UNFPA 世界人口白書 2022

見過ごされてきた危機

意図しない妊娠

State of World Population 2022

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

EDITOR-IN-CHIEF
Ian McFarlane

EDITORIAL TEAM
Senior editor: Rebecca Zerzan
Creative direction: Katie Madonia
Features writer: Janet Jensen
Features editor: Lisa Ratcliffe
Digital edition managers: Katie Madonia, Rebecca Zerzan
Digital edition adviser: Hanno Ranck

SENIOR RESEARCH ADVISER
Dr. Nuriye Ortayli

SENIOR ADVISERS
Daniel Baker, Gilda Sedgh

RESEARCHERS AND WRITERS
Daniel Baker, Sarah Keogh, Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman, Gilda Sedgh, Julie Solo

UNFPA TECHNICAL ADVISERS
Satvika Chalasani, Witness Chirinda, Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo

COMMISSIONED ORIGINAL ARTWORK
Fidel Évora
Original artwork incorporates imagery from multiple photographers. A list of source materials can be found on page 156.

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.

ACKNOWLEDGEMENTS
UNFPA thanks the following people for sharing glimpses of their lives and work for this report: Yajaira Alberto, El Salvador; Dr. Ayse Akin, Turkey; Anisa T. Arab, the Philippines; Theresa Batitis, the Philippines; Norhaifa Bocarie, the Philippines; Martha Brady, United States of America; Rebecca Callahan, United States of America; “Dalila” (not her real name), El Salvador; Sylvia Farmer, Sierra Leone; Dr. Demet Güral, Turkey; Mangenda Kamara, Sierra Leone; Dankay Kanu, Sierra Leone; Gregory Kopf, United States of America; Rahmadina Talusan Malang, the Philippines; Logan Nickels, United States of America; Lucy November, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland; Rahma Samula, the Philippines; Mamusu Sesay, Sierra Leone; Kevin Shane, United States of America; Mukul Sinha, India; Fatmata Sorie, Sierra Leone; Jamanya Square, Sierra Leone; Sittie Nashiban Tabua, the Philippines; Heather Vadhat, United States of America.

Chief of the UNFPA Media and Communications Branch, Selinde Dulckeit, provided invaluable insights to the draft, as did UNFPA Technical Director Dr. Julitta Onabanjo and UNFPA Sexual and Reproductive Health Branch Chief Anneka Knutsson.

UNFPA colleagues and others around the world supported the development of feature stories and other content or provided technical guidance: Agnes Chidanyika, Jens-Hagen Eschenbaecher, Sonia Gilroy, Lourdes Gordolan, Mario Iraheta, Rebecca Moudio, Margarita O’Farrill, Priyanka Pruthi, Alvaro Serrano, John Sesay, Walter Sotomayor, Federico Tobar, Roy Wadia.

Colleagues in the Population and Development Branch of UNFPA provided data in the indicators section of this report, as well as overall technical guidance.

The editors are grateful for the contributions of partners, including researchers at the Guttmacher Institute, particularly Jonathan Bearak and Anna Popinchalk; experts at the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs, in particular Vladimira Kantorova; Stephen Kisambira, Joseph Molitoris and Karoline Schmid; Ann Garbett, postgraduate researcher at the University of Southampton; and experts at Avenir Health, particularly Jessica Williamson. Senior editor Richard Kollodge was instrumental in the development of the report.

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

A NOTE ON TERMINOLOGY
Language is important when we talk about unintended pregnancy. Unintended pregnancies are not the same as unwanted pregnancies, and pregnant individuals are not the same as mothers. Not all individuals who become pregnant are women and girls — transgender men and non-binary people can and do become pregnant (Clements, 2018). They also face serious barriers to non-judgmental sexual and reproductive health care and contraception, increasing their risk of unintended pregnancy. However, the data used in this report overwhelmingly come from surveys and studies that identify participants as women or girls; to broaden the conclusions from those data to include gender-diverse people could result in inaccuracies or even the erasure of concerns specific to sexual minorities. Therefore, this report refers generally to the pregnancy risks facing women and girls, while acknowledging in many places that these same risks are also borne by gender-diverse individuals. Additionally, definitions are included throughout the text to highlight the nuances of terms like “unintended pregnancy”, “unwanted pregnancy”, “unplanned pregnancy” and “unmet need”, how they are commonly used and the limitations of those terms.

UNFPA

すべての人々に権利と選択を

UNFPA 世界人口白書 2022

見過ごされてきた危機

意図しない妊娠

目　次

前書き 4

用語の定義 6

第1章

目の前に潜む危機

PAGE 9

IN FOCUS: 意図しない妊娠とその結果を助長する要因の枠組み 17

第2章

エビデンスが示すのは：意図しない妊娠と開発の停滞との関係性

PAGE 19

IN FOCUS: 思春期の妊娠と選択. . 30

FEATURE: 選択についての幻想: 思春期の妊娠. 34

第3章

全ての女性が直面するリスク：主体性を奪われることが意図しない妊娠を招く

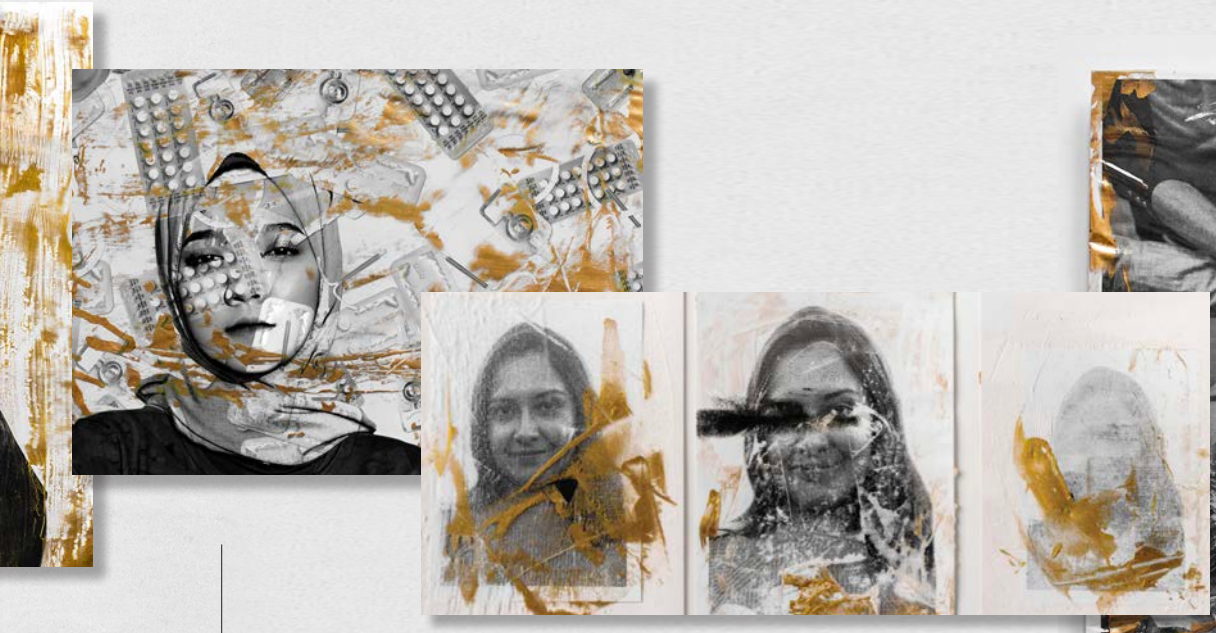
PAGE 37

FEATURE: 暴力、強制、主体性の剥奪 48

FEATURE: 避妊に失敗したとき. . . . 52

IN FOCUS: 避妊具・薬の有効性、副作用、利点. 58

TESTIMONIALS: 質問への回答 . . . 60



第4章

選択を妨げる課題の解明

PAGE 67

FEATURE: 次なる男性用避妊具・薬:なぜこれほど時間がかかるのか . . 70

FEATURE: 変革のための計画 86

IN FOCUS: 女性が意図しない妊娠を避けるためには、どのような法律と政策が効果的か 88

第5章

意図しない妊娠に掛かるコストの解明

PAGE 91

IN FOCUS: 避妊のニーズが満たされていない国とその状況:UNFPAの家族計画プログラムで得られた知見 . . . 102

第6章

2030アジェンダ達成の鍵を握るのは主体性

PAGE 107

指標 119

テクニカル・ノート 138

参考文献 143

「世界人口白書2022」日本語抜粋版は、前書き、第1章、第2章の一部、第6章および指標を収録しています。
英語版と対照しやすいように、ページ番号は英語版に合わせています。

前書き

すべての妊娠が、望まれたものである世界。この目標は、私たち国連人口基金（UNFPA）のミッションを支える中心的な柱となっています。

誰にも、自分のからだに対する自己決定権があります。そして、この権利を行使するうえで、妊娠するかどうか、いつ、誰の子どもを妊娠するかを選択できるということは、おそらく最も基本的な要素と言えるでしょう。

子どもの数と出産間隔を自由に、かつ責任をもって決められるという基本的な人権は、過去50年間、数多くの国際的な人権に関する協定で認められてきました。それと同じ時期に、効果的な近代的避妊具・薬が大幅に入手可能なものとなりました。これは、近年の公衆衛生分野の歴史における最も素晴らしい成果の一つです。それなのに、全体の半数近くの妊娠が意図しない妊娠である理由は何なのでしょうか。

1994年の「国際人口開発会議（ICPD）」の行動計画において、女性のエンパワーメント、完全な平等および自立が、社会と経済の前進に欠かせないことが認められました。現在、これらの目標は「持続可能な開発のための2030アジェンダ」の達成に不可欠な要素とされています。2030アジェンダは、より豊かな未来への鍵を開けるうえで、性と生殖に関する健康（セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス）とジェンダーの平等が果たす役割を明確にするとともに、性的関係や、避妊の実行および生殖に関するヘルスケアについて、女性と思春期の少女が十分な情報に基づく決定を下すことを可能にする主体性に関する具体的な指標を盛り込んでいます。

そのためUNFPAは、女性と少女が生殖に関する権利と選択を行使するために必要な情報とサービスへのアクセス拡大に重点的に取り組んでいます。それはジェンダーの平等を支えるとともに、女性や少女が自らの人生により大きな力を行使し、その潜在能力を十分に発揮することを可能にするからです。

意図しない妊娠には膨大なコストが伴います。それは個人の健康や教育や将来にかかるコストだけでなく、保健医療制度や労働力、社会全体にとってもコストとなるのです。にもかかわらず、全ての人々のからだの自己決定権を確保するために、さらなる取組みが行われていないのは、なぜでしょうか。

本白書は、難しいテーマを取り上げています。それはあまりにも日常的な問題であるからでもあります。自分自身や知人が意図しない妊娠に直面した経験は誰にでもあるでしょう。また、ある人にとっては、それは個人的な危機ともなりますが、ある人にとっては、それは不幸中の幸いとも言える体験となります。

意図しない妊娠は、個人的な問題を超え、社会にその問題の根源があり、しかもグローバルな影響をもたらすものでもあります。したがって、本白書は望まれていない赤ちゃんに関するものでも、嬉しい偶然に関するものでもありません。母親になることに関する報告書でもありません。望まない妊娠の60%以上は中絶に至

る現状からみて、中絶を考察の対象から外すことはできないものの、中絶に関する報告書でもありません。この白書は、そもそも意図しない妊娠そのものを引き起こす状況、すなわち個人やカップルの主体的決定権が根底から損なわれているという状況に関するものであり、また意図しない妊娠が世代を超えて個人や社会に及ぼす様々な影響に関するものでもあります。

本報告書の独自の研究およびパートナー機関から提供された新しいデータが示しているように、恥辱感やスティグマ、恐怖、貧困、ジェンダーの不平等、その他多くの要因のせいで、女性と少女が選択権を行使し、避妊具・薬を求め、入手し、パートナーとの間でコンドームの使用について話し合い、声を上げて、自分たちの夢や願望を追求できる能力が損なわれています。本白書はとりわけ、世界が女性と少女に対し、その生殖能力以外にどのような価値を認めているのかという点につき、挑発的で、時には不快感さえ与えるような問題提起をしています。なぜなら、女性と少女の価値を完全に認識し、彼女たちが社会において全面的に貢献ができるようにするためには、女性や少女がこうした基本的な選択を行使できるツールや情報、能力を持てるようにしなければならないからです。

意図しない妊娠が全体として、どれだけの被害を生んでいるのかを定量化することはもとより、その全貌を解明することは不可能です。それでも、積み上げられてきたエビデンスを見る限り、意図しない妊娠率の高さと人間開発指数の低さが結びつく状況に始まり、数十億ドルに上る関連する医療費、高止まりしている安全ではない中絶の割合とそれに関連する妊産婦死亡に至るまで、膨大な機会費用が生じていることは明らかです。安全ではない中絶は、毎日800 件を超える妊産婦死亡の主因の一つでもあります。世界にその高いツケを払う余裕などありません。

2030 年は急速に近づいています。それは持続可能な開発目標（SDGs）の達成期限であると同時に、家族計画サービスのアンメットニーズ（満たされていない避妊需要）をゼロにし、妊娠・出産による予防可能な妊産婦の死亡をゼロにし、ジェンダーに基づく暴力、女性器切除（FGM）や児童婚などの有害な慣習をゼロにするという、UNFPA の変革目標の達成期限でもあります。今こそ、女性と少女の暮らしの改善を加速させ、最も取り残されている人々に支援を届けるべき時です。後退は許されません。意図しない妊娠の予防は、そのための譲れない第一歩です。個人が健康とからだ、未来について、真に十分な情報に基づく選択権を行使できれば、より豊かな社会と、より持続可能で公平かつ公正な世界に貢献できるのです。

国連人口基金（UNFPA）事務局長
ナタリア・カネム

用語の定義

意図しない妊娠と避妊に関連する用語には、定義が難しいものがあります。ある集団で広く受け入れられている用語でも、別の集団では理解不可能ということもよくあります。本白書では、こうした用語とその用法を考察し、これらの用語が混乱や誤解をもたらしたり、複数の意味で用いられる事例を紹介します。

意図しない妊娠

望まれる場合もあれば、望まれない場合もある

子どもを持つこと自体（または現状以上）を計画していない女性の妊娠、あるいはタイミングを誤って望んだよりも早かった妊娠。この定義は、妊娠の帰結（中絶、流産または計画外出産）に関係なく適用される。

同義語：計画外妊娠

家族計画

子どもを持つかどうか、また、いつ子どもを持つのかを個人が決定できるための情報、手段および方法。具体的には、様々な避妊具・薬のほか、カレンダー法や禁欲など、非侵襲的方法（からだを傷つけない方法）が挙げられる。また、望む時期に妊娠する方法に関する情報や不妊治療も含まれる。

使用上の注意：「家族計画」という言葉が意味をなさない人々もいる（Paul and others, 2019）。

同義語：避妊、受胎調節

望まない妊娠

1. 女性が望んでいない妊娠。
2. （学術用語）調査で測定される場合、女性が全く、または現状以上の子どもを持つことを望んでいない時に起きた妊娠。この学術的定義では、全く（または現状以上の）子どもを持つことを計画していなかった女性が、妊娠後に子どもを持つことを望む可能性があるという点は考慮していない。

使用上の注意：望まない妊娠は、意図しない妊娠と同義に用いるべきではない。

包括的性教育

セクシュアリティの認知的、情緒的、身体的、社会的側面に関する、カリキュラムに基づく教育・学習プロセス。子どもと若者が、自分たちの健康、ウェルビーイング、尊厳を実現し、お互いを尊重する社会的・性的関係を築き、それぞれの選択が自分たちの、そして他者のウェルビーイングにどう影響するかを考え、生涯にわたり自分たちの権利を理解し、権利保護を確保することを可能にする、知識とスキル、態度、価値観を身に着けることを目的とする。（UNESCO and others, 2018）。

同義語：ライフスキル教育、家族生活教育、セクシュアリティ教育、性教育

タイミングを誤った妊娠

1. 女性が将来的には子どもを持つことを望みながらも、意図していない時期に起きた妊娠。
2. （学術用語）調査で測定される場合、一般的には、女性が子どもを持つことを望んだ時期よりも2年以上早く起きた妊娠と定義される。

使用上の注意：普通、このような妊娠は意図しない妊娠と考えられている。

避妊

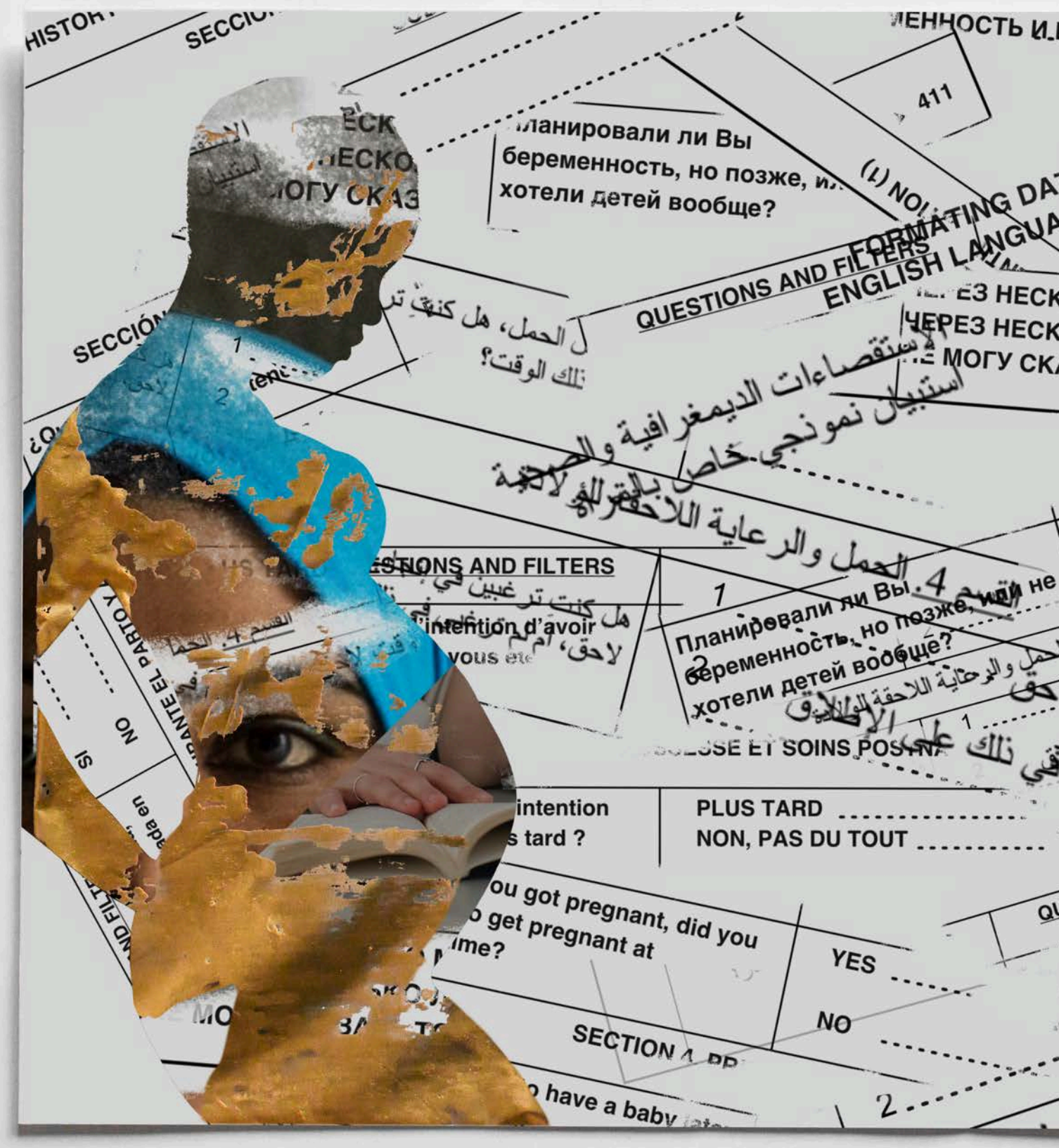
器具、実践、投薬または外科的処置などにより、意図的に妊娠を避ける行為（Bansode and others, 2021; Jain and Muralidhar, 2011）。近代的避妊方法とは「生殖生物学に確固たる基盤を置き、正しい利用に関する正確な手順と有効性のエビデンスを備えた」ものを指す（Festin and others, 2016）。それ以外の方法は、伝統的避妊方法と呼ばれる。

同義語：家族計画、受胎調節

中絶

1. （口語表現）手術または投薬を通じた妊娠の意図的終了。
   同義語：人工妊娠中絶、選択的中絶、治療的中絶
2. （主として医学用語）人工妊娠中絶と流産（自然妊娠中絶とも呼ばれる）の両方を含む、妊娠の終了をもたらす受胎生成物の早期娩出。

使用上の注意：本白書で「中絶」という用語を使用する場合には、人工妊娠中絶を指す。



© UNFPA/Fidel Évora

第1章

目の前に潜む危機

半数

それはすべての妊娠のうち、女性や少女が自らの意思で（その妊娠をするという）選択をできなかった割合です（Bearak and others, 2020）。

この割合は驚くべき高さです。妊娠をするか、しないかを決定できるということは、何よりも重要で基本的なからだの自己決定権です。それにもかかわらず、あまりにも多くの人々にとって、この人生を最も大きく変える生殖に関する選択が全く行われておりません。

子どもを持つかどうかを選び、子どもの数と、出産間隔を決定するという基本的人権は過去50年間、数多くの国際協定で認められてきました（UNFPA, 1994; UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979）。

近代的な効果的避妊具・薬は、世界中すべてではないものの、広く入手可能になっています。では、なぜ妊娠全体の半数が計画されたものではなく、しかもその多くが望まない妊娠なのでしょうか。

この事実は、女性と少女をはじめ、どれだけ多くの人々が、基本的権利の行使を制限されているかを、改めて示すものです。それは、ジェンダーの差別が引き続き、女性と少女のほか、トランスジェンダーやノンバイナリー、そして性別の区別をもたない人々の生活全体に影響を及ぼしている証でもあります。また、権利と正義、ジェンダー平等、人間としての尊厳、そしてさらに幅広い社会的ウェルビーイングに、大きな格差があることも示唆しています。

計画されていない、および望まない妊娠がこんなにも多いという事実は、半数以上の人類の権利と潜在能力が果たしてどれほど重要視され、価値を認められているのか、という疑問を惹起します。それはまた、世界が健康と教育、ジェンダーの平等に関する開発目標を達成できずに、国際社会が共有する目標を志半ばで頓挫させてしまう可能性も示唆しています。

