

第3章

死亡率低下と その要因



死者を埋葬する（ジンバブエ北部のカリバにて）

独立後アフリカの死亡率の低下は著しいものであったが、一部地域でのHIV／エイズの急増、内戦の激化により、死亡率の低下に陰りがみられ、むしろ上昇を示す国さえある。本章では、アフリカの死亡率の動向、保健医療の改善状況、依然として高い乳児死亡率や妊産婦死亡率とその要因、最近の主要死因について紹介する。

1 死亡率の推移と内戦・エイズの影響

死亡率の改善と後退

——内戦・エイズの影響

二十世紀後半の死亡率の低下はめざましいものであった。世界の粗死亡率は、国連推計によると一九五〇年から九〇年の期間に、人口一〇〇〇人当たり十九・八から九・三へ半減した。先進地域は、高齢化の進行により一〇・二から一〇・一へと変化はないが、途上地域は二四・二から九・一へ著しい低下を示した。アフリカも例外ではなく、二六・八から十四・三へ約五〇％ポイントの低下を示している（表8）。

平均寿命（零歳時の平均余命）においても同期間世界が四六・五年から六四・三年、先進

第3章 死亡率低下とその要因

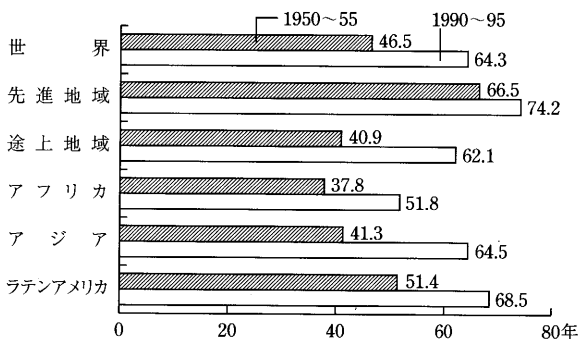
表8 世界の地域別粗死亡率

(%)

| | 1950～55 | 1970～75 | 1980～85 | 1990～95 |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 世界 | 19.8 | 11.7 | 10.3 | 9.3 |
| 先進地域 | 10.2 | 9.4 | 9.6 | 10.1 |
| 途上地域 | 24.2 | 12.5 | 10.5 | 9.1 |
| アフリカ | 26.8 | 19.2 | 16.4 | 14.3 |
| アジア | 23.9 | 11.4 | 9.6 | 8.3 |
| ラテンアメリカ | 15.6 | 9.9 | 7.8 | 6.7 |

(出所) UN, *World Population Prospects : The 1996 Revision*.

図9 世界の地域別平均寿命



(出所) 表8と同じ。

地域が六六・五年から七四・二年へ、途上地域も四〇・九年から六二・一年へと二十年以上伸長した(図9)。アフリカも三七・八年から五一・八年へ十四年の伸長を示したが、その水準は日本の一九四七年の寿命と等しく、依然として世界一短命であることに変わりない。

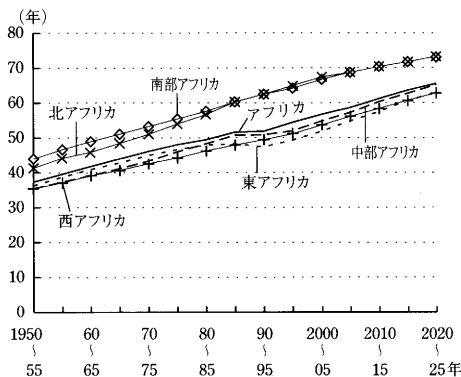
アフリカの地域別に平均寿命の推移をみると、その改善は地域により多様であり、大きな格差がみられる。国連推計によると北アフリカと南部の平均寿命は一九五〇年の四二・四四年から九〇年の六二年へと二十年の伸びを示し、寿命の改善は著しい。東西アフリカの平均寿命は同期間において三六年から四七・四九年へ、中部アフリカは三六年から五一年へと十一・十五年の伸びを示したが、北アフリカや南部と比較すると十年以上短命である(図10)。最近、平均寿命の伸長速度が減速または低迷、あるいはむしろ反落する地域もある。東アフリカは五〇年以降五年ごとに一年以上の伸びを示していたが、八五・九〇年の四八・四年から九〇・九五年の四六・七年へとむしろ一年以上短くなっている。中部アフリカも七〇年以降八〇年代まで五年ごとに二年の寿命の伸長を示していたが、九〇年代以降は一年に減速している。

