

第 2 章



都市環境での 子どもたちの権利

満たすべきニーズが最も大きい子どもたちは、最も大きな権利の侵害に直面している。最も困窮し弱い立場にある子どもたちが、進歩の恩恵から最も頻りに排除され、支援を届けるのも最も難しい。彼らの福祉を受ける資格を守るためだけでなく、一人ひとりの権利を確実に実現していく問題としても、こうした子どもたちには特に配慮する必要がある。

都市の貧困に生きる子どもたちは、人権に関する国際文書で認められた市民権および政治的、社会的、文化的、経済的権利をすべて持っている。そうした文書の中で、最も迅速にかつ広範に批准されたのが、子どもの権利条約である。子どもたちの権利には、生存する権利、十分に成長する権利、虐待、搾取、差別から保護される権利、家庭的、文化的、および社会的生活に参加する権利が含まれている。この条約は、保健ケア、教育、および法的、市民的、社会的な保護に関する義務を詳述することによって、こうした権利を保護している。

子どもの権利がすべて平等に実現されているわけでは

ない。世界的にみれば都市部の3分の1以上の子どもたちは出生時に登録がされないままであり、サハラ以南のアフリカと南アジアの都市部では、子どもたちの約半数が未登録である。この事実は、子どもの権利条約第7条の違反である。出生証明書または公的な身分証明がないために子どもたちの存在が隠されてしまうことは、武装集団による徴用から児童婚や危険労働の強制まで、あらゆる種類の搾取に対して子どもたちの立場をますます弱くする。出生証明書がないと、法律に抵触する子どもが司法制度では成人として扱われ、罰せられることもある¹。また子どもたちがこうした危機を回避したとしても、教育を始めとするきわめて重要なサービスや機会にアクセスできない可能性がある。

確かに、登録をするだけではサービスの利用や虐待からの保護を保証できない。しかし、ある居住地全体が存在していないと見なされているような場合には、子どもの権利条約で規定された義務は、容易に無視されかねない。実際のところ、証明書がないために彼らの市民権が剥奪される場合もあるのである。

子どもの権利を実現する環境

不十分な住環境は、最もよく見られる子どもの権利の侵害である。適切で安全な住宅と水や衛生設備（トイレ）のようなインフラがなければ、子どもたちが生存・成長していくことはさらに難しくなる。しかし、住宅環境の改善に専念する動きがあっても、この問題の及ぶ範囲の広さと厳しさにはまだ追いついていない。

食料、教育、および保健ケアが不足している子どもたちよりも、保護施設や衛生設備（トイレ）が必要な子どもたちの方が多くことが実証されてきている。また、都市の貧困層の住宅ではよく見られることであるが、粗悪な衛生設備（トイレ）、換気設備の欠如、過密、自然光の不足といったことが、子どもたちの慢性疾患の原因となっていることがうかがえる²。低所得国の都市のスラムに暮らす子どもたちや家族の多くの状況を鑑みると、1996年の人間居住に関するイスタンブール宣言（Istanbul Declaration on Human Settlements）、すなわちハビタット・アジェンダ（Habitat Agenda）³で正式に記された「すべての人に対する適切な住宅」および「都市化する世界における人間居住の持続可能な開発」の権利の実現には程遠いのである。

子どもたちには生存、十分な保健ケア、十分な成長を支える生活水準を手に入れる権利があり、こうした権利を実現できる環境条件が必要である。安全な遊び場がなければ遊ぶ権利は有効でないし、汚染された環境にいては健康を享受できないのである。こうした観点から、経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights）、女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women）、ハビタット・アジェンダ、および1992年の国連環境開発会議（United Nations Conference on Environment and Development）で採択された行動計画であるアジェンダ21（Agenda 21）のような条約や宣言によって支援が行われている。中でも、居住権・強制退去問題センター（Centre on Housing Rights and Evictions）は、居住に関する権利についての広範な内容と、このような権利の侵害に対する子どもたちの不相応に弱い立場を記している。全面にわたって都市の貧困を生きる子どもたちへの意味合いが大きい、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成を目指す中で、近年、権利の実現を目指した実践的な計画作成が注目されている。MDGのターゲットの一つである第7項目「環境の持続可能性の確保」は、特に2020年までに世界スラム居住者1億人以上の生活を改



© UNICEF/WHO/2009-0609/Shehzad Noorani

バングラデシュのダッカで、1歳児を抱いた母親がソーシャルワーカーから粉末微量栄養素を受け取っている。微量栄養素の不足は、貧血、出生異常、他の疾患につながる恐れがある。

善することに重点を置いたものである。ただしこの数字は、世界のスラムに暮らす人々のうちのわずかな割合に過ぎない。それは、このターゲットが、新たなスラムやスラム居住者の数が継続的に増加していくことには対応していないからである。

本章は、都市環境に生きる子どもたちの状況を見つめ、健康、水と衛生、教育、保護について特に考察するものである。

健康

子どもの権利条約第6条は、締約国に対し「児童の生存および発達を、可能な最大限の範囲において確保すること」を求めるものである。第24条は、「到達可能な最高水準の健康を享受すること、ならびに病気の治療および健康の回復のための便宜を与えられること」についての子どもたちの権利をうたっている。条約は締約国に対し、「いかなる児童もこのような保健ケアを利用する権利が奪われないことを確保する」よう促している。

子どもの生存

2010年には、800万人近くの5歳未満児が死亡しており、その原因の大部分は肺炎、下痢性疾患、または出生時の合併症である。ある調査から、都市のインフォーマルな居住地で暮らす子どもたちは、格段に弱い立場にあることが明らかになっている⁴。極度の貧困にある世帯が過度に集中し、そのうえサービスも不十分なスラムのような場所では、子どもの死亡率が高い傾向にある。

ナイジェリアの最近の調査から、社会的経済的に不利な層を被っている都市部での生活は、母親の教育や収入と



見えなければ、届かない

ヨルダン、ラニア・アル・アブドゥッラー王妃、ユニセフ親善大使

世界の人口の半分は今や都市に住んでいる。歴史を通じて、人間が集まって作り上げられる都市生活というものは、貿易、思想、機会の触媒として機能し、経済成長の原動力となってきた。現在、都市で暮らすことは繁栄を得て貧困を回避する最善の方法であると広く考えられている。しかし、都市の内部に隠され、統計数値という仮面に覆われているのは、生きていくために必死でもがく数百万人の子どもたちである。彼らは、農村部にも本当の都市の街区にも存在しない。彼らは、人口が増えても生活に不可欠なインフラやサービスが広がらない、いわば都市の成長が自らの許容を越えてしまうような土地で、不衛生な状況に暮らしている。それがスラムや困窮した地域の子どものたち、つまり、田舎と都市の間のグレーゾーンで生きていくために多くの重荷を背負っている子どもたちである。彼らは行政当局からは見えず、不平等性を隠してしまう平均値という霧のかかった世界で、行方不明になっているのである。

このような対比は皮肉の極みである。子どもたちが良い学校やアクセスできるはずの保健ケアによって繁栄している都市は、一方で子どもたちが過酷な状況に置かれ、教育や機会のある生活への基本的な人権を奪われている場所でもある。貧困と富裕が並んで共存する都市の中ほど、不公平性の罪が明らかである場所はほかにない。

過去10年の間に、世界の都市の子どものたちの状態は悪化している。スラムで暮らす人の数は6,000万人以上増加した。この数字は、あばら家ばかりの地区で日々をどうにか生きながらえている、世界中の父母、祖父母、息子、娘たちである。疾病、犯罪、暴力といった都市の貧困の直接的な不利益は、間接的な不利益、つまりジェンダーや民族のように、スラム出身の子どもたちから小学校の入学や修了の機会を奪

う、社会的文化的な障害にまでなる。公立の学校の数が十分でないか、コストが高すぎるために、教育は手の届かないところに押し上げられてしまっている。宗教団体、非政府組織、および起業家たちがこの格差を埋めようと努めているが、政府の支援や規制がないことに苦労している。こうした子どもたちは両親と同じ運命をたどらないようにする絶好の機会をつかむこともできず、貧困のサイクルは回り続けてしまう。

アラブ世界で起きていることは明白である。都市人口の3分の1以上がインフォーマルな居住地やスラムで暮らしている。このような環境は子どもたちにとって非常に有害である。適切な衛生設備（トイレ）と飲料水がないことが子どもたちの福祉を脅かす主な原因となっている。アラブの開発途上国の一部では、間に合わせの住居内の過密状態が、こうした脆弱な家族の不安定な健康条件を、さらに悪化させている。

