選択の力

リプロダクティブ・ライツと人口転換

UNFPA 世界人口白書2018

世界人口白書 2018　制作チーム

This report was developed under the auspices of the UNFPA Division for Communications and Strategic Partnerships

SENIOR RESEARCH ADVISER
Peter McDonald

LEAD CHAPTER RESEARCHERS AND AUTHORS
John Bongaarts
Suzana Cavanaghi
Gavin Jones
Gretchen Luchsinger
Peter McDonald
Cheikh Mbacké
Tomas Sobotka

UNFPA TECHNICAL ADVISERS
Alanna Armitage
Michael Herrmann
Eduard Mihalas
Sandile Simelane

EDITORIAL TEAM
Editor: Richard Kollodge
Editorial associates: Katie Madonia, Katheline Ruiz
Executive communications adviser: Teresa Buerkle
Digital edition managers: Katie Madonia, Katheline Ruiz
Digital edition adviser: Hanno Ranck
Publication and web interactive design and production: Prographics, Inc.

© UNFPA 2018

Front cover photo credits (clockwise):
© Mark Tuschman
© Chris Stowers/Panos Pictures
© UNFPA/Egor Dubrovsky
© Joshua Cogan/PAHO

Back cover photo credit:
© UNFPA/Roger Anis

ACKNOWLEDGMENTS
Jeffrey Edmeades advised authors on issues of reproductive rights.

Feature stories were written by Sanne De Wilde (Bolivia), Bruna Tiussu (Brazil), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburg (Kenya), Nathalie Prevost (Niger), Erik Halkjaer (Sweden), Matthew Taylor (Thailand). Video and photography in support of feature stories were produced by Egor Dubrovsky (Belarus), Sanne De Wilde and Pep Bonet (Bolivia), Deborah Klempous (Brazil), Roger Anis (Egypt), Reza Sayah (Iran), Alice Oldenburgh (Kenya), Ollivier Girard (Niger), Melker Dahlstrand (Sweden), and Matthew Taylor and Varin Sachdev (Thailand). The editors thank UNFPA Regional Communications Advisors who coordinated production of feature content: Celine Adotevi, Tamara Alrifai, Jacob Eben, Jens-Hagen Eschenbacher, Adebayo Fayoyin, Alvaro Serrano and Roy Wadia. Other UNFPA colleagues orchestrated or oversaw feature productions in Belarus (Katsiaryna Mikhadziuk, Hanna Leudanskaya), Bolivia (Ana Angarita, Marisol Murillo, Luigi Burgoa, Gerberth Camargo, María Eugenia Villalpando, Francesca Palestra, Guadalupe Valdes), Brazil (Paola Bello), Egypt (Aleksandar Sasha Bodiroza, Merhan Ghaly), Iran (Nazanin Akhgar), Kenya (Korir Kigen, Douglas Waudo), Niger (Souleymane Saddi Maazou), Sweden (Pernille Fenger, Mette Strandlod, Patricia Grundberg) and Thailand (Kullwadee Kai Sumalnop, Wassana Im-em). Thanks also to Hans Linde and Julia Schalk of RFSU, the Swedish Association for Sexuality Education, for their support for the feature from Sweden.

The Population and Development Branch of UNFPA aggregated regional data in the indicators section of this report. Source data for the report's indicators were provided by the Population and Development Branch of UNFPA, the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs, the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Statistics, UNICEF, and the World Health Organization.

MAPS AND DESIGNATIONS
The designations employed and the presentation of material in maps in this report do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNFPA concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. A dotted line approximately represents the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not been agreed upon by the parties.

国連人口基金

すべての人に権利と選択を

UNFPA 世界人口白書2018

選択の力

リプロダクティブ・ライツと人口転換

THE POWER OF CHOICE

REPRODUCTIVE RIGHTS AND THE DEMOGRAPHIC TRANSITION

1

世界は
より小さな家族に
向かっている

page 12

2

大家族の
レガシー

page 28

3

典型的な
出生率転換からの
離脱

page 50

4
一つの目標に繋がる様々な道筋

page 68

5
親になるための環境の整備

page 92

6
誰にでも選択の権利がある

page 120

「世界人口白書 2018」日本語版は、はじめに、概要、第 5 章、第 6 章、指標、および別冊資料の抜粋です。（英語版と対照しやすいように、ページ番号は英語版に合わせてありますが、一部例外があります。）

© UNFPA/Georgina Goodwin

はじめに

世界を変える選択の力

選択ができることにより、女性と少女のウェル・ビーイング（良好な状態）を急速に改善し、家族と社会の形態を変容させ、世界の発展を加速することができます。

カップルと個人が子どもを産むか産まないか、産むとすればいつ、何人産むかという選択がどの程度できるかは、出生率に直接影響します。自分たちでこのような選択ができる場合には、より少ない人数の子どもを選ぶ傾向があり、その選択が制限されている場合には、大家族になるか、逆に非常に小規模で、時には子どもがいない家族を持つ傾向があります。

すべての人がリプロダクティブ・ライツ（性と生殖に関する権利）を享受していると言い切れる国はどこにもありません。選択が限られている女性があまりにも多いのです。つまり、希望する子どもの人数より多く（または少なく）産んでいる人たちが未だに何百万人もいます。これは個人だけでなく、地域社会、制度、経済、労働市場、国全体にも影響を及ぼします。

保健医療システムが避妊具（薬）などの基本的なサービスを提供できていないため、リプロダクティブ・ライツが侵害されている人々もいます。また、質が低い低賃金の仕事、保育サービスの欠如などの経済的な障壁のため、子どもを産む、または子どもの数を増やすことが出来ないという人々もいます。これらの阻害要因の根底にあるのが長年に亘るジェンダー不平等で、このために女性は人生の基本的な決定をする力が否定されているのです。

1994年の国際人口開発会議(ICPD)で採択された行動計画で、各国政府は基本的人権として、人々がリプロダクティブ・ヘルスに関して情報に基づく選択をできるようにすることを約束しました。それから約25年たった今でも、子どもの人数、産む間隔とタイミングについて、責任を持って自由に決める手段を要求する必要があるのです。

持続可能な開発のための2030アジェンダ（SDGs）ではこの原則を一層強化し、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを明確な目標としています。現に、リプロダクティブ・ライツはSDGsの目標すべてを達成するうえで不可欠です。**これが選択の力なのです。**

私たちが進むべき道は、どこで、どのように暮らそうと、所得レベルにかかわらず、すべての個人とカップルがリプロダクティブ・ライツを完全に実現できる世界です。このためには自由で情報に基づく選択を妨げているあらゆる経済的、社会的、制度的な障壁を取り除かなければなりません。

最終的な成功とは、私たちが頭に描く理想的な出生率に到達することだけではありません。本当の進歩の尺度は、人々、特に女性と少女が健全で良好な状態であるか、権利と平等を享受しているか、自由に人生の選択をしているか、ということにあります。

国連人口基金事務局長
ナタリア・カネム

概　要

高出生率から低出生率に向かう世界的な転換

© Layland Masuda/Getty Images

それほど遠くない昔、ほとんどの人々は平均で
子ども5人という大家族で暮らしていた。
かつて、世界の出生率は一つであったものが、
今では多様化しており、
その差は人類史上まれにみるほど大きい。

家族のサイズは大家族であれ小家族であれ、リプロダクティブ・ライツと関係しており、それは健康、教育、適切な所得、選択の自由、差別を受けないなどの様々な権利と結びついている。

すべての権利が実現できるところでは、人々は繁栄する傾向にある。できないところでは、人々は自分たちの潜在能力を発揮できず、出生率も人々が希望するよりも高すぎる、または低すぎることが多い。

出生率は重要である

個人にとって出生率は重要である。それは子どもの数、産むタイミングと間隔について、誰がその選択をすることができるのか、またどんな手段でできるのかということが反映されているからである。社会にとっても出生率は重要である。それは繁栄、公平で持続可能な開発、すべての人のウェル・ビーイング（良好な状態）を阻害することもできれば、加速することもできるからである。

世界規模での低出生率への転換は、現在の国家的な計画や保健医療サービスが始まる以前に、まずは個人レベルで始まった。19世紀末のヨーロッパ諸国と他の大陸の英語圏諸国では、経済的変化に伴い新たな専門職や様々な仕事の可能性が生まれ、その機会を活用するため、カップルは子どもをたくさん産まないようになった。学校に通う少女も増え、識字率が上がった。ニュースや情報が社会の隅々まで広まるようになり、自分たちの意識的な選択により妊娠を調節することが出来るという認識も広まった。

人々、特に女性は、子どもは少ないほうが人生の多くの面でよい結果が得られると考えるようになった。

それ以来、妊娠を調節するための情報と選択肢が入手可能な場合には、出生率の低下傾向が見られるようになった。20世紀後半に、世界の一部地域では、政府が避妊具（薬）の供給に関する役割を果たした。また他の地域では、若者の人的資本や就業等の機会の拡大に投資することにより、小家族化に結びつく経済・社会状況を創り出した。いくつかの政府では、人口増加を減速させるために、カップルや個人がたくさんの子どもを産むのを妨げる、あるいは禁止するよう強制的・積極的な政策を実施した。

1994年に179カ国の政府は、国際人口開発会議の行動計画を承認した。各国政府は、繁栄し公正で持続可能な社会を支える基本的人権の一つとして、人々がリプロダクティブ・ヘルスについて情報に基づく選択が可能になることを約束した。それを前進させるためには、ジェンダー平等を推進し、女性に対する暴力を撲滅し、女性が自らの妊娠を管理する能力を持てることが不可欠であると合意した。とりわけ、人口動態、経済的・社会的発展とリプロダクティブ・ライツは密接に関連しており、相互に強化しあっていることを確認した。

さらに各国政府は、すべてのカップルと個人が責任を持って子どもの人数、産む間隔とタイミングを決定するための情報と手段を入手できてこそ、リプロダクティブ・ライツが実現できるということも確認した。妊娠するかどうか、する場合はいつ、どのような頻度かについては、いかなる形の差別、強要、暴力を受けることなく決められることが不可欠である。

これらの公約は、その後採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」のなかに反映されている。リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツは持続可能な開発の17目標の一つの目標の中に含められており、すべての目標を達成するのに不可欠なものとなっている。

© Giacomo Pirozzi

多様化する出生率

1994年の国際人口開発会議（ICPD）以降、リプロダクティブ・ヘルス/ライツについては世界各地で着実に進展を遂げた。人々は自らのリプロダクティブ・ライツと関連する選択肢について多くの情報を入手できるようになり、権利を要求する能力も高まった。

しかし依然として国家間および国内で出生率に大きな差があり、全体としては改善されたとはいえ、リプロダクティブ・ライツを誰もが享受できるようになるまでには、未だ長い道のりがある。

出生率に基づき、現在ほとんどの国・地域を大きく4つのカテゴリーに分類することができ、それぞれに対応する人口動向に関する国の政策がある。どのカテゴリーにも、権利がある程度損なわれているため、自分の責任で自由に、子どもを何人産むかを決める力を充分得られていない人々がいる。

最初のカテゴリーは、かつての世界的出生率と同じような高い出生率の諸国である。サハラ以南アフリカの大多数の国々および近年紛争や危機に巻き込まれた6カ国では、女性１人当たり4人以上の子どもを産んでいる。出生率が高いのは、人権のうち一部が満たされていない現状を示している。通常、これらの国々は他地域に比べ貧しく、保健医療と教育へのアクセスが制限されている。ジェンダーによる差別が固定化し、女性が自立できておらず、若年結婚とそれに伴う若年での出産が多い。

出生率が高いことで、それらの国々では、社会サービスを改善し、開発を促進し、人々が貧困から脱するための道筋を見つけるのがより難しくなっている。若者たちの労働市場への参入がこれまでになく膨らむのに対して、経済状況はそれに対応できないため、彼らの雇用先が不足している。

2番目のカテゴリーの諸国では、出生率は一度かなり低下したが、その後横ばいになった、あるいは場合によっては再び上がり始めた。その理由は家族計画政策が挫折したことや、紛争や経済危機の余波を受けたためである。

関連する3番目のカテゴリーの諸国では、早いところで1960年代、遅いところでは1980年代

に出生率の低下が始まり、今も着実に低下し続けている。これらの国々の中には貧しい国が一部、裕福な国も少数あるが、ほとんどは中所得程度の国々である。

このカテゴリーの国の多くは、堅調な家族計画政策があり、財源が少ないところでも、リプロダクティブ・ライツの実現に向けてたゆまぬ努力をしてきた。しかし、農村部と都市部で、あるいは比較的豊かな人たちと貧しい人たちの間で、出生率の差が大きいことがある。これらの国の多くを擁するラテンアメリカでは、思春期の若年妊娠率が高い。現時点では、これらの国々は、特段、人口動向による圧力を受けてはいないものの、人口の高齢化が急速に進んでおり、将来は労働人口の減少と年金・保健医療費の増加という懸念がある。

4番目のカテゴリーの諸国では、長いこと低出生率が続いている。主にアジア、ヨーロッパ、北米の開発が進んでいる国々である。教育も所得も高い水準で、女性の権利の実現についても進んでいる傾向がある。基本的なリプロダクティブ・ライツとその他の権利はほぼ実現している。ただし安価で質の高い保育サービスが不足しているため、仕事と家庭生活の両立が困難ということがあり、自分たちが望む子どもの人数よりも少なく産んでいる。高齢者の増加と労働人口の減少が進んでおり，これらの国々は近い将来に経済力が低下する可能性もある。

© Miho Aikawa/Getty Images

妨げているのは何か

以上の４つの出生率のカテゴリーを通して、人々が権利を実現し、家族計画について自ら選択することを阻んでいる原因は、形態と程度の差こそあるものの、共通点がある。広く見ると、カップルや個人が出産に関する目標や希望を満たせるよう支援するか、またはそれを妨げるかは、制度的、経済的、社会的要因による。カップルや個人が充分に支援を受けられた場合、出生率は女性１人当たり子ども２人程度で推移し、国際人口移動を考慮に入れなければ、人口を安定的に保つのに十分なレベルとなる。

避妊具（薬）の選択を制限する保健医療サービスや、出産最適年齢を過ぎた女性や不妊症の女性を助ける技術手段の不足などは、自由で責任のある妊娠・出産に関する決定をする際の制度面での障壁となる。保健医療サービスの質が低いと、子どもの死亡率が高くなり、出産や疾患または栄養不良で死亡する子どもを補うために、子どもを多く産む傾向がある。

国によっては避妊法に関する法的障壁があり、未婚女性や一定の年齢以下の場合は避妊具（薬）へのアクセスが制限されていることもある。例え法律で認められている場合でも、未婚女性や思春期の若者が避妊具（薬）へのアクセスに対して批判的な人々がサービスの提供を拒否することもある。

世界の多くの国々の教育制度では、包括的な

性教育は普及していない、または質的にも程度が低いため、若者は情報に基づく選択するための知識も手段も持つことができない。

経済的障壁としては、リプロダクティブ・ヘルス関連サービスが高価で手が届かないことや、女性が低賃金で長時間働かざるをえないためなかなか家族を持てないということが挙げられる。

リプロダクティブ・ライツに対する多くの解決困難な障壁は、ジェンダー差別を原因としている。これが国際人口開発会議の行動計画がジェンダー平等に重点を置いている理由である。

© 2012 Meagan Harrison, courtesy of Photoshare

女性の多くは従属的な立場に置かれているために、自分たちの権利について把握または十分に理解しておらず、あるいは権利を主張する方法を知らない。それにより妊娠についてイエスあるいはノーと言える力や自立性を欠くことになる。長年に渡るジェンダーの不平等が固定化され、保健医療サービスを十分に享受できず、女性が希望する子どもの人数より、多くまたは少なく産むことに繋がりかねない。

ジェンダーに基づく暴力はどの社会でも存在しているが、これも女性の自主性を損ない、妊娠を強要されることに繋がる。さらに、世界中で女性は男性に比べて、多くの子育てに関連した無償労働を担っている。そのため、一家の稼ぎ手としての男性に依存し、賃金労働の機会を諦め、身体的・精神的な疲労に繋がる。

選択する権利の背後にあるもの

今日、世界中どこを探しても、すべての人が自分の出産に関する目標とリプロダクティブ・ライツを実現する能力を十分に持っているところはない。あるところでは障壁が他より大きく、またあるところでは解決が他よりも困難な状況である。それでも、リプロダクティブ・ライツの普遍性、その権利に関する国際的公約、出生率と開発との相互関係を考えると、特に持続可能な開発のための2030アジェンダを達成するためには、現状の障壁を取り除かなければならない。個人とカップルが家族計画を実践する権利を含むリプロダクティブ・ライツを実現できるように、公共政策、公共サービス、予算を整備する必要がある。

前進への手段は国によって異なるが、いくつか共通することがある。手始めはリプロダクティブ・ライツに沿って、高品質で誰もが利用できるリプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供する保健医療システムを構築することである。保健医療サービスは避妊具(薬)の充実した選択肢を提供し、これらの選択肢について、

© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, courtesy of Photoshare

また健康とウェル・ビーイング（良好な状態）のための家族計画に関して、女性にも男性にも教育していく必要がある。サービス提供者は、思春期の若者、未婚者、障害者、その他社会規範によって未だに偏見や差別を受けている人々に、選択できる力を与えることを目指し、その選択を尊重しなければならない。

どのような出生率水準の国であれ、リプロダクティブ・ライツがとりわけて軽視されているグループがある。農村部に住む貧困者、あるいは若者、さらには保健医療サービスで使われる言語が話せない地域の出身者である。多くの場合、このようなグループは避妊具（薬）に関するアンメット（満たされない）・ニーズが最も高く、望まない出産の割合も最も高い。彼らの権利の実現を緊急優先事項として取り組みを始め、普遍的な実現を達成すべきである。

最後に、出生率はさまざまな社会的、経済的、制度的要因に影響を及ぼしたり、影響を受けたりするものである。だからこそ、国は人々が希望する子どもの数を持てるよう支援をする必要がある。そのためには、働きがいのある人間らしい仕事、育児休業、安価な住宅、すぐに利用できる質の高い保育サービスを充実させ、ジェンダー平等を達成する政策を立案することが重要である。

未だかつてないほどの妊娠・出産を管理する能力や知識、動機付けにより、今日の出生率の低下が実現した。人々は自分たちの妊娠の回数と時期に関して決定する権利を求め、それが広範な人口動態の変化と課題を引き起こしている。しかし政府やその他の組織は、こうした出産に関する決定を支持したり、情報提供をすることが十分にできておらず、また経済的・制度的対策に対する計画も十分とは言えない。

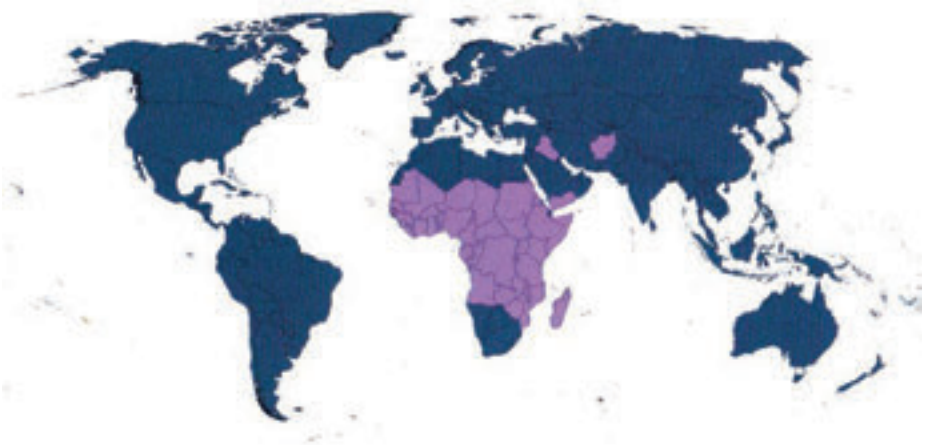
あらゆる地域、所得層、年齢層、他のすべての種類の集団に属する男性も女性も、全ての人々は自分たちが希望する数の子どもを産んでいるだろうか、という公共政策策定の中心を成す基本的な問いかけをするのが有効である。つまり、その答えが「ノー」であれば、リプロダクティブ・ライツは損なわれており、すべての人が権利を享受できるという公約はまだまだ果たされていないということになる。

