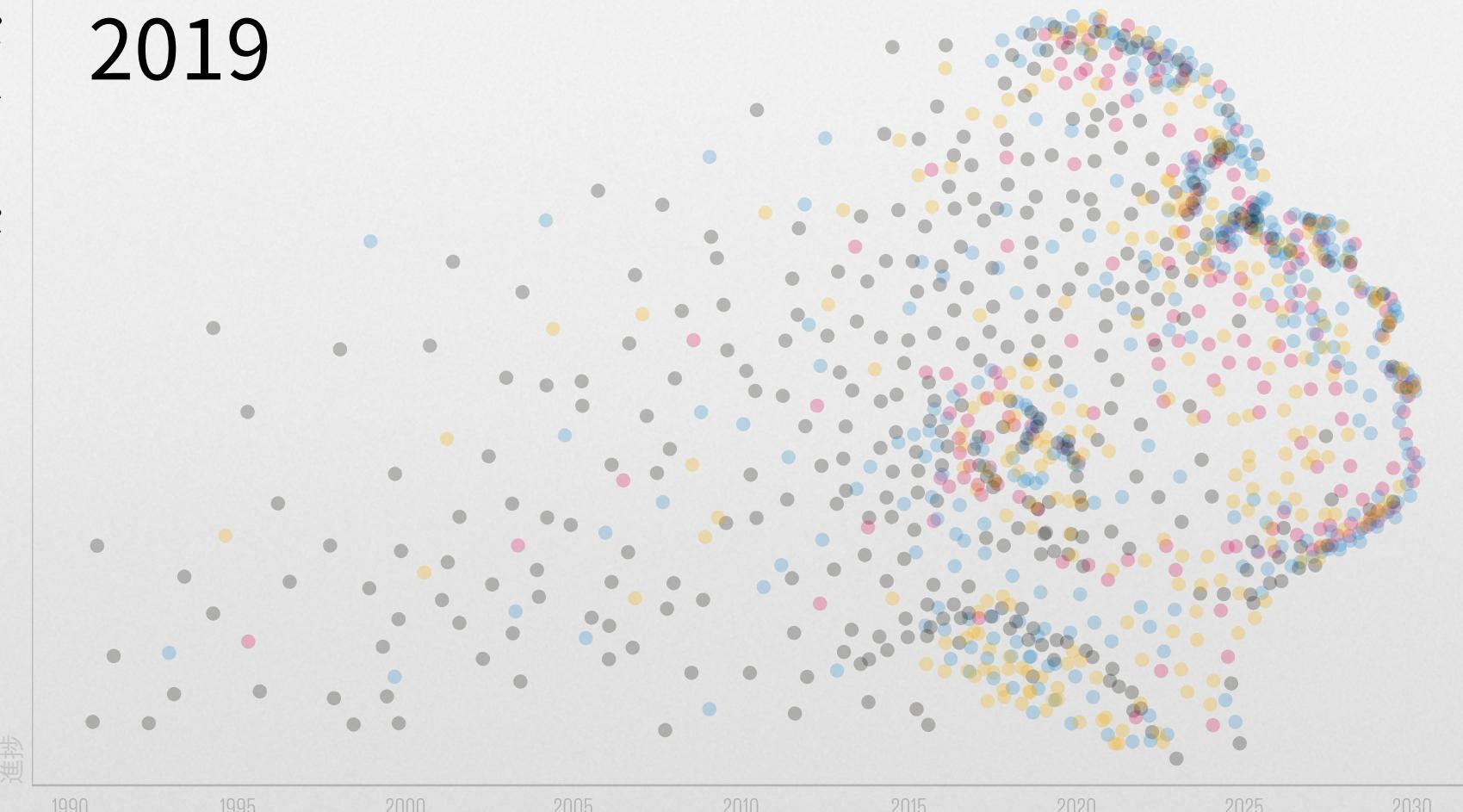


不平等に関する分析 2019



BILL & MELINDA
GATES foundation

GOALKEEPERS



コンテンツ

02

不平等に関する分析

20

プライマリーヘルスケア
(初期医療)

26

デジタル・インクルージョン
(デジタル包摂)

32

気候への適応

38

データの詳細調査

不平等に関する分析

地理的要因とジェンダーが
いかにして人々に有利な
(または不利な) 境遇を
生み出すのか。



私は裕福な国で、栄えているコミュニティに住み、素晴らしい学校に私たちを通わせることができる裕福な白人の両親の家に生まれました。他にも多くの要因があるかもしれません、特にこれらの要因により私たちは、成功するための優位な立場を享受することができました。

しかしながら、彼我を分ける線の向こう側には何十億人の人々がいます。世界何億もの人々にとって、困難に直面する人生が待ち受けているのです。

私たちはそれはあってはならないことだと思っています。すべての人が健康で生産的な生活を送るための平等な機会を持つべきです。

過去 20 年間、私たちは低所得の国において健康と開発に投資してきました。なぜなら本来簡単に予防できるはずの原因によって子どもたちが死亡するという、私たちが見た中で最悪の不平等を目の当たりにしたからです。米国では良い学校を出ることが成功への鍵であるため、主に教育に投資していますが、もしあなたが低所得あるいは有色人種であった場合、そういった学校での教育を受けられる可能性は低くなります。

ゴールキーパーズ・レポートは、国連加盟国が 2030 年までに達成を約束した 17 の野心的な目標からなる持続可能な開発目標 (SDGs) に向けた国際社会の進歩に関する年次報告書です。この文書を書いている間にも、何十億人の人が、まともな生活レベルとされているはずの目標にすら到達できないと推測されています。

す。進歩を加速させるには、恵まれた人と恵まれない人との分断する不平等に対処する必要があります。

不平等の層



国連は昨年、複雑な不平等がどのようにして起こるのかを示すわかりやすい略図を発表しました。5 つの重複するカテゴリーは、それぞれをサブカテゴリーに分類できます。このレポートでは、地理と、人口統計のサブカテゴリーであるジェンダーに焦点を当てます。

出発地点

人生を旅に例えるならば、あらゆる人生における障壁は旅をより困難にします。下の図が示すように、私たちの道のりには障害物はありません。しかし、世界で最も貧しい地域の一つであるサヘルで生まれた少女にとって、健康で生産的な生活を送るためにには、様々なハードルを常に越え続ける必要があります。



不平等の層をより詳しく見てみる

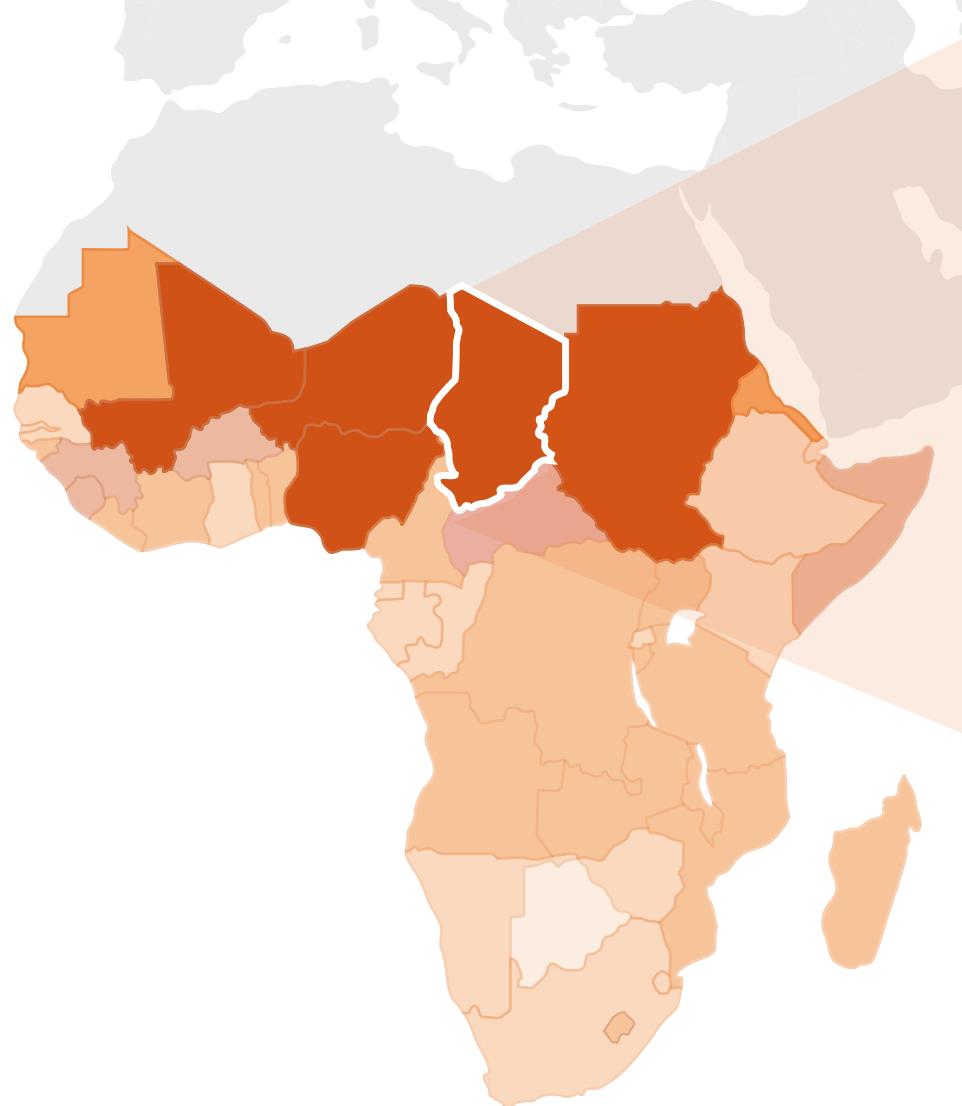
1. アフリカ大陸の頂点近くにあるこの狭帯域はサヘル地域です。

この地域の子どもの死亡率は（その他の多種多様な困難な事項と同様に）、地球上のどこよりも悪いです。私たちは多くのサヘル諸国を訪問し、市民の生活改善を担当する政府高官と会いました。彼らは国としての目標と、その障壁となっている事項について話してくれました。

子どもの死亡率

5歳以下の子ども

- 0–3 %
- >3–6 %
- >6–9 %
- >9–12 %
- >12–15 %



2. 次にサヘル内の国の一つに焦点を当ててみましょう。

最近訪れたチャドという国について話します。チャドの子どもの死亡率は、フィンランドの 55 倍近くと、理解が難しいほどの高さになっています。

3. 国の南西部にある地域は従来からも干ばつが起きやすい上に、

気候変動に伴い、さらに干ばつに見舞われやすく農業がますます難しくなっています。

4. この乾燥地帯には、

従来から疎外されてきた民族グループが多
数あります。



5. そしてこのコミュニティ内には、

夫に仕え子供を数人産むことこそが人生における役割であるという社会規範にとらわれている少女がいます。

つぶさに見れば見るほど、新たな不利益の層が浮き彫りになります。本来、これら の不利益が積み重なって人生がより困難になる必要はないはずです。しかし、現実にそれらが重なってしまった場合、チャドの疎外された少女のように、その影響は深刻なものとなります。

彼女はどんな人生を送っているのでしょうか？データによると、彼女はおそらく数回飢えにより死に近づいたことがあるでしょう。確率的には、彼女が身体と脳を完全に発達させるのに必要な栄養素を摂ることができなかつた可能性があります。読み書きができず、20歳になる前に妊娠はするも、その身体は出産の厳しさに耐える準備がまだできていないはずです。

そして時が来たら、彼女は高確率で、一人で出産することになるでしょう。

彼女はより良い人生を送るに値するはずです。そして、世界が、彼女の直面する困難を理解し、その解決に向けて取り組みさえすれば、彼女がより良い人生を送れると私たちは信じています。

(チャド、ゲレングデング)



あなたの生まれた場所は、他のどんな要因よりもあなたの人生の将来を決める

以下の一連の図表は、地理と不平等について多くを物語っています。

経済学者の多くは、健康と教育が、いわゆる「人的資本」を構成する主な要素であるとしています。そのため、私た

ちは健康と教育に着目し、昨年のゴールキーパーズ・レポートにおいて健康と教育を「生産性の向上とイノベーションを引き出し、貧困を減らし、機会を創出し、繁栄を生み出す最良の方法」として強調しました。

今日の人的資本への投資は、明日の人々の収入増加に繋がります。しかし、そもそも人的資本がなければ（つまり人々が貧しく教育を受けていないれば）、貧困から逃れることは不可能なのです。

健康と教育は世界中で改善傾向にある

まず、進歩は全世界的なものであることがわかります。最も困難な状態にありそうな国を想像してみてください。そこに住む人々でも、以前よりも健康でより良い教育を受けています。

チャートの見方

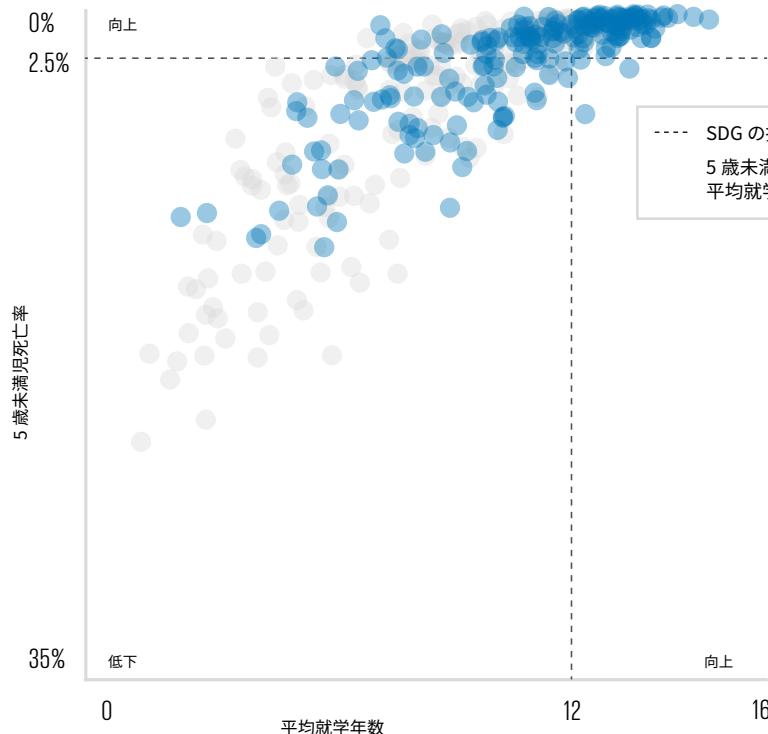
縦軸は5歳未満の子供の死亡率を示し、横軸は20～24歳における学校教育の平均年数を示します。各点は、選択した国の中学校教育を受けた年数あたりの子供の死亡率を反映しています。灰色の各点は、2000年のその国を表します。各青い点は、同じ国における2017年の最新データを示します。

子供の死亡率と教育に係る国別進歩率（2000年～2017年）

各ドットは一カ国を示す

● 2000 ● 2017

SDG の指標
5歳未満児死亡率 2.5% 以下
平均就学 12 年以上



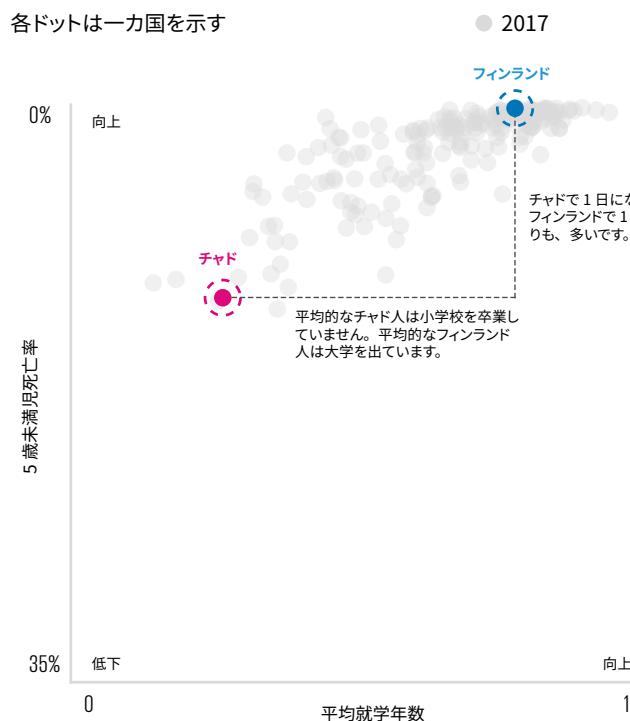
各国間の不平等の差は縮まっているものの、依然として大きい

次に、多くの国では生活は改善しているものの、依然として悪いままであることがわかります。チャドとフィンランドの差は縮まりつつあります

が、依然として甚大です。チャドで1日に亡くなる子供の数は、フィンランドで1年に亡くなる子供の数よりも多いのです。

チャドとフィンランドにおける子供死亡率と教育（2017年時点）

各ドットは一ヵ国を示す



これらの差は各国の国内でも存在する

第3に、この大きな進歩と大きな差というパターンが国内にも当てはまるということがわかります。私たちは、初めて、地域レベルでこの人的資本についてのデータを取得しました。（国により政治的下位区分の名称が異なります。例：地方自治体のことを、米国では郡、インドでは地区、ナイジェリアでは LGA 等）

過去 17 年間で発展途上国の 99% 以上の地区で人的資本が増加しています。あなたがその正反対のことを何度も聞こうとも、最も貧しい人の生活でさえ改善しつつあるのです。

しかし、国内の地域間不平等は甚大です。例えばインド。ケララ州のコラム地区では幼児の死亡率は 1% であり、平均的な人は 14 年以上の教育を受けており、他の先進国にはほぼ匹敵しています。それに比べてウッタ

ル・プラデーシュ州のブドーン地区では幼児の死亡率が 8% であり、平均的な人の教育を受けた期間は約 6 年間です。因みにブドーンは決して小さい地区ではありません。約 400 万人がそこに住んでいるのです。

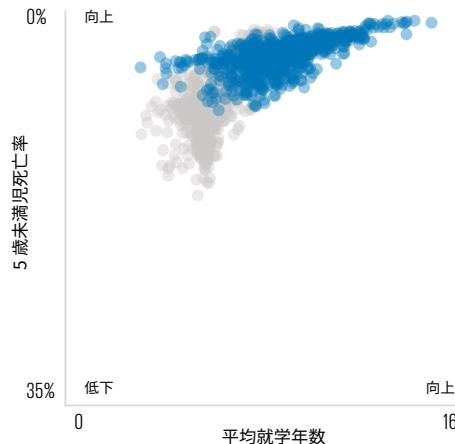
ナイジェリアのデータも同じことを示しています。世界レベルの成果と、深刻な貧困が並存しているのです。例えば、エキティ州のアドエキティの平均的な人は 12 年以上教育を受けているが、ジガワ州のガルキの平均的な人のそれは 5 年です。これらのチャートを将来に向けてモデル化すると、世界中で、チャドやブドーンやガルキに相当する地域が、取り残されていることがわかります。

