

# 世界子供白書 2008

## Executive Summary〔要旨〕

子どもの生存  
Child Survival

〔暫定翻訳〕

unite for  
children

unicef 

## 目 次

### はじめに

### 第 1 章 子どもの生存：現状

### 第 2 章 過去の保健ケア・システムと実践から学んだこと

### 第 3 章 母親、新生児、子どものための基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップ

### 第 4 章 コミュニティ・パートナーシップ、継続的ケア、保健システムの強化を図る

### 第 5 章 子どもの生存のために力を合わせる

#### < 統計指標 >

サハラ以南のアフリカ

東部・南部アフリカ

西部・中部アフリカ

中東と北アフリカ

南アジア

東アジアと太平洋諸国

ラテンアメリカとカリブ海諸国

CEE/CIS

先進工業国

開発途上国

後発開発途上国

## はじめに

『世界子供白書 2008』は、子どもの生存、そして母親、新生児、子どもの基礎保健ケアがどのような状態にあるのか、あらゆる方面から評価している。これらの問題は人間の進歩を示す中心的な課題であり、国の開発と福祉のバロメーターとなり、国が何を優先させ、どのようなことに価値を置いているかを示す証拠となるものである。子どもとその母親の健康に投資することは、人権の面から必須であるばかりでなく、経済的な面からも健全な意思決定であり、国がより良い未来に向かうための確実な方法のひとつと言える。

ユニセフは保健サービスを受けられない何百万人もの子どもたちにサービスを提供するために、連携した行動を呼びかけている。子どもの死亡率を削減するためには、保健に係るミレニアム開発目標(MDG) 特に、貧困と飢餓の削減(MDG1)、妊産婦保健の改善(MDG5)、HIV/エイズ、マラリア、そのほかの主要な疾病との闘い(MDG6)、水と衛生の改善(MDG7) を達成する必要がある。MDG4(1990年から2015年の間に5歳未満児の死亡率を3分の2削減する)の達成は不可能とは言わないまでも、かなりの努力を要する。5歳未満児の死亡数を2006年の970万人から2015年までに500万人未満に削減しなければならないことを意味するからである。これらの目標をすべて達成するには、かつてないほど強固な政治的意志と資源・財源、そして健全な政策が必要なのである。

力を入れなければならない地域は、子どもの死亡数の半分近くが集中しているサハラ以南のアフリカ。また、1990年以来5歳未満児の死亡率がほとんど削減されていない西部・中部アフリカ地域にも力を入れなければならない。子どもの死亡数では2番目に高い南アジアにも注意を向けなければならない。基礎サービスが行き届いていないそのほかの国やコミュニティにも目を向ける必要がある。

ここ数十年、子どもの保健に関して得られた教訓は、この先どう進むべきかの羅針盤となってくれるはずである。『世界子供白書 2008』は、過去の教訓を検証し、新しい方向性を指し示している。

- 子どもの死亡率と死亡レベルが高い国とコミュニティに重きを置き、基礎保健ケアを受けられない可能性が高い人たちに重点を置く。
- 支援の範囲と効果を改善するため、基礎保健サービスをパッケージ(包括サービス)として届ける。
- コミュニティの人たちをヘルスワーカー(保健員)に登用し、コミュニティ全体が健康に良い習慣を身につけられるようにするには、コミュニティとのパートナーシップを推進

することが重要である。

- ライフサイクルを通してケアが途切れることなく提供されるには、世帯やコミュニティが、訪問サービスを通して、あるいは施設でのケアの形でサービスを受けられるようにすることが大切である。
- 妊産婦、新生児、子どものケアを中心にして、保健システムを整備し、戦略的、成果主義的なアプローチを採る。
- 保健システムの強化にあたっては、政治的なコミットメントが必要であり、国内および国際的なリーダーシップ、維持可能な予算を組むことが必須である。
- 数多く存在する世界規模の保健プログラムやパートナーシップをうまくまとめあげる必要がある。

これらの目的を達成するために、主要な決定権を握る人たち（政府、コミュニティ、ドナー、国際機関、非政府組織＜NGO＞、民間セクターで共に働く人たち）は、妊産婦と子どもの生存と保健を支援するために、パートナーシップのもと、行動をひとつに統合（UNITE）する必要がある。共に力を合わせれば、妊産婦、新生児、子どもたちが、品質の高い基礎サービスを受けることができ、健康・栄養状態の改善を図り、世界中が子どもの生存を中心に置きながら、人間性のある前進のために努力することが可能となるはずである。

(写真解説) 子どもはどの子どもも健康な生活をする権利を持っている。写真はマラウイのコミュニティ子どもセンターに集う子どもたち。

## 第1章

### 子どもの生存：現状

過去 100 年の間に、基礎保健ケアが届く範囲とその品質の面で、また、5 歳未満児の死亡数の削減、そして健康と栄養状態を大幅に改善することができた。1960 年の時点で、5 歳の誕生日を迎えることができなかった子どもの数は、約 2,000 万人。より確実な推定値がそろっている 2006 年度の子どもの死亡数は 1,000 万を切り、記録をとりはじめて以来初めて、970 万人となった。

政府、ドナー、国際機関、保健の専門家の協働努力のおかげで、天然痘は根絶され、はしかやポリオといった主要な疾病の症例数も大幅に減った。子どもたちが適切な栄養を摂ることができるよう力を入れたことで、多くの国で栄養不良が大幅に削減された。水の改善、公衆衛生・衛生習慣の改善のおかげで、下痢性疾患も減少したのである。

最近では、基礎サービスの提供が大幅に改善され、健康に良い習慣が促進されたために、多少なりとも楽観視できる要素がある。例えば、6～59 カ月の子どもへの最低 1 回のビタミン A 投与率は、1999 年以来 50% も上がっている。はしかの予防接種率が向上し、フォローアップ・キャンペーンが実施されたのおかげで、世界のはしかによる死亡数は 60% 削減され、サハラ以南のアフリカでは、1999 年から 2005 年までの間に 75% の削減をみている。また、完全母乳育児は、サハラ以南のアフリカの多くの国では過去 10 年の間に大幅に増加している。

