

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・ネイビス、セントルシア、セントビンセント・グレナディーン、スリナム、トリニダード・トバゴ、タークス・カイコス諸島、ウルグアイ、ベネズエラ

中東と北アフリカ

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

北アメリカ

カナダ、米国

南アジア

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

サハラ以南のアフリカ

東部・南部アフリカ、西部・中部アフリカ

東部・南部アフリカ

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

西部・中部アフリカ

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

後発開発途上国 / 地域

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

アフガニスタン、アンゴラ、バングラデシュ、ベナン、ブータン、ブルキナファソ、ブルンジ、カンボジア、中央アフリカ共和国、チャド、コモロ、コンゴ民主共和国、ジブチ、エリトリア、エチオピア、ガンビア、ギニア、ギニアビサウ、ハイチ、キリバス、ラオス、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、マリ、モーリタニア、モザンビーク、ミャンマー、ネパール、ニジェール、ルワンダ、サントメ・プリンシペ、セネガル、シエラレオネ、ソロモン諸島、ソマリア、南スーダン、スーダン、東ティモール、トーゴ、ツバル、ウガンダ、タンザニア、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 U 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す。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お産率の指標は、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)、複数指数クラスター調査 (MICS)、その他のリプロダクティブ・ヘルス調査などの国別世帯調査プログラムから得られたものである。地域分類別および世界全体の推計値は、加重平均法によって算出されている。重み付けに使用された変数は、指標によって異なり、各国に適用されている。これらの変数は対象となる人口集団（分母）の各指標に適用され、最新版の*世界人口予測*から導かれたものである。地域分類別および世界全体の合計値の算出にあたっては、各国の最も新しいデータ要素（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病に対する予防策や治療行為に関する指標データの主な出典は、人口保健調査（DHS）や複数指数クラスター調査（MICS）といった、代表的な人口集団を対象とした国別世帯調査である。地域分類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、各国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詳細な解説は <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、国連共同エイズ計画（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) 継続的な母乳育児(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) にて触れら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.PREVAEMIA?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、感情と身体が発育にとって重要な時期である。脳を適切に発達させるには、意欲喚起が可能な環境、十分な栄養素、注意深い養育者との対人関係学習が必要である。乳幼児期の子どもの発育指標は、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ス・ケア：人口保健調査 (DHS) から得られたこの指標に関するデータは、比較可能性実現のために、複数指数クラスター調査 (MICS) の手法に基づいて再計算されたものである。したがって、再計算されたデータは、人口保健調査 (DHS) が行った国別報告書に記載の推計値とは異なる。

父親による学習意欲の早期喚起とレスポンス・ケア：複数指数クラスター調査 (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ス・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、複数指数クラスター調査 (MICS) の手法に基づいて再計算されたものである。したがって、再計算されたデータは、人口保健調査 (DHS) が行った国別報告書に記載の推計値とは異なる。

家庭にある学習教材 (玩具)：この指標の定義は、複数指数クラスター調査 (MICS) の第3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ぐ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、複数指数クラスター調査 (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（慣習を支持してはいない）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が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化動向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、上記の指標や指数を補完する。

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

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入の割当配分を示すことである。政府歳入は、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、政府歳入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入の対 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包含する。差別的な法律、態度、慣行は、女性と女子の人生に影響を与え、人間的、社会的、生産的資産を蓄積するその能力を制限し、健康と幸福に影響を及ぼす選択について主張したり実行したりすることを妨げる。

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を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、膣バリア法 (ベツサリー、子宮頸部キャップ、泡タイプ・セリール・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、避妊パッチまたは膣リング) 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か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。