平均寿命の改善は、国別にも大きな格差がみられる。国連推計によると一九五〇・五五

第3章 死亡率低下とその要因

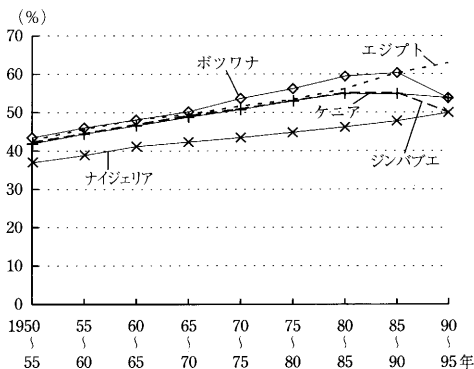
年の平均寿命は最低ガンビアの三〇年から最高モーリシャスの五二年の間に分布していたが、九八年には最低シエラレオネの三四年から最高モロッコの七二年の間に分布してお

図10 アフリカの地域別平均寿命



(出所) 表8と同じ。

図11 アフリカ主要国の平均寿命



(出所) 表8と同じ。

平均寿命の男女格差

(単位：年)

| 女 性 | | | | 男女格差 | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1960～65 | 1970～75 | 1980～85 | 1990～95 | 1960～65 | 1990～95 |
| 53.7 | 59.4 | 63.3 | 66.5 | -2.7 | -4.3 |
| 72.7 | 74.7 | 76.7 | 78.0 | -6.0 | -7.6 |
| 48.4 | 55.4 | 59.9 | 63.7 | -1.4 | -3.1 |
| 43.5 | 47.6 | 51.1 | 53.3 | -2.9 | -2.9 |
| 47.6 | 52.6 | 57.9 | 63.4 | -2.4 | -2.6 |
| 41.3 | 45.6 | 49.9 | 52.7 | -3.3 | -3.4 |
| 42.3 | 46.4 | 48.4 | 48.0 | -3.1 | -2.6 |
| 51.3 | 56.3 | 60.4 | 64.9 | -4.0 | -5.6 |
| 40.9 | 44.4 | 47.8 | 51.1 | -2.9 | -3.1 |
| 48.9 | 56.8 | 61.6 | 66.0 | -1.0 | -2.8 |
| 59.0 | 63.5 | 68.4 | 71.8 | -4.0 | -6.5 |

り、国間の格差が拡大している。九八年現在、平均寿命が五〇年に達した国は五十四国・地域中二〇カ国にすぎない(付表1)。最近では、HIV／エイズ、また内戦などの影響により平均寿命が短くなる国も増えている。ジンバブエの平均寿命は五〇～五五年の四一・五年から八五～九〇年には五六・三年へと寿命の伸長は著しいものであったが、九〇～九五年には一挙に五〇・七年へ反落した(図11)。コンゴも八五～九〇年の五二・二年から九〇～九五年に五一・五年へ、ルワンダも同期間四六・七年から二二・六年へ、ボツワナも同期間六一・〇年から五四・三年へと死亡水準の後退が明らかである。ルワンダのように著しい平均

第3章 死亡率低下とその要因

表9 世界の地域別

| | 男 性 | | | |
|-----------|---------|---------|---------|---------|
| | 1960～65 | 1970～75 | 1980～85 | 1990～95 |
| 世 界 | 51.0 | 56.4 | 59.4 | 62.2 |
| 先 進 地 域 | 66.7 | 67.6 | 69.2 | 70.4 |
| 途 上 地 域 | 47.0 | 53.9 | 57.3 | 60.6 |
| ア フ リ カ | 40.6 | 44.5 | 47.8 | 50.4 |
| 北 ア フ リ カ | 45.2 | 50.0 | 55.3 | 60.8 |
| 中部アフリカ | 38.0 | 42.3 | 46.3 | 49.3 |
| 東 ア フ リ カ | 39.2 | 43.2 | 45.2 | 45.4 |
| 南部アフリカ | 47.3 | 50.6 | 54.8 | 59.3 |
| 西 ア フ リ カ | 38.0 | 41.4 | 44.7 | 48.0 |
| ア ジ ア | 47.9 | 55.8 | 59.5 | 63.2 |
| ラテンアメリカ | 55.0 | 58.7 | 62.2 | 65.3 |

