

地域等の分類

18種類ある各統計表の末尾に掲げられた合計値は、以下の分類に基づく国・地域のデータを用いて算出されている。

東アジアと太平洋諸国

オーストラリア、ブルネイ、カンボジア、中国、クック諸島、朝鮮民主主義人民共和国、フィジー、インドネシア、日本、キリバス、ラオス、マレーシア、マーシャル諸島、ミクロネシア連邦、モンゴル、ミャンマー、ナウル、ニュージーランド、ニウエ、パラオ、パプアニューギニア、フィリピン、韓国、サモア、シンガポール、ソロモン諸島、タイ、東ティモール、トケラウ、トンガ、ツバル、バヌアツ、ベトナム

ヨーロッパと中央アジア

東ヨーロッパと中央アジア、西ヨーロッパ

東ヨーロッパと中央アジア

アルバニア、アルメニア、アゼルバイジャン、ベラルーシ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ブルガリア、クロアチア、ジョージア、カザフスタン、キルギス、モンテネグロ、モルドバ、ルーマニア、ロシア連邦、セルビア、タジキスタン、北マケドニア、トルコ、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタン

西ヨーロッパ

アンドラ、オーストリア、ベルギー、キプロス、チェコ、デンマーク、エストニア、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、バチカン、ハンガリー、アイスランド、アイルランド、イタリア、ラトビア、リヒテンシュタイン、リトアニア、ルクセンブルク、マルタ、モナコ、オランダ、ノルウェー、ポーランド、ポルトガル、サンマリノ、スロバキア、スロベニア、スペイン、スウェーデン、スイス、英国

ラテンアメリカとカリブ海諸国

アンゴラ、アンティグア・バーブーダ、アルゼンチン、バハマ、バルバドス、ベリーズ、ボリビア、ブラジル、英領バージン諸島、チリ、コロンビア、コスタリカ、キューバ、ドミニカ、ドミニカ共和国、エクアドル、エルサルバドル、グレナダ、グアテマラ、ガイアナ、ハイチ、ホンジュラス、ジャマイカ、メキシコ、モントセラト、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、ペルー、セントクリストファー・ネイビス、セントルシア、セントビンセント・グレナディーン、スリナム、トリニダード・トバゴ、タークス・カイコス諸島、ウルグアイ、ベネズエラ

中東と北アフリカ

アルジェリア、バーレーン、エジプト、イラン、イラク、イスラエル、ヨルダン、クウェート、レバノン、リビア、モロッコ、オマーン、カタール、サウジアラビア、パレスチナ、シリア、チュニジア、アラブ首長国連邦、イエメン

北アメリカ

カナダ、米国

南アジア

アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、インド、モルディブ、ネパール、パキスタン、スリランカ

サハラ以南のアフリカ

東部・南部アフリカ、西部・中部アフリカ

東部・南部アフリカ

アンゴラ、ボツワナ、ブルンジ、コモロ、ジブチ、エリトリア、エスワティニ、エチオピア、ケニア、レソト、マダガスカル、マラウイ、モーリシャス、モザンビーク、ナミビア、ルワンダ、セーシェル、ソマリア、南アフリカ、南スーダン、スーダン、ウガンダ、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ

西部・中部アフリカ

ベナン、ブルキナファソ、カーボベルデ、カメルーン、中央アフリカ共和国、チャド、コンゴ、コートジボワール、コンゴ民主共和国、赤道ギニア、ガボン、ガンビア、ガーナ、ギニア、ギニアビサウ、リベリア、マリ、モーリタニア、ニジェール、ナイジェリア、サントメ・プリンシペ、セネガル、シエラレオネ、トーゴ

後発開発途上国 / 地域

(UN-OHRLLS (国連後発開発途上国・内陸開発途上国・小島嶼開発途上国担当上級代表) が後発開発途上であると分類した国と地域)

アフガニスタン、アンゴラ、バングラデシュ、ベナン、ブータン、ブルキナファソ、ブルンジ、カンボジア、中央アフリカ共和国、チャド、コモロ、コンゴ民主共和国、ジブチ、エリトリア、エチオピア、ガンビア、ギニア、ギニアビサウ、ハイチ、キリバス、ラオス、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、マリ、モーリタニア、モザンビーク、ミャンマー、ネパール、ニジェール、ルワンダ、サントメ・プリンシペ、セネガル、シエラレオネ、ソロモン諸島、ソマリア、南スーダン、スーダン、東ティモール、トーゴ、ツバル、ウガンダ、タンザニア、イエメン、ザンビア

各統計表に関する注記

表 1 人口指標

人口指標表では、総人口、年齢別人口、さらに年間人口増加率などを含めた各人口に関する情報について、最も重要と考えられるいくつかの指標を選択して使用している。年間出生数は、人口規模とその時点での出生数の両方の関数である。合計特殊出生率は出生率水準の国際的な比較を可能とする。合計特殊出生率 2.1 は「人口置換水準」と呼ばれ、長期的に人口が一定規模で維持されるであろう水準である。出生時の平均余命は、健康状態と人口増加の測定指標の 1 つであり、世界のほとんどすべての国で伸び続けている。従属人口指数とは、生産年齢人口（15～64 歳）に対する非生産年齢人口（すなわち経済的に「従属している」人口）の割合であり、子どもの従属人口指数（生産年齢人口に対する 15 歳未満の割合）と老年の従属人口指数（生産年齢人口に対する 65 歳以上の割合）に分けることができる。総従属人口指数は、人口動態の変化に伴う年齢構成の変化を反映して、通常、時間の経過とともに U 字型になる。これは、子どもの従属人口指数と老年の従属人口指数の相反する傾向の組み合わせとして理解できる。例えば、出生率が低下すると人口に占める子どもの割合が減少し、その結果、子どもの従属人口指数が低下する。平均寿命が延びると（死亡率が下がると）、老年の割合が増え、その結果、老年の従属人口指数が増加することになる。

都市人口の割合と都市人口の年間増加率は、都市化プロセスの状態と動態を示す。純移動率とは、移入者数と移出者数の差を指す。移入者が移出者より多い国・地域はプラス、移出者が移入者より多い場合はマイナスとなる。人口指標のすべての値は、2022 年改訂版世界人口予測に基づく。地域別集計は、202 の報告国に含まれない国であっても、それぞれの地域に関連するすべての国と地域に基づいて集計されている。したがって、例えば、報告された世界全体の 18 歳未満の人口は、報告された各国の 18 歳未満の人口の合計値よりも大きくなる。