パレスチナの子どものたちにとって、都市の生活は怖い思いをする生活になりうる。暮らしの中に銃や検問、恐怖や不安が頻繁に訪れる。しかし、彼らの最大の希望は国に対する誇りである。彼らは教育が生活を築き、国を再興するのに不可欠であるということ理解し、教育に深い信念を持っている。しかし1999年以降、パレスチナ自治区内の各地で、学校に通っていない初等教育就学年齢の子どもたちの数が4,000人から11万人に跳ね上がり、2,650%の増加となったことは信じがたいことである。世界で最も人口密度の高い地区の一つであるガザでは、教育へのアクセスと質が急速に悪化している。こうした子どもたちの将来のため、そして非常に重要な地域平和への道を模索するため、私たちは怒りと不安をうち棄て、子どもたちにふさわしい子ども時代、私たちが自分の子ども

たちに願うような幸せな記憶と平等な機会を満たされた子ども時代を、与えなければならない。

アラブの一部の国々では、不利益を被っている都市の子どもたちの運命が書き換えられつつある。モロッコでは、政府の「スラムのない都市」プログラムが、約30万の世帯の生活水準を引き上げると期待されている。銀行と住宅開発業者に従事させることにより、貧困層、政府、民間部門の「三者の利益」のシナリオが可能になったのだ。ヨルダンでも、大きな一歩を踏み出しつつある。首都アンマンは中東と北アフリカ地域の主要な「子どもに優しいまち」の一つで、2万8,000人を超える生徒たちが、彼らのニーズ、権利、利益を優先するための子ども市議会に参加している。公園、図書館、コミュニティスペース、学校を中退した子どもたちのための教育支援、暴力や虐待に反対するキャンペーン、耳の不自由な人のための情報通信技術など、その結果は素晴らしいものである。

しかしアラブの子どもたち、「すべて」のアラブの子どもたちが育っていくためには、国家が協力しなければならない。私たちは、様々な資源を共有し、世界中から成功したイニシアティブを取り込み、適用し、不利益を被っている家族に私たち民間部門が関与するよう力強く動いていかなければならない。そうすることで隙間に落ちこぼれてしまいそうな人々を救うことができるだろう。世界中の都市で、支援の届かない子どもたちが私たちの視界に入っていないことがあまりにも多い。私たちが彼らの希望と可能性を育てることができるのなら、データを深く分析し、定着した先入観を取り払い、子どもたち一人ひとりに平等な生活の機会を与えなければならない。このような方法でのみ、私たちは世界の子どもたち「すべて」の状態を真に向上させることができるのである。

子どもの権利条約

1989年に採択された子どもの権利条約は、子どもに属する市民的、政治的、経済的、社会的、文化的権利すべてについて示した最初の国際条約である。条約が締約国に課している公約内容に子どもたちが直面している現実とは、真っ向からぶつかるものと見なされるだろう。

この条約は締約国を法的に拘束しており、どんな場所でもあらゆる場所で普遍的に認められる子どもたちの権利の保護と促進に関する基準を詳述するものである。条約は、子どもの人権について相互に補完しあう考え方を強調している。54の条項および2つの選択議定書を通じ、条約は、国家、両親、関連機関から子どもが保護を受ける権利と、子どもが参加の権利と自由の所有者であるという認識を組み合わせた、子どもについての新しいビジョンを確立している。ソマリア、南スーダン、および米国という世界の3カ国を除く国々は皆、この文書を批准している。このように幅広く採択されることによって、子どもたちの権利を保護し、実現するという共通の政治的意思が示されると同時に、条約の言葉を借りれば、「極めて困難な条件の下で生活している児童が世界のすべての国に存在すること、また、このような児童が特別な配慮を必要としていること」への認識を示すことができる。

この条約の重要性は、1924年の児童の権利に関するジュネーブ宣言、1948年の世界人権宣言、および1959年の子どもの権利宣言に由来するものである。この条約は、18歳未満、または成年になる年齢がそれより低い場合、その成年になる年齢未満のすべての人と定義される子どもすべてに適用される（第1条）。また、条約は、子どもに関するあらゆる措置において、「児童の最善の利益が主として考慮」され、締約国は「児童の福祉に必要な保護および養護を確保することを約束する」ことを求めている（第3条）。

子どもは皆、出生の後直ちに登録される権利、出生の時から氏名を有する権利、および国籍を取得する権利、身元関係事項を保持する権利を有するものとし、また、できる限りその父母を知りかつその父母によって養育される権利を有する（第7条および8条）。

差別のない処遇

また、締約国は差別から子どもを保護する責任も負っている。条約は締約国に対して、「その管轄の下にある児童に対し、児童またはその父母もしくは法定保護者の人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的意見その他の意見、国民的、種族的もしくは社会的出身、財産、心身障害、出生または他の地位に関わらず、いかなる差別もなしに」、この条約に定める権利を尊重し、確保することを規定している（第2条）。民族的、宗教的、もしくは言語的なマイノリティに属する子どもたち

や、先住民出身の子どもたちは、コミュニティの中で自らの文化、宗教、および言語を实践する権利を有する（第30条）。さらに、「精神的または身体的な障害を有する子どもが、その尊厳を確保し、自立を促進しおよび社会への積極的な参加を容易にする条件の下で十分かつ相応な生活を享受すべきである」（第23条）。こうしたことは、できる限り常時費用がかからないという条件の下、特別なケアへの権利のほか、教育、トレーニング、保健ケア、リハビリテーション・サービス、レクリエーション、および、就職準備のための機会を、実際に利用できる権利へと広がっていく。

参加

条約の中核となる原則の一つは、子どもの意見の尊重とそれに対する配慮である。条約は、子どもたちに影響を与えるあらゆる問題について自らの意見を自由に表現する権利を認めると同時に、それを表明する子どもたちの年齢と成熟度に従って相当に考慮されるべきであることを主張している（第12条）。条約はさらに、子どものあらゆる形態での表現の自由についての権利を宣言している（第13条）。子どもたちは、思想、良心、および宗教の自由（第14条）、プライバシーおよび不法な攻撃または干渉からの保護（第16条）、および結社の自由ならびに平和的な集会についての自由（第15条）の権利を有している。

社会的保護

この条約は、子どもの養育および発達について、両親または法定保護者の主な役割を認めるものであるが（第18条）、「適当な援助」、「児童の養護のための施設、設備及び役務の提供の発展」、「父母が働いている児童が利用する資格を有する児童の養護のための役務の提供及び設備からその児童が便益を受ける権利を有することを確保するためのすべての適当な措置」を通じて家族を支援する、国家の義務に重点を置いている。

特に都市の状況に関連するものとしては、条約は「身体的、精神的、道徳的および社会的な発達のための相当な生活水準についてのすべての児童の権利」を認めている（第27条）。こうした条件を確保する責任は主に両親および保護者にあるが、締約国は「必要な場合には、特に栄養、衣類および住居に関して、物的援助および支援計画を提供」し、支援することが義務付けられている。子どもたちは自らの環境に基づいた社会保障から給付を得る権利を有している（第26条）。

健康と環境

締約国は、「児童の生存および発達を可能な最大限の範囲において確保する」ことが義務付けられている（第6条）。子どもはすべて、「到達可能な最高水準の健康を享受することならびに病気の治療および健康の

回復のための便宜を享受する」権利を有している（第24条）。これには、子どものケア、産前、産後、および予防的ケア、家族計画のほか、子どもの健康、栄養、衛生、環境衛生、事故の予防、および母乳育児の利点についての教育が含まれる。基礎保健ケアを確実にすることに加え、締約国は「環境汚染の危険を考慮に入れ、十分に栄養のある食物および清潔な飲料水の供給を通じて」、疾病および栄養不良と闘う義務がある。

教育、遊び、娯楽

条約は、平等な機会に基づく教育の権利を定めている。条約は締約国に対し、すべての子どもが無償の義務初等教育および職業教育を含む中等教育の選択を「利用可能かつ利用の機会を与えられる」よう義務付けている（第28条）。また、締約国は「文化的、芸術的な活動ならびにレクリエーションおよび余暇の活動のための適当かつ平等な機会の提供を奨励する」義務も負っている（第31条）。

保護

締約国は、子どもの保護に関する多様な側面に備えるための自らの義務を認めている。締約国は、子どもが父母、法定保護者または他の者による監護を受けている間においても、あらゆる形態の身体的もしくは精神的な暴力、傷害もしくは虐待、放置もしくは怠慢な扱い、不当な扱いまたは搾取からその子どもを保護するためすべての適当な立法上、行政上、社会上および教育上の措置を取ることにしている（第19条）。人道的支援に加えて、このような保護も、難民の子どもたち、または難民の地位を求めている子どもたちにも及ぶものである（第22条）。

