

母親になる少女

思春期の妊娠問題に取り組む

Motherhood in Childhood

Facing the challenge of
adolescent pregnancy



世界人口白書 2013

世界人口白書 2013 制作関係者一覧

This report was produced by the Information and External Relations Division of UNFPA, the United Nations Population Fund.

LEAD RESEARCHER AND AUTHOR

Nancy Williamson, PhD, teaches at the Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina. Earlier, she served as Director of USAID's YouthNet Project and the Botswana Basha Lesedi youth project funded by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. She taught at Brown University, worked for the Population Council and for Family Health International. She lived in and worked on family planning projects in India and the Philippines. Author of numerous scholarly papers, Ms. Williamson is also the author of *Sons or daughters: a cross-cultural survey of parental preferences*, about preferences for sons or daughters around the world.

RESEARCH ADVISER

Robert W. Blum, MD, MPH, PhD, is the William H. Gates, Sr. Professor and Chair of the Department of Population, Family and Reproductive Health and Director of the Hopkins Urban Health Institute at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Dr Blum is internationally recognized for his expertise and advocacy related to adolescent sexual and reproductive health research. He has edited two books and written more than 250 articles, book chapters and reports. He is the former president of the Society for Adolescent Medicine, past board chair of the Guttmacher Institute, a member of the United States National Academy of Sciences and a consultant to the World Health Organization and UNFPA.

UNFPA ADVISORY TEAM

Bruce Campbell
Kate Gilmore
Mona Kaidbey
Laura Laski
Edilberto Loaiza
Sonia Martinelli-Heckadon
Niyi Ojuolape
Jagdish Upadhyay
Sylvia Wong

EDITORIAL TEAM

Editor: Richard Kollodge

Editorial associate: Robert Puchalik

Editorial and administrative associate: Mirey Chaljub

Distribution manager: Jayesh Gulrajani

Design: Prographics, Inc.

Cover photo: © Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

ACKNOWLEDGMENTS

The editorial team is grateful for additional insights, contributions and feedback from UNFPA colleagues, including Alfonso Barragues, Abubakar Dungus, Nicole Foster, Luis Mora and Dianne Stewart. Edilberto Loiaza produced the statistical analysis that provided the foundation for this report.

Our thanks also go to UNFPA colleagues Aicha El Basri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Nicole Foster, Adebayo Fayoyin, Hugues Kone, William A. Ryan, Alvaro Serrano and numerous colleagues from UNFPA offices around the world for developing feature stories and for making sure that adolescents' own voices were reflected in the report.

A number of recommendations in the report are based on research by Kwabena Osei-Danquah and Rachel Snow at UNFPA on progress achieved since the Programme of Action was adopted at the 1994 International Conference on Population and Development.

Shireen Jejeebhoy of the Population Council reviewed literature and provided text on sexual violence against adolescents. Nicola Jones of the Overseas Development Institute summarized research on cash transfers. Monica Kothari of Macro International analysed Demographic and Health Survey data on adolescent reproductive health. Christina Zampas led the research and drafting of aspects of the report that address the human rights dimension of adolescent pregnancy.

MAPS AND DESIGNATIONS

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

国連人口基金 (UNFPA) は、
すべての妊娠が望まれ、
すべての出産が安全であり、
そして、
すべての若者と女性の可能性が満たされ、
発揮できる世界を目指しています。



Motherhood in Childhood

Facing the challenge of
adolescent pregnancy

母親になる少女

思春期の妊娠問題に取り組む

はじめに	ii
要約	iv
第1章 世界的な課題	1
第2章 少女の健康、教育、生産性に対する影響	17
第3章 多方面からの圧力	31
第4章 行動の必要性	57
第5章 未来への道のりを描く	83
指標、指標の注、テクニカル・ノート	99
参考文献一覧	111

©Getty Images/Camilla Watson

お知らせ

『世界人口白書 2013』日本語版は、はじめに、要約、第1章と5章(提言の項目)、および指標のページの抜粋です(英語版と対照しやすいように、ページ番号は原則として英語版に合わせてあります)。

はじめに

少女が妊娠すると、その生活は現在も将来も劇的に変わります。しかもその変化がよい方向に向かうことは滅多にありません。学校教育はその時点で終わってしまうかもしれず、仕事の見通しはなくなり、貧しさは一段と増し、社会からは排除され、家族への従属度合いが増えていくかもしれません。

多くの国々が、思春期の妊娠を防ぐという目標を掲げてきましたが、それは往々にして少女自身の行動変容をめざす活動の形で行われてきました。そのような取り組み方に暗に含まれるのは、妊娠を防ぐ責任は少女自身にあるという根強い考えと、もし妊娠した場合には少女に落ち度があるという前提です。

しかし、そのような取り組み方や考え方は的外れです。というのも、それは思春期の少女が、少女から大人への移行期に母親になるように企む社会的圧力や環境を考慮に入れていないからです。若い少女が強要されて結婚する場合、たとえば、妊娠するかどうか、するとしたらいつ、どのくらいの頻度で妊娠するかについて、彼女にはほとんど発言権がありません。広報活動であれ、コンドームの配布事業であれ、妊娠予防のための介入策は、重要なことを決定する権限を全く持たない少女にとっては無縁のことなのです。

必要なことは、思春期の妊娠問題に対する新しい考え方です。少女自身を問題であるとみなし、その行動を変えることを解決策とするのではなく、政府、地域社会、家族、学校は、貧困、ジェンダーの不平等、差別、サービス利用手段の欠如、少女や女性に対する否定的な見方こそが本当の問題であるとみなし、社会正義の追求、平等な開発、少女のエンパワーメント(能力強化)

こそ、思春期の妊娠削減につながる真の道であると考えべきです。

これまで、思春期の妊娠を予防する活動とそのため資源は、15歳から19歳の少女に集中的に向けられてきました。しかし、最も脆弱で、妊娠合併症や妊娠・出産による死亡のリスクが一番高いのは14歳以下の少女です。一般に保健、教育、開発に関わる国の機関も、この思春期初期の少女のことは見過ごしており、手を差し伸べていません。それは、彼女たちが強要された結婚をしていて、学校に行くこともセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービス(性と生殖に関する健康サービス)を受けることも阻まれていることが多いからです。彼女たちのニーズは膨大で、政府、市民組織、地域社会、国際社会は、彼女たちを保護し、彼女たちが安全かつ健康に子どもから思春期、そして大人へと移行するのを支援するため一層の努力をする必要があります。思春期の妊娠に対する取組が真に成功するか否かは、政府、開発機関、市民組織、地域社会が、この軽視されてきた集団のニーズにいかによく、あるいは不十分な対応をするかにかかっています。

思春期の妊娠は人権問題とからんでいます。たとえば、妊娠した少女が学校中退の圧力を受けたり強要されている場合、彼女は教育を受ける権利を否定されています。早期退学をする少



女は能力開発の権利を否定されています。避妊手段どころか、妊娠を予防するための情報ですら入手することを禁じられた少女は、健康に対する権利を否定されています。反対に、教育を受ける権利を享受でき、通学している少女は、中退や退学を余儀なくされた同年代の少女と比べて、妊娠する可能性は低くなります。一つの権利を享受することは、このように他の権利も享受しやすくします。

人権の視点からみると、妊娠する少女は、その環境や理由にかかわらず、さまざまな権利を十分に行使できない人です。

これらの権利を保護するには人的資本への投資が肝要です。そのような投資は少女の潜在能力が十分に活かされるのを助けるだけでなく、少女の権利を保護し、子どもの権利条約などの人権条約と1994年の国際人口開発会議(ICPD)の行動計画を含む国際合意を順守する政府の責任の一環でもあります。ICPD行動計画は、現在の国連人口基金(UNFPA)の活動指針となっています。

国際社会はミレニアム宣言とそれに関連するミレニアム開発目標を2015年以降も引き継ぐ、新しい持続可能な開発課題を検討しています。思春期の妊娠件数を減らすことを公約している政府は、同時に思春期の若者、とくに少女のニーズ、課題、願望、脆弱性、権利が新しい開発課題のなかで十分考慮されることを確約すべきです。

世界には5億8000万人の思春期の少女がいます。その5人に4人は開発途上で生活しています。今日、彼女たちに投資をすれば、彼女たちの潜在能力は人類の未来を構築するために最大限発揮されるでしょう。

国連事務次長
国連人口基金(UNFPA)事務局長
ババトウンデ・オショティメイン博士

▲ 思春期のピア・エデュケーターに囲まれるオショティメイン事務局長(南アフリカ共和国)

© UNFPA/Rayana Rassool

要約

開発途上国では毎日2万人に上る18歳未満の少女が出産している。先進諸国でも少女の出産はあるが、その数はずっと少ない。

世界のあらゆる地域で、貧しくて、まともな教育を受けていない農村の少女は、生活がより豊かで、都市に住む、教育を受けた同年代の少女に比べ妊娠する可能性が高い。少数民族や社会の主流から取り残された集団の出身である少女、人生の選択肢も機会もない少女、避妊に関する情報やサービスも含めセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの利用手段が限られているか、全くない少女もまた妊娠する可能性が高い。

世界の思春期における出産の95%は途上国で起きており、出産10件中9件は、結婚かそれに準じる関係の中で起こっている。

途上国の若い女性の約19%は、18歳になる前に妊娠したと告げている。途上国では毎年18歳未満の思春期の少女による出産が730万件あり、そのうち200万件は15歳未満の少女が占めている。

健康、教育、生産性に対する影響

妊娠は少女の健康、教育、収入を得る可能性に直接影響を及ぼす。また人生の進路全体を変えてしまうこともしばしばだ。妊娠が少女の人生をどのように変えるかは、一部分彼女の妊娠年齢にかかっている。

思春期の妊娠問題に取り組む



- 毎日、2万人の少女が出産している
- 教育とその他の機会を失っている
- 毎年、思春期の少女7万人が、妊娠と出産の合併症によって死亡している
- 毎年、思春期の少女320万人が、安全でない人工妊娠中絶を受けている
- 貧困と排除が常態化している
- 基本的人権が否定されている
- 少女のもつ可能性が満たされていない

低所得国と中間所得国における15歳未満の母親の妊産婦死亡のリスクは、それ以上の年齢の女性の2倍である。さらにこの若い年齢層が産科的フィスチュラ(産科ろう孔)になる割合は、より年上の集団よりもはるかに高い。

毎年、途上国の思春期の少女の約7万人が、妊娠や出産に関連することが原因で死亡する。妊娠と出産は、途上国に住む思春期後期の女性の主な死亡原因である。思春期に妊娠する少女は、低所得世帯の出身で栄養的にも不足している場合が多い。思春期を迎えてすぐに早すぎる妊娠をすると、健康問題を引き起こす可能性も高い。

学校に長く通っている少女は妊娠する可能性が低い。教育を受けることで、少女は仕事と生計手段を得る準備ができ、自尊感情を高め、家庭や地域での地位を向上させ、自分の人生を左右する決定に対しより発言力を得るようになる。さら

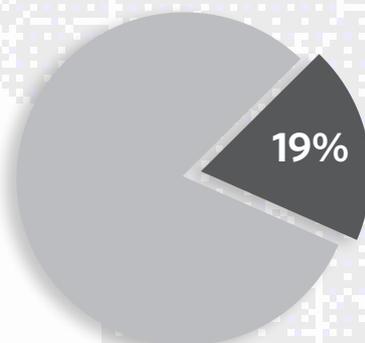
「14歳のとき…母と叔母たちが食事の用意を始め、父が私と私の兄弟姉妹に、これからパーティをするから一番いい服を着なさいと言いました。何が起るかわからずに、私はみんなと一緒に祝いしました。その祝いとは私の結婚式で、まさにその日に私は夫と一緒にしなければならないということを知ったのです。私は逃げようとしたが、つかまってしまいました。そうして私は3倍も年上の夫と一緒に暮らすことになりました。この結婚は私を不道德な行いから救うことだと考えられていました。10カ月後、私は腕のなかに赤ちゃんを抱いていました。ある日、私は夫の家を逃げ出す決心をしましたが、学校に行かせてくれるならと夫のもとに帰ることに同意しました。私は学校に戻りました。子どもは3人で、学校では5年生です」

クラリス、17歳(チャド)

潜在する原因

- ・ 児童婚
- ・ ジェンダーの不平等
- ・ 人権に対する障害
- ・ 貧困
- ・ 性的な暴力と強要
- ・ 避妊薬(具)入手、および年齢に応じた性教育へのアクセスを禁止する国の政策
- ・ 教育とリプロダクティブ・ヘルスサービスへのアクセスの欠如
- ・ 思春期の少女の人的資源に対する投資不足

18歳未満の少女の妊娠



開発途上国の若い女性の約19%が、18歳になる前に妊娠している

に、教育を受けると児童婚の可能性は低くなり、出産年齢が遅くなり、結果として、より健康的な出産につながる。妊娠またはその他の理由で学校を退学すると、少女の将来の経済的見通しは危うくなり、人生における他のさまざまな機会が得にくくなる。

思春期の少女に不利に作用する多くの力

思春期の妊娠に対する「生態学的な」アプローチというものがある。それは妊娠に追いやる複雑な力の全体像とそうした力の相互関係を考慮に入れたものである。そのようなアプローチは、政府、政策立案者、関係者が課題を理解するのを助け、より効果の高い介入策を考案する一助になる。その介入策は妊娠件数を減らすだけでなく、少女のエンパワーメント(能力強化)を妨げている多くの障壁を打破する助けとなるだろうし、結果として少女の妊娠はもはやよくあることではなくなる。