(出所) 表8と同じ。

寿命の落込みは内戦(九〇～九四年)や虐殺(九四年)の影響によるものと考えられる。内戦、栄養水準の悪化に最も深刻な影響を受けるのは乳幼児であり、乳幼児死亡率の上昇は平均寿命の低下をもたらす。ジンバブエやボツワナの場合はHIV/エイズの著しい増加によるものと思われる(第8章参照)。このように五〇年以降アフリカ諸国は死亡率の著しい低下を経験したが、最近はその低下に陰りがみえてきたようである。

平均寿命の男女格差

一般に、女性のほうが男性より長命で、

寿命の男女格差は拡大する傾向にある。先進地域では一九六〇～六五年には男性が六

六・七年、女性が七二・七年でその差は六年と大きく、アフリカでは男性が四〇・六年、女性が四三・五年で二・九年の差にすぎない（表9）。九〇～九五年には先進地域は男性が七〇・四年、女性が七八・〇年で女性の平均寿命の伸びが著しく、男女の差は七・六年に拡大したが、アフリカでは男性が四八・七年、女性が五〇・八年で、男性の伸びが上回り、男女の差も二・九年にとどまった。コモロ、マラウイなど平均寿命が男女ともに五〇年に達しない国が十一カ国もあり、短命の国で男女の平均寿命の差も一年余りと小さい。後述の高い妊産婦死亡率が女性の死亡率改善停滞の要因と考えられる。

2 保健医療の改善

一九五〇年以降のアフリカ諸国の死亡率の低下は、予防接種制度の導入、抗生物質の利用による感染症の治療効果の向上や寄生虫病のコントロールなど、先進諸国からの医学・公衆衛生の技術導入の結果達成されたものである。このような医療技術の導入はWHO、UNICEFや各種NGOなどの国際援助機関に大きく依存している。したがってア

フリカ諸国の死亡率の低下は、国民の生活水準のさやかな向上というより、むしろ外生要因によってもたらされたといえよう。

アフリカ諸国の保健医療は独立前には宗主国により各種ヘルス・プログラムが実施され、独立後は各国政府と国際的な援助によりさまざまなヘルスサービスが量的にも質的にも増えている。一九七八年にWHO/UNICEF共催の世界保健会合で「二〇〇〇年までにすべての人々に健康を」を世界共通の目標とするアルマアタ宣言(Alma-Ata Declaration)が採択され、寿命の伸長と重い疾病をなくすことをその重点項目の一つとした。この目標を達成するための戦略としてプライマリー・ヘルスケア(PHC)の理念が取り上げられた。PHCは実用的かつ科学的で、社会的に受入れ可能な方法や技術による基本的なヘルスケアを指し、住民参加、住民ニーズ、地域資源の有効活用、適正技術、他機関との協調が理念に含まれる。PHCの基本活動項目として、健康教育、水供給と生活環境、栄養改善、母子保健、家族計画、予防接種、感染症対策などが取り上げられている(中村、一九九六a)。

一九九〇年九月に子供のための世界サミットが開催され、子供の生存、保護と発展のための世界行動計画が採択された。西暦二〇〇〇年までの目標として、「乳幼児死亡率を三

分の一に削減し、出生一〇〇〇人当たり五〇・七〇とする」、「妊産婦死亡率を半減」、「栄養不良児を半減」、「一歳未満の予防接種率を九〇%にする」などの項目が採択された。アフリカでは八五・九〇年の期間に毎年四一〇万人の子供が五歳の誕生日を迎える前に死亡している。そのため、子供の健康を第一目標として、さまざまなヘルスプログラムを実施することが決定された (Ewbank and Gribble, 1993 / 中村、一九九六a)。