計画されていない、および望まない妊娠がこんなにも多いという事実は、半数以上の人類の権利と潜在能力が果たしてどれほど重要視され、価値を認められているのか、という疑問を惹起します。

見過ごされてきた危機 – そして機会

毎年発生する意図しない妊娠が1億2,100万件、1日平均で33万1,000件という数字は、世界が基本的人権の擁護に失敗していることを表しています。しかも、この失敗はさらに拡大すると予想されています。最近のデータによると、全世界の意図しない妊娠の割合は1990年から2019年にかけて低下してはいるものの（Bearak and others, 2020）、世界人口の増加が続く現状では、決定的な対策を講じない限り、意図しない妊娠の絶対数は増え続けていきます。

気候変動、紛争、公衆衛生上の緊急事態、大規模な人々の移住などの構造的変動が進む中で、個人やコミュニティが必要とする性と生殖に関するサービスを届けることは、ますます難しくなるでしょう。このような社会の大きな潮流の中で、特に危機の影響を最も受けやすく、すでにサービスや資源が深刻に不足している後発開発途上国では、サービスの需要が増す中で、保健医療制度の対応能力が試されることになります（Starrs and others, 2018）。

国際社会は、人類がこうした歴史的な変革を乗り越えるための指針となる、人権に基づくロードマップ「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に合意しました。これは、持続可能で包括的な開発の枠組みとして、ターゲット３.７と５.６において、より豊かな未来を切り開くために、性と生殖に関する健康とジェンダーの平等が果たす役割を明確にしています。これらのターゲットは、すべての個人とカップルが、子どもを持つかどうか、その人数や出産間

隔を選択する権利に関連づけられており、すべての出産が望まれ、すべての子どもが大切にされることを目指しています。

本白書では独自の分析（第2章）に基づき、社会経済の発展と高水準のジェンダー平等は、意図しない妊娠率の低さと強い相関関係にあることを示しています。また、意図しない妊娠が個人と社会にもたらす影響（第5章で考察）に加え、本白書は、意図しない妊娠を減らすための基本的要因として生殖に関する権利の取り組みを強化すれば、開発も大幅に進展することを示しています。

意図しない妊娠の削減に結びつく多くの要因は、貧困削減から妊産婦の健康の改善に至るまで、それ自体が開発目標の中核となっています。これらの様々な要因が交錯する例の一つとして、安全ではない中絶がもたらす（個人、保健医療制度、および社会全体に対する）莫大なコストが挙げられますが、この問題は権利と開発をともに阻害しています。意図しない妊娠の60％以上は最終的に中絶に至っています。それが安全か安全ではないか、または合法か違法かに関わらずです。(Bearak and others, 2020)。中絶全体の45%が依然として安全でない（WHO, 2020)ことを考えれば、これは公衆衛生上の緊急事態と言えます。開発途上国では、安全ではない中絶の結果、年間約700万人の女性が入院しており（Singh and Maddow-Zimet, 2016)、その年間費用は、中絶後の治療費だけでも5億5,300万ドルに上り（Vlassoff and others, 2008)、毎年19万3,000人の妊産婦が命を失っています（Say and others, 2014)。これに対し、意図しない妊娠を減らし、それによって安全ではない中絶も減少すれば、保健医療制度は母子保健を含む、包括的な性と生殖に関するヘルス・サービスに資源を配分できるようになります。こうした投資は各方面に良い影響を及ぼすことになります。

© UNFPA/Fidel Évora

避妊は重要 ― 但し、それだけでは不十分

避妊具・薬は生殖に関する健康と権利に関して最も直接的に投資できる分野の一つです。全世界で、避妊を望む2億5,700万人の女性が、安全で近代的な避妊方法を用いていないと見られており、その中で避妊手段を全く用いていない女性は1億7,200万人に上ると推定されています（UN DESA, 2021)。UNFPAはその対策として、避妊具・薬へのアクセスを重視しており、2020年だけでも男性用コンドーム7億2,400万個と経口避妊薬8000万サイクル分のほか、その他数千億個の避妊具・薬を提供していま

す（UNFPA, 2020）。また他の多くの政府やドナー機関、非政府組織（NGO）も、大量の避妊具・薬を提供しています。

しかし、こうした物資は極めて重要ではありながらも、それだけでは十分ではありません。研究（詳細は第4章）によると、避妊不実行の主因は、もはや避妊に対する意識やアクセスの欠如ではありません。むしろ、副作用に対する懸念や神話、スティグマ、他者からの反対といった障壁の方が大きいのです。このようなアンメット・ニーズ（満たされていない避妊需要）の障壁）に取り組むには、さらに広範囲の対策が必要となります。

一般的な思い込みも捨てなければなりません。「意図しない妊娠」という言葉はあらゆる面で、十代の未婚の少女に関わることだという印象を与え、憐れみや冷笑、またはその両方を連想させます。しかし実際には、どんな避妊手段も100%の信頼性はなく、禁欲を実践する意図は続かないか、圧力や強制または暴力によって損なわれることが多いため、妊娠可能年齢の女性または少女であれば、思いがけなく妊娠することは誰にでも起こりうるのです。意図しない妊娠について、一般的に言われていることを覆すには、差別的な社会規範を変え、こうしたスティグマを組み込んだ法律に対処し、思春期の若者を対象とする支援を継続するとともに、これを他の年齢層にも広げるための断固とした取り組みが必要になります。

この問題はセンシティブであるだけに、さらに多くの課題につながっています。意思決定をする、またはしない場合でも、それは私生活の最も親密な部分であり、からだの自己決定権と生殖に関する権利という根本的要素に関わるからです。こうした分野における女性と少女の選択は、事あるごとに狭められたり、否定されたりすることがあまりにも頻繁に起こります。女性はパートナーにコンドームを使ってもらうよう交渉できないことがあります。また入手可能なデータによると、女性の23%は性行為を拒否できないこともあります（United Nations, 2022）。さらには家庭内で、または見知らぬ者からレイプを受けることもあります。

学校で包括的な性教育を受けていない女性は、正確な知識を入手できないでしょう。人生において機会も選択肢も少ない女性にとっては、妊娠する以外の選択肢はないのかもしれません。例えば、教育を修了するチャンスがない女性にとって、出産を遅らせるべき理由はないのかもしれません。

家族やコミュニティにとっては受け入れられないことでしょうが、子どもを全く望んでいない女性もいるかもしれません。子どもを持つことを望まない思春期の若者や個人など、「家族計画」という言葉が意味をなさない人々がいることを踏まえ、本白書では代わりに「避妊」という言葉を基本的に使用しています。

意図しない妊娠は、必ずしも望まない妊娠ということではありません。意図しない妊娠の中には、祝福されるものもあれば、逆に中絶や流産に至るものもあります。望まないまま出産に至ることもあります。そして、多くは複雑な感情で受け止められます。ときに、全く意図していないわけでも、完全に意図的なわけでもない場合があります。個々人が人生で求めているものをはっきり示すことができない場合や、さらには妊娠が選択であるような人生を想像することさえできない場合に、そうなります。

能力と選択権の有無が、生死に直結する問題になることが、あまりにも多くあります。意図しない妊娠の影響は生涯にわたって続き、コミュニティ全体に及ぶこともあります。例えば、安全に出産できる発育段階に達していない少女や基礎疾患を抱える女性については、妊産婦死亡率が高まります（Singh and Maddow-Zimet, 2016）。妊娠した少女は結婚や退学を強制され、修学を継続する可能性を断たれてしまうため、多くの場合、その時点で生涯所得が減少することが確定します。女性が妊娠を理由に休職や、さらには退職を強制されることで、予想外の所得喪失に直面することもあります。子どもが産まれたために、既に少ない家族の資源をさらに分け合わなければならない場合、貧困に陥る可能性がより高くなります。

複数の形態の差別や脆弱性を抱え、主体性とからだの自己決定権がさらに損なわれている人々にとって、こうした問題はさらに悪化します。先進国、途上国を問わず、農村部や非公式な居住地に暮らす女性は、そうでない女性に比べ、一般的にサービスや情報、支援は不十分です。場合によっては、サービス提供者が思春期の若者やトランスジェンダーの人々に対するケアを合法的に拒否することもあります。障がいとともに生きる人々は性暴力を含め、暴力の被害を受けやすい立場に置かれています

人権の観点から見た意図しない妊娠

すべての意図しない妊娠が、人権侵害の結果によるものでも、それ自体が人権侵害になるものでもありません。人権が関わってくるのは、からだと生殖に関する自己決定権が問題となる場合です（UNFPA, 2021）。女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（通称CEDAWまたは女子差別撤廃条約）などの重要な国際協定で、締約国は全ての個人とカップルに、子どもを持つか否か、いつ子どもを持つか、何人の子どもを持つかを選択するための情報と手段を得る権利があることを宣言しました（UN General Assembly, 1979）。これらの義務が果たされない場合には、人権が損なわれた、または侵害されたことになります。例えば、個人が質の高い生殖に関する健康の情報へのアクセスがない、または、こうした情報を基に行動する主体性がないために、十分な情報に基づく選択ができない場合や、個人が性暴力や強制を受けた場合、および、差別と不平等によって十分な機会を得ることができず、個人が不完全な選択肢しかない場合が、これに該当します。

1994年以来UNFPAの活動指針となってきた「ICPD行動計画」は、179か国により承認された基本文書で、全ての国と国際社会に「利用可能なすべての手段を用いて、家族計画における自主的選択の原則を支援する」よう呼びかけています。行動計画が「中絶は…いかなる場合にも家族計画の手段として推進されるべきではない」と強調していることは、特筆すべき点です（UNFPA,1994）。
（中絶について、さらに詳しくは21ページを参照）

179か国

（UNFPA, 2018）。紛争その他の危機に巻き込まれて、医療へのアクセスが限られ、暴力に晒されやすい人々は、意図しない妊娠の可能性が格段に高くなります。

それでも、社会的・法的懸念やタブーと非難、差別的規範が混ざり合ったこれらの課題は、克服不可能というわけではありません。それどころか、前進のための好循環をスタートさせることは可能であるとともに、取り組むべきことでもあります。

意図しない妊娠は社会の優先度を反映

女性と少女の夢、願望や可能性が十分に認められなかったり、女性と少女が意図しない妊娠を避けるために主体的な判断をできない場合、たとえどのように公言をしていようとも、その社会は女性と少女の価値を十分に尊重していると言えるでしょうか。主体性が制限され、強制、スティグマ、または暴力によって女性が母親となっている場合、社会は母性の価値を尊重していると本当に言えるでしょうか。

性と生殖に関する情報やサービスの提供が十分に支持されても重要視されてもいなければ、女性と少女の主体性は損なわれます。これは、新型コロナウイルス感染症拡大の初期にも明らかになりました。避妊に関するサービスは、ヘルスケア・サービスの中で最も支障を来たしたものの一つだったからです（WHO, 2020a）。パンデミック発生からの12か月間、避妊具・薬の供給やサービスの混乱は平均で3.6か月に及び、結果的に140万件もの意図しない妊娠につながりました（Luchsinger, 2021）。2021年にも混乱が続き、ある程度の調整や回復は見られたものの、依然として避妊具・薬の提供は最も大きく影響を受けたサービスの一つでした（Luchsinger, 2021）。

保健医療制度が国民のすべてをカバーしておらず、性と生殖に関するケアが人を中心としたものでも包括的でもなく、また質が低い場合、普遍的に合意された健康への権利の保障という各国政府の約束は果たされたとは言えません。この点は、保健医療制度が思春期の若者にとってアクセス可能で、個々人に合

った適切なケアを提供できていない場合に特に当てはまります。意図しない妊娠が最も深刻な結末をもたらしているのは、この年齢層であり、実際、妊娠・出産時の合併症は、15歳から19歳の少女の主な死亡原因となっています（WHO, 2020b）。

広く報告されている避妊具・薬の副作用への懸念（Bellizzi and others, 2020; Sedgh and others, 2016）、継続的な使用の難しさ、さらには、避妊具・薬を使っていても意図しない妊娠が多く起きているという事実（Frost and Darroch, 2008）からも明らかな通り、保健医療ケアが患者の権利や懸念に対応できていない場合も、健康への権利は損なわれます。保健医療サービスが個人のニーズを充足できなければ、からだの自己決定権と尊厳、自信、そしてウェルビーイングはいずれも損なわれます。2018年から2019年にかけ、114か国の女性と少女120万人を対象に生殖と妊産婦医療に関する調査を行った「女性たちが求めるもの（What Women Want）」キャンペーンでは、最も多い要求は、より丁寧で尊厳を重んじるケアでした（White Ribbon Alliance, 2019）。

ある程度の進展は見られるものの、余りにも多くの法制度や政策は依然として、女性と少女の権利に低い価値しか置いていない現実を反映したものとなっています。中には、避妊具・薬の使用に第三者の同意を必要としたり、障がいとともに生きる人々の意図しない妊娠に対する「解決策」として、強制不妊手術を認めているものもあります（UNFPA, 2021）。安全な中絶へのアクセスは、引き続き広範な法的制約で制限されており（UNFPA, 2020a）、こうした規制により中絶は減るどころか、逆に安全ではない中絶の割合や、それによる死亡者数は増えています（Ganatra and others, 2017）。避妊が社会的に広く認められ、保健医療システムがそれに関連したサービスを提供することが可能な場合でも、政策立案者がそのための財源を削減したり、打ち切ることがあります（Gold and Hasstedt, 2017）。

新たな避妊方法や、よりアクセスしやすく信頼性が高い避妊具・薬、選択肢の拡大など、意

© UNFPA/Fidel Évora

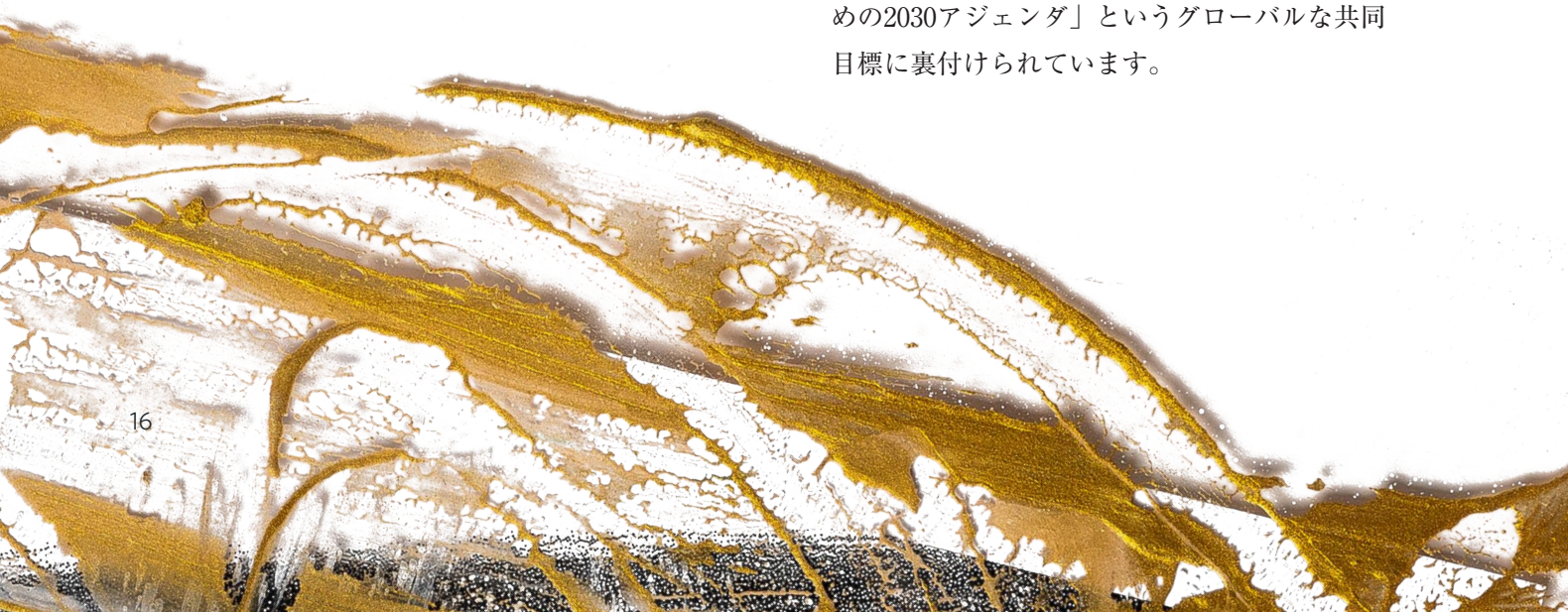
図しない妊娠を「解決」するための特効薬の発見に多くの労力が費やされてきたものの、十分な取り組みがなされていない側面も多くあります。特に、全ての人が全面的な主体性とからだの自主決定権を発揮するうえでの鍵を握る、中心的な解決策への取り組みが不十分です。それはジェンダーの平等です。

ジェンダーの平等は数十年にもわたり、達成が難しい開発目標となっています。これを完全に達成できた国はまだありません。しかし、私たちはジェンダーの平等のもつ力を知っています。エンパワーされ、平等を経験している女性と少女は、意図しない妊娠に対処することができますし、そもそも妊娠を回避することができます（詳しくは第2章）。女性が自己決定権を行使できる能力は、女性自身の生活を改善するとともに、すべての人々にも恩恵をもたらします。

人権条約・協定は長年、ジェンダーの平等を訴えてきました。1994年に、国際人口開発会議（ICPD）の行動計画では、女性と少女が完全な平等を手に入れるためには、男性と少年と同じように、からだ、生活、将来についての決定権を持つことが必要だと明示しました。持続可能な開発目標（SDGs）（ジェンダーの平等に関する目標５だけでなく、貧困削減と経済成長に関連するものなど、その他多くの目標やターゲットを含む）を達成するためには、ジェンダー格差を是正する必要があります。

包括的な取り組みが必要です。今こそ、保健医療制度を強化するとともに、さらなる方策を打ち出す時期です。また、全ての少年と少女をエンパワーする質の高い教育を普及するとともに、少女の運命は主として生殖と母性によって決定されるという考えを変えるべき時でもあります。女性が教育とディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の機会を手に入れ、能力と自己決定権を強く意識すべき時でもあります。社会的保護で、最も脆弱な人々の権利を保障しなければなりません。リーダーはさらに進歩的なジェンダー規範のモデルを作るとともに、それに従って法律と公共政策の新たな方向性を定めるべきです。

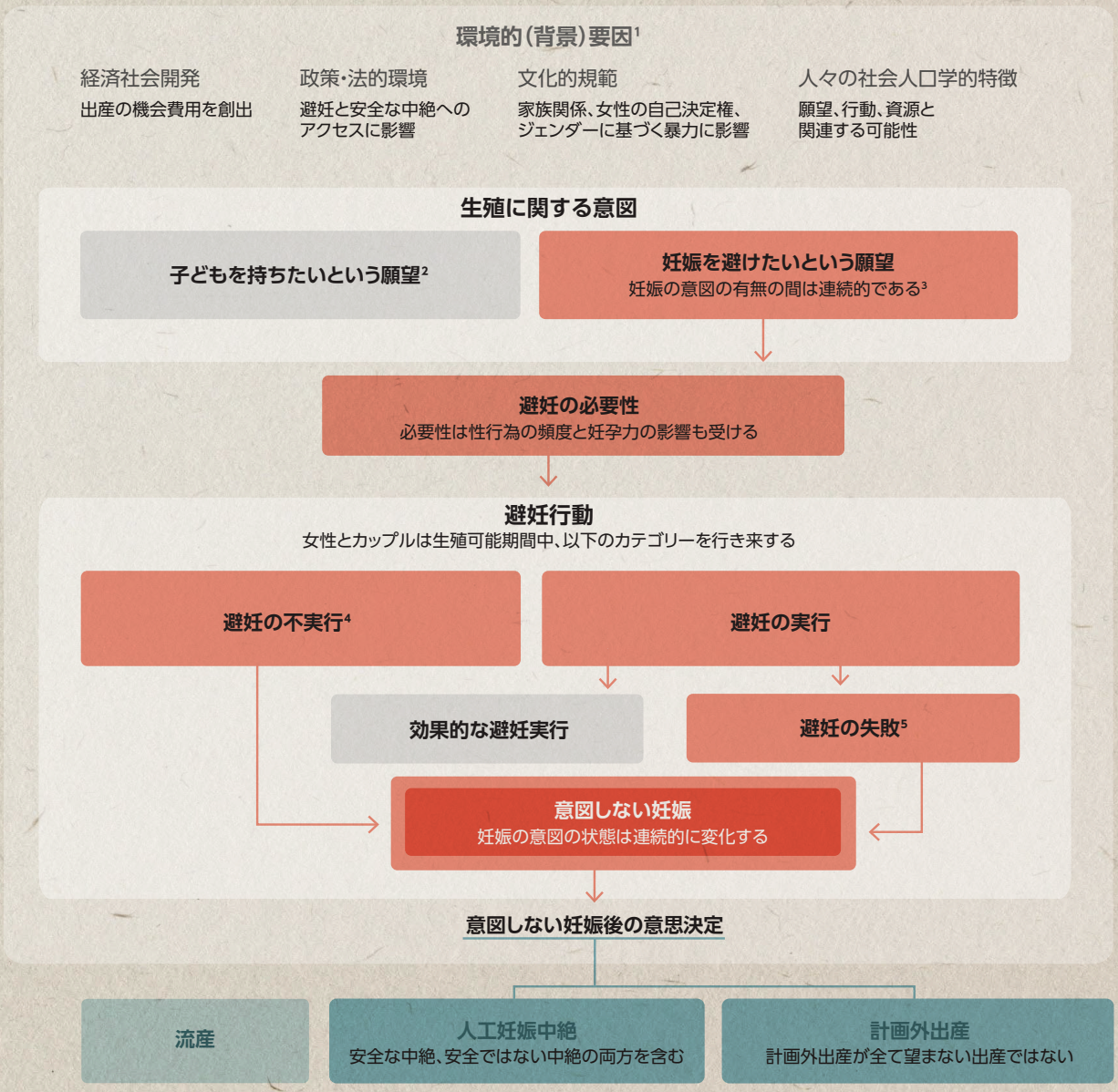
全ての妊娠が意図したものとなる世界を思い描くことは困難です。それでも私たちは、大多数の妊娠が計画され、歓迎され、望まれ、そして、全ての女性と少女が強い立場で、エンパワーされて生き、自分たちの選択と意図を主張できる世界を目指して、進むことはできます。以下の各章で論じる一連のエビデンスは、個人が生殖に関する選択を行う際の主体性を支えるために必要な取り組みを示しています。これらは研究者や政策立案者、擁護者のための出発点であり、データだけでなく、長年にわたる国際協定や人権文書、さらには「持続可能な開発のための2030アジェンダ」というグローバルな共同目標に裏付けられています。