**出生率に基づき、現在ほとんどの国・地域は4つの大きなカテゴリーに分類できる。
どのカテゴリーにも、権利がある程度損なわれているため、
自分の責任で自由に、子どもを何人産むかを決める力を充分得られていない人々がいる。**

第2章

女性１人当たり
4人以上出生の地域

サハラ以南アフリカの大多数の国々および6カ国ほどで、
女性は１人当たり4人以上の子どもを産んでいる。
通常、これらの国々は他地域に比べ貧しく、
保健医療と教育へのアクセスが制限されている。
ジェンダーによる差別が固定化し、女性が自立できておらず、
若年結婚とそれに伴う若年での出産が多い。



第3章

出生率が横ばい状態の地域
出生率　女性１人当たり2.5〜3.9人

いくつかの国で出生率は一度かなり低下したが、
その後横ばいになった、
あるいは場合によっては
再び上がり始めた。
その理由は家族計画政策が挫折したことや、
紛争や経済危機の余波を受けたためである。

第4章

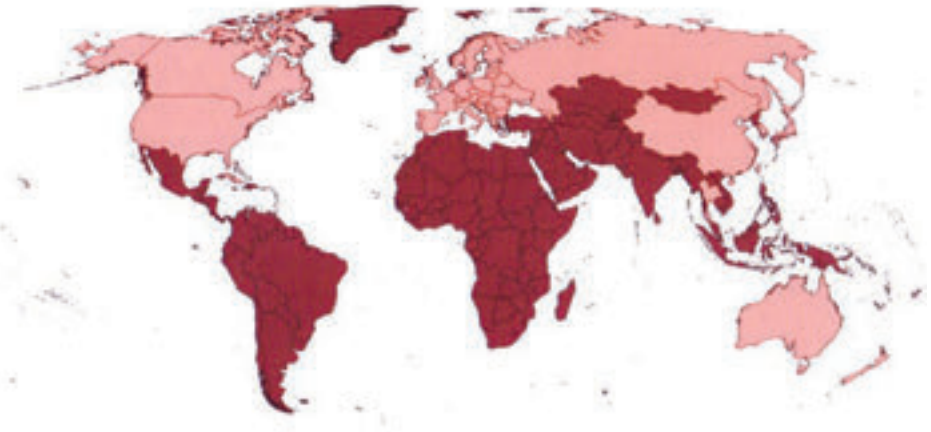
出生率が急減した地域
出生率　女性1人当たり1.7〜2.5人

国によっては、早いところで1960年代、
遅いところでは1980年代に出生率の低下が始まり、
今も着実に低下し続けている。
これらの国々は貧しい国が一部、
裕福な国も少数あるが、
ほとんどは中所得程度の国々である。

第5章

出生率が何年にもわたり低い地域
出生率　女性1人当たり2.1人以下

国によっては、長いこと低出生率が続いている。
主にアジア、ヨーロッパ、北米の開発が進んでいる国々である。
教育も所得も高い水準で、
女性の権利の実現についても進んでいる傾向がある。
基本的なリプロダクティブ・ライツとその他の権利はほぼ達成している。
ただし安価で質の高い保育サービスが不足しているため、
仕事と家庭生活の両立が困難である。



第5章

親になるための環境の整備

53の国・地域では、何年にもわたり、女性1人当たりの出生数が2.1人以下で、出生率は人口置換水準を下回ってきた（図29および30）。
なかでも今日、台湾省（中国）は世界最低の出生率で、女性1人当たりの出生数は1.1人である。

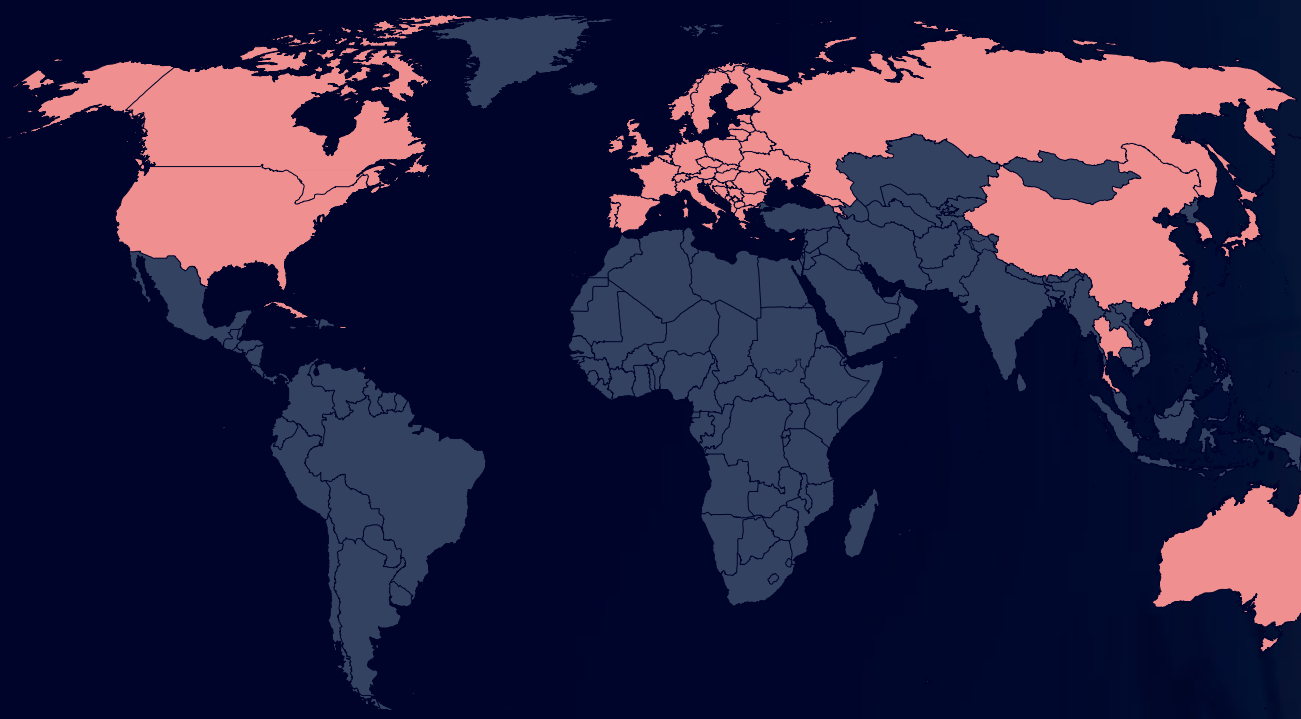
© Eriko Koga/Getty Images

このグループの国・地域における低出生率は、一般的に教育水準の向上と男女同権に対する意識の向上と相関関係がある。例えば、低出生率で高所得国の多くの国々では、若者の半数以上が大学に進学している。経済協力開発機構（OECD）に加盟している全ての先進諸国で、今では25-34歳の女性の高等教育進学者数は男性以上である（OECD, 2017）。

これらの諸国・地域においては、家族の大きさはより小さくなり、親は子どもの健康、能力、ウェル・ビーイング（良好な状態）に多くの時間と資金をかけられるようになった。その変化により、女性は家族を持つことを考える前に、教育を受け、仕事に就き、キャリアを積むようになった。女性が経済的に自立できるようになったのである（Goldin, 2006）。

図29

女性1人当たりの出生率が 2.1 以下の国・地域



低出生率は、女性、男性、カップルが効果的に妊娠を回避し、出産の間隔を空けることができたことを明白に示しているが、同時に女性も男性も家族を作ることや第二子を計画する難しさに直面していることをも示している。結果として、低出生率諸国の女性は自分が希望する子どもの人数は産んでいないと言っている。家庭を持ったり、子どもを増やそうと考えた時の障害としては、家計や住宅、労働市場における制約があるが、さらに職業的キャリアと家族生活を両立するための選択肢が十分にないこともある。

低出生率諸国は、高齢者の割合の増加とそれに伴う医療費の増大、労働力の減少、また経済の弱体化する可能性などの課題を抱えている。ヨーロッパと東アジアには、低出生率を経済の安定への脅威と捉え、政策により、子どもを増やす家族を支援し、少子化傾向の逆転を図っている国々もある。東欧と南東欧には、低出生率と人口減少は国の安全保障への脅威とみなして

図30 低出生率の53の国・地域の合計出生率（1980-2020）

Source: United Nations (2017)

© Emma Inncocenti/Getty Images

いる国々もある。

先進諸国のうち3分の2の政府は、出生率が低すぎると考え、それを引き上げる政策を進めている（国連，2015）。国によっては、縮小する人口に対し、移住者を誘致する政策を進めており、特に若者の移住者を受け入れて労働力不足に対応しようとしている。

これらのほとんどの諸国・地域でリプロダクティブ・ライツを保障することにより、出生率を下げることができたが、未だ残るリプロダクティブ・ライツの阻害要因を取り除けば、より多くの人々が希望するだけの子どもの数を持もてるようになるであろう。

出生率の動向

出生率は、ヨーロッパの多くの国々で19世紀後半から下がり始めた。1970年代には、オーストラリア、日本、ヨーロッパと北米の先進国で

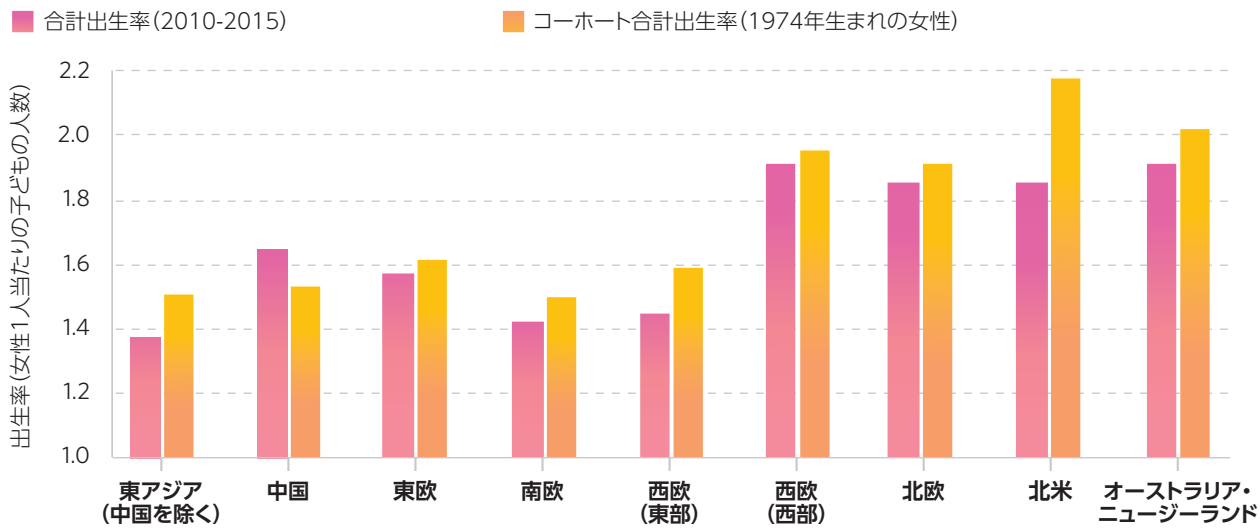
出生率転換が起きた。中国の出生率は1970年代に晩産と出産回数の減少を奨励した政策、さらに1979年の家族計画政策においてカップルに子ども１人と制限したことにより、急激に低下した。1980年代と1990年代にはキューバ、韓国、タイなども人口置換水準以下の出生率となった。ほぼ同じ時期に、南欧、東欧、中欧の既に低出生率諸国であった国々で、さらに合計出生率が低下し、中には女性1人当たりの出生数が1.3人まで減少し、その後も何十年にもわたり横ばい状態が続いた（Kohler et al., 2002; Goldstein et al., 2009）。世界で合計出生率が最も低い5カ国・地域は東アジアと東南アジアにある。中国の大都市では、出生率は1990年代と2000年代に0.8まで下がった（Guo and Gu, 2014）。

本章に挙げられている低出生率諸国の出生率には、幅広い差がある。先進諸国では長期にわたる「出生率の二極化」が起きていることを指摘する研究もある（McDonald, 2006; Rindfuss et al., 2016; Billari, 2018）。図31が示す通り、中程度の低出生率（1.7–2.2）と非常に低い出生率（1.6）の諸国・地域との差は明らかである。この図は出生率の測定に合計出生率とコーホート合計出生率[1]を使用している。

出生率が非常に低い地域（東アジア、東欧、南欧、西欧の東部）と出生率が中程度に低い地域（北欧、西欧の西部、英語圏諸国）の間に明らかな差があることをこの図は示している。非常に低い出生率の諸国は世界人口の約30%にあたる22億の人口を抱えているが、そのうち14億人は中国に住んでいる。

政府にとっては出生率の平均値が重要だが、個々の女性と男性にとって重要なのは自分たちが何人の子どもを実際に持つかである。出生率が中程度に低い国の多くは、子どもを持たない女性が比較的多いが、同時に子どもが3人以上いる女性の割合も高い。なかには子ども１人という女性の割合が低いところもある。オーストラリア、フィンランド、オランダ、英国などである。米国も子どもが3人以上いる女性の割合が比較的高い。

図31　2010-15年の合計出生率と1974年生まれの女性のコーホート合計出生率（53カ国）

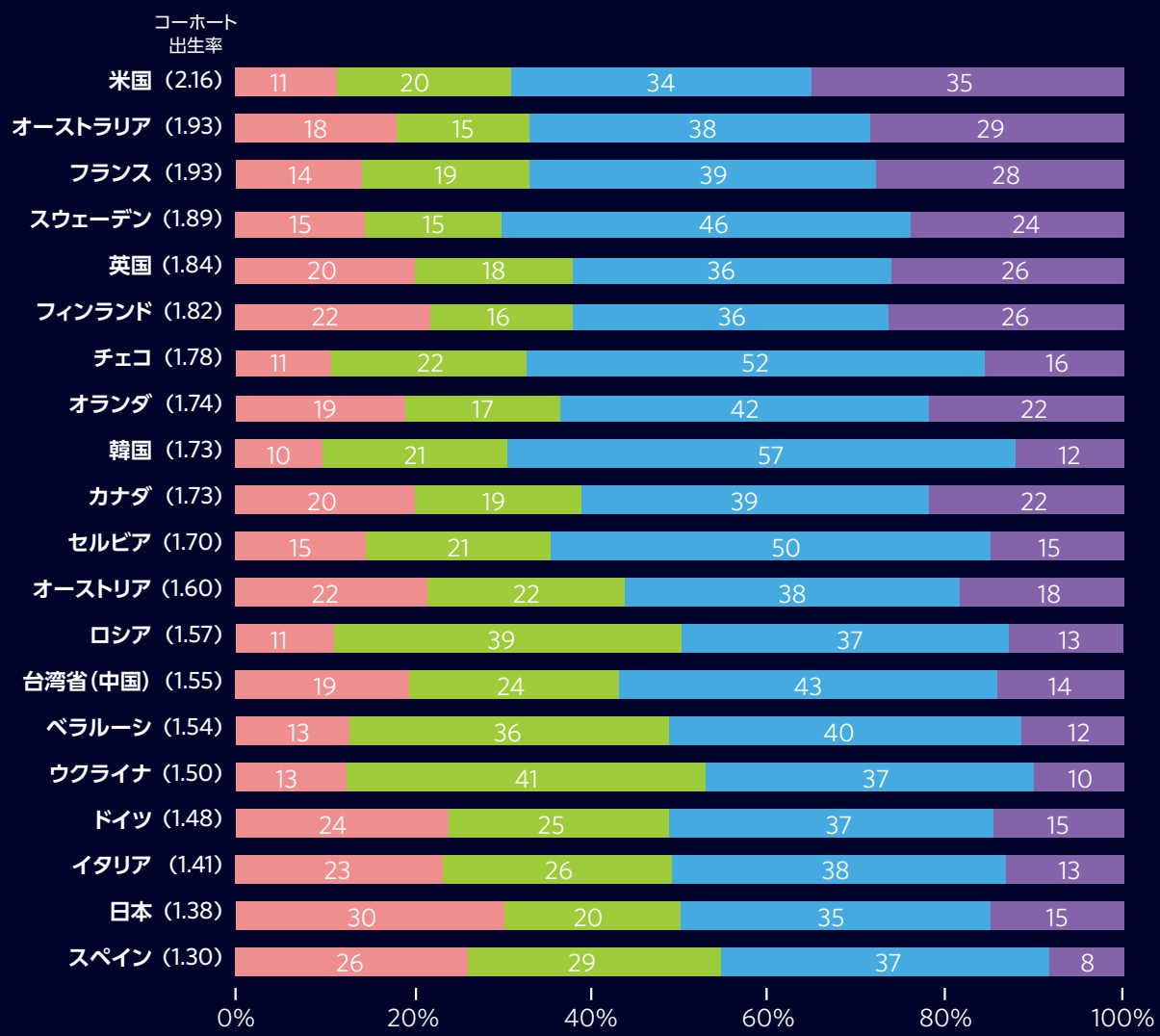


Sources: Wittgenstein Centre (2016); United Nations (2017); Human Fertility Database (2018); Yoo and Sobotka (2018)

1　コーホート合計出生率：同じ年（あるいは期間）に生まれた人口集団（すなわち同時出生集団）の合計出生率

図32

低出生率諸国･地域における1974年生まれの女性のコーホート合計出生率および子ども数別割合



Sources: Human Fertility Database (2018); national statistical offices, 2018
Note: Data are computed up to age 40
Photo, left to right: © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

対照的に、東欧諸国では子どもが1人の女性の割合が高く、子どものいない家庭に対する容認度が低いため、子どもを持たない女性の割合は低い。南欧やドイツでは、子どものいない女性と子ども１人の女性の割合が高いため、平均出生率が非常に低い。最後に、日本は子どものいない女性の割合がどこよりも高く、40歳で子どもがいない女性は10人中3人である。

全体的にみて、平均出生率は子ども2人の女性の割合と相関関係はないが、子どもが3人以上いる女性の割合とは相関関係が強い（図32）。

本章で挙げられている国・地域では、晩産化が進み婚外子の出生が増えている（Billari and Kohler, 2004; Sobotka, 2017）。

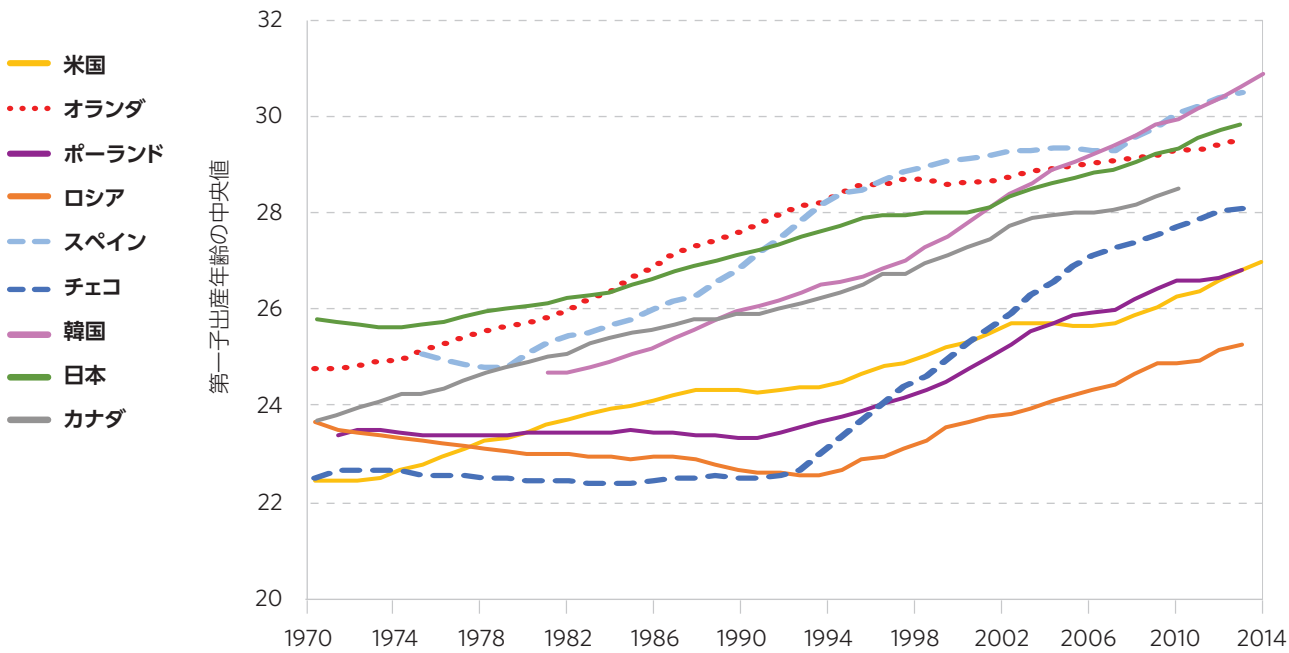
イタリア、日本、韓国、スペインでは第一子出生の平均年齢は1970年代に24-26歳であったのが、今では30歳を越えている（図33）。この傾向は10代での妊娠の減少、特に米国と東欧での減少と同時期に起きた（図34）。ヨーロッパと東アジアの多くの国々では、思春期女性の出生数は全出生数の3%に過ぎない。

