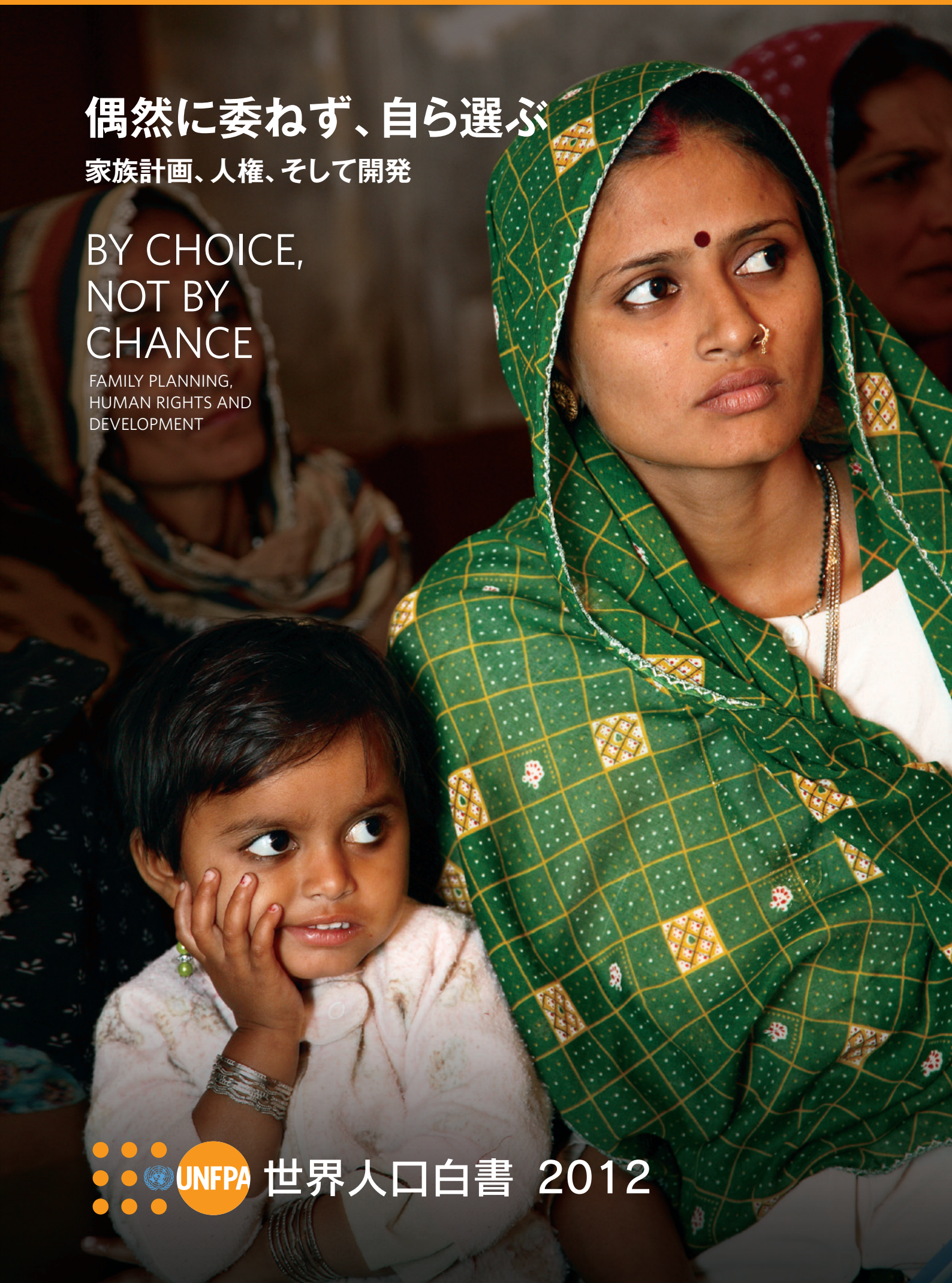


偶然に委ねず、自ら選ぶ

家族計画、人権、そして開発

BY CHOICE, NOT BY CHANCE

FAMILY PLANNING, HUMAN RIGHTS AND DEVELOPMENT

UNFPA 世界人口白書 2012

すべての国は今後数年間にわたって、
質の高い家族計画サービスに対する
国の潜在的なニーズの度合いと、
それをリプロダクティブ・ヘルスの範疇の中でどう統合させるかを、
人口のなかで最も無力な、恵まれない集団に特別な注意を払いながら、
検討しなければならない。
—国際人口開発会議「行動計画」パラグラフ 7.16

世界人口白書 2012　編集チーム

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

EDITORIAL TEAM

Editor: Richard Kollodge
Editorial associate: Robert Puchalik
Editorial and administrative associate: Mirey Chaljub
Distribution manager: Jayesh Gulrajani

ACKNOWLEDGEMENTS

The editorial team is grateful to the report's advisory group at UNFPA for guiding the conceptualization, direction and development of the report and for providing invaluable feedback on drafts. The group included: Alfonso Barragues, Beatriz de la Mora, Abubakar Dungus, Werner Haug, Michael Herrmann, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza, Kechi Ogbuagu, Niyi Ojuolape, Nuriye Ortayli and Jagdish Upadhyay.

Drafts were also reviewed by Anne-Birgitte Albrectsen, Klaus Beck, Ysabel Blanco, Delia Barcelona, Saturnin Epie, François Farah, Kate Gilmore, Elena Pirondini and Ziad Rifai.

Hafedh Chekir, Thea Fierens, Nobuko Horibe, Bunmi Makinwa, Marcela Suazo also contributed to the substantive development of the report. Additional advisory support was provided by Mohamed Afifi, Monique Clesca, Jorge Cordoba, Adebayo Fayoyin, Sonia Heckadon, Gabriela Iancu, Yanmin Lin, Suzanne Mandong, William Ryan and Sherin Saadallah.

The editorial team is also grateful to Marisabel Agosto for her sustained involvement with the report through development, writing and editing. Many thanks also to Karin Ringheim and David Levinger for their contributions to the report.

表紙写真:母と子(パキスタン)

©Panos/Peter Barker

ABOUT THE AUTHORS

Margaret Greene

Margaret Greene (lead writer-researcher) has worked for nearly 20 years on the social and cultural determinants of health, adolescent reproductive health, development policy and gender. She is widely known for her research and advocacy on the conditions faced by girls and women in poor countries and on engaging men and boys for gender equality. She currently directs GreeneWorks, a consulting group working to promote social change for health and development. She is Chair of the Board of Promundo-USA and of the Willows Foundation, which provides reproductive health services in Turkey. Dr. Greene received her doctorate and master of philosophy degrees in demography from the University of Pennsylvania, and a bachelor of arts in linguistics from Yale University.

Shareen Joshi

Shareen Joshi (researcher-writer for Chapter 4) is a visiting professor of international development at Georgetown University's School of Foreign Service in Washington, DC and teaches courses in economics and political development; poverty, gender and politics; and integrated approaches to sustainable development. At Yale University, she received her doctorate in economics, a master of philosophy in economics, and a master of arts in economics. She holds a bachelor's degree in mathematics from Reed College in Portland, Oregon.

Omar Robles

Omar Robles works as a consultant on health, gender and development. He has led training in gender-sensitive programming for UNFPA in Indonesia and is currently a gender advisor on CARE International's emergency deployment roster. Prior to consulting, Omar was a gender and health policy advisor on the global USAID Health Policy Initiative, implemented by Futures Group. He holds a master of science degree in public health, health policy and management from the University of North Carolina's Gillings School of Global Public Health and a bachelor's degree in journalism and mass communication, also from the University of North Carolina.

世界人口白書 2012

偶然に委ねず、自ら選ぶ

家族計画、人権、そして開発

国連人口基金

世界人口白書 2012

BY CHOICE,
NOT BY CHANCE

FAMILY PLANNING, HUMAN RIGHTS AND DEVELOPMENT

偶然に委ねず、自ら選ぶ

家族計画、人権、そして開発

はじめに		ii
要　約		iv
第1章	家族計画の権利	1
第2章	データによる動向分析とニーズの把握	17
第3章	すべての人にアクセスを拡大するための挑戦	39
第4章	家族計画の社会的・経済的な影響	71
第5章	家族計画の権利維持にかかる費用と節約	87
第6章	すべての人々に家族計画の権利を	97
指標、指標の注、テクニカル・ノート		106
参考文献一覧		117

◀ *家族計画に関するミーティングに参加する10代の少女（ドミニカ）*

©Panos/Philip Wolmuth

お知らせ

『世界人口白書 2012』日本語版は、2章と6章（抄録）、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

個人が自由に責任をもって、子どもを何人、いつ産むかを決める権利というのは、何十年にもわたってセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)および家族計画の推進の指針でしたが、179カ国の政府が一堂に会して、国際人口開発会議(ICPD)の画期的な行動計画を採択した1994年以降は、その指針が一層重要視されてきています。

ICPDはそれまでの人口問題中心の家族計画の取組から、個々の女性の人権とニーズ、願望、状況に基づく取組に切り替えさせる、人口と開発の分野での大きなパラダイム転換を起こす契機となりました。

この画期的な会議は、過去18年にわたって、妊娠を避けたり遅らせたりする権限と手段を手にした何百何千万人という女性と青少年にとって、まさに革命的な影響を与えてきたといっても過言ではないでしょう。

セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画への権利に基づく取組の成果は予想以上でした。それまでより何百万も多くの女性が学校を卒業し、貧困の落とし穴を逃れて、よりよい生計を立てるようになる機会を得て、子どもの数を制限し、子どもを産み始める年齢を遅らせる能力を身につけました。

家族計画を実行している女性は、していない人たちよりも健康で、教育も受け、家族や地域社会でも発言力をもち、経済的にもより生産的であることを示す調査研究は枚挙にいとまがありません。両親が妊娠の頻度や間隔について決める能力と手段をもつ家庭では、子どもたちも健康で、学校での成績がよく、成長してからもより高い所得を得る傾向があります。

そして現在、家族計画をより広範な経済社会開発計画の中に取り込んでいった場合に、人材開発と国民全体の福祉に積極的な波及効果を起こせることを示す議論の余地のない証拠があります。

1994年にICPD行動計画を練り上げた先見の明のある人たちは、それ以降の進歩がめざましいことを誇らしく思っているにちがいありません。

それでも、どこを訪問しても、家族計画の権利を行使できないため、結果として子どもを予定以上に多く持つことになり、そのために経済的にも重荷がのしかかり、健康を害し、自分と家族がよりよい生活をめざしたくてもその機会を逃してしまうと訴える女性と少女に出会います。

最近の統計によると、途上諸国の出産可能年齢にある女性8億6700万人のすべてが近代的避妊薬(具)を必要としています。このうち、6億4500万人には利用の手段があります。しかし、残り2億2200万人にはまだその手段が届いていません。これは看過することのできない事実です。家族計画は「人権」です。ですから、家族計画を希望している人のすべてが使えるようにしなければなりません。しかしながら、この

▲ *リプロダクティブ・ヘルスと自発的な家族計画のために、継続的な支援をすることを約束する、国連人口基金のババトゥンデ・オショティメイン事務局長(フィリピンにて)*
©UNFPA

権利は明らかにすべての人には浸透していません。とくに最も貧しい国々では、行き渡っていないのです。

まだまだ障壁となるものがあります。ところによっては、家族計画の必要物資やサービスが受けられるかどうかの問題、それがあったとしても質の問題がありますが、他に経済状況や社会的制約のあるところもたくさんあります。どんな障害があるにせよ、それを取り除く必要があります。

このように、なかなか満たされない家族計画の多くのニーズの解消に緊急に取り組む必要があることを認識して、国連人口基金(UNFPA)、英国国際開発省、ビル&メリンダ・ゲイツ財団その他の提携組織は、2012年7月に「家族計画サミット」を開催し、途上諸国から20億ドル、加えて援助諸国から26億ドルの拠出の約束を獲得しました。この新しい基金により、2020年までに途上国の女性と思春期の少女1億2000万人が、自発的な家族計画を実行できるようにすることを狙っています。それでもいまだにアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の全部を満たすためには、さらに多くの財源と政治的な公約が必要です。

家族計画は国際社会の目標の多くの中心にあります。具体的には母子保健の改善、ジェンダーの平等の促進、質の高い教育の振興、青少年の経済および地域社会への参加の促進、貧困の軽減などの目標です。したがって、ミレニアム開発目標の最終年の2015年以降に使われる世界的持続可能な開発の枠組をはじめとして、家族計画を現在と将来の開発計画の中に取り込んでいかなければなりません。

国際社会は1994年に、女性、男性、青少年すべてに、自分自身の人生の最も基本的な決定をする個人としての権利を保護することを約束しました。今こそ、その約束を果たし、すべての人が自発的な家族計画を実行する手段を手にするよう努力をすべき時です。

国連人口基金(UNFPA)事務局長
ババトゥンデ・オショティメイン

要　約

1994年の国際人口開発会議(ICPD)に参加した179カ国の政府代表は、「家族計画プログラムの目的は、カップルと個人が、自分たちの子ども数と出産間隔を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができるようにしなければならない」と述べたICPD行動計画に署名し、家族計画に対する個人の権利を認めた。この公約によって、政府にも国際組織にも開発と人口問題を考えるうえで、それまでとは大きく異なるパラダイム転換が起こった。

家族計画は、リプロダクティブ・ライツ(性と生殖に関する権利)その他の基本的人権を行使する個人の能力にとって不可欠である。妊娠の時期と間隔を決める権利をめぐる国際的合意は、何十年にもわたる研究、政策提言、討議の成果として達成されたものである。この合意を反映して、現在、開発関係者の間では、すべての人が必要なときに質の高いサービス、必要物資、情報を手にする権利を等しく行使できるよう、それを保証する政策と計画的行動がこれまで以上に必要であるという認識が強まっている。

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)を保証するためには、幅広いサービスが提供されなければならない。家族計画はそのひとつにすぎず、次にあげるサービスと統合させて提供していく必要がある。

- プライマリー・ヘルスケアおよび産前ケア、安全な出産、産後ケア
- 不妊症の予防と適切な治療
- 安全でない人工妊娠中絶の結果の管理
- 生殖器系感染症の治療
- 性感染症とHIV/エイズの予防、ケア、治療
- セクシュアリティとリプロダクティブ・ヘルスに関する情報、教育、カウンセリング
- 女性に対する暴力の予防と監視、および暴力のサバイバー (被害者)に対するケア
- 女性性器切除などの有害な伝統的慣習の廃絶に向けたその他の行動

本白書は、次の理由から家族計画と人権に焦点をあてている。

- カップルと個人が自由にかつ責任をもって自らの子ども数と出産間隔を決定する基本的権利は、最高水準のセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスを獲得する権利、すべての人が差別、強要、暴力なしに妊娠・出産に関する決定をする権利と合わせて、リプロダクティブ・ライツの重要な領域であると理解される。
- 家族形成の時期と子どもの数を計画する個人の能力は、他の権利の実現にも密接に関連している。
- 家族計画の権利は、多くの人たちが闘って勝ち得たものであるが、それを支持する強力な世界的な権利と開発の枠組があるにもかかわらず、今日に至ってもなお擁護を必要とする権利である。

◀ *家族計画が可能な女性ほど、その子どもを学校に通わせる可能性が高い。そして子どもの学校へ通う期間が長ければ長いほど、生涯の収入は高くなり、貧困から脱却する手助けとなる*

