

世界子供白書 2009
Executive Summary 〔要旨〕

妊産婦と新生児の保健
Maternal and Newborn Health

暫定翻訳：(財) 日本ユニセフ協会 広報室

unite for
children

unicef 

目 次

- 第 1 章 妊産婦と新生児の保健：現状
- 第 2 章 妊産婦と新生児保健を推進するための環境を整える
- 第 3 章 時期と場所を横断的に結びつけた継続的なケア：リスクとチャンス
- 第 4 章 妊産婦と新生児の健康を改善するための保健システム強化
- 第 5 章 妊産婦と新生児保健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

第1章

妊産婦と新生児の保健：現状

妊娠・出産は、通常、親や家族にとって喜びもひとしおの時である。しかし、多くの国々やコミュニティでは、女性と新生児の健康と生存にとっては非常にリスクの高いときでもある。毎日、約1,500人の女性が、妊娠・出産に関連する合併症で命を落としている。1990年以來、世界の年間妊産婦死亡推定数は50万を超えており、過去19年間の累計で約1,000万人の妊産婦が死亡していることになる。

先進工業国と開発途上地域——特に後発開発途上国——との間で一番格差が大きい問題は、おそらく妊産婦死亡であろう。これは数値を見れば分かる。2005年のデータによると、後発開発途上国の女性が、生涯で妊娠・出産に関連する周産期の合併症で命を落とす確率は、先進工業国の女性に比べ、300倍以上も高いのである。そのほかの死亡率で、これほど格差の大きいものはない。さらに、出産を無事に終えても、周産期の傷、感染、病気、障害——しばしばこれが生涯残ることがある——に悩む女性が何百万といるのである。

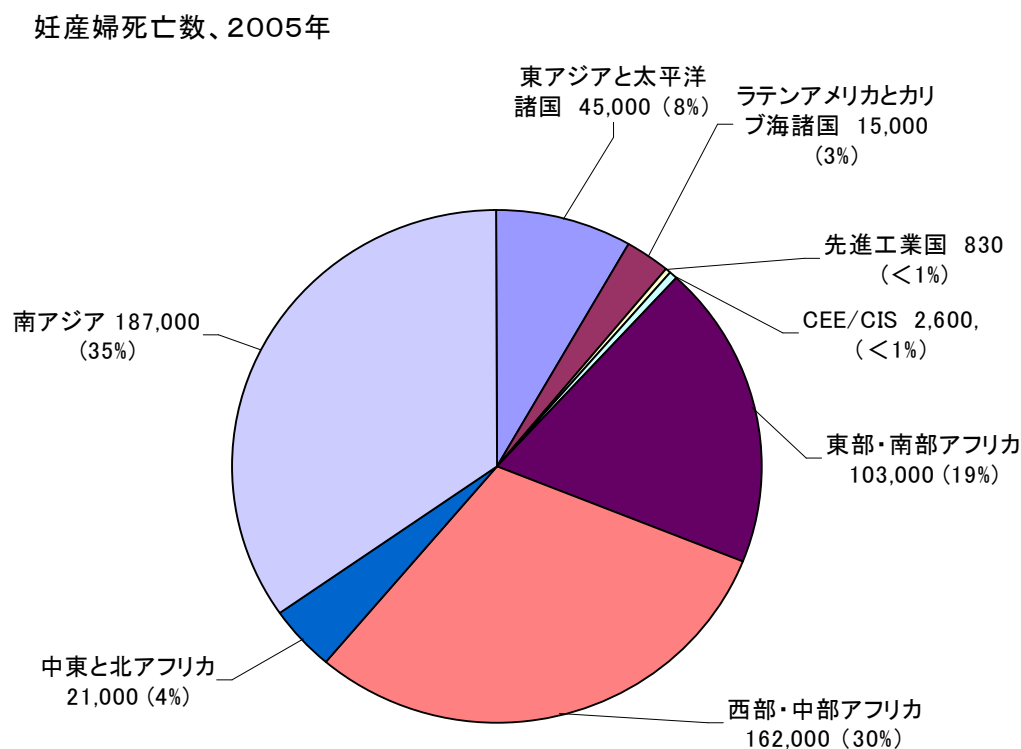
子どもが一番命を落としやすいのは出生後間もない時期である。5歳未満児の死亡の約40%——直近の信頼できる推計データが存在する2004年で370万人——は最初の28日、つまり新生児期に起きている。そして、このうち4分の3が最初の7日、つまり早期新生児期に起きているのである。死亡リスクが一番高いのが、出生後1日以内。新生児死亡の25～45%がこの時期に起きている。新生児死亡率でも保健格差は顕著である。後発開発途上国に生まれた子どもは、先進工業国に生まれた子どもよりも、最初の28日以内に命を落とす危険性が14倍近くも高いのである。

子どもの死亡率と同じように、母親と新生児の死亡は、アフリカ大陸とアジア大陸に集中している。妊産婦死亡の95%、新生児死亡の約90%は、この二つの大陸に集中しているのである。また同じ国の中でも、社会層間の格差が高いままである。特に貧困層を見た場合はそうである。1995～2002年の間に実施された人口・保健調査（DHS）によると、同じ地域内でも、最も貧しい20%の世帯の新生児死亡率は、最富裕層の20%の世帯の子どもたちよりも20～50%も高いことが分かっている。同じような不平等が妊産婦死亡率にも見られる。

妊産婦死亡と新生児死亡が起きるタイミングと原因は良く知られている。産科合併症——出産後の出血、感染症、子癇、難産など——や流産による合併症は、ほとんどの妊産婦死亡の原因となっている。貧血（これはマラリアにより悪化することがある）、HIV、そのほかの条件が重なると、出血による妊産婦死亡のリスクが高まる。新生児にとっての一番

のリスクは、重篤な感染症（敗血症/肺炎、破傷風、下痢性疾患を含む）、仮死、早産であり、これらを合わせると、新生児死亡の原因の 86%を占める。

図 1. 1 妊産婦死亡の地域分布*

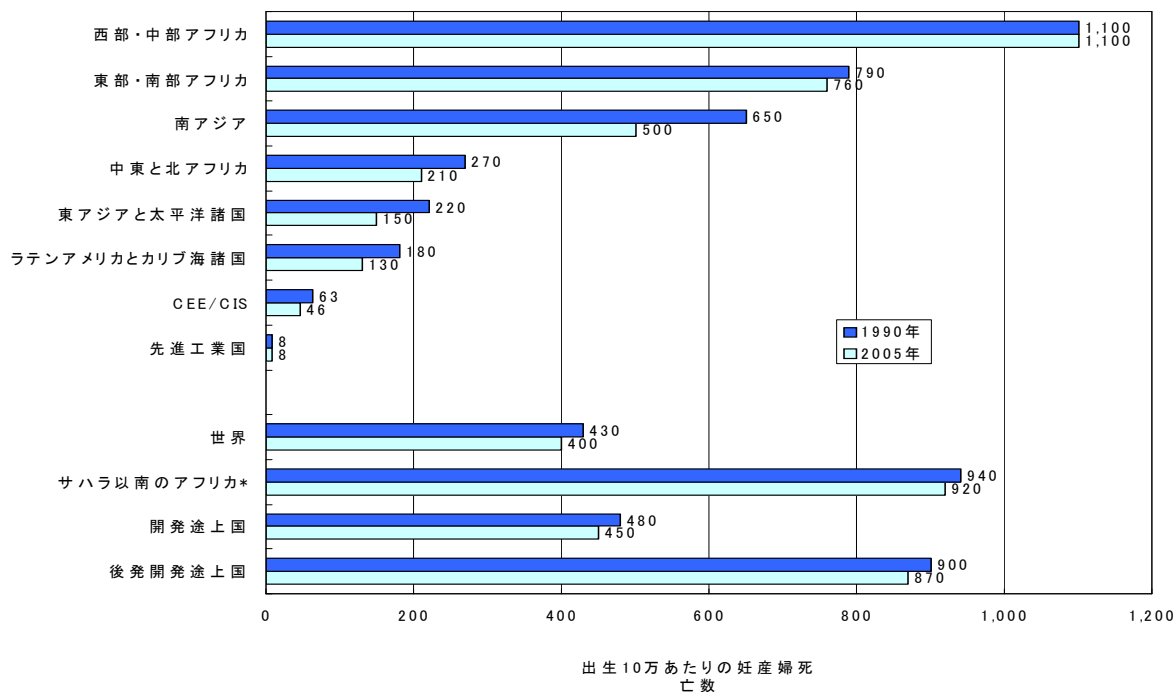


* 数値を四捨五入しているため合計が 100%にはならない場合がある。

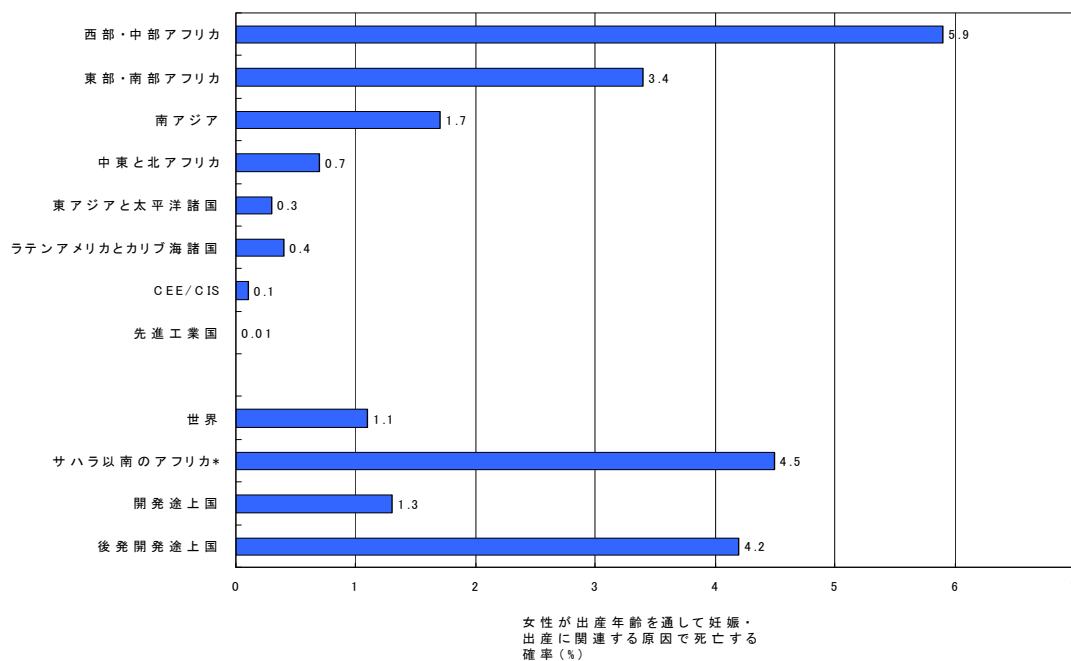
出典：世界保健機関（WHO）、ユニセフ、国連児童基金、世界銀行、*Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p.35.

