

地域の種類

13の項目別統計表の末尾に掲げられた平均値は、以下のように分類された国・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；マケドニア旧ユーゴスラビア共和国；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

アンギラ；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；英領ヴァージン諸島；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；スワジランド；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；カボヴェルデ；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

[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（UN-OHRLLS）によって「後発開発途上」と分類された国と地域]

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; バヌアツ; イエメン; ザンビア

特定の表に関する注記

表 2 栄養指標:

発育障害・消耗症・過体重: ユニセフと WHO および世界銀行は、各地域と世界の平均値と推定値を出す際、また傾向分析を行う際、それぞれの身体測定データになるべくばらつきが出ないよう工夫をしている。この一環として、発育障害、消耗症、および過体重の蔓延率に関する各地域と世界のそれぞれの平均値は、M. de Onis 氏ほか著の 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition' (International Journal of Epidemiology, vol. 33, 2004, pp.1260-1270) に触れられているモデルを基に算出された。

ビタミン A 補給率: 4～6 カ月の間隔でビタミン A を年 2 回補給されることが子どもたちにとって重要であることを強調するため、本書ではビタミン A の補給について完全投与 (2 回以上) のみを報告している。この指標を測定する直接的な方法がない場合には統計をとった年度の 1 回目 (1 月～6 月) および 2 回目 (7 月～12 月) の補給率のうち、低い数値 (割合) の推定値が「完全投与」として記載されている。

地域別あるいは世界全体の集計値には、国家レベルで事業を行う優先国として指定された 82 カ国のみが含まれている。

従って、各地域の事業優先国のうち、人口の少なくとも 50% がカバーされた国のみ数値が記載されている。言い換えると、東アジアと太平洋諸国の推定値が示されているが、中国は国家レベルで事業を行う優先国ではないため、中国のデータは含まれていない。

低出生体重児出生率: データは 2014 年 10 月以来更新されていない。世帯調査をした際、多くの場合、子どもたちの体重が測られていないためである。その推定値をどのような分析手法で出すべきなのか、方法論についての結論がまだ出ていない段階である。

現在、国連機関間の協議プロセスを通じ推定値を出すための新しい手法を適用している途中であり、更新された数値は次号の『世界子供白書』で報告されるであろう。

ヨード添加塩: 本書に表記されたこの指標の定義は、適切にヨードが添加処理された食塩を世帯が消費しているかについて調査した過去の報告書から変更されている。現在はヨード添加塩を、種類を問わずヨードが添加処理された食塩と定義しているため、各地域と世界の推定平均消費率は過去に公表された『世界子供白書』とは比較できない。

表 3 保健指標:

水と衛生: 本書には飲料水と衛生施設の普及率の推定値も掲載されており、各値は WHO とユニセフの水と衛生共同モニタリング・プログラム (JMP) から得ている。JMP の調査方法と国別推計の完全な情報は、<www.washdata.org> で見ることができる。新しい推定値は 2 年毎に発表され、この推定値はそれ以前の全ての推定値にとって代わるものであり、比較してはならない。

予防接種: 本書では、WHO とユニセフによる国別予防接種率の推定値を記載している。2000 年以来、推定値は毎年 1 回 7 月に更新されているが、その前には協議プロセスを設け、各国に報告書の草稿を提示してレビューとコメントを求めている。このシステムでは新たな経験的データが組み込まれ、改訂版が毎年公表されるため、過年度版から得た予防接種率とは比較できない。プロセスに関する詳細は、<data.unicef.org/child-health/immunization> で見ることができる。

報告された予防接種ワクチンの地域平均値は、以下のように算出されている。

- 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、地域平均値に含まれている。
- DPT、ポリオ、はしか、B 型肝炎、インフルエンザ菌 b 型 (Hib)、肺炎球菌 (PCV)、ロタウイルスのワクチンに関しては、すべての国が地域平均値に含まれている。というのは、こうしたワクチンは WHO 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破傷風の流行地域のみ、地域平均値に含まれている。

表4 HIV／エイズ指標：

2017年、国連合同エイズ計画（UNAIDS）は、最も新しい疫学的な推計値や、大人や子どものための抗レトロウイルス療法（ART）、母子感染予防（PMTCT）をHIVカバレッジデータに反映させて、世界、地域、国レベルでのHIV／エイズの2016年推計値を発表した。この推計は最新の科学やWHOのプログラム・ガイドラインに基づいており、HIV母子感染の推定値や、女性の年齢やHIV血清の状態別の妊娠、HIVに感染した子どもの生存率等の推定値の向上につながった。さらに、本表は人口調査およびプログラム・サービス統計から、最も新しく信頼性が高いデータを含んでいる。国連合同エイズ計画は、この改良された手法に基づき、推定HIV感染率、エイズとともに生きる人々と治療を必要とする人々の数、エイズ関連の死亡者数、新たなHIV感染件数、エイズを含むあらゆる原因で親を失った子どもの数を、過去にさかのぼって推計している。

『世界子供白書』に掲載されている世界および地域別の数値は過去に公表された推計値と比較可能でないため、傾向分析には、新しい推計値のみを使用することを推奨する。この表に示されている新たなHIV／エイズ推計値は <data.unicef.org> や <<http://www.aidsinfoonline.org>> でも見ることができる。HIV／エイズ推計値、統計方法、更新情報の詳細については、<www.unaids.org> において見ることができる。

