



UNFPA 世界人口白書2023

# 80億人の命、 無限の可能性

権利と選択の実現に向けて

## State of World Population report 2023

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

Production editor/creative direction:

Katie Black, Katie Madonia

Features editor: Richard Kollodge

Features writers: Leyla Alyanak,

Janet Jensen, Richard Kollodge

Editorial support and guidance:

Jacqueline Daldin, Tara Jayaram,

Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein

Digital edition manager: Katie Black

Digital edition adviser: Enes Champo

Fact checker: Ines Finchelstein

### SENIOR RESEARCH ADVISER:

Silvia E. Giorguli

### EXTERNAL RESEARCHERS AND WRITERS

Daniel Baker, Nikolai Botev, Ann Garbett,

Stuart Gietel-Basten, Gretchen Luchsinger,

Rishita Nandagiri, Rebecca Sear,

Tomas Sobotka

### UNFPA TECHNICAL ADVISERS

Alanna Armitage, Satvika Chalasani,

Jens-Hagen Eschenbaecher, Michael

Herrmann, Sandile Simelane, Rachel Snow

### COMMISSIONED ORIGINAL ARTWORK

Cecilie Waagner Falkenstrøm of

ARTificial Mind Studio

### 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: Amsalu, Ethiopia; Ardit Dakshi, Albania; Diana Donțu, Moldova; Josephine Ferorelli, United States of America; Irina Fusu, Moldova; Emmanuel Ganse, Benin; Gelila, Ethiopia; Hideko, Japan; Pela Judith, Madagascar; Meghan Kallman, United States of America; Saori Kamano, Japan's National Institute of Population and Social Security Research; Gibson Kawago, Tanzania; Khaled, Yemen; Pat Kupchi, Nigeria; Joseph Mondo, Papua New Guinea; Ki Nam Park, Korea Population, Health and Welfare Association; Natsuko, Japan; Paul Ndhlovu, Zimbabwe; Jelena Perić, Serbia; Rama (name changed), Syria; Said (name changed), Oman; Norbert Safari, Democratic Republic of the Congo; Senad Santic, Bosnia and Herzegovina; Senad Santic, Bosnia and Herzegovina; Sawako Shirahase, United Nations University; Yeon Soo, Republic of Korea; Idil Üner, Türkiye; Volatanae, Madagascar; Ibrahim Wada, Nigeria; Jonathan Stack, United States of America; Shannon Wood, Johns Hopkins University; Ivana Zubac, Serbia

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 members of the Office of the Executive Director, including Teresa Buerkle, Sam Choritz, Saturnin Epie, Alana Ngoh, Pio Smith and Anne Wittenberg.

UNFPA colleagues and others around the world supported the development of feature stories and other content or provided technical guidance: Samir Aldarabi, Adolfo Ballina, Jacob Enoch Eben, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Lilian Landau, Nouran Makhoulouf and Julia Novichenok. UNFPA Population and Development experts provided data in the indicators section of this report, as well as overall technical guidance. They include Alessio Cangiano, Sabrina Juran, Mengjia Liang, Rintaro Mori and Fredrick Okwayo.

Author Ann Garbett led the analyses of both the YouGov survey results and the Inquiry data; further analysis of the YouGov survey results can be found at [www.unfpa.org/swp2023/YouGovData](http://www.unfpa.org/swp2023/YouGovData)

Print and interactive design: Prographics, Inc.

The editors are grateful for the contributions of partners, including experts at the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs, in particular Giulia Gonnella, Vladimíra Kantorová, Vinod Mishra, Karoline Schmid and Guangyu Zhang; experts at the International Organization for Migration, in particular Marie McAuliffe; experts at YouGov, particularly Tanya Abraham; experts at the Brown Institute, particularly Vrinda G. Bhat, Mark Hansen, Michael Krisch, Katherine R. Watson and Katharina Tittel; and Aditya Bharadwaj, an expert on reproductive health and technologies.

### A NOTE ON ART

The artwork for this report was created by award-winning artist and founder of the art-tech studio ARTificial Mind, Cecilie Waagner Falkenstrøm. Cecilie's art, which utilizes artificial intelligence, machine learning and other cutting-edge technologies to provoke reflections about our engagement with technology, represents the core themes of this year's report: the perils and promise of a not-so-distant future, the fears which spring from those unknowns, and the infinite possibilities within reach when rights and choices for all are ensured. In its ability to bridge the gap between the real and the imagined, this year's artwork encapsulates the anxieties and opportunities that future holds, and, most importantly, underlines how we are co-creators of it.



すべての人々に権利と選択を

# 80億人の命、 無限の可能性

権利と選択の実現に向けて



# 目次

前書き ..... 4  
概要（日本語版抜粋版では「ハイライト」を掲載）... 6



## 第1章

### 私たち人類は 80億人の 家族に

PAGE 10

**FEATURE:** 人の数ではなく、  
生活の質を ..... 28

**IN FOCUS:** 多過ぎるのか、  
少な過ぎるのか：  
人口をめぐる議論の長い歴史 ..... 30

## 第2章

### 人口は 多過ぎるのか

PAGE 34

**FEATURE:** 新しい道を切り開く  
若者たち ..... 40

**FEATURE:** 隠れて避妊することで、  
出産に関する男性の決定に挑む  
女性たち ..... 56

**FEATURE:** 家族計画：気候変動を  
生き抜くための戦略 ..... 59

**IN FOCUS:** 人口置換水準の  
出生率を目指すことの過ち ..... 60

## 第3章

### 人口は 少な過ぎるのか

PAGE 64

**FEATURE:** 移民に帰還を  
呼びかけるバルカン諸国 ..... 76

**FEATURE:** 職場と家庭における  
女性の役割に関する期待により、  
婚姻率と出生率は新たな  
低水準に ..... 80

**FEATURE:** 人口動態に関する  
強靱性（レジリエンス）を  
支援するため、家庭にやさしい  
職場を ..... 86

**IN FOCUS:** 移民受け入れを  
解決策に ..... 96



第4章

## 生殖に関する 選択の現状

PAGE 98

**FEATURE:** 人口増加に世界の注目が  
集まる中、見落とされがちな  
不妊カップルのニーズ ..... 104

**FEATURE:** より良い未来を  
思い描くために ..... 110

**FEATURE:** 精管切除を愛する  
エンパワーメント行動の  
一環として認識 ..... 120

**IN FOCUS:** 最も脆弱な人々への  
まなざし：  
若年妊娠と人権の侵害 ..... 124

第5章

## 権利こそが カギ

PAGE 126

**FEATURE:** 正確で信憑性のある  
データのためには、参加と  
信頼がカギ ..... 134

指標 ..... 151

テクニカル・ノート ..... 170

参考文献 ..... 175

「世界人口白書2023」日本語抜粋版は、前書き、ハイライト（概要）、第3章、第5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

2022年11月、世界人口は80億人に到達しました。多くの人々にとって、人類が祝うべき一つの節目でした。人々がかつてないほど長く、健康な生活を送り、より多くの権利と選択を享受している証だからです。

生殖に関する自己決定権と、より健康な生活との間に関係があることは、まぎれもない事実です。女性が自分の身体や人生について決定を下すことができると、女性自身とその家族、そして社会全体が豊かになるからです。

しかし世界の多くのところには、そのようなメッセージは届きませんでした。むしろ、世界が過剰な人口を抱えつつあることや、国や地域全体が高齢化によって衰退していくことに対する危機感を煽る報道の方が多かったのです。人口の数が集計され、人口に関する節目に到達するときにはなぜか、個人の権利と可能性はいとも簡単に、二の次にされてしまいます。子どもを産む人々の主体性がほとんど認識されないまま、出生率が問題として、そして解決策としてみなされるという状況が繰り返されているのです。

この傾向は変わったはずでした。1994年の国際人口開発会議（ICPD）行動計画では、ジェンダー平等と女性のエンパワーメントを推進

し、女性が自らの出産を管理できるようにすることを、人口・開発関連プログラムの中心に据えなければならないという認識が共有されました。

この見方が表明されたのは、女性の権利擁護運動の浸透により、家族計画が「人口管理」の手段として用いられた場合に起こりうる人権侵害と、エンパワーメントと自己決定に基づく家族計画が個人にもたらすメリットに関する認識が深まったことと大きく関係しています。現在「持続可能な開発のための2030アジェンダ」では、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、より豊かで持続可能な未来の実現に欠かせないことがはっきりと認められています。

では、これほど多くの女性のからだの自己決定権が未だに保障されていないのは、なぜでしょうか。68か国の最新データを見ると、パートナーのいる女性の44%が、自身の健康管理や性行為、避妊についての決定を下すことができていないことがわかります。その結果、意図しない妊娠が全体の妊娠件数のほぼ半分を占めており、女性には子どもの数や出産間隔を自由かつ責任を持って決めるという基本的人権が認められていないのが現状です。

気候変動、感染症の世界的大流行（パンデミック）、紛争や大量の避難民、不確実な経済といった今日の問題は、人口が多過ぎる、少な過ぎるという懸念をより深刻にしています。ただ人類の生殖は、問題でも解決策でもありません。

外部アドバイザー、研究者、ライターと国連人口基金（UNFPA）の技術スタッフや編集者が協力して作成したこの「世界人口白書」では、人口に関する理解の拡大が、人口動態に関する強靱性（レジリエンス）を高める新たな解決策と、より公平で豊かな未来の実現にどのようにつながっていくのかを探ります。

こうした懸念の多くがジェンダー平等の推進によって解決できるという事実は、しばしば見逃されています。少子高齢化が進み、労働生産性が懸念される国では、職場でのジェンダー公正（ジェンダー・パリティ）の達成が、生産性を向上させ、所得を拡大する最も効果的な方法であると考えられています。出生率が高い国では、教育と家族計画を通じたエンパワーメントが、経済成長と人的資本開発を通して大きな利益を生み出すことがわかっています。

そのためUNFPAでは、完全な平等、尊厳、機会を確保するための基盤として、からだの自己決定権を実現し、すべての人の性と生殖に関する健康と権利（セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツ）を支えるための取り組みを拡大するよう呼びかけています。人類という家族の一人ひとりには、自身の健康、身体、そして未来について、十分な情報に基づき、自由に選択する権利があります。人口についての議論では、常にこの権利を出発点とする必要があります。人口とは結局のところ、人間の問題です。肝心なのは、私たち80億人全員が、健康で安全かつ豊かな地球で、平等な尊厳と権利のもと、自由に人生を謳歌（おうか）するための条件を整備することです。私たちが人々とその可能性、一人ひとりの権利と選択に投資すれば、人類全体がその恩恵を享受できるのです。

国連人口基金（UNFPA）事務局長  
**ナタリア・カネム**

## 概要

# 80億人の世界

2022年11月、世界の人口は80億人を超えました。

私たち人類は、かつてない大家族となっています。全体として、人類史上のどの時期よりも、私たちはより長く生き、より健康な生活を享受しています。

しかしこの世界は、不安で不確実でもあります。気候変動や不安定な経済、紛争、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）といった課題により、人類の未来が悪化するという懸念と、より良い未来に対する希望とが、同じくらい現実味を帯びた分岐点に私たちは立たされているのです。

どうしたらこの矛盾を正しく理解し、現在の緊急性の高い課題の解決に向けて動き出すことができるでしょうか。

世界人口が一つの節目を迎えた今、複雑に絡み合う世界の数多くの課題の根本的な原因は人口動態にあると、性急な結論を下したくならないかもしれません。

人口が「多過ぎる」せいで、資源が先細り紛争が激化しているとする人がいる一方で、出生率の低下によって地球上から人々がいなくなり、従来のご生活を支えていくには人口が「少な過ぎる」のではないかという不安を抱く人もいます。

世界人口が多過ぎるという物語。または、少な過ぎるという物語。

いずれにしても、私たちが向かう方向はただ一つ。それは恐怖と非難、そして統制です。

しかし実際のところ、人の数が問題だったことはありません。

## まず事実を 確認することから 始めましょう。



## 「多過ぎる」ことで起きる問題

人口増加の危機を訴える人々によると、私たちの世界には人があふれかえり、破裂する寸前の状態にあります。政治家やメディア評論家、さらには一部の学識者の中にも、経済の不安定性や気候変動、資源獲得戦争といったグローバルな課題の原因は、過剰な人口による需要超過と供給不足にあると主張してきました。

彼らは出生率の上昇が手に負えなくなっていると主張し、長い間多くの子どもを無計画に産んできた、として貧困層や弱者層に避難の矛先を向けています。彼らは環境破壊などの問題に関する責任が最も少ない層であるのに、です。

これは複雑な問題をあまりにも単純化した解釈で、大きな実害を引き起こすものです。中でも重大なのは、私たちが直面する喫緊の課題の原因を作っている人々の責任を問うことが難しくなってしまうことです。

### 実際のデータ:

- 3分の2：世界人口のうち、出生率が人口置換水準を下回る地域で暮らす人々の割合。
- 72.8年：世界の平均寿命。寿命の伸びが人口増加の大きな要因になっており、これは喜ぶべきことである。
- 25年以上：今後の全人口増加の3分の2が過去の増加による（すなわち出生率の増減によって変動しない）期間。
- 10%：世界人口のうち、温室効果ガス排出量全体の半分を排出している人々の割合。そのため、排出量の増大を人口増加と結びつけることは誤りである。

## 見方を変えるために

女性の身体と生殖に関する選択が「人口過剰」問題の原因と解決策の両方であるという解釈をする必要はありません。その代わりに、一人ひとりの選択がカギを握っているということを重視し、性と生殖に関する正義という観点から、あらゆる形での人類の進歩を支援することができません。

そのためには地球上の人口を減らすことよりも、教育やヘルスケア、手ごろな価格のクリーン・エネルギーに投資し、ジェンダー平等の実現に向けた努力をする必要があります。



## 「少な過ぎる」ことで起きる問題

世界人口は50年間で倍以上に増え、現状の出生率も世界的に見れば、女性1人当たり2.1といういわゆる「人口置換水準」を上回っているものの、世界人口の3分の2は現在、出生率が人口置換水準を下回る国または地域で暮らしています。こうした事実から、一部の人々は「人口減少危機」に警鐘を鳴らし始めています。

さらに、少子化が続けば、国全体さらには人類全体が「崩壊」しかねないと言います。

### 実際のデータ:

- 1：2022年から2050年までの間に人口が減少すると予測される地域の数（欧州）。
- 1970年代：多くの国で出生率が人口置換水準を下回り始めた時期。しかし、ほとんどの国では移民の流入のため、人口減少は起きていない。
- 5から2.3へ：1950年代以来の全世界の平均出生率の低下幅。全世界の出生率は2050年までに2.1に低下すると予測されている。
- ↓↑：人口の高齢化は、寿命の延長と出生率の低下からの自然な結果であり、世界中あらゆる場所で起きている。

— — —

## 見方を変えるために

いずれ私たちの経済やサービス、社会を支えるには、人が「少な過ぎる」ようになるのではないかと不安に反して、少子化は必ずしも災難を意味するわけではないと専門家は言います。それはむしろ、人口転換の兆候だと言えます。

寿命の延長や世界的な出生率の低下などの進歩は、個人、特に女性が、自分の生殖に関して決定でき、そして権利と選択を享受することにより、生活の質(クオリティ・オブ・ライフ)が向上していることを示しているのです。

# カギを握るのは 権利と選択

子どもの数、出産の間隔と時期を決めることは、すべての人々の基本的人権です。

グローバル社会に暮らす私たちは、差別や強制、暴力を受けずに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）に関する決定を下す力を保障しなければなりません。

生殖に関する目標を達成するためのサービスは、金銭的にも物理的にも手に届きやすく、国際基準を満たす品質でなければなりません。

こうした目標が、私たちが目指すべきものです。高いか低いにかかわらず、出生率に影響を与えることを目標とすべきではありません。実際、こうした介入は決して解決策にはなりません。本質的に、適切な出生率や問題の出生率というものはないからです。適切なアプローチを取れば、出生率がどうであれ、強靱な社会は繁栄することができるものです。

- 人口動態に関する強靱性（レジリエンス）：人口動態の変化に適応し、繁栄できる性質または状態
- 44%：68か国においてパートナーを持つ女性のうち、からだの自己決定権を否定されている女性の割合

女性は自身の生殖に関する選択について、どう感じているのでしょうか。

残念ながら出生率に関する議論には、しばしば女性が望む子どもの数について語られることが抜け落ちてしまいます。女性が望む家族の人数は、多くの場合、実際の出産数と異なっているのが現状です。

これは、女性が権利と選択を行使することを難しくしている政策による意図的もしくは非意図的な結果です。

個人の選択を無視した人口政策を策定すると、社会全体の健康とエンパワーメントが危険にさらされます。人々が最大限に健康に生活し、貢献と革新と繁栄のために力を発揮するためには、一人ひとりの権利と選択を保障する必要があります。



# 正しい問いを立てる

それでも、世界人口が「適正」なレベルにあるのかどうか気がなるでしょうか。私たちが問うべきは、地球上の人口が多過ぎるのか、少な過ぎるのかではなく、一人ひとりが性と生殖に関する自己決定権を含め、基本的人権を行使する術を持っているかどうかです。

現状を見る限り、こうした権利を享受している人々は、ごく一部に過ぎません。

すべての人がこうした権利を保障されない限り、すべての人々が繁栄し、日々変化する世界の現実に適応する可能性を引き出すことはできません。

今年の「世界人口白書」は、一人ひとりが自分の生殖に関する将来の展望について自由に選択できる世界の実現に向けて主張をしています。各国が人口の変動を統制しようとするのではなく、これに適応することによって、人口動態に関する強靱性を構築する世界を求めています。

人口とは本質的に、人間そのものです。私たちは、避けることのできない人口変化の中で、人類のニーズを満たせるような社会を作り上げなければなりません。システムは、人類のために用いるべきツールであり、決してその逆ではないのです。

今こそ私たちは、ジェンダーや人種、国籍、能力に関係なく、あらゆる人々の可能性に目を向けることで、一人ひとりが人類全体の未来にプラスの貢献ができるようにしなければなりません。それは、**私たち80億人全員にとっての未来であり、無限の可能性を秘めた未来です。**



# 人の数ではなく、 生活の質を

2022年11月、世界の人口は80億人に達しました。一般の人々は、この記録的な地球上の人口数をどう考えているのでしょうか。そしてこの節目は、一人ひとりにどのような影響を与えるのでしょうか。また、人々の住む周囲や国家にはどう影響するのでしょうか。

その答えを探るために、アラブ諸国の数人を対象とした聞き取り調査が実施されました。女性一人の平均出生率が世界平均の2.3に対し、2.8を超えているこの地域では、水不足に加え砂漠化が進行し、人道危機も頻発しています (Abumoghli and Gocalves, 2019)。こうした動向は、人々の人口増加に対するイメージや子どもを持つことに関する決定に影

響しているのでしょうか。

30歳のシリア人女性、ラーマさん(仮名)は「影響している」と答え、「このような時代に、子どもを産みたくはありません。安全・安心、経済的な安定などを考えると、悩みは尽きないからです」と説明しています。

ラーマさんは、利用できるサービスの水準に対して、シリアの人口が多過ぎると考えています。紛争によって、社会的なセーフティネットは弱体化しました。また、現在生活が困窮している人々の多くは、育てられる見込みもないのに子どもを産んでいるとも言います。「子どもを持つ権利は誰にでもあります。条件が整うまで待

つのが最善ではないでしょうか」ラーマさんはいつか、孤児や捨てられた多くの子どもたちの一人を養子にしたいと考えています。

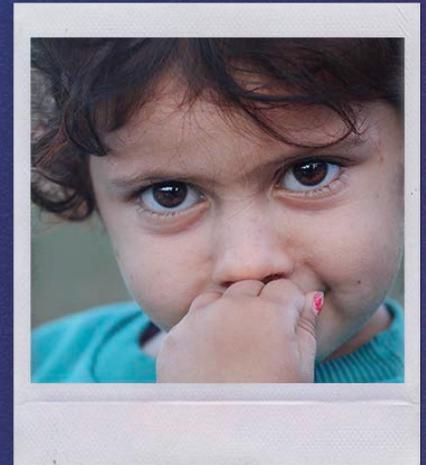
45歳のサイードさん(仮名)は、オマーンの人口は地域の他の国と比較すれば少なく見えるものの、急速に増加しており、しかも貧しい家庭がより多くの子どもを産んでいるのだと言います。しかし、国の経済が特に単純労働者に雇用を提供できるだけの力を持っている限り、それは問題ではないとも考えています。彼は「いつか経済状況が悪化し、人々が仕事を失った時にどうなるのか心配です。そして、若者の大量失業が社会の安定性にもたらす影響も心配です」と語ります。



Photo by Nihal Karkala on Unsplash



Photo by Nattalia Nunez on Unsplash



© cloverphoto



Photo by Jimmy Conover on Unsplash

ここで浮かび上がった重要な問題点は、人口の規模に対する不安というのは、多くの場合、質的に良い生活をすべての人々に提供できるかという不安に他なりません。

51歳のハーリドさんは、自国イエメンでは人口増加が「開発の成長」を上回っていることが問題だと言います。イエメンの

生産年齢人口はすでに多く、今も急速に拡大していますが、若い世代が教育を受け、健康で良い仕事に就くことができれば、国の経済成長はさらに加速するだろうというのが彼の意見です。彼は、特に女性が国の開発にもっと参加する必要があるとし、「そうすれば、人口（の増加）は良いことになるでしょう」と語ります。

**人口の規模に対する不安というのは、多くの場合、質的に良い生活をすべての人々に提供できるかという不安に他なりません。**



# 人口は 少な過ぎる のか

2020年、ワシントン大学保健指標評価研究所が『ランセット』誌で発表した研究（Vollset and others, 2020）に基づいて、国際メディアは「世界的に出生数が驚異的に急落」（Gallagher, 2020）と報じました。さらに、世界最大の2つの国に関して警鐘を鳴らす報告が続きました。例えば、「大幅な人材不足に見舞われる中国：縮小する人口規模は全世界にとっての不吉な前兆」（Dettmers and others, 2023）、「アメリカが瀕する人口崩壊の危機」（Cooper, 2021）です。

世界人口がここ50年間で倍以上に増えていることを考えれば、この「人口減少危機」（Musk, 2022）は意外なことに見えるかもしれません。世界の出生率は、女性1人当たり2.1といういわゆる「人口置換水準」を超えており（この指標の限界について、詳しくは60ページを参照）（UN DESA, 2022）、世界人口は増加を続け、今世紀中に100億人近くに達するという、根拠に基づいた予測もあるからです（Vollset and others, 2020）。それでも「人口減少」に対する懸念は強まっています。

歴史上、人口減少は地方、国、さらには世界のレベルで見ても、移住、戦争、飢饉、自然災害、疾病などが原因となって生じてきました。悲しいことに、こうした要因は現在も存続しています。しかし国のレベルで見た場合、現在の人口減少の多くは、出生率が人口置換水準を割り込むという追加要因により、さらに促進しています。人口減少が話題に上ったり、懸念の対象となったりするのも、この傾向によるものです。実際に、出生率の低下または人口減少に伴って（高い出生率や適度な成長率の場合と同様

に）問題が生じることは、十分に立証されています。地域レベルでは、例えば経済の衰退が見られる地域などでは、残された住民に対するインフラやサービス（学校、病院、公共交通機関など）の維持に懸念が生じています。国レベルではこうした懸念がさらに拡大し、全国的な経済成長率の低下、高齢化による生産性低下の可能性、年金などの給付金制度における財源不足、インフラ維持を目的とする増税の必要性、さらには軍事力や政治力の低下などについても、不安視されています（Coleman and Rowthorn, 2011）。

人口減少は新しい現象というわけではありませんが、現に世界人口の3分の2は、出生率が人口置換水準に満たない国や地域で暮らしています。この事実に加え、出生数の減少に直面している国の数が増加していることで、この状況が続けば、国全体さらには人類全体が「崩壊」するのではないかという懸念が煽られているのです。

この現象に対する一般の人々の反応には、楽観から迫りくる「人口災害」（Kassam, 2015）、「出産危機」（Zecchini and Jones, 2022）、「国家安全保障」への潜在的脅威（Zhang, 2022）などの極めて悲観的な予測に至るまで、様々なものがあります。政策対応には、妊産婦の健康改善を図り、ジェンダー平等を推進し、子育てに関する経済的な障壁を撤廃するなど、選択や権利を支援するプログラムがある一方で、避妊手段の提供を減らしたり、自発的な不妊手術を禁止または規制する、より指導的な政策もあります（Gietel-Basten and



others, 2022; Population Matters, 2021)。結婚や子育てを拒んでいるとして女性に非難の矛先が向けられることも多く (He, 2022; Tavernise and others, 2021; Tramontana, 2021; Stone, 2018; Lies, 2014; Kelly, 2009)、いわゆる「伝統的」な家族とジェンダーのあり方を取り戻そうとして、より従順な女性らしさのモデルを奨励する動きも広く見られます (第4章で詳述) (Vida, 2019)。多くの国では、こうした政策と論調が混ざり合っています (Gietel-Basten and others, 2022; Population Matters, 2021)。

人口規模に影響を与えるのは、出生率だけではありません。実際に1970年代以来、出生率がゼロ成長水準を下回る現象が世界各地で見られています。こうした国の多くでは入国者の

数が出国者の数を上回っているために、人口の減少は起きていません (Simon and others, 2012; UN DESA, 2001)。国連の人口学者によれば、この傾向は今後も続くものと見られます。最新の「世界人口推計」報告書も「今後数十年間にわたって、高所得国では死亡数が出生数をますます上回る状況の中、移民が唯一の人口増加要因となるだろう」としています (UN DESA, 2022)。

しかしこの点も、一般に経済的および文化的な不安を中心に、懸念の目で見られることが多くあります。例えば、低技能労働者の移民が安い賃金で働くことにより賃下げを起こしたり、逆に「資格過剰」の移民が国内労働者にとって代わることで所得格差が拡大したりといった、

労働市場への影響を危ぶむ声が聞かれます。実際のところ、これには決定的証拠がなく (Orrenius and Zavodny, 2018)、国際的な視点から見れば、国境を越える移民は世界の所得分布で最下層にいる人々の賃金を底上げし、グローバルな不平等を緩和する可能性さえあります (National Academics of Science, Engineering and Medicine, 2016)。また急速な社会規範の変化に対する懸念や、移民の移住先への融合とその欠如に関する懸念もあります。移民の増加が犯罪を持ち込むのではないかという懸念もよく耳にしますが、これは基本的に誤りであることが調査によって証明されています (Knight and Tribin, 2020; Hagan and others, 2008)。こうした不安はいずれも、民族主義的な感情を煽る恐れがあります (Gietel-Basten and others, 2022; Vita, 2019)。「身内」と「よそ者」を区別し、誰をその国の一員として認めるべきかというところに主眼が置かれるからです。