そのような生態学的なモデルの一つ、ジョン

ズ・ホプキンス大学ブルームバーグ公衆衛生大学院のロバート・ブランが考案したモデルは、思春期の少女に対して不利に作用し、妊娠する可能性を高めている様々な力の配置関係を明らかにする。このような力は数も多く、幾重にも重なって、少女が権利を享受または行使し、自分の将来を形成する力をつけようとする能力をさまざまな方法で妨げている。このモデルは、上は国レベルの力、たとえば思春期の若者の避妊法入手に関する政策や児童婚を禁止する法律が施行されない状況などから、下は個人レベルの力、たとえば少女の社会化の過程やそれがどのように妊娠に対する少女の考えを形成していくかに至るまで、すべてのレベルの力について説明する。

このモデルの決定要因のほとんどは、一つ以上のレベルで作用する。たとえば国レベルの政策は、思春期の若者が避妊手段も含めたセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスを利用することを制限し、一方で地域社会や家族は、

多方面からの圧力

思春期の妊娠に対する「生態学的な」アプローチというものがある。それは妊娠に追いやる複雑な力の全体像とそうした力の相互関係を考慮に入れたものである

少女に向けてあらゆるレベルで圧力がかけられ、意図したものかどうかはともかく、結果として妊娠につながる。国の法律によって少女が避妊薬(具)を入手するのを阻むこともあるかもしれない。地域社会の規範や人々の意識が少女がセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスを受けるのを妨げ、何とかそのサービスを受けようとする少女に対して、暴力があったとしてもそれを大目に見ることもあろう。家族は、子どもをもつことに「ノー」と言うことがほとんど許されないような相手と結婚することを娘に強要するかもしれない。学校は性教育をしないかもしれず、少女は、性的関心事、妊娠、避妊法について同年代の人たちからの(多くは正確ではない)情報を頼りにせざるを得ない。パートナーはコンドームの使用を拒んだり、どんな方法であれ避妊するのを禁じたりするかもしれない。



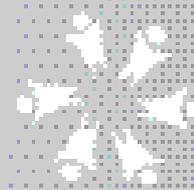
個人



家族



学校、コミュニティ



地域社会

少女が包括的性教育を受けたり、妊娠を防ぐ方法に関するその他の情報を入手することに反対するといった具合である

このモデルは、思春期の妊娠が真空状態で起きるのではなく、重なり合った一連の要因、たとえば蔓延する貧困、児童婚を容認する地域社会や家族、少女の通学を継続させるための努力不足などの要因の結果として起こることを示している。

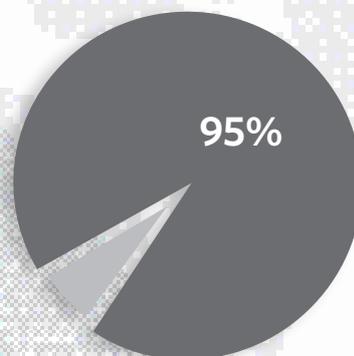
18歳未満の思春期の少女のほとんど、なかでも15歳未満の少女にとって、妊娠は熟慮の上で選択した結果ではない。それとは反対に、妊娠は一般に選択肢の欠如の結果であり、少女自身にはどうにもならない状況のなかで起こる。早い時期での妊娠は、権限がないこと、貧困、それに相手や同年代の仲間、家族、地域社会から受ける圧力を反映している。さらに、あまりにも多くの場合、妊娠は性的な暴力や強要の結果起きている。自主性のほとんどない少女、とくに強制結婚をさせられた少女たちが、妊娠す

るかしないか、いつ妊娠するかについて自分の意見を言えることはまずない。

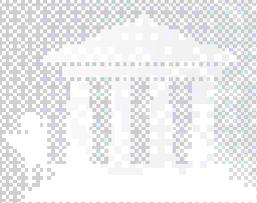
思春期の妊娠は、権利侵害の原因であり結果でもある。妊娠によって少女の教育と健康に対する権利、および個人としての自主権を行使する可能性は損なわれる。これらの権利は、子どもの権利条約などの国際条約で保障されている。反対に、ある少女が教育を受ける権利などの基本的権利を享受できない場合、彼女はますます弱い存在になり妊娠もしやすくなる。子どもの権利条約によると18歳未満は子どもとみなされる。毎日200人近くの思春期の少女が、若年妊娠による究極の権利侵害、すなわち死亡という結果を迎えている。

少女の権利はすでに保護されている—といってもそれは文書上のことではあるが。国際的な規範の枠組では、少女が教育と健康に対する権利、暴力や強制のない生活に対する権利を享受できるように各国政府に対策を講ずることを要請している。子どもは大人と同じ人権をもつが、

思春期の少女の出産



世界の思春期における出産の95%は途上国で起きている



教育

同時に特別の保護も付与されており、それは年齢にともなう不平等に対する取組である。私たちはこれらの保護を現実のものとする必要がある。

少女に与えられた権利を支持することは、思春期の妊娠につながる状況の多くを取り除き、少女とその家族および地域社会に及ぼす結果の多くを軽減する助けとなる。

人権を保護する方策をとおしてこれらの課題に取り組むことが、権利の侵害、貧困、不平等、社会的排斥、思春期の妊娠という悪循環を断ち切る鍵となる。

人権という視点から思春期の妊娠に取り組むことは、少女が権利を享受する際の障壁を政府と共に除去することである。それは根底にある原因、たとえば児童婚、性的暴力や強要、教育を受ける手段の欠如、避妊手段と情報を含むセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスの利用手段の欠如などに取り組むことである。しかし、これは政府だけではなし得ない。教師、

親、地域社会のリーダーなど他の関係者、責任ある人々も重要な役割を担っている。

根底にある原因に対処すること

思春期の妊娠は根底にある社会的、経済的な力、その他さまざまな力の結果であり、その防止には多角的戦略が必要であるが、それらの戦略は少女のエンパワーメントをめざし、かつ特定の集団、とくに社会から取り残され、最も弱い立場にある少女たちに合わせたものでなければならぬ。

これまで思春期の出生率を低下させてきた政府や市民組織による行動の多くは、他の目標、たとえば少女を継続的に通学させる、HIV感染を予防する、児童婚をやめさせるなどの目標達成を企図したものであった。これらの行動はまた、人的資本を構築し、少女に人生を決定できる能力を身につけるための情報や技能を授け、少女の基本的な人権を支持し保護することも可能にする。

前進のための基礎



少女をエンパワー(能力強化)する

少女たちの主体性を強化し、自分たちの人生を自分で決定できるようにする



すべての人々の人権を尊重する

権利を守ることで、思春期の妊娠の一因となる諸条件を排除できる



ジェンダーの不平等を是正する

少女と少年を平等な立場におく



貧困の削減

開発途上国と先進国の双方で、貧困は思春期の少女の妊娠を助長する

調査によると、思春期の少女の望まない妊娠には包括的な取組が必要である。課題が大きく複雑なため、単独の部門や組織で対処することはできない。部門を越えて連携し、思春期の若者と共同作業をすることで初めて、彼女らの進路を阻む制約を取り除くことができる。

思春期の少女が健康で、安全で、肯定的な人生を維持できるようにするには、少女の脆弱性の背景にある複合的な原因に取り組む、総合的で戦略的かつ照準を定めた投資が必要である。少女の脆弱性は、年齢、能力、所得グループ、居住地、その他多くの要因によって異なる。さらに、思春期の少女をめぐる多様な状況を認識し、妊娠のリスクの最も高い少女と、結果として起こる劣悪なリプロダクティブ・ヘルスの状態を特定するために、計画的な努力が必要である。そのような多部門にわたるプログラムは、健康、教育、生計のすべてにわたって少女の人的資産を築くために必要なだけでなく、社会的支援網をとおして、また家庭、家族、地域社会、

対人関係における少女の地位を向上させることをとおして、少女の能力を強化するためにも必要である。より単純ではあっても戦略的な介入で変化をもたらすことも可能である。これらの介入策の中には、通学を続けられるよう、少女に条件つきで送金を提供することも含められる。

未来への道のり

思春期の妊娠を防ぐため、また場合によっては妊娠してしまった少女を支援するため、多くの国は行動を起こしてきた。しかし、これまでの対策は、少女の行動変容に主眼をおいており、ジェンダーの不平等、貧困、性的暴力と強要、児童婚、社会的圧力、教育と雇用の機会からの締め出し、否定的な考え、思春期の少女に対する固定観念などの決定要因や促進要因には取り組んでおらず、少年と男性の役割を考慮することもおろそかにしてきた。

効果的なプログラムの経験が示唆するところによれば、必要なことは、標的を少女に、ある

到達するための8つの方法

① 10-14歳の少女

思春期初期の少女のために予防的な介入をする

② 児童婚

18歳未満の結婚を中止し、性的な暴力と強要から守る

③ 多面的なアプローチ

すべてにわたって少女の人的資産を築き、少女の健康と安全な人生の軌道を守る

④ 人権

健康、教育、安全、貧困からの解放に通ずる権利を守る

⑤ 教育

少女が学校で長期間にわたって就学できるようにする

⑥ 男性と少年を参加させる

解決の一端を担うよう援助する

⑦ 性教育とサービスへのアクセス

年齢に応じた情報を拡大し、思春期の若者が利用できるヘルスサービスを提供する

⑧ 公平な開発

人権、平等、持続性に基づくポスト・ミレニアム開発目標の枠組を作る

「人は性急に判断したがるというのが現実です。それが人間というものなのかもしれません。人が人間として成長しようと思っいろいろな障害を乗り越え、実績を積んでもなお、世間は『ああ、彼女は15歳で赤ちゃんを産んだのだ』と覚えているから、かたくなに許そうとしないのです」

トネット31歳、15歳で妊娠(ジャマイカ)

いは妊娠を予防することに狭く絞る介入策から、幅広い取組へと変革的転換を行うことである。その取組がめざすのは、少女の人的資本を構築し、(セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス関連事項も含めて)自らの人生を決定する能力に焦点をおき、母親となることを宿命とみなさなくてもすむように、少女に真の機会を提供することである。この新しい枠組では、一方で思春期の妊娠を長年にわたり存続させ、他方で妊娠した少女を孤立させ社会の片隅に追いやってきた環境、条件、規範、価値観、構造的力に焦点を当てなければならない。少女たちはセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスを利用し情報を入手する手段を必要としているが、彼女たちは同時に経済的、社会的重圧から解放される必要がある。それは、それらの重圧によって妊娠してしまい、その結果として貧困、不健康に陥り、人としてもつ可能性を実現できないという状態があまりに頻繁に起きているからである。

利点

健康



妊産婦と乳幼児の健康を向上させる

遅い時期の妊娠は、少女とその子どもの健康のリスクを減らす

教育上のこと



より多くの少女が教育を修了する

児童婚の可能性を減少させ、出産を遅らせることによって、結果として健康な出産をもたらす。同時に少女のスキルを形成し、地位を向上させる

平等



平等な権利と機会

妊娠を防止することによって、少女が基本的な人権を行使することを支援する

ニーズも脆弱性も格段に高い15歳未満の少女に働きかけるには、一層の努力がなされなければならない。15歳以上の少女の妊娠を防ぐ活動や、思春期後期で妊娠または出産した少女を支援する活動は、思春期初期の少女には不適切で当てはまらないこともあるかもしれない。この年代の少女には特有の脆弱性があるが、彼女らが直面する困難な問題を理解し、それに対処する努力はほとんど行われてこなかった。

妊娠した少女が必要としているのは支援であって汚名ではない。政府、国際組織、市民組織、地域社会、家族、宗教指導者そして思春期の若者自身、彼らはみな変化をもたらすうえで重要な役割を担っている。生命力と希望にあふれた若い少女たちがもつ膨大な可能性を開発すれば、すべての人々が利益を得ることになるだろう。

UNFPA、権利と思春期の妊娠

国際人口開発会議(ICPD)の行動計画を指針とするUNFPAは、妊娠の予防を含めたセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツに対する思春期の若者の権利を尊重し、保護し、充足させることができる。

- 思春期の若者特有のニーズに焦点を合わせることで、とりわけ社会からもっとも置き去りにされた若者たちの脆弱性を減少させる。
- 市民組織と地域社会および思春期の若者自身の参加が強化拡充される。
- 思春期の若者の能力を強化し、彼らが教育を続け、生産的で充足した生活を送れるようにする。
- 透明性と説明責任を強化する。
- 人権に基づくプログラムが規範や価値観、構造、政策、実践に影響を及ぼすことによって、持続的な社会の変化につながる。

経済



経済的な生産性と
雇用の増加

少女をエンパワーする投資は、
収入を得る可能性を改善する

潜在能力



思春期の少女の潜在
能力を十分に実現する

健康で、教育を受け、権利を行使
することができる少女のための
見通しがさらに明るくなる

©Marc Tuschman



1

世界的な課題

毎年、途上国全体で730万人の18歳未満の少女が
出産している。

© Mark Tuschman/AMMD

「私は16歳になるまで学校を休んだことは1日もありませんでした。勉強が好きで、テレビを見るより、本を読んで時間を過ごすほうでした。私の夢は、大学に行って、いい仕事について、住んでいたおんぼろの家から両親を連れ出してあげることでした。

そんなある日、すべてを置いて家を出なさいと言われました。両親は兄の結婚相手の少女と私を取り引きしたのです。このような交換結婚は私たちの地元ではatta-sattaと呼ばれています。私は悲しくて、怒りが込みあげてきました。私は母親と一緒に父に泣いて頼みましたが、父の心はすでに決まっていました。

