



織りなす命、 希望の糸

性と生殖に関する健康と権利の
不平等を終わらせるために

State of World Population report 2024

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

EDITOR-IN-CHIEF

Ian McFarlane

EDITORIAL TEAM

Senior editor: Rebecca Zerzan

Production editor/creative direction:

Katherine Black

Features editor: Richard Kollodge

Features writers: Katherine Black,

Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe,

Catherine Trautwein, Rebecca Zerzan

Editorial support and guidance: Jacqueline Daldin,

Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein

Digital edition manager: Katherine Black

Digital edition adviser: Enes Champo

Fact checker: Ralph Hakkert

SENIOR RESEARCH ADVISER

Dr. Gita Sen

RESEARCHERS AND WRITERS

Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger,

Dr. Tlaleng Mofokeng, Letlhogonolo Mokgoroane,

Gilda Sedgh, Claire Thomas

UNFPA LEAD TECHNICAL ADVISERS

Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang

ARTISTS AND ART ADVISERS

Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia Gonzáles,

Iain Guest at the Advocacy Project, Nadia Hamid

at the International Folk Art Market, Rosie James,

Nneka Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia Sciortino,

Pankaja Sethi, The Sussex Archaeological Society

(www.sussexpast.co.uk), Tally Assuit Women's

Collective, Woza Moya

MAPS AND DESIGNATIONS

The designations employed and the presentation of material in maps 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.

Timeline art: American Association of University Women, United Nations Conference on Population and Development/Robert Rauschenberg

Front cover: Nneka Jones (@artyouhungry)

All other artwork by Rosie James

(@rosiejamestextileartist) unless

otherwise credited

ACKNOWLEDGEMENTS

UNFPA thanks the following people for sharing glimpses of their lives and work for this report: Alia, Turkmenistan; Ellen Amster, Canada; Adel Botros, Egypt; Eira Carrera, Panama; Isaac Chirwa, Malawi; Francisca Córdoba, Colombia; Carolyn DeFord, United States of America; Maimouna Déné, Burkina Faso; Duha, Syrian Arab Republic; Eneida, Panama; Dr. Eda Gülüm, Türkiye; Ceylan Güzey, Türkiye; Sharron Hinchliff, United Kingdom; Seif Kuchengo, United Republic of Tanzania; Jonas Lubago, United Republic of Tanzania; Shirley Maturana Obregón, Colombia; Thivya Rakini, India; Rama, Syrian Arab Republic; Humberto Rodríguez, Panama; Syrah Sy Savané, Côte d'Ivoire; Nandita Shivakumar, India; Gertrudis Sire, Panama; Audrey Tang, United Kingdom; Luhui Whitebear, United States of America; Jose Luis Wilches Gutiérrez, Colombia.

Chief of the UNFPA Media and Communications Branch, Selinde Dulckeit, provided invaluable insights to the draft, as did members of the UNFPA Technical Division, including Michael Herrmann, Priscilla Idele, Dr. Julitta Onabanjo, Leyla Sharafi and Dr. Willibald Zeck. Support also came from Arthur Erken and Dr. Nkeiruka Didigu in the UNFPA Policy and Strategy Division, and from members of the Office of the Executive Director, including Teresa Buerkle, Samuel Choritz, Dr. Nigina Muntean, Alana Ngoh and Horst Rutsch. Members of the offices of Deputy Executive Director Diene Keita and Deputy Executive Director Andrew Saberton contributed, as did colleagues from UNFPA SWEDD, including Moussa Bagayoko, Nafissatou Diop, Emmanuelle Landais Lopez and Waly Sene.

UNFPA colleagues and others around the world supported the development of feature stories and other content or provided technical guidance: Samir Aldarabi, Vannie Arrocha, Zeynep Atilgan, Adolfo Ballina, Ana De Baldia, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Eren Korkmaz, Lilian Landau, Daisy Leoncio, Nouran Makhlof, Julia Novichenok, Demetra Pollinari, Norha Restrepo, and Siaka Traore.

Author Ann Garbett led the analysis of Demographic and Health Survey data to examine access to sexual and reproductive health services and information by ethnicity and socioeconomic categories.

Print and interactive design: Prographics, Inc.

The editors are grateful for the contributions of partners, including researchers at the Guttmacher Institute, particularly Jacqueline Darroch and Elizabeth Sully; experts at the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs, in particular Giulia Gonnella, Yumiko Kamiya, Vladimíra Kantorová and Karoline Schmid; experts at the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), in particular Nicolas Fasel and Yekaterina Spassova; experts at the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), in particular Lilian Barajas, Jaspreet Kindra, April Pham and Barbara Wachter; the UN Independent Expert on Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity Victor Madrigal-Borloz; and experts at the Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), in particular Sivananthi Thanenthiran.

A NOTE ON LANGUAGE

In this report, "Black" is capitalized when referring to groups or individuals in racial, ethnic or cultural terms. The term "Black" is often used to convey a shared sense of history and identity, while "white" is less commonly used this way. As the term "indigenous" can be used to refer generally to peoples of many cultures and traditions, the term is not capitalized in this report unless it is used to refer to a specific group or nation. This report also tends to refer to women and girls when discussing issues such as sexual violence and pregnancy; the data for these issues broadly come from surveys and studies that identify participants as women or girls. It is important to note that transgender men and non-binary people also experience pregnancy, and that gender-diverse people experience sexual violence and barriers to sexual and reproductive health care in disproportionate and unacceptable numbers.

A NOTE ON ART

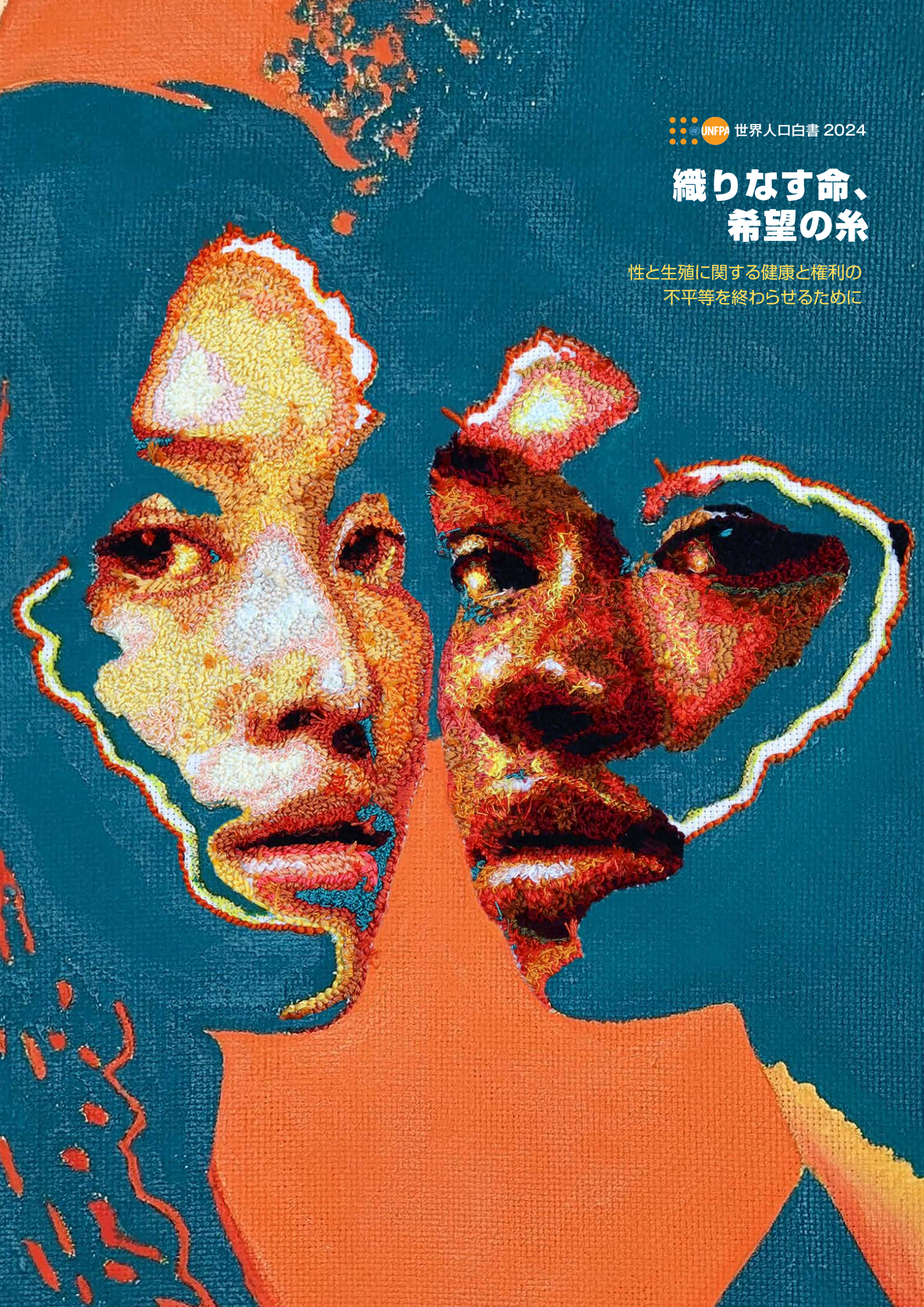
For thousands of years, women and indigenous communities have used weaving and embroidery to blur the boundaries between art and function, practicality and beauty. Yet their work has long been dismissed as craft rather than fine art, and excluded from formal art institutions and markets. For this reason, women's movements and indigenous peoples have embraced this art form to draw attention to issues related to their exclusion, like gender-based violence, reproductive justice and systemic racism — and also to call for solidarity across communities. The artists and textile collectives featured in this report continue that tradition, expressing contemporary concerns with skills passed down by generations of women. Together, their art shows how each woman's rights, dignity and future are woven together with those of her sisters, daughters, mothers and friends.



すべての人々に権利と選択を

織りなす命、 希望の糸

性と生殖に関する健康と権利の
不平等を終わらせるために



目次

前書き 4

概要



第1章

進歩の途上

PAGE 6

FEATURE: 危機でヘルスケアが途絶えた場合は、コミュニティの仲間が補い合う 16

FEATURE: ジェンダーに基づく暴力反対のため団結する女性縫製労働者 22

IN FOCUS: 自己申告による保健サービスへのアクセス問題の推移、社会経済的地位および民族別 28

第2章

可視化される不平等

PAGE 32

年表 34-39

FEATURE: コロンビアのアフリカ系女性のための、安全で文化面に配慮した安心な出産 ... 46

FEATURE: 失踪・殺害された先住民族女性の問題を可視化する女性活動家 52

IN FOCUS: 性とジェンダー規範の脱植民地化 60



第3章

一針一針数えて

PAGE 62

FEATURE: 自分たちの権利を主張するトルクメニスタンの女性障害者 70

FEATURE: 一人ひとりを把握することに努めるアフリカの国勢調査 76

IN FOCUS: 測定に値するのは誰か、思春期の母親の場合 82

第4章

女性こそが糸

PAGE 86

FEATURE: 健康と人権に対する脅威となる梅毒：偏見 92

FEATURE: 最も支援を必要とする少女たちに手を差し伸べる現地のリーダーシップ 104

第5章

共通の未来を紡ぐ

PAGE 110

FEATURE: 明るみになる高齢者の性に関する健康 118

FEATURE: 女性の健康と平等で革命を起こすンガベ人女性たち 124

指標	133
テクニカル・ノート	152
参考文献	157

前書き

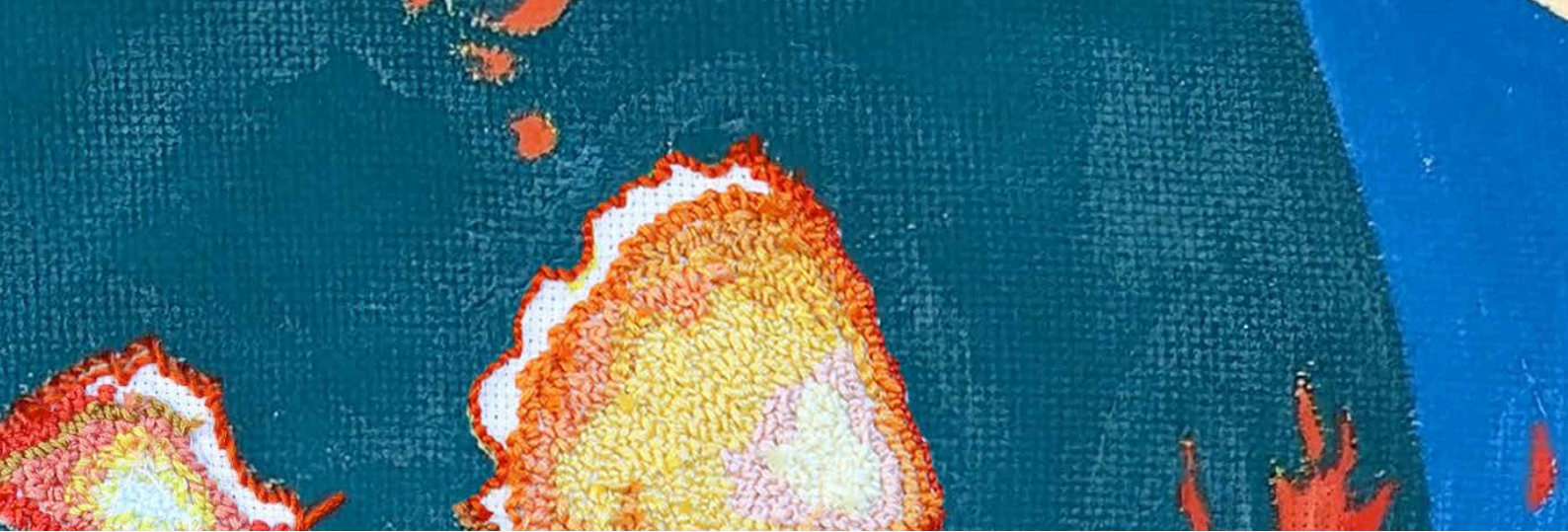
30年前、世界各国の政府は、性と生殖に関する健康と権利（リプロダクティブ・ヘルス／ライツ）が世界の開発の礎石であることに合意しました。これは画期的な合意であり、その後数十年にわたる進歩の道を開きました。それ以来、意図しない妊娠の割合は世界全体で20%近く減少しました。近代的な避妊方法を使用する女性の数は倍増しました。現在、少なくとも162か国が家庭内暴力（DV）を禁止する法律を採択し、妊産婦死亡数は2000年以降34%減少しました。

しかし、その進歩の速さは十分ではなく、到達する範囲も十分ではありませんでした。ジェンダーに基づく暴力は、事実上すべての国や地域で依然として蔓延しています。2016年以降、妊産婦死亡率の減少はゼロであり、多くの国々で死亡率が上昇していることが懸念されています。女性の半数近くが、依然として自分の身体について決定することができず、性と生殖に関する健康と権利を行使できないでいます。

重要な理由のひとつは不平等です。本白書における新たなエビデンスによると、社会経済的な階層や民族を問わず、女性のヘルスケアに対する障壁は時間の経過とともに減少してきている

ものの、最も疎外されている女性に対しては、最も改善が遅れています。言い換えれば、世界が最も手の届きやすい人々への支援に力を注いだ一方で、私たちは制度や社会の不平等や格差に向き合うことを怠ってきたために、亀裂が大きな溝へと広がってしまったのです。

至る所で、必要不可欠な性と生殖に関するヘルスケアを求める人々は、ジェンダー、経済的地位、民族性、性的指向、障害などのために、重複するハードルを乗り越えることを余儀なくされています。データ収集されている数少ない場所でも、アフリカ系の女性は、産科での虐待や妊産婦の健康への悪影響に対してより脆弱であることが判明しています。先住民族の女性は、彼女たちの文化に配慮した妊産婦ヘルスケアを否定されることが多く、彼女たちの固有の出産習慣が罪と見なされることもあり、その結果、妊娠・出産時の死亡リスクが著しく高くなっています。ジェンダー不平等な規範は、ヘルスケアの構造に埋め込まれたままであり、これには女性が大部分を占める世界の助産師の労働力に対し投資が依然として不足していることも含まれます。障害を持つ女性と少女は、ジェンダーに基づく暴力に直面する確率が最大10倍高くなると同時に、性と生殖に関する情報やケアに対するよ



り高い障壁にも直面しています。LGBTQIA+ (レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クエスチョニング、インターセックス、アセクシュアル等) の人々は、深刻な健康格差に加え、またその結果として、差別と偏見に直面しています。

普遍的な性と生殖に関する健康と権利という、カイロで開催された国際人口開発会議の約束を実現するための道筋は明らかです。それを達成するためには、私たちの保健医療制度と政策から不平等を根絶し、最も疎外され排除されている女性と若者に優先的に焦点を当てなければなりません。

私たちは、人権に基づき、効果が証明された、包括的で普遍的で包摂的なヘルスケアを必要としています。この取り組みは極めて重要であり、公正であり、実現可能です。本白書には、最も必要としている人々のための、質の高いヘルスケアへのアクセスと利用を拡大したプログラムや取り組みの事例が数多く紹介されています。成功を加速させるためには、誰が取り残されているのかを正確に理解できるように細分化され、彼女たち自身から収集され、かつ安全性が確保されたより多くかつより良いデータが必要です。

フェミニストから先住民グループ、気候変動や若者の活動家に至るまで、多様な人々がすでにより公平で共有された未来への道を指し示しています。

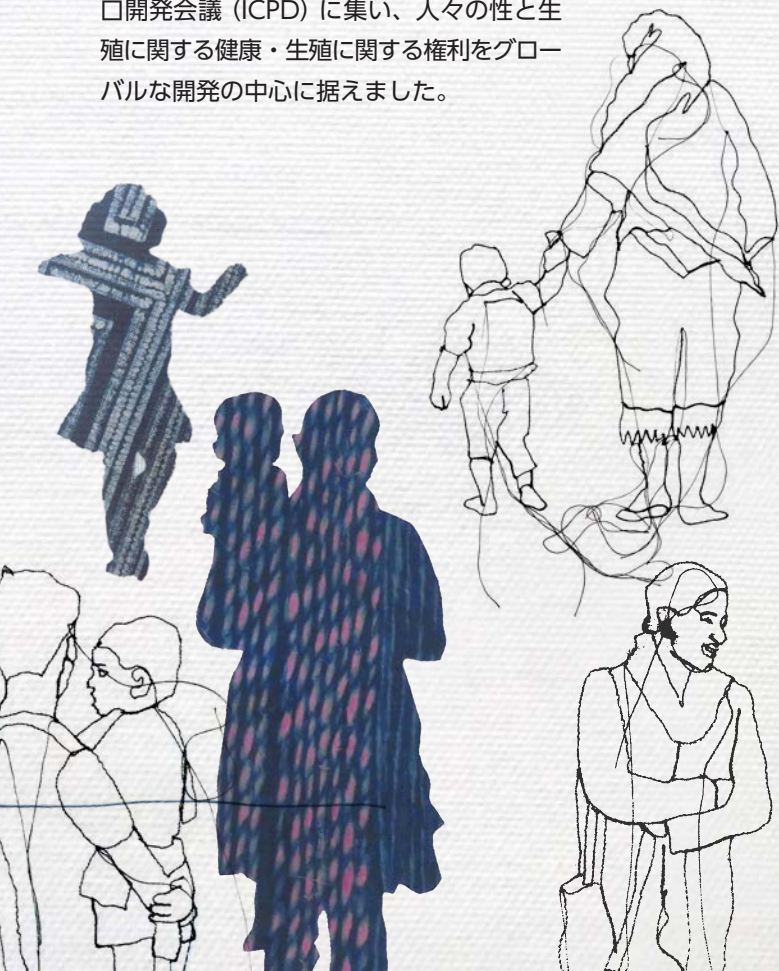
最終的には、公平な進歩を確保することは、社会全体に利益をもたらすこととなります。それ自体が重要であると同時に、より公正でジェンダー平等な世界を実現することで、世界経済に何兆ドルもの利益をもたらすことができます。

人類の織りなす布は豊かで美しく、80億本を数え、さらに増えつつある糸からなる織物であり、私たち一人ひとりが唯一無二の存在です。私たちのレジリエンスは、個々の糸からではなく、全体が織りなす集合体から生まれます。それが私たちの強さであり、共に協力し合うことにより前進し、成功する方法なのです。

国連人口基金 (UNFPA) 事務局長

ナタリア・カネム

30年前、世界はカイロで開かれた国際人口開発会議 (ICPD) に集い、人々の性と生殖に関する健康・生殖に関する権利をグローバルな開発の中心に据えました。



私たちはそれ以来、ICPDの行動計画達成に向け、飛躍的な進歩を遂げてきました。それでも、数百万人もの人々が毎日、その健康と権利を依然として否定されています。この状況は終わらせられますし、また終わらせなければなりません。



進歩を称えよう

1994年に、179か国の政府がICPD行動計画を採択し、すべての人々の性と生殖に関する健康・生殖に関する権利を擁護することで合意しました。この画期的な合意は、女性と少女個人の自己決定権を最優先することなしに、包摂的で持続可能な開発は達成できないことを確認するものでした。

私たちの成果

- ✕ 2000年から2020年の間に、世界の妊産婦死亡率は34%低下しました。
- ✕ 15歳から19歳の少女の出産は、2000年以降、およそ3分の1減少しました。
- ✕ 1990年から2021年にかけて、近代的な避妊薬・具を使用する女性の数は倍増しました。
- ✕ 162か国というかつてない数の国々が家庭内暴力(DV)を禁止する法律を制定しました。
- ✕ 2021年の新規HIV感染者数は、2010年に比べ、ほぼ3分の1減少しました。



取り残されているのは誰か

この30年間に大きな前進は見られたものの、からだの自己決定権や妊産婦死亡率の削減といった問題の進展は鈍化しており、場所によっては後退さえ起きています。数百万人が前進から取り残されており、その一因は、こうした人々が日常的に直面する複数かつ複雑な形の社会的疎外と差別によるものです。

私たちの国際社会で最も恵まれた人々は、進歩の恩恵を最も受けやすくなっています。その一方で、どの社会にも不平等が広がり続け、数百万人が基本的な性と生殖に関する健康と権利（セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ）を奪われています。ジェンダーに基づく差別や不平等など、幾層にも連なる社会的疎外を経験する人も多くなっています。

進歩はどこで滞っているか

- 68 か国では、女性の4分の1が自分自身のヘルスケアに関する決定を下すことがいまだにできません。
- ほぼ10人に1人の女性は、避妊について、自分で決めることができません。
- 25 か国を対象とした調査で、社会経済的地位の比較的高い女性やすでに恵まれている民族集団の女性ほど、ヘルスケアに対する障壁がすみやかに取り除かれています。
- 複数年のデータが入手可能な32か国のうち19か国では、女性がからだの自己決定権を行使できる能力が高まっていますが、13か国では逆に低下しています。
- 4分の1の女性は、夫やパートナーとの性行為を拒むことができていません。
- 毎日、およそ800人の女性が今でも、出産時に命を落としています。こうした死亡はほぼすべて予防することができます。これらの死の大半は開発途上国で生じています。
- 2016年から2020年にかけて、全世界の年間妊産婦死亡の減少率は事実上ゼロでした。
- 障害を持つ女性と少女は、性暴力を含め、ジェンダーに基づく暴力を受ける可能性が10倍高いとされています。



私たちは、ジェンダー平等および性と生殖に関する健康と権利への投資が、より公正な未来を確保するために欠かせないことを知っています。それだけではありません。こうした投資は大きな経済的利益をもたらします。家族計画と妊産婦の健康にさらに790億ドルを投資すれば、2022年から2050年までの間に、死亡する妊産婦が100万人減少するだけでなく、約6,600億ドルにも上る経済効果をもたらします（Investing in three transformative results “Realizing Powerful Returns” UNFPA, 2022）。公共・民間・社会セクターのジェンダー格差を世界的に解消すれば、全世界の国内総生産（GDP）はさらに12兆ドルも増えることとなります。また、全世界のGDPを5%に相当すると考えられている親密なパートナーからの暴力に終止符を打てば、生産性と収益が短期かつ長期的に改善し、そのインパクトは数世代にわたって波及することでしょう。しかし、世界は女性のエンパワーメントにも、彼女たちの命を救うためにも十分な投資を行っていません。これは、アイデアや資源の不足というよりも、意思の不足を示唆しています。

このことは、ジェンダーの不平等、人種差別、誤情報という世界的な負の遺産と関連しており、これらはいずれも保健医療制度に深く根を張っています。助産の分野を見ても、出産に助産師の立ち合いを増やせば、妊産婦死亡の41%が回避できるという事実にもかかわらず、大半が女性であるこの職種は世界的にも依然として低賃金で正当な評価を受けていません。一方で、黒人と先住民族の女性に対する差別は依然として、産科での暴力やネグレクト、妊産婦死亡率の高さとなって表れています。

大規模な性と生殖に関する権利のプログラムが重視された結果、多くの人々に多大な恩恵をもたらす一方で、最も手の届きにくい人々が置き去りにされたことが、いま分かっています。多くの場所で不平等が拡大しており、ICPD行動計画はまだ達成できていません。

前途を紡ぐために >>>

それでも、世界のあるべき姿に関する新しいビジョンが勢いを増しています。それは、個人の権利や福祉を強化することで、集団全体の権利や福祉が強化されることであり、逆もまた然りです。気候変動から人口動態の変化、さらにはデジタル革命に至るまで、世界最大の懸案事項には、全体の利益のための協働的な行動によってのみ取り組むことができるからです。

今後 30 年の前進があらゆる人を包摂できるようにするためには、すべての人に包括的で普遍的、かつインクルーシブな性と生殖に関する保健サービスを提供し、その権利を保障する方向に軸足を移さなければなりません。そのためには、経済、社会、政治、そして環境面の不公正が人々の健康と権利に及ぼす多種多様な影響に対処する、個人のニーズに対応し焦点を絞った保健医療プログラムを策定する必要があります。また、人々の経験を幅広く平均的に捉え、多様な要因を踏まえた詳細なデータの収集に尽力することに前進することも必要です。

連帯すれば、それは可能となります。私たちは、何百万人もの人々が本来の可能性を十分に発揮することを阻害してきた構造やシステムを徹底的に見直すというグローバルな総意を必要とする、歴史上の大きな転換点を迎えています。社会的疎外と差別の終焉に向けて、一気に進展させることは可能であると同時に、必要でもあります。しかしそのためには、今すぐに始める必要があります。



Photo © UNFPA Tanzania/
Ayubu Lulesu

より公平な未来は どうすれば創れるか？

- > **安価で質の高い妊産婦医療へのアクセスを改善し、女性医師の数を増すことで、著しい成果を上げることができます。**インドでは、このような取り組みの結果、世界全体の妊産婦死亡数に占める割合が 1990 年の 26% から、2020 年には 8% に減少しました。
- > **出産への助産師の立ち合いを増やすことにより、妊産婦死亡の 41%、新生児死亡の 39%、死産の 26% を回避できます。**
- > **男女の平等を進めることにより、世界の GDP 成長率に対する女性の貢献が倍増し、10 年間で全世界の GDP が 12 兆ドル引き上げられます (Investing in three transformative results REALIZING POWERFUL RETURNS, UNFPA, 2022)。**
- > **あらゆる人の可能性を発揮させるための必須要素として、コミュニティのリーダーシップとパートナーシップを認識すること。**カナダ北部では、伝統的な出産の慣習を復活させ、先住民の女性たちのストレスが軽減し、意思決定により深く関与するようになり、より良い心理社会的サポートが得られるようになりました。

1994 年以来、多くの成果が見られてはいますが、私たちはさらに前進しなくてはなりません。健康結果を改善し、予防可能な妊産婦死亡をなくすための取り組みだけでは、不平等や差別、先入観、偏見に起因する障壁を克服できないことを、世界は何度となく経験してきました。しかし、この事実はおそらく、ICPD 行動計画と、「持続可能な開発目標 (SDGs)」を含むアジェンダ 2030 の両方を含め、すべての人の権利と選択を実現するために私たちが合意した目標を達成できる絶好の機会を提供してくれています。私たちはそのために、悲観するのではなく、忍耐強く再び行動する決意をすることが必要であることを知っています。私たちには、一人ひとりの尊厳と価値観を認め合う未来を創造する能力があります。それは、すべての人の権利を保障するためには、個々の権利を保障せねばならないことを認識する世界に他なりません。人類という豊かで美しい織物の強さは結局のところ、最も弱い糸の強さで決まるのです。

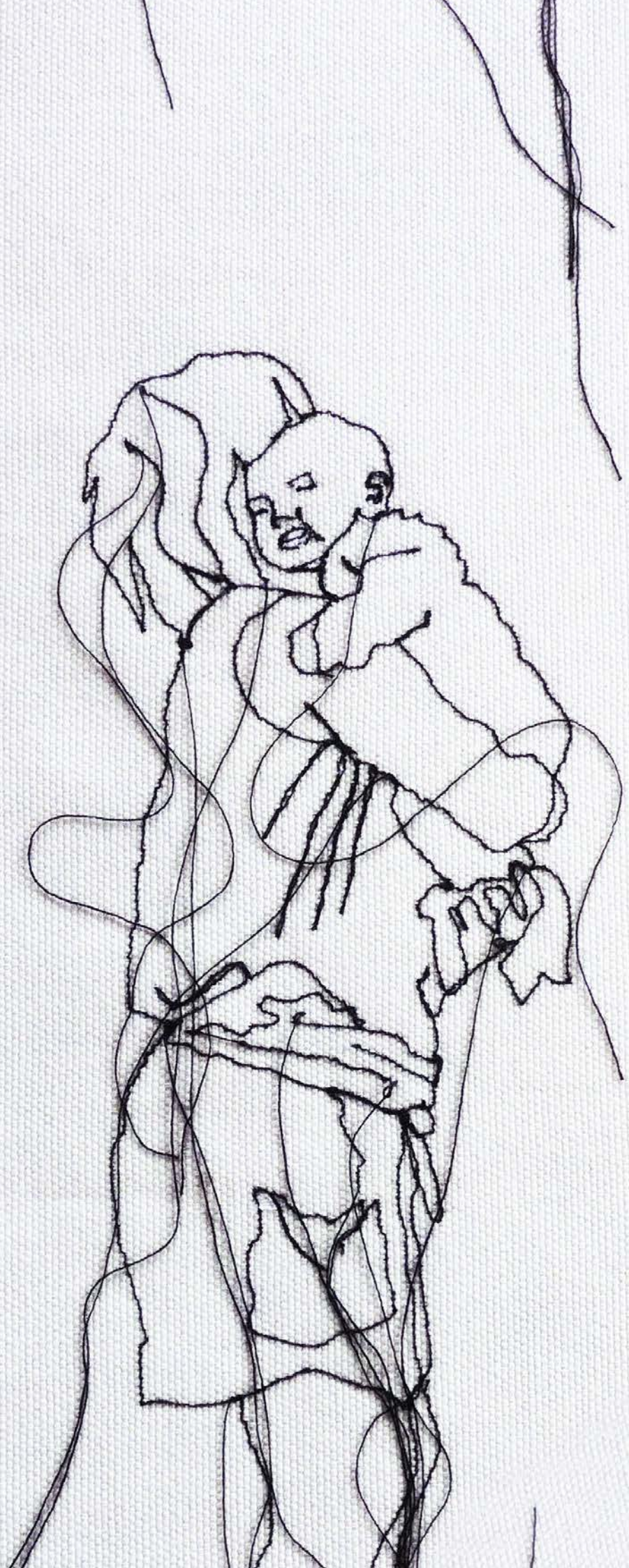


すべての人々に権利と選択を

www.unfpa.org/swp2024



Cover image by Nneka Jones @artyouhungry



進歩の途上



安全な出産。避妊手段の選択。ジェンダーに基づく暴力からの保護。かつてなく多くの人々が、こうした基本的かつ生命の維持に関わる権利を獲得してきました。しかし、こうした権利を認められていない人々の数がゼロになったわけではありません。それは可能であり、そうあるべきにもかかわらず。

