

# 残された課題

すべての人々の権利と選択を求めて

## 世界人口白書 2019 制作チーム

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

### EDITOR-IN-CHIEF

Arthur Erken, Director, Division of Communications and Strategic Partnerships

### EDITORIAL TEAM

**Editor:** Richard Kollodge

**Editorial associate:** Katie Madonia

**Digital edition manager:** Katie Madonia

**Digital edition advisers:** Hanno Ranck, Katheline Ruiz

**Publication and web design:** Prographics, Inc.

### RESEARCH ADVISER AND WRITER

Stan Bernstein

### UNFPA TECHNICAL ADVISERS

Elizabeth Benomar

Daniel Schensul

### LEAD RESEARCHER AND WRITER

Kathleen Mogelgaard

### CHAPTER RESEARCHERS AND WRITERS

Jeffrey Edmeades

Gretchen Luchsinger

William A. Ryan

Ann M. Starrs

### FEATURE WRITERS

Janet Jensen

Gretchen Luchsinger

© UNFPA 2019

### ACKNOWLEDGMENTS

UNFPA thanks the following women for sharing glimpses of their lives for this report:

*Tefta Shakaj*, ALBANIA

*Mediha Besic*, BOSNIA AND HERZEGOVINA

*Tsitsina Xavante*, BRAZIL

*Say Yang*, CAMBODIA

*Dahab Elsayed and Um Ahmed*, EGYPT

*Alma Odette Chacón*, GUATEMALA

*Marta Paula Sanca*, GUINEA-BISSAU

*Fanie Derismé*, HAITI

*Rajeshwari Mahalingam*, INDIA

*Shara Ranasinghe*, SRI LANKA

*Rasamee*, THAILAND

*Josephine Kasya*, UGANDA

The editors are grateful to William McGreevey for research on institutional and financing obstacles to sexual and reproductive health and to Christopher Hook for other research assistance. The Population and Development Branch of UNFPA aggregated regional data in the indicators section of this report. Source data for the report's indicators were provided by the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs, the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. Rachel Snow, Sara Reis and Marielle Sander-Lindstrom from UNFPA also contributed to the shaping of this year's report. Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneka Knutsson and Leyla Sharafi reviewed and commented on drafts.

### MAPS AND DESIGNATIONS

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

### PHOTOGRAPHY

**Front cover:** © Steve McCurry/Magnum Photos

**Timeline:** © Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, UN/UNFPA

1969年の設立から50年 **国連人口基金**

すべての人々に権利と選択を

# 残された課題

すべての人々の権利と選択を求めて

**第1章** 権利と選択を追求する努力は  
いまなお続く page 7

---

**第2章** 6人の女性、60年の歳月、  
6つの旅路 page 23

---

**第3章** 人口増加の時代における  
権利の危機 page 37

---

**第4章** サービスはあるが、  
利用はできない page 53

---

**第5章** その他あらゆることの  
根底にある障壁 page 73

---

**第6章** サービスが崩壊するとき page 87

---

**第7章** 権利と選択肢を確保するための  
制度と資金 page 101

---

**第8章** すべての人々の権利と選択の実現。  
今でなければ、いつ？ page 117

---

**第9章** 母親世代よりはましに、  
娘世代はもっと page 137

1969年に国連人口基金(UNFPA)が創設されて以来、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)には目を見張るような進展があった。それにもかかわらず、いまま経済、社会、制度その他の障壁があって、いつ、誰と、どれくらいの間隔で子どもを産むか、あるいは産まないかを決めることができない女性は何億人もいる。

**常に新たな課題が  
生まれてきて、  
権利と選択の追求は  
いまだに続いている。**



はじめに

## 権利と選択をすべての人にとって現実のものにすること

1969年までの17年間で世界人口は10億人近く増えて36億人に達しました。当時の世界の合計出生率は現在のおよそ2倍です。後発開発途上国では、出生率は女性1人あたり6人でした。

ポール・アーリックが前年に発表した『The Population Bomb(人口爆弾)』は、「人口過剰」について世界を巻き込むパニックを引き起こしました。この本の中で著者は、「死にかけた地球」上で大量の飢餓人口が出ることを予測したからです。

国連人口基金(UNFPA)は、このような状況の中で、開発途上国に対して、人口が増加するとどのような社会的・経済的な影響があるかについて助言し、これまでにない規模で避妊具(薬)の配布を開始した政府の人口プログラムを支援するために設立されました。

これらのプログラムの進展に伴い、多くの途上国の女性にとって妊娠・出産・避妊に関して自分で決定する権利が、どんどん現実のものになりました。その結果、女性が産む子どもの数が減っていきました。ようやく何百万人もの女性が自分の妊娠について、自分で管理する力を身につけ始めたのです。

長年のプログラムの進展によって避妊具(薬)の利用可能性が増してきたにもかかわらず、今日なお、何億人もの女性は避妊具を手にしたくてもできない・つまり妊娠・出産・避妊の選択ができない状況にあります。避妊具を手にする手段がなければ、妊娠するかどうか、するとしたらいつかということも含め、自分の身体について決定する力をもたないことになります。

この力がないと、教育から所得、さらに安全に至るまで、人生の他の多くの側面が影響を受け、女性は自分の将来

を創造できないままの状態におかれてしまいます。

1969年の創立以来UNFPAは、途上国の女性がリプロダクティブ・ライツ(性と生殖に関する権利)に対する次々と立ちどころの障壁を乗り越えて前進していくのを助けるために、あらゆる努力をしてきました。この努力が功を奏して、179カ国の政府代表がカイロに参集した1994年の国際人口開発会議(ICPD)において、持続可能な開発に向けた計画を策定できたことで、新たな気運の高まりをみせ、人々に刺激を与えました。個人の権利と選択およびすべての人のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康：SRH)の達成を基本にしたこの開発計画は、「ICPD行動計画」として世界のリプロダクティブ・ライツ運動に活力を与えただけでなく、UNFPAを運動推進の資金管理機関として位置づけました。

過去50年にわたり市民社会、政府、開発組織、UNFPAが協力し行動してきたことにより、それまで閉ざされていた世界中の女性と少女の機会と可能性が開かれました。とはいえ女性と少女すべてが自分の身体を自分で管理し、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)の十分な情報を得たうえで決定する力と手段を手にするまでには、長い道のりがあります。

同時に、妊娠・出産・避妊についてだけでなく、その他のことに関しても、女性が自分の意思をほとんど口に出せなかった時代に引きもどそうとする動きは押し返さなくてはなりません。

すべての人に権利と選択が実現するまで、闘い続けなければならないのです。

国連人口基金事務局長  
ナタリア・カネム



**1969**

- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974
- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- 1984
- 1985
- 1986
- 1987
- 1988
- 1989
- 1990
- 1991
- 1992
- 1993

**1994**

- 1995
- 1996
- 1997
- 1998
- 1999
- 2000
- 2001
- 2002
- 2003
- 2004
- 2005
- 2006
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017
- 2018

**2019**





# 権利と選択を 追求する努力は いまなお続く

2019年はリプロダクティブ・ヘルスの分野で2つの節目にあたる。国連人口基金(UNFPA)が活動を開始して50年目、そして記念すべきカイロでの国際人口開発会議(ICPD)から25年目である。

国連人口基金が国連機関として初めて人口増加と世界の人々のリプロダクティブ・ヘルス・ニーズへの取組みを専門とする機関が設置されたことと、世界に向けてセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)に対する約束が宣言さ

れたこと、の2つによって、女性と家族とその人たちが住む社会の状態は、数字に現れたものであれ数字に現れなかったものであれ、大規模なものであれ小さいものであれ、恒久的なものであれ一過性のものであれ、根本から変容した。

今日、私たちが目にしている変化の陰には、活動家、オピニオンリーダー、公衆衛生の専門家その他多くの人々の努力があったが、それでもまだなすべきことは多く残っている。人口増加、避妊法の利用、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘル

ス/ライツ(SRHR)が将来どのように変化するかは、女性と少女が社会の成員として可能性を十分に発揮する能力をもてるようになるかどうかを決定すると同時に、彼女たちが身につけた能力によって決定されることになる。そして、それは世界がICPDから今日までの達成事項

をどのように前進させ、不足している点に取り組んでいくかによって決まる。

### 1969年の世界

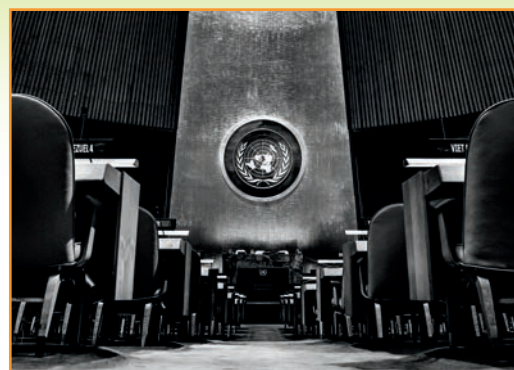
50年前の世界では女性は平均4.9人の子どもをもち、既婚女性の35%は妊娠を遅らせるか、妊娠しないために何らかの避妊

法を使用していた。しかし後発開発途上国では、女性は平均6.7人の子どもを出産し、避妊法を使用していたのはわずか2%だった。人工妊娠中絶は世界の多くで非合法であり、女性解放運動は、教育、雇用機会と賃金、結婚と離婚、財産所有権、その他多くの分野で先頭に立って平

# 1969年 から2019年



▲  
ラファエル・サラス、UNFPA事務局長に任命される



▲  
総会、UNFPAを人口プログラムの主導機関として任命

世界の出来事  
国連の重要な節目と

国連人口活動基金 活動開始

核拡散防止条約 発効

1969	1970	1971
<p>ニューヨークでのストーンウォールの反乱、米国での同性愛者の権利獲得運動の端緒となる</p> <p>インターネットの先駆けであるARPANET(アーパネット)経由で初のメッセージが送信される</p> <p>ニール・アームストロング、月面に歴史的な第一歩を印す</p>	<p>生物学者のロバート・ジェフリー・エドワーズ、ヒト卵母細胞をシャーレ内で初めて受精させたと報告する</p> <p>USAID、人口局を設置する</p>	<p>ポピュレーション・カウンシルが、避妊具リサーチのための国際委員会を設置する</p> <p>ダルコン・シールドIUD(子宮内避妊具)市販される</p> <p>シエラレオネ、共和国になる</p>



等を求めて闘っていた。1969年、ニューヨークでの「ストーンウォールの反乱」は世界の同性愛者の権利獲得運動の端緒となった。米国国際開発庁(USAID)は人口事務局を設置した。ガーナは国の進歩と繁栄に向けた人口計画政策を採択した。その前年、第1回国連世界

人権会議がテヘランで開かれ、各国代表は、カップルが「自分の裁量と責任で出産数と出産間隔を決定する」基本的権利をもつことを世界宣言の中で初めて確認した(United Nations, 1968)。

公衆衛生が改善し普及することで乳幼児死亡率が減少し、平均寿命が延びてきた結果、1969

年までに途上国の多くで出生率は死亡率を上回った。その結果、人口増加が経済成長と環境に害を及ぼすという懸念から、出生率をより深く理解し、管理しようとする願望が生まれた。国連人口活動基金、1987年に国連人口基金と改称された国連組織の設立は、人口ダイナミックスが



米国とソ連、他の70カ国にわり生物兵器禁止合意文書に署名する

ボスボラス海峡を横断するイスタンブールの橋(ボスボラス海峡大橋)が開通、ヨーロッパとアジアの2大陸が結ばれる

▲ **ブカレスト世界人口会議**

▲ **国連女性の10年の開始を宣言**

1972

ローマ・クラブ、『成長の限界』を発表する

**国連、12月10日を国際人権デーと宣言**

1973

アメリカ精神医学会、同性愛をDSM-II(精神障害診断・統計マニュアル第2版)から除外する

米国で人工妊娠中絶が合法化される

1974

世界人口  
**40億**

インド、地下核実験に成功する

1975

モザンビークとスリナム、独立する

ソ連の水素爆弾の発明者、科学者アンドレイ・サハロフがノーベル平和賞を受賞する



どのように社会経済開発に関連するかを理解しようとする関心の高まりと、世界人口の安定化を目指した活動支援の一翼を担うことを見据えた国連の願望を反映したものであった。

1960年代に、効果的な近代的避妊法が広く利用できるようになった。それは、意図しない妊

娠を防ぐ能力と自分たちの妊娠・出産を管理する新しい選択肢を初めて提供することになり、女性の生活を変容させるのに役立った。それでも避妊と出生調節が、個々の女性と少女の健康、幸福、経済・社会的生活にどのような意味をもつかについては、わずかながら理解が始まっ

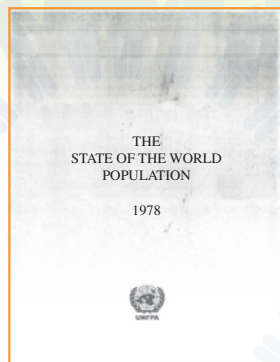
ただけだった。それがどのような意味をもつかを理解するまでにさらに時間を要した。

## 1994年の世界

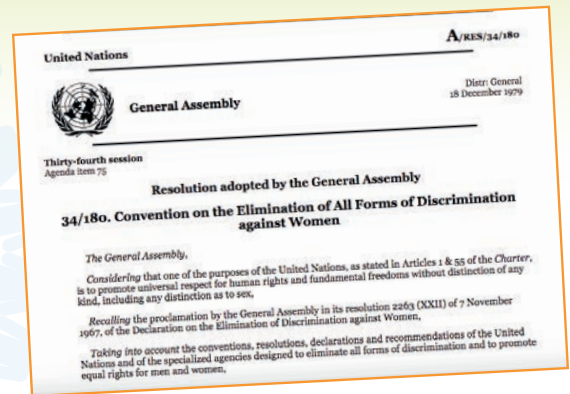
25年前、カイロでICPDが開かれた時の世界の平均出生率は女性1人当たり3人で、避妊法を利用している女性は58.8%だっ



エボラ出血熱ウイルス、初の集団発生の報告



UNFPA、世界人口白書第1号を発行



女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約(女子差別撤廃条約)採択

1976

1977

1978

1979

エジプトのアンワル・サダト大統領がイスラエルを公式訪問する

試験管ベビー第1号が生まれる

第1回国際児童年



た。後発開発途上国でも出生率は5.6人、既婚女性の20.2%は避妊をしていた。南アフリカ共和国では全人種が参加した初めての選挙が行われ、ネルソン・マンデラが大統領に選ばれた。ルワンダでは男性、女性、子ども合わせて80万人以上が虐殺された。スウェーデンでは同性の

パートナーとの結婚が合法化された。America Online - 略称AOL がインターネットへの簡単な接続の始まりを告げた。

ICPDに先立つ何年かのうちに、関心の中心が人口問題と出生率削減から個人やカップルの妊娠を回避または遅らせ、セク

シュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)を達成する権利へと徐々に、しかし加速度的に変化していた。その変化はセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)を求めるフェミニスト運動家とオピニオンリーダーが原動力となって起きたのだが、一面では、目標値達成に躍起となる従来の「人



▲ サリー・ライド、女性として初めてスペース・シャトル・チャレンジャーに乗り込む

1980

世界保健機関が天然痘根絶宣言



国連、人口賞を創設

1981

サンドラ・デイ・オコナー、アメリカ最高裁判所初の女性判事となる

中国の人口、10億人を上回る

IBM、マイクロソフト社のオペレーティングシステムを搭載した初のパーソナルコンピューターを販売する



1982

ロバート・ジャービックが考案した植込み型補助人工心臓を医師団が初めて装着する

タイム誌、マン・オブ・ザ・イヤーに初めて人間ではなくコンピューターを選ぶ

1983

レトロウイルスがエイズの原因であることが発見される



エチオピアで飢饉

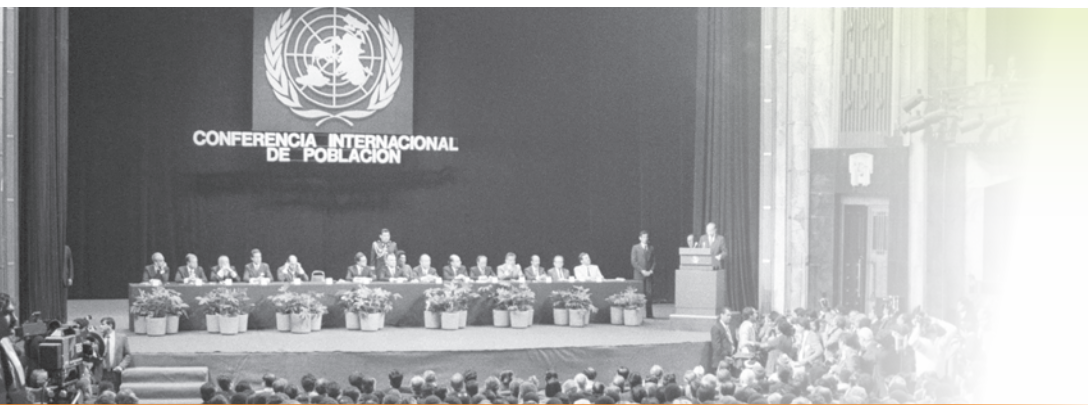


口抑制」政策がもたらした権力の乱用に対する反省でもあった。1970年代と1980年代には、富裕な支援国や財団からの資金援助と勧奨を得て、いくつかの国ではカップルに避妊法の使用や子ども数の制限を強要したり、金銭その他の報奨で勧誘したりするプログラムを展開して

きた。

179カ国の政府が採択したICPD行動計画では、人口と出生率の削減目標を国の人口・家族計画プログラムの中から外すよう明確な呼びかけをした。政策立案の際に人口ダイナミクスを考慮する価値があることを認めながらも、行動計画は、女

性のニーズと権利を人口と開発政策の中心におくことを明言した。世界が必要としていたこと、そして政府が合意したことは、女性、カップル、家族が幅広いセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)対策を利用できるようにすることであり、女性に力をつけ、彼女たちの権利