私のわずかな希望は、夫が学校を卒業させてくれると言ったことでした。でも、17歳にもならないうちに、妊娠させられました。それからというもの、家から出ることはなかなか許してもらえませんでした。みんなは買い物や映画や近所の行事に出かけて行くのに、私にはできませんでした。時々ですが、家に誰もいないときは、古い教科書を読んで、赤ん坊を抱きしめながら泣いています。赤ん坊はとても可愛らしい女の子ですが、家族は息子を産まなかったと私を責めます。

それでも少しずつですが、ものごとは変わりつつあります。私の娘が成長する頃には、atta-sattaや児童婚のような慣習が完全になくなり、娘は学校を卒業して、結婚も本人がしたい時にするようになるだろうと願っています」

コマル、18歳(インド)

毎年、途上国全体で730万人の18歳未満の少女が出産している (UNFPA, 2013)。妊娠件数となるとその数はさらに多い。

思春期の妊娠が起こる頻度は、地域や国により、また同じ国の中でも年齢や所得により大きく異なる。すべての地域に共通していることは、少女が貧しくて、農村や遠隔地に住んでおり、読み書きができないか、ほとんど教育を受けていない場合は、経済的に恵まれ、都市に住み、教育も受けている同年代の少女より妊娠する確率が高いということである。

少数民族や社会の周辺に追いやられた集団出身の少女、人生の選択肢も機会も奪われた少女、避妊の情報やサービスを含むセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)の利用手段が限られているか、または全くない少女も妊娠する可能性が高い。

世界的にみて妊娠する確率の高い少女は、社会的に排除され、貧困で、社会の主流から取り残され、ジェンダーの平等がない状況に置かれている。そのような環境では、基本的人権を十分享受し、行使することはできず、ヘルスケア、

学校教育、情報、サービス、経済的機会を利用する手段は限られている。

世界の思春期における出産は、その95%が開発途上国で起きており、10件中9件は結婚かそれに準じる関係の中で生じている（World Health Organization, 2008）。

18歳未満の少女の出産

途上国の若い女性の約19%は、18歳になる前に妊娠したと話している（UNFPA, 2013）。

2010年の推計によれば、途上国の20-24歳の女性3640万人が18歳になる前に第一子を出産している。そのうち1740万人は南アジアに住んでいる。

途上地域の中で、18歳未満で出産したと答え

2010年の推計によれば、

途上国の20-24歳の

女性3640万人が

18歳になる前に第一子を出産している。

た20-24歳の女性の割合は、西・中央アフリカが28%で最も高い。

1990年から2008年にかけて実施された人口保健調査（DHS）と、1997年から2011年にかけて実施された複数指標クラスター調査（MICS）で得られた54カ国のデータをみると、20-24歳の女性で18歳より前に出産を経験



◀ アプリエンド・オボチュニダデスは、マヤの少女たちのために安全な場所、助言、教育の機会、および結束を提供している。そのことはまた、彼女たちの人生を新しい可能性へと導く。

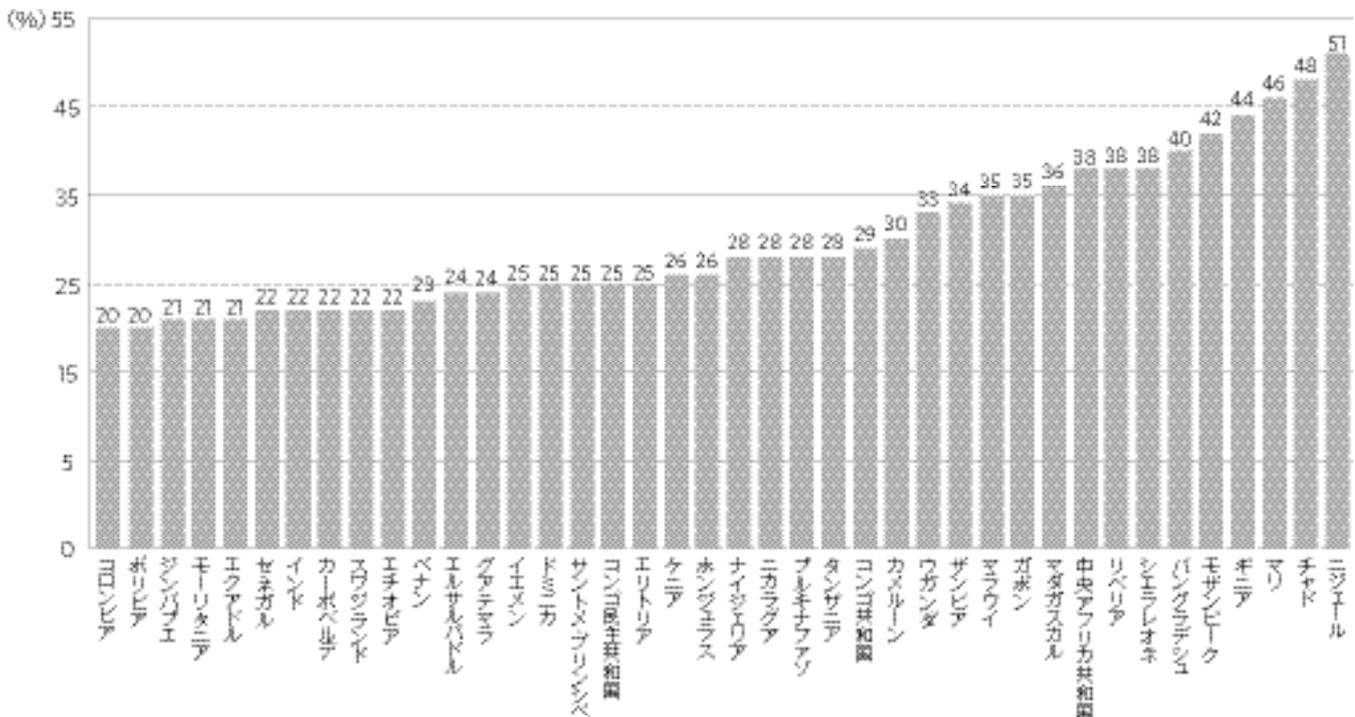
© Mark Tuschman/UNFPA

した少女の割合は23%から20%へとわずかに減少している。これら2つの調査の対象となった54カ国には、中国を除く途上国の総人口の72%が住んでいる。

DHS (1997-2008) と MICS (2001-2011) の調査結果を比較すると、思春期の妊娠率の高い(30%またはそれ以上)15カ国のうち、その割合が減少したのは8カ国にすぎない。増加がみられたのは6カ国だが、それらはすべてサハラ以南のアフリカの国々であった。

子どもの権利条約によると18歳未満は子どもとみなされる。18歳になる前に妊娠する少女は、教育を受ける権利、健康を維持する権利、適切な生活水準を保つ権利などの権利を享受し、行使することができないことが多く、現実としてこれらの権利が否定されている。何百万人という18歳未満の少女が、結婚またはそれに準じる関係の中で妊娠している。国連人権委員会は他の権利監視機関と共に児童婚を廃止するための法改革を奨励している。

20-24歳の女性の20%以上が18歳になる前に 出産したと報告している国



Source: www.davinifo.org/indg5b

15歳未満の少女による出産

途上国では毎年18歳未満の思春期の少女による出産が730万件あり、そのうち200万件は15歳未満の少女が占めている。

DHSとMICS調査によると、途上国の若い女性の3%は15歳にならないうちに子どもを産んだという（UNFPA, 2013）。

途上地域の中では、15歳にならないうちに出産したと報告した少女の割合は西・中央アフリカが6%で最も多く、東ヨーロッパ・中央アジアが0.2%で最も少ない。

1990年から2008年にかけて実施されたDHS調査と、1997年から2011年にかけて実施されたMICS調査から集められた54カ国のデータは、20-24歳の女性で15歳より前に出産を経験した人の割合が、4%から3%に減少したことを示している。減少速度は国によっては速かったが、それは主に非常に低年齢で行われる見合い婚が減少したことによるものである（World Health Organization, 2011b）。それでも、依然として児童婚が珍しくないバングラデシュ、チャド、ギニア、マリ、モザンビーク、ニジェールでは、少女の10人に1人は15歳になる前に子どもを産んでいる。

唯一、ラテンアメリカ・カリブ海地域では、15歳未満の少女による出産が増えた。この地域では、15歳未満の出産は2030年まで微増すると見込まれる。

サハラ以南のアフリカでは15歳未満の少女の出産が、今後17年間で2倍近くになると見込まれる。2030年までには、サハラ以南のアフリカにおける15歳未満の母親の数は、南アジアと同等になると予測される。

10-14歳の思春期初期の集団に関しては良質の直接データがほとんどなく、多くの国で不完全であったり、データそのものがなかったりするため、政策立案者にはこの年代の少女と彼女

「私は1年ほどボーイフレンドとデートして
いました。彼はお金をくれたり、服をくれたり
しました。13歳のとき、私は妊娠しました。そ
のときはまだ学校に行っていました。私の両親
は、わが家で一緒に暮らすよう彼に頼みまし
た。彼は私の面倒をみると両親に約束しまし
た。その後、どこかへ行ってしまいました。電話
もこなくなり、連絡がとれなくなりました。出産
したあと、両親が私の面倒をみてくれ、育児法
を教えてくださいました。私の望みはただ一つ、学
校に戻ることです。学校を卒業したら、教員な
どの仕事につけるでしょうし、運転免許だって
取れるでしょう」

イダ、15歳（モザンビーク）

たちが直面する問題が見えなくされている。

この年齢層について信頼できる完全なデータがない主な理由は、思春期の妊娠の主たる情報源である全国DHS調査の最低対象年齢が、一般に15歳だからである。それはこの年齢層のデータ、なかでもセクシュアリティや妊娠のような微妙な問題に関するデータ収集には倫理的問題がからんでくるためだ。したがって、15歳未満の子どもたちのデータのほとんどは回顧的に、つまり調査員が現在20-24歳になる女性

思春期の妊娠問題に取り組む

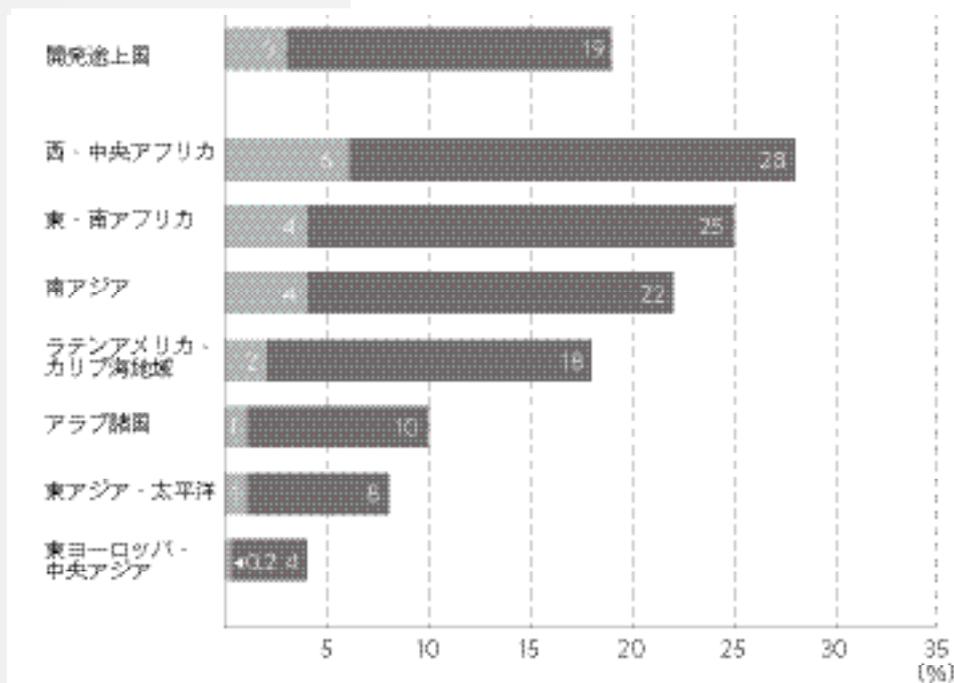
18歳までに出産したと報告した
20-24歳の女性の割合
(1996-2011年の開発途上国の最新データ)