多くの支援がある中でも、HIV の母子感染防止、エイズの小児治療、殺虫剤処理が施された蚊帳の利用とアルテミシニンを中心とした混合治療によるマラリアの防止と治療、家庭でのヨード添加塩の利用増加の面で顕著な前進が見られた。これらの手段はすでに有効であると立証されており、効果もあり、価格の面でも手ごろである。課題は、これらのサービスの利用拡大をさらに図り、そのほかの必須支援を充実させることにある。特に、こうしたサービスの提供がまだまだ限られている国々 サハラ以南のアフリカ、南アジアにおいて、力を入れていかなければならない。

子どもの病気の効果的な治療の普及率を拡大する面では、残念ながら前進があまり図られていない。単一の要因としては肺炎がほかのどの病気よりも、世界の子どもの命を

奪っているのにも関わらず 5 歳未満の子どもの死亡数の約 20%を占めている 肺炎と疑われる症状で苦しむ子どもたちのうち、保健ケアを提供している人たち（保健員や医者）のもとに送り込まれるのは 56%に留まっている。その理由は、子どもたちを養育している人たちで、肺炎の主症状 呼吸が異常に早い、息苦しそうな呼吸 を正しく判断できる人が 4 人にひとりしかいないからである。5 歳未満児の死因のうち下痢性疾患による死亡件数は、約 200 万件。下痢性疾患の処置として O R T（経口補水療法）あるいは食事を与え続けることで水分を補給するやり方が、1995 年から 2005 年までの間に大きな広がりを見せたが、この症状で苦しむ子どもで適切な治療を受けられる子どもは約 3 分の 1 に留まっている。栄養不良への対処も、子どもの死因の 50%に関係しているため大きな問題である。

そのほかの大きな課題としては、妊娠中、出産時、出産直後、そして子どもの幼少期に、母子が必要とする必須サービスの提供拡大がある。開発途上の国や地域では、妊産婦の 4 人にひとりが妊産婦ケアを受けることができないであり、40%以上が専門知識を持つ人の介助なしに出産を行っている。そして、5 歳未満児の死亡の 40%近くが、さまざまな合併症が原因で生後 28 日以内に起きているのである。

こうして前進と残された課題の両方を見てみると、子どもの生存に関わる問題の深刻さは、国連児童基金（ユニセフ）が 25 年前に始めた「子ども生存革命」のときと、少しも変わりがない。毎日、世界では平均 2 万 6,000 人を超える 5 歳未満児が命を奪われている。それも、本来ならば予防できる要因によって命を落としているのである。こうした子どもたちのほとんどは開発途上の地域に住み、もっと詳細に言えば、60 の開発途上国に暮らしている。世界の半数の国と地域が M D G 4（7 ページ参照）を達成できそうではあるが、多くの国々が遅れをとっており、目標達成を果たすには、かなりの努力を必要としている。

世界的なレベルで M D G 4 を達成するには、質の高い基礎保健ケアのサービスを拡大することによって、保健に関連したほかのミレニアム開発目標を達成するなど、多方面からの努力を要する。それはまた、もっとも貧しい、排除されたコミュニティにこれらのサービスを届けるためにはどうしたらいいのか、その戦略見直しが必要ということでもある。

ここ数十年の間に子どもの死亡削減に成功している開発途上国がたくさんあることが、希望の光となっている。子どもの死因とその防止方法はすでに確立されている。危機的な状況にある子どもの 3 分の 2 を助けるための簡単で、信頼できる、安価な支援方法は、すでに存在している。課題は、これらの救済方法が 品質の高い基礎保健サービス、そして妊産婦、新生児、子どもの保健ケアの継続と共に 今まで見逃されてきた何百万もの子どもや家族たちのもとにも届けられるよう保障することにある。

## 時間と場所をわきまえた妊産婦、新生児、子どものための継続的な保健ケア

ライフサイクルを通して、基礎的なサービスを満遍なく提供し、母親と子どもたちの命を守ることが、妊産婦、新生児、子どもの継続的な保健ケアの究極的な目標である。この考えは、妊産婦、新生児、子どもの死因の数々が、構造的に、いずれも栄養不良に関連していることから由来している。具体的には、食糧が安定して手に入れない、女性の非識字、若年齢での妊娠、出生時の異常、不適切な食事習慣、衛生観念の欠如、安全な飲み水を手に入れない、適切な衛生施設がないなどの要因である。また、これと同時に、貧困、差別、財源・資源の不足、サービス提供に応じられない、文化に合わない提供の仕方などが原因で保健、栄養サービスを受けられないことなども挙げられる。

継続的なケアを提供するには、ここ数十年の教訓や経験を活かさなければならない。以下の2つの要素は、導入の際に考慮すべき重要ポイントである：「時」 基礎サービスを提供する時期としては、女性の妊娠中、出産、分娩後の時期、子どもの乳児期、幼少期が必須の時期である。そして「場所」 家庭、コミュニティ、訪問サービス、施設でのケアまで、すべてのレベルでのケアと相互関係を配慮した基礎保健ケア・システムを通して、基礎保健サービスを提供することが必須である。これらの要素は、死のリスクが、母子双方にとって一番高いのは、出産前、出産時、出産後であり、ケアが一番手薄になるのは、ケアが一番必要とされる家庭、コミュニティなどの場所であることから考えられたものである。

継続的な保健ケアのカバー率を高くすると、そのインパクトは測りしれないほど大きいものとなる。サハラ以南のアフリカでは、90%の母親と新生児をカバーする継続的なケアが実施できれば、乳児の死亡を3分の2削減することができ、毎年80万人の命を救うことができるのである。

