

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。

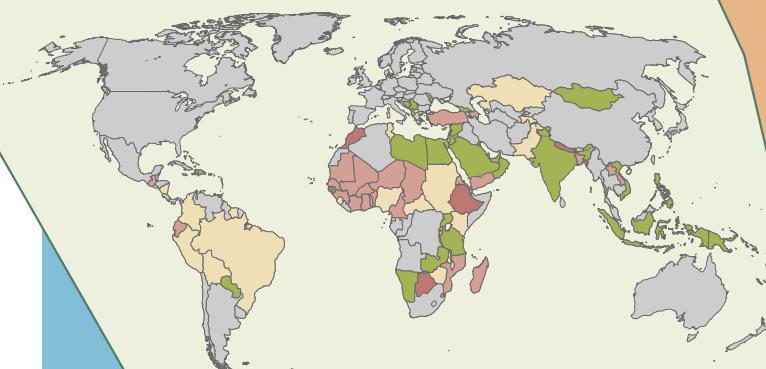
課題

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)

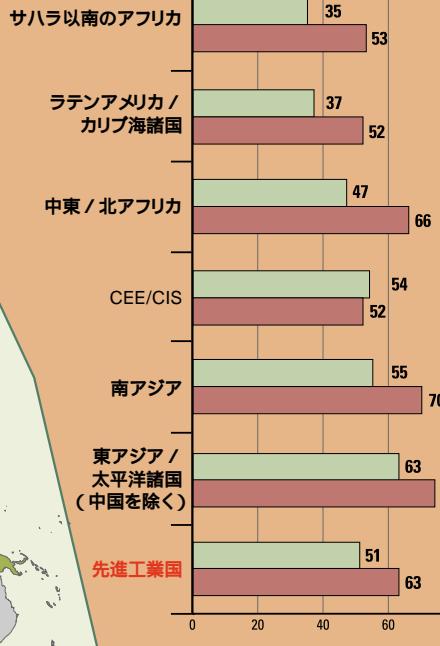
■ 60%+ ■ 40-59% ■ 20-39% ■ 0-19% ■ データなし



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

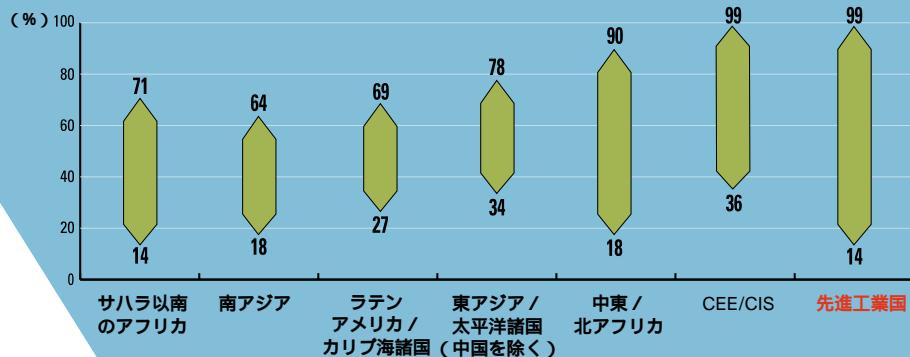
■ 農村部 ■ 都市部



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

*ここでの治療とは、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）

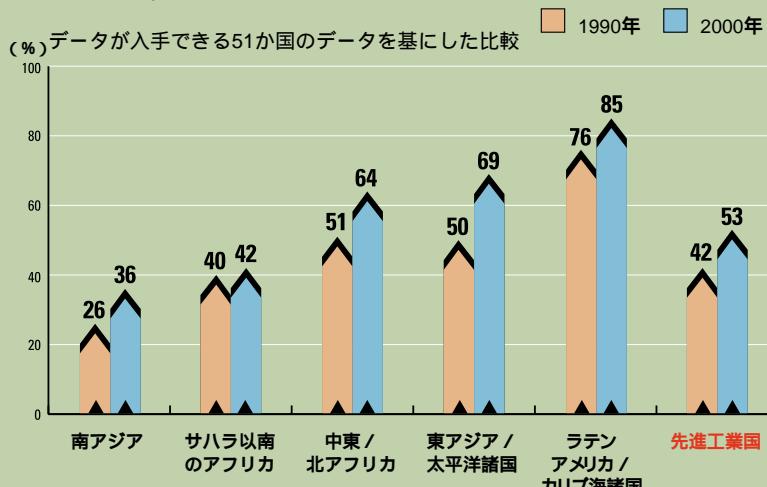
進展状況の監視は困難

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考されてきました。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)