- 10歳未満
- 10-19歳
- 20-29歳
- 30歳以上
- データなしまたは不完全

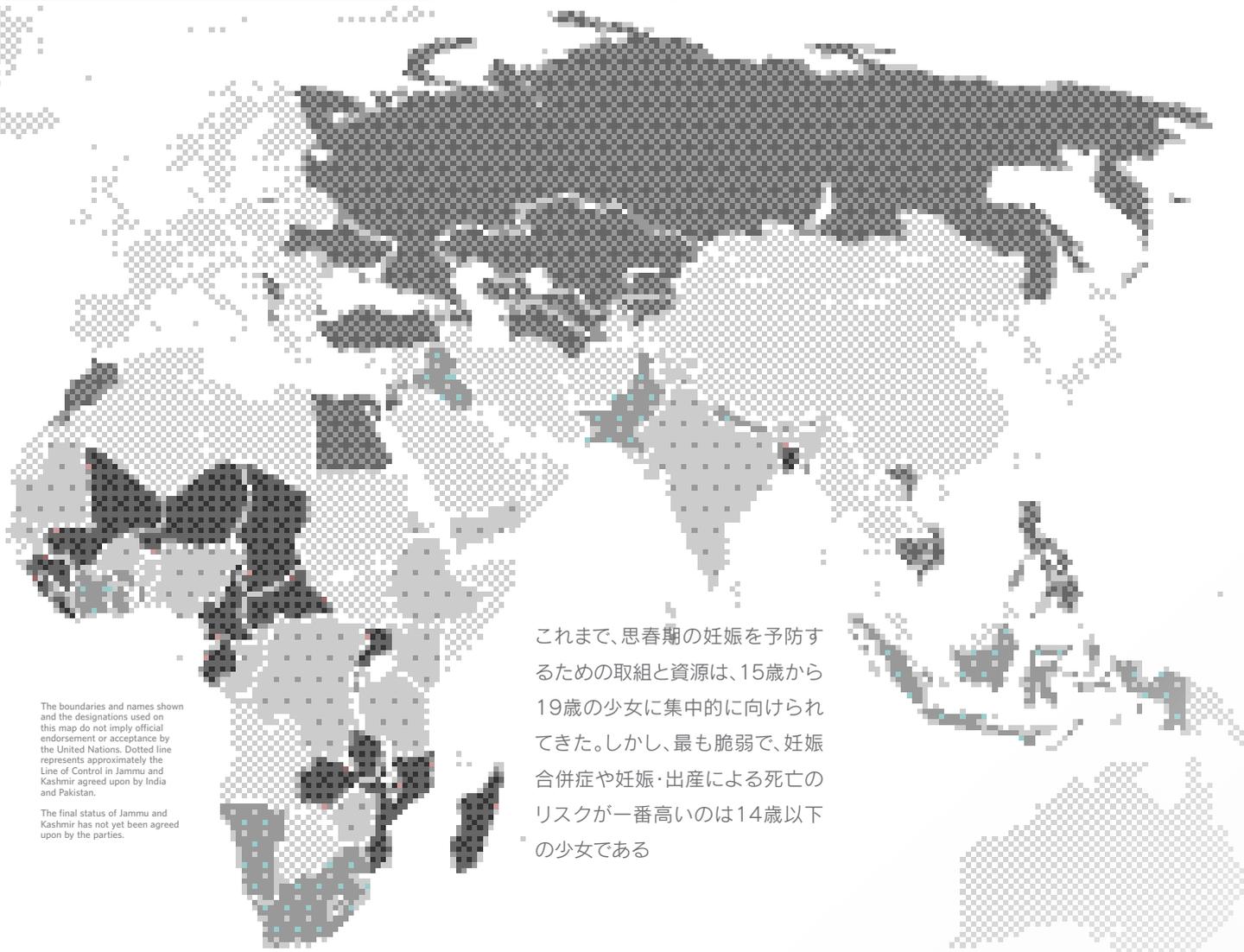
Source: www.devinfo.org/mdg5b. 地図が示すのはDHSまたはMICS調査からデータが得られた国のみ。

20-24歳の女性のうち18歳未満および
15歳未満で出産した人の割合(%)

- 15歳未満の初産年齢
- 18歳未満の初産年齢



Source: UNFPA, 2013. 81カ国のデータに基づいて計算したもの。データは地上推定の人口の83%以上を代表する。1995年から2011年にかけて収集されたデータを使用。



The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan.

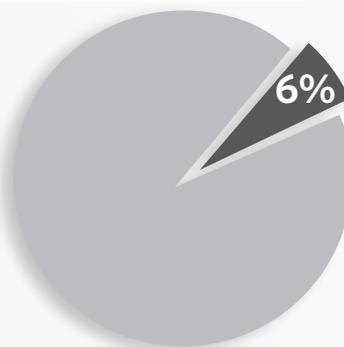
The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties.

これまで、思春期の妊娠を予防するための取組と資源は、15歳から19歳の少女に集中的に向けられてきた。しかし、最も脆弱で、妊娠合併症や妊娠・出産による死亡のリスクが一番高いのは14歳以下の少女である



バングラデシュ、チャド、ギニア、マリ、モザンビーク、ニジェールでは、少女の**10人に1人**は15歳になる前に子どもを産んでいる

15歳未満の出産



開発途上国の中でも、西・中央アフリカでは、15歳未満で出産したと報告された少女がもっとも高い割合(6%)である

「私が12歳のとき、ある男性が家を訪ねてきて、両親に私を嫁にしてくれないかと頼みました。両親は、その人と結婚しなさいと言いました。やがて私はその人に恋をしました。私には兄が2人いて、2人とも学校に通っていましたが、でも、私は絶対に学校には行かせてもらえませんでした。なぜなのかは知らないけれど、多分、私は女でゆくゆくは嫁に出すのだからと考えていたのだと思います。最初の子どもは13歳で産みました。それは正常なことではありませんが、ただそうってしまったのです。出産は大変でしたが、それでもすべてうまくいきました。いまは娘が3人いて、4人目を妊娠しています」

マリエル、25歳、13歳で妊娠(マダガスカル)

に対し、結婚した年齢や最初の妊娠または出産時の年齢を聞いて得ることになる。

情報収集活動を実施するにあたっては、高い倫理基準を維持することが大切である。子どもと思春期の若者は、搾取、虐待、その他有害な行為の被害を受けやすく、成人と比べて力もないことから、特別の保護が必要である。思春期前期の子どもたちの学校教育、一般的な暮らし向き、健康 (well-being) に関する情報は、長期にわたって収集されてきたものの、研究者のほとんどは微妙な問題を調査に含めることを遠

ざけてきた。それはその年齢の行動にふさわしいとされる社会規範があるため、あるいは調査によって有害な結果がもたらされるかもしれないという倫理的懸念があるためであり、さらに思春期の子どもたちの回答の信憑性に疑問がもたれたためだった (Chong et al., 2006)。

10-14歳の年齢層に関するDHSデータについての報告書の中で、ポピュレーション・カウンシル(訳注:人口に関する医学的・政策的研究を行う米国のNGO)は、児童期から思春期への移行に関する重要な指標について研究する必要があると強調している。「思春期初期の年齢層に関するDHSデータを検討していて主に分かることは、私たちがあまり分かっていないということなのです」(Blum et al., 2013)。

研究者の中には、思春期初期の子どもが、自分が直面する障害や今後の行動によって起こり得る結果について、よく考え判断しなければならぬ質問に対し、理解したうえで回答できるだろうかと疑問を投げかける人もいる。また、少女にとって結婚前の性行動はあまりに大きな汚名のため、正確な情報は得られないと思こんでいる研究者もいる (Chong et al., 2006)。

国によって出生率には差がある

思春期の出生率は、貧困や児童婚の浸透度など多くの要因によって、一つの国の中でも差がある。たとえば、ニジェールはチャドに次いで思春期出生率が世界で2番目に高く、児童婚の割合は最も高い国だが、同国のズィンダー地方の少女が18歳未満で出産する可能性は首都ニアメの同年代の少女と比べて3倍も高い。ズィンダーは貧しい農村地域で、住民はおしなべて栄養不良であり、ヘルスサービスを利用する道は限られている。

1998年から2011年にかけて79の途上国でDHSとMICS調査を実施し、その結果得られ

たデータを検討すると、思春期の出生率は、農村地域の教育を受けていない少女の間で、また20%の最貧困層の間で高いことがわかる。

国内での差異は、所得の違いだけが原因ではなく、教育や避妊薬（具）を含むセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスを平等に受けられないこと、児童婚の広まり、地方の慣習と社会的圧力、法律と政策の執行が不適切で不十分なことも原因となっている。

これらの差異を理解することは、政策立案者が国内の地域の多様なニーズに応じて介入策を考案する際の助けになる。

結婚している子どもの妊娠と出産

児童婚の慣習を終わらせることは、ほぼ世界的公約であるにもかかわらず、途上国（中国を除く）では3人に1人の少女が18歳未満で結婚している（UNFPA, 2012）。

この少女たちはほとんどが貧しく、教育をあまり受けておらず、農村地域に住んでいる。今後10年間に、途上国では毎年1400万件の児童婚があると推定されている。

思春期の少女の出生率は、児童婚が広く行われているところで最も高く、児童婚は一般に極度に貧しい地域でより頻繁にみられる。児童婚



◀ UNFPA はネパールで、少女たちに健康問題について教え、基本的ライフスキルを身につけることを勧めるために、「自分の将来を選択しよう」(Choose Your Future)というプログラムを支援している。このプログラムのクラス・リーダー、ウシャ・ヤダブ、16歳

©William Ryan/UNFPA

「突然、世界は一人ぼっちで寂しいところになってしまいました。私は家族からも地域からも除け者にされたと感じました。もはや若者でもなく、女性でもない、どちらにも居場所がありませんでした」

タリサイ、20歳、16歳で妊娠
(ジンバブエ)

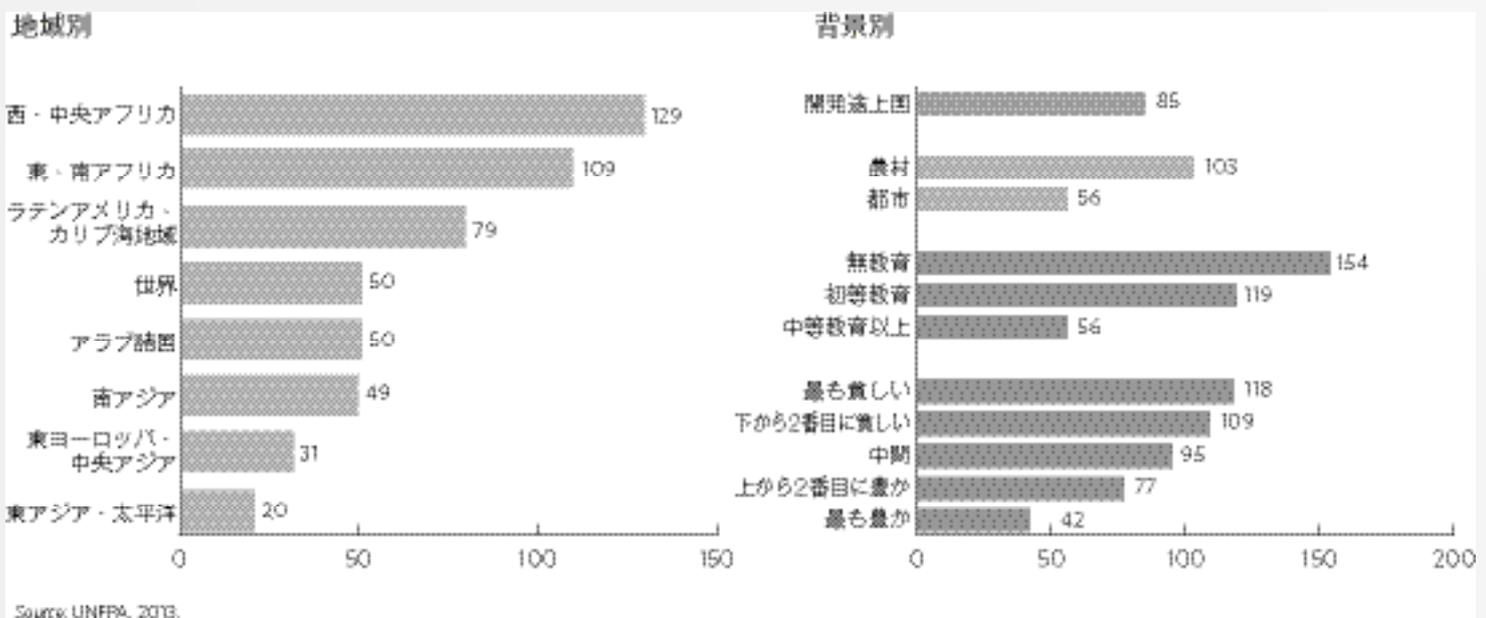
の広がり、アルジェリアの2%からニジェールの75%と、国によりかなり異なる。ニジェールは国民1人あたりの総所得（GNI）が世界で5番目に低い（World Bank, 2013）。

児童婚は15歳未満の少女では減少しているものの、2010年代の現在も依然として5000万人の少女が、15歳未満で結婚させられるリスクにさらされている。

今日、途上国の少女の9人に1人は15歳になる前に結婚させられている。バングラデシュ、チャド、ニジェールでは、3人に1人以上が15歳の誕生日を迎える前に結婚している。エチオピアでは6人に1人である。