子どもの死亡を削減する世界的努力は、MDG 4 を達成するには不十分である\*1

5 歳未満児死亡率(U5MR)の年間削減率 (AARR) :  
1990 ~ 2006 年の調査値と MDG4 を達成するため 2007 ~ 2015 年に必要な削減率

	5 歳未満死亡率		5 歳未満児の年間削減率 (AARR)		
	死亡数		調査値 (%)	必要な削減 (%)	MDG 目標
	出生 1000 人あたり				
	1990	2006			
サハラ以南のアフリカ	187	160	1.0	10.5	不十分な前進
東部・南部アフリカ	165	131	1.4	9.6	不十分な前進
西部・中部アフリカ	208	186	0.7	11.0	前進なし
中東と北アフリカ	79	46	3.4	6.2	不十分な前進
南アジア	123	83	2.5	7.8	不十分な前進
東アジアと太平洋諸国	55	29	4.0	5.1	達成可能
ラテンアメリカとカリブ海諸国	55	27	4.4	4.3	達成可能
CEE/CIS	53	27	4.2	4.7	達成可能
先進国・領土	10	6	3.2	6.6	達成可能
開発途上国・領土	103	79	1.7	9.3	不十分な前進
<b>世界</b>	<b>93</b>	<b>72</b>	<b>1.6</b>	<b>9.4</b>	<b>不十分な前進</b>

\* MDG 4 を達成できるのか否か、どれほどの前進が図られているのか。評価結果は以下の3つ：  
「目標達成可能」 5 歳未満児の死亡率が 40 未満、あるいは 5 歳未満児の死亡率が 40 以上且つ 1990 年から 2006 年の間の 5 歳未満児の死亡率の年間削減率 (AARR) が 4.0% 以上であること。  
「不十分な前進」 5 歳未満児の死亡率が 40 以上且つ 1990 年から 2006 年の AARR が 1.0% 以上 3.9% 未満。  
「前進なし」 5 歳未満児の死亡率が 40 以上且つ 1990 年から 2006 年の AARR が 1.0% 未満。

原典：Interagency Child Mortality Estimation Group の作業をもとにしたユニセフの推定値。

(写真解説) 母親、新生児、子どものための継続的な保健ケアを促進するためには、戦略面での努力が必要である。写真は旧ユーゴ・マケドニア連邦の難民キャンプの診療所の様子。

## 第2章

### 過去の保健ケア・システムと実践から学んだこと

20世紀初めから現在まで、どのような方法で基礎保健サービスが提供されてきたかを調べていくと、効果的な支援と政策があらゆる形で、保健サービスを大きく推進する可能性があることが分かる。それは例えば、ひとつの疾病や状況（例えばマラリアや栄養不良）に対処しようとするものから、病院、診療所、外来サービスや、訪問サービス、家庭レベルやコミュニティを中心としたケアまでをも含む、総合的な基礎保健ケアを継続的に提供する理想的なものまでである。

**疾病の抑制：** 特定の疾病を抑制しようという努力は20世紀の初めに始まり、1950年代、60年代、70年代に飛躍的に広まった。このときは、「大規模キャンペーン」の形で、特定の技術を使って、特定の疾病の削減や根絶に力が注がれた。いわゆる「重点型（垂直型）」の大規模キャンペーンの中には成功した例がいくつかあり、特に天然痘根絶キャンペーンは、歴史上もっとも成功した公衆衛生プログラム（つまり1974年に始まった拡大予防接種プログラム）の設計を可能にした。特定の疾病を抑制しようという努力は（例えばはしかの予防接種）今日でも実施されており、大きな成果を挙げている。

**総合的な基礎保健ケア：** 第二次世界大戦後、中国、インドネシアからナイジェリアといった多様な国々で、コミュニティ保健の面で革新的な成果がもたらされたことで、特定の疾病だけに特化せずに、より広範囲な保健ケアサービスが提供できるのではないかという可能性が開けた。1978年、アルマ・アタ（現カザフスタン・旧ソ連邦）の国際会議で提案された総合的な基礎保健ケアは特定の疾病に特化せずに、より広範囲に、コミュニティの参加、平等、健康増進、保健サービス提供にあたっての総合的なアプローチ、セクター間の協調といった要素までをも含むものである。こうした考え方と、そのほかの基礎保健ケアの考え方が、ここ数十年の保健システムの開発にあたってのガイドラインとなっている。

**選択的基礎保健ケア：** 1980年代には、経済、そのほかの要因が障害となり、それまでの総合的なアプローチが難しくなった。その代わりに、選択的基礎保健ケアという枠組みが作られ、いくつかの主要な疾病や状況に絞り込んで、比較的安価な医療技術を使い、特定の目的を達成しようという方法が採られたのである。選択的基礎保健ケアは、ドナーたちからの強い支持を受け、1982年にユニセフが先頭を切って実施した「子どもの生存革命」

もこの枠組みに則っていた。「子どもの生存革命」は4つの安価な支援方法を取り入れていたが、これは略してGOBIと呼ばれた 栄養不良に対処するための growth monitoring (成長観察)、子どもの下痢性疾患に対処するための oral rehydration therapy (経口補水療法)、小さな子どもの健康を維持するための breastfeeding (母乳育児)、そして、子どもの死亡の原因となる6つの病気に対する immunization (予防接種)である。GOBIは、拡大予防接種プログラムや、WHO(世界保健機関)が主導していた下痢性疾患と呼吸器疾患を抑制するためのプログラムと共に、1980年代の子どもたちの死亡削減に、大きく寄与した。

**包括的なアプローチ：** 1990年代から今世紀初めにかけて、保健サービスの提供を包括的に行うようになった。特定の保健問題に対して、費用対効果の高い方法を採用し、コミュニティ参加、セクター間の協調を取り入れ、保健システム全体の中に組み込んでいこうというものである。その一例がバマコ・イニシアティブ。ユニセフとWHOが共催し、1987年、マリ共和国のバマコで行ったアフリカの保健大臣を集めて行った会議の成果として打ち出された支援方法である。バマコ・イニシアティブでは、保健センターを通して最小限の保健ケア・パッケージを提供し、コミュニティ・パートナーシップに力を入れ、医薬品へのアクセスを確保しようというものであった。