概して、今日の人々は、より長く、健康な生活を送れるようになりました。それでも、数百万人が多くの複合的な形で社会から隔離され、差別を受ける中で、依然として前進の軌道を大きく外れ、取り残されています。巨大な富に恵まれ、かつ、性と生殖に関するヘルスケアで効果を実証済みの対策も多くある世界で、こうした格差が残っていることは、アイデアや資源の不足ではなく、意志の欠如を示していると言えます。このことを心に留めておくことは大切です。なぜなら、社会的疎外や差別の解消に向けた歩みを一気に速めることが、単に望ましいだけでなく、今すぐにでも可能だからです。

2024年、世界はカイロで開催された1994年国際人口開発会議(ICPD)から30周年を迎えます。この会議は開発の中心に人間を据え、すべての人の健康と権利、選択肢の改善を約束するという、画期的なグローバル協定を生み出しました。そこで確認された人間の可能性に関するビジョンは、以後の大きな前進に着想を与えたほか、2015年に合意された「持続可能な開発目標(SDGs)を含むアジェンダ2030」もこれを反映し、さらに展開しています。

しかし、ICPDのアジェンダは、とりわけ最も社会から疎外されている人々にとって、まだ部分的にしか実現されていません。格差はどの社会にも広がり、一部の人々は基本的な性と生殖に関する健康と権利を奪われています。ジェンダーや人種、民族その他数多くの要因に絡む権力と機会の格差は、それぞれ単独でも、複数が組み合わせられた形でも、依然として人々の選択やアクセスを大幅に制限しています。こうした社会構造は、障害を持つ女性が性に関する健康についての情報の提供を拒まれたり、貧しい

村の少女が児童婚を強いられたりする場合に可視化されます。また、妊婦や少数民族が虐待的な慣習に晒され、保健医療制度でこれが問題視されない場合も同様です。

ICPDの約束を取り残された人々に対して速やかに実現させることは、世界で最も喫緊の優先課題の一つです。それが優先課題であるのは、一人ひとりの個人にとって、からだの自己決定権、すなわち暴力や強制なしに、自分の身体や未来について選択を行う能力と行為主体性(UNFPA, 2021)が、性と生殖に関する健康と権利の実現にかかっているからです。これにより、各個人がその生涯のうちに得られる可能性のある、健康、教育や雇用、政治参加における恩恵が決定づけられます。そしてまた、平和で強靱かつ公正な社会は、誰も排除されることなく、健康でエンパワーされた人々がいなければ実現しません。

あらゆる人にICPDの約束を果たすための強力な基盤はすでに整っています。世界は、以前から続いている障壁や差別を撤廃する方法に対する理解を、これまでになく深めています。国際社会は何十年も前から、人間中心の開発には、質の高い性と生殖に関するヘルスケアへの普遍的なアクセスが必要であることで合意しており、性と生殖に関する正義(リプロダクティブ・ジャスティス)運動の包括的目標にも近づきつつあります(McGovern and others, 2022)。本白書では、ICPD30周年を契機として、保健医療・社会制度を、すべての人々のエンパワーメント、その多様性の尊重、その尊厳の堅持、そしてまた、その権利とからだの自己決定権実現への支援を保障するサービスの提供に向けて方向転換することを提唱しています。また、依然として社会の分断を招いている格差や不平等を解消するための新たな取り組みも求めています。こうした不平等は、労働市場から教育、さらには政治参加に至るまで、生活のほとんどの側面で女性やその他の集団を慢性的に疎外する制度的かつ構造的な障壁を作り出し、助長しているからです。今こそ、こうした障壁を取り除くため、決定的な行動を起こすべき時なのです。

ジェンダー平等と生殖に関する権利への支援を結集する機会

政治的、社会的な両極化は、しばしば経済格差とも関連し、全世界で不安感を増大させており (United Nations, 2018)、包括的性教育やLGBTQIの権利、避妊、中絶、ジェンダー平等へのアクセスを含む性と生殖に関する権利の問題が対立に巻き込まれることも益々増えています (Kanam, 2023)。それでも、性と生殖に関する健康・権利の不平等を緩和すれば、経済格差の軽減に寄与し (UNFPA, 2017)、安定性を向上させ、紛争を防止し (Nyård, 2018)、開発を加速できる可能性もあります。そして多くの点で、ジェンダー平等と性と生殖に関する権利への支援を動員できる機会が訪れています。50 か国以上で数十億人の命運を決する重要な選挙が行われる今年、歴史上最大の参加民主主義の行為の前触れとなる可能性があります (Harbath, 2023; IFES, n.d.)、その中には数十億人の女性と少女のほか、数限りなく多い社会的に疎外されたコミュニティも含まれています。

進歩はすべての人には届かず

IPCD以降、社会的な運動やリーダーシップ、パートナーシップ、そして遠隔地の保健医療サービス拠点から政府や企業、慈善団体の最高幹部に至る人々のコミットメントにより、性と生殖に関する健康の中心的領域では、目覚ましい進歩が見られてきました。市民社会や草の根運動による根気強いアドボカシー活動は、こうした著しい進歩を確保する



うえで、重要な役割を果たしました(34~39頁の年表を参照)。

2000年から2020年にかけて、全世界の妊産婦死亡率は34%低下しましたが(UNICEF, 2023)、この成功は、熟練度の高い緊急産科ケアへのアクセスが向上したことが大きな要因です。1990年から2021年にかけて、近代的な避妊具・薬を使用する女性の数は倍増しました(UN DESA, 2022)。意図せぬ妊娠率も1990~1994年から2015~2019年にかけて、19%減少しました(Bearak and others, 2018)。15歳から19歳までの少女の出産数も2000年以来、およそ3分の1減少しています(UNFPA, 2023)。HIV感染率も大幅に低下し、2021年の新規感染者数は2010年の3分の1近くに減少しています(United Nations, 2023)。女性器切除を受ける少女の割合も、この慣習に対する態度が変化したことで急減しました(UNICEF, 2022)。

指導的役割を担う女性の数が緩やかながら、着実に増えていることから示されているとおり(United Nations, 2023a)、女性の地位が向上する一方で、人権としてのからだの自己決定権の重要性に対する認識も高まっています(OHCHR, 2017)。2015年に持続可能な開発目標(SDGs)が採択されたことを受け、国際社会は初めて、女性がからだの自己決定権を行使できる能力を測定しようとしたのですが、からだの自己決定権を人権に不可欠な要素とみなすことが世界的に確認されたという画期的な出来事でした。世界の各国政府は、立法措置によっても女性と少女を守ろうとしています。家庭内暴力を禁止する法律を採択した国は162か国と、歴史的に過去最多の数に達しました(World Bank, n.d.)。からだの自己決定権のさらなる進展として、世界はますますLGBTQIの性的指向を犯罪と認めない方向に向かっています。エイズ禍の

初期には、ほとんどの国は同性愛の性的指向を犯罪としていましたが、現在は3分の2の国がこれを犯罪としなくなっています。2022年には、過去25年間で最も多い国が刑罰法規を撤廃していることから、この進歩は加速している可能性もあります(HIV Policy Lab and others, 2023)。

その他、確かなエビデンスや人権の認識に裏付けられた新たなヘルスケア・モデルの中にも、明るい兆しが見られます。こうしたモデルはさらに多くの人々を対象とし、多様な状況や人々のニーズへの対応力も高めています。例えば、セルフケアの医療モデルはUNFPAや世界保健機関(WHO)、その他の公衆衛生機関によっても支持されています。これは、医療従事者の直接的介入を伴わずに、利用者が自らの健康を増進、維持し、病気や障害に対処できる新技術の急速な発展に伴うものです。このような発展によって、性と生殖に関する健康へのアクセスが一気に拡大する可能性もあります(UNFPA, 2024)。また、熟練助産師が提供するヘルスケアについては、以前より現代医学では長い間軽視されてきたものの(第2章を参照)、これが人命を救い、コストを節減するという認識が高まっていることも、将来性のある明るい動きと言えます(UNFPA and others, 2021)。

ジェンダーの平等は社会的、経済的に膨大な利益をもたらす最も賢明な開発投資の一つであるとの理解が広がっている一方で(UNFPA, 2023a)、性と生殖に関する健康への投資に経済的利益があることも、否定しがたい事実となっています。UNFPAの試算によると、例えば2030年までに低・中所得国に790億ドルの追加投資を行えば、4億件の計画外妊娠が回避され、100万人の母親と400万人の新生児の命が救わ

れ、6,600億ドルの経済的利益が生み出されるとされています (UNFPA, 2022)。

しかし、こうした成果にもかかわらず、ジェンダー差別やその他の形態の社会的疎外が根深く残っていることにより、数百万人が依然として日常生活をほとんど改善できず、その権利をなかなか実現できていません。

最新のデータを見ると、69か国では、4分の1の女性が依然として自身のヘルスケアに関する決定を下すことができず、夫やパートナーとの性行為を拒否できない女性も4分の1に上ります。また、10人に1人近くが避妊具・薬の使用に関する選択権を持っていません (UNFPA, 2024a)。しかも、こうしたデータは女性のからだの自己決定権を大幅に改善する動きにつながっていません。このようなデータを報告している国が、そもそも3分の1程度しかないからです。また、SDGsの指標5.6.1に関する傾向データが入手できる国は初めて30か国を超えましたが、これを見ると、女性が自らの性と生殖に関する健康について決定権を行使できる能力が改善傾向にある国が19か国に上る一方で、13か国がこの同じ指標で悪化傾向を示しています (UNFPA, n.d.)。

かつて有望視されていた予防可能な妊産婦死亡の削減は、ほぼ停滞しています。2016年から2020年にかけて、全世界の妊産婦死亡件数の年間減少率は事実上ゼロとなっています (UNFPA, 2023b)。つまり、一日当たり約800人の女性が依然として出産中に命を落としています。そのほとんどが予防可能なのです。国連HRP (リプロダクティブ・ヘルス) 研究特別プログラムでディレクターを務めていたマフムード・ファターラ博士も次のように力説しています。「母

親は不治の病で死んでいるわけではありません。その命を救うべき価値があるという判断を社会がまだ下していないために亡くなっているのです」 (Fathalla, 2012)。

妊産婦の死亡は、国家間と国内の双方で、あまりにもあからさまな格差が存在していることにより、性と生殖に関する健康のあらゆる側面で広がっている不平等を物語る縮図と言えます。生死の差は、女性がどこで子どもを産むかによって決まることもあります。妊産婦死亡件数の大多数に当たる70%以上は、世界の後発開発途上国が集中し、保健医療システムが最も脆弱なサハラ以南アフリカで生じているからです。この地域で妊娠、出産時に合併症にかかった女性は、それによって命を落とす可能性が欧州や北米の女性の約130倍にも上ります。各地域や各国内にも、広く深い不平等があります。例えばマダガスカルでは、最富裕層の女性が出産時に熟練医療従事者の立ち合いを得られる可能性が、最貧層の女性の5倍に及んでいるほか (UN Women and others, 2023)、アメリカ大陸全体で、アフリカ系の人々は産科医療における不適切な扱いを受ける確率が高くなっています (UNFPA and others, 2023)。

不公平は近代的な避妊具・薬のアクセスについても見られますが、その中には、人種と民族 (Jackson and others, 2017)、難民や移民であること (Raben and others, 2018)、教育レベル、社会経済的地位、地方か都市か (Makumbi and others, 2015) に基づく格差が含まれます。また、ジェンダーに基づく暴力は幅広く見られ、かつ報告されないものも多くありますが、ここにも不平等の兆候が見られます。具体的には年齢 (Decker and others, 2015) と性的指向 (Evans and others, 2019) に基づく格差のほか、親密な

パートナーからの暴力による寿命の短縮にも人種、民族、ジェンダーに基づく格差が見られます。

こうした不平等があるにもかかわらず、というよりもおそらく、これらの不平等ゆえに、性と生殖に関する健康のニーズや障壁についてのデータを収集している国はあまりにも少なくなっています。文化や民族、人種、カースト、言語と宗教、障害の有無、HIV／エイズへの感染、移民の地位、性的指向とジェンダー自認など、ネグレクトや差別、社会的疎外を助長することが分かっている要因別に、こうしたデータを詳しく分析している国がさらに少ないことは、言うまでもありません。

同時に、デジタル領域でも新たな課題が急激に浮上しています。ヘルスケア技術は急速な進化を遂げ、情報の改善、官僚主義的な煩雑さの

軽減、ケアへのアクセス拡大に大きな将来性を提供しています。ところが、何百万人もの人々がデジタル格差によって不利な立場に取り残されています。人工知能(AI)をはじめとするテクノロジーは、既存の偏見や差別的規範を再現し、不平等を悪化させる恐れさえあります。例えば、コンピューター支援診断システムの中には、他の人種やジェンダーよりも白人男性に正確な診断を下すことが判明しているものもあります(Muro and Egbokhare, 2023)。また、テクノロジーがジェンダーに基づく搾取や虐待に新たな危険な手段を提供することを明らかにした新たな研究もあります(UNFPA, 2024b)。ジェンダーの不平等は、学習アルゴリズムの決定に含まれる女性が不当に少ないなど、テクノロジーの設計そのものに反映されてしまいかねません。ジェンダー的に偏った保健医療技術は特に問題が多く、診断や治療の遅れやミスにつながる恐れがあります。特に初期段階の臨床試



験の対象となる女性の比率は22%と低くなっているほか、妊娠中および授乳中の女性は依然として、市販後の臨床試験からも排除されています (BMJ, 2022; Shields & Lyerly, 2023)。

反発、そして前進

ICPDのアジェンダは、あらゆる階層の人々が力を合わせ、人口と開発に関する共通の懸案事項に対する解決策を探ろうと決意したことに端を発していますが、これは「性と生殖に関する健康や家族計画、人口増加に関する世界の人々と指導者の意識が大きくシフト」したことを反映していました (UNFPA, 1994)。ICPDが生み出した強力な推進力はそれ以来、性と生殖に関する健康・権利への進歩を持続させ、更新してきました。一人も取り残していないと主張できる国はまだありませんが、ほとんどすべての国が目覚ましい前進を享受していると言えます。多くの国々がこの分野での進歩の加速を約束しており、それが「持続可能な開発のための2030アジェンダ」と17の開発目標にとって不可欠であると認識しています。

しかし、紛争や気候変動の影響、コロナ禍など、複数の危機が相まって、数十年にわたる前進を危険にさらし、将来の進歩を脅かしています。しかも、人権とジェンダー平等を押し返そうという執拗かつ極めて組織的で反動的な動きも進んでいます。性と生殖に関する健康・権利への反発は、伝統の名において合理化され、懐古的な言説に覆われることが多いものの、長年に渡る合意や主要な人権条約に反し、確立された科学のおよび医学的知識を否定し、政治的な分断と不安定さを助長するものでもあります (Kanem, 2023; Guttmacher Institute, 2017)。

性と生殖に関する健康・権利への抵抗は、す

でに取り残されている、または追いやられたコミュニティをさらに疎外するという結果をもたらしています。生殖をコントロールし、からだの自己決定権を制限しようとする取り組みはとりわけ、移民や障害者、少数民族や先住民族のコミュニティなど、多くの人々に不当に影響を及ぼしています。包括的性教育の欠如により、情報と教育を受ける権利が制限されるだけでなく、資源の少ない若者が、自分たちの疑問に対する正確な答えを得る機会を奪われやすくなります。多様な性的指向やジェンダー自認を持つ人々の権利を厳しく拒絶する動きも激化しています (El Chamaa, 2023)。LGBTQIの性的指向とジェンダー自認を非犯罪化する世界的な傾向の中で、LGBTQIの人々を犯罪者とする国では、犯罪化がHIVの感染率を上昇させ、人権侵害につながるだけでなく、経済にも悪影響を及ぼすという明確なエビデンスがあるにもかかわらず、死刑のような厳しい処罰を含む刑罰の強化も進んでいます (HIV Policy Lab and others, 2023)。

退歩と両極化は、それが無い場合よりも社会の安定と信頼を大きく損ない、誤情報や虚偽に晒されやすくなります (Gupta and others, 2023; Osmundsen and others, 2021)。前進するためには、私たちが始めることができます。その合意とは、いかなる女性も出産時に命を落とすべきではないこと、すべての人々がいつ、誰と家庭を持つか、または持たないかを決定する権利があること、全ての人々が、暴力や強制なく自身のからだに関する選択をできること、女性と少女が自分の運命を切り開くことができれば、その社会も共に繁栄できることです。さらに、ICPDも暗黙の裡に認めているとおり、誰か一人の権利とウェルビーイングは、他の人々の権利やウェルビーイングと切り離せない関係にあり

ます。ある人の権利がリスクにさらされる時、それは事実上、私たち全員にとってのリスクとなるのです (United Nations, 2020)。

加盟国とともに ICPD アジェンダの策定に参加したフェミニストやその他の運動家は、この原則をよく理解していました。1994 年のカイロ会議に先立ち、全世界から幅広い層の女性が一堂に会しました。性と生殖に関する健康・権利を女性の権利擁護活動の礎石とし、またそれを貧困撲滅や持続可能な開発、全体としての人権実現の中心に据えるために結集したのです (Corrêa and others, 2015)。ICPD 開催の 9 か月前、79 か国の女性がリオデジャネイロで開かれたグローバル準備会議に参加し、強制的な人口政策に強く異議を唱えるとともに、構造的に内在する不平等こそが「女性の貧困化と社会的疎外、環境破壊、移民と難民の増大、そして世界各地での原理主義台頭の根源」であると指摘しました (Anon, 1994)。ICPD の 4 か月前には、米国の黒人フェミニストの集団が国際的な動きに呼応して、性と生殖に関する正義 (リプロダクティブ・ジャスティス) を求める声を上げました。これは、生殖医療へのアクセスを超えて、経済的、社会的、政治的、環境的などの多様な形態の不正義に取り組もうとするコンセプトであり、これらすべて、性と生殖に関する健康・権利に影響を与え、社会的に最も疎外された人々に包括的な成果をもたらすために取り組まねばならないものです (Ross, 2017)。

現在、幅広い人々が興している運動は、正義と開発を求める新たな呼びかけの中でこうした思想を再び取り上げています。多様な支持者たちが、多くは社会的に疎外された人々に率られる形で集結し、からだの自己決定権から住みやすい地球への願望に至るまで、世界で収斂し

つつある懸案事項を結びつけています。その総合的な影響力は強く、将来性があり、25% 程度の人々がそれを求めて行動を起こせばすぐに、大規模な社会変革が起こりうるとする研究もあります (Sloane, 2018)。

多様な草の根運動や市民社会組織と、性と生殖に関する健康・権利の確保に向けた取り組みが相互に足並みをそろえるなど、希望の光も多く見られます。例えば、先住民族の女性は環境資源の破壊を止めるために結集しています。なぜなら、環境破壊はその文化と土地に対する一体感だけでなく、彼女たちの健康と出産の選択も脅かしているからです。若手の活動家たちは、気候正義が性と生殖に関する正義と同一である、との見方から、気候正義を求めるキャンペーンを展開しています (McGovern and others, 2022)。豊かで、出生率の低い国々が依然としてほとんどの温室効果ガスを排出しているにもかかわらず、気候変動で最も深刻な打撃を受けている貧しいコミュニティは、その出生率の高さゆえに、気候危機を悪化させていると誤って非難されていることを、若手の活動家たちは強調しています。

インドでは、ダリットの活動家たちが職場や教育の場でカーストに基づく差別を受けている女性の法的保護を求めています。そうしなければ、多くの女性が貧困によって家族を養ったり、子どもたちに尊厳ある生活を確保できず、結果として劣悪な性と生殖に関する健康状態を長引かせるという悪循環を助長することになるからです (McGovern and others, 2022)。

アフガニスタンのように、女性の権利が踏みこじられている事例については、女性の活動家や人権活動家、政治家、著名な法学者が結集し

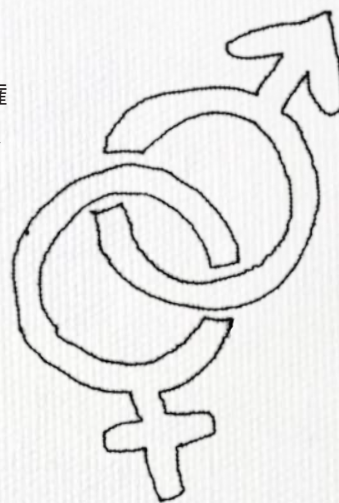
ジェンダー・アパルトヘイトを定義し、これを人道に対する罪とするための取り組みを行っています (Bahous, 2023; Nia, 2023)。ラテンアメリカ全土に広がりを見せている「マレア・ベルデ (グリーン・ウェーブ、緑の波)」運動は、衝撃的に高いフェミサイド (女性殺害) 率に対する抗議に端を発し、かつては制約が最も厳しかったこの地域の市民運動と中絶法を一変させました (Carpenter, 2019)。ある活動家はこう語っています。「怒りや痛み、喜び、女性同士の連帯の叫びが街中にあふれたことで、私たちが当たり前とできてきた暮らしの抜本的変革を求めるための強力で欠かせない運動として、

フェミニスト運動が一躍、世論の注目の的となったことは確かです」 (Kharas and others, 2019)。

進歩に対する揺り戻し

数十年にわたる進歩を経て、最近では性と生殖に関する健康・権利においての後退も見られています。例えば、かつてはほぼ全世界が合意していた包括的性教育に対して、国際交渉の場でますます異議が唱えられるようになっていきます (United Nations, 2023b)。アドボカシー団体は、ある国で中絶が規制されると、他の国にも波及効果が生じることを報告しており (Fòs Feminista, 2023)、医療専門家たちは基本的な性と生殖に関するヘルスサービスの合法性についてますます確信を持てなくなっています (Kanem, 2023)。

しかし、揺り戻しは進歩に付き物の反応でもあります。国連人権高等弁務官事務所はこう指摘しています。「いくつかの国の当局は、LGBTの人々の権利保護改善を目指す目立った立法改革の直後に、同性愛者やトランスジェンダーに対する暴力行為が急増したとしています。これは歴史的に見てもよくある現象です。人種隔離と差別の根絶を目指す過去の試みでも、少数民族に対する同様の反発が引き起こされたという報告があるからです」 (OHCHR, n.d.)。したがって今の課題は、反発の中でも希望と勢いを持続させることだと言えます。



不平等に関することば

不平等を取り扱う際には、どのようなことばを用いるのが重要です。いかなる個人にもコミュニティにも、無力や周縁的な存在として表現することは避けねばなりません。ある集団全体を阻害された、または抑圧されたと表現する傾向はありますが、権利や選択へのアクセスを阻害しかねない具体的条件を明示しようとする取り組みも進んでいます。このような理由から、UNFPAは最も取り残された「グループ」から、最も取り残された「要因」へと、焦点を移しています。専門家や組織によっては「取り残された」という表現の代わりに「押しやられた」という表現を使い (Kharas and others, 2019)、社会的疎外があたかもコミュニティ自体の失敗または力不足の結果であるかのような印象を与えないようにしています。また、「誰一人取り残さない」、「最も取り残された人々にまず手を差し伸べる」という表現を使う人々も多くいますが、これらはいずれも「SDGsを含むアジェンダ 2030」の中心的な原則です (UNFPA, 2021a)。本白書でも、これらの用語の多くを用いていますが、それは特定の表現を優先するためではなく、出典資料の表現に従ったり、研究結果を一貫性のある、理解しやすい文言に取りまとめることを目的としています。著者は全体として、不平等に関する用語と不平等そのものが常に移り行くことを認識しています。私たちは、社会のあらゆる構成員の声に常に耳を傾け、学ぶ姿勢を保ち続けねばなりません。

本白書では、以下の用語を次のように定義しています。

誰一人取り残さない – SDGsを含むアジェンダ 2030 より (United Nations, 2015)。誰一人取り残さないとは、あらゆる形態の貧困を撲滅し、不平等を削減し、あらゆる種類の差別と排除を終わらせるという国連全加盟国の一貫した決意を表現する用語です。

取り残された／押しやられた – 体系的な不平等ゆえに、その権利と選択へのアクセスに対する障壁に直面する人々。本白書では「取り残された」と「押しやられた」の両方をともに用いています。

最も取り残された – 権利と選択へのアクセスから、最も排除された人々。最も取り残された人々は、相互に関連する不利な立場に立たされることが多く、これらが相まって極度の苦難や排斥が生じています。重要なのは、これが状況に応じて変化することです。個人が取り残されてしまう状況は、より幅広い社会的、政治的、文化的要因によって決まてきますが、場所が異なれば、こうした要因も大きく異なることがあります。

平等 – 特に価値や地位、権利または法の下での待遇において平等である状態。

公平 – 公正であること。「公平」という用語はしばしば、資源や機会の平等な分配であっても、既存の特権や不利な立場によって、不当または不公平な結果を生みかねないことを強調するために用いられます。

不平等 – 特に地位、権利または法の下での待遇において平等でない状態。

不公平 – 公平でない状態。

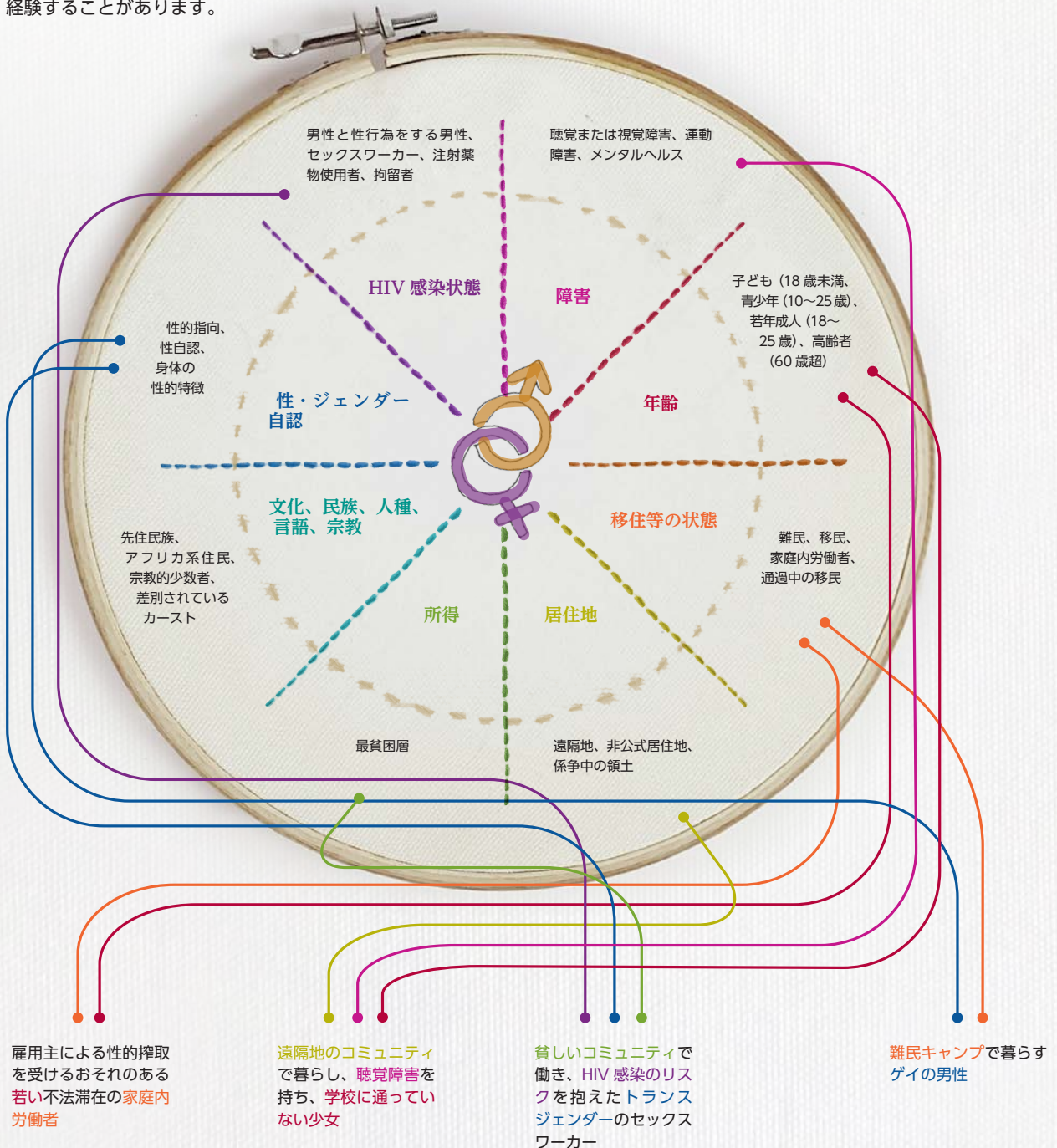
社会的に疎外された – そのアイデンティティにより、取るに足らない、劣っている、または周縁的な存在として取り扱われる個人または集団。社会的疎外は性自認や人種、民族的アイデンティティ、宗教的アイデンティティ、階級、カースト、教育水準または経済状況などを理由に起きることがあります。