IN FOCUS

意図しない妊娠とその結果を助長する要因の枠組み

社会人口学研究では、意図しない妊娠に至るいくつかの経路が示されています。この枠組みは、鍵となる対策のタイミングを示していますが、ここに含まれている要因は複雑であり、要因間の関係は必ずしも直線的ではない点に注意が必要です。
例えば、生殖に関する自己決定権の欠如、教育水準の低さ、貧困は、意図しない妊娠と関係しているものの、因果関係を示す経路は必ずしも明確ではありません。



出典：著者

灰色の囲み：意図しない妊娠のリスクなし　**青色の囲み：**意図しない妊娠の結果

注記：（1）経済的、社会的、政策的、文化的環境は相互に、また、意図しない妊娠へ至る経路にも影響する可能性がある。意図しない妊娠が増えれば、環境的要因にも影響が出る可能性がある。（2）望んだ妊娠でも、後に子どもを持つことを難しくするような状況が生じることもある。（3）妊娠の意図の有無の間が連続しているのは、子どもを持つことに対する複雑な感情や、出産に対して意識的な決定を行わない場合もあるからである（第2章を参照）。妊娠意図には、出産を遅らせたいという希望、もしくは子どもを持つことを全く避けたいという希望が含まれる。（4）避妊不実行の理由には、避妊方法に対する懸念や、妊娠リスクに関する不確実性、質の高いサービスを受けにくいこと、この枠組みに示されている環境的要因が含まれる（第4章を参照）。（5）避妊の失敗については、52ページで詳述。

© UNFPA/Fidel Évora

第2章

エビデンスが示すのは：意図しない妊娠と開発の停滞との関係性

2015年、国連の全加盟国は「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に合意しました。その中で、重要目標の一つであるジェンダー平等の達成は、人間開発の柱として認識されました。そしてこの目標の指標の一つは、「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歳から49歳の女性の割合」です。

自身の性と生殖に関する健康と権利について決定を下せる女性は、全体の57%にすぎません。

この指標（SDG　5.6.1）は、意図しない妊娠の割合が社会全般の発展を反映するものであると同時に、十分な情報に基づいて生殖に関する意思決定ができる女性が多ければ、その他の開発の成果をもたらす好循環に繋がることを強調しています。64か国における生殖可能年齢でかつパートナーのいる女性を対象としたSDG 5.6.1に関する最新データでは、性行為にノーと言えない女性が23%、自分自身の健康管理について決定を下すことができない女性が24%、特に避妊についての決定を下せない女性が8%います。これらを総合すると、自分自身の性と生殖に関する健康と権利について決定を下せる女性は、全体の57%にすぎないことになります（United Nations, 2022）。意図しない妊娠の発生について理解するためには、この背景を把握しておかなければなりません。

最新のデータによると、2015年から2019年にかけ、全世界で毎年およそ1億2,100万件の意図しない妊娠が起きており、これは全ての妊娠の約48%にあたります（Bearak and others, 2020）。これら意図しない妊娠のうち61%は、最終的に中絶に至っています。

現在の意図しない妊娠の割合は、以前に比べて低下しており、これは開発の成果を反映しているものと見られます。1990年から2019年にかけて、意図しない妊娠の割合は、15歳から49歳までの女性1000人当たり79件から64件へと低下しました。意図しない妊娠の割合が低下しているため多少は安心できるものの、実際のところ、意図しない妊娠を経験する女性の絶対数は約13%増えています。これは過去30年間、人口が増加し続けているからです。女性1000人当たり64件という現時点での意図しない妊娠の比率は、年間、全世界の生殖可能年齢にある女性のおよそ6%が意図しない妊娠をしていることを意味します。

新たなモデルに基づいた推計では、意図しない妊娠の割合と発生数は、各国の間で極めて大きな違いがあることが再確認されています（Bearak and others, 2022）。では、なぜ国や地域の境界線によって、明確な差が出るのでしょうか。妊娠は通常、個人の行動や責任として捉えられるもののはずです。しかし、このような傾向を見ると、国や地域の特有の状況が、からだの自己決定権を促進または制限するうえで重要な役割を果たす可能性があること、またそれとは逆に、からだの自己決定権を行使できるか否かが、実質的に社会的ウェルビーイングに影響を及ぼす可能性があることが分かります。いずれの観点も、この問題に関する責任の一部が、個人より国にあることを示しています。

では、国のどのような状況が、選択権の行使に影響を与えたり、それによって影響を受けたりするのでしょうか。現時点でのエビデンスからは、決定的な答えは見出されていないものの、特に国の開発状況が関係しているという見方には説得力があります。

中絶の動向

意図しない妊娠の割合は低下しているものの、実質的には世界の中絶の割合はほぼ横ばいの状態が続いており、2015年から2019年の間、生殖可能年齢の女性1000人当たり39件が中絶していると推定されています（Bearak and others, 2020）（141ページのテクニカル・ノートを参照）。世界では、意図の有無に関わらず全妊娠の29%が中絶に至っています。実数では、2015年から2019年にかけて毎年平均で7,300万件に及びます。中絶が安全ではない場合、女性は短期的または長期的な罹患のみならず、死亡のリスクを負うことになります。

意図しない妊娠の割合が低下する一方で、中絶率が横ばいであるため、意図しない妊娠のうち中絶に至る割合は、1990-1994年の51%から61%へと上昇しています（Bearak and others, 2020）。これらを総合してみると、女性は30年前に比べ、妊娠を回避し、意図しない妊娠を終了させるという両面で、自らの生殖に多少なりとも自己決定権を行使できるようになってきたと言えるでしょう。*

以上の全般的傾向は、一般的に、避妊具・薬の選択の幅が広がったこと、ジェンダーの公平性で前進が見られたこと、そして開発指標の改善が見られたことに関連づけられます。開発の進展と意図しない妊娠率の低下は、データが入手可能な国の大多数で共通して見られる傾向なのです。

しかし、意図しない妊娠のうち、中絶に至る割合は、国や地域によって大きく異なります。各国の意図しない妊娠の発生率と、そのうち中絶に至った妊娠の割合との間に、はっきりとした相関関係は認められません。多くの国・地域で、女性が生殖に関する選択の一部を行使するだけで、他の部分の選択は行使しないことがよくあります。

本章では、開発指標と、国レベルの意図しない妊娠に関する新たなデータとの相関関係をいくつか検討します。この分析は因果関係を実証するものではないものの、開発の進展と、それに関連する政策の選択がどのように意図しない妊娠の発生率に影響するかについて、重要な問題を提起しています。反対に、女性のエンパワーメントと選択権の行使が、開発と国民のウェルビーイングに影響を及ぼす可能性があることも示唆しています。

新しい知見

意図しない妊娠の発生率は、地域によって大きな格差があります。2015-2019年の間、15歳から49歳までの女性1000人当たりの意図しない妊娠は、欧州と北米で年間約35件であるのに対し、中央・南アジアでは64件、サハラ以南アフリカでは91件でした。しかし、各地域内でも大きな格差があります。例えば、意図しない妊娠の割合はニジェールで1000人当たり49件であるのに対し、ウガンダでは145件と推定されてい

意図しない妊娠に対し、
より積極的に取り組めば、
開発に大きな恩恵をもたらすでしょう。

ます（Bearak and others, 2022）。こうした地域内の差はあるものの、地域別推計からは重要な全体的動向が読み取れます。

欧州と北米では2015-2019年の期間までに、意図しない妊娠の割合は1990年代前半の水準から約半分まで減少し、南・中央アジアとラテンアメリカでは、約4分の1（28%）にまで減少しました。サハラ以南アフリカでも、この割合は減少しているものの、約12%にとどまっています。

こうした違いには、どのような意味があるのでしょうか。今回の調査では、その理解を深めるため、主要な社会的、経済的、政治的指標（UNDP, 2020）と意図しない妊娠の比率との相関関係、また国レベルでの意図しない妊娠が中絶に至る割合を分析しました。対象は1990年から2019年の推計データが入手可能な150か国です。

分析結果を見ると、一般的に、社会経済の開発レベルとジェンダー平等のレベルがともに高く、安全な中絶への合法的アクセスを認める政策をとる国では、意図しない妊娠の割合が低いことが強く示唆されています。意図しない妊娠と開発の停滞との間に相互補強的な関係があることの表れであり、意図しない妊娠に対し、より積極的に取り組めば、有意な開発の恩恵が得られる可能性を示しています。

その一方で、意図しない妊娠のうち中絶に至る割合はバラついており、これは全世界の文化的、法的環境の大きな多様性を反映するものと言えます。

社会経済的開発

本白書の著者は、2019年の人間開発指数（HDI）ならびに、その主要な構成項目である教育達成度と一人当たり国民総所得（GNI）の2つと、意図しない妊娠の割合を比較しました。全世界的に見て、これらの指標で測定される社会経済的開発レベルの高さは、2015-2019年の意図しない妊娠の発生率の低さと強い相関を持っていました。説明の一つとして成り立つのは、開発レベルの高い国では、避妊サービスを広く利用でき、かつ女性が自身の妊娠・出産に関する希望を判断する際の文化的障壁が少ない可能性が高いということです（特筆すべき点として、サハラ以南アフリカでは状況が異なり、141ページのテクニカル・ノートで詳述）。

妊娠後の結末については、高所得国と低・中所得国の間で異なる傾向が見られました。

低・中所得国では、社会経済的開発レベルが高いほど、（中絶に関する法律上の違いを考慮しても）意図しない妊娠の中絶に至る割合が高くなります。この分析結果は、出産に伴う機会費用が増加すると、意図しない妊娠をした女性は、子どもを持つことを回避する動機が強くなるという仮説に結びつきます。これらの国の1990年から2019年までの30年間の傾向を見て

も、同じパターンが当てはまります。つまり、国全体の開発レベルが高まるにつれ、意図しない妊娠のうち中絶に至る割合も高くなるということです。

高所得国については、HDIの値が高くなるにつれ、妊娠が中絶に至る確率は低くなりましたが、高所得国のうち開発レベルが低い国では、逆に中絶の可能性が高まりました。高所得国のうち開発レベルが比較的高い国では、子どもを持つことを避けたい女性は、避妊実行などを通じ、妊娠を避けることができるという仮説が成り立ちます。あるいは、開発レベルの高い国では、社会的、経済的なセーフティネットがあるために、意図しない妊娠でも、そのまま出産することが比較的容易だという可能性もあります。

女性と少女の所得や教育水準が、男性と少年の所得や教育水準よりも、意図しない妊娠と密接に結びついていると思われるかもしれませんが、実際はそうではありません。女性の一人当たりGNIと教育達成度が、男性の同じ指標より、意図しない妊娠の発生率や中絶の割合と強い相関関係があるわけではなかったのです。したがって、意図しない妊娠の少なさと関連性があるのは、女性と少女だけのGNIと教育水準ではなく、国全体のGNIと教育水準であると言えます。つまり重要なのは、全般的な開発が、意図しない妊娠の比率の低下に繋がる可能性が高いということです。

ジェンダーの平等

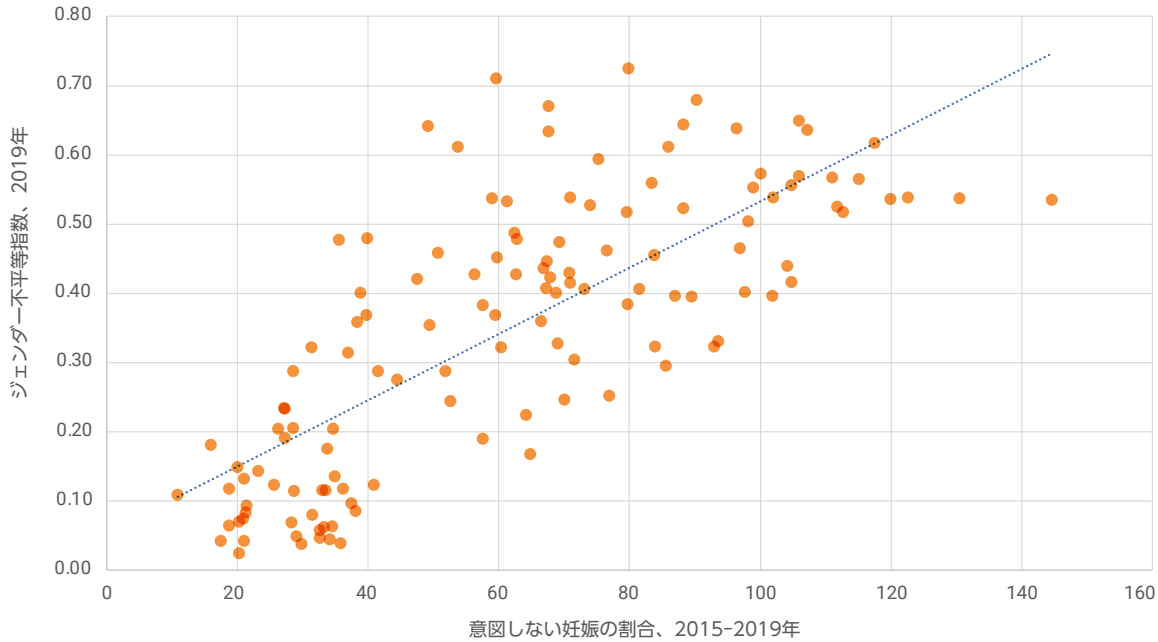
著者は、ジェンダーの平等と意図しない妊娠の関係の考察も行い、女性と少女の地位を測る指標には、ジェンダー不平等指数（GII）を用いました。GIIは、生殖に関する健康、エンパワーメント、経済的地位というジェンダー平等の3つの側面を測るもので、GIIの値が高いほど、ジェンダーの不平等度は高いことになります。GIIの数値で見たジェンダー不平等度が高い国（や地域）は、低・中所得国であるか高所得国であるかに関わらず、2015-2019年の意図しない妊娠率も高い値でした。HDIによる影響を考慮した上でもなお、この相関関係は強いものであり、今回の分析で検討した全ての予測因子の中で、最も強い関係があるものでした（図1参照）。

妊娠の結果という点でも、HDIについて見られるものとよく似たパターンが出ました。つまり、低・中所得国では、ジェンダーの平等度が低いほど、中絶に至る意図しない妊娠の割合が小さいということです。これらの国々で人工妊娠中絶に関する法制度が大きく異なるという事実を考慮しても、この相関関係は認められました。対照的に高所得国では、ジェンダーの平等度が高くなるほど、有意な相関関係ではないものの、意図しない妊娠が中絶に至る可能性が若干低くなりました。

ジェンダーの不平等度が高い国では、意図しない妊娠の比率も高くなっています。

図1

意図しない妊娠の割合(2015-2019)とジェンダー不平等指数(2019)の相関関係



決定係数R^2=0.5744
回帰直線の傾きに関するP値：0.0000

出典：Bearak and others, 2022のデータをもとに著者が作成

こうした分析結果を総合すると、低・中所得国に見られるようなジェンダー平等が進む初期段階では、意図しない妊娠をした女性が中絶という選択肢を選ぶ可能性が高くなることが示唆されます。しかし高所得国では、ジェンダーの平等度の高さは中絶という選択に明確な影響を与えていません(図2)。これはおそらく、高所得国の女性はそもそも、意図しない妊娠を回避できる状況にあるからではないかと考えられます。

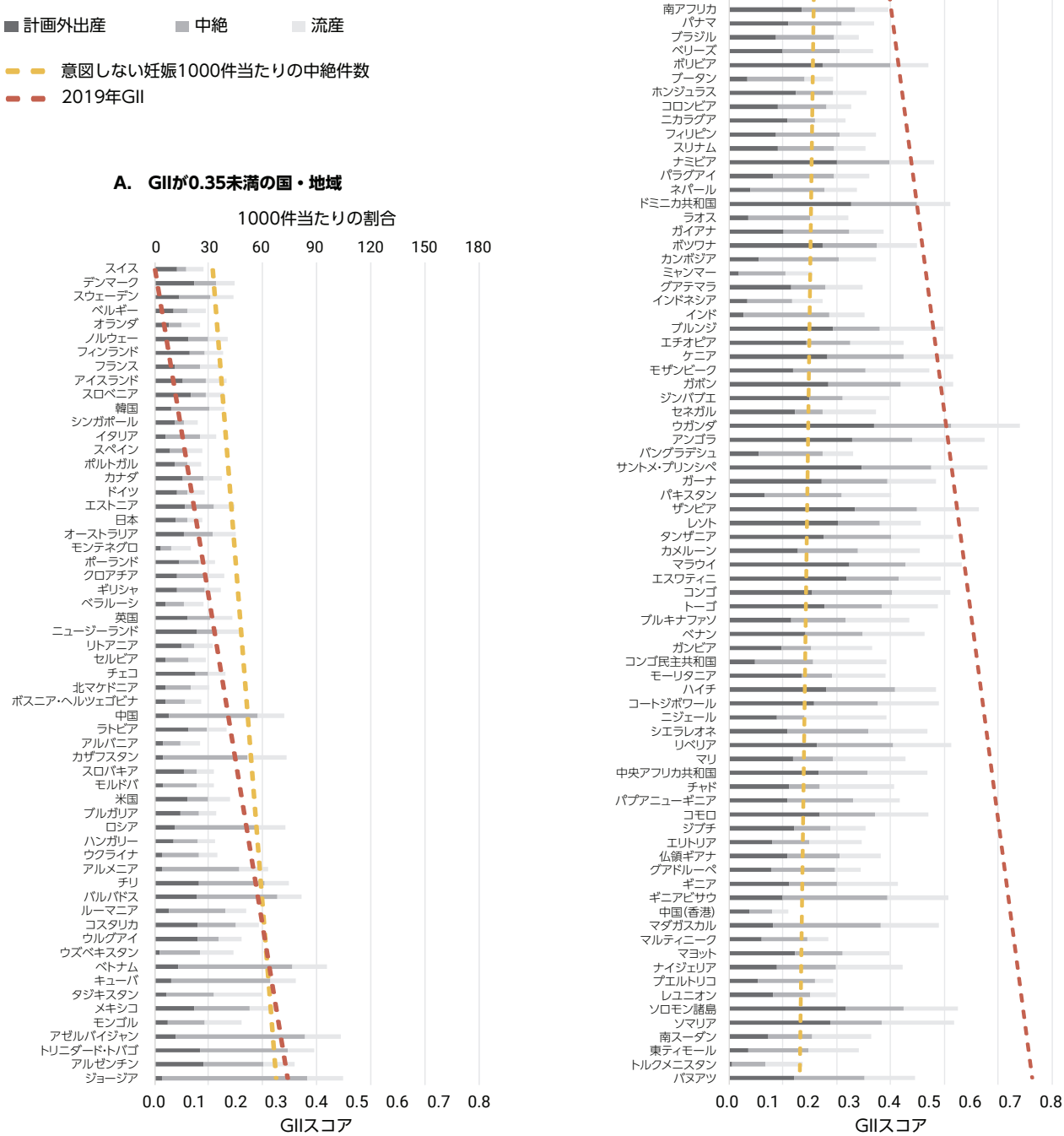
妊産婦死亡率

GIIの構成項目でもある妊産婦死亡率(MMR)と安全ではない中絶との間に関連性があることは、よく知られています。安全ではない中絶は、全世界で妊産婦の死亡の主要因の一つであり、年間の妊産婦死亡の4.7%から13.2%は、安全ではない中絶が起因とされています(WHO, 2020)。しかし、意図しない妊娠と妊産婦死亡率との関係は、それほど明確ではありませんでした。

入手可能なMMRデータ(WHO and others, 2019)(特に保健医療部門についての重要な開発指標)と2015年から2019年の意図しない妊娠の比率に関する著者らの分析では、妊産婦死亡率が高いほど意図しない妊娠の比率が高いという相関関係を確認しました。この関係は全ての所

図2

計画外出産率と中絶率、および意図しない妊娠のうち計画外出産、中絶または流産に至る割合、2015-2019年、ジェンダー不平等指数(GII)別



出典：Bearak and others, 2022のデータをもとに著者が作成

得水準の国において同様でした（ただし141ページのテクニカル・ノートで説明した通り、サハラ以南アフリカは例外）。

意図しない妊娠の方が意図した場合よりも、妊産婦死亡率が高くなるのはなぜでしょうか。多くの可能性が考えられますが、まず何よりも、意図しない妊娠は意図した妊娠よりも中絶につながる可能性が高く、安全ではない中絶も含まれるからです。意図しない妊娠をした女性は、保健医療サービスを利用する可能性も低いのです（この点については第5章の94ページで詳述）。とはいえ、意図しない妊娠が妊産婦の健康に及ぼす影響に関するエビデンスは限られており、両者の因果関係は学術研究で引き続き解明していく必要があります（Gipson and others, 2008）。

人工妊娠中絶に関する法律

意図しない妊娠の割合は、人工妊娠中絶に関する法律がよりリベラルな国（中絶が社会経済的な理由あるいは希望することで認められている国）の方が、制限的な国（中絶が全面的に禁止されていたり、女性の命を救うため、女性の身体の健康を守るため、女性の精神的健康を守るためにのみ中絶を認めている国）よりも、低い傾向があります。

これは明白な相関関係ではあるものの、因果関係があるとは言えません。リベラルな人工妊娠中絶法自体は、意図しない妊娠の発生率に影響しない可能性が高いでしょう。むしろリベラルな中絶に関する法律は、性的に活動的な人々にとって利用しやすく、かつニーズに見合った性と生殖に関する健康関連のサービスが普及している状況を反映しているとも言えます。

意図しない妊娠の結果を見ると、低・中所得国では、人工妊娠中絶法と、中絶に至った意図しない妊娠の割合との間に、有意な関連性が見られません。言い換えれば、これらの国では法律による中絶規制が厳しくても、中絶それ自体の数が減るわけではないのです。しかし高所得国の中でも、リベラルな人工妊娠中絶法を持つ国は、制限的な法律の国よりも、中絶に至る意図しない妊娠の割合が著しく低くなっています。この分析結果は、他の研究者による結論を裏づけています（Bearak and others, 2022）。