包括的なアプローチの枠組みとして使用されているのは、「子どもの疾病の包括的な抑制管理(IMCI)」であるが、これは子どもの病気を広範囲で分野横断的に扱おうというアプローチである。保健員のパフォーマンス向上、保健システムの強化、コミュニティと家族の衛生習慣の改善を狙ったIMCI戦略は、1992年に初めて導入されて以来、100以上の国で採用されている方法である。

総合的なアプローチとして一番新しい支援方法は、「子どもの生存と発達促進プログラム(ACSD)」である。2001年にカナダ国際開発庁(CIDA)、ユニセフ、西部・中部アフリカの国々により導入されたが、現在では5歳未満児死亡率の高い11カ国で1,600万人以上がこの支援の恩恵を受けている。「子どもの生存と発達促進プログラム」は家族の健康、栄養、衛生習慣の改善を、コミュニティを中心に底上げし、基礎サービスと製品を提供するための訪問による支援努力やキャンペーン、最小限のケアをパッケージ化し、保健センターなどの施設で提供する方法を取り入れたものである。いわば産後ケア、拡大予防接種プログラム、子どもの疾病の包括的な抑制管理など既存のアプローチに「プラス」アルファをしたプログラムである。

**統一された枠組みに向けて：** 90年代の教訓をもとに、妊産婦、新生児、子どもの保健に通じる専門家たちは、戦略的な原則を取り入れることが多くなっている。

- **基礎保健ケアの原則の再認識：** 子どもの生存、成長、発達にとって、家庭、コミュニティのパートナーシップが何にも増して大事であるという原則を認識。
- **「成果を出す保健システム開発」の手法を保健サービスの「提供」に応用する：** 選択的／重点的アプローチと総合的／水平的アプローチ双方の長所を組み合わせる。費用対効果の高い支援パッケージを拡大し、これを妊産婦・母親と子どもに対する連続的なケアの中に組み入れる方法。このアプローチは、特定の成果を挙げるための重点的＜垂直的な＞アプローチと、システムと総合的な保健改善を目指す包括的なアプローチの2つにひとつという長年の考え方を否定し、保健システムの上手な適用によっては、両方の目的を達成することが可能というものである。
- **国内レベル、国際レベルで仕事の仕方を改善：** 調整、調和、結果に重きを置き、特にミレニアム開発目標(MDG)の中でも保健関連の目標を達成しようというものである。

100年にもわたる保健サービスの歴史を振り返って分かることは、すべての状況に適用できる単独の方法はない、ということである。組織、保健ケア・サービスの提供と支援方法は、限りある人的・財政的資源、社会経済的な脈絡、現在の保健システムの許容限度を考慮に入れ、早めに成果を挙げられるようにしなければならない。結果に重点を置く場合、各国、各コミュニティに適合する形で解決が図れるよう、妊産婦、新生児、子どもの生存と健康についての包括的な知識をもとに戦略を作成しなければならない。

(写真解説) 妊産婦、新生児、5歳未満児の死亡を削減するためには、コミュニティ・パートナーシップが欠かせない。写真はインドのコミュニティ開発モチベーター。

### 第3章

## 母親、新生児、子どものための基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップ

保健関連のミレニアム開発目標を達成するには、すべてのレベル 施設を中心に提供するサービス、正規の公衆衛生プログラム、コミュニティ・パートナーシップ での保健ケアの強化が必要である。多くの証拠が示すように、コミュニティと家庭内での衛生習慣がよくなり、保健システムに紹介・照会制度を導入すれば、5歳未満死亡率の削減に大きな影響<インパクト>を与えることができる。そういう意味で、総合的保健システムとコミュニティを中心とした基礎保健ケアは、国家政策の面でも、国際的な保健パートナーシップやプログラムの面でも、改めて大きな関心を呼んでいるのである。

コミュニティ・パートナーシップと参加は、特に保健システムの面で余裕がない国々で、また、社会の本流からもっとも取り残された人々、もっとも貧しい人々の健康、栄養、環境条件の改善に大きく寄与する可能性を持っている。コミュニティ・パートナーシップが成功するかどうかは、以下のいくつかの要因にかかっていることが経験から分かっている：

- **結束した包括的なコミュニティ組織と参加：** コミュニティの中にある、既存の組織に根ざしたプログラムは、その社会全体を巻き込むものであり、計画、評価、導入に際してコミュニティ・メンバーを参加させると、開発途上国では特に成功につながる。
- **コミュニティの保健員へのサポートとインセンティブ：** コミュニティを中心にした治療、教育、カウンセリングの主役は、コミュニティの保健員であるが、保健員がやる気をなくさせないよう、また、義務を履行させ、動機付けを維持するためには、彼らにインセンティブとサポートを送り続ける必要がある。
- **プログラムの監視とサポート：** コミュニティ・メンバーの興味と動機付けを維持し、途中の脱落を減らすには監視が必要である。そのほかの重要なサポートには、ロジスティクス、物資の供給、機器の提供などがある。
- **施設を中心にしたケアへの効率的な紹介・照会システムの必要性：** 病院、診療所は、コミュニティ・パートナーシップには不可欠な要素であり、ほかの場所では同様の保健サービスを安全に提供することはできない。その一例が、周産期異常の際のケアである。地区の保健システムは、公衆衛生プログラムを調整する役割をも担っている。