脆弱な – 搾取や虐待、またはその他の形態の害悪を受けやすいこと。この用語は幅広く用いられていますが、機会の否定やサービスへの障壁など、脆弱性に至る要因が認識されていない場合、問題を伴う可能性があります。

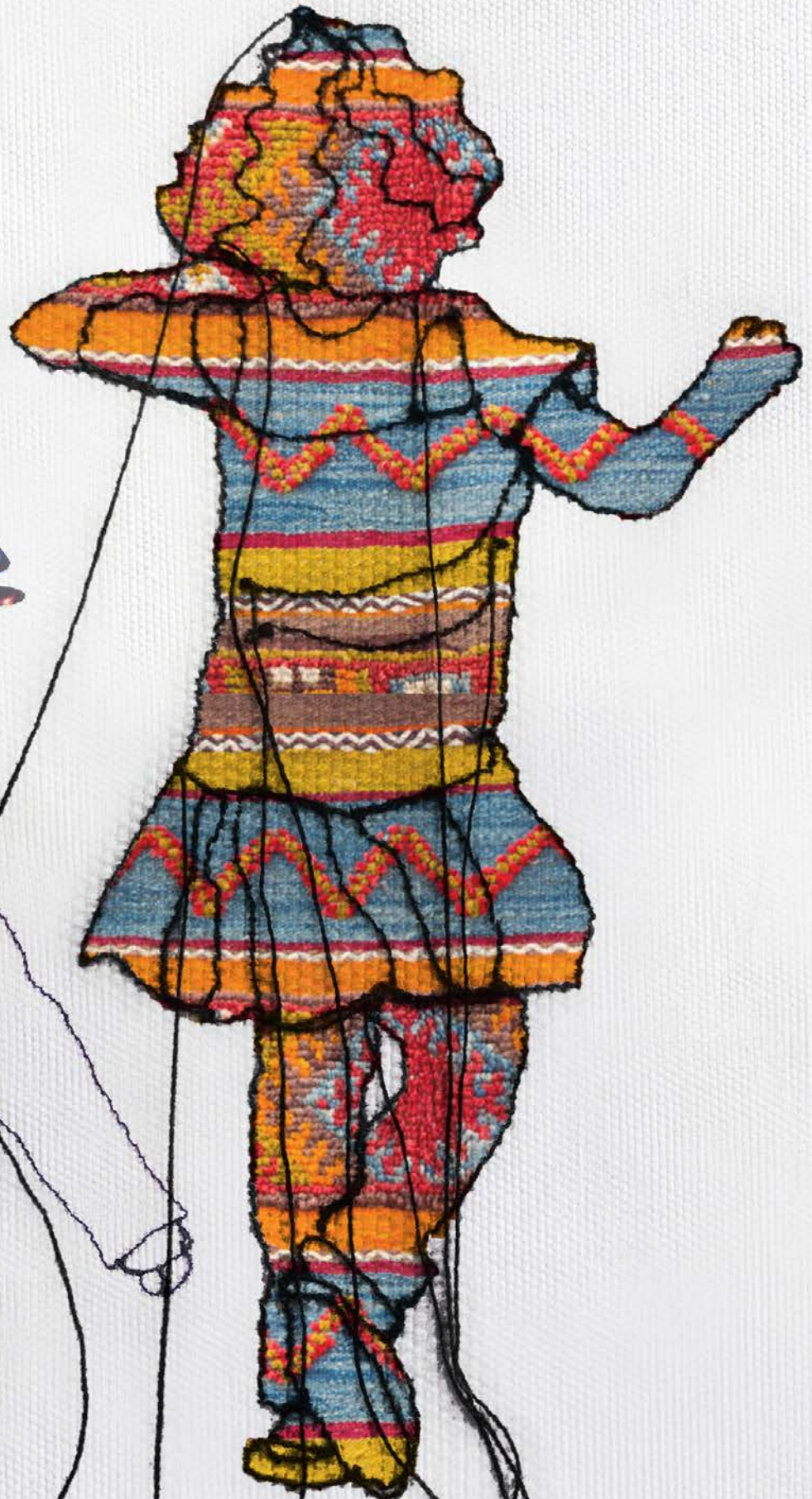
図1

ジェンダーに加えて人々を押しやる要因

多くの要因がジェンダーと絡み合って、人々やコミュニティの社会的疎外を招いています。具体的な例としては、民族、人種、カースト、言語と宗教、障害に関する状態、HIV／エイズ感染の有無、移住状況、性的指向、ジェンダー自認などが挙げられます。ジェンダー（図の中心）とこうした疎外要因（中間の円）は、様々な形態で表れます（例は外側の円を参照）。現実世界において個人は、性と生殖に関する健康・権利に悪影響を及ぼす様々な重なり合ったアイデンティティや状況（図の最下部）を経験することがあります。



出典：UNFPA, 2021a を基に作成。



社会的疎外を助長する人道危機

人道的緊急事態は女性と少女、障害者、先住民族、多様な性自認と性的指向を持つ人々、高齢者や青少年に不当に大きな影響を及ぼします。既存のジェンダー不平等や、社会的に疎外された集団に対する差別は、危機下でさらに悪化します。ジェンダーに基づく暴力も急増しますが、ジェンダーに基づく暴力の予防、軽減と対策は、人道援助の中でも資金が最も少なく、優先順位も最も低い分野の一つです (OCHA, n.d.)。危機下での資金不足は、リスクにさらされた人々の脆弱性をさらに高めます。生存者は重要なケアへのアクセスを絶たれた状態で放置されかねず、食料援助やその他の支援の削減は、ジェンダーに基づく暴力の増加と密接な相関関係にあります。チャドでは、2つの難民施設が設置できなかったため、避難民の女性と少女の多くが、暴力から十分に保護されない過密なキャンプでの生活を余儀なくされました (OCHA, 2023)。

資源の不足により、アクセスが難しい地域に暮らす人々のヘルスケアへのアクセスが制限されています。エチオピアでは、移動診療チームが対象人口のわずか36%にしかアクセスできず、遠隔地のコミュニティの多くにはサービスが届きませんでした。また、アフガニスタンでは、約170か所の常設および移動診療施設が閉鎖を余儀なくされ、妊婦や子ども、障害者を含む100万人のプライマリー・ヘルスケアが制約を受けました (OCHA, 2023)。

しかし、脆弱性は話の一部にすぎません。緊急事態の最前線に立つ現地の女性や、女性主導の組織は、社会的に疎外されたコミュニティのニーズを充足するうえで重要な役割を果たしています。その全面的で平等かつ有意義な参加を確保するとともに、そのリーダーシップを強化しなければなりません。こうした組織は依然として資金不足で、目立たない存在ですが、進歩は見られます。2023年には、10か国の国別人道支援チームに、女性主導の組織が少なくとも1つ、メンバーとして加わっています。イエメンの国別人道支援チームには現地の女性主導の組織2つと、現地の障害者団体1つが加わりました。人道支援団体に資金を配分する国別プール資金に関する19の諮問委員会のうち、13の委員会には現地の女性主導の組織が少なくとも1つ加わっています。これらは今後が期待される一歩ではありますが、さらに多くの取り組みが必要です。

この記事は、国連人道問題調整事務所 (OCHA) の寄稿によるものです。



可視化される 不平等



国際的な女性・フェミニスト運動は、1994年のICPD開催以前から、女性の権利を**グローバル開発アジェンダ**に組み込むことを先頭に立って推進し、それ以後の進展を加速させました。この年表は、ICPDがどのようにして**人口・開発アジェンダ**とフェミニスト運動を融合し、世界的な性と生殖に関する健康・権利への支援を集約させていったかという経緯を示しています。

第1回世界人口会議、ローマ

この学術色の強い会議では、開発途上国の人口統計が中心議題となった。当時の議論には、人口増加と資源不足に対する不安が色濃く表れていた。

第3回世界人口会議、ブカレスト

10年間にわたる経済成長を受け、各国政府はこの会議で、人口と開発に関する新たなパラダイムが必要であると合意した。



1954

1974

1975



フェミニスト研究者たちは、人権の枠組みを用いて自らの役割を定めた。

国連女性の10年が始まる

国際的な女性運動は、社会的、経済的、政治的な課題を巡って成長し、動員されていった。



1976

女性に対するあらゆる形態の差別撤廃に関する条約 (CEDAW) が女性の地位委員会によって起草、承認された。

1977

第1回国際女性・健康会議 (IWHM)、ローマ
女性の健康に取り組む国際的なムーブメントが誕生。

1979

国連総会が CEDAW を採択

1981

第3回国際女性・健康会議、ジュネーブ
先進国と途上国の活動家が生殖に関する権利とヘルスケアへのアクセスについて団結。





国際人口会議、メキシコ

ここでは、技術的・政治的要請の双方に議論が拡大。

ICPD の準備委員会と UNFPA に設置された事務局が、カイロで 1994 年に開かれる ICPD に向けた作業を開始。

1984

第 4 回国際女性・健康会議、アムステルダム

女性の健康に取り組む国際的な運動が「リプロダクティブ・ライツ（生殖に関する権利）」という表現を正式に受け入れた。

同時に、女性団体とネットワークは、既存の人口アジェンダに影響を与えるために結集。

1990

人口政策に関する女性の宣言

110 か国以上から集まった 2,539 人の個人と組織が署名し、人口に関する議論を性と生殖に関する健康・権利を中心とする方向性に変えるよう呼び掛けた。

1992



国際人口開発会議 (ICPD)、カイロ

冷戦の終結、オスロ合意の直後、かつ最高レベルで人口問題に関する考え方がシフトするという、国際政治史上、他に類を見ない時期に開催されたこの会議は、政府間で政治的合意を成立させる稀な機会となった。NGOの参加もこれまでになく盛んで、113か国の1,500を超える市民社会組織の代表4,000人が参集。女性運動の代表者も各国代表団に加わり、自分たちの現実と権利をICPD行動計画に盛り込むよう求めた。



ICPD5周年

ICPD アジェンダの前進するよう支援するため、若い世代の間にユース運動が生まれた。

1994

準備会合、リオデジャネイロ

数百人の女性が、女性を中心にし、権利に重きを置いた人口問題へのアプローチを実現するための原則と条件を取りまとめた声明を発表。

1995

第4回世界女性会議、北京

北京宣言と行動綱領の採択をもって閉幕したこの会議は、1994年のカイロ会議とともに、国際的な女性運動の転機として認識されている。

1999



国連総会がミレニアム宣言に続き、ミレニアム開発目標を採択したが、市民社会はその修正を求めた。例えば、妊産婦の健康改善に関する当初の目標には、リプロダクティブ・ヘルスについてのターゲットが全く含まれていなかった。

ミレニアム開発目標 5周年

活動家たちは、リプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスをミレニアム開発目標に盛り込むことに成功。

ICPD20周年

専門家やフェミニスト、若者、NGO、政府は再び、ICPD アジェンダの実現に向けて結集し、大胆な「2014年以降のICPD行動計画のフォローアップに向けた行動枠組み」を採択。ICPDに関する国連総会の特別会合でも、ICPDに対する支持が改めて表明された。

「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択され、持続可能な開発目標が定められた。アドボカシー活動の成果として、健康に関するSDGs目標3と、ジェンダー平等に関する目標5にはともに、性と生殖に関する健康・生殖の権利に関わるターゲットが盛り込まれた。



2000

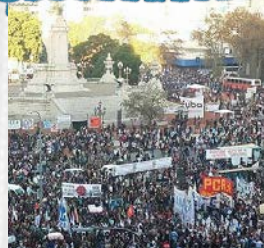
2005

2014

2015



フェミニサイドに終止符を打つことを求める #NiUnaMenos 運動がアルゼンチンで発生し、ラテンアメリカ全土の女性団体を結集することで、最終的にはグリーンウェーブ運動（「マリア・ベルデ」キャンペーン）へとつながった。



ジェンダー平等を目指す全ての世代フォーラム

全世界的なコロナ禍により、北京宣言・行動綱領採択 25 周年を記念した会合は、1 年遅れで開催。この「ジェンダー平等を目指す全ての世代フォーラム」では、国際的な女性運動の隆盛が見られたほか、政府やパートナーからの支援も再燃。その中には、からだの自己決定権と性と生殖に関する健康・権利に特化した行動連合の結成も含まれている。

ICPD30 周年

画期的なカイロ会議から 30 周年を記念する会議。フェミニスト運動とリプロダクティブ・ライツ運動は数と勢いの両面で成長し、多くの成果が得られているものの、私たちの取り組みは決して終わってはいない。カーストや障害、先住民族、性的指向、ジェンダー自認などの分野横断的な課題に取り組む新たな組織やメンバーも活動を開始している。これによって、多様な声やステークホルダーを受け入れられる場所が生まれているほか、ソーシャルメディアはますます多くの人々や観点をこれらの運動に引き寄せている。

ICPD25 周年ナイロビ・サミット

市民社会や若者のリーダー、政府代表が一堂に会し、性と生殖に関する健康・権利の実現を求めました。サミットの結果、1,300 件近いコミットメントと未来志向の「ナイロビ声明」が発表された。



2017

性と生殖に関する健康・権利を支援する SheDecides 運動が立ち上げられた。また、数百万人の女性が性的虐待やセクシュアル・ハラスメントを非難したことを受け、2006 年に始まった #MeToo キャンペーンが再燃。

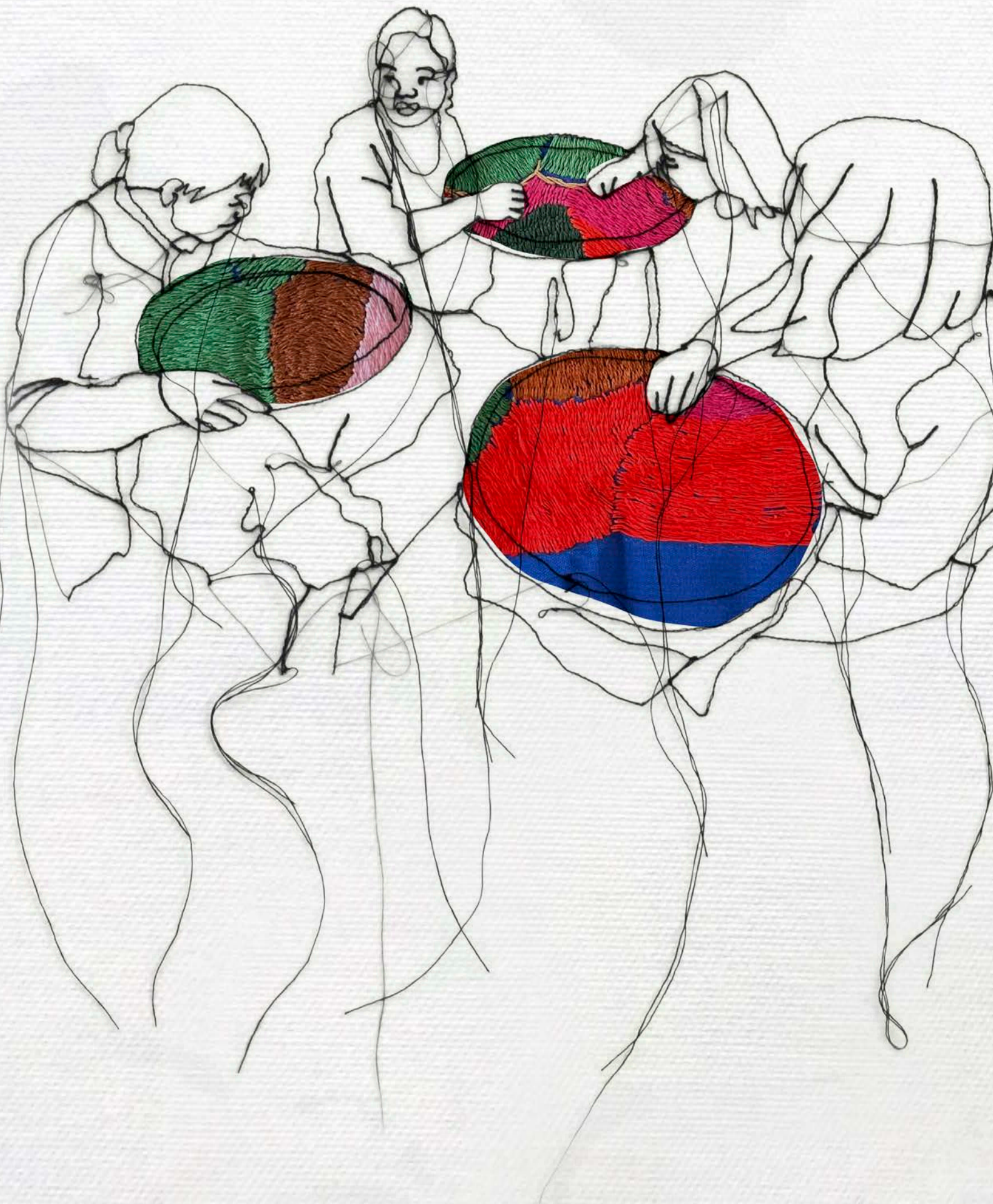
2019

国際的な女性運動の強みは、発想と再考、構築と再構築を繰り返し、持続力と根気強さを併せ持ち、新たな世代、新たな支持者、新たな思考と組織のやり方を取り入れられる能力にある。私たちのからだ、私たちの声、そして私たち自身を解放できるまで、私たちの闘いは続く。

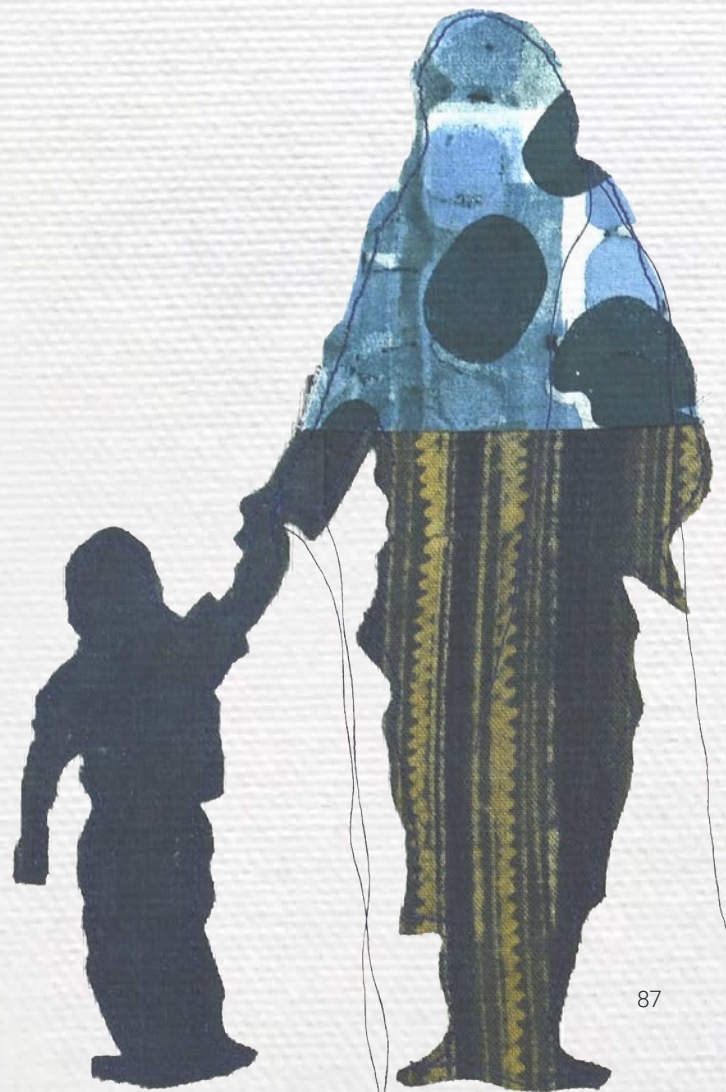
2021

この記事は、女性のためのアジア太平洋女性リソース・研究センター (ARROW) の寄稿によるものです。

2024



女性こそが糸



チャドには、家の中で家族の絆を紡ぎ、強くするのは女性だという諺（ことわざ）があります。女性は平和な家庭を築くことにより、平和な社会も築くことができます。

理想的な世界では、女性の生殖に関する権利の向上と、性と生殖に関する健康・権利への公平なアクセスの促進が、本質的に人権と社会的正義の原則に導かれながら実現します。しかし現実世界では、社会政治的な状況によって、このようなプログラムへの投資がもたらす短期的、長期的収益に関する定量的な議論が必要となる 경우가多くあります。確かに、1994年の状況では、そのように理解されていました。ICPD 行動計画は、人口管理政策からあらゆる個人の権利を優先する方向へと舵を切る画期的な転機となりましたが、こうした権利への投資を正当化するためには、経済面の合理的根拠が不可欠なことに変わりはありませんでした。

実際に、性と生殖に関する健康や生殖に関する権利と関連づけられる経済的・社会的利益は、ICPD 行動計画の第1の目的に掲げられていました。「これらの目的および目標には、持続可能な開発との関係における持続的な経済成長、特に女子に対する教育、ジェンダーの公平と平等、乳幼児と妊産婦の死亡率削減、および、家族計画と性の健康を含む生殖に関する健康サービスへの普遍的アクセスの提供が含まれる」(UNFPA, 1994)。

性と生殖に関する健康・権利が、エンパワー

された経済的主体としての女性と少女が大規模に社会進出するのに必要な要素であるという主張は、過去30年間に行われた研究と報告の中で繰り返し実証されてきました。性と生殖に関する健康プログラムに投資が得られれば、個人、社会、国家レベルで大きな社会的・経済的利益が生まれるからです。

性と生殖に関する健康・権利と関連づけられる経済的・社会的利益は、ICPD 行動計画の第1の目的に掲げられています。

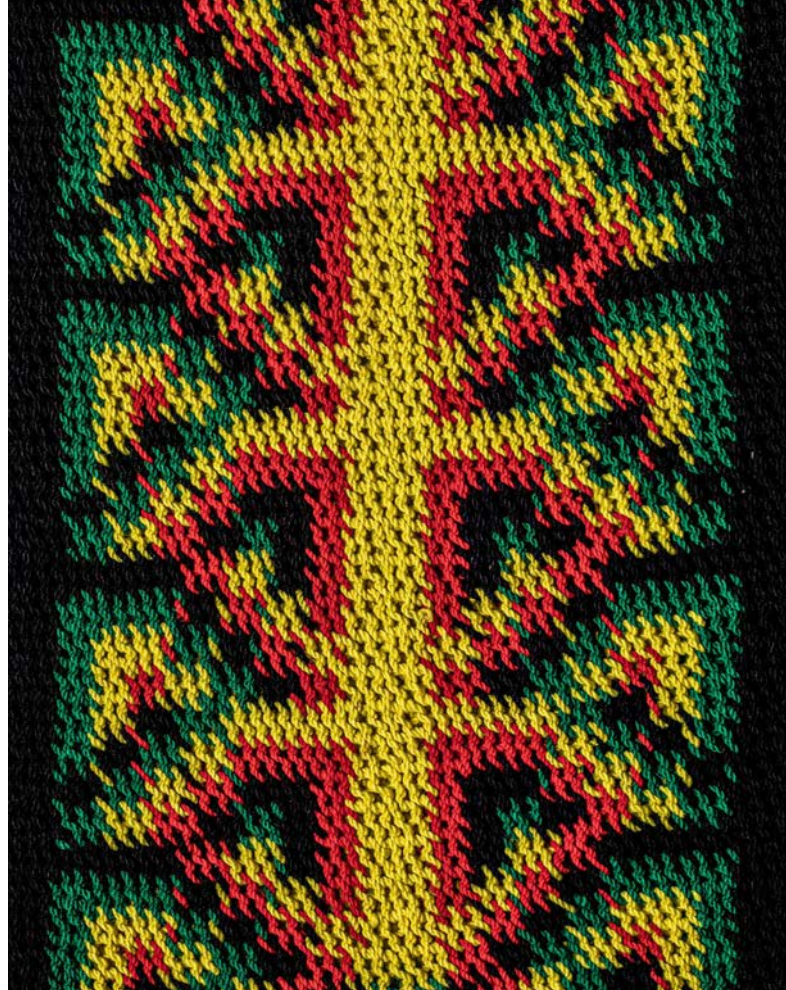
しかし、根拠を示して証明すべきことはさらにあります。確かに、意図しない妊娠や妊産婦死亡と障害 (UNFPA, 2022a)、性感染症 (Owusu-Edusei and others, 2013)、ジェンダーの不平等に関連するコストについては、研究が進んでいます (Wodon and de la Briere, 2018)。しかし、あまりよく理解されていないのは、性と生殖に関する健康・権利を前進させるプログラムがもたらしうる経済的「収益」の規模です。この投資収益に関する研究には、多くの課題が立ちふさがってきました。その一つの理由として、包括的な性と生殖に関する健康・権利は多岐にわたる問題を指し、包含しています (Starrs and others, 2018)。例えば、避妊サービス、合法的な場合の安全な中絶へのアクセス、中絶後ケアへのアクセス、妊産婦と新生児のケア、HIV そ

性と生殖に関する健康・権利と関連づけられる経済的・社会的利益は、ICPD 行動計画の第1の目的に掲げられています。

の他性感染症 (STI) の予防と治療、包括的性教育、ジェンダーに基づく暴力の予防、カウンセリングと治療、婦人科がんの予防、発見と治療、低妊孕性と不妊症に関する情報、カウンセリングとサービス、性的健康とウェルビーイングに関する情報、カウンセリングとサービスなど。

投資効果を測定する際にもう一つ課題となるのは、ある分野への投資が別のプログラムのコスト削減につながる可能性があることです。例えば、避妊ケアに投資すれば、中絶ケアや妊産婦保健サービスの必要性を低減させることができます (Sully and others, 2022)。性と生殖に関する健康・権利のあらゆる構成要素について、投資収益を全面的に把握するためには、並外れて膨大な研究の蓄積が必要となるでしょう。この状況は、各要素間の因果関係が双方向で作用するという可能性があるため、さらに複雑なものとなります。例えば、性と生殖に関する健康・権利のプログラムを活用すれば、女性の経済的エンパワーメントにつながる可能性がありますが、エンパワーメントが性と生殖に関する健康・権利のプログラムの利用を促進することもあります。

さらにもう一つ、そもそもどれだけの投資が行われているのかを測定するという課題もあります。多種多様な施策への投資が、性と生殖に関する健康・権利を支援するとみなすことはできますが、こうした施策の費用は包括的に把握されていません。過去 30 年間の政府開発援助 (ODA) と民間からの寄付を見れば、投資の動向について、ある程度の知見を得ることができます。国連の報告によると、1990 年から 1999 年にかけて、人口問題への取り組みに対する政府と民間からの拠出は年間 20 億ドル未満にとどまっていたましたが、この拠出金額はミレニア



パプアニューギニアのこのビームバッグのデザインは、女性の卵巣と卵管をモチーフにしています。
© Papua New Guinea

ム開発目標 (MDGs) の開始とともに、大幅に増加しました。2000 年以降、年間援助額は着実に増加し、2011 年には 123 億ドルに達しました。2011 年以降、年間拠出額は 90 億ドルから 130 億ドルで推移していますが、人口問題への対処に支出される援助額がグローバルな援助額全体に占める割合は低下しています。特筆すべきは、この支出額の大部分が性と生殖に関する健康・権利に充当される一方で、人口データの収集と政策分析に対する支出の割合は、ますます減少しています (UN ECOSOC, 2024)。とはいえ、こうした数字は国内支出を含まないため、性と生殖に関する健康やその他の分野への全世界的な投資全体の一部を表しているにすぎません。

それでも、一部の投資収益の計算には進歩が

見られています。特に、性と生殖に関する健康・権利の特定の要素への投資に関係する費用と収益を把握しようという取り組みが行われています。国連人口基金 (UNFPA) は 2022 年、アブニール・ヘルスやジョンズ・ホプキンス大学をはじめとするパートナーと連携し、家族計画の満たされていないニーズと予防可能な妊産婦死亡に終止符を打つための投資による収益の推計を発表しました (UNFPA, 2022)。この UNFPA の推計によると、2030 年までに家族計画と妊産婦保健に不可欠な 29 の施策を普及させるために 790 億ドルの追加投資を行えば、2022 から 2050 年までに 6,600 億ドルの経済的利益が得られることを明らかにしました。この投資によって、4 億件の計画外妊娠、100 万件の妊産婦死亡、600 万件の死産、400 万件の新生児死亡が回避されると見られ、全体として寿命の延び、労働参加、労働生産性などの形で、経済的な利益が生じるとされています (UNFPA, 2022)。

グットマッハー研究所も同様に、低・中所得国における避妊サービスや妊産婦・新生児ケア、中絶サービス、治療可能である主要な性感染症の治療を対象とする 100 以上の施策を中心に、性と生殖に関する健康サービスの影響を定量化しました (Sully and others, 2020)。これらの推計は、あるサービスに投資すれば、その他の健康に関する成果に相乗効果が生まれる可能性を考慮に入れています。推計によると、これらケアの提供には年間 688 億ドル、つまり現在の投資を 312 億ドル上回る額が必要となりますが、これは現在の支出に対して 1 人当たり換算すると、この数字は現状を 4.80 ドル上回るにすぎません。一方、投資の効果としては、意図しない妊娠が 68%、安全でない中絶が 72%、妊産婦死亡が 62% それぞれ低下すると予測されます。さらに、新生児死亡が 69% 減少するほか、

生後 6 週間以内の新生児の新規 HIV 感染も 88% 低下すると見込まれています。

グットマッハー研究所はまた、近代的な避妊具・薬のニーズをすべて充足するために必要な支出も明らかにしていますが、これによると、その費用は控え目であるとされています。現時点の避妊具・薬の使用水準を低・中所得国の近代的避妊具・薬のニーズをすべて充足する程度まで引き上げるためには、1 人当たりの費用を現在の 1.10 ドルから 1.94 ドルに増額すれば足りません。避妊ケアへの投資がもたらす短期的な利益は、こうした費用を大幅に上回るでしょう。避妊サービスに 1 ドルの追加投資をすれば、妊娠関連ケアと新生児ケアの費用が 3 ドル低下するからです。特に、妊娠関連ケアと新生児ケアに推奨される投資に加えて、思春期の若者向けの避妊サービスに現在の水準を 1 ドル超える支出を行うごとに、妊娠関連ケアと新生児ケアの費用は 3.70 ドル削減されると見積もられています。

