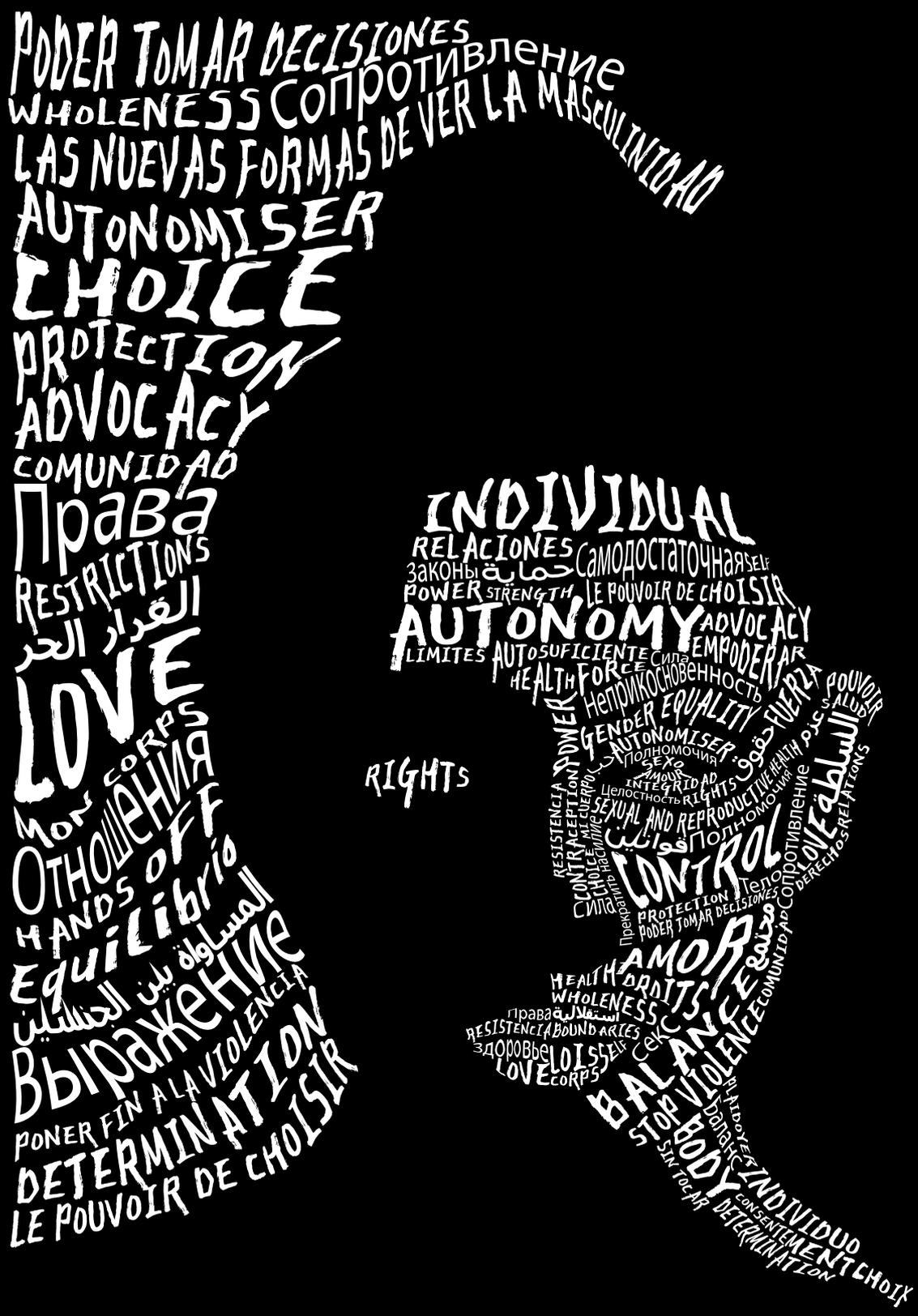


私のかからただは私のももの

からだの自己決定権を求めて



State of World Population 2021

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

EDITOR-IN-CHIEF

Arthur Erken

EDITORIAL TEAM

Editor: Richard Kollodge

Features editor: Rebecca Zerzan

Creative direction: Katie Madonia

Digital edition managers: Katie Madonia, Rebecca Zerzan

Digital edition adviser: Hanno Ranck

RESEARCH ADVISER

Nahid Toubia

UNFPA TECHNICAL ADVISERS

Satvika Chalasani

Nafissatou Diop

Emilie Filmer-Wilson

Mengjia Liang

Leyla Sharafi

RESEARCHERS AND WRITERS

Daniel Baker

Alice Behrendt

Stephanie Baric

Marieke Devillé

Laura Ferguson

Gretchen Luchsinger

Mindy Roseman

COVER ARTWORK

Rebeka Artim

COMMISSIONED ORIGINAL ARTWORK

Rebeka Artim

Kaisei Nanke

Hülya Özdemir

Tyler Spangler

Naomi Vona

ACKNOWLEDGEMENTS

Illustrations were based on original photography by Joel Koko (page 65); George Koranteng (page 108); Bushra Noor (page 16); Kingsley Osei-Abraham on Unsplash (page 9); Mikey Struik on Unsplash (page 114).

UNFPA thanks the following people for sharing glimpses of their lives and work for this report: Anonymous "virginity inspector," South Africa; Ayim, Kyrgyzstan; Dr. Mozhgan Azami, Afghanistan; Enkhjargal Banzragch, Mongolia; Dr. Wafaa Benjamin Basta, Egypt; Víctor Cazorla, Peru; Daniyar, Kyrgyzstan; Dr. Mouna Farhoud, Syria; Isabel Fulda, Mexico; Dr. Caitríona Henchion, Ireland; Josefina (not a real name), Mexico; Liana, Indonesia; Lizzie Kiama, Kenya; Olga Lourenço, Angola; José Manuel Ramírez Navas, El Salvador; Monika, North Macedonia; Leidy Londono, USA; Dr. Ahmed Ben Nasr, Tunisia; Chief Msingaphansi, South Africa; Sarojini Nadimpally, India; Dr. Nuriye Ortayli, Turkey; Dipika Paul, Bangladesh; Dr. Sima Samar, Afghanistan; Jay Silverman, USA; Dr. Suraya Sobhrang, Afghanistan; Maeve Taylor, Ireland; Alexander Armando Morales Tecún, Guatemala; Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, Guatemala.

Chief of the UNFPA Media and Communications Branch, Selinde Dulckeit, provided invaluable insights to the draft, and Gunille Backman and Jo Sauvarin from the UNFPA Asia and the Pacific Regional Office supported research and commented on drafts.

UNFPA colleagues and others around the world supported the development of feature stories and other content or provided technical guidance: Samir Aldarabi, Iliza Azyei, Lindsay Barnes, Dr. Shinetugs Bayanbileg, Esther Bayliss, Shobhana Boyle, Warren Bright, Ikena Carreira, Cholpona Egeshova, Jens-Hagen Eschenbaecher, Usenabasi Esiet, Rose Marie Gad, Irene Hofstetter, Matt Jackson, Kinda Katranji, Daisy Leoncio, Guadalupe Natareno, Ziyanda Ngoma, Claudia Martínez, Subhadra Menon, Rebecca Moudio, Rachel Moynihan, Jasmine Uysal, Dalia Rabie, Zaeem Abdul Rahman, Patrick Rose, Mindy Roseman, Alvaro Serrano, Ramz Shalbak, Avani Singh, Irena Spirkovska, Walter Sotomayor, Sabrina Morales Tezagüic, Nahid Toubia, Sujata Tuladhar, Roy Wadia, Irene Wangui, Asti Setiawati Widiastuti, Renato Zeballos.

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

Publication and web interactive design and production: Prographics, Inc.

MAPS AND DESIGNATIONS

The designations employed and the presentation of material in maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNFPA concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

© UNFPA 2021



すべての人々に権利と選択を

私の からだは 私の もの

からだの
自己決定権を
求めて



- 本書は「世界人口白書 2021」英語版の一部を抜粋した日本語版です。
ページ番号は、英語版と対照しやすいように合わせてありますので、通し番号にはなっていません。
- 本白書の本文中の青字になっている用語をクリックすると、巻末の訳注に飛ぶことができます。
本文に戻る際には、左側に表示される目次（しおり）をご利用ください。



目次

私たちの自己決定権、私たちの人生

女性が自分のからだをコントロールする力は、彼女がどの程度自分の人生の他の側面をコントロールできるかに関係する 7

自己決定の3つの側面

ヘルスケア、避妊、性交渉について自分で決める力を測る 17

決定権が他人に委ねられるとき

からだの自己決定権と尊厳の否定は様々な形で行われている 33
(本書では割愛)

私のからだ、私の権利

国際的な条約や宣言は、からだの自己決定権と尊厳の礎となる 55
(本書では割愛)

エンパワーする法律、 抑圧する法律

法令がからだの自己決定権に与える影響 85

YESと言う力、 NOと言う権利

からだの自己決定権を獲得するためには、ジェンダー平等、そして女性や少女、マイノリティの人々の機会と選択肢の拡大が不可欠 109

まえがき

私のからだは私のもの。

そんな主張を当たり前に行える女性や少女が、一体どれだけいるでしょう。

私たち一人ひとりが、自分の**からだの自己決定権**を持っており、自分のからだに関する選択を自らすることができ、その選択は周囲の人々や、社会全体に尊重されるべきです。

ところが、性交渉を拒否する権利を認められていない人が何百万人もいます。パートナーを選べない人、子どもを産むタイミングを選べない人も、たくさんいます。人種や性別、**性的指向**や年齢、障害の有無などによって、多くの人々が、そうした権利を否定されているのです。

そんな彼女らのからだは、彼女らのものとは言えません。

女性や少女から、からだの自己決定権を奪うのは間違っています。それは、不平等や暴力など、**ジェンダー**差別により引き起こされるあらゆるものの原因となります。

反対に、女性や少女が自分のからだについてのもっとも基本的な選択ができるようになると、単に自己決定できるというだけでなく、健康や教育、収入や安全についても改善できるのです。これらが実現されれば、より公正な社会、人々のウェルビーイングを実現し、全ての人々に恩恵をもたらします。

国連人口基金 (UNFPA) は、生涯にわたって権利や選択を求める女性や少女を支援し

ています。1994年以来、私たちのプログラムは**国際人口開発会議 (ICPD) 行動計画**に基づいて活動してきました。この行動計画は、女性の**エンパワーメント**と自己決定権を、持続可能な経済的・社会的な進歩のための世界的な活動の基盤としています。また、UNFPAは、多様な性的指向や**性自認**の人々、障害者、民族的・人種的マイノリティなど、自分のからだについて自己決定をすることが困難な多くの人々も支援しています。

私たちが支援している家族計画プログラムでは、避妊具・薬へのアクセスを改善すると同時に、サービスを受ける際の障壁を取り除き、女性たちが自分のからだを自分で管理できるようにサポートしています。例えば2019年、UNFPAは1億2800万周期分以上の**ピル**や、多くの緊急避妊薬、**長期作用型の可逆的避妊方法**^{*}を調達しました。

*長期作用型の可逆的避妊方法 (LARC) とは、ユーザーの操作を必要としない、注射、子宮内避妊器具 (IUD)、および皮下避妊インプラントなどの避妊方法を指す。

また私たちは、男性の子育て参加を促進し、彼らが配偶者と性や生殖に関する健康についてより良いコミュニケーションを取れるよう促すプログラムを支援しています。それは、女性が自分の性や生殖に関する健康について、自分で決められる道を開くことに繋がります。

UNFPAは、母子保健基金による助産師の養成及び過疎地域への派遣を通じて、命を救うサービスにアクセスしやすくし、より手頃な価格でそれを受けられるように支援しています。また、国連児童基金 (UNICEF) との

共同プログラムでは、児童婚や女性器切除といった、少女のからだの自己決定権を侵害し、からだの尊厳を否定する有害な慣習をなくすための取り組みをしています。

2019年、ICPD25周年のナイロビ・サミットでは、各国政府や市民社会、開発援助機関などが、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」における国際的合意を基にした、からだの自己決定権やからだの尊厳の保障を訴えました。さらに2021年には、1995年の第4回世界女性会議の成果をもとに、2030年までにジェンダー平等を達成しようとする「平等を目指す全ての世代のためのフォーラム」が結成され、この動きはさらに活発化しています。

UNFPAは「からだの自己決定権とSRHR（性と生殖に関する健康と権利）に関する、平等を目指す全ての世代のためのアクション・コアリション（行動を起こす連合体）」でのリーダーシップと、この世界人口白書の最新版を通じて、からだの自己決定権がなぜ守られるべき普遍的な権利であるかを強調しています。この白書では、からだの自己決定権がいかに保障されていないか、特に新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響下で、状況がいかに深刻化しているかを明らかにしています。例えば、こうしている今も、記録的な数の女性と少女がジェンダーに基づく暴力(GBV)や、児童婚などの有害な慣習のリスクにさらされています。

この報告書では既にも実績のある解決策も紹介している一方で、個別のプロジェクトやサービスを行うだけでは、成功には結びつか

ないということも指摘しています。真の持続的な進歩は、ジェンダーの不平等やあらゆる差別を解消し、それらの差別を維持する社会や経済の構造を根本から断ち切らない限り達成できないのです。

そのためには、男性の協力が不可欠です。そして、さらに多くの人々が、特権や優位性によって他の誰かのからだの自己決定権を侵害する行動から脱却し、より公正で協調的な、私たち誰もが恩恵を受けられるような生き方に変えて行く必要があります。そして私たちの誰もが、いつどこで差別に遭遇しても、それに対抗するために行動を起こさなければなりません。現状に甘んじて行動を起こさないでいることは共犯に等しいのです。

私たち一人ひとりが自分のからだについて自分で決め、自分の未来を描く力を手に入れて初めて、地域社会や国が繁栄するのです。

だからこそ、一人ひとりが自分のからだについて自分で決め、情報を得たうえで選択する自由を享受できるよう求めていきましょう。私たち皆がそれを望んでいます。私たち皆のこの権利は保障されるべきです。この権利は人間らしく生きるために最も大切な核となるものであり、私たち一人ひとりにとってどれほど重要なものであるか、見失ってはなりません。

国連事務次長・

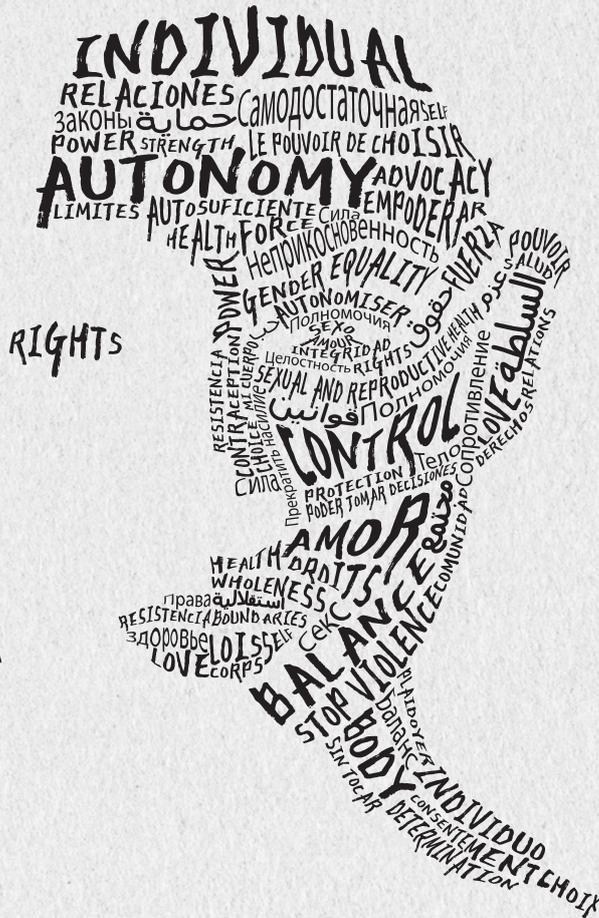
国連人口基金（UNFPA）事務局長

ナタリア・カネム

私のからだは 私のもの

からだの
自己決定権を
求めて

概要



Artwork by Rebeka Artim

YESと言う力、 NOと言う権利

からだの自己決定権とは、暴力や抑圧を恐れることなく、自分のからだと将来に関する選択をする力と主体性を持つ権利のことです。性交渉をするかしないか、するならば、誰と、また子どもを産むかどうか、産むならば、誰と、という選択も含まれます。さらに、必要な時に医師に診てもらおう自由があるということです。

しかし、女性や少女たち、また実際には全ての人々が、からだの自己決定に関して何らかの制約に直面しています。それにより、健康、ウェルビーイング、そして人生における可能性に壊滅的な影響を受けることもあります。からだの自己決定権は、自らが同意をしていない身体的な行為から解放されて生きられるという、**からだの尊厳**を守る権利と関連しています。

からだの自己決定権を測定する

フェミニズムや性と生殖に関する健康と権利のための運動の中で、「からだの自己決定権」は日常的に使われるようになった一方、その言葉の分かりやすい定義や容易な測定方法については必ずしも合意が取れてはいないままです。しかし、国連が採択した革新的な「持続可能な開発のための2030アジェンダ」と17の持続可能な開発目標(SDGs)において、各国政府がその目標と関連するターゲットの進捗状況を知るための指標が設定されました。

その中のターゲット5.6では、すべての人の性と生殖に関する健康と権利を達成することが掲げられ、ターゲット5.6の進捗状況の測定には、次の2つのグローバル指標が割り当てられました。まずグローバル指標5.6.1には、「性的関係、避妊、生殖に関するヘルスケアについて、自分で意思決定を行うことのできる15歳～49歳の女性の割合」が用いられています。次のグローバル指標5.6.2には、「15歳以上の女性及び男性が平等に、性と生殖に関するヘルスケアや情報そして教育を享受できることを保障する法令を持つ国の数」が採用されています。これらの指標とともに、女性が自己決定できる主体性とそれを可能にする環境について測定する躍進的な一歩となりました。

自分のからだについて 自己決定する力

これら3つの側面全てにおいて自己決定できている女性のみが、生殖に関する健康について自己決定権をもち、生殖に関する権利を行使する力を持っていると考えられます。

SDG指標5.6.1は女性に対する以下の3つの質問への回答を基にしています。

- 1 日常生活で、あなた自身のヘルスケアについて意思決定をする人は誰ですか？
- 2 日常生活で、避妊を行うかどうか決めるのは誰ですか？
- 3 あなたは、性行為をしたくない時に夫やパートナーにノーと言うことができますか？

自己決定を支援する法律か、 抑圧する法律か

SDG指標5.6.2は、全ての女性と男性の、性と生殖に関するヘルスケア、情報、教育への完全かつ平等なアクセスを保障する法令について測定するものです。この指標は、支援的な法律があるか、また年齢制限や配偶者による承認の条件といった制限があるかを測定します。国連人口基金(UNFPA)の分析でデータが収集された国々では、以下の結果となりました

80%

の国々で、

性に関する健康と
ウェルビーイングを
支援する法律がある

75%

の国々で、

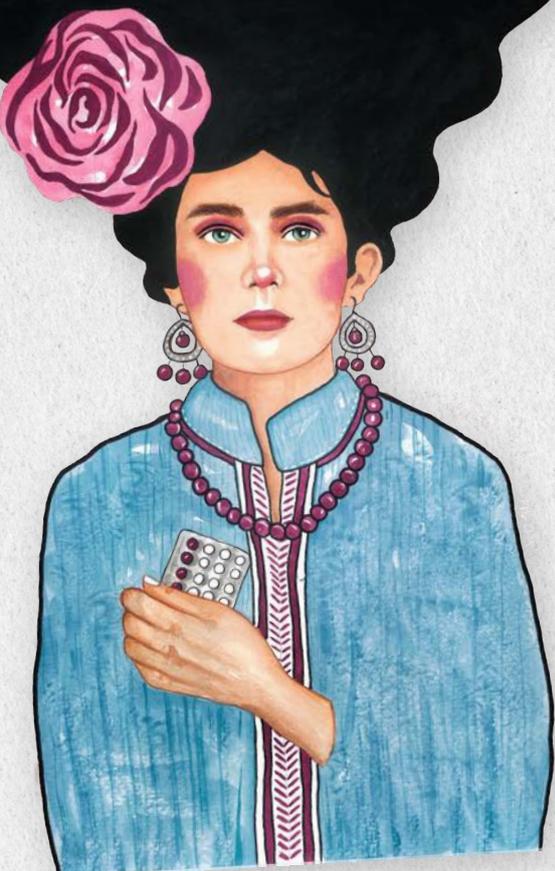
避妊への完全かつ
平等なアクセスを
保障する法律がある

56%

の国々で、

包括的性教育を
支援する法律がある

からだの自己決定の
3つの側面全てに関して、
自分で意思決定
できるのは女性の
わずか 55%



グローバル指標5.6.1の パラメータ以外の重要な側面

SDGsの指標5.6.1に示されている3つの側面の他にも、**からだの自己決定権**については、国際法でしっかりと規定されている側面があります。例えば、本人が十分な情報に基づいて自分の意思で同意できるほど成熟している場合にのみ、結婚という選択ができる権利を持つことができます。しかし、自発的に**セックスワーク**に従事することや**代理母出産**など、人権協定で争われたり解決されていない分野もあります。

レイプのようなからだの自己決定権の侵害は、明確に違法とされ、世界的に非難されています。しかしその他多くの侵害行為が、規範や慣習、そして時には法律によって助長され、残存してしまっています。これらの多くは深く根付いた**ジェンダー不平等**によって引き起こされています。

児童婚

この慣習は、毎年世界中の何百万もの少女から、自分自身の人生のあらゆる場面において自分で決める権利を奪っています。

包括的性教育の否定

思春期の若者は、自分のからだや性に関する健康について正確な情報を得ることなく大人になってしまうこともあります。その場合、自分自身や周囲との関係に関して、十分な情報に基づいた責任ある選択をすることはできないでしょう。

女性器切除

女性器切除は、女性と少女のからだと性を支配することを目的とした、人権を侵害する行為です。

強制的な肛門検査

同性愛行為を「確認」するために行う、**侵襲的で非科学的な検査**のことです。

強制結婚

強制的に結婚させられることで、花嫁は所有され、売買され、取引される商品もしくは財産となり、本人のからだの自己決定権は無視されます。

強制的な不妊手術や避妊具・薬の使用

一部の国では、障害者、先住民や迫害されている少数派の人々、場合によっては一般の女性までも、不妊手術や避妊具・薬の使用を強制されることもあります。

同性愛嫌悪やトランスジェンダー嫌悪によるレイプ

旧来のジェンダー観に合致しない人々や多様な**性的指向**を持つ人々をターゲットにしたレイプやその他の性暴力は、加害者により「治療」や「矯正」のためと誤って正当化されています。

「名誉」殺人

名誉殺人は、家族の「名誉」が人の命よりも大切だと考えられているコミュニティで起こります。一般的にある規範や規則に違反したとみなされた女性が被害者です。

配偶者間レイプ

配偶者間レイプは、近年深刻な人権侵害だと認識され始めました。しかし、一部の国では今でも妻の意思に関わらず、夫が性交渉を強制することが許容されています。

「レイプ加害者婚姻法」

いくつかの国では、男性が女性にレイプをしても、その女性と結婚することで罪から逃れることができしまいます。

生殖に関する強制

ある人の生殖に関する健康や意思決定を他者がコントロールする行為。例えば、パートナーの希望に反して合意が無いのに妊娠させたり、中絶を強要したり、性交中に同意なくコンドームを外す「**ステルシング**」といった方法で家族計画を妨げることなどが挙げられます。

「処女」検査

少女や女性が性交渉の経験があるかどうかを「確認」する侵襲的で非科学的な検査です。

Artwork by
Tyler Spangler

Artwork by Rebeka Artim



からだの自己決定権を守る

私たちは、全ての人のための**からだの自己決定権**を実現することができます。また、実現しなければなりません。そのためには、まずこの概念を明確にし、賛同することが必要です。余りにも多くの人々が、自分のからだや将来を自分で選択する権利があることを知ってさえいないのです。

教育は重要な鍵です。より高い教育を受けた女性ほど、避妊やヘルスケアについて自分で意思決定ができ、性交渉にノーと言える傾向があります。年齢に応じて性と生殖に関する健康と権利についての正確な情報を教えること、すなわち**包括的性教育**の提供は、極めて重要です。それは意図しない妊娠や性感染症を防ぐ助けとなり、自分自身の身を守る準備をすることにもなります。包括的性教育は、からだの自己決定権を実現するための重要な要素である尊敬、同意、そして平等を教えることでもあります。

社会的規範はもっと**ジェンダー**に関して公平であるべきです。女性が生活の糧を得るための様々な機会や、コミュニティやその他の場所でリーダーシップを発揮する機会を多く持てるようになると、家庭内や自分自身のからだについて意思決定する能力を高めることができます。しかし、そうした前進は、根本的には男性にかかっています。女性の力や選択を犠牲にし、男性の力や選択を優先する支配的な立場から、男性が脱却する意思があるかどうかなのです。

医療従事者は、情報やケアを探し求める人々のからだの自己決定権を守るために重要な役割を果たします。患者は自分の権利を認識し、十分な情報を得た上で意思決定する権利を求めて然るべきです。医療ガイドライン、法的要件に関する研修、またジェンダーへの配慮に特化した研修は、医療従事者が患者のからだの自己決定権を積極的にサポートするのに役立ちます。

法律は女性の権利、ジェンダー平等、さらに性と生殖に関する健康に対し大きな影響力を持ちます。法律は国際的に合意された人権の原則や公約に沿うべきであり、ジェンダーへの配慮や差別的要素の有無の観点から見直されるべきです。司法関係者や警察官もまた、これらの法律や原則を理解する必要があります。法律は適切な政策に基づいている必要があります。実際に効力のあるものにするためには投資を必要とします。

進捗状況を把握することが重要です。地域、所得水準、性別、年齢、民族、能力やその他の変数を用いた信頼性の高い完全なデータによって、どの集団やコミュニティが社会的に排除されるリスクにあり、更なる支援を必要としているかを特定しなければなりません。意義のある持続可能な変化は、社会的包摂にかかっています。誰ひとり取り残してはいけません。

全ての人々が 自己決定権を 主張するとき

全ての人々が自分のからだについて自分で決める力と、自分の人生を設計する力を持つことができ初めて、私たちのコミュニティや国は繁栄します。

女性や少女が自分のからだという最も基本的な部分に関して自分で選択できた時、彼女たちは自己決定権を手に入れるだけでなく、健康、教育、収入、安全における進歩も獲得することができます。これらが積み重なることで、より素晴らしい正義と人間のウェルビーイングに満ちた世界が開かれるでしょう。そしてそれは、私たち全てが享受できるものとなります。



Artwork by Kaisei Nanke



すべての人々に権利と選択を



私たちの自己決定権、 私たちの人生

女性が自分のからだをコントロールする力は、 彼女がどの程度自分の人生の他の側面を コントロールできるかに関係する

私たちは、自分のからだを使って何をするかを選択し、自分のからだを守り、ケアし、表現する権利を、生まれながらに持っています。私たちの人生の質はその権利によって大きく変わります。そして実際、私たちの人生そのものもその権利によって影響されます。

からだの自己決定権とは、暴力を恐れず誰かに決められることなく、自分で選択ができる力や主体性のことをいいます。その権利はつまり、誰といつ性交渉をするのか、しないのかを決めることができるということです。その権利は、あなたが妊娠するかどうか、そしていつ妊娠するかを決められるということです。そしてその権利は、あなたが必要なときに医師に診てもらい自由があるということです。

「ノー」と言える、「イエス」と言える、これが自分のからだに関する自分の選択だと言える—これはエン

パワーされ尊厳のある人生の基本です。私たちは自分が誰であるかを完全に認識でき、自分の望まない選択や「それ以下」に合わせるために縮こまる必要はありません。さらに、からだの自己決定権とは、健康になる権利、暴力を恐れずに生きる権利といった他の人権を享受するための土台となるものなので、私たちが自分の選択を意義のある形で実現するために、社会の制度は可能な限り支援し、資源を提供する義務があるのです (PWN, n.d.)。

からだの自己決定権は、同意を伴わない身体的な行為を無理強いされないで生きられるという、**からだの尊厳**の権利と関連しています。今日、世界中で多くの女性や少女が、自分のからだに関して自分で決定をする力を持つようになりました。しかし一方で、より多くの女性や少女が、今でも健康、ウェルビーイング、そして人生の可能性に壊滅的な影響を与える何らかの制約に直面しています。

私の中から、でも私の選択ではない

多くの人々、特に女性や少女は、自己決定権を持ってないがゆえに、**からだの自己決定**と尊厳が失われた人生を余儀なくされています。こうした自己決定権の欠如は、避妊具・薬の選択ができずに予期せぬ妊娠をしてしまうという形で表面化します。また、住む場所や食べ物と引き換えに性交渉を無理強いされるといふ恐ろしい取引や、**女性器切除**、児童婚といった望ましくない慣習につながっています。さらに、多様な**性的指向**や**性自認**を持つ人々が、暴力や屈辱を恐れずに外出することを阻み、障害のある人々が暴力なく安全で満たされた性生活を享受する自己決定権を奪っています。

女性や思春期の少女たちから、からだの自己決定権と尊厳を奪う要因には様々な側面があります。しかし、根本にある原因は**ジェンダー**差別です。これは、家父長制の権力システムの反映である一方で、それを維持する働きをし、ジェンダーの不平等と権利の剥奪を生みます。

女性は
男性の
75%
しか**法律上の**
権利を
享受していません

ジェンダー差別的な規範があるところでは、女性や少女のからだは、彼女たち自身ではなく、近親者や国家などの他者によって決められる対象となりかねません。他者からだのコントロールが委ねられている状態では、永遠に自己決定権は得られません。ジェンダー差別的な規範はそれだけでも有害ですが、人種、性的指向、年齢、障害などに基づく他の形態の差別が重なることで、さらに深刻な問題となります。

差別的な規範は既に私たちの周りに蔓延しているだけでなく、政治経済や法的制度のみならず、学校やメディアなどの社会的な機関や、性と生殖に関するヘルスケアを提供するヘルスケアサービスでさえ、そうした差別的な規範を助長することがあります。例えばこうしたサービスの質が低かったり、女性や思春期の少女のあらゆるニーズを満たすことができなかつたりする場合には、彼女たちの自己決定権を損なうこともあります。

多くの国でジェンダー平等は憲法で保障されているにもかかわらず、世界中で平均的に女性は男性の75%しか法律上の権利を享受していません (United Nations Secretary General, 2020)。いまだに政治やその他の意思決定における関与の度が低い女性と少女は、多くの場合、こうした格差に異議を唱えるための力を持っていません。経済的に疎外されることで女性は経済的に自立することを阻まれ、自らの性、ヘルスケア、そして避妊に関する自己決定がしにくくなっています。新型コロナウイルスの感染拡大によって、この苦難は悪化の一途をたどっています。

一部の女性や少女にとっては、年齢、人種、民族性、性的指向、障害、地域などの様々な差別によってジェンダーの不平等が増幅されることがあります。複数の差別が重なる場合、女性や少女たちは、からだ

の自己決定を実現できず、自分自身の権利を享受できないばかりか、ジェンダー平等からさらに遠のいてしまうリスクがあります。

現在、世界中のどの国においても、完全にジェンダー平等が達成できていると言える国はまだありません。もしジェンダー平等が実現しているならば、女性や少女への暴力はなく、賃金格差もなく、意思決定層におけるジェンダー格差や、無給の家事・ケア労働の負担の格差も無く、生殖に関する医療サービスの質が高く包括的に整備されており、**からだの自己決定権**も保障されているはずです。

声をあげる、選択、そして主体性

性と生殖に関する健康と権利は、女性と少女のからだの自己決定と尊厳に直接関係しており、からだはすべての性と生殖に関する機能と選択の場になります。これらの選択は、女性や少女の権利に対する強力な差別的な支配に抑圧されています。その際、彼女たちのからだは交換や売買の商品としてしばしば扱われます。