表 2 子どもの死亡率に関する指標

ユニセフは、子どもの死亡率に関する一連の推計値を「世界子供白書」にて毎年発表している。これらの数値は、本書の制作段階で入手可能な最良の推計値であり、国連の「死亡率推計に関する機関間グループ」(IGME) の成果に基づくものである。同グループには、ユニセフ、世界保健機関 (WHO)、世界銀行グループ、および国連人口部が参加している。国連 IGME は、新たに入手可能となった様々なデータ要素を仔細に検討し、死亡率の推計値を毎年更新している。この検討作業によって、以前報告された推計値の改訂が必要となることが多い。したがって、過去に発行された一連の「世界子供白書」で報告されている推計値を、死亡率の経年変化の傾向を分析する目的で使用すべきではない。最新の国連 IGME 推計値に基づく各国の死亡率の指標は表 2 に示されているほか <data.unicef.org/child-mortality/

under-five> と <www.childmortality.org> に、その調査実施方法も含めて掲載されている。

表 3 母親と新生児の健康指標

母親と新生児の健康指標表は、人口統計値とカバー率指標の組み合わせを含んでいる。人口統計指標は、女性の平均余命、妊産婦の死亡に関する推計値（妊産婦死亡数、妊産婦死亡率、妊産婦の生涯の死亡リスクを含む）によって構成される。

平均余命の指標は、国連人口部によるものである。妊産婦の死亡に関する値は、国連の「妊産婦の死亡率推計に関する機関間グループ」(MMEIG) が作成した推計値である。同グループには、世界保健機関 (WHO)、ユニセフ、国連人口基金 (UNFPA)、世界銀行グループ、および国連人口部が参加している。国連 MMEIG は、新たに入手可能となった様々なデータ要素を仔細に検討し、死亡率の推計値を毎年更新している。この検討作業によって、以前報告された推計値の改訂が必要となることが多い。したがって、過去に発行された一連の「世界子供白書」で報告されている推計値を、妊産婦の死亡率の経年変化の傾向を分析する目的で使用すべきではない。

カバー率指標には、家族計画、出産前ケア、出産時ケア、および母親と新生児の生後健診の指標が含まれている。これらの指標のデータは、人口保健調査 (DHS)、複数指数クラスター調査 (MICS)、その他のリプロダクティブ・ヘルス調査などの国別世帯調査プログラムから得られたものである。地域分類別および世界全体の推計値は、加重平均法によって算出されている。重み付けに使用された変数は、指標によって異なり、各国に適用されている。これらの変数は対象となる人口集団（分母）の各指標に適用され、最新版の世界人口予測から導かれたものである。地域分類別および世界全体の合計値の算出にあたっては、各国の最も新しいデータ要素 (2015～2020) のみが使用されている。

今回この表には、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 指数の構成要素である、リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦、新生児、子どもの保健に関する支援カバー率の副次的指標が追加された。これは、リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦、新生児、子どもの各保健分野での支援に関連する 8 つの追跡指標に基づく、必須サービスの平均カバー率と定義される。指標は、含まれる指標の加重平均として計算され、0 から 100 までの尺度で報告される。

表 4 子どもの保健指標

子どもの保健指標の表には、5 歳未満児に世帯レベルで提供された効果的な支援／介入策のカバー率に関する情報を把握するための一連の指標が含まれている。これらの指標には、予防接種指標（以下で解説）、ならびに肺炎、下痢、

およびマラリア（幼い子どもの死亡原因トップ3）の予防または治療のための支援／介入策に関する指標など、幅広いものが含まれる。子どものこれらの疾病に対する予防策や治療行為に関する指標データの主な出典は、人口保健調査（DHS）や複数指数クラスター調査（MICS）といった、代表的な人口集団を対象とした国別世帯調査である。地域分類および世界全体の推計値は、加重平均法によって算出されている。重み付けに使用された変数は、指標によって異なり、各国に適用されている。これらの変数は各指標の対象となる人口集団（分母）と一致し、最新版の世界人口予測から導かれたものである。地域分類および世界全体の推計値の算出にあたっては、各国の最も新しいデータ要素（2015～2020）のみが使用されている。世帯に関する情報を把握する複数の指標には総人口が用いられた。

予防接種

子どもの保健指標の表は、世界保健機関（WHO）とユニセフによる国別の予防接種実施率（カバー率）の推計値を提示している。2000年以来、これらの推計値は毎年7月に更新されているが、毎年その更新前に協議プロセスを設けており、各国に情報を含む報告書の草案を提示してコメントと精査実施を求めている。これらの推計値の算出プロセスには新たに知見や経験に基づくデータが組み込まれているため、改訂された推計値は過去に発表されているすべてのデータを置き換えるものである。過年度版の予防接種実施率とは比較することができない。こうしたプロセスに関するさらに詳細な解説は <data.unicef.org/child-health/immunization> を参照のこと。調査対象となった予防接種実施率の地域分類別の平均値は、次のように計算されている。BCGに関しては、国の定期予防接種計画にBCGが組み込まれている国のみ、地域分類別の平均値に含まれている。三種混合（DTP）、ポリオ、はしか、B型肝炎、インフルエンザb型（Hib）、肺炎球菌（PCV）、ロタウイルスのワクチンに関しては、すべての国が地域分類別の平均値に含まれている。こうしたワクチンが世界保健機関（WHO）により世界的に推奨されているからである。出生時の破傷風からの保護（PAB）に関しては、妊産婦および新生児に関して破傷風が流行している国のみが地域分類別の平均値に含まれている。

表5 青少年の保健指標

この表は、青少年の死亡率、健康、ウェルビーイングに関連する一連の主要指標によるものである。死亡率の指標には、10～19歳の青少年死亡率、青少年の死亡者数、2000～2020年の青少年死亡率の年間減少率が含まれている。この表のリプロダクティブ・ヘルスの指標は、（10-14歳、15-19歳の各年齢層の）青少年の出産率、早期出産（20～24歳の女性が18歳以前に出産した場合を指す）、15～19歳の青少年期に近代的な方法で家族計画を実施した割合が示されている。15～19歳の青少年における妊産婦の健康指標は、出産前ケア（4回以上の訪問）および専門技術者が付き添う出産、施設内分娩、帝王切開による出生数に