ナフィス・サディック博士、UNFPA事務局長に任命される

UNFPAの名称が国連人口基金 (United Nations Population Fund) に改称される

メキシコで国際人口会議

シェンゲン協定、欧州経済共同体の5カ国の賛同を得て成立する

スペース・シャトル・チャレンジャー(空中)分解、乗組員7人全員死亡する

1984

一人の女性から他の女性への初の胚移植(による人工授精)が成功し、出生に結びつく

1985

米国食品医薬品局、HIVの血液検査を承認する

南ア共和国、異人種間婚姻禁止を解く

1986

コラソン・アキノ、フィリピン初の女性大統領になる

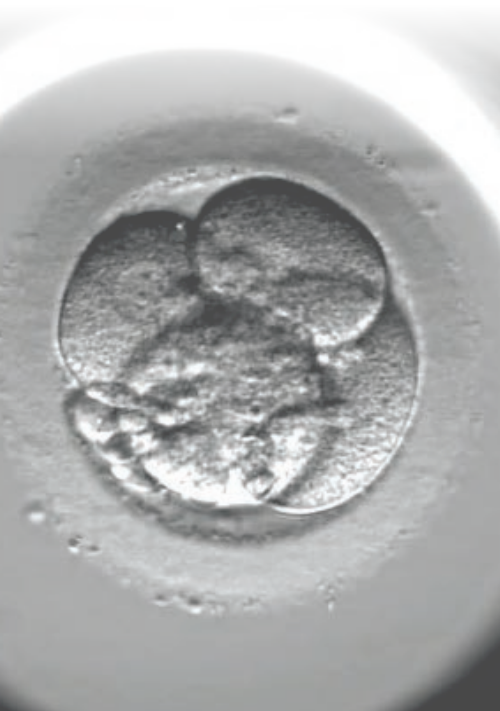
血縁関係のない代理母による最初の出産がある

1987

ブラック・マンデー—ウォールストリートと世界中の株価が急落する

世界人口  
50億人

安全な母性イニシアティブが始まる



を尊重し、世界が ジェンダー平等に向けて前進するのを助けるような社会的・経済的变化を実現することであった。

### 1994年以降の前進と後退

ICPDの合意は、リプロダクティブ・ライツ運動の分岐点であり、革新的勝利であった。

個人の権利とウェルビーイング(良好な状態)をリプロダクティブ・ヘルス問題の中心に据えることで、ICPDはさまざまな分野に変化をもたらした。調査研究分野では、避妊法の使用・不使用および何人子どもを持つかに関する個人の選択と行動に影響を与える要因を探るように

なった。コミュニケーション分野では、出生率を低下させ、意図しない妊娠を防ぐことで得られる経済的・社会的利益について、女性、男性、保健政策担当者に知らせ、教育するようになった。社会サービスの提供分野では、あらゆる種類の避妊法を提供し、女性すべての選択に



第1回世界エイズ・デーが12月1日に設定される



朝鮮民主主義人民共和国、大韓民国、エストニア共和国、ラトビア共和国、リトアニア共和国、マーシャル諸島、ミクロネシア連邦が国連に加盟する



資することの重要性について強調するようになった。

ICPDでは、女性のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)とウェルビーイング(良好な状態)のなかには、避妊法の入手と利用だけでなく、その他の多くの分野が含まれることも認められた。たとえば安全

でない人工中絶に伴う合併症を予防し管理する能力、HIVなどの性感染症を回避し治療する能力、妊娠中と出産時に受けるケアが含まれる。さらに不妊と生殖器系のガンの予防と管理についてもSRHの一部であると定義された。

ICPD行動計画は、当時実施

されていたサービスでは思春期の若者のリプロダクティブ・ヘルス(RH)のニーズがほとんど無視されていると指摘した。ICPD合意では思春期のニーズを特別に扱う努力が必要であると呼びかけたが、包括的性教育とリプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供することに対す



国連世界人権会議

1993

世界保健機関、結核を世界的緊急事態と宣言する



国際人口開発会議、カイロ

1994

ルワンダで大虐殺が発生する  
南ア共和国でネルソン・マンデラが大統領に就任する



国連第4回世界女性会議

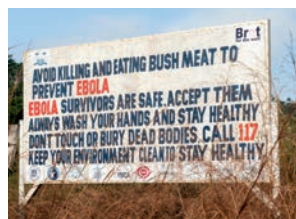
1995

核兵器不拡散条約の無条件・無期延期に170カ国以上が合意する  
 Dayton合意、ボスニア紛争終結のためパリで署名される  
 ザイール(現コンゴ民主共和国)、エボラ出血熱で244人が死亡する

ガーナの外交官コフィ・アナン氏、国連事務総長に選出される

1996

ボスニア政府、サラエボ包囲の終焉を宣言する  
 羊のドリー、哺乳類で初めて体細胞からクローン技術で誕生する





る反対意見と、親の承認を得ることに対する意見の不一致がみられたため、文書上ではまわりくどい表現になり、政策レベルでは錯綜することになった。

ICPDは、他の公衆衛生と権利の危機、すなわちHIV/AIDSの流行と時を同じくした。HIVとAIDSのもつ甚大な影響につ

いての懸念が強まり、それに対する積極的行動が盛り上がりを見せるにつれ、援助団体のなかにはその大流行への関心を高め、人々、地域社会、国家への影響に対処するための資金拠出を増加させたところもあった。そのため、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)の

他の側面に対する資金拠出はほとんど停滞してしまった。

個人の選択と女性の能力強化を強調するICPDの合意は、支援組織と政府の政策と連動せず、人口増加を中心テーマから外したことで、関係者が財源と政治的公約を結集させるための熱意を弱めてしまうのではない



アイルランド共和国で離婚が合法化される

南ア共和国の登山家キャシー・オドウド、女性として初めてエベレスト山の北側と南側からの登頂に成功する



ミレニアム開発目標、採択



トラヤ・アーメド・オベイド、UNFPA事務局長に任命される

1997

1998

1999

2000

2001

米国下院、クリントン大統領の弾劾条項を上院に送る

世界人口  
60億人

大韓民国と朝鮮民主主義人民共和国の歴史的首脳会議開かれる

世界初の全置換型人工心臓、米国のロバート・ツール氏に装着される

9月11日、ニューヨークのワールド・トレード・センター攻撃される



かと恐れる人もいた。そのような懸念にもかかわらずICPD枠組みはしっかりと守られた。だれでもセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)を手に行き届けるようにするという約束は、1999年のICPDプラス5の検討会議で再確認され、支援者たちはいくつかの重点項目を何と

か進展させることできた。その中には、激しい反対意見があったにもかかわらず、思春期のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)の導入、人工妊娠中絶が合法化されている国における安全な中絶方法の利用が含まれていた。

しかし、国連が2000年に、今

後15年間に世界で達成すべき目標を掲げたミレニアム開発目標(MDGs)を採択したとき、そのなかにリプロダクティブ・ヘルスについては一言も触れられなかった。おそらく、長く議論百出した1995年の第4回世界女性会議と1999年のICPDプラス5の会議の経験を踏まえて、MDGs



▲ アフリカ統一機構が解散されアフリカ連合になる



▲ だれもがリプロダクティブ・ヘルスを受けられるようにする目標をミレニアム開発目標の中に含めることを承認

ブラジル、最初の宇宙ロケットを打ち上げる

2002 2003 2004 2005

ユーロがユーロ圏諸国で公式に導入される



地球サミット  
2002  
開かれる

ヒトゲノム計画、ヒトゲノム配列の99%を99.9%の正確さで解析して完了する



ヨーロッパの国家首脳、初の欧州憲法条約に調印する



アンゲラ・メルケル(51歳)、ドイツ初の女性で、しかも最年少の首相となる

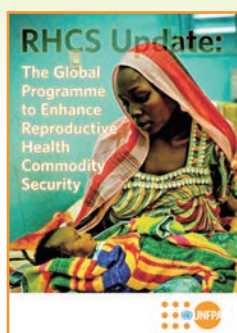
エレン・ジョンソン・サーリーフ、アフリカで民主的に選出された初の女性大統領(リベリア)となる

の原案を起案する担当官たちは、「妊産婦の健康改善」の目標を設定することを選んだのだろう。セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)推進派が、誰でもセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)を手に行き届かせるという具体的な目標を、妊産婦の健康改善

目標の下に追加することを実現させるには、2005年まで待たなければならなかった。

MDGs採択の当初、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)が除かれてしまったことで、これは論争が多く問題も多い話題であり、少なくとも世界的な議論や交渉では無視す

るほうが得策であるという認識が広がってしまった。しかしながら、世界的な組織では脇に追いやられることが多かったにもかかわらず、家族計画への資金援助と認知度は続き、ときには盛り上がりを見せた。とくに新しい資金援助機関と政治的公約を結集し、家族計画関係者を元



▲ UNFPA、リプロダクティブ・ヘルス用品の安全性を高める世界プログラムを開始

国連総会、国連人権理事会創設を投票で決定

2006

ミシェル・バチエレ、チリ最初の女性大統領に就任

南ア共和国議会、同性婚を合法化する法律を通過させる

2007

▼ 国連総会、先住民の権利に関する宣言を採択



ロンドンのムーアフィールド眼科病院の外科医、盲目の患者2人に対する人工眼(バイオニックアイ)の手術に成功する

2008



▲ ボリビア、先住民の自治権を宣言する

2009

米国食品医薬品局、17歳でのモーニング・アフター・ピルの使用を承認する

気づけた2012年7月の世界家族計画サミットからは、強力な推進力が得られた。

## 新しい考え方：2015年と持続可能な開発目標

2015年9月、193カ国の政府はMDGsに続く新しい世界的枠組みを採択した。検討すべき課題

が増え、課題の複雑さが増していることを反映して、2030年アジェンダとしての持続可能な開発目標(SDGs)には、17の目標とそれぞれの具体的ターゲット169項目が含まれる。貧困の中で暮らす人々は数も割合もともに2000年から2015年の間に縮小したが、貧困の撲滅は新しい目

標の中でも他のすべてに優先する目標として残っている。

SDGsには(時代の変化に伴い)新しい課題に加えてこれまで取り組まれてきた課題の新しい側面がはっきりと認識され、目標として設定されている。そのなかには、気候変動と環境の脆弱性、対処し難い人道的・政



▲ ババトゥンデ・オシヨティメイン博士、UNFPAの事務局長に任命される



▲ 国連総会、女性性器切除を防止する決議を採択



▲ 女性の地位委員会、児童婚、早婚、強制結婚の慣習を終わらせることを各国に呼びかける

2010

世界保健機関、H1N1インフルエンザの大流行の終結を宣言する

2011

世界人口  
70億人

シリア内戦始まる

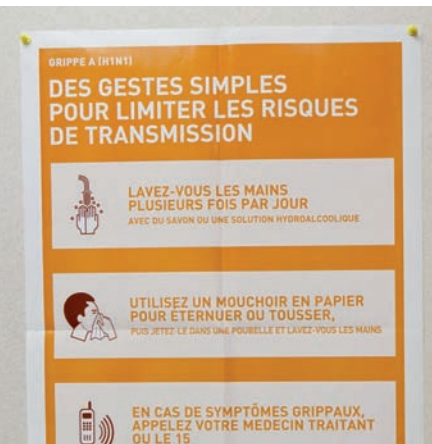
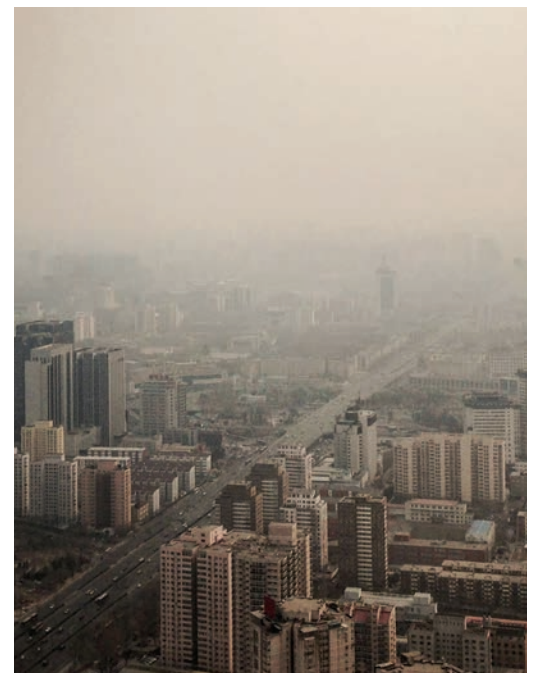


2012

台風ボツファ、フィリピンを襲う

2013

北京の大気汚染、人間の健康に有害であると宣告される



治的危機、その結果として、脆弱で不安定な状況で暮らす人々の増加の問題が含まれ、さらには持続可能な経済・社会的進歩の基盤を築き、強靱性を高め、能力を拡大するために、国内資金調達と開発援助の必要性が一段と強調されている。

MDGsとは違い、SDGsでは

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)を公正な発展と女性の能力強化にとって重要であることを認めている。目標3の保健ならびに目標5のジェンダー平等でSRHを含め、目標5ではリプロダクティブ・ライツも含めている。ICPD と MDGsと同様、SDGsでもセクシュア

ル・ライツについては認めていない。その他のSRHの中心的要素、すなわち妊産婦死亡と新生児死亡、およびHIVは目標3のもとで扱っており、ジェンダーに基づく暴力と有害な慣習は目標5で扱っている。SDGsでは、質の高い医療サービス、安全で効果的で料金も手頃な薬品と予



▲ ICPD行動計画実施から20年間の進捗状況を検討



▲ 持続可能な開発目標を採択、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・ケアとサービスを誰もが受けられようにすることが含められる



▲ 世界保健機関、ジカウイルスの感染拡大を発表する

2014

西アフリカでエボラ出血熱、少なくとも28,616人が感染し、少なくとも11,310人が死亡する

ナイジェリアで女性と少女276人が誘拐され拘束される



2015

気候変動に関する協議のため、世界のリーダーがパリに参集する



2016

防接種を受ける手段を提供することで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成することを呼びかけている。全体としてSDGsは、ICPD同様、公平の重要性を強調し、最も脆弱な人たちのニーズを扱うことで すべての人々の課題を前進させることを目標としている。

過去25年間に、ICPDに関連する種々の検討会と作業を通して、世界のいくつかの地域でセクシュアル・ライツ(SR)を認めることが呼びかけられた。グットマッハー・ランセット・コミッションが2018年に出したセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)に

関する報告書、また世界保健機関による定義では、SRには個人のセクシュアリティの権利、思春期の若者が包括的性教育とセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)・サービスを受ける権利、女性と少女がジェンダーに基づく暴力と強要を受けない権利を含めている。これ



▲  
ナタリア・カネム博士、  
UNFPA事務局長に任命される



UNFPA 50周年



2017

ウィメンズ・マーチに168カ国の何百万人も女性が参加する  
-----  
国連が、イエメン、ソマリア、南スーダン、ナイジェリアで2000万もの人々が餓死と食糧不足の危機にあると警告する

2018

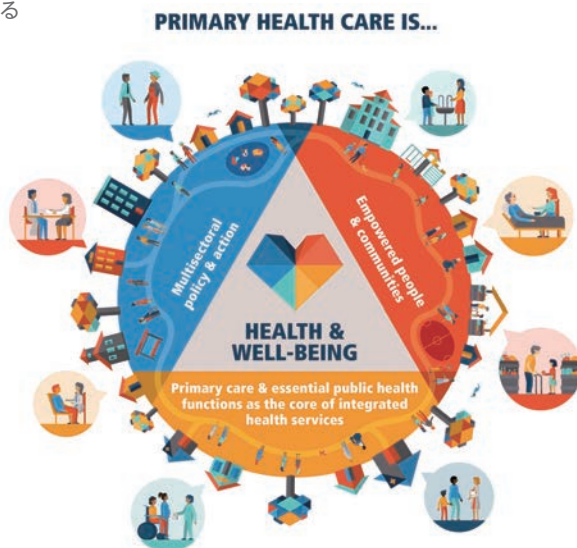
プライマリー・ヘルス・ケア世界会議、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)に向けた中心的役割を宣言する

2019

ICPD 25周年



ICPD25  
International Conference on  
Population and Development



らの権利については、世界中の市民社会組織から支持され、地域会議での政府間の討議の結果承認された文書でも認められている。しかし、世界全体で協議し、全国連加盟国が到達した文書のなかに、これらの権利について合意したことを示すものはない。

## 2019年以降

世界の関係者にとって国連人口基金創立50周年とICPD25周年はICPDの枠組みをさらに強化し、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)についての先見性のある課題を実現し、取り残された人々に手を差し伸べることを約束する、またとない機会である。それを実現するためには人口ダイナミックスに注意を払い、いろいろな発展段階にある国々の抱える多様な課題を認識し、人権と個人の尊厳を考慮し、その充足を図る政策とプログラムを採択しなければならない。

SDGsの達成努力には、今日大きな勢いがみられるが、その中にはすべての個人が最高レベルの健康を享受する基本的権利をもつことを認める「すべての人の健康」への約束が含まれている。パン・ギムン前国連事務総長が2010年に設立し、アントニオ・グテーレス現国連事務総長が引き継いでいる「エブリー・

ウーマン・エブリー・チャイルド運動」では、SDGsとユニバーサル・ヘルス・カバレッジが女性、少女、思春期の若者に関連するところから、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)を中心的な分野として置き、そこに大きく注目し力を注いでいる。

すべての人のための権利と選択の追求は今も続いており、常に新しい問題が表に現れる。年を追ってこれらの障害の内容と規模は変化してきたかもしれないが、それを解決しようとする国際社会の約束は依然として強固である。