家父長制の観点からすると、性と生殖に関する選択を効果的にコントロールできれば、人生の他の多くの部分もコントロールできるようになります。子どもを産むのか、いつ、何人産むのか決められない、若いうちに結婚をさせられることで学校で勉強することをあきらめざるを得ない、仕方ないと家庭内暴力を受け容れざるをえない、こういった女性は、職場やコミュニティで意思決定などに携わる機会がほとんどありません。人生の一部の権利を失うだけでなく、多くの、もしくはすべての権利を失っているのです。

こうしたパターンが維持されてきているのは、それをめぐる人々の利害が社会や経済の仕組み自体に深く組み込まれているからです。世界のある地域では、例えば、男性が妻の値付けをする、つまり金銭や財産などを提供して妻を「買う」ことは、力と富の交換という非常に重要な経済のメカニズムとなっています (Shetty, 2007)。

女性や思春期の少女が性と生殖に関するヘルスケアについてもっと多くの選択肢を持つことができ



Artwork by Rebeka Artim

ば、HIV予防の理解が深まり、WHOが推奨する回数
の妊婦健診を受けられるようになり、医師や看護
師、助産師の立ち合いのもとに出産することが出来
るなど、様々な健康状態の改善につながります。

からだの自己決定権が保障されない場合、まず何
よりも第一に、一人ひとりの女性や少女に深刻な影
響を与えます。しかし、それに留まらず、経済的には
生産性を低下させる可能性があり、価値ある技術
の損失、また女性や少女に対する暴力への対応など
でヘルスケアと司法サービスに余分なコストがか
かるなど、より大きな社会的損失さえ生じます（UN
Women, 2013）。

からだの自己決定権が低く、それにより人間として
の能力が侵害されると、社会の安定性や復元力を
弱めることになり、新型コロナウイルス感染症の感染
拡大といった危機的な状況や困難に立ち向かい、回
復するための社会全体の力が低下してしまいます。

近年、ジェンダー平等を推進するために、性と生
殖に関するヘルスケアへのアクセスを優先する国
が増えてきました（UN ECOSOC, 2019）。この進歩
は、1994年に開催された画期的な国際人口開発会
議（ICPD）において、生殖に関する権利について最
も包括的な国際的合意が得られた行動計画による
ものです。この行動計画では、普遍的な性と生殖に
関する健康を実現するための一連の措置が定めら
れ、女性と少女が自分のからだについてだけでなく、
生活のあらゆる面で自分の意思で決定する力が制
限されていることに注意を喚起しました。

さらに2015年には、ほとんどの国が「持続可能な
開発のための2030アジェンダ」を承認し、ジェンダ
ー平等は17の持続可能な開発目標の5番目に掲げ
られています。ジェンダー平等の目標には一連のタ

ーゲットが含まれており、性と生殖に関する健康・生
殖に関する権利への普遍的なアクセスを求めると
なると、ICPD行動計画を確認するものとなっています。
そして2030アジェンダは、さらに大きな一歩を踏み込
みました。国際的な枠組みとしては初めて、次の2つ
の指標を用いて普遍的なアクセスへの進捗状況を
測定することを求めたのです。指標のひとつは、サー
ビスの提供だけではなく、少女や女性が実際に性交
渉や避妊、生殖に関するヘルスケアを受けること
について、自分で決められるかどうかにか
焦点を当てています。そしてもうひとつは、ケアや情報への完全
で平等なアクセスを保障する法令があるかどうかとい
うことです。

57か国からこれまでに寄せられた情報によると、こ
の2つの指標で測ることができるからだの自己決定
権と尊厳に根ざした決定を自ら行うことができている
のは、思春期の少女や女性のうち約半数にとどまっ
ています。10人のうち1人という割合の国もあります。
驚くべきことに、からだに関する選択について細かく
見てみると、避妊具・薬の使用については男性にもメ
リットがあると考えられるためか、より多くの女性
が選択ができる一方で、性交渉を拒否できる女性
はより少なく、そこに男性の特権が働いている
ことが分かります。

この白書で扱われているこれらの指標は、15歳
から49歳の結婚をしている、もしくはパートナー
のいる女性や少女のみが対象となっており、加
えて性と生殖に関する健康における自己決定の
一部の側面を捉えているに過ぎません。しかし、
からだの自己決定権に関する問題は、人工妊
娠中絶、性的同意年齢、代理母出産、セク
スワークに従事することなど、他の様々な
問題にも関係しており、結婚していない女
性や少女、またLGBTIコミュニティや障
害者など、人種・民族・貧困・障害・居
住地などを理由に疎外され、

差別されているあらゆるコミュニティとも関係しています。

からだの自己決定権と尊厳は、健康の多くの側面ときちんとした尊厳のある生活に影響を与えます。したがって、それらを推進していくことは、性と生殖に関する健康の達成や、持続可能な開発**目標5** (SDG5)の**ジェンダー平等**の達成だけでなく、健康増進・格差の是正・貧困の撲滅といった他の持続可能な開発目標の達成にもつながります。例えば、生涯勤労所得におけるジェンダー間格差が解消されれば、驚くべきことに17兆ドルの人的資本資産を生み出し、何百万もの人々を貧困から救うことができます (United Nations Secretary-General, 2020)。

しかし今、急速な進展が求められています。全ての女性と少女が自分たちの人生を自分で選択する力を獲得するという、2030年までのグローバル目標の達成まであと10年しかないのですから。

からだの自己決定権を支援する 新しい団結

2019年、**ICPD**の25周年を記念するナイロビ・サミットが開催され、女性のからだの自己決定権と尊厳の実現に向けてどれほど多くの課題が残されているかを認識する機会となりました。例えば、近代的避妊法の普及は1994年に比べ倍増しましたが、世界中で2億1,700万人の女性が未だ避妊に関するニーズを満たすことができていません。**女性器切除**が習慣的に行われている国ではそれが減少し、子どものうちに結婚させられる少女の数も減りました (Pantuliano, 2020)。しかし2020年においても、400万人の少女がいまだに女性器切除を経験し、少なくとも見積もっても1,200万人の少女が児童婚をしたと推定されています。

ナイロビ・サミットでは、各国政府を始めとする関係者は2030年までに3つのゼロを達成するための活動を加速させることを約束しました。妊娠・出産による妊産婦の死亡をゼロに、避妊のニーズが満たされていない人をゼロに、**ジェンダーに基づく暴力**と有害な慣習をゼロに。この3つ全てのゼロが達成されれば、全ての女性と少女のからだの自己決定権が実現するはずです。

2020年、1995年に開催された国連の第4回世界女性会議 (**北京会議**) から25周年を迎えました。北京会議では、女性の**エンパワーメント**と自己決定権を持続的な開発に不可欠なものとして位置付けた**北京宣言と行動綱領**が合意されました。それから25周年を記念して、国連の「**Generation Equality 平等を目指す全ての世代**」キャンペーンを通じて、これまでの成果を祝福し、次世代にはジェンダー平等実現の約束が守られることを求めるために、若い世代とベテランの支持者たちが結束し、6つの**アクション・コアリション** (行動を起こす連合体) が設立されました。その1つである国連人口基金 (UNFPA) がリードする「からだの自己決定・性と生殖に関する健康に対するコアリション」は、女性自身が希望する選択にもっと寄り添ってサポートするには、どのようなヘルスケアやサービスが必要かといった課題に取り組んでいます。

このような活発な活動は良い刺激を与えているばかりでなく、世界を震撼させている新型コロナウイルス感染症の感染拡大に加えて、現在の経済成長モデルが社会を不安定化する極端な格差をもたらしている事態も含めて、憂慮すべき状況を明らかにするための活動でもあります。また、ジェンダー平等に対する抵抗が大きくなっており、これは性と生殖に関する健康・権利への新たな制限につながり、世界中の女性と少女のからだの自己決定権への歩みを脅かしています。例えば、学校のカリキュラムから重要な

包括的性教育を削除しようといった動きなどが多く見受けられます(UN ECOSOC, 2019)。新型コロナウイルス感染症への対応の中、必要不可欠であるはずの性と生殖の健康に関するサービスが「重要度が低い」とみなされ、キャパシティや資金が他の用途に使われているという事例が多く報告されています(Pantuliano, 2020)。

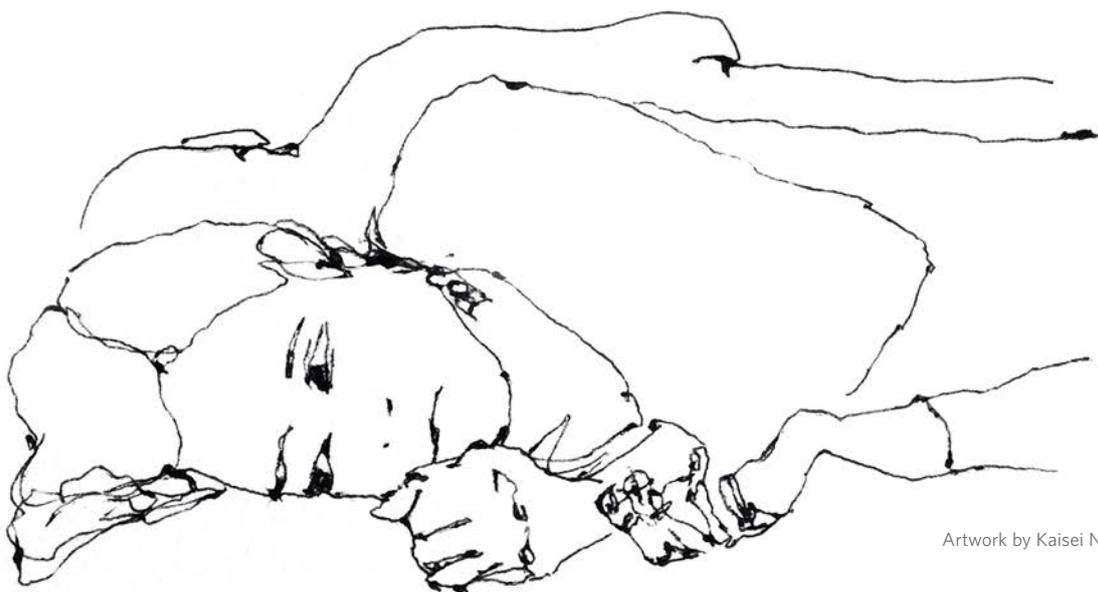
これらの課題を乗り越えるのは簡単なことではありません。しかし、からだの自己決定権と尊厳は、反対派だけでなく、ジェンダー平等推進のための行動を団結させることが出来るのです。今こそ、からだの自己決定と尊厳が実際には何を意味し、その実現のためには何が求められているのかということを、説得力を持って状況を変革できる事例を示すべき時期なのです。

さらに広い意味では、女性と少女のからだの自己決定権と尊厳を実現するためには、あらゆる面でジェンダー平等を実現することが必要であり、性と生殖

に関する健康と生殖に関する権利が最も重要な入口であることは既に分かっています。この分野における進展は、経済や意思決定における女性のエンパワメントや、司法へのアクセスの保障などの他の取り組みを強化し、支援することにもつながります。そもそものバイアスをなくすために、ジェンダーや他の差別的な規範を覆すことは、何よりも重要です。

多様な関係者が団結して変化のための機運を高めています。例えば「Generation Equality 平等を目指すすべての世代」キャンペーンでは、ジェンダー平等を求める活動家と、障害者、ジェンダーと健康の擁護者、LGBTIグループや障害者団体との間で、新たな連携が構築されています。

からだの自己決定権について考え、それが何を意味し、何を意味すべきかを想像することで、人類の未来が大きく変わるでしょう。権利と選択を得た私たちには新しい道が開け、自分自身にとって快適なからだと人生を大切に、愛することができるでしょう。



Artwork by Kaisei Nanke

自己決定の 3つの側面

ヘルスケア、避妊、性交渉について 自分で決める力を測る

女性が性や生殖に関して自分自身で決められることは、女性のエンパワーメント全体の根幹にあたります。

自分のからだについて自分で決めることができる女性の方が、からだ以外の面でも自分の人生を自由に決めることができる傾向にあります。一方、**からだの自己決定権**を持たない女性(思春期の少女を含む)は、家庭生活において、また自分自身の健康そして将来に関しても自分で決めることができず、本来持つべき権利を享受できないことが多くあります。

では、からだの自己決定権とは一体何でしょうか?そして、その権利を持っているかどうかはどのようにすれば分かるのでしょうか?それは測定することができるのでしょうか?

自己決定権という概念は、女性のエンパワーメントの文脈において1970年代に初めて使われるようにな

り、後に性と生殖に関する健康と権利を推進する運動において引き継がれました。1994年の**国際人口開発会議(ICPD)**における先駆的な**行動計画**の中で、自己決定権という用語は次のように認知されました。「女性のエンパワーメントと自己決定権を実現し、政治・社会・経済、そして健康面において女性が置かれている状況を改善することは、それ自体非常に重要であり、かつ持続可能な開発の達成のために必要不可欠である」。

それ以降、「からだ」と「自己決定権」という言葉が結びつき、幅広く時に曖昧な意味を持つ用語となりました。今日では、からだの自己決定権という用語は活動家、支持者、人権の専門家などにより、性、健康、生殖に関する権利、**性的指向**、**性自認**、**トランスジェンダー**、**代理母出産**、障害、中絶などの話題の際に使われるようになりました。

2019年に開催されたICPD25周年を記念するナ

イロピ・サミットにおいて、政府、市民社会団体、学識者、民間企業などが結集し、ICPD行動計画で定められた目標を最終的に達成することを誓った際、「からだの自己決定権」という用語はその重要性がさらに強く認識されました。多くの代表者が「すべての個人のからだの尊厳、自己決定そして生殖に関する権利を守り、保障すること、そしてそれらの権利を支えるために不可欠なサービスを個人が利用できるようにすること」の必要性を訴えるナイロビ声明を採択しました。

フェミニズムや性と生殖に関する健康と権利のための運動の中で、「からだの自己決定権」は日常的に使われるようになった一方、その言葉の分かりやすい定義や容易な測定方法については必ずしも合意が取れてはいないままです。しかし、国連が採択した革新的な「持続可能な開発のための2030アジェンダ」と17の持続可能な開発目標(SDGs)において、各国政府がその目標と関連するターゲットの進捗状況を測るための指標が設定されました。その中のターゲット5.6では、すべての人の性と生殖に関する健康と権利を達成することが掲げられ、ターゲット5.6の進捗状況の測定には、次の2つの指標が割り当てられました。まずグローバル指標5.6.1には、「性的関係、避妊、生殖に関するヘルスケアについて、自分で意思決定を行うことのできる15歳～49歳の女性の割合」が用いられています。次のグローバル指標5.6.2には、「15歳以上の女性及び男性が平等に、性と生殖に関するヘルスケアや情報そして教育を享受できることを保障する法令を持つ国の数」が採用されています。

グローバル指標5.6.1は、57か国で実施された人口保健調査(DHS)での、15歳から49歳の女性に対する以下の質問への回答を基にしています。

- 日常生活で、あなた自身のヘルスケアについて意思決定をする人は誰ですか？
- 日常生活で、避妊を行うかどうか決めるのは誰ですか？
- あなたは、性行為をしたくないときに夫やパートナーにそれを伝えることができますか？

これら3つの質問すべてに「自分で決めることができる」と答えた女性のみが、生殖に関する健康における自己決定権を持ち、生殖のための権利を行使できると考えられます。

DHSの調査は、各国で標準的な質問票を用いて行われており、結婚、出生、死亡、家族計画、生殖に関する健康、子供の健康、栄養状態やHIV・エイズについての全国標本データを得ることができます。DHSのプログラムは、米国際開発庁(USAID)による資金提供、また国連人口基金(UNFPA)などの国際機関の協力により、ICFインターナショナル社によって実施されています。

グローバル指標5.6.1の策定は、性と生殖に関する健康と「からだの自己決定」について国際的な枠組みで測定する初めての試みであり、様々なサービスへのアクセスに留まらず、少女や女性が自分自身で選択できるかという観点からその指標を測定しています。性と生殖に関する健康に取り組む国連機関であるUNFPAは、本白書の第5章で解説するグローバル指標5.6.2と同様に、このグローバル指標5.6.1のデータの管理を担っています。

数値データを見てください

このグローバル指標5.6.1の3つの側面が全てデー

タとして得られているのは、そのほとんどがサハラ以南のアフリカの57か国のみです。しかし数年以内には、ユニセフの複数指標クラスター調査(MICS)などの国際調査や、「ジェンダーと世代調査」などの地域調査プログラムにおいて、より多くの国のデータが入手できる予定です。

現時点でデータが得られているのは、世界の国々の4分の1のみですが、それでも何百万もの女性や少女の**からだの自己決定権**が危うい状態にあることが分かります。たった55%の少女や女性しか、からだ

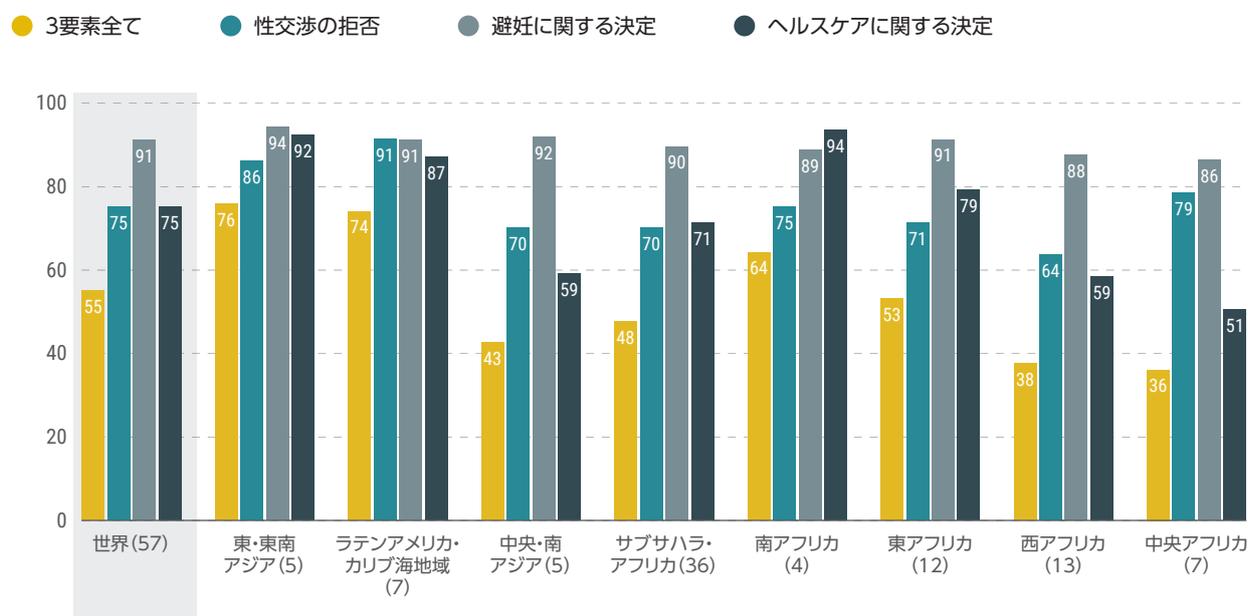
の自己決定の3つの側面について自分で決めることができないのです。

つまり、ほぼ2人に1人の女性や少女しか、性と生殖に関するヘルスケアを受けるかどうか、受けるならいつか、また避妊具・薬を利用するかどうか、夫やパートナーと性交渉をするかどうか、するならいつか、自分自身で意思決定する力を持っていません(図1)。

その割合は地域によって異なります。例えば、東アジア、東南アジア、ラテンアメリカ・カリブ海地域におい

図1

性と生殖に関する健康と権利(自分自身のヘルスケア、避妊、性交渉の拒否)について自分で意思決定ができる15歳から49歳までの女性の割合 2007-2018年のSDG地域別最新データ



Notes: 括弧内は地域別集計に含まれる比較可能な調査データがある国の数を表す。

Source: United Nations Population Fund, global databases, 2020. Based on the Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other national surveys conducted in the 2007-2018 period.

では、思春期の女性の76%がグローバル指標5.6.1に関連する3つの側面において自ら決定することができている一方で、サハラ以南のアフリカや中央・南アジアにおいてはその割合は50%以下に下がります。

アジア、アフリカといった地域的な区分では国ごとの大きな違いが見えませんが(図1)。例えば、サハラ以南のアフリカ全体では約50%の女性が自己決定権を持っていますが、その中のマリ、ニジェール、セネガルの3か国では10%以下の割合しかありません(図2)。

その他の地域では、国ごとの違いは必ずしも明白ではありませんが、注目すべきケースもあります。例えば、グローバル指標5.6.1の3つの側面全てにおいて自己決定を行える女性の割合は、中央・南アジアでは33%から77%、東・東南アジアでは40%から81%、ラテ

ンアメリカ・カリブ海地域では59%から87%の範囲に分布しています。

またこのデータからは、これら3つの側面が必ずしも相関していないことが分かります。つまり、ある側面で割合が高い場合、別の側面でも高いとは限らないのです。例えばマリでは、77%の女性が避妊具・薬の利用について自分自身もしくはパートナーと共に決めている一方で、自身のヘルスケアについて同様に決定しているのはたった22%にすぎません。エチオピアではたった53%の女性しか性交渉を断ることができませんが、避妊について自身もしくはパートナーと共に決めることができる女性は94%もいます。いくつか

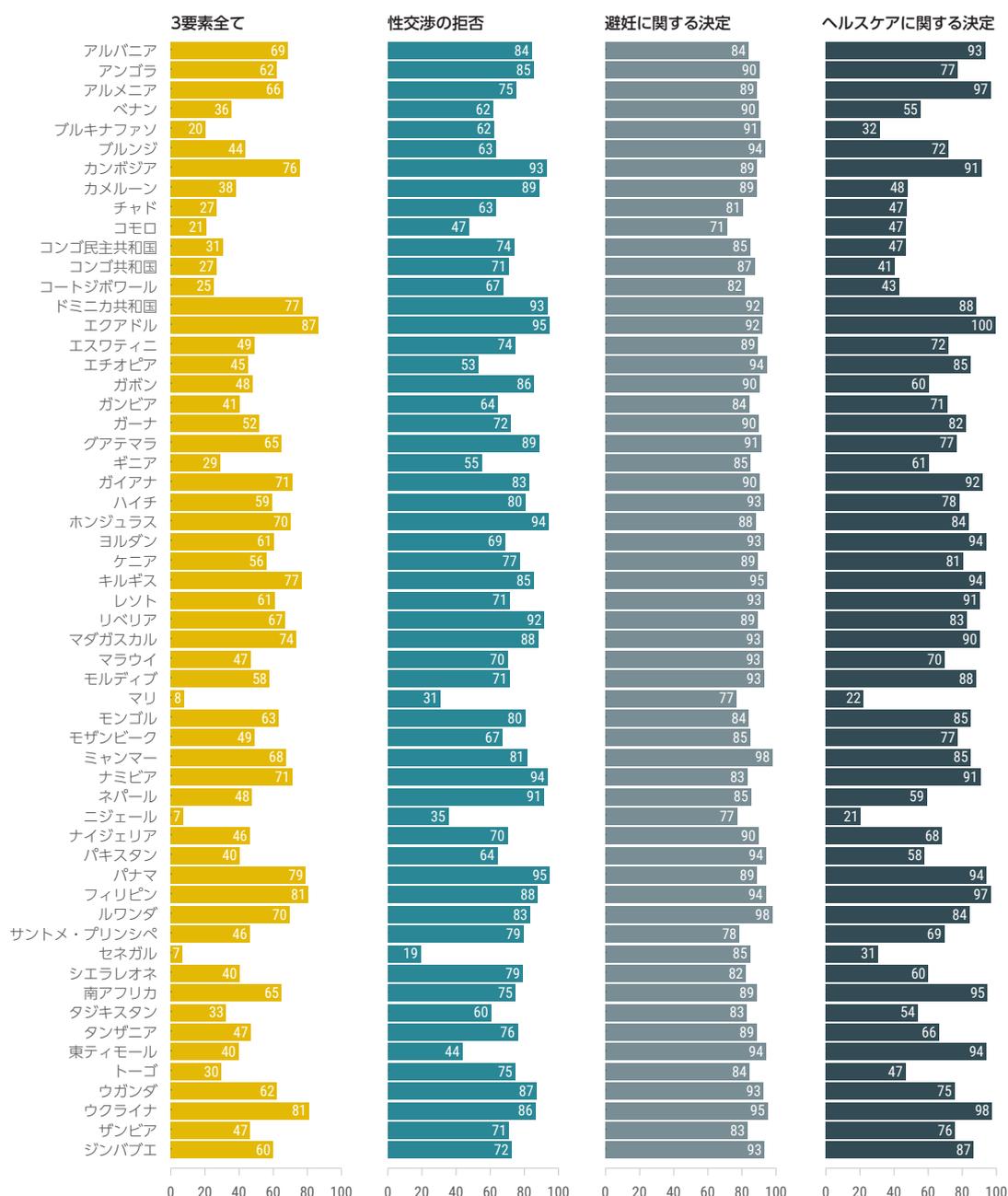
の国においてグローバル指標5.6.1の達成度が低いのは、この3つの側面の違いが原因となっています。3つの側面全てに対して自己決定を行える女性のみが、グローバル指標5.6.1を達成しているとみなされるた



Artwork by Rebeka Artim

図2

ヘルスケア、避妊、夫またはパートナーとの性交渉について自分で意思決定ができる15歳から49歳までの女性の割合
2007-2018年までの国別最新データ



Source: United Nations Population Fund, global databases, 2020. Based on the Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other national surveys conducted in the 2007-2018 period.

めです。例えば、避妊具・薬の使用に関しては自己決定できるものの、性交渉を断ることができない女性は、指標5.6.1を達成しているとはみなされないのです。

どのような傾向があるのでしょうか？

22の低・中所得国において複数回行ったDHSの調査から、からだの自己決定に関する3つの側面の変化にどのような傾向が見られるか分析したところ、1つの側面に対するプログラムやサービスへの投資は、必ずしも他の側面に対して良い影響を与えるわけではないということが分かりました。実際、グローバル指標5.6.1のからだの自己決定権に関する3つの標準的な質問に対する回答はしばしば異なる方向に変化しています(図3)。

例えばガーナでは、母体の健康の改善のために多額の投資を行い、サービス推進のためのコミュニティに行き届くプログラムを組み合わせ実施し、高品質なサービスが手頃な価格で手近に手に入るようになりました。その結果、ヘルスケアに関して自分で決定できる女性の割合は増え続けています。しかし同時に、避妊について自分で決定ができる女性の割合は横ばいであり、性交渉を拒否できる女性の割合は著しく低下しています。ベナンでも同様に、避妊とヘルスケアについて自己決定ができる女性の割合はここ10年でほとんど変わっていない一方で、性交渉を拒否できる女性の割合は同じ10年間で20%下がりました(UNFPA, 2019)。

低・中所得国の22か国のうち、グローバル指標5.6.1の3つの側面全てについて自己決定できる女性の割合が増加したのは、ウガンダとルワンダのみです。特にウガンダでは最大の増加率である12.3%とい

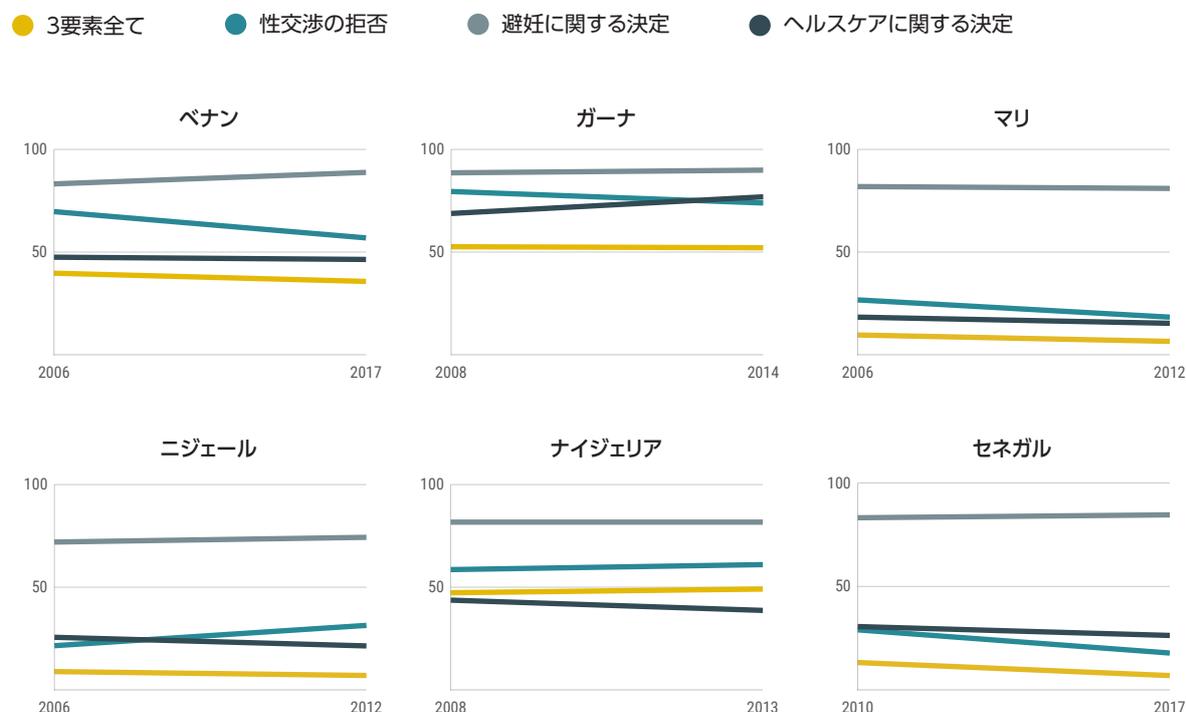
う結果でした。この増加は、妊産婦や5歳未満の子供を対象とする医療サービスの無償化などの法的、政策的な環境の整備と、ジェンダー差別的規範を無くすためのコミュニティ・アウトリーチが要因とされています(UNFPA, 2019)。

図3が示すように、国全体の指標を見るだけでは、3つの側面それぞれの増加や減少は見えないことが分かります。ヘルスケアに対する質問では、自己決定が出来ている割合は全体的に増加傾向にある一方で、性交渉を拒否できる女性の割合は減少傾向です。実際、2005年から2018年の間で複数時点のデータがある国のうち、半分以上の国で性交渉を拒否できる女性の割合が減少しています。このような減少傾向や一見すると後退と見えるような現象の正確な原因を特定することは容易ではありません。しかし、ある研究では様々な要因が複合的に重なり合っていることが示唆されています(UNFPA, 2019)。

- 性交渉や性的関心に対する根強いタブーの意識が社会的な規範や価値観によって強まり、女性や思春期の少女が性交渉についてパートナーや夫と率直に話し合う機会を持ちにくくしていることなどが挙げられます。
- 家父長制のもと、男性の性的要求が女性よりも優先され、不平等な力関係が長い間続いています。いくつかの研究によると、アゼルバイジャンやルワンダ、メキシコでは、性交渉を拒否しない代わりに、家庭における決めや自分自身の外出に関する意思決定などの、日常生活における自己決定権を獲得している女性もいます。

図3

グローバル指標5.6.1の3つの側面について、
自己決定を行っていると回答した女性の割合の変化〈西アフリカ諸国〉



・質的研究においても、女性は男性の性的な要求に従うことで、経済的・個人的な活動に関する自由を得ている可能性がある」と指摘されています。このようなトレードオフの関係はアゼルバイジャン、メキシコ、ニジェール、ナイジェリアなど様々な国々において報告されています（UNFPA, 2019）。

指標の限界

グローバル指標5.6.1は、あくまで女性のからだの自己決定について粗く描いたイメージのようなもので、その減少や増加の背後にある繊細な力関係に

ついてはあまり表していません。例えば避妊についてのデータには、有配偶または同棲中で、調査時に実際に避妊を行っている女性のみが反映されています。また、ヘルスケアに関する質問は「生殖に関するヘルスケア」に特定した質問にはなっていません。さらに、3つの質問は全て15歳から49歳の女性のみを対象としており、それより若い少女や50歳以上の女性は含まれていません。