©Lindsay Mgbor/UK Department for International Development

権利に基づく家族計画に向けた取組への転換

権利に基づく家族計画への取組は、個人を本質的な権利をもつ人間として、また、消極的な受益者としてではなく、積極的な行動主体として扱うところに価値がある。この取組方法は、権利保有者(個人)と個人が権利を履行できるようにすることに責任をもつ義務遂行者(政府その他)を明確に特定したうえで築き上げられた。今日、家族計画は多くの権利の基礎になるものとして広く受け入れられている。

こうした理由から、権利に基づく取組は、2015年に最終年を迎えるミレニアム開発目標を引き継ぐ持続可能な開発の枠組の前提となる。2015年以降の検討課題に関する最近の小論文の中で国連人権高等弁務官事務所は、「参加、説明責任、非差別、エンパワーメント、法による統治の原則に沿って、人権に基づく開発への取組方法を承認している国が世界中で増えていることから、これまでよりも賢明な開発モデルが生まれつつあるという期待がもてる」と強調している。

家族計画と持続可能な開発の他の側面に対して権利に基づく取組をすれば、より大きな公正、平等、そして非差別につなげられる。

偶然に委ねず、自らの選択によって生まれた子どもたち

今年の人口白書は、なぜ、家族計画が人権のひとつなのか、またそのことが途上国においても先進国においても、個人にとってどのような意味をもつのかを説明している。本白書は、保健、リプロダクティブ・ヘルスと家族計画のいくつかの枠組を集約している。さらに加えて、男性を男女関係と人生のパートナーとして、サービスの受益者として家族計画に参加させることの重要性についての議論を高めること、また、さらに多くのデータを集めて若い未婚者と高齢者にもサービスが届くようプログラムに工夫をこらす必要があることを強調している。さらに、意図しない、望まない妊娠の率が途上国でも先進国でも高いことに注意を喚起し、すべての年齢層にまたがる性的活動を変化させることが、多くの好ましくない社会的・文化的、ジェンダーに関連した通念や慣習に次第に異を唱えることになる点を強調している。

本白書は次のような重要な疑問に答える形で構成されている：

権利に基づく家族計画への取組とは何か？

第１章は、家族計画を含むセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスに対する国際的公約を概観する。なかでもICPD行動計画と、ミレニアム開発目標終了後の持続可能な開発の検討課題の中で見直されている、家族計画への投資に関するする国際公約に重点をおく。また、市民、政治、経済、社会、文化の領域での権利について、リプロダクティブ・ライツに関連する自由と権利について要約する。さらに、家族計画を実行する市民の権利を実現させるという加盟国の義務と、その遂行を監視する説明責任の枠組についても概要を示す。

進歩があったのはどこで、家族計画の権利をいまだに十分行使できていない人たちは誰か？

第２、３章は調査と事業実績をもとに、家族計画の成果の享受に関する世界的な傾向と格差を示す。第２章では、いくつかの重要な家族計画指標にみられる不平等に着目し、家族計画サービスの入手と活用にみられる不平等を経済力、教育、居住地別に検討している。また、なぜ人々は特定の避妊方法を利用するのかを論じ、女性向けの避妊方法が支配的である現実、人工妊娠中絶に対する家族計画利用の影響についても触れる。第３章では、青少年、各年齢層の未婚者、男性と少年、貧困者、社会の主流から取り残された人々など、情報入手やサービス利用が制限されている大規模な、しかもこれまで無視されてきた特定層のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)が高いという問題を扱う。この章では、性行動と婚姻形態が変貌を続けることで、これまで性行動が行われる状況を決めつけてきた好ましくない社会・ジェンダー規範に対してますます問い直しを迫られていることについて論じている。

◀ 母子保健(タジキスタン)
©UNFPA/Natasha Warcholak

権利に基づく家族計画への取組の社会的・経済的な恩恵は何か？

第４章では、家族計画を最も必要としながら十分なサービスを受けられていない人々に対して、その利用可能性を拡大することによって得られる社会的・経済的な利益について述べる。個人レベルの利点としては、とりわけ妊産婦の死亡率と疾病率の低下、女子教育の前進、子どもたちの生活の向上などがあり、家族、地域社会、国に対する波及効果もある。政府が統合的開発戦略の一部として家族計画を優先させれば、それは市民の権利を保護する義務を果たし、貧困を削減し、同時に経済成長を刺激するという戦略的投資をすることになる。

権利に基づく家族計画への取組方法の経費面で意味することは何か？

権利に基づく家族計画への取組方法を通して達成できる個人の恩恵拡大とより広範な社会的・経済的進歩を実現するために、政府と開発機関はこれまで以上の資源を投入しなければならない。第５章では、経費に関する最近の研究を集約し、妊娠・出産の適齢期に入る青少年が増えるため、アンメットニーズが今後も増え続けることを指摘している。これらの研究によって、家族計画が費用対効果の高い公衆衛生投資であることが確認された。人権の実現への貢献度と費用効率を考慮すると、家族計画は戦略的投資である。

権利に基づく取組方法を実行に移すために国際社会は何をするべきか？

第６章は将来の投資、政策、プログラムの方向性を示す勧告の要約である。この分野の主要関係者は、家族計画における構造的不平等を人権の侵害および障害と認め、サービスの行き届かない人たちに向けて情報とサービスを提供していかなければならない。家族計画をすべての人々が人権としての実現できるようにするため、家族、地域社会、組織、政府はともに戦略を修正していかなければならない。この作業は家族計画プログラムに対する従来の取組法を拡大することになる。セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスにおける格差をきめ細かく評価できるような、ポスト・ミレニアム開発目標の指標の採択が重要である。

第2章

データによる動向分析とニーズの把握

出生率の世界的な傾向

世界人口は昨年70億人を超え、2050年までには90億人を超えると見込まれる。人口増加率は通常最も貧しい国で高い。これらの国々では、多産指向が最も強く、政府には高まる一方のサービスとインフラ整備の要求に見合うだけの財源がなく、就職口は増加していても労働力への新規参入ペースには追いつかず、また国民の多くが、家族計画の情報とサービスを利用するうえで大きな困難を抱えている(Population Reference Bureau, 2011; UNFPA, 2011b)。

世界全体では、合計特殊出生率は緩慢だが継続して低下している。それでも先進地域と途上地域の間では大きな格差がある。この格差は、女性が平均して先進地域の女性の3倍もの出産をしているサハラ以南アフリカでとくに顕著である(女性1人あたり5.1対1.7)。

こうした格差の大部分は、サハラ以南アフリカでの大家族指向を反映しているが、この地域でも今ではほとんどの女性が子どもは少ないほうがいいと願っており(Westoff and Bankole, 2002)、合計特殊出生率の差は、途上世界で意図しない妊娠を避ける手段が限定されており、しかもその入手に不公平があることがますます明らかになっている。

合計特殊出生率が依然として高い背景には、貧困、ジェンダーの不平等と社会的圧力がある。しかし、後発開発途上国ではほとんどの場合、自主的に家族計画を利用する手段が欠如していることが、高い出生率の主な原因となっている。

合計特殊出生率

	合計特殊出生率（女性1人あたりの子ども数）
世界	2.5
先進地域	1.7
開発途上地域	2.8
後発開発途上諸国	4.5
サハラ以南アフリカ	5.1

Source: United Nations, 2011a.

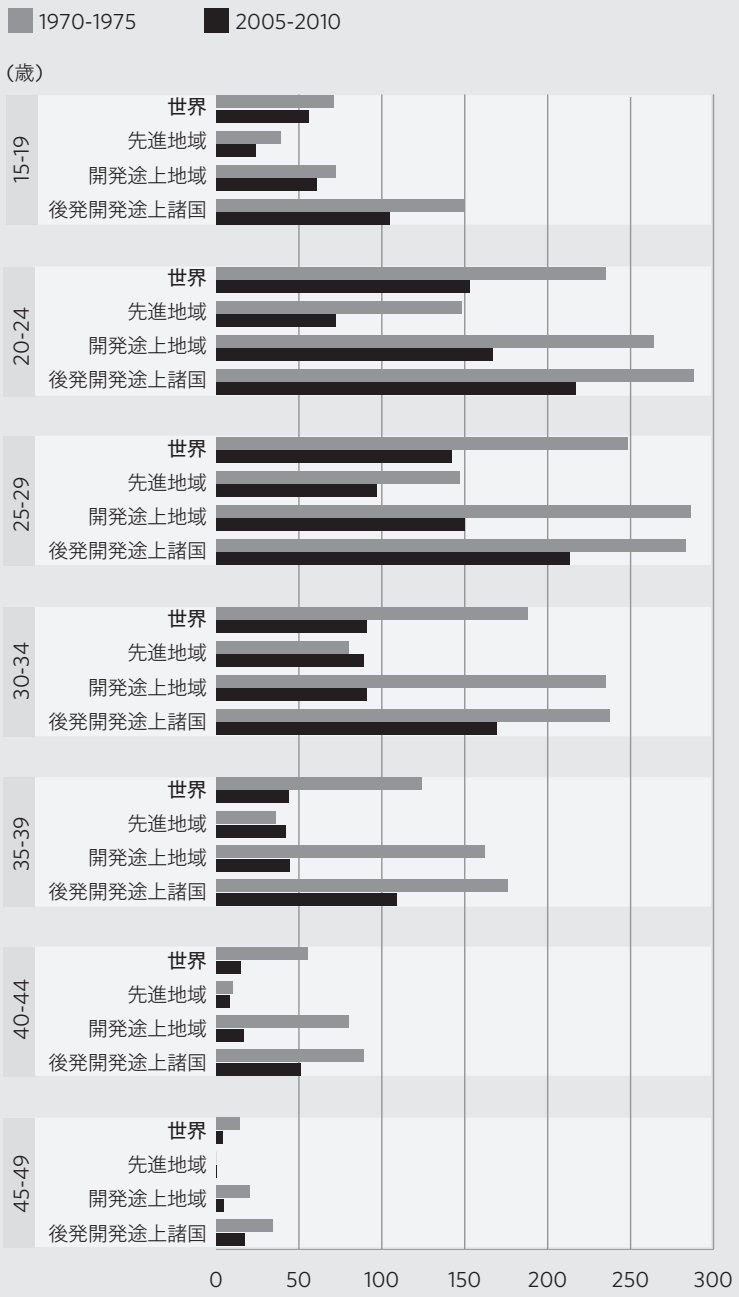
家族計画を実行しているのは誰か

近代的な家族計画方法の利用は避妊実行率で測るが、その増加率は最近世界全体で年率0.1%と非常にわずかになっており、そのペースはこれまでの10年間よりも遅い(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011)。この控え目な増加には、避妊の援助を受けている88カ国における出産可能年齢の既婚女性の数が、2000年から2010年の間に25%と大きく増加したことが一部影響している(Ross, Weissman and Stover, 2009)。それ以前の出生率が高かったことから、途上国ではより多くの人が出産年齢に到達しており、

◀ *カップルとその息子たち(マリ)*
©Panos/Giacomo Pirozzi

年齢別出生率の推移

(女性1000人あたりの出生数)



Source: United Nations, 2011a.

以前より多くの女性の避妊法の需要を満たしたとしても、避妊法利用の増加を率でみるとわずかである。

世界では、15 歳から 49 歳の出産可能年齢にあり性的に活発で妊娠できるが、現在は妊娠しておらず、またそれを望んでいない女性のうち、4 人に 3 人は避妊法を利用している(Singh and Darroch, 2012)。どの国でも、教育を受けた富裕な女性はほとんどが家族計画を実行している。東アジアでは、既婚女性の 83%が避妊法を使用している(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011)。対照的に、世界で最も貧しい地域では避妊実行率が最も低く、その増加率も最も遅い。サハラ以南アフリカの女性の 2010 年の避妊法利用は、その他の地域の 1990 年当時の利用よりも低かった。

子どもの数と避妊法の利用は、カップルの子どもの数が平均 5 人だった 1970 年代に、世界中で急激に変化した。現在の平均子ども数は 2.5 人である(United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2010)。途上国での出生率の低下には避妊法使用の増大が大きく関わっている(Singh and Darroch, 2012)。2000 年以降、避妊実行率の程度は横ばいだが、小家族への願望は世界的に強く、途上国ではますます強まっている。

所得水準により避妊法の利用は変化する

ほとんどの調査は、国民を最も貧しい 20%から最も富裕な 20%まで 5 段階に分けて集計している。人口に基づく調査によって対象者を 5 段階に分けた分析により、国内の家族計画のニーズの不均衡を明らかにする助けになる。それは、とくに都市・農村部別のデータとその他の重要な利用手段のデータと合わせた場合に有効である(Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010)。

貧困はある状況内で特定の特徴をもつことから、都市住民と農村住民を別の5段階に分類して、都市と農村における貧困と富裕の不平等について、全体像を描くことを提唱する研究者もいる。この方法により、都市の貧しい女性と農村社会の比較的豊かな女性の異なる経験の比較が可能になる。アフリカ、アジア、ラテンアメリカ・カリブ海地域の16カ国の調査では、家族計画の実行、社会・経済的地位、居住地の間に強い関連性があることがわかっている(Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010)。

バングラデシュのような国では、近代的避妊法の普及率は、都市でも農村でも住民を貧富の程度で分類した全5段階を通して変わらない。都市社会の中では富裕層と貧困層の間に避妊法の利用でほんのわずかな差があるだけであり、農村部の最も富裕な層と最も貧しい層の間にもわずかな差があるだけである(Demographic and Health Surveys, DHS, 2007)。バングラデシュでは、避妊法利用の普及率は都市のほうが6%高い。農村向けの戦略を支持するような同様の結果がペルーでもみられる。これはボリビア、エチオピア、マダガスカル、タンザニア、ザンビアについても言える(Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010)。ナイジェリアでは(DHS, 2008)、近代的避妊法の利用は、都市と農村に住む人々の富が増えるにつれて増加する。重要な差はその変化率である。報告によると、農村部の富裕な人たちの避妊薬(具)の利用は、都市の貧困層の女性よりも多い。これらの結果は、とくにセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)の悪影響を測る指標の中に同じような格差パターンがあるとしたら、都市の貧困層に重点をおく政策を支持することになろう。

教育程度が希望子ども数、家族計画の実行、出生率を左右する

学校教育のレベルによって、人々の希望子ども数や避妊法の使用と出生率が影響を受ける。サハラ以南アフリカの24カ国の調査を分析した結果、思春期に母親となる可能性が高い少女は貧しく、教育を受けておらず、農村地域に住んでいることが明らかになった(Lloyd, 2009)。教育を受けていない15歳から19歳の少女の出生率は、少なくとも中等教育まで受けた少女の4倍以上である。富と居住地による比較でも同じような差がみられる。また、これらの国ではその格差が拡大しつつあり、教育を受けていない15歳から19歳の思春期の少女の出生率は、過去10年間で約7%増加したが、中等教育かそれ以上の教育を受けた女性の出生率は約14%減少した(Loaiza and Blake, 2010)。

教育を受けた女性と受けていない女性の間で長期にわたって拡大しつつある出生率の格差は、そのまま避妊法の使用で拡大している格差を反映している。サハラ以南アフリカでは、中等教

▼ *コンドームに関するリーフレットを読む高校生(ルーマニア、ブカレスト)*
©Panos/Peter Barker

セクシュアリティ、性とジェンダーに対する固定観念、精管結紮（けっさつ）の理解の低さ

精管結紮サービスに関する情報と利用手段が不足すると、男女双方の権利と健康を危険にさらす可能性がある。というのも適切な情報が与えられていれば、女性の不妊手術に比べて安全で、簡単で、永久的で、非侵襲的な(訳注：生体を傷つけない)この方法を男性が選んだかもしれないからである。精管結紮を選ぶ男性は、数多くの生理的・心理的・社会的そして文化的な要因を考えたうえで、この長期的な方法に決める。多くの地域で、男性の不妊手術に対する理解が遅れており、男性の性的欲望と性的能力を脅かすと受けとられている。

男性と女性にあらゆる種類がそろった家族計画の情報とサービスの利用手段があれば、自分たちに好ましい避妊方法として精管結紮を選ぶ人が多くなるかもしれない。精管結紮に対する理解の低さは、この方法に関する適切な情報を入手する手段が限定されていることと、この方法に対する俗にはびこる偏見および精管結紮による性的能力、強さ、快楽への影響についての個人的な懸念を反映している。

Sources: Landry and Ward, 1997; Greene and Gold, n.d.; EngenderHealth, 2002.