地区での状況は着実に進歩

各ドットはインド国内の 1 つ地区ないしナイジェリア国内の 1 つの LGA を表します

● 2000 ● 2017

インド

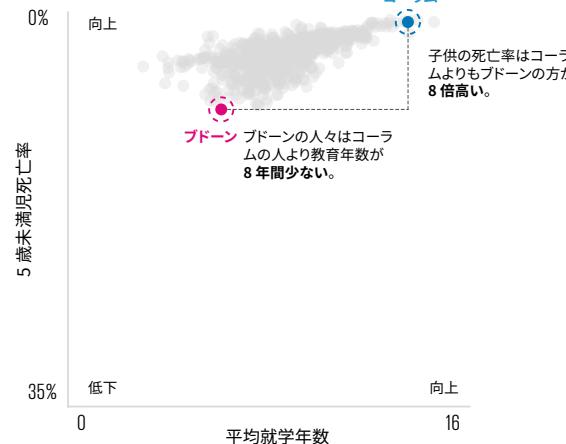


しかし地区間不平等は依然存在する

各ドットはインド国内の 1 つ地区ないしナイジェリア国内の 1 つの LGA を表します

● 2017

インド

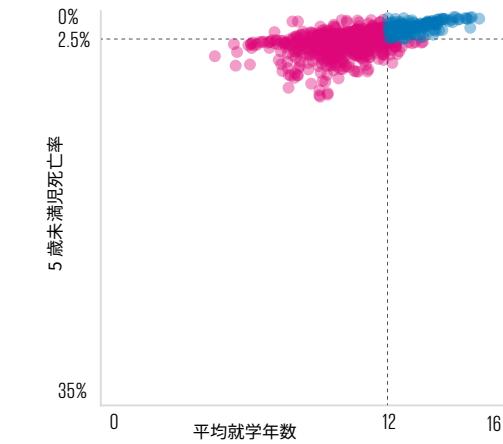


そして多くの地区において SDGs の達成ペースは非常に鈍い

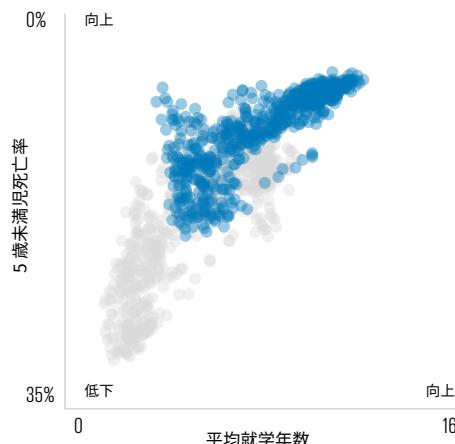
各ドットはインド国内の 1 つ地区ないしナイジェリア国内の 1 つの LGA を表します 2030

● 健康と教育の目標が達成できないと予測 ● 両方の目標を達成すると予測

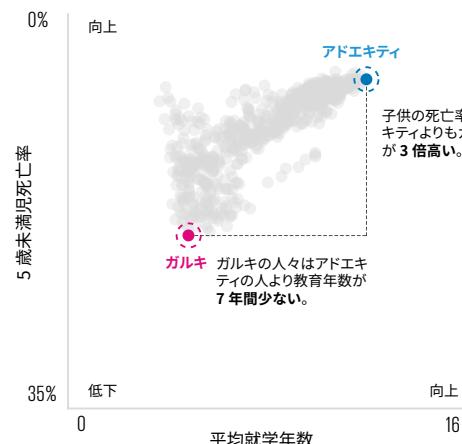
インド



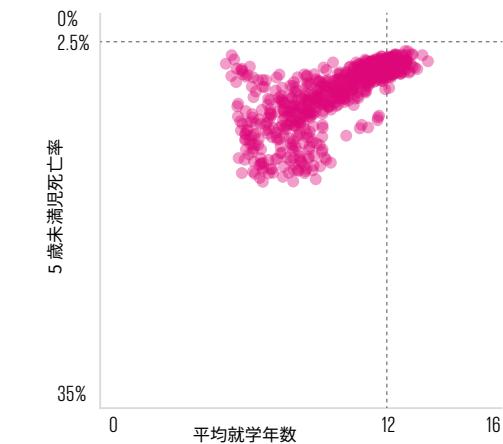
ナイジェリア



ナイジェリア



ナイジェリア



この差は将来にわたり 存続する

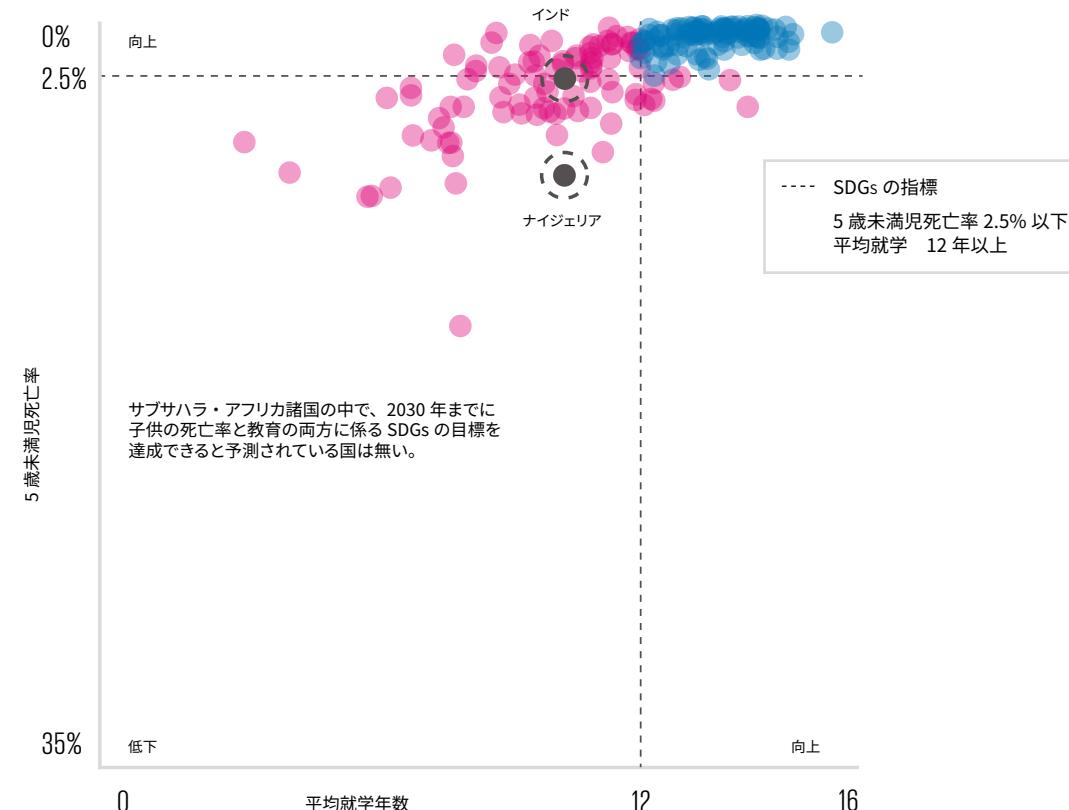
健康と教育に関する SDGs を達成できると予測されている開発途上国はほとんどありません。現在の進歩率を前提とすれば、低～中低所得国の子どもの 3 分の 2 近くが住む地域で、2030 年までに子どもの死亡率に関する SDGs の目標を達成できません。さらに 3 分の 1 の子どもが住む地域では、2050 年においてですらその目標に達成できることになります。

私たちが SDGs に真剣に取り組むなら、地理的不平等への対策を加速させ、多くの地区をコラムやアドエキティのように優れた地区に変えてゆく必要があります。

2030 年までの進捗の予測

各ドットは一カ国を示す

- 健康と教育の目標が達成できないと予測
- 両方の目標を達成すると予測



あなたが
その正反対のことと
何度も聞こうとも、
最も貧しい人の
生活でさえ改善は
しつつあります。



スシラさんとサクシくん（インド、
カムラワン村）



男女の不平等は、人類の半分に対して不利な境遇を生み出す

男女の不平等は地球上のすべての国において存在します。どこであっても、女の子として生まれた場合、人生はより困難なものとなります。貧しい国や地域で生まれれば、なお深刻な状態となります。

少女と少年の将来は、思春期から決定的に分かれています。男子の世界は広がります。彼らは両親への依存度を下げ、家から遠く離れて冒険に出たり、高校や大学に入学したり、仕事

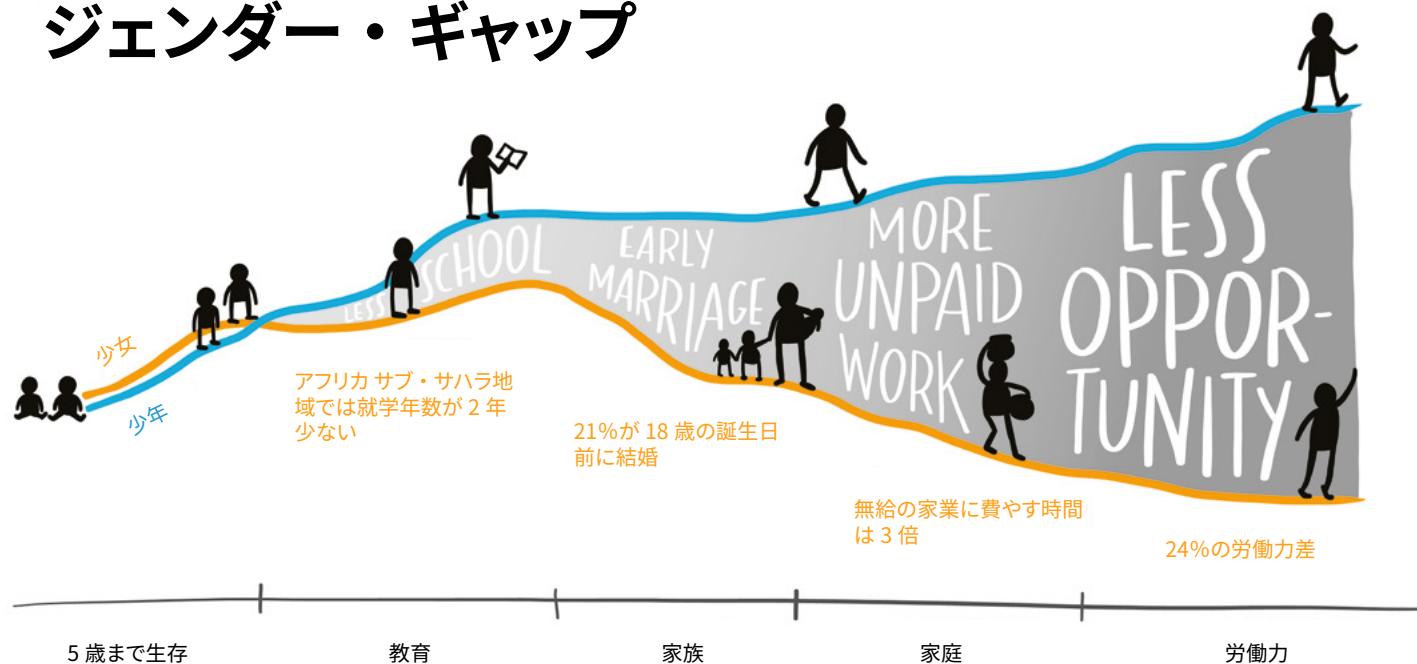
に就いたりして、より広範囲な社会と接触するようになります。

これに対して、女子の世界は狭まります。彼女らは（時には非常に若い年齢で）両親への従属から夫への従属へと移行します。小学校に通っている頃はある程度の自由を許されていたとしても、家庭の境界内に戻り、料理、掃除、子育てに専念することが求められているのです。

1日あたり少なくとも2時間の無給家事労働を行う少女の割合は、15歳に達すると（それまでと比べて）ほぼ2倍になります。大人になる頃には平均的な女性は毎日4時間以上の無給労働を強いらわれています。それに比べて男性は平均して1日たったの1時間強となっています。

家庭内でのこれらの義務は、少女が成人期に近づくにつれて機会を阻もうとする社会規範の一例にすぎません。例えばアフリカのサブ・サハラ地域では、女子の平均教育年数は男子に比べて2年少なくなっています。そして女子が十分な教育を受けていたとしても、彼女らが

ジェンダー・ギャップ

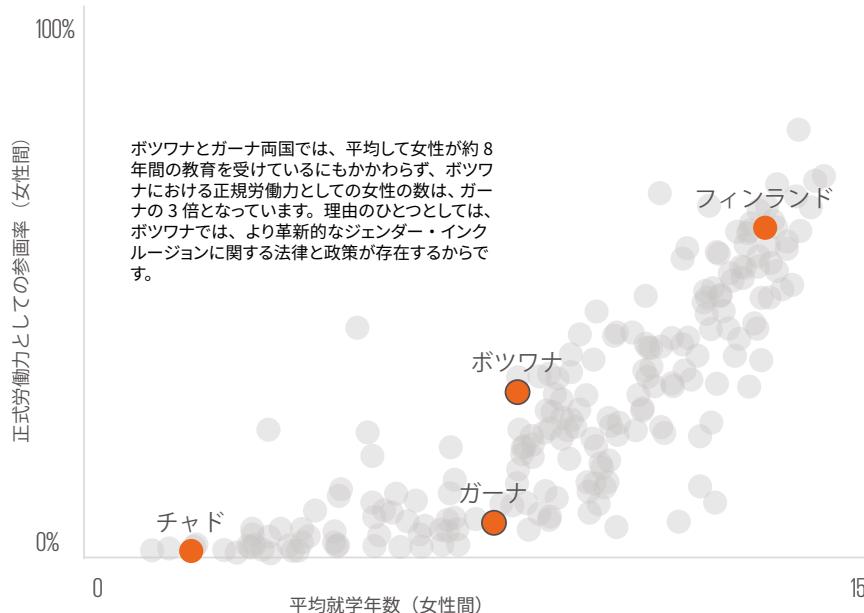


学校教育の年月を正規の労働力に変えられる可能性は、はるかに低くなっています。世界的にみても、男性と女性の労働力参加率には 24% の差があります。

この教育と仕事へのアクセス不足は誰にとっても良くないことです。それは女性から力を奪い続け、子どもの人生における機会を制限し、経済成長を減速させます。

教育は必要ですが、経済的機会のジェンダー・ギャップを埋めるのに十分ではありません。

このチャートから真っ先に読み取れるのは、女子は学校に長く行くほど、平均してより良い仕事に就く可能性が高いということです。しかし、いくつかの国では、女子は教育水準は高くても労働力として過小評価される傾向にあるということも同時に示しています。つまり、差別的な規範と政策を問題としない限り、女性は（男性と比較して）平等に質の高い雇用機会にアクセスすることはできないのです。



(インド、ソンダリ・パラル
トリ村)



前例に学ぶ

この国家間、地区間、少年少女間に横たわる大きな不平等は、開発に対する世界の投資が順調に進む中、依然幸運な人と不運な人の生活の差は十分に縮まつていないことを物語っています。私たち

は、開発コミュニティーが新たな形で事業を展開する必要があると考えています。

我々は、昨年のゴールキーパーズ・レポートで、人的資本こそが貧困国の経済成長

の要だと主張しました。今年は、人的資本向け投資が少女にもしっかりと届き、最も追いつく必要がある国や地区を優先するよう設計すべきだと主張しています。

それは決して簡単ではありません。前述のように不平等は非常に複雑な課題です。地理的、ジェンダー他、多種多様な課題に効く特効薬はありません。しかし、すべての子どもが良い健康と教育システムにアクセスできることを保証することは、その方向への非常に良いスタートと言えます。これは単なる道義的な願望に止まらず、達成可能な目標であると私たちは信じています。

保健の場合、優先順位はプライマリーケアであるべきです。プライマリー・ヘルスケアシステムは、適切な設計と資金供給さえあれば、すべての人に届くとともに人々の健康ニーズの大部分に対処できます。

このレポートでは、アフリカ最大の保健 NGO を運営する Githinji Gitahi 氏が、エチオピア、ルワンダ、タイなどの国々で自国民全員に対し基本的なケアを提供するようになった経緯を説明し、他国がこの経験から何を学べるか提言しています。

教育の場合、少し前までは、貧しい子どもたちは教育を受ける必要はさほど

ないという考えが一般的でした。この考えは、ここ 50 年の間に世界中のあらゆる地域で否定され、今や世界中のほとんどの国で、初等教育の義務化を達成しつつあります。現在の優先事項は、すべての学校で質の高い教育を確実に提供可能にすることです。一つの教室単位でなら、識字能力と計算能力をつけるための実績ある教育アプローチは複数存在します。しかしながら、全ての国全ての学校で、全ての子どもたちの基礎的スキルを大規模に向上させるには何が必要か世論のコンセンサスはまだありません。昨年、本レポートでは、コー

健康かつ良い教育を受けた少女が社会規範によって無力化されているのであれば、世界中の人的資本をもってしても、平等と繁栄に到達することはできません。

トジボワール、インド、ザンビアで試されている有望なイノベーションや、ベトナムの成功事例に焦点を当てました。

有害な規範は、変えることはおろか、認識することすら難しいのですが、それに直面する女性を支援する措置を各国は講じています。

女性と少女自らの新しい道の開拓を後押しする政策こそが、解決策の主要部分を占めます。例えば、ペルーの女性は、土地等の資産を所有する権利を有することに加え、避妊薬の入手が容易であるため、自分で子供を産むタイミングの選択ができます。そのため、女性の労働参加は増加しています。レポートの後半では、デジタル金融包摂の専門家である Arshi Aadil 氏が、インドの政策改革事例を紹介しています。貧困層向けの政府サービスを改善するだけでなく、男性優位の基盤を削ぎ落とす必要性が提唱されています。

レブヒアさん、クカワくん、
ハッサンさん（ケニア、ナイ
ロビにあるウモジヤヘルス
センター）



不利な条件に勝つ

ゴールキーパーが、より良くより平等な世界を作るために取っている方法は、わずかです。ありがたいことに、今なお、非常に多くの支持者が、不平等とその解決策につき創造的に考えてくれています。誰もまだその真相には達していませんが、私たちは近づきつつあります。

その一方、確信していることがあります。誰の人生であっても、サイコロの一振りのように扱われるべきではない、ということです。あなたは、私たちと同じく有利な条件で生まれてきましたか？ それとも、不利な条件で生まれてきた数十億人の1人でしょうか？ 私たちの目標は、すべての人の条件を均等にすることです。

それが実現した暁には、生まれた場所やX染色体の数といったランダムな要因で未来が決まることはなくなるでしょう。実際、未来は、始めから決まっているのではなく、人々の夢と努力によって作られるものとなるべきです。



進歩のストーリー

プライマリー・ヘルス・ケア (初期医療)



私たちは、財団を設立した際、新しいツールとテクノロジーの発見と開発に重点を置きました。そしてそれらを必要とする人々に届けることにも注力する必要があることを、すぐに認識しました。プライマリー・ヘルス・ケアは世界で最も重要な健康促進システムです。強力なプライマリー・ヘルス・ケアシステムは、最貧困の弱者を含むすべての人々に届き、健康を維持するために必要なサービスの大半を提供します。政府がプライマリー・ヘルス・ケアシステムに多くの投資をすればするほど、全体的な健康は改善します。しかし、残念なことに、低所得および中所得国は、平均して医療予算のわずか36%しかプライマリー・ヘルス・ケアに使っていません。中には、政府が少数派向けの高度医療を優先したため、大多数の市民が基本的なニーズを満たすため身銭を切らざるをえない状況の国もあります。この不平等は貧困と病気の悪循環を助長します。プライマリー・ヘルス・ケアに対しより効率的かつ多くの投資を集中させることで、この悪循環を打破できるでしょう。

