

世界子供白書2019

unicef
for every child

子どもたちの 食と栄養

変わりゆく世界で健康に育つために



ユニセフの「世界子供白書」は、1980年の創刊以来、子どもに影響を及ぼす重要な課題について人々の知識を深め、意識を高める方法を模索しながら、子どもの生活の改善につながるさまざまな施策を提唱している

白書制作チーム

Brian Keeley (編集主幹)、Céline Little (編集者)、Juliano Diniz de Oliveira (調査・施策担当者)、Eric Zuehlke (編集者)、Gregory Sclama (調査担当者)、Kasper Vroljik (データアナリスト)、Upasana Young (プログラム推進担当、デザイン)、Dawit Ghebremichael (プログラム推進担当)、David Anthony (施策分析主幹)

栄養データ分析・刷新

Chika Hayashi、Richard Kumapley、Vrinda Mehra

出版デザインと制作

Samantha Wauchope (制作担当者)、Ahmed Al Izzi Alnaqshbandi (アラビア語版編集者)、Carlos Perellon (スペイン語版編集者)、Alix Reboul-Salze (フランス語版編集者)、Xinyi Ge、Yasmine Hage (調査・ファクトチェック担当者)、Adam Woolf、Allison McKechnie、Deborah Yuill (コピーエディター (Proseworks))、Germain Ake (流通担当者)

グラフィック

Gabriela Montorzi、Nona Reuter、Shangning Wang、Upasana Young

メディアおよびコミュニケーション

Kurtis Albert Cooper、Sabrina Sidhu、Guy Taylor

調査

本書の背景調査は、Cynthia M. Bulik、Clare Collins、Fabrice DeClerck、Alessandro Demaio、Amandine Garde、Jody Harris、Jenna Hollis、Peninah Masibo、Karen McColl、Melissa Munn-Chernoff、Nicholas Nisbett、Michael N. Onah、Kendra Siekmans、Mimi Tatlow-Golden、Dylan Walters、栄養向上のためのグローバル同盟 (GAIN: Global Alliance for Improved Nutrition) の尽力があつて実現した

「視点」の各論は、筆者個人の見解を表すものであり、必ずしもユニセフ (国際連合児童基金) の意向を反映するものではない

本書では通常、ユニセックスのアイコンを使用する

本書のいずれの部分についても無断転載・複製を禁じる

転載をご希望の場合は、

(公財)日本ユニセフ協会 広報室までお問い合わせください

東京都港区高輪4-6-12 ユニセフハウス

電話: 03-5789-2016

メール: jcuinfo@unicef.or.jp

世界子供白書 2019

英語版 2019年10月発表
(PDF版のみ <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019>)

日本語版 2020年7月刊行

著: ユニセフ (国連児童基金)

訳: 公益財団法人 日本ユニセフ協会 広報室

翻訳協力: 東京家政学院大学

人間栄養学部教授 原光彦

発行: 公益財団法人 日本ユニセフ協会

印刷: (株)第一印刷所

最新のデータについては、data.unicef.org を参照のこと

「世界子供白書 2019: 子どもたちの食と栄養 - 変わりゆく世界で健康に育つために」ユニセフ(ニューヨーク)

表紙写真:ペルーのハナック・チユキバンバ (Hanaq Chuquibamba) で昼食を取る少女
© UNICEF/Vilca/2019

謝辞

本書は多くの個人と組織の協力に基づいて制作された。白書制作チームは、本書のためにその時間と労力を費やしたすべての専門家の皆様に加えて、特に以下の人々に感謝の意を表す

シニア・アドバイザリー・グループ

企画方針、技術指導、編集方針に関する助言を行った Victor M. Aguayo、Francesco Branca、Sandro Demaio、Jessica Fanzo、Lawrence Haddad、Purnima Menon、Ellen Piwoz、Victoria Quinn、Juan Rivera、Meera Shekar、Cesar Victora、Keith West

内部アドバイザリー・グループ

白書の草案をレビューし、指導と助言を行った Maaike Arts、Yarlini Balarajan、France Begin、Silaja Birks、Luisa Brumana、Lizette Burgers、Stefano Fedele、Alison Fleet、Bernadette Gutmann、Diane Holland、Josephine Ippe、Roland Kupka、Joan Matji、David Matern、Christiane Rudert、Tamara Rusinow、Oren Schlein、Harriet Torlesse、Vilma Tyler、Amirhossein Yarpvarvar、Noel Marie Zagre

データ・分析

Vidhya Ganesh (データ解析、企画、モニタリング局 (Division of Data, Analytics, Planning & Monitoring) 局長)、Robert Bain、Jan Beise、Claudia Cappa、Liliana Carvajal、Allysha Choudhury、Enrique Delamonica、Mamadou Salio Diallo、Karoline Hassfurter、Chika Hayashi、Mark Hereward、Lucia Hug、Yves Jacques、Aleya Khalifa、Julia Krasevec、Richard Kumapley、Sinae Lee、Chibwe Lwamba、Vrinda Mehra、Suguru Mizunoya、Padraig Murphy、Colleen Murray、Rada Noeva、Mohamed Obaidy、Khin Wityee Oo、Lauren Pandolfelli、Hyunju Park、Nicole Petrowski、Tyler Porth、Jennifer Raquejo、Nona Reuter、David Sharow、Tom Slaymaker、Sameen Wajid、Danzhen You、Yanhong Zhang

プログラム局

Omar Abdi (事務局次長)、Ted Chaiban (局長)、Jens Aerts、Patty Alleman、Yousif Almasri、Christina Calabrese、David Clark、Nita Dalmiya、Aashima Garg、Thomas George、Saul Ignacio Guerrero Oteyza、Jumana Haj-Ahmad、Tatiana Harmon、Andreas Hasman、Sanda Hlaing、Annette Imohe、Jo Jewell、Emna Kayouli、Ragini Khurana、Catherine Langevin-Falcon、Jennifer Lopez、Isabel Madzorera、Erin McLean、Andrew Mok Yuan Min、Reuel Kirathi Mungai、Louise Mwirigi、Gautam Narasimhan、Cristina Hayde Perez Gonzalez、Nicole Ricasata、Dolores Rio、Jessica Rodrigues、Joanna Rogowska、Mawuli Sablah、Joseph Senesie、Sirjana Shakya、Deepika Sharma、Sagri Singh、Ruth Situma、Irum Taqi、Rakshya Rajyashwori Thapa、Vanya Tsutsui、Tamara Rusinow、Amy Wickham

民間協力渉外局

Carlotta Barcaro、Jacquetta Hayes、Andrew Mawson、Annabelle McDougall、Morel Naim、Keiko Sakamoto

コミュニケーション局

Charlotte Petri Gornitzka (事務局次長)、Paloma Escudero (局長)、Mauricio Aguayo、Anna Baldursdottir、Nigina Baykabulova、Penni Berns、Marissa Buckanoff、Mariana Da Cunha Pinto Amaral、Jedd Flanscha、Joe English、Angus Ingham、Deborah Toskovic Kavanagh、Selenge Lkhagva、Gbolayemi Lufadeju、Najwa Mekki、Christine Mills、Christine Nesbitt、Edita Nsubuga、Priyanka Pruthi、Leah Selim、Michael Sidwell、Tanya Turkovich、Judith Yemane、Dennis Yuen

ユニセフ英国国内委員会

Pauline Castres、Kirtbir Chahal、Ceri Gautama、Roxanne Portnoi、Liam Sollis

ユニセフ・ニューヨーク本部

Diana Cordero、Kathleen Edison、Andres Franco、Hongwei Gao、Dennis Gayanelo、Bindu Kotimreddy、Ganesh Narahari、Brina Seidel、Arber Stublla

特に以下の人々の協力にも感謝する

「世界子供白書」のワークショップ開催に協力したアフガニスタン、オーストラリア、バングラデシュ、中国、エジプト、エチオピア、ガーナ、グアテマラ、インド、インドネシア、キルギス、メキシコ、ナイジェリア、フィリピン、セルビア、スーダン、米国、ジンバブエのユニセフスタッフ

「世界子供白書」制作チームが現地訪問した際、献身的に協力してくれたリマ事務所 (ペルー) の Alex Cadillo、Carolyn McCaffrey、Hugo Razuri、Carlos Rojas、Maria Elena Ugaz、Ines Villar、Marilu Wiegold、クアラルンブル事務所 (マレーシア) の Stephen Barrett、Marianne Clark-Hattingh、Maryam Halim、Zouhair Rosli、Marc Vergara、Faradiza Zahri、マニラ事務所 (フィリピン) の Mx Balibago、Maria Evelyn Carpio、Mariella Castillo、Zafarin Chowdhury、Rene Galera、Wigdan Madani、Julia Rees、ジャカルタ事務所 (インドネシア) の Jee Hyun Rah、Kate Rose

「世界子供白書」のU-Report調査に参加したバングラデシュ、ベリーズ、ブラジル、ブルキナファソ、カメルーン、中央アフリカ共和国、コートジボワール、エルサルバドル、フランス、ガーナ、インドネシア、リベリア、マラウイ、マレーシア、マリ、メキシコ、モルドバ、ミャンマー、ナイジェリア、シエラレオネ、南アフリカ、エスワティニ、シリア、タイ、チュニジア、英國、ウクライナ、ベトナム、ジンバブエのユニセフスタッフ、「世界子供白書」のU-Report調査の実施および分析を行ったユニセフ・グローバル・イノベーション・センター

「視点」を担当した Alejandro Calvillo Unna、Hilal Elver、Inge Kauer、Peter Bakker、Sania Nishtar、Scholastica Nguli、Sherrie Westin と Raya、このエッセイの補助をした Viktoria Aberg、Hallie Ruvin、Moria Moderelli、Mark Wjine、Marisa Macari、Alison Cairns、Kristin Heume、Melissa Shapiro

本書のために世界で開催された「世界子供白書」のワークショップの方法を考案し、結果を分析したウェスタンシドニー大学の Elyse Champaigne-Klassen、Catharine Fleming、Girish Lala、Virginia Schmied、Amanda Third、プロジェクトのアドバイザリー・グループを務めた Peggy Koniz-Booher、Rafael Perez-Escamilla

「健康的および不健康的食品のカロリーあたりの相対価格に見られる、所得階級・大陸間の構造的な差異 (The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents)」(Derek D. Headey & Harold H. Alderman 著) を基に、食品の価格と栄養に関する囲み記事の作成に貢献した Derek Headey

ユニセフ・イノチエンティ研究所、栄養向上のためのグローバル同盟 (GAIN)、ユニセフ・プログラム局の栄養部門、2018年11月5～7日にフィレンツェで開催された「子どもと青少年のためのフードシステム (Food Systems for Children and Adolescents)」協議会の参加者

本書を支援した Ian Au、Jose Cuesta、Tara Dooley、Elizabeth Fox、Nada Hamadeh、Jens-Christian Holm、Sue Horton、Priscilla Idele、Achila Imchen、Faizal Karmali、Manmeet Kuar、Joseph Pell Lombardi、Makmende Media、Takaaki Masaki、William Masters、David Njabo、Dan Parker、Marko Olavi Rissanen、持続可能な開発のための世界経済人会議 (World Business Council for Sustainable Development)

本書に使用される元データを提供した WHO の Lisa Rogers

ユニセフは、本書制作にあたってオランダ王国およびノルウェーから得た支援に敬意を表す

本「世界子供白書」は、Office of Global Insights and Policy によって制作された

Laurence Chandy (局長)



世界子供白書2019

子どもの 食と栄養

変わりゆく世界で健康に育つために

目 次

まえがき	6
主要なメッセージ	8
子ども、青少年、女性を蝕む栄養不良の三重苦	12

序章 変わりゆく世界で健康に育つために	14
変わりゆく世界	16
栄養不良の三重苦	16
生存しているが、本来あるべき成長とはいえない	18
フードシステムと正面から向き合う	19
子どもたちのためのフードシステムを築く	20
本書について	22
子どもの栄養を第一に	23
U-Report：若者は食品と栄養についてどう考えているか？	24
若者と母親たちによる「世界子供白書 2019」ワークショップ	26

第1章 子どもたちの栄養不良の今	34
子どもたちの栄養不良の今	36
栄養不良の全要素に着目	50
フードシステムの役割	54
子どもたちの栄養不良がもたらす経済的影響とは	60
特集：OECD および EU の国々における過体重と肥満	48

第2章 子どもの生存と成長のための食事	64
乳幼児期：脆弱性と可能性 - 人生の最初の 5 年間	68
中期幼年期：移行期（5～9 歳）	81
青少年期：生涯の栄養状態に重大な影響を及ぼす時期（10～19 歳）	84
特集：健康的な食事とは	90

第3章 変わりゆく世界における栄養不良	94
栄養不良の世代間連鎖	101
グローバル化	104
都市化	106
気候変動ショック	112
特集：女子と女性には栄養改善に向けてのより一層の支援が必要	102
特集：緊急事態における栄養	116

第4章 栄養不良に対する取り組み

120

機運の高まりに呼応した政府の対応	123
多面的な課題に対する多角的な対策 - システムズアプローチ	125
子どもをフードシステムの中心に据える	132
市民社会とコミュニティによる対策	140
栄養に対する様々なイノベーション	148
特集：栄養に対するシステムズアプローチの実態	128
特集：食品の販売活動が子どもの食事に与える影響	144



第5章 子どもが栄養を摂る権利を最優先とする行動指針

150

栄養価の高い食品に対する家庭、若者、子どもたちの需要を喚起すること	155
食品供給者に対し、子どもたちのための行動を促すこと	156
すべての子どもたちのための健康的な食環境を築くこと	157
補完的な複数のシステムを協働させてすべての子どもたちの栄養状態を高めること	158
良質なデータとエビデンスを定期的に収集、分析、活用し、行動の指針として進捗を確認すること	160
特集：優れたデータが優れた食事につながる	162



参考文献

166

「世界子供白書 2019」のワークショップ実施方法	178
---------------------------	-----

図に関する注記	179
---------	-----

統計表	180
-----	-----

視点

食料と栄養に対する子どもの権利を守る - ヒラール・エルバー	32
国の経済発展にとって不可欠な、子どもの栄養問題への取り組み - サニア・ニシュター博士	62
タンザニア農村部コミュニティで、女性が先導する子どもの栄養対策 - スコラスティカ・ングリ	92
セサミワークショップのラヤが、子どもに健康のための生活習慣を伝授 - シエリー・ウェスティン&ラヤ	118
世界的な栄養危機に立ち向かうため、食品業界は速やかな行動を - イング・カウアー	138
小児肥満と闘うメキシコの草の根運動 - アレハンドロ・カルビージョ・ウニヤ	146
人々と惑星全体の健康実現を目指し共に取り組む - ピーター・バッカー	164

スポットライト

英国：貧しい子どもほど過体重と食料不安に陥るリスクが拡大	53
時間は常に足りない：ラオスの農村で母乳育児をしながら働く母親の日常	72
ルワンダの離乳食と親たちの行動の変化	77
栄養不良と闘うハイチのマザーズクラブ	79
健康的な生活習慣を模索するインドネシア	87
子どもに栄養をどう与えるか - クアラルンプール都市部の貧しい家庭の例	107
中国で増加する子どもの肥満と高まる懸念	109
子どもの栄養摂取を脅かすバングラデシュの気候変動	113
食品ラベル表示の先駆的取り組み	135
生存し本来あるべき成長を果たすペルーの子どもたち	141

コラム

1.1 消耗症の子どもの在宅治療	41
1.2 農業で栄養問題をうまく解決するには	55
2.1 レスポンシブ・フィーディング	80
2.2 摂食障害、食事、青少年期の精神衛生	88
3.1 母親と子どもの栄養状態を決定する要因の概念的枠組	97
3.2 環境性腸管機能障害	99
3.3 添加物	100
3.4 エピジェネティクス	101
3.5 超加工食品	104
3.6 食品の価格と栄養	110

グラフィック

子ども、青少年、女性を蝕む栄養不良の三重苦	12
子どもと青少年のためのフードシステムに関するイノチェンティ・フレームワーク	56
子どもの頃の食品と栄養	66
母乳育児が母親と子どもにとって有益な理由	69
母親と子どもの栄養状態を決定する要因の概念的枠組	97
栄養と持続可能な開発目標	123
多面的な課題に対する多角的な対策：栄養面へのシステムズアプローチ	126
食品ラベル表記の実例	135
子どもの栄養を第一に	152

図

図 A.1 発育阻害、消耗症、または過体重など発育に問題のある 5 歳未満児の割合 (2018 年)	17
図 1.1 5 歳未満児の発育阻害の割合 (2018 年)	37
図 1.2 2030 年目標に対する 5 歳未満児の栄養不良の展望	40
図 1.3 5 歳未満児の消耗症の割合 (2018 年)	42
図 1.4 5 歳未満児の隠れ飢餓の割合	44
図 1.5 5 歳未満児の過体重の割合 (2018 年)	46
図 1.6 世界銀行所得分類別に見た 5 ~ 19 歳の子どもの 10% 以上が過体重である国の一覧	47
図 1.7 過体重の 5 歳未満児および 5 ~ 19 歳の子どもと若者の増加	47
図 1.8 5 ~ 19 歳の子どもと青少年の過体重率 (OECD と EU の 41 の加盟国)	49
図 1.9 幼年期の発育阻害、消耗症、過体重、貧血のうち複数が重なって起きている国の一覧	50
図 1.10 子どもの発育阻害率の比較 (低所得、低中所得、高中所得、高所得の国々の最も貧しい家庭と最も裕福な家庭)	52
図 2.1 乳児用調製粉乳を与えられている 0 ~ 5 カ月の乳児の割合 (ユニセフ地域分類別、2018 年)	70
図 2.2 完全母乳育児で育てられている 0 ~ 5 カ月の乳児の割合に見る傾向 (ユニセフ地域分類別、2005 年頃および 2018 年頃)	71
図 2.3 6 ~ 23 カ月の子どもが与えられている食品群の割合 (食品群別、全世界、2018 年)	74
図 2.4 少なくとも 8 食品群中 5 食品群 (最低食多様性基準) をとっている 6 ~ 23 カ月の子どもの割合 (ユニセフ地域分類別、2018 年)	74
図 2.5 五分位所得別および居住地別に見た、少なくとも 8 食品群中 5 食品群をとっている 6 ~ 23 カ月の子どもの割合 (全世界、2018 年)	74
図 2.6 6 ~ 23 カ月の子どもに与えられる食品群の割合 (食品群別、世界銀行の所得分類別、2018 年)	75
図 2.7 6 ~ 23 カ月の子どもに与えられる食品群の割合 (食品群および年代別、全世界、2018 年)	75
図 2.8 世界銀行の所得分類に基づく青少年の食事 (2008 ~ 2015 年)	85
図 3.1 中国の発育阻害、痩身、過体重の子ども (7 ~ 18 歳) の蔓延率の変化 (1985 ~ 2014 年)	109

統計表

データについての一般的留意事項	180	栄養指標：新生児、乳児および幼児	216
子どもの死亡率に関する推計値	181	栄養指標：就学前と学齢期の子ども、女性および家庭	220
地域等の分類	182	乳幼児期の子どもの発育指標	224
各統計表に関する注記	183	教育指標	228
国別に見た 5 歳未満児死亡数と 5 歳未満児死亡率 (2018 年)	190	子どもの養護指標	232
人口指標	192	社会的養護と公平性指標	236
子どもの死亡率に関する指標	196	WASH (水と衛生) 指標	240
母親と新生児の健康指標	200	青少年指標	244
子どもの保健指標	204	経済指標	248
HIV/エイズ 疫学に関する指標	208	女性の経済的活動を促す指標	252
HIV/エイズ 支援策に関する指標	212		

まえがき

© UNICEF/UN0154449/Nesbitt



幼い子どもに母や父が与えるひとさじに、食が愛そのものなのだということを知る。成人を迎える子どもに家族が準備するごちそうで、食がコミュニティであることがわかる。放課後にスナック菓子を一緒に分け合う10代の子どもたちがにぎやかに笑い合う様子に、食はよろこびであると気づく。世界のすべての子どもと若者にとって、食べることは生きることである。それは彼らの基本的な権利であり、健康的な栄養状態と健全な心身の発達を果たすための基礎となるものだからだ。

悲しいことだが、この「世界子供白書」が報告しようとしているのは、世界では、必要な食事を摂ることができないため、健全な発育や発達が阻まれ、自分の持つ潜在能力を十分に発揮することのできない子どもや若者があまりにもたくさんいるということである。このことは、子どもや若者の一人ひとりを苦しめているだけではなく、私たちすべてを傷つけている。

この状況を目の当たりにして、私たちはこんなふうに答を求めて問うだろう。いったいどうして、21世紀を迎えた今も、5歳未満児のうち1億4,900万人が発育阻害にあり、5,000万人弱が消耗症に陥っているのだろうか。いったいどうして、過体重や肥満を呈する子どもや若者は増加傾向にあり、特に貧困層でそれが顕著なのだろうか。いったいなぜ、健康的な食事がどんどん高価になる一方で、不健康な、栄養価の低い食事はより安価になっているのだろうか。

ユニセフは長年にわたり、栄養に関する活動を中心として取り組んできた。2018年、ユニセフは深刻な急性栄養不良に陥る410万の子どもの命を救うため、治療効果のある食品供給を支援し、家庭での食事を対象とする栄養強化を通じて、1,560万を超える子どもたちの食事の質を向上させた。また、5,800万人の10代の男女に向けて貧血やその他の形態の栄養不良を予防するプログラムを支援したことに加えて、3億を超える子どもたちが、発育阻害やその他の形態の栄養不良を予防するための様々なサービスを確実に受けられるようにした。

栄養への取り組みは、長らくユニセフの核的な課題であり続けている。ユニセフは1990年、栄養不良の問題に対処するための先駆的な概念の枠組を提唱した。この枠組は、栄養が不足してしまう状況をもたらすさまざまな原因を提示し、新たな突破口を開いた。そして2019年、改めてユニセフはその枠組についての見直しを行い、優れた栄養状態とは具体的にどのように形作られるものなのかを再検討した。この見直しでは、子どもや女性の口にする食事から彼らが受けるケアの利点までを含む子どもや女性を取り巻く食環境に加えて、人々の価値観や政治的関与によって作られる社会が、適切な栄養を摂るために権利をどのように守ることができるのかといったことに焦点が当てられた。こうした決定要因の一つひとつが、子ども、若者、女性の栄養状態を改善する新しい機会を提供しているのだ。

これらのあらゆる機会を捉え、すべての子どもがより良い栄養状態で生きられるようにすること——これはユニセフの事務局長であり「栄養改善運動（SUN: Scaling Up Nutrition Movement）」のリードグループ議長でもある私個人が掲げる目標だが、これはユニセフという組織の公約でもあることをここに強調しておきたい。特に、子どもにとつては人生最初の1,000日（受胎から2歳の誕生日まで）と思春期は、こうした機会を活かすためのまたとない重要な2つの時期である。私たちは、ユニセフの掲げる公約の責任を果たす。栄養のための新しいユニセフ戦略を策定し、子ども、若者、女性の栄養状態を改善するための今後の優先事項や計画を含めた本白書を制作し、皆さんにお届けする。

受胎から幼年期、青少年期の期間に生じるあらゆる形態の栄養不良を予防するために何ができるかについてはすでによくわかってきてている。しかし、この問題は、自分たちだけの力で打ち勝つことができる性質のものではない。子ども、若者、女性やその家族へ、栄養価が高く安全で手頃な価格の食事を届けられるよう、民間投資を促す政策やインセンティブの導入に加えて、財政的支援を明示化した国の政治的な決定力が必要とされているのだ。また、子どもの栄養を優先事項とするという決断をしなければならない。それはフードシステム（食に関わるあらゆる経済・流通活動等の体系）に焦点を当てるだけのものではなく、保健、水と衛生、教育、社会的養護等のすべての主要なシステムを横断するようなものでなければならない。個別のシス

テムにおける成果がなければ、全体としての成功には結びつかないだろう。

栄養価の高い食事を十分に摂ることがいかに大切なことかは、若者や女性の間ですでに幅広く知られている。本書のために実施された70を超えるワークショップの一つに参加した中国の16歳女子は「健康維持のために健康的な食事を摂るようにしています」と語っている。また、インドの13歳女子は「勉強でよい成績を取るために食事は大事です」と話す。一方で、若者や女性にとって、栄養のある食事を摂る際にそれを阻むいくつかの要因が存在していることもまた明らかだ。グアテマラに暮らす20歳の母親は「赤ちゃんや自分の食べるものを買うだけのお金がありません」と言う。ジンバブエの18歳の女子は「どんな食べものが健康に良いのか、知識がないからよくわからないんです」と話している。

きちんと栄養を摂ることができれば、それの人生に平等な機会が拓かれるようになる。栄養を妨げるものを取り除き、すべての子ども、若者、女性が、栄養価が高く、安全で、手頃な価格で、持続可能な食事を摂ることができるように、皆さんと一緒に取り組んで行きたい。彼らのそれぞれの人生のあらゆる局面において、各自が秘めた潜在能力を最大限に発揮できるように。



ヘンリエッタ・H・フォア
ユニセフ事務局長



子どもが他の子どもたちに菓子を売る。パレスチナの都市ガザのクリニックの外で。© UNICEF/UN068011/El Baba

子どもたちの食と栄養 | 変わりゆく世界で健康に育つために

主要なメッセージ

5歳未満児のうち、少なくとも3人に1人が低栄養または過体重に陥っており、少なくとも2人に1人が隠れ飢餓の状態にある。これが原因で、数多くの子どもたちが潜在能力を十分に発揮できる段階にまで成長し発達する力を奪われている。

- ▶ 世界の5歳未満児のうち、少なくとも3人に1人が、栄養不良がより表面化した症状である発育阻害、消耗症、過体重のために、正常に発達できていない。
- ▶ 世界の5歳未満児のうち、少なくとも2人に1人がビタミンをはじめとする必須栄養素の不足によって隠れ飢餓に苦しんでいる。
- ▶ 低栄養による深刻な健康被害は、依然として収まる気配がない。2018年には5歳未満児のうち約2億人が発育阻害または消耗症を患い、3億4,000万人以上が隠れ飢餓に陥っていた。
- ▶ 過体重と肥満の子どもの数は増加を続けている。2000～2016年の間に、過体重の子ども（5～19歳）の割合は10人に1人からほぼ5人に1人まで増加した。
- ▶ 発育阻害の子どもの数はアフリカを除くすべての大陸で減少しているが、過体重の子どもの数はアフリカを含むすべての大陸で増加している。

栄養不良の三重苦である低栄養、隠れ飢餓、過体重は、子どもと若者、ひいては国家と経済の生存、成長、発達を脅かす。

- ▶ 発育阻害はその国の子どもが健康に育っていないことを明確に示すものだが、これは過去の欠乏状態を表す症状であると同時に、将来にわたる貧困を示唆する指標でもある。
- ▶ 消耗症が最も深刻化した場合は特に、子どもを死に至らしめる場合がある。一般社会通念に反し、子どもの消耗症が世界で最も深刻なのはアジアであり、緊急事態が起きている状況下ではない。
- ▶ 隠れ飢餓は子どもと女性に害を及ぼす。鉄分不足は子どもの学習能力を損ない、鉄分不足による貧血は出産時および出産直後の女性の死亡リスクを高める。
- ▶ 子どもの過体重は2型糖尿病、肥満に関するスティグマ、うつ病の早期発症につながる場合があり、おとなになっても肥満が続く予兆となる場合が多く、健康上、経済上の悲劇を招きかねない。
- ▶ これら栄養不良のすべての形態は、最も困窮しているがゆえに社会から締め出され、周縁化されたコミュニティの子どもと若者に最も重くのしかかり、貧困が世代を越えて連鎖する要因となっている。

栄養不良の三重苦は、子どもの食事の質が低いことによつて引き起こされる。子どもの3人に2人の食事は、健康的な成長と発達のために推奨されている最低限の多様性を有する食事基準を満たしていない。

- ▶ 6カ月未満の乳児のうち、推奨されている完全母乳育児で育てられているのはわずか5人に2人である。母乳育児は、世界で年間平均82万人の子どもたちの命を救うことができる。
- ▶ 母乳代替品の使用にも問題がある。2008年から2013年にかけて、動物性ミルクをベースとした粉ミルクの販売は世界全体で41%増加し、ブラジル、中国、ペルー、トルコなどの高中所得国では72%増加している。
- ▶ 質の低い食事が乳幼児の栄養不良の増加を加速している。6～23カ月の子どもの44%が果物や野菜を与えられておらず、59%が卵、乳製品、魚、肉を口にできていない。
- ▶ 最も貧しい家庭および農村部に暮らす6～23カ月の子どものうち、健全な成長と脳の発達のために推奨されている最低限の多様性を有する食事基準を満たしているのは、わずか5人に1人である。
- ▶ 学齢期の青少年の多くが加工度の高い食品を消費している。42%が炭酸飲料を最低でも毎日1回飲み、46%が週に1回以上ファーストフードを口にしている。

グローバル化、都市化、社会的不平等、人道危機、気候変動ショックが、世界中の子どもたちの栄養状態にかつてないほどの悪影響を与えている。

- ▶ 購入可能な食事の種類や選択肢も、グローバル化の影響の下にある。世界の加工食品販売の77%は、わずか100社の大企業によるものである。
- ▶ 都市部では、貧困を抱える子どもの多くが「食品砂漠」(Food Desert - 食物が入手できない不毛な場所)に暮らしていて、健康的な食品を選択することができなかつたり、または「フードスワンプ」(Food Swamp - 不健康な食物があふれた環境)にはまり込んでいて、つまり高カロリーではあるが栄養価が低い加工食品があふれる環境下にある。

▶ 貧困家庭は、低品質で低価格の食品を選ぶ傾向にある。最も不利な状況に置かれた子どもは、貧困と社会的疎外が原因で、あらゆる形態の栄養不良に最も陥りやすい状況に直面している。

- ▶ 気候変動ショック、生物多様性の喪失、水、空気、土壤の汚染によって、貧困層を中心とした数多くの子どもと若者の栄養状態が悪化している。
- ▶ ユニセフとそのパートナーは2018年、人道危機状況下にあるアフガニスタン、イエメン、ナイジェリア、南スーダンで、重度の栄養不良の子どもたちを340万人以上治療した。

子どもの栄養状態を改善するためには、フードシステムを用いて、栄養価、安全性、持続可能性が高く、低価格の食事をすべての子どもに提供する必要がある。

- ▶ 数多くの子どもが必要なものをあまりにも食べず、必要なものを口にしきっている。劣悪な食生活は今や、世界が抱える疾病負荷の主なリスクファクターとなっている。
- ▶ 各国のフードシステムは子どもの栄養状態をその取り組みの中心に据えるべきである。なぜなら子どもには特有の栄養ニーズがあり、持続可能な開発のためにはそのニーズに応えていくことが必要不可欠だからだ。
- ▶ 特に低所得のコミュニティでは、いずれかの事業者が健康的で手頃な価格の食品の流通量を市場やその他販売拠点にて増加させた場合、彼らに金銭的インセンティブの形で報酬を与えるべきである。
- ▶ 不健康な食品に対しては、金銭的な抑制要因を設けることで、子どもの食事を改善できる。たとえば、砂糖を多く含む食品と飲料に課税すれば、子どもと青少年による消費を低減できる。
- ▶ 微量栄養素によって離乳食や主食の栄養強化を図れば、子ども、若者、女性の隠れ飢餓を、費用対効果の高い介入方法で抑えることができる。

食環境は非常に重要である。食べたいと思える健康的な食品を低価格で手軽に利用できれば、子どもと家庭はより良い食品を選択するからである。

- ▶ 子ども、青少年、若者、保護者、家庭を支援し、栄養価の高い食品に対する需要を生む必要がある一方で、食環境によって健康的な食事を推進し、サポートすることも欠かせない。
- ▶ 健康的な食習慣を促すための革新的で、面白く、魅力的で、記憶に残るコミュニケーション施策をとることで、子ども、青少年、家庭の文化的かつ社会的な願望を活用することができる。
- ▶ 子どもの健全な食生活を推進する上で、法整備は重要な役目を果たす。たとえば、母親と家庭をターゲットにした母乳代替品や子どもに対する不健康な食品の販売活動などを規制する方策をとることなどである。
- ▶ 不健康な食品と砂糖入り飲料の販売活動は、子どもの過体重および肥満の増加に直結している。
- ▶ 包装前面のラベル栄養表示は、見えやすく正確でわかりやすいものであれば、子ども、若者、家庭に健康的な食品の選択を促し、食品供給者には健康的な食品を提供する動機づけを行うことが可能である。
- ▶ 政府は、学校の健康的な食環境を推進しなければならない。健康的な学校給食を用意することや、学校周辺や遊び場において「ジャンクフード」の販売活動と広告活動を制限することなどの手段をとることができる。
- ▶ 保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護システムにも、子ども、青少年、女性の栄養改善を促し、支える上で果たすべき重要な役割がある。

子どもや若者の栄養改善の土台形成のために投資すれば、新たな投資を呼び込むことができ、各国が持続可能な開発目標（SDGs）を2030年までに達成することにつながる。

- ▶ 栄養は子どもの成長、認知能力の発達、学業成績や将来的な生産性向上において中心的役割を果たすため、子どもの栄養への投資は人材開発の鍵となる。

- ▶ アフリカとアジアでは、創造力と生産力に高いポテンシャルを持つ多くの若い労働者たちが台頭してきている。ところが、栄養不良という問題によって、この人口配当を活かしきれないリスクが生じている。
- ▶ 栄養に投資すると、大きな成果が得られる。たとえば、発育阻害の高負荷国では、その減少に向けた投資1ドルにつき、約18米ドルに相当する経済的リターンが得られる。

子どもの栄養不良の対策を考える時、その行動理念の核心に据えるべき言葉がある。それは「行動」である。私たちがとる行動は、フードシステムの中心的役割を反映し、より良い食品の供給と需要を強化し、子どもの食環境を改善するものでなければならない。また、フードシステムを支える各主要システムの役目を織り交ぜることも必要である。

そして、行動にはあるものが必ず伴わなければならない。それは、「アカウンタビリティ（説明責任）」である。進捗を測定して共有し、それに基づいて行動を進め、成果を評価する必要がある。健全な栄養状態は、子どもの健康、および持続可能な開発目標の達成に不可欠である。子どもの健康を政策の中心に置き、市民社会や民間セクターをはじめとする主要な当事者や事業者がサポートする必要がある。

「世界子供白書2019」は、**子どもが栄養を摂る権利を第一に据えた行動指針を策定し**、次の行動を呼びかける。

1. 栄養価の高い食品に対する家庭、若者、子どもたちの需要を喚起すること
2. 食品供給者に対し、子どもたちのための行動を促すこと
3. すべての子どもたちのための健康的な食環境を築くこと
4. 補完的な保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護システムをそれぞれ協働させて、すべての子どもたちの栄養状態を高めること
5. 良質なデータとエビデンスを定期的に収集、分析、活用し、行動の指針として進捗を確認すること■



子ども、青少年、女性を蝕む 栄養不良の三重苦

● 低栄養：発育阻害と消耗症

- ・発育不全、感染症、死亡
- ・認知能力の発達と学習レディネス（準備度）の遅れ、学業成績の悪化
- ・後年における収入の低下

● 隠れ飢餓：微量栄養素の不足

- ・発育不全、発達不良
- ・免疫力の低下と組織発達の遅れ
- ・健康状態の低迷と死亡リスク

● 過体重（肥満含む）：

- ・短期的：
心血管疾患、感染症、自己肯定感の低下
- ・長期的：
肥満、糖尿病をはじめとする代謝性疾患



子どもと青少年



妊婦

● 低栄養：発育阻害と低体重

- ・周産期合併症
- ・早産、低出生体重
- ・子どもが後年に慢性疾患を発症

● 隠れ飢餓：微量栄養素の不足

- ・母親の死亡率と罹患率
- ・新生児の神経管欠損
- ・早産、新生児の低出生体重、認知能力の発達不全

● 過体重（肥満含む）：

- ・妊娠糖尿病、子癇前症
- ・産科合併症
- ・子どもが後年に過体重と慢性疾患を発症



1億4,900万人の5歳未満児が発育阻害に陥っている



およそ5,000万人の5歳未満児が消耗症を患っている



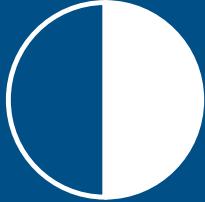
4,000万人の5歳未満児が過体重に陥っている



発育に問題を抱える子どもは3人に1人を超える



3億4,000万人を上回る子どもたちに、必須の微量栄養素（ビタミンとミネラル）が不足している



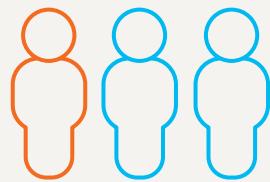
子どもたちの2人に1人以上が隠れ飢餓の状態にある



序
章

変わりゆく世界で
健康に育つために

少なくとも 3 人に 1 人の子どもが、健康に育つために必要となる栄養を摂ることができない。特に胎内から 2 歳の誕生日までの、最初の重要な 1,000 日において顕著であり、その状態が 2 歳以降も続くことが多い。生存できる子どもや若者の数は増えてはいるものの、本来るべき成長を果たすことができている子どもはほんの一握りであり、これは栄養不良が原因である。この 21 世紀の課題に対処するため、私たちは都市化やグローバル化などが栄養状態に対し与えている影響を把握し、地域社会と世界のフードシステムの活用にいっそう目を向け、子ども、若者、女性の食事を改善していかなければならない。



- 世界の子どもの少なくとも 3 人に 1 人は、十分に発育ができない。これは発育阻害、消耗症、過体重という栄養不良が表面化した症状によるものである。また、少なくとも 2 人に 1 人は、必須栄養素が欠乏した環境により、隠れ飢餓状態に陥っているが、これは気づかれないことが多い。
- 低栄養、隠れ飢餓、過体重という栄養不良の三重苦が、子どもの健康と、身体の発育や認知能力の発達を妨げている。
- フードシステムが鍵である。フードシステムを通じて、安全で栄養価と持続可能性が高い食事を、子どもや若者に手頃な価格で提供する必要がある。

栄養不良 /えいようふりょう/ 名詞

必要な栄養が不足している状態を指す。食料が満足にないことや、適切な食品を十分に摂取できていないこと、または摂取した食物をうまく活かせていないことなどがその原因

地球の生態系の様子も変わってきている。気候変動がもたらす危機、生物多様性の喪失、水質や大気や土壤の汚染によって、今の子どもたちにこれから先も食べさせていくのが不安が広がっている。ましてや未来の世代はどうなるのかなど想像すらできない。

そして、私たちが口にする物にも変化が起きている。地域に根ざした昔ながらの食事よりも、現代的な食事が好まれるようになっていて。後者は糖類と脂肪を多く含み、必須栄養素と食物繊維が少なく、その多くは加工度が非常に高い。

以上が、今日、子どもの栄養不良が起きている背景である。さらに、栄養不良そのものにも変化がみられる。世間一般には栄養不良といえば空腹や飢餓のイメージが定着しているが、今の時代では、対象となる子どもの範囲をかなり広げてこの言葉を用いなくてはならない。発育阻害や消耗症の子どもだけを指すのではなく、必須ビタミンとミネラルが不足した状態である「隠れ飢餓」に加えて、子どもや若者の間で増えている過体重または肥満も含める必要があるのだ。

いま、劣悪な食生活が、あらゆる国において死因のトップを占めるようになってきている

変わりゆく世界

「世界子供白書」が子どもの栄養について最後に検証してから、20年の歳月が流れた。その間、状況は一変した。

私たちは住む場所を変え、多くの家庭が農村や村落を離れて、都市に移り住むようになった。この傾向は今後も世界中で続いていくだろう。

私たちの役割も変化を遂げてきた。世界では、正規雇用され社会で働く女性の数が増加し、仕事の責任を果たすことと、家庭内の養育者としての役割を務めることの両立が求められている。しかも多くの場合、家族、雇用主、社会全体からの協力はほとんど得られていない。

こうした子どもたちは発育に問題がある。

その数は懸念されるほど多いのが現状である(図A.1を参照)。世界の5歳未満児のうち、少なくとも3人に1人が発育阻害、消耗症、または過体重に陥っており、中にはこれらの栄養不良の2つの形態を併発している子どももいる。さらに、少なくとも子どもの2人に1人が隠れ飢餓の状態にある。隠れ飢餓は栄養不足によるものだが、その不足はしばしば気づかれることが多い。ビタミンをはじめとする必須栄養素が不足することで、人生の各段階での生存、成長、発達が脅かされるのだ。

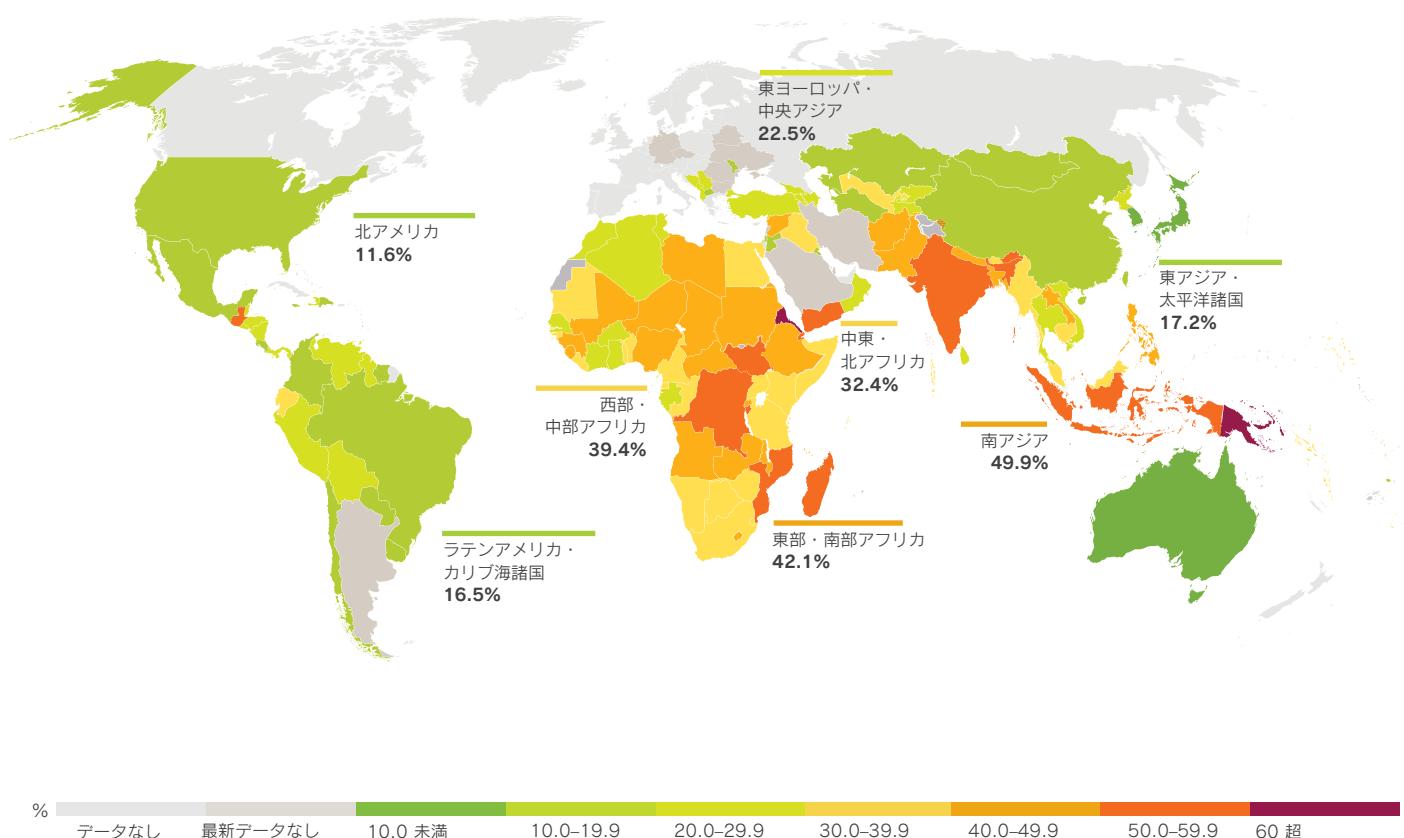
栄養不良の三重苦

子どもの発育を妨げているのは、栄養不良の三重苦と呼ばれる3つの要素である。これは最も貧しい国々をはじめ、世界各地で急速な広がりを見せている。

1つ目の要素は**低栄養**である。低栄養はいくらか減ってきてはいるものの、今なお非常にたくさんの子どもに影響を及ぼしている。低栄養の子どもは見た目で判別できる。最初の重要な1,000日(胎内にいる時から2歳の誕生日まで)に十分な栄養を摂取できなかつた身体は、発育が妨げられてしまうからだ。このように栄養摂取の機会が奪われた状態は、しばしばその1,000日の後も続く。こうした子どもは、その乳幼児期の発育阻害で受けた後遺症を一生背負うことになるかもしれません、身体のそして知的な潜在能力を十分に発揮できないままになってしまう可能性もあるのだ。低栄養は、消耗症の形態のひとつとして生じることもある。それは子どもの人生のあらゆる段階で、その身体にはつきりと現れる。食料不足、劣悪な食習慣、感染症が、多くの場合は貧困、人道危機、紛争などと重なり、子どもから十分に栄養を摂取する機会を奪つて

発育に問題がある子どもは何処にいるのか

図 A.1 | 発育阻害、消耗症、または過体重など発育に問題のある 5 歳未満児の割合 (2018 年)



世界の5歳未満児の
3人に1人が発育に
問題を抱えている



注：各国のデータは、2006～2018 年の中で入手できる最新の推計値である。2000 年よりも前のデータしかない国については、新しいデータが使われていないことを濃いグレーで示した。本書で採用している名称や呼称、およびさまざまな資料は、特定の国または地域の法的状況について、あるいは各地の境界の管理または画定の法的状況について、ユニセフのいかなる意見表明も含意するものではない。

「発育に問題がない」とは、発育阻害、消耗症、過体重の状態ないことを指す。詳細については、179 ページの「図に関する注記」を参照。

出典：ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値 (2019 年版)」(Joint Malnutrition Estimates) と「子どもの栄養不良の水準と傾向：子どもの栄養不良に関する包括的推計値 (2019 年版)」(Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 edition of the Joint Child Malnutrition Estimates) に基づくユニセフの分析。

より多くの子どもと若者が生存できるようになった一方で、本来あるべき成長を果たしている人数はあまりにも少ない

いて、結果として子どもを死に至らしめるケースが非常に多い。2018年には5歳未満児のうち1億4,900万人が発育阻害であり、約5,000万人が消耗症であった。

栄養不良の2つ目の要素は**隠れ飢餓**である。しばしば微量栄養素とも呼ばれる必須ビタミンやミネラルの欠乏状態を指す隠れ飢餓は、子ども、若者、女性の人生のすべての局面においてその活力を奪い、健康状態を悪化させている。隠れ飢餓はほとんどの場合、発生していることに気が付かないため、その損害はきわめて大きく、対策は手遅れになりがちである。隠れ飢餓の影響を受けた子どもの数は著しく多い。最新のデータに基づいて、ユニセフはこの微量栄養素が欠乏した状態に陥っている5歳未満児の数を、少なくとも3億4,000万人と推計している¹。

3つ目は**過体重**、およびそれがさらに深刻化した状態の肥満だ。5～19歳の肥満の女子と男子の数は1970年代半ば以降急増しており、世界全体で10～12倍に膨らんでいる²。過体重は従来、裕福さゆえの症状と考えられてきたが、今や貧しい人々が陥ることが増えている。これは、脂肪や糖類が多く含まれた食品がほぼ世界のすべての国で普及し、「安価なカロリー」が手に入りやすくなつた今の時代を映し出している。過体重には、2型糖尿病や冠状動脈性疾患といった非感染性疾患の高いリスクが伴う。世界の疾病負担研究の一環として実施された分析では、適切な栄養を欠いた食事が今や世界最大の死因であることが示唆されている³。

こうした数字の背景にあるのは、子どもや女性が毎日向き合う現実だ。イエメンには、幼児のメタエブ（Moteab）ちゃんのように重度の消耗症に陥り、生存のために闘っている子どもが数え切れないほどいる。メタエブちゃんは一命を取り止めたが、紛争や人道危機の状況下にある多くの子どもが世界中で命を落としているのが現実だ。また、フィリピンの

乳児ジャマール（Joemar）ちゃんのように交戦地帯から遠く離れた地に住んでいても重度の消耗症に苦しむ子どももいれば、タンザニアに暮らすウルマ（Uruma）さんの子どものように、家庭の事情で食べ物を買うことができず毎朝お腹を空かせたまま登校するものいる。一方、インドネシアに暮らす十代のザハファ（Zahfa）さんのように、運動をする時間がほとんどなく、不健康な食品に囲まれて暮らすものもいる。そして、ラオスの農村部で暮らすシャイアトン（Xaiathon）さんのように、生活に必要な畑仕事をしながら子どもに母乳を与え、さらに家族のための食事の準備をこなさなければならない母親もいる。

生存しているが、本来あるべき成長とはいえない

21世紀に栄養不良に苦しむ子どもの全体的な状況は、次のようにまとめられる。子どもや若者の生存者数は伸びてはいるものの、その中で本来あるべき成長を果たしているのはほんの一握りに過ぎない。こうした子どもたちは、生涯にわたる心身の健全な成長と発達を支える基礎が作られる期間である最初の重要な1,000日にも、幼年期から青年期にかけての重要な発達の各段階にも、十分な栄養を与えられず、本来あるべき成長を果たせていない。

栄養不良の原因は多岐にわたる。たとえば、母親の栄養状態は子どもの生存、成長、発達に大きく影響する。子どもが生後間もない頃に母乳を与えられたかどうかも重大な影響をもたらす。また、基本的な保健サービス、安全な水、適切な衛生設備（トイレ）を満足に利用できることなどが原因で栄養不良になる子どもの数もきわめて多い。こうした環境に居住すると、栄養吸収を妨げる病気にかかりやすくなる（第3章を参照）。

栄養不良の実態を把握するため、食品と食生活に着目する必要性がいっそう高まっている。そのためには子どもや若者の成長段階を追って見ていかねばならない。そしてその結果として浮かび上るのは、**非常に多くの子どもや若者が健康的な食品をほとんど摂らず、不健康な食品ばかり食べている**という、悩ましい現実である。

この問題は早期から始まっている。生後半年まで母乳だけで育つ子どもは5人に2人に過ぎず、多くの子どもは乳児にとって最良の食品である母乳を摂取できていない。また、生後6カ月頃から食べ始める「最初の食品」(つまり離乳食)に関しても、乳児に必要な栄養が含まれているケースがきわめて少ない。6~23カ月の子どものうち、身体と脳の急成長を支えられる多品目の食事をとっているのは3人に1人にも満たない。最も貧しい子どもになると、その割合は5人に1人まで下がる。子どもの年齢が上がると、今度は果物や野菜の消費量が不足することが多い⁴。これは青少年期の子どもにも言えることで、毎日朝食を食べられなかつたり、抜いたりしてソフトドリンクやファーストフードばかりを口にする青少年も多い⁵。

今日の子どもの食事は、世界の「栄養転換」をますます強く反映するようになっている。現代的な食事が好まれる一方、地域に根ざした昔ながらの食事（健康的である場合が多い）が衰退している⁶。特に貧困家庭で顕著だが、多くの家庭で加工度の高い食品への依存度が上がっている。こうした食品は飽和脂肪酸、糖類、ナトリウムを多量に含み、必須栄養素と食物繊維は少ない場合が多い。また「超加工」食品と呼ばれるものの依存度も同様で、これらの食品の特徴としては、自然食品をほとんどまたはまったく含まないこと、非常においしいこと、高カロリーであること、そして必須栄養素が不足していることが挙げられる⁷。こうした食品にたいてい含まれていないのは、

全粒穀物、果物、種実類、野菜、オメガ3脂肪酸である⁸。

現代的な食事が人の健康に与える影響について不安視する声は多く、特に過体重および肥満の増加が懸念されているが、現代的な食事は低栄養を招く危険性もはらんでいる。最近行われた研究では、ネパールの2歳未満児の摂取カロリーの平均4分の1がビスケット、即席麺、ジュースといった食品からのもので、これが必須ビタミンとミネラルの摂取を妨げていると示唆されている。こうした菓子類や飲料をしそつちゅう口にする子どもは、そうでない子どもと比較すると、背が低いこともわかつた⁹。

フードシステムと正面から向き合う

現代的な食事についての懸念は、健康への影響にとどまらない。世界で複数の環境危機が生じている今日、現代的な食事の持続可能性についても危惧されているのだ。温室効果ガスの総排出量の約3分の1と、淡水使用量のおよそ70%を食品生産が占めるなど、現在の食品生産方式は環境変化を招く主な要因となっている¹⁰。すでに一部の地域では洪水など気候関連の災害によって財政に影響が及び、食べることが困難であつたり、子どもが水系感染症のリスクと隣り合わせの日々を送つたりしている。今世紀半ばまでに食料需要が半分以上拡大すると見込まれる中、現在の傾向が今後も続ければ、食品生産が環境に及ぼす影響は膨らむばかりだろう¹¹。飢餓に苦しむ人々は世界的に見てここ数十年減少傾向にあつたが、近年徐々に増えており、2018年には低栄養の人数が8億2,000万人に上った¹²。こうした世界で、食料需要を満たさなければならない。

こうした課題を受けて、現行の国連「栄養

健康的な食品を食べる子どもと若者はあまりにも少なく、不健康的な食品を食べる子どもと若者はあまりにも多い

子どものためのフードシステムを改善するためには、子どもの発達段階に応じた特有の栄養ニーズを理解しなければならない

のための行動の 10 年」でも、**フードシステム**の果たす役割への注目度が高まっている。フードシステムとは「食品の生産、加工、流通、調理、消費」プロセスに関わるすべての要素と活動を包含するものであり、それぞれの活動が栄養面と健康面に与える影響も考慮されたものだ¹³。つまりフードシステムには、食品が「産地から口に運ばれるまで」の過程に関わるすべての事柄と人々が含まれる。

近年、フードシステムはいつそう複雑化している。食品の輸出入が増え、食品生産は比較的少数の企業のもとに集中している。加工食品の世界シェアの 77%を占めるのは、わずか 100 社の大手企業だ¹⁴。世界中の家庭にとって、食品の調達先としての企業や事業者の役割はますます強化されており、後者の販売活動を通して、人々の食欲は喚起され、その願望が形成されている。フードシステムの仕組みを理解することが、私たちの食事を改善する上で不可欠なのである。

フードシステムについて分析する際、非常に重要なグループである子どもにとってのメリットが見過ごされることがあまりにも多い。この見落としは危険である。子どもは他と一緒にを画すグループだ。食事の栄養が不足すると、生涯にわたり身体の成長と脳の発達に影響が及ぶ。だからこそ、フードシステムの検討時には子どもを中心に考える必要があるのだ。**子どものためのフードシステムは、私たち全員に利益をもたらすのである。**

子どもたちのための フードシステムを築く

30 年前、児童の権利に関する条約では、子どもの栄養不良や病気と闘うために「栄養価の高い食品」を子どもに提供することの必要

性を訴えた。その目標は今も変わっていない。変化したのは、この目標を実現するための環境である。また、新しい理解も得られた。それは、これまで重視されてこなかったフードシステムが、実のところ問題のパズルを解くための鍵となるピースであったということである。

子どものためにフードシステムを改善するには、**子ども特有の栄養ニーズ**を発達段階ごとに把握する必要がある。特に最初の 1,000 日は重要だが、1,001 日目から学齢期にかけても同様で、栄養状態の良い子どもは授業により集中して多くのことを吸収できるようになる。さらに青少年期は、心身の発達が再度急速に進み、生涯の食習慣が築かれる重要な時期である。

子どものためにフードシステムを改善するには、子どもの食事を形成したり変えたりする、状況の急速な変化を理解する必要がある。気候変動、都市化、グローバル化に加え、食品に付随する社会的かつ文化的な価値観によって、子どもが何をどう食べるかが根本から変わってきた。

子どものためにフードシステムを改善するには、世界中の子どもや若者、女性、家庭が直面している課題への対策を講じなくてはならない。その課題には「食品砂漠」や、健康的な食品の価格の高さ、時間的な制約、果物や野菜を含む栄養価の高い食品の流通不足などがあるが、さらに食品の販売活動や広告によって多くの子ども、青少年、家庭が心理的圧迫を受けていることも挙げられる。

子どものためにフードシステムを改善するには、農業や食品生産業で物議を醸している児童労働の問題を取り組む必要がある。児童労働は危険を伴う場合が非常に多い。2016 年には 5 ~ 17 歳の子どものうち、児童労働



者全体の71%に相当する1億800万人が農業労働に従事した¹⁵。

子どものためにフードシステムを改善するには、フードシステムと、子どもの生活に影響するその他すべてのシステムが、お互いに競合することなくうまく協働するよう徹底させることが必要だ。保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護システムのすべてが連携し合うことが不可欠で、栄養価の高い食事で成長と発達を促すために必要な知識、支援、サービスを、子どもと家庭に提供していかなければならない。

子どものためにフードシステムが改善されれば、私たち全員が利益を得られる。良い栄養状態が実現されれば、栄養不良が貧困を生み、貧困が栄養不良を生む、世代を超えた悪循環を断ち切ることができる。栄養状態の良い子どもは、生まれ持つ潜在能力を十分に發揮するための基礎ができているのである。子どもの能力が開花すれば、社会経済の発展にもつながる^{16、17}。

私たちは、**栄養価、安全性、持続可能性が高く、低価格**の食事を子どもたちに供給することを目指さなければならない。■

南アフリカ、ケープタウンのメイタンドにある食料品店にて、7カ月の娘を抱えて買い物する父親。
© UNICEF/UN0315717/Sokol

栄養不良が貧困を生み、貧困が栄養不良を生むという、世代を超えた悪循環を断ち切るためにには、栄養状態を改善せねばならない

本書について

今回の「世界子供白書」では、子ども、食品、および栄養について検証を行う。形を変えて現れる子どもの栄養不良の原因と結果について理解を深め、政府、企業、家庭をはじめとする各関係者がそれに対処するための最善の方法は何かを明らかにする。

第1章では、子どもの栄養不良の変化する様相を検証する。世界で起きている栄養不良、隠れ飢餓、過体重の現状を明らかにし、重度の急性栄養不良に陥った子どもたちの日々の生活に迫り、また、栄養不良によって子どもたちと私たち全員が被っている様々な損失について検証する。さらにフードシステムに関する主な考え方のいくつかをより詳細に紹介してゆく。

第2章では、母親の胎内にいる時から青少年期を経て成人になるまでの発達過程を通した子どもの栄養不良について検証する。栄養不良が発達にもたらす影響に加え、子どもに特有の栄養ニーズと栄養状態が及ぼす影響を発育段階ごとに探っていく。

第3章では、変わりゆく世界における栄養不良について探ってゆく。グローバル化と都市化によって子どもの食生活が変化する一方、貧しさゆえに社会から締め出された上に災害や紛争によって栄養状態が悪化している子どもがいる。今日のフードシステムを変革しなければ、健康的な食事は最も恵まれない子どもに届くことはなく、不利な境遇の連鎖が世代を超えて永遠に繰り返されることになる。

第4章では、子どもの栄養不良に対する現在の対応状況について検証する。国レベルでも世界レベルでも、様々なシステムを通じて栄養不良対策に取り組むことの重要性に注目が集まっている。具体的には特にフードシステムに焦点が当てられており、これに保健システム、水と衛生設備（トイレ）システム、教育システム、社会的養護システムを連携させようという動きが見られる。また、各当事者の取り組みの具体的な手法についても見ていくこととする。

最後の**第5章**では、子どもが栄養を摂る権利を第一に据えた行動指針（次ページを参照）を提起する。この行動指針は2つの条件を踏まえて進められる。第1に、子どもの栄養ニーズは成長期に特有のもので、栄養不良によって引き起こされる症状もおとなとは異なるため、子どもの栄養ニーズを最優先することが鍵である。これにより、人生で良いスタートを切るために欠かせない栄養を、すべての若者と子どもに確実に届けることができる。第2に、すべての子どもと若者には、栄養価、安全性、持続可能性が高く、低価格の食事を与える必要がある。それが21世紀の変わりゆく世界における、経済的、社会的、環境的課題に対処するための前提条件である。

子どもの栄養を第一に

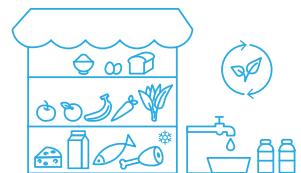
1. 栄養価の高い食品に対する家庭、若者、子どもたちの需要を喚起すること

食品の生産者は消費者の振る舞いや願望に応えようとするため、需要は供給に影響を及ぼす。食べたいと思える健康的な食品を低価格で手軽に利用できれば、保護者や養育者は子どもにとってより良い食品を選択する。子どもの成長に伴い、知識や情報が子どもの意識を改革する上でものを言うようになる。栄養価の高い食品に対する需要を喚起するには、消費者に健康的な食事の利点を教育するだけでなく、彼らの文化的かつ社会的な願望を活用することが必要だ。



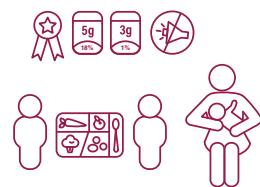
2. 食品供給者に対し、子どもたちのための行動を促すこと

需要の創造だけでは不十分だ。健康的な食品の安全性を確保し、消費者の手が届く所にこれを低価格で供給する必要がある。この点で重要な役割を担うのは、食品の生産者と供給者に加えて国と行政である。国と行政はすべての生産者と供給者に公平な場を用意し、子どもにとって最良の行動がなされるよう仕向けなければならない。フードシステムと同じく、その解決策も千差万別だが、今この瞬間のみならず将来に生まれる子どもの栄養状態を守ろうと考えるのであれば、食品の生産工程と消費のあり方はいずれも持続可能性を有する形態を取る必要があるだろう。



3. すべての子どもたちのための健康的な食環境を築くこと

個人および周囲の食環境は、子どもや養育者とフードシステムをつなぐ接点である。食環境は需要と供給の風向きによって形成されるものだが、現状に即した対策を取ることで、子どもにとって栄養価の高い食事を促す食環境を築くこともできる。たとえば、栄養情報の包装ラベル前面表示を義務付けたり、搾取的な販売活動から消費者を保護するといった対策が挙げられる。



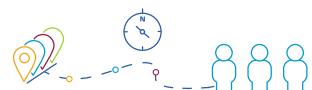
4. 補完的な複数のシステムを協働させて、すべての子どもたちの栄養状態を高めること

フードシステムに加えて、他の4つの主要システムを動かし、栄養に関する様々なサービスを提供し、栄養に関する生活習慣を改善し、大規模な栄養成果を達成しなければならない。保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護システムのすべてを協働させ、介入支援策を実現してゆかなければならない。ここで有効なのはシステムズアプローチである。このアプローチにより、子どもと家庭が健康的な食事を選択できるようにすることと、子どもが生まれ持つ潜在能力を十分に発揮するために必要となる栄養サービスを確実に提供することが可能になる。



5. 良質なデータとエビデンスを定期的に収集、分析、活用し、行動の指針として進捗を確認すること

十分なデータがなければ、国と行政は効果的な政策、戦略、プログラムで応えることができない。また、その時々の正確なデータがなければ、栄養不良について理解し、他と連携しながら科学的根拠（エビデンス）に基づく行動を起こし、すべての関係当事者に責任を負わせることはできない。子ども、青少年、女性のそれぞれの人生の各段階に応じた食事と栄養について理解を深めるため、データの収集方法と頻度は適宜変更しなければならない。必要なデータがすぐに得られるデータシステムを開発し、データの透明性が高く共有しやすい文化を醸成することも必要だ。



若者は食品と栄養についてどう考えているか？

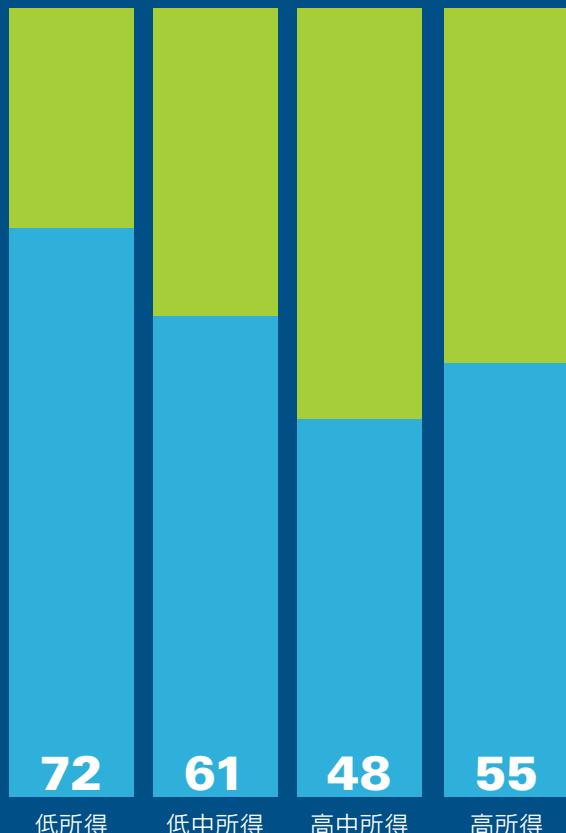
ユニセフの U-Report を通じ、35 カ国を超える国々の 15 万人以上の青少年と少し年上の若者たちが食品、栄養、外見（身体像）に対する考え方について回答した。

U-Report は、革新的なソーシャル・マッセージング・ツールである。世界で 700 万人を超える若者が利用し、多様な共通課題についての見解をシェアしている。

すべての数字は、回答者の割合をパーセントで表す。
(丸め誤差によって、合計が 100% にならない場合もある)

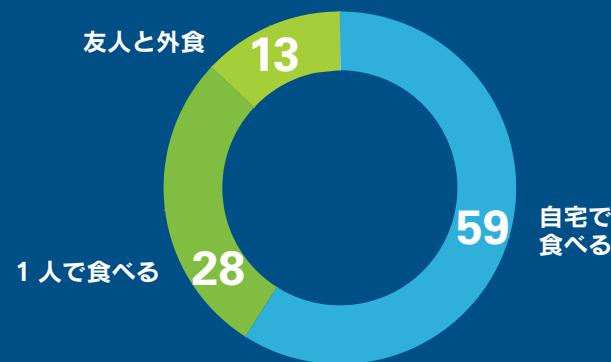
健康的な食生活を送っていますか？

U-Reporter の大半は、特に低所得国で、健康的な食生活を送っていると回答



普段どこで食事をとりますか？

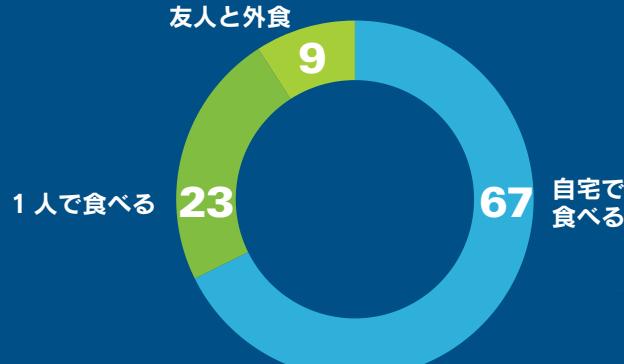
U-Reporter の多くは、自宅で家族と一緒に食べると回答



年齢層が高い U-Reporter の方が 1 人で食べる傾向が強い



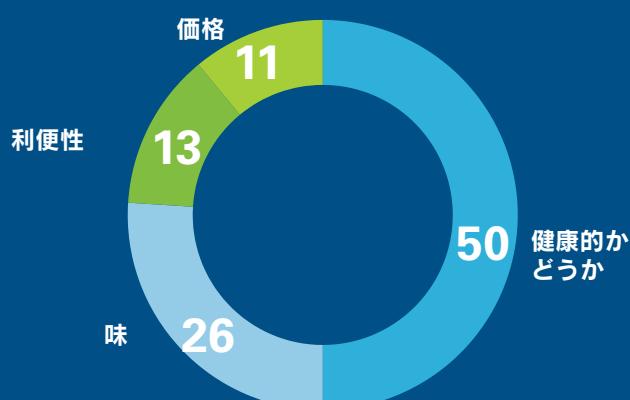
家族との食事は健康的な食生活につながっている



健康的な食生活を送っていると回答した U-Reporter の 3 人に 2 人あまりが、自宅で家族と一緒に食べることがほとんどであると回答

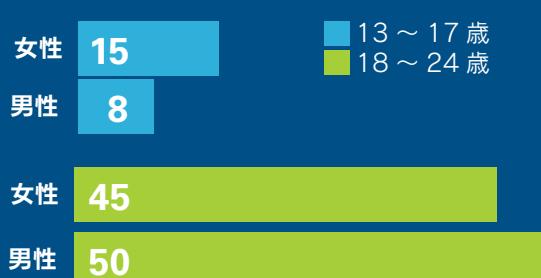
何を食べるか決める時、最も重視する要因は何ですか？

低所得国、低中所得国では、健康的かどうかを最も重視



一方、高中所得国、高所得国では味が重要な要因に

体重もまた、食の選択における課題である



年齢層が高い U-Reporter の方が、「体重は食の選択に関係する要因である」と答える傾向が強い

高所得の国々では、体重が懸念事項になると答えた人の割合が、女性はおよそ 5 人に 3 人である一方、男性はおよそ 2 人に 1 人にとどまった

健康的な食生活を阻む理由は何ですか？

「健康的な食品は総じて値段が高いので、家には買う余裕がない」

エスワティニの 16 歳女性

「父には健康的な食品を買う余裕がありません。自分自身も 11 年生の学生ですから」

マリの 17 歳男性

「栄養価の高い食品は非常に高い上、ほとんど手に入らないから」

インドの 23 歳女性

「経済的な事情で健康的な食品を買えないから。野菜と果物はたまに食べますが、高くて毎日は買えません」

フィリピンの 21 歳女性

「料理する時間がないし、新鮮で使いやすい食材が店頭に並んでいないから」

ウクライナの 19 歳女性

「困ったことに、不健康的な食品はおいしくないから」

ブラジルの 16 歳男性

「(健康的な) 食品の見た目と味のせいで食べない。色合いが良くないし、おいしくもない」

タイの 18 歳男性



若者は健康的な食生活について どう考えているか？

18カ国から450人を超える若者が「世界子供白書 2019」のワークショップに参加し、普段何を食べているか、およびその理由について語り合った。このワークショップの他にも、母親を対象とした同様のイベントが開催された（29ページを参照）。ワークショップの実施方法については、178ページを参照。ここに示すのは、健康的な食生活を阻む障壁と食事の改善策について12カ国の参加者から得た回答の初期分析結果である。完全な分析結果は2020年中に公開される予定。それぞれの回答は翻訳され、意味が明確になるよう必要に応じて編集されている。

若者は健康的な食品とそうでない食品を区別できているか？

ワークショップに参加した青少年は総じて、不健康的な食品よりも健康的な食品を選択していると回答した。彼らに直近の24時間で食べたものをリストアップしてもらい、各食品が健康的か不健康かを判断してもらった。約半数の食品については正しい判断が行われていたが、およそ5分の1の食品については間違っていた。3分の1弱の食品に関しては、健康的か不健康かの区別がつかないという回答であった。全体として、青少年は普段口にする食品の半分以上について、栄養価の理解は限定的なものでしかないと考えられる。

若者を健康的な食生活から遠ざけている要因は何か？

青少年は、健康的な食生活を送る上で重要な障壁に直面していると回答した。最大の要因は、価格と味である。

「家族に経済力がないので健康を保てない……良い仕事を見つけられないという家庭の事情もある」 インドの16歳女子
「高くて手を出せない食品がある」 ジンバブエの16歳男子

回答者の多くが、健康的な食品のほうが高価であるという認識であった。

「不健康的な食品は安価で、健康的な食品は高価だ」
中国の13歳女子

味も障壁となっていた。

「ジャンクフードは大好物だ」 グアテマラの14歳女子
「健康的な食品は大概おいしくない」 キルギスの14歳女子

味は、特に都市部の参加者に影響を与えていた。中には、ジャンクフードがすぐに手に入る生活環境で自分の食の好みが変わってしまっているのではないかと考える者もいた。

「ジャンクフードの味を知つてしまったら他の食べ物には興味がなくなり、健康的な食品なんてもう口にできない」 インドの14歳男子

多くの青少年が、栄養価の高い食品は自宅の近くでは売られていないと回答した。

「肉が手に入らない。肉を買うお金はあるけど、売っている店が遠すぎる」 ガーナの14歳女子
「不健康的な食品のほうが手に入りやすい」 米国の17歳男子

店までの距離や、価格的に手頃かどうかは、一部の回答者にとって深刻な問題となっていた。スーダンの難民キャンプでは、健康的な食生活を阻む要因として、「価格」が挙げられた。農村部に暮らす青少年が支払う価格と比較すると、約3倍だった。健康な食品を手にする手段がないことも大きな障壁となっていた。

ワークショップの参加者は、何を食べるかを決める上の保護者や養育者の影響力を指摘した。また、自分と保護者のどちらにも時間的な制約があることも強調していた。

「私には食品を選ぶ権利がなく、家族が何を食べるか決めるのは両親だ」 ガーナの15歳女子
「ときどき料理をする時間がないときがある。代わりにファーストフードを食べる」 グアテマラの15歳女子
「お母さんが忙しいから」 メキシコの14歳男子



© UNICEF/Escobar/2019

青少年は食事の改善にどう取り組んでいるか？

回答した各国の若者は、健康的な食生活を送るために自主的に行動に出ているとのことであった。多くが、健康的な食事を重要視し、自己目標を設定していた。

「1日1食は健康を重視した食事をとるよう心掛けている」
米国の18歳女子

「その種の（不健康な）食品を回避するにはどうすればよいか、自分がすべきことを日々見直している」
セルビアの15歳女子

青少年は総じて、食品によっては不健康なものがあることを認識しており、不健康な食品の摂取を減らすための積極的な行動に出ていた。

「身体にすごく悪そうなものは避けている……ジャンクフードとか屋台の食べ物とか」フィリピン（年齢と性別は不明）
「食事したり自炊したりするための時間を確保している」
中国の13歳女子

「中には、気を紛らわせることで不健康な食品を避けている子どももいた。」

「暴飲暴食しそうになつたら、散歩に出たり、昼寝をしたり、友達に電話したり、母親と話したりしている。食後にどんな気持ちになるかを想像してみる」米国の17歳女子

健康的だと思える食品を、おいしくなくても食べている子どももいた。

「健康のためだと思えば、おいしくなくても我慢できる」
エジプトの17歳女子

「低中所得国では、高い食費をまかぬための方法は、職を見つけることである。」

「食べ物を買うお金がないから……僕は働かないといけない……給料で食べ物を買うためにね」ガーナの14歳男子
「もし僕が働いてお金を稼ぐことができたら……家族に食べ物を買ってあげられる」スーダンの13歳男子

「節約したり、自家栽培した食材を自炊して食べたりすることも解決策となっていた。」

「健康的な食品を買えるように、週にいくらか節約している」
セルビアの16歳女子
「僕は……野菜と果物を育てている」グアテマラの15歳男子



© UNICEF/China/2019/MahYuyuan

要約

多数の青少年が健康的な食生活を重要視し、自分の食事の改善に熱心に取り組んでいる。その一方で多くが、健康的な食品の費用や店までの距離といった大きな障壁に直面しているのも事実である。

若者は栄養改善策としてどのような手段があると考えているか？

ワークショップの参加者は、食事と栄養に対する知識と意識の向上が必要だと強調した。

「人々を教育して健康的な食事を強く推奨すること。村の図書館で意見交換の場を設けるというやり方がある」

エジプトのグループの回答

「新聞やインターネットを通じて知識を蓄え、それに基づいて食品を買うこと」

中国の13歳男子

政府、各種機関、コミュニティリーダーが果たすべき重要な役割があるという意見も出了。

「コミュニティリーダーから保護者に呼びかける必要がある」ガーナのグループの回答

「安全でない食品の販売を防止すること」
セルビアのグループの回答

そして若者にも役目がある。

「食品問題と健康に取り組むグループを若者で結成する」ジンバブエのグループの回答

「私たちにも……問題解決に欠かせない意識向上を呼びかけることができるし、標語を載せたバナーを作ることもできる。問題解決に特化したグループもWhatsAppで作ることができる」エジプトのグループの回答



母親が食事を与える上で何が課題となっているか？

18カ国から320人を超える女性が「世界子供白書2019」のワークショップに参加し、乳児と自分自身の食事を普段どのようにしているかについて語り合った。このワークショップは、ユニセフの現地事務所と国内委員会、そしてウェスタンシドニー大学(WSU)の協力のもとで、若者を対象とした同様のイベントと併せて開催された(26ページを参照)。ワークショップの実施方法については、178ページを参照。ここに示すのは、乳児への食事の与え方、そして乳児と自分自身の食事に関して直面している障壁について12カ国の参加者から得た回答の初期分析結果である。完全な分析結果は2020年内に公開される予定。それぞれの回答は翻訳され、意味が明確になるよう必要に応じて編集されている。

母親は乳児にどのように食事を与えているか？

世界保健機関(WHO)は、生後6カ月まで乳児を母乳のみで育て、それから離乳食へと進ませ、6～23カ月の間で徐々に母乳の割合を減らしていくことを推奨している。ワークショップの結果から、食事を最適な形で与えていない場合が多いという実態が見えてきた。

ほとんどすべての女性が、産後すぐ、あるいは産後10日以内に母乳育児を始めていた。ところが、およそ5人に2人の母親が、子どもが生後8週間になるまでに母乳代替品(BMS)の使用を開始しており、6カ月になるまでには、そのほとんどが母乳とBMSを組み合わせる混合授乳(多くの場合はさらに別の液体も混合)に切り替えていた。

ほとんどの母親が生後6カ月で離乳食を与えていたが、5分の1は5カ月になる前からこうした食事を開始していた。7～9カ月になるまで離乳食を控える母親もいた。

母親が食事を乳児に適切に与える上でどのような障壁があるか？

乳児に健康的な食事を与えることを阻む主な要因は、圧倒的に金銭的な問題に起因するものであった。

「お金がないので、自分の赤ん坊に不健康的な食品でさえも買ってやれない」ジンバブエの20歳
 「お金が原因。子どもに食べさせるものを買うことができない」インドの25歳
 「我が家にはお金が本当がない」ガーナの24歳

多くの母親が共鳴したのは、米国のワークショップで38歳の参加者が述べた「健康的な食品は高い」という意見だった。

「オーストラリアではいろいろなものが高い。たとえば魚……野菜や肉もそう。誰でも買えるように安くあるべきなのに」オーストラリアの29歳
 「たまに高い食品もある」メキシコの22歳

店まで遠いことや、手に入りにくいことも妨げの要因である

「健康的な食品が家にないことがある」エジプトの28歳
 「食品を買うための車……つまり移動手段を確保するのが困難」ガーナの30歳
 「果物と野菜、たとえばメロン、スイカ、キュウリ、ニンジンを手に入れるのが難しい」グアテマラの22歳

食べ物の好き嫌いがあったり、または乳児が「ぐずり泣く」場合や病気の時に、食事を与えにくいという母親もいた。

「私の赤ちゃんは健康的な食品を食べてくれない」エジプトの24歳
 「子どもたちは健康的な食品を食べたがらない。駄々をこねて泣きはじめる」インドの25歳
 「子どもが食べたがる食品(を見つけるのが難しい)。私の子どもがどうしても食べない種類の食品がある」スーダンの29歳



© UNICEF/Baddoo/2019

「私の子どもは乳首を吸いたがらない」中国の29歳
「子どもの機嫌が悪い時や歯が生えかけの時は、食事を与えるのが難しい」ガーナの20歳

母親からは、親族からの余計なアドバイスをうまくかわさなければならぬという声もあがつた。

「義母は私の8ヶ月の子どもに消化に良いコンジー(粥の一種)を毎日与えたいと言うが、私はいろいろな食品を食べてほしいと思っている」中国の27歳

「この子(自分の赤ん坊)に何を食べさせるかを夫の祖母に指示される」メキシコ、年齢不詳

母親自身が適切な食事をとる上でどのような障壁があるか?

「乳児と同様に、母親自身が健康的な食生活を送るために最大の障壁は、価格であった。店を利用しにくいこと、食品を入手しにくいことがそれに続いた。」

「お金がないことです……お金があれば、母親(の責任)として食品を買って調理するのに」グアテマラの25歳
「健康的な食品をいくらか買うだけのお金がないこともある」キルギスの25歳

「手に入れば健康的な食品を食べるけど、手に入らない場合は、あるものを食べるしかない」ジンバブエの20歳

「他の食品のほうが(健康的な食品と比べて)手に入れやすい」メキシコの19歳

「店が家からかなり離れている」スーダンの26歳



母親たちは障壁はどう立ち向かっているか？

母親たちは乳児と自分自身の食事に関して直面している障壁に対して知恵を絞り、収入を増やしたり、自給自足するなどの方法でさまざまな対策を講じている。

「トウモロコシを栽培して売ればお金になる。野菜を育てて売ればお金が入る。他にも、携帯電話や服を売ってお金を得ることもできる」ジンバブエの20歳

「食べ物を育てるという手がある」
ジンバブエの26歳

母親たちは、子どもの好き嫌いと「ぐずり泣き」を克服するために、あらゆる手を尽くして解決を試みていることがわかった。

「食事中、娘にアニメを見せたりおもちゃで遊ばせたりして気を紛らわせようとしている」
セルビアの34歳

「つぶした野菜をお粥に入れて子どもが喋っている隙に与える」中国の35歳
「果物をケーキに混ぜ込んでいる……娘が好きな食べ物に混ぜるようにしている」
セルビアの25歳

親族からの余計なアドバイスを乗り切るために、ほとんどの女性は、毎回うまくいくわけではないにせよ、あまり気にしないよう極力努めていると回答した。

「生後1週間のわが子にお粥を与えるようにと母から言われたが、従わなかつた」
オーストラリア、年齢不詳
「私の母乳の出が悪いと義母からしきりに言わされたので、結局、母乳をあげるのをやめてしまった」オーストラリア、年齢不詳

要約

母親にとって、食事を与え、健康的な食生活を送る上で最大の障壁となっているのは価格の問題であり、健康的な食品を手軽に入手しづらいことがそれに続いた。他にも、食品に対する乳児の好き嫌い、「ぐずり泣き」、親族からのプレッシャーといったさまざまな課題が多くの母親から挙がった。



視点

食料と栄養に対する子どもの権利を守る

**ヒラール・エルバー
(Hilal Elver)**
食料への権利を担当
する国連特別報告者

世界中のたくさんの子どもたちがあらゆる形態の栄養不良に苦しんでいるという現状には、誰もが不安を抱くはずである。この現状に、私たちは効果的かつ断固とした政策をもって応えなくてはならない。その政策は、子どもの人権、特に十分な食料を得るための権利を守り、尊重したいという政治的意志によってのみ実現するものであり、飢餓ときっぱりと決別し、栄養を重要な要素として捉えるものでなければならない。国はこの権利を守るために、最低でも基本的な栄養ニーズを満たす文化的に適切で安全な食品を、子どもを含め誰もが手にできるように徹底すべきである。

また、各国は飢餓と栄養不良の構造的で根本的な原因に対しても、人権の観点から対処しなくてはならない。こうした取り組みは、子どもの経済的、社会的、文化的な権利はいずれも不可分であるという、今年30周年を迎える児童の権利に関する条約（CRC）の基本原則に則って進める必要がある。この不可分性に最も深く関係するのが栄養である。安全な水、健康、適切な生活水準などはいずれも、食料への権利を完全に実現するための前提条件となる。

同様に、CRCは子どもの保護という概念を、可能な限り高い健康水準を保つ権利を保障するという視点にも広げている。たとえば、栄養価の高い食品や栄養情報の十分な提供、栄養教育の適切な実施などによって、病気および栄養不良への対策を講じることを各国に要請している。子どもには、適切な生活水準を

保ち、差別を受けることがないよう社会的養護を受ける権利もある。この最後の原則は、青少年期の女子を性差別と性暴力から守り、先住民族および農村部のコミュニティ出身の子どもを差別から守る上で特に重要である。

短期間の飢餓であっても、子どもの発達に害を及ぼすおそれがある。こうした生涯にわたって影響を及ぼす子ども特有のリスクについてもCRCでは考慮されており、子どもの養育責任者を支援することや、母親に産前と産後の適切な医療ケアを行うことの必要性に言及している。CRCは、妊婦および授乳婦を含む女性の権利を定めた「女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約」によって補完されている。残念ながらこの条約は、母親としての役割にとどまらず女性が個人として栄養価の高い十分な食事をとる権利を守るには十分とは言えない。女性が日々自動的に選択し、基本的な権利を行使できるようにすることが、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）、家族の栄養状態、子どもの福祉の改善につながることが実証されている。

各国の政策実行を手助けするため、子どもの権利委員会は歳月を経る中で一般的意見（General Comment）を何度も発表してきた。たとえば一般的意見の第15号では、あらゆる形態の栄養不良を回避するための社会的養護、学校給食プログラム、予防策に重点を置いている。また、各国に対しては子どもの周りにあふれる有害な食品の広告を規制するよ

2014年以来、ヒラール・エルバーは食料への権利を担当する特別報告者として、国際連合人権理事会が定める、食料への権利に関する任務を遂行している。同氏は、カリフォルニア大学ロサンゼルス校法科大学院のレスニック食料関連法規政策センターで国際法の教授と特任国際フェローを兼務している。さらに、2002年から、カリフォルニア大学サンタバーバラ校で研究教授を務めている。著名な客員教授である。



© UNICEF/UN0315970/Pirozzi

う求め、民間企業に対しては「母乳代替品のマーケティングに関する国際規準」およびそれに関連する世界保健総会の決議に準じるよう要請している。

一般的意見の第7号では、母乳育児の重要性を踏まえ、世界保健機関が推奨する完全母乳育児を支持しながら、母乳育児の推進と保護を提唱している。それでも、多くの働く母親にとって母乳育児のハードルは今なお非常に高い。その理由の1つとして、母子の健康を守れるだけの育児休暇の取得を、各国政府がしばしばうまくサポートできていないことがある。

他の一般的意見では、十分な食料生産に必要な天然資源に対して民間セクターの活動がもたらす影響や（第16号）、HIV/エイズに感染している子どもが栄養不良になる危険性に着目している（第3号）。もう1つ注目に値するのが一般的意見の第11号である。「先住民族の権利に関する国際連合宣言」に沿って先住民族の子どもに焦点を当てたもので、彼らにとっては伝統的な土地の文化的重要なと自然環境の質が、生存と生活を送る権利と本質的に結びついている。子どもの栄養状態に対し

て人権に基づく対策をとる際、環境の悪化、天然資源の利用、および栄養価の高い食品に対する子どもの権利の間には関連性があることをよく理解しておくことが不可欠である。

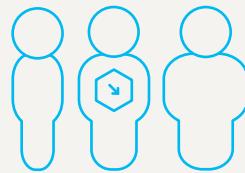
政策を立案する際は、こうした人権に関する条約や決議と自発的指針であるソフト・ロー（「国家食料安全保障を背景とした十分な食料への権利の漸進的実現を支援するための自発的指導指針」など）を組み合わせることが重要である。こうした政策立案によって、農村部の子どもや移民、難民、国内避難民の子どもに加え、紛争や気候変動の影響を受けた子どもを国が置き去りにせず、社会から締め出され最も周縁化されたコミュニティに対しても栄養価の高い食品を手にする権利の保障を徹底することにつながる。子どもが栄養価の高い食品を手にする権利を守るために人権に基づく対策をあらゆる角度から講じるには、国および国際規模の適切な統治（ガバナンス）と政治的な意志が求められる。このような政治的意志が固められた時は、参画を促し、説明責任を負わせ、モニタリングと透明性を強化することが、人権の原則を効果的に適用するための最初のステップとなる。■



第1章

子どもたちの 栄養不良の今

世界の5歳未満児のうち、ほぼ2億人が発育阻害、消耗症のいずれかまたは両方に苦しんでおり、3億4,000万人以上がビタミンとミネラル不足による隠れ飢餓に陥っている。一方で、5歳未満児のうち4,000万人は過体重であり、過体重や肥満による健康被害の事例は低所得の国々でも増え続けている。こうした状況は、子どもおよび国家の生存、成長、発達を脅かす栄養不良の三重苦の深刻さを反映している。



- ▶ あまりにもたくさんの子どもが低栄養と隠れ飢餓に陥っている一方で、過体重の子どもは急増している。
- ▶ 栄養不良は、貧困と欠乏の結果であると同時に、これらを生む重大な原因でもある。
- ▶ フードシステムには、子どもの栄養状態を改善するための重要な多様な切り口が存在する。
- ▶ 栄養への投資は費用対効果が高く、持続可能な開発目標(SDGs)達成の鍵となる。

栄養不良を織りなす
3つの要素、すなわち
低栄養、隠れ飢餓、
過体重は、すべてが
複雑に絡み合ってい
る

はじめに

21世紀の子どもの栄養不良は3つの主要な要素からなる。1つ目の要素は、悩ましくも続く低栄養である。低栄養の子どもの数は世界の一部の地域では減ってきているが、それでもなお多くの子どもが健康的な成長に必要なカロリーと栄養を口にすることができない、低栄養は5歳未満児の年間死者数全体の半数弱と何らかの関係がある¹。2つ目の要素は隠れ飢餓であり、これはビタミンAやB、鉄分、亜鉛といった必須ビタミンとミネラルが不足した状態を指す。隠れ飢餓は見た目ではわからづいたため、その発生が気づかれないことが非常に多く、子どもは知らずと健康を損ない、活力を失い、命を落とすことさえある。3つ目の要素は過体重、およびそれがさらに深刻化した肥満だ。過体重はかつて裕福さに起因するものと考えられていたが、今や世界でも最も発展が遅れている国々でも、多くの子どもを苦しめるようになっている。また、過体重は世界の死因で最も多い心臓病をはじめ、食事が影響する非感染性疾患（NCD）を後に発症するリスクを高める²。

栄養不良を織りなす低栄養、隠れ飢餓、過体重という3つの要素は、すべて絡み合って存在している。これらは子どもとその家族、そしてコミュニティのすべてに同時に影響を及ぼし、しかも一人ひとりの生涯にわたってその余波が続いている。その結果は深刻なものであり、子ども自身の現在と将来（子ども時代とおとなへの成長過程のすべて）に甚大な影響を及ぼすのみならず、国の経済発展や持続可能な開発目標（SDGs）の達成にも支障が生じることになる。

また、こうした栄養不良は、形態が違っていても原因の多くが重複している。その原因には、子どもと女性の食事内容に加えて、食品の入手しやすさや手頃さ、食品購入の決定権は誰にあるのかといったことなどの、社会

全体のあり方までが含まれる。栄養不良の3つの要素の原因を考える時、最近は特にフードシステム、つまり食品が「産地から口に運ばれるまで」に生じるすべての事柄を、無視することができなくなってきた。21世紀の子どもの栄養不良は、多くのフードシステムが彼らに必要な食品をほとんど届けず、必要な食品ばかりを供給してしまっている現実を、いつそう鮮明に映し出している。

子どもたちの栄養不良の今

低栄養 – 発育阻害と消耗症

低栄養は、子どもがどう生存し、成長し、発達していくかに大きく影響する。その2大症状が、発育阻害と消耗症である。

発育阻害

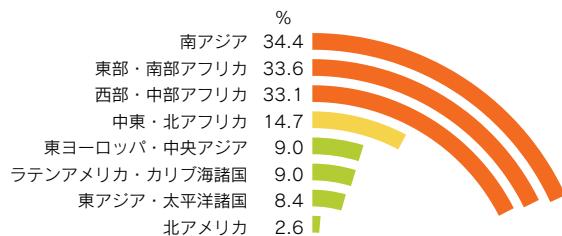
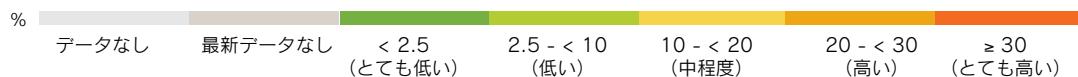
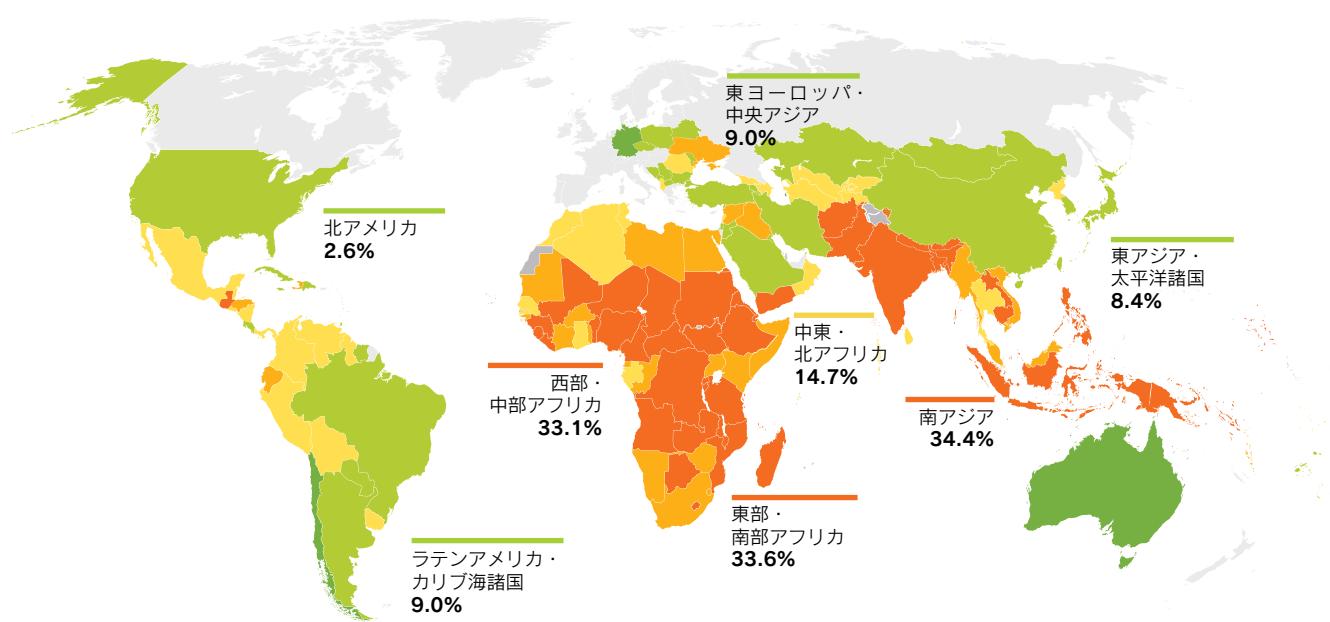
発育阻害は、年齢に対して低身長である子どもを指す言葉である。ただし、子ども一人ひとりの身長だけが問題なのではない。どのコミュニティにも背が高い子どももいれば低い子どももいるからだ。むしろ発育阻害は、対象となるコミュニティについて、そこに居住する子どもが特に最初の1,000日の間に、心身ともに健康に発達できていないことをわかりやすい形で示すものである。発育阻害は子どもの健康を表す「最良の総合指標」であるだけでなく、社会の不平等を「正確に映し出す鏡」でもあるとされてきた³。ある報告書でも述べられているように、発育阻害は「過去の困窮を示す症状であるとともに、将来の貧困を暗示している」のである⁴。

残念ながら多くのコミュニティでは、特に低身長が一般的な場合、子どもの発育阻害の深刻さが完全に認知されていない⁵。子どもの発達の後遺症は生涯続くことから、子ども一人ひとりの健康のためだけでなく、より広範

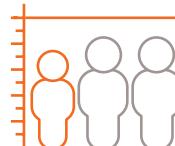
発育阻害の子どもは何処で暮らしているのか

図 1.1 | 5歳未満児の発育阻害の割合 (2018年)

世界の発育阻害率 (全体)
21.9% (1億4,900万人)



南アジアおよびサハラ以南のアフリカでは、5歳未満児の3人に1人が発育阻害である



注：各国のデータは、2000～2018年で入手できる最新の推計値である。2000年よりも前のデータしかない国については、それ以降のデータが使われていないことを濃いグレーで示した。本書で採用している名称や呼称、およびさまざまな資料は、特定の国または地域の法的状況について、あるいは各地の境界の管理または画定の法的状況について、ユニセフのいかなる意見表明も含意するものではない。

出典：ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値（2019年版）」。

発育阻害の件数が減少していることは喜ばしいが、世界の大半は現時点でSDGs時代の目標達成を果たせないようだ

な経済や社会の発展のためにも、発育阻害の発生を看過するのは危険である。

栄養不良の他の形態と同じく、発育阻害の原因も母親の栄養状態までさかのぼる。幼年期に発育阻害に苦しんだ母親の子どももまた、発育阻害に陥る可能性が高いのだ。低身長の女性も早産や低出生体重での出産のリスクが高く、生まれた子どもは発育阻害に陥りやすい。2015年には新生児の14.6%が低出生体重だったと推測されており、そのおよそ10人に9人が低所得国と中所得国の乳児であった⁶。このように、発育阻害は世代を超えて定着してしまうことがある。また、発育阻害は欠乏状態と密接な関係性を持つため、貧困が次世代へと受け継がれてしまうこともある。

この連鎖は断ち切ることができる。幼年期に栄養不良を経験した女性が、成長してから妊娠前に健康や栄養状態、生活環境を大幅に改善したなら、わずか1世代のうちに標準的な身長に近い子どもを授かることができるのだ⁷。こうした事例から、女性本人だけでなく次世代の将来を守るためにも、母親の栄養状態に投資することの重要性がわかる。

子どもが生まれた後も、母親の栄養状態は、母乳育児をする上で重要な要因であり続ける(第2章を参照)。子どもの発達に影響する要因は他にもあり、家庭が子どもに十分な食事を与え、世話をする手段をどの程度持っているか、保健サービス、安全な水、衛生設備(トイレ)をどれほど利用できるかなども関連してくる。反復感染や腸炎が起きると、病気と栄養不良を繰り返す負の連鎖が生じかねない。たとえば、腸炎を起こした子どもは栄養を十分に吸収するのが難しくなり、免疫が弱まってしまう。2歳以下の子どもの発育阻害のうち、全体の4分の1が下痢を5回以上経験したことが発端となり発症している可能性があると推測されている⁸。よって、発育阻害の撲滅には投資によって子どもの食事の質、そし

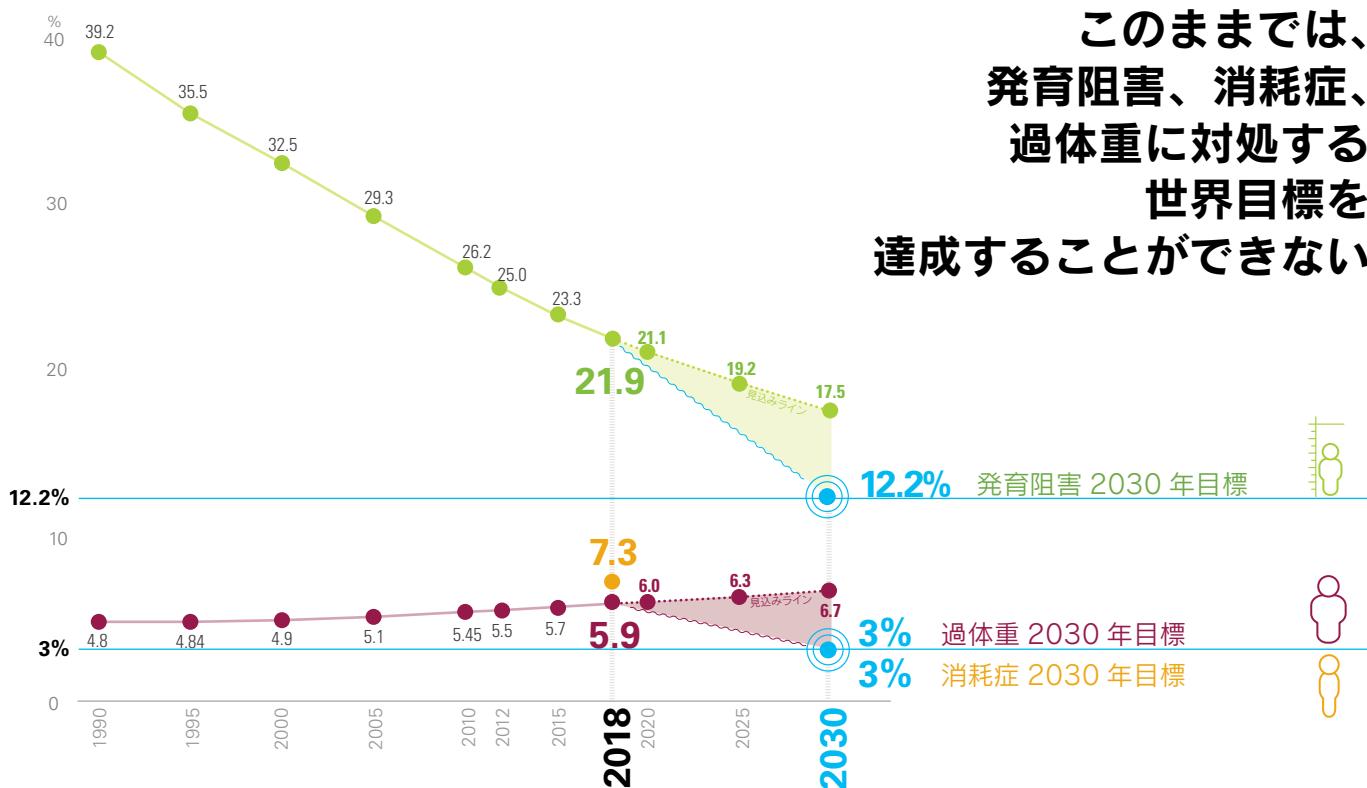
て関連する栄養習慣とサービスを改善することが必要なのだ。

世界的には、発育阻害を起こす5歳未満児の数と割合は減ってきている(図1.2を参照)。2000年から2018年にかけて発育阻害の子どもの数は4分の1縮少し、1億4,900万人にまで減少した。このことは概して、多くの国で所得が拡大し適切な統治(ガバナンス)が改善されたことを反映している⁹。しかしながら、世界的に人数が減っていても、アフリカの多くの地域では発育阻害の削減はスムーズに進んでいない。実際、2000年から2018年にかけ、アフリカ大陸にある2つのユニセフ地域分類グループでは、人口の急増に伴い発育阻害の5歳未満児の数が増加したことが確認されている。東部・南部アフリカで140万人、西部・中部アフリカで650万人が増加しているのである。発育阻害の負担が重くのしかかり続け、これがアフリカの人材開発に及ぼす影響の大きさは計り知れない。

発育阻害の件数が減少していることは喜ばしいが、世界の大半は現時点でSDGs時代の目標達成を果たせないようだ。同様に、消耗症と過体重のリスクに対する目標についても継続的な取り組みが行われておらず、現在達成するまでには至っていない。発育阻害の人数が世界的に減少している事実は、今なお多くの国で発育阻害に苦しむ子どもが大勢いるという現実から目をそらす原因となり得る。5歳未満児のうち、インドとパキスタンではおよそ38%、コンゴ民主共和国ではおよそ43%が発育阻害の状態にあるのだ¹⁰。こうした国家統計でさえも、全体のごく一部しか映し出していない。同じ国の中でも、地域によって大きな違いがある場合もある。たとえばインドでは、最も事態が深刻な州では発育阻害の子どもがほぼ半数を占めるが、最も件数が少ない州では5人に1人だ¹¹。



図 1.2 | 2030 年目標に対する 5 歳未満児の栄養不良の展望



注: 世界保健総会 (WHA) の 2030 年目標は、(a) 発育阻害の 5 歳未満児の数を 50% 削減すること、(b) 幼年期の過体重の割合を 3% 未満まで削減して維持すること、(c) 幼年期の消耗症の割合を 3% 未満まで削減して維持することである。消耗症とは、年間を通して症状が頻繁かつ急速に変化することがある急性疾患のこと。このため、利用可能なデータを基に信頼性のある長期的な傾向を予測することは難しい。本書では世界および各地域の最新の予測のみを提供している。 <https://data.unicef.org/resources/who-unicef-discussion-paper-nutrition-targets/>

出典: ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値 (2019 年版)」。見込みラインは、ユニセフ、世界保健機関、世界銀行による「栄養不良に関する包括的推計値」の作業部会が実施した所得別分析に基づく。

消耗症

消耗症は、身長に対して低体重の子どもを指す言葉である。いくつかの重要な例外を除き、極度の栄養摂取不足や病気のいずれかまたは両方に起因するもので、直近の体重減少を伴うことが多い。世界では、5 歳未満児のうち 7.3% に相当するおよそ 5,000 万人の命を消耗症が脅かしている。2013 年には世界で亡くなった 5 歳未満児の約 13% に相当する 87 万 5,000 人が消耗症に関連して死亡し

世界的に見れば、消耗症は、全世界の 5 歳未満児の 7.3% (または約 5,000 万人) の命を脅かしている

ており、これらはすべて救えたかもしれない命である¹²。

消耗症の子どもの数は、季節ごとに変わる食品の入手しやすさや、下痢やマラリアの流行パターンといった要因に応じて頻繁かつ急速に変化することがある。しかし、子どもの発育阻害に見られるような世界的な減少が、消耗症にはまだ見られないという点が懸念されている。

この傾向が特に顕著に表れているのが、世界的に見ても消耗症の温床となっている南アジアのようだ。5歳未満児の15.2%が消耗症の状態にあり、国際機関が蔓延率を「高」¹³に分類するほどで（サハラ以南のアフリカ、東南アジア、オセアニアも値が高い。図1.3を参照）、消耗症の発生件数にほとんど改善は見られていない¹⁴。南アジアの子どもについては、消耗症を人生のどのタイミングで発症しているかに注目しなければならない。南アジアで最も消耗症に陥りやすいのは1歳になるまでの間である。それ以降の幼年期はリスクがそれほど高まることはない。要するに、消耗症の子どもの多くは生まれた時から消耗症のようなものだ¹⁵。これは南アジアの消耗症（および発育阻害）の問題を解決する上で重要な手がかりとなる。特に青少年期の女子と母親の栄養状態を支援し、子どもの生後2年間の食事と衛生習慣の改善を促すため、強力な予防策を講じる必要があることは明らかだ（第3章を参照）¹⁶。

急性栄養不良のより一般的な症状である消耗症は、特に深刻な場合には子どもに破滅的な影響を及ぼす。重度の急性栄養不良（SAM）に陥りながら治療を受けられない子どもの死亡率は、健康な子どもと比較した時、約12倍に上る¹⁷。SAMは栄養状態の急激な悪化によって起きることが多く、消耗症、極端な痩身、または栄養性浮腫の典型である腹部膨張といった症状として表れるのが一般的である^{18, 19}。SAMが関係する死亡リスクが最も高いのは5歳未満児だが、学齢期や青少年期の子どもにもリスクがある。SAMから回復したように見える子どもであっても、発育阻害を併発している場合は特に、認知機能の障がいや発達上のその他の問題が残る場合もある²⁰。

消耗症は、特に最も深刻な場合、子どもの命に破滅的な結果をもたらす

重度の消耗症の割合は世界的に高止まりしている。2018年には、消耗症を患う5歳未満児がおよそ1,660万人いると推測された²¹。栄養不良の他の形態と同じく、SAMの

コラム 1.1 | 消耗症の子どもの在宅治療

近年、多くの国で特にコミュニティ単位の急性栄養不良管理プログラム（CMAM）の展開によってSAMの治療が飛躍的に改善してきている。CMAMの導入前までは、SAMの子どもは入院病棟での長期入院を要することが一般的で、その高額な医療費が多く家庭にとって重荷となり、治療率を下げる要因となっていた。CMAMの支援方針はこれとは異なり、SAMの子どもを自宅で治療できるように家庭を支援するものである。合併症のない子どもがそのまま食べられる栄養食品（RUTF）を用いるのが一般的で、これが全事例の大半を占める。



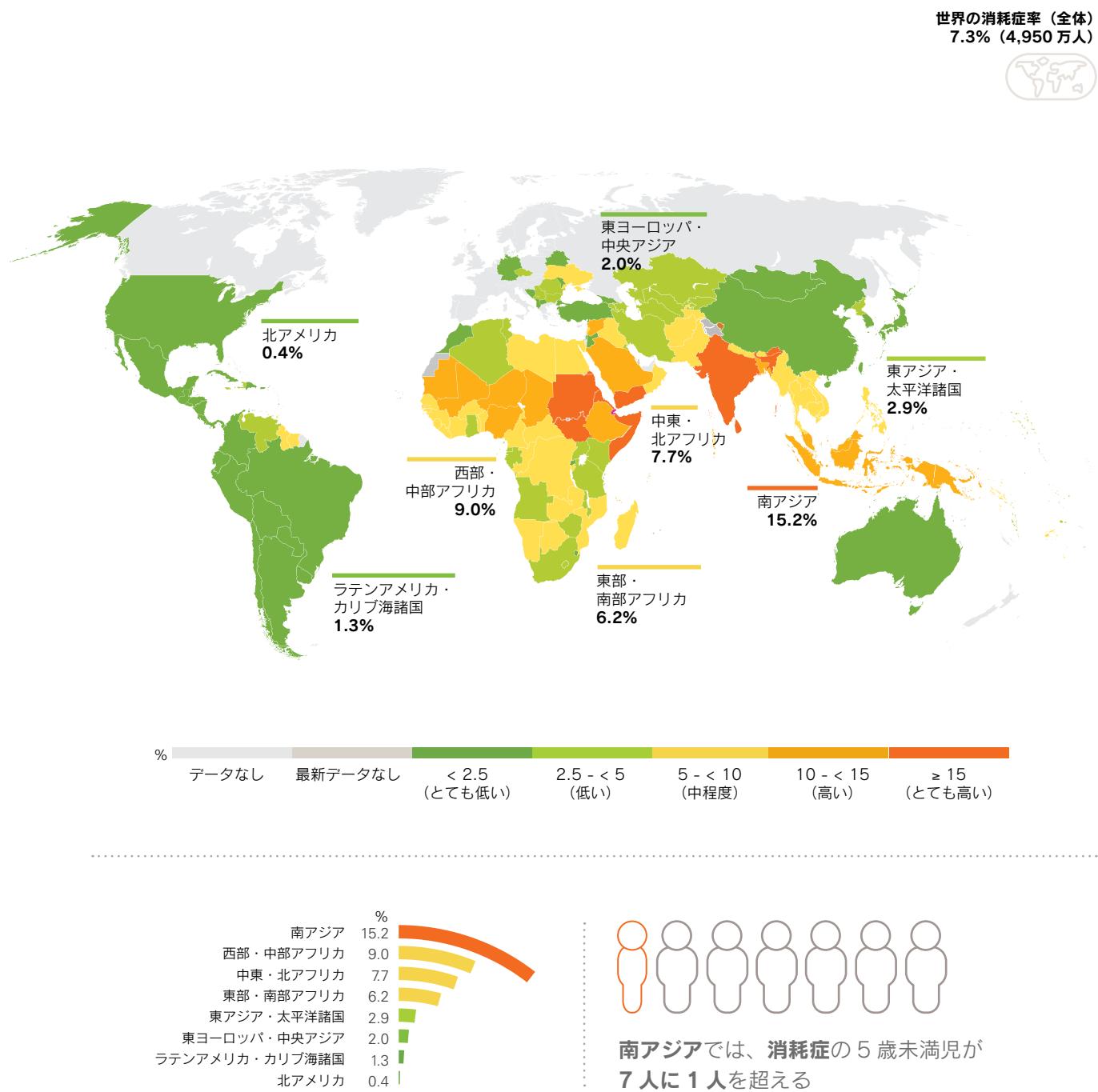
この支援方針はRUTFの地産地消を実現するなどしてコスト削減を図る必要こそあるが、生存率を改善し、コスト効率も非常に良いことが実証されている²⁷。SAMへのこうした施策の実施は、子どもの死亡率低減に向けた栄養面からの介入支援策の中でも、その影響力がトップ10に入っているものの、今後はさらなる影響力拡大が求められる²⁸。たとえば、SAMとHIVの両方を早期に発見する保健や医療サービスが、子どもの生存率を改善する上で不可欠である。子どもの病状の進行や心身の発達に合わせ、重要なタイミングで支援策の実施を促すことによってこれが可能となる。■

