	100		
パレスチナ暫定自治区(-)	86	セントビンセント・グレナディーン(-)	93	英國(100)	100		
イラク(-)	85	ベリーズ(-)	92	米国(100)	100		
モロッコ(75)	80	グアテマラ(76)	92	地域平均(100)	100		
シリア(-)	80	ジャマイカ(93)	92				

すべてのグラフと表の出典:世界保健機関(WHO)/ユニセフ共同監視プログラム(2001年)
表の()内の数値は1990年の統計値

目標

世界中で衛生施設(トイレ)を使用できるようにする。*

衛生



成果

この10年間に、世界全体の衛生施設の普及率は51%から61%に上昇しました。およそ10億人が、改善された衛生施設を利用できるようになった計算です。

…しかし

改善された衛生施設を使えない人が、まだ24億人います。とくにアジアに暮らす人の半分以上は衛生施設がない状態です。こうした人の約8割は農村部に暮らしています。また衛生状態の改善に重きをおかず、目標達成のために十分な資金を投入していない政府もたくさんあります。

課題

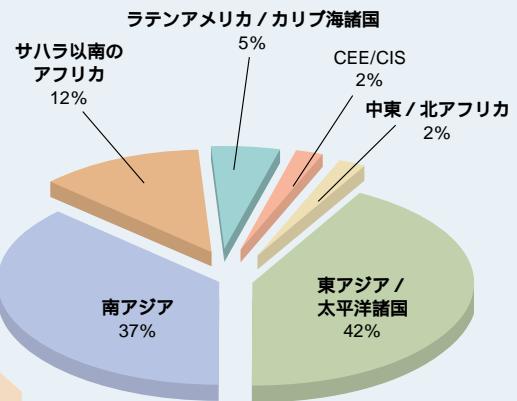
1990年当時、衛生的なし尿処理の手段を持たない人は26億人いました。人口増加の勢いに追いつきつつ、この数を減らすことは難問でした。これを成功させるためには、低コストの技術と社会動員のためのキャンペーンが不可欠でした。

*衛生施設を使えるかどうかは、改善された衛生施設を使える人口の割合で見る。

「改善された」とは：公共下水道や下水処理施設につながっていること、ビット(穴)式トイレ、換気付きの改良型ビット式トイレ、水洗トイレ、などを示す。

「改善されていない」とは：公共または共有のトイレを使っている、穴を堀っただけのトイレ、バケツをトイレに使っている、などを示す。

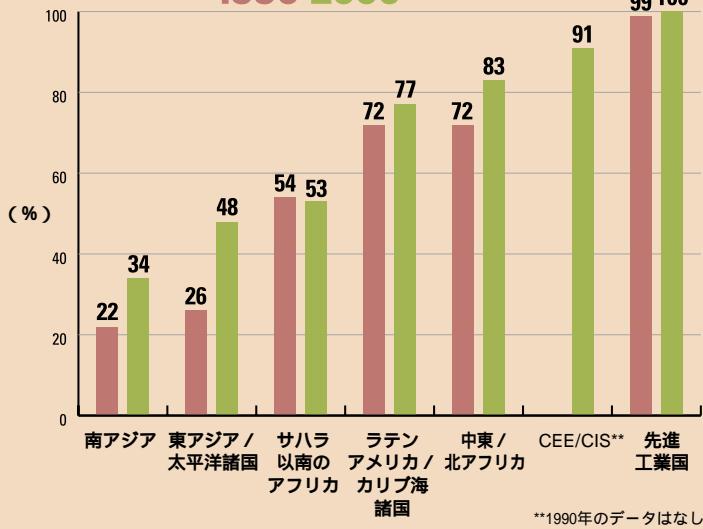
2000年現在、まだ24億人が、改善された衛生施設を使えない



改善がめざましいのはアジア、アフリカでは進展なし

衛生施設普及率の地域別変化（1990年と2000年の比較）

1990 2000

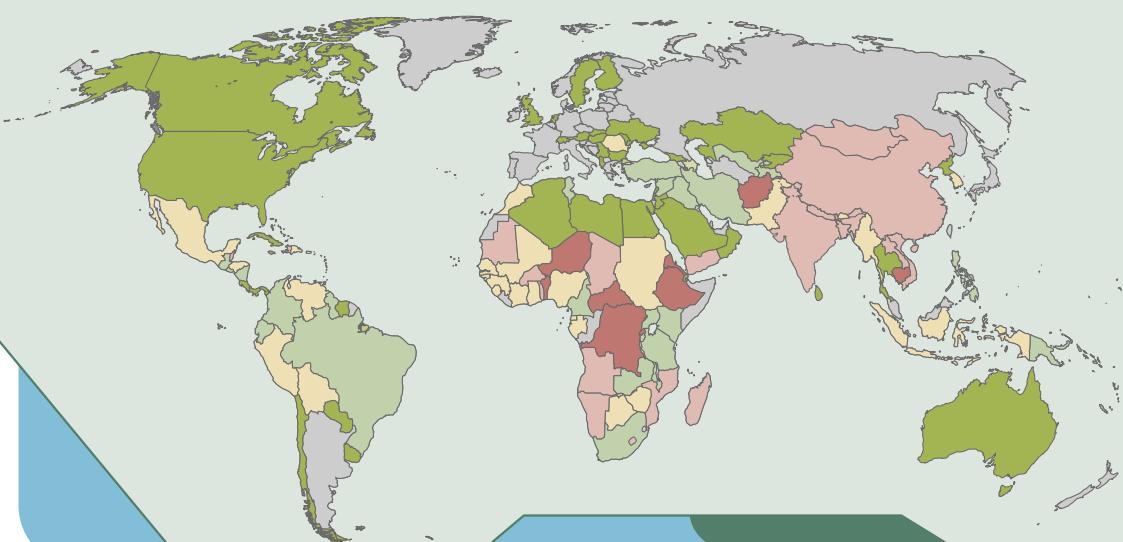


本項目のすべてのグラフと地図の出典：
世界保健機関（WHO）／
ユニセフ共同監視プログラム（2001年）

2000年の衛生施設普及率

改善された衛生施設が使える人口の割合

0-25%	26-50%	51-75%
76-90%	91-100%	データなし



目標

2000年までにメジナ虫症を撲滅する。

メジナ虫症



成果

メジナ虫症の報告は1990年に62万4,000例でしたが、2000年には7万5,000例と88%も減少しました。インド亜大陸では2000年初頭にメジナ虫症の撲滅が認定されました。

…しかし

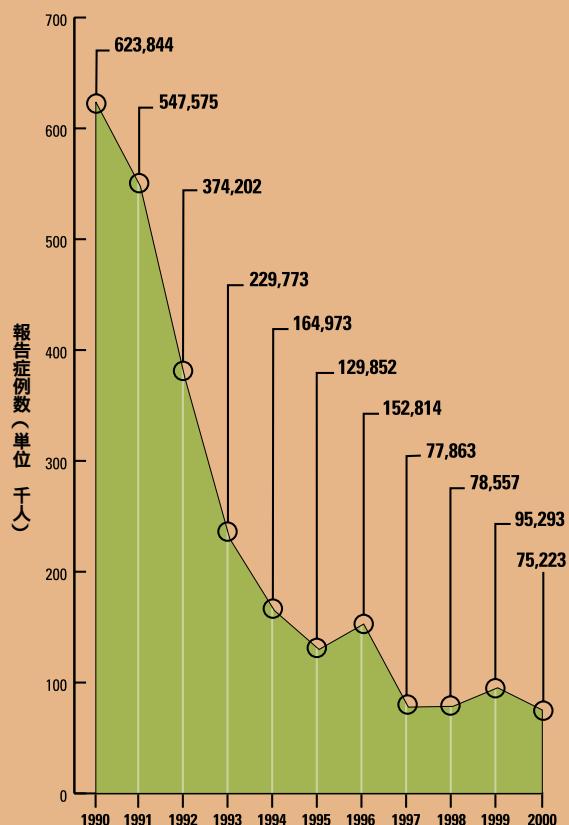
アフリカ14か国の、水不足にも悩まされている貧しい村々では、メジナ虫症の伝染がいまでも見られます。たとえばスーダンだけで、世界全体で発生するメジナ虫症のおよそ4分の3が発生しています。

課題

メジナ虫は寄生虫で、よどんだ池や水たまり、覆いのない井戸を生活用水として使用しているような場所でよく見られます。メジナ虫に感染すると激しい痛みが何ヶ月も続くので、おとなは仕事や子どもの世話ができず、子どもは学校に行けなくなくなります。

メジナ虫との戦いに勝利する

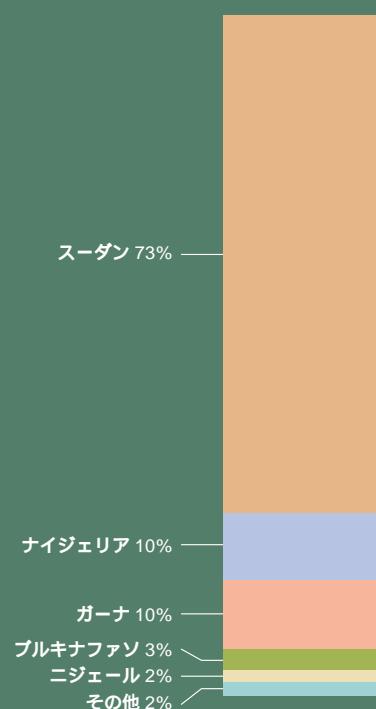
世界全体の発症数（1990～2000年）



出典：世界保健機関（WHO）（2001年）

アフリカが背負う重荷

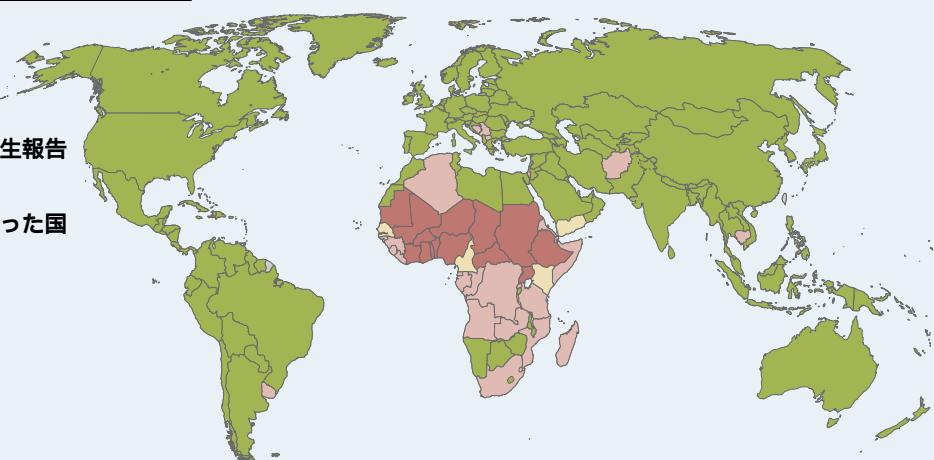
メジナ虫症の発生分布（2000年）



出典：世界保健機関（WHO）（2001年）

いまだにメジナ虫症が脅威になっている地域

- 撲滅認定国
- 認定準備中の国
- 未認定だが2000年に発生報告のなかった国
- 2000年に発生報告があった国
- データなし



出典：世界保健機関（WHO）（2001年）

目標

2000年までに、世界全体で小学校就学年齢の子どもの最低80%が基礎教育を受け、初等教育を修了する機会を与えられるようにする。

初等教育



成果

1990年時点で、小学校就学年齢の子どもの80%が学校に入学するか、学校に通っていました（初等教育純就学率・出席率）。1990年代末に、この割合は世界全体で82%に上昇しました。男女差は半分に縮まりましたが、次ページのグラフで示すように、まだ男女差が大きい地域が3つあります。

…しかし

成果はありましたが、この10年間の人口増も手伝って、初等教育を受けられない子どもはまだ1億2,000万人近くいます。世界の4つの地域では、就学率・出席率が90%を切っています。

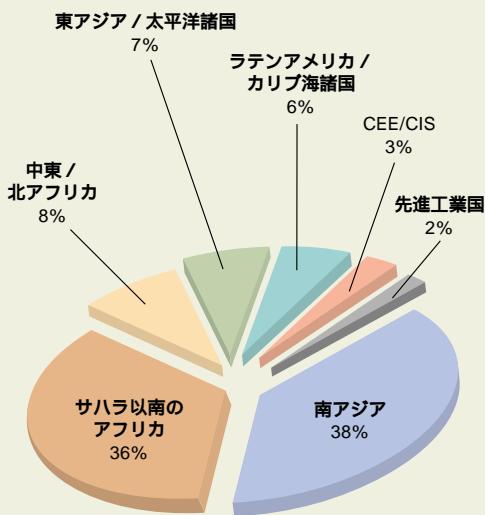
課題

すべての子どもが初等教育を受けることは、子どもの権利であるばかりでなく、子どもやおとの生活にも良い影響を与えます。1990年代のはじめに就学率・出席率が90%を超えていたのは、東アジア諸国と先進工業国だけでした。

この項目のデータは、2000年4月にセネガルの首都ダカールで開かれた世界教育フォーラムでの「すべての人に対する教育：2000年アセスメント 統計資料」のデータと異なっています。これは、複数指標クラスター調査（MICS）をはじめとする、最近の世帯調査の結果をもとに、情報の大枠な更新がおこなわれたためです。

学校に通えない子どもが多い地域

小学校就学年齢で、学校に通っていない子どもの割合（1999年）

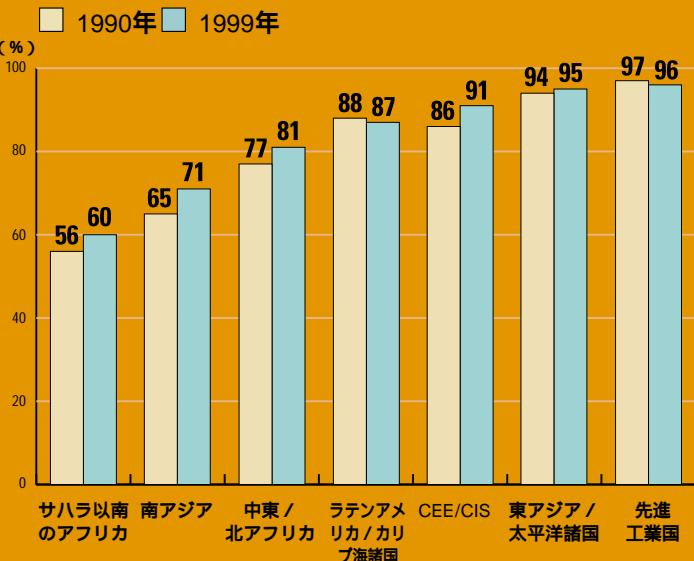


1999年時点で、小学校に通うべき年齢にありながら学校に通えない子どもは1億2,000万人いました。内訳は53%が女の子、47%が男の子です。1990年よりも男女格差は縮まっています。

出典：ユニセフ（2001年）

10年間にわずかな改善

小学校純就学率・出席率（1990と1999年の比較）

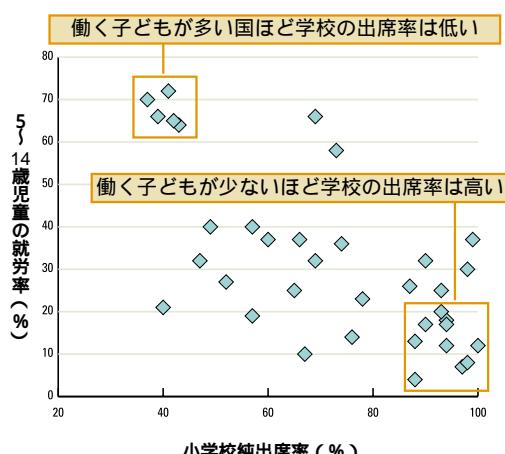


世界全体の小学校純就学率・出席率は、1990年の80%から1999年には82%に上昇しました。

出典：ユニセフ／ユネスコ（2001年）

学校と労働は両立しない

5~14歳の子どもの就労率と小学校純出席率の関係



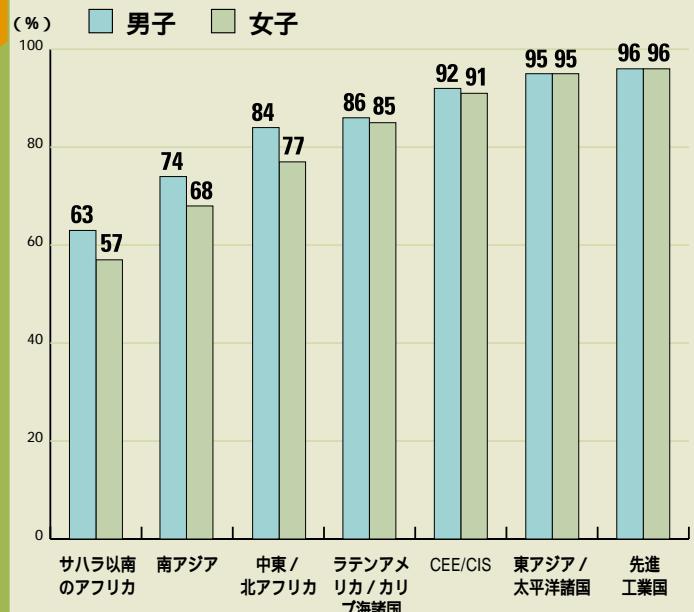
がひとつの国を表します。このデータは複数指標クラスター調査による（MICS）。この表は、働く子どもが多いほど学校の出席率が低く、働く子どもが少ないほど学校の出席率が高いことを示しています。

