国連人口基金（UNFPA）は、
すべての女性と男性、そして子どもたちが、
健康と平等な機会をもつ生活を楽しむ権利を
推進する国際開発機関です。
UNFPAは、
貧困を削減し、
そして、すべての妊娠が望まれたものであり、
すべての出産が安全に行われ、
すべての若者たちがHIV/エイズから解放され、
すべての女児と女性が尊厳と尊敬の念をもって
扱われるのを保証するための
政策とプログラムに、
各国が人口データを利用することを支援しています。

UNFPA―かけがえのない一人ひとりののために

United Nations Population Fund
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org

ISBN4-906581-17-X C0320 P0E

二〇〇五年 世界人口白書 平等の約束―ジェンダーの公正、リプロダクティブ・ヘルスそしてミレニアム開発目標

UNFPA 世界人口白書 2005

平等の約束
―ジェンダーの公正、リプロダクティブ・ヘルス そしてミレニアム開発目標

世界人口白書 2005

平等の約束

ージェンダーの公正、リプロダクティブ・ヘルス
そしてミレニアム開発目標

Copyright © UNFPA 2005

国連人口基金
事務局長
トラヤ・オベイド

目　次

本　文

第1章 概要 1

平等の達成によって得られる利益：戦略的投資、大きな成果 1
人権に関する約束 3
リプロダクティブ・ヘルス：公正を評価する基準 3
思春期の子どもと若者：地図のない旅路 4
男児や男性と手を組んで 4
ジェンダーに基づく暴力：大きすぎる代償 5
人道危機に直面する女性と青少年 5
貧困を過去のものにする 7

第2章 戦略的投資：平等の配当 9

機会と選択肢の欠如 9
経済生産の役割と人間の再生産の役割の調和 15
ジェンダーの公正に向けた実施義務 17

第3章 人権に関する約束 21

人権と貧困の削減 22
女児と女性の人権 22
人権：MDGsの本質的要素 24
リプロダクティブ・ライツの実践 25
人権、ジェンダー、文化：協調を目指して 27
公民権を剥奪された人々への支援 28

第4章 リプロダクティブ・ヘルス：公正を評価する基準 33

妊産婦死亡と障害 34
HIV/エイズの女性化 37
家族計画から得られる成果 41

第5章 地図のない旅路：思春期、貧困、ジェンダー 45

思春期：機会とリスク 45
思春期を含む若者の生活におけるリプロダクティブ・ヘルス 48
青少年とHIV/エイズ 51
児童婚 53
青少年と雇用 55

第6章 第6章 男児や男性と手を組んで 57

MDGsを達成するための男性の役割 57
ジェンダーによる役割分業が男性に及ぼす影響 58
男児や男性に働きかける 60
男らしさの解釈を問い直す 60
人格形成期 61
進展を加速させる 63

第7章 ジェンダーに基づく暴力：大きすぎる代償 65

ジェンダーに基づく暴力の重大さと多様な形 65
女性に対する暴力とMDGs 69
「ゼロ・トレランス（許さない）」に向けた結集 70
男性が立ち上がること 72

第8章 第8章 人道危機に直面する女性と青少年 75

危機の後：公正と平和を求める機会 75
発展する人権の枠組み 76
女性の参加とジェンダーの平等：復興への道 77
危機直後の青少年のエンパワーメント 78
人道にかかわる緊急事態でのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの保護 79

第9章 ミレニアム開発目標とそれ以後を目指すロードマップ 85
女性のエンパワーメント(能力強化):家族と国を貧困から解放すること 85
青少年のエンパワーメント推進:MDGsとそれ以後を見据えて 85
すべての人々にリプロダクティブ・ヘルスを:MDGs達成に向けたカイロ合意の履行 85
権利と平等:貧困削減政策の手引き 88
資源:人間の尊厳を守り公正を実現するための慎ましい費用 90

出　典 93

引用句の出典 105

囲み記事の出典 105

指　標 107
カイロ会議の目標の検証 107
人口・社会・経済指標 111
人口の比較的少ない国・地域の指標 115
指標の注 117
テクニカル・ノート:指標の解説 118

グラフと表

図1:セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスの疾患が世界に及ぼす負担 34
図2:最貧困層と最富裕層の女性別にみた専門技能者の出産立会い率 36
図3:貧富の状況別避妊実行率 42
図4:最貧困層および最富裕層の思春期の若者の出産 50
図5:理由がひとつでもあれば夫が妻を殴ることは正当化されると考える女性たち 68

写　真 120

編集チーム 120

第1章　概　要

「新しい約束は必要ない。必要なことは公約を守ることである」

—国連ミレニアム・プロジェクト

貧困からの解放と平等という約束を実現するのに、世界はかつてない好機を迎えている。今後10年の間に、貧困のどん底から何億人もの人々が解放される可能性がある。3000万人の子どもと200万人の母親の生命を救うことができる[1]。さらに後天性免疫不全症候群（エイズ）の蔓延を食い止めて後退させることが可能である。何百万人の青少年が自分たちの国の開発に今以上に大きな役割を果たし、ひいては自分たちと後世のために世界をよりよくすることができる。

この約束を実現するには、ジェンダーの平等とリプロダクティブ・ヘルスが不可欠である。

2000年に189カ国の首脳が国連ミレニアム・サミットに集まり、貧困削減を目指した国際合意を生み出した。同サミットの宣言から8つのミレニアム開発目標（MDGs）が設定され、その目標達成の期限が2015年に定められた。2002年の国連ミレニアム・プロジェクトには第一線で活躍する250人以上の専門家が集結し、MDGsの実施方法について国連事務総長に助言を提示した。本年の『世界人口白書』は一貫してこの専門家たちの結論を反映している。

ジェンダーの平等は人権のひとつである。またMDGsのひとつの目標でもあり、他の7つの目標を達成する鍵を握るものでもある。国連ミレニアム・プロジェクトは、ジェンダーの平等の目標を含むMDGsの達成のために、リプロダクティブ・ヘルスは欠くことができないという結論に至った。ジェンダーの平等とリプロダクティブ・ヘルスに投資することで複合的な成果が得られ、それが社会や経済の発展を加速し、ひいては将来の世代へと続く影響力をもつのである。

ジェンダーの平等と公正　ジェンダーによる差別が原因で最大の損失を被るのは低所得国であり、国内で見ると貧困層である。労働力に占める女性の割合は大きく、女性は農村経済や食糧生産の中心的な役割を果たしている。また、次世代の保護者として主たる責任を担っている。ジェンダーによる差別のために個人の能力が効率的に活用されなくなり、女性の貢献度が限られるため、人的資本が無駄遣いされている。ジェンダーによる差別はまた、開発政策の効果も損なう[2]。

差別の重圧を取り除けば、女性の能力と経済力は増大する。加えて、女性は自ら得た所得を子どもや家族の幸福のために再投資する傾向があるため、女性による貢献は何倍にも増えて国の発展へとつながる。女性のエンパワーメント（能力強化）によって、各国のMDGs達成に向けた前進は加速し、すべての人々の生活が向上する。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツ　リプロダクティブ・ヘルスが不十分なために生じる大きな負担は、本来その大部分を防ぐことができるにもかかわらず、最貧困層の女性とその家族に最も重くのしかかる。つまりこのような負担がもたらす結果に対処するだけの余裕が最も少ない人たちにのしかかっている。出産に関する選択をはじめ、性と生殖にかかわる生活において自由意思によるインフォームド・チョイスを行う能力をもつことで、女性は他のあらゆる生活面でも自主的な決定をしやすくなる。リプロダクティブ・ヘルスの問題は女性に多大な影響を与えるため、これをジェンダーの平等に向けた広範な目標と切り離して考えることはできない。

平等の達成によって得られる利益：戦略的投資、大きな成果

刻々と迫る2015年の期限までにMDGsを達成するつもりであれば、各国は少ない資源を賢く投資する必要に迫られ

る。**第2章**で述べるように、経験から言えるのは、国レベルでの進展を促すには3つの分野に同時に投資することが特に効果的であるという点である。その3分野とは、女児と女性に対する教育、リプロダクティブ・ヘルスの情報とサービス、女性の経済的権利である[3]。女性が個人として、または市民社会組織の一員として政治プロセスに参加すれば、前述のような重要事項が国レベルで常に最優先で論議され、政府をはじめとする主要機関が公約した内容について実施責任をもつことを促進する。

女児と女性に対する教育の機会増大　教育におけるジェンダーの格差により、男性の2倍近くの女性は読み書きができない。最貧困地域では、学校に通っていない女子は男子よりも多く、この格差は中等教育の段階で拡大する。女子に対する中等・高等教育は貧困削減のために特に重要であるにもかかわらず、これが実態である。学業を修めることによって、女性が収入を得る可能性は増大し、妊産婦と乳児の死亡が減少し、リプロダクティブ・ヘルスが全体的に向上する。教育が高いとHIV（ヒト免疫不全ウイルス）の感染率が低いという関連性もある。教育を受けた女子は結婚と出産を遅らせ、自分と家族の経済状態を将来向上させる技能を身につける可能性が高い。さらに女子に対する教育がもたらす複合的な便益は、次世代における健康と教育の改善にもつながる。

リプロダクティブ・ヘルスの改善　リプロダクティブ・ヘルスの問題は、世界中で女性の死亡と身体障害の主因となっている[4]。そして、その大部分は予防が可能である。すべての人が利用できるリプロダクティブ・ヘルス・サービスの実現は、国際的な公約であり、人権にかかわる重要課題である。また貧困と闘う国々にとっては強力な投資となる。

リプロダクティブ・ヘルスケアの利用が難しい貧困家庭の女性や思春期の少女は最も大きな苦しみを味わっている。このような女性やその家族は、リプロダクティブ・ヘルスケアへのアクセスが不足していることにより生じる結果に対応しようにも、その余裕が最もない人々である。ヘルスケアの費用、家族の生存に寄与してきた女性の働きが失われること、エイズの影響によって、貧しい家族は極度の貧困状態に陥りかねない。子どもの数と出産の時期や間隔を女性が決定できない場合、他の生産的な活動やコミュニティ活動に参加する機会も安定した雇用とより高い賃金を確保できる機会もふいになってしまう。

国の開発と公的予算に対する経費は甚大である。いくつかの推定によると、リプロダクティブ・ヘルスの状態が悪いことで、世界全体で毎年2億5000万年分の女性の生産活動年数が失われ、女性の総生産性が20%も減少するという[5]。思春期の妊娠、エイズの蔓延、家族計画サービスの欠如による過剰な出生力が原因となって、国家予算は一層逼迫し、社会経済開発はなかなか進まず、貧困が深刻化する。

経済的機会の提供　有給の労働力として働く女性の数は増えているものの、選択できる職種が少なかったり、低賃金であるなど、様々な形の差別に女性は直面している。法律と慣習があいまって、女性が財産を所有し、信用を獲得し、収入を管理するのを阻む状況では、事業を起こそうとする努力が挫折する場合がある。ところによっては、女性は夫が死亡した場合でさえ、その財産を相続できない。多くの女性はインフォーマルなセクターで働かざるを得ないが、そこで得られる仕事は法的規制を受けておらず、低賃金で不安定であり、危険な場合も多い[6]。

1　2005年：MDGsまでのカウントダウンの主要な節目

MDGs達成の期限である2015年までは今年から数えて10年、そのカウントダウンが始まった。今年はまた進展を評価し、人類の現状改善に向けた行動を強化するための基準となる様々な節目を迎えてもいる。2005年は以下のような節目の年にあたる。

- 第4回世界女性会議（北京会議）の10周年。
- 第1回世界女性会議の30周年。
- 1945年に制定された国連憲章の60周年。同憲章の前文では「男女の同権」が正式に記された。
- 「2000年およびそれ以降の世界青少年行動計画」の10年後の見直し。

2005年はまた、1994年の国際人口開発会議(ICPD/カイロ会議)の10周年の直後でもある。ICPDでは、ジェンダーの平等とリプロダクティブ・ヘルス/ライツが持続可能な開発の基本となることが再確認された。

開発途上国では食糧生産の60－80%を農村女性の労働力が担っているが[7]、多くの女性は土地の所有・活用・相続に関する権利に関し制約を受けている。サハラ以南のアフリカのいくつかの国々で実施した調査から、農家所得・農業サービス・土地を男性と平等に利用し管理できる女性が増えれば、生産高を最大で20%増加させられるだろうという結論が得られた[8]。これらの国々の多くでは、追い討ちをかけるようにエイズが女性の生産性を損ねている。社会的な支援がほとんどない中で、家族の扶養と病人の看病に苦労している女性が多いからである。

人権に関する約束

20世紀において誇るべき功績のひとつが、すべての人が平等な権利をもつことを認める国際的な人権制度の確立であった。MDGsは人間の尊厳、個人の安全、貧困・不安・差別からの解放を求める人権尊重の姿勢を基本としている。**第3章**で述べるように、これらの達成は慈善心で解決できる事柄ではない。これは倫理的な義務であると同時に、共同の責任でもある。女性を中心とした貧困層、青少年、社会から取り残された人々は二重、三重に権利を剥奪されていることが多いが、このような人々のエンパワーメントが、MDGsを達成し、人間開発を促進するために不可欠である。

女性の人権のための枠組みはしっかりと確立されている。国際条約・地域条約、多くの国の憲法・法律において、女性の権利の保護が正式に述べられている。しかし、実際には女性の人権を否定する風土が根強く、幅広く残っている。女性の権利を保護する法があっても、その実効性はしばしば弱く、予算が限られているため執行は阻まれている。女性の権利を支持すべき社会制度全体にジェンダーに基づく偏見が浸透している。慣習や伝統が政策より優先される国も多数ある。例えば、女性や未成年の少女が自分たちの意思に反して結婚させられる、女児や女性に対する暴力が容認されている、レイプの犯人が罪を逃れる、家庭や結婚、また財産や相続などについて、男性との平等な権利が女性には否定されている。

リプロダクティブ・ライツは人権、特に女性の人権の中心をなす。リプロダクティブ・ライツは、差別・強制・暴力と関係なく性と生殖に関する意思決定を行う基本的な権利をすべての個人とカップルが有するという認識に基づいている。リプロダクティブ・ライツの中には、最高水準の健康を維持できる権利、子どもの数、出産の時期と間隔を決定できる権利が含まれる。また、安全に出産できる権利、HIVその他の性感染症（STI）から身を守るすべての個人の権利も含まれる。

女性の人権を推進するうえで、社会的・文化的な背景は阻害要因にも促進要因にもなる。文化に配慮したアプローチをとれば、建設的な価値観を基に促進でき、コミュニティのリーダーや有力者の支援を取り込み、コミュニティ全体が自分たちの問題として主体的に人権とジェンダーの平等を推進することにつながる。

社会から取り残されたグループの権利は、優先的に配慮すべき問題である。このようなグループは世界人口の大きな割合を占め、その多くは貧困状態にある。身体障害者は世界人口の10%（6億人）を占めている[9]。推定では約70カ国で3億7000万人の先住民族が生活している[10]。国際的な移住者は推定で1億7500万人に達する[11]。このようなグループにいる女性はすでに多様な差別を受けているが、それにジェンダーの不平等が加わることで差別は一層深刻になる。

リプロダクティブ・ヘルス：公正を評価する基準

第4章で述べるとおり、リプロダクティブ・ヘルスは、子どもの死亡率の削減、妊産婦保健の改善、HIV/エイズとの闘いというMDGsのうちの3つに直接関連し、他のすべての目標にも影響を及ぼす。健康にかかわる分野で、国内でも国と国の間でもリプロダクティブ・ヘルスほど貧困層と富裕層の格差が大きい分野は他にない[12]。また、健康に関してジェンダーの不平等が女性の生活にこれほどはっきりと一方的に影響を及ぼす分野もない。

妊産婦死亡のほぼすべて、99%が開発途上国で起きている。経済的余裕のある女性ならすぐに利用できる緊急ケアにこれを必要とするすべての女性がアクセスすることができれば、母親の生命だけでなく、新生児の大部分の生命をも救うことができるだろう。出産または妊娠の合併症により毎分、女性1人が死亡し、加えて重傷を負ったり、障害者となったりする人が20人もいる[13]。また出産中に母親が死亡すると、その子どもが生き延びる可能性は急激に低くなる。母親を失った新生児が死亡する可能性は、他の新生児に比べて3－10倍高い[14]。家族計画の利用を容易にすることで意図しない妊娠を防止すれば、妊産婦死亡の20－35%

を回避することができ[15]、毎年10万人以上の母親の命が救われるだろう。

急速な広がりを見せているエイズによって一層はっきりと浮かび上がるのは、ジェンダーの格差がリプロダクティブ・ヘルスに対してもたらす結果である。すべてのHIV感染者のうち、4分の3は男女間の性行為によって感染しており、多くは夫から妻への感染である。感染は予防可能であるにもかかわらず、HIVから身を守る女性の能力は、意思決定力の不平等、ジェンダーに基づく暴力、不安定な経済状態、有害な因習によって制限されることが多い。新たなHIV感染者のうち、半分までを若い人たちが占めている。若い女性は特に高いリスクにさらされている。貧しい若い女性は、自分の身を守る力と機会を最も持たない人たちである。

ジェンダーの不平等が蔓延を増幅している。多くの社会では男性の勇敢さと力を美化する社会規範や期待があるため、男性が複数のパートナーをもつことや意思決定における男性の権限が正当化される。エイズが個々の男女に、あるいはエイズのために片親または両親をなくした子どもに、さらには国全体に及ぼす影響については、悲惨なまでによく知られている。しかし、教育や保健サービスを受ける機会が制限されているため、何百万人もの貧しい人々には予防と治療が今なお手の届かないところにある。

思春期の子どもと若者：地図のない旅路

世界人口の半分近く、約30億人は25歳未満であるため、青少年が貧困削減と開発に欠かせない存在になっている。今日の若者世代の人口は史上最大規模である。このうち5億以上の若者（15－24歳）が1日2ドル以下で生活している[16]。若者が成長を遂げているこの社会は親の世代とは異なっており、エイズ、情報・通信技術、グローバリゼーションが若者の生活を形作る上で強力な影響力をもっている。

世界中の失業者の半分を若者が占めている。仕事を通じて収入を得、新たな技能を学んで発展させる機会に恵まれる若者がいる一方、多くの若者は低所得で技能が求められないセクターから動きがとれなくなり、先に進んだり、貧困から脱出する機会をほとんど持たない[17]。**第5章**で詳しく述べるが、思春期または幼児期に仕事を始めた人の多くは虐待や搾取の対象になりやすい傾向がある。

本書で10－19歳と定義している思春期は、生涯にわたって持続する可能性がある技能や価値観を習得する重大な時期である。しかし貧困状態にある思春期の若者にとっては、自由が損なわれ、リスクが増大する時期になりかねない。家族の生活を支えるため、また妊娠や結婚のために、学業を断念せざるを得ない思春期の若者が数多くいる。特に思春期の少女は、早すぎる妊娠や児童婚に至ったり、性的虐待や女性性器切除などの有害な因習の被害を受けたりしやすい立場にある。今後10年間で、1億人の女子が18歳未満で結婚する可能性が高い[18]。毎年およそ1400万人の思春期の少女が出産している[19]。また思春期の少女は20代の女性に比べ、妊娠に関連した合併症で死亡する可能性が2－5倍高く[20]、生まれた子どもの生存見込みも低い。貧困から、自分と家族のために必要最少限の生活必需品を得ようと売春という手段に頼る女子も多い。1人でなんとか生活し、きょうだいを養わなければならない1500万人ものエイズ孤児[21]の前に、また、見捨てられ路上で生活する世界中の大勢の子どもの前に問題とリスクは何倍にも大きくなって立ちはだかっている。

青少年人口の割合は最貧困国で最も大きい。しかし、思春期の子どもや若者は、政策立案者からあまり注目されておらず、MDGsでもないがしろにされている。幸い、青少年、特に思春期の少女の教育、リプロダクティブ・ヘルス、ウェル・ビーイング（良好な状態）、将来の見通しに向けた投資を今以上に増やすことは、人権と国家の利益にかかわる緊急課題である、と理解する政策立案者が現在増えてきている。十分な教育を受けていない大勢の青少年が雇用の見込みもなく存在する状態は、執拗に続く貧困、不平等、社会不安の原因となっている[22]。これに反して、「アジアの虎」の経済成長に先例が見られるように、技能のある青少年が大挙して生産性の最も高い就業年齢に達すれば、開発を後押しする強力な力を発揮する可能性がある。

男児や男性と手を組んで

ジェンダーの規範と固定観念は男女双方の可能性を狭めるため、ジェンダーの平等は両者にとって得るところの大きい考え方である。家事をもっと分担するよう男性に促す、あるキャンペーンの言葉を借りれば、「二重の幸せ」である[23]。男性自身も、人間性を抑圧し、子育てへの参加を阻み、自分と自分のパートナーを危険にさらす「男らしさ」についてますます疑問視するようになっている。多くの男

性はもっと協力的な夫や父でありたいと願っているが、ジェンダーの関係にまつわる根深い観念を乗り越えるために助けを必要としている。さらに、男性はリプロダクティブ・ヘルスの多くの問題について責任を負っているため、問題解決のために欠くことのできない存在である。

世界中の画期的なプログラムでは、平等とリプロダクティブ・ヘルスに向けた活動への男性の積極的な関与をうまく引き出している。避妊方法や妊娠・出産の緊急時に備えた計画、自発的に受けるHIV抗体検査に関して決断を下す際、男女が協力して決めるよう促すイニシアティブもある。男性は建設的な変化の担い手であることを強調し、彼らにより広くジェンダーの規範に疑問を投げかけるよう指導するプログラムもある。発達期であると同時に危険が潜む時期でもある思春期の少年を対象とするプログラムもある。また、職場や軍隊・警察にいる多数の男性に働きかけようとするイニシアティブもいくつかある。しかし、ジェンダーの関係を変えるという大きな課題から見れば、大部分のプログラムは規模が小さい。**第6章**で述べるように、リプロダクティブ・ヘルス、家庭生活、ジェンダーの平等に男性をもっと積極的にかかわらせるよう一層の努力を図ることが急務となっている。

ジェンダーに基づく暴力：大きすぎる代償

ジェンダーに基づく暴力には、経済的にも、社会的にも、地理的にも境界がない。ジェンダーに基づく暴力は圧倒的に男性から女性に対してふるわれるが、この暴力はジェンダーの不公正の反映でもあり、不公正を助長するものでもある。暴力は女性の尊厳・自主性・健康を衝撃的なまでに損なっている。世界中で3人に1人の女性が殴られたり、望まない性関係を強要されたり、虐待されたりしており、しかもこのような行為が家族の一員や知人によって行われている場合も多い[24]。21世紀の初頭に、15歳から44歳の女性で暴力によって死亡したり、傷を負ったりした人の数は、がんの罹患・死亡者とほぼ同数である[25]。医療費の増大、裁判所・警察・学校にかかる負担、学業の中断と生産性の損失という形で国が被る損害は甚大である。米国では、その額が毎年約126億ドルに達している[26]。

ジェンダーに基づく暴力はいろいろな形で行われる。何百万人という女性が性的虐待やレイプにおびえて暮らす家庭内での暴力もあれば、女性性器切除から「名誉殺人」やダウリー(持参金)に関連する暴力に及ぶ有害な因習もある。アジアでは、出産前の性の選別、嬰児殺し、育児放棄のために少なくとも6000万人の女児が「消失」している[27]。毎年、80万人もの人が国境を越えて人身売買されている。そのうち80%を女性と女児が占め、ほとんどが性産業で搾取される[28]。国内での人身売買はさらにその数が多くなる。**第7章**では、ジェンダーに基づく暴力の広がり、原因、結果を検討し、暴力の世界的な広がりと闘うために現在講じられている手段を考察する。

人道危機に直面する女性と青少年

2000年の国連ミレニアム・サミット以後も、40カ国以上で紛争が勃発している[29]。自然災害が頻発するようになり、今まで以上に多くの人が被害を受けるようになってきている。2004年の大津波では28万人が死亡し、100万人が避難を余儀なくされた[30]。

紛争や災害の結果、社会システムが崩壊すると、特に女性と青少年は弱い立場におかれることになる。紛争時には、レイプはよくある攻撃手段とされ、その結果何百万人もの女性が心的外傷を受け、強制的に妊娠させられ、HIVをうつされる。危機によってコミュニティと家庭の保護は崩壊する。ジェンダーに基づく暴力という危険も絶えず存在するようになる。保健サービスの欠如により、乳児死亡率と妊産婦死亡率は急激に上昇する場合が多い。武装集団が、子どもや思春期の若者を兵士として強制的に徴用したり、家庭内の使用人や性的奴隷として無理やり働かせたりすることもある。女性は自活するだけでなく子どもを養う立場にもおかれ、生き残った者の面倒も見る場合が多い。これらの理由により、人道危機はしばしば長期的な経済的・社会的不安につながる。MDGsの目標達成に最も遠い34カ国のうち、22カ国は現在も紛争中であったり、紛争から立ち直る過程にある[31]。

平和構築と復興の過程では、そもそも紛争の原因となった不公正を是正する機会が生じる。**第8章**では、危機直後の時期における女性と青少年のニーズや権利に取り組む努力を述べる。危機後の移行期間に公正で確固とした貧困削減行動計画を立てるには、女性や青少年の参加が不可欠である。この章ではまた、国内避難民の窮状を取り上げ、紛争後にジェンダーの公正が実現する社会を生み出そうと再出発を試みる国についても説明する。

2　ICPDとMDGs：貧困削減、ジェンダーの平等、リプロダクティブ・ヘルスを求める連携

目標1：極度の貧困と飢餓の撲滅

- 男女に平等な雇用機会と賃金、信用貸し、農業用資産、相続・財産に関する権利など、女性の経済的権利に投資することは、労働生産性、農地の生産高、家族の福祉の向上につながる。女性が家庭の資源を管理することで、子どもの健康・栄養・教育への投資が大きくなる。
- 最貧困国の多くは紛争中か、紛争から立ち直る過程にある。女性と青少年に投資することで、社会と経済の再建、貧困削減、持続的な平和と安定が促進される。
- リプロダクティブ・ヘルスの問題は、女性と貧困層に多大な影響を及ぼし、貧困家族が一層貧困に追い込まれる可能性もある。
- 家族の人数が少なくなれば、飢餓の減少や子ども1人当たりの投資の増大が促進される。これが、健康で技能の高い労働力、人口増加の鈍化、歳出の減少、預金・投資の増加につながり、社会と経済の発展を加速する。

目標2：初等教育の完全普及

- 母親に教育があり、子どもの数が少ない場合、すべての子どもが学校に通う可能性は高くなる。
- ジェンダーに基づく偏見によって、女子は母親を助けて弟や妹の世話や家事を手伝うため、学校に通わせてもらえない。多くの家庭では男子の教育の方が優先される。授業料をなくし、貧困家庭を支援すれば、すべての子どもが学業を修了できるようになる。

目標3：ジェンダーの平等の推進と女性のエンパワーメントの促進

- ジェンダーの不平等は開発の進展を遅らせる。政治、経済、社会、文化にかかわる男女の平等な権利は、貧困削減のために必要である。
- 女性が子どもの数と出産の時期を自由に決められることは、女性のエンパワーメントを図り、仕事・教育・社会参加の機会を増やすための鍵になる。
- ジェンダーの平等、貧困削減、開発の目標達成のために男性は重要な役割を果たす。このような目標には、母子保健の向上、HIV感染予防、ジェンダーに基づく暴力の減少が含まれる。
- 女性と女児に対する暴力は、個人にとっても家庭にとっても、また公的予算にとっても、大きな社会的・経済的損害をもたらす。
- 児童婚をなくし、思春期の少女の妊娠を遅らせ、妊娠した少女に対する差別をなくし、若い母親に支援を提供することによって、少女が教育課程を修了できるようになる。このことが世代を超えて続く貧困の悪循環を断つのに役立つ可能性がある。
- 女子が中等教育を受けることで、貧困削減やジェンダーの平等、労働力への参加、リプロダクティブ・ヘルスに関し大きな成果をもたらす。この中にはHIV感染予防、女性と子どもの全般的な健康と教育状態の向上も含まれる。

目標4：子どもの死亡率削減

- リプロダクティブ・ヘルスは乳児の生存率と健康を向上させることができる。十分な出産間隔と妊産婦保健は乳児死亡の防止に役立つ。家族計画もまた、意図しない妊娠を防止する。望まれずに生まれた子どもは、他の子どもに比べて病気にかかりやすく、早死にしやすい。
- 妊娠した女性に対するHIVその他の性感染症の検査によって、乳児の病気・障害・死亡を予防できる。
- 妊娠を遅らせるよう思春期の少女のエンパワーメントを図ることは、多くの新生児死亡の防止につながる。思春期の母親から生まれた新生児の死亡率は、より年上の女性が産んだ新生児に比べて高い。

目標5：妊産婦の健康の改善

- 家族計画、専門技能者の出産立会い、および緊急産科ケアというリプロダクティブ・ヘルスの主要な柱によって、多くの生命が救われる。
- 家族計画は妊産婦死亡率を20－35%減少させる効果をもつ。
- ケアの質が改善され、（産前・出産・産後の）妊産婦保健サービスが利用しやすくなれば、女性の健康と生活の質は向上し、その恩恵は女性だけでなく家族にも及ぶ。

目標6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止

- リプロダクティブ・ヘルスケアには、HIV/エイズを含む性感染症の予防と処置が含まれる。
- ジェンダーによる差別によりHIV/エイズの蔓延に拍車がかかり、その結果多くの国では既婚・未婚を問わず思春期の少女と女性が危険な状態にさらされている。リプロダクティブ・ヘルスのプログラムでは、予防について個人やカップルの相談に乗り、母子感染とHIV感染女性の望まない妊娠を防止し、そして子どもを持ちたいと希望する場合には選択肢を提示する。

目標7：環境の持続可能性の確保

- 開発途上国では、女性は主要な食糧生産者であり、コミュニティと家庭の水資源と燃料資源の管理者でもある。安全な水、衛生、時間節約のための技術や技能の習得に投資することは、持続可能な資源管理、食糧の安全確保、栄養、保健の向上につながり、水や薪を集める時間の短縮にもなる。これによって、女児と女性が教育を受けたり、生産的な活動に参加できる余裕が生まれる。
- 環境に配慮した燃料資源を使えば、汚染物質や調理の火に起因する害から女性と子どもを守れる。
- 家族計画サービスの普及と望まない出産の防止は、農村地域を安定させ、都市化の進行と環境圧力の増大を遅らせ、公的サービスの負担を緩和するのに役立つ。その結果、天然資源の利用と人口のニーズの均衡がとれるようになる。

目標8：開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

- この目標のひとつの狙いである若者にふさわしい仕事の提供は、賢明な社会経済政策とあいまって、貯蓄・生産性・生活水準の向上を可能にする。このような政策に含まれる家族計画によって、若者は自活できるだけの収入を得る技能を獲得し経験を積むまで、家庭をもつことを遅らせられるようになる。
- 所得を得る機会が増大すれば、若い女性が早婚や若年出産に至ったり、また性的搾取の対象に陥ったりすることなく、別の選択肢を得ることができる。
- リプロダクティブ・ヘルスの基本的な薬品や用具を貧困国に十分に支給するためのグローバル・パートナーシップは、貧困削減、ジェンダーの平等、保健の目標を達成するために不可欠である。これらの薬品・用具には、避妊薬（具）、検査用具一式、HIVその他の性感染症の治療薬が含まれる。

貧困を過去のものにする

世界には「貧困を過去のものにする」空前の好機が訪れている[32]。30億人近くの人々[33]が1日2ドル以下で生活しようと苦しみ、毎年50万人以上の女性が妊娠に関連する合併症で不必要に死亡し、毎日6000人の青少年がHIVに感染し、何百万人という女性と女児が暴力におびえながら生活する現在、倫理的に受け入れられる対応策が何であるかはおのずと明らかである。1990年代の国連会議と2000年の国連ミレニアム・サミットで支持された世界規模の行動、平等、公正を達成する約束を実現することである。

専門家たちが出した結論は明白である。ジェンダーの平等、リプロダクティブ・ヘルス、青少年の育成に投資すれば、短期・長期の社会経済的な相乗効果が期待できるというものである。国連ミレニアム・プロジェクトで影響力が大きく「速やかな勝利」をする方法と認められたものには、女性に対する暴力に関する国内キャンペーンの立ち上げ、女性の財産権・相続権の推進、リプロダクティブ・ヘルスケアの利便性の改善と必需品や避妊薬（具）のための資金不足の解消、MDGsの進捗管理のための政策・戦略の立案に女性を確実に関与させることなどがある[34]。

これらの戦略を実施するためには、現状よりも常に高い水準で長期的にわたり確実に財源を提供する姿勢が求められる。その費用は、そこから得られる利益を考えれば決して大きくない。世界の軍事支出のごく一部を振り向けさえすれば、人間の尊厳と安全のための基礎づくり、そして世界で最も貧しい層の自由と選択の拡大のための基礎づくりの実現に必要な投資は十分賄える[35]。国民総所得の0.7%を政府開発援助に充てるという35年前の先進国による合意を実行しさえすれば、MDGsの全プログラムへの資金提供が可能になるだろう。統治と透明性の向上、汚職の減少、債務救済の増加、先進国における農業補助金の廃止などは、貧困を終わらすための世界規模の合意に必要な要素である。

世界は貧困を終わらせるという前例のない合意に至った。その戦略と方法はすでに揃っている。必要とされる指導力と財源は結集できる状態にある。2004年のノーベル平和賞受賞者ワンガリ・マータイが受賞スピーチで述べたとおり、「人類が新たなレベルの自覚をもち、より高い道徳的見地に立つよう求められるときが来る。今こそ、そのときである…。公正な開発がない限り平和は達成できない」[36]。

第2章　戦略的投資：平等の配当

「ミレニアム開発目標（MDGs）、特に極度の貧困と飢餓の撲滅は、人口とリプロダクティブ・ヘルスケアの問題に真正面から取り組まない限り達成できない。そして、これは女性の権利を推進する努力を一層強化すること、教育およびリプロダクティブ・ヘルスと家族計画を含む保健にさらに多くの投資が必要であることを意味する」

ーコフィ・アナン国連事務総長、バンコクにて

極度の貧困を半減し、ミレニアム開発目標（MDGs）を達成する期限である2015年までに残された時間は、ちょうど10年である。MDGsの目標はそれぞれ密接に関連している。目標の達成は、高度な戦略を中心に結集される政府・市民社会・国際社会の協調的で思慮深い努力にかかっている。明白なコンセンサスと実証ずみの事実がある。それは、ジェンダーの平等に投資すれば、貧困削減のために計り知れない機会と価値ある成果が得られるという点である。

MDGsの8つの目標のひとつは、ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント（能力強化）であり、それ自体緊急の人権問題である。この目標を達成できれば、MDGsのすべての達成に向けた努力の土台が固まる。また強大な力が解き放たれ、他の分野での発展を後押しする。

本章では、ジェンダーの平等を推進すべき根拠を幅広い社会経済的見地から検討する。そして、男性と女性の双方にのしかかるジェンダーによる差別の重しが取り除かれれば、家庭、コミュニティ、国全体に多大な恩恵がもたらされる点を明らかにする。また、ジェンダーの平等の促進とMDGs達成に向けて国連ミレニアム・プロジェクトが提案する主要な政策[1]を考察する。ジェンダーの平等とMDGs達成のためには、女児と女性の教育、リプロダクティブ・ヘルス、経済的機会を向上させることが特に戦略的重要性をもつ。第7章で述べるとおり、女性に対する暴力の撲滅も同様に重要となる。女性が今以上に政治に参加するようになり、ジェンダーの平等に関する政府の責務が強化されれば、これらの分野に間違いなく相応の注意が払われるようになるだろう。

多くの国でジェンダーの平等に向け大きな進展が見られた。それは特に政策と立法および保健と教育の分野で顕著である。貧困削減の努力の中心にジェンダーの平等を位置付ける国の開発政策がますます増えてきている。しかし進展状況は一様ではなく、政策と実行との隔たりは依然として大きい[2]。平等の達成による配当を開発に向けて充当するには、政府、市民社会、民間部門、援助機関、国連組織がより強固なパートナーシップを築き、決断力を発揮する必要がある。

機会と選択肢の欠如

世界銀行の報告にあるように、ジェンダーの不平等は効率を低下させ、開発政策の効果を損ねる[3]。男女間の不平等は至るところに存在し、深く根付いていることが多いが、その範囲と程度は国ごとで異なり、また国内でも様々である。不平等は早いうちから始まり、生涯にわたって続くこともあり、しばしば貧困によって悪化する。貧困家庭はすべての子どものためを考え、金銭の使い方に関して難しい選択を迫られる。しかし様々な状況におかれた女児は、兄弟と比べて、教育を受ける期間が短く、十分なヘルスケアを受けられず、習得する技能も少ない。この「ジェンダーによる格差」は成長とともに拡大することが多く、女性には安全な仕事、適正な賃金、経済的資産蓄積の機会が限定される。結婚と出産は人生を変えるほどの決断であり、そこから派生する社会経済的影響は重大だが、世界の多くの地域で女性と思春期の少女は結婚・出産について発言できる権限をほとんどもっていない。

家族は社会・文化的規範、ジェンダーの規範を伝える主要な機関であり、女性と男性、女児と男児の役割と責任の大半が規定されるのも家族である。家族は消費と生産の基本的な経済単位でもある。教育、保健、栄養、出産、政治・経済への参加に関する決定は家族の中で行われるから

である。たとえ最善の意志をもってしても、これらの決定は女性と女児の人権とウェル・ビーイング（良好な状態、福祉）を損ない、彼女たちの機会と選択を狭めることにつながりかねず、結果として貧困を永続させる。家族とコミュニティでの意思決定プロセスを理解することで、効果的な政策立案に向けた貴重な手がかりが得られる可能性がある[4]。

ジェンダーの平等を促進すれば、人間開発の機会が広がり、MDGs達成に立ちはだかる大きな犠牲を伴う障害を取り除くことができる。というのも、ジェンダーによる差別は個人の能力や抱負に関係なく、政治・経済・社会・家庭における男女の適切な役割というあらかじめ定められた、しかも多くの場合、凝り固まった期待に基づいているからである。このためジェンダーによる差別は、男女両方の個人としての能力を伸ばす機会を制限し、貧困削減と開発に向けた進展を妨げる。

重大な投資、大きな成果　持てる力を十分に発揮できるよう女児と女性に投資を行えば、二重の利益がもたらされる。女性は生産と生殖にかかわる二重の役割を担っているからである。女性は、家庭、コミュニティ、国の経済にとって不可欠な貢献を大部分無償で果たすばかりでなく、次世代を産んで、その世話をする大事な役割を担う。女子教育、リプロダクティブ・ヘルス、女性の経済的機会に投資すれば、そこから直接的成果、長期的な成果、世代を超えた成果が得られる。これら3つの投資分野は、女性の人的資本の強化において相乗作用をもつ重大な要素であるばかりでなく、ひいては子どもの人的資本の強化にも影響を及ぼす[5]。

1965年から1990年にかけて前例のない成長を遂げた東アジアの「経済的奇跡」を考えれば、これらの要素がもたらす相乗作用が理解できる。東アジアでは教育におけるジェンダーの格差が縮まり、家族計画の利用が増加し、女性が出産と結婚を遅らせるようになる一方、仕事の機会が増えて女性の就労率が上昇した。女性の経済的貢献が、貧困削減と成長の加速を後押しした[6]。国連ミレニアム・プロジェクトでは、東アジアと東南アジアが貧困と飢餓の削減、ジェンダーの不平等の解消に「著しい進歩」を遂げた唯一の地域であると述べている[7]。

女子教育がもつ力　すべての女子と男子は教育を受ける権利がある。教育は尊厳と自尊意識を育む。知識と技能を習得する機会を与え、人生の前途を明るくする。栄養、健康、技能とともに、教育は人的資本の柱である。これらの要素が合わさって、人々は生産的な生活を送り、自分の国の経済成長と発展に寄与できるからである[8]。

しかし貧困が原因で学校に通っていない子どもが女子を中心に何百万人もいる。後発開発途上国では、小学校を修了できるのは全児童の半分だけである[9]。世界全体で初等教育におけるジェンダーの格差は狭まりつつあるが、依然として就学していないのは男子よりも女子の方が多い[10]。この格差は一国内でも、また国家間でもまだ大きく開いている。例えば初等教育を終えている女子は、南アジアでは69%、サハラ以南のアフリカでは49%しかいない[11]。中等教育の段階では学校に通っている女子はさらに少なくなり、サハラ以南のアフリカでは30%、南アジアでは47%である[12]。このようなジェンダーの格差は識字率にはっきりと表れている。世界全体で、男性の非識字者数は2億8000万人であるのに対し、女性は5億人である[13]。

中等教育以上の教育を女性に受けさせることは、戦略的に特に重要である。国連ミレニアム・プロジェクトによると、教育は「女性のエンパワーメントに最大の成果をもたらす」という[14]。中等教育の見返りは男性よりも女性にとって一層大きく、その中には妊産婦保健と家族計画のサービスの利用増大、有害な因習に対する態度の変化などが含まれる[15]。中等教育を受けた女性は非識字者である女性に比べて、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）の危険とその蔓延を防止する方法を理解する可能性が高い。エジプトでは、初等教育を終えていない女性に比べて中等教育を受けた女性では、自分の娘に女性性器切除を受けさせないケースが4倍多かった[16]。女性に対する暴力を減らすうえでも、中等教育は初等教育よりも重要な役割を果たしている。中等教育が虐待を受ける関係と決別する力を女性に与えるからである[17]。女子に対する教育がもたらす社会的・経済的利益の概要は以下のとおりである。

女子の教育は経済成長に寄与する。女子教育に投資することは、貧困削減の最も効果的な方法のひとつである。ある推定によると、教育におけるジェンダーの平等という

MDGsを達成していない国は、1人当たりの経済成長率において年間0.1－0.3ポイントを失っている恐れがあるという[18]。サハラ以南のアフリカと南アジアの国々において、ジェンダーの格差が東アジアのようにあまり大きくなく、1960年から1992年に東アジアで見られた速度でその格差縮小が進んだならば、これらの国の経済成長率は年間で1%近く高くなったはずである[19]。

教育を受けた母親は子どもの保健、教育、栄養に影響を及ぼし、人的資本を増加させる。教育を受けた母親の娘は学校に通う可能性が高い[20]。母親が教育を受けると子どもの予防接種率と栄養状態が改善し、この両方が就学率と学業成績の向上に寄与する。母親が受ける教育の1年は、5歳未満の子どもの死亡率の5－10%の低下につながる[21]。

教育によって女性の資格と技能は高まり、家族の経済的見通しが改善する。学歴のある女性は有給の仕事に就いて、家庭の所得は増え、全体的な生産性が向上する。農村経済では、女性と女児が教育を受けると農業生産高が増える場合がある。例えばある研究によれば、ケニアの女性の農民が男性と同等の教育を受け、意思決定権をもてば、推定で収穫高が22%も増加する可能性があるとみられている[22]。

教育はリプロダクティブ・ヘルスの改善につながる。教育を受けた女性は他の女性に比べて、産前ケアを十分に受け、専門技能者の出産立会いを求め、避妊法を使う可能性が高い。このような女性は教育のない女性に比べて、性行為の開始、結婚、出産を先に延ばす傾向がある。また出産する子どもの数も少ない。教育を受ける期間が3年延びるごとに、女性1人当たりの子どもの数が最大で1人少なくなるという関連性がある[23]。女性が産む子どもの数が減れば、それぞれの子どもの福祉と発育の見通しは全般的によくなる[24]。

格差の解消　女子教育に関して多くの国が進歩を遂げてきた。しかし、貧困削減と開発促進に対する女子教育の効果が証明されているにもかかわらず、2015年までにすべての教育レベルでジェンダーの格差をなくすというMDGsの達成見込みがない国が多いことが最新の評価から明らかになっている。初等教育に関する目標を達成できないと見込まれる国は少なくとも21カ国あり、中等教育については27カ国ある[25]。初等教育と中等教育でのジェンダーの格差を「できれば2005年までに解消する」という、より早い日程に間に合わなかった国はすでに数カ国ある[26]。

国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）後の進捗状況に関する国連人口基金（UNFPA）のグローバル・サーベイ（世界調査）によると、公立学校への支出増加を報告したのは142カ国中58カ国、女子の教育を推進する行動を起こした国はわずか14カ国であった。回答した129カ国中、23カ国は女子と男子の教育の機会平等に関する法律を制定し、16カ国が女子の中等学校の数を増やした[27]。

貧困家庭では、女子を学校に通わせるための費用は、見返りと天秤にかけて慎重に検討しなければならない。この検討はしばしばジェンダーの規範の反映であり、それを助長する結果にもなる。例えば、女性の人生の選択が主として結婚と出産に限られている社会では、女子の教育はぜいたくとみなされる場合がある。特に家事、農作業、子どもと高齢者の世話に女子が大きく貢献していることを考慮すれば、その可能性は高い。また娘に投資しても、結婚すれば、その成果は婚家に譲り渡すことになり、娘への投資から両親が受ける利益はほとんどないと考える場合もある。

女子教育がもたらす利益を完全に実現するには、各国は女子の就学を阻んでいる障害を乗り越えなければならない。教育でのジェンダーの格差をなくす戦略の効果を上げるには、貧しいコミュニティに照準を合わせ、特定の障害に取り組む必要がある。例えば、学校にいる時、また登下校中の女子の安全は両親にとって重要な問題である。女性教師の増員、安全対策の改善、学校数の増加による通学時間の短縮化、全般に学校を「女子にやさしい」場所にする努力は、この問題への解決策になる（単純に女子専用のトイレを設置するだけでも大きな効果がある）。授業料とその他の費用の免除によって経済的なハードルを低くできる。例えばバングラデシュ、メキシコ、ウガンダ、タンザニアでは、無料の給食、補助金や奨学金の給付が成功を収めている[28]。中等教育での就学率を向上させる努力もきわめて重要で、その中には結婚し、妊娠している思春期の少女を学校に引き止める特別な取り組みも含まれる。世界規模では、国連教育科学文化機関（UNESCO/ユネスコ）の

「万人のための教育」と「国連女子教育イニシアティブ」が女子の就学を推進している。

教育の拡大を図るだけでなく、その質を高めることも同様に重要である。教員不足、定員過剰の教室、教育の内容と適切さなどの問題に取り組むことは、HIV感染を防止し、よい仕事を見つけるのに必要な技能を青少年に習得させるのに不可欠である。また、教育の質を向上させるにはジェンダーに配慮した教育課程を導入して、教室での女子・男子の扱いやそれぞれが履修する教科を左右するジェンダーの固定観念を排除しなければならない。このような改善が行われれば、女子は教育からできる限り多くのものを得て、自分たちの可能性を損なう厳格なジェンダーの規範を乗り越えるだけの能力を身につけられる。例えば従来とは異なる職業も含め、幅広い職業を検討するようになるかもしれない[29]。情報通信技術（ICT）については各国ともその活用能力水準と農村地域のインフラの向上に努めている最中であるため、ICT技能を身につければ様々な機会が目の前に広がる可能性がある。女児と女性に対するプログラムを開始した国もある。例えばイランでは、主婦を中心とした農村女性向けに情報技術の訓練を実施している[30]。

貧困削減とジェンダーの平等、開発のために女子教育が威力を発揮することは議論の余地がない。しかし教育だけでは不十分で、女性の機会と自由を広げ、女性が資源を利用しやすいようにし、人生を左右する決定を自分で下せるようにする社会制度や仕組みによる支援が必要である。女性のリプロダクティブ・ヘルスと経済的機会を向上させる努力を同時に行えば、女子教育から得られる社会的・経済的配当を最大限に高めることができる。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する重要な投資　リプロダクティブ・ヘルスは人権のひとつである。また人的資本の基本単位でもあり、ジェンダーの平等の中核要素でもある。リプロダクティブ・ヘルスは女性とその家族の福祉にとって不可欠である[31]。これを最も必要としているのは貧困女性であり、下記の調査が示すとおり、貧困女性のリプロダクティブ・ヘルスが向上すれば、女性自身およびその家族と社会全体にとって得るところが大きい。リプロダクティブ・ヘルスに関連する問題が生じると、その家族はさらに貧しい状態に陥りかねない[32]。貧困女性は一般に避妊法に手が届かないため、子どもの数や出産間隔を決めることが難しい状況にある。そのため健康と安定した雇用を手にしたり、生活水準の向上につながる経済的機会を追求する見込みを狭める[33]。また女性のリプロダクティブ・ヘルスの状態は、国の将来の人的資本となる子どもに大きな影響を及ぼすため、短期的にも長期的にも社会・経済的に重要な意味をもつ[34]。2015年までにすべての人がリプロダクティブ・ヘルスを利用できるようにするというICPDの目標が、そのままMDGsに盛り込まれてはいないが、リプロダクティブ・ヘルスへの投資はMDGs達成に不可欠であるとの認識が現在広く支持されている[35]。

家族計画サービスを通してリプロダクティブ・ヘルスケアを提供することで女性は出産を先に延ばし、それによって教育課程を修了したり、労働人口に加わったり、技能と経験を得たりすることができるようになる。避妊薬（具）が普及している地域では、女性は出産を先に延ばし、生涯を通して妊娠している期間は短く、子育てを早く終える傾向がある[36]。既婚・未婚を問わず、性的に活発な思春期の少女にとって、家族計画は若年妊娠か教育かという2つに1つの選択肢の分かれ目となり得る。

リプロダクティブ・ヘルスの諸問題は労働生産性を低下させるため、貧困削減の努力の成果を損なう。リプロダクティブ・ヘルスの諸問題は、思春期の少女と女性に偏って見られる体調不良の主因のひとつである。これらの問題が原因で女性の労働生産性は場合によっては20%も減少し、世界中で毎年2億5000万年分の生産活動年数が失われている[37]。

子どもの数を自分たちが望むとおりに決定する自由と手段を人々に提供すれば、家族数の減少、人口増加の減速、天然資源への負荷の軽減につながる。世界人口は現在の65億人から2050年までに91億人に増加すると見込まれている。これは歴史的な家族計画の利用増加が今後も続くと仮定したうえでの推定である[38]。この人口増加の大部分は貧困と闘っている国々で生じることになる。避妊薬（具）を手に入れたくてもできない個人・カップルの需要を満たすことは、人権の見地から不可欠である。望まない妊娠の減少はまた、マクロレベルでも重要な意味をもつ。

リプロダクティブ・ヘルスは、「人口学的配当（訳注：人口ボーナスとも言われる）」を通じて重要な経済的利益をもたらす。死亡率と出生率の低下による人口転換が生じると、人口構成は変化する。家族の人数が減少するなか、働き盛りの年齢を迎える若年成人の割合が増え、子どもと高齢の扶養人口は減る。適切な社会経済政策を施せば、この状況は貯蓄の増加と子ども一人ひとりに向けられる資金の増大につながる。国レベルでは、生産性と経済成長の促進に向けた投資が増える結果となる[39]。エコノミストは、東アジアで1965年から1990年までに見られた前例のない経済成長の要因の3分の1はこの「人口学的配当」であったと考えている[40]。研究者の推定によれば、開発途上国が自国の人口学的配当を利用すれば、2000年から2015年の間に貧困を約14%削減することができるという[41]。

リプロダクティブ・ヘルスケアを利用しやすくすれば、公衆衛生その他の社会サービスの支出の大幅節減につながる。リプロダクティブ・ヘルスの問題の多くは予防可能である。保健制度を強化し、サービスを受けやすくすれば、このような問題の多くを予防し、その結果より多くの費用のかかる事態も回避することができる。ある推計では、家族計画への投資1ドルにつき、医療・教育・住居・その他の社会サービスに関する支出が、タイでは約16ドル、エジプトでは約31ドル節約できたことが判明した[42]。後天性免疫不全症候群（エイズ）の蔓延と10代の妊娠が国家予算と経済にもたらす損失は、周知の事実であり立証されている[43]。

女性の経済的権利と見えない労働力　女性は家族を支える中心的存在であり、地域活動の柱であり、病人と高齢者の介護者であり、さらに次世代の世話をする人として主要な責務を担っている。家事の切り盛りと食糧の確保や準備に加えて、多くの女性は農地、工場、市場、鉱山、低賃金で悪条件の工場、事務所などで働く。女性の労働時間は平均して男性よりも長く[44]、支援的な政策や法律、制度、サービス、家庭内での取り決めも時間節約の技術もない場合がほとんどである。女性の仕事の大部分は認識されておらず、目立たず、無償である。労働人口に加わる女性が増えているものの、妊娠すれば解雇を覚悟しなければならず、男性と比べて全般に収入は少なく雇用も安定していない。自分と子どもの生活の質を改善しようと努力しても、不平等な経済的権利によって何百万人もの女性は不利な立場におかれている。女性が経済的資源をもっと利用できるようにし、女性の資源管理能力を強化することは、家族とコミュニティを貧困から救い出す主要な手段となり得る。

従来のマクロ経済のアプローチや開発プログラムでは、一般にデータが性別で分類されておらず、女性の無償労働力が考慮されていないことが一因となって、女性の経済上の貢献がほとんどないがしろにされてきた。農村地域の多くでは、女性と女児が毎日水と燃料の確保に何時間も費やしているにもかかわらず、このような労働が国の収支に盛り込まれることはめったにない[45]。例えばザンビアでは女性は水と薪を集めるのに年間800時間を費やしている。ガーナとタンザニアでは薪集めに300時間かけている[46]。地の利もよく利用しやすい安全な水と衛生設備、近代的な調理

3　ジェンダーのレンズを通して見た人間の安全保障

ますますグローバリゼーションが進む世界では、伝染病、HIV/エイズ、環境問題、人口移動が国境の存在を無視するように広がっている。このような社会では、国家安全保障という概念が、国を中心とする安全保障の概念を超えて、人間を中心とする人間の安全保障という概念に向け変化し始めている。国連の人間の安全保障委員会は、人間の安全保障を「欠乏からの解放、恐怖からの解放、自分自身のために行動する自由」と定義している。世界人口の大部分の人々にとって、これは依然として遠く離れた理想である。特に貧困状態にある27億人と、激しい紛争や自然災害によって生活が崩壊した人々にとっては、大きな隔たりがある。

恐怖からの解放は、多くの場合家庭内で毎日のように暴力や虐待の被害を受けている何百万人もの女性や女児にとってほど遠いことである。就学、結婚、子ども、選挙についての決断を自分以外の人が行ってしまうため、自分で行動する自由を完全に享受できていない女性が何百万人もいる。妊娠の調節、妊娠・出産にかかわるリスクを発見・予防・管理する手段など、妊娠・出産に関する安全保障を想像すらできない人が大勢いる。また意図しない妊娠、HIV感染、妊娠・出産中に起こる重い障害による死亡や苦痛といった恐怖から逃れられない人も多い。しかし、リプロダクティブ・セキュリティ（妊娠・出産に関する安全保障）は、女性のエンパワーメント、ジェンダーの平等、家族の福祉にとって、またMDGsの達成において、依然として重要である。

用燃料、輸送手段の改善といったインフラ整備を進めれば、このような負担が緩和されて女子は学校に通えるようになり、成人女性は他の生産的な活動やコミュニティ活動に参加できるようになる可能性がある。また、健康サービスを利用する女性と女児の増加にもつながる[47]。しかし政策立案者がジェンダーに特有の要因にきちんと取り組み、女性がコミュニティの方針決定過程に関与しない限り、このような整備の必要性は見過ごされてしまうおそれがある。

資産の利用と管理　多くの地域では、財産の所有・活用・相続や信用貸しに関する女性の権利には制約があり、農業生産や開発全体への女性の貢献度が低くとどまっている。またこのような制約があるため、女性は自分たちが耕す土地に投資することを思いとどまる。不公正な相続・財産権を解決することは、教育とジェンダーの平等に関する国連ミレニアム・プロジェクトの作業部会が提案する7つの戦略的優先課題のひとつである。

開発途上国では食糧生産の60－80%を農村女性が担っているが、多くの国ではいまだに夫の同意なしに土地を取得したり、処分する権限が女性に認められていない。例えばサハラ以南のアフリカの大部分では、夫と死別した女性は事実上土地所有権や相続権を持たない[48]。アフリカの国々は、土地の所有・利用、財産相続について女性に平等の権利を付与する法律を整備し始めた。経済的に弱い立場にあるとHIVから身を守る女性の能力も阻害されることを考えると、このような権利は特にエイズとの闘いにおいて重要である[49]。例えばリベリアでは女児と女性に男性と同等の相続権を付与した。ボツワナではマーシャル・パワー(Martial Power：妻に対する夫の支配力を認める慣習法)の廃止法案により、家族の資産について男性と同等の決定権が女性にも認められた。エリトリアでは法務担当官を対象に土地に関する女性の権利を推進する訓練を実施した。またバルバドス、ベリーズ、コスタリカなどのラテンアメリカ・カリブ海地域の国では、合意婚女性に財産・相続権を付与した。

それでもなお、資源へのアクセスは不公平である。ラテンアメリカ、サハラ以南のアフリカ、南アジアの土地所有者のうち女性が占める割合は3分の1以下である[50]。これらの地域では、農民の大部分を女性が占めている場合でも、男性と比べて女性の農民が耕作する区画は小さく、農業普及サービスの利用も限られる[51]。アフリカの国では、小規模農家向けの貸付金のうち女性が借りているのは10%未満であり、農業分野の全貸付金の1%にすぎない[52]。しかし女性が資源と金融サービスを利用できる場合、生産性の向上は可能になる。サハラ以南のアフリカの国々で実施された世界銀行の調査は、農家所得・農業サービス・土地を男性と平等に利用し管理できる女性が増えれば、生産高を最大で20%増加させられるだろうという結論を出した[53]。

重労働、安い賃金　母親が実質的な稼ぎ手、第一の稼ぎ手、唯一の稼ぎ手になっている家庭はかなりの部分を占める[54]。貧困家庭の多くでは、家族が生き延びるために女性が働くことが不可欠になっている。女性はまた、男性に比べて自分の所得を子どもや家族の福祉に再投資する割合が大きい傾向がある。例えば世界銀行によると、母親が収入を管理することで子どもの生存に及ぼす副次的影響は、男性の約20倍になるという[55]。女性が賃金を得て資源を管理する地

4　ベトナム：家庭の経済状況の改善、一度に1人ずつの女性

ベトナム北部の高原地帯にある小さな農村ドンロイでは、UNFPAの支援を得てベトナム女性連合がマイクロ・クレジット(小規模融資)とリプロダクティブ・ヘルス・サービスを組み合わせたプロジェクトを実施している。この女性主導の事業の助けによって貧しい家族が貧困から抜け出せることが明らかになっている。ドンロイでは貸付金で購入した家畜の飼育と売却が主な要因となって、女性協同組合員の家庭の所得が2年間で倍増した。資金の余裕ができたことで、参加者には、子どもを学校に通わせたり、肥料や種などの必需品を買ったり、コンピューターや他の消費財まで購入することが可能になっている。

「このプロジェクトのおかげで村全体の経済状態がよくなりました」とグループのリーダーであるディン・ティ・ガーはいう。「このプロジェクトが成功を収めたもうひとつの理由は、グループにいるほぼすべての女性が家族計画を実行していることですね」。

ガーによれば、このプロジェクトからドンロイは2つの重要なことを学んだという。「1つは、女性は機会を与えられれば、コミュニティの発展に重要な役割を果たせるということ。2つ目は、女性が寄与するためには、リプロダクティブ・ヘルスと家族計画のサービスだけでなく、融資や訓練が利用できなければならないということです。この2つは経済発展と密接に関連しているのです」。

域では、家庭の収入と生活水準が向上し、男性が独占的に収入を管理する場合よりも家族にもたらされる利益は大きくなる傾向がある[56]。

非農業分野の雇用に占める女性の割合は確実に増えてきているが、すべての地域にこれが当てはまるわけではない。すべての賃金労働者のうち女性が半分以上を占めているのは、データのある110カ国のうち17カ国だけであり、主に先進国、東欧、中央アジアである[57]。

中等・高等教育を受ける女性が増えれば、条件のよい仕事が今よりも公平に女性にもまわってくるはずである。女性が受ける教育や訓練が地元の市場のニーズにうまくあっていない場合も多く、その場合には女性の経済への参加が制限される[58]。

「女性が依然として意思決定から疎外されている状態は、開発の多くの分野で進展が遅々としてみられない原因でもあり、またその結果でもあるのです」

ーコフィ・アナン国連事務総長

職が得られる場合でも、男性に比べるとはるかに多くの女性がインフォーマル・セクターで働いている。このようなセクターで得られる仕事は、他のセクターよりも賃金が低く、規制、安全、保障とも十分ではない[59]。女性はインフォーマル・セクターの自営業者の約3分の2を占めている[60]。インフォーマル・セクターの労働者は労働法による保護をほとんど受けず、年金や社会保障制度もほとんど利用できない。

多くの国では、女性に対する雇用差別と不平等な賃金を規定していた法律を改正してきた[61]。しかしどのセクターでも女性の賃金は男性より低い。世界銀行によると先進国では男性の賃金1ドルに対して女性が得る賃金は77セントであり、開発途上国ではわずか73セントである。就業期間を通しての収入が男性より低いため、退職後の蓄えも少なくなり、高齢女性と夫に死別した女性は特に年老いてから窮乏生活に陥りやすい[62]。

経済生産の役割と人間の再生産の役割の調和

女性の経済生産の役割と人間の再生産の役割は、切り離せない関係にある。家庭の責任と収入を得る必要との間で女性の時間とエネルギーは辛うじてやりくりされているが、家庭と仕事をこなす女性は増えてきている。しかし公共政策は、女性の労働力率の上昇と家族構成の変化がもたらす社会変化に追いついていない。また子どもの数と出産間隔を決める女性の基本的な権利にも十分な対応ができていない。

女性が仕事と家庭生活を両立させるためには支援が必要であり、また育児は男女で分かち合う権利と責任であると理解する政府がだんだんと増えてきている。対象を絞った支援を提供すれば、女性はさらに条件のよい職を得ることができ、男性はリプロダクティブ・ヘルスと育児の責任をもっと分担できるようになる。ひいてはこれが経済成長と貧困削減に寄与することになるだろう。

国際労働機関(ILO)の条約は妊娠や母親であることを理由にした差別を禁じており、妊産婦への配慮を求めている[63]。これを考慮して多くの国が対策を講じている。北欧諸国では早くから家族に配慮した政策を導入しており、欧州では家庭における父親の役割の重要性がますます注目され、父親に有給の育児休暇を与える国が増えている[64]。ケニアでは、保育料の値下げによって女性の労働力率と女子の中等教育での就学率が増加した[65]。第4回世界女性会議(北京会議、1995年)で合意された公約の10年間の進展状況を見直している国のうち半分は、男女ともに家庭と仕事の責任を両立できるよう何らかの支援策を実施したと報告している[66]。一般的に、政策上で父親の役割と、それが働く母親の雇用にどう関連しているかを取り上げることはない。共働きの場合でも、育児にまつわるニーズを解決する主たる責任者は依然として母親である[67]。 低所得層、先住民族、少数民族など特別なグループの具体的ニーズに対応する政策もごくまれである[68]。たとえ父親に育児休暇を認めていても、ジェンダーの規範のため取得するのは困難な状況にある[69]。欧州では男性が家族優先の制度を利用したところ、昇進が阻まれた例があった[70]。また休暇制度といっても、その利用資格と経済的支援の点で大きな幅がある。いかなる場合も、人間の再生産と経済生産の役割の関連に取り組む国の政策は、個人とカップルが子ども数を希望どおりに選択できる権利を指針とし、家庭と仕事を両立させるために柔軟な支援策を提供すべきである。

ジェンダーの関係と経済的なエンパワーメントに取り組むリプロダクティブ・ヘルス・プログラムは、妊娠・出産の決定がなされる状況を考慮しないプログラムに比べて、より大きな潜在的利益をもたらす[71]。教育と訓練のための

5 転換期の家族

グローバリゼーション、都市化、近代化、人口移動、戦争、自然災害、人口動態によって、家庭生活は変容を遂げてきた。大家族の数は減少している。貧困のため家族と離れて仕事を探さなければならない親と青少年は、かつてないほど増えている。エイズの急速な広がりによって家族とは何であるかの定義が変わってしまった地域もある。このような地域では、親をなくしたきょうだいが年長の子どもや祖父母のいずれかの世話のもとで暮らす形態も家族に含まれる。このように変化する家族構成は、政策上重要な意味合いをもつ。先進国でも開発途上国でも女性の世帯主が増えており、全世帯の5分の1から3分の1を占めている国も多い。そのうち世帯主が母親で、かつ経済的に大黒柱でもあるという例が増えてきている。このような家庭の子どもたちは、生計を助けるために働く必要に迫られることもある。

かつて大家族にあった子育て支援のネットワークは、現在の働く女性には得にくいものになっているが、その不足を埋め合わせるだけの社会政策はない。「女性と子どものニーズを完全に満たすのに必要なケア・サービスへの投資を実現している国はひとつもない」と国連ミレニアム・プロジェクトの教育とジェンダーの平等に関する作業部会は報告している。保育サービスがない状況では勤務時間や仕事の種類が制約され、シングルマザーが直面する困難は特に大きい。育児給付が変則的だったり全くない場合、彼女たちの子どもの扶養努力は一層、困難を増す。

伝統的に女性は子どもと高齢者の両方の世話をする負担を全面的に担っている。寿命が延び、人口の高齢化が進む中、高齢者の介護に必要な時間と資源は、若い世代の対応能力を上回る可能性がある。高齢の女性は、生涯にわたる労働市場での差別、不十分な年金、少ない社会支援が重なり、晩年になって貧困に陥り、生活水準が低くなる場合が多い。生涯にわたる栄養不良と不十分なリプロダクティブ・ヘルスが原因で慢性的な病気にかかることもある。特に開発途上国に住む高齢女性にその懸念が大きい。家族と地理的に離れて暮らす人は、孤独と取り残された思いに直面するだろう。

機会や結婚と出産の年齢を遅らせる機会を提供することで、若い女性は経済活動の担い手として持てる力を十分に発揮できるようになる[72]。何百万人もの働く母親に向けて、雇用主は柔軟性のある勤務時間を推奨する方針を立てたり、託児施設の設置とヘルスケアが利用できる制度の実施を通じて彼女たちを支援することができる。ヨルダンとマレーシアでは現在、職場に託児施設を設置することを雇用主に義務づけている[73]。健康は生産性の向上と長期欠勤の減少につながることを理解した雇用主たちが、従業員にリプロダクティブ・ヘルスとHIV予防の情報・サービスを提供し始めている国も数多くある。コカコーラやソニーなど大手企業80社が参加する国際NGO（非政府機関）のBSR（Business for Social Responsibility　社会的責任のためのビジネス）はガイドブックを作成し、女性社員のリプロダクティブ・ヘルスを支援することで得られる経済的利益を詳述している[74]。

政治に関する権利、政治的力、政治参加　女性の政治参加は、公共政策の優先事項を決定するプロセスを変化させ、より平等で包括的な統治を実現するのに役立つ[75]。政治に参加する権利をもっと行使すれば、女性は貧困削減に向けた動きを前進させることもできる。女性の政治参加が進めば、公共の場での議題は変化し、汚職が減少し、よりよい統治が実現することが調査から明らかになっている[76]。このような変化は、MDGs達成に必要な広範な社会変化を加速する効果をもつ。そして、この効果こそ、国連ミレニアム・プロジェクトの教育とジェンダーの平等に関する作業部会が女性の政治参加の推進を戦略的重要事項と認識している主な理由である[77]。

しかし、男女の役割に関する固定観念と家庭での責任によって、政治的決定への女性の参加は制限されており、国の政策決定機関には多くの場合女性の参加がない。一般に、政治参加の進展は遅く、一様ではない[78]。世界全体でみると、国会の議席に占める女性の割合は16%に過ぎず、1990年以降の増加も4ポイント足らずである。今のところ、1995年までの達成目標として国連が設定した30%を満たしている国はわずか19カ国である[79]。その他の31カ国では、議席に占める女性の割合は20－29%になっている。このような状況はあるものの、1990年以降、女性は政治面で進歩を遂げてきた。ラテンアメリカ・カリブ海地域、サハラ以南のアフリカ、旧ユーゴスラビアの国々では、割り当て制が主な要因となって国の議会に占める女性の割合が多くな

ってきている。支持を集め、選挙基盤を固めている女性団体によるロビー活動もまた、女性の比率拡大に寄与してきた[80]。

地方レベルでは、特に地方分権が進んでいる場合、女性が力を発揮できる可能性がより高くなる。インドとフランスでは、女性の草の根の政治参加を推進する政策によって、地方の政策決定機関における女性の進出が増大した。インドでは100万人以上の女性が地方政府で働いている[81]。インドの地方政府協議会であるパンチャヤットの研究によると、女性メンバーの参加が抜本的な変化につながり、インフラ・住居・学校・保健の改善を求める地方の要求に、よりすばやく対応できるようになってきている[82]。女性が率いるパンチャヤットは女性と子ども、および家庭のニーズにより配慮した政策を立案したことが調査から明らかになっている。他にも、エチオピア、ヨルダン、ナミビアで地方政治に参加する女性の増加が報告されている[83]。

女性の政治参加は国レベルの貧困の度合いとは必ずしも連動していない。例えば世界で最も貧しいサハラ以南のアフリカの多くの国は、議会に占める女性の割合が、15%あるいはそれ以下しかないフランス、日本、米国を上回っている[84]。ルワンダは現在世界で最も女性の議席占有率が高い国になり、スウェーデンを追い越した(第8章参照)[85]。

ジェンダーの公正に向けた実施義務

1994年のICPD、1995年の北京会議、2000年のミレニアム・サミットを中心に多くの公約が発表されたにもかかわらず、ジェンダーの不平等は現在でも人権と開発の差し迫った問題である。差別への取り組みは、持続的かつ制度化された実践でなく、言葉だけの支援であったり、場当たりの努力であることがあまりにも多い。ジェンダーの平等に向けて「いつもと同じ」アプローチを続けるだけでは、MDGsを達成する努力が頓挫しかねない。MDGs達成に向けて前進し続けるには、政府、議員、雇用主、その他の主要な国家機関、および国際社会による実施義務が求められる。政府が女性団体、その他の非政府組織、市民組織、専門職組織などの市民社会と密接な協力関係を築くことは、変化に弾みをつけ、転換する行政の継続性を推進するために不可欠である。

「政策決定機関に女性の代表が不足していることは、民主的なプロセスの成熟度合いの低さを反映しており、… 他と比べて、その社会が民主的でなく、公正でないことを示している」

ージェンダーの平等に関するアフリカ宣言、アフリカ連合加盟国首脳、2004年7月、エチオピア、アディスアベバにて

データ：公正と平等の追跡調査　指標を設定して、実施義務の進捗を測るための評価をするにはデータが頼りとなる。しかし、性別、年齢、民族の属性で分類されたデータや分析が不足している国が多く、政策やプログラム作成の妨げとなっている[86]。ジェンダーの平等はMDGsの核となる要素であり、効率的な政策や資源配分のために質のよいデータは極めて重要である。例えば、貧困の指標を、通常行われる世帯別の総収入だけで計算するのではなく、性別で計算したデータなどが必要である[87]。ジェンダーの問題が常に民衆とマスメディアの注目を浴びるような提言活動や、コミュニティと政策立案者がこの問題への理解を深め行動を起こすための政策提言には、より正確で広範囲のデータが必要となるだろう。