少子化は、人口高齢化の一因ともなります。簡単に言えば、高齢化は少子化と長寿化から当然予測できる結果であり、程度の差はあるものの、世界中どこでもほぼ同じ方向に向かっていきます。高齢化に伴い、経済活動の停滞や、社会の介護負担の増加に関する懸念が示されてきました (Anon, 2021; Bauer, 2021; Turner, 2009)。

人が「多過ぎる」という主張の場合と同じく、人が「少な過ぎる」ことだけに注目が集まれば、世界全体の進歩と成果の実績が破滅的な災害として捉えられてしまいます。出生率の低下と寿命の伸張は人口動態の移行の一つの特徴であり、これが経済的・社会的発展が当然たどるべ

き道筋であることは、死亡率と出生率が低下している国々において、人口学者が数十年に渡って観察してきました。実際、世界の平均寿命は1990年以來、10年近くも延びました (UN DESA, 2022)。全世界の出生率は、1950年には女性1人当たり平均5でしたが、2021年には2.3へと低下し、個人、特に女性が自身の生殖に関する決定権を行使できるようになったことを示しています (UN DESA, 2022)。

こうした進歩が重なり、女性と少女は望まない妊娠や計画しない妊娠を繰り返す状況から大きく解放されました。それと共に女性が達成した教育的・経済的エンパワーメントもまた、女性およびその子どもたちの平均寿命の伸長に大きな役割を果たしました。

これらは進歩であり、損失ではありません。今後も進んでいくべき前進の歩みです。

### 「少な過ぎる」のは誰か？

歴史的に、いわゆる「人口不足」に対する不安は「多いことは強い」という考え方と密接に結びついています。国家の安全保障は、戦時に男性国民を大量に動員できることとほぼ同義に捉えられてきました。この考え方に基づくと、経済力や軍事力には多くの人口が必要だということになります (Coleman and Rowthorn, 2011)。子どもを生むことが、愛国的な奉仕の一形態だとされました。1912年に刊行された本 (『Race Suicide (民族の自滅)』という示唆的な題名) は、「男は国に剣や槍を捧げ、女は国に男をもたらず」と論じています (Iseman, 1912)。近年では、このように軍事的観点から



人口に干渉することは減ってきましたが、人口動態の特性が国家安全保障にどう影響するかを研究する「人口安全保障」は、依然として研究者などによる調査対象となっています。

現時点で、短期的に(2022年から2050年まで)総人口の減少を経験すると予想されている地域は欧州のみです。欧州の出生率は1970年代後半から人口置換水準を下回り、2022年版「世界人口推計」報告書では、-7%の成長が見込まれています。その他の東南アジア、中央・南アジア、中南米、北米の各地域ではいずれも、人口の増加が続くものの、2100年までにはピークを迎えるものと予測されています(UN DESA, 2022)(129ページの図24を参照)。

それでも、いわゆる「人口崩壊」に対する不

安は広がっており、その背後には、どんな人々の数が減少しているのかに対する懸念が高まっています。つまり、人口増加の鈍化または人口減少に対する不安は通常、国民の中でも特定の集団の出生率が低いことについてであり、しかも懸念の大部分は単なる出生率に関するものではなく、移住や民族性、人種、そしてどんな人々を増やすべきかを定める政治的判断に関するものです。「人口不足」という発言はしばしば、国家レベルの政治関係者から聞かれます。政策に人口動態の観点を取り入れる「戦略的人口学」が、支持を得る効果的な方法だと考える政治家もいます(Teitelbaum, 2015)。実際、多くの国における政治的指導者、政党、運動が、人口動態の変化に対する不安を煽り、既に低く、さらに低下していく出生率自体を強調すること、または移民がもたらす変化とともに強調するこ

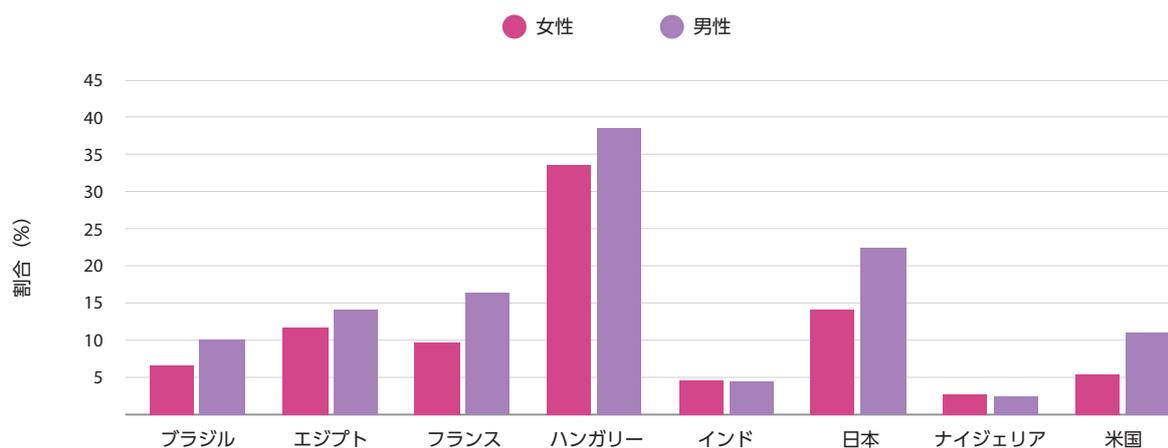
とで、支持を集めようとしています。

こうした不安自体を必ずしも民族主義と呼ぶことはできませんが、この不安に対する反応がそうなることはしばしばあります。民族主義は、民族性または宗教、もしくはその両方と国民性の密接な結びつきを重視する考え方で、こうした政治運動は低所得国、中所得国、高所得国を問わず世界各地で見られます。ある集団の出生率が他の集団よりも低いことを引き合いに出したり、実際には差がほとんど、または全くないにもかかわらず、出生率の差があると主張したりすることで、特定の民族・宗教集団の衰退について警鐘を鳴らし、支持を集めているの

です (Jeffery and Jeffery, 2022; Parrado, 2011)。欧州や米国など、高所得かつ移民の流入が多い地域では、民族主義を擁護する人々が、経済的・文化的な危険因子として移民に対する懸念を表明しています (Huntington 2004; Sartori, 2002)。移民は少ないものの多様な人口を抱える国では、民族的または宗教的な少数派が「脅威」と捉えられることもよくあります。一部の国民を攻撃対象とする政治運動の例は、過去も現在も、数え上げればきりがありません。国によっては、このような戦略が異なる集団の間の亀裂を生んだり、溝を深めたりしています (Layton and others, 2021)。

> 図 12

## 8か国の調査対象者のうち、自国の人口が少な過ぎると考える男女の割合



出典: UNFPA/YouGov Survey, 2022.

## 一般の人々の見方

「過疎化」や「人口減少」に関する不安は、少数派の意見のように見られます。YouGov社は、8か国の成人8,000人を対象に、自国の人口が多過ぎるか、少な過ぎるか、おおよそ適正かを尋ねる調査を行いました（「わからない」という選択肢を選ぶことも可能）。どの国でも、自国の人口は多過ぎる、またはおおよそ適正と答えた回答者が、少な過ぎると答えた回答者を上回りました。自国の人口が少な過ぎるとした回答者が最も多かったのはハンガリーの36%でしたが、それでも意見としては少数派でした。（ハンガリーは調査対象国の中で唯一、過去40年間にわたって人口が減少し続けてきた国でもあります。）

自国の人口が少な過ぎるとした回答者の属性を見ると、女性よりも男性が多いという興味深いジェンダー間の差異が浮かび上がりました（図12）。フランス、日本、米国において、女性よりも男性のほうが、自国の人口を少な過ぎると見ています（フランスでは男性16%に対し女性10%、日本では男性22%に対し女性14%、米国では男性11%に対し女性5%）。

自国の出生率が低過ぎると見る回答者についても、ジェンダー間の差異が見られました。ハンガリー、フランス、ナイジェリア、米国など、ほとんどの国で、女性は男性よりも、低い出生率が及ぼす影響はプラスでもマイナスでもないと考えているのに対し、より多くの男性はマイナスの影響を及ぼすと考えていました。すべての国において、国内の出生率が高ければプラスの効果が生じると回答した男性が女性よりも多い結果となりました（ただしブラジルとインド

では、男女間の差は誤差の範囲内）。こうした調査結果を見ると、男性が国内の人口減少と出生率の低下を問題視し、出生率を引き上げることが解決策であると見る傾向が強い可能性があります。

その一方で、移民に対する見方は非常に多様です。日本とナイジェリアを除くすべての国では、自国内の移民数は多過ぎるとするのが最も一般的な意見でした。フランスやブラジル、米国では、成人の過半数にあたる人々が現在の移民数を多過ぎると考えていました。

ハンガリーを除くすべての国では、世界または国内の人口規模に関する論調、メッセージ、メディアの報道に接することと、移民の数を多過ぎるとみなすことの間に関連関係が見られました。一方ハンガリーでは、人口に関する論調やメッセージに触れることと、人口規模を小さ過ぎると見る意見との間に、関連関係が確認できます。

人口の変化に関する懸念も、国や年齢層によって大きく異なります。例えばハンガリーでは、高齢の回答者の間では5大優先課題の一つに人口減少が挙げられていますが、若年層にこの傾向はなく、環境問題については逆の結果でした。

調査結果を全体として見ると、少ない国内人口、低い国内出生率、移民の割合に関する不安は、ジェンダーや年齢、メディアや論調にどれだけ接触しているかといった社会的要因に影響を受けるものであることがわかります。

## 政策立案者の見方

### 出生率政策か移民政策か

国連の「人口と開発に関する政府への調査 (Inquiry Among Governments on Population and Development)」で得たデータを分析すると、ほとんどの国が自国の出生率に何らかの影響を及ぼしたいと考え、またほとんどの国が現状の移民率を変えたくないと考えていることがわかります (図 13)。出生率と移民に関する政策類型には複雑で多様な組み合わせがあるものの、ある一つの傾向が目立っています。最も多いのは、現状の出生率に影響 (増減のいずれか) を及ぼそうとする一方で、移民に関する変化 (移民の流出または流入の増減) は望まないという政策の組み合わせで、これは3分の1以上の国で見られます。

出生率の増減、移民流出の増減、移民流入の増減について、各政策が目指す変化の方向性を加味すると、この類型はさらに複雑になります (回答率に関する 173 ページのテクニカル・ノートを参照)。しかし全般的な傾向を見ると、政策立案者は、移民の受け入れおよび国内での機会増大を通じた移民流出の防止よりも、出生率 (つまり女性の身体) を国家統制の手段として用いる傾向にあることがわかります。

YouGov 社の調査結果によると、少なくとも調査対象国において、一般の人々の移民に対するイメージは人口問題についての論調に影響を受けていると見られるものの、政策立案者は移民に対してさほど大きな懸念を表明していません。調査に回答した国のうち、移民流入率 (すなわち法的に認められた移民の流入) を削減する意向を表明した国は、約 8% にすぎませんで

> 世界または国内の人口規模に関する論調、メッセージ、メディアの報道に接することと、移民の数を多過ぎるとみなすことの間には、相関関係が見られました。

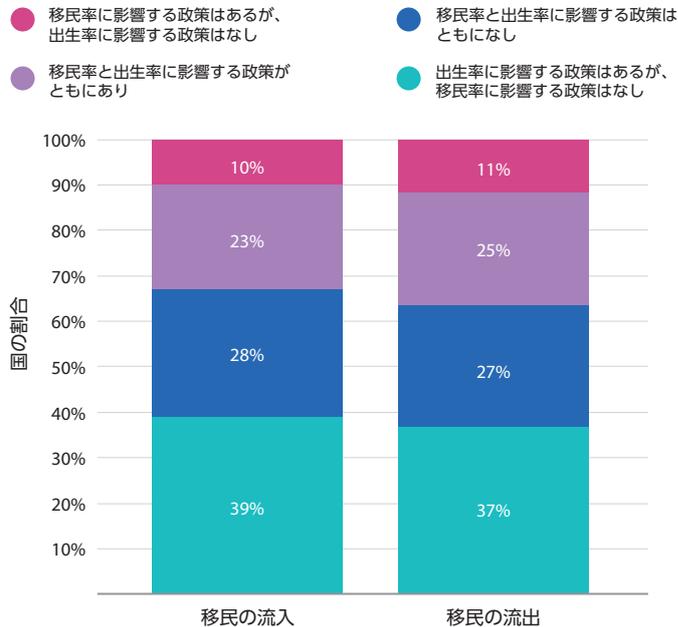


した（図14）。3分の2の国々は、現状の移民流入率を維持する政策を採っていると回答しました。残りの国々（4分の1）は、移民の数を増やしたいと希望しています。しかし、非正規移民に関する質問では、この質問に答えた国の大多数（69%）が重大な懸念を表明しています。これはおそらく、流入する移民の数よりも、誰がどのように入国するのかに対する懸念を反映したものと思われます（図15）。

2018年12月に「安全で秩序ある正規の移住のためのグローバル・コンパクト」が採択され、議論の中心は移民の流れの規模から、人権関連の協定を基盤にしながらかの流れをどう管理するのかという議論に移行しました。しかし今回の二次分析によると、（正規）移民の数を減らそうとしている国では、移民の権利と保護を擁護するメカニズムとして報告されるものの数が、2021年では2019年よりも少なくなっていることがわかります。反対に、流入する移民数

> 図 13

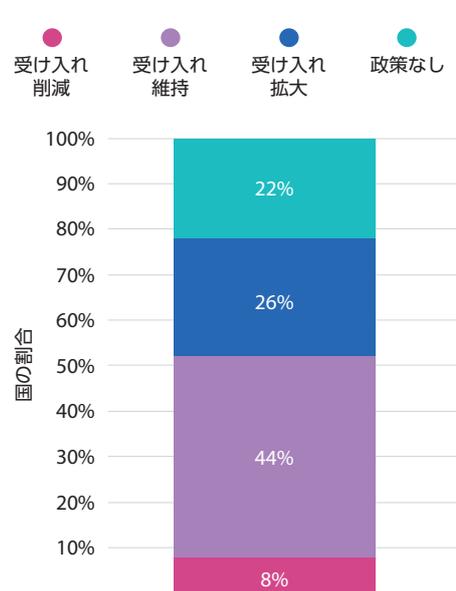
### 出生率と移民に関する政策類型の国の割合



出典: United Nations Inquiry Among Governments on Population and Development, 2019 and 2015.

> 図 14

### 移民に関する政策類型の国の割合\*



出典: United Nations Inquiry Among Governments on Population and Development, 2019

\*合法的な移民受け入れに関する政策

の維持または増加を志向する国では、同じ期間に報告された擁護メカニズムの数が増えています。ここから生じるのは、人口目標の達成を目指す国々では、性と生殖に関する権利などの移民の権利が侵害されているのではないかという疑問です。

### 少子化政策、開発と人間の自由

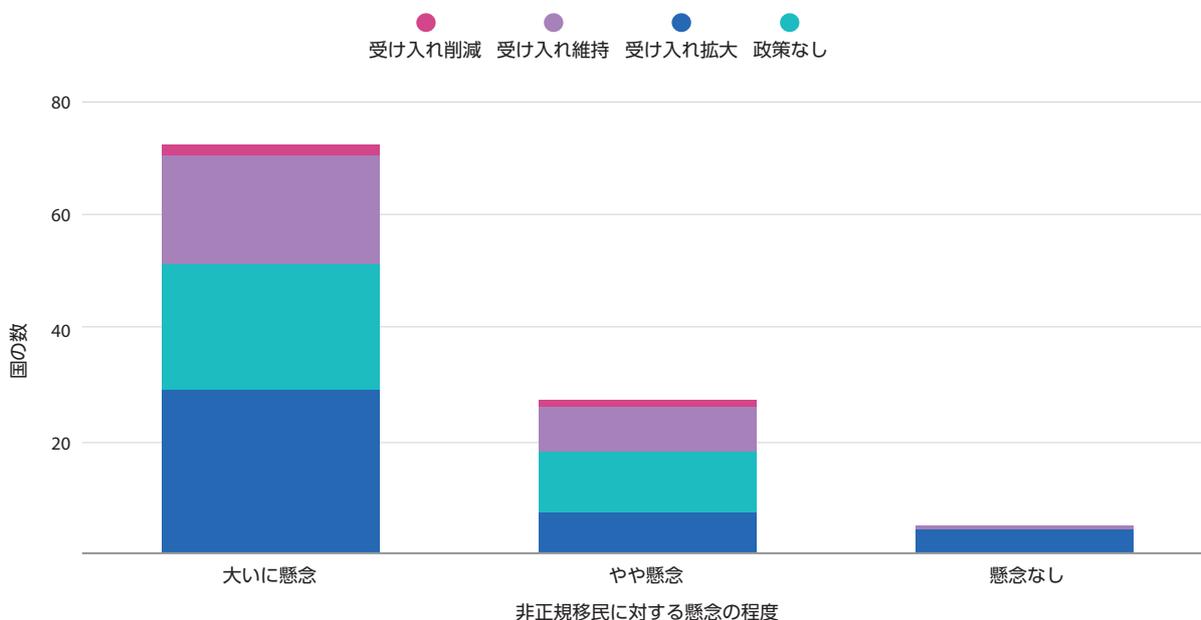
各国が報告した出生率政策とその他のウェルビーイング指標（第2章で論じた妊産婦の健康

との関係その他を含むもの）との間には、明確な相関性があります。出生率の低下を図る国は、人間開発指数で見た開発水準が最も低く、出生率の維持を図る国は、その次に低い水準にあるのに対し、出生率の引き上げを図っているもしくは出生率政策のない国はいずれも、高い人間開発水準にあります。こうした相関性は、開発や出生率低下、健康の改善と寿命の伸長が同時に生じるという一般的な人口動態の転換と一致しています。

> 図 15

### 移民政策の類型と非正規移民に関する懸念によって分類された国の数\*

過半数の国が非正規移民の流入を大いに懸念していますが、正規移民の受け入れ縮小を図っている国（ピンク色で表示）は10%以下です。



出典: United Nations Inquiry Among Governments on Population and Development, 2019.

\*移民政策は正規移民、懸念の程度は非正規移民に関するもの

やや意外なのは、各国の報告による出生率政策を、人間の自由度指数や民主主義指数と比較した場合の結果です。図 16 からわかるとおり、出生率に影響を与えると明示する政策がない国は、人間の自由度指数の平均値が最も高いのに対し、その他の政策（出生率の引き下げ、

引き上げまたは維持を図る政策）を採用している国を見ると、人間の自由度値にはほとんど差がなく、明らかに低くなっています。さらに、出生率政策を持たないとする国は、民主主義指数の平均値も最も高い一方で、出生率の引き上げ政策を採っている国は、どの政策類型を採用



している国よりも平均値が低くなっています。実際、出生率政策を採用していないとする国の民主主義指数平均値は、出生率引き上げ政策のある国の平均値のほぼ2倍に達しています。出生率の引き下げを図っている国は、健康や開発面での平均値こそ最も低いものの、民主主義指数の平均値では2番目に高く、出生率引き上げ政策のある国を大きく、また出生率維持政策を採る国をわずかに、それぞれ上回っています。

つまり、個人の自由と権利が最も守られている場所では、出生率政策を採用しない傾向があるということです。だからと言って、出生率政策のない国がすべて、開発や民主主義、人間の自由度の水準も高いというわけではありませ

ん。この原則に当てはまらない国も多くあります。実際に、この違いの多くは、出生率政策がなく、かつ最高水準の自由や民主主義、開発を誇る一部の国によってもたらされています。とはいえ世界的な平均値は示唆的であり、より自由で民主的かつ開発も進んだ国では、国民の生殖に関する意思決定において、人権を優先する傾向にあると言えます。

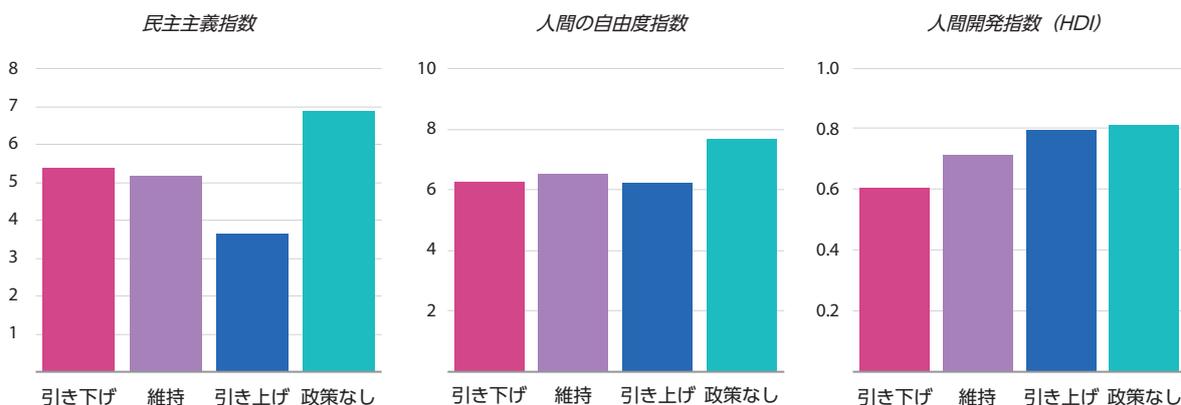
### 権利と選択が後回しにされるとき

低い出生率についての議論の出発点は一般的に、女性が自分たちの身体や人生を使って何を行わず、またそのことが社会全体にどのような影響を及ぼすのかということです (Cronshaw, 2022)。実際に一部の国では、女性がことさら

> 図 16

## 出生率政策類型別に見る各国の人間開発指数、人間の自由度指数および民主主義指数の平均値

出生率に影響を与える政策のない国は平均して、人間開発・自由・民主主義の水準がともに高くなっています。



出典: United Nations Inquiry Among Governments on Population and Development, 2021, 2019, 2015.

に結婚や子育てを拒否していると見て (Loh, 2022; Torgalkar, 2020)、たびたびそれが自分勝手な行動であるとの含みを込めた報道がなされています。低出生率に関する議論の多くから抜け落ちているのは、一人ひとりが自分自身の生殖生活 (リプロダクティブ・ライフ) について、実際に何を望んでいるのかという点です (第4章で詳述)。

民族主義者の人口動態に関する考え方も同じく、個人の生殖に関する主体性を否定し、女性の権利、特に生殖に関する権利よりも特定の民族集団や政治集団の目標を優先するジェンダー・イデオロギーを掲げることが多くあります。具体例としては、強制的な生殖政策 (中絶の制限 [Philbrick, 2022; Samuels and Potts, 2022] または避妊具・薬へのアクセスの制限 [Council of Europe, 2017] など) や、女性を家庭に閉じ込めるために、職場をはじめ、その他の領域で女性の権利を制限する政策が含まれます。民族主義は、女性と男性の双方に出生率を上げるように説得することをねらった論調を用いることがあり、アジアの4か国ではそうした例が見られました (Whittaker, 2022)。研究者は、ある民族が優勢になることへの不安が出生率の上昇に寄与しているスリランカの事例を指摘しています (De Silva and Goonatilaka, 2021)。トルコでは1983年に中絶が犯罪ではなくなったものの、女性にもっと子どもを産むよう奨励する論調に呼応して、公共セクターでの避妊具・薬へのアクセスが難しくなっているとアナリストが指摘しています (MacFarlane and others,

2016)。

こうした考え方には民族主義と結びついているものもある一方で、当然ながら、女性と少女の生殖に関する主体性を他者のほしのままにしようとする社会文化的な規範も多く存在します。世界各地に広がるジェンダー不平等な規範の中には、女性の社会的な役割は何よりも母となり、介護者となることであり、男性の役割は一家の大黒柱として生計を立てることだというものも多く見られます。家族の定義やあり方は、時代や地域によって大きく異なるものの (第4章を参照)、異性愛を前提にしたこの核家族観は「伝統的」かつ「自然」であると見なされています (EPF, 2018)。ジェンダー不平等が無くなる原因が、民族主義者の取り組みであれ、ジェンダー規範の変化に対する反発であれ、もしくはその両方であれ、女性の性と生殖に関する健康と出生率にもたらす影響は深刻です。

こうした現代の政策は概して、20世紀に見られた大規模に行われた優生学的プログラムほどの強制力はありません。強制的な不妊手術と強制的な妊娠は、人権侵害として広く認識されており、すべての加盟国は当然これを避けています。それでも人口政策の中には、性と生殖に関する選択を誘導しようとする意図から、出生率に対する政策立案者や政治家の意向を、個人の自己決定権や選択権よりも優先させるものが見られます。さまざまな奨励策や抑制策は最も穏健な政策形態のうちに含まれますが、貧困や恥の意識 (スティグマ)、差別、虐待など、重

# 職場と家庭における 女性の役割に関する期待により、 婚姻率と出生率は新たな低水準に

「結婚観が同じで、私のことを尊重してくれる人に出会えたら、結婚したいです」こう語るのは、韓国の京畿道に住む35歳の医師、ヨンスさんです。「でもそんな人がいなければ、結婚する必要があるとは思いません。」

これは彼女一人だけの意見ではありません。韓国ではいま、結婚する人がどんどん少なくなっています。韓国人口保健福祉協会が30歳の国民を対象に調査を行ったところ、女性の30%と男性の18%は、将来結婚しないだろうと回答しました。現在の婚姻率は1980年代から約3分の2低下し(Ki Nam Park, personal communication)、結婚する人でも、晩婚化が進んでいます。

1980年代には、男性が平均27歳、女性が平均24歳で結婚していましたが、現在はそれぞれ、33歳、31歳となっています。

この傾向の原因は何でしょうか。ヨンスさんが指摘したとおり、女性が抱えている不安の一つは、自分のキャリアを犠牲にして専業主婦になれば、家事と育児の負担をすべて担わなくてはならないということです。「結婚で一番大事なのは、パートナーとなる人が私のキャリアを全面的に尊重し、支えてくれるかどうかです」と言います。「ここ韓国では、結婚したら女性のステータスが変化することがあります。もはや一人の女性とは見てもらえず、誰かの妻、母、嫁として見られるのです。」