この条約の下、締約国には、経済的な搾取、および子どもの教育の妨げとなりまたは子どもの健康もしくは身体的、精神的、道徳的もしくは社会的な発達に有害となるおそれのある労働への従事から子どもを保護する義務がある。こうした保護には、最低年齢の規定および労働時間と労働条件を管理する規定の作成と実行が含まれる（第32条）。国家当局は、麻薬および向精神薬の不正な使用（第33条）のほか、子どもの誘拐、売買または取引（第35条）やあらゆる形態の性的搾取および性的虐待（第34条）といったあらゆる面において子どもの福祉を害するすべての形態の搾取（第36条）から、子どもを保護するための措置を取るべきである。

差別のない処遇、子どもの最善の利益、生命・生存・発達の権利、ならびに子どもの意見の尊重という条約の4つの中核原則は、子どもに関するあらゆる措置に適用されている。都市圏に暮らす子どもたちに影響を与える決断を下す際は必ず、すべての子どもたちにとって調和のとれた発達を促進する義務があることを勘案しなければならない。

いった要因を調整した後のデータであっても、5歳未満児死亡率を増加させていることがわかった⁵。バングラデシュでは、2009年の世帯調査データから、スラムの5歳未満児死亡率は都市全体の死亡率より79%高く、農村部の死亡率より44%高いことがわかった⁶。ケニアのナイロビでは、人口の約3分の2が過密でインフォーマルな居住地に暮らしている上、出生1,000人あたり151人の5歳未満児死亡率という憂慮すべき事態である。死亡の主な要因は肺炎と下痢性疾患である⁷。給水設備と衛生設備（トイレ）の不足、換気の悪い空間での危険な調理燃料の使用、過密な環境のほか、事実上貧しい人々には行き届かないにも関わらず、保健サービス⁸が有料であるといったことが、こうした5歳未満児の死亡原因の根本に潜んでいるのである。子どもの生存における格差は、高所得国でも見られる。アメリカの大都市では、所得と民族の違いによる格差が乳児の生存に著しい影響を及ぼしていることがわかっている⁹。

予防接種

約250万人の5歳未満児の死亡は、ジフテリア・百日咳、破傷風（DPT）はしかの毎年の予防接種で回避できる。世界の予防接種率は改善が進んでいる。130カ国では、1歳未満児の90%までがDPTワクチンの3回分すべてを接種できるようになっている。しかしながら、さらに多くの接種が必要である。2010年には、1,900万人超の子どもたちがDPTワクチンの3回接種を受けていない¹⁰。

予防接種率が低いと、ワクチンで予防可能な病気の発生がより頻繁に起こるが、人口密度が高く、新たな病原体が絶えず流入するコミュニティというのは、元来、病気を招きやすい状態にある。

インドの西ウッタルプラデシュ州やケニアのナイロビの子どもたちと同じようにスラムの多様な子どもたちの接種率の低さは、サービスの到達不足、両親の低い教育の程度、および予防接種についての情報の欠如が主な要因となっている。



中国四川省青川県の母子ケアセンターで、保健員が保育器の中の乳児を検査している。

妊産婦と新生児の健康

2008年には、35万人を超える女性が妊娠中および出産時に死亡したほか¹¹、毎年さらに多くの女性が産科的瘻孔などを負い、生涯に渡る、また共同体から避けられてしまいかねない、身体的な障害に至ることもある。妊娠中か出産時に死亡または重傷を負った女性の大部分はサハラ以南のアフリカおよびアジアに見られ、死亡の大半は大量出血、高血圧、危険な妊娠中絶、または敗血症が原因である。こうした死亡や傷害の多くは、十分な設備と物資を備え、熟練した専門家から妊婦がケアを受けていれば、そして彼女たちが救急で産科のケアを受けていれば、避けることは可能である¹²。

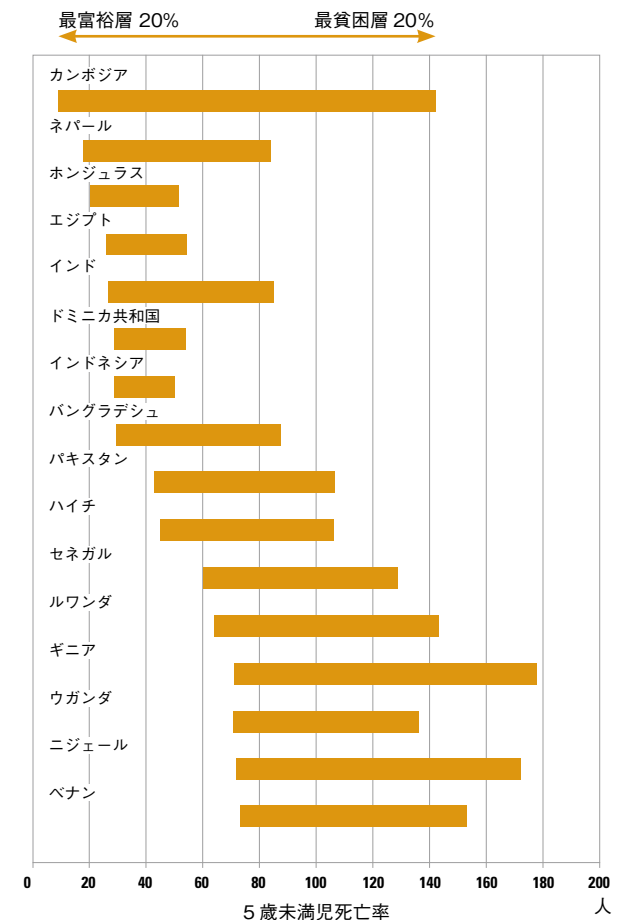
都市環境であれば近隣で産科や救急サービスが受けられるが、特に保健施設や熟練した助産師が不足しているため、貧困地域では、そこへのアクセスも利用状況も低くなっている¹³。都市の貧困層に対する保健サービスははるかに質が低い傾向があり、無資格の保健ケアを行っている者に頼るか、保健ケアに割増料金を支払わざるを得ない場合が多いことは、バングラデシュ、インド、ケニアなどで実施された調査で確認されている¹⁴。

母乳育児

乳児の栄養要件を満たし、出生後死亡率を約20%軽減する方法として、生後6ヵ月間は母乳育児が推奨されている。しかし都市部の母親は農村部の母親に比べて母乳育児をする割合が低い上、母乳育児を始めてもすぐに離乳させてしまう傾向が報告されている。35ヵ国の人口保健調査データ（DHS）の分析から、母乳育児を受けた子どもの割合は都市部で低いことがわかった¹⁵。母乳育児の割合が低い原因の中には、母乳育児の実践の重要性についての知識がないことや、家を離れて働く都市環境の貧しい女性は母乳育児ができない場合が多いことがある。

図2.1. 富裕層が都市部の5歳未満児の生存率を押し上げている

都市部における5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）
 (棒グラフ右端は人口のうち最貧困層の5歳未満児死亡率の平均を示し、左端は最富裕層の5歳未満児死亡率の平均を示している)



出典：WHO概算および人口保健調査（DHS）、2005～2007年。入手可能な国別データに基づく

栄養

貧困と栄養不良に直面している人々の数が農村部よりも都市部で急増するにつれて、子どもの貧困と栄養不良の中心も、少しずつ農村部から都市部へと移動する様相を呈している¹⁶。飢餓は、社会的保護における怠慢の明白な表れである。特に、子どもたちが飢餓に苦しむのを見るのは耐え難い。毎日の活動を支える十分なカロリーを摂取し、栄養が十分であるように見える子どもでも、果物、野菜、魚、肉からのビタミンA、鉄、または亜鉛といった必須の栄養素が不足し、微量栄養素の不足という「隠れた飢え」を被る可能性がある。こうした微量栄養素を摂らないと、子どもたちは死亡、失明、発育阻害(stunting)、および知能指数(IQ)低下のリスクが高まる¹⁷。

農村と都市の栄養の格差はここ数10年で狭まってきているが、それは実質的には都市部での状況が悪化しているためである¹⁸。2006年の調査から、サハラ以南のアフリカでは都市のコミュニティの貧富による子どもの栄養の格差は、都市部と農村部の格差より大きいことが明らかになった¹⁹。

栄養不良は、世界の5歳未満児死亡率の3分の1以上を占める原因である。精神発達の遅れ、感染性疾患のリスクの増加、成人になってからの慢性疾患への弱さなど、栄養不良による短期的、長期的な影響は大きい²⁰。低所得国では、子どもの栄養不良は貧困の結果である場合が多く、家族の社会的地位の低さ、低所得、良好でない環境と住居、食料と安全な水、ガイダンスと保健ケアへの不十分なアクセスが特徴である。多くの国々で、都市部で最も貧困に苦しむ子どもたちにも、地方で不利益を被っている子どもたちと同様に発育阻害が広がっているか、それ以上の状況が見られる²¹。