Bill & Melinda



大きなアイデアと、小さな数字をいかに調和させるか。そこに多くの時間を費やしています。



ギジンジ・ギタニ博士

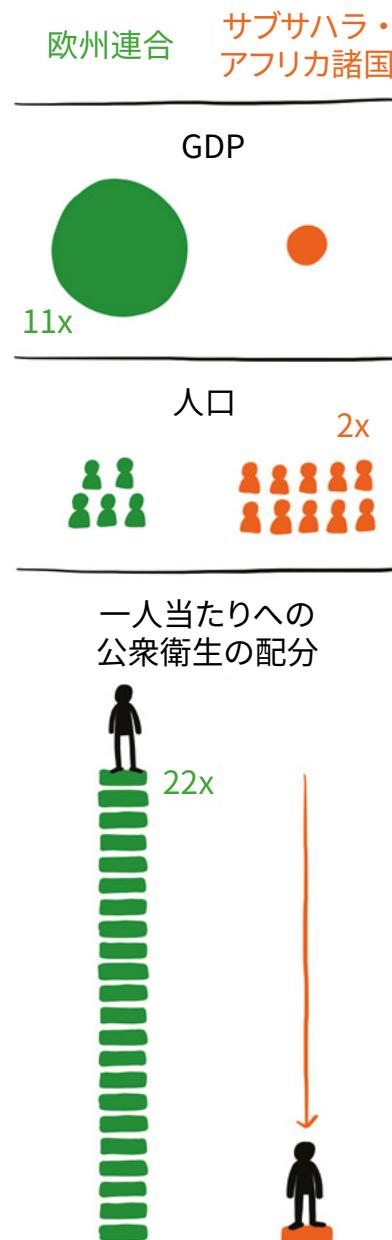
UHC2030 共同議長、AMREF
HEALTH AFRICA GROUP グローバル CEO

大きなアイデアというのは「保健は贅沢品であってはならない」ということです。つまり、すべての人々が財政的苦境に陥らずに必要なケアを受けることができるべきだということです。これはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と呼ばれます。2012年、国連総会は加盟国に対し、UHCの優先を求める決議を採択しました。それ以来、この考えは勢いを増しています。

小さな数字は「51ドル」です。これは私自身が独自に計算した数字ですが、平均的なサブサハラ・アフリカ諸国が（理想的な状況下で）国民1人あたりの医療費として使用できる金額を表しています（なお、私の「理想的な状況」の定義とは、「GDPの20%を税金として集

め、その15%の予算を保健に充當する国です。現状、ほとんどのアフリカ諸国はこの理想からはほど遠い状況です。）

私は、ほとんどの国が現在1人当たり51ドルを費やしていると言いたいわけではありませんし（実際、費やしていない）、それで十分だと言いたいわけでもありません（実際、不十分です）。富裕国が一人当たり数千ドルを保健に費やすことができる一方で、サブサハラ・アフリカ諸国は、非常に少ない金額で対処法を考えなければならないという事実を（51ドルという数字を通じて）示そうとしているだけです。



では、51ドルすらない国は、どうやってUHCを享受すればよいのでしょうか？答えはプライマリー・ヘルス・ケアにあります。つまり、人々の暮らしに身近な基本的なサービスに投資するのです。優れたプライマリー・ヘルスシステムは公正かつ公平です。誰もが簡単にアクセスでき、貧困層が身銭を切ることなく、人々の生涯の健康ニーズの大部分を満たします。病気は個人、家族、地域社会、国にとって高くなってしまうので、人々を健康に保つこそが目標となるのです！

私がプライマリー・ヘルス・ケアについて考える時、ケニアの田舎で、母と手をつないで約1キロ離れた地元の薬局まで歩いたことが思い出されます。私はそこでワクチンを打ってもらいました。そこは、母が一番下の妹を妊娠していた時に、出産前のケアを受けた場所であります。そして私たちの知り合い全員が、病気になった時にアドバイスを求めたり治療を受けるために訪れた場所でもあります。

世紀が変わり、アフリカ諸国の中に広範囲で質の高いプライマリー・ヘルス・システムの構築に投資を行ってきた国もあります。例えば、エチオピアとルワンダは、数万人のコミュニティ・ヘルス・ワーカーを採用しています。コミュニティ・ヘルス・ワーカーは隣人によって選ばれた女性たちで、政府が人々の

健康を守るために研修を行っています。

コミュニティ・ヘルス・ワーカーは、患者を待つのではなく、自ら家庭を訪問します。そして病気の時だけ人々と交流するわけではありません。適切な食事や衛生改善といった生活習慣などを推進したり、人々がそもそも病気にならないよう、予防接種をはじめとした予防ケアなども提供・啓蒙したりしています。そして何よりも一般的な病気（下痢やマラリアなど）の治療や、基本的な家族計画サービスの提供、また高度なケアが必要な患者向けに医療施設の紹介をするよう訓練されています。

このような投資の結果、エチオピアとルワンダは、母子死亡率の減少に成功した国として、この地域のリーダー的存在となりました。ちなみに、両国の1人当たりGDPは、地域平均を大きく下回っています。

他の多くのアフリカ諸国はまだ必要な投資を行っていません。私の祖国ケニアは、エチオピアやルワンダよりもはるかに豊かですが、プライマリー・ケア・システムは整っていません（ようやくその強化に向けて政治の上層部がコミットしつつあります）。何よりも重要なのは、政治家が行う選択なのです。

政治家が、限られた予算で、保健分野で成果を挙げるには、3つの選択肢があります。

1 支出をもう少し 増やすこと

2001年、アフリカ連合の全54加盟国が、国家予算の15%を保健に費やすことを約束しました。しかしその約束を達成できたのはごく僅かの国で、毎年それを達成できている加盟国は片手で数えられるほどしかいません。各国政府は、山積する課題の中で優先順位のバランスをとる必要があるため、容易に保健の資金を増やせません。そのような僅かな予算で物事を行う時には、1ドル1ドルが大きな意味を持ちます。ケニアの場合、現在、1人あたり年間36ドル、つまり予算の7%を保健に費やしています。それが例えば51ドルまで上がると、どんなに可能性が広がるものでしょう。WHOのデータに基づいた分析によれば、低所得国の政府は1人あたり86ドルの資金で、プライマリー・ヘルス・ケアを完全に達成できるということです。

2 適切な優先事項に 支出すること

多くの国では、プライマリー・ケアよりもセカンダリーケア（二次医療）やターシャリーケア（三次医療）と呼ばれるものに多くの予算を費やしています。これには一理あります。なぜならMRIやX線をはじめとしたセカンダリー、ターシャリーケアの多くは高価であるからです。しかしアフリカの各政府は、一部の人々のニーズを満たすためにほとんどのお金を使う余裕は、ないはずです。世界で最も優れたプライマリー・ケア・システムを持つ国の一であるタイでは、農村部と都市部の健康格差が非常に大きかったため、政府は一時的にすべての医療インフラ支出を農村部に割り当てました。現在、タイのすべての村に少なくとも1つのヘルスセンターがあります。アフリカ諸国は「プライマリー・ヘルス・ケアに必要な投資ができると確信できるまでは、我が国はセカンダリー・ケアとターシャリーケアは残った予算でなんとかします」と宣言する必要があります。この立場を取るのは難しいと思いますが、資金が限られている中、UHCを重視する国々はそれくらい思い切る必要があるのです。

3 より効率的に 支出すること

プライマリー・ケア・システムでは、少な額を最大限に活用し、様々なことが可能です。例えば、デジタル・ヘルス、特に電子医療記録に投資することができます。あるいは、経営革新に焦点を当てる事が可能で。（アフリカのような）多くの国々と広い地理的領域を擁する大陸では、購買したものを貯蔵してサプライチェーンを改善するための新しい方法などがあります。これにより、適切な製品を適切な価格で提供し、適切な場所に適切なタイミングで配達することが保証されます。

最後に、データを活用して、UHCにおける「何を？」と「誰に？」という2つの力ぎとなる問いに答えることが重要です。

すべてのサービスを提供できるわけではないことが明確な場合、何を提供するのかの選択が大きな違いを生み出します。アフリカ諸国は性と生殖に関する保健と権利を優先するべきだと私は考えます。それでもなお、自国のリソースをいかに配分するか十分に考える必要があります。その決断は、総合的かつグローバルな計算ではなく、あくまで実際の状況に基づいて行う必要があります。例えば、理論上は精管切除術は費用対効果が高いものとして推奨されていますが、しかし、施術可能な医療従事者がほとんどない国や、男性側に抵抗感が強い国、或いは若者人口の急成長が最大の課題である国では、（この一般的に良いとされている施術の）リターンは低下します。

次に「誰に」です。経済的困難に苦しむ人を確実になくすために、女性、子ども、少女、貧困者など、社会的に弱い立場の人々を支援する必要があります。ただし、ほとんどの人が非公式経済の中で働いているので、データの信頼性が低い国では、貧困者数の正確な把握は非常に困難です。人口の80%が非公式雇用のケニアでは、現在、サービスをより効果的に届ける精密な方法論の開発を進めています。理想的にはプライマリー・ヘルス・システ



（ケニア、キセリアンにあるイローダリアク診療所）

ムがより低価格で同等の結果を生み出すことができれば、残ったお金をさらに良い結果を生み出すための投資にまわせます。

私が7歳の時、世界保健総会は「すべての人のための保健」へのコミットメントを発表しました。しかし、資金拠出が困難であると判明するや、世界は（このコミットメントを）道義的原則として捉えることすらやめてしまうという悲劇

がきました。私が49歳になった今、我々はようやく「すべての人のための保健」（の実現を）信じるに至りました。UHCに関するグローバル対話を通じ、私たちは現実的な達成方法を日々考えています。つまり、私たちには二度目のチャンスがあります。今、アフリカと世界中のリーダーはこのチャンスをうまく活用すべきです。



進歩のストーリー

デジタル・インクルージョン (デジタル包摶)



悲観論者の中には、テクノロジーが悲惨な未来へと導くと警告している人もいます。ナイーブな楽観主義者の中には、テクノロジーが理想郷を作り出すと予測している人もいます。真実はその中間にあります。テクノロジーを分裂を招きます。各国はプラスの分裂を最大化し、マイナスの分裂に対処するために投資する必要があります。

インドほど人々の生活向上に向けたデジタル・テクノロジーの使用について、革新的でよく考えている国はありません。早くからインド政府は、テクノロジーによって官僚制度の階層を介さずに市民と直接つながることが可能になることを理解していました。その後、デジタル・サービスを中心に構築されたスマート・ポリシーの策定に着手し、それにより政府サービスの質と範囲の両方を改善しました。このエッセイでは、調理用ガスの補助金改革について紹介し、テクノロジーと政策の組み合わせからいかに驚異的なドミノ効果が生まれるか示します。

Bill & Melinda



これは 3 世代に渡るインドの調理用ガス助成金のストーリーです。



ARSHI AADIL 氏

マネージャー、政府と社会的影響、
MICROSATE CONSULTING 社

これは、最も狭く捉えると、調理用ガスの話に見えます。しかし、広く捉えれば、インド政府が 7500 万人の疎外された女性を力づける一連の革新的な政策を設計するにあたり、デジタル・テクノロジーがいかに役立ったかというストーリーといえます。最も広い意味では、どうすれば政府がもっと市民に役立つかということです。

何十年もの間、インドの家庭は、政府が保証する低価額で調理用の液化石油ガスを購入していました。この補助は、裕福な人を含むすべての人が受けられる点で対象者の絞込みが不十分でした (IMF によれば、インドの最も裕福な 10% の家庭は、最も貧しい 10% の 7 倍の補助金を受け取っていました)。この仕組みは非常に非効率でした。補助のついたガスの多くは、闇市場で (市場価格を支払うべきはずの) ホテル、レストラン、その他の企業に転売されていたからです。結局、この仕組みは高くつきました。世界のガスの市場価格によっては、政府の負担額は年間約 100 億ドルにも及ぶ可能性があったのです。

そして、このストーリーの転換点が訪れます。「JAM 三位一体」として知られるインドのパイオニア事業の登場です。「J」は、貧しい人々の銀行口座開設を支援するインド国政府プログラムの「Jan Dhan Yojana」の略です。「A」は「Aadhaar」。これは、インド居住者全員に指紋などの生体認証にリンクされた個人 ID を割り振るプログラムです。そしてインドで急速に普及している「モバイルフォン（携帯電話）」の「M」。銀行口座、個人 ID、および電話を併用することで政府が人々の銀行口座に補助金を直接入金し、受取人の身元を確認できます。これにより政府は政策立案をより正確かつ大掛かりに行うことが可能になりました。

2012 年から 2015 年にかけて、政府は JAM 三位一体を活用し、ガス価格への補助という方法から、ガスを市場価格で購入した後に個人の銀行口座に補助金を入金する方法へと、徐々に移行しました。補助金プログラムは完全に再設計され、2015 年に「PAHAL」という新名称で全国に導入されました。そして世界最大の現金給付プログラムとなりました。

JAM 三位一体

アナログ世界では、政府の社会給付が貧困者に届くまでに、非常に非効率的な仲介網を通る必要がありました。JAM 三位一体によって強化されたデジタル世界では、政府は直接人々に接触することができ、その逆も可能となりました。

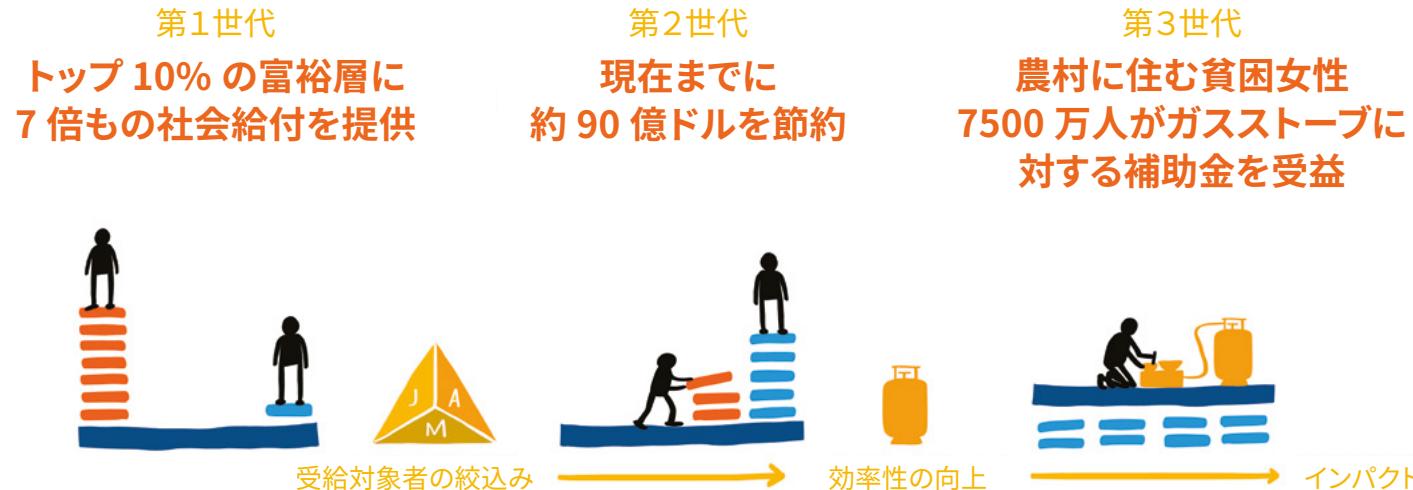


PAHAL は旧補助金プログラムの 3 つの主要な問題すべてに対処しました。Aadhaar を使用し、政府は 3,600 万人の重複または実際に存在しない受領者を対象者から削除し、闇市場への転用を減らし、そして全体的な効率を向上させることができました。政府のキャンペーンで裕福な人々による補助金請求の自粛を奨励した後、追加で 1,000 万人が対象から外れ、受給者の絞込みの精度が向上しました。その結果、PAHAL により、政府の財政的負担は軽減されました。推定値は変化しますが、PAHAL の開始以来、政府は約 90 億ドルを節約しています。

政府は節約した予算を手にしただけではありません。これらを活用し、「Ujjwala」と呼ばれる、これも JAM

三位一体によって強化された、新しい第 3 世代の調理用ガスプログラムを作りました。このプログラムは、貧しい女性の人生を変える制度となるよう、きめ細かく設計されています。

ほとんどの貧しい家族は（特に田舎では）ガスで料理をしません。助成金を受け取ったとしても、まだ木材や動物の糞で焚き火するよりも高くついてしまうからです。とはいえ、木材や糞によって焚かれた火は、台所を有害な煙で満たします（インドでは家庭の大気汚染により年間 500,000 人近くの死者を出しています）。この危機に対処するため、Ujjwala は条件を満たした農村世帯向けに、ガス接続とストーブ購入のために 50% の補助金を提供しています（残りの 50% は分割払い支払



うことができます)。これまでに約 7500 万人の女性が Ujjwala の恩恵を受けています。また、ガス缶が安価かつ容易に入手できるとは限らないので、現在インド国政府は、ガス缶への補充を奨励するため、Ujjwala の受益者に対し新たな改革を検討しています。

しかし、Ujjwala の影響は保健分野にとどまりません。このプログラムは、自分たちの将来を狭めてきた差別的な社会的規範を払拭するインド人女性たちを支援しています。

例えば、平均的なインド人女性は家事に週 40 時間以上費やしており、それ以外のことにはほとんど時間を費やす余裕はほとん

どありません。調理用ガスを使用することで、女性たちは、1 日あたり数時間を持つ有効活用できるようになりました。病気の原因となる、焚き木集めや、火の管理といった体に悪いことや、灰やほこりを掃除するなどの必要もなくなったからです。

さらに、政府は、給付金の分配方法を変えて、家庭内の従来の権力構造を覆す重要な決定を下しました。インドの従来の補助金プログラムとは異なり、Ujjwala は、夫ではなく、女性が受益資格を有します。ガスの補助金を受け取るには、女性は銀行口座を作る必要があるのです。

銀行口座を所有し利用するだけで、女性の生活は一変します。なぜなら家族の財政に対する意思決定権が彼女たちに与えられるからです。労働保証プログラムという、インド国内の社会給付プログラムに対する抜き打ち検査が明らかにしたところによると、女性が夫名義ではなく自分名義の口座に直接支払いを受け取るとともに口座の使用方法について研修を受けた場合、彼女たちはさらに働き、さらに稼ぐようになりました。また、夫側は、彼女たちが家の外で働いた方が気持ちが楽だと述べていました。つまり、女性がお金を管理できるようになれば、彼女らがどのような存在で何ができるのかという点について、人々の意識が変わってくるのです。

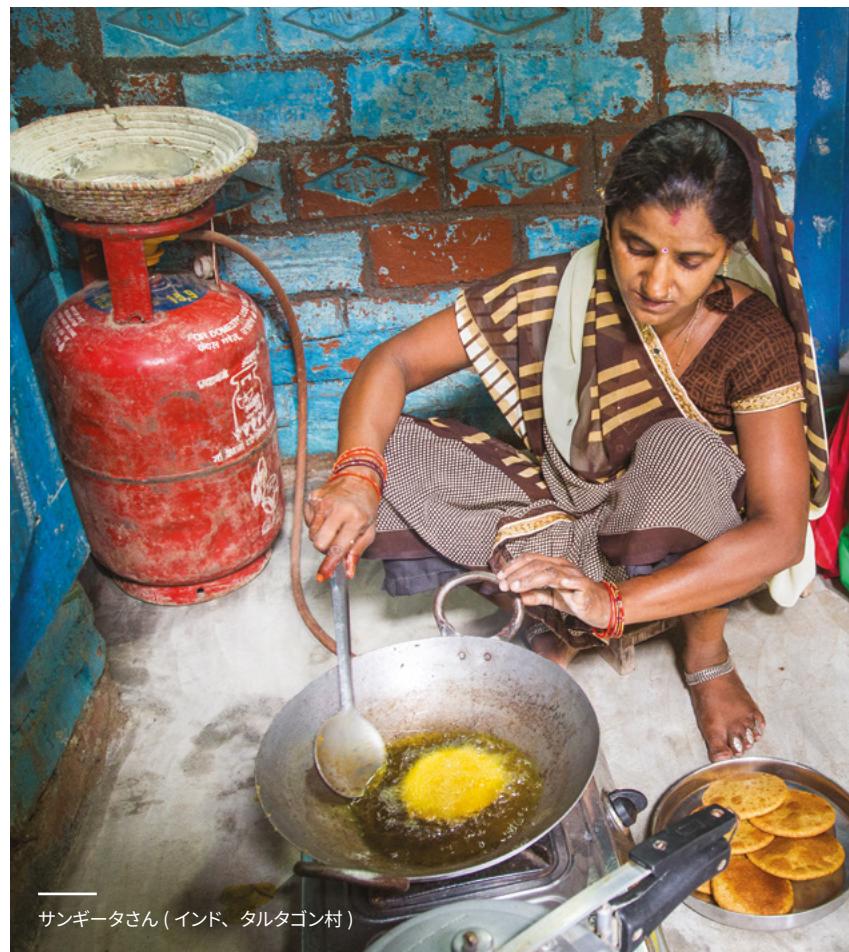
実は JAM 三位一体を中心に設計された政策が貧困者に力を与えている点がもう一つあります。政府の説明責任を強化したことです。例えば、新しい調理用ガスの補助金プログラムを導入したことにより、インドの 640 地区の政府職員は、日々 PAHAL の進捗レポートを受け取り