若い時に「マミートラック」（働く母親に配慮した勤務体制）のために経済面やキャリア面で遅れを取りたくないと思う高学歴の女性の間で、高齢出産は最も急速に増えた（Miller, 2011）。体外受精を初めとする生殖補助医療が利用可能になったことが、この晩産の増加に繋がっている。30代後半や40代まで妊娠を遅らせる女性は、不妊や妊娠中の合併症の可能性が大きくなる（Schmidt et al., 2012; te Velde et al., 2012; Sobotka and Beaujouan, 2018）。

1970年から2000年の間の出生率低下は、晩婚化や、同棲や離婚、婚外子の出産の増加傾向と同時に起きた（Lesthaeghe, 2010; Perelli-Harris et al., 2012; Hayford et al., 2014; Lappegård et al, 2018）。ただし、こうした傾向は、スウェーデン、米国、ロシアなどの国で2004年にピークに達した後、後退した（図35）。

ヨーロッパ連合（EU）では、婚外子の出生

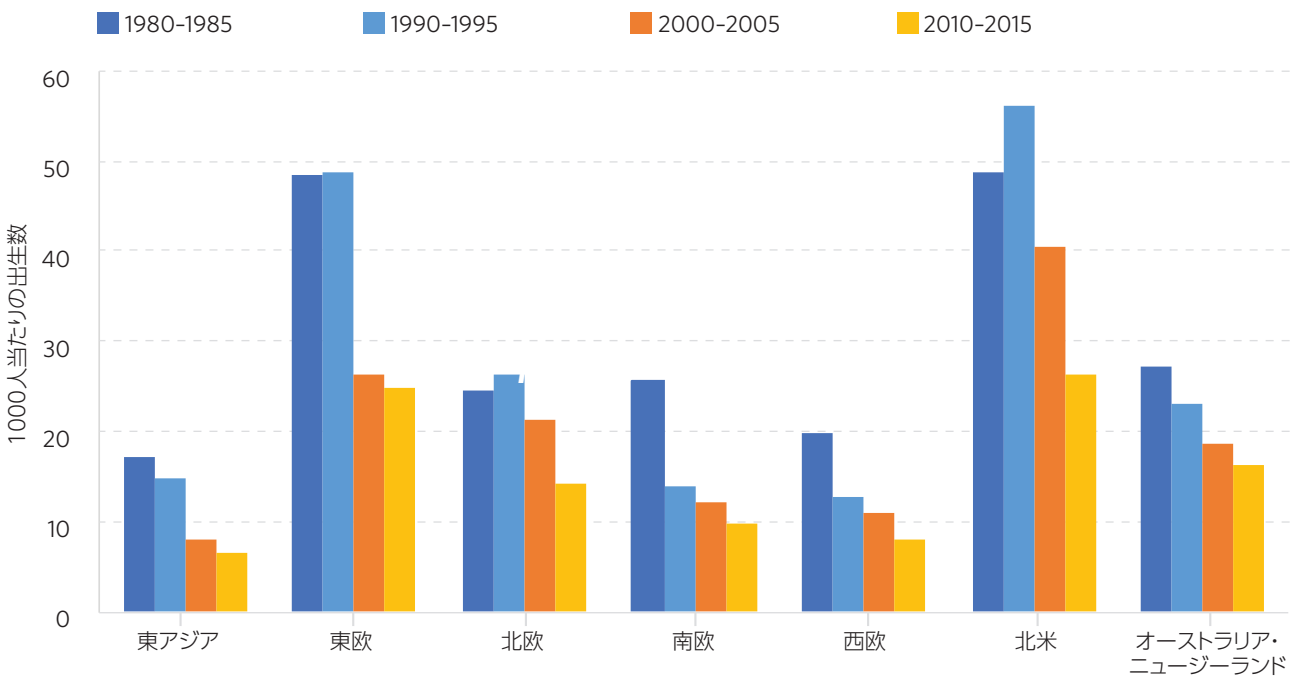
図33　第一子平均出生年齢、1970-2016



Sources: Human Fertility Database (2018); Yoo and Sobotka (2018)

© Thanasis Zovoilis/Getty Images

図34 **15-19歳の女性1000人当たりの出生率、1980-2015**



Source: United Nations (2017)

割合が2014年で42%となり、1994年から倍増した。対照的に、東アジアでは出産は依然として結婚に強く結びついている。結婚と出産が結びついているこの地域では、生涯を通して子どもを作らないことがめずらしくなくなっている（Jones and Gubhaju, 2009; Wei et al., 2013; Guo and Gu, 2014）。

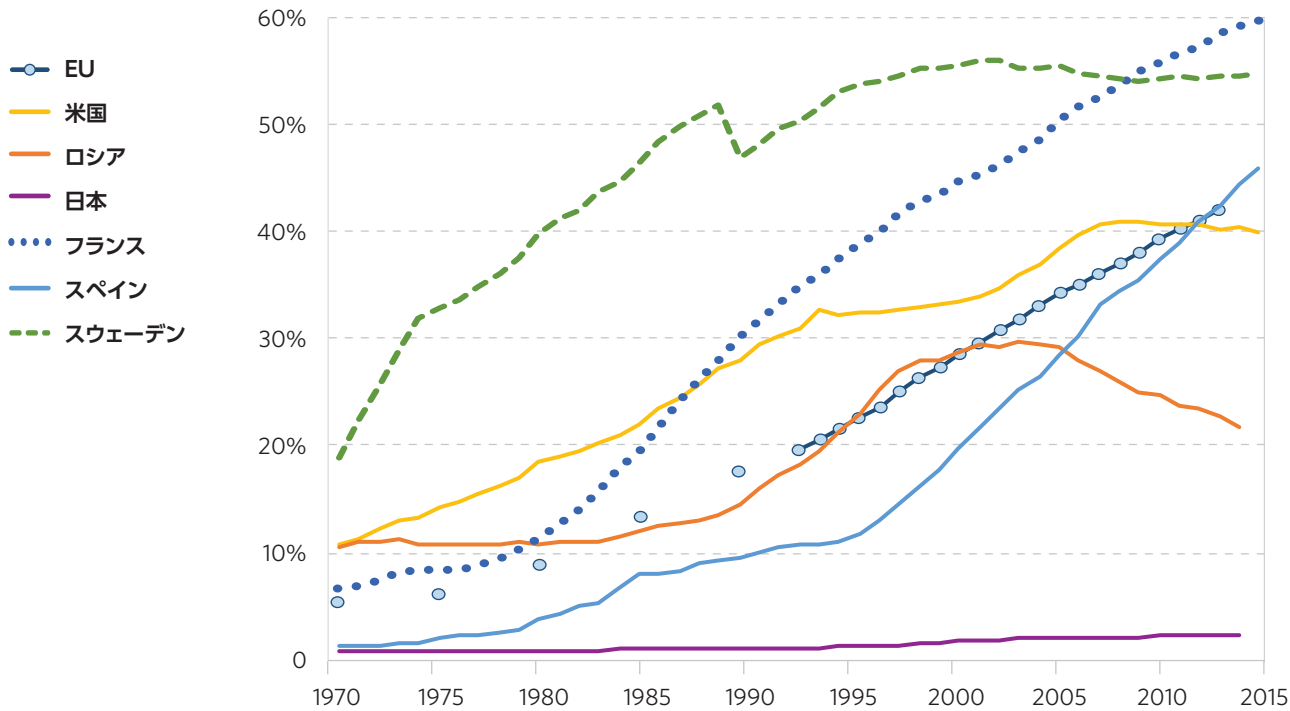
婚外子のほとんどは、シングルマザーではなく、むしろ同棲しているが結婚していないカップルの間で生まれている。2010年頃、ヨーロッパの2歳以下の子どもの10人中1人はシングルマザーの母から産まれたのに対し、10人中4人は結婚していないカップルの子どもであった（Wittgenstein Centre, 2015）。

年々の合計出生率は、経済状況、家族政策、政治的変革と紛争などの影響を受ける。例えば、2000年代初めに出生率が上昇傾向にあった諸国で、その後出生率が低下に転じたのは、2008年以降の米国とヨーロッパでの財政危機と関連している（Goldstein et al., 2012; Schneider, 2015; Wittgenstein Centre, 2015; Comolli, 2017）。同様に、1997年の東アジアでの財政危機により出生率は非常に低いレベルに低下した（Kim and Yoo, 2016）。1990年頃の旧ソ連の解体と社会主義諸国の体制崩壊の後、中欧と東欧で出生率は急降下した（Sobotka, 2011）。

出生率に対する下降圧力

東アジアとヨーロッパの多くで見られる非常に低い出生率のほとんどは、小家族への願望が直接反映されたものではない。平均理想子ども数は女性1人当たり子ども約2人であるが（Sobotka and Beaujouan, 2014）、実際の出生率はそれより低い。子どもの数の理想と現実のギャップは、女性も男性もリプロダクティ

図35　ヨーロッパ連合およびその他の国々における婚外子出生の割合、1970-2016



Sources: Council of Europe (2006); NIPSSR (2017); Eurostat (2018); Martin et al. (2018)

© iconics/a.collectionRF/Getty Images

ブ・ライツを実現できていないことを示唆している。

経済的障壁

高所得国では、若い女性と男性は労働市場に参入する困難に直面している。概して、彼らはより貧しい諸国の若者よりも多くの年数を高等教育に費やすため、経済活動に従事するのが遅くなる。教育を受けた後、仕事を見つけるのはしばしば難しく、特に自分の関心がある分野での就職の門戸は狭い。

グローバル経済の構造変化により、過去の典型的な大学新卒者向けの仕事の多くは無くなった（Adsera, 2018）。一方で、かつては長期雇用の可能性があった仕事の多くは、短期または契約ベースの仕事に代わってしまった。

結果として、労働市場での不平等がさらに悪化し、20代と30代前半の女性と男性の実質所得は減少した（Sanderson et al., 2013; Rahman and Tomlinson, 2018）。高所得国の若い成人は「成功しそこねている」（Sanderson et al., 2013）のである。南欧では若者の地位が最も脆弱であり、失業率が高く、臨時の仕事がますます一般的になっており、社会保障が十分とは言えない（Rahman and Tomlinson, 2018）。この不安定な経済・労働市場により、人々が家庭を持つのがますます遅くなり、晩婚化が進み、子どもを産まない人が増えている（Blossfeld et al., 2005）。

1990年代、先進国の多くが経済の後退を経験し、雇用、所得、生活水準に影響があった。1997年のアジア金融危機により雇用慣習が変化し、新規雇用の場合、終身雇用から期限付き労働契約に変わっていった。このため、若者にとって雇用が非常に不安定になった（Ma, 2014）。

さらに1990年代には東欧の多くの国では、激動の過渡期を経て市場経済へと移行する際、長期にわたる経済的衰退が続き、所得格差と貧困が増大した。総合的に見ると、この状況は出生率の大幅な低下と関連していると見られることが多い。東欧での場合、第二子出生率が低下し、子ども1人という女性の割合が急激に増えた（Perelli-Harris, 2005; Sobotka, 2011; Zeman et al., 2018）。2008年の金融危機においても、若者は経済的機会に関して同じように打撃を受けた。

仕事と家庭の両立の困難に直面

先進諸国全般で、より高いレベルの教育を受け、有給の労働市場に参入し、長期にわたって働く女性が増えている。しかし、手頃な価格の保育ケアを十分に利用できなかったり、また雇用主や政府による有給の育児休業制度または柔軟な勤務時間体制が無い場合、女性が家庭と仕事を両立させることは困難である（Goldin, 2006）。さらに多くの国では、子育ての責任は女性の肩にかかっている。このような状況から、女性は民間企業より賃金は低いが、諸手当と安定を確保できる公共機関での仕事を求めるようになる。

出生率が非常に低い諸国では、仕事と家庭の両立のための政策が十分とは言えない。例えば、東欧と中欧のほとんどの国々では、政府支援の乳幼児保育支援は不十分であり、ブルガリア、チェコ、ハンガリー、ポーランド、ルーマニア、スロバキアで保育施設に通っている0-2歳児は15%以下である。それに対し、OECD加盟諸国では34%である（OECD, 2018）。保育支援が不十分なため、母親が労働市場に復帰するのが遅れ、子どもを持つことによる機会費用（コスト）が増える。

東アジアでは職場文化として、従業員は雇用主に対して大きく献身することが求められている。長時間労働や柔軟でない労働時間のため、仕事と家庭の両立が難しい。韓国では、2014年に約18%の女性従業員の１週間の労働時間は54時間以上であった（OECD, 2017）。この問題に対処するため、韓国政府は2018年に労働時間を週40時間、残業を最大12時間に制限する法律を制定した。

さらに労働市場では、子どものいる女性は差別を受けることが多い。日本と韓国の母親は低賃金の仕事に就くことが圧倒的に多く、仕事の選択肢が限られているため、性別による大きな賃金格差が生まれる（OECD, 2017）。

教育と仕事に関して平等を獲得した女性も、育児と家事という「第二の仕事」があるため、家庭と仕事に関連して何かを決める際にはいつも制約を受け続ける。未だに家庭ではジェンダー不平等があるため、女性は自分の仕事を抑制せざるを得ず（McDonald, 2013）、これが低出生率に繋がっている。

東アジアの女性は、労働環境が厳しく、家事や子どもとその他親族の世話に関して不釣り合いに負担が大きいため、家族に関する選択では大きな制約を受けている（Raymo et al., 2015）。日本や韓国の女性は結婚する際、仕事を辞め、家事、ならびに夫・高齢の義父母・子どもの世話の責任を負うことが期待されることもある（Rindfuss et al., 2004）。日本のカップルの家事に費やす時間は、夫が平均して週に3.4時間、妻は平均して27.4時間である（Tsuya, 2015）。

家庭生活のために自分のキャリアを犠牲にしなくていいように、東アジアの女性の中には結婚を遅らせたり、結婚をしない人もいる。この地域での出産のほとんどは結婚した夫婦間でのことなので、生涯を通して子どもを持たない女性の数は増えつつある。

しかし、女性がこのような問題に直面しているのは東アジアだけではない。無報酬の家事と家族の世話に関して見られるジェンダー間の不平等は、中欧・東欧のほとんどの国、また南欧、特にイタリアとポルトガルでも根強く残っている（OECD, 2017）。

安定した経済と支援政策があれば出生率は上昇する

中程度の低出生率国は、経済がしっかりと安定しており、家庭を持ちやすい、または子どもを産みやすい政策がある。支援政策があると、カップルが安心して家族を作りやすくなる（McDonald, 2008）。

人口置換水準程度の出生率のヨーロッパ諸国では子どものいる家庭に対して、有給育児休業、家族への現金給付、公的保育やその他の子ども向けサービス、家族向けの税制優遇措置、勤務時間に合わせた学校の授業時間編成などの措置を講じていることもある。

パートタイムの仕事を選択できたり、子どもが病気の際の休業制度や、夜間勤務と不規則な勤務時間をしなくて済んだり、母親も父親も長期の育児休業を取れると、家族を持つことを考えているカップルと個人には非常に大きな助けとなる。

カナダとヨーロッパのいくつかの国では、母親に対する雇用の障壁を削減したため、現在、子どものいる母親の大多数が雇用されている（OECD, 2007, 2011）。子どものいるカップルの1人がフルタイム、もう1人がパートタイムで働く「1.5人の稼ぎ手モデル」はオーストラリア、オーストリア、オランダ、英国でよく見られる。このモデルはオランダ政府がパートタイム勤務に法的権利を付与し、フルタイム労働者と同じ健康保険、社会保障と老齢年金をパートタイム労働者が享受できるようにしたため、オランダ国内で普及した（Mills, 2015）。

希望は子ども2人の家族構成

本章で扱う国々の女性の大多数は、子ども2人の家族を希望しているが、3人欲しいという人も大きな割合を占める（Hagewen and Morgan, 2005; Sobotka and Beaujouan, 2014; NIPSSR, 2016）。中国は例外的に子ども1人を希望する女性が多い（Basten and Gu, 2013）。

低出生率の諸国の多くでは、希望する子どもの人数と実際に産む子どもの数に大きな差がある（Bongaarts, 2002; Wittgenstein Centre, 2015）。あるカップルは、人生における相反する優先事項がある、あるいは経済的困難などの事情があるため、希望する人数の子どもを持たない。他には病気や離婚などの理由で、希望する子どもの人数を産まない。家族規模に関する決定は人生経験に応じて時とともに変化する。ヨーロッパ7カ国における1960年代後半生まれの女性の子どもの希望数と実際の数の差は平均0.5人以上であった。この差が一番大きかったのは、大学教育を受けた女性であった（Wittgenstein Centre, 2015; Beaujouan and Berghammer, 2017）。

179カ国の政府が署名した1994年の国際人口開発会議の行動計画は、「すべてのカップルと個人が、自分たちの子どもの数、出産間隔、および出産する時期を責任もって自由に決定でき、そのための情報、教育と手段を得ることができる」ことを目指すと言明した。この原則は、子どもが欲しくない、あるいはたくさん欲しいに関わらず、すべてのカップルと個人にあてはまることである。したがって、子どもが欲しいカップルと個人が、経済的事情やその他の事情で仕事と生活の両立ができない場合、リプロダクティブ・ライツを十分に享受できないことになる。

低出生率諸国での計画外妊娠

先進国での妊娠の多くは、意図しないものである。意図しない妊娠のなかには、避妊具（薬）のニーズが満たされていないことによるものもある。ニーズが満たされていない女性とは、性的に活発で、妊娠はしたくはないものの、避妊具（薬）を使用していない女性のことである（国連, 2016）。これら諸国の既婚または同棲中の女性は、推定で10人に1人が避妊具（薬）のニーズが満たされていない。さらに、2010年から2014年の間、毎年、先進国の出産可能年齢の女

性1000人中推定で45人は、意図しない妊娠を経験した（図36; Bearak et al., 2018）。

東欧では意図しない妊娠の割合が比較的高いが、その理由の一部は近代的避妊法（とくにピル）が入手しにくい、性教育が欠如している、避妊に関する知識が乏しいためである（図37; Kon, 1995; David, 1999; Stloukal, 1999; Sobotka, 2016）。しかし、この地域全域での避妊具（薬）へのアクセスは1990年代前半からかなり改善され、結果的には、避妊具（薬）の使用が増加し、人工妊娠中絶率は低下した（図37および38）。人工妊娠中絶は東アジアでも多い。2014年、東欧と東アジアにおける意図しない妊娠の4件中3件以上は 人工妊娠中絶されている。

先進国では意図しない妊娠が多いだけでなく、意図しない出産も4件に1件と多い（図39; Bearak et al., 2018）。ただし、これらの意図しない出生のほとんどは望まない時期のものであり、望まない出生というわけではない。 東欧と中欧の国々での意図しない出生の割合は比較的低いが、その主な理由は人工妊娠中絶が可能だからである。

