

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

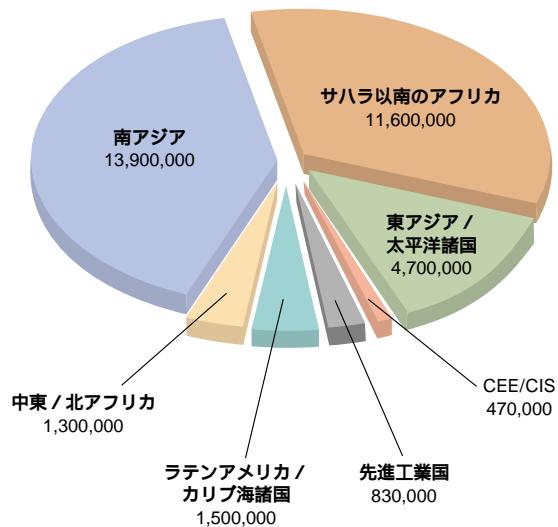
予防接種率は1980年代に極めて高いレベルに到達し、それが1990年代に入っても維持されてきました。開発途上国では、毎年250万人の子どもの生命が救われています。3種混合の世界全体での予防接種率は、1980年代以降70%以上を保っています。

…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。

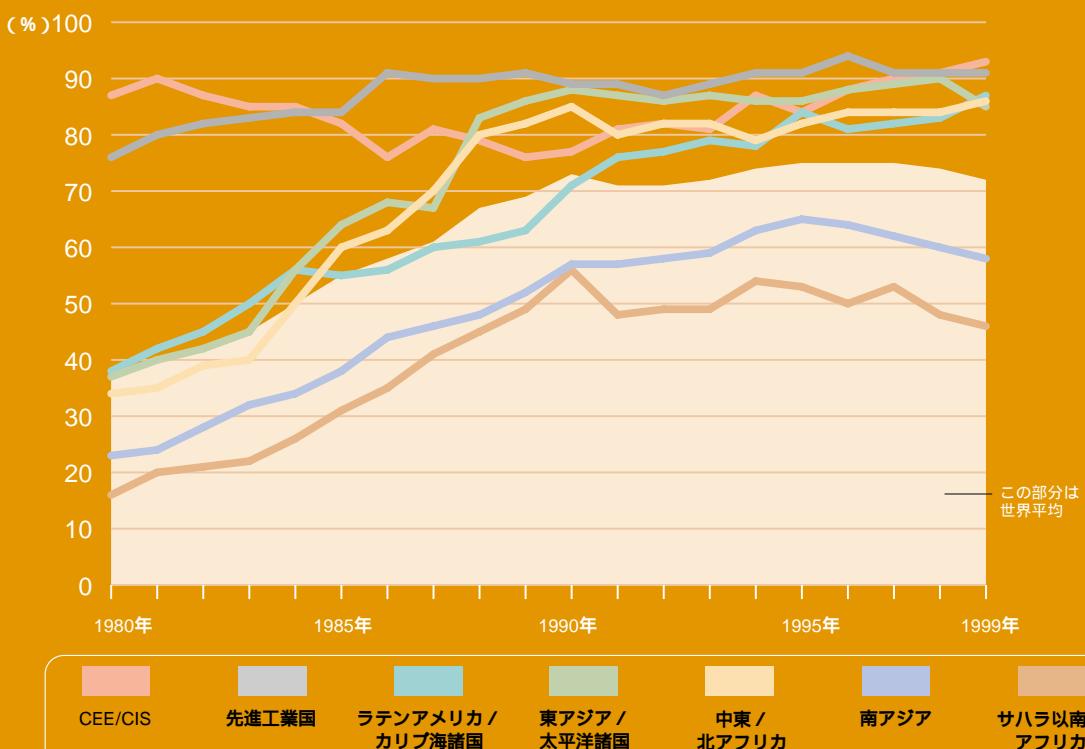
本項目のすべての図表、グラフの出典：
世界保健機関(WHO) / ユニセフ(2001年)