ヨンスさんは、何千人もの韓国人女性と同じように、子どもを育て、家を切り盛りし、聞き分けの良い嫁となる責任を伴う、義務としての長年の結婚観を拒絶しています。彼女たちは、結婚を単に一つの選択肢として捉え、大学の学位やキャリアを犠牲にしてまで結婚する必要はないと考えるようになってきました。

韓国人口保健福祉協会のパク・キナム事務局長は、労働市場が不安定なために若者、特に女性の大多数がパートや短期雇用の仕事しか得られないことが、非婚化と晩婚化の一因になっていると説明し、次のように述べています。「女性の約72%が大卒以上の学歴を持っています。初婚年齢が上がっ

ていることは、若者が学歴の向上と就職準備に多くの時間を費やし、良い仕事を見つけ、働き続けることを優先するようになったという社会的動向を反映する現象だと思えます。]

そして、非婚化と晩婚化は少子化につながります。その他の多くの先進国とは異なり、韓国での出産はほとんど婚姻関係内である、とパク氏は説明します。つまり、婚姻率が記録的に低いことが、0.81 という世界で最も低い合計出生率につながっているのです。

高齢者人口割合が急激に増加すると、高齢者への医療とサービスの費用が「若年層にとって莫大な負担になる」ため、少子化を危惧している政策立案者もいます、とパク氏は語ります。「総人口が減少すれば、生産と消費も減少し、経済は縮小し、最終的に社会の活力も失われることになる（と彼らは考えている）」ということでしょう。」

韓国の婚姻率と出生率の低下は、仕事や育児、家事におけるジェンダー不平等的なふるまいと密接に絡み合っています。韓国の急激な社会変化に関する最近のOECD調査によると、労働市場や社会全般といった結婚以外の場での機会が増えたことに加え、育児費用の増加により、女性が仕事

を諦めて家で子どもを育て、男性は長時間働いて家事にも育児にもほとんど関わらないという伝統的な「結婚のかたち」は、若い女性、特に学歴の高い女性にとって、魅力のないものとなっています(OECD, 2019)。また依然として出産が結婚と強く結びつくものとされているために、若者が労働市場で自分自身の地位を確立しながらパートナーを探すことに困難を覚えていることも、出生率の低下をさらに助長しているとしています。

非婚化と晩婚化が少子化と密接に関わり合って進行しているのは、韓国だけではなく。日本でも、婚姻率が歴史的な低水準を記録し、30代の女性の25%は、結婚するつもりがないと答えています(日本政府, 2022)。一方、1人の女性が産む子どもの数は平均で1.3人程度となっています。

韓国の場合と同様、若い日本人女性の多くが、結婚して子どもを産むかどうかかわからないと答えているのは、キャリアを続けることを望み、無給の家事や育児に縛られたくはないと考えているからです。

「いつかは結婚したいとは思いますが、いくつか条件があります」東京に住む22歳の会社員、ヒデコさんはこう答え、次のように付

け加えます。「仕事を続けたいので、パートナーと私で家事と育児を分担する必要があります。」

人口社会学者で、東京に本部を置く国連大学の白波瀬佐和子上級副学長は、結婚を考える女性の多くにとって、機会費用が高くなっていると説明します。女性は一般的に、たった2つの選択肢のうちどちらかを選びます。「選択はAとBのどちらかで、つまり仕事を続けるか、家族の面倒を見るかです。」

しかし、結婚して家庭を持つかどうかの決定には、経済的な理由もあると白波瀬氏は言います。若者は経済的余裕ができるまで、結婚することも子どもを持つことも望んでおらず、多くの若者の雇用状態が不安定な中、この目標を達成することはますます難しくなっています。「日本では、子どもを産み、育てるのにお金がかかります。1人しか稼ぎ手がない家庭にとっては、ほとんどの場合、子どもを良い学校に通わせるコストはあまりに高過ぎるのです」と白波瀬氏は語ります。

しかし子どもを良い学校に通わせるために、両親が働くのなら、と白波瀬氏は続けます。「誰が子どもの世話や家事をするのでしょうか。伝統的に、こうした家庭での責任を一手に引き受けることを

期待されているのが女性なのです」と付け加えます。

さらに、結婚し、家庭を持つ準備ができたカップルは、もう子どもを持つには遅すぎることもあります。「出生動向基本調査」によると、日本ではほぼ4組に1組のカップルが、不妊症の検査または治療を受けています（国立社会保障・人口問題研究所、2022）。また、男性は子どもを産めないと思う女性とは結婚したくないという理由から、40代の女性の中には、家庭を持つ機会すらないケースもあります。

日本と韓国の政策立案者はどちらも、子どもを望むカップルが子どもを持ちやすくするための税制優遇措置や、手ごろな価格の保育へのアクセス拡大といった様々な措置を導入しています。しかし、結婚して家庭を持つことに対する障壁には、解消するまでに数世代を要するものもあるでしょう。日本では、根強く残る規範だけでなく経済的なシステムを変えていくことが、ジェンダーの平等を促進し、家庭と仕事の両立を可能にするために不可欠だと白波瀬氏言います。

横浜市で助産師をしている32歳のナツコさんは、いつかはパートナーと一緒に暮らし、子どもを持ちたいと思いながらも、結婚と出産は自分のキャリアプランに大きく影響するだろうと語り、「こ

れは男性には決して起こらないことです」と付け加えています。

パク博士によれば、韓国でも同様に「男性が家事と子育てに積極的に参加できる社会的環境」が必要だと言います。また、雇用と賃金におけるジェンダー差別も大きな問題だと付け加えています。

国立社会保障・人口問題研究所の社会学者、釜野さおり氏は、結婚して子どもを持つことを人々に強要することはできないので、ジェンダー役割に関する意識の転換を手始めに、「システムや制度、規範も含めて、変革が必要です。おそらく長い時間を必要としますが、最近の出生動向基本調査では、変化の兆候も見られています」と語ります。



韓国人口保健福祉協会事務局長のパク・キナム博士は、労働市場が不安定なことが、非婚化と晩婚化の一因になっていると説明しています。

Image courtesy of Dr. Park

「初婚年齢が上がっていることは、若者が良い仕事を見つけ、働き続けることを優先するようになったという社会的動向を反映する現象です。」

なり合う複数の脆弱性を抱える人々にとっては、こうした政策は選択の余地を完全に排除するだけの効果を持ちます。その最たる例はおそらく、1994年の国際人口開発会議（ICPD）行動計画を撤回し、生殖と家族計画に関するサービスが制限されるケースでしょう。避妊具・薬や安全な中絶といった性と生殖に関するヘルスケアとサービスの利用に対する障壁が高くなっても、経済的・社会的な強さを持つ女性であれば、これを乗り越えることができるかもしれません。しかし、その他の人々にとっては選択の余地を完全に奪われたように感じられますし、サービス全般の質が低下するおそれもあります。

トルコでは、公共セクターの家族計画サービスが制限されたために、性と生殖に関する健康のための費用を「自己負担した女性の負債」問題が生じています（Dayi, 2019）。2018年の公式データでも、家族計画のニーズが満たされていない既婚女性は全体の12%と、2013年の倍の数値に跳ね上がっています。ポーランドでは長らく、犯罪による妊娠、または生命の危機に関わる場合のみ中絶は合法とされてきましたが、最近の政策変更で緊急避妊手段へのアクセスが制限され（現在は処方がある場合のみ可能）、性教育も制限を受けました（Human Rights Watch, 2019）。イランでは、最近成立した法律で中絶に対する障壁が高まり、現在この問題は情報省の管轄下にあります。また不妊手術を望んで受けることは、公共の保健施設での避妊具・薬の無償提供とともに禁じられてい

**> ジェンダー不平等が無くならない原因が、民族主義者の取り組みであれ、ジェンダー規範の変化に対する反発であれ、もしくはその両方であれ、女性の性と生殖に関する健康と出生率にもたらす影響は深刻です。**

ます（Berger, 2021）。他にも世界各地で、家族計画サービスが公式または非公式に制限されているケースが報告されています。

性と生殖に関する健康や権利に対する制限や障壁の原因は、必ずしも有害なジェンダー規範や民族主義、人口動態を操作しようとする取り組みにあるわけではありません。予算や供給の問題などの様々な理由から、サービスや物資に対するアクセスが制約を受ける可能性もあります。しかし、人口動態に関する目標と性と生殖に関するヘルス・サービスへのアクセス制限との間に関連性があることを示唆する事例も見られます。ルーマニア（Benavides, 2021）や米国などの国では、近年になって中絶へのアクセスが急減したのと同時に（Lazzarini, 2022）、移民による「グレート・リプレースメント」論の急増が見られます（Samuels and Potts,

2022)。性と生殖に関する健康上の制約が、特定の集団に不利な影響を与えている例もあります。例えばマレーシアでは、移民女性が性と生殖に関する健康情報や避妊具・薬にアクセスできないだけでなく、妊娠すれば国外退去させられるおそれもあります (Brizuela and others, 2021; Loganathan and others, 2020)。

しかし多くの場合、伝統的なジェンダー規範や民族主義的感情との関係性ははっきりしています。記憶に残る例として、中絶や避妊が「欧州の人口に対する大量破壊兵器」として指摘されたケースが挙げられます (Scrinzi, 2017)。

## 人を中心に

政策立案者が利用できる手段は、選択を制限しようとする政策だけではありません。女性に対して機会を確保し、エンパワーメントや選択を促進するために、育児休暇プログラムの財源確保、給付金または税制優遇措置による子育て費用の補助、働く女性が子どもを持つことに関する障壁を低くするための職場や家庭でのジェンダー平等促進などの政策を実施する国も多々あります。このようなプログラムは、子どもを持ちたい人々にとっての障壁を低くするとともに、親が子どもの健康や未来に投資する能力を高めうるものです。また、女性の機会均等や経済的エンパワーメントを支援することで、人々の性と生殖に関する権利を実現し、望む数の子どもを持てるようにすることにより、家庭の状況を改善するためのモデルともなりうるものです。

ジェンダー平等と女性の労働市場への参画を促進する政策対応は、出生率の低い国々に不平等や課題が存在していることを反映しています。例えば、国連人口部によれば、出生率の低い国の女性は、平均して男性の2倍もの時間を無償の家事労働に費やしています (UN DESA, 2020)。このような不平等を正すための取り組みは、女性だけでなく、社会全体の福祉の向上につながる可能性があります。

国連人口部によると、「出生率の低い国の政府は、出生率に影響を及ぼすための公式の政策がない場合でも、雇用の確保を伴う有給または無給の育児休暇、育児に対する補助金の支給、親向けのフレックスタイムまたは時短勤務、被扶養者である子どもを対象とする税制優遇措置、子ども・家族手当など、出産を奨励する措置を採用しています」(UN DESA, 2020b)。実際のところ、こうした措置の多くは、出生率に対する懸念の有無にかかわらず推奨される社会福祉政策です。

しかしこうした政策が、合計出生率の増減に影響を及ぼすことを主たる目的としている場合には、深刻な危険性があります。つまり、その目標が政治的または経済的に最優先でなくなれば、政策の縮小や、転換が行われる可能性さえあるからです。実際、本白書による調査データの評価では、多くの国が家庭とジェンダー平等の支援を目的とする措置を縮小していると報告したことがわかりました。具体的には、2015年から2019年にかけて、38か国が育児に対す

る補助金や、子どもを対象とする一時金支給、子どもまたは家族手当（子どもの支援のみでなく、女性が有給雇用に残るもしくは復帰することを支援する政策）を縮小しました。このこ

とは、大きな疑問を提起します。もし人権や福祉が家族支援政策を実施する主な動機なのであれば、こうした政策は廃止されにくいのではないのでしょうか。



1994年のICPD以来、世界は具体的な人口目標に重点を置かなくなってきたといえ、政策立案者が出生率に明示的な目標を定めるケースもあります。この20年の間に、このような目標はベラルーシ、エストニア、日本、韓国、ポーランド、ロシアをはじめとする国の政府によって定められています（Sobotka and others, 2019）。例えば、ポーランド政府が最近になって発表した「人口戦略2040」は、その名に反して家族政策と出生率引き上げ戦略のみ

に重点を置き、2040年までに期間出生率を現状の1.4から50%引き上げ、人口置換水準の2.1を達成することを目指しています（Government of Poland, 2021）。イランでは、出生率の引き上げの他、結婚年齢の若年化と離婚率の引き下げ（有配偶出生率を引き上げるため）が目標に掲げられ、1億5,000万人への人口引き上げ目標を達成するための中心的要素とされています（Ladier-Fouladi, 2022）。難民の受け入れより出生率の引き上げを優先すること



が、かなり明確に述べられている場合もあります（43ページの「グレート・リプレイスメント」に関する囲み記事を参照）（Walker, 2020）。

一定数の子どもを産んだカップルに見返りを与え、生殖に関するノルマのような形で目標を設定するケースも見られます。すべての子どもに支援を提供する制度とは異なり、こうしたプログラムでは、政府が定めた数値目標に基づき、金銭的な対価を配分します。ハンガリーで採用されている政策では、若い既婚のカップルに1,000万フォリント（約2万5,000ドル）の貸付を行っており、子どもが生まれるごとにその返済が猶予されます。所定の期間内に3人の子どもを持ったカップルは、返済を免除されます（Walker, 2019）。実際に最近の試算によれば、3人の子どもを持つ予定のハンガリー国民は「最大で返済不要の助成金4,200万フォリント（11万6,713ユーロ）と、長期的な補助金付きローン7,300万フォリントを受け取り、純額で1億フォリントの住宅購入に充てる」ことができると見られます（Anon, 2021b）。

ロシアにおける制度では、10人以上の子どもを出産した「母親英雄」に、報奨金として約1万3,000ドルに相当する100万ルーブルを支給しています（Anon, 2022b）。イランでは、2021年の法律で出産と結婚に対する報奨制度を規定し、25歳未満のカップルおよび23歳未満の女性を対象に無利子の貸付を行う、早期の結婚への金銭的支援などを行っています（Government of Iran, 2021）。

また子どものいない成人に課税するなど、懲罰的または排他的な出産奨励主義の家族政策を提案するケースもあります（Morland, 2022; Gao, 2018）。ハンガリーでは、新設の国立体外授精センターがすべての女性に無償で施術を行う予定としていますが、40歳以上の女性やレズビアン女性は含まれていません。

## 希望の実現に向けて

様々な科学的な証拠を見れば、国民全体の出生率引き上げを意図した政策を策定する必要はないことがわかります。目標達成のためであろうと、その他の目的であろうと、このような政策は長期的には効果がほとんど無いことがわかっています（Frejka and Gietel-Basten, 2016）。近年このような目標を設定した国では、テンポ効果調整後の合計出生率にはっきりとした変化はほとんど見られていません（いつか子どもを持つ予定であった人が、新たな政策を最大限に活用するために特定の時期に子どもを持つことを決定しても、そもそも予定していた家族の人数が増えるわけではないため）（60ページの特集記事を参照）。このことはロシア、イラン、東アジアの多くの国々、タイなどで証明されています（Gietel-Basten and others, 2022）。実際、出生率の上昇が起きた場合でも、ある特定の世代の出生率（コホート出生率）ではなく特定の期間における出生率の上昇として起きる傾向にあります。つまり、政策が影響を及ぼすのは女性が一生のうちに産む子どもの総数ではなく、出産の時期だということであり、ロシアの例はこのケースでした（Frejka and Zakharov,

2013)。また、どの国の出生率も時間の経過とともに上下するため、出産奨励策の影響を他の効果と区別することは困難です (Sobotka, 2017)。

実際のところ、出生率の引き上げを明確に意図した政策を導入した国でも、合計出生率は女性1人当たり子ども2人よりはるかに低いままのことがよくあります (UN DESA, 2002)。このような政策がなければ出生率はさらに低下していたかもしれないという主張もありますが、これを証明することは不可能です。こうした政策にたとえ効果があったとしても、それはごくわずかなものでしょう。人口動態の動きを見るだけでも、現時点の低い出生率が人口増加の鈍化と社会の高齢化につながることは予測できるからです。出生率が突然劇的に上昇してその状況が継続するか、または移民の流入が増えない限り、この傾向は続くでしょう。

出生率を劇的に引き上げようとする試みは過去にもありました。このような政策は失敗したか、もしくは悲惨な結末をもたらしました。最も示唆的な例の一つはルーマニアで (Mackinnon, 2019)、1966年に出生率の向上を目指し、中絶と避妊を完全に非合法化した事例です。この政策は短期的に効果を上げ、合計出生率は女性1人当たり子ども1.9から3.7へと上昇しました。しかしその後、女性が密輸された避妊具・薬を入手したり、非合法の中絶を受けたりすることで、からだの自己決定権を取り戻し、出生率は再び急減しました。この出産奨

励主義的政策は、女性から出産に関する管理能力を奪うどころか、法令や規制の手の届かないところに非合法産業を作り出すだけの結果に終わりました。多くの女性が安全ではない中絶を受けたことで、1989年にこの規制が突然撤廃されるまでに、1万人の女性が死亡したと見られています (中絶を求めたり、これを扶助したりした者は投獄の対象となったため、この数値は実態を過小評価したものとなっている可能性が高いとされています)。また、同じ1965年から1989年までに、ルーマニアでは妊産婦死亡率が2倍に上昇しました。二つ目の予期できた悲劇的な影響として、出産を余儀なくされた多くの女性が子どもを国営の孤児院に預けたため、孤児院が急速に満員になったことが挙げられます (Mackinnon, 2019)。1989年にこうした孤児院が公的な検査を受けた際に、50万人もの望まれずに生まれた子どもたちが過去20年に渡り、放置され悲惨な状況に置かれていたことが判明しました (Odobescu, 2016)。

事実は以下の通りです。現在世界には史上最多の数の人間が暮らしており、人口動態の動きからも今後数十年間は人口の増加が続くことが確実であるため、グローバルな「人口不足」や人類絶滅の危険性は、現在のところほとんどありません (UN DESA, 2022)。確かに世界人口の3分の2は、出生率が人口置換水準以下の国または地域に暮らしていますが、そうした国や地域のすべてで人口が減少しているわけではありません。実際のところ、237の国と地域のうち、2022年から2050年にかけて「低い出生率



の持続、および場合によっては高い移民流出率により」人口が1%以上減少すると予測されるのは、61の国・地域にすぎません（UN DESA, 2022）。また、こうした数字は多くの場合、何十年にも及ぶ健康や開発や生存率の改善の結果、史上最多となった人口からの減少であることに留意する必要があります。

「空っぽの世界」（ジョン・クリストファーが1977年に著した終末論的小説のタイトルから付けられた用語）になるという主張も、出生率に関して得られている知見に照らせば、今後の人口変動に関して余りに過信した未来像と言えます。「ひとたび世界人口の減少が始まれば、それは際限なく続くだろう」（Gornall, 2020）といった見方は、単なる憶測にすぎません。出

生率が平均で女性1人当たり子ども1人を下回することはほとんどありません。多くの国で数十年にわたり、合計出生率が人口置換水準を下回っているものの、1.0を下回ったことがある国はほんの一握りです(Our World in Data, n. d.)。出生率の低下は実際、持続的な低出生率を予測するものではありません。出生率の低下が「失速」する例(ケニアなど)の他、一度は出生率が人口置換水準を下回ったものの、この値を超えるまでに回復したケースもあります(スリランカ、カザフスタン)。欧州の幾つかの国では2つの世界大戦の間に出生率が人口置換水準を下回りましたが、その後起きた「ベビーブーム」によってこの水準をはるかに上回ったのは、記憶に新しい事実です。

民族主義的なことば遣いは、政治的な支持を動員するには有効かもしれませんが、強制的な目標の設定や人権侵害無しに出生率に影響を及ぼすことはほとんどできません。実際のところ、国や民族が滅亡するというこれまでの予言の多くは、実現しませんでした。エドワード・A・ロス(「民族の自滅」という語を作った社会学者)は1914年に米国白人の「絶滅」を予言しており(Ross, 1914)、ほぼ同時期に他の人口危機論者もいずれも出生率低下を理由に、オーストラリア、英国、フランスで白人が滅亡すると予言していました(Emerick, 1909)。これらの予測がいずれも当たらなかったことは明らかです。

そのため、破滅を予告する人口動態に関する

言説を考える場合には、このような議論は誰の利益になるのかを考えるべきです。「終末論的人口論」という用語は、高所得国で進む高齢化を背景に作られました(Robertson, 1982)。この主張によると、急速な高齢化で年金や医療、社会福祉のニーズが、先細る現役世代の支払い能力を上回り、国の経済に背負いきれない重圧がのしかかることとなります。こうした破局的思考は、特定の経済的利益を追求する場合(安価な労働力に依存するビジネス企業など)に生じがちです(Evan and others, 2011)。また低い出生率が人口全体の崩壊をもたらすという終末論的な主張も、労働者より雇用主の経済的利益に資するものです(Coleman and Rowthorn, 2011)。労働力の供給が減少すれば、逆に労働の価値が上昇するため、労働者にとっては利益となる可能性があります(最も典型的な例は、14世紀のペストの大流行の後、富裕層と貧困層の力関係にシフトが起こったもの)。

人口減少のマイナスの影響として取り沙汰されているものの一部は、制度変化によってバランスを取ることができます。少子化、高齢化や人口減少は、課題だけでなく好機ももたらす現象です。「少子化は政府の政策に課題を投げかけており、出生率が極めて低くなれば生活水準が損なわれるが、低出生率と人口減少が中程度に留まれば、物質面での生活水準は全般的に改善する」と研究者は結論づけています(Lee and others, 2014)。労働力の縮小は必ずしも生産性の低下につながるわけではありません。労働市場のひっ迫による効果の一つとして、労働

集約型産業から脱することで (Elgin and Tumen, 2012)、技術の発展が刺激されることが考えられます (Kosai and others, 1998)。ロボット工学の活用拡大などの技術進歩は、生産性向上に寄与することができます。また人口増加率が低いほとんどの国では、より多くの女性や、移民を労働力として取り込んだり (Marois and others, 2021; Marois and others, 2020)、高齢の人々により多くの機会を提供したりするなど、労働参加率を高める余地が多く残っています。

歳をとることは役に立たなくなっていくことと解釈する必要はありません。高齢人口が負担の純増になると考えることは、高齢者の価値と人間性を否定する年齢差別的な固定観念です。実際、条件さえ整えば、長寿は健康で生産的な余生をもたらします。「健康的な生活様式と雇用は、健康や認知機能、意欲 (モチベーション) を生涯にわたって改善し、年齢に関連する生産性の低下を抑えることができます。(中略) 年齢に関連する健康の不調が始まる時期には国によって 30 年もの差異があり、高齢化が進んでいる場合、通常その時期は遅くなります。持続可能な福祉制度や強い経済力のためには、年齢よりも国民の健康や教育の方がはるかに重要となりうるのです」と研究者は指摘します (Skirbekk, 2022a)。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の世界的大流行 (パンデミック) の際には、高齢労働者が感染に対してより脆弱だったため、仕

事の継続に大きな困難がありました。それでも、コロナ禍は重要な教訓を残しました。多くの国が、高齢労働者の安全な職場定着を支援したり高齢労働者の自営業への移行を援助したりするために、独創的かつ低コストなプログラムを実施しました。このようなプログラムには、年齢に関係なく利用できる仕事場の創設、リモートワークやフレックスタイムの活用拡大、世代間連携の新たな機会創出などが挙げられます (Pit and others, 2021)。

移民もまた、課題だけではなく利益をもたらします。移民を受け入れることだけで長期的に安定した扶養率を維持することはほぼ不可能ですが (Coleman, 2002; UN DESA, 2001)、移民の受け入れは、高齢化と景気停滞のスピードを抑えて経済成長に寄与することができる、最も即効性と確実性の高い手段です。何より、生まれた子どもが働き始めるには 15 年から 20 年を要するのに対し、ほとんどの移民は直ちに経済に寄与し、税金を支払うことになるからです。しかし一部の例外を除いては、各国の政府はおそらく政治的な理由から、大規模な移民受け入れプログラムを導入しようとはしていません。

人口の流出を減らすことを目指す場合、労働力の定着を目的とする政策を実施することに困難が伴うのは、若年層をはじめとする国民が他国に移住している理由を把握し、これに対処する必要があるからです。そのためには、出身国と受け入れる国・地域の間にある (経済的または社会的な) 機会の不均衡を是正しなければな

らない場合もありますが、このことが限りなく難しいケースもあります（地域全体で産業の空洞化が生じている場合など）。こうした課題を認識し、国際的な取り組みを行っている政府もあります。例えば、UNFPAとブルガリア政府が2021年に共催した「人口動態の強靱性（レジリエンス）に関する閣僚級会議」では、移民流出などによる人口動態の変化に対し、根拠と人権に基づく対策を検討しました。

同様に、移民の帰還を奨励するための政策（「誘致政策」）も、世界各地で導入されています。この政策には所得税優遇措置（ポルトガルなど）、帰国した専門家向けの定率所得税または再入国補助一時金（スロバキアなど）をはじめとする金銭的インセンティブなどが挙げられます（ICMPD, 2019）。しかしほとんどの一般的な移民政策と同様に、この政策も特定の集団に対象と焦点を絞る傾向にあります（IOM, 2015）。また、内容も比較的限られており、短期的な効果しかなく、様々な制限もあります。例えば、帰還民は労働市場における機会の制限（賃金の差を含め）、閉鎖的なビジネス環境、不利な教育機会など、そもそも移民の流出をもたらした、単に一度限りの補助金では克服できない「ソフトな障壁」に直面するでしょう（UN DESA, 2020a）。

総合的なアプローチが必要なことははっきりしています。本白書で後述されるように、少子化が進む国の女性（と男性）は、望む数の子どもを現実を持つことができていないことがしば

しばあります。これには多くの理由がありますが、主な要因として常に挙げられるのは、ジェンダーの不平等による負の側面です。つまり、育児や家事に関して極端な性別役割分担があったり、女性（と親）が差別されるような職場だったりする場合には、女性にとっての機会費用が高くなることです。こうしたニーズに適応するために社会構造を変革できなければ、女性やカップルの生殖に関する自己決定権が損なわれるだけです。皮肉なことに、「伝統的な家族観」を説けば説くほど、現実には親が自分たちの望む規模の家族を持つための助けになるどころか、これを妨げ、結果として少子化をさらに進めることにもなりかねないのです。