育を受けた女性が避妊法を使用しているのは、教育を受けていない女性の４倍以上であるとみられる(Lloyd, 2009)。

教育を受けた思春期の少女の避妊法使用は、上記２つの調査の間で42％にも増加したが、教育を受けていない少女には何ら変化がなかった。サハラ以南アフリカの国の思春期の少女の４人に１人には、富、教育、居住地に関係なく家族計画ニーズが満たされていないものの、教育を受けていない思春期の少女で避妊法を使っているのは10人中わずか１人である。この数字から、若者向けのサービスを拡大して若者がリプロダクティブ・ヘルス・サービスを利用しやすくする努力の恩恵は、貧しく、農村で暮らす、教育をほとんど受けていない若い女性には届いていないことがうかがえる。これらのサービスを最も必要としている人たちは最後にとり残されている(Loaiza and Blake, 2010)。教育が家族計画に与える好ましい影響についてよくある説明は、よりよい教育を受けた女性は結婚年齢が高く結婚回数も少ない、避妊法をより効果的に使用する、避妊法とその入手法についてより多くの知識をもつ、妊娠・出産について自分で決める、意図しない出産の社会・経済的費用についてより意識が高いというものである(Bongaarts, 2010)。

事　例

マラウイにおける若者に親しみやすいサービス

アフリカの多くの国々と同様、マラウイでも思春期や青少年期の若者のセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスのニーズは十分には満たされていない。情報不足、サービス提供施設までの長い距離、サービス提供側の不親切な扱いなどが相まって、意図しない妊娠とHIV感染の率が高くなっている。UNFPAはマラウイ保健省、マラウイ家族計画協会と提携し、若者に親しみやすい総合的セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供している。

マラウイ家族計画協会は、多目的ユース・ライフ・センターと、地域に根差したサービスおよび巡回移動サービスを通してサービスを提供している。協会では青少年に対するケアの質的向上を図る一環として基盤を強化した。サービスの内容は、緊急避妊法を含む避妊、妊娠検査、性感染症の治療、HIVカウンセリングと検査、抗レトロウイルス療法、日和見感染治療、子宮頸ガン検査と治療、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス全般に関するカウンセリグ、人工妊娠中絶後のケア、十代の母親に対する産前・産後ケアである。サービスの広報は新聞、広告、口コミを通して行われる。サービス基盤

の改善、サービス提供の場での青少年の参加、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスとHIVサービスの統合、若い利用者からの意見を頻繁に取り入れること、これらのことすべてがセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス・サービスの質の向上につながり、若者の利用も著しく増えた。■

学校教育、家族計画利用、出生率の相互関連は、思春期において最も早く明らかになる。しかし、希望子ども数と避妊法利用に対する教育の影響は成人になっても継続する。右図をみると、サハラ以南アフリカで中等教育を受けた女性が家族計画を使用している率は全く学校に行ったことのない女性の４倍も多いことがわかる。この効果は、希望する子どもの数および家族計画の利用手段にも反映される(UNFPA, 2010)。

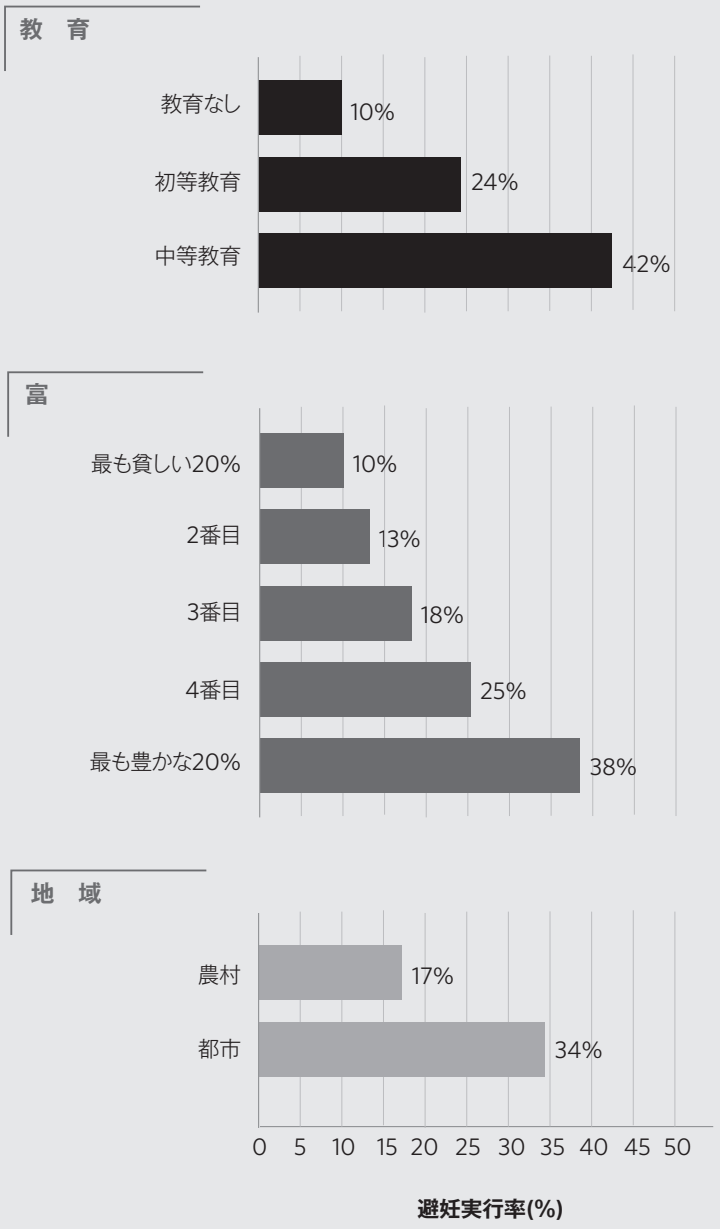
家族計画の実行と居住地

サハラ以南アフリカの都市における避妊実行率は農村の２倍である。多くの国々、なかでも最貧困国では、サービスを農村地域まで届けようと努力している。加えて、農村部の住民には、小家族指向と家族計画実行を実現するうえで、もうひとつの重要な要因である学校教育を受ける道が閉ざされている傾向がある。

家族計画の需要と実行は生涯にわたって展開する

世界のデータをみると、性的活動は生涯にわたって展開することがわかる。女性と男性はさまざまな理由から、それぞれの状況のもとで、人生のさまざまな時に性行為をする。個人がパートナーと性的関係をもとうと決めるのは、必ずしも子どもが欲しいと願うからではない。性行動に駆り立てるものは、多くの場合、強要

サハラ以南アフリカの最も貧しく、最も教育程度が低い農村女性の避妊実行率は最低である。



最新の調査による、サハラ以南アフリカ24カ国の女性の属性別避妊実行率 1998-2000
(15-49歳の既婚または合意婚の女性で何らかの避妊法を使用している率)

Source: Demographic and Health Surveys (calculated using data in Annex III).

でも搾取でも暴力でもなく、親密さや相手との関係を求める人間としての願望である。

青少年

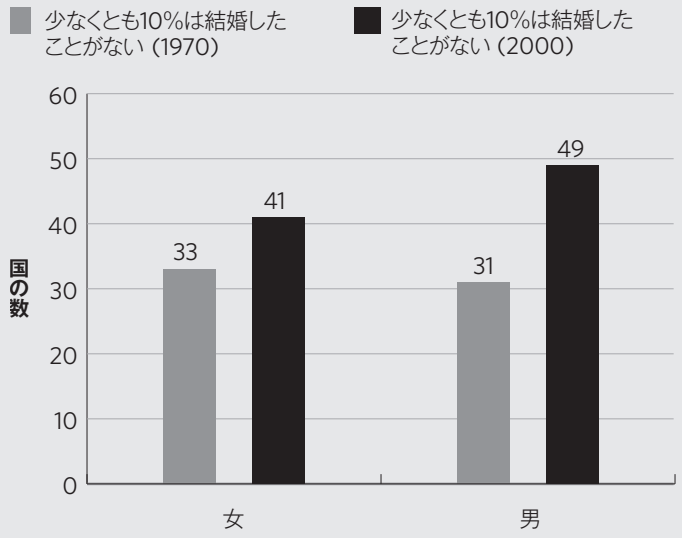
ほとんどの若者の性的活動は結婚生活で営まれるが、少年、少女の多くは結婚とは関係なく性行動をとる。思春期の少女の間では婚姻外で性的活動を始めるケースが増えている。もっとも、その多くは将来の夫が相手である(McQueston, Silverman and Glassman, 2012; National Research Council and Institute of Medicine, 2005)。初経が低年齢化して、初経から結婚までの年月が長期化しているため、若い女性のリプロダクティブ・ヘルスのリスクが増大する可能性がある。バングラデシュ、チャド、マリ、ニジェールでは、少女のおよそ3分の1が14歳またはそれ以下の非常に早い時期に性体験をするという状況が続いている(Dixon-Mueller, 2008)。サハラ以南のアフリカの国々では、少女がこのような経験をする率は、40%から80%と大きな幅がある。

少女が早いうちに、親が決めた結婚をするのが一般的というところでは、少年が15歳以前に性行為をすることは少女に比べて少ないようである。ただし、そのような環境でないところでは、少年は多くの場合、同年齢の少女よりも性的に活発である。研究者のなかには、「初めて性的関係をもつのが結婚から婚外に移ったことは少女のセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスにとっては有利かもしれない」という指摘もある。婚外での性的関係のほうが結婚生活での性行為よりも回数が少なく、予防手段をとることが多いからというのがその理由である(Clark, Bruce and Dude, 2006)。

若い女性と男性は思春期初期から成人初期に至るまで異なる課題に直面する。青少年のほとんどは、未熟なまま母親や父親になるために合意による性行為をするのではない。世界的にみて、青少年の結婚年齢はますます遅くなっている。1970年以降のデータのある114カ国のうち100カ国で(50歳以前に結婚している)女性の静態平均初婚年齢(SMAM)は高くなっている(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011b)。

しかし多くの国では、低年齢で結婚や性的活動を始める結果、若い女性はいくつかの不利な結果を生むリスクの高い状況に追いやられることになる。いくつかの地域では、少女は同年齢の少年と比べて子どものうちに結婚し、早くから性行為を始めることが依然として多い。若い女性は人生の早い時期に性行為をする可能性が高いが、調査の結果、若い男性は同年齢の女性と比べて、一緒に暮らしていない相手と性行為をする場合が多いことがわかる(UNICEF, Office

少なくとも10%は男女とも50歳までに結婚経験がない国の数



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). World Marriage Data 2008 (POP/DB/Marr/ Rev2008).

▲ *地域の家族計画カウンセラーの家庭訪問を受ける(カメルーン)*
©Alain Sibenaler/UNFPA

of the Deputy Director, Policy and Practice, 2011)。これらの詳細な事実は、青少年に関する家族計画データを考察する助けになり、若い男性が若い女性に比べてなぜコンドームを使用する確率が高いのかをよりわかりやすく説明している。

成　人

初婚年齢は高くなったものの、女性も男性も大半は最終的には結婚か、合意婚の形で一緒に暮らすことになる(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009)。その結果、子どもを持つことは今も法的に認められた関係の間で一般にみられることなので、現実として、出産は結婚したカップルの間で起こるべきであるとみなすほとんどの国の社会的規範に沿っている。しかし、最近のデータによると、独身、別居または離婚した成人の間でも家族計画へのニーズが高まる可能性があることが明らかになっている。

現在、成人はこれまでの世代に比べて婚姻外の生活が長く、家族計画ニーズもその現実を反映している。先進国でも途上国でも、一度も結婚しない成人の割合が増えている。女性のうち少なくとも10%が(50歳までに)結婚したことがないという国の数は、過去40年で33カ国から41カ国に増加した。これに対し、男性の少なくとも10%が50歳の誕生日までに結婚したことがないという国の数は31カ国から49カ国に増加した。

同棲というパートナーシップの中で、合意婚の割合は増しているが、このような関係は正式な結婚と比べて安定しておらず、流動的である。ラテンアメリカ・カリブ海地域では、20歳から34歳の女性の4分の1以上が合意婚で生活している(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009)。これはサハラ以南アフリカとアジアではそれほど一般化しておらず、合意婚で暮らす女性はそれぞれ10%と2%を占めるにすぎない。世界的には35歳から39歳の間の成人で離婚または別居した人の割合は1970年から2000年の間に2%から4%に増えた。この傾向は先進国に集中しているが、他の地域でも起こっている(Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010)。

好まれる避妊方法

東アフリカ、とくにエチオピア、マラウイ、ルワンダと東南アジアでは、近年近代的家族計画法の利用が増えたが、中央アフリカと西アフリカではまったく増えていない(Singh and Darroch, 2012)。女性が避妊方法を選べる立場にある場合、その選択を左右するいくつかの要

因がある。それらの要因のなかで最も重要なのは、健康に関わる副作用、使いやすさ、それにパートナーの好みである(Bradley, Schwandt and Khan, 2009; Darroch, Sedgh and Ball, 2011)。近代的な避妊法のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)のうち、方法に関する理由をあげる女性は1億400万人いるが、そのうち推定3400万人は健康問題、すなわち副作用を起こさない、または起こすと思われない方法を望んでいる(Singh and Darroch, 2012)。子宮内避妊具(IUD)や注射法などの長期的方法は、診療所に通う頻度が少なくてすみ、避妊法の着実な使用に関する利用者の意識に依存する度合いも少なくてすむ。さらに避妊薬(具)を使用している個人やカップルは、方法の効果と失敗率、さらに性的快楽への影響にも考慮する。

なかには夫の反対を恐れて、注射法などの「見えない」方法を密かに使う女性もいる。自分で妊娠の調節をしたいという女性、またはそうしたかったと思う女性、そして現在はそれができると考えている女性が増えているため、女性のなかにはパートナーに知られずに避妊法を使用することで、反対を防ぐことを選ぶ人もいる。いくつかの調査と事例にみられる証拠からも、サハラ以南アフリカその他で注射法の利用が急速に伸びた(6%から20%)のは、夫、家族、地域社会に避妊法を使っていることを隠したいと思う女性が、密かに避妊をしているからだと類推される(Biddlecom and Fapohunda, 1998)。

避妊法による効果

効果の高い順に並べた避妊法	典型的使い方で避妊した女性100人に対する最初の1年間の妊娠数
皮下埋没法	0.05
男性の不妊手術(精管結紮(けつさつ))	0.15
女性の不妊手術	0.5
銅付加子宮内避妊具	0.8
レボノルゲストレル(黄体ホルモン)放出子宮内避妊具	0.2
注射法―3カ月	6
腟リング	9
パッチ剤	9
ピル(経口避妊薬)	9
ペッサリー	12
男性用コンドーム	18
女性用コンドーム	21
スポンジ	12-24
腟外射精法	22
自然法(訳注:オギノ式、基礎体温法など)	24
殺精子剤	28
避妊法を使用しない	85

Source: Guttmacher Institute, 2012. (Based on data from the United States)