ジャマール（Joemar）ちゃんは、フィリピンのパラワン州の農村部の貧困家庭に生まれ、彼の両親はともに健康上の問題を抱えていた。一家の属する民族グループでは栄養サービスを受けるための窓口は制限され、また栄養不良に関する知識も限られていた。その結果、症状がはつきりと表れているにもかかわらず、ジャマールちゃんは重度の急性栄養不良であるとすぐに診断されることがなかったのである。治療が始まるとその効果はすぐに表れ、わずか数ヶ月のうちに体重は倍に増えた。今日、フィリピンではジャマールちゃんのように第2のチャンスを掴む子どもたちが増えている。フィリピンは今、急性栄養不良の予防と治療のため、ユニセフの支援下でサービスと対応能力の強化に取り組んでいる。そして2022年までに、最初の1,000日を戦略的に重視した国家介入プログラムを設けるという目標も掲げている。

© UNICEF/Philippines/2016

消耗症の子どもは何処で暮らしているのか

図 1.3 | 5 歳未満児の消耗症の割合 (2018 年)



注：各国のデータは、2000～2018 年の中で入手できる最新の推計値である。2000 年よりも前のデータしかない国については、新しいデータが使われていないことを濃いグレーで示した。本書で採用している名称や呼称、およびさまざまな資料は、特定の国または地域の法的状況について、あるいは各地の境界の管理または画定の法的状況について、ユニセフのいかなる意見表明も含意するものではない。

出典：ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値 (2019 年版)」。



根底には貧困があることが多い。季節の移り変わりも影響する。雨季は収穫前の時期にあたることが多く、備蓄食料は減り、道路も遮断され、水系感染症が増加するからだ。病気の子どもも特にリスクが高い。HIVに感染した子どもは、健康な子どもと比べSAMによって命を落とす確率が3倍も高い^{22, 23, 24}。特に乳児がHIVと栄養不良を併発した場合は、命の危険が伴う。

SAMに苦しむ子どもは人道危機の発生と結び付けられがちだが、SAMの症例が実際に最も多いのはこうした緊急事態以外の場面である。SAMが主に緊急事態で発生するという思い込みや、SAMへの対応は人道支援コミュニティの役目であるという誤解が、SAMに対して効果的な予防と治療を行ふことを阻んできたのだ。

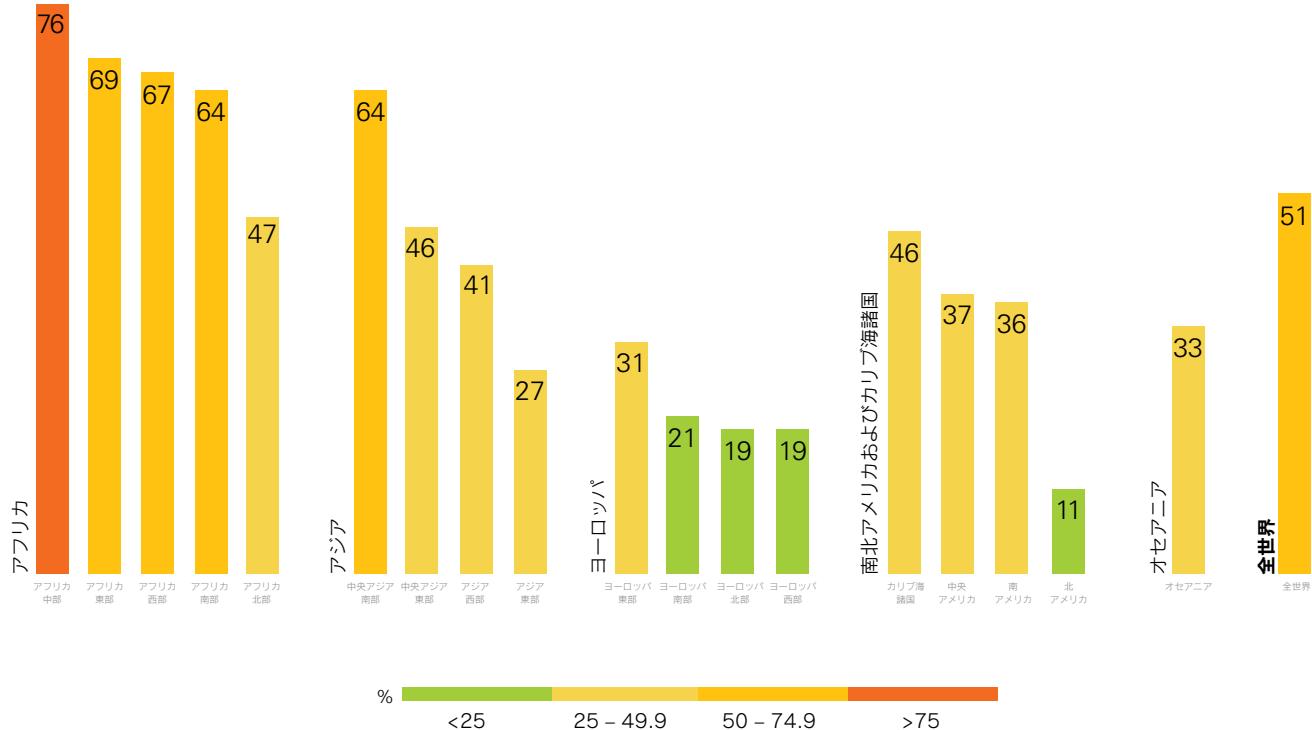
全体として、治療を受けているSAMの子どもの数はあまりに少ない。世界的に、治療を受けられる子どもの数は順調に増えてはいるものの（2009年の110万人から2017年の440万人まで）、全体に対する割合はわずか4人に1人ほどに過ぎない²⁵。こうした取り組みをより大規模に行っていくためには、国が支援のための政策を通し、行政は問題に特化した支援を実施し、日常的な公共サービスに組み込んでゆかなければならない。これを実現した国々では、対応の大幅な効率化と強化に成功している²⁶。だが、こうした治療は確かに命を救うことができるが、問題の根底にある根本原因の特定には至らず、長期的に消耗症の予防を実現する鍵は見いだされていない。

コンゴ民主共和国のキンシャサにあるモン・ニヤフラ保健センターにて、ビタミンAの経口摂取を受ける少女。ビタミンA不足は、幼年期の失明（予防可能である）を起こす最大の原因であり、下痢などの幼年期によくある疾患で死亡するリスクを高める。栄養強化された食品がよく出回るようになったにもかかわらず、子どものおよそ5人に1人がビタミンA不足⁴¹に陥っている。

© UNICEF/ UNI44415/Pirozzi

隠れ飢餓の子どもは何処で暮らしているのか

図 1.4 | 5 歳未満児の隠れ飢餓の割合



出典：ユニセフによる推計値（2019年）。Black et al, 2013 と Stevens et al, 2015 に基づく。詳細については、ページ177の「図に関する注記」の欄を参照。

隠れ飢餓に苦しむ5歳未満児は3億4,000万人（2人に1人）以上いる

隠れ飢餓

子どもと母親にとって、その生存、成長、発達に必要な微量栄養素であるビタミンとミネラルが不足すると、破滅的な結果をもたらすことがある。たとえばビタミンAの不足は、子どもの失明を引き起こす主な原因である²⁹。重度の貧血がある女性は（食事の鉄分不足が関係していることが多い）、妊娠中と出産直後の死亡リスクが倍増する（図1.4を参照）³⁰。また、ヨードの不足は、それが軽微な場合であっても、子どもの学習能力を損なう可能性がある³¹。ユニセフの推計では、世界の5歳未満児の少なくとも2人に1人に相当する3

億4,000万人が、ビタミンやその他必須栄養素の不足によって、隠れ飢餓の状態にある³²。

だが、こうした不足の症状は表面化しないことが多い、対応が手遅れになるまで気付かれないこともある。微量栄養素の不足が「隠れ飢餓」と呼ばれることが多いのはこのためだ。だが、気付かれていようがなかろうが、隠れ飢餓の及ぼす影響は確かに実在する。ユニセフのクル・C・ガウタム（Kul C. Gautam）が2004年に述べたように、「隠れ飢餓は「腹部に異変を感じることはなくとも、人の健康と生命力の根源を損ねる」」³³。

栄養不良の他の形態と同じく、隠れ飢餓の主な原因は劣悪な食事である。実際、口にする食事品目の多様性が、子どもと母親が必要とする微量栄養素を摂取できているかどうかの判断基準として活用されている³⁴。こうした基準による測定からは、深刻な現状が浮かび上がる（第2章を参照）。また、子どもと母親はビタミンとミネラルをその体内で吸収できなければならない。下痢や慢性腸炎などの症状は、このような栄養吸収を妨げるが、たとえば微量栄養素が動物由来なのかそれとも植物性由来なのかといった違いによる要因が、吸収の度合いを変化させることもある。

大きく言えば、隠れ飢餓は昔ながらの食事でも、現代的な食事でも、どちらでも起こりうる。たとえば低所得国においては、穀類や芋類といったわずか数種類の主食ばかりを食べて暮らしているコミュニティもある。果物、野菜、肉、魚、卵、乳製品といったより栄養価の高い食品を口にするチャンスがほとんどない人々もいるのだ。これは現代的な食事にも言えることだ。加工食品と超加工食品は、必須ビタミンとミネラルを追加して栄養強化することができるため、これによって世界の多くの国の人々に必要な微量栄養素を供給することが可能だ（第4章を参照）。ただし、こうした超加工食品や飲料も、必須ビタミンとミネラルが不足している場合がある^{35、36}。その中には安価な即席麺やビスケットといった満腹感を非常に高めるものもあることから、栄養豊富な果物や野菜などに対する子どもの食欲を抑えてしまうのである³⁷。

隠れ飢餓の広がりについては正確な最新の推計値が出ていない。これは推計の難しさや、コストと時間という測定上の課題があるためである。隠れ飢餓が子どもに及ぼす影響の深刻さを踏まえると、低コストで効果的なテスト様式を開発してこの問題の理解を深めることが急務である。ユニセフが隠れ飢餓の5歳未満児の数として推計した全世界3億4,000

万人以上という最新の数字は、控えめな数字である。ビタミンAと鉄分が不足する子どもの人数推計しか含まれていないからだ³⁸。高所得国か低所得国かにかかわらず、子どもが隠れ飢餓に陥るリスクは非常に高い。複数の栄養素が同時期に欠乏する状況も頻繁に生じており、全体的な食事の劣悪さが表れている^{39、40}。

過体重と肥満

子どもの過体重と肥満は、幼年期だけでなくその後の人生にわたって影響を及ぼす。これが幼年期に生じると、消化器系合併症、筋骨格系合併症、整形外科的合併症や早期2型糖尿病、さらに心身の異常（うつ病や低い自己肯定感を含む）をはじめとする数々の病態につながるリスクがある。幼年期の肥満はおとなになんでも続くことが多く、健康的にも経済的にも深刻な展開が待ち受けている可能性がある⁴²。

過体重の子どもの数は世界中で増え続けている（図1.5を参照）。最近の傾向を踏まえると、過体重の5歳未満児は2025年までに、4,000万人から4,300万人に増加すると推定されている⁴³。

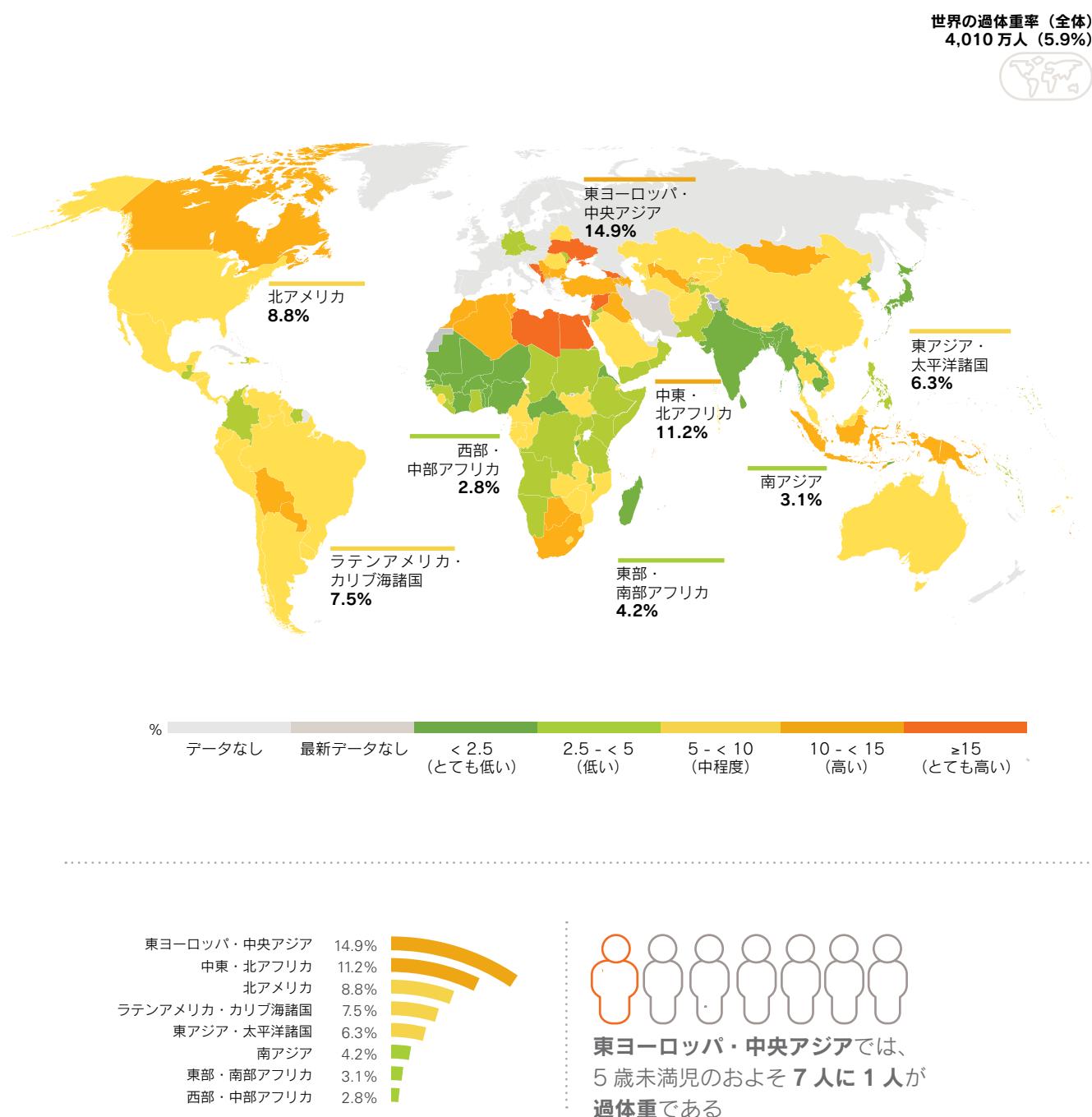
過体重は裕福な国々だけの問題だと思われることもあるが、低所得国と中所得国にも著しい影響をもたらしており、驚異的な速さで広がりを見せている（図1.6を参照）。2018年には、過体重の状態にある世界の5歳未満児のうち、ほぼ半数がアジア、4分の1がアフリカの子どもたちだった。アフリカでは2000年から2018年にかけ、過体重の5歳未満児の数が44%弱も増加している⁴⁴。

ここに挙げたデータが示すのは氷山の一角に過ぎない。もう少し年齢が上の子どもに関する推計を見ることで、過体重の蔓延率を正確に捉えやすくなる。NCDリスク要因研究コ

過体重は、裕福な国だけに生じる問題だと思われることがあるが、過体重はいまや低所得国や中所得国にも驚くほど大きな影響を与えている

過体重の子どもは何処で暮らしているのか

図 1.5 | 5歳未満児の過体重の割合 (2018年)

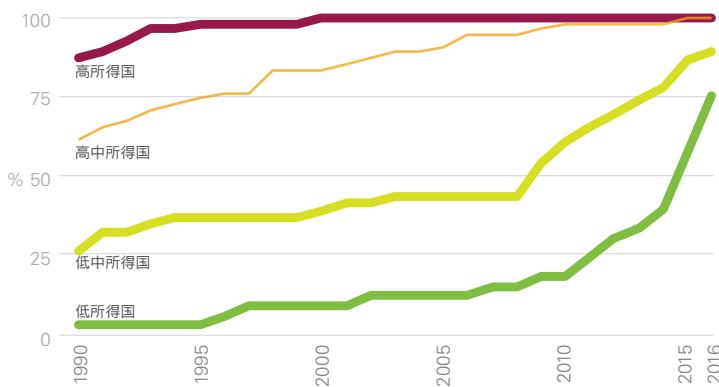


注：各国のデータは、2000～2018年の中で入手できる最新の推計値である。2000年よりも前のデータしかない国については、新しいデータが使われていないことを濃いグレーで示した。本書で採用している名称や呼称、およびさまざまな資料は、特定の国または地域の法的状況について、あるいは各地の境界の管理または画定の法的状況について、ユニセフのいかなる意見表明も含意するものではない。

出典：ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値（2019年版）」。

図 1.6 | 世界銀行所得分類別に見た 5 ~ 19 歳の子どもの 10%以上が過体重である国の割合の推移

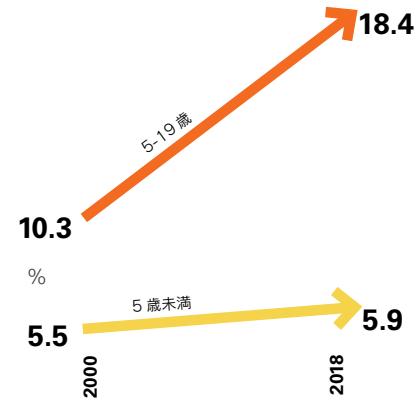
低所得および低中所得の国々では、この 10 年で過体重の子どもが急増している。



注：所得分類は、世界銀行による 2019 年度の分類に基づく。

出典：NCD リスク要因研究コラボレーション (NCD-RisC) (2017 年)。「1975 ~ 2016 年のボディマス指数、低体重、過体重および肥満における世界的トレンド：1 億 2,890 万人の子ども、青少年、おとなによって構成される人口集団を対象とした 2,416 種類の測定研究のプール解析」The Lancet, 390(10113), pp.2627-2642。

図 1.7 | 過体重の 5 歳未満児および 5 ~ 19 歳の子どもと若者の増加



出典：ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値」および NCD リスク要因研究コラボレーション (NCD-RisC) (2017 年)。

ラボレーション (NCD-RisC) によると、5 ~ 19 歳の過体重の子どもの割合は、2000 年の約 10 人に 1 人 (10.3%) から、2016 年には 5 人に 1 人弱 (18.4%) まで増加した (図 1.7 を参照)。

なぜこれほどまでに増加しているのだろうか。いくつかの要因が調査で指摘されている。カロリー摂取量の増加や、昔ながらの食事から現代的な食事への移行による子どもが口にする物の変化、都市化、および運動量の低下のすべてが関係している⁴⁵。腸内細菌の変化を要因として示唆する調査もある。

幼年期の傾向はこの先どうなるのだろうか。高所得の国々では、過体重の子どもの割合は

非常に高いものの（たとえば英国では 2 ~ 15 歳の子どものおよそ 3 人に 1 人）、その数は横ばいで推移していることがうかがえる⁴⁶。ところが、低所得のコミュニティにはこの傾向が当てはまらず、低所得層と高所得層の社会的グループの違いにより、結果的に肥満率に大きな違いが生じている。また、貧しい環境に生まれた子どもの方が過体重は重症化しやすい^{47, 48}。アジア圏の多くの国を筆頭に、低所得国と中所得国では過体重率が今後も上がり続ける見通しだ。驚くことに、1980 年代以降、肥満率を減少させ続けている国の事例は、ほぼ一度もきちんと報告されていない⁴⁹。この事実は、予防策に力を入れることの必要性をはつきりと示している。

**過体重は
もはやより
裕福な国に
限った問題
ではなく、
子どもの
年齢が上がる
につれて、
増加率も
上がっている**

特集

OECD および EU の国々における過体重と肥満

前世紀では、過体重および肥満とは裕福な人々がなるものだったが、今や状況が変わってきている。裕福な国の中で、過体重や肥満に最も陥りやすいのは、貧しい子どもたちだ⁵⁰。

高所得国が多くでは、過体重の子どもの比率が横ばいになってきているが、それでもなお、数え切れないほどの子どもの命、健康、未来が危険にさらされたままである⁵¹。OECD および EU の 41 の加盟国では、日本を除くすべての国で、5～19 歳の子どもの過体重率が 5 人に 1 人以上だ（図 1.9 を参照）。

過体重とその悪影響

過体重の子どもは、社会経済的に不利な立場にある家庭出身の場合が多い。たとえば米国では、家族全体の教育および所得レベルが上がるにつれて子どもは過体重になりにくい傾向にある⁵³。肥満率と社会経済的に不利な立場にあることの関連性は、ヨーロッパでも実証されている⁵⁴。2008 年の WHO による子どもの肥満観測イニシアティブ（WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative）のデータを使用した研究では、チェコ、ポルトガル、スウェーデンにおいて、両親の社会経済的な立場や、教育を十分に受けられていない状況は、子どもの肥満と関連性があると推定された⁵⁵。

過体重による健康リスクは低所得国と中所得国に急速に広がりつつあり、これが命と経済を脅かすものだという教訓をもたらしている⁵⁶。影響は経済にも及ぶのだ。ドイツでは、生産性の低下や病気などの要因による過体重と肥満が招く一生にわたる損失はおよそ 1,450 億ユーロ（約 1,620 億米ドル）に上る⁵⁷。米国でも、肥満および肥満が関係する症状の治療に年間 1,900 億米ドルの支出があり、これは国の医療費の 5 分の 1 に相当する額だ。ブラジルの公立病院では、過体重および肥満が関係する病気の直接費として年間 21 億米ドルの支出があると推定されている⁵⁸。

対応

過体重の危険性に注目が集まっているにもかかわらず、問題解決に向けた対応策はまだ整っていないのが現状だ⁵⁹。一方で近年、ベルギー、チリ、フィンランド、フランス、ハンガリー、メキシコを含む国々は、肥満対策の指針を固めようと動き出した。指針には、課税制度の導入や、包装前面に注意喚起ラベルを貼るなどしたわかりやすい栄養表示の実現などが含まれている。こうした取り組みは WHO の推奨に基づき進められており、子どもの肥満に対処するための包括的な枠組みづくりが行われている^{60, 61, 62}。

糖尿病、心血管疾患、一部の癌をはじめとする、肥満や食事が関係する非感染性疾患（NCD）に対する政府の支援額は、世界的に見てほとんど明らかになっていない⁶³。2015 年には、肥満や食事に関する NCD の予防と治療のために用いられた国際開発援助額は、わずか 0.01% 程度だった⁶⁴。低所得国と中所得国は過体重の増加によって生じる複雑な問題に取り組み始めたばかりで、予防のコストと治療リスクに対応できる医療体制の整備が追いついていないのだ。■

社会経済的に不利な家庭出身の子どもは、過体重に陥ることが多い

図1.8 | 5～19歳の子どもと青少年の過体重率（OECDとEUの41の加盟国）

国	蔓延率 (%) 2016年	1990年からの 増加率 (%)	国	蔓延率 (%) 2016年	1990年からの 増加率 (%)
米国	41.86	49.7	クロアチア	28.00	160.0
ニュージーランド	39.46	44.6	韓国	27.63	94.9
ギリシャ	37.26	48.9	ノルウェー	27.47	42.1
マルタ	37.11	20.1	チェコ	27.19	81.2
イタリア	36.87	39.1	スロベニア	27.18	168.8
チリ	35.54	61.1	フィンランド	26.81	35.7
メキシコ	35.51	76.0	オーストリア	26.68	48.8
イスラエル	34.80	18.2	ドイツ	26.58	37.0
オーストラリア	34.11	35.1	ルクセンブルク	26.33	29.3
スペイン	33.80	38.4	ポーランド	25.72	131.1
キプロス	33.47	50.6	デンマーク	25.11	13.6
ポルトガル	32.57	86.2	オランダ	24.77	61.9
カナダ	32.15	45.1	ルーマニア	24.56	171
英国	31.12	33.1	ベルギー	23.93	-1.8
アイルランド	30.86	84.4	スウェーデン	23.62	24.6
フランス	30.09	38.7	スロバキア	23.36	157.0
トルコ	29.55	151.1	スイス	21.87	39.4
ブルガリア	28.47	120.6	ラトビア	21.33	75.9
ハンガリー	28.45	117.3	リトアニア	20.58	84.2
アイスランド	28.33	15.3	エストニア	20.46	68.0
			日本	14.42	14.3

低栄養、隠れ飢餓、過体重は同じ原因によって生じるが、そのうちで特に顕著なのは子どもの劣悪な食生活である

栄養不良の全要素に着目

前述のとおり、栄養不良を織りなす低栄養、隠れ飢餓、過体重という個々の要素は、多様な形で絡み合って存在している。たとえば、2つから3つの形態の栄養不良が子どもの人生のある段階に、または異なる複数の段階にわたって発生し、子どもを苦しめる場合がある。さらに、同じ国やコミュニティの中にも2つが共存したり、最近の傾向として3つすべてが、いわゆる**栄養不良の三重苦**として並存するケースが増えている（図1.9を参照）。結局のところこの3つすべてには多くの共通の原因があり、その中でも顕著なのが子どもの劣悪な食生活である。

個人レベルでの併発

複数の形態の栄養不良にさらされた子どもが最も陥りやすい症状の組み合わせの一つが、

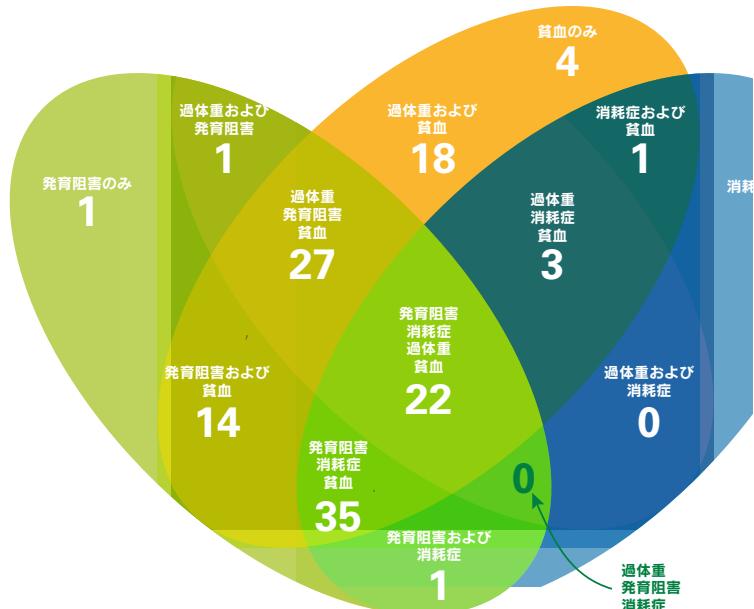
発育阻害と消耗症の併発だ。ある専門家グループが言うように、「消耗症の子どもは発育阻害を起こしやすく、発育阻害の子どもは消耗症になりやすい」のである⁶⁵。また、ある研究が言及するように、こうした子どもは「幼少期をきわめて過酷な欠乏状態で」過ごしていることが多い⁶⁶。発育阻害と消耗症を併発すると、重度の消耗症にある子どもよりもさらに死亡リスクが拡大する⁶⁷。こうした関係性を踏まえ、近年では発育阻害と消耗症に同時に対処する栄養プログラムを求める声が拡大している。同時に対処しなければプログラムの効力が弱まってしまう危険性があるためだ⁶⁸。

症状が併発するパターンは他にもある。たとえば、発育阻害と過体重を併発している5歳未満児が世界に820万人いると推定されているほか、隠れ飢餓の各種症状が発育阻害、消耗症、過体重と同時に起きる場合も多い⁶⁹。一人の個人が人生の各段階を通じて栄養不良

図1.9 | 幼年期の発育阻害、消耗症、過体重、貧血のうち複数が重なって起きている国の数

栄養不良の三重苦に直面している国の数

101国	77国	124国	62国
発育阻害の蔓延率が中程度以上の国	過体重の蔓延率が中程度以上の国	貧血の蔓延率が中程度の国	消耗症の蔓延率が中程度以上の国



注：中程度の蔓延率とは、発育阻害の場合10%を超える程度、過体重の場合5%を超える程度、消耗症の場合5%を超える程度、貧血の場合20%を超える程度をそれぞれ指す。

3つ以上の指標について最近の推計結果がある134カ国を基に分析した。

出典：ユニセフ、世界保健機関、世界銀行グループによる「栄養不良に関する包括的推計値（2019年版）」。世界保健機関（ジュネーブ）。貧血に関するデータの出典：国際健康観測所（GHO）、世界保健機関（2019年）。5歳未満児の貧血に関する国別推計値。データ取得元：<http://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENREGv>。

の複数の形態に侵される場合もある。たとえば、乳幼児期の発育阻害は、後に過体重に陥るリスクを上げる可能性があるのだ⁷⁰。

栄養不良の三重苦

世界の多くの地域で、栄養不良の三重苦が発生している。それはそれぞれの国やコミュニティ全体に広がるのみならず、各家庭内でも発生していることが確認されている。よく引き合いに出されるのが、過体重の母親と発育阻害の子どもがいる家庭だ。インドでは、2011～2012年のデータの分析結果から、これと同じ現象が農村部に暮らす家庭の5%で、都市部に暮らす家庭の8%で起きている可能性があると考えられる。エジプトでは、2008年のデータに基づき5.6%の家庭で起きていると推定される。どちらの国でも、この問題は拡大し続けているようだ⁷¹。研究者らは、エジプトの場合は原因の一部が糖類を多く含む菓子類の消費量が増えたことにあると考えている。菓子類は子どもにとっては健全な成長に必要な栄養を含んでおらず、母親にとっては過剰なカロリーを供給してしまうからだ⁷²。こうした例から、子どもの栄養不良について、家族や世帯単位にまで視野を広げて考えることの必要性が浮かび上がる。

より広い視点で見てみると、今日、低所得国と中所得国の多くが発育阻害、消耗症、隠れ飢餓のさまざまな形態、増え続ける過体重という複数の課題に継続的に対処することの難しさに直面している（図1.9を参照）。複数の課題に取り組もうとすると、国の対応能力を超てしまう場合が多い。

貧困、社会的疎外、栄養不良

栄養不良の根底には貧困があることが多い。2016年にユニセフと世界銀行が実施した研究では、2013年に極貧の環境に暮らしていた世界の3億8,500万人の子どものうち、半分が

サハラ以南のアフリカ、3分の1余りが南アフリカの子どもであることがわかつた。また、そのうち5人に4人を超える子どもが農村部で暮らしていた。彼らは食事を十分に口にできず、栄養不良に陥って体調を崩し、学校を修了しないまま困窮し、病気や経済的な不安定さを背負って、結局貧しい暮らしに戻るということが少なくない。また、貧しい子どもは安全な水と清潔な衛生設備（トイレ）を利用したり予防接種などの予防医療を受けたりできない場合が非常に多く、病気にかかっても適切な医療を受けられる可能性は低い。緊急事態の発生時など、危機的状況下で生活する子どもにはこうした問題がより深刻な形で押し寄せる（特集「緊急事態における栄養」を参照）。

貧困は多くの場合、栄養不良の主たる原因である。干ばつ、流行病、不安定な経済情勢などの余波を特に受けやすい貧しい子どもは、食事を満足に取れず、栄養不足に陥り、病気になり、学校を修了できず、さらなる貧困へと引きずり込まれる傾向がある

貧困は、金融資産だけの問題ではない。子どもと家庭にとって、ジェンダー、障がい、民族のほか、地理的に離れていることや難民であることなどが原因で受けける社会的疎外、差別、周縁化が貧困に関わっている場合が多い。個人という観点で見ると、排他的で不平等な扱いなどを受けることによって、健康的な食品を含む品物やサービスを地元で手に入れることが難しくなる。また、社会という観点で見ると、貧困によって周縁化されたコミュニティの声やニーズが、そのコミュニティの外にいる意思決定者たちに届かない可能性があるのだ。

ジェンダーも、栄養不良とその原因にあらゆる角度から影響しているのは明らかだ（第3章の特集「女子と女性には栄養改善に向けてのより一層の支援が必要」を参照）。これまでの調査およびプログラムによって、女性の地位を改善することが子どもと女性の栄養状態改善に結び付くことが示されているが、それでもなお多くの地域で女性は最後に食事を受け取り（しかも量も最も少ない）、物事を自分で決断することがほとんどできない状況にあるのが現状だ。つまり、自らの所得と家計をほとんどまたはまったく管理できず、意思決定に加われない場合があるのである。

障がいをめぐるステイグマによって、新生児が母乳を飲めなかったり、子どもが栄養価の乏しい食事や少ない分量の食事を与えられたりすることがある

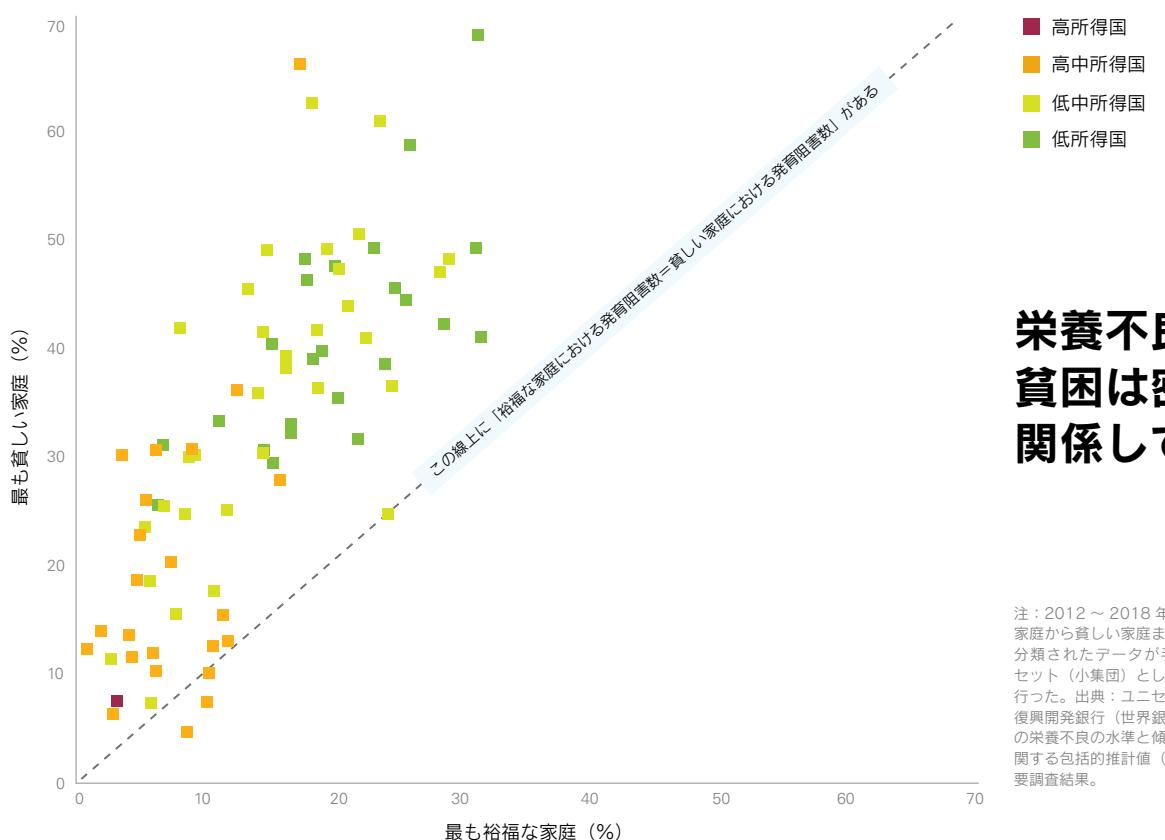
障がいは栄養不良の原因にも結果にもなり得る。ビタミン、ミネラルを含む栄養が不足したり、高濃度の毒素を含む環境にさらされたりすると、失明や神経損傷を引き起こす場合があるのだ。その一方で知的障がいや発達障がい、口蓋裂などの一部の障がいは栄養摂取量の減少を招いたり、成長に応じて栄養を増やしていくことを難しくしたりする。障がいをめぐるステイグマによっては、新生児が母乳を飲めなかったり、子どもが栄養価の乏しい食事を与えられたり、その量が足りなかつたり、場合によってはまったく何も口にできないことさえあるのだ。

先住民族をはじめとする不利な立場にある民族も、栄養不良に陥る場合が多い。たとえ

ばブラジルでは、2013年、先住民族の中で発育阻害の人々の割合が、それ以外の社会的グループに属する人々の2～5倍に上った。この差の背景にあるのは、栄養の摂取、衛生設備（トイレ）の利用、主要な保健サービスの利用を十分に行えなかつたことなどである⁷³。

地理的に離れていることも、家庭にとって必要な食品、保健サービス、栄養サービスの利用を左右する要因になり得る。ブルンジ、ホンジュラスやマリの農村部に暮らす子どもは、都市部の子どもと比べると、発育阻害になる可能性が2倍高く、ペルーの場合は3倍に上っている⁷⁴。

図 1.10 | 子どもの発育阻害率の比較（低所得、低中所得、高中所得、高所得の国々の最も貧しい家庭と最も裕福な家庭）



栄養不良と貧困は密接に関係している

注：2012～2018年を対象に、最も裕福な家庭から貧しい家庭までの五分位について、細分類されたデータが手に入る80カ国をサブセット（小集団）とし、それに基づいて分析を行った。出典：ユニセフ、世界保健機関、国際復興開発銀行（世界銀行）（2019年）。子どもの栄養不良の水準と傾向：子どもの栄養不良に関する包括的推計値（2019年版）に基づく主要調査結果。

スポットライト

英国：貧しい子どもほど過体重と食料不安に陥るリスクが拡大

英国では、子どもの3人に1人が小学校卒業までに過体重もしくは肥満になる¹¹⁴。過体重と肥満の蔓延率は最も困窮した地域だと2倍を超えており、そうした地域では肥満が拡大し続けているため、その格差は広がり続けている¹¹⁵。また、同じような状況が英国の他の地域の子どもにも起きている¹¹⁶。

子どもの食事は、周囲を取り巻く環境によって大きく左右される。英国の最も貧しい地域にはファーストフード店があふれており、店舗数は最も裕福な地域の5倍もある¹¹⁷。困窮した地域に住む子どもの周りには、裕福なエリアと比べてフライドチキンやハンバーガー、ピザをテイクアウトできる店が圧倒的に多く、不健康な食品を売り込むための広告も、裕福な地域よりも目立つ形で数多く貼り出されている¹¹⁸。

英国の食品小売環境も、不健康な食品の消費を促している。スーパーマーケットで購入される食品の最大40%が宣伝中の商品であり、不健康な食品の方が宣伝対象になりやすい¹¹⁹。宣伝によって消費者の購入量が増えることも確認されており、通路端やレジ付近といった場所に売り出し中の不健康な食品が並ぶことも多い¹²⁰。

その一方で、英国ではおよそ200万人の子どもが、貧困のために必要な食料を手にすることができないおらず¹²¹、5～15歳の子どものうち、野菜と果物を1日に5品目摂取しているのは5人に1人に満たない¹²²。ロンドンのような裕福な都市では、約10人に1人の子どもが空腹のまま眠りにくくと答えている¹²³。

英国は、困窮した地域に見られる「フードスワンプ（不健康な食物があふれた環境）」と向き合う中で二重の課題に直面している。不健康な食品の宣伝を制限しながら、貧しい地域において健康的な食品を手頃な価格で販売することを小売業者に徹底させなければならないのだ。

英国政府は、2030年までに幼年期の肥満を半減し、最も貧しい地域と最も裕福な地域に暮らす子どもの格差を縮小することを確約した¹²⁴。糖類を含む飲料に対する課税制度を導入し、子どもが最もよく口にする商品の糖類を20%削減することを目指す世界初の糖類削減プログラムも立ち上げた¹²⁵。また、不健康な食品の消費を抑えるための新しい法案についても協議を進めている。こうした商品をレジ付近や店舗入り口、通路端に並べることの禁止に加えて、値引によって過剰な消費を促すような「1点買えばもう1点は無料」キャンペーンやまとめ買い割引、何度もおかわり無料のサービスの提供を禁じる内容だ¹²⁶。

地方当局は区画設計のための権限を行使して学校周辺での新たなファーストフード店の開店を制限するよう要請を受けているほか、ロンドン市長はロンドン交通局に対して、交通網上で不健康な食品の宣伝を禁じている¹²⁷。

英国政府は近年、乳幼児期が食の好みと食事パターンが形成される重要な時期であるという認識のもと、市販のベビーフードの糖分を削減し、誤解を招くラベル栄養表示を根絶する行動をとるよう呼び掛けている。英国公衆衛生庁の調査では、乳幼児向けとして販売されている甘い菓子の一部に砂糖菓子と同程度の糖分が含まれていることがわかつた¹²⁸。

並行して、英国政府は幼い子どもを抱える低所得世帯に果物と野菜のクーポンを提供する「健康生活支援プログラム」(Healthy Start Scheme) という取り組みを開始した。その結果、こうした世帯の果物と野菜の購入額を15%拡大させることに成功している¹²⁹。

幼年期の肥満に対する取り組みはまだ道半ばだが、英国はすべての子どもが健康的な食環境の中で成長できるようにするための進路を切り開きつつある。■

© iStock.com/BeaKiss



フードシステムの役割

子どもの栄養状態には明白な傾向が見えて いる。一方では、世界が合意した目標にはまだ届くものではないが、発育阻害を中心 に低栄養の件数は減少しており、また隠れ飢 餓もいくらかは減少していることが報告され ている。だが、いずれもペースが遅すぎる点 は否めない。他方では、今なお低栄養と闘つ ている国々であっても、子どもの過体重率が 急増している。

こうした傾向の背景には何があるのだろう か。ひとつには、必要なカロリーは摂れてい ても、栄養は摂れていない子どもが増えてい るという現実がある。バリー・ポプキン (Barry Popkin) が描写した世界規模の栄養転換の中 でも、今日を生きる人々が飽和脂肪酸やトラン ス脂肪酸、糖分、塩分が多く含まれる現代 的な食事をさらに好むようになってきてい る点が指摘されている⁷⁵。この栄養転換が、食 事に起因する非感染性疾患 (NCD) の増加に つながっており、劣悪な食事こそが、世界の 疾病負荷に対する最も大きなリスクファク ターだと、現在考えられるようになってい る⁷⁶。

結果として、生存できる子どもは増えてい ても、その中で本来あるべき成長を果たして いるのはほんの一握りに過ぎず、身体のそし て知的な潜在能力を十分に発揮できるまで成 長できない子どもが増えているのである。こ のような時代を生きる私たちは、子どもの食 事の質によりいつそう気を配り、「子どもの多 くが必要なものをほとんど食べずに必要なな いものばかりを口にしているのはなぜか」と いう疑問を提起する必要がある。

この疑問を解決するには、フードシステム、 つまり食品が「産地から口に運ばれるまで」 に起るすべての事柄と向き合う必要がある。 FAO、IFAD、栄養のための農業とフードシス

子どもの多くが必要 なものをほとんど食 べない一方で、必要 のないものばかりを 口にする子どもが増 えているのはなぜか

テムに関するグローバルパネル (Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition)、食料栄養安全保障に関する専門家 によるハイレベルパネル (High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition) をはじめ、多くの国際的専門機関の研究によ り、私たちの今日の食生活を形成するプロセスと活動はよりいつそう複雑化していることが明らかになってきた^{77、78、79}。

複雑なプロセスが子どもにどう影響するか をわかりやすく説明するため、ユニセフは世 界の専門家らの協力のもと、子どもと青少年 のためのフードシステムに関するイノченティ・フレームワーク (Innocenti Framework on Food Systems for Children and Adolescents) を作成した (後続ページを参 照)⁸⁰。このフレームワークは、2つの理由か ら子どもの食事をフードシステムの分析の中 心に据えている。1つ目は、子どもには特有 の重要な必須栄養素があるからだ。2つ目は、 子どもの栄養状態を長期的に改善するためには、栄養価、安全性、持続可能性が高く、低 価格の食事をすべての子どもに届けるフード システムの確立以外に「特効薬」がないから である。そのためには、フードシステムに対 して多様な角度から働きかけ、保健、水と衛 生設備 (トイレ)、教育、および社会的養護シ ステムに相乗効果をもたらす行動をとること で、栄養価の高い食品に対する需要と供給の 両方を刺激することが必要だ (第4章を参照)。

イノченティ・フレームワークは、**推進要因**、**決定要因**、**相互作用**という3つの主要 な要素で構成される。

推進要因

社会が子どもに食料を供給し分配する方法 や、養育者と消費者に与えられる選択肢の幅 と彼らの意思決定のすべては、フードシス テムとは関係のないように見える推進要因に左 右される場合がある。たとえば、ここ数十年

で進んだ所得の拡大、技術革新、販売活動、グローバル化はすべてフードシステムを変革し、子どもと青少年が手にする食事を変化させてきた。

決定要因

イノチェンティ・フレームワークの基礎に

は4つの決定要因があり、子どものための食品生産および子どもによる食品消費への直接的な影響度が最も高いプロセス、状況、行為者を表している。

今日の子どもの口に届くものを決定する様々なプロセスや経済活動は、ますます複雑なものになってきている



コラム 1.2 | 農業で栄養問題をうまく解決するには

農業はあらゆるフードシステムの基礎をなし、栄養価、安全性、持続可能性が高く、低価格の食事を子どもに供給する上で重要な役割を果たす。しかしながら、農業と子どもの栄養の関係はまったく単純ではない。

これには、第一に子どもの栄養目標と政治経済学的な目標がかみ合っていないという現実が反映されている⁸²。たとえば、農業への投資によって生産性が改善した一方で、食品の多様性は減退した。今では世界のカロリー摂取の3分の2近くをたった3種類の作物（米、小麦、トウモロコシ）が占めているのだ⁸³。第二に、世界の食品生産システムの幅広い多様性が反映されている。都市部か農村部か、小規模か大規模か、昔ながらか現代的かといった違いのすべてが、それぞれ異なる点から栄養の成果に影響を及ぼしている可能性がある。

産業化した現代的なフードシステムでは、生産効率が上がったことで、食品が低価格で年中手に入るが、食用ではなく飼料や食品加工を目的とした産業用の食品や、バイオ燃料の生産を目的とした栽培に大きく傾きつつある。このことは、食事と環境の両面に影響し、生物多様性の喪失、土壤や水質の汚染、温室効果ガスの排出を引き起こしている⁸⁴。

小農にとっての機会

食の安全性と食品ロスへの関心が高い昔ながらのフードシステムでは、様子が異なっている⁸⁵。世界では農村部に暮らす人々のおよそ5人に4人が生活の一部またはすべてを農業で賄っており⁸⁶、その多くは小農である。小農とは、家族経営の小さな小作農地で1種類の自給用作物と1～2種類の

商品作物を生産する農家を広く指す言葉だ。小農が下す決断や、そして小農に与えられた選択肢は、世界で最も不利な立場にある子どもの栄養状態に大きな影響を及ぼし得るのだ。

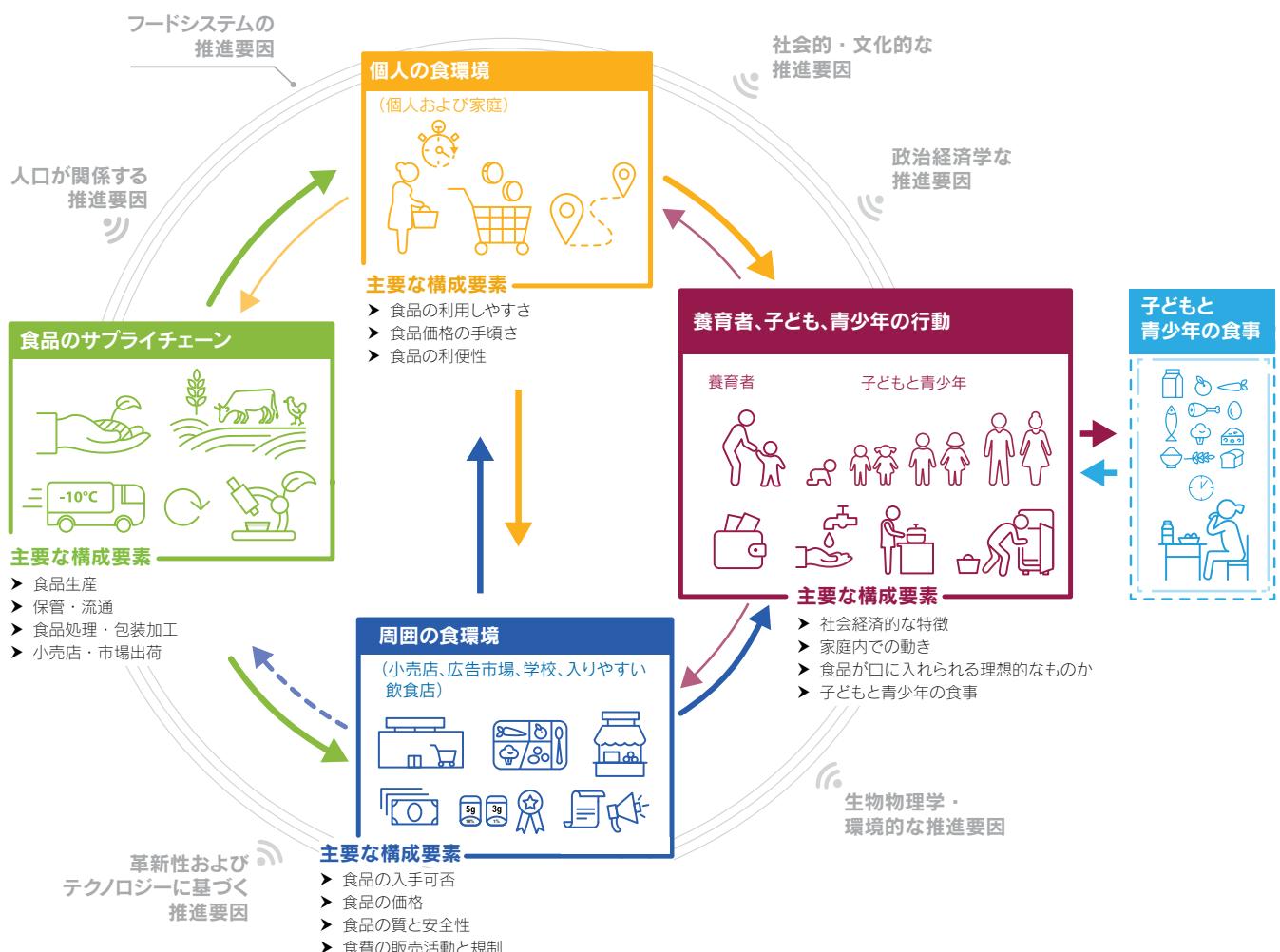
小農は、より栄養価が高く多品目の作物を家族の自給用に作るか、収入拡大につながる作物を作つて第三者に販売するかの選択を迫られている。販売前に食品を加工すれば収入のさらなる拡大も可能だが、有効な販路と輸送手段がなければ難しいだろう⁸⁷。

小農が子どもの栄養状態に影響を与えるもう一つの方法は、畑仕事、食品加工、子どもの食事作りにおいて大きな役割を果たす女性の地位を向上させることができるかどうかにかかっている。女性の農業参加によって家計の管理が女性たちに移ることが期待できる。そうなれば子どもの食事や世話を家計を充てやすくなるのだ⁸⁸。ただし、女性の役割拡大を目指したプログラムが、母乳育児を含む子どもの食事や世話と競合したり、女性自身の健康や栄養状態を損なうものであった場合には、子どもの栄養状態を不用意に悪化させてしまう可能性もある⁸⁹。つまり、女性の農業参加を目指した取り組みは、栄養に関する相談および支援体制、行動変容のためのコミュニケーションに加え、水と衛生設備（トイレ）および保健サービスの整備といった他の形での介入と合わせて実施する必要があるのだ。

農業が子どもの栄養状態を最善の形で改善する方法を明らかにするにはさらなる研究が必要であるが、農業に秘められた可能性と、農業の支えなくして子どもの栄養状態の抜本的な改善は見込めないという現実は明白である。■

子どもと青少年のためのフードシステムに関するイノチェンティ・フレームワーク

イノチェンティ・フレームワークは、子どもや若者を対象とし、栄養価の高い食品の供給と需要の両方を拡大するために、フードシステムの中で行動を起こす余地がある重要な点をいくつか明らかにする。



イノチェンティ・フレームワークは、フードシステムの分析にあたって、子どもの食生活をその中心として定義する

食品のサプライチェーンは、食品の生産、加工、流通（および最終的には廃棄または廃棄物利用）に関わるすべての行為者と行為で構成されている。今なお、子どもが口にするほとんどのものの源泉には農業生産があり、より栄養価の高い作物の研究開発などを通じて子どもの栄養状態を改善する重要な機会を生み出している。他にも、サプライチェーンに介入する方法として、小農や女性に家禽やヤギなど短期間で成果の得られる家畜や栄養価の高い野菜を育てられるよう手ほどきすることや、混合農法および作付体系の導入、魚を得るための養殖の実施などを組み合わせて発展させるといったものがある。食品のサプライチェーンが進む中でも子どもの栄養状態を改善する機会はあり、必須の微量栄養素を添加することで食品を栄養強化したり、飽和

脂肪酸やトランス脂肪酸、糖分、塩分の使用を減らしたりすることも可能である。また、食品の保管や管理方法を改善すれば、食品の安全性に関わるリスクや汚染物質を軽減し、食品ロスや腐敗も最小化できる。

周囲の食環境とはまず、養育者、子ども、青少年が食品を購入したり消費したりする物理的な場所すべてを指す。どのような食品や食料品が店舗や市場に売り出されているかは、食の選択肢の利用しやすさ、手頃さ、便利さを大きく左右する。たとえば、「食品砂漠」に暮らす家庭の場合、新鮮な食品が単純に手に入らないこともある（第3章を参照）。また、周囲の食環境で重要なのが販売活動と広告活動であり、これらは味を想像させ購入決定に影響を及ぼす⁹⁰。周囲の食環境から子どもの

栄養に関する教育と情報提供の実施は、より健康的な食品の選択、食事習慣の獲得、すべての栄養素の摂取に対して、生涯にわたる影響を与える重要な対策のひとつである



タンザニアのウルマ（Uruma）さん一家にとって、伝統的な食事を取ることが食生活の基盤である。ウルマさんは、家族のための食材入手することに難しさを感じている。「子どもたちは朝学校に何も食べに行くことがあります」とウルマさん。彼女の夫が追加で稼ぎを得た時は「家に肉を買って帰ることができます。子どもたちは肉が好きですから」。

栄養状態の改善に対して働きかける主な方法としては、食品の栄養強化についての基準を定めるという手がある。また、複数の課税制度および税優遇措置を組み合わせることも、不健康な食品の需要を減らし健康的な食品の供給を促すことにつながる。さらに、子どもや若者をターゲットにした食品に対して、包装様式、栄養ラベル表示、販売活動に規制を設けるという手段も有効だ（第4章を参照）。

個人の食環境は、子どもや家族が食事を選択する際の決定要因となり、多くの場合、選択の幅を狭める原因にもなるものだ。子どもや家族が店や市場に足を運べるかどうか、購買力があるかどうかといった要因が含まれ、これによって食品を近場にて手頃な値段で買

えるかどうかが決まる（第3章を参照）。所得の低さに加え、時間不足も深刻な課題となる。特に農村部に暮らす女性の場合は、無賃の畠仕事と主な養育者としての役割を両立させなければならないことが多い⁹¹。重要な対策として、家庭に現金給付を行うという手がある。栄養に関する適切な相談および支援体制と合わせて給付することで、子どものために栄養価の高い食品を購入する資金と意欲を生み出すことができる⁹²。また、女性の畠仕事と家事の負担を減らすことで時間不足を解消する余地もある。たとえば、各家庭が生活用水を得やすくなれば女性の給水時間を短縮することができる。同様に、託児所があれば育児が楽になり、便利な道具があれば植え付けや除草作業の効率化が可能だ⁹³。



メキシコのガブリエラ（Gabriela）さんは、家族に健康的な食品を食べさせるために昼食時にサラダなどを準備しようとするが、6歳のイカル（Ikal）君の考えは違う。「ママ、飴をなめてもいい？」と彼はねだる。ガブリエラさんは、「ダメ」と言うことができずにいる。「子どもですからね。砂糖が……かわいい絵柄付きで売られているものには、すべて砂糖が入っているんですよ。子どもはそうして、いつだって甘いものを欲しがってしまうんです」。



他の若者と同じように、インドネシアのティーンエージャー、ラフスィ (Rafsi) さんは、特に友人とショッピングセンターにかける時は、何を食べるかを自分自身で決めている。現在ダイエットに励む彼は、次のように述べる。「ジムに通っています。現在も太っているので、もっと痩せたいんです」だがそれは簡単なことではない。「友人たちが健康的ではないけれどおいしい食事ばかり食べている中で、自分が健康的な食事をするというのは難しいです」。

制作 / 撮影 MAKMENDE

養育者、子ども、青少年の行動、つまり家庭、

子ども、若者がどのように食品を調達して調理し、子どもにどう食べさせて指導するかについて多くの要因に影響される。たとえば、食事パターン、栄養に関する知識、味の好み、食欲、身体活動レベルなどが関係する。もう一つ重要なのが、社会経済的な要因だ。食品や食事上のタブーや、一部の食文化で見られることだが、女子や女性よりも、男子や男性を優先する傾向などがこれに該当する。この対策としては、栄養に関する情報や教育、相談体制を整備することで生涯にわたって健康的な食品を選ぶ習慣をつけさせ、栄養を全体的に改善することが重要だ。

相互作用

4つの決定要因の中で、完全に独立しているものは1つもない。フレームワーク内の矢印が示すように、これらは相互に作用し、子どもの栄養状態を改善もすれば改悪もする方法で、お互いの形を変えたり強化したりしているのだ。たとえば、地元の売り場に並ぶ食品は子どもと家庭の食事を形作る要因となるが、前者は同時に子どもと家庭からの需要の影響を受けている。こうした相互作用があることから、栄養価の高い食品の供給を促す指針には、需要を刺激する要素も必ず盛り込むことが重要なのだ。

栄養不良は、子どもの将来的な経済力を損ねるため、結果としてその子どもの社会経済的成長にさまざまなかたちの害を及ぼす

子どもたちの 栄養不良がもたらす 経済的影響とは

これから数十年で世界人口の形勢は大きく変化し、アフリカが世界人口拡大の中心となるだろう。2050年までに、アフリカの人口は2017年の倍となる25億人に達する見通しだ。要するに、人類の未来はいつそうアフリカ人に託されるのである。その他の大陸の多くでは高齢化が進む中、アフリカは向こう数十年も若者の多い大陸であり続け、2050年には世界の新生児の5人に2人余りがアフリカ人となる見込みだ⁹⁴。

アフリカをはじめインド、そして南アジアと東南アジアの一部の国々でも労働力のある若者が非常に短期間で大量に生まれる現象が起きる見込みであり、これらの国々は人口配当を活かすチャンスを手にできる。ただし、その可能性は人的資本の改善、つまり人々の教育、研修、スキル、健康状態が改善された時に初めて実現するものだ⁹⁵。そのためには、まずは栄養不良の問題を解決しなくてはならない。

子どもたちへの影響

栄養不良は子どもの経済的な将来性を多くの点で傷つけるため、結果としてより広範な社会経済の発展を妨げる可能性がある。子どもが最初の1,000日で発育阻害を起こすと、認知能力の発達が遅れ、教育成果が上がらない状況につながる⁹⁶。また、多くの国の事例によって、栄養不良の子どもは学校で過ごせる時間が短いこともわかっている。一般的な原因是、脳の発達の遅れや病気であったり、学習のレディネス（準備度）が不足していた

りすることにある。また、こうした子どもの多くは通常よりも年齢が上がってから学校に入学しがちであったり、留年しやすい傾向があることも挙げられる。サハラ以南のアフリカを例にとると、子宮内にいる間、そして幼年期に飢餓状態にあった子どもは、通学期間を最大2年半分まで失っていることが調査によつて示されている⁹⁷。

対照的に、良好な栄養状態が子どもの学業成績にどう好影響を与えるかを示す実例も数多く存在する。1940年代、米国政府は鉄分不足の拡大を食い止めるため、パンの栄養強化を要請した。その結果、子どもの登校率が向上したことが分析によつて示された⁹⁸。同様に、タンザニアでは1980年代後半から1990年代にかけてのプログラムによって集中的にヨードの補給を受けた子どもは、受けなかつた子どもよりも、最大で半年分近く長い時間在学校で過ごした⁹⁹。グアテマラ¹⁰⁰および中国¹⁰¹の補給プログラムについて行われた研究からも、算数や読み書きといった分野で子どもの成績が向上したことがうかがえる。

栄養不良が個人の経済的な将来性にもたらす影響が最も直接的に表れるのは、低所得との関連性、つまり栄養不良が生産性に与える影響だろう。調査によつて、発育阻害に関係して失われる生涯所得の平均額は、子ども1人あたり1,400米ドルであることが明らかになつた。タジキスタンでは300米ドル未満だが、バハマ、アラブ首長国連邦、クウェート、カタールなどの裕福な国では3万米ドルを超えるなど、国によつて大きな差があるのが特徴である¹⁰²。また、発育阻害と低所得の結び付きを示唆する研究もある。たとえば、成人口に身長が1cm伸びることは、男性で4%、女性で6%の賃金向上につながつたとする研究もある¹⁰³。

もう一つ、栄養不良が子どもの社会経済的展望に与える影響として見過ごされがちなのが、紛争への加担である。経済的に貧しく、栄養不良を起こすなど健康状態が芳しくないことが、武力紛争の発生につながっている事例が増加していることが確認されている。2008年のある分析では、5歳未満児の栄養不良の蔓延率が5ポイント減少することが、紛争が起きる可能性を最大3.5ポイント下げるのことと関係付けられた¹⁰⁴。その根拠は完全には明らかになっていないが、国連食糧農業機関（FAO）で初代事務局長を務めたジョン・ボイド・オア（John Boyd Orr）が言うように、「空腹では平和を築けない」のだ¹⁰⁵。

個人が受けるこうした影響はすべて、国にとって「国民の教育、研修、スキル、健康レベルの総体」である人材開発力を損なうものである¹⁰⁶。この損失は甚大なものである。アフリカ連合が実施した「アフリカ各国の子どもの栄養不良による社会経済的インパクトを試算するプロジェクト（Cost of Hunger in Africa）」の調査報告書によれば、子どもの栄養不良がアフリカ経済に与える損失は年間でGDPの1.9～16.5%に相当する¹⁰⁷。より新しい調査でも、栄養不良はアフリカ経済にとつて巨大な負荷となり続けていることが判明している¹⁰⁸。

子どもの肥満が、特に低所得国と中所得国でもたらす損失について予測した研究の数は比較すると少ない。過体重の方が経済により広く影響する可能性がある。身体活動レベルを低下させ、非感染性疾患（NCD）を増加させることで個人の生産性を落とし、高血圧、肥満、脳卒中といった症状の治療にかかる医療費を膨らませるからだ。WHOに提出された予測によれば、現在の傾向が続ければ、心臓病、癌、糖尿病、慢性呼吸器感染症が低中所得国に及ぼす経済的損失は、2011～2025年の間で7兆米ドルを超える見通しだ。これはこうした諸国の年間支出額のおよそ4%に相当

する額である。

栄養改善への投資

2030年までに世界全体で持続可能な開発目標を達成しようとするのであれば、栄養への投資は、栄養改善の土台形成のための投資であり、新たな投資の呼び水と考えるべきである。世界銀行をはじめ多くが予測するとおり、5歳未満児の発育阻害に対する世界の目標には、子ども1人あたり年間たったの8.50米ドルの追加投資で到達できる見込みだ¹⁰⁹。合計しても年間50億米ドルに過ぎない。この数字を正確に捉える上で、2つの数字が役に立つ。この50億米ドルは、食品事業とレストラン業を展開する世界最大手の多国籍企業3社が2010年代初頭に費やした広告費の年間合計額である約72億米ドルよりもやや少ない額である¹¹⁰。またはこの50億米ドルは、高所得の経済圏および新興経済圏が農業支援¹¹¹（農家への直接的な支払いに加え、関税障壁、輸出補助金を含む）に費やす年間費用、6,200億米ドルのわずか1%にも満たないのだ。

こうした投資を栄養不良に向ければ、非常に高い利益率となって返ってくる。発育阻害を減らすため1ドル投資することに、蔓延率が高い国々に18米ドル相当の経済的利益が生まれると推定される¹¹²。こうした利益を抜きにしても、子どもの栄養状態に対する投資は、公平性についてのいかなる議論の中心にも置かなければならない。世界銀行の前総裁であるジム・ヨン・キム（Jim Yong Kim）は次のように述べている。「機会均等を目指し、全世界が一丸となって取り組んでいます。ただ、世界の25%の子どもが発育阻害に苦しんでいるとすれば、私たちの取り組みは嘘になってしまします。なぜならこの25%の子どもが5歳になるまでに、不平等の結果が、彼らの脳を回復不能な形で傷つけてしまうからです。実際に機会均等が実現されたと宣言するためには、発育阻害をゼロにするほかないので」¹¹³。■

発育阻害の高負荷国において、その減少のために1ドル投資するごとに、約18米ドル相当の経済的利益が生まれると推定されている



視点

国の経済発展にとって不可欠な、子どもの栄養問題への取り組み

**サニア・ニシュター
(Sania Nishtar)博士**
パキスタン首相特別
補佐官、貧困削減・
社会的養護担当

長年続いた残酷な紛争の影響で、イエメンは世界最悪の人道危機に直面しており、飢餓に陥りつつある。紛争がたとえ明日終結したとしても、この危機が招いた結果はこの国に長らく影を落とし続けるだろう。とりわけ栄養不良は脳の発達に悪影響を及ぼし、結果として未来の労働力人口の認知能力の低さにつながるからだ。今日の食料不安が、イエメンから未来の人材を奪っている。

残念ながら、交戦地帯では、深刻な飢餓と栄養不良を切り離すことはできない。世界中の子どもが、低栄養にとどまらないさまざまな形態の栄養不良と闘うことを強いられている。

多くの国が、栄養不良の二重苦の解決に取り組んでいる。幼年期の低栄養とその後の過体重は、高血圧や糖尿病といった医療費のかさむ病にかかるリスクを高める。栄養不良というコインの両面の症状が同じ国の中でも痛々しく表れ、同じ家庭、教室、遊び場の中にも混在することが珍しくない。

中国、カンボジア、ウクライナで大流行している糖尿病は、40～50年前に起きた飢餓および飢餓と関係付けられてきた。第二次世界大戦時の極度の食料不足が、ナウル、シンガポール、マレーシアで現在起きている糖尿病蔓延の一因だと説明することもできる。つまり、干ばつや飢餓、内戦や地域間戦争（例：「アフリカの角」地域とイエメンの戦い）が現在起きている地域は、社会経済的状況が改善すれば糖尿病の次なる「温床」となる可能性が高い。

栄養不良がもたらすのは死と病気だけではない。それは健康的な生活を送ることに対する人権を蝕み、医療費の拡大と生産性の損失を招くことによって経済成長にも悪影響を及ぼす。

低栄養の場合は、生産性の損失は身体や知的能力の低下により起きるが、肥満の場合は欠勤、業務効率の低下、死亡、恒久的な機能障害をもたらす。

これらの損失が国家の国内総生産（GDP）にもたらす影響の大きさは、時として計り知れないものになる。アジアでは、幼年期の低体重と発育不良、微量栄養素の欠乏により、年間平均 11% の GDP が失われる。肥満が世界経済にもたらす影響は 2 兆米ドル、つまり世界の GDP の 2.8% に上ると推計されており、これは喫煙や武力紛争にほぼ並ぶ水準の経済的損失である。さまざまな形態の栄養不良が世界経済に与える影響は、年間合計 3 兆 5,000 億米ドル（1 人当たり 500 米ドル）に達すると推定されている。

栄養が国家の経済発展にもたらす影響の中で、おそらく最も放置できないのが人的資本の損失だろう。2018 年、世界銀行は人的資本指標を策定し、各国がこのデジタル時代で経済的成功を今後果たしていきたいと望むのであれば、人材への投資を急ぐべきだと訴えた。

人的資本指標は、子どもの生存、学校教育

サニア・ニシュター博士は、パキスタンの首相特別補佐官として貧困削減と社会的養護を担当し、パキスタン政府の連邦大臣を務めた。また、ベナジル所得支援プログラム (BISP : Benazir Income Support Programme) の議長であると同時に NCD に関する WHO ハイレベル委員会の共同議長でもある。博士は、非営利かつ非政府のシンクタンクである Heartfile を創立した。2017 年には WHO 事務局長のパキスタン代表候補となり、最終候補者 3 名のうちの 1 人に残った。



© UNICEF/UN0281635/Dejongh

年数、および発育阻害を基にした総合的評価法である。これにより、栄養不良が人的資本損失の直接的な原因である、という実態が明らかにされてきた。

発育阻害を経験した子どもは、学校教育を受けられず、仕事に就くのも遅れることがある。つまり、低所得国と中所得国の5歳未満児の43%は、発育阻害が原因で貧困に陥る可能性がかなり高い。

子どもの栄養への投資は、経済発展に長期的に作用する。コペンハーゲン・コンセンサスでは、子どもの生後1,000日間に栄養に対して1ドル投資することに、平均45米ドルの経済的リターンがあることが示された。

來たる10年で年間平均70億米ドルを投資すれば、子どもの消耗症と発育阻害、母親の貧血を減らし、母乳育児率を上げるという世界の栄養目標を達成するために十分足りる。この額を投資すれば、2025年までに370万人の子どもの命を救うことができる。同様に、2015年と比べ、発育阻害の子どもを少なくとも6,500万人減らし、完全母乳育児で育つ子どもを1億500万人増やし、貧血を患う女性を2億6,500万人減らすことができる。この投資を行わなければ、経済発展のチャンスはつかめないだろう。

栄養不良は多大な損失をもたらすが、解決策を難しく考える必要はない。ランセット誌の予測では、出産直後から完全に母乳だけで育児を行ったり、2歳またはその先まで食事の一部として母乳を与え続けるといった方法をとることで、82万人を超える子どもの命を救うことができる。

こうしたコストのかからない対策は手軽ではあるが、だからと言って最も深刻な栄養不良を抱える人々への現金給付による効果を軽視すべきではない。パキスタン政府が新たに栄養政策の優先順位を上げたことにより、私は国家の現金給付制度であるベナジル所得支援プログラムのリーダーに選ばれた。

11億5,000万米ドル規模のこのプログラムでは、現在、560万世帯を超える貧困世帯や社会から締め出された人々に現金を給付している。第三者機関の評価によって、このプログラムは特に女性の能力育成を促進し、コミュニティ内で女性の地位を変化させていくことが明らかになった。今後、栄養不良の改善により一層対処するため、同プログラムの枠組に栄養を中心とした新たなイニシアティブを取り入れてみたいと考えている。

栄養不良の軽減を目指す投資効果が十分に発揮されていることは、科学的根拠をもって示されているし、こうした投資の重要性に注目が集まっている。各国は今だけではなく将来の国民の健康と経済力を見据え、栄養不良という多頭のヒドラとの闘いに正面から取り組むべきである。■



第2章

子どもの生存と 成長のための食事

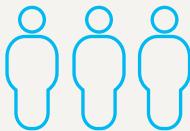
母親の胎内にいる時から青少年期に至るまであらゆる段階の子どもには、独自の栄養ニーズ、食事行動、食生活に影響を与える要因があり、さまざまな形で栄養不良による悪影響を受ける。乳幼児期は、子どもが急速に成長し、栄養の影響を受けやすい時期である。学齢期の子どもは、食事や食品の選択に関して広範な影響を受ける。青少年期は、生涯にわたる健康的な栄養状態を確立する機会となる。



- ▶ 妊娠中および乳幼児期の栄養不良は、脳の発達に悪影響を及ぼす可能性がある。



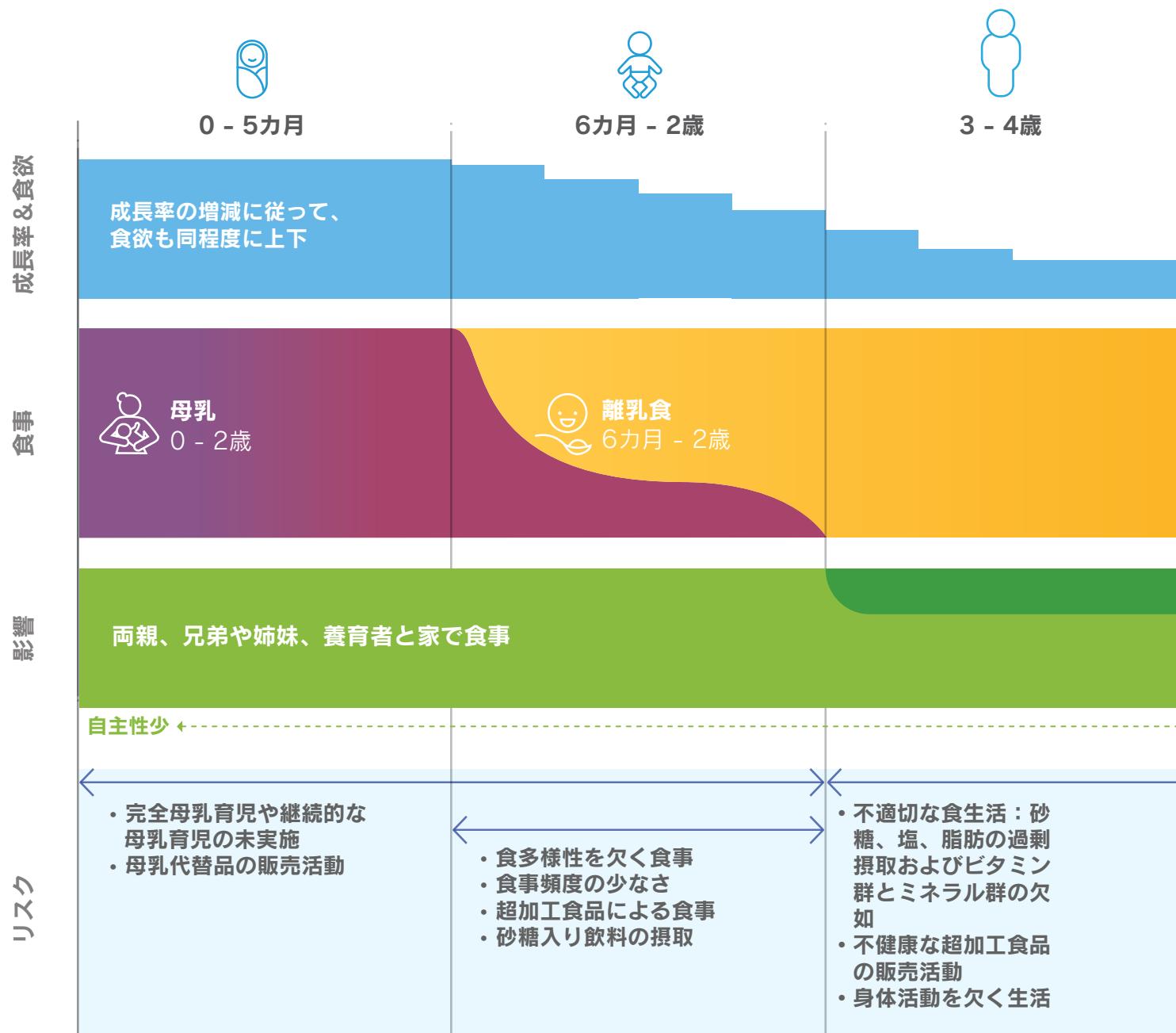
- ▶ 世界的に見れば、学齢期の子どもは栄養価の高い食品をほとんど口にせず、不健康な菓子類を食べすぎている。



- ▶ 青少年期の肥満は時に生涯にわたって脳にマイナスの影響を与え、加齢に伴う認知障害が早い年齢で始まる可能性を高める。

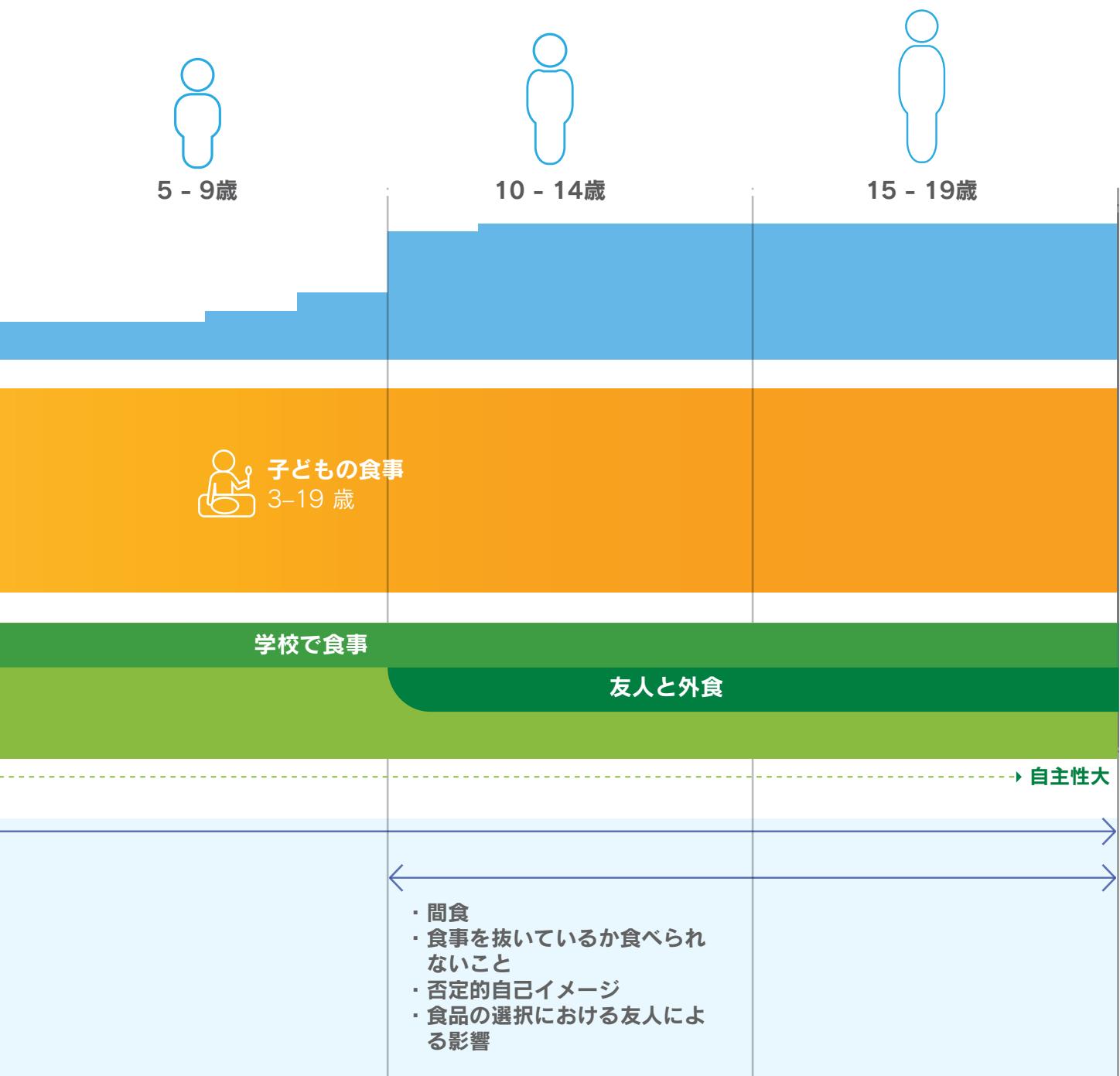
子どもの頃の食品と栄養

あらゆる年齢の子どもが、栄養価の不足する多様性の欠けた食事をとっている。糖類、塩分、脂肪については摂取しすぎている。各年齢のリスクによって、発育阻害、消耗症、隠れ飢餓、過体重と肥満という各形態の栄養不良を1つ以上引き起こす可能性がある。いずれかの栄養不良になると学業成績に加えて、生涯にわたる経済的なチャンスにも影響が及ぶことがあり、おとなへと成長する中で健康上のリスクが生じる可能性もある。



出典：エリザベス・フォックス（Elizabeth Fox）、「子どもの栄養習慣を形成する子どもの食事ニーズ、摂取パターン、決定要因の特徴について」（未発表）。

子どもには
その各発育段階において、
それぞれ特有の栄養ニーズ、
リスク、食事行動がある



乳幼児期や子ども時代に適切な栄養を摂取できないと、生涯にわたって悪影響が生じることがある



はじめに

母親の胎内から成人に至るまでの幼年期全体を通して、子どもの栄養ニーズ、食事行動、食生活に影響を与える要因のすべては、発展し変化してゆく。乳児は、週ごとに大きな生理的变化を経験する。子どもが学校に行き始めるとき、食事パターンと食事は大幅に変化することがある。その後、青少年期には生涯にわたる健康的な食事習慣を確立する機会があるが、過体重や肥満による長期的な影響を受けやすい。人生の早い段階での母親と子どもの適切な栄養状態は、人生全体で健康リスクを下げ、非感染性疾患（NCD）を防止する¹。幼年期全体を通じたこれらの違いを理解することは、子どもの栄養を効果的に支援する政策やプログラムを策定する上で重要である。

子どもが成長すると、食事に関して主要な影響を与えるのは、乳幼児期の親や養育者から、託児所や学校の職員へと次第に変わっていき、最終的には学齢期や青少年期の同級生や友人となる。食品の販売活動や広範な社会的要因は、親や養育者が子どもに与える食事に影響し、成長するにつれて子どもの食品の選択に直接的な影響を与えるよう作用する。

乳幼児期：脆弱性と可能性 - 人生の最初の 5 年間

乳幼児期は、身体が急速に成長し、脳が発達する時期である。こうした乳幼児期に適切な栄養がなく、疾病や感染にさらされると、学業、健康度、経済力において、生涯にわたる影響が及ぶ可能性がある（特に、最貧困層や社会から締め出され周縁化されたコミュニ

ティ出身の子ども）。

最初の 1,000 日（妊娠から 2 歳の誕生日ごろまで）は、特に重要である。妊娠前および子どもが胎内にいる時の母親の栄養が十分でなく、最初の 6 ル月に完全母乳育児が行われず、養育者が多様で栄養価の高い離乳食（最初の食品）を与えることができない場合、発育阻害、消耗症および微量栄養素不足がもたらされる可能性がある。子どもとそのコミュニティにとって、こうした結果は重大かつ生涯にわたる影響をもたらす。

母親の栄養不良と子どもの乳幼児期における栄養不良の影響

優れた栄養状態は、誕生前からすでに始まっている。母親の栄養不足は、胎内にいる時と出産時の子どもに影響する。

低体重と貧血という形での母親の栄養不良は、早産や低出生体重のリスクを高め、さらには新生児の死亡リスク、発育阻害、消耗症のリスクも高める。また、母体の過体重は、一般的な妊娠合併症の現れである²。これは、生命を脅かすおそれのある合併症である妊娠糖尿病や子癪前症のリスクを高め、分娩の困難や、分娩後出血の発生率を高める場合がある。子どもにあっても、早産³、低出生体重、母乳育児ができない、およびその後の人生における過体重リスクの増加といったリスクが存在する⁴。

胎児が発育するために、母体が必要とする微量栄養素の量が増加する。妊娠した女性の多くが隠れ飢餓や微量栄養素不足を経験している（第 1 章を参照）。鉄分不足は、貧血をもたらす可能性がある。実際、鉄分不足は、栄

母乳育児が母親と子どもにとって有益な理由



出典：グレッグ・スクラマ (Greg Sclama)、「子どもの発育に対して様々な形態の栄養不良が与える影響について」(2018年)。

養性貧血の最もよくある原因となっている⁵。葉酸は、胎児の二分脊椎などの神経管欠損症を予防する⁶。カルシウムは、子癇前症と早産のリスクを減らす⁷。ビタミンAは、免疫機能と胎児の発育を支援する(特に、妊娠第3期)⁸。最後に、母親の亜鉛不足は、低出生体重、胎児の神経発育不全、早産および新生児死亡の増加と関係している⁹。

脳に対する栄養の影響度は、幼年期内のどの時期かによって異なるが、脳の発育は乳幼児期が最も速い。子どもが胎内にいる間と乳幼児期の栄養不足は、脳の発育に悪影響を与える可能性があり、学齢期以降まで及ぶ認知能力、就学準備、行動習慣、生産性に影響する。不可欠なカロリー、たんぱく質、脂肪酸、微量栄養素をこの時期の子どもに与えることで、生涯にわたる脳機能が確立できる。十分な栄養を受けた子どもは、環境および養育者と関

わる中で、さらに健康的な脳の発育が促される¹⁰。

母乳育児の力

子どもの健全な免疫系、脳の発育、細菌叢のための母乳育児の広範な利点は、様々な形で記録されており、栄養分野での世界的なコンセンサスに反映されている。ユニセフとWHOは、最初の6カ月の完全母乳育児と、2歳またはそれ以降までの継続的な母乳育児を推奨している。世界銀行のキース・ハンセン(Keith Hansen)は、2016年1月発行のランセット誌(*The Lancet*)で、「母乳育児がもし存在せず、現代人がそれを発明したとしたら、ノーベル生理学・医学賞とノーベル経済学賞の両方が与えられるだろう」という印象的な記事を書いている¹¹。

母乳は単なる食品ではなく、乳児のニーズに合わせて作られたきわめて効果の高い薬である

生まれてすぐに母乳
を与えられる乳児は
わずか 5 人に 2 人

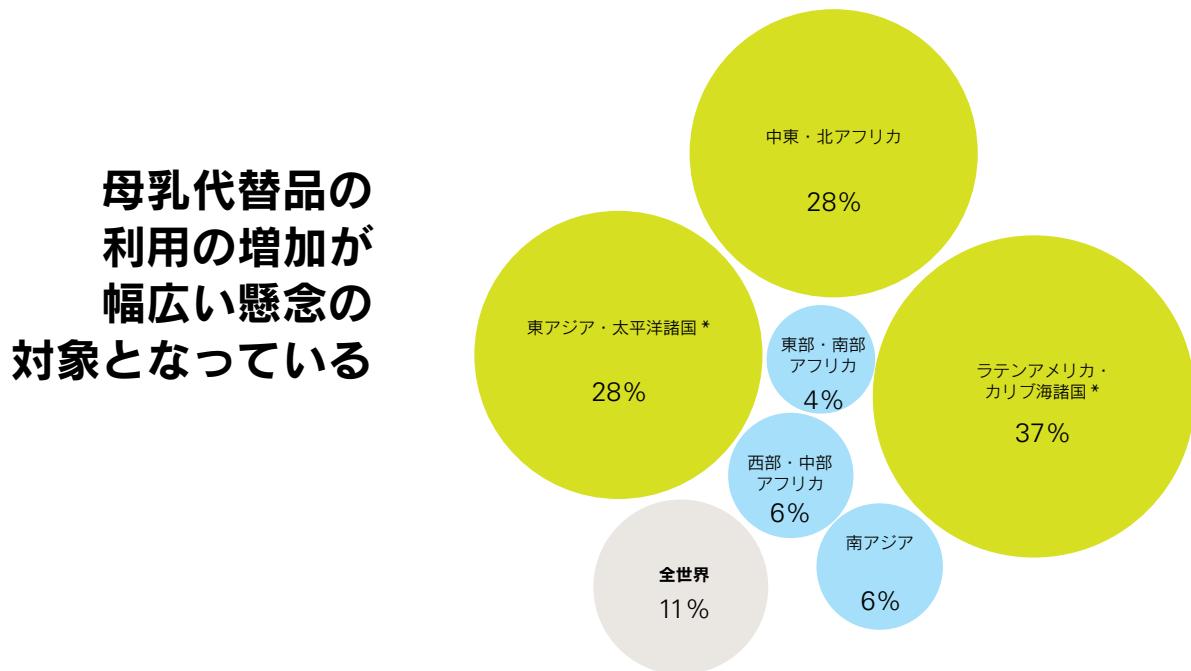
母乳育児は、特に生まれたばかりの子どもにとって大きな利点がある。母親の初乳は、乳児の未発達な免疫系を感染や炎症から守る¹²。生まれてすぐに母乳を与えられる乳児は、生まれた日より遅く母乳を与えられる乳児と比較した時、その命を失うリスクがはるかに低くなる¹³。

母乳は単なる食品ではない。母乳は、乳児のニーズに合わせて作られた強力な薬品であり、死亡リスクを大幅に引き下げる¹⁴。世界全体で母乳育児を行えば、5 歳未満の子どもの命を年間平均 82 万人救うことができる。また、母乳で育てられた子どもは、下痢や呼吸器関連の疾病にかかる率がはるかに低くな

る。ほかには、学業成績の改善¹⁵、成人してからの収入増加、そして健康増進という利点がある。母乳育児がその後の人生において過体重、肥満、糖尿病などの慢性疾患を減らすことは、さまざまな実例によってますます明らかになっている¹⁶。

母乳育児による恩恵は、低所得国で特に大きく、こうした国では、家庭で安全な水や医療を利用できないことがしばしばある。高所得国であっても、母乳育児は健康や健全な成長と発育のために重要である。たとえば、乳児の突然死や生命を脅かす壊死性腸炎（命にかかわりうる腸の炎症で主に早産児がその対象）を減らす。

図 2.1 | 乳児用調製粉乳を与えられている 0 ~ 5 カ月の乳児の割合（ユニセフ地域分類別、2018 年）

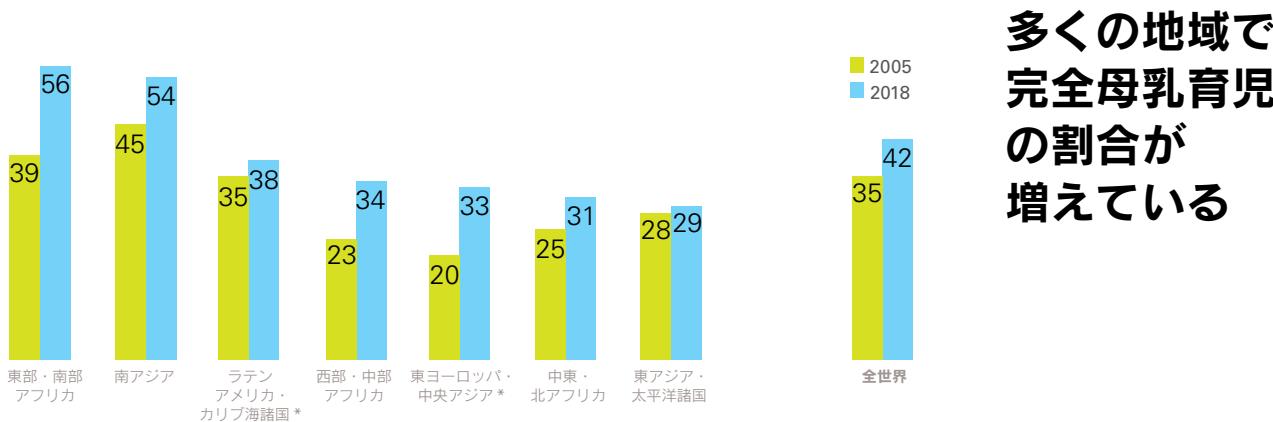


注：2008 年から 2013 年にかけて、（一般的には牛の）乳をベースとした粉ミルクの販売は世界全体で 41% 増加し、ブラジル、中国、ペルー、トルコなどの高中所得国では 72% 増加している。2013 ~ 2018 年のデータが手に入る 73 カ国 のサブセットとし（世界人口の 61% に相当）、それに基づいて分析を行った。地域の推計は、利用可能なデータが地域人口の 50% 以上を占める場合にのみ示した。

* 対象人口の取り扱い範囲を適切にするため、東アジア・太平洋諸国からは中国が除外され、ラテンアメリカ・カリブ海諸国からはブラジルが除外されている。ヨーロッパ・中央アジアおよび北アメリカのデータは得られなかつた。

出典：ユニセフの世界データベース、2019 年

図2.2 | 完全母乳育児で育てられている0～5カ月の乳児の割合に見る傾向（ユニセフ地域分類別、2005年頃および2018年頃）



注：2005年頃（2003～2008年）と2018年頃（2013～2018年）に関して比較可能な傾向データがある80カ国をサブセットとし（世界人口の74%に相当）、それに基づいて分析を行った。

地域の推計は、利用可能なデータが地域人口の50%以上を占める場合にのみ示した。

* 対象人口の取り扱い範囲を適切にするため、ラテンアメリカ・カリブ海諸国からはブラジルが除外されている。東ヨーロッパ・中央アジアからはロシア連邦が除外されている。

出典：ユニセフの世界データベース、2019年

母親も母乳育児の恩恵を受ける。母乳育児は、出産後の大量出血を防ぎ、子宮の収縮を促す。また、授乳する母親は、母乳育児中の排卵が抑制されることから、産間調節が改善される。また、乳癌と卵巣癌を予防することについても有力な科学的根拠が存在し¹⁷、母乳育児を行った母親は、2型糖尿病のリスクが下がり、高血圧の減少や心血管疾患リスクの低下が見られる¹⁸。

多くの子どもに母乳育児が行われるのはなぜか

こうした利点にもかかわらず、きわめて多くの乳幼児が、最適である母乳を与えられていない。出産直後の新生児で母乳を与えられるのは、わずか5分の2を若干上回る程度（44%）であり、6カ月未満で母乳だけを与えられて育つ子どもの割合もほぼ同じである

（42%）。これはなぜだろうか。答は複雑だが、母乳の代替品の宣伝による影響、母乳育児に対する社会的および文化的タブーの存在、仕事と育児のバランスを取ることが難しい女性の多さ、母乳育児に対する支援の欠如といった要因などが挙げられる。

母乳の代替品

生まれてから3日間に、母乳以外の液体や食品を与えられる新生児の割合は世界で43%であり、最も一般的なのは砂糖水、ハチミツ、茶、動物性ミルク、乳児用調製粉乳、普通の水である¹⁹。西部・中部アフリカにおいて、生後3日間の乳児に与えられる最も一般的な液体は水であり、乳児は病原体やその他の生命を脅かす物質にさらされている可能性がある。一方、ラテンアメリカ・カリブ海諸国多くの乳児は、母乳をまったく与えられず、母乳の代替品を与えられている。メキシコで

スポットライト

時間は常に足りない：ラオスの農村で母乳育児をしながら働く母親の日常

シャイアトーン (Xaiathon) さんは、ラオスの農村にあるホワイチェンカオ村に住んでいる。33歳の彼女には、生後2カ月から15歳まで4人の息子がいる。彼女は、夫とともに小さな農場を営んでおり、子どもと家の面倒を見ている。

「遠くの農場まで歩いて行くので、私の1日は早朝から始まります」と彼女は言う。こうした事情により、彼女は医師のアドバイスどおりに母乳を息子に定期的に与えることができない。農作業と息子たちの食事の準備に加えて、シャイアトーンさんは薪を集め、豚と牛に餌をやり、洗濯、掃除、そして少ない収穫を補うために近隣の農家も手伝っている。

彼女が通常、一番下の息子であるカカ (Kaka) ちゃんへ母乳を与えるのは、徒歩で1時間かけて農場に行く前に自宅にいる朝と、夕方に帰宅した時だけである。「農作業があるため、育児をすべてやるのは困難です。雨が降った時は、母乳を与えるために自宅に帰ることができないので、雨季は家におかゆを作つておくようにしています。近所の他の母親

に息子たちへの授乳をお願いしたことも何回かあります」と彼女は言う。

日中に母乳を与えることができないことを埋め合わせるために、彼女は朝、肉を噛んで、力ちゃんのために調理したおかゆに混ぜておく。シャイアトーンさんには仕事がたくさんあるため、町の保健センターに行けないこともある。彼女は「その代わり農場にいたいと思っています」と言いながら、わずかな収穫が6人家族の唯一の収入源であると言う。

日が沈んで彼女の夫が家に帰つてくると、父が帰りに手に入れた果物を楽しみに、息子たちが走つて出迎える。シャイアトーンさんにとって、1日はまだ半分しか終わっていない。彼女には、夕食の準備、皿洗い、小さな息子の食事が残っているのだ。彼女は、夕方に息子たちが近所で遊んで帰つたら、翌日の朝も早いことを考えてすぐに休むようにしている。■

シャイアトーン (Xaiathon) さんは畑に向かう前に薪を拾い集めて割り、裏庭の草を刈る。「畑でもっと大変な仕事をする前の、ちょっとした準備運動です」と、彼女は笑顔で語る。
© UNICEF/Laos/2018



は、0～5カ月の乳児の48%、6～11カ月の乳児の33%が乳児用調製粉乳を摂取しており、2歳未満で母乳を摂取している割合はわずか35%である²⁰。

母乳代替品の宣伝、販売、利用（フォローアップ乳児用ミルクや幼児用ミルクを含む）は、懸念が拡大する分野である。こうした商品は、幼い子どものIQと免疫系を改善すると主張したり、健康的な発育に必要であるとの誤解を招く効能で宣伝されて販売されていることが多い。2008年から2013年にかけて、（一般的には牛の）乳をベースとした粉ミルクの販売は世界全体で41%増加し、ブラジル、中国、ペルー、トルコなどの高中所得国では72%増加している²¹。

調製粉乳のカテゴリーで最も急速に増加しているのは、生後13カ月から36カ月向けの幼児用ミルクである。世界全体での販売は2008年から2013年で53%増加した²²。健全な成長に必要なこうした飲料は、子どもが甘味を好む傾向を増加させる可能性もある²³。砂糖が加えられた粉ミルクと比較した場合、母乳は母親の食事に由来する幅広い味覚と風味を子どもに教えるため、子どもは成長しながら多様な食事に向けて準備を整えることができる。大半の幼児用ミルクには、天然脂肪を含まない粉ミルク、コーンシロップ、その他の甘味料と植物油が混合されている。

幼児用ミルクの利用増加については、公衆衛生の専門家が懸念を強めている。ニューヨーク大学のジェニファー・L・ポメランツ（Jennifer L. Pomeranz）は次のように述べている。「私の考えでは、こうした企業は、新たな商品を開発したことによって、偽の食事期間を生み出しました。以前には存在しなかった加工食品の摂取が、数年にわたって行われるようになったのです」²⁴。

社会規範と医療

社会規範、タブー、伝統的な慣習は、食事行動に大きな影響を与えている。たとえば、多くの文化において、乳幼児は初乳を摂取すべきではないと考えられており、また母乳育児を開始する前に、砂糖水、ハチミツまたは動物の乳などの別の液体を与えられるべきだと考えられている。

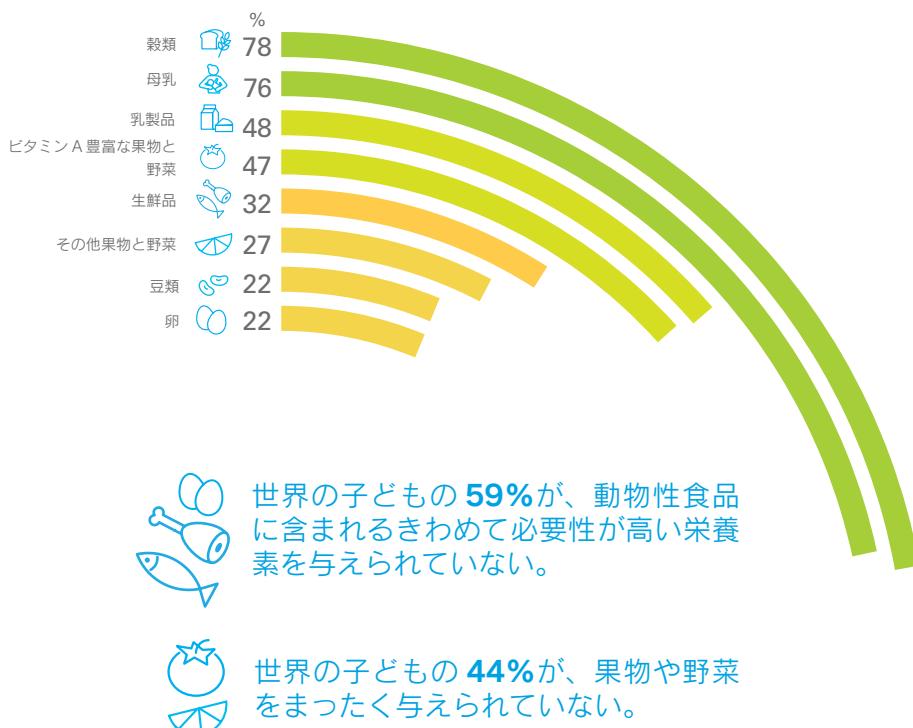
母親が出産直後に母乳育児を開始するには、医療専門家の支援が必要である。しかし、2018年のユニセフの報告では、出産時に医師、看護師または助産師がいても、必ずしも母乳育児を早期に開始する手助けにはならないことが明らかになっている²⁵。専門技能者が付き添う出産で生まれた新生児のうち、生まれて1時間以内に母乳育児を開始した割合は南アジアでわずか34%であり、中東・北アフリカではわずか45%、ラテンアメリカ・カリブ海諸国では47%、東アジア・太平洋諸国では48%である。もう1つの新たな懸念として、帝王切開の増加がある。南アジアでの調査は、帝王切開が母乳育児の遅れを示唆する重要な要因となっていることが明らかになつた²⁶。51カ国において、普通分娩で生まれた新生児の早期の母乳育児開始率は、帝王切開で生まれた新生児の2倍を超える²⁷。

HIV患者の母親は、自分と子どもの健康に悪影響を与えるに授乳できる。こうした母親が母乳育児期間を通じて抗レトロウィルス薬を使用した場合、子どもがHIVに感染するリスクはきわめて低い。HIV患者の母親の間で安全な母乳育児を実現するには、治療サービスや服薬遵守カウンセリングの拡大、そしてコミュニティレベルの保健施設や医療施設での支援が必要である。

社会規範、タブー、伝統的な慣習は、食事行動に大きな影響を与える

若い子どもたちは何を食べているのか 最初の食品の重要性

図 2.3 | 6 ~ 23 カ月の子どもが与えられている食品群の割合（食品群別、全世界、2018 年）*



流動食、半固体食、固体食を食べ始める生後 6 カ月頃の子どもには、健康に育つためにさまざまな栄養を豊富に含んだ安全で栄養価の高い食事が必要である。



食事の栄養が偏っていると、成長するための栄養を十分に摂取できない可能性があり、子どもの身体と脳に大きなダメージが及びかねない。ユニセフと WHO は、この年齢の子どもは少なくとも 8 食品群中 5 食品群をとるように推奨している。

図 2.4 | 少なくとも 8 食品群中 5 食品群（最低食多様性基準）をとっている 6 ~ 23 カ月の子どもの割合（ユニセフ地域分類別、2018 年）**



図 2.5 | 五分位所得別および居住地別に見た、少なくとも 8 食品群中 5 食品群をとっている 6 ~ 23 カ月の子どもの割合（全世界、2018 年）***

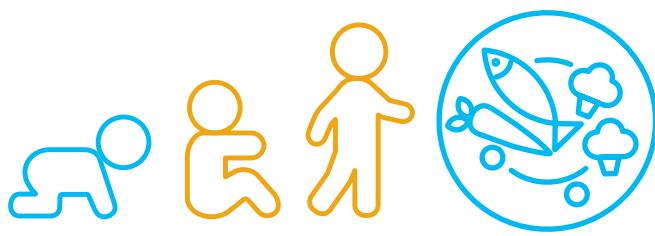
最も貧しい家庭と農村部の子どものうち、食品群数の最低基準を満たす食事をとっているのは 5 人に 1 人しかいない。



* 2013 ~ 2018 年のデータが手に入る 72 カ国をサブセットとし（世界人口の 61% に相当）、それに基づいて分析を行った。

** 地域および世界の推計は、入手できる各国のデータのうち、2013 ~ 2018 年の中で最新のデータを基にしている。

*** 2013 ~ 2018 年の細分類されたデータが手に入る 74 カ国をサブセットとし、それに基づいて分析を行った。



世界の6～23カ月の子どもの3人に2人が最低限必要となる種類の食品群を用いた食事を与えられていない

図2.6 | 6～23カ月の子どもに与えられる食品群の割合（食品群別、世界銀行の所得分類別、2018年）

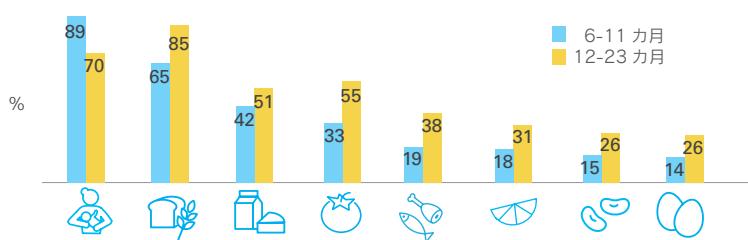


幼い子どもの大多数が母乳を飲んでいる一方で、動物性食品、果物、豆類、野菜を十分に口にしておらず、穀物に頼りすぎている。

母乳を除く7つの食品群すべてにおいて、幼い子どもの消費率は、高中所得の国のはうが低所得および低中所得の国よりも一貫して高い。

乳製品以外の動物性食品である卵、肉、鳥肉、魚などに対する子どもの消費率については、高中所得の国のはうが低所得および低中所得の国約2倍高い。

図2.7 | 6～23カ月の子どもに与えられる食品群の割合（食品群および年代別、全世界、2018年）



1～2歳未満の子どもと比較すると、より幼い子どもは食事で摂取している食品群の多様性が低い。

図2.7の注：2013～2018年のデータが手に入る72カ国をサブセットとし（世界人口の61%に相当）、それに基づいて分析を行った。所得層別の分類は、世界銀行による2019年度の所得分類に基づく。世界銀行の所得分類別で行った推計は、利用可能なデータが地域人口の50%以上を占める場合にのみ示した。

2013～2018年のデータが手に入る72カ国をサブセットとし（世界人口の61%に相当）、それに基づいて分析を行った。

* 対象人口の取り扱い範囲を適切にするために、高中所得国からはブラジル、中国、ロシア連邦が除外されている。

6ヶ月から23ヶ月の乳幼児が、砂糖と脂肪を多量に含むが必須栄養素は少ない多様性を欠いた食事を取り、不健康な食生活を送ったとすれば、その悪影響は生涯にわたって続くだろう

仕事と育児のバランス

残念ながら、世界各国の働く母親は母乳育児を行うにあたって様々な問題を抱えている。職場の母親は、自らに加えて父親の有給育児休暇や働く母親向けの母乳育児休憩など、支援を受けやすい環境を必要としている。19カ国で11,025人が参加した2015年の研究では、完全母乳育児の障壁として最も多かつた回答が母親の就業である²⁸。働く母親をその職場で支援する国レベルの取り組みは大きな効果をもたらす可能性がある。たとえばベトナムでは、2012年に母親の有給育児休暇が4ヶ月から6ヶ月に拡大されており、東南アジアの他の育児休暇政策からの大胆な離脱を実現している。これ以降、ベトナム政府は、女性が多いすべての職場において、育児施設と授乳室を提供することを義務付けている²⁹。

離乳食の重要性と、子どもがこれを食べない理由

子どもが6ヶ月くらいになると、必要なすべてのカロリーと栄養を母乳だけでは与えられない。生後6ヶ月から23ヶ月にかけて、成長と発育のための子どもの栄養上のニーズは、人生の他のどの時期よりも体重1キロ当たりで増加するため、特に栄養不足や発育不良に陥りやすい時期となる。母乳育児とともに健康的かつ多様な離乳食を利用することで、疾病や死亡事例から保護し、同時に健康的な成長と発育を実現し、その後の人生における過体重や肥満を防ぐことができる。同様に、生後6～23ヶ月の子どもは、多様性に欠ける不健康な食事と、砂糖と脂肪が多く必須栄

養素が少ない食事によって、生涯にわたる影響を受ける可能性がある。

乳児は、生後6ヶ月から離乳食を吃べることが推奨されている。世界全体で見ると、離乳食を吃べる生後6～8ヶ月の乳児の割合は、わずか3分の2を超える程度である。しかし、きわめて多くの場合、これらを食べ始める時期ははるかに早い。ラテンアメリカ・カリブ海諸国や東アジア・太平洋諸国では、生後4～5ヶ月の乳児の半分近く、2～3ヶ月の乳児については約15%が、すでに離乳食を食べ始めている³⁰。米国では、穀物を食べている生後0～5ヶ月の乳児の割合は21%に達し、アフリカ系アメリカ人の乳児ではこれがさらに高くなる(34%)³¹。

生後6ヶ月以降、子どもは特に肉、魚、卵、乳製品などの動物性食品から恩恵を受け、これらを吃べることにより、生後6～23ヶ月でその必要性が高まる必須栄養素やビタミンA、鉄分、亜鉛、カルシウムを効果的に摂取できる。動物性食品(ASF)は成長と身体活動を支え、認知能力を強化する。ASFには、さまざまな必須微量栄養素が豊富に含まれており、幼い子どもの小さな胃に適している。乳幼児期に生じる発育阻害は、ASFの低摂取とも関係している³²。しかしASF(特に卵と乳製品)は、低所得の農村部では高価であり、消費も少ない(第3章を参照)。世界全体で見るとASFを吃べている子どもは5人に2人に過ぎない。比較的安価で、たんぱく質が豊富で微量栄養素も含まれている魚は、アフリカとアジアの低地の幼い子どものにとって主要なASFとなっている³³。

スポットライト

ルワンダの離乳食と親たちの行動の変化

デニス (Denise) さんは、アカバクジ村で地域の保健ボランティアをしている。ルワンダで有名な千の丘は、この村を越えた先で平坦で乾燥したサバンナへと変わっていく。村にいる22人の子どもは、かつて栄養不良であつたが、現時点で深刻または中程度の栄養不良と見なされる子どもは1人もいない。こうした改善の大半は、デニスさんの取り組みによるものである。一番幼い子どもには、何をどのように食べさせるべきかについて、親たちに教えて、その知識を実践させたのだ。

自宅での料理教室では、栄養価の高い食事の作り方を教えている。彼女は最近、ビタミンとミネラルを豊富に含んだビーツジュースの作り方を他の母親に教えた。子どもを抱えた母親たち

が集まり、皆で作ったジュースをプラスチックのカップに注いだ。これまでこのコミュニティの親は、ジャガイモなどの炭水化物が多い食事を幼い子どもに与えるのが自然だと考えていた。現在では、これでは栄養が十分でなく、多様な果物、豆、穀物、野菜、そして卵、魚、肉、乳製品などのたんぱく質源を常に食事に取り入れる必要があることが理解されている。

デニスさんとルワンダ全体の他の地域の保健担当者は、栄養不良に対する闘いに取り組んでいる。ここでは、行動の変化を促すことが戦略の要となつていて。地域のリソース活用を促すため、ルワンダ政府は「千の丘の国の1000日」キャンペーンを展開した。同キャンペーンでは、コミュニティの

ラジオ放送局、地域の保健ボランティア（毎月、定期成長測定と調理実演を行う）、農業技術者（コミュニティに家庭菜園の作り方を教える）、村の貯蓄貸付グループのメンバーを含む多様なチャネルを通じてメッセージを発信している。国会議員、宗教的指導者、ジャーナリストもキャンペーンのメッセージ拡大を支援した。

「最初、人々は子どもに野菜やその他の健康的な食品を食べさせようとしませんでした」とデニスさんは言う。「現在は、バランスの取れた食事とはどういうものかを理解しています。私たちが情報提供と働きかけを継続すれば、子どもが栄養不良になることはないでしょう」。■

地域の保健ボランティアであるデニス (Denise) さんは、料理教室に集まった女性たちを前に、ビーツを使ったジュースの作り方を実演する。ルワンダ、ガツイボ地区。© UNICEF/UN0301144/Noorani



果物、野菜、豆、種実類も、ビタミン、ミネラル、食物繊維の優れた供給源となるだけでなく、さまざまな種類の食品を食べる楽しみを知った子どもは、おとなになってからもこれらを食べ続けることが多いため、重要である。

食品の栄養強化

世界の多くの地域では、地元の食品のみでは幼い子どもに必要な栄養を満たすことができない。こうした不足の解消には、栄養強化された離乳食や複数の微量栄養素粉末が役立つことがある。社会的養護の枠組みや補助食プログラムを通じて、たんぱく質と微量栄養素を豊富に含んだ栄養強化型の混成食品が世界中で配布されており、自宅で一般に提供されない食品や栄養素を補強している³⁴。

たとえば、微量栄養素粉末などの栄養強化食品により、養育者は自宅で幼い子どものために調理した食品に必須ビタミンやミネラルを追加し、鉄分不足や貧血といったさまざまな隠れ飢餓を減らすことができる。2017年時点で、微量栄養素粉末を提供するプログラムが少なくとも47カ国で導入されており、生後6～59カ月の子ども1,600万人以上が恩恵を受けている。乳児と幼い子どもは、大規模に工場生産されるヨード添加塩、鉄分添加小麦粉、ビタミンA添加油などの栄養強化食品があれば、これらから恩恵を受けることもできる。たとえばケニアのナイロビでは、こうした食品が生後6～23カ月の子どもに必要なビタミンAの4分の1近く、鉄分の半分を満たしている³⁵。