またさらに広い目を見た場合、多くの地域で深刻な経済不安と世代間格差に直面する子育て世代が抱えている、ますます深まる将来への悲観を克服する必要もあります。多くの国において、若年世代はその親世代よりも将来を悲観しています。YouGov調査でも実際、将来に対する不安が望み通りに子どもを持っていない理由の一つとなっていることが判明しています。

高齢化と人口減少の真の課題は、少なくとも短・中期的に見れば、人口の構造変化に圧迫されている制度を改革することにより、最も効果的に対処できます。具体的には、各国の実情に応じた年金、医療・社会福祉制度および労働市場の改革、生産性の向上、不平等の削減、デジタル格差の縮小、健康で活力ある高齢化の実現、国民全体の経済的・社会的な可能性を最大限発

揮できるよう保障することが挙げられます。

このような政策を導入するためには、人口の数や出生率だけに焦点を当ててのではなく、人々のウェルビーイングを包括的、長期的かつ総合的に捉える必要があります。それにはコストが伴い、どの改革もそうであるように、一部

の既得損益は脅かされます。しかし、この手法を採用すれば、現在蔓延している恐怖とは異なるものをもたらすことができるでしょう。それは「終末論的人口論」から「人口動態に関する強靱性」への道、つまりはより公平な未来への道を示してくれるのです。



# 権利こそが カギ



「世界には人が多過ぎるのか」「世界には人が少な過ぎるのか」「人口の増え方は速過ぎるのか、それとも遅過ぎるのか」—— 世界は誤った問いを立てています。

人は、理想的とみなされる生殖水準を満たすことを目的に設計されたものでもなければ、何らかのノルマや公式のもとで生殖を強要される生殖装置でもありません。人、すなわち人間には生まれつき多くの権利がありますが、中でも生殖に関する選択を行使する権利は特に重要なものです。

こうした権利は、1994年に世界の国々が採択した画期的な協定である国際人口開発会議(ICPD)行動計画に、広範かつ決定的な形で盛り込まれています。「誰でも、可能な限り最高水準の身体的、精神的健康を享受する権利を持つ。国家は、男女平等を基礎として、家族計画と性的健康を含むリプロダクティブ・ヘルスケアに関するヘルスケア・サービスへの普遍的なアクセスを確保するため、あらゆる適切な措置を実施しなければならない。リプロダクティブ・ヘルスケア・プログラムは、いかなる形態の強制もない方法で、最も広範なサービスを提供すべきである。全てのカップルと個人は、自分達の子どもの数と出産間隔について、自由に、かつ責任を持って決定し、そのために必要な情報、教育および手段を持つ基本的な権利を有する。」

問われるべきは、人々の繁殖の速度だけではなく、すべての個人とカップルが、持ちたい場合に何人の子どもを持つかを選択する基本的人権を行使できるかどうかです。そしてこの後者の問いに対する答えは、残念ながらノーということになります。

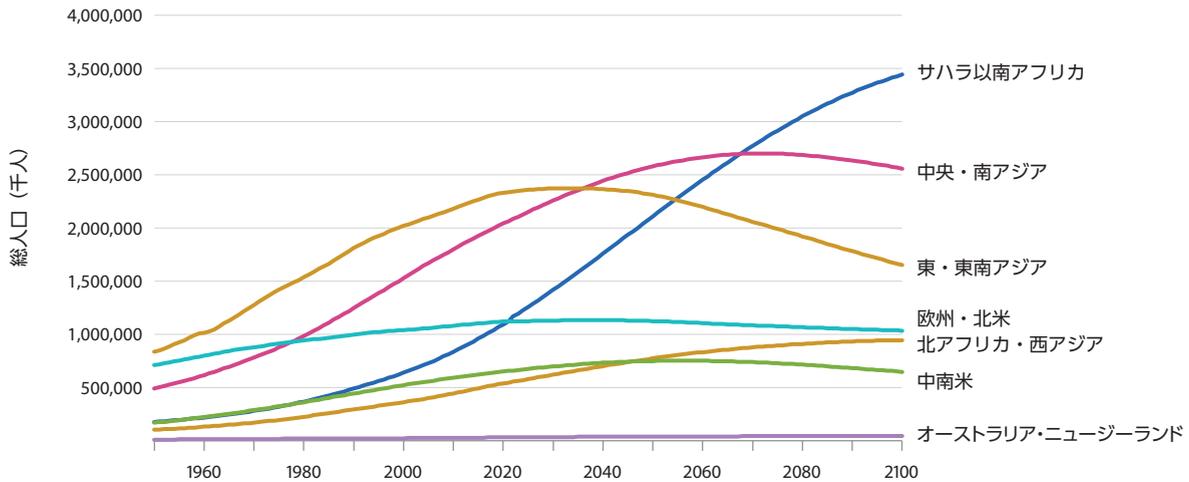
このことは本白書の他の箇所でも詳述されていますが、繰り返す価値があります。2023年のデータを見ても、自身の性と生殖に関する健康や権利について決定することができるのは、女性全体の56%にすぎないことがわかります。包括的な性教育へのアクセスを保障している国も、全体の65%しかありません(UNFPA, 2023)。また、15歳から49歳までの女性の9%は、家族計画に関するニーズを満たすことができずにいます(UN DESA, 2022c)。こうした数字は、現在、ごく一部の国しか自分の望む形で家族を持ち、ICPD行動計画に定められた「自分自身とその家族のために、十分な食物、保護、住宅、水と衛生設備を含めた適切な生活水準」という基礎条件を子どもに提供することができていないことを示しています。

## 広がる人口不安：今は理由を問うべき時

人口に対する不安が広がっていることは事実です。本白書で詳しく述べたとおり、エネルギーや食料の需要、子どもへの投資能力、そして環境への負荷という点で、世界が手に負えない数の人間を抱えているのではないかと危惧する人がいます。一方で、人口減少に直面する国も増えており、そうした国では労働力の減少、高齢化による被扶養者の増大、年金基金への圧迫の他、政治力や軍事力の低下に対する懸念も高まっています。

こうした様々な不安は、まさに現実を反映しています。人類の歴史上、世界の各国や地域の間でこれほどまでの人口増加率の差が生じたことはないからです(図24)。各国の年齢の中央値には、人類史上かつてない開きがあり、例えば、欧州では年齢の中央値が42.5歳であるのに対し、サハラ以南アフリカではその半分以下

## 世界の国・地域の総人口増減



出典: UNFPA Technical Division, 2023.

の 18.7 歳となっています (UN DESA, 2022)。

この種の人口変動に直面したとき、多くの社会や政策立案者はこれによって生じた課題に対処するよりも、純粹に人口面での解決策として、人口を増加または減少させる手段の模索を最善策と考えてきたことは、本白書でも繰り返し取り上げました。その焦点は「人口操作 (demographic engineering)」という、人口増加を抑えるための強制的な不妊手術や避妊具・薬の利用や、反対に出産を促すための短期的な奨励金 (給付金) 支給に置かれることもあり、実際に実施されてきました。こうした方法は効果がないことが明らかになっただけでなく、強制や強要の場合には明らかな人権侵害となります (Gietel-Basten and others, 2022)。すべての個人が情報、教育、サービスを受けてエンパワーメントされ、良い社会規範に支えられることにより、家族の規

模についての自由な選択が保障されることを、人権基準は求めています。こうした生殖に関する選択権は、家族でも、仲間集団でも、社会的制約でも、また政府でもなく、個人およびカップルに属するものです。

人口変動のペースにかかわらず、政府や社会は個人の選択や性と生殖に関する権利に基づく政策ツールを考案し、人口変動に対し強靱性 (レジリエンス) を高めることができます。人口動態に対する強靱性を高めるために世界の国々で取られている先駆的な対策は、不安に駆られた対応を脱し、人口がどのように変化しようとも、目の前にある流動的な機会を受け入れるのに役立っています。ある UNFPA のプログラムの解説では以下のように述べられています。「人口動態に強い社会とは、現時点での人口動態を理解し、今後の対策を講じる社会です。個人や社会、経済、環境に及びかねない悪影響を緩和

するとともに、人口変動が人々や繁栄、地球に対してもたらす好機を活用できるよう、人口動態を管理するスキルやツール、政治的な意志や公的支援を備えている社会です」(UNFPA EECA, 2020)。

人口動態に関する強靱性を達成するための出発点となるのがデータです。政策立案者は正確な人口データを手に入れることで、自国の人口動向および、重要な点として、人口変動の根本原因を把握することができます。また、ジェンダー関係やさまざまな集団の疎外といった、人口変動を促す社会構造や条件の調査など、複雑な人口推移を分析する専門知識が必要です。

また同じく極めて重要なのが、そのデータに対してどのような問いを設定するかです。例えば、(人類の適正な数という、あたかも魔法のような数が存在しているかのように) 人が多過ぎるのか、少な過ぎるのかを問うのではなく、人々、特に女性や少女、そして最も疎外された人々が、生殖に関する自己決定権を行使できているのかを問うべきです。人々は出生に関する目標を実現できているのか。そうでない場合、それはなぜか。人々の生殖に関する権利は守られ、尊厳をもって平等な暮らしができていますのか。こうした問いは政策立案者にとって、人が多いか少ないかという大きな概念よりもはるかに有用です。政策立案者や有識者、サービス提供者、その他どんな人であっても、権利と選択に関するこのような問いを立てれば、子どもを持つに値する人としらない人がいると解釈する余地は生まれません。また、その是非にかかわらず、出生率目標というのは国家やコミュニティ、雇用主など、誰かが特権的に決めるものではないことを保証します。

人口動態の変化とそのダイナミクスを理解するプロセスにこうした問いを含めると、妊娠出産の意向に関するデータの価値が一層明らかになります。データの収集や分析の観点では、将来に対する意向や欲求、希望を検討対象にすれば、より複雑になることは間違いありません。女性1人当たりの新生児出生数ほど明快な数字でもなく、人々の暮らしや欲求の移り変わりに左右されるからです。それでも、実現の可否に関わらず、個人の出産目標の背景にある情報は非常に豊富です。こうしたデータから、生殖の選択に対する障壁が、避妊具・薬、雇用、教育、保育のうちどのアクセスに関係しているのかわかります。大家族を持つ人であれば、家族は幸福で、十分な支援を得られているのか。それとも生活に苦勞しているのか。子どもがいない人であれば、それは金銭的な理由からか、それとも仕事と育児を両立できないからなのか。不妊に悩んでいるからなのか、それとも子どもがいなくても安心と満足を得られているからなのか。こうした情報は「多過ぎる」「少な過ぎる」という情報よりも具体的で、行動につなげることができます。

こうした問いはコミュニティや年齢、ジェンダー、所得水準などにより、選択への障壁がどのように異なる形で現れるのかを明らかにするのに役立ちます。社会で異なる力関係と地位にある人々のニーズの違いを認識し、未対策の課題を抱える人々を代表することの重要性を明らかにします。実際の問題が理解できれば、持続的な解決策を探ることもできます。こうした問いを立てることで、人口や性と生殖に関する健康についての包摂的(インクルーシブ)な見方を取り入れつつ、目の前の人口の実態に対応できる人口動態に対する強靱性を持ち、かつ包摂的な社会を実現するための枠組みづくりとい

う、人口動向を人為的にどちらかの方向に向ける以外の方針に貢献することができます。

## 年齢にかかわらず、すべての人々に教育を

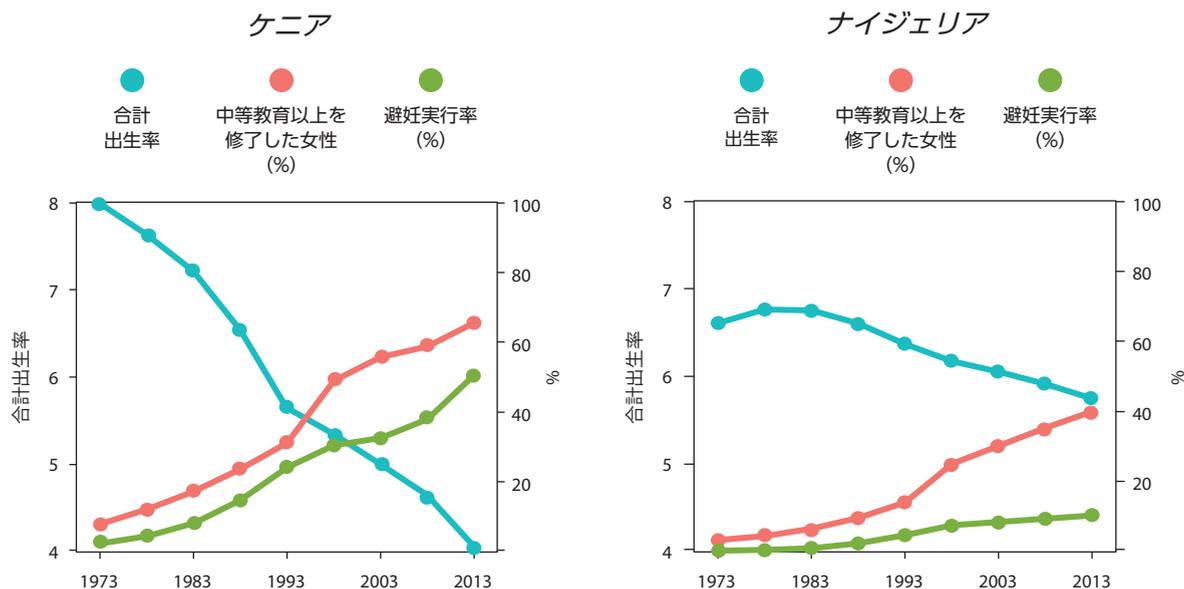
人類の発展の歴史は、少女と女性への教育が女性のエンパワーメントを実現し、性と生殖に関する権利を求めることを可能にする並外れた力があることを明らかにしてきました。出生率が高い状況において、教育と合計出生率低下との間に相関関係があることは長い間認識されており、このことを研究した文献も数多くあります。近年のある重要な研究では、全世界の開発途上国を対象に、人口と教育のデータに関する統計分析が行われました (Liu and Raftery, 2020)。そして、母親の教育が出生率に影響を

及ぼし、出生率の急激な低下は、教育を受ける少女の増加率と強い相関関係にあるとの結論に達しました (重要な点として、その相関関係は少なくとも中等教育を修了した女性に限られるものであることもわかりました)。例えば、ケニアとナイジェリアのアフリカ2か国では、教育の向上と出生率の低下に相関関係が見られます (図 25)。

この結果を見て、教育を受けた女性は母親になることを拒んでいると嘆く人もいるかもしれませんが、実際のところ、女性と少女の教育は少子化が進む状況でも同様に重要です。生涯を通じた教育と訓練の機会の拡大は、経済状況の変化に適応できるだけの労働力を拡大し、高齢化の進む国にとっても重要です (Lutz, 2019)。

> 図 25

### ケニアとナイジェリアにおける教育水準と出生率の相関関係



出典: Liu and Raftery, 2020.

## >人口動態に関する強靱性(レジリエンス)を実現するためのツールキット

UNFPAは世界各国の政府と連携しながら、人口変動における強靱性の推進に取り組んでいます。これを達成するための主なツールは、下記の通りです。

### **人口データを用いて、予め計画する：**

全国と地方の人口予測と人口の現状分析を含む、人口インテリジェンス（情報を包括的に収集しまとめて意思決定に利用）を確保する。

### **人口動態傾向が経済や新規社会政策の必要性に及ぼす影響を把握する：**

人口ボーナス特性、国民移転勘定、国民時間移転勘定などのツールを用いる。

### **今後の政策対応が人権に及ぼしかねない影響を調査する：**

人口操作に焦点を絞った政策は回避し、その代わりに生殖に関する権利と選択のさらなる実現が持つ可能性に信頼を置く。

### **人々の出産に対する意向と希望を支援する：**

あらゆる所得層、年齢および社会集団の人々が、望む数の子どもを持っているかどうかを把握する。答えが「いいえ」である場合、生殖に関する権利は損なわれている。答えが明確でない場合には、出産に関する希望と、その実現を阻む障壁を把握する調査を行う。

### **性と生殖に関する健康と権利への普遍的アクセスを確保する：**

性教育、近代的な家族計画法、生殖補助医療などの性と生殖に関するヘルス・サービスを含む。

### **若者が自身で選択した場所で、将来を築くことができるようにする：**

若者が移民として流出または流入している国で、その移住の理由を把握するとともに、焦点を絞った投資や社会政策で対応する。

### **(包括的ケア・システム) 強力で多様かつ強靱な家族の構築を支援する家庭政策を確立する：**

家庭向けの経済的支援、質が高く手ごろな価格の保育、高齢者向け介護制度、柔軟な勤務形態、両親にとってより平等な育児休暇規定を含む。パートナーシップや家族形態の多様性に対する社会と法律の認識を確保する。

### **断固としてジェンダー平等を推進する：**

経済・労働政策や構造変革を通じ、女性の能力強化の推進に必要とされていることに取り組むとともに、家庭と職場でより公平なジェンダー規範を推進する。

### **より包摂的な社会を推進する：**

教育と生涯学習、人的資本への投資などを含む。若者や女性、少数者、高齢者および障がいを持つ人に対して労働市場を開放し、より多くの人々が積極的に経済に寄与できるようにする。

### **移民の包摂を促進する：**

労働界と社会全般において移民の包摂を促進する。

また生涯学習は、幼少期に適切な教育を受けられず、この先何十年もの人生を生きる何百万人の人々にとって不可欠です。これは特に、早婚や妊娠によって教育を中断した少女に当てはまります。研究によると、経済成長はすべての年齢層の人々に対する教育を反映しています（若者のみに焦点を当てると、結果が出るのは何十年も先のことになります）(Lutz, 2019)。また、教育そのものが子どもを持つことを思いとどまらせるわけではありません。少子化が進む状況では、多くの場合、学歴の高い女性は低い女性よりも高い妊娠出産意欲を持っているにもかかわらず、その実現を阻む障壁に直面しています (Beaujouan and Berghammer, 2019 ; Channon and Harper, 2019 ; Testa and Stephany, 2017)。

極めて簡単に言うと、女性と少女を含めたすべての人を対象とした教育の提供は、自分自身の身体について理解したり、妊娠出産を管理したりするために必要な情報と教育を誰もが手に入れるという、ICPD 行動計画の基本要件を満たすことにつながります。包括的な性教育が重要なものこのためです。もちろん教育がエンパワーメントに対して果たす役割は、自身の生殖の管理を可能にする他のにもはるかに多くありますが、生殖においても強調し過ぎるということはないほど重要です。

## あらゆる人口状況で、避妊具・薬へのアクセスを

そしてどんなに強調してもしきれないのが、避妊の重要性です。これは、どんな人口状況であってもです。意図しない妊娠は、個人と社会双方のレベルで、健康・人権上の課題を生み出します (UNFPA, 2022)。妊娠、出産と子育てを希望に満ちた積極的な選択とするためには、

個人が意図しない妊娠を防ぐことも不可欠です。これは出生率が低い国と高い国の両方に当てはまる事実です。

女性が望まない妊娠や計画外妊娠を避けるために必要な支援について、UNFPA には 50 年に渡るプログラムの経験があります。現代的避妊法、必要なサービス提供とアクセスを拡大させるための公共情報を最適化させるために長い年月を掛けています。それはすなわち、カップルや個人の妊娠出産に関する希望が時間とともに変化したとしても、それを保障するということです。また性と生殖に関するヘルス・サービスが、文化的に適切で、不名誉を感じることなく、権利を肯定し、望むのが避妊か不妊治療かに関係なく個人のニーズに沿う形で提供されることを保障する活動でもあります。そしてさらに、医療以外のサービスの現場である教室やコミュニティスペースなどで包括的な性教育を提供したり、からだの自己決定権の尊重を促進したりすることでもあります。

さらに、避妊と妊娠出産に関する意向という、誤って伝えられたり誤解されたりすることの多い関係性を理解することも大切です。20 年以上にわたる 26 か国の調査を見ると、避妊実行率の上昇は主に、女性やカップルの妊娠出産意向が変化して望む子どもの数が減少したためではなく、元々少ない家族を希望していた人々の間に利用が広まったことの結果であることがわかります。つまり避妊の実行は、需要の増加よりも供給の増加に依存するものです。この調査では、次のことがわかっています。「ラテンアメリカ、アジアおよびアフリカにおける 1970 年代以降の避妊実行率の大幅な上昇は、より少人数の家族を希望するようになったためというより、既にあった需要が満たされた結果にすぎ



ません。26か国のすべてにおいて大きな割合で需要が充足されており、24か国では避妊実行率増加が70%以上、3分の2の国では80%を超えています。(中略)このことから、カップルの妊娠出産意向に変化が無かった場合でも、確認された避妊実行率の上昇のほとんどは起きたはずだと言えます」(Feyisetan and Casterline, 2000)。

その上で、望む子どもの数が避妊具・薬へのアクセスや情報に伴って変化することを示すデータもあります。1990年代にバングラデシュで行われた調査によると、母親の年齢、女性が現時点で避妊具・薬を使用しているか、女性が家の外で働いているか、そして重要な点として、女性が家族計画を担当するフィールドワーカーと会ったことがあるかが、小さな家族を希望する主な決定要因となっていました(Kabir and others, 1994)。つまり、性と生殖に関するヘルス・サービスへのアクセスが、女性自身の妊娠

出産に対する理解と、子どもをより多く持とうとする願望に直接の影響を与えたこととなります。パプアニューギニアの別の調査でも、遠隔地に暮らす非識字の女性は、もし避妊具・薬にアクセスでき、家族計画に関するカウンセリングを受けていれば、より小さな家族を望む傾向が高いことが判明しています。重要なのは、こうした女性が望む子どもの数に関する考え方は、生まれる子どもが出産時または乳児期に死亡する可能性をどう考えているかによって左右されるという点です。調査に回答した女性は、子どもの生存率に関する理解に基づいて、自身が実際に望む数よりも2人以上多く子どもを産みたいと考えていました(Pust and others, 1985)。19世紀から明らかになっているとおり、妊産婦医療サービスの進歩と乳児生存率の改善は、つまり子どもが成人するまで生き延びられるという確証があれば(かなり長いタイムラグがあるとはいえ)、希望する家族のサイズを縮小させるのです。

避妊サービスの価値は、ほぼ普遍的に認められているにもかかわらず、すべての人が利用できるとは言い難く、それとは程遠い状態にあります。ここ数十年、パートナーのいる女性の間で満たされない避妊需要(アンメット・ニーズ)の割合は、2000年の12.2%から2023年の10.6%へと、わずかしこ改善していません。今後について2030年までの予測を見ると、家族計画の必要性のある女性の数は12億人に増えますが、人口増加のために、2億6,200万人の女性の現代的避妊法のニーズは依然として満たされず、絶対数で言えば2023年の2億5,700万人から増加することになります。現代的避妊法により満たされるニーズの割合は、2030年までに78.2%と、微増にとどまる見込みです(UN DESA, 2022c)。つまり、家族計画プログ

ラムを加速させる取り組みを強化しなければ、供給は需要になかなか追いつかないこととなります（Kantorová and others, 2020）。

## 性と生殖に関する健康：避妊のほかに

最もよく話題にされながら、おそらく議論されることが最も少ない性と生殖に関するヘルス・サービスには、避妊に関するカウンセリングとケア、HIVを含む性感染症の検査と治療、および妊産婦ヘルスケアが挙げられます。これらはいずれも根本的なもので、ICPD 行動計画や持続可能な開発目標（SDGs）を達成するためには、こうしたサービスに対するアクセスをすべての人に提供することが必要です。しかし、包括的な性と生殖に関するヘルス・サービスには、こうした本質的サービス以外の要素も含まれます。

性と生殖に関するヘルス・サービスは予算面、社会面の懸念からたびたび制約を受け、時には法律による規制を受けることもあるため、その拡大を要求するのは容易ではないかもしれません。しかし資源が乏しく保守的な社会でさえも、人権と経済の観点から、この目標に向けて取り組む理由があることは明らかです。サービスを拡充すれば、特に不妊症の予防と治療、合法である場合には安全な中絶へのアクセス、さらに中絶の法的地位に関わらず、中絶後のケアへのアクセスを満たすことができます。

### 不妊治療

全世界のおよそ4,800万組のカップルと1億8,600万人の個人が不妊症であると推定されています（Mascarenhas and others, 2012）。これほどの数値にもかかわらず、不妊症対策は性と生殖に関するヘルス・プログラムの対象外で

あることが多く、費用が公衆衛生制度で負担されることはほとんどありません（WHO, 2020）。特に開発途上国では、これまでの家族計画プログラムで（明示的または暗示的に）高い出生率の引き下げが期待されていたこともあり、不妊治療を受けることは困難です。「家族計画」という言葉自体が、避妊と同義で使われることがよくありますが、本来は生殖に関する計画のあらゆる側面を網羅し、個人やカップルが望みどおりに子どもを持てるよう支援する施策も含意するものです。

しかし多産の国では、実際のところ、不妊症の比率が過度に高い可能性があることを示す研究もあります（ESHRE Task Force on Ethics and Law, 2009）。研究者は、逆説的ながらもアフリカをはじめとする多くの国は高い不妊率と高い出生率の両方に直面している（ときに「豊穡の中の不毛」と呼ばれる現象）と言及し、「不妊率が世界でも最も高い地域では、信頼できる診断や治療が提供される可能性が最も低い」と指摘します（Inhorn and Patrizio, 2015）。しかし、到達可能な最高水準の心とからだの健康を享受し、子どもの数と出産の時期、間隔を決定する個人の権利が、住む国や加入する保健医療制度に左右されることがあってはなりません。さらに当然のことながら、高い出生率の引き下げを優先する国に住んでいるからといって、こうした権利が制限されてはなりません。

世界保健機関（WHO）は、次のような認識を持っています。「異性のカップル、同性のパートナー、高齢者、性的関係を持たない人の他、一部のHIV感染不一致のカップルや癌サバイバーなど、特定の医学的条件を持つ人を含め、様々な人々が不妊症への対処やケアサービスが必要としているかもしれません。不妊症ケアサ

ービスへのアクセスの不公平や格差は、貧困層や未婚者、教育を受けていない人、失業者その他の疎外された人々に悪影響を与えます」(WHO, 2020)。

性と生殖に関するヘルス・サービスによってすべての個人やカップルが希望を叶えられるようにするには、不妊症の予防と治療を受けられるようにする必要があります。WHOは、全世界の不妊症の発生率と病因についてさらに研究を進め、患者の所得水準や居住地に関係なく、より良い対応ができるよう求めています。そしてどの国でも、不妊症を予防可能な疾病として認識し、包括的な性教育プログラムで不妊症を取り扱うなど、不妊治療へのアクセスの不公平を緩和することや、不妊症への影響があることがわかっている環境汚染物質や有毒物質の廃絶に取り組む政策を導入することができると指摘しています (WHO, 2020)。