予防接種が各国の保健計画の下に行われるようになり、WHOの指導により、BCG、DPT3 (ジフテリア、破傷風、百日咳)、ポリオ、麻疹など各種ワクチン接種が各国で実施されている。しかし、ワクチンのカバー率は、一九八〇年代にマリやセネガルのように一〇%以下と非常に低い国からボツワナの八一%、ジンバブエの七九%、チュニジアの七八%、ケニアの六三%のように比較的高い国まで多様で、各国政府の保健衛生施策の状況を反映している (Boerma et al, 1990)。

アフリカ各国政府の年間保健支出の平均は一人当たり五・三二米ドルにすぎず、ヘルスプログラムを実施するための資金の不足が大きな問題となっている (Ewbank and Gribble, 1993)。中央、地方を問わず病院や診療所は財源難により基礎的医療機器、医薬品の不足はもとより医師・保健婦など人材の不足のために、地域住民のPHCを維持することが

できず、住民の多くは、薬草などの民間療法、露天市場での売薬、伝統施療士や祈とう師を頼る者も少なくない（重光、一九九六）。

アフリカ諸国で今後死亡率の改善を進めるには、かつて先進諸国が産業革命以降の長い歴史において経験したように、経済発展と生活水準の向上、栄養水準の増進、教育の普及による国民の衛生知識の向上、政府の努力による公衆衛生の改善（安全な飲料水、ヘルスサービスなど）がその鍵といえよう（河野、一九八六）。特にアフリカにおいては栄養水準の向上、家族、特に乳幼児の健康を担っている女性の教育水準の向上が、死亡率改善に必須であろう。

3 乳児死亡率の低下

乳児死亡率とは

「乳児死亡率」は、当該年次または期間における満一歳未満の死亡数と出生数との比率で、通常、出生一〇〇〇に対する比率をいう。ま

た、「五歳未満の死亡率」（乳幼児死亡率）は、同様に満五歳未満の死亡数と人口数との比

率で人口一〇〇〇に対する比率をいい、乳児および幼児の死亡傾向を知るための有用な指標である。途上国、特にアフリカでは人口動態登録制度が未整備のために、出生数はもとより死亡数のデータを得ることは非常に困難である。最近、アフリカの三〇カ国余りで一九八〇年代後半より実施されている人口保健調査(DHS調査)によって、乳幼児死亡のデータが利用可能となり、乳児死亡率がきわめて高い事実が明らかとなっている。

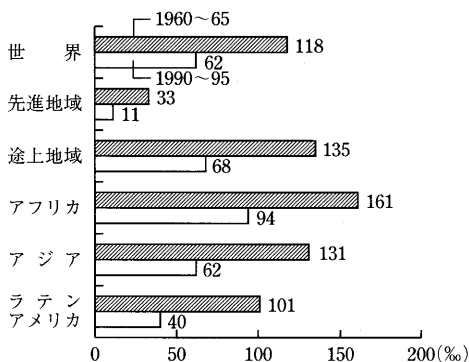
乳児死亡率の地域格差

アフリカでは一歳の誕生日を迎える前に死亡する乳児が非常に多い。サハラ以南アフリカの乳児死亡率は、一九九八年には九六と高く、一〇人の乳児のうち一人は死亡する高さである。アフリカ各国の乳児死亡率は、モーリシャスの二一からシエラレオネの一九五の間に分布しており、地域・国により多様である(付表1)。乳児死亡は、衛生水準や栄養水準を反映する重要な指標であり、貧困、低い女性の地位と重労働、早婚、若年出産、多産がその死亡リスクに関連している。出産間隔が二年以下の頻回出産の割合は、マラウイの場合全出産の二四%で、出産間隔が短いほど、子供と母親の健康に有害である(中野、一九九六)。

