
国と地域の分類

14の項目別統計表の末尾に掲げられた平均値は、以下のように分類された国・地域のデータを用いて算出されている。

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；ジブチ；スーダン

東部・南部アフリカ

アンゴラ；ボツワナ；ブルンジ；コモロ；エリトリア；エチオピア；ケニア；レソト；マダガスカル；マラウイ；モーリシャス；モザンビーク；ナミビア；ルワンダ；セーシェル；ソマリア；南アフリカ；南スーダン；スワジランド；ウガンダ；タンザニア；ザンビア；ジンバブエ

西部・中部アフリカ

ベナン；ブルキナファソ；カーボヴェルデ；カメルーン；中央アフリカ共和国；チャド；コンゴ；コートジボワール；コンゴ民主共和国；赤道ギニア；ガボン；ガンビア；ガーナ；ギニア；ギニアビサウ；リベリア；マリ；モーリタニア；ニジェール；ナイジェリア；サントメ・プリンシペ；セネガル；シエラレオネ；トーゴ

中東と北アフリカ

アルジェリア；バーレーン；ジブチ；エジプト；イラン；イラク；ヨルダン；クウェート；レバノン；リビア；モロッコ；オマーン；カタール；サウジアラビア；パレスチナ；スーダン；シリア；チュニジア；アラブ首長国連邦；イエメン

南アジア

アフガニスタン；バングラデシュ；ブータン；インド；モルディブ；ネパール；パキスタン；スリランカ

東アジアと太平洋諸国

ブルネイ；カンボジア；中国；クック諸島；朝鮮民主主義人民共和国；フィジー；インドネシア；キリバス；ラオス；マレーシア；マーシャル諸島；ミクロネシア連邦；モンゴル；ミャンマー；ナウル；ニウエ；パラオ；パプアニューギニア；フィリピン；韓国；サモア；シンガポール；ソロモン諸島；タイ；東ティモール；トンガ；ツバル；バヌアツ；ベトナム

ラテンアメリカとカリブ海諸国

アンティグア・バーブーダ；アルゼンチン；バハマ；バルバドス；ベリーズ；ボリビア；ブラジル；チリ；コロンビア；コスタリカ；キューバ；ドミニカ；ドミニカ共和国；エクアドル；エルサルバドル；グレナダ；グアテマラ；ガイアナ；ハイチ；ホンジュラス；ジャマイカ；メキシコ；ニカラグア；パナマ；パラグアイ；ペルー；セントクリストファー・ネイビス；セントルシア；セントビンセント・グレナディーン；スリナム；トリニダード・トバゴ；ウルグアイ；ベネズエラ

中部・東部ヨーロッパ、独立国家共同体（CEE / CIS）

アルバニア；アルメニア；アゼルバイジャン；ベラルーシ；ボスニア・ヘルツェゴビナ；ブルガリア；クロアチア；ジョージア；カザフスタン；キルギス；モンテネグロ；モルドバ；ルーマニア；ロシア連邦；セルビア；タジキスタン；マケドニア旧ユーゴスラビア共和国；トルコ；トルクメニスタン；ウクライナ；ウズベキスタン

後発開発途上国／地域

[国連後発開発途上国・内陸開発途上国・小島嶼開発途上国担当上級代表（UN-OHRLLS）によって「後発開発途上」と分類された国と地域]

アフガニスタン；アンゴラ；バングラデシュ；ベナン；ブータン；ブルキナファソ；ブルンジ；

カンボジア;中央アフリカ共和国;チャド;コモロ;コンゴ民主共和国;ジブチ;赤道ギニア;
エリトリア;エチオピア;ガンビア;ギニア;ギニアビサウ;ハイチ;キリバス;ラオス;
レソト;リベリア;マダガスカル;マラウイ;マリ;モーリタニア;モザンビーク;
ミャンマー;ネパール;ニジェール;ルワンダ;サントメ・プリンシペ;セネガル;
シエラレオネ;ソロモン諸島;ソマリア;南スーダン;スーダン;東ティモール;トーゴ;
ツバル;ウガンダ;タンザニア;バヌアツ;イエメン;ザンビア

特定の表に関する注記

表 2 栄養指標:

低体重・発育障害・消耗症・過体重: ユニセフと WHO および世界銀行は、各地域と世界の平均値と推定値を出す際、また傾向分析を行う際、それぞれの身体測定データになるべくばらつきが出ないように工夫をしている。この一環として、低体重、発育障害、消耗症、および過体重の有病率に関する各地域と世界のそれぞれの平均値は、M. de Onis 氏ほか著の 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition' (International Journal of Epidemiology, vol. 33, 2004, pp.1260-1270) に触れられているモデルを基に算出された。データ収集源の違い(入手可能となった新たな経験的データが盛り込まれている)や統計方法の違いにより、これらの推計値はこれまでに発行されている「世界子供白書」で報告されている地域の平均値に記載された数値と比較できないこともある。

ビタミンAの補給: 4～6カ月の間隔でビタミンAを年2回補給されることが子どもたちにとって重要であることを強調するため、本書ではビタミンAの補給について完全投与(2回以上)のみを報告している。この指標を測定する直接的な方法がない場合には、統計をとった年度の1回目(1月～6月)および2回目(7月～12月)の補給率のうち、低い数値(割合)の推定値が「完全投与」として記載されている。

地域別あるいは世界全体の集計値には、82カ国のみが国家レベルで事業を行う優先国として含まれている。従って、各地域の事業優先国のうち、人口の少なくとも50%がカバーされた国のみ数値が記載されている。言い換えると、東アジアと太平洋諸国の推定値が示されているが、中国は国家レベルで事業を行う優先国ではないため、中国のデータは含まれていない。

低出生体重: データは2014年11月以来更新されていない。世帯調査をした際、多くの場合、子どもたちの体重が測られていないためである。その推計値をどのような分析手法で出すべきなのか、方法論についての結論がまだ出ていない段階である。

ヨード添加塩: データは2014年11月以来更新されていない。理由は、指数の定義が近々変更される予定だからである。これについては将来発行される「世界子供白書」で掲載する。

表 3 保健指標:

水と衛生: 本書には飲料水と衛生施設の普及率の推計値も掲載されており、各値は WHO とユニセフの水と衛生共同モニタリング・プログラム(JMP)から得ている。JMPの調査方法と国別推計の完全な情報は、<data.unicef.org> と <www.wssinfo.org> で見ることができる。JMPの推計は、利用可能なすべての世帯調査と国勢調査に線形回帰を用いて算出しているため、また、最新の推計値が発表されるまでに新たな追加データが出て来るため、JMP推計値は、あとから出て来る値と比較してはならない。

予防接種：本書では、WHO とユニセフによる国別予防接種率の推計値を記載している。2000 年以來、推計値は毎年 1 回 7 月に更新されているが、その前には協議プロセスを設け、各国に報告書の草稿を提示してレビューとコメントを求めている。このシステムでは新たな経験的データが組み込まれ、改訂版が毎年公表されるため、過年度版から得た予防接種率とは比較できない。プロセスに関する詳細は、<data.unicef.org/child-health/immunization> で見ることができる。

報告された予防接種ワクチンの地域平均値は、以下のように算出されている。

- BCG に関しては、国の定期予防接種計画に BCG が組み込まれている国のみ、地域平均値に含まれている。
- DPT、ポリオ、はしか、B 型肝炎、インフルエンザ菌 b 型 (Hib)、ロタウイルスのワクチンに関しては、すべての国が地域平均値に含まれている。
- 破傷風からの出生時の保護 (PAB) に関しては、妊産婦および新生児破傷風の流行地域のみ、地域平均値に含まれている。

治療に関する指数：最近まで、マラリアにかかった 5 歳未満の子どもに対する抗マラリア薬投与の割合をモニタリングする標準的な指数として、「発熱した 5 歳未満児のうち抗マラリア薬を与えられた割合 (%)」が使われてきた。しかし、2010 年に、WHO が抗マラリア薬の治療を行う前に、診断検査を実施するよう推奨したために、以前の指数を追うことが難しくなった。WHO の推奨に従い、より多くの国々が、診断検査を実施・拡大し、マラリアの診断が下った子どもだけにマラリア薬を投与するようになったからである。高熱が出る症例であっても、多くの場合はマラリアではないことを考慮すると、熱がある子どもに抗マラリア薬を投与するケースが少ないのは、診断結果がマラリアと確定した子どもにだけ薬の投与がなされているためだと考えられる。本件については、Household Survey Indicators for Malaria Control の 2013 年版を参照されたい。こうした手法の変更があったため、本書では、この指数は使わず、「熱がある子どものケア」を使用している。