最後に、作物の栄養成分強化（微量栄養素

学校で空腹を感じる子どもは、集中することが難しく、課題を終わらせることができなくなり、認知能力テストでも低い点数を出してしまう

を強化した主食作物の生育プロセス）は、多様性のある食品や市販の栄養強化食品を入手しにくい弱い立場に置かれた農村部の幼い子どもにもこれを届けることができる³⁶。2017年には、鉄分強化豆、プロビタミンA強化トウモロコシ、キャッサバ、サツマイモ、亜鉛強化小麦、米などの栄養が強化された主食を消費した5歳未満の子どもは、アフリカ、アジア、ラテンアメリカ14カ国で推定500万人に上る。

幼い子どもへの影響

どの親でも知っているように、乳幼児は好き嫌いが激しいことがある。味と食品の好みは毎週のように変わることがあり、親はしばしば、子どもが好むものを与えてしまう。幼い子どもはもともと甘い食べ物が好きで、低所得国でクッキー、ケーキ、菓子、甘味飲料などの市販のスナック菓子の消費を増加させている³⁸。ダカール、ダルエスサラーム、カトマンズ、プロンペンの幼い子どもの食事習慣に関する2016年の研究では、母親がチョコレート、菓子、クッキー、ポテトチップ、ケーキを子どもに食べさせる最大の理由は「子どもが好きだから」であり、これは価格の手ごろさ、利便性、食品の健康度に関する認識といったその他要因をはるかに上回った³⁹。この研究では、4つの都市すべてで、幼い子どもは、緑黄色野菜などの微量栄養素を豊富に含んだ食品よりも、市販のスナック菓子類を好むことが明らかになっている。

一方で、高所得国で明らかになりつつあるのは、親が健康的で身体に良いと思い込んでいた市販食品が、必ずしもそうであるとは限らないということである。こうした市販食品

スポットライト

栄養不良と闘うハイチのマザーズクラブ

ジャクリーン・サインティル (Jacqueline Saintil) さんは、生後3カ月の乳児であるジェームス (James) ちゃんに6カ月まで完全母乳育児を行い、その後は母乳に加えて離乳食を与えることで健康を維持することにした。「5歳の息子エルバン (Ervens) には完全母乳育児を行いませんでした。生後3カ月以降は、毎日水と食品を与えましたが、あまり健康ではありませんでした」と彼女は説明する。

この25歳の母親は、ジェームスちゃんを産む前に古着を売って、小さな庭で豆を育てた。栄養に関する講座を受けたため、現在はこの豆を収穫して売っている。彼女は続けて、「ジェームスが6カ月になったら、トウモロコシと干した魚を入れて、野菜スープを作る予定です」と言う。

ジャクリーンさんは、自分が住むニッ

プ県の「パイヤンマザーズクラブ」で栄養に関する知識を得た。彼女と他の29人の女性は、簡単な絵が描かれたカードを使って、子どもの病気や栄養不良を防ぐ方法を習った。彼女たちは、母乳には乳幼児が必要とするすべての栄養が含まれており、生後6カ月までは他の食品や飲み物は必要ないことを学んだ。また、地域の食材を使用した栄養豊富なピュレの作り方も学んだ。

マザーズクラブでは、コミュニティのカウンセラーが5歳未満の子どもの親と養育者にアドバイスを与えている。母親たちは、子どもの健康と発育について毎週1つのテーマについて話し合う。

ニップ県には20のクラブがあり、全部で411人の女性が講座に参加してきた。クラブは参加型で双方向のやり取りがあり、楽しいものである。講座を受けることで、女性の自尊心と、

コミュニティ内の社会的地位が高まる。女性たちは、自分たちのお金で卒業式を行ったことをとても誇りに思っている。パイヤン・ヘルスセンターのベアトリス・ルービン (Beatrice Rubin) さんによると、クラブの女性が他の母親を教育したことにより、出生前後の健診でのワクチン接種率は100%近くに達した。栄養不良の子どもの施設への紹介や搬送数は、講座が始まってから増加している。

ハイチでは栄養不良の予防が鍵となっており、その背景には長年の貧困と社会経済の深刻な危機がある。完全母乳育児を受けている生後6カ月未満の乳児はわずか40%で、生後6～23カ月の子どもで最低限の食事を得ている割合は11%、5歳未満の子どもの5人に1人以上が発育不全となっている³⁷。■

生後3カ月のジェームス (James) ちゃんに母乳を与えるジャクリーン (Jacqueline) さん。© UNICEF/Haiti/2019/Seck



生まれた子どもが初めて歩き始めるころには、食べるものは好き嫌いが生じるようになり、両親や養育者以外の存在から、食事に関する影響を新たに受けてしまうようになる

について不適切な宣伝が行われている根拠としては、今すぐの購入を促すラベル表記や、砂糖を多く含む商品、人工調味料の利用、食事行動の習慣化に対する一貫性の欠如、さまざまな栄養や健康に関する主張の存在などがある⁴⁰。

乳児から成長して2歳から4歳頃になると、子どもは自分で食べる物を選ぶようになり、多くの場合、自宅ではなくその外で食べるようになって、親と養育者以外の新しい影響を受けるようになる。この年齢では、親、養育者、兄弟、教育者、他の子どもから学ぶ優良な食事モデルが重要となり、かつ影響力を持つ⁴¹。

医療専門家は、情報、支援、カウンセリングおよびケアを通じて親に重要な影響を与える

る（第3章を参照）。専門技能者が付き添う出産で生まれた新生児は全体の4分の3に達しており、こうした技能者は母乳育児の採用と実践に重要な影響を与えている。

アフリカ、アジアおよびラテンアメリカの多くの地域では、義理の母親や祖母が乳児や幼い子どもの食事に特に影響を与えている。しかし、彼女たちのアドバイスは不適切なものであることが多い。たとえば、初乳は「汚い」と主張したり、子どもが18ヶ月になるまで動物性食品を子どもに食べさせないよう母親に促すことがある⁴²。祖母は、水、食品のいずれかまたは両方を早期に乳児に与えるようアドバイスしたり、生後6ヶ月の間に乳児に積極的に自分で食事を与えるなどして、完全母乳育児の実践に悪影響を与えることがある⁴³。

コラム 2.1 | レスポンシブ・フィーディング

養育者と子どもが相互にやり取りすることは、長期的な食習慣と食事に対する姿勢を形成する上で役立つ。子どもの状態や好き嫌いに着目した上でその食事行動を行わせる「レスポンシブ・フィーディング」は、子どもの空腹と満腹の兆候をよく理解し、これに適切に対応してゆくプロセスである。これは幼い時期に始まる健康的な食事習慣の構築を手助けするだけではなく、子どもが低体重や肥満になりにくくすることに役立つ。

レスポンシブ・フィーディングは、養育者の以下の主要原則を基本とする。

- 子どもの空腹と満腹の兆候に注意する
- 子どもの食事のニーズを認識し、その気持ちに寄り添った、発育に適切な方法で迅速に対応する
- 健康的な食品が入手できるようにする
- 気を散らさないよう、安全で快適な食事環境を生み出す⁴⁶

レスポンシブ・フィーディングを行わない環境では、養育者と子どもの間の相互のやり取りが欠けている。こうした環

境では、養育者が子どもの食事のとり方すべてを子どもに配慮せず決定していることがある。また、子どもが食事のとり方をすべて自分で決めていたり、養育者が子どもの要望を無視している場合もある。養育者が食事のとり方すべてを決定してしまうと、子どもの空腹と満腹の兆候が無視されるのみならず、子どもの自主性と独立性の正常な発達を阻害する可能性もある。

2011年 の研究によると、レスポンシブ・フィーディングは子どもの食欲を高め、適切な摂食を促進する⁴⁷。機嫌を取るために食事を与えるのではなく、乳児や幼い子どもの空腹と満腹の兆候に応じた食事を与えることで、睡眠をしやすくさせ、起きている時の身体活動を活発にさせ、食欲を自分で制限させられるようになる⁴⁸。2015年のレビュー論文では、レスポンシブ・フィーディングによる介入支援策は、2歳未満の子どもの肥満対策として最も有望なものであると結論付けられている⁴⁹。レスポンシブ・フィーディングが十分に行われなければ、栄養不良が蔓延する環境下において、子どもは正常な成長を果たせず、発育不全となるリスクが高まる。■

最後に、現代のフードシステムは幼い子どもの食事に大きな影響を与えている。小売りセクターは母乳の代替品、幼児用飲料、幼い子どもをターゲットとしたその他食品の入手しやすさを左右している。一方、スーパーマーケットでは、親と子どもが健康的な食品を選ぶことは難しく、これは不健康的なスナック菓子の広告、包装、陳列様式によるものである⁴⁴。民間セクターは、消費者の需要を生み出すことでプラスの貢献ができる。具体的には、離乳食と栄養補助食品の入手しやすさ、価格の手頃さ、品質を改善し、こうした商品を小売市場、公的医療システム、ソーシャルマーケティングなどのチャネルを通じて販売することが挙げられる（第4章の特集「食品の販売活動が子どもの食事に与える影響」を参照）⁴⁵。

中期幼年期： 移行期（5～9歳）

子どもが小学校に行くようになると、生涯に影響を及ぼす食事習慣が引き続き形成される。子どもの家族、学校、広範な社会要因のすべてが食品の入手可能性と選択に影響を与えるが、子ども自身も自分の食事についてある程度の責任を持ち始める。この移行期は、健康的な食事習慣を確立する上で重要である。この年齢では、低所得と中所得の環境下にある多くの子どもで伝統的なジェンダーの役割と期待像が確立され、女子は台所での手伝いをして、小さな兄弟の面倒を見ることが多くなり、男子は収入を得るために手伝いをはじめる⁵⁰。

この時期には、継続的で安定的な成長という特徴がある。この段階で子どもが食べる量は、大きくばらつくことがある。食欲と摂食は、

大幅な成長が始まる前に増加し、低成長期に減少する場合がある⁵¹。

調査では、この時期より以前に患った発育阻害をこの年齢で取り戻せる可能性があることも示されている。2010年にペルーで実施された研究では、発育阻害となったものの6歳までに挽回した子どもが、認知能力テストにおいて、発育阻害ではない子どもと同等の成績を達成したことが明らかにされている⁵²。

栄養のニーズと摂取パターン

世界には、果物と野菜を食べる量はあまりにも少ないので、砂糖、飽和脂肪酸、ナトリウム、塩を多く含む不健康的なスナック菓子（パン、クッキー、菓子、アイスクリーム、甘味飲料など）を食べ過ぎている学齢期の子どもが無数に存在する。こうしたスナック菓子はしばしば、学齢期の子どもも向けに宣伝され、人気を集めている。果物と野菜の摂取が少ないことはよくある。幼年期に果物と野菜を食べている子どもが、おとなになっても食べ続けることが多いことを考えると、こうした摂取の少なさは懸念すべき現象である⁵³。多くの国の保健省が果物と野菜を5品目食べることを推奨しているが、多くの子どもが推奨量を食べていないのは明白である。たとえばブラジルの研究では、7～8歳の子どもで、野菜の摂取について食事の質に関する指標を満たしている事例はゼロだった。開発途上国の子どもは（特に貧しい家と農村部）、シリアル、根菜、塊茎など、ほとんどたんぱく質が含まれない数種類の食品を主食としている傾向がある⁵⁴。

高所得から低所得の国々、そしてフードシステム全体で、食事、認知能力の発達、学業成績の間に明確な関係性が見られる⁵⁵。



© UNICEF/UN0283275/Frank Dejongh

中期幼年期の過体重と肥満は、短期的な影響と長期的な影響の2つの側面を持つ

空腹は重要な要因となる。カロリー摂取は学校での活動に集中し、これを実行するためには不可欠であり、朝食を食べなかつたり、十分に食べなかつたりすることで、空腹を感じる子どもは、学校で集中して課題を行うことに苦労する。

隠れ飢餓も学業を妨げる。特定の微量栄養素が不足することで、学習能力が影響を受ける。調査によると、鉄分不足はテストの点数の低下と関係している⁵⁶。貧血は疲労をもたらし、授業での子どもの注意力を阻害する可能性がある。常に適切な食事を取ることは成績向上と関係する一方で（特に朝食）、超加工スナック菓子とファーストフードはマイナスの影響を及ぼす可能性がある⁵⁷。

乳幼児期の栄養不良は長期的な影響を及ぼす。子宮内または乳幼児期の栄養不足は学業に影響を与える。たとえば発育阻害は、幼年期全体を通じた学業不振を予測する判断材料となる⁵⁸。

食事と学業の関係を踏まえ、一部の学校給食プログラムでは、さまざまな栄養を提供する多様な食事が重視されている。たとえば、ブータンの学校給食プログラムは、国内の生徒の約45%に恩恵をもたらしている。微量栄養素不足は、大きな課題となっている。ブータンの青少年期の少女の3人に1人は貧血であり、鉄分不足が主な原因と考えられている。2017年の政府の分析により、ブータンの学校給食では多くの微量栄養素（特に鉄分、ビタミンB群および亜鉛）が不足しており、適切な食事の多様性が確保されていないことが明らかになった。こうした課題を踏まえ、いくつかのイニシアティブが立ち上げられた。

ブータンの主食である米の栄養強化が行われ、現在はすべての学校に供給されている。学校給食の見直しが行われ、食事の多様性と栄養が改善された。

学齢期に生じる栄養リスクとその懸念

中期幼年期に過体重（および肥満）になることで、短期的な影響と長期的な影響の2つを被ることになる。短期的な影響では、2型糖尿病、高血圧、LDLコレステロールの上昇、さらにはアテローム性動脈硬化などの心血管危険因子を増大させ、これは喘息や軽微な全身性炎症にも関連している可能性がある⁵⁹。過体重と肥満は、免疫系や呼吸系への影響を及ぼし感染症のリスクを高め⁶⁰、入院中の子どもにとっては特に大きな影響を及ぼす可能性がある⁶¹。幼年期の肥満は、心理的かつ社会的な問題とも関係しており、自尊心、自己イメージの低さや問題行動などを引き起こす。女子のリスクは男子よりも高い傾向が確認されており、このリスクは年齢とともに増大する⁶²。長期的には、幼年期の過体重と肥満は、おとなになってからの過体重のリスクを5倍⁶³にし、糖尿病、脳卒中、高トリグリセライド血症、心臓病、高血圧など、おとなになってからのさまざまな代謝性疾患と結び付いている⁶⁴。

調査では、サハラ以南のアフリカの子ども（特に都市部と高所得家庭）は座っている時間が長く、運動量が少なく、健康と栄養に影響が及んでいることが明らかになっている⁶⁵。この点に関して、サハラ以南のアフリカの子どもは、高所得国の子どもの例に倣っている。彼らは教室で半分以上の時間を座って過ごし⁶⁶、自宅ではさらに多くの時間をテレビや

その他の画面を座って視聴している。

朝食を食べられないこと

利点が明確に証明されているにもかかわらず、世界中の学齢期の子どもは朝食を食べないか抜くことが多く、認知能力の向上に特に役立つ食事を取ることができていない。これは低栄養状態の子どもにおいて特に顕著である⁶⁷。その理由はさまざまだが、貧しい家庭の多くの子どもにはそもそも選択肢が存在しない。つまり、家族が単純に朝食を食べさせるお金または時間を欠いているのである。多くの子どもは、代わりに学校で与えられるか、そこで手に入る食品に頼るほかない。WHOの報告によると、アフリカ、南北アメリカ、東南アジアの3分の2の国で給食が提供されているが、欧州と西太平洋ではこうした食事の提供がそれほど一般的ではない⁶⁸。したがつて、多くの子どもにとって夕食が主な食事となり、1日の大半を空腹のまま過ごすことになる。これは、授業での集中力を損ない、学業にも影響を与える（たとえば、ガーナとウガンダの子どもに関してはこの影響が記録されている）⁶⁹。

これは直観に反するように思われるが、朝食を食べないか抜いている子どもは、一部の環境において朝食を食べる子どもよりもボディマス指数（BMI）が高くなる。ニュージーランドで2007年に実施された調査によると、この結果は朝食を食べないか抜いている子どもが、その後の食間に多くのスナック菓子（クッキー、菓子、ポテトチップ、甘味入りの炭酸飲料など、カロリーが高くて栄養が少ない食べ物）を食べるためである⁷⁰。

学齢期の子どもが食べるものに関するデータは限定的であることに注意する必要がある。

多くの研究調査で、子どもは親の介入を受けずに学校でアンケートに答えることができるが、一方で幼い子どもは自分が食べたものを報告することが難しく、食事内容を過度に見積もることが頻繁にある⁷¹。これよりも年長の生徒の場合、自分の見た目や身体像を気にして報告が正確でなくなる可能性があり、過体重または自分が過体重であると考えている子どもの間では特に過少報告が起こりやすい⁷²。

学校環境

多くの国々で、学校の食環境は不健康的な食品の消費と過体重や肥満を促進している。超加工食品と甘味飲料は、学校のカフェテリアまたは学校外のコンビニや露店で子ども向けに販売されていることが多い。

食環境を変えて、より健康的な食品を提供するのは簡単ではない。たとえばメキシコでは、この数年の対策によって不健康的な食品を学校で手に入れにくくしたが、課題は続いている。2010年、メキシコ政府は小学校向けの食品と飲料ガイドラインを設定した。しかし、2017年に39の学校を対象として行った研究では、ガイドラインで禁止されたカロリーの高い食品は依然として幅広く入手可能であり、一方で野菜、果物、普通の飲用水は、学校で入手できる食品と飲料の7%未満でしかない⁷³。また、おまけグッズや特別な特典をつけることが多い甘味飲料、菓子パン、菓子の広告は依然として学校外に多くあり（特に公立学校）、子どもの食品と飲料の選択に影響を与える可能性がある⁷⁴。

多くの国々で、学校での食環境が不健康的な食品の消費を促してしまうため、その結果として過体重や肥満をもたらしてしまう

青少年はとくに栄養不良に陥りやすい。思春期中の身体は急速に成長するため、栄養素をより多く必要とするからである

青少年期： 生涯の栄養状態に重要な影響を及ぼす時期（10～19歳）

青少年期は、身体的にも心理的にも急速な成長と変化を遂げ、思春期を迎える時期である。男子は、成長が早く、骨と筋肉も大きく成長するため多くの栄養を必要とする。女子は栄養不良の影響を特に受けやすく、ジェンダーに関する文化規範が存在することで、栄養価の高い食品、教育、経済的機会の利用が制限されることが多い⁷⁵。青少年期の女子は、急速な成長に加えて生理が始まるため、男子よりも多く鉄分が必要になる。

2020年の10～19歳人口は推計12億5,000万人となり、わずか30年前と比べても青少年の数は2億5,000万人増加する見込みである。この膨大な数の年齢層に適切な栄養を供給することは、彼らの現在と将来の両方の健康と幸福にとって重要である。しかし世界では、青少年が長期にわたって健康的かつ生産的なおとな生活を送る上で基礎と

なる食事を日常的に取れていない。農村部では、食品の選択肢が限られていることが多く、季節的な食料不足に影響されやすい。都市部では、ファーストフードと栄養の乏しいスナック菓子と飲料があふれている。あらゆる環境において、不健康なスナック菓子が食べられる傾向がある。隠れ飢餓はきわめて多くの人に影響している。

青少年期の食事習慣とリスク

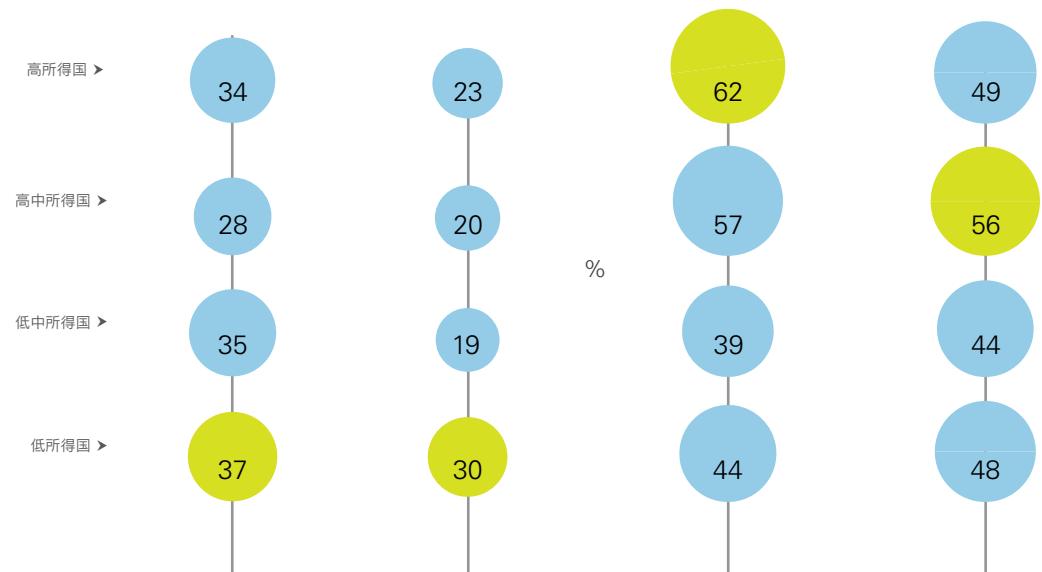
幼い子どもと同様に、低所得国および中所得国での青少年の食事は一般に栄養に乏しい。通学する青少年のうち、1日に果物を消費する回数が1回未満の割合は34%、同じく野菜は21%となっているが、1日に1回以上炭酸飲料を飲む割合は42%である。週に1回以上ファーストフードを消費する割合は半数を若干下回る程度だ（46%）。低所得国および中所得国に居住する低所得かつ農村部の青少年期の女子の半分は1日の食事回数が3回未満であり、その大半が朝食を食べられないか抜いている。学校でのおやつは一般的であり、昼食は通常、自宅外で食べる⁷⁶。

インドのアッサム州ディブルガル地区に位置するマタック・ティー・エーストの青少年期女子クラブにて、メンバーとおしゃべりする17歳のパドマ（Padma）さん。同クラブは、塩を入れたお茶を飲むことの危険性について近隣住民の意識向上を図っている。© UNICEF/UNO 324156/Boro



居住国の所得分類によって異なる青少年の食習慣

図2.8 | 世界銀行の所得分類に基づく青少年の食事（2008～2015年）



注：ファーストフードの消費とは、露店ではなくレストランで提供される食品の消費のみを指す。ただし、露店はラテンアメリカ、アジア、アフリカで増えており、都市部の食品供給においてかなりの割合を占めつつある。ファーストフードの定義を自宅外で購入した食事とするなら、世界では、低所得および中所得の国々に住む青少年期の女子の93%がファーストフードを週に1回以上食べていることがわかっている。

出典：栄養向上のためのグローバル同盟（GAIN: Global Alliance for Improved Nutrition）による分析。教育施設を中心とした生徒の健康に関するグローバル調査（GSHS）と Keats, E.C. et al. 著「低所得国と中所得国における青少年期の女子の食事と食習慣に関する総合分析」（2018年）より得られた青少年の食事に関するデータに基づく。

果物を毎日は摂取しない

低所得の国々は、青少年による果物の消費頻度がより低い

野菜を毎日は摂取しない

低所得の国々は、青少年による野菜の消費頻度がより低い

砂糖入り飲料を摂取する

高所得の国々は、炭酸飲料を毎日1回以上飲んでいる青少年が多い

ファーストフードを摂取する

高中所得の国々は、ファーストフードを週に1回以上食べている青少年が多い

栄養不足、過体重と肥満、妊娠

青少年は栄養不良の影響を受けやすい。その理由の一部として、思春期における身体の急速な成長と発育が、その栄養ニーズを高めることが挙げられる。適切な栄養を摂取できないリスクは、この成長と発育にとって重要な時期を蝕み、開発途上国において出産を経験する15～19歳の1,600万人の女子と、16歳未満の250万人の女子に毎年深刻な影響を与えている⁷⁷。

食事と栄養は、おとなになるまでの脳の発育に重要な役割を果たす。青少年期の栄養不良は、認知能力の欠如、不登校、心理的ストレスと関係している⁷⁸。米国小児科学会栄養委員会のメンバーであり、カリフォルニア州スタンフォード大学医学部の青少年期医学局長であるネビル・ゴールデン（Neville Golden）博士は次のように述べている。「もし（十代の子どもたちが）適切な食事を取らなければ、苛立つたり、憂鬱を感じたり、（しかも）肥満や摂食障害などの問題を引き起こし、あらゆる心理疾患に苦しむことになるでしょう」⁷⁹。

最初の 1,000 日に発育阻害の発生を予防することが優先事項だが、2 回目の成長機会として青少年期があるため、栄養に関する介入策の実施に資源を投入することで、高い費用対効果を得ることができる

砂糖は青少年の脳に特に害をもたらすことが明らかになっている（脳は、リワード（報酬）が得られる行動に特に反応しやすい）。砂糖、塩、脂肪のいずれかまたはすべてを多量に含むおいしい食品の消費は我慢するのが難しい。だが、動物モデルを使用した調査では、青少年期に砂糖水を飲んでいた人は、おとなになるにつれて意欲が下がり、報酬を求め、憂鬱およびその他の気分障害を示す行動を取ることが示されている⁸⁰。

鉄分不足は特に懸念領域となっている。急速な成長と身体的な発育を支えるために、青少年は特定のビタミンとミネラル（特に鉄分、女子）の摂取量を急速に増やす必要がある。鉄分不足と鉄分不足による貧血は、10～19 歳の女子と 10～14 歳の男子の青少年の障害調整生命年（DALY:Disability-Adjusted Life Years）が失われる大きな原因となっている（1 DALY は、「健康的な」人生が 1 年失われたと考えることができる）。南アジアでは改善しているものの、鉄分不足とこれと関連する貧血の割合は依然として世界最大であり、サハラ以南のアフリカがこれに続く⁸¹。

青少年の隠れ飢餓では、鉄分不足に次いで、ヨード不足が 2 番目に多い要因となっている。世界的なヨード状況としては、ヨード不足が 54 力国から 19 力国に減少し、適切にヨードを摂取している国が 67 力国から 111 力国に増加したことにより、2003～2017 年に改善している⁸²。1990～2015 年にかけて、さまざまな地域で DALY の数値が低下したが、この数年は改善が鈍化している。

過体重や肥満とこれらに関連する非感染性疾患（NCD）は、世界の大半の地域の青少年の間で増加している⁸³。高所得国の多くで上

昇傾向は緩やかになっているが、高レベルで見るとアジアの一部では加速している。体重を減らすのは困難である。青少年期に肥満となつた子どもは、おとなになってもその状態が継続する可能性が高く、2 型糖尿病などの NCD のリスクが高まる。青少年期の肥満は生涯にわたって脳にマイナスの影響を与え、加齢に伴う認知障害が早い時期に始まる可能性を高めることが一部の事例にて確認されている⁸⁴。

妊娠は、栄養面で独自の脆弱性をもたらす。15～19 歳の青少年期の女子のうち、毎年約 1,600 万人が出産している。その大半は、不遇な環境によるものであり、したがって妊娠前の栄養状態は適切でないことが多い。妊娠中は栄養が多く必要になるため、こうしたリスクはさらに悪化する⁸⁵。妊娠した青少年期の女子は、自分の成長と胎児のニーズが競合するため、栄養不良のリスクが高まる⁸⁶。研究では、青少年期の妊娠が女子の合併症と発育阻害のリスクを高め、同時に出産時期の前後に健康問題のリスクも高めることが示されている⁸⁷。生まれる子どもにとってのマイナスの影響は、後期青少年期の妊娠（16～24 歳）と比べて早期青少年期の妊娠（16 歳未満）ではるかに大きくなる⁸⁸。

青少年期に成長を取り戻す

青少年期は、乳幼児期に次ぐ速さで身体が成長する⁹¹。健康的な栄養摂取はこの時期に不可欠であり、確認されている事例の中には、急速に成長する十代は乳幼児期に被つた成長不全を取り戻す可能性すらあることを示すものもあり、この現象は「成長の取り戻し」として知られている。一般に、発育阻害の割合は年齢とともに減少する。つまり、幼いころに発育阻害となつた一部の子どもが、おとなになるまでに

スポットライト

健康的な生活習慣を模索するインドネシア

インドネシアの中部ジャワ、クラテン地区。朝8時の太陽がすでに高校校舎前の運動場に強い日差しを投げかけている。その運動場ではバスケットボールの練習とテニスが行われている。しかし、全員が参加しているわけではない。「外でスポーツはしたくない。土埃がすごいし、暑すぎる！」とザハファ（Zahfa）さんは笑う。日陰で雑談する彼女のクラスメートの数を見ると、そう考えるのは彼女一人ではないようだ。

多くの生徒にとって、この運動のクラスは一週間で唯一体を動かす時間だ。学校の1日は長く、運動する時間は与えられていない。また、健康的な食事習慣も指導されていない。生徒は午前6時45分に登校し、数回の休憩を挟んで午後遅い時間まで授業が続く。そのため朝食を食べないことも多い。

2017年のユニセフの研究によると、インドネシアの十代の約半分が自宅で朝食を食べないか抜いており、学校で得られる食べ物が1日の最初の食事となっている⁸⁹。学校の食堂では、販売できるものに制限がないのが一般的であり、提供されるものはおおむね、学校や業者が自由に決めることになる。一般に、学校のカリキュラムには栄養と健康的な活動に

関するものがほとんど含まれていない。

こうした要因や、食事の全般的な変化（不健康的な食品の消費増加など）、国の工業化は、2004年から2013年にかけて青少年の過体重を2倍に増加させた。インドネシアは従来、栄養不良の撲滅に注力してきたが、これは依然として大きな問題となっており、5歳未満の子どもの約30%が発育阻害である⁹⁰。しかし、過体重が増加する中、青少年、その家族およびコミュニティの間で、健康的な食事と身体活動に関する知識、態度、行動を改善する必要性が認識されつつある。

このことは、栄養と身体に関する教育メッセージをザハファさんのような生徒のために学校のカリキュラムに取り入れることも意味する。「家ではテレビを見るだけ」と彼女は言う。「それ以外は、友達と出かけて、カフェで食事とおしゃべりを楽しんでいる」。彼女は週に1、2回ジムに行くようになっているが、その時間を確保するのは難しい。「学校は午後4時に終わるので、ジムに行くと家に帰るのが午後6時を過ぎるし、すごく疲れる」 ■

インドネシアの中部ジャワ州クラテン地区的学校に通うザハファ（Zahfa）さん。© UNICEF/Indonesia/2018



10代の若者にとって「未来」は遠く抽象的な概念であり、食べている食品が将来の自分にどのような影響を与えるのか想像することは難しい

通常の成長を見せることがある⁹²。

成長の取り戻しの可能性は多くの要因によって左右される。こうした要因には、過去に経験した発育阻害の深刻度と、青少年期の外部環境などがある。中には、成長の取り戻しを経験した子どもの方が、成長の取り戻しがなかつた子どもよりも認知能力テストの成績が良いとする事例も確認されている⁹³。こうした有望な発見にもかかわらず、成長の取り戻しの背景にある生理学的なメカニズムは複雑であり、測定することは難しい⁹⁴。身体や認知能力の障害を解消しうる影響範囲については、さらなる検証が必要である。

青少年期は追いつき成長の機会がある一方で、体重が急速に増えすぎてしまうことのリスクが存在する。栄養不良の子どもは通常、身体が成長のための猶予期間を与え、その性

的成熟を遅らせるため、思春期の到来が遅くなる⁹⁵。しかし、ケニアとセネガルでの研究では、発育阻害となつた十代が急速に体重を増やした場合（たとえば、農村部から都会に引っ越した後や、裕福な環境に養子に入った場合）、思春期が早くなり、この成長の「猶予期間」が終わることが明らかにされている⁹⁶。

青少年期の身体は、より強い生物学的欲求を発するようになり、栄養状態が良くなければ、これを十分に満たすことはできない。最初の1,000日に発育阻害の発生を予防することは依然として優先事項だが、青少年期は2回目の成長機会であるため、ここで栄養に関する介入策の実施に資源を投入することで、高い費用対効果を得ることができる。中には、成長の取り戻しが、幼いころの栄養不足を克服する2回目、そしておそらく最後の機会となる子どももいる。

コラム 2.2 | 摂食障害、食事、青少年期の精神衛生

体の大きさや身体の見た目に関する心配、体の急速な変化、痩身に対する社会的圧力、ダイエット、友人からの圧力などはすべて、青少年期を摂食障害の危険にさらす。

摂食障害となるリスクは遺伝要因と環境要因の双方によって影響を受ける。摂食障害は家族で遺伝するものであり、摂食障害の原因の50%以上が遺伝要因によるものである⁹⁷。女子の痩身、男子の低脂肪や筋肉質な体に対する社会的圧力は、摂食障害への転落をもたらす行動を引き起こす可能性がある⁹⁸。青少年期に見られる憂鬱、不安、自尊心の低さといった精神衛生に関するその他の問題も、摂食障害と関係している⁹⁹。摂食障害は女子の方が多いが、これは男子の間ではその発見が十分でないことも一部影響している可能性がある¹⁰⁰。医療専門家は、摂食障害が女性だけの問題だと考えているため、男子の摂食障害の兆候を見逃すことがある。

摂食障害に加えて、健康的な食事の有無、食品の利用可能性の可否などが、青少年期の精神衛生に影響を与える。米国の研究によると、母親が前年に食料不足を経験し、健康的で活発な生活を送るための食事を十分に取ることができなかつた場合、その母親の子どもの行動に問題が生じるリスクが高まる（攻撃的な行動、不安や憂鬱、注意欠陥や多動性）¹⁰¹。食料不足と関連する精神衛生の影響範囲は、幼年期に限定されない。米国における複数の研究では、前年に食料不足を経験した青少年の間では、社会経済状況その他の側面とは無関係に、気分障害、不安障害、薬物乱用による健康障害に関する診断リスクが高まっていることが報告されている¹⁰²。こうした関連性は他の国でも確かに報告されており、大学時代やその前後の時期を通じて続く。このことは、身体と精神の健康のために、適切で健康的な食品を成長のあらゆる段階で入手可能にすることが世界的に重要であることを明らかにしている¹⁰³。■

青少年期の食品の選択

10代の若者にとって、「未来」は遠く抽象的な概念であり、食べている食品が将来の自分にどのような長期的影響を与えるのか想像することは難しい。健康的であることや、栄養豊富であることは、ほとんどの青少年の食事の選択に、大きな影響を与える要因ではないのだ¹⁰⁴。むしろ、その他の外部要因が重視されている。たとえば、スナック菓子やファーストフードの消費に用いる可処分所得や、友人からの同調圧力、対人関係、身体像に関する問題、食品の販売活動といったものすべてが、青少年の食事に影響を与えることがある。

特に中所得国と高所得国では、一時的な仕事と親からもらう小遣いが不定期な収入となり、これで不健康なスナック菓子が購入されることが多い¹⁰⁵。イランのある10代は次のように言う。「健康的な食事を始めたいと思うことはあるけれど、母は朝食に健康的な食事を用意してくれませんし、代わりにスナック菓子を買うためのお金で渡されて、結局、私はポテトチップスやチーズ菓子を買ってしまいます」¹⁰⁶。

外見に対する意識である身体像も食品の選択に影響を与える。地域の状況にもよるが、多くの青少年期の男子は、体重を増やして筋肉を付けたいと考えている。その一方で多くの女子は、体重が増えすぎていることを気にしている。また、地域によっては体重の増加が健康と魅力をもたらすと考える女子もいる。摂食障害は高所得国に限らない。15～23歳のタンザニアの若い女性の間では、メディアに接する機会が増えたことに伴って、摂食障害の件数が増加した¹⁰⁷。

販売活動や包装パッケージ、ステータスシンボルとしての商品はすべての消費者を惹きつけるよう設計されているが、青少年はこうした要因から特に影響を受けやすい。ファーストフードとすぐ食べられる軽食は世界中の

都市部で広く入手可能であり、若い人にとって特別に魅力的となることがある。清潔で明るい内装のファーストフードのレストランは、10代の若者が友人と集まって時間を過ごすことができる場所である。

たとえばグアテマラでは、ファーストフードとソフトドリンクを消費することで、以下の発言のように、高い社会的地位や、地位を高める可能性を感じられる。「ファーストフードを食べられることは、自分の家族が中～高クラスの地位にあることを意味しています。青少年は……特に農村部では、ファーストフードレストランでフライドチキンを食べることを「夢見て」いて、貧しい生まれの青少年は、特別な日に、ソフトドリンクを飲むことを楽しみにしています……彼らは、スナック菓子を買う理由として、味（「とにかくおいしいから」）、食品に関する考え方（「元気をくれるから」）、友人からの同調圧力と社会的な評判（「みんな買っているから」）を挙げています」¹⁰⁸。

結論

幼年期の各段階には、個別の栄養ニーズ、食事行動、食生活に影響を与える要因が存在する。しかし、生後数ヶ月の間に完全母乳育児が行われなかつたか、生後数年間に多様性のある食事を与えられなかつたか、あるいは青少年期に砂糖、塩、脂肪の消費が多すぎたかといった要因のいずれが当てはまつているか否かに関わらず、子どもは健康的に育つために必要な食事を取れておらず、これが子どもに生涯にわたる影響を与える。子どもがそれぞれの年齢で栄養不良に陥る理由には、個人、家族、より広範な社会レベルでの複合的な要因が影響している。私たちが分析の視野を子どもの各段階からさらに広げてゆくことで、栄養不良の多種多様な原因を明らかにできるだろう。■

子どもが異なるそれぞれの年齢層で栄養不良に陥る理由には、個人、家族、より幅広い社会階層における様々な要因が絡み合っている

特集

健康的な食事とは

子どもは何を食べるべきか。これは簡単な質問だが、多くの親、養育者、さらには子ども自身にとってもその答は単純ではない。健康的な食事の厳密な構成は、各個人と地域の事情によって異なるが、健康的な食事の基本原則としては、果物と野菜、全粒穀物、食物纖維、種実類があり、そして離乳食を始める段階では動物性食品が含まれる食事がこれに該当する。健康的な食事では、次のようなものの摂取が制限される。遊離糖類、砂糖入りのスナック菓子と飲料、加工肉、飽和脂肪酸と工業的に生成されたトランス脂肪酸、塩分である¹⁰⁹。

90カ国が食品ベースの食事ガイドラインを策定しており、これは明確で理解しやすい食事アドバイスによって構成されている。その多くは国際組織の推奨に基づいていて、アドバイスの内容をよりよく広めるために図解なども可能である¹¹⁰。しかし、こうしたガイドラインは子どもの各発育段階に対応しておらず、国をまたいだ整合化を欠いた複数の推奨に基づいていることが多い。また、現代の急速に変化する食環境では、包装された超加工食品が子どもの日々の食事において存在感を増しており、各国は明確なガイダンスの提供に苦慮している。また、食事に関する推奨は政治色を帯びることがあり、政府の推奨により一般市民が特定の製品をあまり食べなくなる場合は、その食品生産者が抵抗を示す。我々は、年齢を重ねるにつれて変化してゆく食品摂取と消費パターンに関するデータをほとんど持っていないが、こうしたデータは、上記のガイドラインの設計と刷新にも当然ながら影響を与える。

各国が策定する大半の食事ガイドラインでは、以下の4種類から5種類の食品グループによる多様な食事を取ることを推奨している。

- 果物と野菜（多くの場合、日々の食事の半分まで）
- 全粒穀物と澱粉質食品
- 健康的で脂肪分の少ないんぱく質と乳製品
- 砂糖、脂肪、塩分摂取の制限

過体重と肥満を防ぐため、すべての子どもの年齢グループにおいて、カロリーの摂取はカロリー消費とバランスを取る必要がある。適切な食事の一般ガイドラインは子ども全体に適用される一方で、出産から2歳までについては以下のとおり具体的な提言がある。

- 生後1時間から6カ月までの完全母乳育児、および2歳までの継続的な母乳育児

➤ 栄養価が高く安全な離乳食（流動、半固体、固体）を生後6カ月以降に段階的に導入し、塩、砂糖、または脂肪を添加していない、脂肪分の少ない動物性食品（卵、肉、魚、乳製品を含む）、果物、野菜、豆、および種実類といった、鉄分が豊富で栄養価の高い幅広い食品群を特に重視する必要がある。

メディアでのあるいは政治家の間での公衆衛生と栄養摂取に関する議論では、企業（利益団体）による論争や、一時的な流行、ロビー活動の影響を受けることが多く、その主張は多くの場合、科学的根拠にほとんど準拠していないか、または科学的根拠に関する誤解または過度な単純化によるものである。こうした状況は、科学的根拠をくもらせ、対策を講じる政治家の自信を損なう結果となることがある。栄養調査に資金提供が行われることにより、利益相反が生じるため、これを巡る論争は、健康的な食事とは何かに関する社会の混乱を深めている（特に資金が食品業界から出ている場合）。たとえば、業界が資金を出す調査で甘味飲料の健康への影響を調べる場合、独立した研究と比べて「影響は弱いか存在しない」と結論付ける可能性が圧倒的かつ常に高くなる¹¹¹。科学的根拠に基づく食事推奨と栄養支援の実現においては、利益相反の存在しない資金が不足していることから、食事ガイドラインの広範な影響は限定される。過去に実施してきた栄養政策とプログラムは、より良い食事の選択とは教育と食事ガイドラインを通じて行われるとの想定に基づき、行動を変化させる要因として「知識」に依存することが多かった。しかし、特に販売活動に対する食品業界の投資と比べて、社会教育と広報キャンペーンに対する政府の投資が少ないことを考えると、知識のみでは十分に食事を改善できず、広範な政策、行動の変化および環境戦略が必要である。宣伝の対象となっている消費者は、栄養情報を得たとしても、健康ではなくても



中部ジャワ州クラテンのパンダス村にある「ベイビーカフェ (Baby Café)」では、米、野菜、肉、豆類の料理が子どもの小さな器に注ぎ分けられる。保護者や祖父母が毎朝このカフェを訪れ、「Cadres (地域の保健ボランティア)」が調理した料理を買っていく。「Cadres」は、栄養に関する情報提供とカウンセリングを母親を対象に実施することで子どもの栄養改善を支援している。

味が良く、安価で、利便性の高い食品を選択する可能性がある¹¹²。

近年、ブラジルでは、人々が実際に日々食べている食品や、その食べ方に基づいて、一般的な推奨ガイドラインが発表された。調査員が利用可能なデータを検証したところ、人々は自宅で料理をそれほど行わずに加工済みの包装食品を食べることが多いため、過体重、肥満、食事関連の非感染性疾患 (NCD) などの栄養上の問題が引き起こされていることがわかった。サンパウロ大学のカルロス・モンテイロ (Carlos Monteiro) によると（同大学の健康・栄養疫学研究センターがガイドラインの構築を支援）、「すぐに口にできる商品を利用する人が増えるのに伴い、食事に関する問題が増加しています……調理してすぐに食べる習慣を守っている人の食生活が最も優れています。希望が持てるのは、こうした人たちが最も

裕福な人ではないことです。彼らは収入が少なく、その多くがブラジルの社会から締め出された地域に住んでいます」。ブラジルのガイドラインでは、何をどのように食べるかについての指針が示され（家の調理を増やし、他の人と食べることを推奨）、超加工食品よりは自然食品を、または最低限の加工がなされた食品をいつも選ぶようにし、調理したての食事を取るようにすることを「黄金律」としている^{113、114}。

子どもにとって健康的な食事を構成する要素に関する我々の理解はこの数年で進歩したが、子どもの年齢別、地域別、食環境別にそれぞれ最適となる食事を定義するには至っていない。資金を調達し、さらなる調査の実施を通じて理解を深めることで、科学的根拠に基づくより効果的な食事の推奨項目の策定と大規模かつ有効な栄養支援が可能になる。■



視点

タンザニア農村部コミュニティで、女性が先導する子どもの栄養対策

**スコラスティカ・ングリ
(Scholastica Nguli)**
タンザニア・ロンド
女性開発機関
(Rondo Women's
Development
Organization) 創設者

アフリカでは、人里離れた農村といえば貧困にあえぎ栄養不良に陥っていることが多い。しかし、タンザニア南東部の小さな村、ロンドでは事情が違う。ロンドの女性たちは、子どもが死んでしまうことや、発育阻害を患ってしまう現実を、黙って見ていることをやめたのである。彼女たちはただ傍観するのではなく、健康的な食生活を取り入れるよう、コミュニティを教育し続けている。7キロにも至る道のりを歩きながら各家庭を1軒ずつ訪問し、女性がよく集う保健センターで講演を行っている。彼女たちは土地を耕し、薪拾いをし、家族の食事を準備し、子どもたちの面倒を見るといった大変な家事を日々こなしながら、人々の生活を変えるための活動を自らに引き受けているのである。

ロンド地域では母乳育児に対する人々の意識の低さが子どもの栄養不良の発生を引き起こす要因の1つになっているため、ロンド女性開発機関 (ROWODO) は各家庭を訪問し、様々な集会を開催することで、健康管理についての知識を広めることを決めた。人々に栄養の優先度を上げるよう徹底させ、最終的には飢餓の撲滅、食料保全の実現、栄養状態の改善、持続可能な農業の促進を目指すためである。

ROWODO は、栄養不良を食い止める上で

障壁となるさまざまな課題に立ち向かっている。その課題の1つに文化的な慣習がある。ロンドでは、ほとんどのコミュニティで出産直後に母乳育児を始めることが制限されている。初乳は新生児に危険だと信じられているため、捨てられてしまうからである。このため、新生児は出生後に母親の初乳から重要なビタミンを十分に摂取することができない。

もう1つの課題は、ジェンダー平等という概念の欠如である。男性は家事をほとんど行わないため、母親に家事の重い負担がかかる。井戸に水をくみに行き、森に薪を拾いに行き、家族の食事を準備し、家を掃除するといった家事がすべて母親に任せられている。そうなると母親は非常に多忙になるため、子どもに食事を与えることにしわ寄せが及ぶ。

6カ月未満の子どもに母乳以外の食べ物を与えるという問題もある。子どもが泣き止まないと、母乳が足りずお腹が空いているのだろうと考える女性が多い。そして、乳児の食事としては不適当な、キヤッサバ粉の粥などを与えてしまう。さらに、子どもが病気になると、病院ではなく伝統的治療師のもとへ駆け込む家庭も多い。こうしたことが重なり、5歳未満児の栄養不良の症状は悪化し、結果として死亡数を増加させている。

スコラスティカ・ングリは、ロンド女性開発機関 (ROWODO) の創設者であり、タンザニアのリンディ地域に位置するロンド地区で栄養不良により亡くなる子どもの数を減らすための活動に 2011 年から取り組んでいる。ROWODO は、300 の市民社会組織が所属する「タンザニアの栄養のためのパートナーシップ (PANITA : Partnership for Nutrition in Tanzania)」に加盟している。



© UNICEF/UNI197919/Schermbucker

**ロンド地域の栄養不良と闘うために、
ROWODO は次の取り組みを行っている。**

- ▶ 少なくとも生後 6 カ月までは完全母乳育児を行うことの重要性について、母親たちを教育すること。これは家庭訪問による 1 対 1 の面談の場合と産婦人科相談所で講習会を開催する場合がある
- ▶ 6 カ月未満の乳児に母乳以外の食品を与えることの危険性について、保護者を教育すること
- ▶ 乳児が 2 歳になるまで、キャッサバ、レンズマメ、豆、シコクビエ（イネ科の作物）などの穀物をはじめ、地元で育った栄養価の高い食品を与えることの重要性を周知すること
- ▶ 妊婦は卵を食べるべきでないといった旧来の迷信を打ち破ること

社会の大半が栄養不良との闘いを政府だけに任せて傍観している中で、ロンドの女性は自ら行動を起こす先駆者となっている。多くのコミュニティでは、栄養不良の問題は大きすぎて自分たちには手に負えないと考えられている。それでも、ロンドの女性たちの行動は、栄養不良問題に終止符を打つためにコミュニティ内で実行できる解決策があることを実証している。

あらゆる介入策に価値がある。母乳育児、食前の手洗い、衛生的な環境の維持、清潔で安全な水を飲むことなど、どのような形でも有効である。大きな変化を生むために、すべてのコミュニティが取るべき共通の絶対的なアプローチは存在しない。ロンドの例からわかるのは、コミュニティの栄養不良を撲滅させるために、協力して同じ行動を実施するコレクティブ・アクションが大きな成果を上げるということだ。■



第3章

変わりゆく世界に おける栄養不良

グローバル化、都市化、気候変動ショック、そして緊急事態。これらは栄養に関する見通しを悪化させ、貧困によって社会から締め出された多数の子どもがその影響を被っている。多くの子どもは、栄養価と安全性の高い、手頃な価格の食品を継続的に手に入れることはできない上に、品質の悪い水や劣悪な衛生環境がもたらす病気の脅威にさらされている。私たちは栄養摂取のあり方を変革しなければならない。こうした子どもたちに、潜在能力を発揮する可能性を与えて、複数の世代に渡る貧困の連鎖を終わらせられるように。



- グローバル化は、あらゆるものを見直す。農作物の収穫作業から、スーパーマーケットでの食品陳列に至るまで。世界の加工食品の売上の 77% は、わずか 100 社の大企業によるものである。



- 2050 年までには世界の青少年の 70% が都市部に住み、不健康な食品の販売活動にさらされる機会が増加し、食生活に起因する病気にかかりやすくなる。



- 今、私たちがもし行動を起こさなければ、将来の世代は気候変動によって深刻化した食料不安と栄養不良に直面する可能性が高い。

貧困のため社会から締め出され、あらゆる形態の栄養不良のリスクの重荷を背負うのは、最も不利な状況に生きている子どもである

はじめに

劣悪な食生活は、都市部であれ農村部であれ、貧困のために社会から締め出された子どもの生存や、その身体の成長、脳の発育、将来の可能性を脅かしており、こうした不利な状況はその次の世代に受け継がれてしまう。この事実は、現在の変わりゆく世界においても、数十年前から変わらず当てはまる（悪化しているとは言えないまでも）。

世界が変容したことは否めない。そうした中で、栄養に関する様々な研究事例も積み重ねられてきている。妊娠前と妊娠中の母親の栄養状態の重要性、完全母乳育児と多様な離乳食の摂取、乳幼児期の優れたケアと衛生習慣の実施など、栄養に影響を与える要因はますます明らかになってきており、子どもの最初の1,000日、中期幼年期、青少年期、成人期を通して優れた栄養状態を実現するための重要な見識が得られているのだ。これを将来の世代に手渡さねばならない。

グローバル化、整備計画を欠いた都市化、気候変動ショックも、食生活にプラスとマイナスの両方向の変化をもたらしており、こうした変化は各家庭に与えられる食品の選択肢とその結果に影響を与えている。金銭的に余裕のある人々は、多様かつ栄養価の高い食品を利用しやすいが、大多数の人たちにとっては、依然としてこうした恩恵を受けることはできないままだ。あらゆる形態の栄養不良の最も大きなリスクは、貧困のため社会から締め出されて最も不利な状況にある子どもにのしかかっているのである。彼らはその結果として、最も深刻な非感染性疾患（NCD）のリスクも負う。

新たな科学的対策

子どもの十分な成長には栄養価の高い食品が必要であるが、これだけでは十分ではない。

世界では、下痢性疾患やその他の病気により、何千万人の子どもの栄養状態が悪化しており、消化管の慢性的な炎症などの症状も十分に理解されていない。劣悪な食生活が子どもの腸内環境を損ない、感染のリスクを高めることや、母親の低体重と過体重はいずれも次世代へ栄養不良の連鎖をもたらす可能性があることを示す事例の数はますます増えてきている。

衛生、細菌叢、エピジェネティクスなどの領域に関する知識が向上すれば、最初の1,000日からおとなになるまでの間に病気を予防したり、栄養不良に陥ることを防ぐことが可能になるかもしれない。

衛生

5歳未満の子どもの死亡原因の45%を栄養不良が占めている。栄養不良の子どもでは、下痢が特に致命的で、2016年には5歳未満の子ども700人以上が毎日命を失っている¹。幼年期の子どもの事例の大半で、安全でない飲み水や、家にある食品の汚染、さらに家禽や家畜の糞便による汚染などがその原因として指摘されている。不適切な衛生は、感染性の疾病や腸内寄生虫を伝染させるのみならず、環境性腸管機能障害などの症状をさらに悪化させる。

衛生が栄養不良に対して果たすことができる役割についての理解が深まっている。たとえば、最近の調査によれば、発育阻害から子どもを守るためにには、これまでに考えられてきたよりもはるかに高度な衛生状態が必要であることが示唆されている。ガンビア農村部にて実施された調査の主執筆者はこう述べている。「従来は、食品の入手可能性を向上させ、衛生に関して各家庭に教育を施すことによって、子どもの栄養不良を防止できると考えられていました。しかし、こうした介入策は効果を上げることができていません⁷。子どもの

コラム 3.1 | 母親と子どもの栄養状態を決定する要因の概念的枠組

子どもと女性が十分な食事を取ることで、すべての人が恩恵を得る。子どもに栄養価と安全性の高い多様性のある食事を提供すれば、身体や認知能力の発達の道が開かれ、学業成績が向上し、その後の人生にて健康的な生活を送ることができる。

子どもが成長の各段階で十分な食事を得るには、その食品の質は良好で、安定的に供給され、入手可能性が保たれ、かつ手頃な価格でなければならぬが、さらにその他いくつかの要因もそろっていなければならない。子どものいる家庭には色々なリソースが必要である。ここで言うリソースには、金銭はもちろんのこと、健康的な食事を得て、それを提供するための知識も含まれる。こうした家庭は、経済的重圧

と時間的制約に縛られており、支援を必要としている。彼らは、質の高い医療サービスと健康的な環境を必要としており、病気と不衛生な環境から解放される必要がある。

また、子どもの食事は、その周りに存在する様々な力学によって決定される。たとえば政治的コミットメント、経済的優先事項、社会規範などである。

こうした複雑かつ広範な課題をさらに理解し、これに対処するため、ユニセフは「母親と子どもの栄養状態を決定する要因の概念的枠組 2020」を構築した。この枠組みは、子どもの栄養不良の原因に関するユニセフの1990年の枠組みを土台としており、変化を続ける母親と子どもの栄養不良の様々

な性質を明らかにし、栄養不良の要因に関する新たな知識を取り入れている。

この概念的な枠組みは、建設的な立場に基づいて作成され、母親と子どもの栄養状態の改善や、子ども、青少年、女性のあらゆる形態の栄養不良の防止に貢献しうる様々な事柄を取り扱っている。ここでは、母親と子どもの栄養状態に関する3つの決定要因（実現要因、基礎要因、直接要因）に加えて、子ども、青少年、女性の栄養状態を改善することによって得られる様々な成果について、その関係構造を明確化している（下図参照）。ユニセフの「母親と子どもの栄養状態に関するグローバル戦略 2020～2030」の指針は、この枠組みに基づいたものである。■

母親と子どもの栄養状態を決定する要因の概念的枠組

子どもと女性
にとっての
成果

子どもと女性の栄養状態の改善

子どもと青少年期の生存、健康、身体の成長、認知能力の発達、学習レディネス（準備度）の改善。女性とおとなの生存、健康、生産性、賃金の改善。各社会の裕福さと社会的結束の改善

直接的な
決定要因

子どもと女性の 良好な食事

子どもと女性への 良好なケア

基礎的な
決定要因

適切な食品

母乳、栄養価が高く年齢に応じた食品、安全な飲み水による、年齢を通じた家庭における食料保全

適切な食事提供

年齢に応じた食事提供、レスポンシブ・フィーディング、食欲喚起。適切な調理、食品消費、衛生習慣

健康的な環境

健康的な食環境、良好な健康状態、栄養と衛生に関するサービス、および身体活動を含む健康的な生活環境

実現に向けた
決定要因

適切な統治

栄養に対する子どもと女性の権利を高める政治的かつ経済的な複数のセクターを横断するコミットメント

優良規範

栄養に対する子どもと女性の権利を高める社会的および文化的側面からのコミットメント

十分なリソース

栄養に対する子どもと女性の権利を実現する環境的、財政的、社会的、人的リソース

**子どもの食事は、
政治的コミットメント、
経済的優先事項、
社会規範によ
つても決まる**



コンゴ共和国のベトウにある難民キャンプにて、手を洗う子どもたち。
© UNICEF/UN0327817/Diefaga

適切な成長にはきわめて高度な衛生状態が必要であり、各コミュニティは、その生活環境を改善し、それぞれの世帯に安全な水を配管で届けることで、水を使いやすくする必要があります。こうした新しい理解と見識に基づいて、各国の政府は優先課題を再設定し、住宅環境を大幅に改善し、安全な水を利用しやすくすべきです」⁸。

食品の安全性

それが周囲の環境によるものであれ、微生物によるものであれ、食品汚染は子どもの健康に深刻な悪影響を与える。乳児や子どもは、代謝系が発達途上であり、主要な臓器が成熟を続けているため、恒久的な損傷を受けやすく、生涯に渡る影響を被るため、特に汚染の

コラム 3.2 | 環境性腸管機能障害

急性の下痢が健康に与える悪影響は広く知られているが、医療介入策によって下痢が減少し、他の点については健康とみなされるグループ内でも、多くの子どもが本来あるべき成長を果たしていない²。こうした発育不良の正確な原因は特定されていないが、環境性腸管機能障害（EED）の関与の有無についての関心が高まっている。

EEDは、無症状の疾患であり、糞便による病原体に常にさらされることで、腸の炎症と損傷がもたらされ、栄養を吸収する身体の能力が低下する。これは、発育阻害と鉄分不足と

密接に関係している³。この症状は、貧困の中で生活する人にきわめて多い⁴。EEDを示す生体指標（バイオマーカー）は、衛生的でない家庭環境で暮らす子どもで発見されており、発育阻害の多さと関係している⁵。

EEDは、子どもの認知能力の発達と学業成績を悪化させる可能性もある。低所得国と中所得国 8 力国における長期的な調査では、下痢とは無関係に、2 歳時の腸感染の件数が多いほど、認知能力のスコアが低下するという相関が確認された⁶。■

脅威が懸念される⁹。乳児は特に水や食品を介した病気にかかりやすいため、最善の予防策は母乳育児である。

寄生虫、ウイルス、細菌（サルモネラや大腸菌）は、普段は生の食品の表面に潜んでいて、深刻な病気を引き起こす可能性がある。石鹼で常に手を洗うなどの効果的な衛生習慣が存在しなければ、食品調理や貯蔵での不適切な取り扱いによって、食品を介して病気がもたらされる可能性がある。

水、空気、土壤を介した汚染、抗生物質や農薬と接触することによる影響は、近年になって様々な形で知られるようになっており、特に高所得国では、これが有機食品と無農薬食品への需要を生む結果となっている。研究者や科学者団体は、食品添加物の摂取や、食品に直に触れる包装材（たとえばプラスチック）の利用による影響も調査している。

細菌叢（マイクロバイオーム）

しばしば体の「第二の脳」とも呼ばれる腸

内細菌が、ここ最近に様々な調査と関心の対象となっている。腸内細菌が身体と精神の健康に対して持つ大きな影響力と、免疫系の機能を高める役割がますます明らかになってきているのだ。

我々の体には、数兆を超える細菌が生息しており、その栄養状態と健康的な成長に対して有益な役割を果たしている。これらの小さな腸内生物は、摂取した食品を代謝して、宿主の体重や認知能力の発達に影響を与えるだけでなく¹¹、免疫系も強化する。こうした細菌は、肥満を含む病気のかかりやすさの指標ともなる¹²。

子どもは、3 歳までに生涯にわたる細菌叢の大半を確立する¹³。細菌叢が妊娠中または出産時のいずれの時点から発達を開始するのかについてはまだ議論が続いているが、生後すぐの数時間、数日間、数年間はきわめて重要である。乳幼児は、重要な免疫反応を含め、出産時に産道や膣から細菌叢を取り込む。生まれてすぐの母乳育児と肌による相互接触は、健康的な細菌叢を生み出す上で役立つ。母乳

食品が汚染されると、子どもの健康に深刻な影響を及ぼす

腸内細菌は、いわゆる「脳腸相関」という作用を通じて、宿主に対し、特定の種類の食品を体が必要としているか否か伝える

にはたんぱく質、母乳オリゴ糖およびプロバイオティクスが含まれており、健康を増進し脳の発育を助ける。母乳は、「おそらく、子どもが摂取する中では最も適切に調合された個人向けの薬であり、遺伝子発現がその後の人生に向けて細かく調整されるまさにそのタイミングで与えられるもの」と言われている¹⁴。

こうした健康や発育に対する脅威には、抗生物質との接触（子宮内または生まれて間もない時期）、帝王切開による出産、乳児用調製粉乳による食事、離乳食における多様性の欠如などがある。こうした要因は、細菌叢の形成を妨げ、栄養状態と健康に悪影響を与える可能性がある¹⁵（たとえば、子どもがアレルギーや喘息にかかりやすくなる）¹⁶。

生後 6 カ月以降の乳児の食事に多様な離乳食を追加することで、細菌の多様性を高め、纖維、澱粉およびたんぱく質の消化を助けることができる。より多様な食事により、細菌叢はより広範な代謝活動が可能になる。適切な食事は野菜を主とした纖維とたんぱく質が豊富で、健康的な細菌叢を生み出す。

同様に、砂糖、塩、脂肪および添加物を多く含む加工食品を食べることで、細菌叢に影響を与え、肥満、糖尿病および炎症性腸疾患

を促進する可能性がある¹⁷。たとえば、マヨネーズやアイスクリームなどの食品の一部の添加物は、細菌叢と腸の内層を隔てる腸内の粘膜バリアを損ない、腸の炎症をもたらすたんぱく質を生み出す¹⁸。

腸内細菌は、食品の選択にも影響を与える。調査によれば、細菌叢は脳とやりとりをしており、いわゆる「脳腸相関」と呼ばれる作用を通じて、特定の種類の食品が必要であるか否か体に伝えていることが明らかになっていく。これは、母乳を与えられる段階すでに始まっている可能性があり、その時点の乳児のニーズは、唾液と乳首の接触を通じて母親にフィードバックされて伝達される¹⁹。

生後の数年間における細菌叢の役割と発達については、まだまだ知るべきことがある。たとえば、低所得国と中所得国における生後 2 年間の子どもの腸内細菌の実態はほとんど知られていない。妊娠および出産時の母親の細菌叢と乳児の発育阻害の関係についてもさらなる調査が必要である²⁰。

コラム 3.3 | 添加物

米国では、推計で 1 万種類の化学物質が食品とその包装品で利用できることになっているが、これらの化学物質の安全性に関する知識は大幅に不足している。米国小児科学会 (AAP) は、2018 年に方針要綱を発表し、食品添加物の規制に対する改革を訴えた。要綱では、内分泌攪乱作用、注意欠陥・多動性障害 (ADHD)、慢性疾患（癌、2 型糖尿病、肥満など）との関連を踏まえ、ビスフェノール A (BPA)、タル酸エステル、ペルフルオロアルキル関連の物質、過塩素酸塩、人工着色料、硝酸塩や亜硝酸塩に対する懸念が強調さ

れている。

テスト方法の改善や、不足データの最小化、添加物のラベル表示を行うことに加えて、AAP は、添加物の摂取を減らすために次のことを推奨している。生鮮または冷凍の果物と野菜を多く取ること、加工肉を避けること、食品を扱う前に石鹼で手を洗うこと、果物と野菜を洗うこと、電子レンジや食器洗い機にプラスチックを入れないこと¹⁰。■

コラム 3.4 | エピジェネティクス

エピジェネティクスは、遺伝子発現の変化による生命体の変化を研究する。これは、遺伝子型（継承された細胞の遺伝子構成、すなわち DNA）の変化を伴わない表現型（観察可能な身体的および生化学的特性）の変化である。言い換えれば、人の居住環境または生活様式は、DNA 塩基配列内にあるいづれかの遺伝子の発現有無を変化させる可能性があり、この変化は子どもにも受け継がれることがある。

たとえば、母親の微量栄養素が不足していると、胎児の代謝と臓器の発育度が変化し、子どものエピジェネティクス上

の変化が起こる可能性がある。こうしたエピジェネティクス上の適応により、子どもの過体重または肥満、おとなになってからの慢性疾患（肥満、動脈性心疾患、脳卒中、2型糖尿病など）のリスクが高まる²²。

これはどのようにして起こるのだろうか。簡単に言えば、栄養不良の母親の乳児は、栄養不良の世界で生きる自分を「予期」するのである。一方で、カロリーが高く栄養価の低い食事を与えられた子どもは、一定の疾患にかかる傾向がある²³。■

栄養不良の世代間連鎖

母親の健康と栄養状態は、子どもの健康と栄養状態に重要な影響を与える（第2章を参照）。母親の栄養不良と過体重はいずれも、代謝を含む子どもの発育に影響を与え、「栄養不良の世代間連鎖を加速させる」²¹。母親（および父親）の栄養状態が子どもに与える複雑な影響に関しては、エピジェネティクスなどの新たな領域を中心に、さらに多くの調査が必要である。

肥満の割合が世界的に増加する中、母親の過体重と糖尿病によるマイナスの影響に関心が高まっている。その影響を受けるのは母親本人に加えて、子ども、そして将来の世代の健康と栄養状態だからである²⁴。現在、母親の過体重²⁵は妊娠で最もよく知られているリスク要因である²⁶。

母親の過体重と子どもの代謝性疾患のリスクの間には、生涯にわたって続くきわめて強い関連性がある。世界各地で行われている研究によれば、母親の過体重と、その次世代の

21歳、32歳（ヘルシンキの出生コホート研究によれば62歳においても）時点での過体重との間に関連性があることが示されている。同じ研究では、母親の過体重と、子どもが後期成人期になってからの身体および心理的機能には、関連性があることも明らかにされた^{27, 28}。

併せて、日本、韓国、そして最近ではブラジル²⁹とペルー³⁰における栄養不良対策の急速な改善例では、栄養状態は1世代内でも大幅に改善可能であることが示されている。ブラジル、ガーナ、インド、ノルウェー、オマーンおよび米国における生後2年間の子どもに関する2013年の研究でも、親の栄養状態が良好でなかつたとしても、適切なケアと栄養を与えられた子どもは、最適な身長まで成長できると結論付けられた³¹。これを実現するには、女性と女子（特に青少年期に母親となつた女子）が、妊娠前に栄養に関する支援とガイダンスを自分の健康のためにも受け、さらに子どもの最初の1,000日という機会を逃さないようにしなければならない。

母親の栄養不良と過体重は、栄養不良の世代間連鎖を引き起こす

特集

女子と女性には栄養改善に向けて のより一層の支援が必要

主要な養育者となる女性は、子どもの健康的な食事に対して決定的とは言わないまでも、重要な役割を果たす。しかし、意思決定から排除されている女性はきわめて多い。女性は、少女のまま早い結婚と妊娠を迎え、家庭内での差別と暴力を受け、教育と雇用の機会が限定され、ジェンダー差別的な法律によって土地と金銭の利用を制限されている。さらに、きわめて多数の女子と女性が自分の栄養不良に苦しんでいる。

貧しい食生活は、学習の可能性を損ない、性と生殖および母親の健康リスクを高め、生産性を下げることでジェンダーの不平等を增幅させている。こうした影響は、栄養不良と社会的不平等の世代間連鎖を永続化させている。栄養不良の母親の子どもは、発育阻害、認知機能の障害、免疫力の低下を被る可能性が高く、病気と死亡リスクも増加する。

青少年期の女子は、出生直後の数年間に次ぐ速度で急成長するため、特に栄養不良の影響を受けやすい。生理が始まると、女子の身体はさらに多くの鉄分を必要とする。母親と子どもの死亡率を大きく引き上げる青少年期の妊娠は、女子の身体がまだ成長の途中で、胎児と栄養を奪い合う可能性があるため、特にリスクとなる。

女性は、微量栄養素不足の影響を受けやすい（特に鉄分不足による貧血）。こうした鉄分の栄養不足は、貧困、地位の低さ、食事などの自由度の低さといった傾向がより強いことと関連している。栄養不良の母親は大きなりスクを抱えている。このリスクには、たとえば免疫系障害や、出産時の死亡リスクの高さ、生産性の低さ、収入を得る力の低さ、家族をケアすることの困難さなどがある。

女子と女性が食品、栄養および健康の権利を奪われる

と、子ども、家庭、コミュニティおよび経済が打撃を受ける。これとは対照的に、もし彼女たちを社会の側が支援し、より水準の高い教育が実現され、収入の自由が強化されれば、彼女たちは家庭を豊かにし、意思決定を下すことができるようになり、栄養状態が改善されて、すべての人が恩恵を受け、良好な循環が生まれる。

女性は仕事の負担が多い。女性は、賃金が支払われない家事や非公式セクターでの労働が男性よりも多い傾向がある一方で、世界の正規労働者の40%近くを占めている¹¹⁵。しかし母親は、ほぼすべての地域で子どもの食事とケアの大半に責任を負わされ続けている。

母親がさらに多くの新しい役割を担う中（たとえば、起業家、研究者およびコミュニティのリーダー）、その多くは時間不足と格闘している。様々な役割を担うために必要となる時間とエネルギーのため、子どもと自分に十分な食事を与えるという課題は、不可能ではなくてもストレスの高いものとなる。一緒に居住するパートナーや親族たちによる支援がなく、手頃な価格の健康的な食品が入手できなければ、彼女たちは便利な加工食品またはファーストフードに依存することになってしまふ。

同様に、職場に適切な習慣がなかつたり、国内で政策が導入されていなかつたりすると、母親は完全母乳育児



ルワンダのラットシロ茶園で茶摘みとして働くシャンタル（Chantal）さんには、4人の子どもがいる。乳幼児期の子どものための発育センターが茶園に設営される前は、娘のウムホザ（Umuhoza）ちゃん（現在3歳）を一日中おぶって働いていた。「子どもを背負いながらの茶摘みは、とても大変でした。それに、手を止めて子どもに母乳を与え、世話をしなければならなかったので、作業効率も非常に悪かったのです。もっと子どもを丁寧に育てたかったのですが、それが限界でした。発育センターができるから、以前よりも時間がとれるようになりました。今では、子どもたちは元気に過ごし、私たちも効率的に働いています」2017年、ユニセフのルワンダ事務所は茶畑および茶工場の労働環境を家庭にとってより望ましいものにするため、ルワンダ農業輸出振興機構（National Agricultural Export Development Board）とパートナーシップを結んだ。活動には、母親のための有給育児休暇および授乳休憩、子どもが生まれたばかりの両親のためのフレックスタイム制、手頃な価格の保育サービスを支持することなどが含まれている。© UNICEF/ UN0308986/ Rudakubana

や母乳育児の継続ができなくなる可能性がある。国際労働機関（ILO）の3つの母親保護に関する条約にもかかわらず（最初の条約は100年前のものである）、大半の国では、母乳育児を支援する政策導入が遅々として進んでいない。

これに取り組むには、女性の社会的地位、自立および意思決定力を向上させる必要がある。それには女子の就学期間を長くし、生活を向上させ、独立性を高めることが必要である。また、青少年期の女子と女性の栄養状態や健康を対象とした投資を行って、妊娠前、妊娠中および授乳期に特に注目する必要がある。

女性と母親が栄養に関して正しい決定を下すには、適切な情報、相談、支援を受けられるようにすることに加えて、栄養価が高く、安全で、手頃な価格で持続可能な食品を利用できるようにする必要がある。母親を保護するための政策により、完全母乳育児や母乳育児の継続を職場が支援し、十分な有給育児休暇を得られるようにする必要がある。最近の研究では、母親と子どもが最善の結果を得るために、最低でも6ヶ月の有給育児休暇を提言している（完全母乳育児についてWHOが提言する期間と同じである）¹¹⁶。ジェンダーの公平性を実現するための育児休暇政策は、父親も休暇を取ることも推奨しており、これにより家族のストレスが減り、育児参加を強化し、より安定的な家族関係が実現される。■

世界の加工食品の売上の 77% は、わずか 100 社の大企業によるものだ

グローバル化

グローバル化によって、商品、テクノロジー、情報、資本などあらゆるものが国境を超えて自由に流通するようになり、フードシステムはその姿を一変させた。グローバル化は、農作物の収穫作業、スーパーマーケットでの食品陳列、そして子どもの食事に至るまで、あらゆるものを見直した。

これにより経済的に余裕のある家族は、穀類のキヌアでも、惣菜のキムチでも、季節外れの（1年中いつでも）イチゴでも、幅広く多様な食品を利用できるようになった。しかし一方では、超加工食品とファーストフードの利用拡大、そして販売活動から受ける影響により、多国籍企業の存在は子どもの健全な食事をますます難しくしている。

スーパーマーケット、コンビニ、ファーストフードチェーンの世界的な増加には、消費者の需要の変化と、消費者（子どもとその養育者を含む）に対する栄養価の低い食品の供給の変化の、両方が反映されている。四半世紀前は、食品の供給は各国政府の統制下に置かれるこ

とが多く、食料の観点から見た安全保障がきわめて重視されていた。しかし、1990 年代半ばごろから、食品が世界的な貿易協定に組み込まれるようになった。結果として、現在のフードシステムは事業者からの圧力の影響を受けるようになり、これにより食品の入手可能性、価格、販売活動は変化していった。

農家、食品生産者および消費者は非常に多数存在するが、大手の加工業者と販売業者はごくわずかである。世界の加工食品の売上の 77% は、わずか 100 社の大企業によるものだ³²。

食料栄養安全保障に関する専門家によるハイレベルパネルが 2017 年の報告で指摘しているように、「過去数十年で経済力が多国籍食品企業に段階的に大きく集約されたことにより、各地域および各国政府の政策対応力と政治力が限定的なものとなった。一方、こうした状況は、適切な食品に対する市民の権利を保護し推進する政府の力を弱めた」³³。同報告では、「不公平かつ機能不全に陥ったフードシステムと、不健康な食環境から最も影響を受ける人々として、低所得の消費者、農村部と

コラム 3.5 | 超加工食品

食品の加工は、それ自体は忌避すべきものではない。乾燥した小麦や果物、ヨーグルトのように、広く消費されている栄養価の高い伝統的な食品の多くが「加工されている」。しかし、すべての食品加工が同じではなく、栄養の専門家は通常「加工」と「超加工」食品を区別している。後者は、「工業加工」³⁶ として定義されており、自然食品はほとんどまたはまったく含まれておらず、代わりに自然食品から抽出された物質が使用されている（たとえば、「硬化油や脂肪、小麦粉および澱粉、派生的な砂糖、動物性食品の部位または残余物など、本来の自然食品と比べて栄養価が通常ほとんどないもの」）³⁷。ハンバーガー、ナゲット、クッキー、砂糖入り飲料などに見られるように、こうした食品は、カロリーが高く、

脂肪、砂糖およびナトリウムが多く含まれており、纖維と微量栄養素が少ない。

超加工食品の利用を避けるのは簡単ではなく、こうした食品は適度な消費で収まるような作りにもなっていない。多くの超加工食品は、脂肪、砂糖、塩およびその他の調味料を多く含んでいるため、口当たりが良く、食べた時の満足感が高い。また、その活発な販売活動は子どもを対象にすることが多く（第 4 章を参照）、幅広く入手可能であることを考えると、こうした超加工食品が新鮮なまたは加工が最低限の食品に取って代わる理由も簡単に理解できる。■

都市部の貧困層、小規模な自作農家および自給農家ならびに先住民がいる」ことを強調している³⁴。

需要側を見ると、経済や気候要因が人々の都市部への移動を促しており、ここでは生活様式、社会的で文化的な圧力、販売活動が食生活を変化させている（以下の「都市化」を参照）。たとえば、超加工食品の入手可能性と市場シェアの拡大は、大企業やスーパー・マーケット・チェーンと競争できない伝統的な食品市場、小規模農家および農村部の住民にきわめて大きな損失をもたらしている。一部の事例では、こうした状況により、より良い生活を求める農村の家族が都市部に移住している。

これは、一部の子どもにとっては、教育、医療サービス、多様な食品が利用しやすくなることを意味するが、一方、その他の子どもにとっては、都市での生活は食事の脅威（脂肪、

砂糖、塩分等を摂取する機会が多くなる）をもたらし、座ったままの生活時間の増加や、環境汚染にさらされる機会が増え、不衛生または過密な生活環境に居住することを意味する。

超加工食品は、食品市場のグローバル化における中心的存在である。高所得国の市場が成熟するのに伴い、グローバル企業や多国籍の食品および飲料企業体は、サハラ以南のアフリカなどの低所得と中所得国に新たな市場をますます求めるようになっている。こうした国々はあるファーストフード企業の社長が言うように「驚くべき事業チャンス」をもたらしている³⁵。

こうした企業の多くは、超加工食品に注目している。こうした食品は、生産コストが安く、保存期間が長く、商品価値が高いため、多くの収益が得られるからである。

シェラレオネのフリータウンの道に
露店が並ぶ。
© UNICEF/UN072187/Phelps



子どもが集まること
ができる公共空間が
なければ、代わりに
ファーストフード店
舗で会うことを強い
られてしまう

結果として、超加工食品は現在ほぼあらゆる場所に存在し、エチオピアやネパールなど、入手できる野菜、果物、魚の種類が限られている遠隔地ですら見つけることができる³⁸。

一部の専門家は、多国籍食品企業の販売経路が農村部にまで拡大したことにより、子どもを含む農村部の住民が不健康な食品を利用できるかどうかについて、都市化はもはや主な要因ではなくなつたと主張している³⁹。

1985～2017年の平均ボディマス指数(BMI)に関する最近の世界的な傾向の分析(農村部と都市部を区別)では、低所得や中所得の地域(サハラ以南のアフリカの女性を除く)のおとなのBMIは、都市部と農村部が同じペースで増加、または農村部が都市部のペースを上回っていることが明らかになった。分析を行った著者は、その理由の可能性として、日々の仕事や家事で消費するカロリーが減少し、所得が増加し、そして脂肪、塩分または砂糖を多く含む食品の入手可能性が拡大したことにより、質の低いカロリーの消費が増加していること⁴⁰ (いわゆる「農村生活の都市化」)を指摘している⁴¹。

都市化

20世紀半ば以降、都市に住む世界の人口の割合は30%から50%を超える水準まで増加した。都市居住者は増加するばかりで、子どもと若者に大きな影響を与えている。2009年には、世界の青少年の約半分が都市部に住んでいたが、2050年にはこれが70%まで増加することが見込まれている⁴²。

一般的な解説としては、食生活の変化は最初に都市部で発生し、その結果として栄養状態が変化し、非感染性疾患(NCD)も増加する⁴³。この理由の1つとして、生活様式と居

住環境の変化がある。農村部と比べると、都市部の住人は澱粉質の炭水化物への依存が少なく、肉やその他のたんぱく質、果物および野菜(裕福な家庭の場合)を多く消費する傾向が高く、自宅外での食事と超加工食品の摂取が多い⁴⁴。結果的に、都市の居住者には過体重と肥満が多い。スリランカからインド、中国からベナンまで、都市化は糖尿病、高血圧および心血管疾患の多さとも関係している⁴⁵。

都市の生活はこうした傾向に一部影響している。座りがちな仕事が多く、家事に費やす時間と労力が少なく、公共交通機関での移動が多いことにより、運動量が少なくなる可能性がある。

都市部に住む子どもにとっては、屋外で遊ぶ場所を見つけるのが難しく、またこうした場所は安全でない場合がある。このことは運動量が多い子どもは肥満になる可能性が低いため重要である⁴⁶。運動は、カロリーを燃焼するだけでなく、身体のグルコース消費を改善し、精神衛生に良い影響を与え、憂鬱を予防するためにも役立つ可能性が高い。子どもが遊び、青少年が集まる公共の場が少なければ、代わりにファーストフードチェーンで会うことを強いられる。

食品の購入

都市部に住む家族は、自分たちで食品を購入するのが一般的であるため、何を食べるかについては収入によって決まることが多い。こうした家族は、スーパーマーケットなどの大手小売業者から食品を購入することが多く、こうした食品の多くは包装され、加工されているか、または超加工されている⁴⁷。ケニアの調査では、スーパーマーケットで購入する人は未加工の主要食品(新鮮な果物や野菜など)を買うことが少なく、加工食品と超加工食品を買うことが多い⁴⁸。こうした状況はタイでも見られ、ここではスーパーマーケット

スポットライト

子どもに栄養をどう与えるか - クアラルンプール都市部の貧しい家庭の例

クアラルンプールの安いアパートで暮らすロハナ (Rohana) さん、ノア (Noor) さん、シティ ファティマ (Siti Fatimah) さんの3人の母親は、栄養価の高い食事を子どもに与えるという困難を一様に抱えていた。彼女たちは世界子供白書のために開催されたテーマを決めたグループによる議論の場で、自分たちが直面している主な問題について話し合った。

マレーシアは、栄養不良に関して深刻な2つの課題を抱えている。5歳未満児の20.7%が発育阻害に陥っており、消耗症は11.5%となっている一方で、子ども（5～19歳）の12.7%が肥満である¹¹⁸。こうした現実は、貧しい都市でさらに複雑であり、こうした地域では栄養不良の割合が全国平均よりも高い傾向がある¹¹⁹。

食品が手頃な価格で入手できるか否かは皆が抱える問題である。3人の母親全員が栄養価の高い食品を食べることの重要性を理解しているが、栄養価が高いか低いかとは無関係に、子どもに与えることができる食事は費用の制約を受けている。最も安価で一般的な献立は、目玉焼き、ご飯、醤油だけの食事である。4歳の子を持つノアさんはこう説明する。「そんなこと（健康的でバランスの取れた食品なんて）考えたことがない。他の人は魚を食べているけど、私はご飯を与えるので精一杯。良くないのは分かっているけど、これしか与えられない」。

質の悪い食事は、身体を損ない、精神を抑圧する。1人の母親は、年に1回しか鶏肉を与えられないかも知れないと話した。もう1人の母親は、卵は入手しやすいが、子どもの1人がアレルギーなので別の食べ物を見つけなければならないことを明らかにした。3人の母親は、自分の子どもが自傷に及んだという連絡を受けたが、その理由は子どもが有名なファーストフードチェーンで食事できなかつたからだった。

食事の回数も大きな懸念事項である。彼女たちは、近所の店で食品雑貨をツケで買わなければならないことがある。ノアさんとシティ ファティマさんは、1日を通して子どもたちに食品の量を決めて分けて与えていると説明した。さもないと食品をすぐに食べてしまふからである。

仕事と家事のバランスを取ることも重要な問題である。3人のうち2人の母親は、職場で柔軟な勤務が可能だが、ノアさんは乳児を職場に連れて行かなければならない。そのため彼女は仕事がはかどらず、そのことが結果的に収入に影響している。

3人の母親すべてが貧困から抜け出したいと強く願っていた。ロハナさんは、自分で事業を拡大させるために、国がシングルマザーを支援してくれれば助かると説明した。ノアさんとシティ ファティマさんもこれに同意した。開業資金が得られれば、2人も自分の商売を始めたいと考えている。■

クアラルンプール、セタバクのデサ・レジャンの自宅で、カレーに入れるゆで卵の殻をむくシティ ファティマ (Siti Fatimah) さん。© UNICEF/Zahri 2019



スナック菓子と砂糖入り飲料のテレビCMは、子どもをターゲットにしている

での買い物はソフトドリンク、スナック菓子、加工肉およびインスタント食品の消費と関連性がある⁴⁹。

都市部の子どもと養育者は、加工食品の販売活動に接するが多く、食品の選択に関して影響を受けている可能性がある⁵⁰。こうした販売活動は、学校近辺を含む都市の公共空間で見られるし、スナック菓子と砂糖入りの飲料などのテレビCMでも確認できる。これはたとえば子どもをターゲットにしたものである。

スラム街の住民などの都市部の貧困層にとっては、栄養価の高い食事の入手可能性が狭まるため、健康的な食事はさらに難しいものとなる。そこでは多くの人が、概して脂肪と塩分を多く含む露店で購入する食品に大きく依存している。低所得と中所得国では、露店での食品購入が家計に対する食費の約4分の1を占めている⁵¹。たとえば、マラウイの都市部での食料不足の家庭は、露店の加工食品を消費することが多かつた。ある研究は、「食料不足の都市居住者は、栄養価の高い食品の入手が限られていることと、精製食品と加工食品を多量に取る食生活の両方の要因によって、健康が損なわれる可能性がとりわけ高い」と結論付けた⁵²。

都市部ではこうした課題への取り組みを行っている。2019年7月時点で、世界中の198の都市が都市食料政策ミラノ協定に調印し、「包括的で回復力に優れ、安全かつ多様性を備えた持続可能なフードシステムを構築し、健康的かつ手頃な価格の食品をあらゆる人に提供する」ことを目指している⁵³。また、「より良い栄養のための枠組(NOURISHING Framework)」は、食環境、フードシステム、生活習慣改善の全体を対象とする施策と行動を提唱している。クリチバ⁵⁴、アムステルダム、大邱、ダカールからロンドンまで⁵⁵、都市レベルの施策や行動には、貧しい家庭を対象として健康的な食品を入手しやすくすることや、学校ベースの政策提言(アドボカシー)および教育の導入、都市部での農

業、および不健康な食品の販売活動に対する規制の実施などが含まれる。

健康的な食事の入手

誰もが健康的な食品を入手できるわけではない。人里離れた遠隔地、またはインフラが貧弱な地域に住む家族は、健康的な食品を売る店に物理的に足を運ぶことが難しい。農地への移動に関する問題に加えて、気候の変化や季節変動によって入手可能性に関する問題はさらに悪化する可能性があり、場合によっては食料不足の恐れが生じ、日々の食事の多様性が脅かされる⁵⁶。

都市化がますます進む世界では、都市部の家族も健康的な食品を見つけることが困難になっている。多くの人が「食品砂漠」に住んでおり、その砂漠の大半が都市の居住区である。こうした地域では、住民が健康的な食品市場をほとんど、あるいはまったく利用できない⁵⁷。こうしたコミュニティでは、ファーストフード店や、ガソリンスタンド、床屋、ジム、ディスカウントストア、金物店、地域の雑貨店、コインランドリーなどの、予想外の場所で食品を購入していることがある⁵⁸。こうした地域では、高カロリーで栄養価の低い加工食品が豊富にあり、「フードスワップ」という言葉を生み出した⁵⁹。

こうした地域は、脂肪と砂糖を多量に含む栄養価の低い超加工食品が豊富にある（また健康的な食品の選択肢が限られているかまたは存在しない）ため、食品砂漠とフードスワップはいずれもその性質上肥満をもたらしやすい環境であり、実際に肥満率が高くなる傾向が高いことが明らかになっている^{60, 61}。低所得者やマイノリティが住む十分な行政サービスの存在しない居住区⁶²には食品砂漠が多く、こうした場所に住むすでに脆弱で不利な環境に置かれている子どもは、過体重、肥満および生涯に及ぶ非感染性疾患(NCD)に苦しむリスクが高い。

スポットライト

中国で増加する子どもの肥満と高まる懸念

急速な経済成長と都市化が進む中国では、1985年以降で栄養不良事情が大幅に変化している。学校に通う子どもの発育阻害は1985年の16%から2014年は2%まで減少したが、過体重と肥満は1%から20%に増加している⁶⁸。

中国は、世界で最も肥満児が多い国の1つとなった⁶⁹。2015年、世界の疾病負荷研究により、中国には1,500万人を超える肥満の子ども(2~19歳)がいることが報告された⁷⁰。中国疾病管理予防センターは、2012年の過体重と肥満の子どもの総数を1億2,000万人としている⁷¹。

男子は、女子よりも過体重と肥満のリスクが高い⁷³。9~11歳に関する2018年の研究によると、男子は21%で女子は12%である⁷⁴。過体重と肥満は裕福な家庭で多く^{75、76、77}、都市部で学校に通う子どもでは大幅に多くなっているが、こうした格差は狭まっており、一部の裕福な地域では収束すら見られる^{78、79}。全体として、過体重または肥満のリスクが最も高い子どもは、裕福な都市部の家庭の一人っ子の男子である。

なぜ過体重と肥満は増えているのか

中国における過体重の増加には多くの要因が存在する。急速な経済発展、都市化およびテクノロジーの進歩は生活様式と行動の変化をもたらした。こうした変化は、子どもの運動量の減少に表れている。植物性食品と穀類が豊富な伝統的な食事(以前は家庭で調理されていた)は、肉、砂糖、揚げものが多い現代的な食事へと入れ替わっており、スナック菓子や自宅外での消費も多くなってきている^{80、81}。また、砂糖入り飲料(SSB)の消費も影響している⁸²。

運動量が減少しているのに食事が減少していないことから、子どもは過体重のリスクに直面している。2006年、中国政府は「全国億万学生陽光体育運動」という全国プログラムを立ち上げた。ここでは、学校に通う子どもの85%に対して、運動と身体活動の機会を増やすことを目指している。毎日少なくとも60分の中程度から強程度の運動を行うというWHOの提言に従い⁸³、生徒の「全般的な」発育の4つの要素の1つとして身体教育が追加された。

しかし、9~18歳の生徒に対する2010年の分析では、WHOの提言を満たしている割合はわずか23%であった。自宅での学習量が多い子どもは運動量が最も少なかった⁸⁴。これはおそらく、「学者になることは、社会の最上層に入ることだ」という中国文化の伝統的な考え方を反映しているものである⁸⁵。つまり、子どもが常に学業を優先して遊びを犠牲にしていることを意味している⁸⁶。

ここで影響しているもう1つの文化的な側面として、豊満な体形が裕福さや、社会的地位、健康の象徴であると考える傾向がある。食品の提供は家族の最優先課題であり、特に祖父母が養育者としての主な役割を果たしている家族では、子どもに過剰な食事を与えることが多い⁸⁷。

中国の子どもの過体重と肥満が危険な水準にまで上がったことを受け、中央政府は国家栄養計画(2017~2030年)および中国健康対策(2019~2030年)において支援と対策が早急に必要であることを強調した。■

図3.1 | 中国の発育阻害、瘦身、過体重の子ども(7~18歳)の蔓延率の変化(1985~2014年)⁷²



注:発育阻害、瘦身、過体重の定義は、WHOの人体計測法の定義に基づく。

子どもは成長する過程で、生涯に及ぶ食習慣を身につけてゆく

食品砂漠とフードスワンプは、通常、高所得国でその存在が確認されるものだが、都市化が急速に進み、同様にフードシステムも変化している低所得国や中所得国でもますますその存在が増えている。たとえば、ブラジル、ホンジュラス、ペルー⁶³ および南アフリカの都市部では、深刻な貧困に苦しみ、人種、民族、所得の不平等が存在するコミュニティ内で食品砂漠が確認されている⁶⁴。世界でも肥満率がきわめて高いメキシコでは、フードスワンプが食品砂漠以上に大きな問題となっている⁶⁵。

食品砂漠に育つことは、子どもの栄養状態と健康にとって深刻な影響を与える。第1に、家族が果物や野菜をあまり入手できない場合、

幼い子どもは重要な発育期に多様性のない食事を取らざるを得ないだろう。第2に、子どもは成長する過程で生涯に及ぶ食事習慣を身につける。このことは、健康的な食事の入手しやすさが改善されたとしても、食事習慣は改善されない可能性があることを意味する。たとえば米国では、フィラデルフィアの食品砂漠内で新たに開店した食品雑貨店は人々の意識を高めたが、コミュニティ内の食事の内容や肥満率は変わらなかつた⁶⁶。

南アフリカ、ポツワナおよびジンバブエなどの国では、定住者ではない人口が多く、非公式の経済活動とジェンダー格差も大きいため、都市のダイナミズムが大幅に異なる。しかし、多様なダイナミズムの一方で、同様の

コラム 3.6 | 食品の価格と栄養

世界の食品価格に関する最近の研究では、健康的で栄養価の高い食品（特に動物性食品（ASF）および乳児用の栄養強化シリアル）は、低所得国において澱粉質の主食および不健康な加工食品よりもはるかに価格が高い（カロリー当たりの比較）。

この世界的な研究は国際食料政策研究所が実施したもので、国や地域で相対的な価格がどのように異なり、こうした差異が子どもの食事習慣と発育阻害の拡大と関係しているかどうかを明らかにすることを目的としている。

この研究では、各国における様々な健康的な食品と不健康的な食品のカロリーあたりの相対的な価格を最も安価な主食（米、小麦、キャッサバ、トウモロコシなど）のカロリー当たりの費用と比較している。たとえば、卵のカロリー当たりの相対価格を5とした場合、米から得られるカロリーと比べて、卵から得られるカロリーの費用が5倍であることを意味している。

高所得国では、ASFが比較的安価であり、澱粉質主食の価格のわずか1～4倍である。一方、発育阻害が最も多いアジアやサハラ以南のアフリカの低所得地域では、ASFがきわめ

て高額となることがある。サハラ以南のアフリカでは、卵、牛乳および乳児用の栄養強化シリアルから得られるカロリーは、澱粉質の主食よりも約9～10倍高い。

この研究によれば、ASFと乳児用の栄養強化シリアルの相対価格が高い国では、乳児と幼い子どもによるこれらの食品の消費がはるかに少なく、発育阻害の割合がはるかに高いことが示されている。この結果は、こうした食品の価格を改善することが世界的な栄養不良の課題に対応する主要な手段となることを示唆している。

この研究では、国民所得に応じて肥満率が上昇する理由にもスポットを当てている。油や脂肪や砂糖は、すべての地域できわめて安価である。しかし、砂糖と脂肪を多く含む加工食品は、低所得国では高価であることが多いが、こうした国が中所得および高所得レベルに達すると価格は急速に下がる。また、不健康的な加工食品は、多くの貧しい国において健康的な食品よりも安価なカロリー源であり、おそらく継続的な栄養不良状況下での肥満増加という二重苦の理由となっている⁹¹。■



結論を示す証拠がある。つまり、食環境の他の側面が不適切な場合、スーパー・マーケットが多く存在しているだけでは、栄養状態の改善には不十分でありうる⁶⁷。

費用とコスト

費用はよく議論される問題である。たとえば、健康的な食品が不健康的な食品よりも高いかどうかに関する議論がある。健康的な食品は、純粋に価格のみを見れば高くないこともあるが、こうした利点も、食品を最初から調理するのにかかる時間的コストなどの要因に負けてしまう可能性がある。

それにもかかわらず、多くの家庭が多様かつ栄養価の高い食品を食べる上で、費用が真的障害となっていることは明らかである。これは、最も貧しい世帯に特に当てはまり、彼らは食品に費やす収入の割合が高い。たとえば、コンゴ民主共和国における調査では、幼

い子どもの食事を多様化する上で、栄養価の高い食品の費用が大きな障壁となっており⁸⁸、一方でガーナでは養育者が最も健康的であると考える食品は、おおむね費用により最も入手しにくいと考えられている⁸⁹。米国では、健康的な食品は費用が高く（価格と調理に要する時間コストの両方）、近所で手に入りにくいため、裕福な家庭と貧しい家庭において果物と野菜の消費格差が生まれている⁹⁰。

全体として、貧しい世帯は、より安価で質の低い食品を選択する傾向がある⁹²。こうした状況は、収入が増えればその家族全体の食事も改善しうることを示唆している。残念ながら、これが当てはまらないこともある。調査では、都市部であれ農村部であれ、家族が食品に多くお金を費やす場合、その対象となるのは健康的な食品と不健康的な食品の両方であり⁹³、収入の増加は利便性の高い食品への支出増加をもたらすことが示されている⁹⁴。

モサンビークのマブトにて、冠水した道路の水たまりを横切る少女。この写真の家屋に住むイボンネ（Yvonne）さんは14人の家族と暮らし、露店で野菜を売って生計を立てている。

© UNICEF/UN0139437/Prinsloo

気候変動ショックは、最も貧しい家庭に最も大きな影響を与え、こうした家庭は最悪の影響を受けるだけではなく、対応能力が最も低くなる



直感に反するこうした結果については、いくつかの説明が考えられる⁹⁵。価格が手頃であること以外の要因によって、健康的な食品よりも肥満しやすい食品に対する購買欲が強められている可能性がある。こうした要因には、利便性や、販売活動による影響、健康的な食品を購入できる店への通いやすさ、栄養に関する知識レベル、その他文化的要因などが考えられる。また、追加で収入が得られたらとしても、女性の側がこれを管理しなければ、お金は子どもや家族のニーズのために使用されないかもしれない。同様に、子どもの栄養不良の他の基礎的決定要因（食品の安全性等）にはいつさい変化が起こらない可能性もある。

フードシステムは今後も変化するため、収入が増えるだけでは、今日の栄養不良の三重苦に十分に対処できないだろう。健康的な食品の入手コストを下げる方法を見つけるのと同時に、知識量の少なさや、ジェンダーの不公平、不公正な販売活動を行う商慣習、食環境と食品供給に関するその他の要因のすべてについて対処していく必要があるだろう。

気候変動ショック

子どもが受ける気候変動と環境悪化の影響にはばらつきがある。たとえば、洪水や台風などの直後の影響では、子どもは下痢などに伴う水系感染症のリスクを最も受けるグループとなり、栄養不良と死亡のリスクが高まる。

継続的な栄養不良と農業生産性の低下は、家族の生計とともに子どもの成長、発育および学習の脅威となり、「苦悩による移住」をもたらす可能性がある⁹⁶。こうした影響は、最も貧しい家庭の子どもに最大の影響を与える。こうした子どもたちは、最悪の影響を受けると同時に、対応能力は最も低い⁹⁷。長期的に

続くまたは頻発する気候関連の災害、気候変動による累積的な影響は、次世代の子どもにも受け継がれてしまうことが多く、結果として世代間の不平等の連鎖が固定化されて強化される。

世界の洪水、嵐、干ばつおよび猛暑の件数は、1990年と比較した時に全体では2倍になつており、壊滅的な結果をもたらしている⁹⁸。新たな危機や、洪水および干ばつにより、2016年と比較した時、食料不足に陥る人は11%増加している⁹⁹。

気候関連の災害は、深刻な食品危機を引き起こしている。農業の損害と損失の80%は干ばつによるものであり¹⁰⁰、子どもと家族が入手できる食品の選択肢と、その品質と価格を大幅に変化させている。これは、農村部（小規模農家、農業労働者および食品を購入する家族）と都市部（食品価格の高騰により入手できる食品が決まる）のいずれにも当てはまる。

食品生産が環境と子どもに与える影響

食品の工業生産は、気候変動や環境悪化が環境に与える影響に対して重要な役割を果たしている。これは工業生産のエコロジカル・フットプリントがきわめて大きく、排出物や汚染に大きく影響するためである。また、きれいな水の大量消費、肥料の使用、農薬の乱用も子どもの栄養状態と健康に対するリスクとなっている。

2012年の研究によると、フードシステムは、全世界の温室効果ガス（GHG）排出の最大3分の1を占めている¹⁰¹。たとえば、食肉の生産増加は、メタンガスの最大の排出源の1つとなっている¹⁰²。肉食を中心とする現在の食生活の傾向が続けば、食品生産がGHG排出によって与える環境への影響は、87%増

スポットライト

子どもの栄養摂取を脅かすバングラデシュの気候変動

バングラデシュ全体で1,900万人を超える子どもが気候変動による災害に直面しており、その4分の1は5歳未満児である。洪水の発生と川岸の侵食により、家族は都市スラムに移住することを強いられている。こうしたスラムは人口過密状態にあり、健康的な食品、教育、適切な保健サービス、衛生設備（トイレ）および安全な水の入手が制限されている。スラムの子どもたちは、自分で身を守らなければならないことが多く、栄養不良、児童労働、児童婚ならびに汚染、暴力および虐待のリスクも大きい。

干ばつや鉄砲水などの異常気象は深刻な農作物の損失をもたらす。人口の60%以上が農業に依存して生活している国では、こうした異常気象により、最も貧しい家庭の子どもが飢える可能性が最も高まる。農作物の生産の減少は、食品価格の上昇ももたらし、最も貧しい家庭が最大の打撃を受ける。

伝染病とそれ以外の病気の増加も、子どもとその家族を脅かす。この増加は気候変動による環境変化と、整備計画を欠いた都市化に関連して生じている。伝染病とそれ以外の病気には、A型肝炎、コレラ、赤痢、腸チフス、デング熱、チクングニア熱などがある¹¹⁷。

ルマ（Ruma）さん、彼女の夫であるアリ・アクバル（Ali Akbar）さん、そして2人の子どもである3歳のスンジダ（Sunjida）ちゃんと9歳のシャハーン（Shahaun）ちゃんは、メグナ川沿いの自宅が繰り返し洪水の被害にあって、ダッカのチャランティカスラムに移住した。「生活費の苦労はありますが、ここでは少なくとも乾いた土地で暮らすことができ

ます」とルマさんは言う。「夫の毎月の収入は7,000タカ（83米ドル）ほどです。家賃を支払って食料品を購入すると、手元に残るお金はほとんどありません。ただ、田舎で暮らしていた時は収入を得られないことがよくありましたが、少なくともここでは収入を得ることができます」。

ルマさんは、沼地に挿した竹竿の上に板を乗せて作った小さな台所を他の10世帯以上と共有している。彼らは最初、プロパンガスを使用していたが、公平に分けて使うことが不可能であることが分かったため、現在は木材を使用しており、スラムの大気の質をさらに悪化させている。ルマさんによると、家族はほとんど毎日、米とレンズ豆を食べており、肉や魚はまれにしか買えない。彼女の息子シャハーンちゃんには、栄養失調の兆候が見える。

家族に健康的な食品を提供するという難しい課題に加えて、ルマさんは安全な水、基本的なトイレ、適切な衛生設備を利用することができない不健康な環境について説明する。このスラムでは電気が定期的に供給されず、1つしかない部屋でネズミや虫が「生活をひどくみじめにしています」と彼女は言う。

バングラデシュ政府は、今年に入ってから、気候変動に関する戦略と行動計画の次段階を開始する予定である。ここでは、最も困窮している最も弱い人々のニーズにさらに注目し、より多くの注意喚起を行い、より多くのリソースを割り当てることで、子どもの栄養、健康、教育、衛生状態、水を確保し、社会的養護サービスを気候変動による影響から保護することを企図している。■

バングラデシュのクリグラム地区にて、冠水した通学路を水に浸かりながら歩いて学校へ向かう子ども。© UNICEF/UN0286416/Akash



子どもは、おとなと比較した時、化学農薬の有害な影響を、最大10倍まで受けてしまう

加すると推定されている¹⁰³。

人と地球の両方に恩恵をもたらすため、EAT ランセット委員会は近年になって、果物、野菜、豆、穀物などの健康的な食品の消費を2倍にし、赤身肉や砂糖が添加された食品など、それほど健康的でない食品の消費を半分にするという食生活の改革を提案した。提案の起草者は、高品質のたんぱく質の必要性など、子ども独自の食事ニーズを踏まえて、この「普遍的かつ健康的な基準食」は2歳以上の子どもが対象であると述べている¹⁰⁴。

食品生産では、きれいな水を大量に利用するが、水不足はすでにあらゆる大陸の子どもに影響を与えている¹⁰⁵。また、肥料は水の利用に汚染リスクをもたらし、農薬は子どもにとって直接のリスクとなる¹⁰⁶。農薬が残った食品を摂取することに加えて、農業に従事する多くの子どもは農薬にさらされている（農業は、児童労働の71%を占める）¹⁰⁷。

出生前に農薬にさらされた胎児は死亡と先天性欠損のリスクが高まり、一方で幼年期に農薬にさらされることで、内分泌系が乱れ、癌や神経発達の遅れをもたらす可能性がある。化学農薬は、おとなと比べて子どもには最大10倍有害であり、急性中毒は通常、死に至る結果となる¹⁰⁸。

生物多様性の喪失

気候変動と環境汚染と同様に、食品生産もまた生物多様性の喪失に加担している。最近の国連の報告は、この問題の規模の大きさに関する警告を発した。すなわち、人間の活動により、100万種近くの生物が絶滅の危機に瀕している¹⁰⁹。土地と水の利用の変化（たとえば、大規模農場または家畜飼育システムのための森林伐採）は、生物多様性の喪失の最も大きな原因として認識されている¹¹⁰。

生物多様性は、健全なエコシステムに不可

欠なだけでなく、食料の確保と栄養状態に直接的な影響を与えている¹¹¹。子どもの食事の多様性も危機に瀕している¹¹²。農業生産物の多様性が損なわれる中、世界の食事はますます均質化している（第1章を参照）¹¹³。米、小麦およびトウモロコシのわずか3種類の農作物が、世界のカロリー摂取の3分の2近くを占めている¹¹⁴。

現在の食生活のパターンと食品生産のあり方を改善しない限り、子どもとその家族、そして将来の世代にとって、食料が不足するリスクと栄養不良の危険性はより高まることが予想されている。これらは気候変動ショックと環境悪化によってもたらされる。

結論

現在の子どもの栄養不良の原因は、1990年より複雑かつ広範に及んでいる。グローバル化、整備計画を欠いた都市化、気候変動に見られる劇的な変化は、最も貧しく社会から締め出された子どもとその家族が強いられる不平等な境遇をさらに悪化させている。世界規模の様々な危機は、子どもの栄養不良を減らす取り組みを停止または逆行させる恐れがある。

同時に、特定の人口グループに対して、必要不可欠な食品を供給しなかつたり、行政サービスを提供しなかつたり、さまざまな資源を割り当てなかつたり、意思決定から排除したりすることは、不公正であり、避けるべきであるという認識がかつてなく高まっている。なぜならその代償を払っているのは子どもたちだからである。

研究者、専門家、実践者はそれぞれが、世代から次の世代へと継承されてしまう栄養不良の原因とそのリスクをすでに把握していて、

これらに関する事例の収集を始めている。問題に対する理解を深め、これに注力することによって、より効果的な支援策を実現し、様々な行動を推進することができるようになる。とは言え、それぞれ異なる人口グループに属する子どもたちが置かれている個別の環境を完全に理解するためには、さらに多くの現地調査が必要である。たとえば、貧困とジェンダーを超えた観点から行われた実証的な研究はほとんど存在しない。現場でこの問題に取り組む実践者は、より規模の大きく持続可能性のある対策を実現するために、格差の背景に横たわる社会からの周縁化やジェンダーによる不平等について、注意を払って長期的にしっかりと見てゆく必要があるだろう。

フードシステムを変革し、子どもの食事を改善するためには、その食事、成長、発育に影響を与える力学として働く様々な要因につ

いて（資源の割り振り、運用、社会規範など）も、より注意を払って見てゆく必要があるだろう（第4章を参照）。これらをさらに細分化し、検討し、理解を深めるべきである。こうした分析を行うことによって、フードシステムがはらむ権力構造を明らかにし、権力が実際にどこで行使されているか理解することで、栄養問題に取り組むコミュニティと社会全体が、変革の可能性を入手し、これを活用することができるようになる。

こうした変革は多くの国すでに実現されようとしている（第4章を参照）。フードシステム、健康システム、水および衛生システム、教育システム、社会的養護システムのすべてを横断する政策やプログラムをより深く連携させ、実行していくことで、力強い変革を実現することができる。■

ケニア北部にて、近所の河川敷でくんだ水をバケツで運ぶ少女。トゥルカナは干ばつの長期化と繰り返すコレラの流行によって、最も大きな被害を受けている地域の1つ。© UNICEF/UN0275168/ Njuguna



特 集

緊急事態における栄養

ユニセフとそのパートナーは 2018 年、緊急事態にある重度の急性栄養不良 (SAM) を抱える子ども 340 万人以上を全世界で治療した。治療数が最も多かったのは、アフガニスタン、チャド、コンゴ民主共和国、エチオピア、ナイジェリア、ニジェール、ソマリア、南スудان、スー丹およびイエメンであった。回復した子どもは 90% 近くに達した¹²⁰。

スー丹では、2019 年 4 月時点での 18 州中 11 州が、急性栄養不良率で 15% を上回った。この数値は、総合的食料安全保障レベル分類の緊急事態を示すしきい値である。毎年、5 歳未満の 240 万人の子どもが消耗症となっている一方で、SAM に苦しむ子どもは 3 分の 1 近く (70 万人) おり、スー丹東部と南スー丹の難民でその割合が高い¹²¹。

歴史的に見ると、緊急事態における栄養状態への取り組みは、主に消耗症（重度の急性栄養不良が見た目に表れる状態）の原因を特定することに注力してきた¹²²。しかし、危機の複雑性と長期化により、緊急事態においては栄養不良が様々な形で発生することが世界的に認識されるようになった。新たな事例によれば、こうした形態には発育阻害や複数の微量栄養素の不足が含まれうることが示されている¹²³。長期にわたる人道的危機により、発育阻害が拡大しており、一方で消耗症率は依然として高い¹²⁴。結果として、栄養問題に取り組む世界各地の指導者たちは、この栄養不良の問題に対して短期的かつ長期的な解決策を組み合わせた方針を採用するようになった。

イエメン

メタエブ (Moteab) ちゃんとその家族が住むイエメンでは、長年にわたる紛争と経済危機に加えて、医療、水、衛生を含む必須サービスの崩壊により、日々の生活は「生き地獄」となった¹²⁷。父親は手押し車による運送を生業としており、この仕事により家族は最低限の食品、つまり朝食のパン、昼食の野菜（通常はジャガイモ）、そして残り物による夕食を賄ってきた。

メタエブちゃんが 2 歳になるころには、貧困と長引く紛争が重なったことにより、生存のための闘いを余儀なくされた。「食べ物も飲み物もすべて吐いてしまいました」と母親は言う。嘔吐、下痢および体重減少を伴う症状が 7 カ月にわたって繰り返された後、母親はアブスの無料

こうした取り組みでは、回避可能な死亡事例を防ぎ、成長を促進することに注力している。ユニセフとそのパートナーは、栄養状態を評価し、対象となる子どもの発見と治療を行い、栄養強化食品と栄養補助食品を提供することにより、栄養不足を防止している。また、母乳育児を推進し、乳児と幼い子どもへの食事提供に関するガイドラインを提供している。こうしたガイドラインは、緊急事態にある命を救う可能性がある。

複雑かつ長期的な緊急事態において栄養ニーズに取り組むには、世界全体で連携を強化し、命を救うために協力し、また現地当局者および各国政府がコミュニティ内での栄養不良に対処し、危機における緊急対応計画を構築するために必要な支援を提供する必要がある。

86% の国際人道援助は、長期および中期の危機に瀕している国に対して行われており、国の自動的な回復力を高める計画が重視されるようになっている¹²⁵。2005 年から 2017 年にかけて、複数の機関による資金拠出アピールを受け取る対象となった危機事例の平均期間は、4 年から 7 年に増加した¹²⁶。

の保健センターを紹介され、メタエブちゃんはここで SAM の診断を受けた。

2018 年のイエメンでは、SAM になった子どもが 40 万人おり、メタエブちゃんはそのうちの 1 人に過ぎない¹²⁸。この人道的危機は、世界の最近の歴史の中でも最悪の出来事の 1 つである¹²⁹。

世界のあちこちで起きている緊急事態にて、メタエブちゃんのような子どもを治療するためには、特別なツールと治療方法が採用される。それは定期的な薬物治療、治療食、個別のケアを、衛生設備（トイレ）や衛生習慣などその他の社会サービスと組み合わせて提供するものである¹³⁰。

たとえばイエメンでは、ユニセフのパートナーは「復旧・移行事業の標準化モニタリング評価 (SMART)」を利用している。この標準化された手法により、信頼性の高い情報を体系的に収集することが可能となり、収集されたデータに基づき、優先的なニーズに資源を割り振る判断を行うことができるようになる。

コミュニティ単位の急性栄養不良管理プログラム (CMAM) もまた世界中の緊急事態における SAM への対応において重要な治療方法の 1 つとなっている。イエメンにおいて、ユニセフとそのパートナーは、アブダビでメタエブちゃんが受けたような外来の食事療法プログラムを 2018 年までに 3,300 件以上支援した¹³¹。

大半の子どもは、そのまま食べられる栄養食品 (RUTF) により自宅で治療を受けられるが、メタエブちゃんの病状は、アスラムの安定化センターでの治療を必要として

いた。このセンターは SAM の合併症になった子どものための 69 のセンターの 1 つである。しかし、地域に戦闘が近づくのに伴い、メタエブちゃんはサナアに移送され、家族と共に病院の食事療法センターで治療を受けるために必要な支援を受けた。

メタエブちゃんが必要とする命を救うための栄養サービスは、無料で家族に提供された。彼が回復に向かい始めたのは、こうしたサービスのおかげである。「アルサビーン病院に入院してから快方に向かっているようです」と母親は言う。「この子はとても良い治療を受けています。現在、特別なミルクを飲み続けるという治療を終えて、周りの人とコミュニケーションが取れる状態になりました」。