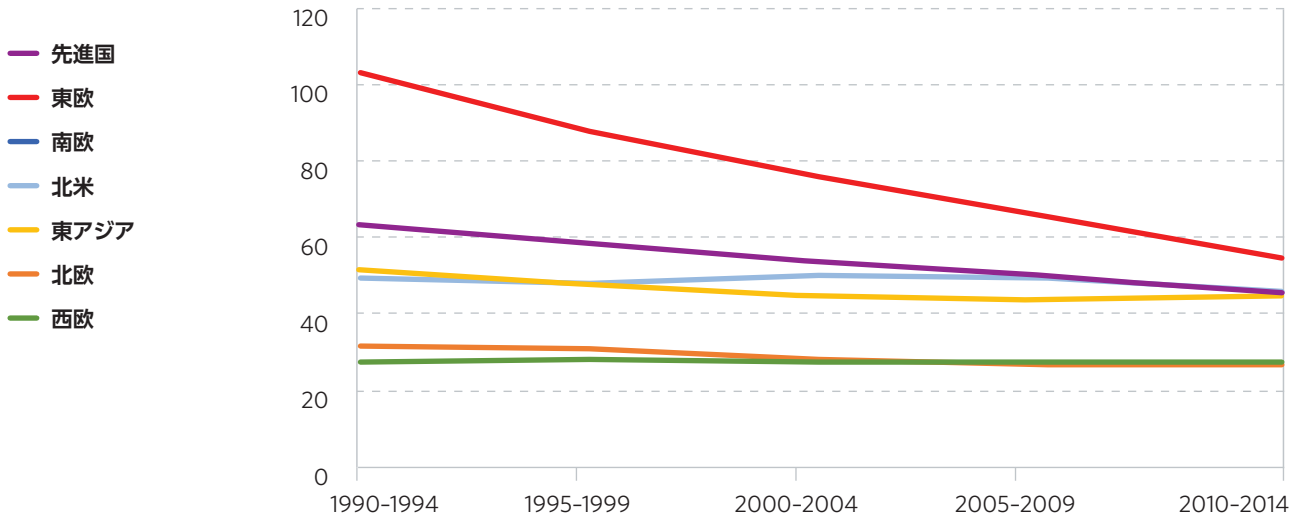
東欧と東南ヨーロッパの多くでは、若者は避妊具（薬）を利用せず、性交中の膣外射精に頼る傾向がある（CDC and CRC Macro, 2003）。これらの諸国では包括的性教育が不十分である。

リプロダクティブ・ヘルスが保障されておらず、保健医療制度が整っておらず、さらにコンドームの使用が限定されていたことから、1990年代に東欧で性感染症が急増した（Uusküla et al., 2010）。今日でもこの地域でのHIV感染は増え続けている。その多くは薬物注射の使用の結果であるが（Avert, 2017）、近年では性的接触も主な感染経路になっている。HIV感染が継続して増加しているのは東欧と中央アジアだけである（Avert, 2017; UNAIDS, 2017）。

不妊症も先進国のいくつかでは出生率低下の一因となっている。不妊問題に関する科学的証拠は数少ないが、女性よりも男性側に原因がありそうだと示唆されている。一部の調査研究では、高所得・低出生率諸国の男性の精子が質・量と

© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

図36　15-44歳の女性1000人当たりの意図しない妊娠件数、1990-2014



Source: Bearak et al. (2018)

もに確実に低下していることを指摘しているが（Levine et al., 2017）、これについてはまだ結論が出てはいない（te Velde et al., 2017）。

一部の先進諸国における低出生率の原因として考えられるのは、続発性不妊症である。これは既に子どもが一人いるが次の妊娠ができない、あるいは妊娠しても出産まで無事に育てられないことをいう（Mascarenhas et al., 2012）。2010年、高所得諸国のカップルの7%、中欧・東欧・中央アジアでは18%が続発性不妊症であると推定されている。以上の地域で続発性不妊症が比較的多い理由として、人工妊娠中絶が比較的多いこと、安全でない人工中絶や子宮内腔の癒着を起こしてしまうような中絶手術による事故が多いこと、それに中絶後の感染などが挙げられる（Hodorogea and Comendant, 2010）。

米国で継続的に実施されている調査によれば、出産可能年齢の既婚女性の間でわずかながらではあるが不妊症が継続して低下してきている（Chandra et al., 2013）。しかしながら、カップルが子どもを産むのを出産可能年齢の後期に遅らせる傾向が続いているため、今後不妊症が増加する可能性が高い。ヨーロッパでは、出産を遅らせたため、不本意ながら子どもができない件数が増えており、te Velde et al.（2012）の分析によると、6カ国で1970年から2007年の間にほぼ倍増している。

リプロダクティブ・ライツ

子どもを何人持つか、いつ産むかを責任もって自由に決定する権利を行使することは、避妊具（薬）や適切な不妊治療へのアクセスがあるか否かということだけに左右されるわけではない。子どもの数に関する決定は住宅状況、家庭の経済状況、育児費などにも関係する。

子どもを産むことについての決定は、ひとり親家庭に対する偏見、未婚の親や同性カップルの子どもに対する差別、人工妊娠中絶の合法性、生殖補助技術の有無などの社会的、制度的、法的障壁からも影響や制約を受ける。

人工妊娠中絶の合法性は国によって異なる。先進国の10カ国中8カ国は、妊娠第一期に要請

© Frank Schoepgens/Getty Images

があれば、または広義の社会的・経済的理由があれば、中絶を許可している（国連, 2013）。

体外受精などの生殖補助技術の需要は、出産可能年齢の後期に子どもを産むことを選択する女性が増えている先進国で高まっている。生殖補助技術を利用できることで、生殖に関するカップルの選択肢が増え、リプロダクティブ・ライツの享受に繋がっており、わずかではあるものの出生率の増加に寄与している。2013年、ヨーロッパでは、出生件数の2.2%は生殖補助技術を受けており、特にチェコ、デンマーク、フィンランド、スロベニアでは最高6.2%もの高い割合を記録している。

出生率と高レベルの人間開発・経済開発

比較的貧しい国で人間開発が進むと、通常出生率は低下する。人間開発がより進むと、出生率は劇的に下がり、人口置換水準よりもはるかに低下することもある。

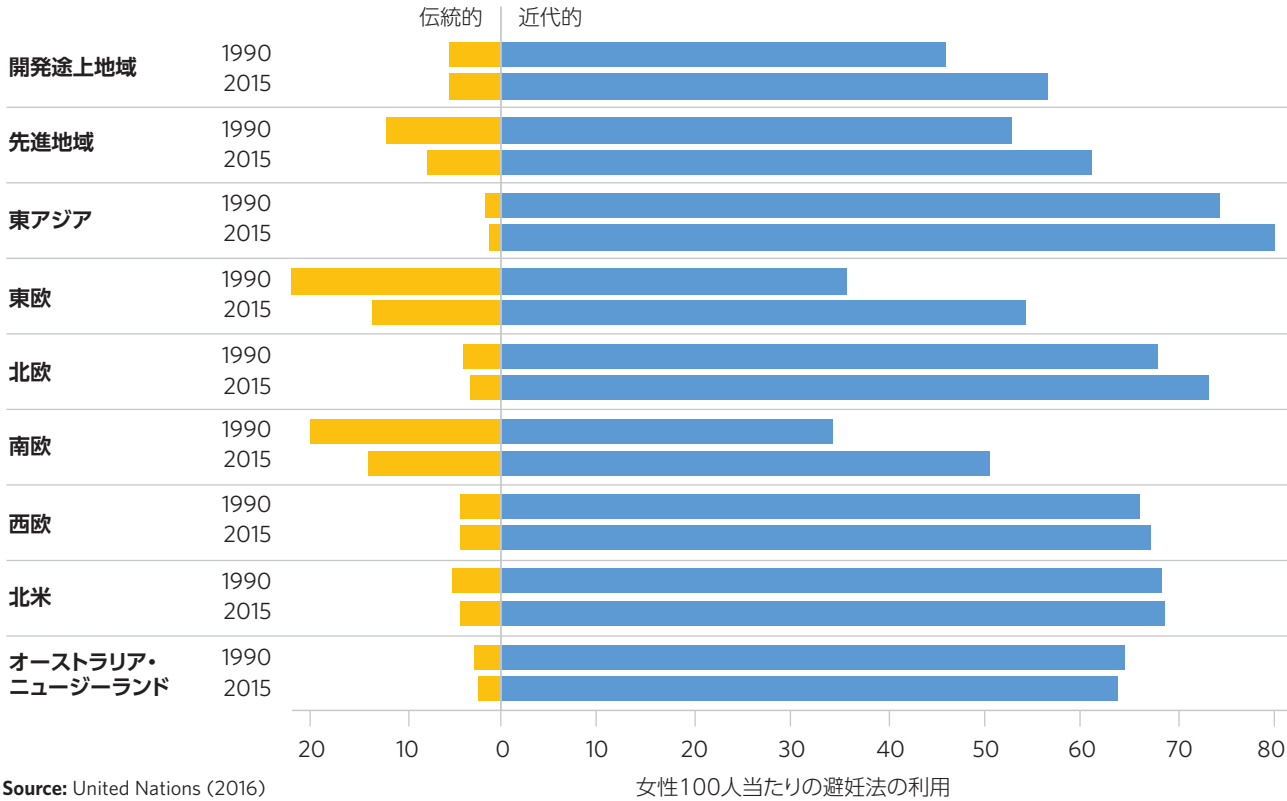
ところが、非常に低い出生率国が中度の低出生率に上昇したり、一方で下降していた出生率が最低レベルに到達する前に安定化した国もある。これら諸国には共通点がいくつかある。まず、人間開発も1人当たりの国内総生産（GDP）も最高レベルに達成している。加えて、ジェンダー平等に向けてもより進んでおり、国によっては、結婚する人が減り、結婚する人の年齢は高い。これらの国のほとんどでは、よく機能する労働市場があり、若い成人が仕事や住宅を手に入れられる機会を提供している（Myrskylä et al., 2009; Luci-Greulich and Thévenon, 2014; Arpino et al., 2015; Goldscheider et al., 2015; Billari, 2018）。

人口置換水準に近い出生率の国々は、公的資金による質の高い保育サービスなど、家族に配慮した幅広い政策とサービスがある。これらの政策は強制的なものではなく、特に人口増加を意図したものでもない。むしろ、家族と子どもの実際のニーズに応えるものであり、リプロダクティブ・ライツを含む人権を尊重し、強化するものである。

中程度の低出生率の国々の経験から、親に対

図37

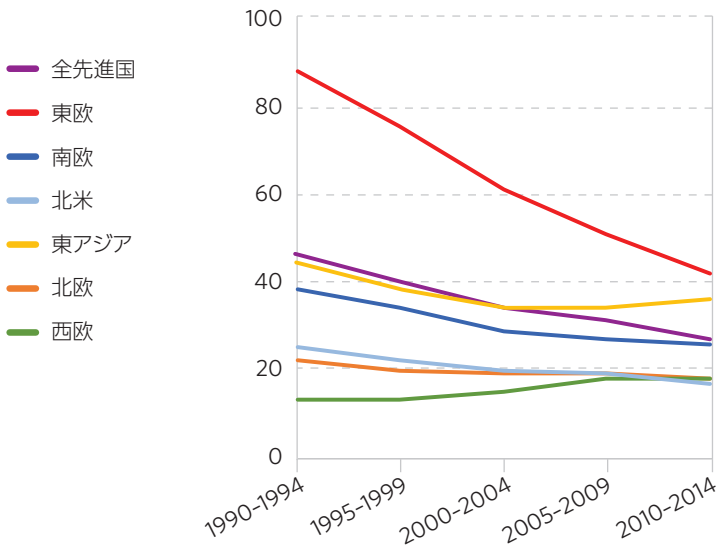
15-44歳の有配偶または同棲中の女性の伝統的避妊法と近代的避妊法の利用（53カ国）、1990-1994および2010-2014



Source: United Nations (2016)

図38

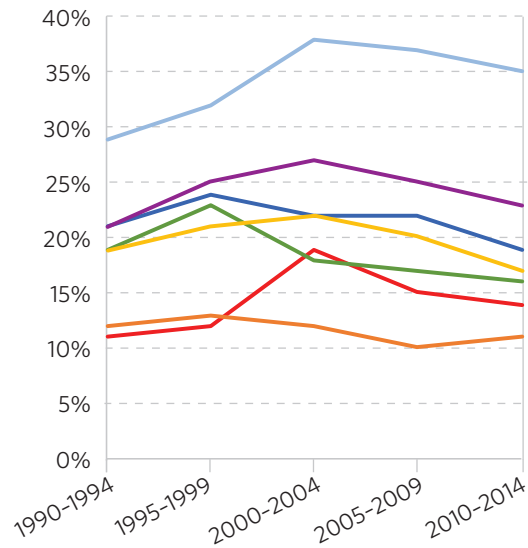
15-44歳の女性1000人当たりの人工妊娠中絶率、1990-2014



Source: Sedgh et al. (2016a)

図39

意図しない出生の割合、1990-2014



Source: Bearak et al. (2018)

して幅広い支援を提供し、仕事と余暇と子育てを組み合わせた選択肢を増やす政策が最も効果的で役立つことが分かっている。

世界には、個人やカップルが責任をもって自由に妊娠の回数、時期、間隔を決定できる十分な力を持っている国は一つもない。これには人口置換水準以下の出生率の国々も含まれる。概して、これらの国々では社会的、経済的、制度的、また構造的障壁があるため、カップルや個人の多くは自分たちが希望する数の子どもを持てないでいる。

© Giacomo Pirozzi

スウェーデンでは育児休業政策により希望する数の子どもを持つことが容易となっている

© UNFPA/Melker Dahlstrand

スウェーデンに注目

「スウェーデンでは、キャリアか子どもか、という選択は必要ない」

ハンス・リンデ
スウェーデン性教育協会

アンドレアス・アサンダーは仕事に出かける妻のエリンにいってらっしゃいのキスをする。彼女が玄関ドアを閉めると、彼は生後11カ月の娘エダを抱き上げ、4歳の娘ローの手を引いて、同じく玄関を出て行く。

最初の目的地はローの保育園、それからストックホルム郊外の彼らの家の近所の公園でエダと散歩する。その後屋外運動コースへ行き、ベビーカーに乗ったエダがすやすや眠っている間、

スウェーデンの育児休業政策はリプロダクティブ・ライツのためにも、国の経済にも有益である。

ハンス・リンデ
スウェーデン性教育協会

アンドレアスは運動をする。午前9時には、アンドレアスとエダは帰宅する。エダが目を覚まして、遊んで欲しいとせがみ、朝のおやつと言う前に、運がよければ、コーヒーを飲む時間がある。

「普段は、子どもに対して誰でもやるようなことをしています」とアンドレアスは言う。「一緒に遊んだり、本を読んだり、食べたりね。エダが眠っている間に、洗濯や掃除などの家事をします。たまには同じく育児休業中の友人と会うこともあります。」

アンドレアスがエリンに出会った頃、彼女には既に、道を渡ったところにある小学校の4年生だった息子のジョンがいた。夫婦になってからは、早い時期に自分たちの子どもを持とうと決めた。

© UNFPA/Melker Dahlstrand

スウェーデンの社会保障制度は、両親の共同責任を支援し奨励している。合計480日の育児休業が付与されており、父親と母親にそれぞれ90日、残り300日は両親が配分を決め、うち30日間は2人が同時期に取得できる。最初の390日間は1日110ドルを上限として手当てが支給され、その後は減額される。

最初の4カ月はエリンがエダと一緒に家で過ごした。それ以降、アンドレアスが火曜、金曜、水曜の半日にエダの世話をし、エリンはそれ以外の2日半に家で過ごしている。

「スウェーデンでは、仕事と親であることを選ぶ必要はないのです」とスウェーデン性教育協会（RFSU）のハンス・リンデ会長は述べ、「育児休業制度は平等の基礎となっています」と加える。

「2人で調整することで、私たちは仕事とエダの両方に多くのエネルギーを費やせます」とアンドレアスは言う。

RFSUのリンデは「スウェーデンの育児休業政策は、リプロダクティブ・ライツのためにも国の経済にも有益だ」と言う。リプロダクティブ・ライツを尊重することで、スウェーデンは「世界最強の福祉経済の一つになりました」と同氏は評価する。

育児休業は
合計480日

第6章

誰にでも選択の権利がある

出生率は重要である。
人々が持つ機会と制約を反映し、人々がどのような立場に置かれているか、かつてはどうであったのかを映し出す。
元々は個人のものであったが、その影響は波紋のように社会に広がり、未来に対する希望を決定づける。

© JGI/Jamie Gril/Getty Images

同じ国内で、また各国間でも出生率に大きな格差があるが、出生に関する課題と要因はさまざまである。しかし、どの国にも共通していることとして、カップルや個人がどの程度リプロダクティブ・ライツを行使できるかによって、何人子どもを持つか、妊娠・出産が自分たちの希望とどれだけ合致しているかが決まる。

テヘランで1968年に開催された国際人権会議以来50年にわたり、各国政府は、責任を持って自由に子どもの数を決定する権利について合意してきた。さらに1994年の国際人口開発会議においても、この権利を強く再確認した。この会議の行動計画は、差別や強制、暴力を受けることなく、すべてのカップルと個人が、子どもの人数、出産間隔および時期について決定するための情報や手段を得る権利があることを明言している。

2015年に、持続可能な開発のための2030アジェンダの中で、リプロダクティブ・ライツは持続可能な開発の17目標のうちの一つとして明示され、他の目標の達成に不可欠であることが示された。

リプロダクティブ・ライツを守るために、多くの進展があった。しかし今日、すべての人がリプロダクティブ・ライツを常に享受している国はない。未だ社会的、制度的、経済的要因のために、自由に責任を持って希望する人数の子どもを持つことが叶わず、望む時に産めない人々が至る所にいる。これは出生率の高い国でも低い国でも、同様に見られる状況である。出生率は経済を減退させたり、後押ししたりすることもできるとともに、基本的な社会サービスのための資源を確定できるという意味で喫緊の課題であるにも関わらず、このような状況は続いている。そのため、リプロダクティブ・ライツや妊娠・出産に関わる選択肢が限られている多くの人々は、住宅、仕事、育児に関する不安を抱えている。

公共政策と個人の目標がよりよく調和することが大切である。人々にとって、子どもを産むか産まないか、産むとしたらいつ、どのくらいの頻度で産むかを決めるための知識と手段が不可欠である。高すぎるか低すぎるかの違いはあるが出生率に課題を抱えている各国政府は、産むタイミングや間隔を自ら決められる個人の権利を強化する政策が必要である。個人と政府の目標を連携させ、人権に立脚したものにすることにより、経済と社会の発展の強い原動力となりうる。

すべての国がやるべきこと

それぞれの国が、誰も取り残さないことを肝に銘じて、すべての市民のリプロダクティブ・ライツを守るのに必要なサービスと財源の組み合わせを明確にする必要がある。またカップルや個人が

© Mark Tuschman

自由に責任をもって妊娠の回数とタイミングを決めることを阻んでいる社会的、経済的、制度的、地理的な障壁を取り除くことが必要である。それぞれの国の出生率によって、適切な活動は異なるだろう。しかし、いくつかの問題はすべての国に通貫するものであり、リプロダクティブ・ライツの基盤でありながら、未だ改善すべき点が広く見られる領域である。

リプロダクティブ・ライツへの約束を遂行する

1994年の国際人口開発会議（ICPD）に参加した179カ国の政府は、リプロダクティブ・ライツという考え、とりわけ、誰もが子どもの数と妊娠・出産のタイミングを自由に責任を持って自ら決める権利を持つことを支持した。どんな人にもこれらの権利が与えられているにも関わらず、未だすべての人々が享受できてはいない。

この隔たりを埋める手始めとして、各国政府は、自国の人口政策がリプロダクティブ・ライツを強化し個人が自らの出産に関する目標を実現できるよう後押ししたものとなっているか、それとも子どもの数を決める能力を弱めているかということを、見極める必要がある。人々が希望する数の子どもを、ほしい時に産めるように、政策を見直すか再調整しなければならない。そのためには、リプロダクティブ・ライツと妊娠・出産に影響を及ぼす、教育、仕事、住宅、食糧の確保を含むあらゆるレベルの分野横断的な要因を考慮することが不可欠である。例えばバングラデシュは、健康、教育、所得をバランスよく組み合わせて提供する包括的な人間開発の方策を国家開発に取り入れ、例外的に速いペースで出生率に関する目標を達成した。

どの国でも行える一つの出発点としては、リプロダクティブ・ライツに関して定期的に全国的な「点検」を行い、法律、政策、予算、サービス、啓発活動などが、国際人口開発会議で定義されたリプロダクティブ・ライツに沿っているかどうかを見極めることである。すべてが情報と権利に基づくものとするためにも、専門家の意見だけでなく広く一般の人々からの意見も求めるべきである。一般的に、保健医療、社会的、経済的、制度的な決定要因を含むリプロダクティブ・ライツにおける格差を評価するための、より良い手法を開発する必要がある。