こうした方法論は他と同様に、そのモデルや推計の範囲、時系列および基準となる仮定という点で大きく異なるものの、その調査結果を見ると、性と生殖に関する健康・権利への投資を増額すれば、その金額に見合う以上の大きな価値が得られるという点で一致が見られます。

推計から取り残される人々

推計を見ると、経済成長と開発の前進から取り残された国や地域で、投資が最も必要とされていることがはっきりと分かります。例えば、家族計画のアンメットニーズが最も大きい低所得国では、妊娠を避けたい女性のほぼ半数（46%）が近代的な避妊手段を用いていません。グットマッハー研究所によると、避妊のほか、妊産婦保健や疾病予防サービスも含む生殖に関する健康サービスをすべて必要とする人々に提供するのに必要な投資増分の4分の3以上は、サハラ以南アフリカと南アジアの2地域で必要とされています。未充足のニーズが最も大きい国々には、避妊について自ら選択を下せない女性の割合が多いことが報告されている国々や、出生率が最も高い国々が多く含まれています（Sully and others, 2020）。

投資収益の推計が、それぞれの国やコミュニティの内部で最も取り残された人々に支援を届けるための費用や、それによる利益を計算に入れていないことも、驚きには値しないとはいえ、同じく憂慮すべき事実です。人々やコミュニティを社会的に疎外する要因は数多く、重複しているほか、その障壁も極めて高いため、性と生殖に関する健康・権利プログラムも、状況に合わせ対象を絞らなければならないも多くあります。思春期の妊娠に関するあるシステマティックレビューでは、思春期の妊娠について、その他の要因と並んで「特定の民族的・宗教的少数者集団に属することがリスクを高める」との結果を示したうえで、状況に特有のリスクに直接対処しない限り、「20歳未満の女性の妊娠を減らすための戦略が効果を上げる可能性は低い」と指摘しています（Pradhan and others, 2015）。理想的な場合には、メッセージや施策を当事者のコミュニティと共同で策定し、利用しやすさ

と受け入れやすさを確保することができ、また場合によってはそうすべきでもあります。

このような取り組みを行えば、追加の費用が必要となる可能性がある一方で、低コストで施策が実施できる可能性もありますが、この点については判断材料となるデータがありません。ただし、最も取り残された人々に支援を届けるために必要な資源の投資に対しては、抵抗が見られることも多くあります。このような抵抗には裏づけとなるデータが乏しいことだけでなく、偏見や怠慢、差別も一因となっている可能性があります。

こうした事実はいずれも、過去30年間に見られた前進の大部分が主として、大規模な性と生殖に関する健康プログラムの手が届きやすい人々を対象としてきたというエビデンスの背景を説明するのに役立ちます。逆の公平性仮説が成立するように（p.65）、進歩は少なくとも初期段階では、社会的に最も疎外された人々にとっての不公平を増す形で実現することが多くあります。しかし、「採りやすい果実」だけを対象としていたのでは、このような不公平がさらに悪化し、ICPD アジェンダの最終目標が達成できないままになってしまいます。また、仮に初期費用が多くかかったとしても、このように取り残された人々とコミュニティの膨大なニーズが恐ろしく大きいことから、効果的な投資を行えば、「採りやすい果実」だけをターゲットとするプログラムよりもはるかに大きな収益が得られる可能性さえあります。

本章の分析では、性と生殖に関する健康・権利と女性の生殖に関する自己決定権への投資がもたらす長期的な社会的利益と、とりわけ経済的な利益を取り上げます。性と生殖に関する健

健康・権利の構成要素全体に関する投資収益はあまりにも膨大で、取りまとめることができないため、本章では生殖に関する自己決定権（ここでは、追加的な指標が必要であるという注意書きを付けながら、妊娠を避けたい女性の避妊具・薬の使用で代用）、ジェンダーに基づく暴力の防止、包括的性教育の提供という3つの必須要素に焦点を絞ります。これらの要素はいずれも、人々がその他多くの次元で性と生殖に関する健康・権利を実現する能力を高めることが分かっているからです。本章の最後では、同じく多くの権利や選択を可能にするために不可欠な要素であるジェンダー平等の推進によって生まれる投資収益についても検討します。ただし、これらの要素それぞれによって生まれる可能性のある投資収益について考える際には、これらの投資推計が多くの人々に対する幅広い効果を見る大まかな手段だという点に留意することが大切です。効果的に対象を絞ったプログラムには、これまでグローバルな進歩が及ばなかったコミュニティにとって、さまざまな費用がかかるとともに、人間資本の開発という形で、はるかに大きな効果をもたらす公算が高いからです。

世界ではようやく、生殖に関する自己決定権の測定が始まったばかりです。

生殖に関する自己決定権の長期的な価値

世界ではようやく、生殖に関する自己決定権の測定が始まったばかりです。この概念は極めて重要でありながら、まだきちんと定義されていません。持続可能な開発目標（SDGs）のからだの自己決定権（5.6.1）とこれを実現できる環境（5.6.2）に関する指標は、基本的な権利を十分に実現できていない人々が膨大な数に上ることを明らかにしたという点で画期的でした。しかし、指標 5.6.2 に関するデータを提供しているのは115の国と地域のみであり、指標 5.6.1 に至っては69の国と地域しかデータを提供していません。しかも、これらの指標は出発点にすぎず、女性の生殖に関する自己決定権の現状を十分に把握するためには、さらに多くの情報が必要となります。

現時点で、生殖に関する自己決定権への投資収益を推計するうえで限定的ながら最善の指標は、妊娠を避けたい女性による避妊具・薬の使用です。意図しない妊娠の規模とインパクトについては、かなり研究が進んでいるからです。

意図しない妊娠は低・中所得国の妊娠全体の約半数に相当する年間1億1,200万件に上ります（Bearak and others, 2020）。その大半の77%は、妊娠を避けたくても近代的な避妊手段を使用できない低・中所得国の生殖年齢の女性2億1,800万人が経験しています（Sully and others, 2020）。

未充足の避妊需要の程度については、国内および国によって大きな格差があります。アンメットニーズは低所得国で最も多くなっていますが、年齢層によっても格差があります。妊娠を避けたい女性の中で、低・中所得国では、近代的な避妊手段の需要が満たされていない割合

が15歳から19歳の思春期女性(43%)の方が、生殖年齢の女性全体(24%)を大きく上回っているからです(Sully and others, 2020)。また、都市部で暮らし、教育水準も高い最富裕層世帯の女性は、その他の女性よりもアンメットニーズの程度が低い傾向にあります。2015年の時点で、人道危機に直面している国々に暮らし、パートナーがいて妊娠を避けたい女性のうち、約半数が近代のか否かを問わず、いかなる避妊手段も使用することができていませんが、この割合は全世界平均を大幅に上回ります(Loaiza and Liang, 2016) (p.155のテクニカルノートを参照)。

グットマッハー研究所、アフリカ開発政策研究所、ハーバード大学、疾患モデリング研究所、アブニール・ヘルスによる共同事業「家族計画インパクト・コンソーシアム」は最近、女性が子どもを産む時期、間隔、数を確実に決定できるようにするための家族計画への投資の価値に関するエビデンスを分析しました(Family Planning Impact Consortium, 2023)。この分析では、これら妊孕性に関する基本的な要素を自分で決定できれば、女性はさらに高い教育水準を達成できるほか、そうでない場合に比べて職業選択の幅も広がる事が明らかになりました。また、女性は家族計画によって、さらに高いキャリアを築くことができるようにもなります。教育機会の改善により、ヘルスケアを享受できしたり、自らの権利を理解し、それを行使したりするための自信を持つことができるなど、少女と女性にそれ以外の幅広い利益を得ることができます。

女性の教育水準が高くなると、女性の収入も増加することが知られています(Grown and others, 2005)。最大96か国のデータによると、少なくとも何らかの初等教育を受けた女性は、教育を受けていない女性よりも所得が14%から19%高く、

中等教育を受けた女性の所得は、教育を受けていない女性のほぼ2倍に上るほか、高等教育を受けた女性の所得は、教育を受けていない女性よりも約3倍高くなっています(Wodon and others, 2018)。

また、家族計画によっても、母親になりたいと望む女性は少なくともある程度、出産の間隔と、産む子供の数を決定できるようになり、それによって仕事を休む期間の計画も立てられるようになります。現役期間中の子育てには、一時的に仕事を休むことによる所得の損失や、勤務時間の減少といったコストが伴いますが、これらはいずれもスキルの衰退を引き起こすとともに、雇用者がスキル構築に投資する意欲をそぐことで、最終的にはキャリアが損なわれる結果を招くという可能性があります(Adda and others, 2017)。

女性が出産をコントロールできる能力に関する期待は、キャリアの初期における選択にも影響を与える可能性があります。欧州の調査結果によると、子育てがキャリアと所得に及ぼすコストの大部分は、予測される出産のパターンに基づき、女性が労働市場に参入する際に選ぶキャリアパスによって決定づけられます(Adda and others, 2017)。ドイツでは、就職時の職業選択が、出産と育児に関連して失われる賃金の19%を左右すると見られています。

教育水準が高くなれば、女性が避妊具・薬にアクセスし、使用するために必要な知識と自己決定能力が高まるという意味で、避妊と教育の間には相互関係があります(Blackstone and others, 2017)。実際に、避妊ケアは女性にエンパワメントと機会をもたらす好循環を生み出します。また、避妊サービスの需要を満たし、それに

よって女性にその他の機会も創出すれば、その利益は複数世代に及びます。働く女性は、自分の娘にも同じことを期待する傾向が高いからです (UNFPA, 2023)。それによって、子どもにはより多くの人生の選択肢が広がり、学校教育を終えるために婚期を遅らせることで、教育が経済的、社会的、個人的エンパワーメントという形で提供する長期的な恩恵に浴する機会が含まれます。

女子教育の恩恵を受けるのは個人だけではありません。性と生殖に関する健康・権利を支援すれば、自社の収益も向上するという認識は、雇用主の間でも広がりつつあります。例えばアジアの企業は、UNFPA が開発した投資収益分析ツールを用いて、従業員の生殖に関する健康を支援することで、どれだけ生産性が向上するかを推計できます (UNFPA Asia and the Pacific, n.d.)。

生殖に関する自己決定権は女性の国家経済への貢献を高めるという点では、国家も利益を得ます。ケニア、ナイジェリア、セネガルで行われたモデリング研究によると、現状で未充足の近代的避妊具・薬の需要をこれら3か国で充足できた場合、2005年から2030年までの間に一人当たりの所得は31%から65%増加する可能性があるとされています (Bloom and others, 2014)。ケニアでは、未充足の近代的避妊具・薬の需要のうち、3分の2を充足させた場合、労働年齢人口の相対的規模に対する効果を通じて、一人当たり国内総生産 (GDP) が2050年までに51%増大すると推定されています (p.155のテクニカルノートを参照)。女性が自らの妊孕性をコントロールできる能力と、個人や家庭、社会に対する経済的利益との関係は、幅広い条件下での複数の研究によっても確認されていま

す (Family Planning Impact Consortium, 2023)。

家族計画インパクト・コンソーシアムによる分析は、グローバルな家族計画への投資収益に関するエビデンスも取りまとめています。例えば、家族計画に1ドルを投資すれば、経済成長という形で、最終的に60ドルから100ドルの収益が得られると見られています (Kohler and Behrman, 2018)。世界銀行の推計によると、女子教育の機会が限られていることによって、世界的な生涯生産性と生涯所得に15兆ドルから30兆ドルの損失が生じています (Wodon and others, 2018)。また、25歳から39歳までの女性が1人子どもを産むごとに、全世界の女性の労働参加率が10から15%ポイント低下するという推計もあります (Grepin and Klugman, 2013; Bloom and others, 2009)。

特筆すべきは、女性の出産コントロールを支援することの長期的な経済効果に関する研究のほとんどが、避妊のアプローチに対する需要を満たすことに焦点を絞っている一方で、どの避妊手段も完全に信頼できるものではなく、全世界の多くの国で中絶規制が存続しているにもかかわらず、毎年、意図しない妊娠の10件に6件が中絶に至っていると推定されています (Bearak and others, 2020)。よって、安全か否かに関係なく、中絶の需要がなくなることはないでしょう。

安全性を欠く中絶は、妊産婦死亡率の高さのほか病気や障害の広がりとも関連づけられます。全世界の妊産婦死亡の5%から13%、さらに病気や障害の蔓延は、安全性を欠く中絶が原因であると推定されています (Say and others, 2014)。低・中所得国における中絶関連ケアの総費用は年間28億ドルと推計されており、その中には

10億ドルの中絶費用（安全な状況で行われるか否かにかかわらず）と17億ドルの中絶後のケア費用が含まれます（Sully and others, 2020）。低・中所得国で現時点で安全性を欠く中絶がすべて安全に行われるようになり、かつ、避妊と中絶関連のケアに対する需要がすべて満たされれば、中絶関連ケアの総費用は6億ドルにまで低下するものと見られています。

ジェンダーに基づく暴力に終止符を打つことの長期的価値

親密なパートナーからの暴力を含め、ジェンダーに基づく暴力からの自由を確保せずに、すべての人々の生殖に関する自己決定権を確保することはできません。全世界でパートナーのいる15歳から49歳の女性のうち、4人に1人以上が今までに親密なパートナーからジェンダーに基づく身体的または性的暴力を受けたことがあると回答しているほか、過去1年以内に、親密なパートナーから身体的または性的暴力を受けたと報告する女性も13%に上ります（WHO, 2021）。

親密なパートナーからの暴力の発生率が特に高い南アジアとサハラ以南アフリカでは、過去1年間で親密なパートナーからの暴力を受けたと見られる女性が全体の19%から20%に上ります。46か国から得られたエビデンスの分析によると、より貧しくより若い女性と、農村部に暮らす女性は、親密なパートナーからの暴力を特に受けやすいことが判明しています（Coll and others, 2020）。女性に対する暴力は、強制的に避難させられた人々や、紛争の影響を受ける地域に暮らす人々の間でも、特徴的に高くなっています（Hadush and others, 2023; Horn and others 2021; Delkhosh and others, 2019）。これらの諸条件による不安定化の影響や、社会的

ネットワークと社会的保護の崩壊により、このような予防や対応の取り組みが特に難しくなる状況で親密なパートナーによる暴力のリスクが高まりやすくなります。

暴力と、生殖に関する自己決定権の欠如とは切っても切り離せない関係です。単に性的暴力と強制がからだの自己決定権を根底から直接的に損なうだけでなく、生殖に関する強制それ自体が一種の暴力でもあるからです。それでも、親密なパートナーによる暴力と避妊具使用の調査などを通じ、因果関係の一部を把握する方法はあります。経時的研究によって、親密なパートナーから暴力を受けている女性は、避妊具・薬を使用できる可能性が著しく低いだけでなく、コンドームのような、パートナー側による避妊手段に依存できる可能性が特に低いことが実証されています（Maxwell and others, 2015）。親密なパートナーによる暴力はまた、望まない妊娠件数の増加とも関連づけられてきました（WHO, 2013）。よって暴力は、前節で指摘した生殖に関する自己決定権の喪失と関連づけられる個人的、社会的コストを引き起こす要因となっています。

しかし性的暴力は、性感染症を増加させ（Bacchus and others 2018; WHO, 2013）、不十分な産前健診や専門的な分娩時の医療的ケアを受けられない状況といった、その他の生殖に関する健康上の悪影響を通じて、かなり大きな経済的損失をもたらします。妊娠中に暴力を受けた女性は流産や死産、低体重児出産の可能性が高くなるため、そのコストは世代を越えて影響を及ぼすおそれがあります（Silverman and others, 2007; Boy and Salihu, 2004）。親密なパートナーによる暴力やその他の形態のジェンダーに基づく暴力は、心理的なトラウマやストレスのほか、身体

に軽度から重度の傷を負うことや死に至ることもあります (WHO, 2013)。パートナー以外から性的暴力を受けた女性も、アルコールや薬物の乱用、精神疾患のリスクが高まることもあります。保健医療制度にも、暴力のサバイバー (被害者) に対する治療に関連する多大な直接的費用が生じます。

ジェンダーに基づく暴力で女性の自律性が損なわれると、労働力や生産性、賃金にも影響を及ぼします。女性の意思決定能力が低下し、教育を継続したり、労働力として十分に貢献したりする能力が損なわれるからです。暴力の結果、嫌がらせ (ハラスメント) や暴力に対する不安から就業機会が減ったり、女性が比較的安全と感じる仕事や、暴力の加害者であるパートナーに反対されにくい仕事を選ぶようにすることで職業選択が制約されたり、精神的苦痛や身体の健康への影響によって生産性が低下したり、ジェンダーに基づく暴力事件の後遺症に対処するために欠勤が生じたりする可能性があります (Vyas, 2013)。2016年のある報告書は、欠勤日数や従業員の離職率、採用コストを含め、雇用主がジェンダーに基づく暴力が営業コストに与える影響を計算する際に役立つ算定式を提供しています (Walker and Duvvury, 2016)。

全体的なコストはどの程度になるのでしょうか。調査結果には差こそあれ、どれも高額に上っています。国際通貨基金 (IMF) は、ハラ以南アフリカではジェンダーに基づく暴力を受ける女性の割合が1%ポイント上昇するごとに、経済活動が最大で8%も低下すると推計していますが、この減少は大半が女性の雇用減少によるものです (Ouedraogo and Stenzel, 2021)。2022年の研究では、親密なパートナーによる暴力の世界的なコストを全世界のGDPの5%、サ

ハラ以南アフリカのGDPのほぼ15%と推計しています (Yount and others, 2022)。13か国から収集したエビデンスの分析によると、女性に対する暴力が国家経済に与えるコストはGDPの0.35%から6.6%となっています (Ibrahim and others, 2018)。ジェンダーに基づく暴力を根絶すれば、単にこうした費用負担がなくなるだけでなく、個人の生産性と所得能力が即時的かつ長期的に向上し、その影響は世代を越えて引き継がれることになるでしょう。

女性が暴力的関係を逃れるための支援を提供することによっても、直ちに経済的利益が生まれる可能性があります。米国の女性を対象とするある小規模調査によると、親密なパートナーによる暴力のサバイバー (被害者) に対する民事法的支援サービスの提供によって、援助提供後1年で平均5,500ドルの純利益をもたらし、これは法的支援に1ドルを費やすごとに、個人所得という形での投資収益が2.41ドル生まれていることを意味します (Teufel and others, 2021)。このサービスを受けた女性は、1年後に貧困に陥る可能性も低くなっています。暴力の予防に投資することで、これと同様の大きな収益が得られる可能性もあります。

そしてこの利益は、集団や世代を超えて存続します。ジェンダーに基づく暴力に対する予防対策が、公衆衛生を大幅に改善することを示す明確なエビデンスが示されています (Ferrari and others, 2022; Musa and others, 2019; Bacchus and others, 2018)。プログラムの費用は場合によって異なりますが、こうした施策によって回避された障害調整生存年 (DALY) 当たりのプログラム費用で効果を測定した場合、費用対効果が実証されているプログラムは多岐にわたります (Ferrari and others, 2022)。

インクルージョン（包摂）がもたらす経済的な重要性

現地の状況から差別的な規範に至るまでの幅広い理由から、社会的に最も疎外された人々に支援を届けることには、より多くの困難と費用が伴うことがあります。その一方で「画一的」なアプローチを多様な集団に適用すると、無駄が生じることも多々あります。女性と少女の言語や宗教、文化、さらには紛争やインフラの整備状況などの背景的要因に合わせて対応することで、無駄を避け、利用可能な資源を効果的に活用できるようになります。からだの自己決定権を実現し、社会的疎外を減らすための性と生殖に関する保健サービスへの需要が高まっていることで、より大きな投資収益と開発への推進力が強化される可能性もあります。それぞれの対象者への需要に合わせてサービスが一部の人々に行き渡る一方で、他の人々に支援を届けるための障壁を越えられないために広がる不公平により社会的分断が悪化して生じる長期的コストも、抑えることができます。

排除が常態化すると、深刻なコストが生じます。排除された人々は見えない存在にされてしまうため、その規模を完全に把握することができなくなるからです。しかし、このようなコストは、排他的な法律や政策、規範が撤廃された場合に得られる経済的利益にその一端を見ることができます。この点は最近の報告でも、同性愛の非犯罪化がミクロ・マクロ双方の経済的利益をもたらすという形で実証されています (HIV Policy Lab and others, 2023)。個人のレベルでは、同性愛者を差別する法律の撤廃により、逮捕や起訴、拘留による労働力や生産性の損失が無くなるだけでなく、それに伴う身体的・心理的なトラウマも解消されることが分かりました。さらに幅広いレベルでは、少なくともある研究で、同性愛差別が世界に年間 1,260 億ドルの損失をもたらしている一方で、LGBTQIA+ の人々の法的環境を改善すれば、一人当たり GDP が 2,000 ドル増加することが判明しています (Badgett and others, 2019)。

大切なのは、対策を必要とする人々が置かれた具体的状況に応じた施策を講じることの重要性を反映させることです。

社会的に疎外された人々に支援を届ける際には、施策をそれぞれの状況に合わせることに重要となります。民族やジェンダー自認、性的指向、障害、経済状態など、相互に絡み合う要因によって、ジェンダーに基づく暴力の受け方も違って来るからです。こうしたコミュニティでジェンダーに基づく暴力の根本原因に対処するように、予防対策を適応させれば、広範

囲に効果を持続させられる可能性を高めることもできます (Capasso and others, 2022)。

状況に応じた施策は費用がかかると思われがちですが、複数の絡み合った脆弱性を有する人々の需要に対応すれば、実効性が高まることによって、費用対効果も向上しうることを示唆する事例もいくつかあります。例えば、一部のコミュニティの活動家は、ジェンダーに基づく暴力を削減する対策が、女性の暴力に対する脆弱性を生み出す根本的な偏見や不平等に対処することなく、大量の資源を警察の取り締まりや

刑務所に費やす結果になりかねないと警告しています。場合によっては「逮捕のほか、児童福祉制度による介入など、犯罪化によって女性に思いがけず悪い結果が生じるおそれさえある」(Goodmark, 2022)と専門家は指摘しています。この現象は「虐待から刑務所へのパイプライン」と呼ばれ、暴力に疑念を持つ当局に暴力を告発したり、虐待の加害者から逃げ出したり、人身取引の被害に遭ったりすることが、最終的に逮捕されることに繋がる可能性もあります。このような状況下では、コミュニティ・サービスやサバイバー(被害者)支援、教育的施策への投資のほうが費用対効果が高い可能性もあります。

もう一つ重要な点として、親密なパートナーによる暴力に対する脆弱性を高めるリスク要因は研究で明らかにされているものの、実際にはサバイバーの中には、こうしたリスク要因を持たない者も多いことから、事実上「これが安全だとされる女性の集団はむしろ存在しない」ことを指摘すべきです(Coll and others, 2021)。また、男性と少年がジェンダーに基づく暴力を受けても、これが報告されるケースは極めて少ないと見られます(Wörman and others, 2021)。つまり、親密なパートナーによる暴力を減らすことに照準を絞った施策を導入すべきであるとはいっても、こうした対象を絞ったアプローチだけでは十分ではありません。ジェンダー平等を支援するためには、国民全体を対象とする法律や政策、社会規範も定めねばなりません。そうすれば暴力の削減への支援にもなり、コミュニティの福祉だけでなく、あらゆる人々の心身の健康にポジティブな効果が生じるのです。

包括的性教育の長期的利益

ジェンダーに基づく暴力に終止符を打つことと同様、包括的性教育へのアクセスも、すべての人々の生殖に関する自己決定を可能にするとともに(Starrs and others, 2018)、これに伴う社会的・経済的利益をすべて実現するための前提条件となります。

包括的性教育は、人々がその生涯を通じ、自らの性と生殖に関する健康について十分な情報に基づき、健全かつ責任ある選択をするために必要な知識やスキルを提供します。避妊や性感染症(STIs)、パートナーとの同意と健全なコミュニケーションなど、幅広いトピックを取り扱いますが、その利益は個人の健康と公衆衛生、経済的エンパワーメント、さらには心とからだのウェルビーイングに至るまで、多岐に及びます。病気から身を守り、意図しない妊娠を防ぎ、暴力を予防する(またはこれを理解して逃れる)ことができる若者は、教育を続け、正式な労働市場に参加し、昇進を果たす能力も高まります。

コスト(費用)に対する効果はまだ十分に評価されていないものの、包括的性教育は初めての性交年齢を遅らせること、避妊手段利用の増加(Kirby, 2008)および思春期の妊娠率低下(Aguirre and Carrión-Yaguana, 2023; Kohler and others, 2008)と関連づけられています。包括的性教育を、利用しやすく若者に優しい性と生殖に関する保健サービスに結び付けたプログラムは、意図しない妊娠の削減に特に効果が大きいことが分かっています(Mbizvo and others, 2023)。こうした成果と関連づけられる投資収益は、上述の生殖に関する自己決定権の節で詳述されています(p.94の「生殖に関する自己決定権の長期的な価値」を参照)。

国際的に合意された人権とジェンダー平等の

基準を包括的性教育プログラムに組み込むことにより、知識の増加や態度の改善、性とパートナーとの関係に関する親とのコミュニケーションの向上に短期的に効果があることが示されています。また、パートナーとのコミュニケーションや性の健康に関する知識とサービスの認識など長期的にもポジティブな効果があります (UNESCO, 2016; Constantine and others, 2015; Rohrbach and others, 2015)。さらに、「ジェンダーに焦点を当てたプログラムは『ジェンダーに無関心』なプログラムよりも、意図しない妊娠や(性感染症の)発生率削減などの健康上の成果を達成する点ではるかに大きな効果がある」というエビデンスの分析もあります (UNFPA, 2018a)。

包括的性教育の文化的、社会的側面も、健康面と同じくらい重要ですが、これらは時に不要またはイデオロギー的であるとして軽視されることもあります (United Nations, 2023a)。しかし、国際的な基準にしたがって包括的性教育を提供すれば (UNFPA, 2018a)、年齢に見合った、文化的に妥当かつ状況に適したものとなります。実際に、包括的性教育のカリキュラムを現地の需要に適応させることは、親や家庭、地域社会(宗教団体を含む)にとって受容可能なものにすると同様、効果的なプログラム策定の重要な要素です。この点は、特に疎外されたコミュニティにおいて重要と言えるでしょう。コミュニティの需要にそぐわない教育やカリキュラムは、被害を軽減することも、ポジティブな健康上の成果を生み出すことができない可能性が高くなります。例えば、国によっては

「シュガーダディ」と呼ばれる、性的な行為と引き換えに、少女の学費を支払ったり、プレゼントをしたりする中高年の男性がいることから、こうした搾取に関するリスクについてのメッセージがプログラムに含まれています。他にも、月経に関するタブーが多い国では、月経を当たり前のこととして語ることに重点が置かれることもあります。

包括的性教育の健康以外への影響、例えば思春期の若者の性に関する態度やスキル、ジェンダーに基づく暴力や親密なパートナーによる暴力の発生率、ジェンダーに公平な規範や強く健全な関係の普及率などに対する影響については、エビデンスの基盤がより限られています (UNFPA, 2018a)。とはいえ、少女やその他の社会的に疎外



この「サフラジェットのハンカチ」には66人の署名の刺繍が施されています。いずれも1912年3月、ロンドンで起きた女性社会政治連合「サフラジェット」による婦人参政権デモに参加して投獄された女性たちです。画像提供：Sussex Archaeological Society

まれていないことが挙げられます。例えば、アフリカの13か国における国の性教育プログラムのある分析によると、ジェンダーと社会規範に関する内容は、プログラムの中でも最も弱い部分であることがわかりました (UNESCO, 2016)。

長期的な投資収益に関する縦断研究は、このようにプログラム適用において一貫性が無いために、困難となっています。しかし、包括的性教育が大規模に長期的に提供されれば、投資収益が大幅に高まることも事実です。多くの国の事例が、その理由をよく示しています。6か国の学校での性教育プログラムの分析によると、プログラムの費用は、プログラムが十分に拡大されている国 (エストニア、ナイジェリアおよびオランダ) で学生一人当たり7ドルから33ドルであるのに対し、プログラムがまだ試行段階にある国 (ケニアとインドネシアのそれぞれ) では、学生一人当たり50ドルおよび160ドルとなっています (Kivela and others, 2013)。インドネシアで行われた別のコスト研究によると、学校での包括的性教育プログラムの導入から3年を経過する頃までに、プログラム費用は90%低下しています (El Halabi and Annerstedt, 2021)、しかも、プログラム費用に最大の割合を占める教員の給与は、すでに教育費に含まれているため、これを除けば、性教育プログラム策定コストは、上記で推計された本格的プログラムの総費用のうちの25%にすぎません (Kivela and others, 2013)。

された若者が、自らをその他のメンバーとの関係において同等であるという認識を持てるようにすることを明確な目的とする性教育プログラムは、彼らが自分の健康を守り、積極的な参加者として社会に関われる能力を身に付けさせるという点で、特に効果的であるという合意ができています (Haberland and Rogow, 2015)。事実、研究者たちはコロナ禍の中でのジェンダーに基づく暴力の増加に対処し、軽減するための方法の一つとして、包括的性教育を提案しました (Rollston and others, 2020)。これは、性教育が規範や行動に影響力を及ぼす手段として広範な可能性があることを示しています。

残念ながら、権利に基づく包括的性教育の成果は、まだ全面的には実現されていません。その一因は、教員たちが自分たちの教えにくいカリキュラムを最小限に抑えてしまうことや (UNFPA, 2018a)、もう一因としては、ジェンダーや社会規範がしばしば、カリキュラムに十分に取

専門家の指摘によると、包括的性教育の提供が教員養成プログラムに統合されると、コスト削減と投資収益はさらに大きくなる可能性があります。それによって、このトピックに対する理解を深め、増加する教員のためのカリキュラムを効果的に実施できるようになるからです。この投資は、現職教員の研修に関連するコストを軽減させる効果もあります (UNFPA, 2018a)。

最後に、学校に通っていない学習者に包括的性教育を提供するコストと収益は、学校での提供とは大きく異なる可能性があります。学校に通っていない学習者はしばしば、誤った情報や強制、搾取に最も脆弱である一方、最も支援を届けるのが難しい存在であることも多いのです。2018年の時点で約2億6,300万人の若者が学校に通っていないことに鑑み、UNFPAとパートナーは学校以外での包括的性教育に関するエビデンスに基づくガイダンスを策定し、年齢に即しつつ、特定の人々の集団、例えば障害を持ち、人道危機状況にあり、同性愛者や両性愛者、ジェンダー・ノンバイナリー／ノンコンフォーミング、HIV感染者、薬物使用者、売春をしている若者などの需要に適応したカリキュラムに関する提言を行っています (UNFPA, 2020)。