選択を支持するか、抑圧するか

今回の分析は、これらの新しい推計を検討するための第一歩に過ぎず、さらに広範な研究が必要となります。しかしながら、現時点のデータに目を通しただけで、いくつか重要な知見が得られます。その多くは、例えば、ジェンダーの不平等を含む多くの開発指標と意図しない妊娠との間の明確な相関関係など、既存の仮説や調査結果を肯定するものです。その他の知見は、ジェンダーの平等と妊娠の結果との関係に反映されているように、女性が意図しない妊娠をどのように経験し、対処するかについて、国による微妙な違いがあることを理解するのに役立ちます。

これらのデータを統合すると、国やコミュニティの全体状況が、妊娠するか否か、いつ妊娠するかについての選択権の行使を、可能にする環境、または妨げる環境を作り出すことを示しています。また、からだの自己決定権と主体性は、コミュニティと国の開発を進めるうえで、相互補強的な役割を果たせることを示しています。

人権の観点から見た中絶

すべての意図しない妊娠が、望まない妊娠であるとは限りません。しかし、意図しない妊娠の大半は中絶に至るため、人権の視点から中絶を考えることは、国や政策立案者にとって極めて重要です。生殖に関する権利は人権です。誰もが自分のからだと健康について、十分な情報に基づく決定を下すことができ、子どもを持つか否か、持つとすればいつ、何人の子どもを持つかを決める権利があります（UN General Assembly,1979）。こうした権利、そして健康と命に対する権利には、安全な中絶へのアクセスが含まれます。その権利は「妊婦の生命と健康がリスクにさらされているか、特に妊娠がレイプまたは近親相姦の結果であったり、妊娠の継続が不可能であったりする場合をはじめ、出産をすることが妊婦に身体的または心理的に大きな苦痛をもたらす場合」に保障されます（UN CCPR, 2019）。安全な中絶へのアクセスは、単独で成り立つ権利ではありません。情報を得る権利、健康に対する権利、平等権、プライバシー権、そして暴力やジェンダーに基づくステレオタイプや差別を受けない権利など、他の人権の保障と享受が条件となります（OHCHR, 2018）。

中絶へのアクセスについては基本的に国内法が適用されるものの（UNFPA, 1994）、人権規範が国内法の適用範囲に大きく影響するようになりました。例えば、2019年に国連の市民的・政治的権利委員会は、全ての国が中絶を処罰の対象から外し、女性の生命と健康を守るために、合法的な中絶が利用できるよう保障するとともに、合法的中絶を求める女性に対して行政的障壁やその他の障壁を設けてはならないとの見解を表明しました（UN CCPR, 2019）。これ以外にも、多くの国際人権条約・機関や地域人権条約において、妊娠が強要や強制の結果である場合には中絶を人権として見なしています（Fine and others, 2017）。いずれの場合も、中絶または中絶をしようとすることが合法かどうかに関係なく、救命のための医療処置としての中絶後のケアは、それを必要とする全ての人が利用可能でなければなりません（UNFPA, 1994）。

制約を伴うことが多いとはいえ、中絶は実際のところ、大半の国で合法となっています。データがある国連加盟国147か国のうちの96%で、中絶は女性の命を救うため、女性の健康を守るため、レイプの場合、胎児の機能障害の場合などの理由、または理由に関係なく合法とされています。しかし、これらの国の28%では、既婚女性が中絶サービスを受けるためには夫の同意が必要とされているほか、36%では未成年者は司法の同意が義務づけられています。さらに63%の国では、違法に中絶した女性は刑事責任を問われる可能性があります（United Nations, 2022）。

中絶が違法、または利用できない状況での望まない妊娠は「強制的出産」と呼ばれてきました（UN ESCWA, 2004）。個人が望まない妊娠でも、そのまま出産を強制すべきだという考え方は、ジェンダー的なステレオタイプに根ざしており、少女と女性の価値はその生殖能力のみにあるという差別的な概念を反映するものです。各国は人権条約により、このような有害なステレオタイプを変容させ、それを強化する慣習を止めるよう義務づけられています。このためには、法律と政策は、最低でも、個人が意図しない妊娠を可能な限り回避できることを保障する必要があります（UNFPA, 2020b）。

選択についての幻想:思春期の妊娠

ヤハイラさんをはじめ多くの若い女性にとって、特に貧困と職業機会、教育機会の欠如によって社会から取り残されている場合には、早期の妊娠と結婚は避けられないこととして捉えられています。©UNFPA/Wilton Castillo

エルサルバドル／フィリピン—
ヤハイラさんは16歳の時、18歳のボーイフレンドとの初めての性行為で妊娠しました。2人はその後すぐに結婚しました。「私の人生が新しいステージに入ったのです」と、ヤハイラさんは振り返ります。「それは突然に訪れた変化でした。妊娠の責任を取らなければならなかったからです。まだ中学3年を終えたばかりでした」。

ヤハイラさんが置かれた状況は、決して珍しい事ではありません。彼女が暮らすエルサルバドルでは、思春期の若者が妊娠全体の4分の1を占めています（UNFPA El Salvador, 2021）。これは全体的なエンパワーメントの欠如を示す兆候です。十代の妊娠と早婚は、家庭内暴力や性暴力の連鎖に結びついています（UNFPA El Salvador, 2021）。この弊害は以前からありふれたものでしたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって70%も増えました（IRC, 2020）。性教育は最近になって、国のカリキュラムに盛り込まれたばかりで、中絶はいかなる状況でも厳しく禁じられており、レイプや近親相姦、母子の命に危険がある時でさえ、例外はありません。

そのような状況では、十代の妊娠の大半は意図しない妊娠だと思われそうですが、実際には、エルサルバドルでは、思春期の妊娠の当事者である女性の半数以上に当たる58%が意図した妊娠だと報告されています。また、男性当事者の75%が意図した妊娠だと考えています（Carter and Speizer, 2005）。

ヤハイラさんは、自分で16歳の時に子どもを持つことを決めたのかという質問に対し、直接的には答えません。性教育を全く受けていなかったので、性行為も妊娠も、単に結果としてそうなったと言います。ヤハイラさんをはじめ、特に貧困や就業機会、教育機会の欠如によって社会に取り残されている若い女性には、早期の妊娠と結婚は避けられないこととして捉えられています。エルサルバドルでは、4分の1以上の少女が18歳までに結婚しているか、内縁の関係にあります（ECLAC, 2020）。

ヤハイラさんは、妊娠することを積極的に選んだわけではありませんが、結婚はまた別の話でした。「母は私の結婚を望んでいませんでした」とヤハイラさんは言います。「でも、

私のように父親不在で育つという経験を、自分の子どもにはさせたくありませんでした。それで結婚して、彼の両親と暮らすことにしたのです。私の人生の中で一番つらい時期でした。私が市役所に婚姻届けを出しに行った時、クラスの友達は高校の入学式に出ていました。そこで私は『自分は何をしているのだろう』と現実に向き合わされたのです」。

夫はヤハイラさんが教育を続けられることを確約していましたが、現実は違っていました。幼い息子の世話をしつつ、チーズを作って売ることで生計の手助けをする傍らで、ヤハイラさんは毎週土曜日、州都にある学校に通いました。学校が終わると急いで家に帰り、夫の食事を作りましたが、この状況が義母を苛立たせました。「勉強なんて無意味なことはもうやめなさい」ヤハイラさんは義母にそう言われたことを覚えています。

一方、地球の反対側にあるフィリピンのマギンダナオ州に暮らすラーマディーナさんは、ごく普通に小学6年までの勉強を終えました。しかし14歳になると、16歳のモルシッドさんと恋に落ち、その後まもなく第一子を生みました。ラーマディーナさんは、結婚と出産は自分で決めたと言っていますが、その後のことは全く予期していませんでした。

「結婚した後も1年間は何とか高校に通いました」ラーマディーナさんは生まれたばかりの2番目の子どもをあやしながら、こう語ります。しかし、学校に通い続けたいという希望はやがて、厳しい現実に打ち砕かれます。夫が、マニラに出稼ぎに行った後に、「自分が勉強を止めたことを理由に、私にも退学するよう言ったのです」。

経済的には苦しく、まだ幼い2人の子育ての難しさに時折直面しながらも、ラーマディーナさんは母親であることに満足しています。それでも、もし違う選択をしていたら、どんな人生になっただろうと考えることがあると言います。

今は「子どもに必要なものを買ってあげるために」ラーマディーナさんは海外に働きに出たいと語ります。「でも、夫が許してくれないでしょう。ダメだと言っています。私が海外に働きに出たら、捨てられるでしょう。だから、黙っているしかありません。どこかへ行こうという気はなくなりました」。

ヤハイラさんも行き詰まりを感じていました。結婚こそ自分で選択したものの、それ以外の人生の選択権はありませんでした。夫は浮気性のうえ、彼女を精神的に虐待しました。ヤハイラさんが別れたいと言うと、夫と義理の両親は息子を「人質」に取りました。「出ていくなら息子を置いていけ、連れては行かせない、と言われたのです」。そして結婚から5年後、ヤハイラさんは我慢の限界に達しました。息子を連れて、実家に帰ったのです。「息子を残してくる気はありませんでした。誰も私から息子を奪うことはできません」。

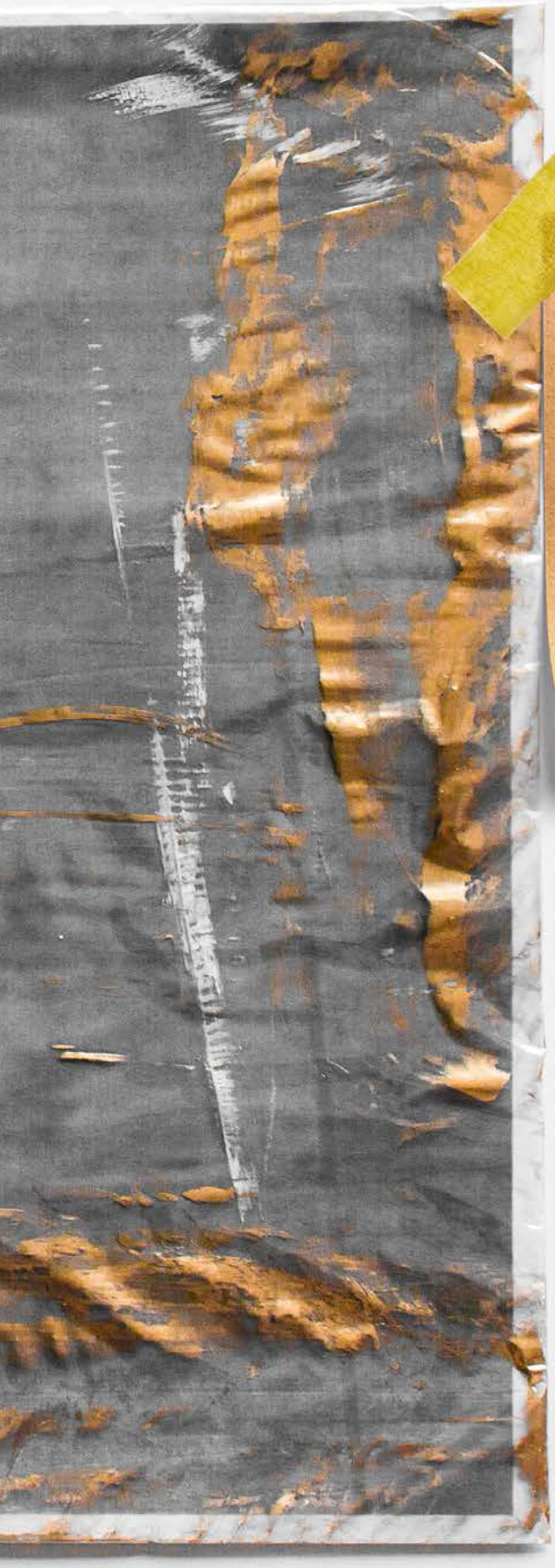
別の運命を歩むことを決心したヤハイラさんは、勉強を終えて警察官になり、ジェンダーに基づく暴力の被害者の支援に携わっていました。そこで再び、意図しない妊娠を経験します。今度は避妊をしていましたが、失敗したのです。妊娠したことを聞かされたパートナーは、姿を消してしまいました。

ラーマディーナ・タルサン・マラング、18歳、2児の母親　©UNFPA/Rosa May DeGuzman

そして今、34歳になったヤハイラさんは自信に満ちています。仕事に満足し、6歳と17歳になる息子を誇りに思い、間もなく福祉関連の学位を取得できることを楽しみにしています。そして息子たちには、ジェンダーの不平等に基づいた社会規範を拒み、避妊などの問題についてもオープンに話せる責任ある男性になってほしいと考えています。「このような問題について、母親が子どもとオープンに話さないことが非常に多いのです。でも、話はしたほうがよいと思います。子どもたちも自信を持つことができるからです」。

一方、ラーマディーナさんも、安心した将来を得るための決断をしています。利用できる避妊方法について学び、初めて避妊薬の注射を受けるところです。そして、自分の娘にも、多くの選択肢を持ってほしいと考えています。「私のようにならないよう、学校を卒業してほしいです。そして、結婚する前に自身の目標を達成できるよう願っています」。

© UNFPA/Fidel Évora



第6章

2030 アジェンダ達成の鍵を握るのは主体性

この白書で示した事実を改めて強調する必要があります。それは、*意図しない妊娠は毎年、数百万人にとって現実のものであり、妊娠件数全体の半数近くに及んでいる*ということです。毎年、女性の約6%が意図しない妊娠を経験しています。この意図しない妊娠のうち60%は中絶に至ります。意図しない妊娠の多くは、女性が自分のからだに対する自己決定権を失ったか、もともと持っていないために起きています。こうしたデータは全て、根深いジェンダー差別、ならびに人権軽視と開発の遅れという課題を明確に示しています。SDGsを達成するには、これらの問題に取り組む必要があります。

このような妊娠による損害は見えにくく、長い間、見過ごされてきました。私たちは意図しない妊娠に起因する医療費を推計し、退学率を継続的に観察し、労働力の減少を予測することはできますが、こうしたデータは問題の表面をなぞっているにすぎません。どのようなデータも、意図しない妊娠に起因する命や主体性、人的資源の損失を十分に示すことはできないでしょう。今後、後発開発途上国の人口が急増し、それにともなって性と生殖に関するヘルス・サービスの必要性も最も急激にに増えることが予測されるため（Starrs and others, 2018）、こうした損失はさらに増大する可能性があります。また新型コロナウイルス感染症は、経済、政治、社会などのシステムの多くが、社会的に最も脆弱な人々の性と生殖に関する健康／権利を守ることができないことを明らかにし、厳しい教訓を残すことになりました（UNFPA, 2020c）。さらに紛争や避難を余儀なくされた人々の危機が続き、激化するとともに、気候変動は、さまざまな災禍を劇的に加速させると見られます。

世界が直面する
最大の課題の多くは、
女性と少女の権利と
可能性の完全な実現により、
解決することができます。

とは言うものの、世界が直面する最大の課題への解決策は目の前にあります。それは、女性と少女の権利と可能性を完全に実現することです。

「持続可能な開発のための2030アジェンダ」は、よりよい未来を築くために合意されたロードマップです。本書が明らかにしているとおり、全ての人のための持続的開発を実現する鍵の一つは、主体性です。女性と少女、社会から最も取り残された人をはじめ、全ての人々の主体性とエンパワーメントを優先課題とし、人々が自分たちの健康やからだ、未来について十分な情報に基づく実質的な決定権を行使できるようになれば、私たちは力強く、相互補強的な前進の好循環をスタートさせることができるのです。

しかし、主体性を実現するための取り組みは、公平性とジェンダー変革を重視した包括的なものでなければなりません（UNFPA, 2020d）。そして、ジェンダー不平等の根本的原因を解消するとともに、女性と男性の間、そして強者と弱者の間の決定権、資源、機会の分かち合いを加速するよう努めなければなりません（UNFPA, 2020d）。また、こうした取り組みは経済、政治、社会のシステムに反映させなければなりません。それらのシステムは、女性が実質的に参加できれば強化される一方で、女性が排除されれば限られたものになります。

取り組みの出発点は、ここからです。

論点を再構成する

意図しない妊娠は女性だけの問題として捉えてはなりません。人口減少の懸念がある国では、ときにそのように捉えられているようですが、意図しない妊娠は、受け入れられるもの、

仕方がないもの、ましてや望ましいものという捉え方をしてはいけません。そして、この問題を非難や恥辱に埋もれさせたままではいけないのです。

本書は人権と開発の双方の観点から、このような考え方を拭い去ることを提案します。本書において、意図しない妊娠によって、ヘルスケアの必要性の増加、安全ではない中絶、所得と生産性の損失、家庭内で子どもに向けられる資源の減少、家族関係の複雑化と不安定化などが生じ、社会的、財政的な負担が重くなることが示されています（Sonfield and others, 2013）。これらの事実は、意図しない妊娠の問題に対してより積極的に対応するための、政治的意志やコミュニティの推進力を生み出すことに活用できますし、また、活用しなければいけません。

自己決定権を支持する政策を確保する

世界には以前から、意図しない妊娠を防ぐための（不完全ながらも大いに効果的な）手段も知識もあったにも関わらず、豊かな国であれ貧しい国であれ、意図しない妊娠が起きない国もコミュニティもありません。全ての政策は、新しい視点から、より緊急性を持ってこの問題に対処すべき時が来ています。この報告書で紹介したエビデンスを活用することで、教育やヘルスケア、労働、司法その他の分野で、各国の人権擁護義務に沿い、個人のからだの自己決定権と、さらに幅広い社会的責任に根差した政策の策定を促進することができます（Macleod, 2016）。

国連人権理事会の最近の動向をみると、政治的責任を果たすことを促す心強いメッセージが出されていますが、これはさらに強調されるべきでしょう。各国が相互に人権に関する実績を審査する「普遍的・定期的レビュー」では、性と生殖に関する権利に係る問題がより多く取り上げられるようになりました。このプロセスを通じて、意図しない妊娠の問題に光を当て、人権擁護方針に沿った行動を提言することができるでしょう。

全ての政策は、新しい視点から、より緊急性を持ってこの問題に対処すべき時が来ています。

現行の法令も見直す必要があります。例えば、意図しない妊娠の問題について国会審議が行われれば、一般の人々の認知度向上に繋がり、現実とのギャップに関する理解も深まるでしょう。審議では、現行の法律や規制政策、行政命令が、意図しない妊娠を回避することを全面的に支持しているか、調査することができます。また、年齢や配偶者の有無による障壁など、依然として性と生殖に関する健康関連の情報とサービスの入手を困難または不可能にしている法的な障害も明らかにできます。解決すべき現行法の矛盾を特定できる可能性もあります。

その他の優先課題としては、避妊サービスにどの程度資金が投入されているか、またそれが、どんな事態が生じても継続すべき不可欠なヘルスサービスとして位置付けられているか調査することです。この件は、近年の新型コロナ

ウイルス感染症のパンデミックによって注目されました。このような調査は、セクシュアリティは単なる生殖能力に留まらない概念であることを一般の人々に理解してもらう、よい機会になることでしょう（Luchsinger, 2021）。これにより、家族を作ることを考えていない人々も含めた性に関する健康とウェルビーイングを目指した、より広範なサービスを実現する道が開けるかもしれません。

研究に投資する

意図しない妊娠の原因とその影響は、まだ十分に理解や測定がされておらず、対策も少ないのが現状です。新たな研究によって、意図しない妊娠で最も影響を受けやすいのは誰か、そしてその理由、最も効果的で権利を重視した対策は何かなどについて、十分なエビデンスを積み上げるべきです。また、意図しなかったが望んだ妊娠、複雑な心境で受け止められる妊娠、そして望まない妊娠の違いについて、より明確にし、こうした妊娠を生じさせる原因を十分に理解すべきです。

避妊具・薬の利用者が何を望み、何を必要としているのかという疑問は、これまで明確に、または十分に問われていなかったため、研究者はこの調査に取り組む必要があります。利用可能な避妊具・薬が多くの女性の生活や、自分のからだに対する考え方に合っていなければ、選択権はないのも同然です。この調査のプロセスでは、妊娠の可能性がある多様な人々と密接に協議し、その経験や懸念の理解に努めるべきです。また、避妊具・薬を入手した女性は、提供された手段を自動的に継続利用するという想定も再検討されるべきです。さらに、若者や高齢者、障がい者、既婚者、多様なジェンダーの人々などは、意図しない妊娠のリスクがないため、サービスの対象とする必要がないという思い込みも疑問視すべきです。また、パートナーの生殖に関する健康に係る実践に協力する男性の割合などの新しいデータは、意図しない妊娠が生じる親密な空間におけるジェンダー力学を明らかにできる可能性があります（Measure Evaluation, 2017）。

避妊具・薬は、副作用が抑えられたものや、使用頻度が少ない場合に適したものなど、新しい選択肢が臨床試験の段階を迎えていますが、その市場は長年、比較的低迷していると見られています（Svoboda, 2020）。最近のコロナ・ワクチン開発の経験から、公的な研究開発資金は大幅に研究開発を促進することが実証されましたが、避妊具・薬の開発にもこの教訓を活かすことができるでしょう。公的研究開発資金が豊富な国は、利用者需要に関する包括的なサンプリングに基づき、男性用を含む新しく多様な避妊具・薬の開発に資金を活用すべきです。同様に、コロナ禍により先進的なヘルスケアに対するアクセスが極めて不公平であることも明らかになりました。公的研究開発資金は、納税者など公的な財源から供給されるものなので、新たな避妊具・薬に関する研究では、人権擁護の義務に従い、全ての国がアクセスできるよう義務付けるべきです。

保健医療サービスを包括的なものにする

保健医療システムは、個人の主体性を確実に支援するため、多くの取り組みを実施することができます。その筆頭として、一生を通じた包括的な性と生殖に関するヘルス・サービスを提供し、性感染症（STI）予防と産前健診から妊産婦ケア、スティグマと暴力の予防、からだの自己決定権の保障に至るまで、多様な問題に対応することができます。こうした包括的サービスは、親または配偶者への通知または同意を義務づけてはいけません（ACOG, 2017）。思春期の若者にとって、家族計画という考え方は自分とは関係が無いと感じてしまうかもしれないた

め、家族計画から避妊サービスに「名称変更」することで、思春期の若者にもこのサービスが開かれていることを示すことができます（Paul and others, 2019）。また、ホルモン避妊を始める前に、思春期の若者にとって特に不快と感じる内診や子宮頸部細胞診の定期的実施を必須としないなどの対策を講じることもできます（ACOG, 2017）。

