

## 第 150 回 Brown Bag Lunch 報告書

テーマ： MDG 目標 4（子供の死亡低減）を達成するために

－世界の動向と UNICEF の戦略－

講師： 國井 修 氏／UNICEF ニューヨーク本部 保健戦略上級アドバイザー

日時： 2006 年 10 月 18 日（水） 12:30-14:00

### I. 子供の死亡低減に向けて

先進国と途上国では人口ピラミッドの形が異なるが、死亡人口ピラミッドで示すとその違いはさらに広がる。デンマークとシエラレオネの性別年齢別死亡割合ピラミッドを比較すると、前者では子供はほとんど死なず、死亡は高齢者に集中するため、ピラミッドならず棒についた綿菓子のような形をしているが、後者では 5 歳未満にほとんどの死亡が集中するため、竹とんぼを逆さまに置いたような形をしている。

こうした状況を改善するために、各国政府および国際社会は、2015 年までに子供の死亡率を 1990 年のレベルの 3 分の 2 に減少させるというミレニアム開発目標 4「子供の死亡率低減」を掲げた。しかし、実際に子供の死亡率を 3 分の 2 に削減することは可能なのだろうか。

様々な国の子供の死亡原因とそれに対する介入・サービスの効果を分析すると、ミレニアム開発目標 4 は達成できるという結論にたどりつく。特に子供の死亡率と死亡数が高い 60 カ国で、30 以上の既存の効果的な介入・サービスを 99%普及させると、現在の年間 5 歳未満児死亡約 1000 万人の 66%、年間 660 万人を救うことができると推計される。これを実現するには、年間 46-107 億ドルの追加資金が必要となるとの分析も示されている。この金額は日本の年間 ODA 総額、一県庁の一般会計と同程度であるが、その拠出を援助だけに頼るのではなく、途上国政府が国家予算の 15%程度を保健医療に分配することが必要となる。

しかしながら、効果的な介入・サービスを途上国の 90%以上の地域に普及することは容易ではない。というのも、予防接種に必要なワクチン、HIV 予防に有効なコンドーム、マラリア予防に効果的な殺虫剤浸漬蚊帳などの資機材・医薬品の存在（Availability）が、すぐにそれらのサービスの住民の適正利用（Effective coverage）につながるわけではないからである。サービスを普及させるには、第一に、ワクチン・医薬品・蚊帳などの医薬品・資機材などが存在しなければならない。第二に、ワクチン接種等に必要の保健人材の確保が必要となる。第三に、保健所・診療所を含めたサービス自体が受益者が必要となるときにすぐに受給できる範囲にあること、サービスへのアクセスの確保が重要である。第四に、サービスがあるのに利用しない、たとえばコンドームを配布しても使用しない男性が多い場合、人々の意識改革も含め、サービスを実際に利用してもらえるような働きかけが必要である。第五に、1 回限りでなく、数回のサービス提供や利用が必要なワクチン接種、産前健

診などではサービスの継続的利用が重要である。第六に、3 回以上の産前健診を受けても、そこで適切なサービスが与えられていないこともあり、サービス自体の適切性を確保しなければならない。こうした条件を全てクリアして初めて、そのサービスが適切に普及したことになり、子供の死亡低減につながるわけである。

例えば、途上国では中央政府が州・郡・地域に提供したつもりでも、実際には本当に必要としている貧困家庭や農村部の人にサービスが届かないケースが多い。現在、世界の 5 歳未満死亡の 9 割が家庭や地域で発生していることを考えると、医療機関のサービスをいくら改善しても MDG は達成できない。サービス普及を実施する際には、真に必要な人々にいかにサービスが提供できるか、それらの人々がいかにそれらのサービスを受けたいと思うようにするかという点について具体的な方策を考え、行動に移す必要がある。

## II. UNICEF の戦略

子供の健康・成長そして保護を推進する UNICEF の中期戦略計画 2006-09 では、5 つの優先分野が設定されているが、その中の 2 つが直接保健分野に結びついている。各優先分野には達成すべき成果が示され、その実現に向けた保健栄養戦略計画 2006-12 が作られている。保健分野における UNICEF の中心戦略をまとめると、(1) 介入の選択と統合、(2) 介入の全国展開、(3) 分析と評価、(4) 政策への反映、(5) パートナーシップ強化である。

### (1) 介入の選択と統合

限られた資源で最大の効果を得るには、費用対効果の高いサービスを選択しなければならない。子供の死亡低減に有効なものとして、予防接種、HIV の母子感染予防、母乳保育、殺虫剤浸漬蚊帳、ワクチン、亜鉛補給など、現在 30 以上の介入が判明している。例えば、母乳には免疫抗体が含まれるため、母乳保育は子供を下痢や肺炎などの感染症から守り、発育促進に貢献する。また、栄養不良の多い途上国では、亜鉛やビタミン A を与えることで麻疹や下痢による死亡が 2-3 割減少する。子供の死亡率を低減させるためには、こうした費用対効果の高いサービスを選択し継続的なケアを実施することが重要となる。また、子供の死亡は 1 歳未満が最も多く、その中でも 1 ヶ月以内、さらに 1 週間以内の死亡率が高い。特に 1 ヶ月以内の死亡は母親の健康、妊娠、出産、分娩に直結していることが多い。よって子供の死亡率を低減させるためには、母親の健康を促進することも不可欠となる。