同様に、「肺炎の症状を呈していた 5 歳未満児のうち措置を受けた割合 (%)」も本書の表からは外した。この指数は、子どもたちの面倒をみる人たちが、急性の呼吸器感染と関係がありそうな症状を子どもたちが呈したと報告した場合に、抗生物質による治療を行った割合を示すものであった。しかし、子どもたちは医学的には肺炎を診断されたわけではなかったために、その妥当性を疑問視する問題などが持ち上がった。調査によると、急性呼吸器感染症の症状を呈する子どもたちの多くは、真正の肺炎ではないことが分かった。従って、モニタリングをする指数としてはすでに推奨されない。

表 4 HIV / エイズ指標：

2015 年、国連エイズ合同計画 (UNAIDS) は、WHO (世界保健機関) が発表した HIV 治療ガイドライン (おとなと子どもの治療、HIV 母子感染予防のための新しい治療方針を示している) の変更点を反映する形で、全国レベル、国レベル、地域レベルでの HIV / エイズの 2014 年推計値を発表した。また、HIV 母子感染の推計値や感染した子どもの生存率でもより確実性の高い推計値を発表した。さらに、いくつかの国については、人口調査、拡大全国センチネルサーベイランス・システム、およびプログラム・サービス統計から、従来よりも信頼性が高いデータを利用できるようになった。国連エイズ合同計画は、この改良された手法に基づき、推定 HIV 感染率、エイズと共に生きる人々と治療を必要とする人々の数、エイズ関連の死亡者数、新たな HIV 感染件数、エイズを含むあらゆる原因で親を失った子どもの数を、過去にさかのぼって推計している。

傾向分析には、新しい推計値のみを使用することを推奨する。本書の統計表に示されている新たな HIV/ エイズ推計値は、国連エイズ合同計画の“*How AIDS Changed Everything, 2015*”でも公表されている。概して、「世界子供白書」に掲載されている世界および地域別の数字は、それ以前に公表された推計値と比較することができない。HIV/ エイズ推計値、統計方法、更新情報の詳細については、〈www.unaids.org〉において見ることができる。

表 7 経済指標：

2016 年版には「金銭的貧困世帯に暮らす子どもの割合」が追加された。これは持続可能な開発目標 (SDGs) 1 のターゲット 1.2 の子どもの貧困を減らすという明確なコミットメントを見据えた指数である。この指数は、「国が定めた貧困レベルより低い収入あるいは消費レベルの世帯に住む 0-17 歳の子どもの割合」を示している。データは、統計局の表、世帯調査、国の貧困レポート、ユーロスタット (欧州連合統計局) の地域データベースから引用されている。国の貧困率は、国によって違うので留意されたい。例えば、収入や消費などを採用する国もあれば、絶対貧困ラインを採用する国も、相対的貧困ラインを採用する国もある。従って、国の貧困率は、進捗状況を測るものとして使うべきであり、国同士を比較したり、順位を比較したりすべきものではない。この指数は 3 つの指数のうちの最初の指数であり、持続可能な開発目標 1 のターゲット 1 の国際「子どもの極度の貧困」指数とターゲット 1.2 の国の「多次元的な子どもの貧困」で補うこととなる。

表 8 女性指標：

妊産婦死亡率 (調整値)：この表は 2015 年の妊産婦死亡率の調整値を示す。この「調整値」は、世界保健機関 (WHO)、ユニセフ、国連人口基金 (UNFPA)、世界銀行、国連人口部から成る「妊産婦死亡に関する機関間グループ」(MMEIG) と独立した技術専門家らによって算出された。ここでは、妊産婦死亡率を算出するために二重の方法を採用している。すなわち、誤分類や過少報告を修正するため住民登録システムから得られる既存推定値を調整したことと、妊産婦死亡率について信頼性が高い国レベルの推計値がない国のために統計モデルを使って推定値を生成したことである。このように調整された推計値は、国連機関間グループの過去の推計値とは比較することができない。完全な報告書 (1990 年、1995 年、2000 年、2005 年、2010 年、2015 年の国別・地域別のすべての推計値のほか、手法に関する詳細も含まれている) は、〈data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality〉に掲載されている。