図 1. 2 妊産婦死亡率の傾向と程度、生涯におけるリスクの高さ

妊産婦死亡率、1990年と2005年



女性が生涯に妊娠・出産で死亡する危険度(リスク)、2005年

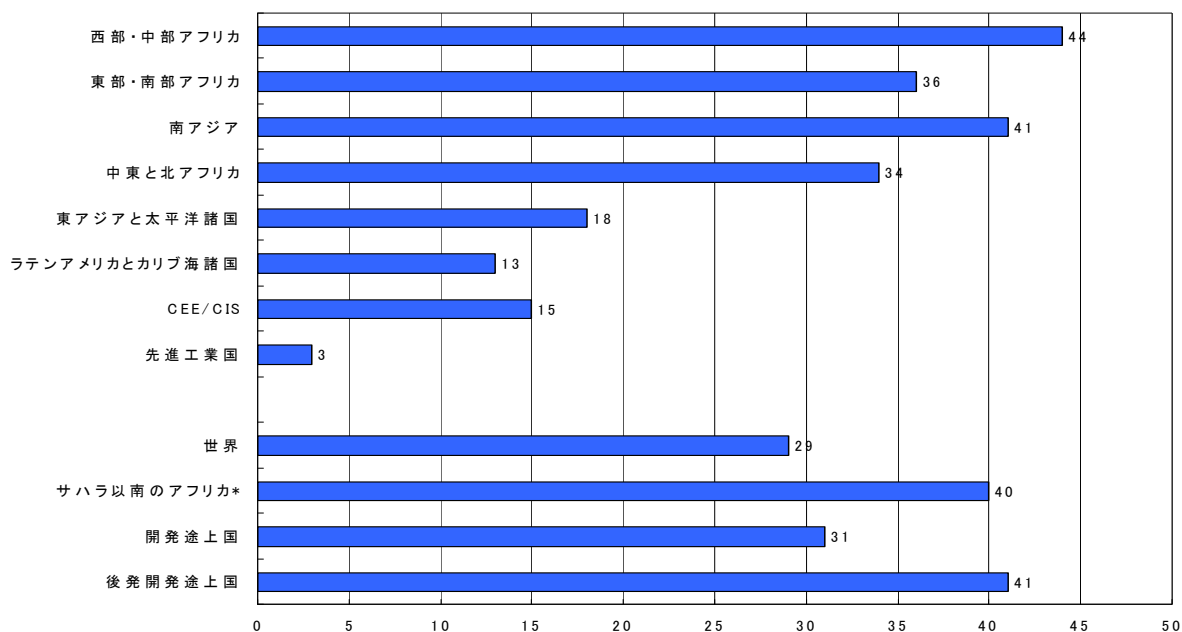


* サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中央アフリカを合わせたものである。
 出典：WHO, ユニセフ、国連人口基金、世界銀行、*Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p.35.

これらの条件は、ほとんどの場合、予防可能なものであり、質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービス（性と生殖に関する保健サービス）、妊産婦ケア、専門技能者が付き添う出産、緊急時の産科・新生児ケア、適切な栄養、母親と新生児に対する産後ケア、女性と新生児の健康的な習慣を啓発するための教育があれば、治療可能なものである。調査によれば、女性が基礎的な妊産婦ケアと基礎保健ケア・サービスを利用できれば、妊産婦死亡の約80%は避けることができることが分かっている。新生児死亡の36%を引き起こしている感染症は、妊産婦スクリーニングや予防接種、衛生的な出産やへその緒の処理ができれば、削減することができるのである。

図1.3 新生児死亡率の地域分布

出生1,000あたりの新生児死亡数（出生後0～28日以内）、2004年



* サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中央アフリカを合わせたものである。

出典：WHO、人口動態統計と世帯調査を利用した統計

妊産婦と新生児の死亡率と罹患率の要因には、直接的なもの以外にも、家庭、コミュニティ、地域レベルで間接的に母親と新生児の健康と生存を脅かす要因がいくつもある。これらには次のようなものがある：女子と若い女性たちの教育と知識の欠如（男子よりも女子のほうが学校に行けないことが多い）、栄養のある食事や基礎的な微量栄養素を摂取することができない、環境保健施設が整備されていない、基礎保健ケア・サービスが不適切あるいは十分に利用できない。このほか、貧困、社会的な排除、ジェンダー差別、政治不安といった基礎的な要因も、妊産婦と新生児の死亡率や罹患率に直接・間接的に関係してくる。

途上国の妊産婦と新生児の生存と健康を脅かす要素を見てみると、継続的なケアがどれだけ重要かが分かってくる。継続的なケアは、重要な時期に（具体的には青年期、妊娠前の時期、妊娠期、出産時、出産後、新生児期、乳児期、幼児期に）母親と子どもに基礎的なサービスを提供することが大事であり、また、場所的にも、女性と子どもがいつでもアクセスできる主要な場所（家庭、コミュニティ、アウトリーチ、外来、保健施設）でサービスを提供することが大切である。

継続的なケアは、女性が妊娠中、そして出産中に、自らの——そして子どもの——健康と命を維持できるようにするには、女性が青年期の早い時期からそのためのスキル、ケア、保護を受けていなければならないことを強調している。妊娠前、妊娠中、妊娠後に適切な栄養を摂取し、質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスや妊産婦サービス、基礎的な保健ケアを受けた健康な女性は、健康に生き延びることができる、より丈夫な赤ちゃんを産むことができるはずである。同様に、栄養摂取の高い、健康な赤ちゃんほど、乳児期、早期幼児期、そしてその後へと、丈夫に育っていく可能性が高いはずである。

しかし、保健サービスを提供さえしていれば、妊産婦保健や新生児保健を改善できるというものではない。真に効果的で維持可能なものにするには、プログラムが保健システムの中に組み込まれ、これを強化し、女性の権利をサポートするような環境を推進するよう、大きな枠組みの中で基礎的な支援拡大を目指さなければならない。女性と女子たちに対するジェンダー差別や不平等を解決する行動が伴わない限り、基礎保健ケアの効果や維持可能性は低くなり、あるいはその可能性自体がなくなることもあり得る。

第2章

妊産婦と新生児保健を推進するための環境を整える

妊産婦と新生児の保健を推進するための環境を整えるには、ジェンダーによる不平等や差別を生み出している社会的、経済的、文化的障害を取り除かなければならない。それには、いくつかの主要な行動が必要となる。女性と女子の教育、貧困の削減、虐待・搾取・差別・暴力からの保護、家庭内での意思決定、経済的、政治的な生活への女性の参加が必要である。また、女性たちが自らの権利と、自分の、そして子どものための基礎サービスを求められるよう、彼女たちをエンパワーする必要がある。さらに、これを推進するための環境を整えるには、男性自身が、妊産婦と新生児の保健ケアに関わること、そしてジェンダーによる差別と不平等の問題解決に関わる必要がある。

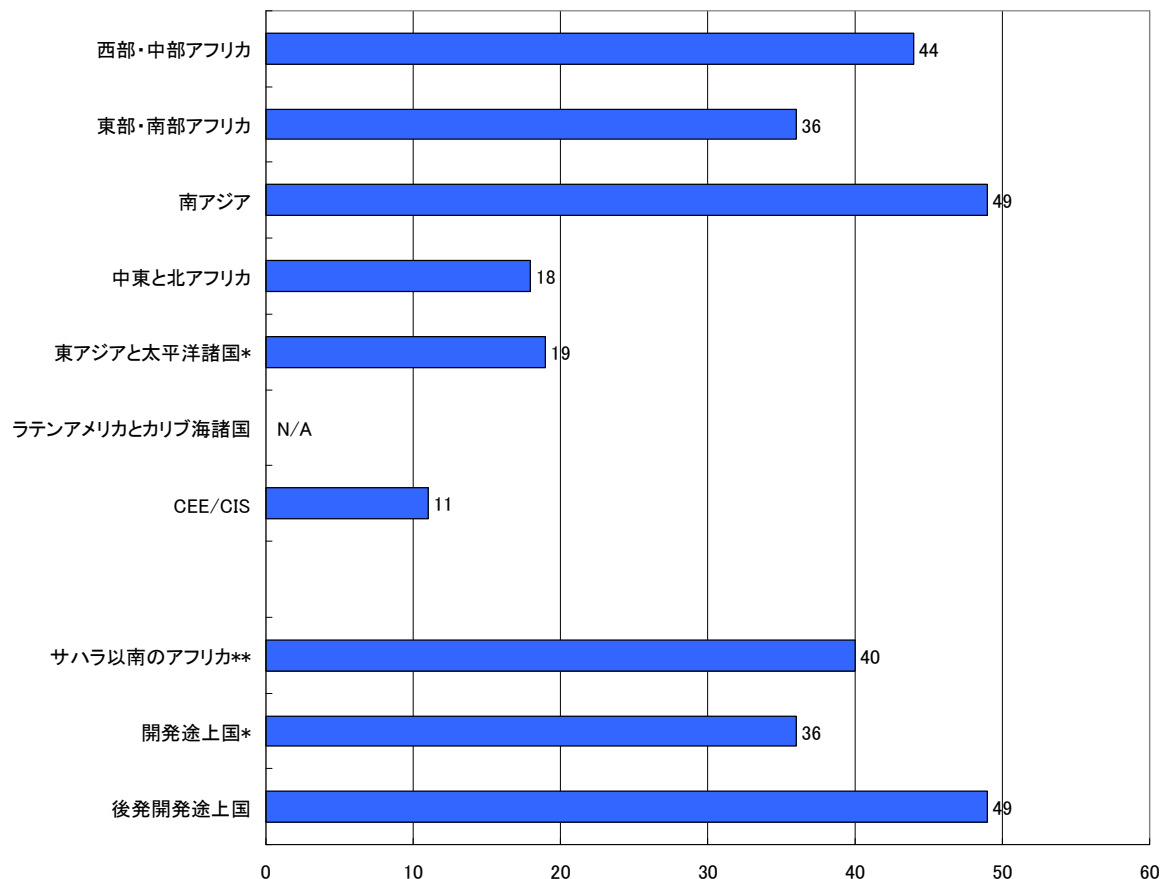
女子と女性のエンパワーメントは、妊産婦と子どもの保健に直接的なインパクト（影響）がある。特に教育は、女子と女性の妊娠・出産リスクを低めることができる。調査によると、教育を受けた若者たちは、10代を過ぎてから家庭を築くことが多い。これはしばしば重要なことを意味する。世界的に、15～19歳の女子が命を落とす主要な要因となっているのが妊娠・出産時の合併症なのである。これは年間7万人にもものぼる。教育を受けた女性は、妊娠時期を遅らせるほかに、子どもに予防接種を受けさせ、栄養についても知識を持っており、出産と出産の間隔をあけることが分かっている。そのため、子どもたちの生存率も栄養状態も良いのである。