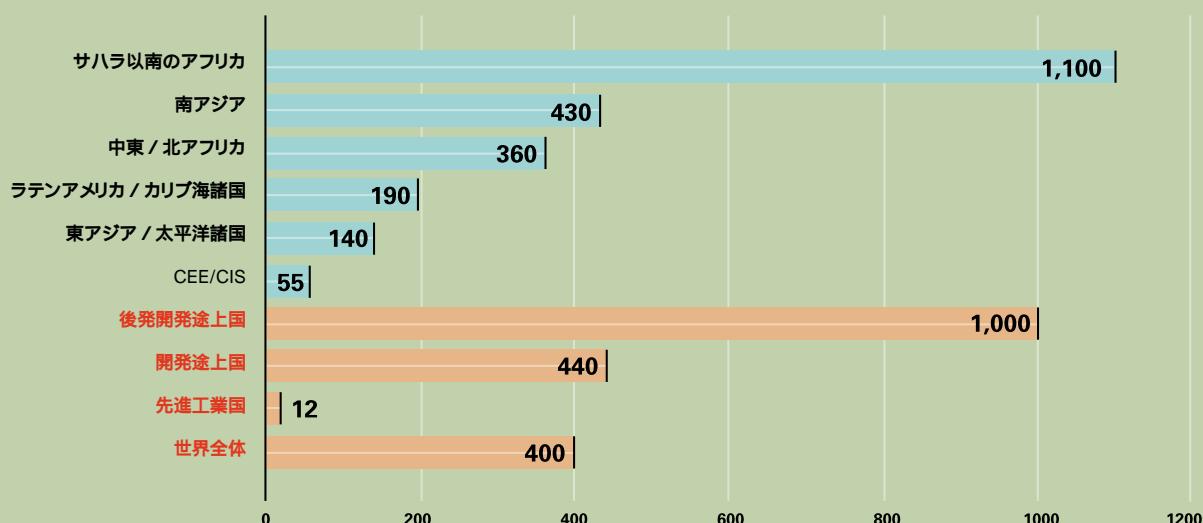
妊娠婦死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカ地域では、出産時ケアも改善されていない。



