

開発途上国における乳幼児保健対策の現状と課題

大森 絹子

The status and prediction of child health in developing countries

Kinuko OMORI

I. はじめに

1995年における世界の人口は57億人であり、このうちの3/4は開発途上国に住んでいる。開発途上国とは貧しく、依存的で、工業化された先進国に対して多額の債務を負っている国のことを指す。世界保健機関（WHO）¹⁻³⁾によると、世界の総人口は今後増加を続け、2020年には79億人、2050年には98億人に達すると予測している。開発途上国の中でも特に経済成長や開発が遅れている世界48か国を総称して後発開発途上国と呼んでいるが、これらの国で人口増加率が最も高い。後発開発途上国の1995年の人口増加率は2.9%（世界平均では1.6%）、2050年には1.1%（世界平均では0.5%）と推定されている。1995年の後発開発途上国の人口は、世界人口の約10%に相当する5億8,900万人であるが、2050年までには約17%（約17億人）に達する見込みである。

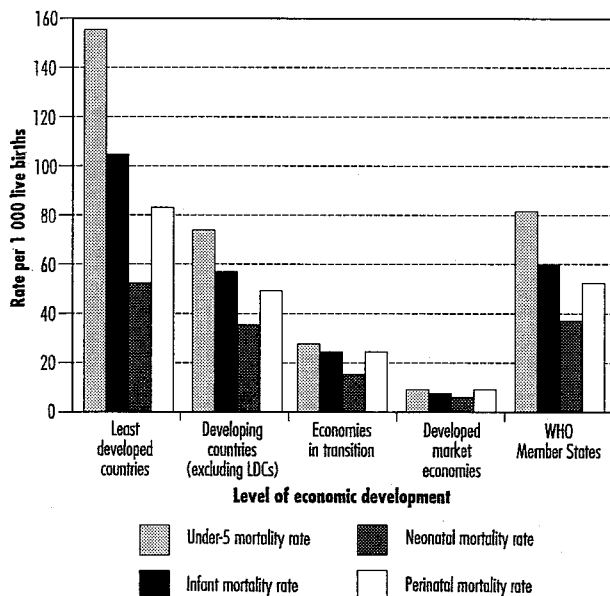


図1 経済発展と子どもの死亡1995年（出生1000当たりの死亡数）
資料：The World Health Report 1996

人口増加と貧困は密接な関係をもつが、世界人口の1/5以上（10億人以上）が極貧状態にある⁴⁾。また世界の子どもの1/4が栄養失調状態におかれ、心身の発達障害や不健康に追いやられている⁴⁻⁶⁾。人口の増加と急速な都市化による住居の不足やスラム地区の増加、環境衛生悪化（安全な飲料水や下水道施設の不備など）による感染症の危険性は高まっている。WHOの1995年の保健統計によると¹⁾、1,700万人が感染症で死亡し、そのうちの900万人が乳幼児であり、死因は下痢や肺炎など予防可能な疾患であった（図1）。

本論では、開発途上国の保健医療事情、子どもの健康問題、保健対策の現状と課題について述べる。

II. 世界の保健医療事情に関連する指標

世界の保健医療事情を比較する指標としては、さまざまなデータが使われているが、本論では平均余命、妊産婦死亡、子どもの死亡、栄養不良について述べる。

1. 平均余命

出生時の平均余命とは、新生児が出生時のその人口集団の標準的な死亡の危険のもとで生きられる年数を指す。後発開発途上国では52歳、開発途上国では62歳、先進国では77歳である⁷⁾。平均余命が最も低いのはアフリカ大陸にある国、シエラレオネの40歳である。WHOの「すべての人々に健康を」キャンペーンの最低目標の平均余命60歳に達しない国は50カ国ある。

2. 妊産婦死亡

1995年における世界の死者数は約5,200万人で、このうち、約1,700万人の死亡は感染症によるものであった³⁾。感染症による死亡の割合は開発途上国で高く、先進国で低い（図2）。死亡のうち、国際間の保健医療事情を比較する指標として特に大切な妊産婦死亡について述べる。