避妊方法の効果

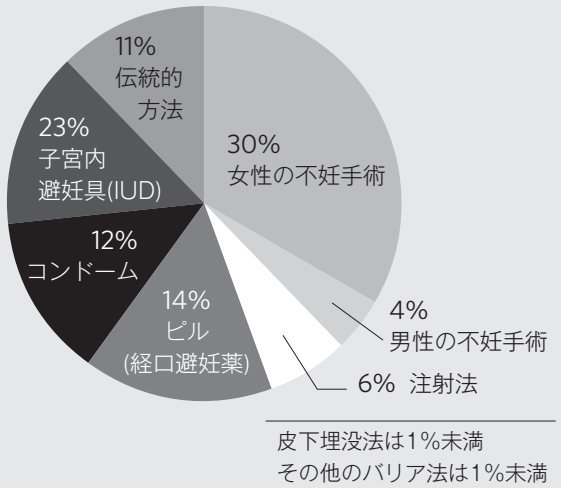
皮下埋没法と子宮内避妊具のように長期的効力のある方法は、妊娠予防にきわめて効果的である。それはピルを毎日服用したり、次の注射を適時にしてもらったりなどの行動をとらなくてよいからである。ピル、パッチ剤(訳注：皮膚に貼る避妊薬)、腟リング、注射法、バリア法などの方法は、「完璧な使い方」をすれば通常の使い方よりもさらに有効である。ただし、人は避妊法の使用を忘れたり、使用法を間違えたりしがちである。

正しく、継続して使用すれば、近代的避妊法のほとんどは効果が高い。自然法も正しく使えばかなり有効であり、とくに宗教上の反対から他の避妊法が使用できない女性に好まれることがある。効果が最も低い方法であっても、何もしないより妊娠を防ぐのに有効である。性的に活発で何も方法をとらないことを選択した女

性 100 人中 85 人は最初の 1 年以内に妊娠する(Guttmacher Institute, 2012)。

避妊効果は、典型的な避妊法を使用した女性 100 人あたりの最初の 1 年以内の妊娠件数で測られ、皮下埋没法の 0.5 から殺精子剤の 28 までの幅があるが、何も使わない場合には 85 である(Guttmacher Institute, 2012)。世界的にみると、避妊法を使っている女性 3 人のうちほぼ 1 人は女性の不妊手術に依存している。約 4 人に 1 人は子宮内避妊具に頼っている。また 10 人中 1 人以上は伝統的な方法に依存しており、方法としては膣外射精とリズム法が支配的である。

世界の避妊の方法別割合



Source: United Nations. 2011 World Contraceptive Data Sheet

避妊実行は利用可能な選択肢、使いやすさ、情報によって左右される

女性には、現在の避妊の選択肢に満足できないので、ニーズはあってもそれが満たされていない場合や、避妊をやめてしまう場合がある(Frost and Darroch, 2008; Bradley, Schwandt and Khan, 2009)。現在、使用できる選択肢のほとんどは 1960 年代と 1970 年代に開発された技術に依存している。それ以来、新しい方法の発見と普及にはごくわずかな投資しかなされていない(Harper, 2005; Darroch, 2007)。近代的方法に関する情報サービスの質を強化することに加えて、国は女性と男性の権利を実現させるために、全身に影響を及ぼす副作用のない方法、需要に応じて使える方法、パートナーの参加または認知を必要としない方法など、新しい避妊法の開発に投資する必要がある(Darroch, Sedgh and Ball, 2011)。

新しい方法だけでアンメットニーズが解消されるわけではない。しかし、さまざまな政府が最近になって承認したより新しい方法により、女性は信頼度も安全度もより高い妊娠予防の権利を行使できるようになった。調査によると、副作用と副作用に対する恐れが使用中止の主な原因であり、このことがアンメットニーズの充足を妨げていることがわかった(Cottingham, Germain and Hunt, 2012)。

避妊法の効果と幅広い選択肢は、需要の一部であると同時に供給も反映している。ほとんどの人々にとってサービスの質は粗末かもしれないし、すべての方法を利用できる状態にはなっていない。その結果、出産の時期を遅らせたり、これ以上子どもを産みたくないと考える人々にとって、家族計画は魅力的でないことになる。

家族計画の実行と必要物資の信頼性

利用できる避妊法の選択肢は増えており、とくに先進国ではそうである。しかし、ほとんどの途上国の女性にとって、ピルとコンドームに加え注射法と皮下埋没法もしばしば利用できるようになって、避妊法は増えているとはいえ、

▲ *農村の家族計画クリニックを訪れたカップル(フィリピン、ミンダナオ)*

©Panos/Chris Stowers

先進国に比べれば選択肢ははるかに少ない。避妊法を確保することは課題であるが、その流通となると別の問題である。コンドームに対する国際的支援資金の大半は製品の調達に費やされ、流通、配布、管理にはあまり使われていない。

事　例

スワジランドにおける物資の確保

個人が家族計画の権利を実現するには、必要物資を確実に入手できることが肝要である。多くのアフリカ諸国と同様、スワジランドでも在庫切れを経験しており、人々が特定の避妊法を選択し、安心してそれに依存することは難しい。リプロダクティブ・ヘルスの関連物資の安定確保の計画は、政府による避妊薬(具)の調達に中心をおいてきたが、ほとんどその成果を上げられなかった。

妊産婦死亡率と思春期の妊娠の率が高いという課題に取り組むため、スワジランドはリプロダクティブ・ヘルス関連物資の安定確保に投資した。保健省はプログラム実施を強化する目的で、2011 年にスワジランド家庭生活協会、健康管理科学協会とUNFPAと提携を組むことで、市民組織とUNFPAとの関係を強化した。その全体の目的は、保健体制の効率を高めて、リプロダクティブ・ヘルス関連物資を確保することにあった。そのために次の 3 つの戦略がとられた。すなわち、リプロダクティブ・ヘルスと関連物資の確保に向けて、国の制度を強化し、実施・モニター・報告を行う人材の能力を高め、リプロダクティブ・ヘルス関連物資確保に向けた政治的、財政的関与を強めた。避妊実行率が上がり、従来の基準でみれば成功であった。しかし、同じように重要だったのは、家族計画サービスを提供する施設の増加とサービスの信頼性であった。■

伝統的な家族計画方法も依然として人気がある

伝統的な方法は、とくに途上諸国では広く使われている。調査データでは、なぜ人々が近代的な家族計画の方法よりも伝統的な方法を使用するかについては明らかにされないことが多い。

伝統的方法には、定期的禁欲、膣外射精、授乳性無月経法(母乳の授乳延長)、および「民俗的」方法があり、その効果には著しくばらつきがある。いろいろ異なる環境を比較した研究では、伝統的方法に頼っている女性よりも近代的方法を使う女性のほうが妊娠する確率は格段に少ないことが確認されている(Trussell, 2011)。

伝統的な方法を一括りにする傾向があるが、

すべての伝統的方法が同じというわけではない。いくつかの国では近代的とはいえない伝統的方法でよい実績を積み重ねている。たとえば、イランとトルコでは膣外射精は教育のあるカップルの間では一般的に行われており、妊娠を避ける方法としてこの方法はシシリーとパキスタンでも広く使われてきている(Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Erfani, 2010)。人口保健調査(DHS)では膣外射精を「全く効果のない民俗的方法」と分類している。しかし、この方法はかなりの国々で幅広く使われており、その効果はコンドームとほぼ同じ程度である(Cottingham, Germain and Hunt, 2012)。

女性向けの家族計画の方法は男性向けの方法よりも広く利用されている

ICPD(国際人口開発会議)の行動計画では「男性向けの新しい出生調節法を開発すること」を最優先項目として注目し、民間企業の参入を呼びかけた。また、家族計画に対する男性の参画と責任を高めるよう特別の努力をすることを各国に強く要請した(Paragraph 12.14.)。20年近くが経っても、男性向けの新しい方法は何も開発されていない。男性向けの避妊法の選択肢がほとんどないなかで、男性の家族計画の利用はICPDが予想していた数字より少ない。今日、男性の協力を必要とするリズム法、膣外射精などの伝統的な方法すべてにコンドームと合わせて算定したとしても、男性の方法は世界全体の避妊実行率のなかで26%前後にしかならない(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011)。

女性の不妊手術の割合は男性の割合をはるかに上回る。永久に子どもを産まないと決断するのは難しいと思われるが、不妊手術は世界で最も一般的に利用されている家族計画の方法であり、既婚女性の5人に1人以上がこの方法に依存している。ほとんどどこでも、不妊手術を受けるのは男性より女性のほうがはるかに多い。コロンビアでは、女性の78%が現在、避妊法を使用しているが、女性全体の約3分の1(31%)は不妊手術をしている。これに比べ、男性で不妊手術を受けているのはわずか2%である(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011)。ここ何年かで希望する子ども数は減少しているため、若い時に結婚したカップルはまだ人生の早い時期に子どもを産み終えることになる。望んだ数の子どもが生まれたら、長い場合には意図しない妊娠を25年も避けなければならないので、彼らにとっては永久的な避妊法は魅力的である。

「永久に子どもを産まないと決断するのは難しいと思われるが、不妊手術が世界で最も一般的に利用されている家族計画の方法であり、既婚女性の5人に1人以上がこの方法に依存している」

女性が不妊手術を受ける割合は南米と中米で最も高く、ドミニカ共和国では47%にも上るが、少なくとも男性の5%が精管結紮をした国は世界中でわずか14カ国である。男性と女性の不妊手術がほぼ同率なのはオーストラリアとニュージーランドで、どちらも男女とも約15%が手術を受けている(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011)。男性の手術の割合が女性の場合を上回っている国は、ほんのわずかだが、そのなかで最も顕著なのはカナダと英国で、手術を受ける男性は女性の約2倍いるとみられる。

精管結紮が多いのは最も開発の進んだ先進国であることから、これらの国での女性の経済力と権利を反映したものだと推察する人がいるかもしれない。しかしネパールは途上国の中では数少ない例で、ここでは精管結紮の割合が5%以上であり、それは女性の不妊手術の3分の1

以上に相当する。このことはネパールの女性のエンパワーメントが進むことで、その影響が避妊法の選択に現れつつあることを示唆している(EngenderHealth, 2002)。

女性の不妊手術は男性の手術よりも侵襲性(訳注：生体を傷つける)が高く、経費もかかり、リスクも高く、効果は男性の手術よりやや少ない。それにもかかわらず、北米と西欧を除いて、女性の手術の普及率は精管結紮よりも著しく高い (Greene and Gold, n.d.; Shih, Turok and Parker, 2011)。女性の不妊手術が標準になり、一方で男性の不妊手術がまれであることは、明らかなジェンダーの不平等である。精管結紮を利用する手段の不足とそれを推進する努力が行われていないことは、男女双方の権利に反するものである。

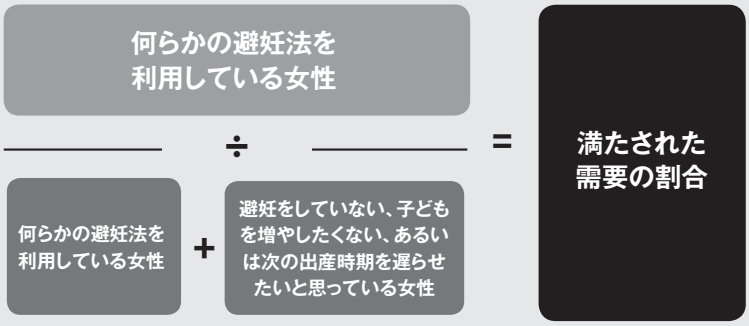
このような現実を考えたとき、カップルのどちらが不妊手術をするかを二人で実際に話し合うとしたら、どんなことを考慮するだろうか。複数の国を対象にしたある調査によると、精管結紮を決めた男性の何人かは、パートナーの健康を心配してそう決心したと述べた(Landry and Ward, 1997)。他の男性は、利用できる方法に不満だったり、または妻が副作用のため他の方法をやめてしまっていた。貧しい家族の中には、妻が健康を回復するのに必要なときにも育児と家事から逃れられないため、精管結紮を選んだというケースもあった。米国では、精管結紮の普及率は、高学歴と高収入の男性の間で最も高く、女性の不妊手術は所得も教育程度も低い人たちの間で普及している(Anderson et al., 2012)。

精管結紮はサハラ以南アフリカでは人気がなく、普及率は1％以下である(Bunce et al., 2007)。サービス提供者のなかで精管結紮手術の訓練を受けた人はほとんどおらず、男女のほとんどとは言わないまでも、多くはそのような手術のことを聞いたこともない。精管結紮の受容についてのタンザニアの調査によると、男女とも性的な副作用があるのではないかと懸念していた(Bunce et al., 2007)。女性によっては夫が不誠実になるのを恐れ、男性は精管結紮をす

長期にわたる需要と供給

避妊実行率とアンメットニーズの指標は、個人の性行動が決められるダイナミックな性質と、そのような決定が行われる状況を把握するには限界がある。例えば避妊実行率とアンメットニーズは、避妊薬(具)の在庫や供給が長い期間には変動があることなど、避妊を必要とする女性が自分ではどうにもできないいくつかの要因の影響を受ける。さらに、特定の方法を求める個人の要求と供給側の状況の違いによって、家族計画のアンメットニーズも変化する。また、家族を計画の権利を行使する利益について学ぶ人が増えるにつれて、サービスへの需要が供給を超える可能性も出てくる。この問題は、サービスが届きにくい地域で、さらには性行為の適切な時期についての一般通念を無視して性行動をとる人たちに起きる可能性がある。

避妊の普及とアンメットニーズは重要な指標ではあるが、それには限界があるため、避妊法の需要のうち保健制度が充足させるべき割合をさらによく把える追加的指標によって補う必要がある(UNFPA, 2011)。そのひとつは「満たされた需要の割合」である。この指標は現行のデータ収集方法から引き出せるもので、家族計画に対する女性の希望が満たされているかどうかをより的確に測定できる。さらに都市農村調整済み5分位階層(5段階分類)分析をより一貫して利用すれば、政策立案者および開発担当者が個々のニーズに対応した家族計画の戦略とプログラムを企画するのに役立つ。



Source: United Nations Population Fund (2010). *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. New York: UNFPA

ると性的不能になるという噂を聞き、性的な能力が損なわれると妻が自分の下を去ってしまうのではないかと恐れていた。

事　例

ソロモン諸島での非外科的精管結紮

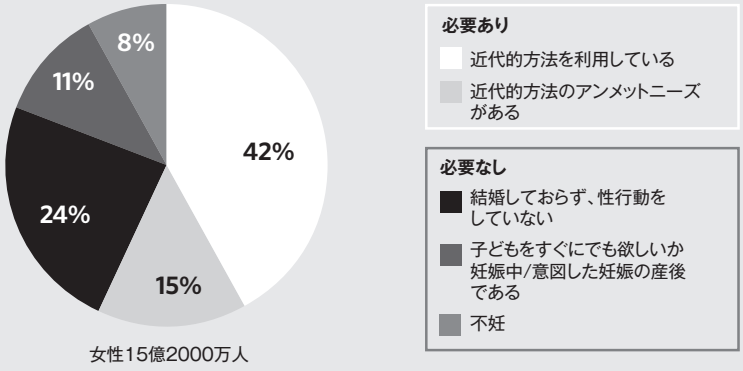
ICPD以降、ソロモン諸島での家族計画事業は、権利に基本を置くようになった。新しい人口政策は、権利の重視を反映し、政府は「親が責任をもって、子どもの数を決める努力を奨励し支持する」ことを明らかにした。政府は、2003－2004年に指針を更新し、インフォームド・チョイス(十分な情報に基づく選択)や、より広範囲な方法の組合せなど、さまざまなテーマで保健要員を訓練して、家族計画に再び力を入れた。その結果、避妊実行率は11 %から29%に伸びた。