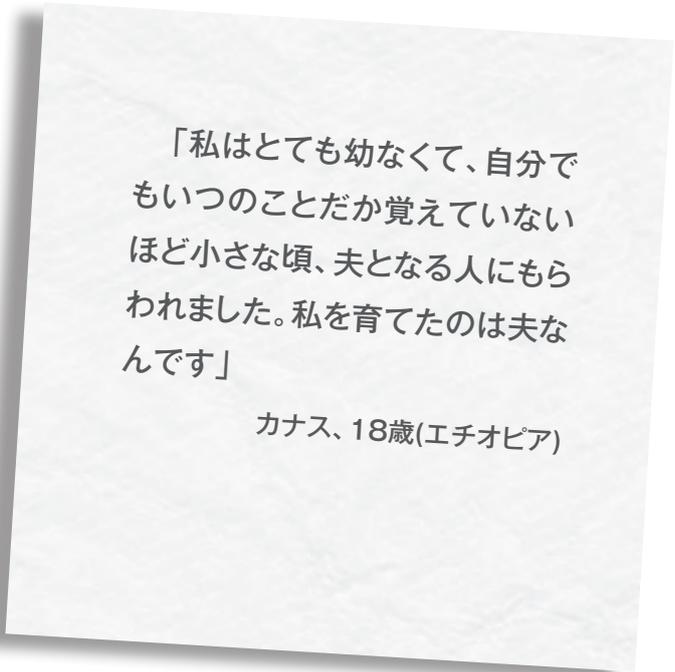
結婚に準じる関係や結婚における夫婦の年齢

思春期の出生率（79カ国、出生1000人あたり）

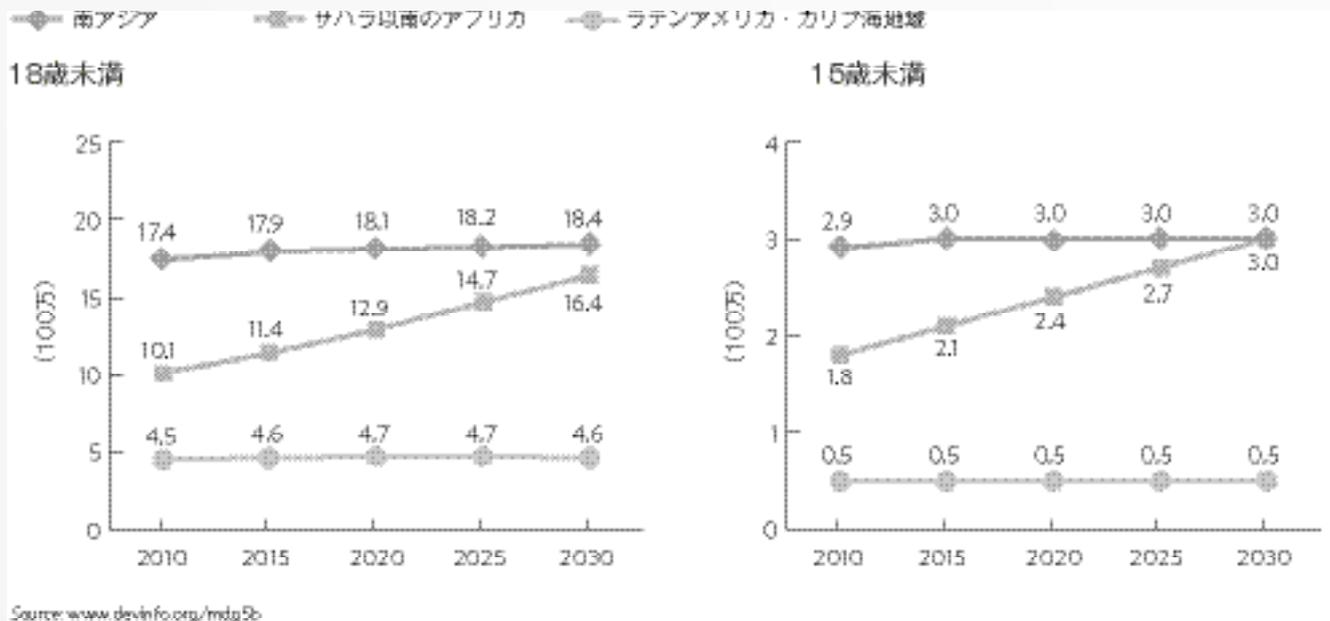


差も思春期の妊娠率に影響する。UNFPAが4カ国を精査したところ、年齢差が大きいほど、少女が18歳未満で妊娠する可能性が高いことがわかった (United Nations, 2011a)。

女性が若くして結婚する傾向のある国では、静態平均初婚年齢 (SMAM) における男女差が概して大きい。2008年時点で女性のSMAMが最も低い3カ国は、ニジェール (17.6年)、マリ (17.8年)、チャド (18.3年) であった。これらの国はすべて男女のSMAMの差が少なくとも6年だった。SMAMは15-49歳の人たちの平均未婚期間のことである (United Nations, 2011a)。



2010年、および2030年までに18歳未満と15歳未満で出産すると予測される少女人口



結婚している思春期の少女の割合(有配偶率)と
思春期の出生率

開発途上地域	15-19歳の少女	
	有配偶率(%)	思春期の出生率 (訳注：15-19歳の少女 1000人あたりの出生数)
アラブ諸国	12	50
アジア・太平洋	15	80
東アジア・太平洋	5	50
南アジア	25	88
東ヨーロッパ・中央アジア	9	31
ラテンアメリカ・カリブ海地域	12	84
サハラ以南のアフリカ	24	120
東・南アフリカ	19	112
西・中央アフリカ	28	129
開発途上国	16	85

Source: www.devinfo.org/mdg5b

18歳未満での初産を報告した女性の割合(%)と
夫婦間の年齢差

夫婦間の年齢差	ニジェール	ブルキナファソ	ボリビア	インド
妻が夫より年上か1-4歳若い	39.9	21.5	29.7	21.6
妻が夫より5-9歳若い	60.1	34.4	41.5	32.3
妻が夫より少なくとも10歳以上若い	59.0	38.5	45.8	39.1
総数	56.8	33.4	34.7	28.5

Source: United Nations, 2011a.

先進国も直面している課題

思春期の妊娠は先進国でも途上国でもみられる。その要因は類似しているが、頻度は大いに異なる。

世界では15-19歳の少女による出産が年間1310万件あるが、そのうち68万件が先進国で起きている (United Nations, 2013)。先進国の中では米国の思春期の出生率が最も高い。米国疾病管理予防センターによると、2011年には32万9772件の出産が15-19歳の思春期の少女によるものと記録された。

多くの中進国を含む経済協力開発機構 (OECD) の加盟国の中で、15-19歳の思春期の少女1000人あたりの出生率はメキシコが最も高く (64.2)、スイスは4.3と最も低い。マルタ以外のすべてのOECD加盟国では、1980年から2008年の間に思春期の妊娠率の減少がみられた。

結 び

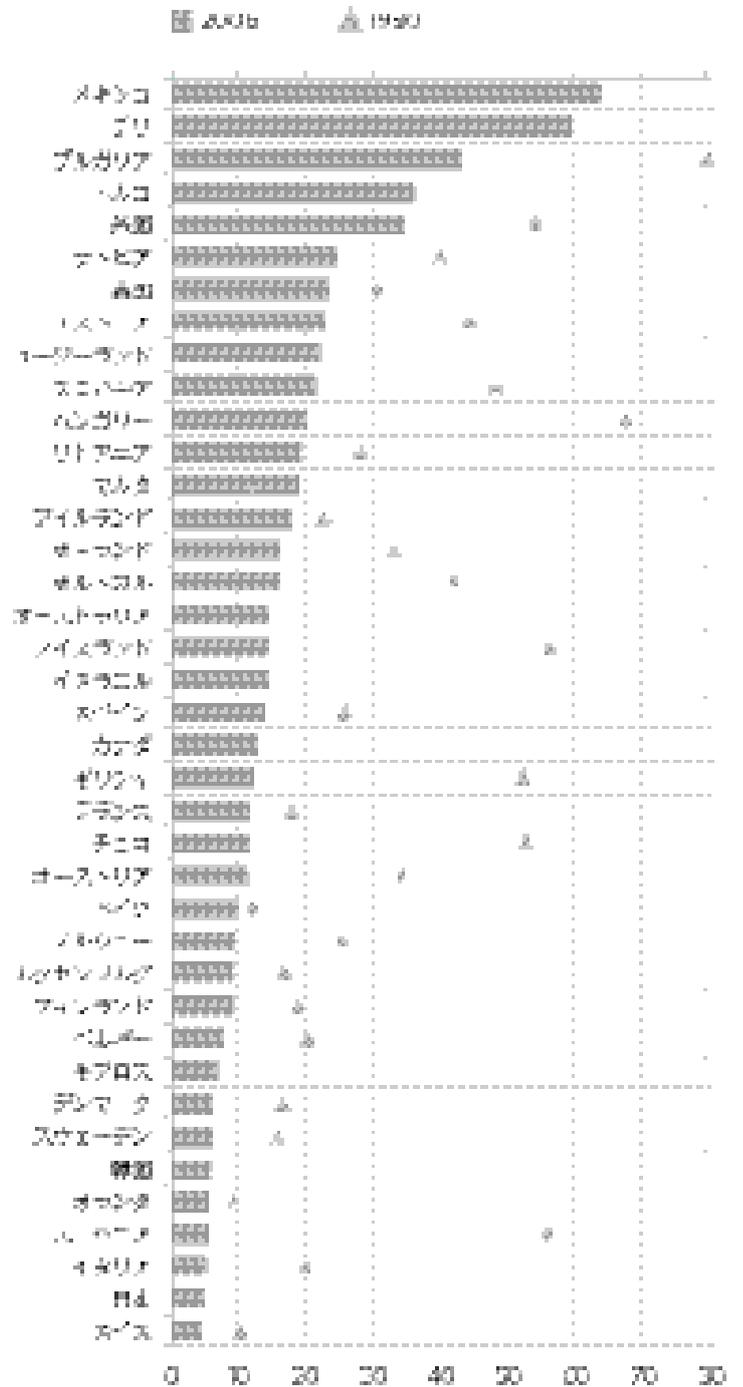
思春期の妊娠のほとんどは途上国で起きる。

開発途上の54カ国で収集したデータによると、思春期の妊娠が起きる頻度は、主に15歳未満の少女の間で減っているが、近年は減少が鈍っている。地域によっては、出産する少女の数が増加することが予測されている。たとえば、サハラ以南のアフリカでは、現在の傾向が続けば、15歳未満で出産する少女の数は現在の年200万人から2030年には年300万人に増えると予測される。

途上国でも先進国でも、思春期の妊娠は低所得世帯の少女や、教育をあまり受けていない少女、農村地域に住んでいる少女に起こりがちである。

妊娠についての回顧的データは、15-19歳と同様、10-14歳の少女についても入手可能であるが、15-19歳の集団については、世帯調査で

OECD加盟国の思春期の出生率
(1980年と2008年、思春期の少女1000人あたり)



Source: <http://www.oecd.org/dataoecd/4/1/45251222.pdf>

思春期と子ども:定義と動向

国連は「思春期」を10-19歳の世代と定義するが、思春期の妊娠または出産に関して入手し得る、国際的に比較可能な統計や推計は、この世代の一部、すなわち15-19歳のみを対象にしている。思春期前期の10-14歳の年齢層に相当する情報ははるかに少ないが、ニーズと脆弱性が最も大きいのは、より年少なこの集団である。

子どもの権利条約によると、18歳未満は誰でも「子ども」と見なされる。本白書では子どもによる妊娠と出産に焦点を当てているが、しばしば思春期という、より大きな集団の妊娠と出産に関するデータに頼らざるをえない。妊娠する子ども（18歳未満）についてのデータはさらに限られ、世界の国々の3分の1をわずかに上回る程度しか網羅できない。

大幅に増加しつつある思春期人口

2010年、世界の思春期の人口は12億人と推計された。人類の歴史の中で最大数の思春期世代である。思春期の人口は世界人口の約18%を占める。思春期の総人口の88%は途上国に住み、また思春期の少女の約半数（49%）は、中国、インド、インドネシア、ナイジェリア、パキスタン、米国のわずか6カ国に住んでいる。

現在の人口増加の傾向が続けば、2030年までに思春期の少女の4人に1人がサハラ以南のアフリカに住むことになるだろう。そこでは18歳未満の思春期の母親の数が、合計で2010年の1010万人から2030年には1640万人に増加すると推計される。

彼女たちを直接調査の対象にしているため、より多くのことを知ることができる。

婚外妊娠や婚外出産に関するデータは特に少ない。しかし、これらのデータは、この集団における妊娠の決定要因、直面する課題や脆弱性、妊娠が人生に及ぼす影響を理解するうえで不可欠である。また政府、地域、家族が少女の妊娠を予防する手助けをしたり、すでに妊娠、出産した少女を支援するための対策をたてる際にもきわめて重要である。

しかし、妊娠した少女一人ひとりがどのような人生をたどるかは、少女がどれだけ年少かによってのみ決定されるものではなく、どこに住んでいるか、権利と機会を通していかに自分自身に力をつけていくか、ヘルスケア、教育、経済的資源をどれだけ利用できるかによっても左右される。たとえば、妊娠が、結婚している14歳の農村の少女に及ぼす影響は、都会に住み、家族の支援や経済力をあてにできる未婚の18歳の女性の場合と大きく異なる。

18歳未満の少女（とりわけ10-14歳の思春期初期世代）の妊娠のパターン、動向、周囲の状況に関するより詳細なデータと関連情報は、介入策の対象を絞り、政策を策定するための基礎資料となるだろう。さらに、妊娠した少女個人の領域をはるかに超えた、複雑で多面的な妊娠の因果関係を、より深く理解するうえでも基礎資料として役立つだろう。しかし、同様に重要なことは、また同様に限られてもいることだが、それは思春期の少女の子どもの父親となる男性や少年に関するデータと洞察力である。

思春期の妊娠は途上国だけの懸案事項ではない。毎年数十万の思春期の妊娠が高所得国と中所得国でも報告されている。さらに途上国で見られるパターンのいくつかは先進国にも関連性がある。すなわち低所得世帯で農村地域に住んでおり、教育程度の低い、または学校を中退し

思春期の妊娠率と出生率の推定

思春期の妊娠については正確なデータが乏しい。人口動態の登録制度では妊娠ではなく、出産の情報を収集する。出産と違い、妊娠は一般に国レベルの統計機関にまで報告されず、集計されることはない。場合によっては、本人が妊娠していることに気づかない非常に早い段階で、妊娠が消滅してしまうことがある。妊娠は途上国では記録されずにいる可能性がある。というのは、思春期の少女たちはしばしば産前ケアを利用しないか、またはできないため、ヘルスケアの提供者が気づかないからである。自然流産や人工妊娠中絶（しばしば非合法で秘密裏に行われる）に終わる妊娠も、ほとんどの国のデータベースから欠落している。

したがって、ほとんどの国は思春期の妊娠率に関するデータの代用として出産の情報に頼っている。推定出生率は常に妊娠率より低い。たとえば、2008年の研究によると、米国の15-19歳の思春期の少女の妊娠率は1000人あたり68で、一方出生率は1000人あたり40であった（Kost and Henshaw, 2013）。妊娠率は、自然流産、人工妊娠中絶、死産、出産を含むが、出生率に含まれるのは出生数のみである。