世界の妊産婦死亡は毎年約59万人と推定されているが、このうちの99%は途上国である。妊

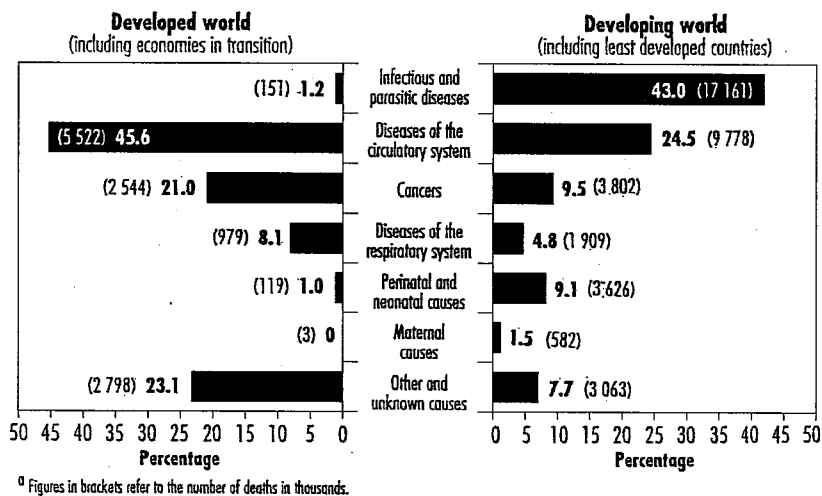


図2 先進国と途上国の死因 1996年^{a)}（死亡数：×1,000人）
資料：The World Health Report 1996

産婦死亡を予防するためには、妊産婦が適切で安全な分娩および出産後介護を受けたかどうか
が重要であるが、訓練を受けた保健員の付き添う出産の比率は、後発開発途上国では29%、開
発途上国では53%、先進国では99%である⁸⁾。

3. 子どもの死亡

子どもの健康指標として最も広く使われている指標に乳児死亡率がある。乳児死亡率とは、
出生1000人あたりの1歳未満児の死亡率を表したものである。後発開発途上国では106.2、開
発途上国では66.6、先進国では6.9である⁷⁾。乳児死亡率が最も高い国にはシエラレオネ、マ
リ、モザンビーク、マラウイなどアフリカ大陸で多い。

乳児死亡率はいまだに広く使用されている指標であるが、ユニセフは現在、各国の子どもの
健康状態を示す最も重要な指標として、5歳未満児死亡率を推奨している。その利点として、
(1) 開発の過程の最終的な結果を示す、(2) 子どもを取り巻くすべての環境要因が影響をも
たらした結果を示す、(3) 大多数の子どもの健康状態をより正確に示す、の3点を挙げてい
る⁹⁾。

5歳未満児死亡率とは、出生1000人あたりの5歳未満児の死亡率を表したものである。後発
開発途上国では173、開発途上国では99、先進国では8である⁷⁾。途上国の5歳未満児死亡の
30%は生後1週間以内に、45%は生後4週間以内に、73%は1年以内に起きている。途上国の
5歳未満児死亡数1,100万人のうち、約900万人の死亡が感染症によるものである(図3)。

4. 栄養不良

最近のデータ^{1-3,8)}では途上国における子どもの死亡の半分以上は栄養不良によるものであ
る。低栄養状態は子どもの免疫機能発達を遅らせ、感染に対して防御機能が弱く、身体的、精