もう一つの限界として、避妊とヘルスケアに関するデータに、パートナーとの共同的意思決定と女性自身による個人の意思決定の両方が反映されている

可能性が挙げられます。例えば、ある女性は避妊について夫やパートナーと一緒に決めたと答えるかもしれませんが、しかしそのような場合でも、女性が最初に行った決定を男性がくつがえして、それを「共に決めた」としていることもあります。さらに、夫が避妊具・薬の利用を禁止していても、密かに使っている女性がいることもあります。しかし、こういった状況も避妊に関して自己決定をしているかどうかの指標に反映されません。量的調査では、4%から29%の女性が夫

やパートナーには知らせずに避妊具・薬を利用してしているとされています。このように避妊具・薬をこっそり利用することは女性自身が決めていることではありますが、女性は一般的にこういった行為を否定的で自信を失う行為と捉えています。

からだの自己決定の生態学的モデル

様々な社会経済的要因が、[グローバル指標5.6.1](#)の3つの側面における女性の自己決定に影響を与

図4

女性の自己決定権の決定要因



個人的要因

性と生殖に関する
健康と権利についての
知識、経験、主体性

コミュニティ

ジェンダー規範、
差別や偏見、信仰

保健システム

近接性、費用、
ケアの質、
提供者バイアス

対人関係

パートナーの社会的地位、
コミュニケーション、
親族

社会経済的要因

教育、経済的地位、
メディアへのアクセス、
農村部/都市部

えています(図4)。

社会経済的な状況

女性の教育レベルは、性交渉を拒否する力を持つかどうかを大きく左右し、避妊やヘルスケアに関して自己決定をする力の有無とも相関が見られます(図5A, 5B)。男性パートナーの教育レベルも避妊やヘルスケアに関する意思決定に女性が関与できるかどうかに関与しています。女性の教育レベルが

夫よりも低い場合、夫と同等の場合と比べて性暴力を受けやすいことが分かっています(UNFPA, 2019)。一方、最貧困層や貧困層の女性は望まない性的な関係を経験する可能性が高いことも分かっています(図6)。

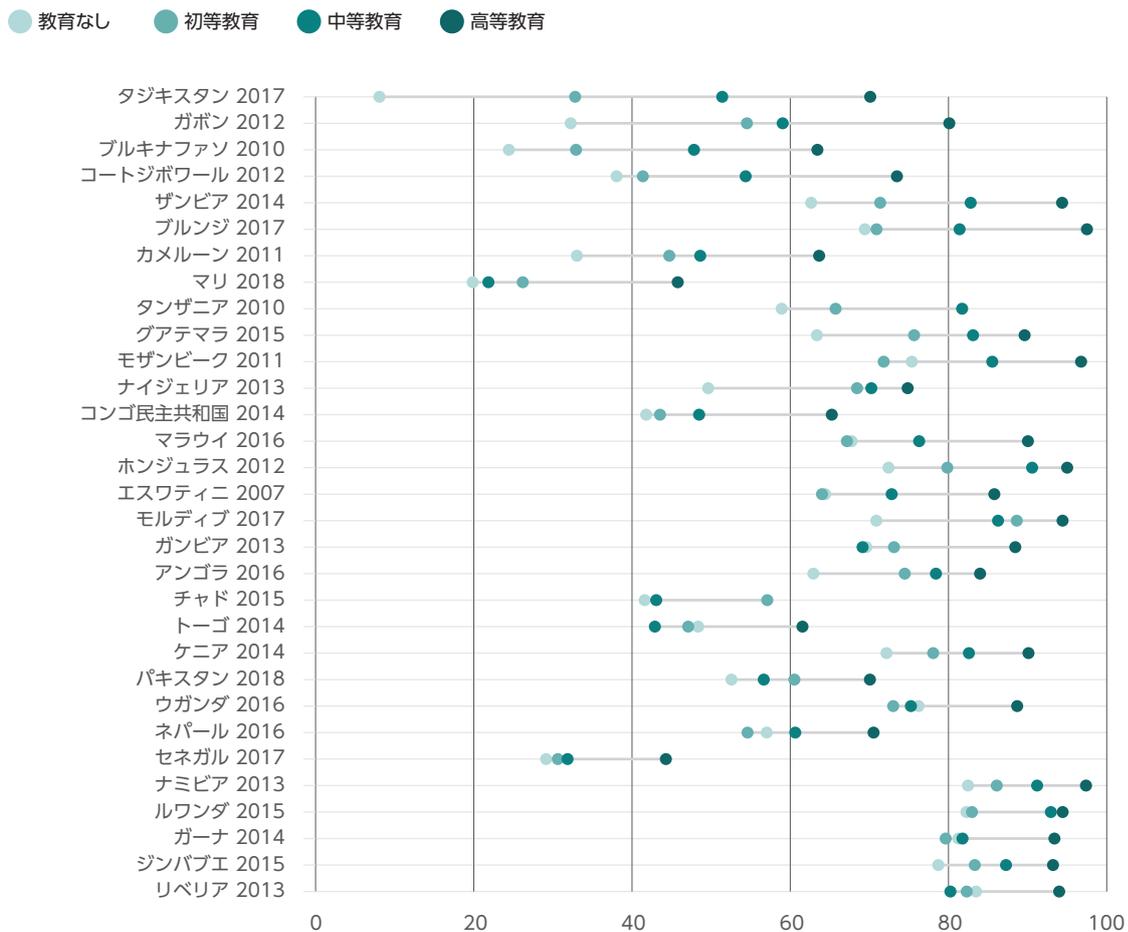
対人関係

夫やパートナーと同様に、家族・親族との関係やコミュニケーションは女性の自己決定権に影響します。

図5A

教育水準と自己決定権の相関

女性の教育水準別にみた自身のヘルスケアに関して自己決定できる女性の割合(国別、%)



家長としての男性はしばしば全ての力を掌握し、例えそれが「女性の問題」であったとしても、性と生殖に関する健康を含めてほとんど全ての決定を下すことがあります。典型的なジェンダー規範により、女性は性と生殖に関する健康について全ての責任を押し付けられながらも、自分自身は決定権を持つことが出来ません。

コミュニケーションの有無は、パートナーと共にもしくは自分自身で意思決定が出来ているかの良い

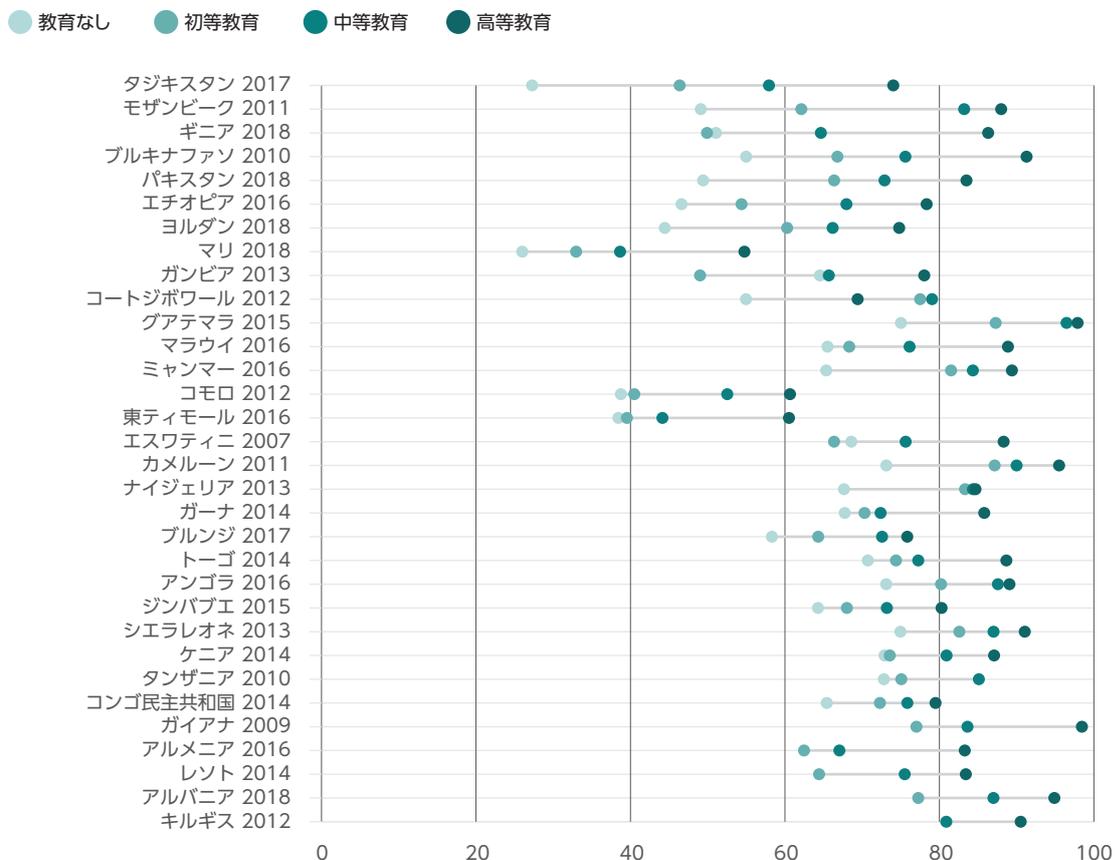
判断材料となります。性と生殖に関する健康について定期的に話し合っているカップルは、避妊や生殖に関するヘルスケアについても共に意思決定をすることが多いです。義理の母などの親族の意見も、これらの意思決定に重要な役割を果たしています（UNFPA, 2019）。

コミュニティの役割

からだの自己決定権という概念自体が現地の規範や価値観と相容れないというコミュニティもありま

図5B
教育水準と自己決定権の相関

女性の教育水準別にみた性交渉を断ることができる女性の割合(国別、%)



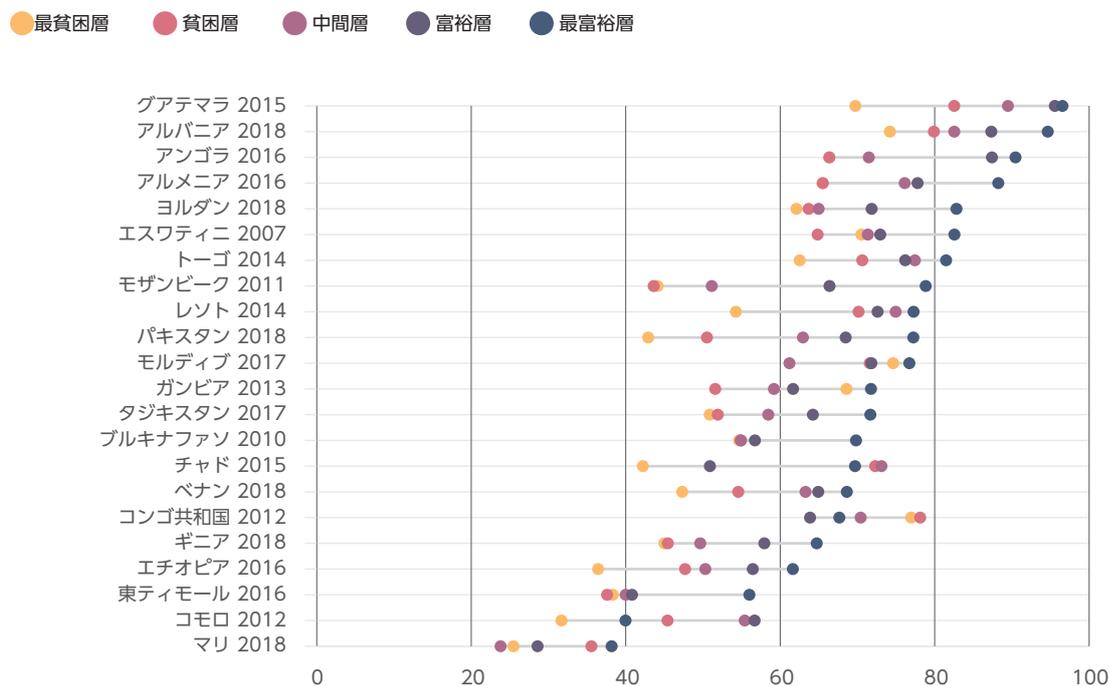
す。そのようなコミュニティでは、女性に子供を産むことを無理強いし、女性は性的関係において服従し言いなりになるべきという考え方を長い間押し付けることもあります。同時に、そのようなコミュニティの規範によって、女性は性と生殖に関する健康について男性と話すことを躊躇し、不可能ではないにしても、性的関係や避妊、そして生殖に関するヘルスケアについて交渉することが難しくなります。9か国で行われた調査では、男性の中には、女性を支配する資格が自分にあると考えており、男女の間に

は不均衡な力関係があると明言している人がいると報告されています(e.g., Habibov and others, 2017; Fahmida and Doneys, 2013; Hattori and DeRose, 2008)。

婚外交渉に否定的な規範によって、思春期の少女たちは情報やサービスを入手しにくい状況に置かれています。同時に、コミュニティによっては、家計を支えるためや自分の教育費を賄うために、取引のための性交渉を容認したり、さらには推奨することすら

図6
経済的地位と性交渉を拒否する力の相関

世帯収入別に見た性交渉を断ることができる女性の割合(国別、%)



あります。貧困家庭出身の少女はそのような状況に陥りやすく、彼女たちに性交渉を拒否する力はほとんどありません。結婚しているかどうかに関わらず、彼女たちはコンドームを使ってもらおうよう男性に交渉することはほとんどできないでしょう(November and Sandall, 2018; Moore and others, 2007)。それどころか、結婚している少女は家族やコミュニティから子供を産むようにという圧力を受け、性交渉を強制され、避妊具・薬の使用を拒否されることさえあります(Woog and Kågesten, 2017)。

保健システムにおける障壁

特に農村地域では、医療機関や施設が遠いことが、避妊や生殖に関するヘルスケアに対する決定の阻害要因となることがあります。その他の要因としては、思春期や若者向けのサービスの欠如、適切な避妊具・薬の不足、サービスの質や管理が不十分なこと、否定的な判断をする職員の存在やプライバシー意識の欠如が挙げられます。反対に、利用しやすい営業時間で、好意的でプライバシーを尊重するヘルスワーカーがサービスを提供すれば、女性や思春期の少女が自分で決定しやすくなります。特にプライバシーを尊重した親しみやすい環境で、容易に正確な避妊情報を入手できれば良い効果をもたらします。コ

ミュニティのヘルスワーカーが、特に男性向けに家族計画に関する情報と教育を提供する場合、避妊具・薬の利用が促進されると報告している調査もあります(UNFPA, 2019)。

からだの自己決定権は多くの人にとっては、まだ現実のものとはなっていません

自分のからだについて自分自身で決定する力を持っている女性がたった55%しかないという事実は、各国政府、政策立案者、開発機関にとって重大な警鐘と捉えられるべきです。マリ、ニジェール、セネガルでは、90%以上の女性がからだの自己決定権を奪われています。

グローバル指標5.6.1のデータは、女性がからだの自己決定権を主張する際に直面する課題について理解する必要性を示しています。しかし、未婚女性やパートナーを持たない女性、障害者、民族的・人種的マイノリティーが直面している、障壁の範囲や特質を理解するためにはさらなる分析が必要です。

データから明らかなことは、57か国、そしておそらく世界中のあらゆる国で、女性は完全なからだの自己決定権を獲得できていないということです。

エンパワーする法律 抑圧する法律

法令がからだの自己決定権に 与える影響

法律にはからだの自己決定権を守ってくれるものもあれば、逆にそれを奪ってしまうものもあります。

例えば、全ての人が性と生殖に関する医療サービスを受けられることを保障したり、学校で包括的性教育を行うことを義務づけたり、ヘルスケアを提供する際に相手の同意を得ることを求める法律は、からだの自己決定権を保障してくれます。

その一方で、政府はからだの自己決定権を規制するような法律を制定することもあります。例えば、思春期の若者に対し性と生殖に関する医療サービス

や情報へのアクセスを制限したり、同性との性交渉を禁じたりするものが、これに当たります。また、からだの自己決定権を規制する意図はない法律であっても、きちんと明文化されていなかったり、不明瞭であると、逆効果になってしまうこともあります。

有配偶女性は夫に従わなければならないと定めていたり、家庭内暴力や配偶者間のレイプを犯罪と定めていなかったり、離婚時に男性を優遇する法律を持つ国もあります。また、女性の外出を制限している国は30か国にもものぼります (World Bank, 2020)。

国際人権法を守る義務を果たすための最も基本的な手段として、各国政府は国内法を制定することもあります。しかし、人々が実生活において実際に権利を行使するためには、政府は法律の施行後も、実質的な変化を起こすために対応策を取る必要があります。

世界保健機関(WHO)は各国政府に対し、性と生殖に関する医療サービスへのアクセスを改善し、女性の**からだの自己決定権**を否定するような不必要な制限を撤廃するための法令の枠組みを策定するよう呼びかけています(WHO, 2004)。

法的枠組みがからだの自己決定権にどのような影響を与えるのか、つまりそれが支援するものなのか、改正が必要なのかといったことを理解することは、対応策を取るうえで重要な最初の一步となります。法律の改正は世論を反映して行われることがあります。逆に、社会の意識の変化に先立って法律が変わることもあります。その場合、その法律が広く受け入れられ、実際に法律が運用されるようになるには、社会や人々の行動やコミュニケーションを変容させるための相当な努力が必要になります。また、いったん法律が制定されても、政治的な意向や、運用の仕方次第では、すぐに結果が出ないこともあります。その法律の詳細な運用方法を追加するための政策の策定が必要であったり、十分な予算を割り当てたり、説明責任を明確に果たすシステムを構築する必要があります。

法律が多くの人を支援するようなものであっても、全ての人が平等に恩恵を受けられるとは限りません。例えば、多くの国がヒト免疫不全ウイルス(HIV)治療の際の無償の抗レトロウイルス療法を法律で保障していますが、実際に受けられる人は限定されていることがあります。ボツワナでは、治療を受けられる

のは囚人を含めボツワナ国民だけで、他国籍の囚人は適用外でしたが、2019年に法律が改正され、国籍を問わず全ての囚人に適用が拡大されました(UNAIDS, 2019)。

矛盾した法律

どんな法律や政策も、その国の法律や政策の枠組み全体から切り離すことは出来ません。例えば、多くの国で、法律で定める性的同意年齢と、性と生殖に関する健康についての情報やサービスを受けられる最低年齢が一致していません(図7)。つまり思春期の若者が、合法的に安全な性行為や避妊に関する情報やサービスにアクセス出来るようになる前に、合法的に性交渉ができるという状況が生じ得るということです(Sexual Rights Initiative, 2020; Committee on Adolescence, 2017; Dennis and others, 2009)。

矛盾する法律がある場合は混乱が生じ、一般市民だけでなく法を執行する立場の人々でさえ、どちらを優先するべきか分からないことさえあります。

矛盾する法律が無くても、明確でない場合には問題が生じます。医療従事者が、法律上の義務や刑事責任が生じうる行為についてはっきりしない場合に、どう対応すべきか分からないからです。例えば、ある条件下では中絶が合法になるという場合でも、その条件が厳密でなければ法律違反になることを恐れて、医療従事者が中絶に消極的になることがあります。また、保健システムのガイドラインや政策が法律を保守的に解釈した上で作られることもあります。1994年の**国際人口開発会議(ICPD)**では、「中絶が法律で禁止されているか否かに関わらず、中絶後のケアは提供されるべきである」と179か国が合意しましたが、多くの国で未だ浸透していません。医療従事者が告発されたり、汚名を着せられたりす

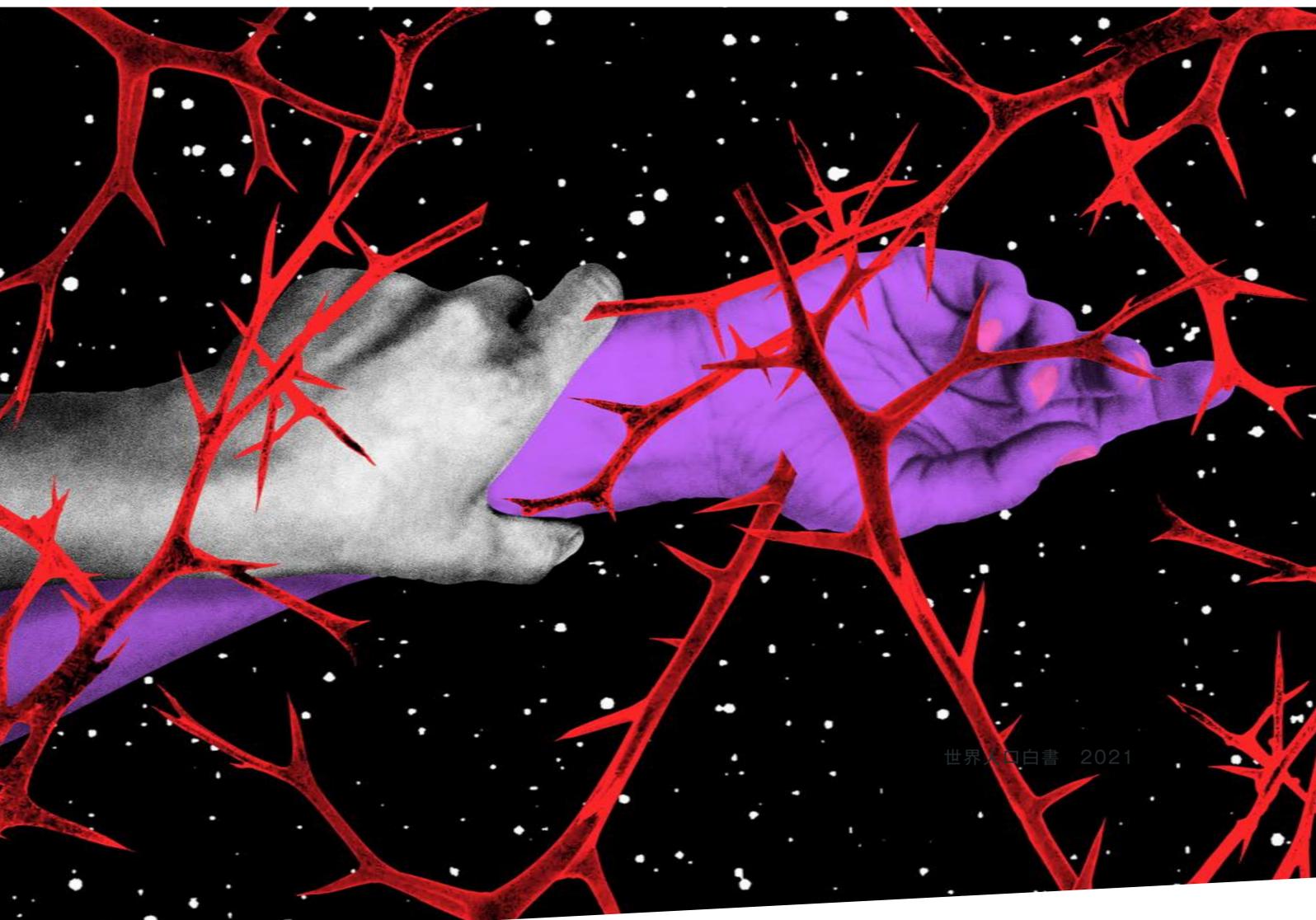
図7

性的同意年齢と親権者の同意無しに特定のサービスが受けられる年齢

	ベリーズ	クロアチア	イタリア	ジャマイカ	北マケドニア	マレーシア	パラオ	ポーランド
法的婚姻年齢	18	18	18	18	18	18	パラオ国民には制限無し 外国人の場合は18歳	18
親権者・司法等の同意の上での婚姻年齢	16	16	16	16	16	16	パラオ国民には制限無し 外国人の場合は16歳	16
性的同意年齢	16*	15	14	16	14	16*	15	15
親権者の同意無しでの中絶可能年齢	18	16	18	18	18	18	18	18
親権者の同意無しでの緊急避妊薬の入手可能年齢	18	16	14	16	18	18	18	18
親権者の同意無しでの経口避妊薬の入手可能年齢	18	18	14	16	18	18	18	18

* 女子のみに適応される
Source: Sexual Rights Initiative, 2020

Artwork by Tyler Spangler



ることを恐れて、違法に中絶をした人へのケアを拒否することもあるのです。

構造上の障害

構造的なレベルにおいて、法律の有効性を確保するためには、十分な予算が必要です。例えばメキシコでは、年齢や婚姻状態に関わらず、全ての人に避妊具・薬を提供することを義務付ける法律が制定されました。にもかかわらず、思春期の若者、特に最貧困層の若者の出生率は依然として高いままでした。そこで多くの市民社会団体が、連邦及び州レベルの性と生殖に関する医療サービスの予算と支出について調査し、地域プログラムへの資金配分における構造的障害や非効率な部分を明らかにしました。この分析により資金配分が改善され、思春期の若者の避妊に関する情報やサービスのニーズが十分に満たされていなかった貧困層のコミュニティに資金が割り当てられるようになりました(Rajan, n.d.)。

法律の趣旨を踏まえた十分に実効性のある保健システムを構築するには、下記のようなさまざまな対応策が必要となります。

- ・ サービス提供に関する医学的ガイドラインの作成
- ・ 医療従事者への法律の内容と医療現場における法の関与についての研修
- ・ 医薬品や医療機器へのアクセスを途切れなく確保するための物流システムの強化
- ・ サービスの利用率・質・影響に関するデータを記録する情報システムの整備
- ・ サービスを手頃な価格で提供するための医療財源メカニズムの整備
- ・ 提供するサービスの受容度と質のモニタリング

どの法律が施行され、実際に執行されるかは、宗

教やジェンダー規範などの社会的要因が影響します。例えば、婚前交渉が社会的に認められていない場合、10代の性交渉に対しての目が厳しすぎるために、避妊具・薬へのアクセスが合法であったとしても使用には結びつかないことがあります。

からだの自己決定権や適切な医療サービスへのアクセスを保障する法律があったとしても、他の問題のせいでその利益を享受できないことがあります。例えば飢餓や貧困、厳しい生活状況といったより差し迫った課題に直面している場合、またサービスが高価で手が届かない、子どもの世話をどこにも頼めないといった場合が想定されます。自分自身のヘルスケアや避妊に関して夫や親族が干渉するケースもあるでしょう。

貧困を長期化させ悪化させたり、教育や雇用へのアクセスを妨げたり、人種や民族、性的指向や性自認に基づく差別を生むような構造的要因を、政策立案者は理解した上で対処しなければなりません。そのような構造的要因によって、特定のグループへの支援を意図して施行された法律が、想定通りに社会に反映されないこともあるからです。例えば、全ての人々への性と生殖に関する医療サービスが法律で保障されている国でも、HIV感染者、セックスワーカー、男性と性交する男性(MSM)やトランスジェンダーがサービスを受けることを保健医療従事者が拒否することがあります(UNAIDS, 2017)。

さらに、法律について知らない、あるいは日常生活の中で馴染みがないと感じているという問題もあります。

しかし、法律や政策があるからこそ、女性自身による意思決定が後押しされるのです。また、人権を侵害された人々に司法制度や、救済、賠償の仕組みへ

のアクセスを保障することで、法律や政策は、様々な立場の人々へのヘルスケアの提供という責任を果たす上で重要な役割を担っています(WHO, 2015)。

グローバル指標5.6.2： 法律上の支援や障壁

持続可能な開発目標(SDGs)のターゲット5.6「国際人口開発会議(ICPD)行動計画及び北京行動綱領に従い、性と生殖に関する健康及び権利への普遍的アクセスを確保する」に向けた各国政府の進捗状況を把握するために、国連は**グローバル指標5.6.2**を設定しました。この指標は、「15歳以上の女性及び男性が平等に、性と生殖に関するヘルスケアや情報そして教育を享受できることを保障する法令を持つ国の数」で評価するものです(UNFPA, 2020d)。

この複合的指標は、国際人権法、国際合意文書、人権基準に基づき、性と生殖に関する健康と権利に関連する法律の施行状況を評価することを目的としています。また、この指標は、**マタニティケア**(妊娠・出産・中絶等)、**避妊と家族計画**、**包括的性教育**と情報提供、性に関する健康とウェルビーイングという4つの幅広い分野をカバーしています(図8)。さらに4つの分野それぞれについて法律で規制される可能性のある13の要素が挙げられています。それぞれの要素ごとに、法律の円滑な運用を可能にする要因(支援的な法令)と法律上の障壁に関するデータが収集されます。例えば、何らかの医療サービスを受けるために、親、配偶者、裁判官、医療委員会などの第三者による承認が必要とされる場合、それは支援的な法令を制限することになるため、法律上の障壁に当たります。

グローバル指標5.6.2のすべての側面が**からだの自己決定権**に関係しています。

図8の各要素について支援する法律が存在するかどうか、年齢制限や配偶者の同意の必要性など、潜在的な制限があるかどうかを、この指標で評価しています。また、伝統的、慣習的、宗教的な複数の法体系が存在するか、それによって特定のグループへの国内法の運用が妨げられていないのかも評価しています(UNDESA, 2018)。

このように指標5.6.2は、支援する法律の存在だけではなく、その効果を妨げ得る要因についての情報も捉えています。これらのデータをもとに、13の要素ごとに数値が算出され、4つの分野に集約された後、全体の総合値を算出しています(図9、10)。

この指標では、平等で完全な性と生殖に関する健康と権利を保障するための国内法令の有無について、%表示で各国の達成度を示しています。ただしこれは法令の有無のみに関する評価で、実際の運用状況は考慮されていません。

この指標のデータを報告した国の中で、指標5.6.2の総合値が高かった上位5か国は、スウェーデン(100)、ウルグアイ(99)、カンボジア(98)、フィンランド(98)、オランダ(98)。下位5か国は、南スーダン(16)、トリニダード・トバゴ(32)、リビア(33)、イラク(39)、ベリーズ(42)でした。

性と生殖に関する健康と権利の保障

グローバル指標5.6.2とその個別の要素についてのデータは、各国の統計局や担当省庁を通じて107か国から報告されます。しかし、指標の要素全てにおいて完全なデータを提出したのは75か国のみでした。

指標5.6.2の中でも、4つの分野に関してデータを提出した国の数はそれぞれ異なっています。**マタニティケア**については79か国、**避妊と家族計画**では

104か国、**包括的性教育**では98か国、性に関する健康とウェルビーイングでは101か国でした。

全てのデータを提出した75か国では、性と生殖に関する健康と権利への完全かつ平等なアクセスを

保障するために必要な法令が、平均して73%整備されていると報告されています。しかし、そのうち20%の国では複数の法体系を持っており、権利が法律で保障されている国においても、全ての人々がその恩恵を受けられるわけではないことが分かります。