ます。レポートは登録件数、現金送金、エラー率等を含むので、問題が発生するとすぐに特定して対処することが可能になりました。

いくつかの州も、政府とのやり取りにおいて、市民の意見を積極的に聴取する

方法を模索しています。例えば、ある州では、受益者へ自動音声による電話がかかってきたりします。「お客様への対応は丁寧でしたか?」「社会給付を期待したとおり受け取ることができましたか?」「賄賂を支払わずに給付金を受け取りましたか?」といったサービスの質に関するアンケートを求められたりします。否定的な回答は（音声ではなく）実際の人に回送され、正式な苦情として扱われます。

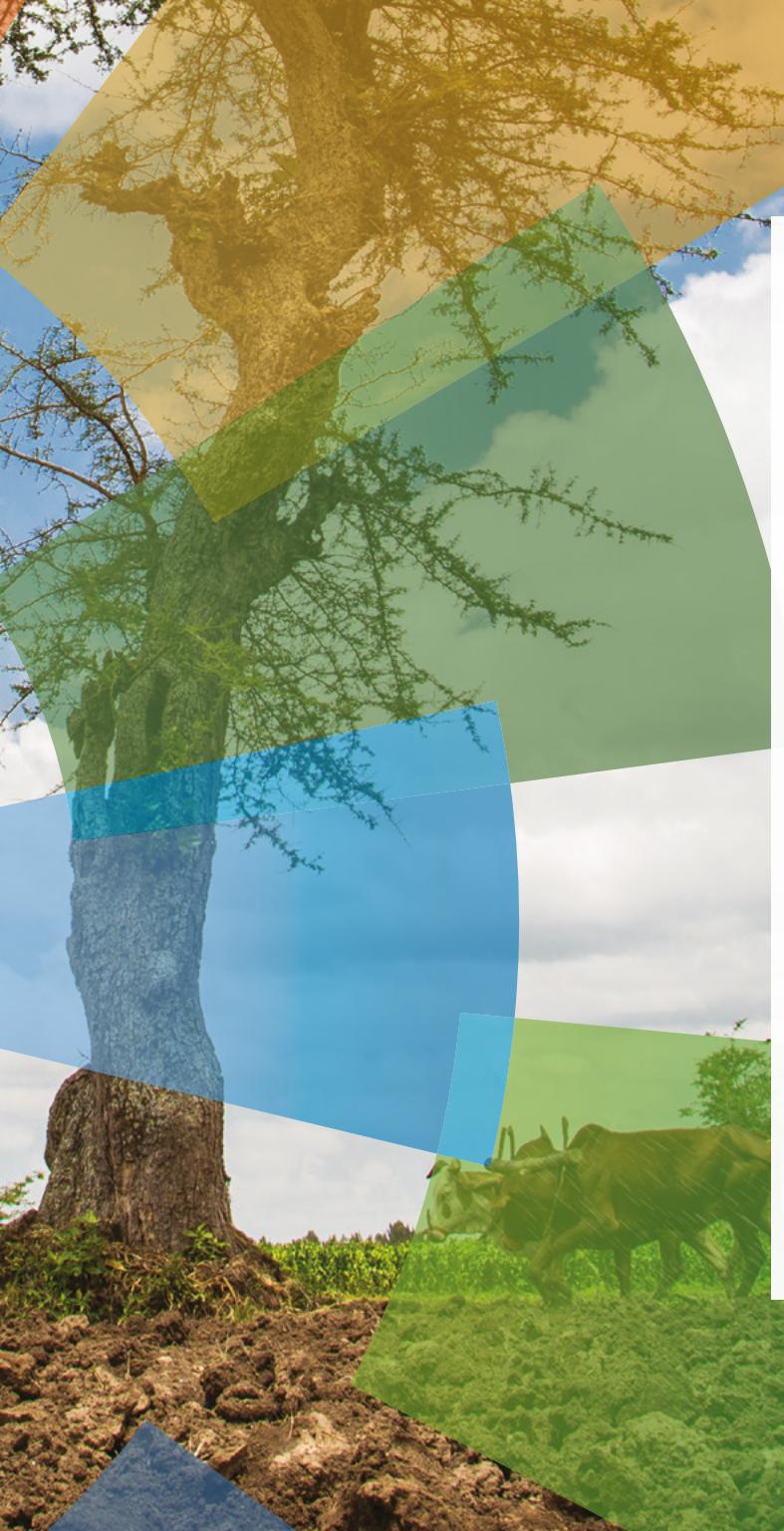
単体で見れば、JAM 三位一体が特別何かをするわけではありません。貧困層に優しいスマートな政策と、デジタル技術を中心に構築されたサービスと組み合わせる必要があるのです。それでもなお、デジタル化で強化された政策とサービスだけでは、貧困とジェンダーの不平等を解消できません。並行して、差別的な法律や政策の改定といったアナログな改革が必要です。これらすべての要素が揃えば、現状が急速に変化する可能性があるのです。



A collage of agricultural scenes featuring a man working in a field, a tree in a field, and a close-up of soil. Overlaid on the image are several large, semi-transparent geometric shapes in various colors: pink, blue, yellow, orange, and green.

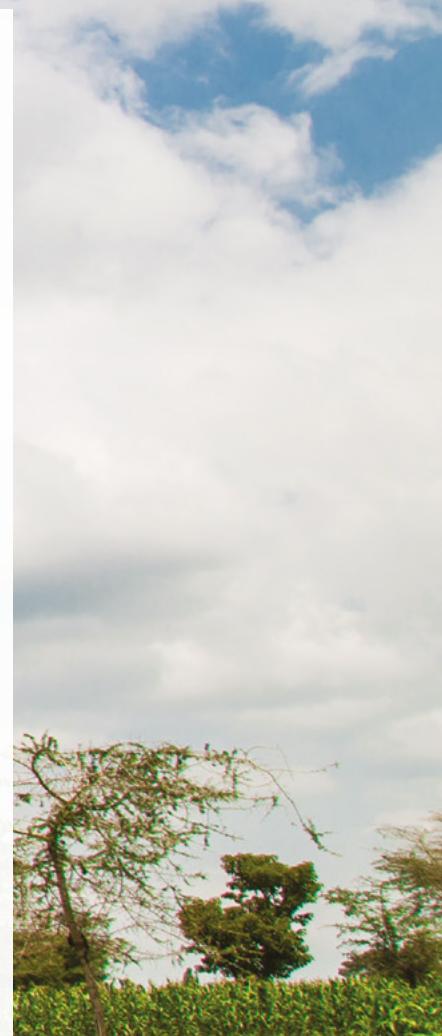
進歩のストーリー

気候への適応



世界的な気候変動の議論は主に、どのようにして炭素排出量を制限するかに焦点が当たっており、技術や政策面での革新的な解決策を未だ待っている状況です。しかし、その間にも気候は変化しています。そしてその気候変動から最大の不利益を被るのは、世界の最も貧しい農民たちであるという不当な現状があります。彼らが気候変動を引き起こしてきたわけではないにも関わらず、雨に依存する生活を送っているがために、気候変動の影響を直に受けているのです。農家にとってはすでに待ったなしの状態です。干ばつや洪水、家畜の病気、そして収穫を食い荒らす新種害虫の対策のための術を持っていないからです。エチオピアでは、政府と数百万人の農民が、防災対策のための短期集中型の取組みを開始し、それが成果を生み出しています。カバ大臣が述べているように、2015年の干ばつの影響は、悪名高い1984年の干ばつによって出た死者やその他被害には遠く及ばない結果となりました。エチオピアの成功事例は希望であります。今世界中で必要とされているのは、極端な暑さや洪水などの災害に耐えうる新種作物の開発とその流通に対する、これまで以上の投資です。世界の農業研究にはさらなる支援が必要なのです。

Bill & Melinda





1984 年の飢饉は、 我が国が経験した暗黒の 歴史です。



カバ・ウルゲッサ
(KABA URGESSA) 博士

エチオピア農業省 天然資源・食
料安全保障担当大臣

しかし、妙な言い方ですが、時として危機の中にこそチャンスがあります。私たちは飢饉直後に災害管理政策を確立して食糧備蓄を開始し、干ばつが起こった際に少なくとも人々の命は救えるような体制を整えました。

歳月が重なるに連れ、農業部門の生産性と災害へのレジリエンス（＝回復力）に対し大きく投資をしました。80% 以上の人々が農村部に住んでいるため、しないわけには行かなかったのです。2003 年に、アフリカ連合はモサンビークのマプで会合を開き、各政府は国家予算の 10%を農業に充當することを約束しましたが、エチオピアはそれ以上を充てています。2015

年には、1984 年の飢饉をもたらした干ばつと同規模の干ばつに見舞われましたが、我が国では農家が被害に対応できるシステムをすでに構築していたため、他国がその被害について耳にすることはなかったのです。

農業分野の繁栄は、エチオピアの全体的な経済成長が驚くほど好調である理由の一つで、そのおかげで 2025 年までに中所得国となる目標に向けて順調に前進しています。しかしながら、その隔たりとなる可能性があるのは気候変動問題です。気候変動はより豊かな国々の動向によって引き起こされますが、より貧しい国々の最も弱い立場の人々がその被害を最初に被るのです。

私の幼少期と比較し、この地の温度は摂氏約1度上昇しました。しかし雨こそがより大きな課題です。全体として雨量は減少傾向にあり、一部の地域では20%も減少しています。降っても、どんな雨が降るか、というのも予測が難しくなっています。ようやく雨が降ったかと思うと、すぐに止んでしまう、もしくは破壊的な大雨になる。農家が立てる計画は全て天候に基づいています。小規模農家は、農学者とも言える非常に優れた知見を持っていますが、彼らが一生をかけて学んできた気候はもはや存在しなくなりつつあるのです。

幸い、過去20年間に亘って構築してきた対策は、来たる20年において農家の気候変動への対策に寄与します。2005年には、私たちは農業関連の公共事業プロジェクトに住民を雇用し給与を支払う大型プログラムを開始しました。このプログラムがもたらす影響は二つあります。貧困層が、緊急事態が発生したときに食料やその他の必需品を購入する手段を持つようになると、そして段畝、堤防、砂防ダム、深溝、小規模溜池等という地域資産の建設を通じて水の節約、土壤侵食の防止、高い生産性を実現する、と言う点です。その3年後には、持続可能な土地管理をめざす運動を促すための別のプロジェクトも始動しました。

また世界最大級の農業普及員専門組織の幹部を登用しました。(農業普及員は)タイムリーな情報源となります。例えば干ばつに関する早期警告を発信したり、農家のとるべき対応法のアドバイスを提供してくれます。また長期的な教育にも重点をおいています。私たちの普及員ネットワークは、エチオピアの農民が近隣諸国の農民に比べても、肥料や改良種子の使用、また灌漑の使用に積極的である理由の一つにあたります。

私たちは、挑戦課題に対して幻想は抱いていません。数年前には「気候(変動)に耐えるグリーン経済戦略」というプログラムを始動しました。これは私たちの将来の繁栄が今日の適切な環境管理にかかるということを再認識させるものです。

干ばつを止めることはできません。しかし、私たちはそれに妨げられることなく繁栄を続けることができます。



我が地域の天候 は神の意志によ るものです。



ミトセラル・テケレ・テスファイ
(MITSELAL TEKELE TESFAY) 氏

農夫、エチオピア

20年前私がこの土地を耕作し始めた時、天候は今より良かったです。しかし気温はどんどん上昇しています。7月は寒い月のはずですが、今年は例年よりずっと暑く、そして雨は頼りにななりません。ある年は雨がしっかり降ったり、その翌年は干ばつになったりするのです。通常、5月下旬または6月上旬に雨が降り始めます。今年は、もう7月下旬ですがまだ降っておらず、雨が降るのを待っています。最適な時期に種まきをしたいのですが、雨をコントロールすることはできません。7月までに雨が降り始めなかったり、10月までに降り止むと、収穫は何も得られません。より状況が悪くなれば、飼っている羊を売るか物々交換します。また蜂蜜のためにハチの巣に投資することも考えています。

天候は悪くなっていますが、私たちの農業は、以前よりずっと良くなっています。私が子どもの頃、両親の農場は(災害により)破壊されました。政府からの助けはなく、1984年の飢饉の際には、家族でスーダンに移動することが唯一の選択肢でした。

今日、私たちは地域に来る農業の専門家から情報や教育を受けています。以前は近代的な種を使用していませんでしたが現在私は最高の小麦の種を使用しています。早めに収穫できる種の小麦を植え、干ばつへの対策としています。また、以前は肥料、除草剤、農薬を使用していましたが今はこれら3つすべてを使用しています。加えて、除草の知識が身につきました。太陽光で畑が乾燥するのを防ぐ方法も知っています。私の収穫量は、ほぼ二倍になりました。

今年は雨が少なくなると言われ、何をすべきかについてトレーニングを受けました。雨水を集め、後で使うために貯水しています。土地の潤いを保つべく、根覆いの適用、溝掘り、耕作、溝の修復など、様々な方法を用いて、できる限りの手を尽くしています。少しの雨が降り始めると、すべての家庭が、水分が土にとどまるよう一生懸命策を講じるので、雨を見て誰も家の中に留まっていません。

私たちはこの地の
状況に適応し、
克服しようと
しています。



ミトセラルさん(エチオピア、カルアミン・ケベレ)

私たちはこの地の状況に適応し、克服しようとしています。子どもたちには自分が受けることのできなかった教育を受けてほしいと思っています。私は1日も学校に行けませんでしたが私の3人の子どもは全員が学校に通っています。

私には子ども達の食料を確保する義務があります。今年の初めに小麦を育てたら、次の成長期には子ども達に食べさせるべく大麦に切り替えます。子どもたちは空腹の状態では学習や勉強に集中できません。私が下す決断はすべて、

家族にとって何が必要であるかを考えたものになります。

インタビューより

データの 詳細調査

SLN	ISSUES/PROBLEMS	NUMBER
1.	INADEQUATE ATTENDANT ON FAC BY COMMISSION	5
2.	NO 24HR SHIFTING DUTY	4
3.	LACK OF MONITORING DUE TO VERY LONG PREGNANCY	4
4.	CLIENT WAITING TIME	5
5.	LOW DELIVERY RATE	2
6.	EARLY DISCHARGE OF MOTHERS BEFORE 24HR AFTER DELIVERY	2

DIAGRAM/FISH BONE DEBA PHC GROUP WORK
CHANGE IDEA NO USE OF PREGNANT TO MONITOR

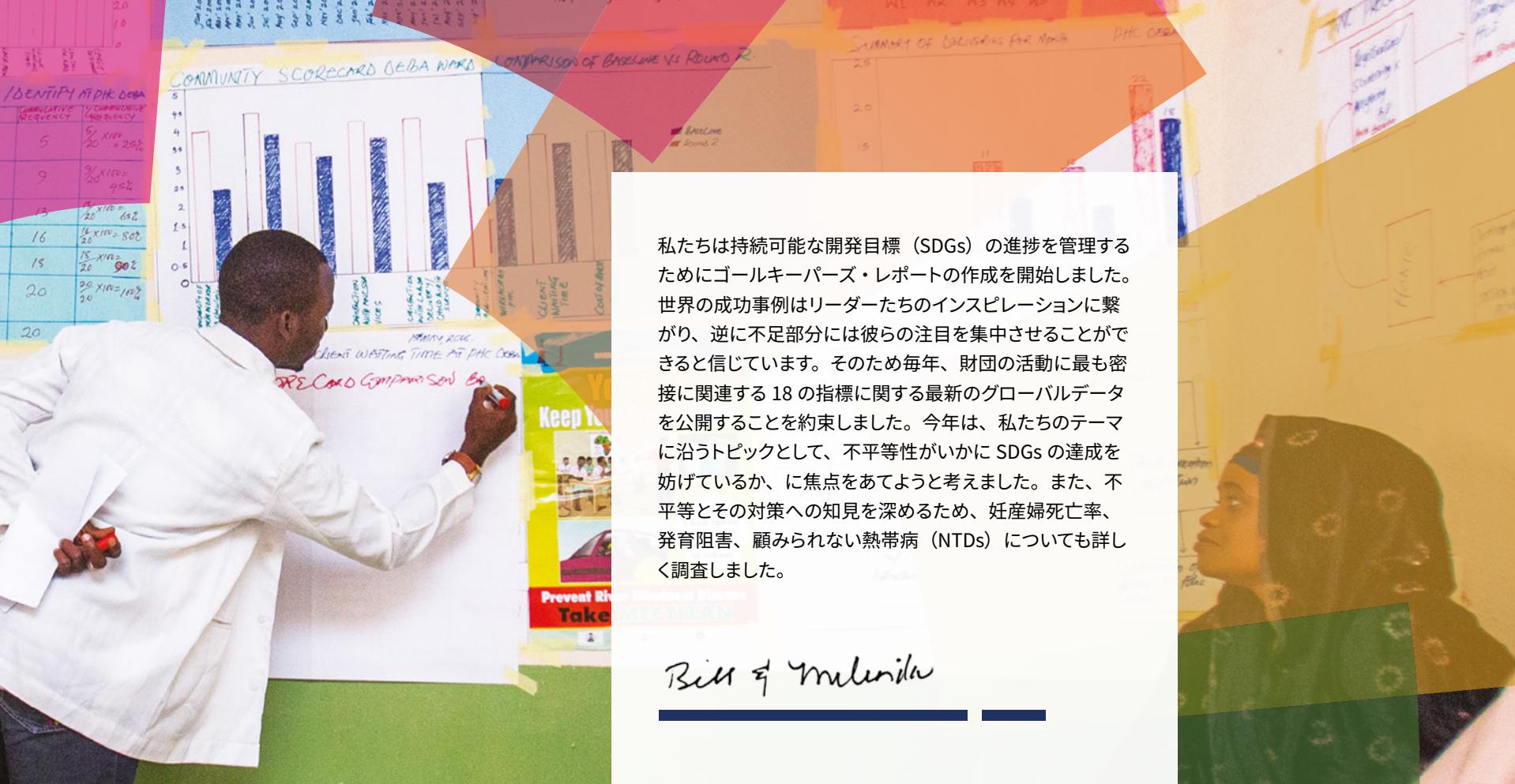
AVAILABILITY

LACK OF
PREGNANT
MRS HFC

KNOWLEDGE

KNOWLEDGE
ABOUT
MONITORING
PREGNANT
MRS HFC

KNOWLEDGE



私たちは持続可能な開発目標（SDGs）の進捗を管理するためにゴールキーパーズ・レポートの作成を開始しました。世界の成功事例はリーダーたちのインスピレーションに繋がり、逆に不足部分には彼らの注目を集中させることができますと信じています。そのため毎年、財団の活動に最も密接に関連する18の指標に関する最新のグローバルデータを公開することを約束しました。今年は、私たちのテーマに沿うトピックとして、不平等性がいかにSDGsの達成を妨げているか、に焦点をあてようと考えました。また、不平等とその対策への知見を深めるため、妊産婦死亡率、発育阻害、顧みられない熱帯病（NTDs）についても詳しく調査しました。