16

出典：ユニセフ（2001年）

男女差が大きい地域

小学校の男女別純就学率・出席率



1990年から1999年までのあいだに、男女格差は6%から3%になり、世界的に半分に縮まりました。

出典：ユニセフ／ユネスコ（2001年）

子どもの就学率・出席率*（1999年）

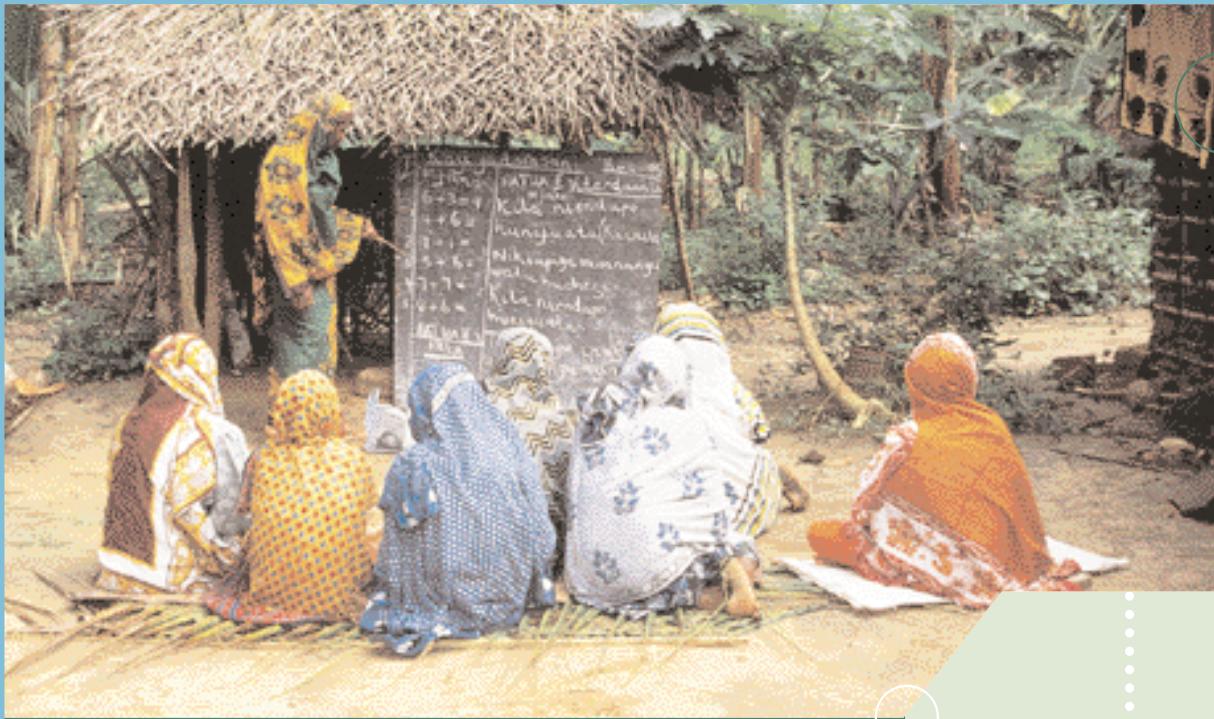
サハラ以南のアフリカ	アラブ首長国連邦	98	キリバス	71	トリニダードトバゴ	88	
	アルジェリア	97	ラオス	69	ボリビア	87	
セーシェルズ	100	バーレーン	97	ミャンマー	68	ペルー	87
スワジランド	100	イラン	97	カンボジア	65	ボンジュラス	86
カボベルデ	99	キプロス	96	CEE/CIS		バラグアイ	85
モーリシャス	97	リビア	96	カザフスタン	100	セントピンセント・グレナディーン	84
サントメプリンシペ	93	ヨルダン	95	モルドバ	99	ベネズエラ	84
赤道ギニア	89	パレスチナ暫定自治区	94	ブルガリア	98	ニカラグア	80
南アフリカ	87	カタール	94	グルジア	98	エルサルバドル	78
ウガンダ	87	チュニジア	94	ハンガリー	97	グアテマラ	77
ナミビア	86	イラク	93	キルギスタン	97	ハイチ	42
ジンバブエ	85	オマーン	89	ポーランド	97	先進工業国	
ボツワナ	84	クウェート	87	ユゴスラビア	97	フランス	100
ガボン	83	エジプト	86	ルーマニア	96	アイルランド	100
マラウイ	83	地域平均	81	旧ユーゴスラビア・マケドニア	96	イタリア	100
ガーナ	74	サウジアラビア	76	クロアチア	95	日本	100
ケニア	74	モロッコ	70	ボスニア・ヘルツェゴビナ	94	マルタ	100
カメルーン	73	イエメン	58	ラトビア	93	オランダ	100
トーゴ	69	スーダン	40	ロシア	93	ニュージーランド	100
ザンビア	67	ジブチ	33	タジキスタン	93	ノルウェー	100
ルワンダ	66	南アジア		チェコ	91	ポルトガル	100
レソト	65	モルディブ	98	アルバニア	90	スペイン	100
ソマリア	64	スリランカ	90	アゼルバイジャン	88	スウェーデン	100
ベニン	63	パングラデシュ	82	エストニア	87	デンマーク	99
コモロ	60	インド	76	地域平均	87	フィンランド	98
地域平均	60	地域平均	71	ベラルーシ	85	アイスランド	98
コンゴ民主共和国	59	ネパール	66	トルクメニスタン	80	英国	98
コートジボワール	57	ブータン	53	ウズベキスタン	78	ベルギー	97
マダガスカル	57	パキスタン	46	トルコ	72	スイス	96
ナイジェリア	56	アフガニスタン	24	ラテンアメリカ / カリブ海諸国		地域平均	96
モーリタニア	54	東アジア / 太平洋諸国		バルバドス	100	オーストラリア	95
タンザニア	53	ニウエ	100	バハマ	99	カナダ	95
ガンビア	52	ツバル	100	アンティグア・バーブーダ	98	スロベニア	95
アンゴラ	50	中国	99	グレナダ	98	米国	95
セネガル	49	斐ジー	99	メキシコ	97	オーストリア	91
ブルンジ	47	クック諸島	98	アルゼンチン	96	ギリシャ	90
エチオピア	44	ナウル	98	ブラジル	95	ドイツ	86
モザンビーク	44	韓国	97	ガイアナ	95	世界平均	82
中央アフリカ	43	トンガ	95	キューバ	94	開発途上国平均	80
ギニアビサウ	42	地域平均	95	ドミニカ共和国	94	1999年のデータがない国：	
シェラレオネ	41	マレーシア	94	ジャマイカ	93	サハラ以南のアフリカ：コンゴ	
マリ	40	ベトナム	94	ウルグアイ	93	東アジア / 太平洋諸国：朝鮮民主主義人民共和国、東ティモール、マーシャル諸島、ミクロネシア、パラウ、パプアニューギニア、ソロモン諸島	
チャド	39	インドネシア	93	ベリーズ	91	CEE/CIS：アルメニア、リトアニア、スロバキア、ウクライナ	
ギニア	39	サモア	93	コスタリカ	91	ラテンアメリカ / カリブ海諸国：セントルシア	
エリトリア	37	シンガポール	93	パナマ	91	先進工業国：アンドラ、バチカン、イスラエル、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、モナコ、サンマリノ	
ニジェール	37	ブルネイ	91	地域平均	91		
リベリア	34	モンゴル	90	コロンビア	90		
ブルキナファソ	27	フィリピン	90	エクアドル	90		
中東 / 北アフリカ		バヌアツ	90	チリ	89		
シリア	99	タイ	80	ドミニカ	89		
レバノン	98			セントクリストファー・ネービス	89		
				スリナム	89		

*この指標は、各国の教育担当省が収集した学校運営データと、小学校就学年齢の人口データ(就学者数)それに小学校就学年齢の子どもに学校に通っているかどうかを質問した全国世帯調査に基づいています。

目標

成人、とくに女性の非識字率を、最低でも1990年の半分に減らす。

成人の識字率



成果

この10年間に、非識字率は25%から20%に減少しましたが、人口増加などの要因もあり、非識字者(読み書き、計算のできない人)の数は変わっていません。世界のすべての地域で非識字率は減少しており、とくにサハラ以南のアフリカ、東アジア・太平洋諸国での改善が顕著です。

…しかし

1990年代を通じて非識字者の数は9億人近いまででした。とくにその多くが南アジア、東アジア・太平洋諸国に集中していました。南アジアでは、非識字率は減少したものの、人口増加のため非識字者の数は4,000万人も増加しました。

課題

識字の有無を知る基準は、日常生活に関する単純な文章を読み書きでき、内容を理解しているかどうかです。しかしこの最も基本的な教育レベルにさえ達していない人が、15歳以上で9億人近くいるのです。

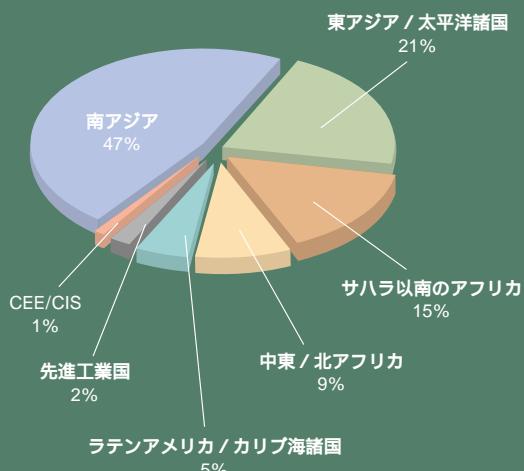
数は変わっていない

1990年から2000年までのあいだ、非識字者（男女）の絶対数は変わっていません。



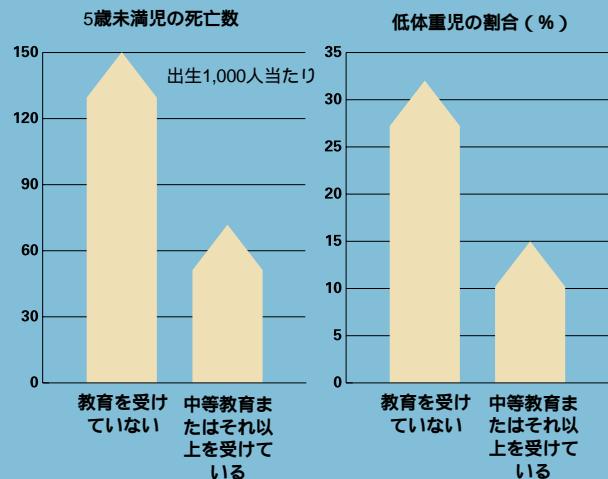
世界の非識字者の半分は南アジアにいる

15歳以上の非識字者の割合（2000年）



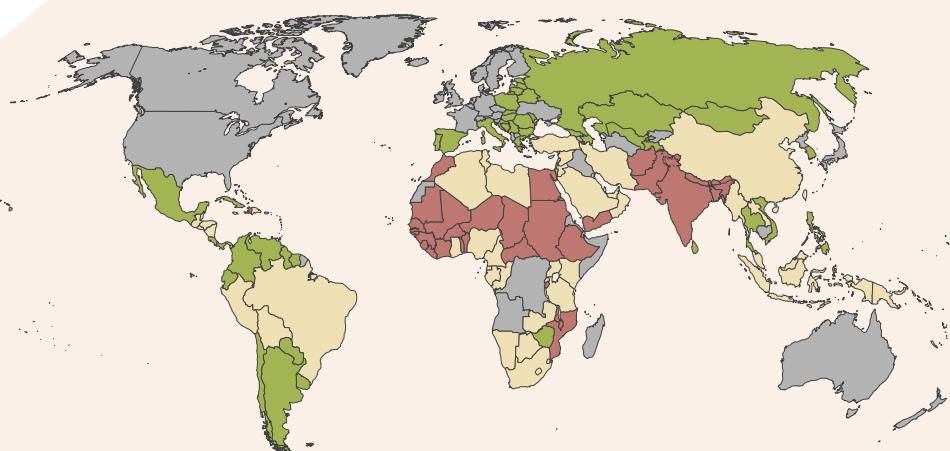
母親の教育と子どもの生存および成長

母親の教育程度と、5歳未満児の死亡率および中・重度の低体重児の割合の関係



識字率（2000年）

読み書きができる
15歳以上の人々の割合



出典：ユネスコ、ユニセフ（2001年）

目標

5歳未満児の急性呼吸器感染症による死亡を3分の1に減らす。

急性呼吸器感染症(ARI)



成果

1992年に発足した「子どもの疾病に対する総合的な取り組み(IMCI)」をはじめ、地域を基盤にした保健プログラムにより、子どもの世話にあたる人が呼吸器感染症の徴候を見出し、家庭外で迅速に治療を受けさせられるように指導をおこなっています。

…しかし

データが入手できた82か国のうち40か国で、急性呼吸器感染症にかかっても半分以下の子どもしか治療を受けることができません。適切な保健ケアの提供、抗生物質を身近に利用できるようにすることも、多くの国で改善すべき課題として残されています。

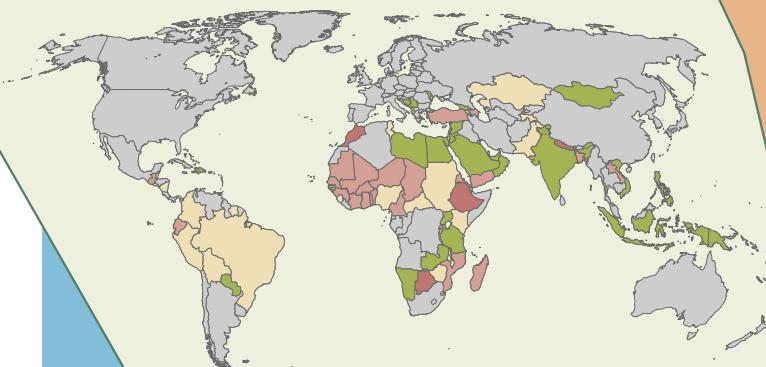
課題

開発途上国では、急性呼吸器感染症は5歳未満児の主要な死因のひとつです。とくに肺炎は深刻な感染症ですが、入手しやすい抗生物質で治療することができます。せきを伴う速く短い呼吸などの徴候が見られたら、ただちに適切な治療を受ける必要があります。

治療を受けられる子どもはとても少ない

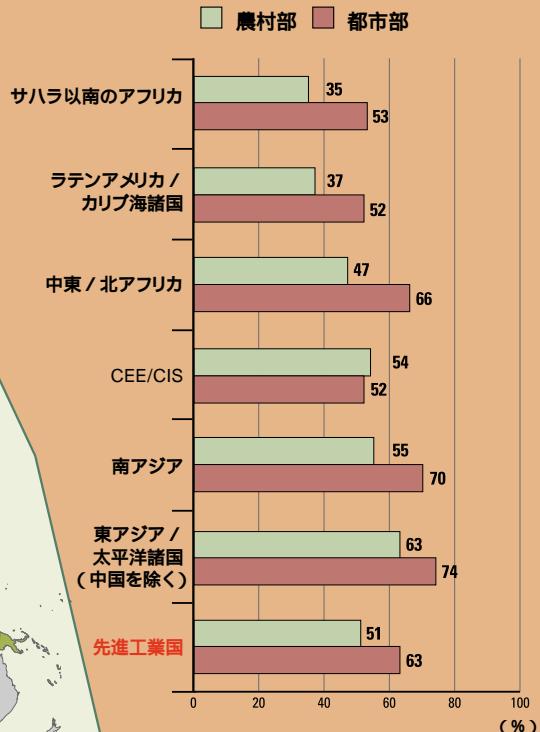
急性呼吸器感染症にかかるて治療を受けられる子どもの割合
(1999~2000年)

■ 60%+ ■ 40-59% ■ 20-39% ■ 0-19% ■ データなし



農村部の子どもはなかなか治療を受けられない

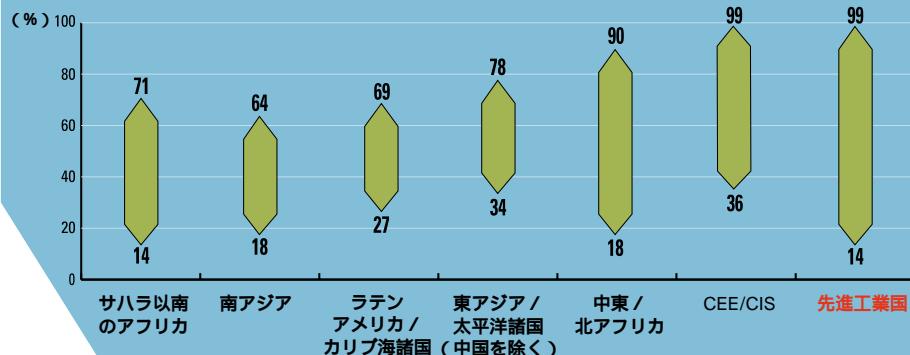
治療を受けられる急性呼吸器感染症の子どもの割合



グラフと地図の出典：ユニセフ（2001年）

子どものケアに関する地域格差

呼吸器感染症の子どもに迅速なケアを提供できるかどうか
は、国や地域による格差が大きい



急性呼吸器感染症にかかる子どもが治療を受けられる割合の最高と最低を示したもの

*ここで治療とは、病院、ヘルスセンター、施設院、村のヘルスセンター、産科および小児科診療所、移動／出先の診療所、民間の内科医による医療を指します。ラテンアメリカと中東を中心とする15か国では、薬局も含みます。

目標

1990年から2000年までに、妊娠婦死亡率を半分に減らす。



妊娠婦の死亡率



成果

すべての開発途上地域で、出産時のケア技術が向上しました。しかし一部の国々や妊娠婦の死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカ地域全体では、出産時のケアも大幅に向正在しているとはいえません。

…しかし

妊娠期間中および出産時のケアを、すべての女性に提供する必要があります。

課題

妊娠および出産時の合併症は、開発途上国の妊娠適齢女性の死亡や障害の原因の大半を占めており、年間51万5,000人の女性が死亡していると推定されます。

妊娠中や出産時に、感染症にかかったり、障害を負ったりする女性は、死亡者の30倍にのぼります。つまり年間1,500万人の女性が、こうした苦しみを受けていますことになります。

13人に1人が死亡の危機に

サハラ以南のアフリカ地域では、出産時に13人に1人が亡くなっています。一方、先進工業国では、4,100人に1人の割合です。

地域	妊娠中または出産時の 死亡リスク*
サハラ以南のアフリカ	13人に1人
南アジア	55人に1人
中東／北アフリカ	55人に1人
ラテンアメリカ／カリブ海諸国	160人に1人
東アジア／太平洋諸国	280人に1人
CEE/CIS	800人に1人
後発開発途上国	16人に1人
開発途上国	60人に1人
先進工業国	4,100人に1人
世界全体	75人に1人

*妊娠婦死亡率のみならず、女性1人当たりの出産回数も計算に入れています。

出典：世界保健機関(WHO)、ユニセフ、国連人口基金(UNFPA) 1995年の妊娠婦死亡率：世界保健機関、ユニセフ、国連人口基金の推計（2001年）

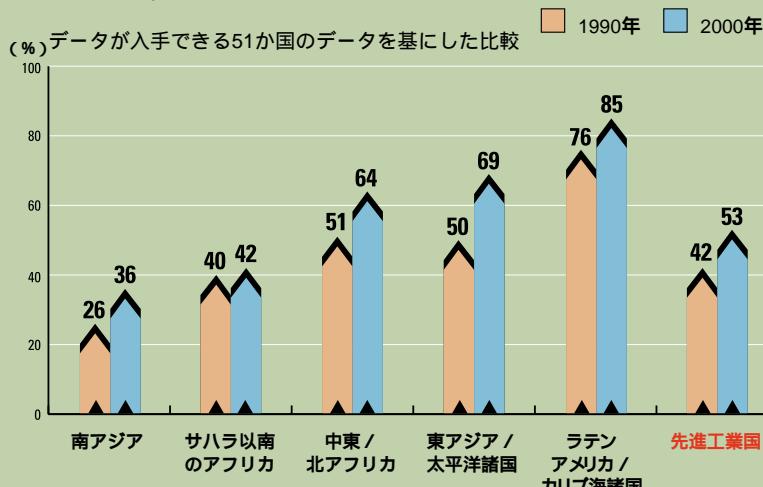
進展状況の監視は困難

妊娠婦死亡率の傾向を測定することは、簡単ではありません。その傾向をつかむために必須の出生登録を行なっている国はまだ少数です。出生登録のデータから把握できるのは世界全体の出生児の4分の1に過ぎず、妊娠婦の死亡に関してはほとんどわかりません。

そのため妊娠婦死亡率の改善の度合いを知る手段として、訓練を受けた保健員や助産婦が出産に立ち会う割合が参照されてきました。下の表が示すように、出産時にケアを受けられる割合が低いサハラ以南のアフリカ地域では、妊娠婦の死亡率が最も高くなっています。

出産時のケア(1990 ~ 2000 年)

妊娠婦死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカ地域では、出産時ケアも改善されていない。



出典：ユニセフ(2001年)