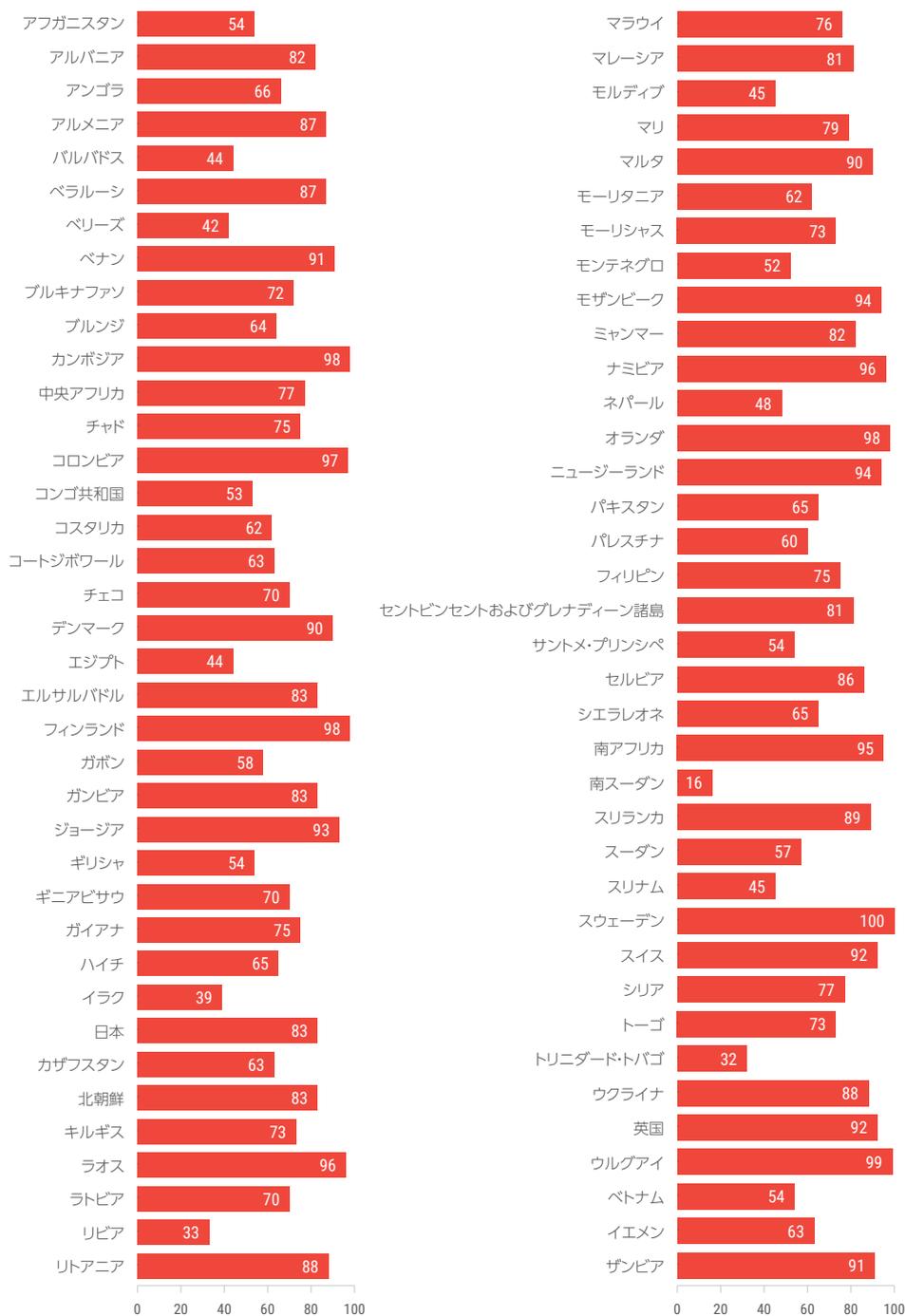
図8

グローバル指標5.6.2によって測定される4つの分野と13の要素



図9

国別、性と生殖に関する健康についての13要素のグローバル指標5.6.2総合値 (%表示)



*2012年11月29日、国連総会において、パレスチナを非加盟オブザーバー国家と認定する国連総会決議67/19が採択された。

図10

15歳以上の男女に対する、性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育への完全かつ平等なアクセスを保障する法令の国別整備率（%表示）

	マタニティケア				平均	避妊			平均	性教育			HIVとHPV				平均	グローバル指標5.6.2に 関する 全ての カテゴリーの 全体値
	マタニティ ケア	救命用品	中絶	中絶後の ケア		避妊 サービス	避妊 サービスに 関する同意	緊急避妊		包括的性 教育 カリキュラム	トピックの 網羅性	平均	HIV カウンセリングと HIV検査	HIV治療と ケア	感染者に 関する 守秘義務	HPV ワクチン		
アフガニスタン	100	92	0	100	73	60	0	50	37	0	0	0	100	100	100	0	75	54
アルバニア	100	77	50	100	82	80	100	75	85	100	100	100	80	100	100	0	70	82
アンゴラ	100	62	0	100	65	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	66
アンティグア・ バーブーダ島	-	85	0	100	-	0	100	0	33	0	0	0	100	100	100	0	75	-
アルメニア	75	100	100	100	94	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	87
オーストラリア	100	-	0	100	-	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	0	75	-
バングラデシュ	0	85	-	100	-	0	0	0	0	100	88	94	40	40	75	0	39	-
バルバドス	100	77	75	0	63	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	0	65	44
ベラルーシ	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	0	69	87
ベルギー	-	-	100	0	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
ベリーズ	0	100	0	100	50	0	0	0	0	0	100	50	60	80	100	0	60	42
ベナン	100	100	50	100	88	80	100	50	77	100	100	100	100	100	100	100	100	91
ボツワナ	100	92	-	0	-	80	100	100	93	100	88	94	40	80	100	100	80	-
ブルキナファソ	75	100	0	100	69	80	0	75	52	100	50	75	60	100	100	100	90	72
ブルンジ	75	92	50	100	79	40	0	75	38	0	100	50	100	100	100	0	75	64
カンボジア	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
カメルーン	100	92	25	100	79	100	100	100	100	0	0	0	-	-	-	0	-	-
中央アフリカ共和国	100	100	0	100	75	60	100	50	70	100	88	94	100	100	100	0	75	77
チャド	100	100	75	100	94	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	75
中国	100	62	-	100	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	0	75	-
コロンビア	100	92	75	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97
コンゴ民主共和国	100	92	-	100	-	80	100	75	85	-	-	-	100	100	100	0	75	-
コンゴ共和国	100	100	-25	0	44	100	100	75	92	0	0	0	60	80	100	0	60	53
コスタリカ	100	77	25	0	50	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	100	100	62
コートジボワール	100	100	25	0	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
チェコ	100	15	100	100	79	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	70
デンマーク	100	100	50	100	88	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	100	90	90
エジプト	100	54	-50	100	51	60	0	50	37	0	0	0	80	80	100	0	65	44

	マタニティケア					避妊				性教育			HIVとHPV					グローバル 指標5.6.2に 関する 全ての カテゴリーの 全体値
	マタニティ ケア	救命用品	中絶	中絶後の ケア	平均	避妊 サービス	避妊 サービスに 関する同意	緊急避妊	平均	包括的性 教育 カリキュラム	トピックの 網羅性	平均	HIV カウンセ リングと HIV検査	HIV治療と ケア	感染者に 関する 守秘義務	HPV ワクチン	平均	
エルサルバドル	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	83
赤道ギニア	-	100	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	100	100	100	0	75	-
フィンランド	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
ガボン	100	100	0	100	75	40	0	25	22	100	100	100	40	100	50	0	48	58
ガンビア	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	40	20	100	100	65	83
ジョージア	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	88	94	80	80	100	100	90	93
ドイツ	100	46	50	75	68	80	100	75	85	-	-	-	100	100	100	100	100	-
ギリシャ	100	62	75	0	59	100	0	0	33	0	0	0	80	80	100	100	90	54
グアテマラ	100	85	-	0	-	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	0	65	-
ギニア	100	100	-	100	-	100	100	100	100	-	100	-	100	100	100	0	75	-
ギニアビサウ	100	100	100	0	75	80	100	75	85	0	100	50	80	80	100	0	65	70
ガイアナ	100	92	75	100	92	60	100	50	70	100	100	100	60	60	75	0	49	75
ハイチ	100	92	0	100	73	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	65
ホンジュラス	50	-	-25	0	-	80	100	0	60	0	0	0	100	100	100	0	75	-
インド	-	85	75	-	-	100	100	100	100	0	0	0	60	100	100	-	-	-
イラン	100	100	0	-	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
イラク	75	77	0	0	38	80	0	0	27	0	0	0	80	100	100	0	70	39
日本	100	85	0	0	46	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	83
カザフスタン	75	69	75	100	80	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	0	75	63
北朝鮮	75	77	100	100	88	100	100	100	100	100	25	63	100	100	100	0	75	83
キルギス	100	92	50	50	73	60	100	50	70	100	88	94	60	100	100	0	65	73
ラオス	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
ラトビア	100	31	75	0	51	0	100	0	33	100	100	100	100	100	100	100	100	70
リベリア	100	92	-	100	-	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	-
リビア	75	77	-25	0	32	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	33
リトアニア	100	92	75	100	92	80	100	75	85	100	100	100	60	60	100	100	80	88
マラウイ	25	100	-50	75	38	80	100	100	93	100	100	100	80	80	100	100	90	76
マレーシア	75	77	-25	75	50	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	81
モルディブ	0	92	25	0	29	0	0	0	0	100	63	81	100	100	100	0	75	45
マリ	100	100	50	100	88	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	100	100	79
マルタ	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
モーリタニア	50	85	-25	0	27	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	62
モーリシャス	100	85	50	100	84	60	100	50	70	0	0	0	100	100	100	100	100	73

	マタニティケア					避妊				性教育			HIVとHPV					グローバル 指標5.6.2に 関する 全ての カテゴリーの 全体値
	マタニティ ケア	救命用品	中絶	中絶後の ケア	平均	避妊 サービス	避妊 サービスに 関する同意	緊急避妊	平均	包括的性 教育 カリキュラム	トピックの 網羅性	平均	HIV カウンセ リングと HIV検査	HIV治療と ケア	感染者に 関する 守秘義務	HPV ワクチン	平均	
メキシコ	100	-	-	0	-	100	100	100	100	100	88	94	-	-	-	100	-	-
モルドバ	75	100	75	100	88	100	100	0	67	100	-	-	80	80	75	100	84	-
モンテネグロ	75	100	75	75	81	60	0	50	37	0	0	0	80	80	75	0	59	52
モザンビーク	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
ミャンマー	100	92	-25	100	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	82
ナミビア	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
ネパール	100	77	50	100	82	100	100	0	67	0	0	0	0	0	100	0	25	48
オランダ	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
ニュージーランド	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
ニジェール	100	100	-	100	-	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	95	-
ナイジェリア	-	100	75	0	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
パキスタン	100	92	-50	100	61	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
パレスチナ	100	77	-50	100	57	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	60
ペルー	100	-	-	100	-	80	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100	100	-
フィリピン	100	77	-25	100	63	60	100	0	53	100	100	100	80	80	100	100	90	75
ルーマニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-
ロシア	100	77	-	100	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
セントルシア	100	92	-	100	-	60	100	50	70	100	100	100	80	80	75	100	84	-
セントビンセント および グレナディーン諸島	100	62	25	100	72	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	81
サントメ・プリンシペ	0	100	0	100	50	0	0	0	0	100	0	50	100	100	100	100	100	54
サウジアラビア	75	-	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	0	75	-
セネガル	25	92	-	100	-	40	0	25	22	0	0	0	40	80	75	-	-	-
セルビア	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	0	50	100	100	100	100	100	86
シエラレオネ	100	100	50	0	63	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
スロベニア	100	54	-	100	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	-
ソマリア	0	85	-	100	-	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	-
南アフリカ	100	100	75	100	94	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	95
南スーダン	0	100	0	0	25	20	0	0	7	0	88	44	0	0	0	0	0	16
スリランカ	100	77	-25	100	63	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89
スーダン	100	85	25	100	77	60	0	75	45	0	0	0	100	100	100	0	75	57
スリナム	100	62	0	0	40	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	100	90	45
スウェーデン	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
スイス	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
シリア	100	85	-50	100	59	80	100	100	93	100	88	94	100	100	100	0	75	77

	マタニティケア					避妊				性教育			HIVとHPV					グローバル指標5.6.2に関する全てのカテゴリーの全体値
	マタニティケア	救命用品	中絶	中絶後のケア	平均	避妊サービス	避妊サービスに関する同意	緊急避妊	平均	包括的性教育カリキュラム	トピックの網羅性	平均	HIVカウンセリングとHIV検査	HIV治療とケア	感染者に関する守秘義務	HPVワクチン	平均	
タンザニア	100	100	-	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
トーゴ	100	100	50	100	88	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	73
トリニダード・トバゴ	25	85	0	25	34	0	0	0	0	100	100	100	40	40	0	0	20	32
チュニジア	100	100	-	100	-	100	-	-	-	0	0	0	0	0	75	0	19	-
トルコ	100	100	0	100	75	80	100	75	85	-	-	-	80	100	100	0	70	-
ウクライナ	100	69	75	100	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	88
英国	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
ウルグアイ	100	85	100	100	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99
ウズベキスタン	100	69	75	-	-	100	100	0	67	-	-	-	-	-	-	0	-	-
ベトナム	50	77	25	0	38	80	0	75	52	0	100	50	100	100	100	0	75	54
イエメン	25	100	0	100	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
ザンビア	100	100	50	100	88	60	100	75	78	100	100	100	100	100	100	100	100	91

Source: UNFPA, global databases, 2020. Based on official responses to the United Nations 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
 マイナス数値は、支援する法律を上回る制限があることを意味する。例えば、既婚女性が中絶をする場合に夫の同意が必要、中絶が違法とされているなどの制限がある国や地域などの場合を指す。

*.- データ無し

*2012年11月29日、国連総会において、パレスチナを非加盟オブザーバー国家と認定する国連総会決議67/19が採択された。

データを提出した国々の約80%が、性に関する健康とウェルビーイングを保障または支援する法律があると報告しています。避妊具・薬については、約75%の国々で完全に平等なアクセスを保障する法令があります。妊産婦の医療サービスや物資供給、人工妊娠中絶や中絶後のケアを含む総合的な「マタニティケア」へのアクセスについては約71%、包括的な性教育については約56%の国々が、それらを支援・保障する法律があると回答しました。

グローバル指標5.6.2の総合値を比較すると、国の所得レベルと調査結果には関連がないことが分かりました。どんな所得レベルの国であっても、支援的な法的環境を整備することができるのです(図11)。

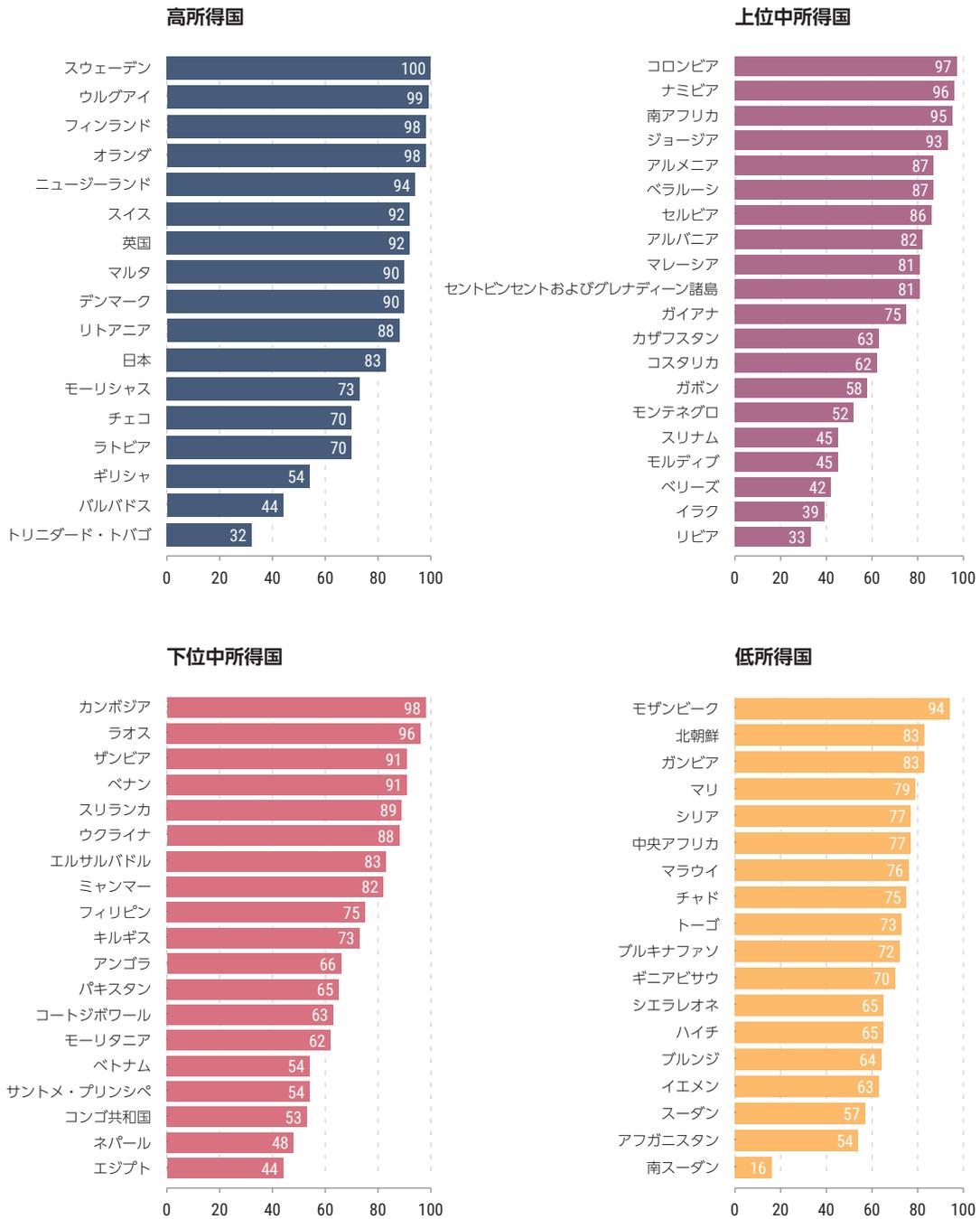
性に関する健康とウェルビーイング

HIVに関しては、ほぼ全ての国が、自発的なHIVカウンセリング・検査・治療・ケアへのアクセスとプライバシー保護を保障する法令があると報告しています。しかし、そのうちのいくつかの国では、複数の法体系があるためにアクセスを阻害していたり、年齢制限や第三者の同意を必要としていたりします。

回答が得られた国の50%強には、思春期の少女のHPVワクチン(子宮頸がん予防のためのワクチン)へのアクセスを保障する法令があります。HPVワクチンを導入した45の低・中所得国に関する最近の調査では、ワクチン導入の成功は、まず第一に政治的な意向や財政に掛かっており、また綿密な計画や社会全

図11

性と生殖に関する健康を推進する法令の有無は国家の所得レベルとは関連しないことを示すグローバル指標5.6.2総合値（%表示）



体での取り組み、そして明確なコミュニケーションも重要であることが示されました(Howard and others, 2017)。

避妊と家族計画

104か国のうち91%が、避妊のためのサービスへのアクセスを保障する法令があると報告していますが、そのうちのいくつもの国では、そのアクセスは年齢制限や第三者の承認、配偶関係によって影響を受けます。

法律により避妊のためのサービスへのアクセスが保障されている一方で、複数の法体系により法令に矛盾が生じている国は、104か国中12%でした。また、87%の国々が、不妊手術を含む避妊のためのサービスを受ける際、十分な情報提供を受けて自分の意思で自由に治療を受けるか決めることができるよう法令で保障されていると報告しましたが、このうち9%の国々ではこれらの法律に矛盾する複数の法体系がありました。

マタニティケア

グローバル指標5.6.2のマタニティケア(妊娠・出産・中絶)には次の4つの要素が含まれています。すなわち、マタニティケアサービス、救命医薬品とその他の物資、中絶、中絶後のケアそれぞれへのアクセスを保障する法律です。それぞれについてのデータは以下の通りです。

79か国のうち95%が、マタニティケアへのアクセスを法令で保障していると報告しました。しかし、そのうちいくつかの国では配偶関係、年齢、親や配偶者などの第三者による承認次第とされています。

これら79か国のうち、「女性と子どもの命を救う物資に関する国連委員会」によって定められた、生殖・

母体・新生児・小児の健康において「命を救う」とされる13の救命医薬品と必需品の全てを国の必須医薬品リストに載せていると報告したのは、ほんの44%に過ぎませんでした。リストに挙げられている13の必須医薬品のうち、避妊に関連するものは「女性用コンドーム、皮下インプラント、緊急避妊薬」ですが、この3つは他の10の医薬品よりも各国のリストに含まれている割合は低いのです。

79か国のうち93%の国々において、一部またはすべての理由で中絶が合法です。そのうち約90%は母体救命のため、約80%は母体の健康を守るためや胎児に障害がある場合、60%強はレイプ被害の場合に中絶を認めています。

これらの国々で中絶が制限される際に最も多いケースは、医療従事者による承認が必要である場合です。これは、概して医療サービスにアクセスすることが困難な人々にとって、あるいは保健医療従事者個人々の信仰心や一般に浸透している社会通念を理由に中絶のサービスの提供を拒否される人々にとっては、差別と解釈することができます。医薬品による中絶は、必ずしも医師の直接的な介入を必要としない安全な選択肢です。この場合、その医薬品を販売する薬局の販売員によるカウンセリングを受けることも可能ですし、別の医療従事者や、遠隔医療や安全な中絶ホットラインを通じてのカウンセリングも可能です。

女性が合法的に中絶サービスにアクセスでき、関連する情報とあらゆる種類の避妊具・薬が提供される国々では、中絶率は最も低くなります(UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017)。

61か国のデータに基づく研究では、中絶が法的に

完全に禁じられるか、女性の救命や身体的な健康のためにしか認められていない国々では、安全な中絶はわずか25%でした。一方で、中絶がより多くの理由で合法である国々では、中絶の90%近くが安全でした(Ganatra and others, 2017)。安全な中絶とは、妊娠時期に合わせてWHOが推奨している方法で必要な技能を持った医師によって行われるものです。そのような中絶は、中絶薬または外来処置により行うことができます。

国際人口開発会議(ICPD)行動計画のような国際的な宣言は、中絶後のケアは、中絶の法的な位置付けに関わらず普遍的に受けられるべきだと提唱しています。しかし、中絶の法的な位置付けに関係無く、中絶後のケアへのアクセスを法令で保障している国は、データのある79か国のうち約80%です。いくつかの国ではこの国際的な法体系と国内法との不一致によって、提供できるサービスに格差が生じ、妊産婦の疾病や死亡を引き起こしています。

包括的性教育と情報提供

調査対象国のうち、包括的性教育を国内において必須の学校教育カリキュラムにするよう法令や政策で定めていたのは、たった62%でした。

指標の限界

法的環境のすべてを網羅することのできる単一の指標はありません。健康に影響を与える法令が複数あったり、法律の制定から完全に施行されるまで長い道のりが必要とされたりするため、書類上の枠組みが複雑となり、単一指標で評価することなどできないのです。その結果、グローバル指標5.6.2に関する各国の取り組みが性と生殖に

Artwork by Tyler Spangler



関する健康に与える影響は明確ではありません。グローバル指標5.6.2のデータは、書面上の法令の長所・短所と実際の運用状況に関するより深い調査をするための端緒となります。

グローバル指標5.6.2の評価対象である法令は全て、医療サービスの提供側のみに関連しています。これは重要なことではあるものの、全体像を把握するためには不十分です。さらに必要とされるのは、どのような法律やその他多くの要因が女性の自己決定とエンパワーメントを支援または阻害するのか、それが性と生殖に関する健康における人々の自己決定力に直接的にはどのように影響するのか、より深く理解することです。

また、グローバル指標5.6.2は、からだの自己決定権に関する健康の一部しか取り扱っていません。例えば、この指標には、配偶者間レイプ、性の自己決定、性分化疾患の乳児における外性器手術、同性間の性行為など、様々な重要な事象に関する法律が含まれていません。

他にも、ヘルスケアサービスの供給面に関する法律は、からだの自己決定権に関連しますが、グローバル指標5.6.2には含まれていません。これらの法律には、差別禁止、プライバシー保護、司法へのアクセスに関する条項が含まれています。例えば、トランスジェンダーやセックスワーカーのように、人々のアイデンティティや職業が違法とされている場合、医療施設において差別や偏見がしばしば見られ、からだの自己決定権を守るためのサービスへのアクセスの障壁となることもあります(Global Commission on HIV and the Law, 2012)。

変化への道を開く近年の法改正

世界中の国々が、完全で平等な性と生殖に関す

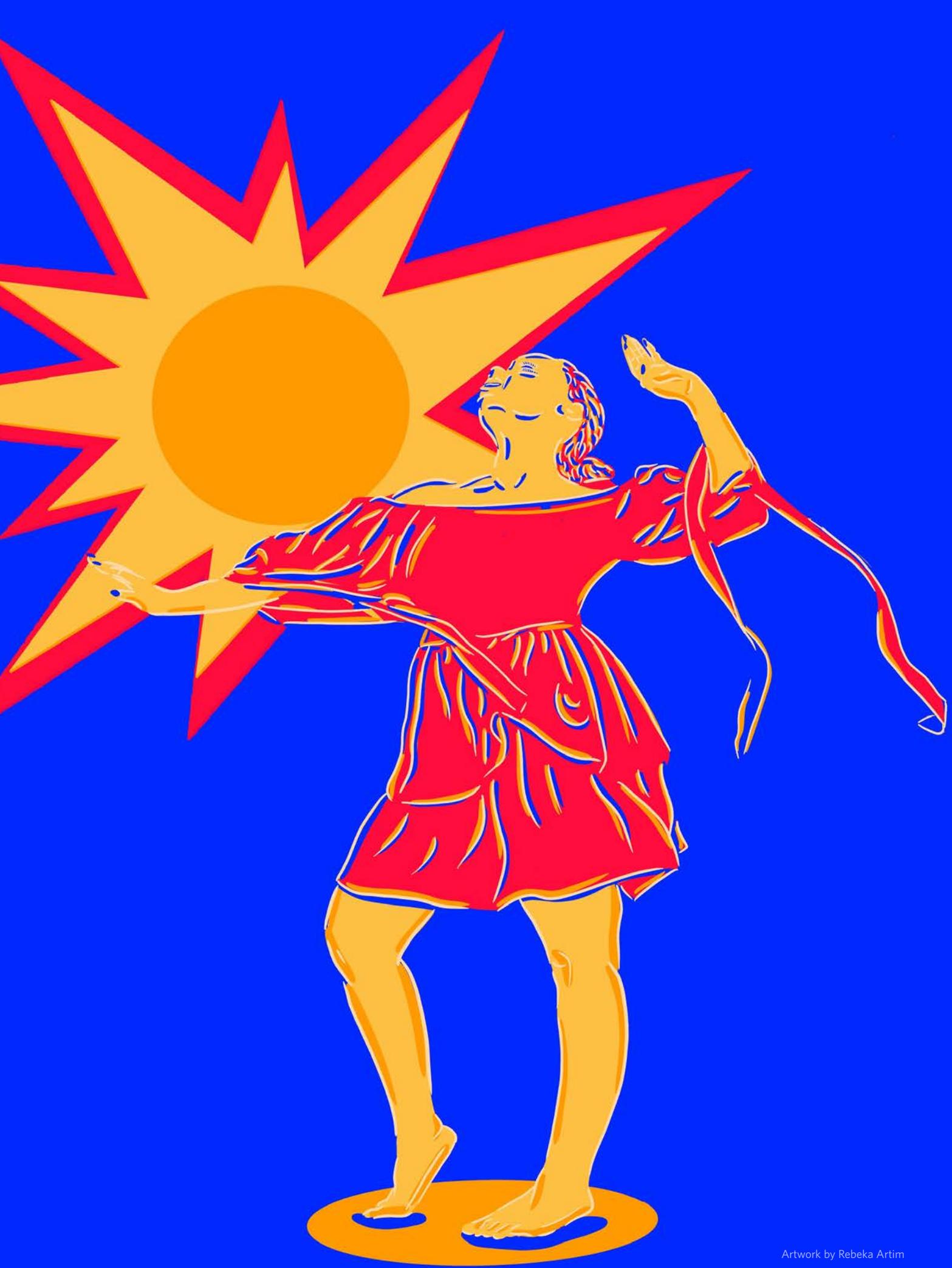
る健康と権利を保障するための法令を制定しようとしています。こうした前向きな変化の影響はまだ明確になってはいませんが、からだの自己決定権の保障のためには重要な最初の一步です。

例えばチュニジアでは、配偶者間レイプは犯罪とみなされていませんでした。しかし2017年に、同国の国会は配偶者間のレイプを明確な犯罪と定めた、ジェンダーに基づく暴力(GBV)に関する包括的な法律を通過させました。この新しい法では、レイプ犯が被害女性(または少女)と結婚した場合には処罰を免れるという、以前に存在していた法の抜け穴も排除しました(McCormick-Cavanagh, 2017)。

マルタでは、2015年の「ジェンダー・アイデンティティ、ジェンダー表現、性的特徴に関する法令」により、「からだの尊厳とからだの自己決定権」が性自認に関する権利の一部であると認められました。この法律では、「未成年者への性的特徴に対する性決定治療や外科手術のうち、治療を受ける当事者が、十分な情報提供のもと治療を受けるかどうか判断できるようになるまで延期できる治療や手術」の実施が禁止されています(Cabral, 2015)。

アイルランドでは2015年に、18歳以上のトランスジェンダーの人々が医師の診断書や国の機関の介入無しに、自分のジェンダーを宣言することを認める法律が通過しました(Transgender Europe, 2015)。アイルランドは、デンマーク、マルタ、アルゼンチンに次いで、このような法律を導入した世界で4番目の国です(Heidari, 2015)。

そしてアフリカでの最新の事例として、ボツワナでは2019年、プライバシー保護や人間の尊厳の権利、無差別の原則に基づき、同性の成人間で同意の上で行われた性行為が処罰の対象から外されました。



YESと言う力 NOと言う権利

からだの自己決定権を獲得するためには、
ジェンダー平等、そして女性や少女、
マイノリティの人々の機会と選択肢の拡大が不可欠

女性、そして女性運動は、根底の部分で選択は力であると絶えず認識してきました。そして、自分のからだについての選択以上に根本的な選択はありません。

選択の権利を主張するというと、近代的な概念のように思えますが、実は既に紀元前400年頃、ギリシャの婦人科医アグノデイスは、女性医師を禁止したり女性の選択する力を認めない法律に反対していました。彼女は患者を治療したことで告訴されましたが、勝訴し、その法律は撤回されました。

それ以来何世紀にも渡り、女性がからだの自己決定権や選択権を求める声は響き続け、近年の女性運動における「私たちのからだは、私たちが選択する」というスローガンに引き継がれています。

からだの自己決定権には様々な要素がありますが、それらは全て、物事について自ら意思決定する力に関連しています。持続可能な開発目標 (SDGs) においては、からだの自己決定権の達成度を追跡するために、ヘルスケア、避妊、そして性交渉という3つの重要な側面を強調しています。しかし、これらの

側面についての決断は、様々なものの影響を受けます。私たちの社会・政治・経済構造において、いまだに男性がほとんどの特権や権力を握っていますが、そこに組み込まれているジェンダー差別が、女性の自己決定を阻む障壁になっています。これを取り除かない限り、進歩はありません。

自ら選択する力は、あらゆる権利の基盤であり、その恩恵も幅広い方向に及ぶため、非常に重要です。性や避妊、そして生殖に関する健康について自分自身で決めることができる女性は、全ての面で健康を享受し、自分自身の財産を所有し、賃金を得て、より多くの余暇を楽しみ、ジェンダーに基づく暴力（GBV）を受けない傾向があります。そのような女性が出産する場合には、子どもも健康に恵まれる確率が高くなります（UNFPA, 2020e）。

今日、女性や少女がジェンダー差別に直面する機会は、間違いなく以前と比べて少なくなってきました。至るところでジェンダー平等が進み、女性や少女が選べる選択肢が明らかに増えています。しかし、ジェンダー平等や自己決定権の獲得は、未だ完全な

実現からは程遠いと言わざるを得ません。女性や少女の権利は明らかに冒涇され続けており、人種や年齢、性的指向や収入、障害の有無などにより差別されている場合はなおさらです。

個人が有意義な意思決定をするためには、十分な情報と主体性を持って決定する力を与えられることと、家族から法制度に至るまで個人の選択を尊重しサポートする環境の両方が揃う必要があります。この2つは、国際人口開発会議（ICPD）行動計画と、北京宣言及び行動綱領の中核を成しています。さらに、こうした考えは「持続可能な開発のための2030アジェンダ」やICPD25周年を記念した2019年の「ナイロビ声明」にも反映されています。ナイロビ声明では、「全ての人に対するからだの尊厳や自己決定権、生殖に関する権利の保護・保障、またこれらの権利を守るために不可欠なサービスの提供」が求められました。

これらの公約は現在、2030年までのジェンダー平等達成を宣言し、北京行動綱領の25周年を記念する「平等を目指す全ての世代」キャンペーンという新たな世界的な運動の礎となっています。「平等を目指す全ての世代」キャンペーンは、積極的かつ情熱的に変革を訴える、あらゆる年齢やバックグラウンドの人々を結び付けており、選択や自己決定権が最終的に不可逆的なものとして全ての人に行き渡る可能性があります。そのような段階にたどり着くのに、残されている課題は何でしょうか？