Bill & Melinda

発育阻害

発育阻害は複雑な問題です。一つの方法では対処策にはならず、有効な結果を得るために一度に多くの対策を講じる必要があります。そのせいか、世界の発育阻害有病率は他の病気の有病率よりも低下のペースが鈍いとされています。その一方で、発育阻害の減少は、明確な進展のしるしとなります。

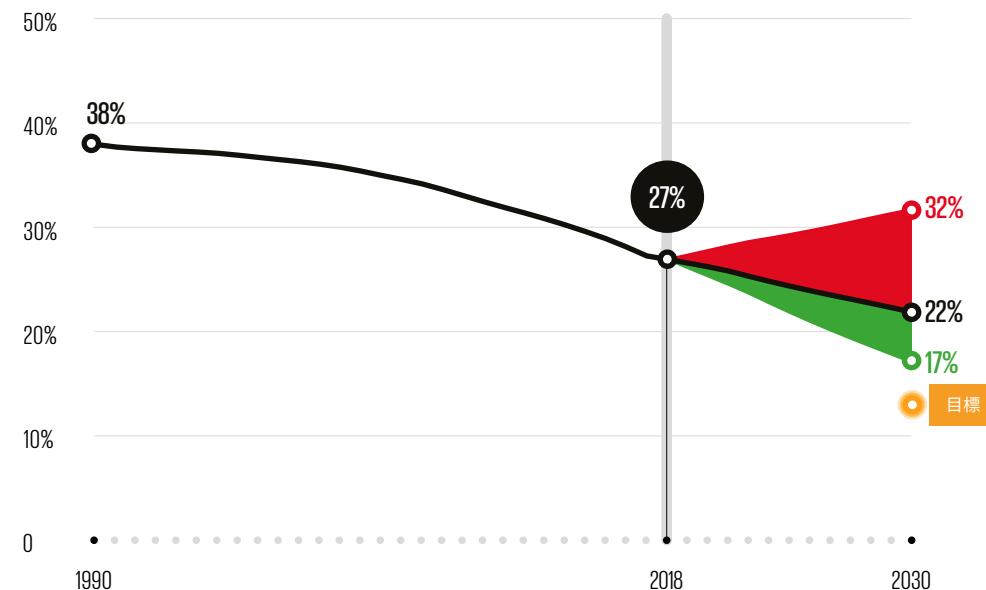
進展を加速させる一つの方法は、ネパールのように目覚ましい進歩を遂げた国を模範として研究することです。

1996 年、ネパールは世界で最も高い発育阻害率を有し、子どもの 3 人に 2 人が発育阻害がありました。それが 2016 年には約 3 人に 1 人に減少しました。この進歩の裏には健康、栄養、教育への投資がありました。例えば、経験のある医療提供者から出生前ケアを受けている妊婦の割合は、2000 年以前に比べ 3 倍に増え（84% まで上昇）、小学校の就業率は現在 97% になりました。

しかしデータをよく見ると、ネパールは発育阻害の件数を減らしてはいるものの、まだ平等にはなっていない

5 歳未満の子どもの発育阻害率

- 現時点の予測 ● 前進した場合 ● 後退した場合 ● 2030 年の目標



SDGs ターゲット：5 歳未満の子どもの発育阻害と衰弱への策として国際的に合意された目標を 2025 年までに達成することを含め、あらゆる形の栄養失調を終結させること。グラフに示されている目標は暫定的なものであり、既存の 2025 年の目標に基づいて推定されています。

ことがわかります。右側には 1996 年から 2016 年までの発育阻害を示したデータが、経済力により 5 つのグループに分けられていることがわかります。5 つすべてのグループで大幅な改善が見られ

ましたが、最も経済力のあるグループの改善幅は最も貧しいグループのそれよりも大きくなっています。そして現在、最も貧しいグループとその他のグループとの間にさらなる差が生まれているのです。

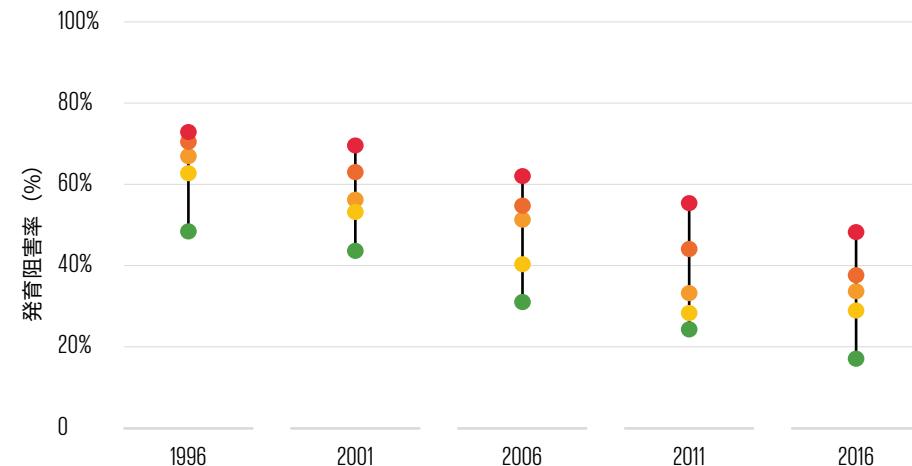
ネパールにとって現在の優先事項はその差を埋めることです。そのお手本としてペルーに目を向けることができます。

模範国ペルーでは、2000年の発育阻害の数字は現在のネパールの数字に近いものでした。しかし、同様のグラフでは最貧のグループと最も裕福なグループの差はわずか15年で半分に縮小したことが分かります。平等に向けたこの進歩は計画されたものでした。ペルー政府は貧困層のための健康保険制度を構築し、女性が健康、栄養、教育のサービスを利用することを奨励するために、条件付きの現金給付プログラムを実施しました。そして健康と栄養の分野には、それらを最も必要とする人々が優先的にサービスを受けられるようになる為にカギとなる介入も行いました。

このように、ネパールとペルー両国は、発育阻害との闘いにおける各段階の知見を提供しているのです。

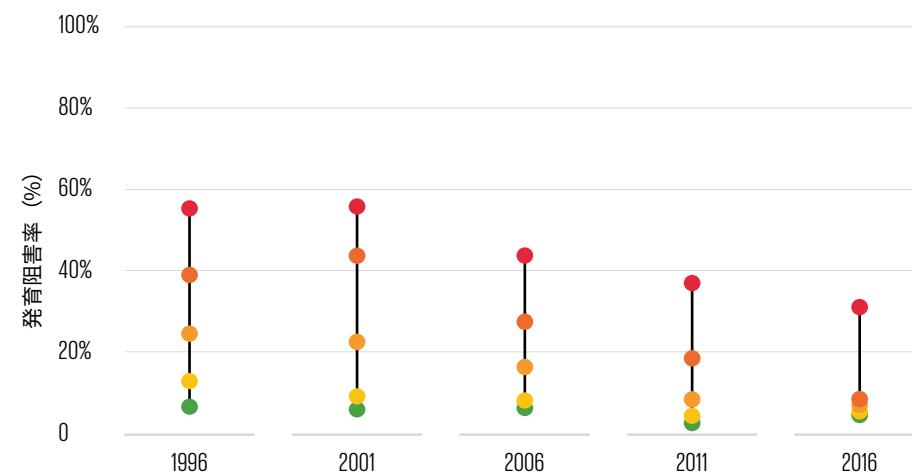
経済力別に5グループに分けられた、ネパールにおける発育阻害率

- 経済力が一番低い ● 2番目に低い ● 中間 ● 4番目に低い ● 経済力が一番高い



経済力別に5グループに分けられた、ペルーにおける発育阻害率

- 経済力が一番低い ● 2番目に低い ● 中間 ● 4番目に低い ● 経済力が一番高い



妊産婦死亡率

ほとんどの妊婦の死亡は私たちがすでに持っている手段で阻止できます。重要なのは妊婦に対して妊娠中および出産の際に質の高いケアを提供することです。

悲劇的にも、多くの妊婦はまったくケアを受けられていません。不平等性の象徴とも言える最も痛烈な事例は、一人で出産する若い女性です。

多くの政府とその関係者たちは、この悲惨なイメージを払拭するために変革を起こしています。例えば、私たちのパートナーである Jhpiego は、妊婦による医療システムの利用方法を再考しています。

ほとんどの妊婦は、妊娠中に看護師または助産師のケアを数分間、幾度か受けています。一対一で、一見良い対応のように見えますが、これらのケアは慌ただしく行われることが多く、それぞれの妊婦固有の問題に注意が払われない傾向があります

そこで Jhpiego は、ケニアとナイジェリアの 20 の医療施設で、同じような妊娠段階にある 15 ~ 20 人の女性グ

出生 10 万人あたりの妊産婦死亡件数

- 現時点の予測
- 前進した場合
- 後退した場合
- 2030 年の目標



SDGs ターゲット：世界の妊産婦死亡率を 100,000 人の出生あたり 70 人未満に減らす。

ループに 2 時間の出生前ケアセッションを提供しました。彼女たちは自分のことによくわかってくれる医療提供者とより長時間（これまでの 30 倍も長く！）過ごすことができ、そして何よりも、他の妊婦たちと知り合い、出産後も持続す

るサポートネットワークを構築できたのです。この出生前ケア（G-ANC）の試みは、目を見張るような結果を達成するに至りました。

第一に、単純にケア内容が改善されたと言う点があります。ケニアとナイジェリアの両国において、G-ANCに参加した女性は、自分自身や新生児の世話をする方法に関する情報や介入を受けやすくなりました。

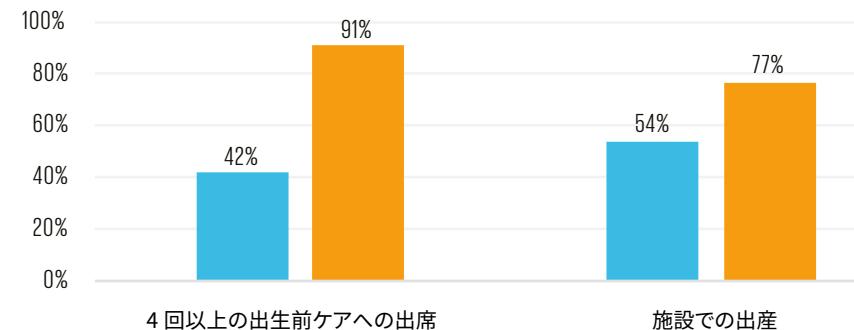
第二に、妊婦たちはこの医療機関での経験に好印象を抱いたという点です。これは、健康システムを使い続ける可能性が高くなることを示唆しています。G-ANCに参加したナイジェリアの女性は、お産の際の緊急事態に対応できるスタッフのいる医療施設で出産することを選んだ確率がはるかに高かったのです。

最後に、(本プログラムに参加した)女性たちは、総合的な地位向上指標においてもより高いスコアを獲得しました。これは、G-ANCが、妊婦の健康だけでなく、他の重要な優先的開発課題に影響を与えることができるということを示唆しています。

プロジェクトは2017年に終了しましたが、提供者と母親の強い希望もあり、20のテストサイトすべてが、引き続き自分たちでG-ANCを継続しました。次のステップは、このプログラムを他の地区や国レベルに展開させ、妊娠婦死亡率をより短期間で低下させることです。

ナイジェリア G-ANC 実施場所における、妊婦によるヘルスサービスの利用の変化

● 個別ケア ● ANC グループ



顧みられない 熱帯病（NTDs）

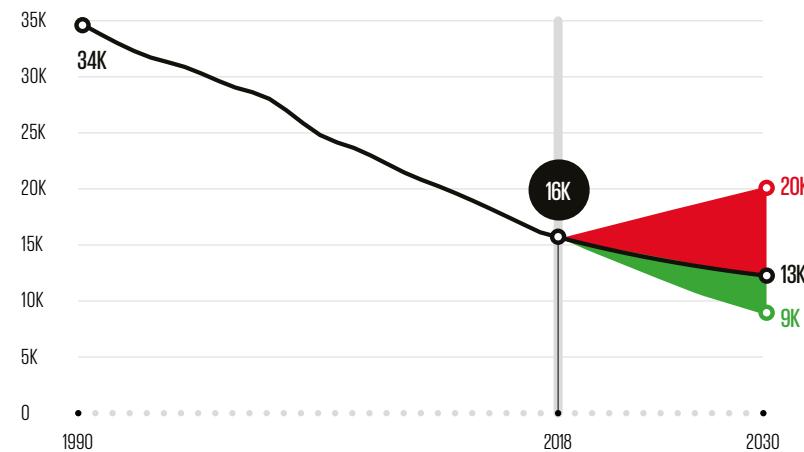
「顧みられない熱帯病」(NTDs)の「顧みられない」という形容詞は、約20の病気にかかりますが、実際にはそれらに冒された15億人を指しているともいえます。NTDsとの戦いに勝つためには、これまでに必要としているニーズを満たされてこなかった人々を満たす方法を見つける必要があります。

恐ろしいかゆみや、ひどい場合は失明を引き起こすオンコセルカ症（河川盲目症とも呼ばれています）という寄生虫病について考えてみましょう。オンコセルカ症は流れの速い川の流域で繁殖するクロバエによって伝染されます。その結果、世界でも最も貧しい生活をする農民たちが、川の流域にある最良の土壤を手放し移動することを余儀なくされ、不毛の土地にて暮らすことを強いられています。

幸い、オンコセルカ症は、メルク社が1987年から無料で提供しているイベルメクチンという薬で治療できます。しかしイベルメクチンは症状の

15のNTDsにおける、10万人あたりの感染者数

- 現時点の予測
- 前進した場合
- 後退した場合



SDGs ターゲット：エイズ、結核、マラリア、および顧みられない熱帯病の感染症を終結させる。

原因となる寄生虫の幼虫は殺せますが、成虫を殺すことはできません。この成虫は最長15年間繁殖し続け、サハラ以南のアフリカに点在している村々の2億人が感染の危険にさらされています。これらの課題を鑑みて、オンコセルカ症に対しては集団投薬（MDA）と呼ば

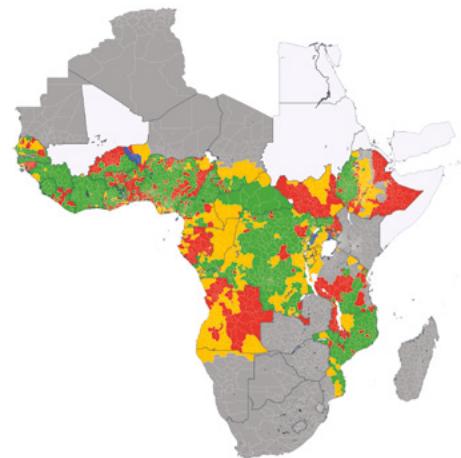
れる方法が基本的な対処法となっています。毎年、遠隔地の数千の村で、ボランティアのヘルスワーカーたちが地元住民全員にイベルメクチンを渡しています。MDAの摂取率が一定して高かった場合、約15年後に、人体に入った成虫は老死し、感染が止まります。

しかし、この対応法が成功すればするほどその仕事は難しくなるのです。まず、10年間続けて薬を服用し、その間に病気であると感じない人々は薬を服用し続けなくなってしまいます。次に、診断テストは感度が十分でなく、病気が完全に消滅したのか、低いレベルだけれどもまだ存続しているのかを正確に特定できません。そのため、いつMDAを止めたら安全なのかがわからないのです。

私たちは、診断方法と薬の向上のために投資し続けています。しかしながら、高品質かつ広範囲にわたる大規模なMDAキャンペーンを毎年達成させるには、世界で最も脆弱ともいえる医療システムにどうしても頼らざるを得ないです。それでも、多くの人々がこの挑戦に立ち向かっています。オンコセルカ症の伝染はナイジェリア国内の2つの州と、マリ、セネガル、スーダン、およびウガンダの一部で遮断されています。さらには、1人当たりのGDPが1,000ドル未満のマラウイやシエラレオネなどの国では、3年間で複数のNTDsにおいてMDAの普及率が75%を超えていました。

現在の課題は、NTDsが風土病として発生している各国において、NTDsの感染が制御されるか完全に撲滅されるまで、このような進捗を達成・維持させることです。

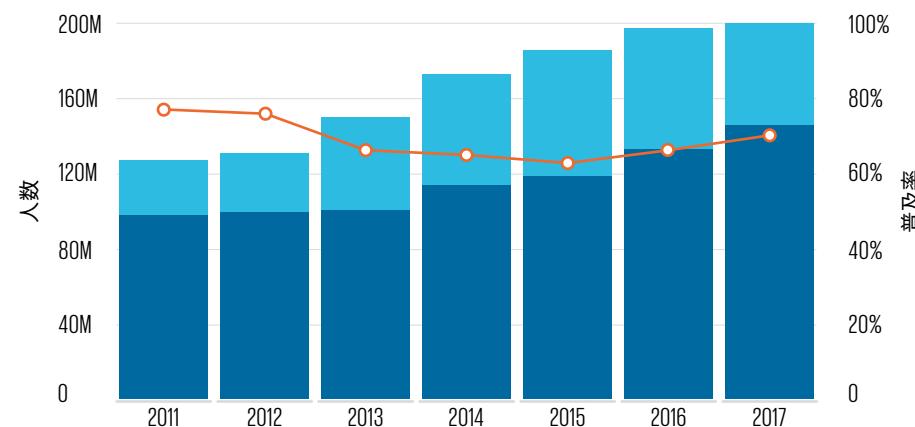
アフリカにおける地区ごとのオンコセルカ症撲滅プログラムの状況



- 効果的にMDAが提供されている
- MDAなしまたは65%未満の普及率
- オンコセルカ症が流行していない
- 撲滅が達成されたためMDAなし
- 感染率が低いためMDAなし（ただし撲滅と宣言できるラインを必ずしもクリアしているとは限らない）

河川盲目症の予防措置を受けている人々

- 予防措置を要する人が受けている
- 予防措置を要するも受けられていない人
- 予防措置の普及率



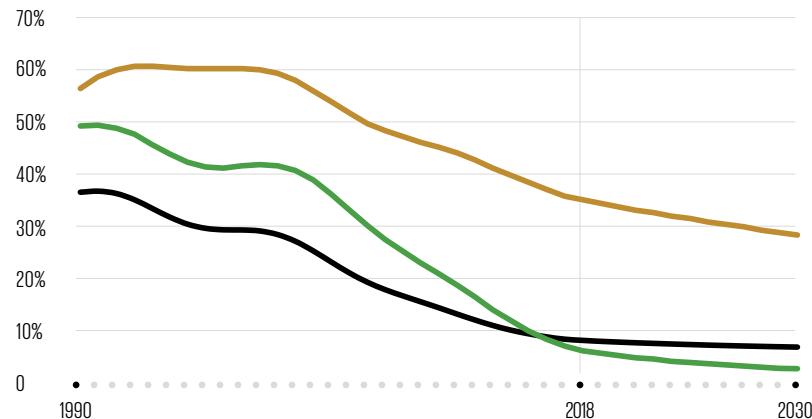
貧困

このグラフで最も懸念されるのはサハラ以南のアフリカの曲線の傾きです。近年の南アジアのパターンのように、サハラ以南のアフリカにおいても急激に貧困が減少することが理想ですが、その速度は、現時点から 2030 年まで比較的遅いと予測されています。サハラ以南のアフリカの貧困を長期的に減らすためのカギは、見過ごされている人々がその恩恵を受けられる様、保健と教育に投資を集中させることです。