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

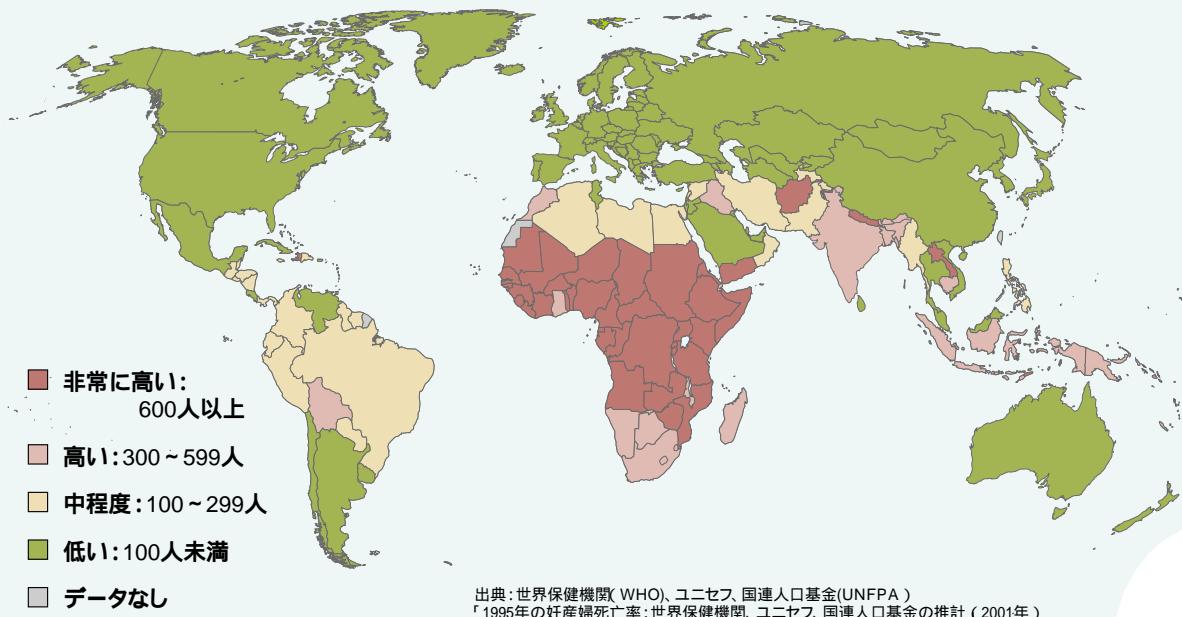


*出生10万人当たりの妊娠婦死亡数(1995年)

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。

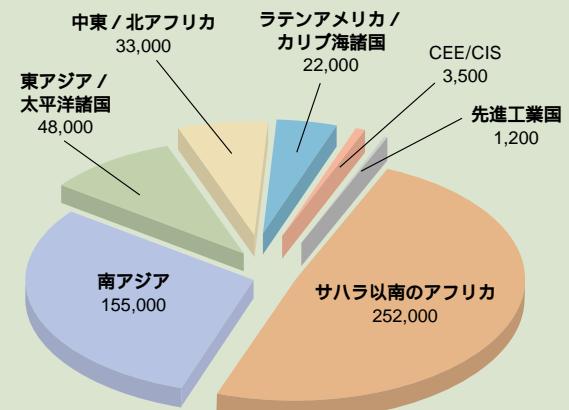
助産施設が母体の生命を救うサービスを提供しているかどうかは、帝王切開をあこなう割合で判断します。帝王切開は、出産時の主な合併症に対処する手法の一つです。ユニセフ、世界保健機関(WHO)、国連人口基金(UNFPA)は、母体と子どもの生命と健康を守るために、全分娩の少なくとも5%で帝王切開が必要になると推定しています。つまり帝王切開の割合が5%を切っていると、生命を脅かすような合併症が出て、必要なケアを受けられないことを意味します。反対に15%を超えているようなところでは、帝王切開が乱用されています。