妊娠婦の地域別死亡率*

サハラ以南のアフリカ地域が最も高い

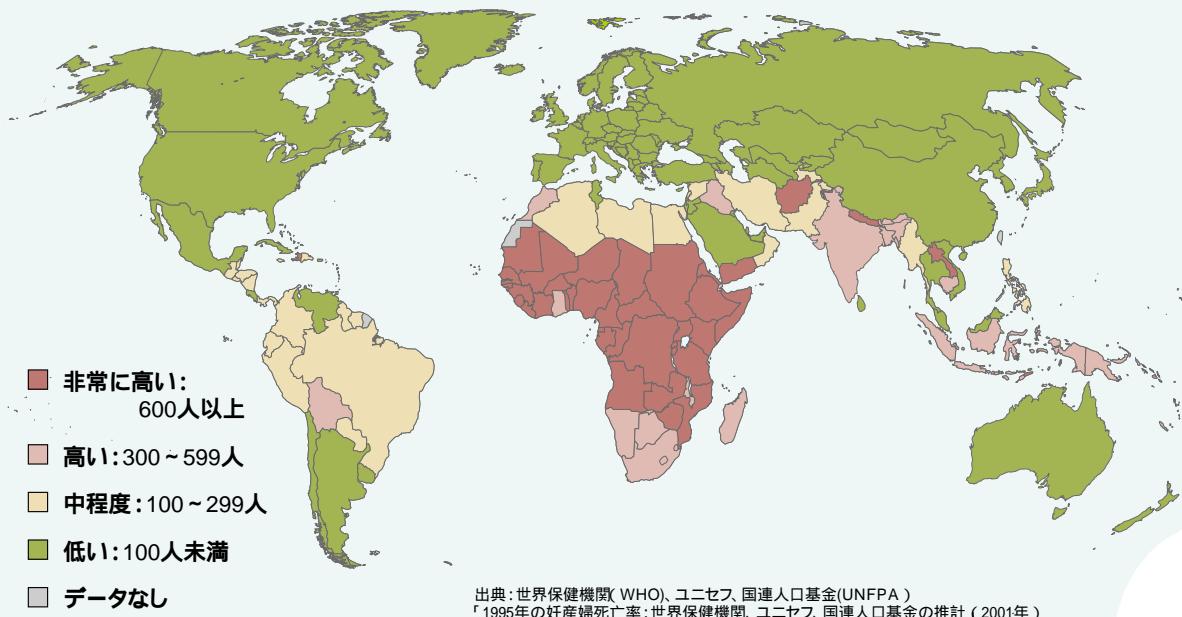


*出生10万人当たりの妊娠婦死亡数(1995年)

出典：世界保健機関(WHO)、ユニセフ、国連人口基金(UNFPA) 1995年の妊娠婦死亡率：世界保健機関、ユニセフ、国連人口基金の推計（2001年）

命がけの出産

出生児10万人当たりの母体死亡数



基本的助産ケア

基本的助産ケアは、妊産婦死亡を減らすための決定的な手段です。しかし助産の普及と活用に関しては、全国レベルのデータがない国もたくさんあります。

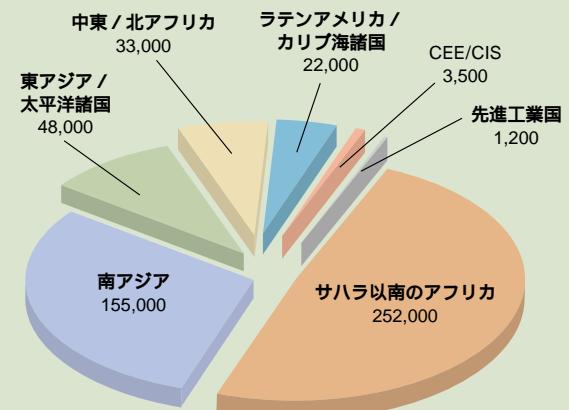
助産施設が母体の生命を救うサービスを提供しているかどうかは、帝王切開をあこなう割合で判断します。帝王切開は、出産時の主な合併症に対処する手法の一つです。ユニセフ、世界保健機関(WHO)、国連人口基金(UNFPA)は、母体と子どもの生命と健康を守るために、全分娩の少なくとも5%で帝王切開が必要になると推定しています。つまり帝王切開の割合が5%を切っていると、生命を脅かすような合併症が出て、必要なケアを受けられないことを意味します。反対に15%を超えているようなところでは、帝王切開が乱用されています。

満たされないニーズ: 帝王切開が5%を下回る地域

チャド	0.5	ギニア	2.0
マダガスカル	0.6	トーゴ	2.0
ニジェール	0.6	ベニン	2.2
エチオピア	0.7	セネガル	2.2
マリ	0.8	ウガンダ	2.6
ネパール	1.0	モザンビーク	2.7
ブルキナファソ	1.1	タンザニア	2.9
イエメン	1.4	ウズベキスタン	3.0
エリトリア	1.6	ベトナム	3.4
ハイチ	1.6	ナイジェリア	3.7
中央アフリカ	1.9	カメルーン	4.2
ザンビア	1.9	インドネシア	4.3

出典:人口保健調査(1993~2000年)

1年間に死亡する妊産婦51万5,000人の地域別内訳



出典:世界保健機関(WHO)、ユニセフ、国連人口基金(UNFPA)
「1995年の妊産婦死亡率:世界保健機関、ユニセフ、国連人口基金の推計(2001年)」

目標

年齢的に早すぎる、あるいは遅すぎる妊娠、間隔の狭い妊娠、多すぎる妊娠回数を防ぐための情報とサービスを、すべてのカップルが利用できるようにする。

出生率と家族計画



成果

この10年間、避妊法の普及率は世界全体で57%から67%に増加し、とくに後発開発途上国では2倍に増えました。その結果出生率は3.2から2.7に減少しています。

…しかし

サハラ以南のアフリカ地域で、避妊法を活用している女性は23%に過ぎず、この地域では出生率が最も高くなっています。

課題

短い間隔で多くの子どもを生む、あるいは若年や高齢での出産は、母子の病気や障害、栄養不良、また早産の原因になります。出生率を下げれば、女性の生活、子どもの生存率や栄養、健康、教育の状況を著しく改善させることができます。

1990年代初頭の開発途上国では、妊娠を望まない女性のうち1億2,000万人が家族計画をおこなっていませんでした。その結果、5回に1回は望まない妊娠となっていました。

出生率は いまだに高い

出生率が高い地域
多くはこの10年間に変化なし

	1990年	2000年	変化
ニジェール	8.1	8.0	0.1
イエメン	7.6	7.6	0.0
ソマリア	7.3	7.3	0.0
アンゴラ	7.2	7.2	0.0
ウガンダ	7.1	7.1	0.0
マリ	7.0	7.0	0.0
アフガニスタン	7.1	6.9	-0.2
ブルキナファソ	7.3	6.8	-0.5
ブルンジ	6.8	6.8	0.0
エチオピア	6.9	6.8	-0.1
リベリア	6.8	6.8	0.0
チャド	6.7	6.7	0.0
コンゴ民主共和国	6.7	6.7	0.0
マラウイ	7.3	6.5	-0.8
シエラレオネ	6.5	6.5	0.0
コンゴ	6.3	6.3	0.0
ギニア	6.6	6.1	-0.5
モザンビーク	6.5	6.1	-0.4
ギニアビサウ	6.0	6.0	0.0
モーリタニア	6.2	6.0	-0.2
ルワンダ	6.9	6.0	-0.9

出典：国連人口局「人口推計と予測(2000年改訂)」

若すぎる女性の出産

10代の女性が出産する子どもの数は、年間1,300万人にのぼります。しかし15～19歳の妊娠・出産は高いリスクが伴います。意図しない早産の危険性が大きく、妊娠中の死亡や分娩時の合併症も起こりやすくなります。さらに若いうちに母親になることで、本人がより良い教育や仕事、収入を得る機会が制限されます。また離婚や別離の可能性も高くなります。10代の母親から生まれた子どもは、低体重や深刻な長期障害、幼児期の死亡に直面する危険があります。また多くの国々では、10代の母親から生まれた子どもは、もっと年長の母親の子どもより栄養不良になりやすい傾向があります。

10代の出生率を、15～19歳の少女1,000人当たりの出生児数で計算すると、2000～2005年には世界全体で1,000人当たり50になると推計されます。全体の出生率では、サハラ以南のアフリカ地域が1,000人当たり127と最高で、続いてラテンアメリカとカリブ海諸国の71、また東アジアと太平洋諸国の18と続きます。東アジアと太平洋地域の出生率が高いのは、主に中国における10代前半の少女の出生率によるものです。

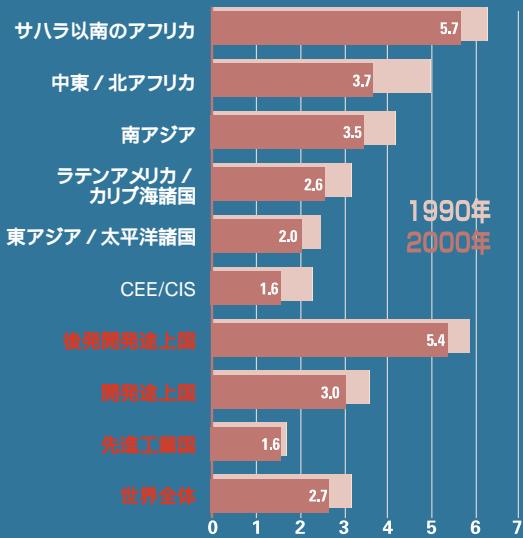
避妊法の普及率

避妊法を活用している15～49歳の既婚女性の割合



出生率の減少

女性1人当たりの平均出産回数



目標

すべての妊婦が出産前のケアを受け、出産時には訓練を受けた付き添い人がおり、リスクの高い妊娠や緊急事態時に適切な施設を利用できるようにする。

妊産婦ケア



成果

妊産婦の死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカ地域は例外ですが、出産前および出産時のケアには世界のすべての地域で大幅な改善が見られました。ただしすべての国の改善の度合いが等しいわけではありません。

…しかし

出産時ケアの普及率は、サハラ以南のアフリカ地域で37%、南アジアで29%です。基本的な助産の普及率になると、さらに低くなります。妊娠女性に対するケアのレベルが最も低い国々では、女性が出産前および出産時のケアをより利用できるようにするプログラムに力を入れる必要があります。

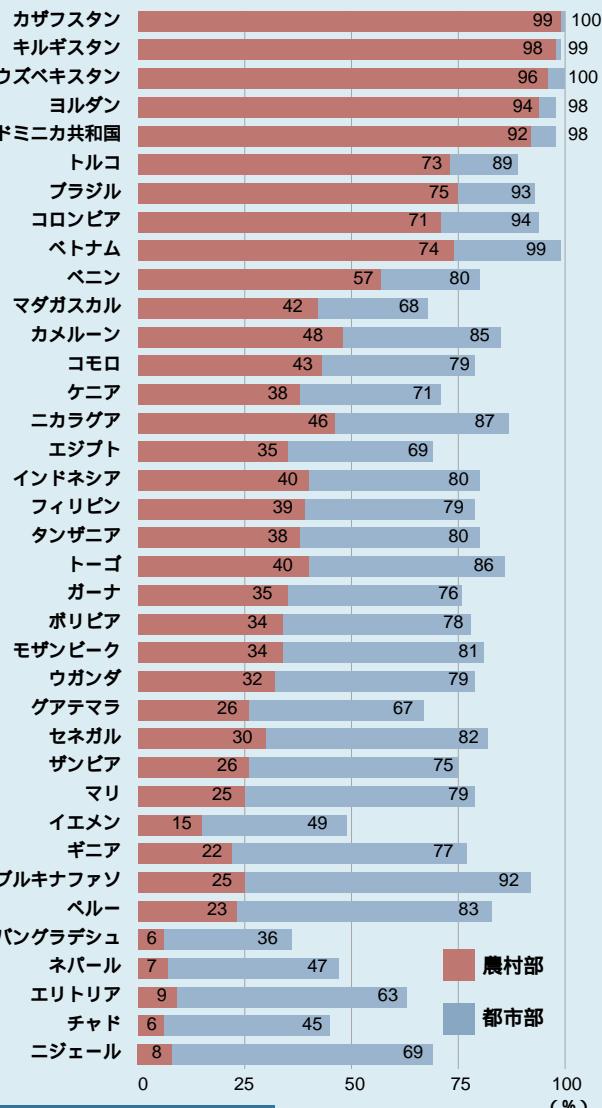
課題

妊娠中に医師や看護婦、助産婦と定期的な接触があれば、妊婦は破傷風の予防接種や栄養状態、衛生管理、休息に関するアドバイスを受けることができます。また、保健員が合併症の危険を早期に察知することができます。また母子間のHIV/エイズ感染予防、マラリアの予防と治療、微量栄養素を補給する栄養剤の配布も可能になります。

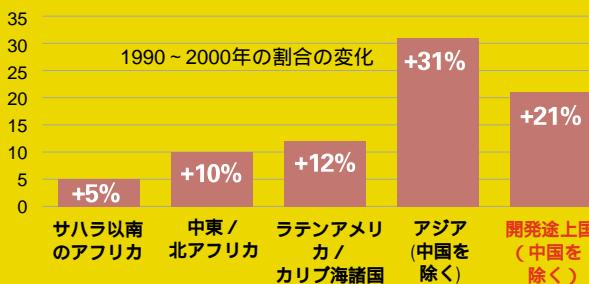
陣痛や出産は、正常な出産を安全にとりおこない、救急ケアを必要とする合併症の徵候を発見できる医師や助産婦、看護婦のもとでおこなわれるべきです。

出産時に専門技術を持つ付き添い人がいるかどうか
農村部 / 都市部の格差(1995 ~ 2000年)

都市部平均は農村部の2倍以上



出産前ケアの改善*(1990 ~ 2000年)



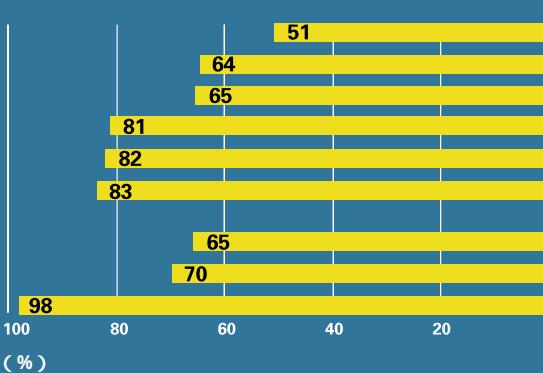
*傾向データのある開発途上国45か国を対象

出典: ユニセフ(2001年)

出典: 人口保健調査(1995 ~ 2000年)

出産前ケアの地域別普及率 ~ 南アジアの女性の半分しか出産前ケアを受けられない ~

15 ~ 49歳の女性が、妊娠中に最低1回は医師や看護婦、助産婦の診察を受ける割合



南アジア
サハラ以南のアフリカ
中東 / 北アフリカ
東アジア / 太平洋諸国 *
CEE/CIS
ラテンアメリカ / カリブ海諸国

開発途上国
世界全体
先進工業国

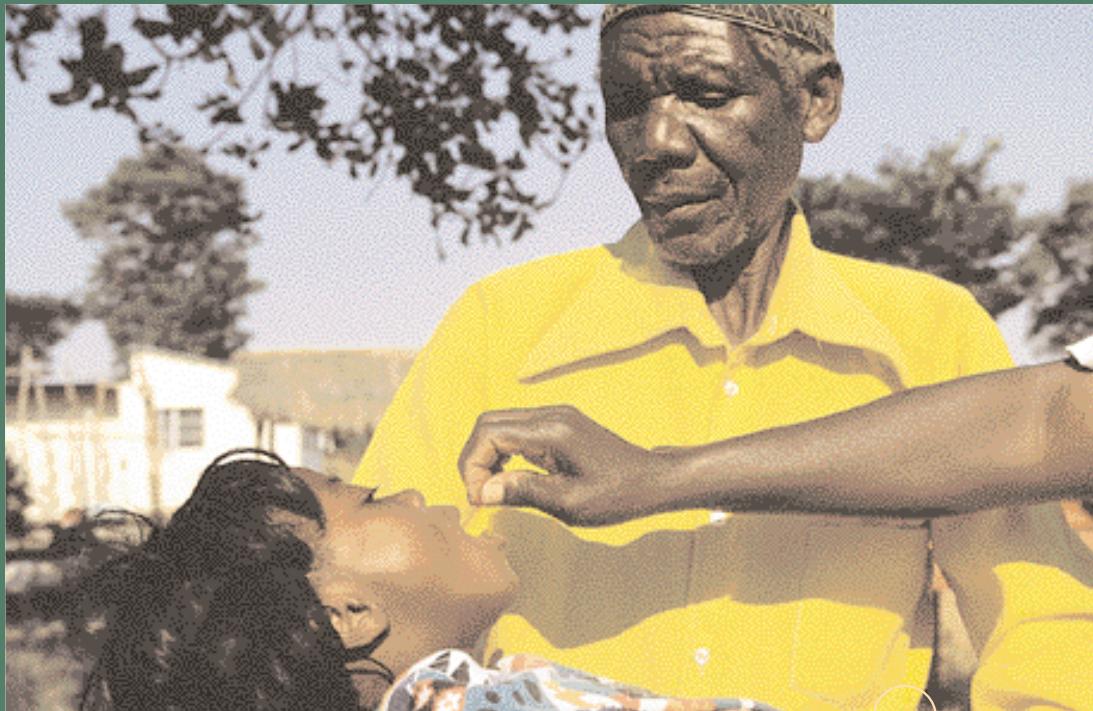
*東アジア / 太平洋諸国のデータに中国は含まれない。

出典: ユニセフ(2001年)

目標

ビタミンA欠乏症を撲滅する。

ビタミンA欠乏症



成果

40か国以上の国で、ほとんどの子どもが最低年1回はビタミンA補給を受けています。1990年代半ばには、子どもたちがビタミンAの補給を年1回受けられる国はほんのひと握りだったことを考えると、めざましい進歩です。ユニセフの推計では、ビタミンAの補給によって死をまぬがれた子どもの数は、1998～2000年でおよそ100万人になります。

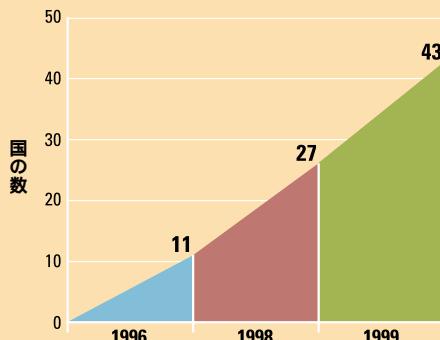
課題

ビタミンAが、極度に不足すると取り返しのつかない失明の恐れがあります。また、免疫システムの機能に不可欠な栄養素であるビタミンAが欠乏すれば、はしかやマラリア、下痢などのごく普通の病気で死に至る危険が25%も高くなります。しかし、5歳までの子どもに、高単位ビタミンAのカプセルを毎年2個飲ませるだけで、ビタミンA欠乏症を防ぐことができます。

5歳未満児の死亡率が出生1,000あたり70を超える国々では、ビタミンA欠乏が深刻な問題になっていると考えられます。

めざましい進歩

高いビタミンA補給率を達成した国が増えている*



*子どもの7割以上が最低1回はビタミンAの補給を受けられる国。
出典:ユネセフ(2001年)