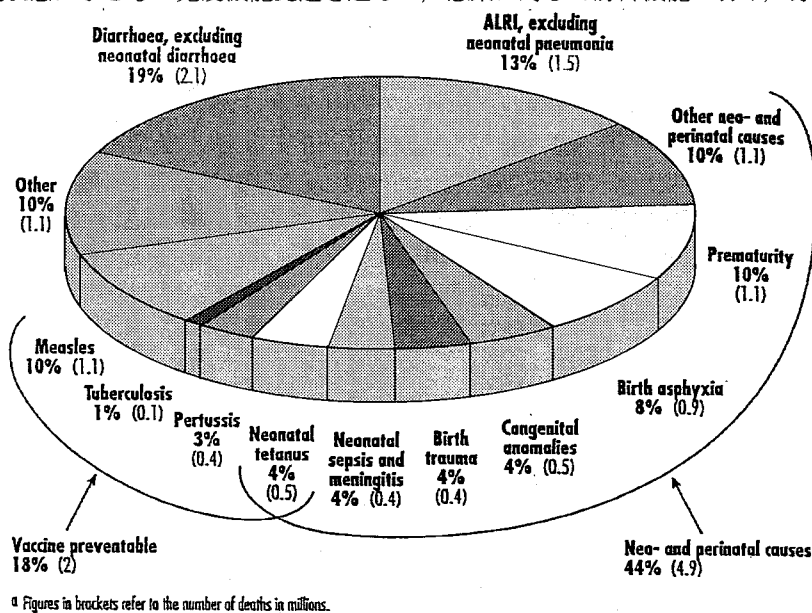


図3 途上国の5歳未満児の主要死因 1995年^{a)}
資料: The World Health Report 1996

神的発達遅延を起こす。1995年に後発開発途上国では5歳未満児10人のうち約4人、開発途上国では約3人が低体重児に分類された。サハラ以南のアフリカでは、1990年と比較し、1995年には約670万人の体重が減少している。栄養不良としては蛋白・エネルギー欠乏症、ビタミンA欠乏症、低栄養性貧血、ヨード欠乏症などがある。

Ⅲ. 開発途上国における地域別特色

本論ではWHOの報告書¹⁻³⁾を基にして、開発途上国であるアフリカ、東南アジア、中南米の3つの地域別特色について述べる。

1. アフリカ

子どもの主な死亡原因となっている疾患としては、下痢症、急性呼吸器感染症、マラリア、麻疹がある。栄養失調の子どもも多くみられるが、慢性的な栄養失調は身体の抵抗力を弱め罹患しやすい状態をつくりやすい。アフリカの地域には、乳児死亡率や5歳未満児死亡率が世界で最も高い国が多く、平均余命は短い。マラリア、HIV/AIDS、結核なども成人男女に多く、子どもへの悪影響が懸念されている。医療施設の不足、環境衛生状態の不備、食料供給の不足、初等および中等教育の不備、女性の社会的地位の低さなどに加え、国内の旱魃や飢餓などによる自然災害や軍事衝突などによる治安秩序の不備などが、子どもの健康を悪化させている国も多い。

2. 東南アジア

人口が多く、社会経済状態や文化様式、生活形態が多様な地域である。工業化を国家政策のひとつとして取り組んでいる国も多い。ポリオ、新生児破傷風、その他の予防接種可能な感染症がこの10年で減少した。下痢症と急性呼吸器感染症もわずかではあるがいくつかの国で減少傾向が見られる。それに比べて、栄養欠乏症、マラリアのような昆虫媒介による感染症、結核などの発生率と有病率が高い。工業化に伴い多くの国で疾患の形態が変化し始めている。今までは感染症が死亡率と有病率の首位を占めていたが、循環器疾患、悪性新生物、内分泌疾患、不慮の事故などのような非伝染性疾患に徐々に置き変わりつつある国も多い。東南アジア全域に広がる可能性のあるHIV/AIDSの流行も懸念されている。都市部と周辺部の地域格差による医療体制の差が大きくなってきており、地域に住む子どもと都市部に住む子どもの健康に与える影響の違いも見られる。

3. 中南米

貧困が起因した予防可能な疾患による乳児死亡率が高い。5歳未満児死亡率や乳児死亡率の疾患死因のトップは下痢症である。下痢症は発育遅延と栄養不良の原因となり、他の病気を誘発する。感染症はこの地域の病気や死亡の主な原因で、保健活動サービスの充実が求められている。若年齢層の結核とHIVの混合感染の増加は重大な問題で、子どもへの感染の広がりが懸念されている。上下水道施設の老朽化や都市の過密化などが要因となって季節的にコレラが発生し、致命率の高いデング出血熱の流行もみられる。