2005～2006年のインドの8都市における全国家族保健調査(NFHS-3)から、都市部での栄養不良はきわめて高いレベルが続いていることがわかった。都市の5歳未満児の4分の1以上が発育阻害であり、一定の期間栄養不良であったことがうかがえる。収入がその大きな要因であった。都市住民の最貧困層25%の中では、子どもたちの54%が発育阻害で47%が低体重であるのに対し、都市人口のこの層以外ではそれぞれ33%および26%であった²²。最大の格差はインドールとナーグプルにおいてスラムの低体重の子どもと、スラム以外の地域の低体重の子どもの割合で見られた²³。

2006年のアンゴラ、中央アフリカ共和国、セネガル

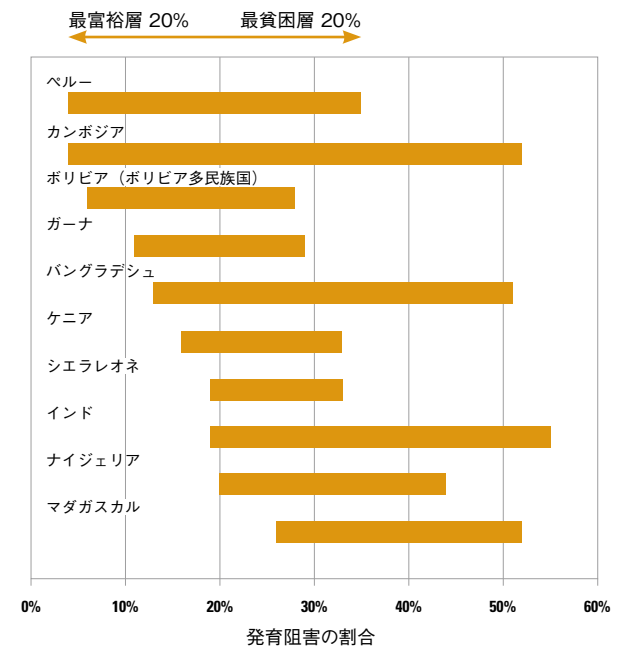
の幼年期の栄養状況における格差調査では、単純な都市と農村の比較を用いた場合、発育阻害の割合は農村部が著しく高いことがわかった。しかし、裕福度を用いて都市と農村の人口を階層化した場合、都市部と農村部の間の発育阻害と低体重の割合の格差はなくなった²⁴。2004年のサハラ以南のアフリカ諸国10カ国の調査では、都市人口のうちカロリー欠乏の割合はほぼすべての国で40%を超え、エチオピア、マラウイ、およびザンビアの3カ国では70%を超えた²⁵。

栄養摂取レベルの反対の極では、高所得国の都市部に暮らす子どもたちは肥満に苦しんでおり、低・中所得国でもその数が増えている²⁶。飽和脂肪、糖分、塩分の多い食生活と、あまり動かない生活スタイルとが結びついたことによって、子どもたちには肥満のほか、心臓病、糖尿病、癌などの疾患のリスクが高まっている²⁷。

図2.2. 都市の貧困層の子どもたちはより栄養不良になりやすい

発育阻害の5歳未満児の割合

(棒グラフ右端は都市人口のうち最貧困層の発育阻害の広がりを示し、左端は最富裕層を示している)



注：推定値はWHOの子ども成長基準 (Child Growth Standards) に従って算出した。入手可能な国別データに基づく。

出典：DHS、2006～2010年

都市の貧困層に向けた妊産婦と 子どもの保健サービス

ケニア、ナイロビでのケーススタディ

急速な都市化がケニアでは進んでいるが、こうした状況は多くのサハラ以南のアフリカの国々と同様、背景には不十分な経済発展や統治体制がある。結果として、地方自治体と国の当局は、適切な生活環境や、増加する都市人口の需要を満たすのに十分な基本的社会サービスを提供できずにいる。1980～2009年まで、首都ナイロビに住む人の数は86万2,000人から約340万人に増加した。推定（2007年）では、ナイロビの住宅地の5%でしかないスラムにそのおよそ60%が暮らしていることが示されている。さらに、この地域（サハラ以南のアフリカ）の都市人口の爆発は、貧困と良好でない健康アウトカム（施策や事業の実施により生じる効果）の割合の増加も伴っていることがわかった。子どもの栄養不良率、疾病率、死亡率は、特権的な都市環境よりも、または場合によっては農村部よりも、スラムや都市周辺部で高いことが示されている。

保健サービスへのアクセス

ナイロビのスラムでは、保健サービスが公的に提供されることは少ない。2009年に実施された調査では、3ヵ所のスラムのコミュニティ（コロゴチョ、ヴィワンダニ、キベラ）の住民が利用する合計503ヵ所の保健施設のうち、わずか6施設（1%）が公営で、79施設（16%）は民間の非利益法人、そして418施設（83%）は営利目的の民営であることがわかった。この営利目的の民営施設は主に無資格で、間に合わせの診療所や産院であることが多く、労働指針またはサービスに関する基準はない。しかし、こうした標準以下の施設こそ、困難な状況が起きた時に地元の大多数の女性がより良い選

択肢を求めて訪れる、妊産婦と子どもの保健ケアのための場所なのである。インフォーマルな居住地ではほとんどの届かない公共のサービスとは対照的に、こうした民間施設は、おそらくは患者との関係づくりに多くの時間をかけてきているため、親切で利用しやすく、頼りになると受け取られている。都市の貧困層のうちわずかな割合の人々しか、宣教師や非政府組織が運営する診療所や病院で提供されるサービスなどの、信頼できる妊産婦保健ケアサービスを利用していない。

都市の子どもの栄養不良

開発途上国では、子どもの栄養不良が今も公衆衛生の主要な懸念事項である。貧困の存在も貧困の原因も共に、世界の5歳未満児死亡数の3分の1以上に影響を与えていると考えられている。不十分な栄養状態は、低所得、大規模な家族構成、教育の不足、限られた食料、水、衛生設備（トイレ）へのアクセス、妊産婦と子どもの保健サービスの利用といった、いわゆる poverty syndrome（様々な困窮を同時に引き起こす厳しい状態）を形成する、それぞれが互いに関係した多岐に渡る要因の一つである。

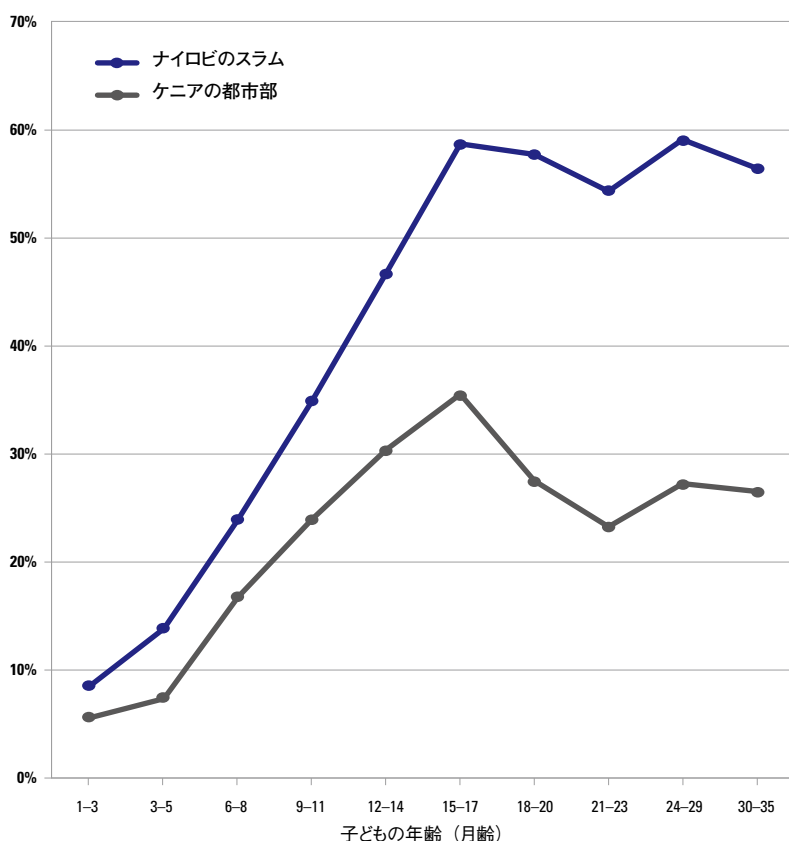
年齢別身長、年齢別体重、身長別体重でそれぞれ測定される発育阻害、低体重、消耗症は、栄養状態の身体計測的指標として最もよく利用されるものである。発育阻害は、不十分な食物の摂取、カロリーまたはタンパク質の不足、もしくは持続性または再発性の健康障害が繰り返されたか長期に及んだことを示しているため、栄養不良の中で最も信頼性の高い測定であると考えられている。子どもたちの年齢別身長