全国予防接種デーの成功

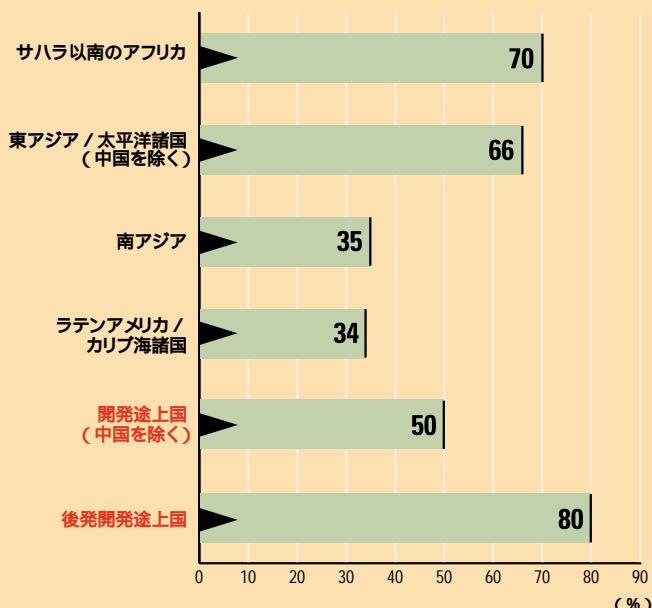
ビタミンAカプセルは、全国予防接種デーの際に広く配布されています。たとえばサハラ以南のアフリカ地域では、1999年に全国予防接種デーに合わせてビタミンA補給を実施した国が29か国ありました。ポリオの根絶とともに全国予防接種デーの活動も終了するため、今後は微少栄養素補給デー、ビタミンAデー、子ども健康デーといった活動を拡大する必要があり、すでに一部の国では成功をおさめています。

食事における強化

主食にビタミンAを添加している国もいくつかあります。食事による強化では、社会的に弱い立場にある子どもたち全員に行き届くわけではありませんが、補給プログラムを効率的、持続的に展開する基盤作りになっています。

ビタミンAの補給率(1999年)*

後発開発途上国でも80%を達成



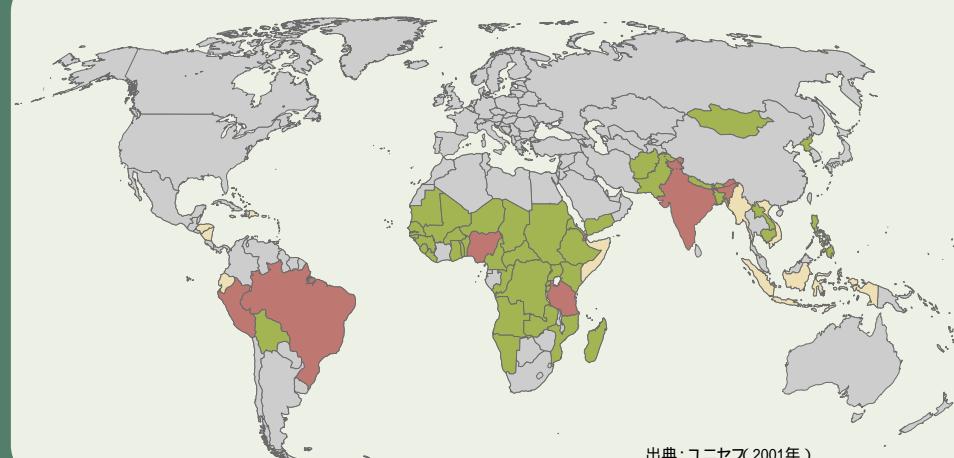
*中東 / 北アフリカ諸国、またCEE/CIS地域に関しては、入手できた各国データの対象が地域全体の出生数の半分に満たないため、平均を算出していない。

出典:ユネセフ(2001年)

ビタミンAの補給率: 40か国以上で高い補給率 が実現(1999年)

生後6～59か月の子どもが最も低い1回ビタミンA補給を受けられる割合。

- 70%以上
- 30～69%
- 30%未満
- データなし



出典:ユネセフ(2001年)

目標

ヨード欠乏症を事実上撲滅する。

ヨード欠乏症



成果

ヨード添加塩にはすばらしいサクセストーリーがあります。ヨード添加塩が普及したことと、毎年世界で9,100万人の新生児が、学習能力を失う危険から守られるようになりました。1990年当時、開発途上地域でヨード添加塩を使う世帯は20%に達していませんでした。ところが2000年までに、ヨード添加塩を使う世帯は70%に増えました。

…しかし

35か国では、ヨード添加塩を使っている世帯の割合が半分を切っています。

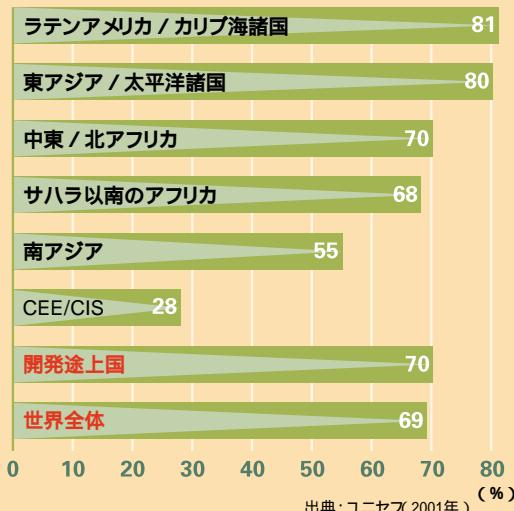
課題

ヨード欠乏が引き起こす知的障害は、予防が可能です。深刻なヨード欠乏はクレチン症を引き起こし、軽い欠乏でも学習能力が大きく損なわれます。その他にも甲状腺腫や、女性の場合は死産や流産の危険性が高くなります。

1990年代はじめ、世界の総人口の3分の1に当たる16億人がこうした危険にさらされていました。しかし、その解決策はとても簡単で安上がりなものでした。食塩にヨードを添加するだけでよかったです。

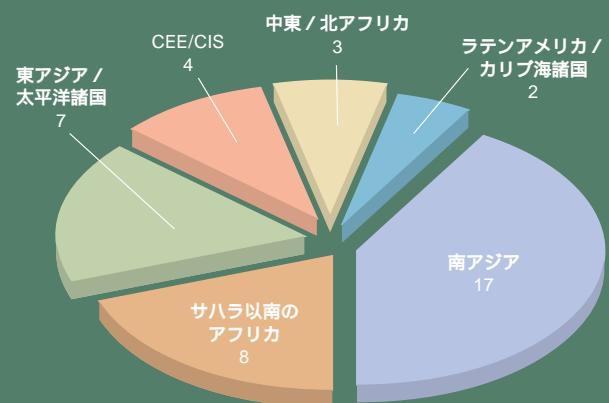
大幅な改善

ヨード添加塩を使用する世帯の割合（1997～2000年）



いまだ数百万人が危険にさらされている

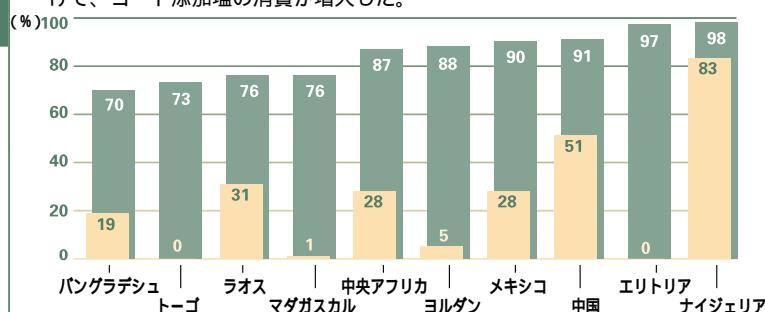
ヨード欠乏による学習障害の危険にさらされている新生児は4,100万人



ヨード添加塩の消費が拡大

最も貧しく、また人口の多い国々では、1990年代初頭から終わりにかけて、ヨード添加塩の消費が増大した。

出典：コニカミノルタ（2001年）

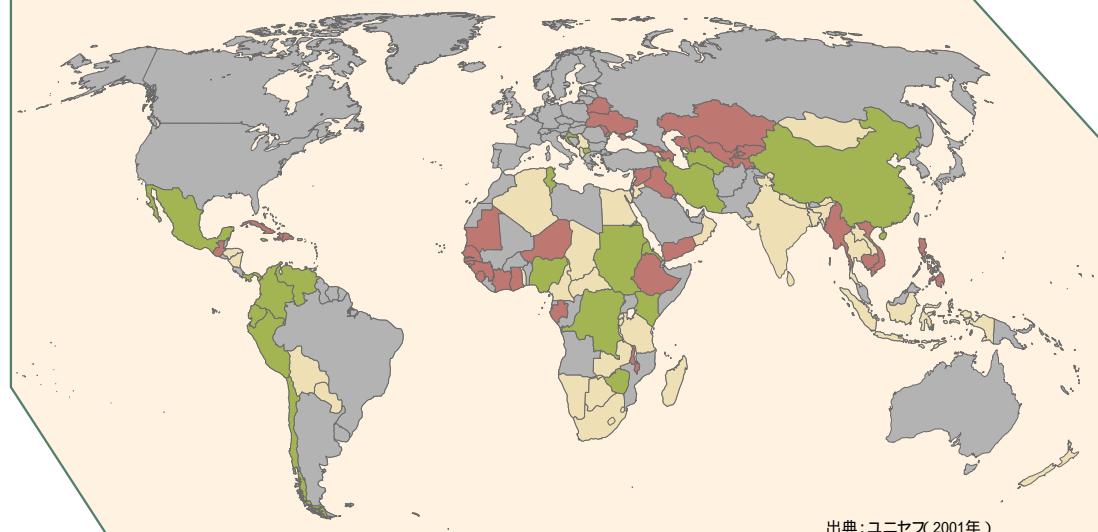


单位：100万人

56か国でヨード添加塩の消費が拡大

ヨード添加塩を使用する世帯の割合（1997～2000年）

■ 90%以上 ■ 50~89% ■ 50%未満 ■ 最近のデータなし



目標

子どもを産んだすべての女性が、生後4～6か月は母乳だけで子どもを育て、その後2歳までは補助食と母乳を併用できるようにする。

母乳育児



成果

この10年で完全母乳育児の割合は10%増加しました。また生後1～2年の母乳と補助食の併用に関する改善が見られます。

…しかし

生後4か月まで完全に母乳だけで育てられる赤ちゃんは、全体のおよそ半数に過ぎません。現在、生後6か月までは母乳だけで育てることが推奨されています。^{*}

課題

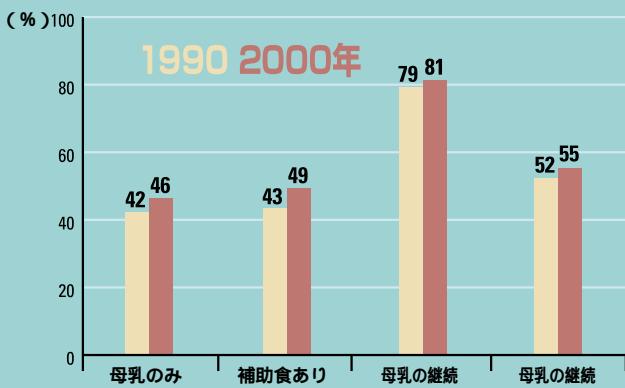
母乳には、赤ちゃんが生きていく上で必要な栄養素や抗体、ホルモン、酸化防止成分が含まれているため、生後6か月までは母乳だけで育てるのが理想的です。母乳は赤ちゃんを下痢性疾患や急性呼吸器感染症から守るだけでなく、免疫システムを活性化させて予防接種の効果を高めます。さらに最近の研究によると、認知力を育む上でも利点があるといわれています。

また、母乳育児は、母親自身の健康や情緒面にも好ましい影響を与えます。

*2001年5月の第54回世界保健総会で発表されたガイドライン。

母乳育児パターンの変化

完全母乳育児、母乳と補助食の混合栄養、一定年齢まで母乳で育てられる子どもの割合



データがある国のみ対象

最も望ましいのは

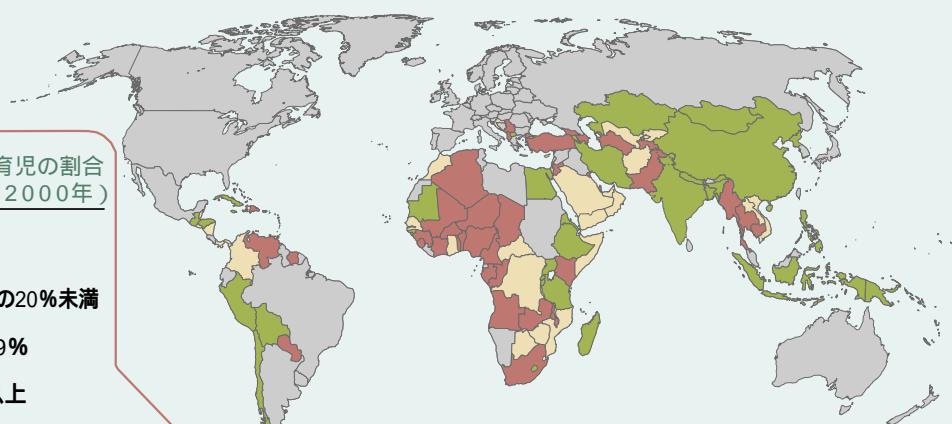
母乳育児の方法として理想的なのは、生まれてから6か月までは完全母乳育児（母乳のみでその他の食べ物や飲み物は与えない）をおこない、それ以降は補助食（固形または半固形の食べ物）と母乳を併用させ、2歳あるいはその先まで併用を続けることです。

国際規約

1981年、世界保健総会は「母乳代替品のマーケティングに関する国際規約」を採択しました。これは適切な乳幼児栄養に関する情報を提供し、母乳代替品、哺乳瓶、乳首の販売を規制することで、母乳育児を守り、促進することが目的です。この規約では、これらの製品を一般大衆に対して、また保健制度を通じて宣伝したり、販売促進をおこなうことを禁じています。またすべての政府は、この規約を国内法規に取り入れなくてはなりません。現在のところ、規約の全条項を法律に取り入れているのは24か国、部分的に取り入れているのは52か国です。

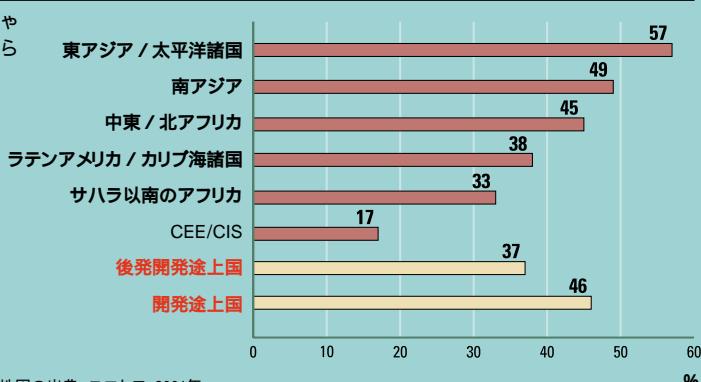
完全母乳育児の割合
(1995~2000年)

- 乳幼児の20%未満
- 20~39%
- 40%以上
- データなし



母乳だけで育つ乳幼児は半分以下

生後4か月未満の赤ちゃんが母乳だけを与える割合
(1995~2000年)



本項目のすべてのグラフと地図の出典:ユニセフ、2001年

目標

低出生体重児(2,500グラム未満)の割合を10%未満に減らす。

低出生体重



成果

開発途上国では、子どもの出生時に体重を測定しないことがほとんどです。しかし、入手できたデータによると、開発途上国100か国では、低出生体重児の割合が10%を切っています。

…しかし

世界全体で低出生体重で生まれる子どもは毎年1,800万人と推計されます。そのうち930万人は南アジアで、310万人はサハラ以南のアフリカ地域で生まれています。

課題

低出生体重児(体重が2,500グラムに満たない)は、生後早い時期に死亡する確率が高くなります。生き延びることができても、免疫システムが弱くなり、後年、糖尿病や心臓病を発病する危険性が高まります。栄養状態も悪いまままでいることが多い、IQが低く認知力が欠けていることから、学校での勉強がうまくいかず、学習障害になることもあります。

誕生時の体重は、母親の健康や栄養状態のみならず、子ども自身が生き延びて成長する可能性や、長期的な健康および心理社会的発達を知る手がかりになります。

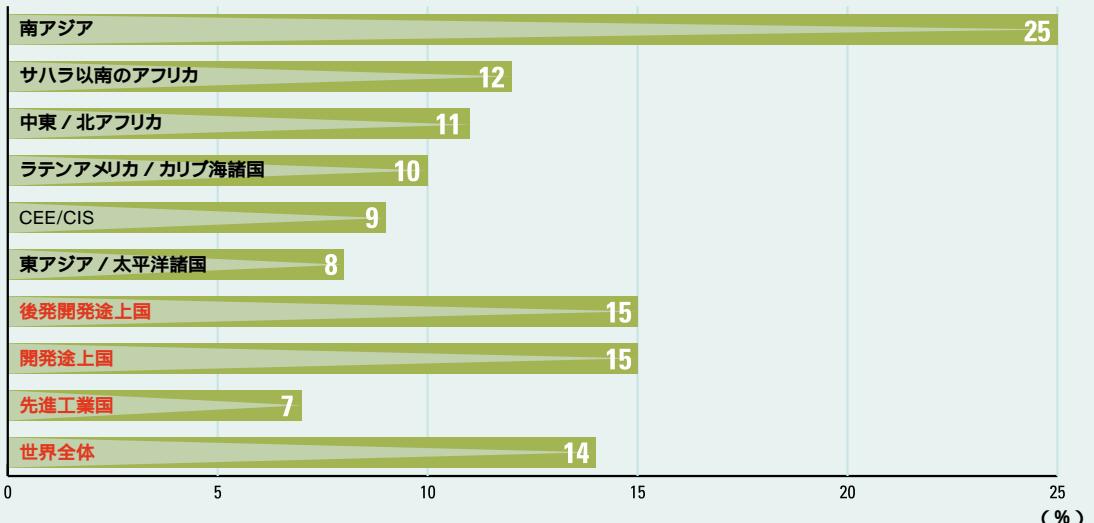
出生体重についてのデータが必要

開発途上国で生まれる子どもの多くは、誕生時に体重を測定されません。たとえばサハラ以南のアフリカ地域では、新生児の75%が出生体重を測定されていない、と推定されます。他の地域では、低出生体重児の割合は20%から82%まで幅があります。入手できる数値の多くは、その国全体をあらわしているとはいえず、往々にして実際値を下回る傾向があります。今後はデータの質を高める努力が必要です。

地域	あるいは出生体重が不明である割合
サハラ以南のアフリカ	73
中東／北アフリカ	82
南アジア	77
東アジア／太平洋諸国	40
ラテンアメリカ／カリブ海諸国	20
CEE/CIS	25
開発途上国	65
後発開発途上国	77

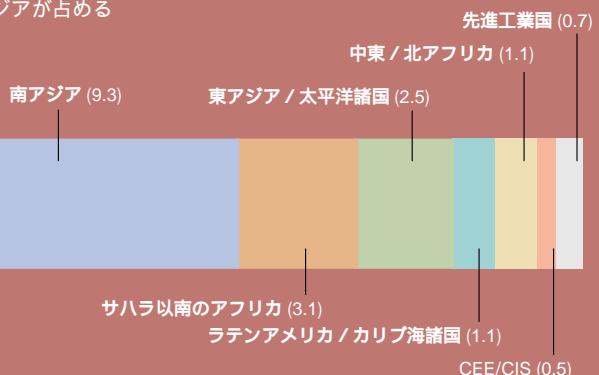
低出生体重児は南アジアが最も多い

出生時体重が2,500グラムを下回る子どもの割合



低出生体重児は1,800万人

その半分を南アジアが占める



单位:100万人

本項目すべてのグラフの出典: ユニセフ(2001年)