ついてが示されている。非感染症疾患（NCDs）のリスク要因については、15～19歳のアルコールの使用、13～15歳のタバコの使用、11～17歳の就学期の子どもの身体活動の不足がある。ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種は男子と女子の双方に効果があるが、ここでは、国の計画に沿ってHPVワクチンの最終接種を受けた女子の割合が示されている。WHO/ユニセフは、HPVワクチン接種に関する2つの主要なカバー率指標を作成している。1つはHPVワクチン接種プログラムの実績カバー率で、各暦年における国のスケジュールとプログラムの資格基準に従った接種率（プログラムの対象者は14歳まで）を記述している。2つ目は、15歳までのHPVワクチン接種率を記述したもので、報告年に15歳になる人口のうち、9～14歳のいずれかの時期にHPVワクチンを接種している人の割合を表すものである。データは常に国レベルで報告され、必ずしも地方レベルでの差異を示さない場合がある。いずれの指標も、初回接種（HPV1）、すべての推奨されるスケジュール（HPVc）、性別ごとに算出される。現在販売されているワクチンは、年齢によってスケジュールが異なる。一般的に推奨されているのは2回接種のスケジュールで、初回接種時に15歳未満の場合は、最低6カ月の間隔をあけて接種することになっている。一方、15歳以上の場合、免疫不全およびHIV感染者の場合は、3回接種（0、1～2、6カ月）のスケジュールが推奨されている。分母を設定するために、本方法論はデフォルトとして国連人口部の国別推計値を使用している。国によって異なる資格基準の設定や変更に対応するため、資格基準を分母に組み込む際に正規化プロセスを用いている。これには、人口コホートにおける学年に関する資格基準と、時間の経過に伴う複数の集団の資格基準への対処が含まれる。詳細については、以下を参照のこと。Laia Bruni et al., Preventive Medicine, <doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.106399>.

今回、以下2つの指標が新たに追加された。国連人口部から入手した10～14歳の女子の思春期出生率と、世帯調査から入手した性的関係、避妊具の使用、リプロダクティブ・ヘルスケアに関して、十分な情報を得た上で自分自身で意思決定する青年・若い女性（15～19歳）の割合である。後者の指標は、選択された3つの分野すべてにおいて、自分自身で意思決定をしている15～19歳の青年・若い女性（既婚または婚姻中）の割合と定義される。すなわち、（1）自分自身の健康管理について、単独または夫やパートナーと共同で決定し、（2）避妊具の使用・不使用について、単独または夫やパートナーと共同で決定し、（3）夫・パートナーとのセックスにノーと言うことができる、である。この3つの基準をすべて満たしたとき、思春期の少女や若い女性は、リプロダクティブ・ヘルスに関する意思決定において自律性を持ち、リプロダクティブ・ライツを行使する力を得たとみなされる。

表6～7 HIV/エイズ指標

2022年に、国連合同エイズ計画（UNAIDS）は、世界全体、地域分類別、国別でのHIV/エイズの2020年版の各推計値を発表した。これは最も新しい疫学的な推計値に加えて、抗レトロウイルス療法（ART）、母子感染予防（PMTCT）、および乳児の早期HIV診断の実施率データが反映されたものである。この推計値は、最新の科学研究ガイドラインや世界保健機関（WHO）のプログラムのガイドラインに基づいており、HIV母子感染の推計件数、年齢別およびHIV血清反応別の女性の妊娠件数、HIVに感染した子どもの純生存率などの推計値の精度向上につながった。この改良された手法に基づき、UNAIDSはHIV感染率、HIV感染者数、治療を必要とする人数、エイズ関連死亡数、新たなHIV感染件数、その他HIV流行の重要指標などについて、過去にさかのぼり新しい推計値を算出した。

子どものHIV対策についての主な指標は、2つの表に分割されている。表6 HIV/エイズ疫学に関する指標と、表7 HIV/エイズ支援策に関する指標である。

表6 HIV/エイズ疫学に関する指標

表6は、HIV流行の動態を測定するために用いる重要指標を含む。10歳未満のHIVに感染している子どもはすべて母子感染を介して感染しているものと考えられるため、データは10歳を区切りとして細分類されている。HIVに感染している10～19歳の子どもは、居住国の状況にもよるが、性行為や注射薬物使用によって新たにHIVに感染した事例を含んでいる。HIV流行の動態とプログラムによるHIV対策においては、青少年期の子どもの中に性別による著しい差があることが明らかであるため、性別によるデータの細分類化を行いこれをすべてのHIV/エイズ疫学に関する指標に含めた。国・地域間の比較をより容易にするために、新規HIV感染数の指標は、非感染者1,000人当たりの新規HIV感染数に置き換えられた。同様に、エイズ関連死亡数は、人口10万人当たりのエイズ関連死亡数に置き換えられている。これらの2つの指標は、新規HIV感染数とエイズ関連死亡数の相対的な測定指標を提供するものであり、HIV対策の影響範囲をより正確に示している。

表7 HIV/エイズ支援策に関する指標

表7は、子どものHIV対策に不可欠な支援/介入策に関する指標を含む。これらの実施率に関する指標は、最新のHIV/エイズ対策方針と実施過程の進展度をよりよく反映するために、過去に出版された一連の「世界子供白書」から改訂されている。例として、乳児の早期HIV診断の指標は、HIV感染のリスクがある乳児のうちHIV検査を生後2カ月以内に受けた割合に関する情報から収集している。すべての実施率に関する指標は、特定の人口集団を対象とした調査や対策プログラムサービスの統計から入手可能な、信頼性の高い最新のデータから計算されている。

実施率に関する各指標は、対象となる人口集団に対し加

重平均を用いて地域分類別または世界全体で集計されている。データがまばらな場合があるため、いずれかの人口集団を対象とした調査より得られた指標があったとして、これは当該地域のデータが青少年期の人口集団の少なくとも50%を表している場合にのみ集計される。

表8～9 栄養指標

表8は、就学前の子ども、学齢期の子ども、および生殖可能年齢の女性における栄養不良の推計値に加えて、微量栄養素のための介入策の実施率を含む。表9は、乳児および幼児のための食事に関する指標を含む。

就学前の子どもにおける低出生体重、発育障害および過体重、ならびに学齢期の子どもの痩身と過体重、そして母親の低体重および貧血に関する推計値は国ごとにモデル化されているため、過去に実施された調査にて報告された推計値、行政が集約管理する推計値とは異なる可能性がある。その他すべての指標については、未加工・処理前のデータが入手された時点で、国レベルでの推計が標準的な分析方法に準拠するように再分析が行われたため、実施された調査にて報告された推計値とは異なる可能性がある。

低出生体重

2019年時点で更新された手法に基づいて推計値が算出された。したがって、国別、地域分類別、世界全体の推計値について、2019年以前に出版された一連の「世界子供白書」に記載されていた数値との比較は推奨されない。

出生時の体重未計測

提供されたデータソースに出生時の体重を含んでいない出生率を表した指標。詳細は<https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>を参照のこと。