対策を取る際は、その他の無視されてきたグループ（LGBTIの人々や障がいとともに生きる人々など）も対象とし、アクセスやケアの質、説明責任における公平性を確保しなければなりません（UNFPA, 2019）。そのためにはアドボカシーや研修、ジェンダーに基づく予算配分などの方策により、ジェンダーバイアスやその他の差別的観念に対処する必要があります。

避妊は行動と投資が求められるもう一つの重要分野であり、高い投資収益率が見込まれます。避妊サービスに現状よりも1ドル多く費やすごとに、妊産婦と新生児のケアにかかるコストを3ドル削減できるとする推計があります（Sully and others, 2020）。したがって、避妊具・薬は全ての医療保険、または公的ならびに民間資金による保健医療サービスの対象リストに含め（Kaufman and Silverman, 2021）、これに十分な予算を割り当てるべきです。また、地域や営業時間などに関連する障壁がないように十分な財源も確保すべきです（WHO, 2019a）。保健医療施設を統合または再編成する場合には、避妊具・薬へのアクセスも費用便益評価の対象とすべきです（ACOG, 2017）。

避妊サービス自体も包括的である必要があります。具体的には、妊娠の意図についての聞き取り、選択肢や副作用など影響の可能性についてのカウンセリングに加えて、効果持続期間の長い可逆的な避妊具の装着、取り外し、交換または再装着、また避妊方法の変更を望む女性への迅速な対応を含む定期的なフォローアップなどが挙げられます（CDC, 2015）。宗教的な理由などにより、避妊具・薬を提供しない保健医療従事者には、それを希望する患者に適切な紹介を行うよう指導をする必要があります（ACOG, 2017）。

避妊は行動と投資が求められるもう一つの重要分野であり、高い投資収益率が見込まれます。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは問題解決に欠かせない基本的要素です。SDGsでは、ほぼ全ての国が2030年までにユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成することを約束しました。そのための取り組みとして、全ての人の性と生殖に関する健康に係るニーズと権利に対応し、差別的な慣習や規範を変えていかなければなりません。例えば、ジェンダーの不平等や差別的慣習について体系的な検討を行えば、男性に比べて不当に高い女性の不妊手術率などの問題を見つけ出し、是正できるかもしれません。患者からの定期的なフィードバックを用いて、サービスの改善を図るとともに、ジェンダー別の調査やその他のデータで、男女間の観点の差異を把握すべきです。

保健医療システムにジェンダーの視点

また保健医療システムは、ジェンダーの視点に立ったものでなければいけません。そのためには、利用者を尊重し、権利に基づいたケアで、患者の声に耳を傾け、受入可能な選択肢は何かを探る必要があります（第4章で詳述）。熟練した、寄り添いのケアを提供すれば、避妊具・薬だけでなく、妊娠の意図の有無やからだの自己決定権のような概念についても話せる場ができるかもしれません。このような場があれば、患者は安心して懸念や要望を表明でき、また医療従事者も本人が正確な情報を持っているか、パートナーからの圧力はないか、その他の不安はないかを判断できるでしょう（WHO, 2019b; Johnson-Mallard and others, 2017）。ケアを提供する側は女性、男性、若者、LGBTIの人々を含め、全ての人に差別なく接するための研修を受け、進んでそのように実行すべきです（WHO, 2019a）。ジェンダーに基づく暴力の被害者に対して、スクリーニングや照会を行うこともできるでしょう（Hamberger and others, 2015）。

さらに、保健医療システムはジェンダー平等の模範を示すこともできます。例えば、依然として男性が28%有利となっている医療従事者の男女間賃金格差を縮めたり、保健医療関係の政策決定でジェンダーの公正を確保することなどです（WHO, 2019a）。助産師のほとんどは女性なので、より多くの助産師を配置し活用することで、女性のエンパワーメントを支援できます。助産師が利用者と同じコミュニティの出身者であれば、文化的により配慮したケアの提供ができるでしょう。

最後に保健医療システムは、社会から最も取り残された人々にまで支援を届けるための新しい方法を模索しなければなりません。新型コロナウイルス感染症対策では、遠隔医療や処方薬へのアクセス改善など、距離や移動制限を克服できる革新的な手段が生まれました。こうした取り組みは継続し、さらに拡大することができるでしょう。例えば英国では、遠隔医療を利用して早期の医学的妊娠中絶を行った女性の80%が、将来もこの方法を選ぶだろうと答えています（FSRH, 2021; Luchsinger, 2021）。世界保健機関（WHO）は、自己投与の注射型避妊薬を利用しやすくしたり、処方箋無しで手に入れることができる経口避妊薬や緊急避妊薬を入手可能にするなど、セルフケアの利用可能性の拡大を推奨しています（WHO, 2021）。

社会的保護の拡大

新型コロナウイルス感染症の感染拡大や気候変動などの危機は、普遍的な社会的保護プログラムが必須であることをかつてなく明確にしました。SDGsのコミットメントにも盛り込まれている社会的保護プログラムは、それがなければ貧困に陥ってしまう人々にとって、最後のセーフティネットとなります。コロナの感染拡大により、社会的保護スキームが存在する国でも、多くの女性がそれを享受できていないことが明るみになりました。その理由としては、不均等な割合で女性が無給の家事を担っていることや、質的に劣悪で賃金も安い非正規の仕事に就く女性が圧倒的に多いことなどが挙げられます。

普遍的な社会的保護制度は、所得格差だけでなく教育や保健医療の格差も縮めることで、意図しない妊娠につながる複合的な脆弱性を緩和する、強力な機会を提供します（ILO, 2017）。例えば、ルワンダやタイ、ベトナムをはじめとする国々は、非正規労働者を社会保障制度の対象に含めました。コロナの感染拡大時に、後発開発途上国の一つであるトーゴ

は、非正規労働者を対象に6か月間のモバイル給付金制度を導入しました。57万5,000人近くの国民に給付金が支給されましたが、女性はその65%を占めています。労働者としても家計の管理者としても、女性の方が給付金を多く受け取りました（UN Women, 2021）。

社会的保護プログラムは、所得格差を縮めるだけでなく、サービス利用券などの形で、避妊具・薬へのアクセスに使える仕組みを組み込むこともできます。綿密に設計されたプログラムは、避妊具・薬へのアクセスを容易にし、その選択肢を広げ、貧困層や若者、教育を受けていない人々など、社会から取り残された人々に支援を届けて効果を上げています。また、ケアの水準を上げ、収入の流れを安定させ、実施機関がこれをサービスの向上に再投資することで、様々な面で潜在的な便益を生み出したプログラムもあります（HIP, 2020a）。

ジェンダーに基づく暴力を終わらせる

悲惨なことに、意図しない妊娠は暴力と関連することが多くあります。パートナーを持ったことがある15歳から49歳の女性と少女のうち、約13%は過去12か月の間に親密なパートナーから暴力を受けています（United Nations, 2022）。各種の調査から、多くの女性は、性行為と妊娠にまつわる意思決定権をパートナーに委ねることを強いられているほか、性行為を拒んだ場合には、暴力を受けても仕方がないと考える女性も多いことが明らかになっています（Hindin and others, 2008）。強制的な性行為や妊娠を経験する女性も多くいます。どのような司法制度のもとでも、通報と起訴される実行犯の割合は低く、罰則も不十分となっています。

無償の法的支援を含め、女性は法的保護を簡単に受けられることが必要です。質の高い被害者中心のサービスと、警察官から検察官、判事に至るまで、被害者を尊重し、偏見のない法執行担当者によって、女性は支援されるべきです。このような取り組みは、どこの国においても、あらゆる形態のジェンダーに基づく暴力をきちんと識別し対処するだけでなく、女性に対する差別的な扱いを排除する法制度によって支持される必要があります。例えば、WHO、UNFPAその他の機関が2019年に発表した「RESPECT　Women」の枠組みでは、政策立案者がジェンダーに基づく暴力を撲滅するための明確で効果測定が可能な対策を定めています（WHO, 2019c）。

進展は見られています。例えば、アラブ首長国連邦は近年、既婚女性に夫への服従を義務づける法律を廃止しました（World Bank, 2021a）。しかしながら、差別的な法律や法的ギャップは、全世界の女性に影響し続けています。最近発表された95か国のデータによると、63%の国では同意の原則に基づくレイプ禁止法が存在しておらず、半数の国は依然として、一定の職種または業種で女性の労働を制限しています。また、結婚または離婚について、女性に男性と平等な権利を認めていない国は、4分の1近くに上ります（United Nations, 2021）。

人道危機や情勢不安のもとでは、性暴力のリスクが高まります。レイプが戦争の武器やジェノサイドの手段として使用されたり、コミュニティの保護メカニズムの多くが崩壊または消滅して、親密なパートナーによる暴力が継続されたりします。このような状況下で、女性は避妊関連のサービスを含む（Women's Refugee Commission and others, 2021）性と生殖に関するヘルスサービスをさらに利用しにくくなるため（Tran and others, 2021）、意図しない妊娠

のリスクが高まります。緊急避妊薬やレイプ後の治療、さらには性暴力を避けるための安全な空間と保護施設を含め、あらゆる性と生殖に関するヘルスサービスへのアクセスは、全ての人道支援で譲れない必須の要素です。

有害な社会的規範を変える

あらゆる場所において、有害な社会的規範を再考し、見直さない限り、意図しない妊娠を減らすための取り組みは成功しません。タブーやジェンダー差別的な規範があるために、最も影響を受ける人々が声を上げられないことがあまりにも多く、この問題こそ、率直で事実に基づく話し合いが重要であり、人々の多様な経験を表面化させなければなりません。

私たちは、避妊具・薬にまつわるスティグマによって、多くの人々がその利用を避けたり、ひそかに使用を中止したりする様子を目の当たりにしてきました。思春期の少女は、選択肢が全く提示されていないため、妊娠してしまうかもしれません。年配の女性は、妊娠しないと思い込んでいるかもしれません。年齢や背景に関係なく、パートナーの暴力や強制的な行動の通報をためらう女性も多くいます。

社会全体の意識を高める必要があり、からだの自己決定権は誰にでもあること、またこの権利を実現するために必要なことについて注意を促す必要があります。こうした議論にまつわるタブーをなくすことは、最重要と思われる話し合いを可能にするうえで不可欠です。その話し合いとは、性的パートナーがそれぞれ主体性と自己決定権を行使できるよう、両者の間で要望や選択、計画についてオープンに対話することです。

また、ジェンダーに基づく差別的な規範と期待についても、積極的かつ同時に対処する必要があります。意図しない妊娠は、全世界の女性と少女の無力化に根差しています。UNFPAの研究によると、現状の変革ペースでは、少女による出産を根絶するのに160年を要します

© UNFPA/Fidel Évora

（UNFPA, 2022）。開発途上国では、20歳から24歳までの若い女性のうちほぼ3人に1人が、10歳から19歳までの思春期に出産を経験しています。思春期の妊娠を本人が選択したと自己認識している場合でさえ、少女は社会的圧力を受け、得られる情報やサービスもないために、自己決定権が限られています。学校におけるデートDVへの対策、コミュニティにおける少年と少女がジェンダーに関して公平な姿勢を持つための対策、子育て対策などの取り組みは（Lundgren and Amin, 2015）、ジェンダーに基づく暴力に対処するだけでなく、女性と少女の価値を高めるうえでも有効と考えられます。多様な対象者と文脈にしっかりと沿った一般向けアドボカシー・キャンペーンを展開すれば（Thomas, 2012）、権利と自己決定に関する認識を高めることができます。

包括的性教育は、成功の鍵を握る要素です。包括的性教育は、医学的エビデンスに基づき、権利とエンパワーメントの原則を指針とする情報を提供することで、自身のからだと性的関係について、恥ずかしいと思うことなく話し合うための場と語彙を人々に提供します。この教育を適切に行えば、神話や誤解に対処するだけでなく、コミュニケーションや同意、互いを尊重し合う関係を促進することもできます。また、ジェンダーや権力の持つ意味についても考えさせ、信用の置ける避妊ケアについて、思春期の若者に教育することもできます。児童婚や早婚が多い国では、包括的性教育が思春期の若者や親、さらにはコミュニティ全体を巻き込み、こうした規範について考え、人生の他の選択肢を考えるための場として機能できます。また、全ての学習者がジェンダーの平等、人権と非暴力の文化を促進するためのスキルと知識を身に着けることを求めるSDGsのターゲット４.７の達成に向け、人類を前進させることにもなります。

性教育は通常、思春期の若者を対象としていますが、専門家は、幼児期から年齢に見合

妊娠はからだの自己決定権が侵害された結果ではなく、積極的に選択した結果であるべきです。

った形で導入し、生涯全体を通じて継続し（ACOG, 2020）、セクシュアリティと生殖の全段階をカバーすることを提案しています。そうすれば、人々が就学期以降も長期にわたり、硬直的なジェンダー規範やステレオタイプについて考え直すきっかけにもなるでしょう。

そして最後に、男性と少年も、健全な男性性を推進する情報と社会規範の恩恵を享受することが重要です。こうした男性性の概念は、ジェンダーに基づく暴力を拒絶し、平等と公平という価値観を尊重し、パートナーと自分自身の生殖に関する考えを話し合う際に、感情や感受性、ニュアンスのある表現を受け入れるものであるべきです。

女性と少女のエンパワーメントに投資する

世界のどこでも、少女が早期妊娠の先にある未来を見通し、それを実現できる力を持てる必要があります。そのためには、少女のエンパワーメントと、将来世代のロールモデルとなり得る女性のエンパワーメントに投資する必要があります。

こうした女性と少女のエンパワーメントへの投資は、有害な規範の変革に関連はするものの、それとは異なるものでもあります。エンパワーメントを受けた女性と少女は、規範を変革する推進役になれますが、こうした女性だけが、不平等な世界で自らの立場を自力で高める責任を担うのではありません。有害な規範を改革するための取り組みとしては、女性と少女のエンパワーメントへの投資と並行して、彼女たちを意思決定の場に参入させるための方策への投資が実施されなければなりません。

例えば、資産構築とメンター制度を結び付けた方策が必要です。少女が学校を辞めないようにするため、また労働市場におけるジェンダー差別と賃金格差を緩和するためには、広範な分野における取り組みが必要です。貧困や人種的格差など、いくつかの脆弱性を併せ持つ女性と少女に支援が届くよう、取り組みを調整することも重要です。エンパワーメントに関するメッセージは、職業訓練や経済的エンパワーメントの取り組みなど、こうした女性と少女を対象とするプログラムに織り込むことができます。

女性の権利団体に投資し、その団体と連携することは、特に団体の指導者が女性である場合、有意義です。こうした団体は、多くの場合、多様なコミュニティ間の違いなど、女性と少女の私生活について詳しい知見を備えています。また、意図しない妊娠の原因を把握し、権利や個別の嗜好に最も見合う解決策を見出すうえで、最適の立場にあることも考えられます。こうした団体はこれまでも、提唱者や監視人と

© UNFPA/Fidel Évora

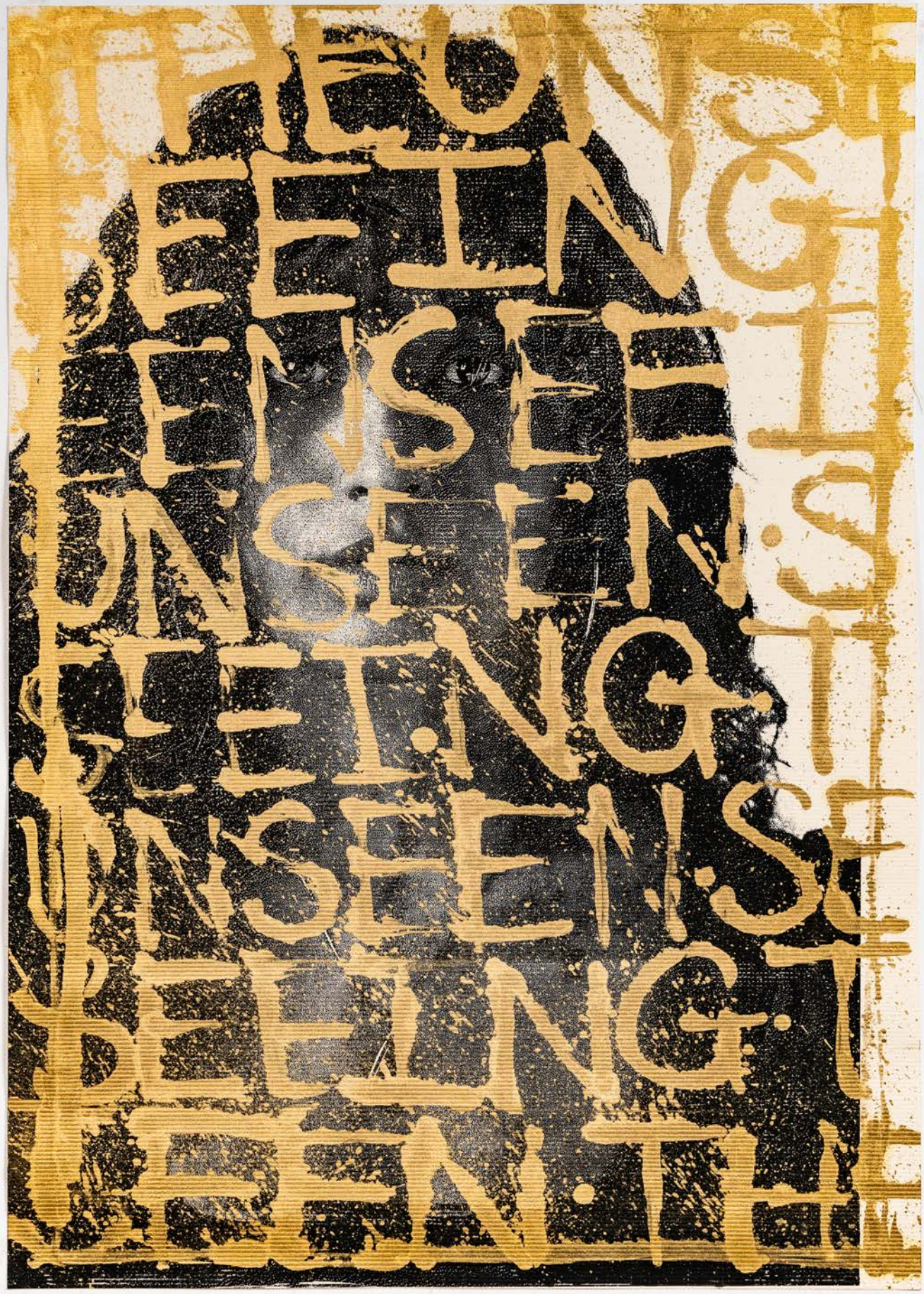
して、世界各地でジェンダーの平等を前進させる国内政策の推進役にもなってきました（UN Women, 2021）。

このような団体に十分な資金が提供されることは不可欠でありますが、さらにこれらの団体を、ジェンダーの平等を後退させるイデオロギーを志向する勢力から守り、市民社会やサービスの提供を通じてジェンダーの平等や民主主義に反対するアジェンダを追求する団体から、はっきりと区別されなければなりません（UN Women, 2021）。

積極的な選択と正義を目指して

妊娠はからだの自己決定権が侵害された結果ではなく、積極的に選択した結果であるべきです。それは人権上の義務であり、人間的、社会的なウェルビーイングに必要なものです。積極的な選択は、正義の問題です。これを実現すれば、世界はより強靭となります。

積極的な選択に何が必要かは、人によって大きく異なります。しかし、全ての人が情報と尊厳をもって、このような選択を行えるようになれば、誰もがその恩恵を受けるでしょう。意図しない妊娠の件数をゼロにできなくても、できるだけゼロ近くまで削減することを目指さなければなりません。そうすれば、私たちが公言している人類共通のビジョンの実現に近づくことでしょう。全ての妊娠が望まれ、全ての人の権利と可能性が完全に発揮できる世界です。



© UNFPA/Fidel Évora

指標

国際人口開発会議の目標の進捗：
性と生殖に関する健康 page 120

国際人口開発会議の目標の進捗：
ジェンダー、人権および人的資源 page 126

人口指標 page 132

テクニカル・ノート page 138

国際人口開発会議の目標の進捗

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(%) 何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ)の割合(%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービス・カバレッジ指標
						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			
国・領域・その他の地域	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
世界	**211**	**199**	**243**	**82**	**0.19**	**49**	**63**	**44**	**57**	**9**	**11**	**77**	**76**	**68**
先進地域	12	11	13	99	0.14	58	70	51	62	7	9	79	87	–
開発途上地域	232	219	268	81	0.20	47	62	43	56	9	12	77	72	–
後発開発途上地域	415	396	477	65	0.44	32	42	29	37	16	20	60	71	–
UNFPA地域														
アラブ諸国	151	121	208	86	0.03	34	53	29	45	10	15	66	65	61
アジア・太平洋	120	108	140	86	0.06	52	67	47	62	7	9	81	74	68
東ヨーロッパ・中央アジア	20	18	22	99	0.15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
ラテンアメリカ・カリブ海地域	74	70	80	95	0.18	59	75	56	70	8	9	83	75	74
東・南アフリカ	391	361	463	70	1.20	35	44	32	40	16	21	63	72	47
西・中央アフリカ	717	606	917	55	0.41	20	23	17	19	17	22	46	70	43
国・領域・その他の地域	2017	2017	2017	2004–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
アフガニスタン	638	427	1,010	59	0.04	20	27	18	24	17	24	48	56	37
アルバニア	15	8	26	100	0.03	31	44	5	5	11	16	11	79	62
アルジェリア	112	64	206	99	0.04	36	65	32	57	6	9	76	–	75
アンゴラ	241	167	346	50	0.69	16	17	15	16	27	35	35	62	39
アンティグア・バーブーダ島	42	24	69	100	–	45	63	43	61	10	13	78	–	72
アルゼンチン	39	35	43	100	0.13	60	72	58	68	8	10	85	92	73
アルメニア	26	21	32	100	0.11	39	60	21	32	8	12	45	87	69
アルバ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
オーストラリア	6	5	8	99	0.03	58	67	56	64	8	11	86	–	87
オーストリア	5	4	7	98	–	66	73	64	70	5	7	89	–	82
アゼルバイジャン	26	21	32	99	0.04	37	57	15	23	9	14	33	–	65
バハマ	70	48	110	99	0.28	45	67	43	65	9	12	80	–	70
バーレーン	14	10	21	100	–	29	63	20	43	6	12	58	73	71
バングラデシュ	173	131	234	59	–	52	63	46	55	10	12	74	–	51
バルバドス	27	17	39	99	–	50	63	47	61	12	14	76	44	75
ベラルーシ	2	1	4	100	0.13	61	70	52	59	5	8	79	83	74
ベルギー	5	4	7	–	–	59	67	58	67	5	8	91	–	86
ベリーズ	36	26	48	94	0.53	45	57	42	54	14	18	71	43	67
ベナン	397	291	570	78	0.19	17	19	14	15	24	31	34	91	38
ブータン	183	127	292	96	0.09	39	61	38	59	8	13	80	83	62
ボリビア	155	113	213	81	0.08	48	68	36	49	12	16	60	94	67
ボスニア・ヘルツェゴビナ	10	5	16	100	–	38	50	19	21	9	13	40	70	65
ボツワナ	144	124	170	100	4.39	58	70	57	69	8	10	87	64	54
ブラジル	60	58	61	99	0.23	65	80	63	77	6	8	89	–	75
ブルネイ	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77
ブルガリア	10	6	14	100	–	66	80	50	58	5	6	71	62	70
ブルキナファソ	320	220	454	80	0.1	29	32	28	31	20	24	57	81	43
ブルンジ	548	413	728	85	0.15	20	32	18	29	17	28	48	65	44
カンボジア	160	116	221	89	0.07	43	63	32	47	7	11	64	98	61
カメルーン	529	376	790	69	0.6	23	23	19	17	16	21	49	–	44
カナダ	10	8	14	98	–	73	82	71	80	3	4	93	–	89
カーボベルデ	58	45	75	97	–	44	58	43	57	13	16	76	84	69
中央アフリカ共和国	829	463	1,470	40	–	21	23	16	18	23	25	37	77	33
チャド	1,140	847	1,590	24	0.22	7	8	7	7	19	24	25	59	28