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

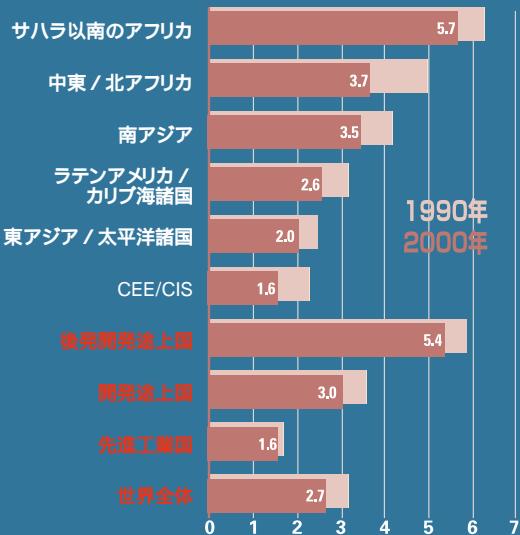
避妊法を活用している15～49歳の既婚女性の割合



出典：国連人口局（2001年1月）

出生率の減少

女性1人当たりの平均出産回数



出典：国連人口局「人口推計と予測(2000年改訂)」

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。

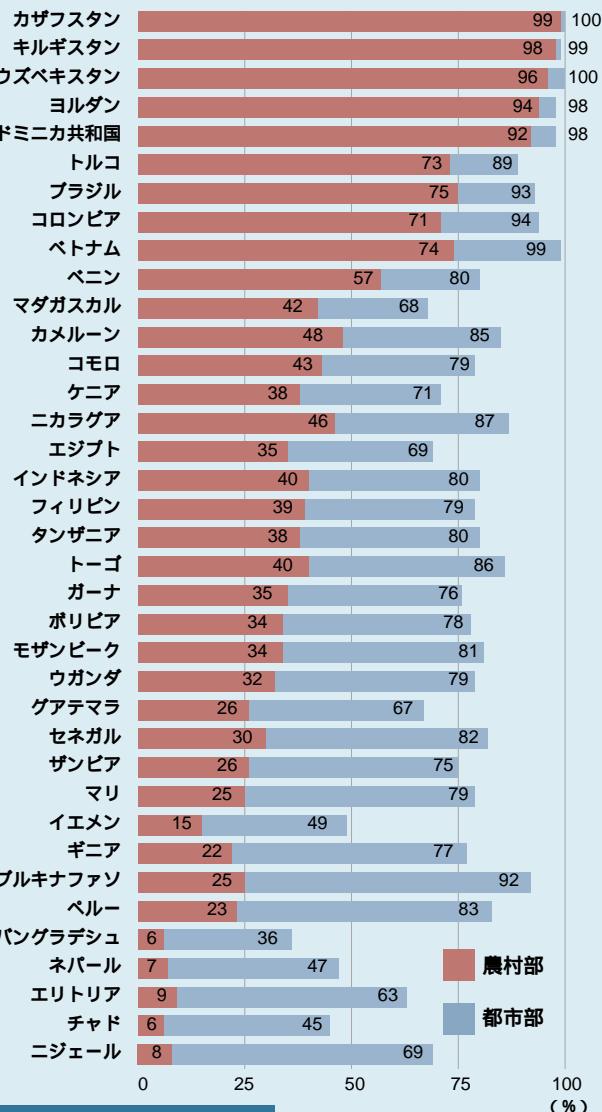
課題

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。

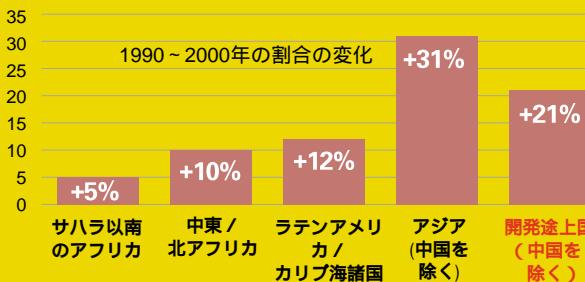
陣痛や出産は、正常な出産を安全にとりおこない、救急ケアを必要とする合併症の徵候を発見できる医師や助産婦、看護婦のもとでおこなわれるべきです。

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)



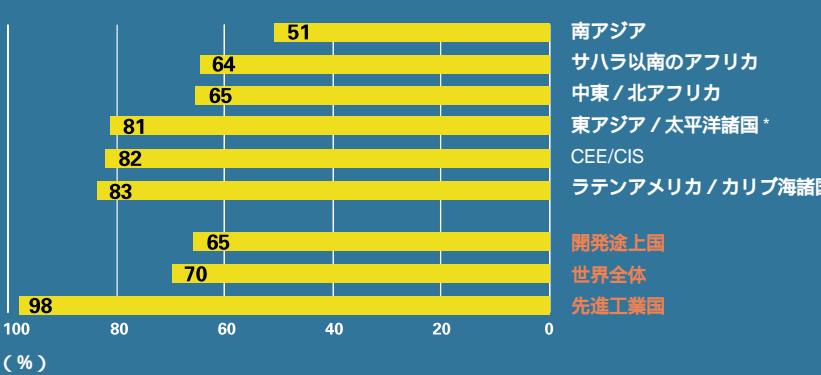
*傾向データのある開発途上国45か国を対象

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



*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)