目標

ジフテリア、百日咳、破傷風、はしか、ポリオ、結核の予防接種、および出産可能年齢の女性への破傷風予防接種の普及率を高く維持すること。^{*}

予防接種



成果

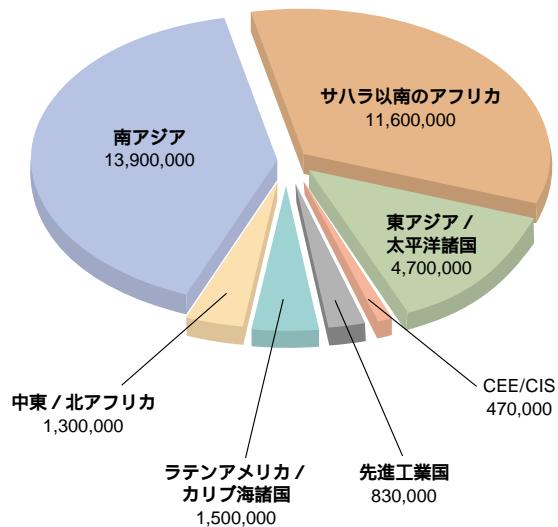
予防接種率は1980年代に極めて高いレベルに到達し、それが1990年代に入っても維持されてきました。開発途上国では、毎年250万人の子どもの生命が救われています。3種混合の世界全体での予防接種率は、1980年代以降70%以上を保っています。

…しかし

世界全体で見ると、まだ3分の1の子どもたちが定期的な予防接種を受けられないままです。サハラ以南のアフリカ地域では、予防接種を受けられる子どもは全体の半分に達していません。こうした格差をなくし、国全体の予防接種率を90%に高め、2005年までにすべての地域で少なくとも80%の予防接種率を達成するには、予防接種の普及にさらに取り組む必要があります。

^{*}2000年までに、1歳未満の乳児の少なくとも90%の接種を目指す。

3種混合の3回目の予防接種を受けられない子どもが
まだ3,400万人いる**



**3種混合とは、ジフテリア、百日咳、破傷風の混合ワクチン。3種混合の3回目の接種を受けられる子どもの割合は、その国が定期的に予防接種を実施しているかどうかを知る目安になります。

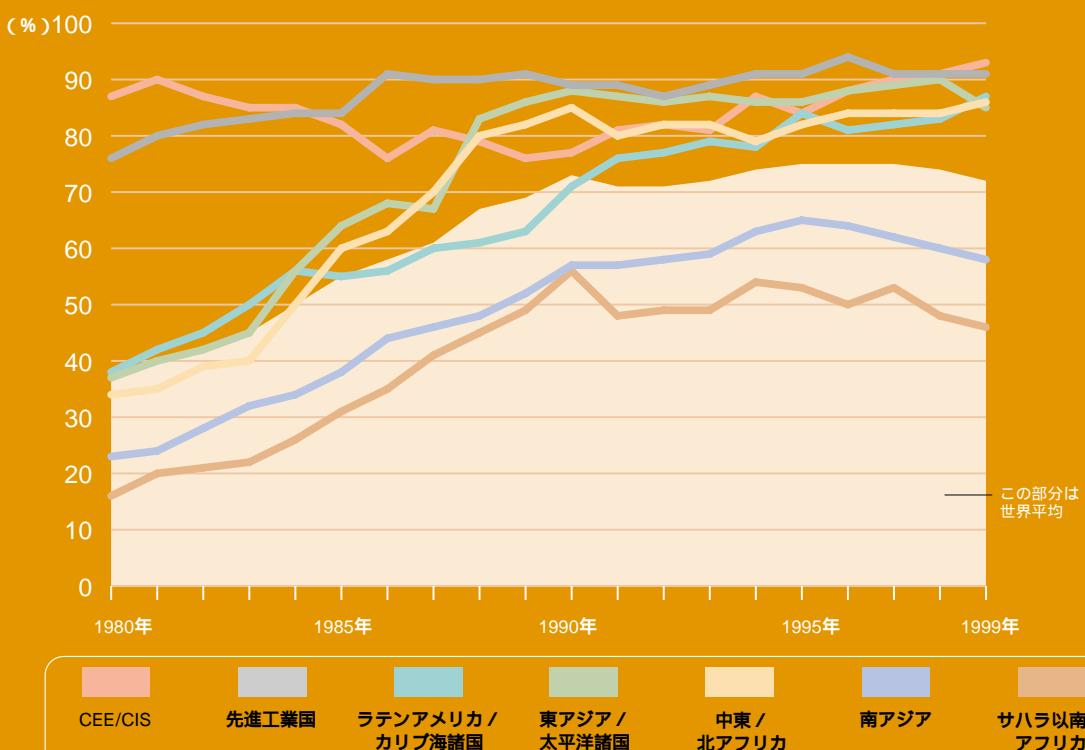
本項目のすべての図表、グラフの出典：
世界保健機関(WHO) / ユニセフ(2001年)

ワクチンと予防接種のための世界的同盟

ワクチンと予防接種のための世界的同盟(GAVI)は、定期的な予防接種率を高め、新しいワクチンやまだ十分に使われていないワクチンの普及に努めています。1999年に創設されたGAVIは、PATHビル&メリンダ・ゲイツ子どもワクチンプログラム、ロックフェラー財団、世界銀行、世界保健機関(WHO)、ユニセフ、先進工業国、開発途上国、ワクチン業界などと協力しながら活動しています。

世界全体の予防接種普及率は72%(1999年)

3種混合予防接種の地域別接種率(1980 ~ 1999年)



3種混合予防接種を3回受ける子どもの割合 (1990年)と1999年の比較

サハラ以南のアフリカ	中東／北アフリカ	ラテンアメリカ / カリブ海諸国	エストニア(86)***	95	
スワジランド(89)	99	イラン(91)	99	ラトビア(87)**	95
セイシェル(99)	99	オマーン(98)	99	ロシア(73)**	95
エリトリア(-)	93	バーレーン(94)	97	旧ユーゴスラビア・マケドニア(90)***	95
ボツワナ(91)	90	ヨルダン(92)	97	ユゴスラビア(84)	95
ガンビア(92)	88	サウジアラビア(95)	96	クロアチア(83)**	93
レソト(76)	85	チュニジア(93)	96	リトアニア(86)**	93
モーリシャス(85)	85	エジプト(87)	94	地域平均(77)	93
ルワンダ(84)	85	クウェート(71)	94	スロベニア(95)	92
マラウイ(87)	84	レバノン(82)	94	アルメニア(85)**	91
サンビア(91)	84	リビア(84)	94	ボスニア・ヘルツェゴビナ(58)**	90
シンパブエ(88)	81	シリア(90)	94	グレジア(91)	90
ベニン(74)	79	アラブ首長国連邦(85)	94	タジキスタン(86)	81
ケニヤ(84)	79	カタール(82)	92	トルコ(84)	79
南アフリカ(72)	76	モロッコ(81)	91	トリニダードトバコ(89)	90
タンザニア(78)	76	パレスチナ暫定自治区(-)	89	先進工業国	
ブルンジ(85)	74	地域平均(85)	86	デンマーク(95)	99
ガーナ(58)	72	アルジェリア(82)	83	フィンランド(90)	99
ナミビア(53)	72	イラク(83)	76	アイスランド(99)	99
コートジボアール(54)	62	イエメン(84)	72	モナコ(99)	99
モザンビーク(46)	61	スーダン(62)	50	地域平均(71)	87
セネガル(51)	60	ジブチ(85)	23	スウェーデン(99)	99
マダガスカル(46)	55			フランス(95)	98
ウガンダ(45)	55	東アジア / 太平洋諸国		ルクセンブルク(90)	98
マリ(42)	52	タイ(92)	97	カナダ(88)	97
カメレーン(48)	48	モンゴル(84)	94	オランダ(97)	97
ギニア(17)	46	シンガポール(85)	94	ポルトガル(89)	97
シエラレオネ(85)	46	マレーシア(89)	93	ベルギー(93)	96
地域平均(55)	46	ベトナム(85)	93	イスラエル(93)	96
ブルキナファソ(66)	42	ブルネイ(93)	92	米国(90)	96
トーゴ(77)	41	中国(97)	90	イタリア(83)	95
赤道ギニア(77)	40	フィジー(97)	86	ノルウェー(86)	95
モーリタニア(33)	40	地域平均(88)	85	スペイン(93)	94
ギニアビサウ(61)	38	ミャンマー(88)	83	ドミニカ共和国(69)	73
ガボン(78)	37	フィリピン(88)	79	イスイス(90)	94
中央アフリカ(82)	33	韓国(74)	74	英国(85)	93
リベリア(-)	33	インドネシア(61)	72	マルタ(63)	92
コンゴ(79)	29	ラオス(18)	56	地域平均(89)	91
ニジェール(22)	28	パプアニューギニア(67)	56	アンドラ(-)	90
ナイジェリア(56)	26	カンボジア(38)	49	オーストリア(90)	90
コンゴ共和国(35)	25	朝鮮民主主義人民共和国(-)	37	オーストラリア(95)	88
アンゴラ(24)	22			ギリシャ(54)	88
チャド(20)	22	南アジア		ニュージーランド(90)	88
エチオピア(49)	21	スリランカ(86)	99	アイerland(65)	86
ソマリア(19)	18	モルディブ(95)	92	トイツ(80)	85
		ブータン(96)	88	日本(90)	71
		ネパール(43)	76		
		バングラデシュ(69)	72		
		地域平均(57)	58		
		インド(70)	55		
		パキスタン(54)	56		
		アフガニスタン(25)	35		

このページのデータは、ユニセフと世界保健機関(WHO)が各国機関に問い合わせ、過去20年間の国内予防接種率を詳しく調べた結果を計算したもので、1980～1999年の予防接種率を知る最も正確な推計です。

<補足>

3種混合のデータはユニセフと世界保健機関(WHO)の共同推計であり、一部の国に関しては国が発表している数値と違いがあります。

** 1992年のデータ

*** 1993年のデータ

**** 1994年のデータ

目標

はしか撲滅に向けた重要なステップとして、1995年までの接種率と比較してはしかによる死亡を95%、はしかの症例数を90%減らす。

はしか



成果

報告されたはしかの年間症例数は、1990年から1999年までに40%近く減少しました。はしかワクチンの一回接種がおこなわれる割合も、この10年間、約70%前後と安定しています。

…しかし

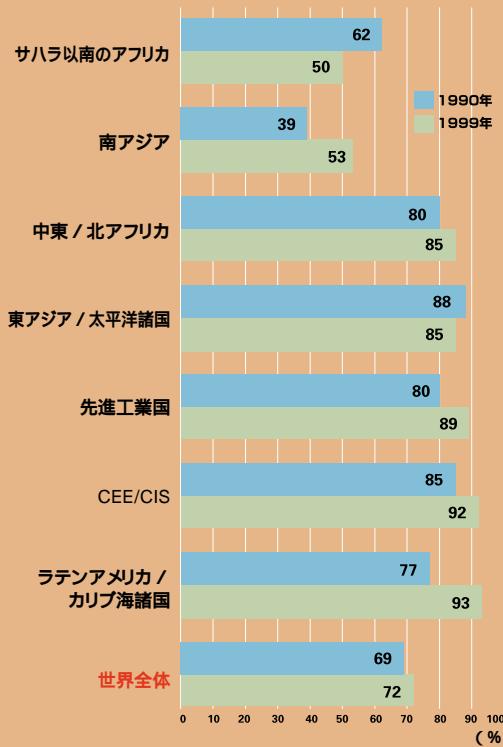
サハラ以南のアフリカや南アジアといった地域では、最低一回のワクチン接種も十分におこなわれていないため、いまだに、はしかが子どもの主要な死因のひとつとなっています。1999年の時点で、ワクチン接種率が50%を切る国がまだ14か国あります。はしかによる死亡数を2005年までに半分に減らすという新しい目標に取り組むためには、さらに努力を重ねる必要があります。

課題

はしかは主に5歳未満の子どもがかかり、場合によっては死に至る病気ですが、ワクチンで予防が可能です。はしかにかかると、死をまぬがれても、視力や聴力を失ったり、栄養不良や肺炎を引き起こします。はしかは伝染しやすいため、病気を防ぐにはワクチン接種率を最低でも90%に維持する必要があります。

世界の全域(2地域を除く)で接種率は上昇

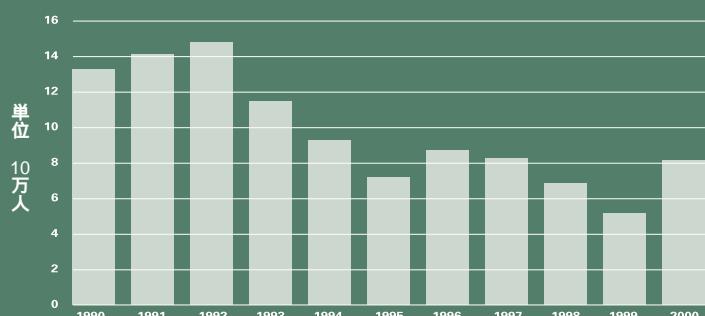
はしか予防接種率の地域別変化 (1990年、1999年)



出典:世界保険機関(WHO)/ ユニセフ(2001年)

発症数は減少している

世界全体で報告されたはしかの症例数*は、1990～2000年に40%近く減少

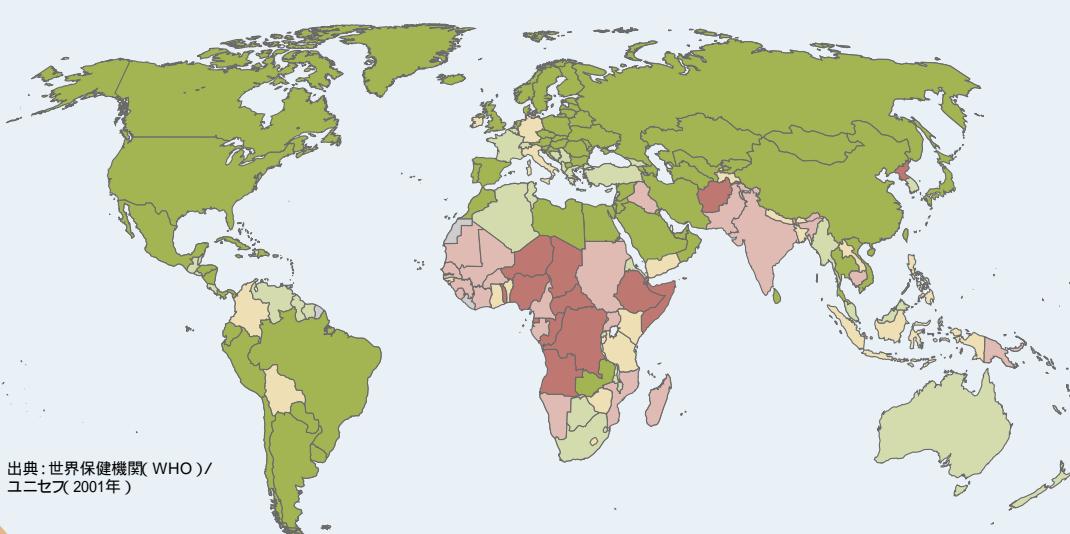


*正式に報告される症例数は、実際の発見件数よりも少ないものです。しかし、報告数の減少は、実際の症例数の減少を反映しています。2000年に増加したのは、報告システムが改善されたこと、はしかの大流行があったことが原因です。

出典:世界保健機関(WHO) 2001年)

はしかの予防接種普及率(1999年)

はしかの予防接種を受けた子どもの割合



出典:世界保健機関(WHO)/ ユニセフ(2001年)

■ 90%以上 ■ 80～89% ■ 70～79% ■ 50～69% ■ 50%未満 □ データなし

目標

1995年までに新生児破傷風を根絶する。*

新生児破傷風



成果

2000年までに、開発途上国161か国中104か国で新生児破傷風をなくすことができました。そのほかに22か国でほぼ根絶に近い状態にあります。破傷風トキソイドによる予防や清潔な分娩方法が広がり、新生児破傷風による死亡は、1990年代に47万人から21万5,000人と半減しました。

…しかし

57の開発途上国では、いまも妊産婦・新生児破傷風が公衆衛生上の課題になっています。リスクの高い地域で、出産適齢にあるすべての女性に破傷風トキソイドワクチンを3回接種することで、女性と子どもを守ることができます。この方法は、2005年までに妊産婦・新生児破傷風を完全になくすという目標を達成するカギになります。

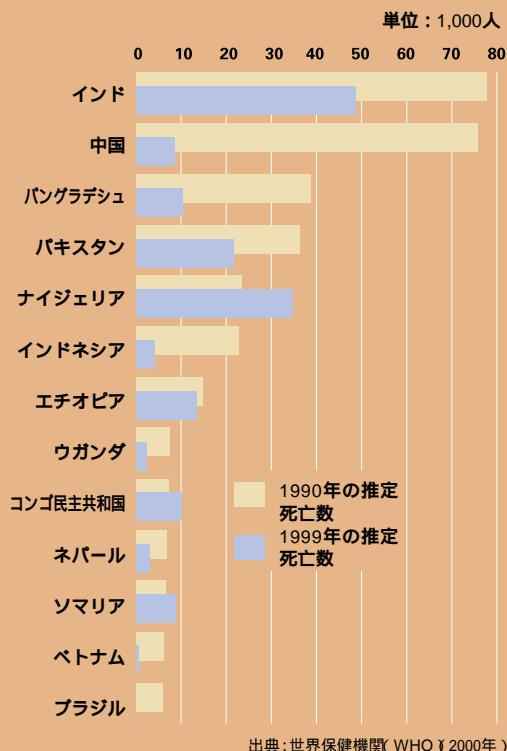
課題

新生児破傷風は、不衛生な環境での分娩時に、臍帯が破傷風菌に触れるために起こり、しばしば死に至ります。しかし新生児破傷風は予防できる病気です。妊娠中の女性も破傷風菌に感染しやすく、新生児破傷風は限られた基本的な保健サービスしか受けられない衛生状態の悪い国々で多く見られます。

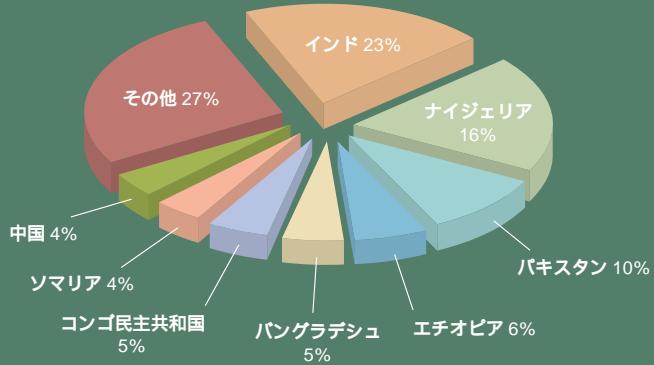
*新生児破傷風の発生が、すべての国のすべての地域で、1,000出生中1を下回ることを指す。