ジェンダーに配慮したデータの収集・分析の点では、政府、国連組織、各地域経済委員会、人口保健調査(DHS)に進展が見られた[88]。ジェンダーによる差異をとらえるデータの方法論が進歩する一方で、これを活用している国は限られている[89]。この点で特に画期的なのは、チリの女性組織が開発した「実行された公約の指標」で、これは、市民参加、経済的権利、リプロダクティブ・ヘルスという主要分野における政府の実施義務を監視するものである[90]。

MDGsを実施するために質のよいデータは不可欠だが[91]、情報だけでは変化は生まれない。情報と分析の目的は、政策立案のあらゆる段階、なかでも国の貧困削減の戦略を立案する際に、ジェンダーの問題を組み込むよう政策立案者に促すことである[92]。

ジェンダーの主流化：約束、実践、見通し　ジェンダーを主流におくことはMDGsの実践と監視の際に重要である。ジェンダーの主流化は、男女の異なる役割、ニーズ、ものの見方を考慮しながら、政策やプログラムが男女それぞれ

に与える影響を評価することであり、それによって不平等が永続せず、男女双方が利益を享受できることを目的としている[93]。ジェンダーの主流化はまた、家庭やコミュニティでの決定、例えば女子を学校に通わせるかどうか、女性が家庭の資産の使い方を左右できるかどうかなどに、ジェンダー関係が及ぼす影響を検討することでもある[94]。

政府、市民社会、女性団体、援助機関、開発銀行、国連組織は、ジェンダーの主流化に向けた活動の強化に努めてきた。多くの政府は国レベルで女性関連の省や部門を設立してきた[95]。しかし進展は一様でなく、大部分の国では小規模なプロジェクトに限定されている。一般に財源は十分でなく、ジェンダーの主流化の本質と目的に対する誤解が変化の妨げになっている[96]。ジェンダーの主流化は女性の問題であると見なされ、資金不足の女性関連の省で、別々に扱われていることが多い[97]。

一方で、アパルトヘイト撤廃後の南ア共和国や紛争後のカンボジア(囲み33参照)などでは政治の移行期を活用して、ジェンダーの問題を開発戦略全般にわたり主流化させている。南ア共和国では、強力な女性運動、ジェンダーの主流化を進める政府の強い権限、新憲法、支えとなる法的枠組み、ジェンダーに配慮した予算編成のすべてが貢献して、ジェンダー主流化の戦略が成功を収めてきた[98]。マラウイは政策立案者、地方議会職員、マスコミの代表者に対してジェンダーに関する訓練を実施し、他の多くの国でもこの分野における能力の開発と強化を図るために訓練を実施している[99]。西アフリカの国々では、計画立案と行政にかかわる省庁の担当官、議員、政党首脳陣、労働組合がUNFPAの支援のもとでジェンダーに配慮したアプローチの指導を受けている。国の貧困削減戦略を立案する担当チームを対象とする特別な取り組みも行われている。アラブ諸国では、UNFPAが「アラブ女性訓練調査センター」と協力して、ジェンダーの視点を導入し、開発計画と政策、政府担当官の訓練、性別で分類したデータの収集と分析を進めている[100]。

「この水のプロジェクトはすべての村人にとって重要でした。男も女もすべての成人が出席したコミュニティの会合で、プロジェクトを決定したのです。私たち女性は初めてコミュニティの問題に対する発言権をもったように感じました。そして、女性の私がプロジェクトの責任者に選ばれたのです」

—アナ・マーシャ・エストラーダ、
ニカラグア、コシギナ村の
FISEプロジェクト責任者

ドミニカ共和国では、UNFPAの支援のもとで女性省が、防衛省、警察、議会、女性運動、国連、援助機関と協力体制を築いている。ジェンダーの主流化を進める政府の姿勢は、すべての省庁内に「ジェンダーの公正と開発室」を設置するという形で表れている。女性に対する暴力については、法律を改正し、政党間で、また地方政府の要職にある700人の女性の間で連合体をつくり、取り組みが進められている。成果としては、ジェンダーに配慮した内容にするための教育課程の改正、家庭内暴力に関する新しい法律、刑法改正、移民と人身売買禁止の新しい法律、高齢女性の法的保護、暴力に関するデータ記録システム、人身売買され帰還した女性の保護施設、検察官事務所に現在設置中の「虐待を受けた女性のための総合保健ケア・ユニット」に使途を特定した機器などがある。

ニカラグアでは、国の貧困削減と開発政策に向け中心的に資金を拠出する政府の緊急社会投資基金(FISE)が、UNFPAの支援を受けてジェンダーの主流化を進めている。農村のコミュニティを対象とするFISEのプロジェクトは、ますます「ジェンダーに関して民主的な」内容になってきている。女性が組織内での方針決定や、自分たちで運営し、所有し、利益を得ている事業についての方針決定に積極的にかかわるよう彼女たちへの働きかけが行われている。そこには、学校、製粉工場、乳製品工場、養鶏場、水や衛生設備の設立が含まれる。

資金の流れの追跡：ジェンダーに配慮した予算編成　ジェンダーに配慮した予算編成は、政策に影響を与え、ジェンダーの平等という目標に対する政府の実施義務を明確にするために考案された画期的アプローチである。この方法は経済効率、平等、実施責任、透明性を促進する[101]。性別で分類したデータを使う慎重な予算分析によって資金配分の格差が鮮明になり、貧困削減とジェンダーの平等、開発を推進するために優先順位を調整することができる。

様々な市民組織と著名な女性エコノミストたちがこの分

野を推進してきた。国連女性開発基金(UNIFEM)が世界の30カ国以上でジェンダーに配慮した予算編成プログラムを支援してきたが、他の国連機関と援助機関も最近になって支援に加わり、現在50カ国以上がこのアプローチを採用している[102]。南ア共和国は1995年にジェンダーに配慮した予算を世界に先駆けて導入した。ルワンダの予算はジェンダーの平等を最優先し、すべての部門の予算編成にはジェンダー省が参加する[103]。メキシコで広く認められているジェンダーに配慮した予算編成プロセスは、NGOが始めたものである[104]。チリでは、2001年に財務省が政策と予算に関するジェンダーに配慮した分析方法を導入した。ジェンダーは各省に報告を義務づけた6分野のうちのひとつである[105]。ボツワナでは政府担当官と議員に、マレーシアでは一部の省庁を対象にジェンダーに配慮した予算編成に関する訓練を実施している。タンザニアは省庁の予算でジェンダーの主流化を図るためのガイドラインを発行した[106]。UNFPAはカーボベルデからグアテマラ、マレーシアに及ぶ国々の活動を支援している。

ジェンダーに配慮した予算編成は地方政府のレベルでも採用され、ある程度成功を収めている。エクアドルのクエンカでは、UNIFEMが支援するジェンダーに配慮した予算編成実習がきっかけとなり、社会・法律・保健サービスを通じてジェンダーに基づく暴力に取り組むことを強調した機会平等計画が採用された。同市の2003年の予算は、ジェンダーの平等を促進するための配分を2001年の15倍に増やした[107]。パラグアイではUNFPAの支援のもとで、アスンシオン市当局の社会的公正とジェンダーに関する委員会がジェンダーに配慮した予算分析を実施し、同市の総合病院では家族計画必需品への予算配分が3倍に増えた。

貧困状態にある人口の多い南アジアでは、インド、ネパール、スリランカがUNIFEMの支援を得てジェンダーに配慮した予算編成プログラムを開始した。インドは女性の経済的役割を数量化し、食糧保障・保健・女性の雇用に対する諸プログラムの影響を分析し、技術教育への支出を見直した。2004年のある演説で、財務大臣はジェンダーの視点を導入して2005年予算を編成すると発表し、18の省庁に対して女性に関する配分や支出を考慮した予算を提出するよう指示した[108]。

変化への後押し：市民社会の重要な役割　ジェンダーの平等を促進するには、関係者が一層の努力を重ね、現状を変える必要がある。市民社会、特に女性団体は、コミュニティの参加を支援し、ジェンダーの専門知識を提供し、政策の焦点と実施義務を持続させるうえで中心的役割を担わなければならない。これらの団体はまた、政策立案や予算の優先順位への関与から成果の監視に至るまで、すべての決定過程を通して、貧困削減のためのジェンダーに配慮した対応とは何であるかを明らかにし、それを推進できる立場にある[109]。

よい事例のひとつが「ラテンアメリカ・カリブ海地域女性健康ネットワーク」とUNFPAの10年にわたる連携である。同ネットワークは、ICPDの目標達成を監視し、進展を定期的に報告する方法を開発した。アテネア(Atenea)とよばれる指標データベースは、ICPDの追跡調査におけるジェンダーに配慮した情報として最も頻繁に参照される存在になっている。このデータと分析は、議員や政府担当官に活用されており、スリナムでは公共政策立案の基礎となったり、また市民社会組織による女性の権利に関する報告の基本となっている。

第3章　人権に関する約束

「国連の創設者たちが国連憲章の最初のページに男女同権について銘記してから60年が過ぎた。その後行われた数々の研究の結果、国の発展のためには女性のエンパワーメント(能力強化)が最も効果的であることが明らかになってきた。これほど経済生産性を向上させ、乳児と妊産婦の死亡率を下げる可能性をもつ政策は他にはない。栄養を改善させ、HIV/エイズ予防も含めた健康を促進するのに、これほど確実な政策もない。また、次の世代のために教育の機会を増やすうえで、これほど強力な政策もない。そして恐らくは、紛争を防止するうえで、あるいは紛争終結後に和解を得るうえで、これほど重要な政策はないと確信する。しかし、女性のために投資することで得られる利点が何であれ、最も大切なことは変わらない。それは、女性自身が貧困と恐怖から解放され、尊厳をもって生きる権利をもつことである」

ーコフィ・アナン国連事務総長、国連女性の地位委員会

20世紀における偉大な功績のひとつは、すべての人が平等な権利をもつことを認める内容豊かな国際法が確立されたことである。1948年の世界人権宣言をもとに、数々の条約[1]、議定書[2]、協定が結ばれ、人権宣言の理念の確認、拡大が行われてきた。しかし多くの協定が採択され、条約が締結されたにもかかわらず、21世紀初頭の今も、女性やその他社会的に疎外された人々、特に貧困や差別によって生活が脅かされている人々は、基本的人権の行使ができないのが実情である。次なる大きな課題は、人権に関する約束を実現することである。

人権、とりわけ女性の権利は、貧困の削減や開発のために必要不可欠であるが、その重要性は必ずしも十分に理解されているわけではない。貧困には、正当な権利を主張する力を排除し、欠落させてしまうという特徴がある[3]。1986年の国連の「発展の権利に関する宣言」では、「人権および基本的自由が完全に実現される経済的、社会的、文化的、政治的発展に参加・貢献しその利益を受ける」権利を認めている。ミレニアム開発目標(MDGs)が示すとおり、極度の貧困を撲滅するには、機会、選択肢、権限を拡大することによって個人の権利を実現する必要がある。貧困と人権の関連性は2000年の国連ミレニアム宣言で具体化されており、この宣言の中で189カ国が世界人権宣言を支持し、女性の権利を向上することを誓っている。

人権に関する約束を達成するためには、社会の根本にある差別を正当化するような価値体系を変えることが必要である。国際的に認められている人権基準には、指針を与え活動の進展を測定する枠組みが示されている。その勢いを維持するには、政府およびその他主要な責任者・機関が継続して実施義務を果たすよう、市民社会、国会議員、マスメディアなどの献身的努力がきわめて重要である。また、全人類が共通の人権で結びついているという考えにはそれ自体に備わった力があり、その力は人間開発への人権に基づくアプローチによって解き放たれる(囲み6参照)。

人権に基づくアプローチの中核を成すものは、人権教育であり、開発の努力や決定から見落とされてきた人々の積極的な参加である。権利に関する情報を得て、権利を求めるための技能と資質を備えることで、個人も地域社会も変革の担い手となり、自らの運命をコントロールする力を手にすることができる[4]。この権利意識によって与えられるエンパワーメントは、人権に基づくアプローチの勢いと持続力を高めるのに役立つ。また、人権擁護に対して責任をもつ警察官、裁判官、軍人、ヘルスケア提供者などの意識を高めることも必要である。特に貧困、ジェンダー、その他の形態の差別によって二重、三重に権利を剥奪されている人々すべてが基本的人権を十分に行使できるようにするためには、さらなる努力が必要である。

人権と貧困の削減

人間開発の目標は自由と選択の範囲を広げることにある。貧困と差別は、基本的人権を行使する機会を個人から奪い、自由を狭める。貧困と剥奪に終止符を打つことを目指した人権に基づくアプローチは国連改革[5]の最重要課題であり、国連ミレニアム宣言の中核を成すものである。

人権は相互に依存し、補完し合うものであるため、人々が貧困を克服することを可能にする好循環の一部となりうる。一方、人権の否定は、選択肢がきわめて限られた人生に人々を追いやる悪循環につながるおそれがある。例えば、教育を受ける権利を与えられない女性は、健康に関する権利、選挙権、自分の意志で結婚する権利、および子どもの数と出産間隔を選択する権利を行使するのに妥協を余儀なくされる傾向が強い。

国連人権高等弁務官事務所は、貧困削減政策を作成する際、人権に基づくアプローチをどのように適用すべきかについて各国にガイドラインを提示している[6]。その中で、効率的に貧困を削減するには貧困に生きる人々のエンパワーメントが必要であると指摘している。また、国際的人権基準を進展させるには、責務の担い手の責任が重大であることも強調している（囲み6参照）[7]。

人権の観点から考えると、貧困問題への取り組みは道徳的義務を超えたものと言える。各国政府と国際社会は、国際法のもとで、極度の貧困と、その特徴である不公正の問題に対処する責任をもつ[8]。このように、人権はMDGsへの支持を活性化するうえで強力な要素となる[9]。政府が明確に人権を認めているとしても、人的、財政的、技術的資源の制約によって、すべての権利所有者の要求に一度に応えることは不可能だろう。そのような状況下では、優先順位を設定し、徐々に権利を実現していく必要がある[10]。しかし、人権に基づくアプローチのもとでは、個人の安全、生存、食糧、住居、教育、健康の権利など、MDGsに反映されている中心的人権を保障するための努力を惜しむべきではない。

MDGsと同様、人権に基づくアプローチは、人権を無視されることが多い最も困窮状態にある人々や社会的に疎外された人々に重点を置いており、そのような人々に恩恵をもたらすような、より公平な資源配分を求めている[11]。国連人権委員会（国連事務総長の提言[12]に従い改革が見込まれている）に提出されている様々な決議案や報告書は、特に女性のニーズ、中でも「極度の貧困による負担を最も被りやすい」世帯主や年配の女性のニーズについて注意を喚起している[13]。組織に属さないある専門家は報告書で、極度の貧困を根絶するプログラムは「女性に重点をおかなければならない」と指摘している。その理由は、「女性がすべての権利を享受できるようになると、その影響が波及して、社会全体がこれらの権利を享受できるようになる」ためである[14]。

6　人権に基づくアプローチ：ニーズから権利へ

人権に基づくアプローチは、慈善行為や善意に頼って基本的「ニーズ」を満たすという以前の開発の重点から大きく転換している。それとは対照的に、人権に基づくアプローチは個人を「権利所有者」としており、それは他者が「責務の担い手」であることを示唆している。一方、ニーズには対象、つまり、それを満たすための特定な人物やメカニズムが存在しない。

人権に関する枠組みのもとでは、政府が主要な責務の担い手である。その責務には、個人が自分の権利を行使および享受でき、また、法に基づいて違法行為に対する司法措置を求められるよう、公平な法律や体制を確立することが含まれる。権利所有者として、人々は正当な権利を要求することができる。このアプローチは、個人や地域社会が、自らに影響のある政策や事業の方針決定プロセスに参加することに重点をおいている。

女児と女性の人権

多くの国が、国の法律の中で女性の人権について正式に記している。いくつかの国では雇用差別を禁止している[15]。家庭内暴力を含むジェンダーに基づく暴力を処罰し、児童婚と家庭内での女児に対する差別を違法とする国は多数に上る[16]。約25カ国が女性性器切除を禁止している[17]。女性の法的権利についての認識を高め、法的サービスを利用しやすくする措置を講じている国もある[18]。現在では裁判官として働く女性も増えている[19]。女性自身がこのような取り組みの中心となり、支援を促進し、法の施行の強化に努めている。

このような成果があるにもかかわらず、その進展は一様ではない。世界中の多くの国で、女性や女児が差別を受けている。彼女たちに認められている社会的・経済的・法的

権利は男性に比して少ない[20]。不平等の例も多い。男性が女性をレイプしても、その後、彼女と結婚すれば罰せられない国がある。男性が妻を殴ったり殺したりしても、その妻が不貞を働いていたとしたら、彼は無実となる[21]。女性軽視を増長させるような社会規範が法制度にも浸透し、女性の不信感を助長し[22]、多くの女性が司法に頼れない状況にある。

憲法や法における平等に関する規定よりも、慣習法や慣例が優先される場合もある。特に家族、相続、土地の権利、国籍や個人の地位に関する領域ではその傾向が強い[23]。進歩的な法が整備されていても、その施行の仕組みが脆弱であったり、資金不足であるため、その効力が失われることが多い。多くの国で、女性、特に貧しい女性は、自らの権利や彼女たちを名目上保護するとうたっている法律について知らない場合がほとんどである[24]。

> *「いかなる個人も、いかなる国家も、開発から恩恵を得る機会を否定されてはならない。男女の権利と機会の平等は保障されなければならない」*
>
> —2000年　国連ミレニアム宣言

女性の人権のための枠組み　人権に関するあらゆる法律はすべての人々に平等に適用されるが、女児と女性の権利を最も明確に保護しているのは、1979年に採択された女子差別撤廃条約（CEDAW）と1989年に採択された国連子どもの権利条約（CRC）である。

1990年代の国連会議では、女性の人権のための枠組みが強化された。歴史的宣言としては、1993年にウィーンで開かれた国連世界人権会議の画期的な宣言の中で初めて女性の権利が人権として承認された[25]。1994年の国際人口開発会議（ICPD）および1995年の第4回世界女性会議（北京会議）で登場した綱領が女性の人権に関する具体的な行動計画を提示している[26]。これらは多くの国の政策や法律改革の基礎となっている。

CEDAWが批准された際、180カ国がジェンダーの平等を推進し、女性差別と闘うことに合意した。世界全体で批准が進むこの条約は、締結国に対し、差別的な法律、習慣、慣行を廃止し、公的機関を設立して女性の平等な権利を保護する措置を取ることを義務づけている。しかし、まだ多くの約束が果たされていないことを忘れないよう、MDGsにはジェンダーの平等が記されている。性差別的な法律を2005年までにすべて廃止するという北京会議での目標を、多くの国がまだ達成できないでいる[27]。多くの政府がCEDAWの条項に拘束力があるとは考えないという留保条件をつけていることから、政府の決断力が不足しているという見方もある。最も問題なのは、第2項の「性差別に関する主要規定」に関する留保条件である。なぜなら、それは、この条約の主な目的を本質的に否定するものだからである。

いくつかの国にまたがる、地域的な法律でも女性の人権を擁護しているものがある。特に注目すべきは、1994年に採択された「女性に対する暴力の防止・処罰・根絶に関する米州条約」であり、これはこの種の条約の中で唯一、ジェンダーに基づく差別のみに焦点を当てたものと言える[28]。もうひとつ重要なのは、2003年の人権および人民の権利に関するアフリカ憲章のための議定書で、アフリカ大陸の女性のための権利規定を定めている[29]。

これらの人権に関する強力な法律によって女児と女性の生活に具体的な変化をもたらすには、継続的で一致した、国レベルの行動が必要である。これらの法律の実施義務を強化し、その施行を監視するうえで重要な役割を果たすのは市民団体、特に女性に関連した組織である。女性団体は、政府機関と協力して「影の」報告書を作成し、CEDAWの順守に関する提案を公表することで、CEDAWの施行を強く求めてきた。国際女性の権利監視機構（International Women's Rights Action Watch）の「グローバルからローカルへ」というプログラムでは、CEDAWの施行方法についてNGOに教育を行っている。ケニア、タンザニア、ウガンダでは、女性団体がCEDAWを活用し、財産権・相続権を執行するために裁判官の名簿を作成している[30]。アラブ諸国では、国連人口基金（UNFPA）がCEDAWに関する訓練を支援し、同条約の精神と条文を尊重したジェンダーに配慮した戦略を推進させるよう働きかけている[31]。また、国会議員の役割も重要である。

例えば、メキシコ、オランダ、スウェーデン、ウルグアイでは、CEDAWの進捗について国会で時間が割かれ、条約の施行についてのフォローアップ活動計画が策定されている[32]。

7 人権に関する若い女性指導者の教育

1999年に設立されたセクシュアル/リプロダクティブ・ライツに関する中南米ユース・ネットワークは、若者主導の組織で、17カ国が参加している。同ネットワークでは、若者の視点、ジェンダーの平等、人権に基づいた開発構想を推進している。また、国連中南米犯罪防止・犯罪者矯正研究所(UN Latin American Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders)と協力し、人権に関する条約およびジェンダーの平等についての画期的なマニュアルも作成している。同ネットワークは、UNFPAの支援を受けて100人の若い女性指導者を訓練し、彼女たちが国または各地域での政策決定に、より重要な役割を果たせるよう準備を進めている。

人権：MDGsの本質的要素

国連ミレニアム・プロジェクトで主要な権利と確認されたものの中には、リプロダクティブ・ライツおよび暴力から解放される権利を含む、女性および女児に与えられた平等な権利がある(第7章参照)[33]。さらに、健康への権利、HIVと共に生きる人々の権利も重要である。人権に基づくMDGsへの取り組みは、権利を剥奪された個人やグループが基本的権利を享受することを妨げる公平格差を克服するのに役立つ。

健康への権利　すべての人間には、健康で活動的な生活を送る権利がある[34]。健康への権利[35]は、MDGsのいくつかの目標の中核を成すものであり、そこには乳児および妊産婦死亡率の削減、主要な病気への取り組みが含まれる。なぜなら、健康―世界保健機関(WHO)の定義によると「身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態であり、単に病気や障害のない状態ではない」[36]―は労働生産性に影響を及ぼし、健康への権利は貧困の削減および開発のための目標の基盤となるからである。健康を維持するためには、安全な飲み水、基本的な衛生、食糧の安全保障、適切な栄養摂取が必要である。最高水準の健康を手に入れられるかどうかは、*保健サービスが存在するか否か、サービスにアクセスするための交通手段があるか否か、サービスが受け入れやすいか否か、質が高いか否かに左右される*[37]。貧しい地域や農村地域では保健サービスが少なく、交通手段も費用がかかるか、あるいは単にその手段がない場合もある。貧しい暮らしを送る女性や若者は、保健サービスや薬の費用を払えないことが多い。貧しい人々が利用できる保健サービスは標準以下のものが多く、差別的な態度や粗末な治療のせいで彼らの足が遠のくこともある。このような偏見をなくし、ケアの質を向上させ、医療制度をつくり、より多くの人々がリプロダクティブ・ヘルスを含む健康への権利を享受できるよう財源と人材を配分することが、MDGsを達成するための取り組みの中核となる。

人権とHIV/エイズ　この10年間、国際社会はHIVと共に生きる人々の尊厳について、また、彼らに対する差別をなくすことについて人々の注意を喚起してきた。この感染症には、ますます多くの女性が感染しており(第4章参照)、その蔓延を抑制するために、HIVに感染している女性の権利およびリプロダクティブ・ライツの重要性がさらに高まってきている。この点については、情報を手にする権利および自由意思による家族計画の権利と、強制されない自由が重要である。

国連エイズ合同計画(UNAIDS)は、この感染症を食い止めるための国家戦略や政策を計画している国々を支援する

8 汚名を軽減し、HIV/エイズと共に生きる人々の能力を強化する

中米では、HIV/エイズと共に生きる人々の間で、人権にかかわる国内組織の活動により、人権を擁護するための法律についての認識が広まっている。2003年より、UNFPAは米州人権研究所、人権のための中米弁護士協議会および国会議員と提携し、人権に基づくHIV/エイズへの取り組みを強化している。同地域における現行法の分析によると、この伝染病に対してはジェンダー別のニーズ、役割、対応による適切な取り組みが行われていない。UNFPAおよび国際労働機関(ILO)が共同で支援している事業でも、HIV/エイズと共に生きる人々が法的サービスをもっと利用できるようにするため、職場における差別を抑制する法律の評価を行った。パナマでは、国民会議(Defensoria del Pueblo)が同国のHIV/エイズプログラムに参加している。ホンジュラスでは、不公正と闘うため、人権およびHIV/エイズに関する弁護士のネットワークが作られた。ホンジュラスおよびパナマでは、一層多くのHIV/エイズと共に生きる人々が法律相談を求めている。コスタリカでは、HIV予防と人権に関するキャンペーンによってエイズに関する認識が変わり、汚名や差別をなくすことに役立っている。

国際指針を作成した[38]。HIV/エイズと共に生きる人々の人権を守る法案を通過させた国もある。例えば、治療を受ける権利や職場において差別を受けない権利に関する法律である。法律を制定していない国もまだ多い。2003年末時点で、サハラ以南のアフリカの国々のほぼ半数、世界の約40%の国々にはHIV/エイズと共に生きる人に対する差別を防止するための法律は存在しなかった[39]。また、この伝染病のジェンダーによる特質に触れた法律はほとんどない[40]。

リプロダクティブ・ライツ　リプロダクティブ・ライツとそれが開発において重要であることは、1994年のICPDで初めて国際的に明らかにされ承認された[41]。それまでの条約によって確立された基本的人権を盛り込んだこの権利は、それ以降、北京会議や様々な国際および地域協定で、また、多くの国内法の中で再確認されてきた。リプロダクティブ・ライツの重要性については、国際的な人権制度の中で頻繁に言及されている。リプロダクティブ・ライツはそれ自体が重要な目的であり、その他の基本的権利の享受のためにも重要であると認識されている。特に、女性と思春期の少女のリプロダクティブ・ライツ、性教育、リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの重要性が強調されてきた[42]。

> *「リプロダクティブ・ライツ…その基本は、すべてのカップルと個人が子どもの数、出産間隔、出産時期を自由に決定でき、そのための情報や手段を利用できる基本的権利、および最高水準のセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスを得られる権利について認識することにある。また、差別、強制、暴力を受けることなく、妊娠・出産に関し意思決定が行える権利も含まれる」*
>
> —ICPD行動計画、パラグラフ7.3

すべての個人とカップルが自らのリプロダクティブ・ライツを行使できれば、MDGsの達成はさらに促進されるであろう。いかなる差別も強要もなく、リプロダクティブ・ヘルス、結婚、出産について詳細な情報を受けたうえで自ら決断できることは、貧困を減らし、健康と教育の実態を改善し、生産性および生活水準を向上させ、環境の持続性を達成するという国の展望と密接な相関関係がある。例えば、自由意思により家族計画が行えるようにすることで意図しない妊娠を減少させれば、乳児と妊産婦死亡率、HIVの母子感染を低減することにつながる。リプロダクティブ・ライツによってMDGsが進展するその他の例は囲み9にある。

UNFPAが2004年に行ったICPD実施に関するグローバル・サーベイでは、131カ国がリプロダクティブ・ライツに関し国として対策を講じていると報告している[43]。しかし、多くの国では具体的な法令がなく、いくつか例外的に推薦すべきものはあるものの[44]、効果的にリプロダクティブ・ライツを保護する具体的な手段はないに等しい。最近の政策や法律の例には、包括的なアプローチに注目すべきものもあり、アルバニア、アルゼンチン、ベナン、チャド、コロンビア、ギニア、マリ、メキシコなどにその例がみられる[45]。ペルーとスロバキアは自由意思による家族計画に関する法案を通過させ、外科的避妊に対するインフォームド・コンセントの権利を保障している[46]。2004年、エルサルバドルは雇用条件としての妊娠検査を禁じるよう、労働法を改正した。タンザニアの2004年の雇用および労働関係法では、ジェンダー、妊娠、身体障害、婚姻関係、HIVによる差別を禁止し、父母の有給育児休業および授乳休憩についても明示している[47]。

国の議会および人権委員会の付託権限を拡大してリプロダクティブ・ライツの監視ができるようにし、苦情処理制度が設置された国もある。2003年には、カリブ海諸国のオンブズマンが、UNFPAとの共同事業で、人権がどのようにリプロダクティブ・ライツに適用されるかについての訓練を受けた。また、UNFPAが共同支援を行ったオタワ(2002年)およびストラスブール(2004年)での国会議員国際会議でも、議員がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを支持する宣言を公表することで、世間の注目を集める役割を果たした[48]。

リプロダクティブ・ライツの実践

女性のリプロダクティブ・ライツに対する無視や侵害は密室で頻繁に起こっている。女性と思春期の少女には、妊娠・出産に関しどのような決定をするかについてパートナーや家族と話し合ったり、保健制度や法制度を駆使する力がない場合がある。社会文化的・経済的環境が広い範囲にわたって、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの領域にお

9　リプロダクティブ・ライツとミレニアム開発目標（MDGs）

リプロダクティブ・ライツの要素	人権に基づく活動の例	特定のMDGsとの関連性
生命と生存の権利	防止可能な妊産婦および乳児の死亡を防ぐ。 早期の死亡につながる女児の育児放棄と差別をなくす。 HIVを含む性感染症を防止するための情報や手段を確実に入手できるようにする。	ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる（目標5）。 HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う（目標6）。
身体の自由および安全の権利	ジェンダーに基づくあらゆる形態の暴力を防止し、懲罰を与え、根絶するよう措置を講じる。 女性、男性、思春期の若者が、強制、暴力、差別を受けることなく妊娠・出産に関する決定を行えるようにする。 女性性器切除を廃止する。 性的目的の人身売買を阻止する。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。（目標1） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
情報を求め、受け取り、伝える権利	リプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題に関する情報や関連する規定・法律を、広く自由に利用できるようにする。 リプロダクティブ・ヘルスに関する決定ができるよう全情報を公開し周知させる。 学校内外でのリプロダクティブ・ヘルス/家庭生活教育を支援する。	ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
出産する子どもの数、時期、間隔を決める権利	家族計画の方法を選択し、適切に利用できるようにするためのすべての情報を提供する。 すべての近代的避妊方法を入手可能にする。 思春期の少女が妊娠の時期を遅らせることができるようにする。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。（目標1） 初等教育の完全普及を達成する。（目標2） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 環境の持続可能性を確保する。（目標7）
自由意思で結婚し家族を形成する権利	児童婚、強制的結婚を防止し、規制する法律を制定する。 不妊を誘発する性感染症（STI）の予防・治療を行う。 HIV予防などに関し、既婚の思春期の少女とその夫に対するリプロダクティブ・ヘルス・カウンセリング・サービスを提供する。	初等教育の完全普及を達成する。（目標2） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
到達可能な最高水準の健康を得る権利	安価で、許容でき、包括的で、良質なリプロダクティブ・ヘルスに関する情報とサービスを提供する。 利用可能な財源を公平に割当て、リプロダクティブ・ヘルスに関する教育とサービスの利用が最も困難な状況にある人々を優先する。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。（目標1） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
科学的進歩の恩恵を享受する権利	女性が管理できる避妊法、マイクロバイサイド*、男性が使う避妊法などの避妊研究に対する資金援助を行う。 （訳注：*病原菌を殺す物質。ゼリー、膣座剤、フィルム、スポンジなど様々な形でつくられ、活性成分を長期にわたって放出する。HIVその他の性感染症の感染を防ぐが妊娠の予防という二重作用をもつものもある。） 様々な避妊方法を提示する。 妊産婦死亡や、分娩によって発生する膣のろう孔（フィスチェラ）を防止するための緊急産科ケアを利用可能にする。	ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
差別を受けず、教育と雇用における平等を享受できる権利	妊娠や避妊法使用証明または母親であることを理由に雇用上の差別を行うことを禁止する。 女子を学校にとどめるプログラムを確立する。 妊娠および結婚した思春期の少女と若年の母親が教育課程をすべて修了できるよう保障する。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。（目標1） 初等教育の完全普及を達成する。（目標2） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）

ける男性と女性の機会と選択肢に影響を及ぼす。人権に基づくアプローチでは、これらの要素を考慮している。例えば、人権に基づくリプロダクティブ・ヘルス・プログラムでは、カップルへのカウンセリングを通じてリプロダクティブ・ヘルスの責任を共有するよう促せるだろう。プログラムの一環でコミュニティを動員し、児童婚や早すぎるまたは間隔が短すぎる出産の危険性に関する理解を広め，それと同時に(女性主導の)意思決定に協力的な環境も形成できる。人権に基づくアプローチは、単にコンドームを入手できるようにするのではなく、どうすれば女性に力をつけ、パートナーの意識を高めて、コンドーム使用に関する相互協力や話し合いができるようにするかを目指す方法である[49]。

健康への権利とリプロダクティブ・ライツは、「権利所有者」(サービスを受ける人)と「責務の担い手」(サービス提供者)が解決に向かって協力した時に真の進展が見られることが多い。初期の例として、国際家族計画連盟(IPPF)が広く配布した「クライアントの権利に関する憲章」(1992年)が挙げられる。これはクライアント(サービスを受ける人)の視点に立って援助サービスの質を考え、情報と守秘義務に関する権利について啓発したものである。サービス提供者に彼らの責務について伝えることも大切である。その数年後、IPPFは「セクシャル/リプロダクティブ・ライツに関する憲章」を発行したが、これはIPPFの加盟協会に、リプロダクティブ・ライツの尊重を徹底するよう、また政府が実施責任の維持に努めるよう促すものであった[50]。

その他には、国連人口基金(UNFPA)が支援した、エクアドルでの無償の妊産婦ケア法(1998年)施行がある。この法律は、ボリビアで制定された類似の規定同様、妊娠・出産に関する一連のサービス、家族計画、5歳未満の乳幼児への医療を無料で受けられるというものである。政府はこの施行に当たって財源を割り当てたものの、まだ残された課題があった。そこで政府は、保健省、地方自治体、全国女性協議会および地域組織と共同で地方の保健財源を運営する地方委員会を設置した。サービス利用者の委員会も設置され、周辺地域の女性たちに会ってこの法律に関する認識を広め、話し合いをもち、施行に関する監視を行っている。

「女性が自らの出生力をコントロールする能力は、女性のエンパワーメントと平等にとって不可欠な基本要素である。女性が自らの家族を計画できれば、自分の人生を計画することができる。女性は健康であるほど、生産的になれる。また、女性のリプロダクティブ・ライツが促進され、保護されれば、より完全で平等な社会参加への自由を手にすることになる。女性が前進するためにも、リプロダクティブ・ライツは不可欠である」

—UNFPA事務局長トラヤ A. オベイド

人権、ジェンダー、文化：協調を目指して

人権の概念は世界の住人を共通の人間性のもとに結束させるものである。世界的な人権基準を適用すれば、豊かな多様性をもつ世界の文化や習慣の尊重と、女性と女子を危険にさらす有害な因習の否定との間の明確な区別ができる。国際協定の中でも、女子差別撤廃条約(CEDAW)と国連子どもの権利条約(CRC)はこの線引きをとりわけ明確に示している[51]。そこでは、政府は習慣や伝統あるいは宗教的信条を引き合いに出して、人権を侵害する有害な因習や女性のリプロダクティブ・ライツを侵害する暴力の形態を正当化してはならないと明言している。それにもかかわらず、多くの国では、文化相対主義と国際人権を「西欧の考え」とするレッテル貼りにより、性の不平等を永続させる有害な因習と法律が正当化されてきた[52]。しかし、現在の基準は、国の行動と実施義務を方向づける明確な国際合意を反映している。

現代も多くの有害な因習が伝統に深く根を下ろしている。その多くがジェンダーの偏見に基づいており、両親や祖父母が実践したものが、次の世代へと受け継がれたものである。しかも社会集団の生活のあらゆる場面で一般に受け入れられている。しかし、文化は静的なものではなく、ダイナミックなものであり、学習されていくものである[53]。人は所属する文化の受動的存在ではなく、積極的な参加者としてその文化を解釈し形成していく。世界各地の事例が示すように、ある種の因習がもたらす危険について理解し、自分たちの文化のレンズを通して問い直したコミュニティは、力を結集し、その因習を変えたり廃止することができる。

文化に配慮したアプローチは、多様な国や地域の状況のなかで人権とジェンダーの平等を推進するのに効果的であ

る[54]。このアプローチは、開発努力の背景にある社会文化的状況の複雑さを理解する大切さを強調している。また、一連の関係者・機関の役割と見解を評価し、政策と社会の両面でどのような変化が起きるかを注視する。これには、地方の権力構造を分析することと、地域の指導者や広く受け入れられている文化的規範と信念を守ろうという人たちの見解を聞くことが含まれる。このアプローチには、サブカルチャー(下位文化)を特定し、女性、思春期の若者、少数民族など、これまで意見を聞いてもらえなかった人々を確実に参加させるという活動もある。文化に配慮したアプローチは、ある集団の間で理解される言語や記号を用いることで、彼らとの対話と人権やジェンダーに関する問題についての意識の向上を図ることに重点をおくものである。

児童婚、名誉殺人、アシッド・バーニング(酸で火傷をおわせる)、夫を亡くした女性の相続あるいは「浄化」などの差別的慣習を禁止する取り組みは、女児と女性の人権を尊重するジェンダーの平等という規範を推進するための実際的措置を講じない限り達成される見込みは薄い。例えば、サハラ以南のアフリカやアジアのいくつかの国々では女性性器切除、出生前の性の選別あるいは児童婚を禁止しているが、この禁止措置を施行することは難しい状況にある。特に、女子が、選択肢の限られた貧しい家庭の娘ということで差別され、価値が低いと見なされている限りは、ただ児童婚を禁じただけでは成功しない。同様に、女性性器切除をなくすことも、この因習が女性の結婚への期待や社会的アイデンティティとしっかり結びついている限りは難しいだろう。この因習は親戚に勧められることが多く、少女が社会的に認められ、しかるべき地位が得られたことを示す印となっている。

ジェンダーに対する姿勢と規範を変えることは、特に、コミュニティの考えと関心事に働きかけを行えば可能である。例えば女性性器切除と同じ社会目的をもつ無害な儀式が受け入れられたことで、その削減に成功した例がある。これはコミュニティにとって重要な価値が守られたからである[55]。社会規範を変える際には、宗教指導者など社会的に著名な人物の参加も重要な役割を果たすと言える。イランで家族計画の拡大が劇的に成功した主な要因はイスラム教の導師による全面的な支持であった(同国の合計特殊出生率は女性1人につき平均7人以上の子ども数だったのが、この20年で平均2.3人まで低下した[56])。導師たちは、小さな家族を奨励し、男性の不妊手術も含めた、あらゆる避妊方法を推奨する宗教的布告を出した[57]。イエメンではイマームなどの宗教的指導者用に、家族計画とリプロダクティブ・ヘルスをコーランに結びつけ、女性と男性の平等に関する預言者の教えを強調する指導書が作成された。カンボジアでは仏教徒の僧侶と尼僧が協力し、青少年に対しHIVの脅威を訴える活動を支援している[58]。

文化に配慮したアプローチは、肯定的な信仰体系や地域社会が信奉する文化的・宗教的価値のうえに構築することによって、また、ジェンダーについての固定観念や、関連のある因習が原因で起こる害悪についての認識を高めることによって、女性の人権やジェンダーの平等を進める基盤づくりを助ける。

> *「そんな法律があることを知りませんでした。利用者委員会が、私たちに権利があるということを理解する手助けをしてくれています」*
>
> ーエクアドル、マナビ州の女性

公民権を剥奪された人々への支援

1990年代以降は、歴史的に社会から疎外されてきた人々の権利を保障することに、より大きな重点が置かれるようになってきた。これらの人々には、障害者、移民労働者、民族的・宗教的少数派や、インドのカースト制におけるダリット(被差別者)または「不可触民」、ヨーロッパのロマ族、南米その他の先住民族などが含まれる。人道的危機にさらされている女性と子ども、および思春期の若者という、国の人口構成の中で大きくかつ重要な位置を占める2つのグループの人権については後の章で述べる。

これらの社会的に疎外されたグループは、世界人口においても大きな割合を占めている。障害者は10%(6億人)[59]、約70カ国に暮らす先住民族が3億7000万人[60]、国際的移住者数は概算で1億7500万人に上る[61]。これらのグループに属する人々は、MDGsの指標で見ると最も劣悪な暮らしをしている傾向が強く、特に先住民族についてはそうである。彼らは、しばしば貧困の中の最貧困にいる。これらの人々は清潔な水その他の生活資源が十分に入手できないことが非常に多く、脆弱あるいは荒廃した生態系での暮らしを余儀

10 リプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する強力な意見表明：女性とコミュニティに力を

ケアの質とは、サービスについてと同様、権利についても言える。個人とコミュニティは自らの権利を理解した時に、適切なケアを求めることができる。言い換えれば、この要求は、よりよいサービスをいかに提供するかについての理解を向上させることによって、サービス提供者と保健制度に影響を与えると言える。これは、2001年にUNFPAがILO、UNICEF、WHOと共同で開始し、国連財団が資金援助している「リプロダクティブ・ヘルスを求めてより大きな声を」という事業の前提となっている。この事業は、自分自身の権利に関する情報を人々に提供することによって、インド、キルギス、モーリタニア、ネパール、ペルー、タンザニアのコミュニティの住民を結集し、彼ら自らが一丸となって生活向上に取り組むようにした。

キルギスの4つの州では、この事業を通して、2000年に同国で制定されたリプロダクティブ・ライツに関する法律への意識向上を図った。コミュニティ、サービス提供者、地方自治体の職員たちは定期的に会合を開いてこの法律について話し合った。また、地元の警察、教師、弁護士らがリプロダクティブ・ライツについての訓練を受けた。大きな変化のひとつは、コミュニティが伝統的因習である「花嫁の略奪婚」を非難するようになったことである。家族は自分の意思に反して花嫁として連れて行かれた娘を救出しており、部族の指導者たちは略奪婚の実情を見直している。

「セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの問題と家庭内暴力のために問題をかかえる家族がいて、村単位で話し合いがもたれました。この問題には共通した見解はありませんでした。リプロダクティブ・ライツに関する法律のことは知りませんでしたし、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの問題について書くことは禁じられていると思っていました。でも今、私たちはこの法律と自分たちの権利について知っています」

—キルギス、アルダヤロバ（37歳）

「あんなことが、うちの娘に起こるなんて思いもしませんでした。ザレマがあの若い男と外出したのはたったの一度なのです。数日たってザレマが花嫁の誘拐に遭ったことを知らされました。最初に考えたのは娘を取り戻すことでした。でも、私たちは伝統を重んじていますので、娘をしばらくの間、その家族のもとに置いておくことにしました。その後、娘には何度か会いましたが、彼女がその家族といても幸せではないことが次第にわかってきました。そこで2週間後に娘を連れ戻しました。ワークショップの全参加者がひとつの結論に達しました。社会よりも個人の利益と権利を守ることが、まず必要だということです。他の4家族も同じ決断をしました。その家族は娘を犠牲にはしませんでした」

—キルギス、ザレマの母

ペルーでは、貧しい先住民族、特に思春期の女子がリプロダクティブ・ヘルスサービスを受けたくても、経済的、社会・文化的な壁とジェンダーの壁に直面している。「より大きな声を」事業は、リマで最も人口密度が高く、その3分の1がきわめて貧しい生活を送る若者で占められる市街地、サン・フアン・デ・ルリガチョと、アマゾンのジャングル地帯にあるプカルパで実施されている。その活動では、青少年、ヘルスケア提供者、両親と協力して、リプロダクティブ・ヘルスサービスを受ける思春期の若者に着せられる汚名の払拭に取り組んでいる。

青少年たちはコミュニティの公開フォーラムで積極的かつ率直に意見を述べている。思春期の若者とヘルスケア提供者は共同のワークショップを開いて信頼を確立し、より若者の立場に立ったサービスの提供方法を決めている。プカルパの光と音楽と映像で満ち溢れたイベント「ディスコ・エイズ」には600人以上の青少年と23人の教師が集まり、性感染症(STI)やHIVの予防、コンドームの使用、仲間相互の圧力(ピアプレッシャー)について話し合った。政府は、若者その他の市民団体の参加を得て、思春期保健政策指針を策定した。

「私たちは自分の面倒は自分で見なくてはなりません。自分のことは自分で決め、自分の考えをもち、それに責任をもたなくてはなりません。なぜなら、自分を守れるのは自分だけだからです。誰も自分の面倒を見てはくれません。そして、私たちは自分の将来に責任があるのです」

—ペルー、サン・フアン・デ・ルリガチョ、思春期の少女

「ここに一度は来るという人は多いですよ。でも、よい治療を受けられないと、もう来ません」

—ペルー、プカルパ、ヘルスケア提供者

インドではハリヤナ州の女性の自助グループが地方自治体の保健サービス計画会議の話し合いの場に参加し、サービス提供者やパンチャヤット(村の協議会)に対してリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する自分たちの問題意識を発表している。同グループは「監視グループ」として活動し、ケアの質を監視し、女性の権利を保護している。サービス提供者はクライアントの視点に立って考えられるよう訓練を受ける。この参加型プロセスにより、出生前の性の選別、暴力、児童婚などの有害な因習を取り巻くコミュニティの「沈黙の文化」を打破した。このコミュニティの女性は人権問題について話すことにより、率直になってきている。

「訓練を受けた後にセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの問題について思春期の2人の娘と夫と近所の人を交えて話し合いました。権利については詳しく話しました。今では近所で女性に対する暴力があっても、これまでのように黙って許しはしません」

—インド、ハリヤナ州のある村の女性参加者

なくされることも多い。自国の国民一般に比べ、社会的に疎外された人々は乳児および妊産婦の死亡率が高く、HIVに対し無防備で、教育の機会がなく、自らの生活に影響を与える事柄に関しても政府や社会制度への参加機会に乏しい[62]。これらのグループすべては、多くの場合、様々な形態の差別や構造的貧困、社会的疎外に直面していても、見えない存在であり、声なき声であり、国の政策や法律から無視されている。

ジェンダーによる差別は不平等をさらに悪化させる。障害をもつ思春期の少女や女性は性的虐待を受ける危険が特に高く、個人としての自主性は制限され、教育と雇用への道が限られている。また、不妊手術を強要されたり、結婚して家族を作る権利を侵害されるなど、リプロダクティブ・ライツが侵害される危険にも直面している[63]。先住民族の女性は、ジェンダーに起因する暴力と人種に起因する暴力の両方の標的となる。家父長的伝統ゆえに彼女たちの意思決定やコミュニティへの参加が妨げられている一方、貧困や資源へのアクセスが制限されていることにより、彼女たちの経済的・社会的権利が侵害されている[64]。都市部あるいは海外で仕事を探す移民女性は、人身売買や搾取の危険にさらされており、行き着くところは家事労働者としての奴隷のような暮らしということもある[65]。

幸運にも、こうした弱者への保護をさらに強化するための国際人権の枠組みが1990年代以降進展を見せている。この枠組みはより広い範囲でジェンダーによる差別を認識している。法的拘束力のある条約[66]、世界行動計画[67]、国際人権規約機関と特別報告官は[68]、この10年間で、弱者の権利に一層の注意を向けその保護に務めてきた。国の政策やプログラムを実施するために実際的な指針と人権基準が策定されている[69]。アフリカ、アジア、南北アメリカなどの地域では先住民族と障害者の人権に焦点を当てた会議やフォーラムが開催され、彼らに対する差別が取り上げられた[70]。

11 先住民族の女性：自尊意識の回復と権利の要求

UNFPAは10年以上にわたり、エクアドルなど中南米諸国の先住民族社会に向け、女性が日常生活で経験する無力感、差別、自尊意識の低さに対する取り組みを行っている。これは、家族内の問題の有無、またはサービスを求めているか否かにかかわらず実施されている。人権問題に関する訓練とジェンダーの平等についての新しい対話と熟考の機会は、先住民族の女性が自分たちの文化遺産へのプライドを回復することに役立っている。この女性たちは、家庭内暴力に立ち向かい、政治参加や妊娠・出産に関する意思決定について平等な権利を要求する能力を身につけはじめている。これらは、先住民族の女性たちの意見が今までほとんど聞き入れられることのなかった領域である。

市民社会のネットワークもこれらのグループの人権保護を目指す権利擁護グループを立ち上げた。例えば、国際先住民族女性フォーラムは先住民族女性の権利擁護とそのための努力を結集する拠点となっている[71]。また現在では、これらのグループの人権を明確に承認している国もある。ジェンダーの平等に特に着目しているケースもある。例として、メキシコとネパールの先住民族に関する国家計画にはジェンダーの視点が導入されている。ペルーでは、これらグループの選挙への参加を憲法で規定した[72]。

移住者や人身売買が空前の規模となっているため、移民女性の人権に対する懸念が高まっている。多くの国で人身売買の犠牲となった女性を支援する対策がとられている。移民局や電話ホットラインの設置、情報提供を行っている政府もある[73]。国連女性開発基金(UNIFEM)の支援のもと、ヨルダンとフィリピンは家事労働者のための最低基準と特別協定を定めた[74]。フィリピンは海外で家事労働者として働く女性の権利を向上するための二国間協定を取り決めている。パキスタンは労働者の酷使を防止する規制を人材会社に課している。インドは海外での虐待から逃げてきた家事労働者の帰国費用を援助している[75]。

それにもかかわらず、約束と実践の間には大きな隔たりがある。先住民族の人権保護協定は1989年に採択されたが、批准したのは17カ国だけである[76]。「世界の先住民の国際の10年」は、先住民族の人権保護宣言の原案を採択するという重要な目標を達成できないまま2004年に終了した[77]。これと同様に、1990年の移民労働者の保護協定も、批准国が最低必要数に満たなかったため、2003年まで実施されなかった[78]。

2000年のミレニアム宣言は、少数民族と移民の人権への注意を喚起し、そこに包含される政治的プロセスについても明確にうたっている[79]。この宣言はまた、社会的に軽視されたグループに対する差別と排斥を終わらせるため、人権に基づいたアプローチに新たに取り組むことを促している。差別と排斥は貧困の底流にあり、ミレニアム開発目標(MDGs)達成を阻害する要因である。

第4章　リプロダクティブ・ヘルス：公正を評価する基準

「富める者と貧しい者の間にみられるリプロダクティブ・ヘルスの差は、国と国の間でも国内でも、他のヘルスケアのどの分野より大きい」

―国連ミレニアム・プロジェクト

リプロダクティブ・ヘルスの問題は、世界の女性の疾病と死亡の主な原因となっている。女性と男性の双方を考慮に入れると、世界的にみてリプロダクティブ・ヘルスの状態は感染症に次いで2番目に健康を害する原因になっている（図1参照）。これらの数字は、国と国の間、また国内での大きな格差を見えにくくしている。リプロダクティブ・ヘルスの状態は所得とジェンダーによって大きく左右されることから、この問題に取り組むことは社会正義と倫理、公正を考えることでもある。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツはそれ自体重要な目的である。それは、満ち足りた人間関係、円満な家庭生活、よりよい将来を築く夢を実現する土台となる。リプロダクティブ・ヘルス/ライツはまた、ミレニアム開発目標（MDGs）達成の要である。リプロダクティブ・ヘルス/ライツによって女性と青少年は自分の運命を支配する力を獲得し、貧困を乗り越える機会を手にするからである。しかし貧困とジェンダーによる差別があるため、世界中の何百万人もの人々がリプロダクティブ・ライツを行使できず、自らのリプロダクティブ・ヘルスを守れない状況にある。貧困に苦しむ女性と思春期の少女が最大のしわ寄せを受ける。それによる損害は、家族、コミュニティ、国を通じて増大し途方もない規模に膨れ上がる。

本白書の冒頭で述べたとおり、すべての人が利用できるリプロダクティブ・ヘルスケアは実現可能であり、アクセスが得られればリプロダクティブ・ヘルスに関する問題の大半を予防し、社会経済開発にまつわる様々な分野を促進させることも可能である。貧困の度合が深刻な国も含めて、いくつかの国では、政治的指導力に専門知識と資源を動員すれば成果が上がることが立証されてきた。妊産婦死亡率の低下に成功した国としては、特にバングラデシュ、ボリビア、中国、キューバ、エジプト、ホンジュラス、インドネシア、ジャマイカ、マレーシア、スリランカ、タイ、チュニジアが挙げられる[1]。後発開発途上国であるバングラデシュは、家族計画の利用拡大に目覚ましい進展を見せた[2]。ブラジル、カンボジア、セネガル、タイ、ウガンダなど、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）の広がりを食い止めることに成功したいくつかの事例では、政治的指導力に加えて社会の力を幅広く結集している点が特徴となっている。

リプロダクティブ・ヘルスの問題は社会経済生活の多くの側面にまたがり、保健部門の能力だけでは解決できない。しかし、予防とケアの一次的手段であるプライマリ・ヘルスケアの観点からリプロダクティブ・ヘルスを常時取り上げれば、多くの問題とその結果として払われる犠牲を回避することができるだろう。そのためには、保健制度の強化、サービスを提供するコミュニティとの信頼関係の構築、社会・文化・経済・ジェンダーという要因に対処したリプロダクティブ・ヘルス・プログラムへのアクセスの拡大が必要となる。

貧困削減にとっての高価な代償　貧困との闘いに成功するには、人々がリプロダクティブ・ヘルスの問題から解放され健康でなければならない。リプロダクティブ・ヘルスの問題は、ほとんどすべてが予防可能であるにもかかわらず、開発途上国の多くにいまだにはびこっている。この問題は生活を破壊し、家族を苦しめ、保健制度に過度の負担をかけ、国を弱体化する。その損失は、母親を失った子どもの悲しみから、何百万人もの女性のエネルギーと生産性の低下にまで及ぶ。損失の中には、性感染症やがん、不妊、およびこれらに関連した新しい病気があり、妊産婦死亡、意図しない妊娠、高い出生力、子どもの遺棄、安全でない中絶、後天性免疫不全症候群（エイズ）がある。

1994年の国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）では、179

カ国の政府がリプロダクティブ・ヘルスケアを「できるだけ早期に、遅くとも2015年までに」すべての人が利用できるようにすることを公約した[3]。この会議に基づき、リプロダクティブ・ライツは人権、持続可能な開発、ジェンダーの平等、女性のエンパワーメント（能力強化）の中核をなすという国際合意が成立した。すべての人が利用できるリプロダクティブ・ヘルスケアという目標はMDGsのひとつとしては明記されなかったが、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに向けた努力と財源を一層充実強化させない限りMDGsは達成できないという考えは国際的に広く支持されている。事実、国連ミレニアム・プロジェクトは、リプロダクティブ・ヘルスは「経済成長と貧困削減全般にわたり成功するために不可欠」であり、MDGs達成に必要な「適切な人的資本の主な要素」のひとつであると結論づけている[4]。

> *「健康と教育が向上し、家族の未来を計画する自由を得ることで、女性の経済的な選択肢は広がる。それればかりでなく、女性の心と精神の解放にもつながる」*
>
> ーナフィス・サディックICPD事務総長

貧困削減、ジェンダーの平等、リプロダクティブ・ヘルスは密接に関連している。これらは相互に関係し、互いに補強し合い、すべてが何世代にもプラスの効果をもたらす可能性をもつ。社会的・文化的に期待される女性・男性それぞれの役割意識は、妊娠・出産と性行動にかかわる決定に強い影響を及ぼし、ひいてはそれが社会経済開発の見通しを左右する。厳格な規範と固定観念が子どもたちに伝承されれば、ジェンダーによる差別、不健康、貧困の悪循環が永続する。その影響は直接的にも間接的にも現れ、特に妊産婦の死亡と傷害、HIV感染に及ぼす影響は劇的である。

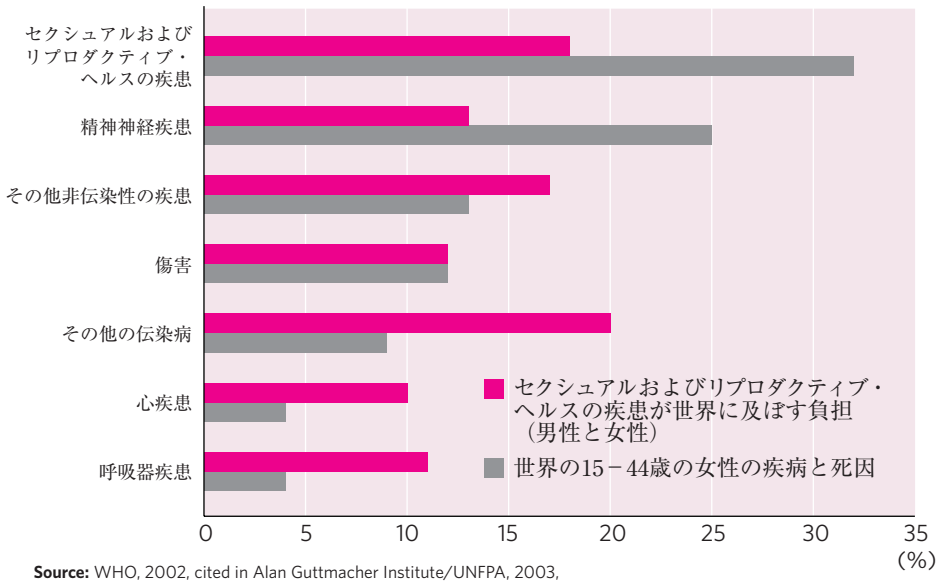
妊産婦死亡と障害

妊産婦死亡と傷害の割合は、貧困とジェンダーの不公正がリプロダクティブ・ヘルスに及ぼす影響を際立たせる。妊娠関連の原因で毎分1人の割合で女性が死亡している。各年ごとに計50万人以上の母親が命を失い、この数値は過去数十年にわたりほとんど改善していない[5]。これに加えて、800万人以上が妊娠の合併症によって生涯にわたる障害を負う[6]。貧富を問わず、どんな女性も出産時には15%の割合で合併症の危険にさらされるが、妊産婦死亡は先進諸国では事実上皆無に等しい[7]。多くの国で妊産婦死亡に改善がみられないことは、女性の生命が軽んじられている事実を浮き彫りにし、また公共政策の優先事項を決めるうえで女性が発言力をあまりもたないことを示す。豊かな国では当たり前になっているリプロダクティブ・ヘルス対策があれば、開発途上国の多くの女性の命を救うことができるはずである。

貧困、差別、母親の生存

出産に伴うリスクは貧困によって増大し、また妊産婦の死亡や疾病は貧困を深刻化させる。サハラ以南のアフリカでは高い出生力のため母親が生涯に直面する危険は大きくなり、16人に1人の女性は妊娠が原因で死亡する確率が高い。最貧困地域の一部では6人に1人もの女性がこのリスクに直面している。一方先進国では、生涯でこのリスクに直面するのはわずか2800人に1人である[8]。妊産婦死亡の99%が開発途上国で起きており、そのほぼ全部に相当する95%をアフリカとアジアが占めている[9]。豊か

図1：セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスの疾患が世界に及ぼす負担



Source: WHO, 2002, cited in Alan Guttmacher Institute/UNFPA, 2003, *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare.*

さは重要である。2000年の妊産婦死亡の3分の2は世界で最も貧しい国のうちの13カ国で起きており、インドだけで妊産婦死亡全体の4分の1を占めているからである[10]。国内では、最も富裕な層の女性は貧困層の女性に比べて専門的な産科ケアを利用しやすい状況にある（図2参照）。

貧困とジェンダーによる差別は生涯を通じてリプロダクティブ・ヘルスの問題を悪化させる。良好なリプロダクティブ・ヘルスの基礎づくりは人生の早いうちから始まる。例えば十分な食事を与えられず発育不全だった女児の場合は、後に分娩停止（分娩が進まず長期間経過すること）を招く危険が増大する。栄養不良の母親とその子どもは、早死にしたり、慢性的な障害に苦しむ傾向がある。開発途上国の妊婦の50－70%は、分娩後の出血の原因になりかねない貧血に苦しんでいる[11]。

教育とヘルスケアにおけるジェンダーによる差別、経済的資源の管理と妊娠・出産に関する決定権の欠如が原因となって、妊娠に関連したリスクはますます大きくなる。妊産婦死亡率の高い国々では、ジェンダーの不平等も最も深刻である場合が多い[12]。避妊薬（具）の使用により妊産婦死亡の20－35%は防止できるにもかかわらず[13]、社会的な規範に加え、家族計画の必需品やサービスが十分でないために多くの女性はそれを利用することができない。また、教育を十分に受けていないため、出産のリスクやその他の健康問題についてわずかな知識しかなかったり、無知な女性が多く見られる。このような知識には、例えば保健制度を上手に利用する方法や手遅れにならないよう救命ケアについて家族と話し合うことなどが含まれる。無料のケアがある場合、それを利用する権利を女性に伝えることで決定的な効果が出る可能性がある。サービスの利用料が高いと、家族が貧困状態に陥り、貧しさが悪化しかねない。このように料金はサービスの利用を思いとどまらせる原因になることもあり、特に提供されるサービスの質が自分たちが信頼している伝統的助産師のサービスと変わらないと考えられる場合には、この傾向が強くなる。

代償を払う：意図しない妊娠と安全でない中絶　安全でない中絶は妊産婦死亡の主たる原因であり、不治の傷害に至ることもある。家族計画が利用できないために、開発途上国だけでも毎年約7600万件の意図しない妊娠が生じている[14]。毎年、1900万件の中絶が不衛生な状況や医学的に問題のある状況で実施されている。その結果、約6万8000人が死亡している[15]。中絶を求める多くの女性は既婚者である。一般に貧困層で、すでにいる子どもの養育で精一杯の人たちである[16]。妊娠10件のうち1件は安全でない中絶に終わっており、その件数が最も多いのはアジア、アフリカ、ラテンアメリカであることが調査から判明している[17]。

安全でない中絶は、女性と女児が緊急ケアを求める主要な理由のひとつになっている。例えばサハラ以南のアフリカでは、中絶後のケアを受ける人が婦人科のベッドの5分の1から半分までを占めている[18]。多くの女性は中絶の発覚やサービス提供者の批判的な態度を恐れて救命措置を求めるのを先送りし、手遅れになる場合も多い。安全でない中絶にかかる費用は、このような苦痛を予防できる避妊薬

12　母親のように、子どものように

良質のリプロダクティブ・ヘルスケアが受けられ、女性がリプロダクティブ・ライツを行使できれば、すべての乳児が望まれて生まれ、大事にされ、元気に育つ機会に恵まれる状況を確保できるだろう。反対に母親のリプロダクティブ・ヘルスに問題がある場合は、子どもの健康とウェル・ビーイング（良好な状態）が損なわれかねない。

妊産婦死亡と乳児死亡は密接に関連している。出産中に母親が死亡するとその子どもも多くの場合死亡する。母親を失った新生児は、母親のいる新生児に比べて死亡する確率が3－10倍高い。生き残ったとしても子どもは苦しみを味わうことになる。一般に母親は子どもの保健・教育・栄養を管理する主たる責任者であり、また重要な稼ぎ手であったり、大黒柱であることも多いからである。豊かな国では簡単に入手できるサービスが、途上国では欠落しているため、毎年200万人もの子どもが母親を失っている。

出産間隔をあけることで乳児死亡は大幅に減少する。出産間隔を2年から3年あければ、早産の可能性や低体重児が生まれる確率は低くなる。子どもの死亡率がインドで20%近く低下し、ナイジェリアでは10%低下したが、これには出産間隔をあけたことが大きく貢献したと考えられている。一般に、望まれずに生まれてきた子どもは他の子どもに比べ、病気にかかりやすく、早死にしやすい傾向がある。

また性感染症（STI）は流産、死産、早産、低体重、失明、肺炎を引き起こす要因となるため、妊婦に性感染症の定期検査を実施すれば子どもの生存の可能性を高めることができる。梅毒に感染した子どもの40%は病気で苦しむか死亡する。性感染症とHIVの抗体検査を自発的に受ければ、未来の母親たちが治療を受けるきっかけとなり、彼女らだけでなくその子どもも守ることができるだろう。

(具)の値段をはるかに上回る。

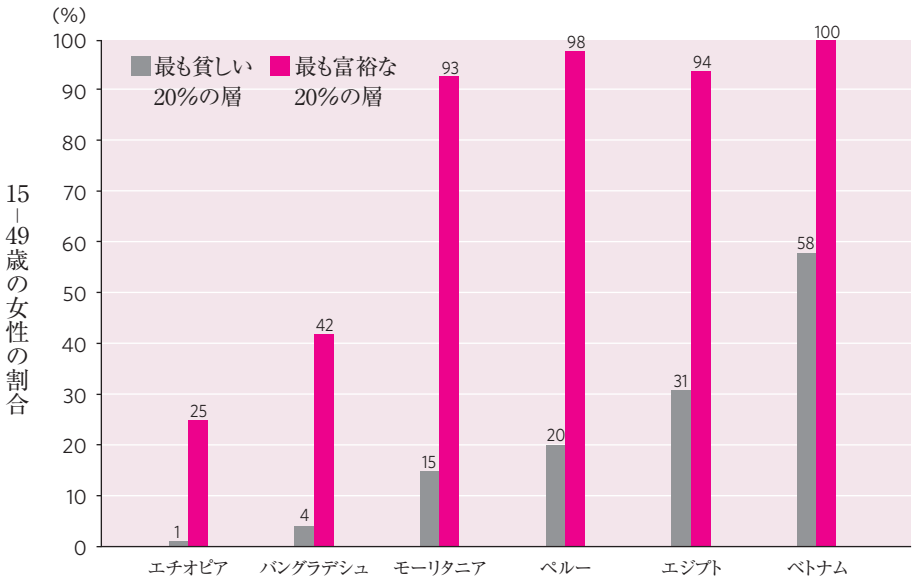
ICPD行動計画は、安全でない中絶の影響は「公衆衛生上の主要な問題」であるとの認識から、望まない妊娠を予防し、「家族計画サービスの拡大と改善を通じ妊娠中絶への依存」を軽減するためのあらゆる努力を各国政府に促している[19]。この戦略の有効性は証明ずみである。安全で効果的な避妊法が利用できれば、人工妊娠中絶の件数は減少する[20]。中央・東ヨーロッパの国では、家族計画の情報・サービス体制の確立、避妊薬(具)の支給の拡大、市民組織と宗教団体の積極的な関与によって中絶率が急速に低下した[21]。中絶の割合が最も顕著に低下したのはルーマニアで、1995年から1999年の間に15－44歳の女性1000人当たりの中絶の件数が52件から11件に減少した[22]。

男性と妊娠　妊娠が「女性の問題」と定義されているところでは、妊娠に関連する決定や責任に男性が関与する範囲が限定されている場合がある。しかし、男性やコミュニティに妊娠のリスクを正しく認識してもらうことで、女性が救命ケアを受けられる可能性は高くなる[23]。ウガンダでは安全な出産に関する情報を男性に与えたところ、安全でない自宅分娩が減少した[24]。インドでは、妊産婦ケアに男性をかかわらせるよう医師に指導したことで、産前の診察を受ける妻に付き添ってくる夫が増えた[25]。中国の農村地域で実施した調査からは、夫が家事と育児を分担している家庭では女性が産前ケアを受け、出産前に仕事量を減らし、衛生環境が整った場所で出産する可能性が高くなることが明らかになった[26]。インドネシアの「母親にやさしい運動」は「注意深い夫のプログラム」とともに、妊産婦支援の必要性をコミュニティに認識させ、陣痛が始まった女性のための緊急搬送システムを促進した[27]。

女性の命を救う　母性保護は20年近く国際的な議論の場で取り上げられる最優先事項になっているが、その進展は一様ではなく、妊産婦死亡率が上昇していると考えられる国もある[28]。妊産婦の死亡と傷害を防止する最も効果的な戦略が何であるかについては、多くのことが明らかになっている。その戦略とは、意図しない妊娠を減らす家族計画、すべての出産への専門技能者の立会い、合併症のある女性すべてに対する適切で時宜を得た緊急産科ケアである[29]。一方、保健制度の不備、遠隔地・農村地域での輸送交通手段の不足、専門技能をもった医療提供者の不足、避妊薬(具)の入手困難などは主要な障害になっている。ジェンダーによる差別が原因で、変化を起こすために必要な政治的意思や資源を結集するのが困難なこともある。

開発途上国における緊急産科ケアの改善を目指す「妊産婦死亡・障害防止計画」は代表的なイニシアティブのひとつである。国連人口基金(UNFPA)と世界保健機関(WHO)、国連児童基金(UNICEF/ユニセフ)、多くのNGO(非政府機関)が開発途上国の政府と協力し、保健制度の再建と機能強化に努めている。UNFPAは、専門技能者の出産立会いや貧しい農村地域の女性のための緊急産科ケアを拡充するプログラムを支援しており、その中には現在76カ国で実施している医療提供者の訓練も含まれる[30]。ウガンダは妊産婦死亡の減少を目指すうえでよく直面するいくつかの課題に取り組んでおり、例えば保健センターの医師・看護師の配置、緊急時の専門医療機関への照会と搬送手段の確立を行っている。「レスキュアー」

図2：最貧困層と最富裕層の女性別にみた専門技能者*の出産立会い率



*医師、看護師、訓練を受けた助産師が含まれる。

Source: World Bank, 2004, *Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries.*

という無線通信システムと救急車のサービスが導入された地域もある[31]。ニカラグアの3地域では、緊急産科ケアを受けた女性の割合が2000年には37%だったのに対し、2003年には50%まで増加した[32]。セネガルではUNFPAが1年間、地域の保健センターに支援を提供したことで100人の女性の命が救われた[33]。イエメンではコミュニティの助産師1万2000人に訓練を実施し、女性の医療提供者の数が増加した[34]。

技能をもった他の医療従事者に産科ケアを任せることで深刻な医師不足を埋め合わせている国もある。例えばモザンビークでは、帝王切開を実施できるよう看護師に訓練を施している[35]。ネパールと世界で最も妊産婦死亡率が高い国のひとつであるアフガニスタンでは、助産師が専門技能者として出産に立ち会えるよう訓練を受けている[36]。

妊産婦死亡の減少に向けてコミュニティも大きな役割を担っている。信頼の厚い保健要員は、女性を公的な保健施設に照会して安全な場所で出産するよう促すことができる。貧困国では、例えばタクシー、バス、トラックの運転手やその組合と協力するなどして、合併症のある女性を緊急搬送する資金をコミュニティがプールすることもできる。ホンジュラスの農村地域ではコミュニティを基盤とする努力によって、1990年から1997年の間に妊産婦死亡が37%減少し、専門技能者による出産立会いが33%増加した[37]。セネガルではイマーム(イスラム教の指導者)の協力を得て母性保護の推進を図っている[38]。

「女性と女児が受ける被害の大きさは…アフリカと世界に現実的な道徳上の課題をつきつけている。それはジェンダーを中心に人間の存在を考えるという課題である。ジェンダーの分析を無視するやり方は死をもたらしかねないことが明らかになっている」