乳児死亡率の推移をみると、一九六〇年代から九〇年代にかけて、すべての地域で低下しているが、アフリカは他の地域に比べ依然として高く、かつ低下速度も緩やかである

第3章 死亡率低下とその要因

図12 世界の地域別乳児死亡率

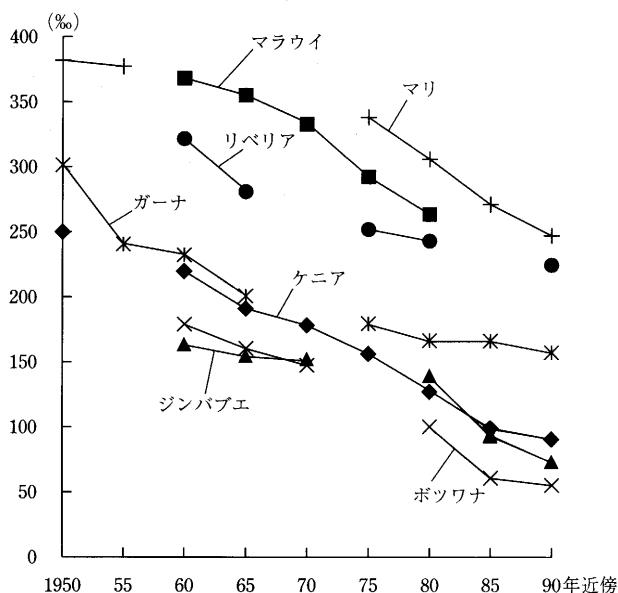


(出所) 表8と同じ。

カの高ボツワナの低下も著しい(図13)。一方、マラウイは、東アフリカでは非常に乳児死亡率が高い国である。厚生省の発展途上国の母子保健に関する調査報告書によると、マラ

(図12)。またアフリカの地域別乳児死亡率も五〇年以後著しい低下がみられるが、地域や国により、死亡率水準、低下速度ともに多様である。とりわけ、西部・中部アフリカ諸国と東部・南部・北部アフリカ諸国の間には、乳児死亡率に大きな格差がある。前者で乳児死亡率は高く、後者で低い傾向にある。エチオピア、モザンビーク、ルワンダとスーダンなどでは内戦や経済悪化により、乳児死亡率は高い水準のまま変化がないか、むしろ上昇しているケースもある。西部・中部アフリカ諸国においても、ガーナ、コンゴとカメルーンは相当の低下を示し、東アフリカのケニア、ジンバブエ、南部アフリ

図13 アフリカ主要国の乳幼児死亡率



(出所) Govindasamy et al., 1993/Foote et al., 1993.

ウィでは、母親が出産後相
当期間隔離される習慣
“Chikuta”により、母親と新
生児がヘルスケアや予防接
種、成長のモニターなどを
受ける機会をなくしてしま
うことや、新生児の臍帯に
動物の糞、泥、灰などの有
害な物質をぬりつける習
慣、生後二年にも満たない
うちに母親が次の子供を再
び妊娠するなどさまざまな
状況が高い乳児死亡率の原
因である（中野、一九九
六）。

西アフリカを中心に伝統的に行われている養子制度は、出生率への影響ばかりでなく、子供の疾病率や死亡率への影響も懸念されている (Bledsoe and Brandon, 1992, pp.279-280)。養子に対する養父母のいじめや無視は、万国共通である。養子に出された子供は、新しい食習慣や環境に直面するうえ、養父母への精神的なストレス、さらに、生母に比べ栄養のある食物の気配りや病気の世話を十分に受けられない場合など実子との差は小さくないようである。DHS調査によると、子供が生後二四～五九カ月の時に養子に出す傾向がみられ、調査前二週間以内に下痢症状であった子供のうち、その状況を知られていなかったのは養子に多いことが報告されている (Boerma, Sommerfelt and Rutstein, 1991, p.3)。

4 子供の栄養障害、乳児死亡とその要因

栄養障害と

母親の教育水準

アフリカの子供には慢性的な栄養障害が広くみられる。DHS調査によると、サハラ以南アフリカで栄養不良による発育障害がみられる子供は、セネガルの二三%からブルンジの四七%と程度の差があるもの

のすべての国に広がっている (Sommerfelt and Stewart, 1994)。栄養不良は、家庭での食糧不足によるばかりではない。下痢やその他の感染症が栄養状態を悪化させ、栄養不良はまた感染症に罹患するリスクを高めるといふ悪循環に陥らせる。母乳栄養や離乳食に関する親の知識の欠如も子供の栄養不良に影響している (中村、一九九六b/中野、一九九六)。子供の栄養不良の程度は、母親の教育水準により大きく異なる。DHS調査によれば、ガーナでは母親が無就学の場合の子供の栄養不良の割合は四九%、初等教育が四五%、中等教育以上が二五%と教育水準により大きな差がある。同様にジンバブエでも無就学が三八%、初等教育が三二%、中等教育以上が十八%で、中等以上の学歴がある母親から子供の栄養状況は格段によくなっている (Sommerfelt and Stewart, 1994)。概して高学歴の母親は高所得世帯である場合が多く、生活水準が子供の栄養状態に影響しているであろうが、子供の生存において母親の教育、衛生知識も重要な役割を果たしている。