Ⅳ. 開発途上国におけるプライマリ・ヘルス・ケア

1978年9月に旧ソ連のアルマ・アタにおいてWHOとユニセフ共催による国際会議が開催された。この会議で、「西暦2000年までにすべての人々に健康を」という目標を定め、そのための世界戦略としてプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) という理念を打ち出した。この理念の特色は、(1) 地域住民に対して、基本的権利としての基本的保健サービスが可能となるように、世界各国政府に政治的決断を促したこと、(2) 保健活動の担い手として地域住民の主体性を強調するとともに政府の役割と責任を明らかにしたこと、(3) 社会正義と基本的人権としての思想と価値観に立って健康を普遍化しようとしたこと、などが挙げられる。

アルマ・アタ宣言における「すべての人々に健康を」をいう目標である包括的PHCから「子どもたちの生存を」を目標にした選択的PHCが1983年に新戦略として生まれた。まず4つの保健プログラムとして、(1) 成長記録 (Growth monitoring)、(2) 経口補水療法 (Oral rehydration therapy)、(3) 母乳栄養 (Breastfeeding)、(4) 予防接種 (Immunization) があり、この頭文字をとってGOBIと呼ばれた。1984年にユニセフは新たに3つのプログラムとして、家族計画 (Family planning)、女性教育 (Female education)、補助食 (Food supplements) を追加して、GOBI-FFFという拡大保健プログラムを推奨した。これら7つのプログラムの目標は開発途上国の幼い子どもの死亡率を西暦2000年までに半減することであった¹⁰⁾。

ユニセフが提唱した「子どもの生存プログラム」は国際評価を得た半面、保健プログラムに直接関わってきた多くの社会活動家や地域保健ワーカーなどからは非難されてきた。それはWHOが唱える「すべての人々が社会的に、経済的に、生産的な生活を送ることができる」ことを念頭においた長期的視点に立った真の開発につながる保健プログラムではなかったからである。確かに、予防接種や経口補水療法は一時的にせよ低コストで子どもの生存を助ける上で効果のあったプログラムであったが、子どもの病気や飢えの背景にある貧困や不公正な社会構造を根本的に変える戦略ではなかった。ジョージ・ケントが指摘するように¹¹⁾、

子どもが5歳の誕生日を迎えられても、もしその子どもが困窮状態のなかで生きているならば、子どもの生存率改善には意味がない。(中略) 子どもの生存プログラムとは、子どもの生存率を独立した事柄として改善するのではなく、生活の質 (QOL) の全体的向上のひとつとして取り組まれた時、初めて成功したと言えるのである。(中略) 子どもの生存は開発において重要なことであり、開発と切り離して考えるはならない。

子どもの生存プログラムがよりよい効果を挙げていくために、保健対策は包括的で、人々をエンパワーするようなやり方で実施されることが必要であると言われている。

V. 保健対策の課題

開発途上国の何百万という子どもたちは、適切な食事、水、保健サービスなどの基本的ニーズが満たされない貧困の中で生きている。飢餓や栄養不良からの解放は高い健康水準を達成するための基礎である。しかしながら、世界の8億以上の人々がエネルギーと蛋白質の日常の基礎的必要量に不足しており、また30億人以上の人がビタミン類や鉄分などの栄養素の欠乏状態にあると推定されている。特に開発途上国の5歳未満児死亡の半数以上は栄養不良と関連した

疾患である¹⁻³⁾。

子どもたちが単に生存するだけでなく、身体的、精神的、情緒的、社会的な健康を確保、維持していくためには保健医療だけではなく、貧困や栄養失調など健康でいることができない構造的な社会的、経済的、文化的（男女差別に基づく不平等など）問題とも取り組んだ戦略を实践可能としていかねばならない。子どもたちのQOLを改善しようとするための保健戦略は、政治的に鋭敏かつ機敏なものであることを必要としている。

例えば、世界の政治の大きな変化としては、1980年代の冷戦終了後武力抗争や市民戦争が増加し、これら一連の事件が難民の大量移動を引き起こし、今日難民の数は1,450万人と推定されている¹²⁾。

世界の都市化は開発途上国においても見られ、21世紀初め、都市人口は地方人口に追いつき、追い越していくことが予想されている¹³⁾（図4）。特に、貧困者層の都市生活者は急増しているが、住居は不足し、スラムや不法占拠状態の居住区が増加している。このような地域では、人口の過密状態、不十分な下水やごみ処理施設の設置、安全な水の供給の不十分さにより水や空気の汚染問題が深刻化している。その結果、水や食物が媒介する病気の危険が増し、いったん病気になると収入が途絶えるためさらに貧困が進んでいくことになる。