ースティーブン・ルイス、
国連事務総長のアフリカ特使、
バルセロナ国際エイズ会議にて

HIV/エイズの女性化

ますます「HIV/エイズの顔は女性の顔になっている」[39]。社会的・文化的・生理学的理由から女性は男性に比べて感染しやすく、現在は、男性よりも女性の感染率が高くなっている。当初HIV感染者の大部分は男性であったが、現在ではHIV感染者4000万人のほぼ半分は女性である。女性の感染率が最も高い国々では、この伝染病が広く一般化していて、婚姻関係にある男女を中心に異性間での感染が主体になっている[40]。HIVと共に生きるすべての人のうち、サハラ以南のアフリカでは57%が、カリブ海諸国では49%が女性であり、一番高いリスクに直面しているのは若い女性である(第5章参照)[41]。世界全体でみるとHIV陽性の女性のうち、その77%はアフリカの女性である[42]。

流行の核心：貧困、暴力、ジェンダーによる差別　エイズ流行の核心には、ジェンダーによる差別、貧困、暴力がある(囲み13参照)。生理学的にみて、女性が性行為中にHIVに感染する確率は男性と比べて最低でも2倍高い[43]。女性と女児は性と生殖に関する事柄をよく知らない場合が多く、男性と比較して非識字者である可能性が高い。安全なセックスを求めたり、性関係の誘いを断る交渉力や社会的支援はしばしば欠落している。ジェンダーに基づく暴力はHIV感染の主要なリスク要因である(第7章参照)。加えて、貧困が原因で多くの女性は生活のために性産業に従事したり、金銭と引き換えに性関係をもったりするが、このような状況下ではコンドーム使用について交渉することができない。このような女性たちは、たとえパートナーがHIVに感染していたり、感染の危険にさらされているとわかっていても、経済的な理由から関係を絶てない場合が多い[44]。女性性器切除、児童婚、「寡婦相続」(夫と死別した女性を夫の親族と結婚させる因習)などの有害な因習が女性のリスクを悪化させている。

多くの人がHIVから身を守るすべを今なお認識していない。2003年の感染防止活動は、妊婦の約8%、セックス・ワーカーの16%に普及するにとどまった[45]。サハラ以南のアフリカを含む多くの国がエイズと闘う国家戦略を採用しているにもかかわらず、大多数を占める何百万人もの男女には依然としてサービスも治療も届いていない。

重要性をもつジェンダー　HIV防止に向けたジェンダーに配慮したアプローチは、HIVを食い止める努力の中核を担う。また、より幅広い社会変化を引き起こす力にもなる。男性のパートナー、扶養者、コミュニティ、政府の支援と協力があれば、女性は自らの生活を左右する事柄について今よりも大きな決定権を得ることができる。若い男性が女性を尊敬し、HIV/エイズを食い止める自分たちの責任を学習している場合は、コンドームを使う見込みが高い。HIVや他の性感染症から妻と未来の子どもたちを守るために夫に協力を求めることも可能である。

出産可能年齢にある女性の間でHIVを防止することは非常に重要である。自由意思による家族計画は、HIVを食い止めるあらゆる戦略に統合されなければならない。HIV陽性の女性が望まない妊娠の防止も含めて家族計画に関するインフォームド・チョイスを実施できることは、倫理と人権の問題である。抗レトロウイルス治療を利用できるようにすれば、女性の体調を守り、子どもへのHIV感染という悲劇を防止するのに役立つ。

予防・ケア・治療プログラムでは、ジェンダー、セクシュアリティ、妊娠・出産に関する議論が次第に盛んになってきている。2004年に国連エイズ合同計画（UNAIDS）は、「女性とエイズに関するグローバル連合」を立ち上げた。これは、市民社会グループ、HIV/エイズと共に生きる女性のネットワーク、政府、国連組織からなる世界規模の連合体である。その綱領では、女性の教育・識字力・経済的権利、抗レトロウイルス治療への平等なアクセス、セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセス、有害なジェンダーの固定観念の変革、ジェンダーに基づく暴力を許さないことが謳われている[46]。

HIV陽性の女性のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ　開発途上国に住むHIV陽性の女性の大部分は、自分のためであれ、また母子感染を防止するためであれ抗レトロウイルス治療を受けられない状態にある。その上多くの人が、HIV陽性の女性は今後性的関係をもたないだろうし、子どもはもつべきではないと思っている[49]。その結果これらの女性

13　HIV/エイズ：ジェンダーとどう関連しているか？

HIVの新規感染者の約4分の3は、異性間の性行為によって感染している。予防の努力には男性の態度と行動が重要である。コンドームを使用するかしないかなど、性に関連する事柄を決定するうえで男性は圧倒的な力をもっているからである。多くの社会では、女性はこうした事柄にあまり詳しくないほうがよいとされており、コンドームの使用を持ち出す女性は不誠実で、ふしだらだという非難を受けることを覚悟しなければならない。女性・思春期の少女に対する暴力やそれに対する恐れが、彼女たちの交渉力を一層弱めている。

- エイズが発見された1980年代には感染者は主として男性であった。しかし感染者の中の女性の割合は絶えず増加し、1990年には35%だったのが1997年には41%、2004年には48%に達した。
- HIV陽性の女性の多くは既婚者で、パートナーはたった1人の夫だけであった。
- 最もHIV罹患率が高い2つの地域―アフリカとカリブ海諸国では、若い女性（15－24歳）は同年代の若い男性に比べてエイズに感染する可能性が6倍も高い。
- 世界中で若い女性が最も感染率が高いグループである。開発途上国では、15－24歳の新規HIV感染者の67%を若い女性が占めている。サハラ以南のアフリカでは、HIVと共に生きる若者の76%を若い女性が占めている。エイズが蔓延するサハラ以南のアフリカの一部の国では、結婚していない15－19歳の思春期の若者のうち、38%は金銭や物と引き換えにセックスをしている。

結婚：安全か、HIVのリスクか

大部分の人が結婚は「安全」であると考えているが、多くの地域では婚姻関係において女性がHIVに感染するリスクは高い。女性に関する全国調査や小規模な調査の両方から集めた以下の数値を見れば、この点が明らかである。

- 新たにHIVに感染する女性の5分の4以上は、結婚相手や決まったパートナーとの長期にわたる関係の結果、感染している。
- サハラ以南のアフリカでは、HIV陽性の女性の推定で60－80%は唯一のパートナーである夫から感染している。
- HIVと共に生きるセネガル人女性の少なくとも半分は、「一夫一婦制」の結婚生活が唯一の感染要因であると報告している。
- メキシコではHIVと診断された女性の30%以上が、夫が診断を受けたあとに自分の感染を知った。
- インドではHIVに感染した女性の約90%が結婚したときに処女であり、結婚後も夫に貞節を尽くしていると話している。
- カンボジアでは、HIVの新規感染の42%が夫から妻への感染によるものである。新しい感染者の3分の1はこれら女性から赤ん坊への母子感染である。
- タイでは、HIVと共に生きる女性の75%が夫から感染した可能性が高かった。
- モロッコでは、HIV陽性の女性の55%が夫から感染していた。
- 既婚女性は、夫にコンドーム使用を求めて不貞の問題に触れるよりも、HIV感染のリスクを覚悟するほうがよいと考える場合が多いことが調査から判明している。ウガンダの2つの地域では、既婚女性が夫にコンドーム使用を求めても問題ないと考える女性はわずか26%だった。

は、質の高い産前・産科ケアの利用だけでなく、妊娠やHIVの母子感染を防止する情報やサービスを受けることも拒否される場合が多い。女性は子どもを産むものと期待されている社会では、子どもをもたないと決めたHIV陽性の女性は、子どもがいないことで社会に白い目でみられ、自分の状況をめぐる世間の疑いの目や偏見とも闘わなければならない。強制的な中絶や不妊手術の阻止を含めて、HIV陽性の女性のリプロダクティブ・ライツを保護することは大切な人権問題である。

HIV陽性の女性に対する支援の欠如に対応して作られた「HIV/エイズと共に生きる女性国際コミュニティ」は、中央アメリカ、西アフリカ、タイ、ジンバブエで「発言と選択のイニシアティブ」を主催し、女性のセクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスに関する権利を推進している[48]。アルゼンチンでは、代表的な女性NGOであるFEIMが、2002年の国際エイズ会議で考案された「女性の権利のための憲章」を広め、HIV陽性の女性の人権と避妊法について保健要員に指導を行っている[49]。

ケニアと南ア共和国では「マザーズ・2・マザーズ・2・ビー(母親から将来母親になる人のために)」プロジェクトによって、母親になったばかりのHIV陽性の女性をHIV陽性の妊婦に引き合わせ、家族計画から所得創出に及ぶ問題についてアドバイスの提供を求めている[50]。このような「仲間主導」のカウンセリングがあることで、HIV陽性の女性はリプロダクティブ・ヘルスの選択肢を理解し、直面している課題に立ち向かえるようになっている。

「従順な女である私が、これまでの人生で1人の男性にずっと貞節であったのに感染することがあり得るのか、その理由が理解できませんでした」

—ブルキナファソのHIV陽性の女性

「ABC」ほど簡単ではない

HIV防止に向けた「ABC」アプローチは、性行動を抑制する(**A**bstain)、1人のパートナーに誠実でいる(**B**e faithful)、コンドームを使う(**C**ondoms)ことを人々に忠告している。ABCプログラムは実際に人々の意識向上に役立ってきた。しかし、女性と男性の双方が十分な情報を得たうえで自由に決定を下せない限り、「ABC」のメッセージでは何百万人もの女性が立ち向かわなければならない重大な要因が見落とされているかもしれない。

- 思春期の少女が自分より年上の夫にコンドームの使用や貞節を強く求めることができるか。
- 自分や自分の子どもの生活のためパートナーや夫に頼る女性が虐待を受けている場合、貞節やコンドームの使用などの話題を持ち出すことができるか。
- 新婚の夫や夫の親族に受け入れられるため子どもを産むようせかされている若い妻が、コンドームの使用を夫に求めることができるか。
- 子どもを養うのに必死なセックス・ワーカーが、コンドームの使用を嫌がる客を拒むことができるか。特に客が通常の2倍以上のお金を支払うと申し出た場合、拒否できるか。
- 性関係を強いられたり、レイプされたりした思春期の少女が、感染から自分の身を守ることができるか。
- 大部分の青少年が20歳になる前に性行動を始める現実の中で、結婚まで性行動を控えるというアドバイスによって彼らの安全は守られるか。

女性だけに不当に重くのしかかる危険と負担

女性と思春期の少女はHIV感染の危険が高い。また、夫や孤児などHIVに感染した人、感染させられた人の介護は主に女性が担っている。女性と女児は、エイズと共に生きる人の介護者の75%を占めている。病人の介護によって女性の所得創出能力は発揮できず、経済活動への参加機会は制限されてしまう。女性が農民の大多数を占め、食糧の大半を生産している地域では、その影響は深刻である。タンザニアでは、病気の夫を介護する女性が耕作できる時間は以前と比べて半分に減少した。夫の所得の喪失、病気の親族の医療費、負担する責務の増加によって、女性とその子どもたちは貧困のどん底に追いやられかねない。

またエイズに感染した女性は、治療を求めたり、受けたりする可能性が一番低い人たちである。通常、夫が死に至る頃には家族の資源はどんどん少なくなり、女性は医療を求められない状況になるか、またはその意志もないという状態になっている。夫の親類に有利な相続の法律・習慣がある場合、死別女性やその子どもたちは貧困に陥るかもしれない。家計の負担が増えるため、女性や女児が搾取的で危険な性産業や性関係に頼らざるを得なくなる場合も多く、エイズの猛威をさらに激化させることにつながる。

14　スワジランドでの生活を変容させる

干ばつに見舞われているスワジランドのルモンボ地域では、食糧配給に積極的な役割を果たす女性がコミュニティ全体に恩恵をもたらしている。NGOは、UNFPAと世界食糧計画(WFP)の支援を受け、食糧配給計画の音頭を取る女性たちを訓練し、農村の貧困層を苦しめている性的虐待、搾取、エイズ、家族計画などの問題に取り組めるようにしている。女性が8割を占める地域救済委員会は、地域住民の集会、食糧配給日、教会での集会、家庭訪問、病人の見舞いを利用し、このような問題について話し合い男性に働きかけた。

このプロジェクトによって、女性・子どもによる警察への性的虐待の通報が増加し、HIV抗体検査の申し込みが殺到し、抗レトロウイルス治療を受ける人の数が1年で10倍に増えた。これまではあり得なかったもうひとつの大きな成果は、農村のリーダーたちが今は、地域集会で女性に発言することを認めるようになったことである。女性が食糧配給の担当者としてだけでなく、情報の提供者としても認められ始めたからである。

*「地元でこれほど大事にされていると感じたことはありませんでした。これまで私は食糧配給委員会のメンバーの1人に選ばれたにすぎず、取るに足らない人間だと思っていましたから。でも今では私のところに皆がアドバイスや援助を求めてやってくるんです」*と現在有力なコミュニティの指導者になっている女性は語った。

女性にとってのHIV/エイズ治療の利用しやすさ　多くのHIV陽性の女性にとって、HIVの母子感染を防止するプログラムが抗レトロウイルス薬を入手できる唯一の手段になっている。開発途上国では、プログラムの大部分が子どもへの感染防止に照準を合わせており、母親に対しては何の支援も提供していない。2003年には世界全体で、自分の健康回復のために抗レトロウイルス薬をもらった人は、検査でHIV陽性とわかった妊婦の2%にすぎなかった[51]。アフリカでは妊婦のうちHIV予防サービスを受けるのはわずか5%である[52]。子どもと母親双方の健康を強調する新たなプログラムも登場し始めている[53]。

豊かな国に住む富裕層にとっては、抗レトロウイルス薬のおかげでHIVは管理できる慢性疾患へと大きく変わってきている。しかし低所得・中所得国では、2004年末までに治療を受けられた人は12%にすぎなかった[54]。治療が利用できるようになっても、女性、特に妊娠していない女性は治療を拒否される可能性があり、このことを憂慮して、女性組織、WHOとUNAIDSは各国政府に平等なアクセスに向けての国家目標を設定するよう求めている[55]。

恥辱、非難、エイズ　汚名は人の命をも奪う。エイズについて回る恥辱はエイズ予防の重大な障害になっており、HIVと共に生きる人々に付きまとう汚名は、女性に対する差別が加わることで一層深まる。夫、家族、コミュニティ、医療提供者に見捨てられたり、他の悪い結果を招くことを恐れ、検査や治療サービスを受けないHIV陽性の女性が何十万人もいる[56]。根拠のはっきりした懸念は、検査サービスの守秘性が確保されていないことである。HIV検査結果について、女性はしばしば夫やその親族の後に、それも最後になって知らされる[57]。HIV陽性者のうち、自分の状態を知っている人はわずか5%であり[58]、妊娠中の検査で初めてHIVに感染していることを家族が知る場合も多い。女性が夫から感染したケースでも、「家にエイズを持ち込んだ」として女性が責められることもあり、その結果、暴力や村八分の対象になるおそれがある[59]。医療提供者がHIV陽性の女性に出産時・出産後の適切な処置を施すことを拒絶するケースもある。医療関係者の否定的な態度に接した女性は、その後治療を拒否したり、中断する可能性がある[60]。

多くの開発途上国はエイズに関する論議を始めることで汚名との闘いに取り組んでおり、検査と治療を行うよう国民に促す重要な一歩を踏み出している。UNFPAが支援するこれらのプログラムのひとつが、アラブ地域の7カ国で実施されているHIVに関する意識向上イニシアティブである。ウズベキスタンでは、2003年から放映されている人気連続テレビドラマが薬物乱用、HIVの予防、HIV/エイズと共に生きる人々への差別など、日常生活で経験する問題を取り上げている。アフリカの8カ国、アジアの6カ国では、UNFPAの支援の下にラジオ放送網と地域の保健組織が協力し、HIVとエイズに関するドラマを制作している[61]。先進国でも開発途上国でも複数の組織が提携して、同様のイニシアティブを数多く支援し、マスコミと地域での対話を通じて、エイズを永続させる原因である恥辱と差別を克服しようと活動している。

もうひとつの伝染病—性感染症　性感染症(STI)と生殖器系感染症は、世界中で最もよく見られる病気の原因のひとつである。治療可能な性感染症に新たに感染する人は毎年3億4000万人いると推定される[62]。治療不能な性感染症

(HIVを含む)を合わせると、患者数はほぼ3倍になる。社会文化的・生理学的理由から、女性は男性に比べてこのような感染症にかかりやすく、子宮頸がんや不妊症などの深刻な影響に苦しむのも女性が圧倒的に多い。性感染症にかかっている女性の約70%が何の症状も示さないため(男性の場合は10%)[63]、女性の診断は男性よりも難しい。症状が出ている場合でも、女性はそれをあまり重大にとらえない傾向がある[64]。また性感染症に感染しているとHIVに感染するリスクが2－9倍高くなる[65]。それにもかかわらず、2003年にはサハラ以南のアフリカで性感染症にかかっている人のうち治療を受けられたのはわずか14%だった[66]。またHIVを含む性感染症の罹患率は青少年の間で最も高いため、これらの病気を予防すれば長期的にみて労働力に利益がもたらされ、より高い生産性につながることが期待できる[67]。

家族計画から得られる成果

子どもの数を決める権利、子どもを産む時期を決める権利は、基本的人権のひとつである。安全で安価な避妊法を利用しやくすることは、MDGs達成の鍵を握る。家族計画がジェンダーの平等、妊産婦保健、子どもの生存、HIVの予防に対して利益をもたらすことは証明されている。家族計画はまた、家族の福祉の改善、女性の労働生産性向上、出生力の低下を通して、貧困を削減し、経済成長を促進できる(第2章参照)[68]。家族計画は、生活の質を向上させるためにどの国でも実行できる最も賢明で費用対効果が高い投資のひとつである。一方、避妊法が利用しにくいと女性の機会が制限され、女性とその家族は貧困から抜け出せなくなる。

1994年のICPDと1995年の第4回世界女性会議は、それ以前に成立した人権に関する条約を参考にして、自由意思による家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスを女性の人権促進の中核におくべきだと主張した。それまでの努力では時には女性の権利を犠牲にしてまでも急速な人口増加を抑制することが重視されたが、両会議が示した姿勢はそこからの転換であった。両会議は倫理的価値観と人権の原則を引用しながら、ジェンダーの平等と持続可能な開発の達成には妊娠・出産に関する事柄を決定できる権利が不可欠であると主張した。

> *「多くの状況で、ジェンダーの不平等とジェンダーによる役割分業は、HIV感染に影響を及ぼす最も重要な根本原因になっている。事実、エイズの蔓延、エイズによる影響、エイズ予防の成功にジェンダーが深くかかわっていることを考慮しない限り、この病気の広がりを理解できず、効果的な対応策をとることもできない」*
>
> ―国連ミレニアム・プロジェクト、開発途上国でのエイズとの闘い

利用を阻む障害：貧困とジェンダーによる差別　1960年代に信頼できる方法が確立されて以来、近代的避妊法の利用は着実に増えて、現在結婚やそれに近い関係にあるすべての女性の54%が使用している。伝統的な方法も加えれば使用率は61%に達する[69]。その結果、出生率は低下し続けている。開発途上国では、女性1人の生涯の平均子ども数を示す合計特殊出生率が、1960年代には6人以上だったのが現在は3人未満に減少している。しかし、後発開発途上国では出生率が依然として高く、女性1人当たり5人である[70]。

開発途上国では高い出生率と根強い貧困があいまって経済成長を阻み、医療・教育・その他の基本的ニーズを満たすためのコストを増大させ、女性の生産性を低下させ、所得・貯蓄を減少させるため、貧困がますます深刻化する。一方、出生率の低下は、特に社会・経済政策の支援がある場合、貧困削減を加速させることができる[71]。最貧困国の中には過去30年にわたって避妊法の利用拡大にあまり進展が見られなかった国、進展が不十分だった国がある。サハラ以南のアフリカの最貧困国のうち、21カ国では1970年代以降、合計特殊出生率が高いままか、またはわずかに低下しただけである[72]。

避妊法の利用は、国によっても国内でもばらつきがある。所得、教育、民族、診療所への近さ、家族計画プログラムの影響力に応じて利用状況は変化する。アフリカでは、何らかの避妊法を使用しているのは既婚女性のうち27%だけであり、効果のはっきりした近代的避妊法を活用しているのはわずか20%である。またアフリカ大陸の一部の地域では、近代的避妊法の利用率が5%未満とさらに低くなっている[73]。最富裕層の女性は、最貧困層に比べて避妊法を利用する可能性が4倍高い。さらにこの比率が12倍になる国もある(図3参照)。世界全体では、2億100万人の女性が効果的な避妊法を利用できない状態にあるが、選択肢があれば家族計画を実行する人は多いはずである[74]。

家族計画がマクロレベルでもたらす社会的・経済的利益に加え、自分の家族について計画を立てる女性は個人的・

15　避妊法の利用に対するジェンダーに基づく一般的な障害

- **政策・法律**のレベルでは、政策決定者が家族計画を「女性のプログラム」と考えているため避妊サービスに対する支出を重視していない場合がある。特定の方法を制限している国もある。女性がある方法を使う場合に夫の許可を求める法律があったり、ある年齢以下の思春期の若者は親の同意を必要とする場合がある。

- **医療施設**では、偏った見方をする医療提供者が、女性には理解できないという理由や女性が「不適切な」選択をするだろうという理由で、幅広い避妊の選択肢を提供しない場合がある。ある種の避妊法が不妊の原因になると誤って信じている医療提供者もおり、すでに子どものいる女性にしかその方法を提供していない。

「（看護師は）ピルが嫌ならば、他に勧める方法はない、と私に言ったんですよ」
—ザンビアの女性

- **コミュニティのレベル**では、避妊薬（具）などを手にしたら、女性は多くの異性と関係をもつようになると、難色を示す場合がある。男性に対してはこのような懸念はない。

- **個人やカップルのレベル**では、夫の反対を恐れたり、避妊法を使えば夫が仕返しするとまで恐れる女性がいる。この問題を話し合うのを困難に感じるカップルも多い。

「私の夫はピルのことをよく知っていました。でも、私がピルについて話すと、いつも反対しました。ピルが原因で別れそうになりました」　*—グアテマラの女性*

- 既婚の**若い女性**は、子どもを産む能力を夫や家族に「証明する」ことを求められる場合がある。逆に、結婚していない若い女性は、性行動をもたないよう期待されるだろう。

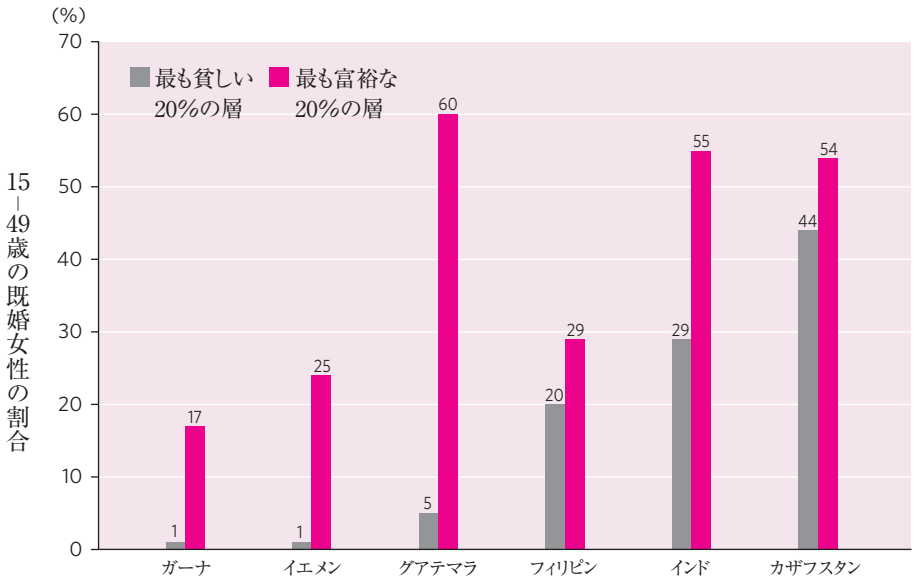
「ピルをもらおうとしたのですが、診療所から追い払われてしまいました。私があまりにも若く見えたのが原因だと思います」
—ジンバブエの中等学校の生徒

- 家族計画プログラムが女性を対象として計画され、母子保健サービスの一環として推進されているため、**男性**はしばしばプログラムから除外されている。

心理的・経済的利点も得ることが調査から判明している。ボリビアでは、避妊法の使用が家庭外での有給の仕事につくことと大いに関連性があることがわかった。フィリピンのセブ島では、妊娠回数が1－3回の女性の平均所得の伸びは、妊娠回数が7回以上の女性に比べて2倍だった[75]。家族計画プログラムはまた、政府が明確に認識できる大きな節約をもたらす。

避妊法に対する需要にはいくつかの要因が影響を及ぼす。社会的・文化的障害、ジェンダーに関連する障害によって、女性は出産に関する選択を実現できなくなることがある（囲み15参照）。識字能力がない女性や教育をあまり受けていない女性は、家族計画はおろか、自分の体についてもほとんど知識がない場合がある。妊娠と避妊法に関する誤解や誤った説も多く見られる[76]。男性は女性よりも多くの子どもを早い時期に望む傾向があり、家族の人数を何人にするかについて、女性より強い決定権をもつ場合が多い[77]。出生力や男性の性的能力にまつわる社会通念と、全般的に低い女性の地位のため、家族計画を求められない女

図3：貧富の状況別避妊実行率



Source: World Bank, 2004, *Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries.*

16 コンドームはどこにあるのか

2003年にHIV予防のために配布されたコンドームは約50億個であった。しかしHIVとその他の性感染症の蔓延を食い止めるには、これをはるかに上回る130億個が必要であったと推定される。2003年に援助機関から提供された支援は、開発途上国に住む再生産年齢の男性1人に対し1年当たり1個のコンドームを提供したのに相当する額であった。支援を一番多く受けとっているサハラ以南のアフリカでは、援助機関からの支援額によって男性1人に対し1年当たり6個のコンドームが提供された。

コンドームの不足は深刻である。コンドームは性行為を始めた人にとってHIV感染から身を守る唯一の効果的な手段である。またヘルスケアやより効果的な避妊法を利用する機会が限られている人々にとって、コンドームは常に正しく使えば避妊手段にもなる。エイズの蔓延を食い止めるために必要となるコンドームの推定コストは、2015年までに5億9000万ドルに達すると見込まれる。これは現在のコンドーム費用の約3倍にあたる。ブラジル、中国、インドは避妊薬(具)を自給できるが、他の開発途上国は食糧・薬品・その他の必需品のために必要な乏しい外貨を割いてコンドームを輸入せざるをえない。

17 ジンバブエのコミュニティの生活を変容させる

ジンバブエは世界でHIV罹病率が最も高い国のひとつで、人口の25%もが感染している。100万人近い女性がHIV陽性である。15−24歳の若者のHIV新規感染者のうち、若い女性が3分の2を占めている。ジンバブエのUNFPA事務所は、自分の身を守る力を強化させるひとつの手段として、女性の社会的・経済的地位の向上に向け活動している。

ルヘリ地区では女性が意思伝達と交渉の技能について訓練を受け、結婚式、パーティ、学校、食糧配給所、公共のフォーラムでジェンダーの平等に関するメッセージを広めている。男性は当初、変化が起きると性の乱れが増えるにちがいないという懸念から抵抗を示していたが、中心的なグループや伝統的リーダーとの対話を通じてそれは克服された。2004年には男性用コンドームの配布が50%、女性用が20%増加し、合計で4万7423人に行き渡り、このプロジェクトは予想を上回る成果を上げた。

ムタレでは性産業で働くことが現実の生活になっている。13年前に当局は、セックス・ワーカーをHIVと性感染症(STI)の予防に関するピア・エデュケーター(仲間教育者)として訓練することを決めた。セックス・ワーカーは、自らコンドームを使い、顧客や同僚にも配布すること、コミュニティ全体に予防の知識を与えること、人々を治療機関に照会することを促進するよう指導を受けている。2003年にはこのプロジェクトの活動範囲は117万7128人の女性と73万6981人の男性に及んだ。570万個以上のコンドームが配布されたため、地域によって6−50%と減少率に幅はあるものの、STIの患者が着実に減ったと診療所の看護師は報告している。このプログラムによって人々の生活は変わった。ピア・エデュケーターの大部分は性産業を離れ、自分で事業を起こしている。元セックス・ワーカーだったキャロラインは言う。「このプロジェクトがなかったなら、ずっと前にエイズで死んでいたわ、きっと。」

性や男性が数多くいる。

需要は増大、不足は深刻化　多くの開発途上国は避妊薬(具)とコンドームの深刻な不足に直面している。その理由としては、(人口増加による)利用者の増加、(少人数の家族を希望する人の増加による)需要増加、(多額の資金が必要となる)HIV/エイズの蔓延、援助機関からの支援の減少が挙げられる[78]。

避妊のための費用を賄える開発途上国もあるが、大半は自国のニーズを満たすだけの外貨や生産能力を欠いており援助機関の支援を必要としている。避妊薬(具)とコンドームの費用は2004年から2015年の間に10億ドルから16億ドルに増加すると見込まれるが、推定費用と援助機関からの資金には依然として大きな隔たりがある。その間にも、エイズの蔓延によって不足は一層差し迫った問題になっている。この不足は男性用・女性用のコンドームばかりでなく、STI治療薬やHIV検査器具などその他のリプロダクティブ・ヘルスの必需品についても言える。

避妊の選択肢を広げる　ICPDは「あらゆる種類の」家族計画の方法をすべての人々が利用できるようにすることを求めた。しかし大部分の国では、よく使われる1−2種類の方法だけが支配的になっている。女性の不妊手術、子宮内避妊具、経口避妊薬は世界で主流になっている3つの避妊法である[79]。富裕国では男性ホルモンを使う方法など現在開発中の避妊法が利用可能な選択肢にまもなく加わることになるかもしれない。しかし開発途上国でこのような選択肢が利用できるようになるにはまだ年数がかかる[80]。HIVのワクチンやマイクロバイサイドが利用可能になるまでは、女性用コンドームがHIVから身を守る女性主導の唯一の方法である。それには男性の協力が求められるため、この使用法については男性が知識を得て、認識を深める必要がある[81]。

第5章　地図のない旅路：思春期、貧困、ジェンダー

「私たちのことを、まだ若すぎるからそんなことは知らなくていい、と考える人たちがいます。でも彼らこそ、私たちが命を落とすには若すぎることを知るべきです」

ーヘクター、20歳。国連人口基金（UNFPA）が推進する世界青少年パートナーズ・プログラムのメンバー

今日の青少年（10－24歳）は、数のうえで史上最大の世代を構成している。世界人口のほぼ半数の30億人余りが25歳未満である。若者（15－24歳）の85%は開発途上国で暮らし[1]、彼らの多くは貧困の只中で、ヒト免疫不全ウイルスおよび後天性免疫不全症候群（HIV/エイズ）の危険に直面しながら成人を迎えている。若者人口全体の45%近くにあたる5億1500万人は、1日2ドル以下で日々暮らしているのが現状である[2]。

青少年にとって、思春期（10－19歳）はとりわけ重要な成長過程と言える。この12億人に上る10－19歳の思春期の若者は[3]、エネルギーに満ち、様々な可能性に溢れている。彼らは、知識の獲得、技能の習得、および様々な価値観の吸収に対し柔軟な心を持っている一方、自分自身の考え方はいまだ形成途上にある。また、このような思春期の若者は、彼ら自身のウェル・ビーイング（良好な状態）のためにも、自国の発展にさらに全面参加をするためにも、職業技能やライフスキル（生活技能）の習得が必要であり、加えてリプロダクティブ・ヘルスの情報とサービスへのアクセスの確保が重要となる。

国連ミレニアム宣言では思春期の若者について言及されておらず、ミレニアム開発目標（MDGs）でも目に見える形では触れられていない。しかしながら、思春期の若者は、世界の貧困層のかなりの割合を占めることから、あらゆる開発目標に大きな影響を与える存在であり、また、開発目標から多大な影響を受ける存在でもある。今日の思春期の若者は、今後10年の間にMDGs達成に向け様々な形で参加することになるだろう。現在10歳の子どもたちは、目標達成期限である2015年には20歳を迎え、開発の担い手としての役割を全面的に担う立場におかれるだろう。今日の青少年を取り巻く教育、保健、雇用、人権に関する政策決定は同時に、2015年に思春期を迎える次世代の12億人の子どもたちに影響を及ぼすことになる[4]。すなわち、今日下される意思決定、あるいは失われることになる機会は、その影響が今後何世代にもわたって続くことになるのである[5]。

思春期：機会とリスク

思春期の経験は多様であり、性差や居住地、社会・文化的状況、経済状況、配偶者の有無など、多くの要因によって様々に異なる。中でも、決定的な要因のひとつは、思春期の若者が家族によって保護され慈しまれているか、それとも多くのエイズ孤児のように、ほとんど、あるいは全く周囲の援助を得ることなく日々生き長らえようとしているかという点に集約される。今日の思春期世代はまた、ますます拡大するグローバリゼーションの波に洗われながら成長期を迎えているが、このことが、一連の新たな課題とともに可能性をもたらしている[6]。

何百万もの思春期の若者は、愛情に満ち周囲の支えに恵まれた環境で暮らし、拡大する機会と自由による恩恵を得ているが、その一方で、やはり何百万もの若者は、本来、安全かつ健全であるべき成人への道程の中で様々な危険にさらされている。思春期を取り巻く課題とリスクを一層深刻なものにしているのが貧困であり、同時に、多くの親がしばしば危険な状況下でやむを得ず子どもたちを働かせているのも貧困のためである。このような女子や男子の多くは、教育を修める機会を得られないでいる。

18　用語の定義

「青少年」、「若者」、「思春期」の各用語の用途と意味は、世界各国の社会で政治的、経済的、社会・文化的状況により異なっているが、本白書では、以下に挙げた国連の定義に従う。

- 思春期：10－19歳（前期思春期10－14歳・後期思春期15－19歳）
- 若　者：15－24歳
- 青少年：10－24歳

都市部では、貧困によって男子が路上生活を余儀なくされることもある。国内が紛争状態にある場合、思春期の少年や少女は、武装グループにより否応なく兵士に仕立て上げられ、あるいは家事労働の奴隷や性的奴隷として無理やり働かされることが多い（第8章参照）。思春期の少女はまた、搾取と虐待の危険にさらされ、かつてない規模で性的奴隷として人身売買されている（第7章参照）[7]。

減少する女子の機会と増大するリスク　ジェンダー（社会的・文化的性別）に基づく社会通念により思春期の経験は大きく左右される[8]。特に少女の場合は、その結果、不利な状況におかれることが多い。思春期を迎える頃になると、少女に対する偏見のため学校を中退したり、性的暴力や児童婚の危険が男子よりも高まる。思春期の少年にとっては自由と機会が拡大するが、少女はその逆の状況を経験する場合が多い[9]。思春期の間に、差別的な取り扱いはさらに顕著になり、少女は妻となり母となるよう仕向けられ、少年は一家の大黒柱となるよう方向づけられる。女子はおおむね従順であるよう求められるのに対し、男子は強さと支配力を示すよう期待される。男子に対するこうした期待が、彼らを無謀な行動や危険な行動に追いやり、自分自身や周囲の人に悪影響を与えることもある（第6章参照）。

多くの女子、とりわけ貧しい女子にとって、思春期はリスクの増大と自由の制限を意味する。南ア共和国で最大の人口を抱えるクワズルーナタール州で新たに実施された調査によると、貧困による悪影響はすべての青少年の保健や行動面に見られるが、若い女性の場合、貧困による影響は一層深刻である。なぜなら、彼女たちは情報も十分得られず、自分自身をHIVから守ることを含めて意思決定を左右する交渉能力も弱いからである[10]。女子は、男子に比べ学校を中退する確率が高いが、その背景には、妊娠、家事手伝いや幼い弟妹の世話、および病気の身内の世話のいずれかがある[11]。このような現実は、若い女性の低い識字率に反映されている。識字能力のない若者は、世界で1億3700万人を数えるが、そのうち63%は女性である[12]。思春期の少女は、有害な因習や劣悪なリプロダクティブ・ヘルスのため高い危険に直面しており、特にHIV感染の危険は深刻である。社会によっては、女子は男子との付き合いを禁じられ、家の外で遊ぶことも活動することも許されない。児童婚に至る何百万の女児にとって、子ども時代は唐突に終わりを告げるのである。

思春期の若者が、自分自身の価値や可能性をどのように認識するかは、家族や友人、学校、コミュニティ、およびメディアによる影響が大きい。親やその他のコミュニティにいる大人たちは、思春期を迎えた若者がそれぞれの人生で新たな試練を乗り越えながら前進していく際に、支えとなって指導し、世代間の理解を促進する役割を担うことができる。女子と男子が互いを尊重するよう、また教育や職業の機会を等しく目指し、男女間の交際や結婚に対し公正な扱いを期待するよう彼らを育てることこそ、強固な絆で結ばれた家庭を築き、開発目標を前進させる一助となる。

政策と予算の欠けた環　公共事業の多くは、子どもたちの保健や初等教育をその柱に据えているが、思春期の若者のニーズはほとんど注目を集めることがない。その結果生じる政策上の格差によって、思春期の若者は切実に必要としている支援が受けられない。同時に国の立場からみると、子どもたちに対して初期投資をしながらも、その見返りの

19　アフリカ農村地域に住む少女の生活

ブルキナファソ、マリ、セネガルで実施された参加型調査は、「ファミリー・ケア・インターナショナル」と国連人口基金（UNFPA）が、農村地域に暮らす思春期の少女のニーズと権利にいかに取り組んでいるか、その一端を伝えている。また、この調査により、彼女たちの重要な生活実態が、いくつか明らかになった。

教育：マリの少女たちは教育を価値あるものと考えているが、実際には、農村部の女子の72%は一度も学校に通ったことがない。女子が途中で教育の機会を奪われるのは、強制的結婚や児童婚のほかに、中等教育の費用が高いことや距離的に学校が遠いこと、自分の結婚支度のために、都市部で家事労働者として1年働き、お金を稼ぐ風習があるためである。「私たちの村では、学校をきちんと卒業した女の子は今までいません。学校教育は、私たちにとって遠い夢なんです」。こう語るのはマリの18歳の少女である。「女の子には教育はあまり必要ない。どのみち、家を出て他のどこかで家庭をもつのだから、教育を受けた利点は他の人の役に立つだけさ」とは、ある親の言葉である。コミュニティ内では、こうした考え方が幅を利かせている。

リプロダクティブ・ヘルス：調査対象となった3カ国の女子は、思春期や月経について紛らわしい情報や、怖がらせるような情報を吹き込まれている場合が多かった。思春期や家族計画に関するリプロダクティブ・ヘルスサービスと情報の提供は初歩的な段階に止まっている。農村部の少女や女性のうち、熟練者の介助により出産している割合は30%に満たない。多くは、地元の医療施設を利用するのをためらっている。マリに住む既婚女性は、「産院では赤ちゃんを産みたくない。助産師さんは厳しくて、お産の最中に怒鳴るから。それに薬は何もないし、ベッドは汚いし。家で産むほうがよっぽどいい」と言う。

生計：農村部の女子は、家計を助けようと身を粉にして働いている。しかし経済的な安定という面では、教育の欠如、児童婚と出産、社会的流動性の低さ、および農村環境そのものの貧しさが立ちはだかり、見通しは暗い。

利益をみすみす失っている状況にある。例えば、初等教育はこれまで国際的な取り組みの中心におかれてきたが、貧困の削減や経済成長、リプロダクティブ・ヘルスやMDGs全般の進展を促すうえでとりわけ大きな成果をもたらすのは、特に女子を対象とした中等・高等教育である[13]。

思春期の若者はこれまで、貧困削減政策から取り残されることが多かった。しかし、こうした現状に変化の兆しが見え始めている。2002年から2003年にかけて貧困削減戦略文書(PRSP)をまとめた31カ国のうち17カ国が、若者に対してかなりの関心を払っていた[14]。しかし、貧しい暮らしをしている特定のグループとして若者を挙げていたのは6カ国にすぎなかった[15]。

多くの国が、若者向けの政策やプログラムを策定してきたが、若者が受けて当然の組織的かつ継続的な関心を彼らに払っている国は皆無に等しい。予算には限りがあり、しかも、青少年に割り当てられる資金はめったに追跡調査されることも、数値化されることもないのが現状である。各国とも、10－24歳の思春期を含む若者については、信頼に足る男女別データが不足しており、思春期の若者に投資することのマクロ経済や開発上の利点を実証する十分な情報もなく、本格的な貧困調査なども実施されていないのが現状である[16]。しかし、UNFPAが資金提供した9カ国の評価によると、政府が青少年について信頼できるデータの収集に乗り出すと、彼らに対する政策的関心が短期間で高まるという結果が出ている[17]。

青少年に対する実施義務　従来から思春期の若者は、自分たちの生活に影響を及ぼす政策決定の場から除外されてきた。しかし、各国の中央政府やNGO、国連の諸機関は、国際レベル、国内レベルで政策決定過程や諮問グループへの青少年の参加を一段と推し進めている。例えばUNFPAは、若者の社会参加を促す場として、2004年に「若者諮問委員会」を設置した。この委員会は、UNFPAが支援する国家開発計画やプログラムにおいて、青少年のニーズを汲み上げ、その権利を守る最善の方法を同基金に助言する[18]。このほか、国際家族計画連盟(IPPF)も、理事会のメンバーとして若者の参加を受け入れている[19]。

ニカラグアでは、UNFPAと国連児童基金(UNICEF/ユニセフ)の支援により、思春期の若者を対象とした全国的な協議が実施され、その結果、政府は包括的青少年政策を策定することになった[20]。パナマでは、1999年に策定された「全国青少年協定」が、大統領候補たちから公約を引き出す結果となり、若者を対象とした全国青少年計画の策定に寄与した。これもUNFPAの支援によるものである[21]。チュニジアでは、大統領主導による全国協議会が5年ごとに開催され、これまでに何万人もの若者の参加が実現している。インドでは、UNFPAが国会や国連エイズ合同計画(UNAIDS)と協力し、2004年にHIV/エイズを主要議題とする若者の特別国会の開催にこぎつけた。約3000人の学生が参加したこの特別国会の期間中、指導的立場にある若者たちは、ベテランの政治指導者たちを前にして法案を提出したり法案の審議をおこなった。

貧困削減に向け、権利に基づいたアプローチを実践するには、社会的に最も弱い立場におかれた人たちや社会で最も取り残された人々のニーズに注目することが不可欠である。しかし、政策を協議する過程で、これまでなおざりにされてきた思春期の若者グループの意見や主張が聞き届けられることはまれといってよい。バングラデシュでは、スラムや売春宿で虐待を受け人身売買の被害にあった若者のグループが、ユニセフの支援を受け、子どもへの性的虐待や搾取に対する国の行動計画策定に影響を与えた[22]。UNFPAもまた、これまで特に除外されてきたグループの代弁者として、リプロダクティブ・ヘルスの教育とサービスの拡大に取り組んでいる先駆的活動を支援してきた。こうした支援活動は、ジャマイカの身体障害の若者[23]、ブルガリアのロマの若者、ラオスの少数民族の若者[24]、およびパナマの先住民族の思春期の若者[25]が対象になっている。

若者の政策提言グループの参加を妨げている法的障壁を取り除き、適切な体制を整備することが重要なステップとなり得る。例えばブルガリアでは、青少年議会が各地方自治体に付属して設けられている。コスタリカでは「2002年青少年一般法」により、地方の青少年委員会の全国ネットワークである全国青少年議会に、若者を対象とした全国的政策を策定する権限が与えられた。同国では、UNFPAの大幅な支援を受け、青少年担当副大臣が、全国各地で青少年と大規模な協議の場をもった。その結果コスタリカは、権利に基づく包括的政策を2003年に導入することになった[26]。モザンビークでは、1996年に青少年政策が起草されたが、これにより、青少年組織が合法化され、構成員である120の青少年組織の意見を行政機関の協議の場で代弁する全国青少年協議会の創設につながった。ケニアでは子ども議会が正式に設置され、21歳未満の代表者が政府の各分野で、子ども大臣としてその任に当たっている[27]。

青少年への投資　今日の青少年のうち、どれほどの人たちが健康的で生産的な市民になるだろうか。将来、今以上に

20　市の青少年ハウス：ニカラグアにおけるコミュニティのエンパワーメント

25歳未満が全人口の65%を占める国、ニカラグアは、南北アメリカの中で思春期の出生率が最も高い国のひとつである。思春期の若者10人のうち、学校に通っている割合は6人にすぎず、中等教育に進むのはさらにそのわずか半数である。1998年以来、UNFPAは地元のパートナー組織と協力し、同国の思春期人口の25%をカバーする21の市で、カサスと呼ばれる青少年ハウスを設置してきた。

カサスは、青少年の権利、市民権および社会参加を推進し、コミュニティのエンパワーメントや世代間の対話の重要性を促進する。思春期の若者はここで、リプロダクティブ・ヘルスや暴力、薬物乱用、職業技能についての情報を得、訓練を受け、リプロダクティブ・ヘルス/ライツについて、コミュニティやメディアを通じた普及活動を行っている。

青少年が自分の運命に責任を持てるようにする取り組みは成果を上げてきた。リーダーやピア・カウンセラーとしてトレーニングを受けた若者は、それぞれのコミュニティで社会的役割を積極的に果たしている。青少年は、ジェンダーに基づく有害な固定観念や役割分業について、それまでの考え方を改めるようになった。1999年から2003年の間に、妊娠予防の実践は66%から83%に増加し、避妊薬(具)の使用率は、52%から80%へと飛躍的に伸びた。

「カサスは、自分が重要だと感じられる場所であり、仲間たちも自分自身のことを大切に思えるようになるにはどうしてあげたらいいかを学ぶ場所でもある…。ここは、いろいろな活動を組織することをはじめ、学ぶべきことが無限にある場所なんだ。要するに、機会を与えてくれる場所なんだよ」

―エステリ市の思春期の若者ミカエル

健康を害し経済的に困窮するのはどれほどの数に上るだろうか。今日の青少年に対して必要な投資を怠れば、その代償として、個人の生活や保健制度、安全保障、人口動向、および経済や開発の進展に長期にわたる悪影響を及ぼすことになる[28]。しかし、ジェンダーによる格差や貧困、無力感の解決を目指して今行動を起こせば、将来を確たるものとすることができる。教育とジェンダーの平等に関する国連ミレニアム・プロジェクト作業部会は、貧しい思春期の少女こそ、それら投資の対象として優先されるべきであると勧告している。

後発開発途上地域の人口の29%に当たる15億の青少年は、資源の正当な分け前を受け取る権利がある[29]。このような主張は、全人口に占める青少年の割合が最も高い最貧困国[30]、社会経済上の構造的不平等が大きい国々、および多くの青少年が戦闘員として働き、親を失うなど戦後の混乱期にある国々においてその説得力をさらに増す。

青少年に対する投資は、人権や貧困の削減を推し進めるための優先事項であるばかりでなく、「人口ボーナス」をもたらし得る。50に上る最貧困国の人口は、2005年の8億人から2050年には2倍以上の17億人に膨らむと予想される[31]。青少年に対する教育、リプロダクティブ・ヘルス、職業技能や雇用機会への投資を増やせば、彼らは労働生産性向上の源泉となり得る[32]。若いカップルが、結婚や出産の時期を決定できるようになれば、彼らは自らの生活をよりよく管理することができるようになり、結果として、小家族化が進み人口増加が緩やかになる可能性が高まる。東アジアの国々がこれまでに経験してきたように(第2章参照)、総人口の中で労働人口が占める割合が大きく、同時に高齢者や子どものような被扶養人口の割合が比較的低い場合には、投資や経済成長を促すうえでまたとない好機が訪れる。逆に若者のニーズへの対応を怠たれば、今後数十年にわたって貧困はますます深刻化し、開発が行き詰まることにもなりかねない。

青少年に対して適切な投資を行えば、暴力や社会的混乱の危険を軽減できる。異常なほど多くの若者が凶悪犯罪に巻き込まれている現状がある[33]。145カ国のデータに基づく調査によると、教育やきちんとした雇用の機会に恵まれない若者グループがかなりの規模に膨らむと、社会不安や武力紛争の危険が高まる[34]。教育への投資で、こうした危険を軽減することが可能だが、これは、教育を受けた大勢の若者のための雇用創出へのてこ入れが行われた場合に限られる[35]。

若者への投資は、学校中退や10代の妊娠、薬物乱用、犯罪およびHIV/エイズの結果として発生する、個人的リスクを回避できるばかりでなく、何十億ドルもの生産性の損失や直接の公費負担を軽減することにもなる。若者への投資は、社会や経済にとって長期的な配当をもたらすことになる[36]。

思春期を含む若者の生活におけるリプロダクティブ・ヘルス

過去15年間に承認されたいくつかの国際的な人権協定は、思春期の若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツを支持している。1989年の子どもの権利条約は、世界中で最も広く受け入れられた人権に関する法律文書であり、差別や虐待、搾取からの自由、彼らの生活に影響を及ぼす決定への参加、プライバシー、および教育や彼らの健全育成に必要な保健情報とサービスを含め、子どもと思春期の若者

の様々な権利を保障するものである。こうした権利はすべて、思春期のリプロダクティブ・ヘルスに直接かかわっている。1994年に各国政府は、思春期のリプロダクティブ・ヘルスニーズ/リプロダクティブ・ライツに取り組むことを国際人口開発会議(ICPD/カイロ会議)の場で初めて公約した。1995年に北京で開催された第4回世界女性会議(北京会議)で、各国政府はこの公約を再確認するとともに、女児に対する取り組みに特に力を入れることとした。1995年に策定された「2000年とそれ以降を目指した世界青少年行動計画」は、MDGsの進展に直接影響を与える重要な分野における世界的な行動計画を確固たるものとした。同時に、国際条約の順守状況を監視する各委員会は、思春期のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する勧告を出すとともに、思春期の少女を取り巻く状況について特別の懸念を表明した[37]。

政策や法律を策定して、思春期のリプロダクティブ・ヘルスに取り組んでいる国もいくつかある。アルバニアでは、思春期の若者は、リプロダクティブ・ヘルスの教育とサービスを無料で受けられる[38]。キルギスは、青少年のリプロダクティブ・ヘルスケアを受ける権利の保護に乗り出している[39]。ベニンでは法律によって、思春期の若者を対象としたリプロダクティブ・ヘルスサービスを義務づけている[40]。パナマは、妊娠した思春期の少女のヘルスケアを受ける権利、彼女たちの諸権利に関する情報提供、および出産後の教育の継続を認めている[41]。コロンビアは現在、内紛によって国内避難民となった人々も含め、思春期の若者の避妊の権利を保護する姿勢を明確にしている[42]。多くの国が1962年に採択された「婚姻の同意、婚姻の最低年齢および婚姻の登録に関する条約」に応じて婚姻の最低年齢を定めている[43]。バングラデシュやニジェール、フィリピンで策定されているような人身売買や暴力を禁止する政策や法律は、同時に、児童婚や、金銭あるいは物品と引き換えに女性や少女を強制的に結婚させることを禁じている[44]。

この10年でエイズの拡大が深刻化し、同時に若者の運動が世界的な広がりを見せた結果、青少年にリプロダクティブ・ヘルスサービスを提供する取り組みが急速に進展した。リプロダクティブ・ヘルスサービスをもっと若者主体の利用しやすいものにするという緊急のニーズが広く認識されるに至ったのである。例えば、コミュニティは、思春期のリプロダクティブ・ヘルスサービスを受けることにつきまとう汚名意識を取り除くアウトリーチ活動を通して、これまで以上に積極的なかかわりを見せている。親が担う役割は重要であるが、これを積極的に活用するために、子どもたちが直面するリスク、子どもたちの健全育成に影響を及ぼす情報に対するニーズや権利、またHIVについては、子どもたちの生存そのものにかかわる状況について、親への教育が行われている。ガーナのある地区では、「おばあちゃんとの時間」と名付けられたイニシアティブが文化的枠組みの中で機能しており、伝統的な「クイーン・マザー」たちを通して思春期の女子に援助の手を差し伸べている。こうした年配の女性は、コミュニティのリーダーであると同時に青少年にとっては役割モデルである。彼女たちを活用するため、現在、リプロダクティブ・ヘルスの様々な問題について若い世代の相談役となれるよう彼女たちに対する訓練が行われている[45]。

政府、市民団体、若者グループおよび国際的パートナー組織が、青少年のリプロダクティブ・ヘルスケアのアクセス拡大に取り組んでいる。UNFPAは、ボスニア・ヘルツェゴビナからラオスに至る国々で、初めての試みとして、若者が利用しやすいリプロダクティブ・ヘルスサービスの着手に支援した[46]。欧州連合(EU)の支援を得て始まった「アジアの若者のためのリプロダクティブ・ヘルス・イニシアティブ」は、開発途上国の青少年の70%が暮らす地域で、これまでなおざりにされてきたグループを対象にエンパワーメント(能力強化)を図っている[47]。このイニシアティブは、劇や漫画、ピア・エデュケーション(仲間教育)、ゲーム、トークショーを利用して、地方に住む青少年やセックス・ワーカー、ストリートチルドレン、工場労働者を対象範囲に取り込んできた。メッセージの効果を高めるため、親やコミュニティの指導者、保健サービス提供者をはじめ、影響力のある大人たちの協力を仰いでいる。カンボジアでは、このようなイニシアティブにより、25万人あまりの青少年に直接呼びかけたほか、ラジオ番組のスポンサ

21 バングラデシュの若い母親の命を救え

バングラデシュの首都の郊外70kmにある農村、マニガニ。ここでは、同国の保健省がUNFPAの支援により、貧しい女性が利用できるよう母子福祉センターの体制を整えた。25歳になるハミダは昨年、UNFPAが支援するこうした地元のセンターのひとつで第2子を出産している。*「このセンターのサービスがよくなる前は、妊娠合併症のある女性はダッカの病院まで行かなければなりませんでした。でも中には病院まで間に合わない人もいたんですよ」*。そう言ってハミダが引き合いに出したのは、15歳で結婚し16歳で妊娠した学校の元クラスメートである。彼女は馬車でダッカの病院に運ばれる途中、出血多量で亡くなったという。*「もし彼女が地元で医療サービスを受けていたら、今も元気でいたでしょうに」*。

ーとして、120万人以上の青少年に訴えている[48]。

東欧や中央アジア27カ国の約170万の青少年を対象としたピア・エデュケーション・プロジェクトの取り組みは200件近くあるが、これを調整し、補強する役割を担ってきたのがY－ピアプログラムである。Y－ピアは、インターネットを使った通信を利用して、情報や資源、およびこれまでに得られた貴重な経験の共有を進めようというもので、現在までにピア・エデュケーションの訓練マニュアルが、15の地域言語に翻訳されている[49]。

アラブ諸国では、UNFPAが地元のボーイスカウト・ガールガイド協会を支援し、コミュニティ開発プログラムを通してリプロダクティブ・ヘルス教育を拡大するという地域イニシアティブを成功に導いた。4000人を超えるガールガイドとボーイスカウトが訓練を受け、各国の保健省、教育省と協力して青少年のリプロダクティブ・ヘルスニーズに対する関心を高めたのである[50]。

しかし、本格的な全国プログラムや地域プログラムは、依然として例外的な存在である。多くのプロジェクトは、相変わらず規模が小さく、ほとんどの思春期の若者、とりわけ最貧困層や社会で最も取り残された層の若者のリプロダクティブ・ヘルスニーズは放置されたままである[51]。

若年妊娠のコストとリスク　15－19歳の少女の出産は年間1400万件と推定される[52]。さらに、それより幼くして出産する少女も大勢いる。開発途上国の思春期の女子のうち、4分の1から2分の1は18歳を迎える前に母親になっている[53]。思春期の出生率が最も高いのは、サハラ以南のアフリカと南アジアである[54]。54カ国のデータに基づく調査によると、最貧困層の15－19歳の女子は、同年代の裕福な女子に比べ、思春期に出産する可能性が3倍高く、出産する子どもの数は2倍多くなる[55]（図4参照）。開発途上国の多くで若年出産の割合が高いのは、児童婚の慣習が主たる原因となっている[56]。

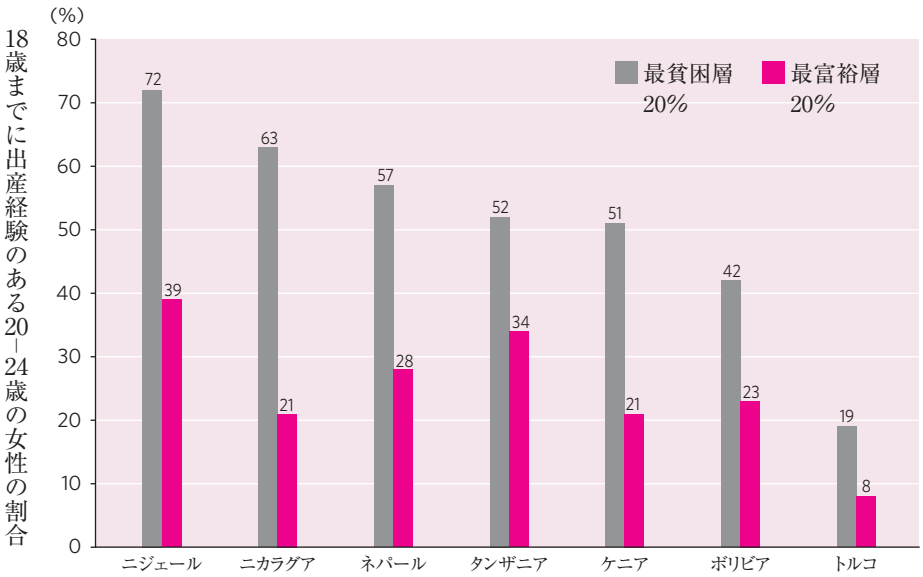
15－19歳の思春期の少女は20代の女性に比べ、妊娠中や出産時に死亡する確率が2倍高い。15歳未満の少女の場合、その危険は5倍に増える[57]。出産で命を落とす以外に、さらに多くが、身体に損傷を受けたり、感染症にかかったり、分娩によって発生する膣のろう孔（フィスチュラ、産科ろう孔）のように長く続く障害を被っている[58]。フィスチュラは、医療サービスが受けられれば治療可能な疾病であり、UNFPAは、フィスチュラに悩む女子の生活に希望を与えようと、世界的な運動を率いている（囲み23参照）。

計画外の妊娠　計画外の妊娠により、人生が一変するほどの結果に直面する思春期の若

22　10代の妊娠と新生児の生存状況

10代の少女が出産を遅らせる能力をもつことは、命を救うことにつながる。年間400万人の新生児が生後1カ月以内に命を落としているが、これは多くの場合、母親があまりにも若すぎるためである。思春期の母親をもつ乳児は、それより年上の母親を持つ場合に比べ、1歳を迎えるまでに死亡する可能性が1.5倍高くなる。また、早産の危険が最も高まるのも思春期である。思春期の少女は一般に、身体的に十分に成長しておらず、出産に耐えうる準備が整っていないため分娩停止（分娩が進まず長期間経過すること）となる傾向が強い。貧しい少女の場合、栄養不良によってすでに成長が阻害されているために、危険が一層高まる。医療サービスが受けられないと、ほぼ乳児は死に至る。合併症が発生した場合、若い母親とその新生児が生き残るためには、緊急産科ケアへのアクセスが不可欠であり、乳児・妊産婦死亡率に関するMDGsの達成にも同じことが言える。

図4：最貧困層および最富裕層の思春期の若者の出産



Source: Rani, M. and E. Lule, 2004, "Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis "*International Family Planning Perspectives* 30 (3): 112.

者はあまりにも多い。例えば南米やカリブ海諸国では、思春期の妊娠の35－52%は計画外のものである[59]。その原因は多岐にわたっており、生殖の基本的事実に関する知識がない、避妊薬(具)についての情報がないなどが避妊の失敗につながっている。計画外の妊娠の中には、レイプや性的虐待、近親姦による被害も含まれている。しかし、このような被害の可能性は、たとえ非常に若い思春期の少女がクリニックを訪れた場合でさえ、無視されることが多い。

推定によると、望まない妊娠によって安全でない中絶に至る思春期の女子は年間500万人に上る[60]。サハラ以南のアフリカは、開発途上国の思春期の女子が受ける安全でない中絶の40%を占めるが、この地域の7カ国のデータによると、中絶に伴う合併症の治療を受けた者のうち、39－79%は思春期であった[61]。ナイジェリアでは、毎年安全でない中絶によって1万人の女性が命を落としているが、そのうち半数を思春期が占めていると推定される[62]。アルゼンチンとチリでは、15－19歳の妊産婦死亡の3分の1は中絶に関連があった[63]。

第4章で述べたように、成人女性と同様、思春期の少女はリプロダクティブ・ヘルスニーズのインフォームド・チョイスについて、ジェンダーに関連した障害に遭遇する。こうした障害をより深刻にしているのは、若さゆえの彼女たちの社会的地位の低さである。思春期の少女は性的暴力や強要を受けやすい。彼女たちは、意図しない妊娠をするか、安全でない中絶によって命が脅かされるような合併症にかかるまで、サービスの利用をためらうことが多いが、これは社会的汚名や不信感があるからに他ならない。彼女たちはまた、治療費や交通費を賄うだけのお金をほとんど持ち合わせていない。MDGs達成のためには、思春期の少女のリプロダクティブ・ヘルスニーズに特別の注意を向けることが不可欠である[64]。

青少年とHIV/エイズ

HIVと共に生きる人々のうちほぼ4分の1は25歳未満である[65]。青少年は現在、新規感染者の半数を占める。毎日6000人の青少年が新たに感染していると推定されるが、これは14分に1人の割合で発生していることになり、その大多数を女性と少女が占める[66]。サハラ以南のアフリカでは2003年、HIV陽性者の63%が15－24歳であった[67]。ロシア連邦や東ヨーロッパ諸国、中央アジアでは、HIVと共に生きる人々の80%強が30歳未満であり、さらにその過半数を若い男性が占める[68]。これらの地域、および東南アジアや中国では、HIVは主として薬物注射や性産業によって拡がっている。治療可能な性感染症(STI)の年間新規感染者の3分の1は25歳未満の青少年である[69]。

最も高いリスクに直面する若い女性　1980年代にHIV/エイズの犠牲となったのは圧倒的に男性であった。現在、この伝染病は若い女性を中心に一段と拡がりを見せている。15－24歳の女性は同年代の男性に比べ、1.6倍もHIV陽性に

23　フィスチュラ撲滅キャンペーン：思春期の少女の生活と尊厳の回復

ファティマが結婚したのは14歳の時だった。それから間もなく彼女は妊娠。6日間にわたる苦しい陣痛の末、この若いナイジェリアの少女は死産に見舞われる。その後の10年間をファティマは、「村全体が私を拒絶したんです。どこへ行っても嘲笑されました」と語る。

これは、彼女が何とか出産を切り抜けたものの、フィスチュラという破壊的な疾病を負ったためである。フィスチュラは予防や治療が可能な疾病であるが、世界で少なくとも約200万人に上る女性や少女が悩まされている。遷延分娩および分娩停止によって生じるフィスチュラは、女性の腟と膀胱または直腸を貫通する穴で、慢性的失禁を伴う。大部分の場合、赤ん坊は死亡する。フィスチュラのある女性は大小便の漏れを止めることができないため、夫や家族から見捨てられ、社会からは締め出され、そのような状態になったことを責められる。フィスチュラは一般的に、専門技能者の出産介助なしに自宅出産する女性をはじめ、へき地の貧しい農村に住む若い女性に多く見られる。これは、ヘルスサービスが欠如していること、あったとしても不適切なものであることが原因である。

ファティマは、2003年にUNFPAと多くのパートナー組織が立ち上げた世界的なフィスチュラ撲滅キャンペーンを通じ、外科的な処置を受けた何百人の患者の一人である。このキャンペーンは、フィスチュラ予防とこの疾病に苦しむ人々の治療を目的として、サハラ以南のアフリカや南アジア、アラブ諸国の30を上回る国々で展開されている。このキャンペーンは同時に、技能トレーニングや識字クラス、術後の癒しのためのカウンセリングへのアクセス拡大により、彼女たちの社会での居場所を再び取り戻す支援を行っている。手術後、ファティマは微笑を浮かべ、今では「友達や近所の人が結婚式や命名式に招いてくれる」と喜んでいる。

ナイジェリアではこのキャンペーンの支援を受け、2005年2月に2週間にわたるプロジェクトを実施した。これで545名の女性を治療したほか、多数の医師、看護師、ソーシャル・ワーカーを対象として、手術および術後ケアの訓練を行った。妻や娘の手術に付き添ってきた多くの男性が、保健教育のセッションに参加した後、今では同じようにこの疾病に悩まされている他の女性や少女を助けようと奔走している。「自腹を切ってでも、この病気に悩む女の人を病院に連れて行ってあげたい」。こう語るのは、姪に付き添ってきたナイジェリアのムハマド・アブバカールである。

なりやすい。サハラ以南のアフリカでは、HIVと共に生きる若い女性と男性の割合は3.6：1で、女性が男性を上回る[70]。カリブ海諸国や中東、北アフリカでは、HIVと共に生きる青少年の約70%を女性が占める[71]。

女性は男性に比べると、生物学的、社会的・文化的、経済的理由からHIV感染の被害を受けやすい（第4章参照）。しかし、思春期の少女や若い女性はさらなるリスクを抱えている。例えば、14歳未満の少女の場合、生殖器官が十分に成熟していないために裂傷を受けやすい。このことが、HIV感染および他の性感染症のリスク増大につながる。若い女性や女児は特に、性的暴力や搾取の対象となりやすく、性的関係を迫る相手に「ノー」と言う権利やコンドームの使用を主張する権利を含め、性的関係の条件について交渉するのには不利な立場にある。児童婚や、不衛生な器具による女性性器切除をはじめとする有害な因習によって、彼女たちはさらなるリスクにさらされている。

若い男性の果たす役割　HIVに対する女性の脆弱性について述べるなら、男性について言及しなければ十分な議論を尽くすことはできない。というのも、男性の行動は、この伝染病の拡大を後押しする形になっており、HIV予防の取り組みに男性を巻き込むことが、その成功にとって決定的に重要な意味をもっているからである。数多くの女性とセックスをすることが、若い男性にとって勲章であると考える国は多い。若い男性の多くもまた、HIV感染の高いリスクにさらされているが、その機会は、薬物注射の使用を通じて、あるいは刑務所内で、仕事を通じてなど多岐にわたる。例えば、大半の兵士や仕事を探し求める多くの出稼ぎ労働者は若い男性であり、家族やパートナーと遠く離れた状況にあって、性産業に足を運ぶこともあるからだ。第6章で述べるように、重要なのは、少年や若い男性が、断罪されることなく支持を得られるような環境の中で自分たちの関心事を議論できるプログラムであり、女性との平等意識を奨励するプログラムである。

予防に関する情報、手段および技能の欠如　HIVの被害が最も深刻な国々では、多くの場合、ジェンダーの公正や避妊薬（具）、HIV予防や関連する諸問題について率直に議論することがいまだにタブーとなっている。世界規模の調査結果によると、HIVに関する誤った情報の広まりや知識の欠如は、特に若い女性や少女の間で憂慮すべき状況にある[72]。青少年は誤解に基づいて安全性についての判断を下し、感染のリスクについても軽く考えかねない。生死を左右するHIVの予防に大きな効果を発揮するのは、青少年のエンパワーメントである。具体的には、彼らがセックスをしないことを選択肢のひとつとして考えるようにすること、性行動の開始を遅らせ、望まない性的誘いを断れるようにすることである。これに加え、彼らがコンドームを入手できる体制を整備し、その適切な使用について教え、さらに安全なセックスについての交渉能力を学ばせることが予防上大きな効果を生む。大抵の場合、性的に活発になるのは思春期であるが[73]、この時期の女子や男子はコンドームの入手が困難な状況にあり、多くがその適切な使用方法を知らない[74]。青少年の大半は、予防プログラムへの有効なアクセスがない[75]。貧困や、HIV蔓延に拍車をかけるジェンダーに基づく有害な固定観念に取り組むプログラムを含め、より質の高いプログラムも必要とされている。

青少年と共にHIV蔓延を食い止める　ICPD以降、青少年のHIV予防の重要性が一段と明確になってきている。例えば、2001年のHIV/エイズに関する国連特別総会では、青少年が、HIV予防で優先的に取り組むべきグループとして認識された[76]。青少年と共に取り組むことは、青少年のために取り組むことと同様に重要である。UNFPAとUNAIDSは、66

24　「シュガー・ダディ」とサバイバル

貧困によって多くの若い女性が、暮らしを支えるために男性と性的関係をもっている。現金や学費、家族への経済的支援と引き換えの性行為は、カリブ海諸国やサハラ以南のアフリカで見られるように、時として「シュガー・ダディ」と言われる関係をとる。シュガー・ダディは一般的に、年上の既婚男性で経済的に裕福であり、性行為と引き換えに若い女性を経済的に支援する。「シュガー・ダディ」となる男性は次第に、思春期の少女を求めるようになっている。これは、年齢的に若いほど、HIVに感染しにくいと信じられているためである。2人の年齢差や経済的格差が大きくなればなるほど、コンドームを使用する傾向は低くなる。年配の男性ほど、複数のセックスパートナーとの経験があり、HIV感染の危険はより高い。

サハラ以南のアフリカ諸国の10代の妊娠に関する調査によると、面接を受けた少女の73%は、30歳を超えたセックスパートナーを持っていた。ハイチで実施されたある調査によると、思春期の少女の3分の1が経済的な必要から性的関係をもつに至ったと報告している。彼女たちの95%は、父親がそれぞれ違う複数の子どもを産んでおり、このような状況では、母親も乳児も共にHIV感染の高いリスクにさらされる。ケニアでのある調査によると、シュガー・ダディのパートナーの47%は思春期の少女であった。こうした現状に対し、ガンビアやウガンダ、ジンバブエなどのいくつかの国々では、若い女性の注意を喚起するキャンペーンを開始した。

カ国約600人の青少年リーダーのネットワークであるHIV/エイズ世界青少年同盟に資金援助を行った[77]。2003年、UNFPAは「グローバル・ユース・パートナーズイニシアティブ」に着手した。これは、開発途上地域の若いリーダーたちのエンパワーメントを図り、政策提言活動や政策決定者との対話を通じて、HIV予防の取り組みを彼ら自身の手で改善させようというものである[78]。

青少年のHIV蔓延防止に取り組んでいる若者の活動や、コミュニティ、組織、政府の例は枚挙にいとまがない。ロシア連邦では、UNFPAがサンクトペテルスブルクだけで12の診療所が参加する革新的な自治体プログラム、「ジュベンタ」(*Juventa*)に資金援助をしている。1993年に開設されたこれらの診療所は、若者の利便性を第一に考えており、匿名によるホットラインサービス、教育、医療サービスを提供しているほか、社会から取り残された若者向けの雇用プログラムとも連携し、現在では年間24万人の若者に支援の手を差し伸べている。こうした診療所の「信頼の厚い医師たち」は、セックス・ワーカーに対してカウンセリングや医療サービスを提供している。