満たされていないニーズをゼロにする

途上国における意図しない妊娠5件のうち4件以上は、女性の近代的避妊法のニーズが満たされていなかったことが原因である（Guttmacher Institute, 2017）。しかし、ニーズが満たされていないのは途上国に限ったことではない。実際のところ、どんな国でも、出生率の低い国々でも起きている。より裕福で、都市に住み、より高等教育を受けている世界中の女性は、通常さまざまな近代的避妊法を十分に利用できているのとは対照的に、より貧しく、教育をあまり受けていない農村地域に住む女性たちはそれを利用できていないのである。出生率が低く、所得が高い国々では、安全な人工妊娠中絶サービスを手ごろな価格でまたは無料で容易に利用できる一方、避妊法によっては利用できないものもある。国が直接実施するか助成する家族計画プログラムは、2030年までに家族計画サービスの満たされていないニーズをゼロにすることを目指すことにより、持続可能な開発目標の達成にも寄与する。

保健医療制度において リプロダクティブ・ヘルスを優先する

多くの国において、リプロダクティブ・ヘルス・サービスは貧困削減から就労に至るまでさまざまな人権や開発目標に及ぼす影響があるにも関わらず、十分な配慮や予算を充当されていない。こうしたサービスは、予防接種やその他健康のための必須項目と同等に、プライマリー・ヘルス・

ケアに不可欠なものと考えられるべきである。これらは包括的で、質が高く、全ての人々が享受でき、人々が自らのことを決定できるようになることを基礎とするべきである。さらに、一般的な健康診断で出産可能年齢の人々を対象に、希望する数の子どもがいるかどうかを標準的な問診項目にすべきである。そして、現在の選択肢に満足していない人々のために、情報提供と専門医への照会を実施するべきである。

結果責任を問える仕組みが整っていることも必要である。それは正しいデータに基づき、実際に権利を十分行使できることを目指し、保健医療サービスを利用する人々が自らの出産に関する目標を達成できると実感できるか否かで評価されるべきである。

すべての人々に包括的な性教育を提供する

人々は自らのリプロダクティブ・ライツを行使し、妊娠するかしないか、するとしたらいつ、どのくらいの頻度でするかを選択するための知識を必要としている。この知識は若者が性的に活発になる前に与えられるべきである。したがって、これを理解するための基礎として、すべての教科課程において、権利、人間関係、性と生殖に関する健康を含む包括的な性教育を、年齢に応じて段階的に実施すべきである。最も効果的なプログラムは、生殖の仕組みについての基礎だけでなく、ジェンダー平等も重視し、少年少女が健全な選択をするための自信とスキルを身につけられるものである。

すべての領域でジェンダー平等を達成するために行動する

女性の権利が満たされていないのはリプロダクティブ・ライツが満たされていないことと密接に関連しており、一方の問題だけを単独に解決することはできない。例えば、ジェンダー差別があると、保健医療制度に悪影響を及ぼし、女性が避妊方法を自ら選択するためのサービスを利用できないこともある。女性が家庭内の意思決定において従属的であったり、性に基づく暴力にさらされている場合は、妊娠・出産についてコントロールする力はほとんどないだろう。

ジェンダー平等は理想的にはすべての国の政策と慣行の中で守られているべきで、保健医療制度の中心となる活動方針の一つであるべきである。ジェンダー対応予算、すなわちジェンダー平等への貢献度により個々の政策を評価し公的資金を投入する方法は、ジェンダー平等を促進するための重要な手段となりうる。ジェンダー平等を推進するすべての取り組みにおいて、ジェンダーが年齢、能力、居住地域、民族性などに関連する様々な形の差別や、他者を排除する現象とどのように関わっているかに注目すべきである。例えば、農村地域の少女は都市に住む少女に比べて児童婚をしている可能性が二倍もある。

社会規範に働きかけることは、ジェンダー不平等の最も根強い要因の一部を転換させるために不可欠である。地球規模で女性たちは以前より自らの権利を理解し、行動できるようになっているが、男性たちの考え方は依然として大きな障害となっている。これは、育児や介護といった無報酬の仕事を男性が平等に引き受けることなく、どの国においても女性が過度に負担していることにも明確に示されている。ジェンダー平等に大幅な進歩を遂げた国々においても同じである。女性によっては自分が希望するよりも少ない数の子どもしか産まないというのも、その一つの結果である。逆に、希望するよりも多くの子どもを持つ女性にとって、家事の負担は克服し難い障壁となり、有給の仕事や地域社会への参加など他の活動ができないこともある。

出生率の高い国々がやるべきこと

出生率の高い国々は、特に農村地域において、高い貧困率と現状に対応しきれていないサービス

© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

の問題に苦慮している傾向がある。これらの国でも一部の人々、特に都市部の若者は子どもを少なく産んでいるが、リプロダクティブ・ライツの完全な実現とは、すべての人が情報に基づく選択をできることを意味している。これらの国では、避妊具(薬)に対する満たされていないニーズは一般的に高く、カップルが自分たちの妊娠・出産に関する目標を達成するための基本的な手段の一つについて、根本的な障害が存在することを示している。

リプロダクティブ・ヘルスケア・サービスの範囲を拡大し、質を改善する

リプロダクティブ・ライツを実現し、人々が望む数の子どもを持てるようにするためには、まず、最も取り残された人々に対しリプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供することが出発点となる。出生率の高い国々では、農村地域に住む貧しい人々がその対象となる。医療施設やコミュニティ・ワーカーによるサービスは、家族計画用品の配布と社会規範を変容させるためのメッセージの提供などから成る統合モデルとして組み立てることができる。変容すべき社会規範とは、避妊具(薬)の使用を阻んだり、女性のエンパワーメントを抑制したりするものである。ジェンダーに基づく暴力がある場合、このようなサービスは、基本的な支援や専門家の紹介システムなどに繋げることもできるだろう。

保健医療システムは、都市でも地方でも、すべての女性が性感染症の予防と治療などの必須サービスと同時に、あらゆる種類の避妊法を平等に入手できることを保障する必要がある。コンドームが現在独身者の最も一般的な避妊法であることを踏まえると、家族計画とHIV感染予防事業とを関連付けるために、さらにすべきことがあるはずである。人権の問題として、また乳幼児の高い死亡

率が出生率を高く押し上げている要因であることを考慮すると、現在の不十分な母子保健事業を、栄養、食糧保障、女性のエンパワーメントなどの関連事業の支援も受けて改善する必要がある。保健管理の情報システムの強化も、優先すべき項目の一つであり、サービスの質とアクセスの格差を把握し、保健医療人材、特に助産師などの中級レベルの人材の能力向上に投資することも必要とされている。

誰もが自分のリプロダクティブ・ライツを知り、行使できるようにする

社会規範は、家族計画サービスの不足と相まって、高い出生率が継続する主な要因となりうる。妊娠の回数と時期について情報に基づく選択をすることを阻む社会規範は、見直される必要がある。さもなければ、個人がリプロダクティブ・ライツを実現することはできないからである。

行動変容キャンペーンは規範を変えるための一つの手法である。これは、特に情報が限られている農村地域で必要とされており、住民の能力強化と人権の原則に基づいたものでなければならない。例えば、人々に避妊具(薬)の使い方を説明するだけではなく、家族の規模、将来の自分達の健康状態に及ぼす影響、家庭内で男女が決定をする過程などについて十分に考慮できるよう促すことも重要である。

児童婚をなくす

児童婚は人権侵害であり、一般的にリプロダクティブ・ライツを含む他の権利の否定に繋がる。少女を児童婚から保護するには、それが法律として成文化され、実際に守られる必要がある。しかし一部の国では児童婚が蔓延し、その慣習のもつ意味は社会に深く根付き広く受け入れられているため、それを覆すためには組織的な努力が必要である。

伝統的な首長や国会議員などの社会的影響力を持つ有力者や政策決定者は、人々に「新しい価値観」の受け入れにあたって説得力のある代弁者となりうる。認識を高めるためには、児童婚に伴う若年妊娠の弊害について、基本的な情報を強調することが効果的であろう。質の高い教育も重要である。それにより、少女が学校で勉強を続け、自らの権利を知り、危険に面した時には助けを求め、生涯を通じて情報に基づく選択をする能力を身に付けられるからである。

©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

農村の女性のための雇用を優先する

世界中の女性は近代的経済活動への参入により、収入、情報と新しい考え方を持つようになり、家庭の外に広がる人生の様々な機会を獲得する。それは出生率低下への重要なきっかけともなっている。高出生率の国々の農村地域の女性にとっては、質の高い仕事と持続可能な生活の糧が最も手に入りにくい。教育、農業、労働市場に関する政策は多くの場合、これらの女性たちのために、さらに貢献できるはずである。これらの政策

の多くは、未だジェンダーに全く配慮しないアプローチを取っており、実際ほとんどは男性の利益になっている。例えば女性は農業経済に多大な貢献をしているにも関わらず、農業普及サービスは主に男性の農業者を対象にしている。

土地と財産に関する権利と金融と技術へのアクセスを男性と平等にすることにより、農村女性の経済的立場を強くすることができる。より多くの農村女性が職業訓練に参加し、より高いレベルの教育を受けることを促すことは、もう一つの優先事項となるだろう。地方政府レベルで女性が参加できるようになることは、女性たちの参加の権利を保障し、その地域で女性が必要とするサービスの提供に影響を及ぼすことができる。能力が強化され、意識や自信を持てるようになると、女性は地域のロールモデルとなり、妊娠・出産や家族計画をめぐる課題を含む社会規範を変革できる存在になる。

リプロダクティブ・ヘルスケアへの支出を優先する

リプロダクティブ・ヘルスは未ださまざまな理由により、多くの国の保健予算の中で冷遇されている。最も貧しい国々は今も国際援助からの資金に依存しているが、近年、資金拠出する国々は家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスを重視しなくなっている。出生率の及ぼす多大な影響力を考慮し、またリプロダクティブ・ライツと質の高い開発連携を達成するためにも、国内および国際的な保健財源の両方においてリプロダクティブ・ヘルスケアをより一層優先すべきである。

中位の出生率の国々がやるべきこと

女性1人当たりの出生数が2人から4人の国々は、総合的な開発レベルは異なるが、リプロダクティブ・ヘルスケアのサービスと情報に関しては概してある程度知識があり、アクセスもある。そして多くの人々は、所得レベルや教育の質などで定義される将来のウェル・ビーイング（良好な状態）は子どもを持つことに関する選択肢と結びついていることを予見している。

これらの国のいくつかは、高い出生率のグループや地域社会と低い出生率のグループや地域社会に同時に対応を迫られ、賃金労働市場で若者が就職できない問題と、歴史的に急速に進む高齢化に同時に取り組んでいる。これらは社会的にも経済的にも重要であり、求められてもいる。

リプロダクティブ・ヘルスケア・サービスの格差を解消する

多くの中位出生率国では、高出生率の国々が達成したレベル以上に保健医療システムの普及が進んでいる。出生率が中程度であるため、国全体の出生率を上げたり下げたりする緊急性は少ない。しかし、平均的な出生率だけを見ていると、すべての人がリプロダクティブ・ライツを享受できるようにするという公約に沿って、解消する必要のあるこの権利に関する根強い格差を見逃してしまう恐れがある。その格差は、例えば意図しない妊娠や、満たされていない避妊具（薬）のニーズに表われている。

僻地、少数民族、若者、未婚者、そして農村や都市の貧しい人々は、あらゆる種類の避妊法、サービス、および情報のアクセスから取り残されているグループである。これらのグループに向けてサービスを物理的に届けるだけでなく、家族計画の情報を適切に伝えるなど、彼らのニーズに合わせる必要がある。あらゆる種類の家族計画の選択肢を提供し、生殖補助医療の導入と利用を広めるために、もっと多くのことができるはずである。

これらの国の一部で、タイミングが悪い、または望まない妊娠が頻繁に起きていることを考えると、原則としては実現された権利が実生活の中でも確実に行使できるように、サービスモデルとそ

の効果の評価も方向付けられるべきである。例えば、女性が妊娠のタイミングと間隔を自ら決定するために避妊具(薬)を使う権利を、パートナーが妨げるということも起こりうる。したがって、家族計画事業、ジェンダーに基づく暴力の防止と保護のための計画、また女性の経済的能力強化を、より密接に結びつけられることが望ましい。それはスクリーニング検査と専門医紹介制度のように基本的なものでもよく、例えば、女性が家族計画サービスを受けに来た時に、他のニーズも確認し、必要に応じて他の機関に紹介する制度などである。

思春期の若者たち、とりわけ未婚者に対しより一層働きかける

中位出生率の国の多くは、近年までの高い出生率の結果として、思春期の若者の人口が多い。しかし、彼らが子どもを持ち始めると人口動態に大きな影響を与えることになるにも関わらず、若者へのリプロダクティブ・ヘルスケア・ニーズへの対応には遅れが生じている。すべての人に同一のサービスを提供すれば良いという思い込みや、思春期の若者は性的に活発になるには若すぎる、さらに未婚の若者には避妊法を禁じるべきであるという考え方が、サービスに対する障壁として挙げられる。

技術を通じて豊富な情報に接している若者は、子どもの数は少なめを選択する傾向がある。しかし、彼らにはより安定した質の高い支援が必要である。包括的な性教育に加え、若者に配慮したリプロダクティブ・ヘルス・サービスや情報などである。既婚と未婚の若者を区別しないサービスは、より多くの人々に届くだろう。いかなる場合でもサービス提供者は相手を尊重し、特に少女の権利と能力強化を重視するべきである。

思春期には幼児期と同様、脳が急速に発達する。この時期は、生涯のリプロダクティブ・ヘルスについて、情報に基づく選択をするための習慣を身に付けるうえで、極めて重要である。その一方で、多くの若者が児童婚や計画外妊娠によって取り返しがつかない経験をする時期でもある。それは貧弱な教育制度や沈滞した労働市場により人生の可能性が限られた少女たちにとって、避けられない結果と見られるかもしれない。このような場合、人口政策やリプロダクティブ・ヘルスの政策は、若者の労働市場への参入も含めて、安定した大人への移行を目的とした政策と結びつける必要がある。

女性の雇用の選択肢と就労を増やす

中位出生率の国の多くでは、教育達成度が男女同等に近いところでさえ女性の就労率が低い。これは、女性を有給の労働力から締め出したり、質の低い仕事にとどめたり、無報酬の家族の世話を不当に担わせていることで、働く能力を活かし切れていないといった差別にも反映されている。多くの女性が子育て支援や他のサービスの不足に直面しており、効果的にバランスよく家庭と仕事の役割を果たすことができない。その結果として、貧困から抜け出す方法を持たない女性や子どもの割合が増え、新興諸国の全般的な経済力に打撃を与え、さらには個人と社会の教育に対して十分に投資が向けられなくなる。同様に重要なことは、女性が得られる情報は限られ、男性のパートナーとその収入に依存しているために、自らの家族を計画する能力と権利を持てずにいる。

男女の賃金格差を縮小し、未だ多くの女性を質の低い雇用に追いやる慣習を抑制するために、特定の政策や取り組みが必要である。女性に特定の仕事に就くのを禁じたり、男性より低い退職年齢を規定したりするなどの差別的な法律は撤廃するべきである。これらの国はすべて、インフォーマルセクターや自営で働く人々も含め、誰でも利用できる保育や、母親と父親の育児休業制度に向け

て検討できるだろう。

ジェンダー対応型の労働市場政策によって、女性の就労を積極的に活性化することもできるだろう。人材紹介プログラム、インターンシップや研修制度、そして職業訓練事業をより多くの女性が利用できることにより、伝統的なジェンダー役割の枠外の職業に就くことを促すことが可能となるだろう。経済の構造変革の一端として、より生産性の高い仕事を女性に提供するために、女性には科学技術の分野などで、新しい機会を追求する平等のチャンスが必要である。

一部の中位出生率国では、仕事を求めて他国に移住する女性の割合が高く、彼女らの送金が経済に与える貢献の大きさを考えると、移住は、労働基準の観点から安全であるだけでなく、彼女らのリプロダクティブ・ライツを保障するものである必要がある。例えば、移住先の国において家族計画サービスを平等にアクセスできること、性的暴力やジェンダーに基づく暴力からの包括的な保護、また子どもを産みたい女性に対しては適切な年齢で本国に戻る際の支援も必要である。

権利に基づく予算編成と歳出を制度化する

中位出生率国の多くは、外国からの政府開発援助（ODA）の削減、非効率的な課税あるいは高額の債務返済のために、保健医療サービスへの公的資金配分に関して複雑な制約に直面している。このため、優先順位を決定する過程において、リプロダクティブ・ヘルスが軽視されることがある。一部の国はそのためのサービスを民営化した結果、貧しい人々や若者が到底払えない金額となるため、結果的に彼らは権利の享受できなくなってしまいかねない。

権利に基づいた予算編成により、すべての人がアクセスできるあらゆる種類の避妊法への配分を増やしたり、租税政策を調整し、収益を上げるサービスを強化拡大するなどの新しい選択肢を生み出すこともできるだろう。このような選択肢をめぐる議論は、出生率とリプロダクティブ・ライツが果たす役割、とりわけ健康的で安定した社会を形成し、それぞれの国内および各国間ですべての人々に利益をもたらす経済を繁栄できることを明確にすることによって、より深まるかもしれない。

© Jasper Cole/Getty Images

出生率の低い国々がやるべきこと

出生率の低い国々は、一般的に学校教育とジェンダー平等が共に高いレベルにあり、あわせて晩婚や離婚や婚姻外の出産に繋がる社会変化が起きている。多くの女性が子どもを産む前にキャリアを積み、経済的に独立している。しかし、低出生率国の女性たちは、自分が欲しいだけの人数の子どもを産んでいないと言う。経済的困窮、住宅不足、不確実な労働市場、そして長期に渡って仕事と家庭を両立するための支援が欠如していたこと

などが、彼女らのリプロダクティブ・ライツの障壁となっている。

低い出生率ということは、より少ない子どもを持つ両親が、より多くの時間と資金を子どものウェル・ビーイングに投資することができることを意味するが、それと同時に、人口の高齢化が進行し、医療費の増大と労働力の縮小も進んでいる。

リプロダクティブ・ライツに沿って、妊娠・出産しやすくするためにすべきこと

低出生率国の中には、より貧しい人々にも質の高い家族計画サービスを提供し、十代の少女たちを意図しない妊娠から守ることができている国々もある。しかし、妊娠・出産に関する考えの変化に伴う女性やカップルのニーズの変化に対して、サービスが応えていないことが往々にしてある。リプロダクティブ・ライツの実現に関しては、出産を延期した高齢女性に関連するものと、避妊法の選択肢が不足していることが、課題として残されている。適切な倫理的指針と医療基準に基づいて提供されている体外受精やその他の不妊治療を、選択肢として選ぶ女性たちもいる。ただし、これらの治療を広く利用できるものにするためには、法外な費用がかかるという課題を解決する必要がある。家族計画事業は、あらゆる種類の避妊方法から、女性やカップルが自分たちの個別のニーズと希望に合致するものを選択できるよう保障すべきである。

家族に配慮した多岐にわたる政策を前進させる

すべての基本的なリプロダクティブ・ヘルスケア・サービスを提供する他にも、さまざまな政策や活動により、家族づくりを含むリプロダクティブ・ライツを行使するのを支援することができる。これらはすべての人々が利用可能である必要がある。例えば、男性と女性のための有給育児休業、家族のための税控除、学校と仕事とのスケジュール調整、フレックスタイム制および安価な住宅などがある。雇用に関連した政策は、医療保険や年金保険を継続できる方策など、不安定な仕事を生み出す労働市場の急速な変化にも対応できる必要がある。さらに、女性の賃金労働市場参入の主な障壁であり続ける、家事と育児の役割分担をめぐるジェンダー規範に異を唱え、それを変容させる取り組みも必要とされている。

保育サービスの利用を拡大する

多くの国々では、育児は女性が主要な責任を担うべきという考えにより、女性は子どもを持つか、または賃金労働を続けるかという選択を強いられている。この問題は、保育サービスが脆弱だったり、不足していたり、高額で負担できないなどの理由でさらに困難になる。多くの女性にとって子どもを持つということは、仕事を辞めるか、または希望していたより長く休職せざるをえないことを意味し、その結果、彼女たちの所得や労働生産性に影響を及ぼすことになる。