インドで何百万人もの女性が手をつなぎ、不平等に抗議して385マイルの人間の壁をつくる(2019年) © Babus Panachmoodu

## 変革の旗手たち

# ラファエル・サラス

親しみをこめて「ミスター人口」として知られたラファエル・サラスは、初代事務局長として1969年に誕生したばかりの国連人口基金 (UNFPA) を率いた。彼の指導のもと、UNFPAは弱小組織から世界最大の多国籍の人口援助提供組織として成長した。この間、人口と開発、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツのつながりについて世界的な合意が生まれ、国際人口開発会議の行動計画に結実した。

「親は自由に、責任をもって、自分たちの子どもの数と出産間隔を決める基本的人権をもつ」と1968年の人権に関する国際会議(テヘラン)で参加者に向けてサラスは発言した。これは当時、会議の副議長としてのサラスの役割を考えると斬新な発言であった。

サラスは普段なら出会うことのない人たちを結びつけたことでも知られる。古いイデオロギーに固まった人たちにその考えを断ち切り、共通の関心事に注意を向けるように説得した。彼の頭はより大きな価値を実現することに向けられていた。1984年、メキシコシティでの国際人口会議を主導し、国会議員や宗教指導者とともに国連の仕事を進める道を切り拓いた。人口と貧困とのつながりを国の開発計画のなかに取り込むよう政府各レベルの担当者を説得した。

才知豊かなサラスは、ある時は大学教授であり、詩人であり、母国フィリピンの国家経済委員会の事務局長であり、マニラ・クロニクル紙のジェネラル・マネジャーであった。「フィリピン国家稲・コーン自給自足プログラム」の調整官として「緑の革命」を発進させ、史上初めてフィリピンでの米の自給自足を可能にした。

1987年、あまりにも早い死によって事務局長の任期途中でUNFPAを去ったあと、世界各地から友人と同僚が別れを告げに参集した。同氏のこれまでの業績の数々を称賛するなかで、参加者たちは、本人は謙遜して単なる公僕であるにすぎないと言っていたのとは逆に、まさに偉大な人物を失ったことを認めた。その人柄と長きにわたる献身は、愛すべき人物として人々の記憶に残っているにちがいない。

「親は自由に、責任をもって、  
自分たちの子どもの数と出産間隔を  
決める基本的人権をもつ」

© UN Photo/Milton Grant





# 権利と選択を 確実にする 機関と資金

1969年当時、人口政策またはその政策を実施する政府機関をもつ国はほとんどなかった(Nizamuddin, 2002)。しかし人口問題に対して世界の注目度が高まるにつれ、人口ダイナミクスと開発の相互関係についての理解が深まり、その問題を扱おうとする国々が増えた。

1976年までは、出生率を下げる政策をとっていたのは40カ国だった。1986年にはその数が54カ国になり、1996年までに82カ国に増えていた(United Nations, 2015a)。

国によっては、保健省で避妊具(薬)の配布に限定したサービスが行われていた。他の国では独立した家族計画委員会または人口委員会が設置されたが、援助資金はそのまま(避妊具(薬)の配布)サービスに使われた。

多くの国では、政府が市民組織と協力し避妊具を、とくにサービスが届いていない人々に届けるだけであった。

しかしながら、これらの機関は、より広い範囲のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービスのニーズの高まりに呼応して、しだいに、女性が妊娠・出産・避妊の権利を行使できるようにその活動範囲を拡大していくこととなった。

## 初期の制約

初期において家族計画プログラムは保健省内部おかれ、主に都市部の診療所や病院を通してサービスを提供していた。社会基盤が弱いため、遠隔地までサービスを拡大するのは困難だった。それに都市部であっても、施設の資金不足や訓練を受けた人材の不足から、質の高い避妊サービスは、一国の人口でそれを必要とする人々の中でもわずかな人々に限定的にしか提



供されないか、全く提供されなかった。

さらに当時の西側の援助団体は、避妊具(薬)を分配する経費に多くを拠出していたため、サービスの内容は援助団体側の意向を反映していることが多く、ときに女性のニーズに対応しないことがあった。援助団体のなかには診療所をより多く建設することに意を尽くしたり、保健省の下部組織系列からはずれた場所での配布計画に資金を提供したり、また調査研究と実証実験プロジェクトに資金を提供するところがあった(Robinson and Ross, 2007)。

初期の人口プログラムでは連絡調整が特に課題だった。同じ国の中でも、人口政策の多様な側面を多くの政府機関が担当していた。保健省は診療サービス、中央統計事務局は人口調査とその他の調査、教育省は学校と養成校の教科課程、情報省は公教育キャンペーン、企画省または財務省は資金の配分といった具合だった。国によっては人口計画室または全国人口委員会が多分野にまたがる人口政策の複雑な調整を手助けしていたが、多くの場合、その職務を十分に果たすための能力が不足していた。プログラムの運営体制が拡散していることで、女性がリプロダクティブ・ライツを行使す

るのに必要なサービスと情報の提供体制が複雑化し、その行使を妨げた。

初期段階でのもう一つの制約は、プログラム作成と活動の成果を評価する指針となるデータがないことだった。1970年代になると、米国国際開発庁（USAID）が各国に統計機関を設置することを数多く支援し、それ以来、途上国からのセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスに関する疫学分野と行動関連のデータが質量ともに大幅に改善した。

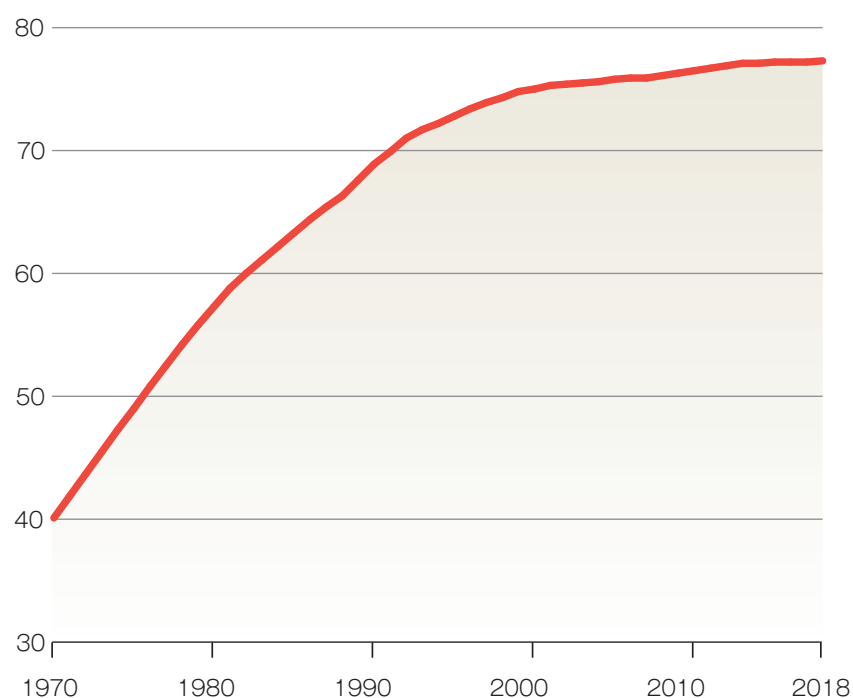
しかし人工妊娠中絶、個人間の暴力、性感染症、産科フィスチュラ、失禁、性交痛、性機能不全などの、発生事象や疾病状態に関するデータの収集と分析は不足している。

### 緩やかな進歩

家族計画プログラムの普及は1970年代には緩慢だったが、1980年代以降速度を増した。途上地域において、近代的避妊法は1970年に家族計画の需要の推定40%を充足していた(図7.1)。この割合は1980年には57%に、1990年には69%、2000年には75%に増え、今日では77%になっている(United Nations, 2018b)。

この進歩は、政府が家族計画プログラムにかけた努力の結

図7.1 近代的避妊方法により満たされた家族計画の需要：既婚または事実婚の女性の割合(%）、1970年-2018年



果、その「進捗度」が徐々に拡大してきたことを示している。1972年に研究者たちがプログラムの進捗を測定する方法を考案し、それ以降、途上国のほとんどでその測定を定期的を実施した。「家族計画プログラム努力指標」は、政策、サービス、評価、方法の利用しやすさの4分野の30項目の進捗度について尋ねた質問表に基づいている。この努力指標の点数は、独立した質問表の情報に精通した観察者からの回答をもとにしており、避妊の実行率や出生率の変化などの結果とは別個に測定している。

**1976年**までは、出生率を下げる政策をとっていたのは40カ国だった。1986年にはその数が54カ国になり、1996年までに82カ国に増えていた。



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

1972年に23カ国のプログラムを対象にこのインデックスを測定したところ、努力の低いレベルから高いレベルまでまんべんなく散らばっていた。しかしながら1989年までには、多くの国の努力点数が上がり始め、低努力レベルの国の点数が中・高レベルの国に近づいてきた (Robinson and Ross, 2007)。このような家族計画努力の進展は全体のほんの一部の変化を示したものにすぎないが、人口政策は家族計画の分野を超えて広がり始めた。

### 人口政策：出生率の低下を超える動き

1994年の国際人口開発会議 (ICPD) で得られた画期的な合意は、政府機関の創設または更新に向けた勢いを後押しした。国の人口政策と戦略のますます多くが、出生率低下を目指すことに絞った家族計画から、新しい世界的な課題であるセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス (SRH) と女性の能力強化を含むものに範囲を広げた。

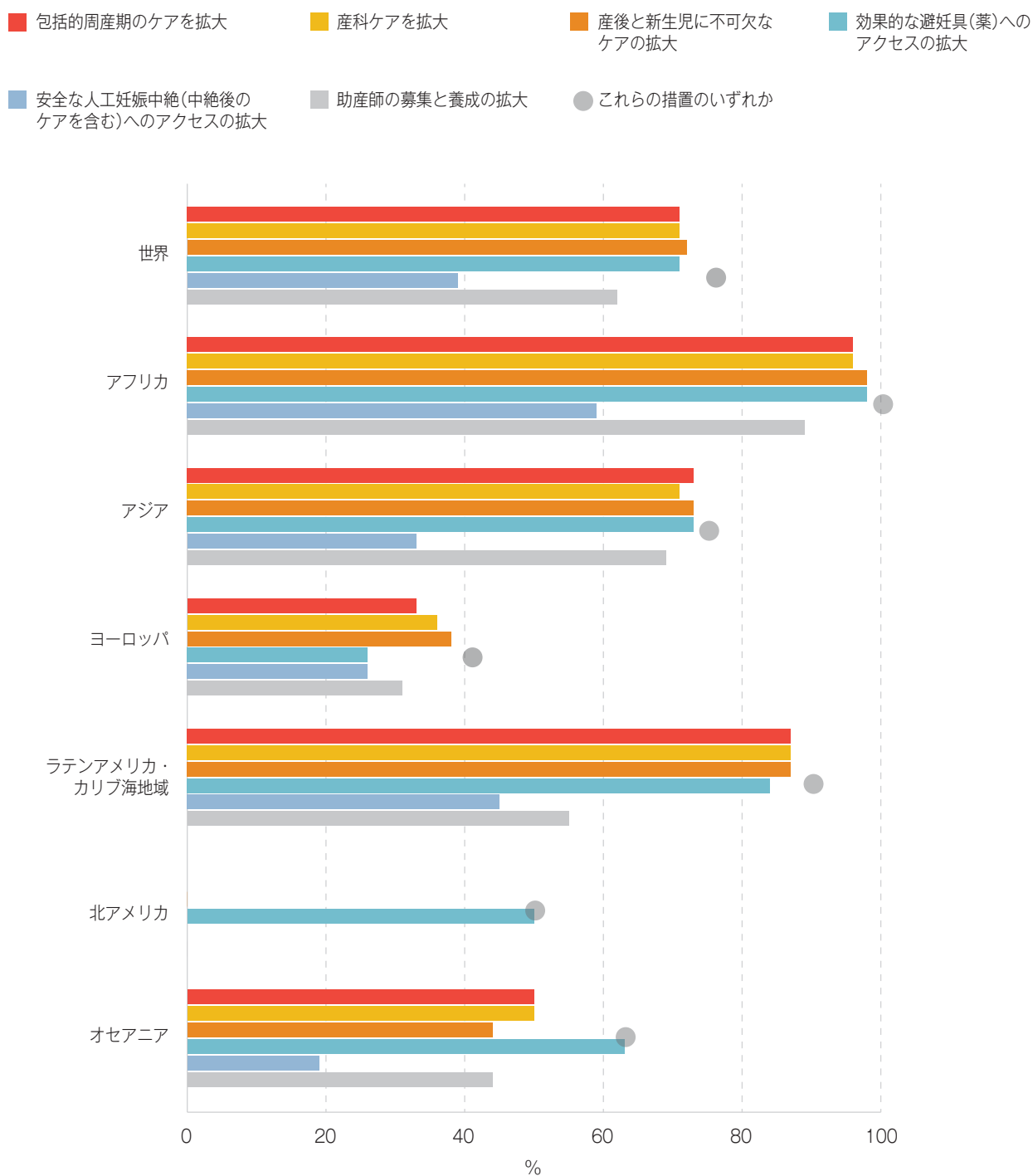
たとえば、2015年の時点でみると、政府の76%が過去5年間に新生児死亡と妊産婦死亡を減

らすための一つあるいはそれ以上の対策をとり、70%以上の政府が必須となる産後ケアと新生児ケア、包括的な産前ケアまたは産科ケアの適用を拡大していた (United Nations, 2017a)。

さらに、62%の政府が専門技術の訓練を受けた助産師の募集と訓練を拡充する政策を採用し、39%が安全な人工妊娠中絶の利用と中絶後のケアを拡充した (図7.2)。

ICPD「行動計画」の勧告の実施状況に関する世界規模の調査の中で、各国政府から「人口と開発の相互関係についての課

図7.2 過去5年間に新生児死亡または妊産婦死亡に取り組む政策措置をとった国(地域別)、2015年



Source: United Nations, 2017a.  
注: データが入手可能な190カ国

題を扱う」さまざまな政府機関の設置に関する情報が提供された。その結果、教育や移住のようにICPDの他のテーマと比べると、ジェンダー平等、思春期と若者、人口と持続可能な開発にかかわりの深い課題に取り組む政府機関が1990年代以来拡大していることが示唆された(United Nations, 2014)。

これら新しい機関が、利用者のニーズと視点を十分に取り入れようとすれば、その権利と選択を前進させることがもっとも有効となる。行動計画では、直接的に影響を受ける人たち、なかでも差別、強要または暴力のために歴史的に排除されてきた人たちを、立法、政策形成、そして政策実施に参画させていく必要性が強調された。このように自ら参画することが、個人、とくに女性と少女が人権を十分に行使する能力を強化することにつながる。

### パートナーシップの高まる価値

1970年代から1980年代を通して、人口と開発の分野での連携が広がり、多様化し、人口と開発の目標を成功させ前進させるのに役立った(Weerakoon, 2002)。

「行動計画」では、このような動きを認識し、国内・国際的

NGOや民間組織と密接に協力することは、政府にとっても多国籍組織にとっても珍しいことではなくなったと述べている(United Nations, 2014a)。

「行動計画」の野心的かつ広範な目標は、市民社会を結集した結果と言える。1994年以来、多くの市民社会組織とNGO関係者が、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)についての世界的、主要地域別、国別の政策と責任の枠組みを作成するために集められたことは驚くにはあたらぬ(United Nations, 2014)。このような動きは、(事業遂行のための)統治構造の権限と指導力の分権化を推進しようとする国際的状況の中で生まれ、それと国と地方の政府、市民社会、NGOの参加者の参画と提携から発生する価値があいまって認識されるようになった。

1980年代後半から1990年代の初めにかけて、政府の地方分権化の動きが起こり、地方でのセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービス(SRHS)の企画、方針決定、モニタリング、評価において市民組織の参加の場が広がった。しかし地方分権によって、いろいろな機関が互いにどのように関係するか、地方の保健当局とどのような関係をもつか、物品の流れと調達、

設備や補給品の支払いをどうするのかなどの、新たな課題も出てきた(Maceira23, 2005)。

このような進展のおかげで、市民社会とNGOの大きなネットワークが公式に認められ企画と実践に統合されたため、過去20年のうちに行動計画が目指した(SRHS)の受益者の参加が増加してきた(United Nations, 2014)。

たとえば、「RHSC(Reproductive Health Supply Coalition)」という組織は、低所得と中所得の国が手頃な価格で高品質の避妊具やその他のリプロダクティブ・ヘルス用品を入手できるようにすることを目指して、市民組織と多国籍と二国間組織、民間財団、政府と民間組織の代表をまとめている。「ファミリー・プランニング2020」では、さらに2020年までに世界の最貧困国の女性と少女1億2000万人に自主的家族計画に関する情報、および避妊具(薬)とサービス提供することを目指して、その目標達成のための戦略を打ち立てることに市民社会を参加させている。

同様に、民間部門も事業の企画と実施に以前より大きな役割を果たすようになった。「行動計画」は、民間の営利追求部門が果たす重要な役割を認識しており、政府とNGOに人口と開

## 変革の旗手たち

# ナフィス・サディック

1929年生まれ、ナフィス・サディックは歴史上もっとも騒がしい時期に成長した。ひとつは1947年のパキスタンの建国である。少女にとって決して好ましい時期ではなかった。しかしサディックには世界をよりよい方向に変えられるという先見の明があった。そして1994年に人口と開発についての全く新しい理解に向けて人々の結束を呼びかけたとき、まさにそれを実現したのである。

サディックは当初から因習に対し疑念を呈した。産科の専門学位をとり、貧しい農村女性と男性のために働き、パキスタン初の人口政策の作成を助けた。

UNFPAに入り、さまざまな役職を経て、1987年に第2代事務局長に就任した。女性として初めて任意の拠出金による国連プログラムのひとつを率いることになったのである。女性が自分で妊娠・出産・避妊について管理できるようにするため、情報から避妊法までの手段を即座に与えるべきであると熱心に主張した。世界中を訪問して、女性の話に耳を傾け、彼女たちを健康で暴力を受けずに生活する権利を求める改革運動に誘い込んだ。