からだの自己決定権の実現は ジェンダー平等にかかっている

女性や少女がからだの自己決定権を獲得するためには、何よりもまず、ジェンダー平等の実現が必要です。大胆な目標ではありますが、ジェンダー平等もまた、持続可能な開発目標（SDGs）の目標5として、

自ら選択する力は、
あらゆる権利の
基盤であり、
その恩恵も
幅広い方向に及ぶため、
非常に重要です

また北京宣言及び行動綱領の目標として、国際的に合意されたものです。それでも未だ実現できた国はひとつもなく、全ての国が、**ジェンダー平等**実現に向けて努力する余地があると言えます。

政府は、ジェンダー平等の実現に向けて主導的役割を果たす必要があります。女子差別撤廃条約や子どもの権利条約などの人権条約に定められた義務を果たすことで、各国政府は、ジェンダー差別的規範の上に成立し、またそれを助長している社会的・政治的・制度的・経済的構造を、変えることができます。

まず、行政・立法、指導的立場におけるジェンダー不平等を解消できれば、女性の権利や選択に影響を与える政策や規制に女性の視点を反映させることができるようになり、基盤となる初めの一步となります。**クオーター制**やその他の特別な方法を用いて、女性が議員に選出されやすいようにしている国もあります。しかし、こういった変化も、ジェンダー平等を推進するための、十分な資金が投入されたより強力なシステムや制度、もしくは**北京行動要領**でいうところの「仕組み」があれば、より大きな影響力を持つようになるでしょう。

現状では、多くの国でジェンダー平等のための「仕組み」に十分な資金配分がなされていなかったり、他国の援助に頼ったりしています。援助国と、援助の受け手である途上国の資金配分の優先順位が異なることもあります。また、4分の3の国々が、**SDGs**を実践するためにジェンダー平等を国家戦略の中心に置いていると主張していますが、実際に国の機関が戦略の策定に関わっているのは、2分の1に過ぎません（UNECOSOC, 2019）。

2014年のスウェーデンを皮切りに、「フェミニスト外

交」を取り入れる政府が増えています。フェミニスト外交政策センターによると、フェミニスト外交は、「女性や疎外された集団の経験や主体性を高めることを目的とした多次的な政策フレームワーク」とされています。これは心強い進展ではあるものの、実態を伴わない表面的な「**フェム・ウォッシング**」の域を超えて初めて、フェミニスト外交が社会に変化をもたらすことになるでしょう。

政府による国際開発援助や人道支援から始めることもできるでしょう。2018年、世界の上位30位までのドナー国が支援した援助総額のうち、ジェンダー平等や女性の**エンパワメント**を主な目的としたプログラムへの支援は、わずか4%ほどでした。

今後は、記録的に大きくなっている政府債務の問題が、喫緊の課題となるでしょう。多くの国では、新たな緊縮財政の波が押し寄せていますが、パンデミック以前の試算でも、世界の女性の4分の3に影響が及ぶとされています。このような緊縮財政下においてなされる決定には、ジェンダー平等の観点が反映されることはほとんどありません。公共サービスや賃金水準、雇用の質が下がる傾向にあり、その影響は特に貧しい女性を直撃します。しかし、そのような困難な状況下でも、政府は平等と自立に不可欠なサービスを守るために金融財政政策を実施することはでき、完全雇用の促進や、働きがいのある仕事を創出することもできます（UN ECOSOC, 2019）。しかし、そのためにはフェミニスト外交で提唱されているように、国際債務の返済を猶予する必要があるでしょう。

からだの自己決定権を実現するためには、課題同士の繋がりを認識する必要がある

本白書では、持続可能な開発目標（SDGs）のジェンダー平等に関するターゲットに沿って、性と生殖に

からだの自己決定権の実現こそ、UNFPAの活動のすべて

50年以上にわたり、UNFPAはからだの自己決定権の実現に向けた世界中の活動を主導してきました。国連機関として、性と生殖に関する健康について取り組む私たちの使命は、全ての妊娠が望まれ、全ての出産が安全に行われ、そして全ての若者の可能性が満たされる世界を実現することです。UNFPAの活動は世界人口の80%を占める150以上の国々で、からだの自己決定のための選択と権利の実現を推進するために実施されています。

UNFPAは、世界中の女性、少女、若者に、容易に入手可能で質の高いヘルスケア、様々な近代的な避妊具・薬、正確で自信を与えられるような情報を提供し、彼らを児童婚などの有害な慣習やその他あらゆる形態のジェンダーに基づく暴力から守っています。

私たちは寄付された避妊具・薬を開発途上国に提供する世界で最大の機関です。2019年にはこれらの避妊具・薬により、女性の意思決定を促し、推定1,400万件の意図しない妊娠と390万件の安全ではない中絶を回避することができました。

世界中の妊産婦の健康に対する私たちの支援は、妊産婦の死亡率と罹患率が最も高い5地域の32か国において特に重要な意味を持ちます。2019年には、29,000人の助産師が教育やトレーニングを受け、2,700人の助産学の教員が技術を向上させ、女性が手頃な価格で質の高いヘルスケアを選択できる機会が増えました。

学校、情報やヘルスケアに十分に、または全くアクセスできないことが早期妊娠の原因であることが

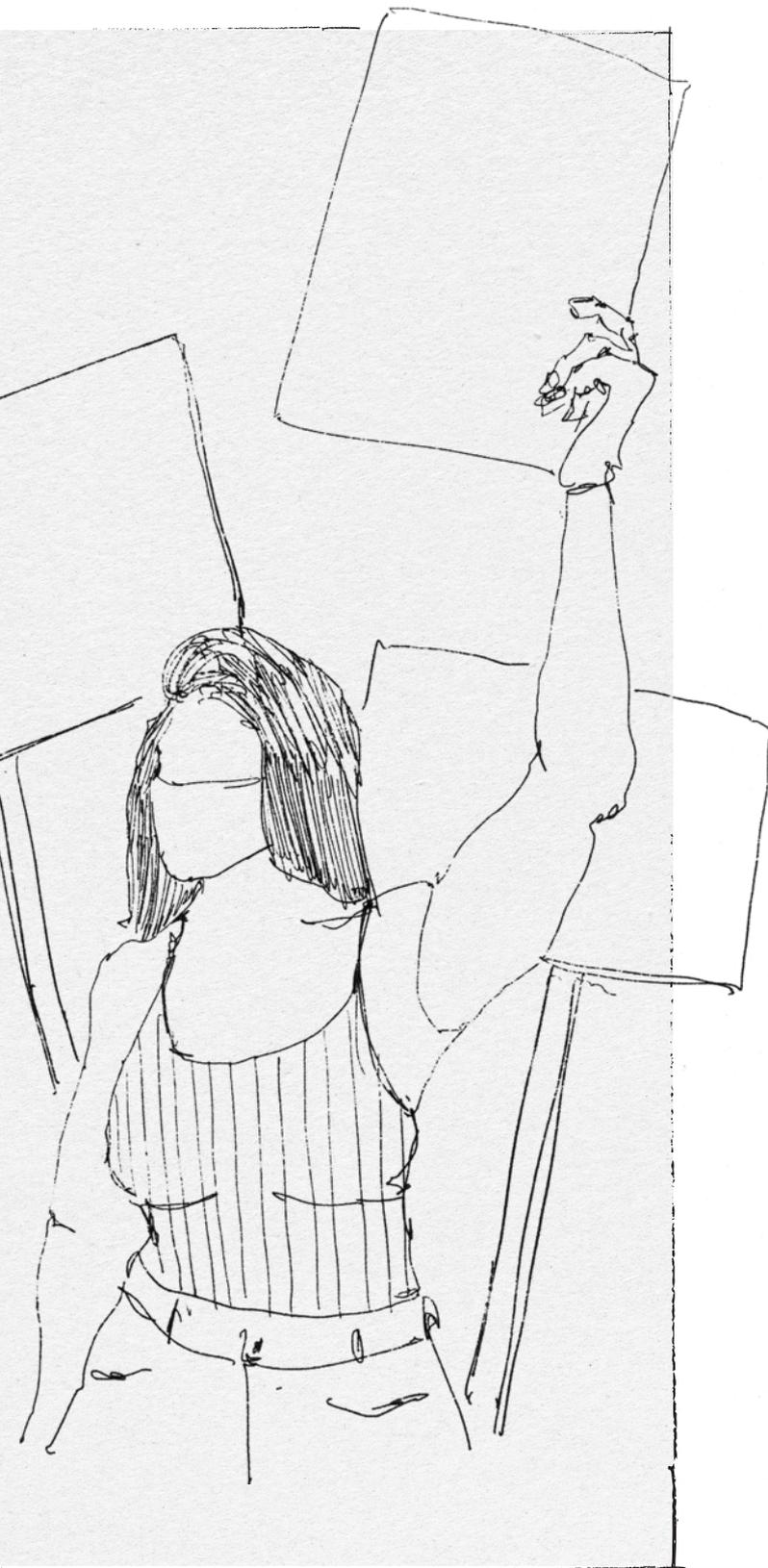
多いため、UNFPAは包括的性教育を通して、また思春期の少女が学校教育を全うできるようにして、彼女たちの権利や選択の保障と実現を支援しています。

国連児童基金 (UNICEF) との協働により、女性器切除が最も広く行われている17か国で、その廃止を促進させる世界最大の国際プログラムを継続しています。このプログラムは、若い時期にからだの尊厳を損なう慣習を撲滅するために社会規範の変化を促す戦略の先駆けとなりました。

UNICEF との協働では、他にも、2030年までの児童婚撲滅を目指すプログラムも進めています。毎年、1,200万人もの少女が児童婚の犠牲となっており、それによって少女はヘルスケア、避妊、性交渉だけでなく、学校教育、生計を立てる手段、地域社会への参加などに関する意思決定の力をも奪われています。

ジェンダー平等と女性のエンパワーメントを推し進める国連機関の一つとして、人道的危機の際も含め様々な必要不可欠なサービスを提供しながら、UNFPAはジェンダーに基づく暴力の被害者を保護するための活動を行っています。

からだの自己決定権の実現は、ある意味、世界においてUNFPAが果たす役割の指標であり、私たちの目的でもあります。例外なく全ての女性や少女が自分のからだについて自分自身で決定をすることができるようになって初めて、私たちの任務は完了するのです。

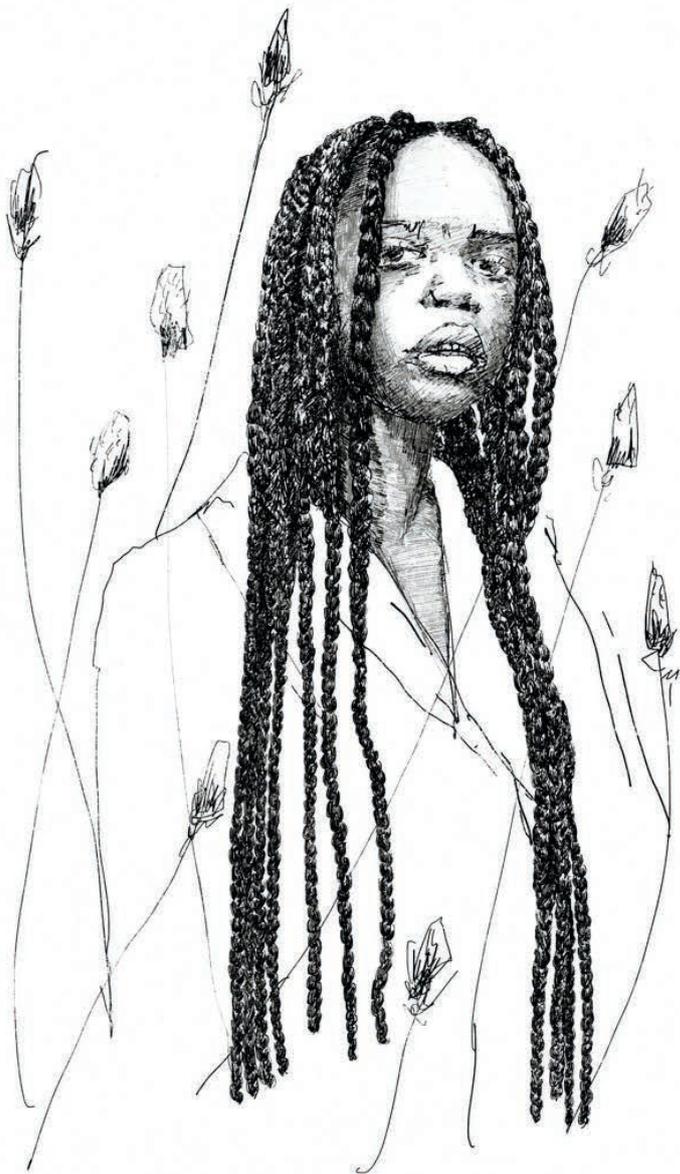


Artwork by Kaisei Nanke

関する健康と権利に関連する選択や**からだの自己決定権**に焦点を当てています。これは重要な出発点です。なぜなら、からだの自己決定権は、人生の他のあらゆる決定を左右するからです。しかし、女性の選択とからだの自己決定は様々な場面で損なわれており、深く繋がって互いに助長しあっています。例えば、産業や経済のあらゆる部門が繁栄しているのは、女性たちが健康や寿命さえ損なうような労働条件で、単調で低賃金の仕事を担っているからです。多くの社会で女性は、セクシャルハラスメントやさらに深刻な屈辱を受けているため、公共の場において仕事をするどころか、単なる外出さえもためらうこともあります。

自己決定に関する多様な要素と、それらが様々な形で相互に関わる状況についての重要性を考えきっかけになったのは、「からだの自己決定、及び性と生殖に関する健康と権利に関する国連**アクション・コアリション(行動を起こす連合体)**」という新しい組織です。北京宣言25周年を記念して開催される「**平等を目指す全ての世代のためのフォーラム**」の準備の一環として、アクション・コアリションは今後5年間で女性の権利を躍進させるための野心的な活動を提起することになっています。国連人口基金(UNFPA)は、この組織を主導する国連機関の一つです。

女性や思春期の少女には、概して、質の高い教育ややりがいのある仕事にアクセスする平等な機会の提供などを通じた、直接的・実践的な形での選択をサポートする選択肢が不足しています。しかし、良かれと思ってなされた施策であっても、**ジェンダー**差別を定着させているシステムの変革に積極的に繋がるようであれば、目的を達成できない可能性があります。例えば女性の起業プログラムは多くの面で評価されており、女性の経済的安定や選択の力を



Artwork by Kaisei Nanke

向上させる可能性があります。しかし、それは職場や社会保障制度、医療、年金制度、資産や金融サービス、市場へのアクセスや労働者の保護などにおけるバイアスを取り除かない限り、実現しないでしょう (UN ESCAP and UN Women, 2020)。

からだの自己決定権の実現のためには、 既存の規範を変え、 機会を増やす必要がある

ジェンダー差別やその他の差別を維持させている社会規範をどのように変えていくかを理解するう

えで、これまで大きな進歩がありました。女性、男性、少年少女を含む全ての人がジェンダー平等社会からいかに恩恵を享受できるかについて認識を高めるために、アドボカシーや、コミュニケーションキャンペーン、地域活動などが行われてきました。

UNFPAが支援しているグルジアの「メンケア」というプログラムは、他の国でもその地域の状況に合わせて導入できる一つのモデルとなるかもしれません。このプログラムでは、自分の健康や家族のウェルビーイングのために、男性が父親として育児や介護を公平に担うよう促し、ジェンダー平等を推進するよう奨励しています。これはまた、パートナー間のコミュニケーションや同意、意思決定をより良いものにし、女性や少女の**からだの自己決定**を促進することにも繋がります。

こういった取り組みは、新しい考え方を支持し、更にはそれに刺激を与えるような、より広範で体系的な取り組みと組み合わせる必要があります。例えば、女性や少女にのしかかる無給の家事・ケア労働の不平等を解消するためには、単に男性が歩み寄って公平に分担するだけでは足りません。そのためには、質の高い保育・介護サービスから安定した水や電気
の供給に至る、家事・ケア労働の負担を軽減する基本的なサービスを、家族が手頃な価格で利用できるようにする必要があります。

からだの自己決定権の実現には、 抑圧的な法律でなく、 実現を可能にする法律が不可欠

法律は、選択や自己決定の欠如を是正する万能薬ではないかもしれませんが、基準を設定し、その基準に満たなかった場合の取り組みの必要性を明確にすることで、法的責任を果たします。それが、世界的に合意されている人権の原則や、女性の権利、ジ

ジェンダー平等、性と生殖に関する健康に関する各国の公約に沿ったものであれば、とても大きな影響があるでしょう。

ほとんどの国では、女性の権利やジェンダーの平等を憲法に明記することで、法律や法律実務における差別を是正する道が開かれます。しかし、191の憲法で平等や差別の撤廃に関する何らかの条項があるにも関わらず、わずか24の憲法しか、女性の権利に関する独立した条項を定めていません（UN ECOSOC, 2019）。

女子差別撤廃条約などの国際条約を適用するための憲法上の明確な条項は、女性の権利の向上に貢献し、国内の矛盾を解決する法的根拠にもなっています。30か国における62の裁判所判決に関する近年の調査では、女子差別撤廃条約への言及が最も多かったのは家族や家族法に関する判決であり、次いでジェンダーに基づく暴力（GBV）の事例でした。このことは、広く受け入れられ実践されている慣習がある中で、女性の平等を推進する際に裁判所が直面する課題を示唆していると言えます（UN Women and IDEA, 2017）。

ジェンダーの視点や人権の基準と照らし合わせて法律を見直すことは、差別や不平等の痕跡を取り除くための一歩となります。国内の人権機関が、市民的・政治的・経済的・社会的・文化的権利にまたがる、あらゆる形態の差別を検討し、法改正について包括的に助言しているような国もあります（UNFPA, 2020c）。

性と生殖に関する健康に関連するサービスへの普遍的なアクセスをいかなる差別もなく保障する法律が無い場合には、そのようなプロセスを踏むことで、そうした法律の採用が促進される可能性もありま

す。第三者の同意の要件や配偶関係に関する制約などの矛盾を解消することにも繋がるでしょう。性と生殖に関する健康に関連するサービスや情報にアクセスできるようになる年齢と、性的同意年齢の不一致を解消し、思春期の若者が合法的に性交渉を行えるようになったらすぐに、そうした情報やサービスにアクセスできるようにする必要があります。

選択は、法的手続きの中でも保障されるべき

差別的な社会規範は、様々な社会の制度に浸透していると同様に、司法制度にも巧みに浸透しています。そのため、たとえ法律の文言が人権やジェンダー平等に沿ったものであったとしても、差別的な結果を招くことがあります。社会的背景は、法律そのものと同じくらい司法の決定要因となりうるのです。

例えばネパールは、家父長制が強く深刻な男女格差のある社会です。こうした状況に対抗して、近年ジェンダー平等を支持する大幅な法改正が行われたのですが、それが実社会でも確実に運用されるよう、その法律の執行と説明責任を担う強力な仕組みが予め設立されました。この仕組みの中には、憲法で定められた国家女性委員会という、女性と法に関する問題を定期的に調査する機関があります。また女性警察官の数を増やすために、国内の77の地区全てに女性警察官の部署が設置されました。その結果、DV事件の報告件数は8倍以上に増加しました（Akhmetova and others, 2020）。

家父長制の規則や慣習は、その源が何であれ、変わりつつある社会の意識や憲法上の価値観とは相容れないという司法上の認識が高まっている兆候が見られます。ウガンダの女性器切除に関する事例など、ジェンダーに基づく暴力に関する多くの事例で、裁判所が宗教的または文化的背景に基づく

差別を違憲と定義しました。パキスタンのラホール高等裁判所は、宗教に基づく弁論を否定したのみならず、加害者が娘と義理の息子と孫を殺害したとする有罪判決文を通すためイスラム教の原則に言及しました(UN Women and IDEA, 2017)。

このように司法制度を伝統的慣習や価値観と切り離す方向に進むためには、司法関係者や警察官が、女性の権利や自己決定権を守るための法律を十分に理解するだけでなく、彼ら自身の思い込みや偏見を検証し、それがどのように判決や捜査報告書に影響するかを検討することが必要です。このような観点から、司法当局には革新的な解釈手法の導入が奨励されています。例えば、社会的背景を考慮した分析や、女性や少女という社会集団がある判決によって悪影響を受けるかどうか、といった定期的なジェンダー基準評価などです。

女性や少女もまた、法律で保障されている自身の権利を知り、またその権利が侵害された場合にどこに助けを求めるべきか知る必要があります。からだの自己決定にまつわる課題は、公私の区別やジェンダー差別によって増幅された障壁に阻まれた、極めて個人的な領域にあります。そのためアウトリーチ活動をしている先駆的な女性の権利団体を支援していくことが重要です。彼らは家族やコミュニティーの中で女性に寄り沿って活動しているので、女性と、女性のための法的権利とを橋渡しすることができるのです。また、彼らは疎外されているグループが被る差別の傾向を見つけ、公益的な法律を通じてそれらの差別を是正することができる可能性もあります。

ヘルスケアサービスにおける患者の選択

女性や少女のからだの自己決定は、性と生殖に関する健康に不可欠なサービスを含むヘルスケア

へのアクセス無しには実現され得ません。26年前、行動綱領を伴う政治的声明である「北京宣言」において、「全ての女性に自分の健康のあらゆる側面、特に自分の生殖に関して自分で決める権利を保障することは、女性のエンパワーメントの基本である」ということが確認されました。最近では、持続可能な開発目標(SDGs)がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成を初めて国際的な目標として掲げました。UHCとは、全ての人が、経済的な困難に直面することなく、必要な医療サービスを受けることができることです(Hogan and others, 2017)。

UHCを実現するためには、国家の開発計画におけるケアの優先順位を高め、効果的な医療制度を構築し、適切な予算を配分した上で、科学的に信頼できるデータを収集・活用して、サービスや社会保障を様々な人口集団のニーズや生涯(ライフサイクル)を通じたニーズに適合させることが必要です(Hogan and others, 2017)。

しかし、ジェンダー差別の影響が医療制度にも及んでいることを考慮すると、UHCは、狭義の医療ニーズに基づいてサービスを提供すればよいという考え方では不十分です。UHCがからだの自己決定を可能とするためには、医療ニーズや健康を求める行動に影響を与えるジェンダーのダイナミクスにも配慮しなければいけません。北京行動綱領が指摘したように、「女性の健康は、医療制度におけるジェンダーバイアスや、提供される医療サービスが不十分または不適切であることによっても影響を受けます」。同様の問題は、障害者や多様な性的指向・性自認を持つ人々などにも当てはまります。

医療サービスが技術的に適切か、価格が手頃か、という点については十分な配慮がなされている一方で、女性や少女から見てアクセスしやすいか、安



Artwork by Hülya Özdemir

全でエンパワーメントしてくれるものかという点は、重視されない場合も多いようです。差別的な規範を受け入れてしまうとたちまち、保健医療従事者がインフォームド・コンセントや患者の自己決定といった概念を軽視することに繋がる恐れがあります。インフォームド・コンセントや患者の自己決定は、保健医療従事者が患者の代わりに決定するのではなく、患者自身

が意思決定できるように促したり教育したりすることが必要とされるからです (Bernstein, 2018)。結果として、たとえ法律に違反していない場合でも、保健医療従事者が未婚の少女や女性に対して避妊具・薬の提供や安全な中絶、中絶後のケアの提供を拒否する可能性もあります。また、妊娠や分娩の際に不当に扱われたり、意志に反して医療従事者に産科的

処置を強要される「産科的暴力」が行われたりすることもあります。

医療におけるバイアスを是正するための方法は数多くあります。医療ガイドラインによって、法律に則ってどのように医療が提供されるべきかを規定し、研修を通じて、医療従事者が法律に則って業務を行えるよう意識を高めることができます。保健医療従事者を対象とした、ジェンダーへの配慮に特化した研修を行い、患者の選択を阻む障壁について理解し、確認し、それに対応するスキルを習得することも可能です。患者に簡単なテキストメッセージによるアンケートを定期的実施し、非差別の原則の遵守やケアの質に関するモニタリングを行うこともできます。

選択とからだの自己決定を促すサービスとしては、避妊に関する選択肢を複数提示し、女性の患者が希望する場合には同性の医師に診察してもらえるようにし、保健医療従事者が多言語でのコミュニケーションに対応する仕組みを提供することなどが挙げられます。尊厳、権利、選択を強調する患者の権利章典が病院や他の医療サービスを提供する場に掲示してあり、読み書きのできない女性や障害のある女性にもこの情報を伝える規定を設けて、サービスが患者の希望や決定に基づくべきものであると示しておくことも重要です。また、患者からの要求に応える医療介入を優先する、適切なサービスの提供もとても重要です。その場合、まずは性と生殖に関する医療に対するニーズが満たされていない人々やサービスの利用率が低い人々に重点的に取り組むことから始めることです。また、性と生殖に携わる医療従事者が、その大多数は女性ですが、プロ意識と思いやりを持って仕事ができるような環境が必要です。

サービスの利用や選択を促すには、自宅からの

近さや利用可能時間、価格などのヘルスケアの基本的な要素も大切です。また、プライバシーが保護され、医療従事者が前向きで患者に対し敬意ある態度で接することも必要です。コミュニティの医療従事者が正しい情報を男性に伝えて家族計画サービスを提供したところ、避妊に関する理解が高まったことが示されています(UNFPA, 2019)。未婚の若者に対して性と生殖に関する健康について情報やサービスを提供することが健康に利するということを、地域社会レベルで伝えていけば、偏見を無くし、サービス利用者を増やすことができます。

UNFPAが支援しているウガンダの「SASA!」プログラムは、様々な討論会を通じて、ジェンダーの不平等や暴力、また女性HIV患者の脆弱な立場を助長するような規範や行動を、コミュニティ主導で変えようとするものです。医療従事者や地方自治体の担当者、活動家は、まず、権力と不平等について批判的に分析することから始め、学んだ概念をコミュニティにおける対話や戸別訪問での話し合い、映画上映会、演劇などのイベントを通じて紹介していきます。このプログラムにより、近親者による暴力が社会的に受容されにくくなり、女性が性交渉を拒否してもいいという考えが広まりました。プログラムを実施した地域では、女性に対する近親者による身体的暴力が最大52%も減少しました(Starmann and others, 2017; Kyegombe and others, 2014)。

助産師は、世界中の妊産婦のケアを主に担う者として、特別な存在です。助産師は、家族計画に関するカウンセリングから、栄養状態や子宮頸がんのスクリーニングまで、性と生殖に関する健康と権利を実現するために不可欠なサービスを提供しています。助産師はほぼ全てが女性であり、仕事を行う中で、選択やからだの自己決定が何を意味するかについての規範を作り、変えていくことができます。彼

女たち自身が熟練した技術を持ちエンパワーされている場合には、なおさらです。助産師は、女性が直面している**からだの自己決定**に関わる課題をより明確に把握することができるため、医療制度の中で、助産師が知識を共有し、より**ジェンダー**に配慮したサービスの提供をサポートできるような場が設けられるべきです。また助産学の視点からは、熟練した助産師を育成、配置、維持できるように、継続的により大規模な投資をする必要があります。

全てのヘルスケアシステムは、ジェンダー差別が、からだの自己決定や選択を阻害するあらゆる形の社会的排除と互いに影響しあっている現状に対処しなければいけません。こうした事実気付かないまましていると、サービスが不適切になったり、利用できなかったり、さらには明らかに権利を侵害するようなサービスが提供されてしまうことになりかねません。こういった危険は、かつて先住民の女性や障害を持った女性が強制不妊手術を受けさせられたように、現実に起きたことでもあるのです。権利の剥奪や差別を是正するために、国連の「先住民問題に関する機関間支援グループ」は、先住民が性と生殖に関する健康と権利を完全に実現するため様々な措置を講じています。文化的に適切な保健政策やプログラムの策定に先住民が積極的に関与することは、その一例です。これにより、特に農村部やサービスの行き届いていない地域で、先住民の女性や少女、若者が、性と生殖に関する健康・HIV予防・**ジェンダーに基づく暴力**等に関する必須サービスを受ける機会が拡大しました(UN IASG, 2014)。

自己決定権の実現には情報が必要

からだの自己決定権を実現するには、単なる選択でなく、事実と選択肢を注意深く比較した上で、十分な情報に基づいた選択ができることが必要です。より高い教育を受けた女性ほど、避妊やヘルスケアに

ついて自分で判断し、性交渉を断ることができる可能性が高くなります。逆に、夫やパートナーに比べ教育レベルが低い女性ほど、性暴力を受ける可能性が高まります。さらに、マスメディアにアクセスしやすい女性や少女の方が、避妊具・薬やヘルスケアにアクセスする行動を取りやすい、という相関関係も示されています(UNFPA, 2019)。

性と生殖に関する健康を支援する法令に関するデータを入手できた75か国のうち、国の学校のカリキュラムに**包括的性教育**を必須の項目として義務付ける法令や政策があるのは、3分の2以下でした。このような教育は、生徒の年齢に合わせ、明確に定義されたカリキュラムに基づき、人権とジェンダー平等に沿っている上に、文化的にも適切なものとなっています。そして学校の内外で利用できることが理想的です(UNESCO and others, 2018)。

国連教育科学文化機関(UNESCO)は、エビデンスに基づいた包括的性教育を幼児期から受けることは、若年青年期の自己決定と安全を促し、性行為の開始を早めるわけではないと強調しています(UNESCO, 2009)。包括的性教育は、将来、互いに尊重し合う関係性を持つことや、性に関して自主的な決定をすることの助けになります(Marí-Ytarte and others, 2020)。

性と生殖に関する情報の多くを提供する保健医療従事者は、年齢、能力、社会経済的な立場によって人々のニーズが異なることに配慮し、予断を持たず、敬意を払いながら情報を提供するよう注意する必要があります。思春期の若者など、伝統的に性教育へのアクセスが見過ごされていたり、疎外されていたりする人々に対しては、特に重要な配慮です。保健医療従事者は、情報に基づく選択を阻むような、一般に信じられている俗説にも異議を唱え

られるよう準備が必要です。コロンビアとフィリピンのUNFPAが支援している新しいアプローチでは、ツイッターでの会話を収集して、避妊や性感染症に関する俗説を特定し、この情報を性教育やヘルスケアのプログラムの策定に活用しています。

「女の子はこうするべき」というジェンダー規範に捉われずに、多様な学問分野を追求するよう奨励することにより、より広い教育の場で多様な選択を推奨するメッセージが強まるでしょう。ジェンダーに捉われない学問分野の選択はそれ自体が少女を勇気付けるだけでなく、少女がより収入が高くやりがいのある仕事につくことで、さらなるエンパワメントや自立に繋がります。現在の男女間の賃金格差の多くは、女性を低賃金の仕事に追いやる労働市場の分断によるものです。例えば、世界中で情報通信技術を専攻している学生のうち、女性はわずか3%にすぎません(United Nations, n.d.a)。

自己決定権の実現のためには、 女性のエンパワメントと 彼女たちの権利を守る人々を 守らなければいけない

女性運動は長い間、ほとんどの場合最小限のコースで、選択やからだの自己決定権を提唱し、また擁護してきました。これは、LGBTI、先住民、若者、障害者などの団体も同様です。しかし今日、彼らの活動の場は徐々に追い詰められてきており、ようやく獲得した地位や権利が明らかに後退しています。世界各地で、宗教的・保守的団体、大衆迎合主義や国粹主義の団体、男性の権利団体、また反ジェンダーの思想運動など、ジェンダー平等や女性の権利の活動に対して、より声高で組織的な反対運動が起っています(Roggeband and Krizsán, 2020)。

女性の政治家、ジャーナリスト、活動家、人権擁護

者が、ハラスメントや暴力、ネットバッシングの対象となることが増えています。2014年から2018年の間に、人権の擁護者に関する国連特別報告者は、60か国に対し女性の人権擁護者に関する181の通告をしました。文書に掲載されたものには、誹謗中傷、身体的・性的暴力、拷問、殺害、拉致(強制失踪)などの人権侵害や、家族の構成員が活動をしていることを理由にした脅迫や攻撃、時には家族による攻撃もありました。また団体や運動に対する攻撃などがありました(UN ECOSOC, 2019)。