このようにユニセフが提唱したGOBI-FFFという保健プログラムでは、本質的な子どものQOLの改善向上にはつなげていかない。そこには、保健医療と開発への包括的なアプローチ、すなわち（1）包括的な社会経済的発展の強調、（2）保健医療に関連する農業、教育など他の分野を含めたアプローチ、（3）地域住民の積極的参加の意志を重視した地域住民主

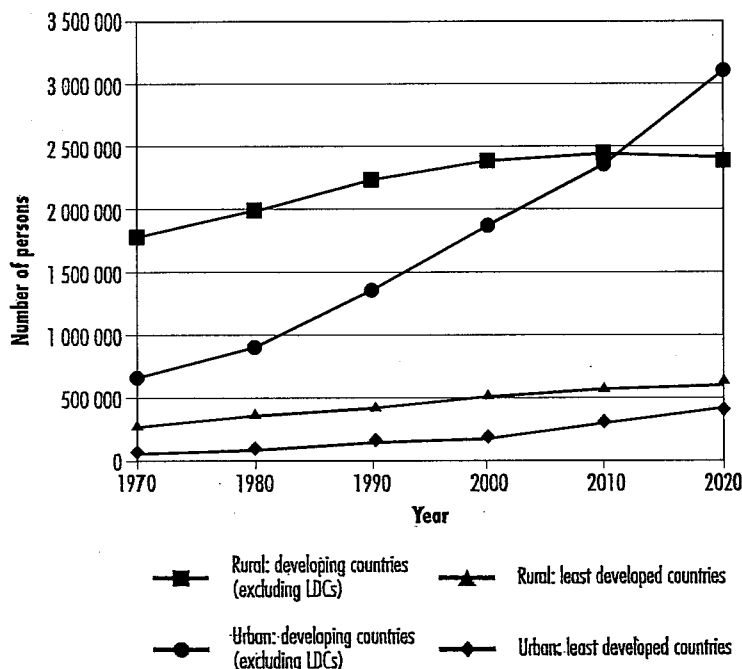


図4 後開発途上国および開発途上国で見られる都市化の傾向 1970-2020年
資料：The World Health Report 1996

体の保健活動, (4) 地域固有の社会文化的な知識や技術を考慮した保健活動, が必要とされている。

VI. おわりに

子どもの真の健康を回復, 維持させるためには子どもを取り巻く環境を改善させていく必要がある。そのためには, 長期的視点に立った社会的, 経済的, 政治的, 文化的変革を促すとともに, 住民をエンパワーする包括的 PHC の理念を重視した施策が必要である。

- 1) WHO. The World Health Report. Geneva : WHO, 1995.
- 2) WHO. The World Health Report. Geneva : WHO, 1996.
- 3) WHO. The World Health Report. Geneva : WHO, 1997.
- 4) UNICEF. The State of the World's Children. Oxford : Oxford University Press, 1994, 16-20.
- 5) Katrina Galway, Brent Wolff, and Richard Sturgis. Child Survival : Risks and the Road to Health. Columbia, MD. : Westinghouse, 1987, 34-36.
- 6) George Kent. The Politics of Children's Survival. New York : Praeger, 1991, 60.
- 7) UNESCO. World Education Report. New York : UNESCO, 1995.
- 8) UNICEF. The State of the World's Children. Oxford : Oxford University Press, 1997, 68-87.
- 9) UNICEF. The State of the World's Children. Oxford : Oxford University Press, 1997, 83.
- 10) James P. Grant. A child survival and development revolution. Assignment Children : A journal Concerned with Children, Women and Youth in Development. 1983 ; 61/62 : 23-30.
- 11) George Kent. The Politics of Children's Survival. New York : Praeger, 1991 ; 158.
- 12) United Nations. World Population Prospects (with supplementary tabulations). New York : United Nations, 1995.
- 13) United Nations Centre for Human Settlements. An Urbanizing World ; global report on human settlements 1996. Oxford : Oxford University Press, 1996.