児童婚は、国際的な条約や多くの国内法でも人権侵害であるが、女子の教育の機会を奪い、若いうちから妊娠する可能性を高める。妊娠したときの年齢が若ければ若いほど、女性にとって、そして子どもにとって健康面でのリスクが高まる。15歳よりも前に出産する女子は、20代の女性よりも出産で命を落とす確率が5倍も高い。さらに、母親が18歳よりも若いと、その母親から生まれた乳児が、1歳の誕生日を迎える前に命を落とす確率は、19歳以上の母親から生まれた乳児よりも60%も高いのである。子どもがその時期を生き延びたとしても、その子は低出生体重児であることが多く、栄養不良に陥り、身体的発達でも、認知力の発達でも遅れをとることが多い。

児童婚は、数としては全体的に減ってきているが、変化のペースがあまりに遅すぎる。児童婚に対する態度や考え方を直すには、政府、そのほか宗教的指導者やコミュニティの指導者を含む人々からの働きかけを必要とする。そして、さらに、教育、特に中等教育の推進が必要とされる。

図 2. 1 児童婚は南アジアとサハラ以南のアフリカに多く見られる

20～24歳の女性で、18歳よりも前に結婚あるいは、同様の関係にある女性の割合(%)、1998～2007年



* 中国を除く

** サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中央アフリカを合わせたものである。

出典：人口・保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)、その他の国勢調査

妊産婦と新生児の保健を改善するには、女性や女子に対する暴力と虐待をなくす必要がある。女性と子どもに対する暴力に関する WHO（世界保健機関）と国連の大規模な調査では、虐待が大規模に行われていることがあらわになった。女性や女子に対する暴力は、身体面でも、生殖面でも悪影響を与える。女性性器切除/カッティング (FGM/C) は女性と女子の権利を侵害するものであるが、これは、アフリカと中東の 27 の国の 15～49 歳の女子と女性約 7,000 万人に実施されたものと推察されている。FGM/C は出産時の合併症リスクを大いに高める可能性がある。WHO の調査によると、この慣習は、出血を長引かせたり、感染症の原因となり、これによって出産 100 例あたり 1～2 件の周産期死亡につながって

いる。そのほかの暴力——パートナーによる身体的暴力やレイプも含む——は、母親と子どもの多くの健康問題につながる可能性がある。女子と女性に対する暴力を、現行レベルから引き下げるには、女性の声をもっと議論に反映し、この問題に対する関心を維持するために、法律を作り、これを執行し、そのほかにも、調査、プログラム、予算といった事柄をカバーする包括的なメカニズムを作る必要がある。

家庭内、そしてより広い社会の中で女性をサポートしていくと、妊産婦と新生児の健康に良い、多様な影響がある。家庭内の主要な決定事項に女性が参加できると、子どもの栄養摂取が高まり、自分と子どものために適切な医療ケアを求めるようになることが、調査によって分かっている。洞察力のある女性たちが結束すると、新生児と母親たちが、妊娠・出産を生き抜くことができる大きな要因となる。女性がエンパワーされ、コミュニティに参加することができる、ジェンダーによる差別を生み出す態度や慣習を破ることができ、仕事を共有し、資源をプールすることができる。また、妊産婦と新生児の健康を改善するためのイニシアティブを一緒になって考えたり、維持したりすることができるのである。男性もまた、こうした努力の一翼を担うことができるはずである。男性は、自分について、あるいは人々との関係についてポジティブに捉えることができ、子どもの人生について、家族や友達をサポートがあれば、こうしたことに積極的に参加することが分かっている。

議会政治レベルでの女性の参加はまだまだ限られており、比較的最近の兆候であるために、女性議員の影響が妊産婦と新生児の保健をどれだけサポートするかは分かっていない。しかし、女性議員が、子どものケアの改善や女性の権利の強化といったイニシアティブを優先させるような方法を強くサポートし、推進していることは、すでにいろいろな事例から分かっている。こうしたことは、女性と新生児、子どもたちの継続的な保健ケアを推進する環境整備にはなくてはならないものである。

第3章

時期と場所を横断的に結びつけた継続的なケア：リスクとチャンス

継続的なケアという枠組みは、単一の、特定の病気だけに焦点を絞った従来の支援方法ではなく、これを超えることを目的にしている。その基本的な概念は以下のようにまとめることができる：母親、新生児、子どもへの基礎サービスは、母親と子どものライフサイクルの重要な時期に、包括的なパッケージの形で提供するのが一番効果的である。それも、主要な場所を含む、柔軟性のある保健システムの中で、女性と子どもの権利をサポートするような環境の中で提供される必要がある。

重要な時期にサービスを提供する

妊産婦と新生児への継続的なケアをサポートするために必要な基礎サービスとは以下のようなサービスをいう：栄養改善、安全な飲み水、衛生、衛生施設（トイレ）と習慣、疾病予防と治療、質の高いリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する保健）サービス、適切な出産前ケア、専門技能を持つ人による出産時の介助、基礎的・包括的な緊急産科ケアと緊急新生児ケア、出産後ケア、新生児ケア、新生児期・小児期疾病統合管理(IMNCI)。

質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービス：

特に若者に対するリプロダクティブ・ヘルス・サービスを改善する必要性が、より多くの人たちによって唱えられ始めている。そうすることで、若者の間の HIV 感染や、そのほかの性感染症の拡大を抑えるためである。国レベルでリプロダクティブ・ヘルスを改善していくには、すべてのステークホルダーを巻き込んで、問題認識、優先順位設定、戦略形成をしなければならない。

栄養の改善：

青年期の女子と妊産婦の栄養は、母親と新生児の健康と生存を確保するために重要な要素である。若い女性たちの栄養不良は、特に南アジアでは若いときから見られるものであるが、妊産婦と赤ん坊の両方の健康を損ねるリスクを高める。妊産婦の健康を改善するプログラムは、特に女子と女性の栄養促進を行うことに重きが置かれている。妊娠前と妊娠期には、食料摂取量を増やしたり、葉酸と鉄分の補給が勧められている。食事の多様化、ヨード添加塩の使用、虫下しの提供なども、妊婦や母親の健康をサポートする方法となっている。産後の女性たちには、ビタミンAの補給が推奨されている。新生児への授乳習慣の改善——特に早期からの完全母乳育児——は、子どもたちを病気から守ってくれる方法である。

安全な飲み水、衛生、衛生施設（トイレ）と習慣：

母親と新生児を感染症から守るためには衛生的な出産が必須である。重篤な感染症は、非衛生的な出産環境・方法、安全でない水、不衛生な環境との関連で生じる。2000年には新生児の死亡の36%がこれらの原因によって起きている。衛生的な出産と予防接種の推進により、1980年以来、妊産婦破傷風、新生児破傷風が劇的に削減されている。

疾病の予防と治療：

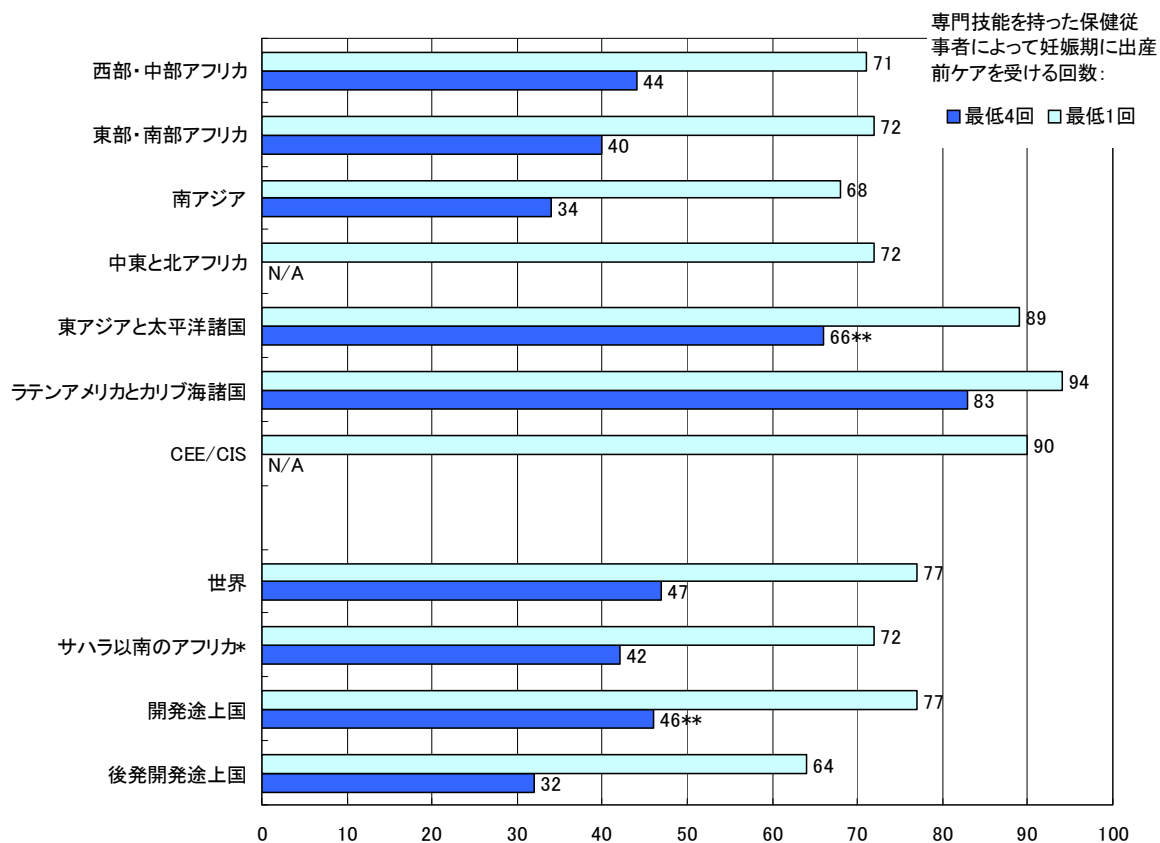
妊産婦の感染症を予防し、これを治療するための支援は、妊産婦サービスを充実させるために必須のことである。予防と治療の2つの主要な分野は——特にサハラ以南のアフリカでは——HIVとマラリアに関連している。HIVとの闘いには前進が見られる。妊産婦クリニックにかかったことがある15～24歳の女性のHIV感染率は、十分なデータを持つ17の国のうち14の国で2000/2001年以来下がっており、HIVの母子感染を防ぐための抗レトロウイルス薬による治療も、世界的に2004年の10%から2007年の33%にまで増加している。マラリアを抑えるのに役立っているのは、殺虫剤処理された蚊帳の妊産婦への配布とマラリアの断続的な予防治療（妊産婦がマラリアに感染しているかいないかに関わらず、単回投与分の抗マラリア剤を、妊娠期に最低2回投与する）である。最近ではHIV感染とマラリアを予防・治療する試みに成功も見られるが、これらの病気に対処するにはより多くのことが必要である。