表4に含まれる指標は、現状のHIV／エイズのプログラムや方針の進み具合をより良く反映するために、以前の『世界子供白書』から改訂されている。

表7 女性指標：

妊産婦死亡率（調整値）：この表は2015年の妊産婦死亡率の調整値を示す。この「調整値」は、世界保健機関（WHO）、ユニセフ、国連人口基金（UNFPA）、世界銀行、国連人口部から成る「妊産婦死亡に関する機関間グループ」（MMEIG）と独立した技術専門家らによって算出された。ここでは、妊産婦死亡率を算出するために二重の方法を採用している。すなわち、誤分類や過少報告を修正するため住民登録システムから得られるデータで既存推定値を調整したことと、妊産婦死亡率について信頼性が高い国レベルの推計値がない国のために統計モデルを使って推定値を生成したことである。このように調整された推計値は、国連機関間グループの過去の推計値とは比較することができない。報告書の全容（1990年、1995年、2000年、2005年、2010年、2015年の国別・地域別のすべての推計値のほか、手法に関する詳細も含まれている）は、<data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality.html> に掲載されている。

先進的方法の家族計画への需要：この指標は「避妊法の普及率」に代えて加えられている。

表8 子どもの保護指標：

出生登録：第2回および第3回複数指標クラスター調査（MICS2、MICS3）から第4回（MICS4）にかけて出生登録の定義が変化した。その後の回における比較可能性をもたせるため、MICS2およびMICS3から引かれたデータはMICS4で用いられた指標の定義にしたがって計算し直されている。したがって、ここで紹介する再計算を経たデータは国別のMICS2およびMICS3に掲載された推定値と異なりうる。

児童労働：表中の児童労働の割合を示す数値は、国により大きく違っているが、これは調査方法、調査票の質問内容、児童労働の広がりや把握するための定義や値が大きく異なっていることによる。国際基準や国際定義に基づく児童労働のデータに関しては限られた国

のみが数値を提供した。表中の第4回 MICS 調査 (MICS4、2009～2012年) で得られたデータは、他国と比較できるように、MICS3 調査で用いられた指標定義に従って再計算されている。この定義では、水汲みや薪集めといった活動は、経済活動ではなく家事に分類されている。このアプローチのもとでは、5～14歳の子どもは、週28時間以上にわたって水汲みまたは薪集めをしなければならない場合のみ、児童労働者と見なされることになる。

女性性器切除/カッティング (FGM/C) : 0～14歳の女子に対する女性性器切除の実施率のデータは技術上の理由から再計算されているため、原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りうる。詳しくはユニセフ発行の、“*Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*” (New York, 2013) を参照。FGM/Cを受けた割合を示す地域の推計値とこの慣習についての考え方を示す数値は、FGM/Cが実施されている国の既存データを基にしている。そのため、地域の中でもFGM/Cが実施されている国の状況を示すものであり、実施されていない国もあるため、地域全体を示すものではない。

子どもに対する暴力的なしつけ : 2010年よりも前のユニセフ出版物とMICS国別報告書で使われた推計値では、算出に利用された調査世帯の重み付けにおいて、MICS調査の子どものしつけに関するモジュール実施のための最終段階での子どもの選択が考慮されていない (子どものしつけに関するモジュールの実施では、2～14歳の子ども1人の無作為な選択が行われている)。2010年1月には、最終段階での子どもの選択を考慮する世帯の重み付けを用いることで、従来よりも正確な推定値を生成することが決定された。MICS3のデータは、この方法で再計算された。

表12 子どもの早期ケア

父親による学習支援 : 第3回と第4回のMICS調査 (MICS3、MICS4) のデータでは父親による学習や就学準備への支援活動について1つ以上を対象としたが、第5回MICS調査 (MICS5) では定義を変更して、4つ以上を対象とした。従って、父親による学習支援の推計値はMICS5の結果に基づくものよりもMICS3とMICS4の推計値の方が低くなっている。

庇護が十分に行き届いていない子ども : この指標は以前「ケアが十分に届いていない子ども」とされていたものを、その基本的要素をより正確に表記するために項目名が変更された。

表13 経済指標 :

金銭的貧困世帯に暮らす子どもの割合 : 2016年と2017年版には「金銭的貧困世帯に暮らす子どもの割合」が追加された。これは持続可能な開発目標 (SDGs) 1のターゲット1.2の子どもの貧困を減らすという明確なコミットメントを見据えた指数である。この指数は、「国が定めた貧困レベルより低い収入あるいは消費レベルの世帯に住む0歳から17歳の子どもの割合」を示している。データは、統計局の表、世帯調査、国の貧困レポート、ユーロスタット (欧州連合統計局) の地域データベースから引用されている。国の貧困率の算出方法は、国によって違うので留意されたい。例えば、収入や消費などを採用する国もあれば、絶対貧困ラインを採用する国も、相対的貧困ラインを採用する国もある。従って、国の子どもの貧困率は、進捗状況を測るものとして使うべきであり、国同士を比較したり、順位をつけたりすべきものではない。