人口学者がよりどころとする代用データは2つの方法で収集される。

- 回顧的手法を用いる。20-24歳の年齢層の女性に、それより若い時期、一般には18歳以前に子どもを産んだことがあるかどうかを尋ねる。本白書の中で引用した回顧的手法を使ったデータの出所は、人口保健調査（DHS）と複数指標クラスター調査（MICS）である。これらの調査は81の途上国で実施されている。
- 思春期の出生率（ABR）を計算する。

$$\text{思春期の出生率} = \frac{\text{15-19歳の少女による総出生数} \times 1,000}{\text{15-19歳の少女の総人口}}$$

回顧的手法は18歳未満の少女の出産に対する理解を深めるだけでなく、15歳未満の少女の出産に対する洞察を深めてくれる。しかし、思春期の出生率には15-19歳の少女の出生数しか含まれない。

た少女、あるいは少数民族、移民、社会から疎外された特定の集団に属する少女は、妊娠する可能性が高い。途上国では思春期の妊娠はほとんど婚姻内で起きている。一方、先進国では婚外で起きる傾向が増している。



भौतिक कैलेंडर

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

5

未来への 道のりを描く(抄録)

- 1 10歳から14歳の少女に働きかける。**
 - 早期に予防のための介入策を講じる。
 - 政策決定者にとって伝統的に見えない存在だった少女に見える存在にする。
- 2 思春期の少女の教育に対し戦略的投資を行う。**
- 3 人権に基づいたアプローチを採用し人権に対する国際的責務に応える。**
- 4 思春期の若者が包括的性教育、サービス、妊産婦保健ケアを利用できるよう保証する。**
 - 包括的性教育を普及拡大する。
 - カリキュラムのなかでジェンダーの平等と人権の視点を強調する。
 - 思春期の若者が利用するヘルスサービスの利便性を確立し、強化し、拡大させる。
 - 少女が産前ケア、専門技能者の出産立会い、人工妊娠中絶後のサービスをより簡便に利用できるようにする。
- 5 児童婚と性的暴力・強要を防止する。**
 - 児童婚を禁止する法律を制定・施行し、その原因の究明に取り組む。
 - 性的暴力と強要から少女を守る。
- 6 多面的プログラムを支援する。**
 - 少女の脆弱性の原因となるすべての課題に取り組む。
- 7 男性と男子を巻き込む。**
 - ジェンダー変容アプローチ（訳注：ジェンダーによる固定的性役割、性の不平等の根本原因に取り組むアプローチ）を取り入れる。
 - ジェンダーやセクシュアリティに対する行動が固定する前に男子を巻き込む。
 - 父親の巻き込みも行う。
- 8 2015年後に向けて思春期の健康と権利を支援するための基礎づくりを行う。**

© Mark Tuschman/AMMD

カイロ会議の目標の検証

国/領域/ その他の地域	妊産婦と乳幼児の健康の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			教育の指標			
	妊産婦 死亡率 (出生10万対、 2010)	専門技能者の 立会いの下で の出産 (%、 2005-2012)	15-19歳の 少女1000人 あたりの 出生数 (1991/2010)	5歳未満児 死亡率 (出生1000対、 2010-2015)	15-49歳の 女性の避妊 実行率 (何らかの 方法、%、 1990/2012)	15-49歳の 女性の 避妊実行率 (近代的 避妊法、%、 1990/2012)	家族計画の アンメツ ニーズ(未充 足ニーズ)の 割合(%、 1988/2012)	初等教育就学率(全体) (%、1999/2012)		中等教育就学率(全体) (%、1999/2012)	
								男	女	男	女
アフガニスタン	460	36	90	92	22	16				34	13
アルバニア	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
アルジェリア	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
アンゴラ	450	49	165	156	18			93	78	15	12
アンティグア・バーブーダ島		100	67	11				87	85	85	85
アルゼンチン	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
アルメニア	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
アルバ			36	17				93	96	70	74
オーストラリア ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
オーストリア	4	99	10	4	70	68					
アゼルバイジャン	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
バハマ	47	99	41	13				94	96	82	88
バーレーン	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
バングラデシュ	240	31	133	42	61	52	14			43	51
バルバドス	51	100	50	12				90	97	83	95
ベラルーシ	4	100	21	7	73	56					
ベルギー	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
ベリーズ	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
ベナン	350	84	114	108	13	8	27			27	13
ブータン	180	58	59	48	66	65	12	89	92	54	62
ボリビア	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
ボスニア・ヘルツェゴビナ	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
ボツワナ	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
ブラジル	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
ブルネイ	24	10	18	5						98	100
ブルガリア	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
ブルキナファソ	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
ブルンジ	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
カンボジア	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
カメルーン	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39
カナダ	12	99	14	5	74	72		100	100		
カーボヴェルデ	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
中央アフリカ共和国	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
チャド	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
チリ	25	100	54	7	64			93	93	83	87
中国 ²	37	96	6	16	85	84	2				
中国(香港) ³			3	3	80	75		95	100	72	74
中国(マカオ) ⁴			3	5				87	88	80	77
コロンビア	92	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79

カイロ会議の目標の検証

国/領域/その他の地域	妊産婦と乳幼児の健康の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			教育の指標			
	妊産婦 死亡率 (出生10万対、 2010)	専門技能者の 立会いの下で の出産 (%、 2005-2012)	15-19歳の 少女1000人 あたりの 出生数 (1991/2010)	5歳未満児 死亡率 (出生1000対、 2010-2015)	15-49歳の 女性の避妊 実行率 (何らかの 方法、%、 1990/2012)	15-49歳の 女性の 避妊実行率 (近代的 避妊法、%、 1990/2012)	家族計画の アンメット ニーズ(未充 足ニーズ)の 割合(%、 1988/2012)	初等教育就学率(全体) (%、1999/2012)		中等教育就学率(全体) (%、1999/2012)	
							男	女	男	女	
コモロ	280		95	92	26	19	36	81	75		
コンゴ民主共和国	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
コンゴ共和国	560	94	132	97	45	13	20	95	90		
コスタリカ	40	95	67	10	82	80	5				
コートジボワール	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
クロアチア	17	100	13	6				95	97	88	94
キューバ	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
キュラソー				13							
キプロス	10	98	4	4				99	99	88	90
チェコ	5	100	11	3	86	78	4				
デンマーク	12	99	6	4				95	97	88	91
ジブチ	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
ドミニカ		100	48					96	97	80	89
ドミニカ共和国	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
エクアドル	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
エジプト	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
エルサルバドル	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
赤道ギニア	240		128	143	10	6		59	59		
エリトリア	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
エストニア	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
エチオピア	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
フィジー	26	100	31	20				99	99	81	88
フィンランド	5	99	8	3				98	98	93	94
フランス	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
仏領ギアナ			84	14							
仏領ポリネシア			41	8							
ガボン	230		144	65	31	19	28				
ガンビア	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
グルジア	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
ドイツ	7	99	9	4	66	62		100	100		
ガーナ	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
ギリシャ	3		12	4	76	46		99	99	98	98
グレナダ	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
グアダループ			21	6							
グアム			52	11	67	58					
グアテマラ	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
ギニア	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
ギニアビサウ	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
ガイアナ	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81
ハイチ	350	26	69	67	35	31	37				
ホンジュラス	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
ハンガリー	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92

カイロ会議の目標の検証

国/領域/その他の地域	妊産婦と乳幼児の健康の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			教育の指標			
	妊産婦 死亡率 (出生10万対、 2010)	専門技能者の 立会いの下で の出産 (%、 2005-2012)	15-19歳の 少女1000人 あたりの 出生数 (1991/2010)	5歳未満児 死亡率 (出生1000対、 2010-2015)	15-49歳の 女性の避妊 実行率 (何らかの 方法、%、 1990/2012)	15-49歳の 女性の 避妊実行率 (近代的 避妊法、%、 1990/2012)	家族計画の アンメット ニーズ(未充 足ニーズ)の 割合(%、 1988/2012)	初等教育就学率(全体) (%、1999/2012)		中等教育就学率(全体) (%、1999/2012)	
							男	女	男	女	
アイスランド	5		15	3				99	99	88	89
インド	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
インドネシア	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
イラン	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
イラク	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
アイルランド	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
イスラエル	7		14	4				97	98	97	100
イタリア	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
ジャマイカ	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
日本	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
ヨルダン	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
カザフスタン	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
ケニア	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
キリバス		98	39	42	22	18	28			65	72
北朝鮮	81	100	1	28							
韓国	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
クウェート	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
キルギス	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
ラオス	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
ラトビア	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
レバノン	25		18	10	58	34		97	97	72	80
レソト	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
リベリア	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
リビア	58	98	4	16	45	26					
リトアニア	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
ルクセンブルク	20		7	3				94	96	85	88
マダガスカル	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
マラウイ	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
マレーシア	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
モルディブ	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
マリ	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
マルタ	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
マルチニーク			20	7							
モーリタニア	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
モーリシャス ⁵	60	100	31	13	76	39	4			74	74
メキシコ	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74
ミクロネシア	100	100	52	40							
モルドバ	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
モンゴル	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
モンテネグロ	8	100	24	10	39	17		93	94		
モロッコ	100	74	18	32	67	57	12			38	32

カイロ会議の目標の検証

国/領域/その他の地域	妊産婦と乳幼児の健康の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			教育の指標			
	妊産婦 死亡率 (出生10万対、 2010)	専門技能者の 立会いの下での 出産 (%、 2005-2012)	15-19歳の 少女1000人 あたりの 出生数 (1991/2010)	5歳未満児 死亡率 (出生1000対、 2010-2015)	15-49歳の 女性の避妊 実行率 (何らかの 方法、%、 1990/2012)	15-49歳の 女性の 避妊実行率 (近代的 避妊法、%、 1990/2012)	家族計画の アンメット ニーズ(未充 足ニーズ)の 割合(%、 1988/2012)	初等教育就学率(全体) (%、1999/2012)		中等教育就学率(全体) (%、1999/2012)	
							男	女	男	女	
モザンビーク	490	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17
ミャンマー	200	71	17	63	46	46	19			49	52
ナミビア	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
ネパール	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
オランダ	6		5	4	69	67		100	99	87	88
ニューカレドニア			21	15	75	72					
ニュージーランド	15	96	29	5				99	100	94	95
ニカラグア	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
ニジェール	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
ナイジェリア	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
ノルウェー	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
オマーン	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
パキスタン	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
パナマ	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
バブアニューギニア	230	43	70	62	32	24	27				
パラグアイ	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
ペルー	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
フィリピン	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
ポーランド	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
ポルトガル	8		16	3	87	83		99	100	78	86
プエルトリコ			55	8	84	72	4	81	86		
カタール	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
レユニオン			43	5	67	64					
ルーマニア	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83
ロシア	34	100	30	12	80	65		95	96		
ルワンダ	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
セントクリストファー・ネイビス		100	67					86	89	84	88
セント・ルシア	35	99	49	14				88	88	85	85
セント・ヴァインセントおよび グレナディーン諸島	48	99	70	21				100	97	84	86
サモア		81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
サンマリノ			1					91	93		
サントメ・プリンシペ	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
サウジアラビア	24	100	7	12	24			97	97		
セネガル	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
セルビア ⁶	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
セーシェル		99	62	10				96	94	92	100
シエラレオネ	890	61	98	187	11	10	27				
シンガポール	3	100	6	2	62	55					
スロバキア	6	100	21	7	80	66					
スロベニア	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93
ソロモン諸島	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
ソマリア	1000	9	123	131	15	1					
南アフリカ共和国	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65

カイロ会議の目標の検証

国/領域/その他の地域	妊産婦と乳幼児の健康の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			教育の指標			
	妊産婦 死亡率 (出生10万対、 2010)	専門技能者の 立会いの下で の出産 (%、 2005/2012)	15-19歳の 少女1000人 あたりの 出生数 (1991/2010)	5歳未満児 死亡率 (出生1000対、 2010-2015)	15-49歳の 女性の避妊 実行率 (何らかの 方法、%、 1990/2012)	15-49歳の 女性の 避妊実行率 (近代的 避妊法、%、 1990/2012)	家族計画の アンメット ニーズ(未充 足ニーズ)の 割合(%、 1988/2012)	初等教育就学率(全体) (%、1999/2012)		中等教育就学率(全体) (%、1999/2012)	
							男	女	男	女	
南スーダン			123		4	1					
スペイン	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
スリランカ	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
パレスチナ ⁷	64		60	23	50	39		90	90	77	85
スーダン	730		70	86	9		29	50	42		
スリナム	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
スワジランド	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
スウェーデン	4		6	3	75	65		100	99	93	93
スイス	8		4	4	82	78		99	100	83	81
シリア	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
タジキスタン	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
タンザニア	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
タイ	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
マケドニア旧ユーゴスラビア	10	100	20	11				97	99	82	81
東ティモール	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
トーゴ	300	44	89	103	15	13	37			33	16
トンガ	110	99	16	24				94	89	67	80
トリニダード・トバゴ	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
チュニジア	56	95	6	17	63		7	100	99		
トルコ	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
トルクメニスタン	67	100	21	60	62	53	13				
タークス・カイコス諸島			26					77	84	72	69
ツバル		93	28		31	22	24				
ウガンダ	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
ウクライナ	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
アラブ首長国連邦	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
英国	12		25	5	84	84		100	100	97	100
米国	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
米領バージン諸島			52	11	78	73					
ウルグアイ	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
ウズベキスタン	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
バヌアツ	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
ベネズエラ	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
ベトナム	59	92	35	20	78	60	4				
西サハラ			46								
イエメン	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
ザンビア	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
ジンバブエ	570	66	115	53	59	57	15				