適切な出産前ケア：

妊産婦の健康状態の悪化は、定期的な出産前健診によって予防、感知、治療ができるものである。ユニセフとWHO（世界保健機関）は、妊娠中は最低4回健診を受けるよう推奨している。これにより、破傷風の予防接種、感染症のスクリーニングや治療、妊娠期・出産期に起こりえる合併症についての知識などの主要な支援を妊産婦に提供できるからである。しかし、データのほとんどは、「1回」でも妊産婦健診を受けたことがある女性に関するものとなっている。開発途上国では、全般的に、4回の健診を受ける人は多くはないが、妊婦の4分の3は最低1回でも専門技能を持った保健従事者から出産前ケアを受けたことがあるからである。

図3.1 出産前ケアの普及率

15～49歳の女性で、妊娠期間に出産前ケアを受ける女性の割合(%)、2000～2007年

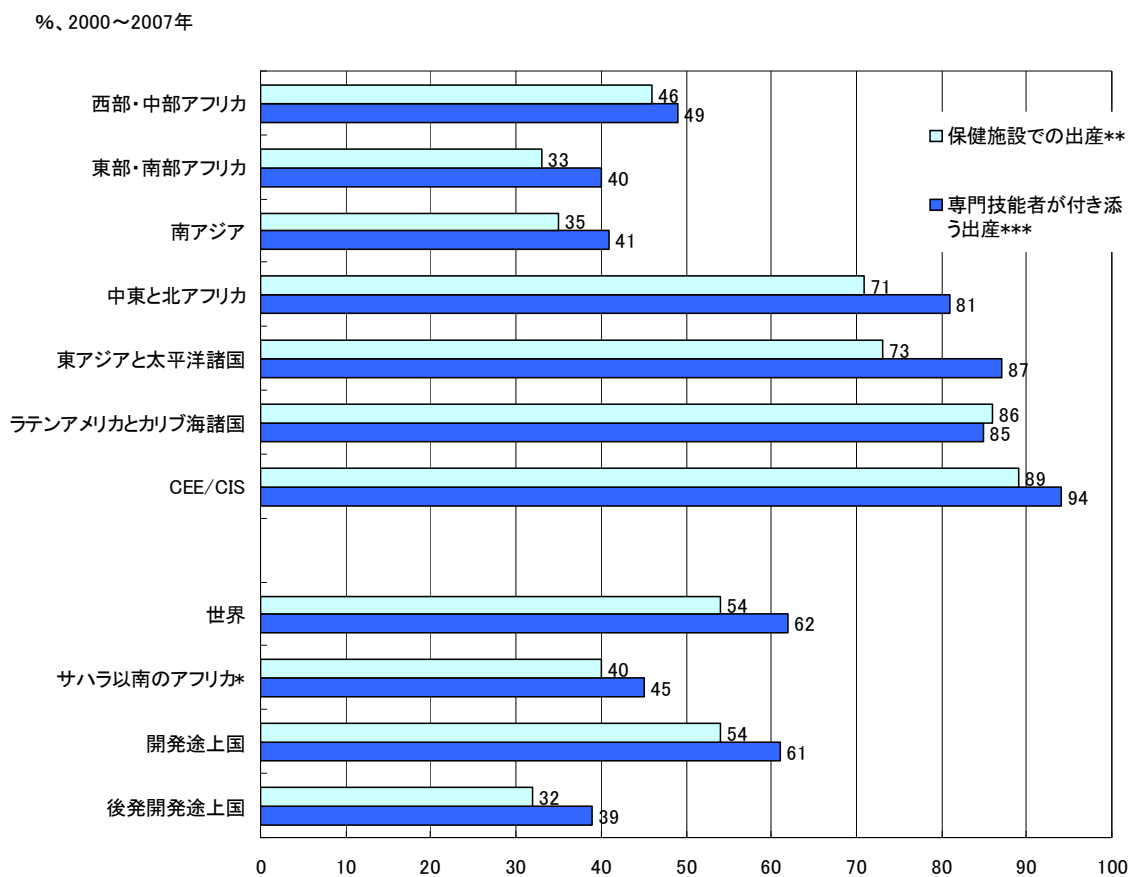


* サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中央アフリカを合わせたものである。

** 中国を除く。

出典：人口・保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)、その他の国勢調査

図3. 2 出産時ケアの普及率



* サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中央アフリカを合わせたものである。

** 「保健施設での出産」とは、調査前2年間に出生した15～49歳の女性で、保健施設で出生した女性の割合をいう。

*** 「専門技能者が付き添う出産」とは、専門技能を有する保健従事者（医師、看護師、助産師）が付き添う出生の割合をいう。

出典：人口・保健調査（DHS）、複数指標クラスター調査（MICS）、WHO、ユニセフ

専門技能を持つ人による出産時の介助：

専門技能を持つ保健従事者による出産時の介助を代替し得るものはない。過去 10 年の間に、サハラ以南のアフリカを除く開発途上国全般で、専門技能を持つ人による出産時の介助を受ける妊産婦の割合が高まっている。2000～2007 年にかけて、専門技能を持つ保健従事者が開発途上国の全出産数の 61%に立ち会っている。専門技能を持つ保健従事者の介助が一番少ない南アジア（41%）とサハラ以南のアフリカ（45%）は、妊産婦死亡率も最も高い。開発途上国全体では、最も裕福な 20%の世帯と比べて、最も貧しい 20%の世帯の女性は専門技能を持つ保健従事者の介助を受けられる確率は約 50%となっている。WHOは、専門技能を持つ出産介助者が、すべての妊産婦について、分娩の第 3 段階（新生児の分娩後、胎盤が完全に排出されるまでの間）で、積極的な管理を行うよう推奨している。これは、妊産婦死亡の主要因である出産後の出血を減らすために、一番広く受け入れられている方法である。

基礎的・包括的な緊急産科ケアと緊急新生児ケア：

出産時に合併症にかかった女性の命を救うには、医療施設でのタイムリーなケアが必要なき時がある。研修を受けた保健従事者は、通常の出産、あるいは多少の合併症を伴う出産の介助ができるだけでなく、より専門的な緊急ケアを受ける必要がある重篤な合併症をきちんと認識できなければならない。調査によると、出産の約 15%は緊急の産科ケアを必要とし、5～15%には帝王切開が必要な場合がある。サハラ以南のアフリカの農村部などでは特に、帝王切開の割合が約 2%で、専門技能者による介助を受けられる割合に大きな格差がある。どれだけ質の高いケアが受けられるかは重要な問題である：適切な支援を提供するためには、施設に十分な医薬品、サプライ、備品、研修を受けたスタッフがなければならない。緊急産科ケアの提供とアクセスの障害となっているのは、コスト、距離、スタッフ不足、文化的障害である。

出産後の母親と新生児のケア：

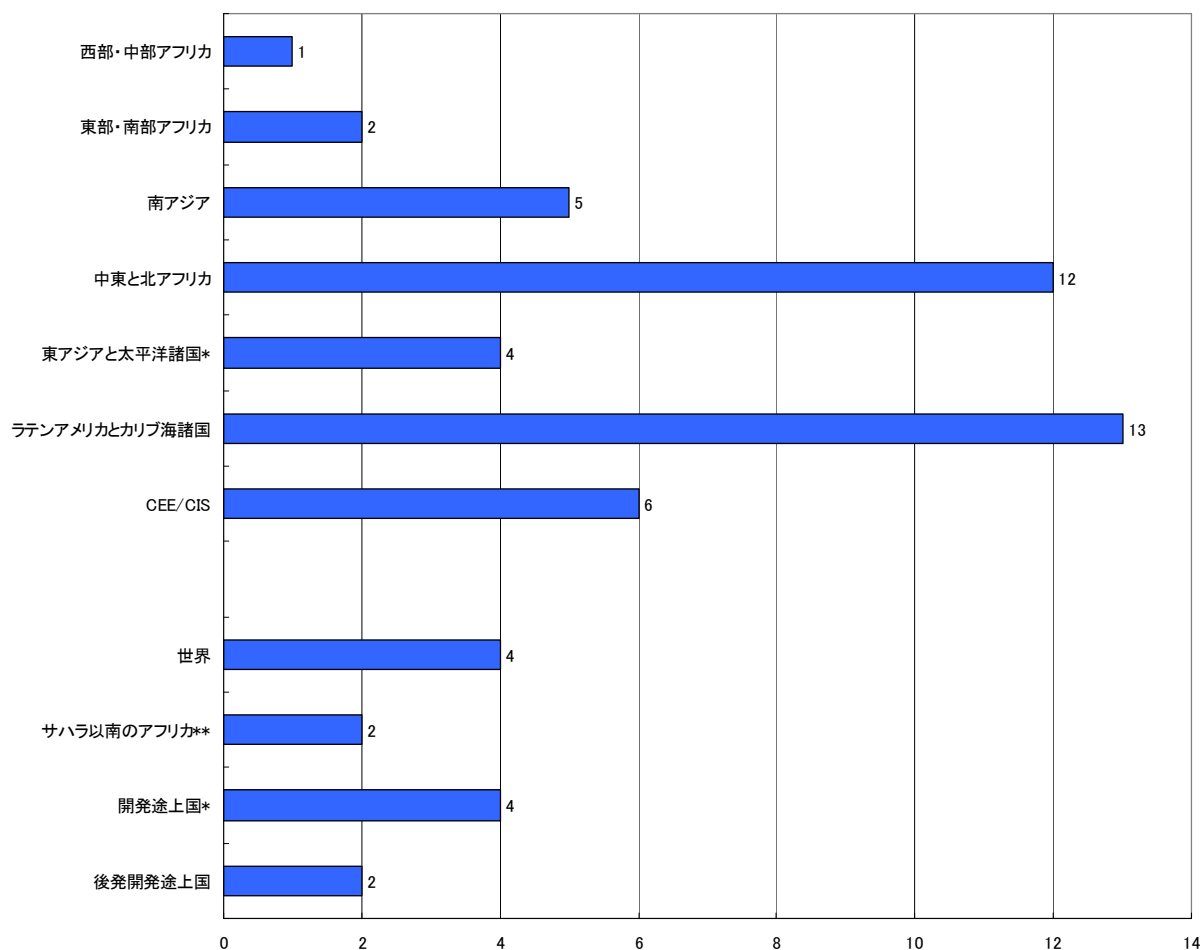
出産後のケアは、緊急に着目しなければならない分野である。女性は、しばしば出産前ケアや出産時ケアよりも、出産後のケアを求めることが少ない。出産直後のケアを受ける母親でさえも、それ以降の日々は、おうおうにして見放された状態になっていることが多い。出産が専門技能を持った人の監督のもとで行われたとしても、出産後の健診が 6 週間後になり、それも 1 回しかないということもある。出産後のケアは新生児の健康の改善につながることもある。特に子どもの衛生的なケアや、早期からの完全母乳育児の推進に役立つ。出産後に引き続く施設を中心にしたケアにさまざまな障害（輸送手段や家族の宿泊場所の手配などにまつわる困難やコストも含む）があることを考えると、出産後のケアでは、出産がどこで行われようと関係なく、アウトリーチによる訪問ケアが大きな役割を担う。