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(%) 何らかの方法 全員	何らかの方法 有配偶または内縁関係	近代的避妊法 全員	近代的避妊法 有配偶または内縁関係	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(%) 全員	有配偶または内縁関係	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービス・カバレッジ指標
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
チリ	13	11	14	100	0.26	64	78	59	72	6	8	85	–	80
中国	29	22	35	100	–	69	85	68	84	4	3	92	–	82
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	0.18	64	82	61	77	5	7	87	96	78
コモロ	273	167	435	82	0.01	20	27	16	22	19	29	42	–	44
コンゴ民主共和国	473	341	693	85	0.18	26	30	16	16	21	25	33	–	39
コンゴ共和国	378	271	523	91	1.94	43	45	29	28	15	18	51	55	41
コスタリカ	27	24	31	99	0.34	56	74	55	72	9	11	84	84	78
コートジボワール	617	426	896	74	0.24	26	26	23	23	21	26	49	64	45
クロアチア	8	6	11	100	0.02	50	71	35	46	5	8	64	98	73
キューバ	36	33	40	100	0.18	69	72	68	71	8	9	88	–	80
キュラソー	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
キプロス	6	4	10	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	79
チェコ	3	2	5	100	–	63	85	56	76	3	4	84	79	78
デンマーク	4	3	5	95	0.02	64	77	60	73	5	6	88	87	85
ジブチ	248	116	527	87	0.13	17	29	16	29	15	26	51	–	48
ドミニカ	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ドミニカ共和国	95	88	102	100	0.32	57	73	55	70	8	10	84	–	66
エクアドル	59	53	65	96	0.12	60	82	54	74	6	6	82	92	80
エジプト	37	27	47	92	0.03	45	61	43	60	9	12	81	–	70
エルサルバドル	46	36	57	100	0.13	52	73	49	69	8	10	82	92	76
赤道ギニア	301	181	504	68	–	18	18	15	15	23	31	38	–	43
エリトリア	480	327	718	34	0.07	9	14	9	13	18	29	33	–	50
エストニア	9	5	13	100	0.16	56	65	51	58	7	11	80	98	78
エスワティニ	437	255	792	88	5.28	54	68	53	67	10	13	83	98	58
エチオピア	401	298	573	50	0.12	30	42	30	42	14	21	67	73	38
フィジー	34	27	43	100	0.16	35	52	30	44	11	16	65	–	61
フィンランド	3	2	4	100	–	79	82	74	77	3	5	90	98	83
フランス	8	6	9	98	–	65	78	63	76	4	4	92	–	84
仏領ギアナ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
仏領ポリネシア	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ガボン	252	165	407	89	0.48	38	38	30	27	18	23	54	58	49
ガンビア	597	440	808	84	0.93	14	19	13	19	16	25	44	–	48
ジョージア	25	21	29	100	0.17	32	47	23	34	13	18	52	94	65
ドイツ	7	5	9	99	0.03	55	68	54	67	7	9	88	87	86
ガーナ	308	223	420	79	0.63	27	36	23	32	19	27	51	66	45
ギリシャ	3	2	4	100	0.09	53	75	38	50	4	7	66	72	78
グレナダ	25	15	39	100	–	46	66	43	61	9	12	77	–	70
グアダルーペ	–	–	–	–	–	46	60	41	54	11	15	73	–	–
グアム	–	–	–	–	–	41	66	36	56	7	10	74	–	–
グアテマラ	95	86	104	70	0.05	43	64	36	54	9	13	71	–	57
ギニア	576	437	779	55	0.42	14	14	13	13	17	23	42	79	37
ギニアビサウ	667	457	995	54	0.88	33	23	31	22	16	20	64	80	37
ガイアナ	169	132	215	96	0.43	35	47	33	45	17	25	64	87	74
ハイチ	480	346	680	42	0.45	28	39	26	36	23	34	50	65	47

国際人口開発会議の目標の進捗

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(%) 何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ)の割合(%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービス・カバレッジ指標
						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			
国・領域・その他の地域	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
ホンジュラス	65	55	76	74	0.07	53	76	47	68	7	9	79	80	63
ハンガリー	12	9	16	100	–	49	70	44	62	6	9	80	93	73
アイスランド	4	2	6	98	0.04	–	–	–	–	–	–	–	–	87
インド	145	117	177	81	0.04	44	57	39	51	9	12	74	74	61
インドネシア	177	127	254	95	0.10	44	62	42	60	8	11	81	77	59
イラン	16	13	20	99	0.03	58	82	47	66	3	4	77	63	77
イラク	79	53	113	96	–	38	56	27	40	8	12	58	59	55
アイルランド	5	3	7	100	0.08	66	70	63	66	6	9	88	–	83
イスラエル	3	2	4	–	–	39	73	30	56	5	8	68	–	84
イタリア	2	1	2	100	0.04	59	67	48	51	5	9	74	–	83
ジャマイカ	80	67	98	100	0.53	44	73	42	70	8	9	80	76	70
日本	5	3	6	100	0.00	46	51	39	41	12	17	68	85	85
ヨルダン	46	31	65	100	0.01	31	54	22	39	8	14	57	56	60
カザフスタン	10	8	12	100	0.19	43	54	40	51	11	15	76	65	76
ケニア	342	253	476	70	0.72	44	60	43	59	13	16	75	48	56
キリバス	92	49	158	92	–	23	32	19	26	16	23	49	–	51
北朝鮮	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83	68
韓国	11	9	13	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87
クウェート	12	8	17	100	–	40	59	33	49	9	13	67	–	70
キルギス	60	50	76	100	0.11	29	42	28	39	12	17	67	73	70
ラオス	185	139	253	64	0.13	38	61	34	54	10	14	71	96	50
ラトビア	19	15	26	100	–	60	72	53	62	6	9	81	70	72
レバノン	29	22	40	98	0.03	29	62	22	46	6	13	62	–	72
レソト	544	391	788	87	4.91	52	66	51	66	10	14	83	–	48
リベリア	661	481	943	84	0.29	26	27	25	26	27	32	47	–	42
リビア	72	30	164	100	0.05	26	40	17	25	17	25	39	–	60
リトアニア	8	5	12	100	–	48	71	39	57	7	8	72	87	70
ルクセンブルク	5	3	8	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87
マダガスカル	335	229	484	46	0.22	42	51	37	45	14	16	67	–	35
マラウイ	349	244	507	90	1.21	49	65	48	64	13	15	78	79	48
マレーシア	29	24	36	100	0.19	35	57	25	41	9	15	57	83	76
モルディブ	53	35	84	100	–	16	22	12	18	21	30	34	93	69
マリ	562	419	784	67	0.27	18	20	18	20	21	24	46	–	42
マルタ	6	4	11	100	–	60	79	48	63	4	5	75	–	81
マルチニーク	–	–	–	–	–	47	62	43	57	11	14	75	–	–
モーリタニア	766	528	1,140	69	–	14	22	13	20	18	28	41	65	40
モーリシャス	61	46	85	100	0.8	43	67	29	44	8	10	57	75	65
メキシコ	33	32	35	97	0.16	56	74	53	70	9	10	82	86	74
ミクロネシア	88	40	193	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
モルドバ	19	15	24	100	0.24	55	63	44	50	11	13	67	–	67
モンゴル	45	36	56	99	0.01	41	57	37	51	13	15	70	–	63
モンテネグロ	6	3	10	99	0.04	23	27	15	16	15	21	41	52	67
モロッコ	70	54	91	87	0.02	43	71	37	61	7	11	74	–	73
モザンビーク	289	206	418	73	3.5	27	30	26	29	19	22	58	–	47
ミャンマー	250	182	351	60	–	34	58	33	56	8	14	79	91	61
ナミビア	195	144	281	88	2.44	52	61	52	61	10	15	83	88	62

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(%) 何らかの方法 全員	何らかの方法 有配偶または内縁関係	近代的避妊法 全員	近代的避妊法 有配偶または内縁関係	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(%) 全員	有配偶または内縁関係	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービス・カバレッジ指標
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
ネパール	186	135	267	77	0.03	42	53	37	47	17	22	63	48	53
オランダ	5	4	7	–	0.02	63	72	61	71	5	7	89	100	86
ニューカレドニア	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ニュージーランド	9	7	11	96	0.02	65	81	61	75	4	5	88	95	86
ニカラグア	98	77	127	96	0.11	53	82	51	79	5	6	88	75	70
ニジェール	509	368	724	39	0.05	17	19	16	18	15	18	50	–	37
ナイジェリア	917	658	1,320	43	0.42	18	21	14	15	15	19	42	–	45
北マケドニア	7	5	10	100	–	43	54	19	19	9	13	37	–	68
ノルウェー	2	2	3	99	0.01	67	85	62	79	4	4	89	100	86
オマーン	19	16	22	99	–	21	36	15	25	15	26	41	70	69
パキスタン	140	85	229	71	0.12	26	38	20	29	11	17	53	69	45
パレスチナ自治政府[1]	–	–	–	100	–	41	62	30	46	7	11	64	68	–
パナマ	52	45	59	93	0.44	48	60	45	56	14	17	73	72	77
パプアニューギニア	145	67	318	56	0.39	28	39	23	32	18	25	51	–	33
パラグアイ	84	72	96	98	0.13	59	73	55	67	8	9	82	76	61
ペルー	88	69	110	94	0.13	55	77	43	58	5	7	70	85	78
フィリピン	121	91	168	84	0.15	36	57	27	43	10	16	59	80	55
ポーランド	2	2	3	100	–	54	74	43	58	6	8	73	89	74
ポルトガル	8	6	11	100	0.07	60	74	51	62	4	7	79	95	84
プエルトリコ	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	83	–	–
カタール	9	6	14	100	0.07	31	49	26	41	9	15	64	71	74
レユニオン	–	–	–	–	–	49	72	48	71	8	9	84	–	–
ルーマニア	19	14	25	95	0.04	54	72	45	58	5	8	75	98	72
ロシア	17	13	23	100	–	49	68	42	57	6	9	76	70	75
ルワンダ	248	184	347	94	0.34	34	58	32	54	11	16	70	82	54
セントクリストファー・ネービス	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
セントルシア	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	33	72
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	65	10	12	80	81	73
サモア	43	20	97	89	–	12	19	11	18	26	46	29	22	53
サンマリノ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
サントメ・プリンシペ	130	73	217	97	–	38	51	35	47	21	25	60	46	60
サウジアラビア	17	10	30	99	0.05	19	30	15	24	15	25	46	–	73
セネガル	315	237	434	75	0.08	21	30	20	28	15	21	56	75	49
セルビア	12	9	17	100	0.02	47	58	28	28	6	11	53	99	71
セーシェル	53	26	109	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70
シエラレオネ	1,120	808	1,620	87	0.7	27	25	26	25	20	24	56	65	39
シンガポール	8	5	13	100	0.01	40	68	35	60	6	10	77	46	86
セント・マーチン	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
スロバキア	5	4	7	98	–	56	79	48	66	4	6	79	86	77
スロベニア	7	5	9	100	0.01	53	79	44	66	3	5	79	–	80
ソロモン諸島	104	70	157	86	–	24	32	20	27	13	17	54	–	50
ソマリア	829	385	1,590	32	0.02	6	10	2	2	15	26	9	–	27
南アフリカ共和国	119	96	153	97	4.6	51	58	51	58	11	14	82	95	68
南スーダン	1,150	789	1,710	19	1.37	6	8	6	7	20	29	21	16	32
スペイン	4	3	5	100	0.08	60	63	58	61	8	13	85	–	86
スリランカ	36	31	41	100	0.01	45	67	37	55	5	7	74	86	67

国際人口開発会議の目標の進捗

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(%) 何らかの方法		近代的避妊法		15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ)の割合(%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービス・カバレッジ指標
						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			
国・領域・その他の地域	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
スーダン	295	207	408	78	0.09	11	16	10	15	17	27	36	57	44
スリナム	120	96	144	98	0.3	34	47	33	47	15	22	69	–	67
スウェーデン	4	3	6	–	–	60	71	57	68	6	8	87	100	87
スイス	5	3	7	–	–	73	73	68	69	4	7	89	94	87
シリア	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56
タジキスタン	17	10	26	95	0.09	24	33	22	30	16	22	55	–	66
タンザニア	524	399	712	64	1.26	37	45	33	40	15	19	62	–	46
タイ	37	32	44	99	0.1	53	77	52	75	4	6	90	–	83
東ティモール	142	102	192	57	0.1	19	32	17	29	13	23	53	–	53
トーゴ	396	270	557	69	0.45	24	27	22	25	22	30	48	–	44
トンガ	52	24	116	98	–	18	33	16	28	13	25	49	–	56
トリニダード・トバゴ	67	50	90	100	0.07	41	49	36	45	14	20	67	27	73
チュニジア	43	33	54	100	0.03	31	59	27	51	7	13	70	–	70
トルコ	17	14	20	97	–	48	71	34	49	6	9	61	78	79
トルクメニスタン	7	5	10	100	–	35	53	33	50	8	12	76	94	73
タークス・カイコス諸島	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ツバル	–	–	–	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ウガンダ	375	278	523	74	0.95	36	46	33	42	18	24	61	–	50
ウクライナ	19	14	26	100	0.21	53	68	44	55	6	9	75	95	73
アラブ首長国連邦	3	2	5	99	0.13	36	51	29	41	12	17	61	–	78
英国	7	6	8	–	–	72	76	66	69	5	7	86	96	88
米国	19	17	21	99	–	62	76	54	67	5	6	81	–	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	0.19	57	79	55	77	6	7	87	97	79
ウズベキスタン	29	23	37	100	0.08	50	70	46	66	6	8	84	92	71
バヌアツ	–	–	–	89	–	36	49	31	41	15	19	61	–	52
ベネズエラ	125	97	170	99	0.08	56	76	52	71	8	10	83	–	70
ベトナム	43	32	61	94	0.06	59	80	50	67	4	5	79	54	70
西サハラ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
イエメン	164	109	235	45	0.04	28	44	21	33	14	23	49	65	44
ザンビア	213	159	289	80	3.64	38	53	36	50	15	18	68	91	55
ジンバブエ	458	360	577	86	1.74	49	69	49	69	8	10	86	73	55

NOTES

– Data not available.
[a] The MMR has been rounded according to the following scheme: <1,000, 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 years who are currently using any method of contraception.

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

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

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

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

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

MAIN DATA SOURCES

Maternal mortality ratio: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division), 2019.

Births attended by skilled health personnel: Joint global database on skilled attendance at birth, 2021, 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 2021 HIV Estimates.

Contraceptive prevalence rate: United Nations Population Division, 2021.

Contraceptive prevalence rate, modern method: United Nations Population Division, 2021.

Unmet need for family planning: United Nations Population Division, 2021.

Proportion of demand satisfied with modern methods: United Nations Population Division, 2021.

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

Universal health coverage (UHC) service coverage index: WHO, 2021.

国際人口開発会議の目標の進捗

ジェンダー、人権および人的資源

	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生数	15-49歳の女性1000人当たりの意図しない妊娠[2]	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ヵ月間における親密なパートナーによる暴力(%)	性と生殖に関する健康・生殖に関する権利についての意思決定(%)	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	2020–2025	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
世界	**40**	**64**	**26**	**–**	**13**	**57**	**91**	**0.98**	**84**	**1.00**	**66**	**1.01**
先進地域	11	34	–	–	–	–	99	1.01	98	1.00	95	1.00
開発途上地域	44	70	27	–	–	56	90	0.98	82	1.00	63	1.01
後発開発途上地域	88	85	38	46	22	54	83	0.96	66	0.98	44	0.90
UNFPA地域												
アラブ諸国	45	87	21	65	15	–	94	0.99	87	1.02	66	1.06
アジア・太平洋	21	64	25	–	13	61	85	–	82	0.95	60	0.92
東ヨーロッパ・中央アジア	26	54	11	–	9	76	96	1.00	98	0.99	84	0.99
ラテンアメリカ・カリブ海地域	59	69	24	–	8	74	97	1.01	93	1.02	79	1.03
東・南アフリカ	92	101	31	35	24	52	86	0.98	66	0.95	44	0.84
西・中央アフリカ	104	76	41	28	15	36	76	0.91	60	0.97	40	0.87
国・領域・その他の地域	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
アフガニスタン	62	–	28	–	35	–	–	–	–	–	44	0.56
アルバニア	14	16	12	–	6	69	96	1.04	96	1.04	81	1.09
アルジェリア	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
アンゴラ	163	120	30	–	25	62	82	0.78	76	0.76	18	0.71
アンティグア・バーブーダ島	28	–	–	–	–	–	99	1.02	99	0.99	87	1.02
アルゼンチン	50	69	–	–	5	–	100	–	99	0.99	89	1.09
アルメニア	19	53	5	–	5	66	90	1.00	90	1.02	92	1.14
アルバ	21	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
オーストラリア	9	37	–	–	3	–	99	1.00	98	1.00	94	1.03
オーストリア	6	–	–	–	4	–	100	1.00	99	1.01	90	1.02
アゼルバイジャン	48	93	11	–	5	–	90	1.04	99	1.00	100	1.00
バハマ	29	–	–	–	–	–	–	–	78	1.02	73	1.07
バーレーン	13	–	–	–	–	–	98	0.99	96	1.07	87	1.14
バングラデシュ	74	59	51	–	23	64	95	–	74	1.10	63	1.11
バルバドス	50	77	29	–	–	–	97	0.99	96	1.00	94	1.04
ベラルーシ	12	19	5	–	6	–	99	0.98	99	1.00	99	1.02
ベルギー	6	21	–	–	5	–	99	1.01	100	1.00	98	1.00
ベリーズ	58	71	34	–	8	–	100	0.99	85	0.98	69	1.11
ベナン	108	86	31	9	15	36	93	0.94	58	0.87	34	0.75
ブータン	59	48	26	–	9	–	96	1.03	88	1.15	72	1.16
ボリビア	71	105	20	–	18	–	95	1.00	93	0.97	78	1.01
ボスニア・ヘルツェゴビナ	10	20	4	–	3	–	–	–	–	–	81	1.04
ボツワナ	52	97	–	–	17	–	89	1.01	–	–	–	–
ブラジル	49	67	26	–	7	–	99	1.00	98	1.02	85	1.02
ブルネイ	10	–	–	–	–	–	98	1.00	100	1.00	83	1.07
ブルガリア	39	29	–	–	6	–	85	1.00	85	0.99	84	0.95
ブルキナファソ	132	75	52	76	11	20	76	1.00	53	1.10	33	1.08
ブルンジ	58	98	19	–	22	44	90	1.04	70	1.10	38	1.16
カンボジア	30	69	19	–	9	76	89	1.00	85	1.06	45	0.95
カメルーン	122	83	30	1	22	49	92	0.91	63	0.89	46	0.83
カナダ	7	31	–	–	3	–	100	–	100	1.00	88	1.00
カーボベルデ	12	102	18	–	11	–	92	0.99	87	0.98	73	1.08
中央アフリカ共和国	229	90	61	22	21	–	67	0.80	44	0.61	16	0.48