マスメディアやエンタテインメントは青少年の関心を引き付け、説得力のある形で彼らの心にメッセージを強く印象付けることができる。南アフリカの「ラブライフ」は、12－17歳の若者に対し、彼らが性的に活発になる前に手を差し伸べようと、革新的なマルチメディア・キャンペーンを開始した[79]。「シックスセンス」として知られるニカラグアのマルチメディア・イニシアティブは、青少年の権利を主題としたラジオや若者主導の連続テレビドラマ、印刷物を活用している。この連続ドラマは、数百に上るメディアの支局で、若者と大人の最高視聴率を上げている[80]。MTV(音楽番組専門ケーブルテレビ放送)の「ステイング・アライブ」は、166の国と地域を対象とする世界最大のHIV/エイズ・キャンペーンである。MTVの2004年キャンペーンは少女や女性に焦点を当てたもので、UNFPA、UNAIDS、世界銀行、ファミリー・ヘルス・インターナショナル、カイザー・ファミリー基金の支援を受けている[81]。

HIV予防の鍵を握る雇用と所得　貧困とジェンダーに基づく差別は、青少年の選択肢を制限しているという点で、多くのHIV感染の原因となっている。将来に対する選択肢がわずかしかなく希望がほとんど持てない場合、日常の自己防衛や生き残る行為から一歩踏み込んで、HIVから自分自身を守るための行動を起こすという可能性や意欲は低くなる。思春期の若者が人並みに暮らし、前途に希望が持てるよう必要な技能や資力を提供することが、この感染症の拡大に歯止めをかける一助となる。

先駆的なイニシアティブの中には、HIV蔓延の根本要因である貧困とジェンダーの問題に取り組んでいるものもある。マリでは、「セーブ・ザ・チルドレンUK」が、地方の思春期の少女が家事労働の仕事を求めて都市部に出なくてもすむよう、マイクロ・クレジット(小規模融資)を導入した。インドでは、ポピュレーション・カウンシルと「ケア」の支援で、スラムに暮らす思春期の少女が現金収入に直結した技能を習得し、貯金を始めるとともに自尊意識をもつようになった[82]。ベニンでは、政府が職業訓練とHIVおよび妊娠予防を結びつけたプログラムを実施している。

セネガルでは、UNFPA、ユニセフ、世界保健機関(WHO)が、およそ1万人の思春期の少女と若い女性の教育を援助しており、特に、識字能力、ジェンダーや人権、リプロダクティブ・ヘルスサービス、所得創出機会やコンピューター・リテラシーと技能訓練に力を入れている[83]。モザンビークでは、ジェラサオ・ビィズ(*Geraçăo Biz*)という大規模プログラムの実施に、関連省庁、国連の諸機関および援助機関が合同で国内難民の若者を対象にリプロダクティブ・ヘルス、HIV予防、職業訓練と雇用機会へのアクセス拡大に取り組んだ[84]。

国連教育科学文化機関(UNESCO/ユネスコ)は、南アジアの貧しい思春期の少女のために総合的なプログラムを支援しているが、これは識字能力、リプロダクティブ・ヘルスおよびHIV/エイズ、法律教育、所得創出の訓練および少額金融サービスを網羅したものである。基礎的保健、安全な飲料水、農業および再生可能エネルギーに焦点を当てた科学プログラムにより、これまでに176の村々に住む思春期の少女4250名が訓練を受けた。現在、彼女たちの10%は仕事についているか、自らマイクロ・ビジネス(小規模事業)を立ち上げている[85]。

児童婚

ほとんどの国は婚姻最低年齢を18歳に定めているが、親の同意や慣習がこうした法律に優先することが多い[86]。児童婚に対する処罰が定められているにもかかわらず、今後10年間で結婚する女児は、1億人を上回るとみられる[87]。過去30年にわたって、児童婚の慣習は世界的に下火になってきてはいるが、最貧困層や農村地域ではいまだに一般的に行われており[88]、南アジアや西・中部アフリカで最も盛んに見られる[89]。若い娘の存在を経済的重荷と考える地域では、彼女たちが若くして結婚することが、家族が生き抜く

25　HIV/エイズ予防の先頭に立つアフリカの若者たち

2000年以降、HIV感染が深刻なアフリカの4カ国では、若者たちがアフリカ青少年連盟（AYA）を通じ、HIV予防運動に積極的に取り組んでいる。この運動には、UNFPA、パスファインダー・インターナショナルおよび「保健における適正技術プログラム」（PATH）が連携して活動しているほか、ビル/メリンダ・ゲイツ財団から多額の資金援助を受けている。このプログラムはまた、文化・宗教上の指導者を含めコミュニティ全体を巻き込んで、ジェンダーの平等やリプロダクティブ・ヘルス促進の上で協力的な環境を創り出す取り組みをしている。調査結果によると、AYAの取り組みによって青少年はHIV/エイズ、性感染症、および妊娠の危険に関する多くの知識を学び、コンドーム使用について自信をもってパートナーと交渉できるようになった。プログラムが、若者の利便性を第一に考えたサービスに重点を置いた結果、2003年から2004年にかけて200万人の青少年の来訪が実現し、このうち1万7000人が自発的に受けるカウンセリングと抗体検査（VCT）を利用するなど、サービス全体の利用が大幅に増えた。

このイニシアティブは、ジェンダーに関連する諸問題をはじめとして、様々なレベルでの変化に拍車をかけている。ボツワナでは、信仰に基づく36の組織がHIV/エイズに幅広く取り組む際に、思春期のリプロダクティブ・ヘルスを教会活動の核になる戦略として捉えている。同国の教育省は、妊娠した少女を退学処分とする現在の規則の見直しを行っている。AYAはまた、「レイプ撲滅の闘い」という学校のクラブ活動を通して、性的暴力に反対するキャンペーンを展開してきた。ガーナでは、コミュニティに根ざしたAYAの革新的な準法的イニシアティブによって、レイプ、家庭内暴力、子どもの人身売買、児童婚、思春期の女子の誘拐事件を解決した。この他にも、「ティーンの妊娠・育児センター」を通じ、これまでに300名あまりの若い女性が生活技能の訓練を受けている。

タンザニアでは、AYAは女子サッカーチームを組織し、試合前にHIV予防のセッションをもつことによって、若い女性のリプロダクティブ・ヘルスサービスの利用を増やした。幼児虐待に関するFMラジオ局「クラウド」の全国メディア・キャンペーンは、法律事務所の力を借りて数々の事件を法廷の場に持ち込む力となった。児童婚の影響に関する議論が大々的に報じられたことを受け、タンザニア政府は、18歳未満の少女が出産後復学できるよう命令を出した。ザンジバルでは、国会議員が妊娠した少女を投獄する法律の修正を求めている。

ウガンダでは英国教会やイスラム教の指導者たちが、既婚の若いカップルがVCTやコンドームを利用することを支持すると公に表明した。同国では、サービスを増やし匿名性を高めることで、積極的にHIV抗体検査を受ける青少年を増やしてきた。キリスト教およびイスラム教の組織は現在、婚姻年齢を18歳に定め、結婚しようとする少女たちには出生証明書の提出を義務づけている。ブソガ王国は、若い母親の学校への復帰を提唱している。

「AYAの活動を知る前は、自分の意見を聞いてもらったり、理解してもらったり、正当に評価してもらうなんて全くありませんでした。若いという理由で基本的な権利を奪われ差別される環境で生活していれば、自分の考えを表明する場所が必要ですが、AYAはそれ以上の場所になっています。私は自分の権利だけでなく、何よりも他の青少年の権利、特に少女たちの権利を主張することを教えてもらいました」

—ンガスマ・カニェカ、
タンザニア出身の若い女性

ための戦略の一環となっている場合がある。バングラデシュやニジェール、コンゴでは思春期の少女の3分の2以上が結婚しており、アフガニスタンやインド、ナイジェリアでは、この割合が半数を上回る[90]。西アフリカの6カ国では、およそ44%の少女が15歳を迎えるまでに結婚していた[91]。

恐怖と先行き不安を経験すること　親としては、結婚させることで娘の経済的・個人的安全保障を獲得したいと思っているかもしれないが、実際には逆効果となる場合が多い。往々にして、彼女たちは結婚によって教育を中断することになる。世界規模の分析によると、せいぜい初等教育しか受けていない女子は、思春期に結婚する傾向が強かった[92]。多くの少女にとって、結婚生活は恐怖と先行きに対する不安に満ちたものである。結婚の決定は本人を差し置いてなされ、その事実を結婚式に先だって知らされることはほとんどない。式が済むと、妻となった少女はたいていの場合夫の家に移り住むが、家族や慣れ親しんだ環境から遠く離れた別の村に住むこともある。その後彼女たちは、子どもを産むよう強く求められる。少女たちは一般に、結婚後最初の性行為が不快で苦痛だったといい、夫が力ずくで行為に及んだと述べるケースも多い[93]。

結婚した少女たち—妊産婦死亡およびHIV/エイズ感染のハイリスク　結婚している思春期の女子が大勢いるにもかかわらず、政策もプログラムも彼女たちのHIVに対する脆弱性やその他のリプロダクティブ・ヘルスニーズには取り組んでいない。ケニアやウガンダ、ザンビアの調査は、既婚の思春期の少女のHIV感染率が、性的に活発な未婚の同年代の少女に比べ高いことを裏付けている[94]。彼女たちの抱えている孤立感や無力感が、さらなる問題を生んでいる。若い妻たちは、自主的裁量や移動の自由を制限されている。彼女たちがヘルスケアを受けられないのは、遠距離、費用、あるいは配偶者や義理の両親の許可を得なければならないなどの問題が絡んでいるためである。こうした障壁により、思春期の少女の妊産婦死亡率・罹患率は一層高まる。

児童婚の廃止は、MDGsの達成と密接な相関関係にある。児童婚は、少女たちの教育権や豊かな可能性を実現する機会を否定する。既婚の思春期の少女は出産や避妊に関する

意思決定にわずかな影響力しかもっておらず、このことが乳幼児の保健と生存、妊産婦死亡率、HIV、高い出生率と貧困削減に密接にかかわっている。バングラデシュでは、出産の平均年齢が5歳高くなれば、人口増加が40%減少するという[95]。そうなれば、同国が貧困を削減し開発を持続していく可能性は高まる。

思春期の少女の権利と貧困削減の重要性を十分認識し、UNFPAとそのパートナー組織は、2004年に児童婚撲滅の世界的イニシアティブを開始した。

青少年と雇用

「人並みの生産的仕事」に対する青少年のアクセスを拡大することは、MDGsのうちのひとつとなっている[96]。世界の失業者の半数が15－24歳の若者であることを考えると、解決すべき課題は多い[97]。若者人口が依然増え続けているアジアやサハラ以南のアフリカ、および中東の貧しい国々では、状況は特に深刻である[98]。若者の失業率が世界で最も高いのが、最貧困地域であるサハラ以南のアフリカである[99]。さらに青少年が仕事を見つけたとしても、多くは、技能を学ぶ機会がほとんどない低賃金の仕事である。こうした仕事の大半はインフォーマル・セクターのものであり、賃金が低すぎるため貧しさから抜け出すのは困難である[100]。過去30年にわたり、多数の若い女性が労働の担い手となってきたが、あらゆる開発途上地域で―東アジアとサハラ以南のアフリカを例外として―彼女たちの失業率は若い男性のそれを上回ってきた[101]。

「私は12歳で結婚し、2年後には赤ん坊が生まれました。当時はとても若かったので、いろいろな問題を抱えていました。結婚したくはありませんでした」

―バングラデシュ

「10歳になる前に、ある男の人と結婚の約束をさせられていました。その時がきて、私は夫の家族に、まさに手渡されたのです。そして夫を初めて見たとき、彼が私の父より年上であることに気づきました」

―ブルキナファソ

「短すぎる子ども時代：結婚した思春期の少女たちの声」2004年UNFPA制作ビデオより

労働に駆り出される子どもと思春期の若者―その労苦と搾取の実態　国際労働機関（ILO）は、最低労働年齢を16歳とするよう勧告しているが、一家が経済的に生き残るために幼い子どもたちの労働をあてにしている農村では、この勧告の実施が必ずしも可能でないことをILOは認めている[102]。2000年には、およそ3億5200万人に上る5－17歳の子どもと思春期の若者が何らかの仕事で収入を得ていたが、そのうち1億7100万人は危険な状況での労働を強いられていた[103]。エチオピアでは、およそ10－14歳の子どもの半数が何らかの経済活動に従事しており、バングラデシュではこの割合が3分の1を上回る[104]。エイズは、サハラ以南のアフリカで児童労働が急増する主な原因となっており、この地域では5－14歳の児童の29%が働いている。これは世界で最も高い比率である。こうした幼い労働者の大半は、エイズで片親あるいは両親を亡くしている[105]。

多くの開発途上国では、女子や若い女性が一家の収入を補うために裕福な家庭に働きに出される。彼女たちの大半は、教育の機会を奪われ、公正な報酬もまともな労働条件も保証されない。性的虐待や身体的虐待の危険、また自国内や国境を越えた人身売買の危険にさらされている者も多い[106]。ユニセフの推定によると、南アジアでは500万人が家事労働者として働いており、その大部分は少女である。インドでは14歳未満の子どものおよそ5人に1人が家事労働に従事している。バングラデシュのダッカだけでも30万人の同年代の子どもが同じように働いている[107]。

若者を対象とした適正な雇用の拡大　若者の雇用問題への関心が高まっている。2002年には、UNFPAと数多くのパートナー組織の支援のもとで、「青少年雇用サミット（YES）キャンペーン」が開始された。YESは青少年の起業能力育成と自営業の機会を柱に据えている。60に及ぶ国々では国際的な支援の下、全国的ネットワークが様々な戦略を編み出している。また世界銀行、ILO、国連と連携している「青少年雇用ネットワーク」は、対象となる10カ国に対し、青少年雇用行動計画の策定を支援している[108]。

青少年のもつエネルギーや可能性を活用し、彼らに市民権を与えることは、ジェンダーの平等や社会・経済発展を促進する担い手育成の貴重な機会となる。青少年への投資を怠れば、社会経済や国の安全保障、人口面での影響は広範囲に及ぶ。各国および国際社会が策定する様々な政策は、現在の若者世代だけでなく、2015年に思春期を迎える次世代の子どもたちの利益ともなる。

第6章　男児や男性と手を組んで

「男女双方の知識、態度、および行動の変化は、男女の調和のとれたパートナーシップを達成するための必要条件である。ほとんどの社会で、男性は家族の規模に関する個人的決定から、政府のあらゆるレベルで行われる政策およびプログラムの決定にいたるまで、生活のほとんどすべての局面で、圧倒的な権力を行使しているので、両性間の平等の実現において、男性は重要な役割を果たしていると言える。公的、私的生活において男女が対等なパートナーとなるためには、セクシュアリティおよびリプロダクティブ・ヘルスについての男女間のコミュニケーションの改善、および男女の共同責任に対する理解の向上が不可欠である」

—ICPD行動計画　第4.24項

過去の開発活動は、男性か女性のどちらかに焦点を合わせがちで、男女双方を対象とするものはほとんどなかった。過去数十年にわたり開発援助によく見られたのは、技術や貸付金、訓練を男性に提供するという形態だった。1970年代初頭から、開発の担い手として女性にもっと注目する必要があると研究者たちは指摘し始めた[1]。その効果として、当初は女性に向けられる資金が増加し、後にジェンダー（社会的・文化的性別）による力関係・不平等に幅広く目が向けられるようになった。ジェンダーの平等を目指す運動自体も時とともに同様の変遷をたどり、当初は女性だけを強調していたのが、後には男性も組み入れることが必要であるとの認識に至っている。

1994年の国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）が画期的だったのは、ジェンダーの平等に向けた努力に男性の支援を得ること、家庭生活とリプロダクティブ・ヘルスのすべての分野で男性の関与と共同責任を促すことを各国に求めた点である。ミレニアム開発目標（MDGs）は男性の役割にはっきりとは触れていないが、MDGsの達成に男性の関与が必要であることは明らかである。原則として、男性のニーズと権利、特に貧困その他の状況によって社会から取り残された男性のそれに、一層の注意を振り向けるべきである。実際問題として、男性は公的・私的生活のあらゆる分野で圧倒的な力を行使している。男性の協力は、家庭やコミュニティの領域だけでなく、国の政治、財政、統治のより幅広い領域でも不可欠である。男女の生活は相互に依存し、女性のエンパワーメント（能力強化）はすべての人に利益をもたらすことを男性が認識した時、ジェンダーの平等とその先にある社会の変容は最も達成可能になるだろう。

MDGsを達成するための男性の役割

男性とのパートナーシップがジェンダーの平等の達成に不可欠なことは明らかであり、MDGsの他のすべての目標に直接的・間接的に影響を及ぼす可能性がある。男性との協力関係を築くことは、MDGsと密接な関連があるリプロダクティブ・ヘルス/ライツを推進するための重要な戦略である。後天性免疫不全症候群（エイズ）の蔓延には男性が重大な責任をもつことがはっきりしている。ワクチンや治療法がない中で、男性の行動の変化がヒト免疫不全ウイルス（HIV）の蔓延防止の中心をなすからである。男性はこれ以外の点でも決定的な役割を担っている。家族計画、妻の経済活動、診察費・授業料などの家計費の使途に関する決定を下すのは夫である場合が多い。これらの決定は家族全体のウェル・ビーイング（良好な状態、幸福）や見通しに影響を及ぼす。また知識をもつ夫の配慮と支援によって、妻の妊娠や出産の結果が改善されるし、緊急の医療処置を必要とする合併症を患った場合は、夫の決断が妻の生死を左右することがある。

協力的な男性は、子どもに愛情、世話、慈しみを与えるうえで大きな役割を果たせる。男性は家族の主要な稼ぎ手である場合が多い。研究者たちは、父親の不在と貧困の関連性を分析し始めている。父親の不在と情緒的、物質的支援の欠如によって、子どもの心理面、社会面、認識面の発達が阻害される[2]。父親が家計を支える責任をおろそかにすれば、女性と子どもは貧困に陥りやすくなる[3]。なかには、

子どもを学校に通わせずに仕事をさせたり、仕事に送り出したりせざるをえない母親もいる[4]。中央アメリカと米国での調査から判明したのは、父親の不在や無関心が及ぼす悪影響が多岐にわたり、学業不振、中途退学（家計を助けるために労働力となるケースも含む）から10代の妊娠、薬物・アルコール乱用にまで及ぶということである。米国では父親がいない子どもは自殺しやすいという傾向がみられた[5]。

家庭生活での父親の協力がもたらす多くの利益を考えると、それを促すための効果的な政策を打ち出すことが急務であることが浮き彫りになる。女性が子どもの健全育成や世話をする主たる責任を負うと決めつける社会規範や慣例があると、男性が妊娠や出産にかかわるのをためらう可能性がある。しかし男性が早くからかかわることが、後の父親としての役割と責任に結びつくのである[6]。

「母親と姉妹をもっと尊重するよう、われわれ父親が息子たちに教えることがどんなに大切かがわかりました。これからは娘たちに平等な機会を与えなければなりません」

ーラオスの高齢男性ルアンナムターで欧州連合（EU）と国連人口基金（UNFPA）が支援する「アジアの若者のためのリプロダクティブ・ヘルス・イニシアティブ（RHIYA）」後援のジェンダーに関する訓練セッションを受講して

ジェンダーに基づく期待が障害となって、男性が自分の子どもの生活だけでなく、自分自身の生活をも豊かにできないことがある。いくつかの調査では、父親になることによってウェル・ビーイングを向上させ、目的意識と達成感をもつ男性が多いことが確認されている。また一部の調査から明らかになったように、父親であることで、男性の犯罪やその他の危険な行為を抑制する効果がある[7]。さらに子育てについてジェンダーに公平で責任ある態度を示す父親は、自分の息子や娘にその価値観を伝え、子どもたちと過ごす時間が長い傾向がある[8]。

ジェンダーによる役割分業が男性に及ぼす影響

男性と女性は生活を共有しているが、両者の期待、機会、行動はしばしば大きく異なる。効果的な政策や計画の立案にはこの差異を理解することが不可欠である。また、男性を均質のグループとしてとらえることはできない。社会によっても、また同じ社会の中でも、社会経済的・文化的・民族的要因など幅広い要因に応じて規範は異なる[9]。それにもかかわらず、男らしさの理想が勇敢さ、強さ、独立心、性的活動と結びつく現象はいかなる社会にも広く共通して見られる[10]。

幼少の頃から男の子には、母親、父親、仲間、社会が将来の男性として期待する理想像が暗黙のうちに、あるいははっきりと教えられる。この「男らしさ」という理想が、男児と男性の態度と行動を形づくる可能性がある。男らしさの社会的な概念は、自己意識、帰属意識、自尊心に関連している。一面的な男らしさの理想が支配的な場所では、その理想が初めは家庭内で伝わり、コミュニティ、他の男女、オピニオン・リーダー、マスコミによって一層強固なものになる。その結果、男児や男性はこの理想にかなう人になるよう圧力を受ける。自分自身や他の人を犠牲にしてまで、この理想に伴う期待や態度を自分のものにしようとする。また社会からの期待があることで、自分には思いやりがあり、暴力的でなく、責任あるパートナーの素質があることを見逃す場合もある[11]。

支配力と権威のある立派な稼ぎ手としての男性の理想像は、妻や子ども、その他の男女との人間関係に影響を及ぼす。例えば、失業すれば男性は自分が「一家の稼ぎ手」であることを証明しにくくなる。たとえ家族や友人との付き合いを離れることになっても、稼ぎ手としての役割を果たそうと仕事を探して移住する男性もいる。機会に恵まれず自分の願いがくじかれた時、また慣れない土地で家族から離れて寂しく思う時、アルコール、薬物、危険な性関係に満足を求める男性もいる。東欧で1990年代に男性の平均寿命が短くなったのは、経済移行期の失業によるストレスとうつが原因であったとされている。アルコール依存症、ドメスティック・バイオレンス（家庭内暴力）、自殺、心疾患の高い出現率は男性の苦痛を反映している[12]。

多くの社会では、権力を誇示する男性の危険な行為や暴力の行使が黙認されている。しばしば男児や男性は、暴力が男性にふさわしい行為であり、男らしさを誇示し、自分の「名誉」を守るための手段として受け入れられることを社会の中で学ぶ。このことは男性の間で、また女性に対して暴力が頻繁に振るわれることに現れている。男児は家庭内の虐待という形で家族の中で初めて暴力を体験する場合もある。

青少年はしばしば暴力の加害者になるが、一方で暴力の

主たる被害者でもある。ラテンアメリカの一部の国では、思春期の少年（15－19歳）は殺人の犠牲者の69%を占めている[13]。いくつかの国で実施された調査から、青少年の10%が望まない性の誘いや幼児期の性的虐待を経験していることが明らかになっている。またメキシコ、ナイジェリア、ペルー、南ア共和国で実施した調査によると、男子はガールフレンド、デートの相手、行きずりのセックス・パートナーに頻繁にセックスを強要している。カンボジア、ペルー、南ア共和国の若い男性の相当数が、集団レイプに積極的にかかわったと報告している[14]。青少年のこのような有害な行動を防止するには、社会的、文化的、経済的要因が相互にからんで彼らをこのような行動に駆り立てている背景をまず理解する必要がある。

男性の性と生殖にかかわる生活　他の開発分野とは異なり、人口研究とリプロダクティブ・ヘルスはこれまでもっぱら女性、特に女性の出生力と妊娠や出産にかかわる生活に焦点を当ててきた[15]。男性に関する情報収集はほとんど行われなかった。その結果、男性特有のニーズや視点を反映するリプロダクティブ・ヘルスのサービス・プログラムはわずかしかない。しかし、過去10年にわたり39の開発途上国で実施されてきた15－54歳の男性を対象とする全国調査の分析によって、男性の性行動と女性の行動との違いに対する理解が以前より深まっている[16]。

このデータによると、男性の性の初体験年齢は女性よりも早く、婚姻内・婚姻外両方で女性よりも多くのパートナーをもつことが判明している[17]。20代初めまたはそれより若い年齢で結婚する男性はあまり多くない。しかし、青少年は年配の男性に比べて多くのセックス・パートナーをもつため、HIV防止のためにはこの年齢層に注目する必要がますます強まっている。調査対象となった開発途上国のほぼすべてで、20－24歳の男性の大部分が20歳になる前に初めての性行為を経験している。地域によって大きく差はあるが、15歳になる前に初体験をした人が35%に達する国もあった[18]。

リプロダクティブ・ヘルスと避妊は今なお主として女性の責任になっている。25－39歳の既婚男性の大部分は、とくにサハラ以南のアフリカではパートナーと家族計画について話し合ったことがないと報告している。コンドームと精管結紮という男性の避妊法は、いくつかの先進国と中国を除き、世界で使われている避妊法のごく一部を占めるにすぎない[19]。

26　過渡期にある中央アメリカの男性

UNFPAの支援で中央アメリカ大学が主導した父性に関する調査は、男性の父親としての役割に影響を及ぼす要因を特定した。この調査ではコスタリカ、エルサルバドル、ホンジュラス、ニカラグアの4790人の父親、その他の男女が対象となった。そこから3つのタイプが浮かび上がった。

「伝統的な男性」（調査対象の男性の51%）は、男性は「元来」家族の頂点にいると考えている。自分たちのことを扶養者で、しつけの厳しい人間と思い、必要であれば力を行使する。子どもへの愛情と理解は自分の権威や自分への敬意を弱めかねず、婚姻外での性的関係は容認されると考えている。このタイプの男性は、50歳以上の貧困層であり、非識字者か、ほとんど教育を受けておらず、農村地域に住んでいる傾向が強かった。

「現代的な男性」（39%）は子どもにやさしく、子どもの養育責任を分担する。それは離婚しても変わらない。暴力の行使を嫌い、避妊を共同責任と考え、家庭外での女性の役割を支援する。大部分が20－49歳で、中等または高等教育を受けており、都市部に住んでいる。「現代的」または「過渡期」の男性の多くは、ジェンダーの平等およびリプロダクティブ・ヘルス/ライツとその責任を女性と共有するという新しい考えや規範に接している若い父親であった。

「過渡期の男性」（10%）は前述の2つのタイプの中間に位置する。男性のアイデンティティについては不確かで、時に矛盾した考えを示す。

教育水準の高さは、ジェンダーの公正に配慮する態度と密接にかかわっている。このことは、貧困削減とMDGs達成のために必要な社会・経済的変化にとって中等教育の修了が不可欠であることを示唆したラテンアメリカ・カリブ経済委員会による調査でも確認されている。

15－49歳の男性でコンドーム使用がHIV防止になることを知っている人の割合には大きな幅がある。例えばバングラデシュでは9%だが、ブラジルでは82%である。性行動を始めた男性のコンドーム使用は多くの地域で増加しており、特に教育水準が高い男性や都市部に住む男性の間で増えている。これは入手しやすさと関係している可能性がある。チャド、ギニア、マリ、モザンビーク、ニジェールの農村地域に住む男性のうち、コンドームの入手先を知っていたのは半数にも満たなかった[20]。

性感染症にかかりながら性行為の相手にそのことを伝え

ていない男性の割合が大きいのは、深刻な問題である。開発途上国の一部では15－54歳の男性の10人中最低でも3人はパートナーに伝えていなかった。ベニンとペルーではその割合が10人中6人であった。ベニン、マリ、ニジェール、ウガンダでは、性行為を始めた15－24歳の青少年で過去12カ月以内に性感染症にかかった人のうち、そのことをパートナーに伝えていたのは半分以下だった[21]。

男児や男性に働きかける

当初は男性を巻き込むことを求めたICPDに触発され、その後はエイズ蔓延という緊急課題が促進剤となり、画期的プロジェクトを通して男性への働きかけが始まった。働きかけの場は、例えば、酒場や売春宿、理髪店やトラック・サービスエリア、スポーツ施設や若者センター、兵舎や警察学校、モスクや教会、学校や診療所などである。

これらのプロジェクトは、息子、父親、夫、セックスのパートナー、年長者、教育者、医療提供者、ジャーナリスト、政策決定者などの役割を担う男性を対象としている。プロジェクトでは、漫画本やラップミュージック、インターネット・サイトやホットライン、ピア・エデュケーター（仲間教育者）やグループ・カウンセラー、ゲームや劇、ラジオやトークショーを活用している。いくつかの国では男性の子育ての役割を頻繁に取り上げるようになっている[22]。男性は他の男性の言うことに耳を傾ける傾向があるため、政府高官や宗教指導者などコミュニティで尊敬されている人物の協力が求められた。サウジアラビアの宗教指導者は父親が娘に結婚を強要することを禁止し、カンボジアの伝統的僧侶はHIV予防について意見を述べ、ブラジルの国と州の高官は女性に対する暴力をやめるよう男性の協力を促している[23]。UNFPAは2005年にアフリカの17カ国から参加したイスラム教団体の地域会議を主催した。イマーム（イスラム教の指導者）とその他の宗教指導者は、女性の権利とリプロダクティブ・ヘルスの促進が「われわれの姉妹、娘の命を救い、アフリカの貧困を削減するために不可欠である」と主張する宣言を採択した[24]。

これらの多様な活動には、男性と協力する際の様々なアプローチが反映されている[25]。最も一般的で古いアプローチは、**クライアントとしての男性**に注目し、リプロダクティブ・ヘルスの情報・サービスが男性にとって利用しやすく魅力的になるよう目指している[26]。リプロダクティブ・ヘルスは女性の問題だという考えや、リプロダクティブ・ヘルスサービスがしばしば女性を対象に考案され、現実にも主に女性によって利用されているという事実を克服することなどがこのアプローチには含まれる。保健サービスを利用するのが恥ずかしいと告白する男性は多く、利用するのは最後の手段と考えている可能性が高い[27]。

男性をパートナーとしてとらえるアプローチは、リプロダクティブ・ヘルスの選択肢や決定[28]に対する男性の影響力を認識し、避妊、陣痛・出産時の緊急計画、HIVの自発的なカウンセリングと検査、中絶後のカウンセリングなどの問題に男女2人で対応するよう奨励する。このアプローチはリプロダクティブ・ヘルスの領域を超えて、ジェンダーに基づく暴力、女性性器切除などの広範な問題に男性を関与させることもある。

> *「保健サービスのイメージを母子保健として広めれば、男性が利用しないのは目に見えています。女性向けのサービスをなぜ自分が使わなければならないのか、自分は妊娠していないのに、と男性は考えるのです。間違いなく男性は使わないでしょう」*
>
> 一男性の視点に関するUNFPA実施のニカラグアでの調査の回答者

3番目のアプローチは**男性を積極的な変化**の担い手として重視し、ジェンダーの平等と社会変容を促進するうえで男性を全面的に関与させる。このアプローチでは、男性が自分の過去の出来事や経験を振り返り、ジェンダーに関する姿勢を問い、ジェンダーの不公正が自分と自分のパートナーに及ぼす悪影響を認識する機会が与えられる。

男性を効果的に巻き込もうとするプログラムは、倫理や人権にかかわる難題に直面する。男女間にすでに存在する力の不均衡を大目にみるプログラムは、不公正をさらに悪化させ、女性の意思決定を支配する男性の力を強めるという、意図しない結果をもたらしかねない。特にリプロダクティブ・ヘルスの領域ではこれは重大な問題である。政策や計画立案の段階でジェンダーに配慮する明確なアプローチが必要なのはこのためである。

男らしさの解釈を問い直す

男性や男児は、行動を促す社会圧力や成長過程で身につけた作法に感化されて、競争したり、暴力に訴えたり、「男らしさ」を誇示しようと性的リスクを冒したりする可能性がある[29]。恐れや感情を表に出すべきでないと教わっ

てきた男性は、本当の気持ちや心配を表現しにくいと感じることもあるだろう。このようなジェンダー規範は厳格で行動を制約するものだが、まったく変化しないわけではない。これまでの考えに代わる新しい考えを奨励することはできる[30]。例えば「強さ」の概念は、暴力行為につながりかねないが、仲間からの圧力に抵抗したり、自分や愛する人を守ったりする場合にも現れる。同じメッセージでも、その伝え方によって大きな違いが生まれることがある。例えばラテンアメリカのいくつかの国では、若い男性に子どもの生活にかかわる権利があると伝えたところプラスの効果がもたらされたが、これを義務であると伝えた場合は逆効果になった[31]。

調査から明らかになったとおり、世界中の多くの男性がパートナーのリプロダクティブ・ヘルスを支援し、それにもっとかかわることに関心を持っている。しかし、他の男性や家族のメンバー、雇用主からの冷たい反応や医療提供者からの抵抗に遭い、男性はその関心を実践に移せない場合がある[32]。厳格なジェンダー規範を心地よく思っていない男性もいるが、仲間の支えや社会的気運がない限り、自分ひとりではこのような規範に異議を唱えられないかもしれない。

一部のプログラムで明らかになっていることだが、男性は機会と励ましがあれば、より公平で健全な態度や行動をとる気になる[33]。例えば、ウガンダではUNFPAが支援する「リプロダクティブ・ヘルスおよび教育・コミュニティ・ヘルスプロジェクト」がサビニー・エルダーズ協会との協力の下で実施されている。このプロジェクトの結果、若い男性が女性性器切除に反対する圧力団体を自発的に結成した[34]。マラウイのHIV/エイズと共に生きる人のための全国協会では、10人の男性メンバーのうち9人がHIVに感染していることを妻に打ち明けられないと告白した。若いカップルのための支援グループ設立後、以前はHIV陽性であると告白できなかった若い男性の65%が自分の妻を連れてくるようになった[35]。同じマラウイで、ジェンダーの平等を支持する男性のネットワークはジェンダーの平等に関する意識向上を図る男性クラブを主宰している。ベトナムでは家事分担の領域を取り上げ、「家事を女性と分担すれば、幸せが2倍になる」というスローガンのキャンペーンを展開している[36]。

ペルーのマヌエラ・ラモス運動が実施する「リプロサルード・プロジェクト」で訓練を受けた男性の教育者は、貧しい先住民社会の男性に対しジェンダー規範とリプロダクティブ・ヘルスについて批判的に考えるよう指導している。プロジェクトのワークショップでは、暴力、アルコール依存症、セクシュアリティ、父性について話し合い、別の生き方を考える機会がもてることを男性が評価していることが明らかになった[37]。行動面での大きな変化も見られた。地元の保健施設ではサービスの利用が驚くほど増えた。例えばある病院では、1年のうちに家族計画に関する来院が4倍に増えたと報告している。コミュニティのメンバーも、このプロジェクトがもたらした変化を大いに歓迎した。

南ア共和国のエンジェンダー・ヘルスが始めた「パートナーとしての男性プログラム」は、勉強会、ラジオ、インターネットでの対話を通し男女がジェンダー規範やジェンダーの関係を率直に語り合うことでHIV感染を食い止めようと試みている。勉強会は、自分自身がドメスティック・バイオレンスやエイズの危険を経験したことで変化の必要性に気づいたという男性がよく進行にあたっている。このプログラムを始めたエンジェンダー・ヘルスは、南ア共和国メンズ・フォーラムなど他のグループと協力し、また若い男性に焦点を当てた企画を加えることで活動を広げている[38]。

> *「"自分の父親とは"違った夫になります。家事を分担し、妻が家の外で役割をもつのを支え、妻の自由な行動も認めています。妻を束縛するようなことはしないつもりです」*
>
> ービクトール、25歳
> ナイジェリアの「思春期の男性の意識向上プロジェクト」のメンバー

人格形成期

青少年の早い時期にジェンダーの公正という価値観をもつように教育するのが最も効果的である。前向きな男性の役割モデルを見て成長した男子は、ジェンダーの不公正や有害な固定観念を疑問視する可能性が高い[39]。若者への対応が急務である理由はもうひとつある。それは15－24歳の男性が、複数のセックス・パートナーや注射による薬物常用などHIVに最も感染しやすい危険な行動を取りがちだからである[40]。残念なことに、一般的な教育課程では青少年が人間関係の技能を習得したり、規範や仲間の圧力について話し合ったり、疑問や質問を投げかけたりする機会がない[41]。いずれにしても、すでに退学している可能性があり、HIVや薬物乱用、暴力の危険にさらされている、社会から

27 男性を議題に取り上げる

MDGsとの関連でみると、国の政策は男性の視点と役割を考慮する重要な機会となるにもかかわらず、それをないがしろにしていることが多い。しかしながら政策や法律を通じて、貧困削減、ジェンダーの平等、リプロダクティブ・ヘルスにおける男性の役割を取り上げ始めた国もある。

カンボジアの女性や女児と性感染症/HIV/エイズに関する政策は、男性の役割に注目するよう求めている。政策には「女性と女児の間でのHIV/エイズの広がりは、男性の性行動を具体的に変化させない限り抑制できない」とうたわれており、このことは政策決定者やサービス提供者に向けた方針にもはっきりと記載されている。

2002年のベトナムの貧困削減戦略文書は、家族計画に関する自らの役割と責任を認識している男性がごくわずかであることを認め、男性の避妊を促進する政策を提案している。ボツワナの家族計画政策は、「特別なグループ」のリストの一番目に男性をのせ、クライアントとしての男性の要求に応じるためのガイドラインを提示している。

多くの国の青少年政策が以前にも増して若い男性に注目するようになっている。例えば、ジャマイカでは青少年の状況を危惧する声が高まり、男性の教育、男性の役割モデル、父親となることに重点をおく政策につながった。ジャマイカの1994年の全国青少年政策では「ジェンダーの公正および男性らしさ・女性らしさにまつわる社会規範と文化的慣習の変容」を促進することを求めている。

一般に、先進国でも開発途上国でも男性の父親としての役割はあまり注目されてこなかった。しかし過去20年にわたり西欧、北米、オーストラリア(訳注：日本も)では、父親の育児休暇など男性の父親としての役割を促進する政策やプログラムが採用されてきている。ラテンアメリカの一部の国では、子どもに対する世話と金銭的支援を父親に義務づける法律が成立している。ただ、予算が限られ法の執行が不十分であるため、その効果は限定されている。

コスタリカで2001年に可決された画期的な「父親としての責任に関する法律」は、自分の親を知り、親に扶養される子どもの権利に関する父親の義務を規定し、それによって婚外子に対する汚名をある程度取り除いている。この法律は、母親が父親の認知を求めた法的請求の手続きを確立し、父親である確証がない場合に遺伝子検査を義務づけ、父親に認知されない子どもの数の減少に貢献した。認知されない子どもは1999年には29.3%だったのが、2003年には7.8%に減少したのである。この法律はまた、意識向上のキャンペーン、DNA検査費用を賄う年間予算の割り当て、責任ある父親を促進する国の政策立案を求めている。

取り残された貧しい思春期の少年に働きかけるには、学校の外に出る必要がある。

ケニアのチョゴリア・ホスピタルの「立派な大人になる」プログラムは、男子の伝統的通過儀礼とその隔離された期間に男子の受容度が高まるのを利用し、性行動、薬物、人間関係の問題を取り上げている[42]。全米保健機構(PAHO)が始めた試験的プログラム「マスキュリニティ・アット・プレイ」は、少年がスポーツで見せる若々しい意気込みを利用している。ラテンアメリカのいくつかの国ではサッカーのコーチが訓練を受け、ジェンダーの公正、思春期の若者の権利と責任、健康的なライフスタイルについての学習を8－12歳の男子を対象とするサッカーの練習に導入している[43]。ウガンダでは、2003年と2004年にアフリカ青年連盟が50万人以上の若者に対してリプロダクティブ・ヘルスとHIV予防に関する教育・サービスを提供した。このアウトリーチ活動は、通常保健施設にやって来ない10－14歳の男子に対して特に効果を発揮した。

ナイジェリアではコミュニティの男性メンバーが運営する「思春期の男性の意識向上プロジェクト」を通し、体系的な対話を活用して、指導者の素質がある14－20歳の青少年に批判的に考える能力を身につけるよう育成している。話題の中には、ジェンダーに基づく抑圧と暴力、家庭内での力関係、性的に親密な関係、セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルス、人権、民主主義などがある[44]。

エジプトとインドでは国際NGOである人口・開発活動センター(CEDPA)が、ジェンダーの不公正に疑問を投げかけつつ、その一方で自分の可能性を広げるよう青少年を指導している。このプログラムでは、職業訓練の授業、治療・補習授業、体育、クラブ、その他のコミュニティの組織を通じて若者に働きかけている[45]。

ブラジルで開発された「プログラムH」は、保健と教育の専門家を養成し、青少年と共に暴力防止、父性、セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスの問題に取り組めるようにしている。このワークショップでは、伝統的に決められた男らしさの概念を見直し、ジェンダーの公正に配慮した態度と行為を身につけるよう推奨している。UNFPAの支援の下、コスタリカ、ホンジュラス、ニカラグア、パナマでも「プログラムH」と同様のプログラムが

実施され、アフリカ・アジアの国にも拡大されつつある[46]。

進展を加速させる

貧困削減、ジェンダーの平等、エイズの蔓延を食い止めるためのリプロダクティブ・ヘルスおよび女性に対する暴力の撲滅（第7章参照）において、男性を巻き込むことで得られる利益は明らかである。最近のイニシアティブや政策、法律がその成果を示している。しかし予算面の制約が大きく立ちはだかり、公正さを促進することに対する社会文化的な抵抗も根強い。過去10年で多くの画期的プログラムが登場しているが、一般にその活動規模は小さい。

MDGsを達成するには、男性を直接、より広い範囲で巻き込む必要がある。それには軍隊や警察で実施されているリプロダクティブ・ヘルスとジェンダーのプログラムが手本となる。世界の国々はUNFPAと協力して既存の軍の保健・教育システムを活用し、人口の大きな割合を占める層に働きかけようと試みている。特に新兵の大部分を占め、HIVを含む性感染症予防の対象として重要な青少年への働きかけを重視している[47]。ボツワナ軍のプロジェクトは、差し迫った問題であるHIV予防を導入し、リプロダクティブ・ヘルス/ライツのその他の側面に対する意識向上も図ろうと試みた。ナミビア北西部では、陸軍将校や警察官、およびサッカーのコーチやマネージャーに対してリプロダクティブ・ヘルスの問題に関し訓練を実施した。地元のビール店を活用してメッセージを普及させたこのプロジェクトにより、ジェンダーに基づく暴力が減り、コンドームだけでなく自発的な検査とカウンセリングを求める人が増えるという成果が見られた[48]。

ラテンアメリカでは、UNFPAが過去10年間に9カ国の軍隊でリプロダクティブ・ヘルス、ジェンダーの平等、HIV予防に関するプログラムの制度化を支援した。エクアドルでは、陸軍学校と兵舎でのリプロダクティブ・ヘルス教育を拡大し軍人の家族をも対象に含めた。ジェンダーの固定観念は変化の兆しを見せており、思春期の子どもと父親の関係は改善してきている。

ニカラグアでは、リプロダクティブ・ヘルスプログラムが、軍隊の保健サービスと訓練コースのすべての段階で正式に義務づけられている。陸軍徴集兵1000人が「セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルス部隊」として活動するよう養成され、兵役を終えると自分のコミュニティで教育活動を実施する。軍で働く女性は、以前よりも同僚から尊重されるようになり、女性のリプロダクティブ・ライツについて支援と知識が広まったと報告している。コンドームの需要も増加している[49]。

男性の関与を拡大する他の方法としては、職場にいる従業員を対象にする方法、国の保健施設を利用する方法がある。ハイチではエイズと闘うNGOグループが公益企業やビン詰め工場で働く2万人の男性に働きかけた[50]。バングラデシュでは、男性向けサービスを農村の保健・女性福祉センターの事業に統合しようと試みている。この試験的プロジェクトを拡大して大きな成果が上がれば、保健省は全国3700カ所の保健センターに範囲を広げる計画である[51]。

> *「ガールフレンドとは前よりもずっと話し合うようになりました。今は彼女のことをよく気遣っています。…大切なのは相手が望んでいることを知り、相手の話をよく聞くことです。“ワークショップ”の前は、自分のことだけを気にしていましたけどね」*
>
> ―「プログラムH」に参加するブラジルの若者

2005年に発表された国連事務総長の北京女性会議進捗報告と国連のHIV/エイズに関するコミットメント宣言では、男児や男性に影響を及ぼす社会規範を変える必要性、女性の人権の推進、HIVの蔓延阻止とHIV陽性の家族のケアに男性をパートナーとして関与させる必要性が改めて述べられている[52]。男性を重視する声が大きくなっていることから、いくつかの重要な問題が生じている。女性はリプロダクティブ・ヘルスと出産で多大な負担を担っているため、男性を対象とする活動のために女性が犠牲になったり、わずかな予算の中から女性にとって絶対的に必要なプログラムに配分されるべき支出が削られるようなことは避けなければならない。ひとつの解決策としては、男女双方に利益をもたらす形で男性を関与させること、ジェンダーの平等を明確な目的として推進することが挙げられる。様々なイニシアティブの結果をみると、男女双方に働きかける活動によって、国際的な開発目標に向けさらに前進できる可能性がある。それは国連ミレニアム・プロジェクトでも求められているとおり、十分な資源と政治的意思を結集し、ジェンダーの公正が進んだ世界を目指す動きを加速することである。

第7章　ジェンダーに基づく暴力：大きすぎる代償

「日常的な暴力に脅かされて暮らしている女性は・・・本当の意味で自由とは言えない」

ーコフィ・アナン国連事務総長『より大きな自由を求めて』

ジェンダー（社会的・文化的性別）に基づく暴力は、恐らくこの世に最も広くはびこりながら、最も大目にみられている人権侵害であろう。しかし女性、子ども、家族、コミュニティが受ける代償は、貧困削減やジェンダーの平等の実現、その他のミレニアム開発目標（MDGs）の達成にとって大きな障害となっている。暴力は男女を問わず被害者に身体的、精神的な傷を残すが、ジェンダーに基づく暴力は、圧倒的に男性から女性や女児に対して振るわれる。これは、男女間の不公正を反映し、それを強化するだけでなく、被害にあった女性の健康や尊厳、安全、自主性を脅かすものである。

世界的にみて女性の5人に1人は、一生涯のうちにレイプやレイプ未遂の被害にあうと推定される[1]。女性の3人に1人は、殴られたりセックスを強要されたり、その他の虐待を受けているが、大抵の場合その相手は家庭内の誰かか、あるいは知り合いである[2]。しかし、加害者の男性はほとんどの場合処罰されない。毎年、何十万人もの女性や子どもが売買され奴隷にされているが、さらに何百万もの女性や子どもが有害な因習の被害を受けている。15－44歳の女性で暴力によって命を奪われたり障害を負う人の数は、がんの患者数に匹敵する。また、女性の健康被害は、交通事故とマラリアの被害者合計を上回る[3]。

ジェンダーに基づく暴力がもたらす結果は破滅的である。助かった人でも生涯にわたって情緒的に深い傷を負い心の問題を抱え、リプロダクティブ・ヘルスに恵まれないことが多い。虐待された女性たちはまた、HIV感染の高いリスクにさらされている[4]。身体的暴行や性的暴行を経験した女性は、徹底した保健サービスを長期にわたって必要とする傾向にある[5]。暴力の影響がこれからの世代に拡大することも考えられる。虐待を目撃した子どもたちや被害の当事者である子どもたちは、長期にわたり心理的ダメージに苦しむことが多い[6]。

国全体の損失も同様に大きい。ヘルスケアの費用は増加し、裁判所や警察、学校への要求は高まり、教育上の成果は失われ、生産性は低下する。チリでは、1996年に家庭内暴力により女性が失った収入が15億6000万ドルに上った。これは同国の国内総生産（GDP）の2%を超える[7]。インドでのある調査によると、暴力を受けた女性は平均して7日間の休業を余儀なくされた[8]。オーストラリアでは、家庭内暴力は出産可能年齢にある女性にとって健康上唯一最大のリスクであり、年間およそ63億ドルの経済的損失をもたらしている[9]。米国では、こうした経済的損失が年間126億ドルにもなる[10]。国際金融機関もまた、このような現状に注目し始めた。例えば米州開発銀行（IDB）は、資金貸付政策を通じてジェンダーに基づく暴力の問題に取り組んでいる[11]。

ジェンダーに基づく暴力の重大さと多様な形

ジェンダーに基づく暴力を振るうのは、親密な関係にあるパートナー、家族、あるいは知人や面識のない他人である場合など様々である。ジェンダーに基づく暴力は長い間、個人的な問題として考えられてきたが、現在では女性の従属的な地位に根ざした人権侵害であると国際社会が認識している（囲み28参照）。1994年に開催された国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）および1995年の第4回世界女性会議（北京会議）で採択された行動計画・行動綱領はともに、ジェンダーに基づく暴力の撤廃こそ、ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント（能力強化）推進の要であると認めた。「ジェンダーに基づく暴力」とは、家庭内暴力、性的および精神的虐待に加え、女性性器切除をはじめとする有害な因習を含む。さらに、女児は社会的価値が低いという考えが極端な形として現れた出生前の性の選別や生まれたばかりの女児の殺害もジェンダーに基づく暴力である（囲み29参照）。武力紛争の際に恐怖を植えつける道具として組織的レイプが利用される例がますます増えており、このような現状が、女性を保護し加害者を処罰することを目的とした重要な国際協定の採択を促した（第8章参照）。

28 女性に対する暴力とは

1993年に国連が採択した「女性に対する暴力撤廃に関する宣言」は、ジェンダーに基づく暴力の定義を初めて正式に提示した。

第1条：「ジェンダーに基づく暴力」とは、公的または私的生活のいずれで起こるかにかかわらず、女性に対する身体的、性的、精神的危害や苦痛（かかる行為の威嚇を含む）、強要または不当な自由の剥奪となる、または、そうなるおそれのあるものをいう。

この宣言の第2条では、「ジェンダーに基づく暴力」は、家庭および一般社会において発生する身体的、性的および精神的暴力、もしくは、どこで発生したかを問わず、国家によって行われるまたは容認される身体的、性的および精神的暴力を含むが、これに限定されないと述べている。こうした行為には、夫による殴打、女児に対するものも含めた性的虐待、持参金（ダウリー）に関連する暴力、配偶者によるものも含めたレイプ、女性性器切除およびその他の女性に有害な伝統的因習、非配偶者による暴力、搾取に関連する暴力、職場・学校・その他の場所で起きるセクシュアル・ハラスメントおよび脅迫、女性の売買、強制売春が含まれる。

1995年に採択された北京行動綱領は、この定義をさらに拡大し、以下のことも含まれると明記した。組織的レイプ、性的奴隷、強制妊娠を含めた紛争下における女性の権利の侵害、強制的不妊手術・強制的中絶・避妊薬（具）の強要、出生前の性の選別および生まれたばかりの女児の殺害。行動綱領はさらに、高齢者および避難民、先住民、難民および移住者、貧しい農村あるいは遠隔地域に住む女性、もしくは拘留中の女性のような少数派に属する女性が特に被害を受けやすいことを認めている。

ジェンダーに基づく暴力の中で最も一般的な形は、家庭内暴力であろう。調査データによると、国によって差はあるものの、女性の10－69%が家庭内暴力の被害にあっている[12]。およそ4分の1は、同時に性的虐待も受けていた[13]。性的暴力には、身体的・心理的脅し、女性の望まない性的勧誘や性的行為、デートレイプおよび配偶者間のレイプ、さらに恐喝が含まれる。性的暴力の中には、女性の経済的不安につけ込み、仕事の解雇をちらつかせて脅したり、性行為と引き換えに食べ物や住まいを提供して女性を搾取するものがある。避妊薬（具）の使用を拒否するのも一種の性的暴力とみなされる[14]。虐待されている女性は怯えながら毎日を送っているものの、その多くは、コミュニティによる非難や報復を恐れ、身動きできない状態にある。しかし、こうした恐怖には正当な理由がある。先進国の調査によると、親密な関係にあった相手による殺人の相当数が、その相手の虐待から女性が逃れようとする時や、逃れた直後に発生している。オーストラリアやカナダ、イスラエル、南ア共和国、および米国では、殺人の犠牲となった女性の40－70%は親しかった男性パートナーの手にかかっている[15]。

> *「十分なダウリーをもって来なかったことを理由に、明けても暮れても、私は夫とその親族から言葉でも身体的にも虐待を受けました。…私にできることは、もう何もありません」*
>
> ―結婚後6カ月のジャムナ、19歳、インド

人身売買は、時として「史上最大の奴隷貿易」と呼ばれ、世界で最も成長著しい非合法ビジネスのひとつとして今や薬物の密輸を追い抜こうとしている[16]。米国務省の「2005年人身売買報告」によると、推定で年間60－80万人が人身売買により強制労働させられており、その大半が商業ベースの性的搾取の対象となっている。その約80%は女性と女児であり、未成年者は最大で50%に上る[17]。約200万人の子どもたちが、数十億ドル規模の性産業で強制売春をさせられているとみられるが、その大半は少女である[18]。同一国内での人身売買はさらに多いと推定される[19]。2000年に国連総会は、性的人身売買が驚くほど増えていることを踏まえ、女性や子どもを保護するために「国連国際組織犯罪防止条約」のための議定書を採択した[20]。2005年には、欧州会議も人身売買条約を採択した[21]。人身売買撲滅のための法律や政策を導入している先進国と開発途上国は増えている[22]。

性的暴行の対象―思春期の少女と若い女性　若い女性や思春期の少女は、とりわけジェンダーに基づく暴力の被害を受けやすい。全世界で発生する性的暴行の50%近くは、15歳以下の少女が被害者である[23]。多くの若い女性が、初めての性体験は強要されたものだったと報告している[24]。カリブ海諸国ではこの数字が、若い女性の48%に上ると推定される[25]。ジャマイカやマリ、タンザニア、ジンバブエの

調査によると、思春期の少女の20－30%が性的暴力を経験していた[26]。性的関係の強要は特に児童婚が珍しくない社会環境の中で起こりやすい[27]。ブルンジでは、国連人口基金（UNFPA）の支援を受けたNGOセンターが性的暴力の被害者をサポートしているが、このセンターで2004年にケアを求めた女性の88%は若い女性であった。タイでは、親しいパートナーからの暴力が、15－24歳の女性と少女の主な死亡原因となっている[28]。

一度性的虐待を受けた女性は、再びそうした被害を受けやすい傾向にある。最初の性体験が強制されたものであった女性の60%は、その後の人生で性的暴力を経験していた[29]。子どもの時に受けた性的虐待や近親姦は、性的行動やリプロダクティブ・ヘルスに対し生涯にわたり影響を及ぼす可能性がある[30]。虐待を受けた思春期の少女は、若年での妊娠と中絶を繰り返し、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）を含む性感染症（STI）に感染する傾向が高い。思春期の少女と若い女性はまた人身売買の主要な標的であり、紛争の際には武装グループに最も狙われやすく、児童婚や女性性器切除などの有害な因習の被害も受けやすい。

> *「あの地域の人たちは私のような女の子なら誰でも連れていこうとします。あそこには女の人があまりいないの。私は売られてきて、あの男と暮らさなければなりませんでした・・・怖かった。でも逃げることができませんでした。電話をかけるお金さえなかったし。ずっと家に帰りたかったんです」*
>
> ―兄の手で年配の男性に売られていった中国出身の19歳の少女

沈黙の文化に隠されて　女性に対する暴力は長い間、沈黙の文化のもとに隠されてきた。恥辱感や汚名意識、報復に対する恐怖から暴力はあまり報告されることがなかったため、信頼できる統計を手に入れるのは困難である[31]。レイプされたことや、その結果家族に不名誉をもたらしたことで被害

29　消失した女児たち

女児に対する差別は、ときに母親のお腹の中にいる時から始まる。国によっては強い男児選好のため、出生前の性の選別を通じて、何百万もの女児が排除されている。女の赤ん坊は、意図的な育児放棄や飢えで死に至ることもある。アジアでは、少なくとも6000万人の女児が「消失」している。国によっては、都市部で出生前の性の選別がごく一般的に行われている。羊水穿刺や超音波などの技術が手軽に利用でき、簡単に乱用されるためである。そのほか、男児選好の傾向が強い農村地域でも、性の選別は普通に行われている。各国政府はこうした因習を禁止し、女児の差別と遺棄を禁じる法律を制定してきたが、因習は相当に根深い。多くの地域で性の選別に拍車をかけているのが、娘は「経済的に負担のかかる存在」という認識である。これは娘の場合、一家の収入に対する貢献があまり見込まれないことや、多額のダウリーを要求されることが背景にある。性の選別は、医師や医療機器の製造業者にとって儲けの多い商売になっている。

出生時の性比（訳注：出生児の中の女児に対する男児の比率）は、生物学的理由から男児の数がわずかに多く、女児100人に対して、通常男児は103－107人である。しかし男児や男性は女児や女性に比べると、一生を通じて死亡率が一般的に高いため、世界のほとんどの国で女性は男性の数を上回っている。一国の性別バランスは、その社会のウェル・ビーイング（良好な状態）を示す効果的な指標となり得る。アジア諸国の一部に見られる女性や女児の（相対的な）不足は、結婚であれ性労働であれ、女性の人身売買に対する需要を増やし、女性の全般的な地位を悪化させるなど、社会に対し憂慮すべき影響を及ぼしかねない。

このような因習を撤廃するためには、社会が女児や女性を尊重するよう現状を変えていくことが不可欠である。インドではUNFPAが政府を支援して包括的なアプローチを実践している。そのアプローチでは、マスコミの関心を高め、コミュニティに根づいたネットワークをつくって因習撤廃を訴え、保健サービス提供者に高い問題意識をもたせ、若者をはじめとする主要関係者の参加を促すなどしている。ハリヤナ州は、性比の不均衡が最も著しい州のひとつであるが、ここでは「覚醒のためのフォーラム」が、娘たちの権利を推進する女性の社会活動グループとして機能している。これらのグループは、性による子どもの選別をしないよう家族や医師に訴えてきた。中国では、政府が2010年までに性比の不均衡の是正を目指しており、UNFPAは政府や学会、マスコミと協力して国民の関心と受容度を高める取り組みを行っている。国家人口・計画生育委員会（NPFPC）は、13の省に及ぶ貧しい地方社会で、「ガール・ケア」イニシアティブを打ち出した。そこでは、年金制度や授業料の埋め合わせを目的とした金銭的報酬などの優遇策を女児の親に提供している。2004年にUNFPAとフォード財団は、出生前の性の選別に関する国際会議を開催し、この因習を撤廃するための様々な戦略に対するマスコミと政策担当者の関心を喚起した。

30　ネパール：人としての生活を取り戻し、人身売買撲滅のために闘う

現在35歳になるマヤ（仮名）は、若い時親類の口車に乗せられ、ネパールからインドのコルカタの売春宿に連れて行かれた。14年間、彼女は1日に10人の客をむりやり取らされる毎日を送った。HIVに感染したとわかってネパールに送り返された彼女は、すっかり落ち込み自殺まで考えた。彼女は「人身売買を乗り越えて」が運営するヌワコット（ネパール）の女性シェルターでカウンセリングを受けながら35日間を過ごした。これは、女児や女性の人身売買に対するミレニアム共同イニシアティブ（JIT）である。マヤは自信を取り戻すにつれ、人身売買やHIV予防について他の女性に教え始めた。ネパール政府と国連人身売買対策タスクフォースの共同の取り組みであるJITは、マヤのような女性の回復を支援し、サバイバーとしてだけではなくコミュニティの優秀なメンバーとして、あらゆる面で社会参加することを支援している。

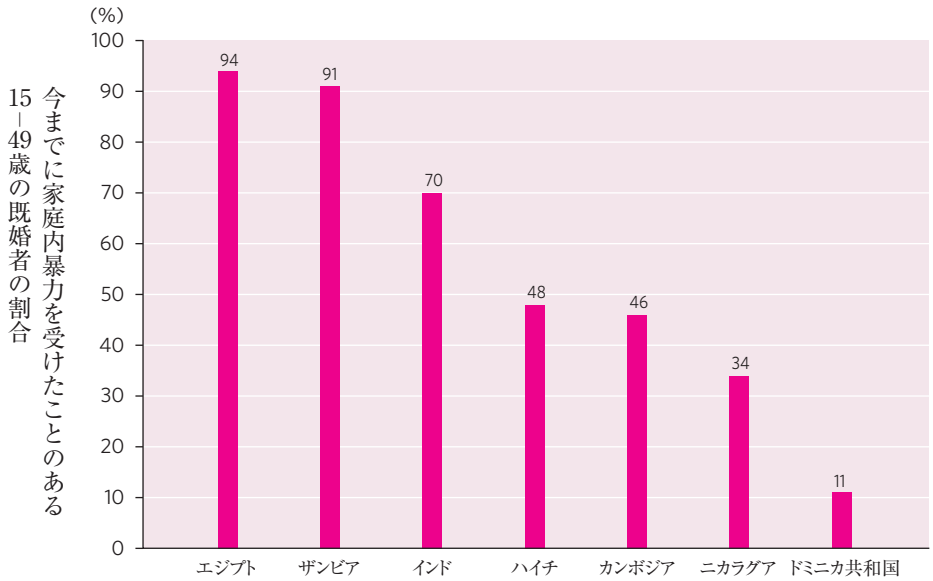
を受けた女性が逆に非難されることは珍しくない。世界保健機関（WHO）によると、多国間調査で面接した女性の20－70%は、虐待について話すのはこれが初めてだと言っている[32]。

女性が沈黙を守っている理由のひとつに、多くの社会で、女性に対する暴力が「ごく普通の」男女関係の一面として受け入れられていることがある[33]。国によっては、セックスを拒否し、時間どおりに食事を用意しなかったという理由で妻が殴られることを、大部分の女性が当然ではないかと考えている（図5参照）。ペルーと南ア共和国の調査によると、面接を受けた少年少女ともに、性的暴行の被害者は責められるべきであり、そうなったのも被害者が挑発したためではないかとさえ考えていた[34]。

多くの社会で女性が男性に経済的に依存し、社会の中で従属的な地位にあり、加えて、女性の法的権利と法律に関する相談サービスが欠如していることが、虐待の多い状況下で自らの身を守り、そこから逃げ出すという女性の能力を抑え込んでいる。虐待を受けている女性は孤立しがちであり、社会的交流や収入を伴う活動から遠ざけられ、虐待に終止符を打つ選択肢を手にすることができない。女性とその子どもたちは、貧しさへの恐れから虐待される状況を抜け出せないこともある。一家の生活や経済的安定のために必要な収入を女性に渡さないこと、または所有物や仕事に損害を与えることは暴力の一種である。しかし、そうした脅しが法律に触れるものであると認識されることはまれであり、わずかにコスタリカやドミニカ共和国、グアテマラやホンジュラスなどに例外がみられるだけである[35]。

ジェンダーに基づく暴力を禁止する法律があっても、法の執行や制度がそれを支えるのに十分でない場合がある[36]。そのため、暴力の被害を受けた女性は、時として法律によって再度苦しめられる。このような法律は予算割当額が十分でないため、法律が意図するものと現実との間に重大な格差が生じている。中南米やカリブ海諸国のほとんどは家庭内暴力に関する法律を採択しているが、省庁の予算を分析すれば、法律の適切な執行には資金が不十分であることが一目瞭然である[37]。

図5：理由*がひとつでもあれば夫が妻を殴ることは正当化されると考える女性たち



*理由の中には、子どもたちの養育を放棄する、夫の合意なしに外出する、夫と口論をする、セックスを拒否する、時間どおりに食事を用意しない、他の男性と口をきく、を含む。

Source: Kishor, S. and K. Johnson, 2004, *Profiling Domestic Violence: A Multicountry Study,* Calverton, MD: ORC Macro, Measure DHS+:66

女性に対する暴力とMDGs

国連ミレニアム・プロジェクトは、「暴力からの解放は、特に女児や女性にとって」中心的な権利であり、実りの多い人生を送る能力を身につける上で不可欠であることを確認している[38]。ジェンダーに基づく暴力は、ジェンダーの平等に関係するMDGsの達成を直接脅かすものであり、女性のエンパワーメント、乳児と妊産婦の健康と死亡、およびHIV/後天性免疫不全症候群(エイズ)との闘いに向けた努力を危うくする。こうした暴力はまた、教育面での達成にも影響を及ぼすことがある。ニカラグアでの調査によると、母親が虐待を受けている場合、その子どもの63%は留年し、そうでない子どもより平均して4年早く学校をやめていた[39]。ジェンダーに基づく暴力は、女性が社会・経済・政治活動に全面的に参画するうえで障壁となっている。教育とジェンダーの平等に関する国連ミレニアム・プロジェクト作業部会が呼びかけ、国連事務総長のリーダーシップの下で実施されている女性に対する暴力撤廃のための世界キャンペーンは、この問題の重要性をよく表している[40]。

> *「早くに結婚するなんて嫌でした。結婚したら、夫の親族は夫とベッドを共にするよう強要しました。毎晩が悪夢でした。それ以来、夜が来るたびにまた悪夢が訪れると毎日が不安でした。それが一番嫌だったのです」*
>
> ―5歳で結婚した現在11歳のエチオピアの少女

リプロダクティブ・ヘルスに及ぼす影響　女性に対する暴力は、リプロダクティブ・ヘルスや妊娠の結果を脅かすものである。暴力による影響には、望まない妊娠、安全でない中絶や妊産婦の死亡、流産や死産、妊産婦ケアの遅れ、早産[41]、胎児の損傷や低体重児[42]などが挙げられる。虐待を受けた女性はまた、HIVや他の性感染症(STI)に感染する危険が高い。感染症にかかる機会は、レイプによって直接的に、またコンドーム使用の交渉を恐れることで間接的に増大する。暴力的な男性は結婚生活の外で複数のパートナーと付き合う傾向にあるという事実が、これらの感染リスクをさらに高めている[43]。性行為の強要は、現在、若い女性の間で増え続けているHIV感染の重要な要因と考えられている(第5章参照)[44]。武力紛争の際に報告されているように、残忍なレイプによって膣のろう孔(フィスチュラ)や生殖器の穿孔、その他関連する傷害が引き起こされる[45]。女性性器切除による身体的影響には、激しい痛み、出血多量、ショック状態、苦痛を伴う性交、不衛生な道具の使用によるHIVその他の感染症のリスク、慢性的骨盤炎症があり、さらに死に至る場合さえある。心理的影響としては、不安感やうつ病がある[46]。

女性のおよそ4人に1人は、妊娠期間中に虐待を受けており母子ともに危険にさらされている[47]。インドのある地区では、妊娠中の女性の死亡の16%が家庭内暴力によるものであった[48]。妊娠中の暴力は、低体重児のリスクを4倍に高め、流産のリスクを2倍に高める[49]。ニカラグアでは低体重児の16%は、妊娠中の母親に対する虐待が原因である[50]。香港、中国[51]やウガンダ[52]で行われた臨床調査によると、中絶を受けた女性のおよそ30%は、妊娠を中断する主な理由として虐待を報告している。

リプロダクティブ・ヘルスプログラムを通じた虐待への取り組み　リプロダクティブ・ヘルスサービスは、暴力の被害を受けた女性へのサポートを提供するための戦略的な窓口となる。リプロダクティブ・ヘルスセンターに来ることが、女性にとって援助を得る唯一のチャンスとも言える。公衆衛生の基盤整備が非常に限られているサハラ以南のアフリカでさえ、女性の圧倒的多数がこうしたセンターで、妊産婦ケアや家族計画についての情報を得ている[53]。リプロダクティブ・ヘルスの枠組みで、女性に対する暴力の問題に取り組むことは費用対効果が高いとも言えよう。暴力は、再発する健康問題の原因であり、暴力のために女性は、望まない妊娠やSTIから自分の身を守ることができないでいる。リプロダクティブ・ヘルスの枠組みの中で女性の健康診断を日常的に実施すれば、女性と乳児のリスクをともに軽減する一助となる。

1995年の第4回世界女性会議(北京会議)で各国政府は、「メンタル・ヘルスサービスをプライマリー・ヘルスケア・システムに統合し・・・プライマリー・ヘルスワーカーが、どのような形であれ暴力の被害にあった少女や女性をその年齢にかかわらず見つけだしケアできるようにトレーニングする」と約束した[54]。1990年代には、ジェンダーに基づく暴力に対処するため、包括的サービスを開始する国が増えていった。マレーシアは、医療と法的サービスを提供する「ワンストップ危機センター」をいち早く開設した国のひとつである[55]。ブラジルやコロンビア、ドミニカ

31　暴力のない生活―それは私たちの権利

UNFPAをはじめとする8つの国連機関が1998年に始めたイニシアティブを見ると、政府や市民団体、女性グループおよび国連体制の長期的協力関係を維持していくうえで、様々なキャンペーンがいかに役立っているかがわかる。中南米とカリブ海諸国では、女性の人権に関する国連諸機関の合同キャンペーン「暴力のない生活―それは私たちの権利」が展開された。このキャンペーンは22カ国の政府が承認し、この問題が常に政策立案者と民衆の主要課題となるようにした。

キャンペーンは、雑誌「マリア・マリア」、各地を巡回する写真コンテスト、および公共広告などのマスコミを活用し、女性に対する暴力について国や地域レベルでの行動を促すものであった。2001年には、南北アメリカのジェンダーに基づく暴力、保健および諸権利についてシンポジウムが開催され、30カ国から保健省や女性団体、市民団体の代表が集まり、女性に対する暴力がもたらす公衆衛生上の課題に取り組む様々な戦略について話し合った。このシンポジウムの「行動の呼びかけ」は、個人の安全に対する女性の権利を保健制度の重要課題として位置づけ、各国の政府や市民団体に法律、経済、社会を網羅する包括的行動をとるよう強く求めた。地域組織と国連機関は引き続き協力して、地域や国レベルでの支援を行い、進捗状況の監視を続けている。

共和国、ペルーでは、国際家族計画連盟（IPPF）の加盟協会が、既存のリプロダクティブ・ヘルスサービスを拡大して、ジェンダーに基づく暴力をその活動の一部に取り入れた。IPPF多国間プロジェクトの評価によると、虐待を受けた女性を見抜き、（適切な機関に）照会する割合は最初の1年間で劇的に増えた[56]。UNFPAは、10カ国のリプロダクティブ・ヘルスの枠組みで同様のプロジェクトを試験的に実施してきた。国によっては介入の成果が出て、虐待された女性にその場で健康診断とケアを行う保健施設が増えた。また、女性が利用できるサービスのネットワークが、保健部門の域を超えて拡充された[57]。レイプ後のケアのひとつとして、緊急避妊法を利用できるようにした政府も増えている。

教育、安全、資産　ジェンダーに基づく暴力は、あらゆる階級の女性に影響を及ぼすが、貧困と教育の欠如は、さらなる危険因子となる[58]。教育水準が高いと女性のエンパワーメントが進み、暴力を防止する一助となる。質の高い教育プログラムもまた、女性の権利を尊重するよう若い男性の意識を高める手段として機能し得る。

少女にとって学校を安全な場所にすることは、MDGs教育目標の達成にとって重要なステップである。国によっては、性的虐待やレイプを恐れて娘を学校に行かせない親もいる。こうした現状に対し、行動を起こしている国もある。例えば、パナマ政府はUNFPAの支援を得て、学校での少女に対する性的虐待を防止する全国的プログラムを展開した[59]。貧しい暮らしをしている女性や女児の多くは、レイプの被害を一層受けやすい。これは近隣地域や、職場・学校への通勤・通学が危険であることが関係していると思われる。成功を収めている公共機関の対応には、モントリオールの「ビトウィーン・ツー・ストップス」やバンコクの「レディー・バス」サービスがある[60]。モントリオールでは夜間のバス運行で、女性ができるだけ目的地に近い地点で下車できるようにした。