- **ほかのプログラムやセクターとの協力と調整：** 妊産婦、新生児、子どもの保健に包括的なアプローチを採る場合、保健、栄養、衛生、主要な疾病、食糧の安定を扱うプログラムやセクターの間で、協調して行動する必要が出て来る。また、輸送面でのインフラ、水と衛生の施設などへのアクセスといった問題に対処するためにも、セクター間の協調が必要となる。
- **財源の確保：** より長期にわたる成功をおさめるには、コミュニティ・パートナーシップのための財源では、維持可能性、平等性などの問題も考慮に入れる必要がある。例えば、費用の共同負担、コミュニティの保健員に対する金銭的なインセンティブ等である。
- **地区や国内レベルのプログラムや政策との一体化：** 多様なステークホルダーとの会合を通して、戦略を練り、母子の生存が、国家レベルの、そして地域レベルの計画や予算に組み込まれ、そこにははっきりとしたゴールと具体的なベンチマークが設けられていることを確認することが必要である。

世界でももっとも貧しい国を含む多くの国で、コミュニティを中心にした保健プログラムがすでに成功裏に実施されている。バングラデシュ(B R A C)、インド(Jamkhed<ジャムケド>など)、パキスタン(女性の保健員)などで実施されている大規模なコミュニティ保健員イニシアティブは、すべて地元の組織 多くの場合女性団体 によって主導されている。これらの組織は、コミュニティに既存している開発系の組織をもとに作られ、保健以外にも教育、少額融資などに関わっている組織である。

フィリピンが一番小さい行政単位であるバランガイ・レベルで保健員たちが成功を生み出しているのは、1995年の「バランガイ保健員のための奨励策」によるもので、この法律には、特別手当、キャリア・アップ研修、特別研修プログラム、特別優遇ローンなどの条項が定められている。各組織は、ほかのプログラムとの協調や調整を通して、世界有数の方策にもアクセスが可能なのである。例えば、5歳未満の死亡率を削減するための「ケア・グループ」アプローチでは、コミュニティ・エドゥケーターがグループ相互のやりとりを通して研修を受け、その手法は、カンボジア、マラウイ、モザンビーク、ルワンダでも導入され成果をおさめている。

母親と子どものための基礎保健ケアの面で、コミュニティ・パートナーシップが成功している例は、中央・東部ヨーロッパと独立国家共同体、東アジアと太平洋諸国、ラテンアメリカとカリブ海諸国、中東と北アフリカ、南アジアで数多く見られるが、最近ではサハラ以南のアフリカの国々でも増えている。こうした経験を教訓に、これらのプログラムを拡大し、今まで保健システムがカバーしていなかった何百万もの子どもたちにこれを届けることが、これからの課題である。

(写真解説)基礎保健ケアの支援やアプローチを拡大するには、さらなる前進を促す戦略とそれを阻もうとする問題に対処する戦略の両方を理解しなければならない。写真は新生児の成長観察のため体重を測るフィリピンの保健員。

## 第4章

### コミュニティ・パートナーシップ、継続的ケア、保健システムの強化を図る

子どもの生存での前進を促進するためには、100年にわたる保健セクターの開発から学んだ教訓を実践し、コミュニティ・パートナーシップ、継続的ケア、保健システムの強化を図るために効率的なアプローチを採る必要がある。世界銀行、WHO(世界保健機関)、ユニセフを含む主要な国際機関が協同で開発した枠組みに基づき、『世界子供白書2008』は、来る10年の間に、プログラム、政策、パートナーシップを通して、開発途上の国と地域すべてにわたって保健システムを作り上げるための5つの、明確な、しかも互いに関連した行動を提案している。

**行動I：** ケアの継続性を確保するため、疾病に特化した支援から、証拠(エビデンス)に基づいた、インパクトの高い、総合的な支援パッケージへとプログラムを調整し直す。これには、支援パッケージの内容を決め、カバー率、サービス提供の割合といったベンチマークやターゲット(目標)を設定し、3つのモードに基づき、さまざまなサービスを提供することを意味する。3つのモードとは、家庭を対象に、技術を持った専門家による定期的な監督が実施されるコミュニティ中心のサービス、専門家あるいは専門家に近い保健スタッフによって村人全体を対象に定期的に行われるサービス、高い技術を持った保健員のいる診療所での個人向けのサービスである。

**行動II：** 基礎保健サービスの拡大にあたって、国の包括的な計画立案の過程で、必ず母子保健が中心課題として含まれていることを確認する。パッケージ化された支援を拡大するために、国家レベルでの戦略計画に必要な主な要素は以下の通りである：保健システムのボトルネック(障害)を取り除く、対象範囲のモニタリング、支援パッケージの段階的導入、保健システムの強化、多くの開発途上国に見られる保健ケア分野での人材確保、結果を重視した保健システム開発アプローチの設定、地域での保健システムの強化。

**行動III：** 保健システム強化のため、財政内容の質的向上をめざし、一貫性を保つ。保健システムを拡大するための財政計画を立てる際に考慮すべき以下の5つの原則について、合意ができつつある。維持可能な方法で、パフォーマンスに対して代償を払うため「コンパクト(協定)」を用いる。国のシステムに開発支援を合わせる。きちんとした結果

を得られる財政づくり。保健システムの開発にあたってベンチマークとアウトカム（結果）指数を設定する。革新的で、平等な財政戦略を開発する。

**行動 IV：** 国家レベルの政治的な約束をとりつける。政府が主導権を握り、パイロット・プロジェクトや小規模プロジェクトを拡大する意思がある場合、これらの支援プロジェクトは、全国中に広がる可能性があることが過去の例から分かっている。ブラジルのコミュニティ保健員プログラムのボルサ・ファミリア・イニシアティブ、メキシコの保健、栄養、教育プログラム PROGRESA と Seguro Popular de Salud 健康保健計画、インドネシアのコミュニティ保健員、エジプトでの経口補水療法イニシアティブ、エチオピアの保健拡大プログラムなどは、国が若干のお金でも保健と社会福祉プログラムに出そうという意思を持っている場合、どれだけ拡大が図れるかの可能性を示すものである。基礎保健ケアに貢献する人的資源への資金を増やすだけでなく、政府は必要な技術力、管理能力を維持し、創生する覚悟がなければならない。