この問題に対処するには、いくつかの取り組みを組み合わせることが必要となる。保育は支払い能力の有無に関わらず、すべての人が利用できるようにする必要がある。次の世代を担う子どもの社会化、脳の発達、幼児教育等、付加的な効果をもたらす幼児期発達プログラムと関連させることも不可欠である。また、政策提言活動を通じて、育児・介護などの無報酬労働に関する男女間のよりよいバランスの取れた責任分担について、新しい規範を強化できるだろう。

不安定な労働市場の副次的な影響を和らげる

働きがいのある人間らしい仕事を探すのは出生率の低い国々の若者にとって、ますます困難になっている。グローバル経済の根本的な変化と自動化の進展を考えると、この問題は徐々に悪化するかもしれない。大学新卒者向けの仕事が減少して

おり、ブルーカラーの仕事の多くも消えている。実質所得も減少している。長期雇用が見込める安定した雇用形態から、短期や契約の雇用に変わってきている。国によっては職場風土が依然として厳格で厳しく、長時間労働が要求される。労働市場が特に不適切な場合、人々は移住を選び、人口と生産性の減少を加速させる。

若い人々が将来のウェル・ビーイングに不安を持つ場合、家族を持つことを遅らせる若者も多い。安価な保育や柔軟な労働政策などの支援は重要であるが、それらは蔓延している質の低い仕事や不十分な収入の代わりになるものではない。これらの課題に対しては、経済の構造やそれが生み出す仕事についてより重点を置くと共に、若い人々が適正な仕事を得るのに適切な技能を身につけられるようにする対策が必要である。

国によっては、雇用の特性と質、そして質の低い仕事を反映して深まる不平等について、政策的議論が必要とされている。そうした議論では、政府、民間の経営者、労働組合、教育者、その他の社会的当事者が参加し、リプロダクティブ・ライツと他の人権を支援するより公正で包括的な雇用の選択肢を増やすことを目指すべきである。この議論のある部分は、国境を越えた経済活動、人々、仕事の活発な動きなどを考えると、国をまたぐ広範な地域と世界全体に関係するものでもある。

権利を実現することで転換を完了する

出生率低下への歴史的な転換は、人々が生殖に関する選択をする権利、つまり、多い少ないに関わらず、希望する数の子どもを望んだ時に産む権利を要求することを通じて、世界中で出現してきた。その権利は過去50年間、国際的な宣言、条約、その他の協定の中に正式に記載されてきた。

しかし、同様に出生率に関して長年に渡って格差が見られることは、この権利の実現に向けた国々の深い関与が不足してきたことを示している。人々のリプロダクティブ・ライツに対する社会的、経済的、制度的な障害は依然としてどこにでもあり、個人と社会に負担を強いている。障壁はさまざまであるが、全くないと断言できる国は未だない。未来のウェル・ビーイングは、ひとえにこれらの障壁を取り除くことができるか否かにかかっている。出生率の転換はすべての個人が選択する権利を実現した時に初めて完遂するのである。

© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	セクシュアル / リプロダクティブ・ヘルス										有害な慣習		教育					
	妊産婦死亡率(MMR)(出生10万対)[a]	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)[b]	15–19歳の女子1000人当たりの出生数[b]	15–49歳の女性の避妊実行率(%)		満たされていない家族計画ニーズ(15~49歳の女性)	15–49歳の女性の避妊需要充足率[§](%)	SRH/R*に関する意思決定(%)	児童婚の比率(%)(18歳未満の女子)	FGM(女性性器切除)実施率(%)(15–19歳の女子)	調整後の初等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 初等教育	中等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 中等教育
	2015	2015 推計 低	高	2006–2017	2006–2017	2018 何らかの方法[§]	近代的避妊法[§]	2018	2018	2007–2016	2006–2017	2004–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017
アフガニスタン	396	253	620	51	87	26	23	25	46	–	35	–	–	–	–	62	36	0.58
アルバニア	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	–	96	95	0.99	87	85	0.98
アルジェリア	140	82	244	97	12	64	56	10	77	–	3	–	100	98	0.98	–	–	–
アンゴラ	477	221	988	50	163	17	15	36	29	–	30	–	89	66	0.75	13	10	0.79
アンティグア・バーブーダ島	–	–	–	–	–	63	61	14	80	–	–	–	82	81	0.99	73	76	1.04
アルゼンチン	52	44	63	100	65	69	66	11	82	–	–	–	100	100	1.00	86	91	1.05
アルメニア	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	–	92	93	1.01	93	92	0.99
アルバ	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1.00	73	81	1.10
オーストラリア	6	5	7	100	12	66	64	11	83	–	–	–	96	97	1.01	93	94	1.01
オーストリア	4	3	5	98	8	67	64	10	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–
アゼルバイジャン	25	17	35	100	53	58	28	13	39	–	11	–	96	94	0.98	–	–	–
バハマ	80	53	124	–	32	67	65	12	83	–	–	–	85	92	1.08	79	86	1.09
バーレーン	15	12	19	100	14	67	48	11	62	–	–	–	97	99	1.02	92	94	1.02
バングラデシュ	176	125	280	50	78	64	57	12	76	–	59	–	90	100	1.11	60	67	1.12
バルバドス	27	19	37	99	50	62	58	15	76	–	11	–	92	94	1.03	93	100	1.07
ベラルーシ	4	3	6	100	16	73	60	7	75	–	3	–	96	97	1.00	97	99	1.01
ベルギー	7	5	10	–	7	72	71	7	90	–	–	–	98	98	1.00	93	94	1.01
ベリーズ	28	20	36	97	69	54	51	19	70	–	26	–	100	99	0.99	71	74	1.04
ベナン	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75
ブータン	148	101	241	89	28	62	62	13	83	–	26	–	82	84	1.02	59	68	1.16
ボリビア	206	140	351	90	71	66	48	16	59	–	19	–	91	90	0.99	78	78	1.00
ボスニア・ヘルツェゴビナ	11	7	17	100	11	49	20	15	31	–	4	–	–	–	–	–	–	–
ボツワナ	129	102	172	100	39	59	57	14	79	–	–	–	89	90	1.01	–	–	–
ブラジル	44	36	54	99	62	80	77	7	88	–	26	–	94	95	1.01	80	83	1.04
ブルネイ	23	15	30	100	11	–	–	–	–	–	–	–	97	96	1.00	82	84	1.03
ブルガリア	11	8	14	100	39	72	53	10	65	–	–	–	93	93	1.00	91	89	0.97
ブルキナファソ	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0.97	28	28	0.99
ブルンジ	712	471	1050	85	58	32	27	28	45	49	20	–	97	97	1.00	31	34	1.08
カンボジア	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	–	93	93	1.00	40	37	0.92
カメルーン	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88
カナダ	7	5	9	98	11	73	71	8	88	–	–	–	–	–	–	99	100	1.01
カーボヴェルデ	42	20	95	91	80	66	63	13	80	–	–	–	87	86	0.98	61	68	1.11
中央アフリカ共和国	882	508	1500	40	229	26	20	23	41	–	68	18	77	60	0.79	18	9	0.52
チャド	856	560	1350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0.77	–	–	–
チリ	22	18	26	100	41	75	72	8	86	–	–	–	93	93	1.00	86	89	1.04
中国	27	22	32	100	9	83	82	4	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–
中国(香港)	–	–	–	–	3	76	72	7	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–
中国(マカオ)	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
コロンビア	64	56	81	99	75	80	75	7	86	–	23	–	93	94	1.01	76	82	1.07
コモロ	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	–	84	81	0.97	43	47	1.09
コンゴ民主共和国	693	509	1010	80	138	25	11	27	22	31	37	–	–	–	–	–	–	–
コンゴ共和国	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	–	84	91	1.09	–	–	–
コスタリカ	25	20	29	99	53	79	77	7	89	–	21	–	97	97	1.00	81	84	1.04

* SRH/R= セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス / ライツ（性と生殖に関する健康・権利）

国・領域・その他の地域	セクシュアル / リプロダクティブ・ヘルス										有害な慣習		教育					
	妊産婦死亡率（MMR）（出生10万対）[a]	妊産婦死亡率の不確実性の範囲（UI 80%）		専門技術者の立会いの下での出産率(%)[b]	15–19歳の女子1000人当たりの出生数[b]	15–49歳の女性の避妊実行率（%）		満たされていない家族計画ニーズ（15~49歳の女性）	15–49歳の女性の避妊需要充足率[§]（%）	SRH/R*に関する意思決定（%）	児童婚の比率（%）（18歳未満の女子）	FGM(女性性器切除)実施率（%）（15–19歳の女子）	調整後の初等教育純就学率（%）		ジェンダーパリティ指数 初等教育	中等教育純就学率（%）		ジェンダーパリティ指数 中等教育
	2015	2015 推計 低	高	2006–2017	2006–2017	2018 何らかの方法[§]	近代的避妊法[§]	2018	2018	2007–2016	2006–2017	2004–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017
コートジボワール	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0.90	41	30	0.73
クロアチア	8	6	11	100	10	65	47	11	62	–	–	–	96	99	1.04	89	92	1.04
キューバ	39	33	47	100	50	74	72	8	88	–	26	–	96	95	1.00	83	88	1.06
キュラソー	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
キプロス	7	4	12	97	5	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1.01	94	95	1.01
チェコ	4	3	6	100	12	80	71	6	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–
デンマーク	6	5	9	94	3	70	67	10	84	–	–	–	99	99	1.01	88	92	1.04
ジブチ	229	111	482	87	21	27	26	29	47	–	5	90	62	56	0.89	38	32	0.83
ドミニカ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	99	1.02	90	97	1.08
ドミニカ共和国	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	–	88	88	1.00	62	71	1.13
エクアドル	64	57	71	97	111	79	71	7	83	–	–	–	97	99	1.02	87	89	1.02
エジプト	33	26	39	92	56	61	59	12	81	–	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00
エルサルバドル	54	40	69	100	69	72	67	10	82	–	26	–	85	86	1.01	63	65	1.03
赤道ギニア	342	207	542	68	176	18	14	32	29	–	30	–	44	45	1.02	–	–	–
エリトリア	501	332	750	34	76	14	13	30	30	–	41	69	45	41	0.91	29	26	0.88
エストニア	9	6	14	100	13	66	61	11	79	–	–	–	93	94	1.01	93	94	1.02
エスワティニ	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	–	77	76	0.99	32	41	1.29
エチオピア	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97
フィジー	30	23	41	100	40	49	45	19	66	–	–	–	98	98	1.01	79	88	1.11
フィンランド	3	2	3	100	6	83	78	4	90	–	–	–	99	99	1.00	96	96	1.01
フランス	8	7	10	97	5	77	74	5	91	–	–	–	99	100	1.01	98	100	1.01
仏領ギアナ	–	–	–	–	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
仏領ポリネシア	–	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ガボン	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	–	–	–	–	–	–	–
ガンビア	706	484	1030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1.10	–	–	–
ジョージア	36	28	47	100	44	55	40	15	58	–	14	–	98	98	0.99	94	97	1.03
ドイツ	6	5	8	99	8	63	62	11	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ガーナ	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1.02	52	53	1.01
ギリシャ	3	2	4	–	8	70	50	9	63	–	–	–	94	93	1.00	90	89	0.99
グレナダ	27	19	42	–	–	65	62	13	80	–	–	–	96	97	1.01	83	90	1.08
グアダルーペ	–	–	–	–	–	59	54	16	73	–	–	–	–	–	–	–	–	–
グアム	–	–	–	–	38	53	46	16	66	–	–	–	–	–	–	–	–	–
グアテマラ	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	–	87	87	1.00	48	46	0.96
ギニア	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0.86	40	26	0.66
ギニアビサウ	549	273	1090	45	106	19	18	21	44	–	24	42	74	70	0.95	–	–	–
ガイアナ	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	–	95	97	1.02	81	86	1.06
ハイチ	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	–	–	–	–	–	–	–
ホンジュラス	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	–	82	84	1.02	42	49	1.16
ハンガリー	17	12	22	–	23	68	60	10	76	–	–	–	97	97	1.00	89	89	1.00
アイスランド	3	2	6	98	8	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1.00	89	91	1.02
インド	174	139	217	86	28	56	51	13	73	–	27	–	97	98	1.01	61	62	1.01
インドネシア	126	93	179	93	48	61	59	13	80	–	14	–	94	89	0.95	76	78	1.02
イラン	25	21	31	99	38	78	65	5	78	–	17	–	99	99	1.01	72	73	1.00
イラク	50	35	69	70	82	58	44	12	62	–	24	5	98	87	0.89	49	40	0.81
アイルランド	8	6	11	100	9	68	63	11	80	–	–	–	99	100	1.01	98	100	1.02
イスラエル	5	4	6	–	10	71	57	8	71	–	–	–	97	98	1.01	98	100	1.02
イタリア	4	3	5	100	5	69	54	9	69	–	–	–	99	99	1.00	97	96	1.00
ジャマイカ	89	70	115	99	46	72	69	10	84	–	8	–	–	–	–	69	77	1.11
日本	5	4	7	100	4	44	40	22	61	–	–	–	99	99	1.00	99	100	1.01

カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	セクシュアル / リプロダクティブ・ヘルス										有害な慣習		教育					
	妊産婦死亡率(MMR)(出生10万対)[a]	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)[b]	15–19歳の女子1000人当たりの出生数[b]	15–49歳の女性の避妊実行率(%)		満たされていない家族計画ニーズ(15~49歳の女性)	15–49歳の女性の避妊需要充足率[§](%)	SRH/R[*]に関する意思決定(%)	児童婚の比率(%)(18歳未満の女子)	FGM(女性性器切除)実施率(%)(15–19歳の女子)	調整後の初等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 初等教育	中等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 中等教育
	2015	2015 推計 低	高	2006–2017	2006–2017	2018 何らかの方法[§]	近代的避妊法[§]	2018	2018	2007–2016	2006–2017	2004–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017
ヨルダン	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	–	–	–	–	68	70	1.03
カザフスタン	12	10	15	99	31	57	55	15	76	–	7	–	98	100	1.02	100	100	1.00
ケニア	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94
キリバス	90	51	152	80	49	28	24	26	44	–	20	–	–	–	–	–	–	–
北朝鮮	82	37	190	100	1	75	71	8	86	–	–	–	–	–	–	76	76	1.01
韓国	11	9	13	100	1	78	70	6	84	–	–	–	97	98	1.01	98	98	1.00
クウェート	4	3	6	100	6	57	47	15	65	–	–	–	95	99	1.04	84	89	1.07
キルギス	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	–	99	98	0.99	85	85	1.00
ラオス	197	136	307	40	76	56	50	17	68	–	35	–	95	94	0.98	60	58	0.98
ラトビア	18	13	26	100	18	69	62	11	78	–	–	–	95	96	1.00	91	94	1.03
レバノン	15	10	22	–	–	61	48	13	64	–	6	–	87	82	0.94	65	65	1.00
レソト	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	–	79	82	1.03	29	45	1.53
リベリア	725	527	1030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0.93	16	14	0.88
リビア	9	6	15	100	11	50	33	18	48	–	–	–	–	–	–	–	–	–
リトアニア	10	7	14	–	14	66	56	11	73	–	–	–	99	100	1.00	94	93	1.00
ルクセンブルク	10	7	16	100	6	–	–	–	–	–	–	–	97	98	1.01	82	86	1.05
マダガスカル	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	–	–	–	–	29	31	1.06
マラウイ	634	422	1080	90	136	61	60	17	77	47	42	–	95	99	1.04	32	31	0.96
マレーシア	40	32	53	99	12	53	39	17	55	–	–	–	99	99	1.00	71	77	1.09
モルディブ	68	45	108	96	13	44	37	23	55	–	4	–	98	99	1.01	–	–	–
マリ	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0.88	37	28	0.75
マルタ	9	6	15	100	11	84	66	4	75	–	–	–	97	100	1.03	87	92	1.05
マルチニーク	–	–	–	–	20	60	56	15	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–
モーリタニア	602	399	984	69	71	20	18	30	35	–	37	63	69	73	1.05	26	27	1.06
モーリシャス	53	38	77	100	24	67	43	10	56	–	–	–	94	97	1.03	82	87	1.06
メキシコ	38	34	42	98	63	71	68	11	82	–	26	–	98	100	1.02	76	79	1.04
ミクロネシア	100	46	211	85	44	–	–	–	–	–	–	–	83	85	1.03	–	–	–
モルドバ	23	19	28	99	27	64	49	12	64	–	12	–	90	90	0.99	76	77	1.01
モンゴル	44	35	55	99	27	58	52	14	72	–	5	–	99	98	0.99	91	94	1.03
モンテネグロ	7	4	12	99	11	38	23	21	39	–	5	–	95	92	0.97	90	90	1.00
モロッコ	121	93	142	74	32	69	62	9	79	–	–	–	95	94	1.00	60	54	0.90
モザンビーク	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	–	92	87	0.95	19	19	1.02
ミャンマー	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	–	90	89	0.99	54	59	1.09
ナミビア	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	–	89	92	1.03	45	57	1.26
ネパール	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	–	96	93	0.97	53	57	1.07
オランダ	7	5	9	–	3	72	69	7	86	–	–	–	97	98	1.01	93	94	1.01
ニューカレドニア	–	–	–	–	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ニュージーランド	11	9	14	96	16	71	68	9	85	–	–	–	98	99	1.01	95	97	1.02
ニカラグア	150	115	196	88	92	80	77	6	90	–	35	–	97	100	1.03	45	53	1.17
ニジェール	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0.86	20	14	0.68
ナイジェリア	814	596	1180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0.84	–	–	–
ノルウェー	5	4	6	99	5	75	70	7	84	–	–	–	100	100	1.00	95	96	1.01
オマーン	17	13	24	99	14	37	25	26	39	–	–	–	98	99	1.00	96	94	0.99
パキスタン	178	111	283	52	44	41	32	20	53	–	21	–	84	71	0.85	50	41	0.81
パレスチナ自治政府[1]	45	21	99	100	48	60	47	12	65	–	15	–	92	93	1.01	78	86	1.10
パナマ	94	77	121	95	79	60	57	16	75	–	26	–	88	87	0.99	67	72	1.07
パプアニューギニア	215	98	457	53	–	37	31	25	50	–	21	–	89	82	0.92	–	–	–