さらに母親は続ける。「私は満足していますが、他の子どものことが心配です。すぐに支援とケアを受けなければ、この子と同じ状態に陥ってしまいます」。

ニジェール

ニジェールでは、5 歳未満児の発育阻害の発生率が 41%、貧血が 77% に達しており¹³²、医師たちは予防可能な病気を併発しやすい SAM を頻繁に治療している。ディファの集中栄養リハビリセンターのアバレ・ラオアリ (Abale Laoali) 医師は次のように説明する。「国全体で、深刻な消耗症となり、適切な医療を利用できない子どもは、マラリアの感染率が高くなっています。私たちは、マラリアに感染した子どもは免疫力が低下していることを確認しています。これにより食欲が減り、嘔吐、肺炎または深刻な下痢に苦しみます。この時点で、食料不足、病気の様々な症状、健康の悪化、劣悪な衛生状態、そして避難行動によって、深刻な栄養不良のリスクが高くなります」。

ラオアリ医師の患者、生後 3 カ月のサニ (Sani) ちゃんは SAM、肺炎、マラリアおよび先天性心疾患と診断された。2 年前、母親のファティマ (Fatima) さんは、ボコ・

ハラムが占領するナイジェリアのダマサックを 3 人の子どもと逃れた。彼らはそれ以降、避難状態が続いている。サニちゃんを身ごもったファティマさんは貧血になり、食料不足と強いストレスに苦しんだ。ファティマさんは、シェティマリにある避難拠点に到着した後、サニちゃんを近くの保健センターに連れて行った。「看護師は私に、この小さな赤ちゃんは栄養不良に加えてマラリアと肺炎にかかっており、危険な状態だと言いました」と彼女は言う。「この子は私の母乳を飲むことができず、食欲もまったくなく、何度か吐きました。私はサニが死んでしまうのではないかと不安になりました」。

20 日の入院と医療従事者のアドバイス、ユニセフのパートナーからの支援により、サニちゃんは再び母乳を飲めるようになり、体重も回復した。マラリアの症状はなくなり、酸素吸入器の助けを借りずに呼吸している。■





視点

セサミワークショップのラヤが、 子どもに健康のための生活習慣を伝授

シェリー・ウェスティン

(Sherrie Westin)

セサミワークショップ

社会的影響&慈善

事業部門長

セサミワークショップは、50 年にわたり「Whole Child (知的発達から情緒的発達、社会性の発達まで、子ども 1 人の成長を全体的に支援する)」のカリキュラムに焦点を当て、子どもが学び成長するための科学的で社会情緒的な教訓に加えて、健康と回復力を養うための重要なスキルを教えている。

世界では、たくさんの子どもが健康的な食品を利用できなかったり、幼い頃に病気を患つたことなどが原因で、栄養不良に陥っている。それどころか、5 歳未満児の最大の死因は、栄養不良も含め、肺炎や下痢といった予防可能で治療も可能な病気なのである。

私たちが用いるキャラクターには、子どもに語りかけることで、彼らが取るべき行動の手本を示し、難しい話をわかりやすく伝えることができる大きな可能性がある。それが、セサミストリートの特別マペットであるラヤを私たちが生み出した経緯である。ラヤは長いブレイズヘアの、笑顔がまぶしい 6 歳の女の子で、11 カ国の子どもに 30 の言語で水、衛生設備（トイレ）、衛生習慣（WASH）の観点から命を守るためにレッスンを届けている。このレッスンはワールド・ビジョンとの共同イニシアティブ「WASH UP!」を通じて行われている。

現段階で、私たちの取り組みは肯定的な成果を上げている。ゲイツ財団による支援のもとで行った第三者機関による調査では、バングラデシュ、インド、ナイジェリアにおいて、WASH に対する子どもの知識、態度、行動が目に見えて改善した。ラヤと「WASH UP!」は今後もたくさんの子どもを啓発し、より良

い変化を家庭や学校、コミュニティに持ち帰つてもらえるような取り組みを続ける。

シェリー

私たちの「グローバル・ヘルス・アンバサダー」であるラヤは、この記事を執筆する上での最高のパートナーです。ラヤ、今日は私とお話してくれてありがとう。ラヤは健康でいるためには何をすればよいのか、たくさんことを知っているよね？

ラヤ

もちろん！水を飲む前にそれが安全かどうか確かめることの大切さ、とかね。お友だちによく言うのは、目に見えないくらい小さなばい菌でも病気の原因になる可能性があるということ。そして、私たちみんなの手にはばい菌がどうやって付くかということもね。だからトイレの後や食事の前にはばい菌を洗い落とすために、石けんと水で手を 20 秒間洗うことが大切なよ。

シェリー

安全な水道水がない場所で暮らしているお友だちはどうすればいいのかな？

ラヤ

世界にはまわりに水道水がないお友だちがたくさんいるわ。それでも、ばい菌は洗い流さなくちゃいけないのよ。みんなで一緒に楽しく作れるティッピー・タップ (TippyTap) があるわ。どこでも簡単に作って使うことができる手洗い場よ。そしてトイレが屋外にあるなら、サンダルか靴を履いて行くことがとても大事。足からばい菌に感染することもあるから、足も守らなくちゃ。



ラヤ (Raya)

グローバル・ヘルス・

アンバサダー

シェリー

そうね、ラヤ。それから子どもが病気にかかると、必要な栄養を体内に吸収できなくなることもあるの。栄養がなければ病気を治して健康的な生活を送ることもできないし、十分に成長することもできなくなってしまうわ。これが栄養不良というものにつながってしまうことがあるの。

ラヤ

ということは、病気にかかることと、この「栄養不良」は同じものなの？

シェリー

栄養不良にはたくさん原因があつて、病気はそのうちの1つよ。十分な食料がない場合や、子どもが健康なおとなへと育つのを助ける栄養価の高い食品を十分に取れていない場合にも、栄養不良は起きことがあるわ。

ラヤ

なるほど！ある友だちが、食べ物には色々な種類があることについて教えてくれたわ。シェリーも知ってるお友だちよ。

シェリー

青い毛がフサフサの、あのモンスターね。えっと、名前は……。

ラヤ

クッキーモンスター！

シェリー

彼はお気に入りの話題についてとつても詳しいのよね。クッキーモンスターから何を教わったの？

ラヤ

セサミストリートで、私とお友だちに「ときどき食べるもの」と「いつ食べてもよいもの」の違いを教えてくれたの。クッキーは「ときどき食べるもの」よ。だってご褒美としてたまに食べるべきものだから。でもリンゴは「いつ食べてもよいもの」。だってビタミンが豊富で、健康的な食事に欠かせないものだからね。だからおいしいリンゴはいつでも食べいいのよ！

シェリー

クッキーモンスターが栄養について大切なことを教えてくれたのも、それをラヤがこうして周りの人に伝えてくれているのも嬉しいわ。手を洗う方法はとても簡単に学べることを、ラヤが他の子どもに説明してくれているのと同じね。命を守る行動をラヤから教わった子どもが、今度は自分の家族に伝えてくれているの。

ラヤ

そう！健康的な生活習慣は伝染するからね！

シェリー

こうやって、たくさんの子どもの健康を守る手助けをして、世界に大切な変化を起こしているのね。これからもこの素晴らしい活動を続けてね！

ラヤ

もちろんよ！任せて！■

シェリー・ウェステインは、「セサミストリート」を手がける非営利教育機関であるセサミワークショップで社会的影響・慈善事業部門長を務めている。マスメディアや目的を明確化したキャンペーンを通じて、不安定な状況に置かれた子どもを支援するというセサミワークショップの取り組みを主導している。全世界の子どもが賢くたくましくそして優しい子へと成長するよう支援するというセサミワークショップのミッションを推進するため、主任アンバサダーとして啓もう活動、戦略的パートナーシップの構築、慈善活動の育成に励んでいる。

ラヤは、セサミワークショップのグローバル・ヘルス・アンバサダーであり、元気いっぱいの6歳。安全な水、手洗い、トイレの適切な使用に関して子どもと対話を続け、その進行役を世界中で務めている。ラヤは感染症を予防するため、石けんと水で手を洗い、トイレではサンダルを履くことをいつも心掛けている。子どもには、学んだことを友達や家族と共有し、良い生活習慣を広めていくように呼びかけている。



第4章

栄養不良に対する 取り組み

世界の子どもが直面する栄養不良の本質は変化しており、これまでとは異なる新しい対策が求められている。栄養に特化した介入と栄養に配慮した啓発を今よりもうまく調和させる必要がある。さらに、子どもの食事をより良いものにするため、フードシステムが担う中心的役割と責任を明確にした上で、保健システム、水と衛生設備（トイレ）システム、教育システム、および社会的養護システムと連携を図ることも欠かせない。



- 栄養へのシステムズアプローチには、子どもの栄養状態には複数の決定要因があり、官民を問わず様々なセクターと当事者が連帯責任を負っているという現実が反映されている。
- 近年になってフードシステム改善のための機運が高まっているが、子ども特有の栄養ニーズについては置き去りにされている。子どものニーズこそが、フードシステムの中心であるべきである。
- 栄養に特化したアプローチは、主要な4つの補完的なシステムにとっても必要なものである。これらは保健システム、水と衛生設備（トイレ）システム、教育システム、および社会的養護システムである。

はじめに

これまで長らく、栄養は世界各国の開発課題の中で重要視されてこなかった。ところが近年、栄養が脚光を浴びている。栄養に対して投資を行うことで、社会が得られる利益や経済的な利点が幅広く認知されるようになつたからだ。さらに、効果的な介入施策について多くの調査が実施されるにつれて、各国の政策や方針をめぐる議論では科学的な根拠に基づいた取り組みのあり方がいつそう重要視されるようになった¹。

介入や支援策の方法には非常にさまざまなものがあり、今も増え続けている。たとえば、母乳育児の推進、最も貧しい家庭に対する支援の拡充、よりわかりやすく詳細な情報を含む食品ラベル表示の義務化、鉄分不足による貧血といった隠れ飢餓の症状への取り組み、子どもの食環境の改善、安全な飲用水をあらゆる場所で入手できることなどがある。子どもの栄養状態を改善するために取りうる行動は、非常に多岐にわたっている（そして多くの場合、すでに実践されている）。

ペルーのハナック・チュキバンバ (Hanac Chuquibamba) にて、おんぶされながらパンを食べる赤ちゃん。© UNICEF/Vilca 2019

ただし、これだけではまだ十分でないのは明らかである。だが、希望の光も見え始めている。多くの政府が、栄養状態の改善を目指す戦略の策定に乗り出しているからである。多くの国にとって、これは将来に向けた重要な第一歩を意味する。こうした取り組みによって本当の成果を上げるために、各国政府は重要な3つの現実を直視しなければならない。

- 1つ目は、**幼年期に生じた栄養不良は簡単には治らない**ということ。子どもは年齢に合わせてそれぞれ特有の栄養ニーズを持ち、その機会は取り返しのつかないものである。だからこそ、食品と栄養をめぐる議論では、子どもと若者を中心置く必要がある。
- 2つ目は、**栄養不良の課題を解決するためには関係するすべてのシステムおよびセンターの連携が必要である**ということ。フードシステムは、子どもの栄養ニーズにより適切に応えなければならないが、他のシステムも重要であり、特に保健システム、水と衛生設備（トイレ）システム、教育シス



栄養と持続可能な開発目標



出典：www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/

テム、および社会的養護システムは、それぞれが重要な役割を果たしていて、協調的なシステムズアプローチにはいずれも欠かせないものだ。

- ・ 3つ目は、**政策、戦略、プログラムを定める上で中心となるのは行政かもしれないが、行政だけでは問題を解決できない**ということ。企業や市民社会組織に加え、家庭と子ども、若者自身もそれぞれが重要な役割を担っている。

機運の高まりに呼応した 政府の対応

2008年、コペンハーゲン合意において、栄養介入が世界の発展を目指す上で費用対効果が最も高いものの1つであると結論付けられ

た²。同年、ランセット誌は「妊婦と子どもの低栄養 (Maternal and Child Undernutrition)」と題して革新的な連載を組み、胎内にいる時から数えた子どもの最初の1,000日である栄養摂取の「黄金期」を取り上げた³（後に、拡大する過体重の問題についても検証）⁴。こうした重要な議論が弾みとなり、栄養は国際開発の優先課題として考えられるようになった。複数のステークホルダーを関与させ、様々なセクターを横断する形をとりながら国家レベルで栄養不良の根絶に向けた戦略推進を促す栄養改善拡充 (SUN) 運動が始動するなど、世界的に多くの取り組みが行われるようになったのである。

世界保健総会の掲げる世界栄養目標に基づく国連の持続可能な開発目標 (SDGs) でも、栄養は持続可能な開発の進捗を測る指標の1つであり、同時にその達成目標としても位置づけられている。目標2では加盟国に対し明

子どもの栄養不良の
課題を解決するため
には、関係するすべ
てのシステムを連携
させなければならな
い

現在 163 カ国が包括的または個別の政策、戦略、計画を定めているが、これらは栄養状態の改善と健康的な食事の推進に関連するものだ

確に「飢餓に終止符を打ち、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進する」ことを求めている。実際、SDGs の 17 項目のうち 12 項目に栄養と深く関わる指標が含まれている⁵。こうして世界的に高い目標が掲げられる中、国連総会は「栄養のための行動の 10 年（2016～2025 年）」を発表し、飢餓の根絶とあらゆる形態の栄養不良の予防に向けた世界的なコミットメントを強化した。

こうした世界的な機運の高まりを受け、多くの政府が栄養に対する取り組みの刷新や策定に乗り出している。WHO によれば、栄養および健康的な食事の促進に関する包括的あるいは特定的な政策、戦略、計画を持つ国は、現在 163 カ国に上る⁶。

こうした取り組みの本格化の兆しは歓迎されるが、注意すべき点もある。1 つ目は、現在ある政策の多くがまだ作られて間もないという点である。3 分の 1 が 2015 年以降のものであるから、成果の見極めにはまだ時間がかかる。2 つ目は、各国の栄養政策には、世界保健総会の世界栄養目標に通じる目標や指標が必ずしも完全に含まれているわけではない点である。同一の目標と SMART コミットメント⁷を盛り込むことで、行政に責任を負わせ、栄養介入を効果的にモニタリングするための土台を築くことができる⁸。最後の注意すべき点は、今なお多くの栄養政策および栄養プログラムが相互に連携せず孤立した状態で進められていることが判明している点である⁹。

栄養面の成果を拡大する

各国は、旧来からある多数のセクター（保健や教育）への介入によって、栄養課題への取り組みを加速させている。こうした各国の介入手段の中には、直接的な介入、あるいは栄養に特化した介入と考えられるものがあり、

これらは栄養不良を引き起こす直接的な原因や一部の潜在的原因に対処するものである。これらは特に最も不利な立場にある人々に対して行われ、たとえば母乳育児に関する相談の実施や、重度の急性栄養不良（SAM）の早期発見と治療などがその一例である。その他の介入手段には、間接的な介入、あるいは栄養に配慮した介入と考えられるものがあり、これらは栄養不良を引き起こす全般的な原因や一部の潜在的原因に対処するものである。社会的セーフティネットや教育の拡充、女性の社会的地位の向上に向けた取り組みなどがこれに該当する。

栄養に配慮した介入は、栄養に特化した介入の効果を高めるものである。たとえばブラジルでは、栄養に配慮した社会的養護プログラムとして条件付きで現金給付を行ったところ、栄養不良が関係する子どもの死亡率が低減した。このプログラムでは妊婦と授乳婦を対象とし、彼女たちが産前と産後のケアを受け、栄養と健康がテーマの教育活動に参加するという条件を満たせば、現金給付を受けることができる仕組みである¹⁰。教育セクターも同様に、行動を強く促すための取り組みを始めるよう、行政の側に働きかけている。栄養に配慮したアプローチによって、特に最も弱い立場にある人々の栄養不良に対処しようとしているのだ。たとえば、子どもには幼少期から健康的な食習慣を身に着けさせたり、青少年期の女子を対象に栄養に関する知識を増強させたりといった取り組みが行われている。

セクターの枠を越え、栄養に特化したアプローチと栄養に配慮したアプローチを組み合わせることの利点は明白だ¹¹。しかし、多くの当事者は栄養に特化したアプローチのみに注力したままである¹²。子どもの食事を改善し、あらゆる形態の栄養不良を予防するための取り組みは、当事者とセクターの連携不足によって、しばしば消化不良に終わっている。

だからこそ、栄養不良の撲滅に向けて行動を起こすための政治的コミットメントは、単に問題への関心を高めさせるだけではなく、政治システムと関連団体を動かし、資源をうまく割り振り、協調的な戦略を実行していくことが必要になるのだ¹³。各セクターが個別に成果を上げるだけでは十分ではない。協調的なシステムズアプローチによって、フードシステム自体を変革すると同時に、他の主要システムとの連携を図り、栄養面の成果を大規模に実現することが求められている。

多面的な課題に対する 多角的な対策 - システムズアプローチ

システムズアプローチをとる理由とは何か。第1に、食品、保健、教育といった複数の分野の連携や結び付きが重視されていて、子ども、青少年、女性により良い食事と栄養を届けるという共通の課題が明確になるからである。第2に、栄養不良が単純な決定要因によって直接引き起こされているものだという安易な思考を回避できるからである。システムズアプローチは相互に結び付いた様々な決定要因に着目し、複数の当事者が背負う連帯責任を明らかにし、より幅広い社会団体や行政機関の関心を集め、資源を割り当てて対応を促すことの必要性を浮き彫りにする。

特に5つのシステムが重要な役割を担っている。フードシステムは、子ども、青少年、女性のための対策を講じ、彼らにより良い食事の選択肢を提供しなければならない。保健システム、水と衛生設備（トイレ）システム、教育システム、および社会的養護システムもまた重要な役割を担う。これらは特に個人やその周囲の食環境に焦点を当てて変革を推進し、食事、習慣、栄養面の成果を改善するた

めに必要なものである。大きな成果を出せるかどうかは、ここに挙げた5つの主要なシステムが、しっかりと機能するか否かにかかっている。そのためには栄養に特化した介入と栄養に配慮した介入を、対象者の人生のすべての段階において実現してゆかなければならない（次頁参照）。

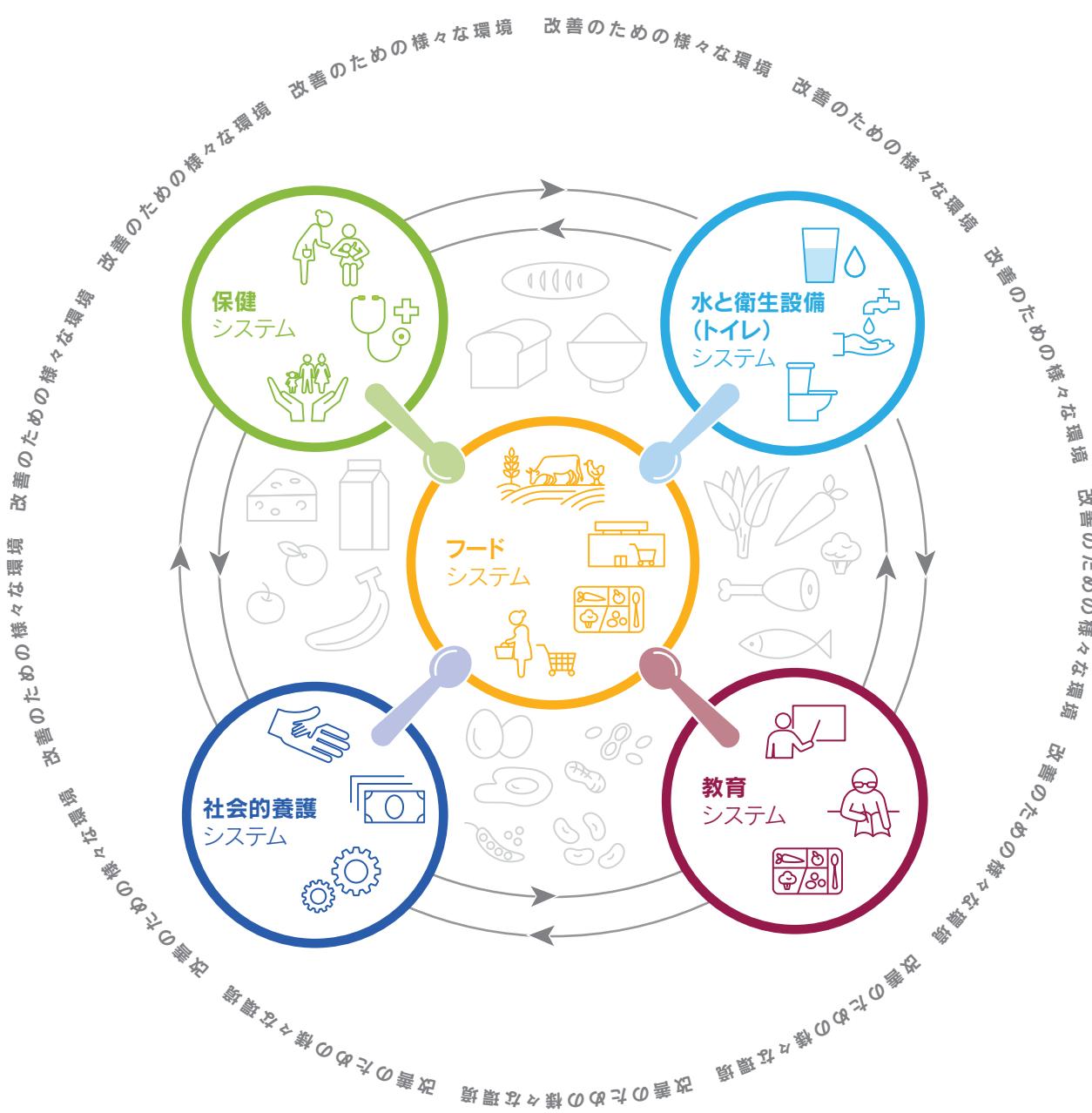
だからといって、他のシステムに出番がないわけではない。たとえば、情報システムは栄養に関するデータを収集して分析し、解釈する上で不可欠であり、子どもの栄養改善につながる効果的な意思決定を適宜行うための土台となる。多くの国でそれ程異なる情報システムがすでに運用されているが、栄養介入への活用方法は様々である。

システムズアプローチは、大規模な栄養介入を行う能力のある主要システムに重点を置いてそれぞれに栄養成果に対する責任を負わせて、各セクターの枠を越えた大きな目標の達成を促す。たとえば多くの国々において、栄養に関する取り組みは、栄養介入を扱う保健セクターのみの管轄であると認識されている。確かに保健システムは具体的な栄養介入施策を幅広く広めてゆく上で重要な経路となるが、食事の多様性など、子どもの栄養不良を引き起こす多くの重要な決定要因は、保健システムが通常取り扱う範囲をはるかに超えている。確実に対策を実行していくためには、保健システムだけではなく複数のシステム間で行動を起こす必要がある。

これをどこでどのように行うかは状況による。栄養改善に向けて複数のシステムを動かしてゆく革新的なアプローチが必要であることは明らかだ。本章で例示するように（特集を参照）、今後の取り組みのための模範的な成功事例は十分に揃っており、学ぶべき教訓もたくさん存在している。

システムズアプローチは、大規模な栄養介入を行う能力のある主要システムにその重点を置いている

多面的な課題に対する多角的な対策: 栄養面へのシステムズアプローチ



システムズアプローチは 様々な主要システムに対し 責任を負わせ、 各セクターの枠組を超えて、 栄養に関する成果を 出すよう求める



フード システム

フードシステムには、食品の生産から消費、そして廃棄に至るまでに携わるすべての行動と当事者が含まれる（第1章を参照）。加工、流通、販売活動、小売といった多数の中間段階も含まれる。フードシステムは食品のサプライチェーン、周囲の食環境、個人の食環境、食品に関する養育者と消費者の行動という、4つの主要な構成要素に分類される。



保健 システム

保健システムには、治療だけでなく予防サービスも含まれる。単なるサービス提供にとどまらず、統治、財務、物品調達、労働、および情報の各システムが、保健システムの重要な構成要素である。保健システムがしっかりととしていれば、家庭の生活習慣を支援し、子どもと青少年、女性が公平に生存し、成長し、発達することが可能になる。



水と衛生設備 (トイレ)システム

水と衛生設備(トイレ)システムは、安全な飲用水と衛生的なインフラ設備の確保につながる政策、プログラム、サービス、設備、当事者で構成される。政策は通常、最も弱い立場にある人々に焦点を当て、彼らの基本的なニーズに応えることを目的としている。子どもも、青少年、女性のために安全な食品と飲用水、および清潔で健康的な環境を確保するには、水と衛生設備(トイレ)システムが盤石であることが欠かせない。



教育 システム

教育システムとは、幼稚園から中等学校に至るまでの子どもに正規および非正規の教育を提供する機関を指す。教育政策は公立学校に適用されがちだが、私立学校も国の教育方針を適用しうる。教員への研修が十分に行き届き、適正な教育体制とインフラ、人的資源が確保された強固な教育システムを、栄養改善のための伝達システムとして活用すべきである。



社会的養護 システム

社会的養護システムは、貧困や欠乏と隣り合わせの経済的または社会的弱者の発生を予防、削減、根絶することを目的とした、公的なまたは民間の施策およびプログラムで構成される。栄養に配慮した社会的養護プログラムでは、子ども、青少年、女性の栄養状態に貧困の影響が及ぶのを抑えることが可能である。通常、強固なシステムでは複数のプログラムを組み合わせ、弱い立場にある人々を養護して貧困の連鎖を断ち切ることに重点が置かれる。

特集

栄養に対する システムズアプローチの実態

栄養不良の課題に対処するためには、フードシステム、保健システム、水と衛生設備（トイレ）システム、教育システム、および社会的養護システムという5つの主要システムを連携させて行動する必要がある。各システムが母親と子どもの栄養改善にどう役立つかを示す具体例は、すでに世界中にある。

フードシステム



主食を対象とした微量栄養素を使った商業的な栄養強化は、隠れ飢餓の撲滅策として最も成功例が多く、費用対効果の高い介入方法の1つである。1920年代、スイスと米国は食塩にヨードを添加する施策を開始した。これによって、ヨード不足による障害の中で最も深刻なものである甲状腺腫とクレチニン病を事実上根絶することに成功し、栄養強化の取り組みの先駆けとなった¹⁴。現在、微量栄養素による精製穀物の栄養強化が、多くの国々で定期的に行われている¹⁵。

商業的な栄養強化は技術的には簡単であっても、行政機関と成熟した食品業界の連携がなくてはうまくいかない。つまり後者が生産工程に特化した集中型の加工拠点と十分な流通インフラを持っていることが条件となる。また、モニタリングと品質管理も必要で、こうした食品の消費を促すための消費者教育キャンペーンも同時にを行うとさらに効果的である。商業的な栄養強化は、人々が中央市場や大規模店舗で食品を購入することが多い都市部においては多数の成功例がある。流通インフラが統一されておらず一様ではないことがある農村部ではその難易度が上がる。

ヨード添加塩の普及と食品栄養強化の拡充

ヨード添加塩の普及は、栄養に関する世界の成功事例の代表格である。今日、ヨード添加塩は世界の86%の世

帯が利用できる状態にある。その結果、1990年代初頭から2016年にかけて、ヨード不足が公衆衛生問題となっている国は、113カ国からわずか19カ国にまで減少した¹⁶。この進展によって、ヨード不足が原因の欠乏症発生事例件数が大きく減少し、何百万もの子どもの知的発達の改善につながった。ヨード添加塩は費用対効果も高く、1人あたりの費用は年間たったの約0.05米ドルである¹⁷。

先進国におけるヨード添加塩の成功例を受けて、それを世界に広めようとする動きが活発化した。1994年、WHOとユニセフはヨード添加塩の普及がヨード不足に対処する上で安全かつ効果的で、持続可能な方法であると公認した¹⁸。しかしながら、東南アジアおよびサハラ以南のアフリカの特にインフラが整備されていない農村部を中心とした地域や、食塩の加工を小規模業者に頼っている国々では、ヨード添加塩の普及がスムーズに進んでいない。食品の栄養強化をどのような形で行うにしても、取り組みを拡充するには政治的コミットメントと食品業界の協力に加え、栄養プログラムをはじめとする国の開発優先事項との結びつきが必要である。こうしたプログラムは、変化し続ける食事パターンにも対応させなければならない。たとえば、食卓塩ではなく加工食品からの塩分消費量が増えていくということは、食品業界は加工食品にヨード添加塩を使用する必要がある。ヨード添加塩は、1日の食塩摂取量を5g未満に抑えるというWHOの推奨にも適合している。食用塩すべてのヨード添加を徹底することで、確実にこの範囲内に収めることができる¹⁹。

食品の栄養強化の拡充

ヨード添加塩の成功を受けて、食品の栄養強化の取り組みが世界中で始まった。米国では、ヨード添加塩に次いで、1933年にくる病の予防を目的として牛乳にビタミンDが添加され、1942年には小麦粉にチアミン、リボフラビン、鉄分の添加が義務化された²⁰。1996年、米国政府は神経管欠損の蔓延を食い止めるべく、葉酸を小麦粉に添加することを義務付けた。神経管欠損の症状として最も一般的なのは二分脊椎症と、致命的な症状である無脳症である。後年の評価を経て、神経管欠損の蔓延率が19～32%低下したことが実証された。同様の改善が見られた国は他にも数多くある²¹。小麦粉に関する新しい栄養強化プログラムの立ち上げは各国で検討されており、たとえば英国のような高所得国においても、小麦粉への葉酸添加が議論されている²²。

現在、南アフリカ、モロッコ、ヨルダン、インドネシア、

メキシコ、およびウルグアイをはじめとする81カ国が小麦粉のみ、またはトウモロコシ粉と米を組み合わせた栄養強化を義務付けている²³。それでもなお、対策の余地はおおいに残っている。世界のすべての国々が小麦粉に葉酸を添加すれば、年間およそ23万人の神経管欠損の発症を食い止められる可能性がある²⁴。こうした取り組みの問題点は、小麦粉の栄養強化に向けた各国の基準が、鉄分、亜鉛、ビタミンB12といった主要栄養素の最低必要量に必ずしも達していないという現実である²⁵。

2015年の「食品の栄養強化に関するアルーシャ声明(2015 Arusha Statement on Food Fortification)」で述べられたように²⁶、様々な重要な行動が今なお未実施のままである。たとえば、食品の栄養強化に向けた基準や規則の監視強化と履行確認、政策およびプログラムを策定するための十分な事例の収集、説明責任の強化と世界各国の報告促進、政策提言（アドボカシー）の継続、追加投資（たとえ大きな額でなくとも）を行うことなどが必要である。

保健システム



保健機関などは栄養面の成果を改善する上で重要な役割を担うが、改善のための機会はうまく活かされないことが多い。国の保健システムが最大限の効果を発揮するには、予防サービスの提供と治療を行うだけでなく、母乳育児をはじめ、栄養面の成果を大幅に改善することができる家庭での有益な生活習慣を促すことも欠かせない。保健システムがこうした役割を果たしている国々の代表格といえるのが、カンボジア、ルワンダ、インドの3カ国である。

カンボジアは、コミュニティの意識向上と産前から産後までのケアの質の向上のために、多額の投資を行ってきた。その結果、専門技能者が付き添う出産が行われる割合が2014年には89%となり、2005年の倍の値を記録した。さらに、医療施設での出産は22%から83%に増加した。特筆すべきは、母乳育児の早期開始率が2014年には63%となり、1998年の10倍を超えたことである²⁷。このプログラムは、新生児に対する母乳代替品の使用の抑制にもつながった²⁸。

ルワンダも大きな進歩を遂げてきた。母乳育児の早期開始をはじめとする食事の与え方についての継続的で集中型の啓もう活動や、「赤ちゃんにやさしい病院」イニシアティブ(Baby-Friendly Hospital Initiative)を実施した。

専門技能者が付き添う出産は、2005年には39%であったが、2014年には91%に増加し、出産のほぼすべては医療施設で行われたものであった。母乳育児の早期開始率もまた、2005年は64%であったものは2014年には81%にまで上昇した²⁹。ルワンダには現在、地域の保健担当者が4万5,000人おり、食事の適切な与え方や安産について母親にカウンセリングを行っている。

インドでは、中央政府と州政府が母乳育児を支える多角的な戦略を実行に移し、大規模なプログラムや効果的な能力強化の取り組みを展開し、強力なパートナーシップの構築や、コミュニティを基盤とした行動促進、啓もう活動などを行った。その結果、2006年には24.5%だった母乳育児の早期開始率が、2014年には44.6%にまで上昇した。新生児の死亡率が最も高かつた7つの州では、2006年の12.5%から2014年の34.4%へとさらに大幅に増加した^{30、31}。

以上の事例から、保健システムの範囲内でも、国が母乳育児のカウンセリングの品質を均一化し、これを改善することで、大規模な成果を達成できうることが見えてくる。上の3カ国のいずれもが、栄養介入に向けた保健担当者と保健機関などの能力強化に成功している。こうした成功例は、特に出生直後の最初の期間に重点を置いて産科施設での母乳育児を制度化し、保護し、促進し、支援することの利点を明確に示している。

水と衛生設備（トイレ）システム



水と衛生設備（トイレ）は、整備が不十分だと下痢や赤痢といった子どもの栄養吸収を妨げる症状を引き起こし、栄養不良の主要な要因となる。そのため、

水、衛生設備（トイレ）、衛生

習慣（WASH）システムの改善を栄養介入と併せて実施することが、発育阻害をはじめとするあらゆる形態の栄養不良を予防する上で不可欠である。こうした取り組みは、パキスタンおよびエチオピアで採用されてきた。この2つの国では発育阻害の子どもの比率が高く、3人に1人を超える5歳未満児が苦しんでいるほか、基本的な衛生設備の利用が今なお国的重要課題となっている。

パキスタンのシンド州において、ユニセフ・パキスタン事務所とパートナーは共同でWASHと栄養介入策の一体型パッケージを導入した。これは重要な最初の1,000日に重点を置いたものだ。WASHの活動では、感染の発生と重症化を抑え、慢性腸炎である環境性腸症を食い止めるに注力した。安全な水の供給の維持、屋外排泄をなくすためのコミュニティを基盤とした取り組みの推進、衛生習慣の改善、サービス供給者の能力開発などの介入が行われた。

課題はまだ残るが、大きな進展が見られている。地域

の保健担当者が動員され、学校では子どもが主体となり、良い衛生習慣を推進するためのWASHクラブが結成されている。合計約92万2,000人の5歳未満児と女性が、微量栄養素の補給を含む一連の栄養サービスを受けてきた。

エチオピアでは、2017年にユニセフが乳幼児WASHプログラム（Baby WASH）を導入した。このプログラムは遊びや食事の際に細菌感染から乳幼児を守ることを目的としている。このプログラムには啓発を行う媒体として、双方向のやり取りが可能なラジオドラマや公共広告（PSA）、母親たちとのディスカッショングループなどが設けられている。

こうした介入は行動の変化につながっている。内部評価を実施した結果によれば、該当するラジオ番組やPSAを視聴した人の約4分の3が行動を変化させたと回答した。また、約半数が以前よりも手を洗う回数が増え、石けんを使っていると回答し、およそ4分の1が屋外排泄をやめたと回答した。同国の保健省でもすでに、この取り組みを国全体に拡充する動きが始まっている。全国的なガイドラインや研修マニュアルの策定に加え、乳幼児WASHを地方に導入する担当者を対象とした全国的な研修プログラムの立ち上げなどが行われている³²。

教育システム



学校を基盤とした食品と栄養に関する介入は、子どもと青少年に健康的な食事と栄養を提供し、その摂取を促す環境を作る上で大きな役割を果たすことができる³³。健康的な食品を選択

するよう子ども（および保護者）を教育し、促すことによって、教育システムは栄養に特化した介入を実施できるだ

けでなく、栄養を考えるための環境を確保することもできる。

教育システムがどのように栄養に特化した成果の拡大に貢献できるかについては、インドで実施された青少年を対象にした貧血抑制プログラムが参考になる。このプログラムは2000年に始まり、まずは5つの州にある公立学校2,000校に通う青年期の女子を対象に先行的にブ

ログラムが実施された。プログラムでは、毎週の鉄分と葉酸補給、毎月の栄養および教育支援、年に2度の寄生虫駆除という3つの主要な介入が行われた。この期間に恩恵を受けた10～19歳の女子は、880万人に上る。1年後、このプログラムによって中等度から重度の貧血の蔓延率が大幅に低下したことが報告された³⁴。

このプログラムの成功から得られた教訓を基に、インド政府は2012年、32の州に暮らす10～19歳の青少年1億1,600万人を対象に鉄分および葉酸を毎週補給

する国家プログラムを始動した。このとき初めて、同プログラムに男子が約4,000万人含められることとなつた。2016～2017年までに、この国家プログラムは対象となる青少年の36%に行き渡り、すべての州が同プログラムの持続可能性を守るための重要な策を講じた。保健家族福祉省、教育省、女性と子ども開発省が合同で推進するこのプログラムは、効果的な栄養改善に向けた、教育システムによるこの種の先駆的取り組みの土台となりうるものであり、複数の行政機関の連携を実現した前途有望な事例である。

社会的養護システム



社会的養護プログラムは、家庭や子どもを貧困から救い出すだけでなく、母親と子どもの栄養摂取を促進する上でも強力な手段となる。条件付きのまたは無条件での現金給付、食料配給、

学校給食をはじめとする多様な介入のすべてが、欠乏による悪影響の長期化を防ぎ、各コミュニティで栄養価の高い食品入手しやすくなるような手段を実現できる。中でも現金給付プログラムは、子どもの栄養状態と健康改善に効果があることが確認されている³⁵。

社会的養護プログラムはラテンアメリカで広く導入されており、多くの国々においてその貧困を削減し、食料不安を解消し、子ども、若者、家庭の栄養状態を改善することに貢献してきた。ブラジルでは、2003年に始動したBolsa Familia（「家族手当」）プログラムが、最初の10年で1,300万世帯以上に広がり、社会全体の健康度と公衆衛生の改善におおいに貢献した³⁶。同プログラムは栄養に重点を置いており、低所得世帯の食品購入を支援して食事の質と多様性を向上させる取り組みにおいて重要な役目を果たした³⁷。また同プログラムは5歳未満児に対して、栄養不良と密接な関係がある乳幼児の死亡率の低減に重要な役目を果たした。ランセット誌に発表されたある研究では、Bolsa Familiaは、産前と産後のケ

アや予防接種キャンペーンなど、母親と子どもを対象とした保健および栄養を改善する行動をとったことに対してインセンティブを与えることによって、5歳未満児の死亡率低減に大きく貢献したことが示されている³⁸。

同様に、メキシコの条件付き現金給付プログラムであるProsperaも、およそ700万世帯に恩恵をもたらしてきた³⁹。同プログラムは当初から、子どもの栄養を主要な要素として据えていた。対象となる家庭には、母親と子どもが定期的にケアを受けて子どもの栄養状態を診てもらう機会などが与えられた。こうした栄養に関するケアを提供する狙いは、各家庭が健康的な食生活を送れるよう、栄養価と安全性が高く低価格の食事を子どもに供給できる力を与えることである。調査結果が示すように、同プログラムは栄養状態を改善し、本来あるべき成長を促すと同時に、家庭と子どもの食事の多様化にも成功してきた^{40、41}。

これらの大規模な介入の事例から考えれば、栄養に配慮した社会的養護システムの重要性は明らかだ。これによって各国は貧困の悪影響を緩和するのみならず、子育て中の世帯を支援できる。これは健康的な食習慣を定着させ、子どもの栄養状態を改善するための柱の1つである。■

すべてのフードシステムは、単に食事を与えるだけのものから、十分な栄養を与えるものへと、その姿を変える必要がある - 特に子どもを対象に

子どもをフードシステムの中心に据える

十分に機能するフードシステム（第1章を参照）がなければ、栄養価、安全性、持続可能性が高く、低価格の食事をすべての子どもに行き渡らせることはできない。ところがこれまで、フードシステムは中心的役割を担っているにもかかわらず、母親と子どもの栄養状態に関する政策やプログラムの中から抜け落ちてしまうことが多かつた。幸いなことに、これに対する意識と取り組みのあり方は変わってきており、国際社会において、フードシステムは特に子どもに対して単に食事を与えるものから十分な栄養を与えるものへと形を変える必要があるという認識が広がってきておりである。

こうした考え方が世に広まる重要なきっかけとなったのが、2014年の「栄養に関するローマ宣言（Rome Declaration on Nutrition）」である。以降、調査や研究によってフードシステムの各側面が明らかにされてきた⁴²。たとえば、栄養およびフードシステムに関する専門家によるハイレベルパネル（High Level Panel of Experts）は、報告書の中で、食事の選択肢を形成する上で食環境が担う重要な役割を詳しく追究するとともに、従来型、現代型、混合型のすべてのフードシステムについて、持続可能性がより高く、より健康的な食事を提供できるようにするための道筋を探った⁴³。

他にも、栄養のための農業とフードシステムに関するグローバルパネル（Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition）による考察では、主要な当事者の役割が強調された⁴⁴。一方、「世界栄養報告（Global Nutrition Report）」では、フードシステムと食環境が健康的な食事提供を確実に行えるようにするために、政府と事業者の役割が重要である点が提起されたりしている⁴⁵。最近では、2019年初頭に EAT ランセツ

ト委員会が、SDGs だけでなく気候変動に関する目標を達成するためにもフードシステムの変革を急ぐことの必要性を強調した⁴⁶。

今こそ、この流れを加速して、すべての国のフードシステムが、子どもや若者のニーズに適合するように徹底すべきである。子どもには特有の栄養ニーズがあることを考えれば、彼らのニーズを各フードシステムの中心に据えることは急務である。考慮すべき主な課題の1つに、食環境での食事の選択肢の幅を広げるための介入策が挙げられる。ここでいう食環境とは、すなわち子ども、若者、養育者と、広範なフードシステムを構成する店舗、市場、レストランとファーストフード店、販売および広告活動などを結ぶ接点を指している。法規制が果たす役割に加えて、事業者や民間セクターが子どもにとってより栄養価の高い食事を提供していくための施策などもまた、システムズアプローチの重要な構成要素である。

フードシステムの変革を法律によって推進

法整備は、フードシステム内の様々な地点において、子どもと若者により良い食事の選択肢を提供する上で不可欠な役割を果たす。たとえば、子どもをターゲットにした不健康な食品の販売活動や、養育者向けの母乳代替品の販売活動を規制したり、不健康な食品に対して課税することによって価格操作を行い消費の抑制を図ったり、栄養価の高い食品の需要を喚起して消費しやすい環境を整えることなどが、例として挙げられる。こうしたことは、すべての事業者に公平な競争の場を提供することにもつながる。

たとえば、規制の枠組みの定番ともいえる「母乳代替品（BMS）のマーケティングに関する国際規準」は、母乳育児を保護し推進すると同時に、母乳代替品の販売活動を禁じて適切なラベル表示を徹底することによって母



乳代替品が必要時にのみ適切に使用されるようとするものである⁴⁷。栄養へのアクセス財団 (Access to Nutrition Foundation) によれば、それでもなお、「ベビーフード業界の世界最大手 6 社が、同規準をまるで満たさない販売活動を通じて BMS を売り続けている」のが現状だ⁴⁸。2018 年 4 月の時点で、194 力国中 136 力国が同規準の規定を反映させた法的な規制を何らかの形で設けていた。そのうちの数力国は、市販の離乳食の不適切な販売行為に対処すべく、懸命な取り組みも行っている⁴⁹。こうした努力があっても、BMS をはじめとする乳幼児に不適切な食品の販売活動に対し、今もなお、ほとんどの国で効果的かつ継続的な対策が講じられていない。

砂糖税

過体重と肥満の急増を受けて、いくつかの

国では、主に砂糖入り飲料 (SSB) を対象として糖類が多く含まれた食品への課税が行われてきた。こうした飲料の消費は世界各地で特に子どもや青少年の間で増えており、過剰に消費すると不健康的な食事や体重増加につながる⁵⁰。「世界栄養報告」によれば、59 力国が SSB に対して何らかの課税を行っている⁵¹。

最近では、2019 年にマレーシアが 2 種類の飲料に対して課税を導入した。対象は、100ml あたりに添加されている砂糖や甘味料の量が 5g より多い飲料と、100ml あたりの糖分が 12g より多いフルーツジュースと野菜ジュースである。国によって課税の対象となる商品や課税の水準、その目的が異なる場合があるため、国をまたいだ砂糖税の比較は簡単なものではない。現時点では、この新しい税制の影響力と効果を正しく評価して分析するのは時期尚早である⁵²。

バングラデシュにて、自分の食料品店に立つ 16 歳のシリン (Shirin) さん。© UNICEF/UN066971/ Mawa

子どもの栄養状態を改善する上で、とても大きな可能性を秘めているのは、民間セクターである

最近発表されたユニセフの報告書では、おまかではあるが、数カ国において課税対象となった商品の消費に対する効果が浮き彫りになっている。たとえばメキシコでは、課税対象である飲料の消費が2014年には5.5%、2015年には9.7%減少した⁵³。また、フランスではコーラの需要が税制導入後1年で6.7%、翌年には6.1%減少した⁵⁴。「世界栄養報告2018」にも、SSB税が良い成果をあげていると判断できる研究結果が記載されている⁵⁵。

栄養情報とラベル表示

食品包装の前面に栄養情報をラベル表示することを法律によって義務付けることは、政策を通じた対策の1つであり、いくつかの国で採用されてきたものである。ラベル表示によって、養育者と消費者（子どもと若者を含む）は公開された情報に基づく選択を行い、口にする商品の見直しを行うことが可能になる。様々な事例が出そろう中で、食品ラベル表示によって、消費者は健康志向の選択を行えるようになるらしいことがわかってきた。これまで情報不足が原因で選択が阻まれていたのである⁵⁶。消費者の行動に最終的に影響するのは、各自の食の好みや、栄養に関する知識量、そしてもちろん食品の種類である。ラベル表示が見えやすい場所にあり、それが誤解のないわかりやすい表現であれば、消費者はミスリードされることなく、より適切な選択ができる。実際の事例からも、うまく作成されたラベル表示は、貧富の差や教育レベルの違いにかかわらず、すべての消費者にプラスの効果をもたらすことがわかっている⁵⁷。栄養ラベル表示がきっかけとなり、各メーカーがより健康的な商品を目指して成分の見直しに踏み切る可能性もある⁵⁸。

食品ラベル表示にはいくつかの方式がある（スポットライト「食品ラベル表示の先駆的取り組み」を参照）。中でも、商品が健康的かつ

有益なものであるか（あるいはその逆か）を簡単に評価して判断を下せる表示方式は、栄養面で気に入った商品を選択する養育者と消費者の行動に特に結びつきやすい傾向がある。たとえば、文字だけのラベル表示よりも、色分け表示の方が消費者を健康的な食品に導く上で効果が高い⁵⁹。最も一般的な方式の中で、理解のしやすさから消費者に人気なのは信号機サイン（複合）方式である。ただし、より最近の調査によれば、警告表示および総合指標（例：栄養スコア）を用いたものを採用した方が、健康的な選択により密接に結びついていることが明らかになっている⁶⁰。特に警告表示は、重要な栄養情報を消費者に伝達する手段として、よりシンプルかつ直接的であるといえるかもしれない⁶¹、⁶²。

そうしたラベル表示の利点には説得力がある。同様に重要と思われる調査が、ラテンアメリカ全体会員で最近行われた。この調査からは、親が子どものために食品を購入する際、包装前面ラベル表示（FOP）に書かれている情報を実際に考慮した上で商品の栄養価を比較していることや、ひと目で理解しやすい方式を求めていることがわかっている⁶³。

民間セクターの役割

民間セクターは、子どもの栄養状態を改善する上で巨大な可能性を秘めている。民間セクターに含まれる小農や中小企業（SME）から多国籍食品企業に至るまで、すべての当事者には、ますます複雑化する世界全体および各地域のフードシステムの変革のため果たすべき役割がある。民間セクターがそのバリューチェーンに対して持つ影響力とその関係性から行われる事業活動が、栄養の損失を減らし、食品の安全性を高め、より栄養密度の高い食品を家庭に届けることを可能にする。こうした一連の活動には、たとえば冷蔵保存、梱包改善、栄養強化、その他加工処理などがある⁶⁹。これは特にSMEが非常に多い国、衛生

スポットライト

食品ラベル表示の先駆的取り組み

今日、チリでは子どもの過体重が急増しており、その数は子ども全体の約半分を占める。同国はこれを受け、子ども、若者、養育者により健康的な意思決定を促し、支援することを目的とし、子どもの食環境の改善を図る包括的プログラムを立ち上げた。

主な取り組みの一つに、国家食品栄養政策 (National Food and Nutrition Policy) がある。これは質が良く、文化的に適切で、人々の健康度を改善できる食品を入手する権利の概要を示すものである⁶⁴。その他の取り組みとしては、革新的な食品ラベル表示法の導入がある。この法律は、子どもの栄養状態を守り、食環境を改善し、十分な情報に基づいた食品選択を促進し、塩分、糖類、飽和脂肪酸の過剰摂取を抑えるためのものである。

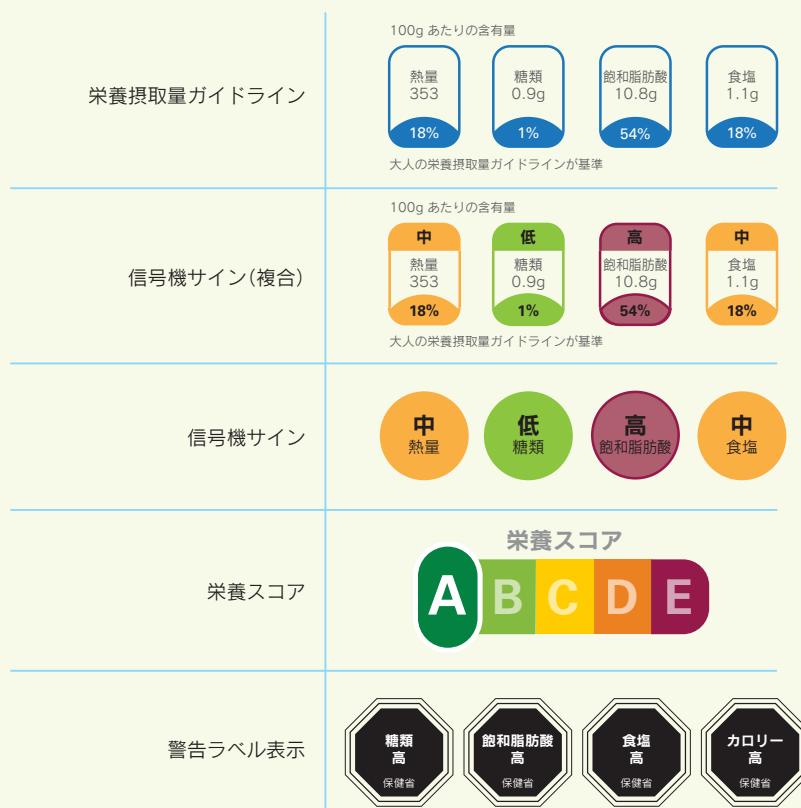
同法は主に5つの主要分野に対処する。新しい警告ラベル表示を包装前面ラベル (FOP) に導入すること、特に14歳未満の子どもを対象とした食品広告を規制すること、食品広告に健康的な生活習慣を促すメッセージを掲載すること、食塩、糖類、飽和脂肪酸を過剰に含む食品の校内販売を規制す

ること、そして健康的な食習慣と活動的な生活習慣につながる取り組みをすべての学校が取り入れることである⁶⁵。

新しい警告ラベル表示のデザインは目を引くものである。黒い八角形に白い文字のデザインで、対象の商品に多くのカロリー、塩分、糖類、飽和脂肪酸が含まれていることを警告する（下図を参照）。

同法とその施行状況に対して行われた評価では、特に子どもをはじめとする国民がこうした新しい表示様式を支持しており、これを容易に理解していることを示している⁶⁶。ほとんどの消費者は、売られている食品の警告ラベル表示を真剣に受け止め、そうした警告が少ないものや、まったくないものを購入したいと考えている。さらに、学校の大半が同法に則り、不適切な食品の広告活動や販売活動を撤廃して健康的な環境を作り、重要な栄養素が含まれた健康的な食品を用意し、身体を動かす機会を増やしている⁶⁷。いくつかの事業者は、不健康な原料の利用率が定められた基準を下回るように、食品の成分見直しを行った⁶⁸。■

食品ラベル表記の実例



フードシステムは子どものために健康的な食品を提供できず、機能不全を引き起こしているようなものである

問題と食品ロスが主な課題となっている低所得国と中所得国において重要である⁷⁰。

多くの場合、民間セクターでは大手企業が市場シェアを掌握し拡大しており、食品の栄養価の増減を左右する絶大な力を有している。その鍵を握るのが加工処理である。食品の加工処理は本来悪いものではない。人間社会はその紀元前から、食品の安全性と栄養価を高め、腐敗を抑制する手段として加工処理を行ってきた。ところが、加工処理によって必須栄養素が取り除かれ、有害な飽和脂肪酸、トランス脂肪酸、糖類、食塩が添加される場合もある⁷¹。第3章で述べたように、超加工食品の消費が急増していることについては、特に懸念すべき理由がいくつか存在している。超加工食品は、非常に多くの場合において、子どもの栄養ニーズにまったく適合していない。

当事者のコミットメントと責務 (アカウンタビリティ)

フードシステムが子どものために健康的な食品を提供できていないのは、さまざまに絡み合った複合的な問題がそこにあるためである。フードシステムの軌道を修正するには、特に政府、家庭、市民社会、民間セクターが一体となって行動をとる必要がある。世界のフードシステムの中で大企業の果たす役割が拡大する中、世界の子どもと家庭に栄養価、安全性、持続可能性が高く低価格の食品を提供していくためには、こうした大企業にも建設的な役割を果たしてもらい、課せられた責務を履行するよう徹底させなければならない。

ビジネス業界の協力

近年、多様な統治体制において、子どもの栄養状態の改善を推進するために民間セクターの協力を得ることや、明確な連携ルールを定義することの必要性が強調されてきた。2004年にはWHOの世界保健総会が、「食事・

身体活動・健康に関する国際戦略 (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health)」という、健康的な食事を推進する上で民間セクターが重要な役割を果たし得ることに着目した戦略を採択した。また、加工食品の脂肪、糖類、食塩の含有量を減らし、販売活動を見直し、消費者にとってより健康的で栄養価の高い選択肢を用意する上で食品業界が担う重要な役割についても強調した⁷²。

2015年には、SDGsの潜在的影響力の強化を目指し、国連事務総長が「女性、子どもおよび青少年の健康のための世界戦略 (Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health)」を立ち上げた。同戦略では、より質の良い栄養と健康的な食品の摂取を支援する上でビジネス界の重要性が強調されている⁷³。一方で、この戦略を後押しすべく発足した独立アカウンタビリティパネル (Independent Accountability Panel) は、政府こそが飲食品業界を取り締まるべきであり、健康的な食品の生産を促進させ、子ども向けの食品の不健康な成分を減少させて、不健康な食品の販売活動を抑制するための法的拘束力のある国際協定を採用すべきであると勧告している⁷⁴。同様に、小児肥満症撲滅推進委員会 (Commission on Ending Childhood Obesity) の報告書でも、民間セクターの積極的な協力を得た上で、彼らに介入実施のアカウンタビリティを負わせる管理体制の整備の必要性が訴えられている⁷⁵。

食品業界自体も、より良い食事、栄養、健康の成果を目指して努力するという公約としてのコミットメントをかねてより表明してきた。たとえば2018年5月には、国際食品・飲料アライアンス (International Food Beverage Alliance) が、工業生産されるトランス脂肪酸を2023年までに世界の食品供給網から撤廃するというWHOの目標と足並みをそろえるための声明を正式に表明した⁷⁶。

飲食品業界に自らの公約に対する責任を負わせ、掲げた目標に対する進捗をモニタリングすることは、これまでの事例からして簡単ではない。たとえば、子どもに対する食品の販売活動といった視点で前例を見ても、食品業界が出している声明には統一感がなく、目標設定も不十分で、必ずしも厳格な進捗管理が行われているわけではなさそうだ^{77, 78}。

アカウンタビリティを徹底させるためには、官民両セクターのしっかりと連携が必要である。子どもにより良い食事を確保することは、関係者すべての連帯責任である。関係者たちはその中で、子どもの栄養状態を改善することの責任を認識するだけでなく、その進展を妨げている可能性のある現行の商習慣などがないかについても見直しをする。法整備と規制が重要になるが、政府から企業に対し、健康的な食品の需要と供給を拡大するようインセンティブを与えるという方法もある⁷⁹。企業は通常後者の方法を好む傾向があり、こうしたいわゆる「アメとムチ」施策が功を奏したという事例も確認されている⁸⁰。

民間セクターの行動を促し、彼らに責任を負わせるには多くの課題がある。子どもと若者のための栄養目標は、民間セクターが見込んでいる商業的な利益の獲得を妨げるため、大規模な変革を行う上で大きな障壁となってしまうからだ。ランセット誌が肥満について最近行った調査によれば、科学的根拠に基づく対策や政策提言は数多くあるが、これらは十分な成果に結びついていないことが指摘されている。この背景には、商業的に見込まれる利益額の大きさと、消費者からの声の不十分さがある。ランセット委員会は、各国政府は政策の策定にあたって、大きな商業的利益に対する悪影響を軽減することで、より効果的な政策を遂行すべきであると強調している⁸¹。

官民両セクターは、現状に対し、子どものために栄養価の高い健康的な食事を提供するための新たな方法を見出すという連帯責任を負う。その方法は、持続可能なものでありながら、現在の仕組みを大きく変えるものでなければならぬ。



ベトナムのティエンビエン省ムオンチャ県にあるファンガイ (Hua Ngai) 小学校にて、栄養価の高い学校給食を食べた後、自分で洗ったトレーを持ち上げる少女。© UNICEF/UN043574/Lister



視点

世界的な栄養危機に立ち向かうため、 食品業界は速やかな行動を

**インゲ・カウアー
(Inge Kauer)**
栄養へのアクセス財団
エグゼクティブ・
ディレクター

子どもたちが何を食べ、何を飲むかは、短期的にも長期的にも彼らの健康と生活に影響する。栄養不足がひどくなると、一方では肥満および食事関連の病気に、他方では発育阻害、消耗症、免疫の低下につながる。世界的な栄養危機は、医療サービスにとってかなりの重荷となっており、国連の持続可能な開発目標の達成を脅かしている。この世界的な問題に立ち向かう上で、民間セクターは中心的役割を果たすことが可能である。

食品・飲料 (F&B) メーカーは、消費者の食事を大きく左右する。所得拡大に伴い、消費者は包装済みの食品と飲料を多く摂取する傾向にある。このことがF&B業界の成長を促しており、特に新興国では市場の成長速度が成熟国のおよそ5倍に膨れ上がっている。2018年「栄養へのグローバルアクセス指標 (Global Access to Nutrition Index)」の評価対象となった世界最大手のF&Bメーカー22社は、200カ国以上に事業を展開し、約5,000億米ドルの売上を達成している。

栄養へのアクセス財団 (ATNF: Access to Nutrition Foundation) は、世界の栄養課題や質の低い食事が引き起こす病気に対処する上で、これらの企業には重要な役割があると考えている。付け加えれば、世界の栄養課題に取り組むための包括的な戦略を採用した企業

は、長期的に見れば業績が上向くだろうと、ATNFは確信している。

「栄養へのグローバルアクセス指標」は、世界の栄養課題に対処する上でF&Bメーカーが果たしている貢献度について追跡し、さらなる取り組みを促していくために作成された。

その成果は着実に出ており、2016年の評価以来、多くの企業が全体的に見てより優れた施策の採用や情報公開を行ったことによって、より良い食事を促進するための取り組みが強化された。中には、特定の食品の栄養強化に踏み切るなど、慈善活動や主要事業の一環として低栄養への対策を強化している企業もある。

2018年のグローバルアクセス指標は私たちを勇気づける内容だったが、今なお改善の余地がかなりあることも示されている。全体の平均スコアはいまだに非常に低いものの、10点中2.5点から3.3点へと上昇し、2016年にはわずか2社であった5点以上の企業が、今回は9社となった。それでも、2018年指標からは企業の商品には今なお栄養の点で改善の余地が大きいことがあることが読み取れる。

インゲ・カウアーは栄養へのアクセス財団のエグゼクティブディレクターとして、外部のパートナー やステークホルダーとの連携を含め、同財団をあらゆる面から監督し、役員も務めている。ATNFに加わる前は、オランダに拠点を置くマネジメントコンサルティング企業のBoer & Croon社の共同経営者であった。国際的な総合広報代理店のPorter Novelli社で上級管理職を務めた経験もある。また、社会的責任を帯びた事業運営と企業の社会的評判をめぐる問題について、食品・飲料業界の様々な企業に助言を行ってきた。



© UNICEF/UNI183010/Quintos

9カ国における企業の商品の健康度を評価した「プロダクト・プロファイル (Product Profile)」による調査では、健康的であると分類できたのは、2万3,000品ある対象商品のうちの3分の1にも満たなかつた。

子どもに優れた栄養を確保するため、様々な企業が行っている取り組みを2018年指標を基にクローズアップしてみると、いくつかの問題がはっきりと浮かび上がる。ヨーロッパ地域における子どもへの販売活動について、WHOが定める食事ガイドラインに適合している商品はわずか14%に過ぎない。子どもへの販売に適した健康基準を満たす商品がラインアップの50%を超える企業は1社もない。その上、責任ある販売活動を子どもに行う上で十分な施策を設けている企業は、今なお少ない。デジタルなど一部のメディアが対象になつていなかつたり、13歳を超える子どもが対象外になつたりする。責任ある販売活動の施策を18歳まで適用対象にしている企業は1社だけであり、これが業界内で最良の方針であると考えられる。2018年指標は、WHOの推奨に適合しない商品を子どもに向けて販売する活動を、インターネット上でもそれ以外の場所でも慎むよう、それぞれの企業に対して勧告を行つている。

母乳代替品の販売活動も、企業が取り組むべき領域である。企業は「母乳代替品のマーケティングに関する国

際規準」に準拠していることを公言しており、数社は2016年指標を受けて施策を強化した。ところが、2018年のグローバルアクセス指標によって、評価対象となったベビーフード企業各社において同規準のガイダンスがいまだに守られていないことが明らかになった。たとえばタイとナイジェリアで行った詳細な調査では同規準への違反が散見され、大手オンライン小売業者が販売サイト上で行う広報活動による違反がその大半を占めた。ベビーフード企業は販売活動に関する施策が同規準に完全に適合することと、先進国だけでなく開発途上国を含む全世界で、幼児用ミルクを含むすべての商品に同じ施策を適用することを徹底すべきである。企業は、母乳育児中の母親を職場でサポートすることもできる。彼女らを応援する柔軟な働き方を可能にしたり、母親の育児休暇制度を強化したり、搾乳して母乳を保管するのに適した設備を設けることなどが可能である。

子どもの栄養状態を支援するために、食品メーカーは健康的な商品を販売することと、子どもが口にするのに適した商品を増やすことについて、より一層の努力をすべきである。それができて初めて、企業は大きな潜在能力を発揮できるようになり、持続可能な開発目標に掲がつているように飢餓を終わらせ、健康的な生活習慣を推進するという目標に貢献できる。■

食習慣を含む健康的な生活習慣を推進するための介入は、コミュニティ側の関与を促すことによって、その効果と持続可能性が高められる

市民社会と コミュニティによる対策

地域コミュニティおよび市民社会組織(CSO)は、子どもの栄養状態の改善を促す上で大きな力を発揮することができる。社会から締め出され周縁化されたグループ(小農、先住民族の子ども、女性)の声を代弁すること、政府と事業者にアカウンタビリティを負わせること、コミュニティの栄養ニーズに直接応えることなどの方法によってそれを実現することができる^{82, 83}。

具体的には、ランセット誌の連載「妊婦と子どもの低栄養 (Maternal and Child Undernutrition)」(2013年)によって、CSOの4つの主要な役割が次のように明確化されている。

- ▶ CSOは、栄養に関する優先事項と行動を、国内および世界に向けて提唱することができる。
- ▶ CSOは、栄養サービス(保健サービスまたは教育サービスに類似)の対象範囲と品質について、アカウンタビリティを徹底させることができる。
- ▶ CSOは、栄養不良の原因に関して状況を踏まえて知恵を絞り、実現可能な解決策を見つけることができる。
- ▶ CSOは、栄養プログラムを導入し、これを実行してゆくためのプラットフォームを形成することができる⁸⁴。

CSOの役割についての懸念事項としては、いわゆる「虚偽の草の根運動」を行う特殊な利益団体(にせCSO)が設立された事例が過去にあった点が挙げられる。彼らは草の根運動に見せかけてソーダ税を要求するなどし、その裏には企業の意図が隠れている⁸⁵。

トップダウン型および ボトムアップ型の変革

栄養不良に対するコミュニティを主体とした対策は、トップダウン型かボトムアップ型のいずれかの形式をとる。トップダウン型の対策は、地域団体を招集し、教育や行動変容を目的としたキャンペーンなどによってコミュニティを基盤とした介入を図り、緊急対応をとるものである。こうした介入は多くの場合、国家レベルで計画され設計されるが、地域団体が実行を担うことで、その正統性が保たれ、透明性のあるものとなる。実際、食習慣を含む健康的な生活習慣を推進するための介入は、コミュニティによる関与を促して、各地域特有の状況を考慮した場合、より大きな効果を発揮することを示唆する事例もある⁸⁶。

ボトムアップ型の対策は、草の根運動を指揮するCSOによる、フードシステムの構造的かつ抜本的な変革についてのアドボカシー(政策提言)などを指す。草の根運動を行うCSOが行動理念とするのは、子どもを中心とした人々の飢餓と栄養不良、土壤と水の保全、食品ロスの削減、食品に対する権利、地元での食品生産、都市部の農業、遺伝子組み換え作物の規制、貿易慣行の変革、若者、女性、先住民族の権利などである。グローバルサウス(南の開発途上国)では、草の根的なCSOにとっての主要な課題として「食の主権」が持ち上がっている。これは、「食品と農業に関する方針を定める権利は、コミュニティ自体に属する」ことを基本原則とする⁸⁷。

その他にもたくさんの草の根的なCSOおよび社会運動グループが、フードシステムの変革と栄養状態の改善を目指して取り組んでいる。たとえばパキスタン漁民フォーラム(Pakistan Fisherfolk Forum)は、漁業関係者の権利と地位向上を推進し、持続可能な水産政策および漁法を通じて彼らの生活を守るた

スポットライト

生存し本来あるべき成長を果たすペルーの子どもたち

ホスエ・アブディーアス (Josué Abdías) さんとホスエ・アブラハム (Josué Abraham) さんの2人は、2000年にペルーのアンデス地方にあるハナック・チュキバンバ (Hanaq Chuquibamba) コミュニティで生まれ、低栄養状態に陥った。この双子の2人は今では健康な青少年となり、大学への進学に向けた準備のさなかにある。彼らの回復は、ペルーでの低栄養との闘いが広く奏功していることを映し出している。ペルーでは、2000年には約3人に1人の子どもが発育阻害に陥っていたが、2人を支えた「子どもの成長支援プログラム」(Good Start Programme)⁹⁵ をはじめとする介入策の効果もあり、今ではその蔓延率がわずか12.9%まで減少した。

ペルーが栄養不良に打ち勝っている背景には、国の確固たる政策、セクター間の連携、成果に基づく効果的な予算配分とモニタリング体制がある。また、コミュニティの自主性も重要なポイントである。ハナック・チュキバンバの地元指導者であり、この双子の父でもあるイヒディオ・サタラウラ

(Igidio Sataraura) さんは、同コミュニティの活動における求心力を強調している。コミュニティは、子どもの栄養状態をモニタリングし、保健および栄養サービスを利用するための経路を確保し、食事の与え方をはじめとする養育習慣に関する知識を広める役目を果たすことに注力したのである。

ただし、ペルーの栄養不良との闘いはまだ終わったわけではない。鉄分不足が原因である貧血を中心に隠れ飢餓の症状が依然として蔓延し、過体重がいっそう増えているという課題が残されている。2018年11月、ユニセフのペルー事務所はあらゆる形態の栄養不良と闘い続けるための戦略について審議するため、政府の代表、学者、CSOメンバーを招集して協議会を設けた。審議の参加者は低栄養が継続していることと、過体重の増加によって生まれる新たな課題を確認し合い、政策、戦略、プログラムの調和を図る上で公共セクターの役割が重要であり、セクター間の継続的な連携と十分な資金調達が必要であると主張した。■

ペルーのハナック・チュキバンバ (Hanaq Chuquibamba) にて、ホスエ・アブディーアス (Josué Abdías) さんおよびホスエ・アブラハム (Josué Abraham) さんと両親。© UNICEF/Vilca 2019



めの活動を行っている⁸⁸。Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST、「土地なし農民運動」) はラテンアメリカで最大級の社会運動である。ブラジルの農地改革と食の主権を原則として、30 年にわたって活動を続けてきた⁸⁹。高所得の国々でも、地元の CSO が現代のフードシステムの改革に向けて取り組んでいる。たとえば英国では、CSO がフェアトレード、オーガニック認証制度、生態学的アプローチ、パーマカルチャー（永続可能な文化や農業を指す）、ローカルフード運動、スローフード運動を推進し、成果を上げている⁹⁰。

CSO は、フードシステム以外のシステムにおいても、栄養状態を改善する上で重要な役割を果たせる。たとえば教育システムでは、肥満を招く学校環境、学校給食、栄養教育についての施策を構想することが可能である。社会的養護セクターでは、社会から締め出され周縁化されたコミュニティの子どもが必須サービスを確実に受けられるように取り組むこともできる。また、CSO が水と衛生設備（トイレ）の改善に向けたコミュニティ主導の計画を支持してきた事例もある。

以上のように、CSO は子どもの栄養状態の改善に貢献できる可能性を秘めているが、現実には施策の取りまとめに携わることは難しい。また、政府や民間セクターにその失策の責任を取らせることもほとんどできていない^{91、92}。それでも、CSO が国内と世界の議論

の場に入り、栄養に関する優先事項と施策の形成に加わった事例は存在する。栄養改善拡充 (SUN) 運動には、2,000 を超える地域団体によって構成される市民社会ネットワークも参加しており、SUN 加盟国の中でも栄養を主軸とした活動を推進し、その協働体制を支援した⁹³。国連の世界食料安全保障委員会には、民間が参加できる制度がある。これにより、包括的な施策の議論において市民社会の参加を徹底させるためのインクルーシブな（誰もが受け入れられる）場を設定している⁹⁴。

結論

本章から言えることは明白である。子どもの栄養状態の改善に貢献している支援策は、大小を問わず世界中に数えきれないほどあるが、その一方で、発育阻害、消耗症、隠れ飢餓の犠牲者は今なお出続けており、過体重の割合も高まっている。対策の余地がまだ大にあることは明らかだ。栄養不良の課題に正面から向き合うためには、子どもが持つ栄養の権利をフードシステムの中心に据えて、その他の主要システムについても栄養面の成果を優先させた大規模な取り組みが必要となる。その実現方法については、本書の最終章となる次章で、政府、事業者、市民社会を動かし、21 世紀の子どもたちの食と栄養を改革するための 5 大原則を提唱することによって明らかにする。■



特 集

食品の販売活動が子どもの食事に与える影響

個人の食の選択および食習慣に、単なる各自の好みとは比べ物にならないほど大きく影響するのが、食環境である。食環境とは、食品の入手可否と利用しやすさ、手頃さ、好みといった要因の全体を指す。**食環境において消費者の行動と子どもの食事に重大な影響を及ぼすのが、販売活動である。**

所得の高中低を問わずさまざまな国において、時と場所を選ばず展開される影響力の強い販売戦略に子どもがさらされる場面がいっそう増えている。広告、子どもを引きつける食品包装、デジタルキャンペーンのすべてが、不健康な食品、中でもファーストフードや、塩分、糖類、脂肪を多く含む超加工食品、砂糖入り飲料の需要と消費を駆り立てている。これらすべてが相まって、子どもの過体重のリスクを高めている。

WHO の小児肥満症撲滅推進委員会 (Commission on Ending Childhood Obesity、略して ECHO Commission) は、「不健康な食品および砂糖入り飲料の販売活動が幼年期の肥満につながっているという明白な科学的根拠がある」と述べ⁹⁶、食品の販売活動は、過体重と肥満の増加に直接的な関係を有し、それらが子どもの健康と栄養状態を間接的に傷つけているとしている。たとえば、オーストラリアの 10 ~ 16 歳の子どもを対象にした調査では、食品に関するオンラインコンテンツ、特にビデオ広告の閲覧が多い子どものほうが、不健康な食品を摂取しやすいことが明らかになった⁹⁷。他にも子どもに向けた食品の販売活動の範囲、性質、影響を調査した複数の系統的レビューがあり、さらに後続するレビュー論文でもこうした事例が再確認されている⁹⁸。

高所得の国々において健康的な食事を推進するために政府および市民社会が進める活動は、非常に難航している。北アメリカおよび西ヨーロッパでは、不健康な食品の販売活動に投じられる費用のほうが、不健康さを抑えた食品や健康的な食品に対する額よりも高額となっている。米国では 2012 年にファーストフードの総広告費が、牛乳、水、野菜、果物の合計広告費の 12 倍を超えた⁹⁹。英国では、不健康な食品の宣伝費用が、健康的な食習慣

に対する政府の投資額の 30 倍に上っている¹⁰⁰。22 カ国を対象に行われた最近の研究では、健康的な食品の広告 1 つに対し、脂肪、糖類、塩分を多く含む食品の宣伝が 4 つ存在し、こうした不健康な商品のテレビ CM は子どもがテレビを見ることが多い時間帯に最も頻繁に放送されていることがわかつた¹⁰¹。世界的に見て、業界ごとに自主規制型のイニシアティブがとられているにもかかわらず、子どもの周りには不健康な食品や飲料の販売活動がはびこっている。

店舗での販売活動（リテールマーケティング）もまた、子どもにとっては大きな脅威となっている。メキシコで最近行われた研究では、不健康な食品を子どもに向けて訴求することだけを目的とした陳列テクニックが、店舗で採用されていることがわかつた。たとえば、商品を子どもの目の高さに合わせて陳列したり、おまけ付きの宣伝を行ったり、映画や漫画に登場する国民的なキャラクターを使用するといった具合である¹⁰²。

低所得の国々では、超加工食品、ファーストフード、砂糖入り飲料を取り扱う製造業者と販売業者にとってのチャンスがかつてないほど生まれている。2011 ~ 2016 年の間に、ファーストフードの売上はアルゼンチンで 254%、インドで 113%、ベトナムで 83%、エジプトで 64% 増加した¹⁰³。デジタルマーケティングはテレビや紙媒体を使った従来の手法と比べて効果的かつ拡散しやすいため、食品の販売活動が生む影響がいっそう不安視されている。ヨーロッパで行われた分析では、オンラインマーケティングをその他のメディアと組み合わせて行うことで、テレビ CM および映画広告の場合は投資回収率が 70% 近く拡大したことがわかつた¹⁰⁴。世界のインターネットユーザーの 3 人に 1 人が、子どもであ



セルビアのベオグラードにて、スマートフォンのゲームで遊ぶ8歳のアレクса (Alekса) 君と12歳のコスタ (Kosta) 君。デジタルメディアによって、不健康な食品の販売活動の子どもに対する範囲と影響は拡大している。© UNICEF/UN040855/Bicanski

ると推計されている。開発途上国ではインターネットアクセスが主にスマートフォンを通じて行われることが多く、食品販売業者が事実上いつでも子どもに訴求することができる格好の広告チャネルが生まれている¹⁰⁵。

デジタルメディアがマーケティングチャネルを増幅し、そのターゲットと影響力を拡大している背景には、心理的、技術的、構造的な理由がある。1つ目は、デジタルメディアによって、広告メッセージの「マイクロターゲティング」が実現し、最も影響を受けやすい人々を特定して狙えるからである。2つ目は、デジタルメディアによって、絶えず変化し続ける斬新でクリエイティブな広告表現が可能になるからである。たとえば、ゲームやユーザー同士の写真や動画共有システムは、人々を魅了して没頭させることで、販売側の訴求力を増幅する。3つ目は、没入性が高く、面白く、拡散力が高く、見飽きさせないデータ駆動形の広告テクニックが、すでに多くの子どもの間でも広く知られるようになってしまっていることである。

食品の販売活動がもたらす影響の拡大を受けて、2010

年5月、第63回世界保健総会では、子どもに対して行われる食品およびノンアルコール飲料の販売活動に関するWHOの推奨事項が全会一致で承認された¹⁰⁶。WHOは加盟国に対し、子どもに対する不健康な食品の販売活動を取り締まり、栄養価の向上を推進し、幼年期の肥満に終止符を打つというコミットメントに貢献するよう促している。WHOは、食品業界が行っている自発的で自主規制的な取り組みとは対照的に、法整備を通じて法的な拘束力を持つルールを設けることを推奨している。

最近、79カ国を対象とし、食品の販売活動に関する施策と、その売上について評価する研究が行われた。2014年までに効力のあった規制と2002～2016年の食品の売上を評価したところ、不健康な食品の販売活動に対する規制がない国では、そうした食品の売上が伸びた一方で、規制導入後は売上が低下したことが明らかになった。そして注目に値するのは、自発的な規制を業界に任せていた国の中には不健康な食品の売上が拡大した国もあつた一方で、法律による規制を設けていた国では売上が縮小していたことである¹⁰⁷。■



視点

小児肥満と闘うメキシコの草の根運動

アレハンドロ・カルビージョ・ウニヤ
(Alejandro Calvillo Unna)
メキシコ El Poder del Consumidor 事務局長

アレハンドロ・カルビージョ・ウニヤは、グリーンピース・メキシコの創設に携わった。グリーンピースには12年間勤務し、うち5年はエグゼクティブディレクターを務めた。2006年にはメキシコの市民社会団体であるEl Poder del Consumidor (EPC、「消費者パワー」の意味)を設立し、事務局長の職に就いている。EPCは、ソーダ税の創出、学校での食品と飲料販売に対する規制の義務化、子どもに向けた販売活動に対する規制の導入を実現する上で中心的役割を果たしてきた。同氏は肥満に関するランセット委員会のメンバーであり、WHOの諮問委員会にも貢献してきた。

世界中で小児肥満が蔓延しつつある。科学界や国際機関は一様に、超加工食品と砂糖入り飲料 (SSB) が食生活に大量に入り込んだことがその主な理由であると考えている。だが、超加工食品が引き起こす健康被害が科学的データによって実証され、世界保健機関 (WHO) がそうした商品の消費の削減を提唱している中で、食品や飲料業界の大手多国籍企業は、これに断固として異議を唱えている。

非営利組織は、こうした強い勢力を抑え込み、肥満の世界的蔓延を食い止めるための政策提言を行うという重要な役割を担っている。調査を行って科学的根拠を見出す学術団体は、国の政策に目立った効果をもたらさないことが多い。大抵の場合、研究成果は科学雑誌には掲載されるが、立法する側には知られないまま終わってしまう。学界と市民社会が手を取り合うことで、変化を起こすことができる。前者が科学的根拠を見出し、それに基づいて後者が政策提言のための活動を行うのである。

肥満根絶につながる公衆衛生上の政策と、子どもにとって健康的な環境を作るための規制を目指して闘う非営利組織は、メディアで議論を展開し、肥満防止政策につながる世論を生む上できわめて重要である。

社会運動には、ジャンクフードやSSBの宣伝活動に費やされているような多額の財源はないが、情報を提供することで一般社会の意識に変化をもたらし、子どもを中心とした人々の健康を守るための行動が急務であるという危機感を醸成することができる。

2013年、我々はメキシコでSSBの600mlボトル（最も標準的な容器サイズ）1本に含まれる砂糖の量を知らしめる簡単なキャンペーンを立ち上げた。メキシコは2011年時点で世界最大のSSB消費国だった。キャンペーンでは消費者に対して2つの画像を公開した。1つ目のキャンペーン広告には「スプーン12杯の砂糖はいかが? ソーダは甘いけど、糖尿病は甘くない」というキャプションを添えた。2つ目のキャンペーン広告には、男の子と女の子にソフトドリンクを渡すおとなの手を映し、「スプーン12杯の砂糖も与えるの? そのソーダを飲ませていいの?」と添えた。道路脇の大型看板や市営地下鉄の駅構内に掲示されたこのキャンペーン広告は、甘い飲料にどれだけの砂糖が含まれているかまったく知らなかつた消費者に衝撃を与えた。

キャンペーンはSSBの消費拡大と糖尿病に起因する死亡事例の増加についてのデータで裏打ちされており、我々はこれを通じてSSBへの課税を提言することができた。2014年、この取り組みが奏功し、メキシコ連邦税制改革の一環として、およそ10%の特別税がSSBに課されることとなつた。

¿Les darías 12 cucharadas de azúcar?



© El Poder del Consumidor, Mexico

EPCはSSBへの特別課税を要求すると同時に、子どもの肥満を招く環境を変えるために、複数の規制の導入についても政策提言を行った。不健康な食品および飲料を子ども向けに宣伝することを禁じたり、これらの商品を学校から排除したりする規制の提案である。2014年には、食品と飲料に関して学校による指針の制定を義務化するための法整備を後押しすることにも成功した（ただし、実際の施行に必要な政治的意志は現在も欠如している）。法律では、特定の時間にテレビや映画で子ども向けにこうした商品を宣伝することが禁止されており、食品と飲料の容器には包装前面（FOP）ラベル表示が義務付けられている。

ただし、法令によって定められたこれらの規制は利害関係の大きな対立を内包し、食品業界の利害によって影響を受ける。したがって、食品業界が自らデザインしたFOPラベル表示は、消費者にはわかりづらく、そこで推奨されている糖類の基準も実のところ健康へのリスクをはらんだものである。子どもに向けた宣伝活動に対する規制は、実際には見せかけに過ぎない。子どもがテレビを最もよく見る時間帯と番組が対象外であるだけではなく、街の路上やインターネット、その他のメディアでの宣伝活動やギフトやプロモーションの使用を通じて子どもに不健康な商品の消費を勧める行為も規制されていないのである。

これを受け、我々はFOPラベル表示に対する複数の訴訟を提出することにした。うち2つの訴訟で、我々が勝訴した。問題のFOPラベル表示が、健康的な食品、情報、最善の利益に対する子どもの権利を侵害していることが立証されたのである。それと同時に、科学界からは不健康な食品および飲料に対するFOPラベルで警告表示を行う提案がなされた。糖類、脂肪、塩分が多い商品の場合、消費者にわかりやすく警告を示すものである。

我々は調査も実施し、メキシコの学校が今なお肥満を誘発する環境にあること、行動指針が守られておらず実効性を持っていないこと、さらに教育当局は子どもに健康的な環境を保証するための義務を果たすべきであることを明らかにした。

一部の事例では、市民社会による多様性を基盤とした運動がなくとも、保健当局と立法者が共に公益のために尽力するチリのように、肥満の蔓延と闘うための政策を押し通してきた国もある。ただし、ほとんどの場合、改革を推進するためには、こうした市民社会団体の活動が今なお非常に重要である。市民社会と学術団体が共に協力し、共通の目標を果たすためには、第3のパートナーが必要不可欠となる。それは人々の健康問題の改善に向けて真剣に取り組む立法者と官僚である。彼らには、巨額の利益の獲得を見込む既得権益層と闘う意志が必要となる。■



栄養に対する様々なイノベーション

改良された新しいデジタル身長計

幼年期の子どもの正確な身長データを集めるのは、そう簡単なことではない。こうした中、子どもが楽な姿勢でより正確に計測できる新しいデジタル身長計が設計され、現在試験中である。測定精度が上がり、各国政府と医療関係者は子どもの成長率をより正確に把握することができる。



© UNICEF, 2019

よりおいしくなったカンボジアの子ども用の栄養治療食

カンボジアでは3人に1人の5歳未満児が発育阻害または低体重に陥っているが、重度の急性栄養不良を患う子どものうち、治療を受けているのはわずか6%に過ぎない。栄養治療食をより魅力的なものにし、ミルクが主原料の輸入品よりもその価格を安くするために、カンボジア水産庁、フランス国立開発研究所、ユニセフが共同で開発したのがNutrixである。微量栄養素を豊富に含み、カンボジアの子どもの味覚に合わせて作られたNutrixは、魚、米、豆を原料とし、地元で生産されている。

革新的パートナーシップ - 小児肥満を予防する新しいアプローチ

親なら誰でも、健康的な食品を子どもに食べさせることの大変さを身に染みてわかっている。2018年、ヨーロッパの一流家電ブランドであるBekoは、子どもが家庭で健康的な食事をとれるよう促すことで小児肥満の予防を目指す、世界的なキャンペーン「#EatLikeAPro」を立ち上げた。Bekoはスポンサー契約を結ぶFCバルセロナの協力を得て、スター選手たちの健康的な食生活やお気に入りのレシピを#EatLikeAProのウェブサイトで公開し、子どもにとって健康的な食事を保護者が準備するよう啓発に乗り出した。このキャンペーンは世界中で脚光を浴び、1億4,000万人を超える人々に届けられ、結果として2,800万回もの閲覧回数を記録した。

健康的な食生活の重要性を世界に周知し、より草の根的な影響を広げるため、Bekoはユニセフと手を組んだ。ユニセフは2006年からFCバルセロナと共にスポーツを通じて子どもの権利と教育を推進する活動を行っている。基金を募るために、BekoとFCバルセロナは6億5,000万人以上が観戦するエル・クラシコ戦の機に乗じて、ハッシュタグ「#EatLikeAPro」の共有キャンペーンを開始した。ハッシュタグが使われるたびに、Bekoからユニセフへ1ユーロが寄付される。ハッシュタグの共有は開始後11日で167カ国にまで広がり、基金は100万ユーロに達した。この基金はラテンアメリカの6つの国におけるユニセフのプログラムを支えるものであり、増加を続ける過体重と肥満の根本原因への対処に役立てられている。



© Marc Ensenyat

2019年5月、Bekoはユニセフの技術的アドバイスと、FCバルセロナとバルサ財団の協力を得て、18カ国に暮らす6～10歳の子どもたち1万3,500人以上を対象とした調査を行った。憧れの選手やロールモデルが健康的な食生活を送っていると知った時、自分たちも食習慣を改めようと思うのかどうかを調べるためにある。すると、圧倒的多数の80%の子どもたちが「改める」と答えた。これを受け#EatLikeAProではオンラインキャンペーンにFCバルセロナのジェラール・ピケ(Gerard Piqué)選手を起用、彼が小学校で健康的な食習慣を子どもに勧める姿を配信した。このキャンペーンは開始後1カ月で再生回数1,500万回を突破した(*注)。こうして3者間に類を見ないパートナーシップが実現し、#EatLikeAProは世界に浸透し重要な意味を持つソーシャルキャンペーンとして賞を獲得するまでになった。

(*注) 再生回数等のデータはBeko提供による

人工知能（AI）の画像分析技術で栄養不良を判定

子どもの上腕周囲経と体重身長比を測定するという従来の方法には、時間、機材、そして研修を受けたスタッフが必要である。超高速栄養状態判定法（MERON: Method for Extremely Rapid Observation of Nutritional Status）は、新しい技術である顔認識と機械学習機能を活用すること

で、緊急事態状況下における6～59カ月の子どもの栄養不良を、人間による判断を介すことなく、つまりミスなく正確に評価できる。子どものデジタル画像を分析することで、アルゴリズムが対象者のボディマス指数（BMI）を推計するのだ（子どもの安全を守るために撮影された画像は保存されない）。子どもにとって楽な姿勢で高速で測定が可能なこのツールは、他の既存の測定方法を入れ替えるものではなく、むしろ補足するものとしての利用が見込まれている。



© Kimetrica

この食品には何が入っているのだろう？ バーコードをスキャンして確認が可能に

オーストラリアからインド、フランスに至るまで、多くの消費者がスマートフォンを使って包装食品に付いているバーコードをスキャンし、食品に含まれる糖類、塩分、脂肪の量を確認している。FoodSwitch アプリを介して集まった栄養情報は包装食品3万4,000種類を超える。オーストラリアではその情報が、糖類を多く含む包装食品に対するHealthStarRating（健康ランクの星表示）食品ラベル表示制度の改善に活用された。インドでは、大手食品メーカーが販売する包装食品の健康度を評価するためにFoodSwitchが用いられた。

Open Food Factsは、150カ国の人々によって入力された7万5,000品以上の栄養情報が蓄積されているオープンソースのプラットフォームである。フランスの国民栄養健康プログラム（French National Nutrition and Health Programme）では、これが栄養ランクのスコアを検証するために活用された。消費者が作り出すこうしたデータベースは、市場調査企業からデータを購入するよりも費用対効果の高い代替策になることが実証されつつある。

インドのデータに基づく対策 - 栄養不良の三重苦に取り組む

インドでは、2016～2018年に全州にわたって全国総合栄養調査（CNNS: Comprehensive National Nutrition Survey）が実施された。未就学児、学齢期の子ども、および19歳までの青少年の栄養状態を詳細に調べるための、国主導の最大級の取り組みである。

この大規模な1回目の調査で、微量栄養素の不足度と深刻さ、体脂肪分布と非感染性疾患（NCD）の栄養上のリスクファクターに関する情報、子どもの栄養状態と認知能力発達の関連性などが、初めて評価されることになった。この調査は前例のない規模であるとともに、CNNSではデータの品質を保証するために革新的な方法を採用した。たとえば、モニタリングにショートメッセージサービス（SMS）を使ったり、生体試料の収集や実験室の試験で標準的に採用されている手法を用いたりした。

メガ・ミッタルとアディティア・ミッタル（Megha & Aditya Mittal）夫妻の慈善活動と協力して実現したこの調査で特筆すべき発見は、ビタミンA不足は季節によって波があること、貧血の蔓延率には男女間でかなり差があること、そして過体重と肥満の増加さらに糖尿病の脅威が学齢期の子どもに及んでいることが明らかになったことである。



© UNICEF/UN052963/Matta

これらの調査結果が、インドが意欲的に推進する子どもの栄養プログラムの礎となった。また、新たな政策の提言を行うための基礎にもなっている。ビタミンA不足に対処するために食事の多様化と食品の栄養強化を拡充すること、栄養不良の三重苦に立ち向かい、生涯にわたる健康的な食生活を習慣化するためのプログラムを幼いうちから開始することなどが提言されている。



第5章

子どもが栄養を摂る 権利を最優先とする 行動指針

子どもの栄養不良に対策を講じる際、けして忘れてはならない言葉がある。それは「行動」である。私たちは、子どもの食環境を改善し、優れた食品の供給を強化し、需要を喚起するフードシステムの中心的役割が反映された行動を取らなければならない。また、私たちは、保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、社会的養護という、フードシステムを支える各主要システムの役目が織り交ぜられ、反映された行動も取らなければならない。そして、行動にはあるものが必ず伴わなければならない。それは、「アカウンタビリティ（説明責任）」である。進捗を測定して共有しながら、それを基に行動を進め、成果を評価する必要がある。

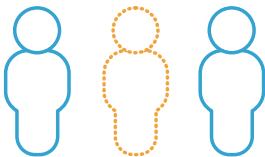


子どもの栄養状態を改善するためには、次の5つの重要な対策が不可欠となる。

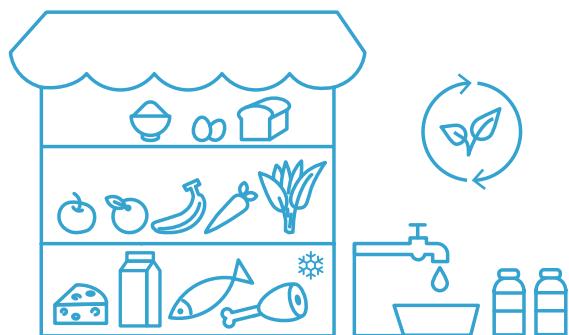
- 栄養価の高い食品に対する家庭、若者、子どもたちの需要を喚起すること
- 食品供給者に対し、子どもたちのための行動を促すこと
- すべての子どもたちのための健康的な食環境を築くこと
- 補完的な複数のシステムを協働させてすべての子どもたちの栄養状態を高めること
- 良質なデータとエビデンスを定期的に収集、分析、活用し、行動の指針として進捗を確認すること

子どもの栄養を第一に

子どもの3人に1人が
発育に問題を抱えている

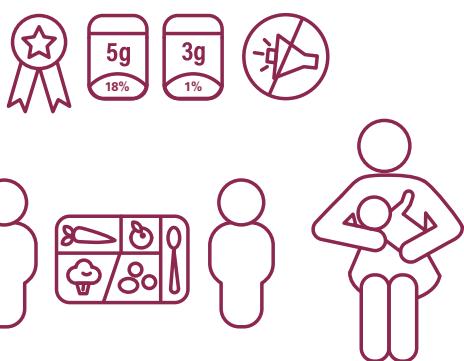


すべての子どもが
健康に育つためには



1 栄養価の高い食品に対する家庭、若者、
子どもたちの需要を喚起すること

2 食品供給者に対し、
子どもたちのための行動を促すこと



4 指導的な複数のシステムを協働させて
すべての子どもたちの栄養状態を高めること

3 すべての子どもたちのための
健康的な食環境を築くこと



5 良質なデータとエビデンスを定期的に収集、分析、活用し、
行動の指針として進捗を確認すること

はじめに

栄養は、子どもの毎日を支える基本要素である。母親の胎内での発育、幼年期の遊びや探索から、学校での勉強、成人への備え、就業準備に至るまで、子ども時代のあらゆる要素は良好な栄養状態という基礎の上に成り立っている。栄養不良の状態にある子どもは、その人生で何事に挑戦するのも難しくなり、いずれのチャンスも掴みづらくなる。今後の食料保全に関する不安が世界で高まる中、本書では、すべての子どもが健康的な食生活を送るための行動指針を提案したい。

本書の冒頭で、栄養不良とは、「食料が満足にないことや、適切な食品を十分に摂取できていないこと、または摂取したはずの食物をうまく活かせていないこと」と定義した。世界では、5歳未満児の3人に1人が栄養不良によって十分に発達しておらず、3人に2人が食事の質の低さが原因で栄養不良に陥るリスクにさらされている。

栄養不良の本質も変わりつつある。グローバル化が進み、フードシステムの商業化が進行し、それぞれの家庭での食事内容がフードシステムによって決定されるようになってきたからだ。フードシステムは、子どものために機能しておらず、その変革が急務である。子どもは、その成長の各段階で特有の栄養ニーズがある。この栄養ニーズを、フードシステム変革の中心に置き、すべての当事者の優先事項として、栄養価、安全性、持続可能性の高い、低価格の食事の提供をしなければならない。

本書が発行される今、栄養価の高い食品を全人類に供給する生産力が世界にあるのかという懸念が広がっている。また、もし生産できるとしても、持続可能な方法で地球環境を保護しながらそれが実現可能なのかという別の懸念もある。本書の特長は、世界が抱える

食品および栄養課題の中心に、子どもを置くように求めている点である。ただし、関心がいくら高まっても、ナイジェリアのことわざ、「巧言が食べ物を生み出すわけではない (Fine words do not produce food.)」を忘れるべきでない。言葉だけでは十分ではない。子どもの栄養不良への対策には、行動が伴わなくてはならないのである。

まずははじめに、子どもには人権として、栄養価の高い食品を得る権利があることを認識する必要がある。30年前、世界の指導者らは「児童の権利に関する条約」を締結し、幼年期を健康に過ごす権利をすべての子どもに与えることを誓った。それでもなお、栄養不良が原因で現在の可能性を、そして将来を奪われている子どもが数えきれないほどいるのが現状である。ユニセフはすべての当事者に対し、すべての子どもが人権として例外なく有する、栄養価の高い食品を手にする権利を守ると改めて誓いを立てることによって、子どもを最優先にしながら栄養不良と闘うことを求めている。

次に、女性と子どもの健康を政策の中心に据えなければならない。政府には、健康的な食事の徹底にあたり、政策、法規制、品質保証、効果的なプログラムを実現する中で重要な役割がある。これらのコミットメントおよび付随する財政投資は科学的根拠に基づいて管理し、各関係者の明確な目標とアカウンタビリティ指標に紐付けることが重要である。食品および栄養目標に対する進捗は、定期的に追跡し共有しながら、これに基づいて行動を進め、成果を評価する必要がある。

さらに、フードシステムの中心に子どもを据えるには多角的なアプローチが欠かせない。健康的な選択肢を求める需要を喚起し、栄養価の高い食品の供給を強化し、子どもの食環境を改善しなくてはならない。この課題に取

「巧言が食べ物を生み出すわけではない」のことわざの通り、言葉だけでは十分ではない。子どもの栄養不良への対策には、行動が伴わなければならぬ



キルギスのチョン・アレー地区にて、家族の夕食を準備するバキロバ（Pakirova）医師。© UNICEF/UN 0146971/Voronin

り組む国は増え続けており、蓄積された知見や経験から、どのような方策が有効なのかを示す事例には事欠かないが、さらに精密なデータ収集と検証の積み重ねが必要とされており、成果のモニタリング、教訓の記録と共有、行動の改善を大規模に実現しなければならない。

最後に、私たちの対策はフードシステム自体の枠を超え、他のシステムの協力を得ながら進めなければならない。本書でも、保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護という4つのシステムがフードシステムと連携することで、子どもの栄養状態を幅広い文脈で改善できることを確認してきた。今

こそ、こうした介入策を強化して栄養状態に及ぼす影響を拡大すべきである。子どもの発達と健康に栄養が与える影響だけではなく、国の経済発展と人的資本開発に対する栄養の重要性を鑑みれば、私たちは保健や教育制度の改善、貧困削減と公平性の実現などを含む、包括的な課題解決の取り組みの中心に、栄養を据えなければならない。

子どもの栄養不良への対策を講じる上で指針となるよう、本書は**子どもが栄養を摂る権利を最優先とする行動指針**を次のように提案する。

1 | 栄養価の高い食品に対する家庭、若者、子どもたちの需要を喚起すること

食品の生産者は消費者の振る舞いや願望に応えようとするため、需要は供給に影響を及ぼす。健康的で魅力的な食品を低価格で手軽に利用できれば、保護者や養育者は子どもにとってより良い食品を選択する。子どもが成長して食の選択を自ら行うようになるにつれ、知識や情報が子どもの意識に大きな変化をもたらす要因となりうる。栄養価の高い食品に対する需要を喚起するには、消費者に健康的な食事の利点を教育するだけでなく、彼らの文化的かつ社会的な願望を活かし、行動や習慣の変容を促す必要がある。

- **家庭とコミュニティの傾向を理解して活かす。**家計配分や食品活用などの傾向は、家庭とコミュニティによって大きく異なる場合がある。これまでの事例で一貫していることだが、女性の教育レベルが高く、意思決定を行うことができ、世帯収入の管理を行える家庭のほうが、子どもにとってより健康的な食品と、より健康的な食事の与え方が選択される傾向にあることがわかっている。この実現を阻む要因の1つは、家庭で食事を準備する人が、子どもの栄養ニーズに合致した食事を作るためのスキルを備えていない場合である。女性が正規および非正規で働いている場合は特に、父親や他の近親者も巻き込んで、女性が担う複数の役割をサポートさせることも重要である。
- **生涯にわたるより良い食習慣が身に付くように栄養教育を改善する。**栄養教育は家庭で始まり学校へと引き継がれるもので、啓もう活動によって強化されるべき

である。さらに、保健および社会的養護システムにも織り交ぜることが重要である。保護者のほうも、子どもにとって栄養価の高い食品と健康的な食事の与え方、そして不健康な食品の過剰摂取がもたらすリスクについての教育を受けなければならぬ。教育は健康的な食品の利点を教えるものであると同時に、特に学齢期の子どもや変化を自分で決断する青少年に対して、その行動変容と能力改善につながるものでなければならない。

- **健康的な食品の魅力を高める。**健康的な食習慣を促すための革新的で面白く、魅力的で記憶に残るキャンペーンをはじめとする啓もう戦略には、子ども、青少年、保護者の文化的かつ社会的な願望を活かすことができる。戦略には、身体の発育、脳の発達、学業成績といった保護者の関心や理想に加え、スポーツ、見た目、強さ、ポップカルチャー、ソーシャルメディアといった学齢期の子どもと青少年の興味や願望を反映させるべきである。
- **効果のある法規制を用いて、不健康な食品の購買意欲を減らす。**砂糖入り飲料をはじめとする不健康な食品を対象として個別に課税を行い、健康的な選択肢と比べてこれらを割高にすることで、その商品の需要削減につながる場合がある。法規制は、栄養教育と組み合わせることによって、子どもにとってより栄養価の高い食事につながる効果的な誘因となることがわかっている。■

2 | 食品供給者に対し、子どもたちのための行動を促すこと

子どもと家庭から健康的な食品に対する需要が生まれただけでは十分ではない。手頃な価格で手軽に入手できる、安全な食品が必要である。この点で重要な役割を担うのは食品の生産者と供給者であるが、行政もまた、基準を設けてすべての生産者および供給者に公平な場を用意し、子どもにとって最良の行動がなされるよう徹底させることができる。フードシステムには多様な形があり、それによつて解決策も異なる。たとえば、小農をはじめ産業化されていないフードシステムでは生産性の向上を支援するという方法もあるが、産業化されたフードシステムでは市場同士のつながりやインセンティブ構造を強化することによって、新鮮で健康的な食品の流通状況と価格の手頃さを改善することもできる。どのフードシステムにも共通して求められているのは、今だけなく次世代以降の子どもの栄養状態を守るため、環境的に持続可能な方法で生産と消費を行う体制へと移行させることである。

▶ **子どもにとって栄養価の高い食事の供給を生産者が増やすように、経済学的なインセンティブを用意して抑制要因を排除する。**政策担当者は糖類、精製穀物、加工油脂に関しては交付金をカットする一方で、栄養価が高く、安全で手頃な価格の食品を子どもに供給する食品生産者はインセンティブを与えることが可能である。離乳食が与えられる期間（6～23カ月）は子どもの成長と発達にとって特に重要であることから、食品生産者は、この年齢層の子どもに対して、栄養価が低く糖類を多く含む加工度の高い食品を、あたかも望ましい食べ物であるかのように宣伝して販売すべきではない。低所得のコミュニティや食品砂漠に対しては特

に、市場やスーパーマーケットをはじめとする販売拠点に新鮮な青果が豊富に出回るように、インセンティブを活用して促す必要もある。健康的な食品の生産や販売を行った企業には、賃料、税率、公共料金の値下げといった優遇政策を実施して報いるというやり方もある。

- ▶ **特に農村部においては、インフラおよび輸送網の刷新に投資することで食品ロスおよび栄養の損失を軽減し、食品の安全性を高める。**青果や、魚、卵、牛乳、乳製品などの動物性食品をはじめとする子どもに必要な食品の多くは、非常に傷みやすい。インフラが脆弱だとその多くが腐敗や汚染によって食べられなくなってしまい、価格が高騰し、販売数を確保できず、手頃な値段で売ることが困難になる。その結果、子どもの食事の多くが低価格で賞味期限が長い、加工度の高い食品に頼らざるを得なくなってしまう。健康的な食品を市場に届けるために食品業界と行政が食品の保存、梱包、加工、コールドチェーン物流などのインフラに投資することで、生産者にとってのコストと家庭にとっての価格をどちらも軽減することができる。
- ▶ **危機に陥りがちな地域や不安定な状況下で食品供給の回復力を養うための政策、戦略、プログラムを強化する。**人道的危機の状況下で、最も犠牲になるのはいつも子どもである。適切な成分で栄養強化された、すぐに食べられる補助食は、乳幼児の十分な成長と発達を支える上で重要な役割を果たす。そのまま食べられる栄養食品（RUTF）も、子どもの急性栄養不良の治療において重要である。危機に陥った経

験がある地域の行政は、こうした食品の地元生産を促進するか、支援の受け入れの障壁となる要因を排除することによって食品が常に手に入るように努めなければならない。適切な設計の社会的養護プログラムに投資することで、不安定な家庭に暮らす女性と子どもに、より栄養価の高い多品目の食事を確実に届けることができる。

- ▶ **今日、それに将来の子どもを見据え、食品生産が環境に与える影響を軽減する。**食品の生産と消費、環境的な持続可能性、子どもの栄養状態と健康に対する影響度

には、明確な関連性がある。食品の生産と消費を減らし、環境に与える影響を小さくするための強力な介入策が必要である。ここでいう環境に与える影響には、子どもにとって害があることが確認されている地球温暖化ガスの排出、化石燃料の使用、農薬の散布、肥料成分の流出などがある。アグロエコロジー（生態系に配慮した農業）、アグロフォレストリー（混農林業）、間作、作物と家畜の混合管理などの生産方式を取れば、将来の世代に向けてフードシステムの持続可能性を高め、生物多様性を強化することができる。■

3 | すべての子どもたちのための健康的な食環境を築くこと

個人および周囲の食環境は、子どもや養育者とフードシステムをつなぐ接点である。食環境は需要と供給の風向きによって形成されるものだが、現状に即した対策を取ることで、子どもにとって栄養価の高い食事を促す食環境を築くこともできる。たとえば、栄養情報の包装ラベル前面表示を義務付けたり、搾取的な販売活動から保護するといった対策が挙げられる。

- ▶ **健康的な母乳育児と離乳食の与え方につながるような環境を築く。**「母乳代替品のマーケティングに関する国際規準」を厳格に履行し、違反者に責任を負わせる。また、産休を含め、母親、保護者、家庭に対する支援策を推進し、育児休暇や、家以外の場所や職場で授乳を行うための空間の準備と時間の確保を促す。さらに、特に低所得と中所得の国々において、すぐに準備できる離乳食が近くの店で手頃かつ十分に手に入るように促進すること

が重要である。

- ▶ **食品ラベル表示を包装前面に配置することによって、栄養情報をより明確化する。**政府は、子ども向けの食品や子どもに適していると宣伝されて販売される食品については特に、包装前面の食品ラベル表示を義務付けるべきである。ラベル表示によって、保護者、青少年、子どもが食品の栄養価に対して抱く意識を高め、彼らの行動の変化を促すことが可能である。また、事業者の意欲を喚起することで、商品の見直しを促し、健康的な素材や成分の追加と、不健康な素材や成分の排除を仕向けることもできる。成果を上げるには、目立ちやすく、わかりやすいラベル表示を行う必要がある。子どもにとって健康的な選択肢や食品を提供する売り手に対しては、品質保証シールなどのように、すぐに目につく認証を与えるという手もある。

- **子どもに対する不健康な食品の販売活動を取り締まる。**世界中の子どもを、不健康な食品に関する有害で搾取的な販売活動や広告活動から守らなければならない。テレビ、ゲーム、映画、本、ソーシャルメディアで展開される広告を、対象の年齢層を問わず取り締まり、企業やレストランが不健康な食品の購入を促すために玩具をプレゼントする行為も規制の対象とする必要がある。
- **子どものための場所、特に学校の周辺で、肥満の原因となる影響を削減する。**多くの

の子どもにとって、学校給食は家庭以外で初めて日常的に口にする食事である。政府および教育を担う各省庁は、肥満を誘発する食環境に対処するための対策を講じる必要がある。その方法としては、学校給食で栄養価の高い多品目の食事が提供されるよう徹底することや、学校周辺や遊び場において砂糖入り飲料や不健康な脂肪、糖類、塩分を多く含む食品の販売と宣伝を規制すること、授業日に安全な運動場所で身体を活発に動かすための十分な時間が確実に設けられるようにすることなどがある。■

4 | 補完的な複数のシステムを協働させてすべての子どもたちの栄養状態を高めること

健康的な食事を子どもに提供する上で大きな柱となるのはフードシステムだが、栄養サービスの提供、栄養習慣の改善、栄養面の成果の達成を広く実現するには他の4つの主要システムも動かすことが必要である。フードシステムに加え、保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護システムのすべてをうまく調和させながら介入策を実施しなければならない。子どもとその家族が健康的な食事をとり、潜在能力を十分に発揮し、本来あるべき成長と発達を果たす上で、必要な栄養サービスを確実に受けられるようにするためにシステムズアプローチが有効である。

- **保健システム。**保健システムには、子どもが生存、成長、発達し、その潜在能力を十分に発揮できるように、さまざまな行動を起こす能力が備わっていなければならぬ。特に重要なのが、保健担当者

たちの栄養に関する知識やスキルへの投資である。彼らは保健システムの最前線に立ち、家庭と接する存在だからだ。栄養不良の予防的ケアも、産前および産後健診の一環として提供されるべき非常に重要なサービスである。予防的ケアには、たとえば、早期からの母乳育児開始、カウンセリングの実施、完全母乳育児の支援、離乳食による補完的な食事指導、母親の栄養状態の確認などが含まれる。貧血、ビタミンA不足、発育不良、過度な体重増加の検査と治療にも、保健システムのスキルと支援、サービスや物品の供給が欠かせない。最後に、消耗症の死亡リスクが高いことを考慮し、政府は命に関わる消耗症を患う子どもの早期発見と治療を日々の行政サービスに構造的に組み込む必要がある。

- ▶ **水と衛生設備（トイレ）システム。**水と衛生設備（トイレ）システムは、子どもが安全な飲用水と衛生設備を確実に利用できるようにする上で重要である。こうしたものを利用可能にすることは、健康的な食生活を確実に維持していくために必須であり、栄養吸収の妨げとなる感染症や腸疾患から子どもを守り、発育阻害、消耗症をはじめとするあらゆる形態の栄養不良を予防するために不可欠である。政府は、衛生的なトイレの建設を支援し、女性と子どもが近場ですぐに安全な飲用水とトイレを利用できるようにする必要がある。インフラへの投資が重要である一方で、危機的状況において適切に食事を与え、食品を安全に扱い、石けんで手を洗うという行動の変化を起こすことができるよう、コミュニティや学校で幼年期から子どもと保護者を啓もうすることを軸にすべきである。
- ▶ **教育システム。**教育システムは、栄養に関するさまざまな方法で介入することによって、子どもと青少年の健康的な食事と良好な健康状態を支えることができる。正規教育または非正規教育のいずれであっても、できるだけ幼い年齢から栄養教育を開始し、健康的な食の選択をするための知識を子どもと養育者に周知徹底する必要がある。学校は子どもと青少年に健康的な食環境を用意すべきであり、安全な飲用水を確保したり、学校および学区内で肥満を誘発する影響を減らすといった行動に出るべきである。状況にも
- よるが、栄養価の高い食事を弱い立場の子どもに与える上で、学校給食プログラムが有効な場合もある。教育システムは、鉄分不足および貧血を予防する統合プログラムを提供する上で非常に重要な役目を担う。微量栄養素を含んだ栄養補助食品の供給、寄生虫駆除による予防、健康的な食習慣を目指すカウンセリングの実施などの方法がある。
- ▶ **社会的養護システム。**社会的養護システムは、社会で最も不安定な家庭に暮らす子どもと女性、そして社会から締め出され貧困に苦しむ人々の栄養状態と健康を守るために重要なセーフティーネットを形成する。直接的な方法として、社会的養護システムは食料配給、食品クーポン、現金給付によって、子どもに対して栄養価の高い多品目の食事を確実に届けられる。また、社会的養護プログラムは、保健システムを通じて、人々が栄養サービスを確実に受けられるようにすることができる。たとえば、母親に対しては産前および産後のケアを実施したり、栄養に関するカウンセリングを支援することや（栄養不良の子を持つ母親も対象）、教育システムを通じては、学校給食用のクーポンを活用することなどが挙げられる。以上に加えて、緊急事態の発生時に備えて家畜や種子といった生産性を有する資産が枯渇することを予防し、子どもと家庭の食料を確保する上でも、社会的養護システムは重要な役割を果たしている。

5 | 良質なデータとエビデンスを定期的に収集、分析、活用し、行動の指針として進捗を確認すること

栄養不良の課題について理解し、科学的根拠に基づく行動を連携して起こし、官民どちらの当事者にも責任を負わせるためには、その時々の正確なデータが必要である。しかし、データの不足が今なお大きな壁となっていて、各国の政府が効果的な政策や戦略、プログラムを立てて対策を講じることを阻んでいる。従来から重視されてきた最初の1,000日という範囲を広げ、子ども、青少年、および女性の人生のすべての段階に応じた食事と栄養について理解を深めるために、データの収集方法とその頻度は適宜変えなくてはならない。栄養不良を改善するための行動を起こすには、必要なデータがすぐに得られるデータシステムと、データ共有および透明性を重んじる文化が必要である。

▶ **乳幼児のための離乳食の供給に関する目標を定め、進捗を追跡する。**子どもにとって重要な離乳食期間の食事の内容と与え方について、改善のための国際目標が存在していないという今の事態に対処することは急務である。継続的な母乳育児、離乳食による食事、健康的な食事に関する国際目標と国家目標を定めるべきである。目標の指標としては、国の栄養データや情報システム、および調査結果の中から定期的に取集できる標準的なものを用いる必要がある。指標および目標は、超加工食品の消費など悪影響をもたらす行動の削減だけでなく、果物や野菜の消費や最低食多様性基準の達成など、良い影響をもたらす習慣の改善にも重点を置くべきだ。健康的および不健康な食事の摂取傾向をどちらも追跡することは、子どもにとってフードシステムがどれだけ