親の教育、所得の

乳幼児死亡への影響

両親の社会経済的地位と乳児死亡率の関係についてはさまざまな研究がある。タブチンとアコトは一九八〇年前後のサハラ以南アフリカ九カ国を対象に分析し、乳児死亡率低下に母親の教育が父親より強い影響を与えていることを指摘している (Tabutin and Akoto, 1992, pp.32-37)。

第3章 死亡率低下とその要因

またプレストンとトラッセルはナイジェリアについて父親の所得と母親の教育水準の乳幼児死亡率への影響に関する研究を行った。表10はそれらの関係を相対死亡指数(Preston-Trussell relative mortality index)により表わしている。いうまでもなく、低所得(二四〇米ドル未満)の父親と非識字者の母親との間の子供の死亡が最も高く(指数は一・二―一・三)、高所得(五〇〇米ドル以上)の父親と七年以上の学歴を有する母親の子供の死亡が最も低い(指数は〇・五九)。ここで興味深いのは、低所得の父親と七年以上の学歴を有する母親の子供の死亡(同〇・七三)のほうが、高所得の父親と非識字者の母親の子供の死亡(同一・〇二)より低いことである。すなわち、母親の教育の寄与が乳幼児死亡に対して父親の所得より相対的に大きなウェイトをもつことを示している(Tabutin and Akoto, 1992/pp.38-39, UN, 1985, p.206)。

表10 父親の所得と母親の教育水準別プレ
ストン・トラッセル相対死亡指数
(ナイジェリア)

| 父親の所得 (米ドル) | 母親の教育年数 | | |
|----------------|---------|------|------|
| | 0 | 1~6 | 7+ |
| 0~ 69 | 1.20 | 0.98 | 0.73 |
| 70~139 | 1.30 | - | - |
| 140~299 | 1.16 | 0.57 | - |
| 300~499 | 1.11 | 0.90 | 0.86 |
| 500+ | 1.02 | 0.66 | 0.59 |

(出所) UN, 1985, p.206.

5 東西アフリカで高い妊産婦死亡率

高い妊産婦

死亡率の背景

妊娠と出産を原因とする女性の死亡を妊産婦死亡といい、その率は出生一〇万人に対する妊産婦死亡の割合で示される。妊産婦死亡率は、途上国で高く、特にアフリカで最も高い。一九九七年の妊産婦死亡率は、先進地域が一〇に対し、途上地域が五〇〇、アフリカが八八〇、サハラ以南アフリカが九八〇で、その圧倒的な高さに驚く（付表1）。地域・国別には、東西および中部アフリカで高く、そのうちシエラレオネ、ギニア、ソマリア、モザンビーク、アンゴラ、チャドはいずれも一五〇〇以上の高さである。一方、北および南部アフリカは比較的低く、アルジェリア、エジプト、ボツワナはいずれも二〇〇前後である。

この高い死亡率の背景には、妊娠は自然の摂理であり、保健医療ケアを受けなければならないこととはみなされていないなど、妊娠中の管理が十分行われていないこと、助産婦の低い技術レベルや不衛生な分娩処置などが関連している。さらに、保健医療レベル以前の問題として、貧困、低い女性の地位、妊婦の栄養不良、若年妊娠と出産、多産、出産間

隔の短さなども高死亡率の要因であろう（中村、一九九六b）。表11は多産と妊産婦死亡率、乳児死亡率との間に高い正の相関があることを示すものである。

DHS調査によると、医師、助産婦などの介助なしに分娩する女性が、ブルンジで八〇%、マリ、モロッコで七〇%、エジプト、ウガンダ、セネガルで六〇%以上にのぼっている（Govindasamy et al., 1993）。分娩時における保健衛生面の無知や迷信も女性の死亡率を高める要因である。タンザニア農村の研修を受けていない伝統的助産婦の間では、臍帯切断に竹刃を使い、ザンビアの農村では、エレファントグラスと呼ばれる雑草の茎を使う習慣があるなど、いずれも新生児破傷風や産褥熱の大きな原因となっている（中村一九九六a／田中・千歳、一九九六／高橋、一九九五）。また、ザンビアの農村では、女性の子宮が生む子供数だけ備わっていると信じていたため、出産間隔を空け子宮を休ませることを知らなかったことなど（高橋、一九九五）、不衛生、無知が死亡のリスクを高めている。