国・領域・その他の地域	セクシュアル / リプロダクティブ・ヘルス										有害な慣習		教育					
	妊産婦死亡率(MMR)(出生10万対)[a]	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)[b]	15–19歳の女子1000人当たりの出生数[b]	15–49歳の女性の避妊実行率(%)		満たされていない家族計画ニーズ(15~49歳の女性)	15–49歳の女性の避妊需要充足率[§](%)	SRH/R*に関する意思決定(%)	児童婚の比率(%)(18歳未満の女子)	FGM(女性性器切除)実施率(%)(15–19歳の女子)	調整後の初等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 初等教育	中等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 中等教育
	2015	2015 推計 低	高	2006–2017	2006–2017	2018 何らかの方法[§]	近代的避妊法[§]	2018	2018	2007–2016	2006–2017	2004–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017	2007–2017 男子	女子	2007–2017
パラグアイ	132	107	163	96	62	72	68	9	85	–	22	–	89	89	1.00	67	66	1.00
ペルー	68	54	80	92	65	76	56	7	67	–	22	–	99	100	1.01	79	80	1.02
フィリピン	114	87	175	73	47	56	41	17	56	–	15	–	96	97	1.01	60	72	1.19
ポーランド	3	2	4	100	12	61	51	14	69	–	–	–	96	96	1.00	92	93	1.01
ポルトガル	10	9	13	99	8	70	63	9	79	–	–	–	97	96	1.00	93	94	1.01
プエルトリコ	14	10	18	–	30	78	70	6	84	–	–	–	79	84	1.07	72	77	1.07
カタール	13	9	19	100	10	46	41	17	64	–	4	–	98	98	1.00	76	89	1.17
レユニオン	–	–	–	–	44	73	71	8	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ルーマニア	31	22	44	95	35	70	58	8	74	–	–	–	90	90	1.00	81	81	1.00
ロシア	25	18	33	99	24	69	57	9	73	–	–	–	97	98	1.01	–	–	–
ルワンダ	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	–	95	96	1.01	25	30	1.18
セントクリストファー・ネーヴィス	–	–	–	–	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
セント・ルシア	48	32	72	99	–	59	56	16	75	–	8	–	96	93	0.97	76	80	1.04
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	45	34	63	–	64	66	63	12	81	–	–	–	98	98	1.00	89	91	1.01
サモア	51	24	115	83	39	29	27	42	39	–	11	–	95	98	1.03	74	81	1.10
サンマリノ	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–	93	93	1.00	–	–	–
サントメ・プリンシペ	156	83	268	93	92	43	40	30	55	–	35	–	97	97	0.99	61	68	1.11
サウジアラビア	12	7	20	–	7	30	24	27	42	–	–	–	99	100	1.00	86	84	0.97
セネガル	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1.10	–	–	–
セルビア	17	12	24	98	16	58	27	13	38	–	3	–	99	99	1.00	92	94	1.02
セーシェル	–	–	–	–	66	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	90	1.03
シエラレオネ	1360	999	1980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1.01	33	30	0.91
シンガポール	10	6	17	100	3	66	59	11	77	–	–	–	–	–	–	–	–	–
セント・マーチン	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
スロバキア	6	4	7	–	24	71	61	9	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–
スロベニア	9	6	14	100	5	77	66	6	79	–	–	–	97	99	1.01	96	96	1.01
ソロモン諸島	114	75	175	86	78	32	27	25	47	–	21	–	72	73	1.01	33	29	0.88
ソマリア	732	361	1390	9	64	30	29	28	50	–	45	97	–	–	–	–	–	–
南アフリカ共和国	138	124	154	97	71	57	56	14	79	–	–	–	90	85	0.95	65	65	1.01
南スーダン	789	523	1150	19	155	9	7	30	17	–	52	–	36	28	0.76	6	4	0.70
スペイン	5	4	6	–	8	69	67	11	85	–	–	–	98	99	1.00	95	97	1.02
スリランカ	30	26	38	99	20	65	53	8	74	–	12	–	98	96	0.98	84	87	1.04
スーダン	311	214	433	78	87	16	15	28	35	–	34	82	55	58	1.05	–	–	–
スリナム	155	110	220	90	58	52	52	19	72	–	19	–	93	97	1.04	53	65	1.22
スウェーデン	4	3	5	–	4	69	63	10	80	–	–	–	100	100	1.00	100	99	1.00
スイス	5	4	7	–	6	74	70	7	86	–	–	–	100	100	1.00	87	84	0.97
シリア	68	48	97	96	54	59	44	14	61	–	13	–	68	67	0.98	46	45	0.99
タジキスタン	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	–	99	98	0.99	87	78	0.90
タンザニア	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1.02	–	–	–
タイ	20	14	32	99	43	79	76	6	90	–	23	–	92	87	0.94	77	77	1.01
マケドニア(旧ユーゴスラビア)	8	5	10	100	16	47	22	18	33	–	7	–	92	92	1.00	–	–	–
東ティモール	215	150	300	57	50	28	26	25	48	–	19	–	80	83	1.04	52	59	1.14
トーゴ	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0.92	–	–	–
トンガ	124	57	270	96	30	36	32	28	51	–	6	–	95	97	1.03	72	80	1.12
トリニダード・トバゴ	63	49	80	97	38	48	44	21	64	–	11	–	99	98	0.99	–	–	–
チュニジア	62	42	92	74	7	67	57	9	75	–	2	–	99	98	0.99	–	–	–

カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	セクシュアル / リプロダクティブ・ヘルス										有害な慣習		教育					
	妊産婦死亡率(MMR)(出生10万対)[a]	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)[b]	15–19歳の女子1000人当たりの出生数[b]	15–49歳の女性の避妊実行率(%)		満たされていない家族計画ニーズ(15~49歳の女性)	15–49歳の女性の避妊需要充足率[§](%)	SRH/R[*]に関する意思決定(%)	児童婚の比率(%)(18歳未満の女子)	FGM(女性性器切除)実施率(%)(15–19歳の女子)	調整後の初等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 初等教育	中等教育純就学率(%)		ジェンダーパリティ指数 中等教育
	2015	2015 推計 低	2015 推計 高	2006–2017	2006–2017	2018 何らかの方法[§]	2018 近代的避妊法[§]	2018	2018	2007–2016	2006–2017	2004–2017	2007–2017 男子	2007–2017 女子	2007–2017	2007–2017 男子	2007–2017 女子	2007–2017
トルコ	16	12	21	97	27	75	50	6	62	–	15	–	95	95	0.99	88	86	0.98
トルクメニスタン	42	20	73	100	28	54	51	15	74	–	6	–	–	–	–	–	–	–
タークス・カイコス諸島	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ツバル	–	–	–	93	28	–	–	–	–	–	10	–	–	–	–	71	92	1.30
ウガンダ	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1.03	23	21	0.92
ウクライナ	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	–	92	94	1.02	86	87	1.01
アラブ首長国連邦	6	3	11	100	34	50	42	18	61	–	–	–	98	96	0.98	89	86	0.96
英国	9	8	11	–	14	79	79	6	93	–	–	–	99	99	1.00	98	99	1.01
米国	14	12	16	99	20	74	67	7	83	–	–	–	93	94	1.01	90	92	1.03
米領バージン諸島	–	–	–	–	25	68	63	11	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ウルグアイ	15	11	19	98	51	79	76	7	89	–	25	–	98	98	1.00	78	85	1.08
ウズベキスタン	36	20	65	100	30	68	64	9	84	–	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99
バヌアツ	78	36	169	89	78	45	40	23	59	–	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07
ベネズエラ	95	77	124	96	95	73	68	11	82	–	–	–	89	89	1.00	69	74	1.07
ベトナム	54	41	74	94	30	79	65	5	77	–	11	–	–	–	–	–	–	–
西サハラ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
イエメン	385	274	582	45	67	42	36	25	54	–	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74
ザンビア	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	–	87	89	1.02	–	–	–
ジンバブエ	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01

国・領域・その他の地域	セクシュアル / リプロダクティブ・ヘルス										有害な慣習		教育					
	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)[a] 2015	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI 80%) 2015 推計 低	高	専門技術者の立会いの下での出産率(%)[b] 2017	15–19歳の女子1000人当たりの出生数[b] 2018	15–49歳の女性の避妊実行率 (%) 2018 何らかの方法[§]	近代的避妊法[§]	満たされていない家族計画ニーズ (15~49歳の女性) 2018	15–49歳の女性の避妊需要充足率[§] (%) 2018	SRH/R*に関する意思決定 2013	児童婚の比率(%) (18歳未満の女子) 2017	FGM(女性性器切除)実施率(%) (15–19歳の女子) 2017	調整後の初等教育純就学率 (%) 2016 男子	女子	ジェンダーパリティ指数 初等教育 2006	中等教育純就学率 (%) 2016 男子	女子	ジェンダーパリティ指数 中等教育 2016
アラブ諸国	**162**	**138**	**212**	**76**	**50**	**54**	**47**	**15**	**69**	**–**	**21**	**55**	**85**	**82**	**0.97**	**63**	**58**	**0.92**
アジア・太平洋	**127**	**114**	**151**	**84[b]**	**28[b]**	**67**	**62**	**10**	**81**	**–**	**26**	**–**	**96**	**94**	**0.99**	**67**	**68**	**1.02**
東ヨーロッパ・中央アジア	**25**	**22**	**31**	**98**	**26**	**65**	**50**	**10**	**66**	**–**	**11**	**–**	**96**	**95**	**0.99**	**88**	**87**	**0.99**
ラテンアメリカ・カリブ海地域	**68**	**64**	**77**	**95[c]**	**62[e]**	**74**	**69**	**10**	**83**	**–**	**26**	**–**	**95**	**96**	**1.01**	**75**	**78**	**1.05**
東・南アフリカ	**407**	**377**	**501**	**62**	**93[f]**	**41**	**37**	**22**	**59**	**50**	**35**	**–**	**86**	**83**	**0.96**	**33[f]**	**31[f]**	**0.92[f]**
西・中央アフリカ	**679**	**599**	**849**	**52**	**114**	**21**	**17**	**24**	**38**	**39**	**42**	**22**	**79**	**70**	**0.89**	**39**	**33**	**0.84**
先進地域	**12**	**11**	**14**	**–**	**14**	**68**	**61**	**10**	**78**	**–**	**–**	**–**	**96**	**97**	**1.01**	**92**	**93**	**1.02**
開発途上地域	**238**	**228**	**274**	**–**	**48**	**62**	**57**	**12**	**77**	**–**	**–**	**–**	**92**	**89**	**0.97**	**62**	**61**	**0.99**
後発開発途上国	**436**	**418**	**514**	**56[d]**	**91**	**41**	**36**	**21**	**59**	**49**	**40**	**–**	**84**	**80**	**0.94**	**39**	**36**	**0.92**
世界全体	**216**	**207**	**249**	**79**	**44**	**63**	**57**	**12**	**77**	**53**	**21**	**–**	**92**	**90**	**0.98**	**66**	**65**	**1.00**

NOTES

– Data not available.
§ Women currently married or in union.
a The MMR has been rounded according to the following scheme: <100, rounded to nearest 1; 100-999, rounded to nearest 1; and ≥1000, rounded to nearest 10.
b Excludes Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau, and Tuvalu due to data availability.
c Excludes Anguilla, Aruba, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curaçao, Montserrat, Sint Maarten, and Turks and Caicos Islands due to data availability.
d Excludes Tuvalu due to data availability.
e Excludes Anguilla, Antigua and Barbuda, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Ecuador, Grenada, Montserrat, Sint Maarten, and Saint Kitts and Nevis due to data availability.
f Includes Seychelles.
g Percentage of girls aged 15-19 years who are members of the Sande society. Membership in Sande society is a proxy for FGM.

1 On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine "non-member observer State status in the United Nations..."

人口指標

国・領域・その他の地域	人口関連								出生関連	
	人口(百万人) 2018	年平均人口増加率(%) 2010–2018	0–14歳人口の割合(%) 2018	10–24歳人口の割合(%) 2018	15–64歳人口の割合(%) 2018	65歳以上人口の割合(%) 2018	平均寿命(年) 2018 男	女	合計出生率 2018	平均出生年齢 2015–2020
アフガニスタン	36.4	2.9	43	35	55	3	63	66	4.3	29.1
アルバニア	2.9	0.0	17	21	69	14	77	81	1.7	27.5
アルジェリア	42.0	1.9	29	23	64	6	75	78	2.6	31.5
アンゴラ	30.8	3.4	47	32	51	2	59	65	5.6	28.8
アンティグア・バーブーダ島	0.1	1.1	24	25	69	7	74	79	2.0	27.6
アルゼンチン	44.7	1.0	25	24	64	11	73	81	2.3	28.2
アルメニア	2.9	0.2	20	19	68	11	72	78	1.6	26.8
アルバ	0.1	0.5	18	21	69	14	74	79	1.8	28.6
オーストラリア[1]	24.8	1.4	19	19	65	16	81	85	1.8	31.0
オーストリア	8.8	0.5	14	15	67	19	80	84	1.5	30.8
アゼルバイジャン[2]	9.9	1.2	23	21	70	6	69	75	2.0	25.7
バハマ	0.4	1.3	20	22	70	9	73	79	1.8	29.2
バーレーン	1.6	2.9	19	19	78	2	76	78	2.0	29.7
バングラデシュ	166.4	1.1	28	29	67	5	71	75	2.1	25.4
バルバドス	0.3	0.3	19	19	66	15	74	79	1.8	29.0
ベラルーシ	9.5	0.0	17	15	68	15	68	79	1.7	28.5
ベルギー	11.5	0.6	17	17	64	19	79	84	1.8	31.1
ベリーズ	0.4	2.2	31	30	65	4	68	74	2.4	27.1
ベナン	11.5	2.8	42	32	54	3	60	63	4.8	28.9
ブータン	0.8	1.4	26	27	69	5	71	71	2.0	28.7
ボリビア	11.2	1.5	31	29	62	7	67	72	2.8	28.4
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.5	–0.8	14	17	69	17	75	80	1.4	29.3
ボツワナ	2.3	1.8	31	28	65	4	66	71	2.6	29.9
ブラジル	210.9	0.9	21	24	70	9	72	80	1.7	26.4
ブルネイ	0.4	1.4	23	24	72	5	76	79	1.8	30.3
ブルガリア	7.0	–0.6	14	14	65	21	72	78	1.6	28.2
ブルキナファソ	19.8	2.9	45	33	53	2	60	62	5.2	29.2
ブルンジ	11.2	3.1	45	31	52	3	56	60	5.5	30.3
カンボジア	16.2	1.6	31	29	64	5	67	72	2.5	27.0
カメルーン	24.7	2.6	43	32	54	3	58	60	4.6	28.9
カナダ	37.0	1.0	16	17	67	17	81	85	1.6	30.7
カーボヴェルデ	0.6	1.2	30	30	66	5	71	75	2.3	27.4
中央アフリカ共和国	4.7	0.8	43	34	54	4	52	56	4.7	29.6
チャド	15.4	3.2	47	34	51	3	52	55	5.7	28.8
チリ	18.2	0.9	20	22	68	11	77	82	1.8	27.8
中国[3]	1,415.0	0.5	18	17	71	11	75	78	1.6	27.4
中国(香港)[4]	7.4	0.7	12	13	71	17	81	87	1.3	32.3
中国(マカオ)[5]	0.6	2.0	14	14	76	10	81	87	1.4	30.9
コロンビア	49.5	0.9	23	24	69	8	71	78	1.8	27.4
コモロ	0.8	2.4	40	31	57	3	62	66	4.2	30.0
コンゴ民主共和国	84.0	3.3	46	32	51	3	59	62	5.9	29.4
コンゴ共和国	5.4	2.6	42	31	54	3	64	67	4.5	28.3
コスタリカ	5.0	1.1	21	23	69	10	78	83	1.8	27.3
コートジボワール	24.9	2.5	42	32	55	3	53	56	4.8	28.9
クロアチア	4.2	–0.5	15	16	65	20	75	81	1.4	30.2

国・領域・その他の地域	人口関連								出生関連	
	人口(百万人) 2018	年平均人口増加率(%) 2010–2018	0–14歳人口の割合(%) 2018	10–24歳人口の割合(%) 2018	15–64歳人口の割合(%) 2018	65歳以上人口の割合(%) 2018	平均寿命(年) 2018 男	女	合計出生率 2018	平均出生年齢 2015–2020
キューバ	11.5	0.2	16	17	69	15	78	82	1.7	26.9
キュラソー	0.2	1.1	19	19	65	17	76	82	2.0	28.5
キプロス[6]	1.2	0.8	17	20	70	14	79	83	1.3	29.8
チェコ	10.6	0.1	16	14	65	19	76	82	1.6	30.6
デンマーク	5.8	0.4	16	19	64	20	79	83	1.8	31.0
ジブチ	1.0	1.7	31	30	65	4	61	65	2.7	32.2
ドミニカ	0.1	0.5	–	–	–	–	–	–	–	–
ドミニカ共和国	10.9	1.2	29	27	64	7	71	77	2.4	25.8
エクアドル	16.9	1.5	28	27	64	7	74	80	2.4	27.4
エジプト	99.4	2.1	33	26	61	5	70	74	3.2	27.5
エルサルバドル	6.4	0.5	27	29	64	8	69	78	2.0	26.8
赤道ギニア	1.3	4.0	37	29	60	3	57	60	4.5	28.1
エリトリア	5.2	2.1	41	32	55	4	64	68	4.0	29.5
エストニア	1.3	–0.2	17	15	64	20	73	82	1.7	30.3
エスワティニ	1.4	1.8	37	33	60	3	55	62	3.0	27.8
エチオピア	107.5	2.5	40	34	56	4	64	68	4.0	29.7
フィジー	0.9	0.7	28	26	65	6	68	74	2.5	28.1
フィンランド[7]	5.5	0.4	16	17	62	22	79	84	1.8	30.6
フランス	65.2	0.4	18	18	62	20	80	86	2.0	30.3
仏領ギアナ	0.3	2.7	33	28	62	5	77	83	3.2	29.2
仏領ポリネシア	0.3	0.8	23	24	69	8	75	80	2.0	28.9
ガボン	2.1	2.9	36	28	60	4	65	69	3.7	29.0
ガンビア	2.2	3.1	45	33	53	2	60	63	5.3	30.4
ジョージア[8]	3.9	–1.0	19	18	66	15	69	78	2.0	26.7
ドイツ	82.3	0.2	13	15	65	22	79	84	1.5	31.3
ガーナ	29.5	2.3	38	31	58	3	62	64	3.9	29.8
ギリシャ	11.1	–0.3	14	15	65	21	79	84	1.3	31.3
グレナダ	0.1	0.4	26	25	66	7	71	76	2.1	28.5
グアダルーペ[9]	0.4	0.0	18	21	64	18	78	85	1.9	30.2
グアム	0.2	0.5	24	25	66	10	78	82	2.3	28.8
グアテマラ	17.2	2.1	34	32	61	5	71	77	2.9	28.5
ギニア	13.1	2.4	42	32	55	3	61	62	4.7	29.1
ギニアビサウ	1.9	2.5	41	31	56	3	56	60	4.5	29.2
ガイアナ	0.8	0.6	29	30	66	5	65	69	2.5	26.7
ハイチ	11.1	1.3	33	30	62	5	62	66	2.8	30.0
ホンジュラス	9.4	1.7	31	31	64	5	71	77	2.4	27.7
ハンガリー	9.7	–0.3	14	16	67	19	73	80	1.4	30.2
アイスランド	0.3	0.7	20	20	65	15	82	84	1.9	30.6
インド	1,354.1	1.2	27	28	66	6	68	71	2.3	26.5
インドネシア	266.8	1.2	27	26	68	5	67	72	2.3	28.2
イラン	82.0	1.2	24	21	71	6	75	78	1.6	28.6
イラク	39.3	3.1	40	31	56	3	68	73	4.2	28.7
アイルランド	4.8	0.5	22	19	64	14	80	84	2.0	31.4
イスラエル	8.5	1.6	28	23	60	12	81	84	2.9	30.7
イタリア	59.3	–0.1	13	14	63	23	81	85	1.5	31.7

人口指標

国・領域・その他の地域	人口関連								出生関連	
	人口(百万人) 2018	年平均人口増加率(%) 2010–2018	0–14歳人口の割合(%) 2018	10–24歳人口の割合(%) 2018	15–64歳人口の割合(%) 2018	65歳以上人口の割合(%) 2018	平均寿命(年) 2018 男	女	合計出生率 2018	平均出生年齢 2015–2020
ジャマイカ	2.9	0.4	23	26	67	10	74	79	2.0	27.7
日本	127.2	–0.1	13	14	60	27	81	87	1.5	31.3
ヨルダン	9.9	4.0	35	30	61	4	73	76	3.2	29.8
カザフスタン	18.4	1.4	28	20	64	7	65	75	2.6	28.6
ケニア	51.0	2.6	40	33	57	3	65	70	3.7	28.7
キリバス	0.1	1.8	35	29	61	4	63	70	3.6	30.7
北朝鮮	25.6	0.5	20	22	70	9	68	76	1.9	29.1
韓国	51.2	0.4	13	17	72	14	79	85	1.3	32.3
クウェート	4.2	4.2	21	19	76	3	74	76	2.0	29.9
キルギス	6.1	1.5	32	25	63	5	67	75	2.9	28.2
ラオス	7.0	1.4	33	31	63	4	66	69	2.6	27.6
ラトビア	1.9	–1.2	16	14	64	20	70	79	1.6	30.2
レバノン	6.1	4.3	23	26	69	9	78	82	1.7	29.8
レソト	2.3	1.3	35	32	60	5	53	57	3.0	27.8
リベリア	4.9	2.6	41	32	55	3	62	65	4.4	28.6
リビア	6.5	0.6	28	25	68	4	69	75	2.2	32.8
リトアニア	2.9	–1.0	15	16	66	19	70	80	1.7	29.7
ルクセンブルク	0.6	1.9	16	18	69	14	80	84	1.6	31.7
マダガスカル	26.3	2.7	41	33	56	3	65	68	4.1	28.0
マラウイ	19.2	2.9	44	34	53	3	61	67	4.4	28.0
マレーシア[10]	32.0	1.6	24	26	69	7	73	78	2.0	30.9
モルディブ	0.4	2.5	23	22	72	4	77	79	2.0	29.0
マリ	19.1	3.0	48	33	50	3	58	60	5.9	29.0
マルタ	0.4	0.5	14	16	66	20	80	83	1.5	30.4
マルチニーク	0.4	–0.3	18	18	63	19	79	85	1.9	30.2
モーリタニア	4.5	2.9	40	31	57	3	62	65	4.6	30.4
モーリシャス[11]	1.3	0.2	18	22	71	11	72	79	1.4	28.1
メキシコ	130.8	1.4	26	27	67	7	75	80	2.1	26.9
ミクロネシア	0.1	0.3	33	34	62	5	68	71	3.1	30.7
モルドバ[12]	4.0	–0.1	16	17	73	11	68	76	1.2	27.3
モンゴル	3.1	1.8	30	23	66	4	66	74	2.7	29.3
モンテネグロ	0.6	0.1	18	19	67	15	75	80	1.7	29.4
モロッコ	36.2	1.4	27	25	66	7	75	77	2.4	30.4
モザンビーク	30.5	2.9	45	33	52	3	57	61	5.1	29.1
ミャンマー	53.9	0.9	26	27	68	6	64	69	2.2	29.6
ナミビア	2.6	2.2	36	31	60	4	62	68	3.3	28.6
ネパール	29.6	1.1	30	32	64	6	69	73	2.1	25.8
オランダ	17.1	0.3	16	18	65	19	80	84	1.8	30.9
ニューカレドニア	0.3	1.4	22	23	68	10	75	80	2.1	29.9
ニュージーランド	4.7	1.0	20	20	65	16	81	84	2.0	30.1
ニカラグア	6.3	1.1	29	28	66	6	73	79	2.1	26.7
ニジェール	22.3	3.8	50	32	47	3	60	62	7.1	29.1
ナイジェリア	195.9	2.6	44	32	53	3	54	55	5.4	29.8
ノルウェー[13]	5.4	1.1	18	19	65	17	81	84	1.8	30.7