役立っているかを評価する上で不可欠である。

- ▶ **学齢期から青年期の子どもの食事と栄養情報についての指標、データ収集、目標を改善する。**この年代の子どもや青少年に関するデータは乏しく、品質も低いことが多い。この情報不足に対処するには、より注意して物事を見なければならない。学齢期から青少年期の子どもの食事および栄養状態に関するデータはきわめて重要である。これは学齢期と青少年期の間の彼らの食事パターンと栄養不良の様々な形態が、地理的、社会的、経済的にどのように分布しているかの理解につながるだけではなく、この年齢層の食事の選択肢に、誰がそして何が影響を与えていたかを理解することにもつながり（選択肢がある場合に限られるが）、学齢期から青少年期の子どもを対象とした効果的な介入策を設計することが可能になるからである。現在の状況を前進させるのであれば、離乳食による食事に対する基準と同じく、学齢期から青少年期の子どもの栄養状態に対しても、国際目標と国家目標をそれぞれ設定することが必須となるだろう。
- ▶ **動的なフードシステムを研究して子どもの食事と栄養状態に影響している要因を明らかにするための、これまでにない分析ツールおよび分析手法の開発を支援する。**産業化したフードシステムは、その複雑さと変化の速さにその特徴がある。子どもをフードシステムの中心に据えるためには、新しい分析ツールと分析手法一式を用意して、生産および消費の選択

肢がどのように生まれているか、子どもの食環境がどう形成されているか、官民の各当事者および関係者がどのように相互に影響を及ぼし合っているかを理解することが求められる。世帯調査、フードマッピング、フードシステムを一覧できるダッシュボードをはじめとする、すでに確立された革新的なツールー式を用いることで、政策担当者は自国と類似する国々のフードシステムを比較対象とし、主な課題を特定して国の行動に優先順位を付けることができる。

▶ **保健、水と衛生設備（トイレ）、教育、および社会的養護システムで提供される必須の栄養サービスの普及度と公平性を測定するために、目標を設定してデータ収集を改善する。**全世界の子どもの栄養状

態という領域で得られるデータの多くは、保健システムの介入および接触によるサービスに関連するものである。その他のシステムにも子どもの栄養状態を支える上で重要な働きがあることを踏まえ、あらゆる種類のプログラムとこれらが実践されるプラットフォームを経由して行われる介入策と行動に関して、これらをモニタリングする能力を改善せねばならない。データシステムとその能力は強化すべきである。これにより、栄養に関する重要な介入支援策の公平さと普及度を測るために新しく設定される指標や目標を、モニタリングすることが可能となる。このステップは、人々のために運用される仕組みに透明性を確保し、責任を負わせるために不可欠なものである。■

チュニジアのチュニスにある
母子保健センター(Centre for the
Protection of Mother & Child
Health)にて、定期的な成長測定の
一環として体重を測られる子ども。
© UNICEF/UN0212543/
Noorani



特集

優れたデータが優れた食事につながる

栄養不良がもたらす問題そのものと同様に、子どもの栄養状態に関するデータもまた常に変化している。こうしたデータは、地理的要因や対象となる各人口集団を超えて追跡、分析、比較されなければならない。食生活の世界規模の転換と栄養不良の三重苦の発生によって、さらに多くのデータを集める必要性が増す中で、様々なテクノロジーが開発され、新しい視野への扉が開かれつつある。栄養不良問題への取り組みには、より包括的なものが求められるようになり、様々なセクターを横断的に運用できる（食環境や消費者行動を考慮した）体制に焦点が当てられていて、より多岐にわたる実用的なデータが求められるようになってきている。

政策とプログラムの意思決定にデータと科学的根拠を用いることは、子どもの毎日を改善する上で不可欠である。しかしながら、現在データは不足しており、世界中の子どもの人生の各段階ごとの食事の特徴と質が特に捉えづらく、栄養不良の蔓延率、性質、範囲を理解する際の障壁となっている。従来よりも広範化した食事の意思決定が行われる食環境についても十分に理解されておらず、子どもの食事を詳細に把握するための新しい方法の必要性が浮かび上がっている。不健康な食事が世界的にいつそう広がる中で、食品の入手可否、利用しやすさ、手頃さ、需要、および消費を、子どもの食事と相互に関係する要因として測定すると同時に、栄養転換の実態を追跡して理解する方法が必要である。

ただし、データの潜在的な影響度と効用性は、追跡する指標と実施する調査の数を増やすだけでは発揮されない。政策提言およびプログラムの設計と実行を推進するためには、既存のデータを分析して使用することが欠かせないのである。この取り組みは、子どもの食事とその与え方の改善を目指す国際目標と国家目標の策定においても活用が求められる。

5歳未満児に関するデータ

低所得と中所得の国々の栄養に関するデータは、5歳未満児のものがほとんどである。これは、最初の1,000日が生涯の栄養状態、健康、経済的側面に与える影響、そして世界中で実施されている乳幼児期の栄養プログラ

ムの数を踏まえると当然の事実である。この年齢層に関する指標には、次のようなものがある。

- ▶ 低出生体重、発育阻害、消耗症、過体重の蔓延率
- ▶ 初期の完全母乳育児の継続率
- ▶ 離乳食が適切な時期に開始されているか
- ▶ 最低食事頻度基準
- ▶ 6～23カ月の子どもの最低食多様性基準と最低食事水準
- ▶ 特にビタミンAの補給などの実施率

低所得と中所得の国々では、5歳未満児の発育阻害と過体重が、頻度の差こそあるものの国レベルで細かく追跡されている。費用を投じてデータ収集を毎年行う国もあれば、3～5年ごとに行う国もある。その一方で消耗症は、複数指數クラスター調査（MICS）や人口保健調査（DHS）などを通じて、スナップショット（特定の時点を映したデータ）を利用して追跡が行われてはいるものの、症状が季節によって変化したり急変したりするがあるために、時間の経過に伴う傾向の特定は難しい場合がある。現在のデータでも国や地域を比較することはできるが、数カ国が行っているように国レベルからさらに掘り下げ、世帯所有資産、地理的条件や性別の違いに基づ

くデータを手にすることで、重大な不均衡を浮き彫りにし、政策を取りまとめる国および地方政府に注意を喚起できる。一方で高所得の国々では、こうした栄養指標が系統的に収集されていないか、あるいは比較可能な方法で定期的に報告されていないかの理由により、5歳未満児についてのデータが不足傾向にある。

学齢期および青年期の子どもの栄養状態に関するデータの不足

それよりも年齢が上の子どもの栄養状態は、十分に理解および追跡されているとは言えない状況である。WHOおよびCDCが携わる「教育施設を中心とした生徒の健康に関するグローバル調査 (GSHS)」は、13～17歳の青少年に対し、いくつかの側面から食習慣（野菜、果物、ソフトドリンク、ファーストフードの消費）と運動習慣（体育、自転車または徒歩での通学）について質問するものである。指標として、過体重か痩せているかが追跡される。ところが、こうしたデータはヨーロッパでは生徒が自己申告した身長と体重に基づいているため、社会的望ましさのバイアスが原因で肥満率が過小申告される可能性がある¹。その上、全体的な不足事項として、子ども一人ひとりの栄養面での健康が生涯にわたっては系統的に追跡されていない。現時点では行政機関を通じて定期的に収集することが推奨される標準的な指標一式は存在せず、国レベルでの調査も行われていないのが現状である。

食習慣と食品の摂取

子ども、青少年、女性が実際に食べているものに関する食事全体のデータと、微量栄養素の欠乏による栄養不良による死亡についてのデータも不足しており、さらなる重要課題となっている。食習慣のパターンと分布をより詳細に把握できなければ、食事に関する優先事項や目標を確立することは難しい。

母親から乳幼児への食事の与え方は世帯調査によって追跡され、指標としては最低食多様性基準（6～23カ月の子どものうち、前日に5品目以上の食品群の食品を

口にした子どもの割合）と最低食事水準（6～23カ月の子どものうち、前日に少なくとも最低食多様性基準と最低食事頻度基準を達成した子どもの数）が用いられる。

一方、食事の多様性を表す指標を他の年齢層の子どもを対象とした調査にも活用し、多品目の食品の消費量と消費頻度を栄養価に応じて重み付けして追跡することで、栄養不良の実態をより深く理解できるだろう。こうした指標は、経済状況を判定し栄養不良（発育阻害と消耗症の両方）の件数を把握する上で有効な目安となることがわかっている。

子ども、青少年、女性が何を食べているかについて信頼できる情報を収集することには、課題も多い。たとえば学齢期の子どもからデータ収集する際には、食品摂取が自己申告されるため、その認知能力の限界に基づいている。アンケートが非常に長い場合もあり、集中力の短い子どもには負担だろう。多くの調査で使われるアンケートは、保護者が回答にほとんど関与せず、子ども自身が学校で回答を終える。学齢期の子どもは自分の食事摂取を過小申告または過大申告することが知られており、これでは一部のデータの信頼性を十分に確保することができない。

青少年は任意回答のアンケートに答えるモチベーションが低く、身体像に関する調査への協力が得られにくい。過体重および肥満の青少年は、食品摂取を過小申告したり誤申告したりすることも多い。

最後に、食品成分データベースはその地域でよく食べられる食品のカロリー、主要栄養素、微量栄養素の推計値（常に正確とは限らない）を示すものだが、国をまたいた成分比較は難しい。これはこうしたデータベースが国レベルで存在していないか、各国の間で統一されていないかのいずれかの理由によるものである。これでは、幼い子ども特有のニーズに対処する上で十分とは言えない。世界の食品成分データベースは多くの調査を通じて各国特有の食品を取り込むように修正されており、これもまた比較の信頼性を落とす要因となっている。■



視点

人々と惑星全体の健康実現を目指し 共に取り組む

**ピーター・バッカー
(Peter Bakker)**

持続可能な開発のための世界経済人会議
(WBCSD: World Business Council for Sustainable Development)
プレジデント兼CEO

今日のフードシステムが機能不全に陥っていることは、痛いほど目に見えている。私たちの未来は、人々とこの惑星の健康の実現を支えるフードシステムを生み出せるかどうかにかかっている。現在のフードシステムは地球上に存在する資源の限界を超えており、一方で私たちの食生活には、世界的な健康危機としての栄養過剰と低栄養の両方が発生している。この傾向は、とどまる気配のない人口増加と食習慣の変化によってさらに強まるだろう。

民間セクターはこの問題の原因の一部を担うものと考えられがちだが、解決策を見出す上で中心的な役割を果たせると私は確信している。食品加工を例にとると、民間セクターは果物と野菜の消費期限を延ばしながら質の高い食品を提供できるので、食品ロスを削減できる。アフリカのサヘル地方のように環境的に厳しいコミュニティでも、健康的な食品が1年を通じて手に入るようにすることもできるだろう。その上、生産者が責任をもって食品を生産すれば、農業が環境に与える影響を最小限に抑えられ、再生可能な農業さえ可能になる。

ピーター・バッカーは「持続可能な開発のための世界経済人会議 (WBCSD)」のプレジデント兼CEOである。同会議は200社を超える先進企業が加盟するCEO主導型のグローバルな組織であり、世界を持続可能な場へと早急に移行させるべく協働している。WBCSDにはあらゆるビジネスセクターおよび主要経済国企業が加盟しており、全社を合計すると総収益は8兆5,000億米ドルを超え、従業員数は1,900万人に上る。バッカー氏は、2011年6月まで、輸送および物流を担う世界的企業であるTNT NVの主要財務責任者、次いでCEOを務めた一流のビジネスリーダーである。

世界で消費される食品のほぼすべてが、小農や家族経営の農場から、大規模な多国籍企業に至るまでの幅広い事業者によって生産、加工、または供給されている。これらの事業者には、またとない機会が与えられているといえる。つまり、誰もが楽しんで食べられる健康的な食品を持続可能な責任ある方法にて生産し、子どもの健康と生活の質を改善することができるからである。

子どもの栄養ニーズを満たすことは、ビジネス的に明確な緊急課題である。栄養不良は生産性の低下や医療費、保険料、環境負荷の拡大を招くと同時に、サプライチェーンを不安定に

し、そのすべてが企業の収益に直接影響する。人口増加と食事の進化に伴い、健康的な食品の新しい市場を最初に切り拓こうとする企業には成長のチャンスが生まれている。

食品会社は、健康的かつ持続可能な食品を選択するように親と子どもに注意喚起することができる。たとえば、宣伝活動と店舗での販売活動は、消費者行動に影響を及ぼす強力な手段である。同時に、企業は直接子どもに向けられた宣伝を自制すべきである。子どもはとりわけ、商業的な文句に踊らされやすいためである。持続可能な開発のための世界経済人会議では、この点において企業を支援している。たとえば、糖類の少ない商品の販売活動と宣伝活動についてのツールキットを用意して、国レベルのプロジェクトを展開している。

啓もう活動もまた、重要な役割を果たす。不利な立場に置かれたコミュニティで暮らす人々を含め全員の意識を変えるには、施策、情報、コミュニティの関与を織り交ぜることが不可欠となる。

さらに、食料生産が環境に与える影響に、もつと焦点を当てなければならない。地球の天然資源が底をつきつつある中、それに応じて食生活も調整する必要がある。これらの課題解決に向けた動きの中心に、EATランセット委員会による報告書や、食料、農業、生物多様性、土地利用、エネルギーに関するコンソーシアムであり国レベルのモデル形成を目指すFABLEコンソーシアム (FABLE: Food, Agriculture, Biodiversity, Land-Use, and Energy)、さらにフードシステム・ダイアローグ (FSDs: Food Systems Dialogues) といった討議の場や、食料と土地利用に関する国際連合 (FOLU: Food and Land-Use Coalition) などの先駆的な団体があ



© UNICEF/UN016877/Noorani

る。大手企業の多くは、科学的根拠に基づくこれらの取り組みを支援し援助を行っており、自らの戦略に反映させて事業活動に活用している。

最後に、健康的かつ持続可能な食品は、手頃な価格で手軽に入手できるようにしなければならない。子どもの食事において、社会経済的な不平等をこれ以上膨らませてはならないためである。残念ながら、食料がいろいろと出回っている地域であっても、より健康的で持続可能な選択肢は相対的に高値であることが多い。その上、多くの小農の手元には、自分の畠で採れた食料も、健康的な食品を種類豊富に購入するための資金も十分に残ることがない。

ビジネス的観点から見れば、今日の子どもは明日の農家や会社等で働く人々である。彼らをこのまま見捨てる選択肢などないのに、私たちはそんな道を選んでしまっている。私たちは早急に行動を起こさねばならない。そして企業は解決策を見出すための大胆な一歩を踏み出さねばならない。

WBCSDには、これらの問題に対する解決策を探り、発展させ、拡充する上で中心的な役割を果たしている企業が参加している。加盟企業の多くは、自主的に、あるいはWBCSDのプログラムやプロジェクトを通じて、健康的な食事へと移行してゆくためのイノベーションを起こしている。私たちは人々と惑星全体の健康の実現というビジョンを達成するため、企業に対し、次の方針でフードシステムを変革することを求めている。

- ▶ サプライチェーンにおける食料保全と栄養保護を徹底すること
- ▶ 健康的で、栄養学的に適切で、持続可能な方法で生産された食品を、子どもとその家庭が手頃な価格で手軽に入手できるようにすること
- ▶ 販売活動を責任ある形で行うこと。健康的な商品の販売活動に充てる費用を見直し、消費者にとって有益な情報をわかりやすく提示し、健康的な選択肢を選びやすくすること
- ▶ フードシステムを変革するために企業、政府、科学界、市民社会が集う様々な議論の場に参画すること

栄養不良の解決に向けた特効薬など存在しない。連携のとれた包括的な取り組みを続けなければ、フードシステムをうまく変革することはできないのである。

行動を「今すぐ」起こすことが急務である。私たちの子どもや私たちが住むこの星のために、いまここで動き出さなければならない。EATランセット委員会の調査結果は、我々が共に行動を起こす上で指針となる目標を与えてくれている。さあ、手を取り合ってフードシステムを変革し、人々と惑星全体の健康の実現というビジョンを達成しよう。■

参考文献

序章 変わりゆく世界で健康に育つために

- 1 UNICEF estimates, 2019 based on Black et al, 2013 and Stevens et al, 2015. See Methodology on p. 178 for more information.
- 2 NCD Risk Factor Collaboration (2017). '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.
- 3 Ashkan, A., et al. (2017). 'Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', *The Lancet*, 393(10184), pp. 1958–1972.
- 4 同書
- 5 Keats, E. C., et al (2018). *Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: A systematic review*. Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project, Arlington, VA.
- 6 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2019). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019: Safeguarding against economic slowdowns and downturns*. Food and Agriculture Organization, Rome.
- 7 Monteiro, C. A., et al (2013). 'Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system', *Obesity Reviews*, 14(Supplement 2), pp. 21–28.
- 8 Ashkan, A., et al. (2017). 'Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', *The Lancet*, 393(10184), pp. 1958–1972.
- 9 Pries, A.M., et al (2019). 'Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age Z-scores among 12–23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal', *Journal of Nutrition*, nxz140.
- 10 Willett, W., et al. (2019). 'Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems', *The Lancet*, 393(10170), pp. 447–492.
- 11 Searchinger, T., et al (2018). *World Resources Report: Creating a sustainable food future*. World Resources Institute, Washington DC.
- 12 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2019). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019: Safeguarding against economic slowdowns and downturns*. Food and Agriculture Organization, Rome.
- 13 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Committee on World Food Security, Rome.
- 14 Hossain, N. (2017). 'Inequality, hunger and malnutrition: Power matters'. In K. Von Grebmer (ed.), *2017 global hunger index: The inequalities of hunger*, International Food Policy Research Institute, Washington DC, pp. 25–29.
- 15 ILO (2017). *Global estimates of child labour: Results and trends, 2012–2016*. International Labour Office (ILO), Geneva.
- 16 United Nations (undated). Sustainable Development Goals Knowledge Platform. United Nations, New York.
- 17 Webb, P. (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note*. United Nations Standing Committee on Nutrition, New York.

第1章 子どもたちの栄養不良の今

- 1 Black, R. et. al, "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries," *The Lancet* 382: 427–51 (2013).
- 2 WHO (2018). 'Top 10 causes of death'. <https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/>, retrieved 22 July 2019.
- 3 de Onis, M. and Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), pp. 12–26.
- 4 Development Initiatives (2017). *The P20 initiative: Data to leave no one behind, Baseline report March 2017*. Development Initiatives, Washington DC.
- 5 de Onis, M. and Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), pp. 12–26.
- 6 Blencowe, H. et al. (2019). 'National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis', *The Lancet Global Health*, 7(7), e849–e860.
- 7 de Onis, M. and Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), pp. 12–26.
- 8 Walker, C. L. F., et al. (2013). 'Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea', *The Lancet*, 381(9875), pp. 1405–1416.
- 9 Smith, L. C. and Haddad, L. (2015). 'Reducing child undernutrition: Past drivers and priorities for the post-MDG era', *World Development*, 68, pp. 180–204.
- 10 UNICEF (2018). New expanded databases for malnutrition, infant and young child feeding and iodized salt. <<https://data.unicef.org/resources/nutrition-data/>>, retrieved 22 July 2019.
- 11 UNICEF, WHO and World Bank (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting.
- 12 Black, R. E., et al. (2013). 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet* 382(9890), pp. 427–451; Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 13 de Onis, M., et al. (2018). 'Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years', *Public Health Nutrition* 22(1), pp. 175–179.
- 14 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 15 Myatt, M., et al. (2018). 'Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries,' *Archives of Public Health* 76(1).
- 16 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 17 Olofin, I., et al. for the Nutrition Impact Model Study (anthropometry cohort pooling). (2013). 'associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: A pooled analysis of ten prospective studies', *PLoS ONE*, 8(5), e64636.
- 18 USAid (2016). 'Community-based management of acute malnutrition: Technical guidance brief'. <<https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/community-based-management-acute-malnutrition>>, retrieved 22 July 2019.
- 19 <https://www.unicef.org/nutrition/index_sam.html>, retrieved 22 July 2019.
- 20 Khara, T. and Dolan, C. (2014). *Technical briefing paper: Associations between wasting and stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford.
- 21 No Wasted Lives Coalition (undated). 'State of acute malnutrition'. <<https://www.acutemalnutrition.org/en/countries>>, retrieved 22 July 2019; UNICEF, WHO and World Bank Group (2019). *Joint Child Malnutrition Estimates*. WHO, Geneva.
- 22 Jesson, J., et al. (2015). 'Prevalence of malnutrition among HIV-infected children in Central and West-African HIV-care programmes supported by the Growing Up Programme in 2011: A cross-sectional study', *BMC Infectious Diseases* 15, p. 216.
- 23 Muenchhoff, M., et al. (2018). 'Malnutrition in HIV-infected children is an indicator of severe disease with an impaired response to antiretroviral therapy', *AIDS Research and Human Retroviruses*, 34(1), pp. 46–55.
- 24 Rose, A. M., et al. (2014). 'Aetiology and

- management of malnutrition in HIV-positive children', *Archives of Disease in Childhood*, 99, pp. 546–551.
- 25 No Wasted Lives Coalition (undated). 'State of acute malnutrition'. <<https://www.acutemalnutrition.org/en/countries>>, retrieved 22 July 2019;
- 26 UNICEF Evaluation Office (2013). *Evaluation of community management of acute malnutrition (CMAM): Global Synthesis Report (Evaluation Report)*. UNICEF, New York.
- 27 WHO, UNICEF, WFP and UN System Standing Committee on Nutrition (2007). *Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement*. WHO, Geneva.
- 28 Bhutta, Z. A., et. al. (2013). 'Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?' *The Lancet*, 382(9890), pp. 452–477.
- 29 Gillespie, S., et al (eds) (2016). *Nourishing Millions: Stories of change in nutrition*. International Food Policy Research Institute, Washington, DC, p. 35.
- 30 Daru, J., et al. (2018). 'Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: A multilevel analysis', *The Lancet Global Health*, 6(5), e548–e554.
- 31 UNICEF (2018). 'Globally, 86 per cent of the population has access to iodized salt', UNICEF, New York, July 2018.
- 32 UNICEF estimates, 2019 based on Black et al., 2013 and Stevens et al., 2015. See Methodology on p. 178 for more information.
- 33 UNICEF (2004). 'The hidden hunger of the vitamin and mineral deficient child', UNICEF, New York, March 2004.
- 34 Kennedy, G. Ballard, T. and Dop, M. (2013). *Guidelines for measuring household and individual dietary diversity*. Food and Agriculture Organization and European Union, Rome and Brussels.
- 35 Louzada, M., et al. (2018). 'The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil', *Public Health Nutrition*, 21(1), pp. 94–102.
- 36 Martínez Steele, E., et al. (2017). 'The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: Evidence from a nationally representative cross-sectional study', *Population Health Metrics*, 15(6).
- 37 Swinburn, B. A., et al. (2019). 'The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report', *The Lancet* 393(10173), pp. 791–846.
- 38 UNICEF estimates, 2019 based on Black et al., 2013 and Stevens et al., 2015. See Methodology on p. 178 for more information.
- 39 Bird, J. K., et al. (2017). 'Risk of deficiency in multiple concurrent micronutrients in children and adults in the United States', *Nutrients*, 9, p. 655.
- 40 Riaz, M., et al. (2018). 'Maternal nutrition during early pregnancy and cardiometabolic status of neonates at birth', *Journal of Diabetes Research*, Article ID 7382946, 8 pages.
- 41 National Nutrition Agency (NaNA) Gambia, UNICEF, Gambia Bureau of Statistics (GBOS) and GroundWork (2019). *Gambia National Micronutrient Survey* 2018. Banjul, Gambia.
- 42 WHO (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*, WHO, Geneva.
- 43 UNICEF, WHO, International Bank for Reconstruction and Development and World Bank (2019). *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*, WHO, Geneva.
- 44 同書
- 45 Ng, M., et al. (2014). 'Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 384(9945), pp. 766–781.
- 46 van Jaarsveld, C. H. M. and Gulliford, M. C. (2015). 'Childhood obesity trends from primary care electronic health records in England between 1994 and 2013: Population-based cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, 100, pp. 214–219.
- 47 Manios, Y., et al. (2018). 'Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box study', *Nutrition*, 55–56, pp. 192–198.
- 48 Spinelli, A., et al. (2019). 'Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries', *Obesity Facts*, 12, pp. 244–258.
- 49 Ng, M., et al. (2014). 'Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 384(9945), pp. 766–781.
- 50 Manios, Y., et al. (2018). 'Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box-study', *Nutrition*, 55–56, pp. 192–198.
- 51 NCD Risk Factor Collaboration (2017). '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.
- 52 同書
- 53 Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (2018). 'Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household – United States 2011–2014', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(6), pp. 186–189.
- 54 Lissner, L., et al. (2016). 'Socio-economic inequalities in childhood overweight: Heterogeneity across five countries in the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-2008)', *International Journal of Obesity*, 40(5), pp. 796–802.
- 55 同書
- 56 Kraak, V. I., et al. (2016). 'Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children', *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), pp. 540–548.
- 57 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 52.
- 58 Hruby, A. and Hu, F. B. (2015). 'The epidemiology of obesity: A big picture', *Pharmacoeconomics*, 33(7), pp. 673–689.
- 59 NCD Risk Factor Collaboration (2017). '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, p. 2640.
- 60 OECD (2017). *Obesity Update 2017*, The Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, p. 9.
- 61 同書
- 62 WHO (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. WHO, Geneva, pp. vii–xi.
- 63 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 76.
- 64 同書 p. 62
- 65 Wasting–Stunting Technical Interest Group (WaSt TIG) (2018). *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation: A briefing note for policymakers and programme implementers*. Emergency Nutrition Network, Oxford, UK.
- 66 McDonald, C. M., et al. (2013). 'The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: Meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4), pp. 896–901.
- 67 Khara, T. and Dolan, C. (2014). *Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford, UK.
- 68 Harding, K. L., Aguayo, V. M. and Webb, P. (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 69 Development Initiatives (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 14.
- 70 De Lucia Rolfe, E., et al. (2018). 'Associations of stunting in early childhood with cardiometabolic risk factors in adulthood', *PLoS One*, 13(4), e0192196.
- 71 Dang, A. and Meenakshi, J. V. (2017). 'The nutrition transition and the intra-household double burden of malnutrition in India', *ADB Working Paper 725*, Asian Development Bank Institute, Tokyo.
- 72 Aitsi-Selmi, A. (2014). 'Households with a stunted child and obese mother: trends and child feeding practices in a middle-income country, 1992–2008', *Maternal & Child Health*, 19(6), pp. 1284–1291.
- 73 Horta, B. L., et al. (2013). 'Nutritional status of indigenous children: Findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil', *International Journal of Equity in Health*, 12(23).
- 74 UNICEF, WHO and World Bank (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting.

- 75 Popkin, B. M., Adair and Ng, S. W. (2012). 'Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries', *Nutrition Reviews*, 70(1), pp. 3–21.
- 76 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In IFPRI, Global Food Policy Report, International Food Policy Research Institute, Washington DC, p. 35.
- 77 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture: Food systems for better nutrition*, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 78 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, London.
- 79 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Rome.
- 80 This section draws on UNICEF, GAIN (2018). 'Food systems for children and adolescents', *Interim Summary Report*, of event at UNICEF Office of Research, Innocenti Florence, Italy, 5–7 November 2018.
- 81 UNICEF, GAIN (2019). 'Food systems for children and adolescents', *Final Report*, of event at UNICEF Office of Research, Innocenti Florence, Italy, 5–7 November 2018.
- 82 Pistrup-Andersen, P. (2013). Nutrition-sensitive food systems: From rhetoric to action. *The Lancet*, 382(9890), pp. 375–376.
- 83 Jones, A. D. and Ejeta, G. (2015). 'A new global agenda for nutrition and health: The importance of agriculture and food systems', *Bulletin of the World Health Organization* 94(3), pp. 228–229.
- 84 Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 85 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture: Food systems for better nutrition*, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 86 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551.
- 87 Herforth, A. and Harris, J. (2014). 'Understanding and applying primary pathways and principles', *Brief 1: Improving Nutrition through Agriculture Technical Brief Series*. USAID and Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project, Arlington, VA.
- 88 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551; Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 89 Gillespie, S. and van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 90 WHO Regional Office for Europe (2018). *Evaluating implementation of the WHO Set of Recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Progress, challenges and guidance for next steps in the WHO European Region*, WHO, Geneva; WHO Regional Office for the East Mediterranean (2018). *Implementing the WHO recommendations on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children*.
- 91 Grassi, F., Landberg, J. and Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 92 Rasella, D., et al. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), pp. 57–64.
- 93 Grassi, F., Landberg, J. and Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 94 UNICEF (2018). *Generation 2030: Africa 2.0*. UNICEF, New York.
- 95 Lim, S. S., et al. (2018). 'Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016', *The Lancet*, 392(10154), pp. 1217–1234.
- 96 Black, R. E., et al. (2013). 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet*, 382(9890), pp. 427–451; WHO (2018). *Malnutrition factsheet*, WHO, Geneva.
- 97 Agbor, J. A. and Price, G.N. (2014). 'Does famine matter for aggregate adolescent human capital acquisition in Sub-Saharan Africa?', *African Development Review*, 26(3), pp. 454–467.
- 98 Niemesh, G. T. (2015). Ironing out deficiencies: Evidence from the United States on the economic effects of iron deficiency', *Journal of Human Resources*, 50(4), pp. 910–958.
- 99 Field, E., Robles, O. and Torero, M. (2009). 'Iodine deficiency and schooling attainment in Tanzania', *American Economic Journal: Applied Economics*, 1(4), pp. 140–169.
- 100 Maluccio, J. A., et al. (2009). The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults', *The Economic Journal*, 119, pp. 734–763.
- 101 Wong, H. L., et al. (2014). 'Improving the health and education of elementary schoolchildren in rural China: Iron supplementation versus nutritional training for parents', *Journal of Development Studies*, 50(4), pp. 502–519.
- 102 Fink, G., et al. (2016). 'Schooling and wage income losses due to early-childhood growth faltering in developing countries: National, regional, and global estimates', *American Journal of Clinical Nutrition*, 104(1), pp. 104–112.
- 103 McGovern, M. E., et al. (2017). 'A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes', *International Journal of Epidemiology*, 46(4), pp. 1171–1191.
- 104 Pistrup-Andersen, P. and Shimokawa, S. (2008). 'Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset?', *Food Policy*, 33(6), pp. 513–520.
- 105 House of Commons (1946). 31 May Debate, 5(423), col 1544.
- 106 Lim, S. S., et al. (2018). 'Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016', *The Lancet*, 392(10154), pp. 1217–1234.
- 107 African Union Commission, NEPAD Planning and Coordinating Agency, UNECA and WFP (2014). *The cost of hunger in Africa: Social and economic impact of child undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda*. United Nations Economic Commission for Africa, Addis Ababa.
- 108 Hoddinott, J. (2016). 'The economics of reducing malnutrition in Sub-Saharan Africa', Working paper for Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (unpublished).
- 109 World Bank Group (2013). 'Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it?', World Bank Group.
- 110 Garde, A. and Murphy, B. (2018). *A child rights-based approach to food marketing: A guide for policy makers*. UNICEF, New York, p. 13.
- 111 OECD (2018). *Agricultural Policy Monitoring and Evaluation 2018*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- 112 World Bank Group (2013). 'Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it?', World Bank Group, citing Hoddinott, J., et al. (2013). 'The economic rationale for investing in nutrition', *Maternal & Child Nutrition*, 9 (Supplement 2), pp. 69–82. Median estimate for a sample of 17 high-burden countries used by the authors.
- 113 Boseley, S. (2016). 'World Bank to name and shame countries that fail to prevent stunting in children', *The Guardian*, London, 30 September.
- 114 UK Government (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, London, ch. 2.
- 115 NHS Digital (2018). *National Child Measurement Programme, England: 2017/18 School Year [PAS]*. Department for Health and Social Care, London.
- 116 RCPCH (2017). *State of Child Health Report 2017*. Royal College of Paediatrics and Child Health, London.
- 117 Public Health England (2018). England's poorest areas are fast-food hotspots. Press release 29 June.
- 118 Adams, J., Ganiti, E. and White, M. (2011). 'Socio-economic differences in outdoor food advertising in a city in Northern England', *Public Health Nutrition*, 14(6), pp. 945–950.
- 119 Public Health England (2015). *Sugar Reduction: The evidence for action*. Public Health England, London.
- 120 Winkler, L., et al., (2016). 'Substituting sugar confectionery with fruit and healthy snacks at checkout – a win-win strategy for consumers and food stores? a study on consumer attitudes and sales effects of a healthy supermarket intervention', *BMC Public Health*, 16(1184).
- 121 Children's Commissioner for England (2019). *Childhood vulnerability in England 2019*. Children's Commissioner for England, London.
- 122 NHS Digital (2017). Healthy Survey for England < <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england> > retrieved 31 July 2019.
- 123 Smith, A. (2018). *Food poverty in Camden and*

- Islington, January 2018: Understanding the local picture. Islington and Camden Public Health.
- 124 UK Government (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, London, ch. 2
- 125 UK Government (2017). *Childhood obesity: a plan for action*
- 126 UK Government (2019). *Government Response to the House of Commons Health and Social Care Select Committee report on 'Childhood obesity: Time for action', Eighth Report of Session 2017–19*. HM Government, London.
- 127 Office of the Mayor of London and the London Assembly (2018). Mayor confirms ban on junk food advertising on transport network. Press release 23 November.
- 128 Public Health England (2019). *Foods and drinks aimed at infants and young children: Evidence and opportunities for action*. Public Health England, London.
- 129 Griffith, R., von Hinkle, S. and Smith, S. (2018). 'Getting a healthy start: The effectiveness of targeted benefits for improving dietary choices', *Journal of Health Economics*, 58, pp. 176–187.

第2章 子どもの生存と成長のための食事

- 1 Baird, J., Jacob, C., Barker, M., Fall, C., Hanson, M., Harvey, N., Inskip, H., Kumaran, K. and Cooper, C. (2017). 'Developmental origins of health and diseases: a life-course approach to the prevention of non-communicable diseases', *Healthcare*, 5(14), 387(10017), p. 416.
- 2 Catalano, P. M. and Kartik, S. (2017). 'Obesity and pregnancy: mechanisms of short-term and long-term adverse consequences for mother and child', *BMJ*, 356, j1.
- 3 McDonald, S. D., Han, Z., Mulla, S., Beyene, J. and Knowledge Synthesis Group (2010). 'Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birthweight infants: systematic review and meta-analyses', *BMJ* (Clinical Research ed.), 341, c3428.
- 4 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S. and Gillman, M. W. (2016). 'Preconceptual and maternal obesity: epidemiology and health consequences', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 1025–1036.
- 5 Darnton-Hill, I. and Mkpuru, U. C. (2015). 'Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries', *Nutrients*, 7(3), pp. 1744–1768; Stevens, G. A., Finucane, M. M., De-Regil, L. M., Paciorek, C. J., Flaxman, S. R., Branca, F. et al. (2013). 'Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data', *The Lancet Global Health*, 1(1), e16–25.
- 6 De-Regil, L. M., Pena-Rosas, J. P., Fernandez-Gaxiola, A. C. and Rayco-Solon, P. (2015). 'Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD007950.
- 7 Mackillop, L. (2015). 'Pre-eclampsia: reducing the risk with calcium supplements', *BMJ Clinical Evidence*, 1402.
- 8 McCauley, M. E., Broek, N., Dou, L. and Othman, M. (2015). 'Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008666.
- 9 Chaffee, B. W. and Kinga, J. C. (2012). 'Effect of zinc supplementation on pregnancy and infant outcomes: A systematic review', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2(1), pp. 118–137.
- 10 Prado, E. L. and Dewey, K. G. (2014). 'Nutrition and brain development in early life', *Nutrition Reviews*, 72(4), pp. 267–284.
- 11 Hansen, K. (2016). 'Breastfeeding: A smart investment in people and in economies', *The Lancet*, 387(10017), p. 416.
- 12 Ballard, O. and Morrow, A. L. (2013). 'Human milk composition nutrients and bioactive factors', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), pp. 49–74.
- 13 Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W. and Edmond, K. M. (2017). 'Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis', *PLoS ONE*, 12(7).
- 14 同書
- 15 Lancet Breastfeeding Series Group (2016). 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), pp. 475–490.
- 16 前掲書 Ballard, O. and Morrow, A. L. (2013). 'Human milk composition nutrients and bioactive factors', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), pp. 49–74.
- 17 Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., et al. (2015). 'Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis', *Acta Paediatrica*, 104, pp. 96–113.
- 18 Bonifacino, E., Schwartz, E. B., Jun, H., Wessel, C. B. and Corbelli, J. A. (2018). 'Effect of lactation on maternal hypertension: A systematic review', *Breastfeeding Medicine*, 13(9), pp. 578–588.
- 19 UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, New York
- 20 Rodríguez-Ramírez, S., Muñoz-Espínosa, A., Rivera, J. A., González-Castell, D. and González de Cosío, T. (2016). 'Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients', *Journal of Nutrition*, 146 (Supplement), pp. 1916S–19123S.
- 21 Baker, P., Smith, J., Salmon, L., Friel, S., Kent, G., Iellamo, A. et al. (2016). 'Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition under way?', *Public Health Nutrition*, 19(14), pp. 2540–2550.
- 22 同書
- 23 Pomeranz, J. L., Romo Palafox, M. J. and Harris, J. L. (2018). 'Toddler drinks, formulas, and milks: Labeling practices and policy implications', *Preventive Medicine*, 109, pp. 11–16.
- 24 Wilhelm, M. (2018). 'Toddler Milks: Filling a nutritional need or a marketing niche?', *The Salt*, National Public Radio, 20 February.
- 25 UNICEF (2016). *From the First Hour of Life*, UNICEF, New York.
- 26 Benedict, R., Hope, C., Torlesse, H. and Stoltzfus, R. J. (2018). 'Trends and predictors of optimal breastfeeding among children 0–23 months: South Asia: Analysis of national survey data', *Maternal & Child Nutrition*, 14(S4), e12698.
- 27 UNICEF, *Capture the Moment*, 2018, p. 16.
- 28 Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Anigo, K. M., Ota, E. and Sasaki, S. (2015). 'Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: A quantitative and qualitative systematic review', *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), pp. 433–451.
- 29 UNICEF (2017). *The Baby-friendly Hospital Initiative in Viet Nam: Enhancing healthcare quality criteria*. UNICEF, New York.
- 30 White, J. M., Bégin, F., Kumapley, R., Murray, C. and Krasevec, J. (2017). 'Complementary feeding practices: Current global and regional estimates', *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12505.
- 31 Hamner, H. C., Perrine, C. G., Gupta, P. M., Herrick, K. A. and Cogswell, M. E. (2017). 'Food consumption patterns among US children from birth to 23 months of age, 2009–2014', *Nutrients*, 9(9), pp. 2009–2014.
- 32 Headey, D., Hirvonen, K. and Hoddinott, J. (2018). 'Animal-sourced foods and child stunting', *American Journal of Agricultural Economics*, 100(5), pp. 1302–1319.
- 33 International Food Policy Research Institute (IFPRI) (2019). 'Food markets and nutrition in the developing world: Results from ARENA II', Policy Seminar < <http://www.ifpri.org/event/food-markets-and-nutrition-developing-world-results-arena-ii> > retrieved 18/7/19.
- 34 Pérez-Expósito, A. B. and Klein, B. P. (2009). 'Impact of fortified blended food aid products on nutritional status of infants and young children in developing countries', *Nutrition Reviews*, 67(12), pp. 706–718.
- 35 Leyvraz, M., David-Kigaru, D. M., Macharia-Mutie, C., Aaron, G. J., Roefs, M. and Tumilowicz, A. (2018). 'Coverage and consumption of micronutrient powders, fortified staples, and iodized salt among children aged 6 to 23 months in selected neighborhoods of Nairobi County, Kenya', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(1), pp. 107–115.
- 36 Bouis, H. E. and Saltzman, A. (2017). 'Improving nutrition through biofortification: A review of evidence from HarvestPlus, 2003 through 2016', *Global Food Security*, 12, pp. 49–58.
- 37 Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016–2017)*, IHE et ICF, Pétion-Ville, Haïti et Rockville, Maryland, USA

- (Haiti Demography and Health Study (DHS), 2016–2017); UNICEF data on malnutrition <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>>; UNICEF data on infant and young child feeding <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>>.
- 38 Kavle, J. A., Mehanna, S., Saleh, G., Fouad, M. A., Ramzy, M., Hamed, D. et al. (2015). 'Exploring why junk foods are "essential" foods and how culturally tailored recommendations improved feeding in Egyptian children', *Maternal & Child Nutrition*, 11(3), pp. 346–370; Pries, A. M., Huffman, S. L., Champeny, M., Adhikary, I., Benjamin, M., Coly, A. N. et al. (2017). 'Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts', *Maternal & Child Nutrition*, vol. 13 (Supplement 2).
- 39 同書
- 40 Elliott, C. D. and Conlon, M. J. (2015). 'Packaged baby and toddler foods: Questions of sugar and sodium', *Pediatric Obesity*, 10, pp. 149–55; Cogswell, M. E., Gunn, J. P., Yuan, K., Park, S. and Merritt, R. (2015). 'Sodium and sugar in complementary infant and toddler foods sold in the United States', *Pediatrics*, 135, pp. 416–423; Crawley, H. and Westland, S. (2017). *Baby foods in the UK: A review of commercially produced jars and pouches of baby foods marketed in the UK*, First Steps Nutrition Trust, London; WHO (2019). *Improving the nutritional quality of commercial foods for infants and young children in the WHO European Region*, WHO, Copenhagen, Denmark, p. 24.
- 41 De Cosmi, V., Scaglioni, S. and Agostoni, C. (2017). 'Early taste experiences and later food choices', *Nutrients*, 9(2), p. 107.
- 42 Manikam, L., Prasad, A., Dharmaratnam, A., Moen, C., Robinson, A., Light, A. et al. (2018). 'Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: The India perspective', *Public Health Nutrition*, 21(4), pp. 637–654.
- 43 Kavle, J. A., Lacroix, E., Dau, H. and Engmann, C. (2017). 'Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: A systematic review and programmatic implications', *Public Health Nutrition*, 20(17), pp. 3120–3134.
- 44 Mazarello Paes, V., Ong, K. K. and Lakshman, R. (2015). 'Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0–6 years): A systematic review of qualitative evidence', *BMJ Open*, 5(9), e007396.
- 45 van Liere, M. J., Tarlton, D., Menon, R., Yellamanda, M. and Reerink, I. (2017). 'Harnessing private sector expertise to improve complementary feeding within a regulatory framework: Where is the evidence?' *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12429.
- 46 Black, M. M. and Aboud, F. E. (2011). 'Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting', *Journal of Nutrition*, 141(3); Saltzman, J. A., Pineros-Leano, M., Liechty, J. M., Bost, K. K., Fiese, B. H. et al. (2016). 'Eating, feeding, and feeling: Emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(89).
- 47 Bentley, M. E., Wasser, H. M. and Creed-Kanashiro, H. M. (2011). 'Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries', *Journal of Nutrition*, 141, pp. 502–507.
- 48 Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S. and Lott, M. (2017). *Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A responsive parenting approach*, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ.
- 49 Redsell, S. A., Edmonds, B., Swift, J. A., Siriwardena, A. N., Weng, S., Nathan, D. and Glazebrook, C. (2016). 'Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood', *Maternal & Child Nutrition*, 12(1), pp. 24–38.
- 50 Fox, E. 'Characteristics of children's dietary needs, intake patterns, and determinants that explain their nutrition behaviors' (unpublished).
- 51 Brown, J. E. (2002) 'Child and preadolescent nutrition'. In *Nutrition Through the Lifecycle*, pp. 310–337. Cengage Learning, Boston, Mass.
- 52 Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjour, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J. and Prentice, A. (2013). 'Critical windows for nutritional interventions against stunting', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), pp. 911–918; Crookston, B. T., Schott, W., Cueto, S., Dearden, K. A., Engle, P., Georgiades, A. et al. (2013). 'Postinfancy growth, schooling, and cognitive achievement: Young lives', *American Journal of Clinical Nutrition*, 98(6), pp. 1555–1563; Gandhi, M., Ashorn, P., Maleta, K., Teivaaanmäki, T., Duan, X. and Cheung, Y. B. (2011). 'Height gain during early childhood is an important predictor of schooling and mathematics ability outcomes', *Acta Paediatrica*, 100(8), pp. 1113–1118; Crookston, B. T., Penny, M. E., Alder, S. C., Dickerson, T. T., Merrill, R. M., Stanford, J. B. et al. (2010). 'Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition', *Journal of Nutrition*, 140, pp. 1996–2001.
- 53 Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J. and Mathers, J. C. (2011). 'Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review', *Maturitas*, 70(3), pp. 266–284.
- 54 Ochola, S. and Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64(2), pp. 4–40.
- 55 Burrows, T., Goldman, S., Pursey, K. and Lim, R. (2017). 'Is there an association between dietary intake and academic achievement? A systematic review', *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(2), pp. 117–140.
- 56 Halterman, J. S., Kaczorowski, J. M., Aline, C. A., Auinger, P. and Szilagyi, P. G. (2001). 'Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States', *Pediatrics*, 107(6), pp. 1381–1386; Walter, T. (2003). 'Effect of iron-deficiency anemia on cognitive skills and neuromaturation in infancy and childhood', *Food Nutrition Bulletin*, 24 (Supplement 4), S104–S110.
- 57 Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. and Dye, L. (2016). 'The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: A systematic review', *Advances in Nutrition*, 7(3), 590S–612S; Kim, S. Y., Sim, S., Park, B., Kong, I. G., Kim, J. H. and Choi, H. G. 'Dietary habits are associated with school performance in adolescents', *Medicine* (Baltimore), 95(12), e3096.
- 58 Woldehanna, T., Behrman, J. and Araya, M. (2017). 'The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from Young Lives Ethiopia', *Ethiopia Journal of Health and Development*, 31(2), pp. 74–85; Walker, S., Chang, S., Powell, C. and Grantham-McGregor, S. (2005). 'Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: Prospective cohort study', *The Lancet*, 366(9499), pp. 1804–1807.
- 59 Chung, S. T., Onuzuruike, A. U. and Magge, S. N. (2018). 'Cardiometabolic risk in obese children', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), pp. 166–183; Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. and Kelnar, C. J. H. (2003). 'Health consequences of obesity', *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), pp. 748–752.
- 60 Rodriguez-Morales, A. J., Bolívar-Mejía, A., Alarcón-Olave, C. and Calvo-Betancourt, L. S. (2016). 'Nutrition and infection', In *Encyclopedia of Food and Health*, Elsevier, pp. 98–103.
- 61 Bechard, L. J., Rothpletz-Puglia, P., Touger-Decker, R., Duggan, C. and Mehta, N. M. (2013). 'Influence of obesity on clinical outcomes in hospitalized children: A systematic review', *JAMA Pediatrics*, 167(5), pp. 476–482.
- 62 Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. and Kelnar, C. J. H. (2003). 'Health consequences of obesity', *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), pp. 748–752.
- 63 Chung, S. T., Onuzuruike, A. U. and Magge, S. N. (2018). 'Cardiometabolic risk in obese children', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), pp. 166–183.
- 64 Reilly, J. J. and Kelly, J. (2011). 'Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review', *International Journal of Obesity*, 35(7), pp. 891–898; Umer, A., Kelley, G. A., Cottrell, L. E., Giacobbi, P., Innes, K. E. and Lilly, C. L. (2017). 'Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: A systematic review with meta-analysis', *BMC Public Health*, 17(1), p. 683.
- 65 Muthuri, S. K., Wachira, L. J. M., Leblanc, A. G., Francis, C. E., Sampson, M., Onywera, V. O. and Tremblay, M. S. (2014). 'Temporal trends and correlates of physical activity, sedentary behaviour, and physical fitness among school-aged children in Sub-Saharan Africa: A systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), pp. 3327–3359.
- 66 Minges, K. E., Chao, A. M., Irwin, M. L., Owen, N., Park, C., Whittemore, R. and Salmon, J. (2016). 'Classroom standing desks and sedentary behavior: A systematic review', *Pediatrics*, 137(2), e20153087–e20153087.
- 67 Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. and Dye, L. (2016). 'The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: A systematic review', *Advances in Nutrition*, 7(7), 590S–612S.
- 68 Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- 69 Ochola, S. and Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64, pp. 24–40.
- 70 Utter, J., Scragg, R., Mhurchu, C. N. and Schaaf, D. (2007). 'At-home breakfast consumption among New Zealand children: Associations with body mass index and related nutrition behaviors', *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), pp. 570–576.
- 71 Ochola, S. and Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64, pp. 24–40.
- 72 Livingstone, M. B. E. and Robson, P. J. (2000). 'Measurement of dietary intake in children', *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(2), pp. 279–293.
- 73 Jimenez, A., Morales-Ruán, M del C., López-Olmedo, N., Théodore, F., Moreno-Saracho, J., Tolentino-Mayo, L., Bonvecchio, A. et al. (2017). 'The fight against overweight and obesity in school children: Public policy in Mexico', *Journal of Public Health Policy*, 38(4), pp. 407–428.
- 74 Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Rothenberg, S. J. and Cifuentes, E. (2018). 'The obesogenic environment around elementary schools: Food and beverage marketing to children in two Mexican cities', *BMC Public Health*, 18(1), p.461.
- 75 Ivers, L. C. and Cullen, K. A. (2011). 'Food insecurity: Special considerations for women', *American Journal of Clinical Nutrition* 94(6), 1740S–1744S; Spear, B. A. (2002). 'Adolescent growth and development', *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3) (Supplement), S23–S29.
- 76 Keats, E. C., Rappaport, A. I., Jain, R., Oh, C., Shah, S. and Bhutta, Z. A. (2018). 'Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: a systematic review', *Nutrients*, 10(12), e1978.
- 77 The World Health Organization, "Adolescent Pregnancy Key Facts" (2018)
- 78 Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B. et al. (2016). 'Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing', *The Lancet* 387(10036), pp. 2423–2478; Cusick, S. E. and Kuch, A. E. (2012). 'Determinants of undernutrition and overnutrition among adolescents in developing countries', *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 23(3), pp. 440–456; Belachew, T., Hadley, C., Lindstrom, D., Gebremariam, A., Lachat, C. and Kolsteren, P. (2011). 'Food insecurity, school absenteeism and educational attainment of adolescents in Jimma Zone Southwest Ethiopia: A longitudinal study', *Nutrition Journal*, 10(29).
- 79 Costa, S. (2016). 'Teens, Your Brain Needs Real Food', U.S. News and World Report, 5 January 2016, <<https://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2016-01-05/teens-your-brain-needs-real-food>>, retrieved 16/7/19.
- 80 The Conversation, 'Why Sugar is so much worse for teenagers' brains,' RMIT University, <<https://theconversation.com/why-sugar-is-so-much-worse-for-teenagers-brains-67238>> retrieved 16/7/19.
- 81 Akseer, N., Al-Gashm, S., Mehta, S., Mokdad, A. and Bhutta, Z. A. (2017). 'Global and regional trends in the nutritional status of young people: A critical and neglected age group', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393, pp. 3–20.
- 82 Gzik, M., Rogers, L., Gorstein, J., Zimmerman, M. and Andersson, M. (2018). 'Global iodine status in school-age children, women of reproductive age and pregnancy women in 2017', *Iodine Global Network*.
- 83 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). '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.
- 84 Wang, J., Freire, D., Knable, L., Zhao, W., Gong, B., Mazzola, P. et al. (2015). 'Childhood and adolescent obesity and long-term cognitive consequences during aging', *Journal of Comparative Neurology*, 523(5), pp. 757–768.
- 85 Williamson, N. (2013). 'Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy', *State of World Population 2013*. United Nations Population Fund (UNFPA), New York.
- 86 Scholl, T. O., Hediger, M. L., Schall, J. I., Khoo, C. S. and Fischer, R. L. (1994). 'Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients', *American Journal of Clinical Nutrition*, 60(2), pp. 183–188.
- 87 Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J. and Sharma, V. (2007) 'Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential', *The Lancet*, 369, pp. 1220–1231.
- 88 Restrepo-Méndez, M del C., Lawlor, D. A., Horta, B. L., Santos, I. S., Menezes, A. M., Barros, F. C. and Victora, C. G. (2015). 'The association of maternal age with birthweight and gestational age: A cross-cohort comparison', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(1), pp. 31–40.
- 89 UNICEF (2016). *Reality Check Approach. Perspectives and experiences of adolescents on eating, drinking and physical activity*. UNICEF, Jakarta, Indonesia.
- 90 National Institute of Research and Development and Ministry of Health (2018) Basic health research survey (Riset Kesehatan dasar). Ministry of Health, Jakarta.
- 91 Christian, P. and Smith, E. R. (2018). 'Adolescent undernutrition: Global burden, physiology, and nutritional risks', *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72(4), pp. 316–328.
- 92 Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjour, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J. and Prentice, A. (2013). 'Critical windows for nutritional interventions against stunting', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), pp. 911–918.
- 93 Georgiadis, A. and Penny, M. E. (2017). 'Child undernutrition: opportunities beyond the first 1000 days', *The Lancet Public Health*, 2(9), e399.
- 94 Handa, S. and Peterman, A. (2016). 'Is there catch-up growth? Evidence from three continents', *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 78(4), pp. 470–500.
- 95 McIntyre, M. H. (2011). 'Adult stature, body proportions and age at menarche in the United States National Health and Nutrition Survey (NHANES) III', *Annals of Human Biology*, 38(6), pp. 716–720; Willemsen, R. H. and Dunger, D. B. (2015). 'Normal variation in pubertal timing: Genetic determinants in relation to growth and adiposity. In J.-P. Bourguignon and A.-S. Parent (eds), *Endocrine Development*, 29, pp. 17–35, S. Karger AG, Basel.
- 96 Leenstra, T., Petersen, L. T., Kariuki, S. K., Oloo, A. J., Kager, P. A., and ter Kuile, F. O. (2005). 'Prevalence and severity of malnutrition and age at menarche: cross-sectional studies in adolescent schoolgirls in western Kenya', *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), pp. 41–48; Coly, A. N., Milet, J., Diallo, A., Ndiaye, T., Bénifice, E., Simondon, F. et al. (2006). 'Preschool stunting, adolescent migration, catch-up growth, and adult height in young Senegalese men and women of rural origin', *Journal of Nutrition*, 136(9), pp. 2412–2420.
- 97 Yilmaz Z., Hardaway A. and Bulik, C. (2015). 'Genetics and epigenetics of eating disorders', *Advances in Genomics and Genetics*, 5, pp. 131–150.
- 98 Striegel-Moore, R. H. and Bulik, C. M. (2007). 'Risk factors for eating disorders', *American Psychologist*, 62(3), pp. 181–198.
- 99 O'Brien, K. M. and Vincent, N. K. (2003). 'Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships', *Clinical Psychological Review*, 23(1), pp. 57–74.
- 100 Limbers, C. A., Cohen, L. A. and Gray, B. A. (2018). 'Eating disorders in adolescent and young adult males: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies', *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 10(9), pp. 111–116.
- 101 Whitaker, R. C., Phillips, S. M. and Orzol, S. M. (2006). 'Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children', *Pediatrics*, 118(3), e859–868.
- 102 Darling, K. E., Fahrenkamp, A. J., Wilson, S. M., D'Auria, A. L. and Sato, A. F. (2017). 'Physical and mental health outcomes associated with prior food insecurity among young adults', *Journal of Health Psychology*, 22(5), pp. 572–581; Bruening, M., van Woerden, I., Todd, M. and Laska, M. N. (2018). 'Hungry to learn: The prevalence and effects of food insecurity on health behaviors and outcomes over time among a diverse sample of university freshmen' *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1).
- 103 Rani, D., Singh, J. K., Acharya, D., Paudel, R., Lee, K. and Singh, S. P. (2018). 'Household food insecurity and mental health among teenage girls living in urban slums in Varanasi, India: A cross-sectional study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8) e1585; McIntyre, L., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H. and Patten, S. (2013). 'Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger', *Journal of Affective Disorders*, 150, pp. 123–129; Belsky, D. W., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Melchior, M. and Caspi, A. (2010). 'Context and sequelae of food insecurity in children's development', *American Journal of Epidemiology*, 172(7), pp. 809–818; Jebena, M. G., Lindstrom, D., Belachew, T., Hadley, C., Larchat, C., Verstraeten, R., De Cock, N. and Kolsteren, P. 'Food insecurity and common mental disorders among Ethiopian youth: Structural equation modeling', *PLoS ONE* 11(11), e0165931.
- 104 Story, M., Neumark-Sztainer, D. and French, S. (2002). 'Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors', *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), (Supplement), S40–S51.
- 105 Anthrologica and World Food Programme (2018).

- Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development. World Food Programme, Rome.
- 106 Karimi-Shahanjirini, A., Omidvar, N., Bazargan, M., Rashidian, A., Majdzadeh, R. and Shoaeizadeh, D. (2010). 'Iranian female adolescents' views on unhealthy snacks consumption: A qualitative study', *Iranian Journal of Public Health*, 39(3), pp. 92–101.
- 107 Eddy, K. T., Hennessey, M. and Thompson-Brenner, H. (2007). 'Eating pathology in East African Women: The role of media exposure and globalization', *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), p. 196–202.
- 108 Anthrologica and World Food Programme (2018). Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development. World Food Programme, Rome
- 109 WHO (undated). Healthy Diet <<https://www.who.int/behealthy/healthy-diet>>, retrieved 14/7/19.
- 110 Herforth, A., Arimond, M., Álvarez-Sánchez, C., Coates, J., Christianson, K., and Muehlhoff, E. (2019). 'A global review of food-based dietary guidelines', *Advances in Nutrition*, 10(4), pp. 590–605.
- 111 Litman, E. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B. and Ludwig, D. S. (2018). 'Source of bias in sugar-sweetened beverage research: A systematic review', *Public Health Nutrition*, 21(12), pp. 2345–2350; Bes-Rastrollo, M. (2016). 'Impact of sugars and sugar taxation on body weight control: A comprehensive literature review', *Obesity*, 24(7), pp. 1410–1426.
- 112 Guthrie, J., L. Mancino and C.T.J. Lin (2015). 'Nudging consumers toward better food choices: Policy approaches to changing food consumption behaviors,' *Psychology & Marketing*, 32(5), pp. 501–511.
- 113 Johnson, N. (2015). 'Brazil's nutrition wisdom: No junk food, no eating alone,' Grist, 2 March, <<https://grist.org/food/brazils-nutrition-wisdom-no-junk-food-no-eating-alone/>> retrieved 14/7/19.
- 114 Belluz, J. (2015). 'Brazil has the best nutritional guidelines in the world', Vox, 20 February, <<https://www.vox.com/2015/2/20/8076961/brazil-food-guide>> retrieved 14/7/19.

第3章 変わりゆく世界における栄養不良

- 1 Analysis based on CHERG estimates presented in UNICEF (2015). *Committing to Child Survival – A Promise Renewed: Progress Report 2015*.
- 2 Lunn, P.G., Northrop-Clewes, C. A. and Downes, R. M. (1991). 'Intestinal permeability, mucosal injury and growth faltering in Gambian infants', *The Lancet*, 338, pp. 907–910; Humphrey, J. H. (2009). 'Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing', *The Lancet*, 374, pp. 1032–1035; Pickering, A. J., Djebbari, H., Lopez, C., Coulibaly, M. and Alzuza, M. L. (2015). 'Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial', *The Lancet Global Health*, 3(11), e701–e711.
- 3 Fahim, S. M., Das, S., Sanin, K. I., Gazi, M. A., Mahfuz, M., Islam, M. M. and Ahmed, T. (2018). 'Association of fecal markers of environmental enteric dysfunction with zinc and iron status among children at first two years of life in Bangladesh', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 99(2), pp. 489–494.
- 4 Prendergast, A. J., Humphrey, J. H., Mutasa, K., Majo, F. D., Rukobo, S., Govha, M. et al. (2015). 'Assessment of environmental enteric dysfunction in the SHINE Trial: Methods and Challenges', *Clinical Infectious Diseases*, 61 (Suppl 7), pp. S726–732.
- 5 Lin, A., Arnold, B. F., Afreen, S., Goto, R., Huda, T. M. N., Haque, R. et al. (2013). 'Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(1), pp. 130–137.
- 6 MAL-ED Network Investigators (2018). 'Early childhood cognitive development is affected by interactions among illness, diet, enteropathogens and the home environment: findings from the MAL-ED birth cohort study', *BMJ Global Health*, 3(4), e000752.
- 7 Husseini, M., Darboe, M. K., Moore, S. E., Nabwera, H. M. and Prentice, A. (2018). 'Thresholds of socio-economic and environmental conditions necessary to escape from childhood malnutrition: a natural experiment in rural Gambia', *BMC Medicine*, 16 (1), p. 199.
- 8 LSHTM (2018). 'Good housing with indoor plumbing may be key to eliminating childhood malnutrition and stunting'. Press release 1 November, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- 9 Trasande, L., Shaffer, R. M., Sathyannarayana, S. and Council on Environmental Health (2018). 'Food Additives and Child Health', *Pediatrics*, 142(2), e20181408.
- 10 同書
- 11 Carlson, A., Xia, K., Azcarate-Peril, M., Goldman, B., Ahn, M., Styner, M., Thompson, A., Geng, X., Gilmore, J., and Knickmeyer, R. (2017). 'Infant gut microbiome associated with cognitive development', *Biological Psychiatry*, 83(2), pp. 148–159; Davis, C. D. (2016). 'The gut microbiome and its role in obesity', *Nutrition Today*, 51(4), pp. 167–174.
- 12 同書
- 13 Tanaka, M. and Nakayama, J. (2017). 'Development of the gut microbiota in infancy and its impact on health in later life', *Allergology International*, 66(4), pp. 515–522.
- 14 Lancet Breastfeeding Series Group (2016). 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), pp. 475–490.
- 15 Bokulich, N. A., Chung, J., Battaglia, T., Henderson, N. et al. (2016). 'Antibiotics, birth mode, and diet shape microbiome maturation during early life', *Science translational medicine*, 8(343), pp. 343ra82.
- 16 Francino, M. P. (2016). 'Antibiotics and the human gut microbiome: Dysbioses and accumulation of resistances', *Frontiers in Microbiology*, 6(1543).
- 17 Zinöcker, M. K. and Lindseth, I. A. (2018). 'The Western diet–microbiome–host interaction and its role in metabolic disease', *Nutrients*, 10(3), pp. e365.
- 18 Velasquez-Manoff, M. (2018). 'The germs that love diet soda', *The New York Times*, 6 April.
- 19 Victora, C. (2017). 'Breastfeeding as a biological dialogue', *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), pp. 413–414; UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, New York, p. 30.
- 20 Kane, A. V., Dinh, D. M. and Ward, H. D. (2015). 'Childhood malnutrition and the intestinal microbiome', *Pediatric Research*, 77(1), pp. 256–262.
- 21 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 22 Godfrey, K. M., Reynolds, R. M., Prescott, S. L., Nyirenda, M., Jaddoe, V. W. V., Eriksson, J. G. and Broekman, B. F. P. (2017). 'Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(1), pp. 53–64; Christian, P. and Stewart, C. P. (2010). 'Maternal micronutrient deficiency, fetal development, and the risk of chronic disease', *Journal of Nutrition*, 140(3), pp. 437–445; Krikke, G. G., Grootenhuis, P. J., Vrijkotte, T. G. M., van Eijlsden, M., Roseboom, T. J. and Painter, R. C. (2016). 'Vitamin B12 and folate status in early pregnancy and cardiometabolic risk factors in the offspring at age 5–6 years: Findings from the ABCD multi-ethnic birth cohort', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)*, 123(3), pp. 384–392.
- 23 Vaag, A. A., Grunnet, L. G., Arora, G. P. and Brøns, C. (2012). 'The thrifty phenotype hypothesis revisited', *Diabetologia*, 55(8), pp. 2085–2088.
- 24 Hanson, M., Gluckman, P. and Bustreo, F. (2016). 'Obesity and the health of future generations', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 966–967.
- 25 Chen, C., Xu, X. and Yan, Y. (2018). 'Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model', *PLoS ONE*, 13(8), e0202183.
- 26 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S. and Gillman, M. W. (2016). 'Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), pp. 1025–1036.
- 27 Mamun, A. A., O'Callaghan, M., Callaway, L., Williams, G., Najman, J. and Lawlor, D. A. (2009). 'Associations of gestational weight gain with offspring body mass index and blood pressure at 21 years of age: Evidence from a birth cohort study', *Circulation*, 119(13), pp. 1720–1727; Hochner, H., Friedlander, Y., Calderon-Margalit, R., Meiner, V., Sagiv, Y., Avgil-Tsadok, M. et al. (2012). 'Associations of maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain with adult offspring cardiometabolic risk factors: the Jerusalem Perinatal Family Follow-up Study', *Circulation*, 125(11), pp. 1381–1389.

- 28 Eriksson, J. G., Sandboge, S., Salonen, M., Kajantie, E. and Osmond, C. (2015). 'Maternal weight in pregnancy and offspring body composition in late adulthood: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS)', *Annals of Medicine*, 47(2), pp. 94–99; Westberg, A. P., Salonen, M. K., von Bonsdorff, M., Kajantie, E. and Eriksson, J. G. (2016). 'Maternal body mass index in pregnancy and offspring physical and psychosocial functioning in older age: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS)', *Annals of Medicine*, 48(4), pp. 268–274.
- 29 Monteiro, C. A., Benicio, M. H. and Conde, W. L. et al. (2009). 'Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007', *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), pp. 305–311.
- 30 Huicho, L., Segura, E. R., Huayanay-Espinoza, C. A., Niño de Guzman, J., Restrepo-Méndez, M. C., Tam, Y., Barros, A. J. D. and Victora, C. G. (2016). 'Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: A countdown to 2015 country case study', *The Lancet Global Health*, 4(6), e414–e426.
- 31 Garza, C., Borghi, E., Onyango, A. W. and de Onis, M. (2013). Parental height and child growth from birth to 2 years in the WHO Multicentre Growth Reference Study. 8 September.
- 32 Hossain, N. (2017). 'Inequality, hunger and malnutrition: Power matters'. In K. Von Grebmer (ed.), *2017 Global hunger index: The inequalities of hunger*, International Food Policy Research Institute, Washington DC, pp. 25–29.
- 33 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Committee on World Food Security, Rome, pp. 112.
- 34 同書
- 35 Gray, A., Fontanella-Khan, J. and Munshi, N. (2018). 'Burger King looks to expand in sub-Saharan Africa', *The Financial Times*, 9 October <<https://www.ft.com/content/57407046-cc0a-11e8-b276-b9069bde0956>>.
- 36 Ministry of Health of Brazil (2014). *Dietary Guidelines for the Brazilian Population*. Ministry of Health of Brazil.
- 37 Replace trans fat: an action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 38 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2018). 'Improving diets in an era of food market transformation', Policy Brief No. 11, London.
- 39 Stuckler, D., McKee, M., Ebrahim, S. and Basu, S. (2012). 'Manufacturing epidemics: The role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco', *PLoS Med* 9(6), e1001235.
- 40 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2019). 'Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults', *Nature*, 569(7755), pp. 260–264.
- 41 Popkin, B. M. (2006). 'Global nutrition dynamics: The world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases', *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), pp. 289–298.
- 42 UNICEF (ed.) (2011). *Adolescence: an age of opportunity*. UNICEF, New York.
- 43 Kennedy, G., Nantel, G. and Shetty, P. (2004). *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, New York, p. 11.
- 44 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, pp. 34–41, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington DC.
- 45 同書
- 46 *The Lancet Diabetes & Endocrinology* (2017). (Editorial) 'Tackling childhood obesity: a step in the right direction', 6, February <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-8587%2818%2930005-6>>, retrieved 14/7/19.
- 47 Popkin, B. M. (2014). 'Nutrition, agriculture and the global food system in low and middle income countries', *Food Policy*, 47, 91–96.
- 48 Demmler, K. M., Ecker, O. and Martin, O. (2017). 'Supermarket shopping and nutritional outcomes: A panel data analysis for urban Kenya', *World Development*, 102, February, pp. 292–303.
- 49 Kelly, M., Seubsmann, S.-a., Banwell, C., Dixon, J. and Sleigh, A. (2014). 'Thailand's food retail transition: Supermarket and fresh market effects on diet quality and health', *British Food Journal* 116(7).
- 50 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, London.
- 51 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, pp. 34–41, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington DC, p. 38.
- 52 Jones, A. D. (2015). 'Household food insecurity is associated with heterogeneous patterns of diet quality across urban and rural regions of Malawi', *World Medical & Health Policy*, 7(3), pp. 234–254.
- 53 Milan Urban Food Policy Pact. <<http://www.milanurbanfoodpolicy pact.org/>>
- 54 FAO, EStà and City of Curitiba (2018). *Curitiba: facilitating access of low-income households to healthy food*. Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- 55 Forster, T., Egal, F., Escaduro, A. G., Dubbeling, M. and Renting, H. (2015). *Milan Urban Food Policy Pact: Selected Good Practices from Cities*, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milan.
- 56 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome; Hirvonen, K., Taffesse, A. S. and Worku Hassen, I. (2016). 'Seasonality and household diets in Ethiopia', *Public Health Nutrition*, 19(10), pp. 1723–1730; Odor, F. O., Boedecker, J., Kennedy, G., Mituki-munguria, D. and Termote, C. (2018). 'Caregivers' nutritional knowledge and attitudes mediate seasonal shifts in children's diets', *Maternal & Child Nutrition*, 15(1), e12633.
- 57 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Committee on World Food Security, Rome.
- 58 Lucan, S. C., Maroko, A. R., Seitchik, J. L., Yoon, D. H., Sperry, L. E. and Schechter, C. B. (2018). 'Unexpected neighborhood sources of food and drink: implications for research and community health', *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), e29–e38. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.011>
- 59 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Committee on World Food Security, Rome.
- 60 Odoms-Young, A., Singleton, C.R., Springfield, S. et al. (2016). 'Retail environments as a venue for obesity prevention', *Current Obesity Reports*, 5(2), pp. 184–191; Hilmers, A., Hilmers, D. C. and Dave, J. (2012). 'Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice', *American Journal of Public Health*, 102(9), pp. 1644–1654.
- 61 Gartin, M. (2012). 'Food deserts and nutritional risk in Paraguay', *American Journal of Human Biology*, 24, pp. 296–301.
- 62 Walker, R. E., Keane, C. R. and Burke, J. G. (2010). 'Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature', *Health & Place*, 16(5), pp. 876–884.
- 63 Gartin, M. (2012). 'Food deserts and nutritional risk in Paraguay', *American Journal of Human Biology*, 24, pp. 296–301.
- 64 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Committee on World Food Security, Rome.
- 65 Bridle-Fitzpatrick, S. (2015). 'Food deserts or food swamps? A mixed-methods study of local food environments in a Mexican city', *Social Science & Medicine*, 142, pp. 202–213.
- 66 Cummins, S., Flint, E. and Matthews, S. A. (2014). 'New neighborhood grocery store increased awareness of food access but did not alter dietary habits or obesity', *Health Affairs (Project Hope)*, 33(2), pp. 283–291.
- 67 Battersby, J. and Crush, J. (2014). 'Africa's urban food deserts', *Urban Forum*, 25(2), pp. 143–151.
- 68 Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S. and Prochaska, J. J. (2018). 'National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014', *International Journal of Obesity*, 43(2), pp. 402–411.
- 69 GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine*, 377, pp. 13–27.
- 70 GBD Collaborative Network (2017). *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980–2015*, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, US.
- 71 Li, P. (2012). 'Obesity is a growing concern in China', http://www.china.org.cn/china/2012-09/14/content_26521029.htm, retrieved 14/7/19.
- 72 Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S. and Prochaska, J. J. (2018). 'National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014', *International Journal of Obesity*, 43(2), pp. 402–411.
- 73 Wang, H., Xue, H., Du, S., Zhang, J., Wang, Y. and Zhang, B. (2017). 'Time trends and factors in body mass index and obesity among children in China:

- 1997–2011', *International Journal of Obesity*, 41(6), p. 964–970.
- 74 Zhang, J., Zhai, Y., Feng, X., Li, W., Yue, B., Astell-burt, T., Zhao, P and Shi, X. (2018). 'Gender differences in the prevalence of overweight and obesity, associated behaviors, and weight-related perceptions in a national survey of primary school children in China', *Biomedical and Environmental Sciences*, 31(1), pp. 1–11.
- 75 GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine*, 377, pp. 13–27.
- 76 Ji, C. Y. and Chen, T. J. (2013). 'Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies', *Biomedical and Environmental Sciences*, 26(1), pp. 1–12.
- 77 He, W., James, S. A., Merli, M. G. and Zheng, H. (2014). 'An increasing socioeconomic gap in childhood overweight and obesity in China', *American Journal of Public Health*, 104(1), e14–e22.
- 78 Zhang, Y. X., Wang, Z. X., Zhao, J. S. and Chu, Z. H. (2016). 'Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Shandong, China: Urban–rural disparity', *Journal of Tropical Pediatrics*, 62(4), pp. 293–300.
- 79 Song, Y., Wang, H. and Dong, B. et al. (2016). '25-year trends in gender disparity for obesity and overweight by using WHO and IOTF definitions among Chinese school-aged children: a multiple cross-sectional study', *BMJ Open*, 6, e011904.
- 80 Zhai, F. Y., Du, S. F., Wang, Z. H., Zhang, J. G., Du, W. W. and Popkin, B. M. (2014). 'Dynamics of the Chinese diet and the role of urbanicity, 1991–2011', *Obesity Review*, 15,(Supplement 1), pp. 16–26.
- 81 Mroz, T. A., Zhai, F. and Popkin, B.M. (2004). 'Rapid income growth adversely affects diet quality in China—particularly for the poor!', *Social Science and Medicine*, 59(7), pp. 1505–1515.
- 82 Ma, G. S. (2018). Report on the consumption of Sugar-Sweetened Beverages of Children in China. The Population Publishing House, Beijing, p. 12.
- 83 WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*.
- 84 Zhang, X., Song, Y., Yang, T. B. et al. (2012). 'Analysis of current situation of physical activity and influencing factors in Chinese primary and middle school students in 2010', *Chinese Journal of Preventive Medicine*, 46(9), pp. 781–788.
- 85 Yang, C. (2009). 'Social justice, stratification, and college access: Examining higher education expansion in Taiwan'. Paper presented at the annual meeting of the 53rd Annual Conference of the Comparative and International Education Society, Francis Marion Hotel, Charleston, South Carolina, <http://citation.allacademic.com/meta/p298842_index.html> retrieved 14/7/19.
- 86 Wang, H. and Zhai, F. (2013). 'Programme and policy options for preventing obesity in China', *Obesity Review* 14, (Supplement 2), pp. 134–140.
- 87 Wei, X., Ma, Y., Hu, J., Lin, W., Zhao, Z. and Wen, D. (2018). 'Predicting weight status in Chinese preschool children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles', *Public Health Nutrition*, 21(6), pp. 1123–1130.
- 88 Burns, J., Emerson, J. A., Amundson, K., Doocy, S., Caulfield, L. E. and Klemm, R. D. W. (2016). 'A qualitative analysis of barriers and facilitators to optimal breastfeeding and complementary feeding practices in South Kivu, Democratic Republic of Congo', *Food and Nutrition Bulletin*, 37(2), pp. 119–131.
- 89 Armar-Klemesu, M., Osei-Menyi, S., Zakariah-Akoto, S., Tumilowicz, A., Lee, J. and Hotz, C. (2018). 'Using ethnography to identify barriers and facilitators to optimal infant and young child feeding in rural Ghana: Implications for programs', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(2), pp. 231–245.
- 90 Johnson, S. L. (2016). 'Developmental and environmental influences on young children's vegetable preferences and consumption', *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 7(9), 220S–231S.
- 91 Headey, D. D. and Alderman, H. H. (forthcoming). 'The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents', *The Journal of Nutrition*.
- 92 Darmon, N. and Drewnowski, A. (2015). 'Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: A systematic review and analysis', *Nutrition Reviews*, 73(10), pp. 643–660.
- 93 Hawkes, C., Harris, J. and Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, pp. 34–41, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington DC. p. 37.
- 94 Muhammad, A., Seale, J. L., Meade, B. and Regmi, A. (2011). 'International evidence on food consumption patterns: An update using 2005 international comparison program data', *USDA Economic Research Service Technical Bulletin*, 1929, US Department. of Agriculture, Economic Research Service, March.
- 95 Herforth, A., & Ahmed, S. (2015). The food environment, its effects on dietary consumption, and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions. *Food Security*, 7(3), 505–520. <https://doi.org/10.1007/s12571-015-0455-8>.
- 96 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 97 Food Security Information Network (FSIN) (2019). *2019 Global report on food crises: Joint analysis for better decisions*, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, Italy and Washington DC; World Food Programme (WFP); International Food Policy Research Institute (IFPRI). <<http://fsinplatform.org/>>
- 98 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 99 Food Security Information Network (FSIN) (2018). *Global report on food crises 2018*.
- 100 FAO (undated). *The impact of disasters on agriculture and food security*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome.
- 101 Vermeulen, S. J., Campbell, B. M. and Ingram, J. S. I (2012). 'Climate change and food systems', *Annual Review of Environmental Resources*, 37, pp. 195–222.
- 102 Gerber, P.J., Steinfeld, H., Henderson, B., Mottet, A., Opio, C., Dijkman, J., Falcucci, A. and Tempio, G. (2013). *Tackling climate change through livestock: A global assessment of emissions and mitigation opportunities*. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), Rome, p. 15.
- 103 Springmann, M., Clark, M., Mason-D'Croz, D., Wiebe, K., Bodirsky, B. L. et al. (2018). 'Options for keeping the food system within environmental limits', *Nature*, 562, pp. 519–525.
- 104 Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M. et al. (2019). 'Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems', *The Lancet*, 393(10170), pp. 447–492.
- 105 UN Water (undated). Water scarcity. <<http://www.unwater.org/water-facts/scarcity/>>, retrieved 14/7/19.
- 106 UNICEF (2018). *Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper*. UNICEF, New York.
- 107 International Labour Office (2017). *Global Estimates of Child Labour: Results and trends, 2012–2016*, International Labour Organization, Geneva, p. 9.
- 108 UNICEF (2018). *Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper*. UNICEF, New York.
- 109 Brondizio, E. S., Settele, J., Díaz, S. and Ngo, H. T. (eds) (2019). *Global Assessment Report on Biodiversity and Ecosystem Services: Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services*, IPBES Secretariat, Bonn, Germany.
- 110 Bélanger, J. and Pilling, D. (eds). (2019). *The State of the World's Biodiversity for Food and Agriculture*. Commission on Genetic Resources for Food and Agriculture, FAO, p. 95.
- 111 Collette, L., Hodgkin, T., Kassam, A., Kenmore, P., Lipper, L., Nolte, C., Stamoulis, K. and Steduto, P. (2011). *Save and grow: a policymaker's guide to sustainable intensification of smallholder crop production*. FAO, Rome.
- 112 Remans, R., Flynn, D. F. B., DeClerck, F., Diru, W., Fanzo, J., Gaynor, K., Lambrecht, I., Mudiope, J., Mutuo, P. K., Nkhomwa, P. et al. (2011). 'Assessing nutritional diversity of cropping systems in African villages', *Plos One*, 6(6); DeClerck, F. A. J., Fanzo, J., Palm, C. and Remans, R. (2011). 'Ecological approaches to human nutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, 32(1), pp. S41–S50; Herrero, M., Thornton, P. K., Power, B., Bogard, J. R., Remans, R., Fritz, S. et al. (2017). 'Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis', *The Lancet Planetary Health*, 1(1), e33–e42; Remans, R., DeClerck, F. A., Kennedy, G. and Fanzo, J. (2015). 'Expanding the view on the production and dietary diversity link: Scale, function, and change over time', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(45), E6082–E6082; Lachat, C., Raneri, J. E., Walker Smith, K., Kolsteren, P., Van Damme, P., Verzelen, K., Penafiel, D., Vanhove, W. et al. (2017). 'Dietary species richness as a measure of food biodiversity and nutritional quality of diets', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(1), pp. 127–132.
- 113 Khoury, C. K., Bjorkman, A. D., Dempewolf, H., Ramirez-Villegas, J., Guarino, L., Jarvis, A., Rieseberg, L. H. and Struik, P. C. (2014). 'Increasing homogeneity in global food supplies and the implications for food security', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(11), pp. 4001–4006.
- 114 Jones, A. D. and Ejeta, G. (2015). 'A new global agenda for nutrition and health: the importance of agriculture and food systems', *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), pp. 228–229.

- 115 World Bank data <<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.TOTL.FE.ZS>>
- 116 Schulte, B., Durana, A., Stout, B. and Moyer, J. (2017). *Paid family leave: How much time is enough?* New America, Washington DC.
- 117 UNICEF (2019). *A Gathering Storm: Climate change clouds the future of children in Bangladesh*. UNICEF, New York.
- 118 WHO (undated). Global Health Observatory data repository. WHO, Geneva, Switzerland.
- 119 UNICEF Malaysia and DM Analytics (2018). *Children Without: A study of urban child poverty and deprivation in low-cost flats in Kuala Lumpur*. UNICEF Malaysia, Putrajaya, Malaysia.
- 120 UNICEF (2019). *Annual results report 2018: Humanitarian action* (draft). UNICEF, New York.
- 121 UN OCHA (2018). *Humanitarian needs overview: Sudan*. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, New York.
- 122 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global nutrition report: Shining a light to spur action on nutrition*. Independent Expert Group of the Global Nutrition Report, p. 15.
- 123 同書
- 124 Mates, E., Shoham, J., Khara, T. and Dolan, C. (2017). *Stunting in humanitarian and protracted crises: Discussion paper*. Emergency Nutrition Network, Oxford, UK.
- 125 同書 p. 63.
- 126 UN OCHA (2018). *World humanitarian data and trends 2018* <<http://interactive.unocha.org/publication/datatrends2018/>> retrieved 30 July 2019.
- 127 UNICEF (2018). 'Conflict in Yemen: A living hell for children', News note, 4 November.
- 128 UNICEF (2018). *Yemen humanitarian situation report (December 2018)*. UNICEF, New York.
- 129 同書
- 130 UNICEF (2019). *Annual results report 2018: Humanitarian action*. UNICEF, New York, p. 32.
- 131 SOWC submission from Yemen Country Office.
- 132 World Bank (2017). Prevalence of anaemia among children (% of children under 5) <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS>> retrieved 30 July 2019.

第4章 栄養不良に対する取り組み

- 1 Nomura, M., Takahashi, K. and Reic, M. R. (2015). 'Trends in global nutrition policy and implications for Japanese development policy', *Food and Nutrition Bulletin*, 36(4), pp. 493–540.
- 2 Copenhagen Consensus Center (2008). Copenhagen Consensus 2008: Results. Copenhagen Consensus Center, Copenhagen, Denmark.
- 3 The lancet (2008–). Maternal and Child Undernutrition Series. <<https://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>> retrieved 25 July 2019.
- 4 同書
- 5 UN Standing Committee on Nutrition (2014). Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note. United Nations, New York.
- 6 WHO (2017). *Global Nutrition Policy Review 2016–2017*. WHO, Geneva, Switzerland, p11.
- 7 'SMART' is generally accepted to represent 'Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound', or minor variations thereof.
- 8 IFPRI (2016). *Global Nutrition Report 2016: From promise to impact: Ending malnutrition by 2030*. International Food Policy Research Institute, Washington DC, p.134.
- 9 Reich, M. R. and Balarajan, Y. (2012). *Political economy analysis for food and nutrition security*. World Bank, Washington DC.
- 10 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. and Barreto, M. L. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), pp. 57–64.
- 11 Ruel, M. T. and Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551.
- 12 United Nations System Standing Committee on Nutrition (2017). Global Governance for Nutrition and the role of UNSCN. Discussion Paper. United Nations, New York.
- 13 Baker, P., Hawkes, C., Wingrove, K., Demaio, A. R., Parkhurst, J., Thow, A. M. and Walls, H. (2018). 'What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition', *BMJ Global Health*, 3(1), e000485.
- 14 Miller, B. D. D. and Welch, R. M. (2013). 'Food system strategies for preventing micronutrient malnutrition', *Food Policy*, 42, pp. 115–128.
- 15 Backstrand, J. R. (2002). 'The history and future of food fortification in the United States: A public health perspective', *Nutrition Reviews*, 60, pp. 15–26.
- 16 Iodine Global Network (2016). Global Iodine Nutrition Scorecard 2016, Iodine Global Network, Zurich.
- 17 Horton, S. et al. (2008). Best Practice Paper: Food Fortification with Iron and Iodine. Copenhagen Consensus Center, Denmark, p.21.
- 18 UNICEF and WHO Joint Committee on Health Policy (1994). World Summit for Children Mid-Decade Goal: Iodine deficiency disorders (IDD), UNICEF and WHO Joint Committee on Health Policy Special Session, 27–28 January 1994 (JCHPSS/94/2.7), WHO, Geneva.
- 19 WHO (2014). Guideline: Fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. WHO, Geneva.
- 20 Dwyer, J. T., Wiemer, K. L., Dary, O., Keen, C. L., King, J. C., Miller, K. B. et al. (2015). 'Fortification and health: Challenges and opportunities', *Advances in Nutrition*, 6(1), pp. 124–31.
- 21 Crider, K. S., Bailey, L. B. and Berry, R. J. (2011). 'Folic acid food fortification: Its history, effect, concerns, and future directions', *Nutrients*, 3(3), pp. 370–84.
- 22 UK Government and devolved administrations (2019). Proposal to add folic acid to flour: Consultation document. UK Government, London.
- 23 Global Fortification Data Exchange (undated). Map: Fortification Legislation. <<http://www.fortificationdata.org/>> retrieved 25 July 2019.
- 24 Kancharla, V., Wagh, K., Johnson, Q. and Oakley, G. P. Jr. A. (2018). 'A 2017 global update on folic acid-preventable spina bifida and anencephaly', *Birth Defects Research*, 110(14), pp. 1139–1147.
- 25 Bobrek, K., Broersen, B., Aburto, N., Garg, A., Serdula, M., Velazquez, F. B. et al. (2019). 'National wheat and maize flour fortification standards and their comparison with international guidelines in countries with mandatory fortification', *Current Developments in Nutrition*, 3 (Supplement 1).
- 26 Government of Tanzania and the Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) (2015). Arusha Statement on Food Fortification, at the Global Summit on Food Fortification, 9–11 September, Arusha, Tanzania.
- 27 UNICEF and WHO (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, New York.
- 28 Prak, S., Dahl, M. I., Oeurn, S., Conkle, J., Wise, A. and Lailou, A. (2014). 'Breastfeeding trends in Cambodia and the increased use of breastmilk substitutes – why is it a danger?' *Nutrients*, 6(7), pp. 2920–2930.
- 29 UNICEF and WHO (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, New York.
- 30 UNICEF (2016). Annual Results Report – Nutrition 2015. UNICEF, New York, p. 16.
- 31 Aguayo, V. M., Gupta, G., Singh, G. and Kumar, R. (2016). 'Early initiation of breast feeding on the rise in India', *BMJ Global Health* 1(2), e000043.
- 32 Federal Democratic Republic of Ethiopia-Ministry of Health (2017). Baby and mother WASH: Implementation Guideline. UNICEF Ethiopia, Addis Ababa, Ethiopia.
- 33 UNSCN (2017). Schools as a system to improve nutrition: A new statement for school-based food and nutrition interventions. United Nations System Standing Committee on Nutrition, Washington DC.
- 34 UNICEF (2018). 'Forging an anaemia-free future: The path to India's nationwide adolescent anaemia control programme', Field Reports: Lessons from improving nutrition at scale. UNICEF, New York, p. 3.
- 35 Gaarder, M. M., Glassman, A. and Todd, J. E. (2010). 'Conditional cash transfers and health: Unpacking the causal chain', *Journal of Development Effectiveness*, 2(1), pp. 6–50; Ranganathan, M. and Lagarde, M. (2012). 'Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low- and middle-income countries: A review of the impact of

- conditional cash-transfer programmes', *Preventive Medicine*, 55(Supplement), S95–105.
- 36 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2013). Programa Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania. IPEA, Brasília, p. 29.
- 37 Bortoleto Martins, A. P. and Monteiro, C. (2016). 'Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study', *BMC Public Health*, 16, p. 827.
- 38 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. and Barreto, M. L. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), pp. 57–64.
- 39 Government of Mexico (undated). ¿Qué es PROSPERA Programa de Inclusión Social?. <<https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera>> retrieved 26 July 2019.
- 40 Hoddinott, J., Skoufias, E. and Washburn, R. (2000). The Impact of PROGRESA on Consumption: A final report', International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- 41 Fernald, Lia C. H., Gertler, P. J. and Neufeld, L. M. (2008). 'Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: An analysis of Mexico's opportunities', *The Lancet* 371(9615), pp. 828–837.
- 42 FAO and WHO (2014). Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization, Rome, p.2.
- 43 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Committee World Food Security, Rome.
- 44 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenge of the 21st Century*. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, London.
- 45 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK.
- 46 EAT–Lancet Commission (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. <<https://www.thelancet.com/commissions/EAT>> retrieved 26 July 2019.
- 47 WHO (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. WHO, Geneva.
- 48 Access to Nutrition Foundation (2018). *Access to Nutrition Index Global Index 2018*. Access to Nutrition Foundation, Utrecht.
- 49 WHO, UNICEF and IBFAN (2018). Marketing of Breast-Milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report. WHO, Geneva.
- 50 WHO (2015). *Guideline: Sugars intake for adults and children*. WHO, Geneva.
- 51 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK, p. 94.
- 52 KPMG (2018). Budget 2019 Of Sugar Tax and the Digital Economy. KPMG, Malaysia.
- 53 Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M. and Ng, S.W. (2017). 'In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax', *Health Affairs*, 36(3), pp. 564–571.
- 54 UNICEF (2018). Review of sugar taxes: Case studies on the implementation of sugar taxes in various jurisdictions. UNICEF, New York.
- 55 Fanzo, J. and Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, UK, p.16.
- 56 Hawkes, C., Smith, T.G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S. et al. (2015). 'Smart food policies for obesity prevention', *The Lancet*, 385(9985), pp. 2410–2421.
- 57 Kanter, R., Vanderlee, L. and Vandevijvere, S. (2018). 'Front-of-package nutrition labelling policy: Global progress and future directions', *Public Health Nutrition*, 21(8), pp.1399–1408.
- 58 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P.J., Schwartz, M. B. and Brownell, K. D. (2013). 'The science on front-of-package food labels', *Public Health Nutrition*, 16(3), pp. 430–439.
- 59 Hersey, J. C., Wohlgemant, K. C., Arsenault, J. E., Kosa, K. M. and Muth, M. K. (2013). 'Effects of front-of-package and shelf nutrition labeling systems on consumers', *Nutrition Reviews*, 71(1), pp.1–14.
- 60 Egnell, M., Talati, Z., Hercberg, S., Pettigrew, S. and Julia, C. (2018). 'Objective understanding of front-of-package nutrition labels: An international comparative experimental study across 12 countries', *Nutrients*, 10(10), p. 1452.
- 61 Neal, B., Crino, M., Dunford, E., Gao, A., Greenland, R., Li, N., Ngai, J., Ni Mhurch, C. et al. (2017). 'Effects of different types of front-of-packing labelling information on the healthiness of food purchases: A randomized controlled trial', *Nutrients*, 9(12), p. 1284.
- 62 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. and Brownell, K. D. (2013). 'The science on front-of-package food labels', *Public Health Nutrition*, 16(3), pp. 430–439.
- 63 INSP-UNICEF (2016). Review of current labelling regulations and practices for food and beverage targeting children and adolescents in Latin America countries (Mexico, Chile, Costa Rica and Argentina) and recommendations for facilitating consumer information. UNICEF, New York, p.23.
- 64 Ministerio de Salud (2017). Gobierno de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición. <<http://www.bibliotecaminsal.cl/politica-nacional-de-alimentacion-y-nutricion/>> retrieved 26 July 2019.
- 65 Osiac, L. R. and Quevedo, T. P. (2018). 'Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos: Chile innovando en nutrición pública una vez más' ('Law of food labelling and advertising: Chile innovating in public nutrition once again'), *Revista Chilena de Pediatría*, 89(5), pp. 579–581.
- 66 Correa, T., Fierro, C., Reyes, M., Dillman Carpenter, F. R., Taillie, L. S. and Corvalán, C. (2019). 'Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: Exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16(1), p.21.
- 67 同書
- 68 Kanter, R., Reyes, M., Swinburn, B., Vandevijvere, S. and Corvalán, C. (2019). 'The food supply prior to the implementation of the Chilean law of food labeling and advertising', *Nutrients* 11(1), p. 52.
- 69 Downs, S. and Fanzo, J. (2016). 'Managing value chains for improved nutrition'. In M. Eggersdorfer, K. Kraemer, J. B. Cordaro, J. Fanzo, M. Gibney, E. Kennedy, A. Labrique and J. Steffen. *Good nutrition: perspectives for the 21st century*, pp. 45–59. Krager Publications, Basel.
- 70 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture 2013: Food Systems for Better Nutrition*. Food and Agriculture Organization, Rome.
- 71 HLPE (2017). Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Committee World Food Security, Rome.
- 72 WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO, Geneva, p.13.
- 73 United Nations (2016). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). United Nations, New York.
- 74 Independent Accountability Panel for Every Woman, Every Child, Every Adolescent (IAP) (2018). Private Sector: Who is Accountable? Summary Report. WHO, Geneva, p.5.
- 75 WHO (2017). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: Executive summary. WHO, Geneva, p. 9.
- 76 International Food and Beverage Alliance (2019). Enhanced commitment to phase out industrially produced trans-fatty acids, Press Release (undated). <https://ifb alliance.org/uploads/press/pdf/5ccc4b8061475_IFBA%20TFA%20Enhanced%20Commitment%20202.05.2019.pdf> retrieved 26 July 2019.
- 77 WHO Regional Office for Europe (2018). Evaluating Implementation of the WHO Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children. WHO, Geneva.
- 78 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemandi, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). 'Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries', *Obesity Reviews*, <https://doi.org/10.1111/obr.12840>.
- 79 Haddad, L. (2018). 'Reward food companies for improving nutrition', *Nature*, 556(7699), pp.19–22.
- 80 Afshin, A., Peñalvo, J. L., Del Gobbo, L., Silva, J., Michaelsen, M., O'Flaherty, M. et al. (2017). 'The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis', *PLoS One*, 12(3), e0172277.
- 81 Swinburn, B. A., Kraak, V.I., Allender, A., Atkins, V.J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C. et al. (2019). 'The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report', *The Lancet*, 393(10173), pp.791–846.
- 82 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Committee World Food Security, Rome.
- 83 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). 'Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity', *The Lancet*, 385(9986), pp.2534–2545.
- 84 Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P.

- and Nisbett, N. (2013). 'The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress', *The Lancet*, 382(9891), pp. 552–569.
- 85 Yanamadala, S., Bragg, M. A., Roberto, C. A. and Brownell K. A. (2012). 'Food industry front groups and conflicts of interest: the case of Americans Against Food Taxes', *Public Health Nutrition*, 15(8), pp. 1331–1332.
- 86 King, L., Gill, T., Allender, S. and Swinburn, B. (2011). 'Best practice principles for community-based obesity prevention: Development, content and application', *Obesity Reviews*, 12(5), pp. 329–338.
- 87 Patel, R. C. (2012). 'Food sovereignty: Power, gender, and the right to food', *PLoS Medicine*, 9(6), e1001223.
- 88 Pakistan Fisher Folk Forum <<http://pff.org.pk/>>
- 89 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) <<https://www.mstbrazil.org/content/what-mst>>
- 90 Durrant, R. (2014). Civil society roles in transition: towards sustainable food? Briefing Paper. Food Research Collaboration, Centre for Food Policy, City, University of London.
- 91 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). 'Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity', *The Lancet*, 385(9986), pp. 2534–2545.
- 92 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*. Rome.
- 93 SUN Civil Society Network <<https://scalingupnutrition.org/sun-supporters/sun-civil-society-network/>>
- 94 Civil Society and Indigenous Peoples' Mechanism for relations with the UN Committee on World Food Security <<http://www.csm4cfs.org/the-csm/>>
- 95 Launched by the Ministry of Health and UNICEF with support from USAID in 1999, the programme promoted growth and development for young children (from conception to 3 years of age) in rural communities in Andean and Amazon regions. The programme promoted health, nutrition, caring and hygiene practices with an emphasis on local and community involvement.
- 96 World Health Assembly (2016). 'Report of the Commission on Ending Childhood Obesity', Resolution A69/8, 24 March 2016, WHO, Geneva, p. 19.
- 97 Baldwin, H. L., Freeman, B. and Kelly, B. (2018). 'Like and share: Associations between social media engagement and dietary choices in children', *Public Health Nutrition* 21(17), pp. 3210–3215.
- 98 For summaries of existing evidence, see Cairns, G., Angus, K., Hastings, G. and Caraher, M. (2013). 'Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: A retrospective summary', *Appetite* 62, pp. 209–215; Boyland, E. and Tatlow Golden, M. (2017). 'Exposure, power and impact of food marketing on children: Evidence supports strong restrictions', *European Journal of Risk Regulation* 8(2), pp. 224–236.
- 99 Harris, J. L., Schwartz, M. B., Munsell, C. R. et al. (2015). Fast Food Facts 2013: Measuring progress in nutrition and marketing to children and teens. UConn pp. 423–427; Stommel, M. and Schoenborn, C. A. (2009). 'Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: Findings from the NHANES & NHIS 2001–2006', *BMC Public Health*, 9, p. 421.
- 100 Rudd Center for Food Policy and Obesity, Hartford, CT.
- 101 O'Dowd, A. (2017). 'Spending on junk food advertising is nearly 30 times what government spends on promoting healthy eating', *BMJ*, 359, j4677.
- 102 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemandi, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). 'Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries', *Obesity Reviews*, <<https://doi.org/10.1111/obr.12840>>.
- 103 UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean, 'Childhood Overweight and the Retail Environment in Latin America and the Caribbean: Synthesis report', United Nations Children's Fund, Panama City, September 2019.
- 104 WHO (2016). Tackling food marketing to children in a digital world: Trans-disciplinary perspectives. WHO, Geneva.
- 105 UNICEF (2017). *The State of the World's Children Report. Children in a Digital World*. UNICEF, New York.
- 106 World Health Assembly Resolution 63.14: Marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.
- 107 Kovic, Y., Noel, J. K., Ungemack, J. A. and Burleson, J. A. (2018). 'The impact of junk food marketing regulations on food sales: An ecological study', *Obesity Reviews*, 19(6), pp. 761–769.

第5章 子どもが栄養を摂る権利を最優先とする行動指針

- 1 Elgar, F. J. and Stewart, J. M. (2008). 'Validity of self-report screening for overweight and obesity: Evidence from the Canadian Community Health Survey', *Canadian Journal of Public Health*, 99(5), pp. 423–427; Stommel, M. and Schoenborn, C. A. (2009). 'Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: Findings from the NHANES & NHIS 2001–2006', *BMC Public Health*, 9, p. 421.

「世界子供白書 2019」のワークショップ実施方法

- 1 US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services (2015). *Dietary guidelines for Americans 2015–2020*, 8th ed. US Government Printing Office, Washington DC.
- 2 Australian National Health Medical Research Council (2013). *Eat for health: Australian dietary guidelines*. Australian Government, National Health and Medical Research Council and Department of Health and Ageing.
- 3 Krasevec, J., An, X., Kumapley, R., Bégin, F. and Frongillo, E. A. (2017). 'Diet quality and risk of stunting among infants and young children in low-and middle-income countries', *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12430.

図に関する注記

- 1 Black, R.E., et al., Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2013. 382(9890): p. 427-51.
- 2 WHO, Iron deficiency anemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers. WHO (Geneva): 2001.
- 3 Williams, A.M., et al., Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem. *Ann N Y Acad Sci*, 2019. 1450(1): p. 268-280.
- 4 Stevens, G.A., et al., Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 2015. 3: p. e528–36.
- 5 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1.