1990年代の初め、国連事務総長は国際人口開発会議の準備の指揮をサディックに託した。会議はこの議題に関する政府間の会議としては史上最大のもので、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツへの取組に革命を起こした。サディックの説得力のある影響のもと、準備の過程で市民社会グループが

国際的政治交渉の場での新しい行動規範を設定するなど、卓越した役割を果たした。

「人々は、行為の主体  
また受益者として  
その進行過程の  
中心にいます」

会議の冒頭、サディックは代表団を前に単刀直入「人口政策とプログラムにはいかなる形での強要も受け入れません。女性にも男性にも子どもの数と子どもを産む間隔を選ぶ権利があり、それをするための情報と手段を得る権利があります」と述べた。

「人々は、行為の主体また受益者としてその進行過程の中心にいます」と宣言し、さらに「人々の重荷を軽くし、その道にある障害を取り除き、人間としての自分たちの可能性を十分に花開かせることを許す力が私たちにはあるのです」と語った。

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

発プログラムでの民間部門との協力を促し、とくに品質の高い避妊用品の生産と流通、それに適切な情報と教育を伴うサービス提供の強化を呼びかけた (United Nations, 2014a)。1998年の世界規模での調査によると、多くの国の民間部門が診療所の経営と社会マーケティング事業により活発な役割を果たし始めていることが判明した (Weerakoon, 2002)。

提携関係と参加者の多様性が増すにつれ、「行動計画」は、人口と開発で効率的で効果的な協力を確実にするため、受入政府に対し国内の調整の仕組みを

強化するよう呼びかけた。「行動計画」は、それぞれの比較優位と各国における開発の優先項目考慮したうえで、開発パートナーに課せられた責任を明確にする必要があると指摘し、国際社会に対し受入政府の調整努力を手助けするよう呼びかけた (United Nations, 2014a)。受入国の優先事項を保持しながら、援助国は、国連改革の一部として、また新しいネットワーク戦略を通じて、国連内、各国内の(開発パートナー間の)協力の強化と調整を支援してきた。

### 資金の推計と追跡の課題

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービス (SRHS) に必要な資金を推計しその流れを追跡することは、人々の権利と選択を効果的に前進させるうえで重要な役割を持っている。そのような努力は情報を明らかにするとともに透明性を確保し、それによって援助組織は活動を調整し、政策担当者は優先事項と格差の所在を特定し、オピニオンリーダーは援助組織と政府がそれぞれ行った公約について、その実施責任を果たしているのかをモニターすることができるようになる。



## 変革の旗手たち

# ミチャイ・ピラバイディア

ミチャイ・ピラバイディアは、誰もが自分の子どもの数を計画し、子どもの健康を守る方法を知るべきであるという信念に動かされて、タイで徹底的な改革に力を注いだ。

情報伝達の達人として、1960年代からミチャイはコンドームの使用を学校、ガソリンスタンド、事務所、村落、養豚競技会、エイボン・レディーズ、仏教僧侶の式典まで、ありとあらゆる機会に説いて回った。それは避妊を日常生活のまったく恥ずかしくない一部として受け入れてもらう運動の一環であった。

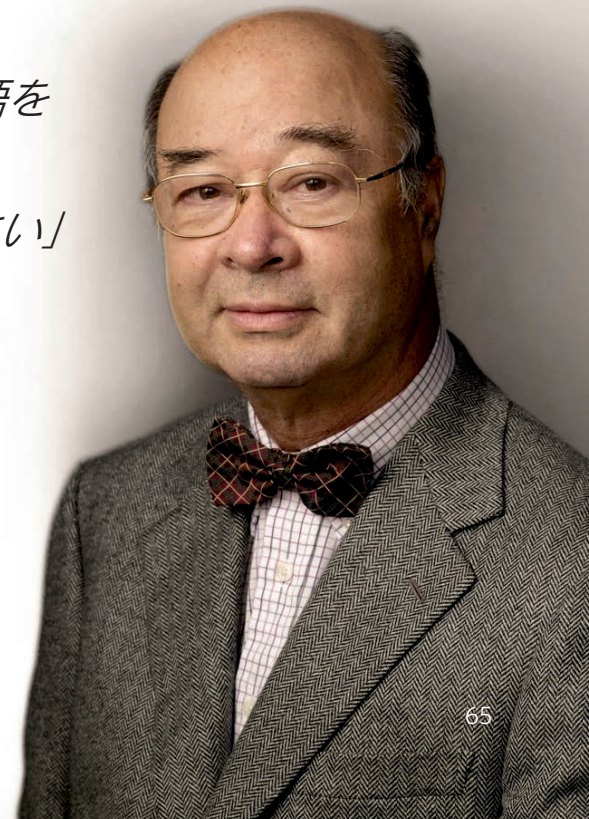
「コンドームという単語を口に出しなさい。それについて話しなさい」とミチャイは言う。「私たちが教えたいのは、つまり、あなたには子どもは何人欲しいか選ぶ権利があるということなんです」。

コンドームは手に触れられるもので、ときに啓発活動のユーモラスな入口となったが、ミチャイの狙うところは、「村の畑の野菜のように」いろいろな避妊具(薬)が簡単に見つかるようにすることであった。20年から30年の間にタイはこの目標に向けた長い道を歩み、タイの平均的な家族は子ども7人から1.6人に激減した。

HIVの蔓延が予測された1990年代の初め、ミチャイは政府に感染予防のための予算を50倍に増やすよう説得し、公共サービス部門、企業それに地域社会の中から選んだ人たちにコンドームの使用について話してもらった。その結果、300万件と見越していたHIV感染を激減させた。ピラバイディアは「コンドーム王」として知られるようになり、現在では、「ミチャイ」というのが世間ではコンドームの代名詞となっている。

ミチャイ・ピラバイディアは、1973年以来農村開発と保健を牽引してきたNGOである人口・コミュニティ開発協会を現在も率いている。その団体の活動のなかには、社会の主流から取り残されるコミュニティに向けた、公平と公正の原則をもつ包括的性教育も含む質の高い教育を提供するミチャイ・パッタナ学校の運営がある。ジェンダー平等はその学校の教科課程の一部である。「女性は開発の過程でとてもとても重要です。すばらしい腕が2本あるというのに、なぜ、片方しか使わないのですか」という忘れられない言葉を添える。

「コンドームという単語を  
口に出しなさい。  
それについて話しなさい」





しかし人口政策の開始当初から、資金の推計と追跡は難しい課題であった。1960年代と1970年代には、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)の資金はいろいろ異なる予算に分散していた。母子保健と性感染症の治療は幅広い保健予算のなかにあったが、「人口」資金は避妊サービス予算に極端に集中していて、一部が人口調査データの収集と分析にあてられた。

各種の調査研究でも、保健と人口の支出がしばしば「保健部門」に一括りにされており、個別の対策の財政データを時系列に分析するのは容易ではない。

1970年代に始まった追跡活動によって、保健と人口活動に向けた援助機関の支援が上向き傾向であることが明らかになった。保健部門に対する多国籍と二国間機関からの拠出総額は1972年に9億ドル(1990年換算)

近くだった。これが1980年には27億ドルに1990年には39億ドルに伸びた。このなかで「人口活動」への支援は1970年代と1980年代にゆっくりと増えた。人口支援の総計は1990年に9億3600万ドルに伸び、保健部門に向けた外国からの支援全体の20%を占めた。内訳は二国間援助が60%、国連機関が22%、開発銀行が13%、それに民間部門の資金が5%であった(Michaud and



© Brian Sokol/Panos Pictures

Murray, 1994)。

1994年までにセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービス(SRHS)に向けた資金の推計と追跡の方法が大幅に高度化された。「行動計画」には、家族計画、リプロダクティブ・ヘルス、HIVを含む性感染症の治療と予防、基本的調査研究の中心的提言を遂行するための経費の推計が含まれている。国際社会は当時、2000年に170億ドル、

2005年に185億ドル、2010年に205億ドル、2015年に217億ドルと見積もった「パッケージとして考えたプログラム費用」に同意した。各国政府は、必要経費の3分の2を途上国自身が拠出し、残り3分の1を国際社会が支援することに合意した。

### 膨らむニーズと増える経費

多くの組織とプログラムは、リプロダクティブ、妊産婦、新生児、幼児保健に向けた経費と援助資金の流れの追跡を始めた。たとえば「ファミリー・プランニング2020」では世界規模での家族計画への資金拠出を、「PMNC (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health)」では女性と子どもの保健の世界戦略に対する公約を追跡した。またグットマッハー・インスティテュートはリプロダクティブ・ヘルス・サービス(RHS)の内訳別の資金拠出と支出の格差を報告した。

これらの推計・追跡の仕組みによって、1994年以降の資金状況にみられる改善状況と長期的な課題が明らかになった。援助組織の数は順調に増加する一方で、援助側の努力における市民組織と民間部門の関与が増大してきた(United Nations, 2014)。

しかしながら、世界的にみると、セクシュアル・リプロダク

ティブ・ヘルス(SRH)のニーズに向けた資金源は不十分なままであり、援助の動きは逆方向に向かっている。ICPD以降、先進国から途上国への政府開発援助(ODA)のこの分野に対する拠出は急速に高まり、ピークとなった2011年には途上世界の出生可能年齢の女性1人当たり5ドルを超えた。しかし2016年までにはその数字は女性1人当たり60セント減り、4.40ドルになった。2016年に政府開発援助と民間援助を含めた外国資金すべてを計算すると、出生可能年齢の女性1人当たり6.22ドルになった。この数字は小さくはないが、それでもニーズを満たすには足りない。

### 国内資金調達が中心的役割

集計するのは困難だが、途上国の政府、国内のNGO、民間からの財源をまとめると、途上国自身の資金が人口活動の大半を支えていることは明らかである(UNFPA, 2014a)。

途上国政府の多くは、国内目標と予算を「行動計画」の目標に合わせられるようになった。しかし、途上国と体制転換途上の国々の打ち続く財政危機は、その勢いを保持することを難しくしている。さらに人口プログラムに対する宗教や文化的背景に基づく反対も、ところによっては資

金を調達するうえで妨げになっている(Cohen and Abrams, 2002)。

多くの国、とくに後発開発途上国の多くは、市民のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)ニーズを満たすのに必要なだけの資金を獲得できていない。途上国政府のほとんどは人口プログラムに資金を拠出し、それを維持するうえで、外国援助団体の支援に依存している(UNFPA, 2014a)。このことは、途上国が今後も安定的に計画と予算配分を続けられるかどうか、という課題を突きつけることになる。というのも援助資金は毎年変動しうるものであり、突然の資金打ち切りがセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)プログラムを安定的に実施するうえで大きなリスクとなるからである。

さらに途上国の消費者は、自分たちの懐からセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)の経費を賄うという重い負担を負っている。これは、最貧困層や社会の主流から取り残された層は重要なサービスを利用できていないということ意味する。たとえば、男性が家計の財布を握っているようなところでは、女性は自分のSRH用品を購入することにさらに困難を感じている(Starrs and others,

2018)。人々に自己負担をさせるということは、途上世界の貧困を緩和し所得の不平等を正すことを目指す計画に影を落とすことになる(United Nations, 2014)。

革新的な資金配分の取組みでは、途上国の政府に対し、健康と栄養のような各国予算の中での資金配分比率の低い部門への資金投入を優先し、それを維持するように支援し動機づけをしている。たとえば「GFF(Global Financing Facility)」は2015年に活動を開始し、政府に対して、持続可能な開発目標(SDGs)の保健と栄養の目標にそって経費支出を増やすよう奨励している。同様にビル&メリンダ・ゲイツ財団は、家族計画の未充足のニーズを減らそうという「ファミリー・プランニング2020」の目標の達成を約束し、家族計画の利用を拡充する独自の計画を立案・実施している政府を支援している。

### 援助の効果に対する注目の高まり

2000年に発表されたミレニアム開発目標(MDGs)は、援助の効果に対して注目が高まる時代の先鞭をつけたが、それは一部には、不公平な援助提携の問題と自国内での開発過程を効果的に計画、調整、指導する能力の欠

如の問題に対する途上国政府からの不満により引き起こされたものであった。

2001年のHIV/AIDS、結核およびその他の感染症対策に関するアブジャ宣言の中で、アフリカ連合の加盟国は保健への支出を国家予算の少なくとも15%まで増加させることを約束し、合わせて援助国に対して支援を増加するよう要請した。援助効果に関するハイレベル・フォーラム(援助効果に関する2005年パリ宣言、2008年行動に向けたア克拉・アジェンダ、2011年効果的開発協力に関する釜山パートナーシップ)の成果は、(援助対象)国の能力開発と主体的な遂行に重点をおいて、援助をより効果的に行う約束を強化したことにある(United Nations, 2014)。

援助効果に関する注目の高まりにより、援助調整機構が設立され、(援助対象)国の指導的役割と国際協力に対する相互説明責任の必要性に対する認識が高まった(United Nations, 2014)。セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)分野における援助環境の変化のもつ意味についての世界保健機関とUNFPAの合同研究では、部門全体の取組、貧困削減戦略、MDGsの目標達成の戦略化にますます焦点があたっていることが判明し

## 変革の旗手たち

# ジタ・セン

インドのエコノミスト、ジタ・センは35年間にわたって、リプロダクティブ・セクシュアル・ヘルス/ライツに対する国内また国際的約束の中で男女平等の考えが正しい役割を果たせるように推進してきた。「DAWN(Development Alternatives with Women for a New Era)」というフェミニストのネットワークのリーダーとして、センは学者やジェンダー平等提唱者たちと調査研究の成果と行動主義の手段を活用している。

「私たちは女性と少女に向けた開発の事業を行い、そしてあらゆる方法を講じて女性の人権を求めて闘わなくてはならないのです」。

センは1994年の国際人口開発会議(ICPD)で、人口と開発の理解を転換させた市民社会の大きなうねりを結集させるうえでめざましい活躍をした。それ以前、人口会議といえば参加者はほとんど男性で、討議内容は人口目標ばかりであった。「性」や「生殖」という言葉は滅多に聞かれることはなかった。しかし、ICPD ではセンが言うところの「女性運動の不可抗力」に男性は直面してしまった。世界の南からも北からも活動家が何千人と参加している中で、女性のリプロダクティブ/セクシュアル・ヘルスとライツそのものが議事項目となってしまった。

「あれから25年、世界は人権に関して言えば、さらに困難になっています。女性やフェミニズムへの反動が大きいのです。でもICPDでの課題が今なお語られているということは、私たちの達成したことに力がある、ということです」。

センは女性にとっての本当の変化は、女性が結集して既存の権力構造を崩壊させ、開発のモデルを転換させたときに起こると言ってきた。他の問題の中には、女性を無報酬のケア労働や最低賃金の仕事に押しやることに依存しなくてすむように経済を方向転換することがある。目標は、「寿入りパイ(負担の)」の公平な分配以上でなければならない。

生涯をかけたジェンダー平等への関与について、センは思い巡らして、「女として生きたことが私を駆り立てたんだと思います。小さな時からジェンダーの不平等については意識していました。女の子でもやればできることはたくさんあるのに、とっていました。そんな考えは、男の子には当てはまらないでしょう。あとになって、権力と不平等の構造が社会と経済全体でどのように作用していたのか、見えてきました。でも、後戻りはありませんでした」。

「私たちは女性と少女に向けた  
開発の事業を行い、  
そしてあらゆる方法を講じて  
女性の人権を求めて  
闘わなくてはならないのです」



た。同研究ではSRHのための安定した、予測可能な資金確保が依然として問題であることがわかった(WHO and UNFPA, 2011)。

### ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを前進させる

2015年にSDGsが発表されると、SDG目標3の中核をなすユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成の注目度が上がった。UHCの考え方は、経済的困窮に陥る危険性なく健康を改善し公平な保健サービスの利用可能

性を向上させるための質の高いサービスの提供など、いくつかの原則を具体化している。

SDGsの「誰一人取り残さない」というテーマと同じく、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの考え方も「漸進的实现」を奨励している。それは、手始めに不平等問題に取り組み、不利な立場の個人に有利な人たちと同等またはより多くの恩恵をもたらすような保健制度の改革を優先するという考えであり、また出発点はどうであれどんな国

でも進歩できるという考えである(Starrs and others, 2018)。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)は、継続的に拡大する一括した保健サービスを構想しており、その経費は合同運用基金か保険制度からの支出割合を増やすことで個人の負担を軽減していくという考えである。また保健目標の達成は、健康の多面的な社会・環境の決定要因への取り組みが進むとともに促進されるという見通しに立って、UHCではSDGsの多く

© Mark Tuschman



の部門間の結びつきを強調している(Stenberg and others, 2017)。セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)の成果は、バウチャー・プログラム(用途限定のクーポン)や条件付き現金給付、社会保険、実績に基づくモニタリングなど、さまざまな革新的資金援助を通して向上している(USAID, 2014)。このような革新的な対策は他の状況でも効果的に応用できる(Starrs and others, 2018)。

これらの目標を支援して、多国籍機関が結集してSDGsの達成に向けた進歩を加速する合同作業を始めた。「すべての人の健康な暮らしと良好な状態を求める世界行動計画」は、国内での意思決定を強化し、権利に基づく誰も取り残さない公平な対応を促進し、国家と組織間の学習を進める努力をしながら、国内での影響を加速させることを目指す。この計画は世界保健機関の調整のもとに保健分野の多

国籍組織11団体を結び、最終的な行動計画を2019年9月の国連総会で発表する(WHO, 2018a)ことになっている。

以上のような活動すべてが、情報と質の高いサービスの利用を拡充できるための能力を備え、持続的に資金を受けている機関に活躍の舞台を用意し、女性がリプロダクティブ・ライツを行使することを可能にする。