指数が基準母集団の中央値を下回り2を超える標準偏差に相当する場合、その子どもは発育阻害である。指数が中央値を下回り3を超える標準偏差である場合は深刻な発育阻害である。発育阻害の割合は、国別および社会経済集団別の比較やその内部での比較に、有効なツールである。

図2.3は、2006年から2010年のコロゴチョおよびヴィワンダニのスラム居住地で収集されたデータとケニア都市部の発育阻害レベルの平均を比較し、子どもの栄養不良の不公平性の大きさを示したものである。これは、当該地域で出産した女性全員を対象とした調査で、子どもたちの測定は生後35ヵ月まで定期的に行われた。

グラフが示すように、スラム地区で暮らす子どもたちの発育阻害の割合は、生後数ヵ月間の10%未満から、15～17ヵ月の集団での約60%にまで急速に増加し、以降はそのレベルにとどまった。ケニアの都市部全体で、栄養不良の蔓延率は15～17ヵ月の子どもで最大35%に達し、以降は約25%に低下する。ケニアの貧困層（ここではスラム住民）と非貧困層の格差はこの時点から広がっている。例えば、15ヵ月以上の子どものうち、発育阻害の蔓延率はケニア都市部全体では約28%であるが、スラムは約57%に達している。別な分析（図2.3では示されていない）では、都市の富裕層における発育阻害の蔓延率はおよそ21%であることが明らかになっており、都市の貧困層の子どもたちは約2.7倍も発育阻害になりやすいことがうかがえる。

図2.3. 3歳未満児の発育阻害の蔓延率：ナイロビのスラムとケニアの都市部全体との比較



出典：都市化、貧困、および健康動態—妊産婦と子どもの健康データ（2006～2009年）、アフリカ人口保健リサーチセンター、ケニアDHS（2008～2009年）

実践など）、家族計画は母子の健康改善にとって費用対効果が高く、利益の高い取り組みになりうるため、リプロダクティブヘルス（性と生殖に関する健康）の重要性がこうした背景の中で認められつつある。ビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団が出資し、現在インド、ケニア、ナイジェリア、セネガルの指定の都市部で実施されている「都市のリプロダクティブヘルス・イニシアティブ（The Urban Reproductive Health Initiative）」はその一例である。この計画は、特に対応件数の多い医療現場等での、家族計画サービスの質の統合と改善、官民の協力を含むサービス提供の増加、そして需要側の利用の際の障害を取り除くこと等によって、特に都市部と周辺都市部の貧困層に対し、現代の避妊普及率の大幅な向上を目指している。

Jean Christophe Fotso

アフリカ人口保健リサーチセンター、人口動態・リプロダクティブヘルスの責任者、ケニア、ナイロビ
アフリカ人口保健リサーチセンター（APHRC）は国際的非営利組織で、主要な人口と健康問題に関する政策に関連した調査を通じて、アフリカの福祉を促進することが使命である。APHRCは元々、1995年に人口審議会の計画の一つとして設立され、2001年以来自主組織となって現在はケニア、ナイジェリア、およびセネガルに事務所を持つ。同センターは、サハラ以南のアフリカにおける、調査、調査能力の強化、政策的な関与に重点を置いている。

子どもの栄養不良を軽減するための有効な支援としては、微量栄養素の補給（ヨウ素、鉄、およびビタミンA）、栄養補助食品（微量栄養素不足のため）、感染症の予防と治療、成長観察と促進、乳児への授乳実践についての教育（母乳育児と補足的な授乳）、学校給食計画がある。

都市の貧困層のニーズに取り組んでいなければ、ミレニアム開発目標（MDG）実現への前進は、特に目標1（極度の貧困と飢餓の撲滅）、4（子どもの死亡率の軽減）、5（妊産婦の健康の改善）で危うい状況になる可能性がある。健康と栄養面での支援に特に重点を置くことに加え（出生前、妊婦、および出生後のケア、予防接種、適切な授乳

呼吸器疾患

低所得の都市コミュニティに暮らす子どもたちは、呼吸器感染、ぜんそく、鉛中毒を引き起こす大気汚染の影響にも苦しんでいる。毎年、屋内の空気汚染が原因で5歳未満児の約200万人が死亡し、そのうちの約半分は肺炎が原因である²⁸。屋外の空気汚染ではさらに約130万人の子どもとおとなの命が毎年奪われている。ケニアのナイロビにおける2005年の調査から、都市部での汚染物質に慢性的にさらされることが、こうした環境に暮らす子どもたちのすべての呼吸器疾患のうち60%以上の原因になっていることがわかった²⁹。米国での調査からは、少数民族が暮らす貧しい都市コミュニティは高レベルの大気中の有害物質に慢性的にさらされていることが、偏って多いことが明らかになっている³⁰。

道路交通事故による傷害

車両の通行も子どもたちに対する物理的脅威であるが、安全な遊び場、歩道、交差点などの歩行者向けインフラが不足していることによって、その脅威は増している。世界保健機関（WHO）の推定によれば、道路交通事故による傷害が世界で年間130万人の死亡原因となっている³¹。このような傷害は、世界で15～29歳の世代の死亡原因の第1位、5歳から14歳の世代では第2位である³²。

HIVとエイズ

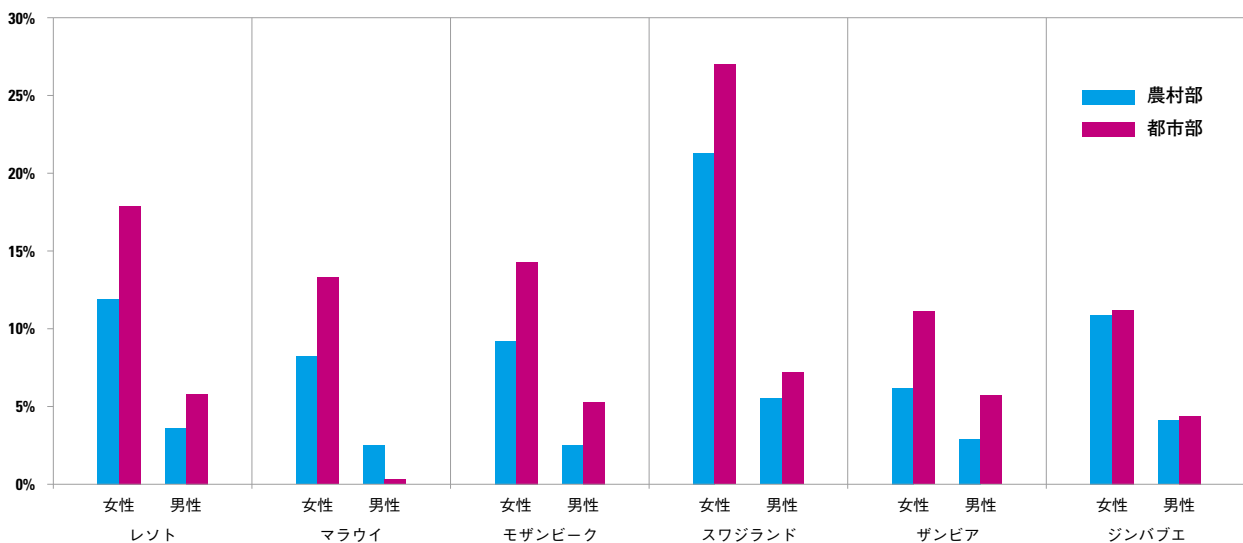
最近のデータでは、子どものヒト免疫不全ウイルス（HIV）への新規の感染は減少しており、妊娠、陣痛、出産、または母乳育児中の母親から子どもへのウイルス感染を防ぐサービスの利用にも改善が見られている。2010年に発症したと考えられる子どものHIV新規感染数は、2005年の4分の1ほど少なくなっている³³。こうした良好な経過にも関わらず、2010年には1日におよそ1,000人の乳児が母子感染によってHIVに感染した³⁴。

さらに、15～24歳では1日に2,600人が主に無防備な性交渉または安全でない注射の結果によりHIVに感染した。2010年には、世界の10～19歳の青少年のうち、HIVと共に生きる人々は約220万人であり、その大多数が自らのHIVの感染状態に気づいていない。こうした青少年の多くは、幼年期から移行する重要な時期に、年齢に適したリプロダクティブヘルス（性と生殖に関する健康）のケアと予防サービス等をはじめとする適切な情報、対処、ケアまたは支援を利用できないまま取り残されている。

HIVの感染率は都市部でも高い状態であるのが一般的である³⁵。思春期の少女や若い女性の多くが貧困を理由に商業的性交渉をせざるをえず、また高い割合で性的搾取や強制的な性交渉に直面するため、特にリスクが

図2.4. HIVは都市部でより多く見られ、女性に多く広がっている

一部のサハラ以南諸国の都市部と農村部における15～24歳の若い男女のHIV感染率



出典：レソト DHS 2009年、マラウイ DHS 2004年、モザンビーク AIS 2009年、スワジランド DHS 2006～2007年、ザンビア DHS 2007年、ジンバブエ DHS 2005～2006年。入手可能な国別データに基づく。