学校に通っていない学習者を対象とするプログラムの実施には、若者の定住の難しさに関する問題や、これら多様な集団の需要に合わせてプログラムを調整するために活用できる資源の不足など、数多くの課題が付きまといま (Australian Aid and UNFPA, 2023; Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023)。こうしたプログラムには、投資資金だけでなく、これを策定、実施するための適切な人材も必要となります。このプログラムの効果に関するエビデンスの体系は限定的であるとはいえ、学校に通っ

ていない若者の数と、彼らが直面している高い脆弱性を考慮すれば、こうした若者を対象とする包括的性教育プログラムは、高い投資収益を上げられる可能性を秘めています (Anderson and Pörtner, 2014)。また、特に教育達成度が低いことに関連する性と生殖に関する健康 (Anderson and Pörtner, 2014)、さらには健康全般に対するリスクの高さを考えれば、これらのプログラムには、長期的にはコストを削減できる可能性もあります。

学校内外での包括的性教育プログラムの効果と長期的なコスト削減の可能性や、社会的に疎外されたコミュニティを対象とするプログラムについては、さらに研究を重ねる必要があります。



共通の未来を 紡ぐ



「もし皆さんが私を助けるためにここへ来たのでしたら、それは時間の無駄です。しかし、皆さんの解放が私の解放と結びついているという理由でここへ来たのなら、力を合わせましょう。」これは、1985年にナイロビで開かれた「国連女性の10年会議」にオーストラリアから参加した先住民活動家、リラ・ワトソンの言葉です。

今日、この考え方は、おそらくこれまでよりも一層、勢いを増しています。活動家や正義を求める組織、リーダーは、個人の権利や福祉が全体の権利や福祉と相互補強関係にあるという見方を受け入れています (p.34~39の年表を参照)。気候変動から人口動向の多様性、さらにはデジタル革命に至るまで、世界最大の懸案事項の多くに対処する方法は、集団で起こす行動こそが前進するための唯一の方法であることが、ますます明らかになりつつあります。また、性と生殖に関する健康についても、個人の権利を補強する集団的な取り組みが欠かせません。本章で詳述する通り、人権と科学的・歴史的事実に根差したアプローチを受け入れない限り、人類が今後の課題に適切に対処することはできないでしょう。

「もし皆さんが私を助けるためにここへ来たのでしたら、それは時間の無駄です。しかし、皆さんの解放が私の解放と結びついているという理由でここへ来たのなら、力を合わせましょう。」

—リラ・ワトソン

30年に及ぶ進歩：前途有望なスタート

歴史を見れば、連帯が効果的であることを示しています。個人や活動家、市民社会、機関、そして加盟国が団結して行う活動の力は疑う余地がありませんが、過去30年間の経緯を決定づけてきたこのような取り組みの力と将来性については、改めて考えてみる価値があるでしょう。

実際に、ICPD以来、女性は近代的避妊具・薬をかなり使えるようになりました。1990年から2022年にかけて、既婚の、または事実上の婚姻関係にある女性のうち、近代的避妊手段を用いる割合は、11.5%から33.5%へと上昇しました。中所得国では、この割合が52.9%から61%へと増えています (UN DESA, 2022c)。1990~1994年から2015~2019年までの間に、意図しない妊娠の比率は19%も低下していますが (Bearak and others, 2018)、これは女性が自身のからだと未来について決定権を行使する能力に関して大きな成果があったことを示しています。これと関連して、全世界の妊産婦死亡率も2000年から2020年にかけて、3分の1以上減少しました (WHO 他, 2023)。これらの画期的成果ではいずれも、医学と保健医療制度の前進が大きな役割を果たしました。避妊技術により、安全で信頼できる避妊法の選択肢が広がっています。熟練した医療従事者や必須医薬品の入手可能性、国際基準に基づいた質の高い生殖に関する保健サービスも、こうした妊産婦の生存率の向上に寄与していると言えます。

この進歩がカイロでのICPDで達成された画期的なコンセンサスに続いて起きたことは、単なる偶然ではありません。性と生殖に関する健康・権利は、より幅広い持続可能な開発と、またすべての人々の福祉とも切っても切れない関

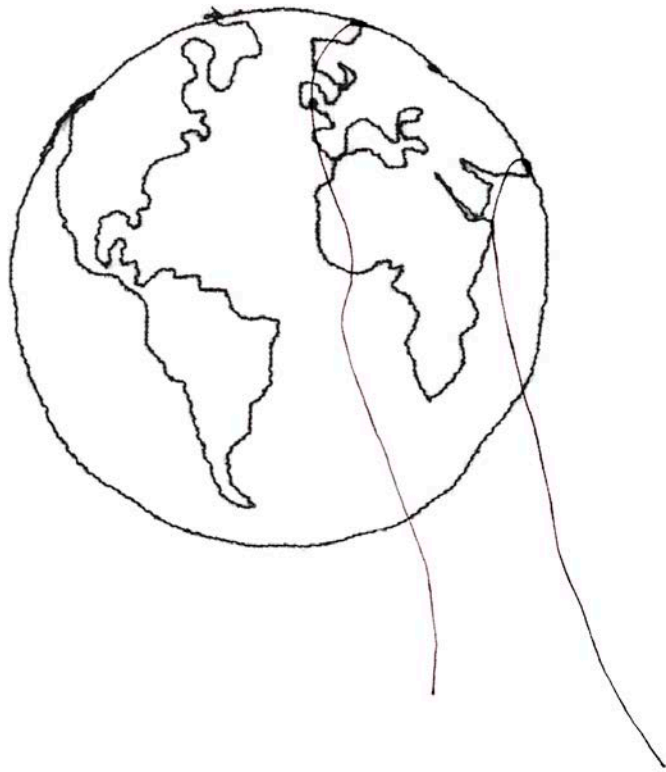
係にあるという ICPD の根底にある合意は、1994 年から実施されてきた国際的、地域的、そしてグローバルな取り組みでも多く推進されています。

重要な例の一つが、世界的な合意に基づき、2000 年から 2015 年にかけて取り組みが進められたミレニアム開発目標 (MDGs) で、これにより人々の健康とウェルビーイングは顕著な改善を見られました。これらの成果を達成するために世界的な連帯と投資がどれだけ貢献したのかについては、さまざまな議論がありますが、最近の研究結果によると、アフリカでは「妊産婦と 5 歳未満の幼児死亡率の削減で大きな進歩があった」ことが明らかになっています。「MDGs のキャンペーン期間に達成された進歩のうち、妊産婦死亡率と 5 歳未満幼児死亡率の削減のそれぞれ 81% と 68% が全世界的な MDGs キャンペーンの成果によるもの

でした」(Cha, 2017)。研究者たちは「全地域の中で最高の実績を示しているサハラ以南アフリカ諸国について悲観的な見方が圧倒的に強いことで、その大きな成果を見過ごしてしまう可能性がある」と指摘し、こうしたポジティブな成果にもっと注目すべきと提唱しています。

同様のことは、現在についても言えます。昨年 2023 年は、MDGs を土台として策定された SDGs を達成するための世界的な取り組みの中間地点でした。SDGs の達成に向けた進歩はコロナ禍のほか、紛争や気候変動、生物多様性の損失、汚染の深刻な影響によって、大きく妨げられていま





す。こうした課題にもかかわらず、ICPD アジェンダ関連のターゲットについても、成功を示す兆候は見られています。例えば、各国の下院と一院制議会の女性国会議員の割合は、2015年から2023年にかけて4.2%ポイント増加しました。近代的家族計画のニーズを充足できている女性の割合も、世界人口が増加する中で、76.5%から77.6%へと微増しましたが、特に最もニーズの大きいサハラ以南アフリカ地域で、この割合の最も大きな改善が見られています。全世界の若年出生率は2015年の少女千人当たり47.2件から、2023年には41.3件へとさらに大幅に低下しています(UN DESA, 2023)。コロナ禍による異常な混乱の中でも、このような前進が見られたことは、私たちが

エビデンスに従い、かつ、進歩を覆い隠すことがあまりにも多い悲観主義を否定すれば、SDGsが達成可能であることを実証しています。

進歩のペースを速めねばならないことは間違いありません。2016年から2020年にかけて、妊産婦死亡率を改善できていないことをはじめ、成果が多く の点で滞っているからです(WHO and others, 2023)。若年での妊娠率は開発途上地域全体で高止まりしており、20歳から24歳の女性の3人に1人近くが、若年で出産しています(UNFPA, 2024a)。全世界の人工妊娠中絶率は数十年間も横ばいで推移し、低下が見られるのは中絶が広く合法とされている国(これらの国では、中絶率が1990~1994年の女性千人当たり46件から、2015~2019年には26件に減少)だけです(Bearak and others, 2018)。また、世界で初めて、女性がからだの自己決定権を行使できる能力(SDGsの指標5.6.1により測定されるもの)に関するトレンドデータを、32か国から入手可能となりました。近々発表が予定されているこれらデータの分析によると、19か国でポジティブな傾向、13か国でネガティブな傾向が見られています(UNFPA, n.d.)。

進歩の逆行が起きていることも認めなければなりません。コロナ禍によるロックダウンの最中に、ジェンダーに基づく暴力は急増したほか、最新技術により、この暴力がバーチャル環境で起こる可能性も生じています(University of Melbourne and UNFPA, 2023)。そして一部の国では、生殖に関する健康とジェンダー平等に関する同意という、ICPDの根幹自体が損なわれ、その揺り戻しが最も脆弱な人々に向けられることも多くなっています。移民にヘルスケアが拒否されている国もあれば(MTI-Hungary Today, 2019)、厳しい中絶規制法の施行により、慢性疾患を抱える人々、特に

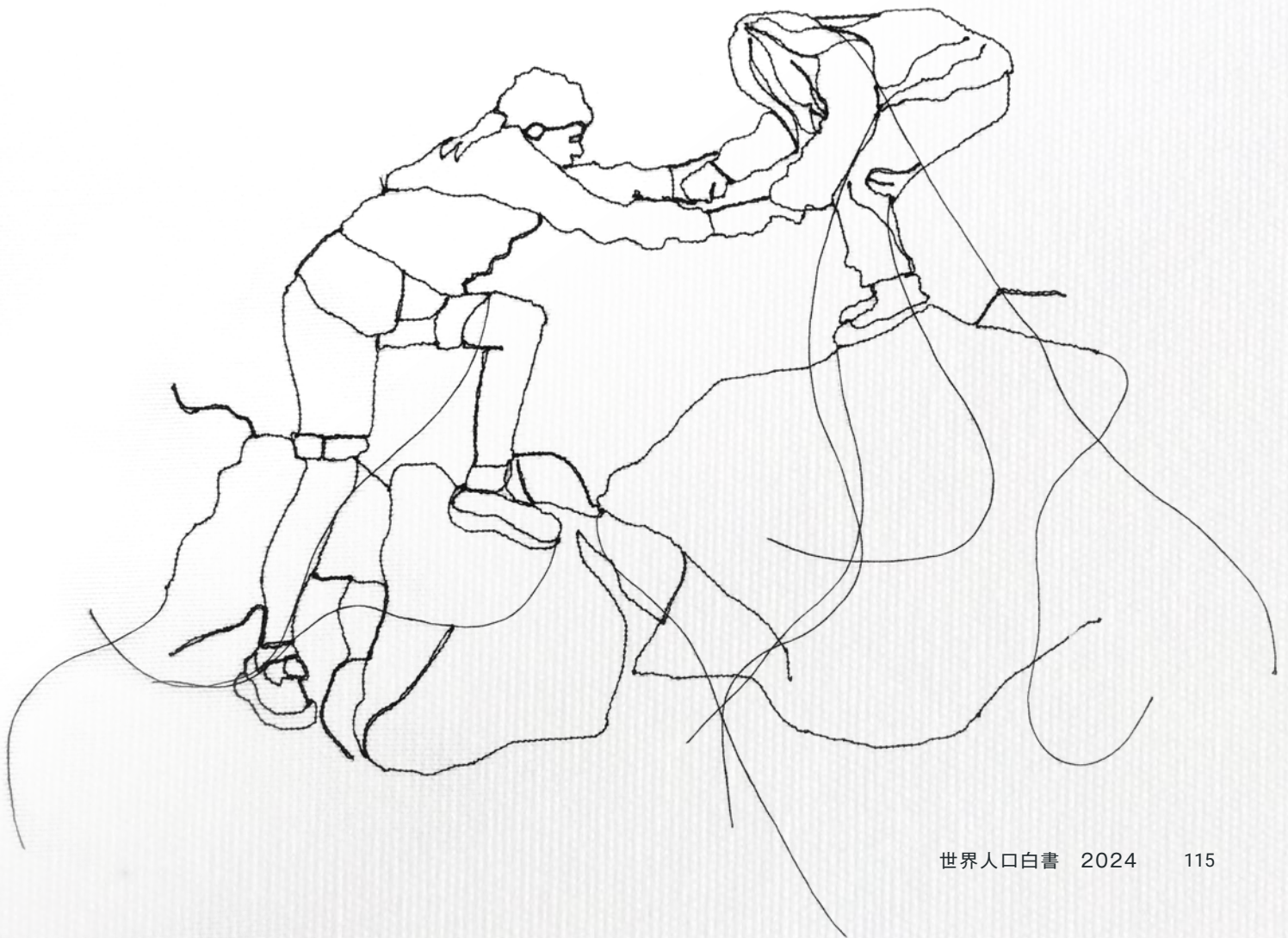
人種的少数者に属する人々の健康上の不公平が増大していると見なされている国もあります (Hassan and others, 2023)。さらに別の国では、軍事クーデターの結果、女性が家に閉じ込められ、教育や雇用の機会を否定されています (United Nations, 2023b)。また、差別的法律の拡張が適用されて、LGBTQIA+の人々に死刑を求刑できるようになった国もあります (United Nations, 2023c)。

しかし、こうした障害があるからといって、これまで歩んできた進歩の軌跡を外れるわけにはゆきません。本白書でも指摘しているとおり、今世界は、転換点を迎えています。不確実性や両極化、偽情報といった嵐雲が地平線に立ち込める中でも、エビデンスの積み重ねにより内包的な解決策を指し示しています。

来たるべき世界のビジョン

過去 30 年間の変化は、世界の仕組みや、私たちの保健医療制度、政治機関、社会規範、さらには私たちのからだや家族、未来に対して期待することについて、地殻変動のような大きな変化が起きたことを示しています。今後数十年で、こうした変化は加速の一途をたどるでしょう。UNFPA は 2023 年末、人権や性と生殖に関する健康、人口学、ジェンダーに基づく暴力、テクノロジーと気候変動の専門家からなるコンソーシアムを結成し、間近に迫りつつある人類最大の課題と機会の予測を試みました。そこには悲観ではなく、警戒を必要とする不穏な予測も多く含まれています。

引き続き発生している気候変動がもたらす壊滅的な状況により、世界的な不平等は大幅に拡



大するものと見られます。気候変動と関連する暴風雨や干ばつ、洪水、熱波その他の影響を最も受けやすいのは、気候変動に対する寄与度が最も低い低所得層の人々だからです。しかも、気候変動により国内および国際的な移住が引き起こされると予想されています。本白書でも明らかにしているとおり、これは社会的疎外のますます大きな原因にもなっており、性と生殖に関する健康・権利には特に大きな悪影響が及びます。危機的な状況やサービスの中断は、すでに社会的に疎外された集団に最大のストレスを与える可能性が高く、その結果として例えば、ジェンダーに基づく暴力や、児童婚などの有害な慣行が広がるおそれもあります。生殖に関する健康に対する潜在的な脅威としては、妊娠の困難化や流産の危険性増大、妊産婦と新生児双方の健康に対するリスクが挙げられます (UNFPA, 2024e)。

人口動向も、私たちが知っている世界の姿を大きく変えてゆくものと予測されています。多くの国が急激な高齢化に直面する一方で、若年人口が急増する国もあるなど、この乖離は時間とともにさらに大きくなるものと見られています。移住の傾向を予測することは難しいとはいえ、人口増加率の格差と、不均衡な経済発展やその他の要因が相まって、世界的な移住のペースと、それに伴う移民の健康や権利に対する懸念がともに増幅する可能性があります。ある地域では、人口減少と非常に低い出生率を脅威と捉えるなど、人口動向の変化に対する不安によって、一部の政策立案者が ICPD の価値観に反発する動きも見られています (UNFPA, 2024f)。

性と生殖に関する健康・権利の分野で達成された多くの成果は、世界がこれらの、そしてその他のメガトレンドに対処する中で、危機に陥

る可能性も十分にあります。各国はこうした変化を見越して、ICPD の基本原則を再確認し、行動計画によって保証された権利やサービスが移民と難民を含め、あらゆる人が享受できるようにしなければなりません。

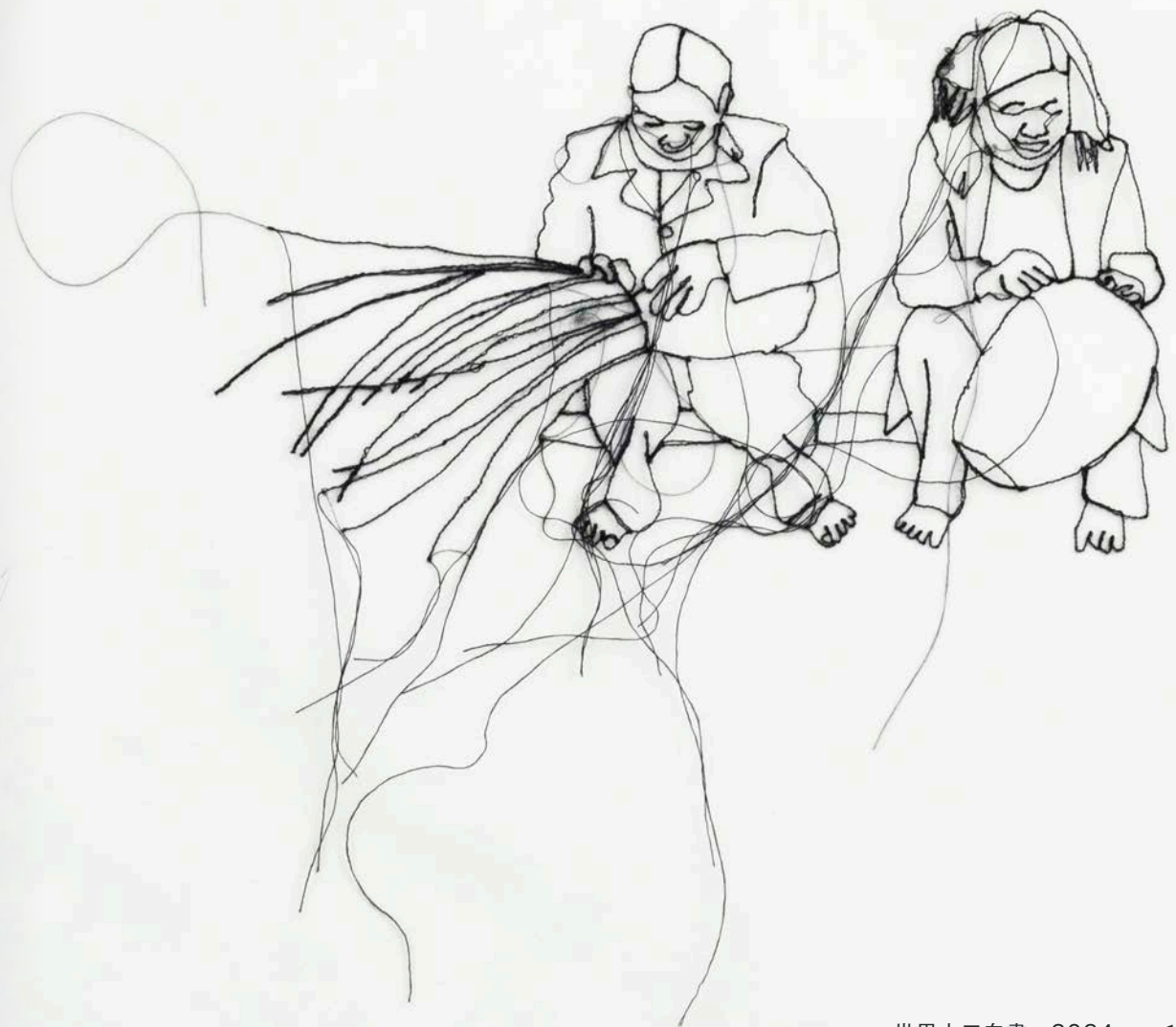
政府や社会は、最新技術を活用することによって、新たに生じつつある課題に対処することができます。例えば、これらの技術進歩により、世界の避妊のアンメットニーズをなくすことに貢献するとともに、大きくなりつつある不妊の問題にも対処できるでしょう。保健医療制度の強化も必要ですが、電子カルテやデジタル ID、さらにはデジタルヘルスツールへのアクセス拡大といった形での新しい機会が生まれつつあります (UNFPA, 2024)。このようなデジタルツールには、大きな可能性があるものの、そのためにはデジタル格差、すなわち情報技術を享受できる人々と、そうでない人々との間の格差をなくすか、大幅に縮めることが条件となります。虚偽情報を流すキャンペーンの増加はじめ、デジタル革命の負の部分にも対処する必要があります。デジタルツールや情報は、民族や性的特徴、ジェンダーに基づいた社会的に脆弱な人々のグループに対する武器として利用されかねないからです。また、テクノロジーを利用したジェンダーに基づく暴力は、女性と少女だけでなく、社会全体の健康や安全、政治的・経済的ウェルビーイングに大きな打撃を与えています (UNFPA, 2024b)。

最後に、本白書の第3章でも強調したとおり、ICPD 行動計画を推進し、新たに生じつつある課題に対処するためには、人口動向と社会の現実に関する知見を提供すると同時に、政策立案者がメガトレンドの影響を予測できるようにするためのデータシステムが必要です。1994 年以

来、全世界のデータシステムは強化されてきましたが、多くの国では、データ・エコシステムの資源が依然として足りていません。信頼できるデータがなければ、世界のいかなる課題にも効果的に対処することはできません。同時に、私たちはデータ技術の急速な進展に伴うデータのプライバシーや悪用に関するリスクの増大にも立ち向かわなければなりません。そしてもちろん、データシステムでは、既存の不平等に取り組めるよう、細分化されたデータを生成し分析する必要があります (UNFPA, 2024c)。本白書でも明らかにしたとおり、ICPD と SDGs のアジェンダの全面的達成を妨げる不平等に対処するためには、こうしたデータを収集、分析する

ための政府の意志と能力が欠かせません。

ポジティブなものからネガティブなものまで、世界の未来は様々な可能性があります。実際に、世界的な課題が増大する一方で、可能性としてありうる結果はますます予測できなくなっています。しかし、この不確実性の時代にも、逃れられない事実がひとつあります。私たちの運命は互いに結びつき、織りなされているということです。最も解決困難な論争や生死にかかわる不安があろうとも、前進するための唯一の道は、協力、連帯、価値観の共有、不平等の縮小、そしてすべての人に対する希望と尊厳の保障することです。



これからの道のり

本白書でも認めているとおり、画一的な解決策はありません。それでも、豊富な根拠と国際的合意に根差し、私たちの共有の目標を進展させられる方法があります。その中には、最も取り残された人々のニーズを満たし、意思決定とリーダーシップにおける包摂性を確保し、ヘルスケアの包括性と普遍性をともに前進させ、質が高く、偏りのない、医学的にも正確な生殖に関する健康についての知識に対するあらゆる人のアクセスを拡大するために、既に合意された取り組みをさらに本格化させることが含まれます。

対象者への個別対応

社会的疎外の力にさらされた人々のニーズや観点は、性と生殖に関する健康のケアと、彼らの生殖に関する権利を保障するための取り組みに積極的に組み込まなければなりません。WHOも2009年に認めているとおり、「貧困やジェンダーは健康や社会経済開発に大きく影響するものの、医療専門家はその活動において、必ずしもこうした問題に対処する準備が十分にできているとは限らない」からです(WHO, 2009)。本白書全体で取りまとめた研究は、貧困とジェンダーにまつわる社会問題が、多くの人々の生殖に関するヘルスケア・サービスへのアクセスと利用、および生殖に関する権利の実現を妨げていることを浮き彫りにしています。こうした格差に取り組むためには、より対象を広く含めること、対象に合わせて適応させること、そして対象を明らかにしていくことで問題を検討する必要があります。

一つの懸念点は、特定のグループに合わせた対応をすると、表面的なレベルではありますが、既存の拠点を通じて性と生殖に関する健康情報およびケアを提供する統合的なモデルの取り組みと矛

盾するように見えることです。例えば、性と生殖に関する健康サービスをHIVのサービスに統合すると、アクセスやケアの質、医療従事者の生産性が高まると同時に、スティグマも軽減されることが判明しています(Ford and others, 2021)。しかし、個別対応と統合は必ずしも相反するものではなく、むしろ相互補完的なものです。例えば、複合型のケア管理プログラムについては、既存の保健医療制度のデータやツール(医療記録の分析や患者分類システムを含む)の利用が推奨される一方で、不安定な居住環境や交通手段、社会的状況など、サービスの利用や効果に影響する個別の状況も重視されています(Williams and Fendrick, 2022)。このように、個別対応型の手法は統合的な保健システムを必ずしも置き換えるものではありません。

対象者を絞った個別対応型手法は多くの形を取ることがありますが、この取り組みの鍵を握るのは、対象となるコミュニティの構成員が実質的に参加することです。例えば、これらのコミュニティは翻訳サービスや対象を絞ったアウトリーチ活動など、単純なアプローチを定めることもあれば、特別に策定または実施される単独プログラムなど、より複雑で費用のかかる取り組みを求めることもあり得ます。この後者のプログラムは、特定の集団を「他者」として取り扱うことにより、かえってスティグマや排除を助長すると一部の批評家は主張するなど、特に大きな抵抗を引き起こすおそれがあります。しかし、エビデンスを見ると、実際はその逆となりうることが分かります。個別対応型のプログラム設計は、他の人とは異なる特有のニーズを反映し、尊厳と安全を確保する空間を対象者に提供するからです。

このことを最もよく示す事例は、おそらくHIV感染者の事例でしょう。セックスワーカー、男性

の同性愛者や男性と性的関係を持つ男性、トランスジェンダーの人々、注射薬物使用者、収監者やその他の閉鎖環境にいる人々など、スティグマを受けたコミュニティで感染率が圧倒的に高いからです。2021年の時点で、こうした人々とその性的パートナーは新規 HIV 感染者の 70% を占めているだけでなく、それぞれの集団が安全で効果的かつ質の高い HIV サービスを利用できる可能性も不当に低くなっています。しかも、その結果として、これらの集団と HIV 感染が関連づけられることで、差別や暴力、犯罪化を含む一連の権利侵害がさらに助長されています (USAID, 2022)。アジアで成功を収めた HIV 予防・治療プログラムに関するある研究は、主な集団をサービスや調査、プログラム策定に有意義な形で巻き込むことの重要性を明らかにしたうえで、その具体例として、タイでトランスジェンダーが設計し、主導する地域医療センター「タンジェリン」の事例を挙げています (Yang and others, 2020)。このようなコミュニティ主導型のサービスが利用できれば、対象集団の HIV 診断・治療プログラムの利用率が大幅に向上することが判明しています (Nugroh and others, 2017)。例えば、アフリカの女性セックスワーカーを対象とする HIV プログラムに関するメタ分析では、HIV 感染削減の鍵は、対象コミュニティと協議し、彼ら特有の HIV 感染予防ニーズに焦点を絞ることだとされています (Atuhaire and others, 2021)。

コミュニティの包摂、最も取り残された人々の参加、そしてあらゆる人を話し合いに巻き込むことは、いずれも高尚な目標ではありますが、そこには現実的な障壁が多く立ちまわります。大きな障壁の一つとして、資金の問題があります。資金調達に制約がある状況では、さらに頻繁に語られるでしょう。しかし、最大の障壁はコストであるとは限りません。実際に、本白書

の第 4 章では、あらゆる人々の性と生殖に関する健康・権利が実現すれば、著しい経済的成長が見込まれていることを明らかにしています。むしろ、社会的疎外を助長している態度や先入観、分断のほうに、実際に進歩を阻む大きな課題となっている可能性もあります。LGBTQIA+ の人々に対する敵意から、少数民族とのコミュニケーションが乏しいこと (または完全に欠如していること)、さらには障害者がサービスを利用しやすくするための簡単な措置さえも実施しないことに至るまで、障壁のリストは長く続きます。こうした事例のそれぞれの克服に費用がかかる可能性は高いとはいえ、そもそも社会的に疎外された人々を効果的に包摂するために必要な規範的および構造的な変化を促すことのほうが、さらに高いハードルだと言えます。

その一方で、対象集団のニーズに耳を傾け、これに対応することを怠れば、社会的に疎外された集団の健康状態が悪化するだけでなく、保健医療制度が負担する経費という形でも、大きな損失が生じかねません。例えば、カナダ北部の先住民女性の多くは、伝統的に助産師やその他の女性介護者の立会いの下、自宅での出産を望みますが、保健当局は助産の手技の安全性を懸念し、この慣行を規制しました。その結果、北部地域の妊婦や妊娠した思春期の少女は、妊娠 36 週目で高度な医療サービスを提供する都市部の施設まで飛行機で搬送が必要なこともあり、膨大な費用が発生しました。現在、北部では助産師が活動の再開を認められ、現代的な質の高い産科ケアと、伝統的に望まれている出産慣行の保全の両方が確保されています。例えば、ヌナブトの出産センターで助産師の介助を受けて出産した女性たちは、都市部の施設で出産した女性に比べ、ストレスが少なく、意思決定への関与が大きく、より良い心理社会的支援を受けられたと回答

しています (Mikhail and others, 2021)。たとえ十分な資源に裏付けられていたとしても、対象となる個人やコミュニティの関与がなければ、最善の意図で作られた施策ども、最適な成果をもたらすことはなく、また、その可能性もありません。

包摂性

これまでのいくつかの事例からも明らかとなり、個別対応の鍵を握るのは、対象となるコミュニティの包摂的な参加です。しかし、対象となるコミュニティや集団にターゲットを絞る作業以外にも、幾つかの理由から、包摂性は極めて重要であり、性と生殖に関する健康ケアに対するさらに幅広いアプローチとして検討する価値があります。