妊産婦死亡の直接的な死因は、出血、敗血症、割礼などが原因の難産、貧血、マラリアといわれているが、この背景として前述の伝統的な風俗習慣などさまざまな社会経済的な問題が大きな要因とされている（田中・千歳、一九九六）。

一方でザンビアをはじめ多くのアフリカ諸国で、コミュニティの家族計画フィールド

表11 多産と死亡の関係 (1998年)

| | 合 計 出生率 | 乳 児 死亡率 | 妊産婦 死亡率 (1997年) | 平均寿命 (年) |
|---------|------------|------------|-----------------------|-------------|
| モ ロ ッ コ | 3.3 | 62 | 610 | 72 |
| エ ジ プ ト | 3.6 | 63 | 170 | 67 |
| ボ ツ ワ ナ | 4.3 | 60 | 250 | 41 |
| ジンバブエ | 4.4 | 53 | 570 | 40 |
| ケ ニ ア | 4.5 | 62 | 650 | 49 |
| ナイジェリア | 6.5 | 84 | 1,000 | 50 |
| チ ャ ド | 6.6 | 110 | 1,500 | 48 |
| マ リ | 6.7 | 123 | 1,200 | 46 |
| ニジェール | 7.4 | 123 | 1,200 | 47 |

(注) 乳児死亡率：出生1,000人に対する率。

妊産婦死亡率：出生10万人に対する率。

(出所) 付表1に同じ。

ワーカー(CBD)や伝統的助産婦(TBA)を対象として、衛生的な出産指導や健康教育、家族計画に関する啓蒙活動、生活改善に関する研修が行われ、伝統的な風俗習慣からくる無知や誤まりが徐々に理解され、妊産婦死亡率や出生率に低下がみられるようになっていく(高橋、一九九五)。

国際機関・

各国の取組み

途上国の高い妊産婦死亡率や疾病に対処するために「母性保護制度」(Safe Motherhood Initiative)に関する国際会合が一九八七年にケニアのナイロビで開催された。それが契機となり、多くのアフリカ諸国は同制度や政策を発足させた。九四年カイロ国際人口開発会議、九五年コペンハーゲン

世界サミットや北京女性会議でもその重要性が支持された。WHOは「家族計画、出産前のケア、清潔で安全な出産と母性保護にかかわる実質的なケア」を母性保護の基本的な項目として提示している。しかしながらサハラ以南アフリカ各国政府の保健衛生支出は一人当たり年間一〇米ドル以下にすぎず、母子衛生業務を行うにはあまりにも少なく十分な活動を行うことが困難である (Golber, 1997)。yにジンバブエのように母子衛生に関する政府支出が九〇年の四億八八〇〇万ジンバブエ・ドル (以下、Z\$) から九三年には三億九五八〇万Z\$へとむしろ削減される国もあるなど多くの難題をかかえている (PRSD Team, 1996)。

6 主要死因

今や感染症による死亡は、先進諸国では全死亡の5%にすぎないが、サハラ以南アフリカでは、いぜんとして五割を上回る主要死因となっている。貧困と低い経済水準、栄養障害、安全な飲料水を利用できないこと、訓練された保健医療要員がきわめて少ない状態

が、感染症の高い罹患の要因である。例えばマラウイでは、六万人以上の人口に対して一人の医師というアフリカでは最低水準であるうえ、その大部分を外国人医師に依存している状況である（中野、一九九六）。

マラリアはアフリカの風土病であり、毎年一〇〇万人の子供の命が失われる。五歳未満の小児の主要死因は、マラリア、はしか、百日咳、栄養不良、髄膜炎、肺結核、敗血症、下痢症、原因不明疾患などである（Golber, 1997／中野、一九九六／田中・千歳、一九九六）。