サービスの提供場所

支援をパッケージにして提供することは効率的で、費用対効果も高いことが分かっている。さらに、サービスが包括的であれば、人々をより利用しようという気持ちにさせ、普及率を拡大し、高める機会をより多く提供することもできる。目指すべきは、女性と子どもに基礎的なサービスを提供し、家庭と保健施設とのつながりを強化する包括的な基礎保健ケア・システムを開発することである。

図 3. 3 緊急産科ケア：農村部での帝王切開

農村部における帝王切開による出産の割合、2000～2006年



* 中国を除く。

** サハラ以南のアフリカは東部・南部アフリカと西部・中央アフリカを合わせたものである。

出典：人口・保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)、その他の国勢調査、ユニセフ

家庭での保健：

開発途上国全体では、出産の54%がクリニックや病院で行われているが、南アジアとサハラ以南のアフリカ——妊産婦死亡率と新生児死亡率が最も高い地域——では、60%を超える女性が自宅で出産している。医療施設でのケアを求めない理由には、医療施設を使うとお金がかかる、交通費や宿泊費がかかる、そのほか、付き添う家族の分の収入が入らなくなってしまうなどの間接的な理由が考えられる。出産後のケアと新生児ケアは、往々にして、母親と新生児の家族の負担となることが多い。

より良い健康は「家庭」から始めることが可能である。家庭での栄養や衛生習慣は、母親と新生児が直面する保健リスクの主要な要因となっている。不適切な栄養、トイレの後および食事の準備前や食事の際に石鹸や灰で手を洗うといった基礎的な衛生習慣への配慮がないこと、室内の空気が汚れているといったことがらは、感染症や下痢性疾患を広める要因となる場合がある。生後6カ月までの乳児の完全母乳育児は、子どもの健康と成長を向上させる可能性が大きい。基礎的な保健、栄養、環境面での知識を家庭レベルで改善すること、そして、自らと子どもの健康についての意思決定ができるよう女性をエンパワーメントすることは、新生児と、母親に成り立ての、あるいはこれから母親にならんとしている女性たちの健康に大きな良い影響を与える可能性がある。

コミュニティ・パートナーシップ：

コミュニティは、保健ケアに重要な役割を果たしている。それは単に、より高価な代替案がないということだけでなく、エンパワーメントと人権につながる方法としても重要な役割を担っているのである。保健面でのコミュニティ・パートナーシップでは、コミュニティの人々に研修を実施し、保健員にすることがある。そして、その人たちに世帯訪問をさせたり、既存の保健センターのスタッフにしたりする。コミュニティ保健員が積極的に勧める3つの方策は、①完全母乳育児、②石鹸による手洗い、③マラリア予防のための殺虫剤処理された蚊帳の使用である。さらに、保健面でのコミュニティ・パートナーシップの多くは、HIVの母子感染の予防方法を助言できる人、マラリア、肺炎、新生児敗血症といった小児期疾病の対応ができる人を含んでいる。例えば、ネパールの農村部では、研修を受けたコミュニティ保健員と専門技能を持った保健従事者との協働努力で、新生児死亡率の30%低減に成功している。

アウトリーチ／外来サービス

保健面でのコミュニティ・パートナーシップが、保健システムの中に取り組み形で、基礎サービスの普及率拡大を可能にすることができるように、アウトリーチ、外来サービスは、家庭／コミュニティ・ケアと施設中心のケアとの架け橋になり得る。これらは、性やリプロダクティブ・ヘルスに関するプログラムばかりでなく、出産前ケアと出産後のケア

を提供するのに重要な役割を果たしている。新生児と母親、双方のための出産前・出産後の健診は、アウトリーチあるいは外来サービスとして提供することができるからである。その主なサービスは、母親と新生児の危険信号の認知とチェック、授乳方法（特に早期の完全母乳育児）と新生児の養育方法についての助言、必要な場合は母親と赤ん坊に治療を受けさせるために病院や施設へ紹介・搬送すること、健康に良い習慣のサポートとカウンセリングである。

施設中心のケア：

保健施設は一般的に、妊産婦ケア、新生児ケアのための予防方法、治療方法を一番広く提供できる場所である。また、専門技術を持った優れた保健スタッフをたくさん抱えているところでもある。医療施設は2つのカテゴリー、クリニックと病院に分けられる。クリニック——つまりコミュニティに一番近い施設——のスタッフは、合併症を伴わない分娩、さらにはいくつかの主要な合併症に対処できる——例えば胎盤をとり除いたり、新生児蘇生を行うなどである。出産や出生にリスクが伴うことを考えると、クリニックのスタッフやアウトリーチに関係している人たちは、自分たちでは対処できず、より高度な医療施設への患者紹介・搬送が必要な出産時合併症や新生児合併症を見極められる知識を持っていなければならない。より高度の医療施設とは、医師が医療診断、治療、ケア、カウンセリング、リハビリテーションといったサービスを行う地区の病院である。保健システムによっては、複雑な臨床ケアを提供する搬送病院がある。しかし、多くの途上国では、母親と乳児が必要とする施設中心の保健ニーズを満たすことができるのは、クリニックや地区病院である。

第4章

妊産婦と新生児の健康を改善するための保健システム強化

効率の良い継続的なケアを立ち上げるには、保健システムを強化するため、実践的な段階を踏む必要がある。妊娠と出産に関連する問題、リスク、機会を考えると、特に注意を要する分野がある。それは、例えば、エビデンスとなるデータをとること、保健分野の労働力を拡大、推進すること、インフラとロジスティクスをアップグレードし、拡大すること、公正な財政的解決策を提供すること。社会的動員を通じてケアへのニーズを高めること、ケアの質を高めること、そしてコラボレーションを通して政治的コミットメントとリーダーシップを育てることを意味する。

ステップ1：データ収集・分析を促進する

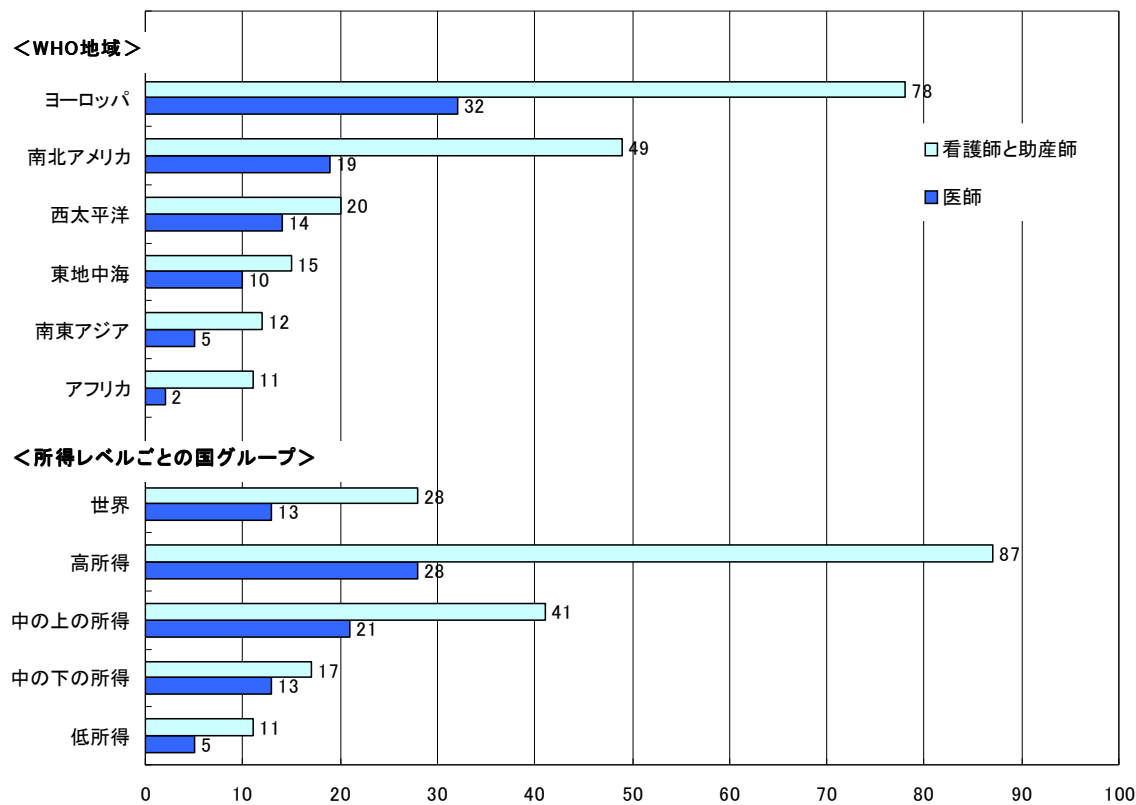
妊産婦と新生児の健康という複雑な事象を適切に表すことができる「唯一の指数」というものはない。しかし、さまざまなツール——国勢調査、アンケート、家庭・コミュニティ調査、施設を中心にしたデータなど——を利用して、数ある指数のデータをとることは可能である。政治やプログラムに欠かせない情報には、人口統計、栄養状態、社会・経済データ、保健ケア・サービスの提供具合、ケアを必要とする事例、改善された保健・衛生・栄養の実践事例などがある。多くのパートナー——例えば WHO（世界保健機関）、ユニセフ、Health Metrics Network（ヘルス・メトリクス・ネットワーク）は、政府とそのほかの機関が、保健関連のデータを収集できるよう、ガイドラインその他の支援ツールを考案している。