理由の最たるものは、政策立案者やプログラム策定者にとって、コミュニティが集団として一枚岩に見えてしまうことです。例えば、世界のあらゆる地域の国々で、先住民族は他の人々よりも劣悪な健康状態に苦しんでいます (Akter and others, 2018)。ところが、先住民族の集団は各国の間でも、それぞれの国内でも、極めて大きな多様性があります。また、遠隔地に居住していることや貧困、公用語での意思疎通の問題、教育機会の剥奪、しばしば歴史的なトラウマに関連する差別などが複雑に絡み合った形で、社会的に疎外されている集団も多くあります。類似性はあっても、それぞれの集団は独自であり、特に保健サービスの利用や受入れに関しては、その差異が重要な意味を持ちます。

例えば、同じ先住民族集団の中でも、社会経済的な差異が健康状態に影響を与える可能性があります。ある研究によると、より教育を受けた先住民族の女性は、学校に通ったことのない女性に比べて、妊産婦保健サービスを利用する可能性

が11倍、妊娠中に産前ケアサービスを利用する可能性が23倍高いとされています (Islam, 2017)。同様に、先住民族の女性が妊産婦保健サービスを利用するかどうかは、所得の状況のほか、マスメディアとの接触や、医療従事者との関係も決定要因となります (Akter and others, 2018)。

性と生殖に関する健康は扱いが難しいと同時に、文化的規範に深く根差したトピックであるため、これに対する先住民族コミュニティのニーズは大きく異なることがあります。パートナーや家族に見守られながら、自宅で出産することを希望するかどうかは、文化によって大きく影響されることがあります。希望する分娩体位も、文化によって変わることがあります。例えば、ペルーの先住民族ケチュ族の女性の中には、天井から吊るされたロープを使って立ったまま出産する垂直位分娩を望む人もいますが、この慣習はペルー国内の医療従事者にとっては標準的とみなされてはいません (Gabrysch and others, 2009)。そしてもちろん、先住民族であるか否かは、包摂的な設計とコミュニティの参加が性と生殖に関する健康システムに関する施策に不可欠である一例にすぎません。その他、移民であるか否か、カースト、障害の有無、年齢などの要因によっても、ニーズは異なる場合があります。

コミュニティの参加よりもさらに強力なのが、コミュニティによるリーダーシップです。コミュニティのリーダーシップを支援するプログラム、資金提供の仕組みやその他の取り組みが増えてきており、このアプローチに対する最高レベルでの支持表明も広がっています。例えば、国連合同エイズ計画 (UNAIDS) は2023年の年末に、HIVの予防、検査および治療に関する細分化されたデータの収集とサービスの提供におけるコミュニティのリーダーシップ強化を求め

ました。この発表は、データ収集の取り組みと、トランスジェンダーのコミュニティ自身が定めたニーズに適応した HIV サービスによって、トランスジェンダーの人々に支援を届ける必要性に特に注目しました。また、トランスジェンダーの人々への言及やコミットメントを含むコンセンサス決定を初めて採択した加盟国主導の機関としても注目に値します (UNAIDS, 2023)。これにより、世界で依然として最も大きなスティグマを受け、社会的にも疎外されているコミュニティのひとつと関わり、そのために資金を提供する必要性が確認されました。

意思決定の場にいることの重要性は、女性リーダーのクォータ制に関する研究で詳しく取り扱われており、ジェンダーの平等全般にポジティブな効果が及ぶことが判明しています (O'Brien and Rickne, 2016)。第 3 章で紹介した事例は、その場を代表することが健康上の成果にどれだけの価値があるかを如実に物語っています。女性医師の数を増やし、看護師や助産師に対する支援と敬意を高めることが、女性の医療アクセスと健康上の成果をとともに改善する結果となっているからです (p.72 を参照)。同様に、スティグマがケアへの障壁となることが多い性と生殖に関する健康の分野でも、代表性が極めて重要である可能性があります (Bohren and others, 2022)。

さらに重要なことに、意思決定の場における包摂は、権力の不均衡を是正することを意味します。こうした不均衡は、権力を行使する人々にとって見えない場合があります。不公平を認

アシュートは、エジプト北部の女性が伝統工芸として古くから伝える複雑な模様を持った金属糸刺繍です。世代を越えた職工集団のタリー・アシュート女性団体 (TAWC) は、この伝統の継承に努めています。TAWC は国際民族芸術市場にも定期的に参加しています。© Tally Assuit Women's Collective

識し、これに対処するとともに、包摂性を高めるための取り組みは、制度的、歴史的な特権を持つ人々に対して差別的であるという反発を招くことも多いからです (Pierce, 2013)。このように包摂性を対立的に捉える枠組みは、恵まれない立場にある人々だけでなく、社会全体にとってもしばしば逆効果を生みます。結局のところ、ジェンダー平等は財政的安定 (Ozili, 2024) から健康や生活満足度の向上に至るまで (Wells and others, 2024)、幅広い指標で女性と少女だけでなく、男性と少年にとっても恩恵をもたらします。健康の公平性とジェンダー平等を通じた平和な社会に関するランセット委員会は「健康の公平性とジェンダーの平等を改善すれば人的資本、経済の包摂性、社会資本およびガバナンスを強化できる」と指摘しています (Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023)。包摂を通じて公平性を達成しようとする取り組みも、社会全体に利益をもたらすことが期待できます。

包括的かつ普遍的

SDGs はそれまで数十年にわたる研究と合意に依拠しつつ、性と生殖に関するヘルスサービスを包括的かつ普遍的なものとするよう求めています。それ自体は目新しい概念ではありませんが、新しい、またはより新しいのは、どちらも簡単に達成できるという楽観的な見方が強まっていることです。

包摂性については、WHO が生殖に関する健康についてのガイダンスノートで詳しく述べていますが、その定義によると、包括的な生殖に関するヘルスケア対策とは、避妊のための広範なサービス、産前・出産・産後ケア、安全な中絶サービスと安全性を欠く中絶による合併症の治療、HIV やその他性感染症の予防と治療、お

よび、ジェンダーに基づく暴力に対処するためのサービスを含みます。加えて、あらゆる人への性の健康とウェルビーイングに関する情報とカウンセリングの提供、若者に対する包括的性教育の提供などを通じた健康増進も欠かせません (WHO, 2023)。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジもまた、国際社会の中で明確に定義されています。SDGs のターゲット 3.8 は「すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的で必須の保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含むユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の達成を求めているからです (UN DESA, 2023)。

とはいえ、包摂性も普遍性もなかなか達成できておらず、適用範囲に格差が根強く残っており、社会的に疎外された人々に悪影響を及ぼしています。しかし、包摂性または普遍性が達成された、またはほぼ達成された場所では、その公平性への寄与は顕著です。例えば、人権理事会に提出されたある報告書は、ユニバーサル・ヘルス・ケアの導入で、いくつかの国では人種間の格差が軽減された可能性が高いと指摘しています (Human Rights Council, 2020)。(実際に、アクセスの公平性は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中心的目标の一つです。)

さらに、多くの国で重要な進歩が見られていることは、この目標がいかに達成可能なものであるかをよく示しています。例えばペルーでは、母子保健と小児栄養に資金を割り当てる成果重視型の予算措置が 2007 年に導入されてから 10 年にわたり、生殖に関する健康の普及率が急速に拡大しました (Huicho and others, 2018)。このプログラムは主として国内の支出に依拠し、

開発援助は財政支援のごく一部しか占めていませんが、5歳未満児と新生児の死亡率が大幅に低下するなどの成果が上がっています。

普遍的かつ包括的な性と生殖に関する健康施策を同時にすべて採用できない国でも、前進は可能です。例えばザンビアは2020年、避妊具・薬

の供給とサービスを含むユニバーサル・ヘルス・カバレッジ計画を採用しましたが、この計画は、すべての生殖に関する健康サービスが包括的に網羅されているわけではないものの、普遍的なものとなっています。(PAI, 2020)。

重要なのは、普遍性はあらゆる人を意味しなければならない、ということです。これは自明の理のように見えるかもしれませんが、ほとんどの国は依然として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを、すべての市民にヘルスケアを提供するという目標と捉えています。これでは非正規移民や臨時雇いの移民労働者、無国籍者、難民など、最も支援を必要としている人々の集団がいくつか排除されています。この難しい問題に取り組んだある研究によると、世界の保健医療専門家は「『すべての道はユニバーサル・ヘルス・カバレッジに通ず』と宣言しているにもかかわらず、非正規移民がこの道を通ることはない」と指摘しています(Onarheim and others, 2018)。今後、国境を越える人々の大移動が起きる可能性を考え

南アフリカのクワズール・ナタール州で、HIV/エイズ感染コミュニティの啓発のために、編み物で装飾された樹木。
© Paula Thompson/Woza Moya



れば、これによってヘルスケアから排除される人々がますます増える可能性があります。健康に対する基本的人権を支援することに加え、国境の内側にいるあらゆる人々にヘルスケアを提供すれば、公衆衛生や経済的な利益をもたらす可能性があります。ある研究は、非正規移民にヘルス・カバレッジを提供しないノルウェーと米国の2つの高所得国と、提供している中所得国のタイを比較しました。その結果、タイの保健医療のアプローチのほうが「問題」が少なく、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するSDGsの目標を達成できる可能性が高いと結論づけています。(Onarheim and others, 2018)。その他、非正規移民に健康保険を提供すれば、公衆衛生が全体的に改善する結果、医療費が削減できる可能性もあるとする研究もあります(Gostin, 2019)。

また、費用の問題はあらゆる国で実際に中心的な懸案事項となっています。現在、開発途上国は「コロナ禍や、インフレ、金利上昇、貿易摩擦、財政力の制約により複雑化した状況」など、幅広い要因によって、かつてない水準の国際債務を抱えるに至っています(UN DESA, 2023)。33億人の人口を抱える48の開発途上国では、多額の金利支払いがすでに医療費を圧迫しています。平均的な低所得国は現時点で、国内の医療支出の1.4倍に相当する金額を純利払いに充てています。これとは対照的に、高所得国の医療費は純利支払額のほぼ4倍に上ります(UNDP, 2023)。それでも、特定の健康成果の達成に関連付けられたソブリン債など、質の高いユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成する可能性の高い将来性と革新性を備えた保健金融の形態も生まれてきています。また、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現は道徳上も、公衆衛生上も欠かせないという(コロナ禍でさらに強まった)合意が成立していることも、同

じく重要です。国際通貨基金(IMF)のクリスタリナ・ゲオルギエバ専務理事は2020年12月、次のように述べています。「ひとつだけ確かなことは、以前の状態に戻ることはないということです。この危機を乗り越え、復興を実現してゆくためには、私たちはすべての人々と共に、新たな目的意識と連帯感を持って進んで行かなければなりません」(Georgieva, 2020)。

生殖に関する健康についての正確な知識の普及

情報と知識を通じて、人々が自らの健康を管理できるようにすることは、普遍的で包括的なヘルスケアと同様に重要です。このことは特に、若者を含む社会的に疎外された集団に当てはまります。技術が進歩し、各国の人口動態の構成が変化し、保健医療制度が進化する中で、その重要性は高まる一方となるでしょう。

生殖に関する健康についての知識を広めるための主なツールとして、包括的性教育が挙げられますが、その効果と恩恵については第4章で詳述しています。包括的性教育は、健康や教育、生産性という点で、個人と社会に投資収益をもたらすだけでなく、社会的に疎外された若者の主体性と能力を強化することもできます。例えば、研究によると、質の高い、年齢に応じた、権利に基づく包括的性教育は、若者の自分の力や自立性、平等意識を高めることができます。「特に少女やその他の社会的に疎外された若者が、その関係において自己を対等な存在と見なし、自分自身の健康を守り、また積極的な参加者として社会と関われる個人として、自身と他者を認識できるようエンパワーメントを図ることが、明確な目的」とされているからです(Haberland and Rogow, 2015)。つまり、包括的性教育の効果が上がれば、若者はジェンダー不平等などの

不平等について批判的に考えられるようになり、より公平な決定と行動につながるということです。にもかかわらず、包括的性教育への支持は近年、低迷しています (United Nations, 2023a)。

但し、包括的性教育は、正確で質の高い生殖に関する健康についての知識にアクセスを広げる一手段にすぎません。これに加えて、教科書だけでなく、医学教育のカリキュラムや保健医療制度、生殖に関する健康政策からも、時代遅れであったり、偏っていたり、不正確だったり、過度に単純化されていたりする情報を排除する必要もあります。第2章で強調されている通り、誤情報や不完全な情報、過度の単純化は、歴史的にも現在に至るまで、社会的に疎外された人々に悪影響を及ぼしているからです。

思春期の若者や保健医療専門家、政策立案者その他のあらゆる人々に対し、事実に基づく偏りのない情報を提供できなければ、将来の不安に対処できない社会ができあがるだけです。全世界の保健医療制度は「どのような国でも、どのような経済状況でも、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成し、健康を増進し、世界を安全に保ち、弱い立場に置かれている人々を支援するために重要な道筋」として、セルフケア施策をますます重要なツールとみなすようになっています (WHO, n.d.d.)。保健医療施設へのアクセスだけでなく、偏見や家父長的な規範もサービスへの障壁となっている場合、セルフケア施策は性と生殖に関する健康にとって特に重要となります。しかし、最も取り残された人々がセルフケアから実質的な利益を享受できるようにするためには、正確な健康情報が必要となります (UNFPA, 2018a)。

生殖に関する健康についての知識を普及させ

るためには、包括的な健康情報や施策の開発に投資することも意味します。ヘルスケア研究は依然として男性、特に高所得国の男性をデフォルトの患者や研究対象とみなしています。例えば、妊産婦保健関連の研究開発資金は2018年から2021年にかけて、15%減少していますが、研究者はその原因を、この問題が低・中所得国に圧倒的に集中して見られることに起因しているとしています (Policy Cures Research, 2023)。女性は男性よりも、衰弱した健康状態で過ごす期間が25%長いと見られているにもかかわらず、医学の分野では依然として軽視されているか、不適切に扱われている状況が続いています。最近の研究論文は「女性の基本的な生物学的特徴を理解するためには、女性の症状や病気の兆候を(単に『非典型的』とするのではなく)よりよく分類する根本的に新しい研究ツール(例えば、動物モデル、計算モデル、患者アバター、ヒト化モデルなど)を開発すべきだ」としています (World Economic Forum, 2024)。女性の健康に関する格差を解消するための投資は「2024年までに少なくとも年間1兆ドルの経済効果をもたらす可能性」もあります。

将来性が高いのと同時に、プライバシーや安全にとって脅威となりかねない生殖医療とデジタルツールの倫理的に異論の多い進歩に関する問題の解決策も必要となるでしょう。人間の発達や生殖、人体、性、そして多様性に関する事実について合意できなければ、こうした課題に立ち向かう人類の能力は大幅に損なわれてしまうからです。科学的に正確な、文化的に配慮した年齢相応の性と生殖に関する健康についての知識を得る権利は、すべての人にあります。この点について政治的な対立も論争も持ち込むべきではありません。

成果を祝福し、さらなる前進に取り組む

明らかにされているエビデンスによると、1994年以来、数多くの成果が達成されたものの、さらに前進が必要とされています。世界はこれまでに幾度となく、劣悪な健康状態を排除し、予防可能な妊産婦の死亡に終止符を打つだけでは、不平等や差別、先入観、偏見によって生じている障壁を克服するには不十分であることを目にしてきました。しかし、この事実は、すべての人の権利と選択を実現するために、ICPDや持続可能な開発目標（SDGs）を含む2030アジェンダで私たちが合意した目標を達成できるおそらく最良の機会を与えてくれています。

最近では歴史的規模の混乱が生じ、この混乱によって正義を求める声が生まれ、制度的な不平等に関する新しい考え方が生まれ、全世界でアドボカシーの動きが広がっています。実際に、視野を拡大して最近から過去30年間の推移を見れば、絶望よりも希望が持てる理由が多く見えてきます。

本白書の全体を通じて詳述したとおり、データ、特に細分化されたデータの不足は非常に大きな障害となっているものの、現時点で入手できるデータと、その分析に利用できる手法は、かつてないほどに優れています。こうした成果を基に前進しなければなりません。からだの自己決定権やこれを可能にする法的環境に関する世界初の尺度として見なされているSDGsの指標5.6.1や5.6.2などの画期的な成果は、生殖に関する女性の主体性の現状を測定し、把握するための第一歩にすぎません。

深く根を下ろし、見えなくなっている差別の形態を一掃するためには、制度の改革が必要ですが、この過程は議論と不満を引き起こす可能性があります。それでも、Ni Una MenosやMe Too運動がジェンダーに関する権力の不均衡を

暴露し、Rhodes Must FallやBlack Lives Matterといった運動が人種間の不平等に焦点を当てるなど、こうした過程は既に動き出しています。

社会的に疎外された集団の性と生殖に関する健康・権利の実現に向け、さらに多くの資源を投入するには、政治的な意志が必要です。両極化と政治的対立が進む世界で、これは困難な課題に見えるかもしれませんが、政策立案者がこれら問題の多くに真っ向から取り組もうとしている心強い兆候は見られています。2023年の自発的國家レビュー（「持続可能な開発目標（SDGs）を含む2030アジェンダ」の一環として、各加盟国が持続可能な開発に関する優先課題と現場での取り組みを自発的に明らかにするプロセス）では、参加した39の加盟国がすべて、ジェンダーと障害、農村部または遠隔地の人々や少数民族など、社会的疎外につながる要因の影響を受けている集団への対応を行っています。その半数弱に当たる49%の国は、LGBTQIA+の人々のニーズにも取り組んでいます（UNFPA, 2024a）。このレビューは必ずしも現実の変化を反映していないものの、各国の政策の立場や優先課題の透明性を高めるための重要な一歩です（Fukuda-Parr and others, 2018）。よって、これに強力なアドボカシー活動やフォローアップが加われば、社会的に疎外された人々の性と生殖に関する健康を開発の最優先課題に据えるという目的の実現が一気に近づく可能性もあります。

権力の問題にも取り組む必要があります。全世界の政策や意識、規範が高低両方のレベルで、不公平を助長させていますが、変革は可能であり、しかもそれはすぐそこまで近づいています。実際に、今年には重要な選挙が多く予定されており、50か国以上で20億人以上の有権者が投票を行うという大きな転機にあたります（World Economic Forum 2023）。投票が重要なのは、本

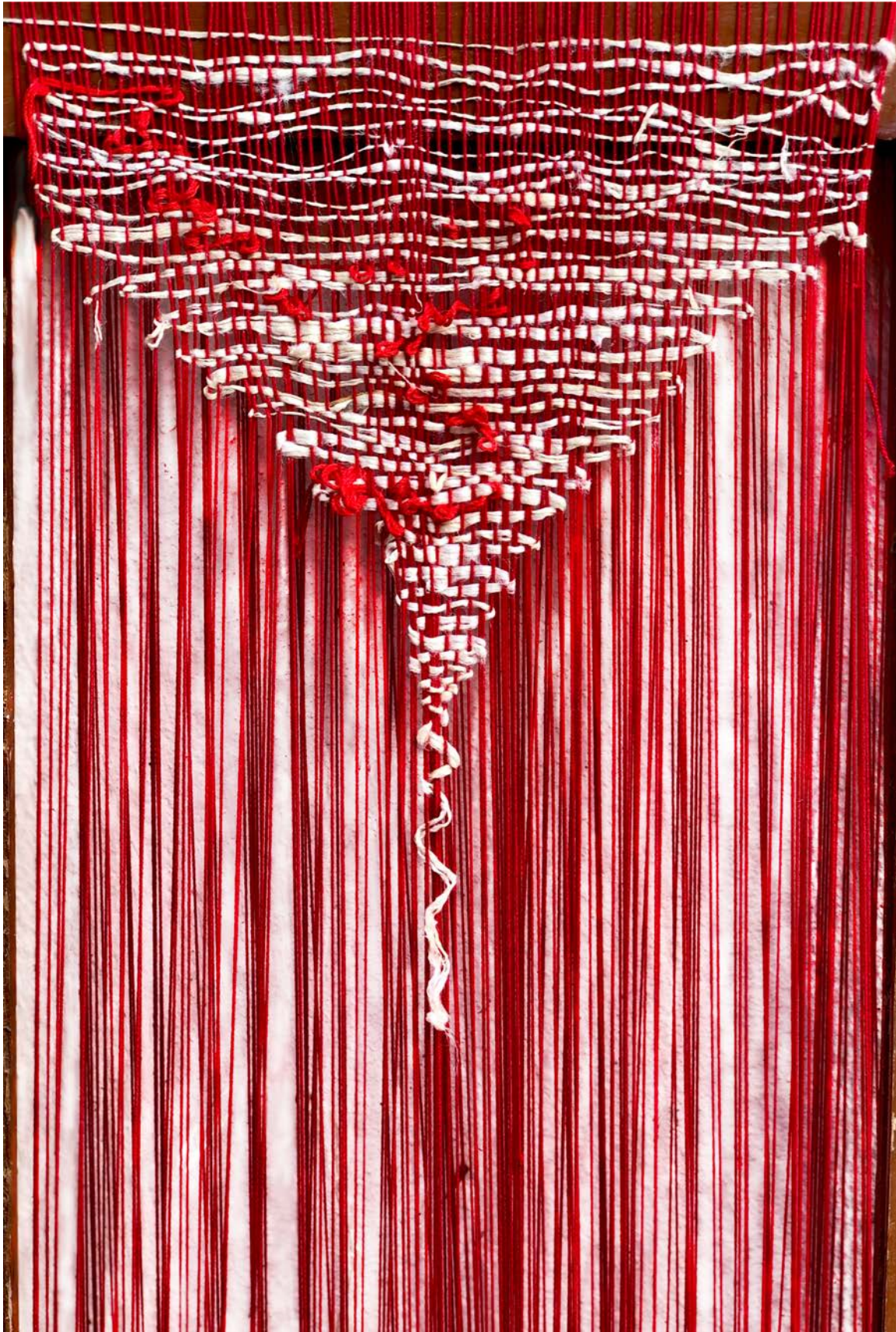
白書でも明らかにしているとおり、それが代表につながるからです。国会と地方議会に女性議員が占める割合を測定するSDGsの指標5.5.1に世界が合意したのも、まさにこの理由からです。投票は、その他の脆弱な立場に置かれ疎外された人々の発言力を高めることにも役立つ可能性があります。

選挙や公共のアドボカシー活動が社会的疎外に終止符を打つために必要な手段である一方で、あまりにも多くの国ではこのような手段がそもそも存在しないことも認識しなければなりません。このような場合には、国連などの国際基準を策定する機関が声を上げ、SDGsのターゲットやこれを強化する多くの人権条約の採択が、全加盟国の義務であることを強調せねばなりません。これらはいずれも、加盟国政府自身の合意によって成立したものであり、その履行が欠かせないからです。

最後に、社会的に疎外された人々の声は日に日に大きくなっています。私たちはこれを警戒するのではなく、彼らの訴えに対し心を開いて協力的に応じることができます。まだ実現できていないことに対する苛立ちは正当なものであり、むしろ歓迎さえるべきです。人々を置き去りにし続けている諸力を特定し、これに立ち向かえることは、進歩の証です。また、健康や権利、公平性に対する私たちの期待がこの30年で高まったことも進歩といえます。世界は変わり、基準は高くなりました。それを実現する私たちの能力も、高まっているのです。



結局のところ、私たちがすべての国やコミュニティ、そしてアイデンティティを世界平均にまとめてしまうという、進歩の最も単純な集計方法に固執する限り、世界で最も崇高な目標を達成しても、ほとんど意味を持たないでしょう。私たちはより洗練されたビジョンを設定できるはずで、それは一人ひとりの尊厳と価値を認めるものであり、そしてすべての人々の権利の保障が、一人ひとりの権利を守ることにつながることを認識するビジョンに他なりません。人類という豊かで美しい織物の強さは結局のところ、最も弱い糸の強さで決まるのです。



Pankaja Sethi's artwork "The Flaming Womb" examines the gap between the symbolic attributes of womanhood and the role and conditions of women as dictated by a patriarchal society. The piece was included as part of the Fabric of Being exhibition curated by SEA Junction for the Nairobi Summit on ICPD25, in 2019. © Pankaja Sethi

指標

国際人口開発会議の目標の進捗：
性と生殖に関する健康 p.134

国際人口開発会議の目標の進捗：
ジェンダー、人権および人的資源 p.140

人口指標 p.146

テクニカル・ノート p.152

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) サービス・カバレッジ指標
	2020	2020	2020	2004-2022	2022	何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		2024	2022	2021
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
世界	223	202	255	86	0.17	50	65	46	59	9	11	78	76	68
先進地域	12	10	14	99	0.15	58	70	52	62	7	8	80	87	84
開発途上地域	244	221	279	81	0.17	49	65	45	59	9	11	77	72	64
後発開発途上地域	377	338	431	65	0.34	33	43	29	38	15	20	61	71	44
UNFPA地域														
アラブ諸国	145	110	194	83	0.04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
アジア・太平洋	113	101	128	87	0.07	54	71	50	65	6	8	82	74	68
東ヨーロッパ・中央アジア	21	19	25	98	0.15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
ラテンアメリカ・カリブ海地域	88	79	99	95	0.19	59	75	56	71	8	9	83	75	76
東・南アフリカ	360	313	441	70	0.83	36	45	33	42	15	20	65	72	46
西・中央アフリカ	750	625	986	61	0.30	21	23	18	20	17	22	47	70	40
国・領域・その他の地域	2020	2020	2020	2004-2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021	
アフガニスタン	620	406	1050	62	0.03	21	29	19	26	17	23	50	56	41
アルバニア	8	4	16	100	0.02	33	45	6	6	12	16	12	79	64
アルジェリア	78	41	164	99	0.05	35	60	30	52	7	11	72	-	74
アンゴラ	222	148	330	50	0.44	17	18	16	17	26	35	37	62	37
アンティグア・バーブーダ島	21	11	36	99	-	42	63	40	61	10	13	77	-	76
アルゼンチン	45	38	53	99	0.09	59	71	57	68	10	11	83	92	79
アルメニア	27	19	42	100	0.19	39	60	22	33	8	12	46	87	68
アルバ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア	3	2	4	96	-	59	67	57	64	8	10	85	-	87
オーストリア	5	4	8	98	-	66	73	64	71	5	7	89	-	85
アゼルバイジャン	41	22	69	100	0.05	37	58	16	24	9	13	35	-	66
パハマ	77	51	128	99	0.15	46	66	44	65	10	12	79	-	77
パーレーン	16	13	19	100	-	29	63	20	44	5	12	59	73	76
バングラデシュ	123	89	174	59	0.01	52	64	45	56	9	11	74	-	52
バルパドス	39	22	61	98	0.21	51	63	47	60	12	14	75	44	77
ベラルーシ	1	1	2	100	0.11	54	63	47	53	11	11	72	83	79
ベルギー	5	4	6	-	0.04	59	67	58	67	6	8	91	-	86
ベリーズ	130	105	161	95	0.35	46	58	43	54	14	17	72	43	68
ベナン	523	397	768	78	0.11	18	20	15	16	24	30	36	91	38
ブータン	60	40	82	99	0.08	40	62	39	60	8	12	81	83	60
ボリビア (多民族国)	161	103	272	81	0.16	49	68	37	51	11	15	61	94	65
ボスニア・ヘルツェゴビナ	6	4	8	100	-	39	51	20	22	9	13	42	70	66
ボツワナ	186	151	230	100	1.92	59	70	58	70	8	10	87	64	55
ブラジル	72	57	93	98	0.24	67	80	65	78	6	7	90	-	80
ブルネイ	44	30	61	100	-	-	-	-	-	-	-	-	41	78
ブルガリア	7	5	10	95	0.03	66	81	52	60	5	6	73	62	73
ブルキナファソ	264	169	394	96	0.08	30	34	29	33	19	23	60	81	40
ブルンジ	494	353	694	77	0.10	21	34	18	31	16	27	51	65	41
カーボベルデ	42	26	65	97	0.34	45	59	44	58	12	15	77	84	71
カンボジア	218	156	326	99	0.08	43	65	33	49	7	10	65	98	58
カメルーン	438	332	605	69	0.36	24	24	20	19	16	21	51	-	44

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ) の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制および規制 (%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) サービス・カバレッジ指標
	2020	2020	2020	2004-2022	2022	何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ) の割合 (%)		2024	2022	2021
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
カナダ	11	9	15	98	-	73	82	71	80	3	4	92	-	91
中央アフリカ共和国	835	407	1519	40	1.57	22	24	17	19	21	25	40	77	32
チャド	1063	772	1586	47	0.22	8	9	7	8	19	25	27	59	29
チリ	15	13	17	100	0.25	65	78	60	72	6	8	85	-	82
中国	23	19	27	100	-	71	85	69	83	4	3	92	-	81
中国(香港)	-	-	-	-	-	49	71	46	68	8	9	81	-	-
中国(マカオ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コロンビア	75	65	86	99	0.16	65	82	61	77	5	6	87	96	80
コモロ	217	131	367	82	0.00	21	29	17	24	19	29	44	-	48
コンゴ共和国	282	194	429	91	2.89	43	46	31	30	14	18	54	55	41
コスタリカ	22	18	26	99	0.14	57	74	56	72	9	10	84	84	81
コートジボワール	480	318	730	84	0.31	27	26	23	23	21	26	49	64	43
クロアチア	5	3	7	100	0.02	50	71	36	47	5	8	65	98	80
キューバ	39	35	44	100	0.18	69	72	68	71	8	9	88	-	83
キュラソー	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	68	47	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	72	81
チェコ	3	2	5	100	0.02	62	85	55	76	4	4	84	79	84
北朝鮮	107	46	249	100	-	61	75	58	72	8	8	85	83	68
コンゴ民主共和国	547	377	907	85	0.13	27	31	17	17	20	25	36	-	42
デンマーク	5	4	6	95	0.01	64	77	61	73	5	6	88	87	82
ジブチ	234	105	530	87	-	17	32	17	31	14	25	54	-	44
ドミニカ	-	-	-	100	-	46	64	44	62	10	13	78	-	49
ドミニカ共和国	107	87	133	99	0.37	55	68	53	66	10	13	82	-	77
エクアドル	66	52	86	99	0.11	59	80	54	73	7	6	82	92	77
エジプト	17	13	22	97	0.05	45	62	43	60	9	12	81	-	70
エルサルバドル	43	31	61	100	0.13	53	74	50	69	8	10	82	92	78
赤道ギニア	212	122	374	68	2.94	19	19	16	16	22	31	39	-	46
エリトリア	322	207	508	34	0.06	9	15	9	14	15	28	35	-	45
エストニア	5	3	9	100	0.10	58	71	50	60	5	7	78	98	79
エスワティニ	240	147	417	88	4.10	53	69	52	68	9	12	84	98	56
エチオピア	267	189	427	50	0.08	31	42	30	41	15	20	67	73	35
フィジー	38	28	55	100	0.33	35	51	30	44	12	16	65	-	58
フィンランド	8	6	13	100	-	79	82	74	77	3	4	91	98	86
フランス	8	6	10	98	0.09	66	78	64	76	4	4	91	-	85
仏領ギアナ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ポリネシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	227	141	383	89	0.83	39	39	31	29	18	23	55	58	49
ガンビア	458	333	620	84	0.60	15	21	14	20	16	24	46	-	46
ジョージア	28	22	33	100	0.14	33	48	24	35	13	18	53	94	68
ドイツ	4	4	5	96	-	55	68	54	67	7	9	88	87	88
ガーナ	263	180	376	79	0.53	27	36	24	32	19	26	52	66	48
ギリシャ	8	5	12	100	0.08	53	75	39	52	5	7	68	72	77
グレナダ	21	12	34	100	-	47	65	44	61	10	12	77	-	70