発育障害と過体重

ユニセフ、世界保健機関（WHO）、世界銀行は、世帯調査による発育障害と過体重の推定値の国別データセットの調和を図ってきた。2021年現在、これらのデータは国別にモデル化された推計値の作成に使用されている。ユニセフ、世界保健機関（WHO）、世界銀行は、国の有病率を表す調査推定28世界子供白書2021値の使用から、発育障害と過体重に関する国別にモデル化された推計値の使用へと移行した。この手法は、ユニセフ・WHO・世界銀行の出版物『Levels and Trends in Child Malnutrition: Key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates』に記載されている最新のアプローチに基づいている。国別協議のための背景文書のテクニカルノートはこちらを参照のこと。<<https://data.unicef.org/resources/jme-2021-countryconsultations/>>。発育障害と過体重の地域分類別および世界全体の数値は、国別にモデル化された推計値の人口加重平均値である。

消耗症と重度の消耗症

世帯調査に基づく推計値が、各国の有病率の報告に用いられている。ユニセフ、世界保健機関 (WHO)、世界銀行は、M.de Onis et al (2004) 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition', (International Journal of Epidemiology, 33, pp.1260-1270.) に記載されているモデルを用いて、地域平均および世界平均を算出するために使用されている、世帯調査による消耗症および重度の消耗症の推計値の国別データセットの調和を図ってきた。発育障害、過体重、消耗症、重度の消耗症については、毎年新しい推計値が発表されるが、これは以前のすべての推計値よりも優先するため、比較すべきではない。

ビタミン A 補給率

子どもが4～6カ月の間隔でビタミンAを年2回補給することが重要であることを強調するため、本書ではビタミンA補給について完全な補給の実施率のみを報告している。この指標を測定するための直接的な方法がない場合には、統計をとった対象年の1回目(前期:1～6月)と2回目(後期:7～12月)の補給率推計値のうち、より低い実施割合を完全補給率として採用した。各期の推計値は次のサイトで見る事ができる:<<https://data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>>。地域分類別または世界全体の合計値は、国家規模で対策プログラムを実施する優先国として指定された64カ国によってなっている。したがって、各地域分類内の優先国のうち、総人口の少なくとも50%が実地対象となった国および、その地域に優先国が5カ国以上ある場合に、地域分類別の合計値に含まれる。言い換えると、ラテンアメリカとカリブ海諸国、東ヨーロッパと中央アジアは、それぞれの地域に優先国が2カ国しかないため、推計値は掲載されていない。

学齢期の子どもにおける栄養不良

この項目にある複数の指標は、すべての年齢の子どもの栄養不良を撲滅することの重要性が反映されている。学齢期の子どもにおける栄養不良の国別推計値は、NCD リスク要因研究コラボレーション (NCD-RisC) (2017) および 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', The Lancet, 390 (10113), pp. 2627-2642 に基づくものである。

低体重 (18歳以上の女性)

この指標は、子どもの栄養不良を解消するための母親の栄養不良対策の重要性を示している。低体重の女性の国別推計値は、NCD リスク要因研究コラボレーション (NCD-RisC) (2017) および 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416

population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', The Lancet, 390 (10113), pp. 2627-2642 に基づくものである。

貧血 (15～49歳の女性)

この指標は、子どもの栄養不良を解消するための母親の栄養不良対策の重要性を示している。貧血の国別推計値は、世界保健機関 (WHO) の「WHO 世界貧血推計値」(2021) に基づいている。貧血の有病率 (%) は妊娠していない女性が対象である。Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (www.who.int/data/gho) を参照のこと。

ヨード添加塩

本書に記載されたこの指標の定義は2016年に変更されている。以前は、適切にヨード添加塩が世帯にて消費されているかを調査したものだ。2016年以降本報告書で示される指標は、種類を問わずヨードが添加された食塩についてのものであるため、国別、地域分類別、および世界全体の消費についての推計値は、過去に発行された一連の「世界子供白書」に記載された値と比較することはできない。

乳児・幼児への食事提供

乳児・幼児への食事提供次の指標ガイダンスに記載されているように、最近定義が変更されたものや新しいものを含め、合計10の指標が示されている。<https://data.unicef.org/resources/indicatorsfor-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/> を参照のこと。

- ・母乳育児の継続 (12～23カ月) は、従来の1年目 (12～15カ月) と2年目 (20～23カ月) の母乳育児の継続という2つの指標に代わるもの。
- ・最低限の食事多様性 (MDD) (6～23カ月) は、前日に、定義された8つの食品群のうち少なくとも5つの食品を摂取した生後6～23カ月の子どもの割合と定義された (過去の定義では、前日に、定義された7つの食品群のうち少なくとも4つの食品を摂取したことが反映されていた)。
- ・最低限の食事頻度 (MMF) (6～23カ月) では、母乳で育てられていない子どもの指標定義が変更された。
- ・最低限の食事水準 (MAD) (6～23カ月) は、MDD および MMF の定義の変更に合わせて改訂されている。
- ・野菜または果物の摂取量ゼロ (6～23カ月) は、新しい指標。

さらに、この表は、子どもの食事の貧困を評価するためにユニセフが定義した2つの新しい指標を反映しています。

より詳細な情報は、以下のサイトでご覧いただけます：
<<https://data.unicef.org/resources/child-food-poverty/>>。

表 10 乳幼児期の子どもの発育指標

子どもにとって、8年にわたって続く乳幼児期は、認知能力、社会性、感情と身体が発育にとって重要な時期である。脳を適切に発達させるには、意欲喚起が可能な環境、十分な栄養素、注意深い養育者との対人関係が必要である。乳幼児期の子どもの発育指標表は、子どもの発達状況、家庭におけるケアの水準、自宅の学習教材の有無、乳幼児向けのケアや教育の有無に関する比較可能な国別の代表データとともに、複数の指標に関するデータを示している。この表における情報は、栄養や保護指標などの乳幼児期の子どもの発育に不可欠な他の分野のデータと合わせて解釈されることが最も適切と考えられる。

おとなによる学習意欲の早期喚起とレスポンス・ケア

人口保健調査 (DHS) から得られたこの指標に関するデータは、比較可能性実現のために、複数指数クラスター調査 (MICS) の手法に基づいて再計算されたものである。したがって、再計算されたデータは、人口保健調査 (DHS) が行った国別報告書に記載の推計値とは異なる。

家庭にある学習教材 (玩具)

この指標の定義は、複数指数クラスター調査 (MICS) の第3～4ラウンド (MICS3とMICS4) の間で変更が加えられた。MICS4およびこれに後続するMICSラウンドとの比較可能性を考慮し、MICS3のデータはMICS4の指標定義に基づき再計算された。したがって、ここで示されているのは再計算されたデータであり、MICS3の国別報告書で過去に報告された推計値とは異なる。