---

## 章のハイライト

- 時間の経過とともに、この分野についての理解が広がり、それに合わせて政府とその他のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービス(SRHS)提供者の方針とプログラムは進化してきた。関係機関はより幅広いサービスを求めて高まるニーズを満たし、あらゆる場所にいる人々すべての権利と選択を拡充するため常に対応していく必要がある。
- 中央政府と地方政府、市民社会と民間部門の参加により、国際人口開発会議(ICPD)と持続可能な開発目標(SDGs)の野心的な目標の設定につながった。これら組織の提携が目標達成に向けた活動の中心にあり、今後も重要な点である。
- セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービスにかかる資金ニーズを見積もり、資金の流れを追跡することは、それを必要としている人たちの権利と選択を押し進めるうえで重要なことである。世界全体でみて、この分野に向けた資金源は依然として不足しており、援助の動きも減少傾向をみせている。途上国政府の多くではICPD行動計画の目標に沿って国の目標と予算配分をすることに進歩がみられたものの、うち続く財政危機がその勢いを保つ能力に影を落としている。
- ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を実現することはSDGの目標3の核心である。その中には経済的困窮の危険性なしに健康を改善し、保健サービスを利用するうえでの公平性を高めるための高品質のサービスを提供することを含んでいる。UHCを推進する構想が出てきたことで、能力があり資金も持続的にある組織には、すべての人が権利と選択を行使できる情報と質の高いサービスを手にする手段を拡充する機会となっている。

## セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)とユニバーサル・ヘルス・ケアの登場

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)全般、なかでも家族計画は、プライマリー・ヘルス・ケアについて話し合う世界的な協議の場で、何十年にもわたって話題の主流から外されてきた。

たとえば1978年、カザフスタンに政府代表が参集し、国際プライマリー・ヘルス・ケア会議が開かれた。この会議の成果として、世界中のすべての人々の健康を達成するにはプライマリー・ヘルス・ケアが重要であると認めたアルマ・アタ宣言を発表した。しかし、宣言にある目標があまりにも広範であり、達成できないとする政府もなかにはあった。

その翌年に開かれた保健と政策立案の専門家の会議では、途上国の人々の救命に直結し、強い影響を与えることのできるプライマリー・ヘルス・ケア対策の実施に集中していく必要があるという合意ができた。この対策はGOBIと称される。子どもたちの成長(growth)の観察、経口(oral)補水、母乳育児(breastfeeding)と予防接種(immunization)の頭文字を並べたものだが、ここでも基本的なセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス(SRH)を含めることはなかった。それでも世界の保健関係者たちは他にも重要なプライマリー・ヘルス対策のあることを最終的に認め、家族計画(および女性の教育と食糧補給)を優先事項とするという点で同意した。

家族計画を世界のプライマリー・ヘルスの課題に追加したことは、世界の妊産婦死亡率を2000年から2015年の間に(1990年の水準の)75%減らすことを目標とするミレニアム開発目標(MDGs)の下地となった。2005年に開かれたMDGsの達成努力の進捗を検討する会議で、国連はすべての人がリプロダクティブ・ヘルスを受けられるようにする目標を追加することに賛同した。

ミレニアム開発目標(MDGs)では、保健項目は8つの目標のうち4つの目標の中にバラバラに盛り込まれていたが、2030年に向けたアジェンダである持続可能な開発目標(SDGs)の17目標では、性と生殖に関連するものも含め保健分野の目標は一つにまとめられた(訳注：SDGs

3)。保健関連の目標を一つの目標にまとめることで、妊娠の回避、妊娠、出産、乳児期、産後ケアと子ども期までの性と生殖、さらに生存に不可欠な水と衛生要因も含めたものが、一つながりのケアであるとの観念を強めた。



すべての年齢の人々の健康な人生とウェルビーイング(良好な状態)を2030年までに推進するという目標3の中のターゲット3.7は、家族計画、情報、教育を含むセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・ケアとサービスをすべての人が受けられるようにすること、そしてリプロダクティブ・ヘルスを国の戦略とプログラムの中にも含めることを目指している。

図4.6は、最も貧しくニーズの高い国々で一つながりのケアを通して保健対策がどの程度普及しているかを示している。

これをみると、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス分野のなかの保健対策の進捗状況は平均していない。まだ最高というわけではないが、最も普及度合いが高いのは、出産と計画的予防接種である(UNICEF、WHO、2017)。妊娠前のケアと、将来の妊娠意図を決定する最適な時期である直近の出産後のケアについては、依然としてサービスが不足している。

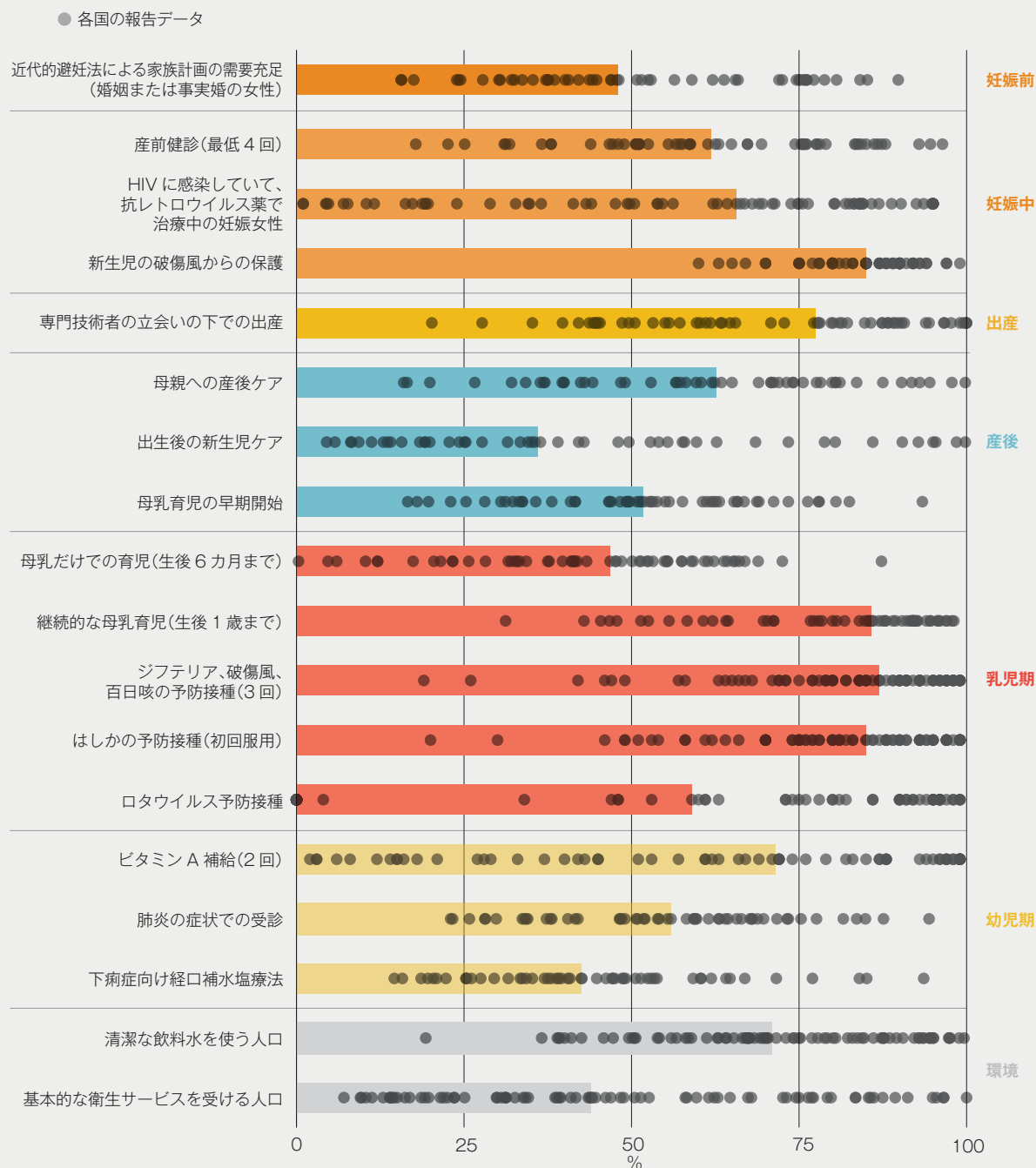
2018年10月、アルマ・アタ宣言から40年、最新の世界プライマリー・ヘルス・ケア会議は最終的にセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスがプライマリー・ヘルス・ケアの中心的位置を占めることを認めた。この会議の宣言は、プライマリー・ヘルス・ケアは「包括的な範囲のサービスとケア、・・・妊産婦、新生児、子ども、思春期の若者の健康と精神衛生、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスを推進、維持、改善するサービスと、それらに限定されないサービスを提供するもの」と言明した。

SDGのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ目標には、産前ケアと出産ケア、子宮頸ガンの検査とあわせて家族計画が中心的な指標として扱われている。最近では、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスは世界的な保健政策立案においては、常に指標として含まれている。



#### 図4.6 サービス普及率の大きな格差

「2030年までのカウトダウン・イニシアティブ」で示された一連のケア項目ごとの各国の対策の普及率の中央値(2012年以降のデータに基づく):このイニシアティブは、世界の5歳未満の子どもの死亡の90%以上、妊産婦死亡の95%を占める81カ国を対象とする



- a. 妊娠の回避と計画について示し、初回妊娠までの期間と妊娠間の期間、そして今までに妊娠を決めたことを含む。
- b. 乳幼児と子どもの食事指標は、測定値の入手不可能な場合のプログラム適用範囲に代わるものとして使われる。

注: カウントダウンの国々すべてに関連する対策のみを含める。カウントダウンが追跡するマラリア関連の指標は示していない。

Source: Immunization rates, World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF); population using basic drinking-water services and sanitation services, WHO and UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation; antiretroviral treatment of pregnant women with HIV, UNICEF global database, July 2017, based on 2017 estimates from the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; all other indicators, UNICEF global database, July 2017, based on Demographic and Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys and other national surveys.

## 変革の旗手たち

# ミシェル・バチエレ

バチエレは医師であり、政治的拷問をくぐり抜けてきた人であり、防衛大臣であり、世界でもっとも注目すべき女性政治家である。チリの大統領に2回選出されたバチエレは、女性と少女に関連するチリの

法制度の変遷を監視しながらジェンダー平等とセクシュアル・リプロダクティブ・ライツのために闘った。

バチエレは2006年にチリで史上初の女性大統領になると、直ちに閣僚は男女同数にするという選挙公約を実行に移した。チリの女性運動との長い関係を活用して、フェミニストを政府に入れ、リプロダクティブ・ライツの中心的問題の改革をともに進めた。

家庭内暴力をくぐり抜けた人の保護の規模を拡充し、職場での差別を止めさせ、年金制度を女性向けにより公平なものにし、低所得の母親の保育を改善した。緊急避妊法の利用を拡充する計画を阻もうと反対派の保守連合が立ち上がったときには、バチエレは支持者層に訴え、その法案は優先的に審議され承認された。2017年、大統領としての2期目の終盤にかけて、バチエレはもうひとつ画期的な変革を推し進め、議会は28年にわたる人工妊娠中絶の全面禁止を解除した。

「私は国民の生活をよりよくするのに必要だと確信する社会的・経済的・政治的改革を実行する覚悟でした。私たちにはチリを始動させる勇気がありました。それがあったからこそ、チリの変化を目にすることができたのです」と語る。

2018年、バチエレは国連人権高等弁務官となり、すべての人の人権を推進するためにこれまでの経験を活用することを決心した。「人権を擁護する人たちや犠牲者たちは高等弁務官を頼りにしており、私たちが彼らを助け、支援することを希望しています。ですから私たちはできることは何でもするつもりです」と言う。

女性と少女についても同じことである。「女性と少女の権利を保障する、より公平で公正な世界をつくることは難題どころではありません。でもそれは必要であり、義務でもあります」とUNウィメンの初代事務局長でもあったバチエレは言う。

「私は国民の生活をよりよくするのに必要だと確信する社会的・経済的・政治的改革を実行する覚悟でした」

© UN Photo/Violaine Martin

# 指 標

カイロ会議の目標の検証	page 152
人口指標	page 164
テクニカルノート	page 170

# カイロ会議の目標の検証

	セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ															
	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (何らかの方法) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (近代的避妊法) <sup>f</sup>				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(%) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup>			妊産婦死亡率(MMR) (出生10万対) <sup>a</sup>		妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)	SRH/RIに関する意思決定(%)
		2019	1969*	1994	2019			2019	1969*	1994	2019	1994	2015	低		
<b>世界/地域</b>	2019	1969*	1994	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2017	2014	
世界	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57	
先進地域	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	-	-	
開発途上地域	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	-	-	
後発開発途上地域	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 <sup>d</sup>	49	

## 地域データ

アラブ諸国	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	-
アジア・太平洋	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 <sup>b</sup>	-
東ヨーロッパ・中央アジア	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	-
ラテンアメリカ・カリブ海地域	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95 <sup>c</sup>	-
東・南アフリカ	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
西・中央アフリカ	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1040	676	586	862	52	38

## 国・領域・その他の地域

	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
アフガニスタン	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1300	396	253	620	51	-	
アルバニア	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69	
アルジェリア	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	-	
アンゴラ	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1180	477	221	988	50	62	
アンティグア・バーブーダ島	64	29	53	61	13	83	47	72	80	-	-	-	-	-	-	
アルゼンチン	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	-	
アルメニア	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66	
アルバ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	-	
オーストリア	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	-	
アゼルバイジャン	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	-	
パハマ	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	-	-	
バーレーン	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	-	
バングラデシュ	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	-	
バルバドス	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	-	
ベラルーシ	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	-	
ベルギー	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	-	-	
ベリーズ	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	-	
ベナン	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38	
ブータン	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	-	
ボリビア	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	-	
ボスニア・ヘルツェゴビナ	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	-	
ボツワナ	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	-	
ブラジル	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	-	

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ															
国・領域・その他の地域	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (何らかの方法) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (近代的避妊法) <sup>f</sup>			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(%) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup> (近代的避妊法)			妊産婦死亡率(MMR) (出生10万対) <sup>a</sup>		妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)	SRH/RIに関する意思決定(%)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
ブルネイ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	23	15	30	100	-
ブルガリア	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	-
ブルキナファソ	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
ブルンジ	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1250	712	471	1050	85	44
カンボジア	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
カメルーン	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
カナダ	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	-
カーボベルデ	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	-
中央アフリカ共和国	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1320	882	508	1500	40	-
チャド	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1440	856	560	1350	20	27
チリ	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	-
中国	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	-
中国(香港)	76	40	80	72	7	92	60	90	88	-	-	-	-	-	-
中国(マカオ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コロンビア	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	-
コモロ	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
コンゴ民主共和国	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1010	80	31
コンゴ共和国	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
コスタリカ	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	-
コートジボワール	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
クロアチア	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	-
キューバ	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	-
キュラソー	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	7	4	12	97	-
チェコ	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	-
デンマーク	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	-
ジブチ	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	-
ドミニカ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ共和国	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
エクアドル	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	-
エジプト	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	-
エルサルバドル	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	-
赤道ギニア	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1170	342	207	542	68	-
エリトリア	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1210	501	332	750	34	-
エストニア	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	-
エスワティニ	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
エチオピア	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1130	353	247	567	28	45
フィジー	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	-
フィンランド	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	-

## カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ																			
	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (何らかの方法) <sup>f</sup>				15-49歳の女性の避妊 実行率(%) (近代的避妊法) <sup>f</sup>		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(%) <sup>f</sup>			15-49歳の女性の避妊 需要の充足率(%) <sup>f</sup>			15-49歳の女性の避妊 需要の充足率(%) <sup>f</sup>		妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対) <sup>a</sup>		妊産婦死亡率の 不確実性の範囲 (UI 80%)		専門技術者の 立会いの 下での 出産率(%)	SRH/RIに関する 意思決定(%)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018				
フランス	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	-					
仏領ギアナ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
仏領ポリネシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
ガボン	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48					
ガンビア	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1030	57	41					
ジョージア	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	-					
ドイツ	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	-					
ガーナ	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52					
ギリシャ	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	-	-					
グレナダ	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	-	-					
グアドループ	59	19	41	55	16	79	33	60	73	-	-	-	-	-	-					
グアム	53	23	37	46	16	76	41	57	67	-	-	-	-	-	-					
グアテマラ	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65					
ギニア	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23					
ギニアビサウ	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	-					
ガイアナ	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71					
ハイチ	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59					
ホンジュラス	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70					
ハンガリー	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	-	-					
アイスランド	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	2	6	98	-					
インド	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	-					
インドネシア	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	-					
イラン	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	-					
イラク	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	-					
アイルランド	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	-					
イスラエル	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	-	-					
イタリア	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	-					
ジャマイカ	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	-					
日本	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	-					
ヨルダン	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73					
カザフスタン	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	-					
ケニア	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56					
キリバス	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	-					
北朝鮮	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	-					
韓国	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	-					
クウェート	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	-					
キルギス	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77					
ラオス	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	-					
ラトビア	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	-					

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ															
国・領域・その他の地域	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (何らかの方法) <sup>1</sup>	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (近代的避妊法) <sup>1</sup>			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(%) <sup>1</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>1</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>1</sup> (近代的避妊法)			妊産婦死亡率(MMR) (出生10万対) <sup>a</sup>		妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)	SRH/RIに関する意思決定(%)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
レバノン	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	-	-
レソト	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
リベリア	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1890	725	527	1030	61	67
リビア	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	-
リトアニア	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	-	-
ルクセンブルク	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	10	7	16	100	-
マダガスカル	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
マラウイ	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
マレーシア	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	-
モルディブ	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	-
マリ	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
マルタ	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	-
マルチニーク	61	24	46	57	15	80	39	64	75	-	-	-	-	-	-
モーリタニア	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	-
モーリシャス	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	-
メキシコ	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	-
ミクロネシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	169	100	46	211	85	-
モルドバ	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	-
モンゴル	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	-
モンテネグロ	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	-
モロッコ	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	-
モザンビーク	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1210	489	360	686	54	49
ミャンマー	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
ナミビア	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
ネパール	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
オランダ	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	-	-
ニューカレドニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	-
ニカラグア	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	-
ニジェール	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
ナイジェリア	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
北マケドニア	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	-
ノルウェー	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	-
オマーン	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	-
パキスタン	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	-
パレスチナ自治政府 <sup>1</sup>	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	-
パナマ	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	-
パプアニューギニア	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	-
パラグアイ	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	-
ペルー	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	-

## カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ														
	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (何らかの方法) <sup>f</sup>				15-49歳の女性の避妊計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ)の割合(%) <sup>f</sup>		15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup>			妊産婦死亡率(MMR) (出生10万対) <sup>a</sup>		妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)	SRH/RIに関する意思決定(%)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	低	高	2006-2017
フィリピン	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81
ポーランド	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	-
ポルトガル	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	-
プエルトリコ	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	-	-
カタール	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	-
レユニオン	73	18	67	71	8	90	29	83	87	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	-
ロシア	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	-
ルワンダ	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1270	290	208	389	91	70
セントクリストファー・ネイビス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	-
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	-	-
サモア	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	-
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
サウジアラビア	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	-	-
セネガル	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
セルビア	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	-
セーシェル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
シエラレオネ	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2900	1360	999	1980	60	40
シンガポール	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	-
セント・マーチン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	-	-
スロベニア	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	-
ソロモン諸島	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	-
ソマリア	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1200	732	361	1390	9	-
南アフリカ共和国	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	-
南スーダン	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1580	789	523	1150	19	-
スペイン	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	-	-
スリランカ	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	-
スーダン	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	-
スリナム	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	-
スウェーデン	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	-	-
スイス	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	-	-
シリア	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	-
タジキスタン	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33
タンザニア	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47
タイ	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	-
東ティモール	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40
トーゴ	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30



セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ															
国・領域・その他の地域	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (何らかの方法) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊実行率(%) (近代的避妊法) <sup>f</sup>			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(%) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup>	15-49歳の女性の避妊需要の充足率(%) <sup>f</sup> (近代的避妊法)			妊産婦死亡率(MMR) (出生10万対) <sup>a</sup>		妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI 80%)		専門技術者の立会いの下での出産率(%)	SRH/RIに関する意思決定(%)
	2019	1969*	1994	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	低	高	2006-2017	2007-2018
トンガ	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	-
トリニダード・トバゴ	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	-
チュニジア	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	-
トルコ	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	-
トルクメニスタン	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	-
タークス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93	-
ウガンダ	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62
ウクライナ	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81
アラブ首長国連邦	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	-
英国	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	-	-
米国	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	-
米領バージン諸島	68	34	55	64	11	86	52	73	80	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	-
ウズベキスタン	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	-
バヌアツ	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	-
ベネズエラ	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	-
ベトナム	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	-
西サハラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	-
ザンビア	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47
ジンバブエ	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60

NOTES

- Data not available.

\* Figures in this column are listed as 1969 and 1994 to conform with key dates covered in this report: 1969 through 2019. The 1969 figures are actually estimates from 1970 and 1994 figures are estimates from 1995.

f Women currently married or in union.

a The MMR has been rounded according to the following scheme: <100, rounded to nearest 1; 100-999, rounded to nearest 1; and ≥1000, rounded to nearest 10.

b Excludes Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau, and Tuvalu due to data availability.

c Excludes Anguilla, Aruba, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curaçao, Montserrat, Sint Maarten, and Turks and Caicos Islands due to data availability.

d Excludes Tuvalu due to data availability.

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..."

# カイロ会議の目標の検証

	思春期層と若者								
	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生率(%)	18歳までの児童婚(%)	15-19歳の女子のFGM(女性性器切除)実施率(%)	調整後の初等教育純就学率(%, 2017)		ジェンダーパリティ指数、初等教育	中等教育純就学率(%, 2017)		ジェンダーパリティ指数、中等教育
	2018	2017	2017	男	女	2017	男	女	2017
<b>世界/地域</b>									
世界	44	21	-	92	90	0.98	66	66	1.00
先進地域	14	-	-	97	97	1.00	93	93	1.01
開発途上地域	48	-	-	91	89	0.98	62	62	0.99
後発開発途上地域	91	40	-	83	80	0.96	38	36	0.95

## 地域データ

アラブ諸国	50	21	55	85	83	0.97	63	59	0.93
アジア・太平洋	28 <sup>a</sup>	26	-	95	94	0.99	67	68	1.02
東ヨーロッパ・中央アジア	26	11	-	96	95	1.00	88	87	0.99
ラテンアメリカ・カリブ海地域	62 <sup>b</sup>	26	-	95	96	1.01	75	79	1.05
東・南アフリカ	93 <sup>c</sup>	35	-	86	83	0.97	35	33	0.93
西・中央アフリカ	114	42	22	79	71	0.90	39	34	0.86

国・領域・その他の地域	2006-2017	2006-2017	2004-2017	2009-2018		2009-2018	2009-2018		2009-2018
				男	女		男	女	
アフガニスタン	87	35	-	-	-	-	62	36	0.58
アルバニア	20	10	-	98	96	0.99	88	87	0.99
アルジェリア	12	3	-	100	98	0.98	-	-	-
アンゴラ	163	30	-	89	66	0.75	13	10	0.79
アンティグア・バーブーダ島	-	-	-	82	81	0.99	73	76	1.04
アルゼンチン	65	-	-	100	99	0.99	87	92	1.05
アルメニア	24	5	-	92	92	1.00	87	88	1.01
アルバ	35	-	-	99	99	1.00	73	81	1.10
オーストラリア	12	-	-	96	97	1.01	93	94	1.01
オーストリア	8	-	-	-	-	-	87	88	1.00
アゼルバイジャン	53	11	-	93	95	1.02	87	88	1.01
パハマ	32	-	-	85	92	1.08	79	86	1.09
バーレーン	14	-	-	99	99	1.00	92	94	1.02
バングラデシュ	78	59	-	92	98	1.07	57	67	1.17
バルバドス	50	11	-	90	91	1.00	93	99	1.07
ベラルーシ	16	3	-	96	96	1.00	95	96	1.01
ベルギー	7	-	-	99	99	1.00	94	94	1.00
ベリーズ	69	26	-	100	99	0.99	68	73	1.07
ベナン	94	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75
ブータン	28	26	-	81	83	1.02	61	71	1.17
ボリビア	71	19	-	93	92	0.99	78	78	1.00
ボスニア・ヘルツェゴビナ	11	4	-	-	-	-	-	-	-
ボツワナ	39	-	-	89	90	1.01	-	-	-
ブラジル	62	26	-	96	98	1.02	80	84	1.05
ブルネイ	11	-	-	97	96	1.00	82	85	1.03
ブルガリア	39	-	-	93	93	1.00	91	89	0.97
ブルキナファソ	129	52	58	78	76	0.98	29	29	1.01

カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	思春期層と若者								
	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生率(%)	18歳までの児童婚(%)	15-19歳の女子のFGM(女性性器切除)実施率(%)	調整後の初等教育純就学率(%、2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、初等教育	中等教育純就学率(%、2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、中等教育
				男	女		男	女	
ブルンジ	58	20	-	96	98	1.02	26	32	1.21
カンボジア	57	19	-	91	90	1.00	-	-	-
カメルーン	119	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88
カナダ	11	-	-	-	-	-	99	100	1.01
カーボベルデ	80	-	-	87	86	0.98	61	68	1.11
中央アフリカ共和国	229	68	18	77	60	0.79	16	10	0.61
チャド	179	67	32	71	55	0.77	-	-	-
チリ	41	-	-	93	93	1.00	86	89	1.04
中国	9	-	-	-	-	-	-	-	-
中国(香港)	3	-	-	-	-	-	93	93	1.00
中国(マカオ)	3	-	-	99	99	1.00	84	87	1.05
コロンビア	75	23	-	93	94	1.01	76	82	1.07
コモロ	70	32	-	85	84	0.99	41	45	1.09
コンゴ民主共和国	138	37	-	-	-	-	-	-	-
コンゴ共和国	147	27	-	84	91	1.09	-	-	-
コスタリカ	53	21	-	97	97	1.00	81	84	1.04
コートジボワール	129	27	27	93	85	0.91	45	33	0.75
クローアチア	10	-	-	96	99	1.04	89	92	1.04
キューバ	50	26	-	97	97	1.00	84	89	1.06
キュラソー	35	-	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	5	-	-	98	98	1.01	94	95	1.01
チェコ	12	-	-	-	-	-	90	92	1.02
デンマーク	3	-	-	99	99	1.01	88	92	1.04
ジブチ	21	5	90	62	56	0.89	38	32	0.83
ドミニカ	-	-	-	97	99	1.02	90	97	1.08
ドミニカ共和国	90	36	-	88	88	1.00	62	71	1.13
エクアドル	111	-	-	97	99	1.02	87	89	1.02
エジプト	56	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00
エルサルバドル	69	26	-	81	82	1.01	60	61	1.02
赤道ギニア	176	30	-	44	45	1.02	-	-	-
エリトリア	76	41	69	39	36	0.91	27	25	0.92
エストニア	13	-	-	93	94	1.01	93	95	1.02
エスワティニ	87	5	-	76	75	0.98	32	41	1.29
エチオピア	80	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97
フィジー	40	-	-	98	98	1.01	79	88	1.11
フィンランド	6	-	-	99	99	1.00	96	96	1.01
フランス	5	-	-	99	99	1.01	93	94	1.01
仏領ギアナ	87	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ポリネシア	40	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	91	22	-	-	-	-	-	-	-
ガンビア	88	30	76	75	83	1.10	-	-	-
ジョージア	44	14	-	98	98	0.99	97	99	1.02

## カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	思春期層と若者								
	15-19歳の思春期の 女子1000人 当たりの出生率(%)	18歳までの 児童婚(%)	15-19歳の女子の FGM(女性性器切 除)実施率(%)	調整後の 初等教育純就学率 (%, 2009-2018)		ジェンダー パリティ指数、 初等教育 2009-2018	中等教育純就学率 (%, 2009-2018)		ジェンダー パリティ指数、 中等教育 2009-2018
				男	女		男	女	
ドイツ	8	-	-	-	-	-	-	-	
ガーナ	76	21	2	84	86	1.02	56	57	1.01
ギリシャ	8	-	-	93	93	1.00	91	89	0.99
グレナダ	-	-	-	96	97	1.01	80	72	0.91
グアドループ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアム	38	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	92	30	-	87	87	1.00	48	46	0.96
ギニア	146	51	95	86	71	0.83	40	26	0.66
ギニアビサウ	106	24	42	74	70	0.95	-	-	-
ガイアナ	74	30	-	95	97	1.02	81	86	1.06
ハイチ	55	18	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	103	34	-	83	84	1.02	43	48	1.14
ハンガリー	23	-	-	97	97	1.00	89	89	1.00
アイスランド	8	-	-	100	99	1.00	89	91	1.03
インド	28	27	-	97	98	1.01	61	62	1.01
インドネシア	48	14	-	95	90	0.95	76	78	1.02
イラン	38	17	-	-	-	-	72	73	1.00
イラク	82	24	5	-	-	-	-	-	-
アイルランド	9	-	-	100	100	1.00	97	99	1.01
イスラエル	10	-	-	97	98	1.01	98	100	1.02
イタリア	5	-	-	99	98	1.00	96	96	1.00
ジャマイカ	46	8	-	-	-	-	71	77	1.09
日本	4	-	-	98	98	1.00	99	100	1.01
ヨルダン	26	8	-	-	-	-	63	65	1.03
カザフスタン	31	7	-	98	100	1.02	100	100	1.00
ケニア	96	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94
キリバス	49	20	-	-	-	-	-	-	-
北朝鮮	1	-	-	97	97	1.00	90	91	1.01
韓国	1	-	-	96	97	1.00	97	98	1.00
クウェート	6	-	-	93	93	1.00	84	89	1.07
キルギス	38	12	-	99	98	0.99	87	87	1.00
ラオス	76	35	-	94	93	0.99	61	60	0.98
ラトビア	18	-	-	96	97	1.01	93	95	1.02
レバノン	-	6	-	91	86	0.94	65	65	1.00
レソト	94	17	-	81	83	1.03	29	45	1.53
リベリア	149	36	26 <sup>d</sup>	39	36	0.93	16	14	0.88
リビア	11	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	14	-	-	100	100	1.00	98	97	1.00
ルクセンブルク	6	-	-	99	99	1.00	83	86	1.04
マダガスカル	152	41	-	-	-	-	28	30	1.08
マラウイ	136	42	-	95	99	1.04	32	31	0.96
マレーシア	12	-	-	98	99	1.00	72	78	1.08

国・領域・その他の地域	思春期層と若者								
	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生率(%)	18歳までの児童婚(%)	15-19歳の女子のFGM(女性性器切除)実施率(%)	調整後の初等教育純就学率(%、2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、初等教育	中等教育純就学率(%、2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、中等教育
				男	女		男	女	
モルディブ	13	4	-	100	100	1.00	-	-	-
マリ	174	52	83	71	63	0.89	32	26	0.80
マルタ	11	-	-	97	100	1.03	87	92	1.05
マルチニーク	20	-	-	-	-	-	-	-	-
モーリタニア	71	37	63	75	78	1.05	26	25	0.97
モーリシャス	24	-	-	95	97	1.02	82	88	1.08
メキシコ	63	26	-	98	100	1.02	76	79	1.04
ミクロネシア	44	-	-	83	85	1.03	-	-	-
モルドバ	27	12	-	90	90	1.00	78	78	1.00
モンゴル	27	5	-	99	98	0.99	-	-	-
モンテネグロ	11	5	-	97	96	0.99	89	89	1.00
モロッコ	32	-	-	97	97	1.00	64	63	0.99
モザンビーク	167	48	-	89	86	0.97	19	19	1.02
ミャンマー	36	16	-	90	89	0.99	57	62	1.09
ナミビア	82	7	-	96	100	1.04	-	-	-
ネパール	88	40	-	96	93	0.97	53	57	1.07
オランダ	3	-	-	-	-	-	93	94	1.01
ニューカレドニア	22	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	16	-	-	98	99	1.01	95	97	1.02
ニカラグア	92	35	-	97	100	1.03	45	53	1.17
ニジェール	210	76	1	71	62	0.87	24	17	0.73
ナイジェリア	145	44	12	72	60	0.84	-	-	-
北マケドニア	16	7	-	92	92	1.00	-	-	-
ノルウェー	5	-	-	100	100	1.00	95	96	1.01
オマーン	14	-	-	99	99	1.00	91	91	0.99
パキスタン	44	21	-	82	71	0.86	49	40	0.81
パレスチナ自治政府 <sup>1</sup>	48	15	-	94	94	1.00	79	87	1.10
パナマ	79	26	-	88	87	0.99	67	72	1.07
パプアニューギニア	-	21	-	80	75	0.93	36	30	0.82
パラグアイ	62	22	-	79	79	1.00	63	67	1.07
ペルー	65	22	-	99	100	1.01	80	81	1.02
フィリピン	47	15	-	95	96	1.01	60	72	1.19
ポーランド	12	-	-	96	96	1.00	92	93	1.01
ポルトガル	8	-	-	97	96	1.00	93	94	1.01
プエルトリコ	30	-	-	79	84	1.07	72	77	1.07
カタール	10	4	-	99	98	0.99	68	85	1.25
レユニオン	44	-	-	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	35	-	-	90	90	1.00	81	81	1.00
ロシア	24	-	-	97	98	1.01	94	95	1.01
ルワンダ	45	7	-	94	94	1.01	25	30	1.18
セントクリストファー・ネイビス	46	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	-	8	-	-	-	-	79	81	1.03

## カイロ会議の目標の検証

国・領域・その他の地域	思春期層と若者								
	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生率(%)	18歳までの児童婚(%)	15-19歳の女子のFGM(女性性器切除)実施率(%)	調整後の初等教育純就学率(%、2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、初等教育	中等教育純就学率(%、2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、中等教育
				男	女		男	女	
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	64	-	-	99	98	0.99	91	91	0.99
サモア	39	11	-	96	97	1.01	74	81	1.10
サンマリノ	0	-	-	93	93	1.00	-	-	-
サントメ・プリンシペ	92	35	-	97	97	0.99	61	68	1.11
サウジアラビア	7	-	-	99	100	1.00	86	84	0.97
セネガル	80	31	21	71	79	1.12	35	39	1.10
セルビア	16	3	-	98	99	1.00	92	93	1.01
セーシェル	66	-	-	-	-	-	87	90	1.03
シエラレオネ	125	39	74	99	99	1.01	38	37	0.97
シンガポール	3	-	-	-	-	-	100	100	1.00
セント・マーチン	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	24	-	-	-	-	-	84	86	1.01
スロベニア	5	-	-	97	98	1.01	95	95	1.01
ソロモン諸島	78	21	-	69	70	1.01	-	-	-
ソマリア	64	45	97	-	-	-	-	-	-
南アフリカ共和国	71	-	-	91	92	1.01	86	84	0.98
南スーダン	155	52	-	36	28	0.76	6	4	0.70
スペイン	8	-	-	98	99	1.00	95	97	1.02
スリランカ	20	12	-	98	96	0.98	87	90	1.03
スーダン	87	34	82	57	63	1.10	-	-	-
スリナム	58	19	-	96	100	1.04	53	65	1.22
スウェーデン	4	-	-	100	99	1.00	100	99	1.00
スイス	6	-	-	100	100	1.00	87	84	0.97
シリア	54	13	-	68	67	0.98	46	45	0.99
タジキスタン	54	12	-	99	98	0.99	87	78	0.90
タンザニア	132	31	5	78	81	1.04	23	23	1.02
タイ	43	23	-	98	98	1.00	77	77	1.01
東ティモール	50	19	-	79	82	1.04	55	64	1.16
トーゴ	85	22	2	95	89	0.94	48	33	0.69
トンガ	30	6	-	95	97	1.03	74	79	1.07
トリニダード・トバゴ	38	11	-	99	98	0.99	-	-	-
チュニジア	7	2	-	99	98	0.99	-	-	-
トルコ	27	15	-	95	94	0.99	86	85	0.99
トルクメニスタン	28	6	-	-	-	-	-	-	-
タークス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	28	10	-	-	-	-	63	79	1.26
ウガンダ	140	40	1	90	92	1.03	-	-	-
ウクライナ	26	9	-	92	94	1.02	86	87	1.01
アラブ首長国連邦	34	-	-	98	96	0.98	89	86	0.96
英国	14	-	-	100	100	1.00	98	98	1.00
米国	20	-	-	96	96	1.00	92	92	1.00
米領バージン諸島	25	-	-	-	-	-	-	-	-

国・領域・その他の地域	思春期層と若者								
	15-19歳の思春期の女子1000人当たりの出生率(%)	18歳までの児童婚(%)	15-19歳の女子のFGM(女性性器切除)実施率(%)	調整後の初等教育純就学率(%, 2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、初等教育 2009-2018	中等教育純就学率(%, 2009-2018)		ジェンダーパリティ指数、中等教育 2009-2018
				男	女		男	女	
ウルグアイ	51	25	–	98	98	1.00	80	86	1.08
ウズベキスタン	30	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99
バヌアツ	78	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07
ベネズエラ	95	–	–	86	86	1.00	67	73	1.10
ベトナム	30	11	–	–	–	–	–	–	–
西サハラ	–	–	–	–	–	–	–	–	–
イエメン	67	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74
ザンビア	141	31	–	87	89	1.02	–	–	–
ジンバブエ	110	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01

## NOTES

- Data not available.
- a Excludes Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau, and Tuvalu due to data availability.
- b Excludes Anguilla, Antigua and Barbuda, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Ecuador, Grenada, Montserrat, Sint Maarten, and Saint Kitts and Nevis due to data availability.
- c Includes Seychelles.
- d Percentage of girls aged 15-19 years who are members of the Sande society. Membership in Sande society is a proxy for FGM.
- 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...”