「世界子供白書2019」のワークショップ実施方法

実施方法

「世界子供白書 2019」のワークショップでは、食事と栄養に関する青少年と母親の実態、理解度、経験を把握するために、分散型データ収集プロセスを採用した。このプロセスはウェスタンシドニー大学 (WSU) チームとユニセフが共同開発したもので、「世界子供白書 2017」をはじめ、これまでにも子どもを中心とした国際的研究から子どもの検診プロジェクトまで様々な形で活用されてきた。

本プロセスにはユニセフの各国の現地事務所および委員会の代表が参加しており、14～16 歳の青少年（この年齢層に当たはまらない子どもも含む）と、そしてまだ離乳食を並行して摂っている乳児を抱える母親たちが顔を合わせて、5 時間のワークショップを展開した。ワークショップには、参加者から回答を引き出すために、創造的なアクティビティを幅広く取り入れて実施した。アクティビティでは、ユニセフ、WSU、および諮問委員会が定めたテーマに焦点を当てた（次ページの表を参照）。

進行役はワークショップを準備する前に詳細なガイダンスを受け、90 分間のオンライン研修に参加し、ワークショップ参加者の募集方法、議題の内容、管理上の手続きに関する教育を受けた。

2019 年 7 月末までにワークショップが開催された国は、アフガニスタン、オーストラリア、バングラデシュ、中国、エジプト、エチオピア、ガーナ、グアテマラ、インド、インドネシア、キルギス、メキシコ、ナイジェリア、フィリピン、セルビア、スーダン、米国、ジンバブエの 18 力国に上る。

1 つ例外の国もあるが、各国は 4 回のワークショップを開催しており、全体で 48 のワークショップが開かれ、464 人の青少年と 328 人の母親が参加した（5 力国はこの合計値に含まれていない）。各ワークショップには平均 16.5 人が参加した。各国の現地事務所

および委員会は多様な人たちを集めて参加してもらった。一部では、スーダンのように国内避難民といった特殊なグループを集めたワークショップも開かれた。

本調査は、ウェスタンシドニー大学の「人を対象とする研究の倫理委員会 (Human Research Ethics Committee)」による倫理審査を通過している（承認番号 H11101）。

プロジェクトはノルウェー政府の支援を受けて実施された。

データ収集および分析

ワークショップで得られたデータや分析結果は、統計的に扱われるものではない。むしろ、その目的は、青少年と出産後間もない母親たちが普段口にしている食事についての理解度と経験、栄養についての考えを自分の言葉で述べることができる場を提供することであった。

収集された膨大なデータは質の高いものであった。参加者は個別に、またグループ単位で、調査、短答式質問、創造的な演習（図を描くなど）、シナリオに基づく演習、少人数グループのディスカッションに取り組んだ。収集されたデータは、紙ベースの調査、図表、絵図、文章や写真で構成されていた。

調査資料は英語で提供された。現地事務所のスタッフが必要に応じて、ワークショップ実施前に現地の言語に資料を翻訳した。参加者が英語以外の言語で書いた回答はすべて、担当事務所のスタッフにより英語に翻訳された。分析を行う担当者には翻訳版とオリジナル版の両方を提供した。

データはすべて担当事務所でデジタル化され、安全なデジタルレポジトリにアップロードされた。その後、WSU チームが手作業と、データ分析ソフトウェアを使う 2 つの方法でデータの照合と分析を行った。

データを理解するための主な手法として、テーマ別分析を使用した。

データ入力の際、調査担当者一人ひとりが関連するデータのブロック（語句、引用文、文章など）を既存のテーマごとに分類し、データに応じて新たなテーマを引き出した。次に、チームは関連するデータと個々の分析結果を見直して話し合い、解釈を確認し、これを精緻化した。分析結果は、参加者からの引用や画像、概要（データから抽出した主要な見解や考察）、主な概念や一般的な傾向を示すチャートやグラフを使ってまとめられた。

ワークショップで得られた結果と分析をより詳細に掲載する報告書の姉妹編が 2020 年に発行される予定である。

食事のコード化

データのコード化には、米国とオーストラリア政府による科学的根拠に基づく食事ガイドラインがそれぞれ使用された^{1, 2}。両ガイドラインは、十分な栄養素の摂取と身体の成長のために毎日消費することが推奨される食品群（基礎栄養食品）と、食事関係の慢性疾患を予防するために消費を時々に抑えたほうがよい食品群（基礎栄養外食品）に、食品を分類している。

本書のコード化が米国とオーストラリアの食事ガイドラインと異なる点の 1 つは、たんぱく質を動物性と植物性に分けている点である。参加者がいつ、どこで動物性たんぱく質を手にできているか、あるいは手にできていないのかを明確に探るためである。子どもたちの卵、肉、乳製品の摂取量不足と発育阻害のリスク拡大の間に関係性が見られたことからも、たんぱく源の区別は重要である³。

ワークショップのテーマ

青少年	母親
食事と栄養摂取	子どもの食事摂取
健康と身体像	母親の食事摂取
食品の販売活動	食事について母親が意思決定する際に受ける影響
食品の影響と環境：学校	家以外での食事
食品の影響と環境：家庭	食事に関する情報源
健康的な食生活への障壁	乳児に食事を与える際に母親が直面する障壁
食文化とイベント	幼児に与える食事
食品の調達と準備	家族の食事の調達と準備

基礎栄養食品 (Core Food)

穀類（例：パン、朝食用シリアル、穀物、麺、パスタ）

動物性たんぱく質（例：赤身の肉類、魚介類、卵）

植物性たんぱく質（例：種実類、豆類、豆腐）

乳製品（例：乳類、ヨーグルト、チーズ）

野菜（例：アブラナ科の葉物野菜、根菜、芋類、りん茎類、豆類）

果物（例：柑橘、梨状果、熱帯果樹、ベリー類、核果、イチジク、ブドウ、ライチ）

不飽和脂肪酸（多価不飽和脂肪酸、一価不飽和脂肪酸）

基礎栄養外食品 (Non-Core Food)

添加糖が多い食品（例：はちみつ、ジャム、マーマレード、砂糖、砂糖菓子、シロップ）

飽和脂肪酸と塩分が多い食品（例：ベーコン、クリーム、市販の揚げ物、市販のハンバーガー）

飽和脂肪酸、添加糖、添加塩が多い食品（例：ビスケット、ケーキ、チョコレート）

飲料

ソフトドリンク フルーツジュース、コーディアル

カフェイン飲料 水

アルコール飲料 エナジードリンク

図に関する注記

図 A.1 発育に問題のある子ども

発育に問題のある子どもの図は、「発育阻害」、「消耗症」、「過体重」、「発育阻害と過体重」、「発育阻害と消耗症」という5つのカテゴリーのいずれかに該当する子どもたちの割合を示す。前半の3つのカテゴリーについては様々な調査報告書で明らかになっていることが多いが、後半の2つのカテゴリーについてはミクロデータの分析が必要になる。推計値は「栄養不良に関する包括的推計値」(JME、2019年版)をはじめ、ミクロデータを分析に利用することができる441個のデータソースに基づいて行った。ミクロデータのない国については、各地域ごとの調整係数を適用した。「発育阻害と消耗症」および「発育阻害と過体重」のカテゴリーで重複する集計値（地域区分内の構成国群）に基づき、5つのカテゴリーに関して国ごとの推計値を算出した。地域別および全世界の集計値の算出

は de Onis M, Blössner M, Borghi E, Frongillo EA, Morris R. Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015. JAMA. 2004 Jun 2;291(21):2600-6. PubMed PMID: 15173151 に記されている方法に基づいて行った。

図 1.4 隠れ飢餓

隠れ飢餓の蔓延率は、国連の地域区分内の構成国群別に見た、5歳未満児の鉄分およびビタミンA不足の推計値に基づく。鉄欠乏性貧血(IDA)の蔓延率は、Black et al. (2013)¹の報告に基づく。鉄分不足の蔓延率を算出する際は、換算係数「2.0」^{2, 3}を適用した。ビタミンA不足の蔓延率は、Stevens et al. (2015)⁴の報告に基づく。データが不足していた地域区分内の構成国群には、蔓延率「0」を割り当てた。各地域区分内の構成国群において、鉄分およびビタ

ミンAの不足が50%分重複していると推定し、隠れ飢餓の蔓延率(P)をP(隠れ飢餓)=P(a)+0.5*P(b)として計算した。P(a)とP(b)はそれぞれ鉄分およびビタミンA不足の推計蔓延率を比較した時の最大値と最小値を示す。各地域区分内の構成国群の5歳未満児の人口推計値を用いて、全世界における隠れ飢餓の5歳未満児の数を集計した上で加重値を与え、隠れ飢餓の世界的蔓延率を推計した⁵。

「幼い子どもたちは何を食べているのか 最初の食品の重要性」(74 ~ 75 ページ)

各地域および世界の推計値は、2013 ~ 2018年の間で入手できる各国の最新のデータを使用して算出された。ユニセフによる地域グループと世界の予測は、世界人口予測（2019年改訂版）にある2018年度予測を加重値として使用し、人口を基に重み付けした平均値である。

統計表

本書に示した統計表は、世界の国、地域等での子どもの生存、発達、保護に関する最新の統計値を記載したものである。これらの諸表は国際的に合意された子どもの権利や発達に関する目標や協定の実現に向けたユニセフの努力の進展度や達成度の測定を容易にしている。

データについての一般的留意事項

データの出典

以下の統計表に示したデータは、ユニセフの世界各国のデータベースから取得したものであり、各項目の定義やデータの出典に加えて、必要に応じて脚注が添えられている。指標値の算出にあたっては、複数指數クラスター調査（MICS）や人口保健調査（DHS）など、関係機関による推計値と国別世帯調査を用いた。様々な行政機関やその他国連機関によるデータも使用されている。データの出典に関するさらに詳細な情報は各表の末尾に記載した。

それぞれの統計表に記載の人口指標や人口に関連する多くの指標値は、2019年改訂版「世界人口予測（*World Population Prospects: The 2019 Revision*）」と2018年改訂「世界都市化予測（*World Urbanization Prospects: The 2018 Revision*）」（国連経済社会局（DESA）人口部発行）から得た最新の人口推計と将来推計に基づくものである。近年になって人災または天災を被った国は、データの質が低下しやすい。その可能性が特に高いのは、国の基本インフラの破壊や大規模な人口移動が生じた国である。

ユニセフは、自身が行う国際的な世帯調査イニシアティブである複数指數クラスター調査（MICS）を通して、子どもや女性が置かれた状況を追跡するためのデータを各国が収集し分析することを支援している。1995年以来116を超える国と地域において322件強の調査が実施されてきた。MICSは、ミレニアム開発目標（MDG）指標の進捗をモニタリングする主要なデータ源であり、また持続可能な開発のための2030アジェンダを実行していく中で、その持続可能な開発目標（SDGs）指標の進捗を計測するための主要なデータ源として機能し続ける。さらに詳細な情報は mics.unicef.org を参照のこと。

地域分類別および世界全体の合計値

別途記載のない限り、各指標の地域分類別および世界全体の合計値は、世界人口予測2019年改訂版のデータを用いて人口による重み付けをした平均値に基づき算出された。これは各指標に対象となる年齢層や性別がありこれに従つたものである（例：出生時の体重未計測は出生数合計、妊娠婦の貧血は15～49歳の女性）。同様に、別途指摘のない限り、地域分類別および世界全体の推計値は、人口に対して少なくとも50%のデータ収集率がある指標に対してのみ報告されている。

データの比較可能性

各統計は、国別や経年別にも比較可能となるよう最大限の努力が払われている。しかしながら、国レベルのデータは、データ収集の方法、推計値の算出方法、対象となる人口数などが異なる可能性がある。また、ここに掲載されたデータは、年々進化する手法、時系列データの見直し（例えば、予防接種、妊娠婦死亡率）、そして地域分類の変更などの影響を受けている。さらに、年単位でのデータ比較が可能な指標が得られていないこともある。このため、過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータ比較は推奨されていない。

実施方法に関する追加情報

後続ページに記載された各統計表に記載されているデータには、2019年1月から8月にかけて集約され更新された情報が総じて反映されている。各指標はそれぞれ特定の期間に紐付けられており、これらは各表の下部にある「データの主な出典」内に記載されている。「最終更新」のタイムスタンプは、データが集約され更新された時期を示す。それぞれの個別の題目についての集約と更新は国単位での協議または他機関との連携プロセスの一部として実施された。

各指標と統計全体の作成についての実施方法の詳細を知りたい読者は data.unicef.org を参照すること。

本表に掲載されている数値は www.unicef.org/sowc と www.data.unicef.org の2つのウェブサイトでオンライン閲覧することができる。最新版のデータのほか、本書出版後の更新情報や正誤表についても、上記のウェブサイトを参照すること。

子どもの死亡率に関する推計値

5歳未満児死亡率は、子どもの健康と幸福の改善度合いの測定のための、主要な指標として用いられる。

www.childmortality.org

5歳未満児死亡率（出生1,000人あたりの死亡数）

ユニセフ地域等分類	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
東アジア・太平洋諸国	73	62	57	49	40	29	22	17	15
ヨーロッパ・中央アジア	44	37	31	27	21	16	12	10	9
東ヨーロッパ・中央アジア	66	54	46	45	36	26	19	15	13
西ヨーロッパ	16	13	10	8	6	5	4	4	4
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	84	68	55	43	33	25	24	18	16
中東・北アフリカ	123	86	65	53	42	34	27	23	22
北アメリカ	15	12	11	9	8	8	7	7	6
南アジア	172	150	130	112	94	77	62	49	42
サハラ以南のアフリカ	201	188	180	172	153	125	101	85	78
東部・南部アフリカ	185	172	164	156	136	107	82	64	57
西部・中部アフリカ	217	205	197	188	170	143	120	105	97
後発開発途上国	211	192	175	159	137	110	89	71	64
世界	118	102	93	87	76	63	51	42	39

5歳未満児死亡数（1,000人）

ユニセフ地域等分類	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
東アジア・太平洋諸国	2,622	2,416	2,302	1,706	1,259	910	696	542	462
ヨーロッパ・中央アジア	571	483	387	305	218	164	135	111	96
東ヨーロッパ・中央アジア	474	410	329	263	188	138	112	92	78
西ヨーロッパ	97	74	57	41	30	26	23	20	18
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	948	786	641	501	377	282	262	190	172
中東・北アフリカ	902	708	547	420	325	271	246	235	220
北アメリカ	55	50	47	40	35	35	32	29	27
南アジア	5,585	5,258	4,743	4,191	3,570	2,934	2,279	1,716	1,475
サハラ以南のアフリカ	3,396	3,613	3,857	4,087	4,045	3,696	3,304	3,007	2,869
東部・南部アフリカ	1,631	1,727	1,827	1,908	1,834	1,590	1,322	1,107	1,024
西部・中部アフリカ	1,765	1,886	2,031	2,179	2,212	2,107	1,982	1,900	1,845
後発開発途上国	3,580	3,619	3,605	3,558	3,330	2,895	2,508	2,136	1,992
世界	14,080	13,314	12,524	11,250	9,831	8,292	6,955	5,828	5,322

地域等の分類

16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・ネービス、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、バヌアツ、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）の比率であり、子どもの従属人口率（生産年齢人口に対する 15 歳未満児）と老年の従属人口率（生産年齢人口に対する 65 歳以上の老年）に分けることができる。全体的な従属人口率は、通常、時間の経過と成長に伴って I 字型となる。すなわち、高い出生率は、子ども人口の割合を増加させ、結果として高い従属人口率をもたらし、出生率の低下と共にこれが減少する。その後、平均余命の増加と老年人口比率の拡大によって再び増加に転じる。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、移出が移入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、*世界人口予測 2019 年改訂版*に基づく。総人口の値を除き、ほとんどの人口指標は、人口が 90,000 を超える規模の国・地域についてのみ記載されている。

表2 子どもの死亡率に関する指標

ユニセフは、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。ただし 1990～2018 年の 5 歳未満児死亡率に関しては、ユニセフの地域分類や国分類に基づいた比較可能な推計値が後続ページにまとめられている。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、人口統計値と支援／介入策の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、青少年期の出産率、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。

平均余命と青少年期の出産率の指標は、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*」で報告された推計値を、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。

支援／介入策のカバー率指標には、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)、複数指數クラスター調査 (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（2013～2018）のみが使用されている。取得可能なデータがあるすべての指標の地域分類別および世界全体の推計値の計算には、インドと中国が含まれている。

母親と新生児の健康指標表は、青少年期の性、生殖、妊娠の健康に関する情報を提供する目的のため、項目のいくつかについて年齢別に細分化を行った。具体的には、近代的手法で家族計画を実施した割合、出産前ケア（4回以上の訪問）、専門技能者が付き添う出産について、15～19歳の年齢区分を用いて細分化されている。出産前ケア（4回以上の訪問）と専門技能者が付き添う出産についての個別データはペロタス国立大学（ブラジル）の健康の公平性に関する国際センターによるものである。近代的手法で家族計画を実施した割合の合計値および細分類されたデータは、国連経済社会局人口部によるものである。地域分類別および世界全体の推計値は、上記の支援／介入策カバー率指標と同様の計算方法が用いられている。

表4 子どもの保健指標

子どもの保健指標表には、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患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推計値の算出にあたっては、各國の最も新しいデータ要素（2013～2018）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。取得可能なデータがあるすべての指標の地域分類別および世界全体の推計値の計算には、インドと中国が含まれている。

予防接種

子どもの保健指標表は、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仔細な解説は data.unicef.org/child-health/immunization を参照すること。

調査対象となった予防接種ワクチン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構（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5～6 HIV/エイズ 指標

2019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2018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構（WHO）のプログラムのガイドラインに基づいており、HIV母子感染の推定件数、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流行の重要な指標などについて、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5 HIV/エイズ 疫学に関する指標と、表6 HIV/エイズ 支援策に関する指標である。

表5 HIV/エイズ 疫学に関する指標

表5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、性行為や注射によるドラッグ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間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HIV件数に置き換えられた。同様に、エイズ関連死亡数は、人口100,000万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感染件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6 HIV/エイズ 支援策に関する指標

表6は、子どものHIV対策に不可欠な支援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を収集する。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集団全体の少なくとも50%の場合にのみ集計される。

表7～8 栄養指標

表7は、新生児の栄養摂取ならびに乳児および幼児のための食事に関する指標を含み、表8は就学前の子ども、学齢期の子ども、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。

学齢期の子どもにおける低出生体重、痩身および過体重、ならびに母親の低体重および貧血に関する指標はモデル化された推計値であるため、過去に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。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、国単位での推計値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：新しい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、過去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：新しい指標の1つであり、提供されたデータに出生時の体重が含まれていない出生数の割合。

乳児および幼児への食事提供：以下を含む計8種類の指標を提示している。定義に新しく変更があったか、新規で追加されたものを含む。(i) 繼続的な母乳育児(12～23カ月)は、過去の継続的な母乳育児(1年目12～15カ月および2年目20～23カ月)についての2種類の指標を入れ替えるものである。(ii) 最低食多様性(MDD)(6～23カ月)は、現在、食品グループ8種のうち少なくとも5種を調査前日に与えられた生後6～23カ月の子どもの割合として定義される(この指標の過去の定義では、定義された食品グループ7種のうち少なくとも4種を調査前日に摂取)。(iii) 最低食多様性の定義が変更されたことに合わせて、最低食事水準(MAD)(6～23カ月)も改訂され、(iv) 野菜または果物の消費ゼロ(6

～23カ月)が新しい指標となった。最低限の食事頻度(MMF)(6～23カ月)の指標の定義も2018年に変更されたが、この定義更新に伴う変更については、本表の最低限の食事頻度と最低食事水準の推計値にまだ反映されていない。

発育阻害、消耗症、過体重：ユニセフ、世界保健機構(WHO)および世界銀行は、地域分類別および世界全体の平均値を計算し推計値を求め、そして傾向分析を行うために用いた身体測定データに、なるべくばらつきが出ないような測定手法を踏襲している。この測定手法の一環として、発育阻害、消耗症および過体重の蔓延率に関する地域分類別および世界全体の平均値は、M. de Onis et al (2004) 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition' (*International Journal of Epidemiology*, vol. 33, 2004, pp.1260-1270) にて触れているモデルを基に算出を行った。世界全体および地域分類別の値は毎年新しく発表され、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、これらを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(2回以上)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。地域分類別または全世界の合計値には、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82カ国のみが含まれている。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のみが、地域分類別の合計値に含まれる。言い換えると、東アジアと太平洋諸国の推計値は表内に記載されているが、中国のデータは含まれていない。

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。貧血の国別推計値は、世界保健機構 (WHO) (2017) と国際健康観測所 (GHO) に基づくものである。スイス、ジュネーブ、世界保健機構 (WHO) オンライン (2019 年 8 月 1 日時点) <<http://apps.who.int/gho/data/node.imr.PREVANEMIA?lang=en>> を参照のこと。成人の肥満についてのデータ世界保健機構 (WHO) (2017) と国際健康観測所 (GHO) に基づく。

ヨード添加塩 : 本書に記載されたこの指標の定義は、適切にヨード添加塩が世帯にて消費されているか調査した過去の調査の内容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された食塩と定義しているため、世界全体および地域分類別の消費についての平均値は、過去に発行された一連の「世界子供白書」に記載された平均値と比較することはできない。

表 9 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、感情と身体の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学習が必要である。乳幼児期の子どもの発育指標表は、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標本データとともに、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、栄養や養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シブ・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、複数指數クラスター調査 (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。

父親による学習意欲の早期喚起とレスポンシブ・ケア : 複数指數クラスター調査 (MICS) の第 3 ~ 4 ラウンド (MICS3 と MICS4) からのデータは、子どもの学習意欲喚起と就学準備を促進するために 1 つ以上の活動に父親が関与することを指していたが、第 5 ラウンド (MICS5) では、これが 4 つ以上の活動に父親が関与していることを指すように定義の変更が行われた。したがって、MICS3 ~ 4 における父親による学習意欲の早期喚起とレスポンシブ・ケアの推計値は、MICS5 以降の結果に基づく推計値よりも低い。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、複数指數クラスター調査 (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、複数指數クラスター調査 (MICS) の第 3 ラウンド (MICS3) と第 4 ラ

ウンド (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。

適切な安全監督を欠く子ども : この指標は以前は「ケアが十分に届いていない子ども」と呼ばれていたが、子どもの置かれた状況の本質的な特性をより正確に反映するため、名称が変更された。

表 10 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。

特に、教育の修了率に関する指標は、各教育機関に通い最終学年で修了することが想定される年齢より 3 ~ 5 歳年上の子どもまたは若者を対象として測定する。この修了率の指標は、特定の年齢グループに属する学齢期の子どものうちどれくらいの割合が当該教育機関を修了しているか示すものである。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、どの程度の子どもや青少年期の若者が、定められた年齢通りに教育機関に入学し、過度に遅れることなく修了し成長しているかを測定する。

この表は、持続可能な開発目標 (SDGs) の目標 4 (4.1) である公平な機会に基づく学習成果の実現を追跡するための指標も含む。最低限の習熟度の指標は、学習評価を通じて測定されるもので、いずれかの分野についての（本表では読み書きと算数能力）基礎知識の習熟度を測る基準である。これらの指標は、各国の政府や、国際的な学習評価を専門とする機関や組織が公表しているデータに基づいている。

ここに示した表に含まれる指標の詳細については、ユネスコ統計研究所 (UIS) (2017 年 7 月) を参照のこと。SDGs 世界目標および主要指標のメタデータについては SDGs の目標 4 および 2030 教育目標のフォローアップと精査の対象である。

表 11 子どもの養護指標

子どもの養護とは、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養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、子どもの養護に関する本表では、比較可能な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。子どもを傷つける伝統的な慣習と暴力と搾取のさまざまな形式の 2 項目に加えて、公式な出生登録も含めた。

出生登録 : 出生登録の定義は、複数指數クラスター調査 (MICS) の第 2 ~ 3 ラウンド (MICS2 ~ 3) 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（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

SDGs 指標グローバルデータベースに集計されて提示され、世界子供白書で再提示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。男子の場合、15 歳になる前の結婚は極めてまれであるため、18 歳までの結婚のみを示した。女子の世界全体の合計値は、各地域分類の人口集団の児童婚率を加重平均した平均値である。これらの計算に関する特別事項や前提条件の詳細については、「児童婚：最新の動向と将来の見通し」ユニセフ（ニューヨーク）2018 年を参照のこと。

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。また世界子供白書は本版より、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。この値はそれぞれ男女別に集計を行った。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。このため、当該地域分類内で実施している国に居住している女性のみの状況が反映されており、当該地域分類内には FGM を実施していない国もあるため、全体の値を示すものではない。

青少年期における妻に対するドメスティック・バイオレンスの正当化：世界子供白書は本版より、この指標の対象となる年齢グループを、15~19 歳の青少年期の男女へと変更する改訂を行った。

子どもに対する暴力的なしつけ：2010 年よりも以前に発行されたユニセフの刊行物や MICS 国別報告書で用いられていた推計値では、調査対象世帯の重み付けにおいて、MICS 調査における「子どものしつけ調査モジュール」の実施の際に行われる子どもの最終的な選別が考慮されていない（子どものしつけ調査モジュールを実施する際には、対象となる年齢グループから無作為に子どもを 1 人選別している）。2010 年 1 月に、この最終的な選別を考慮に入れて調査対象世帯に重み付けを行うことで、従来よりも正確な推計値を算出する方法を採用することが決定された。MICS3 のデータはこの方法に基づいて再計算された。さらに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。

表 12 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（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%）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、パルマ指数、国民 1 人当たりの名目 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。この指標が国当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の分配の変動に関する洞察を提供する。国民 1 人当たりの 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、上記の指標や指標を補完する。

社会的養護と公平性指標は、世界銀行の世界開発指標 (WDI) の「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) の「社会的養護に関するグローバル報告書」より、1年に1度の頻度で抽出されている。

表 13 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、衛生設備（トイレ）、および衛生習慣サービスの普及率に関する指標を含む。本書に記載された飲用水、衛生設備、衛生習慣に関する推計値は、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、データの出典、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可能である。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 14 青少年指標

青少年指標表は、青少年の生活の様々な領域（健康、保護、教育と学習、就労への移行）における、健康と幸福に関する一連の指標を示す。青少年の健康と幸福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14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。ACTは、持続可能な開発目標（SDGs）に基づく複数のステークホルダーによる枠組であり、時間経過に従い変化する青少年の健康と幸福度を国別に追跡するために策定されたものである。

ニート（NEET）、失業：青少年が成功裏に就労へと移行しうるかどうか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。

表 15 経済指標

経済指標表は、子どもの健康と幸福と発達に影響を及ぼす状況のマクロ経済的な概要を示す。本表に含まれる指標は、2つの事柄を解説する目的を持つ。1つ目は、政府歳入と政府開発援助（ODA）の流入によって把握される、福祉プログラム実施のための財源を提供するための政府の財政的余力を示すこと。2つ目は、保健、教育、社会的養護、DAC加盟国に対する海外援助などの主要セクターに対する政府歳出の割当配分を示すことである。政府歳出は、各国の国内総生

産（GDP）と公共事業予算全体に対する割合として示されている。こうした区分により、社会政策における各セクターの相対的な重要性と規模を浮き彫りにする。同様の区分は ODA の流入と流出（単位は 100 万米ドル）にも適用され、各国の国民総所得（GNI）に対する流入と流出の割合として示されている。

経済指標のデータは、世界銀行の世界開発指標（WDI）より、1年に1度の頻度で抽出されている。ただし、ODA の流入と流出を除く。この指標のデータは経済協力開発機構（OECD）より得られたものである。ただしデータの対象が網羅的ではないため、政府歳出に対する社会的養護の政府予算の割合については、本書の編集部が計算を行った。これは社会的養護に対する政府歳出の対 GDP 比の割合と、政府歳入の対 GDP 比の割合との比率で示される。

表 16 女性の経済的活動を促す指標

女性の経済的活動を促す指標表は、持続可能な開発目標（SDGs）の目標 5「ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図る」に定められているように、女性の経済的活動を促すことが子どもの健康と幸福に及ぼす有益な効果をもたらすことを確認するとともに、女性の経済的活動に備わる本質的な重要性を反映させる目的で、2019年に追加されたものである。

社会制度とジェンダー指標（SIGI）：経済協力開発機構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、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含む。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。

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。

近代的手法で家族計画を実施した割合：妊娠を予防する効果的な方法の利用しやすさと、これらの方法が実施できる状況は、女性とそのパートナーが、子どもの数と出産間隔を自由に、自らの責任で決定する権利行使することを可能にする。SDGs指標3.7.1にあるように、最新の避妊法には、女性と男性の不妊手術、子宮内避妊器具(IUD)、インプラント、注射薬、経口避妊薬ピル、男女コンドーム、腔バリア法(ペッサリー、子宮頸部キャップ、泡タイプ・ゼリー・クリーム・スポンジタイプの殺精子剤)、授乳性無月経法(LAM)、緊急避妊、その他別途報告されていない最新の避妊法(たとえば、避妊パッチまたはワーリング)が含まれる。各国間の比較可能性を高めるために、既婚女性または事実婚状態の女性に関する情報も含まれる。これはすべての国が、婚姻状態の有無も含め、女性に関するすべての情報を収集しているわけではないためである。

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(Wodon et al (2018), 'Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls', *The Cost of Not Educating Girls Notes Series*を参照のこと。世界銀行(ワシントン))。

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。男性と女性別に見た失業率に関する情報からは、多くの場合、女性の側が労働市場に参入することがより困難であることを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と答えた者が対象である。また、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ヶ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には、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、請求書を支払ったか、または現金の送受信を行ったと報告した回答者が含まれる。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む。

国別に見た 5歳未満児死亡数と5歳未満児死亡率 (2018年)

表の順序は、丸め処理をしていない死亡数で降順にしたもの。最小値と最大値は、90%の不確実性区間の最小値と最大値による

5歳未満児の死亡が最も多い国と地域

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生 1,000 人あたりの死亡数)			
	年間 5歳未満児死亡数 (1,000 人)	中央値	最小値	最大値
インド	882	37	33	40
ナイジェリア	866	120	97	151
パキスタン	409	69	56	85
コンゴ民主共和国	296	88	59	129
エチオピア	191	55	45	69
中国	146	9	8	10
インドネシア	121	25	22	29
タンザニア	107	53	41	69
アンゴラ	94	77	36	144
バングラデシュ	89	30	27	33
ニジェール	83	84	56	125
スーダン	80	60	46	79
モザンビーク	79	73	53	104
マリ	75	98	81	117
チャド	75	119	92	150
アフガニスタン	74	62	50	75
ウガンダ	74	46	37	59
ソマリア	73	122	65	233
コートジボワール	70	81	66	99
カメルーン	66	76	60	96
フィリピン	63	28	22	36
ケニア	60	41	31	55
ブルキナファソ	56	76	55	105
エジプト	55	21	16	29
イエメン	47	55	35	84
マダガスカル	45	54	40	71
ギニア	44	101	81	128
ミャンマー	43	46	33	62
ブラジル	42	14	13	17
ガーナ	41	48	40	58
南アフリカ	40	34	30	38
南スーダン	38	99	44	186
ベナン	38	93	82	106
ザンビア	36	58	44	76
ベトナム	33	21	17	25
マラウイ	30	50	35	70
イラク	29	27	21	34
メキシコ	28	13	12	13
シエラレオネ	26	105	85	128
米国	25	7	6	7
ブルンジ	25	58	40	85
アルジェリア	24	23	22	25
セネガル	23	44	34	57
イラン	22	14	9	23
ジンバブエ	21	46	32	65
中央アフリカ共和国	19	116	70	192
ネパール	18	32	25	41
トーゴ	18	70	53	92
ハイチ	17	65	51	84

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生 1,000 人あたりの死亡数)			
	年間 5歳未満児死亡数 (1,000 人)	中央値	最小値	最大値
モロッコ	15	22	17	29
ウズベキスタン	15	21	17	27
トルコ	14	11	9	12
ルワンダ	13	35	21	59
ロシア連邦	13	7	6	8
ベネズエラ	13	25	21	29
リベリア	11	71	50	102
グアテマラ	11	26	21	34
バブアニューギニア	11	48	38	60
モーリタニア	11	76	40	143
コロンビア	10	14	11	19
カンボジア	10	28	15	50
タジキスタン	10	35	24	51
コンゴ	9	50	31	83
ペルー	8	14	11	19
ラオス	8	47	36	61
アルゼンチン	8	10	10	11
シリア	7	17	13	25
ボリビア	7	27	21	34
タイ	7	9	8	12
朝鮮民主主義人民共和国	6	18	14	23
トルクmenistan	6	46	19	101
ドミニカ共和国	6	29	21	41
ギニアビサウ	5	81	53	121
ガンビア	5	58	34	98
エクアドル	5	14	13	15
レソト	5	81	57	113
エリトリア	4	42	26	67
サウジアラビア	4	7	6	9
マレーシア	4	8	7	8
カザフスタン	4	10	10	10
ウクライナ	4	9	8	10
アゼルバイジャン	4	22	14	32
ホンジュラス	4	18	12	26
赤道ギニア	4	85	51	134
ヨルダン	3	16	13	21
チュニジア	3	17	16	18
英国	3	4	4	5
フランス	3	4	4	4
キルギス	3	19	18	20
ガボン	3	45	29	69
パレスチナ	3	20	15	28
バラグアイ	3	20	11	38
ドイツ	3	4	3	4
ナミビア	3	40	25	65
スリランカ	3	7	6	9
ニカラグア	2	18	17	19
日本	2	2	2	3

世界では今も毎日約15,000人の5歳未満児が命を落としている

5歳未満児の死亡が最も少ない国と地域

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生1,000人あたりの死亡数)				国・地域	5歳未満児死亡率 (出生1,000人あたりの死亡数)			
	年間5歳未満児死亡数 (1,000人)	中央値	最小値	最大値		年間5歳未満児死亡数 (1,000人)	中央値	最小値	最大値
ボツワナ	2	36	16	73	デンマーク	0	4	4	5
カナダ	2	5	5	5	アイルランド	0	4	3	5
コモロ	2	67	34	142	バヌアツ	0	26	17	42
チリ	2	7	6	9	北マケドニア	0	10	8	12
東ティモール	2	46	28	74	カーボベルデ	0	19	16	25
ポーランド	2	4	4	5	サントメ・プリンシペ	0	31	20	49
エスワティニ	2	54	35	82	モーリシャス	0	16	14	17
エルサルバドル	2	14	9	21	スリナム	0	19	9	40
リビア	2	12	8	18	カタール	0	7	6	8
イタリア	1	3	3	3	クロアチア	0	5	4	5
ルーマニア	1	7	6	9	キリバス	0	53	32	86
モンゴル	1	16	10	25	ボスニア・ヘルツェゴビナ	0	6	5	7
韓国	1	3	3	4	バーレーン	0	7	6	9
スペイン	1	3	3	3	ノルウェー	0	3	2	3
ジブチ	1	59	37	94	シンガポール	0	3	2	3
パナマ	1	15	9	28	リトアニア	0	4	4	5
オーストラリア	1	4	4	4	ベリーズ	0	13	12	15
オマーン	1	11	11	12	フィンランド	0	2	2	2
レバノン	1	7	4	14	ラトビア	0	4	3	5
アラブ首長国連邦	1	8	7	9	ミクロネシア連邦	0	31	13	75
ジャマイカ	1	14	9	25	サモア	0	16	11	22
オランダ	1	4	4	4	ブルネイ	0	12	10	13
モルドバ	1	16	12	21	モルディブ	0	9	7	11
イスラエル	1	4	4	4	バハマ	0	10	8	13
コスタリカ	1	9	8	10	マーシャル諸島	0	33	22	50
キューバ	1	5	4	6	スロベニア	0	2	2	3
ジョージア	1	10	8	12	トンガ	0	16	9	26
アルメニア	1	12	9	16	バルバドス	0	12	9	17
フィジー	0	26	24	28	エストニア	0	3	2	3
ガイアナ	0	30	19	48	セントルシア	0	17	13	22
セルビア	0	6	5	6	ドミニカ	0	36	28	46
クウェート	0	8	7	9	キプロス	0	2	2	3
ベルギー	0	4	3	4	マルタ	0	7	6	9
ブルガリア	0	7	7	8	グレナダ	0	15	13	19
ソロモン諸島	0	20	14	29	セントビンセント・グレナディーン	0	16	13	20
ハンガリー	0	4	4	5	セーシェル	0	14	11	18
ベラルーシ	0	3	3	4	モンテネグロ	0	3	2	3
ブータン	0	30	19	44	ルクセンブルク	0	2	2	3
チエコ	0	3	3	4	アンティグア・バーブーダ	0	6	5	9
ギリシャ	0	4	4	5	ナウル	0	32	18	55
ウルグアイ	0	8	7	8	アイスランド	0	2	2	3
スイス	0	4	4	5	セントクリストファー・ネービス	0	12	9	16
ニュージーランド	0	6	5	7	ツバル	0	24	14	44
トリニダード・トバゴ	0	18	8	43	パラオ	0	18	10	34
スウェーデン	0	3	3	3	アンドラ	0	3	2	5
スロバキア	0	6	5	6	クック諸島	0	8	5	13
オーストリア	0	4	3	4	モナコ	0	3	2	5
ポルトガル	0	4	4	4	ニウエ	0	24	10	56
アルバニア	0	9	8	9	サンマリノ	0	2	1	4

表1 人口指標

国・地域	人口(1,000人) 2018			年間の人口増加率(%)		年間出生数(1,000人) 2018	合計特殊出生率(女性1人当たりの出生数) 2018	出生時の平均余命(年)			従属人口指數(%) 2018			都市人口の割合(%) 2018	都市人口の年間平均増加率(%)		純移動率(人口1,000人当たり) 2015~2020
	全体	18歳未満	5歳未満	2000~2018	2018~2030 ^a			1970	2000	2018	全体	子ども	老年		2000~2018	2018~2030 ^a	
	37,172	18,745	5,601	3.2	2.1	1,207	4.5	37	56	64	84	79	5	25	4.0	3.4	-1.7
アフガニスタン	37,172	18,745	5,601	3.2	2.1	1,207	4.5	37	56	64	84	79	5	25	4.0	3.4	-1.7
アルバニア	2,883	635	173	-0.5	-0.3	34	1.6	67	74	78	46	26	20	60	1.6	0.9	-4.9
アルジェリア	42,228	14,416	4,951	1.7	1.5	1,023	3.0	50	71	77	58	47	10	73	2.8	2.1	-0.2
アンドラ	77	-	-	0.9	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	88	0.6	0.1	-
アンゴラ	30,810	16,457	5,553	3.5	3.1	1,257	5.5	41	47	61	96	92	4	66	5.0	4.0	0.2
アンギラ	15	-	-	1.5	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.5	0.6	-
アンティグア・バーブーダ	96	26	7	1.3	0.7	1	2.0	66	74	77	45	32	13	25	-0.2	0.8	0.0
アルゼンチン	44,361	13,103	3,748	1.0	0.8	755	2.3	66	74	77	56	39	17	92	1.2	1.0	0.1
アルメニア	2,952	710	211	-0.2	0.0	41	1.8	70	71	75	47	30	17	63	-0.3	0.4	-1.7
オーストラリア	24,898	5,664	1,627	1.5	1.0	318	1.8	71	80	83	53	29	24	86	1.6	1.2	6.4
オーストリア	8,891	1,539	434	0.5	0.3	88	1.5	70	78	81	50	21	28	58	0.4	0.8	7.4
アゼルバイジャン	9,950	2,708	872	1.1	0.6	167	2.1	63	67	73	42	33	9	56	1.6	1.4	0.1
バハマ	386	106	26	1.4	0.8	5	1.8	66	72	74	42	32	10	83	1.5	1.0	2.6
バーレーン	1,569	353	108	4.8	2.1	22	2.0	63	74	77	28	25	3	89	4.8	2.2	31.1
バングラデシュ	161,377	54,163	14,517	1.3	0.9	2,935	2.0	47	65	72	49	41	8	37	3.7	2.7	-2.3
バルバドス	287	61	15	0.3	0.1	3	1.6	69	77	79	50	26	24	31	-0.2	0.5	-0.3
ベラルーシ	9,453	1,855	566	-0.2	-0.2	111	1.7	71	67	75	46	25	22	79	0.4	0.3	0.9
ベルギー	11,482	2,336	637	0.6	0.3	125	1.7	71	78	81	56	27	29	98	0.7	0.3	4.2
ベリーズ	383	140	39	2.4	1.7	8	2.3	66	69	74	54	47	7	46	2.5	2.2	3.2
ベナン	11,485	5,631	1,842	2.9	2.6	417	4.8	42	55	61	84	78	6	47	4.0	3.7	-0.2
ブータン	754	237	63	1.4	0.9	13	2.0	40	61	71	47	38	9	41	4.0	2.4	0.4
ボリビア	11,353	4,209	1,192	1.7	1.3	247	2.7	46	62	71	62	50	12	69	2.3	1.8	-0.8
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3,324	593	142	-0.7	-0.5	27	1.3	66	74	77	45	21	24	48	0.0	0.4	-6.4
ボツワナ	2,254	901	272	1.8	1.7	56	2.9	54	51	69	62	55	7	69	3.2	2.6	1.3
ブラジル	209,469	54,592	14,654	1.0	0.6	2,915	1.7	59	70	76	43	31	13	87	1.4	0.8	0.1
英領バージン諸島	30	-	-	2.1	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	48	2.9	1.4	-
ブレネイ	429	119	34	1.4	0.8	6	1.8	63	73	76	39	32	7	78	1.9	1.1	0.0
ブルガリア	7,052	1,212	313	-0.7	-0.8	63	1.6	71	72	75	55	23	33	75	-0.2	-0.4	-0.7
ブルキナファソ	19,751	10,220	3,345	3.0	2.7	751	5.2	39	50	61	90	85	5	29	5.7	4.7	-1.3
ブルンジ	11,175	5,789	1,984	3.1	2.9	437	5.4	44	49	61	91	87	4	13	5.7	5.4	0.2
カーボベルデ	544	186	53	1.3	1.0	11	2.3	53	69	73	50	43	7	66	2.5	1.6	-2.5
カンボジア	16,250	5,944	1,774	1.6	1.2	365	2.5	42	58	70	56	49	7	23	2.9	3.0	-1.9
カーメルーン	25,216	12,415	4,003	2.7	2.4	893	4.6	47	51	59	83	78	5	56	3.9	3.4	-0.2
カナダ	37,075	7,060	1,954	1.1	0.8	386	1.5	73	79	82	49	24	26	81	1.2	1.0	6.6
中央アフリカ共和国	4,666	2,418	727	1.4	2.0	166	4.7	42	44	53	89	84	5	41	1.9	3.2	-8.6
チャド	15,478	8,375	2,815	3.4	2.8	654	5.7	41	48	54	98	94	5	23	3.8	4.2	0.1
チリ	18,729	4,450	1,203	1.1	0.3	231	1.6	62	76	80	46	29	17	88	1.2	0.4	6.0
中国	1,427,648	304,793	85,912	0.6	0.2	16,824	1.7	59	71	77	40	25	15	59	3.3	1.7	-0.2
コロンビア	49,661	14,032	3,730	1.3	0.6	736	1.8	62	73	77	46	34	12	81	1.7	1.0	4.2
コモロ	832	382	122	2.4	2.0	27	4.2	46	59	64	74	69	5	29	2.6	3.0	-2.4
コンゴ	5,244	2,522	805	2.9	2.4	173	4.4	51	52	64	80	75	5	67	3.6	3.1	-0.8
クック諸島	18	-	-	-0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	75	0.7	0.3	-
コスタリカ	4,999	1,287	354	1.3	0.7	70	1.8	66	77	80	45	31	14	79	2.9	1.4	0.8
コートジボワール	25,069	12,228	3,973	2.3	2.5	898	4.6	44	50	57	81	76	5	51	3.2	3.4	-0.3
クロアチア	4,156	723	189	-0.4	-0.6	37	1.4	68	75	78	54	22	31	57	0.0	0.1	-1.9
キューバ	11,338	2,233	608	0.1	-0.1	115	1.6	70	77	79	46	24	22	77	0.2	0.0	-1.3
キプロス	1,189	243	65	1.3	0.6	12	1.3	73	78	81	44	24	20	67	1.1	0.7	4.2
チエコ	10,666	1,943	545	0.2	0.1	110	1.6	70	75	79	54	24	30	74	0.2	0.3	2.1
朝鮮民主主義人民共和国	25,550	6,309	1,744	0.6	0.4	355	1.9	60	65	72	42	29	13	62	0.8	0.8	-0.2
コンゴ民主共和国	84,068	44,282	15,185	3.2	3.0	3,468	5.9	44	50	60	97	91	6	44	4.5	4.2	0.3
デンマーク	5,752	1,149	293	0.4	0.4	61	1.8	73	77	81	57	26	31	88	0.6	0.5	2.6
ジブチ	959	338	101	1.6	1.3	21	2.7	49	57	67	52	45	7	78	1.7	1.5	0.9
ドミニカ	72	-	-	0.2	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	70	0.6	0.6	-
ドミニカ共和国	10,627	3,552	1,009	1.3	0.9	207	2.3	58	69	74	54	43	11	81	2.8	1.5	-2.8
エクアドル	17,084	5,724	1,653	1.7	1.2	336	2.4	58	73	77	54	43	11	64	2.0	1.6	2.2
エジプト	98,424	38,430	12,972	2.0	1.7	2,591	3.3	52	69	72	64	55	9	43	2.0	2.1	-0.4
エルサルバドル	6,421	2,107	578	0.5	0.5	117	2.0	55	69	73	55	42	13	72	1.6	1.2	-6.3
赤道ギニア	1,309	556	191	4.3	3.0	44	4.5	40	53	58	65	61	4	72	6.4	3.6	12.4
エリトリア	3,453	1,659	483	2.3	1.7	105	4.1	43	55	66	86	78	8	40	4.6	3.2	-11.6
エストニア	1,323	253	68	-0.3	-0.3	14	1.6	70	70	79	56	26	31	69	-0.4	0.0	3.0
エスワティニ	1,136	510	143	0.7	1.1	30	3.0	48	47	59	73	66	7	24	0.9	2.0	-7.4
エチオピア	109,224	52,244	16,339	2.8	2.4	3,537	4.2	43	52	66	79	73	6	21	4.7	4.5	0.3
フィジー	883	305	91	0.5	0.7	19	2.8	62	66	67	54	45	8	56	1.4	1.6	-7.0

表1 人口指標

国・地域	人口(1,000人) 2018			年間の人口増加率 (%)		年間出生数 (1,000人) 2018	合計特殊 出生率(女性 1人当たりの 出生数) 2018	出生時の平均余命 (年)			従属人口指数(%) 2018			都市人口 の割合(%) 2018	都市人口の 年間平均増加率(%)		純移動率 (人口1,000 人当たり) 2015～2020
	全体	18歳未満	5歳未満	2000～2018	2018～2030 ^a			1970	2000	2018	全体	子ども	老年		2000～2018	2018～2030 ^a	
フィンランド	5,523	1,068	279	0.3	0.1	51	1.5	70	78	82	61	26	35	85	0.6	0.2	2.5
フランス	64,991	14,005	3,734	0.5	0.2	729	1.9	72	79	83	61	29	32	80	0.9	0.5	0.6
ガボン	2,119	898	311	3.0	2.2	67	4.0	47	58	66	68	62	6	89	3.7	2.5	1.6
ガンビア	2,280	1,159	393	3.0	2.7	88	5.2	38	56	62	88	83	5	61	4.4	3.7	-1.4
ショーラ	4,003	922	279	-0.5	-0.3	54	2.1	67	70	74	53	30	23	59	0.1	0.4	-2.5
ドイツ	83,124	13,774	3,869	0.1	0.0	779	1.6	71	78	81	54	21	33	77	0.3	0.2	6.6
ガーナ	29,767	13,045	4,104	2.4	2.0	876	3.9	49	57	64	69	63	5	56	3.8	3.0	-0.3
ギリシャ	10,522	1,796	427	-0.3	-0.5	81	1.3	71	79	82	56	22	34	79	0.2	-0.1	-1.5
グレナダ	111	31	9	0.4	0.3	2	2.1	66	73	72	50	35	14	36	0.5	0.9	-1.8
グアテマラ	17,248	7,106	2,049	2.2	1.7	424	2.9	53	68	74	65	57	8	51	2.8	2.6	-0.5
ギニア	12,414	6,331	2,020	2.3	2.6	453	4.7	37	51	61	88	82	5	36	3.2	3.8	-0.3
ギニアビサウ	1,874	915	298	2.5	2.3	66	4.5	41	50	58	82	77	5	43	3.5	3.2	-0.8
ガイアナ	779	266	76	0.2	0.4	16	2.5	62	65	70	53	43	10	27	-0.2	1.0	-7.7
ハイチ	11,123	4,385	1,269	1.5	1.1	271	2.9	46	57	64	62	54	8	55	4.0	2.5	-3.2
バチカン	1	-	-	0.1	-0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0.1	-0.1	-
ホンジュラス	9,588	3,670	1,003	2.1	1.5	207	2.5	53	71	75	57	50	7	57	3.4	2.5	-0.7
ハンガリー	9,708	1,690	448	-0.3	-0.3	92	1.5	69	72	77	51	22	29	71	0.3	0.1	0.6
アイスランド	337	79	21	1.0	0.6	4	1.8	74	80	83	53	30	23	94	1.1	0.6	1.1
インド	1,352,642	441,501	116,379	1.4	0.9	24,164	2.2	48	63	69	50	41	9	34	2.5	2.3	-0.4
インドネシア	267,671	85,121	24,350	1.3	0.9	4,834	2.3	53	66	72	48	39	9	55	2.8	2.0	-0.4
イラン	81,800	23,295	7,442	1.2	1.0	1,536	2.1	51	70	76	44	35	9	75	2.1	1.6	-0.7
イラク	38,434	17,211	5,404	2.7	2.2	1,115	3.7	58	69	70	72	66	6	70	2.9	2.6	0.2
アイルランド	4,819	1,212	329	1.3	0.7	62	1.8	71	77	82	54	33	21	63	1.7	1.2	4.9
イスラエル	8,382	2,733	846	1.9	1.5	170	3.0	72	79	83	66	46	20	92	2.0	1.6	1.2
イタリア	60,627	9,797	2,442	0.4	-0.2	457	1.3	72	80	83	56	21	36	70	0.6	0.2	2.5
ジャマイカ	2,935	845	236	0.6	0.3	47	2.0	68	74	74	48	35	13	56	1.0	1.0	-3.9
日本	127,202	19,591	5,051	0.0	-0.4	947	1.4	72	81	84	67	21	46	92	0.8	-0.3	0.6
ヨルダン	9,965	4,031	1,116	3.7	0.6	216	2.8	60	72	74	62	55	6	91	4.5	0.8	1.1
カザフスタン	18,320	5,847	1,964	1.1	1.0	384	2.7	63	63	73	56	44	12	57	1.3	1.4	-1.0
ケニア	51,393	23,965	6,993	2.6	2.1	1,479	3.5	53	51	66	73	69	4	27	4.3	3.9	-0.2
キリバス	116	47	15	1.8	1.5	3	3.6	52	63	68	65	59	7	54	3.0	2.7	-6.9
クウェート	4,137	1,022	302	3.9	1.1	57	2.1	66	73	75	32	28	3	100	4.0	1.1	9.8
キルギス	6,304	2,335	788	1.4	1.4	155	3.0	60	66	71	58	51	7	36	1.5	2.4	-0.6
ラオス	7,061	2,726	788	1.6	1.3	166	2.7	46	59	68	58	51	6	35	4.2	3.0	-2.1
ラトビア	1,928	360	107	-1.2	-1.0	21	1.7	70	70	75	56	25	31	68	-1.2	-0.7	-7.6
レバノン	6,859	2,149	617	3.2	-0.8	117	2.1	66	75	79	49	39	10	89	3.4	-0.7	-4.5
レソト	2,108	822	252	0.2	0.8	56	3.1	51	48	54	60	52	8	28	2.2	2.4	-4.8
リベリア	4,819	2,305	721	2.9	2.3	160	4.3	39	52	64	80	74	6	51	3.7	3.3	-1.0
リビア	6,679	2,223	642	1.2	1.1	126	2.2	56	71	73	49	42	7	80	1.5	1.4	-0.3
リヒテンシュタイン	38	-	-	0.7	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	14	0.4	1.0	-
リトアニア	2,801	495	149	-1.2	-1.0	29	1.7	71	71	76	53	23	30	68	-1.2	-0.6	-11.6
ルクセンブルク	604	116	33	1.8	1.1	6	1.4	70	78	82	43	23	20	91	2.2	1.3	16.3
マダガスカル	26,262	12,455	3,934	2.8	2.5	860	4.1	45	58	67	77	72	5	37	4.6	4.2	-0.1
マラウイ	18,143	9,228	2,835	2.7	2.6	621	4.2	40	45	64	87	82	5	17	3.5	4.4	-0.9
マレーシア	31,528	9,191	2,606	1.7	1.1	528	2.0	65	73	76	44	35	10	76	2.8	1.7	1.6
モルディブ	516	120	37	3.4	0.1	7	1.9	44	70	79	31	26	5	40	5.4	1.1	22.8
マリ	19,078	10,368	3,460	3.1	2.9	795	5.9	32	48	59	100	95	5	42	5.3	4.5	-2.1
マルタ	439	75	22	0.6	0.2	4	1.5	71	79	82	53	22	31	95	0.7	0.2	2.1
マーシャル諸島	58	-	-	0.8	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	77	1.4	1.3	-
モーリタニア	4,403	2,040	669	2.9	2.5	148	4.6	50	61	65	76	71	6	54	4.8	3.8	1.2
モーリシャス	1,267	283	66	0.4	0.0	13	1.4	63	71	75	41	25	16	41	0.1	0.3	0.0
メキシコ	126,191	40,251	11,139	1.4	0.9	2,220	2.1	61	74	75	51	40	11	80	1.7	1.3	-0.5
ミクロネシア連邦	113	43	12	0.3	1.0	3	3.1	59	65	68	56	49	6	23	0.4	1.8	-5.4
モナコ	39	-	-	1.0	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.0	0.6	-
モンゴル	3,170	1,092	380	1.6	1.3	76	2.9	55	63	70	53	46	6	68	2.6	1.6	-0.3
モンテネグロ	628	138	37	0.1	0.0	7	1.7	70	73	77	50	27	22	67	0.9	0.4	-0.8
モントセラト	5	-	-	0.1	-0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	9	8.2	0.3	-
モロツコ	36,029	11,581	3,433	1.2	1.1	682	2.4	53	69	76	52	41	11	62	2.1	1.8	-1.4
モザンビーク	29,496	15,238	4,944	2.8	2.8	1,110	4.9	41	49	60	91	85	6	36	4.0	4.2	-0.2
ミャンマー	53,708	17,238	4,518	0.8	0.7	943	2.2	49	60	67	47	39	9	31	1.5	1.8	-3.1
ナミビア	2,448	1,049	332	1.7	1.7	70	3.4	53	52	63	68	62	6	50	4.1	3.3	-2.0
ナウル	11	-	-	0.2	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0.2	0.2	-
ネバール	28,096	10,483	2,719	0.9	1.4	563	1.9	41	62	70	57	48	9	20	3.0	3.5	1.5
オランダ	17,060	3,362	873	0.4	0.2	172	1.7	74	78	82	55	25	30	91	1.4	0.5	0.9

表1 人口指標

国・地域	人口(1,000人) 2018			年間の人口増加率 (%)		年間出生数 (1,000人) 2018	合計特殊 出生率(女性 1人当たりの 出生数) 2018	出生時の平均余命 (年) 2018			従属人口指數(%) 2018			都市人口 の割合(%) 2018	都市人口の 年間平均増加率(%)		純移動率 (人口1,000 人当たり) 2015～2020
	全体	18歳未満	5歳未満	2000～2018	2018～2030 ^a			1970	2000	2018	全体	子ども	老年		2000～2018	2018～2030 ^a	
ニュージーランド	4,743	1,112	301	1.1	0.7	60	1.9	71	78	82	55	30	24	87	1.2	0.8	3.2
ニカラグア	6,466	2,316	664	1.4	1.1	133	2.4	54	70	74	55	47	8	59	1.7	1.6	-3.3
ニジェール	22,443	12,732	4,503	3.8	3.7	1,037	6.9	36	50	62	111	105	5	16	3.9	4.7	0.2
ナイジェリア	195,875	98,709	32,917	2.6	2.5	7,433	5.4	41	46	54	87	82	5	50	4.7	3.8	-0.3
ニウエ	2	-	-	-0.9	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	45	0.8	1.6	-
北マケドニア	2,083	418	116	0.1	-0.1	23	1.5	66	73	76	43	24	20	58	0.1	0.5	-0.5
ノルウェー	5,338	1,127	301	0.9	0.8	59	1.7	74	79	82	53	27	26	82	1.4	1.2	5.3
オマーン	4,829	1,205	440	4.2	1.7	91	2.9	50	72	78	33	29	3	85	5.1	2.4	18.6
パキスタン	212,228	87,938	27,291	2.2	1.8	5,999	3.5	53	63	67	66	58	7	37	2.8	2.7	-1.1
パラオ	18	-	-	-0.4	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	80	0.4	0.8	-
パナマ	4,177	1,342	389	1.8	1.4	79	2.5	66	75	78	54	42	13	68	2.3	1.9	2.7
バブアニューギニア	8,606	3,629	1,084	2.1	1.8	233	3.6	46	59	64	65	59	6	13	2.1	3.0	-0.1
パラグアイ	6,956	2,446	693	1.5	1.1	143	2.4	65	71	74	56	46	10	62	2.1	1.7	-2.4
ペルー	31,989	9,782	2,757	1.1	1.0	573	2.3	54	71	77	51	39	12	78	1.4	1.3	3.1
フィリピン	106,651	39,276	11,035	1.7	1.2	2,191	2.6	63	69	71	56	48	8	47	1.8	1.9	-0.6
ポーランド	37,922	6,745	1,843	-0.1	-0.2	371	1.4	70	74	79	48	22	26	60	-0.2	0.0	-0.8
ポルトガル	10,256	1,699	413	0.0	-0.3	80	1.3	67	77	82	55	21	34	65	1.0	0.5	-0.6
カタール	2,782	440	134	8.6	1.5	26	1.9	68	77	80	18	16	2	99	8.8	1.5	14.7
韓国	51,172	8,182	2,060	0.4	0.0	377	1.1	61	76	83	38	18	20	81	0.6	0.1	0.2
モルドバ	4,052	765	210	-0.2	-0.3	41	1.3	65	67	72	38	22	16	43	-0.5	0.2	-0.3
ルーマニア	19,506	3,626	930	-0.7	-0.5	189	1.6	68	70	76	51	23	28	54	-0.6	-0.1	-3.8
ロシア連邦	145,734	30,223	9,497	0.0	-0.1	1,842	1.8	69	65	72	48	27	22	74	0.1	0.2	1.3
ルワンダ	12,302	5,710	1,801	2.4	2.3	391	4.0	45	49	69	75	70	5	17	3.2	3.4	-0.7
セントクリストファー・ネービス	52	-	-	1.0	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	31	0.6	1.0	-
セントルシア	182	42	11	0.8	0.3	2	1.4	64	73	76	40	26	14	19	-1.4	1.0	0.0
セントビンセント・グレナディーン	110	30	8	0.1	0.2	2	1.9	64	71	72	47	33	14	52	0.9	1.0	-1.8
サモア	196	87	28	0.7	1.0	5	3.9	60	69	73	76	67	8	18	-0.4	0.5	-14.3
サンマリノ	34	-	-	1.2	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	1.4	0.3	-
サントメ・プリンシペ	211	104	31	2.2	2.0	7	4.3	55	61	70	83	78	5	73	3.9	2.8	-8.0
サウジアラビア	33,703	9,799	3,007	2.7	1.3	598	2.3	53	73	75	40	35	5	84	3.0	1.5	4.1
セネガル	15,854	7,853	2,557	2.7	2.6	548	4.6	39	58	68	86	80	6	47	3.5	3.6	-1.3
セルビア	8,803	1,691	422	-0.4	-0.5	83	1.5	68	72	76	52	24	28	56	-0.1	-0.1	0.5
セーシェル	97	27	8	1.0	0.5	2	2.4	66	71	73	45	34	11	57	1.7	1.2	-2.1
シエラレオネ	7,650	3,655	1,134	2.8	1.9	256	4.3	36	39	54	79	73	5	42	3.8	3.0	-0.6
シンガポール	5,758	872	236	2.0	0.7	50	1.2	68	78	83	31	16	15	100	2.0	0.7	4.7
スロバキア	5,453	1,000	282	0.1	-0.1	57	1.5	70	73	77	45	22	23	54	-0.2	0.2	0.3
スロベニア	2,078	366	104	0.2	-0.1	20	1.6	69	76	81	53	23	30	55	0.6	0.5	1.0
ソロモン諸島	653	304	101	2.5	2.3	21	4.4	56	67	73	78	72	6	24	4.8	4.0	-2.5
ソマリア	15,008	8,056	2,673	2.9	2.9	629	6.1	41	51	57	98	92	6	45	4.6	4.1	-2.7
南アフリカ	57,793	19,702	5,796	1.4	1.1	1,184	2.4	53	56	64	52	44	8	66	2.2	1.8	2.5
南スーダン	10,976	5,316	1,702	3.2	1.9	387	4.7	36	49	58	83	76	6	20	4.1	3.7	-15.9
スペイン	46,693	8,162	2,025	0.7	-0.1	394	1.3	72	79	83	52	22	29	80	1.0	0.2	0.9
スリランカ	21,229	6,132	1,690	0.7	0.3	336	2.2	64	71	77	53	37	16	18	0.7	1.4	-4.6
パレスチナ	4,863	2,202	690	2.3	2.2	143	3.6	56	71	74	73	67	5	76	2.6	2.6	-2.2
スーダン	41,802	19,758	6,158	2.4	2.3	1,347	4.4	52	58	65	79	72	6	35	2.7	3.5	-1.2
スリナム	576	187	53	1.1	0.8	11	2.4	63	68	72	52	41	10	66	1.1	1.0	-1.7
スウェーデン	9,972	2,067	591	0.6	0.5	119	1.9	74	80	83	60	28	32	87	0.9	0.8	4.0
スイス	8,526	1,523	444	1.0	0.6	88	1.5	73	80	84	50	22	28	74	1.0	0.8	6.1
シリア	16,945	6,273	1,797	0.2	3.8	426	2.8	59	73	72	56	49	7	54	0.4	4.9	-24.1
タジキスタン	9,101	3,829	1,329	2.1	2.0	280	3.6	54	62	71	66	61	5	27	2.2	3.0	-2.2
タイ	69,428	14,537	3,692	0.5	0.1	718	1.5	59	71	77	41	24	17	50	3.1	1.4	0.3
東ティモール	1,268	571	169	2.0	1.8	37	4.0	40	59	69	73	65	7	31	3.3	3.0	-4.3
トーゴ	7,889	3,781	1,189	2.6	2.3	262	4.3	47	53	61	79	74	5	42	3.9	3.6	-0.3
トケラウ	1	-	-	-0.9	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
トンガ	103	43	12	0.3	0.9	3	3.6	64	70	71	71	60	10	23	0.3	1.2	-7.7
トリニダード・トバゴ	1,390	337	92	0.5	0.1	18	1.7	65	69	73	45	30	16	53	0.2	0.4	-0.6
チュニジア	11,565	3,266	1,036	1.0	0.8	203	2.2	51	73	77	48	36	12	69	1.4	1.3	-0.3
トルコ	82,340	24,377	6,749	1.5	0.7	1,313	2.1	52	70	77	50	37	13	75	2.3	1.2	3.5
トルクメニスタン	5,851	2,092	696	1.4	1.2	139	2.8	58	64	68	54	48	7	52	2.1	2.2	-0.9
ターカス・カイコス諸島	38	-	-	3.5	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	93	4.0	1.4	-
ツバル	12	-	-	1.1	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	62	2.8	2.1	-
ウガンダ	42,729	23,085	7,538	3.3	2.8	1,627	5.0	49	46	63	96	92	4	24	5.9	5.0	4.0
ウクライナ	44,246	8,152	2,250	-0.5	-0.7	421	1.4	71	67	72	48	23	24	69	-0.4	-0.4	0.2

表1 人口指標

国・地域	人口(1,000人) 2018			年間の人口増加率 (%)		年間出生数 (1,000人) 2018	合計特殊 出生率(女性 1人当たりの 出生数) 2018	出生時の平均余命 (年)			従属人口指数(%) 2018			都市人口 の割合(%) 2018	都市人口の 年間平均増加率(%)		純移動率 (人口1,000 人当たり) 2015～2020
	全体	18歳未満	5歳未満	2000～2018	2018～2030 ^a			1970	2000	2018	全体	子ども	老年		2000～2018	2018～2030 ^a	
アラブ首長国連邦	9,631	1,637	503	6.2	0.8	100	1.4	61	74	78	19	17	1	87	6.7	1.1	4.2
英国	67,142	14,042	3,977	0.7	0.4	775	1.8	72	78	81	56	28	29	83	1.1	0.7	3.9
タンザニア	56,313	28,558	9,316	2.9	2.8	2,071	4.9	47	51	65	88	83	5	34	5.2	4.7	-0.7
米国	327,096	73,857	19,512	0.8	0.6	3,912	1.8	71	77	79	53	29	24	82	1.1	0.8	2.9
ウルグアイ	3,449	860	239	0.2	0.3	48	2.0	69	75	78	55	32	23	95	0.4	0.4	-0.9
ウズベキスタン	32,476	10,824	3,407	1.5	1.2	696	2.4	62	67	72	49	43	7	50	2.0	1.4	-0.3
バヌアツ	293	131	40	2.5	2.2	9	3.8	54	67	70	74	68	6	25	3.4	2.9	0.4
ベネズエラ	28,887	9,527	2,545	1.0	1.3	524	2.3	65	72	72	54	43	11	88	1.0	1.3	-22.3
ベトナム	95,546	26,017	7,831	1.0	0.7	1,598	2.0	60	73	75	44	33	10	36	3.1	2.5	-0.8
イエメン	28,499	13,183	4,084	2.7	2.0	868	3.8	37	61	66	74	69	5	37	4.6	3.6	-1.1
サンビア	17,352	9,033	2,869	2.8	2.8	629	4.6	50	44	64	89	85	4	44	4.1	4.1	-0.5
ジンバブエ	14,439	7,082	2,196	1.1	1.6	443	3.6	57	45	61	83	78	5	32	0.8	2.2	-8.2
地域別等要約																	
東アジア・太平洋諸国	2,363,341	558,204	156,967	0.7	0.4	30,995	1.8	59	71	76	44	28	15	59	2.7	1.5	-0.2
ヨーロッパ・中央アジア	918,905	195,798	55,923	0.4	0.1	10,973	1.8	68	72	78	52	27	25	72	0.6	0.5	1.7
東ヨーロッパ・中央 アジア	423,215	103,675	31,140	0.4	0.2	6,107	2.0	64	66	73	49	31	18	67	0.6	0.6	0.7
西ヨーロッパ	495,690	92,122	24,782	0.4	0.1	4,866	1.6	71	78	82	55	24	31	77	0.6	0.4	2.6
ラテンアメリカ・カリ ブ海諸国	642,217	190,134	52,278	1.2	0.8	10,517	2.0	60	72	75	49	37	13	81	1.5	1.1	-0.8
中東・北アフリカ	447,891	155,634	49,579	2.0	1.5	10,121	2.8	52	70	74	54	46	8	65	2.6	2.0	-0.5
北アメリカ	364,296	80,943	21,472	0.9	0.6	4,300	1.8	71	77	79	52	28	24	82	1.1	0.8	3.3
南アジア	1,814,014	619,317	168,297	1.5	1.0	35,224	2.4	48	63	69	52	43	9	34	2.7	2.4	-0.7
サハラ以南のアフリカ	1,080,429	530,744	171,759	2.7	2.5	38,074	4.7	44	50	61	84	78	5	40	4.0	3.7	-0.3
東部・南部アフリカ	560,914	268,016	84,514	2.6	2.4	18,407	4.2	47	51	64	80	74	6	35	3.8	3.7	-0.3
西部・中部アフリカ	519,515	262,728	87,245	2.8	2.6	19,667	5.2	42	49	58	88	83	5	46	4.3	3.8	-0.4
後発開発途上国	1,009,691	464,454	145,152	2.4	2.2	31,786	4.0	44	55	65	75	69	6	34	4.0	3.7	-1.0
世界	7,631,091	2,330,774	676,276	1.2	0.9	140,204	2.5	57	66	72	53	39	14	55	2.2	1.7	0.0

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/RegionalClassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

年間の人口増加率—1年間における人口の平均指標関数的増加率。計算式 $\ln(Pt/P0)/t$ で算出される（ここで t は期間を示す）。結果はパーセント表示。

合計特殊出生率—ある女性群（仮説コホート）を対象とし、出産可能年齢の終わりまでに生む子どもの数の平均値を指す。年齢ごとの出生率と死亡率が適用され、女性1人当たりの出生数で表される。

従属人口指数—合計従属人口指数は、15～64歳の人口に対する0～14歳と65歳以上の合計人口の比率のこと。年少従属人口指数は、15～64歳の人口に対する0～14歳の人口の比率のこと。老年従属人口指数は、15～64歳の人口に対する65歳以上の人口の比率のこと。すべての比率は、生産年齢人口（15～64歳）100人当たりの従属人口で表される。

データの主な出典

すべての人口指標データ—国連経済社会局人口部（2019年）。世界人口予測2019年オンライン版。改訂第1版。各地域の都市人口の割合、人口全体の増加率、都市人口の増加率はユニセフが算出したもの。

注

– データなし。

α 中位出生率推計に基づく。

地域分類、国分類、全世界の各合計値は、ここに掲載されているよりも多くの国・地域のデータに基づいています。したがって、各国の値を合計しても、該当する地域分類、国分類、全世界の合計値とは一致しない。

表2 子どもの死亡率に関する指標

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)			5歳未満児の 性別ごとの 死亡率 (出生数1,000人 当たりの死亡数) 2018		乳児死亡率 (出生数1,000人 当たりの 死亡数)		新生児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)		5~14歳の死亡率 (5歳児1,000人 当たりの死亡数)		5歳未満児 の年間死亡 数(1,000人) 2018	新生児の年 間死亡数 (1,000人) 2018	5歳未満児 の全死亡数 における 新生児死亡 数の割合 (%) 2018	5~14歳児 の死亡数 (1,000人) 2018		
	1990	2000	2018	男	女	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018					
アフガニスタン	179	129	62	4.1	66	59	121	48	75	61	37	16	5	74	45	60	5
アルバニア	41	26	9	6.0	9	8	35	8	13	12	7	7	2	0	0	74	0
アルジェリア	50	40	23	2.9	25	22	42	20	23	21	15	9	4	24	15	62	3
アンドラ	11	6	3	4.4	3	3	9	3	6	3	1	7	1	0	0	50	0
アンゴラ	223	206	77	5.4	83	71	132	52	54	51	28	46	16	94	36	38	15
アンギラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンティグア・バーブーダ	28	16	6	5.0	7	6	24	5	15	9	3	5	1	0	0	50	0
アルゼンチン	29	20	10	3.8	11	9	25	9	15	11	6	3	2	8	5	64	2
アルメニア	49	31	12	5.1	14	11	42	11	23	16	6	3	2	1	0	52	0
オーストラリア	9	6	4	2.9	4	3	8	3	5	4	2	2	1	1	1	62	0
オーストリア	10	6	4	2.5	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	0	60	0
アゼルバイジャン	96	75	22	6.9	24	19	76	19	33	34	11	5	3	4	2	51	0
バハマ	24	16	10	2.4	11	9	20	8	13	8	5	4	2	0	0	53	0
バーレーン	23	13	7	3.2	7	7	20	6	15	5	3	4	2	0	0	43	0
バングラデシュ	144	87	30	5.9	32	28	100	25	64	42	17	26	4	89	50	57	12
バレバドス	18	15	12	1.2	13	11	16	11	12	9	8	3	2	0	0	65	0
ベラルーシ	15	13	3	7.3	4	3	12	3	8	6	1	4	1	0	0	38	0
ベルギー	10	6	4	2.6	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	0	56	0
ベリーズ	38	24	13	3.3	14	12	31	11	19	12	9	5	3	0	0	67	0
ベナン	175	139	93	2.2	99	87	106	61	46	40	31	45	22	38	13	35	7
ブータン	127	78	30	5.3	32	27	89	25	43	32	16	20	7	0	0	56	0
ボリビア	121	75	27	5.7	29	24	84	22	41	29	14	13	5	7	4	54	1
ボスニア・ヘルツェゴビナ	18	10	6	2.9	6	5	16	5	11	7	4	3	1	0	0	69	0
ボツワナ	51	87	36	4.8	40	33	39	30	25	26	24	17	6	2	1	67	0
ブラジル	63	35	14	4.9	16	13	53	13	25	18	8	5	2	42	24	57	7
英領バージン諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルネイ	13	10	12	-0.6	12	11	10	10	6	5	5	4	2	0	0	47	0
ブルガリア	18	18	7	5.0	8	6	15	6	8	8	4	4	2	0	0	51	0
ブルキナファソ	199	179	76	4.7	81	72	99	49	46	41	25	40	20	56	19	33	11
ブルンジ	174	156	58	5.5	63	54	105	41	40	37	22	62	23	25	9	38	8
カーボベルデ	61	36	19	3.3	21	18	47	17	20	17	12	6	2	0	0	59	0
カンボジア	116	107	28	7.4	31	25	85	24	40	35	14	35	5	10	5	52	2
カメルーン	137	149	76	3.8	81	71	85	51	40	35	27	35	32	66	24	36	22
カナダ	8	6	5	1.2	5	5	7	4	4	4	3	2	1	2	1	68	0
中央アフリカ共和国	180	172	116	2.2	123	110	117	84	52	49	41	32	15	19	7	36	2
チャド	212	186	119	2.5	125	112	112	71	52	44	34	53	28	75	22	30	13
チリ	19	11	7	2.3	8	7	16	6	9	5	5	3	1	2	1	67	0
中国	54	37	9	8.1	9	8	42	7	29	21	4	8	2	146	73	50	40
コロンビア	35	25	14	3.1	16	13	29	12	18	13	8	5	2	10	6	55	2
コモロ	125	102	67	2.3	73	62	88	51	50	41	32	18	9	2	1	48	0
コンゴ	90	114	50	4.6	54	46	59	36	27	31	20	37	7	9	3	41	1
クック諸島	24	18	8	4.6	9	7	20	7	13	10	4	5	2	0	0	50	0
コスタリカ	17	13	9	2.2	10	8	14	8	9	8	6	3	2	1	0	67	0
コートジボワール	155	145	81	3.2	89	73	105	59	49	47	34	31	25	70	30	43	17
クロアチア	13	8	5	3.2	5	4	11	4	8	6	3	3	1	0	0	55	0
キューバ	13	9	5	3.0	5	4	11	4	7	4	2	4	2	1	0	41	0
キプロス	11	7	2	5.7	3	2	10	2	6	4	1	2	1	0	0	57	0
チエコ	12	5	3	2.7	4	3	10	3	7	3	2	2	1	0	0	52	0
朝鮮民主主義人民共和国	43	60	18	6.6	20	16	33	14	22	27	10	8	4	6	3	53	1
コンゴ民主共和国	186	161	88	3.3	95	81	119	68	42	39	28	41	29	296	98	33	70
デンマーク	9	5	4	1.5	5	4	7	4	4	3	3	2	0	0	0	74	0
ジブチ	118	101	59	3.0	64	54	92	50	50	44	32	26	13	1	1	54	0
ドミニカ	16	15	36	-4.9	38	33	13	33	10	11	28	3	3	0	0	79	0
ドミニカ共和国	60	41	29	1.9	32	26	46	24	24	24	19	8	3	6	4	67	1
エクアドル	54	29	14	4.0	16	13	42	12	23	14	7	8	3	5	2	51	1
エジプト	86	47	21	4.4	22	20	63	18	33	23	11	11	4	55	29	53	9
エルサルバドル	60	33	14	4.9	15	12	46	12	23	15	7	7	4	2	1	49	0
赤道ギニア	179	157	85	3.4	91	79	121	63	48	45	30	38	18	4	1	36	1
エリトリア	153	86	42	4.0	47	36	94	31	35	27	18	45	9	4	2	44	1
エストニア	18	11	3	7.9	3	2	14	2	10	5	1	5	1	0	0	47	0
エスワティニ	71	126	54	4.7	59	49	54	43	21	23	17	11	13	2	1	32	0
エチオピア	202	142	55	5.2	61	49	120	39	59	49	28	78	12	191	99	52	34
フィジー	29	23	26	-0.7	28	23	24	22	12	9	11	10	5	0	0	42	0
フィンランド	7	4	2	5.1	2	2	6	1	4	2	1	2	1	0	0	55	0

表2 子どもの死亡率に関する指標

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)			5歳未満児の 性別ごとの 死亡率 (出生数1,000人 当たりの死亡数) 2018		乳児死亡率 (出生数1,000人 当たりの 死亡数)		新生児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)			5~14歳の死亡率 (5歳児1,000人 当たりの死亡数)		5歳未満児の年 間死亡数 (1,000人) 2018	新生児の年 間死亡数 (1,000人) 2018	5歳未満児の全 死亡数 における 新生児死亡 数の割合 (%) 2018	5~14歳児 の死亡数 (1,000人) 2018	
	1990	2000	2018	男	女	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018					
フランス	9	5	4	1.6	4	4	7	3	4	3	3	2	1	3	2	62	1
ガボン	93	85	45	3.5	49	40	60	33	31	29	21	19	14	3	1	48	1
ガンビア	167	115	58	3.8	63	54	82	39	49	40	26	36	13	5	2	46	1
ジョージア	48	37	10	7.3	11	9	41	9	25	23	6	7	2	1	0	59	0
ドイツ	9	5	4	2.1	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	2	60	1
ガーナ	127	99	48	4.1	52	43	80	35	42	36	24	27	12	41	21	51	9
ギリシャ	10	6	4	2.0	5	4	9	4	6	4	3	2	1	0	0	56	0
グレナダ	22	16	15	0.1	17	14	18	14	12	7	10	3	5	0	0	64	0
グラテマラ	80	52	26	3.8	29	23	59	22	28	21	12	12	4	11	5	47	2
ギニア	236	166	101	2.8	105	96	139	65	62	47	31	49	21	44	14	32	8
ギニアビサウ	223	175	81	4.2	88	75	132	54	64	55	37	40	16	5	2	46	1
ガイアナ	60	47	30	2.4	34	26	47	25	31	27	18	6	5	0	0	60	0
ハイチ	144	103	65	2.6	70	59	100	49	39	30	26	31	12	17	7	40	3
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	58	37	18	4.1	19	16	45	15	22	18	10	9	5	4	2	55	1
ハンガリー	17	10	4	4.8	5	4	15	4	11	6	2	3	1	0	0	53	0
アイスランド	6	4	2	4.0	2	2	5	2	3	2	1	2	1	0	0	50	0
インド	126	92	37	5.1	36	37	89	30	57	45	23	21	6	882	549	62	143
インドネシア	84	52	25	4.1	28	22	62	21	31	23	13	15	6	121	62	51	28
イラン	56	34	14	4.8	15	14	44	12	26	19	9	8	3	22	14	62	3
イラク	54	44	27	2.8	29	24	42	22	26	24	15	9	7	29	17	58	7
アイルランド	9	7	4	3.7	4	3	8	3	5	4	2	2	1	0	0	61	0
イスラエル	12	7	4	3.4	4	3	10	3	6	4	2	2	1	1	0	52	0
イタリア	10	6	3	3.4	3	3	8	3	6	3	2	2	1	1	1	64	0
ジャマイカ	30	22	14	2.4	16	13	25	12	20	17	10	5	3	1	0	71	0
日本	6	5	2	3.3	3	2	5	2	3	2	1	2	1	2	1	33	1
ヨルダン	36	27	16	2.9	18	15	30	14	20	16	9	5	3	3	2	59	1
カザフスタン	52	43	10	8.1	11	9	44	9	22	21	6	6	3	4	2	56	1
ケニア	107	106	41	5.3	45	37	68	31	28	28	20	18	10	60	29	48	14
キリバス	95	71	53	1.7	57	48	69	41	36	29	23	16	9	0	0	44	0
クウェート	18	12	8	2.5	9	7	15	7	10	7	4	5	2	0	0	56	0
キルギス	65	49	19	5.3	21	17	54	17	24	20	13	6	3	3	2	69	0
ラオス	153	107	47	4.5	52	42	105	38	47	38	23	44	9	8	4	48	1
ラトビア	17	14	4	7.2	4	4	13	3	8	7	2	6	1	0	0	51	0
レバノン	32	20	7	5.5	8	7	27	6	20	12	4	8	2	1	1	59	0
レソト	90	118	81	2.1	88	74	72	66	39	40	35	17	9	5	2	43	0
リベリア	262	187	71	5.4	76	65	175	53	59	45	24	33	17	11	4	35	2
リビア	42	28	12	4.8	13	11	35	10	21	15	6	8	6	2	1	52	1
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	15	11	4	5.4	4	4	12	3	8	5	2	4	1	0	0	50	0
ルクセンブルク	9	5	2	3.8	3	2	7	2	4	2	1	2	0	0	0	60	0
マダガスカル	159	107	54	3.9	58	49	97	38	39	31	21	41	12	45	18	39	8
マラウイ	239	173	50	6.9	54	45	139	35	50	40	22	40	14	30	14	46	7
マレーシア	17	10	8	1.5	8	7	14	7	8	5	4	5	3	4	2	55	1
モルディブ	86	39	9	8.4	9	8	63	7	39	22	5	12	2	0	0	55	0
マリ	230	188	98	3.6	103	92	120	62	67	51	33	44	26	75	26	34	15
マルタ	11	8	7	0.4	8	6	10	6	8	5	5	2	1	0	0	67	0
マーシャル諸島	49	41	33	1.1	37	29	39	27	20	18	15	9	6	0	0	46	0
モーリタニア	117	114	76	2.3	81	70	71	52	46	43	33	21	8	11	5	45	1
モーリシャス	23	19	16	1.0	17	14	20	14	15	12	9	4	2	0	0	59	0
メキシコ	45	26	13	4.0	14	11	36	11	22	13	8	5	2	28	17	59	6
ミクロネシア連邦	55	54	31	3.1	34	27	43	26	26	25	16	10	6	0	0	53	0
モナコ	8	5	3	2.6	4	3	6	3	4	3	2	2	1	0	0	50	0
モンゴル	108	64	16	7.6	19	13	77	14	30	24	9	10	4	1	1	53	0
モンテネグロ	17	14	3	9.5	3	2	15	2	11	9	2	2	1	0	0	63	0
モントセラト	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モロッコ	79	49	22	4.4	25	20	62	19	36	27	14	10	3	15	9	61	2
モザンビーク	241	171	73	4.7	78	68	161	54	60	46	28	60	17	79	31	39	14
ミャンマー	115	89	46	3.6	51	42	82	37	48	37	23	31	5	43	22	50	5
ナミビア	74	77	40	3.7	43	36	50	29	28	23	16	16	12	3	1	40	1
ナウル	60	42	32	1.5	35	29	46	26	29	25	20	11	6	0	0	60	0
ネパール	140	81	32	5.1	34	30	97	27	58	40	20	29	6	18	11	62	3
オランダ	8	6	4	2.6	4	3	7	3	5	4	2	2	1	1	0	55	0
ニュージーランド	11	7	6	1.4	6	5	9	5	4	3	3	3	1	0	0	61	0

表2 子どもの死亡率に関する指標

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)			5歳未満児の 性別ごとの 死亡率 (出生数1,000人 当たりの死亡数) 2018		乳児死亡率 (出生数1,000人 当たりの 死亡数)		新生児死亡率 (出生数1,000人 当たりの 死亡数)		5~14歳の死亡率 (5歳児1,000人 当たりの死亡数)		5歳未満児 の全死亡数 における 新生児死亡 数の割合 (%) 2018	5~14歳児 の死亡数 (1,000人) 2018				
	1990	2000	2018	男	女	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018					
ニカラグア	66	37	18	3.8	20	16	51	16	23	16	9	8	4	2	1	51	1
ニジェール	329	226	84	5.5	87	80	133	48	54	43	25	68	37	83	26	32	26
ナイジェリア	211	185	120	2.4	127	113	125	76	50	48	36	41	20	866	267	31	110
ニウエ	13	24	24	0.0	26	21	12	20	7	13	12	4	5	0	0	0	0
北マケドニア	36	16	10	2.6	11	9	33	9	17	9	7	3	1	0	0	74	0
ノルウェー	9	5	3	3.6	3	2	7	2	4	3	1	2	1	0	0	59	0
オマーン	39	16	11	2.0	12	10	32	10	17	7	5	6	2	1	0	45	0
バキスタン	139	112	69	2.7	74	65	106	57	65	60	42	14	10	409	251	62	46
パラオ	35	29	18	2.6	20	16	30	17	19	15	9	7	4	0	0	50	0
パナマ	31	26	15	2.9	17	14	26	13	17	15	8	8	3	1	1	56	0
パプアニューギニア	87	72	48	2.3	52	44	64	38	31	29	22	15	9	11	5	47	2
パラグアイ	45	34	20	2.9	22	18	36	17	22	18	11	7	3	3	2	53	0
ペルー	81	39	14	5.5	16	13	57	11	28	16	7	11	3	8	4	52	2
フィリピン	57	38	28	1.6	31	25	40	22	19	17	14	14	5	63	30	47	12
ポーランド	17	9	4	4.1	5	4	15	4	11	6	3	3	1	2	1	61	0
ポルトガル	15	7	4	3.6	4	3	12	3	7	3	2	4	1	0	0	54	0
カタール	21	12	7	3.3	7	6	18	6	11	7	4	4	1	0	0	53	0
韓国	15	7	3	4.7	3	3	13	3	7	3	1	5	1	1	1	46	0
モルドバ	33	31	16	3.8	18	14	28	14	19	21	12	5	2	1	0	74	0
ルーマニア	31	22	7	6.1	8	7	24	6	15	10	3	5	2	1	1	46	0
ロシア連邦	22	19	7	5.5	8	6	18	6	11	10	3	5	2	13	6	44	4
ルワンダ	154	183	35	9.1	38	32	94	27	40	41	16	72	10	13	6	46	3
セントクリストファー・ネービス	31	23	12	3.7	13	11	25	10	19	15	8	5	2	0	0	63	0
セントルシア	22	18	17	0.4	18	15	19	15	12	11	12	4	2	0	0	75	0
セントビンセント・グレナディーン	24	23	16	1.8	18	15	20	15	13	13	10	4	5	0	0	58	0
サモア	30	21	16	1.6	17	14	25	14	16	11	8	6	4	0	0	53	0
サンマリノ	13	6	2	6.3	2	2	12	2	7	3	1	2	1	0	0	-	0
サントメ・プリンシペ	108	85	31	5.5	34	28	69	24	26	23	14	20	8	0	0	45	0
サウジアラビア	45	22	7	6.4	7	7	36	6	22	12	4	7	2	4	2	53	1
セネガル	139	131	44	6.1	48	39	71	32	40	38	21	37	13	23	11	48	6
セルビア	28	13	6	4.6	6	5	24	5	17	8	3	3	1	0	0	61	0
セーシェル	17	14	14	-0.3	16	13	14	12	11	9	9	4	3	0	0	61	0
シエラレオネ	263	234	105	4.4	111	99	156	78	53	51	33	53	21	26	8	32	4
シンガポール	8	4	3	1.8	3	3	6	2	4	2	1	2	1	0	0	38	0
スロバキア	15	10	6	3.1	6	5	13	5	9	5	3	3	1	0	0	49	0
スロベニア	10	6	2	5.2	2	2	9	2	6	3	1	2	1	0	0	55	0
ソロモン諸島	39	30	20	2.3	22	18	31	17	15	13	8	8	4	0	0	42	0
ソマリア	179	172	122	1.9	127	115	108	77	45	44	38	38	24	73	24	32	11
南アフリカ	59	74	34	4.3	37	31	46	28	20	17	11	8	6	40	13	32	6
南スーダン	254	183	99	3.4	103	93	150	64	65	57	40	52	20	38	15	41	6
スペイン	9	5	3	3.2	3	3	7	3	5	3	2	2	1	1	1	56	0
スリランカ	22	17	7	4.4	8	7	19	6	13	10	4	6	2	3	2	60	1
パレスチナ	44	30	20	2.2	22	18	36	17	22	16	11	6	3	3	2	54	0
スーダン	132	104	60	3.0	65	55	82	42	43	37	29	29	8	80	38	48	9
スリナム	48	34	19	3.3	21	17	41	17	23	18	10	7	3	0	0	53	0
スウェーデン	7	4	3	2.3	3	2	6	2	4	2	2	1	1	0	0	56	0
スイス	8	6	4	1.7	4	4	7	4	4	3	3	2	1	0	0	72	0
シリア	37	23	17	1.9	17	15	30	14	17	12	9	9	12	7	4	51	4
タジキスタン	102	84	35	4.9	39	31	81	30	31	28	15	12	5	10	4	44	1
タイ	37	22	9	4.9	10	8	30	8	20	12	5	9	5	7	4	55	4
東ティモール	174	108	46	4.8	50	42	131	39	55	37	20	27	8	2	1	45	0
トーゴ	145	120	70	3.0	75	64	90	47	43	36	25	37	21	18	6	36	4
トケラウ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
トンガ	22	18	16	0.6	14	17	19	13	10	8	7	5	3	0	0	40	0
トリニダード・トバゴ	30	29	18	2.5	20	17	27	16	20	18	12	4	2	0	0	63	0
チュニジア	55	30	17	3.2	18	15	43	15	29	20	11	7	3	3	2	67	1
トルコ	74	38	11	7.1	11	10	55	9	33	19	5	9	2	14	7	52	3
トルクメニスタン	85	81	46	3.2	52	40	68	39	28	30	21	7	4	6	3	46	0
ターカス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	53	41	24	2.9	27	22	42	21	28	25	16	10	5	0	0	71	0
ウガンダ	185	148	46	6.4	51	42	109	34	39	32	20	32	15	74	32	44	19
ウクライナ	19	18	9	4.1	10	8	17	7	12	11	5	4	2	4	2	58	1
アラブ首長国連邦	17	11	8	2.2	8	7	14	6	8	6	4	5	2	1	0	53	0
英国	9	7	4	2.4	5	4	8	4	4	4	3	2	1	3	2	60	1

表2 子どもの死亡率に関する指標

国・地域	5歳未満児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)			5歳未満児 死亡率の 年間減少 率(%) 2000~2018	5歳未満児の 性別ごとの 死亡率 (出生数1,000人 当たりの死亡数) 2018		乳児死亡率 (出生数1,000人 当たりの 死亡数)	新生児死亡率 (出生数1,000人当たり の死亡数)			5~14歳の死亡率 (5歳児1,000人 当たりの死亡数)	5歳未満児 の年間死亡 数(1,000人) 2018	新生児の年 間死亡数 (1,000人) 2018	5歳未満児 の全死亡数 における 新生児死亡 数の割合 (%) 2018	5~14歳児 の死亡数 (1,000人) 2018		
	1990	2000	2018		男	女		1990	2000	2018							
タンザニア	166	130	53	5.0	57	49	101	38	40	34	21	30	13	44	41	20	
米国	11	8	7	1.4	7	6	9	6	6	5	4	2	1	25	14	54	6
ウルグアイ	23	17	8	4.5	8	7	20	6	12	8	5	3	2	0	0	60	0
ウズベキスタン	72	63	21	6.0	24	18	60	19	31	29	12	6	3	15	8	54	2
バヌアツ	36	29	26	0.5	28	24	29	22	17	13	12	7	5	0	0	44	0
ベネズエラ	30	22	25	-0.7	26	23	25	21	13	11	15	4	3	13	8	61	2
ベトナム	51	30	21	2.0	24	17	37	16	24	15	11	12	3	33	17	51	4
イエメン	126	95	55	3.0	59	51	88	43	43	37	27	20	8	47	23	50	6
ザンビア	186	162	58	5.7	63	53	111	40	37	35	23	30	12	36	15	42	6
ジンバブエ	80	105	46	4.5	51	42	52	34	24	23	21	14	13	21	9	45	5
地域別等要約																	
東アジア・太平洋諸国	57	40	15	5.4	16	14	43	12	27	20	8	10	3	462	230	50	103
ヨーロッパ・中央アジア	31	21	9	5.0	10	8	25	8	14	10	5	4	2	96	50	52	17
東ヨーロッパ・中央 アジア	46	36	13	5.7	14	11	37	11	21	17	6	6	2	78	39	51	13
西ヨーロッパ	10	6	4	2.8	4	3	9	3	6	3	2	2	1	18	11	60	4
ラテンアメリカ・カリ ブ海諸国	55	33	16	3.8	18	15	43	14	23	16	9	6	3	172	95	55	30
中東・北アフリカ	65	42	22	3.7	23	20	50	18	28	21	12	10	4	220	122	56	37
北アメリカ	11	8	6	1.4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	27	15	55	6
南アジア	130	94	42	4.5	43	41	92	35	59	47	26	20	6	1,475	909	62	211
サハラ以南のアフリカ	180	153	78	3.8	83	72	107	53	46	41	28	40	18	2,869	1,054	37	518
東部・南部アフリカ	164	136	57	4.8	62	52	101	40	43	38	24	39	13	1,024	441	43	189
西部・中部アフリカ	197	170	97	3.1	103	90	115	64	48	44	31	40	23	1,845	613	33	330
後発開発途上国	175	137	64	4.2	69	59	108	46	52	42	26	39	14	1,992	821	41	371
世界	93	76	39	3.8	41	36	65	29	37	31	18	15	7	5,322	2,476	47	923

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか <data.unicef.org/regionalclassifications> を参照。
過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

5歳未満児死亡率—出生から5歳に達する日までに死亡する確率。出生数1,000人当たりで表される。

乳児死亡率—出生から1歳に達する日までに死亡する確率。出生数1,000人当たりで表される。

新生児死亡率—生後28日以内に死亡する確率。出生数1,000人当たりで表される。

5~14歳の死亡率—5~14歳で死亡する確率。5歳児1,000人当たりで表される。

データの主な出典

5歳未満児、乳児、新生児および5~14歳の死亡率—国連の「死亡率推計に関する機関間グループ（IGME）」（ユニセフ、世界保健機関、国連人口部および世界銀行グループ）。最終更新：2019年9月。

5歳未満児の死亡数、新生児の死亡数および5~14歳の死亡数—国連の「死亡率推計に関する機関間グループ（IGME）」（ユニセフ、世界保健機関、国連人口部および世界銀行グループ）。最終更新：2019年9月。

注

— データなし。

表3 母親と新生児の健康指標

国・地域	平均 余命: 女性 2018	近代的手法で 家族計画を実施 した割合(%) 2013～2018*		18歳まで の出産率 2013～ 2018*	出産前ケア(%) 2013～2018*				出産時ケア(%) 2013～2018*				生後健診(%) 2013～2018*		妊娠婦死亡率 [†] 2017			
		15～49 歳の 女性	15～19 歳の 女性		1回 以上の 訪問	4回以上の訪問		専門技能者が 付き添う出産		施設での 出産	帝王切開	新生児	母親	妊娠婦 死亡数	妊娠婦 死亡率	妊娠婦の 生涯の死 亡リスク (X人中1人)		
						15～49歳 の女性	15～19歳 の女性	15～49歳 の女性	15～19歳 の女性									
アフガニスタン	66	42	21	77	20	59	18	16	51	54	48	3	9	40	7,700	638	33	
アラバニア	80	5	5	17	3	88	78	72	100	100	99	31	86	88	5	15	3,800	
アリジェリア	78	77	—	10	1	93	67	—	97	—	97	16	—	—	1,200	112	270	
アンドラ	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
アンゴラ	64	30	15	163	38	82	61	56	50	50	46	4	21	23	3,000	241	69	
アンギラ	—	—	—	40 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
アンティグア・バーブーダ	78	—	—	67 x	—	100 x	100	—	100	—	—	—	—	—	—	1	42	1,200
アルゼンチン	80	—	—	65	12 x	98 x	90 x	85 x	100	—	99	29 x	—	—	290	39	1,100	
アルメニア	78	37	—	24	1	100	96	93	100	100	99	18	98	97	11	26	2,000	
オーストラリア	85	—	—	10	—	98 x	92 x	—	—	—	99	31 x	—	—	20	6	8,200	
オーストリア	84	—	—	7	—	—	—	—	99	—	99	24 x	—	—	4	5	13,500	
アゼルバイジャン	75	22 x	13 x	53	4 x	92 x	66 x	40 x	100	93 x	93 x	20 x	—	83 x	44	26	1,700	
バハマ	76	—	—	32 x	—	98 x	85	—	98	—	—	—	—	—	4	70	820	
バーレーン	78	—	—	14	—	100 x	100	—	100	—	98 x	—	—	—	3	14	3,000	
バングラデシュ	74	73	68	78	36	64	31	32	42	42	37	23	32	36	5,100	173	250	
バルバドス	80	70 x	—	50 x	7 x	93 x	88 x	—	99	—	100 x	21 x	98 x	97 x	1	27	2,400	
ベラルーシ	79	74 x	—	16	3 x	100 x	100 x	95 x	100	100 x	100 x	25 x	100 x	100 x	3	2	23,800	
ベルギー	84	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	18 x	—	—	6	5	11,200	
ベリーズ	78	66	47	64	17	97	93	92	97	97	96	34	96	96	3	36	1,100	
ベナン	63	26	13	94	19	83	52	52	78	77	84	5	64	66	1,600	397	49	
ブータン	72	85 x	—	28 x	15 x	98 x	85	66 x	75 x	40 x	74 x	12 x	30 x	41 x	24	183	250	
ボリビア	74	50	—	71	20 x	96	86	69 x	85 x	76 x	88	33	—	—	380	155	220	
ボスニア・ヘルツェゴビナ	80	22 x	—	11	—	87 x	84 x	—	100	—	100 x	14 x	—	—	3	10	8,200	
ボツワナ	72	—	—	50	—	94 x	73 x	—	99 x	—	100	—	—	—	81	144	220	
ブラジル	79	89 x	—	59	—	97	91	—	99	—	99	56	—	—	1,700	60	940	
英領バージン諸島	—	—	—	27 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ブレネイ	77	—	—	11	—	99 x	93 x	—	100	—	100 x	—	—	—	2	31	1,700	
ブルガリア	79	—	—	38	5	—	—	—	100	—	94	36	—	—	6	10	7,000	
ブルキナファソ	62	56	51	132	28 x	93	47	32 x	80	75 x	82	4	33	74	2,400	320	57	
ブルンジ	63	38	55	58	13	99	49	52	85	91	84	4 x	8 x	51	2,400	548	33	
カーボベルデ	76	73 x	68 x	80 x	22 x	98 x	72 x	—	92	—	76 x	11 x	—	—	6	58	670	
カンボジア	72	57	46	57	7	95	76	71	89	91	83	6	79	90	590	160	220	
カメルーン	60	47	39	119	28	83	59	51	65	66	61	2	69	65	4,700	529	40	
カナダ	84	—	—	8	—	100 x	99 x	—	100 x	—	98 x	26 x	—	—	40	10	6,100	
中央アフリカ共和国	55	29 x	—	229 x	45 x	68 x	38 x	32 x	40 x	46 x	53 x	5 x	—	—	1,400	829	25	
チャド	55	20	9	179	51	55	31	33	20	27	22	1	5	16	7,300	1,140	15	
チリ	82	—	—	33	—	—	—	100	—	100	50 x	—	—	29	13	4,600		
中国	79	97 x	—	9	—	100	81	—	100	—	100	41	63	64	4,900	29	2,100	
コロンビア	80	87	72	75	20	97	90	86	99	96	99	46	7 x	1	610	83	630	
コモロ	66	29 x	20 x	70 x	17 x	92 x	49 x	38 x	82 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	72	273	83	
コンゴ	66	43	28	111	26	94	79	77	94	92	92	5	86	80	650	378	58	
クック諸島	—	—	—	67	—	100 x	—	—	100 x	—	100 x	—	—	—	—	—	—	
コスタリカ	83	89 x	—	53	13	98 x	90 x	88 x	99	98 x	99	22	—	—	19	27	1,900	
コートジボワール	59	39	—	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	80	5,400	617	34	
クロアチア	81	—	—	10	—	—	98	—	100	—	—	24	—	—	3	8	9,100	
キューバ	81	89	73	52	6	99	98	99	99	97	100	40	98	99	42	36	1,800	
キプロス	83	—	—	4	—	99 x	—	—	—	—	97	—	—	—	1	6	11,000	
チエコ	82	86 x	—	12	—	—	—	100 x	—	100	20 x	—	—	4	3	17,900		
朝鮮民主主義人民共和国	76	90	—	1	—	100	94	—	100	—	92	13	99	98	310	89	620	
コンゴ民主共和国	62	19	12	138 x	27	88	48	50	80	81	80	5	8	44	16,000	473	34	
デンマーク	83	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	21 x	—	—	2	4	16,200	
ジブチ	69	—	—	21 x	—	88 x	23 x	—	87 x	—	87 x	11 x	—	—	51	248	140	
ドミニカ	—	—	—	48 x	—	100 x	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	
ドミニカ共和国	77	82	67	90	21	98	93	90	98	99	98	58	95	95	200	95	410	
エクアドル	80	79 x	—	111 x	—	84 x	58 x	—	96	—	93	46	—	—	200	59	640	
エジプト	74	80	64	56	7	90	83	88	92	93	87	52	14	82	960	37	730	
エルサルバドル	78	80	70	69 x	18	96	90	90	98	99	98	32	97	94	54	46	960	
赤道ギニア	60	21 x	20 x	176 x	42 x	91 x	67 x	—	68 x	—	67 x	7 x	—	—	130	301	67	
エリトリア	68	21 x	6 x	76 x	19 x	89 x	57 x	—	34 x	—	34 x	3 x	—	5 x	510	480	46	
エストニア	83	—	—	11	—	—	97	—	100 x	—	99	—	—	—	1	9	6,900	
エスワティニ	64	83	—	87	17	99	76	68	88	89	88	12	90	88	130	437	72	
エチオピア	68	62	—	80	21	62	32	30	28	39	26	2	0 x	17	14,000	401	55	

表3 母親と新生児の健康指標

国・地域	平均余命:女性2018	近代的手法で家族計画を実施した割合(%)2013~2018*		青少年期の出産率2013~2018*	18歳までの出産率(%)2013~2018*	出産前ケア(%)2013~2018*			出産時ケア(%)2013~2018*			生後健診(%) ⁺ 2013~2018*		妊娠婦死亡率 [†] 2017				
		1回以上の訪問				4回以上の訪問		専門技能者が付き添う出産		施設での出産	帝王切開	新生児	母親	妊娠婦死亡数	妊娠婦死亡率	妊娠婦の生涯の死亡リスク(1人中1人)		
		15~49歳の女性	15~19歳の女性			15~49歳の女性	15~19歳の女性	15~49歳の女性	15~19歳の女性									
フィジー	69	—	—	40	—	100 x	94	—	100	—	99	—	—	—	6	34	1,000	
フィンランド	85	—	—	6	—	100 x	—	—	—	—	100	16 x	—	—	2	3	20,900	
フランス	85	96 x	—	5	—	100 x	99 x	—	—	—	98	21 x	—	—	56	8	7,200	
ガボン	68	44 x	23 x	91 x	28 x	95 x	78 x	76 x	89 x	91 x	90 x	10 x	25 x	60 x	170	252	93	
ガンビア	63	27	11	86 x	19	86	78	74	57	64	63	2	6	76	520	597	31	
ジョージア	78	53 x	—	44	6 x	98 x	88	—	100	—	100	41	—	—	14	25	1,900	
ドイツ	84	—	—	9	—	100 x	99	—	—	—	99	29 x	—	—	53	7	9,400	
ガーナ	65	46	—	75	17	91	87	81	71	76	73	13	23	81	2,700	308	82	
ギリシャ	85	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	26,900	
グレナダ	75	—	—	36	—	100 x	—	—	99	—	—	—	—	—	0	25	1,700	
グアテマラ	77	66	50	92	20	91	86	85	66	70	65	26	8	78	400	95	330	
ギニア	62	22	14	120	37	81	35	48	55	60	53	3	64	49	2,600	576	35	
ギニアビサウ	60	56	20	106 x	28	92	65	65	45	55	44	4	55	48	440	667	32	
ガイアナ	73	52	17	74	16	91	87	86	86	94	93	17	95	93	26	169	220	
ハイチ	66	43	31	55	14	91	67	55	42	37	39	5	38	31	1,300	480	67	
バチカン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ホンジュラス	77	76 x	67 x	103	22 x	97 x	89 x	87 x	83 x	87 x	83 x	19 x	81 x	85 x	130	65	560	
ハンガリー	80	—	—	25	—	—	—	—	99 x	—	—	31 x	—	—	11	12	6,200	
アイスランド	84	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	17 x	—	—	0	4	14,400	
インド	71	67	27	11	9	79	51	53	81	86	79	17	27	65	35,000	145	290	
インドネシア	74	78	72	48 x	7	98	77	65	94	87	74	17	79	87	8,600	177	240	
イラン	78	69 x	—	36	5 x	97 x	94 x	—	96 x	—	95 x	46 x	—	—	250	16	2,600	
イラク	72	55	—	82 x	14	88	68	76	96	97	87	33	78	83	870	79	320	
アイルランド	84	—	—	7	—	100 x	—	—	100 x	—	100	25 x	—	—	3	5	11,300	
イスラエル	84	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	10,800	
イタリア	85	—	—	5	—	99 x	68 x	—	—	—	100	40 x	—	—	7	2	51,300	
ジャマイカ	76	79 x	—	46 x	15 x	98 x	86 x	85 x	99 x	97 x	99 x	21 x	—	—	38	80	600	
日本	88	—	—	4	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	44	5	16,700	
ヨルダン	76	57	31	27	5	98	92	93	100	100	98	26	86	83	100	46	730	
カザフスタン	77	79	—	25	2	99	95	98	99	99	99	15	99	98	37	10	3,500	
ケニア	69	76	68	96	23	94	58	49	62	65	61	9	36	53	5,000	342	76	
キリバス	72	36 x	0 x	49 x	9 x	88 x	71 x	—	98 x	—	66 x	10 x	—	—	3	92	290	
クウェート	76	—	—	6	—	100 x	—	—	99 x	—	99	—	—	—	7	12	4,200	
キルギス	75	66	41	34	4	98	95	93	98	98	98	7	99	98	95	60	480	
ラオス	69	72	48 x	83	18	78	62	52	64	56	65	6	47	47	310	185	180	
ラトビア	80	—	—	15	—	92 x	—	—	100 x	—	98	—	—	—	4	19	3,100	
レバノン	81	—	—	17 x	—	96 x	—	—	98 x	—	100 x	—	—	—	34	29	1,600	
レソト	57	79	55	94	14	95	74	70	78	85	77	10	18	62	310	544	58	
リベリア	65	41	22	150	37	96	78	78	61	67	56	4	35	77	1,000	661	32	
リビア	76	24	—	11	—	93 x	—	—	—	—	100	—	—	—	92	72	590	
リヒテンシュタイン	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
リトアニア	81	—	—	13	—	100 x	—	—	100 x	—	—	—	—	—	2	8	7,500	
ルクセンブルク	84	—	—	5	—	—	97 x	—	100 x	—	100 x	29 x	—	—	0	5	14,300	
マダガスカル	68	61	—	152	36	82	51	47 x	44	40 x	38	2	—	—	2,800	335	66	
マラウイ	67	74	62	138	31	98	51	46	90	92	91	6	60	42	2,100	349	60	
マレーシア	78	—	—	10	—	97	—	—	99	—	99	—	—	—	150	29	1,600	
モルディブ	80	43 x	18 x	10	1	99	82	87	100	100	95	40	82	80	4	53	840	
マリ	60	35	21	174	33	80	43	38	67	42	67	2	63	58	4,400	562	29	
マルタ	84	—	—	13	—	100 x	—	—	—	—	100	—	—	—	0	6	10,200	
マーシャル諸島	—	81 x	40 x	85 x	21 x	81 x	77 x	—	90 x	—	85 x	9 x	—	—	—	—	—	
モーリタニア	66	30	—	84	22	87	63	56	69	67	69	5	58	57	1,100	766	28	
モーリシャス	78	41	—	24	—	—	—	—	100	—	98 x	—	—	—	8	61	1,200	
メキシコ	78	80	64	71	21	99	94	93	98	98	97	41	95	95	740	33	1,300	
ミクロネシア連邦	69	—	—	44 x	—	80 x	—	—	100 x	—	87 x	11 x	—	—	2	88	370	
モナコ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
モンゴル	74	65	42	30	3	99	90	81	100	97	98	23	99	95	35	45	710	
モンテネグロ	79	43	—	10	3	92	87	—	99	—	99	20	99	95	0	6	9,900	
モントセラト	—	—	—	54 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
モロツコ	78	69	—	32 x	8 x	89	54	30 x	87	70 x	86	21	—	—	480	70	560	
モザンビーク	63	56	34	194	40 x	87	52	55	65	68	55 x	4 x	28	—	3,100	289	67	
ミャンマー	70	75	73	36	5	81	59	47	60	61	37	17	36	71	2,400	250	190	
ナミビア	66	80	47	64	15	97	63	58	88	88	87	14	20	69	140	195	140	
ナウル	—	43 x	—	94	22 x	95 x	40 x	—	97 x	—	99 x	8 x	—	—	—	—	—	

表3 母親と新生児の健康指標

表3 母親と新生児の健康指標

国・地域	平均余命：女性2018	近代的手法で家族計画を実施した割合(%) 2013～2018*		18歳までの出産率(%) 2013～2018*	出産前ケア(%) 2013～2018*				出産時ケア(%) 2013～2018*				生後健診(%) ⁺ 2013～2018*		妊産婦死亡率 [†] 2017											
		15～49歳の女性	15～19歳の女性		1回以上の訪問	4回以上の訪問	専門技能者が付き添う出産	施設での出産	帝王切開	新生児	母親	妊産婦死亡数	妊産婦死亡率	妊産婦の生涯の死亡リスク(100人中1人)												
		青少年期の出産率 2013～2018*	15～49歳の女性	15～19歳の女性	15～49歳の女性	15～19歳の女性	15～49歳の女性	15～19歳の女性	帝王切開	新生児	母親	妊産婦死亡数	妊産婦死亡率													
ツバル	—	41	x	—	28	x	3	x	97	x	67	x	—	93	x	7	x	—	—	—	—					
ウガンダ	65	54	—	132	28	97	60	59	74	80	73	5	x	11	x	54	6,000	375	49	3,700						
ウクライナ	77	68	x	—	23	4	x	99	x	87	x	87	x	99	x	99	x	12	x	99	x	96	x	83	19	3,700
アラブ首長国連邦	79	—	—	5	—	100	x	—	—	100	x	—	—	100	x	—	—	—	—	—	—	3	3	17,900		
英國	83	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	x	—	—	52	7	8,400		
タンザニア	67	54	35	139	22	98	62	48	64	70	63	6	42	34	11,000	524	36	—	—	—	—	—	—			
米国	81	77	—	19	—	—	97	x	—	99	—	—	—	31	x	—	—	—	720	19	3,000					
ウルグアイ	81	—	—	36	—	97	77	44	x	100	100	x	100	30	—	—	—	8	17	2,900						
ウズベキスタン	74	—	—	30	x	2	x	99	—	—	100	—	—	100	14	—	—	200	29	1,200						
バヌアツ	72	51	—	78	x	13	76	52	—	89	—	89	12	—	—	—	—	6	72	330						
ベネズエラ	76	—	—	95	x	24	98	84	—	100	—	99	52	—	—	—	—	670	125	330						
ベトナム	79	70	60	30	5	96	74	55	94	87	94	28	89	90	700	43	1,100									
イエメン	68	38	22	67	x	17	60	25	30	45	52	30	5	11	20	1,400	164	150								
サンビア	66	62	57	141	x	31	96	56	52	63	73	67	4	16	63	1,300	213	93								
ジンバブエ	63	85	77	78	22	93	76	73	78	81	77	6	73	57	2,100	458	55									
地域別等要約																										
東アジア・太平洋諸国	79	86	—	21	—	97	80	—	96	—	91	32	69	72	21,000	69	790									
ヨーロッパ・中央アジア	81	77	—	17	—	—	—	—	99	—	98	—	—	—	1,400	13	4,300									
東ヨーロッパ・中央アジア	78	69	—	26	—	96	—	—	99	—	97	28	—	—	1,200	19	2,600									
西ヨーロッパ	84	83	—	8	—	—	—	—	99	—	99	—	—	—	260	5	11,900									
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	79	83	—	63	—	97	91	—	94	—	94	44	—	—	7,800	74	630									
中東・北アフリカ	76	68	—	40	9	87	68	—	89	—	82	32	—	—	5,800	57	570									
北アメリカ	82	83	—	19	—	—	—	—	99	—	—	—	—	—	760	18	3,100									
南アジア	71	67	—	26	12	79	49	49	77	78	72	18	34	62	57,000	163	240									
サハラ以南のアフリカ	63	53	—	103	26	81	53	50	59	61	57	5	30	46	200,000	533	38									
東部・南部アフリカ	66	62	—	92	25	85	53	49	62	67	56	7	34	40	70,000	384	58									
西部・中部アフリカ	59	41	—	115	28	78	54	51	57	54	58	4	28	52	131,000	674	28									
後発開発途上国	72	58	—	91	25	80	47	44	61	60	54	7	31	42	130,000	415	56									
世界	75	76	—	44	15	86	65	56	81	76	21	45	61	295,000	211	190										

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類、開発途上国分類の詳細）については182ページか <data.unicef.org/regionalclassifications> を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

出生時の平均余命—出生時の人口集団における標準的な死亡リスクを適用した場合に新生児女児が生存する年数。

近代的手法で家族計画を実施した割合—家族計画を必要とする女性（15～19歳および15～49歳）のうち近代的手法で家族計画を実施している人の割合

青少年期女子出産数—15～19歳の女子1,000人当たりの出産数。

18歳までの出産—18歳になる前に出産した20～24歳の女性の割合。この指標は、直近の期間（通常、MICSは2年、DHSは5年）に出产した女性を対象としている。

出産前ケア（1回以上の訪問）—医療技能者（通常は医師、看護師または助産師）が少なくとも1回以上ケアを実施した妊娠中の女性（15～49歳）の割合。

出産前ケア（4回以上の訪問）—いずれかの医療サービス提供者が少なくとも4回以上ケアを実施した妊娠中の女性（15～19歳および15～49歳）の割合。

専門技能者が付き添う出産—15～19歳および15～49歳の母親について、医療技能者（通常は医師、看護師または助産師）が付き添う出産の割合。

施設での出産—いずれかの医療または保健施設で出産した女性（15～49歳）の割合。

データの主な出典

平均余命—国連人口部、世界人口予測2019年版。最終更新：2019年7月。

近代的手法で家族計画を実施した割合—国連経済社会局人口部、国連人口基金（UNFPA）。人口保健調査（DHS）、複数指數クラスター調査（MICS）およびその他の国別調査に基づく。最終更新：2019年8月。

施設での出産—DHS、MICSおよびその他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

帝王切開—DHS、MICSおよびその他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

新生児健診および母親の産後健診—DHS、MICSおよびその他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

18歳までの出産—DHS、MICSおよびその他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

出産前ケア（1回以上の訪問）—DHS、MICSおよびその他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

妊産婦死亡率—国連の妊産婦死亡率推計に関する機関間グループ（WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行および国連人口部）。最終更新：2019年9月。

妊産婦死亡率—国連の妊産婦死亡率推計に関する機関間グループ（WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行および国連人口部）。最終更新：2019年9月。

妊産婦の生涯の死亡リスク—国連の妊産婦死亡率推計に関する機関間グループ（WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行および国連人口部）。最終更新：2019年9月。

この表に含まれるSDGs指標についての国データ（「近代的手法で家族計画を実施した割合」、「青少年期女子出産数」、「専門技能者が付き添う出産」、「妊産婦死亡率」）は、SDGs指標グローバルデータベース（2019年版）に記載された最も新しい年次を参照している。

× データが列の見出しで指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。2000年以前の年次データから推計値は表示されていない。

* この指標のデータ収集方法は調査によって異なり、当該推計値の比較にあたって影響を与える可能性がある。詳細な説明については、180ページの「データについての一般的留意事項」を参照。

† 妊産婦死亡率の推定は、2019年の国連の妊産婦死亡率推計に関する機関間グループ（WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行および国連人口部）による。

国連の妊産婦死亡率推計に関する機関間グループ（WHO、ユニセフ、UNFPA、世界銀行および国連人口部）は、国際的に比較可能な妊産婦死亡率のデータセットを定期的に作成している。このデータセットはデータがない国の推計値も含み、妊産婦死亡の不十分な報告や誤分類といったすでに広く知られる諸問題に対応するためのものである。実施方法が常に変化していることにより、これらの値は以前に報告された妊産婦死亡率の「調整値」と比較できないことに注意すること。

* データが列の見出しで指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

表4 子どもの保健指標

国・地域	支援策カバー率													マラリア 2013~2018*			
	ワクチンで予防できる病気の予防接種の実施率(%) 2018 ^β													肺炎 2013~2018*	下痢 2013~2018*	マラリア 2013~2018*	
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^γ	HepB3	Hib3	ロタ	PCV3	破傷風に 対する出生 時の保護 (PAB) ^Δ	急性呼吸器感染 症(ARI)の症状 がある子どもの ケア(%)	経口補水塩 (ORS)に よる治療 (%)	熱がある 子どもの ケア (%)	ITNの下で 眠る子ど も(%)	ITNを1張 以上所有 する家庭 (%)	
アフガニスタン	78	73	66	73	64	39	66	66	60	65	68	62	46	63	5	26	
アルバニア	99	99	99	99	94	96	99	99	—	98	95	82	35	60	—	—	
アルジェリア	99	96	91	91	80	77	91	91	—	91	98	66	25	—	—	—	
アンドラ	—	99	99	99	99	95	98	99	—	94	—	—	—	—	—	—	
アンゴラ	86	67	59	56	50	35	59	59	65	67	78	49	43	51	22	31	
アンギラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
アンティグア・バーブーダ	—	99	95	94	96	95	95	95	—	—	—	—	—	—	—	—	
アルゼンチン	93	91	86	84	94	89	86	86	80	88	—	94 x	18 x	—	—	—	
アルメニア	99	96	92	92	95	96	92	92	93	92	—	57 x	37	71	—	—	
オーストラリア	—	98	95	95	95	93	95	94	87	95	—	—	—	—	—	—	
オーストリア	—	90	85	85	94	84	85	85	61	—	—	—	—	—	—	—	
アゼルバイジャン	97	96	95	96	96	96	95	95	—	95	—	36 x	11 x	—	1 x	—	
バハマ	—	94	90	90	89	69	90	90	70	90	100	—	—	—	—	—	
バーレーン	—	99	99	99	99	99	99	99	98	98	98	—	—	—	—	—	
バングラデシュ	99	99	98	98	97	93	98	98	—	97	98	42	77	55	—	—	
バルバドス	—	96	95	94	85	74	95	95	—	89	—	—	—	—	—	—	
ペラルーシ	98	97	97	98	97	98	98	98	9	—	—	93 x	45 x	—	—	—	
ベルギー	—	99	98	98	96	85	97	97	87	94	—	—	—	—	—	—	
ベリーズ	99	97	96	96	97	91	96	96	—	—	91	67	55	71	—	—	
ベナン	89	84	76	75	71	—	76	76	—	73	85	46	22	53	70	85	
ブータン	99	98	97	97	97	91	97	97	—	—	89	74 x	61 x	—	—	—	
ボリビア	90	89	83	83	89	38	83	83	87	83	87	62 x	22 x	—	—	—	
ボスニア・ヘルツェゴビナ	95	89	73	73	68	76	80	62	—	—	—	87 x	36 x	—	—	—	
ボツワナ	98	98	95	96	97	74	95	95	87	91	93	14 x	43 x	75 x	31 x	53 x	
ブラジル	90	87	83	85	84	69	83	83	80	84	94	50 x	—	—	—	—	
英領バージン諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ブルネイ	99	99	99	99	99	98	99	99	—	—	96	—	—	—	—	—	
ブルガリア	96	94	92	92	93	87	85	92	31	88	—	—	—	—	—	—	
ブルキナファソ	98	95	91	91	88	71	91	91	91	91	92	52	40	74	54	75	
ブルンジ	91	94	90	90	88	77	90	90	92	90	90	63	36	70	40	46	
カーボベルデ	96	99	98	98	99	88	99	99	—	—	92	—	—	—	—	—	
カンボジア	93	94	92	90	84	70	92	92	—	84	93	69	35	61	4 x	5 x	
カーメルーン	88	86	79	78	71	—	79	79	78	79	85	28	16	33	55	71	
カナダ	—	95	91	91	90	87	71	91	79	81	—	—	—	—	—	—	
中央アフリカ共和国	74	69	47	47	49	—	47	47	—	47	60	30 x	16 x	—	36 x	47 x	
チャド	59	55	41	44	37	—	41	41	—	—	78	26	20	23	36	77	
チリ	96	99	95	95	93	93	95	95	—	93	—	—	—	—	—	—	
中国	99	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
コロンビア	89	92	92	92	95	88	92	92	90	94	95	64 x	54 x	54 x	—	3 x	
コモロ	94	96	91	94	90	—	91	91	—	—	85	38 x	38 x	45 x	41 x	59 x	
コンゴ	81	79	75	75	75	—	75	75	72	73	85	28	27	51	61	66	
クック諸島	99	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
コスタリカ	92	95	94	94	94	93	98	94	—	96	—	77 x	40 x	—	—	—	
コートジボワール	98	95	82	82	71	—	82	82	59	81	85	44	17	45	60	76	
クロアチア	98	98	93	94	93	95	93	94	—	—	—	—	—	—	—	—	
キューバ	99	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	93	61	93	—	—	
キプロス	—	99	99	97	90	88	97	97	—	81	—	—	—	—	—	—	
チエコ	—	98	96	94	96	84	94	94	—	—	—	—	—	—	—	—	
朝鮮民主主義人民共和国	96	99	97	99	98	99	97	97	—	—	98	86	74	—	—	—	
コンゴ民主共和国	83	82	81	79	80	—	81	81	—	81	85	42	39	55	56	70	
デンマーク	—	97	97	97	95	90	—	97	—	96	—	—	—	—	—	—	
ジブチ	93	91	84	84	86	81	84	84	87	84	98	94 x	94 x	—	20 x	32 x	
ドミニカ	95	99	94	94	84	81	94	94	—	—	—	—	—	—	—	—	
ドミニカ共和国	99	99	94	89	95	31	92	90	82	70	99	73	48	65	—	—	
エクアドル	90	86	85	85	83	74	85	85	85	85	88	—	46 x	—	—	—	
エジプト	95	96	95	95	94	94	95	95	—	—	86	68	28	68	—	—	
エルサルバドル	81	82	81	83	81	85	81	81	82	75	92	80	70	—	—	—	
赤道ギニア	63	44	25	27	30	—	25	25	—	—	70	54 x	40 x	62 x	23 x	38 x	
エリトリア	97	97	95	95	99	88	95	95	96	95	99	45 x	43 x	—	20 x	71 x	
エストニア	92	93	92	92	87	88	93	92	85	—	—	—	—	—	—	—	
エスワティニ	98	96	90	90	89	75	90	90	90	88	88	60	84	63	2 x	10 x	
エチオピア	85	85	72	67	61	—	72	72	79	67	93	31	30	35	45	64	