成人の死因統計に関しては、人口動態統計制度の未整備や、医師の不足などから、特定都市の断片的な情報に依存せざるを得ず、正確性、完全性や信頼性からはほど遠い状況であるために、死因に関する状況を把握することは困難である。サハラ以南アフリカで死因統計が利用できるのは南アフリカなど一部の国や都市地域に限られている。表12はWHOの世界保健統計からボツワナ、ジンバブエと南アフリカの主要死因を取りあげたものである。三カ国の主要死因は、感染症（寄生虫、呼吸器系および消化器系疾患）、外傷（交通事故など）、悪性新生物や循環器系疾患（脳血管疾患やがん）であることが示されている。診断不明がかなりの比重を占めているが、医師の診断を受けずに死亡する者が多いことを示している。乳幼児には栄養不良による死亡が多く、また女性は性感染症や妊娠中毒症など妊娠

第3章 死亡率低下とその要因

表12 アフリカの主要死因別構成比

(%)

| | ボツワナ(1995) | | ジンバブエ(1990) | | 南アフリカ(1993) | |
|-----------|------------|-------|-------------|-------|-------------|--------|
| | 総 数 | 0～4歳 | 総 数 | 0～4歳 | 総 数 | 0～4歳 |
| 全死因死亡数 | 4,046 | 1,174 | 34,829 | 9,804 | 201,273 | 23,612 |
| 感染症・寄生虫疾患 | 22.4 | 21.7 | 18.4 | 19.6 | 8.3 | 21.4 |
| 結 核 | 11.4 | 8.6 | 4.3 | 0.9 | 3.7 | 0.8 |
| マラリア | 0.6 | 0.3 | 2.3 | 1.1 | 0.1 | 0.0 |
| 性感染症 | 0.2 | 0.3 | 6.0 | 6.6 | 0.1 | 0.6 |
| 悪性新生物 | 6.2 | 3.2 | 8.1 | 0.5 | 10.2 | 0.4 |
| HIV／エイズ | 9.6 | 7.0 | — | — | — | — |
| 栄養疾患 | 2.6 | 6.2 | 2.4 | 6.6 | 0.7 | 5.3 |
| 心 疾 患 | 5.3 | 3.5 | 2.9 | 3.0 | 1.7 | 2.0 |
| 循環器系疾患 | 8.5 | 6.5 | 11.6 | 0.6 | 18.0 | 0.7 |
| 呼吸器系疾患 | 14.2 | 18.5 | 11.2 | 20.0 | 7.4 | 8.6 |
| 消化器系疾患 | 4.0 | 1.9 | 3.4 | 0.7 | 2.4 | 0.3 |
| 妊娠に伴う疾患 | 2.4 | — | 1.5 | — | 0.2 | — |
| 診断不明 | 9.6 | 17.1 | 22.2 | 36.6 | 25.0 | 47.1 |
| 外 傷 | 6.6 | 4.9 | 12.8 | 5.9 | 19.6 | 8.2 |

(注) 妊娠に伴う疾患のみ分母人口は女性死亡総数である。

(出所) WHO, *World Health Statistical Annual*, 1995, 1996, Geneva.

に伴う疾病による死亡が多い。ボツワナの死因統計にはHIV／エイズが掲載されているが、ジンバブエと南アフリカでは性感染症か、その他の死因に含まれているためか、特掲されていない。HIV／エイズに感染し、それに気づかず、その後結核に感染、死亡した場合、結核による死亡と報告される場合もある。

エイズによる死亡は南

部アフリカを中心に増加しており、成人の主要死因として大きな比重を占めるようになっていく (Tinaeus, 1993)。母親から乳児へのエイズの感染も増加している。エイズ感染から死亡にいたるまでの期間は、乳児のほうが成人より短いこと、さらに栄養不良、感染症や寄生虫病が多い地域で相対的に進行が速いことが知られている。さらに、男女別にみると、HIV感染からエイズ発症までの潜伏期間が男性では最大十年間とみられているが、女性はずっと短いと考えられている。劣悪な健康状態や低い女性の地位、一夫多妻制、性感染症、栄養不良、性器切除、生理などがHIV感染を容易にしている (サイ、一九九五、一三ページ)。アフリカ諸国の死亡率改善を逆行させるエイズの影響は深刻である (エイズについては第8章を参照)。