外科手術を伴わない精管結紮は、とくに人気のある方法である。この方法の提供の成功の裏には、男性を家族計画にもっと積極的に携わるように初めて勧誘したことがある。さらに卵管結紮にはその手術ができる医療施設まで出かけていく必要があるが、非外科的精管結紮は非常に経済的で、地元でも行える。さらに男性の参加を高めるのに貢献した要因は、妻の陣痛・出産に立ち会うよう勧めたことである。これにより男性は妻に対する感謝の念をもつようになり、出産時にはどんなことが起こるかを理解するようになった。■

緊急避妊

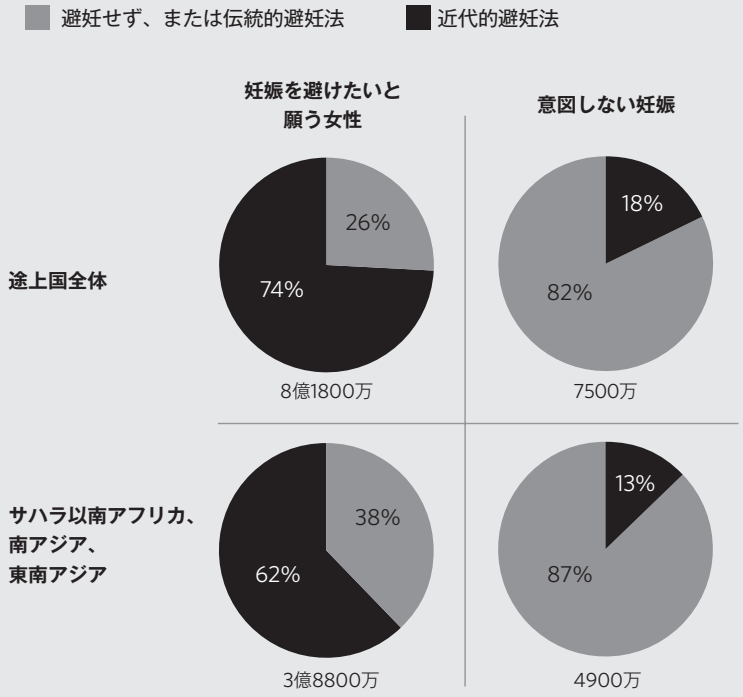
その名が示す通り、緊急避妊は、何の保護もなしで性行為をした、避妊法の使い方を間違った、コンドームが破れたりはずれたりした、その他の失敗があったなどの場合に、妊娠を回避する補助的な方法である。保護手段なしで性行

途上国の出産可能年齢の女性の半数以上は、
近代的避妊法を必要としている



Source: Singh, S and JE Darroch, 2012.

妊娠は避けたいが近代的方法を使用していない
女性の意図しない妊娠は、異常なほど大きな割合を占める



Sources: Singh S and J Darroch, 2012, and special tabulations of data for Singh S et al., 2009.

為をしてから最長5日以内に単独剤の緊急避妊ピルを服用すれば、受精卵が着床するのを防ぐことができ、意図しない妊娠を60%から90%の確率で減らせる。ピルの服用は早ければ早いほど効果的である。着床が始まると緊急避妊法は効き目がなく、流産は起きない。あくまで緊急使用のみを目的としており、常用には適さない。長期的な保護には、銅付加の子宮内避妊具があり、性交後5日以内に挿入すると着床を防ぎ、最高10年間は子宮内に入れておくことができる(Trussell and Raymond, 2012)。緊急避妊法は、性的暴力、武力紛争、人道上の緊急事態という場合に特別な役割を果たす。青少年の性的出会いは予測不能で無計画な場合が多いことを考えると、緊急避妊法は思春期や年少成人に提供されるサービスのなかでも特に重要である。

家族計画の権利とアンメットニーズ

グットマッハー研究所とUNFPAによる2012年の報告によると、途上世界には出産可能年齢の女性が15億2000万人いる。そのうち8億6700万人は避妊法を必要としているが、現在、近代的避妊法を使っているのは、6億4500万人だけで、残る2億2200万人の女性は避妊のニーズが満たされていない。

- すぐには妊娠を望んでいない女性が避妊に失敗したり避妊をしない結果、途上世界では2012年に8000万件もの意図しない妊娠が起きると推計される。
- 2012年の途上国での意図しない妊娠8000万件のうち、大半の6300万件は近代的避妊法のニーズが満たされていない2億2200万人の女性に起きている。
- 意図しない妊娠の18%は、近代的避妊法を使用していたものの継続して正しく使うことが難しかったか、方法に失敗があったと考えられる6億300万人の女性に起こる。

避妊のアンメットニーズはなぜ依然として多いのか

2億2200万人もの女性が少なくとも今後2年間は妊娠を避けたいと望みながら、何も避妊をしていないのは、2008年から2012年にかけてアンメットニーズがほんのわずかしか低下しなかったことに現れている。この間、妊娠を避けたいと願う女性の数は4000万人近く増えた。アンメットニーズを減らすうえで最大の改善がみられたのは東南アジアである。前進はあったものの、サービスの恩恵を十分に受けていない人たちや、社会から取り残された人々の間では、アンメットニーズが相対的に高いため、その層に的を絞った対策の必要性が高い。

途上世界全体では、既婚女性の18%に近代的避妊法のアンメットニーズがあり、西アフリカ、中央アフリカ、東アフリカと西アジアでは、女性の30%から37%はニーズが満たされていない。アラブ地域では、かなりの人数の女性は家族計画のニーズが満たされていない。つまり、彼女たちは少なくとも今後2年間は妊娠を避けたいと思っているが、家族計画の方法を何も使っていない。「全アラブ家庭健康プロジェクト」が実施した調査によると、アラブ諸国に住む出産可能年齢の既婚女性10人中たった4人しか近代的避妊法を利用していない(Roudi-Fahimi et al., 2012)。ほとんどのアラブ諸国で家族計画に対する女性の態度があいまいなのは、副作用への恐れ、夫の反応についての不安など、さまざまな要因によるが、さらに家族の中での役割と子どもを産むことについての文化的な責任との葛藤も一因である。ただし、このあいまいさは、女性が年齢を重ねるごとに少なくなる。

西アフリカと中央アフリカでは、とくに保健体制が弱体でサービスの質が悪いことが原因で、アンメットニーズが多い(Singh and

Darroch, 2012)。途上国のほぼ全域で、貧しい女性は富裕な女性と比べて子どもが多く、避妊の利用は少ない。そのため、経済的に貧しい人たちを対象にプログラムを実施する必要性が高い。サハラ以南アフリカでは、最も富裕な20%に属する女性で避妊法を使っているのは、最も貧しい20%の女性よりも3倍多いとみられる(Gwatkin et al., 2007)。利用者と非利用者と間に大きな差があるのは、ある人たちは経済的余裕があって学校教育を受けた結果、情報とより多くの選択肢が得られ、自分たちの希望にそって子どもを少なく産むことを決定できるからである。

意図しない妊娠5件のうち4件は、家族計画のニーズが満たされていない女性によるものである(Singh and Darroch, 2012)。意図しない妊娠につながるその他の要因には、カウンセリングや情報が不十分なため、避妊法の使用が正しくなかったり、一貫性に欠けていたりしたこと、さらに、ある方法をやめたときに別の方法に切り換えなかったことがある(Singh and Darroch, 2012)。途上世界全体で一度も結婚したことのない女性が近代的避妊法を利用する割合は既婚女性よりもずっと少ない。ただしサハラ以南アフリカは例外で、ここでは、妊娠とHIVを含む性感染症に対する二重防御のニーズが強く、未婚女性の間ではコンドームが支配的な方法になっている(Singh and Darroch, 2012)。

データからは、思春期層と若者にとって親しみやすいサービスが必要なことが明らかである。貧しい家庭の15歳から19歳の思春期の少女の妊娠は、富裕な家庭の同じ年齢層の少女の2倍もある(Gwatkin et al., 2007)。この差に加えて、貧しい少女は富裕な家庭の少女に比べて、結婚し、教育は受けず、栄養不良で、未熟児や低体重児を産む可能性が高い。思春期の少女の4人に1人が家族計画のニーズが満たされていないサハラ以南アフリカの22カ国では、過去10年間に思春期向けの利用手段の改善はほとんどみられない(United Nations, 2011c)。すべての地域の結婚している思春期の少女が、避妊サービスの必要を叶えるのは、年配の女性よりもはるかに難しい(Ortayli and Malarcher, 2010)。しかし、一度も結婚していない若い女性も避妊薬(具)を入手するのが難しい。結婚前に性行動をするのは恥だと周囲がみることが大きな原因である(Singh and Darroch, 2012)。

避妊は人工妊娠中絶率を低下させる

最近のグットマッハー研究所の調査(Singh and Darroch, 2012)によると、途上世界では2012年中に8000万件の意図しない妊娠が起き、そのうち4000万件は中絶されることになるだろう。

中絶に終わる意図しない妊娠のほとんどは、避妊をしない、または避妊に失敗した結果として起こる。失敗の多くは膣外射精などの伝統的

▼ *家庭訪問をする巡回保健指導員(ボツワナ、ハボローネ)*
©Panos/Giacomo Pirozzi

な方法による。効果は低いにもかかわらず、世界の避妊法使用者の11%(既婚女性全体では7%以下)は膣外射精、リズム法、その他の伝統的方法に頼っている(Rogow, 1995)。多くの場合、近代的方法の利用手段がないためにこの方法を選んでいるためだが、なかには副作用がない、経費がかからない、診療所に行かずに自宅で行えるという理由で、いわゆる「自然の」方法がいいと考えていることもある。

「すべての国は今後数年間にわたって、質の高い家族計画サービスに対する国の潜在的なニーズの度合いとそれをリプロダクティブ・ヘルスの範疇の中でどう統合させるかを、人口のなかで最も無力な、恵まれない集団に特別な注意を払いながら、検討しなければならない」

— 1994年、国際人口開発会議「行動計画」、パラグラフ 7.16

近代的避妊法に対して女性がもつ不安に対処し、現在使用している方法を止めて新しい方法や効果的な方法を見つけたいと願う女性を手助けすることにより、サハラ以南アフリカ、南アジアと東南アジアでの意図しない妊娠を60%、人工妊娠中絶を半分以上減らすことができた(Cohen, 2011)。世界全体でアンメットニーズに対応することで、意図しない妊娠を5400万件も回避でき、その結果、人工妊娠中絶を4000万件から1400万件へと、2600万件減らせるだろう(Singh and Darroch, 2012)。

中央アジアと東欧の12カ国で行われた人工妊娠中絶に関する調査によると、多くの女性が近代的避妊法を使用したにもかかわらず、さまざまな理由で止めてしまったことがわかった(Westoff, 2005)。近代的方法の使用中止の結果起こった妊娠の大半は中絶で終わった。このことから、避妊法の選択肢の幅を広げること、質の高いカウンセリングの提供と利用者に「寄り添う」こと、現在使っている方法に不満な女性をサービス提供者が手助けし、意図しない妊娠をする前に別の方法に切り換えさせることが重要であることは明らかである。

ウクライナでは外で働く女性が増え、子どもは少ないほうがよいと考えるカップルが増えたこともあって、出生率がこのところ低下してきている。ソ連崩壊直後は、中絶を家族計画の手段としていた。今日では、家族計画の方法が当時よりもずっと入手しやすくなり、その理解が進んだこともあって、計画外の妊娠は減り、それに伴って中絶も減少した。

ラテンアメリカ・カリブ海地域における15歳から44歳の間の人工妊娠中絶率は、1995年に女性1000人あたり37件だったのが、2008年には1000人あたり31件に低下した(Kulcycki, 2011)。これは両地域全体で、近代的避妊法の使用が既婚女性の67%にまで上がったからである(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011)。それでも地方によって、また貧困者や思春期などの社会集団によっては、避妊法の入手が困難な場合もある。意図しない妊娠の率が高いと、多くの女性が中絶を受ける結果になるが、この地域のほとんどの国では中絶が制限されている。中絶は女性の命を救う場合にしか許可されない国も多い。その結果、毎年420万件に上る同地域の中絶手術のほとんどは秘密裏に、または安全でない環境で行われ、人工妊娠中絶の割合と安全でない人工妊娠中絶の割合はともに世界で最も高い(United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2011)。経済的余裕のある女性は民間の業者を利用できるが、貧しい女性には選択肢が限定されており、医療と法律の両面で不利益を受けることが多い(World Health Organization, 2011a)。同地域での安全でない人工妊娠中絶の結果として、毎年1000人以上が死亡、50万人以上が入院している(Kulcycki, 2011)。

先進地域でも途上地域でも人工妊娠中絶の割合はそれほど変わらず、途上国では女性1000人あたり29件、先進国では女性1000人あたり26件である(World Health Organization, 2011)。避妊普及率は先進国のほうが高いが、女性の中には使用を止めてしまう人や避妊法を定期的に入手する手段のない人もいる。

安全でない人工妊娠中絶は、全中絶件数のほぼ半数を占める(Sedgh, Singh and Shah, 2012)。安全でない人工妊娠中絶のほぼすべて(98%)は、途上諸国のあらゆる年齢層にわたって行われ、その中の最多件数はサハラ以南アフリカである。世界保健機関(WHO)の推定では、安全でない人工妊娠中絶は毎年2160万件に上る(World Health Organization, 2011)。この数字は、出産可能年齢(15 – 44歳)の女性の数が世界全体で増加しているのに伴い、確実に増大している。

▲ *2020年までにあと1億2000万人の避妊薬(具)を手に入れたいと願う女性たちが避妊薬(具)を入手することができれば、妊娠・出産で亡くなる女性を20万人減らすことができる。それは20分に1人の女性の命を救うことになる。避妊薬(具)へのアクセスは、生後1年以内に亡くなる赤ちゃんをおよそ300万人減らすことになる*

©Lindsay Mgbor/UK Department for International Development

事　例

モザンビークにおける安全でない人工妊娠中絶

モザンビークの若い女性の中には、望まない妊娠を中絶しようと危険で違法な手段に頼る人がいる。モザンビーク家族計画協会(AMODEFA)は他の非政府組織と一緒に、毎週2時間この問題と関連問題について話し合う「女性コーカス」グループを組織した(United Nations Population Fund, 2011a)。メンバーは、避妊法、パートナー、安全でない人工妊娠中絶、ジェンダーの平等、小規模事業の機会、女性に対する暴力などの話題を選ぶ。人権、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス、ジェンダーの平等について訓練を受けたAMODEFAの若い女性が、話し合いの調整役を果たす。参加した若い女性は、リプロダクティブ・ヘルスに関して決断をするのに自信がついたことや、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルス・サービスとそれをどこで受けたらよいかについて知識が増えたと、感想を述べている。■

避妊の使用が増えれば増えるほど、人工妊娠中絶は少なくなる

近代的避妊が幅広く行われるようになれば、それだけ中絶率が低下することは明らかである(Westoff, 2008)。ロシアでは、1991年から2001年の間に子宮内避妊具とピルの使用が74%増え、それに伴い何十年にもわたって出生調節の主な手段であった人工妊娠中絶が61%も減少した。それ以前の女性に近代的避妊法の利用手段がなかった東欧全域と中央アジア全域でも、同じようなパターンがみられる(Westoff, 2005)。