表4 子どもの保健指標

国・地域	支援策カバー率													経口補水塩(ORS)による治療(%)	熱がある子どものケア(%)	ITNの下で眠る子ども(%)	ITNを1張以上所有する家庭(%)		
	ワクチンで予防できる病気の予防接種の実施率(%) 2018 ^b											肺炎 2013~2018*	下痢 2013~2018*	マラリア 2013~2018*					
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^c	HepB3	Hib3	ロタ	PCV3	破傷風に 対する出生 時の保護 (PAB) ^d	急性呼吸器感染 症(ARI)の症状 がある子どもの ケア(%)							
フィジー	99	99	99	99	94	94	99	99	99	99	96	-	-	-	-	-	-		
フィンランド	-	99	91	91	96	93	-	91	82	88	-	-	-	-	-	-	-		
フランス	-	99	96	96	90	80	90	95	-	92	-	-	-	-	-	-	-		
ガボン	87	78	70	64	59	-	70	70	-	-	85	68 x	26 x	67 x	39 x	36 x			
ガンビア	94	94	93	93	91	71	93	93	93	93	92	68	59	83	62	79			
ジョージア	97	99	93	93	98	96	93	93	79	81	-	74 x	40 x	-	-	-	-		
ドイツ	-	98	93	93	97	93	87	92	68	84	-	-	-	-	-	-	-		
ガーナ	98	97	97	98	92	83	97	97	94	96	89	56	49	77	52	68			
ギリシャ	-	99	99	99	97	83	96	99	20	96	-	-	-	-	-	-	-		
グレナダ	-	98	96	96	84	74	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
グアテマラ	88	94	86	85	87	76	86	86	87	85	90	52	49	50	-	-	-		
ギニア	72	63	45	45	48	-	45	45	-	-	80	83	55	62	27	44			
ギニアビサウ	91	89	88	89	86	-	88	88	88	88	83	34	35	51	81	90			
ガイアナ	99	99	95	94	98	84	95	95	91	91	99	84	43	71	7	5			
ハイチ	83	84	64	64	69	38	64	64	58	1	81	37	39	40	18	31			
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ホンジュラス	94	94	90	90	89	94	90	90	91	90	99	64 x	60 x	62 x	-	-	-		
ハンガリー	99	99	99	99	99	99	-	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-		
アイスランド	-	97	91	91	93	95	-	91	-	90	-	-	-	-	-	-	-		
インド	92	92	89	89	90	80	89	89	35	6	90	78	51	73	5	1			
インドネシア	81	85	79	80	75	67	79	79	-	8	85	92	36	90	3 x	3 x			
イラン	99	99	99	99	99	98	99	99	-	-	95	76 x	61 x	-	-	-	-		
イラク	95	92	84	71	83	81	84	84	60	32	75	44	25	75	-	-	-		
アイルランド	-	98	94	94	92	-	94	94	89	90	-	-	-	-	-	-	-		
イスラエル	-	99	98	98	98	96	97	98	81	94	-	-	-	-	-	-	-		
イタリア	-	98	95	95	93	89	95	94	19	92	-	-	-	-	-	-	-		
ジャマイカ	93	99	97	98	89	82	97	98	-	-	90	82 x	64 x	-	-	-	-		
日本	99	99	99	97	97	93	-	99	-	98	-	-	-	-	-	-	-		
ヨルダン	94	98	96	92	92	96	96	96	93	-	90	72	44	68	-	-	-		
カザフスタン	95	99	98	98	99	98	98	98	-	95	-	81 x	62 x	-	-	-	-		
ケニア	95	97	92	81	89	45	92	92	78	81	88	66	54	72	56	59			
キリバス	89	98	95	93	84	79	95	95	97	94	-	81 x	62 x	27 x	-	-	-		
クウェート	99	99	99	99	99	99	99	99	3	99	99	-	-	-	-	-	-		
キルギス	97	98	94	92	96	96	92	92	-	92	-	60	33	56	-	-	-		
ラオス	79	73	68	67	69	57	68	68	-	56	90	40	56	58	50	61			
ラトビア	95	97	96	96	98	94	96	96	79	82	-	-	-	-	-	-	-		
レバノン	-	96	83	81	82	63	80	85	-	82	-	74 x	44 x	-	-	-	-		
レソト	98	98	93	90	90	82	93	93	70	93	85	63	53	61	-	-	-		
リベリア	92	99	84	84	91	-	84	84	74	84	89	51	60	78	44	62			
リビア	99	98	97	97	97	96	97	97	96	-	-	-	-	-	-	-	-		
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
リトアニア	96	95	92	92	92	92	93	92	1	82	-	-	-	-	-	-	-		
ルクセンブルク	-	99	99	99	99	99	90	96	99	89	96	-	-	-	-	-	-		
マダガスカル	70	81	75	76	62	-	75	75	78	75	78	41	15	46	73	80			
マラウイ	92	96	92	91	87	72	92	92	90	92	89	78	65	54	68	82			
マレーシア	98	99	99	99	96	99	99	99	-	-	92	-	-	-	-	-	-		
モルディブ	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	99	22 x	75	86	-	-	-		
マリ	83	82	71	73	70	-	71	71	55	68	85	71	21	53	73	85			
マルタ	-	99	97	97	96	95	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
マーシャル諸島	98	97	81	80	83	61	84	72	42	67	-	-	38 x	63 x	-	-	-		
モーリタニア	90	89	81	81	78	-	81	81	76	77	80	34	25	35	18	49			
モーリシャス	99	98	97	98	99	99	97	97	95	96	95	-	-	-	-	-	-		
メキシコ	96	90	88	88	97	99	55	88	77	88	96	73	61	-	-	-	-		
ミクロネシア連邦	80	97	75	75	73	48	83	59	52	67	-	-	-	-	-	-	-		
モナコ	89	99	99	99	87	79	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
モンゴル	99	99	99	99	99	98	99	99	-	26	-	70	42	-	-	-	-		
モンテネグロ	83	95	87	87	58	83	73	87	-	-	-	89 x	16 x	74	-	-	-		
モントセラト	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
モロッコ	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	88	70 x	22 x	-	-	-	-		
モザンビーク	95	90	80	80	85	59	80	80	80	80	86	57	46	69	73	82			
ミャンマー	90	95	91	91	93	87	91	91	-	91	90	58	62	65	19	27			
ナミビア	94	94	89	84	82	50	89	89	92	61	88	68	72	63	6	24			

表4 子どもの保健指標

表4 子どもの保健指標

国・地域	支援策カバー率													マラリア 2013～2018*		
	ワクチンで予防できる病気の予防接種の実施率(%) 2018*															
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 [†]	HepB3	Hib3	ロタ	PCV3	破傷風に 対する出生 時の保護 (PAB) [‡]	急性呼吸器感染 症(ARI)の症状 がある子どもの ケア(%)	経口補水塩 (ORS)に よる治療 (%)	熱がある 子どもの ケア (%)	ITNの下で 眠る子ど も(%)	ITNを1張 以上所有 する家庭 (%)
ツバル	99	99	89	89	88	81	89	89	—	—	—	—	44 x	79 x	—	—
ウガンダ	88	99	93	88	86	—	93	93	36	92	85	80	47	81	62	78
ウクライナ	90	65	50	48	91	90	52	39	—	—	—	92 x	59 x	—	—	—
アラブ首長国連邦	95	99	99	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—
英國	—	98	94	94	92	88	—	94	91	92	—	—	—	—	—	—
タンザニア	99	99	98	91	99	84	98	98	98	98	90	55	45	75	55	78
米国	—	97	94	93	92	94	91	92	73	92	—	—	—	—	—	—
ウルグアイ	98	96	91	91	97	91	91	91	—	93	—	91	—	—	—	—
ウズベキスタン	96	99	98	98	96	99	98	98	84	96	—	68 x	28 x	—	—	—
バヌアツ	94	93	85	85	75	—	85	85	—	—	78	72	48	57	51	83
ベネズエラ	92	84	60	53	74	39	60	60	—	—	70	72 x	38 x	—	—	—
ベトナム	95	78	75	90	97	90	75	75	—	—	94	81	51	—	9 x	10 x
イエメン	64	75	65	59	64	46	65	65	64	64	70	34	25	33	—	—
ザンビア	91	94	90	90	94	65	90	90	91	90	85	70	64	75	41	68
ジンバブエ	95	94	89	89	88	78	89	89	90	89	87	51	41	50	9	48
地域別等要約																
東アジア・太平洋諸国	93	93	91	92	92	87	88	35	1	14	89**	—	—	—	—	—
ヨーロッパ・中央アジア	93	97	94	93	95	91	84	76	24	77	—	—	—	—	—	—
東ヨーロッパ・中央 アジア	96	96	93	93	96	94	94	61	16	72	—	—	—	—	—	—
西ヨーロッパ	69	98	95	94	94	88	71	94	35	84	—	—	—	—	—	—
ラテンアメリカ・カリ ブ海諸国	91	90	85	85	89	78	78	85	73	79	92	—	—	—	—	—
中東・北アフリカ	93	94	90	88	89	87	90	90	32	39	87	59	28	—	—	—
北アメリカ	—	97	94	93	92	93	89	92	74	91	—	—	—	—	—	—
南アジア	91	91	87	87	87	78	87	87	36	29	89	75	50	73	4	2
サハラ以南のアフリカ	79	84	76	74	74	26	76	76	50	72	81	57	38	60	53	68
東部・南部アフリカ	86	88	81	78	77	40	81	81	74	77	86	56	40	60	51	67
西部・中部アフリカ	73	79	70	70	71	12	70	70	28	67	76	58	36	61	55	70
後発開発途上国	86	87	80	79	78	40	80	80	50	76	86	51	42	57	51	64
世界	89	90	86	85	86	69	84	72	35	47	86**	68	44	67	—	—

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

BCG -カルメット・ゲラン桿菌（結核のワクチン）の接種を受けた子どもの割合。

三種混合 (DTP1) -ジフテリア、百日咳および破傷風ワクチンの初回接種を受け、生存している乳児の割合。

三種混合 (DTP3) -ジフテリア、百日咳および破傷風ワクチンの接種を受け、生存している乳児の割合。

Polio3-ポリオワクチンの接種を3回受け、生存している乳児の割合。

MCV1-はしかワクチンの初回接種を受け、生存している乳児の割合。

MCV2-国内計画に従ってはしかワクチンの接種を2回受け、生存している乳児の割合。

HepB3-B型肝炎ワクチンの接種を3回受け、生存している乳児の割合。

Hib3-インフルエンザb型菌ワクチンの接種を3回受け、生存している乳児の割合。

ロタ-推奨に従って、ロタウイルスワクチンの接種を最後まで受け、生存している乳児の割合。

PCV3-肺炎球菌ワクチンの接種を3回受け、生存している乳児の割合。

出生時の保護 (PAB) -出生時に破傷風トキソイドによって破傷風から保護された新生児の割合。

データの主な出典

予防接種-国別の予防接種普及率に関するWHOおよびユニセフの推計値、2018年改訂。最終更新：2019年7月。

急性呼吸器感染症 (ARI) の症状がある子どものケア-DHS、MICSおよび他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

経口補水塩 (ORS) による下痢治療-調査前2週間に下痢をした5歳未満の子どものうち、経口補水塩 (ORS) 粉末またはORS液体パッケージによる治療を受けた子どもの割合。

熱がある子どものケア-熱がある5歳未満の子どものうち、医療・保健施設またはケア提供者による助言または治療を求めた子どもの割合。ただし薬を売る商人、一般店舗、伝統的治療師を除く。国によっては（特にマラリアが流行していない国）、薬局も計算から除外されている。

ITNの下で眠る子ども-DHS、MICSおよび他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

ITNを1張り以上所有する家庭-DHS、MICS、マラリア指標調査 (MIS) および他の国別家庭調査。最終更新：2019年5月。

ITNを1張り以上所有する家庭-殺虫剤処理蚊帳 (ITN) を1張り以上所有する家庭の割合。

注

— データなし、または国の計画にワクチンなし。

x データが別に見出で指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。2000年以前の年次データからの推計値は表示されていない。

β ワクチンカバー率に関する地域別および世界全体の平均値の計算では、国の計画においてワクチンを導入しなかつたか、またはカバー率を報告しなかつた国について、その国内カバー率を0%と見なしている。ただし、結核が多いかまたはハンセン病負荷の高い国または環境下でのみ推奨されているBCGは除外している。地域別および世界全体の合計値の計算では、対象人口に対する世界人口予測（2019年改訂版）の推計値を使用した。

† 一般的に、はしかワクチン (MCV2) の2回目の投与は、生まれてから2年目に行なうことが推奨されている。しかし多くの国では、MCV2は生後2年経過後に計画されている。地域別および世界全体の合計値の計算では、対象人口に対する世界人口予測（2019年改訂版）の生後2年目の推計値を使用した。

λ WHOおよびユニセフは、妊娠していた母親が破傷風トキソイド (TT) ワクチンの接種を2回以上受けているため、出生時にはすでに破傷風から保護されていると考えられる子どもの割合を計算するために、複雑なプロセスを採用している。これには、行政データ、(定期的で補足的な) 調査、血清抗体調査、ならびにその他のワクチンに関する情報が活用されている。詳細な実施方法については <http://who.int/immunization/monitoring-surveillance/data/en/> を参照。

* データが別に見出で指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

** 中国を除く。

表5 HIV/エイズ 痘学に関する指標

表5 HIV/エイズ 痘学に関する指標

国・地域	非感染者1,000人当たりのHIV発生件数 2018				人口10万人当たりのエイズ関連死亡数 2018				HIVに感染した子どもの数 2018			
	0～14歳の 子ども	10～19歳の 青少年	10～19歳の 青少年期の 女子	10～19歳の 青少年期の 男子	0～14歳の 子ども	10～19歳の 青少年	10～19歳の 青少年期の 女子	10～19歳の 青少年期の 男子	0～14歳の 子ども	10～19歳の 青少年	10～19歳の 青少年期の 女子	10～19歳の 青少年期の 男子
フランス	<0.01	0.05	0.05	0.06	0.13	0.01	0.02	0.02	<500	600	<500	<500
ガボン	1.43	1.22	2.28	0.19	37.50	18.93	19.59	18.78	3,200	2,200	1,400	840
ガンビア	0.77	0.33	0.56	0.09	17.64	7.04	6.68	7.78	1,900	920	520	<500
ジョージア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ドイツ	<0.01	0.02	0.01	0.02	0.04	0.01	<0.01	<0.01	<200	<200	<100	<200
ガーナ	0.81	0.69	1.26	0.16	24.53	14.97	13.61	16.27	30,000	21,000	13,000	8,400
ギリシャ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
グレナダ	0.09	0.11	<0.01	0.21	3.19	<0.01	<0.01	<0.01	<100	<100	<100	<100
グアテマラ	0.11	0.07	0.08	0.05	2.86	1.36	1.41	1.31	2,000	1,900	990	930
ギニア	0.62	0.63	1.06	0.21	17.30	8.32	8.56	8.08	10,000	7,800	4,800	3,100
ギニアビサウ	2.46	0.93	1.31	0.56	57.90	33.74	31.39	36.08	5,700	3,000	1,600	1,400
ガイアナ	0.37	0.31	0.42	0.20	8.18	2.08	1.40	1.37	<500	<500	<200	<100
ハイチ	0.69	0.80	1.38	0.22	14.38	6.28	6.14	6.33	8,700	8,300	5,100	3,200
パチカン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ホンジュラス	0.07	0.15	0.12	0.18	1.98	0.75	0.71	0.79	890	1,300	610	710
ハンガリー	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アイスランド	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
インド	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
インドネシア	0.14	0.27	0.20	0.33	3.45	0.63	0.59	0.67	18,000	18,000	6,900	11,000
イラン	0.01	0.02	0.02	0.02	0.23	0.16	0.15	0.17	880	660	<500	<500
イラク	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アイルランド	<0.01	0.02	0.02	0.02	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<100	<100	<100	<100
イスラエル	<0.01	0.03	0.02	0.03	0.08	<0.01	<0.01	<0.01	<100	<100	<100	<100
イタリア	0.02	0.03	0.03	0.03	0.35	0.02	0.04	0.03	<500	<500	<200	<200
ジャマイカ	0.11	0.42	0.41	0.42	1.14	0.41	0.42	0.40	<500	<500	<500	<500
日本	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ヨルダン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
カザフスタン	0.03	0.04	0.05	0.03	0.45	0.04	<0.01	<0.01	<500	<200	<200	<100
ケニア	1.12	1.45	2.33	0.56	27.56	26.64	25.31	27.94	120,000	130,000	71,000	57,000
キリバス	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
クウェート	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
キルギス	0.03	0.02	0.03	0.02	0.48	0.09	<0.01	<0.01	<500	<200	<100	<100
ラオス	0.09	0.08	0.09	0.07	2.11	0.61	0.69	0.53	700	<500	<500	<200
ラトビア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
レバノン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
レソト	6.31	8.10	14.00	2.52	95.13	51.44	53.65	48.77	12,000	13,000	8,300	4,800
リベリア	0.40	0.58	0.90	0.26	14.66	12.33	10.60	13.99	3,700	3,300	1,900	1,400
リビア	0.04	0.03	0.03	0.03	1.06	0.27	0.18	0.17	<500	<200	<100	<100
リヒテンシュタイン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
リトアニア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ルクセンブルク	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マダガスカル	0.11	0.47	0.37	0.57	2.51	0.94	0.82	1.01	1,900	3,800	1,600	2,200
マラウイ	1.20	2.64	4.75	0.56	31.39	24.90	25.00	24.79	74,000	75,000	44,000	31,000
マレーシア	<0.01	0.28	0.01	0.56	0.06	0.25	0.07	0.43	<500	2,500	<500	2,200
モルディブ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マリ	1.03	1.15	1.85	0.47	24.84	9.30	9.43	9.17	19,000	14,000	8,800	5,300
マルタ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マーシャル諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モーリタニア	0.06	0.01	0.01	0.01	1.37	0.78	0.68	0.88	<500	<200	<100	<100
モーリシャス	0.15	0.19	0.23	0.14	2.97	1.60	1.09	1.05	<100	<100	<100	<100
メキシコ	0.02	0.03	0.02	0.05	—	—	—	—	2,300	2,400	1,000	1,400
ミクロネシア連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モナコ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モンゴル	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モンテネグロ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モントセラト	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モロツコ	0.02	0.05	0.05	0.05	0.14	0.07	0.07	0.06	560	700	<500	<500
モザンビーク	3.05	7.16	11.63	2.84	62.88	37.24	39.24	35.29	140,000	130,000	86,000	43,000
ミャンマー	0.18	0.43	0.41	0.45	2.75	1.59	1.58	1.61	9,800	11,000	5,500	5,300
ナミビア	1.24	3.32	4.97	1.68	35.75	32.44	35.15	30.11	11,000	11,000	5,900	4,700
ナウル	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ネバール	0.03	0.02	0.02	0.01	0.48	0.20	0.22	0.21	1,400	1,000	520	500
オランダ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ニュージーランド	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ニカラグア	0.02	0.03	0.03	0.03	0.53	0.24	0.17	0.16	<500	<200	<100	<100

表5 HIV/エイズ 痘学に関する指標

表5 HIV/エイズ 疫学に関する指標

国・地域	非感染者1,000人当たりのHIV発生件数 2018				人口10万人当たりのエイズ関連死亡数 2018				HIVに感染した子どもの数 2018			
	0~14歳の 子ども	10~19歳の 青少年	10~19歳の 青少年期の 女子	10~19歳の 青少年期の 男子	0~14歳の 子ども	10~19歳の 青少年	10~19歳の 青少年期の 女子	10~19歳の 青少年期の 男子	0~14歳の 子ども	10~19歳の 青少年	10~19歳の 青少年期の 女子	10~19歳の 青少年期の 男子
ウルグアイ	0.03	0.13	0.10	0.15	0.73	0.20	<0.01	<0.01	<200	<200	<100	<100
ウズベキスタン	0.30	0.03	0.04	0.03	3.93	0.43	0.43	0.44	6,000	1,500	750	720
バヌアツ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベネズエラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベトナム	0.04	0.03	0.04	0.02	0.50	0.13	0.16	0.10	5,000	3,000	1,600	1,400
イエメン	0.02	0.07	0.03	0.10	0.38	0.11	0.06	0.12	<500	680	<200	<500
ザンビア	1.68	4.31	6.79	1.82	36.43	24.50	24.69	24.16	62,000	64,000	39,000	25,000
ジンバブエ	2.02	3.67	5.94	1.42	53.17	49.51	49.01	50.21	84,000	81,000	46,000	36,000
地域別等要約												
東アジア・太平洋諸国	0.04	0.10	0.07	0.13	0.84	0.27	0.25	0.29	50,000	62,000	25,000	36,000
ヨーロッパ・中央アジア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
東ヨーロッパ・中央アジア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
西ヨーロッパ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	0.08	0.12	0.13	0.12	1.68	0.63	0.63	0.62	42,000	48,000	25,000	23,000
中東・北アフリカ	0.01	0.03	0.02	0.03	0.23	0.06	0.05	0.06	3,500	3,300	1,500	1,800
北アメリカ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
南アジア	0.03	0.05	0.05	0.04	0.54	0.15	0.15	0.15	64,000	61,000	30,000	31,000
サハラ以南のアフリカ	0.85	1.42	2.33	0.52	19.69	12.48	12.53	12.45	1,550,000	1,460,000	880,000	580,000
東部・南部アフリカ	1.03	2.14	3.57	0.72	22.65	15.72	16.08	15.35	1,110,000	1,120,000	680,000	440,000
西部・中部アフリカ	0.67	0.67	1.04	0.32	16.76	9.19	8.86	9.52	440,000	340,000	200,000	140,000
後発開発途上国	0.20	0.36	0.58	0.15	13.04	7.37	7.38	7.36	810,000	720,000	430,000	290,000
世界	0.25	0.33	0.51	0.16	5.18	2.69	2.76	2.64	1,730,000	1,650,000	970,000	680,000

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。
過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

非感染者1,000人当たりのHIV発生件数 -HIV感染のリスクがある非感染者1,000人当たりの新規HIV感染件数の推計値。

人口10万人当たりのエイズ関連死亡数 -人口10万人当たりのエイズ関連死亡数の推計値。

HIVに感染した子どもの数 -HIVに感染した子どもの数の推計値

データの主な出典

非感染者1,000人当たりのHIV発生件数 -国連合同エイズ計画（UNAIDS）2019の推計値。最終更新：2019年7月。

人口10万人当たりのエイズ関連死亡数 -UNAIDS 2019の推計値。最終更新：2019年7月。

HIVに感染した子どもの数 -UNAIDS 2019の推計値。最終更新：2019年7月。

注

- データなし。
推計値の端数処理によって、個別値を合算しても合計値と一致しない可能性がある。

表6 HIV/エイズ 支援策に関する指標

国・地域	母子感染予防の抗レトロウイルス薬を投与されているHIVに感染した妊婦(%) 2018	乳児の早期HIV診断(%) 2018	抗レトロウイルス療法を受けているHIVに感染した子ども(%) 2018		15~19歳の青少年のHIVの包括的な知識(%) 2012~2018*		複数のパートナーがいる15~19歳の青少年のコンドームの使用率(%) 2012~2018*		過去12カ月にHIV検査を受けて結果を受け取った15~19歳の青少年(%) 2012~2018*	
			子ども 0~14歳	青少年 10~19歳	男	女	男	女	男	女
アフガニスタン	11.1	1.2	17.2	34.5	4.3 y	0.6 y	—	—	0.0 y	1.2 y
アレバニア	—	—	—	—	19.6	35.3	—	—	0.1	1.0
アルジェリア	74.1	46.7	>95	>95	—	6.8	—	—	—	0.7
アンドラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンゴラ	38.2	1.4	12.9	—	29.4	31.1	39.1	30.5	4.2	15.7
アンギラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンティグア・バーブーダ	—	—	<1	—	55.1 x	40.2 x	100 x	53.8 x	—	—
アルゼンチン	>95	70.6	92.1	—	—	35.7	—	—	—	—
アルメニア	—	—	—	—	8.9	14.7	—	—	0.2	0.6
オーストラリア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
オーストリア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アゼルバイジャン	—	—	—	—	2.1 x	3.1 x	—	—	—	—
バハマ	—	—	21.1	31.0	—	—	—	—	—	—
バーレーン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
バングラデシュ	28.3	25.2	32.9	77.5	—	12 y	—	—	—	—
バーレーバドス	—	—	—	—	—	65.6	—	—	—	9.7
ベラルーシ	90.3	92.3	88.1	—	52.8	50.8	—	—	14.7	15.1
ベルギー	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベリーズ	43.9	—	33.9	—	43.5	39.7	68.7	—	7.0	12.9
ベナン	>95	64.9	44.1	—	14.4	14.1	26.2	38.7	3.5	6.3
ブータン	—	—	—	—	—	21.9 x	—	—	—	3.4 x
ボリビア	>95	—	40.1	—	23.8 x	20.0 x	44.2 x	—	1.4 x	—
ボスニア・ヘルツェゴビナ	—	—	—	—	41	42.3	—	—	0.0	0.0
ボツワナ	>95	76.5	37.9	63.3	—	—	—	—	—	—
ブラジル	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
英領バージン諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルネイ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルガリア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルキナファソ	>95	16.7	21.0	—	30.8 x	29 px	76.4 x	57.3 x	4.0 x	7.9 x
ブレンジ	79.7	—	30.4	—	50.2	46.3	—	—	8.0	13.2
カーボベルデ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
カンボジア	85.1	45.7	91.6	—	42.4	32.7	—	—	2.9	6.7
カムルーン	80.0	61.3	23.8	26.6	29.8 x	25.7 x	69.6 x	52 x	1.9 x	3 x
カナダ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中央アフリカ共和国	70.7	24.3	23.4	87.8	26.4 x	17.1 x	49.8 x	28.1 x	6.8 x	14.6 x
チャド	55.8	—	16.3	—	11.6	10.2	—	53.6 p	1.5	5.3
チリ	>95	81.2	55.5	—	—	—	—	—	—	—
中国	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
コロンビア	21.3	30.7	40.6	—	25.9	27.7	65.9	44.7	—	8.1 x
コモロ	—	—	—	—	20.6	17.8	50.7	—	2.5	1.8
コンゴ	25.0	1.9	25.5	—	41.9	26	54.7	48.9	3.8	7.4
クック諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
コスタリカ	—	—	—	—	—	29.1 x	—	58.6 px	—	9.4 x
コートジボワール	89.8	56.3	40.0	—	31.5	24.4	72.7	30.4	7.9	16.3
クロアチア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
キューバ	>95	>95	33.8	>95	47.9	59.2	—	79.2 p	15.5	18.7
キプロス	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
チエコ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
朝鮮民主主義人民共和国	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
コンゴ民主共和国	43.9	19.7	24.9	—	20.3	17.1	17.3	12.1	1.4	4.5
デンマーク	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ジブチ	29.6	3.4	10.1	24.0	—	—	—	—	—	—
ドミニカ	—	—	<1	—	39.3 x	49.2 x	73.5 x	85.7 x	—	—
ドミニカ共和国	84.2	67.7	54.6	—	39.2	39.4	67.4	40.3	5.3	11.6
エクアドル	>95	—	82.3	—	—	—	—	—	—	—
エジプト	16.3	12.7	39.0	—	—	2.8 y	—	—	—	—
エルサルバドル	39.7	37.1	24.3	—	25.1	25.1	—	30.9 p	—	7.5
赤道ギニア	50.1	—	14.4	—	—	—	—	—	—	—
エリトリア	47.9	20.2	37.2	—	31.9 x	22.3 x	—	—	—	—
エストニア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
エスワティニ	79.2	78.0	75.7	83.6	44.4	44.5	92.4 px	—	30.4	40.8
エチオピア	91.7	60.8	59.3	—	37.6	24.0	56.9 p	—	8.9	12.4

表6 HIV/エイズ 支援策に関する指標

表6 HIV/エイズ 支援策に関する指標

表6 HIV/エイズ 支援策に関する指標

国・地域	母子感染予防の抗レトロウイルス薬を投与されているHIVに感染した妊婦(%) 2018	乳児の早期HIV診断(%) 2018	抗レトロウイルス療法を受けているHIVに感染した子ども(%) 2018		15~19歳の青少年のHIVの包括的な知識(%) 2012~2018*		複数のパートナーがいる15~19歳の青少年のコンドームの使用率(%) 2012~2018*		過去12カ月にHIV検査を受けて結果を受け取った15~19歳の青少年(%) 2012~2018*	
			子ども 0~14歳	青少年 10~19歳	男	女	男	女	男	女
ウガンダ	92.9	44.8	65.7	—	40.2	40.7	52.1	26.0	28.4	39.4
ウクライナ	>95	65.0	>95	—	36.6	42.6	89.8	—	9.9	6.9
アラブ首長国連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
英國	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
タンザニア	93.3	46.9	65.0	56.2	41.9	36.8	45.2	37.7	13.1	20.8
米国	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ウルグアイ	>95	75.0	63.9	—	—	36.4	—	66.8 p	—	7.2
ウズベキスタン	35.4	31.3	92.8	>95	—	—	—	—	—	—
バヌアツ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベネズエラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベトナム	81.0	50.8	91.7	—	—	50.5	—	—	—	3.8
イエメン	12.8	—	33.0	—	—	—	—	—	—	—
ザンビア	>95	71.4	78.7	—	42.3	38.9	37.7	33	14.9	28.8
ジンバブエ	93.9	63.0	76.4	88.9	48.7	51.4	71.1	—	19.9	29.1

地域別等要約

東アジア・太平洋諸国	55.0	36.9	60.8	—	—	—	—	—	—	—
ヨーロッパ・中央アジア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
東ヨーロッパ・中央アジア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
西ヨーロッパ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	78.6	48.5	46.0	—	—	—	—	—	—	—
中東・北アフリカ	53.2	35.5	73.1	—	—	—	—	—	—	—
北アメリカ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
南アジア	56.2	30.8	91.1	—	23.6	15.2	29.9	35.3	0.6	1.7
サハラ以南のアフリカ	84.4	60.4	52.0	—	31.1	28.0	51.3	32.9	10.3	15.0
東部・南部アフリカ	91.5	68.8	61.2	—	37.6	33.0	53.6	33.2	15.8	21.9
西部・中部アフリカ	58.8	29.3	28.4	—	23.6	22.2	48.6	32.6	4.5	7.1
後発開発途上国	88.5	49.8	51.0	—	27.7	21.5	41.4	—	7.2	11.6
世界	82.4	58.7	54.2	—	24.1	20.3	—	—	—	6.7

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

母子感染予防の抗レトロウイルス薬を投与されているHIVに感染した妊婦-HIVに感染している妊婦のうち、HIVの母子感染予防(PMTCT)のためにレジメン管理に基づく抗レトロウイルス薬(ARV)治療(ネビラビン単独服用を除く)を受けている妊婦の推計値に対する割合。

乳児の早期HIV診断-生後2カ月以内でHIV感染の危険性があり、HIVウイルス検査を受けた乳児の割合。

抗レトロウイルス療法を受けているHIVに感染した子ども-抗レトロウイルス療法(ART)を受けているHIVに感染した子どもの割合。

15~19歳の青少年のHIVの包括的な知識-HIVの性感染を予防する2つの方法を正しく認識し、健康的に見える人でもHIV陽性である可能性があることを知つており、HIV感染に関する2つの大きなよくある誤解に陥っていない15~19歳の青少年の割合。

データの主な出典

母子感染予防の抗レトロウイルス薬を投与されているHIVに感染した妊婦-グローバル・エイズ・モニタリングおよび国連合同エイズ計画(UNAIDS)の2019年推計値。最終更新：2019年7月。

乳児の早期HIV診断-グローバル・エイズ・モニタリングおよびUNAIDSの2019年推計値。最終更新：2019年7月。

抗レトロウイルス療法を受けているHIVに感染した子ども-グローバル・エイズ・モニタリングおよびUNAIDSの2019年推計値。最終更新：2019年7月。

15~19歳の青少年のHIVの包括的な知識-複数指標クラスター調査(MICS)、人口保健調査(DHS)、エイズ指標調査(AIS)およびその他の家庭調査を含む、代表的な人口集団を対象とした国別調査(2012~2018年)。最終更新：2019年4月。

注

- データなし。
- x データが列の見出しで指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。2000年以前の年次データからの推計値は表示されていない。
- p 少数の分母(件数)に基づく(一般的には25~49の重み付け未実施の事例)。重み付け未実施の事例が25未満の場合、そのデータは表示されない。

複数のパートナーがいる15~19歳の青少年のコンドーム使用率-MICS、DHS、AISおよびその他の家庭調査を含む、代表的な人口集団を対象とした国別調査(2012~2018年)。最終更新：2019年4月。

過去12カ月間にHIV検査を受けて結果を受け取った15~19歳の青少年-MICS、DHS、AISおよびその他の家庭調査を含む、代表的な人口集団を対象とした国別調査(2012~2018年)。最終更新：2019年4月。

y データが標準的な定義によらないもの。または国内の一部地域のみに関するもの。対象期間に該当する場合、こうしたデータは地域別および世界全体の平均値の計算に含まれる。

* データが列の見出しで指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

表7 栄養指標：新生児、乳児および幼児

国・地域	出生時の体重		乳児および幼児(0~23カ月)への食事提供 2013~2018*									
	低出生体重 (%) 2015	出生時の 体重未計測 (%) 2010~2018*	母乳育児の 早期開始 (%)	完全 母乳育児 (6カ月未満) (%)	離乳食開始 (6~8カ月) (%)	継続的な母乳育児 (12~23カ月) (%)			最低限の 食事多様性 (6~23カ月) (%)	最低限の 食事頻度 (6~23カ月) (%)	最低食事 水準 (6~23カ月) (%)	野菜または 果物の消費 ゼロ (6~23カ月) (%)
						すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%				
アフガニスタン	—	86	63	58	61	74	80	70	22	51	15	59
アルバニア	5	13	57	37	89	43	38	37	52	51	29	26
アルジェリア	7	11	36 x	25 x	77 x	36 x	35 x	34 x	—	52 x	—	—
アンドラ	7	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンゴラ	15	45	48	37	79	67	74	53	29	33	13	36
アンギラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンティグア・バーブーダ	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アルゼンチン	7	4	53 x	32 x	97 x	39 x	49 x	33 x	—	68 x	—	—
アルメニア	9	0	41	44	90	29	32	24	36	72	24	22
オーストラリア	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
オーストリア	7	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アゼルバイジャン	7	3	20	12	77	26 x	24 x	15 x	35 x	—	—	38 x
パラマリボ	13	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
パーレーン	12	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
パングラデシュ	28	68	51	55	65	92	94	85	27	64	23	53
パリバドス	—	2	40 x	20 x	90 x	41 x	— x,p	— x,p	—	61 x	—	—
ペラルーチ	5	0	53 x	19 x	95 x	17 x	26 x	19 x	—	74 x	—	—
ベルギー	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベリーズ	9	1	68	33	79	47	59	37	58	68 x	—	30
ベナン	17	40	54	41	56	69	77	52	26	45	15	54
ブータン	12	28	78	51	87	80 x	88 x	76 x	—	63 x	—	—
ボリビア	7	17	55	58	81 x	55	74 x,r	53 x,r	64 x	—	—	20 x
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3	2	42 x	18 x	76 x	12 x	16 x	10 x	—	72 x	—	—
ボツワナ	16	5	53	30	73	15	—	—	—	—	—	—
ブラジル	8	3	43 x	39 x	94 x	—	—	—	—	—	—	—
英領バージン諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルネイ	11	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルガリア	10	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルキナファソ	13	36	56	48	75	90 x	93 x	77 x	5 x	57	3 x	75 x
ブルンジ	15	20	85	82	86	89	92	84	18	39	10	9
カーボベルデ	—	—	73 x	60 x	—	—	—	—	—	—	—	—
カンボジア	12	9	63	65	82	58	65	39	40	72	30	35
カメルーン	12	40	31	28	83	46	75	16	23	60	16	42
カナダ	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中央アフリカ共和国	15	39	53	29	94 x	66 x	74 x	57 x	27 x	20 x	9 x	22 x
チャド	—	88	23	<1.0	59	79	82	68	9	37	6	70
チリ	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中国	5	0	29	21	83	—	—	—	35	69	25	—
コロンビア	10	18	72	36	78	45 x	49 x	33 x	—	61	—	—
コモロ	24	33	34 x	11 x	80 x	65 x	68 x	69 x	22 x	30 x	6 x	52 x
コンゴ	12	10	25	33	84	32	54	20	14	32	5	51
クック諸島	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
コスタリカ	7	2	60 x	33 x	90 x	40 x	50 x	13 x	—	79 x	—	—
コートジボワール	15	25	37	23	65	63	76	36	23	49	14	44
クロアチア	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
キューバ	5	5	48	33	91	31	—	—	70	79	56	27
キプロス	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
チエコ	8	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
朝鮮民主主義人民共和国	—	0	43	71	78	—	—	—	47	75	29	—
コンゴ民主共和国	11	24	52	47	79	82	87	67	17	35	8	29
デンマーク	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ジブチ	—	—	52 x	12 x	—	—	—	—	—	—	—	—
ドミニカ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ドミニカ共和国	11	4	38	5	81	20	27	14	51	80	43	35
エクアドル	11	19	55 x	40 x	74 x	—	—	—	—	—	—	—
エジプト	—	39	27	40	75	50	58	43	35	60	23	45
エルサルバドル	10	7	42	47	90	67	71	57	73	87	65	16
赤道ギニア	—	30	—	7 x	—	31 x	47 x,r	34 x,r	—	39 x	—	—
エリトリア	—	65	93 x	69 x	44 x	86 x	—	—	—	—	—	—
エストニア	4	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
エスワティニ	10	9	48	64	90	28	29	19	48	85	38	—
エチオピア	—	86	73	57	60	85	84	83	12	45	7	69

表7 栄養指標：新生児、乳児および幼児

国・地域	出生時の体重		乳児および幼児(0~23カ月)への食事提供 2013~2018*									
	低出生体重 (%) 2015	出生時の 体重未計測 (%) 2010~2018*	母乳育児の 早期開始 (%)	完全 母乳育児 (6カ月未満) (%)	離乳食開始 (6~8カ月) (%)	継続的な母乳育児 (12~23カ月) (%)			最低限の 食事多様性 (6~23カ月) (%)	最低限の 食事頻度 (6~23カ月) (%)	最低食事 水準 (6~23カ月) (%)	野菜または 果物の消費 ゼロ (6~23カ月) (%)
						すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%				
フィジー	—	11 x	57 x	40 x	—	—	—	—	—	—	—	—
フィンランド	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
フランス	7	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ガボン	14	9	32 x	5 x	82 x	23 x	34 x	19 x	18 x	—	—	52 x
ガンビア	17	41	52	47	55	78	81	69	10	58	8	76
ジョージア	6	0	69 x	55 x	85 x	30 x	31 x	31 x	—	—	—	—
ドイツ	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ガーナ	14	40	56	52	73	76	92	71	24	43	13	51
ギリシャ	9	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
グレナダ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
グアテマラ	11	6	63	53	80	72	85	48	59	82	52	27
ギニア	—	49	34	33	54	78	91 r	53 r	6	24	2	85
ギニアビサウ	21	56	34	53	57	77	83	57	10	57	8	44
ガイアナ	16	11	49	21	81	46	64	25	40	63	28	33
ハイチ	—	67	47	40	91	52	59	43	19	39	11	55
バチカン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ホンジュラス	11	17	64 x	31 x	86 x	59 x	76 x	42 x	61 x	86 x	55 x	36 x
ハンガリー	9	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アイスランド	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
インド	— z	22	41	55	46	80	88	69	20	36	10	55
インドネシア	10	10	58	51	86	67	74	56	54	72	40	18
イラン	—	—	69 x	53 x	76 x	—	—	—	—	—	—	—
イラク	—	28	32	26	85	35	47	32	45	78	35	25
アイルランド	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イスラエル	8	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イタリア	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ジャマイカ	15	4	65 x	24 x	64 x	38 x	39 x	29 x	—	42 x	—	—
日本	9	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ヨルダン	14	5	67	25	83	26	28	33	35	62	23	41
カザフスタン	5	1	83	38	66	41	40	45	49	77	38	21
ケニア	11	34	62	61	80	75	79	69	36	51	22	29
キリバス	—	24 x	80 x	66 x	70 x	85 x	92 x	80 x	27 x	—	—	—
クウェート	10	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
キルギス	6	0	81	46	91	47	53	36	60	76	44	14
ラオス	17	33	50	44	87	43	66	19	36	70	27	36
ラトビア	5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
レバノン	9	0	41 x	—	—	14 x	—	—	—	—	—	—
レソト	15	17	65	67	83	53	74	26	17	61	11	50
リベリア	—	77	61	55	47	69	76	53	10	30	5	39
リビア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
リヒテンシュタイン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
リトアニア	5	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ルクセンブルク	7	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マダガスカル	17	60 x	66 x	42 x	90 x	79 x	79 x	77 x	22 x	—	—	33 x
マラウイ	14	16	76	59	85	84	87	78	23	29	8	23
マレーシア	11	1	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—
モルディブ	12	11	67	63	97	73	79	— p	71	70	51	15
マリ	—	63	53	40	42	79	82 r	73 r	11	23	3	70
マルタ	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マーシャル諸島	—	10	61	43	64	36	25	— p	34	61	16	46
モーリタニア	—	64	68	40	74	70	75	61	28	39	14	51
モーリシャス	17	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
メキシコ	8	2	51	30	82	36	52	16	59	81	48	18
ミクロネシア連邦	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モナコ	5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モンゴル	5	1	84	59	97	64	66	58	45	92	41	37
モンテネグロ	5	1	14	17	95	15	27	11	69	90	61	9
モントセラト	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モロッコ	17	27	43	35	84 x	35 x	45 x	19 x	—	—	—	—
モザンビーク	14	49	69	41	95	75 x	80 x	53 x	28 x	41 x	13 x	36 x
ミャンマー	12	55	67	51	75	78	84	66	21	58	16	56
ナミビア	16	14	71	48	80	47	55	27	25	41	13	52
ナウル	—	4	76 x	67 x	—	67 x	—	—	—	—	—	—

表7 栄養指標：新生児、乳児および幼児

国・地域	出生時の体重		乳児および幼児(0~23カ月)への食事提供 2013~2018*									
	低出生体重 (%) 2015	出生時の 体重未計測 (%) 2010~2018*	母乳育児の 早期開始 (%)	完全 母乳育児 (6カ月未満) (%)	離乳食開始 (6~8カ月) (%)	継続的な母乳育児 (12~23カ月) (%)			最低限の 食事多様性 (6~23カ月) (%)	最低限の 食事頻度 (6~23カ月) (%)	最低食事 水準 (6~23カ月) (%)	野菜または 果物の消費 ゼロ (6~23カ月) (%)
						すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%				
ネパール	22	39	55	65	84	94	97	91	45	71	36	38
オランダ	6	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ニュージーランド	6	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ニカラグア	11	8	54 x	32 x	89 x	52 x	64 x	28 x	—	—	—	—
ニジェール	—	77	53 x	23 x	62 x	78 x	85 x	71 x	8 x	51 x	6 x	67 x
ナイジェリア	—	75	33	25	66	51	80 r	48 r	34	46	15	32
ニウエ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
北マケドニア	9	4	21 x	23 x	87 x	27 x	25 x	26 x	—	65 x	—	—
ノルウェー	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
オマーン	11	0	82	23	95	—	—	—	—	65	—	—
パキスタン	—	84	20	47	65	63	75	52	15	63	13	61
パラオ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
パナマ	10	9	47	21	78	41	57	18	—	64	—	—
パパアニューギニア	—	—	—	56 x	—	—	—	—	—	—	—	—
パラグアイ	8	2	50	30	87	33	41	43	52	75	40	16
ペルー	9	5	50	66	95	65	69	53	83	—	—	7
フィリピン	20	16	57	33 x	89 x	60	68	49	54 x	—	—	22 x
ポーランド	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ポルトガル	9	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
カタール	7	2	34 x	29 x	74 x	47 x	—	—	—	49 x	—	—
韓国	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モルドバ	5	1	61 x	36 x	75 x	27 x	44 x	22 x	70 x	49 x	—	10 x
ルーマニア	8	2	58 x	16 x	—	—	—	—	—	—	—	—
ロシア連邦	6	0	25 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ルワンダ	8	8	80	87	57	91	94	81	28	47	18	25
セントクリストファー・ ネービス	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
セントルシア	—	0	50 x	3 x	— x,p	29 x	— x,p	— x,p	—	50 x	—	—
セントビンセント・ グレナディーン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
サモア	—	24	81	70	74	73	—	—	—	—	—	—
サンマリノ	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
サントメ・プリンシペ	7	7	38	72	74	51	65	46	37	60	23	27
サウジアラビア	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
セネガル	18	40	34	42	67	70	77	61	20	31	8	52
セルビア	5	2	51	13	97	15	20	18	77	96	70	3
セーシェル	12	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
シエラレオネ	14	52	56	47	68	61	71	33	18	43	9	41
シンガポール	10	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
スロバキア	8	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
スロベニア	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ソロモン諸島	—	14	79	76	—	71	—	—	—	—	—	—
ソマリア	—	96 x	23 x	5 x	17 x	43 x	61 x	23 x	—	—	—	—
南アフリカ	14	19	67	32	83	34	47	25	40	52	23	37
南スーダン	—	—	50 x	45 x	42 x	62 x	67 x	58 x	—	12 x	—	—
スペイン	8	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
スリランカ	16	0	90	82	88	91	—	—	—	—	—	—
パレスチナ	8	0	41	38	90	31	33	29	50	79	39	27
スードン	—	89	69	55	61	73	72	74	24	42	15	67
スリナム	15	19	45 x	3 x	79 x	17 x	16 x	15 x	—	64 x	—	—
スウェーデン	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
スイス	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
シリア	—	52 x	46 x	43 x	44 x	45 x	57 x	42 x	—	—	—	—
タジキスタン	6	9	62	36	63	57	63	53	23	40	9	58
タイ	11	1	40	23	85	24	35	11	63	85	54	22
東ティモール	—	47	75	50	63	52	61	44	28	46	13	35
トーゴ	16	40	61	57	67	82	92	69	18	46	12	45
トケラウ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
トンガ	—	6	79 x	52 x	—	41 x	—	—	—	—	—	—
トリニダード・トバゴ	12	19	46 x	21 x	56 x	34 x	45 x	— x,p	—	70 x	—	—
チュニジア	7	3	32	14	97	30	39	28	—	88	55	20
トルコ	11	0	50	30	75	50	—	—	—	—	—	—
トルクメニスタン	5	1	73	58	82	44	54	24	82	93	77	9
ターカス・カイコス諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ツバル	—	3 x	15 x	35 x	—	53 x	—	—	—	—	—	—

表7 栄養指標：新生児、乳児および幼児

国・地域	出生時の体重		乳児および幼児(0~23カ月)への食事提供 2013~2018*									
	低出生体重 (%) 2015	出生時の 体重未計測 (%) 2010~2018*	母乳育児の 早期開始 (%)	完全 母乳育児 (6カ月未満) (%)	離乳食開始 (6~8カ月) (%)	継続的な母乳育児 (12~23カ月) (%)			最低限の 食事多様性 (6~23カ月) (%)	最低限の 食事頻度 (6~23カ月) (%)	最低食事 水準 (6~23カ月) (%)	野菜または 果物の消費 ゼロ (6~23カ月) (%)
						すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%				
ウガンダ	—	33	66	65	81	67	77	53	26	42	15	44
ウクライナ	6	3	66 x	20 x	75 x	31 x	31 x	30 x	—	64 x	—	—
アラブ首長国連邦	13	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
英國	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
タンザニア	10	36	51	59	92	72	75	70	21	40	9	29
米国	8	2	—	35	—	13	—	—	—	—	—	—
ウルグアイ	8	6	77	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ウズベキスタン	5	1 x	67 x	24 x	47 x	57 x	66 x	52 x	—	—	—	—
バヌアツ	11	13	85	73	72	58	—	—	—	—	—	—
ペネズエラ	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベトナム	8	6	26	24	91	43	55	29	59	91	55	14
イエメン	—	92	53	10	69	63	73	56	21	59	15	66
サンビア	12	34	66	70	82	63	87 r	48 r	18	42	10	35
ジンバブエ	13	18	58	47	91	55	61	45	23	36	8	32
地域別等要約												
東アジア・太平洋諸国	8	6	38	30	84	60 q	68 q	47 q	40	71	30	23 q
ヨーロッパ・中央アジア	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
東ヨーロッパ・中央 アジア	7	2	57 q	33 q	75 q	47 q	—	—	—	—	—	—
西ヨーロッパ	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ラテンアメリカ・カリブ 海諸国	9	7	54 q	38 q	84 q	45 q	57 q	28 q	60 q	75 q	—	21 q
中東・北アフリカ	11	35	36	30	78	47	55	42	36	65	26	42
北アメリカ	8	2	—	35	—	13	—	—	—	—	—	—
南アジア	27	39	40	54	52	78	86	67	20	44	12	55
サハラ以南のアフリカ	14	52	52	44	72	67	79	59	24	43	12	42
東部・南部アフリカ	14	48	65	55	77	72	77	65	24	43	13	44
西部・中部アフリカ	14	54	41	34	68	64	82	53	25	42	12	40
後発開発途上国	16	54	58	51	72	78	82	69	21	45	13	49
世界	15	29	44	42	69	65	78	58	29	53	19	44

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

低出生体重 - 出生時に2,500グラム未満の乳児の割合。

出生時の体重未計測 - 提供されたデータに出生時の体重が含まれていない出生数の割合。注：(i) 家庭調査の推計値には、15~49歳の女性が調査参照期間（直近の2年）に出産した数が含まれており、出生時の体重が公的な文書（たとえば、受診票）で確認できなかつた場合や、または聞き取り調査時に回答者が思い出せなかつた場合などそのため、出生時の体重が250グラムを下回る事例や5,500グラムを上回る事例は省いて再計算が行われた可能性がある。(ii) 複数の行政機関より提供されたデータ（たとえば、保健医療情報システム（HMIS））に基づく推計値は、国別の当該機関より提供されたデータを分子とし、国連人口部の世界人口予測2017年度版による年間出生数のデータを分母として計算が行われたものである。これらの推計値には、管理システムに記録されていない体重未計測および計測済出生数が含まれている。

母乳育児の早期開始 - 過去24カ月間に生まれて、生後1時間以内に母乳を与えられた子どもの割合。

完全母乳育児（6カ月未満） - 調査前日に母乳のみを与えられた0~5カ月の乳児の割合。

データの主な出典

低出生体重 - ユニセフおよびWHOの推計値計算モデルに基づく。最終更新：2019年5月。

出生時の体重未計測 - 人口保健調査（DHS）、複数指數クラスター調査（MICS）、その他の国別家庭調査、報告システム作成定期データ。最終更新：2019年6月。

注

- データなし。
- x データが列の見出で指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。2000年以前の年次データからの推計値は表示されていない。
- p 少数の分母（件数）に基づく（一般的には25~49の重み付け未実施の事例）。重み付け未実施の事例が25未満の場合、そのデータは表示されない。
- q 中国を除く東アジア・太平洋諸国、ブラジルを除くラテンアメリカ・カリブ海諸国、ロシア連邦を除く東ヨーロッパ・中央アジアの地域別推計値。
- r 個別の構成データは、同一指標項目下のすべての子どものデータ群とは異なる出典による。

表8 栄養指標：就学前と学齢期の子ども、女性および家庭

国・地域	就学前の子どもにおける栄養不良 (0~4歳) 2013~2018*						ビタミンA 完全 補給率 ^a (%) 2017	学齢期の子どもに おける栄養不良 (5~19歳) 2016		女性における 栄養不良 2016		ヨード添加 塩を消費す る世帯割合 2013~2018*
	発育阻害(%) (中度および重度)			消耗症(%)		過体重(%)		痩身(%)	過体重(%)	18歳以上の 低体重(%)	15~49歳の 貧血(%)	
	すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%	重度	中度および 重度	中度および 重度		痩身および 重度の痩身	過体重お よび肥満	BMI <18.5kg/m ²	軽度、中度 および重度	
アフガニスタン	41	49	31	4	10	5	95 f	17	9	16	42	57
アラバニア	11	17	9	1	2	16	—	1	25	2	25	65
アルジェリア	12	13 x	11 x	1 x	4 x	12 x	—	6	31	4	36	81
アンドラ	—	—	—	—	—	—	—	1	36	1	14	—
アンゴラ	38	47	20	1	5	3	3 f	8	11	11	48	82
アンギラ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンティグア・バーブーダ	—	—	—	—	—	—	—	3	27	4	22	—
アルゼンチン	8 x	—	—	<1 x	1 x	10 x	—	1	37	1	19	—
アルメニア	9	12	6	2	4	14	—	2	19	3	29	99
オーストラリア	2 x	—	—	<1 x	<1 x	8 x	—	1	34	2	9	—
オーストリア	—	—	—	—	—	—	—	2	27	3	17	—
アゼルバイジャン	18	28	16	1	3	14	41 f,w	3	19	3	38	93
バハマ	—	—	—	—	—	—	—	3	36	3	23	—
バーレーン	—	—	—	—	—	—	—	6	35	4	42	—
バングラデシュ	36	49	20	3	14	2	99 f	18	9	22	40	68
バルバドス	8	8 x	3 x	2 x	7 x	12 x	—	4	28	3	22	37 x
ペラルルーシ	4 x	10 x	2 x	1 x	2 x	10 x	—	2	23	2	23	—
ベルギー	—	—	—	—	—	—	—	1	24	2	16	—
ベリーズ	15	26	5	1	2	7	—	3	29	3	22	85
ベナン	32	46	18	1	5	2	99 f	7	11	9	47	85
ブータン	34 x	41 x	21 x	2 x	6 x	8 x	— f	16	10	11	36	—
ボリビア	16	32 x,r	9 x,r	1	2	10	31 f	1	28	2	30	86
ボスニア・ヘルツェゴ ビナ	9	10 x	10 x	2 x	2 x	17 x	—	2	21	2	29	—
ボツワナ	31 x	—	—	3 x	7 x	11 x	83 f	6	18	7	30	83 x
ブラジル	7 x	—	—	<1 x	2 x	6 x	—	3	28	3	27	98 x
英領バージン諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルネイ	20 x	—	—	<1 x	3 x	8 x	—	6	27	6	17	—
ブルガリア	9 w,x	—	—	1 w,x	3 w,x	14 w,x	—	2	29	2	26	92 x,y
ブルキナファソ	21	42 x,r	19 x,r	2	9	2	0 f	8	8	13	50	92 x
ブルンジ	56	69	31	1	5	1	79 f	7	10	12	27	89
カーボベルデ	—	—	—	—	—	—	—	7	12	8	33	97 x,y
カンボジア	32	42	19	2	10	2	73 f	11	11	14	47	68
カメルーン	32	42	14	1	5	7	9 f	6	13	7	41	86
カナダ	—	—	—	—	—	10 x,y	—	1	32	2	10	—
中央アフリカ共和国	40	45 x	30 x	2 x	8 x	2 x	0 f	8	11	13	46	84 x
チャド	40	41	31	4	13	3	67 f	8	9	14	48	77
チリ	2	—	—	—	<1	9	—	1	35	1	15	—
中国	8	—	—	1 x	2	9	—	3	29	6	26	96 b,y
コロンビア	13 x	19 x	6 x	<1 x	1 x	5 x	—	2	24	3	21	—
コモロ	31	39 x	24 x	4 x	11 x	11 x	21 f	7	12	9	29	82 x
コンゴ	21	30	14	3	8	6	12 f	7	11	12	52	91
クック諸島	—	—	—	—	—	—	—	<1	63	<1	—	—
コスタリカ	6 x	—	—	—	1 x	8 x	—	2	32	2	15	—
コートジボワール	22	30	9	1	6	1	94 f	6	13	8	53	80
クロアチア	—	—	—	—	—	—	—	1	28	2	27	—
キューバ	7 x	—	—	—	2 x	—	—	3	30	4	25	—
キプロス	—	—	—	—	—	—	—	1	33	2	25	—
チエコ	3 x	—	—	1 x	5 x	4 x	—	2	28	1	26	—
朝鮮民主主義人民共和国	19	—	—	1	3	2	90 f	5	23	8	32	—
コンゴ民主共和国	43	49	23	3	8	4	1 f	9	10	14	41	82
デンマーク	—	—	—	—	—	—	—	1	25	3	16	—
ジブチ	34	41 x	23 x	9 x	22 x	8 x	— f	6	17	8	33	4 x
ドミニカ	—	—	—	—	—	—	—	3	33	3	24	—
ドミニカ共和国	7	12	4	1	2	8	—	3	33	4	30	30 x
エクアドル	24	37 x,r	14 x,r	1	2	8	—	1	28	2	19	—
エジプト	22	25	24	5	9	16	— f	3	37	1	29	93
エルサルバドル	14	24	5	<1	2	6	—	2	30	3	23	—
赤道ギニア	26 x	28 x	19 x	2 x	3 x	10 x	5 f	8	11	10	44	57 x
エリトリア	52 x	59 x	29 x	4 x	15 x	2 x	— f,z	8	11	17	38	86 x
エストニア	—	—	—	—	—	—	—	2	21	2	26	—
エスワティニ	26	30	9	<1	2	9	33 f	4	17	6	27	90

表8 栄養指標：就学前と学齢期の子ども、女性および家庭

国・地域	就学前の子どもにおける栄養不良 (0~4歳) 2013~2018*						ビタミンA 完全 補給率 ^a (%) 2017	学齢期の子どもに おける栄養不良 (5~19歳) 2016		女性における 栄養不良 2016		ヨード添加 塩を消費す る世帯割合 2013~2018*
	発育阻害(%) (中度および重度)			消耗症(%)		過体重(%)		痩身(%)	過体重(%)	18歳以上の 低体重(%)	15~49歳の 貧血(%)	
	すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%	重度	中度および 重度	中度および 重度		痩身および 重度の痩身	過体重お よび肥満	BMI <18.5kg/m ²	軽度_中度 および重度	
エチオピア	38	45	26	3	10	3	77 f	10	9	15	23	86
斐ジー	8 x	—	—	2 x	6 x	5 x	—	4	34	2	31	—
フィンランド	—	—	—	—	—	—	—	1	27	1	16	—
フランス	—	—	—	—	—	—	—	1	30	3	18	—
ガボン	17	31 x	6 x	1 x	3 x	8 x	0 f	6	16	7	59	89 x
ガンビア	25	29	15	4	11	3	32 f	7	12	10	58	69
ジョージア	11 x	22 x	8 x	1 x	2 x	20 x	—	3	20	3	27	>99 xy
ドイツ	1 x	—	—	<1 x	1 x	4 x	—	1	26	1	16	—
ガーナ	19	25	8	1	5	3	50 f	6	11	7	46	64
ギリシャ	—	—	—	—	—	—	—	1	37	1	16	—
グレナダ	—	—	—	—	—	—	—	4	26	4	23	—
グアテマラ	47	66	17	<1	1	5	26 f,w	1	29	2	16	88 x
ギニア	32	39	18	3	8	4	64 f	7	10	11	51	73
ギニアビサウ	28	31	15	1	6	2	95 f	7	11	9	44	26
ガイアナ	11	20	7	2	6	5	—	5	25	5	32	43
ハイチ	22	34	9	1	4	3	17 f	4	28	6	46	8
バチカン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ホンジュラス	23	42 x	8 x	<1 x	1 x	5 x	—	2	27	3	18	—
ハンガリー	—	—	—	—	—	—	—	2	28	2	26	—
アイスランド	—	—	—	—	—	—	—	1	28	2	16	—
インド	38	51	22	8	21	2	— f,z	27	7	24	51	93
インドネシア	36	48	29	7	14	12	62 f	10	15	12	29	92 b,y
イラン	7 x	—	—	1 x	4 x	—	—	9	26	4	30	—
イラク	22 x	24 x	21 x	3 x	6 x	11 x	—	5	32	3	29	68
アイルランド	—	—	—	—	—	—	—	<1	31	1	15	—
イスラエル	—	—	—	—	—	—	—	1	35	1	16	—
イタリア	—	—	—	—	—	—	—	1	37	1	17	—
ジャマイカ	6	—	—	1	4	8	—	2	30	4	23	—
日本	7 x	—	—	<1 x	2 x	2 x	—	2	14	10	22	—
ヨルダン	8	14 x	2 x	1 x	2 x	5 x	—	4	31	2	35	88 b,xy
カザフスタン	8	10	6	1	3	9	— f	2	20	4	31	94
ケニア	26	36	14	1	4	4	44 f	8	11	10	27	95
キリバス	—	—	—	—	—	—	37 f	<1	55	1	26	—
クウェート	5	—	—	1	3	7	—	4	42	1	24	—
キルギス	13	18	11	1	3	7	— f	3	16	4	36	99
ラオス	44 x	61 x	20 x	2 x	6 x	2 x	57 f	9	14	12	40	94
ラトビア	—	—	—	—	—	—	—	2	22	2	25	—
レバノン	17 x	—	—	3 x	7 x	17 x	—	5	33	3	31	95 x
レソト	33	46	13	1	3	7	18 f	5	15	5	27	85
リベリア	32	36	20	2	6	3	97 f	7	10	8	35	91
リビニア	21 x	—	—	3 x	7 x	22 x	—	6	33	2	33	69 x
リヒテンシュタイン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
リトアニア	—	—	—	—	—	—	—	3	21	1	26	—
ルクセンブルク	—	—	—	—	—	—	—	1	26	2	16	—
マダガスカル	49	39	47	1	8	1	87 f	7	11	15	37	68 x
マラウイ	37	46	25	1	3	5	91 f	6	11	9	34	78
マレーシア	21	—	—	—	12	6	—	7	27	7	25	28 xy
モルディブ	19 x	22 x	15 x	3 x	11 x	6 x	69 f	14	17	9	43	97 x
マリ	30	41	15	3	13	2	9 f	8	11	10	51	90
マルタ	—	—	—	—	—	—	—	1	37	1	16	—
マーシャル諸島	35	44	20	1	4	4	— f	<1	59	1	27	—
モーリタニア	28	36	19	4	15	1	0 f	8	13	8	37	8
モーリシャス	—	—	—	—	—	—	—	7	15	7	25	—
メキシコ	10	16	7	<1	2	5	— f	2	35	2	15	—
ミクロネシア連邦	—	—	—	—	—	—	— f	<1	51	2	23	—
モナコ	—	—	—	—	—	—	—	<1	<1	<1	—	—
モンゴル	7	14	3	<1	1	12	83 f	2	18	3	19	80
モンテネグロ	9	5	9	1	3	22	—	2	25	2	25	—
モントセラト	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モロッコ	15 x	28 x	7 x	1 x	2 x	11 x	99 f,w	6	27	3	37	43 x
モザンビーク	43 x	51 x	24 x	2 x	6 x	8 x	61 f	4	13	10	51	42 x
ミャンマー	29	38	16	1	7	2	89 f	13	12	14	46	81

表8 栄養指標：就学前と学齢期の子ども、女性および家庭

国・地域	就学前の子どもにおける栄養不良 (0~4歳) 2013~2018*						ビタミンA 完全 補給率 ^a (%) 2017	学齢期の子どもに おける栄養不良 (5~19歳) 2016		女性における 栄養不良 2016		ヨード添加 塩を消費す る世帯割合 2013~2018*
	発育阻害(%) (中度および重度)			消耗症(%)		過体重(%)		痩身(%)	過体重(%)	18歳以上の 低体重(%)	15~49歳の 貧血(%)	
	すべての 子ども	最も貧しい 20%	最も裕福な 20%	重度	中度および 重度	中度および 重度		痩身および 重度の痩身	過体重お よび肥満	BMI <18.5kg/m ²	軽度、中度 および重度	
ナミビア	23	31	9	3	7	4	27 f	8	15	9	23	74
ナウル	24 x	52 x	18 x	<1 x	1 x	3 x	—	<1	65	<1	—	—
ネパール	36	48	18	2	10	1	81 f	16	8	17	35	94
オランダ	—	—	—	—	—	—	—	1	25	2	16	—
ニュージーランド	—	—	—	—	—	—	—	<1	40	2	12	—
ニカラグア	17	35 x	6 x	1 x	2 x	8 x	— f	2	29	3	16	—
ニジェール	41	47 x,r	35 x,r	2	10	1	53 f	10	8	13	49	59
ナイジェリア	44	63	18	3	11	2	83 f	10	8	10	50	93 x
ニウエ	—	—	—	—	—	—	—	<1	59	1	—	—
北マケドニア	5 x	7 x	2 x	<1 x	2 x	12 x	—	2	26	2	23	—
ノルウェー	—	—	—	—	—	—	—	1	27	2	15	—
オマーン	14	—	—	2	8	4	—	7	32	5	38	88
パキスタン	38	56	22	2	7	3	92 f	19	10	15	52	69 x,y
パラオ	—	—	—	—	—	—	—	<1	64	1	—	—
パナマ	19 x	—	—	<1 x	1 x	10 x	—	2	29	3	23	—
パプアニューギニア	49 x	—	—	6 x	14 x	14 x	— f	1	32	3	37	60 x
パラグアイ	6	12	1	<1	1	12	—	2	28	3	23	93 x
ペルー	13	29	5	<1	1	8	—	1	27	2	18	89
フィリピン	33	49	15	2 x	7	4	— f	10	13	14	16	52 y
ポーランド	3	—	—	—	—	—	—	2	26	2	26	—
ポルトガル	—	—	—	—	—	—	—	1	32	1	18	—
カタール	—	—	—	—	—	—	—	5	39	2	28	—
韓国	3 x	—	—	<1 x	1 x	7 x	—	1	27	5	23	—
モルドバ	6	11 x	3 x	<1 x	2 x	5 x	—	3	18	2	27	58 x
ルーマニア	13 x	—	—	1 x	4 x	8 x	—	3	25	2	27	—
ロシア連邦	—	—	—	—	—	—	—	2	21	2	23	—
ルワンダ	37 w	49	21	<1 w	2 w	6	98 f	6	11	8	22	90
セントクリストファー・ ネービス	—	—	—	—	—	—	—	4	28	3	—	—
セントルシア	2	5 x	— x,p	1 x	4 x	6 x	—	4	23	4	22	75 x
セントビンセント・ グレナディーン	—	—	—	—	—	—	—	3	29	4	25	—
サモア	5	6	3	1	4	5	—	<1	53	1	31	96
サンマリノ	—	—	—	—	—	—	—	<1	<1	<1	—	—
サントメ・プリンシペ	17	25	7	1	4	2	23 f	5	13	8	46	91
サウジアラビア	9 x	—	—	5 x	12 x	6 x	—	8	36	3	43	70 x,y
セネガル	17	27	6	1	9	1	58 f	9	10	11	50	62
セルビア	6	14	4	1	4	14	—	2	27	2	27	—
セーシェル	8	—	—	1 x	4 x	10 x	—	6	23	5	22	—
シエラレオネ	38	42	29	4	9	9	98 f	7	11	10	48	85
シンガポール	4 x	—	—	1 x	4 x	3 x	—	2	22	8	22	—
スロバキア	—	—	—	—	—	—	—	1	23	2	27	—
スロベニア	—	—	—	—	—	—	—	1	27	2	24	—
ソロモン諸島	32	37	25	4	8	5	—	1	23	2	39	88
ソマリア	25 x	52 x	25 x	5 x	15 x	3 x	11 f	7	13	10	44	7 x
南アフリカ	27	36	13	1	2	13	47 f	5	25	3	26	91
南スーダン	31 x	31 x	27 x	12 x	24 x	6 x	51 f	<1	<1	<1	34	60 x
スペイン	—	—	—	—	—	—	—	1	34	1	17	—
スリランカ	17	25	12	3	15	2	93 f	15	13	13	33	95 y
パレスチナ	7	7	6	<1	1	8	—	—	—	—	—	88
スーダン	38	44	21	5	17	3	20 f	<1	<1	<1	31	34
スリナム	9 x	13 x	6 x	2 x	6 x	4 x	—	4	31	3	24	—
スウェーデン	—	—	—	—	—	—	—	1	24	2	15	—
スイス	—	—	—	—	—	—	—	<1	22	3	18	—
シリア	28 x	33 x	22 x	5 x	12 x	18 x	91 f	6	28	3	34	65 x
タジキスタン	18	22	17	2	6	3	—	4	15	5	31	91
タイ	11	13	12	1	5	8	—	8	22	8	32	85
東ティモール	51	59	39	2	11	1	66 f	11	13	19	41	83
トーゴ	28	33	11	1	7	2	87 f	6	10	9	49	77
トケラウ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
トンガ	8	7 x	10 x	2 x	5 x	17 x	—	<1	58	<1	21	—
トリニダード・トバゴ	9 x	9 x	15 x	2 x	6 x	11 x	—	6	25	3	24	63 x
チュニジア	10	16 x	8 x	2 x	3 x	14 x	—	7	25	3	31	—
トルコ	10	19	5	<1	2	11	—	5	30	2	31	85 x

表9 乳幼児期の子どもの発育指標

表9 乳幼児期の子どもの発育指標

表9 乳幼児期の子どもの発育指標

表9 乳幼児期の子どもの発育指標

国・地域	幼児教育への参加率 2010~2018*				おとなによる学習意欲の早期喚起 とレスポンシブ・ケア* 2010~2018*				父親による学習意欲の早期 喚起とレスポンシブ・ケア* 2010~2018*	家庭にある学習教材 2010~2018*						適切な安全監督を欠く子ども 2010~2018*							
										児童書			玩具*										
	全体会	男	女	最も 貧しい 20%	最も 裕福な 20%	全体会	男	女	最も 貧しい 20%	最も 裕福な 20%	全体会	男	女	最も 貧しい 20%	最も 裕福な 20%	全体会	男	女	最も 貧しい 20%	最も 裕福な 20%			
タンザニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
米国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ウルグアイ	81	83	80	-	-	93	94	91	-	-	66 y	59	-	-	75	-	-	3	3	3	-	-	
ウズベキスタン	32 y	33 y	31 y	-	-	91 x	91 x	90 x	83 x	95 x	54 x,y	43 x	32 x	59 x	67 x	74 x	62 x	5 x	5 x	5 x	6 x	7 x	
バヌアツ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ベネズエラ	66 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ベトナム	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2	
イエメン	3 x	3 x	3 x	0 x	8 x	33 x	34 x	32 x	16 x	56 x	37 x,y	10 x	4 x	31 x	49 x	45 x	49 x	34 x	36 x	33 x	46 x	22 x	
サンビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
シンバブエ	22	20	23	17	34	43	43	43	35	59	3	3	1	12	62	48	74	19	19	18	25	7	
地域別等要約																							
東アジア・太平洋諸国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ヨーロッパ・中央アジア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
東ヨーロッパ・中央アジア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
西ヨーロッパ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
中東・北アフリカ	28	28	28	20	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	9	9	6	
北アメリカ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
南アジア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サハラ以南のアフリカ	26	24	25	8	55	51	51	51	40	70	7	3	0	10	42	33	57	35	35	34	38	27	
東部・南部アフリカ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
西部・中部アフリカ	24	24	24	7	56	52	52	51	41	71	8	3	0	12	41	32	56	35	35	34	38	28	
後発開発途上国	17	16	17	8	35	56	56	55	47	71	10	3	1	9	46	38	57	31	31	31	36	22	
世界	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

幼児教育への参加率—幼児教育プログラムに参加する生後36~59カ月の子どもの割合。

おとなによる学習意欲の早期喚起とレスポンシブ・ケア—生後36~59カ月の子どもに対し、学習意欲を喚起し修学準備を促すために、過去3日間におとなが以下のことを4項目以上行った割合：a)子どもに本を読んで聞かせる、b)子どもに物語を語って聞かせる、c)子どもに歌を歌って聞かせる、d)子どもを連れて外出する、e)子どもと遊ぶ、f)物の名前や数え方を教えるかまたは絵を描いて子どもと時間を過ごす。

父親による学習意欲の早期喚起とレスポンシブ・ケア—生後36~59カ月の子どもに対し、学習意欲を喚起し修学準備を促すために、過去3日間に父親が以下のことを4項目以上行った割合：a)子どもに本を読んで聞かせる、b)子どもに物語を語って聞かせる、c)子どもに歌を歌って聞かせる、d)子どもを連れて外出する、e)子どもと遊ぶ、f)物の名前や数え方を教えるかまたは絵を描いて子どもと時間を過ごす。

データの主な出典

幼児教育への参加率—人口保健調査 (DHS)、複数指数クラスター調査 (MICS) およびその他の国別調査。最終更新：2019年8月。

おとなによる学習意欲の早期喚起とレスポンシブ・ケア—DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：2019年8月。

父親による学習意欲の早期喚起とレスポンシブ・ケア—DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：2019年8月。

家庭にある学習教材：児童書—DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：2019年8月。

家庭にある学習教材：玩具—DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：2019年8月。

注

p 少数の分母（件数）に基づく（一般的には25~49の重み付け未実施の事例）。重み付け未実施の事例が25未満の場合、そのデータは表示されない。

x データが列の見出しで指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。

y データが標準的な定義によらないものの、または国内の一部地域のみに関するもの。対象期間に該当する場合、こうしたデータは地域別および世界全体の平均値の計算に含まれる。

+ この指標のデータ収集方法は調査によって異なり、当該推計値の比較にあたって影響を与える可能性がある。詳細な説明については、180ページの「データについての一般的留意事項」を参照。

* データが列の見出しで指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

表 10 教育指標

国・地域	公平なアクセス								修了						学習							
	教育機関の未登録率 2012~2018*								修了率 2012~2018*						学習成果 2010~2018*							
	初等教育 入学年齢の 1年前		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		最低限の習熟度に達した 2または3学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した初 等教育の最終学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した前期中 等教育の最終学年の子ども の割合		若者 (15~24歳) の識字率(%)	
男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	読み書き	算数	読み書き	算数	読み書き	算数	男	女	
アフガニスタン	-	-	-	-	-	46	69	67	40	49	26	32	14	47	52	55	63	-	-	62	32	
アリバニア	10	11	2	4	1	4	17	18	91	93	97	96	43	60	86	-	95	97	48	39	99	99
アルジェリア	-	-	0	2	-	-	-	-	93	94	57	72	30	47	-	41 x	-	-	21	19	-	-
アンドラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	30	38	-	-	-	-	-	-	53	49	41	31	21	15	-	-	-	-	-	-	85	71
アンギラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	38	76	67	-	-	-	-
アンティグア・バーブーダ	14	12	18	17	16	24	21	22	-	-	-	-	-	-	38	46	50	78	-	-	-	-
アルゼンチン	1	3	0	1	1	1	13	5	95	97	72	81	53	66	62	63	67	59	62	38	99	100
アルメニア	-	-	8	8	8	6	-	-	100	99	94	99	91	96	-	-	-	-	95	-	76	100
オーストラリア	12	13	4	3	1	2	2	0	-	-	-	-	-	-	95	96	94	95	82	78	-	-
オーストリア	2	0	-	-	0	1	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	87	95	84	87	-	-
アゼルバイジャン	39	39	7	5	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	71	27 x	55 x	100	100
バハマ	65	60	15	8	11	5	15	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
バーレーン	23	24	1	1	3	0	7	5	-	-	-	-	-	-	-	72	-	-	-	75	94	95
バングラデシュ	-	-	8	2	-	-	37	38	69	79	53	55	31	26	65	39	91	81	87	57	92	94
バルバドス	8	12	10	9	4	0	-	-	99	99	98	98	91	97	-	-	87	60	-	-	100	100
ペラルーシ	1	4	4	4	2	1	2	0	100	100	100	100	96	98	-	-	-	-	-	-	-	-
ベルギー	0	0	1	1	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	80	-
ベリーズ	16	16	0	1	11	11	38	34	78 x	86 x	40 x	48 x	20 x	25 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-
ベナン	12	12	-	-	26	43	46	66	51	44	25	13	12	5	10	34	52	40	-	-	64	41
ブータン	-	-	19	17	20	10	34	27	67 x	71 x	41 x	38 x	25 x	18 x	-	-	-	-	33	51	90	84
ボリビア	8	9	7	8	13	13	17	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99
ボスニア・ヘルツェゴビナ	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	97	97	92	92	-	-	-	-	-	77 x	100	100
ボツワナ	67	65	11	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	61	66	66	79	80	96	99
ブラジル	4	1	4	2	3	4	19	16	94	97	73	82	53	64	78	77	97	100	49	30	99	99
英領バージン諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルネイ	5	5	3	4	-	-	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100
ブルガリア	5	4	7	7	6	7	8	12	-	-	-	-	-	-	-	-	93	92	59	58	98	98
ブルキナファソ	83	83	22	24	48	46	67	68	32 x	29 x	13 x	6 x	6 x	2 x	35	59	57	59	-	-	57	44
ブルンジ	58	58	4	2	31	27	60	57	46	54	26	19	4	3	79	97	56	87	-	-	85	75
カーボベルデ	21	20	13	14	20	20	37	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99
カンボジア	58	56	9	10	12	14	-	-	68	79	41	39	20	20	-	-	61	-	38	17	92	93
カメルーン	54	54	1	9	31	39	48	57	67	64	46	41	18	14	30	55	49	35	-	-	85	76
カナダ	-	-	-	0	0	8	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	86	-	-
中央アフリカ共和国	-	-	23	40	44	66	79	90	54 x	33 x	16 x	8 x	8 x	6 x	-	-	-	-	-	-	49	27
チャド	89	90	17	34	51	70	71	88	31	24	18	10	15	6	18	48	16	19	39	33	41	22
チリ	3	3	5	5	8	8	7	6	-	-	-	-	-	-	70	63	94	98	72	63	99	99
中国	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	64	67	82	85	-	-	80	79	100	100
コロンビア	13	12	7	6	6	5	17	15	91	95	74	81	69	78	82	82	87	57	89	79	98	99
コモロ	60	62	15	16	30	29	57	55	75	77	47	45	24	32	-	-	66 x	70 x	-	-	74	70
コンゴ	79	77	16	9	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	38	71	41	29	-	-	86	77
クック諸島	2	0	2	5	8	7	37	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	10	11	3	3	5	6	14	9	94 x	95 x	55 x	71 x	38 x	56 x	89	84	94	95	60	38	99	99
コートジボワール	78	78	7	15	36	49	57	69	60	53	36	22	17	15	17	34	48	27	-	-	59	47
クロアチア	2	7	4	1	3	0	16	12	-	-	-	-	-	-	-	-	99	93	80	68	100	100
キューバ	0	0	3	3	0	0	23	15	99	100	98	98	81	86	-	-	94 x	95 x	-	-	100	100
キプロス	5	6	2	2	2	2	6	5	-	-	-	-	-	-	87 x	93	-	-	64	78 x	100	100
チエコ	8	8	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	98	96	-	-	78	78	-	-
朝鮮民主主義人民共和国	-	-	-	-	8	8	11	11	100	100	100	100	100	100	94	83	-	-	-	-	-	-
コンゴ民主共和国	-	-	-	-	-	-	-	-	71	66	59	49	30	21	-	-	81	85	-	-	91	80
デンマーク	3	2	1	1	1	1	14	11	-	-	-	-	-	-	99	96	-	-	85	86	-	-
ジブチ	91	91	39	46	48	56	66	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ドミニカ	29	30	3	1	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-	81	50	40	29	-	-	-	-
ドミニカ共和国	13	12	6	6	7	9	26	23	88	94	76	89	48	66	46	28	65	63	28	9	99	99
エクアドル	4	4	3	1	-	-	16	16	-	-	-	-	-	-	75	78	68	64	72	43	99	99
エジプト	62	62	2	1	8	7	22	25	91	92	79	81	71	69	5	-	-	-	47	89	87	
エルサルバドル	19	18	19	18	16	17	34	35	84	89	73	74	34	36	-	23 x	78 x	79 x	-	20 x	98	98
赤道ギニア	57	55	56	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99
エリトリア	82	83	61	64	53	60	66	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
エストニア	10	7	7	6	-	-	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	89	100	100

表10 教育指標

国・地域	公平なアクセス								修了						学習								
	教育機関の未登録率 2012~2018*								修了率 2012~2018*						学習成果 2010~2018*								
	初等教育 入学年齢の 1年前		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		最低限の習熟度に達した 2または3学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した初 等教育の最終学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した前期中 等教育の最終学年の子ども の割合		若者 (15~24歳) の識字率(%)		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	読み書き	算数	読み書き	算数	読み書き	算数	男	女	
エスワティニ	-	-	24	25	13	13	25	30	52	68	38	45	31	33	-	-	99 x	91 x	-	-	92	95	
エチオピア	61	63	11	17	45	49	73	75	51	51	42	36	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	
フィジー	-	-	2	2	-	-	30	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
フィンランド	2	1	1	1	1	1	5	4	-	-	-	-	-	-	99	97	-	-	89	86	-	-	
フランス	1	0	1	1	2	2	6	5	-	-	-	-	-	-	95	87	-	-	79	77	-	-	
ガボン	-	-	-	-	-	-	-	-	57	67	23	26	11	11	-	-	95 x	90 x	-	-	87	89	
ガンビア	-	-	25	17	-	-	-	-	56	57	50	46	31	29	23	31	33	22	-	-	66	56	
ジョージア	-	-	2	2	1	2	8	5	-	-	-	-	-	-	86	78	-	-	48	43	100	100	
ドイツ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	84	83	-	-	
ガーナ	13	8	17	15	16	13	31	31	64	68	50	50	42	35	71	55	72	61	-	21	88	83	
ギリシャ	12	11	7	7	6	8	10	11	-	-	-	-	-	-	95 x	-	-	-	73	64	99	99	
グレナダ	14	17	4	3	2	26	17	11	-	-	-	-	-	-	54	43	66	57	-	-	99	100	
グアテマラ	19	19	12	12	30	36	56	61	83	77	54	46	27	25	50	41	40	45	15	18	95	93	
ギニア	57	61	14	29	41	59	59	75	58	49	43	25	29	15	-	-	-	-	-	-	57	37	
ギニアビサウ	-	-	-	-	-	-	-	-	33	26	20	14	11	8	-	-	-	-	-	-	71	50	
ガイアナ	10	6	5	3	7	5	34	25	96	99	80	88	49	64	-	-	-	-	-	-	96	97	
ハイチ	-	-	-	-	-	-	-	-	49	58	32	38	17	16	-	-	-	-	-	-	-	-	
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ホンジュラス	19	18	17	16	37	35	54	48	81	85	42	55	27	33	93	92	84	77	89	61	95	97	
ハンガリー	8	9	3	3	4	4	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	95	92	73	88	99	99	
アイスランド	2	2	0	1	2	1	18	14	-	-	-	-	-	-	93 x	-	-	-	78	76	-	-	
インド	-	-	3	2	17	12	47	49	92	91	82	79	46	40	25	28	-	-	17 x	15 x	90	82	
インドネシア	6	3	5	10	14	10	17	13	91	92	64	59	40	37	66	49	-	-	45	31	100	100	
イラン	51	52	-	-	2	2	27	23	-	-	-	-	-	-	76	65	-	-	-	63	98	98	
イラク	-	-	-	-	-	-	-	-	78	73	46	47	45	43	-	-	-	-	-	-	57	49	
アイルランド	2	2	0	0	-	-	2	0	-	-	-	-	-	-	97	97	-	-	90	94	-	-	
イスラエル	2	0	3	2	-	-	4	0	-	-	-	-	-	-	93	-	-	-	73	68	-	-	
イタリア	1	3	1	2	-	-	5	5	-	-	-	-	-	-	98	93	-	-	79	89	100	100	
ジャマイカ	7	4	-	-	22	17	24	19	99 x	100 x	97 x	97 x	80 x	83 x	87	14	-	-	64	77	94	99	
日本	-	-	2	2	-	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ヨルダン	-	-	-	-	28	29	53	46	96	97	86	88	49	63	-	50	-	-	54	45	99	99	
カザフスタン	37	35	2	0	-	-	3	0	100	100	100	100	95	96	-	-	-	-	96	59	91	100	
ケニア	-	-	19	15	-	-	-	-	77	82	61	69	44	38	60	71	80	77	-	-	87	86	
キリバス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
クウェート	25	23	7	7	9	4	20	16	-	-	-	-	-	-	58	33	-	-	-	45	99	100	
キルギス	6	4	1	2	1	1	30	26	99	99	95	97	82	85	-	-	36	35	17 x	13 x	-	-	
ラオス	37	36	6	7	21	22	35	41	87	86	57	55	33	31	83	46	-	-	-	-	94	91	
ラトビア	2	1	4	2	2	1	5	4	-	-	-	-	-	-	98 x	96 x	-	-	82	79	100	100	
レバノン	1	7	9	14	21	26	34	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	71	-	-	
レソト	65	63	19	17	29	21	46	39	60	83	29	46	20	27	-	-	79 x	58 x	-	-	80	94	
リベリア	13	18	61	64	24	31	24	34	36	33	29	23	18	9	-	-	-	-	-	-	-	-	
リビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
リヒテンシュタイン	1	0	3	2	2	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	86	-	-	
リトアニア	1	0	0	0	0	0	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	92	99	75	75	100	100	
ルクセンブルク	2	1	1	1	6	4	20	16	-	-	-	-	-	-	99 x	-	-	-	74	74	-	-	
マダガスカル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79 x	94 x	-	-	78	75	
マラウイ	-	-	-	-	23	25	59	65	43	52	23	21	15	13	22	51	24	41	-	-	72	73	
マレーシア	2	1	2	1	13	11	41	32	-	-	-	-	-	-	86	71	88	47	73	42	97	98	
モルディブ	1	3	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	
マリ	48	52	29	37	52	58	68	77	50	41	36	25	23	12	2	3	12	13	-	-	61	39	
マルタ	4	0	3	0	3	2	16	9	-	-	-	-	-	-	74	87	-	-	64	84	98	99	
マーシャル諸島	34	35	24	19	23	23	40	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99	
モーリタニア	-	-	25	22	45	44	72	73	64	56	42	34	14	15	-	-	47 x	38 x	-	-	-	-	
モーリシャス	8	10	5	3	8	5	22	15	-	-	-	-	-	-	-	-	78	79	77	42	98	99	
メキシコ	1	0	2	0	10	7	32	29	97	96	88	87	25	22	78	78	50	40	66	35	99	99	
ミクロネシア連邦	20	27	17	15	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モナコ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モンゴル	3	5	1	2	-	-	-	-	96	99	88	93	64	78	-	67 x	-	-	-	-	66 x	98	99
モンテネグロ	31	32	3	4	4	5	14	14	100	100	99	99	84	87	-	-	-	-	58	48	99	99	
モンテセラト	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	54	70	81	-	-	-	-	

表 10 教育指標

国・地域	公平なアクセス								修了						学習								
	教育機関の未登録率 2012~2018*								修了率 2012~2018*						学習成果 2010~2018*								
	初等教育 入学年齢の 1年前		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		最低限の習熟度に達した初等教育の最終学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した初等教育の最終学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した前期中等教育の最終学年の子ども の割合		若者 (15~24歳) の識字率(%)		
国・地域	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	読み書き	算数	読み書き	算数	読み書き	算数	男	女	
モロッコ	42	50	3	3	9	14	26	33	-	-	-	-	-	-	21	41	-	-	-	-	41	95	88
モザンビーク	-	-	11	14	40	48	66	74	43 x	37 x	13 x	10 x	8 x	4 x	-	-	78 x	67 x	-	-	79	63	
ミャンマー	-	-	-	-	25	23	50	43	78	84	43	46	13	18	-	-	-	-	-	-	85	84	
ナミビア	35	31	4	0	-	-	-	-	75	86	48	62	33	39	-	-	86 x	52 x	-	-	93	95	
ナウル	33	16	17	14	21	14	55	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ネバール	12	18	4	7	14	8	33	18	79	76	68	65	52	39	-	-	-	-	-	-	90	80	
オランダ	2	1	-	-	1	0	1	1	-	-	-	-	-	-	100	99	-	-	82	83	-	-	
ニュージーランド	4	3	1	1	2	2	4	0	-	-	-	-	-	-	76	84	-	-	83	78	-	-	
ニカラグア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	45	76	77	-	-	-	-	
ニジェール	78	78	29	38	61	69	83	89	35	24	10	4	4	1	10	28	8	8	-	-	49	32	
ナイジェリア	-	-	-	-	-	-	-	-	81	79	78	72	70	59	75	28	54	18	-	-	-	-	
ニウエ	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
北マケドニア	56	56	8	8	-	-	-	-	100 x	99 x	98 x	97 x	80 x	69 x	66 x	-	-	-	29	30	99	99	
ノルウェー	4	3	0	0	1	8	7	-	-	-	-	-	-	-	95	98	-	-	85	83	-	-	
オマーン	18	15	1	1	10	7	12	12	-	-	-	-	-	-	47	61	-	-	-	52	98	99	
パキスタン	-	-	18	29	42	50	57	67	64	55	55	45	43	38	17	15	52	48	73	68	80	66	
パラオ	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99	
パナマ	28	26	12	13	10	10	35	31	95	96	75	81	57	68	68	54	77	74	35 x	21 x	98	97	
パパアニューギニア	26	27	20	25	7	17	39	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	71	
バラグアイ	29	29	11	11	4	15	32	30	89	95	57	54	0	0	71	72	69	69	68	68	98	99	
ペルー	3	3	1	0	2	1	-	-	95	95	83	83	78	72	94	71	-	-	42	28	99	99	
フィリピン	21	19	5	4	9	5	24	17	89	95	75	88	54	66	-	34 x	-	-	39 x	97	99		
ボーランド	1	1	4	4	5	5	8	7	-	-	-	-	-	-	95	96	-	-	86	83	-	-	
ボルトガル	0	1	3	4	1	1	0	3	-	-	-	-	-	-	98	97	-	-	83	76	99	99	
カタール	9	5	1	2	13	9	43	16	-	-	-	-	-	-	60	64	-	-	48	64	95	97	
韓国	3	4	4	3	6	5	1	1	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	86	85	-	-	
モルドバ	7	4	10	10	15	15	36	35	99	100	95	98	63	74	-	-	91 x	88	54	50	99	100	
ルーマニア	12	12	10	10	9	10	23	22	-	-	-	-	-	-	86	79	-	-	61	60	99	99	
ロシア連邦	3	4	3	2	2	1	10	9	-	-	-	-	-	-	-	99	98	84	81	100	100		
ルワンダ	59	58	6	6	-	-	-	-	48	61	25	30	19	16	-	-	-	-	-	-	84	86	
セントクリストファー・ネービス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セントルシア	8	19	-	-	10	14	24	17	99	99	85	98	70	90	68	62	62	46	-	-	-	-	
セントビンセント・グレナディーン	12	10	1	2	-	-	11	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サモア	65	61	4	3	2	2	23	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	
サンマリノ	6	5	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サントメ・プリンシペ	47	45	3	3	12	6	20	18	79	86	32	36	12	12	81	100	-	-	-	-	97	96	
サウジアラビア	63	61	1	0	-	-	9	8	-	-	-	-	-	-	65	43	-	-	34	99	99		
セネガル	82	80	29	21	52	45	64	62	48	51	28	24	14	10	18	62	61	59	42	16	76	64	
セルビア	3	3	2	1	1	2	12	10	99	100	99	99	71	81	-	-	91	67	61	100	100		
セーシェル	3	7	-	-	-	-	5	4	-	-	-	-	-	-	88	74	86	79	99	99			
シエラレオネ	65	63	1	1	40	40	61	63	63	65	47	42	27	18	-	-	-	-	-	-	65	51	
シンガポール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	99	-	-	89	99	100	100	
スロバキア	19	17	-	-	4	5	10	10	-	-	-	-	-	-	-	96	88	68	72	-	-		
スロベニア	4	6	3	2	1	2	5	4	-	-	-	-	-	-	95	95	-	-	85	84	100	100	
ソロモン諸島	35	34	31	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ソマリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
南アフリカ	-	-	9	8	-	-	15	19	95	98	85	91	45	52	84	39	92	71	84	34	99	99	
南スーダン	80	83	64	72	54	67	61	75	30 x	18 x	23 x	10 x	13 x	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-	
スペイン	4	4	2	1	1	0	2	1	-	-	-	-	-	-	94	93	-	-	84	78	100	100	
スリランカ	-	-	2	4	1	2	21	16	-	-	-	-	-	-	86	84	-	-	90	68	99	99	
パレスチナ	38	38	6	6	12	7	44	26	99	100	80	93	52	73	-	-	-	-	-	52	99	99	
スーダン	-	-	37	38	-	-	-	-	71	73	45	43	34	29	-	-	-	-	-	-	-	-	
スリナム	10	7	12	8	17	9	42	33	80	90	41	58	19	28	-	-	-	-	-	-	98	97	
スウェーデン	2	1	0	1	5	4	1	3	-	-	-	-	-	-	98	95	-	88	82	82	-	-	
イスス	1	1	0	0	-	-	17	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	84	-	-	
シリア	61	62	32	33	42	44	68	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43	-	
タジキスタン	87	88	1	2	-	-	-	-	99	98	95	93	80	63	-	-	-	-	-	-	100	100	
タイ	3	3	-	-	11	11	21	21	98	98	76	88	50	62	-	77	-	-	50	46	98	98	
東ティモール	67	67	21	18	14	12	30	26	77	85	63	70	49	55	80	-	-	-	-	80	79		
トーゴ	-	-	5	11	16	28	47	66	66	59	31	20	20	10	20	41	38	48	-	-	90	78	

表 10 教育指標

国・地域	公平なアクセス								修了						学習							
	教育機関の未登録率 2012~2018*								修了率 2012~2018*						学習成果 2010~2018*							
	初等教育 入学年齢の 1年前		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		初等教育		前期中等教育		後期中等教育		最低限の習熟度に達した 2または3学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した初 等教育の最終学年の子ども の割合		最低限の習熟度に達した前期中 等教育の最終学年の子ども の割合		若者 (15~24歳) の識字率(%)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	読み書き	算数	読み書き	算数	読み書き	算数	男	女
トケラウ	22	-	-	-	-	-	62	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
トンガ	-	-	5	3	13	9	48	38	-	-	-	-	-	-	15 x	-	-	-	-	-	99	100
トリニダード・トバゴ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-	76	63	58	48	100	100
チュニジア	-	-	-	-	-	-	-	-	94	97	68	80	40	57	-	34	-	-	28	25	97	96
トルコ	33	36	5	6	9	10	15	16	99	98	94	90	58	48	-	-	72 x	81	60	70	100	99
トルクメニスタン	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	93	91	83	80	-	-	-	-	-	-	100	100
ターカス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-
ツバル	6	-	-	-	-	-	-	-	58	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	-	-	10	8	-	-	-	-	33	36	24	21	16	14	60	72	52	53	-	-	86	82
ウクライナ	-	-	8	6	3	3	6	4	100	99	100	100	97	97	-	-	79 x	-	81	100	100	100
アラブ首長国連邦	12	11	2	4	1	2	13	19	-	-	-	-	-	-	64	70	-	-	60	74	-	-
英國	0	0	0	0	1	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	78	-	-
タンザニア	49	47	20	18	-	-	85	88	75	84	31	27	32	27	56	35	97 x	87 x	-	-	87	85
米国	10	8	4	4	3	1	7	6	-	-	-	-	-	-	69	95	-	-	81	71	-	-
ウルグアイ	3	2	2	2	2	1	23	16	92	95	52	70	45	28	81	75	90	94	61	48	99	99
ウズベキスタン	63	64	1	2	4	5	16	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100
バヌアツ	-	-	14	12	1	1	43	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	96
ベネズエラ	17	18	14	14	18	17	32	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58 x	40 x	98	99
ベトナム	0	1	-	-	-	-	-	-	96	97	81	87	50	61	-	-	99	87	86	81	-	-
イエメン	95	96	12	22	23	35	46	68	70	55	55	39	37	23	-	9	-	-	-	-	-	-
ザンビア	-	-	16	12	-	-	-	-	73	75	54	48	34	23	1	9	56 x	33 x	-	-	91	87
ジンバブエ	64	63	16	14	8	11	52	55	87	89	66	74	15	11	-	-	81 x	73 x	-	-	88	93
地域別等要約																						
東アジア・太平洋諸国	14	12	4	4	9	8	23	15	96	96	82	83	56	59	79	77	-	-	72	68	99	99
ヨーロッパ・中央アジア	13	14	3	3	3	4	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	78	100	100
東ヨーロッパ・中央 アジア	22	23	4	4	4	5	14	14	-	-	-	-	67	61	-	-	89	70	75	100	100	100
西ヨーロッパ	3	3	2	2	2	2	7	6	-	-	-	-	-	-	96	93	-	-	81	81	-	-
ラテンアメリカ・カリ ブ海諸国	6	4	5	4	7	7	24	21	94	95	75	80	45	50	76	72	75	70	58	38	99	99
中東・北アフリカ	51	53	5	7	12	15	31	36	87	85	66	68	52	53	37	-	-	-	-	46	89	86
北アメリカ	7	6	4	4	1	1	5	5	-	-	-	-	-	-	69	95	-	-	82	72	-	-
南アジア	-	-	6	7	18	17	47	49	88	88	75	71	44	38	29	28	-	-	-	-	88	80
サハラ以南のアフリカ	57	57	19	24	34	37	54	61	64	64	48	42	35	29	52	42	57	45	-	-	80	72
東部・南部アフリカ	56	57	19	20	32	37	54	60	60	63	41	38	28	25	-	-	-	-	-	-	86	83
西部・中部アフリカ	56	57	19	27	37	40	53	61	69	65	54	46	41	33	50	35	53	37	-	-	73	60
後発開発途上国	56	57	17	20	29	34	53	59	60	60	41	36	26	20	-	-	-	-	-	-	81	73
世界	31	31	8	10	15	16	36	36	83	83	71	69	47	43	54	53	-	-	-	61	92	88

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

就学前未登録率 – 正規の初等学校入学年齢の1年前に、就学前教育施設または初等学校に登録されていない子どもの割合。正規の初等学校入学年齢の1年前の子どもの総数に対する割合で表される。

非就学児率（初等学校） – 正規の初等学校年齢であり、初等学校または中等学校に就学していない子どもの数。正規の初等学校年齢の子どもの総数に対する割合で表される。

非就学児率（中等学校・前期） – 初等学校または中等学校に就学していない、前期中等学校年齢の子どもの数。正規の前期中等学校年齢の子どもの総数に対する割合で表される。

非就学児率（中等学校・後期） – 初等学校、中等学校、またはより高度な教育施設に就学していない、後期中等学校年齢の子どもの数。正規の後期中等学校年齢の子どもの総数に対する割合で表される。

初等教育修了率 – 初等教育の最終学年で想定される年齢よりも3~5歳年齢が高く、初等学校の最終学年を修了した子どもまたは若者の数。

前期中等教育修了率 – 前期中等教育の最終学年で想定される年齢よりも3~5歳年齢が高く、前期中等教育の最終学年を修了した子どもまたは若者の数。

後期中等教育修了率 – 後期中等教育の最終学年で想定される年齢よりも3~5歳年齢が高く、後期中等教育の最終学年を修了した子どもまたは若者の数。

最低限の習熟度に達した子どもと若者の割合
 ((a) 初等第2~3学年、(b) 初等最終学年、(c) 前期中等最終学年) – それぞれ初等教育第2~3学年、初等教育最終学年、および前期中等教育最終学年において、子どもと若者が(i) 読み書き能力(ii) 算数能力に関して最低限の習熟度に達した割合。

若者の識字率 – 15~24歳の若者のうちの識字者数。当該集団の総数に対する割合で表される。

データの主な出典

就学前未登録率、非就学率 – ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年2月。

教育修了率 – 人口保健調査 (DHS)、複数指數クラスター調査 (MICS)、その他の国別家庭調査、報告システム作成定期データ。最終更新: 2019年4月。

若者の識字率 – ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年2月。

注

- データなし。

× データが列の見出で指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。

* データが列の見出で指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

すべてのデータは、初等学校および前期中等学校の各学年に関する公式な国際教育標準分類 (ISCED) に基づくものであり、したがって各国で異なる教育システムはにそのまま対応しない場合がある。

表 11 子どもの養護指標

国・地域	児童労働(%) ^a 2010~2018*			児童婚(%) ^a 2012~2018*			出生登録(%) ^a 2010~2018*			女性器切除(%) ^a 2010~2018*		妻に対する ドメスティック・ バイオレンスの 正当化(%) ^a 2012~2018*		子どもに対する 暴力的なしつけ(%) ^a 2012~2018*		子どもへの 性暴力(%) ^a 2012~2018*															
										実施率		態度 慣習廃止を 希望 ^c																			
	全	男	女	15歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	全	男	女	女性 ^b	女子 ^b	男	女	男	女	全	男	女	男	女											
アフガニスタン	21	23	20	9	35	7	42	43	42	-	-	-	-	71	y	78	y	74	x,y	75	x,y	74	x,y	-	1	y					
アルバニア	3	y	4	y	3	y	1	12	1	98	99	98	-	-	-	-	11	5	48	y	49	y	45	y	-	-					
アルジェリア	4	y	5	y	4	y	0	3	-	100	100	100	-	-	-	-	-	55	y	86	y	88	y	85	y	-	-				
アンドラ	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
アンゴラ	19	17	20	8	30	6	25	25	25	-	-	-	-	-	-	24	25	-	-	-	-	-	-	-	5						
アンギラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
アンティグア・バーブーダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
アリゼンチン	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	2	72	y	74	y	71	y	-	-					
アルメニア	4	5	3	0	5	0	99	100	99	-	-	-	-	-	-	25	9	69	71	67	-	-	-	-							
オーストラリア	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
オーストリア	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
アゼルバイジャン	-	-	-	2	x	11	x	0	x	94	x	93	x	94	x	-	-	-	24	x	77	x,y	80	x,y	74	x,y	-	0	x		
バハマ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
バーレーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
バングラデシュ	-	-	-	22	59	4	x	20	20	20	-	-	-	-	-	-	29	y	82	83	82	-	3	y							
バルバドス	1	y	2	y	1	y	1	11	-	99	99	99	-	-	-	-	-	5	75	y	78	y	72	y	-	-					
ペラルーシ	1	y	1	y	1	y	0	3	1	100	y	100	y	100	y	-	-	3	3	65	y	67	y	62	y	-	-				
ペルギー	-	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
ペリーズ	3	4	3	6	34	22	26	5	85	85	84	9	0	89	86	17	29	91	92	90	-	-	-	-							
ペナン	41	42	41	7	26	5	85	85	84	9	0	89	86	17	29	91	92	90	-	-	-	-	-	-							
ブータン	4	y	3	y	4	y	6	x	26	x	-	100	100	100	-	-	-	70	x	-	-	-	-	-	-						
ボリビア	-	-	-	3	20	5	92	y	-	-	-	-	-	-	-	-	17	x	-	-	-	-	-	-							
ボスニア・ヘルツェゴビナ	-	-	-	0	4	0	100	x	100	x	99	x	-	-	-	-	5	1	55	y	60	y	50	y	-	-					
ボツワナ	-	-	-	-	-	-	88	y	87	y	88	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
ブラジル	-	-	-	6	x	26	x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
英領バージン諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
ブルネイ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
ブルガリア	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
ブルキナファソ	42	y	44	y	40	y	10	x	52	x	4	x	77	77	77	76	13	87	90	40	x	39	x	83	x,y	84	x,y	82	x,y	-	-
ブルンジ	31	30	32	3	19	1	84	84	83	-	-	-	-	-	-	-	-	48	63	90	91	89	0	4							
カーボベルデ	-	-	-	3	x	18	x	3	x	91	-	-	-	-	-	-	-	24	x	23	x	-	-	-	-	-	-				
カンボジア	13	12	14	2	19	4	73	74	73	-	-	-	-	-	-	-	-	26	y	46	y	-	-	-	-	-	2				
カメルーン	39	40	38	10	31	4	66	67	65	1	x	1	x,y	85	x	45	37	85	85	85	4	x	16	x	-	-					
カナダ	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
中央アフリカ共和国	30	y	29	y	32	y	29	x	68	x	28	x	61	61	62	24	1	-	75	83	x	79	x	92	x,y	92	x,y	-	-		
チャド	39	37	41	30	67	8	12	12	12	38	10	49	x	45	54	69	71	72	71	-	-	-	-	-	-	-	2				
チリ	6	7	5	-	-	-	99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
中国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
コロンビア	4	4	3	5	23	7	97	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2						
コモロ	28	y	25	y	32	y	10	32	12	87	87	87	-	-	-	-	-	29	43	-	-	-	-	-	-	-	3				
コンゴ	14	13	15	7	27	6	96	96	96	-	-	-	-	-	-	-	45	56	83	83	83	82	-	-							
クック諸島	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
コスタリカ	2	2	2	7	x	-	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	x	46	x,y	52	x,y	39	x,y	-	-				
コートジボワール	29	y	27	y	31	y	7	27	4	72	73	71	37	10	82	79	29	43	87	88	85	-	-	-	-						
クロアチア	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
キューバ	-	-	-	5	26	11	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	5	y	4	y	36	37	35	-	-						
キプロス	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
チエコ	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
朝鮮民主主義人民共和国	4	5	4	-	-	-	100	x	100	x	100	x	-	-	-	-	-	4	4	59	63	55	-	-							
コンゴ民主共和国	27	22	31	10	37	6	25	24	25	-	-	-	-	-	-	-	69	75	82	82	81	-	-	13							
デンマーク	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
ジブチ	-	-	-	2	x	5	x	-	92	x	93	x	91	x	93	x	43	-	51	x	-	-	72	x,y	73	x,y	71	x,y	-	-	
ドミニカ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
ドミニカ共和国	7	8	6	12	36	8	88	88	88	-	-	-	-	-	-	-	-	3	63	64	61	-	1								
エクアドル	-	-	-	3	20	-	82	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
エジプト	5	6	4	2	17	0	x	99	100	99	87	87	14	y	28	38	-	46	y	93	93	93	-	-							
エルサルバドル	10	9	11	6	26	-	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	10	52	55	50	-	-								
赤道ギニア	-	-	-	9	x	30	x	4	x	54	53	54	-	-	-	-	-	56	x	57	x	-	-	-							
エリトリア	-	-	-	13	x	41	x	2	x	-	-	-	83	33	85	82	60	x	51	x	-	-	-	-							
エストニア	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
エスワティニ	8	y	8	y	7	y	1	5	1	54	51	56	-	-	-	-	-	29	32	88	89	88	-	-							
エチオピア	49	y	51	y	46	y	14	40	5	3	3	3	65	16	87	79	33	60	-	-	-	-	-	-	5						
フィジー	-	-	-																												

表11 子どもの養護指標

国・地域	児童労働(%) ^a 2010~2018*			児童婚(%) ^a 2012~2018*			出生登録(%) ^a 2010~2018*			女性器切除(%) ^a 2010~2018*		妻に対する ドメスティック・ バイオレンスの 正当化(%) ^a 2012~2018*		子どもに対する 暴力的なしつけ(%) ^a 2012~2018*		子どもへの 性暴力(%) 2012~2018*				
										態度		実施率								
	全	男	女	15歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	全	男	女	女性 ^a	女子 ^b	男	女	男	女	全	男	女	男	女
フィンランド	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
フランス	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガボン	20 y	19 y	17 y	6	22	5	90	91	88	-	-	-	-	47	58	-	-	-	-	9
ガンビア	-	-	-	9	30	1	72	73	71	75	56	-	33	42	58	90 x,y	90 x,y	91 x,y	-	0
ジョージア	2	2	1	1 x	14 x	-	100	100	100	-	-	-	-	-	5 x	67 x,y	70 x,y	63 x,y	-	-
ドイツ	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ガーナ	20 y	19 y	21 y	5	21	2	71	71	70	4	1	-	93 x	20	35	94 x,y	94 x,y	94 x,y	-	10 x
ギリシャ	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グレナダ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
グアテマラ	-	-	-	6	30	10	96 y	-	-	-	-	-	-	-	12	14	-	-	-	1 4
ギニア	24	24	25	19	51	2	75	75	75	97	45	38	22	-	60	89	90	89	-	-
ギニアビサウ	36	36	37	6	24	2	24	24	24	45	29	-	81	37	40	82	83	82	-	-
ガイアナ	11	10	12	4	30	9	89	88	89	-	-	-	-	14	10	70	74	65	-	-
ハイチ	36 y	44 y	26 y	2	15	2	85	84	85	-	-	-	-	15	23	83	84	82	-	5
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	-	-	-	8	34	12	94	94	94	-	-	-	-	18	15	-	-	-	-	5
ハンガリー	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アイスランド	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
インド	-	-	-	7	27	4	80	79	80	-	-	-	-	35	41	-	-	-	-	1
インドネシア	-	-	-	1	11	5	72 y	-	-	49 y	-	-	48 y	45	-	-	-	-	-	-
イラン	-	-	-	3 x	17 x	-	99 y	99 y	99 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イラク	6 y	6 y	6 y	7	28	-	99	99	99	7	1	-	94	-	31	81	82	80	-	-
アイルランド	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イスラエル	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
イタリア	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ジャマイカ	3	3	2	1 x	8 x	-	98	-	-	-	-	-	-	-	17	85 x,y	87 x,y	82 x,y	-	2 y
日本	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ヨルダン	2	2	1	0	8	-	99	99	99	-	-	-	-	64 y	63 y	90 y	91 y	89 y	-	-
カザフスタン	-	-	-	0	7	0 x	100	100	100	-	-	-	-	8	53	55	50	-	-	-
ケニア	-	-	-	4	23	3	67	67	66	21	3	89	93	37	45	-	-	-	2	4
キリバス	-	-	-	3 x	20 x	5 x	94 x	95 x	93 x	-	-	-	-	65 x	77 x	81 x,y	-	-	-	-
クウェート	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
キルギス	16	18	14	1	12	0	98	98	98	-	-	-	-	-	22	57	60	54	-	-
ラオス	12	11	14	7	33	11	73	73	73	-	-	-	-	17	30	69	70	68	-	-
ラトビア	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
レバノン	-	-	-	1 x	6 x	-	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	-	22 x,y	82 x,y	82 x,y	82 x,y	-	-
レソト	-	-	-	1	17	1	43	42	44	-	-	-	-	49	48	-	-	-	-	-
リベリア	14	15	13	9	36	5	25 y	25 y	24 y	44	-	-	55	29	45	90 x,y	90 x,y	90 x,y	-	4 x
リビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リヒテンシュタイン	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルクセンブルク	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マダガスカル	-	-	-	12	41	13	83	83	83	-	-	-	-	44	47	-	-	-	-	-
マラウイ	19	20	19	9	42	7	6 y	6 y	5 y	-	-	-	-	24	21	72	73	72	-	4
マレーシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71 y	74 y	67 y	-	-	-
モルディブ	-	-	-	0 x	4 x	1 x	93 x	93 x	92 x	-	-	-	-	33 y	35 y	-	-	-	-	-
マリ	37	40	35	18	50	3	87	88	87	83	73	22 x	14	54	68	73	73	73	-	-
マルタ	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
マーシャル諸島	-	-	-	6 x	26 x	12 x	84	85	82	-	-	-	-	71 x	47 x	-	-	-	-	-
モーリタニア	17 y	17 y	18 y	18	37	2	66 y	66 y	66 y	67	51	19 x	50	18	26	80	80	80	-	-
モーリシャス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
メキシコ	5	6	4	4	26	-	95	96	95	-	-	-	-	-	6	63	63	63	-	-
ミクロネシア連邦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モナコ	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モンゴル	17	18	15	0	5	3	99	99	99	-	-	-	-	9 x	14 x	49	52	46	-	-
モンテネグロ	9	10	9	1	5	0	99	100	99	-	-	-	-	5	2	69	73	66	-	-
モントセラト	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
モロッコ	-	-	-	1 x	13 x	-	96 y	-	-	-	-	-	-	-	64 x	91 x,y	92 x,y	90 x,y	-	-
モザンビーク	-	-	-	17	53	10	55	54	56	-	-	-	-	21	14	-	-	-	0	2
ミャンマー	-	-	-	2	16	5	81	82	81	-	-	-	-	57	53	77 y	80 y	75 y	-	1
ナミビア	-	-	-	2	7	1	78 y	-	-	-	-	-	-	30	28	-	-	-	-	1
ナウル	-	-	-	2 x	27 x	12 x	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ネバール	22	20	23	7	40	10	56	57	55	-	-	-	-	31	33	82	83	81	-	3