すべての子どもに届いている ムンバイにおけるポリオ撲滅

アミターブ・バッチャン、ユニセフ親善大使

私は10年に渡り、インドに対し、すべての子どもたちは機会があるごとに2滴の経口ポリオワクチンを受けるべきだという、命を救うメッセージを伝えてきた。そして今、それが機能しはじめている。

現在、インドはポリオ撲滅まであと一步のところに来ており、歴史に残る公衆衛生の大きな功績となることはほぼ間違いない。ポリオ撲滅運動が始まった時に、インドでは1日に約500例のポリオが報告されていた。それ以降、400万人を越す子どもたちが麻痺や死から救われている。私たちの努力はすべて報われつつある。しかし、ポリオが世界のどこかに存在する限り脅威は続くのが、まぎれもない真実である。

「どの子どもにも、いつでも」のスローガンが、独立した調査によって、インドで最も認知されているメッセージの一つであることが明らかになり、私は大変誇りに思っている。インドの親たちがその呼びかけに応じてくれたことは一層の誇りである。通常は1月と2月にそれぞれ開催される、年に2回の全国予防接種期間に、全戸を戸別訪問する予防接種チームから約1億7,000万人の5歳未満児が予防接種を受けている。そして、3月から12月までは毎月、ポリオが伝統的に流行しやすい2州とそのリスクの高い地域の5歳未満児はほぼ全員、ポリオ予防接種運動の間に予防接種を受けており、年間4,000～8,000万人の子どもたちに届いている。一度間を置いてこうした数字を考えると、ポリオウイルスの感染に対してリスクの高い地域の

特徴には、過密な住宅、不衛生、清潔な水の利用不足、トイレの不足、母乳育児の割合の低さ、栄養不良がある。

ポリオは現在、最も貧困に苦しむ人々のウイルスで、最も忘れられている場所で最も忘れられている人々の間で最後の抵抗をしている。スラムの住民、遊牧民、移民、レンガ窯労働者、(1日1ドルで)自分が建設した豪華な高層ビルの傍で、ビニールシートの下で暮らす建設作業員の家族、といった人々に届くことが、公衆衛生の最大の課題の一つである。ポリオ撲滅計画は現在、都市のスラムに暮らす人々をはじめインドで最も手が届きにくい人々を対象にした、きめの細かい「サービスが届かない(人々への)戦略」を実施中であり、最もリスクの高い人々の免疫を向上することを目指している。これは簡単な作業ではない。文字通り、数百万の移住家族が毎週国中を動き回り、伝統的にポリオが流行しやすいウッタルプラデシ州とビハール州では、毎月約75万人の子どもたちが誕生している。インドでポリオを撲滅するには、最後の一人の子どもにまで予防接種することが不可欠なのである。しかし、インドの膨れ上がる都市の増大するスラムの中で、最後の一人の子どもを見つけるのは難しい。

私の故郷ムンバイで最大のスラムの一つであり、わずか3平方kmに100万人が居住しているダーラーヴィーを考察する。ここでは、ポリオウイルスの予防接種チームは、綿密に作られた極めて狭域の計画地図に従っていかなければならない。狭い小道に沿って一列で歩き、ガタガタの梯子を登ってい

くと、波型鉄板の家が次々に重なり、3階建てから4階建ての高さになっている所があり、そうした場所で暮らしている子どもたちのところに到達するのである。そして、予防接種チームはこうした波型鉄板の壁にチョークで印をつけ、後日やってくる観察員に、どの家に予防接種チームが来たか、そしてどの子どもが予防接種を受けたかわかるようにする。予防接種を受けなかった子どもたちを対象に、再度予防接種チームが戻ってくる。

インドの金融の中心で、映画産業の拠点であるムンバイは、世界最大で、最も裕福な都市の一つである。また、スラムに住む人々の割合が最も高く、絶対数も最も多いと考えられている。ある推定によれば、毎日100から300の家族が職を求めてこの都市に来る。ほとんどの場合、社会経済的に地位の低い移住家族がスラムに暮らすことになる。こうしてやってきた家族は追跡できず、許可も与えられず、名前もわからない。我々の国に暮らす最も手が届きにくい子どもたちは、実は私たちのすぐ目の前で暮らしているということが、あまりにも多いのである。

インドで行ったポリオ撲滅計画は、最も貧しく最も過密な環境に暮らしているも、保健サービスの利用において、公平性の確保は可能であることを示している。各自がその都市で最後の子どもを見つげられることが証明されたのである。そしてムンバイでは、スラムの子どもたちは多くの脅威に直面し続けているものの、ポリオはその一つではなくなることを意味している。

アミターブ・バッチャンはインド映画史における最も重要な人物の一人である。彼は、国の映画賞を4度受賞し、うち3回は最優秀主演男優賞で、そのほかにも14の映画作品の賞を受賞している。彼はまた、吹き替え歌手、映画プロデューサー、テレビ司会者としても活躍し、インド議会にも選出された(1984～1987年)。2002年からはインドのポリオ撲滅大使である。

高くなっていると思われる³⁶。

60カ国を超える国々の2010年の推定値を検討すると、HIV感染率は、その最も高い国々を含む大部分の国で安定または軽減している一方、アルメニア、バングラデシュ、グルジア、カザフスタン、キルギス、フィリピン、タジキスタンの7カ国では、25%強増加していることが明らかになった。こうした国々では、HIVの流行は、薬物を注射する人々、商業的性交渉に従事する人々、男性と性交渉を持つ男性の間に集中している³⁷。若い人々は感染した人口のうちのかなりの割合を占めている。カザフスタンとフィリピンでは、HIVと共に生きる15歳以上の人々の中で、それぞれ29%、26%が若者で占められている³⁸。彼らの大部分にとって、HIVへの感染は、暴力、搾取、虐待、放置といった子ども時代にさかのぼった不利益が連鎖した結果、つまり、保護とケアがもたらした帰結である。

ウクライナの4都市の路上で暮らす青少年についての2009年の調査では、15%を超える青少年が薬物を注射し、このうちの約半分が道具を共有していたことが明らかになった。そのほか、およそ75%が性交渉経験者で、その大部分が15歳以前に経験しており、思春期の少年の約17%と思春期の少女の約75%が性交渉に対して支払いを受けた経験があり、少年の10%以上、少女の半分以上が性交渉を強要された経験があることもわかった³⁹。このようにはっきりとした脆弱性が見られるにも関わらず、HIV感染のリスクが最も高い同じ青少年が、必要なサービスから排除されていることが多い。しばしば政策や法律が作りだした社会的烙印や障壁によっ

て、こうした最もリスクの高い若者たちが予防サービスを受けることができないのである。

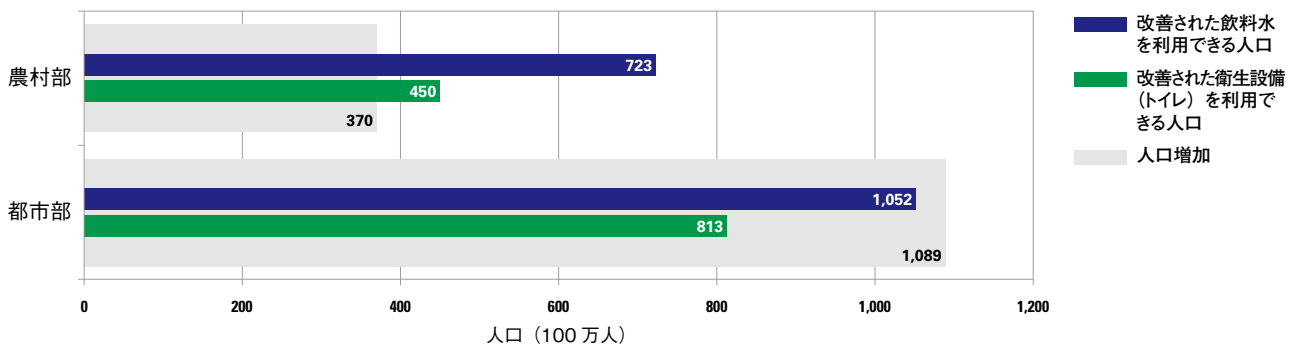
メンタルヘルス（精神的な健康）

都市の生活は、子どもたちや若者の精神的な健康に悪い影響を与えることもあり、特に彼らが貧しい地域に暮らし暴力や薬物乱用の危険にさらされている場合はなおさらである⁴⁰。都市の貧困地域に暮らす子どもたちは、都市の平均より程度の深い憂鬱や悩みを経験している。米国における健康の社会的決定要因の検討では、社会的地位の低い地域に暮らす子どもたちには、行動的、感情的問題が生じやすいと結論付けられている⁴¹。多くの調査によると、幼年期および思春期に経験したメンタルヘルスの問題は成長と発達、学校の成績、友達や家族との関係に大きく影響を与え、自殺のリスクを高める可能性もある⁴²。精神的苦痛の原因の一つとして子どもたちや周りで子どもたちを知る者らがよく言及するのは、恵まれない人々の子どもとして見られることに起因する社会的烙印である。