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) サービス・カバレッジ指標
	2020	2020	2020	2004-2022	2022	何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		2024	2022	2021
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
グアドループ	-	-	-	-	-	40	59	37	53	10	15	73	-	-
グアム	-	-	-	-	-	37	66	32	56	7	10	74	-	-
グアテマラ	96	85	106	70	0.07	43	65	37	55	9	12	72	-	59
ギニア	553	404	808	55	0.43	15	15	14	14	18	23	43	79	40
ギニアビサウ	725	475	1135	54	0.59	32	24	31	24	16	19	63	80	37
ガイアナ	112	83	144	98	0.62	30	39	29	38	20	28	57	87	76
ハイチ	350	239	550	42	0.58	29	40	27	37	23	33	52	65	54
ホンジュラス	72	58	91	94	0.05	51	73	47	67	8	10	80	80	64
ハンガリー	15	11	21	100	-	50	70	45	63	7	9	80	93	79
アイスランド	3	1	4	97	0.04	-	-	-	-	-	-	-	-	89
インド	103	93	110	89	0.05	51	68	45	60	6	9	78	74	63
インドネシア	173	121	271	95	0.09	44	63	42	60	8	11	82	77	55
イラン	22	14	32	99	0.03	58	82	47	66	3	4	77	63	74
イラク	76	50	121	96	0.01	38	57	27	41	8	12	59	59	59
アイルランド	5	4	7	100	-	65	70	63	66	6	9	89	-	83
イスラエル	3	2	4	-	-	41	73	32	56	5	8	69	-	85
イタリア	5	4	6	100	0.04	60	67	49	52	6	9	75	-	84
ジャマイカ	99	80	122	100	0.50	44	73	42	70	9	9	79	76	74
日本	4	3	6	100	-	47	53	41	42	12	17	69	85	83
ヨルダン	41	26	62	100	0.00	31	55	23	40	8	14	58	56	65
カザフスタン	13	10	18	100	-	43	54	40	51	10	14	76	65	80
ケニア	530	382	750	70	0.46	49	65	47	63	11	14	78	48	53
キリバス	76	33	146	92	-	24	32	20	27	17	23	49	-	48
クウェート	7	5	11	100	-	36	60	30	50	8	13	68	-	78
キルギス	50	37	70	100	0.11	29	43	28	40	12	17	68	73	69
ラオス	126	92	185	64	0.14	39	62	35	55	9	13	72	96	52
ラトビア	18	14	25	100	0.19	59	72	52	62	6	8	81	70	75
レバノン	21	18	24	98	-	33	62	25	47	7	12	63	-	73
レソト	566	385	876	87	3.03	52	67	51	67	9	13	84	-	53
リベリア	652	499	900	84	0.24	28	28	27	27	25	31	51	-	45
リビア	72	31	165	100	-	25	41	17	27	15	25	41	-	62
リトアニア	9	5	14	100	0.06	48	72	40	58	6	8	74	87	75
ルクセンブルク	6	4	12	100	0.06	-	-	-	-	-	-	-	-	83
マダガスカル	392	311	517	46	0.30	42	53	38	47	13	14	69	-	35
マラウイ	381	269	543	96	0.81	50	67	49	66	12	14	79	79	48
マレーシア	21	18	29	100	0.09	36	58	26	42	9	14	59	83	76
モルディブ	57	40	83	100	0.01	18	24	14	19	22	29	36	93	61
マリ	440	335	581	67	0.28	19	21	19	21	21	24	47	-	41
マルタ	3	2	5	100	0.09	61	79	50	63	4	5	76	-	85
マルチニーク	-	-	-	-	-	41	61	38	56	10	14	74	-	-
モーリタニア	464	337	655	70	0.12	10	14	9	13	22	32	30	65	40
モーリシャス	84	62	115	100	-	44	67	30	46	7	9	59	75	66
メキシコ	59	46	74	97	0.16	55	74	53	71	9	10	82	86	75
ミクロネシア (連邦)	74	32	169	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率(MMR)(出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI80%)下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI80%)上限	医療従事者の立会いの下での出産率(%)	新規HIV感染者数(非感染者1000人中、全年齢)(%)	15-49歳の女性の避妊実行率(%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ)の割合(%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービス・カバレッジ指標
	2020	2020	2020	2004-2022	2022	何らかの方法		近代的避妊法		全員		有配偶または内縁関係	2022	2021
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
モンゴル	39	28	55	99	0.01	42	58	38	53	12	15	71	-	65
モンテネグロ	6	3	11	99	0.02	23	27	16	17	15	21	43	52	72
モロッコ	72	51	96	87	0.02	43	71	37	62	7	10	75	-	69
モザンビーク	127	99	157	73	3.20	29	33	28	31	18	21	60	-	44
ミャンマー	179	125	292	60	0.21	35	59	34	58	8	13	80	91	52
ナミビア	215	154	335	88	2.39	53	62	53	61	10	14	84	88	63
ネパール	174	125	276	77	0.02	42	55	37	49	15	21	65	48	54
オランダ	4	3	6	-	-	63	72	61	70	5	7	89	100	85
ニューカレドニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	7	5	9	97	0.01	65	81	61	75	5	5	88	95	85
ニカラグア	78	54	109	94	0.08	59	82	57	79	6	6	88	75	70
ニジェール	441	305	655	44	0.06	12	15	12	14	16	20	41	-	35
ナイジェリア	1047	793	1565	51	-	18	21	14	16	15	19	43	-	38
北マケドニア	3	1	6	100	0.03	44	54	21	21	9	13	40	-	74
ノルウェー	2	1	3	99	-	66	85	61	79	3	3	89	100	87
オマーン	17	12	25	100	0.03	22	37	16	26	14	25	43	70	70
パキスタン	154	109	226	68	-	27	40	20	31	11	17	54	69	45
パナマ	50	46	54	95	0.32	49	61	46	57	14	17	74	72	78
パプアニューギニア	192	126	293	56	0.65	28	39	24	33	17	24	52	-	30
パラグアイ	71	60	82	92	-	60	73	56	68	8	8	83	76	72
ペルー	69	59	80	95	0.17	51	77	40	58	5	6	71	85	71
フィリピン	78	67	96	84	0.21	36	58	27	44	10	15	60	80	58
ポーランド	2	1	3	100	-	54	74	44	59	6	7	73	89	82
ポルトガル	12	8	18	99	0.06	59	74	51	63	5	7	79	95	88
プエルトリコ	34	25	54	-	-	51	82	47	74	7	5	81	-	-
カタール	8	5	11	100	0.04	33	50	28	42	10	15	65	71	76
韓国	8	7	9	100	-	56	81	51	74	6	5	82	-	89
モルドバ	12	9	17	100	0.34	49	59	40	47	12	15	65	-	71
レユニオン	-	-	-	-	-	52	72	50	71	8	9	84	-	-
ルーマニア	10	7	14	93	0.03	54	71	46	59	6	8	76	98	78
ロシア	14	9	20	100	-	49	68	42	58	7	9	75	70	79
ルワンダ	259	184	383	94	0.24	40	67	37	61	9	12	76	82	49
セントクリストファー・ネイビス	-	-	-	100	-	49	61	46	57	12	14	76	-	79
セントルシア	73	44	127	100	-	49	61	46	58	12	14	76	33	77
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	62	40	92	99	-	51	67	49	64	10	12	80	81	69
サモア	59	26	137	89	-	14	22	13	20	28	42	32	22	55
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77
サントメ・プリンシペ	146	74	253	97	0.06	38	51	36	48	20	24	61	46	59
サウジアラビア	16	11	22	95	0.04	21	33	18	27	15	24	49	-	74
セネガル	261	197	376	75	0.09	22	31	21	30	14	21	58	75	50
セルビア	10	8	14	100	0.02	49	59	29	29	7	11	51	99	72
セーシェル	3	3	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
シエラレオネ	443	344	587	87	0.44	28	27	28	26	19	24	58	65	41
シンガポール	7	5	11	100	-	40	69	36	61	6	10	78	46	89

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) サービス・カバレッジ指標
	2020	2020	2020	2004-2022	2022	何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		2024	2022	2021
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
シント・マールテン島 (オランダ領)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	5	3	6	98	0.02	55	79	47	67	5	6	79	86	82
スロベニア	5	3	7	100	-	52	79	44	67	4	5	79	-	84
ソロモン諸島	122	75	197	86	-	24	33	20	27	13	18	54	-	47
ソマリア	621	283	1184	32	-	8	10	2	2	17	26	9	-	27
南アフリカ共和国	127	99	154	97	3.15	52	59	51	59	11	14	82	95	71
南スーダン	1223	746	2009	40	0.79	7	9	6	8	21	29	23	16	34
スペイン	3	3	4	100	-	62	64	60	62	7	12	87	-	85
スリランカ	29	24	38	100	0.01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
パレスチナ ¹	20	15	26	100	-	40	62	30	47	7	10	64	68	-
スーダン	270	174	420	78	0.09	12	17	11	16	17	27	37	57	44
スリナム	96	70	128	98	0.76	35	49	35	48	14	21	70	-	63
スウェーデン	5	3	6	-	-	59	71	56	68	6	8	87	100	85
スイス	7	5	11	-	-	73	73	68	68	4	7	89	94	86
シリア	30	19	47	96	0.00	34	63	26	47	7	12	63	81	64
タジキスタン	17	9	31	95	0.10	25	34	23	31	16	21	57	-	67
タイ	29	24	34	99	0.13	49	77	48	75	4	6	90	-	82
東ティモール	204	147	283	57	0.07	20	34	18	31	13	22	55	-	52
トーゴ	399	253	576	69	0.28	25	28	23	26	22	30	49	-	44
トンガ	126	55	289	98	-	20	34	17	29	14	25	50	-	57
トリニダード・トバゴ	27	19	36	100	-	41	50	37	46	14	19	66	27	75
チュニジア	37	24	49	100	-	33	60	29	51	8	12	70	-	67
トルコ	17	13	23	97	-	48	72	33	50	6	9	62	78	76
トルクメニスタン	5	3	9	100	-	36	54	33	50	8	12	77	94	75
タークス・カイコス諸島	-	-	-	100	-	37	39	36	38	19	23	64	-	-
ツバル	-	-	-	100	-	20	27	18	24	20	28	46	-	52
ウガンダ	284	191	471	74	1.21	38	51	34	45	15	20	64	-	49
ウクライナ	17	13	22	100	-	54	68	45	56	6	9	75	95	76
アラブ首長国連邦	9	5	17	99	-	38	53	31	42	12	16	62	-	82
英国	10	8	12	-	-	72	76	65	69	4	6	86	96	88
タンザニア	238	174	381	64	0.54	38	47	34	42	15	19	64	-	43
米国	21	16	27	99	-	61	76	54	67	5	5	81	-	86
米領バージン諸島	-	-	-	-	-	45	75	42	70	8	8	79	-	-
ウルグアイ	19	15	23	100	0.24	59	79	57	77	6	7	87	97	82
ウズベキスタン	30	23	40	99	-	49	70	46	66	6	8	84	92	75
バヌアツ	94	43	211	89	-	38	49	33	42	15	19	62	-	47
ベネズエラ (ボリバル共和国)	259	191	381	99	-	56	76	53	72	8	9	83	-	75
ベトナム	46	33	60	96	0.06	58	79	48	66	4	5	78	54	68
西サハラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	183	120	271	45	0.03	29	46	21	34	14	22	51	65	42
ザンビア	135	100	201	80	1.86	38	54	37	52	15	17	70	91	56
ジンバブエ	357	255	456	86	1.12	51	70	50	69	8	9	86	73	55

NOTES

- Data not available.
- ^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.
- 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...”

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Maternal mortality ratio: Number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period (SDG indicator 3.1.1).

Births attended by skilled health personnel: Percentage of births attended by skilled health personnel (doctor, nurse or midwife) (SDG indicator 3.1.2).

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population: Number of new HIV infections per 1,000 person-years among the uninfected population (SDG indicator 3.3.1).

Contraceptive prevalence rate: Percentage of women aged 15 to 49 years who are currently using any method of contraception.

Contraceptive prevalence rate, modern method: Percentage of women aged 15 to 49 years who are currently using any modern method of contraception.

Unmet need for family planning: Percentage of women aged 15 to 49 years who want to stop or delay childbearing but are not using a method of contraception.

Proportion of demand satisfied with modern methods: Percentage of total demand for family planning among women aged 15 to 49 years that is satisfied by the use of modern contraception (SDG indicator 3.7.1).

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education: The extent to which countries have national laws and regulations that guarantee full and equal access to women and men aged 15 years and older to sexual and reproductive health care, information and education (SDG indicator 5.6.2).

Universal health coverage (UHC) service coverage index: Average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population (SDG indicator 3.8.1).

MAIN DATA SOURCES

Maternal mortality ratio: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023.

Births attended by skilled health personnel: Joint global database on skilled attendance at birth. UNICEF and WHO, 2023. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from the joint global database.

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population: HIV Estimates. UNAIDS, 2023.

Contraceptive prevalence rate: United Nations Population Division, 2022.

Contraceptive prevalence rate, modern method: United Nations Population Division, 2022.

Unmet need for family planning: United Nations Population Division, 2022.

Proportion of demand satisfied with modern methods: United Nations Population Division, 2022.

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education: UNFPA, 2022.

Universal health coverage (UHC) service coverage index: WHO, 2023.

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
世界	41	19	-	13	56	75	89	76	85	1.00	67	1.01
先進地域	10	4	-	-	82	97	95	87	99	1.00	95	1.01
開発途上地域	45	22	-	-	56	75	89	75	83	1.00	63	1.01
後発開発途上地域	90	38	-	22	47	68	88	69	-	-	44	0.90
UNFPA地域												
アラブ諸国	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0.95	60	0.92
アジア・太平洋	24	18	-	13	63	79	91	81	87	1.02	66	1.06
東ヨーロッパ・中央アジア	18	10	-	9	70	89	91	81	98	1.00	84	0.99
ラテンアメリカ・カリブ海地域	51	21	-	8	72	86	91	90	94	1.02	79	1.03
東・南アフリカ	92	30	-	24	48	76	88	67	-	-	-	-
西・中央アフリカ	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0.97	41	0.87
国・領域・その他の地域	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
アフガニスタン	62	29	-	35	-	-	-	-	-	-	45	0.56
アルバニア	12	12	-	6	62	92	83	77	96	0.94	85	0.96
アルジェリア	11	4	-	-	-	-	-	-	97	0.99	83	1.11
アンゴラ	163	30	-	25	39	75	74	62	-	-	-	-
アンティグア・バーブーダ島	33	-	-	-	-	-	-	-	100	-	95	0.99
アルゼンチン	28	16	-	5	-	-	-	-	99	-	96	1.10
アルメニア	13	5	-	5	62	96	83	75	100	0.99	97	1.06
アルバ	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア	7	-	-	3	-	-	-	-	98	1.01	94	1.05
オーストリア	4	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	89	1.00
アゼルバイジャン	37	11	-	5	-	-	-	-	87	0.99	80	0.96
バハマ	26	-	-	-	-	-	-	-	86	0.99	63	1.01
バーレーン	9	-	-	-	87	93	92	79	97	1.00	98	0.98
バングラデシュ	68	51	-	23	64	77	94	86	82	1.15	79	0.91
バルバドス	48	29	-	-	-	-	-	-	99	1.00	93	1.01
ベラルーシ	12	5	-	6	-	-	-	-	94	0.97	88	1.01
ベルギー	4	0	-	5	-	-	-	-	99	1.00	99	1.00
ベリーズ	51	34	-	8	-	-	-	-	94	0.99	71	1.11
ベナン	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0.91	31	0.78
ブータン	10	26	-	9	-	-	-	-	85	1.15	67	1.15
ボリビア(多民族国)	71	20	-	18	-	-	-	-	89	1.01	80	1.01
ボスニア・ヘルツェゴビナ	10	4	-	3	-	-	-	-	94	0.97	79	1.03
ボツワナ	50	-	-	17	-	-	-	-	86	1.08	57	0.98
ブラジル	43	26	-	7	-	-	-	-	96	1.01	89	1.05
ブルネイ	9	-	-	-	-	-	-	-	99	1.01	68	1.06
ブルガリア	39	-	-	6	-	-	-	-	90	1.00	82	0.95
ブルキナファソ	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1.14	27	1.16
ブルンジ	58	19	-	22	40	72	88	60	59	1.06	42	1.17
カーボベルデ	40	8	-	11	-	-	-	-	83	0.99	74	1.07
カンボジア	48	18	-	9	80	92	93	91	95	1.09	57	1.12
カメルーン	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0.93	35	0.86

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除 実施率 (%))	過去 12か月間 における親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に関する 健康・生殖に 関する権利に ついての 意思決定 (%)	自身の ヘルスケアに ついての 女性の 意思決定 (%)	避妊具・ 薬の使用に ついての 意思決定 (%)	性行為に ついての 意思決定 (%)	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育	
カナダ	5	-	-	3	-	-	-	-	100	-	87	0.98	
中央アフリカ共和国	184	61	22	21	-	-	-	-	43	0.68	17	0.60	
チャド	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0.72	25	0.57	
チリ	16	-	-	6	-	-	-	-	99	0.99	98	0.99	
中国	6	3	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	
中国(香港)	1	-	-	3	-	-	-	-	99	0.97	94	0.99	
中国(マカオ)	0	-	-	-	-	-	-	-	90	0.97	82	1.06	
コロンビア	47	23	-	12	-	-	-	-	96	1.01	87	1.03	
コモロ	74	21	-	8	21	47	71	47	87	1.02	52	1.07	
コンゴ共和国	111	27	-	-	27	41	87	71	70	0.94	58	0.92	
コスタリカ	26	17	-	7	-	-	-	-	95	1.01	92	1.03	
コートジボワール	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1.01	45	0.92	
クロアチア	7	-	-	4	-	-	-	-	99	-	92	1.05	
キューバ	47	29	-	5	-	-	-	-	92	1.00	83	1.05	
キュラソー	18	-	-	-	-	-	-	-	99	-	88	1.02	
キプロス	6	-	-	3	-	-	-	-	100	-	96	1.00	
チェコ	7	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	95	1.01	
北朝鮮	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
コンゴ民主共和国	109	29	-	36	31	47	85	74	-	-	-	-	
デンマーク	1	1	-	3	-	-	-	-	99	1.00	93	1.01	
ジブチ	21	7	90	-	-	-	-	-	49	0.86	36	0.91	
ドミニカ	50	-	-	-	-	-	-	-	81	0.95	77	0.92	
ドミニカ共和国	77	32	-	10	77	88	92	93	89	1.01	68	1.09	
エクアドル	52	22	-	8	87	100	92	95	99	1.02	80	1.02	
エジプト	50	16	87	15	-	-	-	-	95	1.00	72	0.95	
エルサルバドル	50	20	-	6	-	-	-	-	-	-	57	1.07	
赤道ギニア	176	30	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-	
エリトリア	76	41	83	-	-	-	-	-	59	0.86	45	0.86	
エストニア	6	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	94	1.01	
エスワティニ	87	2	-	18	49	72	89	74	-	-	-	-	
エチオピア	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0.99	33	0.96	
フィジー	31	4	-	23	62	86	84	77	89	0.81	73	1.13	
フィンランド	3	0	-	8	-	-	-	-	98	1.00	96	1.01	
フランス	6	-	-	5	-	-	-	-	100	1.00	96	1.01	
仏領ギアナ	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
仏領ポリネシア	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ガボン	100	13	-	22	48	60	90	86	64	1.03	53	1.05	
ガンビア	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1.18	55	1.25	
ジョージア	22	14	-	3	82	95	98	88	99	-	99	1.01	
ドイツ	6	-	-	-	-	-	-	-	99	1.01	89	0.98	
ガーナ	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0.99	66	0.94	
ギリシャ	7	-	-	5	-	-	-	-	98	1.00	94	1.02	
グレナダ	30	-	-	8	-	-	-	-	91	1.07	86	0.96	
グアドループ	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除 実施率 (%))	過去 12ヵ月間に おける親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に関する 健康・生殖に 関する権利に 関する意欲 決定 (%)	自身の ヘルスケアに 関する女性の 意欲決定 (%)	避妊具・ 薬の使用に 関する女性の 意欲決定 (%)	性行為に 関する女性の 意欲決定 (%)	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
グアム	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	65	30	-	7	65	77	91	89	63	0.95	35	1.04
ギニア	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0.78	27	0.67
ギニアビサウ	84	26	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガイアナ	65	32	-	11	71	92	90	83	83	1.04	62	1.09
ハイチ	55	15	-	12	57	76	93	79	-	-	-	-
ホンジュラス	97	34	-	7	70	84	88	94	53	1.10	39	1.18
ハンガリー	19	-	-	6	-	-	-	-	95	1.00	87	1.01
アイスランド	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1.00	85	1.01
インド	11	23	-	18	66	82	92	83	85	1.01	57	1.01
インドネシア	36	16	-	9	-	-	-	-	95	1.07	82	0.95
イラン	24	17	-	18	-	-	-	-	95	0.97	81	0.98
イラク	70	28	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アイルランド	4	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	1.02
イスラエル	7	-	-	6	-	-	-	-	97	1.00	95	1.02
イタリア	3	-	-	4	-	-	-	-	99	1.00	95	1.00
ジャマイカ	36	8	-	7	-	-	-	-	82	1.04	77	0.98
日本	2	-	-	4	-	-	-	-	100	-	98	1.02
ヨルダン	17	10	-	14	58	92	91	67	74	0.98	62	1.05
カザフスタン	20	7	-	6	-	-	-	-	98	1.00	70	1.08
ケニア	44	13	15	23	65	87	92	77	-	-	-	-
キリバス	51	18	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-
クウェート	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キルギス	30	13	-	13	77	94	95	85	94	0.98	73	1.04
ラオス	83	33	-	8	-	-	-	-	66	1.01	46	0.93
ラトビア	9	-	-	6	-	-	-	-	99	1.01	94	1.02
レバノン	17	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
レソト	49	16	-	17	61	90	93	71	83	1.08	63	1.11
リベリア	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1.02	61	1.03
リビア	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	6	0	-	5	-	-	-	-	100	-	99	1.02
ルクセンブルク	3	-	-	4	-	-	-	-	96	1.00	85	1.05
マダガスカル	143	39	-	-	72	87	93	88	65	1.02	31	1.00
マラウイ	136	38	-	17	45	68	91	69	76	0.99	30	0.62
マレーシア	6	-	-	-	-	-	-	-	89	1.03	67	1.10
モルディブ	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1.06	55	1.14
マリ	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0.86	24	0.74
マルタ	10	-	-	4	-	-	-	-	98	0.99	90	1.02
マルチニーク	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モーリタニア	90	37	64	-	25	63	79	44	67	1.04	38	1.04
モーリシャス	20	-	-	-	-	-	-	-	95	1.01	77	1.10
メキシコ	44	21	-	10	-	-	-	-	92	1.03	69	1.11
ミクロネシア(連邦)	33	-	-	21	-	-	-	-	83	1.03	62	1.08
モンゴル	21	12	-	12	63	85	84	80	96	1.02	88	1.07

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12か月間 における親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に関する 健康・生殖に 関する権利に ついての 意思決定 (%)	自身の ヘルスケアに ついての 女性の 意思決定 (%)	避妊具・ 薬の使用に ついての 意思決定 (%)	性行為に ついての 意思決定 (%)	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育	
モンテネグロ	9	6	-	4	-	-	-	-	98	0.98	87	1.02	
モロッコ	22	14	-	11	-	-	-	-	96	0.97	77	0.99	
モザンビーク	158	53	-	16	49	77	85	67	59	0.93	42	0.88	
ミャンマー	36	16	-	11	67	85	98	81	88	1.07	63	1.17	
ナミビア	64	7	-	16	71	91	83	93	100	1.00	88	0.95	
ネパール	71	35	-	11	63	72	91	91	96	0.94	81	1.03	
オランダ	2	-	-	5	-	-	-	-	100	1.00	95	1.02	
ニューカレドニア	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニュージーランド	11	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	95	1.01	
ニカラグア	79	35	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニジェール	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0.96	10	0.85	
ナイジェリア	75	30	15	13	29	46	81	56	-	-	-	-	
北マケドニア	14	8	-	4	88	98	99	90	-	-	-	-	
ノルウェー	1	0	-	4	-	-	-	-	100	1.00	95	1.01	
オマーン	6	4	-	-	-	-	-	-	86	1.01	76	0.99	
パキスタン	41	18	-	16	31	52	85	55	72	0.82	51	0.84	
パナマ	62	26	-	8	79	94	89	95	88	1.02	57	1.08	
パプアニューギニア	68	27	-	31	57	86	84	76	69	0.93	43	0.83	
パラグアイ	72	22	-	6	-	-	-	-	82	1.01	73	1.06	
ペルー	34	14	-	11	-	-	-	-	98	1.00	84	0.99	
フィリピン	47	9	-	6	82	95	91	92	89	1.05	82	1.10	
ポーランド	6	-	-	3	-	-	-	-	97	1.00	96	1.01	
ポルトガル	6	-	-	4	-	-	-	-	100	1.00	100	1.00	
プエルトリコ	13	-	-	-	-	-	-	-	94	1.04	86	0.98	
カタール	5	4	-	-	-	-	-	-	98	1.00	90	0.99	
韓国	0	-	-	8	-	-	-	-	100	1.00	96	0.99	
モルドバ	27	12	-	9	73	96	96	79	100	-	85	1.04	
レユニオン	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ルーマニア	34	7	-	7	-	-	-	-	89	0.99	77	1.02	
ロシア	13	6	-	-	-	-	-	-	100	1.00	57	0.95	
ルワンダ	31	6	-	24	61	83	95	76	91	1.06	56	1.06	
セントクリストファー・ネイビス	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	-	
セントルシア	24	24	-	-	-	-	-	-	87	1.09	76	1.02	
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	37	-	-	-	-	-	-	-	98	-	97	1.02	
サモア	55	7	-	18	-	-	-	-	100	1.00	77	1.15	
サンマリノ	1	-	-	-	-	-	-	-	94	0.99	40	0.81	
サントメ・プリンシペ	86	28	-	18	46	69	78	79	-	-	-	-	
サウジアラビア	8	-	-	-	-	-	-	-	99	1.00	99	1.00	
セネガル	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1.18	19	1.20	
セルビア	13	6	-	4	96	100	98	98	95	1.00	84	1.05	
セーシェル	46	-	-	-	-	-	-	-	96	1.03	87	1.14	
シエラレオネ	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1.05	58	1.01	
シンガポール	3	0	-	2	-	-	-	-	100	1.00	99	1.00	
シント・マルテン島(オランダ領)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	2000-2023	2006-2023	2004-2022	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2017-2023	2017-2023	2017-2023	2017-2023
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12か月間 における親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に関する 健康・生殖に 関する権利に 関する意欲 決定 (%)	自身の ヘルスケアに 関する女性の 意欲決定 (%)	避妊具・ 薬の使用に 関する女性の 意欲決定 (%)	性行為に 関する女性の 意欲決定 (%)	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
スロバキア	26	-	-	6	-	-	-	-	97	1.00	91	1.00
スロベニア	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1.00	97	1.01
ソロモン諸島	78	21	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-
ソマリア	116	45	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
南アフリカ共和国	71	4	-	13	61	94	85	72	92	1.01	91	1.11
南スーダン	158	52	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-
スペイン	5	-	-	3	-	-	-	-	97	1.01	95	1.02
スリランカ	17	10	-	4	-	-	-	-	97	1.01	86	1.08
パレスチナ ¹	43	13	-	19	-	-	-	-	95	1.02	76	1.16
スーダン	87	34	87	17	-	-	-	-	70	0.96	51	1.07
スリナム	46	36	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
スウェーデン	2	-	-	6	-	-	-	-	100	1.00	97	1.00
スイス	1	-	-	2	-	-	-	-	100	1.00	92	0.99
シリア	54	13	-	-	-	-	-	-	48	1.08	27	1.17
タジキスタン	42	9	-	14	27	47	79	54	-	-	-	-
タイ	24	17	-	9	-	-	-	-	98	1.01	98	1.10
東ティモール	42	15	-	28	36	93	92	40	87	1.09	74	1.10
トーゴ	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0.95	46	0.77
トンガ	30	10	-	17	-	-	-	-	99	1.08	82	1.19
トリニダード・トバゴ	36	4	-	8	-	-	-	-	-	-	67	0.99
チュニジア	4	2	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
トルコ	12	15	-	12	-	-	-	-	100	1.00	92	1.00
トルクメニスタン	22	6	-	-	59	85	90	70	99	1.01	83	1.00
タークス・カイコス諸島	18	23	-	-	-	-	-	-	87	0.86	85	0.76
ツバル	44	2	-	20	-	-	-	-	93	1.06	56	1.25
ウガンダ	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0.98	25	0.83
ウクライナ	13	9	-	9	81	98	95	86	89	1.01	78	1.07
アラブ首長国連邦	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	1.36
英国	8	0	-	4	-	-	-	-	97	1.00	95	1.02
タンザニア	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1.07	16	0.86
米国	14	-	-	6	-	-	-	-	99	1.01	95	1.03
米領バージン諸島	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	27	25	-	4	-	-	-	-	97	1.02	90	1.06
ウズベキスタン	36	3	-	-	70	89	90	85	100	1.00	73	1.01
バヌアツ	81	21	-	29	-	-	-	-	95	0.95	75	1.06
ベネズエラ(ボリバル共和国)	76	-	-	9	-	-	-	-	83	1.03	72	1.12
ベトナム	29	15	-	10	-	-	-	-	98	1.02	95	0.93
西サハラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	77	30	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ザンビア	135	29	-	28	47	81	87	64	-	-	-	-
ジンバブエ	87	34	-	18	60	87	93	72	77	-	37	-

NOTES

– Data not available.