ステップ2：基礎保健と妊産婦/新生児保健ケアに携わる人たちを増やす

WHO は、出産に付き添う専門技能者の定義を「合併症を伴わない分娩と出産後のケアの管理、女性や新生児の感染症の認知、管理、患者紹介・搬送についての教育と研修を受けて認定された保健従事者（助産師、医師、看護師）」としている。WHO は、また、専門技能を有する保健従事者が出産に付き添う割合を適正にするには、人口 1,000 人あたり平均して保健ケア専門員が 2.28 人いることが望ましいとしている。この基準に達していない 57 カ国のうち、36 カ国はサハラ以南のアフリカの国々である。絶対数で保健従事者の数が不足しているのはアジア、特にバングラデシュ、インド、インドネシアであるが、相対的に最も不足しているのはサハラ以南のアフリカで、必要な基準密度を満たすためには保健従事者の数を 140% 増加させなければならない。

図 4.1 専門技能を有する保健従事者は特にアフリカと南東アジアで不足している

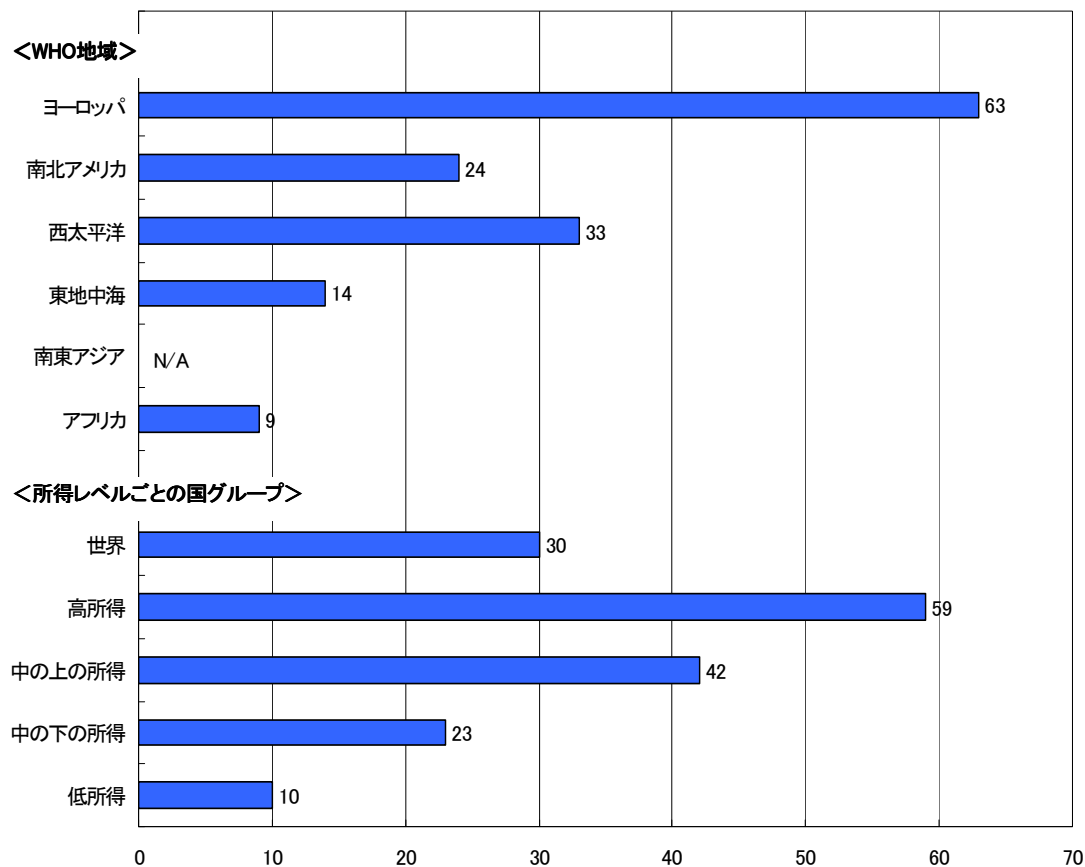
人口1万人あたりの専門技能を有する保健従事者(医師、看護師、助産師)の数、2005年



出典：WHO（世界保健機関）, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.82-83.

図4. 2 低所得国では1万人あたり10床の病院ベッド数しかない

人口1万人あたりの病院のベッド数、2005年



出典：WHO（世界保健機関）, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.82-83.

エイズ、貧困、政治不安により、保健従事者の移動が世界中で多発している（特にサハラ以南のアフリカでは多い）中、開発途上国は専門技能を有する保健従事者のリクルート（採用）、研修、定着を狙った維持可能なイニシアティブを考え出さなければならない。助産師、そのほかの中級レベルのサービス提供者は、研修期間がより短く、より低い教育資格しか求められないが、多様な役割を担う保健従事者の一角を担うことが可能である。そうすることで、多様な負担を分け合い、女性と新生児のための紹介・搬送システムを構築することができるはずである。例えばモザンビークでは、助産師や看護師の資格を持った助産師は、サービスが行き届かない地域で、産科医を手伝い、コスト効果が高く、質の高い、緊急産科ケア機能を提供するのに役立っている。ペルーでは、コミュニティ保健員が、

1歳未満、妊産婦、出産適齢の女性を含むハイ・リスクな世帯を毎月訪問している。いくつかの国々——例えばマリとパキスタン——では、定着戦略を拡大し、農村部へのサービス提供と交換に、宿泊場所、備品、輸送手段といった物理的なインセンティブや、あるいは短期的なシフト、心理社会的な支援グループなど、金銭以外の恩恵を提供している。

ステップ3：社会を動員する

妊産婦と新生児の保健を改善するためのサプライ側（サービス提供側）の努力は、世帯やコミュニティ側（需要側）からの質の高い保健ケアに対する強い要求がなければ、部分的にしか成功し得ない。保健システムを作るにあたっては、社会動員を優先させなければならないのである。特に、個人の家族、女性、コミュニティを、保健ケア提供のパートナーとして考えることが肝要である。

妊産婦と新生児の健康を改善するために最も重要な支援方法のひとつは、予防可能なリスクをいかに認知するかということである。妊娠と出産においては、根深い文化的な慣習や信仰があり、女性は自らの健康や病気は言うに及ばず、新生児の死亡や病気についても責めを負わされることが多い。死産や新生児の死亡があまりに多い場所では、これらが「予防できること」とは認識されていないことが多いからである。コミュニティの健康と福祉、母子の福祉の促進については、コミュニティがパートナーとなり得る。保健システムは強制するのではなく、うまく取り組むことでコミュニティを巻き込むことができるのである。エクアドルの政策決定者たちは、リプロダクティブ・ヘルスの異文化間的アプローチを法的に統合することで、これを実現した。これは、維持できる保健開発への現地人の女性の参加をよりいっそう推進することを目的としている。

保健教育がより良い慣習と態度を生み出し、ケアを求めるための知識を醸成するのに重要であるように、保健サービス提供に主要なステークホルダーを直接巻き込むパートナーシップも重要である。例えば、ブルンジでは、正規の保健ケア従事者と新米の母親のアシスタントとして、施設の出産に従来の伝統的助産師も採用しているが、費用は金銭ではなく、母親たちが食料その他の贈り物の形で支払っている。結束心を培うには、家族のすべての人たちを巻き込む必要がある。多くの社会では、近隣に大家族が住んでおり、義理の家族、そのほかの年とった親戚が、保健ケアに関する意思決定に影響を与えている。男性のパートナーも、妊産婦と新生児の保健の改善には重要な役割を担っている。

ステップ4：実際の、公正的で維持可能な資金調達

質の高い保健ケアのための資金調達をどうするかは、先進工業国と開発途上国の区別な

く世界的な課題となっている。最低の予算をどのあたりに設定すべきかについての国際的な基準はないが、「2015年へのカウントダウン」イニシアティブは、質の高い基礎保健ケア・サービスを提供するためには、ひとりあたり45米ドル以上でないとは十分ではないと見積もっている。イニシアティブが妊産婦、新生児、子どもの保健に関して優先的対応がとられるべき対象としている68の国のうち、21カ国はひとりあたり45米ドル未満の予算しか、基礎保健ケア・サービスに予算をつけていない。

さまざまな国のニーズを満たす、包括的な政策はありそうにない。一番適切な方向性を決めるには、各国独自の状況、資金調達の方法、サービス提供戦略、アクセスへの障害などを詳細に分析する必要がある。多くの政府は、資源が少ない地域でも、定期保健ケア、緊急保健ケアのコストを家族たちが負担できるよう、いろいろな方策を模索している。

サービスを利用する側（ユーザー）の直接的な費用をなくせば、特に貧しい人々の保健サービスへのアクセスを劇的に改善することができる。いくつかの国々、ブルンジからガーナ、あるいはネパールのいくつかの州では、直接的な費用負担を部分的あるいは全面的になくしたり、なくす方向に向かっている。南アフリカとウガンダでのケースを見ると、ユーザーの費用負担をなくすには、このロス分を相殺するために予算を増額する、質を維持する、増加するニーズに応えるといったことを含む、より広い形での改革が必要であることが分かる。ボリビアの妊産婦と子どもの保健ケア・サービスのための社会保険のような国による健康保険制度は、一番貧しい女性たちにとっては利用し易いものかもしれないが、資源が少ない国々で広く普及させるには難しいかもしれない。現金支援を渡す方法は、ホンジュラス、インド、メキシコなどのより貧しい妊産婦にとってはインセンティブとなるが、モニタリングと評価を継続的に行う必要がある。