死亡率の高かった国で改善が著しい

新生児破傷風による死亡数が高かった国（1990年）の変化



開発途上地域における新生児破傷風による死亡の73%が8か国で起こっている



出典：世界保健機関（WHO）（2000年）

新生児破傷風を排除する努力（1999～2000年）

100万人以上の子どもが救われている

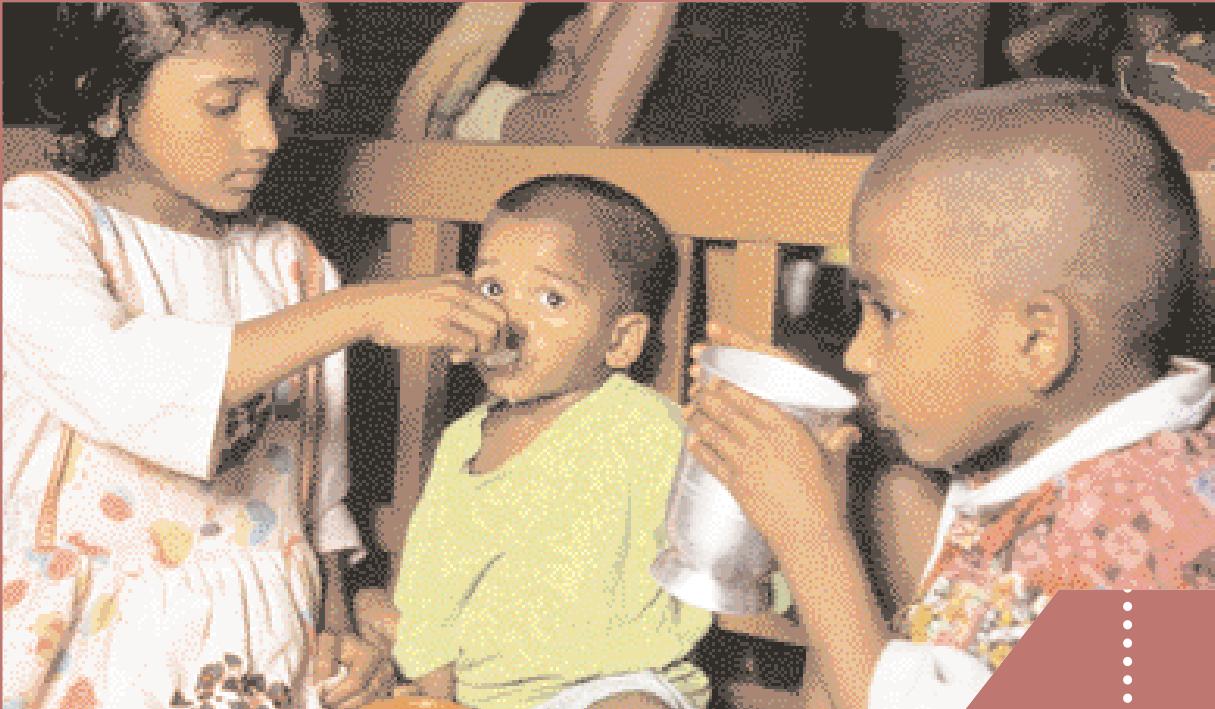
出典：世界保健機関（WHO）/ユニセフ（2001年）

- 根絶されていない
- 過去10年根絶状態が続いている
- 1990以前に根絶されていた／公衆衛生上の問題がなかった
- データなし

目標

5歳未満児の下痢性疾患による死亡を50%減らし、下痢性疾患の発症率を25%削減する。

下痢性疾患



成果

1990年代はじめ、下痢性疾患は5歳未満児の最大の死因と考えられていました。しかし2000年までに、下痢関連の死亡を半分に減らす目標は達成されました。毎年100万人以上の子どもたちが死をまぬがれいると推定されます。この成功の背景には、経口補水療法の促進と活用があります。

…しかし

大幅に減少したとはいえ、まだ下痢性疾患による死亡数は多いのが現状です。今後も引き続き削減していくには、家族に正しい知識を伝え、下痢に対する効果的な治療を家庭でおこない、子どもにさらなる治療が必要なときは、適切な保健サービスが受けられるようになります。清潔な水が手に入ること、衛生施設を改善することも、下痢性疾患の削減に役立ちます。

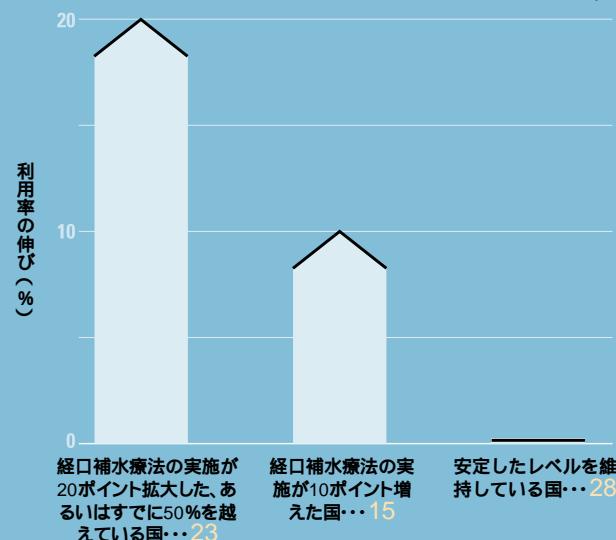
課題

下痢性疾患による死亡のほとんどは、身体から大量の水分と塩分が失われる脱水症状が原因です。経口補水療法をおこなえば、多くの生命を救うことができます。

世界的な改善

1990～2000年に、多くの国で経口補水療法が普及し、活用されるようになった。

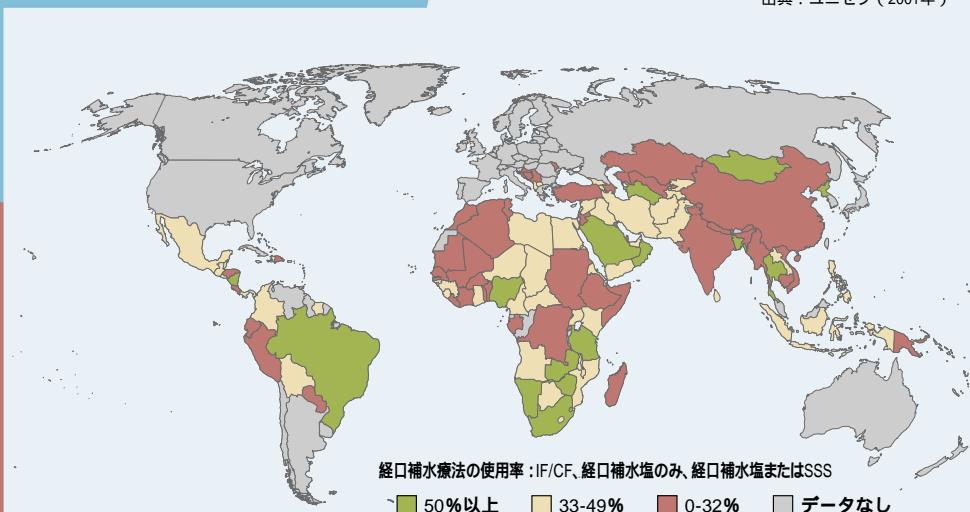
出典：ユニセフ（2001年）



下痢性疾患の治療の普及

下痢性疾患にかかり、経口補水療法*を受けた子どもの割合（1990～2000年）**

出典：ユニセフ（2001年）



* 各国の経口補水療法の使用率は、3つの指標であるIF/CF、経口補水塩のみ、経口補水塩またはSSSの最も高いパーセンテージで示しました。

**調査前の2週間に経口補水療法を受けた子どもが対象。

経口補水療法：定義の変化

経口補水療法は、下痢性疾患を抑制する各種プログラムの基本です。しかしどのような経口補水療法を使用すべきかについては、下痢性疾患の家庭での対処についての科学知識の進歩、また実行可能な治療法についての検討に基づき、その後も変更が加えられています。経口補水療法の定義も、国と時期によってさまざまなものが採択されてきました。現在、世界保健機関（WHO）とユニセフが推奨している経口補水療法の定義は「水分補給と持続的な栄養補給」(IF/CF)ですが、一部の国では、経口補水塩（ORS）や砂糖／塩／清潔な水を使用した自家製の経口補水溶液（SSS）など、過去の定義に基づいたものを使用している場合が多くあります。すべての国が現在推奨されている経口補水療法を採用するまでは、正確に利用率を比較することは困難です。

目標

2000年までに世界からポリオをなくす。

ポリオ根絶



成果

ポリオの発症は1988年にポリオ根絶運動が始まってから99%減少しています。当初、ポリオの発症数は35万例でしたが、2000年は3,500例以下にまでなりました。南北アメリカ、ヨーロッパ、CIS諸国、東南アジア、中国、そして南北アフリカなどを含む世界の大部分が、ポリオから解放されています。ポリオの予防接種率も高く、2000年の全国予防接種データだけでも5億5,000万人以上の子どもが予防接種を受けました。ポリオ監視の状況も大幅に改善されています。

…しかし

ポリオはいまだに20か国で蔓延しています。そのほとんどは貧しく、人口が密集しているところです。その上、内戦で混乱が続く国もあり、子どもたちへの予防接種が困難です。

課題

感染力の強いポリオは、何百万人という子どもたちの手足の自由を奪ってきました。ポリオウィルスは静かに、そして急速に広がっていくので、麻痺が起こるまで病気の進行に気がつきません。ポリオはかかると治療法がありませんが、予防接種で防ぐことができます。

ポリオ根絶には、新しい発症を抑えることと、その原因となるポリオウィルスを地球上からなくすことが重要です。最低3年間、野生株ポリオウィルスによる新たな発症例が報告されなかった地域は、ポリオ根絶と認定されます。

ポリオの発症数は1988年から2000年までに99%減少した

ポリオ発症数の推計

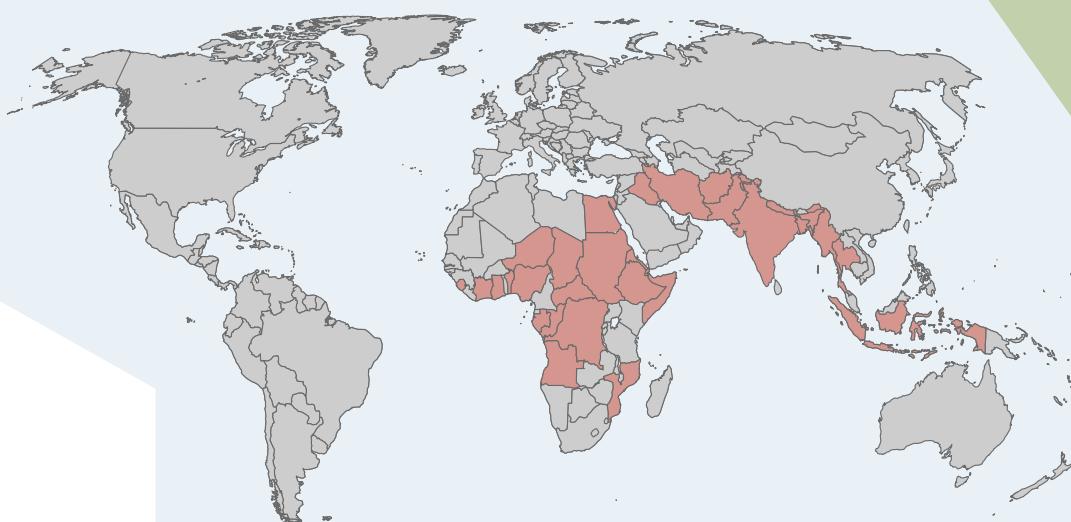


優先10か国でポリオの監視状況が向上(1999年と2000年)

地域	国	ポリオ症例報告数		非ポリオAFP* (15歳未満児10万人当たり) 発見率 目標: 最低1例
		1999	2000	
南アジア	インド	2,817	265	2.0
	パキスタン	558	199	1.5
	バングラデシュ	393	198	1.9
	アフガニスタン	150	120	1.1
アフリカ	ナイジェリア	981	637	0.7
	コンゴ民主共和国	45	513	2.3
	エチオピア	131	144	0.7
	アンゴラ	1,103	119	1.6
	ソマリア	19	96	2.2
	スーダン	60	79	1.4

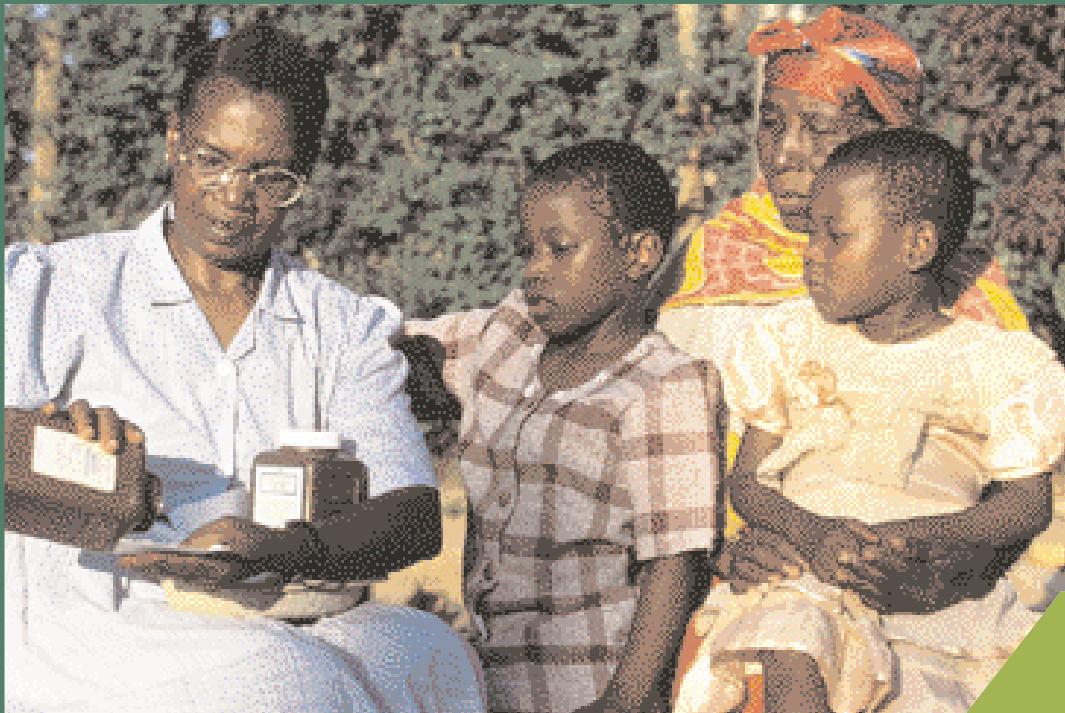
*非ポリオ急性弛緩性麻痺(AFP)発見率は、ポリオ監視の正確さを知る指標です。非ポリオAFP の一定人口当たりの通常発生数から考えると、効果的な監視システムでは、15歳未満の子ども10万人当たり少なくとも1例は発見できなくてはなりません。そのため報告ポリオ症例の増加が、主として監視システムの質の向上によるもので、ポリオ症例の実際数の増加を反映していない国もあります。

ポリオ: 根絶に向けて(2000年)



■ ポリオ発症が報告された国(そのすべてで流行しているわけではない)
□ ポリオ発症の報告がない国

HIV/エイズ



かつてない挑戦

HIV/エイズは、この10年間に子どもの健康と成長を脅かす問題として注目を集めています。サハラ以南のアフリカ地域ではとくに深刻で、世界全体の感染者の70%近く、またエイズで孤児になった子どもの90%がこの地域に集中しています。またエイズは、アジアの一部地域や東ヨーロッパ、カリブ海地域にも広がりつつあり、各地に死と苦しみ、そして喪失をもたらしています。

推計では、2000年までに感染者は世界全体で3,610万人に達しており、10年前に予測された最悪のレベルを50%も上回っています。感染者のうち1,640万人は女性で、140万人は15歳未満の子どもです。

感染が最も深刻な地域では、5歳未満児死亡率が2010年までに100%以上高まると予想されています。2000年に新たに感染した500万人以上のうち、半分を15～24歳の若年者が占めており、とくに10代の少女や若い女性の感染が多くなっています。

若者たちはHIV/エイズに関する知識が乏しく、多くは自分の身を守る方法を知りません。

妊婦の感染者は180万人、そのうち150万人がサハラ以南のアフリカ地域



悲しいデータの数々

感染者は3,610万人

死者者は2,200万人

孤児になった子どもは1,040万人

2000年だけで新しい感染者は
530万人

新しい感染者の50%以上は15～
24歳の若年者

エイズで孤児になる子どもたち

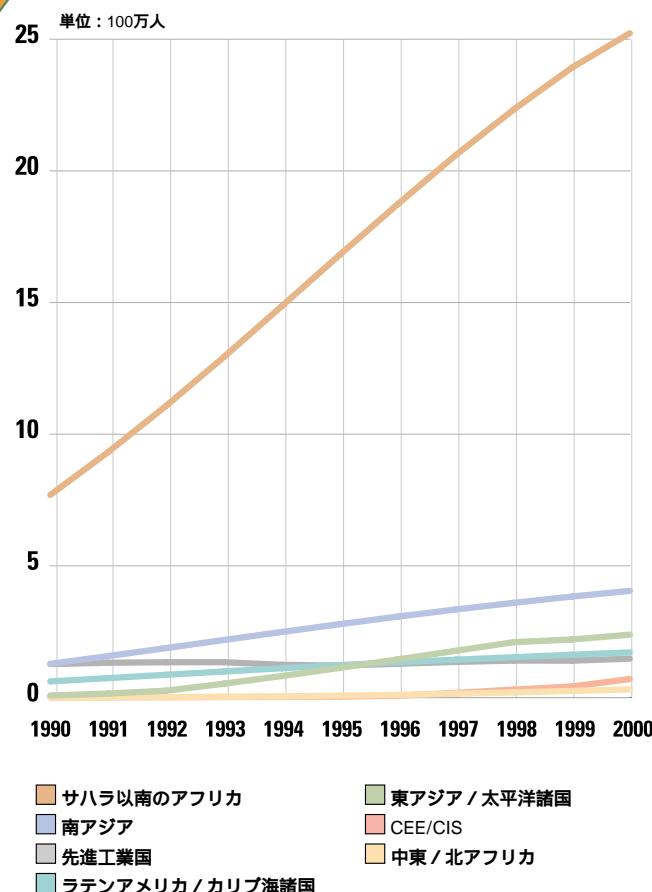
母親もしくは両親をなくした15歳未満の子どものうち、大部分を占めているのがエイズ孤児です。現在、エイズが原因で孤児になった子どもは約1,040万人もあり、2010年までにこの数は2倍になると予想されます。

この悲劇がもたらす人的、社会的影響は甚大です。孤児たちは学校で学び、医療を受け、成長と発達を遂げ、栄養と住まいを与えられる機会を奪われ、不安定な将来に直面することになります。また虐待や搾取にあう危険性も高くなります。

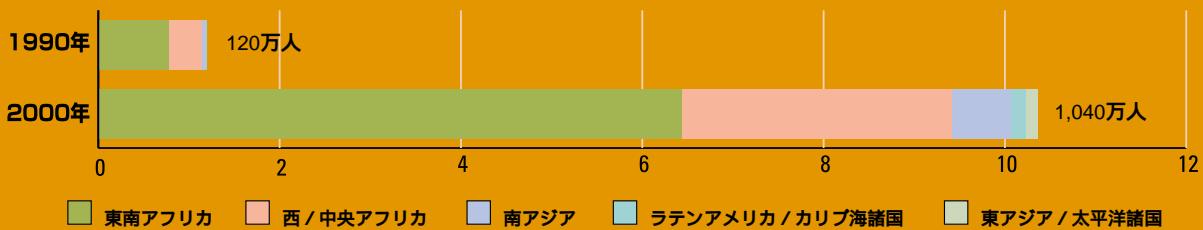
子どもたちや家族、地域社会、政府が直面するこの最大の課題に取り組み、孤児が他の子どもと同様の権利を享受できるようにするために、大規模な長期的戦略を実施し、孤児をケアする人びとにより多くの財源などが割り当てられるようにする必要があります。

HIV/エイズの重荷

HIV/エイズに感染している人の数
(1999 ~ 2000年)