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生数	15-49歳の女性1000人当たりの意図しない妊娠[2]	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ヵ月間における親密なパートナーによる暴力(%)	性と生殖に関する健康・生殖に関する権利についての意思決定(%)	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
	2004–2020	2015–2019	2005-2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
チャド	179	60	61	34	16	27	74	0.79	38	0.68	22	0.51
チリ	23	70	–	–	6	–	100	0.99	96	0.99	95	1.00
中国	9	65	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–
中国(香港)	2	28	–	–	3	–	98	–	99	1.00	100	1.00
中国(マカオ)	3	–	–	–	–	–	96	0.98	99	1.02	91	1.03
コロンビア	58	63	23	–	12	–	99	1.01	97	1.01	81	1.03
コモロ	70	95	32	–	8	21	82	1.00	81	1.02	50	1.07
コンゴ民主共和国	109	117	29	–	36	31	–	–	–	–	–	–
コンゴ共和国	111	106	27	–	–	27	84	0.98	–	–	–	–
コスタリカ	41	52	21	–	7	–	100	1.00	96	1.01	92	1.03
コートジボワール	123	96	27	37	16	25	96	0.93	58	0.88	42	0.77
クロアチア	9	33	–	–	4	–	98	1.02	99	1.02	88	1.05
キューバ	53	72	29	–	5	–	100	1.00	88	1.01	85	1.05
キュラソー	23	–	–	–	–	–	93	0.99	85	1.01	77	1.08
キプロス	8	–	–	–	3	–	99	1.00	99	1.00	93	0.97
チェコ	11	35	–	–	4	–	99	1.01	100	1.00	96	1.00
デンマーク	2	30	–	–	3	–	99	1.01	100	0.99	91	1.01
ジブチ	21	50	5	94	–	–	67	0.93	60	1.02	47	0.99
ドミニカ	47	–	–	–	–	–	99	1.00	97	1.02	80	0.85
ドミニカ共和国	54	84	36	–	10	77	96	1.01	91	1.01	74	1.04
エクアドル	64	80	22	–	8	87	99	–	98	1.03	79	1.02
エジプト	52	–	17	87	15	–	99	–	98	1.02	77	0.98
エルサルバドル	70	58	26	–	6	–	84	1.01	78	1.01	60	0.97
赤道ギニア	176	–	30	–	29	–	45	1.02	–	–	–	–
エリトリア	76	53	41	83	–	–	53	0.91	64	0.88	51	0.86
エストニア	10	38	–	–	4	–	98	1.01	99	1.01	98	1.00
エスワティニ	87	111	5	–	18	49	85	0.98	97	1.00	84	0.96
エチオピア	80	79	40	65	27	45	87	0.91	53	0.92	26	0.91
フィジー	23	–	–	–	23	–	99	0.99	96	–	74	1.09
フィンランド	4	33	0	–	8	–	98	1.01	100	1.00	96	0.98
フランス	9	29	–	–	5	–	100	1.00	100	1.00	96	1.01
仏領ギアナ	76	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
仏領ポリネシア	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ガボン	91	112	22	–	22	48	–	–	–	–	–	–
ガンビア	68	54	26	76	10	23	87	1.13	69	1.03	–	–
ジョージア	29	94	14	–	3	82	99	1.01	99	1.01	95	1.03
ドイツ	7	21	–	–	–	–	99	1.01	96	1.02	85	0.98
ガーナ	78	102	19	2	10	52	94	1.02	92	1.04	75	1.00
ギリシャ	9	33	–	–	5	–	99	1.01	97	0.99	99	0.98
グレナダ	36	–	–	–	8	–	99	–	97	–	97	1.00
グアダルーペ	9	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
グアム	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
グアテマラ	77	63	30	–	7	65	89	1.01	65	0.94	37	0.94
ギニア	120	70	47	95	21	29	86	0.85	49	0.70	33	0.59
ギニアビサウ	84	99	26	52	–	–	73	0.95	–	–	–	–
ガイアナ	74	76	30	–	11	71	98	0.97	93	1.02	70	1.11

国際人口開発会議の目標の進捗

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生数	15-49歳の女性1000人当たりの意図しない妊娠[2]	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ヵ月間における親密なパートナーによる暴力(%)	性と生殖に関する健康・生殖に関する権利についての意思決定(%)	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
	2004–2020	2015–2019	2005-2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
ハイチ	55	107	15	–	12	59	–	–	–	–	–	–
ホンジュラス	89	68	34	–	7	70	84	1.02	57	1.06	42	1.15
ハンガリー	22	27	–	–	6	–	95	1.00	97	1.00	88	1.01
アイスランド	5	33	–	–	3	–	100	1.00	100	1.00	84	1.04
インド	12	62	27	–	18	–	95	1.02	85	1.04	58	1.04
インドネシア	36	40	16	–	9	–	94	0.95	84	1.07	77	1.01
イラン	31	–	17	–	18	–	100	0.99	95	0.97	74	0.97
イラク	70	–	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–
アイルランド	6	–	–	–	3	–	100	–	99	–	98	1.01
イスラエル	8	–	–	–	6	–	100	–	100	–	98	–
イタリア	4	28	–	–	4	–	97	1.00	98	1.00	94	1.01
ジャマイカ	52	87	8	–	7	–	–	–	76	1.06	54	1.57
日本	3	21	–	–	4	–	98	1.00	98	1.00	99	1.02
ヨルダン	27	–	10	–	14	61	80	0.99	72	1.00	57	1.10
カザフスタン	23	57	7	–	6	–	90	1.01	100	–	99	–
ケニア	96	113	23	21	23	56	81	1.04	–	–	–	–
キリバス	51	–	18	–	25	–	97	–	–	–	–	–
北朝鮮	1	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
韓国	1	35	–	–	8	–	100	1.00	95	1.00	93	1.00
クウェート	5	–	–	–	–	–	97	1.04	94	1.05	82	1.03
キルギス	38	40	13	–	13	77	100	0.99	99	0.99	73	1.06
ラオス	83	51	33	–	8	–	92	0.98	70	1.00	53	0.92
ラトビア	12	34	–	–	6	–	99	1.01	98	1.01	95	1.02
レバノン	12	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
レソト	91	99	16	–	17	61	98	1.01	83	1.11	66	1.15
リベリア	128	106	36	44	27	62	79	1.01	79	0.90	74	0.86
リビア	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
リトアニア	11	26	0	–	5	–	100	–	100	–	97	1.02
ルクセンブルク	5	–	–	–	4	–	99	1.00	98	0.98	81	1.04
マダガスカル	151	95	40	–	–	74	98	–	70	1.03	36	0.97
マラウイ	138	115	42	–	17	47	98	–	81	1.01	31	0.64
マレーシア	9	–	–	–	–	–	99	1.00	88	1.04	64	1.14
モルディブ	9	60	2	13	6	58	98	1.03	91	–	–	–
マリ	164	68	54	89	18	8	59	0.90	47	0.86	25	0.74
マルタ	12	–	–	–	4	–	100	–	98	–	92	1.03
マルチニーク	17	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
モーリタニア	84	68	37	67	–	–	77	1.05	72	1.08	39	1.12
モーリシャス	23	–	–	–	–	–	100	1.02	97	1.03	78	1.12
メキシコ	62	60	21	–	10	–	99	–	92	1.03	73	1.06
ミクロネシア	44	–	–	–	21	–	83	1.02	87	1.06	–	–
モルドバ	21	26	12	–	9	73	99	–	99	–	88	1.01
モンゴル	31	31	12	–	12	63	99	0.99	92	1.01	88	1.07
モンテネグロ	10	11	6	–	4	–	100	1.00	94	1.00	88	1.03
モロッコ	19	–	14	–	11	–	100	1.00	93	0.97	75	0.96
モザンビーク	180	88	53	–	16	49	99	0.97	57	0.87	31	0.76

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生数 2004–2020	15-49歳の女性1000人当たりの意図しない妊娠[2] 2015–2019	18歳までの児童婚(%) 2005-2020	15-19歳の女子のFGM(女性器切除)実施率(%) 2004–2020	過去12ヵ月間における親密なパートナーによる暴力(%) 2018	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(%) 2007–2020	初等教育純就学率(%) 2010–2020	ジェンダーパリティ指数、初等教育 2010–2020	前期中等教育純就学率(%) 2010–2020	ジェンダーパリティ指数、前期中等教育 2010–2020	後期中等教育純就学率(%) 2010–2020	ジェンダーパリティ指数、後期中等教育 2010–2020
ミャンマー	28	35	16	–	11	67	98	0.99	79	1.03	57	1.16
ナミビア	64	104	7	–	16	71	98	1.03	–	–	–	–
ネパール	63	60	33	–	11	48	96	–	97	1.03	81	1.18
オランダ	3	18	–	–	5	–	100	1.01	97	1.01	99	1.01
ニューカレドニア	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ニュージーランド	13	41	–	–	4	–	100	1.01	100	1.00	99	1.03
ニカラグア	103	56	35	–	6	–	96	1.03	88	1.03	64	1.08
ニジェール	154	49	76	2	13	7	59	0.88	35	0.79	14	0.67
ナイジェリア	106	68	43	20	13	46	66	0.84	–	–	–	–
北マケドニア	15	23	8	–	4	88	99	1.00	–	–	–	–
ノルウェー	3	34	–	–	4	–	100	1.00	100	0.99	92	1.01
オマーン	8	–	4	–	–	–	98	1.02	97	0.99	90	0.90
パキスタン	54	71	18	–	16	40	–	–	–	–	–	–
パレスチナ自治政府[1]	43	–	13	–	19	–	95	1.00	97	1.04	77	1.21
パナマ	74	73	26	–	8	79	89	1.02	76	0.97	69	1.06
パプアニューギニア	68	80	27	–	31	57	98	0.94	72	0.90	45	0.80
パラグアイ	72	67	22	–	6	–	80	1.00	76	1.01	70	1.05
ペルー	44	90	17	–	11	–	98	–	98	1.00	96	0.94
フィリピン	36	71	17	–	6	81	97	0.99	89	1.07	80	1.09
ポーランド	10	29	–	–	3	–	99	1.00	97	0.98	98	1.00
ポルトガル	7	21	–	–	4	–	100	0.99	100	1.00	100	0.99
プエルトリコ	22	54	–	–	–	–	87	1.04	90	1.07	76	1.05
カタール	7	–	4	–	–	–	98	1.03	93	0.94	–	–
レユニオン	28	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ルーマニア	36	44	–	–	7	–	87	1.00	89	0.99	80	1.03
ロシア	22	64	–	–	–	–	100	1.01	100	1.01	98	1.01
ルワンダ	41	98	7	–	24	63	94	1.00	96	1.04	50	1.02
セントクリストファー・ネービス	46	–	–	–	–	–	99	–	–	–	96	0.99
セントルシア	25	69	24	–	–	–	97	1.06	91	0.99	84	0.95
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	52	–	–	–	–	–	97	–	98	–	85	1.02
サモア	39	66	7	–	18	–	100	–	–	–	90	1.11
サンマリノ	1	–	–	–	–	–	96	0.97	92	1.00	43	0.81
サントメ・プリンシペ	86	130	28	–	18	46	94	1.00	90	1.06	83	1.03
サウジアラビア	9	–	–	–	–	–	95	1.00	98	0.98	96	0.94
セネガル	68	61	31	25	12	7	75	1.14	40	1.19	20	1.13
セルビア	12	21	6	–	4	96	97	1.00	97	1.00	86	1.03
セーシェル	68	–	–	–	–	–	99	–	97	–	86	1.13
シエラレオネ	102	88	30	86	20	36	98	–	51	0.99	35	0.93
シンガポール	2	19	0	–	2	–	100	–	100	1.00	100	1.00
セント・マーチン	–	–	–	–	–	–	97	–	88	1.06	78	0.95
スロバキア	26	27	–	–	6	–	97	1.00	95	1.00	89	1.00
スロベニア	4	33	–	–	3	–	100	1.01	99	1.01	99	1.00
ソロモン諸島	78	114	21	–	28	–	93	1.05	–	–	–	–
ソマリア	118	100	36	99	–	–	–	–	–	–	–	–
南アフリカ共和国	41	81	4	–	13	65	89	1.02	90	1.01	79	1.01

国際人口開発会議の目標の進捗

ジェンダー、人権および人的資源

国・領域・その他の地域	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生数	15-49歳の女性1000人当たりの意図しない妊娠[2]	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ヵ月間における親密なパートナーによる暴力(%)	性と生殖に関する健康・生殖に関する権利についての意思決定(%)	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
	2004–2020	2015–2019	2005-2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
南スーダン	158	54	52	–	27	–	38	0.77	44	0.72	36	0.65
スペイン	6	20	–	–	3	–	97	1.00	100	–	99	1.01
スリランカ	21	39	10	–	4	–	99	–	100	1.00	84	1.06
スーダン	87	–	34	87	17	–	67	0.93	66	0.97	48	1.08
スリナム	54	67	36	–	8	–	88	1.04	85	1.09	62	1.15
スウェーデン	4	36	–	–	6	–	100	–	100	–	99	0.99
スイス	2	20	–	–	2	–	100	–	99	0.99	81	0.96
シリア	22	–	13	–	–	–	72	0.98	62	0.97	34	1.00
タジキスタン	54	37	9	–	14	33	99	0.99	94	0.94	61	0.74
タンザニア	139	105	31	10	24	47	84	1.04	28	–	14	0.76
タイ	23	38	20	–	9	–	–	–	–	–	79	1.00
東ティモール	42	50	15	–	28	40	95	1.04	90	1.04	76	1.07
トーゴ	79	100	25	3	13	30	99	0.98	79	0.85	44	0.64
トンガ	30	49	10	–	17	–	99	–	89	1.15	59	1.33
トリニダード・トバゴ	32	84	11	–	8	–	99	0.99	–	–	–	–
チュニジア	7	–	2	–	10	–	99	–	–	–	–	–
トルコ	19	–	15	–	12	–	95	0.99	97	0.99	82	0.97
トルクメニスタン	22	23	6	–	–	59	–	–	–	–	–	–
タークス・カイコス諸島	21	–	–	–	–	–	99	–	80	1.06	68	0.90
ツバル	27	–	10	–	20	–	83	1.03	67	0.92	35	1.21
ウガンダ	111	145	34	0	26	62	96	1.03	–	–	–	–
ウクライナ	18	27	9	–	9	81	92	1.02	96	1.01	94	1.03
アラブ首長国連邦	4	–	–	–	–	–	100	–	99	–	98	1.01
英国	12	36	0	–	4	–	99	1.00	100	1.00	97	1.01
米国	17	35	–	–	6	–	99	1.00	100	1.02	96	0.98
米領バージン諸島	39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ウルグアイ	36	41	25	–	4	–	99	1.01	99	1.01	89	1.06
ウズベキスタン	19	29	7	–	–	–	99	0.98	99	0.98	86	0.99
バヌアツ	51	87	21	–	29	–	97	0.99	75	1.04	44	1.14
ベネズエラ	95	–	–	–	9	–	90	1.00	86	1.02	77	1.12
ベトナム	35	86	11	–	10	–	99	–	–	–	–	–
西サハラ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
イエメン	67	–	32	19	–	–	84	0.88	72	0.85	44	0.59
ザンビア	135	123	29	–	28	49	85	1.05	–	–	–	–
ジンバブエ	108	74	34	–	18	60	86	1.02	98	0.95	52	0.90

NOTES

– Data not available.

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

[2] Data provided by Guttmacher Institute.

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

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

Unintended pregnancy rate: Estimated annual number of unintended pregnancies per 1,000 women aged 15–49.

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

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

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

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

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, 2021.

Unintended pregnancy rate: Bearak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." BMJ Global Health, in press. Methodology information available at https://data.guttmacher.org/countries

Child marriage by age 18: UNICEF, 2021. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: UNICEF, 2021. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

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

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: UNFPA, 2022.

Total net enrolment rate, primary education: UNESCO Institute for Statistics, 2022.

Gender parity index, total net enrolment rate, primary education: UNESCO Institute for Statistics, 2022.

Total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2022.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2022.

Total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2022.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2022.

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	平均寿命(2022年)	
世界/地域	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	男性	女性
世界	**7,954**	**1.0**	**25**	**16**	**24**	**65**	**10**	**2.4**	**71**	**76**
先進地域	1,277	0.1	16	11	17	64	20	1.6	77	83
開発途上地域	6,677	1.1	27	17	25	65	8	2.5	70	74
後発開発途上地域	1,107	2.2	38	22	32	58	4	3.8	64	68
UNFPA地域										
アラブ諸国	393	2.0	34	19	28	61	5	3.2	70	74
アジア・太平洋	4,149	0.8	23	16	23	68	9	2.1	71	75
東ヨーロッパ・中央アジア	251	0.5	23	15	21	66	11	2.1	71	78
ラテンアメリカ・カリブ海地域	661	0.8	23	16	24	67	9	2.0	73	79
東・南アフリカ	649	2.5	41	23	32	56	3	4.1	62	67
西・中央アフリカ	483	2.6	43	23	32	55	3	4.8	58	60
国・領域・その他の地域	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	男性	女性
アフガニスタン	40.8	2.2	41	25	35	57	3	3.9	64	67
アルバニア	2.9	-0.3	17	12	19	67	16	1.6	77	80
アルジェリア	45.4	1.6	31	16	23	62	7	2.8	76	79
アンゴラ	35.0	3.2	46	24	33	52	2	5.2	59	65
アンティグア・バーブーダ島	0.1	0.8	22	14	21	68	10	2.0	76	79
アルゼンチン	46.0	0.9	24	16	23	64	12	2.2	74	80
アルメニア	3.0	0.1	21	13	19	67	13	1.8	72	79
アルバ[1]	0.1	0.4	17	13	19	67	16	1.9	74	79
オーストラリア[2]	26.1	1.1	19	12	19	64	17	1.8	82	86
オーストリア	9.1	0.2	15	10	15	66	20	1.6	80	84
アゼルバイジャン[3]	10.3	0.7	23	14	20	69	8	2.0	71	76
バハマ	0.4	0.9	21	16	24	71	8	1.7	72	76
バーレーン	1.8	1.8	18	11	18	79	3	1.9	77	79
バングラデシュ	167.9	0.9	26	18	27	69	6	1.9	72	75
バルバドス	0.3	0.1	16	12	19	66	18	1.6	78	81
ベラルーシ	9.4	-0.1	18	11	15	66	17	1.7	70	80
ベルギー	11.7	0.3	17	12	17	63	20	1.7	80	84
ベリーズ	0.4	1.7	28	19	29	66	5	2.2	72	78
ベナン	12.8	2.6	42	23	32	55	3	4.6	61	64
ブータン	0.8	1.0	24	17	26	69	7	1.9	72	73
ボリビア	12.0	1.3	29	19	28	63	8	2.6	69	75
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.2	-0.4	14	11	17	67	19	1.2	75	80
ボツワナ	2.4	1.8	33	20	29	63	5	2.7	67	73
ブラジル	215.4	0.6	20	14	22	70	10	1.7	73	80
ブルネイ	0.4	0.8	22	15	22	72	6	1.8	75	78
ブルガリア	6.8	-0.8	15	10	15	63	22	1.6	72	79
ブルキナファソ	22.1	2.8	44	24	33	54	2	4.9	62	64
ブルンジ	12.6	2.9	45	23	32	53	3	5.1	61	64
カンボジア	17.2	1.3	30	19	27	65	5	2.4	68	73
カメルーン	27.9	2.5	42	23	33	56	3	4.3	59	62
カナダ	38.4	0.8	16	11	17	65	19	1.5	81	85
カーボベルデ	0.6	1.0	27	18	26	68	5	2.2	70	77
中央アフリカ共和国	5.0	2.0	43	26	36	55	3	4.4	52	57
チャド	17.4	2.9	46	25	34	52	3	5.4	54	57
チリ	19.3	0.1	19	13	20	68	13	1.6	78	83

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	平均寿命(2022年)	
国・領域・その他の地域	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	男性	女性
中国[4]	1,448.5	0.3	18	12	17	70	13	1.7	75	80
中国(香港)[5]	7.6	0.7	13	8	12	67	20	1.4	82	88
中国(マカオ)[6]	0.7	1.3	15	8	12	72	14	1.3	82	88
コロンビア	51.5	0.4	22	15	24	69	10	1.7	75	80
コモロ	0.9	2.1	39	22	31	58	3	4.0	63	67
コンゴ民主共和国	95.2	3.0	45	24	32	52	3	5.5	60	63
コンゴ共和国	5.8	2.4	41	23	32	57	3	4.2	64	67
コスタリカ	5.2	0.8	20	14	21	69	11	1.7	78	83
コートジボワール	27.7	2.5	41	23	33	56	3	4.4	57	60
クロアチア	4.1	-0.5	14	10	16	64	22	1.4	76	82
キューバ	11.3	-0.1	16	11	17	68	16	1.6	77	81
キュラソー[1]	0.2	0.4	18	13	19	64	19	1.7	76	82
キプロス[7]	1.2	0.6	16	12	19	69	15	1.3	79	83
チェコ	10.7	0.1	16	10	15	64	21	1.7	77	82
デンマーク[8]	5.8	0.4	16	11	18	63	21	1.8	79	83
ジブチ	1.0	1.3	28	18	27	67	5	2.5	66	70
ドミニカ	0.1	0.2	–	–	–	–	–	–	–	–
ドミニカ共和国	11.1	0.9	27	18	26	65	8	2.2	72	78
エクアドル	18.1	1.2	27	17	26	65	8	2.3	75	80
エジプト	106.2	1.8	34	19	27	61	6	3.2	70	75
エルサルバドル	6.6	0.5	26	17	27	65	9	2.0	69	78
赤道ギニア	1.5	3.1	37	20	29	61	2	4.2	59	61
エリトリア	3.7	1.7	40	25	33	56	4	3.8	65	70
エストニア	1.3	-0.3	16	11	15	63	21	1.6	75	83
エスワティニ	1.2	1.1	36	24	33	60	4	2.8	57	66
エチオピア	120.8	2.4	39	23	33	57	4	3.9	66	70
フィジー	0.9	0.7	29	18	26	65	6	2.7	66	70
フィンランド[9]	5.6	0.1	15	11	17	61	23	1.4	80	85
フランス[10]	65.6	0.2	17	12	18	61	21	1.8	80	86
仏領ギアナ[11]	0.3	2.4	32	19	27	63	6	3.2	78	83
仏領ポリネシア[11]	0.3	0.6	22	15	23	69	10	1.9	76	80
ガボン	2.3	2.2	37	19	27	59	4	3.8	65	69
ガンビア	2.6	2.8	44	23	32	54	3	4.9	62	65
ジョージア[12]	4.0	-0.3	20	12	18	64	16	2.0	70	79
ドイツ	83.9	-0.1	14	9	15	64	22	1.6	80	84
ガーナ	32.4	2.0	37	21	30	60	3	3.7	64	66
ギリシャ	10.3	-0.5	13	10	15	64	23	1.3	80	85
グレナダ	0.1	0.4	24	15	22	66	10	2.0	70	75
グアダルーペ[11]	0.4	0.0	18	14	21	62	21	2.1	79	86
グアム[13]	0.2	0.8	23	16	24	65	11	2.2	78	84
グアテマラ	18.6	1.8	33	21	31	62	5	2.7	72	78
ギニア	13.9	2.7	42	24	34	55	3	4.4	62	63
ギニアビサウ	2.1	2.3	41	23	32	56	3	4.2	57	61
ガイアナ	0.8	0.5	27	18	27	65	8	2.4	67	73
ハイチ	11.7	1.2	32	20	30	63	5	2.8	63	67
ホンジュラス	10.2	1.5	30	20	30	65	5	2.3	73	78
ハンガリー	9.6	-0.3	14	10	15	65	21	1.5	74	81
アイスランド	0.3	0.6	19	13	20	65	17	1.7	82	85