表 11 教育指標

この表は、子どもの教育に関する一連の指標を次のような側面から示す。公平なアクセス、教育の修了率、学習成果である。

この表ではまず、非就学児率 (SDGs4.1.4) で測定される、公平なアクセスに関する情報を提供している。この表の推計値は、ユネスコ統計研究所 (UIS) のデータベースを用いて算出したものである。非就学児率は、教育への公平なアクセスを確保するための政策を立案するために、一定の教育レベルの公式年齢範囲内にある人口のうち、学校に通っていない子どもの割合を示している。

2019年9月、ユネスコ統計研究所 (UIS) は初等教育レベルの学校に通っていない子どものデータを把握する方法を変更した。就学前教育を受けている初等学校年齢の子どもは、学校に通っている子どもとみなされるようになった。

修了率 (SDGs4.1.2) は、各教育段階において、最終学

年で想定される年齢よりも3～5歳高い年齢で修了した子どもまたは若者の数を測定したものである。推計値の出典は、ユニセフのグローバルデータベースであり、複数指数クラスター調査 (MICS)、人口保健調査 (DHS)、その他の世帯調査を用いて算出されている。教育機関の各段階を修了する理論上の年齢グループよりも若干年長の年齢グループを選択することによって、各教育段階を修了した子どもと青少年の割合をより堅実に測定している。

また、この表には、読解力と算数において少なくとも最低習熟度を達成している子どもや若者の割合 (SDGs4.1.1) や、若者の識字率 (SDGs4.6.2) など、公平な学習成果をモニターする一連の指標も含まれている。最低習熟度とは、学習評価を通じて測定されるある領域 (例：算数と読解力) における基本的な知識の基準である。SDGsの公式データソースである国連統計局のデータベースをもとに推計されている。表中の識字率は、ユネスコ統計研究所 (UIS) のデータベースを出典としている。これは、初等教育を通じて国民が身につけるべき基本的な識字能力を測定したものである。またこれは、15～24歳の若者のうち、最低限読み書きができる人の割合を表し、各国の初等教育の効果を測定する指標として利用される。

この表に含まれる指標の詳細情報は、ユネスコ統計研究所 (UIS) 「SDG4と教育2030のフォローアップとレビューのためのグローバル指標とテーマ別指標のメタデータ」 (2017年7月) を参照のこと。

表 12 子どもの保護指標

子どもの保護とは、あらゆる状況における、子どもに対する暴力、搾取、虐待の防止とこれらへの対応を指す。子どもが対象となる保護義務違反には様々なものがあるが、比較可能なデータが存在しないため、本来報告されるべき事例のすべてが報告されているわけではない。このため、子どもの保護に関する本表では、比較可能かつ国別の代表的なデータが入手可能であるいくつかの問題に関するデータを示した。

出生登録

出生登録の定義は、複数指数クラスター調査 (MICS) の第2～3ラウンド (MICS2とMICS3) と第4ラウンド (MICS4) の間で変更が加えられた。後続するMICSラウンドとの比較可能性を考慮し、出生登録に関するMICS2～3のデータはMICS4の指標定義に基づき再計算された。したがって、ここで示されているのは再計算されたデータであり、MICS2～3の国別報告書で過去に報告された推計値とは異なる可能性がある。

児童労働

この指標は、SDGsの指標8.7.1の報告で用いられているものに差し替えられた。子どものうち、経済活動、家の雑務のいずれかまたは両方に従事しているか、または年齢

に応じた労働時間（一般的な生産境界に基づく）を超えた子どもの割合が反映されている。

児童労働（5～11歳）：週に経済活動を1時間以上か、週に無給で家の雑務を21時間超の、いずれかまたは両方に従事した子ども。

児童労働（12～14歳）：週に経済活動を14時間以上か、週に無給で家の雑務を21時間超の、いずれかまたは両方に従事した子ども。

児童労働（15～17歳）：週に経済活動を43時間以上従事した子ども。無給での家の雑務については、1時間あたりの基準値は設定されていない。

SDGs グローバルデータベースに集計・提示され、世界子供白書で再掲載された国別推計値は、上記の定義と基準に従って、ユニセフと世界労働機関（ILO）によって再分析されたものである。よって国別のデータ値は、国別調査報告で発表された値とは異なることを意味している。

児童婚

この表は、18歳以前に初めて結婚または結ばれた個人の割合を示す。この慣習は女子の間でより広く確認されるが、児童婚は性別を問わず子どもの権利を侵害するものである。このため、児童婚の割合については、性別を問うことなく男子と女子ともに記載を行った。15歳未満で結婚した女性の割合を示した児童婚に関する二次指標は、『世界子供白書2021』で紹介されていたが、他のトピックに関するデータを掲載するスペースを確保するため、本版から削除された。なお、この指標は引き続きユニセフが把握しており、関連データは <data.unicef.org> で見ることができる。

女性器切除（FGM）

0～14歳の女子に対する女性器切除の実施率のデータは技術的な理由から再計算されたため、データの出典である複数指標クラスター調査（MICS）および人口保健調査（DHS）の国別報告書とは数値が異なることがある。2019年版の世界子供白書から、対象となる人口集団のうちFGMの慣習廃止を希望している（慣習を支持しているのではない）割合を「態度」という項目にて示すことになった。この指標は、『世界子供白書2021』では男女ともに紹介されていたが、他のトピックに関するデータを掲載するスペースを確保するため、本版からは男性のデータが削除された。なお、この指標は引き続きユニセフが把握しており、関連データは <data.unicef.org> で見ることができる。

地域分類別のFGM実施率と慣習廃止を希望する割合の推計値については、FGMが実施されている国のみを対象とし、国別の代表的な人口集団について入手可能なデータに基づいている。当該地域分類内にはFGMを実施していない国もあるため、データはFGMが行われている特定の国

に住む人々の状況を反映したものとなっている。

子どもに対する暴力的なしつけ

この指標の対象となる年齢グループはMICS5を開始するにあたって1～14歳の子どもへと改訂された。MICS3とMICS4の推計値は、2～14歳を対象としているため、直接比較することはできなくなった。