経済的資産もまた、女性保護のうえで効果があるように思われる。インドのケララ州でのある調査によると、財産を持たない女性の49%が身体的暴力を受けたと報告しているが、これに比べ、資産を所有する女性の場合はわずか7%であった[61]。暴力撲滅の取り組みの中には、女性の経済的エンパワーメントを中心に据えたものもある。アルジェリアとモロッコではUNFPAの支援を得て、被害者向けの既存のサービスにこのような企画を盛り込む取り組みを行っている[62]。UNFPAはベネズエラで、全国女性銀行（*Banmujer*）が、貸し付けサービスの中に暴力予防を取り入れることを支援してきた。政府・非政府組織のネットワークの会員である全国女性研究所は、虐待の被害者に適切なサービスを提供するために設立されたもので、女性が暴力を通報するための電話ホットラインを運営している。銀行の職員は、女性顧客の金融以外のニーズにもていねいに対応できるよう、ジェンダーに基づく暴力やリプロダクティブ・ヘルスについて定期的に再教育トレーニングを受けている。国連ミレニアム・プロジェクトが勧告しているように、資産の所有権や相続権を含め女性の経済的権利を促進することで、女性が虐待を伴う関係を回避しそれに終止符を打つのを助けることができる[63]。

「ゼロ・トレランス（許さない）」に向けた結集

女性の権利擁護者や国連女性開発基金（UNIFEM）などの国際機関は、数十年にわたり、女性への暴力を許さない文化の推進に取り組んできた。この旗の下に結集するコミュ

32 パナマのセックス・ツーリズムと性的搾取撲滅キャンペーン

UNFPAの支援によって、パナマ全国女性問題庁は「女性に対する暴力撲滅国際デー」に当たる2004年11月25日に、性的搾取撲滅のマスメディアキャンペーンを開始した。このキャンペーンでは、一般大衆や政府担当官、マスコミ、観光客を対象に2000年に成立したセックス・ツーリズムを禁止する法律の周知徹底に努めた。有名人によるメッセージをラジオで放送したほか、近隣の店やインターネット・カフェ、ホテル、カジノにポスターを配布し、政府の政策決定者やジャーナリストに資料集を手渡した。大統領夫人と高官たちは、マスコミの取材を受けながら、セックス・ツーリズムに代わってセイフ・ツーリズムを呼びかける絵葉書を国際空港で観光客に配布した。

ニティや協力組織、国は増加の一途にある。

女性に対する暴力撤廃のための国家行動計画を策定し、この問題への取り組みを示してきた国は約25カ国ある[64]。ジェンダーに基づく様々な形態の暴力に関する法律を導入している国も多い。例えばチュニジアは、2004年にセクシュアル・ハラスメントを犯罪とした。ニジェールが2003年に導入した法律は、レイプやセクシュアル・ハラスメントを明確に規定し、女性と子どものいかなる形態の奴隷化も禁じている[65]。キルギスで2003年に可決された法律は、いくつかの非政府組織が提案したもので、この種のものでは初めて3万人の署名を集め、暴力撤廃法を推進する草の根運動を展開した。ヨルダンでは、名誉殺人に対する刑事免責が削除された。配偶者によるレイプを犯罪とする国も増えている[66]。

ジェンダーに基づく暴力は、多面的な対応を必要とする多次元にわたる問題である。インドでは、マドヤ・プラデシュ州警察当局がUNFPAの支援を受け「ファミリー・カウンセリング・センター」を設立した。同センターは、ダウリー、夫の親族による嫌がらせ、児童婚、レイプおよび虐待に関連した暴力の事例に対し、カウンセリングと法的サービスを提供する[67]。UNFPAはまた、アフリカ女性閣僚・国会議員ネットワークと緊密に協力し、一段と強力な法律やその執行のため、各国内での政策提言運動を拡大している[68]。ケニアでは、女性性器切除や強制的結婚を逃れるために家出した少女たちにカウンセリング・サービスを行い、恐い思いをせずに家に帰れるよう支援している[69]。中国はソーシャルワーカー向けに、家庭内暴力についてのマニュアルを制作している[70]。わかりやすい言語で法律上の情報を流布することは、コミュニティや女性、潜在的加害者が法律に基づく権利や刑罰について、確実に十分な情報を得るうえで重要である。これは貧しい暮らしをしているために、あるいは言語上の環境が異なるために識字能力がない場合、特に重要である。

ホンジュラスでは、15歳以上の女性のほぼ6人に1人は、身体的暴力を受けた経験があると報告している。ここでの画期的な試みは、警察官が家庭内暴力に介入する際にジェンダーに十分配慮した対応ができるよう彼らを訓練することである。保安省、国家警察、国立女性問題研究所およびUNFPAは相互に提携して、全国の警察学校の卒業生全員―年間約1500名―を訓練するという目標を達成した。その際に使用した「ジェンダーに基づく暴力のカリキュラム」は現在、警察の通常の訓練に組み込まれている。2004年にラテンアメリカ・カリブ経済委員会(ECLAC)が開催した「よい統治とジェンダーの平等に関する地域会議」は、この試みを「ベスト・プラクティス」と認定し、大統領の年次報告書の中で現政権の取り組みとしては2番目に大きな成功を収めたと称賛した。このプロジェクトが2002年に始まって以来、当局に通報される家庭内暴力の件数は大幅に増加した。これは、この問題のために集結したその他多くの組織が共同で努力した結果である。地域レベルでは、中央アメリカおよびカリブ海諸国警察署長委員会ジェンダー協議会がUNFPAの支援を受け、ジェンダーに配慮した教育訓練や指令を通して、引き続き女性に対する暴力への対応改善に取り組んでいる。

> *「トレーニングを受ける前はとても落ち込んでいて、いつも自分が受けてきた暴力のことを思い出していました。怯えながら生きていたのです。自分の経験を人前で話すなんてとてもできないと思っていました。今では警官として、自分自身の経験から、家庭内暴力の被害者になった女性をもっと理解できるし、うまく援助できます」*
>
> ―自分自身も虐待の被害者である女性警官、ホンジュラス・ラパス警察本部警官トレーニング・センターにて

全国キャンペーン：「速やかな勝利」　ジェンダーに基づく暴力撤廃のための全国キャンペーンは、国連ミレニアム・プロジェクトが推奨する「速やかな勝利」という解決策のひとつである。これらは比較的費用がかからず、しか

も影響力が大きく、3年以内に成果が出せると見込まれる[71]。こうした取り組みをすでに行っている国もある。例えば、トルコはUNFPAの支援により、「女性に対する暴力をなくそう」キャンペーンを2004年に開始した。トルコ政府は有名人や運動選手に出演協力を仰ぎ、15のTVチャンネルで公共広告を放送した。反暴力の標語をプリントしたトルコサッカー連盟Tシャツが作成され、すべてのモスクで、宗教界の指導者たちが金曜の祈りの際に、この問題に関する説教を行った。民間企業もこの運動のスポンサーや賛同会社としてこのキャンペーンに参加している[72]。ラテンアメリカやカリブ海諸国では国連諸機関の合同キャンペーンにより、この問題について継続的進展がみられ(囲み31参照)、その他の取り組みの強化にもつながった。タイは「ラブ&ピース・イン・ザ・ホーム」と名付けたキャンペーンを立ち上げた[73]。ブルンジではUNFPAが、女性に対する性的暴力撲滅全国キャンペーンで指導的な役割を果たし、その一環として、避難民の間の性的暴力の広がりと深刻さに関する調査に資金を提供した。UNFPAが支援するNGOセンターにサービスを求めてきた性的暴力の被害女性の数は、2004年には53%増加した。同センターはまた、ブルンジ女性弁護士協会とITEKA人権同盟を通して、レイプの被害女性に法的支援を提供している。

男性が立ち上がること

新しい試みの中には、ジェンダーに基づく暴力に対して「ゼロ・トレランス」の文化を推進するために、男性グループの協力を仰いで運動の機運を盛り上げているものもある。例えば、カナダで設立され、この種のものでは世界最大の取り組みである「ホワイトリボン・キャンペーン」は、女性に対する暴力に終止符を打つためにはすべての男性と男児が責任を取る必要があるという考えを基本に置いている。女性に対する暴力に反対する男性なら誰でもこのキャンペーンに参加できる。ホワイトリボンを胸につけることで、決して女性に対する暴力を犯さず、許さず、傍観者とならないという個人的な誓いを表す。この団体は男性に対して、自己を顧みて、個人的・集団的な行動につなげるよ

う強く呼びかけているほか、教育・行動キットを学校へ配布し、公共政策問題に取り組むとともに、女性団体との提携を進めている[74]。ブラジルでは、ジェンダーとセクシュアリティに取り組む調査団体ECOSが支援する男性と女性のグループが、2004年に女性に対する暴力撲滅全国キャンペーンを開始した。キャンペーンの一環として著名な喜劇俳優がビデオに登場し、女性に対する暴力は「笑いにならない」と訴えた[75]。

フィリピンのNGO、「自立のためのイニシアティブと知識の利用」は、ジェンダーに基づく固定観念や女性に対する暴力、その他の関係する問題についてジェンダーに配慮した訓練モデルを開発した。この訓練の参加者の何人かが、他の男性に働きかけ、虐待をするパートナーに介入することを目的にグループを結成した[76]。カンボジアでは、「女性に対する暴力に反対する男性たち」が、ジェンダーに基づく暴力撲滅キャンペーンを毎年支援し、若い男性に役割モデルを示す取り組みを行っている[77]。

ジェンダーに基づく暴力の被害の深刻さは広く知られるようになってきたが、この問題への対応は依然として不適切なままである。せっかく始めた活動でも、中には包括的な政策や行動計画の欠如、基準とすべきデータや調査の不足および監視体制の不備から、ほとんど効果を生んでいないものもある。こうした実施の際の制度の不備と資源不足はよく見られることである。女性に対する暴力を人権および公衆衛生の問題として対処する、政策的・法律的枠組みを案出し、改善し、全面的に導入する必要がある。ジェンダーに基づく暴力があまりに広く容認されているため、暴力撲滅を成功に導くためには、究極のところ、社会の変容が不可欠である。成功を収めるための包括的アプローチの構成要素は、法制度の強化、安全・教育およびリプロダクティブ・ヘルス/ライツへの投資と女性の経済的エンパワーメント、幼年期からのジェンダーに配慮した教育、被害者に適切なケアとサポートを提供する公衆衛生システム、コミュニティ・オピニオンリーダー・宗教指導者・マスコミの動員、若い男性と成人男性がこの問題に強い態度で取り組むよう働きかけること、などである。

不十分な予算[78]や競合する優先事項が、この問題への対応を遅らせている。とは言え、暴力削減のための効果的対策に要する費用は、現代および将来の人々に及ぼす人的、社会的、経済的影響の大きさに比べれば取るに足らない。国連ミレニアム・プロジェクトの推定によると、例えばタジキスタンでは、国民1人当たり年間わずか1ドル30セントあれば、ジェンダーに基づく暴力との闘いを含め、ジェンダーの問題に特定した一連の対策の実施に効果が期待できるという[79]。米国では、1994年の女性に対する暴力法により推定で164億ドルの純益が生じ、予防費用は、手をこまねいているよりはるかに少なく済むことを実証した[80]。暴力の予防と女性の保護への投資は費用対効果が高く、多くの利益をもたらし、ミレニアム宣言の公約である「開発と貧困の撤廃を助長する・・・環境の創造」を実現するうえで決定的に重要な意味を持つ[81]。

第8章　人道危機に直面する女性と青少年

「平和への移行期では、国の復興のためにジェンダー(社会的・文化的性別)に配慮した枠組みを確立するまたとない好機が訪れる。事実、平和構築と復興に女性を関与させることは、永続的な平和につながりうる社会的包摂と民主主義のプロセスの中核となる」

ーノーリン・ヘイザー国連女性開発基金(UNIFEM)事務局長

2000年の国連ミレニアム・サミット以降、40カ国で紛争が勃発している[1]。2004年には東アジアの大津波という1回の自然災害によって、28万人以上が死亡し、100万人以上が避難を余儀なくされた[2]。戦争や災害の後には、教育体制も保健体制も崩壊し、ジェンダーに基づく暴力が増加し、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)やその他の性感染症(STI)が広がり、妊産婦と乳児の死亡率がしばしば急上昇する。

頻発するこのような人道危機が、ミレニアム開発目標(MDGs)の行く手を阻んでいる。MDGsの目標達成に最も遠い34カ国のうち、22カ国は現在も紛争中か、あるいは紛争から立ち直る過程にある[3]。また頻度と激しさを増している環境危機も、その被害を受けるのは圧倒的に貧困層だ。20世紀の最後の10年間で自然災害に見舞われた人は約20億人に上り、そのうちの86%は洪水と干ばつの被害者である[4]。

紛争の性格と規模は変容しており、国際紛争よりも国内で生じる武力紛争が多くなっている。1990年代には118件の武力紛争が起きた。その大部分を占める内戦は[5]、国家間の戦争よりも長期化し、誘拐、レイプ、身体の切断、拷問、大量虐殺を含め一般市民に多数の犠牲者を出す傾向がある。一般市民の多くは自宅やコミュニティからの避難を余儀なくされ、しばしば性的暴力が横行する。紛争中や紛争直後には、特に女性と青少年は被害を受けやすい。世界の3500万人の難民と国内避難民の80%は女性と子どもである[6]。

武力紛争からの復興は数十年を要する長い道のりであり、その後に達成される平和は非常にもろい可能性がある。戦争から立ち直った国のおよそ半分は、5年以内に紛争状態に逆戻りしている[7]。しかし危機の最中や危機の後に、女性と青少年に対し戦略的に考えられた投資をすれば、貧困削減につながり、持続可能な開発と永続する平和への見通しが明るくなる。

市民組織による活動が大きなきっかけとなって、人道危機に直面する女性と青少年のニーズや権利に関する国際社会の認識が徐々に深まりつつある。このような人々のエンパワーメント(能力強化)を図って平和構築のプロセスに参加させ、崩壊した社会を修復・変容させる方法が、現在注目を集めている。

危機の後：公正と平和を求める機会

紛争や自然災害に見舞われたとき、一般に救助と復興の負担は生き延びた女性に一番大きくのしかかる。子ども、負傷者や病人、高齢者など自分以外の生存者の世話役を担うのは主に女性である。夫と生計の手段を失い、家族が生き延びるため必需品を調達しなければならなくなると、女性の立場は一層弱くなる反面、その責任は重くなる[8]。

救助と復興計画において、ジェンダーに特有のニーズは見過ごされることが多い。これまでは女児や女性が搾取、人身売買、虐待などの被害にあいやすい事実がほとんど見落とされてきただけでなく、妊娠に関連するケア、衛生用品、地域に適した衣服も考慮されてこなかった。緊急援助の配布は男性が管理し、配布先も男性のことが多く、女性やその扶養家族にとって役に立つか否かは配慮されていない。

危機後の過渡期は、MDGsやより広範囲の開発と安全に関する課題を達成するため確実な行動計画を立て復興を加速させる政策とプロセスを確立する絶好のチャンスである。しかし和平交渉が進んでも、女性はほとんどの場合、

その場から除外されてきた。また新政府が指導権を握り、様々な決定や予算編成をする段階においても、女性はしばしば締め出されている。

国連ミレニアム・プロジェクトは、紛争中・紛争後の状況にある女性と女児を、支援が不可欠な3つの主要グループのひとつと見なしている[9]。このような支援を提供する国内政策と外国からの援助があれば、コミュニティが和解し、紛争の悪循環が断ち切られ、持続可能な開発への移行を加速できる。また、このような政策と支援は、社会構造を立て直し、崩壊したコミュニティの経済活動を再建する上で女性の技能を最大限に活用することができる。

「平和構築と紛争後の立法・司法・憲法の枠組みを確立するにあたっては、女性が男性と平等の立場で全面的に参加する必要がある。この方法によって初めて、これらの枠組みは紛争後の社会を完全に代表するものとなり、すべての人のニーズや要求を十分にかなえることができる。これこそが持続可能な平和である」

ーエミヤー・ジョーンズ・パリー卿
国連安全保障理事会議長

発展する人権の枠組み

国連安全保障理事会は2000年に、女性を平和構築のプロセスに参加させることを要求する画期的な決議1325号を可決した。この決議では、武力紛争において女性を守ること、平和維持活動、国連通報システム、および平和構築プログラムにジェンダーの視点を取り入れることをすべての当事者に要求している[10]。

この決議は、武力紛争中の女性の権利に関するこれまでの成果の所産である。人道に反する罪について個人を訴追する初の常設裁判所である国際刑事裁判所は、それを明記した1998年ローマ規則で、特に「レイプ、性的奴隷、強制売春、強制妊娠、強制不妊、その他のあらゆる形態での性的暴力」を人道に反する罪として規定している[11]。国際刑事裁判所の登場に先駆けて、ルワンダと旧ユーゴスラビアの人道に反する罪を訴追するために設置された特別裁判所は、戦時のレイプ加害者を訴追するための新しい法的基盤を作った[12]。シエラレオネ特別法廷は国際法としては初めて、強制結婚を「非人道的な行為」かつ人道に反する罪であると規定した[13]。

2004年12月に発表された国連事務総長の「脅威・挑戦・変革に関するハイレベル・パネルの報告書」は、戦争中の女性に対する性的暴力を根絶することの重要性を再度強調し、加盟国と国連機関に決議1325号の実行を徹底するよう促した[14]。同パネルが提唱し、国連事務総長の報告書『より大きな自由を求めて』[15]が支持した平和構築委員会が実現すれば、このような勧告を実行する場がもうひとつできることになるはずである。

1949年のジュネーブ協定と追加議定書は、戦時下の市民を保護し、暴行、レイプ、強制送還、子どもを兵士に徴用することを禁止している。1989年の子どもの権利条約と追加議定書は武力紛争下の子どもと思春期の若者を保護し、18歳未満の子どもの徴兵を禁止している。1999年から2003年に可決された国連安全保障理事会の4つの決議は、紛争中および紛争直後の子どもと思春期の若者を保護することの重要性を確認した。これらの決議はまた、子どもや思春期の若者を平和構築のプロセスに参加させるよう促し、女子特有のニーズと弱い立場への配慮、平和維持活動中の性的暴力への非難も明らかにした[16]。

紛争中の女性と子どもを保護するための国際的法の枠組みは、その任務を果たしきれておらず、特に全世界で2500万人に上る国内避難民への対応が遅れている。国内避難民の大部分は女性と子どもだが、先住民族や少数民族である場合も多い[17]。紛争や自然災害によって自宅から立ち退くことを余儀なくされた国内避難民は、貧困、疾病に陥りやすく、暴力や「失踪」の被害にあいやすい。また逃げる途中に武装グループから迫害を受ける場合もある。避難民の生活は人間の忍耐の極限にある。食糧も水、衛生設備、住居、プライバシーもなく、教育や保健サービスも受けられずに何とか生活しなければならないような状況だ。耕す土地はなく、雇用の機会もなく、財産も没収された国内避難民は、すぐにも極度の貧困状態に陥りかねない。収容施設では攻撃の標的にされる場合もある。子どもと思春期の若者は兵士として徴兵されたり、無理やり性的奴隷にされたりすることもある。高齢者や障害者のニーズはしばしば無視される[18]。

危機によって住む土地を追われた人たちが全体の3分の2以上を占めるにもかかわらず、国内避難民には国境を越え

33 カンボジアでのジェンダーの平等に関する成果

紛争直後には、国の復興と開発に欠かせない要素として女性の参加を促進する機会が生まれることがある。30年にわたる紛争から立ち直ったカンボジアでは、世帯主の4分の1以上を戦争で夫を亡くした人を含む女性が占めており、これらの世帯は最貧困層に属している。現在、同国の女性人口の80%は生産年齢にあり、実際に経済活動に従事していて、アジア地域の中で最も高い女性の労働力率を示している。このような女性の貢献度を無視すれば、貧困削減に向けた機会を失う結果になるだろう。

女性省と数多くの国際組織やNGOは、ジェンダーの平等を一貫して提唱してきた。1993年の憲法は男女の平等をうたっている。カンボジア政府は、結婚、家族、雇用、土地所有においてジェンダーの平等を保護するための発展的に変化する法的枠組みを支援してきた。政府はまた、主要な政策プログラムでジェンダーの主流化を図っており、その成果として「国家貧困削減戦略2000」、「カンボジア・ミレニアム開発目標2003」、「国家人口政策2003」、「成長・雇用・効率・公正のための四面戦略2004」が挙げられる。この最後の戦略では、「女性はわが国の経済と社会の主力である」との認識に立ち、「女性が男性と平等にかつ積極的に国づくりに参加できる権利を保障すること」を求めている。2005年の国の戦略的開発計画では、ジェンダーの主流化と人権のアプローチをすべての分野の戦略として明確に規定している。既婚女性がHIV感染の高いリスクにさらされているとの認識から、政策立案において既婚女性を優先させる計画が進行中である。国のMDGs計画の2005年目標には、家庭内暴力と人身売買に関する法案の起草が含まれた。カンボジアはこのような行動をとった世界で初めての国である。

女性省は他の省庁、市民組織、国際援助機関との協調関係を活用して、ジェンダー主流化のための包括的戦略を策定した。現在は5カ年計画が実施されており、中央・地方・市町村レベルとジェンダーを主に扱う部門に担当者を配し、すべての省庁に専門的作業グループを置いている。各省は担当官に向けジェンダーに関する訓練を開始し、公務員に対しジェンダーに配慮した政策を促進している。ジェンダーに配慮した予算編成によって、女子への奨学金付与、家族が負担する費用の免除、女子が利用しやすい学校づくりのための予算配分が増えた。国のMDGs計画のためジェンダーに配慮したデータ分析を強化することによって、女性の政治参加、教育、健康、雇用および女性に対する暴力についての進捗状況を追跡する新たな指標が追加された。

このような対策によって、カンボジアはジェンダーの平等を促進し、その他のMDGsの目標達成に向けても前進することができた。ある集団では、妊産婦死亡率、出生率、HIV感染率が減少した。農村・遠隔地域では初等・中等学校への就学率が上昇し、専門学校や大学で勉強する女性の数が増加した。女性の指導者たちは、政府と市民組織のパートナーシップの確立、地域争議の平和的解決の促進、超党派の協力促進によって統治の改善と貧困削減に貢献している。課題はまだ山積しているが、包括的で一貫したジェンダーの主流化が市民生活の向上につながる好例をカンボジアは提示している。

た難民に認められる国際法の保護が適用されない[19]。国内避難民は国家の主権・管轄下におかれるため、彼らの苦境は国内問題とみなされ、国際社会による介入の可能性は限定される。

この問題は徐々に国際社会の注目を集めるようになっている。1992年に国連事務総長は国内避難民の人権に関する事務総長代行を初めて任命し[20]、1998年には人権委員会が避難民の権利保護の基準となる指導原理を採択した[21]。2005年に人権委員会に提出された同事務総長代行の報告書では、女性と女児にのしかかる「避難による不当に大きな負担」が浮かび上がり、女性や女児がレイプと家庭内暴力の危険にさらされている点が強調された。家に戻った場合でも、差別的な相続法・慣習があるため死別した夫の土地や財産の返還を求めることが女性には難しい[22]。雇用の確保ももうひとつの大きな障害である。国連事務総長は『より大きな自由を求めて』と題する報告の中で、指導原理を採択し、国内避難民のニーズを満たすために一層努力するよう各国政府に求めた。事務総長が述べるように、「国家当局が自国の市民を保護できず、また保護に消極的な場合、その責任は国際社会に移行し、外交的、人道的、その他の方法によって一般市民の人権とウェル・ビーイング(良好な状態)を守るよう努めることができる」ことになる[23]。

女性の参加とジェンダーの平等：復興への道

紛争直後に女性が政治に全面的に参加すれば、治安と統治が改善し、和解と社会経済開発が促進される可能性がある。カンボジアの例が示すとおり(囲み33参照)、女性政治家が政府の各省や女性団体と協力することで、効果的にジェンダーの平等と開発問題に対する注目を集め、貧困削減戦略を前進させることができる。例えば南ア共和国では、

34　ルワンダ：投票箱からの力

2003年の議会選挙において、女性は下院議席の49%、上院では34%を獲得した。ルワンダは現在、議会での女性比率が世界で一番高い国になっている。2001年の地方選挙の際、政府は「三重投票」方式を制定した。この方式では、各有権者が一般的な候補者、女性候補者、若者の候補者を選出する。「この制度は女性と若者の議席を確保しただけでなく、有権者全員に女性への投票を義務づけた」とある専門家は強調した。フツ族とツチ族の女性からなる女性議員フォーラムはルワンダ議会初の超党派グループである。女性指導者たちは、国と地方レベルでの民族和解プログラムを実行し、新憲法を起草し、あらゆるレベルにおける政府の透明性と実施責任の促進に積極的にかかわっている。

女性議員と市民組織の指導者がアパルトヘイト後の軍部の改革に貢献した[24]。政府は国防省の上級職に女性を任命し、軍関連スタッフ全員にジェンダーに関する訓練を実施し、出産休暇などの公正な人事政策を制度化した。UNIFEMは紛争後の国において、女性指導者の技能を強化し、女性有権者には政治に参加するよう働きかけている。アフガニスタンでは2004年の選挙の準備期間において、UNIFEMが女性の権利に関する初めての公開討論会を主催し、そこに女性の権利を求める活動家、ジャーナリスト、大統領候補者を集めた[25]。UNFPAはジェンダーの問題に関する訓練を女性指導者に実施してこの活動を支援した[26]。

女性はまた、公正と和解を促進するうえで重要な役割を担っている。国際レベルでは女性裁判官の登用が大きな前進につながっている。例えば、旧ユーゴスラビア国際刑事裁判所で(男性・女性双方に対する)性犯罪に対し重い懲罰が科されたとき、どの裁判においても女性が裁判官席に着いていた[27]。シエラレオネでは女性の特別調査団が、真実と和解委員会と戦争犯罪を調査する特別チームの設立に参加した[28]。ルワンダでは、UNIFEMが大量虐殺後のコミュニティの裁判制度であるガチャチャ(*gacaca*)制度を地域レベルで支援し、100人の裁判官に対してジェンダー、公正、民族和解、平和構築の概念に関する訓練を実施している[29]。

国際機関の多くは、コミュニティが危機から立ち直るのを助ける方法として、女性を支援することが効果的であると認識している。イランでは戦争と災害に見舞われた地域において、政府がUNFPAから得た専門知識をもとに、世帯主の女性を支援する広範なプログラムを確立した。このプログラムには、所得創出プロジェクトを始める際の支援と読み書き、生活技能、リプロダクティブ・ヘルスに関する訓練が含まれる[30]。シエラレオネでは「危機にある女性の運動」が、性的搾取の対象にされたり、基本的必需品と引き換えに「生き延びるためにセックス」する危険にさらされている若い女性を支援している。この活動では、職業訓練、社会心理カウンセリング、ヘルスケア、性感染症予防サービスを提供している[31]。

危機直後の青少年のエンパワーメント

平和構築プロセスでは見落とされることが多いが、激しい紛争を切り抜けた青少年は平和と復興を支える重要な層である。青少年はその数だけを考えても、無視できない力となる。例えば、ルワンダとカンボジアの人口の約3分の2は25歳未満である[32]。戦後の復興活動において青少年の技能と生産能力に投資しない国は、貧困を削減し、永続的な平和を構築する好機を逃すことになる。

しかし青少年の生存者に対しては、当初は支援が必要となるかもしれない。元子ども兵には、社会復帰に向けた訓練と家族との再会を支援するサービス、心身両面のヘルスケア、教育と訓練、所得を得る機会が必要となる可能性が高い。性的虐待を受け、性的奴隷として働かされた若い女性には、ジェンダーに配慮したカウンセリングと保護が必要である。紛争中に強制的に妊娠させられた女性は、コミュニティに戻ったときに汚名や貧困、さらには新たな性的搾取が待ち構えている場合があり、それらのことから自分自身と子どもを守るためにも一層の支援を必要としている。

元子ども兵はその数がかなりの規模に達するにもかかわらず、歴史的には正式な武装解除、動員解除、社会復帰プログラムの対象外とされてきた。例えばリベリアでは、推定で1万5000人の子どもが戦時中兵士として戦った[33]。シエラレオネではある軍閥において兵力の37%近くを子どもが占めていた[34]。紛争中の女子の役割については見過ごされるが、実態は、武装グループにかかわる子どもの半分近くは女子である[35]。シエラレオネでは女子が全兵士の25%を占め、その数は1万2000人以上に上った[36]。女子は、兵士、

料理人、清掃係、また、しばしば「ブッシュワイフ」として知られる強制的セックスの相手として徴用される。このような女子がコミュニティに戻ると、家族は受け入れを拒否する場合がある[37]。国連児童基金(UNICEF/ユニセフ)やその他の機関は元子ども兵の社会復帰活動の一環として、コンゴ民主共和国やリベリアの女子などを対象にジェンダーに配慮した動員解除プログラムを展開した[38]。スリランカではユニセフが「タミール・イーラム解放の虎」と協力して実施した活動によって、子ども兵の徴用が大幅に減少した[39]。

元戦闘員か、戦争の犠牲者であったかを問わず、青少年は紛争後の公正と和解に欠かせない存在である。南ア共和国では、「真実と和解委員会」での子どもによる証言を可能にするために特別な聴聞会と研修会が設けられた[40]。多くの国では地域のコミュニティや宗教の指導者が、子どもや思春期の若者に対し伝統的なヒーリングを行い社会復帰を促している[41]。

青少年のニーズと権利がなおざりにされてきたことや、紛争後の青少年の重要な役割に対する新たな認識が、各国の対応を促進している。子どもを代弁する特別な代表者を任命したり、若者を専門に扱う省を設立した国もある。青少年と共同で起草された「シエラレオネ国家青少年政策」は、青少年の権利と義務を概説し、青少年省とその他の省の若者に関する部署および地域の青少年委員会を対象とした計画を提示した[42]。

世界銀行が注目するように、青少年は紛争後の問題を処理するうえで「まだ活用されていない声」であり、「汚職に取り組み国の統治を改善させる際に、青少年は快活で、機知に富み、素早い反応を見せる存在となり得る」。「よい統治のための若者遠距離学習プログラム」は、ウガンダ、ウクライナ、旧ユーゴスラビアなどでよい統治に関し若者を育成することを目的に世界銀行が企画した事業である。ボスニア・ヘルツェゴビナでは若者の団体が汚職防止運動を組織して成功を収め、教育と政府の実施責任の改善を求めて若者の政党を設立した[43]。2003年にコンゴ民主共和国はユニセフの支援の下、36名からなる子ども国会を設立し子どもの権利を促進し子どもの問題に対する解決策を見出すという任務を託した[44]。

MDGs達成の軌道に乗る：教育、保健、暮らし　青少年が危機後に生活を立て直すには、教育、ヘルスケアとカウンセリング、職業訓練、仕事が必要である。生活費を稼ぐことができなければ、生き延びるためのセックス、人身売買、その他の搾取の対象にならざるを得なくなるかもしれない。このような状況がある限り、青少年の生活が向上する見込みは薄く、さらには教育、HIV/エイズ、および若者のためのまっとうで生産的な仕事に関するMDGsの目標を国が達成できる可能性は低くなる。

青少年に社会構造と普通の生活に対する感覚を取り戻させ、社会発展の土台をつくるために、教育は不可欠な要素である。世界中の不就学児の半分は、紛争中の国か紛争直後の国で生活している。貧困に陥ったり、夫を失った母親が家族を養う手段を探す間、女の子はきょうだいの面倒を見るため家に残される場合がある。また、レイプや誘拐の恐れがあるため、女子は学校に行くのを断念させられることもある[45]。シエラレオネでは参加型の調査によって、思春期の若者が教育を最優先に考えていることがわかった[46]。

国連の各機関や市民組織は緊急事態における教育に注目し、共同でその最低基準を策定した[47]。ユニセフその他の国際組織が支援するブルンジの「本国送還のための教育方針」は、難民収容所の学校に対し、難民の子どもの母国で認可されている教育課程に従うよう指示している[48]。シエラレオネでは、女性団体が元戦闘員だった女子を中心に青少年向けの教育と職業訓練を実施している[49]。

人道にかかわる緊急事態でのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの保護

戦争、自然災害、強制退去という状況下では、思春期の女子や女性のリプロダクティブ・ヘルスに大きな犠牲が強いられる。例えばスーダンの女性は戦闘を逃れても、新品のかみそりの刃やせっけんなど衛生的な出産に必要な最低限の必需品さえない中で出産しなければならなかった。このため多くの女性は致命的な感染症にかかり[50]、生まれてきた子どもは母親の愛と支えのない生活を送ることになった。2003年には推定でこのような女性の9人に1人が妊娠または出産が原因で死亡した[51]。夫と死別した女性が死亡すると、その子どもは食物、住む場所、ヘルスケアの第一の提供者を失うことになる。

人道的な緊急事態でのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの保護は、救命の基本であり、また情勢が安定した時点でのジェンダーの平等と持続可能な開発の基礎づくりに不可欠である。しかしつい最近まで、緊急事態においてリプロダクティブ・ヘルスが利用できるのはごくまれなケースであった。1995年に国連機関、政府、NGOは難民のリプロダクティブ・ヘルスに関する関連機関合同作業部会を結成した。この組織が作成した人道的活動のための現場マニュアルは、妊産婦死亡とHIV感染を防止し、家族計画へのアクセスを保証する一連の重要な対策を概説している[52]。また人道活動を行う国際NGOのネットワークである「紛争下におけるリプロダクティブ・ヘルス対策コンソーシアム」も、緊急事態におけるリプロダクティブ・ヘルスケアの改善に努めている[53]。

母子保健の維持は、現在救助活動の重要な要素になってきている。過去5年にわたり、UNFPAと協力組織はリベリアから東ティモールに及ぶ30カ国以上で、清潔な出産キットを提供してきた。2003年以降、UNFPAはイラクでプライマリー・ヘルスセンターの強化に努め、緊急時にリプロダクティブ・ヘルス用品が利用できるようにした[54]。また、2005年には、津波の被害が最も深刻だったインドネシア、モルジブ、スリランカの一部の地域で清潔な出産キットと衛生用品を女性の避難民に配布した。またこの地域全体で、病院の産科ケアを再建させるため支援を提供した[55]。

人道的危機によって女性は家族計画サービスを利用できなくなり、望まない妊娠や安全でない中絶、HIVなどの性感染症の危険にさらされる。緊急事態の中で、望まない妊娠やHIVなどの性感染症の拡大を防止する第一の手段として、無料のコンドームを支給する救助組織が増えている。UNFPAと国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)は戦争の被害が深刻な22カ国において、難民収容所での男性用・女性用コンドームの支給に共同で取り組んでいる。

深刻な緊急事態が沈静化しても、UNFPAとその協力組織は引き続き政府に支援を提供し、リプロダクティブ・ヘルスケア・プログラムを維持する。例えばブルンジでは、保健省が緊急産科ケアなどリプロダクティブ・ヘルスサービスの基準を設定した。助産師と医師の訓練や避難民の治療にあたる病院への備品供与、専門家による出産時のケア

の必要性を訴えるコミュニティ向け教育のために支援を提供した[56]。トルコ(1999年)とイランのバム(2003年)の地震の後には、リプロダクティブ・ヘルスケアを提供する移動診療チームを配備した。

ガザ地区とヨルダン川西岸のパレスチナ人女性が直面している特殊な状況は、UNFPAの重要課題のひとつになっている。2000年の紛争激化以前から、検問所を通過して保健施設に行くのが困難なため、推定で妊婦の5分の1が産前ケアを受けられなかったからである。検問所で手間取った結果、道端で介添えもなく出産する羽目に陥り、命を失った女性や乳児までいる。UNFPAは救命緊急ケアを利用可能にするために活動している[57]。サービスが行き届かない地域での女性の健康と福祉の向上を図る大規模な活動の一環として、UNFPAは女性のためのヘルスセンター設立にかかわっている。このようなセンターでは、リプロダクティブ・ヘルスケアをはじめ、社会心理カウンセリング、リプロダクティブ・ライツに関する法律相談、家庭内での女性の権利に関する支援などのサービスを提供している。

> *「夫に先立たれ、私の両親の家で暮らしていた女性が、家のなかで7人の男にレイプされました。その後、男たちは『自分たちのうち少なくとも1人はHIV陽性だ』と言いました。その女性はエイズを発症し、すでに亡くなってしまいました」*
>
> ールワンダの大量虐殺で生き延びた女性

人生をやり直し、性的暴力に取り組む　紛争中、何百万人もの女性がレイプされ、性的拷問を受けてきている。レイプ・キャンプ、性的奴隷、強制妊娠、HIVの意図的感染は、すべて最近の紛争中の出来事である[58]。ルワンダでは、大量虐殺中の性的暴力が引き金となってHIV/エイズが広まった。50万人の少女や女性がレイプされ、そのうちの67%がHIVに感染したと推定されている[59]。1991年から2001年にかけたシエラレオネでの紛争では、特に少女たちがレイプの標的にされた。とりわけまだ幼い女児の多くは生き延びることができなかった[60]。シエラレオネではまた、レイプの犠牲者の70－90%が性感染症にかかったと推定される[61]。

紛争を逃れた女性が難民収容所にたどり着いたとしても、必ずしも安全が保障されるわけではない。タンザニアのある収容所では、ブルンジからの難民女性の26%がレイプされた[62]。レイプの犠牲者を家族のメンバーやコミュニティ全体が追放するのは珍しいことではなく、犠牲者は家を追い出され、自活せざるを得ない身になることもある。生き残ったレイプの被害者は、永続的な心的外傷後ストレスや衰弱につながるうつ病など、しばしば生涯にわたる深刻な問題に直面する[63]。

人道主義に基づく組織が女性に対する暴力を減らす教育キャンペーンを支援しており、その活動には安全対策の導入、コミュニティの指導者、警察官、裁判官の訓練、法施行の促進などがある。男性への働きかけの重要性も認識されている。国際救助委員会(IRC)は定期的に男性の委員会を結成し、意識向上と暴力の被害者への支援を図っている[64]。IRCがタンザニアのブルンジ人難民収容所で実施したプロジェクトは、当初はコミュニティの反発を招いたが、移動式裁判所を活用してジェンダーに基づく暴力に関する法律の執行にこぎつけた。このプロジェクトは現在コミュニティの支援により維持されており、意識向上の訓練、通報・照会制度、カウンセリングと保健サービス、24時間受付の立ち寄りセンターなどの活動も行っている[65]。UNFPAはスーダンのダルフール地方で、生存者を助ける女性団体を支援し、医療器具を支給し、難民施設の安全を確保し、性的暴力のケースにどう対処するかを医療専門家に訓練している[66]。コンゴ民主共和国とリベリアなどで女児と女性の虐待や搾取が報告されたことから[67]、国連平和維持活動局(DPKO)は新たな指針を策定し、人道主義に基づいた救助活動に従事する平和維持軍兵士や制服を着た関係者による性的暴力・搾取の発生を減らそうとしている[68]。

HIV蔓延を阻止する　紛争と強制退去、またその結果保健サービス・情報へのアクセスが絶たれることによって、HIV感染の可能性が高まりかねない。例えばコンゴ民主共和国では、戦争が勃発した1997年以前はHIV陽性者は人口の5%であった。2002年には紛争が始まった同国の東部地域で、HIV陽性者の割合が推定で20%に急増した[69]。社会がもつ治安・保護制度のほぼ完全な崩壊、レイプの高い発生率、安全な血液供給の欠如が、この急増の原因となったのは明らかである。多数の正規軍や市民軍が民間人と日常

35 女性への暴力撲滅に向けて一致団結する東ティモール

2002年の独立達成以降、アジアの最貧困国のひとつでありながらも、東ティモールはジェンダーの平等に関して明確な姿勢を示している。独立に向けて積極的に闘ってきた女性指導者たちは、ジェンダーの平等に焦点を当てた政策と、独立以降確立された政治組織に男女が平等に参加することを強く求めた。現在女性は議席の27%を占め、平等の促進に関する首相の諮問機関が設立された。

女性運動は、ジェンダーに基づく暴力がまず取り組むべき課題であると認識した。UNFPAが資金提供した同国初の信頼性の高い調査によって、女性の50%が何らかの虐待を経験していたことが明らかになった。国家警察の報告によると、通報されたあらゆる事件のうち、女性に対する暴力が68%を占めているという。現在、警察官は暴力の被害者の保護と支援に関して訓練を受けている。劇やラジオ番組、テレビの連続ドラマを活用した大規模な意識向上活動とキャンペーンによって、以前はタブー視されていた話題が広く論じられるようになり、新しい家庭内暴力法のおかげでこの問題に対する一般大衆の関心が高まっている。

UNFPAの支援の下、東ティモールは虐待された女性のための法的支援サービスを初めて設立し、病院内に「セイフルーム」を創設して女性が人目につかずに医療とカウンセリングを受けられるようにした。「暴力に反対する男性協会」は、遠隔・農村地域に住む男性を対象に社会教育のワークショップを開催し、また刑務所では怒りをコントロールする訓練を男性の犯罪者に実施した。

的に接触する状況では、さらにHIV感染の危険が高くなる可能性がある。軍隊は一般市民に比べて、HIVをはじめとする性感染症の罹病率が高いからである[70]。HIV感染率がすでに上昇しつつある状況で紛争がおきれば、本格的な蔓延へと発展しかねない。紛争が終わってもリスクが終わるわけではない。紛争の後にもたらされるのは、長引く社会の混乱、性的搾取・虐待から身を守るための家庭やコミュニティによる保護の喪失、予防サービスの崩壊である。多くの女性と少女はただ生き延びるために売春をせざるを得なくなる。

武力紛争がエイズの流行にもたらす多大な影響について国際的な認識が深まる中、人道主義に基づく救助活動は早い時期から予防と治療の統合に取り組んでいる。緊急事態の下で活動する国連組織とリプロダクティブ・ヘルスのネットワークは、人道的活動に従事する人たちを対象にガイドラインを発行している[71]。多くの組織が、特に武装解除、動員解除、社会復帰プログラムにおいて男性に照準を合わせている。例えばエリトリアとエチオピアでは、元兵士たちが家に戻ったときにコミュニティの他の人を教育できるようにするため、除隊兵士向けのHIV予防とカウンセリングに関する訓練をUNFPAの支援の下で実施している[72]。

リベリアではNGOの大規模な連合組織をUNFPAが支援し、難民収容所にいる人々を対象とする広範囲にわたる意識向上キャンペーンを実施している。特に生活のために売春に頼っている女性や女児が大勢いる収容所に焦点を合わせている。シエラレオネとギニアの国境で活動するコミュニティを基盤とする組織は、現在6万人の避難民と帰還者にHIVなどの性感染症の予防・治療に関する教育を行い、320万個の男性用コンドームを配布した。約5000人のピア・エデュケーター(仲間教育者)が、学校、収容所、コミュニティでHIV予防教育を広めてきた。またHIV/エイズと共に生きる人々も「予防大使」として起用されている。国連平和維持軍向けには性的暴力と性感染症、HIV予防に関する訓練が毎週行われている。このような大々的な活動のおかげで、エイズ流行にまつわる沈黙、拒否反応、汚名が打ち破られ、カウンセリングや治療を求める人が以前に比べ増えてきている。

平和維持活動もまた、立ち直りつつある社会にHIVのリスクを教え、HIV予防に積極的な役割を果たすことができる。DPKOは現在国連エイズ合同計画(UNAIDS)と協力し、すべての任務に必ずHIV予防アドバイザーを同行させるようにし、このプログラムを支えるHIV/エイズ信託資金を設立した[73]。シエラレオネとコンゴ民主共和国ではDPKO、UNAIDS、UNIFEM、UNFPAが協力し、平和維持軍、新設された軍と警察を対象にHIV予防とジェンダーに関する意識向上を図っている[74]。米国防省は地域の平和維持活動の拡大を重視し、2002年にはアフリカの軍隊に特定したHIV予防プログラムのために1400万ドルの予算を割り当てた[75]。

青少年に向けたイニシアティブ　危機の直後、リプロダクティブ・ヘルスのプログラムに青少年を取り込むことは、HIVの拡大を抑制し、望まない妊娠を減らすためにきわめ

36 芸術のもつ癒しの力：コロンビアにおける思春期の避難民との共同活動

30年にわたる国内紛争のために最低でも200万人が避難民となっているコロンビアでは、UNFPAがベルギーの支援を受けて画期的な手法を採用している。思春期の若者が精力を発散したり、暴力を解決する方法としての芸術表現の活用である。性的暴力が横行し、それに対して刑罰を与えないのが当たり前になっているカリブ海沿岸の都市で、同プロジェクトは2003年以降思春期の避難民を対象として活動してきた。この地域の避難民の女子は他の同年代の女子に比べて、15歳になる前に妊娠する可能性が3倍も高い。同プログラムは思春期の若者の創造力を活用し、劇、ロールプレイ、音楽、ダンスを通じて自分が経験した心的外傷を表現するよう促す。週2回医療提供者がリプロダクティブ・ヘルスと予防の説明に訪れ、サービスを提供する。このプログラムに参加した者は、ジェンダー関係の有害な側面に疑問を投げかけ、ピア・プレッシャー（仲間の圧力）に抵抗し、性的暴力に対処し、自尊意識を高めるための手段を身につける。

て重要である。難民女性と子どものための女性委員会は、紛争の被害地で若者主導のプログラムを支援している[76]。UNHCRはタンザニアの難民収容所で、若者主導の委員会が運営する若者向けセンターを設立し、リプロダクティブ・ヘルスに関する問題への対応とサービスの提供、マスコミでのキャンペーン展開、職業訓練の実施、HIVに感染している親族の介護方法に関する情報提供を行っている[77]。

ベルギーの支援のもと、UNFPAはいくつかの国で地域の提携組織と協力し青少年にリプロダクティブ・ヘルスサービスを提供している（囲み36参照）。ルワンダではUNFPAが若者向けヘルスセンターの設立を支援し、HIV予防と他のリプロダクティブ・ヘルスの問題について青少年が学べる場を提供した。センターではまた、せっけん・手工芸品・刺繍作品の制作など所得創出技能の訓練や文化・スポーツ活動に参加する機会を提供している[78]。

エジプト、ウガンダ、ザンビアでは思春期の難民の健康プロジェクトが、ピア・エデュケーターとして活動するガール・スカウトと協力し、保健サービス提供者に対して思春期の若者のニーズに関する助言を与えている。保健サービス提供者は医療の専門家からリプロダクティブ・ヘルスの主要な側面について訓練を受けている。このプログラムによって、青少年の自信と連帯感が強固なものになった[79]。

このようなプロジェクトはまだ始まったばかりで数も少ない。しかしこのようなプロジェクトは、青少年のエンパワーメントを促進し、国の復興、平和、繁栄、ひいてはMDGsを達成した後の発展に青少年が貢献することを約束するものである。

第9章　ミレニアム開発目標とそれ以後を目指すロードマップ

「エンパワーされた女性は、開発の最も有効な推進力となり得る」

ーコフィ・アナン国連事務総長『より大きな自由を求めて』より

ミレニアム開発目標（MDGs）は、ジェンダーの平等とリプロダクティブ・ヘルスを、政治と予算編成上の重要議題に位置づけることなくして達成することはできない。富める者と貧しい者、男性と女性、若者と高齢者、および社会の中枢と取り残されたグループの間の力の不均衡と不公正は、人的資本の浪費であり貧困を克服する機会を制限する。女性と青少年は、人間の可能性の無限の宝庫であるが、彼らには権限もなければ発言の場もない。

貧窮する家庭や国をジェンダーの不平等と劣悪なリプロダクティブ・ヘルスから解放することは、それ自体が目的であるばかりでなく、倫理的にも緊急課題である。平等の実現は、すべての人間がもつ豊かな可能性を解き放つ。これは、1994年国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）および1995年第4回世界女性会議（北京会議）のビジョンであった。

本章では、2015年のMDGs達成期限を前に、国や国際社会が利用可能な戦略的機会とは何かについてもう一度振り返ってみたい。こうすることによって、2005年の国連事務総長報告書『より大きな自由を求めて』が標榜する「すべての人のための開発、安全保障および人権」という幅広い重要議題に向けて国際社会を前進させることができるだろう。

女性のエンパワーメント（能力強化）：家族と国を貧困から解放すること

ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント（能力強化）への投資が波及効果を生み出すことを示す証拠は枚挙にいとまがない。世界では17億人を超える女性が、15－49歳という生産年齢および出産可能年齢にある[1]。彼女たちはすでに家族、コミュニティ、国に多大な貢献をしており、大半の家庭で主たる、あるいは有力な稼ぎ手となっている。また彼女たちは、国の貴重な人的資本である子どもたちの保護者でもある。女性の教育、リプロダクティブ・ヘルス、および経済的・政治的権利に的を絞った投資は、貧困の削減や持続可能な開発、永続的な平和を進展させる触媒となり得る。

ジェンダーの平等は、女性自身のみならず、家族やコミュニティ、国に利益をもたらす。女性と男性がより力強いパートナーシップを築き、権利と責任を共有すれば、人間開発を妨げている多くの課題への回答を見出すことができる。本白書で取り上げたプロジェクトの中には、ジェンダーに基づく有害な固定観念や行動を変えることが可能なことを証明するものもある。しかし、MDGsの達成に必要な規模でこうしたプロジェクトを実施するには、あらゆるレベルにおいて協調のとれた政治の指導力やコミュニティの指導力が必要であり、政策や予算を通してジェンダーの平等を推進する財源が不可欠である。

青少年のエンパワーメント推進：MDGsとそれ以後を見据えて

思春期を含めた若者全体に投資することは、人権の問題である。この投資はまた「貧困削減に最大の効果」を生むことができる[2]。現時点で青少年に賢明な投資をすれば、彼らは、教養ある健全な成人へと成長するだろう。彼らこそ公平な発展というビジョンを前進させる意欲をもつ変革の担い手となるのである。このためには当然のことながら、政策立案者や支援機関の取り組みが一層強化されなければならない。すなわち教育、リプロダクティブ・ヘルス、技能開発および職業の機会と人生の機会に投入される財源の正当な分け前を青少年に認めることが必要となる。そしてこれを実行に移すには、ジェンダーに基づく固定観念を打ち壊し、若い女性の将来展望を広げるような方法が不可欠である。

すべての人々にリプロダクティブ・ヘルスを：MDGs達成に向けたカイロ合意の履行

国連ミレニアム・プロジェクトは、リプロダクティブ・ヘルスがMDGs達成のうえで費用対効果の高い主要な戦略であることを明確に立証してきた[3]。リプロダクティブ・ヘルスは人権のひとつであり、ICPDと北京会議の10年後検討

会議などで採択された数々の国際合意は、1994年以降、これを開発上の優先事項であると明言し再確認してきた。ICPDの重要議題に対する圧倒的支持とリプロダクティブ・ヘルスと開発の緊密な関係に対する認識は、2005年に開かれたいくつかの高官レベル会議であらためて強調された[4]。これらの会議には、開発銀行、市民団体、および国連機関の代表者に加え、保健、財務、計画担当の閣僚が参加した。

リプロダクティブ・ヘルスの問題の多くは、効果があると実証された対策をとることで予防可能である。リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、貧困削減、ジェンダーの平等、女性のエンパワーメントにとって不可欠な要素であり、乳児と妊産婦の死亡を減らし、ヒト免疫不全ウイルスおよび後天性免疫不全症候群(HIV/エイズ)を撲滅する取り組みに欠かすことができない。リプロダクティブ・ヘルスの改善は、家族の生活の質(QOL)を高める。個人やカップルが子どもの数や出産間隔を決定できれば、小家族化という全般的傾向とあいまって、低所得国は「人口学的貧困の罠」から脱却しやすくなる[5]。

リプロダクティブ・ヘルスプログラムは、貧しい人々に対する様々なサービスを一カ所にまとめる「ワンストップ・ショッピング」という方法で提供することが可能である。リプロダクティブ・ヘルスサービスには、家族計画やHIVその他の性感染症(STI)の予防・管理、および母子保健が含まれる[6]。このほか、栄養教育やビタミン補給、予防接種、マラリア予防もこうしたサービスでカバーできる。いくつかのプロジェクトが示しているように、リプロダクティブ・ヘルスサービスが他のプログラムに関する情報やそれへの照会まで提供できれば理想的である。他のプログラムには、女性の非識字、ジェンダーに基づく暴力、法的権利、小規模融資の利用、就業に有利な技能訓練などへの取り組みが含まれる。女性や青少年を対象に、リプロダクティブ・ヘルスプログラムと他のサービスを受ける機会を結びつけられれば、彼(女)らは性・妊娠・出産の選択を危うくし、エイズ禍を煽るような様々な制約を乗り越えることができるだろう。

リプロダクティブ・ヘルスとHIV/エイズ・プログラムの一体化　HIV/エイズへの取り組みは、リプロダクティブ・ヘルスの一側面である。しかし、HIVの蔓延と闘うための資金が投入されるにつれ、独自の人員と運営体制、資金をもつ類似のサービスが展開されるようになった。資金を継続的に投入することにより、効率を増しMDGsの保健目標を推進する機会が生まれる。また、すべての人々にリプロダクティブ・ヘルスケアをというICPDのビジョンが、生活の質と生存そのものをその資源に頼っている何百万人もの貧しい人々にとって現実のものとなる機会も生まれる。

しかし、このようなプログラムが専門化された診療所の急増につながれば、HIV/エイズに特化された資金が、貧しい人々のその他の優先的保健ニーズや、MDGsの他の保健目標からスタッフと資源を奪い取ることにもなりかねない[7]。そうなれば、保健システムの強化と効率化への取り組みには逆効果になろう。また、利用者にも深刻な損害を与えるだろう。一般に貧しい人々はHIVその他のリプロダクティブ・ヘルスについて差し迫った状態にあるにもかかわらず、断片的な情報やサービスしか受け取っていない。それに、性行為で感染するHIVとその他多くのリプロダクティブ・ヘルスの問題は人々の同じ態度や行動に根ざしているのである。

HIV予防とケアを、一般的なリプロダクティブ・ヘルスサービスとリンクし一体化すれば、双方の強化につながる。どちらのサービスも同じ保健システム上の課題を抱えている。それは、訓練されたスタッフ、必要不可欠な消耗品・備品、適切な施設、および管理技能の不足である。両サービスとも、利用可能なサービスへの需要を高め、利用を妨げる汚名意識を克服するという点で同じ問題に直面している。この点についてはリプロダクティブ・ヘルスの分野にかなりの経験の蓄積がある。この2つのサービスはともに、必要とする物資が似通っており、保健サービス提供者に求められる能力も共通

30　青少年とMDGsに関する地球規模のキャンペーン

青少年がMDGsの達成に果たす役割を認め、UNFPAは他の国連機関や世界銀行、各地域経済委員会と協力し、「青少年の顔とMDGs」キャンペーンを始める音頭を取った。この取り組みは、人々の意識を高め政治的関心を集めることを目的としている。そのメッセージは単純明快で、「青少年に投資を」である。

2005年には、この運動の一環としてニューヨークの国連本部で写真展を開催した。これはアフリカやアラブ諸国、アジア、東ヨーロッパ、中南米、カリブ海諸国に暮らす若者の生活を記録したものである。一連の写真を見ていくと、若者の生活とMDGsがいかに関連しているかがよくわかる。その他の活動として、政策立案者向けの戦略指針を作成したほか、パンフレットを制作しウェブサイトを開設した。また2006年には、著名な音楽家と若手アーティストにより、青少年とエイズおよび貧困に焦点を当てた資金集めのコンサートが予定されている。

している。地域によっては、こうしたサービスの一体化は道徳上の義務と言える。エイズが蔓延しているサハラ以南のアフリカでは、女性の63%が効果的な避妊のニーズを満たされずにおり[8]、そのため、意図しない妊娠がかなりの割合に上っている。多くの女性は、自分のHIV感染の有無や母子感染のリスクについて知らない。こうした状況を考えると、家族計画とHIV、妊産婦保健サービスを統合した必要最低限のパッケージが提供できれば、女性は意図しない妊娠とHIVから身を守ることができ、母子感染も防ぐことができる。

リプロダクティブ・ヘルスサービスとHIV/エイズサービスの最低限の統合パッケージは費用対効果が高い。例えばある調査によると、家族計画とSTIのサービスをプライマリー・ヘルスケアに統合することで、人件費や消耗品、間接費が節約でき、個別にサービスを提供する場合に比べ31%の経費削減となった[9]。国際家族計画連盟(IPPF)とUNFPAが行った別のパイロット調査によると、自発的に受けるHIV抗体検査とカウンセリングを既存のセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスサービスに統合することで経費節減が進み、サービス利用の需要も高まった[10]。

国際社会もこの点に注目している。これまで数多くの合意や国連決議は、リプロダクティブ・ヘルスとHIV/エイズサービスという不可欠で包括的なパッケージが、すべての利用者の手に届くよう要請してきた[11]。この勧告は、エイズとの闘いに関する国連ミレニアム・プロジェクト作業部会からも出されている[12]。必要不可欠な各種サービスを包括的パッケージとして提供することは、公正の実現に近づくことであり、同時に倫理上必要な措置である。これはまた保健システムが、一貫性のないアプローチや競合する複数の優先事項によって骨抜きにならず、むしろ確実に強化される戦略的方法である。

保健システムの強化　専門家は、保健に関連する3つのMDGsを達成するには、投資によって保健システムを強化し、十分なサービスを受けられないグループ、とりわけ農村地域や都市部のスラムに暮らす人々に援助の手を差し伸べることが不可欠であるという点で合意している[13]。ICPDと国連ミレニアム・プロジェクトはどちらも、予防とプライマリー・ヘルスケアに焦点を当てたアプローチを要請している。それは貧しいコミュニティに暮らす人々に働きかける最初の接点である。

ほとんどの国は、自国のヘルスケア・システムの質や効率、公正さを改善することを目指し改革に着手した。しかし多くの専門家は、その結果、貧しい人々にとってサービスへのアクセスがより不公平になり、ヘルスケアの費用が一段と高くなったと結論づけている[14]。様々な国で、債務利子の支払いやヘルスケアへの支出制限などのマクロ経済要因により、保健コストの多くが家族に転嫁されてきた。補助金や利用料の免除は、それを最も必要とする極度に貧しい人々に必ずしも十分適用されておらず、時としてむしろ高所得グループを利する結果になっている[15]。

ヘルスケアのコストは、依然としてサービスへのアクセスと利用を妨げる大きな障害となっている。例えば、いくつかの国の調査によると、保健部門の改革によって利用料が必要になり、妊産婦保健サービスの利用が激減したことが判明した[16]。利用料免除の対象になっている人たちは、必ずしも自分が対象であることに気付いておらず、またこうした免除が常時適用されるわけではない。保健システムによっては、資金不足があまりに深刻なため、サービスに対する不正な支払い要求が日常化し、利用者が必要とする基本的医薬品を強制的に買わされる例もある。国連ミレニアム・プロジェクトは、貧困とジェンダーに基づく差別に関連したヘルスサービスの不公正を軽減する「速やかな解決策」[17]として、基本的なヘルスサービスの利用料廃止を求めている。

こうした課題はあるものの、部門挙げての保健改革は、優先事項を決定し、質の高いサービスの提供を妨げている様々な問題に対処するまたとない機会である。これまで予防よりむしろ病院に対する投資を優先してきたため、基本的なヘルスケアは極度に貧しい人々の手に届かず、彼らの緊急のニーズが把握できなくなってしまった。サハラ以南のアフリカやアジアでは、貧しい人々の75%は農村地域に住んでいる[18]。予防サービスがうまく機能すれば、何百万件というHIV感染の防止に役立ち、乳児・妊産婦死亡の減少、マラリアや先進工業国では聞いたこともないような他の疾患による死亡の軽減につながる。

熟練技能をもつ専門家の不足は、大いに懸念されるところである。アフリカ諸国では、住民1万人あたり医師1人という比率は珍しくない。米国ではこれが、医師1人に住民500人という比率である[19]。妊産婦死亡の減少に成功した取り組みが実証しているように[20]、法律や政策を改革して、医学的に安全で実行可能な場合は常に、助産師や看護師への権限委譲を可能にすることも解決策のひとつである。国連ミレニアム・プロジェクトは、コミュニティのヘルスワ

ーカーが地方レベルで重要な情報やサービスを提供できるよう、早急に訓練を実施するよう強く求めている[21]。

資格のある医療従事者がより高い報酬と労働条件を求め海外に渡る「頭脳流出」を阻止することも、取り組むべき優先事項のひとつである。これは、ヘルスワーカーの権利と労働条件を考慮しつつ、北と南の国の政府が協力して取り組まなければ解決しない問題である[22]。研究者らの推定によると、ガーナでは1999年に国外移住した助産師は、同じ年に同国で養成された助産師数に匹敵する[23]。開発途上国の至る所で、同様の人的損失が発生している。助産学教育センターの設置は、MDGsを達成するための保健部門における優先事項であるにもかかわらず、開発途上国のうち、こうしたセンターを整備しているのはおよそ半数にすぎない[24]。サハラ以南のアフリカでは、保健に関連するMDGs達成のために、さらに100万人のヘルスワーカーが必要と推定される[25]。こうした人員の不足を補うためには、国内で保健分野から別の分野に転職した人々を含め、彼らにより良い条件と訓練と就業の機会を提供することが重要だろう[26]。専門技能をもった管理者も早急に必要とされている[27]。

保健システムの変革と創生　ケアの質の問題は、保健システムの改善とMDGs達成のうえで依然として重要な課題のひとつである。ケアの質は、医療基準や科学的基準を満たし、不可欠な医薬品やその他の物資を安全かつ継続的に供給し、適切な処置を施していればそれで事足りるというものではない。ケアの質を問題にする場合には、利用者が保健センターを訪れたときの職員との交流という視点が配慮されなければならない。これを可能にするには、保健サービス提供者や管理者がジェンダーと文化に配慮した差別のないケアの提供に特別の注意を払いながら、これまでの態度や対話スキルの変容を図ることが不可欠である。しかし、ヘルスサービスが財源不足であったり壊滅的である場合には、こうしたケアの側面は悪化する。保健サービス提供者は、彼らのコミュニティにとって貴重な財産となりうるが、利用者に可能な限り最善のケアを提供するための支援体制が整備されていないことが多い。お粗末な管理体制や無能な政策、さらに必須の医療物資や器具の欠如が問題を一段と深刻なものにしている。

貧しい人々の中には、保健サービス提供者から冷遇された、あるいは軽くあしらわれたと報告する人が多い[28]。その結果、多くの女性や男性および思春期の若者は、代わりに、信頼のおけるコミュニティの人を頼りにすることになる。しかしながら、コミュニティ内の伝統的な産婆や治療者は、重大な健康問題を解決するだけの医学的訓練を受けていない。ジェンダーと文化に配慮したカリキュラムを保健サービス提供者の養成制度に組み入れること、とりわけリプロダクティブ・ヘルスやHIV/エイズ、思春期保健の分野に組み入れることは、中期的投資によって長期にわたる利益を手にすることにつながる。これは、ケアの質を持続的に向上させていくうえで重要であり、また保健部門への投資効率と効果を最大限にすることにもなる。

妊産婦および子どもの保健に関する国連ミレニアム・プロジェクト作業部会が強調しているように、保健システムは社会組織にとって欠くことのできない要素である。保健システムが首尾よく機能するには、サービスの対象となるコミュニティの信頼を得る必要がある。こうした信頼は、言い換えれば、権利に基づくアプローチ、利用者参加型のアプローチ、およびジェンダーに配慮し、若者が利用しやすいアプローチを基盤に築き上げることができる。なぜなら、これらのアプローチは利用者と保健管理者との間の継続的な対話を促すものだからである。人権と、それに伴う義務は、保健システム遂行の指針となり得る。こうした指針があることで、政府や管理者は、MDGsの保健目標に向けた進展の阻害要因にも対処することができる。例えば、女性の生命に対する権利を第一義的に考えるなら、保健システムは、分娩中に専門的な介助を提供し、24時間態勢の緊急産科ケアを早急に整備する法的義務を負う[29]。自らの出生力をコントロールし、HIVから自分の身を守るという基本的権利は、あらゆる政策や保健サービス提供者にとっての指導原理でなければならない。ジェンダー、民族、年齢あるいはその他の偏見に基づく差別は、利用者にとって深刻かつ取り返しのつかない影響を及ぼすと言えよう。

権利と平等：貧困削減政策の手引き

国連ミレニアム・プロジェクトは、貧困削減のための国の戦略と政策を早急に見直すよう勧告している。そのための重要なステップのひとつが、自らの権利を行使する力と能力が最も少ないグループを見極めることである。自分の直面する問題の解決に彼(女)ら自身を効果的に参加させることは基本的人権のひとつであり、同時に、健全で持続可能なプログラム策定の原則でもある。政策立案の際、人権とジェン

ダーの平等を原則に組み込むことは、極貧の人々の基本的権利を漸次実現するための有効な戦略を立てるのに役立つ[30]。

政策立案に人権という枠組みを適用することは、「すべての目標を達成するための欠くべからざる必要条件」であるが、国連ミレニアム・プロジェクトによると、実際には、これを実現しようという「組織的取り組みはこれまで全くなかった」[31]。このことは、1999年以降、債務救済を求める累積債務国にその作成が義務づけられている貧困削減戦略文書(PRSP)の見直しによって裏付けられている。参加のプロセスは、権利に基づくアプローチのまさに中核をなすものであり、ジェンダーの問題に取り組む「貧しい人々の立場に立った」PRSP作成の最も重要な要素であると考えられてきた。だが実際には、女性や青少年グループを含めた市民団体はこうした枠組み[32]の策定にごく限定された形で参加しているにすぎず、効果を上げているとは言いがたい[33]。「アフリカ開発のための新パートナーシップ」のような全国的あるいは地域的政策の枠組みがあることによって、貧困削減戦略に、ジェンダーの平等や若者の育成、リプロダクティブ・ヘルスを統合する好機が増えている。しかし、こうした枠組みは往々にして、マクロ経済や労働政策におけるジェンダーの要素を無視してきた[34]。

> *「保健システムはまた、社会制度の中核をなすものとして理解され、推し進められるべきものである。保健システムにおいてある個人や集団が無視、冷遇、あるいは排除されたりすることが際立てば、それは社会における権利の侵害の主たる原因となってしまう。逆に、保健システムが強化されれば、コミュニティにおける社会資本は増大し、また個人の権利を満たすものとなる」*
>
> ―国連ミレニアム・プロジェクト

世界銀行の2002年アセスメントによると、ほとんどのPRSPにおけるジェンダー分析の質は、改善はみられるものの全般的には低い[35]。UNFPAが独自に行ったPRSPの見直しによると、ジェンダーや若者、リプロダクティブ・ヘルス、および人権問題に対する関心は一貫性に欠け、往々にして限定されていた[36]。半数の国は、貧困と人権の関係に目を向けず、またこの問題に踏み込んだ関心を示している国はほとんどなかった[37]。その範囲と程度は異なるが[38]、各国は現在、自国の貧困削減戦略の中でこれら問題の優先順位を一段と上げており、2005年の世界サミットのフォローアップに向け、プラスの影響が期待される。

国連ミレニアム・プロジェクトは、国の人権関連組織に対してMDGsフォローアップに関する「人権アセスメント」を作成するよう勧告している[39]。また、地域の参加を促し、ジェンダーの平等や少数グループの権利を促進するために、地域社会開発の担い手を訓練するよう勧告している[40]。これらの担い手は、自分の地域に関する詳しい知識を活かして、文化に配慮したアプローチを練り上げ実施する際にも力になる。ジェンダーの平等を盛り込んだ点で優れた見本といわれるルワンダのPRSPは、当初から女性グループの積極的参加を推し進めてきた[41]。現在、この戦略の成功は広く認められている。国連ミレニアム・プロジェクトの「即効的な解決策」は、「女性のエンパワーメントを図り、彼女たちが、特に地方自治体レベルで、MDGsに基づく貧困削減戦略やその他の重要な政策改革プロセスの策定とモニタリングに重要な役割を果たす」ことを要請している[42]。

政治的または経済的力がないために、青少年は政策決定者から不当な扱いを受けることが多い。彼らは、すべての開発途上国で人口のかなりの割合を占めているにもかかわらず、また、最貧困国ではこの割合がさらに高くなるにもかかわらず、彼らに割り当てられる資金は非常に限定され、場当たり的であることが多い。青少年を個別の貧困グループとして政策的に取り上げることはまれである。PRSPが若者を個別のグループとして含めているケースでさえ、そうした戦略に予算を割り当てる国はほぼ皆無である[43]。

ジェンダーの問題に配慮した予算編成は、MDGs達成のための国家政策策定に影響を与えることができる。同様に、若者のニーズとジェンダーの平等という新たな視点から予算を分析することで、これまでなおざりにされてきた優先事項や戦略的投資が浮き彫りにされる。コスタリカは、この点について模範を示している。同国は、子どもと思春期の若者を対象とした教育、保健、飲料水、住居、栄養、保護、および余暇娯楽に対する支出が国民総生産(GNP)の何%を占めるかをモニタリングしている[44]。カンボジアの教育青少年スポーツ省は、ジェンダーの諸問題に対する組織的取り組みのもうひとつの好例と言える。同省は、予算配分、特に女子の教育予算にみられるジェンダーの不公正に対処するため、性別データを利用している。同省はジェンダーの主流化戦略を立案し、各県・地区・共同体レベルの代表者で構成される委員会と共にその実施に当たっている[45]。

資源：人間の尊厳を守り公正を実現するための慎ましい費用

世界の軍事支出は、年間約1兆ドルに上る[46]。一方、2003年の開発援助は690億ドルであった[47]。このような格差を考えると、MDGs達成の費用をどうするかは、明らかに世界の政治的意思と責任の問題である。MDGs達成にかかる費用は、2006年には1350億ドル、2015年までには1950億ドルに達すると推定されるが[48]、それによってもたらされる成果を考えれば、控え目で実現可能な額に思われる。それによって1日に何千人もの命が救われ、世界中で何百万という人々が貧困から抜け出すことができるだろう。また、女子も男子も全員、教育を受けられるようになり、エイズの蔓延を抑えることも可能となろう。これらはまた、世界がより安全になるための基本でもある。世界が軍事目的に投入する金額のごく一部で、これらすべてが達成可能なのだ。