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	平均寿命（2022年）	
国・領域・その他の地域	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	男性	女性
インド	1,406.6	0.9	25	18	27	68	7	2.1	69	72
インドネシア	279.1	1.0	25	17	25	68	7	2.2	70	75
イラン	86.0	1.1	25	14	21	68	7	2.1	76	78
イラク	42.2	2.3	37	22	31	60	4	3.5	69	73
アイルランド	5.0	0.7	20	14	20	65	15	1.8	81	84
イスラエル	8.9	1.5	28	17	24	60	13	2.9	82	85
イタリア	60.3	-0.2	13	10	14	64	24	1.3	82	86
ジャマイカ	3.0	0.4	23	15	24	68	10	1.9	73	77
日本	125.6	-0.4	12	9	14	59	29	1.4	82	88
ヨルダン	10.3	0.3	31	21	31	64	4	2.6	73	77
カザフスタン	19.2	1.0	29	16	21	63	8	2.6	70	78
ケニア	56.2	2.2	37	24	33	60	3	3.3	65	70
キリバス	0.1	1.6	36	20	29	60	5	3.4	65	73
北朝鮮	26.0	0.4	20	13	21	70	10	1.9	69	76
韓国	51.3	0.0	12	9	15	71	17	1.1	80	86
クウェート	4.4	1.1	21	14	19	76	4	2.0	75	77
キルギス	6.7	1.4	33	18	25	62	5	2.8	68	76
ラオス	7.5	1.3	31	20	29	64	5	2.5	67	71
ラトビア	1.8	-1.0	17	10	14	62	21	1.7	71	80
レバノン	6.7	-1.3	24	16	24	68	8	2.0	77	81
レソト	2.2	0.8	32	20	29	63	5	3.0	52	59
リベリア	5.3	2.4	40	23	32	57	3	4.1	64	66
リビア	7.0	1.1	27	18	25	68	5	2.1	71	76
リトアニア	2.7	-1.0	16	9	14	63	22	1.7	71	82
ルクセンブルク	0.6	1.1	16	11	17	69	15	1.4	81	85
マダガスカル	29.2	2.6	40	23	32	57	3	3.9	66	70
マラウイ	20.2	2.7	42	25	34	55	3	3.9	62	69
マレーシア[14]	33.2	1.2	23	15	24	69	8	1.9	75	79
モルディブ	0.5	-0.7	20	12	19	76	4	1.8	78	81
マリ	21.5	2.9	46	25	34	51	3	5.5	60	61
マルタ	0.4	0.3	15	9	15	63	22	1.5	81	85
マルチニーク[11]	0.4	-0.2	15	12	19	62	23	1.8	80	86
モーリタニア	4.9	2.6	39	22	31	57	3	4.3	64	67
モーリシャス[15]	1.3	0.1	16	13	20	70	14	1.3	72	79
メキシコ	131.6	1.0	25	17	25	67	8	2.0	73	78
ミクロネシア	0.1	1.0	31	20	29	64	5	2.9	67	70
モルドバ[16]	4.0	-0.3	16	11	16	71	14	1.3	68	76
モンゴル	3.4	1.4	31	16	23	64	5	2.8	66	75
モンテネグロ	0.6	0.0	18	12	19	66	17	1.7	75	80
モロッコ	37.8	1.1	26	17	24	66	8	2.3	76	79
モザンビーク	33.1	2.8	44	24	34	54	3	4.6	59	65
ミャンマー	55.2	0.8	25	18	26	69	7	2.1	65	71
ナミビア	2.6	1.8	37	21	30	60	4	3.2	62	68
ネパール	30.2	1.7	27	20	30	67	6	1.8	70	73
オランダ[17]	17.2	0.2	15	11	17	64	21	1.7	81	84
ニューカレドニア[11]	0.3	0.9	21	15	23	68	10	1.9	76	81
ニュージーランド[18]	4.9	0.8	19	13	19	64	17	1.8	81	84

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	平均寿命（2022年）	
国・領域・その他の地域	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	男性	女性
ニカラグア	6.8	1.1	29	19	27	65	6	2.3	72	79
ニジェール	26.1	3.7	49	25	33	48	3	6.6	62	65
ナイジェリア	216.7	2.5	43	23	32	54	3	5.1	55	57
北マケドニア	2.1	-0.1	16	11	17	69	15	1.5	74	78
ノルウェー[19]	5.5	0.8	17	12	18	65	18	1.7	81	85
オマーン	5.3	1.7	23	12	18	74	3	2.6	77	81
パキスタン	229.5	1.8	34	20	30	61	5	3.3	67	69
パレスチナ自治政府[20]	5.3	2.3	38	22	31	59	3	3.4	73	76
パナマ	4.4	1.4	26	17	25	65	9	2.4	76	82
パプアニューギニア	9.3	1.9	35	21	31	62	4	3.4	64	67
パラグアイ	7.3	1.2	28	18	27	65	7	2.3	73	77
ペルー	33.7	0.9	25	15	23	66	9	2.2	75	80
フィリピン	112.5	1.3	29	19	28	65	6	2.4	68	76
ポーランド	37.7	-0.2	15	10	15	65	20	1.5	75	83
ポルトガル	10.1	-0.3	13	10	15	64	24	1.3	80	85
プエルトリコ[13]	2.8	0.3	14	14	20	64	22	1.2	77	84
カタール	3.0	1.6	14	9	17	84	2	1.8	80	82
レユニオン[11]	0.9	0.7	22	15	23	65	14	2.2	78	84
ルーマニア	19.0	-0.5	15	11	16	65	20	1.6	73	80
ロシア	145.8	-0.1	19	11	16	65	17	1.8	68	78
ルワンダ	13.6	2.4	39	22	31	58	3	3.8	68	72
セントクリストファー・ネービス	0.1	0.6	–	–	–	–	–	–	–	–
セントルシア	0.2	0.4	18	13	21	72	11	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	0.2	21	15	24	68	10	1.8	71	76
サモア	0.2	1.1	37	21	30	58	5	3.7	72	76
サンマリノ	0.0	0.2	–	–	–	–	–	–	–	–
サントメ・プリンシペ	0.2	1.9	41	25	34	56	3	4.1	68	73
サウジアラビア	35.8	1.4	24	14	21	72	4	2.2	74	77
セネガル	17.7	2.6	42	23	32	55	3	4.4	67	71
セルビア[21]	8.7	-0.5	15	11	17	65	20	1.4	74	79
セーシェル	0.1	0.5	24	15	21	68	9	2.4	70	78
シエラレオネ	8.3	2.0	40	23	33	57	3	3.9	55	57
シンガポール	5.9	0.8	12	8	14	72	15	1.2	82	86
セント・マーチン[1]	0.0	1.2	–	–	–	–	–	–	–	–
スロバキア	5.5	0.0	16	10	15	67	18	1.6	75	81
スロベニア	2.1	-0.1	15	10	14	63	22	1.6	79	84
ソロモン諸島	0.7	2.4	40	22	31	57	4	4.2	72	75
ソマリア	16.8	2.9	46	25	34	51	3	5.7	57	60
南アフリカ共和国	60.8	1.1	28	18	26	66	6	2.3	61	68
南スーダン	11.6	2.1	41	23	33	56	3	4.4	57	60
スペイン[22]	46.7	-0.1	14	10	15	65	21	1.4	81	87
スリランカ	21.6	0.3	23	16	23	65	12	2.1	74	81
スーダン	46.0	2.4	39	23	32	57	4	4.2	64	68
スリナム	0.6	0.8	26	17	25	66	7	2.3	69	75
スウェーデン	10.2	0.6	18	11	17	62	21	1.8	82	85
スイス	8.8	0.6	15	10	15	65	20	1.6	82	86
シリア	19.4	5.5	31	18	26	65	5	2.7	72	79
タジキスタン	10.0	2.0	37	19	27	59	4	3.4	69	74

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	平均寿命（2022年）	
国・領域・その他の地域	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	男性	女性
タンザニア[23]	63.3	2.9	43	24	33	54	3	4.7	65	68
タイ	70.1	0.2	16	12	18	70	14	1.5	74	81
東ティモール	1.4	1.9	36	22	32	59	4	3.7	68	72
トーゴ	8.7	2.3	40	23	32	57	3	4.1	61	63
トンガ	0.1	0.9	34	22	31	60	6	3.4	69	73
トリニダード・トバゴ	1.4	0.2	20	14	20	68	12	1.7	71	77
チュニジア	12.0	0.9	24	14	21	66	10	2.1	75	79
トルコ	85.6	0.6	23	16	24	67	10	2.0	75	81
トルクメニスタン	6.2	1.3	31	17	25	64	5	2.6	65	72
タークス・カイコス諸島	0.0	1.3	–	–	–	–	–	–	–	–
ツバル	0.0	1.1	–	–	–	–	–	–	–	–
ウガンダ	48.4	2.7	45	25	35	53	2	4.5	62	67
ウクライナ[24]	43.2	-0.6	16	11	15	67	18	1.4	68	77
アラブ首長国連邦	10.1	0.9	15	9	17	83	2	1.3	78	80
英国[25]	68.5	0.4	18	12	17	63	19	1.7	80	83
米国[26]	334.8	0.6	18	13	19	65	17	1.8	77	82
米領バージン諸島[13]	0.1	-0.3	19	14	20	60	22	2.0	79	83
ウルグアイ	3.5	0.3	20	14	21	64	16	1.9	75	82
ウズベキスタン	34.4	1.2	29	17	24	66	5	2.3	70	74
バヌアツ	0.3	2.3	38	22	30	59	4	3.6	69	73
ベネズエラ	29.3	2.0	26	18	26	66	8	2.2	69	76
ベトナム	99.0	0.8	23	14	21	68	9	2.0	72	80
西サハラ	0.6	2.2	27	16	25	69	4	2.3	69	73
イエメン	31.2	2.1	38	23	32	59	3	3.5	65	68
ザンビア	19.5	2.8	43	25	34	55	2	4.4	62	68
ジンバブエ	15.3	1.6	41	25	34	56	3	3.3	60	64

DEMOGRAPHIC INDICATORS

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 years 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, 2019.

Average annual rate of population change: United Nations Population Division, 2019.

Population aged 0–14, per cent: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division, 2019.

Population aged 10–19, per cent: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division, 2019.

Population aged 10–24, per cent: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division, 2019.

Population aged 15–64, per cent: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division, 2019.

Population aged 65 and older, per cent: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division, 2019.

Total fertility rate: United Nations Population Division, 2019.

Life expectancy at birth: United Nations Population Division, 2019.

Technical notes

The statistical tables in the *State of World Population 2022* 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, 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 the World Population* reports due to regional classifications updates, methodological updates, and revisions of time series data.

The statistical tables draw on nationally representative household surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), United Nations organizations estimates, and inter-agency estimates. They also include the latest population estimates and projections from *World Population Prospects: The 2019 Revision*, and *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2021* (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 2022* generally reflect information available as of February 2022.

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. Source: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division), 2019. This indicator presents the number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period. The estimates are produced by the Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) using data from vital registration systems, household surveys and population censuses. Estimates and methodologies are reviewed regularly by MMEIG and other agencies and academic institutions and are revised where necessary, as part of the ongoing process of improving maternal mortality data. Estimates should not be compared with previous inter-agency estimates (SDG indicator 3.1.1).

Births attended by skilled health personnel, per cent. Source: Joint global database on skilled attendance at birth, 2021, 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, all ages, per 1,000 uninfected population. Source: UNAIDS 2021 HIV Estimates. 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, per cent, any method. Source: United Nations Population Division, 2021. Percentage of women aged 15 to 49 years 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, per cent modern methods. Source: United Nations Population Division, 2021. Percentage of women aged 15 to 49 years 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 methods of contraception include female and male sterilization, the intrauterine device (IUD), the implant, injectables, oral contraceptive pills, male and female condoms, vaginal barrier methods (including the diaphragm, cervical cap and spermicidal foam, jelly, cream and sponge), lactational amenorrhea method (LAM), emergency contraception and other modern methods not reported separately (e.g., the contraceptive patch or vaginal ring).

Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent. Source: United Nations Population Division, 2021. Percentage of women aged 15 to 49 years 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 with modern methods, all women aged 15–49. Source: United Nations Population Division, 2021. Percentage of total demand for family planning among women aged 15 to 49 years that is satisfied by the use of modern contraception (SDG indicator 3.7.1). This number is calculated by dividing modern contraceptive prevalence by total demand for family planning. Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

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

Universal health coverage (UHC) service coverage index.
Source: WHO, 2021. Average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population (SDG indicator 3.8.1).

Gender, Rights and Human Capital

Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19.
Source: United Nations Population Division, 2021. 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.

Unintended pregnancies per 1,000 women aged 15–49
Source: Bearak and others, 2022. As this report went to press, these estimates and methodology were planned for release at the Guttmacher Institute's Data Center, at https://data.guttmacher.org/countries.

Child marriage by age 18, per cent. Source: UNICEF, 2021. 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 15–49, per cent.
Source: UNICEF, 2021. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF. Proportion of girls aged 15 to 49 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

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

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent.
Source: UNFPA, 2022. 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).

Total net enrolment rate, primary education, per cent.
Source: UNESCO Institute for Statistics, 2022. 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.
Source: UNESCO Institute for Statistics, 2022. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for primary education.

Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent.
Source: UNESCO Institute for Statistics, 2022. Total number of students of the official age group for lower secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education.
Source: UNESCO Institute for Statistics, 2022. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent.
Source: UNESCO Institute for Statistics, 2022. Total number of students of the official age group for upper secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education.
Source: UNESCO Institute for Statistics, 2022. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

Demographic indicators

Population

Total population in millions.
Source: United Nations Population Division, 2019. Estimated size of national populations at mid-year.

Population change

Average annual rate of population change, per cent.
Source: United Nations Population Division, 2019. 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.
Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2019. Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent.
Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2019. Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent.
Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2019. Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent.
Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2019. Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent.
Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2019. Proportion of the population aged 65 years and older.

Fertility

Total fertility rate, per woman.
Source: United Nations Population Division, 2019. Number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.

Life expectancy

Life expectancy at birth, years.
Source: United Nations Population Division, 2019. Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

Regional classifications

UNFPA regional aggregates presented at the 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, North Macedonia; Republic of; 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 46 countries (as of January 2022): 33 in Africa, 8 in Asia, 4 in Oceania and one in Latin America and the Caribbean — Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Democratic Republic of Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions. Further information is available at https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries.

Note on correlations between GNI, educational attainment and unintended pregnancy rates (page 22)

Correlations in 2015–2019

		Human development index in 2019	Mean years of education (both sexes) in 2019	Gross national income per capita in 2019	Gender inequality index in 2019
Unintended pregnancy	Global	***	***	***	***
	LMIC	***	***	***	***
	HIC	***	*	***	***
	Sub-Saharan Africa	**	**		
% UP ending in abortion	Global				
	LMIC	*	*	*	***
	HIC	*	**		

***: p-value < 0.001
**: 0.001 <= p-value <0.01
* : 0.01 <= p-value <0.05

Red: negative correlation
Green: positive correlation
White: no significant correlation

1. **Global observations:** Globally, higher levels of social and economic development, as measured by HDI, GNI and education attainment, were strongly correlated with lower incidence of unintended pregnancy. One explanation is that countries with higher development scores are likely those where contraceptive services are more widely accessible and where women face fewer cultural barriers to managing their fertility preferences. A notably different pattern was observed in sub-Saharan Africa, where social and economic development were associated with higher unintended pregnancy rates. This suggests that access to, and use of, means to control fertility, including contraceptive services, have not kept pace with the social and economic development that may have led women and couples to want fewer children in these countries.

2. **Pregnancy outcomes:** While both low- to middle-income countries outside of sub-Saharan Africa and high-income countries saw a relationship between greater socioeconomic development and lower rates of unintended pregnancy, the pregnancy outcomes tended to differ. In high-income countries, stronger development scores were associated with a lower likelihood that pregnancies would be terminated, while lower development scores were linked to a greater likelihood of abortion. This finding might have been driven by former Soviet bloc countries, which score lower on development indicators and where abortion rates tend to be higher than in other countries with high incomes. However, the negative correlation persisted after removing former Soviet bloc countries from the analysis. An alternate hypothesis is that, in countries with higher levels of development, the women who are most strongly motivated to avoid having a child are better able to avoid pregnancy, including through the use of contraception. It is also possible that social and economic safety nets make it easier for women to carry an unintended pregnancy to term in more developed countries.

   In low- and middle-income countries, higher levels of social and economic development were associated with a higher proportion of unintended pregnancies being aborted (even after controlling for differences in the legal status of abortion). This finding lends itself to the hypothesis that, as opportunity costs associated with childbearing increase, women who experience an unintended pregnancy are more strongly motivated to avoid having a child. The same pattern was true with respect to trends over the 30-year period between 1990 and 2019 in these countries: improvements in development scores at the country level were associated with increases in the proportion of unintended pregnancies that were terminated.

3. **GNI and education by sex:** Per capita GNI scores and levels of educational attainment among females were *not* more strongly correlated with the incidence of unintended pregnancy or the proportion aborted than were male scores for per capita GNI and educational attainment.

4. **GII and adolescent birth rate:** It must be noted that the GII includes adolescent birth rate as a component of its score, and because many adolescent pregnancies are unintended, this could lead to an overestimation of the strength of the correlation between GII and unintended pregnancy. However, it is also true that many adolescent births might not be classified as unintended pregnancies, because many adolescent births take place in the context of a marriage or union where pregnancy is often a social expectation, particularly in settings with high gender inequality.

5. **GII and pregnancy outcome:** In low- and middle-income countries, less gender equality was associated with smaller proportions of unintended pregnancies aborted. This correlation held despite wide variations in abortion laws across those countries. By contrast, in high-income countries, better scores in gender equality were slightly but non-significantly associated with lower proportions of unintended pregnancies aborted. (Nearly all high-income countries allow abortion on many grounds, so the legal status of abortion is not a plausible explanation for this finding.)

Note on correlations between maternal mortality and unintended pregnancy rates (page 26)

1. Higher maternal mortality is correlated to higher unintended pregnancy rates in all regions, regardless of income level, with the exception of sub-Saharan Africa.

2. In sub-Saharan Africa, countries with lower maternal mortality ratios tended to have higher unintended pregnancy rates. One hypothesis is that, in these countries, increasing development might lead to decreases in the maternal mortality ratio and rising opportunity costs for unintended pregnancy, but without a concomitant increased ability to avoid pregnancy.

Note on abortion trends (page 21)

	Rate per 1,000 Women of Reproductive Age			Per cent of ALL pregnancies ending in abortion	Per cent of UNINTENDED pregnancies ending in abortion
	pregnancy	unintended pregnancy	abortion		
1990-94	162	79	40	24.7	50.6
2014-19	133	64	39	29.3	60.9

Source: Bearak and others, 2020.

Note on adolescent pregnancy and choice (page 30)

Childbearing and marriage have become less common among adolescents. Adolescent birth rates have declined globally between 2000 and 2020 from 56 to 41 births per 1,000 women aged 15 to 19 years (UN DESA, 2019). Despite significant reductions, the adolescent birth rate in sub-Saharan Africa is 100 births per 1,000 adolescent women, more than twice as high as the global rate. Latin America and the Caribbean also continues to have relatively high levels of adolescent fertility (61 births per 1,000 women aged 15 to 19 years), despite experiencing substantial declines in total fertility. Over the last few decades, declining adolescent fertility has been accompanied by decreases in the proportion of adolescents aged 15 to 19 years who are married or in a cohabiting union (globally from 16 to 12 per cent between 2000 and 2020) and the most rapid changes have occurred in Central and Southern Asia and sub-Saharan Africa.

The sequence analysis of first births below age 18 and marriage reveals considerable diversity across regions and countries and calls for more detailed analyses of specific country settings to better understand how intentions and circumstances shape the early life course transitions linked to schooling, sexual initiation, contraceptive use, marriage and childbearing.

Findings from UN DESA (2013) and unpublished research by the same, based on further analysis of DHS data:

- The trends show an average increase in the proportions of adolescent women who have never had sex in sub-Saharan Africa, decreasing trends in Latin America and the Caribbean and high, stable levels in Asia.
- However, the context of sexual initiation is changing and a shift from sexual initiation within marriage to before marriage has taken place in many countries.
- Sexually active unmarried women often have different socio-economic and reproductive health challenges than their married peers, particularly where non-marital childbearing is a source of social stigma. Should they get pregnant, many young women in such settings marry earlier than they might have if they would not have become pregnant.
- Contraceptive prevalence among adolescents was less than 30 per cent in most countries; and even lower (less than 10 per cent) among those aged 15 to 17 years. Increases in contraceptive use were associated with declines in the adolescent birth rate among adolescent women aged 18 to 19 years in all regions (UN DESA, 2022).
- Married adolescent women tend to consistently have less education, less household and economic power, less mobility, and less exposure to modern media than unmarried adolescents and older women. They also tend to be isolated, lack the knowledge and skills to negotiate situations that are detrimental to their health and wellbeing and often face pressure to prove their fertility. Their husbands are usually much older than husbands of older married women (Haberland and others, 2004; UN DESA, 2022). Early sexual activity with an older partner has been linked to poor gender relations and poor reproductive health outcomes (Ryan and others, 2008).

Note on figure of first births by age 18 (page 33)

The underlying data used to produce the figure includes the most recent DHS survey for each country which had at least one DHS conducted since (and including) 2010.

The denominator population was defined as: (1) women aged 18 to 24 years (inclusive) at the time of the survey, (2) who had a recorded age at first birth below age 18, (3) and whose date of first birth was available. *Thus, the denominator reflects the total number of first births occurring before age 18 to women aged 18 to 24 years at the time of survey.* Four surveys had fewer than 50 births before age 18 and these were consequently excluded.

Births were classified into one of three mutually exclusive categories:

1. *First birth outside of marriage:* Date of first birth occurred before marriage date OR a woman has never been married.
2. *First birth within 7 months of marriage:* Date of first birth occurred on or after marriage date AND before the marriage date plus 7 months.
3. *First birth after 7 months and before age 18:* Date of first birth occurred after the marriage date plus 7 months.

All estimates were calculated using the provided sample weights. In total, 54 countries were included in the final graph. These represented 61,490 first births before age 18.

Data limitations: One country had fewer than 100 births prior to age 18. In addition, there were five countries that only sampled ever-married women, which may lead to an underestimate of the share of births occurring outside of marriage.

『世界人口白書 2022』　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 駐日事務所
佐藤　摩利子
上野　ふよう
小野　真澄

UNFPA アジア太平洋地域事務所
森　臨太郎

協力：SRHR Initiative
池田　裕美枝

『世界人口白書2022』の英語完全版、プレスリリース、さらに詳しい情報はこちらから

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

UNFPA

国連人口基金

すべての人々に権利と選択を