農村部より都市部の子どもと若者は、アルコールや違法な薬物を利用しやすい場合が多い。彼らはストレスに対処する手段として、もしくは、雇用、あるいはスポーツやユースクラブのような娯楽の機会がない怠惰感や欲求不満のはけ口として、こうした薬物に頼ることがある。

図2.5. 都市部では、改善された水と衛生設備（トイレ）へのアクセスが人口成長の速さに対応できていない

世界で改善された飲料水および衛生設備（トイレ）を利用できた人口と人口増加との比較、1990～2008年



出典：WHO/ユニセフ共同モニタリング・プログラム、2010年



インドネシア、アチェ州、アチェ・ブサル県の小学校で、せっけんで手を洗っている。

水と衛生

子どもの権利条約第24条は締約国に対し、到達可能な最高水準の健康をすべての子どもに保証するための努力を定めている。これは、清潔な飲料水の供給や環境汚染の危険性の除去にまで及ぶものである。

安全が確保されていない水、粗末な衛生設備（トイレ）、不潔な生活状態は、毎年多くの命を奪っている。そのうち下痢性疾患が原因で死亡する5歳未満児は120万人に上ると推定される。不十分な上下水道と衛生設備（トイレ）が過密な環境と結びついた都市の貧困地域では、糞便による汚染の可能性が最大化しやすい⁴³。

世界的にみると、都市居住者（96%）は農村部に暮らす人々（78%）に比べて改善された水源へアクセスしやすい。そうであっても、改善された飲料水が得られる範囲は、都市の人口成長の速さにほとんど追いついて行けない⁴⁴。また、改善された水源へのアクセスが必ずしも十分な水の供給を保証するわけではない。都市の最も貧しい地区では、多くの人々が他の地区から出る水を汲むために歩かざるを得ないか、民間業者から水を買わざるを得ない⁴⁵。都市の貧困層にとっては、1リットル

の水のために、水道が利用できる裕福な隣人の50倍以上の支払いをすることはよく見られることである⁴⁶。安全な飲料水や基本的な衛生環境を保つのに十分な水の供給がなければ、子どもたちの健康は損なわれる。子どもの疾病率および死亡率を軽減するには、アクセスの向上は今も不可欠である。

都市の人々は全体として農村の人々よりも衛生設備（トイレ）にアクセスしやすいが、その普及範囲は都市の人口成長に追いつかない。結果として、屋外排泄をする都市居住者の数は1990～2008年の間に1億4,000万人から1億6,900万人に増加した⁴⁷。人口が密集した都市居住地でのこうした屋外排泄の影響は、公衆衛生では特に憂慮すべきである。過密で不衛生な状況があると、都市のスラムはコレラなどの感染性疾患に対して特にリスクの高い地域になる。

都市には改善された衛生設備（トイレ）があったとしても、それを大人数で共有していることも多い。スラムに個別のトイレを建設するには、空間の広さ、居住期間、費用を考慮すると限界がある。公共の衛生設備（トイレ）があっても、大抵混み合っていて管理不足であり、汚染

子どもの権利を守る都市格差の マッピング（地図化）

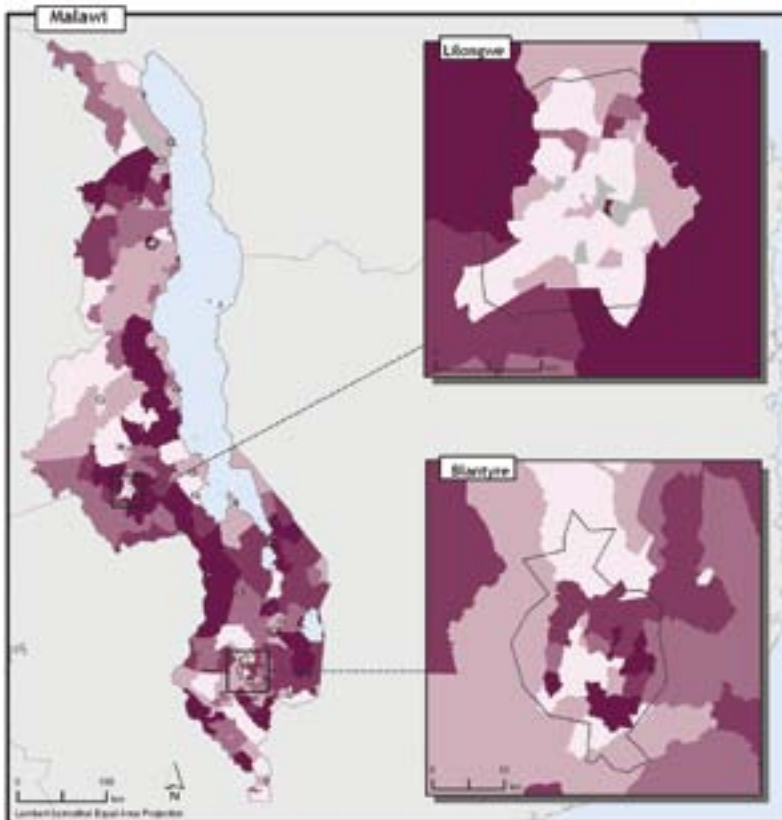
細分化され、正確で利用可能なデータを収集することは、都市部の子どもたちの状況を認識し、改善する上で不可欠なステップである。情報を革新的な視覚表示で見せることによって、格差の明確化に役立ち、地域の意思決定者による行動を促す。

貧困のマッピング（地図化）の概念は、社会階級に応じた生活水準の格差を明確化する方法として1世紀以上に前にロンドンで始まったものである。今日のコンピュータ技術によって、これまで文章や表で表していた複合的な情報を表示するのに、関連づけたい数枚の単純な地図とその相関を編集して一つにま

とめることができるようになった。

州、地区、または自治体に関する詳細なデータが入手できない場合、「小地域推定」という方法により、国勢調査や世帯調査の情報に基づいて国レベルより小さな試算を作成することができる。地理情報システム (GIS) によって試算を統合することで、都市部と農村部の格差、および都市化しているゾーン内の格差を示す地図を作成することができる。

図2.6. マラウイのリロングウェおよびブランタイアにおける貧困のマッピング



マップの色は貧困の程度を示し、色が濃いほど貧困が深刻である（ここでは、実際の世帯の福祉レベルと貧困ラインの間の差を平均値によって測っている）黒い線は大規模な都市部を示している。

出典：コロンビア大学国際地球科学情報ネットワークセンター、*Where the Poor Are: An atlas of poverty*, Columbia University Press, Palisades, N.Y. 2006年 p.37、図5.5、1997～1998年のデータに基づく。<www.ciesin.columbia.edu>を参照。許可を得て複製。

コロンビア大学国際地球科学情報ネットワークセンターは、この方法を用いてマラウイの都市の所得格差を明らかにした（図2.6.参照）。マップは貧困の度を示しており、一目で理解できる都会と農村部の分析だけでなく、首都のリロングウェとそれに匹敵する規模の都市であるブランタイアの主要な2都市の比較も可能である。この例では、色が濃いほど貧困が深刻であることを表しており、リロングウェはブランタイアよりも貧困のレベルが低いと思われる。しかし、貧困のパターンは異なっている。ブランタイアは隣接する地域よりも深刻な貧困のレベルが示されている一方、リロングウェは貧困地域に囲まれた比較的富裕な都市の中心でありながら、都市境界内に貧困のポケット（孤立した濃い地区）も示されている。このようなケーススタディによって、都市の多様性が明らかになる。

もう一つの例はイギリス公衆衛生観測所 (English Public Health Observatories) によるものである。実務家、政策立案者、および一般市民がこの双方向オンラインツールを使用し、地区と地元当

局レベルで32の健康の状態を表す指標を示して、分析することができた。子どもと若者に特に重点を置いた指標の例としては、小児期の肥満や身体活動、10代での妊娠、母乳育児、虫歯、子どもの貧困、ホームレス、教育面の達成度、犯罪および薬物の使用がある(図2.7.参照)。

大規模な都市になると複数の地方自治体を含んでいることも多いが、その場合は大都市内の個々の行政地域の比較が可能である。グレーター・ロンドンには32の区(バラ:borough)に分かれている。都市部の格差は非常にはっきりしている。インナーロンドンのタワーハムレッズ区に暮らす子どもの57%が貧困であるが、これはイングランドのどの区よりも高い割合である。シティ・オブ・ウェストミンスターは子どもの肥満の割合が最も高い一方、サザークは10代の妊娠の割合が国内で最も高いレベルにある。対照的に、アウターロンドンのリッチモンド・アポン・テムズ区では子どもの健康と福祉が良好なレベルであることが示されている。そして全体的に、ロンドンの子どもたちは平均以上に歯の健康が良好と見ることができる。