**行動 V：** グローバルな保健プログラムやパートナーシップのために、より大きな調和を目指す。保健面で新しいプログラムやパートナーシップが次から次へと現われてくると、開発途上国はこれを追うだけで精一杯になってしまう。ましてや、管理、調整する余裕はなくなる。OECD < 経済協力開発機構 > の開発支援委員会は「Good Practice Guidance for aligning global programs at the country level(国レベルでグローバル・プログラムを調整するための優れた実践例ガイド)を作製。このガイドは、国のオーナーシップ、調和、調整を改善し、母子保健の相互アカウンタビリティを推進できるよう、グローバル・プログラムとパートナーシップのガバナンスと導入を推進するのを目的としている。

政府、ドナー、国際機関、グローバル保健パートナーシップが、効率的に拡大されるためには、主要なステークホルダーたちが基礎保健ケアの面で、今までとは違った全く新しい方法で立ち回らなければならない。このパラダイムの中心は「統合 (UNITY)」である。母子保健の面での向上を狙ったイニシアティブやパートナーシップは多数あり、さらに増加する勢いだが、母子のための保健に関連したミレニアム開発目標を達成するためには、より一貫した形、より調和のとれた形で実施されなければならない。

(写真解説)保健関連のMDGを達成するには、妊産婦、乳児、子どもの生存と保健の面で一致団結した行動とパートナーシップが必要となる。写真は予防接種を待つバングラデシュの子どもたち。

## 第5章

### 子どもの生存のために力を合わせる

ミレニアム開発目標は、非現実的なユートピア物語ではない。世界有数の政治家、開発専門家、経済学者、科学者が一生懸命に考え、計算し尽した結果生まれたものである。そして、人間らしい前進を促進させるための希望の星なのである。

目標を達成すれば、2005年から2015年の間に3,000万人の子どもたちが、そして200万人の母親たちの命が救われる。何億人もの子ども、男性、女性が、飢餓を免れ、安全な飲み水を手に入れられ、基礎的な衛生施設を利用し、教育を受け、ほかの人たちが享受しているのと同様の経済的利益、政治的な機会を享受できるようになるのである。

地域や国によっては、遅れをとっているところもあるが、政治的な意志があり、必要な資源が割り当てられ、必要な戦略が実施されれば、すべての目標が期間内に達成できるはずのものである。調和のとれた行動をするには、6つの重要な行動が必要となる。

- **妊産婦、乳児、子どもの生存と健康のために、支援が提供できるような環境を作り出すこと。**これは保健システムやプログラムを人権ベースにすることで、また、平和、安定、子どもの保護、非差別、ジェンダーの平等、女性のエンパワーメントを目指すことで可能となる。
- **時間と場所をわきまえてケアの継続を可能とし、これを強化する。**母子のライフサイクルの主要なポイントで、基礎サービスを提供できるようにする。家庭、コミュニティ、基礎保健施設や地区の病院での質の高い訪問サービスや診療サービスでも、強い絆が必要である。
- **保健システムとコミュニティ・パートナーシップを強化することにより、基礎サービスのパッケージを拡大する。**これらは、保健員の研修、訪問サービスの拡大、障害の払拭、新しい技術の有効活用を通して行う。
- **データ、研究、証拠をより多く獲得する。**母子保健の面での証拠は、すでにたくさんあるが、より正確なデータ収集と発信、調査と評価が求められている。

- **母親、新生児、子どものためにより有効に資源を利用する。**ドナーによる支援は増えているが、目標達成を可能にするほどその伸びは大きくない。国レベルの政府は、保健面での支出をより拡大するという約束を果たさなければならない。
- **妊産婦、新生児、子どもの保健を世界的な課題とする。**

前進を促すためには、これらを 2015 年のミレニアム開発目標の達成期限までの間、国際課題の中心に据えなければならない。(特に最近)は訪問サービスによる予防的な支援により開発途上国で成果が挙がっているが、この成功を拡大することが課題である。行動のもととなるもの データ、調査、評価 はすでに存在している。枠組み コミュニティ・パートナーシップや成果をもたらすために強化された継続的ケアや保健システムは、はっきり見えている。つまり、手段はすでにわれわれの手中にある。今こそ、われわれは意志と行動力を問われているのである。子どもの命を救うという、これ以上気高く、貴重な行動、あるいは代償はないはずだ。

# サハラ以南のアフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	748,886	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	376,047	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	125,254	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	50	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	44	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	95	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	160	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	1.0	1.6
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	920	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率(1999 - 2006年*)	14	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000 - 2006年*)(%)	28	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	55	83
都市部	81	95
農村部	41	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	37	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	82	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	83	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	72	79
ポリオ(ポリオ3)	74	80
はしか	72	80
B型肝炎(hepB3)	48	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	24	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	70	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	64	80
女性	60	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	25	50**
女性	22	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	58	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	851	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995 - 2005年*)(%)	43	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	-	14
教育	-	5
防衛	-	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	13	20
最上位20%	55	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	6.1	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	24,500	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	2,000	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	12,000	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	34	-
都市部	52	-
農村部	28	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	40	-
都市部	24	-
農村部	47	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	35	-
男性	36	-
女性	34	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	72	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	69	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000 - 2006年*)(%)	43	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	22	92

## 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものを出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 東部・南部アフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	370,361	6,577,236
18歳未満の人口(2006年)(単位1000人)	183,232	2,212,024
5歳未満の人口(2006年)(単位1000人)	60,197	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	50	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	40	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	83	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	131	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	1.4	1.6
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	760	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率(1999 - 2006年*)	14	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000 - 2006年*)(%)	28	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	56	83
都市部	86	95
農村部	42	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	38	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	85	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	86	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	78	79
ポリオ(ポリオ3)	77	80
はしか	76	80
B型肝炎(hepB3)	58	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	36	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	69	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	66	80
女性	67	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	20	50**
女性	19	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	60	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	1,171	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995 - 2005年*)(%)	34	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	-	14
教育	-	5
防衛	-	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	11	20
最上位20%	58	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	8.6	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	17,500	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	1,400	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	8,700	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	24	-
都市部	39	-
農村部	21	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	36	-
都市部	20	-
農村部	44	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	36	-
男性	38	-
女性	33	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	74	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	71	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000 - 2006年*)(%)	40	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	29	92