国・領域・その他の地域	人口関連								出生関連	
	人口(百万人) 2018	年平均人口増加率(%) 2010–2018	0–14歳人口の割合(%) 2018	10–24歳人口の割合(%) 2018	15–64歳人口の割合(%) 2018	65歳以上人口の割合(%) 2018	平均寿命(年) 2018 男	女	合計出生率 2018	平均出生年齢 2015–2020
オマーン	4.8	5.8	22	20	76	2	76	80	2.5	31.1
パキスタン	200.8	2.0	35	29	61	4	66	68	3.3	28.6
パレスチナ自治政府[14]	5.1	2.7	39	32	58	3	72	76	3.9	28.9
パナマ	4.2	1.7	27	25	65	8	76	81	2.5	26.7
パプアニューギニア	8.4	2.1	36	31	61	4	63	68	3.6	29.8
パラグアイ	6.9	1.3	29	29	64	7	71	76	2.4	28.2
ペルー	32.6	1.3	27	26	66	7	73	78	2.3	28.9
フィリピン	106.5	1.6	31	29	64	5	66	73	2.9	28.9
ポーランド	38.1	–0.1	15	16	68	17	74	82	1.3	29.4
ポルトガル	10.3	–0.4	13	15	65	22	79	84	1.2	30.7
プエルトリコ	3.7	–0.2	18	21	67	15	77	84	1.5	27.0
カタール	2.7	5.2	14	18	85	1	78	80	1.9	29.9
レユニオン	0.9	0.8	23	23	65	12	77	84	2.3	28.3
ルーマニア	19.6	–0.5	15	16	66	18	72	79	1.5	28.1
ロシア	144.0	0.1	18	15	68	15	66	77	1.8	28.8
ルワンダ	12.5	2.5	40	31	57	3	66	70	3.7	30.0
セントクリストファー・ネーヴィス	0.1	1.0	–	–	–	–	–	–	–	–
セント・ルシア	0.2	0.5	18	24	72	10	73	79	1.4	27.8
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	0.1	0.1	24	25	69	8	71	76	1.9	27.1
サモア	0.2	0.7	36	32	58	6	72	79	3.9	30.3
サンマリノ	0.0	0.9	–	–	–	–	–	–	–	–
サントメ・プリンシペ	0.2	2.2	42	33	55	3	65	69	4.3	28.8
サウジアラビア	33.6	2.5	25	22	72	3	74	77	2.5	32.2
セネガル	16.3	2.9	43	32	54	3	66	70	4.6	30.3
セルビア[15]	8.8	–0.4	16	18	66	18	73	78	1.6	29.2
セーシェル	0.1	0.5	22	19	69	9	70	79	2.3	27.5
シエラレオネ	7.7	2.2	42	33	56	3	52	53	4.3	28.7
シンガポール	5.8	1.7	15	18	72	14	81	85	1.3	31.3
セント・マーチン	0.0	2.5	–	–	–	–	–	–	–	–
スロバキア	5.4	0.1	15	16	69	16	74	81	1.5	29.6
スロベニア	2.1	0.2	15	14	65	20	78	84	1.6	30.6
ソロモン諸島	0.6	2.1	38	32	58	4	70	73	3.7	29.8
ソマリア	15.2	2.9	46	33	51	3	55	59	6.1	29.7
南アフリカ共和国	57.4	1.3	29	27	66	5	60	67	2.4	28.3
南スーダン	12.9	3.1	41	33	55	3	57	59	4.7	29.6
スペイン[16]	46.4	–0.1	15	15	66	20	81	86	1.4	31.9
スリランカ	21.0	0.5	24	23	66	10	72	79	2.0	30.0
スーダン	41.5	2.4	40	33	56	4	63	67	4.4	30.0
スリナム	0.6	1.0	26	26	67	7	68	75	2.3	28.5
スウェーデン	10.0	0.8	18	17	62	20	81	84	1.9	31.0
スイス	8.5	1.1	15	16	66	19	82	85	1.6	31.8
シリア	18.3	–1.7	36	34	60	5	67	78	2.8	29.4
タジキスタン	9.1	2.2	35	29	61	4	69	75	3.3	27.8
タンザニア[17]	59.1	3.1	45	32	52	3	65	69	4.9	28.2
タイ	69.2	0.4	17	20	71	12	72	79	1.5	27.4

人口指標

国・領域・その他の地域	人口関連								出生関連	
	人口(百万人) 2018	年平均人口増加率(%) 2010–2018	0–14歳人口の割合(%) 2018	10–24歳人口の割合(%) 2018	15–64歳人口の割合(%) 2018	65歳以上人口の割合(%) 2018	平均寿命(年) 2018 男	女	合計出生率 2018	平均出生年齢 2015–2020
マケドニア(旧ユーゴスラビア)	2.1	0.1	17	18	70	14	74	78	1.6	29.0
東ティモール	1.3	2.2	44	35	53	4	68	71	5.3	30.3
トーゴ	8.0	2.6	41	32	56	3	60	62	4.3	28.9
トンガ	0.1	0.6	35	33	59	6	70	76	3.6	31.1
トリニダード・トバゴ	1.4	0.4	21	19	69	10	67	75	1.7	27.9
チュニジア	11.7	1.1	24	21	68	8	74	78	2.1	31.0
トルコ	81.9	1.6	25	25	67	8	73	79	2.0	28.6
トルクメニスタン	5.9	1.7	31	25	65	4	65	72	2.8	27.9
タークス・カイコス諸島	0.0	1.9	–	–	–	–	–	–	–	–
ツバル	0.0	0.9	–	–	–	–	–	–	–	–
ウガンダ	44.3	3.3	47	34	50	2	58	63	5.4	28.1
ウクライナ[18]	44.0	–0.5	16	15	67	17	67	77	1.6	28.0
アラブ首長国連邦	9.5	1.8	14	16	85	1	77	79	1.7	26.9
英国	66.6	0.6	18	17	64	19	80	84	1.9	30.4
米国	326.8	0.7	19	20	65	16	77	82	1.9	29.5
米領バージン諸島	0.1	–0.1	20	20	61	19	78	82	2.2	27.1
ウルグアイ	3.5	0.3	21	22	64	15	74	81	2.0	27.7
ウズベキスタン	32.4	1.5	28	26	67	5	69	74	2.2	27.1
バヌアツ	0.3	2.2	36	29	60	5	70	75	3.2	29.3
ベネズエラ	32.4	1.4	27	26	66	7	71	79	2.3	26.4
ベトナム	96.5	1.1	23	22	70	7	72	81	1.9	28.0
西サハラ	0.6	2.1	28	26	69	3	68	72	2.4	31.0
イエメン	28.9	2.5	40	33	57	3	64	67	3.8	30.0
ザンビア	17.6	3.0	44	34	53	2	60	65	4.9	28.9
ジンバブエ	16.9	2.3	41	32	56	3	60	64	3.6	27.8

国・領域・その他の地域	人口関連								出生関連	
	人口(百万人) 2018	年平均人口増加率(%) 2010–2018	0–14歳人口の割合(%) 2018	10–24歳人口の割合(%) 2018	15–64歳人口の割合(%) 2018	65歳以上人口の割合(%) 2018	平均寿命(年) 2018 男	女	合計出生率 2018	出産年齢の中央値 2015–2020
アラブ諸国	**366**	**2.0**	**34**	**28**	**61**	**5**	**68**	**72**	**3.3**	**29.2**
アジア・太平洋	**3,996**	**1.0**	**24** [a]	**24** [a]	**68** [a]	**8** [a]	**70** [a]	**73** [a]	**2.1** [a]	**27.2** [a]
東ヨーロッパ・中央アジア	**245**	**0.9**	**23**	**22**	**67**	**10**	**70**	**77**	**2.0**	**28.0**
ラテンアメリカ・カリブ海地域	**647**	**1.1**	**25** [b]	**25** [b]	**67** [b]	**8** [b]	**73** [b]	**79** [b]	**2.0** [b]	**27.1** [b]
東・南アフリカ	**597**	**2.7**	**42**	**32**	**55**	**3**	**61**	**66**	**4.4**	**28.8**
西・中央アフリカ	**436**	**2.7**	**44**	**32**	**54**	**3**	**56**	**58**	**5.1**	**29.4**
先進地域	**1,263**	**0.3**	**16**	**17**	**65**	**19**	**76**	**82**	**1.7**	**30.0**
開発途上地域	**6,370**	**1.3**	**28**	**25**	**65**	**7**	**69**	**73**	**2.6**	**27.7**
後発開発途上国	**1,026**	**2.4**	**39**	**32**	**57**	**4**	**63**	**67**	**4.0**	**28.5**
世界全体	**7,633**	**1.2**	**26**	**24**	**65**	**9**	**70**	**74**	**2.5**	**27.9**

NOTES

— Data not available.

a Excludes Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau and Tuvalu due to data availability.

b Excludes Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Dominica, Montserrat, Saint Kitts and Nevis, Sint Maarten, and Turks and Caicos Islands due to data availability.

1 Includes Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands and Norfolk Island.
2 Includes Nagorno-Karabakh.
3 For statistical purposes, the data for China do not include Hong Kong and Macao, Special Administrative Regions (SAR) of China, and Taiwan Province of China.
4 As of 1 July 1997, Hong Kong became a Special Administrative Region (SAR) of China.
5 As of 20 December 1999, Macao became a Special Administrative Region (SAR) of China.
6 Refers to the whole country.
7 Includes Åland Islands.
8 Includes Abkhazia and South Ossetia.
9 Includes Saint-Barthélemy and Saint-Martin (French part).
10 Includes Sabah and Sarawak.
11 Includes Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
12 Includes Transnistria.
13 Includes Svalbard and Jan Mayen Islands.
14 Includes East Jerusalem. On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine "non-member observer State status in the United Nations..."
15 Includes Kosovo.
16 Includes Canary Islands, Ceuta and Melilla.
17 Includes Zanzibar.
18 Includes Crimea.

Technical notes for indicators

The statistical tables in *The State of World Population 2018* include indicators that track progress toward the goals of the Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) beyond 2014, and the Sustainable Development Goals (SDGs) in the areas of maternal health, access to education and reproductive and sexual health. In addition, these tables include a variety of demographic indicators. The statistical tables support UNFPA's focus on progress and results towards delivering a world where every pregnancy is wanted, every birth is safe and every young person's potential is fulfilled.

Different national authorities and international organisations may employ different methodologies in gathering, extrapolating or analysing data. To facilitate the international comparability of data, UNFPA relies on the standard methodologies employed by the main sources of data. In some instances, therefore, the data in these tables differ from those generated by national authorities. Data presented in the tables are not comparable to the data in previous State of World Population publications due to regional classifications updates, methodological updates and revisions of time series data.

The statistical tables draw on nationally representative household surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), United Nations organizations estimates, and inter-agency estimates. They also include the latest population estimates and projections from World Population Prospects: The 2017 revision, and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division). Data are accompanied by definitions, sources, and notes. The statistical tables in *The State of World Population 2018* generally reflect information available as of June 2018.

Monitoring ICPD goals: selected indicators

Maternal and Newborn Health

Maternal mortality ratio (MMR), deaths per 100,000 live births and Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower and upper estimates 2015. Source: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division). This indicator presents the number of deaths of women from pregnancy-related causes per 100,000 live births. The estimates are produced by the Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) using data from vital registration systems, household surveys and population censuses. UNFPA, WHO, the World Bank, UNICEF, and United Nations Population Division are members of the MMEIG. Estimates and methodologies are reviewed regularly by MMEIG and other agencies and academic institutions, and are revised where necessary, as part of the ongoing process of improving maternal mortality data. Estimates should not be compared with previous inter-agency estimates.

Births attended by skilled health personnel, per cent, 2006/2017. Source: Joint global database on skilled attendance at birth, 2017, United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO). Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from the joint global database. Percentage of births attended by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) is the percentage of deliveries attended by health personnel trained in providing life-saving obstetric care, including giving the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the post-partum period; conducting deliveries on their own; and caring for newborns. Traditional birth attendants, even if they receive a short training course, are not included.

Adolescent birth rate, per 1,000 women aged 15-19, 2006/2015. Source: United Nations Population Division and UNFPA. The adolescent birth rate represents the risk of childbearing among adolescent women 15 to 19 years of age. For civil registration, rates are subject to limitations that depend on the completeness of birth registration, the treatment of infants born alive but dead before registration or within the first 24 hours of life, the quality of the reported information relating to age of the mother, and the inclusion of births from previous periods. The population estimates may suffer from limitations connected to age misreporting and coverage. For survey and census data, both the numerator and denominator come from the same population. The main limitations concern age misreporting, birth omissions, misreporting the date of birth of the child, and sampling variability in the case of surveys.

Sexual and Reproductive health

The United Nations Population Division produces a systematic and comprehensive set of annual, model-based estimates and projections is provided for a range of family planning indicators for a 60-year time period. Indicators include contraceptive prevalence, unmet need for family planning, total demand for family planning and the percentage of demand for family planning that is satisfied among married or in-union women for the period from 1970 to 2030. A Bayesian hierarchical model combined with country-specific time trends was used to generate the estimates, projections and uncertainty assessments. The model advances prior work and accounts for differences by data source, sample population, and contraceptive methods included in measures of prevalence. More information on family planning model-based estimates, methodology and updates can be found at <http://www.un.org/en/development/desa/population>. The estimates are based on the country-specific data compiled in *World Contraceptive Use 2017*.

Contraceptive prevalence rate, women currently married/in union aged 15-49, any method and any modern method, 2018. Source: United Nations Population Division. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Survey data estimate the proportion of married women (including women in consensual unions) currently using, respectively, any method or modern methods of contraception. Modern or clinic and supply methods include male and female sterilization, IUD, the pill, injectables, hormonal implants, condoms and female barrier methods.

Unmet need for family planning, women aged 15 to 49, 2018. Source: United Nations Population Division. Women with unmet need for spacing births are those who are fecund and sexually active are not using any method of contraception, and report wanting to delay the next child. This is a subcategory of total unmet need for family planning, which also includes unmet need for limiting births. The concept of unmet need points to the gap between women's reproductive intentions and their contraceptive behavior. For MDG monitoring, unmet need is expressed as a percentage based on women who are married or in a consensual union.

Proportion of demand satisfied, any modern methods, women currently married/in union aged 15-49, 2018. Source: United Nations Population Division. Modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning. Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

Proportion of demand satisfied with any methods (PDS) = Contraceptive prevalence rate for any methods (CPR) divided by total demand for family planning (TD).

Proportion of demand satisfied with any modern methods (mPDS) = Contraceptive prevalence rate for modern methods (mCPR) divided by total demand for family planning (TD).

Where total demand = Contraceptive prevalence rate plus unmet need for contraception rate (UNR), that is

TD = CPR + UNR

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent, 2007/2016. Source: UNFPA. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married or in union, who make their own decisions on all three areas—sexual intercourse with their partner, use of contraception, and their healthcare.

Harmful Practices

Child marriage, married by 18, 2008/2016. Source: UNFPA. Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before age 18.

FGM prevalence among girls, per cent, 2004/2015. Source: UNFPA. Proportion of girls aged 15 to 19 years who have undergone female genital mutilation.

Education

Male and female adjusted primary school enrolment, net per cent of primary school-age children, 1999/2015. Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). The adjusted primary school net enrolment ratio indicates the percentage of children of the official primary age group who are enrolled in primary or secondary education.

Male and female secondary school enrolment, net per cent of secondary school-age children, 2000/2015. Source: UIS. The secondary school net enrolment ratio indicates the percentage of children of the official secondary age group who are enrolled in secondary education.

Gender parity index, primary education, 1999/2015. Source: UIS. The gender parity index (GPI) refers to the ratio of female to male values of adjusted primary school net enrolment ratio.

Gender parity index, secondary education, 2000/2015. Source: UIS. The GPI refers to the ratio of female to male values of secondary school net enrolment ratio.

Demographic indicators

Population

Total population, in millions, 2018. Source: United Nations Population Division. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from United Nations Population Division. These indicators present the estimated size of national populations at mid-year.

Average annual rate of population change, per cent, 2010/2018. Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division. These figures refer to the average exponential rate of growth of the population over a given period, based on a medium variant projection.

Population aged 0-14, per cent, 2018. Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division. These indicators present the proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10-24, per cent, 2018. Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division. These indicators present the proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15-64, per cent, 2018. Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division. These indicators present the proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent, 2018. Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division. These indicators present the proportion of the population between aged 65 and older.

Male and female life expectancy at birth (years), 2015/2020. Source: United Nations Population Division. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from United Nations Population Division. These indicators present the number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

Fertility

Total fertility rate, per woman, 2018. Source: United Nations Population Division. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from United Nations Population Division. These indicators present the number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.

Mean age of childbearing, years, 2015/2020. Source: United Nations Population Division. These indicators present the average age of mothers at the birth of their children if women were subject throughout their lives to the age-specific fertility rates observed in a given year. It is expressed as years.

Regional classification

UNFPA averages presented at the end of the statistical tables are calculated using data from countries and areas as classified below.

Arab States Region
Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen

Asia and Pacific Region
Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambodia; China; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Korea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldives; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua New Guinea; Philippines; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailand; Timor-Leste, Democratic Republic of; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Eastern Europe and Central Asia Region
Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; Moldova, Republic of; Serbia; Tajikistan; The former Yugoslav Republic of Macedonia; Turkey; Turkmenistan; Ukraine

East and Southern Africa Region
Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; Seychelles; South Africa; South Sudan; Tanzania, United Republic of Uganda; Zambia; Zimbabwe

Latin American and the Caribbean Region
Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru; Saint Kitts and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of)

West and Central Africa Region
Benin; Burkina Faso; Cameroon, Republic of; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Congo, Republic of the; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Togo

More developed regions comprise UNPD regions Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.

Less developed regions comprise all UNPD regions of Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

The least developed countries, as defined by the United Nations General Assembly in its resolutions (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295) included 48 countries in January 2014: 34 in Africa, 9 in Asia, 4 in Oceania and one in Latin America and the Caribbean—Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Vanuatu, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions.

『世界人口白書 2018』の英語版は、国連人口基金 東京事務所のホームページ https://tokyo.unfpa.org/ja で、ご覧いただけます。

日本語版監修：
阿藤　誠（国立社会保障・人口問題研究所名誉所長）
日本語版制作：
国連人口基金 東京事務所
〒150-0001　東京都渋谷区神宮前5−53−70
国連大学ビル 7階
https://tokyo.unfpa.org/ja

国連人口基金
すべての人々に人権と選択を