# 人口指標

	人口			出生率			平均寿命			人口増加	人口構成(年齢別)			
	人口 (百万人)			女性1人当たりの 合計出生率			平均寿命 (年)			年平均 増加率(%)	0-14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 (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
<b>世界/地域</b>														
世界	3626	5670	7715	4.8	2.9	2.5	56	65	72	1.1	26	24	65	9
先進地域	1001	1167	1266	2.3	1.6	1.7	71	74	80	0.3	16	17	65	19
開発途上地域	2625	4503	6448	5.9	3.2	2.6	53	63	71	1.3	27	25	65	7
後発開発途上地域	301	570	1050	6.8	5.6	3.9	44	52	65	2.4	39	32	57	4

## 地域データ

アラブ諸国	112	223	373	6.9	4.5	3.3	52	64	70	2.0	34	28	61	5
アジア・太平洋	1818	3027	4030	5.9	2.8	2.1a	53	64	72a	1.0	24a	23a	68a	8a
東ヨーロッパ・中央アジア	154	211	247	3.6	2.4	2.0	61	67	73	0.9	23	21	67	10
ラテンアメリカ・カリブ海地域	278	474	653	5.4	3.0	2.0b	59	69	76b	1.1	24b	25b	67b	9b
東・南アフリカ	154	312	613	6.8	5.9	4.3	46	49	64	2.7	41	32	55	3
西・中央アフリカ	118	229	447	6.6	6.3	5.1	41	49	58	2.7	43	32	54	3

## 国・領域・その他の地域

アフガニスタン	10.9	16.2	37.2	7.5	7.6	4.2	36	53	65	2.8	42	35	55	3
アルバニア	2.1	3.1	2.9	5.1	2.7	1.7	67	72	79	0.0	17	21	69	14
アルジェリア	14.1	28.4	42.7	7.7	3.7	2.6	50	68	77	1.9	30	22	64	7
アンゴラ	6.6	13.8	31.8	7.6	7.0	5.5	37	43	62	3.4	46	33	51	3
アンティグア・バーブーダ島	0.1	0.1	0.1	3.8	2.2	2.0	66	72	77	1.1	23	24	69	7
アルゼンチン	23.6	34.6	45.1	3.1	2.8	2.2	66	72	77	1.0	24	24	64	11
アルメニア	2.5	3.3	2.9	3.3	2.2	1.6	70	69	75	0.2	20	19	68	12
アルバ	0.1	0.1	0.1	3.1	2.1	1.8	69	74	76	0.5	17	21	68	14
オーストラリア <sup>1</sup>	12.6	17.9	25.1	2.8	1.8	1.8	71	78	83	1.4	19	19	65	16
オーストリア	7.5	7.9	8.8	2.4	1.5	1.5	70	77	82	0.5	14	15	66	20
アゼルバイジャン <sup>2</sup>	5.1	7.7	10.0	5.2	2.7	2.0	63	65	72	1.1	23	21	70	6
パハマ	0.2	0.3	0.4	3.6	2.6	1.7	66	71	76	1.2	20	21	70	10
バーレーン	0.2	0.5	1.6	6.7	3.2	2.0	63	73	77	3.1	19	18	79	3
バングラデシュ	63.4	116.2	168.1	6.9	3.8	2.0	48	61	73	1.1	27	28	68	5
バルバドス	0.2	0.3	0.3	3.3	1.7	1.8	65	72	76	0.3	19	19	65	16
ベラルーシ	8.9	10.2	9.4	2.3	1.5	1.7	71	69	73	0.0	17	15	67	15
ベルギー	9.6	10.2	11.6	2.3	1.6	1.8	71	77	82	0.6	17	17	64	19
ベリーズ	0.1	0.2	0.4	6.3	4.2	2.4	65	70	71	2.1	30	30	66	4
ベナン	2.9	5.7	11.8	6.7	6.4	4.8	42	55	62	2.8	42	32	55	3
ブータン	0.3	0.5	0.8	6.7	4.8	2.0	39	56	71	1.4	26	27	69	5
ボリビア	4.4	7.4	11.4	6.3	4.6	2.8	45	57	70	1.5	31	29	62	7
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.7	3.9	3.5	3.0	1.7	1.4	66	71	77	-0.7	14	17	68	17
ボツワナ	0.7	1.5	2.4	6.7	4.1	2.6	54	57	69	1.8	31	28	65	4
ブラジル	92.9	159.7	212.4	5.2	2.6	1.7	59	67	76	0.8	21	23	70	9
ブルネイ	0.1	0.3	0.4	5.8	2.9	1.8	67	74	78	1.4	22	23	72	5
ブルガリア	8.5	8.5	7.0	2.1	1.4	1.6	71	71	75	-0.6	15	14	64	21
ブルキナファソ	5.5	9.8	20.3	6.6	6.9	5.1	39	49	62	2.9	45	33	53	2



国・領域・その他の地域	人口			出生率			平均寿命			人口増加 年平均 増加率(%)	人口構成(年齢別)			
	人口 (百万人)			女性1人当たりの 合計出生率			平均寿命 (年)				0-14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 (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
ブルンジ	3.4	5.9	11.6	7.3	7.3	5.5	44	48	59	3.1	45	31	52	3
カンボジア	6.9	10.3	16.5	6.6	4.9	2.5	42	55	70	1.6	31	28	64	5
カメルーン	6.4	13.1	25.3	6.2	6.1	4.5	46	50	60	2.6	42	32	55	3
カナダ	21.1	29.0	37.3	2.4	1.7	1.6	72	78	83	1.0	16	17	66	18
カーボベルデ	0.3	0.4	0.6	7.0	4.7	2.2	53	66	73	1.2	29	30	66	5
中央アフリカ共和国	1.8	3.3	4.8	6.0	5.7	4.6	41	47	54	0.9	42	34	54	4
チャド	3.6	6.8	15.8	6.5	7.4	5.6	41	47	54	3.2	47	34	51	3
チリ	9.4	14.1	18.3	4.2	2.4	1.8	62	75	80	0.8	20	21	68	12
中国 <sup>3</sup>	803.6	1229.0	1420.1	5.9	1.7	1.6	58	70	77	0.5	18	17	71	12
中国(香港) <sup>4</sup>	3.8	6.1	7.5	3.4	1.2	1.4	71	79	84	0.7	12	13	70	17
中国(マカオ) <sup>5</sup>	0.2	0.4	0.6	2.4	1.3	1.4	69	79	84	2.0	14	13	75	11
コロンビア	21.5	36.8	49.8	5.8	2.7	1.8	61	69	75	0.9	23	24	69	8
コモロ	0.2	0.5	0.9	7.1	5.9	4.1	45	58	64	2.3	39	31	58	3
コンゴ民主共和国	19.5	40.3	86.7	6.2	6.8	5.8	44	49	61	3.3	46	32	51	3
コンゴ共和国	1.3	2.7	5.5	6.3	5.2	4.5	53	54	66	2.6	42	31	55	3
コスタリカ	1.8	3.4	5.0	4.9	2.9	1.7	66	76	80	1.1	21	23	69	10
コートジボワール	5.0	14.1	25.5	7.9	6.3	4.7	43	50	55	2.5	42	32	55	3
クロアチア	4.4	4.7	4.1	2.0	1.6	1.4	68	73	78	-0.5	15	16	65	21
キューバ	8.6	10.9	11.5	4.2	1.6	1.7	69	75	80	0.2	16	17	69	16
キュラソー	0.1	0.1	0.2	3.5	2.2	2.0	69	75	79	1.1	18	18	64	17
キプロス <sup>6</sup>	0.6	0.8	1.2	2.7	2.2	1.3	72	77	81	0.8	17	20	69	14
チェコ	9.8	10.4	10.6	2.0	1.5	1.6	70	73	79	0.1	16	14	64	20
デンマーク	4.9	5.2	5.8	2.2	1.8	1.8	73	75	81	0.4	16	18	64	20
ジブチ	0.1	0.6	1.0	6.8	5.5	2.7	48	57	63	1.6	30	30	66	4
ドミニカ	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	0.5	-	-	-	-
ドミニカ共和国	4.4	7.8	11.0	6.4	3.2	2.3	58	69	74	1.2	29	27	64	7
エクアドル	5.9	11.2	17.1	6.3	3.4	2.4	57	71	77	1.5	28	26	65	8
エジプト	34.2	62.5	101.2	6.3	3.9	3.1	52	66	72	2.1	33	26	62	5
エルサルバドル	3.6	5.5	6.4	6.3	3.7	2.0	55	67	74	0.5	27	28	65	9
赤道ギニア	0.3	0.5	1.4	5.8	6.0	4.4	39	50	59	4.0	37	29	60	3
エリトリア	1.8	3.1	5.3	6.7	6.0	3.9	43	52	66	2.1	41	32	55	4
エストニア	1.3	1.5	1.3	2.1	1.5	1.7	70	69	78	-0.2	17	15	63	20
エスワティニ	0.4	0.9	1.4	6.9	5.0	2.9	47	58	59	1.8	37	32	60	3
エチオピア	27.7	55.4	110.1	6.9	7.0	3.9	43	49	67	2.5	39	34	57	4
フィジー	0.5	0.8	0.9	4.7	3.3	2.4	59	66	71	0.7	28	26	65	7
フィンランド <sup>7</sup>	4.6	5.1	5.6	2.0	1.8	1.8	70	76	82	0.4	17	17	62	22
フランス	50.5	58.0	65.5	2.6	1.7	2.0	72	78	83	0.4	18	18	62	20
仏領ギアナ	0.0	0.1	0.3	4.8	4.0	3.2	65	73	81	2.6	32	28	62	6
仏領ポリネシア	0.1	0.2	0.3	5.1	2.9	2.0	60	70	77	0.8	23	24	69	8
ガボン	0.6	1.1	2.1	5.0	5.1	3.6	46	61	67	2.8	36	28	60	4
ガンビア	0.4	1.0	2.2	6.0	6.1	5.2	37	53	62	3.1	45	33	53	2
ジョージア <sup>8</sup>	4.7	5.1	3.9	2.7	1.9	2.0	67	70	74	-0.9	20	18	65	15

## 人口指標

国・領域・その他の地域	人口			出生率			平均寿命			人口増加	人口構成(年齢別)			
	人口 (百万人)			女性1人当たりの 合計出生率			平均寿命 (年)			年平均 増加率(%)	0-14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 (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
ドイツ	78.3	80.9	82.4	2.2	1.3	1.5	71	76	82	0.2	13	14	65	22
ガーナ	8.4	16.3	30.1	7.0	5.2	3.8	49	58	64	2.3	38	31	58	3
ギリシャ	8.6	10.7	11.1	2.6	1.4	1.3	71	78	82	-0.3	14	15	65	21
グレナダ	0.1	0.1	0.1	4.7	3.3	2.0	64	69	74	0.4	26	25	66	8
グアドループ <sup>9)</sup>	0.3	0.4	0.4	5.0	2.1	1.9	64	75	82	0.0	18	21	64	19
グアム	0.1	0.1	0.2	4.5	2.9	2.3	65	73	80	0.5	24	25	66	10
グアテマラ	5.5	10.2	17.6	6.7	5.2	2.8	52	65	74	2.0	34	32	61	5
ギニア	4.2	7.5	13.4	6.2	6.4	4.6	36	52	62	2.4	42	32	55	3
ギニアビサウ	0.7	1.1	2.0	6.0	6.4	4.4	41	51	59	2.5	41	31	56	3
ガイアナ	0.7	0.8	0.8	5.5	3.1	2.4	62	64	67	0.6	28	29	66	6
ハイチ	4.6	7.7	11.2	5.8	5.0	2.8	47	56	64	1.3	32	30	63	5
ホンジュラス	2.6	5.6	9.6	7.3	4.7	2.4	52	68	74	1.7	30	31	65	5
ハンガリー	10.3	10.4	9.7	2.0	1.6	1.4	69	70	76	-0.3	14	16	66	20
アイスランド	0.2	0.3	0.3	3.1	2.2	1.9	74	79	83	0.7	20	20	65	15
インド	541.5	942.2	1368.7	5.6	3.7	2.3	47	60	69	1.2	27	27	67	6
インドネシア	111.8	193.9	269.5	5.5	2.8	2.3	54	65	70	1.2	27	26	68	6
イラン	27.8	59.7	82.8	6.5	3.5	1.6	50	68	77	1.2	24	21	70	6
イラク	9.6	19.6	40.4	7.4	5.5	4.2	58	68	70	3.0	40	31	57	3
アイルランド	2.9	3.6	4.8	3.8	1.9	2.0	71	75	82	0.5	21	19	64	15
イスラエル	2.8	5.2	8.6	3.8	2.9	2.9	72	78	83	1.6	28	23	60	12
イタリア	53.2	57.3	59.2	2.5	1.2	1.5	71	78	84	-0.1	13	14	63	24
ジャマイカ	1.8	2.5	2.9	5.6	2.8	2.0	68	72	76	0.3	23	25	67	10
日本	103.5	126.1	126.9	2.1	1.4	1.5	72	80	84	-0.1	13	14	59	28
ヨルダン	1.6	4.4	10.1	8.0	4.8	3.2	59	71	75	3.8	35	30	61	4
カザフスタン	12.9	16.2	18.6	3.6	2.4	2.5	62	64	70	1.4	29	20	64	7
ケニア	10.9	26.5	52.2	8.1	5.5	3.7	52	55	68	2.6	40	33	58	3
キリバス	0.1	0.1	0.1	5.7	4.4	3.5	54	62	67	1.8	36	29	60	4
北朝鮮	14.0	21.6	25.7	4.4	2.2	1.9	59	68	72	0.5	20	22	71	9
韓国	31.6	44.8	51.3	4.5	1.6	1.3	60	73	83	0.4	13	16	72	15
クウェート	0.7	1.7	4.2	7.3	2.7	1.9	66	73	75	3.9	21	19	76	3
キルギス	2.9	4.5	6.2	5.2	3.4	2.9	60	66	71	1.5	32	25	63	5
ラオス	2.6	4.7	7.1	6.0	5.6	2.5	46	56	68	1.4	32	30	64	4
ラトビア	2.4	2.5	1.9	1.9	1.5	1.6	70	68	75	-1.1	16	14	64	20
レバノン	2.3	3.0	6.1	5.1	2.7	1.7	66	72	80	3.7	22	25	69	9
レント	1.0	1.7	2.3	5.8	4.6	2.9	49	58	55	1.3	35	32	60	5
リベリア	1.4	2.0	5.0	6.7	6.2	4.4	39	49	64	2.6	41	32	56	3
リビア	2.0	4.9	6.6	8.1	3.9	2.2	55	70	72	0.7	28	25	68	5
リトアニア	3.1	3.6	2.9	2.3	1.7	1.7	71	70	75	-1.0	15	16	65	19
ルクセンブルク	0.3	0.4	0.6	2.1	1.7	1.6	70	76	82	1.8	16	18	69	15
マダガスカル	6.4	13.1	27.0	7.3	6.0	4.0	44	54	67	2.7	40	33	57	3
マラウイ	4.5	9.8	19.7	7.3	6.5	4.4	40	47	64	2.9	43	34	54	3
マレーシア <sup>10)</sup>	10.5	20.0	32.5	5.2	3.4	2.0	64	72	76	1.6	24	25	69	7
モルディブ	0.1	0.2	0.5	7.2	4.6	2.0	43	65	78	2.4	23	21	72	4