2000年の国連ミレニアム・サミット以降、欧州委員会やヨーロッパ各国の首脳によるものを含め、MDGs履行のための新たな資金調達法に関する様々な提案がなされてきた。収入源として提案されたものには、国際的金融機関の設立や[49]、航空機燃料、金融取引および炭素排出への課税がある[50]。2005年のアフリカ委員会報告書は、この地域の貧困を削減する最善の方法について計画を提示している。この報告書は先進国に対し、今後3－5年以内にアフリカ大陸への開発援助を倍増すること、債務を帳消しにすること、および農業保護と貿易助成金（年間3500億ドル、すなわちアフリカに流入する現在の援助額の16倍）を撤廃することを強く求めており、一方、アフリカ諸国に対しては、海外の銀行口座に預けた数十億ドルに上る不正所得を返還するよう要求している[51]。アフリカ各国に対してはまた、統治の強化、女性と若者を確実に巻き込むこと、さらには年間予算の15%をヘルスケアに配分し、リプロダクティブ・ヘルスサービスへのアクセスを拡大するという2001年の公約を実行することを要請している[52]。米国は2002年にミレニアム・チャレンジ・アカウントを創設し、優れた統治の実績のある国を選んで優先的に援助を行っている[53]。

開発援助に関する長年の国際公約を実行することは、それ自体最も重要なステップである。35年前の国連総会で、援助国は自国の国民総所得の0.7%を政府開発援助に割り当てることに合意した。2002年にメキシコのモンテレーで開催された国連開発資金国際会議を含め、数々の場でこの合意を実行に移すよう繰り返し要請があったにもかかわらず[54]、実際に約束を果たした援助国はデンマーク、ルクセンブルク、オランダ、ノルウェー、スウェーデンの5カ国にすぎない[55]。他に6カ国が目標達成のためのスケジュールを立てている[56]。今年になって、事態の進展には明るい兆しが見え始めてきた。25カ国で構成される欧州連合は2005年5月に、今後5年間で援助額をほぼ倍増し、その半分はアフリカにふり向けるという画期的決定を全会一致で行い、国民総所得の0.7%という目標達成に向けた基準を設定した[57]。同じ5月には、日本がアフリカへの援助額を3年で倍増すると発表している[58]。

ICPDとその結果を例に取れば、資金供出の公約不履行がいかに損失をもたらすものかは国際社会にとって反省材料になる。1994年の行動計画は、すべての人がリプロダクティブ・ヘルスサービスを2015年までに得られるようにするという目標達成に要するコストを試算した、数少ない国際合意のひとつである。国際社会は援助国、開発途上国双方とも、2000年に170億ドルを拠出するという目標を達成し

38 ジェンダーの主流化がもたらす利益

懐疑的な人々は長い間、ジェンダーの主流化の価値を過小評価してきた。その実態調査のための報告書「それがどうしたの（So What?）」は、世界各国で実施されているリプロダクティブ・ヘルスとHIV/エイズ・プロジェクトを400例にわたって検証している。その結果、ジェンダーの主流化は周辺的なものだという一般的認識が誤りであることが明らかになった。報告書によると、ジェンダーを政策や制度に取り入れることで、リプロダクティブ・ヘルスとジェンダーの公正が共に向上し、ジェンダーの主流化がMDGsフォローアップに良い影響をもたらすことが証明されている。ジェンダーの視点を取り入れたプロジェクトは、以下のような結果を得ており、そのすべてがMDGsに関連するものである。

- 男性と女性の関係に好ましい変化がみられ、社会全体における女性に対する態度が敬意のあるものに変わった。
- コミュニティ内での意思決定や政治に対する女性の参加が高まった。
- 自らの法的権利について女性の知識が高まった。
- 女子が学校に留まる可能性が高まった。
- 女性に対する暴力が減少した。
- 家族計画、HIV、その他の性感染症について、男性と女性の対話が増え、互いに支え合うことが多くなった。
- 女性のヘルスケアの問題について、男性の知識が高まった。
- 子育て、労働、リプロダクティブ・ヘルスの問題について、男女間の役割分担と共同責任に対する考え方が変化した。

ていない。2003年も目標額に達せず、2005年の目標である185億ドルに達するかどうかも依然として不透明である。2003年の暫定データによると、援助国は47億ドルを拠出した。援助国は、2005年の目標額の3分の1を負担することで合意しているが、この金額はその77%にあたる。開発途上国は、同じく目標負担額の88%にあたる約110億ドルを出した[59]。目標額と資金拠出の格差がもっと縮まっていれば、この10年で何百万人もの命を救い、その生活を向上させることができたかもしれない。

国連ミレニアム・プロジェクトが、早急に「速やかな勝利」を検討すべきとして挙げた優先事項のひとつは、避妊薬(具)を含めたセクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスの物資と在庫・流通管理のための適正な資金を確保することである。家族計画に対する援助国の支援は、1995年以降減少している。当時家族計画援助は、人口問題に対する世界の資金援助の55%を占めていた。2003年には、この割合がわずか13%にまで落ち込んだ[60]。一方で、家族計画への需要は高まっている。これは特に、歴史上最多数の思春期の若者たちが出産可能年齢に入っているためである。

「ジェンダーの不平等に対する配慮のない開発政策や行動、あるいは、女性が主体的に参加できない開発政策や行動は、限られた効果しか上げることができず、社会に深刻な代価を支払わせることになる」

—教育とジェンダーの平等に関する国連ミレニアム・プロジェクト作業部会

ICPDの実現に取り組んでいる国会議員たちは、政策上の関心を持続させ予算割り当てに影響を及ぼすという重要な役割を引き続き担っている。パラグアイでは、UNFPAの支援を得た「公正・ジェンダー・社会開発に関する上院委員会」の取り組みにより、2005年の家族計画物資に対する財政支援が300%増加した。国会議員はまた、その権限を活用し追加資金を調達することも可能である。グアテマラでは2004年に、アルコール飲料とたばこ製品に対する税金の15%をリプロダクティブ・ヘルスプログラムに割り当てる法案が国会で承認された。

ICPDの重要議題は依然として、先進国と開発途上国の双方にとり非常に今日的な意味を帯びたものとなっている。人口問題とリプロダクティブ・ヘルスの分野で最大の多国間支援を提供しているUNFPAには、2004年には166カ国から、そのコアとなる資金について、これまでで最大の任意の寄付金が寄せられた。いくつかのヨーロッパの支援国や米国、日本は、人口問題に対する国際援助の先頭に立ってきた[61]。

国際的な開発協力は慈善事業の問題ではなく、国際社会としての集団責任の問題である。この原則は、国連憲章や世界人権宣言、および子どもの権利条約をはじめとする国際条約に明記されている[62]。人権の履行は、2000年国連ミレニアム宣言—貧困削減のための世界的開発協定—を支えるものである[63]。ミレニアム宣言は、援助国政府や国際金融機関、民間企業や多国籍企業に対し[64]、公正な取引や信用・債務便宜、さらに重要なのは人口移動の流れや労働者の権利を通して、貧困削減のための権利に基づく基準を設けるよう求めている。政治腐敗は深刻を極め、推定で年間1兆円の損失を生み[65]、そのコストの大部分は、基本的サービスから取り残された人々が負わされることになる。このことから統治と法の支配の向上が重要である。債務返済と、MDGs達成に向け国際金融機関がとるマクロ経済政策との間に一貫性がない点については再検討の必要がある。こうした政策は、往々にして社会部門への予算配分の縮小という結果を招く。政策を調整すれば、教育や保健部門への資金調達が再び可能となろう[66]。例えば、アフリカ諸国の中には、債務免除によって生じた資金を使い、最も必要とされている場所にヘルスワーカーを配置しているところもある。モーリタニアは、遠隔農村地域でのサービスの提供を拡大するために、これらの資金を助産師への奨励金に充てている[67]。

緊急を要するエイズ禍の問題に対しては、積極的な関与や資金調達の面で素早い対応が行われてきた。もっとも、いまだにニーズを満たすには至っていない。資金調達のための最近の主な動きとしては、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(GFATM)と、米国大統領エイズ救済緊急計画(PEPFAR)の2つがある。世界銀行もまた、エイズ治療に対するアクセス拡大への支援を強化している[68]。長い間先送りされてきたエイズ治療への支援が、このところ強化されているとはいうものの、エイズ禍による影響とコスト負担を回避する最前線の戦略であるHIV予防の資金は、まだ増強の必要がある[69]。

「ノウハウ」とパートナーシップ　目標達成のために何が一番効果的かという専門知識は貴重な資源である。国連ミレニアム・プロジェクトが強調しているように、先進国と開発途上国の協力を通して知識の移転を促進することは、MDGsへの適切な投資を確保するために必要である。こうした協力関係には、政府や非政府組織のパートナー、市民

団体ネットワーク、女性や青少年グループおよび調査・教育訓練機関の相互交流が含まれる。ここで求められるのは、最新の医学知識や医薬品の移転、さらに人命を救う簡便な方法と実績ある戦略についての知識の共有である。

市民社会は、巨大なネットワークを世界に張り巡らしており、サービス提供のための基盤を持っている。また、柔軟な対応が可能で、知識と経験の蓄積もあり、特定のグループが抱える現場での問題にも通じている。このような市民社会は、MDGsの課題を達成するうえで不可欠な存在である[70]。国内の貧困削減、開発戦略およびサービスの直接提供という面で政府と市民社会の協力関係とパートナーシップを強化することは、MDGsが必要とする大規模事業を実行するうえで不可欠となろう。地域住民が主体者意識をもつことは、国連ミレニアム・プロジェクトが指摘する「成功要件」のひとつであり[71]、対応策の策定、実施責任、および持続可能性の鍵を握るものである。MDGs関連のプログラムは地域住民のために展開されるものであるため、彼らは、その実施に当たって何が効果的か、あるいは何がつまずきの原因となっているかについて、最高の情報提供者となる。

公共部門と民間部門の提携を強化できれば、さらなる資源を結集させることができる。民間部門は、金銭と物資の両面で支援することができる。企業は、保健に関する情報やサービスを従業員に提供し、営業活動を行っているコミュニティに技術やトレーニングを移転することができる。「HIV/エイズと労働に関するILO行動規範」が採択されたことにより、エイズに対処するための有益な対策を導入する企業が増えている。とはいうものの、104カ国のビジネスリーダーを対象とした調査によると、企業の71%はHIV/エイズ対策を整備していなかった。サハラ以南のアフリカには、従業員へのサービス提供という点で他企業の模範となっている会社もいくつかある[72]。従業員の生産性とリプロダクティブ・ヘルスの関連性に気づいた多国籍企業や大規模な公共の職場は、彼(女)らがそれに関して気兼ねなく、教育とサービスを受けられるための窓口を提供している。

拡大する一方の連携とネットワークも、MDGsを達成する上で重要な課題に焦点を当てキャンペーンを推進している。世界保健機関(WHO)と国連エイズ合同計画(UNAIDS)による「スリー・バイ・ファイブ(3 by 5)」キャンペーンはその最たるもので、2005年までに300万人のHIV感染者に対し治療へのアクセスを提供することを目標に掲げている。保健分野では、このほか複数のキャンペーンが組織され乳児死亡、母性保護、若者、ジェンダーの平等およびHIV/エイズの問題に取り組んでいる。

さらなる手段として、マスコミの一層の利用と、減税をはじめとする奨励策の積極的な活用がある。このような手段の活用により、MDGs達成という目的に対する一般の人々のかかわりを強化し、米国その他いくつかの先進国では主な寄付提供者となっている個人や民間団体の博愛的寄付金を増額することが可能となる。ビル・ゲイツとテッド・ターナーは個人的に巨額の寄付を行ってきた最たる例だが、彼らはMDGs関連の助成金を提供する世界的な基金を創設した。寄付金や様々な物資の寄贈が、人命救済と生活向上に果たす役割は大きい。例えば、「UNFPAの3400万人のフレンズ」はUNFPAを支援する260万ドル以上の寄付金を集めたが、これは主に10万人を超える個人の少額寄付によるもので、その大半は米国からの寄付だった。マスコミと国会議員はその権限を活かし、一般市民と政策立案者が重要議題であるMDGsに継続的に関心を寄せ、またこれに取り組むよう働きかけることができる。さらに、2015年の達成期限が近づきつつある今、実施責任を強く迫ることもできる。

行動のとき　世界は「貧困を過去のものにする」[73]これまでにない好機を迎えている[74]。30億人近い人々が741日2ドル以下の生活を余儀なくされ、1分に1人の女性が出産時にいたずらに命を落とし、1日に6000人の青少年がHIVに感染し、何百万人もの女性と女児が暴力に怯えて暮らしている現状を考えれば、倫理的に受け入れられる対策は自ずと明らかであろう。すなわち、1990年代の様々な国連会議や2000年の国連ミレニアム・サミットで支持された貧困の削減と、平等・公正の実現のために地球規模の行動を起こすという公約の履行である。国際法の下では、こうした合意は単なる言葉の上の約束ではなく、集団的責務である。これは、国連として知られる世界の国々の共同体創設の原則を体現するものである。これらの合意が強く主張するのは、すべての人間にとって、尊厳をもち、恐怖と恥辱から解放され、迫害と暴力に曝されることなく、貧困と無縁で生きることは、最低限の権利であり資格であるということである。

世界は、人間としての権利を奪われた人々が、彼らを抑圧しすべての権利を奪っている環境に打ち克つことを可能にする先例のない好機を手にしている。そのための戦略は明確に示され、計画はすでに準備されている。必要な資金も達成可能である。今や、行動あるのみだ。

出典と指標

1章

1 UN Millennium Project. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Report to the Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

2 The World Bank. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pp. 33, 35, 74, and 99. New York and Washington, D.C.: Oxford University Press and the World Bank.

3 Malhotra, A., and R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

4 Based on calculations of disability-adjusted life years (DALYs). See: WHO. 2002. "Estimates of DALYs by Sex, Cause and WHO Mortality Sub-region: Estimates for 2001." Geneva: WHO. Web site: www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english, accessed 9 July 2003. Cited in: Singh, S., et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute and UNFPA.

5 The Alan Guttmacher Institute. 2004. "The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health." *Issues in Brief*. 2004 Series. No. 4. New York: The Alan Guttmacher Institute.

6 The World Bank 2001.

7 UN Millennium Project. 2005a. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 77. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

8 The World Bank. 2003a. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Washington, D.C.: The World Bank; The World Bank 2001, p. 11; and The World Bank. 2003b. "Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia." Promising Approaches to Engendering Development. Washington, D.C.: The World Bank.

9 UN Millennium Project. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, p. 120. Report to the UN Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

10 Ibid., p. 120; and Shenker, S., and E. Shields. 22 December 2004. "Mixed Views on UN Indigenous Decade." BBC News Online, accessed 18 April 2005.

11 United Nations. 2005a. *2004 World Survey on the Role of Women in Development: Women and International Migration* (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294). New York: Division for the Advancement of Women, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

12 UN Millennium Project 2005b.

13 UN Millennium Project. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Task Force on Child Health and Maternal Health. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

14 Starrs, A., and P. Ten Hoope-Bender. 2004. "Dying for Life." Pp. 78-81 in: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now*, by Countdown 2015. 2004. New York, London, and Washington, D.C.: Family Care International, International Planned Parenthood Federation, and Population Action International; and Sein, T., and U. M. Rafei. 2002. "No More Cradles in the Graveyards." *Regional Health Forum* 6(2). New Delhi: WHO South-East Asia Region.

15 UN Millennium Project 2005c.

16 United Nations. 2004. *World Youth Report 2005: Report of the Secretary-General* (A/60/61 – E/2005/7), p. 1. New York: United Nations.

17 ILO. 2004. *Global Employment Trends for Youth*. Geneva: ILO.

18 The Population Council. n.d. "Transitions to Adulthood: Married Adolescents/First-Time Parents: Child Marriage." New York: The Population Council. Web site: www.popcouncil.org/ta/childmar.html#2, accessed 1 July 2005.

19 UNFPA. 2004. *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, p. 76. New York: UNFPA.

20 United Nations. 2001. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General* (A/S-27/3). New York: United Nations.

21 UNICEF. 2004. *The State of the World's Children 2005: Childhood under Threat*. New York: UNICEF.

22 UNFPA. 2005. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA.

23 "A Role for Men in Gender Equality Fight." 13 September 2004. *IPS UN Journal* 11(165): 6.

24 Heise, L., M. Ellsberg, and M.Gottemoeller. 1999. "Ending Violence against Women." *Population Reports*. Series L. No. 11. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.

25 UN Millennium Project 2005a, pp. 15 and 110.

26 The figure represents the estimated costs of intimate partner violence. See: Waters, H., et al. 2004. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, WHO.

27 UNFPA. n.d. "Population Issues: Culture: India: Restoring the Sex Ratio Balance." New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm, accessed 18 June 2005.

28 United States Department of State. 2005. *Trafficking in Persons Report: June 2005*. Washington, D.C.: United States Department of State.

29 United Nations 2005b

30 United Nations. 2005c. *Summary of the Economic and Social Survey of Asia and the Pacific: 2005* (E/2005/18). New York: United Nations

31 UN Millennium Project 2005b.

32 United Nations 2005b, para 8.

33 UN Millennium Project. n.d. "Fast Facts. Faces of Poverty." Web site: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, accessed 3 June 2005.

34 UN Millennium Project. 2005b.

35 While nearly one trillion dollars are spent on military expenditures every year, total development assistance for 2003 was $69 billion. See: Skoens, E., C. Perdomo, and P. Stalenheim. 2004. "Military Expenditure." Ch. 10 in: *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, by Stockholm International Peace Research Institute. 2004. Oxford: Oxford University Press. Also see: Organization for Economic Co-operation and Development. 11 April 2005. "Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge." Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Web site: www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html, last accessed 5 July 2005.

36 Maathai, W. 10 December 2004. Nobel Lecture, Nobel Foundation, Oslo, Norway.

2章

1 The UN Millennium Project is a two-year project that brought together over 250 leading development experts from around the world to serve as an independent advisory board to the UN Secretary-General in order to identify strategic, proven and cost-effective strategies to achieve the MDGs. See web site: www.unmillenniumproject.org.

2 United Nations. 2005a. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), paras. 47, 50, and 93. New York: United Nations; and The World Bank. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, p. 7. New York and Washington, D.C.: Oxford University Press and the World Bank.

3 This section relies on: The World Bank 2001.

4 Ibid., pp. 14, 19, 37, and 99.

5 Malhotra, A., and R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; and The World Bank 2001, p. 83.

6 UNFPA. 2003a. *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, p. 46. Population and Development Strategies Series. No. 8. New York: UNFPA.

7 UN Millennium Project. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, Box 5, p. 32. Report to the Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

8 Ibid., Box 3, p. 13.

9 UNESCO Institute for Statistics. 2004. *Global Education Digest 2004: Comparing Education Statistics Across the World*. Montreal, Canada: UNESCO Institute for Statistics. Data refer to 2001/2002.

10 Of the 104 million children currently out of school, it is estimated that 54 to 57 per cent are girls. See: UN Millennium Project. 2005b. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 42. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

11 United Nations. 27 April 2005. "Millennium Indicators Database." New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Web site: http://millenniumindicators.un.org, last accessed 14 June 2005.

12 UN Millennium Project 2005b, p. 44.

13 UNESCO Institute for Statistics. 2005. "Literacy and Non-formal Education Section: Regional Youth and Adult Literacy Rates and Illiterate Population by Gender for 2000-2004." Spreadsheets.

14 UN Millennium Project 2005b, p. 5.

15 Schultz, T .P. 1993. "Returns to Women's Schooling." Ch. 2 in: *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policy*, edited by E. King and M. A. Hill. 1993. A World Bank Book. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; and UN Millennium Project 2005b, p. 38.

16 UN Millennium Project 2005b, pp. 39, 40 and 41.

17 Grown, C., G. R. Gupta , and R. Pande. 2005. "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment." *The Lancet* 365(9458): 541-543.

18 Abu-Ghaida, D., and S. Klasen. 2004. "The Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity." *World Development* 32(7): 1075-1107.

19 Klasen, S. 1999. "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development: Evidence from Cross-Country Regressions." Policy Research Report on Gender and Development. Working Paper Series. No. 7. Washington, D.C.: The World Bank. Also in: The World Bank 2001, p. 11.

20 Filmer, D. 2004. "If You Build It, Will They Come: School Availability and School Enrollment in 21 Poor Countries." World Bank Policy Research Working Paper. No. 3340. Washington, D.C.: The World Bank; Lloyd, C. B., and A. K. Blanc. 1996. "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others." *Population and Development Review* 22(2): 265-298; and Thomas, D., et al. 1996. "Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil." RAND Labor and Population Program Working Papers. No. 96-02. Santa Monica, California: RAND Corporation; and UN Millennium Project 2005b, p. 41.

21 The World Bank 2001; Smith, L. C., and L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. Research Report. No. 111. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute; and Schultz 1993

22 Quisumbing, A. 1996. "Male-female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence." *World Development*. 24(10): 1579-1595.

23 The World Bank 2001, p. 83.

24 Toure, Aminata. 2004. "Strengthening Families Through the Implementation of ICPD Programme of Action: UNFPA's Perspective." Presentation at the panel held to Observe the 10th Anniversary of the International Year of the Family, United Nations, 6 December 2004. Web site: www.unicef.org/childfamily/files/Strengthening_families_through_the_implementation_of_ICPD_PA.doc, last accessed 29 June 2005; and Seligman, B., et al. 1997. *Reproductive Health and Human Capital: A Framework for Expanding Policy Dialogue*. POLICY Occasional Paper Series. No. 1. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International.

25 UN Millennium Project 2005b, pp. 4, 5, 42, and 44.

26 See: MDG Target 4; and UN Millennium Project 2005a, p. 10.

27 UNFPA 2005a.

28 Teicher, S. A. 4 May 2005. "Gains for Girls, but Many Still Shut Out." *The Christian Science Monitor;* Herz, B., and G. B. Sperling. 2004. *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*. New York: Council on Foreign Relations; and UN Millennium Project 2005b, pp. 48-49.

29 UN Millennium Project 2005b, p. 51; Grown, Gupta, and Pande 2005; and Commission for Africa. 2005. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*. London: Commission for Africa.

30 United Nations 2005a, para. 603.

31 UNFPA. 2003b. *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants*. Population and Development Strategies Series. No. 10. New York: UNFPA.

32 Narayan, D., et al. 1999. *Can Anyone Hear Us? Voices From 47 Countries*. Voices of the Poor: Volume 1. New York: Oxford University Press for the World Bank.

33 McCauley, A. P., et al. 1994. "Opportunities for Women Through Reproductive Choice." *Population Reports*. Series M. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.

34 Seligman, et al. 1997.

35 UN Millennium Project 2005c.

36 McCauley, et al. 1994.

37 The Alan Guttmacher Institute. 2004. "The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health." *Issues in Brief*. 2004 Series. No.4. New York: The Alan Guttmacher Institute.

38 United Nations. 2005b. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

39 Bloom, D. E., et al. 2002. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, California: RAND; and Birdsall, N., et al. (eds.). 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press; and Singh, S., et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute and UNFPA.

40 Bloom, D., and D. Canning. 2004. "Population, Poverty Reduction, and the Cairo Agenda." Paper prepared for the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November 2004. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

41 Mason, A., and S. H. Lee. 2004. "The Demographic Dividend and Poverty Reduction." Paper prepared for the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November 2004. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

42 Singh, et al. 2004.

43 For example, see: World Bank. n.d. "Why Invest in Children and Youth?" Geneva: WHO. Web site: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY/0,,contentMDK:20243901~menuPK:565261~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396445,00.htm, accessed 28 June 2005; UNFPA. 2005b. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA; and Knowles, J., and J. Behrman. 2003, *Assessing the Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, D.C.: World Bank.

44 The World Bank 2001, p. 66.

45 UN Millennium Project 2005a, p. 87.

46 UN Millennium Project 2005b, p. 7.

47 Ibid., p. 7.; The World Bank 2001, pp. 24-25; and Grown, Gupta, and Pande 2005.

48 UN Millennium Project 2005b, p. 77; and The World Bank 2001.

49 United Nations. 2005c. *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), para. 61. New York: United Nations; and United Nations 2005a, para. 375.

50 UN Millennium Project 2005b, p. 87.

51 The World Bank 2001. See also: The World Bank. 2004. "Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia." Promising Approaches to Engendering Development. Washington, D.C.: The World Bank.

52 Blackden, M. C., and C. Bhanu. 1999. "Gender, Growth, and Poverty Reduction: Special Program of Assistance for Africa: 1998 Status Report on Poverty in Sub-Saharan Africa." Technical Paper. No. 428. Poverty Reduction and Social Development, Africa Region. Washington, D.C.: The World Bank.

53 The World Bank. 2003. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Washington, D.C.: The World Bank; The World Bank 2001, p. 11; and The World Bank 2004.

54 Bruce, J., C. Lloyd, and A. Leonard. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*. New York: The Population Council.

55 The World Bank 2001.

56 An extensive literature reports that women are more likely to spend their incomes on food, education and health-care that enhance the welfare of their children as well as their own. See: The World Bank 2001, p. 18; Grown, Gupta, and Pande 2005; and UN Millennium Project 2005b.

57 UN Millennium Project 2005b.

58 United Nations 2005a, para. 315.

59 UNIFEM. 2002a. *Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals*. New York: UNIFEM.

60 UN Millennium Project 2005c, p. 138.

61 United Nations 2005a, paras. 288, 294, and 295.

62 The World Bank 2001.

63 See: ILO. n.d. "C111 Discrimination (Employment and Occupation) Convention, 1958"; "C100 Equal Remuneration Convention, 1951"; "C156 Workers with Family Responsibilities Convention, 1981;" and "C183 Maternity Protection Convention, 2000." All available on ILO, "Gender: Equality Between Men and Women," web site: www.ilo.org/public/english/gender.htm, accessed 29 June 2005; and United Nations 2005a, para. 283.

64 Hein, C. 2005. *Reconciling Work and Family Responsibilities: Practical Ideas from Global Experience*. Geneva: ILO; and O'Brien, M. 2004. *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame*. EOC Working Paper Series. No. 18. Manchester, United Kingdom: Equal Opportunities Commission.

65 The World Bank 2001, p. 24.

66 United Nations 2005a, para. 298.

67 James, B. 2002. *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*. Report prepared for the Ministry of Women's Affairs of New Zealand, Wellington, New Zealand. Web site: www.mwa.govt.nz/pub/InternationalPolicies.doc, last accessed 1 July 2005.

68 Ibid.

69 United Nations 2005a, para. 316.

70 James 2002.

71 Malhotra and Mehra 1999.

72 Lloyd, C. B. (ed.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

73 United Nations 2005a, para. 303.

74 Business for Social Responsibility. 2002. *Addressing the General and Reproductive Health of Women in Global Supply Chains*. San Francisco, California: Business for Social Responsibility.

75 Lovenduski, J., and A. Karam 2002. "Women in Parliament: Making a Difference." Ch. 6 in: *Women in Parliament: Beyond Numbers*, by International IDEA. Stockholm, Sweden: International IDEA. Web site: http://archive.idea.int/women/parl/, last accessed 11 July 2005.

76 See, for example: Swamy, A., et al. 2001 "Gender and Corruption." *Journal of Development Economics* 64(1): 25-55; and The World Bank 2001, pp. 8, 12, and 95. See also: UN Millennium Project 2005b.

77 UN Millennium Project 2005b.

78 United Nations 2005a, p. 348; and UNFPA 2005a.

79 United Nations. n.d. "Millennium Indicators Database: World and Regional Trends." New York: Statistics Division, United Nations. Web site: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp, last accessed 7 July 2005. In 1990, the UN Economic and Social Council recommended a target for increasing the proportion of women in leadership positions to "at least 30% by 1995". See: UN Economic and Social Council Resolution E/RES/1990/15, Recommendation VI, para, 2.

80 UN Millennium Project 2005b, p. 109.

81 United Nations 2005a, para. 333.

82 Vyasulu, P., and V. Vyasulu. 2000. "Women in the Panchayati Raj: Grassroots Democracy in India." Ch. 5 in: UNDP. 2000. *Women's Political Participation and Good Governance: 21st Century Challenges*. New York: UNDP.

83 United Nations 2005a, paras. 333 and 338.

84 Inter-Parliamentary Union. 2005. "Women in National Parliaments: World Classification." Situation as of 30 April 2005. Web site: www.ipu.org/wmn-e/classif.htm, acessed 3 July 2005. Data reported relate to lower house parliamentary seats.

85 United Nations. 17 March 2005. "10 Stories the World Should Hear About: Women as Peacemakers: From Victims to Re-Builders of Society." New York: United Nations. Web site: www.un.org/events/tenstories/story.asp?storyID=700, accessed 29 June 2005.

86 United Nations 2005a, para 731; and United Nations. 2002. *Gender Mainstreaming: An Overview*. New York: Office of the Special Advisor on Gender Issues and Advancement of Women, United Nations.

87 Waldorf, L. 2004. *Pathway to Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*. New York: UNIFEM. Also see: Corner, L. n.d. "Gender-sensitive and Pro-poor Indicators of Good Governance." Paper prepared for the UNDP Governance Indicators Project, Oslo Governance Centre. New York: UNDP. Web site: www.undp.org/oslocentre/docs05/cross/2/Gender-sensitive%20and%20pro-poor%20indicators%20for%20Democratic%20Governance.pdf, last accessed 5 July 2005; and Neimanis, A., and A. Tortisyn. 2003. *Gender Thematic Guidance Note*. NHDR Guidance Note on Gender. No. 2. New York: UNDP.

88 For example, see the Demographic and Health Survey (DHS) module on women's status; UNDP's Gender-related Development Index and Gender Empowerment Measure; and measurements under development by the UN Regional Commissions, such as the Africa Gender and Development Index, Western Asia efforts to improve data availability, and indicators to monitor the proportions of men and women living in poverty in Latin America and the Caribbean. UN agencies, including UNFPA and UNIFEM, support countries

in strengthening sex-disaggregated data collection and analysis.

89 UNDP. 2003. *Millennium Development Goals: National Reports: A Look Through a Gender Lens*. New York: UNDP.

90 Valdes, T. 2002. "Index of Fulfilled Commitments 1995-2000: A *Social Watch* Instrument for Women." International Seminar: Latin America and the Caribbean: Challenges before the Millennium Development Goals, Washington, D.C., 10-11 June 2002. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank. Web site: http://www.iadb.org/sds/doc/SOCSes4GeneroTeresaValdes1.pdf, accessed 22 June 2005. See also: FLACSO Chile. "Area de Estudios de Genero, Grupo Iniciativa Mujeres." Santiago, Chile: FLACSO. Web site: http://www.flacso.cl/, accessed 22 June 2005.

91 United Nations 2005a, para. 737. See also: United Nations. 2003. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts, and Sources* (ST/ESA/STAT/SER.F/95). New York: United Nations Development Group, United Nations.

92 United Nations 2002.

93 United Nations 2003.

94 Grown, C., and G. R. Gupta. 2004. "An Agenda for Engendering: the Millennium Project Task Force on Education and Gender Equality." In: *Seeking Accountability on Women's Human Rights: Women Debate the Millennium Development Goals*, by the Women's International Coalition for Economic Justice. 2004. New York: Women's International Coalition for Economic Justice.

95 United Nations. 2001. "Aide-Memoire: Regional Meeting to Discuss a Needs Assessment on: National Machineries for Gender Equality in African Countries." Addis Ababa, Ethiopia: Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

96 United Nations 2005a, para. 725. See also: Norwegian Ministry of Foreign Affairs. 2002. "Strategies for Gender Equality: Is Mainstreaming a Dead End?" Report from an Informal Consultation of Gender Focal Points in Multilateral Development Organizations, Oslo, Norway, November 2002.

97 United Nations 2005a, paras. 724, 726, and 736; and UNDP. 2003. "From Recovery to Transition: Women, the Untapped Resource." *Essentials*. No. 11. New York: Evaluation Office, UNDP.

98 UN Millennium Project 2005b.

99 United Nations 2005a, para. 703.

100 Center of Arab Women, Training and Research. n.d. Training Session on "Gender Institutionalization through Planning and Budgeting," Tunis, December 2003. Web site: www.cawtar.org.tn, accessed 22 May 2005. See also: UNDP, Government of Tunisia, and AGFUND. 2002. "Support to the Center for Arab Women's Training and Research: CAWTAR" (RAB/02/001/A/01/31). Project document. New York: UNDP.

101 Sharp, R. 2003. *Budgeting for Equity: Gender Budget Initiatives within a Framework of Performance Oriented Budgeting*. UNIFEM: New York; and Elson, D. 2005. "Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW: Report Highlights and Key Conclusions." New York: UNIFEM. Web site: www.gender-budgets.org/en/ev-72845-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 22 May 2005.

102 United Nations. 2005d. *United Nations Development Fund for Women: Implementing the Multi-Year Funding Framework: 2004* (DP/2005/24). New York: United Nations.

103 UN Millennium Project 2005b, pp. 25, 149, and 150.

104 UNIFEM. 2005. *Gender Responsive Budgets: Program Results (2001-2004)*. Brochure. New York: UNIFEM.

105 UN Millennium Project 2005b, p. 147.

106 United Nations 2005a, para. 690.

107 UNIFEM 2005; and UNIFEM. May–June 2004. "Gender Budgets: Tracking Gender Equality." *Currents*. Electronic Newsletter. Web site: http://www.unifem.org/news/currents/currents200406.html, accessed 3 July 2005.

108 United Nations 2005d; and UNIFEM May-June 2004.

109 United Nations. 2000. *Resolution Adopted by the General Assembly: S-23/3 Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action* (A/RES/S-23/3). New York: United Nations.

3章

1 There are seven core international human rights conventions: the International Covenant on Civil and Political Rights (1966); the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966); the International Convention on the Elimination of all forms of Racial Discrimination (1965); the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979); the Convention on the Rights of the Child (1989); the Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment or Punishment (1984); and the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families (1990). Years shown indicate adoption of a convention, not date of entry into force.

2 Of the various relevant protocols adopted, particularly relevant in the context of women's rights is the Optional Protocol to the CEDAW entered into force in 2000. See: United Nations. 1999a. *Resolution Adopted by the General Assembly: 54/4: Optional Protocol to the Convention on All Forms of Discrimination against Women* (A/RES/54/4). New York: United Nations.

3 UNDP. 2000. *Human Development Report 2000: Human Rights and Human Development*. New York: Oxford University Press.

4 Ibid.

5 United Nations. 2005a. *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General* (A/59/2005). New York: United Nations; and UN Millennium Project. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Report to the UN Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

6 United Nations. 2002a. "Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies." Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations. Web site: www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc, last accessed 30 June 2005.

7 Ibid.

8 Ibid, pp. 1 and 5.

9 UN Millennium Project 2005a.

10 United Nations 2002a.

11 Ibid.

12 United Nations 2005a.

13 United Nations. 2005b. *Economic, Social and Cultural Rights: Draft Resolution: 2005: Human Rights and Extreme Poverty* (E/CN.4/2005/L.18). New York: United Nations.

14 United Nations. 2005c. *Economic, Social and Cultural Rights. Human Rights and Extreme Poverty. Report of the Independent Expert on the Question of Human Rights and Extreme Poverty: Arjun Sengupta* (E/CN.4/2005/49.) New York: United Nations.

15 United Nations. 2005d. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), para. 374. New York: United Nations.

16 Ibid., para. 468.

17 Boland, R. 2004. "Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action." Statement at the 2004 International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action, Strasbourg, France, 18-19 October 2004. Web site: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc, last accessed 5 July 2005.

18 United Nations 2005d, paras. 383 and 386.

19 Ibid., para. 382.

20 The World Bank. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, p. 4. New York and Washington, D.C.: Oxford University Press and the World Bank.

21 Equality Now. 2005. "Words and Deeds. Holding Governments Accountable in the Beijing + 10 Review Process." Women's Action 16.8: Update: May 2005. New York: Equality Now. Web site: www.equalitynow.org/english/wan/beijing10/beijing10_en.pdf, last accessed 11 July 2005.

22 United Nations 2005d, paras. 231 and 397.

23 Ibid., paras. 394 and 401; and The World Bank 2001.

24 United Nations 2005d, paras. 70 and 232.

25 UNIFEM. 2003. *Not a Minute More: Ending Violence against Women*. New York: UNIFEM.

26 The ICPD and Beijing articulated the international consensus based on the foundation established by earlier international human rights instruments and standards.

27 Equality Now 2005.

28 Organization of American States. 2003. "Third Biennial Report on Fulfillment of Resolution AG/RES. 1456 (XXVII-0/97): 'Promotion of the Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women, 'Convention of Belem do Para'" (AG/RES. 1942 [XXXIII-O/03]). Washington, D.C.: Organization of American States.

29 African Union. 2003. "Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa." Adopted by the 2nd Ordinary Session of the Assembly of the Union, Maputo, Mozambique, 11 July 2003. Addis Ababa, Ethiopia: African Union. Web site: www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf., accessed 5 July 2005.

30 International Center for Research on Women. 2004. *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Information Brief. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

31 UNFPA. 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.

32 UN Millennium Project. 2005b. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 144. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

33 UN Millennium Project 2005a, Box 1.3, p. 8.

34 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, Principle 2. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.

35 Defined in: United Nations. 1966. "International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Adopted and Opened for Signature, Ratificaton and Accession by General Assembly Resolution 2000A(XXI) of 16 December," Article 12.1. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights. Web site: www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm, last accessed 11 July 2005; and reflected in various other human rights treaties.

36 WHO. 1948. *Constitution of the World Health Organization (1946)*, Preamble. Geneva: WHO.

37 United Nations. n.d. "The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Adopted and Opened for Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966," Article 12. New York: United Nations; and United Nations. 2005e. *Economic, Social and Cultural Rights: Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health: Paul Hunt* (E/CN.4/2005/51), para. 46. New York: United Nations.

38 United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights and UNAIDS. 1998. *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines: Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 23-25 September 1996* (HR/PUB/98/1). New York and Geneva: United Nations. These guidelines are available at: http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/international_guidelines.asp, accessed 5 July 2005.

39 United Nations. 2005f. *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the*

Secretary-General (A/59/765), paras. 15 and 54. New York: United Nations.

40 United Nations 2005d, para. 544.

41 United Nations 1995, para. 7.3.

42 See, for example, General Recommendation 24 on Women and Health of CEDAW (1999); General Comment 14 on the Right to Health of the ICESCR (2000); General Comment 3 on HIV/AIDS and the Rights of the Child (2003); and General Comment 4 on Adolescent Health and Development (2003) of the CRC. Note also that the treaty bodies, such as the CEDAW Committee, issue recommendations to States Party submitting reports that often address reproductive health issues. See also the reports of the Special Rapporteurs on the Right to Health and on Violence Against Women, among others. Available on the web site of the Office of the High Commissioner for Human Rights: www.unhchr.org/, last accessed 12 July 2005.

43 UNFPA. 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action: 1994-2004*. New York: UNFPA.

44 Boland 2004.

45 Ibid.; Boland, R. April 2005. Personal communications; and Center for Reproductive Rights. 2005. "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights." Briefing Paper. New York: Center for Reproductive Rights.

46 Center for Reproductive Rights. 2003. "The Slovak Government's Response to Reproductive Rights Violations against Romani Women: Analysis and Recommendations." New York: Center for Reproductive Rights; and Republic of Peru. 2000. "Peru Resolution No. 03-DP-2000 of 28 January 2000 of the Public Defender." Lima, Peru: Republic of Peru.

47 Center for Reproductive Rights 2005.

48 The 2002 International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action (IPCI/ICPD), Ottawa, Canada, 21-22 November 2002. See: *Report of the First International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Web site: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/ottawa/documents/ottawareport.pdf; accessed 5 July 2005; and the 2004 International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action, Strasbourg. France, 18-19 October 2004. See: "Strasbourg Statement of Commitment." Web site: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/comm.doc, accessed 5 July 2005.

49 Kols, A. 2003. "A Rights-Based Approach to Reproductive Health." *Outlook* 20(4): 1-8. Seattle, Washington: PATH.

50 The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights is based on 12 rights, which are grounded in international human rights instruments and the additional rights implied by them. See: International Planned Parenthood Federation. 1996. *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF. Web site: http://content.ippf.org/output/ORG/files/6385.pdf, last accessed 8 July 2005.

51 See Articles 2(f,g) and 5(a) of CEDAW and Article 24.3 of CRC. In: United Nations. 1999b. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women: Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Ms. Radhika Coomaraswamy: In Accordance with Commission on Human Rights resolution 1997/44: Addendum, Policies and Practices that Impact on Women's Reproductive Rights and Contribute to, Cause or Constitute Violence against Women* (E/CN.4/1999/68/Add.4). New York: United Nations. See also: United Nations. 1993. *48/104: Declaration on the Elimination of Violence Against Women* (A/RES/48/104), Article 4. New York United Nations.

52 United Nations 2003. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women* (E/CN.4/2003/75). New York: United Nations.

53 UNFPA. 2004b. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York: UNFPA; and UNDP. 2004. *Human Development Report: Cultural Liberty in Today's Diverse World*. New York: UNDP.

54 UNFPA 2004b; and UNFPA. 2004c. *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*. New York: UNFPA.

55 UNFPA. 24 June 1998. "Reproductive Health Round Table Focuses on Violence Against Women, Including FGM." Press Release. New York: UNFPA.

56 United Nations. 2003a. *United Nations Common Country Assessment for the Islamic Republic of Iran.* Tehran: United Nations Country Team in Iran, United Nations; United Nations. 2003b. *Population and Development: Selected Issues.*(ST/ESCAP/2288). Asian Population Studies Series. No. 161. New York: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations; United Nations. n.d. "Views and Policies Concerning Population Growth and Fertility Among Governments in Intermediate-Fertility Countries." New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations; and Mehryar, A. H. 2001. *Proceedings of the First International Workshop on Integrated Approach to Reproductive Health and Family Planning in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: UNFPA and the Institute for Research on Planning and Development.

57 Dungus, A. 2000. "Iran's Other Revolution." *Populi* 27(2): 8-13.

58 UNFPA 2004b.

59 United Nations. n.d. "Disabilities." Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations. Web site: www.ohchr.org/english/issues/disability/index.htm, accessed 21 June 2005.

60 UN Millennium Project 2005a, p.120; and United Nations. 2002b. *Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights to the Economic and Social Council* (E/2002/68). New York: United Nations; and Shenker, S., and E. Shields. 22 December 2004. "Mixed Views on UN Indigenous Decade." BBC News Online, accessed 18 April 2005.

61 United Nations. 2005g. *2004 World Survey on the Role of Women in Development: Women and International Migration* (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294). New York: Division for the Advancement of Women, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

62 Hall, G., and H. Patrinos (eds.). Forthcoming. "Indigenous People, Poverty, and Human Development in Latin America: 1994-2004." Washington, D.C.: The World Bank and Palgrave/MacMillan; and United Nations. 2004a. *Report of the Secretary-General on the Preliminary Review by the Coordinator of the International Decade of the World's Indigenous People on the Activities of the United Nations System in Relation to the Decade* (E/2004/82). New York: United Nations.

63 Quinn, G., and T. Degener. 2002. *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1). New York and Geneva: United Nations. See also: CEDAW General Recommendation No. 18. Web site: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom18, last accessed 1 July 2005.

64 UNIFEM. 2004. "Securing Indigenous Women's Rights and Participation." *At-a-Glance*. New York, UNIFEM. Web site: www.unifem.org/filesconfirmed/2/355_at_a_glance_indigenous_women.pdf, last accessed 5 July 2005.

65 See para. 31, among others, in: United Nations 2004b. *Specific Groups and Individuals, Migrant Workers. Report of the Special Rapporteur, Ms. Gabriela Rodríguez Pizarro, Submitted Pursuant to Commission on Human Rights Resolution 2003/46* (E/CN.4/2004/76). New York: United Nations.

66 The 1990 International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families, which came into force in 2003. Efforts are now underway to draft an international convention on the rights of persons with disabilities. See: United Nations. n.d. "Draft Article 12: Freedom from Violence and Abuse." New York: United Nations. Web site: www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcwgreporta12.htm, last accessed 6 July 2005. The Convention Concerning the Protection and Integration of Indigenous and other Tribal and Semi-Tribal Populations and Independent Countries came into force in 1991 (ILO. n.d. "C107 Indigenous and Tribal Populations Convention." Web site: www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C107, last accessed 6 July 2005).

67 For example, the 1982 UN World Programme of Action concerning Disabled Persons and the 1995 Beijing Conference Declaration of Indigenous Women. The Durban Declaration and Programme of Action of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (2001) also addressed the rights of indigenous people. For the latter see web site: www.un.org/WCAR/durban.pdf, last accessed 13 July 2005.

68 See the reports of the Special Rapporteurs on indigenous people; on trafficking in persons, especially in women and children; on migrants; and on disability. See also the Representative of the Secretary-General on internally displaced persons; the ICESCR General Comment No. 5 on Persons with Disabilities; and CEDAW General Recommendation No. 18 on Disabled Women, among others.

69 United Nations. 2002c. *Recommended Principles and Guidelines on Human Rights and Trafficking* (E/2002/68/Add.1). New York: United Nations. See also the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities cited in: United Nations. 2003c. *Specific Groups and Individuals: Other Vulnerable Groups and Individuals: Report of the High Commissioner for Human Rights on Progress in the Implementation of the Recommendations Contained in the Study on the Human Rights of Persons with Disabilities* (E/CN.4/2003/88). New York: United Nations.

70 The Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities was adopted in 1999, and a draft declaration on indigenous rights is underway by the Organization of American States. The African Commission on Human and People's Rights established a working group on indigenous people. International human rights treaty bodies and special rapporteurs have issued recommendations on indigenous people's rights to food, health, housing and land, and on the rights of indigenous women and children, as well as on the equal rights of disabled persons to non-discrimination. (For the latter, see the regional forums on the rights of indigenous people cited in: United Nations 2005d, para. 579.). See also: United Nations. 2004a. *Report of the Secretary-General on the Preliminary Review by the Coordinator of the International Decade of the World's Indigenous People on the Activities of the United Nations System in Relation to the Decade* (E/2004/82). New York: United Nations; and United Nations 2003c.

71 United Nations 2005d, para. 579.

72 Ibid., paras. 580 and 582.

73 Ibid., para. 524.

74 UNIFEM. 2005. "Report to the Forty-fifth Session of the Consultative Committee." New York: UNIFEM; and United Nations. 2005h. *United Nations Development Fund for Women: Implementing the Multi-Year Funding Framework: 2004* (DP/2005/24). New York: United Nations.

75 United Nations 2004b.

76 United Nations. n.d. "Indigenous and Tribal Peoples Convention, 1989 (No. 169): Adopted on 27 June 1989 by the General Conference of the International Labour Organisation at Its Seventy-sixth Session." Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Web site: www.ohchr.org/english/law/indigenous.htm, accessed 5 July 2005.

77 United Nations 2004a.

78 United Nations. n.d. "International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families: Adopted by General Assembly Resolution 45/158 of 18 December 1990." New York: United Nations. Web site: www.ohchr.org/english/law/pdf/cmw.pdf, last accessed 8 July 2005.

79 United Nations. 2000. *Resolution Adopted by the General Assembly: 55/2: United Nations Millennium Declaration* (A/RES/55.2), para. 25. New York: United Nations.

4章

1 Koblinsky, M. A. (ed.). 2003. *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*. Human Development Network Health, Nutrition, and Population Series. Washington, D.C.: The World Bank; and UNFPA. 2004a. *Saving Mothers' Lives: The Challenge*

Continues. New York: UNFPA. In the 1990s, Zimbabwe also made progress in reducing maternal mortality.

2 UN Millennium Project. 2005a. *Combating AIDS in the Developing World*, pp. 22 and 32. Working Group on HIV/AIDS, Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

3 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, para. 7.6. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.

4 UN Millennium Project. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pp. 13 and 20. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

5 UNFPA and University of Aberdeen. 2005. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*. New York: UNFPA; and UN Millennium Project. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Task Force on Child Health and Maternal Health. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

6 The exact relation of levels of maternal morbidity in relation to mortality varies in different settings and data are limited, including according to age group. Estimates of annual global maternal morbidity range from a conservative 8 million to over 20 million. See, for example: UN Millennium Project 2005c; and for a reference on 15 million: UNFPA and University of Aberdeen 2005, p. 26.

7 UNFPA 2004a.

8 WHO, UNICEF, and UNFPA. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, WHO; and WHO. 2005. *World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva: WHO.

9 UNFPA and University of Aberdeen 2005.

10 WHO, UNICEF, and UNFPA 2004. Based on 2000 estimates of maternal deaths. See: Caro, D. A., S. F. Murray, and P. Putney. 2004. "Evaluation of the Averting Maternal Death and Disability Program." A Grant from the Bill and Melinda Gates Foundation To the Columbia University Mailman School of Public Health. Silver Spring, Maryland: Cultural Practice.

11 UN Millennium Project. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 6. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

12 UN Millennium Project 2005c.

13 Ibid.

14 Singh, S., et al. 2004. *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Washington, D.C., and New York: The Alan Guttmacher Institute and UNFPA.

15 WHO. 2004a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, 4th Edition. Geneva: World Health Organization.

16 Ibid.

17 WHO 2004a.

18 EngenderHealth. 2003. *Taking Postabortion Care Services Where They are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal: FRONTIERS Final Report*. Washington, D.C.: Frontiers in Reproductive Health Program, the Population Council.

19 See: United Nations 1995, para. 8.25: "In no case should abortion be promoted as a method of family planning. All Governments and relevant intergovernmental and non-governmental organizations are urged to strengthen their commitment to women's health, to deal with the health impact of unsafe abortion as a major public health concern and to reduce the recourse to abortion through expanded and improved family-planning services. Prevention of unwanted pregnancies must always be given the highest priority and every attempt should be made to eliminate the need for abortion. Women who have unwanted pregnancies should have ready access to reliable information and compassionate counselling. Any measures or changes related to abortion within the health system can only be determined at the national or local level according to the national legislative process. In circumstances where abortion is not against the law, such abortion should be safe. In all cases, women should have access to quality services for the management of complications arising from abortion. Post-abortion counselling, education and family-planning services should be offered promptly, which will also help to avoid repeat abortions."

20 UNFPA and WHO. 2000. *From Abortion to Contraception: Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*, 3rd Edition. Copenhagen, Denmark: WHO.

21 Popov, A. 1999. "Family Planning and Induced Abortion in Post-Soviet Russia of the Early 1990s: Unmet Needs in Information Supply." In: *Russia's Demographic "Crisis,"* edited by J. Da Vanzo. 1999. Santa Monica, California: RAND. Cited in: United Nations. 2004a. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health* (ST/ESA/SER), by the UN Population Division. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

22 United Nations 2004a.

23 Roth, D., and M. Mbizvo. 2001. "Promoting Safe Motherhood in the Community: The Case for Strategies That Include Men." *African Journal of Reproductive Health* 5(2): 10-21.

24 Nuwaha, F., and B. Amooti-Kaguna. 1999. "Predictors of Home Deliveries in Rakai District, Uganda." *African Journal of Reproductive Health* 3(2): 79-86.

25 Varkey, L. C., et al. 2004. "Involving Men in Maternity Care in India." *FRONTIERS Final Report*. Washington, D.C.: Frontiers in Reproductive Health Program, the Population Council.

26 Li, Jianghong. 2004. "Gender Inequality, Family Planning, and Maternal and Child Care in a Rural Chinese County." *Social Science and Medicine* 59(4): 695-708.

27 Cholil, A., M. B. Iskandar, and R. Sciortino. 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta, Indonesia: The State Ministry for the Role of Women and the Ford Foundation.

28 It is estimated that the maternal mortality ratio has increased in some countries where HIV/AIDS and malaria are rising. See: UN Millennium Project 2005c; and The World Bank. 2003. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Washington, D.C.: The World Bank.

29 Caro, Murray, and Putney 2004.

30 UNFPA. 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.

31 UNFPA. 2004b. *Into Good Hands: Progress Reports from the Field*, p. 6. New York: UNFPA.

32 UNFPA 2004a.

33 UNFPA. 2004c. "The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal." News Feature. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/news/news/news.cfm?ID=389&Language=1, accessed 17 January 2005; and UNFPA 2004b, p. 6.

34 UNFPA 2004b, p. 15.

35 UNFPA 2005.

36 London, S. 2004. "Midwife Care is as Safe as Physician-Led Care for Nepalese Women with Low-Risk Pregnancies." *International Family Planning Perspectives*.30(1): 47-48.

37 Koblinsky, M., et al. 2000. *Issues in Programming for Safe Motherhood*. p.43. Arlington, Virginia: MotherCare, John Snow, Inc.

38 UNFPA 2004c; and UNFPA 2004b.

39 Annan, K. 29 December 2002. " In Africa, AIDS has a Woman's Face." *The New York Times/International Herald Tribune*. Web site: www.un.org/News/ossg/sg/stories/sg-29dec-2002.htm, last accessed 20 April 2005.

40 UN Millennium Project 2005a.

41 Ibid., p.2; and UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. New York and Geneva: UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM.

42 UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM 2004.

43 UNAIDS. 2004a. "Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge." Geneva: UNAIDS.

44 Ibid.

45 Based on the Policy Project of the Futures Group for USAID and UNAIDS. Cited in: UN Millennium Project 2005a, p. 23.

46 UNAIDS. 2004b. "A UNAIDS Initiative: The Global Coalition on Women and AIDS." Geneva: UNAIDS. Web site: womenandaids.unaids.org/, accessed 23 June 2005.

47 International Community of Women Living with HIV/AIDS. 2004. *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*. London: International Community of Women Living with HIV/AIDS; and Ogden, J., and L. Nyblade. 2005. *Common at Its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

48 International Community of Women Living with HIV/AIDS 2004.

49 Bianco, M. 2003. "The Balance of 20 Years Fight against HIV/AIDS in Argentina." *Sexual Health Exchange* 2003/1. Amsterdam: Royal Tropical Institute. Web site: www.kit.nl/ils/exchange_content/assets/images/Exchange_2003-1_eng.pdf, last accessed 12 May 2005; and Ipas. 2003. "Bill of Rights Launched to Commemorate International Women's Day." Chapel Hill, North Carolina: Ipas. Web site: www.ipas.org/english/press_room/2003/releases/03072003.asp, accessed 12 May 2005.

50 International Relief Teams. n.d. "Mothers 2 Mothers 2 Be℠." San Diego, California: International Relief Teams. Web site: www.irteams.org/programs/M2M2B.htm, last accessed 22 April 2005.

51 USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF, and the POLICY Project. 2004. *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care, and Support in Low and Middle Income Countries in 2003*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group.

52 UN Millennium Project 2005a, p. 43.

53 Columbia University's Mailman School of Public Health's MTCT-Plus Initiative supports the provision of specialized care to HIV-infected women, their partners and their children identified in PMTCT programmes. It announced grants of more than $9 million to twelve hospitals, health centres and clinics in eight African countries and Thailand for treatment and support services such as counselling, education and community outreach, ARVs and drugs for AIDS complications, training, and other technical assistance.

54 United Nations. 2005a. *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), para. 14. New York: United Nations.

55 WHO and UNAIDS. 2004. "Ensuring Equitable Access to Antiretroviral Treatment for Women: WHO/UNAIDS Policy Statement," p. 6. Geneva: WHO. Web site: http://www.who.int/gender/violence/en/equitableaccess.pdf, accessed 1 January 2005.

56 Ogden and Nyblade 2005; and International Community of Women Living with HIV/AIDS 2004.

57 WHO and UNAIDS 2004, p. 5.

58 Nieuwboer, I. 2003. *Once You Know You can Never Not Know Again: The Effect of a Digital Guide in Persuading Students to go for VCT*, p. 10 Tilburg: Tilburg University Press.

59 Ogden and Nyblade 2005.

60 Painter, T., et al. 2004. "Women's Reasons for Not Participating in Follow Up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study." *British Medical Journal* 329(7465): 543.

61 UNFPA 2005.

62 UNFPA. 2004d. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*. New York: UNFPA.

63 UNFPA 2005.

64 UNFPA. 2004e. *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*. New York: UNFPA.

65 UNFPA 2004d.

66 Global HIV Prevention Working Group. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. Menlo Park, California: Kaiser Family Foundation and the Bill & Melinda Gates Foundation.

67 Singh, et al. 2004.

68 Hobcraft, J. 2003. "Towards a Conceptual Framework on Population, Reproductive Health, Gender and Poverty Reduction," p. 135. Ch. 7 in: *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, by UNFPA. 2003. Population and Development Strategies Series. No. 8. New York: UNFPA.

69 United Nations. 2005b. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

70 Ibid., Table II.1.

71 UNFPA. 2002. *The State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*, pp. 22-23. New York: UNFPA; and Bernstein, S., and E. White. 2005. "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs: *and Vice Versa*: Shared Visions and Common Goals." Chapter 12 in: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals: New York: 17-19 November 2004* (ESA/P/WP.192), by the UN Population Division. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

72 United Nations. 2004b. *World Fertility Report: 2003* (ESA/P/WP.189). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Web site: www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/World_Fertility_Report.htm, last accessed 23 February 2005.

73 See: Selected Indicators in annex of this report; and United Nations 2005b.

74 A worldwide analysis using data from 2000 found that an estimated 105 million married women and 8 million unmarried women in developing countries expressed an unmet need for family planning, that is, they wanted to delay or avoid another birth. When women using traditional family planning methods—such as periodic abstinence or withdrawal—are added, this figure reaches 201 million. These women run risks of unwanted pregnancies because traditional family planning methods are far less effective than modern methods such as sterilization, condoms, intra-uterine devices, hormonal pills and injectibles. See: Singh, et al. 2004. See also: Westoff, C. F. 2001. *Unmet Need at the End of the Century*. DHS Comparative Reports. No. 1. Calverton, Maryland: ORC Macro.

75 Barnett, B., and J. Stein. 1998. *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, pp. 9-11, 15 and 83. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International.

76 Westoff 2001.

77 Becker, S. 1999. "Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples?" *International Family Planning Perspectives* 25(4): 172-180.

78 Ashford, L. 2001. "Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention," pp. 2-3. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

79 Haub, C., 2002. "Family Planning Worldwide 2002." Data sheet. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

80 Nass, S. J., and J. F. Strauss, eds. 2004. *New Frontiers in Contraceptive Research: A Blueprint for Action*, pp. 20-23. Washington, D.C.: National Academy Press.

81 Agha, S. 2001. "Patterns of Use of the Female Condom After One Year of Mass Marketing." *AIDS Education and Prevention* 13(1): 55-64.

5章

1 United Nations. 2004. *World Youth Report 2005: Report of the Secretary-General* (A/60/61 – E/2005/7), p. 1. New York: United Nations.

2 Ibid.

3 United Nations. 2005a. "World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1)." Spreadsheet. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

4 Ibid.

5 Lloyd, C. B. (ed.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press; and UNFPA. 2005a. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA.

6 Lloyd 2005.

7 BBC News. 20 June 2002. "Human Smuggling Eclipses Drugs Trade." Web site: http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm, accessed 7 May 2005.

8 Lloyd 2005.

9 Ibid.

10 The Population Council. 2005. *Population Briefs: Reports on Population Council Research* 11(1). New York: The Population Council.

11 Bernstein, S., and E. White. 2005. "The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs: *and Vice Versa*: Shared Visions and Common Goals." Chapter 12 in: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals: New York: 17-19 November 2004* (ESA/P/WP.192), by the United Nations. 2005b. New York: Population Divison, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

12 UNESCO. 2004. *EFA Global Monitoring Report 2005: Education for All, the Quality Imperative*. Paris: UNESCO.

13 Lloyd 2005; and Grown, C., G. R. Gupta , and R. Pande. 2005. "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment." *The Lancet* 365(9458): 541-543.

14 UNFPA 2005a, p. 59.

15 United Nations 2004, p. 5.

16 United Nations. 2005c. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), para. 496. New York: United Nations; and United Nations 2004, para. 18.

17 UNFPA. 2005b. *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*. New York: UNFPA.

18 Ad Hoc Working Group for *Youth and the MDGs. 2005. Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005.* Web site: http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf, last accessed 27 June 2005.

19 International Planned Parenthood Federation. 2003. *Youth Participation: Youth in Decision Making Processes*. IPPF/WHR Spotlight on Youth. No. 7. Informational Sheet. New York: Western Hemisphere Region, International Planned Parenthood Federation.

20 UNFPA. 2003a. *UNFPA and Young People: Imagine*. New York: UNFPA; and UNFPA. 2005c. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.

21 UNFPA 2005b.

22 Ibid.

23 The project is part of a multi-country programme supported by a grant of the European Union.

24 UNFPA. 2 May 2005. "Laotian Youth Teach Peers to Protect their Health." News Feature. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=609&Language=1, accessed 6 July 2005; and UNFPA 2005b.

25 UNFPA 2005b.

26 Ibid.

27 Ibid.

28 UNFPA 2005a; and United Nations 2005a.

29 UNFPA 2005a.

30 Ibid., p 16.

31 United Nations. 2005d. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), pp. vii and 1. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

32 UNFPA 2005a.

33 Ibid., p. 44.

34 Cincotta, R., R. Engelman, and D. Anastasion. 2003. *The Security Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War*. Washington, D.C.: Population Action International. Cited in: UNFPA 2005a, p. 46. See also: Urdal, H. 2004. *The Devil in the Demographics: The Effect of Youth Bulges on Domestic Armed Conflict, 1950-2000*. Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction. No. 14. Washington, D.C.: The World Bank.

35 UNFPA 2005a.

36 The World Bank. n.d. "Why Invest in Children and Youth?" Web site: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY/0,,contentMDK:20243901~menuPK:565261~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396445,00.htm, accessed 28 June 2005.

37 See, for example, the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW); the Committee on Economic, Social and Cultural Rights; and the UN Special Rapporteur on the Right to Health. All can be found on: Office of the UN High Commissioner for Human Rights. n.d. "Human Rights Bodies: Mechanisms for the Protection and the Promotion of Human Rights." Web site: www.ohchr.org/english/bodies/, last accessed 7 July 2005.

38 Center for Reproductive Rights. 2005. "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights." Briefing Paper. New York: Center for Reproductive Rights.

39 The recently passed Law of the Kyrgyz Republic on Reproductive Rights was the first of its kind in countries of the Commonwealth of Independent States. See: UNFPA. 2003b. *Preventing HIV Infection: Promoting Reproductive Health*. New York: UNFPA. See also: WHO. n.d. "Law [of 2001] on Reproductive Rights of the Kyrgyz Republic." *International Digest of Health Legislation* 54. Geneva: WHO. Web site: http://www3.who.int/idhl/001Kyrg.pdf, accessed 3 March 2005.

40 Center for Reproductive Rights 2005.

41 National Assembly of Panama. n.d. "Que Garantiza la Salud y la Educacion de la Adolescente Embarazada." Law No. 29 of 13 June 2002. Web site: http://www.asamblea.gob.pa/NORMAS/2000/2002/2002_522_1581.PDF, accessed 3 March 2005.

42 Center for Reproductive Rights 2005.

43 United Nations. n.d. "Convention on Consent to Marriage, Minmum Age for Marriage and Registration of Marriages." Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations Web site: www.ohchr.org/english/law/convention.htm, last accessed 21 June 2005.

44 Center for Reproductive Rights 2005.

45 UNFPA. n.d. "Intermediate Report to the European Commission, Sexual and Reproductive Health Programme 2003-2006: April 2003-2004" (EC/ACP/UNFPA). New York: UNFPA.

46 For more on Laos and UNFPA-supported initiatives, see: UNFPA 2 May 2005.

47 Lloyd 2005.

48 UNFPA 2005b.

49 UNFPA. 2005d. "Y-Peer at a Glance." Briefing Package. New York: UNFPA.

50 UNFPA. n.d. "Strategic Partnership with the Arab Scout Organization for Youth Reproductive Health." Web site: http://www.cstamman.org.jo/news/01_news.htm, last accessed 21 June 2005.

51 Lloyd 2005.

52 UNFPA. 2004. *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, p. 76. New York: UNFPA.

53 UNFPA. 2003c. *The State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and* Rights. New York: UNFPA. Cited in: UN Millennium Project 2005a.

54 UN Millennium Project 2005a, p. 58.

55 The World Bank. 2004. "Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries." Washington, D.C.: The World Bank. Web site: www1.worldbank.org/prem/poverty/health/data/round2.htm, last accessed 12 July 2005; and Rani, M., and E. Lule. 2004. "Exploring the Socioeconomic Dimensions of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis." *International Family Planning Perspectives* (30(3): 112.

56 Lloyd, C. B. (ed.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

57 United Nations. 2001a. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General* (A/S-27/3). New York: United Nations.

58 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*, p. 11. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF. Innocenti Research Centre.

59 de Bruyn, M., and S. Packer. 2004. *Adolescents,Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.

60 UNFPA 2003a.

61 Holschneider, S. 1998. *Investing in Young Lives: The Role of Reproductive Health: Why Invest in Young People?* Washington, D.C.: The World Bank. Cited in: de Bruyn and Packer 2004, p. 10; and UN Millennium Project. 2005b. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Task Force on Child Health and Maternal Health. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

62 Raufu, A. 2002. "Unsafe Abortions Cause 20,000 Deaths a Year in Nigeria." *British Medical Journal* 325(7371): 988. Cited in: de Bruyn and Packer 2004, p. 10.

63 de Bruyn and Packer 2004, p. 11.

64 UN Millennium Project 2005a, p. 3.

65 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People. 2004. *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*. New York: UNAIDS. Web site: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/316_filename_UNFPA_Crossroads.pdf, accessed 24 February 2005.

66 UNAIDS. 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.

67 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People 2004.

68 Ibid., p. 48.

69 UNFPA 2003a.

70 United Nations. 2005e. *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), para. 8. New York: United Nations.

71 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People 2004.

72 UNAIDS 2004.

73 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute. Based on Demographic and Health Surveys in 39 developing countries conducted between 1996 and 2003. See also: The Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: The Alan Guttmacher Institute.

74 UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People 2004.

75 United Nations 2005e.

76 United Nations. 2001b. *Resolution Adopted by the General Assembly: S-26.2: Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (A/RES/S-26/2), paras. 47 and 53. New York: United Nations.

77 See: Global Youth Coalition on HIV/AIDS web site: www.youthaidscoalition.org, last accessed 11 May 2005.

78 UNFPA. 2004. *Global Youth Partners: Preventing HIV*. Brochure. New York: UNFPA; and UNFPA. n.d. "Global Youth Partners: Advocating for Increased Access by Young People to Information, Education and Services in the Area of HIV Prevention." New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/hiv/gyp/index.htm, accessed 9 July 2005.

79 The Population Council and UNFPA. 2002. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. A Report on a Workshop of the UNFPA in Collaboration with the Population Council, New York, 1–3 May 2002. New York: The Population Council.

80 Fundación Puntos de Encuentro. 2002. *We're Different, We're Equal: A Project to Promote Young People's Rights: Results and Notes about Impact 2001-2002*. Managua: Nicaragua: Fundación Puntos de Encuentro.

81 UNFPA 2005c.

82 UNFPA. 2005e. *The Livelihoods Approach to Adolescent Programming: Expanding the Response to Adolescent Sexual and Reproductive Health: What, Why, How*. New York: UNFPA.

83 UNFPA 2005c.

84 UNFPA. n.d. "Case Studies: Reaching Out: Reaching the 'Busy Generation' in Mozambique." New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/adolescents/casestudies/reachingout.htm, accessed 13 July 2005.

85 UNESCO. n.d. "Breaking the Poverty Cycle of Women: Empowering Adolescent Girls to Become Agents of Social Transformation in South Asia." Project relating to Cross-cutting Themes. Paris: UNESCO.

86 UNICEF 2001.

87 Based on girls aged 10 to 19 in developing countries, excluding China, projected to marry before their eighteenth birthday. See: Bruce, J., and S. Clark. 2004. *The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy*. Brief based on background paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, Geneva, 9-12 December 2003. New York: The Population Council.

88 Lloyd 2005; and The Population Council and UNFPA 2002

89 UN Millennium Project 2005a, p. 57; and Lloyd 2005.

90 The Population Council and UNFPA 2002; and UNFPA 2003a.

91 UNICEF 2001.

92 Grown, Gupta and Pande 2005.

93 Jejeebhoy, S. 1996. "Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India." ICRW Working Paper. No. 3. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Cited in: Mensch, B., J. Bruce, and M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, p. 46. New York: The Population Council.

94 Clark, S. 2004. "Early Marriage and HIV Risks in sub-Saharan Africa." *Studies in Family Planning* 35(3): 149-160; and UN Millennium Project 2005c.

95 UN Millennium Project 2005a, p. 35.

96 "Decent work" is defined by the International Labour Organization (ILO) as work under conditions of freedom, equity, security and dignity. See: ILO. 1999. *Report of the Director-General: Decent Work*. International Labour Conference Report. Geneva: ILO. Web site: www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm, last accessed 12 May 2005.

97 ILO. 2004a. *Improving Prospects for Young Women and Men in the World of Work: A Guide to Youth Employment*. Geneva: ILO; and ILO. 2004b. *Global Employment Trends for Youth*. Geneva: ILO.

98 Lloyd 2005.

99 ILO 2004b.

100 ILO. 2002a. "International Labour Conference: 90th Session 2002: Report VI. Decent Work and the Informal Economy." Geneva: ILO. Web site: www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf, last accessed 6 July 2005; and ILO 2004b.

101 Ibid.

102 ILO. 1973. "R146 Minimum Age Recommendation, 1973." Geneva: ILO. Web site: www.ilo.org/public/english/standards/ipec/publ/law/ilc/r1461973/#0, last accessed 13 May 2005.

103 ILO. 2003. *Guide Book II: Time-Bound Programmes for Eliminating the Worst Forms of Child Labour: An Introduction*. Geneva: ILO; and ILO. 2002b. *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*. Geneva: International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC), Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour (SIMPOC), International Labour Office, ILO.

104 UNFPA 2005e.

105 ILO. 2002c. *Report of the Director-General: A Future without Child Labour: Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: International Labour Conference*: 90th *Session 2002*. Geneva: International Labour Office, ILO.

106 ILO. 2005. "Report of the Director-General: A Global Alliance Against Forced Labour: Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: 2005." Report 1(B). International Labour Conference. 93rd Session. Geneva: ILO. Web site: www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=5059, last accessed 7 July 2005.

107 UNICEF. 11 June 2004. "Children Used as Domestic Servants One of the Most Hidden Forms of Child Labour." Sydney, Australia: UNICEF. Web site: www.unicef.org.au/mediaCentre-Detail.asp?ReleaseID=534, accessed 13 January 2005.

108 Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs 2005.

6章

1 Boserup, E. 1970. *Woman's Role in Economic Development*. London and New York: Earthscan.

2 Naciones Unidas. 2002. *Paternidad Responsable en el istmo centroamericano* (LC/MEX/L.475/Rev.1). Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas; Abdalla, J. 2001. "The Absent Father." Pp. 214-246 in: *The New Arab Family: Cairo Papers in Social Science* 24(1/2), edited by N. Hopkins. 2001. Cairo: The American University in Cairo Press; and Nosseir, N. 2003. "Family in the New Millennium: Major Trends Affecting Families in North Africa." In: *Major Trends Affecting Families: A Background Document*, by United Nations. 2003. New York: Division for Social Policy and Development, United Nations.

3 Naciones Unidas. 2002.

4 For example, this is supported by research from countries in East and South East Asia. Women who are single mothers with limited marketable skills or employment prospects may be obliged to bring their children along to help them with their small businesses and sale of goods. See: Quah, S. R. 2003. "Major Trends Affecting Families in East and Southeast Asia: Final Report," p. 30. New York: Division for Social Policy and Development, Department of Social and Economic Affairs, United Nations.