表 11 子どもの養護指標

国・地域	児童労働(%) ^a 2010~2018*			児童婚(%) ^a 2012~2018*			出生登録(%) ^a 2010~2018*			女性器切除(%) ^a 2010~2018*		妻に対する ドメスティック・ バイオレンスの 正当化(%) ^a 2012~2018*		子どもに対する 暴力的なしつけ(%) ^a 2012~2018*			子どもへの 性暴力(%) 2012~2018*		
										実施率	態度		慣習廃止を 希望 ^c						
	全	男	女	15歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	全	男	女		女性 ^b	女子 ^b	男	女	男	女	全	男	
オランダ	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニュージーランド	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ニカラグア	-	-	-	10	35	19	85	-	-	-	-	-	-	19 x,y	-	-	-	-	
ニジェール	34 y	34 y	34 y	28	76	6	64	65	62	2	2 y	91	82	41	54	82 y	82 y	81 y	-
ナイジェリア	31	32	31	18	44	3	47	47	47	18	13	62	68	25	30	85	86	84	4
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
北マケドニア	8 y	8 y	7 y	1 x	7 x	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	14 x	69 x,y	71 x,y	67 x,y
ノルウェー	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
オマーン	-	-	-	1	4	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	10	-	-	-	
パキスタン	-	-	-	3	21	3	34	34	33	-	-	-	-	58 p,y	51 y	-	-	-	-
パラオ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
パナマ	-	-	-	7	26	-	96	95	96	-	-	-	-	-	9	45	47	43	3
パプアニューギニア	-	-	-	2 x	21 x	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
パラグアイ	18	20	13	4	22	-	69 y	69 y	69 y	-	-	-	-	-	7	52	55	49	-
ペルー	15	14	15	3	19	-	98 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
フィリピン	-	-	-	2	17	3 x	92	92	91	-	-	-	-	-	12	-	-	-	2
ポーランド	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ポルトガル	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
カタール	-	-	-	0	4	1	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	22	6 y	50 y	53 y	46 y	
韓国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
モルドバ	-	-	-	0	12	1	100	99	100	-	-	-	-	14	13	76 y	77 y	74 y	5 x
ルーマニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ロシア連邦	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ルワンダ	19 y	17 y	21 y	0	7	1	56	56	56	-	-	-	-	24	45	-	-	0	10
セントクリストファー・ ネービス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セントルシア	3 y	5 y	2 y	1	8	-	92	91	93	-	-	-	-	15	68 y	71 y	64 y	-	
セントビンセント・ グレナディーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サモア	-	-	-	1	11	2	59	59	58	-	-	-	-	28	34	-	-	-	
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
サントメ・プリンシペ	18	17	19	8	35	3	95	96	95	-	-	-	-	19	24	80	80	79	3 x
サウジアラビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
セネガル	23	27	19	8	29	1	77	79	76	24	14	79	81	43	48	-	-	-	2
セルビア	7	8	6	0	3	1 x	99	99	100	-	-	-	-	-	2	43	44	42	-
セーシェル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
シエラレオネ	39 y	39 y	38 y	13	30	7	81	82	81	86	8	40	27	29	44	87	87	86	0 2
シンガポール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
スロバキア	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
スロベニア	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ソロモン諸島	18 y	17 y	19 y	6	21	4	88	87	89	-	-	-	-	60	78	86 y	86 y	85 y	-
ソマリア	-	-	-	8 x	45 x	-	3 x	3 x	3 x	98 x	46 x,y	-	33 x	-	75 x,y	-	-	-	
南アフリカ	4 y	4 y	3 y	1 x	6 x	-	89 y	-	-	-	-	-	-	14	7	-	-	-	
南スーダン	-	-	-	9 x	52 x	-	35	35	36	-	-	-	-	72 x	-	-	-	-	
スペイン	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
スリランカ	-	-	-	1	10	-	97 x	97 x	97 x	-	-	-	-	54 x,y	-	-	-	-	
パレスチナ	9 y	10 y	8 y	1	15	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	92	93	92	-
スードン	18	20	16	12	34	-	67	69	66	87	30	64	53	-	36	64	65	63	-
スリナム	4 y	4 y	4 y	5 x	19 x	-	99	99	99	-	-	-	-	19 x	86 x,y	87 x,y	85 x,y	-	
スウェーデン	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	4 y 13 y	
スイス	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
シリア	-	-	-	3 x	13 x	-	96 x	96 x	96 x	-	-	-	-	-	89 x,y	90 x,y	88 x,y	-	
タジキスタン	-	-	-	0	9	-	96	96	96	-	-	-	-	44	69	70	68	0	
タイ	-	-	-	4	23	10	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	9	9	75	77	73	-
東ティモール	-	-	-	3	15	1	60	60	61	-	-	-	-	48	69	-	-	-	3
トーゴ	23	23	22	6	22	3	78	79	77	5	0	96	95	19	26	81	81	80	4
トケラウ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
トンガ	-	-	-	0	6	6	93	94	93	-	-	-	-	29	27	-	-	-	
トリニダード・トバゴ	1 y	1 y	1 y	3 x	11 x	-	97	97	97	-	-	-	-	8 x	77 x,y	79 x,y	75 x,y	-	25 y
チユニジア	2 y	3 y	1 y	0	2	-	99	99	100	-	-	-	-	27	93 y	94 y	92 y	-	
トルコ	-	-	-	1	15	-	99 y	99 y	99 y	-	-	-	-	10	-	-	-	-	
トルクメニスタン	0	0	0	0	6	-	100	100	100	-	-	-	-	17	37 y	39 y	34 y	-	
ターカス・カイコス諸島	-	-	-	0 x	10 x	0 x	50 x	49 x	51 x	-	-	-	-	83 x	69 x	-	-	-	
ツバル	-	-	-	0 x	10 x	0 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ウガンダ	18	17	19	7	34	6	32	32	32	0	1	-	83	53	58	85	85	1	5

表 11 子どもの養護指標

国・地域	児童労働(%) ^a 2010~2018*			児童婚(%) ^b 2012~2018*			出生登録(%) ^c 2010~2018*			女性器切除(%) ^d 2010~2018*	妻に対する ドメスティック・ バイオレンスの 正当化(%) ^e 2012~2018*	子どもに対する 暴力的なしつけ(%) ^f 2012~2018*	子どもへの 性暴力(%) 2012~2018*							
										実施率	態度	慣習廃止を 希望 ^g	実施率	態度	慣習廃止を 希望 ^g	実施率	態度	慣習廃止を 希望 ^g		
	全体	男	女	15歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	18歳 までに 結婚	全体	男	女	女性 ^h	女子 ⁱ	男	女	男	女	全体	男	女	男	女
ウクライナ	3 y	3 y	3 y	0	9	4	100	100	100	-	-	-	-	2	2	61 y	68 y	55 y	-	2 x
アラブ首長国連邦	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
英國	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
タンザニア	24	25	24	5	31	4	26	28	25	10	0	89 x	95	50	59	-	-	-	-	7
米国	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウルグアイ	4	5	3	1	25	-	100	100	100	-	-	-	-	-	3	55 y	58 y	51 y	-	-
ウズベキスタン	-	-	-	0 x	7 x	1 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	63 x	63 x	-	-	-	-	-
バヌアツ	16 y	15 y	16 y	3	21	5	43 y	44 y	43 y	-	-	-	-	63	56	84 y	83 y	84 y	-	-
ベネズエラ	-	-	-	-	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベトナム	13	13	14	1	11	3 x	96	96	96	-	-	-	-	-	28	68	72	65	-	-
イエメン	-	-	-	9	32	-	31	31	30	19	15	-	75	-	49	79 y	81 y	77 y	-	-
ザンビア	23	23	23	6	31	2	11	12	11	-	-	-	-	41	49	-	-	-	-	5
ジンバブエ	-	-	-	4	32	1	38	-	-	-	-	-	-	49	54	63	63	62	-	6
地域別等要約																				
東アジア・太平洋諸国	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ヨーロッパ・中央アジア	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
東ヨーロッパ・中央アジア	-	-	-	1	11	-	99	99	99	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-
西ヨーロッパ	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	-	-	-	4	25	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中東・北アフリカ	5	5	4	4	18	-	92	92	92	-	-	-	-	-	44	87	88	86	-	-
北アメリカ	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
南アジア	-	-	-	8	30	4	65	65	65	-	-	-	-	39	42	-	-	-	-	2
サハラ以南のアフリカ	29	29	29	12	37	4	46	45	44	35	13	-	73	36	44	81	82	81	-	6
東部・南部アフリカ	27	27	26	9	34	5	40	36	35	42	11	-	81	35	44	-	-	-	-	5
西部・中部アフリカ	31	30	31	15	40	4	53	53	52	29	15	68	66	37	45	83	84	82	-	6
後発開発途上国	29	29	29	12	39	6	40	40	40	-	-	-	-	43	48	80	81	79	-	5
世界	-	-	-	5	21	-	73	75	74	-	-	-	-	-	37	38	-	-	-	-

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか <data.unicef.org/regionalclassifications> を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

児童労働 - 調査時点で児童労働に従事している5~17歳の子どもの割合。以下の条件を満たした時、子どもは児童労働に従事していると見なされる。(a) 調査対象週間に経済活動を1時間以上行ったが、無給で家の雑務を21時間を超えて行ったか、いずれかまたは両方を行った5~11歳の子ども。(b) 調査対象期間に経済活動を14時間以上行ったが、無給で家の雑務を21時間を超えて行ったか、いずれかまたは両方を行った12~14歳の子ども。(c) 調査対象週間に経済活動を43時間以上行った15~17歳の子ども。

児童婚 - 15歳になる前に最初の結婚をしたか、または事実婚状態となつた20~24歳の女性の割合。18歳になる前に最初の結婚をした、または事実婚状態となつた20~24歳の女性の割合。18歳になる前に最初の結婚をした、または事実婚状態となつた20~24歳の男性の割合。

出生登録 - 調査時点で出生登録されていた5歳未満の子どもの割合。この指標の分子（件数）には、聞き取り調査員が実際に確認したか否かに関わらず、出生証明書があると回答があつた子どもが含まれるほか、出生登録書はないがその母親または養育者が出生登録を行つたと回答があつた子どもが含まれる。

データの主な出典

児童労働 - 人口保健調査（DHS）、複数指指数クラスター調査（MICS）およびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

児童婚 - DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：(女) 2019年3月、(男) 2019年8月。

出生登録 - DHS、MICS、その他の国別調査、国勢調査および出生登録システム。最終更新：2019年3月。

女性器切除 - DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：(a) 2019年3月、(b, c) 2019年8月。

妻に対するドメスティック・バイオレンスの正当化 - DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：2019年8月。

子どもに対する暴力的なしつけ - DHS、MICS およびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

子どもへの性暴力 - DHS およびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

注

- データなし。
- p 少数の分母（件数）に基づく（一般的には25~49の重み付け未実施の事例）。重み付け未実施の事例が25未満の場合、そのデータは表示されない。
- v これらの国の住民登録システムが完全なものでありすべての生存・死亡に関するデータ（出生を含む）が登録されていることを前提に、100パーセントを推計値とした。出典：国連経済社会局、国連統計部。最終更新：2017年12月。
- x データが列の見出しで指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。

y データが標準的な定義によらないもの。または国内の一部地域のみに関するもの。対象期間に該当する場合、こうしたデータは地域別および世界全体の平均値の計算に含まれる。

+ これらの推計値の算出方法や変更点に関する詳細な説明については、180ページの「データについての一般的留意事項」を参照。

* データが列の見出しで指定された期間内入手できた最も新しい年次のものを参照している。

イタリック体のデータは、この表に掲載された同一項目下のその他数値とは異なり、より古い出典から得られたもの。こうした相違の原因として、直近のデータソースで当該数値が明らかになつてないかつたり、各数値を含むデータベースが異なる日付で更新されている事例などがある。

表 12 社会的養護と公平性指標

国・地域	現金給付を受け取る新生児を抱える母親(%) 2010~2018*	社会的養護の対象となっている子どもの割合 2010~2018*	社会的養護給付/支援の配分 (%, 2010~2016*)			世帯所得分布 (%, 2010~2018*)			ジニ係数 2010~2018*	所得格差の バルマ指數 2010~2018*	国民1人 当たりの名目 GDP(米ドル) 2010~2018*
			下位40% (第1&2五分位)	上位20% (第5五分位)	下位20% (第1五分位)	下位40% (第1&2五分位)	上位20% (第5五分位)	下位20% (第1五分位)			
アフガニスタン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	556.3
アルバニア	-	-	28.2	30.3	13.5	-	37.8	8.9	29.0	-	4532.9
アルジェリア	11.2	-	-	-	-	-	37.2	9.4	27.6	-	4048.3
アンドラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39134.4
アンゴラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.2	4095.8
アンギラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンティグア・バーブーダ	40.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15824.7
アルゼンチン	34.0	84.6	16.7	39.6	6.7	15.3	46.0	5.2	40.6	2.4	14591.9
アルメニア	61.0	21.4	37.7	23.1	17.8	20.8	42.4	8.4	33.6	1.2	3914.5
オーストラリア	-	100.0	-	-	-	18.8	43.0	6.8	35.8	-	54093.6
オーストリア	100.0	100.0	-	-	-	21.1	38.4	7.9	30.5	-	47380.8
アゼルバイジャン	14.0	-	29.4	32.4	17.3	-	-	-	-	-	4147.1
バハマ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31857.9
バーレーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23715.5
バングラデシュ	20.9	29.4	20.0	52.7	8.7	21.0	41.4	8.6	32.4	1.3	1564.0
バルバドス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16327.6
ベラルーシ	-	-	37.3	21.8	16.9	24.1	35.5	9.9	25.4	0.9	5761.7
ベルギー	100.0	100.0	-	-	-	22.6	36.5	8.6	27.7	-	43507.2
ベリーズ	-	-	40.4	32.5	18.9	-	-	-	-	-	4956.8
ベナン	-	-	-	-	-	-	52.1	3.2	47.8	-	827.4
ブータン	-	-	16.5	41.1	1.3	-	44.4	6.7	37.4	1.8	3390.7
ボリビア	51.5	65.0	29.3	37.3	14.5	-	-	-	-	-	3351.1
ボスニア・ヘルツェゴビナ	-	-	27.8	29.0	11.8	-	40.7	7.5	33.0	-	5394.6
ボツワナ	-	5.5	28.5	28.6	12.8	-	58.5	3.9	53.3	-	7893.7
ブラジル	45.0	96.8	12.6	51.7	4.2	-	57.8	3.2	53.3	4.3	9880.9
英領バージン諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルネイ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28572.1
ブルガリア	100.0	48.6	-	-	-	17.8	43.9	6.0	37.4	-	8228.0
ブルキナファソ	0.4	-	3.8	69.5	1.5	-	44.3	8.3	35.3	1.9	642.0
ブルンジ	-	-	-	-	-	-	46.3	6.9	38.6	-	293.0
カーボベルデ	-	31.5	-	-	-	-	-	-	-	-	3295.3
カンボジア	1.5	-	8.7	46.9	0.1	-	-	-	-	1.5	1385.3
カムルーン	0.6	0.4	2.9	59.4	0.7	-	51.7	4.5	46.6	-	1421.6
カナダ	100.0	39.7	-	-	-	18.9	40.7	6.6	34.0	-	45069.9
中央アフリカ共和国	-	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	471.6
チャド	-	-	15.2	45.7	1.6	-	48.8	4.9	43.3	-	664.3
チリ	44.0	93.1	17.1	48.8	7.6	-	52.9	5.2	46.6	3.5	15037.4
中国	64.9	2.2	9.2	51.1	3.0	17.0	45.4	6.4	38.6	2.1	8759.0
コロンビア	-	27.3	6.7	71.7	3.0	12.4	54.8	4.1	49.7	4.5	6375.9
コモロ	-	-	-	-	-	-	50.4	4.5	45.3	-	1312.4
コンゴ	-	-	-	-	-	-	53.7	4.2	48.9	-	1702.6
クック諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コスタリカ	-	17.7	13.1	61.2	5.3	12.8	54.0	4.4	48.3	3.3	11752.5
コートジボワール	-	-	16.3	52.8	6.6	-	47.8	5.7	41.5	-	1557.2
クロアチア	100.0	-	29.1	30.5	13.1	20.4	38.4	7.3	31.1	-	13383.7
キューバ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8541.2
キプロス	100.0	60.3	-	-	-	20.0	42.1	7.9	34.0	-	25760.8
チエコ	100.0	-	-	-	-	24.4	35.9	9.7	25.9	-	20379.9
朝鮮民主主義人民共和国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コンゴ民主共和国	-	1.3	8.2	63.9	3.4	-	48.4	5.5	42.1	-	467.1
デンマーク	100.0	100.0	-	-	-	23.3	37.7	9.4	28.2	-	57218.9
ジブチ	-	-	22.3	43.3	10.3	-	47.6	5.4	41.6	-	1953.9
ドミニカ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6951.3
ドミニカ共和国	-	-	20.4	44.6	8.5	13.9	51.5	4.9	45.7	2.7	7222.6
エクアドル	-	6.7	14.0	61.6	6.7	14.1	50.1	4.7	44.7	3.1	6213.5
エジプト	100.0	-	15.6	53.5	7.2	21.9	41.5	9.1	31.8	-	2440.5
エルサルバドル	-	-	7.2	70.9	2.4	17.4	44.7	6.4	38.0	3.0	3902.2
赤道ギニア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9738.4
エリトリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	811.4
エストニア	100.0	100.0	-	-	-	20.0	40.4	7.5	32.7	-	20200.4
エスワティニ	-	-	24.7	36.9	13.7	-	-	-	-	3.5	3941.9
エチオピア	-	-	-	-	-	17.6	46.7	6.6	39.1	1.4	768.0
フィジー	-	-	22.8	34.3	9.5	-	44.7	7.5	36.7	2.2	6006.4
フィンランド	100.0	100.0	-	-	-	23.4	36.7	9.4	27.1	-	45804.7

表 12 社会的養護と公平性指標

表 12 社会的養護と公平性指標

国・地域	現金給付を受け取る新生児を抱える母親(%) 2010~2018*	社会的養護の対象となっている子どもの割合 2010~2018*	社会的養護給付/支援の配分 (%、2010~2016*)			世帯所得分布 (%、2010~2018*)			ジニ係数 2010~2018*	所得格差の バルマ指數 2010~2018*	国民1人 当たりの名目 GDP(米ドル) 2010~2018*
			下位40% (第1&2五分位)	上位20% (第5五分位)	下位20% (第1五分位)	下位40% (第1&2五分位)	上位20% (第5五分位)	下位20% (第1五分位)			
ニカラグア	-	-	9.3	56.1	2.5	-	52.1	5.1	46.2	-	2168.2
ニジェール	-	4.2	12.2	51.6	5.5	-	42.4	7.8	34.3	-	375.9
ナイジェリア	0.1	-	8.7	68.6	2.2	-	-	-	-	3.0	1968.6
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北マケドニア	-	-	-	-	-	17.3	41.1	5.6	35.6	2.3	5417.6
ノルウェー	100.0	100.0	-	-	-	23.1	36.5	9.0	27.5	-	75704.2
オマーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15170.4
パキスタン	-	-	11.9	58.2	5.1	21.1	42.8	8.9	33.5	-	1466.8
パラオ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16274.9
パナマ	-	37.3	14.3	55.1	5.7	11.5	54.2	3.4	49.9	3.6	15166.1
パプアニューギニア	-	-	33.0	52.4	4.5	-	-	-	-	-	2640.2
パラグアイ	3.0	32.8	11.8	61.2	4.6	13.2	54.0	4.6	48.8	3.7	5680.6
ペルー	-	-	10.3	63.2	5.4	14.4	48.4	4.7	43.3	2.9	6700.8
フィリピン	11.0	13.6	26.1	46.7	12.9	-	47.3	6.6	40.1	2.2	2981.9
ボーランド	100.0	100.0	26.1	30.0	11.5	21.3	39.5	8.5	30.8	1.3	13861.1
ボルトガル	100.0	93.1	-	-	-	18.7	42.7	6.7	35.5	-	21291.4
カタール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61264.4
韓国	-	-	-	-	-	20.3	39.0	7.3	31.6	-	29742.8
モルドバ	-	-	36.5	20.8	15.9	24.1	36.1	10.0	25.9	1.3	2724.5
ルーマニア	100.0	100.0	25.1	32.3	9.6	16.9	40.7	5.1	35.9	1.0	10793.0
ロシア連邦	63.0	100.0	28.8	23.8	9.5	18.0	45.3	6.9	37.7	1.9	10750.6
ルワンダ	-	-	27.0	42.9	12.7	15.8	50.8	6.0	43.7	3.2	762.5
セントクリストファー・ネービス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントルシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セントビンセント・グレナディーン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7149.6
サモア	-	-	25.1	42.2	11.0	-	46.4	6.8	38.7	-	4307.8
サンマリノ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48494.6
サントメ・プリンシペ	-	-	-	-	-	21.1	39.5	8.4	30.8	-	1811.0
サウジアラビア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20803.7
セネガル	-	4.0	3.2	66.3	1.2	-	46.9	6.1	40.3	1.9	1367.2
セルビア	-	-	30.1	28.0	13.4	22.5	37.7	9.0	28.5	1.1	6284.2
セーシェル	-	-	-	-	-	-	53.0	5.4	46.8	-	15683.7
シェラレオネ	-	-	-	-	-	-	42.4	7.9	34.0	1.5	499.4
シンガポール	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60297.8
スロバキア	100.0	100.0	27.9	18.4	10.5	23.1	35.0	8.5	26.5	0.9	17579.3
スロベニア	96.0	79.4	-	-	-	24.1	35.1	9.6	25.4	-	23449.6
ソロモン諸島	-	-	-	-	-	-	44.6	7.0	37.1	-	2077.1
ソマリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	488.6
南アフリカ	-	75.1	37.1	31.6	18.5	7.2	68.2	2.4	63.0	7.1	6120.5
南スーダン	-	-	17.1	55.9	3.9	-	-	-	-	-	283.5
スペイン	100.0	100.0	-	-	-	17.5	42.1	5.8	36.2	-	28208.3
スリランカ	-	-	15.7	49.3	6.0	-	47.6	7.0	39.8	1.6	4104.6
パレスチナ	-	-	39.3	13.1	18.8	19.2	41.1	7.3	33.7	1.5	3254.5
スードン	-	-	33.0	22.9	18.0	-	-	-	-	1.4	3015.0
スリナム	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5379.1
スウェーデン	100.0	100.0	-	-	-	22.1	37.6	8.2	29.2	-	53253.5
スイス	100.0	100.0	-	-	-	20.3	40.2	7.8	32.3	-	80333.4
シリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
タジキスタン	59.5	6.4	35.3	25.8	17.0	-	41.7	7.4	34.0	1.2	806.0
タイ	-	18.9	17.5	48.9	8.4	18.4	44.1	7.3	36.5	1.8	6578.2
東ティモール	-	30.7	8.8	88.0	5.3	-	38.4	9.4	28.7	-	2000.6
トーゴ	-	49.0	2.3	86.2	0.0	-	48.6	5.0	43.1	1.8	619.1
トケラウ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
トンガ	-	-	5.0	44.9	0.0	-	45.4	6.8	37.6	-	4217.5
トリニダード・トバゴ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16076.1
チュニジア	-	48.3	37.3	19.7	19.8	20.1	40.9	7.8	32.8	1.5	3494.3
トルコ	-	-	16.7	38.7	6.1	15.6	48.3	5.7	41.9	1.9	10499.7
トルクメニスタン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6587.1
タークス・カイコス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25933.6
ツバル	-	-	-	-	-	17.4	46.4	6.6	39.1	-	3572.6
ウガンダ	-	-	11.4	68.2	0.9	-	49.8	6.1	42.8	2.3	631.5
ウクライナ	100.0	100.0	32.0	25.7	14.0	24.5	35.1	10.1	25.0	0.9	2640.7
アラブ首長国連邦	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40325.4
英國	100.0	100.0	-	-	-	19.7	40.6	7.5	33.2	-	39932.1

表 12 社会的養護と公平性指標

国・地域	現金給付を受け取る新生児を抱える母親(%) 2010~2018*	社会的養護の対象となっている子どもの割合 2010~2018*	社会的養護給付/支援の配分 (%, 2010~2016*)			世帯所得分布 (%, 2010~2018*)			ジニ係数 2010~2018*	所得格差のバルマ指數 2010~2018*	国民1人当たりの名目GDP(米ドル) 2010~2018*
			下位40% (第1&2五分位)	上位20% (第5五分位)	下位20% (第1五分位)	下位40% (第1&2五分位)	上位20% (第5五分位)	下位20% (第1五分位)			
タンザニア	0.3	-	7.0	70.8	3.1	-	45.8	7.4	37.8	-	1004.8
米国	-	-	-	-	-	15.2	46.9	5.0	41.5	-	59927.9
ウルグアイ	100.0	66.2	11.9	50.7	3.2	16.5	45.8	5.9	39.5	2.5	16437.2
ウズベキスタン	16.0	22.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1826.6
バヌアツ	-	-	-	-	-	17.8	44.8	6.7	37.6	-	2976.1
ベネズエラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16054.5
ベトナム	44.5	-	10.6	54.4	3.7	18.8	42.5	6.9	35.3	-	2365.6
イエメン	-	-	-	-	-	-	44.7	7.3	36.7	-	963.5
サンビア	-	21.1	1.3	75.5	0.3	8.9	61.3	2.9	57.1	4.8	1534.9
ジンバブエ	-	-	7.6	58.7	2.2	-	49.7	5.8	43.2	-	1602.4
地域別等要約											
東アジア・太平洋諸国	57.8	5.4	17.9	44.5	8.2	17.3	45.1	6.6	38.2	2.0	10,092.7
ヨーロッパ・中央アジア	85.8	93.2	-	-	-	19.7	41.4	7.4	33.7	-	23,451.8
東ヨーロッパ・中央アジア	62.8	84.1	26.8	29.0	10.5	18.9	43.1	7.3	35.4	1.6	8,000.9
西ヨーロッパ	100.0	99.6	-	-	-	20.2	40.1	7.5	32.4	-	36,682.3
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	32.3	62.8	13.3	56.6	5.5	14.5	53.2	4.4	47.8	3.6	9,271.8
中東・北アフリカ	51.6	-	-	-	-	-	42.7	7.9	34.3	-	7,497.5
北アメリカ	100.0	39.7	-	-	-	15.6	46.3	5.2	40.7	-	58,411.2
南アジア	38.9	-	-	25.7	18.5	21.0 [†]	43.9	8.2	35.1	1.4	1,864.8
サハラ以南のアフリカ	-	-	13.9	56.5	5.6	14.1	49.7	5.8	43.1	2.8	1,625.3
東部・南部アフリカ	-	-	21.8	47.2	9.9	-	51.3	5.7	44.5	2.8	1,879.2
西部・中部アフリカ	4.7	-	8.5	62.8	2.7	-	47.4	5.8	41.0	2.7	1,365.2
後発開発途上国	11.1	17.1	14.2	56.7	5.8	18.5	46.0	6.9	38.5	1.7	1,113.8
世界	47.1	33.1	24.1	39.5	11.3	18.2	45.6	6.9	38.1	2.0	10,046.2

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

現金給付を受け取る新生児を抱える母親(%) - 子どもを出産した女性のうち、出産給付金の対象となる女性の割合：当該年度内に出産した女性と、現金での出産給付金を受け取った女性との比率（推計値は、国連の世界人口予測で発表された年齢別出生率、または双子および三つ子の出産によって修正された出生数分に基づく）。

社会的養護の対象となっている子どもの割合 - 社会的養護の給付や支援の対象となっている子どもの割合：子どもまたは家族単位の現金給付を受け取っている子ども（または子どものいる世帯）と、子ども（または子どものいる世帯）の総数の比率。

社会的養護給付/支援の配分 - 人口集団全体に行きわたる給付や支援の総額に対し、第1五分位、下位40%（第1と第2）、第5五分位にそれぞれ配分される給付や支援の割合。社会的養護の実施には、次のようなものが含まれる。子どもを中心に支援を必要とする人にに対する現金給付を通じた社会的支援の提供。生産年齢層に属する人に対する給付や支援（出産、身体障害、職務中の怪我などが生じた者、または失業者）。高齢者に対する年金給付。

世帯所得分布 - 収入が最も多い20%（第5分位）の世帯が受け取った収入の割合、収入が最も少ない40%（第1と第2分位）の世帯が受け取った収入の割合、収入が最も少ない20%（第1分位）の世帯が受け取った収入の割合。

ジニ係数 - ジニ指数は、いすれかの経済環境における個人または世帯の収入（または消費支出となる場合もある）分布が、完全に平等な分布からどの程度乖離しているか測定する。ローレンツ曲線は、最も貧しい個人または世帯を開始点として、所得額の総計に対する累積比と、収入を得た人数の累積比によって描かれる。ジニ指数は、ローレンツ曲線と現実には存在しない絶対的平等を表す直線の間の面積を測定し、この直線の下にある最大面積に対する割合として表される。したがって、ジニ指数0は完全な平等を意味し、同指数100は完全な不平等を意味する。

所得格差のバルマ指數 - バルマ指數は、対象となる人口集団の最も裕福な上位10%の総所得を、最も貧しい下位40%の総所得で割ることで得られる比率と定義される。

国民1人当たりの名目GDP（米ドル） - 国民1人当たりの名目GDPは、国内総生産を年次人口数で割った値である。GDPは、いすれかの経済圏内に居住する全生産者が生み出した総価値と商品税を合計し、商品の価値に含まれない補助金を控除した金額である。これは有形・無形資産の減価償却または天然資源の枯渇および劣化を控除することなく算出される。名目GDPは米ドルベースで表示される。

データの主な出典

現金給付を受け取る新生児を抱える母親(%) - 国際労働機関「社会的養護に関するグローバル報告書」2017~2019年版。最終更新：2019年7月。

社会的養護の対象となっている子どもの割合 - 国際労働機関「社会的養護に関するグローバル報告書」2017~2019年版。最終更新：2019年7月。

社会的養護給付/支援の配分 - 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。最終更新：2019年5月。

世帯所得分布 - 世界開発指標（WDI）。最終更新：2019年7月。

ジニ係数 - 世界開発指標（WDI）。最終更新：2019年7月。

所得格差のバルマ指數 - 世界銀行「グローバル・モニタリング・レポート」（2014~2015年）。最終更新：2015年。

国民1人当たりの名目GDP（米ドル） - 世界開発指標（WDI）。最終更新：2019年7月。

注

- データなし。

* データが列の見出しで指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

† インドを除く。

表 13 WASH (水と衛生) 指標

表 13 WASH (水と衛生) 指標

国・地域	家庭								学校								医療/保健施設						
	最低限の基礎的飲用水サービス(%) 2017			最低限の基礎的衛生設備(トイレ)サービス(%) 2017			基礎的な衛生習慣設備(%) 2017		基礎的な飲用水サービス(%) 2016			基礎的な衛生設備(トイレ)サービス(%) 2016			基礎的な衛生習慣サービス(%) 2016			基礎的な飲用水サービス(%) 2016		基礎的な衛生設備サービス(%) 2016		基礎的な衛生習慣サービス(%) 2016	
	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	初等教育	中等教育	全体	初等教育	中等教育	全体	初等教育	中等教育	全体	全体	全体	全体	全体
エストニア	100	100	99	99	99	99	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	100	100	100
エスワティニ	69	97	60	58	51	61	24	48	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
エチオピア	41	80	31	7	20	4	8	23	4	—	—	—	—	—	—	—	6	5	7	30	59	—	64
フィジー	94	98	89	95	95	95	—	—	—	88	—	—	76	—	—	61	—	—	—	—	—	—	—
フィンランド	100	100	100	99	99	99	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
フランス	100	100	100	99	99	99	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
ガボン	86	90	55	47	49	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ガンビア	78	87	63	39	45	30	8	12	1	—	—	—	82	83	80	—	—	—	—	—	—	—	—
ジョージア	98	100	96	90	95	83	—	—	—	74	—	—	60	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—
ドイツ	100	100	100	99	99	99	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
ガーナ	81	93	68	18	24	12	41	45	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	71	—	—	51
ギリシャ	100	100	100	99	99	98	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
グレナダ	96	—	—	91	—	—	—	—	—	100	100	100	—	—	—	100	100	100	—	—	—	—	—
グアテマラ	94	98	90	65	79	51	77	83	70	—	—	—	76	76	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ギニア	62	86	49	23	34	17	17	26	13	10	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ギニアビサウ	67	84	53	21	37	8	6	9	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
ガイアナ	96	100	94	86	92	84	77	75	78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ハイチ	65	85	43	35	44	24	23	29	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
バチカン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ホンジュラス	95	99	89	81	85	76	—	—	—	59	65	52	82	—	—	12	5	21	58	1	—	—	—
ハンガリー	100	100	100	98	98	99	—	—	—	100	100	100	92	100	100	99	100	100	—	—	—	—	—
アイスランド	100	100	100	99	99	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
インド	93	96	91	60	72	53	60	80	49	69	68	75	73	72	79	54	55	53	—	—	—	—	—
インドネシア	89	95	82	73	80	65	64	72	55	66	65	68	34	31	41	42	43	40	80	—	—	—	66
イラン	95	97	89	88	92	79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イラク	97	99	91	94	97	88	95	96	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アイルランド	97	97	98	91	89	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
イスラエル	100	100	100	100	100	100	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
イタリア	99	99	99	99	99	99	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
ジャマイカ	91	96	85	87	86	90	—	—	—	83	94	69	83	94	69	83	94	69	—	—	—	—	—
日本	99	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ヨルダン	99	99	98	97	97	96	—	—	—	93	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
カザフスタン	96	98	92	98	97	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ケニア	59	85	50	29	35	27	25	32	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	66	—	—	33	—
キリバス	72	—	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
クウェート	100	—	—	100	—	—	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
キルギス	87	97	82	97	92	99	89	93	87	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—
ラオス	82	94	76	74	95	64	50	67	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33
ラトビア	99	99	98	92	96	83	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
レバノン	93	—	—	98	—	—	—	—	—	59	60	61	93	92	95	36	34	46	61	16	—	—	64
レソト	69	93	59	43	43	43	2	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
リベリア	73	84	62	17	28	6	1	2	1	42	—	—	43	—	—	50	—	—	3	36	67	—	—
リビア	99	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	95	—	—	13	—	—	—	—	—	—	43
リヒテンシュタイン	100	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
リトアニア	98	100	93	93	97	85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—
ルクセンブルク	100	100	99	98	97	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マダガスカル	54	86	36	11	18	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52	—	—	—	—	—	—	—
マラウイ	69	86	65	26	34	25	9	15	7	—	—	—	70	72	61	—	—	—	—	—	—	—	43
マレーシア	97	99	89	100	100	99	—	—	—	100	99	100	100	99	100	100	99	100	—	—	—	—	—
モルディブ	99	98	100	99	99	99	96	97	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55	15	80	30	—
マリ	78	92	68	39	53	29	52	70	39	—	—	—	20	17	20	—	—	—	—	—	—	—	—
マルタ	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マーシャル諸島	88	87	94	83	91	59	83	84	77	3	3	—	27	27	—	36	36	—	—	—	—	—	—
モーリタニア	71	89	50	48	75	19	43	55	29	—	—	—	27	27	26	—	—	—	81	—	—	—	25
モーリシャス	100	100	100	96	96	95	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
メキシコ	99	100	97	91	93	82	88	90	80	—	—	—	75	75	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ミクロネシア連邦	79	—	—	88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
モナコ	100	100	—	100	100	—	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
モンゴル	83	96	56	58	66	42	71	81	49	74	73	73	63	70	63	41	44	66	—	—	—	—	—

表 13 WASH (水と衛生) 指標

表 13 WASH (水と衛生) 指標

国・地域	家庭								学校								医療/保健施設					
	最低限の基礎的飲用水サービス(%) 2017		最低限の基礎的衛生設備(トイレ)サービス(%) 2017		基礎的な衛生習慣設備(%) 2017		基礎的な飲用水サービス(%) 2016		基礎的な衛生設備(トイレ)サービス(%) 2016		基礎的な衛生習慣サービス(%) 2016		基礎的な飲用水サービス(%) 2016		基礎的な衛生設備(トイレ)サービス(%) 2016		基礎的な衛生習慣サービス(%) 2016		基礎的な廃棄物管理サービス(%) 2016			
	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	都市部	農村部	全体	初等教育	中等教育	全体	初等教育	中等教育	全体	初等教育	中等教育	全体	全体	全体	全体
トーゴ	65	89	48	16	29	7	10	20	4	—	—	—	23	—	—	—	—	—	58	—	—	30
トケラウ	100	—	100	97	—	97	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
トンガ	100	100	100	93	97	92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
トリニダード・トバゴ	98	—	—	93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
チュニジア	96	100	89	91	95	81	79	90	54	70	70	—	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—
トルコ	99	99	100	97	100	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
トルクメニスタン	99	100	98	99	98	99	100	100	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ターカス・カイコス諸島	94	—	—	88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ツバル	99	100	99	84	83	86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ウガンダ	49	75	41	18	26	16	21	34	17	69	—	—	79	—	—	37	—	—	31	12	—	43
ウクライナ	94	91	99	96	97	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83	69	93	—	—	—	—
アラブ首長国連邦	98	—	—	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
英國	100	100	100	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
タンザニア	57	86	43	30	43	24	48	63	40	—	—	—	47	47	—	23	23	—	65	5	35	27
米国	99	100	97	100	100	100	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—
ウルグアイ	99	100	95	97	97	97	—	—	—	—	—	—	83	83	—	—	—	—	—	—	—	—
ウズベキスタン	98	100	96	100	100	100	—	—	—	90	90	89	92	93	91	89	90	89	—	—	—	—
バヌアツ	91	100	88	34	48	29	25	48	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ベネズエラ	96	—	—	94	—	—	—	—	—	97	97	—	90	90	—	—	—	—	—	—	—	—
ベトナム	95	99	93	84	94	78	86	93	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	—	—	—
イエメン	63	79	55	59	88	43	50	71	38	36	—	46	25	—	—	8	—	—	—	—	—	13
ザンビア	60	84	42	26	36	19	14	26	5	79	76	94	66	—	—	54	52	63	40	—	—	40
ジンバブエ	64	94	50	36	46	31	37	49	31	64	64	65	—	—	—	—	—	—	81	17	58	55
地域別等要約																						
東アジア・太平洋諸国	93	98	86	84	91	75	—	—	—	66	—	—	43	—	—	53	—	87	—	36	—	—
ヨーロッパ・中央アジア	98	99	97	97	98	93	—	—	—	97	99	98	95	99	99	93	97	98	—	—	—	—
東ヨーロッパ・中央アジア	96	97	94	94	97	88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	58	96	—
西ヨーロッパ	100	100	100	99	99	99	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	97	99	88	87	91	69	—	—	59	—	—	—	78	79	—	61	60	65	—	—	—	—
中東・北アフリカ	94	97	88	91	95	82	80	—	70	73	—	80	81	94	99	75	95	94	—	—	—	—
北アメリカ	99	100	97	100	100	100	—	—	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	—	—	—	—
南アジア	92	96	91	59	70	53	57	77	46	68	66	77	71	71	78	53	53	53	—	—	—	—
サハラ以南のアフリカ	61	84	46	31	45	22	25	37	17	—	—	—	—	—	—	21	—	—	51	23	—	40
東部・南部アフリカ	58	85	44	31	49	22	24	38	16	—	—	—	62	—	—	21	18	—	48	33	—	46
西部・中部アフリカ	64	84	48	30	41	21	26	35	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55	12	43	36
後発開発途上国	65	84	55	34	47	28	28	39	22	57	—	—	53	51	62	26	24	38	55	—	—	27
世界	90	97	81	74	85	59	60	—	46	69	66	75	66	63	72	53	53	55	74	—	—	—

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

最低限の基礎的飲用水サービスを利用する人の割合 - 改良された飲用の水源を利用してあり、列に並ぶ時間と含め、汲みに行くための往復時間が30分以内である人の割合。改良された飲用の水源には、配水管から引かれた水、掘削孔または管井戸、整備された掘抜き井戸、保全された湧水、雨水、容器に入つた水または配達された水が含まれる。

最低限の基礎的衛生設備（トイレ）サービスを利用する人の割合 - 近隣世帯と共にされていない、改良された衛生設備を使用している人の割合。改良された設備には、下水管システムでの水洗／注水式水洗、浄化槽もしくは竪穴式便所、換気付きの改良された竪穴式便所、バイオトイレまたは蓋付き竪穴式便所が含まれる。

基礎的衛生習慣設備がある人の割合 - 敷地内に水および石鹼がある手洗い設備が利用できる人の割合。

基礎的飲用水サービスがある学校の割合 - 調査実施時に改良された水源からの飲用水が利用できる学校の割合。

基礎的衛生設備（トイレ）サービスがある学校の割合 - 性別ごとに利用可能な、改良された衛生設備が利用できる学校の割合。

基礎的衛生習慣サービスがある学校の割合 - 敷地内に水および石鹼がある手洗い設備が利用できる学校の割合。

基礎的飲用水サービスがある医療または保健施設の割合 - 敷地内で改良された水源からの水が利用できる医療または保健施設の割合。

最低限の基礎的衛生設備（トイレ）サービスを利用できる医療または保健施設の割合 - 少なくとも1つのスタッフ専用トイレ、生理用衛生設備を備えた少なくとも1つの性別ごとのトイレ、および身体が不自由な人のための少なくとも1つのトイレが利用できる、改良された衛生設備がある医療または保健施設の割合。

基礎的衛生習慣サービスを利用できる医療または保健施設の割合 - 医療サービスを受ける場所でかつトイレから5メートル以内に効果的な手洗いのための衛生習慣設備（水、石鹼、アルコールベースの手指消毒剤のいずれかまたはすべてを備える）がある医療または保健施設の割合。

基礎的廃棄物管理サービスを利用できる医療または保健施設の割合 - 廃棄物が少なくとも3個のごみ容器に安全に分別できることに加えて、锐利物および感染性廃棄物を安全に処理し処分できる医療または保健施設の割合。

データの主な出典

学校の基礎的飲用水、衛生設備（トイレ）および衛生習慣サービス - 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）。最終更新：2019年7月。

家庭の基礎的飲用水、衛生設備（トイレ）および衛生習慣サービス - 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）。最終更新：2019年4月。

注

- データなし。

表 14 青少年指標

国・地域	青少年の人口 2018		健康				保護			教育と学習 2010～2017*				就労への移行 2010～2018*					
	10～19歳 (1,000人)	人口全体 に対する 割合 (%)	アルコール の利用 2016	タバコの 利用 (2013～2017*)	瘦身 2016	過体重 2016	親密な パートナー からの暴力 2010～2018*	いじめ 2010～2017*	算数能力の 習熟度	読み書き 能力の 習熟度	就学、就労、 職業訓練 なし (ニート)	失業	失業	失業	家の雑務 への従事				
	全体	全体	全体	全体	全体	全体	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
アフガニスタン	9,442	25	0	9	17	9	29	42	45	—	—	—	—	17	59	17	20	9	22
アルバニア	391	14	38	11	1	24	—	—	—	39	40	45	51	21	22	27	17	1	2
アレジエリア	6,242	15	2	9	6	29	—	48	55	18	21	15	28	—	—	32	38	1	1
アンドラ	—	—	64	—	1	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンゴラ	7,290	24	34	—	8	11	24	—	—	—	—	—	—	5	7	15	12	15	19
アンギラ	—	—	—	—	—	—	—	22	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アンティグア・バーブーダ	14	15	35	12 x	3	25	—	24 x	27 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
アルゼンチン	7,085	16	55	24 x	1	34	—	25	24	41	35	59	65	13	14	24	32	—	—
アルメニア	356	12	16	7 x	2	18	—	—	—	74	79	—	—	34	20	—	—	0	1
オーストラリア	3,029	12	69	—	1	33	—	—	—	78	78	77	87	—	—	19	15	—	—
オーストリア	876	10	68	—	2	26	—	—	—	81	75	79	88	10	5	11	12	—	—
アゼルバイジャン	1,311	13	13	7 x	3	18	12 x	—	—	58 x	51 x	22 x	32 x	—	—	13	15	—	—
バハマ	65	17	30	13	3	34	—	25	22	—	—	—	—	—	—	38	46	—	—
バーレーン	172	11	4	19	6	34	—	36	23	70	80	—	—	—	—	10	21	—	—
バングラデシュ	31,080	19	1	9	18	8	28 y	27	17	62	52	87	87	10	30	12	18	—	—
バルバドス	37	13	38	15	4	26	—	15	11	—	—	—	—	—	—	44	45	0	0
ベラルーシ	896	9	58	10	2	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0
ベルギー	1,285	11	66	—	1	23	—	—	—	81	79	78	83	4	4	19	20	—	—
ベリーズ	78	20	27	12	4	27	—	30	31	—	—	—	—	17	33	13	33	1	3
ベナン	2,638	23	15	5	7	11	—	47	52	—	—	—	—	10	20	3	5	18	33
ブータン	140	19	17	24	15	9	—	31	29	—	—	—	—	—	—	5	7	2	5
ボリビア	2,280	20	31	19 x	1	27	—	32	28	—	—	—	—	4	8	6	5	—	—
ボスニア・ヘルツェゴビナ	360	11	34	16	2	21	—	—	—	76 x	77 x	—	—	16	15	43	51	—	—
ボソワナ	453	20	19	24 x	6	16	—	53 x	52 x	75	84	70	87	24 x	32 x	34	51	—	—
ブラジル	32,143	15	27	8 y	3	26	—	—	—	33	26	44	53	16	22	34	44	—	—
英領バージン諸島	—	—	—	—	—	—	—	18 x	17 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ブルネイ	67	16	25	10	6	25	—	25	22	—	—	—	—	15	13	41	48	—	—
ブルガリア	654	9	54	29	2	27	—	—	—	57	59	50	68	12	15	—	—	—	—
ブルキナファソ	4,730	24	24	—	8	8	5	—	—	—	—	—	—	—	—	5	12	9	29
ブルンジ	2,526	23	19	19 x	7	10	38	—	—	—	—	—	—	3	3	3	—	20	30
カーボベルデ	100	18	21	13 x	7	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	47	—	—
カンボジア	3,041	19	19	2	11	10	7	23	22	14	18	31	44	9	11	1	1	1	5
カメルーン	5,833	23	26	10	6	12	27	—	—	—	—	—	—	9	18	3	5	8	22
カナダ	3,974	11	52	—	1	31	—	—	—	86	85	86	92	13	11	17	14	—	—
中央アフリカ共和国	1,211	26	24	—	8	10	32 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	23	—
チャド	3,803	25	13	19 x	9	8	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	30
チリ	2,514	13	54	25	1	34	—	16	14	67	59	69	74	13	15	20	29	8	10
中国	166,857	12	41	7	4	25	—	—	—	84	84	76	81	—	—	—	—	—	—
コロンビア	8,314	17	25	—	2	24	23	—	—	80	77	88	90	13	24	16	27	1	3
コモロ	183	22	2	12	7	12	4	—	—	—	—	—	—	19 x	29 x	—	—	15	28
コンゴ	1,176	22	37	24 x	8	11	—	—	—	—	—	—	—	17 x	21 x	—	8	9	—
クック諸島	—	—	36	22	<1	62	6 y	29	32	—	—	—	—	—	—	26	24	—	—
コスタリカ	731	15	24	10 x	2	30	—	18 x	20 x	43	32	56	63	13	15	35	51	0	3
コートジボワール	5,874	23	25	19 x	6	12	20 y	—	—	—	—	—	—	22	42	—	4	7	18
クロアチア	416	10	47	29 x	2	26	—	—	—	70	66	75	85	16	12	—	—	—	—
キューバ	1,288	11	33	17 x	4	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 y	13 y	—	—
キプロス	143	12	55	20 x	1	32	—	—	—	73 x	82 x	53	75	6	9	—	—	—	—
チエコ	1,002	9	65	21	2	26	—	—	—	78	79	73	83	2	3	19	—	—	—
朝鮮民主主義人民共和国	3,678	14	27	—	5	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
コンゴ民主共和国	19,479	23	24	—	10	10	36	—	—	—	—	—	—	12	20	8	6	7	20
デンマーク	682	12	64	—	1	24	—	—	—	87	86	82	88	3	2	14	10	—	—
ジブチ	180	19	11	15	6	16	—	44 x	36 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ドミニカ	—	—	31	25 x	3	31	—	29 x	26 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ドミニカ共和国	1,935	18	29	19 x	3	31	22	26	22	10	9	23	33	22	27	10	27	2	4
エクアドル	3,115	18	32	—	1	27	—	—	—	44	41	70	74	10	19	6	9	—	—
エジプト	17,670	18	1	14	3	35	17	70	70	45	49	—	—	8	18	16	25	1	5
エルサルバドル	1,210	19	19	13	2	29	7 y	21	24	24 x	17 x	—	—	14	33	8 y	14 y	7	20
赤道ギニア	251	19	59	22 x	8	10	56 p	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
エリトリア	796	23	12	7 x	8	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
エストニア	130	10	62	31 x	2	19	—	—	—	88	90	86	93	3	5	—	—	—	—
エスワティニ	270	24	18	12 x	4	16	—	33	31	—	—	—	—	17	24	37	43	2	3
エチオピア	26,128	24	13	—	10	8	24	—	—	—	—	—	—	5	11	2	3	49	58

表 14 青少年指標

国・地域	青少年の人口 2018		健康				保護			教育と学習 2010～2017*				就労への移行 2010～2018*						
	10～19歳 (1,000人)	人口全体 に対する 割合 (%)	アルコール の利用 2016	タバコの 利用 (2013～2017*)	痩身 2016	過体重 2016	親密な パートナー からの暴力 2010～2018*	いじめ 2010～2017*	算数能力の 習熟度	読み書き 能力の 習熟度	就学、就労、 職業訓練 なし (ニート)	失業	就業	男	女	男	女			
	全体	全体	全体	全体	全体	全体	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女			
フィジー	154	17	10	12	4	33	—	33	26	—	—	—	—	8	13	16	32	—	—	
フィンランド	599	11	62	21 x	1	25	—	—	—	84	89	84	94	5	6	26	25	—	—	
フランス	7,832	12	65	—	1	29	—	—	76	77	74	83	8	6	24	29	—	—		
ガボン	399	19	52	9	6	15	40	—	—	—	—	—	—	—	27	38	6	7		
ガンビア	526	23	16	—	7	11	5	—	—	—	—	—	20	36	6	14	—	—		
ジョージア	457	11	24	12	3	19	—	—	40	46	37	61	—	—	25	31	0	0		
ドイツ	7,973	10	70	—	1	25	—	—	85	81	81	86	—	—	8	7	—	—		
ガーナ	6,384	21	15	13 x	6	10	23 x	—	—	25	17	—	—	9	18	5	7	3	11	
ギリシャ	1,072	10	53	16 x	1	35	—	—	63	65	66	80	10	10	44	59	—	—		
グレナダ	16	14	35	10	4	25	—	29 x	26 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
グアテマラ	3,855	22	17	17	1	27	9	26	20	—	—	—	—	7	40	4	7	—	—	
ギニア	3,062	25	13	26 x	7	9	—	—	—	—	—	—	4 x	5 x	—	—	11	18		
ギニアビサウ	426	23	17	—	7	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	13		
ガイアナ	151	19	26	15	6	24	—	40	37	—	—	—	—	30	40	26	35	2	3	
ハイチ	2,322	21	22	—	4	26	28	—	—	—	—	—	—	—	7	10	19	13		
バチカン	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
ホンジュラス	2,081	22	18	8	2	26	16	13 y	12 y	26	17	—	—	13	38	6	10	—	—	
ハンガリー	974	10	55	25	2	27	—	—	90	87	68	77	5	6	23	—	—	—		
アイスランド	44	13	59	—	1	27	—	—	76	77	71	84	4	—	11	—	—	—		
インド	252,611	19	25	15 x	27	6	18	—	—	14 x	16 x	11 x	21 x	7	32	12	9	—	—	
インドネシア	46,369	17	13	13	10	14	—	24	19	30	32	38	51	12	17	20	21	—	—	
イラン	11,349	14	2	27 x	9	25	—	—	62	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
イラク	8,411	22	2	14	5	30	—	32	22	—	—	—	—	17	56	19	7	1	6	
アイルランド	636	13	71	—	<1	29	—	—	94	94	88	92	10	9	21	22	—	—		
イスラエル	1,352	16	41	—	1	34	—	—	68	68	68	78	—	—	9	9	—	—		
イタリア	5,733	9	51	—	1	34	—	—	90	89	76	82	14	14	46	56	—	—		
ジャマイカ	484	16	23	29 x	2	28	11 y	26	25	—	—	—	—	—	41	58	0	0		
日本	11,416	9	46	—	2	13	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	—		
ヨルダン	2,129	21	2	24	4	30	18	46 x	37 x	41	48	37	70	—	36	39	0	2		
カザフスタン	2,445	13	26	3	2	19	—	—	90	92	55	63	—	—	2	3	—	—		
ケニア	12,220	24	14	10	8	11	23	57 x	57 x	—	—	—	—	—	5	5	—	—		
キリバス	23	20	7	29 x	<1	54	—	42	32	—	—	—	—	—	27	8	—	—		
クウェート	489	12	0	22	4	43	—	36	28	43	46	—	—	—	—	—	—	—		
キルギス	1,044	17	15	8	3	15	3	—	14	13 x	12 x	22 x	—	—	15	27	2	3		
ラオス	1,447	20	26	11	9	13	14 y	15	11	—	—	—	—	31	34	18	16	2	2	
ラトビア	180	9	65	25	2	20	—	—	77	80	76	89	3	2	—	—	—	—		
レバノン	1,182	17	3	60 x	5	31	—	24	12	72	70	28	31	—	24 x	37 x	—	—		
レソト	433	21	10	25 x	6	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
リベリア	1,120	23	19	—	7	10	37 x	43	51	—	—	—	—	7	11	—	19	1	5	
リビア	1,146	17	0	8 x	6	31	—	40 x	31 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
リヒテンシュタイン	—	—	—	—	—	—	—	—	89	83	85	90	—	—	—	—	—	—		
リトアニア	257	9	71	28	3	19	—	—	73	76	68	82	3	2	—	—	—	—		
ルクセンブルク	66	11	86	—	1	25	—	—	75	73	71	78	3	—	—	—	—	—		
マダガスカル	6,110	23	12	23 x	7	10	—	—	—	—	—	—	3	3	3	3	2	—		
マラウイ	4,467	25	14	14 x	6	10	28	43 x	47 x	—	—	—	—	—	17	28	40	50	5	11
マレーシア	5,282	17	18	17	8	25	—	24	18	73	78	54	70	—	—	—	—	—	—	
モルディブ	60	12	4	11	14	16	—	30	30	—	—	—	—	20	17	29	16	—	—	
マリ	4,642	24	13	17 x	8	10	23 x	—	—	—	—	—	—	24	42	—	—	13	24	
マルタ	42	10	49	—	1	35	—	—	83	86	57	72	8	11	—	—	—	—	—	
マーシャル諸島	—	—	—	28	<1	58	27 y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
モーリタニア	956	22	1	22 x	8	13	—	48	46	—	—	—	—	19	42	10	11	10	20	
モーリシャス	182	14	20	19	7	14	—	29	22	50 x	49 x	45 x	61 x	14	19	29 y	42 y	—	—	
メキシコ	22,353	18	29	20 x	2	34	—	—	46	41	54	63	8	21	7	8	2	2		
ミクロネシア連邦	24	21	9	43	<1	50	35 y	—	—	—	—	—	14	19	—	29 y	—	—		
モナコ	—	—	—	—	<1	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	56 y	42 y	—	—		
モンゴル	466	15	20	14	2	17	8 y	36	25	67 x	64 x	—	9	7	14	30	15	19		
モンテネグロ	79	13	41	10	2	24	—	—	48	48	51	66	—	—	—	0	1	—		
モントセラト	—	—	—	—	—	—	—	32 x	25 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
モロッコ	5,995	17	1	6	6	26	—	44	32	41	41	—	—	—	17	11	—	—		
モザンビーク	7,169	24	13	5	4	12	10 y	45	46	—	—	—	—	—	7	5	—	—		
ミャンマー	10,059	19	16	14	13	11	22	51	49	—	—	—	—	11	17	5	5	—	—	
ナミビア	509	21	19	11	8	14	52 p	48	45	—	—	—	—	17	22	37	39	—	—	
ナウル	—	—	13	26 x	<1	64	—	40	38	—	—	—	—	21	39	—	—	—	—	

表14 青少年指標

国・地域	青少年の人口 2018		健康				保護			教育と学習 2010～2017*				就労への移行 2010～2018*								
	10～19歳 (1,000人)	人口全体 に対する割合 (%)	アルコール の利用 2016	タバコの 利用 (2013～2017*)	痩身 2016	過体重 2016	親密な パートナー からの暴力 2010～2018*	いじめ 2010～2017*	算数能力の 習熟度	読み書き 能力の 習熟度	就学、就労、 職業訓練 なし (ニート)	失業	就労	失業	家の雑務 への従事							
	全体	全体	全体	全体	全体	全体	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女					
ネパール	6,305	22	17	7	16	7	17	56	45	—	—	—	—	28	x	26	x	23	26	7	17	
オランダ	1,990	12	61	—	1	24	—	—	—	83	84	79	86	2	2	9	9	—	—	—	—	
ニュージーランド	617	13	64	20	x	<1	38	—	—	78	78	78	88	—	—	21	17	—	—	—	—	
ニカラグア	1,231	19	21	18	2	28	12	—	—	—	—	—	—	2	3	6	11	—	—	—	—	
ニジェール	5,425	24	12	9	10	8	—	—	—	—	—	—	—	6	29	—	—	17	25	—	—	
ナイジェリア	44,938	23	37	—	10	8	9	—	—	—	—	—	—	21	24	—	11	7	9	—	—	
ニウエ	—	—	21	18	<1	58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
北マケドニア	239	11	39	15	2	25	—	—	—	29	31	22	38	—	—	61	63	1	1	—	—	
ノルウェー	642	12	69	—	1	27	—	—	—	81	85	79	91	3	2	17	13	—	—	—	—	
オマーン	502	10	3	7	7	30	—	45	39	46	59	—	—	—	—	39	51	—	—	—	—	
パキスタン	44,454	21	1	11	19	9	—	45	—	—	—	—	—	7	43	10	6	—	—	—	—	
パラオ	—	—	—	45	<1	62	8	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—	
パナマ	715	17	33	13	2	28	—	—	—	21	28 ^x 41 ^x	10	15	10	18	—	—	—	—	—	—	—
パプアニューギニア	1,866	22	7	33	1	31	—	—	—	—	—	—	—	21	21	3	2	—	—	—	—	
パラグアイ	1,341	19	23	7	2	27	—	19	15	—	—	—	—	10	23	15	22	4	8	—	—	
ペルー	5,303	17	39	10	1	26	18	47	48	30	26	40	44	17	19	11	9	3	5	—	—	
フィリピン	21,091	20	21	15	10	12	11	53	49	35	—	—	—	12	15	5	8	—	—	—	—	
ポーランド	3,664	10	56	20	2	24	—	—	—	84	82	81	91	3	2	—	—	—	—	—	—	
ポルトガル	1,042	10	58	17	1	30	—	—	—	77	76	80	86	5	4	31	36	—	—	—	—	
カタール	229	8	26	16	5	37	—	49	35	62	66	39	58	—	—	0	1	—	—	—	—	
韓国	5,056	10	51	6	2	25	—	—	—	82	87	81	92	—	—	11	7	—	—	—	—	
モルドバ	420	10	53	10	3	17	15	—	—	49	50	43	65	—	—	—	—	—	—	—	—	
ルーマニア	2,064	11	55	11	3	23	—	—	—	60	60	58	64	11	12	27	—	—	—	—	—	
ロシア連邦	14,358	10	40	15	2	19	—	—	—	82	81	79	88	—	—	28	31	—	—	—	—	
ルワンダ	2,769	23	23	12	6	11	—	—	—	—	—	—	—	21	27	18	19	22	31	—	—	
セントクリストファー・ネービス	—	—	40	9	4	27	—	25	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
セントルシア	26	14	35	21	4	22	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	
セントビンセント・グレナディーン	18	16	32	19	4	28	—	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
サモア	41	21	9	41	<1	51	—	79	69	—	—	—	—	27	21	34	64	—	—	—	—	
サンマリノ	—	—	—	15	<1	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	34	45	—	—	—	—	—	
サントメ・プリンシペ	51	24	21	26	6	13	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	15	—	—	
サウジアラビア	4,792	14	3	15	8	35	—	—	—	31	37	—	—	—	—	37	65	—	—	—	—	
セネガル	3,629	23	12	11	10	9	19	—	—	—	—	—	—	27	36	6	6	6	23	—	—	
セルビア	1,019	12	47	10	2	26	—	—	—	63	60	57	77	12	11	43	48	0	0	—	—	
セーシェル	13	14	39	21	6	21	—	45	50	—	—	—	—	—	—	20	22	—	—	—	—	
シエラレオネ	1,788	23	19	—	7	10	31	60	57	—	—	—	—	7	9	13	7	4	5	—	—	
シンガポール	548	10	57	9	2	21	—	—	—	99	99	86	92	—	4	15	—	—	—	—	—	
スロバキア	541	10	57	29	1	22	—	—	—	72	72	61	75	7	6	37	36	—	—	—	—	
スロベニア	190	9	60	21	1	25	—	—	—	84	84	79	91	4	3	—	—	—	—	—	—	
ソロモン諸島	142	22	7	40	1	24	—	64	68	—	—	—	—	2	2	—	—	6	9	—	—	
ソマリア	3,739	25	0	—	7	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
南アフリカ	10,080	17	20	22	4	26	—	—	—	33	36	—	—	13	15	61	69	1	2	—	—	
南スーダン	2,536	23	—	—	<1	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
スペイン	4,614	10	57	—	1	32	—	—	—	80	76	80	87	11	10	50	50	—	—	—	—	
スリランカ	3,347	16	18	8	15	12	—	50	29	63	71	—	—	15	17	23	34	—	—	—	—	
パレスチナ	1,072	22	—	—	—	—	—	—	—	47	57	—	—	20	18	42	61	1	6	—	—	
スードン	9,724	23	1	12	<1	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	33	4	7	—	—	
スリナム	102	18	28	12	4	30	—	25	25	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	
スウェーデン	1,080	11	62	—	2	23	—	—	—	82	82	76	88	3	3	30	25	—	—	—	—	
スイス	836	10	72	—	<1	21	—	—	—	84	84	76	85	5	5	9	9	—	—	—	—	
シリア	3,320	20	1	21	6	27	—	—	—	45	41	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	
タジキスタン	1,708	19	12	4	4	14	6	7	—	—	—	—	—	20	15 ^x 4 ^x	—	—	—	—	—	—	
タイ	8,775	13	27	14	8	20	—	38	28	45	47	41	57	9	11	4	5	—	—	—	—	
東ティモール	304	24	13	23	11	11	38	39	25	—	—	—	—	14	13	—	14	—	—	—	—	
トーゴ	1,815	23	15	8	7	10	13	—	—	—	—	—	—	5	10	—	—	9	16	—	—	
トケラウ	—	—	—	—	—	—	—	39	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
トンガ	23	22	8	19	<1	57	41	46	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
トリニダード・トバゴ	181	13	44	12	6	23	—	13	18	43	52	48	67	—	—	7	—	0	0	—	—	
チユニジア	1,604	14	3	11	7	24	—	37	27	24	23	33	15	20	32	28	1	1	—	—	—	
トルコ	13,559	16	4	17	5	28	18	—	—	69	71	54	66	14	25	16	20	—	—	—	—	
トルクメニスタン	969	17	18	0	3	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	—	—	—	
ターカス・カイコス諸島	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
ツバル	—	—	—	8	21	<1	57	—	40	15	—	—	—	15	23	—	—	—	—	—</		

表 14 青少年指標

国・地域	青少年の人口 2018		健康				保護			教育と学習 2010～2017*				就労への移行 2010～2018*					
	10～19歳 (1,000人)	人口全体 に対する 割合 (%)	アルコール の利用 2016	タバコの 利用 (2013～2017*)	痩身 2016	過体重 2016	親密な パートナー からの暴力 2010～2018*	いじめ 2010～2017*	算数能力の 習熟度	読み書き 能力の 習熟度	就学、就労、 職業訓練 なし (ニート)	失業	就業	男	女	男	女		
	全体	全体	全体	全体	全体	全体	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
ウガンダ	10,668	25	24	17 x	6	10	31	50 x	41 x	—	—	—	—	8	13	4	3	7	18
ウクライナ	4,188	9	45	19 x	2	20	2 x	—	—	80	82	—	—	—	—	—	—	2	2
アラブ首長国連邦	816	8	8	12	5	34	—	33	22	70	78	48	70	8	9	27	23	—	—
英國	7,500	11	62	—	1	30	—	—	79	77	79	85	8	8	19	17	—	—	
タンザニア	13,169	23	24	6	7	11	30	25 y	28 y	—	—	—	—	10	16	3	4	4	7
米国	42,365	13	60	13	1	41	—	26 y	25 y	71	70	77	85	12	11	15 y	11 y	—	—
ウルグアイ	488	14	57	13	2	32	—	18	20	50	45	55	66	14	16	33	44	1	2
ウズベキスタン	5,309	16	12	14	3	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
バヌアツ	62	21	7	26 x	2	29	—	60	46	—	—	—	—	—	—	10 x	11 x	1	0
ベネズエラ	5,171	18	25	9 x	2	33	—	—	—	46 x	36 x	55 x	61 x	12	21	13	18	—	—
ベトナム	13,324	14	23	4	14	9	16 y	26	26	79	83	81	91	8	9	8	7	2	4
イエメン	6,511	23	0	16	14	18	—	47	33	—	—	—	—	18	58	—	—	—	—
ザンビア	4,298	25	17	26 x	6	12	30	63 x	67 x	—	—	—	—	26	34	28	21	8	9
ジンバブエ	3,366	23	10	20	6	14	32	—	—	—	—	—	—	8	17	9	18	—	—
地域別等要約																			
東アジア・太平洋諸国	303,742	13	35	9	6	21	—	—	72	71	67	73	—	—	—	—	—	—	
ヨーロッパ・中央アジア	103,867	11	47	—	2	25	—	—	78	78	72	81	10	12	19	19	—	—	
東ヨーロッパ・中央アジア	52,241	12	30	12	3	21	—	—	72	75	64	75	—	—	19	23	—	—	
西ヨーロッパ	51,625	10	62	—	1	28	—	—	82	80	78	85	8	7	19	18	—	—	
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	106,649	17	30	—	2	29	—	—	42	37	54	61	13	22	18	27	—	—	
中東・北アフリカ	74,983	17	3	13	6	29	—	52	46	45	48	—	—	—	—	21	21	1	4
北アメリカ	46,339	13	59	13	1	40	—	26	25	86	71	86	85	12	11	15	12	—	—
南アジア	347,439	19	19	—	24	7	19	—	—	—	—	—	8	33	12	13	—	—	
サハラ以南のアフリカ	249,533	23	21	—	8	10	22	—	—	—	—	—	13	20	8	9	13	20	
東部・南部アフリカ	129,278	23	16	—	7	11	26	—	—	—	—	—	9	14	8	9	19	25	
西部・中部アフリカ	120,255	23	26	—	9	9	18	—	—	—	—	—	17	25	—	8	8	16	
後発開発途上国	228,364	23	13	—	10	9	26	—	—	—	—	—	11	23	9	10	15	24	
世界	1,232,553	16	30	—	11	17	—	—	—	—	—	—	—	10	24	13	14	—	—

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」ととのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

アルコールの利用 -15～19歳の青少年のうち、過去1カ月でアルコール飲料を1回以上飲んだ青少年の割合。

タバコの利用 -13～15歳の青少年のうち、過去1カ月間に紙巻きタバコで喫煙したか、または有煙もしくは無煙のタバコ葉使用製品で喫煙した青少年の割合。

瘦身 -10～19歳の青少年のうち、標準偏差が中央値よりマイナス2を下回るボディマス指数（BMI）となった青少年の割合。中央値は学齢期の子どもおよび青少年に関するWHO成長評価基準に従う。

過体重 -10～19歳の青少年のうち、標準偏差が中央値よりプラス1を上回るBMIとなった青少年の割合。中央値は学齢期の子どもおよび青少年に関するWHO成長評価基準に従う。

親密なパートナーからの暴力 -過去にパートナーがいたことがある15～19歳の女子のうち、過去12カ月にその時点またはそれ以前の親密なパートナーから身体的暴力、性的暴力のいずれかまたは両方を受けたことのある女子の割合。

いじめ -13～15歳の生徒のうち、過去30日に1日以上いじめられたと答えた生徒の割合。

データの主な出典

アルコールの利用 -国際調査（WHS、STEPS、GENACIS、ECAS）と国別調査に基づくWHOの推計値。最終更新：2019年8月。

タバコの利用 -学校ベースの調査、その他の国別調査および国勢調査。最終更新：2019年8月。

親密なパートナーからの暴力 -DHS、MICSおよびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

読み書き能力習熟度 -国連統計局。最終更新：2019年4月。

痩身および過体重 -NCDリスク要因研究コラボレーション（NCD-Ris）。1975～2016年のボディマス指数、低体重、過体重および肥満における世界的トレンドに基づく。1億2,890万人の子ども、青少年、おとなによって構成される人口集団を対象とした2,416種類の測定研究をプール解析したもの。The Lancet 2017, 390 (10113): 2627–2642。最終更新：2019年8月。

失業 -国際労働機関。最終更新：2019年8月。

家の雑務への従事 -DHS、MICSおよびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

親密なパートナーからの暴力 -DHS、MICSおよびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

いじめ -学齢期の子どもの健康行動に関する研究調査（HBSC）および教育施設を中心とした生徒の健康に関するグローバル調査（GSHS）。最終更新：2019年8月。

算数と読み書き能力習熟度 -国連統計局。最終更新：2019年4月。

ニート -国際労働機関。最終更新：2019年2月。

失業 -国際労働機関。最終更新：2019年8月。

家の雑務への従事 -DHS、MICSおよびその他の国別調査。最終更新：2019年3月。

注

— データなし。

p 少数の分母（件数）に基づく（一般的には25～49の重み付け未実施の事例）。重み付け未実施の事例が25未満の場合、そのデータは表示されない。

x データが列の見出しで指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。2000年以前の年次データは表示されていない。

y データが標準的な定義によらないもの。または国内の一部地域のみに関するもの。対象期間に該当する場合、こうしたデータは地域別および世界全体の平均値の計算に含まれる。

* データが列の見出しで指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

表 15 経済指標

国・地域	GDP 比(%)での政府歳入(2010~2018*)	政府歳出(2010~2018*)							政府開発援助(2010~2018*)			
		GDP 比(%)				政府予算比(%)						
		全体	健康	教育	社会的 養護	健康	教育	社会的 養護	流入額 (100 万米ドル)	援助受取国の GNI 比(%)での流入	流出額 (100 万米ドル)	援助国の GNI 比(%)での流出
アフガニスタン	12.2	36.7	0.5	3.2	-	2.0	12.5	-	3804.0	18.1	-	-
アリバニア	25.7	23.9	2.9	3.4	1.6	9.5	11.3	0.1	157.0	1.2	-	-
アレジエリア	40.4	29.5	4.9	-	-	10.7	-	-	189.0	0.1	-	-
アンドラ	-	-	5.0	3.3	-	15.2	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	16.4	16.7	1.4	3.5	2.3	4.6	8.7	0.1	223.0	0.2	-	-
アンギラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンティグア・バーブーダ	19.3	-	3.2	-	-	12.3	-	-	10.0	0.7	-	-
アルゼンチン	19.5	24.3	6.8	5.8	2.1	16.6	14.0	0.1	-5.0	0.0	-	-
アルメニア	22.5	22.6	1.6	2.8	1.4	6.1	10.7	0.1	255.0	2.1	-	-
オーストラリア	24.8	26.6	6.4	5.3	-	17.2	14.1	-	-	-	3036.0	0.2
オーストリア	43.5	44.2	7.5	5.5	-	14.8	10.7	-	-	-	1251.0	0.3
アゼルバイジャン	35.2	28.0	1.4	3.0	0.8	3.7	7.6	0.0	116.0	0.3	-	-
バハマ	16.9	19.1	3.0	-	-	15.9	-	-	-	-	-	-
バーレーン	24.0	23.4	3.2	2.7	-	8.8	7.3	-	-	-	-	-
バングラデシュ	10.2	9.4	0.4	1.5	0.7	3.4	11.4	0.1	3740.0	1.4	-	-
バルバドス	27.5	36.3	3.2	4.7	-	9.1	12.9	-	-	-	-	-
ベラルーシ	29.6	29.3	3.7	4.8	3.1	8.5	11.5	0.1	-253.0	-0.5	-	-
ベルギー	39.0	40.2	8.4	6.6	-	15.7	12.2	-	-	-	2196.0	0.5
ベリーズ	29.0	27.2	4.1	6.7	-	11.4	21.2	-	34.0	2.0	-	-
ベナン	16.7	-	0.8	4.4	3.0	3.2	17.5	-	676.0	7.3	-	-
ブータン	-	17.9	2.7	7.4	0.3	10.0	26.4	0.0	119.0	5.1	-	-
ボリビア	-	-	4.4	7.3	2.2	9.8	16.8	-	947.0	2.6	-	-
ボスニア・ヘルツェゴビナ	38.8	34.4	6.6	-	3.9	15.2	-	0.1	441.0	2.4	-	-
ボツワナ	31.1	26.1	3.3	-	1.7	8.8	-	0.1	102.0	0.6	-	-
ブラジル	27.2	34.9	3.8	6.2	1.4	9.9	16.2	0.0	265.0	0.0	-	-
英領バージン諸島	-	-	-	6.3	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルネイ	-	-	2.3	4.4	-	5.9	11.4	-	-	-	-	-
ブルガリア	32.4	32.3	4.2	-	1.4	10.3	11.4	0.0	-	-	-	-
ブルキナファソ	19.2	21.1	1.7	4.2	2.0	7.2	18.0	0.1	885.0	7.1	-	-
ブルンジ	14.5	17.0	2.5	6.4	2.3	9.1	24.2	0.1	428.0	12.3	-	-
カーボベルデ	-	28.4	3.6	5.3	2.5	11.4	16.7	0.1	123.0	7.3	-	-
カンボジア	18.6	14.3	1.3	1.9	0.9	6.6	8.8	0.1	843.0	4.1	-	-
カメルーン	-	10.9	0.7	2.8	0.0	3.3	13.2	0.0	1213.0	3.5	-	-
カナダ	17.8	17.3	7.6	5.3	-	19.2	12.2	-	-	-	4305.0	0.3
中央アフリカ共和国	-	7.8	0.6	1.2	2.8	4.3	7.8	0.4	508.0	26.0	-	-
チャド	-	-	1.1	2.9	0.7	5.8	12.5	-	648.0	6.6	-	-
チリ	21.1	22.4	4.9	4.9	3.5	19.6	19.6	0.2	69.0	0.0	-	-
中国	15.7	8.6	2.9	-	0.8	9.4	-	0.1	-1045	0.0	-	-
コロンビア	22.7	25.3	3.8	4.5	3.0	12.8	15.1	0.1	845.0	0.3	-	-
コモロ	-	-	1.0	4.3	0.7	3.8	15.3	-	67.0	10.2	-	-
コンゴ	43.8	20.1	1.6	4.6	0.1	2.9	8.0	0.0	108.0	1.4	-	-
クック諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	19.0	-	-	-
コスタリカ	24.4	26.4	5.8	7.1	0.7	29.9	-	0.0	99.0	0.2	-	-
コートジボワール	16.5	20.6	1.1	4.8	-	5.0	21.2	-	827.5	2.1	-	-
クロアチア	39.8	38.6	5.6	4.6	3.4	11.7	9.5	0.1	-	-	-	-
キューバ	-	-	11.5	12.8	-	18.2	-	-	718.0	-	-	-
キプロス	38.3	36.1	2.9	6.4	-	7.1	16.3	-	-	-	-	-
チエコ	31.8	32.1	6.0	5.8	-	14.3	13.9	-	-	-	304.0	0.2
朝鮮民主主義人民共和国	-	-	-	-	-	-	-	-	133.0	-	-	-
コンゴ民主共和国	14.3	8.4	0.7	2.2	0.7	4.0	11.7	0.1	2280.0	6.3	-	-
デンマーク	38.9	37.5	8.6	7.6	-	15.8	13.8	-	-	-	2448.0	0.7
ジブチ	-	-	2.4	4.5	0.2	4.1	12.3	-	134.0	7.3	-	-
ドミニカ	26.3	-	3.6	3.4	-	10.6	10.5	-	19.0	3.5	-	-
ドミニカ共和国	16.0	16.9	2.5	-	1.2	14.0	-	0.1	118.0	0.2	-	-
エクアドル	-	-	4.2	5.0	1.5	10.8	12.6	-	203.0	0.2	-	-
エジプト	21.0	30.2	1.6	-	0.2	5.0	-	0.0	-114.0	-0.1	-	-
エルサルバドル	25.3	24.9	4.4	4.0	0.8	20.8	16.6	0.0	152.0	0.7	-	-
赤道ギニア	17.2	9.8	0.6	-	-	1.4	-	-	7.0	0.1	-	-
エリトリア	-	-	0.4	-	-	1.2	-	-	79.0	-	-	-
エストニア	35.0	35.2	4.9	5.2	2.6	12.1	13.0	0.1	-	-	-	-
エスワティニ	29.2	-	5.0	7.1	1.7	14.9	24.9	-	147.0	3.3	-	-
エチオピア	9.6	11.2	1.0	4.7	1.0	5.9	27.1	0.1	4117.0	5.1	-	-
フィジー	28.7	26.5	2.3	3.9	1.1	7.0	14.3	0.0	146.0	3.0	-	-

表 15 経済指標

国・地域	GDP 比(%)での政府歳入(2010~2018*)	政府歳出(2010~2018*)							政府開発援助(2010~2018*)			
		GDP 比(%)				政府予算比(%)			流入額(100万米ドル)	援助受取国のGNI比(%)での流入	流出額(100万米ドル)	援助国のGNI比(%)での流出
		全体	健康	教育	社会的 養護	健康	教育	社会的 養護				
フィンランド	36.9	38.2	7.6	7.1	-	13.3	12.4	-	-	-	1084.0	0.4
フランス	44.8	47.5	8.8	5.5	-	15.5	9.6	-	-	-	11331.0	0.4
ガボン	-	17.1	1.6	2.7	0.2	7.0	11.2	0.0	106.0	0.8	-	-
ガンビア	-	-	0.8	3.1	-	2.8	10.4	-	270.0	27.3	-	-
ジョージア	25.0	24.8	2.8	3.8	7.0	9.6	13.0	0.3	446.0	3.1	-	-
ドイツ	28.3	27.9	9.3	4.8	-	21.3	11.0	-	-	-	25005.0	0.7
ガーナ	17.5	30.5	2.1	5.9	0.6	8.6	23.8	0.0	1257.0	2.8	-	-
ギリシャ	46.7	47.4	4.7	-	-	8.8	-	-	-	-	314.0	0.2
グレナダ	20.4	20.0	1.9	10.3	2.0	7.4	42.8	0.1	6.0	0.5	-	-
グアテマラ	11.0	11.8	1.9	3.0	0.2	15.7	24.1	0.0	367.0	0.5	-	-
ギニア	-	-	0.4	2.5	1.6	2.0	11.6	-	457.0	4.4	-	-
ギニアビサウ	-	12.6	2.2	2.1	0.0	9.4	16.2	0.0	113.0	8.4	-	-
ガイアナ	-	-	2.3	5.3	-	7.8	17.8	-	51.0	1.4	-	-
ハイチ	-	-	0.9	3.2	-	4.0	14.4	-	980.0	11.6	-	-
バチカン	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ホンジュラス	23.4	22.0	3.0	6.4	0.8	11.4	24.6	0.0	441.0	2.1	-	-
ハンガリー	39.9	42.1	4.7	4.6	3.1	9.4	9.1	0.1	-	-	149.0	0.1
アイスランド	32.2	29.9	6.7	7.7	-	15.9	18.2	-	-	-	68.0	0.3
インド	-	14.9	0.9	3.8	1.5	3.1	14.1	0.1	3094.0	0.1	-	-
インドネシア	12.2	14.3	1.2	3.6	0.8	6.9	20.5	0.1	234.0	0.0	-	-
イラン	-	-	4.0	2.8	-	22.6	18.6	-	140.0	0.0	-	-
イラク	26.9	26.0	0.7	-	2.6	1.7	-	0.1	2907.0	1.5	-	-
アイルランド	24.8	24.4	5.3	3.8	-	18.4	13.0	-	-	-	838.0	0.3
イスラエル	33.6	36.7	4.6	5.9	-	11.6	15.0	-	-	-	-	-
イタリア	38.0	41.5	6.7	4.1	-	13.3	8.1	-	-	-	5858.0	0.3
ジャマイカ	29.3	26.6	3.6	5.5	-	12.9	20.1	-	59.0	0.4	-	-
日本	12.8	16.4	9.1	3.5	-	23.2	9.1	-	-	-	11463.0	0.2
ヨルダン	30.0	26.1	3.6	3.6	0.7	12.0	12.5	0.0	2921.0	7.3	-	-
カザフスタン	16.6	19.5	1.9	2.8	1.6	8.4	12.2	0.1	59.0	0.0	-	-
ケニア	21.9	26.2	1.7	5.3	0.4	6.3	16.7	0.0	2475.0	3.3	-	-
キリバス	100.5	77.4	6.9	-	0.7	6.3	-	0.0	77.0	22.2	-	-
クウェート	38.6	52.0	3.4	-	0.8	6.2	-	0.0	-	-	-	-
キルギス	28.5	26.0	2.7	6.0	3.1	7.3	15.8	0.1	461.0	6.3	-	-
ラオス	14.5	-	0.9	2.9	0.2	3.8	-	-	476.0	3.0	-	-
ラトビア	41.0	42.6	3.3	5.3	0.8	8.5	14.1	0.0	-	-	-	-
レバノン	19.8	25.8	3.9	2.5	1.0	14.3	8.6	0.0	1306.0	2.5	-	-
レソト	33.8	35.2	5.4	-	7.1	11.3	13.8	0.2	147.0	5.0	-	-
リベリア	-	16.5	1.1	4.1	2.6	3.1	7.2	0.2	622.0	33.5	-	-
リビア	-	-	-	-	-	0.0	-	-	432.0	0.8	-	-
リヒテンシュタイン	-	-	-	2.6	-	-	-	-	-	-	-	-
リトアニア	31.2	31.2	4.3	4.2	0.5	12.3	12.3	0.0	-	-	-	-
ルクセンブルク	42.0	39.8	5.1	3.9	-	12.2	9.4	-	-	-	424.0	1.0
マダガスカル	-	-	2.4	-	0.2	15.6	19.0	-	780.0	7.0	-	-
マラウイ	18.5	18.8	2.7	5.6	1.5	9.7	21.6	0.1	1515.0	24.6	-	-
マレーシア	16.3	16.0	2.1	5.0	0.7	8.2	19.8	0.0	-29	0.0	-	-
モルディブ	25.7	25.1	6.4	4.5	1.2	18.2	12.9	0.0	42.0	1.0	-	-
マリ	17.4	12.5	1.0	3.8	0.6	4.7	18.2	0.0	1356.0	9.1	-	-
マルタ	39.5	34.9	5.7	5.3	-	14.2	13.2	-	-	-	-	-
マーシャル諸島	39.3	63.2	11.6	-	1.1	20.2	-	0.0	72.0	27.4	-	-
モーリタニア	-	-	1.8	2.6	2.5	5.5	9.3	-	284.0	5.7	-	-
モーリシャス	22.3	23.0	2.4	4.9	3.5	9.5	19.5	0.2	12.0	0.1	-	-
メキシコ	20.1	20.4	3.0	5.2	1.7	10.9	19.0	0.1	737.0	0.1	-	-
ミクロネシア連邦	34.2	24.2	3.2	12.5	-	5.8	22.3	-	98.0	25.1	-	-
モナコ	-	-	1.6	-	-	8.1	-	-	-	-	-	-
モンゴル	21.1	23.8	2.0	4.2	2.0	6.0	12.4	0.1	764.0	7.7	-	-
モンテネグロ	-	-	-	-	1.8	-	-	-	117.0	2.4	-	-
モントセラト	-	-	-	-	-	-	-	-	36.0	-	-	-
モロッコ	32.7	24.5	2.4	-	1.1	7.7	-	0.0	1885.0	1.8	-	-
モザンビーク	25.1	18.4	0.4	6.5	1.3	1.2	19.0	0.1	1776.0	14.9	-	-
ミャンマー	15.8	16.8	1.1	2.2	0.3	4.9	9.4	0.0	1543.0	2.3	-	-
ナミビア	34.2	34.8	5.3	3.1	3.2	12.4	7.6	0.1	187.0	1.4	-	-
ナウル	-	85.0	5.3	-	-	5.0	-	-	26.0	17.8	-	-
ネパール	23.2	19.6	1.0	3.7	1.3	5.1	17.0	0.1	1258.0	5.1	-	-

表 15 経済指標

国・地域	GDP 比(%)での政府歳入(2010~2018*)	政府歳出(2010~2018*)							政府開発援助(2010~2018*)			
		GDP 比(%)				政府予算比(%)			流入額(100万米ドル)	援助受取国のGNI比(%)での流入	流出額(100万米ドル)	援助国のGNI比(%)での流出
		全体	健康	教育	社会的 養護	健康	教育	社会的 養護				
オランダ	39.2	37.8	8.4	5.4	-	18.8	12.3	-	-	-	4958.0	0.6
ニュージーランド	32.6	30.5	7.4	6.3	-	22.1	16.4	-	-	-	450.0	0.2
ニカラグア	17.8	16.4	4.5	4.1	2.2	17.9	-	0.1	563.0	4.2	-	-
ニジェール	-	-	1.5	6.0	0.7	4.6	18.5	-	1207.0	15.2	-	-
ナイジェリア	5.0	-	0.6	-	0.3	5.3	-	-	3359.0	0.9	-	-
ニウエ	-	-	-	-	-	-	-	-	15.0	-	-	-
北マケドニア	26.5	28.1	4.1	-	-	12.8	-	-	-	-	-	-
ノルウェー	45.4	38.8	8.6	7.6	-	17.7	15.7	-	-	-	4125.0	1.0
オマーン	49.5	34.6	3.8	6.7	-	7.6	15.3	-	-	-	-	-
パキスタン	-	17.6	0.7	2.7	0.6	3.7	13.2	0.0	2283.0	0.7	-	-
パラオ	26.6	41.7	4.5	-	-	13.3	-	-	22.0	7.9	-	-
パナマ	-	-	4.2	3.2	1.5	11.6	13.0	-	41.0	0.1	-	-
パプアニューギニア	15.4	16.9	1.7	-	0.0	8.2	-	0.0	532.0	2.6	-	-
パラグアイ	17.3	15.6	4.2	4.5	-	10.9	-	-	143.0	0.5	-	-
ペルー	17.0	20.3	3.2	4.0	1.4	14.5	17.6	0.1	-8.0	0.0	-	-
フィリピン	15.6	14.3	1.4	-	0.7	7.3	-	0.0	160.0	0.0	-	-
ポーランド	33.6	34.2	4.4	4.8	2.0	10.7	11.6	0.1	-	-	679.0	0.1
ポルトガル	37.8	41.7	5.9	4.9	-	12.3	10.2	-	-	-	381.0	0.2
カタール	34.2	18.7	2.6	2.9	-	6.3	8.9	-	-	-	-	-
韓国	27.8	25.4	4.2	5.3	-	12.9	-	-	-	-	2201.0	0.1
モルドバ	32.2	26.8	4.6	-	1.3	12.2	18.3	0.0	241.0	2.8	-	-
ルーマニア	28.6	31.6	3.9	3.1	1.1	10.8	9.1	0.0	-	-	-	-
ロシア連邦	24.4	30.6	3.1	3.8	1.9	8.8	10.9	0.1	-	-	-	-
ルワンダ	20.0	18.9	2.2	3.8	1.5	7.9	12.5	0.1	1225.0	13.7	-	-
セントクリストファー・ネービス	28.0	24.4	2.1	2.8	-	6.6	8.6	-	-	-	-	-
セントルシア	22.3	19.4	2.2	4.4	0.5	8.6	16.5	0.0	13.0	0.8	-	-
セントビンセント・グレナディーン	27.5	26.6	2.6	5.8	-	9.2	19.0	-	7.0	0.9	-	-
サモア	27.0	22.9	4.5	4.1	0.8	11.5	10.5	0.0	130.0	15.6	-	-
サンマリノ	39.8	42.2	5.5	2.4	-	13.3	10.6	-	-	-	-	-
サントメ・プリンシペ	16.0	18.2	1.7	3.9	-	4.9	11.3	-	40.0	10.2	-	-
サウジアラビア	-	28.0	4.1	-	0.7	10.1	-	0.0	-	-	-	-
セネガル	17.2	18.0	1.7	7.1	1.0	5.8	23.8	0.1	910.0	5.8	-	-
セルビア	34.9	36.9	5.4	4.0	2.0	12.3	8.9	0.1	1688.0	4.4	-	-
セーシェル	36.4	33.3	3.2	4.4	2.6	10.0	11.7	0.1	19.0	1.4	-	-
シエラレオネ	9.8	11.8	1.6	4.6	0.9	7.9	19.9	0.1	538.0	14.7	-	-
シンガポール	21.4	14.5	2.2	2.9	-	12.4	20.0	-	-	-	-	-
スロバキア	37.5	38.9	5.4	4.6	2.4	12.0	10.3	0.1	-	-	119.0	0.1
スロベニア	37.9	38.0	6.1	4.9	2.6	12.7	11.2	0.1	-	-	76.0	0.2
ソロモン諸島	32.7	33.6	3.5	9.9	-	7.3	17.5	-	187.0	15.3	-	-
ソマリア	-	0.0	-	-	0.2	-	-	1422.8	1760.0	24.0	-	-
南アフリカ	30.9	34.4	4.4	6.0	3.3	13.3	18.7	0.1	1014.0	0.3	-	-
南スудан	-	-	-	1.4	10.1	-	3.3	-	2183.0	-	-	-
スペイン	15.6	18.7	6.5	4.3	-	14.9	9.8	-	-	-	2560.0	0.2
スリランカ	13.8	16.4	1.7	2.2	0.7	8.4	11.0	0.0	297.0	0.4	-	-
パレスチナ	6.9	8.3	-	5.1	2.3	-	-	0.3	2111.0	12.8	-	-
スーダン	-	10.5	2.1	-	1.0	18.1	-	0.1	840.0	0.8	-	-
スリナム	25.7	22.4	4.0	-	-	12.7	-	-	20.0	0.6	-	-
スウェーデン	33.1	31.3	9.2	7.6	-	18.5	15.5	-	-	-	5563.0	1.0
スイス	18.4	17.4	7.5	5.1	-	22.1	15.5	-	-	-	3138.0	0.5
シリア	-	-	-	-	-	0.0	-	-	10361.0	-	-	-
タジキスタン	-	-	1.9	5.2	0.6	6.1	16.4	-	304.0	3.7	-	-
タイ	19.2	18.4	2.8	4.1	0.5	15.3	19.1	0.0	250.0	0.1	-	-
東ティモール	32.4	36.4	2.3	2.7	6.5	4.5	6.8	0.2	232.0	8.9	-	-
トーゴ	18.8	15.4	1.3	5.2	0.2	4.2	16.7	0.0	345.0	6.9	-	-
トケラウ	-	-	-	-	-	-	-	-	7.0	-	-	-
トンガ	-	31.4	2.7	-	-	6.8	-	-	80.0	18.6	-	-
トリニダード・トバゴ	39.4	35.8	3.2	-	-	8.3	-	-	-	-	-	-
チュニジア	31.4	35.5	4.0	6.6	0.8	13.9	22.9	0.0	776.0	2.0	-	-
トルコ	29.7	31.9	3.2	4.3	1.1	9.7	12.8	0.0	3142.0	0.4	-	-
トルクメニスタン	-	-	1.5	3.0	-	8.7	20.8	-	29.0	0.1	-	-
ターカス・カイコス諸島	-	-	-	3.3	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	-	-	13.2	-	-	10.3	-	-	27.0	45.3	-	-
ウガンダ	14.6	13.3	1.0	2.8	0.8	5.1	12.1	0.1	2008.0	7.9	-	-

表 15 経済指標

国・地域	GDP 比(%)での政府歳入(2010~2018*)	政府歳出(2010~2018*)							政府開発援助(2010~2018*)			
		GDP 比(%)				政府予算比(%)			政府開発援助(2010~2018*)			
		全体	健康	教育	社会的 養護	健康	教育	社会的 養護	流入額 (100 万米ドル)	援助受取国の GNI 比(%) での流入	流出額 (100 万米ドル)	援助国の GNI 比(%) での流出
ウクライナ	32.6	33.6	2.9	5.0	4.4	6.6	12.4	0.1	1166.0	1.0	-	-
アラブ首長国連邦	3.5	4.1	2.6	-	-	7.9	-	-	-	-	-	-
英國	35.7	36.4	7.9	5.6	-	18.5	13.8	-	-	-	18103.0	0.7
タンザニア	16.4	15.7	1.3	3.5	0.5	7.3	17.3	0.0	2584.0	5.0	-	-
米国	19.7	22.4	13.8	5.0	-	36.6	13.6	-	-	-	34732.0	0.2
ウルグアイ	32.6	34.1	6.2	4.4	1.2	19.0	14.9	0.0	41.0	0.1	-	-
ウズベキスタン	21.8	15.0	3.0	7.1	-	9.0	21.1	-	638.0	1.3	-	-
バヌアツ	25.0	27.9	2.0	5.5	0.3	4.9	13.0	0.0	132.0	15.5	-	-
ベネズエラ	-	-	2.0	-	-	4.1	-	-	87.0	-	-	-
ベトナム	21.5	21.6	2.4	5.7	1.0	7.9	18.5	0.0	2376.0	1.1	-	-
イエメン	-	-	0.6	-	-	2.2	-	-	3234.0	-	-	-
ザンビア	16.9	20.8	2.1	-	0.3	7.4	-	0.0	1023.0	4.1	-	-
ジンバブエ	17.4	26.6	4.0	7.5	0.4	15.9	30.0	0.0	726.0	4.6	-	-
地域別等要約												
東アジア・太平洋諸国	15.9	11.8	2.9	4.0 **	0.8	9.9	16.6 **	0.1	-497.8	0.2	7908.9 **	0.2 **
ヨーロッパ・中央アジア	31.0	32.7	5.4	4.7	-	12.7	11.8	-	1461.6	1.1	9847.3	0.4
東ヨーロッパ・中央 アジア	27.2	29.4	3.1	4.3	2.0	8.8	12.5	0.1	1461.6	1.1	-	-
西ヨーロッパ	34.2	35.4	7.4	5.1	-	16.0	11.2	-	-	-	9847.3	0.4
ラテンアメリカ・カリ ブ海諸国	22.7	26.6	3.8	5.5	1.7	11.8	17.0	0.1	386.9	0.4	-	-
中東・北アフリカ	27.4	27.9	2.8	-	0.9	9.4	-	0.0	1346.5	0.9	-	-
北アメリカ	19.5	21.9	13.2	5.0	-	34.8	13.5	-	-	-	31625.9	0.2
南アジア	12.3 ‡	15.3	0.8	3.5	1.3	3.3	13.7	0.1	3007.2	0.7	-	-
サハラ以南のアフリカ	14.5	16.9	1.5	4.3	1.0	7.0	17.7	29.9	2018.1	5.2	-	-
東部・南部アフリカ	17.6	17.9	2.0	4.6	1.4	8.9	19.0	43.8	1993.3	5.6	-	-
西部・中部アフリカ	11.3	15.1	0.9	3.8	0.7	5.1	15.9	-	2043.5	4.8	-	-
後発開発途上国	14.2	14.0	1.1	3.2	1.0	5.8	15.3	27.4	2196.7	6.6	-	-
世界	17.9	18.8	2.9	4.1	1.2	9.1	15.2	4.6	1447.8	1.3	11263.6	-

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか <data.unicef.org/Regionalclassifications> を参照。
過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

GDP 比 (%) での政府歳入–政府歳入は、税金や社会保障費に加えて、罰金、手数料、賃料、不動産収入、および販売収入などその他による現金収入である。補助金も歳入と見なされるが、ここでは除外している。

政府歳出–一般政府の最終消費支出（正式には一般政府最終消費）には、財貨およびサービス（雇用に対する報酬を含む）の購入に対するすべての政府経常支出が含まれる。これには、国防および安全保障に対する大半の支出が含まれるが、政府資本の一部となる政府の軍事費は含まれない。

GDP 比 (%) で表される政府歳出–政府総支出に加えて、健康、教育、および社会的養護に対する個別の支出。

政府総支出比 (%) で表される政府歳出–健康、教育、および社会的養護に対する個別の支出。

データの主な出典

ODA–純政府開発援助
最終更新：2019年2月。

GDP 比 (%) での政府歳入–世界開発指標。最終更新：2019年6月。

政府歳出–世界開発指標（WDI）。最終更新：2019年6月。

注

– データなし。

* データが列の見出して指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照している。

** 中国を除く。

‡ インドを除く。

表 16 女性の経済的活動を促す指標

国・地域	社会制度と ジェンダー 平等に 関する 法制度 2019	雇用の ジェン ダー 平等に 関する 法制度 2018	母親 の 育児 休暇 給付 2018	父親 の 育児 休暇 給付 2018	近代的手 法で家族 計画を 実施した 割合(%) 2013~2018*	教育修了 レベル 2010~2017*		労働力率 2010~2018*						失業率 2010~2018*						携帯電話の 所有 2014~2017*		金融包摂 2014~2017*		
						後期 中等教育		男			女			男			女							
						男	女	農村部	都市部	全体	農村部	都市部	全体	農村部	都市部	全体	農村部	都市部	全体	男	女	男	女	
アフガニスタン	きわめて高い	-	なし	あり	42	-	-	74	71	73	23	16	21	10	12	10	9	36	14	-	-	23	7	
アルバニア	低い	70	あり	あり	5	46	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	38	
アルジェリア	-	-	あり	あり	77	28	x	23	x	65	57	60	10	15	13	-	-	-	-	-	-	-	56	29
アンドラ	-	-	-	-	-	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
アンゴラ	-	-	なし	なし	30	20	12	89	73	80	90	63	75	2	12	7	1	15	8	78	80	36	22	
アンギラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
アンティグア・ バーブーダ	-	-	なし	なし	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
アルゼンチン	-	-	なし	あり	-	40	x	44	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	51	
アルメニア	低い	80	あり	なし	37	92	92	74	68	71	61	48	53	8	25	18	7	25	17	-	-	56	41	
オーストラリア	きわめて低い	100	あり	あり	-	78	75	67	72	71	57	61	60	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	
オーストリア	きわめて低い	-	あり	なし	-	86	73	67	67	67	57	55	56	2	7	5	3	6	5	-	-	98	98	
アゼルバイジャン	低い	-	あり	なし	22	x	92	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	80	29	
ノハマ	-	-	-	-	-	81	x	82	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
バーレーン	-	-	なし	あり	-	39	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	86	
バングラデシュ	きわめて高い	20	あり	なし	73	34	24	80	81	81	39	31	36	3	3	3	6	9	7	54	31	65	36	
パリバドス	-	40	なし	なし	70	x	23	x	25	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ペラルーシ	低い	50	あり	なし	74	x	88	x	82	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	95	81	
ベルギー	きわめて低い	-	あり	あり	-	69	65	61	59	59	52	49	50	4	7	6	4	6	6	-	-	98	99	
ベリーズ	-	-	あり	なし	66	36	37	81	77	79	41	57	49	4	5	5	12	8	10	-	-	44	52	
ベナン	中くらい	-	あり	あり	26	-	-	78	70	74	73	65	70	1	4	2	2	4	3	-	-	49	29	
ブータン	-	-	なし	あり	85	x	8	3	70	75	71	60	46	56	-	-	-	-	-	-	-	39	28	
ボリビア	低い	-	なし	あり	50	46	39	91	76	80	77	58	64	1	5	3	1	5	4	-	-	55	54	
ボスニア・ヘル ツエゴビナ	低い	-	あり	あり	22	x	75	51	53	53	27	37	31	16	19	17	21	19	20	-	-	63	55	
ボツワナ	-	-	なし	なし	-	-	-	71	x	69	x	70	x	53	x	57	x	56	x	12	x	20	x	
ブラジル	低い	80	あり	あり	89	x	42	46	82	77	78	55	56	56	2	x	7	x	6	x	5	x	12	x
英領バージン諸 島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ブルネイ	-	-	なし	なし	-	-	-	68	69	69	53	58	56	9	9	9	12	9	10	99	99	-	-	
ブルガリア	低い	100	あり	あり	-	77	74	55	65	62	38	54	49	10	4	6	9	3	5	-	-	71	74	
ブルキナファソ	中くらい	-	あり	あり	56	4	2	77	69	75	59	55	58	3	6	4	9	9	9	-	-	51	35	
ブルンジ	-	-	なし	あり	38	5	2	79	69	78	83	55	80	1	10	2	0	10	1	16	7	8	7	
カーボベルデ	-	70	なし	あり	73	x	20	20	66	55	63	55	36	49	31	-	31	30	-	32	75	74	-	
カンボジア	低い	-	なし	なし	57	47	29	89	85	88	78	70	76	1	1	1	1	1	1	-	-	22	22	
カムルーン	きわめて高い	40	あり	あり	47	25	11	80	74	78	74	58	67	1	6	3	1	9	4	-	-	39	30	
カナダ	きわめて低い	-	あり	なし	-	83	83	67	70	70	59	62	61	6	6	6	5	6	6	-	-	100	100	
中央アフリカ共 和国	高い	-	あり	なし	29	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	10	
チャド	高い	-	あり	あり	20	10	x	2	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	15	
チリ	中くらい	80	あり	あり	-	58	56	72	70	71	42	50	49	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71	
中国	-	-	あり	あり	97	x	25	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	76	
コロンビア	きわめて低い	80	あり	あり	87	46	48	86	79	80	46	60	57	3	9	7	8	12	12	72	74	49	42	
コモロ	-	-	あり	なし	29	x	-	-	52	x	48	x	51	x	34	x	29	x	33	x	4	x	26	
コンゴ	-	-	あり	なし	43	-	-	77	x	64	x	69	x	80	x	58	x	67	x	6	x	27	x	
クック諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
コスタリカ	低い	60	あり	なし	89	x	37	39	75	73	74	39	49	46	7	8	8	14	12	12	87	87	75	61
コートジボワール	高い	80	あり	あり	39	15	7	77	66	66	52	46	46	1	3	3	1	4	4	81	47	47	36	
クロアチア	きわめて低い	100	あり	なし	-	79	63	56	58	57	41	48	46	8	7	8	12	8	9	-	-	90	83	
キューバ	-	-	-	-	89	58	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
キプロス	低い	-	あり	なし	-	73	70	63	69	68	51	59	57	9	8	8	9	9	9	100	99	87	90	
チエコ	きわめて低い	-	あり	なし	86	x	94	86	68	69	52	53	53	2	2	2	3	3	3	97	97	84	79	
朝鮮民主主義 人民共和国	低い	-	-	-	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
コンゴ民主共和国	中くらい	-	あり	あり	19	39	17	76	61	70	75	44	63	2	11	5	1	10	4	-	-	27	24	
デンマーク	きわめて低い	90	あり	あり	-	78	79	64	69	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100	
ジブチ	-	-	あり	あり	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61	52	17	
ドミニカ	-	-	なし	なし	-	11	x	10	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ドミニカ共和国	きわめて低い	90	あり	あり	82	31	38	79	76	76	40	51	49	3	5	4	5	9	8	70	69	58	54	
エクアドル	低い	-	なし	あり	79	x	43	42	85	77	79	61	52	55	1	4	3	2	6	4	59	58	60	43
エジプト	-	-	なし	なし	80	-	-	68	65	67	22	22	22	7	10	8	19	29	23	99	97	39	27	
エルサルバドル	低い	90	あり	あり	80	31	28	82	75	77	35	52	46	4	5	5	3	4	4	81	78	38	24	
赤道ギニア	-	-	なし	あり	21	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
エリトリア	-	-	なし	なし	21	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
エストニア	きわめて低い	-	あり	あり	-	84	90	67	74	71	55	59	57	5	6	5	5	5	5	-	-	98	98	

表 16 女性の経済的活動を促す指標

表 16 女性の経済的活動を促す指標

表 16 女性の経済的活動を促す指標

国・地域	社会制度とジェンダー指標 (SIGI) 2019	雇用のジェンダー平等に関する法制度 2018	母親の育児休暇給付 2018	父親の育児休暇給付 2018	近代的手法で家族計画を実施した割合 (%) 2013~2018*	教育修了レベル 2010~2017*		労働力化率 2010~2018*						失業率 2010~2018*						携帯電話の所有 2014~2017*		金融包摠 2014~2017*	
						後期中等教育		男			女			男			女						
						男	女	農村部	都市部	全体	農村部	都市部	全体	農村部	都市部	全体	農村部	都市部	全体	男	女	男	女
トンガ	-	-	なし	なし	48 x	53	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
トリニダード・トバゴ	低い	80	あり	なし	58 x	57 x	57 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	74
チリニア	高い	-	なし	あり	73 x	50	39	73	69	70	18	29	26	14	13	13	22	23	23	-	-	46	28
トルコ	低い	-	あり	あり	60	40	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	54
トルクメニスタン	-	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	36
ターカス・カイ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
コス諸島	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ツバル	-	-	-	-	41 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ウガンダ	高い	80	なし	あり	54	14	6	57	77	62	39	60	45	2	5	3	3	12	4	-	-	66	53
ウクライナ	低い	50	あり	なし	68 x	78 x	71 x	67	70	69	54	58	57	-	-	-	-	-	-	-	-	65	61
アラブ首長国連邦	-	10	なし	なし	-	43 x	60 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	93
英國	きわめて低い	90	あり	あり	-	76	73	64	69	68	55	58	58	3	4	4	3	4	4	-	-	97	96
タンザニア	高い	80	なし	あり	54	5	2	91	83	88	86	72	80	1	3	2	1	6	3	-	-	52	42
米国	きわめて低い	-	なし	なし	77	89	90	64	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	94	93	
ウルグアイ	低い	-	あり	あり	-	26	33	77	72	72	51	56	56	2	7	7	7	10	10	78	80	68	61
ウズベキスタン	-	-	あり	なし	-	94	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	36
バヌアツ	-	-	なし	なし	51	-	-	82 x	68 x	78 x	63 x	51 x	60 x	2 x	10 x	4 x	2 x	15 x	5 x	-	-	-	-
ベネズエラ	-	-	-	-	-	59	65	76	69	69	32	46	45	-	-	-	-	-	-	-	-	77	70
ベトナム	低い	70	あり	あり	70	30 x	21 x	85	74	81	77	63	72	2	3	2	1	3	2	-	-	31	30
イエメン	きわめて高い	-	-	-	38	-	-	65	66	65	5	8	6	13	10	12	25	29	26	-	-	11	2
サンビア	中くらい	-	なし	なし	62	-	-	34	59	45	20	36	28	12	10	11	10	15	13	-	-	52	40
ジンバブエ	中くらい	-	あり	なし	85	19	12	90	70	82	95	87	92	1	12	5	1	19	6	-	-	59	52

地域別等要約

東アジア・太平洋諸国	-	-	-	-	86	35	29	-	-	78 **	-	-	55 **	-	-	3 **	-	-	3 **	-	-	75	71
ヨーロッパ・中央アジア	-	-	-	-	77	74	69	-	-	66	-	-	53	-	-	6	-	-	7	-	-	84	79
東ヨーロッパ・中央アジア	-	-	-	-	69	76	71	-	-	69	-	-	53	-	-	6	-	-	6	-	-	68	62
西ヨーロッパ	-	-	-	-	83	72	68	-	-	65	-	-	53	-	-	7	-	-	7	-	-	95	93
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	-	-	-	-	83	42	44	-	-	78	-	-	52	-	-	5	-	-	8	-	-	59	52
中東・北アフリカ	-	-	-	-	68	43	40	-	-	68	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	59	43
北アフリカ	-	-	-	-	83	88	89	-	-	69	-	-	58	-	-	4	-	-	4	-	-	94	93
南アジア	-	-	-	-	67	34	20	-	-	79	-	-	25	-	-	3	-	-	4	-	-	75	64
サハラ以南のアフリカ	-	-	-	-	53	30	20	-	-	70	-	-	59	-	-	6	-	-	8	-	-	47	35
東部・南部アフリカ	-	-	-	-	62	24	18	-	-	75	-	-	63	-	-	7	-	-	10	-	-	49	41
西部・中部アフリカ	-	-	-	-	41	35	22	-	-	64	-	-	54	-	-	5	-	-	5	-	-	44	28
後発開発途上国	-	-	-	-	58	23	13	-	-	75	-	-	52	-	-	4	-	-	7	-	-	41	28
世界	-	-	-	-	76	44	38	-	-	74	-	-	44	-	-	4	-	-	5	-	-	72	65

すべての国と地域のリスト（ユニセフ地域分類・同地域小分類・開発途上国分類の詳細）については182ページか data.unicef.org/regionalclassifications を参照。過去に出版された一連の「世界子供白書」とのデータの比較は推奨されない。

指標の定義

社会制度とジェンダー指標 (SIGI) - 社会制度におけるジェンダー差別の水準を表し、家庭における差別、身体の不可侵性の限定性、生殖および金銭的リソース利用可能度の少なさ、および自由の制限によって定義される。	教育修了レベル - 後期中等教育 (ISCED 3) 以上を修了した25歳以上の人口の割合。	労働力化率 - 労働市場に対して積極的に関与する対象国の生産年齢人口の割合で表される。雇用中であるか失業中であるかを問わない。	失業率 - 労働力に含まれる失業者の割合。	携帯電話の所有 - 携帯電話を所有する個人の割合。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」(WBL: Women, Business and the Law) プロジェクト。最終更新: 2019年7月。	母親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	父親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	母親の育児休暇給付 - ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年6月。	父親の育児休暇給付 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	失業率 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	携帯電話の所有 - 國際電気通信連合 (ITU)。最終更新: 2019年3月。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行。最終更新: 2019年7月。
社会制度とジェンダー指標 (SIGI) - 社会制度におけるジェンダー差別の水準を表し、家庭における差別、身体の不可侵性の限定性、生殖および金銭的リソース利用可能度の少なさ、および自由の制限によって定義される。	教育修了レベル - 後期中等教育 (ISCED 3) 以上を修了した25歳以上の人口の割合。	労働力化率 - 労働市場に対して積極的に関与する対象国の生産年齢人口の割合で表される。雇用中であるか失業中であるかを問わない。	失業率 - 労働力に含まれる失業者の割合。	携帯電話の所有 - 携帯電話を所有する個人の割合。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」(WBL: Women, Business and the Law) プロジェクト。最終更新: 2019年7月。	母親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	父親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	母親の育児休暇給付 - ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年6月。	父親の育児休暇給付 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	失業率 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	携帯電話の所有 - 國際電気通信連合 (ITU)。最終更新: 2019年3月。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行。最終更新: 2019年7月。
母親の育児休暇給付 - 國際労働機関の基準に従って、法律で14週間以上の有給育児休暇が定められているか否か。母親の育児休暇給付 - 國際労働機関の基準に従って、法律で14週間以上の有給育児休暇が定められているか否か。	教育修了レベル - 後期中等教育 (ISCED 3) 以上を修了した25歳以上の人口の割合。	労働力化率 - 労働市場に対して積極的に関与する対象国の生産年齢人口の割合で表される。雇用中であるか失業中であるかを問わない。	失業率 - 労働力に含まれる失業者の割合。	携帯電話の所有 - 携帯電話を所有する個人の割合。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」(WBL: Women, Business and the Law) プロジェクト。最終更新: 2019年7月。	母親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	父親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	母親の育児休暇給付 - ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年6月。	父親の育児休暇給付 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	失業率 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	携帯電話の所有 - 國際電気通信連合 (ITU)。最終更新: 2019年3月。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行。最終更新: 2019年7月。
父親の育児休暇給付 - 法律で（任意の期間）の有給育児休暇が定められているか否か。	教育修了レベル - 後期中等教育 (ISCED 3) 以上を修了した25歳以上の人口の割合。	労働力化率 - 労働市場に対して積極的に関与する対象国の生産年齢人口の割合で表される。雇用中であるか失業中であるかを問わない。	失業率 - 労働力に含まれる失業者の割合。	携帯電話の所有 - 携帯電話を所有する個人の割合。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」(WBL: Women, Business and the Law) プロジェクト。最終更新: 2019年7月。	母親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	父親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	母親の育児休暇給付 - ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年6月。	父親の育児休暇給付 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	失業率 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	携帯電話の所有 - 國際電気通信連合 (ITU)。最終更新: 2019年3月。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行。最終更新: 2019年7月。
近代的手法で家族計画を実施した割合 - 家族計画を必要とする女性 (15~49歳) のうち、近代的手法で家族計画を実施できている女性の割合。	教育修了レベル - 後期中等教育 (ISCED 3) 以上を修了した25歳以上の人口の割合。	労働力化率 - 労働市場に対して積極的に関与する対象国の生産年齢人口の割合で表される。雇用中であるか失業中であるかを問わない。	失業率 - 労働力に含まれる失業者の割合。	携帯電話の所有 - 携帯電話を所有する個人の割合。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」(WBL: Women, Business and the Law) プロジェクト。最終更新: 2019年7月。	母親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	父親の育児休暇給付 - 世界銀行「女性・ビジネス・法律」プロジェクト。最終更新: 2019年2月。	母親の育児休暇給付 - ユネスコ統計研究所 (UIS)。最終更新: 2019年6月。	父親の育児休暇給付 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	失業率 - 國際労働機関(ILO)。最終更新: 2019年8月。	携帯電話の所有 - 國際電気通信連合 (ITU)。最終更新: 2019年3月。	金融包摠 (ファイナンシャル・インクルージョン) - 世界銀行。最終更新: 2019年7月。

** 中国を除く。

データなし。

x データが列の見出しで指定されたものと異なる年または期間を参照している。こうしたデータは、地域別および世界全体の平均値の計算には含まれていない。2000年以前の年次データからの推計値は表示されていない。

* データが列の見出しで指定された期間内に入手できた最も新しい年次のものを参照

ユニセフの「世界子供白書」は、急速に変化し続ける世界に対応するため、**子どもの食と栄養**をめぐる様々な課題を検証し、20年ぶりに新たな視点をここに提供する。過去20年に世界は前進した。しかし、5歳未満児の3分の1は栄養不良(発育阻害、消耗症、または過体重)であり、残りの3分の2は劣悪な食生活のために栄養不良と隠れ飢餓のリスクにさらされている。こうした状況には、低栄養、隠れ飢餓、過体重という危険な「栄養不良の三重苦」が反映されており、子どもと彼らが居住する国々の生存、成長、発展を脅かしている。この世界的な困難の中心にある問題。それは、子どもたちが健康に育つために必要な食品を提供できない、機能不全に陥った「フードシステム」だ。本書は21世紀における栄養不良に関する新たなデータと検証結果を提供し、子どもたちの権利をフードシステムの核心に据えるために必要な諸原則を提唱するものである。



すべての子どもに栄養を届ける