また、様々な介入別々に実施するのではなく、パッケージ化さらには統合して実施することが重要である。限られた保健医療ワーカーと保健医療施設、そこにエイズ、マラリア、下痢症など複数のプロジェクトがばらばらに縦割りで降りてくると対応しきれなくなる。よって複数の介入をパッケージ化し、効率化および低コスト化を図る必要がある。例えば、予防接種とビタミン A 補給を組み合わせた「拡大予防接種プラス」や、産前検診に破傷風予防接種、マラリア集団治療、ビタミン A 補給を組み合わせた「妊産婦ケアプラス」などが実施されている。「妊産婦ケアプラス」における破傷風予防接種は臍帯切断時の新生児へ

の破傷風感染リスクを低下させ、マラリア治療は感染して貧血に陥った母親が出産時に出血多量で死亡するリスクを低減させる。また、出産後のビタミン補給は、母乳を通じて子供の感染症予防を促進する。

一方 UNICEF でも、これらのパッケージのシステム化への支援が今後の課題である。というのも、途上国政府はこうしたサービス提供を継続的に自らの手で維持していくべきであり、そのためには、保健医療システムの中に効果の高い介入を組み込み、家庭、地域、医療施設の各レベルでの系統だった予防および治療サービスを提供する必要がある。さらに、それらのサービスを思春期・妊娠前から妊娠、出産、新生児期、乳幼児期といった連続性の中で強化していくことが求められる。よって、我々はこのような保健医療システム構築や強化をいかに支援するかについて、十分な戦略を練っていかなければならない。

## (2) 介入の全国展開

どんなに良いプロジェクトであっても、ある地域に限定されたパイロット・プロジェクトで終わってしまえば MDG は実現し得ない。1-2 件の限定された地域でのパイロット・プロジェクトに多額を割り当てるよりも、既存の費用対効果の高い介入を全国展開する方が子供の死亡低減効果は高いことが多い。しかし、90%以上の普及率達成が困難なサービスもあるため、各国での現実性を見ながら達成目標を立てていくこととなる。

しかし、以前は全国展開が難しいと考えられたサービス、例えば、子供の死亡を約 2 割も減少させる効果が確認されたマラリア対策のための殺虫剤浸漬蚊帳、にも最近手ごたえを感じている。数年前はほとんど使用されていなかった殺虫剤浸漬蚊帳が、現在、使用率が 30—40%以上に上る地域もでてきている。アフリカだから、文化が異なるからサービスは広がらないと思われていたことでも、十分な分析と計画と行動の下で可能にすることができる。

## (3) 評価とモニタリング

MDG 達成には、データに基づいた現状分析と継続的なモニタリングを通じた介入プログラムの効果判定が重要である。ここで信頼性と妥当性のあるデータが必要である。特に子供の死亡率低減に取り組む場合は、子供の死亡数、死亡原因、特定の疾病への罹患数などの把握が必須となるが、多くの途上国において人口統計や保健医療施設から報告されるデータの信頼性は低く、大規模な世帯調査が必要となる国も多い。UNICEF では MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) と呼ばれる世帯調査を支援し、これらのデータを提供している。

また、現状分析ではサービス提供のどこに問題があるのか、詳細な検討が必要になってくる。蚊帳の配布・利用を例にとると、蚊帳が地域にあるか、それらをどのように配布・販売しているか、配布・販売・促進する人材はどの程度いるか、どのくらいの家庭が所有しているか、それは使用されているか、継続的に使用されているか、5 歳未満児や妊産婦は実

際に使用しているか、というようにサービス提供および利用を段階的に分析し、保健医療システム全体から見てどこに問題点、律速段階があり、どこを改善すれば適切なサービス普及につながるのかを検証しなければならない。

#### (4) 政策への反映

UNICEF はこれまで多数のフィールド・プログラムを積極的に実施してきたが、近年は国際社会の援助動向を見据えた上で、子供の死亡率低減へ向けた政策対話が必要と感じている。例えば、1 日約 5000 人の命を奪う HIV/エイズに対する資金が急増する中で、一日約 3 万人もある子供の死亡低減に対するプログラムには資金が削減されている国が少なくない。

また、中央政府の貧困削減戦略計画や保健医療計画には現場の声を組み込み、貧困者に実際にサービスが裨益するようなものに見直す必要がある。保健医療システム全体を見渡し、最終的に政府としてのガバナンスやプログラムの管理運営能力を強化していかなければならない。