このような暴力に対抗し、防止するためには、断固とした行動が必要です。コスタリカ、エクアドル、メキシコ、パルーのように、女性活動家からの働きかけを受けて、政治や公共の場における女性への暴力を違法とする特定の法律を制定した国もあります。米州機構は2017年、「政治分野における女性に対する暴力の防止、処罰、撲滅に関する米州モデル法」を発表しました。暴力に対する恐怖が、多くの場で女性がより公的な役割を担うことへの主な抑制要因となっているため、このような措置を採用・実施することで、女性が公の場に参加・主導し、選択することができるよう環境を構築し直すことができます。ジェンダーの固定観念を無くすためのアドボカシーキャンペーンや、メディアや学校との連携などといった補完的な活動も可能です。

政党は女性の政治的価値と権利をもっと理解し、口先や形だけの平等主義を超えていくべきです(O'Neil and Domingo, 2016)。

女性団体やその活動は非常に多彩で、女性が自己決定や権利を実現する上で直面する問題について膨大な知識を蓄えています。しかし、草の根活動に携わる人から女性の専門家組織まで、必ずしも十分に連携できているわけではありません。これらの団

体を組織的にまとめるための支援やリソースが継続的にあれば、共通の課題に対し結集し(O'Neil and Domingo, 2016)、そして抵抗勢力に対してより団結して力強く対抗することができます。

同様に、**からだの自己決定権**は、障害者やLGBTIの権利、先住民族の権利を主張するコミュニティなど、多様な活動団体に共通する関心事となっています。様々な課題が相互に結びつくことにより、経済的優先事項、司法制度、医療や社会サービス、セーフティーネットの全てにおける基本的人権の実現のために、人々に共通する影響力のある課題と活動になるでしょう。

自己決定権の実現には 男性が意識を変える必要がある

女性は自分の権利を主張できるようになり、国はその権利を守れるようになるでしょう。しかし、そうした前進は、根本的に男性にかかっています。女性の力や選択を犠牲にし、男性の力や選択を優先する支配的な立場から、個々の男性そして男性全体が脱却する意思があるかどうかなのです。現在、特に若い男性の間で**ジェンダー平等**に対する考え方が変化して来ており、前進は起きつつありますが、完全な実現はまだまだ先のことです。

前進させるためのひとつの方法として、男性優位社会のデメリットについてより多くの男性が理解することが挙げられるでしょう。男性自身や妻あるいはパートナーの健康へのリスク、対人関係での衝突などがその例です。世界保健機関(WHO)によるヨーロッパでの調査では、ジェンダー平等が実現することにより、死亡率の低下、うつ病リスクの半減に加え、暴力による死亡リスクが40%低下するなど、男性の健康にメリットがあることが分かりました(WHO Regional Office for Europe, 2018)。特に、思春期

は有害なジェンダー規範が定着し始める時期のため、それが自分たち自身や少女たちを長期的に傷つけることがないように、少年たちはポジティブな男性らしさの概念に触れる必要があるでしょう(UNFPA and Promundo, 2016)。

性交渉にノーと言う力が、女性の選択や自己決定権の面で最も遅れをとっている分野であることが、「#MeToo」運動や調査データから分かっています。暴力のない互いを尊重し合う人間関係という概念は、幼い時から家庭で形作られるのが理想的ですが、それでもやはり、学校での**包括的性教育**も不可欠です。メディアやエンターテインメントを通して、また宗教の教えにおいても、さらには職場でも、セクシュアル・ハラスメントに関する明確で厳格な方針を通じて、互いに尊重し合う人間関係をより明確に伝えられるでしょう。また、単独犯によるものから戦争の兵器として使われる無差別レイブにいたるまで、あらゆる形態の性暴力を、全て刑罰の対象とすることも不可欠です。2000年、国連安全保障理事会は決議第1325号を採択し、武力紛争の当事者に対し、武力紛

**女性の政治家、
ジャーナリスト、
活動家、人権擁護者は、
ますます
ハラスメントや暴力、
ネットバッシングの
対象となっています**

争の状況において、**ジェンダーに基づく暴力**、特にレイプなどの性的虐待、およびその他のあらゆる形態の暴力から女性と少女を保護するための特別措置を講じるよう求めました。以来、安全保障理事会はこのような暴力を非難する同様の決議を7つ採択しました。

女性が生活の糧を得るための様々な機会や、コミ

ュニティやその他の場所でリーダーシップを発揮する機会を多く持てるようになると、家庭内や自分自身のからだについて意思決定する能力を高めることができます。しかし、このような変革を実現するためには、男性やコミュニティと連携をしっかりとって、より進歩的な**ジェンダー**規範に変えていけるようにしたり、女性の地位向上を脅威と感じる一部の男性の反発リスクを和らげたりする必要があります。

もう一つ大切なことは、女性の無給の家事・ケア労働に対する男性の考え方を考えるよう働きかけることです。それにより家事・ケア労働を女性ばかりが行うのではなく、家庭内の力や選択のバランスを変えて、より平等にすることができます。父親や両親の育児制度があると、男性の育児参加を促進できます。育児休暇をもう片方の親に譲渡できないような場合には、特に効果があります。これらの制度は一般的になりつつありますが、開発途上国ではこの制度を活用できるのは一部の家庭に限られ、特に非正規労働者の多くは活用できていません。また、公共政策によって、これまでの固定観念を打ち破って、保育や介護など女性に偏りがちだったケアの専門職に男性が入っていけるよう奨励することも可能なはず（UN ECOSOC, 2019）。

他にも、性と生殖に関する健康に関連するサービスの提供者を通じて、男性や思春期の少年にジェンダーに関して公平な考え方を促進し、公平な人間関係や子育て、コミュニケーションに関する知識を広めることができます（IPPF and UNFPA, 2017）。また地域を巻き込む形のプログラムにより、強りに根付いているジェンダーや権力についての論理に基づいた、不平等な権力関係や差別的な社会規範を変えることができます。女性、男性、少女、少年と一緒に参加する取り組みは、男性と少年だけを対象としたものよりも効果的であることが証明されています（UN ECOSOC, 2019）。

Artwork by Rebeka Artim



自己決定権の実現には投資が必要

ジェンダー差別は、女性のエンパワメントと自己決定を阻む大きな障壁となっています。このような障壁を取り除くためには、公正と公平の原則に則ったかなりの投資を持続的にする必要があり、交錯する様々な不平等には特段の注意が求められます。しかし、男性を中心とした少数の特権階級に資金が集中する経済構造を始めとする様々な要因により、資金調達が必要とされる金額にほとんど達していません。

統合的な社会保障や保健、教育などのサービスへの十分かつ持続的な投資をすれば、女性や少女は、生涯に渡って直面する様々なリスクや脆弱性に対処することができます。また、性と生殖に関する健康と権利に重点を置くことで、エンパワメントと自己決定の力をサービスに不可欠な要素として組み入れることができます(UN ECOSOC, 2019)。このようなアプローチは、新型コロナウイルス感染症からの復興計画において、かつてないほど重要な意味を持っています。なぜなら、貧しい家庭や一段と絶望的な状況に陥っている家庭では、例えば、娘を結婚させるなどして経済不況に対処しようと必死になっている状況だからです。

各国のジェンダー平等のための行動計画や機関は十分な資金を必要としています。その多くは慢性的な資金不足に陥っており、十分に機能することができていません(UN ECOSOC, 2019)。女性の自己決定と権利を守る最前線で活動している女性の市民団体も同様です。例えば彼女らは、**ジェンダーに基づく暴力**の被害者を支援するため、多くのサービスを提供していますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の前から、資金が大幅に不足していました。このパンデミックの危機の中、このようなサービスの必要性が劇的に高まったにも関わらず、多くの

『ジェンダー平等は、それにより死亡率が低下し、うつ病リスクが半減することに加え、暴力による死亡リスクが40%低下するなど、男性の健康にもメリットがあります』

場合資金不足に陥りました。その結果、アジア太平洋地域では、女性に対する暴力の撲滅のために活動している市民団体の12%がサービスを完全に停止し、71%は部分的にしか活動できていません(UN ESCAP and UN Women, 2020)。先駆的で女性の権利に特化した活動を行っている比較的小規模な団体は、国際的な援助やその他のドナーからの援助がなかなか得られない傾向にあります。

国連人口基金(UNFPA)とジョンズ・ホプキンス大学が、ビクトリア大学、ワシントン大学、Avenir Healthと共同で行った調査によると、2030年までに世界中の予防可能な妊産婦死亡をなくし、家族計画に関する満たされないニーズ(アンメット・ニーズ)をすべてカバーし、ジェンダーに基づく暴力を無くすために必

要な費用は、総額2,640億ドルになります。これらの目標を達成できれば、女性の**からだの自己決定**に貢献できるでしょう(UNFPA, 2020f)。

自己決定権が実現されているかどうかは、データにより測定される

持続可能な開発目標(SDGs)の進歩的な点は、女性と思春期の少女が自分のからだについて自分で選択できるかどうかを含め、**ジェンダー平等**に関する進捗状況を測定することが求められている点です。しかし、ジェンダー別のデータには依然として大きな問題があります。ジェンダーに関するデータが収集されていなかったり、収集されていても利用されていなかったり、共有されていなかったりします。また、一貫したデータ収集ができないと、時系列で傾向の変化を分析することができません。

女性と少女の生活で実際に何が起きているかという情報が無いということは、すなわち、ジェンダー平等と自己決定を最も効果的に支えるサービスや政策の策定を妨げることになります。また、**ジェンダーに基づく暴力**や無給の家事・ケア労働などの問題が人の目に触れず、認識されず、対処されないままとなり、差別の原因になることもあります。

ジェンダーに関する統計を収集・分析するための専用の予算がある国は、推定13%にすぎません。持続可能な開発目標(SDGs)における54のジェンダーに関する特有の指標について、定期的に統計データが作成されている国は世界でわずか22%にすぎません(UN Women, 2018)。特に、再生産年齢を過ぎた女性に関するデータ、少女のデジタルリテラシーやジェンダーと環境などのデータが大きく不足しています(Data2x, 2020)。

女性が十分な情報に基づいて意思決定できてい

るか否かについては、十分に調査されておらず、女性の医療サービスの利用や、性と生殖に関するヘルスケアへの完全かつ平等なアクセスを保障する法律に関するデータも、取られていなかったり、定期的には作成されていなかったりします。また、特に人道的危機にある女性や思春期の少女、**LGBTI**の人々、障害を持つ女性など、複合的なニーズも調査されていません。思春期の子どもたちの健康については必ずしも男女別にデータが集計されているわけではなく、特に社会的に疎外されている少女のデータが不足しています(Data2x, 2020a)。

データシステムは、女性と少女に共通の経験を捉えつつ、対象者の多様性がきめ細かく反映されるよう、戦略的に設計する必要があります(Data2x, 2020)。それはまた、体系的かつ包括的である必要があり、疎外や差別を防ぐために人権の原則に基づいて作成されなければいけません。この方向性は国の政策によって定められるべきものです。

もうひとつ大切なことは、特定の問題や仕事の分野にジェンダー問題を限定しないことです。実は、持続可能な開発目標(SDGs)についてもこの点が指摘されており、17の目標のうち6つが「**ジェンダーブラインド**」と呼ばれています。これは、それらの目標を達成するためにはジェンダー不平等のいくつかの側面に取り組むことが必要であるにもかかわらず、ジェンダーについて言及していないことを意味しています(UN Women, 2018)。国の調査には、選択やからだの自己決定についてより広範に取り扱う質問を盛り込めると良いでしょう。今までの測定方法では、様々な国際的な目標間の関連性を把握することもできません(Data2x, 2020)。この問題は、多くの国の統計システムが「**縦割り**」区分になっていることと共通しています。

ジェンダーに関するデータへの投資を強化するには、十分な資金が確保された国家的なジェンダーに関する行動計画が必要です。その行動計画は、データと統計のすべてをカバーし、作業工程の明確なマイルストーンが設定されている必要があります。統計局との共同作業は、まずはジェンダーに関するデータを収集する価値を明らかにし、市民登録や人口動態統計などの重要な行政データにおける性差統計の作成に取り組むことです。これは今日明らかになっている課題への取り組みに弾みをつけるでしょう(Pryor, 2020)。

権利、選択肢、自己決定権のある世界

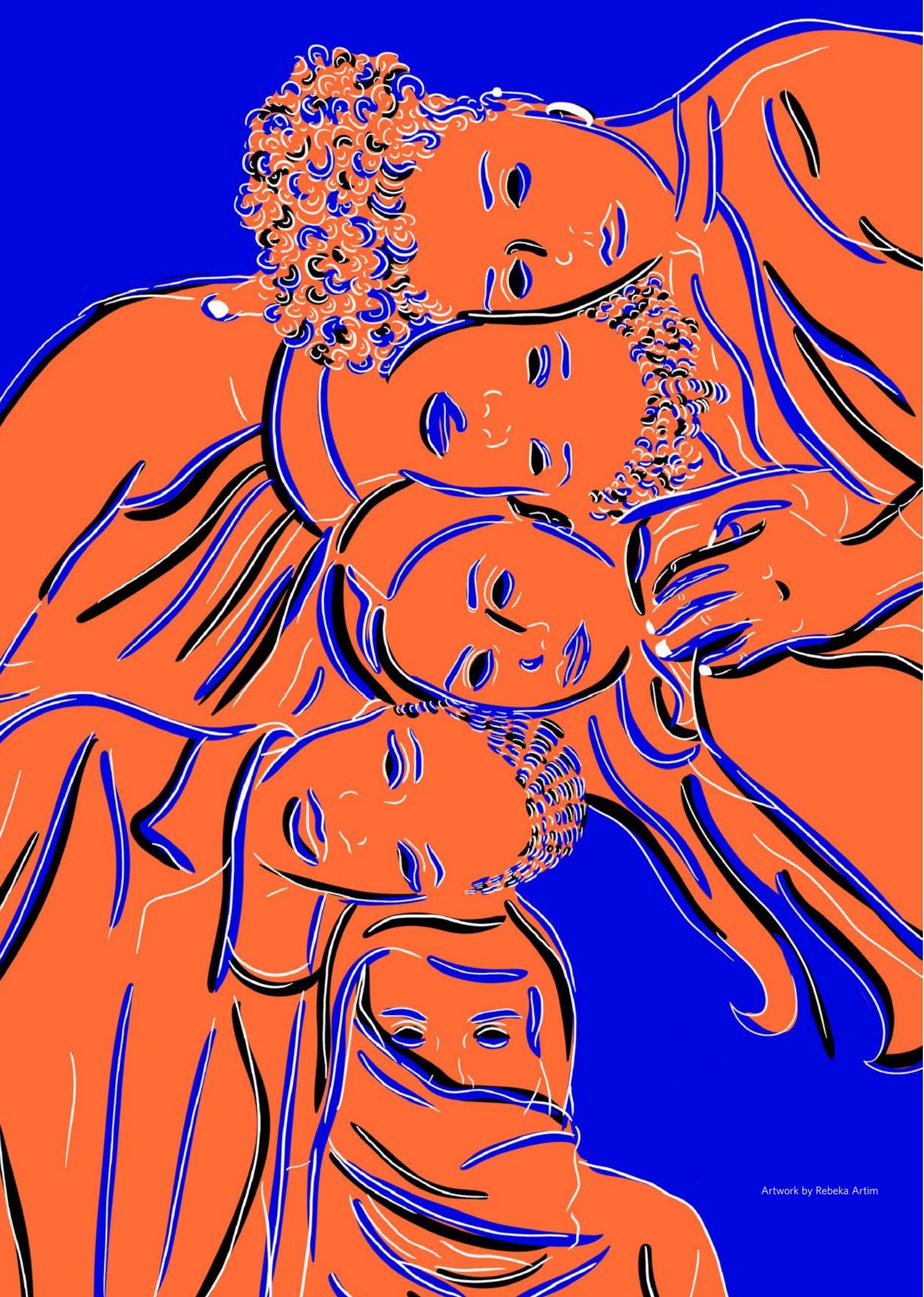
女性や少女から権利や選択肢を奪い、彼女たちのからだを他人の意思に従わせることを理屈づけるために、多くの正当化、合理化、理論が提唱されてきました。しかし、このような言い訳を許しては、国連の持続可能な開発目標(SDGs)は実質的には全く達成されないでしょう。そしてそれは、国際社会が「持続可能な開発のための2030アジェンダ」で目指している人間的、社会的、経済的進歩の可能性が

実現されず、全ての人が不利益を被るということを意味します。

ジェンダー平等は、成功への方程式の重要な変数です。LGBTI、障害者、その他、人種や民族、経済的地位などの理由で差別されたり、自己決定権を否定されたりする全ての人々の権利を実現することも同様です。ヘルスケア、避妊、性交渉について、誰もが自分で決定できる力を持つべきです。

政府、すべての社会的・経済的機関、コミュニティ、家族、そして男性には、女性の権利を守り、より広範に差別をなくす役割があります。全ての人の行動に改善の余地があります。新しい時代の「平等を目指すすべての世代」の幕開けです。この世代は変化を待っていません。また、待つべきでもありません。

一人ひとりに、自分のからだや人生について決定し、選択する権利があります。「イエス」か「ノー」かを決める権利があるのは、自分だけです。皆で力を合わせれば、それを実現できます。



性と生殖に関する健康

	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規 HIV感染者数 (非感染者 1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	何らかの方法		近代的避妊法		2021		2021	2019
世界/地域	2017	2017	2017	2014-2019	2018	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	2021	2019
世界	211	199	243	81	0.24	49	63	45	57	9	11	77	73
先進地域	12	11	13	99	-	59	71	53	62	7	9	80	84
開発途上地域	232	219	268	79	-	47	62	43	56	9	12	76	69
後発開発途上地域	415	396	477	61	0.58	32	42	28	37	16	20	59	71
UNFPA地域													
アラブ諸国	151	121	208	90	-	34	53	29	45	10	16	65	53
アジア・太平洋	120	108	140	85	-	52	67	48	62	7	9	80	72
東ヨーロッパ・中央アジア	20	18	22	99	-	46	64	36	49	8	12	66	82
ラテンアメリカ・カリブ海地域	74	70	80	94	-	59	75	56	70	8	10	83	66
東・南アフリカ	391	361	463	64	-	34	43	31	39	16	21	62	75
西・中央アフリカ	717	606	917	55	-	20	22	17	18	17	22	46	70
国・領域・その他の地域													
アフガニスタン	638	427	1010	59	0.02	19	26	17	23	17	24	47	54
アルバニア	15	8	26	-	-	31	44	4	5	12	17	10	82
アルジェリア	112	64	206	-	0.03	35	64	31	57	6	9	76	-
アンゴラ	241	167	346	47	1.01	16	17	15	15	27	36	35	66
アンティグア・バーブーダ島	42	24	69	100	-	45	64	43	61	10	13	78	-
アルゼンチン	39	35	43	94	0.15	60	71	57	67	9	11	84	-
アルメニア	26	21	32	100	0.06	39	59	21	31	8	12	44	87
アルバ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア	6	5	8	97	0.04	59	67	57	64	8	11	85	-
オーストリア	5	4	7	98	-	65	70	62	68	6	8	88	-
アゼルバイジャン	26	21	32	99	-	37	57	15	22	9	14	32	-
バハマ	70	48	110	99	0.55	45	67	43	65	9	12	80	-
バーレーン	14	10	21	100	-	31	67	21	46	5	10	59	-
バングラデシュ	173	131	234	53	0.01	55	66	48	57	9	11	75	-
バルバドス	27	17	39	99	0.58	50	63	47	61	12	14	76	44
ベラルーシ	2	1	4	100	0.22	61	70	52	58	6	8	78	87
ベルギー	5	4	7	-	-	59	67	58	66	6	8	90	-
ベリーズ	36	26	48	94	0.81	44	57	42	53	14	18	71	42
ベナン	397	291	570	78	0.34	17	18	14	14	25	31	33	91
ブータン	183	127	292	96	0.11	39	60	38	58	8	13	80	-
ボリビア	155	113	213	72	0.13	48	67	35	49	12	16	59	-
ボスニア・ヘルツェゴビナ	10	5	16	100	0.01	38	49	19	21	11	14	38	-
ボツワナ	144	124	170	100	4.36	57	69	56	68	8	10	86	-
ブラジル	60	58	61	99	-	65	80	63	77	6	7	89	-
ブルネイ	31	21	45	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルガリア	10	6	14	100	0.05	65	79	50	57	5	7	71	-
ブルキナファソ	320	220	454	80	0.12	30	34	29	33	20	24	58	72
ブルンジ	548	413	728	85	0.16	19	31	17	28	17	28	47	64
カンボジア	160	116	221	89	0.05	43	63	32	46	7	11	63	98
カメルーン	529	376	790	69	1.02	27	23	22	17	16	23	51	-
カナダ	10	8	14	98	-	74	82	70	77	3	5	91	-
カーボベルデ	58	45	75	92	0.19	49	68	47	65	11	11	79	-
中央アフリカ共和国	829	463	1470	-	1.20	23	26	17	20	18	22	42	77

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規 HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	何らかの方法		近代的避妊法		2021		2021	2019
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係		
チャド	1140	847	1590	24	0.44	7	8	6	7	18	24	25	75
チリ	13	11	14	100	0.27	63	77	59	71	6	8	85	-
中国	29	22	35	100	-	69	85	67	83	4	3	91	-
中国(香港)	-	-	-	-	-	48	70	45	67	8	9	81	-
中国(マカオ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コロンビア	83	71	98	99	0.14	64	82	60	77	6	7	87	97
コモロ	273	167	435	-	0.00	20	27	16	22	19	29	41	-
コンゴ民主共和国	473	341	693	80	0.21	23	25	12	12	21	26	28	-
コンゴ共和国	378	271	523	91	1.03	42	43	28	27	15	19	50	53
コスタリカ	27	24	31	99	0.21	55	73	53	71	9	11	84	62
コートジボワール	617	426	896	74	0.70	26	26	23	22	21	27	49	63
クロアチア	8	6	11	100	0.02	51	71	36	47	7	8	63	-
キューバ	36	33	40	100	0.15	70	75	69	74	7	8	89	-
キュラソー	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	6	4	10	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-
チェコ	3	2	5	100	0.05	63	85	56	76	3	4	85	70
デンマーク	4	3	5	95	0.02	65	78	61	74	5	7	88	90
ジブチ	248	116	527	-	0.57	16	29	16	28	15	27	50	-
ドミニカ	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	95	88	102	100	0.26	57	72	55	70	9	10	84	-
エクアドル	59	53	65	96	0.13	60	81	54	73	6	6	82	-
エジプト	37	27	47	92	0.04	44	61	43	59	9	12	81	44
エルサルバドル	46	36	57	100	0.11	52	73	49	69	8	10	81	83
赤道ギニア	301	181	504	-	4.21	17	17	15	14	23	31	37	-
エリトリア	480	327	718	-	0.15	9	14	9	13	18	29	32	-
エストニア	9	5	13	99	0.23	57	65	52	58	7	11	81	-
エスワティニ	437	255	792	-	8.62	54	68	53	66	10	13	83	-
エチオピア	401	298	573	28	0.24	29	42	29	41	15	21	66	-
フィジー	34	27	43	100	-	35	51	30	44	12	16	65	-
フィンランド	3	2	4	100	0.04	79	82	74	78	3	5	91	98
フランス	8	6	9	98	0.09	65	78	63	75	4	4	91	-
仏領ギアナ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ポリネシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	252	165	407	-	1.01	38	37	30	27	18	24	53	58
ガンビア	597	440	808	-	1.06	11	15	11	15	17	25	39	83
ジョージア	25	21	29	99	0.18	32	47	24	34	13	19	52	93
ドイツ	7	5	9	99	0.03	61	78	60	78	5	5	91	-
ガーナ	308	223	420	78	0.70	27	36	23	31	19	26	51	-
ギリシャ	3	2	4	100	-	54	74	39	50	6	7	64	54
グレナダ	25	15	39	100	-	45	64	42	59	10	13	76	-
グアドループ	-	-	-	-	-	46	60	41	53	11	15	73	-
グアム	-	-	-	-	-	42	66	36	56	7	10	75	-
グアテマラ	95	86	104	70	0.14	42	64	36	53	9	13	70	-
ギニア	576	437	779	55	0.52	12	10	10	9	20	25	33	-
ギニアビサウ	667	457	995	45	1.43	29	20	27	19	16	20	60	70
ガイアナ	169	132	215	96	0.51	34	46	32	44	17	25	63	75

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の 不確実性の 範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の 不確実性の 範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の 立会いの 下での 出産率 (%)	新規 HIV感染者数 (非感染者 1000人中、 全年齢) (%)	15-49歳の女性の 避妊実行率 (%)				15-49歳の 女性の家族計画の アンメットニーズ (未充足ニーズ)の 割合 (%)		15-49歳の 女性の 避妊需要の 充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関する ヘルスケア・情報・教育を 保障する法律および規制 (%)
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	何らかの方法		近代的避妊法		2021		2021	2019
						全員	有配偶 または 内縁関係	全員	有配偶 または 内縁関係	全員	有配偶 または 内縁関係		
ハイチ	480	346	680	42	0.69	28	38	26	35	23	34	50	65
ホンジュラス	65	55	76	74	0.09	52	76	47	67	7	9	78	-
ハンガリー	12	9	16	100	0.02	49	70	45	63	6	9	81	-
アイスランド	4	2	6	98	0.05	-	-	-	-	-	-	-	-
インド	145	117	177	81	-	43	57	39	51	9	12	74	-
インドネシア	177	127	254	95	0.17	44	62	42	59	8	11	81	-
イラン	16	13	20	99	0.05	58	81	46	65	4	5	75	-
イラク	79	53	113	96	-	37	56	26	39	9	13	57	39
アイルランド	5	3	7	100	0.08	66	71	63	66	6	9	88	-
イスラエル	3	2	4	-	0.05	39	74	30	56	5	8	68	-
イタリア	2	1	2	100	0.05	59	67	48	51	7	9	73	-
ジャマイカ	80	67	98	100	-	42	68	40	64	9	11	78	-
日本	5	3	6	100	0.01	48	56	41	44	12	16	68	83
ヨルダン	46	31	65	100	0.00	30	54	22	38	8	14	56	-
カザフスタン	10	8	12	100	0.14	43	53	40	51	11	15	75	63
ケニア	342	253	476	62	1.02	46	64	45	62	12	14	77	-
キリバス	92	49	158	-	-	20	26	16	21	18	26	44	-
北朝鮮	89	38	203	100	-	58	74	55	71	8	9	84	83
韓国	11	9	13	100	-	56	81	51	73	6	5	82	-
クウェート	12	8	17	100	0.04	41	60	34	49	9	14	67	-
キルギス	60	50	76	100	0.09	29	41	27	39	13	18	66	73
ラオス	185	139	253	64	0.08	39	61	34	54	8	11	74	96
ラトビア	19	15	26	100	0.19	61	72	54	62	6	9	81	70
レバノン	29	22	40	-	0.02	29	62	21	46	6	12	61	-
レソト	544	391	788	87	7.80	53	66	52	65	11	15	81	-
リベリア	661	481	943	-	0.39	28	30	27	29	25	28	51	-
リビア	72	30	164	-	0.07	25	39	16	25	17	26	38	33
リトアニア	8	5	12	100	-	46	66	38	53	8	11	70	88
ルクセンブルク	5	3	8	-	0.09	-	-	-	-	-	-	-	-
マダガスカル	335	229	484	46	0.24	41	50	36	44	15	16	65	-
マラウイ	349	244	507	90	2.28	48	64	48	63	13	15	77	76
マレーシア	29	24	36	100	0.18	35	57	25	41	9	14	57	81
モルディブ	53	35	84	100	-	15	22	12	17	22	30	33	45
マリ	562	419	784	67	0.78	18	19	17	19	21	24	45	79
マルタ	6	4	11	100	-	64	85	50	66	4	3	74	90
マルチニーク	-	-	-	-	-	47	62	43	56	11	14	74	-
モーリタニア	766	528	1140	69	0.03	12	18	11	16	18	29	35	62
モーリシャス	61	46	85	100	0.70	43	67	28	43	8	10	56	73
メキシコ	33	32	35	96	0.08	56	73	53	70	9	10	82	-
ミクロネシア	88	40	193	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モルドバ	19	15	24	100	0.25	53	64	42	50	9	12	67	-
モンゴル	45	36	56	99	0.01	41	56	37	51	13	15	70	-
モンテネグロ	6	3	10	99	0.08	26	26	18	15	17	22	43	52
モロッコ	70	54	91	87	0.03	43	71	37	61	7	11	74	-
モザンビーク	289	206	418	73	5.25	26	28	25	27	19	22	56	94
ミャンマー	250	182	351	60	0.20	33	58	33	56	8	14	78	82

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦 死亡率の 不確実性の 範囲 (UI80%) 下限	妊産婦 死亡率の 不確実性の 範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の 立会いの 下での 出産率 (%)	新規 HIV感染者数 (非感染者 1000人中、 全年齢) (%)	15-49歳の女性の 避妊実行率(%)				15-49歳の 女性の家族計画の アンメットニーズ (未充足ニーズ) 割合(%)		15-49歳の 女性の 避妊需要の 充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関する ヘルスケア・情報・教育を 保障する法律および規制 (%)
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	何らかの方法		近代的避妊法		2021		2021	2019
						全員	有配偶 または 内縁関係	全員	有配偶 または 内縁関係	全員	有配偶 または 内縁関係		
ナミビア	195	144	281	-	2.82	52	61	52	60	10	15	83	96
ネパール	186	135	267	58	0.03	43	55	38	48	17	21	63	48
オランダ	5	4	7	-	0.03	63	73	61	71	6	7	89	98
ニューカレドニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	9	7	11	97	0.03	65	80	61	75	5	5	88	94
ニカラグア	98	77	127	96	0.07	53	82	51	79	5	6	88	-
ニジェール	509	368	724	39	0.08	16	19	16	18	16	18	49	-
ナイジェリア	917	658	1320	43	0.65	17	20	13	15	15	19	41	-
北マケドニア	7	5	10	100	0.02	40	48	21	21	13	17	40	-
ノルウェー	2	2	3	99	0.02	67	86	63	80	4	4	89	-
オマーン	19	16	22	99	0.07	21	35	14	24	15	26	40	-
パキスタン	140	85	229	69	0.11	25	37	19	28	12	17	52	65
パレスチナ自治政府 ¹	-	-	-	100	-	41	62	31	47	7	11	65	60
パナマ	52	45	59	93	0.32	48	60	45	56	14	17	73	-
パプアニューギニア	145	67	318	56	0.26	28	38	23	32	18	25	51	-
パラグアイ	84	72	96	98	0.16	58	72	54	67	8	9	82	-
ペルー	88	69	110	92	0.10	55	77	42	57	5	7	70	-
フィリピン	121	91	168	84	0.13	36	57	27	43	10	16	58	75
ポーランド	2	2	3	100	-	53	73	43	57	6	8	72	-
ポルトガル	8	6	11	99	0.07	61	75	52	65	7	7	78	-
プエルトリコ	21	16	29	-	-	57	82	52	74	6	5	82	-
カタール	9	6	14	100	-	30	48	26	40	10	16	64	-
レユニオン	-	-	-	-	-	49	72	48	71	9	9	83	-
ルーマニア	19	14	25	97	0.04	55	72	45	58	5	8	75	-
ロシア	17	13	23	100	-	49	68	41	57	6	10	75	-
ルワンダ	248	184	347	91	0.29	34	58	31	53	12	17	69	-
セントクリストファー・ネイビス	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	117	71	197	100	-	49	61	46	57	12	15	76	-
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	68	44	100	99	-	50	67	48	64	10	12	80	81
サモア	43	20	97	83	-	17	29	16	27	24	41	39	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	130	73	217	93	-	36	46	33	43	21	27	59	54
サウジアラビア	17	10	30	99	-	19	30	15	24	15	25	44	-
セネガル	315	237	434	74	0.08	22	31	21	29	16	22	56	-
セルビア	12	9	17	98	0.02	49	56	33	30	10	13	56	86
セーシェル	53	26	109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シエラレオネ	1120	808	1620	87	0.55	28	25	27	25	20	24	57	65
シンガポール	8	5	13	100	0.04	40	69	36	61	6	10	77	-
セント・マーチン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	5	4	7	98	0.02	56	79	48	66	4	6	79	-
スロベニア	7	5	9	-	-	54	80	45	67	6	5	76	-
ソロモン諸島	104	70	157	86	-	24	33	20	27	13	17	54	-
ソマリア	829	385	1590	-	0.03	16	27	7	12	16	27	23	-
南アフリカ共和国	119	96	153	97	4.94	50	58	50	57	11	14	82	95
南スーダン	1150	789	1710	-	1.56	6	8	5	7	20	30	21	16
スペイン	4	3	5	-	0.07	60	63	58	62	9	13	84	-

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の 不確実性の 範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の 不確実性の 範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の 立会いの 下での 出産率 (%)	新規 HIV感染者数 (非感染者 1000人中、 全年齢) (%)	15-49歳の女性の 避妊実行率 (%)				15-49歳の 女性の家族計画の アンメットニーズ (未充足ニーズ)の 割合 (%)		15-49歳の 女性の 避妊需要の 充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関する ヘルスケア・情報・教育を 保障する法律および規制 (%)
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	何らかの方法		近代的避妊法		2021		2021	2019
						全員	有配偶 または 内縁関係	全員	有配偶 または 内縁関係	全員	有配偶 または 内縁関係		
スリランカ	36	31	41	100	0.01	45	67	37	55	5	7	74	89
スーダン	295	207	408	78	0.13	11	16	10	14	18	28	34	57
スリナム	120	96	144	98	0.49	33	46	33	45	15	23	68	45
スウェーデン	4	3	6	-	-	62	73	57	66	6	8	84	100
スイス	5	3	7	-	-	72	73	68	69	4	7	89	92
シリア	31	20	50	-	0.00	37	62	28	46	8	13	62	77
タジキスタン	17	10	26	95	0.09	24	32	22	29	16	22	55	-
タンザニア	524	399	712	64	1.41	36	44	32	39	16	20	61	-
タイ	37	32	44	99	0.09	56	80	54	78	4	5	91	-
東ティモール	142	102	192	57	-	19	32	17	29	14	24	52	-
トーゴ	396	270	557	69	0.70	24	26	22	24	22	31	48	73
トンガ	52	24	116	-	-	20	37	17	32	13	25	52	-
トリニダード・トバゴ	67	50	90	100	-	40	49	36	45	14	20	66	32
チュニジア	43	33	54	100	0.02	30	58	26	50	7	13	69	-
トルコ	17	14	20	98	-	48	71	33	49	7	10	61	-
トルクメニスタン	7	5	10	100	-	37	55	34	51	10	14	74	-
タークス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	375	278	523	74	1.40	35	45	32	41	19	25	59	-
ウクライナ	19	14	26	100	0.28	53	68	44	55	6	9	74	88
アラブ首長国連邦	3	2	5	100	-	36	51	29	41	12	17	60	-
英国	7	6	8	-	-	73	82	67	74	4	5	87	92
米国	19	17	21	99	-	64	76	57	67	5	6	83	-
米領バージン諸島	-	-	-	-	-	52	75	49	70	8	8	81	-
ウルグアイ	17	14	21	100	0.26	57	79	55	77	6	7	87	99
ウズベキスタン	29	23	37	100	0.16	49	69	46	65	6	9	83	-
バヌアツ	-	-	-	-	-	36	48	31	41	15	20	61	-
ベネズエラ	125	97	170	99	-	56	76	52	71	8	10	82	-
ベトナム	43	32	61	94	0.06	59	80	50	67	4	5	79	54
西サハラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	164	109	235	-	0.04	27	43	20	31	15	24	48	63
ザンビア	213	159	289	63	2.97	37	53	35	50	15	18	68	91
ジンバブエ	458	360	577	86	2.79	49	69	49	68	8	10	85	-

性と生殖に関する健康

NOTES

- Data not available.
- a The MMR has been rounded according to the following scheme: <100, rounded to nearest 1; 100–999, rounded to nearest 1; and ≥1,000, rounded to nearest 10.
- 1 On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine “non-member observer State status in the United Nations...”