出産後ケアの指標：出産直後あるいは出生直後は、妊産婦と新生児にとって、非常に重要な時期である。それというのも、ほとんどの妊産婦死亡と新生児死亡がこの時期に起きるからである。新生児ケアと妊産婦のための出産後ケアが重要であることに鑑みて、人口保健調査 (DHS) や複数指標クラスター調査 (MICS) などの世帯調査プログラムでは、最近、これらの指標調査を採り入れ、新生児ケアと妊産婦のための出産直後のケアがきちんと実施されているかどうか、追跡調査することになった。今回は表の中に、新生児と妊産婦のための早期の出産・出生後ケアに関連する標準化指標が 2 つ追加された。具体的には、出産後 2 日以内の新生児に対する出生後の健診と出産後 2 日以内の妊産婦に対する出産後の健診である。これらの指標は、Every Newborn Action Plan (ENAP) 〈新生児一人ひとりに対する行動計画〉という世界的なモニタリング指標の一部となっている。

人口保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS) は、同じ指標同士を比較できるよう努力はしているが、データ収集や報告方法が、この二つの調査では若干異なっている。国全体の値と地域別の値は注意をもって分析することが必要である。

特定のデータ・ポイントの出典元は、< data.unicef.org >に掲載されている、妊産婦に対する出産直後のケアに関するデータベース、またはそれぞれの調査プログラムのウェブサイト（MICS は、<http://mics.unicef.org>、DHS は <http://dhsprogram.com>）に掲載されている当該国のレポートを参照されたい。

表 9 子どもの保護指標：

出生登録：第 2 回および第 3 回複数指標クラスター調査（MICS2、MICS3）から第 4 回（MICS4）にかけて出生登録の定義が変化した。その後の回における比較可能性をもたせるため、MICS2 および MICS3 から引かれたデータは MICS4 で用いられた指標の定義にしたがって計算し直されている。したがって、ここで紹介する再計算を経たデータは国別の MICS2 および MICS3 に掲載された推定値と異なりうる。

児童労働：表中の児童労働の割合を示す数値は、国により大きく違っているが、これは調査方法、調査票の質問内容、児童労働の広がりや把握するための定義や値が大きく異なっていることによる。国際基準や国際定義に基づく児童労働のデータに関しては限られた国のみが数値を提供した。表中の第 4 回 MICS 調査（MICS4、2009～2012 年）で得られたデータは、他国と比較できるように、MICS3 調査で用いられた指標定義に従って再計算されている。この定義では、水汲みや薪集めといった活動は、経済活動ではなく家事に分類されている。このアプローチのもとでは、5～14 歳の子どもは、週 28 時間以上にわたって水汲みまたは薪集めをしなければならない場合のみ、児童労働者と見なされることになる。

女性性器切除 / カutting (FGM/C)：0～14 歳の女子に対する女性性器切除の実施率のデータは技術上の理由から再計算されているため、原典である複数指標クラスター調査（MICS）および人口保健調査（DHS）の国別報告書とは数値が異なりうる。詳しくはユニセフ発行の、“*Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*” (New York, 2013) を参照。FGM/C を受けた割合を示す地域の推定値とこの慣習についての考え方を示す数値は、FGM/C が実施されている国の既存データを基にしている。そのため、地域の中でも FGM/C が実施されている国の状況を示すものであり、実施されていない国もあるため、地域全体を示すものではない。

子どもに対する暴力的なしつけ：2010 年よりも前のユニセフ出版物と MICS 国別報告書で使われた推定値は調査世帯の重みを用いて算出されたが、その重み付けでは MICS 調査の子どものしつけに関するモジュールの管理について最終段階での子どもの選択が考慮されていない（子どものしつけに関するモジュールでは、2～14 歳の子ども 1 人の無作為な選択が行われている）。2010 年 1 月には、最終段階での子どもの選択を考慮する世帯の重み付けを用いることで、従来よりも正確な推定値を生成することが決定された。MICS3 のデータは、この方法で再計算された。