SDGs ターゲット：世界中のすべての人々の極貧状態を撲滅する。

国際貧困ライン以下で生活する人口の割合（1.90 ドル / 日）

● 世界 ● サハラ以南のアフリカ地域 ● 南アジア



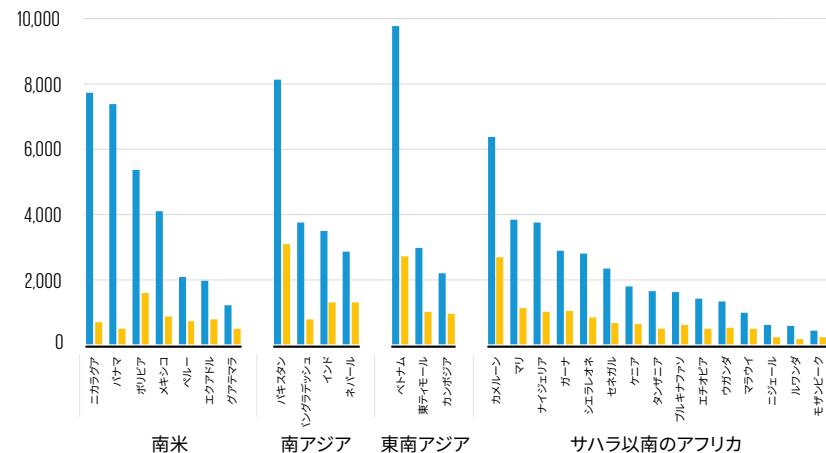
農業

以前は、農業生産性の項目下に「不十分なデータ」と記載する必要がありました。このグラフは、SDGs ターゲットそのものを測るものではありませんが、初めて国別に比較可能な関連データを拾集しており、素晴らしい進歩なのです。ほとんど全ての国で、小規模農家の数は大規模農家の数を大きく上回っていますが、金融サービス、改良された種子や肥料、農業知識、効率的な市場へのアクセスがないために、売上のごく一部しか収入として手に入れられません。加えて、サハラ以南のアフリカの農家は、規模の大小に関わらず、他の地域よりも収入が少ない傾向にあります。

SDGs ターゲット：小規模な食糧生産者、特に女性、先住民、家族農家、牧畜民および漁師の農業生産性と収入を 2 倍にする。

農業からの平均年間収入（PPP、購買力平価）（2011 年固定国際ドル）

● 非小規模農家 ● 小規模農家

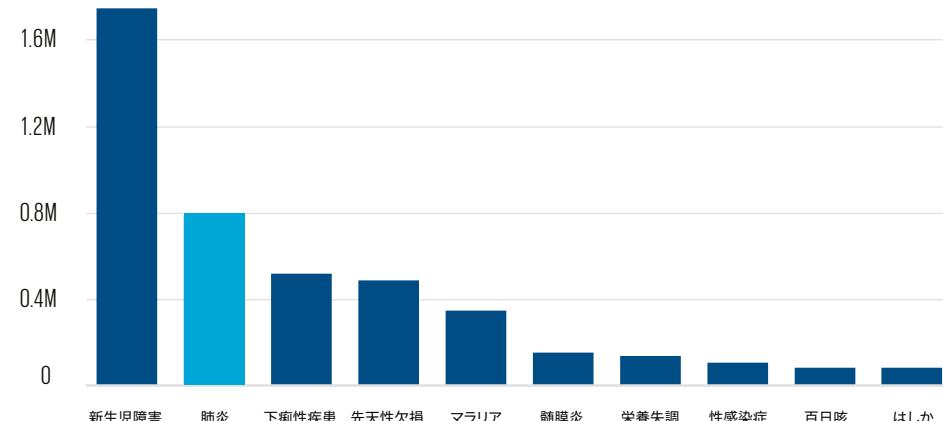


5歳未満児死亡率

肺炎は感染病においては小児死亡の主要な原因であり、全体的な小児死亡原因としても新生児障害に次ぐ第二位であります。しかし肺炎に対しては感染症に関する世界的な研究開発費のわずか3%、対外援助費の6%しか充てられていないです。世界的に見ると、現在、主流の肺炎ワクチンで守られている子どもは半数未満です。より安価なワクチンの入手が実現すれば、多くの国々がより多くの子どもを守り、世界の小児死亡率を引き下げることができるでしょう。

SDGsのターゲット：新生児と5歳未満の子どもの予防可能な死亡を終結させ、すべての国において5歳未満児の死亡率をせめて1,000人の出生あたり25人に減らす。

5歳未満児死亡者数（死亡原因別）



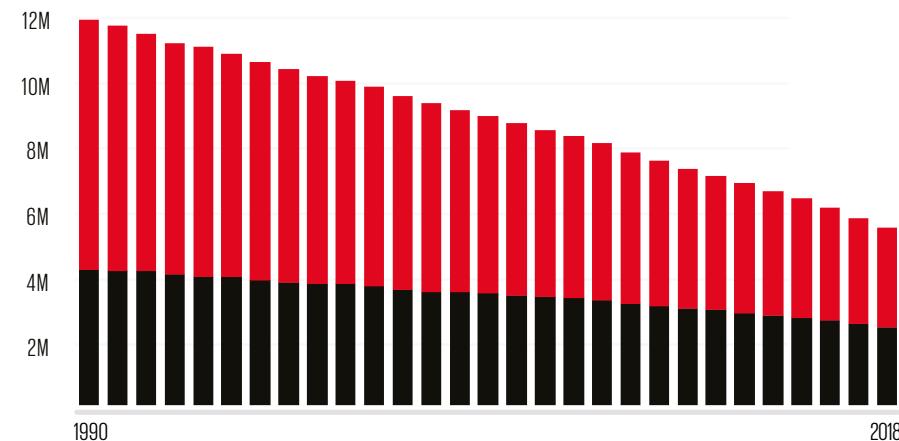
新生児死亡率

5歳未満の子どもの死亡数は着実に減少しています。新生児（0～28日）の死亡数も減少しましたが、28日～5歳の子どもより遅いペースとなっており、結果的に全体的な子どもの死亡数に占める割合として新生児の死亡数が増加していることになります。現在、子どもの死亡件数のほぼ半数は生後28日以内に発生しているということです。今後子どもの生存率を上げるには新生児の健康に新たに焦点を絞ることが必要となります。低所得および中所得国では、パッケージ化された基礎的かつ実証済のケアを提供することに加え、妊婦が出産する施設において、未成熟児や病気を患っている新生児の専門的なケアを確実に施せるようにすることが特に重要です。

SDGs ターゲット：新生児と5歳未満の子どもの予防可能な死亡を終結させ、すべての国において新生児死亡率をせめて1,000人の出生あたり12人に減らす。

5歳未満児の死亡時期の世界的傾向

- 新生児（28日未満） ● 子ども（28日～5歳）

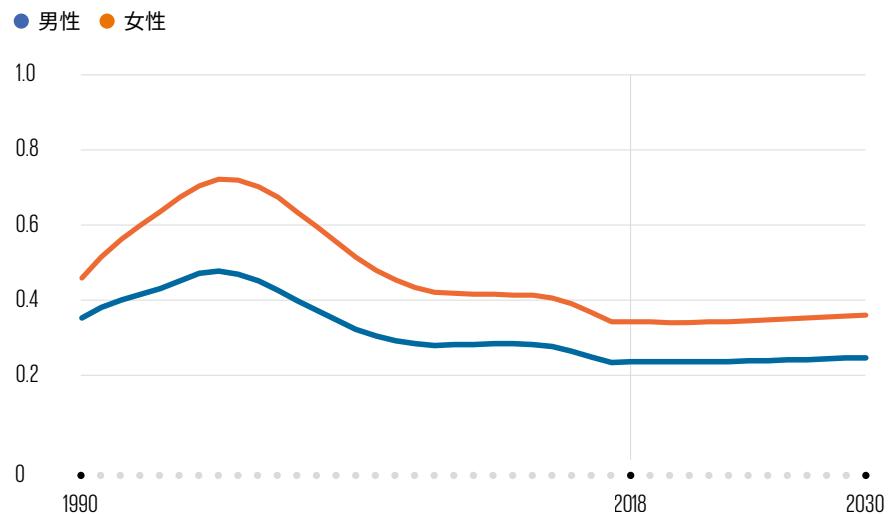


HIV

女性は、10歳から24歳までの間、男性よりもHIVに感染する可能性が非常に高くなっています（ちなみに24歳をこえると、それが逆であることがほとんどです）。若い女性はさまざまな理由で感染しやすくなっています。例えば、恋愛関係における立場が男性に比べて弱いことにより、思春期の少女は危険な性行為を拒否できない、また社会的不名誉を恐れて適切な性に関するヘルスケアを求めない（もしくは受けない）のです。若者人口の急増に伴い、これは大きな懸念点です。最も感染しやすい年齢に達する少女の人口は年々増え続けているのです。

SDGs ターゲット：エイズ、結核、マラリア、および顧みられない熱帯病の感染症を終結させる。

10～24歳のHIV新規感染者数（1,000人あたり）

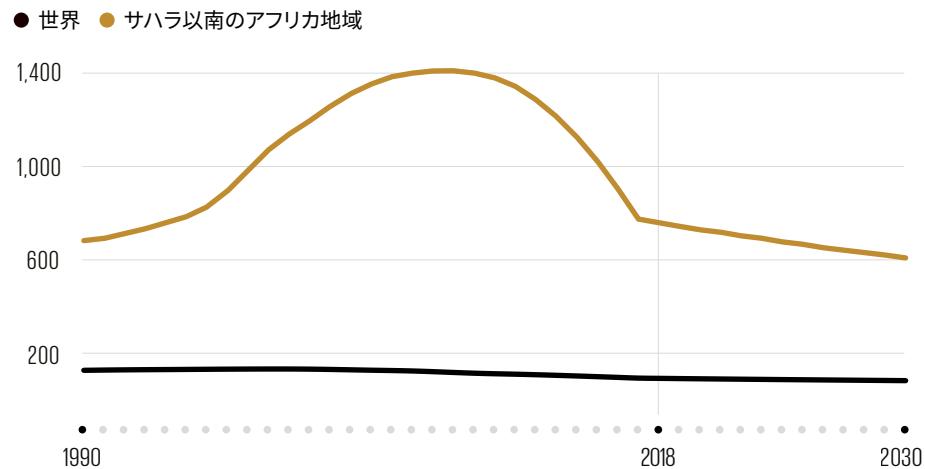


結核

1990年代および2000年代のサハラ以南のアフリカにおける結核症例の急増は、HIV/AIDSの流行がどれほど壊滅的であったかを示すさらなる証拠です。HIVは人々を結核にかかりやすくさせる、というのがこの地域の結核発生率が上昇した理由になります。同様に、2008年以降に急激に結核発生率が減少したのは、アフリカのHIV対策がどれほど成功したかの証拠であります。次の優先事項はサハラ以南のアフリカと南アジア諸国が、その結核のすべての症例を診断・治療し、他の地域との差を埋めることです。

SDGs ターゲット：エイズ、結核、マラリア、および顧みられない熱帯病の感染症を終結させる。

結核 新規感染者数（100,000人あたり）

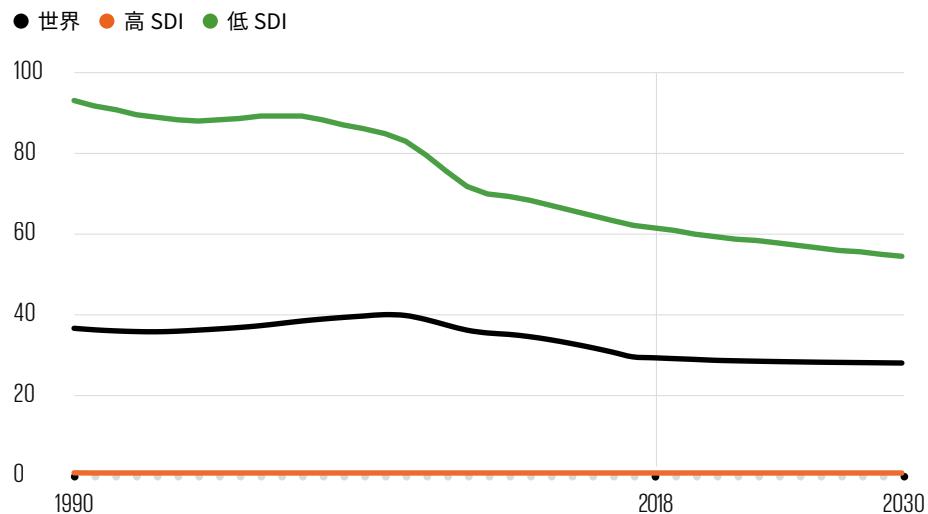


マラリア

これらの線は、なぜマラリアが不平等なグローバルヘルスの代名詞となっているかを示しています。低所得国における発生件数が世界での発生件数のほとんどを占め、高所得国のはほとんどゼロです。各国内においてもその発生割合は大きく異なり、最も貧しくアクセスの悪い地域が最も苦しんでいます。世界的にマラリアの発生は着実に減少していますが、その成功は、マラリアの国内および国際的な不平等性が対処された場合にのみつかむことができます。発生件数が最も多い場所は、病気の根絶が最後となる可能性が高いため、不平等性を早急に対処すればするほど、地球上からマラリアを根絶するという目標に近づくことができます。

SDGs ターゲット：エイズ、結核、マラリア、および顧みられない熱帯病の感染病を終結させる。

マラリア新規感染者数（1,000人あたり）

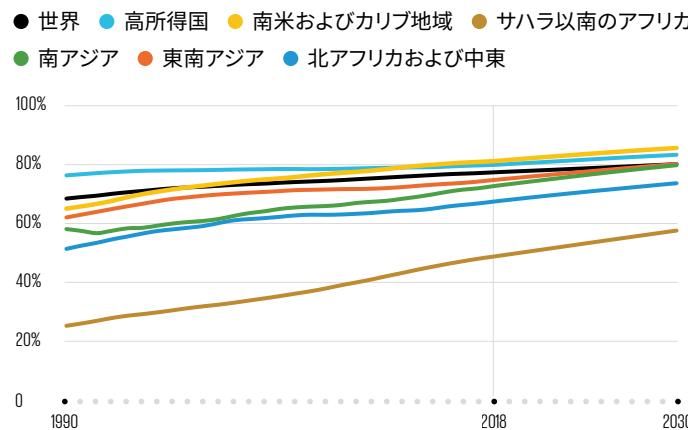


家族計画

家族（子づくり）計画に関しては、サハラ以南のアフリカは別格のデータを出している地域です。現在、世界の他のすべての地域は、グラフの上部近くに集まっています。そしてそこから開きがあってサハラ以南のアフリカのラインがあります。差は縮まるものの、そのペースは鈍いと予測されています。せめてサハラ以南のアフリカのうち数国において家族計画の為のサービス対象範囲の改善を進めることができれば、この地域は避妊・生殖保健にかかる女性のニーズを満たすという世界的な目標を達成できるでしょう。

SDGs ターゲット：家族計画のためのサービスを含む、性と生殖に関するヘルスケアサービスを誰もが確実に利用できるようにする。

家族（子づくりの）計画を現代的な手段によって行えている生殖年齢（15～49歳）の女性の割合（地域別）



ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（国民皆保険制度）

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、その国のですべての人々が経済的負担を障害とすることなく、基本的な医療サービスにアクセスできることを言います。高所得国は低所得国よりもUHCを達成する可能性が高くなりますが、このグラフは一部の低所得国が他国よりもはるかに良い結果を得ていることを示しています。ルワンダとエチオピアは他の国々よりも貧しいですが、どちらもコミュニティにおけるプライマリーヘルスケア（初期医療）に多額の投資をし、その結果両国のUHCのパフォーマンスは劇的に向上しました。

SDGs ターゲット：全ての人々に対するユニバーサルヘルスカバレッジを達成する。

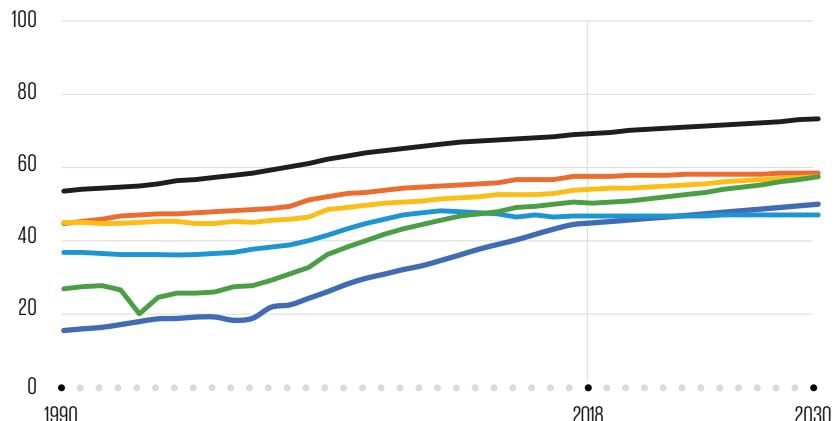
喫煙

サハラ以南のアフリカ諸国の中でも、十代の少女は成人女性よりも喫煙する可能性が高くなっています。従来アフリカの喫煙者は男性の傾向が強かったのですが、それは変わっているのかもしれません。この10代女性の喫煙という、懸念を要する風潮には、実証済のたばこ規制戦略を採用することで対処することができます。特に若者にとって最も効果的な方法の一つはタバコ税の引き上げにより、タバコの価格を上げることです。このような税は、喫煙を制限することによる全体的な保健コストを低減し、政府が他の問題に費やすことができる財源を生み出すことになります。

SDGs ターゲット：すべての国で、「たばこの規制に関する世界保健機関（WHO）枠組条約」の推進を強化する。

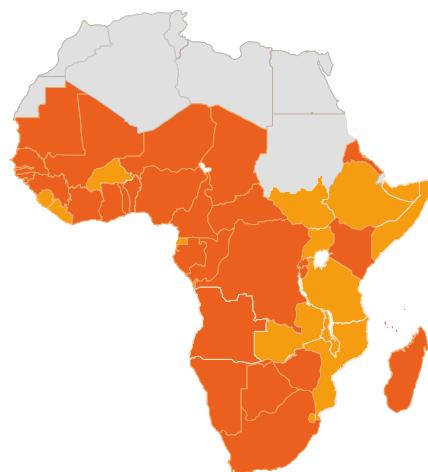
基本的な医療サービスの普及（パフォーマンススコア制）

● 世界 ● エチオピア ● ガーナ ● ケニア ● ナイジェリア ● ルワンダ



サハラ以南のアフリカにおける十代女性と成人女性の喫煙割合

- 若い女性（10～19歳）の喫煙率の方が高い
- 成人女性（20歳以上）の喫煙率の方が高い



ワクチン

今年の米国でのはしか(麻疹)の発生は、今世代最悪でした。世界的には、より大規模な感染がコンゴ民主共和国のチャドやマダガスカルで発生しました。麻疹疫学によれば、非常に高い割合の子供にワクチンを接種する必要がありますが、この地図が示すように、アフリカの1歳児の半数以上は、麻疹のワクチン接種率が80%未満の地区に住んでいます。一方で、いくつかの地区においては状況の改善が見られており、暫定データによると、ナイジェリアの北西地区の政府の麻疹およびその他の定期予防接種に対する新たなコミットは、過去2年間で急速に接種範囲を増やしたことです。