民間セクターは、特にアジアで、保健ケアの重要な提供者となりつつある。しかし、この効果がどの程度のものかは、まだエビデンスになるほどうまく測れていない。民間セクターは元来異質なものであり、さまざまな種類の提供者がいる。それには伝統的な治療師、助産師、教会が運営する病院、世界企業などが含まれる。多くの低所得国では、民間のサービス提供者たちは、公的な規制が弱いところで働いている。保健システムの中で台頭しつつある、公民混合型の保健システムの構築に着目すべきである。それというのも、不公平な資金繰り、規制しきれない民間セクターの性格が、政府の保健ケア、一般市民からの信頼性、社会経済的な格差に対する取り組みの姿勢に影響を与えてしまう可能性があるからである。政府は民間の保健ケア提供者の規制を改善し、国際的なガイドラインに基づき、最低基準のケアを保障する国家政策を策定する必要がある。

ステップ5：インフラ、ロジスティクス、施設、管理能力に投資する

妊産婦と新生児ケアをサポートするため、保健システムを強化するには、基礎的な妊産婦ケア・サービス、基礎保健ケア・サービスを支援するセクターに投資を行う必要がある。情報システムを強化することに加え、人的資源を拡大し、社会的動員を発展させ、公平な資金繰りをし、インフラ、サプライ、ロジスティクス、輸送、紹介・搬送プロセスを開発する必要がある。特に低所得国で、保健ケア施設を拡大、アップグレードするための増資が緊急に必要となっている。最新の WHO の推計によると、低所得国では、人口1万人に対して病院のベッド数はわずか10床しかないが、これがより高所得の国になると、このほぼ6倍にもなるのである。多くの開発途上国は、患者紹介・搬送制度の改善という課題も抱えている。国民のニーズと保健システムの能力を評価し、異なる紹介・搬送レベル間でセクターを越えた積極的なコラボレーションを推進、サービス提供者のパフォーマンスのアカウンタビリティを保障し、効果を測るための指数を開発しなければならないのである。

ステップ6：妊産婦、新生児と子どものケアの質を高める

質の高い妊産婦ケアは、すべての妊産婦、分娩時の女性、新生児に対して最低限の基礎的な支援を提供し、緊急ケアやより専門的なサービスを必要とする女性たちの需要にも応えられるようにしようというものである。このようなケアは、最大限可能な医学的成果をもたらす、提供者、患者、家族を満足させ、管理面でも財政面でも適切なパフォーマンスを維持し、すべての女性に提供されるケアの基準を上げるために既存のサービスを改善するよう努力する必要がある。先進工業国と中所得国の既存の保健システムのアクセスと質を高めるためには、改革が必要かもしれないが、新しい保健システムは、新しいプログラムにケアの質を高めるメカニズムを組み込むことが可能なはずである。例えば、コートジボワールでは、既存の妊産婦保健サービスに HIV の母子感染防止を組み込んだ国家プログラムが、(分娩の第3段階での積極的な管理を含む) ケアの質の改善につながっている。

第5章

妊産婦と新生児保健のために力を合わせる

以上の6つのステップを成功させるには、7つ目のステップを補完しなければならない。それは、妊産婦と新生児の保健改善に関係してくる保健管理者と国のリーダー、国際的なパートナーの一致協力とコミットメントである。

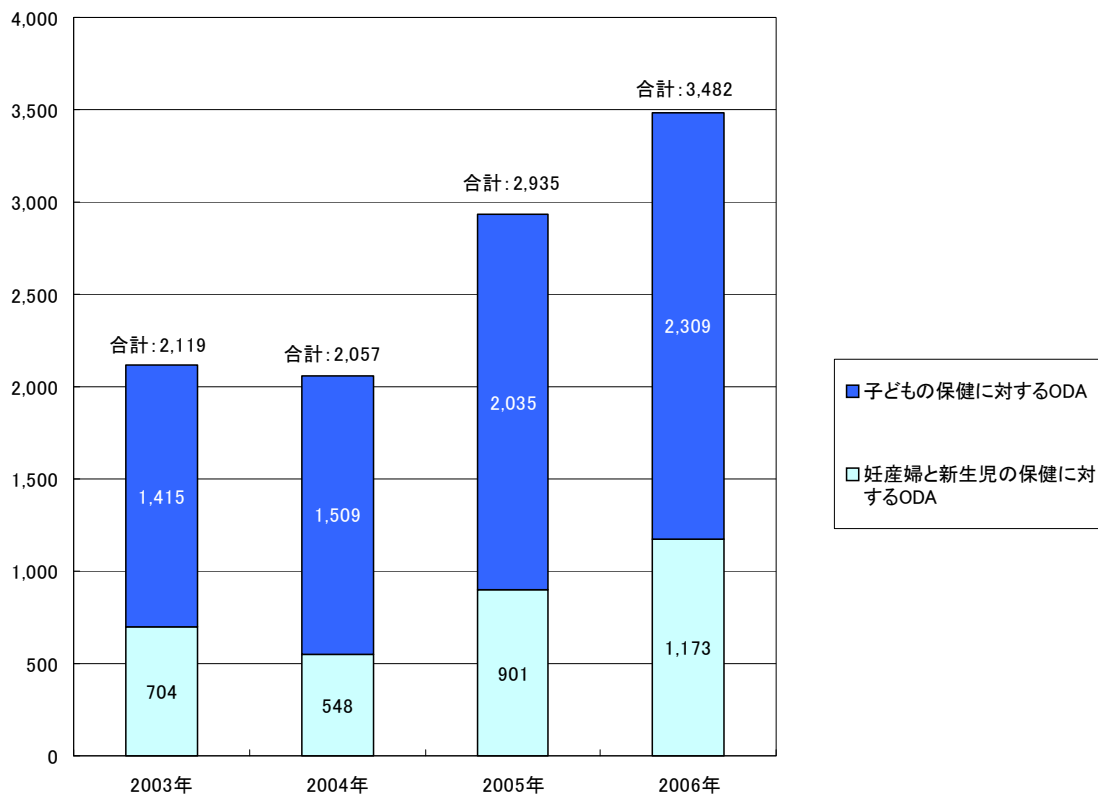
妊産婦と新生児の保健のためのコラボレーション、支援の有効性、資源（リソース）の面で発展が見られるということは、これから数年間、より良い改善が見込まれる可能性が高いということでもある。妊産婦、新生児と子どもの保健に対する国際的な支援は、2003年から2006年までの間で64%増加した。世界的な保健パートナーシップは、ヘルス・エイト・フォーラムのようなメカニズムを通してより強固になっている。そして、行動のための枠組みについてのコンセンサスも形成されつつある。援助効果に関するアクラ行動計画（AAA）、ミレニアム開発目標5を達成するためにより協調的に努力するという、WHO、ユニセフ、国連人口基金、世界銀行による共同宣言などの最近の展開は、妊産婦と新生児の保健を早急に改善したいという意思をあらためて示すものとなっている。

妊産婦と新生児の保健への政治的なコミットメントも、高次元で拡大しつつある。2008年のG8サミットでも、妊産婦死亡率の問題が討議され、「妊産婦、新生児、子どもの保健のためのパートナーシップ」は、世界のリーダーに対して、妊産婦と子どもの保健や家族計画のために年間102億米ドルの追加支出をするように働きかけた。世界に広がる協働の努力は、アフリカ連合のような地域フォーラムのより強いコミットメント、より強固な官民協働、資源、能力、行動のさらなる調整・調和へとつながっている。

課題は、母親と新生児へのコミットメントを維持し、さらに深めることである。エビデンスと結果に焦点を絞っていけば、さらなる努力が推進されるはずである。前進への最良の道を照らすために、科学的な大発見や新しいパラダイムを待つ必要はない。何百万もの新生児と妊産婦の命を救う方法についてはすでに分かっている。データと分析も急速に改善されつつある。行動のための枠組み——ミレニアム開発目標——も設定されている。新生児期後（出生29日から5歳を迎えるまで）の子どもの死亡数の低減については、すでに具体的な成果が出ている。母親と新生児は、共に同じような注目を必要としているのである。人的、財政的な資源、政治的な意思、世界的、国内でも国際的にも高まりつつあるコミットメントとコラボレーション（協働）が、母親と新生児の健康と生存を改善することに注がれるよう、すべての努力をいま傾けていく必要がある。

図5. 1 妊産婦と新生児の保健に対する ODA（政府開発援助）は 2004 年以降急速に増加している

単位：100万米ドル、2005年、年を通じた定額の為替換算で計算



出典：Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 April 2008, p.1269.

サハラ以南のアフリカ

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	767,218	6,655,406
18歳未満の人口(2007年)(単位1000人)	383,988	2,213,456
5歳未満の人口(2007年)(単位1000人)	127,624	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	50	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	41	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	89	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	148	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	1.3	1.8
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	920	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率(2000-2007年*)	15	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率†(2000-2007年*)(%)	24	23
改善された水源を利用する人の比率(2006年)(%)	58	87
都市部	81	96
農村部	45	78
適切な衛生施設を利用する人の比率(2006年)(%)	30	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	83	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	73	81
ポリオ(ポリオ3)	74	82
はしか	73	82
B型肝炎(hepB3)	67	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	34	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	40	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	61	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	64	80**
女性	61	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	26	48**
女性	22	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	62	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	965	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	51	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	-	11
教育	-	14
防衛	-	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	13	19
最上位20%	54	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	5.0	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	22,000	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	1,800	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	11,600	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	37	-
都市部	52	-
農村部	30	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	40	-
都市部	25	-
農村部	48	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	35n	-
男性	36n	-
女性	34n	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	75	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	72	77
最低でも4回	42	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	45	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

n ナイジェリアを除く

東部・南部アフリカ

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	378,926	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	186,875	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	61,296	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	50	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	36	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	80	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	123	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	1.7	1.8
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	760	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率 (2000-2007年*)	14	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率† (2000-2007年*)(%)	23	23
改善された水源を利用する人の比率 (2006年)(%)	59	87
都市部	88	96
農村部	48	78
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2006年)(%)	34	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	86	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	78	81
ポリオ(ポリオ3)	77	82
はしか	77	82
B型肝炎(hepB3)	77	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	55	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	45	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	60	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	66	80**
女性	66	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	20	48**
女性	18	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	65	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	1,245	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	49	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	-	11
教育	-	14
防衛	-	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	12	19
最上位20%	58	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	7.8	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	16,400	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	1,300	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	8,700	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	32	-
都市部	41	-
農村部	24	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	36	-
都市部	20	-
農村部	43	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	36	-
男性	38	-
女性	33	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	79	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	72	77
最低でも4回	40	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	40	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