入所中の子ども、拘禁中の子ども

本指標の数値は、その国のデータシステムの強さと、こうしたデータを収集する機関や組織間の調整の程度に依存する基礎データに基づいている。行政記録に基づく国の基礎データの利用可能性、一貫性、網羅性には全体として限界があるため、本指標に関するデータは、その国のデータシステムが、これらの子どもの数を集計し、利用可能なものにすることができるかどうか、またその程度を、おおよそではあるが示していると解釈するのが最も適切である。したがって、報告された数値が高いほど、母集団が多いことを示すのではなく、そのような子どもたちを特定し、監視するためのより包括的なシステムや、そのようなデータを体系的に収集する能力が高いことを実際に反映していると考えられる。地域別の推計値は、同じ地域内の国によって、子どもの数や記録・報告システムの能力に大きな差があることを考慮して解釈されるべきである。

表13 社会的養護と公平性指標

この表では、子どもがどのような状況下で生活しているかに影響を与える社会的養護の範囲と所得格差の大きさの両方に関する情報を提供する。社会的養護指標は、現金給付を受け取る新生児を抱える母親、社会的養護の対象となっている子どもの割合、社会的養護給付/支援の配分（所得において第1五分位、第5五分位、第1と第2五分位を合わせた下位40%の世帯）を含む。上記の最初の2つの指標は社会的養護の対象範囲を捉えたものだが、3つ目の指標にはその実施率と五分位すべてに対する配分率が反映されている。この表は、それぞれの家庭（特に子ども）が居住国内で利用することができる社会的セーフティーネットの概要を示すものである。

格差指標には、世帯所得分布（第1五分位、第5五分位、第1と第2五分位を合わせた下位40%）、ジニ係数、パルマ比率、大多数の所得比率、国民1人あたりの名目GDPなどがある。最初の指標は、対象となる国の国内総所得について、各五分位の所得が占める割合を指す。この指標が国あたりの所得分布の構造を示す一方で、ジニ係数はその社会における不平等の程度を可視化し「完全に平等な所得分布」からの乖離度合いを示すものである。これとは対照的に、パルマ指数は対象となる人口集団における最富裕層10%と最貧困層40%の所得格差に焦点を当てている。パルマ指数は、分配を示す線の末端側と極端な不平等により敏感に反応する。所得の不平等の変化は、主に最富裕層10%の所得と最貧困層40%の所得の変化によって引き起

こされるため、パルマ指数は所得不平等に関して、所得の分配の変化に関する洞察を提供する。大多数の所得比率は、所得ランキングの上位 80%（大多数）の所得比率を測定するものである。国民 1 人あたりの GDP は、対象となる国の平均的な生活水準を示す指標として、上記の指標や指数を補完する。

社会的養護と公平性指標は、1 年に 1 度の頻度ではなく、世界銀行の世界開発指標（WDI）「社会的養護の世界地図：レジリエンス（回復力）と公平性に関する指標」、および国際労働機関（ILO）「社会的養護に関するグローバル報告書」より抽出されている。

表 14 WASH（水と衛生）指標

本表は、各世帯、教育施設、医療または保健施設における基礎的飲用水、水と衛生（WASH）サービスの普及率に関する一連の指標を含む。本書に記載された水と衛生指標の推計値は、世界保健機関（WHO）とユニセフによる水道、衛生設備（トイレ）および衛生習慣に関する共同モニタリングプログラム（JMP）から得られたものである。JMP の指標の定義、データソース、ならびに国別、地域分類および世界全体の推計値の算出に用いられた手法についての詳細な情報は <www.washdata.org> にて閲覧することができる。新しい推計値は 2 年ごとに発表され、過去に発表されているすべての推計値を置き換えるため、比較すべきではない。

表 15 青少年指標

青少年指標表は、青少年の生活の様々な領域（保護、教育と学習、就労への移行）における、健康とウェルビーイングに関する一連の指標を示す。青少年の健康と幸福度は広範なものであり、少数の指標によって網羅的に把握することはできないが、本 15 表で示している数値は例示的なサンプルとしての役割を果たすことを目指し、本書の他の統計表を通じて示した青少年に関連する様々な指標を補完することを企図している。本表の指標は「国の青少年に関する目標のための追跡調査（ACT:Adolescent Country Tracker）」から得られたものである。今回、青少年の健康指標に関しては、表 5 にまとめている。

ニート（NEET）、失業

青少年が実際に就労へと移行しうるかどうかが測るためのデータは、就学、就労、職業訓練を受けていない人（NEET）の基準にて示されており、15～19 歳の青少年の失業率については国際労働機関（ILO）から得られたものである。これらの指標の解釈に関するメタデータと注釈は <ilo.org/ilostat> に記載の「メタデータ」セクションにて閲覧することが可能。

労働統計の測定基準は現在改訂中であり、現在のデータと以前のデータとの比較に影響を与えるため、これらのデータの解釈には若干の注意が必要である。本書に掲載されて

いるデータは、第 13 回国際労働統計家会議に基づく系列データから引用されている。詳細は、これらの系列データを管理する ILO が作成した本トピックに関するテクニカルノートを参照のこと。<https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_854830.pdf>

表 16 障がいのある子ども指標

この表は、子どもの保護、乳幼児期の子どもの発達、教育、栄養、社会的養護と公平性、WASH（水と衛生）など、様々な領域にわたる子どものウェルビーイングに関する指標について、障がいのある子ども、障がいのない子どものデータを示している。幸福の測定は幅広く、少数の指標で網羅的に捉えることはできないが、表 16 のデータは、これら 2 つの集団の間に格差が存在するかどうかを説明するためのものである。この表のデータの中には、以下に説明するように、情報を収集するために使用したツールに注意があるため、慎重に解釈しなければならないものもある。

発育不全と過体重

障がいのある子どもの成長に関するデータを収集には課題がある。調査における体格測定は、通常、訓練を受けた測定者が、標準化されたデジタルスケールや測定板を使用するなど、統一された条件の下で実施される。ある種の障がいを持つ子どもたちは、通常の発達をする子どもたちと同じように成長しないことがある。そのため、家庭調査で使用される標準的なツールでは、彼らの健康と発達を適切に測定することができない場合がある。さらに、特定の種類の障がいを持つ子どもの体重を測定することで、測定誤差が大きくなる可能性がある。また、WHO の「子どもの成長基準」は、身体に障がいのない子どもを基準に算出されていることに留意する必要がある。そのため、子どもの身長と体重を収集できたとしても、標準的な栄養指標（発育障害や過体重の測定に使用）は、特定の障がいを持つ子どもの成長を評価するのに不適切な場合があり、結果の解釈がより難しくなっている。

乳幼児期の子どもの発達と

子どもの学習経験に影響を与えるすべての要因について包括的な説明を提供するには、データ上の限界があることは考慮に入れる必要がある。ここで使用されている指標は、教育受講率を測定するものであるが、教育を受ける上で障がいのある子どもたちが経験することや、彼らが直面する障壁を完全に把握することはできない。