ヘルスケア経済学者も、不妊症予防に取り組めば個人が体外受精などの技術に莫大な費用をつぎ込むことを回避でき、ヘルス・システムの負担も大幅に節減できることを指摘しています (Bourrion and others, 2022)。予防への取り組みには、喫煙や過度の飲酒などの生活習慣要因への対策や、生殖管感染症、性感染症および安全ではない中絶による合併症の予防と治療が挙げられます。また、生殖補助医療は、依然として費用が高いものが多くあるとはいえ、低・中所得国でも利用可能になってきています (Inhorn and Patrizio, 2015)。(これについては法的な障壁を克服することも必要です。コスタリカは2016年に体外受精を合法化した最後の国です (Mora-Bermúdez, 2016)。) 低コストの生殖補助医療として、低コストでより簡易な体外受精などの開発も進められています

(Ombelet, 2014)。

不妊治療の利点は、一人ひとりの家族に関する計画における能力強化という主目標の達成に加え、根深いジェンダーの不平等や差別に伴う深刻な苦痛を和らげることにも役立つ可能性があります。男性も女性も不妊の影響を受けますが、いくつかの推計によると、不妊事例の20%から30%は男性のパートナーのみに原因がある他、男性のパートナーは不妊事例全体の約半数に関与しています (Agarwal and others, 2015)。しかし多くの社会では、不妊の原因は当然のように女性にあるとされ、その結果として(ほとんど保護を伴わない)離婚や社会的スティグマ、精神的苦痛、不安、抑うつ、さらには暴力や不当な扱い、虐待などが生じています。不妊の恐怖は、自分の生殖能力を証明しなくてはならないプレッシャーを感じている女性や男性に、避妊具・薬の利用を思いとどまらせることもあります (WHO, 2020)。また金銭的な影響として、家族に相続権を奪われたり、子どもが提供してくれたかもしれない高齢者介護を受けられなくなったりすることもあります (ESHRE Task Force on Ethics and Law, 2009)。さらに、多くのLGBTQI+ (レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クエスチョニング、インターセックス等)の人々や同性のカップルなど、不妊の問題に不当に多く直面し、解決策へのアクセスにおいても差別を受けるおそれのある特定の人々も存在します。

### 中絶ケア

人工妊娠中絶は、世界の過半数の国(データを報告した国連加盟国147か国中96か国)で合法であり (Center for Reproductive Rights, 2023)、これは中絶が性と生殖に関する

るヘルスケアに不可欠な要素であることを裏付ける確かな証拠となっています。それでも中絶の利用可能性は、妊娠週数・月数に基づく制限や、中絶を希望する理由に基づく制限など、制約がある場合が多くあります。ほとんどの国は、女性の命を救うため、健康を守るために、レイプを受けた場合や胎児に機能障害がある場合に中絶を認めています。これら以外の場合については、規制が大きく異なっています。一部あるいは全ての理由のもとでの中絶が合法化されている国のうち28%では、既婚女性の中絶には配偶者の同意が必要とされており、36%の国では未成年者の中絶に司法同意が必要とされています。63%の国では、違法な中絶を受けた女性は刑事責任を問われる可能性があります (UNFPA, 2023)。

安全な中絶を妨げるのは、法的な規制だけではありません。費用、医療インフラの問題、そしてスティグマも、安全な中絶（必要なスキルを備えた者が、WHOが承認した適切な方法を用いて安全な条件下で施術するものと定義 [WHO, 2021a]) に対する障壁となっているため、安全でない中絶の件数は受け入れがたいほど多く、個人や経済、社会に膨大な負担が生じています。

年間で7,330万件ほどの中絶が行われています (Bearak and others, 2020)。2010年から2014年までのデータを見ると、中絶の約45%は安全でないものでした（そして、これらのほとんどは開発途上国で行われています） (Ganatra and others, 2017)。安全でない中絶は、世界的に見て妊産婦死亡の主要な要因の一つであり (Say and others, 2014)、妊産婦死亡件数全体の約4.7%から13.2%を占め (WHO,

2021a)、毎年約2万2,800人の死者を出している他 (Guttmacher Institute, 2018)、広く疾病や障害の原因にもなっています。途上国では、毎年約700万人の女性が安全でない中絶の合併症のため医療施設で治療を受けており、これによる年間治療費は概算で5億5,300万米ドルに上ります (Singh and Maddow-Zimet, 2016)。サハラ以南アフリカならびにラテンアメリカ・カリブ両地域での調査では、安全でない中絶を受けた女性の約半数が、少なくとも中程度の合併症を体験しています (Qureshi and others, 2021)。安全でない中絶による疾患と死亡は、生殖年齢の女性から毎年、障害調整生存年（個人の生産寿命の損失を測る指標）にして延べ500万年を奪っており、この莫大な数字でさえ、まだ少なく見積もられている可能性が高いのです (Grimes and others, 2006)。

望まない妊娠の数が一貫して多いこと（年間1億2,100万件と、妊娠全体のほぼ半分に相当 [Bearak and others, 2020]）、恐るべきことに性的暴力が世界中至る所に存在していること、そして絶対に確実な避妊法はないことを考えると、安全か安全でないかにかかわらず、中絶に対する需要が無くなることはないでしょう。それでも政策立案者は、規制しても中絶は減少しないという多方面での研究結果があるにもかかわらず、安全な中絶に対して法的な障壁を設け続けています。それにより、中絶が安全でないものになり、女性が障害を負ったり、死亡したりという結果を確実に引き起こしているのです (Bearak and others, 2020)。

中絶が違法である国でも、中絶の水準は合法である国とほぼ同じです (Bearak and

others, 2020)。(中絶に関する法律がより自由な国では、意図しない妊娠率が低くなる傾向があることは重要です。これは、性と生殖に関するヘルス・サービスが性的に活発な人々のニーズにより配慮したものになっている結果だと考えられます [UNFPA, 2022]。) 中絶を規制することはつまり、中絶件数を減らすよりも、女性の健康を損なうことにつながります (PLOS Medicine Editors, 2022)。中絶規制は、特定の集団にさらに大きな悪影響を及ぼすおそれがあります。例えば、合法的中絶が可能な期間を短くすると、生理不順の女性が中絶を受けることは難しくなります (Nobles and others, 2021)。特に、中絶へのアクセスがますます脆弱なものとなり、反論を受けやすくなることを考えると、こうした悪影響は深刻な懸念を伴います (Miani and Razum, 2021)。

実際、中絶を規制するのではなく、性と生殖に関する権利を支援する政策を促進することには「波及」効果もあります。例えばウルグアイでは、中絶の合法化に伴い、思春期の妊娠が減少しました (Cabella and Velázquez, 2022)。安全な中絶へのアクセスを拡大すれば、安全でない中絶の合併症に関連する不妊症を減らせる可能性もあると、中欧・東欧とサハラ以南アフリカのデータを検討した研究者は言及しています (Mascarenhas and others, 2012)。つまり、安全な中絶は、女性が子どもを望む場合に出産能力を高める可能性があるのです。

## 性と生殖に関するヘルス・サービスをすべての人に

近代的避妊法と、より広範な生殖に関するヘルス・サービスの満たされない需要 (アンメッ

ト・ニーズ) に関するデータを見ると、ここ数十年で急速な進歩が見られてはいるものの、一定のコミュニティが依然として取り残されていることは明らかです。具体的には思春期の少女や障がい者、高齢者、疎外された民族集団、難民や移民、不妊のカップルや個人、中絶にアクセスできない女性などが挙げられます。

性と生殖に関するヘルスケア・サービスへの普遍的アクセスを達成するためには、より包摂的な視点から、生殖に関する健康や権利に関するプログラム策定に取り組む必要があります。つまり、最も疎外された人々にも届くであろうと受け身の姿勢で想定するのではなく、こうした集団のニーズに積極的に取り組むことが必要だということです (142 ページ「取り残されているのは誰か」を参照)。しかし権利擁護者や研究者は、単に疎外された人々やリスクの高い集団に「対象を絞った」アプローチを採用しないように警告しています。窮地に立つ人々の選択肢を広げるどころか、これを狭めるトップダウン型の政策決定に陥るおそれがあるからです (Gomez and others, 2014)。むしろ取り残されている人々の声に耳を傾け、またプログラム策定の際には、こうしたコミュニティ自体のニーズや解決策、リーダーシップに対応する必要があります。

## 包摂的な社会は強靱な社会

社会が人口動態に関する強靱性を実現するためには、人的資本開発について幅広い視点を採用すべきで、例えば労働市場や社会全体における移民の包摂的な参加があります。多くの国で、移民は現地の労働市場に参加することも、やりがいのある人間らしい仕事 (ディーセント・ワーク) を確保することもほとんどできません (Zetter and Ruaudel, 2018)。移民はしばしば、



最も脆弱かつ危険で、賃金も低く安定性に欠ける仕事へと追いやられています (Orrenius and Zavodny, 2009)。例えば、海外で取得した資格の認定を促進し、参加に対するその他の障壁を取り除くためには、さらなる取り組みが必要です。

グローバルな視点から見ると、一方に人口の高齢化を抱える国があり、他方に若い人口を抱える国があるという現状は、理論的には連携や交流、強靱性の共有の機会に恵まれていることとなります。高齢化が進む国が、若く出生率の高い国と連携し、経済的な移住を支援すれば、移民の流れにより労働年齢人口が増え、年金制度が安定し、さらに短期的な出生率の向上にも寄与するかもしれません。高齢化が進む国の中には、この道を選んだ国もあります (カナダは

例としてよく引用されます) (Cheatham, 2022)。第3章で概説したとおり、この取り組みが一般的でないことには理由があります。しかし、現代世界の人口動態における多様性を考えれば、移民から恩恵を受ける社会をより包摂的に捉えることは、人口に関する懸念に対処するための有力な手段の一つとなり得るでしょう。

### ジェンダーの平等無しに進歩はない

強靱性を高めるという目標は、ジェンダーの平等無しには達成できません。ジェンダー平等は、出生率が高い状況における強靱性と発展の前提条件として重要であるとよく強調されています。しかし、出生率の低い状況においても重要性は同じです。最新の研究では、ジェンダーの不平等は人口増加率に関係なく、経済成長を

阻む長期的な障害となっていることを示しています (Santos Silva and Klasen, 2021)。

国連人口部が発表した『世界社会情勢報告 2023』によると、少子高齢化が進む国においては、退職年齢の引き上げと、国際的移民の受け入れ水準の引き上げまたは維持に加えて「労働力参加におけるジェンダー平等の達成が、必要な(労働生産性)上昇の成否を左右」します (UN DESA, 2023)。「調査対象の 167 か国のうち 99 か国では、これら 3 つの要因のうち、労働力参加におけるジェンダー平等の達成が、最も大きな変化をもたらします。」同じ調査により、出生率の引き上げを積極的に目指したとしても「2020 年から 2050 年にかけての 1 人当たり所得の向上には限定的な効果しかもたらさない」ばかりか、扶養される子どもが増えることで、経済成長加速の見込みは事実上損なわれることが明らかになっています。

ある著名な社会学者によると、出生率が極めて低くなる現象は、女性のキャリアアップが実際には可能であるにもかかわらず、実際には仕事と家庭のどちらかの選択を迫られる国において起こりやすいと言います (Rosenbluth, 2007)。家庭内でのジェンダー不平等は、女性が家事と育児の負担を一手に引き受けることを意味し、民間や国は、働く親たちへの支援(保育、育児休暇など)をほとんど、もしくは全く行っていません。職場でのジェンダー不平等、家庭でのジェンダー不平等、勤労者世帯への構造的支援の欠如という三重の足かせは、同様の所得水準にありながら出生率が高い国との比較において、少子化が進む国の特徴となっています。

出生率の引き上げに向けた確実な一歩とし

て、家族がリソースと労働をいかに生み出し共有するかという点で、より柔軟な姿勢をとることが挙げられます。もちろんこれは、稼ぎ手が 1 人といういわゆる「伝統的」家族構成を廃止すべきだということではありません(詳しくは 117 ページを参照)。稼ぎ手が 1 人というのは妥当な選択肢であり、これが唯一の選択肢である家庭も存在します。しかし、家庭経済について視野を広げ、出産と子育ての大きな労働負担を認識し、父親や拡大家族、保育サービスによる子育てや介護への貢献を評価し、成人男性だけでなく、成人全員の経済的能力強化を可能にすることは欠かせません。もちろんこれは、長年にわたってフェミニストの学者や政策立案者が主張してきた内容です。正規・非正規双方の労働市場、職場、そして家庭でジェンダー平等の条件を整備すれば、すべての人に利益をもたらすのです。

少子化が進む環境では、女性の教育や雇用、エンパワーメントが出産を阻んでいるようにデータが誤って解釈されることもあります (Cusack, 2018)。しかしフランスの実例は、この想定に反するものです。2020 年のフランスの出生率は欧州連合 (EU) で最も高く (Statista, 2022)、EU 平均の女性 1 人当たり 1.5 という出生率に対し、1.8 となっています (World Bank, 2022)。またフランスは、女性の労働参加率が世界でも最も高い国の一つです。これは単なる偶然ではないかもしれません。「欧州の出生率は、女性が働きに出る国で高く、女性が基本的に家庭にとどまっている国で低くなっています。(中略) 欧州諸国の出生率のマップはある程度、働く女性のマップと重なります」 (Chemin, 2015)。女性が自己決定権を行使できていることが、社会にとって利益となっていることが、ここからも確認できます。フランス国

立人口研究所の人口学者ロラン・トゥールモン氏は「女性が自己決定権を持つことは、制度（が機能するの）に欠かせません」と述べています（Chemin, 2015）。

家庭や働く女性を支援する具体的な社会政策は、必然的にそれぞれの社会が置かれた状況や、利用できる手段によって異なります。例えばフランスで導入されている制度は、長年にわたる適応と革新によって、以前の奨励制度から、女性に対し望む出産の実現能力を強化する制度へのシフトが起こった結果です（UN DESA, 2015）。

実際のところ、報奨制度からエンパワーメントへの移行は重要です。人口学者がよく受ける質問に、ジェンダー平等の向上は国の出生率の増加に役立つのかというものがあります。この点について合意は得られておらず、一部の研究でわずかな関連性を示しているだけです（Kolk, 2019）。しかしこの種の問いの立て方は、その出産が問題とされている人々自身の意図や願望を排除しているという点で、多くの面で本質的問題を抱えています。女性が何人の子どもを産みたいと考えているのか、そしてその願望を実現するための条件が整っているのか、と問うことがより適切です。

出産奨励策から生殖に関する主体性をエンパワーメントすることへの移行は、人権面だけでなく経済面でも、社会に大きな利益をもたらします。女性が出産・育児と仕事のバランスをとることを選択できるような取り組みは、即時の生産性向上（より多くの世帯員が有給労働に加わるよう促すことで実現される）と将来的な生産性向上（「有利なスタート」を切って、子ども生涯生産性が高まることで実現される）の

両方につながります（Penn Wharton, 2021）。一方、ジェンダーの不平等は経済成長と負の相関関係にあります（Klasen, 2000; Wiley, 2014）。その証拠基盤は強固であり、多くの国や地域でこれを裏づける事例が見られます（Tsani and others, 2013; Thévenon and others, 2012）。

教育やジェンダー平等プログラム、女性の雇用などの開発推進要因による人的資本開発を、個人の生殖目標を操作するツールとして用いるべき、ということをデータは示していません。むしろ、いくつもの研究が女性が自らの選択を実現するためのエンパワーメントの重要性を強調しています。また、そうした選択は時代と状況によって変化するとしています。研究者たちは、2013年の『ランセット』誌での論文で「望む数の子どもと適切な出産時期の実現は、女性、家族、社会にとって大きな利益になる」と結論づけています（Darroch and Singh, 2013）。

2021年に発表された統計によると、韓国の出生率が世界で最も低く、6年連続の低下で女性1人当たり0.81にまで落ち込んでいます（Yoon, 2022）。韓国の市民がそれ以上子どもを持たないのは、必ずしも子どもがほしくないからというわけではなく、支援体制の欠如によって、責任を持って選択を行うことができないからだとされています（Yoon, 2022）。それでも、ジェンダー規範の固定観念は根強く残っています。OECD諸国の中で、韓国の男女間賃金格差は31%と最も大きく、OECD平均の2倍を超えています。また『エコノミスト』誌による働く女性の「ガラスの天井」指数でも、OECD最下位となっています（Ahn, 2022）。

もちろん、社会的、経済的状況はコミュニテ

によって異なるため、生殖に関する選択を支援するために必要な具体的な制度も異なります。家庭を支援し、職場でのジェンダー平等を促すためのプログラムの実施費用に対して反対する人々も多く、この種の投資を行うために使える資金の規模が国によって異なることも事実です。しかし世界銀行は、たとえばスリランカのような中所得国で出産と子育てを支援する体制がなければ、国にとって莫大な支出が生じると述べています。より多くの女性が有給の仕事に就くことで生じる経済・社会的利益が失われてしまうためです。スリランカの女性の就労率は36.6%であり、世界銀行の調査では、この数字は特に育児など、女性が家庭内で負う義務に起因するとしています。「核家族が一般化し、女性は子育てを手伝ってくれる拡大家族と一緒に暮らすことが少なくなっています」(World Bank, 2018)。これは発展にとっても、女性が自己決定権を行使する能力にとっても、制約となります。より包摂的な家族のあり方を提示すること、特に誰が家計を支えることができ、誰が家族の面倒を見ることができるのかを考えることは、教育機会や家族支援サービスを提供するために行う投資同様に重要です。

## 人口とはつまり、人々とその権利のこと

本白書でまとめられている事象を大まかに要約すると、生殖に関する権利を規制する政策には効果がなく、社会全体に害を及ぼす一方で、生殖に関する権利を支援する政策は、すべての人々の繁栄、そして世界の変わりゆく現実への適応の可能性を引き出すということになります。実際のところ、権利というものは、それを支援する強力な政策がない限り、単に理論上のものにすぎないのです。

性と生殖に関するウェルビーイングを確保するためのもう一つの柱に、性と生殖に関する正義という、新しい原則があります。これは「入り組んだ抑圧に対処」し、「これまでしばしば声を無視されてきた人々の体験」に焦点を当て、「生殖を罰則的に規制する権力と特権の体系的分析を可能にする」ものです (McGovern and others, 2022)。ジェンダーの不平等や人種の不平等、階級その他の組織的不公正はいずれも、性と生殖に関するウェルビーイングの実現を損なうもので、法制度またはヘルス・システムによって十分に対処されていません。市民社会団体や草の根組織、女性団体その他、最も疎外された人々の視点や経験を発信するフォーラムは、生殖に関する正義を前進させ、ともすれば意識的または無意識的に害を及ぼし続ける可能性のある法制度およびヘルス・システムの説明責任を確保するために欠かせないリーダーであり、パートナーでもあります。2019年のICPD25周年ナイロビ・サミットで達成された生殖に関する健康と権利の機運をさらに高めることを目的とする「ICPD25周年ナイロビ・サミットのフォローアップに関するハイレベル委員会」は、各国に対し、普遍的な性と生殖に関する健康と権利を実現する前提条件として、性と生殖に関する正義を達成するよう求めています (McGovern and others, 2022; Luchsinger, 2021)。

これらすべての面で取り組みを拡大しない限り、ICPD 行動計画のビジョン全体も、SDGsのターゲットにある性と生殖に関するヘルスケアへの普遍的アクセスも、世界は達成できません。世界があらゆる分野ですべての可能性を実現するためには、これらの合意された野心的目標を達成する以外に道はありません。全世界の生殖に関する健康プログラムの現状を広範に調

査したものでは、次のように結論づけています。「生殖に関する健康の進歩は、女性の経済的な能力強化の進歩につながります。避妊具・薬の利用が拡大すれば、女性の主体性、教育および労働への参画率が向上します。初産の年齢が高くなれば（思春期の出産が減少すれば）、学校教育を修了し、正規の労働市場に参入できる可能性が高まります。そして出産する子どもの数が少なくなれば、労働参加率が上昇します」（Finlay and Lee, 2018）。

## 無限の可能性

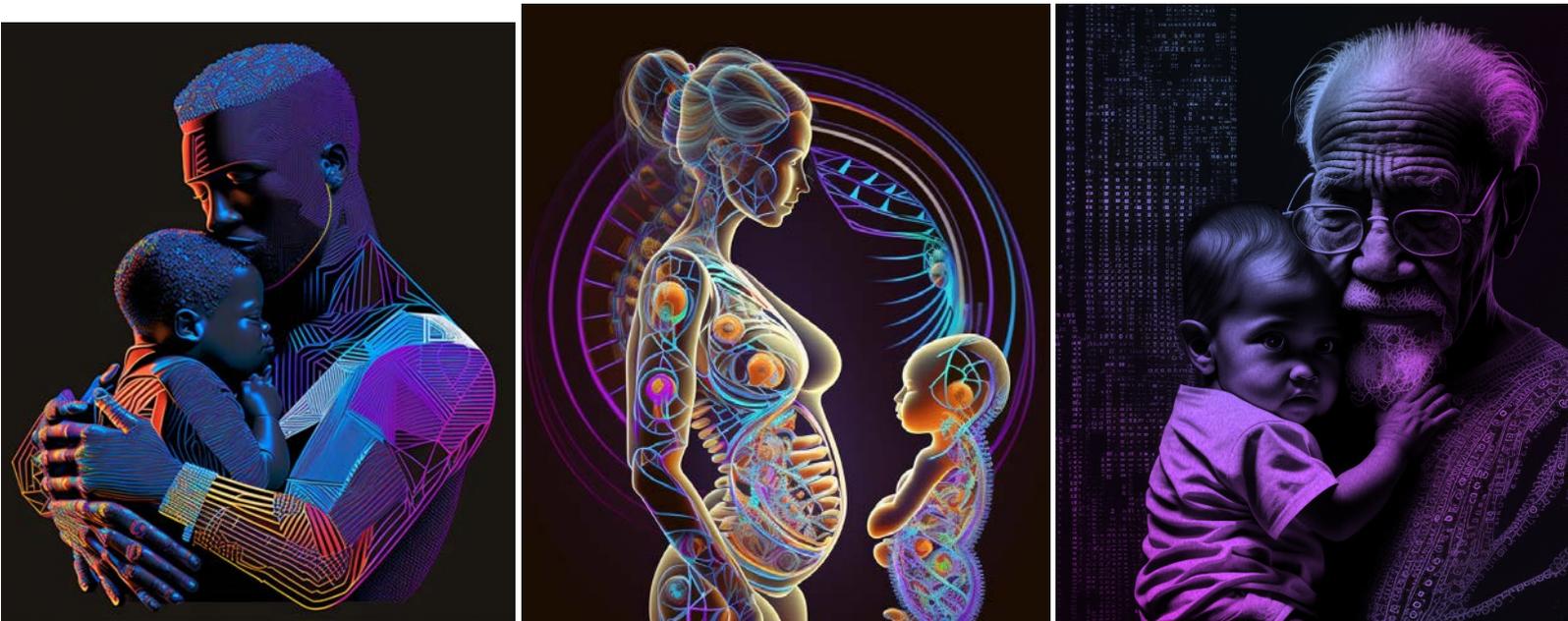
本白書で取り上げた不安の多くは、懸念を説明するための表現に明瞭さと人間らしさが欠けていることから生じています。いわゆる「人口に関する懸念」について語る際に具体性が無いと、女性の身体や外国人、疎外された人々に対して、恐怖と非難の矛先を向けることに陥がちです。世界の多くの場所で依然として用いられている「人口の制御」という言葉や（Yu, 2022; Kates, 2005）、「多過ぎる」「少な過ぎる」といった表現は、有害であるだけでなく、生産的な議論を行うには曖昧過ぎます。避妊具・薬を割当制にしたり、出生率を上下させるためにその利用を戒めたりすることは、人を全体で捉え、将来世代を生産する道具としてみなす非人間的な手法です。

経済的、軍事的、社会的その他の目標達成の観点から人口の有用性について語ることは、さまざまな意味で逆行しています。人口とは、基本的に人々のことです。経済的、軍事的その他のシステムは、人類の利益に資するように用いられるべきツールであり、その逆ではありません。人々は目的そのものであり、目的を達成するための手段ではないのです。人々が可能性を十分に発揮し、健康と教育を享受し、機会が与

えられていれば、人々は豊かになり、その結果としてシステムも栄えることは、データが示しています。

人口という単語は、地方または国、民族的または宗教的、地域的または世界的など、さまざまな集団を示す意味で使われます。そのため、正確には誰を指しているのかという点で曖昧さが生じます。国の人口には、不法移民や難民も含まれるのでしょうか。含まれない場合、こうした人々の権利を保障するために必要な仕組みはあるのでしょうか。政策立案者が一般的に、人口増加が急激過ぎる、または緩慢過ぎると述べる時、暗に特定の人々または特定の少数者集団を指し、その他の人々は含まれていないのでしょうか。迫り来る「人口崩壊」に対して不安を表明する評論家たちは、女性が生殖機械としての役割を果たしていないことを嘆いているのでしょうか。それとも社会的・法的条件によって、女性やカップルの出産に関する目標の実現が妨げられていること嘆いているのでしょうか。指導者が、十分なサービスが行き渡っていないコミュニティで出生率を下げるために避妊具・薬の普及を求める場合、このコミュニティでは生まれる子どもが少ない方がよいのでしょうか。それともコミュニティの一人ひとりが、生殖に関する主体性を十分に行使できていないとりたいのでしょうか。

人口についてより有意義な議論をするためには、権利を擁護する表現や具体的な表現を使う必要があります。両方とも、この数十年間に人類が成し遂げた大きな成果を認めつつ、具体的な課題をはっきりと表現し、明らかな解決策を見つける助けになります。「多過ぎる」という表現を使わないことは、人類の存続と長寿の成果を認識することを意味します。「少な過ぎる」



という表現を使わないことは、女性が自身の状況に応じた家族計画を行えるようになってきたことを認識することを意味します。私たちはこうして勝ち得たものを称賛する一方で、望む子どもの数と現実の子どもの数の間にある懸念すべきギャップに留意しつつ、年金積立の仕組みをより健全化することを求めるとともに、送り出し国、通過国および受け入れ国の間の秩序ある安全な規則的な移民の移動を可能にする政策を実施し、同時に労働参加率の向上を図る必要があります。