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)*** |
|--------------|-------------------|------------------------|--------------------------|
| スワジランド(89) | 99 イラン(91) | 99 アンティグア・バーブーダ(99) | ラトビア(87)** |
| セイシェル(99) | 99 オマーン(98) | 99 ドミニカ(96) | 95 ロシア(73)** |
| エリトリア(-) | 93 バーレーン(94) | 97 セントクリストファー・ネービス(99) | 95 旧ユーゴスラビア・マケドニア(90)*** |
| ボツワナ(91) | 90 ヨルダン(92) | 97 メキシコ(66) | 95 ユーゴスラビア(84) |
| ガンビア(92) | 88 サウジアラビア(95) | 96 ホンジュラス(84) | 95 クロアチア(83)** |
| レソト(76) | 85 チュニジア(93) | 96 セントピエト・グレナディーン(98) | 93 リトアニア(86)** |
| モーリシャス(85) | 85 エジプト(87) | 94 チリ(99) | 93 地域平均(77) |
| ルワンダ(84) | 85 クウェート(71) | 94 キューバ(92) | 93 スロベニア(95) |
| マラウイ(87) | 84 レバノン(82) | 94 エルサルバドル(80) | 92 アルメニア(85)** |
| ザンビア(91) | 84 リビア(84) | 94 ペルー(72) | 90 ボスニア・ヘルツェゴビナ(58)** |
| ジンバブエ(88) | 81 シリア(90) | 94 ウルグアイ(97) | 90 グルジア(91) |
| ベニン(74) | 79 アラブ首長国連邦(85) | 94 パナマ(86) | 81 タジキスタン(86) |
| ケニヤ(84) | 79 カタール(82) | 92 ブラジル(66) | 79 トルコ(84) |
| 南アフリカ(72) | 76 モロッコ(81) | 91 トリニダード・トバゴ(89) | |
| タンザニア(78) | 76 パレスチナ暫定自治区(-) | 89 セントルチア(91) | 先進工業国 |
| ブルンジ(85) | 74 地域平均(85) | 86 アルゼンチン(86) | デンマーク(95) |
| ガーナ(58) | 72 アリジェリア(82) | 83 グレナダ(81) | 99 フィンランド(90) |
| ナミビア(53) | 72 イラク(83) | 76 バルバドス(91) | 99 アイスランド(99) |
| コートジボアール(54) | 62 イエメン(84) | 72 ベリーズ(91) | 99 モナコ(99) |
| モザンビーク(46) | 61 スーダン(62) | 50 地域平均(71) | 99 スウェーデン(99) |
| セネガル(51) | 60 ジブチ(85) | 23 コスタリカ(95) | 98 フランス(95) |
| マダガスカル(46) | 55 | スリナム(83) | 98 ルクセンブルク(90) |
| ウガンダ(45) | 55 東アジア / 太平洋諸国 | ジャマイカ(86) | 97 カナダ(88) |
| マリ(42) | 52 タイ(92) | 97 ガイアナ(83) | 97 オランダ(97) |
| カメルーン(48) | 48 モンゴル(84) | 94 ニカラグア(66) | 97 ポルトガル(89) |
| ギニア(17) | 46 シンガポール(85) | 94 バハマ(87) | 96 ベルギー(93) |
| シエラレオネ(85) | 46 マレーシア(89) | 93 エクアドル(75) | 96 イスラエル(93) |
| 地域平均(55) | 46 ベトナム(85) | 93 グアテマラ(66) | 96 米国(90) |
| ブルキナファソ(66) | 42 ブルネイ(93) | 92 ボリビア(41) | 95 イタリア(83) |
| トーゴ(77) | 41 中国(97) | 90 ベネズエラ(61) | 95 ノルウェー(86) |
| 赤道ギニア(77) | 40 フィジー(97) | 86 コロンビア(88) | 94 スペイン(93) |
| モーリタニア(33) | 40 地域平均(88) | 85 ドミニカ共和国(69) | 94 スイス(90) |
| ギニアビサウ(61) | 38 ミャンマー(88) | 83 バラグアイ(67) | 93 英国(85) |
| ガボン(78) | 37 フィリピン(88) | 79 ハイチ(41) | 92 マルタ(63) |
| 中央アフリカ(82) | 33 韓国(74) | 74 | 地域平均(89) |
| リベリア(-) | 33 インドネシア(61) | 72 CEE/CIS | 90 アンドラ(-) |
| コンゴ(79) | 29 ラオス(18) | 56 アゼルバイジャン(82)** | 90 オーストリア(90) |
| ニジェール(22) | 28 パプアニューギニア(67) | 56 ベラルーシ(89) | 88 オーストラリア(95) |
| ナイジェリア(56) | 26 カンボジア(38) | 49 ハンガリー(99) | 88 ギリシャ(54) |
| コンゴ共和国(35) | 25 朝鮮民主主義人民共和国(-) | 37 スロバキア(99)**** | 88 ニュージーランド(90) |
| アンゴラ(24) | 22 | ウクライナ(88)** | 86 アイルランド(65) |
| チャド(20) | 22 南アジア | ウズベキスタン(87) | 85 ドイツ(80) |
| エチオピア(49) | 21 スリランカ(86) | 99 チェコ(99)*** | 日本(90) |
| ソマリア(19) | 18 モルディブ(95) | 92 カザフスタン(80) | 71 |
| | ブータン(96) | 88 キルギスタン(80) | |
| | ネパール(43) | 76 ポーランド(96) | |
| | バングラデシュ(69) | 72 トルクmenistan(84)** | |
| | 地域平均(57) | 58 アルバニア(94) | |
| | インド(70) | 55 モルドバ(81) | |
| | パキスタン(54) | 56 ルーマニア(96) | |
| | アフガニスタン(25) | 35 ブルガリア(99) | |