また、主流の教育を受けている子どもと、障がいに特化した教育環境にある子どもを区別できないことも、データの限界である。多くの国では、障がいのある子どもたちのための学校制度が高度に分離されているため、この点は重要である。例えば、特別支援学校での学習進度は、主流校での学習進度と大きく異なる場合があり、その子にとって何が「レベル相応」なのか、対応が根本的に変わってしまう。このよ

うな違いを把握することができれば、障がいのある子どもとない子どもの間で報告されている格差は、さらに大きくなる可能性がある。

基礎的な学習能力

基礎的な読解力と計算力に関するデータは、3つの読解タスクと4つの計算タスクを完了できた子どもに対してのみ作成される。完了できなかったケースには、タスクを開始したが終了できなかった子ども、評価を受けることを拒否した子ども（または母親が評価を受けることを許可しなかった子ども）、または病気や障がいのために評価に参加できなかった子どもが含まれる。一部の子どもにとっては、アクセシビリティの低さが参加の障がいとなる可能性があると言える（例えば、子どもが目の見えない場合、参加するために支援技術や合理的配慮が必要で、それらが提供されない場合など）。したがって、障がいのある子どもとない子どもの基礎的な学習スキルの違いを示す結果は、特定の困難を持つ子どもは、このような評価に参加する可能性が低いことを理解した上で解釈されるべきである。

基本的な衛生施設

この指標は、他の世帯と共有せず、自分の住居や自分の庭・敷地内にある改善された衛生設備のある世帯に住む2～17歳の子どもの割合に関する情報を提供するものである。サービスレベルや施設のタイプに使用される定義は、JMPによって定められている。

衛生サービスを評価・測定する際には、世帯が利用できる施設の種類だけでなく、アクセスが容易かどうか、他の世帯と共有しているかどうかも考慮することが重要である。障がいのある子どもたちは、サービスが利用できる状態であっても、しばしばアクセスに対する固有の過度の障壁に直面するため、利用可能性とアクセスとの区別は特に重要である。しかし、サービスに関する指標では、使用されている施設の種類と、それが家庭内にあるのか、他の世帯と共有しているのか、家庭から離れた場所にあるのが重要な評価項目となっている。そのため、障がいのある子どもがいる世帯が衛生サービスを利用できることを示すことはできても、それが子ども自身にとって使いやすい施設や完全なアクセシビリティにつながるかどうかは、現在のデータでは評価することができない。障がいのある子どものための衛生施設のアクセシビリティを測定するための国際基準を開発するために、さらなる作業が必要である。

さらに、このデータからは、障がいのある子どもが身を置く可能性のある家庭以外の環境（学校、入所施設、医療施設、その他の公共施設など）についての知見は得られない。

社会的移転

社会保護には、社会移転以外の多くの介入が含まれるが、現金以外の介入については、国際的に比較可能なデータがほとんどないのが現状である。また、ほとんどの国において、

社会的移転が何らかの形で障がいに関連しているのか、あるいは他の要因に基づいて世帯に提供されたのかを知ることとはできない。

表 17 女性の経済的活動を促す指標

この表は、女性の経済的な活動への参画が子どもの健康と幸福度に有益な効果をもたらすことを踏まえ、2019年に追加されたものである。またこれは、持続可能な開発目標（SDGs）の目標5「ジェンダー平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図る」で明示されている女性の経済的な活動への参画の本質的な重要性を反映している。

社会制度とジェンダー指標（SIGI）

定性的かつ定量的なデータに基づき、法律、明文化されていない法律、態度、慣行に関する情報を包含する。差別的な法律、態度、慣行は、女性と女子の人生に影響を与え、人間的、社会的、生産的資産を蓄積するその能力を制限し、健康と幸福に影響を及ぼす選択について主張したり実行したりすることを妨げる。経済協力開発機構（OECD）が作成した社会制度におけるジェンダー差別の包括的測定指標であるSIGIは、差別的な社会制度に関する質的・量的データを、家族内の差別、身体的インテグリティの制限、生産的・財政的資源へのアクセスの制限、市民的自由の制限という4つの分野で組み合わせたものである。

雇用と経済的利益のジェンダー平等を促進、実施および監視するための法制度

平等の実現と性差別の撤廃は、国際的な法整備と政策決定の枠組における中核的な原則である。かかる国際的な枠組には、女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（CEDAW）や北京宣言に基づく行動指針が含まれている。差別的な法律を撤廃し、雇用と経済的利益におけるジェンダー平等を促進する法制度を整備することは、女性の有給労働を増やし適正な労働環境を広く実現させ、ひいては経済的な活動へのさらなる女性参画を促すための前提条件である。「法制度」という単語は、ジェンダー平等を促進、実施および監視するための法律、仕組み、政策や計画を含む広い意味合いで定義される。この指標（SDGs 5.1.1）のデータは、各国の国家統計局、女性活躍のための機関のいずれかまたは両方に加えて、ジェンダー平等に関する法律家や研究者によって完成された各国の法制度に対する評価より得られたものである。

母親と父親の育児休暇給付

親に対する育児休暇の給付は、子どもの健康と幸福、女性の経済的な活動への参画を支援するために不可欠であり、乳児の生存と健全な発育および女性の労働力参加と収入増加を促すことができる。国際労働機関（ILO）の第183号条約では、この条約の適用対象である女性には14週間の有給育児休暇を支給することを規定している。父親の育児休暇に関するILOの基準は存在しないが、父親に対して育

児休暇を支給すれば、働く父親が子どもの世話や家庭の家事分担により深く関与することを可能にするだろう。しかし、たとえ育児休暇の法的な権利が存在する国であっても、パートタイム雇用者や非公式経済セクターで働く者のように、すべての労働者がこれを利用できるわけではないことに留意することも重要である。

教育修了レベル

初等教育が生涯学習の基盤を子どもに準備する一方、中等教育は経済力のあるおとなになるために必要な知識と技能を子どもに提供する。初等教育しか受けていない女子と比較して、中等教育を受けている女子は、子ども時代に結婚したり、青少年期に妊娠したりする可能性がより低い。また、初等教育を受けている女性は、教育をまったく受けていない女性よりもその収入はわずかに高いだけであるが、中等教育を受けている女性は、学校に通っていない女性よりも平均して2倍程度の収入を得ている。世界銀行のWodon et al, 'Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls', The Cost of Not Educating Girls Notes Series (ワシントン、2018)を参照のこと。