世界/
地域データ¹⁶

	妊産婦と乳幼児の健康の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			教育の指標			
	妊産婦 死亡率 (出生10万対、 2010)	専門技能者の 立会いの下で の出産 (%、 2005-2012)	15-19歳の 少女1000人 あたりの 出生数 (1991/2010)	5歳未満児 死亡率 (出生1000対、 2010-2015)	15-49歳の 女性の避妊 実行率 (何らかの 方法、%、 1990/2012)	15-49歳の 女性の 避妊実行率 (近代的 避妊法、%、 1990/2012)	家族計画の アンメット ニーズ(未充 足ニーズ)の 割合(%、 1988/2012)	初等教育就学率(全体) (%、1999/2012)		中等教育就学率(全体) (%、1999/2012)	
								男	女	男	女
世界全体	210	70	49	52	64	57	12	92	90	64	61
先進工業地域 ⁸	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
開発途上地域 ⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
後発開発途上国 ¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
アラブ諸国 ¹¹	140	76	76	44	53	44	17	89	83	64	58
アジア・太平洋 ¹²	160	69	69	40	68	63	10	95	94	63	60
東ヨーロッパ・中央アジア ¹³	32	98	98	26	67	53	11	94	94	86	85
ラテンアメリカ・カリブ海地域 ¹⁴	81	91	91	23	73	67	10	95	96	74	78
サハラ以南のアフリカ ¹⁵	500	48	48	110	28	21	25	80	77	27	21

人口指標

国/領域/ その他の地域	人口 (百万人) (2013)	年平均 増加率 (%、 2010-2015)	平均寿命 (歳、 2010-2015) の年平均		合計 出生率 (2010- 2015の 年平均)	10-19歳 の人口の 割合 (%、 2010)
			男	女		
アフガニスタン	30.6	2.4	59	62	5.0	23
アルバニア	3.2	0.3	75	81	1.8	19
アルジェリア	39.2	1.8	69	73	2.8	17
アンゴラ	21.5	3.1	50	53	5.9	21
アンティグア・バーブーダ島	0.1	1.0	73	78	2.1	18
アルゼンチン	41.4	0.9	73	80	2.2	16
アルメニア	3.0	0.2	71	78	1.7	15
アルバ	0.1	0.4	73	78	1.7	15
オーストラリア ¹	23.3	1.3	80	85	1.9	13
オーストリア	8.5	0.4	78	84	1.5	11
アゼルバイジャン	9.4	1.1	68	74	1.9	17
バハマ	0.4	1.4	72	78	1.9	16
バーレーン	1.3	1.7	76	77	2.1	11
バングラデシュ	156.6	1.2	70	71	2.2	21
バルバドス	0.3	0.5	73	78	1.8	14
ベラルーシ	9.4	-0.5	64	76	1.5	11
ベルギー	11.1	0.4	78	83	1.8	11
ベリーズ	0.3	2.4	71	77	2.7	20
ベナン	10.3	2.7	58	61	4.9	21
ブータン	0.8	1.6	68	68	2.3	20
ボリビア	10.7	1.6	65	69	3.3	21
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.8	-0.1	74	79	1.3	14
ボツワナ	2.0	0.9	48	47	2.6	22
ブラジル	200.4	0.8	70	77	1.8	17
ブルネイ	0.4	1.4	77	80	2.0	17
ブルガリア	7.2	-0.8	70	77	1.5	10
ブルキナファソ	16.9	2.8	55	57	5.6	22
ブルンジ	10.2	3.2	52	56	6.1	21
カンボジア	15.1	1.7	69	74	2.9	21
カメルーン	22.3	2.5	54	56	4.8	22
カナダ	35.2	1.0	79	84	1.7	12
カーボヴェルデ	0.5	0.8	71	79	2.3	23
中央アフリカ共和国	4.6	2.0	48	52	4.4	22
チャド	12.8	3.0	50	52	6.3	22
チリ	17.6	0.9	77	83	1.8	16
中国 ²	1385.6	0.6	74	77	1.7	14
中国(香港) ³	7.2	0.7	80	86	1.1	11
中国(マカオ) ⁴	0.6	1.8	78	83	1.1	11
コロンビア	48.3	1.3	70	78	2.3	18
コモロ	0.7	2.4	59	62	4.7	20
コンゴ民主共和国	67.5	2.7	48	52	6.0	22
コンゴ共和国	4.4	2.6	57	60	5.0	20

国/領域/ その他の地域	人口 (百万人) (2013)	年平均 増加率 (%、 2010-2015)	平均寿命 (歳、 2010-2015) の年平均		合計 出生率 (2010- 2015の 年平均)	10-19歳 の人口の 割合 (%、 2010)
			男	女		
コスタリカ	4.9	1.4	78	82	1.8	17
コートジボワール	20.3	2.3	50	51	4.9	22
クロアチア	4.3	-0.4	74	80	1.5	11
キューバ	11.3	-0.1	77	81	1.5	13
キュラソー	0.2	2.2	74	80	1.9	14
キプロス	1.1	1.1	78	82	1.5	13
チェコ	10.7	0.4	75	81	1.6	10
デンマーク	5.6	0.4	77	81	1.9	12
ジブチ	0.9	1.5	60	63	3.4	21
ドミニカ	0.1	0.4				
ドミニカ共和国	10.4	1.2	70	77	2.5	19
エクアドル	15.7	1.6	74	79	2.6	19
エジプト	82.1	1.6	69	73	2.8	19
エルサルバドル	6.3	0.7	68	77	2.2	23
赤道ギニア	0.8	2.8	51	54	4.9	20
エリトリア	6.3	3.2	60	65	4.7	20
エストニア	1.3	-0.3	69	80	1.6	11
エチオピア	94.1	2.6	62	65	4.6	23
フィジー	0.9	0.7	67	73	2.6	18
フィンランド	5.4	0.3	77	84	1.9	12
フランス	64.3	0.5	78	85	2.0	12
仏領ギアナ	0.2	2.5	74	81	3.1	18
仏領ポリネシア	0.3	1.1	74	79	2.1	18
ガボン	1.7	2.4	62	64	4.1	20
ガンビア	1.8	3.2	57	60	5.8	21
グルジア	4.3	-0.4	70	78	1.8	13
ドイツ	82.7	-0.1	78	83	1.4	10
ガーナ	25.9	2.1	60	62	3.9	21
ギリシャ	11.1	0.0	78	83	1.5	10
グレナダ	0.1	0.4	70	75	2.2	20
グアダルルーバ	0.5	0.5	77	84	2.1	15
グアム	0.2	1.3	76	81	2.4	18
グアテマラ	15.5	2.5	68	75	3.8	22
ギニア	11.7	2.5	55	57	5.0	21
ギニアビサウ	1.7	2.4	53	56	5.0	21
ガイアナ	0.8	0.5	64	69	2.6	20
ハイチ	10.3	1.4	61	65	3.2	22
ホンジュラス	8.1	2.0	71	76	3.0	22
ハンガリー	10.0	-0.2	70	79	1.4	11
アイスランド	0.3	1.1	80	84	2.1	14
インド	1252.1	1.2	65	68	2.5	19
インドネシア	249.9	1.2	69	73	2.3	17
イラン	77.4	1.3	72	76	1.9	17

国/領域/その他の地域	人口 (百万人) (2013)	年平均 増加率 (%、 2010-2015)	平均寿命 (歳、 2010-2015) の年平均		合計 出生率 (2010- 2015の 年平均)	10-19歳 の人口の 割合 (%、 2010)
			男	女		
イラク	33.8	2.9	66	73	4.1	21
アイルランド	4.6	1.1	78	83	2.0	12
イスラエル	7.7	1.3	80	83	2.9	15
イタリア	61.0	0.2	80	85	1.5	9
ジャマイカ	2.8	0.5	71	76	2.3	20
日本	127.1	-0.1	80	87	1.4	9
ヨルダン	7.3	3.5	72	76	3.3	18
カザフスタン	16.4	1.0	61	72	2.4	15
ケニア	44.4	2.7	60	63	4.4	21
キリバス	0.1	1.5	66	72	3.0	21
北朝鮮	24.9	0.5	66	73	2.0	16
韓国	49.3	0.5	78	85	1.3	13
クウェート	3.4	3.6	73	75	2.6	13
キルギス	5.5	1.4	63	72	3.1	20
ラオス	6.8	1.9	67	69	3.0	23
ラトビア	2.1	-0.6	67	77	1.6	11
レバノン	4.8	3.0	78	82	1.5	18
レソト	2.1	1.1	49	50	3.1	24
リベリア	4.3	2.6	59	61	4.8	21
リビア	6.2	0.9	73	77	2.4	18
リトアニア	3.0	-0.5	66	78	1.5	13
ルクセンブルク	0.5	1.3	78	83	1.7	12
マダガスカル	22.9	2.8	63	66	4.5	22
マラウイ	16.4	2.8	55	55	5.4	22
マレーシア	29.7	1.6	73	77	2.0	19
モルディブ	0.3	1.9	77	79	2.3	21
マリ	15.3	3.0	55	55	6.9	21
マルタ	0.4	0.3	77	82	1.4	12
マルチニーク	0.4	0.2	78	84	1.8	14
モーリタニア	3.9	2.5	60	63	4.7	21
モーリシャス ⁵	1.2	0.4	70	77	1.5	16
メキシコ	122.3	1.2	75	80	2.2	19
ミクロネシア	0.1	0.2	68	70	3.3	26
モルドバ	3.5	-0.8	65	73	1.5	14
モンゴル	2.8	1.5	64	71	2.4	18
モンテネグロ	0.6	0.0	72	77	1.7	14
モロッコ	33.0	1.4	69	73	2.8	19
モザンビーク	25.8	2.5	49	51	5.2	21
ミャンマー	53.3	0.8	63	67	2.0	18
ナミビア	2.3	1.9	62	67	3.1	23

国/領域/その他の地域	人口 (百万人) (2013)	年平均 増加率 (%、 2010-2015)	平均寿命 (歳、 2010-2015) の年平均		合計 出生率 (2010- 2015の 年平均)	10-19歳 の人口の 割合 (%、 2010)
			男	女		
ネパール	27.8	1.2	67	69	2.3	22
オランダ	16.8	0.3	79	83	1.8	12
ニューカレドニア	0.3	1.3	74	79	2.1	16
ニュージーランド	4.5	1.0	79	83	2.1	14
ニカラグア	6.1	1.4	72	78	2.5	22
ニジェール	17.8	3.9	58	58	7.6	20
ナイジェリア	173.6	2.8	52	53	6.0	21
ノルウェー	5.0	1.0	79	84	1.9	13
オマーン	3.6	7.9	75	79	2.9	14
パキスタン	182.1	1.7	66	67	3.2	22
パナマ	3.9	1.6	75	80	2.5	17
バプアニューギニア	7.3	2.1	60	64	3.8	21
パラグアイ	6.8	1.7	70	75	2.9	20
ペルー	30.4	1.3	72	77	2.4	19
フィリピン	98.4	1.7	65	72	3.1	21
ポーランド	38.2	0.0	72	80	1.4	12
ポルトガル	10.6	0.0	77	83	1.3	10
プエルトリコ	3.7	-0.2	75	82	1.6	16
カタール	2.2	5.9	78	79	2.1	6
レユニオン	0.9	1.2	76	83	2.2	16
ルーマニア	21.7	-0.3	70	77	1.4	11
ロシア	142.8	-0.2	62	74	1.5	11
ルワンダ	11.8	2.7	62	65	4.6	22
セントクリストファー・ネイビス	0.1	1.1				
セント・ルシア	0.2	0.8	72	77	1.9	18
セント・ヴィンセントおよび グレナディーン諸島	0.1	0.0	70	75	2.0	19
サモア	0.2	0.8	70	76	4.2	22
サントメ・プリンシペ	0.2	2.6	64	68	4.1	20
サウジアラビア	28.8	1.8	74	77	2.7	16
セネガル	14.1	2.9	62	65	5.0	21
セルビア ⁶	9.5	-0.5	71	77	1.4	13
セーシェル	0.1	0.6	69	78	2.2	15
シエラレオネ	6.1	1.9	45	46	4.7	21
シンガポール	5.4	2.0	80	85	1.3	13
スロバキア	5.5	0.1	71	79	1.4	12
スロベニア	2.1	0.2	76	83	1.5	10
ソロモン諸島	0.6	2.1	66	69	4.1	21
ソマリア	10.5	2.9	53	57	6.6	22
南アフリカ共和国	52.8	0.8	55	59	2.4	18
南スーダン	11.3	4.0	54	56	5.0	21
スペイン	46.9	0.4	79	85	1.5	9
スリランカ	21.3	0.8	71	77	2.4	15