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

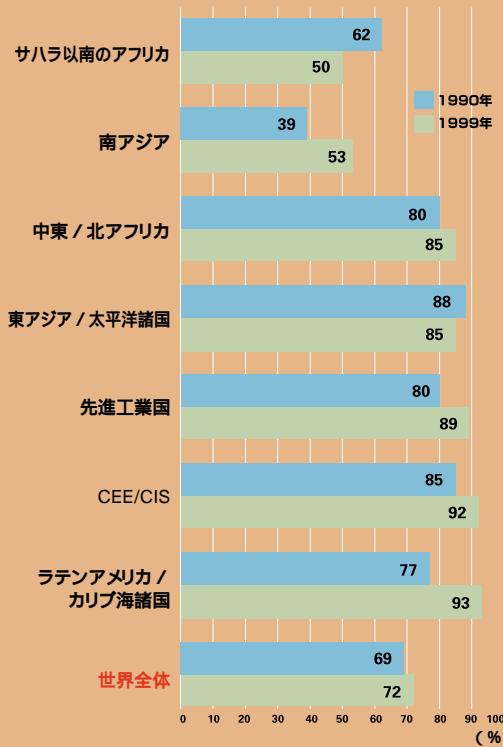
サハラ以南のアフリカや南アジアといった地域では、最低一回のワクチン接種も十分におこなわれていないため、いまだに、はしかが子どもの主要な死因のひとつとなっています。1999年の時点で、ワクチン接種率が50%を切る国がまだ14か国あります。はしかによる死亡数を2005年までに半分に減らすという新しい目標に取り組むためには、さらに努力を重ねる必要があります。

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

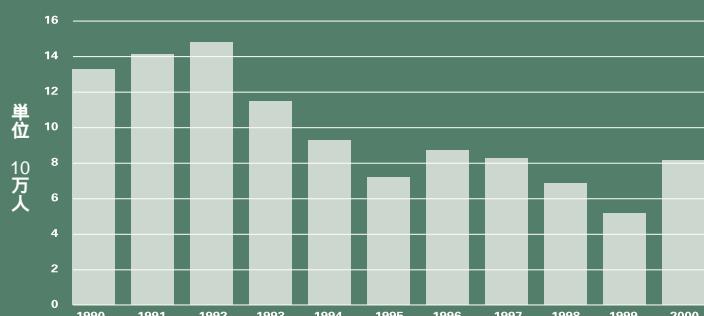
はしか予防接種率の地域別変化 (1990年、1999年)