この学際的報告書では、生態学者や経済学者、防衛計画担当者、フェミニストの視点から捉えた人口について検討しました。そして、政策立案者や報道関係者、医療従事者、各国の首脳や一般の人々が使用する表現や、こうした人々が表明した懸念に注目しました。そこでわかったのは、人口に対する不安はこうした議論の領域すべてに広がっているものの、それぞれの不安の性質は異なり、互いに矛盾することも多いということです。本白書は、問題のすべてに答えを出しているわけではなく、そもそもそれは不可能なことです。繰り返し見てきたとおり、人

口に関する懸念は多様であり、状況に大きく依存しています。解決策もそれぞれに応じたものでなければいけません。しかし、人々の権利と選択が制約を受けることは、事態をさらに悪化させるだけであることは確かです。

すべての問いへの答えを出さなければならないという訳でもありません。絶望と、絶望が武器となって人権を蝕む状況とに備えることで、私たちは希望を持つことができます。私たちが世界の人口の行き着く先をどう見るかの中に、権利に基づいた取り組み方に見出される楽観性と有望性を改めて根づかせる必要があります。人口動態に対する強靭性を達成するための取り組みには、指針が存在します。その目的は、多様性を持つあらゆる人々が出生率や移住率に関係なく、強靭性を獲得できるようにすることです。人口動態に対する強靭性の重要な特徴は、解決策は一つの分野だけでなし得ないということです。

「そのためには市民社会や民間企業、家庭と連携し、健康的かつ活動的に歳を重ねること、労働市場と年金を改革すること、家族に優しく

あること、（移住管理を）改善することの他、生殖に関する権利と能力強化の促進を目指す総合的な政策を採用する必要があります」と、人口動態に関する強靱性推進を支援する人口学者たちは述べています。「ICPD 行動計画以降の進展が遅いことからわかる通り、このような改革に対する政治的支援の確保は簡単ではありません。それでも私たちは、歴史に学びながら、女性が持つべき子どもの数を指定して問題を解決しようとする試みを押し返さなければなりません」(Gietel-Basten and others, 2022)。

今こそ、すべての人々の可能性を実現すべき時です。それは、女性が男性とともに教育を受け、雇用されること、そして疎外されたコミュニティが、すべての決定の場に立ち会えるようにすることを意味します。さらに、あらゆる人に対して投資を行い、一人ひとりがジェンダーや民族、国籍、障がいの有無にかかわらず、私たち全員の未来に貢献できるようにすることです。その未来とは、私たち 80 億人すべての未来、無限の可能性を秘めた未来なのです。



## // 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 152
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 158
人口指標	page 164
テクニカル・ノート	page 170

> 私たちが世界の人口の行き着く先をどう見るかの中に、  
権利に基づいた取り組み方に見出される楽観性と  
有望性を改めて根づかせる必要があります。

— — —

# 性と生殖に関する健康

世界/地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	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
	2020	2020	2020	2004-2020	2021	何らかの方法		近代的避妊法		全員		2023	2022	2019
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
<b>世界</b>	<b>223</b>	<b>202</b>	<b>255</b>	<b>82</b>	<b>0.19</b>	<b>50</b>	<b>65</b>	<b>46</b>	<b>59</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>78</b>	<b>76</b>	<b>68</b>
先進地域	12	10	14	99	0.15	58	70	52	62	7	8	79	87	82
開発途上地域	244	221	279	81	0.20	49	64	45	59	9	11	77	72	65
後発開発途上地域	377	338	431	65	0.44	32	43	29	38	15	20	60	71	45
<b>UNFPA地域</b>														
中東	145	110	194	86	0.04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
アジア・太平洋	113	101	128	86	0.06	54	71	50	65	7	8	82	74	68
東欧・中央アジア	21	19	25	99	0.14	46	64	35	49	8	11	66	84	74
中南米	88	79	99	95	0.19	59	75	56	71	8	9	83	75	74
東・南アフリカ	360	313	441	70	1.16	36	45	33	41	15	20	64	72	47
西・中央アフリカ	750	625	986	55	0.36	20	23	17	19	17	22	46	70	43
<b>国・領域・その他の地域</b>														
アフガニスタン	620	406	1050	59	0.04	21	28	18	25	17	24	49	56	37
アルバニア	8	4	16	100	0.03	33	45	5	6	12	16	11	79	62
アルジェリア	78	41	164	99	0.04	-	-	-	-	-	-	-	-	75
アンゴラ	222	148	330	50	0.52	17	18	16	16	27	35	36	62	39
アンティグア・バーブーダ	21	11	36	100	-	42	63	40	61	10	13	77	-	72
アルゼンチン	45	38	53	100	0.11	58	71	57	68	10	11	82	92	73
アルメニア	27	19	42	100	-	39	60	21	32	8	12	45	87	69
アルバ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア	3	2	4	99	0.02	59	67	56	64	8	10	85	-	87
オーストリア	5	4	8	98	-	66	73	63	71	5	7	89	-	82
アゼルバイジャン	41	22	69	99	0.03	37	57	15	24	9	13	34	-	65
バハマ	77	51	128	99	0.24	46	66	44	65	10	12	79	-	70
バーレーン	16	13	19	100	0.05	29	63	20	44	6	12	59	73	71
バングラデシュ	123	89	174	59	0.01	51	64	45	55	9	12	74	-	51
バルバドス	39	22	61	99	0.24	50	63	47	60	12	15	75	44	75
ベラルーシ	1	1	2	100	0.12	54	62	46	53	11	11	72	83	74
ベルギー	5	4	6	-	-	59	67	58	66	6	8	90	-	86
ベリーズ	130	105	161	94	0.42	45	58	42	54	14	17	72	43	67
ベナン	523	397	768	78	0.14	17	19	15	16	24	30	35	91	38
ブータン	60	40	82	96	0.10	40	62	38	60	8	12	81	83	62
ボリビア	161	103	272	81	0.13	48	68	36	50	12	16	61	94	67
ボスニア・ヘルツェゴビナ	6	4	8	100	-	39	50	20	22	9	13	41	70	65
ボツワナ	186	151	230	100	3.48	59	70	58	69	8	10	87	64	54
ブラジル	72	57	93	99	0.24	67	80	65	78	6	8	90	-	75
ブルネイ	44	30	61	100	-	-	-	-	-	-	-	-	41	77
ブルガリア	7	5	10	100	0.03	67	81	51	59	5	6	72	62	70
ブルキナファソ	264	169	394	80	0.08	30	33	29	32	19	23	59	81	43
ブルンジ	494	353	694	85	0.14	20	33	18	30	16	27	49	65	44
カーボベルデ	42	26	65	97	0.24	45	59	44	58	12	16	76	84	69
カンボジア	218	156	326	89	0.07	43	64	32	48	7	10	64	98	61
カメルーン	438	332	605	69	0.56	23	24	19	18	16	21	50	-	44

国際人口開発会議の目標の進捗  
性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率(MMR)(出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI80%)下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲(UI80%)上限	医療従事者の立会いの下での出産率(%)	新規HIV感染者数(非感染者1000人中、全年齢)(%)	15-49歳の女性の避妊実行率(%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ(未充足ニーズ)の割合(%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率(近代的避妊法)(%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制(%)	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)サービスクバレッジ指標
	2020	2020	2020	2004-2020	2021	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(%)		2023	2022	2019
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
カナダ	11	9	15	98	-	73	82	71	80	3	4	92	-	89
中央アフリカ共和国	835	407	1519	40	0.58	21	24	17	18	22	25	39	77	33
チャド	1063	772	1586	24	0.21	7	8	7	8	19	24	26	59	28
チリ	15	13	17	100	0.20	64	78	60	72	6	8	85	-	80
中国	23	19	27	100	-	71	85	69	83	4	3	92	-	82
中国(香港)	-	-	-	-	-	48	70	46	67	8	9	81	-	-
中国(マカオ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コロンビア	75	65	86	99	0.17	65	82	61	77	6	7	87	96	78
コモロ	217	131	367	82	0.01	20	28	17	23	19	29	43	-	44
コンゴ共和国	282	194	429	91	2.39	43	45	30	29	14	18	53	55	41
コスタリカ	22	18	26	99	0.21	57	74	56	72	9	10	84	84	78
コートジボワール	480	318	730	74	0.21	27	26	23	22	21	26	48	64	45
クロアチア	5	3	7	100	0.02	50	71	36	46	5	8	64	98	73
キューバ	39	35	44	100	0.17	69	72	68	71	8	9	88	-	80
キュラソー	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キプロス	68	47	99	99	0.04	-	-	-	-	-	-	-	72	79
チェコ	3	2	5	100	-	62	85	55	76	4	4	83	79	78
北朝鮮	107	46	249	100	-	61	75	58	72	8	8	84	83	68
コンゴ民主共和国	547	377	907	85	0.18	26	30	16	17	20	25	35	-	39
デンマーク	5	4	6	95	0.02	64	77	61	73	5	6	88	87	85
ジブチ	234	105	530	87	0.13	17	31	16	30	14	26	53	-	48
ドミニカ	-	-	-	100	-	45	64	43	62	10	13	78	-	-
ドミニカ共和国	107	87	133	100	0.39	54	67	52	66	10	13	82	-	66
エクアドル	66	52	86	96	0.11	59	80	53	73	7	6	82	92	80
エジプト	17	13	22	92	-	45	62	43	60	9	12	81	-	70
エルサルバドル	43	31	61	100	0.17	53	74	50	69	8	10	82	92	76
赤道ギニア	212	122	374	68	3.80	18	19	16	15	23	31	38	-	43
エリトリア	322	207	508	34	0.06	9	14	8	14	15	28	34	-	50
エストニア	5	3	9	100	-	58	71	50	60	5	7	78	98	78
エスワティニ	240	147	417	88	7.65	52	69	51	67	9	12	83	98	58
エチオピア	267	189	427	50	0.12	30	41	29	40	15	21	66	73	38
フィジー	38	28	55	100	0.19	35	51	30	44	12	16	65	-	61
フィンランド	8	6	13	100	-	79	82	74	77	3	4	90	98	83
フランス	8	6	10	98	0.09	66	78	64	76	4	4	91	-	84
仏領ギアナ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ポリネシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	227	141	383	89	0.80	39	39	31	28	18	23	54	58	49
ガンビア	458	333	620	84	0.80	14	21	13	19	16	24	45	-	48
ジョージア	28	22	33	100	0.14	33	47	24	34	13	18	52	94	65
ドイツ	4	4	5	99	-	55	68	54	67	7	9	87	87	86
ガーナ	263	180	376	79	0.57	27	35	23	31	19	26	51	66	45
ギリシャ	8	5	12	100	0.07	54	75	39	51	5	7	67	72	78
グレナダ	21	12	34	100	-	46	65	43	61	10	12	76	-	70

国際人口開発会議の目標の進捗

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ)の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	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
	2020	2020	2020	2004-2020	2021	何らかの方法		近代的避妊法		2023		2023	2022	2019
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
グアダルルーベ	-	-	-	-	-	40	59	37	53	10	15	73	-	-
グアム	-	-	-	-	-	37	66	32	56	7	10	74	-	-
グアテマラ	96	85	106	70	0.07	43	64	37	54	9	12	71	-	57
ギニア	553	404	808	55	0.49	14	14	13	13	18	23	42	79	37
ギニアビサウ	725	475	1135	54	1.12	32	24	30	23	16	19	63	80	37
ガイアナ	112	83	144	96	0.62	29	38	28	37	20	28	56	87	74
ハイチ	350	239	550	42	0.38	29	39	26	36	23	33	51	65	47
ホンジュラス	72	58	91	74	0.08	50	73	47	67	8	10	79	80	63
ハンガリー	15	11	21	100	-	50	70	45	63	7	9	80	93	73
アイスランド	3	1	4	98	0.03	-	-	-	-	-	-	-	-	87
インド	103	93	110	81	0.05	51	68	45	59	7	9	78	74	61
インドネシア	173	121	271	95	0.10	44	62	42	60	8	11	81	77	59
イラン	22	14	32	99	0.03	58	81	47	66	3	4	77	63	77
イラク	76	50	121	96	-	38	57	27	40	8	12	58	59	55
アイルランド	5	4	7	100	0.07	65	70	63	66	6	9	89	-	83
イスラエル	3	2	4	-	-	41	73	32	56	5	8	69	-	84
イタリア	5	4	6	100	0.02	60	67	49	52	6	9	75	-	83
ジャマイカ	99	80	122	100	0.50	44	73	42	70	9	9	79	76	70
日本	4	3	6	100	-	47	52	40	42	12	17	69	85	85
ヨルダン	41	26	62	100	-	31	55	22	39	8	14	57	56	60
カザフスタン	13	10	18	100	0.18	43	54	40	51	11	14	76	65	76
ケニア	530	382	750	70	0.73	48	64	46	62	12	14	78	48	56
キリバス	76	33	146	92	-	24	32	20	26	17	23	49	-	51
クウェート	7	5	11	100	-	37	60	30	49	8	13	68	-	70
キルギス	50	37	70	100	0.10	29	42	28	40	12	17	67	73	70
ラオス	126	92	185	64	0.11	38	61	34	55	9	13	72	96	50
ラトビア	18	14	25	100	0.29	59	72	52	62	6	8	81	70	72
レバノン	21	18	24	98	0.03	33	62	25	46	7	12	63	-	72
レソト	566	385	876	87	4.76	52	67	51	66	9	14	83	-	48
リベリア	652	499	900	84	-	27	27	26	27	25	32	50	-	42
リビア	72	31	165	100	0.07	25	41	16	26	16	25	40	-	60
リトアニア	9	5	14	100	0.08	48	72	39	57	6	8	73	87	70
ルクセンブルク	6	4	12	100	0.07	-	-	-	-	-	-	-	-	87
マダガスカル	392	311	517	46	0.35	42	52	37	46	13	14	68	-	35
マラウイ	381	269	543	90	1.13	49	66	49	65	13	14	79	79	48
マレーシア	21	18	29	100	0.17	35	58	26	42	9	14	58	83	76
モルディブ	57	40	83	100	-	17	23	14	18	22	29	35	93	69
マリ	440	335	581	67	0.26	19	21	18	20	21	24	46	-	42
マルタ	3	2	5	100	-	61	79	49	63	4	5	75	-	81
マルチニーク	-	-	-	-	-	40	61	37	55	10	14	74	-	-
モーリタニア	464	337	655	69	0.13	10	14	9	13	22	32	29	65	40
モーリシャス	84	62	115	100	0.54	43	67	29	45	7	9	58	75	65
メキシコ	59	46	74	97	0.13	55	74	53	70	9	10	82	86	74
ミクロネシア	74	32	169	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48

国際人口開発会議の目標の進捗  
性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ) の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	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
	2020	2020	2020	2004-2020	2021	何らかの方法		近代的避妊法		全員		2023	2022	2019
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
モンゴル	39	28	55	99	0.01	41	57	38	52	12	15	70	-	63
モンテネグロ	6	3	11	99	0.03	23	27	16	16	15	21	42	52	67
モロッコ	72	51	96	87	0.02	43	71	37	62	7	11	75	-	73
モザンビーク	127	99	157	73	-	29	31	27	30	18	21	59	-	47
ミャンマー	179	125	292	60	0.20	34	59	33	57	8	13	79	91	61
ナミビア	215	154	335	88	2.91	53	62	52	61	10	15	83	88	62
ネパール	174	125	276	77	-	41	54	37	48	16	21	64	48	53
オランダ	4	3	6	-	0.01	63	72	61	70	6	7	89	100	86
ニューカレドニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニュージーランド	7	5	9	96	0.02	65	81	61	75	5	5	88	95	86
ニカラグア	78	54	109	96	0.08	59	82	57	79	6	6	88	75	70
ニジェール	441	305	655	39	0.04	12	14	11	14	16	19	41	-	37
ナイジェリア	1047	793	1565	43	0.34	18	21	14	16	15	19	42	-	45
北マケドニア	3	1	6	100	-	44	54	20	20	9	13	38	-	68
ノルウェー	2	1	3	99	0.01	66	85	61	79	3	3	89	100	86
オマーン	17	12	25	99	0.05	22	36	15	25	15	25	42	70	69
パキスタン	154	109	226	71	-	26	39	20	30	11	17	54	69	45
パナマ	50	46	54	93	-	49	60	46	57	14	17	74	72	77
パプアニューギニア	192	126	293	56	0.43	28	39	24	32	18	24	51	-	33
パラグアイ	71	60	82	98	0.13	60	73	56	68	8	8	83	76	61
ペルー	69	59	80	94	0.17	51	77	39	58	5	6	71	85	78
フィリピン	78	67	96	84	0.19	36	58	27	44	10	15	59	80	55
ポーランド	2	1	3	100	-	54	74	43	58	6	7	73	89	74
ポルトガル	12	8	18	100	0.07	59	74	51	63	5	7	79	95	84
プエルトリコ	34	25	54	-	-	51	82	47	74	7	5	81	-	-
カタール	8	5	11	100	0.07	33	49	28	42	10	15	65	71	74
韓国	8	7	9	100	-	56	81	51	74	6	5	82	-	87
モルドバ	12	9	17	100	0.30	49	59	39	46	12	15	64	-	67
レユニオン	-	-	-	-	-	52	72	50	71	8	9	84	-	-
ルーマニア	10	7	14	95	0.04	54	71	45	58	6	8	75	98	72
ロシア	14	9	20	100	-	49	68	42	58	7	9	75	70	75
ルワンダ	259	184	383	94	0.34	39	66	36	61	9	13	75	82	54
セントクリストファー・ネイビス	-	-	-	100	-	49	61	46	57	12	14	75	-	-
セントルシア	73	44	127	100	-	49	61	46	57	12	14	76	33	72
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	62	40	92	99	-	51	67	48	64	10	12	80	81	73
サモア	59	26	137	89	-	14	21	13	20	28	42	32	22	53
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	146	74	253	97	0.05	38	51	35	47	20	25	61	46	60
サウジアラビア	16	11	22	99	-	21	32	18	27	16	24	48	-	73
セネガル	261	197	376	75	0.10	22	30	20	29	15	21	57	75	49
セルビア	10	8	14	100	0.02	49	58	28	28	7	11	51	99	71
セーシェル	3	3	4	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
シエラレオネ	443	344	587	87	0.50	28	26	27	26	20	24	58	65	39
シンガポール	7	5	11	100	0.01	40	69	36	61	6	10	78	46	86

国際人口開発会議の目標の進捗

性と生殖に関する健康

国・領域・その他の地域	妊産婦死亡率 (MMR) (出生10万対)	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 下限	妊産婦死亡率の不確実性の範囲 (UI80%) 上限	医療従事者の立会いの下での出産率 (%)	新規HIV感染者数 (非感染者1000人中、全年齢) (%)	15-49歳の女性の避妊実行率 (%)				15-49歳の女性の家族計画のアンメットニーズ (未充足ニーズ) の割合 (%)		15-49歳の女性の避妊需要の充足率 (近代的避妊法) (%)	性と生殖に関するヘルスケア・情報・教育を保障する法律および規制 (%)	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
	2020	2020	2020	2004-2020	2021	何らかの方法		近代的避妊法		2023		2023	2022	2019
						全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係	全員	有配偶または内縁関係			
シント・マルテン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
スロバキア	5	3	6	98	0.02	55	79	47	66	5	6	79	86	77
スロベニア	5	3	7	100	0.00	52	79	44	67	4	5	79	-	80
ソロモン諸島	122	75	197	86	-	24	32	20	27	13	18	54	-	50
ソマリア	621	283	1184	32	-	7	10	2	2	17	26	8	-	27
南アフリカ共和国	127	99	154	97	4.19	51	58	51	58	11	14	82	95	68
南スーダン	1223	746	2009	19	1.27	7	8	6	8	21	29	22	16	32
スペイン	3	3	4	100	0.08	62	64	60	62	7	13	87	-	86
スリランカ	29	24	38	100	0.01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
パレスチナ <sup>1</sup>	20	15	26	100	-	40	62	30	46	7	11	64	68	-
スーダン	270	174	420	78	0.07	11	17	10	16	17	27	36	57	44
スリナム	96	70	128	98	0.71	34	48	34	48	15	22	70	-	67
スウェーデン	5	3	6	-	-	59	70	56	68	6	8	87	100	87
スイス	7	5	11	-	-	73	73	68	68	4	7	89	94	87
シリア	30	19	47	96	-	34	62	25	46	7	12	62	81	56
タジキスタン	17	9	31	95	0.10	24	33	22	31	16	22	56	-	66
タイ	29	24	34	99	0.09	49	77	48	75	4	6	90	-	83
東ティモール	204	147	283	57	0.10	19	33	18	30	13	23	54	-	53
トーゴ	399	253	576	69	0.38	25	28	23	25	23	30	48	-	44
トンガ	126	55	289	98	-	20	33	17	29	14	25	49	-	56
トリニダード・トバゴ	27	19	36	100	-	41	49	36	45	14	19	66	27	73
チュニジア	37	24	49	100	0.04	33	60	29	51	8	12	70	-	70
トルコ	17	13	23	97	-	48	71	33	50	6	9	62	78	79
トルクメニスタン	5	3	9	100	-	36	53	33	50	8	12	77	94	73
タラクス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	37	39	35	38	19	23	63	-	-
ツバル	-	-	-	93	-	20	27	18	24	20	28	45	-	-
ウガンダ	284	191	471	74	1.30	38	50	33	44	16	21	62	-	50
ウクライナ	17	13	22	100	0.15	54	68	45	55	7	9	74	95	73
アラブ首長国連邦	9	5	17	99	-	38	52	31	42	12	16	61	-	78
英国	10	8	12	-	-	72	76	65	69	4	6	86	96	88
タンザニア	238	174	381	64	0.96	38	46	33	41	15	19	63	-	46
米国	21	16	27	99	-	61	76	54	67	5	6	81	-	83
米領バージン諸島	-	-	-	-	-	44	75	41	70	8	8	79	-	-
ウルグアイ	19	15	23	100	0.27	59	79	57	77	6	7	87	97	79
ウズベキスタン	30	23	40	100	0.11	49	70	46	66	6	8	84	92	71
バヌアツ	94	43	211	89	-	38	49	33	41	15	19	61	-	52
ベネズエラ	259	191	381	99	-	56	76	52	72	8	10	82	-	70
ベトナム	124	81	190	94	0.06	58	79	48	66	4	5	78	54	70
西サハラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	183	120	271	45	0.04	28	45	21	33	14	23	50	65	44
ザンビア	135	100	201	80	2.17	38	54	36	51	15	18	69	91	55
ジンバブエ	357	255	456	86	1.51	51	69	50	69	8	9	86	73	55

## 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..."

## 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), 2023.

**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, 2022.

**Contraceptive prevalence rate, modern method:** United Nations Population Division, 2022.

**Unmet need for family planning:** United Nations Population Division, 2022.

**Proportion of demand satisfied with modern methods:** United Nations Population Division, 2022.

**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.

# 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	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除 実施率 (%))	過去 12か月間 における 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する権利に 関する 意思決定 (%)	自身の ヘルスケアに 関する 女性の 意思決定 (%)	避妊具・薬の 使用に 関する 意思決定 (%)	性行為に 関する 意思決定 (%)	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	2000-2021	2006-2022	2004-2021	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022
<b>世界</b>	<b>41</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>75</b>	<b>89</b>	<b>76</b>	<b>85</b>	<b>1.00</b>	<b>67</b>	<b>1.01</b>
先進地域	11	4	-	-	82	97	95	87	99	1.00	95	1.01
開発途上地域	45	22	-	-	55	74	89	76	83	1.00	63	1.01
後発開発途上地域	91	38	-	22	46	67	88	70	-	-	44	0.90
<b>UNFPA地域</b>												
中東	43	21	64	15	58	92	91	67	82	0.95	60	0.92
アジア・太平洋	25	18	-	13	62	79	91	81	87	1.02	66	1.06
東欧・中央アジア	19	10	-	9	70	89	91	81	98	1.00	84	0.99
中南米	52	23	-	8	72	86	91	90	94	1.02	79	1.03
東・南アフリカ	94	31	35	24	47	75	88	68	-	-	-	-
西・中央アフリカ	103	35	25	15	26	44	81	55	61	0.97	41	0.87
<b>国・領域・その他の地域</b>												
アフガニスタン	62	28	-	35	-	-	-	-	-	-	44	0.56
アルバニア	13	12	-	6	62	92	83	77	98	-	84	1.10
アルジェリア	12	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	163	30	-	25	39	75	74	62	76	0.76	18	0.71
アンティグア・バーブーダ	33	-	-	-	-	-	-	-	97	0.98	87	0.98
アルゼンチン	42	15	-	5	-	-	-	-	98	0.99	91	1.09
アルメニア	14	5	-	5	62	96	83	75	91	1.02	95	-
アルバ	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア	8	-	-	3	-	-	-	-	98	1.00	93	1.04
オーストリア	5	-	-	4	-	-	-	-	99	1.01	91	1.02
アゼルバイジャン	42	11	-	5	-	-	-	-	99	1.00	100	1.01
バハマ	26	-	-	-	-	-	-	-	78	1.02	73	1.07
バーレーン	9	-	-	-	-	-	-	-	96	1.07	87	1.14
バングラデシュ	74	51	-	23	64	77	94	86	90	-	64	1.25
バルバドス	48	29	-	-	-	-	-	-	96	1.00	94	1.04
ベラルーシ	12	5	-	6	-	-	-	-	100	-	93	1.03
ベルギー	5	0	-	5	-	-	-	-	99	-	98	1.00
ベリーズ	51	34	-	8	-	-	-	-	96	0.98	74	1.08
ベナン	108	31	9	15	25	47	81	57	58	0.89	34	0.76
ブータン	8	26	-	9	-	-	-	-	87	1.13	80	1.15
ボリビア	71	20	-	18	-	-	-	-	88	1.00	78	1.01
ボスニア・ヘルツェゴビナ	10	3	-	3	-	-	-	-	-	-	81	1.04
ボツワナ	50	-	-	17	-	-	-	-	90	1.01	72	1.06
ブラジル	43	26	-	7	-	-	-	-	97	1.02	87	1.00
ブルネイ	8	-	-	-	-	-	-	-	100	-	70	1.06
ブルガリア	38	-	-	6	-	-	-	-	83	0.99	82	0.95
ブルキナファソ	127	51	68	11	20	32	91	62	52	1.12	32	1.12
ブルンジ	58	19	-	22	40	72	88	60	70	1.10	38	1.16
カーボベルデ	40	8	-	11	-	-	-	-	87	0.98	73	1.08
カンボジア	57	19	-	9	76	91	89	93	82	1.08	56	1.11
カメルーン	122	30	1	22	35	55	74	67	51	0.90	35	0.86