最新のデータによると、思春期と若者世代の女性による人工妊娠中絶は、世界全体の安全でない人工妊娠中絶の約40％を占める(Shah and Ahman, 2004)。思春期の少女は、人工妊娠中絶サービスを受ける時期が遅れたり、合併症の治療を受け損ねるため、成人女性に比べて死亡率や障害が生じる率が高くなる可能性がある。人工妊娠中絶率は、避妊法の制限があったり、小家族指向が強まったり、出産時期を先延ばしすると増加する。

青少年を対象に家族計画を広めれば、15歳から19歳の思春期の少女の最大の死亡原因である妊娠、出産、安全でない人工妊娠中絶に関連した合併症を予防するのに役立つ(Patton et al., 2009)。妊産婦死亡のほとんどは途上国で起きているが、その半数以上はサハラ以南アフリカで、およそ3分の1は南アジアで起こっている(World Health Organization, 2012)。

途上国13カ国を対象にした入院に関する比較調査は、毎年人工妊娠中絶を受ける女性のほぼ4分の1(850万人)が治療を必要とする合併症を患い、うち約300万人は必要な治療を受けられないと推定している(Singh, 2006)。

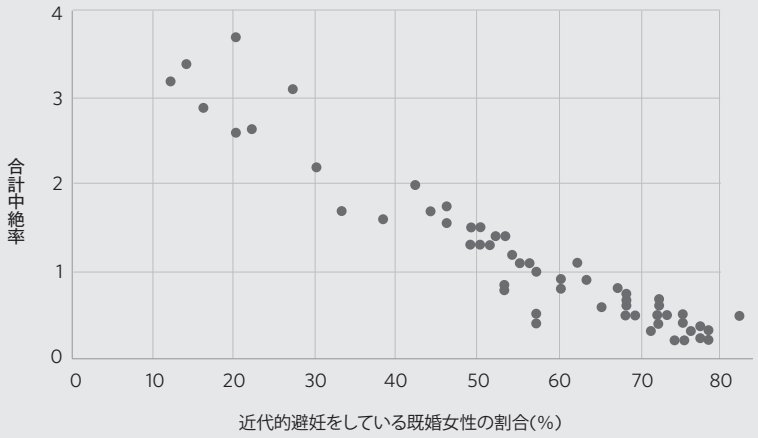
少女は成人の女性よりも妊娠による合併症と死亡の危険に直面する度合いが高い。成人の女性と比べて、若い母親は出産時に死亡する危険が2倍から5倍も高くなる可能性があり、妊産婦死亡リスクは15歳未満で出産する場合が最も高い (World Health Organization, 2006)。18歳ないしそれ以下で妊娠した少女の妊産婦死亡リスクは、20歳に達してから妊娠した女性の4倍にもなる(Greene and Merrick, n.d.)。

見落とされがちであるが、青少年の妊産婦の疾病率も懸念される問題である。出産を切り抜けた若い母親は、産科フィスチュラを含め妊娠に関連する傷害や感染症を負うリスクがより高まる。国連の推定によると、サハラ以南アフリカとアジアでは200万人以上の若い女性が、産科フィスチュラの治療を受けられないまま生活しており、それによって身体障害が起きたり社会的に排除されている(World Health Organization, 2010)。

ほとんどの場合、妊産婦の死亡と障害のレベルの高さは、青少年が直面しているヘルス・サービスの利用手段の不平等と社会的に不利な立場、または社会から排除された状態に置かれている問題を反映している。これらの要因は若い女性が妊娠したことによって直面する健康リスクの原因であり結果でもある(Swann et al., 2003; Greene and Merrick, n.d.)。

思春期の出産はほぼ95％が途上国で起きており、これらの国々では15歳から19歳の少女の出産の約90％が結婚によるものである(World Health Organization, 2008)。児童婚（18歳未満の結婚）は少女の人権の侵害と認識されるようになっており、その人権には、子どもの権利条約の中に明文化された、有害な伝統的慣習から保護される権利も含まれているが、そのよ

59カ国における人工妊娠中絶率と近代的避妊法の普及



Source: Westoff, 2005.

うな慣習は特にアフリカと南アジア地域では児童婚がごく普通のこととして残っており、少女のほぼ半数は18歳になる前に結婚している(Hervish, 2011)。結婚した少女の大半は結婚後間もなく妊娠する(Godha, Hotchkiss and Gage, 2011)。

思春期少女の出産全体の75％は「意図したもの」とみなされているが(World Health Organization, 2008)、この「意図」とは、女性は結婚したら早く夫とその家族に子どもを産めることを証明するべきだという社会的圧力や文化的規範の影響を強く受けている可能性がある(Godha, Hotchkiss and Gage, 2011)。未婚の少女にとって意図しない妊娠の可能性ははるかに高く、結局、人工妊娠中絶で終わることが多い。中絶は彼女たちにとって妊娠を調節する唯一の手段であることが多い(World Health Organization, 2008)。

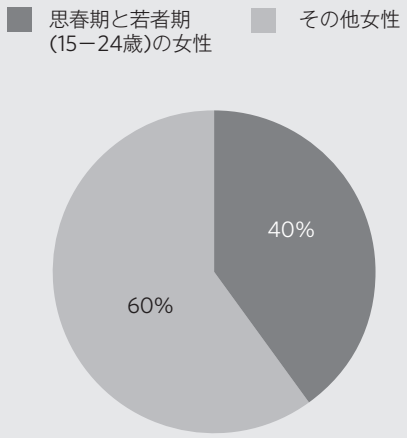
ラテンアメリカの思春期の出産数は他より急速な減少をみせたが、それでも若い女性1000人あたりの出産は平均80件となお高い水準にある。エクアドル、ホンジュラス、ニカラグア、ベネズエラなどいくつかの国では、15歳から19歳の思春期の少女の出生率は、サハラ以南のほとんどの国の水準に近く、1000人あたり100件以上である(UNFPA, 2011)。これらの国では、先住民の思春期の妊娠と出産が他のグループよりはるかに多い。先住民のグループは社会・経済的にも、教育面でも不利な状態に置かれる傾向にある(Lewis and Lockheed, 2007)。米国では最近あらゆる民族グループで思春期の出生率が低下し、女性1000人あたり34件と歴史的に低い水準となったが、西欧の水準に比べればまだ高い(UNFPA, 2010a)。

思春期の出産は多くの地域で減少しつつあるが、一部の地域では減少速度の鈍化がみられ、思春期の出産が世界で最も高いサハラ以南

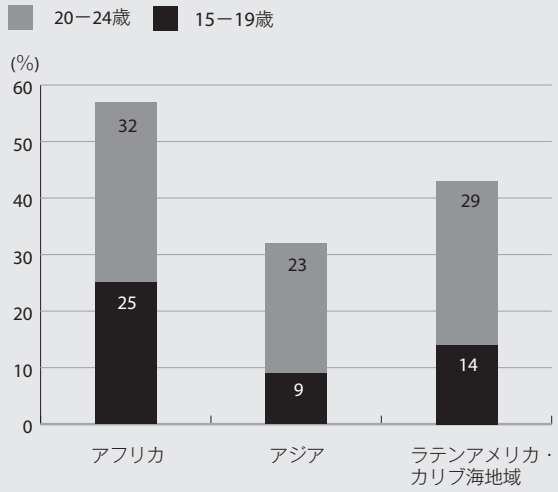
思春期と若者の安全でない人工妊娠中絶

途上国および地域別の安全でない中絶総数に占める割合

世界の安全でない人工妊娠中絶総数に占める思春期と若者の中絶の割合



地域別の安全でない人工妊娠中絶総数に占める思春期と若者(15－24歳)の中絶の割合



Source: Shah, I., Ahman, E (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement):9-17.

アフリカのいくつかの国では、逆転現象さえみられる(United Nations Population Division, 2012)。サハラ以南アフリカでは15歳から19歳の思春期少女1000人あたりの出産が年間平均120件あり、1000人あたり199件のニジェールが最も高く、1000人あたり43件のルワンダが最も低い。若い女性の半数以上は20歳前に出産を経験しており(Godha, Hotchkiss and Gage, 2011)、サハラ以南の大半の国々では思春期の出産が1990年以来ほとんど減少していない(Loaiza and Blake, 2010)。コーカサスと中央アジアでの思春期の出生率は過去10年間横ばい状態にあるが、これはこの地域の女子の就学が目立って高くなったことによると思われる。中等教育の就学率は男女がほぼ同数であるが、高等教育での就学率は男子よりも女子が多い(United Nations, 2012)。東南アジアは唯一、2000年から2010年の間に思春期の出生率が増加した地域である。

総合的なデータの必要性

家族計画の権利を保護するには、現在家族計画の利用手段を持つ人と持たない人についての基本的理解がまず必要である。権利を保証するには、青少年や大人が性とセクシュアリティについて、また子どもを持つ決定についてどのように考えているかについての理解も必要である。新しい技術によって、各国は人口の趨勢と、人々に性行為の動機を与え出生率に影響を及ぼす環境要因についてより多くの理解を得ることが可能になっている。通信のデジタル化とモバイル化によって、人々は自らの権利や国民を守る政府の義務について、以前より情報を入手しやすくなっている。

家族計画の傾向を評価するには、従来そのニーズが無視されてきた最も立場の弱い人々について、どの人たちのニーズが軽視されてきたか、またどんな要因がこれらの人々を弱い立場に追い込み、これまでの人生で家族計画の権利の行使を不可能にしてきたかについて、詳細な分析が必要である(UNFPA, 2010)。

優れた人口学的指標は複雑で発展的に変化する事態を明らかにする。関係者は、健康を形成し、健康をいくつかのパターンに変化させる社会的・文化的および政治的条件に関する情報と合わせて、これらのデータを分析することがますます必要になっている。WHOはこのような健康の社会的決定要因が「疾病という世界の負荷の大半と健康における膨大な不平等」に拍車をかけると指摘している(World Health Organization, 2005)。健康の社会的決定要因は、個人、地域社会および国のあらゆるレベルで、女性、男性、青少年が人生のさまざまな段階で妊娠を予防したり遅らせたいと望んだときに、質の高い家族計画を利用できるか否かを左右する条件となる。

したがって政策立案者は、年齢構成や都市化率を含む人口の動態、ならびにその他の傾向についての部門横断的な総合データを利用しなければならない。家族計画の入手可能性を高める

エクアドルでは、データに基づく政策提言が家族計画への政治的･財政的支援につながる

エクアドルの出生率は人口集団によって差がある。5分位階層で所得が最も低い階層に属する女性は平均して5人の子どもを持つのに対し、所得が最も高い階層の女性は2人程度である。この違いはセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスの利用手段が不平等であることを反映している。そこでUNFPAは保健省や他の二国間および多国間組織と組んでデータの収集と分析を行い、この格差の実態を資料にまとめ、不平等是正につながる変化を促がす活動を実施した。このデータは2009年に家族計画と思春期少女の妊娠予防の新戦略策定の準備資料となり、その結果エクアドルは避妊薬(具)を含むリプロダクティブ・ヘルス用品のために、2010年から2012年にかけて700%以上、金額にして5700万ドルの投資を行った。

▲ *赤ちゃん連れのカップル(ルーマニア、バルカン)*
©Panos/Petrut Calinescu

だけでは、意図しない妊娠を減らすことに役立たない可能性がある。アンメットニーズが最も多いのはどこか、リプロダクティブ・ライツを支持する努力が弱いのはどこか、また個人が情報や質の高いサービスを利用したくてもそれを妨げている文化的・社会的・経済的または事業実施のうえで障害があるのはどこか、これら諸点の分析をしなければならない。

国際人口開発会議の「行動計画」は人間のセクシュアリティ、年齢およびジェンダー関係の相互関係を明らかにし、これらが、男女がセクシュアル・ヘルスを達成、維持し自らの妊娠・出産を管理する能力にどのように影響するのかに焦点をあてている。したがって家族計画事業は、性的活動の継続性とジェンダーと年齢の違いによる性的活動の影響の違いを考慮したデータ分析に基づくものでなければならない。

結　論

避妊法を利用している人たちの出生率、アンメットニーズ、避妊の中断率および安全でない人工妊娠中絶のレベルは、国別には最も貧しい国々で、また各国内では恵まれない人々の間で最も高い。一部の先進国では意図しない妊娠が高い水準に留まった状態が続いている。家族計画の利用手段と利用については、教育水準が高く富裕なエリート層とその他の人々の間で不平等な状態が継続してみられる。したがって家族計画を利用するとなると、利用可能な人は利用するが、利用手段が限られている人たちはアンメットニーズと意図しない妊娠を経験することになる。

家族計画の情報とサービスに対する世界のニーズを考えるにあたって、政策立案者は総合的なデータを入手する必要があり、出生率だけでなく性行動のパターンについても考察するべきである。

第6章

すべての人々に家族計画の権利を

179カ国の政府が参加した国際人口開発会議(ICPD)で、家族計画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)に対する世界の取組方法が大きく転換してから20年近くが過ぎようとしている。これまでにある程度の進展は見られたものの、この権利に基づくICPDのビジョンを実現するためには、まだ多くのなすべきことが残っている。

ICPDの行動計画ではセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの定義がなされ、家族計画は、相互関係のあるより広範な権利のひとつとして位置づけられた。行動計画は家族計画プログラムにとどまらず、性と生殖に関する人々の決定を方向づけ、彼らがその決定に基づいて行動する能力を左右する社会的・経済的状況にも言及した。思春期の若者、男性、以前には取り上げられなかったその他の集団の役割やニーズが浮き彫りにされた。また家族計画を提供するにあたっては、個人の権利を尊重し、個人の希望に応えるサービスの必要性が強調された。

権利に基づくこの新しい取組は、政策立案者、国際機関、政府、市民団体から画期的なものとみなされた。なぜなら、すべての人がリプロダクティブ・ヘルスのサービスや関連物資を入手できるようにすることを政府の義務としたからである。しかし、ICPDが支援しようとした一般の人々、個々の女性、男性、少年、少女は、この転換を画期的なものとして経験したのだろうか？

家族計画の権利が支持され、利用手段が増えたところでは、人々は健康が改善され、収入が増し、貧困が削減され、ジェンダーの平等が進むなど、さまざまな恩恵を受けている。しかし、ICPDは何億という人たちの日々の現実を変えるには至っていない。妊娠を避けたい、遅らせたいと望みながら、質のよい避妊法や情報、サービスを入手する確実な手段がないため、あるいは克服不可能な社会的・経済的障壁やプログラムを実施する際の障壁のため、そうできない人たちは多い。

これらの人々は、健康の改善、エンパワーメント、その他一連の権利の享受など、家族計画によって促進されたり、付随して得たりする利益を逃している。取り組むべき課題は途上諸国において最も深刻であるが、先進諸国にも課題はある。これらの国々では、多くの女性と男性が家族計画の利用手段を持てず、サービスをほとんど受けられないか、あるいは使用している方法に満足していない。

セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの政策とプログラムは、ICPDのビジョンが権利に基づく取組として、いまだ十分具体化されていない。そこには、すべての人に対する良質のサービスと利用手段の保証が伴わなければならない。

その結果、あまりにも多くの個人が、子どもの数と妊娠の時期を決定する権限をいまだに持てず

◀ *赤ちゃんと過ごすカップル(ブラジル)*
©Panos/Adam Hinton

個人が家族計画の権利を行使できれば、妊娠する時期と間隔を自ら決定することができ、さらにその他多くの権利を行使するだけでなく、その恩恵も受けることができる。

にいる。

ICPDの行動計画を承認した政府は、子どもを産むか産まないか、産むならいつ産むかについて、個人が自由にかつ責任をもって決定できるよう情報、教育、手段を保証することを確約し、家族計画が権利であることに合意した。