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

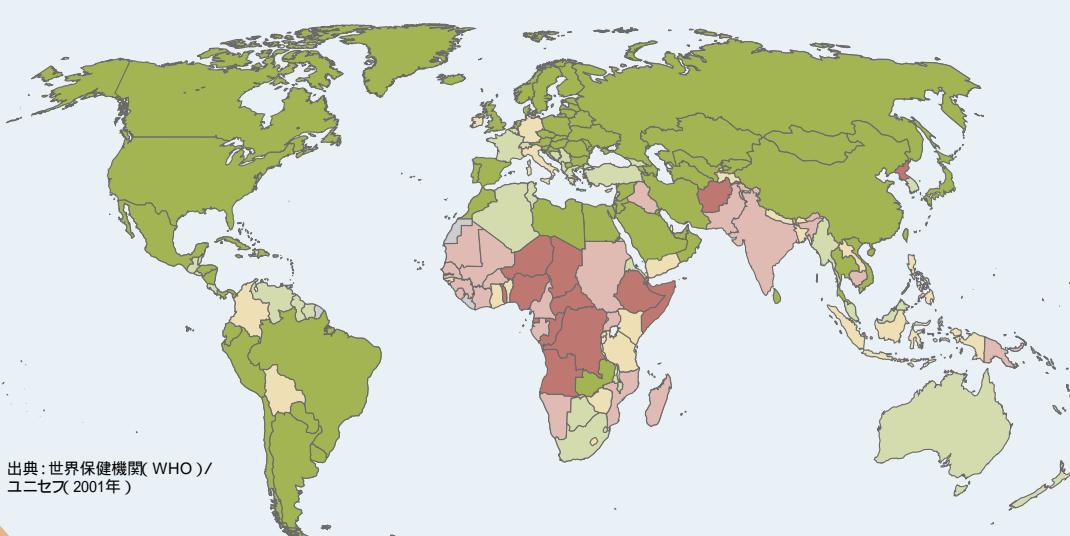


*正式に報告される症例数は、実際の発見件数よりも少ないものです。しかし、報告数の減少は、実際の症例数の減少を反映しています。2000年に増加したのは、報告システムが改善されたこと、はしかの大流行があったことが原因です。

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。

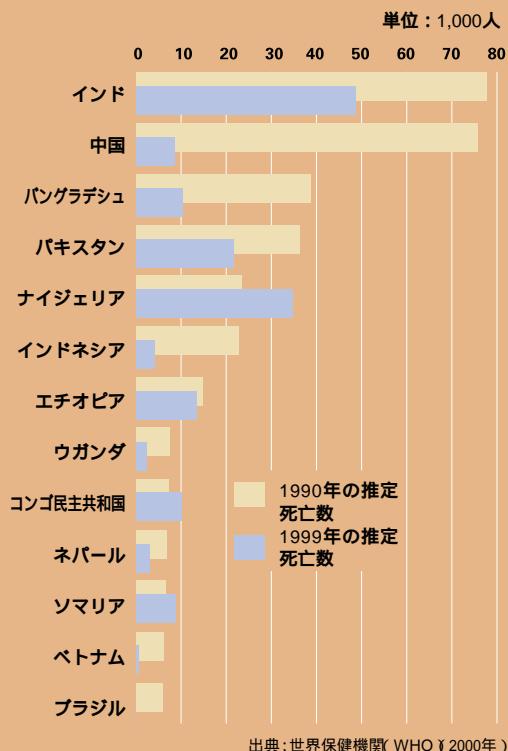
課題

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。

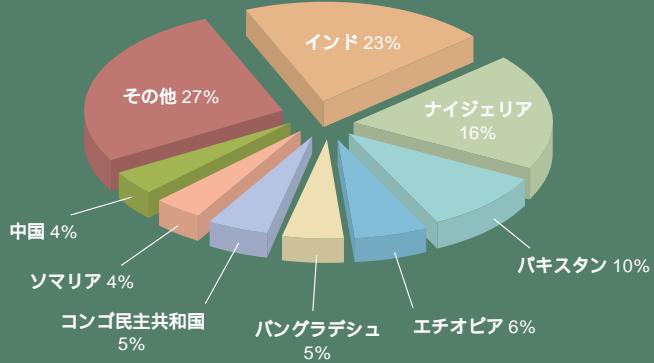
*新生児破傷風の発生が、すべての国のすべての地域で、1,000出生中1を下回ることを指す。