国・領域・その他の地域	人口			出生率			平均寿命			人口増加	人口構成(年齢別)			
	人口 (百万人)			女性1人当たりの 合計出生率			平均寿命 (年)			年平均 増加率(%)	0-14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 (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
マリ	5.9	9.4	19.7	7.1	7.1	5.8	32	47	59	3.0	47	33	50	2
マルタ	0.3	0.4	0.4	2.0	2.0	1.5	71	77	81	0.4	15	15	65	20
マルチニーク	0.3	0.4	0.4	4.8	1.9	1.9	65	76	83	-0.3	17	19	63	20
モーリタニア	1.1	2.3	4.7	6.8	5.8	4.5	49	59	64	2.8	39	31	57	3
モーリシャス <sup>11</sup>	0.8	1.1	1.3	4.2	2.2	1.4	63	70	75	0.2	17	22	71	12
メキシコ	50.4	92.3	132.3	6.8	3.1	2.1	61	72	78	1.3	26	26	67	7
ミクロネシア	0.1	0.1	0.1	6.9	4.7	3.0	61	67	70	0.4	32	33	62	5
モルドバ <sup>12</sup>	3.5	4.4	4.0	2.6	2.0	1.2	65	67	72	-0.1	16	17	72	12
モンゴル	1.2	2.3	3.2	7.6	2.9	2.6	55	61	70	1.7	30	22	66	4
モンテネグロ	0.5	0.6	0.6	2.8	2.0	1.6	69	74	78	0.1	18	19	66	16
モロッコ	15.7	26.7	36.6	6.7	3.4	2.4	52	67	77	1.4	27	24	66	7
モザンビーク	9.0	15.2	31.4	6.8	6.0	5.1	39	45	60	2.9	44	33	53	3
ミャンマー	25.7	42.7	54.3	6.0	3.1	2.1	50	60	67	0.9	26	27	68	6
ナミビア	0.8	1.6	2.6	6.4	4.7	3.2	52	61	66	2.2	36	31	60	4
ネパール	11.8	20.9	29.9	5.9	4.8	2.0	40	58	71	1.1	29	32	64	6
オランダ	12.9	15.4	17.1	2.6	1.6	1.8	74	77	82	0.3	16	18	64	20
ニューカレドニア	0.1	0.2	0.3	5.3	2.8	2.1	62	72	78	1.3	22	22	68	10
ニュージーランド <sup>d</sup>	2.8	3.6	4.8	3.2	2.0	2.0	71	77	82	1.0	20	20	64	16
ニカラグア	2.3	4.5	6.4	6.9	3.9	2.1	53	67	76	1.1	28	28	66	6
ニジェール	4.4	9.2	23.2	7.6	7.7	7.1	36	46	61	3.8	50	33	47	3
ナイジェリア	54.7	105.4	201.0	6.4	6.3	5.3	41	46	55	2.6	44	32	54	3
北マケドニア	1.7	2.0	2.1	3.3	2.0	1.6	66	72	76	0.1	16	18	69	14
ノルウェー <sup>13</sup>	3.8	4.3	5.4	2.7	1.9	1.8	74	78	83	1.1	18	18	65	17
オマーン	0.7	2.1	5.0	7.3	5.7	2.5	50	69	78	5.5	21	19	76	2
パキスタン	56.5	119.8	204.6	6.6	5.5	3.3	52	61	67	2.0	35	29	61	5
パレスチナ自治政府 <sup>14</sup>	1.1	2.5	5.2	7.9	6.4	3.8	55	69	74	2.7	39	32	58	3
パナマ	1.5	2.7	4.2	5.3	2.9	2.4	65	74	79	1.6	27	25	65	8
バブアニューギニア	2.5	4.8	8.6	6.2	4.7	3.5	48	60	66	2.1	35	31	61	4
パラグアイ	2.4	4.7	7.0	5.9	4.2	2.4	65	69	73	1.3	29	28	64	7
ペルー	13.0	23.6	32.9	6.5	3.4	2.3	53	68	76	1.3	27	26	66	8
フィリピン	34.8	68.2	108.1	6.4	4.1	2.8	61	66	70	1.6	31	29	64	5
ポーランド	32.4	38.4	38.0	2.3	1.8	1.3	70	72	78	-0.1	15	15	67	18
ポルトガル	8.7	10.1	10.3	3.0	1.5	1.2	67	75	82	-0.4	13	15	65	22
プエルトリコ	2.7	3.7	3.7	3.2	2.1	1.5	71	74	81	-0.2	17	21	67	16
カタール	0.1	0.5	2.7	6.9	3.6	1.8	68	76	79	4.8	14	18	84	2
レユニオン	0.5	0.7	0.9	5.1	2.4	2.2	62	74	81	0.8	23	23	65	12
ルーマニア	20.3	23.1	19.5	2.8	1.4	1.6	68	70	76	-0.5	15	16	66	19
ロシア	129.5	148.4	143.9	2.0	1.4	1.8	69	66	71	0.1	18	15	67	15
ルワンダ	3.6	6.0	12.8	8.2	6.3	3.7	44	29	68	2.5	39	32	57	3
セントクリストファー・ネイビス	0.0	0.0	0.1	-	-	-	-	-	-	1.0	-	-	-	-
セントルシア	0.1	0.1	0.2	6.2	3.0	1.4	62	71	76	0.5	18	23	72	10
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	0.1	0.1	0.1	6.2	2.8	1.9	65	71	74	0.1	23	25	69	8

## 人口指標

国・領域・その他の地域	人口			出生率			平均寿命			人口増加	人口構成(年齢別)			
	人口 (百万人)			女性1人当たりの 合計出生率			平均寿命 (年)			年平均 増加率(%)	0-14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 (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
サモア	0.1	0.2	0.2	7.3	4.8	3.8	54	67	76	0.7	36	32	58	6
サンマリノ	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	0.9	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	0.1	0.1	0.2	6.4	5.6	4.3	55	62	67	2.2	42	33	55	3
サウジアラビア	5.6	18.3	34.1	7.3	5.2	2.4	52	71	75	2.4	25	21	72	4
セネガル	4.1	8.5	16.7	7.3	6.1	4.6	39	57	68	2.9	43	32	54	3
セルビア <sup>15</sup>	8.1	9.9	8.7	2.4	1.9	1.6	67	72	76	-0.4	16	18	65	18
セーシェル	0.1	0.1	0.1	5.9	2.4	2.2	65	71	74	0.5	22	19	68	9
シエラレオネ	2.6	4.3	7.9	6.5	6.6	4.2	34	36	53	2.2	41	33	56	3
シンガポール	2.0	3.4	5.9	3.4	1.7	1.3	68	77	84	1.6	15	17	71	14
セント・マーチン	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	2.4	-	-	-	-
スロバキア	4.5	5.4	5.5	2.5	1.7	1.5	70	72	77	0.1	16	16	68	16
スロベニア	1.7	2.0	2.1	2.2	1.3	1.7	69	74	81	0.2	15	14	65	20
ソロモン諸島	0.2	0.3	0.6	6.8	5.3	3.7	54	59	72	2.1	38	32	58	4
ソマリア	3.4	7.6	15.6	7.2	7.6	6.0	41	46	58	2.9	46	33	51	3
南アフリカ共和国	22.2	41.2	58.1	5.7	3.2	2.4	55	62	64	1.3	29	27	66	6
南スーダン	3.6	5.4	13.3	6.9	6.6	4.6	35	46	58	3.1	41	32	55	3
スペイン <sup>16</sup>	33.6	39.8	46.4	2.9	1.2	1.4	72	78	84	-0.1	14	15	66	20
スリランカ	12.2	18.1	21.0	4.5	2.3	2.0	64	69	76	0.4	23	23	66	11
スーダン	10.0	23.3	42.5	6.9	5.9	4.3	52	56	65	2.4	40	33	56	4
スリナム	0.4	0.4	0.6	5.8	3.1	2.3	63	68	72	1.0	26	26	67	7
スウェーデン	8.0	8.8	10.1	2.1	1.9	1.9	74	79	83	0.8	18	17	62	20
スイス	6.1	7.0	8.6	2.2	1.5	1.6	73	78	84	1.1	15	15	66	19
シリア	6.1	13.9	18.5	7.6	4.6	2.8	58	72	73	-1.4	35	35	60	5
タジキスタン	2.8	5.7	9.3	7.0	4.7	3.2	60	63	72	2.2	35	28	61	4
タンザニア <sup>17</sup>	13.2	29.1	60.9	6.8	5.9	4.8	46	49	67	3.1	44	32	52	3
タイ	35.8	58.9	69.3	5.8	1.9	1.4	59	70	76	0.3	17	19	71	12
東ティモール	0.6	0.9	1.4	6.0	6.1	5.2	39	52	70	2.2	43	35	53	4
トーゴ	2.0	4.2	8.2	7.0	5.9	4.3	46	55	61	2.6	41	32	56	3
トンガ	0.1	0.1	0.1	6.2	4.5	3.5	65	70	73	0.6	35	33	59	6
トリニダード・トバゴ	0.9	1.3	1.4	3.7	2.0	1.7	65	68	71	0.4	20	19	69	11
チェンジア	5.0	9.0	11.8	6.8	2.7	2.1	50	71	76	1.1	24	21	67	9
トルコ	34.1	57.6	83.0	5.7	2.8	2.0	52	66	77	1.5	24	24	67	9
トルクメニスタン	2.1	4.1	5.9	6.5	3.7	2.7	58	63	68	1.7	31	25	65	5
タークス・カイコス諸島	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	1.8	-	-	-	-
ツバル	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	0.9	-	-	-	-
ウガンダ	9.2	19.9	45.7	7.1	7.0	5.3	49	44	61	3.3	47	34	51	2
ウクライナ <sup>18</sup>	46.7	51.1	43.8	2.0	1.5	1.6	71	68	72	-0.5	16	15	67	17
アラブ首長国連邦	0.2	2.3	9.7	6.7	3.6	1.7	61	73	78	1.8	14	16	85	1
英国	55.4	57.8	67.0	2.4	1.8	1.9	72	77	82	0.6	18	17	63	19
米国	207.7	262.7	329.1	2.4	2.0	1.9	71	76	80	0.7	19	20	65	16
米領バーージン諸島	0.1	0.1	0.1	5.3	2.6	2.2	69	75	80	-0.1	20	20	60	20
ウルグアイ	2.8	3.2	3.5	2.9	2.4	2.0	69	73	78	0.3	21	22	64	15

国・領域・その他の地域	人口			出生率			平均寿命			人口増加	人口構成(年齢別)			
	人口 (百万人)			女性1人当たりの 合計出生率			平均寿命 (年)			年平均 増加率(%)	0-14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 (%)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
ウズベキスタン	11.7	22.4	32.8	6.4	3.7	2.2	62	66	72	1.5	28	25	67	5
バヌアツ	0.1	0.2	0.3	6.3	4.8	3.2	52	65	73	2.2	36	29	60	5
ベネズエラ	11.2	21.7	32.8	5.6	3.1	2.2	64	71	75	1.4	27	26	66	7
ベトナム	42.3	73.9	97.4	6.5	2.9	1.9	60	72	77	1.1	23	21	69	8
西サハラ	0.1	0.2	0.6	6.6	3.8	2.4	42	60	70	2.1	27	25	69	3
イエメン	6.1	14.7	29.6	7.8	7.8	3.7	40	59	66	2.5	39	33	58	3
ザンビア	4.0	8.9	18.1	7.3	6.2	4.8	49	43	63	3.0	44	34	53	2
ジンバブエ	5.0	11.1	17.3	7.4	4.6	3.5	55	52	62	2.3	41	32	56	3

## NOTES

- Data not available.
- a Excludes Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau, and Tuvalu due to data availability.
- b Excludes Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Dominica, Montserrat, Saint Kitts and Nevis, Sint Maarten, and Turks and Caicos Islands due to data availability.
- 1 Includes Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands and Norfolk Island.
- 2 Includes Nagorno-Karabakh.
- 3 For statistical purposes, the data for China do not include Hong Kong and Macao, Special Administrative Regions (SAR) of China, and Taiwan Province of China.
- 4 As of 1 July 1997, Hong Kong became a Special Administrative Region (SAR) of China.
- 5 As of 20 December 1999, Macao became a Special Administrative Region (SAR) of China.
- 6 Refers to the whole country.
- 7 Includes Åland Islands.
- 8 Includes Abkhazia and South Ossetia.
- 9 Includes Saint-Barthélemy and Saint-Martin (French part).
- 10 Includes Sabah and Sarawak.
- 11 Includes Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
- 12 Includes Transnistria.
- 13 Includes Svalbard and Jan Mayen Islands.
- 14 Includes East Jerusalem. 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..."
- 15 Includes Kosovo.
- 16 Includes Canary Islands, Ceuta and Melilla.
- 17 Includes Zanzibar.
- 18 Includes Crimea.

## Technical notes for indicators

The statistical tables in *State of World Population 2019* 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 2017 revision, and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division). Data are accompanied by definitions, sources, and notes. The statistical tables in *State of World Population 2019* generally reflect information available as of January 2019.

### Indicators for monitoring ICPD goals

#### Sexual and Reproductive Health and Rights

**Contraceptive prevalence rate, women aged 15-49, any method (2019).** Source: United Nations Population Division. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Survey data estimate the proportion of married women (including women in consensual unions) currently using, respectively, any method or modern methods of contraception. Modern or clinic and supply methods include male and female sterilization, IUD, the pill, injectables, hormonal implants, condoms and female barrier methods.

**Contraceptive prevalence rate, women aged 15-49, modern method (1969, 1994, 2019).** Source: United Nations Population Division. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Survey data estimate the proportion of married women (including women in consensual unions) currently using, respectively, any method or modern methods of contraception. Modern or clinic and supply methods include male and female sterilization, IUD, the pill, injectables, hormonal implants, condoms and female barrier methods.

#### Unmet need for family planning, women aged 15-49 (2019).

Source: United Nations Population Division. Percentage of married or in-union women aged 15 to 49 who want to stop or delay childbearing but are not using a method of contraception.

#### Proportion of demand satisfied, women aged 15-49 (2019).

Source: United Nations Population Division. Percentage of total demand for family planning among married or in-union women aged 15 to 49 that is satisfied. Contraceptive prevalence or modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning. Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

#### Proportion of demand satisfied with modern methods, women aged 15-49 (1969, 1994, 2019).

Source: United Nations Population Division. Percentage of total demand for family planning among married or in-union women aged 15 to 49 that is satisfied by the use of modern contraception. Contraceptive prevalence or modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning. Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

#### Maternal mortality ratio (MMR), deaths per 100,000 live births (1994 and 2015) and Range of MMR uncertainty (UI 80%), Lower and upper estimates (2015).

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

#### Births attended by skilled health personnel, per cent (2017).

Source: Joint global database on skilled attendance at birth, 2017, United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organisation (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. Traditional birth attendants, even if they receive "a short training course, are not included.

The United Nations Population Division produces a systematic and comprehensive set of annual, model-based estimates, and projections are provided for a range of family planning indicators for a 60-year time period. Indicators include

contraceptive prevalence, unmet need for family planning, total demand for family planning and the percentage of demand for family planning that is satisfied among married or in-union women for the period from 1970 to 2030. A Bayesian hierarchical model combined with country-specific time trends was used to generate the estimates, projections and uncertainty assessments. The model advances prior work and accounts for differences by data source, sample population, and contraceptive methods included in measures of prevalence. More information on family planning model-based estimates, methodology and updates can be found at [http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp\\_model.shtml](http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml). The estimates are based on the country-specific data compiled in World Contraceptive Use 2018.

**Decision making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent (2014).** Source: UNFPA.

Percentage of women aged 15-49 years who are married (or in union), who make their own decisions on all three areas — sexual intercourse with their partner, use of contraception, and their healthcare.

## Indicators for monitoring ICPD Goals:

### Adolescents and Youth

**Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15-19 (2018)**

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

**Child marriage by age 18, per cent (2017).** Source: SDG global database. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from SDG global database. Proportion of women aged 20-24 years who were married or in a union before age 18.

**FGM prevalence among girls aged 15-19, per cent (2017).**

Source: UNFPA. Proportion of girls aged 15-19 years who have undergone female genital mutilation.

**Adjusted net enrolment rate, primary education, per cent (2017).** Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS).

Percentage of children of the official primary age group who are enrolled in primary or secondary education.

**Gender parity index, primary education (2017).** Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Ratio of female to male values of adjusted primary school net enrolment ratio.

**Net enrolment rate, secondary education, per cent, (2017).**

Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Percentage of children of the official secondary age group who are enrolled in secondary education.

**Gender parity index, secondary education (2017).**

Source: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Ratio of female to male values of secondary school net enrolment ratio.

## Demographic Indicators

### Population

**Total population in millions (1969, 1994, 2019).**

Source: United Nations Population Division. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from United Nations Population Division. Estimated size of national populations at mid-year.

### Fertility

**Total fertility rate, per woman (1969, 1994, 2019).**

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

### Life Expectancy

**Life expectancy at birth, years (1969, 1994, 2019).**

Source: United Nations Population Division. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from United Nations Population Division. Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

### Population Change

**Average annual rate of population change, per cent (2010-2019).** Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division.

Average exponential rate of growth of the population over a given period, based on a medium variant projection.

### Population Composition

**Population aged 0-14, per cent (2019).** Source: UNFPA calculation based on data from United Nations Population Division. Proportion of the population between age 0 and age 14.

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

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

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

## Regional classifications

UNFPA averages 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 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 American 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** comprise United Nations Population Division regions Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.

**Less developed regions** comprise all United Nations Population Division regions of Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

**The least developed countries**, as defined by the United Nations General Assembly in its resolutions (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 and 68/18) included 47 countries (as of March 2018): 33 in Africa, 9 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, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Vanuatu, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions.



下記のQRコードより『世界人口白書 2019』のPDF版をダウンロードできるようにしております。



日本語抜粋版



英語完全版

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

日本語版監修：

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所名誉所長)

日本語版委託制作：

公益財団法人 アジア人口・開発協会

〒150-0003 東京都港区西新橋2-19-5

カザマビル 8F

日本語版制作協力：

公益財団法人 ジョイセフ

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10

保健会館新館

---





1969年の設立から50年 **国連人口基金**  
すべての人々に権利と選択を