家族計画の権利は、女性差別撤廃条約にも明確に述べられている。ミレニアム開発目標の5、特にターゲット5-Bは、2015年までに家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスの完全普及を目指してその進捗度を測るものである。しかし、この目標達成に向けた進捗状況は、他のミレニアム開発目標の進捗に遅れをとっている。

家族計画は基本的人権であり、世界中のあらゆる年齢の男女がそれを達成することを強く願っている。すべての人がこの権利を実現することは、2012年の現在、われわれの手の届くところまできているように思われる。

それでは2015年のミレニアム開発目標達成の期限終了後はどうなるのだろうか。

ミレニアム宣言で確認された価値観と原則は、地球規模の開発課題に取り組むための強固な基盤となっている。2015年以降の持続可能な開発課題は、人権、平等、持続性の基本原則に基づくものになるだろう。これらの原則を背景に、開発目標は包括的な社会開発、環境の持続可能性、包括的な経済開発、および平和と安全保障という相互に依存する4つの領域に沿って追求されることになる。

2015年以降の開発課題のビジョンは、包括的で地球規模であり、国際的に合意された枠組から派生する主要な原則、価値観、基準に基づくものである。これらの原則は、世界、地域、国および地方レベルにおける政策に首尾一貫性をもたせるのに役立ち、開発関連活動が相互に補強しあうことを保証する。

家族計画はそうした活動のひとつである。個人が家族計画の権利を行使できれば、妊娠する時期と間隔を自ら決定することができ、さらには教育、健康、開発にかかわる権利などその他多くの権利を行使するだけでなく、その恩恵も受けることができる。

子どもを持つか持たないか、持つとしたらいつ何人持つかを決定できるということは、権利と機会の平等が実現されていることの現れである。したがって、家族計画は公正と社会正義の問題である。

家族計画を主要な権利と持続可能な開発の問題として認識するために、広範囲にわたる4つの勧告と、その勧告を達成するための個別の戦略を下記に要約する(訳注：日本語版では項目のみ抜粋)。そこでは次の必要性が指摘されている。1)権利に基づく取組をする、または強化する、2)2015年以降の持続可能な開発の枠組のなかで、家族計画を強調することを保証する、3)疎外された特定の集団に焦点をあてることにより、平等性を確保する、4)家族計画に十分な投資をするための資金を調達する、などの必要性が指摘されている。

1 家族計画が届く範囲を拡大し、健康に対し人権に基づく取組をすることでサービスを改善する。

家族計画は、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの包括的プログラムを基礎におかなければならない。

政府は、保健提供者に特定の避妊法を提唱するよう仕向ける奨励策や数値目標、料金体系を監視し、それらを排除すべきである。または、奨励金(物)で避妊させることについても同様の対処が必要である。

「家族計画を超えて」セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの社会的・経済的障壁に対処する。

女性の家族計画の権利を実現するには、男性と少年が重要であること、また彼ら自身の権利の実現にとっても重要であることを認める。

家族計画プログラムは、避妊法の使用が性的関係のなかで起こるという現実を反映したものでなければならない。

人工妊娠中絶が合法的なところでは、家族計画とともに中絶のサービスも提供するようにしなければならない。

緊急避妊の利用を保証することは、家族計画の権利を実現するうえで不可欠である。

政府、国際機関、市民社会は、利用できる避妊法とサービスの品質に対する満足度、健康に及ぼす影響、思春期の妊娠発生率、意図しない妊娠によって被る犠牲を追跡調査していく必要がある。

2 2015年以降の持続可能な開発の枠組の中心に家族計画を位置づける。それは家族計画が開発に対して、また貧困と不平等の循環を絶つことにも貢献することを認めるものである。

家族計画を保健分野のなかの「特殊な」話題としてではなく、開発に貢献するいくつかの主要な投資のひとつとして扱う。

3 社会から疎外された特定の集団に、家族計画の権利を保証する。

健康上の不平等を是正するための政府の公約に不可欠なこととして、家族計画プログラムは経済的・物理的・法的・社会的・文化的要因に

▼ *ムンバイのバス停の風景(インド)*
©Panos/Mark Henley

取り組まなければならない。これらの要因のために、あまりにも多くの人たちが保健サービスを受けられず、また自分たちが直面する可能性のある多様な形態の差別を克服できずにいる。

必要に応じて国は、家族計画法の利用をすべての人に保証する新しい法律を制定しなければならない。その他の国では現行の法律や政策、プログラムが公平に実施されることを保証するための手段を講じなければならない。

未婚者の数は全年齢を通して世界的に増えており、家族計画の政策とプログラムは彼らのニーズに応えなければならない。

家族計画プログラムは、若い既婚女性やその夫がサービスを利用できるようにしなければならない。

高齢者の家族計画ニーズに適切に応じるために、高齢者は家族計画の権利を行使する必要がないという一般の思い込みに取り組む必要がある。

国や国際社会は、家族計画を利用するのが難しいと思われるすべての集団についてデータを収集する努力を強化するべきである。

利用手段に関する調査や監視は、すべての人のニーズと経験を反映したものでなければならない。

▼ *グッドラック・ジョナサン・ナイジェリア大統領は、9月に家族計画を含むすべての命を救う必要物資が手に入るようにすると発表した。大統領は「国連救命物資委員会の共同委員長を務める*
©United Nations/J. Carrier

4 家族計画の資金を増やし、賢明な活用を保証する。

途上国と援助国の政府、国際機関、諸財団は、避妊法、情報、サービスを求めるすべての人のために、それらの品質と利便性を改善し、それによって彼らが家族計画の権利を行使できるよう資金を増やす必要がある。

家族計画を提唱するにあたって、政府、国際機関、市民社会は、その他の地球規模の取組、たとえば妊産婦死亡率の削減、児童婚の廃絶、ジェンダーに基づく暴力との闘い、思春期の妊娠予防などとの関連性を強調しなければならない。

複数部門にわたる投資や調整が、資金の有効利用には不可欠である。

▲ *避妊薬(具)の選択肢について学ぶカップル(ボツワナ)*

© Panos/Giacomo Pirozzi

▼ *ロンドンでの「家族計画サミット」で発言するセネガル保健大臣、アワ・マリー・コル-セック博士*

©Russell Watkins/UK Department for International Development

カイロ会議の目標の検証

世界/地域データ	妊産婦と新生児の健康の指標				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(%、2000−2010)	15−19歳の少女1000人当たりの出生数(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、%、1990/2011)	15−49歳の女性の避妊実行率(近代的避妊法、%、1990/2011)	家族計画のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の割合(%、1988/2011)	初等教育就学率(全体)(%、1999/2011)男	女	中等教育就学率(全体)(%、1999/2011) 男	女
アフガニスタン	460	34	90	184	22	16				34	13
アルバニア	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
アルジェリア	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
アンゴラ	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
アンティグア・バーブーダ島			67					91	84	85	85
アルゼンチン	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
アルメニア	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
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	5	51	47					
アゼルバイジャン	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
バハマ	47	99	41	18				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	27	133	51	56	48	17			45	50
バルバドス	51	100	50	14				90	97	81	88
ベラルーシ	4	100	21	9	73	56					
ベルギー	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
ベリーズ	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
ベナン	350	74	114	121	17	6	27			27	13
ブータン	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
ボリビア	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
ボスニア・ヘルツェゴビナ	8	99	17	16	36	11					
ボツワナ	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
ブラジル	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
ブルネイ	24	100	18	6						95	99
ブルガリア	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
ブルキナファソ	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
ブルンジ	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
カンボジア	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
カメルーン	690	64	127	136	23	14	21				
カナダ	12	99	14	6	74	72		100	100		
カーボヴェルデ	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
中央アフリカ共和国	890	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
チャド	1100	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
チリ	25	100	54	8	64			94	94	81	84
中国	37	96	6	24	85	84	2				
コロンビア	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77

世界/地域データ	妊産婦と新生児の健康の指標				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(%、2000－2010)	15－19歳の少女1000人当たりの出生数(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、%、1990/2011)	15－49歳の女性の避妊実行率(近代的避妊法、%、1990/2011)	家族計画のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の割合(%、1988/2011)	初等教育就学率(全体)(%、1999/2011)男	女	中等教育就学率(全体)(%、1999/2011) 男	女
コモロ	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
コンゴ民主共和国[2]	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
コンゴ共和国	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
コスタリカ	40	95	67	11	82	80	5				
コートジボワール	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
クロアチア	17	100	13	7				95	97	88	94
キューバ	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
キプロス	10	98	4	5				99	99	96	96
チェコ	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
デンマーク	12	98	6	5				95	97	88	91
ジブチ	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
ドミニカ			48					95	96	84	93
ドミニカ共和国	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
エクアドル	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
エジプト	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
エルサルバドル	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
赤道ギニア	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
エリトリア	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
エストニア	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
エチオピア	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
フィジー	26	100	31	22				99	99	79	88
フィンランド	5	99	8	3				98	98	94	94
フランス	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
ガボン	230	86	144	64	33	12	28				
ガンビア	360	52	104	93	18	13		68	70		
グルジア	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
ドイツ	7	99	9	4	70	66					
ガーナ	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
ギリシャ	3		12	5	76	46		98	99	91	90
グレナダ	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
グアテマラ	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
ギニア	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22
ギニアビサウ	790	44	137	181	14			77	73	12	7
ガイアナ	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
ハイチ	350	26	69	76	32	24	37				
ホンジュラス	100	66	108	33	65	56	17	95	97		
ハンガリー	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
アイスランド	5		15	3				99	100	87	89
インド	200	58	39	65	55	48	21	99	98		
インドネシア	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67

カイロ会議の目標の検証

世界/地域データ	妊産婦と新生児の健康の指標				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(%、2000－2010)	15－19歳の少女1000人当たりの出生数(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、%、1990/2011)	15－49歳の女性の避妊実行率(近代的避妊法、%、1990/2011)	家族計画のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の割合(%、1988/2011)	初等教育就学率(全体)(%、1999/2011)男	女	中等教育就学率(全体)(%、1999/2011) 男	女
イラン	21	99	31	31	73	59		98	96		
イラク	63	80	68	41	50	33		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	97	97	100
イタリア	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94
ジャマイカ	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87
日本	5	100	5	3	54	44				99	100
ヨルダン	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88
カザフスタン	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89
ケニア	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48
キリバス			39	44	36	31	12			65	72
北朝鮮	81	100	1	32	69	58					
韓国	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95
クウェート	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93
キルギス	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79
ラオス	470	37	110	46	38	35	27	98	95	42	38
ラトビア	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84
レバノン	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79
レソト	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37
リベリア	770	46	177	107	11	10	36	52	41		
リビア	58	100	4	15	45	26					
リトアニア	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91
ルクセンブルク	20	100	7	3				96	98	84	86
マダガスカル	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24
マラウイ	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27
マレーシア	29	99	14	9	49	32		96	96	65	71
モルディブ	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52
マリ	540	49	190	173	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	8							
モーリタニア	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15
モーリシャス[3]	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74
メキシコ	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73
ミクロネシア	100	100	52	38							
モルドバ	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79
モンゴル	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85
モンテネグロ	8	100	24	9	39	17					
モロッコ	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32
モザンビーク	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17
ミャンマー	200	71	17	57	41	38	19			49	52

世界/地域データ	妊産婦と新生児の健康の指標				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(%、2000−2010)	15−19歳の少女1000人当たりの出生数(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、%、1990/2011)	15−49歳の女性の避妊実行率(近代的避妊法、%、1990/2011)	家族計画のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の割合(%、1988/2011)	初等教育就学率(全体)(%、1999/2011)男	女	中等教育就学率(全体)(%、1999/2011) 男	女
ナミビア	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
ネパール	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
オランダ	6		5	5	69	67		100	99	87	88
ニュージーランド	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
ニカラグア	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
ニジェール	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
ナイジェリア	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
ノルウェー	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
パレスチナ自治区	64		60	22	50	39		90	88	81	87
オマーン	32	99	12	11	32	25		100	97		
パキスタン	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
パナマ	92	89	88	21				99	98	66	72
パプアニューギニア	230	40	70	58	36						
パラグアイ	99	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
ペルー	67	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
フィリピン	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
ポーランド	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
ポルトガル	8		16	5	87	83		99	100	78	86
カタール	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
ルーマニア	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
ロシア	34	100	30	16	80	65		95	96		
ルワンダ	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
セントクリストファー・ネーヴィス		67					86	86	89	88	
セントルシア	35	100	49	16				90	89	85	85
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	48	98	70	25				100	97	85	96
サモア			29	24	29	27	48	93	97	73	83
サントメ・プリンシペ	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52
サウジアラビア	24	100	7	19	24			90	89	78	83
セネガル	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
セルビア	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
セーシェル			62					96	94	92	100
シエラレオネ	890	31	98	157	8	6	28				
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	4	79	63	9	97	97	91	92
ソロモン諸島	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
ソマリア	1000	9	123	162	15	1					
南アフリカ共和国	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65
スペイン	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
スリランカ	35	99	24	13	68	53	7	94	94		

カイロ会議の目標の検証

世界/地域データ	妊産婦と新生児の健康の指標				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(%、2000－2010)	15－19歳の少女1000人当たりの出生数(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、%、1990/2011)	15－49歳の女性の避妊実行率(近代的避妊法、%、1990/2011)	家族計画のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の割合(%、1988/2011)	初等教育就学率(全体)(%、1999/2011)男	女	中等教育就学率(全体)(%、1999/2011) 男	女
スーダン[4]	730	23	70	87	9		29				
スリナム	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
スワジランド	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
スウェーデン	4		6	3	75	65		100	99	94	94
スイス	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
シリア	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
タジキスタン	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
タンザニア	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
タイ	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
マケドニア旧ユーゴスラビア共和国	10	100	20	15				97	99	82	81
東ティモール	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
トーゴ	300	60	89	104	15	13	31			33	16
トンガ	110	98	16	25				94	89	67	80
トリニダード・トバゴ	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
チュニジア	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
トルコ	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
トルクメニスタン	67	100	21	62	62	45	10				
タークス・カイコス諸島			26		31	22		77	84	72	69
ツバル			28				24				
ウガンダ	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
ウクライナ	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
アラブ首長国連邦	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
英国	12		25	6	84	84		100	100	95	97
米国	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
ウルグアイ	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
ウズベキスタン	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
バヌアツ	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
ベネズエラ	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
ベトナム	59	84	35	23	78	60	4				
イエメン	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
ザンビア	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
ジンバブエ	570	66	115	71	59	57	16				

世界/地域データ[14]	妊産婦と新生児の健康の指標				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(%、2000－2010)	15－19歳の少女1000人当たりの出生数(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、%、1990/2011)	15－49歳の女性の避妊実行率(近代的避妊法、%、1990/2011)	家族計画のアンメットニーズ(満たされていないニーズ)の割合(%、1988/2011)	初等教育就学率(全体)(%、1999/2011)男	女	中等教育就学率(全体)(%、1999/2011) 男	女
世界全体	210	70	49	60.0	63	57	12	92	90	64	61
先進工業地域[6]	26		23	7.7	72	62		97	97	90	91
開発途上地域[7]	240	65	52	66.1	62	56	13	91	89	60	57
後発開発途上国[8]	430	42	116	112.0	35	28	24	82	78	35	29
アラブ諸国[9]	140	76	43	49.1	51	42	18	89	82	61	58
アジア・太平洋[10]	160	69	33	51.4	67	62	11	95	94	63	60
東ヨーロッパ・中央アジア[11]	32	97	30	26.1	70	54	10	94	94	85	85
ラテンアメリカ・カリブ海地域[12]	81	91	79	23.9	73	67	10	96	95	71	76
サハラ以南のアフリカ[13]	500	47	120	122.6	25	20	25	79	76	33	26