人口指標

国/領域/その他の地域	人口 (百万人) (2013)	年平均 増加率 (%、 2010-2015)	平均寿命 (歳、 2010-2015) の年平均		合計 出生率 (2010- 2015の 年平均)	10-19歳 の人口の 割合 (%、 2010)
			男	女		
パレスチナ ⁷	4.3	2.5	71	75	4.1	24
スーダン	38.0	2.1	60	64	4.5	22
スリナム	0.5	0.9	68	74	2.3	18
スワジランド	1.2	1.5	50	49	3.4	24
スウェーデン	9.6	0.7	80	84	1.9	12
スイス	8.1	1.0	80	85	1.5	11
シリア	21.9	0.7	72	78	3.0	21
タジキスタン	8.2	2.4	64	71	3.9	21
タンザニア	49.3	3.0	60	63	5.2	21
タイ	67.0	0.3	71	78	1.4	14
マケドニア旧ユーゴスラビア	2.1	0.1	73	77	1.4	14
東ティモール	1.1	1.7	66	69	5.9	27
トーゴ	6.8	2.6	56	57	4.7	21
トンガ	0.1	0.4	70	76	3.8	22
トリニダード・トバゴ	1.3	0.3	66	74	1.8	14
チュニジア	11.0	1.1	74	78	2.0	16
トルコ	74.9	1.2	72	79	2.1	17
トルクメニスタン	5.2	1.3	61	70	2.3	20
タークス・カイコス諸島	0.0	2.1				
ツバル	0.0	0.2				
ウガンダ	37.6	3.3	58	60	5.9	22
ウクライナ	45.2	-0.6	63	74	1.5	11
アラブ首長国連邦	9.3	2.5	76	78	1.8	10
英国	63.1	0.6	78	82	1.9	12
米国	320.1	0.8	76	81	2.0	13
米領バージン諸島	0.1	0.1	77	83	2.5	14
ウルグアイ	3.4	0.3	74	80	2.1	15
ウズベキスタン	28.9	1.4	65	72	2.3	21
バヌアツ	0.3	2.2	70	74	3.4	20
ベネズエラ	30.4	1.5	72	78	2.4	18
ベトナム	91.7	1.0	71	80	1.8	17
西サハラ	0.6	3.2	66	70	2.4	16
イエメン	24.4	2.3	62	64	4.1	24
ザンビア	14.5	3.2	56	59	5.7	22
ジンバブエ	14.1	2.8	59	61	3.5	23

世界/ 地域データ¹⁶

	人口 (百万人) (2013)	年平均 増加率 (%、 2010-2015)	平均寿命 (歳、 2010-2015) の年平均		合計 出生率 (2010- 2015の 年平均)	10-19歳 の人口の 割合 (%、 2010)
			男	女		
世界全体	7,162	1.1	68	72	2.5	16.7
先進工業地域 ⁸	1,253	0.3	74	81	1.7	11.5
開発途上地域 ⁹	5,909	1.3	67	70	2.6	17.9
後発開発途上国 ¹⁰	898	2.3	59	62	4.2	21.4
アラブ諸国 ¹¹	350	1.0	67	71	3.3	20.6
アジア・太平洋 ¹²	3,785	1.9	69	72	2.2	17.6
東ヨーロッパ・中央アジア ¹³	330	0.1	63	74	1.8	12.9
ラテンアメリカ・カリブ地域 ¹⁴	612	1.1	71	78	2.2	18.7
サハラ以南のアフリカ ¹⁵	888	2.6	55	57	5.1	23.0

指標の注

- 1 クリスマス島、ココス(キーリング)諸島、ノーフォーク島を含む。
- 2 統計上の理由により、中国のデータには、中国の特別行政区である香港、マカオ、および台湾を含んでいない。
- 3 1997年7月1日付けで、香港は中国の特別行政区になった。
- 4 1999年12月20日付けで、マカオは中国の特別行政区になった。
- 5 アガレガ島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。
- 6 コソボを含む。
- 7 2012年11月29日に、国連総会において、パレスチナに非加盟オブザーバー国家を付与する決議案が採択された。東エルサレムを含む。
- 8 先進工業地域(more developed regions)は、ヨーロッパ、北アメリカ、オーストラリア/ニュージーランド、日本で構成されている。
- 9 開発途上地域(less developed regions)は、アフリカ、日本を除くアジア、ラテンアメリカ・カリブ海地域、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシアで構成されている。
- 10 後発開発途上国(least developed countries)は、国連の基準による。
- 11 アルジェリア、バーレーン、ジブチ、エジプト、イラク、ヨルダン、クウェート、レバノン、リビア、モロッコ、パレスチナ自治政府、オマーン、カタール、サウジアラビア、ソマリア、スーダン、シリア、チュニジア、アラブ首長国連邦、イエメンから構成される。
- 12 UNFPAによるプログラムの実施国・地域のみが含まれる：アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、カンボジア、中国、クック諸島、北朝鮮、フィジー、インド、インドネシア、イラン、キリバス、ラオス、マレーシア、モルディブ、マーシャル諸島、ミクロネシア、モンゴル、ミャンマー、ナウル、ネパール、ニウエ、パキスタン、パラオ、バプアニューギニア、フィリピン、サモア、ソロモン諸島、スリランカ、タイ、東ティモール、トケラウ、トンガ、ツバル、バヌアツ、ベトナム。
- 13 UNFPAによるプログラムの実施国・地域のみが含まれる：アルバニア、アルメニア、アゼルバイジャン、ベラルーシ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブルガリア、グルジア、カザフスタン、キルギス、モルドバ、ルーマニア、ロシア、セルビア、タジキスタン、マケドニア旧ユーゴスラビア、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタン。
- 14 UNFPAによるプログラムの実施国・地域のみが含まれる：アンギラ、アンティグア・バーブーダ、アルゼンチン、バハマ、バルバドス、ベリーズ、バー
- 15 UNFPAによるプログラムの実施国・地域のみが含まれる：アンゴラ、ベナン、ボツワナ、ブルキナファソ、ブルンジ、カメルーン、カーボベルデ、中央アフリカ共和国、チャド、コモロ、コンゴ、コートジボワール、コンゴ民主共和国、赤道ギニア、エリトリア、エチオピア、ガボン、ガンビア、ガーナ、ギニア、ギニアビサウ、ケニア、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、マリ、モーリタニア、モリシャス、モザンビーク、ナミビア、ニジェール、ナイジェリア、ルワンダ、セネガル、セーシェル、シエラレオネ、南アフリカ共和国、スワジランド、トーゴ、ウガンダ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ。
- 16 地域別の平均値は、各国からのデータをもとに算出している。

テクニカル・ノート

2013年の『世界人口白書』の指標には、昨年へ続き、国際人口開発会議(ICPD)とミレニアム開発目標(MDGs)の数値目標の達成に向けた進捗状況を追跡するための指標が含まれている。とりわけ、妊産婦の健康、教育へのアクセス、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスなどの分野である。また、さまざまな人口指標も含まれている。

データの収集・推定・分析の手法は、各国政府や国際機関ごとに異なる場合がある。本白書では、国際比較を容易にするため、データの主たる情報源である国連経済社会局人口部で適用されている標準的な手法を用いている。したがって、本書の表に記載されているデータと、各国機関により作成されたものとは一致しない場合もある。

地域別平均値は、UNFPAによるプログラムの実施国・地域のデータを用いて算出しており、国連経済社会局人口部の厳密な地理的定義に沿ったものではない。地域群の分け方については、「指標の注」を参照のこと。

国際人口開発会議(ICPD)の検証

妊産婦と乳幼児の健康の指標

出生10万あたりの妊産婦死亡率 出典：WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行(2010)。妊産婦死亡の動向(1990-2010)。妊産婦死亡率は、妊娠・出産・産後の時期およびそれに関連した合併症で死亡する女性が、出生10万あたり何人いるかを示す推定値が100から999ま

では最も近い10の倍数で表記し、1000以上は、最も近い100の倍数で表記してある。一部の推定値は、各国政府の公式発表の数値とは異なっている。これらの推定値は、可能な限り報告に基づいた数値を使って、出典の異なる情報の比較をやすくするようなアプローチを用いている。詳細については、各国別推定値の原典を参照のこと。これらの推定値および推定方法については、WHO、ユニセフ、国連人口基金、学術研究機関など関連機関が、妊産婦死亡に関するデータ改善過程の一環として定期的に検証しており、必要に応じて改訂されている。推定方法が変更されたため、1995年および2000年時点の水準を今回の推定値と厳密に比較することはできない。ここでの妊産婦死亡推計は、5年ごとに更新されるグローバルデータベースに基づいている。

専門技能者の立会いの下での出産(2005/2012) 出典：妊産婦の健康に関するWHOグローバルデータベース(2013) Geneva, WHO (<http://www.who.int/gho>)。専門技能者(医師や看護師、または助産師)の立会いの下での出産とは、妊娠中・分娩時・産後の時期に女性に必要な監視、ケア、助言も含む救命産科ケアの提供、単独での分娩介助、ならびに新生児ケアの訓練を受けた要員の立会いの下での出産の割合を示し、伝統的な助産師は、短期の訓練コースを受けていても、この中には含まれない。

15-19歳の女子1000人あたりの出生数(1991/2010) 出典：国連経済社会局人口部(2012) 思春期出生率に関するミレニアム開発目標データベース(2012年更新版)(POP/DB/Fert/A/MDG2012)。この数値は、15-19歳の女子1000人あたりの1年間の出生数を示す。15-19歳の女子による出産のリスクを表している。ただし、住民

登録の情報については、出生届の登録率、出産直後は生存していたが出生届提出前または生後24時間以内に死亡した乳児の取り扱い方、母親の年齢に関する情報の信頼性、対象期間以前の出産が含まれている可能性などにより、精度には限界がある。推計人口は、年齢の誤登録や調査対象の範囲に関する限界の影響を受ける。また、調査データについては、分子・分母ともに同じ人口統計を用いて算出しているが、この場合の主な限界としては、年齢の誤登録、出生登録漏れ、出生日の誤登録、調査時のサンプリングの変動などが挙げられる。

5歳未満児死亡率 出典：国連経済社会局人口部（2013）『世界人口推計 2012年版』CD-ROM版。出生1000人あたりの率で示される5歳未満児死亡率は、特定の年に生まれた子どもが現在の年齢別死亡率で死んでいった場合に、5歳に達する前に死亡する確率をいう。

セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの指標

避妊実行率 出典：国連経済社会局人口部(2013)。避妊の実行に関するミレニアム開発目標データベース（2013年更新版）（POP/DB/CP/A/MDG2012）。避妊の実行に関するデータは、サンプル調査の結果に基づいており、事実婚を含む有配偶女性のうち、現在、近代的な避妊法または何らかの避妊法を実行している人の割合をそれぞれ表している。近代的避妊法あるいは診療施設による方法、あるいは配付・販売による方法には、男性・女性の不妊手術、IUD、ピル、注射、ホルモン剤埋め込み法、コンドーム、女性用のバリア法がある。これらの数値は、調査時期や質問事項の細部が異なるため、国と国の比較はおおまかにはできるが、完全には比較可能なものではない。調査対象は、すべての国・地域で15歳から49歳の女性とした。1990年から2011年の範囲で、入手可能な最新の調査データを引用した。

家族計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ) 出典：国連経済社会局人口部(2013)。家族計画のアンメットニーズに関するミレニアム開発目標データベース（2013年更新版）（POP/DB/CP/B/MDG2012）。出産間隔をあげたいというニーズが満たされていない女性とは、受胎可能で性的に活発な女性のうち、現在避妊をしておらず、次の出産を遅らせたいと希望している人を指す。これは、産児制限へのニーズも含めた家族計画のアンメットニーズ全体の一部である。アンメットニーズという概念は、女性の出生意図と実際の避妊行為とのギャップを意味する。ミレニアム開発目標の検証のため、アンメットニーズの指標は、有配偶者または事実婚の女性を対象として算出した。詳細については、以下の文献を参照のこと：Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012: Guttmacher

Institute, UNFPA(2012) and Alkema L., V.Kantorova, C.Menozzi, and A. Biddlecom “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive review”. The Lancet, 12 March 2013.

教育の指標

男女別初等教育就学率(修正後)・男女別中等教育就学率(1999/2012)

出典：ユネスコ統計研究所2012年5月公表データ（<http://stats.uis.unesco.org/>）。就学率とは、公式の就学年齢に相当する子どもであって、定められたレベルの学校に実際に就学する子どもの人数が、当該年齢の子どもの総数に占める割合。初等教育就学率の調整値には、公式には初等教育就学年齢であっても、実際には中等教育に就学している子どもの数も含まれている。1999年から2012年の範囲で、入手可能な最新のデータを引用した。

人口指標

総人口(2013) 出典：国連経済社会局人口部(2013)。『世界人口推計 2012年版』CD-ROM版。この指標は、各国における年央推計人口を示す。

年平均人口増加率 出典：国連経済社会局人口部(2013)。『世界人口推計 2012年版』CD-ROM版。年平均人口増加率は、ある期間の人口増加率の指数の平均値のこと。中位推計に基づく。

男女別平均寿命 出典：国連経済社会局人口部(2013)。『世界人口推計 2012年版』CD-ROM版。これらの指標は、それぞれ死亡年齢を表す値で、ある期間の死亡率が今後も続くと仮定して、同じ年齢階級の仮設コホートに属する人が平均であと何年生きられるかを示したものの。

合計出生率 出典：国連経済社会局人口部（2013）。『世界人口推計 2012年版』CD-ROM版。合計出生率は、特定の期間において、年齢別出生率が不変であると仮定した場合に、出産可能年齢の女性が産むであろう子どもの数をいう。国によっては、同期間内の異なる時点で推計値に達する可能性がある。2010年から2015年までを対象期間とする。

10-19歳の人口割合 出典：国連経済社会局人口部（2013）。『世界人口推計 2012年版』CD-ROM版。これらの指標は、10-19歳の人口割合を示す。

『世界人口白書 2013』の英語版は、UNFPAのホームページ
<http://www.unfpa.org>で、ご覧いただけます。

日本語版監修：

阿藤 誠(国立社会保障・人口問題研究所名誉所長)

日本語版制作：

公益財団法人ジョイセフ

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10

保健会館新館

電話 03-3268-5875

FAX 03-3235-9776

E-mail info2@joicfp.or.jp

URL <http://www.joicfp.or.jp>

印刷：NPC日本印刷株式会社

白書には、再生紙を使用しています。



国連人口基金 (UNFPA) は、すべての妊娠が望まれ、すべての出産が安全であり、
そして、すべての若者と女性の可能性が満たされ、発揮できる世界を目指しています。

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Tel. +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©UNFPA 2013

ISBN978-4-906581-32-0-C0320-¥0E