西部・中部アフリカ

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	388,292	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	197,113	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	66,328	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	50	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	45	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	97	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	169	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	1.2	1.8
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	1,100	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率 (2000-2007年*)	15	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率† (2000-2007年*)(%)	24	23
改善された水源を利用する人の比率 (2006年)(%)	56	87
都市部	77	96
農村部	41	78
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2006年)(%)	27	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	80	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	69	81
ポリオ(ポリオ3)	71	82
はしか	69	82
B型肝炎(hepB3)	58	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	16	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	37	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	62	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	63	80**
女性	56	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	31	48**
女性	26	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	60	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	698	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	53	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	-	11
教育	-	14
防衛	-	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	16	19
最上位20%	48	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	2.6	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	5,600	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	480	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	3,000	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	41	-
都市部	57	-
農村部	35	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	44	-
都市部	28	-
農村部	55	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	35n	-
男性	34n	-
女性	35n	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	72	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	71	77
最低でも4回	44	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	49	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

n ナイジェリアを除く

中東と北アフリカ

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	389,176	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	153,178	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	44,789	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	69	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	25	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	36	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	46	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	3.2	1.8
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	210	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率(2000-2007年*)	12	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率†(2000-2007年*)(%)	11	23
改善された水源を利用する人の比率(2006年)(%)	87	87
都市部	94	96
農村部	78	78
適切な衛生施設を利用する人の比率(2006年)(%)	73	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	92	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	91	81
ポリオ(ポリオ3)	92	82
はしか	89	82
B型肝炎(hepB3)	89	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	32	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	68	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	83	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	88	80**
女性	85	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	54	48**
女性	52	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	75	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	3,666	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	4	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	15	11
教育	5	14
防衛	14	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	18	19
最上位20%	45	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.3	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	480	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	28	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	75	-
都市部	86	-
農村部	67	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	18	-
都市部	12	-
農村部	23	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	9	-
男性	10	-
女性	8	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	78	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	72	77
最低でも4回	-	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	81	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

南アジア

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	1,567,187	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	614,747	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	175,250	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	64	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	41	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	59	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	78	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	2.8	1.8
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 (2000-2007年*)	27	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率† (2000-2007年*)(%)	41	23
改善された水源を利用する人の比率 (2006年)(%)	87	87
都市部	94	96
農村部	84	78
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2006年)(%)	33	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	87	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	69	81
ポリオ(ポリオ3)	69	82
はしか	71	82
B型肝炎(hepB3)	29	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	-	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	63	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	72	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	81	80**
女性	77	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	51	48**
女性	43	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	63	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	889	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	40	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	14	11
教育	2	14
防衛	5	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	19	19
最上位20%	46	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.3	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	2,600	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	110	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	36	-
都市部	52	-
農村部	30	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	49	-
都市部	32	-
農村部	58	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	13	-
男性	13	-
女性	12	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	71	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	68	77
最低でも4回	34	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	41	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

東アジアと太平洋諸国

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	1,984,273	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	559,872	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	144,441	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	72	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	18	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	22	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	27	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	4.3	1.8
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	150	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率 (2000-2007年*)	6	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率† (2000-2007年*)(%)	11	23
改善された水源を利用する人の比率 (2006年)(%)	88	87
都市部	96	96
農村部	81	78
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2006年)(%)	66	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	93	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	89	81
ポリオ(ポリオ3)	91	82
はしか	90	82
B型肝炎(hepB3)	87	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	2	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	65**	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	80**	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	92**	80**
女性	92**	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	60**	48**
女性	63**	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	93	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	2,742	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	17	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	11	11
教育	1	14
防衛	7	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	16	19
最上位20%	46	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.2	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	2,400	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	41	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	72**	-
都市部	81**	-
農村部	67**	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	19**	-
都市部	12**	-
農村部	25**	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	10**	-
男性	11**	-
女性	10**	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	93	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	89	77
最低でも4回	66**	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	87	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

ラテンアメリカとカリブ海諸国

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	566,646	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	197,226	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	55,622	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	73	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	13	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	22	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	26	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	4.4	1.8
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	130	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率(2000-2007年*)	9	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率†(2000-2007年*)(%)	5	23
改善された水源を利用する人の比率(2006年)(%)	92	87
都市部	97	96
農村部	73	78
適切な衛生施設を利用する人の比率(2006年)(%)	79	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	96	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	92	81
ポリオ(ポリオ3)	93	82
はしか	93	82
B型肝炎(hepB3)	89	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	90	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	-	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	84	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	90	80**
女性	91	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	-	48**
女性	-	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	91	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	5,628	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	8	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	4	11
教育	7	14
防衛	14	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	11	19
最上位20%	56	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.6	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	1,900	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	55	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	89	-
都市部	92	-
農村部	82	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	11	-
男性	11	-
女性	10	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	99	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	94	77
最低でも4回	83	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	85	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

CEE/CIS

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	405,992	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	100,110	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	26,458	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	68	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	16	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	22	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	25	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	4.4	1.8
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	46	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率(2000-2007年*)	6	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率†(2000-2007年*)(%)	-	23
改善された水源を利用する人の比率(2006年)(%)	94	87
都市部	99	96
農村部	86	78
適切な衛生施設を利用する人の比率(2006年)(%)	89	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	96	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	96	81
ポリオ(ポリオ3)	97	82
はしか	97	82
B型肝炎(hepB3)	96	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	23	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	57	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	96	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	93	80**
女性	91	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	79	48**
女性	76	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	97	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	5,686	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	4	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	9	11
教育	7	14
防衛	6	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	20	19
最上位20%	42	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.8	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	1,500	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	11	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	92	-
都市部	93	-
農村部	92	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	11	-
都市部	11	-
農村部	13	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	5	-
男性	5	-
女性	5	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	97	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	90	77
最低でも4回	-	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	94	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく

先進工業国

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	974,913	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	204,334	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	54,922	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	79	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	3	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	5	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	6	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	3.0	1.8
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	8	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率(2000-2007年*)	7	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率†(2000-2007年*)(%)	-	23
改善された水源を利用する人の比率(2006年)(%)	100	87
都市部	100	96
農村部	98	78
適切な衛生施設を利用する人の比率(2006年)(%)	100	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	-	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	96	81
ポリオ(ポリオ3)	94	82
はしか	93	82
B型肝炎(hepB3)	65	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	84	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	-	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	97	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	-	80**
女性	-	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	-	48**
女性	-	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	-	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	38,579	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	-	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	12	11
教育	18	14
防衛	4	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	20	19
最上位20%	40	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.3	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	2,000	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	5.8	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	-	-
男性	-	-
女性	-	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	-	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	-	77
最低でも4回	-	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	-	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい'WHO Child Growth Standards'に基づく

開発途上国

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	5,432,837	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	1,962,419	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	562,128	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	67	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	31	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	51	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	74	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	1.9	1.8
妊産婦死亡率(出生10万人あたり)(2005年、調整値)	450	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率(2000-2007年*)	15	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率†(2000-2007年*)(%)	24	23
改善された水源を利用する人の比率(2006年)(%)	84	87
都市部	94	96
農村部	76	78
適切な衛生施設を利用する人の比率(2006年)(%)	53	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	89	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	80	81
ポリオ(ポリオ3)	81	82
はしか	81	82
B型肝炎(hepB3)	65	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	21	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	57**	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	74**	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	80**	80**
女性	77**	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	48**	48**
女性	43**	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	79	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	2,405	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率(2005年)(%)	25	-
政府支出中の比率(1997-2006年*)(%)		
保健	10	11
教育	3	14
防衛	9	6
世帯あたりの所得の分布(1995-2005年*)(%)		
最下位40%	15	19
最上位20%	50	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	0.9	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢)の推定数(2007年)(単位1000人)	29,500	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	2,000	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	50**	-
都市部	65**	-
農村部	39**	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	36**	-
都市部	22**	-
農村部	46**	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	16***	-
男性	17***	-
女性	15***	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	86	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	77	77
最低でも4回	46**	47**
専門技能者が付き添う出産の比率(2000-2007年*)(%)	61	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

*** 中国とナイジェリアを除く

- データなし

† データは新しい'WHO Child Growth Standards'に基づく

後発開発途上国

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2007年)(単位1000人)	804,450	6,655,406
18歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	383,853	2,213,456
5歳未満の人口(2007年) (単位1000人)	124,237	629,106

生存		
出生時の平均余命(2007年)(年)	55	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2004年)	40	28
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2007年)	84	47
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2007年)	130	68
5歳未満児死亡率 年間平均削減率(1990-2007年)	1.9	1.8
妊産婦死亡率 (出生10万人あたり)(2005年、調整値)	870	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率 (2000-2007年*)	17	14
中・重度の低体重児(5歳未満)の比率† (2000-2007年*)(%)	30	23
改善された水源を利用する人の比率 (2006年)(%)	62	87
都市部	81	96
農村部	55	78
適切な衛生施設を利用する人の比率 (2006年)(%)	33	62
予防接種を受けた1歳児の比率(2007年)(%)		
結核(BCG)	85	89
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	79	81
ポリオ(ポリオ3)	79	82
はしか	76	82
B型肝炎(hepB3)	75	65
ヘモフィルス・インフルエンザ(Hib3)	28	26
肺炎と疑われる症状を呈していた5歳未満児のうち適切な保護措置を受けた比率(2000-2007年*)(%)	42	57**

教育		
小学校に入学した生徒が最終学年まで残る率(2000-2007年*)(%)	60	76**
初等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	65	80**
女性	63	77**
中等教育純出席率(2000-2007年*)(%)		
男性	26	48**
女性	24	44**
成人の識字率(2000-2007年*)(%)	57	81

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2007年)	491	7,952
1日1.25米ドル未満で暮らす人の比率 (2005年)(%)	54	-
政府支出中の比率(1997-2006年*) (%)		
保健	14	11
教育	5	14
防衛	14	6
世帯あたりの所得の分布 (1995-2005年*)(%)		
最下位40%	15	19
最上位20%	50	42

HIV/エイズ		
成人の感染率(15-49歳、2007年)(%)	2.2	0.8
HIV/エイズとともに生きる人(全年齢) の推定数(2007年)(単位1000人)	10,000	33,000
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	900	2,000
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2007年)(単位1000人)	-	15,000

子どもの保護		
出生登録(2000-2007年*)(%)	29	-
都市部	42	-
農村部	25	-
児童婚(1998-2007年*)(%)	49	-
都市部	37	-
農村部	55	-
児童労働(5-14歳、1999-2007年*)(%)	30	-
男性	31	-
女性	28	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2007年*)(%)	72	88
出産前のケアが行われている率(2000-2007年*)(%)		
最低でも1回	64	77
最低でも4回	32	47**
専門技能者が付き添う出産の比率 (2000-2007年*)(%)	39	62
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直近の年次のもの

** 中国を除く

- データなし

† データは新しい 'WHO Child Growth Standards' に基づく