人口指標

世界/地域データ	人口（百万人）（2012）	年平均増加率（%、2010−2015）	平均寿命（歳、2010−2015）の年平均 男	女	合計特殊出生率（2010−2015の年平均）
アフガニスタン	33.4	3.1	49	49	6.0
アルバニア	3.2	0.3	74	80	1.5
アルジェリア	36.5	1.4	72	75	2.1
アンゴラ	20.2	2.7	50	53	5.1
アンティグア・バーブーダ島	0.1	1.0			
アルゼンチン	41.1	0.9	72	80	2.2
アルメニア	3.1	0.3	71	77	1.7
オーストラリア[1]	22.9	1.3	80	84	1.9
オーストリア	8.4	0.2	78	84	1.3
アゼルバイジャン	9.4	1.2	68	74	2.1
バハマ	0.4	1.1	73	79	1.9
バーレーン	1.4	2.1	75	76	2.4
バングラデシュ	152.4	1.3	69	70	2.2
バルバドス	0.3	0.2	74	80	1.6
ベラルーシ	9.5	-0.3	65	76	1.5
ベルギー	10.8	0.3	77	83	1.8
ベリーズ	0.3	2.0	75	78	2.7
ベナン	9.4	2.7	55	59	5.1
ブータン	0.8	1.5	66	70	2.3
ボリビア	10.2	1.6	65	69	3.2
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.7	-0.2	73	78	1.1
ボツワナ	2.1	1.1	54	51	2.6
ブラジル	198.4	0.8	71	77	1.8
ブルネイ	0.4	1.7	76	81	2.0
ブルガリア	7.4	-0.7	70	77	1.5
ブルキナファソ	17.5	3.0	55	57	5.8
ブルンジ	8.7	1.9	50	53	4.1
カンボジア	14.5	1.2	62	65	2.4
カメルーン	20.5	2.1	51	54	4.3
カナダ	34.7	0.9	79	83	1.7
カーボヴェルデ	0.5	0.9	71	78	2.3
中央アフリカ共和国	4.6	2.0	48	51	4.4
チャド	11.8	2.6	49	52	5.7
チリ	17.4	0.9	76	82	1.8
中国	1,353.6	0.4	72	76	1.6
コロンビア	47.6	1.3	70	78	2.3
コモロ	0.8	2.5	60	63	4.7
コンゴ民主共和国[2]	69.6	2.6	47	51	5.5
コンゴ共和国	4.2	2.2	57	59	4.4
コスタリカ	4.8	1.4	77	82	1.8

世界/地域データ	人口（百万人）（2012）	年平均増加率（%、2010−2015）	平均寿命（歳、2010−2015）の年平均 男	女	合計特殊出生率（2010−2015の年平均）
コートジボワール	20.6	2.2	55	58	4.2
クロアチア	4.4	-0.2	73	80	1.5
キューバ	11.2	0.0	77	81	1.5
キプロス	1.1	1.1	78	82	1.5
チェコ	10.6	0.3	75	81	1.5
デンマーク	5.6	0.3	77	81	1.9
ジブチ	0.9	1.9	57	60	3.6
ドミニカ	0.1	0.0			
ドミニカ共和国	10.2	1.2	71	77	2.5
エクアドル	14.9	1.3	73	79	2.42
エジプト	84.0	1.7	72	76	2.6
エルサルバドル	6.3	0.6	68	77	2.2
赤道ギニア	0.7	2.7	50	53	5.0
エリトリア	5.6	2.9	60	64	4.2
エストニア	1.3	-0.1	70	80	1.7
エチオピア	86.5	2.1	58	62	3.8
フィジー	0.9	0.8	67	72	2.6
フィンランド	5.4	0.3	77	83	1.9
フランス	63.5	0.5	78	85	2.0
ガボン	1.6	1.9	62	64	3.2
ガンビア	1.8	2.7	58	60	4.7
グルジア	4.3	-0.6	71	77	1.5
ドイツ	82.0	-0.2	78	83	1.5
ガーナ	25.5	2.3	64	66	4.0
ギリシャ	11.4	0.2	78	83	1.5
グレナダ	0.1	0.4	74	78	2.2
グアテマラ	15.1	2.5	68	75	3.8
ギニア	10.5	2.5	53	56	5.0
ギニアビサウ	1.6	2.1	47	50	4.9
ガイアナ	0.8	0.2	67	73	2.2
ハイチ	10.3	1.3	61	64	3.2
ホンジュラス	7.9	2.0	71	76	3.0
ハンガリー	9.9	-0.2	71	78	1.4
アイスランド	0.3	1.2	80	84	2.1
インド	1,258.4	1.3	64	68	2.5
インドネシア	244.8	1.0	68	72	2.1
イラン	75.6	1.0	72	75	1.6
イラク	33.7	3.1	68	73	4.5
アイルランド	4.6	1.1	78	83	2.1
イスラエル	7.7	1.7	80	84	2.9

世界/地域データ	人口（百万人）（2012）	年平均増加率（%、2010−2015）	平均寿命（歳、2010−2015）の年平均 男	女	合計特殊出生率（2010−2015の年平均）
イタリア	61.0	0.2	79	85	1.5
ジャマイカ	2.8	0.4	71	76	2.3
日本	126.4	-0.1	80	87	1.4
ヨルダン	6.5	1.9	72	75	2.9
カザフスタン	16.4	1.0	62	73	2.5
ケニア	42.7	2.7	57	59	4.6
キリバス	0.1	1.5	66	71	2.9
北朝鮮	24.6	0.4	66	72	2.0
韓国	48.6	0.4	77	84	1.4
クウェート	2.9	2.4	74	76	2.3
キルギス	5.4	1.1	64	72	2.6
ラオス	6.4	1.3	66	69	2.5
ラトビア	2.2	-0.4	69	79	1.5
レバノン	4.3	0.7	71	75	1.8
レソト	2.2	1.0	50	48	3.1
リベリア	4.2	2.6	56	59	5.0
リビア	6.5	0.8	73	78	2.4
リトアニア	3.3	-0.4	67	78	1.5
ルクセンブルク	0.5	1.4	78	83	1.7
マダガスカル	21.9	2.8	65	69	4.5
マラウイ	15.9	3.2	55	55	6.0
マレーシア	29.3	1.6	73	77	2.6
モルディブ	0.3	1.3	76	79	1.7
マリ	16.3	3.0	51	53	6.1
マルタ	0.4	0.3	78	82	1.3
マルチニーク	0.4	0.3	77	84	1.8
モーリタニア	3.6	2.2	57	61	4.4
モーリシャス[3]	1.3	0.5	70	77	1.6
メキシコ	116.1	1.1	75	80	2.2
ミクロネシア	0.1	0.5	68	70	3.3
モルドバ	3.5	-0.7	66	73	1.4
モンゴル	2.8	1.5	65	73	2.4
モンテネグロ	0.6	0.1	73	77	1.6
モロッコ	32.6	1.0	70	75	2.2
モザンビーク	24.5	2.2	50	52	4.7
ミャンマー	48.7	0.8	64	68	1.9
ナミビア	2.4	1.7	62	63	3.1
ネパール	31.0	1.7	68	70	2.6
オランダ	16.7	0.3	79	83	1.8
ニュージーランド	4.5	1.0	79	83	2.1

世界/地域データ	人口（百万人）（2012）	年平均増加率（%、2010−2015）	平均寿命（歳、2010−2015）の年平均 男	女	合計特殊出生率（2010−2015の年平均）
ニカラグア	6.0	1.4	71	77	2.5
ニジェール	16.6	3.5	55	56	6.9
ナイジェリア	166.6	2.5	52	53	5.4
ノルウェー	5.0	0.7	79	83	1.9
パレスチナ自治区	4.3	2.8	72	75	4.3
オマーン	2.9	1.9	71	76	2.1
パキスタン	180.0	1.8	65	67	3.2
パナマ	3.6	1.5	74	79	2.4
パプアニューギニア	7.2	2.2	61	66	3.8
パラグアイ	6.7	1.7	71	75	2.9
ペルー	29.7	1.1	72	77	2.4
フィリピン	96.5	1.7	66	73	3.1
ポーランド	38.3	0.0	72	81	1.4
ポルトガル	10.7	0.0	77	83	1.3
カタール	1.9	2.9	79	78	2.2
ルーマニア	21.4	-0.2	71	78	1.4
ロシア	142.7	-0.1	63	75	1.5
ルワンダ	11.3	2.9	54	57	5.3
セントクリストファー・ネービス	0.1	1.2			
セントルシア	0.2	1.0	72	78	1.9
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	0.1	0.0	70	75	2.0
サモア	0.2	0.5	70	76	3.8
サントメ・プリンシペ	0.2	2.0	64	66	3.5
サウジアラビア	28.7	2.1	73	76	2.6
セネガル	13.1	2.6	59	61	4.6
セルビア	9.8	-0.1	72	77	1.6
セーシェル	0.1	0.3			
シエラレオネ	6.1	2.1	48	49	4.7
シンガポール	5.3	1.1	79	84	1.4
スロバキア	5.5	0.2	72	80	1.4
スロベニア	2.0	0.2	76	83	1.5
ソロモン諸島	0.6	2.5	67	70	4.0
ソマリア	9.8	2.6	50	53	6.3
南アフリカ共和国	50.7	0.5	53	54	2.4
南スーダン	10.7	3.2			
スペイン	46.8	0.6	79	85	1.5
スリランカ	21.2	0.8	72	78	2.2
スーダン[5]	35.0	2.2			
スリナム	0.5	0.9	68	74	2.3
スワジランド	1.2	1.4	50	49	3.2

人口指標

世界/地域データ	人口（百万人）（2012）	年平均増加率（%、2010−2015）	平均寿命（歳、2010−2015）の年平均 男	女	合計特殊出生率（2010−2015の年平均）
スウェーデン	9.5	0.6	80	84	1.9
スイス	7.7	0.4	80	85	1.5
シリア	21.1	1.7	74	78	2.8
タジキスタン	7.1	1.5	65	71	3.2
タンザニア	47.7	3.1	58	60	5.5
タイ	69.9	0.5	71	78	1.5
マケドニア旧ユーゴスラビア共和国	2.1	0.1	73	77	1.4
東ティモール	1.2	2.9	62	64	5.9
トーゴ	6.3	2.0	56	59	3.9
トンガ	0.1	0.4	70	75	3.8
トリニダード・トバゴ	1.4	0.3	67	74	1.6
チュニジア	10.7	1.0	73	77	1.9
トルコ	74.5	1.1	72	77	2.0
トルクメニスタン	5.2	1.2	61	69	2.3
タークス・カイコス諸島	0.0	1.2			
ツバル	0.0	0.2			
ウガンダ	35.6	3.1	54	55	5.9
ウクライナ	44.9	-0.5	64	75	1.5
アラブ首長国連邦	8.1	2.2	76	78	1.7
英国	62.8	0.6	78	82	1.9
米国	315.8	0.9	76	81	2.1
ウルグアイ	3.4	0.3	74	81	2.0
ウズベキスタン	28.1	1.1	66	72	2.3
バヌアツ	0.3	2.4	70	74	3.7
ベネズエラ	29.9	1.5	72	78	2.4
ベトナム	89.7	1.0	73	77	1.7
イエメン	25.6	3.0	65	68	4.9
ザンビア	13.9	3.0	49	50	6.3
ジンバブエ	13.0	2.2	54	53	3.1

世界/地域データ[14]	人口（百万人）（2012）	年平均増加率（%、2010−2015）	平均寿命（歳、2010−2015）の年平均 男	女	合計特殊出生率（2010−2015の年平均）
世界全体	7,052.1	1.1	67	72	2
先進工業地域[6]	1,244.6	0.3	75	81	2
開発途上地域[7]	5,807.6	1.3	66	69	3
後発開発途上国[8]	870.4	2.2	58	60	4
アラブ諸国[9]	318.5	1.9	68	72	3
アジア･太平洋[10]	3,744.5	1.0	68	71	2
東ヨーロッパ･中央アジア[11]	401.9	0.3	66	75	2
ラテンアメリカ･カリブ海地域[12]	598.3	1.1	72	78	2
サハラ以南のアフリカ[13]	841.8	2.4	54	56	5

指標の注

＊ 記載された期間のうち、現在入手可能なデータで最新のものを各国について使用。

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 旧ザイール。

3 アガレザ諸島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。

4 南スーダン共和国は、2011年7月にスーダンから独立し、7月14日に国連加盟したため、それぞれ異なる国としてのデータが大半の指標で入手できない。ここでは、南スーダン独立前のスーダンの集計データを使用している。

5 南スーダンを含まない。

6 先進工業地域(more developed regions)は、北アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランドで構成されている。

7 開発途上地域(less developed regions)は、アフリカ、ラテンアメリカ・カリブ海地域、日本を除くアジア、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシアで構成されている。

8 後発開発途上国(least developed countries)は、国連の基準による。

9 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、パレスチナ自治区、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。

10 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、パプアニューギニア、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

11 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共和国、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタン

12 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、バーミューダ、ボリビア、ブラジル、英領バージン諸島、ケイマン諸島、チリ、コロンビア、コスタリカ、キューバ、ドミニカ、ドミニカ共和国、エクアドル、エルサルバドル、グレナダ、グアテマラ、ガイアナ、ハイチ、ホンジュラス、ジャマイカ、メキシコ、モントセラト、オランダ領アンティル諸島、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、ペルー、セントクリストファー・ネーヴィス、セントルシア、セント・ビンセントおよびグレナディーン諸島、スリナム、トリニダード・トバゴ、タークス・カイコス諸島、ウルグアイ、ベネズエラ

13 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、カーボヴェルデ、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、モーリシャス、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、南スーダン、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

14 世界の主要地域別値は、データが入手可能な国の人口による重み付き(加重)平均値である。

テクニカル・ノート

今年度の『世界人口白書』の指標には、昨年に続き、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・ヘルスといった分野である。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。

カイロ会議の目標の検証

妊産婦と新生児の健康の指標

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)。妊産婦死亡率の動向(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し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(2000/2010)　出典：妊産婦の健康に関するWHOグローバルデータベース(2012)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

前もしくは生後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(2011)『世界人口推計2010年版　特別集計編』DVD版　エクセルおよびアスキー形式による収録データ(国連広報局 ST/ESA/SER.A/306)。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(2012)。避妊の実行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/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(満たされていないニーズ)　出典：国連経済社会局人口部(2012)。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（2012年更新版）（POP/DB/CP/B/MDG2012）。出産間隔をあけ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)。

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(1999-2011)**　出典：ユネスコ統計研究所2012年5月公表データ。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2011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(2012)　出典：国連経済社会局人口部(2011)。『世界人口推計 2010年版　特別集計編』DVD版　エクセルおよびアスキー形式による収録データ（国連広報局　ST/ESA/SER.A/306）。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(2011)。『世界人口推計 2010年版　特別集計編』DVD版　エクセルおよびアスキー形式による収録データ(国連広報局 ST/ESA/SER.A/306)。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(2011)。『世界人口推計 2010年版　特別集計編』DVD版　エクセルおよびアスキー形式による収録データ(国連広報局 ST/ESA/SER.A/306)。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。

合計特殊出生率　出典：国連経済社会局人口部(2011)。『世界人口推計 2010年版　特別集計編』DVD版　エクセルとアスキー形式による収録データ(国連広報局　ST/ESA/SER.A/306)。合計特殊出生率は、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。

『世界人口白書 2012』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（早稲田大学特任教授）
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 2012

ISBN978-4-906581-31-3-C0320-¥0E