## 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のもを基に出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 西部・中部アフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	378,525	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	192,816	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	65,057	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	50	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	48	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	107	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	186	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	0.7	1.6
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	1,100	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率(1999-2006年*)	14	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000-2006年*)(%)	28	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	55	83
都市部	76	95
農村部	40	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	36	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	79	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	81	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	67	79
ポリオ(ポリオ3)	70	80
はしか	68	80
B型肝炎(hepB3)	38	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	13	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	71	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	62	80
女性	55	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	30	50**
女性	25	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	57	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	553	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995-2005年*)(%)	52	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	-	14
教育	-	5
防衛	-	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	16	20
最上位20%	49	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	3.5	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	6,900	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	650	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	3,300	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999-2005年*)(%)	41	-
都市部	58	-
農村部	35	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	44	-
都市部	27	-
農村部	53	-
児童労働(5-14歳、1999-2005年*)(%)	34	-
男性	33	-
女性	34	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	69	86
出産前のケアが行われている率(2000-2006年*)(%)	67	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2006年*)(%)	46	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	17	92

## 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものをもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 中東と北アフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	382,048	6,577,236
18歳未満の人口(2006年)(単位1000人)	152,632	2,212,024
5歳未満の人口(2006年)(単位1000人)	44,126	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	69	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	26	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	36	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	46	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	3.4	1.6
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	210	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率(1999 - 2006年*)	16	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000 - 2006年*)(%)	17	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	88	83
都市部	95	95
農村部	78	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	74	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	92	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	95	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	91	79
ポリオ(ポリオ3)	91	80
はしか	89	80
B型肝炎(hepB3)	88	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	24	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	88	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	89	80
女性	86	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	54	50**
女性	52	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	73	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	2,104	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995 - 2005年*)(%)	4	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	5	14
教育	13	5
防衛	15	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	17	20
最上位20%	46	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	0.2	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	510	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	33	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	17	-
都市部	11	-
農村部	19	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	9	-
男性	10	-
女性	8	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	77	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	72	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000 - 2006年*)(%)	79	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	140	92

**注記:**  
 \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
 \*\* 中国を除く  
 - データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものをもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 南アジア

指標 地域 世界全体

人口統計指標		
総人口(2006年)(単位1000人)	1,542,571	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	612,647	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	174,830	625,781

生存

出生時の平均余命(2006年)(年)	64	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	44	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	62	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	83	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	2.5	1.6
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	500	400

保健と栄養

低出生体重児出生率(1999 - 2006年*)	29	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000 - 2006年*)(%)	42	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	85	83
都市部	94	95
農村部	81	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	37	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	82	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	82	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	63	79
ポリオ(ポリオ3)	66	80
はしか	65	80
B型肝炎(hepB3)	25	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	-	22

教育

小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	72	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	81	80
女性	79	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	55	50**
女性	50	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	58	78

指標 地域 世界全体

経済指標

1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	777	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995 - 2005年*)(%)	32	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	2	14
教育	3	5
防衛	14	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	19	20
最上位20%	46	42

HIV/エイズ

成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	0.7	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	5,900	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	130	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

子どもの保護

出生登録(1999 - 2005年*)(%)	36	-
都市部	52	-
農村部	30	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	45	-
都市部	30	-
農村部	53	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	13	-
男性	-	-
女性	-	-

女性

成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	66	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	65	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000 - 2006年*)(%)	41	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	59	92

注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のもを基に出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 東アジアと太平洋諸国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	1,968,675	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	566,804	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	144,870	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	72	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	20	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	23	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	29	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	4.0	1.6
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	150	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率(1999 - 2006年*)	6	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000 - 2006年*)(%)	14	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	79	83
都市部	92	95
農村部	70	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	51	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	91	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	92	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	89	79
ポリオ(ポリオ3)	89	80
はしか	89	80
B型肝炎(hepB3)	86	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	2	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	84**	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	91	80
女性	92	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	60**	50**
女性	63**	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	91	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	2,371	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995 - 2005年*)(%)	9	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	1	14
教育	7	5
防衛	11	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	17	20
最上位20%	46	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	0.2	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	2,300	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	50	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	72**	-
都市部	80**	-
農村部	67**	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	19**	-
都市部	12**	-
農村部	25**	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	10**	-
男性	11**	-
女性	10**	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	92	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	89	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000 - 2006年*)(%)	87	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	350	92

## 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものをもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# ラテンアメリカとカリブ海諸国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	559,525	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	197,134	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	55,715	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	73	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	15	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	22	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	27	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	4.4	1.6
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	130	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率(1999 - 2006年*)	9	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率(2000 - 2006年*)(%)	7	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	91	83
都市部	96	95
農村部	73	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	77	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	96	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	96	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	92	79
ポリオ(ポリオ3)	92	80
はしか	93	80
B型肝炎(hepB3)	89	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	90	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	85	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	90	80
女性	91	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	-	50**
女性	-	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	90	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	4,847	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率(1995 - 2005年*)(%)	9	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	7	14
教育	15	5
防衛	4	11
世帯あたりの所得の分布(1995-2004年*)(%)		
最下位40%	12	20
最上位20%	56	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	0.6	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	1,900	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	54	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	89	-
都市部	93	-
農村部	83	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	26	-
都市部	24	-
農村部	31	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	11	-
男性	12	-
女性	10	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	99	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	94	75
専門技能者が付き添う出産の比率(2000 - 2006年*)(%)	-	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2005年)(1/n)	280	92

## 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものをもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# CEE/CIS