労働力化率、失業率

労働市場への平等なアクセスは、女性の経済的な活動への参画を促すために極めて重要である。労働力化率は、一定の定められた基準となる期間における労働力人口の数を、同一の基準期間内における生産年齢人口（通常15歳以上）に対する割合で表したものである。失業率は、労働力人口に対する失業者（通常15歳以上）の割合を表している。失業率には、就労を希望し、就労が可能であり、積極的に求職活動を行っているにもかかわらず職に就くことができない人々のために雇用を創出することができない脆弱な経済状態が反映されている。男女別に見た失業率に関する情報からは、多くの場合、女性の方が労働市場に参入することがより困難であることが浮き彫りになっている。この事実は各国のジェンダー規範が直接的または間接的に関与している可能性がある。

携帯電話の所有

携帯電話を所有する個人は、様々な情報、金融サービス、雇用の機会、ソーシャルネットワークなどへのアクセスを得ることができる。携帯電話の所有は2030年アジェンダの目標5でも示されているように、女性の経済的な活動への参画を促すための重要な資産である。SDGs指標5.b.1の規定に基づき、携帯電話を所有する個人とは、その個人が1つ以上の利用可能なSIMカードを含む個人用の携帯電話端末を1台所有していることを指す。ここには雇用主から支給される携帯電話で、個人用途に用いることができるもの（個人通話やインターネットの利用）も含まれる。利用可能なSIMカード（単数または複数）のみを所有する個人で、携帯電話端末を所有していない個人は除外される。個人用途に用いることができる携帯電話端末を1台所有しているが、これが利用者の本人名義ではない場合も携帯電

話の所有者に含まれる。利用可能なSIMカードとは、過去3カ月間に使用されたSIMカードを指す。

金融包摂（ファイナンシャル・インクルージョン）

貯蓄、保険、支払、クレジット利用、送金などの金融サービスに対する女性の利用しやすさを測定することは、女性の経済的な活動への参画の実態を理解する上で不可欠である。金融サービスを利用できることで、家庭における女性の交渉力を高めることもできるため、子どもの健康や幸福度にも利益をもたらす可能性がある。SDGs指標8.10.2に規定されているように、金融機関に口座を持っている者とは、その回答者が銀行に1つ口座を持っているか、または信用組合、マイクロファイナンス機関、組合、郵便局（口座開設できる場合）などの他種類の金融関連機関に1つ口座を持っているか、またはデビットカードを本人名義で持っているか、または過去12カ月以内に金融機関等の自分の口座に給与、国の支給金、または農作物の売上金振り込みなどが行われたと回答した者も含まれる。同様に、過去12カ月以内に公共料金または学費などを金融機関等の口座から支払ったり、過去12カ月以内に給与または国の支給金がいずれかのカードに送金された者もこれに含まれる。モバイルマネー口座を持っている者とは、過去12カ月以内にGSMアソシエーション(GSMA)の銀行口座不要のモバイル金融プログラム(MMU)サービスを個人として利用し、請求額を支払った、または現金の送受信を行ったと答えた者が対象である。さらに、過去12カ月以内に携帯電話を通じて給与、国の支給金、または農作物の売上金振り込みなどが行われたと回答した者も含まれる。

時間の使い方

この表は、女性と男性が無報酬の仕事に費やす時間の不一致を浮き彫りにするために、無報酬の家事・介護労働に費やす時間の割合という新たな指標を追加したものである。この指標で示されたデータは、1日の時間の割合で表されており、無報酬の家事・介護労働に費やされた時間の割合は、関連人口全体の無報酬の家事・介護労働に費やされた1日の平均時間数を24時間で割って算出されている。自家用生産労働は、財かサービスかによって区別できるが、この指標では、サービスの自家用生産労働、言い換えれば、家計が自家用に行う無報酬の家事サービスや無報酬の介護サービスに関する活動のみを考慮する。例えば、食事の準備、食器洗い、住居の掃除や手入れ、洗濯、買い物、育児、病気や高齢者、障がいのある世帯員や家族の世話などが含まれる。時間使用統計の国際比較は、対象とする年齢層が異なるなど、多くの方法論上の考慮すべき事項によって制限されるため、各国間の比較には注意が必要である。

表18 移住に関する指標

移住や強制移動が子どもたちの健康や幸福度に大きな影響を与えること、そしてこれらのトピックがこの数年間で注目されてきたことから、2021年にこの表が追加された。

こうした注目の結果、2018年の国連総会で承認された「安全で秩序ある正規移住のためのグローバル・コンパクト」と「難民に関するグローバル・コンパクト」が採択された。

国際的な移住に関するデータは、国連人口部が発行する「国際移民ストック」に基づいている。このデータは、基準年の中間時点で出生国以外に居住している人の数を示している（一部の国では、データの入手状況に応じて、出生国の代わりに市民権を使用している）。難民や難民申請者もこの人口に含まれる。18歳未満の子どもの数は、国連人口部が公表している移民ストックの5歳区分に基づいて推計した。国際移民ストックの定義および推計方法の詳細については、国連（経済社会局）人口部発行のInternational Migrant Stock (2020)を参照のこと。

難民（難民と難民のような状況にある人の両方を含む）および難民申請者に関するデータは、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）が毎年発行しているグローバル・トレンド報告書の付属表に基づいている（<https://www.unhcr.org/globaltrends2020/>）。「難民」という言葉は1951年の条約で定義され、1967年の議定書で修正されている。難民の子どものデータはUNHCRと共同で推計したもので、多くの国で年齢が完全にカバーされていないことを考慮している。推定値の不確実性が高い国の値は表示

されていないが、地域の年齢別集計には含まれている。

国内避難民に関するデータは、国内避難民モニタリングセンター（IDMC）が管理する世界国内避難民データベース（GIDD）に基づいており、基準年度末の国内避難民（IDP）の数と基準年度中の新たな国内避難民の数を参照している（<https://www.internal-displacement.org/database>）。国内避難民の数は、国内で避難生活を送る人の数を集計したストックデータであるのに対し、新たな国内避難民の数は、その年に起きた独立した避難生活の事象についての人数を集計したものであり、同じ人がその後（別の事象で）避難生活を送ることも含まれる。このため、新たな避難民の数と避難民の数を同一視することはできない。年齢別のデータがないため、国内避難民の子どもの数、および子どもに関連する新たな国内避難の数は、国内人口の年齢構成を用いて推計している。これには、国内避難が年齢や性別に関係なくランダムに起こるという暗黙の前提がある。これに反して、ケーススタディによれば、女性や子どもが避難民の中に多く含まれている傾向があり、結果として、国内避難民に関する子ども関連のデータは過小評価されている可能性が高い。これらの問題を考慮し、国内避難民に関する年齢別データは、有効数字2桁目を四捨五入している。地域別集計の算出には、四捨五入されていない数字が使用されている。