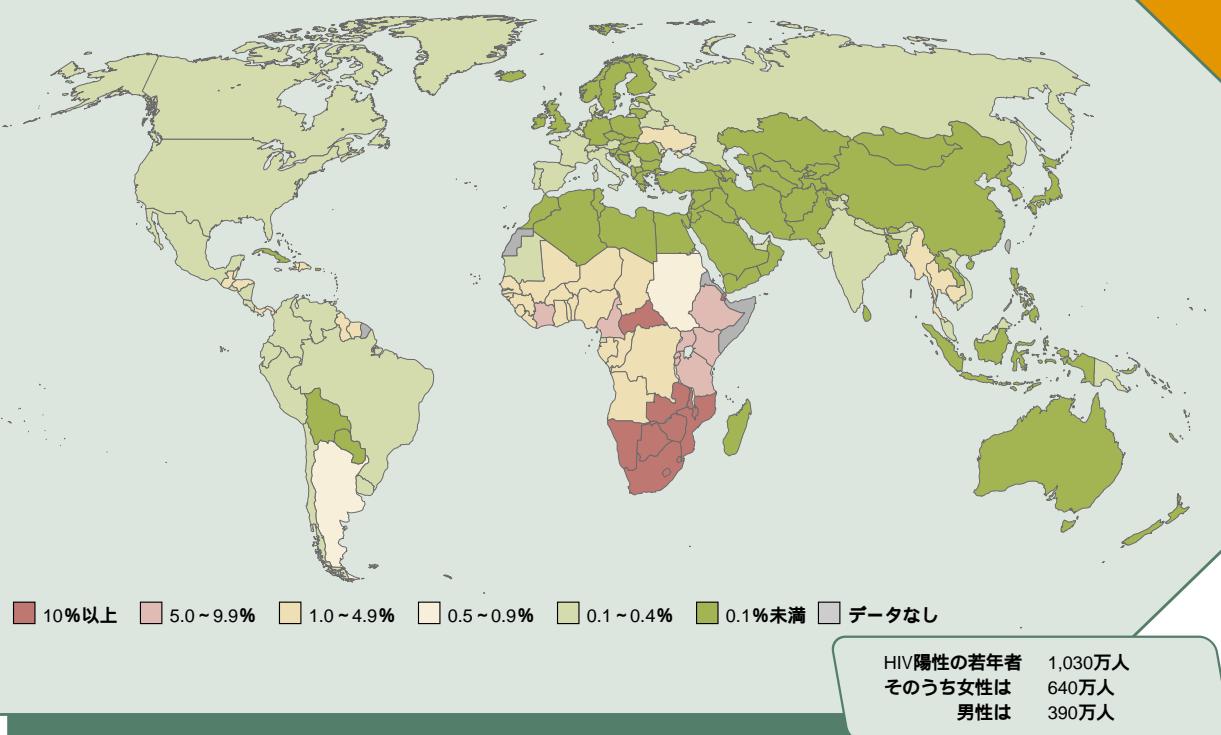


エイズで母親または両親を失った15歳未満児の数(1990~2000年)



15～24歳の若年者の感染率

HIV/エイズに感染した若年者の割合



国連HIV/エイズに関する特別総会での宣言(2001年6月)

2005年までに：

15歳から24歳の若年者のHIVウィルス感染を、最も蔓延している国で25%減らす。

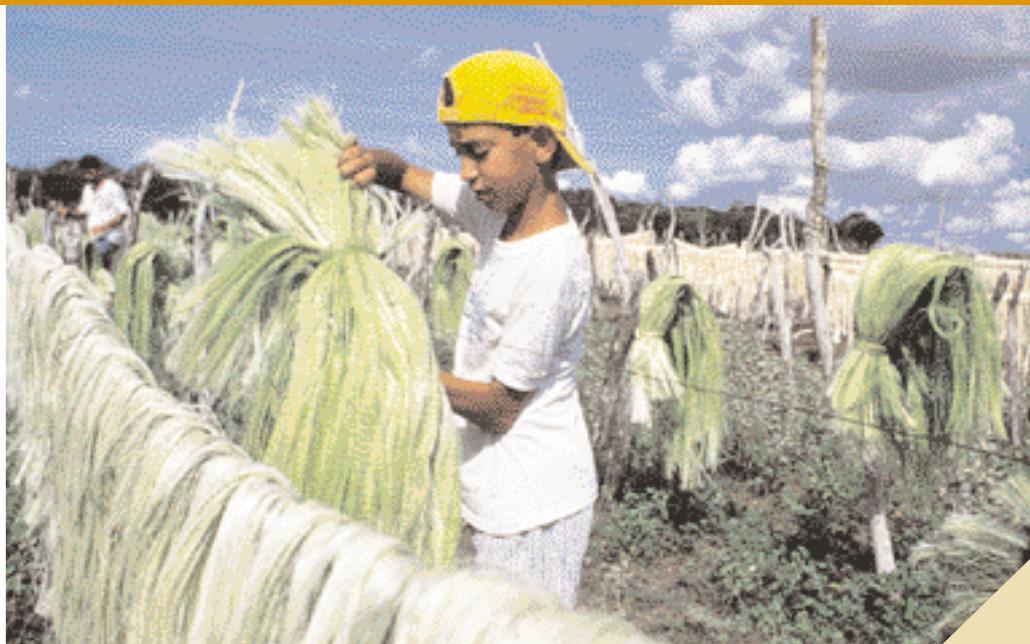
15歳から24歳の若年者の少なくとも90%が、HIVウィルスに感染しないために必要な生活技術を身につけるため、必要な情報や教育、サービスを受けられるようにする。

妊婦への情報提供、カウンセリング、検査、治療サービスを充実させ、母子感染を防ぐことで、HIVウィルスに感染する乳幼児の割合を20%減らす。

HIV/エイズに感染した孤児や子どもへの支援を充実させ、他の子どもと同等の教育や保健サービスが受けられるよう国の政策や戦略を策定する。

本項目のすべての表、グラフの
出典：国連エイズ合同計画
(UNAIDS)/ ユニセフ(2001年)

児童労働



子どもを有害な労働から守る

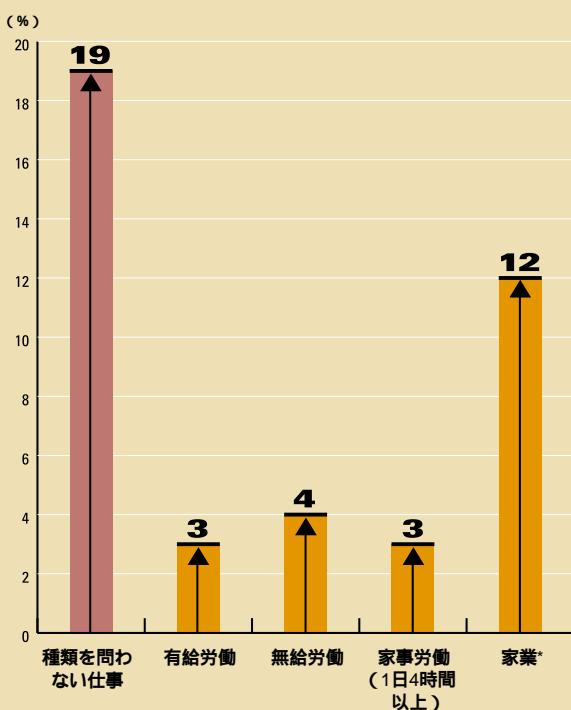
家族を手助けするため、安全で搾取されない形で働いている子どもは大勢います。しかし、労働により、子ども時代の楽しみをすべて奪われ、心身の正常な発達の権利を奪われている子どももたくさんいます。

1990年代末に実施された複数指標クラスター調査(MICS)によって、49か国の児童労働の実態が初めて報告されました。これらのデータは現在も見直しと分析が続けられています。予備分析によると、開発途上地域の35%を占める30か国以上で、5~14歳の子どもの19%が働いていることがわかりました。この年齢グループの21%が農村部で働いて生活しており、都市部で働く子どもは13%です。また家族経営の農場や事業のために働く子どもが全体の3分の2を占めています。

労働が子どもの教育を受ける権利に及ぼす影響については、現在詳細な分析がおこなわれているところです(p.15,16,17も参照)。

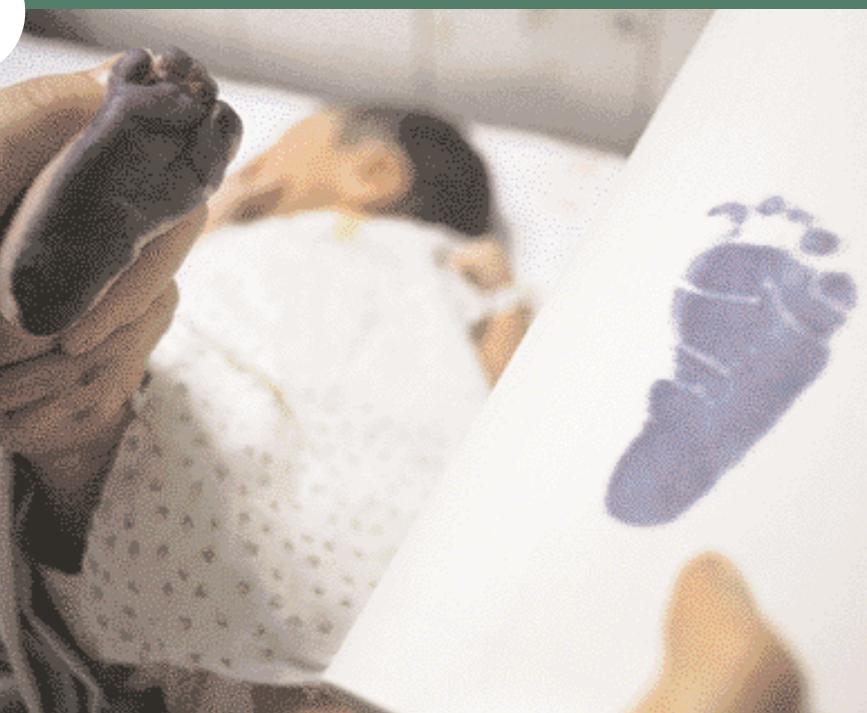
3分の2が家業*に従事

5~14歳の子どもが、有給または無給の仕事や1日4時間以上の家事労働に従事していたり、家族経営の農場や事業で働いたりしている割合



*家族経営の農場や事業のための労働

出生登録



名前と国籍を与えられる権利

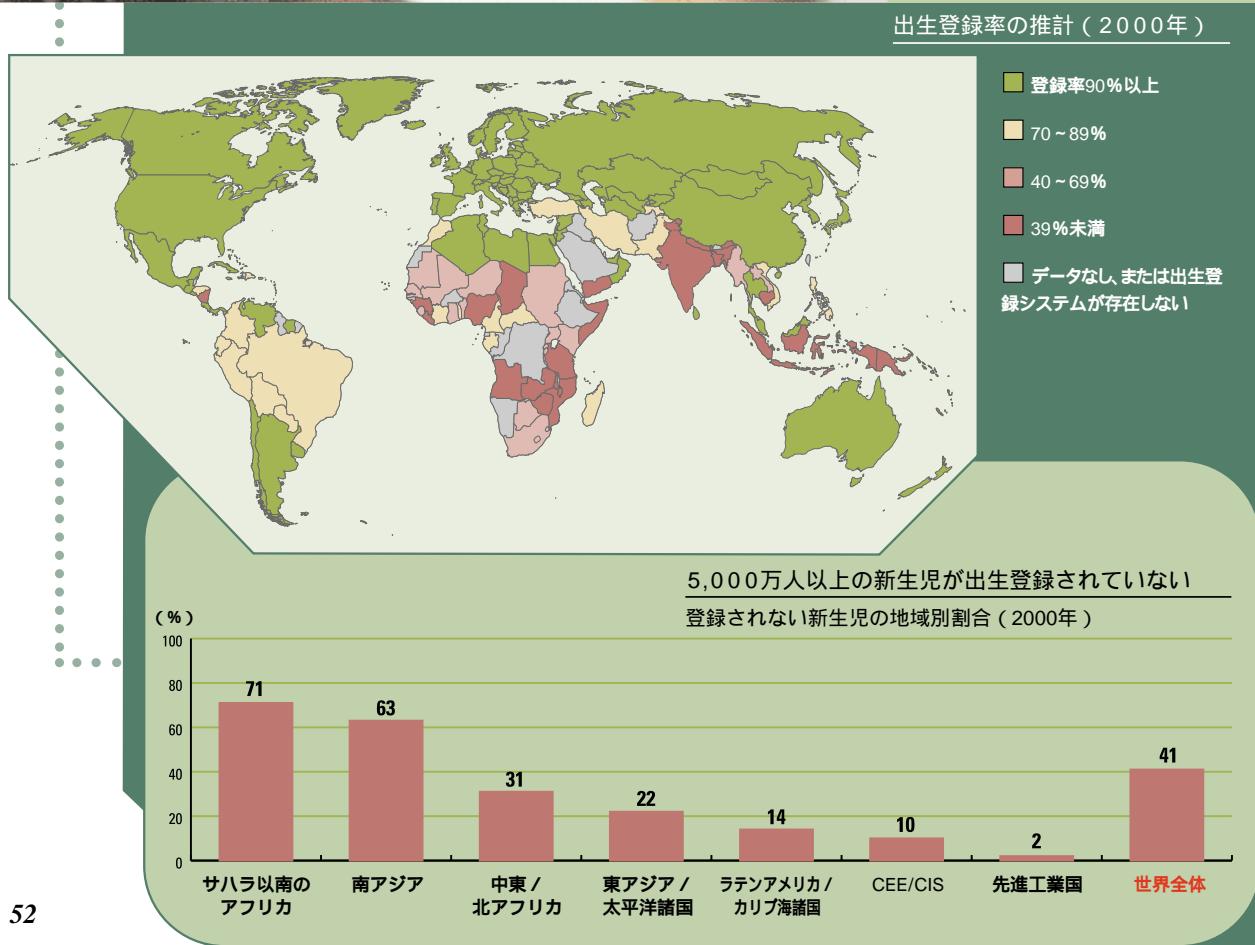
誕生してすぐに出生登録されることは、すべての子どもに認められた権利です。これは医療や教育、社会的支援、搾取からの保護など、すべての権利を保障するための第一歩でもあります。出生登録は、国が国民のためにさまざまな計画を立てるためにも役立ちます。

しかし1990年代末の時点で、毎年誕生する1億3,200万人の子どものうち、5分の2以上は出生登録されていません。

過去2年間に実施された世帯調査によつて、開発途上国の4分の1近くが、出生登録に関して改善された報告をおこなうことができました。

出生登録に関する農村部と都市部の格差を縮めないことには、さまざまな権利を等しく保障することはできません。たとえば後発開発途上国のひとつ、ギニアビサウでは、こうした不均衡を是正するために、農村部での出生登録作業にぐんに力を入れています。

出生登録率の推計（2000年）



子どもの疾病に対する総合的な取り組み



子どもの疾病に対する総合的な取り組み(IMCI)

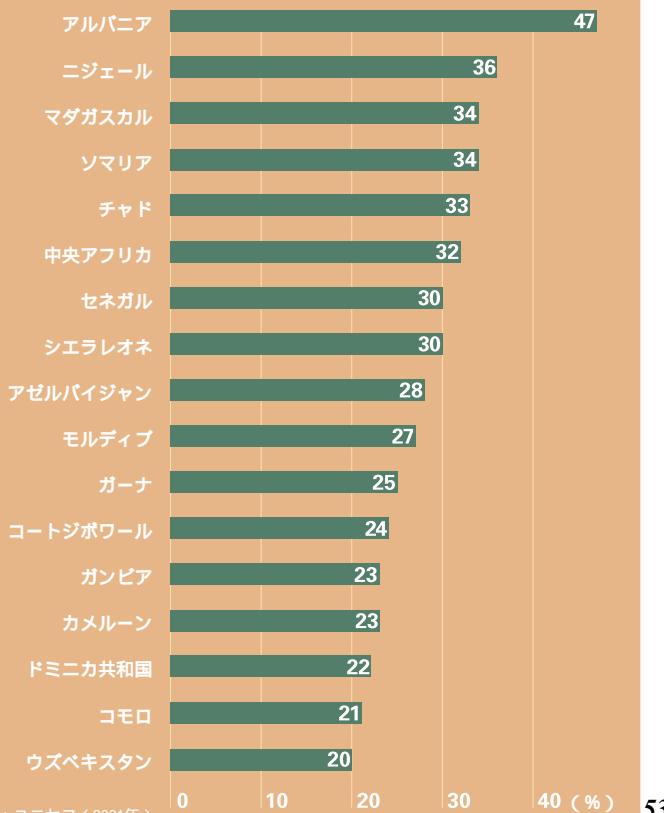
毎年1,000万人以上の5歳未満児が、下痢性疾患、急性呼吸器感染症、はしか、マラリアなど、予防も治療も可能な病気で命を失っています。その半数では、栄養不良が病気に追い討ちをかけています。

子どもの疾病に対する総合的な取り組みとは子どもの大きな死因となるこれらの病気の予防と、早期発見および治療を目的として、1992年からユニセフと世界保健機関(WHO)が始めた活動です。

子どもの病気には2つ以上の潜在要因が関係している場合が多く、その事実を踏まえて取り組みが行われています。IMCIは家族と地域の状況を改善することに重点を置いており、病気の家庭における管理のほか、より大きな保健システムの中で医療従事者の管理スキルを向上させようとしています。子どもが病気になったとき、IMCIでは家庭で「水分補給と継続的な栄養補給」を徹底するよう奨励するほか、この方法を代替指標としてプログラムの実効性を測定しています。

家庭でケアを受ける子どもたち

調査日に先立つ2週間に病気になった5歳未満児のうち、「水分補給と継続的な栄養補給」(IF/CF)を家庭で受けた子どもが20%を超えている国



出典：ユニセフ（2001年）

マラリア



マラリア

毎年3億～5億人がマラリアにかかり、幼い子どもを中心として大勢が命を失っています。マラリアは重度の貧血や妊産婦の疾患を引き起こし、生まれた子どもの低体重の原因にもなるため、乳幼児死亡率の最大要因のひとつになっています。死亡数が多いマラリアですが、効果的な予防が可能です。

IMCIが奨励している家族と地域が一体になった保健活動では、マラリアにかかった5歳未満児が、医療施設で適切な治療を受けられるようになるでしょう。また妊婦と5歳未満児が寝るときには、かならず防虫処理を施した蚊帳を使用すべきで、家族や地域はその意識をさらに高める必要があります。たとえばアフリカでは、防虫用の蚊帳の使用で毎年40万人以上の子どもの生命が救われています。

蚊帳の使用率が大幅に増加*

防虫処理を施したまたは処理を施していない蚊帳の中で寝ている子どもの割合



日本ユニセフ協会

1955年6月9日に設立された財団法人日本ユニセフ協会は、先進国においてユニセフを代表する世界36か国にある国内委員会の一つです。設立以来、学校での国際理解と募金活動、ユニセフグリーティングカードの取扱い、1970年より個人、団体、企業への募金活動を進めてきました。1990年代に、「子どもの権利条約」に定める「子どもの基本的人権」の実現を目的とするアドボカシー活動(政策提言活動)に取り組むようになり、募金活動においては新たな方法を積極的に導入、ユニセフ募金は1990年度より毎年増加し、4倍以上にまで伸びています。

ユニセフへの拠出額 2年連続トップに

日本ユニセフ協会は、ユニセフの国内委員会として、国内における民間募金のすべてを任されております。1990年以降、皆様からご理解と多くのご支援をいただきました結果、当協会からユニセフへの拠出額は、世界37カ国のユニセフ国内委員会の中で、1999年度より第一位となりました。皆様のご協力に心よりお礼申し上げますとともに、今後も、少しでも多く拠出できるよう、努力してまいります。