5 United States Department of Health and Human Services. 1993. Survey on Child Health. Washington, D.C.: National Center for Health Statistics, United States Department of Health and Human Services; Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL and UNFPA. 2005. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamerica: Caso Nicaragua." Draft; Naciones Unidas. 2002; and UNICEF. 1997. *Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge About Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women*. New York: UNICEF.

6 Naciones Unidas. 2002.

7 Baker, G., et al. 2003. "Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations." Final draft. Document prepared for the World Bank; and Naciones Unidas 2002.

8 UNFPA. n.d. "It Takes 2: Partnering with Men in Reproductive & Sexual Health," p. 15. Programme Advisory Note. New York: UNFPA. See also a study in Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cooperación Alemana-GTZ, Ministerio de Salud. 2003. "Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Versión Resumen del Informe Final." Managua, Nicaragua.

9 UNFPA. 2000. *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*. Technical Paper. No.3. New York: UNFPA; and UNFPA n.d.

10 UNFPA 2000; and Scalway, T. 2001. *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*. London: Panos and UNAIDS.

11 UNFPA 2000.

12 The World Bank. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pp. 9 and 77. New York and Washington, D.C.: Oxford University Press and the World Bank.

13 The World Bank. n.d. "Latin America and the Caribbean: Crime and Violence Prevention." Washington, D.C.: The World Bank Group. Web site: http://lnweb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid/65A4BF3B8D10247D85256CFD007A5D62?Opendocument, last accessed 16 May 2005.

14 Ajuwon, A. 2003. "Research in Sexual Coercion among Young Persons: The Experiences and Lessons Learned from Ibadan, Nigeria." Presentation at Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, India, 22-25 September 2003; Caceres, C. "The Complexity of Young People's Experiences of Sexual Coercion: Lessons Learned from Studies in Peru." Presentation at Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, India, 22-25 September 2003; Jewkes, R. "Non-consensual Sex among South African Youth: Prevalence of Coerced Sex and Discourses of Control and Desire." Presentation at Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, India, 22-25 September 2003; and Wilkinson, J. W., L. S. Bearup, and T. Soprach. "Youth Gang-rape in Phom Penh." Presentation at Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting, New Delhi, India, 22-25 September 2003. All cited in: The Population Council, WHO and YouthNet. 2004. *Sexual Coercion: Young Men's Experience as Victims and Perpetrators*. New Delhi: The Population Council.

15 Greene, M. E., and A. E. Biddlecom. 2000. "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles." *Population and Development Review* 26(1): 81-115; and Jacobson, J. 2000. "Transforming Family Planning Programmes: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda." *Reproductive Health Matters* 8(15): 21-32.

16 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute. Based on Demographic and Health Surveys in 39 developing countries conducted between 1996 and 2003.

17 The data do not include all groups in all regions, leaving out some key groups such as boys under 15, unmarried men, and men in prison, the military, migrants or refugees, many of whom are sexually active.

18 The Alan Guttmacher Institute 2003.

19 The Alan Guttmacher Institute. 2004. *Risk and Protection: Youth and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, p. 34. New York and Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute.

20 The Alan Guttmacher Institute 2004, Appendix Table 5, p. 36.

21 The Alan Guttmacher Institute 2004, Appendix Table 4, p. 35.

22 United Nations. 2005a. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), para. 658. New York: United Nations.

23 Chattopadhay, T. 2004. *Role of Men and Boys in Promoting Gender Equality: An Advocacy Brief*. Bangkok: UNESCO; PLANetWiRE Clips. 13 April 2005. "Saudi Clerics Rule Against Forced Marriage;" and Barker, G. 2002. "Instituto PROMUNDO: Engaging Young Men in Gender-Based Violence Prevention and Sexual and Reproductive Health Promotion: Rio de Janeiro, Brazil." Presentation at the Oxfam workshop, Gender Is Everyone's Business: Programming with Men to Achieve Gender Equality, Oxford, United Kingdom, 10-12 June 2002. Web site: www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/gem/downloads/Promcase.pdf, last accessed 5 May 2005.

24 UNFPA 2005 "Regional Conference of African Islamic Faith-Based Organizations, Abuja, Nigeria, 14-18 March 2005." Conference Report. New York: UNFPA.

25 Greene, M. E. 2002. "Involving Men in Reproductive Health: Implications for Reproductive Health and Rights." Pp. 129-138 in: *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, edited by E. Murphy and A. Hendrix-Jenkins. Washington, D.C.: PATH. Web site: www.path.org/publications/pub.php?id=516, last accessed 22 June 2005.

26 Ndong, I., et al. 1999. "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services." *International Family Planning Perspectives* 25(Supplement): S53-S55; Bergstrom, G. 1999. "Men's Voices, Men's Choices: How Can Men Gain From Improved Gender Equality?" A Sweden/Africa Regional Seminar, Lusaka, Zambia, 11-13 January 1999. Stockholm, Sweden: Ministry for Foreign Affairs; Johansson, A., et al. 1998. "Husbands' Involvement in Abortion in Vietnam." *Studies in Family Planning* 29(4): 400-413; Basu, A. M. 1996. "Women's Education, Marriage and Fertility: Do Men Really Not Matter?" Population and Development Program Working Paper Series. No. 96.03. Ithaca, New York: Cornell University; Laudari, Carlos. 1998. "Gender Equity in Reproductive and Sexual Health." Paper presented at the FAO/WHO/UNFPA Thematic Workshop on Male Involvement in Sexual and Reproductive Health Programmes, Rome, 9-13 November 1998; Hull, T. H. 1999. "Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?" Paper presented at the Psychosocial Meeting preceding the Annual Meeting of the Population Association of America, New York, New York, 23-24 March.1999; Hawkes, S. 1998. "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh." *Sexual Health Exchange* 3: 14-15; and Collumbien, M., and S. Hawkes. 2000. "Missing Men's Messages: Does the Reproductive Health Approach Respond to Men's Sexual Health Needs?" *Culture, Health and Sexuality* 2(2): 135-150.

27 UNFPA 2000. The theme of "shame" in men (in seeking condoms, services, discussing reproductive health issues, sharing household responsibilities) was a salient finding in a study in Nicaragua. See: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cooperación Alemana-GTZ, Ministerio de Salud 2003.

28 Cates, W., Jr. 1996. "The Dual Goals of Reproductive Health." *Network* 16(3); Loaiza, E. 1998. "Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience." Paper prepared for the seminar, "Men, Family Formation and Reproduction," the Committee on Gender and Population of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) and the Centro de Estudios de Poblacion (CENEP), Buenos Aires, Argentina 13-15 May 1998. Liege, Belgium: International Union for the Scientific Study of Population; and Lamptey, P., et al. 1978. "An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana." *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226; Fapohunda, B. M., and N. Rutenberg. 1998. "Enhancing the Role of Men in Family Planning and Reproductive Health." Unpublished paper.

29 UNFPA 2000; and Nzioka, C. 2001. "Perspectives of Adolescent Boys on the Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: Kenya," *Reproductive Health Matters* 9(17): 108-117.

30 UNFPA 2000.

31 Scalway 2001.

32 Blanc, A. 2001. "The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence." *Studies in Family Planning* 32(3): 189-213.

33 De Keijzer, B. 2004. "Masculinities: Resistance and Change." Pp. 28-49 in: *Gender Equality and Men: Learning from Practice*, edited by S. Ruxton. 2004. Oxford: Oxfam GB.

34 UNFPA. 2004. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*, p. 12. New York: UNFPA.

35 Sayages, M. 13 June 2003. "Africa's Men Meet Challenge of Fighting HIV/AIDS." Reuters AlertNet. Web site: www.alertnet.org/thefacts/reliefresources/aidsfeature.htm, last accessed 9 July 2005.

36 United Nations 2005a, para. 388; and "A Role for Men in Gender Equality." 13 September 2004. *IPS UN Journal*.11(165): 6.

37 The Population Council. 2000. "Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement." *Quality/Calidad/Qualite*, No. 10. New York: The Population Council.

38 Siegfried, K. 3 March 2005. "Changing Men's Attitudes to Reduce AIDS in Africa." *The Christian Science Monitor*.

39 United Nations. 2004. "The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality." Panel II of the Forty-eighth Session of the Commission on Status of Women, New York, 2 March 2004. New York: Division for the Advancement of Women, United Nations.

40 Scalway 2001.

41 Raju, S., and A. Leonard (eds.). 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, p. 57. New Delhi: The Population Council; Laack, S. 1995. "Thoughts about Male Involvement: Swedish Experiences." Paper presented at the Youth Sexuality Conference, Arusha, Tanzania, 13-18 August 1995; and Laack, S., et al. 1997. *Report on the RFSU Young Men's Clinic*. Stockholm, Sweden: Swedish Association of Sex Education.

42 Grant, E., et al. 2003. "Seizing the Day: Right Time, Right Place, Right Message for Adolescent Reproductive and Sexual Health (Kenya)." Presentation at the Conference on Reaching Men to Improve the Reproductive Health of All, Interagency Gender Working Group, USAID, Washington D.C., September 2003.

43 Pan-American Health Organization. 2003. "Improving the Lives of Adolescent Girls and Boys By Involving Adolescent Boys: A New Approach to Health Promotion and Prevention Through Soccer." Adolescent project. Washington, D.C.: Pan-American Health Organization.

44 The Population Council. 2003. "My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality." 2003. *Quality/Calidad/Qualite*. No. 14. New York: The Population Council.

45 Mishra, A. 2003. "Enlightening Adolescent Boys in India on Gender and Reproductive and Sexual Health." Presentation at the Conference on Reaching Men to Improve the Reproductive Health of All, Interagency Gender Working Group, USAID, Washington D.C., September 2003.

46 Barker, G., et al. 2004. "How Do We Know if Men Have Changed: Promoting and Measuring Attitude Change with Young Men: Lessons Learned from Program H in Latin America," Pp. 147-161 in: Ruxton 2004.

47 UNFPA. 2003a. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons from Nine Countries*. Technical Report. New York: UNFPA

48 Ibid.

49 UNFPA. 2003b. *Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del VIH/SIDA y Equidad de Género en Fuerzas Armadas en América Latina, Estudios de Caso de Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú*. Bogota, Colombia: UNFPA.

50 Pathfinder International. 1998. "Reaching Young Men with Reproductive Health Programs." Watertown, Massachusetts: Pathfinder International. Web site: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/IN%20FOCUS/ReachingYoungMen.doc, accessed 25 March 2005.

51 Rob, U., et al. 2004. "Integration of Reproductive Health Services for Men in Health and Family Welfare Centers in Bangladesh." FRONTIERS Final Report. Washington, D.C.: The Population Council.

52 United Nations 2005a, paras. 193, 239, 406, and 571; and United Nations. 2005b. *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), para. 63b. New York: United Nations.

7章

1 UN Millennium Project. 2005a. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

2 Heise, L., M. Ellsberg, and M.Gottemoeller. 1999. "Ending Violence against Women." *Population Reports*. Series L. No. 11. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.

3 UN Millennium Project 2005a, pp. 15 and 110.

4 Heise, Ellsberg, and Gottemoeller 1999.

5 Krug, E., et al. (eds.). 2002. *World Report on Violence and Health.* Geneva: WHO.

6 Ibid.

7 Morrison, A. R., and M. B. Orlando. 1999. "Social and Economic Costs of Domestic Violence: Chile and Nicaragua." Ch. 3 in: Morrison, A., and L. Biehl (eds). 1999. *Too Close to Home: Domestic Violence in Latin America.* Washington, D.C.: Inter-American Development Bank. Cited in: UN Millennium Project 2005a.

8 International Center for Research on Women. 2000. *A Summary Report for a Multi-Site Household Survey.* Domestic Violence in India. No. 3. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Cited in: UN Millennium Project 2005a, p. 115.

9 Australian Government. 2004. *The Cost of Domestic Violence to the Australian Economy: Part I.* Report prepared by Access Economics Pty. for the Office of Women, Commonwealth of Australia; and Phillips, J., and M. Park. 6 December 2004. "Measuring Violence against Women: A Review of the Literature and Statistics." Canberra, Australia: Parliament of Australia. Online E-Brief. Web site: www.aph.gov.au/library/intguide/SP/ViolenceAgainstWomen.htm, last accessed 27 June 2005.

10 Waters, H., et al. 2004. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence.* Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, WHO.

11 UN Millennium Project 2005a, p. 119.

12 Heise, Ellsberg, and Gottemoeller 1999. Cited in: UN Millennium Project 2005a, p. 113. Another estimate, based on findings from 48 population-based surveys, placed this figure at between 16 and 50 per cent. See: Krug, et al. 2002

13 Krug, et al. 2002.

14 Solano, P., and M. Velzeboer. 2003. "Componentes clave para leyes y políticas contra la violencia contras las mujere," p. 13. Draft discussion document. Washington, D.C.: Pan-American Health Organization.

15 Krug, et al. 2002.

16 BBC News. 20 June 2002. "Human Smuggling Eclipses Drugs Trade." Web site: http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm, accessed 7 May 2005.

17 United States Department of State. 2005. *Trafficking in Persons Report: June 2005.* Washington, D.C.: United States Department of State.

18 United States Department of State. 2004. *Trafficking in Persons Report: June 2004.* Publication No. 1150. Washington, D.C.: United States Department of State.

19 Martens, J. 2004. "Seduced, Imported, Sold: Trafficking in Women and Children in Africa." Paper prepared for the Seventh Regional Conference on Women (Beijing +10), Addis Ababa, 12-14 October 2004. Addis Ababa, Ethiopia: UN Economic Commission for Africa; and Miko, F. 2004. "Trafficking in Persons: The U.S. and International Response: Congressional Research Service." CRS Report for Congress. Washington, D.C.: Congressional Research Service, the Library of Congress.

20 United Nations. 2002. "Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime: Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly Resolution 55/25 of 15 November 2000." Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Web site: www.ohchr.org/english/law/protocoltraffic.htm, last accessed 11 July 2005.

21 Council of Europe. n.d. "Action against Trafficking in Human Beings: News." Web site: www.coe.int/T/E/human_rights/trafficking, accessed 26 May 2005.

22 Boland, R. 2004. "Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action." Statement at the 2004 International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action, Strasbourg, France, 18-19 October 2004. Web site: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc, last accessed 5 July 2005; and Boland, R. April 2005. Personal communications.

23 UNFPA. 2003. *UNFPA and Young People: Imagine.* New York: UNFPA

24 Krug, et al. 2002.

25 UN Millennium Project. 2005a, p. 114.

26 Jejeebhoy, S. 1996. "Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India." ICRW Working Paper. No. 3. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Cited in: Mensch, B., J. Bruce, and M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, p. 46. New York: The Population Council.

27 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*, p. 11. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF. Innocenti Research Centre.

28 Im-em, W., K. Archvanitkul, and C. Kanchanachitra. 2004. "Sexual Coercion among Women in Thailand: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Life Experiences." Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Boston, Massachusetts, 3-5 August 2004.

29 The Population Council. 2004a. *The Adverse Health and Social Outcomes of Sexual Coercion: Experiences of Young Women in Developing Countries.* New York: The Population Council; Jejeebhoy, S. J., and S. Bott. 2003. *Non-consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries.* South and East Asia Regional Working Paper. No. 16. New Delhi: Population Council. See also: Im-em, Archvanitkul, and Kanchanachitra 2004.

30 de Bruyn, M., and S. Packer. 2004. *Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care.* Chapel Hill, North Carolina: Ipas.

31 Amnesty International. 2004. *It's in Our Hands: Stop Violence against Women.* London: Amnesty International.

32 Krug, et al. 2002.

33 Amoakohene, M. A. 2004. "Violence Against Women in Ghana: A Look at Women's Perceptions and Review of Policy and Social Responses." *Social Science and Medicine* 59(2004): 2373-2385; Manh Loi, V., V. Tuan Huy, N. Huu Minh and C. Clement. 1999. "Gender Based Violence: The Case of Vietnam." Washington, D.C.: The World Bank; Garcia-Moreno, C. 2002. "Violence against Women: Consolidating a Public Health Agenda." Pp. 111-142 in: *Engendering International Health: The Challenge of Equity*, edited by G. Sen, A. George, and P. Ostlin. 2002. Cambridge, Massachusetts: MIT Press; and Koenig, M., et al. 2003. "Domestic Violence in Rural Uganda: Evidence From a Community-based Study." *Bulletin of the World Health Organization* 81(1): 53-60.

34 The Population Council. 2004b. *Sexual Coercion: Young Men's Experiences as Victims and Perpetrators.* New York: The Population Council.

35 Solano and Velzeboer 2003.

36 As recognized, for example, in the 1993 UN Declaration on the Elimination of Violence Against Women, Article 4(f) and the Beijing Platform for Action, para. 124(g). See: United Nations. 1993. *48/104: Declaration on the Elimination of Violence Against Women* (A/RES/48/104), Article 4. New York United Nations; and United Nations. 1996. *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995.* New York: Department of Public Information, United Nations.

37 Luciano, D., S. Esim, and N. Duvvury. 2003. "How to Make the Law Work: Budgetary Implications of Domestic Violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean." Paper presented at "Women Working to Make a Difference," Seventh International Women's Policy Research Conference, Washington, D.C., 22-24 June 2003.

38 UN Millennium Project. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, p. 13. Report to the Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

39 WHO. n.d. "Schools and Youth Health: Resources and Tools for Advocacy." Geneva: WHO. Web site: www.who.int/school_youth_health/resources/en/, last accessed 10 July 2005; UNESCO. 2004. "Making the Case for Violence Prevention through Schools." *FRESH Tools for Effective School Health*, 1st Edition. Geneva: UNESCO; and Larraín, S., J. Vega, and I. Delgado. 1997. *Relaciones familiares y maltrato infantil.* Santiago: UNICEF. Cited in: UN Millennium Project 2005a.

40 UN Millennium Project 2005a, p. 119.

41 Watts, C., and S. Mayhew. 2004. "Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence: Shaping a Programmatic Response in Sub-Saharan Africa." *International Family Planning Perpectives* 30(4): 207-213; and UN Millennium Project. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children.* Task Force on Child Health and Maternal Health. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

42 de Bruyn and Packer 2004.

43 UN Millennium Project 2005a, p. 111.

44 The Global Coalition on Women and AIDS and WHO. n.d. *Violence against Women: Critical Intersections: Intimate Partner Violence and HIV/AIDS.* Information Bulletin Series. No. 1. Geneva: WHO.

45 Human Rights Watch. 2002. *The War within the War: Sexual Violence against Women and Girls in the Eastern Congo.* New York: Human Rights Watch.

46 WHO. 2000. "Female Genital Mutilation." Fact Sheet. No. 241. Geneva: WHO. Web site: www.who.int/media-centre/factsheets/fs241/en, accessed 3 March 2005.

47 Heise, Ellsberg, and Gottemoeller 1999.

48 Ganatra, B. R., K. J. Coyaji, and V. N. Rao. 1996. *Community cum Hospital Based Case-Control Study on Maternal Mortality: A Final Report.* Pune, India: KEM Hospital Research Centre. Worldwide, studies have identified a trend in the rationale for why violence occurs during pregnancy; reasons include disobeying one's husband, expressing suspicions of infidelity, refusing sex, or failing to adequately care for the children or home. According to a report of the Population Council, globally, one woman in every four is physically or sexually abused during pregnancy, usually by her partner. See: Jejeebhoy, S. J. 1998. "Association between Wife-beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India." *Studies in Family Planning* 29(3): 300-308; Visaria, L. 1999. "Violence Against Women in India: Evidence from Rural Gujarat." Pp. 14-25 in: *Domestic Violence in India: A Summary Report of Three Studies*, by the International Center for Research on Women. 1999. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; and Heise, Ellsberg, and Gottemoeller 1999.

49 UN Millennium Project 2005a, p. 16.

50 UN Millennium Project 2005c.

51 Leung, T. W., et al. 2002. "A Comparison of the Prevalence of Domestic Violence Between Patients Seeking Termination of Pregnancy and Other Gynecology Patients." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(1): 47-54. A 1999 case control study in a hospital in Hong Kong of 501 women (245 seeking abortion and 256 other ob/gyn patients) found that "the lifetime prevalence of abuse in the group seeking abortion was 27.3% compared to 8.2% in the ob/gyn group". The study also found that "among those with recent history of abuse, 27% (9/33) admitted that their decision for termination of pregnancy had been affected by their experience of abuse".

52 Kaye, D. 2001. "Domestic Violence Among Women Seeking Post-abortion Care." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(3(: 323-325. A 2000 study of 311 women seeking PAC at a national referral hospital in Uganda found that 70 women (23.2 per cent) had induced abortions and 28 of those (38.9 per cent) "gave domestic violence-related issues as the main reason for inducing the abortion".

53 Watts and Mayhew 2004.

54 United Nations 1996, para. 106(q).

55 Krug, et al. 2002.

56 Bott, S., et al. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries.* New York: IPPF/Western Hemisphere Region.

57 UNFPA and AIDOS. 2003. *Addressing Violence against Women: Piloting and Programming: Rome, Italy, 15-19 September 2003.* New York and Rome: UNFPA and AIDOS.

58 UN Millennium Project 2005a, p. 40; and Global Campaign for Education. 2005. "Girls Can't Wait: Why Girls' Education Matters, and How to Make It Happen Now: Briefing Paper for the UN Beijing + 10 Review and Appraisal." Brussels, Belgium: Global Campaign for Education.

59 UNFPA. 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action.* New York: UNFPA.

60 UN-HABITAT (United Nations Human Settlement Programme). 2001. *Cities in a Globalizing World: Global Report on Human Settlements 2001*. London: Earthscan.

61 UN Millennium Project 2005a, p. 76.

62 UNFPA 2005, Area 6.

63 The UN Millennium Project Task Force on Education and Gender Equality identified women's inheritance and property rights, and combating violence against women, as two of seven strategic priorities for achieving gender equality.

64 United Nations. 2005. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), para. 214. New York: United Nations.

65 Center for Reproductive Rights. 2005. "Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights." Briefing Paper. New York: Center for Reproductive Rights.

66 United Nations 2005, para. 207, 208 and 211.

67 Bendre, U., and T. Khorakiwala,. 2004. "Assessment of Family Counselling Centers in Madhya Pradesh." Report submitted to UNFPA.

68 UNFPA. 13 March 2003. "The Santa Maria/Sal Commitment: By African Women Ministers and Parliamentarians on Gender and HIV/AIDS: Reinforcing National Action." News Feature. New York: UNFPA.

69 UNFPA 2005, p. 6.

70 United Nations 2005, para. 223.

71 UN Millennium Project. 2005d. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, p. 68. Report to the UN Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

72 UNFPA 2005, p. 6.

73 Garcia-Moreno, C. 2003. "Responding to Violence against Women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence." *Health and Human Rights: An International Journal* 6(2): 112-127.

74 The White Ribbon Campaign. n.d. " Men Working to End Men's Violence Against Women." Toronto, Canada: White Ribbon Campaign. Web site: www.whiteribbon.ca/about_us/, last accessed 5 May 2005.

75 Crossette, B. 2004. "Priorities Across Borders: For Many Women, Violence Shuts Out Hope." Media Center, UN Foundation. See web site: www.stopvaw.org/October_2004.html#25Oct200424, accessed 9 July 2005.

76 Ramos-Jimenez, P. 1996. "Philippine Strategies to Combat Domestic Violence Against Women." Task Force on Social Science and Reproductive Health. Manila, the Philippines: Social Development Research Center and De La Salle University.

77 Royal Government of Cambodia. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*, p. 10. Phnom Penh: Ministry of Women's Affairs, Royal Government of Cambodia; and "A Role for Men in Gender Equality." 13 September 2004. *IPS UN Journal* 11(165): 6.

78 United Nations 2005, para. 234.

79 Based on a costing exercise on gender-specific interventions that include training and awareness campaigns, interventions to combat violence against women, and capacity development of the women's ministry. See: UN Millennium Project 2005a, p. 36.

80 Waters, H., et al. 2004.

81 United Nations. 2000. *Resolution adopted by the General Assembly: 55/2: United Nations Millennium Declaration* (A/RES/55/2), para. 12. New York: United Nations.

8章

1 United Nations. 2005a. *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General* (A/59/2005). New York: United Nations.

2 The earthquake and tsunami disaster of 26 December 2004 took over 280,000 lives and devastated coastal areas and communities around the Indian Ocean. See: United Nations. 2005b. *Summary of the Economic and Social Survey of Asia and the Pacific, 2005* (E/2005/18). New York: United Nations; and United States Agency for International Development. 2005. "Indian Ocean: Earthquake and Tsunamis." United States Agency for International Development Fact Sheet. No. 36. Washington, D.C.: Office of US Foreign Disaster Assistance, Bureau for Democracy, Conflict, and Humanitarian Assistance, United States Agency for International Development. Web site: www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/disaster_assistance/countries/indian_ocean/fy2005/indianocean_et_fs36_02-22-2005.pdf, accessed 25 March 2005.

3 UN Millennium Project. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, ch. 12. Report to the UN Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan,

4 UN Millennium Project. 2005b. *Health, Dignity and Development: What Will it Take?* Task Force on Water and Sanitation. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

5 Smith, D. 2001. "Trends and Causes of Armed Conflict" In: *Berghof Handbook for Conflict Transformation: Trends and Causes of Armed Conflicts*, edited by D. Bloomfield, M. Fischer, and A. Schmerlze. Berlin, Germany: Berghof Research Centre for Constructive Conflict Management; and Dwan, R., and M. Gustavsson. 2004. "Major Armed Conflicts." Ch. 3 in: *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, by Stockholm International Peace Research Institute. 2004. Oxford: Oxford University Press.

6 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004. *Women's Commission Fact Sheet*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Web site: www.womenscommission.org/pdf/fctsht.pdf, accessed 25 March 2005.

7 United Nations 2005a, para. 114.

8 United Nations. 2005c. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), para. 76. New York: United Nations.

9 UN Millennium Project. 2005c. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

10 United Nations. 2000. *UN Security Council Resolution 1325 (2000): Adopted by the Security Council at Its* 4213th *Meeting on 31 October 2000* (S/RES/1325 [2000]). New York: United Nations.

11 Article 7.1 of the Rome Statute. Cited in: *Reproductive Rights are Human Rights*, by the Center for Reproductive Rights. 2005. New York: Center for Reproductive Rights; and United Nations. 2003a. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women* (E/CN.4/2003/75). New York: United Nations.

12 United Nations 2003a.

13 United Nations 2005c, para. 248.

14 United Nations. 2004a. *A More Secure World: Our Shared Responsibility: Report of the Secretary-General's High-Level Panel on Threats, Challenges, and Change* (A/59/565), para. 238. New York: United Nations.

15 United Nations 2005a, para. 114.

16 These commitments are made in UN Security Council Resolutions 1261 (1999), 1314 (2000), 1379 (2001), and 1460 (2003).

17 United Nations 2005a.

18 United Nations. 2004b. *Specific Groups and Individuals: Mass Exoduses and Displaced Persons: Report of the Representative of the Secretary-General on the Human Rights of Internally Displaced Persons, Walter Kälin: Submitted Pursuant to Commission on Human Rights Resolution 2004/55* (E/CN.4/2005/84). New York: United Nations.

19 Globally, 25 million are internally displaced persons, and an additional 11 to 12 million are refugees. See: United Nations 2005a, p. 4.

20 See: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. n.d. "Special Procedures of the Commission on Human Rights: Representative of the Secretary-General on Internally Displaced Persons." Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Web site: www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/interndisp/, accessed 9 July 2005.

21 The Guiding Principles on Internal Displacement restate and compile human rights and humanitarian law relevant to internally displaced persons. See: United Nations. 1998a. *Report of the Representative of the Secretary-General, Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to Commission Resolution 1997/39: Addendum: Guiding Principles on Internal Displacement* (E/CN.4/1998/53/Add.2). New York: United Nations.

22 United Nations 2004b.

23 United Nations 2005a, paras. 209 and 210.

24 Anderlini, S. N. 2004. *Negotiating the Transition to Democracy and Reforming the Security Sector: Vital Contributions of South African Women*. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.

25 UNIFEM. 2005a. Report to the Forty-fifth Session of the Consultative Committee. New York: UNIFEM.

26 UNFPA. 2004a. *Dispatches*. No. 62.

27 Mertus, J. 2004. "Women's Participation in the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia (ICTY): Transitional Justice for Bosnia and Herzegovina." Policy Commission Case Study. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.

28 Anderlini, S. N., C. P. Conaway, and L. Kays. 2004. "Transitional Justice and Reconciliation." In: *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, by International Alert and Women Waging Peace. 2004. Washington and London: Hunt Alternatives Fund and International Alert. Web site: www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/Transitional_Justice.pdf, accessed 25 March 2005.

29 UNIFEM. 2005b. "Women, War, Peace, and Justice." New York: UNIFEM. Web site: www.womenwarpeace.org/issues/justice/justice.htm, accessed 25 March 2005.

30 UNFPA. 2004b. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York: UNFPA.

31 United Nations. n.d. "The UN Works for Women: Rescued from Horror." New York: United Nations. Web site: www.un.org/works/women/women5.html, accessed 9 July 2005.

32 The figures are 67 per cent in Rwanda and 64 per cent in Cambodia. For Rwanda, see: UNFPA. 2004c; and for Cambodia, see: Royal Government of Cambodia. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministry of Women's Affairs, Royal Government of Cambodia.

33 Global Information Networks in Education. n.d. "Child Soldier Projects: The Case of Liberia." Web site: www.ginie.org/ginie-crises-links/childsoldiers/liberia1.html, accessed 9 June 2005.

34 Mazurana, D., and K. Carlson. 2004. *From Combat to Community: Women and Girls of Sierra Leone*. Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.

35 Save the Children. 2005. *Forgotten Casualties of War: Girls in Armed Conflict*. London: Save the Children.

36 Mazurana and Carlson 2004.

37 Save the Children 2005.

38 Verhey, B. 2003. *Going Home: Demobilising and Reintegrating Child Soldiers in the Democratic Republic of Congo*. London: Save the Children; and UNIFEM. 2004. *Getting It Right, Doing It Right: Gender and Disarmament, Demobilization, and Reintegration*. New York: UNIFEM.

39 UNICEF. 2005. *Factsheet: Child Soldiers*. New York: UNICEF. Web site: www.unicef.org/protection/childsoldiers.pdf, accessed 25 March 2005.

40 Chubb, K. 2001. *Between Anger and Hope: South Africa's Youth and the TRC*. Witwatersrand: Witwatersrand University Press.

41 Clark, C. 2003. "Juvenile Justice and Child Soldiering: Trends, Challenges, and Dilemmas." *Child Soldier Newsletter* 7: 6-8. Web site: www.child-soldiers.org/document_get.php?id=681, accessed 25 March 2005.

42 Republic of Sierra Leone. 2003. *Sierra Leone National Youth Policy*. Freetown: Republic of Sierra Leone. Web site:

www.statehouse-sl.org/policies/youth.html, accessed 25 March 2005.

43 The World Bank. 2005a. *Youth for Good Governance Distance Learning Program.* Washington, D.C.: The World Bank. Web site: http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35958/overview.pdf, accessed 25 March 2005; and The World Bank. 2005b. "Module IX: The Role of Youth: The Significance of Coalition-Building." *Youth for Good Governance Distance Learning Program.* Washington, D.C.: The World Bank. Web site: http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35976/mod09.pdf, accessed 25 March 2005.

44 "Congo: Children's Parliament Launched by Government and UNICEF." 30 September 2005. *IRINnews.* Web site: www.irin.asp?ReportID=36903&SelectRegion=Great_Lake, accessed 25 March 2005.

45 Save the Children 2005; and UNESCO. 2004. *EFA Global Monitoring Report 2003/4.* Paris: UNESCO.

46 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2002. *Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002.* New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Web site: www.womenscommission.org/reports/sl/index.shtml, accessed 25 March 2005.

47 Inter-Agency Network for Education in Emergencies. 2004. *Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises, and Early Reconstruction.* Paris: Inter-Agency Network for Education in Emergencies. Web site: www.ineesite.org/standards/MSEE_report.pdf, accessed 25 March 2005.

48 Sommers, M. 2002. *Children, Education, and War: Reaching Education for All (EFA) Objectives in Countries Affected by Conflict.* Washington, D.C.: The World Bank. Web site: www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/10/12/000094946_02091704130527/Rendered/PDF/multi0page.pdf, accessed 25 March 2005.

49 Mazurana and Carlson 2004.

50 UNFPA. 2004d. "Reproductive Health for Communities in Crises." Ch. 10 in: *The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, by UNFPA. 2004e. New York: UNFPA.

51 New Sudan Centre for Statistics and Evaluation and UNICEF. 2004. "Towards a Baseline: Best Estimates of Social Indicators for Southern Sudan." NSCSE Series Paper. No. 1.

52 United Nations. 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual.* Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Web site: www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/iafm_menu.htm, accessed 25 March 2005.

53 RHRC resources can be found at the web site of the Reproductive Health Response in Conflict Consortium: www.rhrc.org, last accessed 13 July 2005. Member agencies include the American Refugee Committee, CARE, the Heilbrunn Department of Population and Family Health at Columbia University's Mailman School of Public Health, the International Rescue Committee, JSI Research and Training Institute, Marie Stopes International and the Women's Commission for Refugee Women and Children.

54 UNFPA. 2003. "Iraqi Women Receive UNFPA Emergency Reproductive Health Services and Supplies." *Dispatches*. No. 57.

55 UNFPA. 14 January 2005. "UNFPA Ships Supplies to Ensure Safe Childbirth and Meet Women's Needs in Tsunami-Hit Countries." Press Release. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=546, accessed 25 March 2005.

56 UNFPA. 2004f. *Into Good Hands: Progress Reports from the Field.* New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/378_filename_hands_en.pdf, accessed 25 March 2005.

57 UNFPA. 3 May 2002. "UN Population Fund Seeks $3.6 Million for Emergency Assistance in Occupied Palestinian Territory: Protecting Pregnant Women a Top Priority." Press Release. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=80&Language=1, accessed 9 July 2005.

58 United Nations. 1998b. *Report of the Special Rapporteur on Systematic Rape, Sexual Slavery and Slavery-like Practices During Armed Conflict* (E/CN.4/Sub/2/1998/13). New York: United Nations; and Human Rights Watch. 2000a. *Federal Republic of Yugoslavia: Kosovo: Rape as a Weapon of "Ethnic Cleansing"*, Web site: www.hrw.org/reports/2000/fry/index.htm#TopOfPage, accessed 12 April 2005.

59 UN Millennium Project 2005d; United Nations. 2005d. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women: Intersections of Violence against Women and HIV/AIDS: Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and Consequences, Yakin Ertürk* (E/CN.4/2005/72). New York: United Nations; and Adrian-Paul, A. 2004. "HIV/AIDS." *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action.* Washington, D.C., and London: Hunt Alternatives Fund and International Alert. Web site: www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/HIV_AIDS.pdf, accessed 25 March 2005.

60 Human Rights Watch. 2003. *We'll Kill You If You Cry: Sexual Violence in the Sierra Leone Conflict*, p. 3. New York: Human Rights Watch.

61 Adrian-Paul 2004.

62 Human Rights Watch. 2000b. "Tanzania: Violence against Women Refugees." New York: Human Rights Watch. Web site: www.hrw.org/english/docs/2000/09/26/tanzan676.htm, accessed 12 April 2005.

63 UNFPA. 2004g. "Forms of Gender-based Violence and Their Consequences." Interactive Population Center. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/intercenter/violence/index.htm, accessed 12 April 2005.

64 Puri, S. n.d. "Challenging Gender-based Violence Across Genders." New York: International Rescue Committee. See web site: www.theirc.org/index.cfm/wwwID/578, accessed 2 March 2005.

65 Reproductive Health Response in Conflict Consortium. 2005. "Gender-based Violence." New York: Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Web site: www.rhrc.org/rhr_basics/gbv/, accessed 25 March 2005.

66 UNFPA 2004b.

67 United Nations. 2002. *Investigations into Sexual Exploitation of Refugees by Aid Workers in West Africa: Note by the Secretary-General* (A/57/465). Also see: UN News Centre. 29 April 2005. "UN Probes Allegations of Sex Exploitation by Peacekeepers in Liberia." Web site: www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=14131&Cr=Liberia&Cr1=#, accessed 14 June 2005.

68 United Nations. 2003. *Secretary-General's Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Expoitation and Sexual Abuse* (ST/SGB/2003/13). New York: United Nations.

69 Wax, E. 13 November 2003. "Cycle of War is Spreading AIDS and Fear in Africa." *The Washington Post*.

70 UNAIDS. 2005a. "HIV/AIDS and Uniformed Services." Geneva: UNAIDS. Web site: www.unaids.org/EN/in+focus/hiv_aids_security+and+humanitarian+response/hiv_aids+and+uniformed+services.asp, accessed 25 March 2005.

71 Reproductive Health Response in Conflict Consortium. 2004a. *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings.* New York: Reproductive Health in Conflict Consortium; Reproductive Health Response in Conflict Consortium. 2004b. *HIV/AIDS Prevention and Control: A Short Course for Humanitarian Workers: Facilitator's Manual.* New York: Reproductive Health in Conflict Consortium; and United Nations. 2004c. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings.* New York: Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings, United Nations.

72 UNFPA. 2001. *Reproductive Health for Communities in Crisis: UNFPA Emergency Response.* New York: UNFPA.

73 UNIFEM. n.d. "Women, War, Peace and HIV/AIDS." New York: UNIFEM Web site: www.womenwarpeace.org/issues/hiv/hiv.htm, last accessed 13 July 2005; UNAIDS. 2005b. "First Quarterly Report 2005." UNAIDS Office on AIDS, Security and Humanitarian Response (SHR). Copenhagen: UNAIDS. Web site: www.unaids.org/html/pub/topics/security/shr-2005quarter1_en_pdf.pdf, accessed 13 July 2005.

74 United Nations. 2003b. *United Nations Population Fund: Report of the Executive Director for 2002: Reports Requested by the Executive Board* (DP/FPA/2003/4 [Part III]). New York: United Nations.

75 UNAIDS. 2004. *On the Front Line: A Review of Policies and Programmes to Address HIV/AIDS Among Peacekeepers and Uniformed Services.* New York: UNAIDS.

76 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2005. *Children and Adolescents Project.* New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Web site: www.womenscommission.org/projects/children/index.shtml, accessed 25 March 2005.

77 Nyitambe, N., M. Schilperoord, and R. Ondeko. 2004. "Lessons from a Sexual Reproductive Health Initiative for Tanzanian Adolescents." *Forced Migration Review* 19: 9-10. Web site: www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR19full.pdf. accessed 25 March 2005.

78 UNFPA 2004c.

79 The Population Council and UNFPA. 2002. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming.* A Report on a Workshop of the UNFPA in Collaboration with the Population Council, New York, 1–3 May 2002. New York: The Population Council.

9章

1 United Nations. 2005a. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

2 Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs. 2005. *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005.* Web site: http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf, last accessed 27 June 2005.

3 The cost-effectiveness of reproductive health, including family planning, has been established since the early 1990s. The World Bank's 1993 World Health Report on "Investing in Health" identified an "essential health package", based on those services that would provide the most benefits with limited resources. The recommended package included the key components of reproductive health services. In 2001, the Commission on Macroeconomics and Health recognized the importance of reproductive health to economic development, including family planning. See: Singh, S., et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, p. 12. New York: The Alan Guttmacher Institute and UNFPA. Expanded access to reproductive health services was identified as a "quick win" by the UN Millennium Project. Quick wins are actions that can reap returns within three or fewer years.

4 In addition to the various regional and global meetings held in commemoration of the ICPD and Beijing Conferences since 2002, other high-level meetings and agreements affirming the links between reproductive health and the MDGs in the course of 2005 include: the World Health Assembly Resolution 57.12, the 38th Session of the UN Commission on Population and Development (Resolution E/CN.9/2005/L.5), and the "Stockholm Call to Action: Investing in Reproductive Health and Rights as a Development Priority" (web site: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/418_filename_stockholm-call-to-action.pdf, last accessed 13 July 2005). See also: United Nations. 2005b. *Draft Submitted by the Chairperson of the Commission for Social Developmenton the Basis of Informal Consultations: Declaration on the Tenth Anniversary of the World Summit for Social Development* (E/CN.5/2005/L.2). New York: United Nations. See also 2005 UN resolutions of the Commission on Population and Development on Reproductive Health and the MDGs, and on HIV/AIDS.

5 UNFPA. 24 February 2005. "Population and Reproductive Health: Key to the Achievement of the MDGs." Statement by Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director, UNFPA, to the Canadian International Development Agency. New York: UNFPA.

6 For the complete listing of reproductive health components, see: United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, para. 7.6. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.

7 UN Millennium Project. 2005a. *Combating AIDS in the Developing World*, p. 89. New York: Working Group on HIV/AIDS, Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

8 Singh et al. 2004, p. 18. See also: UN Millennium Project. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Box 5.5, p. 82. Report to the UN Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

9 UNFPA. 2004a. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*. New York: UNFPA.

10 Based on pilot projects conduced in Côte d'Ivoire and India. See: UNFPA and the International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. New York and London: UNFPA and International Planned Parenthood Federation.

11 For example, the 2004 "New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health" (available at: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/321_filename_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf, last accessed 11 July 2005); the "Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children"(available at: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_cal_to_action.pdf, last accessed 11 July 2005); and the 2005 UN Commission on Population and Development, Thirty-eighth Session.

12 See, for example: UN Millennium Project 2005b; and UN Millennium Project 2005a, p. 89.

13 UN Millennium Project 2005b; and UN Millennium Project 2005a, p. 7.

14 UN Millennium Project. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Task Force on Child Health and Maternal Health. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

15 Ibid.

16 Studies in Kenya and Zimbabwe found that the introduction of user fees resulted in a 50 and 30 per cent drop, respectively, in the use of maternal health services. Cited in: UN Millennium Project 2005c.

17 Various references to these issues can be found in: UN Millennium Project 2005b, p. 109; and UN Millennium Project 2005c.

18 United Nations. 2003a. H*uman Security Now: Protecting and Empowering People*, p. 17. New York: Commission on Human Security, United Nations.

19 UN Millennium Project 2005a, p. 96.

20 UN Millennium Project 2005b, p. 103.

21 Ibid.

22 UNFPA and University of Aberdeen. 2005. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*, p. 23. New York: UNFPA; and UN Millennium Project 2005c.

23 UN Millennium Project 2005a, p. 96.

24 UNFPA and University of Aberdeen 2005, p. 23.

25 As estimated by the Joint Learning Initiative, 2004. Cited in: UN Millennium Project 2005b, p. 101.

26 UN Millennium Project 2005a, p. 96.

27 UN Millennium Project 2005b, pp. 80 and 257.

28 UN Millennium Project 2005c.

29 Freedman, L. P. 2001. "Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(1): 51-60.

30 United Nations. 2002. "Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies." Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations. Web site: www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc, last accessed 30 June 2005.

31 UN Millennium Project 2005b, p. 118.

32 Whitehead, A. 2003. "Failing Women, Sustaining Poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers." Report for the UK Gender and Development Network. London: UK Gender and Development Network and Christian Aid.

33 UNFPA. 2004b. Desk Review of 2003 PRSPs. New York: Population and Development Branch, Technical Support Division, UNFPA.

34 Whitehead 2003. See also: Randriamaro, Z, 2002. "The NEPAD, Gender and the Poverty Trap: The NEPAD and the Challenges of Financing for Development in Africa from a Gender Perspective." Paper presented at the Conference on Africa and the Development Challenges of the New Millenium, Accra, Ghana 23 –26 April, 2002. Mowbray, South Africa: Alternative Information and Development Center.

35 The World Bank, 2002. *Gender in the PSRPs: A Stocktaking*. Washington, D.C.: World Bank Poverty Reduction and Economic Management Network, The World Bank. Cited in: Whitehead 2003.

36 Based on PRSPs published in 2003. Cited in: UNFPA. 2005a. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. New York: UNFPA.

37 UNFPA. 2003. "Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers." New York: Population and Development Branch, Technical Support Division UNFPA. Cited in: UNFPA 2005a.

38 UNFPA 2004.

39 UN Millennium Project 2005b, p. 118.

40 Ibid., p.54.

41 UN Millennium Project. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 149. Task Force on Education and Gender Equality. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

42 UN Millennium Project. 2005e. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Report to the Secretary-General. London and Sterling, Virginia: Earthscan.

43 UNFPA 2005a, p. 58.

44 UNFPA. 2005b. *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*, p. 14. New York: UNFPA.

45 Royal Government of Cambodia. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministry of Women's Affairs, Royal Government of Cambodia.

46 In 2003, total global military expenditures amounted to $956 billion. (See: Stockholm International Peace Research Institute. 2004. *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*. Oxford: Oxford University Press.) A figure of $950 is given in: Deen, T. 10 September 2004. "Battling Poverty or Wars?" IPS News Agency. Web site: www.ipsnews.net/new_nota.asp?idnews=25433, accessed 9 July 2005.

47 According to the UN MDGs Statistical Annex, total official development assistance to all developing countries for 2003 was $69 billion, and $58 billion in 2002. Preliminary data from the Organization for Economic Co-operation and Development released in April 2005 indicates total official development assistance for 2004 at $78.6 billion in current US dollars, which would mark a new high. See: Organization for Economic Co-operation and Development. 11 April 2005. "Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge." Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Web site: www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html, last accessed 5 July 2005.

48 UN Millennium Project 2005b, p. 250.

49 The International Finance Facility aims to frontload aid funding for the MDGs through the sale of bonds on capital markets. See: Suri, S. 23 May 2005. "Divisions in G-8 May Deepen over Africa." *IPS UN Journal* 13(93); and "Brown and Chirac Propose New Ideas to Finance the Global Fund." Global Fund Observer Newsletter. Web site: www.aidspan.org/gfo/archives/newsletter/GFO-Issue-39.pdf, accessed 7 February 2005.

50 "EU Debate Adds Fuel to Aid." 17 February 2005. *IPS UN Journal* 13(28); and UN Millennium Project 2005b p. 256.

51 Data is for 2003. See: Commission for Africa. 2005. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*, p. 50. London: Commission for Africa. See also Indicator 15 of: United Nations. 2003b. "Annex: Millennium Development Goals: Targets and Indicators." *Implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary-General* (A/58/323). New York: United Nations.

52 Commission for Africa 2005. The target of allocating 15 per cent of gross domestic product for health was adopted by the Organization of African Unity: "Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases," para.26. 2001 African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, Abuja, Nigeria, 26-27 April 2001.

53 UN Millennium Project 2005e, p. 17.

54 Ibid., Box 1, p. 5.

55 Organization for Economic Co-operation and Development 11 April 2005. See also: Deen 10 September 2004.

56 Bianchi, S. 14 April 2005. "EU Proposes More Aid to Developing Nations: Belgium, France, Finland, Ireland, Spain and the United Kingdom have Set Timetables by or before 2015." *IPS UN Journal* 13(66).

57 The European Union member states pledged to increase spending and established interim targets: 0.51 per cent of gross national income by 2010 for the 15 older EU member states, and 0.17 per cent for the new members. See: Bianchi 14 April 2005.

58 Dugger, C. June 5, 2005. "U.S. Challenged to Increase Aid to Africa." *The New York Times*; and Bianchi, S. 24 May 2005. "EU to IncreaseAid." InterPress Service New Agency. Web site: http://ipsnews.net/new_nota.asp?idnews=28801, accessed 9 July 2005.

59 Reports on developing country expenditures include all funds spent addressing HIV/AIDS, in addition to the set of preventive activities used in estimating the requirements. A large share of the total is comprised of allocations in a small number of very large countries.

60 United Nations. 2005c. *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conferrence on Population and Development* (E/CN.9/2005/5), p. 16. New York: United Nations

61 Ibid.

62 United Nations 2002, pp. 53 and 60.

63 UNDP. 2003. *Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A Compact among Nations to End Human Poverty*. New York: UNDP.

64 See also the 2000 UN Global Compact, which invites international businesses to join and abide by 10 core guiding principles based on human rights, workers' rights, environmental protection and anti-corruption, in: UN Millennium Project 2005b, p. 142.

65 The World Bank. n.d. "Governance and Anti-corruption." Washington, D.C.: The World Bank. Web site: www.worldbank.org/wbi/governance/, last accessed 27 June 2005.

66 UN Millennium Project 2005b, pp. 99 and 201; and Stapp, K. 7 March 2005. "One Step Forward, Two Steps Back?" *IPS UN Journal* 13(39).

67 UN Millennium Project 2005c.

68 United Nations. 2005d. *Progress Made in the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Report of the Secretary-General* (A/59/765), para. 41. New York: United Nations.

69 UN Millennium Project 2005a.

70 Sachs, J. D., and J. W. McArthur. 2005. "The Millennium Project: A Plan for Meeting the Millennium Development Goals." *The Lancet* 365(9456): 347-353; and UN Millennium Project 2005b, p. 133.

71 UN Millennium Project 2005b.

72 ILO. 2001. *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Geneva: ILO; and "Little Corporate Response Seen in Tackling AIDS Threat." *Population 2005* 7(1): 4.

73 United Nations. 2005e. *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General* (A/59/2005), para. 8. New York: United Nations.

74 UN Millennium Project. n.d. "Fast Facts: Faces of Poverty." Web site: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, accessed 3 June 2005.

引用句の出典

1章

p. 1: UN Millennium Project. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, Box 1.1 p. 59. Report to the Secretary-General.

2章

p. 9: Message to the Fifth Asian and Pacific Population Conference, Regional Conference on ICPD+10, Bangkok, 11-17 December 2002.

p. 15: United Nations. 2005a. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Documents of the Special Session of the General Assembly Entitled "Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century": Report of the Secretary-General* (E/CN.6/2005/2), para. 354.

p. 17: "Declaration on Gender Equality in Africa." Third Ordinary Session, Heads of State and Government of Member States of the African Union, Addis Ababa, Ethiopia, 6-8 July 2004.

3章

p. 21: United Nations. 28 February 2005. "Empowerment of Women the Most Effective Development Tool" (SG/SM/9738). Press release on address to the 2005 Commission on the Status of Women.

p. 23: United Nations. 2000. *Resolution Adopted by the General Assembly: 55/2: United Nations Millennium Declaration* (A/RES/55.2), para. I.6.

p. 25: United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, para. 7.3.

p. 27: "Demographics, HIV/AIDS and Reproductive Health: Implications for the Achievement of the MDGs." Statement delivered at the Overseas Development Institute, London, 2 February 2005.

4章

p. 33: UN Millennium Project. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Box 5.5, p. 82. Report to the Secretary-General.

p. 34: Statement by Dr. Nafis Sadik, Secretary-General of the International Conference on Population and Development, September 1994.

P. 37: 14th International AIDS Conference, Barcelona, July 2002.

p. 41: UN Millennium Project. 2005c. *Combating AIDS in the Developing World*, p. 54. Working Group on HIV/AIDS, Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines.

5章

p. 55: UNFPA. 2004. "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents." Video.

6章

p. 57: United Nations 1995, para. 4.24.

p. 60: Centro de Análisis Sociocultural – Universidad Centroamericana, CEPAL and UNFPA. 2005. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamerica: Caso Nicaragua." Draft.

p. 61: The Population Council. 2003. "My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality." *Quality/Calidad/Qualite*. No. 14.

7章

p. 65: United Nations. 2005b. *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All: Report of the Secretary-General* (A/59/2005), para. 15.

p. 66: "Uphold My Reproductive Rights: To be Born, To be Safe and To Choose with Dignity." New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, National Human Rights Commission, Government of India, and UNFPA.

p. 67: UNICEF. 2001. *Young People Speaking Out.*

p. 69: Erulkar, A. S., et al. 2004. *The Experience of Adolescence in Rural Amhara Region, Ethiopia*, p. 19. New York and Accra, Ghana: The Population Council, UNICEF, Ministry of Youth Sports and Culture, and UNFPA.

8章

p. 75: "Women, War and Peace: Mobilising for Peace and Security in the 21st Century." The 2004 Dag Hammarskjold Lecture, Uppsala, Sweden, 22 September, 2004

p. 76: Statement by the United Kingdom on Women, Peace and Security, Open Meeting on Security Council Resolution 1325, 28 October 2004.

p. 81: Rehn, E., and E. Johnson Sirleaf. 2002. *Progress of the World's Women 2002*, vol. 1: *Women War Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peacekeeping*, p. 54. New York: UNIFEM.

9章

p. 85: United Nations 2005b, para. 40.

p. 89: UN Millennium Project 2005b, p. 78.

p. 91: UN Millennium Project. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, p. 30. Task Force on Education and Gender Equality.

囲み記事の出典

1章

2 UNFPA. 2003. *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants.* Population and Development Strategies Series. No. 10; UNFPA. 2005. "Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health and Rights." Stockholm Round Table background document; UN Millennium Project. 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Box 5.5, p. 82. Report to the UN Secretary-General; The World Bank. 2003a. *Gender Equality and the Millennium Development Goals;* and UN Millennium Project. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women.*

2章

3 United Nations. 2003. *Human Security Now: Protecting and Empowering People;* Middleberg, M. I. 2003. *Promoting Reproductive Security in Developing Countries.* New York: Kluwer Academic/Plenum; and UN Millennium Project. n.d. "Fast Facts: Faces of Poverty." Web site: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, accessed June 3, 2005.

5 Bruce, J., C. Lloyd, and A. Leonard. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children,* pp. 13 and 15. New York: The Population Council; UN Millennium Project. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women,* pp. 11, 13,and 89. Task Force on Education and Gender Equality; Diaz-Munoz, A. R., and E. Jelin. 2003. "Major Trends Affecting Families: South America in Perspective." Prepared for United Nations Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development Programme on the Family; UNFPA. n.d. "The Older Years." Web site: www.unfpa.org/intercenter/cycle/older.htm, last accessed 9 May 2005; and The World Bank. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pp. 25 and 66.

3章

6 Jonsson, U. 2003. *Human Rights Approach to Development Programming.* Nairobi: UNICEF.

8 Cruz, V. A., and A. E. Badilla. 2005. *VIH/SIDA y Derechos Humanos: de las limitaciones a los desafíos. Análisis comparativo del marco jurídico de los países centroamericanos sobre VIH/SIDA., Instituto Interamericano de Derechos Humanos, ONUSIDA, UNFPA, Organización Internacional del Trabajo.*

9 Adapted from: UNFPA. 2004. *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes.*

4章

12 Starrs, A., and P. Ten Hoope-Bender. 2004. "Dying for Life." Pp. 78-81 in: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now,* by Countdown 2015. 2004. New York, London, and Washington, D.C.: Family Care International, International Planned Parenthood Federation, and Population Action International; Caro, D. A., S. F. Murray, and P. Putney. 2004. "Evaluation of the Averting Maternal Death and Disability Program." A Grant from the Bill and Melinda Gates Foundation to the Columbia University Mailman School of Public Health." Silver Spring, Maryland: Cultural Practice; Bruce, J., et al. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children.* New York: The Population Council; The World Bank. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*; WHO, UNICEF and UNFPA. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA;* UNFPA. 2004. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission;* Population Services International. 2004. *Giving Families More Room to Breathe: Voluntary Birth Spacing Provides Health, Economic and Social Benefits.* Washington, D.C.: Population Services International; and Rutstein, S. O. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl. 1): S7-S24. The recommended birth spacing interval was being reviewed by the World Health Organization in June 2005 based on recent research.

13 UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis;* UNAIDS in: UNFPA. 2002. "Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention." *HIV Prevention Now: Programme Briefs.* No. 4; UNAIDS. 2004. "Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge." Geneva: UNAIDS; UNAIDS and WHO. 2004. *AIDS Epidemic Update: December 2004* (UNAIDS/04.45E); Luke, N., and K. Kurtz. 2002. *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices.* Washington, D.C.: Population Services International and International Center for Research on Women; A Mother's Promise Campaign. 2003. *A Mother's Promise the World Must Keep: The 10th Anniversary of the Cairo Consensus.* Washington, D.C.: Communications Consortium Media Center; UNAIDS. 2001. *UNAIDS Resource Packet on Gender and AIDS.* Cited in: "Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention," by UNFPA. 2002. *HIV Prevention Now: Programme Briefs.* No. 4; UNAIDS. 1999. *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes* (UNAIDS/99.16E). UNAIDS Best Practice Collection. Key Material; UNIFEM. 2002. "Women's Human Rights: Gender and HIV/AIDS;" Sternberg, S. 23 February 2005. "In India, Sex Trade Fuels HIV's Spread: Women Trapped as Male-dominated Economy Booms." *USA Today;* International Community of Women Living with HIV/AIDS. 2004. *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers;* and UN Millennium Project. 2005. *Combating AIDS in the Developing World,* p. 54. Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines; Commission on Human Rights. 2005, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women* (E/CN.4/2005/72), para.33; and Blanc, A. K., et al. 1996. *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda.* Calverton, Maryland: Macro International Inc. and ISAE Makerere University.

15 Boender, C. et al 2004. *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating A Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes.* Interagency Gender Working Group Task Force Report. Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group; Yinger, N. 1998. *Unmet Need for Family Planning: Reflecting Women's Perceptions,* pp. 9, 14 and 17. ICRW Research Report. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide;* Zlider, V. M., et al. 2003. "New Survey Findings: The Reproductive Revolution Continues." *Population Reports.* Series M. No 17. Baltimore, Maryland: the INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; and Barnett, B., and J. Stein, 1998. *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project,* p. 101. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International; and Stanback, J., and K. A. Twum-Baah. 2001. "Why do Family Planning Providers Restrict Access to Services: An Examination in Ghana." *International Family Planning Perspectives* 27(1): 37-41.

5章

19 Family Care International. 2005. *A Better Future for Rural Girls: Manager's Briefing Kit.*

22 "The Executive Summary of the Lancet Neonatal Survival Series." Web site: www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NEONATAL/The_Lancet/Executive_Summary.pdf, last accessed 18 July 2005; Countdown 2015. 2004. *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now?* New York, London, and Washington, D.C.: Family Care International, International Planned Parenthood Federation, and Population Action International; United Nations. 2001. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General* (A/S-27/3); UN Millennium Project. 2005. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children,* p. 76. Task Force on Child Health and Maternal Health; and Action Canada for Population and Development. 2004. *Why Invest in Sexual and Reproductive Health and Rights?* Web site: www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section//SRResources/articleID/123, last accessed 18 July 2005.

24 Luke, N. 2005. "Confronting the 'Sugar Daddy' Stereotype: Age and Economic Asymmetries and Risky Sexual Behavior in Urban Kenya." *International Family Planning Perspectives 31(1): 6-14;* Luke, N., and K. M. Kurtz, 2002. *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices.* Washington, D.C.: Population Services International and International Center for Research on Women; and Fitzgerald, D. W., et al. 2000. "Economic Hardship and Sexually Transmitted Diseases in Haiti's Rural Artibonite Valley." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 62(4): 496-501.

6章

26 Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL and UNFPA. 2005a. "Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica." Draft summary; and "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamerica: Caso Nicaragua." Draft. Emphasis on education in the context of fatherhood and gender equality is also found in: CEPAL. 2002. Paternidad Responsable en el Istmo centroamericano (LC/MEX/L.475/Rev.1).

27 Greene, M. E., et al. Forthcoming. "Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development." Occasional paper prepared for the United Nations Millennium Project; Government of Cambodia. 2003. "Policy on Women, the Girl Child, and STI/HIV/AIDS." Phnom Penh: Ministry of Women's and Veterans' Affairs; Baker, G., et al. 2003. "Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations." Final draft. Document prepared for the World Bank; James, B. 2002. *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life.* Report prepared for the Ministry of Women's Affairs of New Zealand, Wellington, New Zealand; CEPAL. 2002. Paternidad Responsible en el Istmo Centroamericano; Socialist Republic of Viet Nam. 2002. "The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy." Hanoi; Ministry of Health; Republic of Botswana. 1994. "Botswana Family Planning General Policy Guidelines and Services Standards." Gaborone: Maternal and Child Health/Family Planning, Department of Primary Health Care, Ministry of Health; Deven, F., and P. Moss. 2002. "Leave Arrangements for Parents: Overview and Future Outlook." *Community, Work and Family* 5(3): 237-255; and O'Brien, M. 2004. *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame.* EOC Working Paper Series. No. 18. Manchester, United Kingdom: Equal Opportunities Commission. For Jamaica, see: www.moec.gov.jm/youth/YouthPolicy.pdf, accessed 28 April 2005. For Costa Rica, see: http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/naci.htm, accessed 18 September 2004.

7章

28 United Nations. 1993. *48/104: Declaration on the Elimination of Violence Against Women* (A/RES/48/104); and United Nations. 1996. *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995* (DPI/1766/Wom), paras. 114-116.

29 UNFPA. 2001. *Workshop Report: Integrating Socio-Cultural Research into Population and Reproductive Health Programmes.* Kathmandu, Nepal: Country Technical Services Team for South and West Asia, UNFPA; UNFPA, and Department of Women and Child Development, Government of Haryana, India. 2003. *Jagriti: Rural Women Transforming their Lives.* New Delhi: UNFPA; UNFPA. 2004. *China: Sex Ratio: Facts and Figures.* Brochure; UNFPA, Office of the Registrar General and Census Commissioner, and Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. 2003. *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India.* Brochure; UNFPA. 2003. "The Missing Girls of India." *Dispatches.* No. 59; UNFPA. 1999. *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority;* UNICEF. n.d. "China: The Children: Protection." Web site: www.unicef.org/china/children_1142.html, accessed 14 July 2005; UNFPA. n.d. "Population Issues: India: Restoring the Sex Ratio Balance." Web site: www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm, accessed 18 June 2005; and UNFPA. 2003. UNFPA *Global Population Policy Update.* Issue 1.

31 The campaign was co-coordinated by UNDP and UNIFEM, in collaboration with the United Nations High Commissioner for Human Rights, the United Nations High Commissioner for Refugees, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, and the Economic Commission for Latin America and the Caribbean. See web sites: www.undp.org.rclac/gender and www.paho.org. Symposium 2001: Gender Violence, Health and Rights in the Americas, 4-7 June 2001, was co-sponsored by the Pan American Health Organization/WHO; UNIFEM; UNFPA; UNDP; UNICEF; the Inter-American Commission of Women of the Organization of American States; the Latin American and Caribbean Feminist Network against Domestic and Sexual Violence (ISIS International); the Latin American and Caribbean Women 's Health Network; and the Center for Research in Women 's Health, a WHO collaborating centre in Canada. Web site: www.paho.org/english/hdp/hdw/Symposium2001FinalReport.pdf, last accessed 19 July 2005.

8章

33 UN Millennium Project. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women.* Task Force on Education and Gender Equality; UNIFEM, the World Bank, the Asian Development Bank, UNDP, and the Department for International Development of the United Kingdom. 2004. "A Fair Share for Women: Cambodia Gender Assessment." Phnom Penh; McGrew, L. 2004. *Good Governance from the Ground Up: Women's Roles in Post-Conflict Cambodia.* Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund; and Royal Government of Cambodia. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women's Issues 1995-2005.* Phnom Penh: Ministry of Women's Affairs.

34 Powley, E., and S. N. Anderlini. 2004. "Democracy and Governance," p. 38. Pp. 36-47 in: *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action,* by International Alert and Women Waging Peace. 2004. Washington, D.C. and London: Hunt Alternatives Fund and International Alert; Inter-Parliamentary Union. 2005. "Women in National Parliaments: World Classification." Situation as of 30 April 2005. Web site: www.ipu.org/wmn-e/classif.htm, accessed 3 July 2005; and Powley, E. 2003. "Strengthening Governance: The Role of Women in Rwanda's Transition." Washington, D.C.: Hunt Alternatives Fund.