SDGs ターゲット：主に開発途上国に影響を与える、伝染性および非伝染性疾患のワクチンと医薬品の研究開発を支援し、TRIPS 協定と公衆衛生に関するドーハ宣言に則って、必須医薬品とワクチンを手頃な価格で提供する。この宣言は、「開発途上国が知的財産権の貿易関連の側面に関する協定」(TRIPS AGREEMENT) の公衆衛生の保護に柔軟に取り組むことを指した条項を最大限活用する権利を保障し、すべての人に医薬品へのアクセスを提供することを支持しているものです。

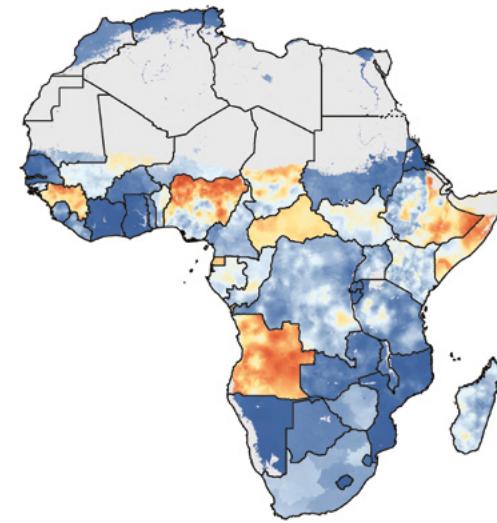
教育

前世代においては、学校への入学者数が大幅に増加しました。しかし、生徒数が増加するに従って、教育の質を保つことが課題になりつつあります。現在、アフリカ仏語圏10カ国において、6年生の半数以上は、算数と読解の基礎的能力が身に付いていません。むしろ、年々悪化傾向にあります。今後これを変えていかないと、2030年には全生徒数の3分の2は基本的能力を身につけられることになります。教育指導者は低学年における読み書きと数的能力の指導を優先する必要があります。

SDGs ターゲット：2030年までに、すべての女子・男子児童が無料で公平かつ質の高い初等及び中等教育を完了し、効果的で意義のある学習成果を得ることを保証する。

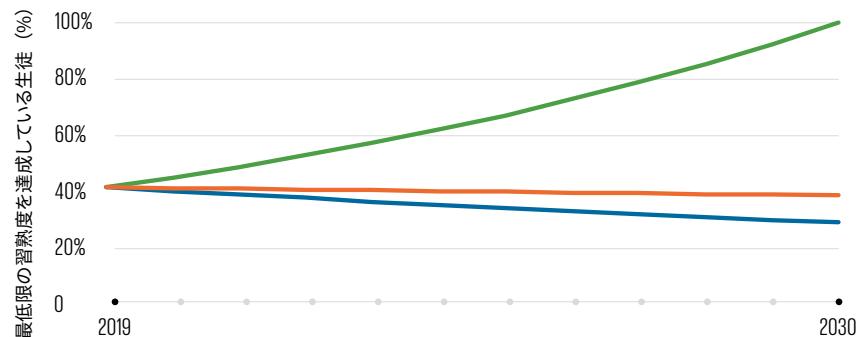
はしかワクチン（初回投与）の地方普及率 2017

予防接種投与の割合：
MCV (初回投与)



サハラ以南のアフリカにおけるフランス語圏の10か国で最低限の習熟度を達成している6年生の割合

● 平均 ● ベスト ● 必要とされているレベル



ジェンダー平等

世界的に、女性は男性の3倍、無給のケアワークを行っています。その男女差は北アフリカと西アジアで顕著に表れていますが、すべての地域に存在します。現在、この女性による無給の仕事は額にすると年間10兆ドルと評価されていますが、それでもその潜在的経済価値の喪失を完全に捉えているとは言えません。その中で、2013年に「仕事」の国際的な定義が、無給の仕事も包括するために修正されました。それ以来、私たちのパートナーは世界中の調査で、女性の仕事をよりよく把握するためのガイダンスを開発してきました。これは有給および無給の仕事における男女差に対処するための重要なステップです。

SDGs ターゲット：無給で行われている労働と家事の重要性を認識・評価し、公共サービスや、インフラおよび社会保護政策を提供する。また国ごとに適切と見られる世帯内・家庭内の責任の共有を促す。

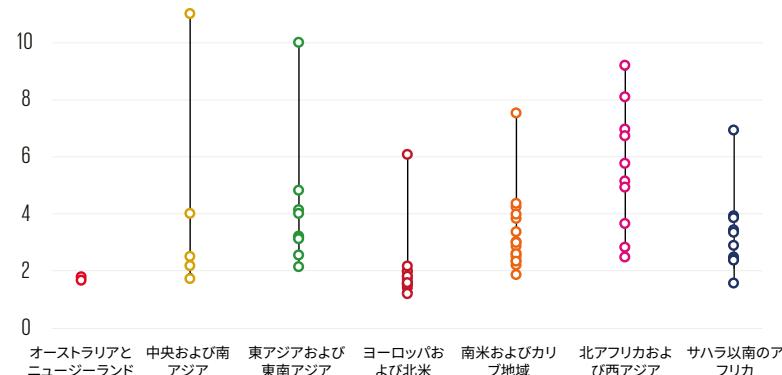
衛生設備

このグラフは、発展は下水道システム、廃水処理プラント、並びにその他高額なインフラからのみもたらされる、と誤ったメッセージを発しています。このような大規模インフラは多くの場所で非実用的であります。SDGsは、低所得国で数十億人が使用している衛生システムを追跡・改善するために必要な、「安全管理された」衛生設備を、という目標を掲げました。その中で課題は、国のリーダーたちが、安全管理された衛生設備を測ったり、改善が必要な分野を特定するのに十分なデータを持っていないことです。各国が SDG6 に真剣に取り組むのであれば、より多くの国が UNICEF や WHO の共同モニタリングプロジェクトへの報告を開始することが重要となってきます。

SDGs ターゲット：すべての人々向けに適かつ公平な公衆衛生を提供し、女性や少女、弱い立場の人々のニーズに特に注意を払いつつ野外排便を終結させる。

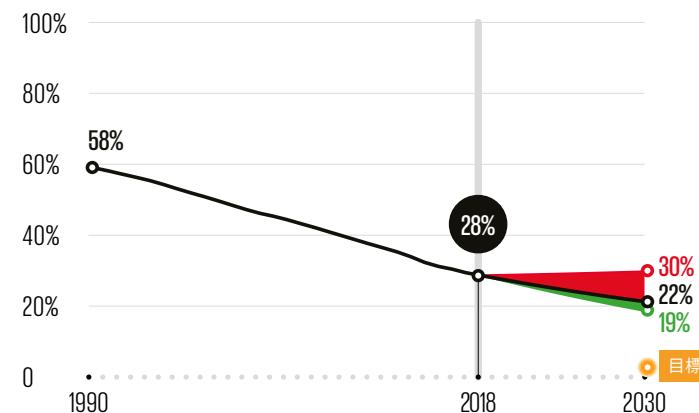
無給の労働および家事に費やされた女性対男性の時間比 (地域別、最新の入手可能データ)

それぞれの丸印は1つの国を表します



安全でないまたは改善を要する衛生設備を使用している人口の割合

● 現時点の予測 ● 前進した場合 ● 後退した場合 ● 2030年の目標



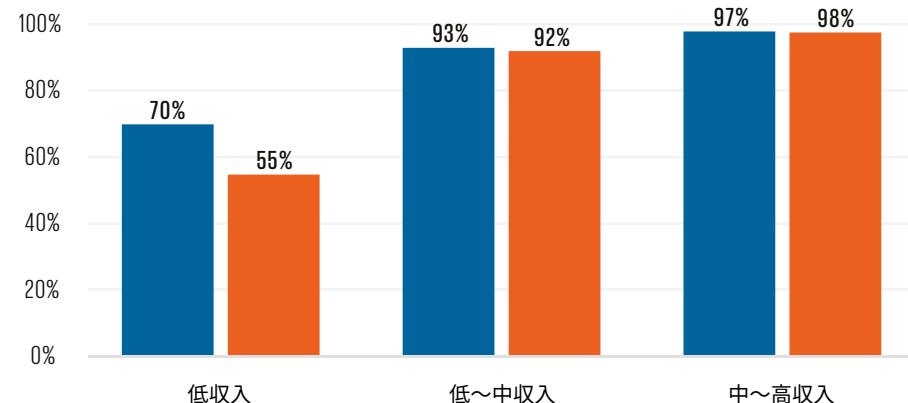
貧困層のための金融サービス

自分の身分の証明は、金融および社会サービスの利用において鍵となる上に、自身の権利を確保したり（投票など）、経済的チャンスをつかむ（自営業の申請など）ために欠かせません。しかし現在世界では10億人が基本的な身分証明書を持っていない他、政府当局が日常的に信頼して受け入れができる身分証明書に関しては、世界人口の半数もが有していません。さらに低所得国では身分証明書（ID）の所持率に男女差があり、男性の70%が自らの身分を証明できるのに対して女性の場合それはわずか55%となっています。

SDGs ターゲット：国内の金融機関の能力を強化し、すべての人々の銀行、保険、および金融サービスへのアクセスを奨励・拡大する。

成人の身分証明書保有率（所得および男女別）

● 男性 ● 女性



出典・注記

本レポートで取り上げている事実や数値の出典は、セクションごとにリスト化されています。未公開分析の場合には、方法論が簡単に説明されています。引用欄、参考文献へのリンクおよびその他参照文献はゴールキーパーズのウェブサイトをご参照ください。

不平等に関する分析

不平等の層

4ページの図は国連開発計画（UNDP）著『誰一人残さないとはどういう意味か？～UNDPディスカッション・ペーパーおよび実施向けフレームワーク（What Does It Mean to Leave No One Behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation）（2018年7月）の現行版より適用。

地理

保健指標評価研究所（Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)）は、低～中所得国における5x5km レベルで5歳未満児の死亡率および教育達成率を、2000年から2017年の間の傾向も含め、推計しました。推計は、5歳未満児の死亡率（Goldring and Burstein他、2017年）および教育（Graetz他、2018年）に予め詳細が規定された方法論に基づいています。さらにIHMEは、上記の指標について将来のシナリオを作成しており、例えば地区がSDGsの目標を達成する可能性などを、国や準国家単位で調査しました。IHMEは次の3つの将来の想定シナリオを作成しました。過去の傾向とキー・ドライバーとの関係に基づく参考シナリオ、より速い進捗の可能性を重視した保健と教育における不平等の削減の可能性を調べるための、代替的な「前進」シナリオと「後退」シナリオです。

5x5km レベルでの5歳未満児の死亡率および教育達成率の参考シナリオを作成するために、IHMEは5x5km グリッドセル毎に2000年から2017年までの年間変化率（Annualized Rate of Change: AROC）を計算しました。教育分野での達成については、IHMEは平均教育年数を0～18年とするハーフ・ロジット変換を利用の上AROCを使い、最大のAROCを低い平均教育水準の観測で捉えています。2018年から2100年までのすべてのグリッドセルにおける5歳未満児の死亡率と教育達成度の初期予測を作成するため、5x5km の各グリッドセルごとのAROCを使用しました。次に5x5km レベルの初期推定値を、5歳未満児死亡率と教育達成度の国レベルの参考シナリオに調整しました。これらの国レベルの参考シナリオにはより広範なデータおよび方法が将来の予測に組み込まれています。例えば5歳未満児死亡率については1人当たりの所得、小児栄養失調などのリスク要因、ワクチン接種率などの、推定による将来の傾向の介入が組み込まれています（Foreman他、2018年）。

前進シナリオと後退シナリオを作成するために、IHMEは2000年から2017年までの期間に観察された、地区レベルのAROCの85パーセンタイルと15パーセンタイルを特定しました。地区固有の参考シナリオが前進シナリオよりも良い場合、もしくは地区固有の参考シナリオが後退シナリオよりも悪くない場合に限り、AROCが将来にわたりすべての地区に適用されます。それに当てはまる場合、参考シナリオは代替的な前進シナリオと後退シナリオを置き換えられます。.

ジェンダー

図表「ジェンダー・ギャップ」内で引用されているデータ・ポイントについては以下の情報源を参照ください。

- ・2019年のIHMEの教育と労働力参加におけるジェンダー・ギャップ

- ・人口統計学的保健調査、複数指標クラスター調査、および2000年から2017年の全国調査に基づくUNICEF グローバルデータベース（2018）からの早期結婚に関する文献

- ・国連女性機関（UN Women）による無給のケアワークに関する文献（2019）

無給のケアワーク UN Women（2019）および国際労働機関（ILO）（2018）参照。

労働力参加 IHMEは、15歳から69歳までの5年毎の年齢層および男女別グループで、時空間ガウス過程回帰(ST-GPR)を用いて総雇用対人口比(雇用人口の割合)を推計しました。インプットデータは家計調査、実地調査、ILO集計から取得しています。回答者のうち、過去7日間に賃金、自営業、見習い、または家業のために少なくとも1時間働いているか、そもそも直前1週間に一時的にそのポジションを離れていたことを報告した者が、雇用者と扱われます。

統いて IHME は、ST-GPR を使用して、ILO 集計表により非公式労働者であると定義された雇用人口の割合を、モデル化しました。その結果は正式な仕事に雇用されている総人口の割合を決定するためには使用されています。

就学 女性の平均就学年数は、15 歳から 69 歳の範囲について、推定されます。16 ページの図は対数スケールで示されています。

進歩のストーリー

プライマリー・ヘルスケア

23 ページの図は、世界銀行の世界発展指標 (2018) から入手した GDP と人口の推定値に基づいています。推定値は現在の米ドル換算です。

政府医療費の 1 人あたり 86 ドルという推定目標は、チャタムハウスの Gitahi (2014) から引用しています。この推定は医療システムのための革新的な国際資金調達に関する高レベルタスクフォース (HTLF、2009 年) による初期分析から導き出されており、2012 年時の米ドル換算で表記されています。

デジタル・インクルージョン

詳細については次の文献を参照。

- Anand 他、2013 年
- Field 他、2016 年
- Gelb & Diofasi、2015 年。
- インド石油天然ガス省、2019 年 7 月
- Mittal, Mukherjee, & Gelb、2017 年
- Muralidharan 他、2016 年

気候適応

2015 年のエチオピア干ばつの詳細については 2015 年の FEWS NET を参照願います。エチオピアの農業分野の成長と回復力の詳細については Dorosh & Rashid (2015 年) および Bachewe 他 (2015 年) をご参照ください。

データの詳細調査

保健指標について、IHME は 3 つの将来のシナリオを作成しています。「現在の予測」は過去の傾向に基づいています。「前進」および「後退」シナリオ

を作成するために、IHME は 1990 年から 2017 年までの期間にわたって、指標またはそのドライバーとなる AROC の 85 パーセンタイルと 15 パーセンタイルを、国ごとに割り出しました。

発育阻害

IHME は、0 ヶ月から 59 ヶ月の乳幼児について、発育阻害 (2006 年に WHO が定めた成長基準に基づく身長年齢成長曲線の基準中央値を 2 標準偏差以上下回る身長の場合) の発症率を測定しました。推定値は 2017 年の GBD と 2018 年から 2030 年の予測に基づいています。方法論の詳細な説明については、GBD 2017 年リスク要因コラボレーター (Risk Factor Collaborators) (2018 年) をご参照ください。

ペルーとネパールの調査および図表は 2019 年の成長阻害の子どもたちの減少例調査チーム (SickKids Stunting Reduction Exemplars Research Team) により提供されました。

妊娠婦死亡率

IHME は、妊娠婦の死亡を、「妊娠期間の長さや妊娠の場所に関係なく」妊娠中または妊娠終了から 1 年以内の女性の死亡で、死亡原因が妊娠またはその管理に関連している案件（ただし事故や偶發的な原因によってではない）と定義しています。年齢は 10 ~ 54 歳が含まれます。推定値は 2018 年から 2030 年までの予測を伴った「世界の疾病研究 (Global Burden of Disease study (GBD)) (2017 年)」に基づいています。方法論の詳細な説明については「GBD 2017 死亡原因コラボレーター (Causes of Death Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

顧みられない熱帯病

IHME は、顧みられない熱帯病 (NTDs) の合計有病率は、世界の疾病研究で現在測定されている 100,000 症例あたり 15 例であるとしており、ヒトアフリカトリパノソーマ症、シャーガス病、囊胞性エキノコックス症、囊虫症、 Dengue 热、食物媒介性吸虫症、ギニアワーム、土壤伝染虫、リーシュマニア症、ハンセン病、リンバ系フィラリア症、オシコセルカ症、狂犬病、住血吸虫症、鉤虫、鞭虫症、回虫症、トラコーマが NTDs として特定されています。推定値は 2018 年から 2030 年の予測を伴った GBD 2017 に基づいており、方法論の詳細な説明については「GBD 2017 死因コラボレーター (2017 Causes of Death Collaborators)」(2018 年) および「GBD 2017 SDG コラボレーター (2017 Causes of Death Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

アフリカのオンコセルカ症除去プログラムの地図は、「顧みられない熱帯病の除去のための特別プロジェクト」(2016 年) から引用したものです。

棒グラフは WHO のデータに基づき、Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases のウェブサイトから引用しています。

貧困

極度の貧困率は、2011 年の購買力平価 (PPP) 調整額で測定された 1 日あたり 1.90 ドル未満で生活していると推定される人口の割合を測定しています。極度の貧困率に関する全国的な代表データは世界銀行から抽出されました (1980 年 ~ 2018 年分)。しかしこのデータはすべての国の貧困率の完全な時系列データを提供していません。すべての国の完全な時系列データを推定するために、世界の疾患研究で開発され広く使用されている方法である「時空間カウス過程回帰 (ST-GPR)」を使用しました。ST-GPR を選択した理由は、データ利用可能な場合はデータから構築でき、データが利用できない場合は時間、地理、予測共変量（一人当たり GDP、女性の教育、キロカロリー消費）などの数字から利用して予測を行えるためです。アンサンブルモデルを使用して貧困率の前年比の変化を推定することによって 2018 年から 2030 年までの予測貧困推定値を計算しました。詳細については IHME (2019 年) を参照してください。

農業

食糧農業機関 (FAO) の農村生活情報システム (Rural Livelihoods Information System (RuLIS)) (2019 年 7 月アクセス) を参照してください。これは 2005 年から 2016 年までの特定の国にかかる最新データです。詳細については RuLIS を参照してください。測定方法については FAO (2018 年) を参照ねぎます。

5 歳未満児の死亡率

IHME は 5 歳未満児の死亡率を、出生から 5 歳までの死亡の確率と定義しています。出生 1,000 人あたりの死者数として表されます。推定値は 2019 ~ 2030 年の予測を伴った GBD 2019 の予備調査結果に基づいています。方法の詳細な説明については「GBD 2017 死亡率コラボレーター (Mortality Collaborators)」(2018 年) を参照してください。

新生児死亡率

IHME は、新生児の死亡率を、出生後 28 日間以内に死亡する確率と定義しています。死亡率は、出生 1,000 人あたりの死者数として表されます。

測定方法の詳細な説明は IHME で入手できます。新生児死亡率は、特定の年または期間における出生 1,000 人当たりの生後 28 日間以内の死亡数と定義されています。推定値は、2019-2030 年の予測を伴った GBD 2019 の予備調査結果に基づいています。測定方法の詳細については「GBD 2017 死亡率コラボレーター (Mortality Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