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	2000-2021	2006-2022	2004-2021	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12か月間 における 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する権利に 関する 意思決定 (%)	自身の ヘルスケアに 関する 女性の 意思決定 (%)	避妊具・薬の 使用に 関する 意思決定 (%)	性行為に 関する 意思決定 (%)	前期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 前期中等教育	後期中等教育 純就学率 (%)	ジェンダー パリティ指数、 後期中等教育
カナダ	6	-	-	3	-	-	-	-	100	-	90	0.99
中央アフリカ共和国	184	61	22	21	-	-	-	-	48	0.68	19	0.59
チャド	139	61	34	16	27	47	81	63	42	0.71	24	0.55
チリ	19	-	-	6	-	-	-	-	98	0.99	95	0.99
中国	6	3	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
中国(香港)	1	-	-	3	-	-	-	-	99	-	99	-
中国(マカオ)	1	-	-	-	-	-	-	-	100	-	95	1.03
コロンビア	53	23	-	12	-	-	-	-	99	1.01	83	1.03
コモロ	38	32	-	8	21	47	71	47	81	1.02	50	1.07
コンゴ共和国	72	27	-	-	27	41	87	71	71	0.94	59	0.91
コスタリカ	27	17	-	7	-	-	-	-	96	1.01	92	1.03
コートジボワール	119	27	37	16	25	43	82	67	62	0.91	43	0.80
クロアチア	8	-	-	4	-	-	-	-	99	-	89	1.05
キューバ	48	29	-	5	-	-	-	-	90	1.00	80	1.06
キュラソー	18	-	-	-	-	-	-	-	85	1.01	77	1.08
キプロス	8	-	-	3	-	-	-	-	99	-	93	0.99
チェコ	9	-	-	4	-	-	-	-	100	-	95	1.00
北朝鮮	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コンゴ民主共和国	109	29	-	36	31	47	85	74	-	-	-	-
デンマーク	1	1	-	3	-	-	-	-	100	-	92	1.00
ジブチ	21	6	94	-	-	-	-	-	60	1.02	47	0.99
ドミニカ	50	-	-	-	-	-	-	-	99	-	87	0.88
ドミニカ共和国	42	31	-	10	77	88	92	93	84	1.02	68	1.09
エクアドル	58	22	-	8	87	100	92	95	98	-	79	1.03
エジプト	47	17	87	15	-	-	-	-	98	1.02	77	0.98
エルサルバドル	50	20	-	6	-	-	-	-	-	-	59	1.02
赤道ギニア	176	30	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-
エリトリア	76	41	83	-	-	-	-	-	61	0.88	52	0.88
エストニア	8	-	-	4	-	-	-	-	99	0.99	96	1.03
エスワティニ	87	5	-	18	49	72	89	74	97	1.00	84	0.96
エチオピア	73	40	65	27	38	82	90	46	53	0.92	26	0.91
フィジー	31	4	-	23	62	86	84	77	99	-	77	1.18
フィンランド	4	0	-	8	-	-	-	-	100	-	97	1.00
フランス	6	-	-	5	-	-	-	-	100	-	97	1.00
仏領ギアナ	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ポリネシア	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	114	22	-	22	48	60	90	86	70	1.04	58	1.06
ガンビア	65	23	73	10	19	49	87	45	87	1.17	58	1.22
ジョージア	27	14	-	3	82	95	98	88	99	-	96	1.02
ドイツ	7	-	-	-	-	-	-	-	96	1.03	83	1.00
ガーナ	78	19	2	10	52	82	90	72	92	1.04	75	1.00
ギリシャ	9	-	-	5	-	-	-	-	97	0.99	95	0.98

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	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除 実施率 (%))	過去 12か月間 における 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する権利に 関する 意思決定 (%)	自身の ヘルスケアに 関する 女性の 意思決定 (%)	避妊具・薬の 使用に 関する 意思決定 (%)	性行為に 関する 意思決定 (%)	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
	2000-2021	2006-2022	2004-2021	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022
グレナダ	36	-	-	8	-	-	-	-	90	-	100	-
グアドループ	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアム	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	59	29	-	7	65	77	91	89	65	0.95	34	0.98
ギニア	120	47	95	21	15	41	76	40	46	0.74	24	0.63
ギニアビサウ	84	26	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガイアナ	65	30	-	11	71	92	90	83	93	1.02	70	1.11
ハイチ	55	15	-	12	57	76	93	79	-	-	-	-
ホンジュラス	97	34	-	7	70	84	88	94	66	1.04	47	1.16
ハンガリー	21	-	-	6	-	-	-	-	98	0.99	88	1.01
アイスランド	3	-	-	3	-	-	-	-	99	-	85	1.01
インド	11	23	-	18	66	82	92	83	86	1.03	59	1.01
インドネシア	36	16	-	9	-	-	-	-	84	1.07	77	1.01
イラン	24	17	-	18	-	-	-	-	98	0.98	83	0.99
イラク	70	28	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アイルランド	5	-	-	3	-	-	-	-	99	-	99	1.02
イスラエル	7	-	-	6	-	-	-	-	100	-	98	-
イタリア	3	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	94	1.01
ジャマイカ	36	8	-	7	-	-	-	-	-	-	77	1.03
日本	3	-	-	4	-	-	-	-	98	1.00	99	1.02
ヨルダン	27	10	-	14	58	92	91	67	76	1.00	63	1.06
カザフスタン	23	7	-	6	-	-	-	-	100	-	99	-
ケニア	73	23	21	23	56	81	89	77	-	-	-	-
キリバス	51	18	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-
クウェート	5	-	-	-	-	-	-	-	94	1.05	82	1.03
キルギス	33	13	-	13	77	94	95	85	100	1.00	79	1.08
ラオス	83	33	-	8	-	-	-	-	68	1.01	50	0.92
ラトビア	10	-	-	6	-	-	-	-	98	1.01	95	1.02
レバノン	17	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
レソト	85	16	-	17	61	90	93	71	85	1.08	55	1.14
リベリア	128	25	32	27	59	79	84	82	64	1.04	63	1.04
リビア	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	8	0	-	5	-	-	-	-	100	-	98	1.02
ルクセンブルク	4	-	-	4	-	-	-	-	99	-	82	1.04
マダガスカル	143	39	-	-	72	87	93	88	70	1.03	36	0.97
マラウイ	136	38	-	17	45	68	91	69	81	1.01	31	0.64
マレーシア	8	-	-	-	-	-	-	-	89	1.04	61	1.09
モルディブ	5	2	13	6	54	89	84	70	96	-	70	0.88
マリ	164	54	89	18	5	20	66	26	47	0.86	25	0.74
マルタ	11	-	-	4	-	-	-	-	98	-	95	1.03
マルチニーク	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モーリタニア	90	37	64	-	25	63	79	44	72	1.08	39	1.12
モーリシャス	21	-	-	-	-	-	-	-	97	1.03	78	1.12
メキシコ	51	21	-	10	-	-	-	-	92	1.03	72	1.07

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	2000-2021	2006-2022	2004-2021	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022
	15-19歳の 思春期の 女子1000人 当たりの 出生数	18歳までの 児童婚 (%)	15-49歳の 女子のFGM (女性器切除) 実施率 (%)	過去 12か月間 における 親密な パートナーに よる暴力 (%)	性と生殖に 関する 健康・生殖に 関する権利に 関する 意思決定 (%)	自身の ヘルスケアに 関する 女性の 意思決定 (%)	避妊具・薬の 使用に 関する 意思決定 (%)	性行為に 関する 意思決定 (%)	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
ミクロネシア	33	-	-	21	-	-	-	-	79	1.01	70	1.14
モンゴル	27	12	-	12	63	85	84	80	100	-	89	1.06
モンテネグロ	9	6	-	4	-	-	-	-	97	1.00	87	1.03
モロッコ	22	14	-	11	-	-	-	-	94	0.97	75	1.00
モザンビーク	180	53	-	16	49	77	85	67	62	0.91	39	0.79
ミャンマー	25	16	-	11	67	85	98	81	79	1.03	57	1.16
ナミビア	64	7	-	16	71	91	83	93	99	-	84	0.94
ネパール	63	33	-	11	48	59	86	90	93	0.94	78	0.97
オランダ	2	-	-	5	-	-	-	-	98	1.01	96	1.02
ニューカレドニア	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ニューージーランド	10	-	-	4	-	-	-	-	100	-	99	1.01
ニカラグア	104	35	-	6	-	-	-	-	88	1.03	64	1.08
ニジェール	132	76	2	13	7	21	77	35	28	0.88	13	0.78
ナイジェリア	75	30	15	13	29	46	81	56	-	-	-	-
北マケドニア	16	8	-	4	88	99	99	90	-	-	-	-
ノルウェー	2	0	-	4	-	-	-	-	100	-	92	1.00
オマーン	7	4	-	-	-	-	-	-	96	1.04	90	-
パキスタン	54	18	-	16	31	52	85	55	-	-	-	-
パナマ	62	26	-	8	79	94	89	95	88	1.01	56	1.08
パプアニューギニア	68	27	-	31	57	86	84	76	72	0.90	45	0.80
パラグアイ	52	22	-	6	-	-	-	-	90	0.90	70	1.05
ペルー	34	14	-	11	-	-	-	-	97	-	96	-
フィリピン	35	17	-	6	80	96	94	87	88	1.05	78	1.13
ポーランド	8	-	-	3	-	-	-	-	98	1.00	98	0.99
ポルトガル	6	-	-	4	-	-	-	-	100	-	99	-
プエルトリコ	16	-	-	-	-	-	-	-	90	1.07	76	1.05
カタール	8	4	-	-	-	-	-	-	90	1.00	91	0.97
韓国	1	-	-	8	-	-	-	-	98	1.00	91	1.00
モルドバ	25	12	-	9	73	96	96	79	99	-	89	1.02
レユニオン	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルーマニア	35	-	-	7	-	-	-	-	89	0.99	79	1.03
ロシア	16	6	-	-	-	-	-	-	100	-	98	1.01
ルワンダ	31	7	-	24	61	83	95	76	97	-	61	1.06
セントクリストファー・ネイビス	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	89	0.96
セントルシア	38	24	-	-	-	-	-	-	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	55	-	-	-	-	-	-	-	96	1.05	84	1.01
サモア	55	7	-	18	-	-	-	-	98	-	84	1.12
サンマリノ	1	-	-	-	-	-	-	-	92	1.08	39	0.72
サントメ・プリンシペ	86	28	-	18	46	69	78	79	90	1.06	83	1.03
サウジアラビア	8	-	-	-	-	-	-	-	99	0.98	99	1.00
セネガル	71	31	25	12	6	27	81	18	59	1.06	36	0.93
セルビア	14	6	-	4	96	100	98	98	97	1.00	86	1.05
セーシェル	61	-	-	-	-	-	-	-	96	-	88	1.09
シエラレオネ	102	30	83	20	28	44	78	68	51	0.99	35	0.93

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	2000-2021	2006-2022	2004-2021	2018	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2007-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022	2010-2022
シンガポール	2	0	-	2	-	-	-	-	99	1.00	99	0.99
シント・マールテン	-	-	-	-	-	-	-	-	88	1.06	78	0.95
スロバキア	27	-	-	6	-	-	-	-	96	1.00	89	1.00
スロベニア	4	-	-	3	-	-	-	-	99	1.00	99	1.01
ソロモン諸島	78	21	-	28	-	-	-	-	-	-	60	0.98
ソマリア	116	45	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-
南アフリカ共和国	41	4	-	13	61	94	85	72	89	1.02	82	1.03
南スーダン	158	52	-	27	-	-	-	-	44	0.72	36	0.65
スペイン	5	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	-
スリランカ	17	10	-	4	-	-	-	-	100	1.00	84	1.06
パレスチナ <sup>1</sup>	43	13	-	19	-	-	-	-	97	1.04	79	1.20
スーダン	87	34	87	17	-	-	-	-	66	0.97	48	1.08
スリナム	49	36	-	8	-	-	-	-	85	1.09	62	1.15
スウェーデン	2	-	-	6	-	-	-	-	100	-	99	-
スイス	1	-	-	2	-	-	-	-	100	-	81	0.97
シリア	54	13	-	-	-	-	-	-	62	0.97	34	1.00
タジキスタン	42	9	-	14	27	47	79	54	94	0.94	61	0.74
タイ	27	20	-	9	-	-	-	-	93	1.12	68	1.17
東ティモール	42	15	-	28	36	93	92	40	89	1.05	75	1.06
トーゴ	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0.93	46	0.76
トンガ	21	10	-	17	-	-	-	-	89	1.15	59	1.33
トリニダード・トバゴ	36	11	-	8	-	-	-	-	-	-	74	1.02
チュニジア	4	1	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
トルコ	15	15	-	12	-	-	-	-	98	0.99	82	0.98
トルクメニスタン	27	6	-	-	59	85	90	70	-	-	-	-
タークス・カイコス諸島	16	23	-	-	-	-	-	-	89	0.91	66	1.01
ツバル	40	2	-	20	-	-	-	-	76	1.00	43	1.34
ウガンダ	128	34	0	26	58	74	88	86	51	0.99	25	0.81
ウクライナ	14	9	-	9	81	98	95	86	96	1.01	94	1.03
アラブ首長国連邦	5	-	-	-	-	-	-	-	99	-	98	1.01
英国	10	0	-	4	-	-	-	-	100	-	97	1.01
タンザニア	139	31	10	24	47	66	89	76	28	1.05	14	0.76
米国	15	-	-	6	-	-	-	-	100	-	97	1.00
米領バーズン諸島	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	29	25	-	4	-	-	-	-	99	-	88	1.06
ウズベキスタン	34	3	-	-	70	89	90	85	99	-	86	0.99
バヌアツ	81	21	-	29	-	-	-	-	75	1.04	44	1.14
ベネズエラ	81	-	-	9	-	-	-	-	86	1.02	77	1.12
ベトナム	29	15	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
西サハラ	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イエメン	67	32	19	-	-	-	-	-	72	0.85	44	0.59
ザンビア	135	29	-	28	47	81	87	64	-	-	-	-
ジンバブエ	108	34	-	18	60	87	93	72	78	-	39	-

## 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...”

## DEFINITIONS OF THE INDICATORS

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

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

**Female genital mutilation prevalence among girls aged 15–49:** Proportion of women and 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 a 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).

**Decision-making on women’s own health care:** Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on their health care (SDG indicator 5.6.1).

**Decision-making on contraceptive use:** Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on use of contraception (SDG indicator 5.6.1).

**Decision-making on sexual intercourse:** Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

**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, 2023. Regional aggregates are from World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Child marriage by age 18:** UNICEF, 2023. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

**Female genital mutilation prevalence among women and girls aged 15–49:** UNICEF, 2023. 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, 2023.

**Decision-making on women’s own health care:** UNFPA, 2023.

**Decision-making on contraceptive use:** UNFPA, 2023.

**Decision-making on sexual intercourse:** UNFPA, 2023.

**Total net enrolment rate, lower secondary education:** UNESCO Institute for Statistics, 2023.

**Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education:** UNESCO Institute for Statistics, 2023.

**Total net enrolment rate, upper secondary education:** UNESCO Institute for Statistics, 2023.

**Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education:** UNESCO Institute for Statistics, 2023.

# 人口指標

世界/地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が 2倍となる期間 (年)	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	男性	女性
<b>世界/地域</b>	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023		
<b>世界</b>	<b>8,045</b>	<b>76</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>65</b>	<b>10</b>	<b>2.3</b>	<b>71</b>	<b>76</b>
先進地域	1,276	-	16	11	17	64	20	1.5	77	83
開発途上地域	6,769	65	27	17	25	65	8	2.4	70	74
後発開発途上地域	1,151	30	38	22	31	58	4	3.9	63	68
<b>UNFPA地域</b>										
中東	468	38	33	19	28	63	5	3.1	69	74
アジア・太平洋	4,176	104	23	16	23	68	10	1.9	72	77
東欧・中央アジア	248	64	24	15	21	66	11	2.1	71	78
中南米	661	92	23	16	24	68	9	1.8	73	79
東・南アフリカ	671	28	41	23	32	56	3	4.2	61	66
西・中央アフリカ	503	28	43	23	33	55	3	4.8	57	59
<b>国・領域・その他の地域</b>										
アフガニスタン	42.2	26	43	24	34	55	2	4.4	61	67
アルバニア	2.8	-	16	12	19	67	17	1.4	76	81
アルジェリア	45.6	46	30	17	23	63	7	2.8	76	79
アンゴラ	36.7	23	45	23	32	53	3	5.1	61	66
アンティグア・バーブーダ	0.1	126	18	13	21	71	11	1.6	77	82
アルゼンチン	45.8	111	23	16	23	65	12	1.9	75	81
アルメニア	2.8	-	20	13	18	66	14	1.6	71	80
アルバ <sup>1</sup>	0.1	-	16	13	19	67	17	1.2	74	80
オーストラリア <sup>2</sup>	26.4	70	18	12	18	65	17	1.6	82	86
オーストリア	9.0	-	14	10	15	65	20	1.5	80	85
アゼルバイジャン <sup>3</sup>	10.4	138	23	16	22	69	8	1.7	71	76
バハマ	0.4	110	18	15	23	72	9	1.4	71	78
バーレーン	1.5	77	20	13	18	76	4	1.8	80	82
バングラデシュ	173.0	68	26	18	28	68	6	1.9	72	76
バルバドス	0.3	-	17	12	19	67	17	1.6	76	80
ベラルーシ	9.5	-	17	11	16	66	18	1.5	70	80
ベルギー	11.7	-	16	12	17	64	20	1.6	80	85
ベリーズ	0.4	49	27	18	28	67	5	2.0	72	78
ベナン	13.7	26	42	23	31	55	3	4.8	59	62
ブータン	0.8	110	22	17	26	72	6	1.4	71	74
ボリビア	12.4	48	30	20	29	65	5	2.5	66	71
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.2	-	15	10	16	67	19	1.3	74	78
ボツワナ	2.7	42	32	20	28	64	4	2.7	63	69
ブラジル	216.4	121	20	14	22	70	10	1.6	73	79
ブルネイ	0.5	92	22	15	22	72	7	1.7	72	77
ブルガリア	6.7	-	14	10	14	64	22	1.6	70	76
ブルキナファソ	23.3	28	43	24	33	54	3	4.6	59	62
ブルンジ	13.2	26	45	25	34	52	2	4.9	61	64
カーボベルデ	0.6	72	26	18	27	69	6	1.9	73	81
カンボジア	16.9	65	29	19	26	65	6	2.3	69	74
カメルーン	28.6	27	42	23	32	55	3	4.3	60	63

# 人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が 2倍となる期間 (年)	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	男性	女性
カナダ	38.8	82	15	11	17	65	20	1.5	81	85
中央アフリカ共和国	5.7	24	48	27	37	50	3	5.8	53	58
チャド	18.3	23	47	24	33	51	2	6.1	52	55
チリ	19.6	-	18	12	19	68	13	1.5	79	83
中国 <sup>4</sup>	1,425.7	-	17	12	18	69	14	1.2	76	82
中国(香港) <sup>5</sup>	7.5	-	12	8	12	67	21	0.8	83	89
中国(マカオ) <sup>6</sup>	0.7	54	15	8	13	71	14	1.1	83	88
コロンビア	52.1	-	21	15	23	70	9	1.7	75	80
コモロ	0.9	38	38	21	30	58	4	3.8	63	67
コンゴ共和国	6.1	31	41	24	32	57	3	4.0	62	65
コスタリカ	5.2	103	20	14	22	69	11	1.5	78	83
コートジボワール	28.9	28	41	24	33	56	2	4.3	59	61
クロアチア	4.0	-	14	10	15	63	23	1.4	77	82
キューバ	11.2	-	16	11	17	68	16	1.5	76	81
キュラソー <sup>7</sup>	0.2	-	17	13	20	68	15	1.6	73	80
キプロス <sup>8</sup>	1.3	103	16	10	16	69	15	1.3	80	84
チェコ	10.5	-	16	11	15	63	21	1.7	77	83
北朝鮮	26.2	-	19	12	19	69	12	1.8	71	76
コンゴ民主共和国	102.3	21	47	23	32	51	3	6.1	59	63
デンマーク <sup>9</sup>	5.9	-	16	11	17	63	21	1.7	80	84
ジブチ	1.1	50	30	20	29	65	5	2.7	61	66
ドミニカ	0.1	-	19	14	22	71	10	1.6	71	78
ドミニカ共和国	11.3	77	27	18	26	65	8	2.2	71	78
エクアドル	18.2	67	25	17	26	67	8	2.0	76	81
エジプト	112.7	45	33	19	27	62	5	2.8	68	73
エルサルバドル	6.4	138	25	18	27	67	8	1.8	69	78
赤道ギニア	1.7	30	38	21	28	59	3	4.1	60	64
エリトリア	3.7	39	39	25	35	57	4	3.7	65	69
エストニア	1.3	-	16	11	16	63	21	1.7	75	83
エスワティニ	1.2	85	34	22	31	62	4	2.8	54	62
エチオピア	126.5	28	39	23	33	58	3	4.0	64	70
フィジー	0.9	98	28	18	26	66	6	2.4	67	70
フィンランド <sup>10</sup>	5.5	-	15	11	17	61	24	1.4	80	85
フランス <sup>11</sup>	64.8	-	17	12	18	61	22	1.8	80	86
仏領ギアナ <sup>12</sup>	0.3	28	32	19	27	62	6	3.4	75	80
仏領ポリネシア <sup>13</sup>	0.3	84	21	15	22	69	11	1.7	81	86
ガボン	2.4	35	36	20	29	60	4	3.4	64	69
ガンビア	2.8	28	43	24	34	55	2	4.5	63	66
ジョージア <sup>14</sup>	3.7	-	21	13	19	64	15	2.1	68	77
ドイツ	83.3	-	14	9	14	63	23	1.5	80	84
ガーナ	34.1	36	37	22	31	60	4	3.5	62	67
ギリシャ	10.3	-	14	10	16	63	23	1.4	80	84
グレナダ	0.1	121	24	15	22	66	10	2.0	73	78

## 人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が 2倍となる期間 (年)	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	男性	女性
グアドループ <sup>15</sup>	0.4	-	18	13	21	62	21	2.0	80	86
グアム <sup>16</sup>	0.2	103	26	17	25	62	12	2.5	75	82
グアテマラ	18.1	49	32	21	31	63	5	2.3	67	73
ギニア	14.2	29	41	23	33	55	3	4.2	58	61
ギニアビサウ	2.2	33	40	24	33	58	3	3.8	58	63
ガイアナ	0.8	95	28	18	27	65	6	2.3	66	73
ハイチ	11.7	57	32	20	29	64	5	2.7	62	68
ホンジュラス	10.6	44	30	20	30	66	4	2.3	71	76
ハンガリー	10.2	-	14	10	16	66	20	1.6	74	80
アイスランド	0.4	109	18	13	19	66	16	1.7	82	84
インド	1,428.6	75	25	18	26	68	7	2.0	71	74
インドネシア	277.5	84	25	17	25	68	7	2.1	69	73
イラン	89.2	94	23	14	21	69	8	1.7	74	80
イラク	45.5	31	37	22	32	59	3	3.4	70	74
アイルランド	5.1	106	19	14	20	65	15	1.8	81	85
イスラエル	9.2	46	28	17	24	60	12	2.9	82	85
イタリア	58.9	-	12	9	14	63	24	1.3	82	86
ジャマイカ	2.8	-	19	15	23	73	8	1.3	70	75
日本	123.3	-	11	9	14	58	30	1.3	82	88
ヨルダン	11.3	-	32	20	29	65	4	2.7	73	77
カザフスタン	19.6	64	30	17	23	62	8	3.0	67	74
ケニア	55.1	35	37	24	33	60	3	3.2	61	66
キリバス	0.1	41	36	20	29	60	4	3.2	66	70
クウェート	4.3	74	20	14	18	74	5	2.1	79	83
キルギス	6.7	45	34	19	27	61	5	2.9	67	76
ラオス	7.6	51	30	19	29	65	5	2.4	67	71
ラトビア	1.8	-	15	10	15	62	22	1.6	72	80
レバノン	5.4	-	27	19	27	62	10	2.1	74	78
レソト	2.3	62	34	21	30	62	4	2.9	52	58
リベリア	5.4	32	40	24	34	57	3	4.0	61	63
リビア	6.9	62	28	19	28	67	5	2.4	70	77
リトアニア	2.7	-	15	10	15	63	21	1.6	72	81
ルクセンブルク	0.7	65	16	11	16	69	15	1.4	81	85
マダガスカル	30.3	29	39	23	32	58	3	3.7	64	69
マラウイ	20.9	27	42	25	35	55	3	3.8	60	67
マレーシア <sup>17</sup>	34.3	65	22	15	23	70	8	1.8	74	79
モルディブ	0.5	-	22	13	19	73	5	1.7	80	82
マリ	23.3	23	47	25	34	51	2	5.8	59	61
マルタ	0.5	-	13	8	13	67	20	1.2	82	86
マルチネーク <sup>18</sup>	0.4	-	16	12	18	61	23	1.9	80	86
モーリタニア	4.9	26	41	24	33	56	3	4.3	64	67
モーリシャス <sup>19</sup>	1.3	-	16	13	20	71	13	1.4	73	79
メキシコ	128.5	94	24	17	25	67	9	1.8	72	78
ミクロネシア	0.1	75	30	20	30	64	6	2.6	68	75