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...”

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Adolescent birth rate: Number of births per 1,000 adolescent girls aged 15 to 19 (SDG indicator 3.7.2).

Child marriage by age 18: Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before age 18 (SDG indicator 5.3.1).

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: Proportion of women aged 15 to 49 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

Intimate partner violence, past 12 months: Percentage of ever-partnered women and girls aged 15 to 49 years who have experienced physical and/or sexual partner violence in the previous 12 months (SDG indicator 5.2.1).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on three areas – their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on women's own health care: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on their health care (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on contraceptive use: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on use of contraception (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on sexual intercourse: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Total net enrolment rate, lower secondary education: Total number of students of the official age group for lower secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education: Total number of students of the official age group for upper secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

MAIN DATA SOURCES

Adolescent birth rate: United Nations Population Division, 2024. Regional aggregates are from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Child marriage by age 18: UNICEF, 2024. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: UNICEF, 2024. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Intimate partner violence, past 12 months: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime, and UNFPA), 2021.

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: UNFPA, 2024.

Decision-making on women's own health care: UNFPA, 2024.

Decision-making on contraceptive use: UNFPA, 2024.

Decision-making on sexual intercourse: UNFPA, 2024.

Total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が2倍 となる期間 (年)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計特殊 出生率	平均寿命(年) 2024年	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
世界	8,119	77	25	16	24	65	10	2.3	71	76
先進地域	1,277	-	16	11	17	64	21	1.5	78	83
開発途上地域	6,842	66	26	17	25	65	8	2.4	70	75
後発開発途上地域	1,178	31	38	22	31	58	4	3.8	64	69
UNFPA地域										
アラブ諸国	476	39	32	20	28	63	5	3.0	70	75
アジア・太平洋	4,204	108	22	16	23	68	10	1.9	72	77
東ヨーロッパ・中央アジア	250	71	23	15	21	66	11	2.1	72	79
ラテンアメリカ・カリブ海地域	666	94	23	16	24	68	10	1.8	73	79
東・南アフリカ	688	28	40	23	32	56	3	4.1	62	67
西・中央アフリカ	516	28	42	23	33	55	3	4.8	57	59
国・領域・その他の地域	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
アフガニスタン	43.4	26	43	24	34	55	2	4.3	62	68
アルバニア	2.8	-	16	12	18	66	18	1.4	78	82
アルジェリア	46.3	49	30	17	24	63	7	2.7	76	79
アンゴラ	37.8	23	45	24	32	53	3	5.0	61	66
アンティグア・バーブーダ島	0.1	127	18	13	20	71	12	1.6	77	82
アルゼンチン	46.1	113	22	16	23	65	12	1.9	75	81
アルメニア	2.8	-	20	13	19	65	14	1.6	71	80
アルバ ¹	0.1	-	15	13	19	67	18	1.2	74	80
オーストラリア ²	26.7	71	18	12	18	65	18	1.6	82	86
オーストリア	9.0	-	14	10	15	65	21	1.5	81	85
アゼルバイジャン ³	10.5	-	22	16	22	70	8	1.6	71	77
バハマ	0.4	111	18	14	23	72	10	1.4	71	78
バーレーン	1.5	79	20	13	18	76	4	1.8	80	82
バングラデシュ	174.7	70	25	18	27	68	6	1.9	72	77
バルバドス	0.3	-	16	12	19	66	17	1.6	76	80
ベラルーシ	9.5	-	16	12	17	65	18	1.5	70	80
ベルギー	11.7	-	16	12	17	63	20	1.6	81	85
ベリーズ	0.4	50	27	18	28	68	5	2.0	72	78
ベナン	14.1	26	42	23	31	55	3	4.7	60	63
ブータン	0.8	111	21	17	26	73	7	1.4	71	75
ボリビア(多民族国)	12.6	49	30	20	29	65	5	2.5	66	72
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.2	-	15	10	16	66	19	1.3	76	80
ボツワナ	2.7	43	32	20	28	64	4	2.7	64	69
ブラジル	217.6	127	20	14	21	70	11	1.6	73	79
ブルネイ	0.5	97	21	15	22	72	7	1.7	73	77
ブルガリア	6.6	-	14	10	15	64	22	1.6	73	79
ブルキナファソ	23.8	28	43	24	34	55	3	4.5	59	63
ブルンジ	13.6	26	44	26	34	53	3	4.8	61	65
カーボベルデ	0.6	72	25	18	26	69	6	1.9	73	81
カンボジア	17.1	68	28	19	27	65	6	2.3	69	74
カメルーン	29.4	27	42	23	32	56	3	4.2	61	64

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が2倍 となる期間 (年)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計特殊 出生率	平均寿命(年) 2024年	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
カナダ	39.1	84	15	11	17	65	20	1.5	81	85
中央アフリカ共和国	5.9	23	48	26	37	50	3	5.7	54	58
チャド	18.8	23	47	24	33	51	2	6.0	52	56
チリ	19.7	-	18	12	19	68	14	1.5	79	84
中国 ⁴	1,425.2	-	16	12	18	69	15	1.2	76	82
中国(香港) ⁵	7.5	-	12	8	12	66	22	0.8	83	89
中国(マカオ) ⁶	0.7	55	15	8	13	71	14	1.2	83	88
コロンビア	52.3	-	21	14	22	69	10	1.7	75	81
コモロ	0.9	39	37	21	30	58	4	3.8	63	68
コンゴ共和国	6.2	31	40	24	32	57	3	4.0	62	65
コスタリカ	5.2	107	19	14	21	69	12	1.5	78	83
コートジボワール	29.6	28	41	24	33	57	2	4.2	59	62
クロアチア	4.0	-	14	10	15	63	23	1.4	77	82
キューバ	11.2	-	15	11	17	68	16	1.5	76	81
キュラソー ¹	0.2	-	17	12	20	67	16	1.6	73	81
キプロス ⁷	1.3	107	16	10	16	69	16	1.3	80	84
チェコ	10.5	-	16	11	16	64	21	1.7	77	83
北朝鮮	26.2	-	19	12	19	69	13	1.8	71	76
コンゴ民主共和国	105.6	21	46	23	32	51	3	6.0	59	63
デンマーク ⁸	5.9	-	16	11	17	63	21	1.7	80	84
ジブチ	1.2	50	30	19	29	66	5	2.7	62	67
ドミニカ	0.1	-	19	14	22	71	10	1.6	71	78
ドミニカ共和国	11.4	79	27	17	26	66	8	2.2	71	78
エクアドル	18.4	68	25	17	26	67	8	2.0	76	81
エジプト	114.5	44	32	20	28	63	5	2.8	70	75
エルサルバドル	6.4	-	25	17	27	67	9	1.8	69	78
赤道ギニア	1.8	30	38	22	29	59	3	4.0	61	64
エリトリア	3.8	37	38	25	35	58	4	3.6	67	71
エストニア	1.3	-	16	11	16	63	21	1.7	75	83
エスワティニ	1.2	67	34	22	31	62	4	2.7	58	65
エチオピア	129.7	28	39	23	32	58	3	3.9	64	70
フィジー	0.9	97	28	18	26	66	6	2.4	67	71
フィンランド ⁹	5.5	-	15	11	17	61	24	1.4	80	85
フランス ¹⁰	64.9	-	17	12	18	61	22	1.8	81	86
仏領ギアナ ¹¹	0.3	29	32	18	27	62	6	3.4	75	81
仏領ポリネシア ¹¹	0.3	88	20	15	22	69	11	1.7	82	86
ガボン	2.5	36	36	21	29	60	4	3.3	65	70
ガンビア	2.8	29	42	24	34	55	2	4.4	63	66
ジョージア ¹²	3.7	-	21	13	19	64	15	2.0	69	79
ドイツ	83.3	-	14	9	14	63	23	1.5	80	85
ガーナ	34.8	36	36	22	31	60	4	3.4	63	68
ギリシャ	10.3	-	13	10	16	63	24	1.4	80	85
グレナダ	0.1	129	24	15	22	66	11	2.0	73	79
グアドループ ¹¹	0.4	-	18	13	20	61	21	2.0	80	87

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が2倍 となる期間 (年)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計特殊 出生率	平均寿命(年) 2024年	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
グアム ¹³	0.2	105	26	17	25	62	13	2.5	75	82
グアテマラ	18.4	46	31	21	31	64	5	2.3	71	77
ギニア	14.5	29	41	23	33	56	3	4.1	59	62
ギニアビサウ	2.2	32	39	24	33	58	3	3.8	60	64
ガイアナ	0.8	101	28	18	27	65	7	2.3	66	73
ハイチ	11.9	58	31	20	29	64	5	2.7	62	68
ホンジュラス	10.8	45	29	19	29	66	5	2.3	71	76
ハンガリー	10.0	-	14	10	16	65	20	1.6	74	80
アイスランド	0.4	111	18	13	19	66	16	1.7	82	85
インド	1,441.7	77	24	17	26	68	7	2.0	71	74
インドネシア	279.8	87	25	17	25	68	7	2.1	69	73
イラン	89.8	101	23	15	21	69	8	1.7	75	80
イラク	46.5	32	37	22	32	60	3	3.3	70	74
アイルランド	5.1	111	19	14	20	65	16	1.8	81	85
イスラエル	9.3	47	28	17	24	60	12	2.9	82	85
イタリア	58.7	-	12	9	14	63	25	1.3	82	86
ジャマイカ	2.8	-	19	15	23	73	8	1.3	70	75
日本	122.6	-	11	9	13	58	30	1.3	82	88
ヨルダン	11.4	-	31	20	29	65	4	2.7	75	79
カザフスタン	19.8	60	29	17	23	62	8	3.0	68	76
ケニア	56.2	35	37	23	33	60	3	3.2	62	67
キリバス	0.1	42	36	21	29	60	4	3.2	66	70
クウェート	4.3	78	19	14	19	75	6	2.0	79	83
キルギス	6.8	46	34	20	27	61	5	2.9	68	76
ラオス	7.7	52	30	19	28	65	5	2.4	67	72
ラトビア	1.8	-	15	11	15	62	23	1.6	72	80
レバノン	5.2	-	27	20	27	62	11	2.0	78	82
レソト	2.4	64	34	21	30	62	4	2.9	52	58
リベリア	5.5	32	40	24	34	57	3	3.9	61	64
リビア	7.0	65	27	19	28	68	5	2.3	70	77
リトアニア	2.7	-	15	10	15	63	22	1.6	73	81
ルクセンブルク	0.7	69	16	11	16	69	16	1.4	81	85
マダガスカル	31.1	29	38	22	32	58	3	3.7	65	70
マラウイ	21.5	27	42	25	35	56	3	3.7	62	69
マレーシア ¹⁴	34.7	67	22	15	23	70	8	1.8	74	79
モルディブ	0.5	-	22	13	19	73	5	1.7	81	82
マリ	24.0	23	47	25	34	51	2	5.7	60	62
マルタ	0.5	-	13	8	13	67	20	1.2	82	86
マルチニーク ¹¹	0.4	-	15	12	18	60	24	1.9	81	86
モーリタニア	5.0	26	41	24	33	56	3	4.2	65	69
モーリシャス ¹⁵	1.3	-	16	12	20	70	14	1.4	73	79
メキシコ	129.4	97	24	17	25	68	9	1.8	72	79
ミクロネシア(連邦)	0.1	74	30	20	30	64	7	2.6	68	76
モンゴル	3.5	53	32	18	25	63	5	2.7	69	78

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が2倍 となる期間 (年)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計特殊 出生率	平均寿命(年) 2024年	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
モンテネグロ	0.6	-	18	12	18	65	17	1.7	75	81
モロッコ	38.2	72	26	17	25	66	8	2.2	73	78
モザンビーク	34.9	25	43	24	33	54	3	4.4	60	65
ミャンマー	55.0	100	24	16	24	69	7	2.1	65	71
ナミビア	2.6	41	36	21	30	60	4	3.2	60	68
ネパール	31.2	64	28	19	29	66	6	2.0	69	73
オランダ ¹⁶	17.7	-	15	11	17	64	21	1.6	81	84
ニューカレドニア ¹¹	0.3	70	22	15	22	67	12	2.0	78	85
ニュージーランド ¹⁷	5.3	89	18	13	19	65	17	1.7	82	85
ニカラグア	7.1	52	29	19	28	65	6	2.2	72	78
ニジェール	28.2	18	49	24	33	49	2	6.6	63	65
ナイジェリア	229.2	29	42	23	33	55	3	5.0	54	55
北マケドニア	2.1	-	16	11	17	69	16	1.4	76	80
ノルウェー ¹⁸	5.5	95	16	12	18	65	19	1.5	82	85
オマーン	4.7	48	27	15	21	70	3	2.5	78	81
パキスタン	245.2	36	36	22	32	60	4	3.3	65	70
パナマ	4.5	53	26	17	24	65	9	2.3	76	82
パプアニューギニア	10.5	39	34	21	30	63	3	3.1	64	69
パラグアイ	6.9	57	28	18	26	65	7	2.4	71	77
ペルー	34.7	73	25	17	25	66	9	2.1	75	79
フィリピン	119.1	47	30	19	28	65	6	2.7	70	74
ポーランド	40.2	-	15	10	16	66	19	1.5	75	82
ポルトガル	10.2	-	13	10	15	63	24	1.4	80	85
プエルトリコ ¹³	3.3	-	13	10	17	63	24	1.3	76	84
カタール	2.7	93	15	10	13	83	2	1.8	81	83
韓国	51.7	-	11	9	14	70	19	0.9	81	87
モルドバ ¹⁹	3.3	-	19	12	18	67	13	1.8	67	76
レユニオン ¹¹	1.0	92	22	15	23	64	14	2.2	80	86
ルーマニア	19.6	-	16	11	16	65	19	1.7	74	81
ロシア	144.0	-	17	12	17	66	17	1.5	70	79
ルワンダ	14.4	31	38	23	32	59	3	3.6	65	70
セントクリストファー・ネイビス	0.0	-	19	13	20	70	11	1.5	69	76
セントルシア	0.2	-	17	13	20	73	10	1.4	71	78
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	0.1	-	21	15	22	67	11	1.8	71	77
サモア	0.2	48	37	22	30	57	5	3.8	70	76
サンマリノ	0.03	-	12	10	16	67	21	1.2	82	85
サントメ・プリンシペ	0.2	36	38	24	34	58	4	3.6	66	72
サウジアラビア	37.5	50	25	16	23	71	3	2.3	77	80
セネガル	18.2	27	41	23	33	56	3	4.2	67	73
セルビア ²⁰	7.1	-	15	10	15	65	21	1.5	74	80
セーシェル	0.1	128	23	14	21	68	9	2.3	72	80
シエラレオネ	9.0	33	38	23	33	59	3	3.7	60	63
シンガポール	6.1	112	12	8	13	71	17	1.1	82	87
シント・マールテン島(オランダ領) ¹	0.0	-	10	12	24	77	13	1.6	73	79

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が2倍 となる期間 (年)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計特殊 出生率	平均寿命(年) 2024年	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
スロバキア	5.7	-	16	10	16	67	18	1.6	75	82
スロベニア	2.1	-	15	10	15	63	22	1.6	80	85
ソロモン諸島	0.8	32	39	22	31	58	4	3.8	69	73
ソマリア	18.7	23	47	24	33	51	3	6.0	56	60
南アフリカ共和国	61.0	64	28	18	25	66	6	2.3	64	70
南スーダン	11.3	41	42	28	38	55	3	4.1	56	59
スペイン ²¹	47.5	-	13	10	16	66	21	1.3	82	87
スリランカ	21.9	-	22	16	23	66	12	1.9	73	81
パレスチナ ²²	5.5	30	38	22	32	58	4	3.3	74	78
スーダン	49.4	27	40	22	31	56	4	4.3	64	69
スリナム	0.6	79	26	17	26	66	8	2.3	70	76
スウェーデン	10.7	121	17	12	18	62	21	1.7	82	85
スイス	8.9	113	15	10	15	65	20	1.5	83	86
シリア	24.3	15	28	23	35	67	5	2.6	69	76
タジキスタン	10.3	38	36	21	29	60	4	3.1	69	74
タイ	71.9	-	15	11	17	68	17	1.3	76	84
東ティモール	1.4	50	34	22	33	61	5	2.9	68	71
トーゴ	9.3	31	39	23	32	57	3	4.1	61	63
トンガ	0.1	83	34	22	31	60	6	3.1	69	74
トリニダード・トバゴ	1.5	-	18	13	19	69	12	1.6	72	78
チュニジア	12.6	84	24	15	22	66	10	2.0	74	80
トルコ	86.3	137	23	15	22	68	9	1.9	76	82
トルクメニスタン	6.6	57	31	18	26	64	6	2.6	66	73
タークス・カイコス諸島	0.0	87	17	11	16	73	11	1.6	73	79
ツバル	0.0	95	32	19	27	61	7	3.1	61	70
ウガンダ	49.9	26	44	25	35	54	2	4.2	62	66
ウクライナ ²³	37.9	25	15	12	15	65	20	1.3	70	80
アラブ首長国連邦	9.6	90	15	9	14	83	2	1.4	79	83
英国 ²⁴	68.0	-	17	12	18	63	20	1.6	81	84
タンザニア ²⁵	69.4	24	43	23	33	54	3	4.5	66	70
米国 ²⁶	341.8	132	17	13	19	65	18	1.7	77	82
米領バージン諸島 ¹³	0.1	-	19	13	18	60	21	2.1	71	82
ウルグアイ	3.4	-	18	14	21	66	16	1.5	75	82
ウズベキスタン	35.7	50	30	17	24	64	6	2.7	69	75
バヌアツ	0.3	30	39	22	31	58	4	3.6	69	73
ベネズエラ(ポリバル共和国)	29.4	37	26	19	28	65	9	2.1	69	77
ベトナム	99.5	111	22	14	21	68	10	1.9	70	80
西サハラ	0.6	38	24	15	22	70	6	2.2	70	74
イエメン	35.2	31	39	23	32	59	3	3.6	63	70
ザンビア	21.1	26	42	24	34	56	2	4.1	61	66
ジンバブエ	17.0	33	40	24	34	57	3	3.3	59	65

NOTES

– Data not available.

- ¹ For statistical purposes, the data for Netherlands do not include this area.
- ² Including Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands and Norfolk Island.
- ³ Including Nagorno-Karabakh.
- ⁴ 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.
- ⁵ As of 1 July 1997, Hong Kong became a Special Administrative Region (SAR) of China. For statistical purposes, the data for China do not include this area.
- ⁶ As of 20 December 1999, Macao became a Special Administrative Region (SAR) of China. For statistical purposes, the data for China do not include this area.
- ⁷ Refers to the whole country.
- ⁸ For statistical purposes, the data for Denmark do not include Faroe Islands and Greenland.
- ⁹ Including Åland Islands.
- ¹⁰ For statistical purposes, the data for France do not include French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, New Caledonia, Réunion, Saint Pierre and Miquelon, Saint Barthélemy, Saint Martin (French part), Wallis and Futuna Islands.
- ¹¹ For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- ¹² Including Abkhazia and South Ossetia.
- ¹³ For statistical purposes, the data for United States of America do not include this area.
- ¹⁴ Including Sabah and Sarawak.
- ¹⁵ Including Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
- ¹⁶ For statistical purposes, the data for Netherlands do not include Aruba, Bonaire, Sint Eustatius and Saba, Curaçao, and Sint Maarten (Dutch part).
- ¹⁷ For statistical purposes, the data for New Zealand do not include Cook Islands, Niue and Tokelau.
- ¹⁸ Including Svalbard and Jan Mayen Islands.
- ¹⁹ Including Transnistria.
- ²⁰ Including Kosovo.
- ²¹ Including Canary Islands, Ceuta and Melilla.
- ²² Including East Jerusalem.
- ²³ Refers to the territory of the country at the time of the 2001 census.
- ²⁴ Refers to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. For statistical purposes, the data for United Kingdom do not include Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Channel Islands, Falkland Islands (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, Saint Helena and Turks and Caicos Islands.
- ²⁵ Including Zanzibar.
- ²⁶ For statistical purposes, the data for United States of America do not include American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico and United States Virgin Islands.

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Total population: Estimated size of national populations at midyear.

Population annual doubling time, years: The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change would remain constant. It is calculated as $\ln(2)/r$ where r is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

Population aged 0–14, per cent: Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent: Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent: Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent: Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent: Proportion of the population aged 65 and older.

Total fertility rate: 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.

Life expectancy at birth: 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.

MAIN DATA SOURCES

Total population: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population annual doubling time, years: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 0–14, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 10–19, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 10–24, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 15–64, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 65 and older, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Total fertility rate: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Life expectancy at birth: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Technical notes

The statistical tables in *State of World Population 2024* include indicators that track progress towards 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), 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 organizations 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 the World Population* reports 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 2022*, and *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022* (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division). Data are accompanied by definitions, sources and notes. The statistical tables in *State of World Population 2024* generally reflect information available as of March 2024.

Tracking progress towards ICPD goals

Sexual and reproductive health

Maternal mortality ratio. Source: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023. This indicator presents the number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period. Estimates and methodologies are reviewed regularly by the Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group 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. Source: Joint global database on skilled attendance at birth. UNICEF and WHO, 2023. This 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.

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population. Source: HIV Estimates. UNAIDS, 2023. Number of new HIV infections per 1,000 person-years among the uninfected population (SDG indicator 3.3.1).

Contraceptive prevalence, any method and any modern method. Source: United Nations Population Division, 2022. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Survey data estimate the proportion of all women of reproductive age, and married women (including women in consensual unions), currently using, respectively, any method or modern methods of contraception. Modern methods of contraception include female and male sterilization, the intrauterine device (IUD), the implant, injectables, oral contraceptive pills, male and female condoms, vaginal barrier methods (including the diaphragm, cervical cap and spermicidal foam, jelly, cream and sponge), lactational amenorrhoea method (LAM), emergency contraception and other modern methods not reported separately (e.g., the contraceptive patch or vaginal ring).

Unmet need for family planning (any method). Source: United Nations Population Division, 2022. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Women who are using a traditional method of contraception are not considered as having an unmet need for family planning. All women or all married and in union women are assumed to be sexually active and at risk of pregnancy. The assumption of universal exposure to possible pregnancy among all women or all married or in union women may lead to lower estimates compared to the actual risks among the exposed. It might be possible, in particular at low levels of contraceptive prevalence, that when contraceptive prevalence increases, unmet need for family planning also increases. Both indicators, therefore, need to be interpreted together.

Proportion of demand satisfied, any modern method. Source: United Nations Population Division, 2022. 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.

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent. Source: UNFPA, 2022. The extent to which countries have national laws and regulations that guarantee full and equal access to women and men aged 15 years and older to sexual and reproductive health care, information and education (SDG indicator 5.6.2).

Universal health coverage (UHC) service coverage index. Source: WHO, 2023. Average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population (SDG indicator 3.8.1).

Gender, rights and human capital

Adolescent birth rate. Source: United Nations Population Division, 2024. Regional aggregates are from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. 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 which 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.

Child marriage by age 18, per cent. Source: UNICEF, 2024. Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before the age of 18 (SDG indicator 5.3.1).

Female genital mutilation prevalence among girls aged 15–49, per cent. Source: UNICEF, 2024. Proportion of girls aged 15 to 49 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

Intimate partner violence, past 12 months, per cent. Source: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime and UNFPA), 2021. Percentage of ever-partnered women and girls aged 15 to 49 years who have experienced physical and/or sexual partner violence in the previous 12 months (SDG indicator 5.2.1).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on three areas – their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on women's own health care, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions about their health care (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on contraceptive use, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decision about use of contraception (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on sexual intercourse, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions about sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent. Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Total number of students of the official age group for lower secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education. Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent.

Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Total number of students of the official age group for upper secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education. Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

Demographic indicators

Population

Total population, millions. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. Estimated size of national populations at midyear.

Population change

Population annual doubling time, years. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change would remain constant. It is calculated as $\ln(2)/r$ where r is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

Population composition

Population aged 0–14, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population aged 65 years and older.

Fertility

Total fertility rate, per woman. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. 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.

Life expectancy

Life expectancy at birth, years. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. 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.

Regional classifications

UNFPA regional aggregates presented at the start 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 the 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; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Eastern Europe and Central Asia Region

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; North Macedonia; Republic of Moldova; Serbia; Tajikistan; Türkiye; Turkmenistan; Ukraine; Uzbekistan.

Latin America and the Caribbean Region

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; 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)

East and Southern Africa Region

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

West and Central Africa Region

Benin; Burkina Faso; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; Republic of Cameroon; Republic of Congo; Sao Tome and Principe; Senegal; Sierra Leone; Togo

More developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising UNPD regions Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.

Less developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising 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 and 68/18) included 46 countries (as of January 2022): 33 in Africa, 8 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, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti,

Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions. Further information is available at <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

Note on In Focus: Self-reported problems in accessing health care, over time, by socioeconomic status and ethnicity (pp. 28–31)

About matching ethnic groups across surveys: This analysis included matching ethnic groups across the two surveys in each country and reconciling slight spelling differences or aggregating individual ethnic groups in one survey to the umbrella ethnic groups used in the other survey – based on the details provided in individual country reports' methodological appendices. Where matches were not possible, lone ethnic groups were reclassified to the pre-existing "other" category.

About socioeconomic variables: This analysis included wealth quintile, level of schooling and urban or rural residence. Wealth quintiles divide each country and survey's population into five groups based on a collection of information obtained in the household questionnaire related to wealth status. Schooling identifies whether a woman has no education, primary, secondary or higher education.

Methodology: Binary logistic regression models were used to estimate the proportion of women reporting serious problems in access to health care and to examine country-specific differences by ethnicity and socioeconomic status. The regression models take into account the DHS surveys' complex survey design and survey weights to produce valid standard error estimates. Where model testing indicated it provided a better fit, an interaction between survey year and ethnicity was included in the models, meaning that ethnicities had different rates of change over time. Otherwise, there was no interaction, meaning that ethnicities shared the same rate of change over time but different starting points. The analysis found ethnic differences in all countries, even after controlling for socioeconomic status. (In Armenia and Gabon, sample sizes were very small, meaning the differences seen could be due to statistical chance.) Multilevel models were used to examine higher-level patterns across all countries included in the analysis. This analysis found that, as a general trend, the most marginalized saw the least improvement in access while the least marginalized saw the most improvement. In the models, level 1 was the individual women, level 2 was represented by country-specific ethnic groups, and level 3 by the 25 different countries. To be more sensitive to the country-specific socioeconomic stratification, the multilevel models use an index variable for socioeconomic status instead of the categorical variables used in the binary logistic country-specific regressions. In the index variable, the socioeconomic profile (a given combination of wealth, education and residence) with the lowest predicted probability specific to each country takes the value of 1, and the profile with the highest predicted probability takes the value of 40. All intervening profiles take their corresponding value between 1 and 40 according to the ranking of their predicted probabilities in the country-specific regressions. Where the analysis refers to the proportion of women across all countries, these estimates were derived by weighting the country-level estimates by population size.

Note on highest and lowest maternal mortality risks, comparing 1990 to 2020 (p. 66)

In examining trends in maternal mortality from 1990 to 2020 throughout Chapter 3, the authors performed their own calculations based on data published alongside the most recent official maternal mortality statistics provided in the publication from WHO and others (2023a). The publication itself focuses on trends from 2000 to 2020, but accompanying data sets include estimates beginning in 1985. This means that the 1990 and 2020 estimates referred to in Chapter 3 compare estimates derived using the same methodology and input data. In comparing the 10 per cent of countries with the highest and lowest risk of women eventually dying from pregnancy or childbirth in 1990 and 2020, the averages were not weighted by population size.

Note on maternal mortality trend in the United States (p. 66)

While there are marked racial and ethnic inequalities in maternal death rates in the United States, maternal mortality figures in the country have been increasing across most groups of women. There is debate about how much of the increase is an artefact of changing definitions and surveillance; these questions cannot be answered without improved data systems such as systematic and standardized enquiries into all deaths across all states. Nevertheless, research does indicate the country's lack of universal access to health care plays a role (Braveman, 2023). Notably, a large share of maternal deaths in the country occur between six weeks and one year post-partum, many of them linked to mental health conditions (Trost and others, 2017). Unlike many high-income countries, the United States does not guarantee paid parental leave or home visits by health providers in the post-partum period (Tikkanen and others, 2020).

Note on unmet need for contraception in countries affected by humanitarian crises (p. 95)

The authors based this estimate on tabulations of data in Table 2.5 of the source, which provides data on the percentage of women with met and unmet need for contraception in countries affected by humanitarian crises in 2015. The percentages with met and unmet need were summed to compute the total percentage of women who want to avoid pregnancy in each country. The proportion of women wanting to avoid pregnancy who are not using any form of contraception was computed as the percentage with unmet need divided by the overall percentage with need. The unweighted average of the country estimates is 51 per cent.

Note on per capita income estimates from study in Kenya, Nigeria and Senegal (p. 96)

The authors calculated the per capita income estimates from Table 1 of the original source, which estimates the per capita gross domestic product (GDP) under different scenarios. According to the table, the GDP would be 3,480 international dollars if two thirds of the unmet need for modern contraception were met (the "moderate" scenario) and 2,310 international dollars in the baseline scenario.

「世界人口白書 2024」 日本語抜粋版

監修：Advisory Committee Members（五十音順）

池田 裕美枝（一般社団法人 SRHR Japan）

林 玲子（国立社会保障・人口問題研究所）

森 臨太郎（京都大学）

制作：国連人口基金 駐日事務所

成田 詠子

上野 ふよう

木村 文

太田 絵理

「世界人口白書2024」
英語完全版はこちらから



「世界人口白書2024」
事務局長声明文など
さらに詳しい情報ははこちらから




国連人口基金 駐日事務所
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-53-70
国連大学ビル 7階





すべての人々に権利と選択を


United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA



ISSN 1020-5195
ISBN 9789210031318



Sales No. E.24.III.H.1
E/700/2024

 Printed on recycled paper