HIV

IHME は、人口 1000 人あたりの新しい HIV 感染者数の年齢標準化率を推定しています。推定値は 2018 年から 2030 年の予測を伴った GBD 2017 に基づいています。測定方法の詳細については「GBD 2017 病気と傷害の発生率と有病率のコラボレーター (Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

結核

IHME は、有病率調査、症例通知、および原因別死亡推定値のデータを推定の一貫性を強化した統計モデルに入力の上、特定の暦年（発生率）内に診断された新規および再発の結核症例の数を推定しています。推定値は 2018 年から 2030 年の予測を伴った GBD 2017 に基づいています。調査方法の詳細については「GBD 2017 病気と傷害の発生率と有病率のコラボレーター (Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

マラリア

IHME は、人口 1000 人あたりのマラリア患者数の年齢標準化率を推定しています。推定値は 2018 年から 2030 年の予測を伴った GBD 2017 に基づいています。調査方法の詳細については「GBD 2017 病気と傷害の発生率と有病率のコラボレーター (Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators)」(2018 年) および Weiss 他 (2019 年) をご参照ください。

社会人口統計指数 (SDI) は、IHME によって作成された要約指標であり、国またはその他の地理的領域が発展のどの段階に位置するかを特定します。SDI は、0 ~ 1 のスケールで表され、GBD 調査のすべての地域の一人当たりの収入、平均教育到達度、および出生率のランキングの複合平均となっています。

家族計画

IHME は、現代的手法での家族計画が必要な出産年齢（15 ~ 49 歳）の女性の割合を、推定して

います。現代の避妊法には、男性または女性の減菌、男性または女性のコンドーム、ペッサリー、殺精子剤のフォームまたはゼリー、経口ホルモン薬、インプラント、注射、子宮内避妊器具 (IUD)、または緊急避妊薬の使用が含まれます。推定値は、2019 ~ 2030 年の予測を伴った GBD 2019 の予備調査結果に基づいています。方法論の詳細な説明については「GBD 2017 SDG コラボレーター (SDG Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

IHME は、UHC 指数を 9 つのトレーサー介入のカバレッジとしており、32 の原因によるリスク標準化死亡率が個人の健康管理に適しているものと定義しています。トレーサーの介入には、予防接種の適用（三種混合ワクチン (DPT) 3 回、麻疹ワクチン、そして経口ポリオワクチンまたは不活化ポリオワクチン）、現代的な避妊のニーズへの対応、出生前ケア（1 回および 4 回の訪問）、熟練した助産婦のサポート、施設内の出産率、HIV と共存する人々への抗レトロウイルス療法が含まれています。パーソナル・ヘルスケアを受けることができる 32 の原因是、結核、下痢性疾患、下気道感染症、上気道感染症、ジフテリア、百日咳、破傷風、麻疹、母性障害、新生児障害、結腸および直腸がん、非黒色腫がん、乳がん、子宮頸がん、子宮がん、精巣がん、ホジキンリンパ腫、白血病、リウマチ性心疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、高血圧性心疾患、消化性潰瘍疾患、虫垂炎、ヘルニア、胆囊および胆道疾患、てんかん、糖尿病、慢性腎臓病、先天性心臓の異常、および治療の副作用です。

IHME は、41 の入力を、0 から 100 のスケールで列挙しました。0 は 1990 年から 2016 年の間に観測された最悪のレベルを表し、100 は観測された最高のレベルを表しています。これらの 41 の尺度の算術平均を使用して、生殖、母体、新生児、および子どもの健康、感染症、非伝染性疾患、サービス能力とその入手性に関連する広範な必須ヘルスサービスを把握します。推定値は、2018 年から 2030 年の予測を伴った GBD 2017 に基づいています。測定方法の詳細な説明については「GBD 2017 SDG コラボレーター (SDG Collaborators)」(2018 年) をご参照ください。

喫煙

IHME は、現在の喫煙率を測定します。IHME は、現在または過去 30 日以内のタバコの使用頻度に関する質問（例：毎日、時々）、および喫煙したタバコ製品の種類（タバコ、葉巻、パイプ、水ギセル、その他ローカル製品など）に関するものを含む利用可能な調査から得たすべての情報を照合し

ます。IHME はすべてのデータを標準の定義に変換するので、場所や時間を超えて意味のある比較を行ることができます。推定値は 2019 ~ 2030 年の予測を伴った GBD 2019 の予備調査結果に基づいています。方法の詳細な説明については 2018 年 GBD 2017 リスク要因コラボレーター (Risk Factor Collaborators) をご参照ください。

ワクチン

IHME の予防接種接種率の測定では、次のワクチンの接種率を、それぞれ分けて報告しています。ジフテリア破傷風百日咳 (DTP3) の 3 回分、はしか (MCV2) の 2 回目分、および肺炎球菌コンjugateワクチン (PCV3) の 3 回分です。推定値は 2019 ~ 2030 年の予測を伴った GBD 2019 の予備調査結果に基づいています。測定方法の詳細な説明については 2018 年の GBD 2017 SDG コラボレーター (SDG Collaborators) をご参照ください。

IHME からのワクチン接種率のローカルパターンの推定値は、2019 年の Mosser et al. に記載されている地理空間モデリング手法を使用して作成されています。2019 年のゴールキーパーレポートが公開された時点では、はしかの推定値は、まだ公開されていませんでした。

教育

ユネスコの予測は、2006 年と 2014 年の CONFEMEN Education Systems (PASEC) スコアの平均分析プログラムの年換算差に基づいています。各年に実施されたテストは、大部分が同じような内容を対象とはしていますが、比較できるものではないことに注意してください。ユネスコ統計研究所 (UIS) は、各年の評価全体に最低習熟度同等の定義を適用し、評価の設計を前提として経験的に検証されてはいない調和したパフォーマンススケールを作成しました。詳細については 2019 年のユネスコおよび 2019 年の UIS をご参照ください。

男女平等

52 ページのチャートは、2019 年の国連女性から引用されています。データは 88 の国と地域（2001 ~ 2017 年）の最新のものです。年齢層は 15 歳以上（ガーナでは 18 歳以上）ですが多くの場合、データは 10 歳以上または 12 歳以上のものです。タイの場合 2015 年は 6 歳以上、タンザニア連合共和国の場合、2014 年は 5 歳以上です。無給のケアに費やされた時間についてのデータに関してはブルガリア、デンマーク、ラトビア、オランダ、スロベニ

ア、およびスペインのデータは 20 歳から 74 歳までの人々のデータのみです。カタールの場合、都市部のみがその対象となっています。国と調査の定義、方法、サンプル範囲の不均一性を考慮し、国間の違いは慎重に解釈する必要があります。国レベルのデータの詳細については国連統計部のグローバル SDG 指標データベースをご覧ください。

衛生

IHME は、水供給と衛生の共同監視プログラムで定義されているように、配管下水道（下水道接続のあるもの）のある世帯、下水道に接続されていないが改善された衛生設備がある世帯（ピット式トイレ、換気式改良式トイレ、スラブ付きピット式トイレ、堆肥化トイレ）、そして改善された衛生設備のない世帯（下水道または浄化槽に配管されていない水洗トイレ、スラブまたはオープンピットのないピットトイレ、バケツ、吊りトイレ、共用トイレ設備、トイレ設備なし）の測定を行いました。推定値は 2018 年から 2030 年の予測を伴った GBD 2017 に基づいています。調査方法の詳細については「GBD 2017 リスク要因コラボレーター（Risk Factor Collaborators）」（2018 年）をご参照ください。

貧しい人々のための金融サービス

世界銀行グループ「開発 ID（Identification for Development）」（2019 年 7 月アクセス）を参照してください。データは 99 か国で利用可能な最新のもので、2017 年に Global Findex の調査を通じて収集されました。調査方法については ID4D（2018 年）を参照してください。

写真

Gates Archive の提供する画像に加えて以下があります。

6 ページと 7 ページ（写真提供：The Carter Center/Emily Staub）

14 ページ（写真提供：LightRocket via Getty Images /SOPA Images/Marcus Valance）

35 ページ（写真提供：Corbis via Getty Images/Art in All of Us/Eric Lafforgue）

43 ページ（写真提供：Jhpiego/Paul Joseph Brown）

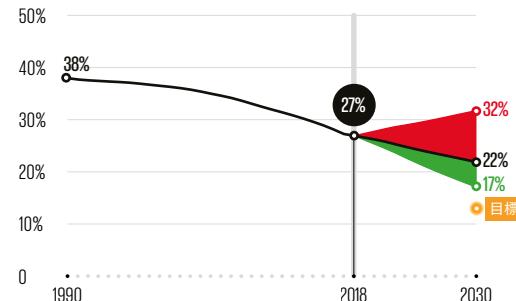
本レポートで追跡している 18 の指標の概要

ゴールキーパーズ・レポートは、持続可能な開発目標に向けた進捗状況を追跡するために作成開始しました。そのため当財団の活動に最も密接に関連する、18 の指標に関する世界の最新データを毎年公開することを約束しています。

- 現時点の予測
- 前進した場合
- 2030 年の目標
- 後戻りした場合

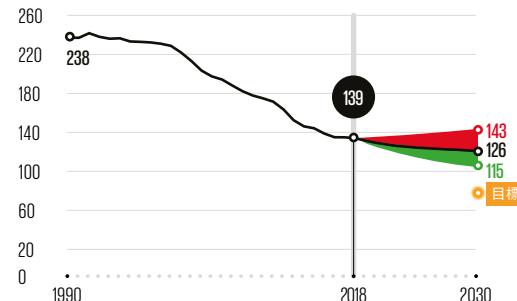
発育阻害

5 歳未満の子どもの発育阻害率



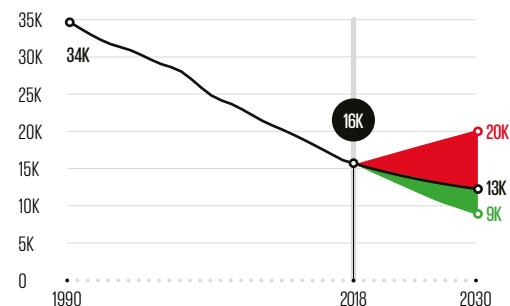
妊産婦死亡率

妊産婦死亡率 (100,000 人の出生あたり)



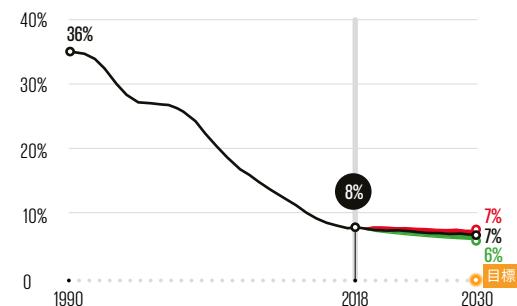
顧みられない熱帯病 (NTDS)

15 の NTDS の 100,000 人あたりの有病率



貧困

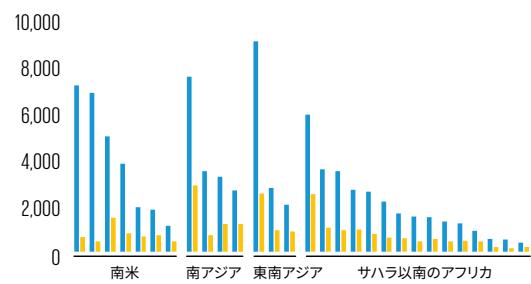
国際貧困ライン以下で暮らす人口の割合 (1.90 ドル / 日)



農業

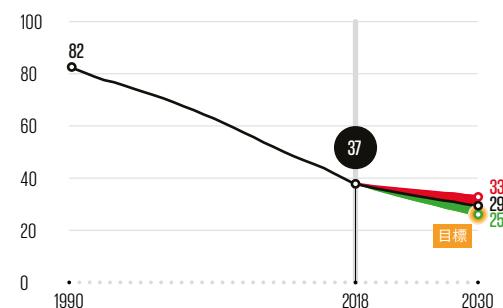
農業からの平均年間収入 (PPP、購買力平価) (2011 年固定国際ドル)

- 非小規模農家
- 小規模農家



5 歳未満児の死亡

5 歳未満児死者数 (1,000 出生あたり)

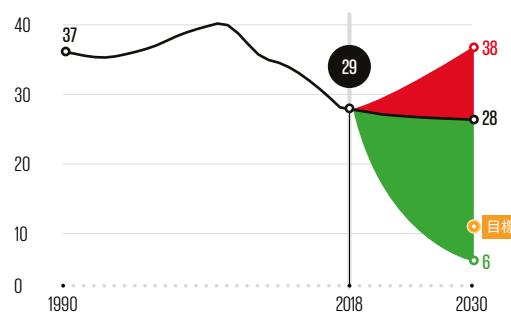


新生児の死亡

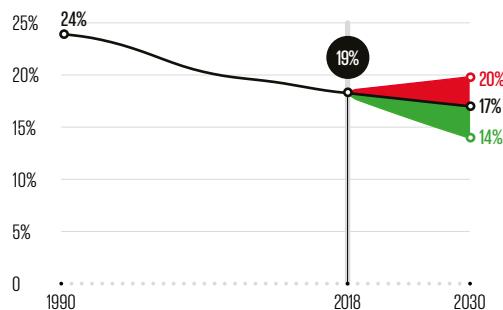
新生児死者数 (1,000 出生あたり)

**マラリア**

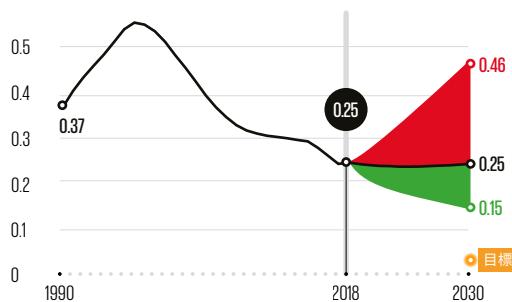
マラリア 新規感染者数 (1,000 人あたり)

**喫煙**

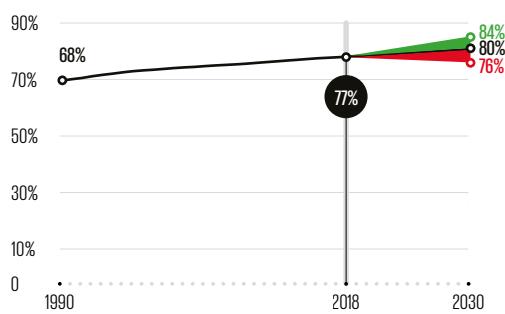
人口における喫煙率 (10 歳以上)

**HIV**

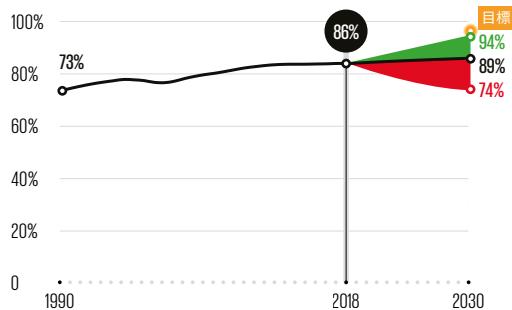
HIV 新規感染者数 (1,000 人あたり)

**家族計画**

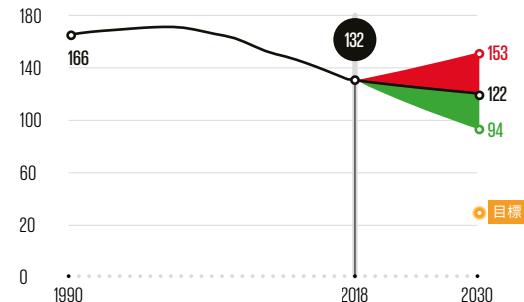
家族（子づくりの）計画を現代的な手段によって行えている生殖年齢 (15 ~ 49 歳) の女性の割合 (地域別)

**ワクチン**

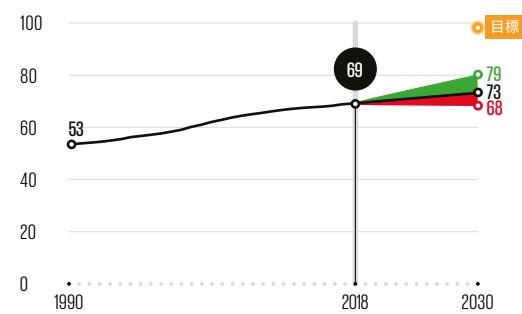
三種混合ワクチン (DTP) の普及率 (3 回目の投与)

**結核**

結核 新規感染者数 (100,000 人あたり)

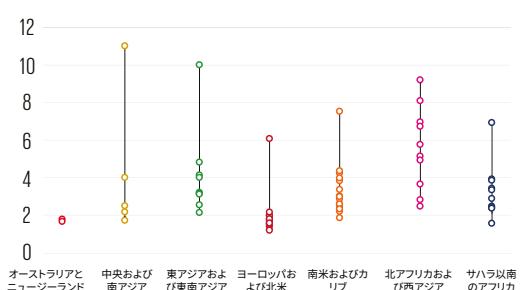
**ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ**

基本的な医療サービスの普及 (パフォーマンススコア)

**男女平等**

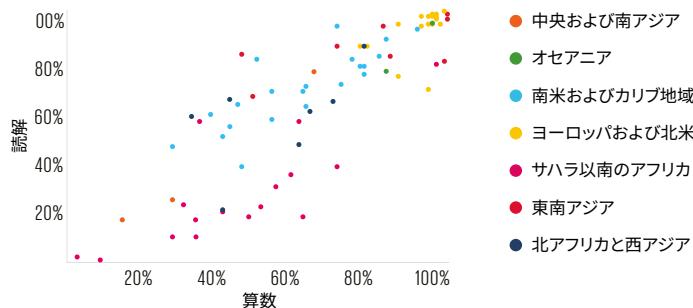
無給の労働および家事に費やされた女性対男性の時間比 (地域別)

それぞれの丸印は 1 つの国を表します



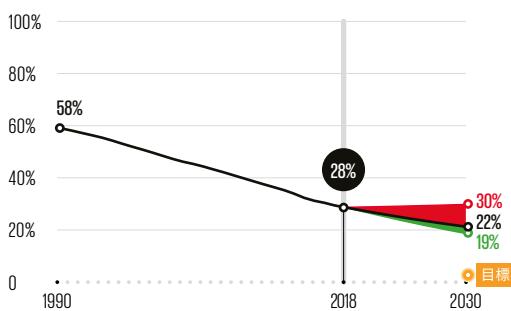
教育

読解と算数において最低限の習熟度を達成した小学2年ないし3年生の割合、男女混合)



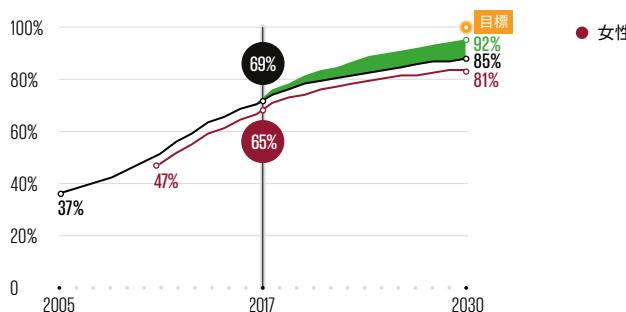
衛生設備

安全でないまたは改善を要する衛生設備を使用している人口の割合



貧困層のための金融サービス

銀行、金融機関、モバイル・マネー・サービスに口座を所有する大人の割合（15歳以上）



グローバルゴール

持続可能な開発のために



BILL & MELINDA
GATES foundation

IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

© Bill & Melinda Gates Foundation