# 人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が 2倍となる期間 (年)	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	男性	女性
モンゴル	3.4	50	32	17	24	63	5	2.7	68	78
モンテネグロ	0.6	-	18	12	19	65	17	1.7	75	81
モロッコ	37.8	70	26	17	25	66	8	2.3	73	77
モザンビーク	33.9	25	43	24	33	54	3	4.5	59	65
ミャンマー	54.6	96	24	16	25	69	7	2.1	64	71
ナミビア	2.6	47	36	21	29	60	4	3.2	56	63
ネパール	30.9	62	29	19	30	65	6	2.0	69	73
オランダ <sup>20</sup>	17.6	-	15	11	17	64	21	1.6	81	84
ニューカレドニア <sup>21</sup>	0.3	68	22	15	22	67	11	2.0	78	85
ニュージーランド <sup>22</sup>	5.2	85	19	13	19	65	17	1.8	81	85
ニカラグア	7.0	50	29	19	28	65	5	2.3	72	78
ニジェール	27.2	19	49	24	33	49	2	6.7	62	64
ナイジェリア	223.8	29	43	23	33	54	3	5.1	54	54
北マケドニア	2.1	-	16	11	18	69	15	1.4	73	77
ノルウェー <sup>23</sup>	5.5	95	16	12	18	65	19	1.5	82	85
オマーン	4.6	46	27	14	20	70	3	2.5	77	81
パキスタン	240.5	35	36	22	32	60	4	3.3	65	70
パナマ	4.5	51	26	17	25	65	9	2.3	76	82
パプアニューギニア	10.3	38	34	21	30	63	3	3.1	64	69
パラグアイ	6.9	55	29	18	27	65	6	2.4	71	77
ペルー	34.4	72	26	17	25	66	9	2.1	75	79
フィリピン	117.3	46	30	19	28	64	6	2.7	70	74
ポーランド	41.0	-	15	10	16	67	19	1.5	75	82
ポルトガル	10.2	-	13	10	15	64	23	1.4	80	85
プエルトリコ <sup>24</sup>	3.3	-	13	11	17	63	23	1.3	76	84
カタール	2.7	90	16	9	13	83	2	1.8	81	83
韓国	51.8	-	11	9	14	70	18	0.9	81	87
モルドバ <sup>25</sup>	3.4	-	19	12	19	68	13	1.8	65	74
レユニオン <sup>26</sup>	1.0	89	22	15	23	64	14	2.2	80	86
ルーマニア	19.9	-	16	11	17	66	18	1.7	72	79
ロシア	144.4	-	18	12	16	66	16	1.5	70	79
ルワンダ	14.1	31	38	23	32	59	3	3.7	65	69
セントクリストファー・ネイビス	0.0	-	19	13	21	70	11	1.5	69	76
セントルシア	0.2	-	18	13	21	73	9	1.4	71	78
セントビンセントおよびグレナディーン諸島	0.1	-	22	15	22	67	11	1.8	68	73
サモア	0.2	48	37	22	30	57	5	3.8	70	76
サンマリノ	0.00	-	12	10	15	67	21	1.1	82	85
サントメ・プリンシペ	0.2	36	39	24	33	57	4	3.7	66	72
サウジアラビア	36.9	48	26	16	23	71	3	2.4	77	80
セネガル	17.8	27	41	23	32	56	3	4.3	67	72
セルビア <sup>27</sup>	7.1	-	15	10	15	65	20	1.5	72	78
セーシェル	0.1	120	23	14	21	69	8	2.3	71	79
シエラレオネ	8.8	33	39	23	33	58	3	3.8	59	62
シンガポール	6.0	108	12	8	14	72	16	1.0	82	86

# 人口指標

国・領域・その他の地域	人口	人口推移	人口構成(年齢別)					出生率	平均寿命	
	人口 (百万人)	人口が 2倍となる期間 (年)	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	男性	女性
シント・マールテン <sup>28</sup>	0.0	-	10	14	26	78	12	1.6	73	79
スロバキア	5.8	-	16	10	16	67	17	1.6	75	82
スロベニア	2.1	-	15	10	15	64	21	1.6	80	85
ソロモン諸島	0.7	32	39	22	31	58	3	3.9	69	73
ソマリア	18.1	23	47	24	33	50	3	6.1	55	59
南アフリカ共和国	60.4	77	28	18	25	66	6	2.3	60	66
南スーダン	11.1	42	43	27	37	54	3	4.3	55	58
スペイン <sup>29</sup>	47.5	-	13	10	16	66	21	1.3	81	87
スリランカ	21.9	-	22	16	24	66	12	2.0	73	80
パレスチナ <sup>30</sup>	5.4	30	38	22	32	58	4	3.4	72	77
スーダン	48.1	27	41	22	31	56	4	4.3	64	69
スリナム	0.6	77	26	17	26	66	8	2.3	69	76
スウェーデン	10.6	118	17	12	17	62	20	1.7	82	85
スイス	8.8	110	15	10	15	65	20	1.5	83	86
シリア	23.2	14	30	25	36	66	5	2.7	69	76
タジキスタン	10.1	37	36	20	29	60	4	3.1	69	74
タイ	71.8	-	15	11	17	69	16	1.3	76	84
東ティモール	1.4	49	34	23	33	61	5	3.0	68	71
トーゴ	9.1	30	40	23	32	57	3	4.1	61	62
トンガ	0.1	82	34	22	31	60	6	3.2	69	74
トリニダード・トバゴ	1.5	-	19	13	19	69	12	1.6	71	78
チュニジア	12.5	79	25	15	21	66	9	2.0	74	80
トルコ	85.8	132	23	15	22	68	9	1.9	76	82
トルクメニスタン	6.5	54	31	18	25	64	5	2.6	66	73
タークス・カイコス諸島 <sup>31</sup>	0.0	86	17	11	17	73	11	1.6	73	79
ツバル	0.0	99	32	19	27	62	7	3.1	61	70
ウガンダ	48.6	25	44	25	35	54	2	4.4	62	66
ウクライナ <sup>32</sup>	36.7	19	15	11	13	64	20	1.3	68	78
アラブ首長国連邦	9.5	87	15	9	14	83	2	1.4	79	83
英国 <sup>33</sup>	67.7	-	17	12	18	63	19	1.6	81	84
タンザニア <sup>34</sup>	67.4	24	43	23	33	54	3	4.6	65	70
米国 <sup>35</sup>	340.0	129	18	13	19	65	18	1.7	77	82
米領バージン諸島 <sup>36</sup>	0.1	-	19	13	17	60	21	2.1	71	82
ウルグアイ	3.4	-	19	14	21	65	16	1.5	74	82
ウズベキスタン	35.2	47	30	17	24	64	5	2.8	69	74
バヌアツ	0.3	30	39	22	30	57	4	3.7	68	73
ベネズエラ	28.8	35	27	19	27	64	9	2.2	69	77
ベトナム	98.9	105	22	14	21	68	10	1.9	70	79
西サハラ	0.6	36	24	15	22	70	6	2.2	70	73
イエメン	34.4	32	39	23	32	58	3	3.6	61	68
ザンビア	20.6	25	42	24	34	56	2	4.2	60	66
ジンバブエ	16.7	33	40	24	34	56	3	3.4	59	64

## NOTES

- 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, and 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 For statistical purposes, the data for Netherlands do not include this area.
- 8 Refers to the whole country.
- 9 For statistical purposes, the data for Denmark do not include Faroe Islands, and Greenland.
- 10 Including Åland Islands.
- 11 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), Wallis and Futuna Islands.
- 12 For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- 13 For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- 14 Including Abkhazia and South Ossetia.
- 15 For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- 16 For statistical purposes, the data for United States of America do not include this area.
- 17 Including Sabah and Sarawak.
- 18 For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- 19 Including Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
- 20 For statistical purposes, the data for Netherlands do not include Aruba, Bonaire, Sint Eustatius and Saba, Curaçao, and Sint Maarten (Dutch part).
- 21 For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- 22 For statistical purposes, the data for New Zealand do not include Cook Islands, Niue, and Tokelau.
- 23 Including Svalbard and Jan Mayen Islands.
- 24 For statistical purposes, the data for United States of America do not include this area.
- 25 Including Transnistria.
- 26 For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- 27 For statistical purposes, the data for Serbia do not include Kosovo (United Nations administered region under security council resolution 1244).
- 28 For statistical purposes, the data for Netherlands do not include this area.
- 29 Including Canary Islands, Ceuta and Melilla.
- 30 Including East Jerusalem.
- 31 For statistical purposes, the data for United Kingdom do not include this area.
- 32 Including Crimea.
- 33 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, Falkland Islands (Malvinas), Gibraltar, Guernsey, Isle of Man, Jersey, Montserrat, Saint Helena, Turks and Caicos Islands.

34 Including Zanzibar.

35 For statistical purposes, the data for United States of America do not include American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico, and United States Virgin Islands.

36 For statistical purposes, the data for United States of America do not include this area.

## DEFINITIONS OF THE INDICATORS

**Total population:** Estimated size of national populations at mid-year.

**Population annual doubling time, years:** The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change remained constant. It is calculated as  $\ln(2)/r$  where  $r$  is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

**Population aged 0–14, per cent:** Proportion of the population aged between 0 and 14 years.

**Population aged 10–19, per cent:** Proportion of the population aged between 10 and 19 years.

**Population aged 10–24, per cent:** Proportion of the population aged between 10 and 24 years.

**Population aged 15–64, per cent:** Proportion of the population aged between 15 and 64 years.

**Population aged 65 and older, per cent:** Proportion of the population aged 65 and older.

**Total fertility rate, per woman:** 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, years:** 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:** World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Population annual doubling time, years:** World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Population aged 0–14, per cent:** UNFPA calculation based on data from World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Population aged 10–19, per cent:** UNFPA calculation based on data from World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Population aged 10–24, per cent:** UNFPA calculation based on data from World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Population aged 15–64, per cent:** UNFPA calculation based on data from World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Population aged 65 and older, per cent:** UNFPA calculation based on data from World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022. Total fertility rate: World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Total fertility rate, per woman:** World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

**Life expectancy at birth, years:** World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022.

# Technical notes

The statistical tables in *State of World Population 2023* include indicators that track progress toward the goals of the Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) and the Sustainable Development Goals (SDGs) in the areas of maternal health, access to education, and sexual and reproductive 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 analysing 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 2022 revision and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022* (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 2023* generally reflect information available as of February 2023.

## Tracking progress towards ICPD goals

### Sexual and reproductive health

**Maternal mortality ratio: 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.

**Births attended by skilled health personnel: This 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.

**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, any method and any modern method: 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, respectively, any method or modern methods of contraception. Modern methods of contraception include female and male sterilization, the intra-uterine 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 amenorrhoea method (LAM), emergency contraception and other modern methods not reported separately (e.g., the contraceptive patch or vaginal ring).

**Unmet need for family planning (any method): 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 to possible pregnancy 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 increase. Both indicators, therefore, need to be interpreted together.

**Proportion of demand satisfied, any modern method: Modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning.** Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

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

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.

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, 2023. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a 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).

### Decision-making on women's own health care, per cent.

Source: UNFPA, 2023. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions about their health care.

### Decision-making on contraceptive use, per cent.

Source: UNFPA, 2023. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decision about use of contraception.

### Decision-making on sexual intercourse, per cent.

Source: UNFPA, 2023. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions about sexual intercourse with their partners

### 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, millions.

Source: World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022. Estimated size of national populations at mid-year.

### Population change

#### Population annual doubling time, years:

The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change would remain constant. It is calculated as  $\ln(2)/r$  where  $r$  is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022. 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, 2022. 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, 2022. 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, 2022. 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, 2022. 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, 2022. Proportion of the population aged 65 years and older.

### Fertility

#### Total fertility rate, per woman.

Source: World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022. 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: World Population Prospects: The 2022 revision. United Nations Population Division, 2022. 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 start 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, Republic of; North Macedonia; Serbia; Tajikistan; Türkiye; 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; Uganda; United Republic of Tanzania; 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; Curacao; 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; Sao Tome and Principe; 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; Congo, Democratic Republic of the; Djibouti; Eritrea; Ethiopia; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Haiti; Kiribati; Lao People's Democratic Republic; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Mali;

Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Niger; Rwanda; Sao Tome and Principe; Senegal; Sierra Leone; Solomon Islands; Somalia; South Sudan; Sudan; 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>.

## Notes on YouGov survey

### 1. About the YouGov survey process (pages 16-17, 44, 71, 75, 112-113)

The surveys were conducted by YouGov, an international online research and analytics technology group with one of the world's largest research networks, including 22+ million registered panel members. An email invited panel members to take part in a survey that they were most required for, according to the sample definition and quotas. In this case the sample definitions were the adult population of each respective country. The responding sample was weighted to the profile of the sample definition to provide a representative reporting sample. The profile is normally derived from census data or, if not available from the census, from industry-accepted data. For more information on the sampling method, refer to [yougov.co.uk/about/panel-methodology/](https://yougov.co.uk/about/panel-methodology/) and [yougov.co.uk/about/panel-methodology/research-qs/](https://yougov.co.uk/about/panel-methodology/research-qs/).

YouGov plc makes every effort to provide representative information. All results are based on a sample and are therefore subject to statistical errors normally associated with sample-based information.

### 2. Sample country selection and representation

Sample countries were selected to have a diversity in geographic region and demographic profile and include some of the most populous countries in the world. Together, these eight countries represent just under one third of the world's population. Details from the sample are as follows:

**Brazil:** Total sample size was 1,015 adults in Brazil. Fieldwork was undertaken between 5th–14th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of a national urban sample of adults in Brazil (aged 18+).

**Egypt:** Total sample size was 1,003 adults in Egypt. Fieldwork was undertaken between 9th–16th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of adults online in Egypt (aged 18+).

**France:** Total sample size was 1,006 adults in France. Fieldwork was undertaken between 5th–15th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of adults online in France (aged 18+).

**Hungary:** Total sample size was 1,013 adults in Hungary. Fieldwork was undertaken between 5th–14th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of adults in Hungary on age, gender, region, education and recalled past vote (aged 18+).

**India:** Total sample size was 1,007 adults in India. Fieldwork was undertaken between 6th–8th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of a national urban sample of adults in India (aged 18+).

**Japan:** Total sample size was 1,019 adults in Japan. Fieldwork was undertaken between 7th–15th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of adults in Japan on age, gender, region and education (aged 18+).

**Nigeria:** Total sample size was 504 adults in Nigeria. Fieldwork was undertaken between 6th–8th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is online representative according to age and gender of adults in Nigeria (aged 18–50).

**United States of America:** Total sample size was 1,230 adults in the United States of America. Fieldwork was undertaken between 6th–7th December 2022. The survey was carried out online. The analysis has been weighted and is representative of all adults in the United States (aged 18+).

### 3. Concerns related to population (pages 46, 95)

To identify top population-related concerns, respondents were asked to identify up to three concerns related to changes to their countries' populations. The options were: environmental impact, the impact of specific ethnic groups, increased spread of slums and urban areas, population decline (such as in rural areas or overall), labour market shortages, increase competition for jobs, changes to wages, loss of human rights, government imposing policies on family size or number of children, government imposing policies on abortion and reproductive health care, impacts on public services, higher cost of living, food shortages, conflict or tensions between different groups within the country, conflict or tensions between countries, racism, inequality, large-scale disasters (e.g. pandemics), impact on traditional culture in the country, other, none of these, and don't know.

The responses were then classified by the authors into categories of concern: economic; environmental; sexual and reproductive health and human rights; culture, ethnicity and racism; conflict and tensions; slums and urban sprawl; population decline; and other/don't know.

### 4. Supplemental information

More information on the YouGov survey and its analysis is available at [www.unfpa.org/swp2023/YouGovData](http://www.unfpa.org/swp2023/YouGovData)

## Notes on secondary analysis of data from the Inquiry Among Countries on Population and Development

### Response rates

Throughout the secondary analysis, the most recent Inquiry responses were used. These Inquiries varied in their response rates.

The 2019 Inquiry has responses from the following numbers of countries on each of the following policy questions: 103 country responses on fertility policy; 106 country responses on immigration through regular channels; 101 on emigration of their citizens; and 108 regarding migrants in an irregular situation.

The 2015 Inquiry has responses from 196 countries on fertility, immigration and emigration policies.

In analyses using both data sets, about 54 per cent of country responses are from the 2019 Inquiry while the remaining 46 per cent are from 2015 Inquiries because those countries did not respond to the 2019 Inquiry.

For example, figure 14 incorporates 196 countries with responses in the 2015 and 2019 Inquiries. Figure 15 only has 104 countries that responded to 2019 Inquiry questions on both regular immigration policy and irregular immigration concern. The irregular immigration question was not asked in the 2015 Inquiry.

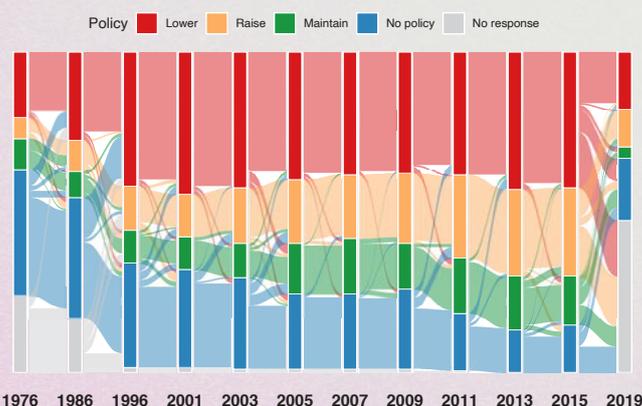
The 2021 Inquiry has responses from 109 countries on reproductive health questions and 88 countries on migration questions, though the exact number varies for each specific question.

### Uptick in policies to influence fertility (page 19)

Over the long term, Inquiry responses reveal that an ever growing number of governments have been adopting policies to influence their domestic fertility rates. That is, the share of countries without any fertility policy has diminished, while the share looking to either raise, maintain or lower fertility has increased. Considerable policy adjustments in the earliest decades reflect a high number of countries initiating campaigns to lower fertility rates, but policy adjustments in the most recent decades have pivoted towards raising or maintaining fertility rates. High non-response rates in the most recent Inquiry make firm conclusions about changes within the last half decade rather uncertain, but the longer-term trends point towards a steady expansion of explicit policy interventions on fertility.

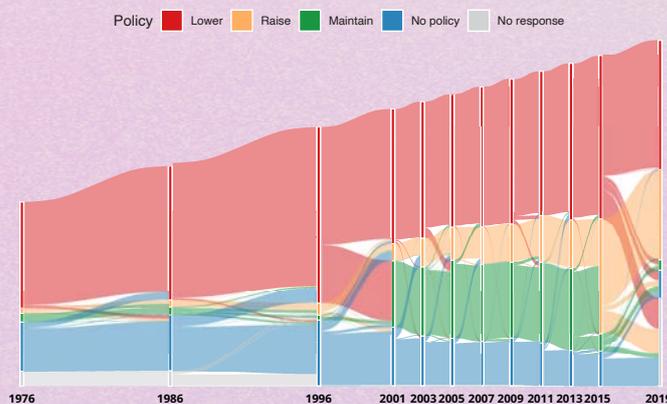
Simplified alluvial plot of reported fertility policies, 1976–2019

Share of countries reporting fertility policies by policy type and Inquiry year



Population-weighted alluvial plot, country fertility policies, 1976–2019

Share of people living under government fertility policies by policy type and Inquiry year



These policy shifts become even more dramatic when examined from the perspective of individuals. The majority of the globe's population – and a share that has only grown over time – lives under governments that have a stated intent to influence individual childbearing. Furthermore, a dramatic shift occurred about a decade ago in the share of people living under policies to raise fertility, such that, according to responses in the two most recent Inquiries, the vast majority of people now live in countries that either want to raise or lower – as opposed to maintain or have no intervention on – domestic fertility. Simultaneously, an ever-diminishing minority of people live in countries where governments declare they have no explicit policy to influence fertility.

To be sure, simply having a fertility policy is neither inherently bad or good. What matters is whether those policies advance and protect individual rights or not. Ultimately, the growing government interest in influencing fertility through policy, makes calls for a rights-based approach all the more relevant and urgent.

### Indexes used in secondary analysis (pages 19, 47, 74–78)

The Human Development Index tracks national development levels along three dimensions: long and healthy life, knowledge and decent standard of living. To measure this it takes the average life expectancy at birth, expected and/or mean years of schooling, and Gross National Income per capita in 2017 dollars adjusted for purchasing power parity. The index score comprises the geometric mean of the normalized indices for each of the three dimensions.

The Human Freedom Index scores national standing on 82 indicators of personal and economic freedom in the following areas: the rule of law; relationships; security and safety; size of government; movement; legal system and property rights; religion; sound money; association, assembly, and civil society; freedom to trade internationally; expression and information; and regulation.

Restrictions in abortion/post-abortion care, maternity care and maternity services were derived from questions in the 2019 and 2015 Inquiry data. Restrictions in abortion and post abortion care included gestational limits, judicial consent requirements, partner consent requirements and others. Restrictions in maternity care included lack of guaranteed access to maternity care and limits to access arising from contradictory plural legal systems or other restrictions based on age, marital status or third-party authorization (e.g., spousal, parental, medical). Restrictions in maternity services include the absence of essential medicines used in maternal care from the national list of recommended or authorized drugs

Healthy life expectancy is the average number of years that a person can expect to live in full health. Life expectancy at birth is the number of years a person can expect to live based on the risk conditions in a given year. The analysis on page 49 uses both definitions; i.e., countries with higher fertility rates see a strong correlation with both definitions of lower female life expectancy.

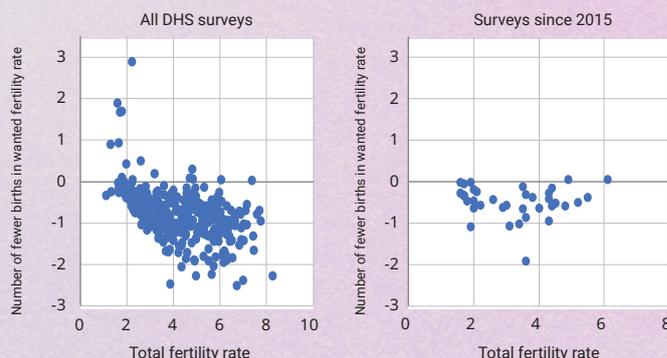
### Note on wanted fertility compared to realized fertility (pages 101–109)

While total fertility among women living in countries with above-replacement fertility is currently at 3.2 births per woman, total wanted fertility is noticeably lower. While there are no data that can provide a representative estimate of what current wanted fertility is, Demographic and Health Survey (DHS) data give some indication. The DHS offers data points that represent 86 per cent of the current world population in countries with above-replacement fertility. However, many of these data points come from surveys that were conducted decades ago, when both wanted and realized fertility rates tended to be higher than today.

The figures below compare wanted fertility rate to total fertility rate. They show the number of fewer births implied in the difference between the wanted fertility rate and total fertility rate from each survey. The first figure shows all data points while the second shows only those from surveys since 2015.

The DHS calculates wanted fertility much like it does the total fertility rate, but only includes births that, at the time of conception, were less than the ideal number of children as reported by the respondent. (dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Wanted\_Fertility.htm). Despite this being a highly imperfect measure of wanted fertility – as well as the issues related to the datedness of many surveys – it is nevertheless revealing that in the vast majority of countries with data, particularly in recent years, wanted fertility was noticeably lower than total fertility.

Number of fewer births in wanted fertility rate than in total fertility rate



# 『世界人口白書 2023』 日本語抜粋版

制作：UNFPA 駐日事務所

成田 詠子

上野 ふよう

小野 真澄

萩野 聡子

UNFPA アジア太平洋地域事務所

森 臨太郎

協力：一般社団法人 SRHR Japan

池田 裕美枝

坂本 晴子

「世界人口白書2023」

英語完全版は[こちらから](#)



『世界人口白書 2023』事務局長声明文など  
さらに詳しい情報は[こちらから](#)



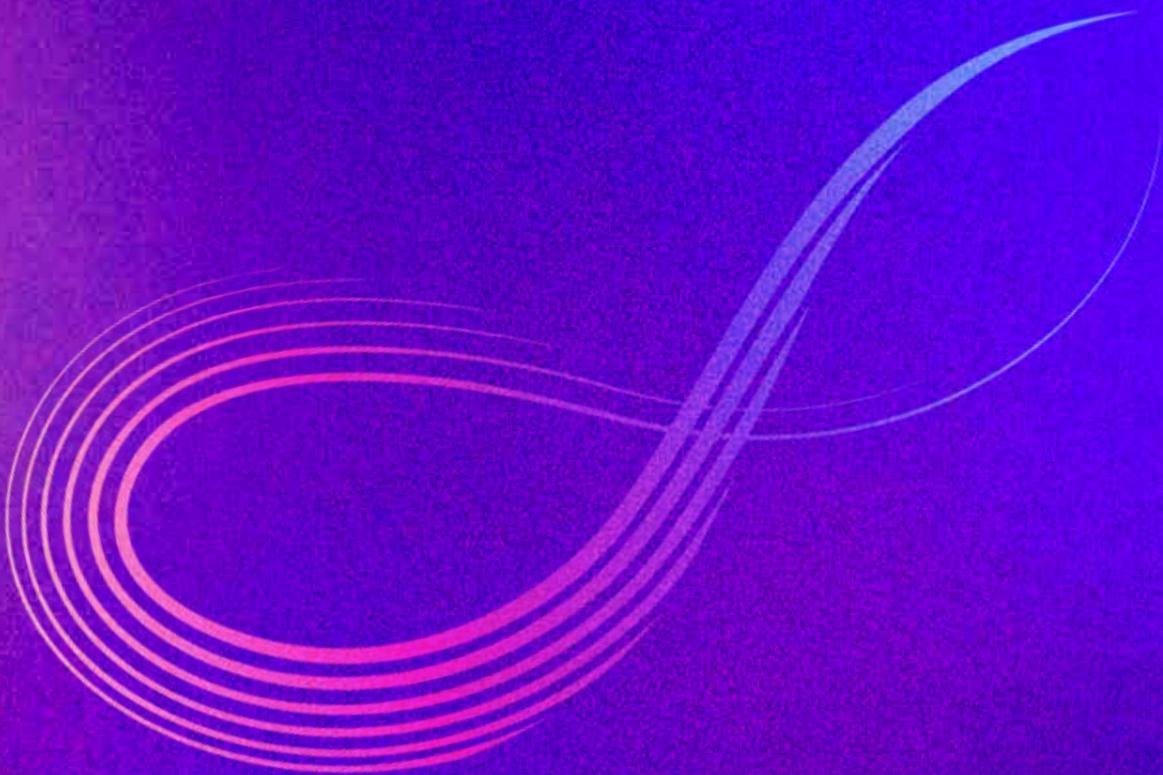
国連人口基金 駐日事務所

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-53-70

国連大学ビル 7階

<https://tokyo.unfpa.org>





**国連人口基金**  
**すべての人々に権利と選択を**