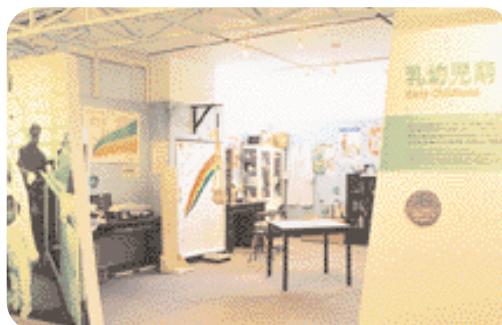
年度	円決算拠出額	ドル建推計額	決算ルート
1991年	2,655,729,000 円	20,428,600 ドル	130 円 / ドル
1992年	2,654,335,508 円	23,699,400 ドル	112 円 / ドル
1993年	3,131,358,164 円	30,401,500 ドル	103 円 / ドル
1994年	3,603,854,841 円	40,042,800 ドル	90 円 / ドル
1995年	4,514,159,422 円	44,256,465 ドル	102 円 / ドル
1996年	5,000,599,856 円	43,483,477 ドル	115 円 / ドル
1997年	5,754,949,000 円	43,542,021 ドル	132 円 / ドル
1998年	6,350,000,000 円	51,626,000 ドル	123 円 / ドル
1999年	7,442,000,000 円	68,275,229 ドル	109 円 / ドル
2000年	8,922,000,000 円	77,893,465 ドル	115 円 / ドル

新ユニセフハウスと新規事業

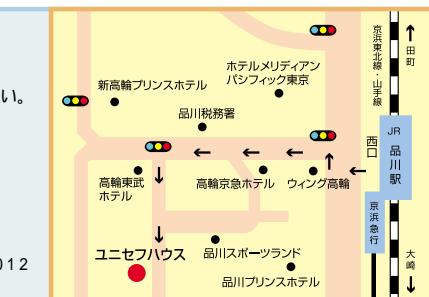
日本ユニセフ協会の設立当時からの夢であった新ユニセフハウスが2001年6月21日に無事竣工式を迎えました。

地下1階、地上5階建の新ユニセフハウスには、ユニセフの基本的な情報を提供するミニシアター、130名を収容できる大会議場、7台のコンピューターを備えた学習スペース、乳幼児期、水と衛生、女性支援と幼児ケア、学齢期、子どもの保護、思春期といったテーマ別の常設展示コーナーなど、子どもたちが世界の現状を参加型で学べる設備スペースがたくさん用意されています。

また、新ユニセフハウスのオープンに合わせ、日本ユニセフ協会は子ども支援国際協力NGOとの連携強化、国際協力を担う若手人材の養成を主要な目的とする「国際協力人材養成プログラム」をスタートさせました。このプログラムは、ユニセフ国際協力講座、インターンの受け入れ、子ども支援の日本のNGOスタッフの国内海外研修、海外インターンのユニセフ現地事務所派遣などを柱とし、子どものために世界で活躍できる若手人材の養成を目指すものです。



写真©日本ユニセフ協会



訪問 申し込みに ついて

グループでの訪問や詳しい説明をご希望の場合は、事前にお申し込みください。

訪問受付時間：月～金曜日(祝祭日を除く)

10:00～17:00(12:00～13:00を除く)

申し込み締切：訪問日の少なくとも2週間前までにお申し込みください。

受け入れ人数：最大130名

申し込み方法：まずはお電話でお問い合わせください。

学校関係は学校事業部 03-5789-2014・団体関係は協力事業部 03-5789-2012

「第2回子どもの商業的性的搾取に反対する世界会議」の開催

日本ユニセフ協会が1996年以来取り組んできた「犯罪です、子ども買春」キャンペーンの大きな成果のひとつでもある『第2回子どもの商業的性的搾取に反対する世界会議』が、12月17日～20日に横浜で開催されました。日本ユニセフ協会は、これに先立つ12月13日より川崎市内で、第2回世界会議に関する『子ども＆若者プログラム』を実施しました。

『子ども＆若者プログラム』では、海外から集まった93名の子ども＆若者代表が合宿生活をしながら、1週間かけて世界に向けたアピールを作成しました。子どもたちの活躍はこの8日間だけに限らず、本番までの何カ月もとの間、日本の子どもたちも独自に勉強会を開き、情報交換し、準備を重ねました。第2回世界会議の最終日に発表された子ども・若者代表の最終アピールは、全会の賛同の拍手で受け入れられました。

日本ユニセフ協会は、今後もこうした「子ども参加」を取り入れた活動を展開していきます。



写真©日本ユニセフ協会 / Nozawa

「ユニセフ子どもネット」
ネットワーカー
募集!!

「ユニセフ子どもネット」は、世界の子どもたちのことをもっともっと知り、自分たちには何ができるのかを考え、考えたことを実現するための新しい子どものネットワークです。

18歳になる前の子どもならだれでも参加できます。ネットワーカーになった子どもたちは、それぞれの年齢や興味、得意分野などに応じて、ユニセフの世界的なプロジェクトへの参加、取材、学習会やイベントの企画・実施、広報活動などを通して、その思いを実践していきます。

参加資格

登録費

登録方法

18歳未満の子どもなら、どなたでも参加できます

資料・情報通信費として年間ひとり1000円

下記事項を書いて郵便、ファックスまたは電子メールで「ユニセフ子どもネット」

事務局までお送りください

郵便番号、住所、氏名(フリガナ)、年齢、生年月日、性別、
学校名、学年、電話・ファックス番号、e-mail アドレス

ご応募いただいた方には登録費の振込み用紙をお送りします。入金の確認と同時にネットワーカーとして登録されます。ネットワーカーの方には、ネットワーカーカードをお送りし、その後定期的にニュースレターなどをお届けします。

お申し込み先

(財)日本ユニセフ協会広報室 内

「ユニセフ子どもネット」事務局

TEL: 03-5789-2016

FAX: 03-5789-2036

e-mail:jcuinfo@unicef.or.jp

ユニセフ資料案内

資料代、送料は利用者負担となります。

世界子供白書

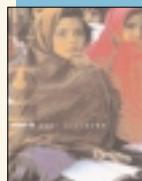


ユニセフが毎年発行している世界の子どもたちの状況についての年次報告書。
2002年版：子どもたちのためのリーダーシップ
2001年版：乳幼児ケア
1999年版：児童労働
1997年版：栄養
1996年版：紛争下の子どもとユニセフ50年の歩みについて、それぞれ特集しています。
(1冊まで送料を含め無料)

ユニセフ年次報告

世界各国でのユニセフの活動についての報告書。各地での予算配分や各國政府、民間の拠出額等も報告されています。

(1冊まで送料を含め無料)



先生向けガイドブックなど

総合的な学習の時間とユニセフ



2002年度（高校は2003年度）から本格的に導入された「総合的な学習時間」。現場の先生方との研究会をもとに、「総合的な学習の時間」におけるユニセフ活用方法をまとめました。ユニセフを活用して設定可能な学習テーマや、各事業の流れ、実践事例を紹介しています。
(学校は6冊まで無料。1冊50円)

ユニセフの開発のための教育

参加型・体験型の活動を通して「地球市民」としての考え方や態度を養うための指導者向けガイドブックです。年齢別のさまざまなアクティビティを紹介しています。

(1冊100円)



わたしの権利みんなの権利



「子どもの権利条約」を、参加型のアクティビティを通じて学ぶための指導者向けガイドブック。
(1冊100円)



T-NET通信

年3回、先生を対象に発行されるニュースレター。総合的な学習の時間や国際理解教育にも利用できるユニセフ情報が満載です。

(2年間6回分の送料480円が必要です)



基本リーフレット

555×418mm、両面刷り（無料）

ユニセフの組織、活動、歴史、募金の流れなどをイラストや写真入りでわかりやすくまとめたリーフレットです。ユニセフの活動の基盤にある「子どもの権利条約」とユニセフのすすめる子どもの成長過程にあわせた支援「ライフサイクルアプローチ」が学べる資料になっています。



ユニセフと世界のともだち

小学校中学年から

B5判／カラー／40ページ

学校は6冊まで無料（1冊60円）

ユニセフの歴史や現在の活動について、写真やイラスト入りでわ

かりやすく説明しています。世界の子どもたちのくらしや貧困・人口増加・地球環境の問題などについても学習を深めることができます。



ユニセフ手帳

小学校低学年から

A3判両面刷り 無料

ユニセフの活動が1枚でわかるちらしです。切り込みを入れて折りたたむと8ページのポケットサイズになります。

小ちらし



ちらし類

街頭募金や文化祭などの配布に最適です。
(無料)

基礎ちらし



毎年子ども用ちらしとして作成しているB6判のちらし。

A5判基礎ちらし「学校に通う夢♪」



テーマポスターSET

52cm×73cm / 四つ折り / 10枚1セット

学校は各種1セットまで無料 封筒入り

ユニセフの活動や世界の子どもたちのようすについて以下のようなテーマでポスターSETを用意しています。イベントなどの掲示に最適です。

1998年制作『ユニセフってなあに』

2001年制作『地球市民になろう』

2002年制作『ひとりひとりが大きな力』

子どもの権利条約カードブック

小学校高学年から

B5判／カラー

学校は6冊まで無料（1冊60円）

ユニセフがその活動の基盤においている「子どもの権利条約」。条約の第1条から第40条までをやさしく要約し、イラストつきのカードにしました。1枚ずつ切り離してさまざまな使い方を工夫できます。



地球のともだち ユニセフワークブック

A4判 1冊150円

水と衛生・教育・平和・環境など、世界の子どもたちの直面する諸問題やユニセフ活動の意味などについて、さまざまなワークや調べ学習を通して楽しく学習できる、イラスト入りワークブック。世界地図シート2枚付き。

財団法人日本ユニセフ協会地域組織

北海道支部：〒063-8501
札幌市西区発寒11条5丁目10-1 コープさっぽろ本部2F
011-671-5717

青森県支部：〒038-0012
青森市柳川2-4-22 県生活協同組合連合会2F
017-766-1521

岩手県支部：〒020-0180
岩手郡滝沢村土沢220-3 いわて生協本部2F
019-687-4460

宮城県支部：〒981-0933
仙台市青葉区柏木1-2-45 フォレスト仙台5F
022-276-5143

水戸の会：〒311-4141
水戸市赤塚1-1 ミオス2F 水戸市社会福祉協議会
ボランティアセンター
029-254-4361

埼玉県支部：〒336-0018
さいたま市南本町2-10-10 コーププラザ浦和1F
048-825-3932

ユニセフ募金千葉事務局：〒264-0022
千葉市若葉区桜木町526-1 ちばコープ1F
043-233-6335

平塚友の会：〒254-0014
平塚市四之宮2-24-17 石井方
0463-54-2562

西濃友の会：〒503-2300
岐阜県安八郡神戸町692-1 谷村方
0584-27-2512

石川友の会：〒921-8162
金沢市三馬2-39
0762-43-0030

三重友の会：〒510-0242
鈴鹿市白子本町19-29 杉谷方
0593-86-6881

奈良県支部：〒630-8214
奈良市東向北町21-1 松山ビル3F
0742-25-3005

ユニセフ募金京都事務局：〒604-0862
京都市中京区烏丸通夷川上ル 京都商工会議所6F
075-211-3911

大阪支部：〒530-0003
大阪市北区堂島2-2-15 3F
06-6344-5878

兵庫県支部：〒658-0081
神戸市東灘区田中町5-3-18 コープこうべ生活文化センター4F
078-435-1605

ユニセフ募金香川事務局：〒760-8504
高松市新北町14-27 コープかがわ2F
087-835-6810

岡山県支部：〒700-0822
岡山市表町1-4-64 上之町ビル1F
086-227-1889

下関友の会：〒750-0016
下関市細江町2-2-1 原弘産ビル9F
0832-32-5245

九州本部（福岡県支部）：〒812-0011
福岡市博多区博多駅前1-3-6 西日本銀行本店4F
092-476-2630

北九州支部：〒802-0006
北九州市小倉北区魚町3-5-5 西日本銀行北九州地区本部5F
093-511-0926

久留米友の会：〒830-0013
久留米市櫛原町70 久留米教育クラブ1F
0942-34-2345

佐賀友の会：〒840-0200
佐賀県佐賀郡大和町北原2266 牧方
0952-28-2077

熊本県支部：〒860-0807
熊本市下通町1-5-14 メガネの大宝堂下通店5F
096-326-2154

ユニセフに協力するには…

ユニセフ募金は、全国どこの郵便局からでも送金できます。

募金口座：00190-5-31000

口座名義：(財)日本ユニセフ協会

財団法人日本ユニセフ協会は特定公益増進法人としての認定を受けており、募金には寄付金控除が認められています。

クレジットカードでも募金ができます。

フリーダイヤルまたはインターネットで受け付けています。カード番号、有効期限、ご寄付の金額をお伝えください。

(ご使用いただけるクレジットカード：アメリカンエキスプレス、DC、ダイナース、JCB、UFJ、UC、VISAジャパングループ、NICOS、JALカード、セゾンカード、パンクカード、イオンクレジット)

一部お取り扱いできないカードがあります。なお、カードの種類によりプレゼントポイントの対象にならない場合があります。

便利なマンスリー・プレッジをご利用ください。

毎月、一定額を銀行や郵便局の口座から自動引き落としできるプログラム「マンスリー・プレッジ」をご用意しています。ぜひ、ご利用ください。

グリーティングカード、プロダクトを通じて協力できます。

ユニセフが世界の美術館や画家から提供を受けた美しいデザインをカードにあしらっています。Tシャツ、マグカップ、バッグなどのオリジナル製品も扱っています。

会員を募集しています。

日本ユニセフ協会では、ユニセフの活動への理解と協力を求めて会員を募集しています。機関誌「ユニセフ・ニュース」(年4回発行)のほか、シンポジウムのご案内や各種資料をお送りいたします。

支部、友の会、募金事務局の地域活動に参加してみませんか。

地域でボランティア活動をしたいという方には、協会の支部、友の会、募金事務局での活動に参加する方法があります。

日本ユニセフ協会のホームページアドレス

<http://www.unicef.or.jp>

詳しいお問い合わせは…



フリーダイヤル
0120-881052

(財)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

歴史的なデータ収集活動

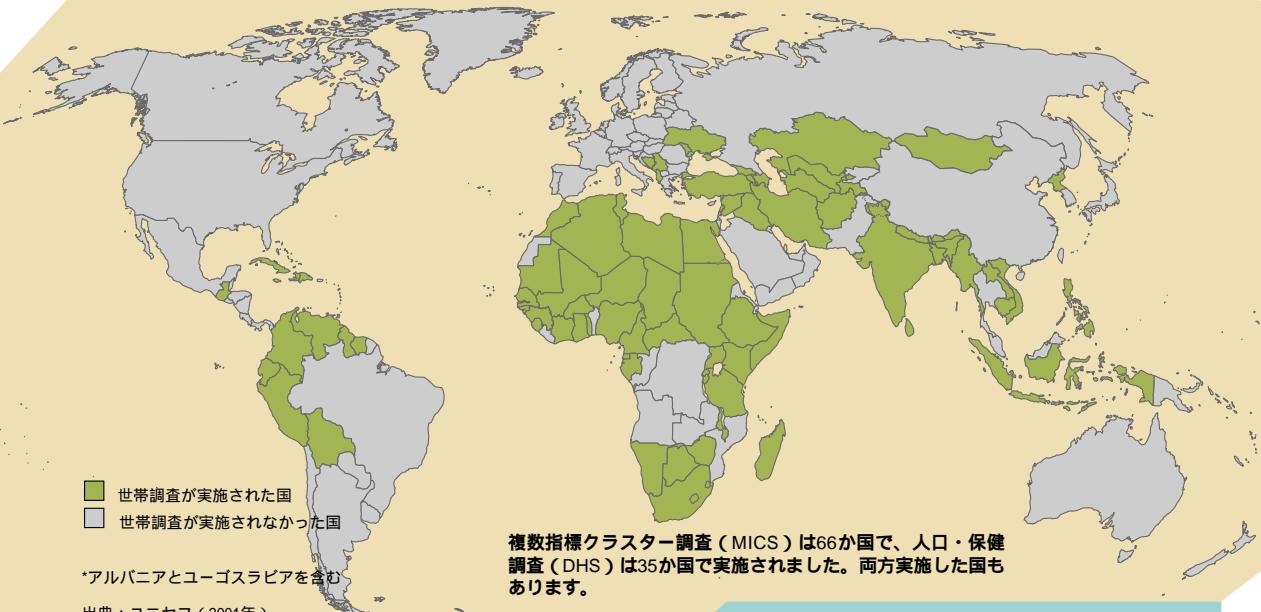
子どものための世界サミットで約束された目標の実施状況を追跡することは、子どもたちの権利と幸せについての状況調査がはじまって以来の、歴史的なデータ収集事業そのものでした。

この試みの力となったのが、複数指標クラスター調査(MICS)です。これは、ユニセフがさまざまなパートナーと協力して1997年に開発した柔軟かつ現実的な調査手法で、1990年代末に各種目標の実現状況を評価するために活用されました。調査を通じて、栄養や保健、教育のみならず、出生登録や家庭環境、児童労働、HIV/エイズの知識まで幅広いデータが収集されました。

1990年代末にMICSは66か国で実施されました。実施主体は主として各国政府で、幅広いパートナーからの支援も得ています。人口・保健調査からも、35か国の適切なデータが得られ、地図からもわかるように開発途上地域における子ども関連データの空白を数多く埋めることができました。こうした調査を補ったのが、教育や保健関連をはじめとする既存システムから得られたデータです。

1990年代末世帯調査が実施された国々

開発途上諸国（1998～2000年）



出典：ユニセフ（2001年）

本出版物に掲載されている地図は、国、領土、国境の法的地位に関するユニセフの立場を示すものではありません。

"Progress since the World Summit for Children – a statistical review"



Prepared by UNICEF
for the United Nations
Special Session on
Children
September 2001

日本語版発行 2002年5月
(財)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
Tel: 03(5789)2011(代) Fax: 03(5789)2036
ホームページ: <http://www.unicef.or.jp>

写真クレジット

ページ	ページ
©UNICEF / 93-0175 / Lemoyne	表1
©UNICEF / 99-0884 / Lemoyne	2
©UNICEF / 95-0740 / Balaguer	5
©UNICEF / 00-0048 / Holmes	8
©UNICEF / 98-0928 / Pirozzi	11
©UNICEF / 92-0103 / Pirozzi	13
©UNICEF / 95-0809 / Lemoyne	15
©UNICEF / 96-1360 / Pirozzi	18
©UNICEF / 98-1137 / Pirozzi	20
©UNICEF / 92-1655 / Lemoyne	22
©UNICEF / 95-0971 / Noorani	25
©UNICEF / 99-0132 / Pirozzi	27
©UNICEF / 98-0920 / Pirozzi	29
©UNICEF / 98-0982 / Pirozzi	31
©UNICEF / 93-0268 / Lemoyne	33
©UNICEF / 97-0658 / Lemoyne	35
©UNICEF / 97-0766 / Lemoyne	37
©UNICEF / 00-0271 / Pirozzi	40
©UNICEF / 99-0633 / Pirozzi	42
©UNICEF / 97-0331 / Noorani	44
©UNICEF / 92-0439 / Toutounji	46
©UNICEF / 00-0006 / Pirozzi	48
©UNICEF / 00-0367 / Balaguer	51
©UNICEF / 93-0407 / Lemoyne	52
©UNICEF / 96-1081 / Toutounji	53
©UNICEF / 99-0454 / Pirozzi	54