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

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

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

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

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

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

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

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

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

MAIN DATA SOURCES

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

Births attended by skilled health personnel: Joint global database on skilled attendance at birth, 2020, United Nations Children’s Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO). Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from the joint global database.

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

Contraceptive prevalence rate: United Nations Population Division.

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

Unmet need for family planning: United Nations Population Division.

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

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

ジェンダー、人権及び人的資源

	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-19歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12カ月間に おける 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する 権利に ついての 意思決定 (%)	初等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 初等教育	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
世界/地域	2020	2019	2019	2018	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019
世界	41	20	-	13	55	-	-	85	1.00	65	0.99
先進地域	12	-	-	-	-	-	-	98	1.00	93	1.01
開発途上地域	45	27	-	-	54	-	-	83	1.00	62	0.99
後発開発途上地域	91	38	-	22	50	-	-	66	0.97	44	0.89
UNFPA地域											
アラブ諸国	48	20	55	-	-	-	-	81	0.94	60	0.91
アジア・太平洋	23	26	-	-	59	-	-	87	1.02	63	1.03
東ヨーロッパ・中央アジア	27	12	-	-	75	-	-	96	0.99	85	1.00
ラテンアメリカ・カリブ海地域	61	25	-	-	74	-	-	93	1.00	79	1.03
東・南アフリカ	95	32	24	-	53	-	-	66	0.96	44	0.84
西・中央アフリカ	108	39	23	-	37	-	-	62	0.96	43	0.86
国・領域・その他の地域											
	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
アフガニスタン	62	28	-	46	-	-	-	-	-	44	0.56
アルバニア	16	12	-	-	69	98	1.04	96	1.05	82	1.07
アルジェリア	10	3	-	-	-	100	0.99	-	-	-	-
アンゴラ	163	30	-	26	62	82	0.78	76	0.76	18	0.71
アンティグア・バーブーダ島	28	-	-	-	-	99	1.01	99	0.99	87	1.02
アルゼンチン	54	-	-	-	-	100	0.99	100	1.00	90	1.10
アルメニア	21	5	-	4	66	91	1.00	90	1.02	89	1.15
アルバ	26	-	-	-	-	100	1.00	-	-	-	-
オーストラリア	10	-	-	2 ^b	-	100	1.00	98	1.00	92	1.04
オーストリア	7	-	-	4 ^c	-	100	1.00	100	1.00	90	1.01
アゼルバイジャン	45	11	-	10	-	92	1.03	100	1.00	100	1.00
バハマ	29	-	-	-	-	76	1.02	71	1.02	67	1.06
バーレーン	14	-	-	-	-	98	0.99	96	1.07	87	1.14
バングラデシュ	74	59	-	29	-	95	1.11	74	1.10	62	1.08
バルバドス	50	29	-	-	-	99	0.98	95	1.04	95	1.05
ベラルーシ	14	5	-	-	-	99	0.98	99	1.00	99	1.02
ベルギー	6	-	-	8 ^c	-	99	1.00	99	0.99	99	1.00
ベリーズ	64	34	-	-	-	100	1.01	90	0.98	64	1.04
ベナン	108	31	2	14	36	94	0.94	66	0.78	44	0.63
ブータン	28	26	-	7	-	96	1.03	88	1.15	72	1.16
ボリビア	71	20	-	27	-	93	1.00	87	0.99	79	1.00
ボスニア・ヘルツェゴビナ	11	4	-	-	-	-	-	-	-	79	1.04
ボツワナ	50	-	-	-	-	89	1.01	-	-	-	-
ブラジル	53	26	-	-	-	96	0.99	97	1.00	85	1.07
ブルネイ	10	-	-	-	-	99	1.01	97	1.00	82	1.04
ブルガリア	38	-	-	9 ^c	-	87	1.00	87	0.99	88	0.95
ブルキナファソ	132	52	58	9	20	78	0.99	54	1.08	34	1.04
ブルンジ	58	19	-	28	44	92	1.04	66	1.08	35	1.15
カンボジア	57	19	-	9	76	91	1.00	87	0.98	-	-
カメルーン	119	31	0.4	22	38	92	0.91	63	0.89	46	0.83

ジェンダー、人権及び人的資源

国・領域・その他の地域	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-19歳の 女子のFGM (女性器切除 実施率 (%))	過去 12か月間に おける 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する 権利に ついての 意思決定 (%)	初等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 初等教育	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
カナダ	8	-	-	-	-	100	1.00	100	1.00	94	0.99
カーボベルデ	80	18	-	8	-	94	0.98	87	1.01	73	1.08
中央アフリカ共和国	229	68	18	26	-	67	0.80	44	0.61	16	0.48
チャド	179	67	32	18	27	74	0.79	38	0.68	22	0.51
チリ	26	-	-	-	-	99	0.99	95	0.99	95	1.00
中国	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中国(香港)	2	-	-	-	-	97	1.05	99	1.00	99	1.00
中国(マカオ)	3	-	-	-	-	99	0.99	98	1.02	87	1.06
コロンビア	61	23	-	18	-	98	1.01	94	1.01	79	1.03
コモロ	70	32	-	5	21	82	1.00	81	1.02	50	1.07
コンゴ民主共和国	138	37	-	37	31	-	-	-	-	-	-
コンゴ共和国	111	27	-	-	27	89	1.09	-	-	-	-
コスタリカ	50	21	-	-	-	100	1.00	98	1.01	94	1.03
コートジボワール	123	27	27	22	25	95	0.93	56	0.87	42	0.74
クオアチア	9	-	-	4 ^c	-	98	1.03	99	1.02	86	1.05
キューバ	52	26	-	-	-	99	1.00	90	1.00	82	1.07
キュラソー	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	4	-	-	3 ^c	-	99	1.00	100	1.00	93	0.98
チェコ	12	-	-	6 ^c	-	100	1.01	99	1.00	97	1.00
デンマーク	3	-	-	7 ^c	-	99	1.01	99	0.99	90	1.02
ジブチ	21	5	80	-	-	67	0.96	52	1.00	34	0.95
ドミニカ	48	-	-	-	-	96	1.01	99	1.02	82	1.03
ドミニカ共和国	51	36	-	16	77	96	1.01	94	1.00	78	1.02
エクアドル	71	20	-	11	87	99	1.03	95	1.03	80	1.01
エジプト	52	17	70	14	-	99	1.01	98	1.02	77	0.98
エルサルバドル	74	26	-	7	-	86	1.01	83	0.99	66	0.97
赤道ギニア	176	30	-	44	-	45	1.02	-	-	-	-
エリトリア	76	41	69	-	-	53	0.91	64	0.88	51	0.86
エストニア	11	-	-	4 ^c	-	98	1.00	99	1.02	99	0.99
エスワティニ	87	5	-	-	49	84	0.98	97	1.00	84	0.96
エチオピア	80	40	47	20	45	86	0.93	53	0.92	26	0.91
フィジー	23	-	-	30 ^c	-	99	0.97	96	-	74	1.09
フィンランド	5	-	-	8 ^c	-	99	1.00	100	1.00	96	0.98
フランス	9	-	-	7 ^c	-	100	1.00	99	1.00	95	1.01
仏領ギアナ	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ポリネシア	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	91	22	-	32	48	-	-	-	-	-	-
ガンビア	86	26	75	7	40	85	1.12	69	1.03	-	-
ジョージア	32	14	-	1 ^d	-	99	1.01	100	1.00	94	1.04
ドイツ	6	-	-	5 ^c	-	99	1.01	95	1.02	86	0.96
ガーナ	75	21	2	19	52	99	1.01	89	1.05	72	1.00
ギリシャ	9	-	-	8 ^c	-	99	1.00	96	0.99	95	0.98
グレナダ	36	-	-	-	-	99	1.02	97	-	97	1.00

カイロ会議の目標の進捗

ジェンダー、人権及び人的資源

国・領域・その他の地域	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
グアドループ	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアム	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	79	30	-	9	65	89	1.01	67	0.93	41	0.90
ギニア	120	47	92	-	29	78	0.83	49	0.70	33	0.59
ギニアビサウ	106	24	42	-	-	73	0.95	-	-	-	-
ガイアナ	74	30	-	-	71	98	0.96	93	1.02	70	1.11
ハイチ	55	15	-	14	59	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	89	34	-	11	70	87	0.97	62	1.23	44	1.11
ハンガリー	23	-	-	8 ^c	-	96	1.00	97	1.00	88	1.01
アイスランド	6	-	-	-	-	100	1.00	100	1.00	87	1.04
インド	11	27	-	22	-	98	1.02	85	1.07	52	0.98
インドネシア	36	16	-	5 ^d	-	94	0.95	84	1.07	77	1.01
イラン	33	17	-	-	-	100	1.00	95	0.97	74	0.97
イラク	82	28	4	-	-	-	-	-	-	-	-
アイルランド	7	-	-	4 ^c	-	100	1.00	99	-	99	1.01
イスラエル	10	-	-	-	-	100	1.01	100	-	98	-
イタリア	4	-	-	7 ^c	-	97	1.00	98	1.00	95	1.01
ジャマイカ	52	8	-	9	-	83	1.00	82	1.02	76	1.04
日本	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ヨルダン	27	10	-	14	61	81	0.98	70	1.00	54	1.09
カザフスタン	26	7	-	6 ^c	-	99	1.02	100	-	99	-
ケニア	96	23	11	26	56	81	1.04	-	-	-	-
キリバス	49	20	-	43	-	96	1.08	-	-	-	-
北朝鮮	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
韓国	1	-	-	-	-	99	1.00	97	1.00	96	0.99
クウェート	6	-	-	-	-	83	1.22	94	1.05	82	1.03
キルギス	34	13	-	17	77	100	0.99	98	0.99	72	1.05
ラオス	83	33	-	6	-	92	0.98	72	1.00	56	0.92
ラトビア	16	-	-	7 ^c	-	99	1.01	99	1.01	96	1.01
レバノン	13	6	-	35	-	-	-	-	-	-	-
レソト	94	16	-	-	61	98	1.01	83	1.11	66	1.15
リベリア	150	36	26 ^a	35	67	79	1.01	79	0.90	74	0.86
リビア	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	13	-	-	6 ^c	-	100	1.00	100	1.00	97	1.02
ルクセンブルク	4	-	-	3 ^c	-	99	0.98	96	0.98	81	1.06
マダガスカル	152	40	-	-	74	98	1.05	70	1.03	36	0.97
マラウイ	138	42	-	24	47	98	1.04	81	1.01	31	0.64
マレーシア	9	-	-	-	-	100	1.01	87	1.03	63	1.16
モルディブ	9	2	1	6	58	98	1.03	91	-	-	-
マリ	164	54	86	21	8	59	0.90	47	0.86	25	0.74
マルタ	13	-	-	5 ^c	-	100	1.01	99	1.01	90	1.05
マルチニーク	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モーリタニア	84	37	63	-	-	77	1.05	72	1.08	39	1.12

ジェンダー、人権及び人的資源

国・領域・その他の地域	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-19歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12か月間に おける 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する 権利に ついての 意思決定 (%)	初等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 初等教育	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
モーリシャス	24	-	-	-	-	99	1.03	95	1.02	79	1.10
メキシコ	71	26	-	10	-	99	1.01	92	1.02	74	1.05
ミクロネシア	44	-	-	26	-	90	0.98	87	1.06	-	-
モルドバ	21	12	-	15	-	90	0.98	84	0.98	65	1.02
モンゴル	33	12	-	15	63	99	0.99	-	-	-	-
モンテネグロ	10	6	-	-	-	100	1.00	92	1.01	89	1.02
モロッコ	19	14	-	-	-	100	1.01	91	0.96	72	0.94
モザンビーク	180	53	-	16	49	98	0.97	57	0.87	31	0.76
ミャンマー	28	16	-	11	67	98	0.96	79	1.03	57	1.16
ナミビア	64	7	-	20	71	98	1.03	-	-	-	-
ネパール	88	40	-	11	48	96	0.93	97	1.03	81	1.18
オランダ	3	-	-	7 ^c	-	100	1.01	97	1.01	100	1.00
ニューカレドニア	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	14	-	-	-	-	100	1.01	99	1.00	98	1.03
ニカラグア	92	35	-	8	-	96	1.03	88	1.03	64	1.08
ニジェール	154	76	1	-	7	59	0.88	35	0.79	14	0.67
ナイジェリア	106	43	14	14	46	66	0.84	-	-	-	-
北マケドニア	15	7	-	-	-	99	1.00	-	-	-	-
ノルウェー	3	-	-	-	-	100	1.00	99	0.99	92	1.01
オマーン	12	4	-	-	-	97	1.06	98	1.02	90	0.90
パキスタン	46	18	-	15	40	-	-	-	-	-	-
パレスチナ自治政府 ¹	48	15	-	-	-	97	1.00	97	1.04	75	1.21
パナマ	76	26	-	10	79	87	0.99	88	1.01	56	1.08
パプアニューギニア	68	27	-	48	-	93	0.94	86	0.89	54	0.82
パラグアイ	72	22	-	8 ^a	-	89	1.00	90	0.90	68	1.05
ペルー	44	17	-	11	-	98	0.96	98	1.00	92	0.94
フィリピン	39	17	-	6	81	96	0.99	89	1.07	79	1.09
ポーランド	11	-	-	3 ^c	-	98	1.01	98	0.98	96	1.00
ポルトガル	8	-	-	6 ⁱ	-	100	0.99	100	1.00	99	0.99
プエルトリコ	22	-	-	-	-	78	1.03	80	1.10	83	1.07
カタール	9	4	-	-	-	98	1.03	95	0.92	91	0.97
レユニオン	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	38	-	-	7 ^c	-	87	1.00	91	1.00	80	1.03
ロシア	22	-	-	-	-	100	1.00	100	1.01	97	1.00
ルワンダ	41	7	-	21	70	94	1.00	96	1.04	50	1.02
セントクリストファー・ネイビス	46	-	-	-	-	99	0.98	87	0.95	96	0.99
セントルシア	36	24	-	-	-	98	1.03	90	0.98	79	0.99
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	52	-	-	-	-	97	1.06	98	0.99	85	1.02
サモア	39	11	-	22	-	99	1.02	100	-	90	1.11
サンマリノ	1	-	-	-	-	95	1.10	99	-	46	0.89
サントメ・プリンシペ	92	35	-	26	46	94	1.00	90	1.06	83	1.03
サウジアラビア	9	-	-	-	-	98	0.98	99	0.98	96	0.94
セネガル	78	29	21	8	7	74	1.14	-	-	-	-
セルビア	15	3	-	-	-	98	1.00	98	1.00	88	1.03

カイロ会議の目標の進捗

ジェンダー、人権及び人的資源

国・領域・その他の地域	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-19歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12カ月間に おける 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する 権利に ついての 意思決定 (%)	初等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 初等教育	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
セーシェル	68	-	-	-	-	98	1.05	99	-	82	1.16
シエラレオネ	101	30	64	29	40	99	1.03	51	0.99	35	0.93
シンガポール	3	-	-	-	-	100	1.00	99	0.99	100	-
セント・マーチン	-	-	-	-	-	97	1.07	-	-	-	-
スロバキア	27	-	-	8 ^c	-	96	1.00	95	1.00	89	1.00
スロベニア	4	-	-	2 ^c	-	100	1.00	98	1.01	98	1.01
ソロモン諸島	78	21	-	42	-	96	1.01	-	-	-	-
ソマリア	123	45	97	-	-	-	-	-	-	-	-
南アフリカ共和国	41	4	-	11	65	89	1.02	86	1.03	79	1.02
南スーダン	158	52	-	-	-	38	0.77	44	0.72	36	0.65
スペイン	7	-	-	2 ^c	-	97	1.00	100	1.00	98	1.01
スリランカ	21	10	-	6 ^a	-	99	0.99	100	1.00	84	1.06
スーダン	87	34	82	-	-	62	0.98	45	0.88	43	0.96
スリナム	57	36	-	-	-	88	1.04	85	1.09	62	1.15
スウェーデン	5	-	-	6 ^c	-	100	1.00	100	1.01	99	0.99
スイス	2	-	-	-	-	100	1.00	99	0.99	82	0.96
シリア	54	13	-	-	-	72	0.98	62	0.97	34	1.00
タジキスタン	54	9	-	19	33	99	0.99	94	0.94	61	0.74
タンザニア	139	31	5	30	47	87	1.04	-	-	14	0.76
タイ	38	23	-	-	-	-	-	-	-	79	1.00
東ティモール	42	15	-	35	40	95	1.04	90	1.04	76	1.07
トーゴ	89	25	1	13	30	97	0.98	79	0.85	43	0.64
トンガ	30	6	-	19	-	99	1.02	95	1.02	62	1.17
トリニダード・トバゴ	38	11	-	7	-	99	0.99	-	-	-	-
チュニジア	4	2	-	-	-	99	1.02	-	-	-	-
トルコ	21	15	-	11	-	95	0.99	94	0.99	83	0.99
トルクメニスタン	28	6	-	-	-	-	-	92	0.98	83	0.99
タークス・カイコス諸島	15	-	-	-	-	99	1.03	80	1.06	68	0.90
ツバル	27	10	-	25	-	85	0.96	71	0.92	50	1.57
ウガンダ	132	34	0.1	30	62	96	1.03	-	-	-	-
ウクライナ	19	9	-	10	81	92	1.02	96	1.01	94	1.03
アラブ首長国連邦	5	-	-	-	-	99	0.97	99	0.99	88	0.86
英国	12	-	-	6 ^c	-	99	1.00	100	1.00	96	1.01
米国	19	-	-	-	-	99	1.00	100	1.02	96	1.00
米領バージン諸島	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	36	25	-	3	-	100	1.00	100	1.01	88	1.08
ウズベキスタン	19	7	-	-	-	99	0.99	99	0.98	86	0.99
バヌアツ	51	21	-	44	-	-	-	-	-	-	-
ベネズエラ	95	-	-	-	-	90	1.00	86	1.02	77	1.12
ベトナム	30	11	-	10	-	99	1.03	-	-	-	-
西サハラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	67	32	16	-	-	84	0.88	72	0.85	44	0.59
ザンビア	135	29	-	25	47	85	1.05	-	-	-	-
ジンバブエ	78	34	-	20	60	100	1.01	98	0.95	52	0.90

ジェンダー、人権及び人的資源

NOTES

- Data not available.
- a Percentage of girls aged 15 to 19 years who are members of the Sande society. Membership in Sande society is a proxy for female genital mutilation.
- b For ever-partnered women aged 18+.
- c For ever-partnered women aged 18 to 49.
- d For ever-partnered women aged 15 to 64.
- e For ever-partnered women aged 15 to 24.
- f For ever-partnered women aged 18 to 50.
- g For ever-partnered women aged 15+.
- 1 On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine "non-member observer State status in the United Nations..."

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

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

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

Female genital mutilation prevalence among girls aged 15–19: Proportion of girls aged 15 to 19 years who have undergone female genital mutilation. (SDG indicator 5.3.2)

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

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: Percentage of women aged 15–49 years who are married (or in union), who make their own decisions in three areas—their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners. (SDG indicator 5.6.1) As this report went to press, updated data for this SDG indicator became available. The updated figures are available at <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

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

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

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

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

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

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

MAIN DATA SOURCES

Adolescent birth rate: United Nations Population Division.

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

Female genital mutilation: prevalence among girls aged 15 to 19: UNFPA.

Intimate partner violence, past 12 months: UNFPA. Regional estimates generated by Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, UNSD, UNODC, and UNFPA).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: UNFPA. As this report went to press, updated data for this SDG indicator became available. The updated figures are available at <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Total net enrolment rate, primary education: UNESCO Institute for Statistics (UIS).

Gender parity index, total net enrolment rate, primary education: UNESCO Institute for Statistics (UIS).

Total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics (UIS).

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

Total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics (UIS).

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

人口指標

	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	年平均 人口増減率 (%)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計出生率	male	female
世界/地域	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	male	female
世界	7,875	1.1	25.3	16.0	23.6	65.1	9.6	2.4	71	75
先進地域	1,276	0.3	16.3	11.0	16.6	64.0	19.7	1.6	77	83
開発途上地域	6,599	1.3	27.0	17.0	25.0	65.4	7.6	2.5	69	74
後発開発途上地域	1,082	2.3	38.5	22.3	31.7	57.8	3.6	3.8	64	68
UNFPA地域										
アラブ諸国	385	1.9	33.8	19.2	27.6	61.0	5.1	3.2	70	74
アジア・太平洋	4,116	0.9	23.4	15.6	23.3	67.9	8.6	2.1	71	75
東ヨーロッパ・中央アジア	251	0.9	23.4	14.4	21.2	66.2	10.5	2.1	71	78
ラテンアメリカ・カリブ海地域	656	1.0	23.7	16.0	24.2	67.2	9.2	2.0	73	79
東・南アフリカ	633	2.6	40.9	23.0	32.3	55.9	3.2	4.2	62	67
西・中央アフリカ	471	2.7	42.9	23.3	32.3	54.3	2.8	4.9	57	60
国・領域・その他の地域	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	male	female
アフガニスタン	39.8	2.5	41.2	25.0	35.2	56.1	2.7	4.0	64	67
アルバニア	2.9	-0.1	17.1	12.2	19.8	67.7	15.2	1.6	77	80
アルジェリア	44.6	2.0	30.9	15.8	22.3	62.2	6.9	2.9	76	79
アンゴラ	33.9	3.3	46.2	24.1	32.9	51.6	2.2	5.3	59	65
アンティグア・バーブーダ島	0.1	0.9	21.7	14.0	21.6	68.6	9.7	2.0	76	78
アルゼンチン	45.6	1.0	24.3	15.7	23.3	64.2	11.5	2.2	74	80
アルメニア	3.0	0.3	20.8	12.7	18.4	66.9	12.3	1.8	72	79
アルバ	0.1	0.5	17.3	12.8	19.8	67.5	15.1	1.9	74	79
オーストラリア	25.8	1.3	19.3	12.4	18.5	64.2	16.5	1.8	82	86
オーストリア	9.0	0.7	14.5	9.6	15.1	66.1	19.5	1.6	80	84
アゼルバイジャン	10.2	1.0	23.4	13.4	20.2	69.5	7.1	2.0	71	76
バハマ	0.4	1.0	21.3	15.9	24.3	70.7	8.0	1.7	72	76
バーレーン	1.7	4.3	18.0	11.1	17.0	79.1	2.9	1.9	77	79
バングラデシュ	166.3	1.1	26.3	18.3	27.5	68.4	5.3	2.0	71	75
バルバドス	0.3	0.1	16.6	12.5	19.0	66.3	17.2	1.6	78	81
ベラルーシ	9.4	0.0	17.3	10.2	14.5	66.6	16.1	1.7	70	80
ベルギー	11.6	0.5	17.0	11.4	17.0	63.5	19.6	1.7	80	84
ベリーズ	0.4	1.9	28.8	19.2	29.0	66.1	5.2	2.2	72	78
ベナン	12.5	2.7	41.7	22.9	32.1	55.0	3.3	4.6	61	64
ブータン	0.8	1.2	24.6	17.2	26.6	69.1	6.3	1.9	72	73
ボリビア	11.8	1.4	29.8	19.5	28.6	62.6	7.6	2.6	69	75
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.3	-0.9	14.3	10.5	17.0	67.2	18.5	1.2	75	80
ボツワナ	2.4	2.1	33.0	20.1	28.7	62.3	4.7	2.8	67	73
ブラジル	214.0	0.8	20.5	14.4	22.3	69.6	9.9	1.7	73	80
ブルネイ	0.4	1.1	21.9	14.7	22.7	72.1	6.0	1.8	75	77
ブルガリア	6.9	-0.7	14.7	10.1	14.3	63.6	21.7	1.6	72	79
ブルキナファソ	21.5	2.9	44.1	24.1	33.3	53.5	2.4	5.0	62	63
ブルンジ	12.3	3.1	45.1	23.1	31.8	52.5	2.5	5.2	60	64
カンボジア	16.9	1.5	30.7	18.5	27.4	64.3	5.0	2.4	68	72
カメルーン	27.2	2.6	41.8	23.3	32.4	55.5	2.7	4.4	59	61
カナダ	38.1	0.9	15.8	10.5	16.6	65.7	18.6	1.5	81	85
カーボベルデ	0.6	1.2	27.7	17.7	25.8	67.4	4.9	2.2	70	77
中央アフリカ共和国	4.9	1.4	43.0	26.1	36.3	54.1	2.8	4.5	52	56
チャド	16.9	3.0	46.2	24.6	33.9	51.3	2.5	5.5	53	56
チリ	19.2	1.2	19.0	13.0	20.1	68.3	12.7	1.6	78	83

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	年平均 人口増減率 (%)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計出生率	male	female
中国 ⁴	1,444.2	0.5	17.6	7.4	17.5	70.0	12.4	1.7	75	80
中国(香港) ⁵	7.6	0.8	13.0	11.6	12.1	68.1	18.9	1.4	82	88
中国(マカオ) ⁶	0.7	1.5	14.6	7.4	12.5	72.6	12.7	1.3	82	87
コロンビア	51.3	1.4	21.9	15.6	24.1	68.7	9.4	1.8	75	80
コモロ	0.9	2.2	38.7	22.0	31.1	58.1	3.2	4.0	63	67
コンゴ民主共和国	92.4	3.2	45.6	23.6	32.2	51.4	3.0	5.6	60	63
コンゴ共和国	5.7	2.6	41.0	23.0	31.7	56.2	2.8	4.3	63	67
コスタリカ	5.1	1.0	20.6	13.9	21.6	68.8	10.6	1.7	78	83
コートジボワール	27.1	2.5	41.4	23.0	32.6	55.7	2.9	4.5	57	60
クロアチア	4.1	-0.6	14.5	10.0	15.6	63.9	21.7	1.4	76	82
キューバ	11.3	0.0	15.7	10.9	17.0	68.1	16.2	1.6	77	81
キュラソー ¹	0.2	0.5	17.8	13.0	19.0	64.0	18.2	1.7	76	82
キプロス ⁷	1.2	0.8	16.5	11.7	19.1	68.8	14.7	1.3	79	83
チェコ	10.7	0.2	15.8	10.1	14.4	63.8	20.4	1.7	77	82
デンマーク ⁸	5.8	0.4	16.3	11.6	17.9	63.4	20.3	1.8	79	83
ジブチ	1.0	1.6	28.6	18.0	27.0	66.6	4.8	2.6	66	70
ドミニカ	0.1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	11.0	1.1	27.2	17.7	26.2	65.1	7.8	2.3	71	78
エクアドル	17.9	1.7	27.2	17.4	26.2	65.0	7.8	2.4	75	80
エジプト	104.3	2.0	33.8	18.2	26.3	60.7	5.4	3.2	70	75
エルサルバドル	6.5	0.5	26.3	17.6	27.1	64.9	8.8	2.0	69	78
赤道ギニア	1.4	3.7	36.8	19.4	29.2	60.8	2.4	4.3	58	61
エリトリア	3.6	1.2	40.7	24.5	32.6	54.8	4.5	3.9	65	69
エストニア	1.3	0.2	16.5	10.7	14.9	62.8	20.8	1.6	75	83
エスワティニ	1.2	1.0	37.0	23.7	33.4	59.0	4.0	2.9	57	66
エチオピア	117.9	2.6	39.6	23.1	33.3	56.9	3.6	4.0	65	69
フィジー	0.9	0.6	28.9	17.7	25.6	65.1	6.0	2.7	66	70
フィンランド ⁹	5.5	0.2	15.6	11.0	16.6	61.4	23.0	1.4	80	85
フランス ¹⁰	65.4	0.3	17.5	12.1	17.8	61.4	21.1	1.8	80	86
仏領ギアナ ¹¹	0.3	2.7	31.7	19.0	27.6	62.5	5.8	3.2	77	83
仏領ポリネシア ¹¹	0.3	0.6	22.0	15.5	23.1	68.6	9.4	1.9	76	80
ガボン	2.3	2.7	37.4	19.2	27.1	59.1	3.5	3.8	65	69
ガンビア	2.5	2.9	43.8	23.1	32.4	53.7	2.5	5.0	61	64
ジョージア ¹²	4.0	-0.2	20.3	12.1	17.8	64.2	15.6	2.0	70	78
ドイツ	83.9	0.5	14.0	9.4	14.8	64.0	22.0	1.6	79	84
ガーナ	31.7	2.2	36.9	21.3	30.4	59.9	3.2	3.7	63	66
ギリシャ	10.4	-0.4	13.4	10.2	15.3	63.9	22.6	1.3	80	85
グレナダ	0.1	0.5	23.8	14.4	21.8	66.2	10.0	2.0	70	75
グアドループ ¹¹	0.4	0.0	18.2	14.2	21.5	61.9	19.9	2.1	79	86
グアム ¹³	0.2	0.8	23.6	15.8	24.0	65.5	10.9	2.3	77	84
グアテマラ	18.2	1.9	32.9	21.2	31.3	62.0	5.1	2.7	72	78
ギニア	13.5	2.8	42.7	24.2	34.1	54.3	3.0	4.5	61	63
ギニアビサウ	2.0	2.5	41.7	22.9	32.1	55.4	2.9	4.3	57	61
ガイアナ	0.8	0.5	27.5	18.1	27.8	65.2	7.3	2.4	67	73
ハイチ	11.5	1.3	32.1	20.4	29.7	62.6	5.3	2.8	62	67
ホンジュラス	10.1	1.7	30.1	20.4	30.6	64.8	5.1	2.4	73	78
ハンガリー	9.6	-0.2	14.5	10.0	15.2	65.0	20.6	1.5	74	81
アイスランド	0.3	0.7	19.2	13.2	19.5	64.8	16.1	1.7	82	85