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

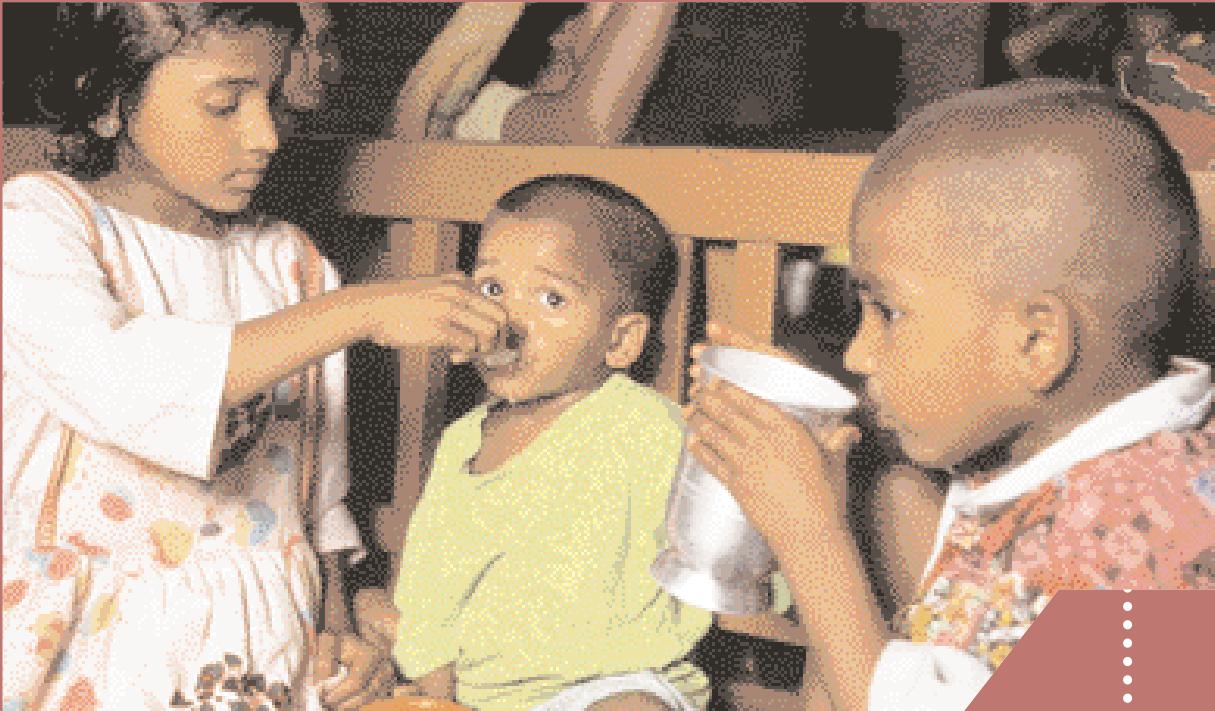
出典：世界保健機関（WHO）/ユニセフ（2001年）

- 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ています。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。

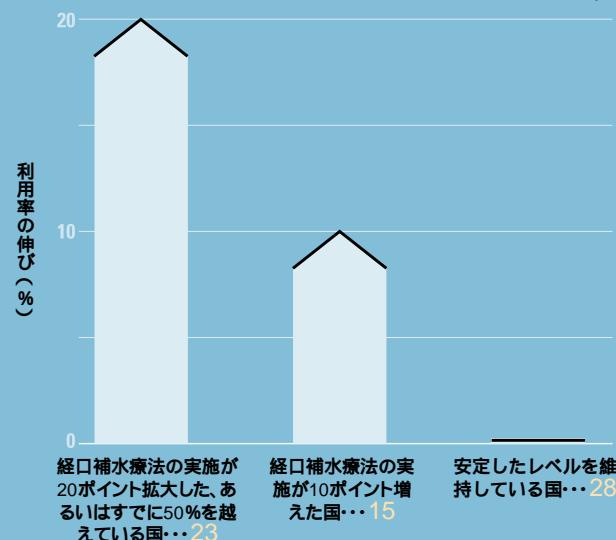
課題

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。

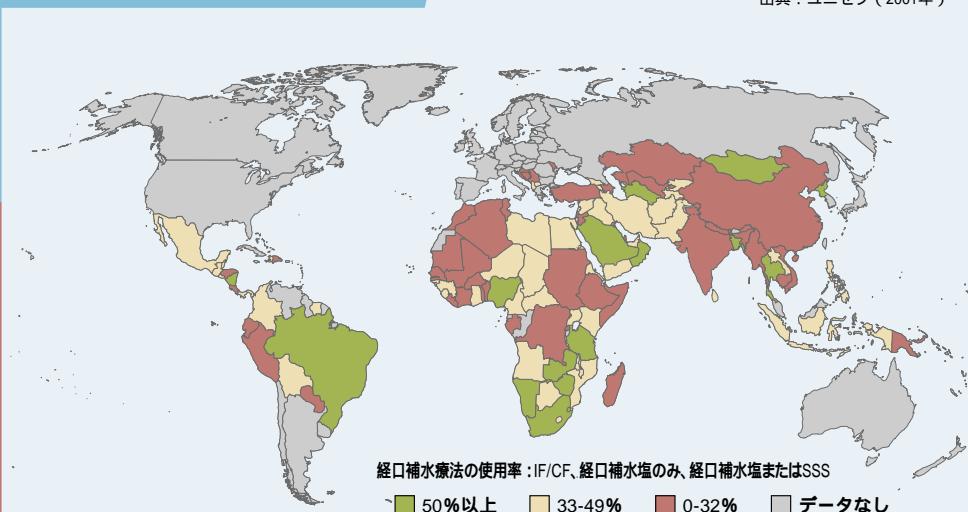
出典：ユニセフ（2001年）



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。