9章

38 Boender, C., et al. 2004. *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating a Gender focus into Programs Makes a Difference to Reproductive Health Outcomes?*

カイロ会議の目標の検証

	死亡率の指標			教育の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			
	乳児死亡率（出生千対）	平均寿命（年）男/女	妊産婦死亡率（出生10万対）	初等教育就学率（全体）（%）男/女	初等教育5年目までとどまる児童の割合 男/女	中等教育就学率（全体）（%）男/女	15歳以上の非識字率（%）男/女	15–19歳の少女1000人当たりの出生数	避妊実行率（%） 何らかの方法	避妊実行率（%） 近代的避妊法	15–49歳のHIV感染率（%）男/女
世界全体	**55**	**63.7 / 68.2**						**56**	**61**	**54**	
先進工業地域（*）	**8**	**72.2 / 79.6**						**26**	**69**	**55**	
開発途上地域（+）	**60**	**62.3 / 65.8**						**61**	**59**	**54**	
後発開発途上国（ǂ）	**94**	**50.8 / 52.7**						**119**			
アフリカ（1）	**91**	**48.8 / 50.3**						**109**	**27**	**20**	
東アフリカ	89	46.1 / 47.0						108	22	17	
ブルンジ	102	43.5 / 45.5	1,000	86 / 69	66 / 70	13 / 9	33 / 48	50	16	10	5.2 / 6.8
エリトリア	61	52.8 / 56.6	630	70 / 57	90 / 82	34 / 22		93	8	5	2.3 / 3.0
エチオピア	95	47.1 / 49.0	850	79 / 61	63 / 60	28 / 16	51 / 66	89	8	6	3.8 / 5.0
ケニア	65	49.5 / 47.8	1,000	95 / 90	61 / 57	34 / 32	22 / 30	96	39	32	4.6 / 8.9
マダガスカル	75	54.5 / 57.0	550	122 / 117	52 / 53	15 / 14	24 / 35	122	27	17	1.4 / 1.9
マラウイ	107	40.6 / 40.1	1,800	143 / 137	50 / 38	38 / 29	25 / 46	157	31	26	12.4 / 16.0
モーリシャス（2）	14	69.2 / 76.0	24	103 / 104	98 / 100	81 / 81	12 / 19	32	75	49	
モザンビーク	96	41.3 / 42.3	1,000	114 / 93	53 / 45	19 / 13	38 / 69	102	6	5	10.6 / 13.8
ルワンダ	114	42.5 / 45.7	1,400	122 / 122	45 / 48	18 / 15	30 / 41	47	13	4	4.4 / 5.7
ソマリア	120	46.3 / 48.7	1,100					69			
ウガンダ	79	48.8 / 50.0	880	142 / 140	63 / 64	22 / 18	21 / 41	207	23	18	3.7 / 4.9
タンザニア	104	45.9 / 46.6	1,500	99 / 95	86 / 90	6 / 5	23 / 38	108	25	17	7.6 / 9.9
ザンビア	92	38.7 / 37.7	750	85 / 79	83 / 78	31 / 25	24 / 40	128	34	23	14.1 / 18.9
ジンバブエ	61	37.9 / 36.6	1,100	94 / 92		38 / 35	6 / 14	91	54	50	21.0 / 28.4
中央アフリカ（3）	113	42.9 / 45.0						184	23	5	
アンゴラ	134	39.9 / 42.8	1,700	80 / 69		21 / 17	18 / 46	141	6	5	3.4 / 4.4
カメルーン	93	45.4 / 46.6	730	116 / 99	64 / 64	34 / 29	23 / 40	112	19	7	6.0 / 7.9
中央アフリカ共和国	96	38.7 / 40.2	1,100	78 / 53	24 / 22	17 / 7	35 / 67	124	28	7	11.9 / 15.1
チャド	114	42.9 / 45.1	1,100	95 / 61	67 / 51	22 / 7	59 / 87	192	8	2	4.2 / 5.4
コンゴ（民主共和国）（4）	115	42.9 / 44.9	990	52 / 47	59 / 50	24 / 13	20 / 48	226	31	4	3.7 / 4.8
コンゴ（共和国）	70	51.4 / 54.0	510	83 / 78	65 / 67	37 / 27	11 / 23	145			4.3 / 5.6
ガボン	54	53.4 / 54.5	420	133 / 132	68 / 71	49 / 42		105	33	12	7.1 / 9.1
北アフリカ（5）	41	65.8 / 69.7						32	49	43	
アルジェリア	34	70.3 / 73.0	140	113 / 105	97 / 98	77 / 83	21 / 40	8	64	50	0.1 / <0.1
エジプト	33	68.2 / 72.7	84	100 / 95	96 / 100	88 / 82	33 / 56	42	60	57	0.1 / <0.1
リビア	18	72.0 / 76.6	97	114 / 114		102 / 108	9 / 29	8	45	26	
モロッコ	35	68.1 / 72.5	220	115 / 104	82 / 80	49 / 41	37 / 62	24	50	42	
スーダン	69	55.2 / 58.0	590	65 / 56	81 / 88	39 / 32	31 / 50	51	10	7	1.9 / 2.6
チュニジア	21	71.6 / 75.8	120	113 / 109	96 / 97	75 / 81	17 / 35	7	63	53	<0.1 / <0.1
南アフリカ	42	44.6 / 46.0						64	53	51	
ボツワナ	47	35.5 / 34.9	100	103 / 103	85 / 91	71 / 75	24 / 19	75	40	39	31.7 / 43.1
レソト	63	34.6 / 36.2	550	126 / 127	66 / 81	30 / 39	26 / 10	37	30	30	25.4 / 32.4
ナミビア	40	47.2 / 47.2	300	105 / 106	92 / 93	59 / 66	13 / 17	52	29	26	18.4 / 24.2
南アフリカ共和国	41	45.7 / 47.4	230	108 / 104	65 / 64	85 / 91	16 / 19	66	56	55	18.1 / 23.5
スワジランド	68	31.6 / 31.3	370	102 / 94	77 / 69	45 / 46	20 / 22	36	28	26	35.7 / 41.7
西アフリカ（6）	111	46.4 / 47.3						141	13	8	
ベナン	101	54.0 / 55.6	850	127 / 92	70 / 66	38 / 17	54 / 77	128	19	7	1.7 / 2.1
ブルキナファソ	119	47.6 / 49.1	1,000	53 / 39	65 / 68	14 / 9	82 / 92	158	14	9	3.6 / 4.8
コートジボワール	116	45.4 / 46.9	690	86 / 69	73 / 65	30 / 16	40 / 62	120	15	7	6.0 / 8.1
ガンビア	72	55.2 / 58.0	540	86 / 84		41 / 28		118	10	9	1.0 / 1.3

カイロ会議の目標の検証

	死亡率の指標			教育の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			
	乳児死亡率（出生千対）	平均寿命（年）男/女	妊産婦死亡率（出生10万対）	初等教育就学率（全体）（%）男/女	初等教育5年目までとどまる児童の割合 男/女	中等教育就学率（全体）（%）男/女	15歳以上の非識字率（%）男/女	15–19歳の少女1000人当たりの出生数	避妊実行率（%）		15–49歳のHIV感染率（%）男/女
									何らかの方法	近代的避妊法	
ガーナ	59	56.9 / 57.8	540	87 / 79	62 / 65	47 / 38	37 / 54	63	25	19	2.6 / 3.5
ギニア	101	53.7 / 54.2	740	92 / 71	64 / 48	33 / 15		189	6	4	2.7 / 3.7
ギニアビサウ	115	43.7 / 46.5	1,100	84 / 56	41 / 34	23 / 13		193	8	4	
リベリア	137	41.6 / 43.3	760	122 / 89		40 / 28	28 / 61	223	6	6	5.1 / 6.7
マリ	130	47.8 / 49.1	1,200	66 / 51	78 / 71	25 / 14	73 / 88	199	8	6	1.6 / 2.2
モーリタニア	92	51.9 / 55.1	1,000	89 / 87	61 / 60	25 / 20	41 / 57	98	8	5	0.6 / 0.7
ニジェール	149	44.8 / 44.9	1,600	51 / 36	71 / 67	8 / 6	80 / 91	258	14	4	1.0 / 1.4
ナイジェリア	111	43.6 / 43.9	800	132 / 107	64 / 67	40 / 33	26 / 41	140	13	8	4.6 / 6.2
セネガル	80	55.1 / 57.6	690	83 / 77	83 / 77	23 / 16	49 / 71	81	11	8	0.7 / 0.9
シエラレオネ	162	39.9 / 42.7	2,000	93 / 65		31 / 22	60 / 80	176	4	4	
トーゴ	90	53.2 / 56.8	570	132 / 110	73 / 64	51 / 22	32 / 62	97	26	9	3.6 / 4.7
アジア	**51**	**66.1 / 70.0**						**43**	**64**	**59**	
東アジア（7）	30	71.1 / 75.4						5	82	81	
中国	33	70.3 / 73.9	56	115 / 115	100 / 98	71 / 69	5 / 14	5	84	83	0.2 / 0.1
朝鮮民主主義人民共和国	43	60.9 / 66.8	67					2	62	53	
香港（8）	4	78.9 / 84.9		107 / 106	100 / 99	79 / 81		5	86	80	0.1 / 0.1
日本	3	78.7 / 85.8	10 (9)	100 / 101	100 / 100	102 / 102		4	56	51	<0.1 / <0.1
モンゴル	55	62.9 / 66.9	110	100 / 102		78 / 90	2 / 3	53	67	54	<0.1 / <0.1
韓国	4	73.8 / 81.2	20	106 / 105	100 / 100	90 / 91		4	81	67	0.1 / <0.1
東南アジア	37	65.9 / 70.4						40	60	51	
カンボジア	91	53.4 / 60.5	450	130 / 117	60 / 62	31 / 20	15 / 36	47	24	19	3.7 / 1.6
インドネシア	38	65.8 / 69.5	230	113 / 111	88 / 90	61 / 60	8 / 17	54	60	57	0.2 / <0.1
ラオス	84	54.3 / 56.8	650	124 / 108	64 / 65	50 / 37	23 / 39	88	32	29	0.1 / <0.1
マレーシア	10	71.4 / 76.0	41	93 / 93	87 / 87	67 / 74	8 / 15	18	55	30	0.7 / 0.1
ミャンマー	71	58.1 / 63.9	360	92 / 92	64 / 66	40 / 38	6 / 14	19	37	33	1.6 / 0.7
フィリピン	26	68.8 / 73.1	200	113 / 112	72 / 80	80 / 88	8 / 7	36	49	33	<0.1 / <0.1
シンガポール	3	77.1 / 80.9	30	106 / 102	100 / 100	71 / 66	3 / 11	6	62	53	0.4 / 0.1
タイ	18	67.3 / 74.3	44	99 / 95	92 / 96	77 / 77	5 / 10	48	72	70	2.0 / 1.1
ベトナム	28	69.1 / 73.1	130	105 / 97	87 / 87	75 / 70	6 / 13	19	79	57	0.7 / 0.3
南・中央アジア	65	62.4 / 65.4						72	48	41	
アフガニスタン	145	46.6 / 47.1	1,900	120 / 63		24 / -		123	5	4	
バングラデシュ	54	62.8 / 64.6	380	94 / 98	49 / 59	45 / 50	50 / 69	120	58	47	
ブータン	52	62.6 / 65.0	420		89 / 93			33	19	19	
インド	64	62.4 / 65.7	540	113 / 106	60 / 64	59 / 47	27 / 52	72	48	43	1.2 / 0.6
イラン	31	69.5 / 72.6	76	93 / 90	94 / 94	80 / 75	17 / 30	20	73	56	0.1 / <0.1
ネパール	60	62.0 / 62.9	740	126 / 112	63 / 67	50 / 39	37 / 65	113	39	35	0.1 / <0.1
パキスタン	75	63.6 / 64.0	500	80 / 57		26 / 19	38 / 65	69	28	20	0.2 / <0.1
スリランカ	16	72.0 / 77.3	92	111 / 110	98 / 99	84 / 89	8 / 11	19	70	50	0.0 / <0.1
西アジア	45	66.5 / 70.7						43	47	28	
イラク	88	58.4 / 61.5	250	120 / 100	67 / 63	50 / 35		40	14	10	
イスラエル	5	78.0 / 82.1	17	112 / 112	86 / 85	94 / 92	2 / 4	15	68	52	
ヨルダン	21	70.4 / 73.5	41	99 / 100	97 / 98	85 / 87	5 / 15	26	56	41	
クウェート	10	75.5 / 79.8	5	93 / 94		87/ 92	15 / 19	24	50	41	
レバノン	21	70.3 / 74.7	150	106 / 102	90 / 94	76 / 83		26	61	37	0.2 / 0.0
パレスチナ自治区	19	71.3 / 74.4	100	99 / 99		85 / 91	4 / 13	85			
オマーン	15	73.2 / 76.2	87	82 / 80	98 / 98	82 / 79	18 / 35	46	24	18	0.2 / 0.1

カイロ会議の目標の検証

	死亡率の指標			教育の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			
	乳児死亡率（出生千対）	平均寿命（年）男/女	妊産婦死亡率（出生10万対）	初等教育就学率（全体）（%）男/女	初等教育5年目までとどまる児童の割合 男/女	中等教育就学率（全体）（%）男/女	15歳以上の非識字率（%）男/女	15–19歳の少女1000人当たりの出生数	避妊実行率（%） 何らかの方法	近代的避妊法	15–49歳のHIV感染率（%）男/女
サウジアラビア	21	70.5 / 74.4	23	68 / 65	92 / 91	70 / 63	13 / 31	33	32	29	
シリア	17	71.9 / 75.6	160	118 / 112	91 / 92	50 / 46	9 / 26	33	40	28	<0.1 / <0.1
トルコ（10）	39	66.9 / 71.5	70	95 / 88	98 / 97	90 / 67	4 / 19	41	64	38	
アラブ首長国連邦	8	76.8 / 81.4	54	98 / 95	93 / 93	78 / 80	24 / 19	20	28	24	
イエメン	64	60.2 / 62.9	570	98 / 68	80 / 71	65 / 29	31 / 72	92	21	10	
アラブ諸国（11）	**48**	**65.8 / 69.2**	**252**	**99 / 89**	**87 / 88**	**67 / 60**	**25 / 47**	**42**	**40**	**34**	**0.43 / 0.55**
ヨーロッパ	**9**	**69.9 / 78.2**						**19**	**67**	**49**	
東ヨーロッパ	14	62.5 / 73.7						27	61	35	
ブルガリア	13	69.3 / 75.9	32	101 / 99	91 / 90	100 / 97	1 / 2	44	42	26	
チェコ	5	72.6 / 79.0	9	103 / 101	97 / 98	96 / 98		12	72	63	0.1 / <0.1
ハンガリー	8	69.1 / 77.2	16	101 / 100	77 / 98	106 / 106	1 / 1	21	77	68	
ポーランド	8	70.7 / 78.7	13	100 / 99	89 / 96	91 / 87		15	49	19	
ルーマニア	17	68.2 / 75.3	49	100 / 98		84 / 85	2 / 4	34	64	30	
スロバキア	7	70.5 / 78.3	3	102 / 100		91 / 92	0 / 0	20	74	41	
北ヨーロッパ（12）	5	75.6 / 80.8						20	79	75	
デンマーク	5	75.1 / 79.7	5	104 / 104	100 / 100	126 / 132		7	78	72	0.3 / 0.1
エストニア	9	66.2 / 77.4	63	103 / 99	98 / 99	95 / 98	0 / 0	24	70	56	1.4 / 0.7
フィンランド	4	75.5 / 82.0	6	102 / 102	100 / 100	122 / 135		10	77	75	0.1 / <0.1
アイルランド	5	75.5 / 80.7	5	106 / 106	98 / 100	102 / 112		14			0.2 / 0.1
ラトビア	10	66.4 / 77.3	42	95 / 93		95 / 95	0 / 0	18	48	39	0.8 / 0.4
リトアニア	9	67.2 / 78.2	13	99 / 98		103 / 102	0 / 0	21	47	31	0.1 / 0.0
ノルウェー	4	77.3 / 82.2	16	101 / 101	100 / 99	113 / 116		10	74	69	0.1 / 0.0
スウェーデン	3	78.2 / 82.7	2	109 / 112	100 / 100	127 / 151		7	78	72	0.1 / 0.0
英国	5	76.3 / 80.9	13	100 / 100		159 / 199		26	84	81	0.2 / 0.0
南ヨーロッパ（13）	7	75.5 / 81.9						12	68	46	
アルバニア	24	71.3 / 77.0	55	105 / 102		81 / 81	1 / 2	16	75	8	
ボスニア・ヘルツェコビナ	13	71.7 / 77.1	31				2 / 9	23	48	16	
クロアチア	7	71.8 / 78.8	8	97 / 96		89 / 91	1 / 3	15			
ギリシャ	6	75.8 / 81.1	9	101 / 101	100 / 100	98 / 97	6 / 12	9			0.3 / 0.1
イタリア	5	77.2 / 83.3	5	102 / 101	96 / 97	100 / 99		7	60	39	0.7 / 0.3
マケドニア（旧ユーゴスラビア）	15	71.6 / 76.6	23	96 / 97		86 / 84	2 / 6	24			
ポルトガル	5	74.2 / 80.8	5	118 / 112		108 / 118		19	66	33	0.7 / 0.2
セルビア・モンテネグロ（旧ユーゴスラビア）	12	71.3 / 76.0	11	98 / 98		88 / 89	1 / 6	24	58	33	0.3 / 0.1
スロベニア	5	73.0 / 80.3	17	108 / 107		110 / 109	0 / 0	6	74	59	
スペイン	4	76.2 / 83.5	4	109 / 107		114 / 121		10	81	67	1.0 / 0.3
西ヨーロッパ（14）	4	76.1 / 82.3						9	74	71	
オーストリア	5	76.4 / 82.1	4	103 / 103		102 / 98		13	51	47	0.4 / 0.1
ベルギー	4	76.1 / 82.3	10	106 / 105	90 / 92	153 / 169		8	78	74	0.3 / 0.1
フランス	4	76.2 / 83.2	17	105 / 104	98 / 98	108 / 110		8	75	69	0.6 / 0.2
ドイツ	4	76.0 / 81.8	8	100 / 99		101 / 99		10	75	72	0.2 / 0.0
オランダ	4	75.9 / 81.3	16	109 / 107	100 / 100	123 / 121		5	79	76	0.4 / 0.1
スイス	4	77.9 / 83.5	7	108 / 107		101 / 95		5	82	78	0.5 / 0.2
ラテンアメリカ・カリブ海地域	**24**	**69.0 / 75.5**						**78**	**71**	**62**	
カリブ海（15）	32	65.8 / 70.4						65	62	58	
キューバ	5	76.1 / 79.7	33	100 / 96	98 / 98	94 / 92	3 / 3	50	73	72	0.1 / <0.1
ドミニカ共和国	32	64.6 / 71.6	150	123 / 126	56 / 75	53 / 65	12 / 13	91	70	66	2.5 / 0.9

カイロ会議の目標の検証

	死亡率の指標			教育の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標			
	乳児死亡率（出生千対）	平均寿命（年）男/女	妊産婦死亡率（出生10万対）	初等教育就学率（全体）（%）男/女	初等教育5年目までとどまる児童の割合 男/女	中等教育就学率（全体）（%）男/女	15歳以上の非識字率（%）男/女	15–19歳の少女1000人当たりの出生数	避妊実行率（%）		15–49歳のHIV感染率（%）男/女
									何らかの方法	近代的避妊法	
ハイチ	59	51.7 / 53.1	680	49 / 46		21 / 20	46 / 50	61	27	21	4.8 / 6.4
ジャマイカ	15	69.2 / 72.6	87	100 / 100	88 / 93	83 / 85	16 / 9	78	66	63	1.2 / 1.2
プエルトリコ	10	72.1 / 80.8	25				6 / 6	55	78	68	
トリニダード・トバゴ	13	67.3 / 72.8	160	101 / 99	67 / 76	79 / 86	1 / 2	36	38	33	3.2 / 3.2
中央アメリカ	22	71.6 / 76.7						77	64	55	
コスタリカ	10	76.1 / 80.9	43	109 / 107	90 / 93	64 / 69	4 / 4	75	80		0.8 / 0.4
エルサルバドル	24	68.2 / 74.3	150	116 / 109	67 / 71	59 / 59	18 / 23	84	67		0.9 / 0.5
グアテマラ	35	64.1 / 71.5	240	110 / 102	67 / 64	44 / 41	25 / 37	111	43	34	1.3 / 1.0
ホンジュラス	30	66.4 / 70.5	110	105 / 107			20 / 20	98	62	51	1.7 / 2.0
メキシコ	19	73.1 / 78.0	83	111 / 110	92 / 94	76 / 83	8 / 11	67	68	60	0.3 / 0.2
ニカラグア	28	67.9 / 72.7	230	109 / 108	63 / 67	56 / 66	23 / 23	119	69	66	0.3 / 0.1
パナマ	19	72.6 / 77.8	160	114 / 110	89 / 91	68 / 73	8 / 9	86	58	54	1.1 / 0.8
南アメリカ（16）	24	68.5 / 75.6						80	75	65	
アルゼンチン	14	71.1 / 78.6	82	120 / 119	91 / 93	97 / 103	3 / 3	59			1.1 / 0.3
ボリビア	51	62.6 / 66.8	420	116 / 115	85 / 84	88 / 85	7 / 20	81	53	27	0.1 / 0.1
ブラジル	25	67.3 / 75.1	260	151 / 143		105 / 115	12 / 11	90	77	70	0.8 / 0.5
チリ	8	75.1 / 81.2	31	99 / 97	100 / 98	91 / 92	4 / 4	61			0.4 / 0.2
コロンビア	24	69.8 / 75.8	130	111 / 110	66 / 73	67 / 74	6 / 5	77	77	64	1.0 / 0.5
エクアドル	23	71.7 / 77.6	130	117 / 117	74 / 75	59 / 60	8 / 10	84	66	50	0.4 / 0.2
パラグアイ	36	69.1 / 73.7	170	112 / 108	68 / 71	64/ 66	7 / 10	64	73	61	0.7 / 0.3
ペルー	31	68.0 / 73.2	410	119 / 118	85 / 83	93 / 87	7 / 18	53	69	50	0.7 / 0.4
ウルグアイ	13	72.1 / 79.4	27	110 / 108	91 / 95	99 / 112	3 / 2	70			0.4 / 0.2
ベネズエラ	17	70.4 / 76.3	96	105 / 103	82 / 87	65 / 75	7 / 7	91	49	38	0.9 / 0.5
北アメリカ（17）	7	75.2 / 80.5						47	76	71	
カナダ	5	77.8 / 82.7	6	101 / 102	95 / 99	106 / 105		14	75	73	0.5 / 0.2
米国	7	74.9 / 80.3	17	98 / 98		94 / 94		50	76	71	1.0 / 0.3
オセアニア	**27**	**72.4 / 76.7**						**29**	**62**	**57**	
オーストラリア・ニュージーランド	5	77.9 / 82.9						17	76	72	
オーストラリア（18）	5	78.0 / 83.1	8	104 / 104	99 / 100	156 / 152		15	76	72	0.2 / <0.1
メラネシア（19）	59	57.9 / 59.6						54			
ニュージーランド	5	77.2 / 81.6	7	102 / 101	91 / 93	109 / 116		24	75	72	0.1 / <0.1
パプアニューギニア	67	55.6 / 56.8	300	77 / 69	52 / 50	27 / 21	37 / 49	58	26	20	0.8 / 0.4
経済の転換期にある旧ソ連諸国（20）											
アルメニア	30	68.2 / 74.9	55	100 / 97		86 / 88	0 / 1	30	61	22	0.1 / 0.1
アゼルバイジャン	74	63.5 / 70.8	94	94 / 91		84 / 81	1 / 2	31	55	12	
ベラルーシ	15	62.8 / 74.3	35	103 / 101		90 / 92	0 / 1	27	50	42	
グルジア	40	66.8 / 74.5	32	91 / 90		80 / 80		33	41	20	0.3 / 0.1
カザフスタン	60	58.2 / 69.4	210	102 / 101		92 / 92	0 / 1	29	66	53	0.2 / 0.1
キルギス	53	63.1 / 71.5	110	102 / 100		92 / 92	1 / 2	33	60	49	0.1 / <0.1
モルドバ	24	64.9 / 72.1	36	86 / 86		72 / 75	3 / 5	31	62	43	
ロシア	16	58.9 / 72.0	67	118 / 118		91 / 96	0 / 1	29	73	53	1.5 / 0.8
タジキスタン	87	61.3 / 66.7	100	114 / 108		94 / 78	0 / 1	30	34	27	
トルクメニスタン	77	58.6 / 67.1	31				1 / 2	17	62	53	
ウクライナ	15	60.4 / 72.5	35	93 / 93		97 / 96	0 / 1	29	68	38	1.8 / 0.9
ウズベキスタン	57	63.6 / 70.1	24	103 / 102		97 / 94	0 / 1	36	68	63	0.1 / 0.1

人口・社会・経済指標

	人口（百万人）（2005）	推計人口（百万人）（2050）	年平均増加率（%）（2005）	都市人口の割合（%）（2003）	都市成長率（%）（2000–2005）	可耕地1 ha当たりの人口	合計特殊出生率（2005）	専門技能者の立会いの下での出産（%）	1人当たりPPPによるGNI（米ドル）（2003）	初等教育に対する支出（%）（1人当たりGDPに占める割合）	公的保健支出（%）（GDPに占める割合）	外部からの人口援助（1,000米ドル）	5歳未満児死亡率（出生千対）男/女	1人当たりエネルギー消費量	改善された水源の利用（%）
世界全体	**6,464.7**	**9,075.9**	**1.2**	**48**	**2.1**		**2.60**	**62**	**8,180**			**(4,686,000)**	**83 / 81**	**1,699**	**83**
先進工業地域（*）	**1,211.3**	**1,236.2**	**0.3**	**75**	**0.5**		**1.57**						**10 / 9**		
開発途上地域（+）	**5,253.5**	**7,839.7**	**1.4**	**42**	**2.8**		**2.82**						**91 / 89**		
後発開発途上国（‡）	**759.4**	**1,735.4**	**2.4**	**27**	**4.3**		**4.86**	**32**	**1,330**				**160 / 149**	**297**	**58**
アフリカ（1）	**905.9**	**1,937.0**	**2.1**	**39**	**3.6**		**4.83**					**1,195,052**[21]	**160 / 148**		
東アフリカ	287.7	678.7	2.4	26	4.3		5.41						159 / 144		
ブルンジ	7.5	25.8	3.4	10	6.5	4.4	6.80	25	620	12.5	0.6	2,960	191 / 169		79
エリトリア	4.4	11.2	3.7	20	5.8	6.1	5.29	28	1,110	11.8	3.2	8,183	91 / 84		57
エチオピア	77.4	170.2	2.4	16	4.1	5.3	5.65	6	710		2.6	68,629	172 / 157	297	22
ケニア	34.3	83.1	2.4	39	4.4	4.6	4.98	41	1,020		2.2	70,577	120 / 105	489	62
マダガスカル	18.6	43.5	2.7	27	3.6	3.5	5.15	46	800	8.2	1.2	16,043	130 / 119		45
マラウイ	12.9	29.5	2.2	16	4.6	3.7	5.89	61	600		4.0	68,418	181 / 171		67
モーリシャス（2）	1.2	1.5	0.9	43	1.5	1.2	1.96	99	11,260	9.0	2.2	139	19 / 15		100
モザンビーク	19.8	37.6	1.9	36	5.1	3.2	5.31	48	1,070		4.1	68,671	180 / 164	436	42
ルワンダ	9.0	18.2	2.3	18	11.6	5.4	5.45	31	1,290	6.9	3.1	24,016	202 / 178		73
ソマリア	8.2	21.3	3.1	35	5.7	6.2	6.24	34			1.2	3,240	204 / 194		29
ウガンダ	28.8	126.9	3.5	12	3.9	2.7	7.10	39	1,440		2.1	61,945	140 / 127		56
タンザニア	38.3	66.8	1.9	35	4.9	5.5	4.74	36	610		2.7	64,268	170 / 155	408	73
ザンビア	11.7	22.8	1.7	36	1.9	1.4	5.42	43	850	7.1	3.1	80,514	175 / 159	639	55
ジンバブエ	13.0	15.8	0.6	35	1.8	2.4	3.37	73		16.2	4.4	44,253	122 / 108	751	83
中央アフリカ（3）	109.6	303.3	2.7	37	4.1		6.18						209 / 187		
アンゴラ	15.9	43.5	2.8	36	5.4	2.8	6.59	45	1,890		2.1	18,807	252 / 223	672	50
カメルーン	16.3	26.9	1.7	51	3.4	1.1	4.36	60	1,980	8.5	1.2	8,391	167 / 152	417	63
中央アフリカ共和国	4.0	6.7	1.4	43	2.5	1.3	4.77	44	1,080		1.6	5,371	188 / 155		75
チャド	9.7	31.5	3.0	25	4.6	1.7	6.65	16	1,100	9.7	2.7	4,202	210 / 187		34
コンゴ（民主共和国）（4）	57.5	177.3	2.9	32	4.4	4.1	6.70	61	640		1.1	22,886	215 / 193	299	46
コンゴ（共和国）	4.0	13.7	3.0	54	3.4	5.9	6.29		710	8.1	1.5	2,184	116 / 93	252	46
ガボン	1.4	2.3	1.6	84	2.7	0.9	3.78	86	5,700	4.7	1.8	758	96 / 87	1,209	87
北アフリカ（5）	190.9	311.9	1.7	50	2.7		3.04					63,743[22]	61 / 51		
アルジェリア	32.9	49.5	1.5	59	2.6	0.9	2.46	92	5,940	11.1	3.2	1,379	38 / 35	985	87
エジプト	74.0	125.9	1.9	42	2.1	7.4	3.14	69	3,940		1.8	33,417	43 / 35	789	98
リビア	5.9	9.6	1.9	86	2.3	0.1	2.88	94		3.0	1.6		20 / 20	3,433	72
モロッコ	31.5	46.4	1.5	58	2.8	1.1	2.67	40	3,950	18.9	1.5	9,123	49 / 34	363	80
スーダン	36.2	66.7	2.0	39	4.6	1.2	4.20	86	1,880		1.0	11,875	120 / 106	483	69
チュニジア	10.1	12.9	1.1	64	1.6	0.5	1.93	90	6,840	15.8	2.9	1,474	25 / 22	846	82
南アフリカ	54.1	56.0	0.4	54	1.5		2.81						82 / 74		
ボツワナ	1.8	1.7	-0.1	52	1.8	2.1	3.06	94	7,960	6.1	3.7	21,193	107 / 96		95
レソト	1.8	1.6	-0.1	18	0.9	2.1	3.46	60	3,120	23.8	5.3	4,802	125 / 111		76
ナミビア	2.0	3.1	1.2	32	3.0	1.1	3.71	78	6,620	21.0	4.7	12,092	78 / 71	599	80
南アフリカ共和国	47.4	48.7	0.5	57	1.4	0.4	2.72	84	10,270	14.3	3.5	96,542	77 / 69	2,502	87
スワジランド	1.0	1.0	-0.1	24	1.4	1.8	3.72	70	4,850	11.2	3.6	7,069	148 / 130		52
西アフリカ（6）	263.6	587.0	2.3	42	4.2		5.59						192 / 184		
ベナン	8.4	22.1	3.1	45	4.4	1.2	5.64	66	1,110	9.7	2.1	14,760	156 / 152	341	68
ブルキナファソ	13.2	39.1	3.0	18	5.0	2.6	6.51	31	1,180		2.0	15,072	196 / 185		51
コートジボワール	18.2	34.0	0	45	2.6	1.1	4.76	63	1,390	14.6	1.4	20,375	196 / 177	397	84
ガンビア	1.5	3.1	2.6	26	2.6	4.3	4.46	55	1,820	11.9	3.3	1,634	126 / 114		82

人口・社会・経済指標

	人口（百万人）（2005）	推計人口（百万人）（2050）	年平均増加率（%）（2005）	都市人口の割合（%）（2003）	都市成長率（%）（2000–2005）	可耕地1 ha当たりの人口	合計特殊出生率（2005）	専門技能者の立会いの下での出産（%）	1人当たりPPPによるGNI（米ドル）（2003）	初等教育に対する支出（%）（1人当たりGDPに占める割合）	公的保健支出（%）（GDPに占める割合）	外部からの人口援助（1,000米ドル）	5歳未満児死亡率（出生千対）男/女	1人当たりエネルギー消費量	改善された水源の利用（%）
ガーナ	22.1	40.6	2.0	45	3.2	1.8	4.11	44	2,190		2.3	34,123	98 / 94	411	79
ギニア	9.4	23.0	2.2	35	3.8	4.5	5.71	35	2,100	9.2	0.9	12,807	155 / 158		51
ギニアビサウ	1.6	5.3	3.0	34	5.4	2.2	7.08	35	660		3.0	1,506	214 / 191		59
リベリア	3.3	10.7	2.1	47	5.3	3.6	6.79	51			1.4	2,675	225 / 207		62
マリ	13.5	42.0	2.9	32	5.2	2.1	6.75	41	960	15.2	2.3	25,070	216 / 210		48
モーリタニア	3.1	7.5	2.9	62	5.1	2.9	5.62	57	2,010	14.0	2.9	3,978	155 / 142		56
ニジェール	14.0	50.2	3.3	22	6.1	2.2	7.71	16	820	15.5	2.0	6,175	253 / 258		46
ナイジェリア	131.5	258.1	2.2	47	4.4	1.2	5.58	35	900		1.2	81,796	199 / 191	718	60
セネガル	11.7	23.1	2.3	50	3.9	2.9	4.75	58	1,660	13.6	2.3	26,130	130 / 124	319	72
シエラレオネ	5.5	13.8	3.1	39	5.6	4.9	6.49	42	530	16.8	1.7	6,803	297 / 271		57
トーゴ	6.1	13.5	2.6	35	4.0	1.1	5.08	49	1,500	5.7	5.1	6,365	141 / 124	324	51
アジア	**3,905.4**	**5,217.2**	**1.2**	**39**	**2.7**		**2.41**					**609,901**	**68 / 71**		
東アジア（7）	1,524.4	1,586.7	0.6	43	2.6		1.68						31 / 41		
中国	1,315.8	1,392.3	0.6	39	3.2	5.5	1.72	97	4,990		2.0	32,141	33 / 44	960	77
朝鮮民主主義人民共和国	22.5	24.2	0.5	61	1.0	2.4	1.97	97			3.5	2,550	59 / 52	869	100
香港（8）	7.0	9.2	1.1	100	1.1		0.95		28,810	13.5			5 / 4	2,413	
日本	128.1	112.2	0.1	65	0.3	0.9	1.35	100	28,620	21.5	6.5	(128,068) [23]	5 / 4	4,058	100
モンゴル	2.6	3.6	1.2	57	1.4	0.5	2.33	99	1,800	38.3	4.6	3,881	81 / 77		62
韓国	47.8	44.6	0.4	80	0.9	2.0	1.22	100	17,930	16.6	2.6		5 / 5	4,272	92
東南アジア	555.8	752.3	1.3	42	3.3		2.42						54 / 43		
カンボジア	14.1	26.0	2.0	19	5.5	2.5	3.93	32	2,060	5.9	2.1	36,969	138 / 127		34
インドネシア	222.8	284.6	1.2	46	3.9	2.8	2.28	68	3,210	3.7	1.2	48,084	53 / 42	737	78
ラオス	5.9	11.6	2.2	21	4.6	4.2	4.55	19	1,730	7.9	1.5	3,351	136 / 130		43
マレーシア	25.3	38.9	1.8	64	3.0	0.5	2.78	97	8,940	17.0	2.0	700	14 / 11	2,129	95
ミャンマー	50.5	63.7	1.0	29	3.1	3.2	2.27	56			0.4	14,340	114 / 96	258	80
フィリピン	83.1	127.1	1.7	61	3.1	2.8	3.03	60	4,640	11.6	1.1	36,120	36 / 25	525	85
シンガポール	4.3	5.2	1.3	100	1.7	3.0	1.33	100	24,180		1.3	1	4 / 4	6,078	
タイ	64.2	74.6	0.8	32	1.9	1.5	1.90	99	7,450	16.5	3.1	16,109	28 / 18	1,353	85
ベトナム	84.2	116.7	1.3	26	3.2	6.0	2.23	85	2,490		1.5	21,441	40 / 30	530	73
南・中央アジア	1,610.9	2,495.0	1.6	30	2.5		3.04						92 / 97		
アフガニスタン	29.9	97.3	4.1	23	6.0	1.9	7.27	14			3.1	21,652	242 / 247		13
バングラデシュ	141.8	242.9	1.8	24	3.5	9.2	3.10	14	1,870	8.9	0.8	85,760	72 / 72	155	75
ブータン	2.2	4.4	2.2	9	6.3	12.4	4.12	24			4.1	870	78 / 75		62
インド	1,103.4	1,592.7	1.5	28	2.3	3.3	2.92	43	2,880	12.4	1.3	99,471	90 / 95	513	86
イラン	69.5	101.9	1.1	67	2.3	1.0	2.08	90	7,190	11.3	2.9	2,472	36 / 35	2,044	93
ネパール	27.1	51.2	2.0	15	5.2	6.9	3.50	11	1,420	12.0	1.4	26,421	78 / 83	353	84
パキスタン	157.9	304.7	2.1	34	3.4	3.4	4.00	23	2,060		1.1	57,075	102 / 112	454	90
スリランカ	20.7	23.6	0.8	21	0.7	4.5	1.92	97	3,730		1.8	15,862	22 / 14	430	78
西アジア	214.3	383.2	2.0	65	2.4		3.23					67,968 [22]	60 / 52		
イラク	28.8	63.7	2.6	67	2.4	0.4	4.54	72			0.3	14,330	119 / 110	1,199	81
イスラエル	6.7	10.4	1.8	92	2.1	0.4	2.76	99	19,200	21.7	6.0	3	6 / 6	3,191	100
ヨルダン	5.7	10.2	2.4	79	2.8	1.4	3.33	100	4,290	15.0	4.3	27,202	25 / 23	1,036	91
クウェート	2.7	5.3	3.1	96	3.5	1.7	2.32	98		16.1	2.9		12 / 12	9,503	
レバノン	3.6	4.7	1.0	88	1.9	0.4	2.26	89	4,840	5.4	3.5	1,261	29 / 19	1,209	100
パレスチナ自治区	3.7	10.1	3.2	71	4.1	1.6	5.28	97				12,613	25 / 20		94
オマーン	2.6	5.0	1.6	78	3.6	12.0	3.50	95		17.7	2.8	162	17 / 16	4,265	79

	人口（百万人）（2005）	推計人口（百万人）（2050）	年平均増加率（%）（2005）	都市人口の割合（%）（2003）	都市成長率（%）（2000–2005）	可耕地1 ha当たりの人口	合計特殊出生率（2005）	専門技能者の立会いの下での出産（%）	1人当たりPPPによるGNI（米ドル）（2003）	初等教育に対する支出（%）（1人当たりGDPに占める割合）	公的保健支出（%）（GDPに占める割合）	外部からの人口援助（1,000米ドル）	5歳未満児死亡率（出生千対）男/女	1人当たりエネルギー消費量	改善された水源の利用（%）
サウジアラビア	24.6	49.5	2.5	88	3.4	0.5	3.84	91		32.6	3.3		28 / 20	5,775	
シリア	19.0	35.9	2.4	50	2.5	0.9	3.28	76	3,430	13.8	2.3	3,550	22 / 17	1,063	79
トルコ（10）	73.2	101.2	1.3	66	2.2	0.7	2.39	81	6,690	11.6	4.3	1,008	51 / 40	1,083	93
アラブ首長国連邦	4.5	9.1	4.4	85	2.1	0.5	2.45	96		6.9	2.3	4	10 / 9	9,609	
イエメン	21.0	59.5	3.1	26	4.8	5.6	5.93	22	820		1.0	7,816	91 / 83	221	69
アラブ諸国（11）	**321.1**	**598.5**	**2.1**	**55**	**2.9**	**1.5**	**3.59**	**70**	**2,768**	**21.2**	**2.7**	**135,890**	**61 / 54**	**1,244**	**74**
ヨーロッパ	**728.4**	**653.3**	**0.0**	**73**	**0.1**		**1.42**						**12 / 10**		
東ヨーロッパ	297.3	223.5	-0.5	68	-0.4		1.29					114,546 [22, 24]	21 / 16		
ブルガリア	7.7	5.1	-0.7	70	-0.3	0.1	1.23		7,610	16.9	4.4	1,646	17 / 14	2,417	100
チェコ	10.2	8.5	-0.1	74	0.0	0.2	1.19	99	15,650	11.8	6.4	38	6 / 6	4,090	
ハンガリー	10.1	8.3	-0.3	65	0.1	0.2	1.29		13,780	20.3	5.5	100	11 / 9	2,505	99
ポーランド	38.5	31.9	-0.1	62	0.0	0.5	1.25	99	11,450	34.4	4.4	343	11 / 9	2,333	
ルーマニア	21.7	16.8	-0.4	55	-0.2	0.3	1.26	98	7,140		4.2	10,501	24 / 18	1,696	57
スロバキア	5.4	4.6	0.0	57	0.5	0.3	1.19		13,420	11.4	5.3	47	10 / 9	3,448	100
北ヨーロッパ（12）	95.8	105.6	0.3	83	0.4		1.66						7 / 6		
デンマーク	5.4	5.9	0.3	85	0.3	0.1	1.76	100	31,210	24.4	7.3	(59,527)	6 / 6	3,675	100
エストニア	1.3	1.1	-0.4	69	-1.0	0.2	1.40		12,480	20.1	3.9	1,077	14 / 9	3,324	
フィンランド	5.2	5.3	0.2	61	0.1	0.1	1.72	100	27,100	17.8	5.5	(23,697)	5 / 4	6,852	100
アイルランド	4.1	5.8	1.5	60	1.5	0.3	1.94	100	30,450	12.0	5.5	(26,786)	7 / 7	3,894	
ラトビア	2.3	1.7	-0.5	66	-1.2	0.1	1.27	100	10,130	22.0	3.3	113	14 / 12	1,825	
リトアニア	3.4	2.6	-0.4	67	-0.7	0.2	1.27		11,090		4.3	163	13 / 9	2,476	
ノルウェー	4.6	5.4	0.5	79	1.6	0.2	1.79	100	37,300	27.1	8.0	(91,648)	5 / 4	5,843	100
スウェーデン	9.0	10.1	0.3	83	0.1	0.1	1.68	100	26,620	22.5	7.8	(80,029)	4 / 4	5,718	100
英国	59.7	67.1	0.3	89	0.4	0.2	1.66	99	27,650	15.1	6.4	(589,650)	7 / 6	3,824	
南ヨーロッパ（13）	149.4	138.7	0.3	66	0.3		1.37						9 / 8		
アルバニア	3.1	3.5	0.5	44	2.1	2.1	2.23	94	4,700		2.4	8,261	34 / 30	617	97
ボスニア・ヘルツェコビナ	3.9	3.2	0.2	44	2.2	0.2	1.31	100	6,320		4.6	3,307	16 / 13	1,052	98
クロアチア	4.6	3.7	0.1	59	0.5	0.2	1.35	100	10,710	48.7	5.9	1,312	8 / 7	1,852	
ギリシャ	11.1	10.7	0.2	61	0.6	0.4	1.25		19,920	14.5	5.0	(9,293)	8 / 7	2,637	
イタリア	58.1	50.9	0.1	67	0.0	0.3	1.33		26,760	24.7	6.4	(27,068)	7 / 6	2,994	
マケドニア（旧ユーゴスラビア）	2.0	1.9	0.2	60	0.6	0.4	1.49	98	6,720		5.8	1,074	18 / 16		
ポルトガル	10.5	10.7	0.5	55	1.1	0.5	1.47	100	17,980	23.3	6.6	(1,119)	7 / 7	2,546	
セルビア・モンテネグロ（旧ユーゴスラビア）	10.5	9.4	-0.1	52	0.2	0.5	1.62	99		38.3	5.1	1,401	16 / 13	1,981	93
スロベニア	2.0	1.6	0.0	51	-0.1	0.2	1.21	100	19,240		6.2	2	7 / 7	3,486	
スペイン	43.1	42.5	0.8	77	0.3	0.1	1.31		22,020	18.9	5.4	(29,949)	6 / 5	3,215	
西ヨーロッパ（14）	185.9	185.5	0.2	81	0.5		1.56						6 / 5		
オーストリア	8.2	8.1	0.2	66	0.0	0.3	1.40	100	29,610	23.8	5.4	(2,727)	6 / 5	3,774	100
ベルギー	10.4	10.3	0.2	97	0.2	0.2	1.66	100	28,930	18.7	6.5	(26,400)	6 / 6	5,505	
フランス	60.5	63.1	0.4	76	0.7	0.1	1.86	99	27,460	17.8	7.4	(56,559)	6 / 5	4,470	
ドイツ	82.7	78.8	0.0	88	0.3	0.2	1.33	100	27,460	16.9	8.6	(132,088) [25]	5 / 5	4,198	100
オランダ	16.3	17.1	0.4	66	1.3	0.5	1.72	100	28,600	16.6	5.8	(275,434)	7 / 6	4,827	100
スイス	7.3	7.3	0.2	68	-0.1	1.0	1.41		32,030	23.2	6.5	(31,522)	6 / 5	3,723	100
ラテンアメリカ・カリブ海地域	**561.3**	**782.9**	**1.4**	**77**	**1.9**		**2.47**					**221,948**	**36 / 29**		
カリブ海（15）	39.1	46.4	0.8	64	1.3		2.42						57 / 48		
キューバ	11.3	9.7	0.2	76	0.5	0.5	1.62	100		32.3	6.5	5,988	7 / 6	1,262	91
ドミニカ共和国	8.9	12.7	1.4	59	2.1	0.9	2.64	99	6,210	8.9	2.2	8,524	52 / 42	948	93

人口・社会・経済指標

	人口（百万人）（2005）	推計人口（百万人）（2050）	年平均増加率（%）（2005）	都市人口の割合（%）（2003）	都市成長率（%）（2000–2005）	可耕地1 ha当たりの人口	合計特殊出生率（2005）	専門技能者の立会いの下での出産（%）	1人当たりPPPによるGNI（米ドル）（2003）	初等教育に対する支出（%）（1人当たりGDPに占める割合）	公的保健支出（%）（GDPに占める割合）	外部からの人口援助（1,000米ドル）	5歳未満児死亡率（出生千対）男/女	1人当たりエネルギー消費量	改善された水源の利用（%）
ハイチ	8.5	13.0	1.4	38	3.0	4.6	3.79	24	1,630		3.0	39,388	113 / 98	251	71
ジャマイカ	2.7	2.6	0.4	52	1.0	1.8	2.38	95	3,790	15.1	3.4	4,677	21 / 19	1,493	93
プエルトリコ	4.0	4.4	0.6	97	1.1	1.2	1.89					36	13 / 10		
トリニダード・トバゴ	1.3	1.2	0.3	75	0.9	0.9	1.61	96	9,450	16.1	1.4	849	21 / 16	7,121	91
中央アメリカ	147.0	209.6	1.5	69	2.0		2.55						31 / 25		
コスタリカ	4.3	6.4	1.7	61	2.8	1.6	2.19	98	9,040	16.2	6.1	660	13 / 10	904	97
エルサルバドル	6.9	10.8	1.7	60	2.1	2.2	2.78	69	4,890	10.0	3.6	7,626	35 / 29	670	82
グアテマラ	12.6	25.6	2.4	46	3.4	3.1	4.38	41	4,060	6.7	2.3	19,757	53 / 41	616	95
ホンジュラス	7.2	12.8	2.2	46	3.3	1.6	3.52	56	2,580		3.2	11,635	51 / 41	504	90
メキシコ	107.0	139.0	1.2	76	1.8	0.8	2.27	86	8,950	13.8	2.7	15,646	25 / 20	1,560	91
ニカラグア	5.5	9.4	2.0	57	3.1	0.5	3.12	67	2,400	8.9	3.9	15,823	42 / 33	544	81
パナマ	3.2	5.1	1.7	57	2.4	1.0	2.63	90	6,310	10.4	6.4	594	29 / 22	1,028	91
南アメリカ（16）	375.2	526.9	1.4	81	2.0		2.44						36 / 28		
アルゼンチン	38.7	51.4	1.0	90	1.4	0.1	2.30	99	10,920	12.4	4.5	3,478	18 / 14	1,543	
ボリビア	9.2	14.9	1.9	63	2.7	1.2	3.73	65	2,450	15.5	4.2	11,248	71 / 62	499	85
ブラジル	186.4	253.1	1.3	83	2.0	0.4	2.30	88	7,480	11.3	3.6	11,489	37 / 28	1,093	89
チリ	16.3	20.7	1.1	87	1.6	1.0	1.97	100	9,810	15.8	2.6	4,162	10 / 8	1,585	95
コロンビア	45.6	65.7	1.5	77	2.2	2.2	2.54	86	6,520	15.9	6.7	1,692	33 / 28	625	92
エクアドル	13.2	19.2	1.4	62	2.3	1.1	2.70	69	3,440	3.0	1.7	3,492	32 / 24	706	86
パラグアイ	6.2	12.1	2.3	57	3.5	0.7	3.71	71	4,740	13.0	3.2	4,167	48 / 38	709	83
ペルー	28.0	42.6	1.5	74	2.0	1.8	2.76	59	5,090	7.0	2.2	18,839	54 / 44	450	81
ウルグアイ	3.5	4.0	0.7	93	0.9	0.3	2.26	100	7,980	11.0	2.9	288	17 / 12	747	98
ベネズエラ	26.7	42.0	1.7	88	2.1	0.7	2.64	94	4,740		2.3	1,312	30 / 26	2,141	83
北アメリカ（17）	330.6	438.0	0.9	80	1.4		1.98						8 / 8		
カナダ	32.3	42.8	0.9	80	1.2	0.0	1.49	98	29,740		6.7	(56,626)	6 / 6	7,973	100
米国	298.2	395.0	0.9	80	1.4	0.0	2.04	99	37,500	21.2	6.6	(1,807,643)	8 / 8	7,943	100
オセアニア	**33.1**	**47.6**	**1.2**	**73**	**1.4**		**2.27**						**36 / 38**		
オーストラリア・ニュージーランド	24.2	32.7	1.0	91	1.3		1.78						6 / 6		
オーストラリア（18）	20.2	27.9	1.1	92	1.4	0.0	1.75	100	28,290	16.6	6.5	(38,966)	6 / 6	5,732	100
メラネシア（19）	7.7	13.2	1.9	20	2.5		3.69						78 / 85		
ニュージーランド	4.0	4.8	0.9	86	0.8	0.1	1.96	100	21,120	18.9	6.6	(5,917)	7 / 6	4,573	
パプアニューギニア	5.9	10.6	2.0	13	2.3	4.9	3.85	53	2,240	12.4	3.8	11,287	88 / 98		39
経済の転換期にある旧ソ連諸国（20）															
アルメニア	3.0	2.5	-0.3	64	-0.8	0.7	1.34	97	3,770	9.6	1.3	2,445	37 / 32	632	92
アゼルバイジャン	8.4	9.6	0.7	50	0.6	1.1	1.85	84	3,380	7.3	0.8	994	92 / 84	1,435	77
ベラルーシ	9.8	7.0	-0.6	71	0.1	0.2	1.23	100	6,010		4.7	144	20 / 14	2,496	100
グルジア	4.5	3.0	-0.9	52	-1.4	0.9	1.44	96	2,540		1.0	3,554	46 / 38	494	76
カザフスタン	14.8	13.1	-0.2	56	-0.3	0.1	1.90	99	6,170	8.1	1.9	5,265	89 / 61	3,123	86
キルギス	5.3	6.7	1.2	34	1.0	0.9	2.59	98	1,660	6.1	2.2	3,395	70 / 58	507	76
モルドバ	4.2	3.3	-0.3	46	0.1	0.4	1.22	99	1,750	18.1	4.1	7,187	32 / 27	703	92
ロシア	143.2	111.8	-0.5	73	-0.6	0.1	1.37	99	8,920		3.5	16,969	24 / 19	4,288	96
タジキスタン	6.5	10.4	1.3	25	-0.4	1.9	3.58	71	1,040	6.8	0.9	3,253	119 / 107	518	58
トルクメニスタン	4.8	6.8	1.4	45	2.0	0.8	2.63	97	5,840		3.0	1,322	107 / 87	3,465	71
ウクライナ	46.5	26.4	-1.1	67	-0.7	0.2	1.13	100	5,410	11.9	3.3	14,181	20 / 15	2,684	98
ウズベキスタン	26.6	38.7	1.4	37	1.0	1.4	2.61	96	1,720		2.5	8,388	74 / 62	2,047	89

人口の比較的少ない国・地域の指標

カイロ会議の目標の指標

	死亡時の指標			教育の指標		リプロダクティブ・ヘルスの指標			
	乳児死亡率（出生千対）	平均寿命（年）男/女	妊産婦死亡率（出生10万対）	初等教育就学率（全体）％ 男/女	中等教育就学率（全体）％ 男/女	15–19歳の少女1000人当たりの出生数	避妊実行率（％） 何らかの方法	避妊実行率（％） 近代的避妊法	15–49歳のHIV感染率（％）男/女
バハマ	13	67.6 / 74.0	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3.0 / 3.0
バーレーン	13	73.4 / 76.2	28	97 / 97	93 / 99	18	62	31	0.1 / 0.2
バルバドス	10	72.1 / 78.8	95	109 / 108	105 / 107	43	55	53	2.0 / 1.0
ベリーズ	30	69.5 / 74.3	140	123 / 121	76 / 80	82	47	42	3.0 / 1.8
ブルネイ	6	74.6 / 79.3	37	106 / 106	88 / 92	29			<0.1 / <0.1
カーボベルデ	27	67.5 / 73.7	150	124 / 118	67 / 73	89	53	46	
コモロ	53	61.9 / 66.3	480	98 / 81	34 / 28	54	26	19	
キプロス	6	76.3 / 81.3	47	97 / 98	98 / 99	9			
ジブチ	88	52.1 / 54.4	730	48 / 37	29 / 20	53			0.3 / 0.3
赤道ギニア	98	42.1 / 42.9	880	132 / 120	38 / 22	187			
フィジー	21	66.1 / 70.5	75	109 / 109	78 / 83	36	41	35	0.2 / <0.1
仏領ポリネシア	8	71.2 / 76.3	20			39			
グアドループ島	7	75.4 / 82.1	5			19	44	31	
グアム	9	72.8 / 77.5	12			67			
ガイアナ	46	61.0 / 67.1	170	126 / 123	87 / 89	62	37	36	2.2 / 2.8
アイスランド	3	79.1 / 82.9	0	100 / 99	110 / 119	17			0.2 / 0.2
ルクセンブルグ	5	75.5 / 81.8	28	99 / 99	93 / 99	9			
モルジブ	38	67.8 / 67.1	110	119 / 117	62 / 71	62	42	33	
マルタ	7	76.2 / 81.0	21	105 / 104	95 / 95	16			
マルチニーク	7	75.9 / 81.9	4			31	51	38	
ミクロネシア（26）	27	69.2 / 73.6				47			
オランダ領アンティル諸島	12	73.3 / 79.5	20	104 / 104	67 / 75	26			
ニューカレドニア	6	73.1 / 78.3	10			30			
ポリネシア（27）	18	69.9 / 75.1				33			
カタール	11	71.6 / 76.5	7	107 / 104	92 / 96	19	43	32	
レユニオン	7	71.7 / 79.9	41			36	67	62	
サモア	24	67.8 / 74.2	130	107 / 104	73 / 80	32			
ソロモン諸島	33	62.1 / 63.6	130	92 / 79	17 / 11	46			
スリナム	24	66.4 / 72.9	110	127 / 125	63 / 85	43	42	41	2.2 / 1.1
東ティモール	87	55.4 / 57.6	660			175	10	9	
バヌアツ	31	67.5 / 71.2	130	113 / 113	27 / 29	48			

人口の比較的少ない国・地域の指標

人口・社会・経済指標

	人口（千人）（2005）	推計人口（千人）（2050）	都市人口の割合（%）（2003）	都市成長率（%）（2000–2005）	可耕地1 ha当たり人口	合計特殊出生率（2005）	専門技能者の立会いの下での出産（%）	1人当たりPPPによるGNI（米ドル）（2003）	5歳未満児死亡率（出生千対）男/女
バハマ	323	466	89.5	1.5	0.8	2.25	99		17 / 13
バーレーン	727	1,155	90.0	2.3	1.2	2.37	98		16 / 16
バルバドス	270	255	51.7	1.5	0.6	1.50	91	15,060	12 / 10
ベリーズ	270	442	48.3	2.3	0.7	3.01	83		41 / 39
ブルネイ	374	681	76.2	3.2	0.2	2.40	99		8 / 6
カーボベルデ	507	1,002	55.9	3.5	2.2	3.57	89	5,440	42 / 22
コモロ	798	1,781	35.0	4.6	4.1	4.59	62	1,760	78 / 61
キプロス	835	1,174	69.2	1.0	0.6	1.62	100	19,530	8 / 6
ジブチ	793	1,547	83.7	2.1		4.80	61	2,200	141 / 124
赤道ギニア	504	1,146	48.1	4.7	1.5	5.89	65		184 / 167
フィジー	848	934	51.7	2.5	1.1	2.81	100	5,410	27 / 25
仏領ポリネシア	257	360	52.1	1.2		2.32			11 / 11
グアドループ島	448	474	99.7	0.9	0.5	2.02			10 / 8
グアム	170	254	93.7	1.7		2.81			12 / 9
ガイアナ	751	488	37.6	1.4	0.3	2.20	86	3,950	73 / 54
アイスランド	295	370	92.8	0.9	3.1	1.95		30,140	4 / 4
ルクセンブルグ	465	721	91.9	1.6	0.1	1.74	100	54,430	7 / 6
モルジブ	329	682	28.8	4.5	6.5	4.06	70		41 / 56
マルタ	402	428	91.7	0.7	0.6	1.50	98		8 / 8
マルチニーク	396	350	95.7	0.8	0.7	1.94			9 / 9
ミクロネシア（26）	556	849	69.1	2.6		3.31			37 / 30
オランダ領アンティル諸島	183	203	69.7	1.1	0.1	2.08			17 / 11
ニューカレドニア	237	382	61.2	2.2		2.37			9 / 9
ポリネシア（27）	656	763	43.6	1.7		3.10			23 / 21
カタール	813	1,330	92.0	1.7	0.3	2.91	98		14 / 12
レユニオン	785	1,092	91.5	2.0	0.6	2.47			11 / 9
サモア	185	157	22.3	1.3		4.17	100	5,700	30 / 27
ソロモン諸島	478	921	16.5	4.5	4.5	4.06	85	1,630	58 / 52
スリナム	449	429	76.1	1.6	1.2	2.52	85		35 / 23
東ティモール	947	3,265	7.6	4.8	4.4	7.48	24		128 / 120
バヌアツ	211	375	22.8	4.1		3.92	89	2,880	43 / 33

指標の注

この白書で用いられている表示は、いずれの国、地域または行政府の法的地位ならびに境界の範囲に関する国連人口基金の見解を表明するものではない。

1990年時点の人口が20万人以下の国と地域のデータについては、この表では単独項目としては掲げず、各地域の人口を示す数字の中に含めた。

(*) 先進工業地域(More developed regions)は、北アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランドで構成されている。

(+) 開発途上地域(Less developed regions)はアフリカ全域、ラテンアメリカ・カリブ海地域、日本を除くアジア、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシアで構成されている。

(‡) 後発開発途上国(Least developed countries)は、国連の基準による。

(1) 英領インド洋地域とセイシェルを含む。

(2) アガレザ諸島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。

(3) サントメ・プリンシペを含む。

(4) 旧ザイール。

(5) 西サハラを含む。

(6) セント・ヘレナ・アセンシオン、トリスタン・ダ・クーニャを含む。

(7) マカオを含む。

(8) 香港は1997年7月1日に中国に返還され、中国の特別行政区になっている。

(9) ここに記載された値は先進工業地域の総計に含まれるが、地理上の地域の推計値には含まれない。

(10) トルコは地理的理由で西アジアに含まれる。その他の分類ではヨーロッパに含まれる。

(11) アルジェリア、バーレーン、コモロ、ジブチ、エジプト、イラク、ヨルダン、クウェート、レバノン、リビア、モーリタニア、モロッコ、パレスチナ自治区、オマーン、カタール、サウジアラビア、ソマリア、スーダン、シリア、チュニジア、アラブ首長国連邦、イエメンから構成される。人口指標に用いられている地域群は国連人口部の提供による。他の指標のグループ分けは、データのある各国の平均値をもととしている。

(12) チャネル諸島、フェロー諸島、マン諸島を含む。

(13) アンドラ公国、ジブラルタル、バチカン、サンマリノを含む。

(14) リヒテンシュタイン、モナコを含む。

(15) アンギラ、アンチグア・バーブーダ島、アルバ、英領バージン諸島、ケイマン諸島、ドミニカ、グレナダ、モントセラト、オランダ領アンティル諸島、セントクリストファー・ネイビス、セントルシア、セント・ヴィンセントおよびグレナディーン諸島、タークス・カイコス諸島、米領バージン諸島を含む。

(16) フォークランド(マルビナス)諸島、仏領ギアナを含む。

(17) バーミューダ、グリーンランド、サンピエール・ミクロンを含む。

(18) クリスマス島、ココス(キーリング)諸島、ノーフォーク島を含む。

(19) ニューカレドニア、バヌアツを含む。

(20) 旧ソビエト連邦諸国は既存の地域により分けられる。東ヨーロッパには、ベラルーシ、モルドバ、ロシア、ウクライナが含まれる。西アジアには、アルメニア、アゼルバイジャン、グルジアが含まれる。南・中央アジアには、カザフスタン、キルギス、タジキスタン、トルクメニスタン、ウズベキスタンが含まれる。合計値が下記に別途記載されている地域内地域(sub-region)は地域の総計には含まれない。

(21) 別個に数値が掲載されている地域内地域(subregion)を除いた地域の総額。

(22) これらの各地域内地域(subregion)は、UNFPAの区分ではアラブ諸国やヨーロッパ地域に含まれる。

(23) 推計値は前年度の報告に基づく。最新のデータがまもなく出される予定。

(24) 東ヨーロッパ地域の総額の中には、南ヨーロッパ地域のバルカン諸国の一部や、北ヨーロッパ地域のバルト海沿岸諸国も含まれている。

(25) 最新の報告によると、この数値は実際より高く見積もられている可能性がある。今後の出版物では、この報告の評価をもとに数値の訂正を行う予定である。

(26) ミクロネシア連邦、グアム、キリバス、マーシャル諸島、ナウル、北マリアナ諸島、パシフィック諸島(パラオ)からなる。

(27) 米領サモア、クック諸島、ジョンストン島、ピトケアン、サモア、トケラウ、トンガ、ミッドウェー諸島、ツバル、ワリス・フテュナ諸島からなる。

テクニカル・ノート：指標の解説

今年の『世界人口白書』の指標では、国際人口開発会議（カイロ会議）とミレニアム開発目標の数値目標および質的目標の達成に向けて、その進捗状況を追跡するのに役立つような指標を用いることに特別な注意を払った（とりわけ、死亡率の低下、教育の普及、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスの利用、青少年のHIV感染率/エイズ罹患率といった分野である）。指標の出典および選択の根拠は、カテゴリー別に以下に示してある。

カイロ会議の目標の検証

死亡率の指標

乳児死亡率/男女別出生時平均余命　出典：国連経済社会局人口部のデータシートより。これらの指標は、それぞれ、（成長段階の中でも最も重大な）生後1年間とその後の全生涯にわたる死亡率を示したものである。2005年の推計値は2000－2005年および2005－2010年の平均値である。

妊産婦死亡率　出典：WHO、ユニセフ、国連人口基金 Maternal Mortality in 2000.（2003年）による推計。この指標は、妊娠・出産およびそれに関連した合併症で死亡する女性が、出生10万当たり何人いるかを示す。精度に問題があるが、それでもおおよその規模の推定はできるのでかなり有効である。推定値50以下はそのまま表記している。推定値が50から100までは最も近い5の倍数で表記し、100から1000までは最も近い10の倍数で、1000以上は、最も近い100の倍数で表記してある。推定値のいくつかは、各国政府の公式発表の数値とは異なっている。この推定値は、可能な限り報告に基づいた数値を使って、出典の異なる情報の比較をしやすくするようなアプローチを用いている。詳細については、各国別推定値の原典を参照のこと。これらの推定値と推定方法については、WHO、ユニセフ、国連人口基金、学術機関など関連機関が定期的に見直しを行っており、必要があれば改定していく。現在進行中の妊産婦死亡に関するデータの改善過程もその一環である。推計方法が変更されたため、以前に推計した1995年時点の水準を今回の推計値と厳密に比較することはできない。

教育の指標

男女別初等教育就学率/男女別中等教育就学率　出典：ユネスコ統計研究所のデータシート（2005年4月）より。人口データは国連人口部のWorld Population Prospects：The 2002 Revision（2003年）による。就学率は、ある学齢年齢の人口100人当たりの該当学年での在学者数を示す。遅れて入学したり、中退・復学、留年によって、本来の年齢よりも高くなった人の数は訂正されずそのまま含まれている。データは2002年版によるが、最新版使用不能の場合は2001年版による。

15歳以上男女の非識字率　出典：上記就学率より。非識字率データは識字率データより調整。ユネスコ統計研究所のデータシートより。非識字の定義は国によって異なり、一般的には、3種類の定義が用いられている。本書では、日常生活で使う短い表記文を、理解はできるが、読み書きができないという定義を用いており、可能な限り、このデータを用いている。15歳以上の非識字率は、現在の就学率の水準と過去の教育水準の両方を反映している。上記の教育指標は、World Population Prospects：The 2002 Revision（2003年）にある国連人口部の推計値を用いて更新されている。教育のデータは、最新のものを用いているが、2000－2004年の幅がある。

初等教育5年目までとどまる児童の割合　出典：上記就学率より。データは最新のものであるが、1999、2000、2001、2002年の幅がある。

リプロダクティブ・ヘルスの指標

15－19歳の少女1000人当たりの出生数　出典：国連人口部のデータシートより。若い女性に対する出産の負担の指標である。しかし、この年齢層の女性全体の1年間の水準を示すものである以上、これは若い時期の女性の出産負担を十分に示すものではない。ただし、1年当たりの女性1人の出生数の平均を示すことになるので、5倍すれば、若い女性1000人当たりの10代後半でのおよその出生数を知ることができる。しかし、この方法では出生数だけを計算しているので、10代の女性の妊娠の全容を表すことにはならない。死産や流産あるいは人工妊娠中絶により、出生に至らなかった妊娠はこの数値には反映されない。2005年の推計値は、2000－2005年および2005－2010年の平均値である。

避妊実行率　出典：国連人口部　World Contraceptive Use 2005のデータシートより。国連人口部管理のデータベースによる。このデータは、サンプル調査報告からとったもので、それぞれ（事実婚を含む）有配偶女性のうち、現在、近代的な避妊法もしくは何らかの避妊法を実践している人の割合を推計している。近代的避妊法（診療施設による方法あるいは配布による方法）には、男性・女性の不妊手術、IUD、ピル、注射、ホルモン剤埋め込み法、コンドーム、女性用のバリア法がある。これらの数字は、調査時期や質問事項の細部が異なるため、国と国の比較はおおまかにしかできず、完全を期すことは困難であるが、過去の白書とは異なり、すべての国・地域で、調査対象人口の年齢を15歳から49歳までに統一している。入手できる限り最新の調査によるデータを掲載しているが、1980－2002年の幅がある。

15－49歳のHIV感染率（男女別）　出典：国連エイズ合同計画（UNAIDS）2004年、Estimated Adult（15-49）HIV Prevalence among Men and Women in 2003。これらのデータは、調査システムレポートとモデル推定値から引用した。15－49歳の男女のデータは各国の推定値による。参照したのは2003年のデータである。男女間の感染率に差があるのは、女性のほうが身体的理由からも社会的理由からもHIV/エイズに罹りやすいことを反映しており、また、性関係をもつパートナーの間の年齢差にも影響されている。

人口・社会・経済指標

2005年の人口/2050年の推計人口/2005年の平均増加率　出典：国連人口部のデータシートより。これらの指標は、各国の人口の現在の規模、将来の推計規模、現在の年間増加率を示す2005年の推計値は、2000－2005年および2005－2010年の平均値である。

都市人口の割合/都市成長率　出典：国連人口部2004.World Urbanization Prospects：The 2003 Revision.CD-ROM（POP/DP/WUP/Rev.2003））および国連人口部出版物（2004年）より入手可能。これらの指標は、各

国の人口の中の都市人口の比率と、2000年から2005年について推計された都市地域の増加率を示す。

可耕地および永久耕作地1ha当たりの人口　出典：国連食糧農業機関（FAO Statistics Division）のデータより。国連人口部によるWorld Population Prospects：The 2002 Revision（2003年）の総人口のデータに基づいた農業人口のデータを用いている。この指標は農業生産に適する土地における農業人口の大きさを示す。これは国の経済構造（農業労働力人口の比率）の変化および土地開発技術の変化の双方に左右される。この指標が高い場合は、土地生産性に対する圧力や土地所有の細分化に関連している可能性がある。しかしこの指標は開発レベルや土地利用政策の違いにも関連している。これらは2002年のデータを参照している。

合計特殊出生率（2005年）　出典：国連人口部のデータより。この数値は、15歳から49歳の間の年齢階級別のそれぞれの女性が当該年齢において産んだ子ども数を出産可能年齢の生涯において産んだと仮定した場合の子ども数を表している。国によっては、この期間のいずれかの時点で推計レベルに達すると思われる。2005年の推計値は、2000－2005年および2005－2010年の平均値である。

専門技能者の立会いの下での出産　出典：UNICEF（2004年）The State of World Children 2005、Childhood Under Threat。この指標は、国の報告に基づく、専門技能を有する保健要員または立会人―すなわち医師（専門医またはそれ以外の医師）および/または通常分娩だけではなく産科合併症の診断・処置ができる助産技能をもつ者の立会いの下での出産の割合である。先進国のデータは専門技能者が出産に立ち会う割合が高いことを反映している。全範囲を網羅していると仮定しているため、公式の統計には辺境地域の住民のデータが欠如していたり調査範囲に入っていなかったり、機会や搬送の遅れによる影響が十全に反映されていない可能性がある。データは、1995年以降入手しうる最新のデータに基づいている。

1人当たり国民総所得（PPPによるGNI）　出典：世界銀行　World Development Indicators Online（ウェブサイト：http://devdata.worldbank.org/dataonline/（予約購読）で検索可）より2003年の数値。この指標は（以前は1人当たりGNP（国民総生産）と言っていたが）、国内への配当（送金）や国外からの請求は考慮せず、人口の規模に関して、居住者と非居住者によって生産された最終使用の財およびサービスの総生産額を示す。したがってある国民の経済的生産力の指標となる。また、海外からの労働賃金の送金や居住人口の資本、非居住人口に対する同様の支払いを調整している点、また、為替レートの年次変化を含む様々な技術的な調整をしている点から、国内総生産（GDP）とは異なる。この測定値は、購買力平価（PPP）を用いた、「実質的なGNP」を含むことで通貨の購買力の差異についても考慮している。購買力平価の数値の中には、回帰モデルに基づくものもあるが、そのほかは最新の「国際比較プログラム」の基準推計値から推計したものである。詳細は元となったデータを参照のこと。

政府支出に占める（教育費/保健費の）割合　出典：世界銀行 World Development Indicators Online（ウェブサイト：http://devdata.worldbank.org/dataonline/〔予約購読〕で検索可）より過去7年間の最新のデータに基づいている。この指標は、ある国家の教育部門と保健部門に対する優先度を政府支出の割合から割り出そうとしたものである。部門内での配分、つまり他のレベルと対比した初等教育や基礎保健サービスへの配分については、国によってかなり差があると思われるが、これについてははっきりしない。中央政府と地方自治体の間の行政および予算権限の違い、公共セクターと民間セクターの役割の違いなどがあり、国と国の直接的な比較は複雑である。ここで報告されている推計値は、教育費が1人当たりGDPで、保健費がGDP総額に占める割合で表示している。部門が異なったり、状況が変わったりすると投入額に差が出るので、国家間の比較にはよく注意する必要がある。データは、1998－2001年の間の最新の推計値を用いている。

外部からの人口分野に対する援助　出典：国連人口基金　Financial Resource Flows for Population Activities in 2003（近刊）。この数値は、各国の人口分野の活動に対して、2003年に行われた対外援助の総額である。対外援助の資金は、多国間および二国間援助機関や、NGOによって拠出されている。資金提供国の場合は、その援助額がカッコ内に示されている。また、地域総額は、特記のない限り、国内レベルのプロジェクトと地域レベルの活動の双方を含む。2003年のデータは暫定値。

5歳未満児死亡率　出典：国連人口部のデータシートより。この指標は、乳児と幼児の死亡件数に関連する。つまり、乳児や幼児に対する疾病その他の死因の影響を反映する。さらに標準的な人口統計学測定手段は、乳児死亡と1歳から4歳の子どもの死亡率で、この年齢層の様々な死亡の原因と頻度を反映するものである。この測定値は、乳児死亡率に比べて栄養改善や予防接種で予防可能になるものも含めて、子どもの病気の負担をよりよく表している。5歳未満児死亡率は、ある年次の出生児1000人に対する5歳未満の子どもの死亡数で表される。2005年の推計値は、2000－2005年および2005－2010年の平均値である。

1人当たりエネルギー消費量　出典：世界銀行　World Development Indicators Online（ウェブサイト：http://devdata.worldbank.org/dataonline/〔予約購読〕で検索可）より。この指標は、年間国民1人当たりの石油1kgに相当する商業用第1次エネルギー（石炭、褐炭、石油、天然ガス、水力・原子力・地熱電気）の消費量を示す。工業の発達度、経済構造、消費パターンを反映する。長期的な変化をみると、いろいろな経済活動のレベルとバランスの変化およびエネルギー使用の効率の変化を（浪費の減少、増加も含め）映し出すこともできる。2002年のデータによる。

改善された水源の利用　出典：ユニセフ（2004年）　The State of World Children 2005：Childhood Under Threat。この指標は、*水源が改善され、十分な量の安全な飲料水を利用者の住居から便利な距離*の範囲内で入手している人口の割合を示す。斜体の文字で記された部分は、各国の定義に従って、そのレベルを設定している。これは、不適切な衛生状態から生じるものも含めた健康上のリスクにさらされる場合とも関連する。データは2002年の推計によるものである。

2005年　世界人口白書

編集チーム

The State of World Population 2005

Coordinator/Author/Researcher: María José Alcalá
Editor: Janet Jensen
Production Manager: Patricia Leidl
Editorial Assistant: Phyllis Brachman
Research Assistant/Intern: Zeina Boumechal
Editorial and Administrative Associate: Mirey Chaljub

Contributors:
Delawit Amelga-Aklilu, Lori Ashford, Margaret Bald, Stan Bernstein, Ann Blanc, Camille Conaway, Margaret Greene, Karen Hardee, Don Hinrichsen, Gloria Jacobs, Toshiko Kaneda, Patricia Leidl, Alex Marshall, Karen Newman, Joanne Omang, Erin Sines and Martha Wood.

Acknowledgements:
The contributions of the following are gratefully acknowledged for inputs provided and information shared on national and regional initiatives featured in this report: partner organizations and UN agencies working on gender equality and reproductive health issues; various UNFPA colleagues from Country Offices and Headquarters; Gender Advisors of the Country Support Technical Teams; and the Geneva Office. Special appreciation to Lindsay Edouard, Ann Erb-Leoncavallo and Stafford Mousky.

写　真

表紙
© Mark Edwards/Still Pictures
イマラグエン祭りを祝う若い娘たち（モーリタニア、西海岸の小さな村）

1章
© Mikkel Ostergaard/Panos Pictures
汚染され、水浸しになったスラムの路地に住む少女は、壊れそうな橋に乗ってバランスをとる（カンボジア、プノンペン）

© Caroline Penn/Panos Pictures
階段に座っておしゃべりを楽しむムスリムの少女たち（南ア共和国、ケープタウンのマレー地区）

2章
© Jacob Silberberg/Panos Pictures
3人の少女は先生が指し示す黒板に見入る（ベニン南部、コウタグバ村の学校の教室）

3章
© Chris de Bode/Panos Pictures
国内避難のためオロモキャンプへ移住してきた年老いた女性が、平和の祈りをささげる。この地では19年にわたって、「神の抵抗軍」が住民を弾圧してきた（ウガンダの北部の州）

© Gary Knight/VII
女が道端で物乞いをしている。内戦がスリナガル地域の経済を荒廃させた（カシミール）

4章
© Alex Webb/Magnum Photos
赤ちゃんを宿す女性が家の戸口にたたずむ（アビジャン、コートジボワール）

5章
© Tim Dirven/Panos Pictures
若い母親と栄養失調の子どもが国境なき医師団の運営する栄養センターで配給を待つ（アフガニスタン）

6章
© David Alan Haviv/VII
父親が通りすがりの者に、男の赤ん坊を見せびらかすかのように誇らしげに抱く（メキシコ、チャカウア島の村）

7章
© Marie Dorigny/UNFPA
村人は顔を覆い、おびえる目をのぞかせる（エチオピア、チグレの町で）

© Wayne Leidenfrost/Province
夫の手で殺された女性の靴500足が階段に展示されている。人々の記憶に留め、そして女性への暴力に対する意識を喚起させるために（カナダ、バンクーバー・アートギャラリー）

8章
© James Nachtwey/VII
国内避難民となった女性がモルネイの病院の一室で病気の息子を気遣う（スーダン、西ダルフール）

© Jacob Silverberg/Panos Pictures
モンロビアの戦闘から逃れる際、家族と離れ離れになった小さな少女は、赤十字のマークをじっと見つめる（リベリア、ブッシュロッド島の世界赤十字社の本部）

9章
© Maria Soderberg/Panos Pictures
女性がブルカを脱いで素顔をのぞかせる（アフガニスタン、カンダハル）

「世界人口白書2005」の英語版はUNFPAのホームページ
http://www.unfpa.org で、ご覧になれます。

日本語版監修：
阿藤　誠（早稲田大学特任教授）
黒田俊夫（日本大学人口研究所名誉所長）
日本語版制作：
財団法人　家族計画国際協力財団（ジョイセフ）
〒162-0843　東京都新宿区市谷田町1－10
保健会館新館
電 話　東京（03）3268-5875
FAX　東京（03）3235-9776
E-mail　info2@joicfp.or.jp
URL　http://www.joicfp.or.jp
印刷：日本印刷株式会社

この白書はリサイクル可能な再生紙を使用しています。

United Nations Population Fund
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org