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	年平均 人口増減率 (%)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計出生率	male	female
	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021		
インド	1,393.4	1.0	25.8	18.0	26.9	67.4	6.8	2.2	69	71
インドネシア	276.4	1.1	25.6	16.8	25.1	67.9	6.5	2.2	70	74
イラン	85.0	1.4	24.8	14.1	20.5	68.4	6.8	2.1	76	78
イラク	41.2	2.5	37.3	21.6	31.1	59.2	3.5	3.5	69	73
アイルランド	5.0	1.2	20.5	13.8	19.7	64.6	14.9	1.8	81	84
イスラエル	8.8	1.6	27.7	16.3	23.6	59.7	12.6	3.0	82	85
イタリア	60.4	0.0	12.8	9.5	14.4	63.6	23.6	1.3	82	86
ジャマイカ	3.0	0.5	23.1	15.5	24.1	67.6	9.3	1.9	73	76
日本	126.1	-0.2	12.3	8.9	13.6	59.0	28.7	1.4	82	88
ヨルダン	10.3	1.9	32.1	21.3	30.5	63.9	4.0	2.6	73	77
カザフスタン	19.0	1.3	29.2	15.2	20.8	62.7	8.2	2.7	70	78
ケニア	55.0	2.3	38.0	23.6	33.4	59.4	2.6	3.3	65	70
キリバス	0.1	1.5	35.8	20.0	28.8	59.8	4.3	3.5	65	73
北朝鮮	25.9	0.5	19.8	13.6	21.0	70.6	9.6	1.9	69	76
韓国	51.3	0.2	12.3	9.1	15.1	71.2	16.6	1.1	80	86
クウェート	4.3	2.1	21.1	13.1	18.5	75.5	3.4	2.1	75	77
キルギス	6.6	1.8	32.6	17.3	24.9	62.5	4.9	2.9	68	76
ラオス	7.4	1.5	31.6	20.0	29.3	64.0	4.4	2.5	67	70
ラトビア	1.9	-1.1	16.8	10.2	13.7	62.2	21.0	1.7	71	80
レバノン	6.8	0.9	24.5	16.3	24.8	67.6	7.9	2.0	77	81
レソト	2.2	0.8	32.1	19.7	29.1	62.8	5.0	3.0	52	59
リベリア	5.2	2.5	40.0	23.2	32.4	56.6	3.4	4.1	63	66
リビア	7.0	1.4	27.4	17.4	25.2	68.0	4.6	2.1	70	76
リトアニア	2.7	-1.5	15.6	9.0	13.7	63.3	21.1	1.7	71	82
ルクセンブルク	0.6	2.0	15.6	10.5	16.8	69.8	14.6	1.4	81	85
マダガスカル	28.4	2.7	39.8	22.7	32.4	57.0	3.2	3.9	66	69
マラウイ	19.6	2.7	42.5	24.7	34.4	54.8	2.7	4.0	62	68
マレーシア ¹⁴	32.8	1.3	23.3	15.5	24.1	69.3	7.4	1.9	75	79
モルディブ	0.5	3.4	19.8	11.3	19.3	76.4	3.8	1.8	78	81
マリ	20.9	3.0	46.7	24.8	33.7	50.8	2.5	5.6	59	61
マルタ	0.4	0.4	14.4	9.3	14.7	63.8	21.8	1.5	81	85
マルチネーク ¹¹	0.4	-0.2	15.5	12.2	18.8	62.2	22.3	1.8	80	86
モーリタニア	4.8	2.8	39.5	21.7	30.6	57.3	3.2	4.4	64	67
モーリシャス ¹⁵	1.3	0.2	16.4	13.4	20.7	70.6	13.0	1.4	72	79
メキシコ	130.3	1.1	25.5	17.2	25.6	66.7	7.8	2.1	72	78
ミクロネシア	0.1	1.1	31.0	19.9	29.8	64.4	4.6	2.9	66	70
モルドバ ¹⁶	4.0	-0.2	15.8	10.5	16.2	71.2	13.0	1.3	68	76
モンゴル	3.3	1.8	31.2	15.8	22.4	64.3	4.5	2.8	66	75
モンテネグロ	0.6	0.0	18.0	12.4	18.9	65.9	16.2	1.7	75	80
モロッコ	37.3	1.3	26.5	16.5	24.2	65.6	7.9	2.3	76	78
モザンビーク	32.2	2.9	43.8	24.2	33.6	53.3	2.9	4.6	59	65
ミャンマー	54.8	0.6	25.1	17.9	26.7	68.4	6.5	2.1	64	71
ナミビア	2.6	1.9	36.7	20.8	30.2	59.7	3.6	3.2	61	67
ネパール	29.7	1.5	28.1	20.3	31.2	66.0	5.9	1.8	70	73
オランダ ¹⁷	17.2	0.2	15.5	11.3	17.2	64.0	20.5	1.7	81	84
ニューカレドニア ¹¹	0.3	1.0	21.7	15.0	23.2	68.3	10.0	1.9	75	81
ニュージーランド ¹⁸	4.9	0.9	19.3	13.0	19.5	64.0	16.7	1.9	81	84

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	年平均 人口増減率 (%)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計出生率	male	female
ニカラグア	6.7	1.3	29.1	18.6	27.3	65.0	5.9	2.3	71	78
ニジェール	25.1	3.8	49.5	24.4	33.1	47.9	2.6	6.6	62	64
ナイジェリア	211.4	2.6	43.3	23.2	32.0	53.9	2.8	5.2	54	56
北マケドニア	2.1	0.0	16.2	11.1	17.2	68.9	14.9	1.5	74	78
ノルウェー ¹⁹	5.5	0.8	17.1	11.9	18.3	65.1	17.8	1.7	81	85
オマーン	5.2	3.6	22.9	11.1	17.1	74.5	2.6	2.7	77	81
パキスタン	225.2	2.0	34.6	20.4	29.7	61.0	4.4	3.3	67	69
パレスチナ自治政府 ²⁰	5.2	2.4	38.0	21.8	31.4	58.8	3.3	3.4	73	76
パナマ	4.4	1.7	26.2	16.7	24.8	65.0	8.8	2.4	76	82
バブアニューギニア	9.1	2.0	34.8	21.3	30.7	61.5	3.7	3.4	64	66
パラグアイ	7.2	1.3	28.6	18.5	27.8	64.4	7.0	2.4	72	77
ペルー	33.4	1.6	24.7	15.5	23.1	66.4	9.0	2.2	75	80
フィリピン	111.0	1.4	29.5	19.4	28.6	64.7	5.7	2.5	68	76
ポーランド	37.8	-0.1	15.2	9.9	14.9	65.4	19.4	1.5	75	83
ポルトガル	10.2	-0.3	12.9	9.9	15.2	64.0	23.1	1.3	79	85
プエルトリコ ¹³	2.8	-3.3	14.9	14.1	19.4	63.9	21.3	1.2	77	84
カタール	2.9	2.3	13.7	8.4	16.5	84.5	1.9	1.8	79	82
レユニオン ¹¹	0.9	0.7	22.0	15.3	22.6	64.8	13.2	2.2	78	84
ルーマニア	19.1	-0.7	15.5	10.8	16.1	64.9	19.7	1.6	73	80
ロシア	145.9	0.1	18.5	10.8	15.3	65.5	16.0	1.8	67	78
ルワンダ	13.3	2.6	39.2	22.3	31.5	57.5	3.2	3.9	67	72
セントクリストファー・ネイビス	0.1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	0.2	0.5	17.7	12.8	21.2	71.7	10.6	1.4	75	78
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	0.1	0.3	21.6	15.4	23.8	68.3	10.2	1.8	71	75
サモア	0.2	0.5	37.1	21.2	29.5	57.7	5.2	3.7	72	76
サンマリノ	0.0	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	0.2	1.9	41.3	24.7	33.5	55.6	3.1	4.2	68	73
サウジアラビア	35.3	1.9	24.5	14.2	20.8	71.8	3.6	2.2	74	77
セネガル	17.2	2.8	42.3	23.2	32.3	54.6	3.1	4.4	66	70
セルビア ²¹	8.7	-0.3	15.2	11.3	17.3	65.4	19.4	1.4	74	79
セーシェル	0.1	0.7	23.7	14.3	20.6	67.9	8.4	2.4	70	78
シエラレオネ	8.1	2.1	40.0	23.4	32.8	57.1	2.9	4.0	55	56
シンガポール	5.9	0.9	12.4	8.4	14.8	73.3	14.3	1.2	82	86
セント・マーチン ¹	0.0	1.4	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	5.5	0.1	15.6	10.1	15.2	67.2	17.2	1.5	74	81
スロベニア	2.1	0.1	15.1	9.6	14.2	63.6	21.3	1.6	79	84
ソロモン諸島	0.7	2.6	39.9	21.7	30.6	56.4	3.7	4.3	72	75
ソマリア	16.4	2.8	46.0	24.6	34.3	51.1	2.9	5.8	56	60
南アフリカ共和国	60.0	1.4	28.6	17.7	25.8	65.8	5.6	2.3	61	68
南スーダン	11.4	0.9	41.1	23.0	32.5	55.6	3.4	4.5	57	60
スペイン ²²	46.7	0.0	14.2	10.2	15.0	65.5	20.3	1.4	81	86
スリランカ	21.5	0.5	23.4	15.8	22.7	64.9	11.6	2.2	74	81
スーダン	44.9	2.4	39.5	23.0	32.5	56.8	3.7	4.2	64	68
スリナム	0.6	1.0	26.4	17.3	25.6	66.3	7.3	2.3	69	75
スウェーデン	10.2	0.7	17.7	11.3	16.5	61.9	20.5	1.8	81	85
スイス	8.7	0.8	15.0	9.7	15.1	65.6	19.4	1.6	82	86
シリア	18.3	-0.6	30.7	18.3	27.1	64.4	4.9	2.7	71	79
タジキスタン	9.7	2.4	37.4	19.0	27.4	59.3	3.3	3.5	69	74

人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	年平均 人口増減率 (%)	0-14歳 人口の割合 (%)	10-19歳 人口の割合 (%)	10-24歳 人口の割合 (%)	15-64歳 人口の割合 (%)	65歳以上 人口の割合 (%)	女性 1人当たりの 合計出生率	male	female
タンザニア ²³	61.5	3.0	43.3	23.6	32.5	54.0	2.7	4.7	64	68
タイ	70.0	0.3	16.3	12.0	18.7	70.2	13.5	1.5	74	81
東ティモール	1.3	1.9	36.6	22.8	32.7	59.1	4.3	3.8	68	72
トーゴ	8.5	2.5	40.3	23.1	32.2	56.8	2.9	4.1	61	63
トンガ	0.1	1.0	34.4	22.1	31.5	59.7	6.0	3.4	69	73
トリニダード・トバゴ	1.4	0.4	19.8	13.4	19.4	68.3	11.9	1.7	71	76
チュニジア	11.9	1.1	24.2	14.0	20.8	66.6	9.2	2.1	75	79
トルコ	85.0	1.4	23.6	15.9	23.9	67.1	9.3	2.0	75	81
トルクメニスタン	6.1	1.6	30.6	17.0	24.5	64.4	5.0	2.7	65	72
タークス・カイコス諸島	0.0	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	0.0	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	47.1	3.6	45.5	25.0	34.6	52.4	2.0	4.6	62	66
ウクライナ ²⁴	43.5	-0.5	15.9	10.3	15.1	66.8	17.3	1.4	67	77
アラブ首長国連邦	10.0	1.3	14.9	9.1	16.5	83.7	1.4	1.4	78	80
英国 ²⁵	68.2	0.6	17.6	11.4	17.3	63.5	18.8	1.7	80	83
米国 ²⁶	332.9	0.6	18.2	12.7	19.4	64.7	17.0	1.8	76	82
米領バージン諸島 ¹³	0.1	-0.1	18.9	13.4	19.6	59.9	21.1	2.0	78	83
ウルグアイ	3.5	0.4	20.2	13.6	20.9	64.5	15.3	1.9	74	82
ウズベキスタン	33.9	1.6	28.7	16.4	24.4	66.2	5.0	2.4	70	74
バヌアツ	0.3	2.5	38.2	21.9	30.3	58.2	3.6	3.7	69	72
ベネズエラ	28.7	-1.1	26.5	18.2	25.9	65.3	8.2	2.2	68	76
ベトナム	98.2	1.0	23.2	14.0	20.7	68.6	8.2	2.0	72	80
西サハラ	0.6	2.5	26.9	16.5	24.8	69.5	3.6	2.3	69	73
イエメン	30.5	2.4	38.4	22.6	32.2	58.6	3.0	3.5	65	68
ザンビア	18.9	2.9	43.6	24.7	34.3	54.3	2.2	4.4	61	68
ジンバブエ	15.1	1.5	41.3	24.2	33.6	55.6	3.1	3.4	60	63

NOTES

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

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

- Total population:** Estimated size of national populations at mid-year.
- Average annual rate of population change:** Average exponential rate of growth of the population over a given period, based on a medium variant projection.
- Population aged 0–14, per cent:** Proportion of the population between age 0 and age 14.
- Population aged 10–19, per cent:** Proportion of the population between age 10 and age 19.
- Population aged 10–24, per cent:** Proportion of the population between age 10 and age 24.
- Population aged 15–64, per cent:** Proportion of the population between age 15 and age 64.
- Population aged 65 and older, per cent:** Proportion of the population aged 65 and older.
- Total fertility rate:** Number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.
- Life expectancy at birth:** Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

MAIN DATA SOURCES

- Total population:** United Nations Population Division.
- Average annual rate of population change:** United Nations Population Division.
- Population aged 0–14, per cent:** UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division.
- Population aged 10–19, per cent:** UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division.
- Population aged 10–24, per cent:** UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division.
- Population aged 15–64, per cent:** UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division.
- Population aged 65 and older, per cent:** UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division.
- Total fertility rate:** United Nations Population Division.
- Life expectancy at birth:** United Nations Population Division.

The statistical tables in the *State of World Population 2021* include indicators that track progress toward the goals of the Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) and the Sustainable Development Goals (SDGs) in the areas of maternal health, access to education and reproductive and sexual health. In addition, these tables include a variety of demographic indicators. The statistical tables support UNFPA's focus on progress and results towards delivering a world where every pregnancy is wanted, every birth is safe and every young person's potential is fulfilled.

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

The statistical tables draw on nationally representative household surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), United Nations organizations estimates and inter-agency estimates. They also include the latest population estimates and projections from *World Population Prospects: The 2019 Revision*, and *Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020* (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division). Data are accompanied by definitions, sources and notes. The statistical tables in the *State of World Population 2021* generally reflect information available as of January 2021.

Tracking Progress Towards ICPD Goals

Sexual and Reproductive Health

Maternal mortality ratio (MMR), (deaths per 100,000 live births) and range of MMR uncertainty (UI 80%), lower and upper estimates (2017).

Source: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG). This indicator presents the number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period (SDG indicator 3.1.1). The estimates are produced by the MMEIG using data from vital registration systems, household surveys and population censuses. UNFPA, WHO, the World Bank, UNICEF and the United Nations Population Division are members of the MMEIG. Estimates and methodologies are reviewed regularly by the MMEIG and other agencies and academic institutions and are revised where necessary, as part of the ongoing process of improving maternal mortality data. Estimates should not be compared with previous inter-agency estimates.

Births attended by skilled health personnel, per cent (2014–2019).

Source: Joint global database on skilled attendance at birth, 2020, UNICEF and WHO. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from the joint global database. Percentage of births attended by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) is the percentage of deliveries attended by health personnel trained in providing life-saving obstetric care, including giving the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the post-partum period; conducting deliveries on their own; and caring for newborns (SDG indicator 3.1.2). Traditional birth attendants, even if they receive a short training course, are not included.

Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population (2018).

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

Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, any method (2021).

Source: United Nations Population Division. Percentage of women aged 15 to 49 who are currently using any method of contraception. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Survey data estimate the proportion of all women of reproductive age, and married women (including women in consensual unions), currently using any method of contraception.

Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, modern methods (2021).

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

Unmet need for family planning, women aged 15–49 (2021).

Source: United Nations Population Division. Percentage of women aged 15 to 49 who want to stop or delay childbearing but are not using a method of contraception. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Women who are using a traditional method of contraception are not considered as having an unmet need for family planning. All women or all married and in-union women are assumed to be sexually active and at risk of pregnancy. The assumption of universal exposure among all women or all married or in-union women may lead to lower estimates compared to the actual risks among the exposed. It might be possible, in particular at low levels of contraceptive prevalence, that when contraceptive prevalence increases, unmet need for family planning also increases. Both indicators, therefore, need to be interpreted together.

Proportion of demand for family planning satisfied by any modern methods, women aged 15–49 (2021).

Source: United Nations Population Division. Percentage of total demand for family planning among women aged 15 to 49 that is satisfied by the use of modern contraception (SDG indicator 3.7.1). Modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning. Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education (2019).

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

Gender, Rights and Human Capital

Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19 (2003–2018).

Source: United Nations Population Division. Number of births per 1,000 adolescent girls aged 15 to 19 years (SDG indicator 3.7.2). The adolescent birth rate represents the risk of childbearing among adolescent women aged 15 to 19 years. For civil registration, rates are subject to limitations which depend on the completeness of birth registration, the treatment of infants born alive but which die before registration or within the first 24 hours of life, the quality of the reported information relating to the age of the mother and the inclusion of births from previous periods. The population estimates may suffer from limitations connected to age misreporting and coverage. For survey and census data, both the numerator and denominator come from the same population. The main limitations concern age misreporting, birth omissions, misreporting the date of birth of the child and sampling variability in the case of surveys.

Child marriage by age 18, per cent (2005–2019).

Source: UNICEF. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF. Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before the age of 18 (SDG indicator 5.3.1).

Female genital mutilation prevalence among girls aged 15–19, per cent (2004–2018).

Source: UNFPA. Proportion of girls aged 15 to 19 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

Intimate partner violence, past 12 months, per cent (2000–2019).

Source: UNFPA. Regional and global estimates generated by Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, UNSD, UNODC and UNFPA). Percentage of ever-partnered women and girls aged 15 to 49 who have experienced physical and/or sexual partner violence in the previous 12 months (SDG indicator 5.2.1).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent (2007–2018).

Source: UNFPA. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in union), who make their own decisions on three areas—their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1). As this report went to press, updated data for this SDG indicator became available. The updated figures are available at <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Total net enrolment rate, primary education, per cent (2010–2020).

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

Gender parity index, total net enrolment rate, primary education (2010–2020).

Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Ratio of female to male values of total net enrolment rate for primary education.

Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent (2010–2019).

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

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education (2010–2019).

Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent (2009–2019).

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

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education (2009–2019).

Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

Demographic indicators

Population

Total population in millions (2021).

Source: United Nations Population Division. Estimated size of national populations at mid-year.

Population change

Average annual rate of population change, per cent (2015–2020).

Source: United Nations Population Division. Average exponential rate of growth of the population over a given period, based on a medium variant projection.

Population composition

Population aged 0–14, per cent (2021).

Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division. Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent (2021).

Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division. Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent (2021).

Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division. Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent (2021).

Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division. Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent (2021).

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

Fertility**Total fertility rate, per woman (2021).**

Source: United Nations Population Division. Number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.

Life expectancy**Life expectancy at birth, years (2021).**

Source: United Nations Population Division. Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

Regional classifications

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

Arab States Region

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

Asia and the Pacific Region

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

Eastern Europe and Central Asia Region

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

East and Southern Africa Region

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

Latin America and the Caribbean Region

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

West and Central Africa Region

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

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

Less developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising all UNPD regions of Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

The least developed countries, as defined by the United Nations General Assembly in its resolutions (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 and 68/18) included 47 countries (as of December 2018): 33 in Africa, 9 in Asia, 4 in Oceania and 1 in Latin America and the Caribbean—Afghanistan; Angola; Bangladesh; Benin; Bhutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodia; Central African Republic; Chad; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Djibouti; Eritrea; Ethiopia; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Haiti; Kiribati; Lao People's Democratic Republic; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Niger; Rwanda; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Solomon Islands; Somalia; South Sudan; Sudan; Tanzania, United Republic of; Timor-Leste, Democratic Republic of; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia. These countries are also included in the less developed regions. Further information is available at <http://unohrlls.org/about-ldcs/>.

からだの自己決定権／尊厳	
からだの自己決定 (権) Bodily autonomy	自身のからだについて、暴力を恐れず、他の誰かに決められることなく、自分で選べる力と主体性を持つこと (その権利)
からだの尊厳 Bodily Integrity	他者が侵害してはならない、からだの完全性 Integrityは、完全性や整合性、または高潔、品位などを意味する。
SDGs・国際会議関連	
SDGs	2015年9月の国連本部で開催された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」のための国連サミットで採択された「Sustainable Development Goals (持続可能な開発目標)」の略称。2030アジェンダの策定に伴って設定された、国連加盟193か国が2016年から2030年の15年間で達成するために掲げた目標。 持続可能な開発目標 (SDGs) とは (国連広報センターHP)
2030アジェンダ	2000年の国連ミレニアム・サミットで策定されたミレニアム開発目標 (MDGs) が2015年で終了することを受け、MDGsの残された課題や新たに顕在化した課題に対応すべく、国連が2016年から2030年までの15年間について新たに策定した持続可能な開発の指針。その具体的な目標として、持続可能な開発目標 (SDGs) が掲げられた。
SDGs 目標5	「ジェンダー平等を実現しよう」
ターゲット5.6	国際人口開発会議 (ICPD) の行動計画及び北京行動綱領、並びにこれらの検証会議の成果文書に従い、性と生殖に関する健康及び権利への普遍的アクセスを確保する。
グローバル指標5.6.1	性的関係、避妊、生殖に関するヘルスケアについて、自分で意思決定を行うことのできる15歳～49歳の女性の割合
グローバル指標5.6.2	15歳以上の女性及び男性が平等に、性と生殖に関するヘルスケアや情報そして教育を享受できることを保障する法令を持つ国の数
国際人口開発会議 (ICPD)	1994年、エジプトのカイロで開催された国際会議。179か国の代表が出席し、性と生殖に関する健康/権利 (リプロダクティブ・ヘルス/ライツ) の向上が今後の人口政策の大きな柱となるべきことが合意された。このため、人口政策の焦点がそれまでの国レベル (マクロ) から個人レベル (ミクロ)、特に女性に大きくシフトした。また、人口問題と開発問題が密接に関連し、相互に影響しあうという考え方が国際的な共通認識となった。
ICPD行動計画	国際人口開発会議 (ICPD) で採択された行動計画。各国がその後20年間、人口問題対策を進める上での方針を定めている。
北京会議	1995年に北京で開催された第4回世界女性会議。ジェンダー平等と女性のエンパワーメント促進に向けて各国政府が取り組むことを表明する「北京宣言」と、各国政府、国際機関、NGO等が取り組むべき12の重大領域を定めた「北京行動綱領」が採択され、各国の女性政策の推進を後押しした。
平等を目指す 全ての世代のための フォーラム	北京会議から25周年を記念して開催されたジェンダー平等のためのグローバルフォーラム。UN Womenが召集し、北京会議からの進展と2030年までの課題を示した。運営には、若者や市民社会が中心的に参加した。
「Generation Equality 平等を目指す全ての世代」 キャンペーン/「平等を目指す 全ての世代」キャンペーン	北京会議から25周年を記念するキャンペーン。年齢や国籍、ジェンダーに関わらず、世代を超えて全ての人々が手を取りあい、あらゆる方面で平等な社会を実現していくことを目的とする。

●本文に戻る際には、左側に表示される目次(しおり)をご利用ください。

<p>アクション・コアリション (行動を起こす連合体)</p>	<p>「Generation Equality Forum (平等を目指す全ての世代のためのフォーラム)」の際に発足した、政府、市民社会、国際機関、民間企業による以下の6つのテーマに取り組む分野横断型パートナーシップのこと。ジェンダー平等の実現のために、資金調達や法改革、教育を含む分野横断的な課題に取り組んでいる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ジェンダーに基づく暴力 2. 経済的公平性と権利 3. 身体の自律性及び性と生殖に関する健康と権利 (SRHR) 4. 気候変動にかかわる正義のための女性の行動 5. ジェンダー平等のための技術と革新 6. ジェンダー平等を目指す活動とリーダーシップ
<p>その他</p>	
<p>エンパワーメント</p>	<p>社会的弱者が自分で力をつけること、またその過程を他者が側面支援することを指す。</p>
<p>救命医薬品と必需品</p>	<p>妊婦の健康のための物資</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 オキシトシン — 分娩後出血 (PPH) 2 ミソプロストール — 分娩後出血 3 硫酸マグネシウム — 子癇および重症子癇前症 <p>新生児の健康のための物資</p> <ol style="list-style-type: none"> 4 抗生物質注射剤 — 新生児敗血症 5 出生前コルチコステロイド (ANC) — 早産児呼吸窮迫症候群 6 クロルヘキシジン — 新生児臍帯ケア 7 蘇生用品 — 新生児仮死 <p>子どもの健康のための物資</p> <ol style="list-style-type: none"> 8 アモキシシリン — 肺炎 9 経口補水薬 — 下痢 10 亜鉛 — 下痢 <p>性と生殖に関する健康のための物資</p> <ol style="list-style-type: none"> 11 女性用コンドーム 12 避妊用インプラント — 家族計画/避妊 13 緊急避妊薬 — 家族計画/避妊 <p>出典：WHO (世界保健機関) 第66回世界保健総会 決議 p.10</p>
<p>クォーター制</p>	<p>あるポストや役職において、特定の属性を持つ者に一定の比率を割り当てる仕組み。特に政治においては、議員候補者の一定の割合を、女性と定める制度を指すこともある。</p>
<p>ジェンダー</p>	<p>男女の生物学的性別 (sex) ではなく、社会的価値観などによって規定された社会的性差のこと。開発途上国の開発では、ジェンダーに配慮することでより効果があると考えられている。</p>
<p>ジェンダーに基づく暴力</p>	<p>社会的性差に基づいて、相手の意志を反して害を与える行為を指す包括的用語。女性に対する身体的、性的、心理的暴力や社会的、経済的虐待等を含む。ジェンダーに基づいた暴力は国際機関によって保護されている基本的人権に反する。</p>
<p>女性器切除</p>	<p>女性器切除とは、思春期までの少女の外性器を切り取る (または一部に傷をつける) 慣習で、アフリカ、中東、アジアなどで行われている。貞操、純潔の象徴とされるが、切除により、性交や出産時に痛みや出血を伴うばかりでなく、性感染症や不妊、死亡に至る危険も増加するなどの弊害が指摘されている。また、少女の人権侵害であるとともに、健康面及び精神面で長期的な影響を及ぼす有害な慣習とされている。</p>

●本文に戻る際には、左側に表示される目次(しおり)をご利用ください。

人口保健調査 (DHS)	USAID (米国国際開発庁) や国連機関などが、多くの開発途上国を対象に実施している、人口保健状況に関する全国標本調査
侵襲	病気、怪我だけでなく、手術、医療処置のような、生体を傷つけること全てを指す。
ステルシング	パートナーとの合意に基づかずに、性行為中にコンドームを密かに取り外したり損傷させたりする行為のこと
性自認	自分の性をどのように認識しているのか、どのような性のアイデンティティ (性同一性) を自分の感覚として持っているかを示す概念
性的指向	同じまたは異なる性別・ジェンダー間における恋愛や性愛の持続的パターンであり、異性愛、同性愛、両性愛などがある。
性分化	遺伝子のプログラムのもとで体の性が男女に分かれる過程
性分化疾患	性分化の過程で、染色体や性に関わる器官が非典型的となる状態のこと
セックスワーク	自身の行為・外見・イメージなどを、他人の性的欲望の対象として売る仕事
代理母出産	出産後は生まれた子供を直ちに依頼人に引き渡す契約の下、依頼人 (遺伝的につながりのない夫婦) の受精卵を子宮に入れ出産すること
長期作用型の可逆的避妊方法	インプラントや子宮内避妊器具 (IUD) のように、長期的な効果をもたらすが、元の状態に戻すことができる避妊方法
トランスジェンダー	生物学的な性別が自身の性自認と異なること
ピル	低用量経口避妊薬
フェミニズム	女性解放思想、およびこの思想に基づく社会運動の総称
フェム・ウォッシング	フェミニズムに取り組んでいるように見えて、実態が伴っていない施策やビジネスのことを揶揄する言葉
包括的性教育	ユネスコ (UNESCO)、および国連共同エイズ計画 (UNAIDS)、国連人口基金 (UNFPA)、国連児童基金 (UNICEF)、世界保健機関 (WHO) との共同で発表された「 国際セクシュアリティ教育ガイダンス 」によると、包括的性教育はセクシュアリティの認知的、感情的、身体的、社会的諸側面についての、カリキュラムをベースにした教育と学習のプロセスで、学校などで行われることが進められており、現段階のグローバルスタンダードといえる。
マタニティケア	妊娠・出産・中絶等に関するケア
LGBTI	レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、インターセックスの頭文字を取った、性的マイノリティの総称。クエスチョニング/クィアの頭文字も加えてLGBTIQまたはLGBTIQ+と表記することもある。
HIV	ヒト免疫不全ウイルス (Human Immunodeficiency Virus)。エイズの原因となる。性的接触や血液を通して感染する。産前・出産時・母乳を通して母親から子どもに感染する母子感染も知られている。HIVに感染してからエイズを発症するまでの期間は環境・健康状態などによって異なるが、多くの場合では感染から数年以上経ってから発症する。
WHOの推奨する安全な中絶	WHOが「 安全な中絶 (医療保健システムのための技術および政策の手引) 」において推奨する中絶の方法

●本文に戻る際には、左側に表示される目次(しおり)をご利用ください。

『世界人口白書 2021』日本語抜粋版

監修：阿藤 誠（国立社会保障・人口問題研究所 名誉所長）

制作：

UNFPA 東京事務所

佐藤 摩利子

上野 ふよう

水島 侑香

吉永 英未

UNFPA アジア太平洋地域事務所

森 臨太郎

翻訳協力：

京都大学SRHRライトユニット

荒木 智子

池田 裕美枝

北 奈央子

坂本 晴子

中江 健

吉川 美佳子

『世界人口白書2021』の英語完全版、プレスリリースなど、さらに
詳しい情報は[こちら](#)から

国連人口基金 東京事務所

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-53-70

国連大学ビル 7階

tokyo.office@unfpa.or.jp





国連人口基金
すべての人々に権利と選択を

ISSN 1020-5195
ISBN 978-92-1-129508-5



Sales No. E.21.III.H.2
E/300/2021

 Printed on recycled paper.