その一環として、世界銀行と UNICEF が中心となり、サブサハラ・アフリカ諸国の主に保健省の政策立案者に対して、現状分析、問題抽出から予算計画に到る保健計画の立案に関わるトレーニングおよびそれに対する支援を実施している。具体的には、MBB と呼ばれるモデルを用いて現状分析と効果的なサービスの選択、そのカバー率の将来の目標設定をした上で、効果（5 歳未満死亡および妊産婦死亡の低減率）予測と費用予測をし、その結果を基に予算計画を立てていく。例えばマダガスカルでは、モデルを用いて計算すると、家庭レベルの予防ケアに人口 1 人当たり 1.06 ドルの追加投資が必要だが、それにより新生児死亡率が 3 年間で約 10%、妊産婦死亡率が約 2%、5 歳未満児の死亡率が約 20%減少する。こうしたモデルを用いて、政策担当者やドナーが対話することで、現状のどこに問題があり、どのような介入を優先すべきで、それにはどれだけの追加資金をどこに割り当てる必要があるかを認識し、議論を深めることができる。

#### (5) 戦略的パートナーシップ

MDG 目標 4 の実現には UNICEF、世界銀行、WHO などの機関が単独で努力しても無理である。が、現状では、様々な機関が個別に取り組み、連携・協力体制が希薄な地域もある。UNICEF は近年、世界銀行をはじめ、様々な機関と協力・連携を強化しているが、国際機関、ドナー、研究機関、NGO、市民団体がそれぞれの比較優位性を活かし、計画から評価まで効果的な連携・協力体制を進めることが必要である。もちろん、その主役は途上国なので、そのリーダーシップとオーナーシップは大前提であるが、それが不十分な場合の支援にも戦略的な協力・連携が必要である。

### III. UNICEF の実践

MDG 目標 4 の進捗状況をみると、サブサハラ・アフリカの中でも西アフリカや中央アフリカの貧困国には、5 歳未満死亡率がむしろ上昇している国もあり、死亡率低減がうまく進まない国もある。こうした国に対する UNICEF のパイロットプログラムとして、「子供の生存・成長促進プログラム」(ACSD) が CIDA (カナダ国際開発庁) の支援で 2002 年から実施されている。西および中央アフリカ 11 カ国の 100 の地域の約 1700 万人を対象に、予防接種プラス、産前健診プラス、小児疾患統合管理 (IMCI) プラスなど、小児死亡低減効果の高いパッケージを集中的に普及させた。本プログラムでは、政府や地方政府が主導するが、地域組織と契約ベースの協力関係が築かれ、成果に応じた報酬を与えるなど適正なサービスの継続的提供のための工夫がなされている。また、住民組織との共同モニタリングによって、進捗状況や問題点が共有され、活動への士気高揚、フィードバックにもつながっている。この活動の結果、3 年間で子供の死亡率が 25% 減少した国もあり、その効果が認められているが、現在、その外部評価を実施しているところである。

しかし、MDGs の達成にはいくつかの課題を乗り越えなければならない。第一に、保健セクターだけで対処できない問題に対しては、他セクターとの戦略的な連携が重要となる。第二に、現在のところ疾病別・治療中心のサービスが多いが、これらを保健医療システムに包括的に取り込んでいく必要がある。第三に、MDGs の達成が難しいとされる地域は、紛争中・紛争後の地域が多いため、紛争予防やガバナンスの向上など、復興支援と開発支援を結び付けていくことが必要である。第四に、政府の自助努力による保健医療費の拡大などの努力が必要である。第五に、開発パートナーの協力体制、援助協調、援助額の拡大などの援助に関わる問題解決に向けた努力が必要である。

これらを鑑みた日本への期待 (私見) は次の通りである。第一に、最貧国・紛争後復興国への支援では世界的にそのプレゼンスが高まっているが、今後、復興支援と開発のリンクを強化する必要がある。第二に、援助額増加の世界的動きの中で資金的貢献が滞っているが、今後、人的貢献、さらに知的貢献においてもその貢献度を上げていく必要がある。日本は青年海外協力隊、専門家をはじめ数多くの人材を途上国に派遣しているが、人的貢献とは単に人を送ればよいのではなく、それによって開発の効果を示していかなければならない。最近では途上国政府の保健計画、行動計画、予算計画の作成から、地方政府の保健医療行政の管理能力向上まで、様々な知的支援が求められているが、欧米に比べ、日本の知的貢献はかなり遅れている感がある。第三に、日本はこれまでプロジェクト型援助として、単発の地域プロジェクト、パイロット・プロジェクトを行うことが多かったが、時にこれらは効果が全国に波及せず、地域限定では解決できないアフリカの課題を考慮するならば、全国展開を考慮したプログラム支援も検討していくべきである。第四に、日本の援助は要請主義として現地のニーズに応じて支援する形であったが、今後は貧困削減文書、セクターワイドアプローチの中で長期的・継続的な支援が求められる。これには国別援助計画を充実させ、現地のニーズを長期的・継続的・戦略的に支援することも検討すべきである。第五に、日本は国際機関、他のドナー、NGO などと戦略的パートナーシップを組む

ことを考える必要がある。単に日本が資金を提供し、相手が活動を実施するのがパートナーシップではない。時には、相手の資金を使って、こちらが人や知恵を駆使して援助するような関係も必要である。途上国でセクター別の援助調整や連携の中心に立ち、他のドナーや援助団体をリードしていくことも、リーディングドナーとして重要な役割である。

以上