表 10 進展の度合い：

表 10 では、子どもの福祉における進展を示す主たる指標として、5 歳未満児死亡率（U5MR）が用いられている。1970 年には毎年約 1,720 万人の 5 歳未満児が命を落としていた。それに対し 2015 年には、5 歳の誕生日を迎える前に亡くなった子どもは推定 590 万人であった。したがって、世界の 5 歳未満児死亡数が長い間に著しく減少してきたことは明らかである。

U5MR は、子どもの福祉の物差しとして、いくつかの利点を備えている。

- 第一に、U5MR は開発の過程の結果を測定するものであって、就学率、1 人あたりのカロリー摂取率、人口 1,000 人あたりの医師数のような「インプット」を測定するものではない。後者はいずれも目的達成の手段である。

- 第二に、U5MR は多種多様なインプットの結果であることが知られている。例えば、肺炎治療の抗生物質、マラリア予防の殺虫剤処理を施した蚊帳、母親の栄養状態と保健知識、予防接種や経口補水塩の利用水準、母子保健サービス（妊産婦ケアを含む）の利用可能性、家族の所得と食料の入手可能性、安全な飲料水と基礎的衛生設備の利用可能性、子どもの環境の全面的安全性などがある。
- 第三に、U5MR は、例えば 1 人あたりの GNI などに比べ、平均値の誤謬に影響を受けることが少ない。富裕層の子どもたちの所得が 1,000 倍ということは人為的尺度ではあり得ても、そうした子どもたちの生存可能性が 1,000 倍ということは自然尺度ではあり得ないからである。言い換えれば、各国の U5MR は少数の富裕層による影響を受けにくいから、大多数の子ども（および社会全体）の健康状態を、完全には程遠いものの、より正確に描き出すことができる。子どもの死亡率低減の速度を評価するには、年間削減率（ARR）を算出すればよい。絶対的な変化を比較するのとは異なり、ARR は、最初の値との差を反映した相対的な変化を測定する。

子どもの死亡率が低くなれば、絶対的な低下のポイント数が同じであっても削減率は大きくなる。したがって ARR は、例えば U5MR が絶対的に 10 ポイント低くなった場合、同じ期間において 5 歳未満児死亡率が低かったほど、進展の度合いが高かったことを示す。U5MR が 1990 年に 100 であったのが 10 ポイント下がり 2015 年に 90 になった場合は 10% の削減になり、これは ARR が約 0.4% 削減に相当する。一方、同じ 10 ポイントでも同期中に 20 から 10 に下がった場合は 50% の削減になり、これは ARR で言えば 2.8% 削減に相当する（削減率がマイナスの場合は、期間内に 5 歳未満児死亡率が増加したことを意味する）。

それゆえ、国内総生産の成長率と併せて用いると、子どもの死亡を示す指標とその削減率は、いかなる国や地域で、いかなる期間においても、最も重要な人間的ニーズの一部の充足に向けてどのような進展があったかがわかる。

表 10 が示しているように、U5MR の年間削減率と 1 人あたり国内総生産の年間成長率との間に固定的な関係は存在しない。ただし、これら 2 つの指標を比較することで、経済的発展と人間開発の関連性が浮き彫りにされるのである。

最後に、各国・地域の合計特殊出生率とその年間平均減少率も表 10 に示した。これにより、U5MR を大きく削減できた国の多くは、出生率も大きく削減できていることがわかる。

表 12 - 13 居住地域と世帯の豊かさによる格差

発育阻害：2016 年からは、「世界子供白書」に「低体重（年齢に対する体重）」の割合の表を掲載しないこととなり、「発育阻害（年齢に対する背丈）」の分析を掲載している。その理由は、低体重はすでに栄養を追跡する指標としては、国、地域の進捗具合、世界的な進捗を追跡する指標としては用いられなくなり、発育阻害のほうが、子どもの栄養不良を示すマーカーとして、世界的に用いられるようになったからである。また、持続可能な開発目標（SDGs）の課題でも焦点となっているためである。低体重は、ミレニアム開発目標（MDGs）1.c の 5 歳未満時の子どもの栄養不良を測る指標として使われてきたが、MDGs の期間中も、ユニセフ、その他のパートナー機関は、成功したかどうかを示すマーカーとして、発育阻害の進捗状況に着目してきた。