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	405,584	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	101,837	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	26,218	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	68	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	18	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	24	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	27	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	4.2	1.6
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	46	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1999 - 2006年*)	6	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率 (2000 - 2006年*)(%)	5	25
改善された水源を利用する人の比率 (2004年)(%)	91	83
都市部	98	95
農村部	79	73
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2004年)(%)	84	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	95	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	96	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	95	79
ポリオ(ポリオ3)	95	80
はしか	97	80
B型肝炎(hepB3)	92	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	3	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	97	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	93	80
女性	91	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	80	50**
女性	78	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	97	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	4,264	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率 (1995 - 2005年*)(%)	2	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	7	14
教育	6	5
防衛	9	11
世帯あたりの所得の分布 (1995-2004年*)(%)		
最下位40%	20	20
最上位20%	42	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	0.6	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数 (全年齢含む、2005年)(単位1000人)	1,500	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	9	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	11	-
都市部	7	-
農村部	9	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	5	-
男性	5	-
女性	5	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	96	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	90	75
専門技能者が付き添う出産の比率 (2000 - 2006年*)(%)	95	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険 (2005年)(1/n)	1,300	92

**注記:**  
\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
\* \* 中国を除く

- データなし  
出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のものをもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 先進工業国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	969,949	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	204,920	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	54,768	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	79	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	4	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	5	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	6	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	3.2	1.6
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	8	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1999 - 2006年*)	7	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率 (2000 - 2006年*)(%)	-	25
改善された水源を利用する人の比率 (2004年)(%)	100	83
都市部	100	95
農村部	100	73
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2004年)(%)	100	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	-	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	98	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	96	79
ポリオ(ポリオ3)	94	80
はしか	93	80
B型肝炎(hepB3)	64	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	82	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	-	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	-	80
女性	-	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	-	50**
女性	-	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	-	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	37,217	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率 (1995 - 2005年*)(%)	-	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	18	14
教育	4	5
防衛	12	11
世帯あたりの所得の分布 (1995-2004年*)(%)		
最下位40%	21	20
最上位20%	40	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	0.4	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数 (全年齢含む、2005年)(単位1000人)	2,000	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	13,000	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	-	-
男性	-	-
女性	-	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	-	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	-	75
専門技能者が付き添う出産の比率 (2000 - 2006年*)(%)	99	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険 (2005年)(1/n)	8,000	92

**注記:**  
 \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
 \*\* 中国を除く  
 - データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のもを基に出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 開発途上国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	5,358,223	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	1,958,948	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	559,069	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	66	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	33	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	54	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	79	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	1.7	1.6
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	450	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1999 - 2006年*)	16	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率 (2000 - 2006年*)(%)	26	25
改善された水源を利用する人の比率 (2004年)(%)	80	83
都市部	92	95
農村部	70	73
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2004年)(%)	50	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	86	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	88	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	78	79
ポリオ(ポリオ3)	79	80
はしか	78	80
B型肝炎(hepB3)	59	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	17	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	77**	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	80	80
女性	78	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	50**	50**
女性	46**	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	76	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	1,967	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率 (1995 - 2005年*)(%)	20	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	3	14
教育	9	5
防衛	10	11
世帯あたりの所得の分布 (1995-2004年*)(%)		
最下位40%	15	20
最上位20%	50	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	1.1	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数 (全年齢含む、2005年)(単位1000人)	35,100	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	2,300	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	49**	-
都市部	64**	-
農村部	37**	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	34**	-
都市部	23**	-
農村部	45**	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	16**	-
男性	19**	-
女性	17**	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	83	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	75	75
専門技能者が付き添う出産の比率 (2000 - 2006年*)(%)	59	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険 (2005年)(1/n)	76	92

**注記:**  
 \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
 \*\* 中国を除く  
 - データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のもをものもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。

# 後発開発途上国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2006年)(単位1000人)	785,444	6,577,236
18歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	376,727	2,212,024
5歳未満の人口(2006年) (単位1000人)	122,114	625,781

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2006年)(年)	55	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	43	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2006年)	90	49
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2006年)	142	72
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2006年)	1.5	1.6
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	870	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1999 - 2006年*)	17	15
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率 (2000 - 2006年*)(%)	35	25
改善された水源を利用する人の比率 (2004年)(%)	59	83
都市部	79	95
農村部	51	73
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2004年)(%)	36	59
予防接種を受けた1歳児の比率(2006年)(%)		
結核(BCG)	85	87
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	87	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	77	79
ポリオ(ポリオ3)	77	80
はしか	74	80
B型肝炎(hepB3)	50	60
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	17	22

<b>教育</b>		
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率(2000-2006年*)(%)	67	78**
初等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	65	80
女性	63	78
中等教育純出席率(2000-2006年*)(%)		
男性	26	50**
女性	24	47**
成人の識字率(2000-2005年*)(%)	55	78

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2006年)	438	7,406
1日1米ドル未満で暮らす人の比率 (1995 - 2005年*)(%)	38	19
政府支出中の比率(1995-2005*)(%)		
保健	5	14
教育	14	5
防衛	14	11
世帯あたりの所得の分布 (1995-2004年*)(%)		
最下位40%	15	20
最上位20%	50	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15-49歳、2005年末時点)(%)	2.7	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数 (全年齢含む、2005年)(単位1000人)	11,700	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	1,100	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録 (1999 - 2005年*)(%)	30	-
都市部	43	-
農村部	24	-
児童婚(1987-2005年*)(%)	49	-
都市部	37	-
農村部	57	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	29	-
男性	31	-
女性	28	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2006年*)(%)	68	86
出産前のケアが行われている率(2000 - 2006年*)(%)	61	75
専門技能者が付き添う出産の比率 (2000 - 2006年*)(%)	38	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険 (2005年)(1/n)	24	92

## 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

出生登録の世界的、地域的な推定値は、1999-2006年のデータがある国のもをものもとに出している。より多くの国々を含んだ世界的、地域的な推定値は、1997-2006年の期間で計算されており、詳細は [www.childinfo.org/areas/birthregistration](http://www.childinfo.org/areas/birthregistration) を参照。