このツールを用いると、利用者は都市の貧困などの変数と子どもの様々な健康アウトカム(施策や事業の実施により生じる効果)を相互に関連付けることも可能である。地方自治体や保健サービスを提供する機関等はこの情報を利用し、原因だけでなく結果にも重点を置くことによって健康の不公平の軽減に努めることができる。子どもの健康と福祉に関する都市指標のマッピングから明らかになるのは、世界で繁栄をきわめる都市の中でも子どもの権

利と発達の見込みは一樣ではないため、格差の問題にしっかりと焦点をあ

てる際は、開発途上国に限定すべきでないということである。

図2.7. イギリス、ロンドンにおける健康アウトカム(施策や事業の実施により生じる効果)の追跡

左側のマップは、貧困の程度に応じて色が付けられている。比較用に選択した区はオレンジで表されている。右側の表の信号色で示しているのは、各地域の比較結果である。



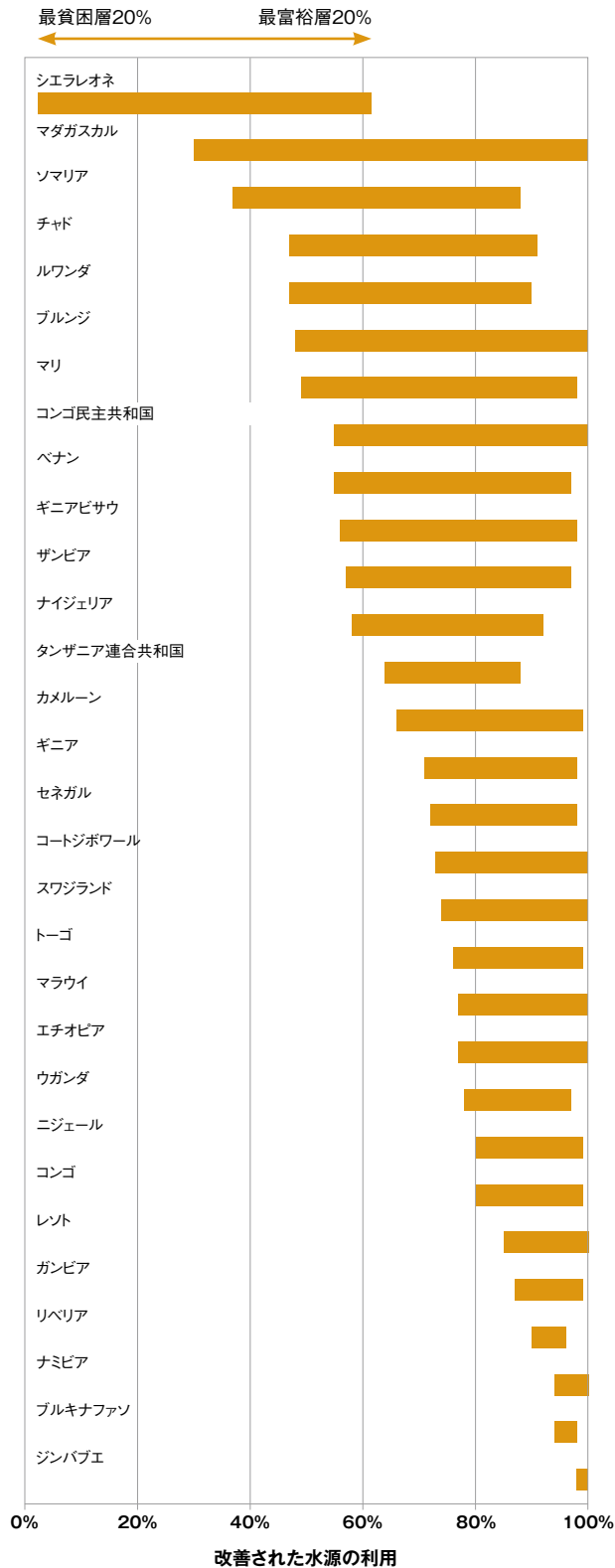
このツールを用いて、指標間の相関を示すことができる。以下の散布図は貧困に暮らす子どもたちの割合と教育達成度の関係を示したものである。上のマップでは、色が濃いほど貧困に暮らす子どもたちの割合が高いことを示しており、下のマップは濃い地域ほど成績の点数が良いことを示している。



出典：イギリス公衆衛生観測所との協力。サンプルのスナップ写真は<www.healthprofiles.info>。Crown Copyright 2011. 許可を得て複製。

図2.8. 都市の収入の格差は水のアクセスにおける不平等も意味する

アフリカの一部の国々での都市部における改善された水源の利用（棒グラフ左端は、都市世帯の最貧困層のうち改善された水を利用する割合を示しており、右端は最富裕層を示している。）



出典：アフリカ諸国のMICSおよびDHS、2004～2006年。入手可能な国別データに基づく。

されている。子ども用の特別な設備もほとんど見られないため、共同のトイレの使用を待っている子どもたちは、混み合う時には押しつけられている場合が多い。少女は、生理が始まった場合は特に、十分なプライバシーがないだけでなく、性的嫌がらせまたは虐待の危険にもさらされる恐れがある。

教育

子どもの権利条約第28条では、締約国は教育に対する子どもの権利を認め、「この権利を漸進的にかつ機會の平等を基礎として達成する」ことを約束している。

都市環境に暮らす子どもたちは、一般的には教育を受けるに当たり優位性があると考えられている。彼らは統計指標の範囲では裕福であり、小さな頃から恩恵を受ける可能性が高く、また初等・中等教育への入学と修了の可能性も高い⁴⁸。しかし、社会的に提供される他のものと同様、全体的な統計は誤解を生んでいる場合がある。実際のところ、都市の不平等によって子どもたちの教育の権利は大きく損なわれている⁴⁹。貧困によって荒廃した都市部では、多くの場合、乳幼児期の教育プログラムがないのはよく知られている。最初の数年間はその後の人生に深く永続的な影響を与え、ひいてはその他多くの人々の人生にも影響が及んでいることであり、このことは嘆かわしい事実である。

乳幼児期の発達への支援

子どもたちは教室に入るずっと以前から学習を始めている。子どもたちは家族や養育者と交流しながら、誕生した時から学習を始めており、その後の学習の基盤は幼少期に確立される。この重要な時期の貧困、不健康、栄養不足、刺激の欠如は教育的な基盤を損なう恐れがあり、子どもたちが達成できることを制限してしまう。ある試算によれば、開発途上国では2億人を超える5歳未満児が、彼らの持つ潜在的認知能力に達しきれていない⁵⁰。

子どもの生存、成長、学習を支援するには、貧しい都市のコミュニティに適切な乳幼児期の教育プログラムを確立することが不可欠である。乳幼児期の教育プログラムがあれば、子どもたちの認知的、社会的、感情的発達が促進され、健康、栄養、衛生状態も向上する。さらに、それによって母親や養育者はこれまでの役割から解放され、公共の領域に参加することができる。しかし、そのような教育プログラムがあっても、すべての子どもたちに恩恵があるわけではない。2005～2006年にエジプトの都市部に暮らす子どもたちの25%は幼稚園に通っているのに対し、農村部では12%、さらに都市の世帯



アルバニアのティラナの、かつては無断占拠者の居住地であったが現在は大規模な住宅地であるBathoreで、1,000人の生徒用に建設されたHalit Coka義務教育学校および高等学校に通う4,000人の子どもたちの一部。

の最貧困層20%の子どもたちのうち、幼稚園を利用できたのはわずか4%である⁵¹。都市を背景に貧困に苦しむ子どもたちは、エジプト以外の多くの国々でも同様に不利益を被っているのが見受けられる。

初等教育

多くの国々が普遍的初等教育の追及で前進してきたにも関わらず、似たような格差、つまり、数ある要因の中でも親の収入、ジェンダー、民族に基づく不平等を映し出す格差が、小学校に根強く残っている。2008年現在、6,700万人の初等教育就学年齢の子どもたちが依然として学校に通っておらず、そのうちの53%が少女であった⁵²。

初等教育は一般的に、農村部よりも都市部の方が受けやすいが、貧困の中で育つ子どもたち、特に、公的な教育がほとんどないか、まったくないことも多いスラムでは、多くの子どもたちの手に届かないままである。家族は、費用を負担して質の悪い過密な私立学校に子どもを通わせるか、子どもたちを学校から完全に引き離すかのいずれかの選択を迫られる場合が多い。

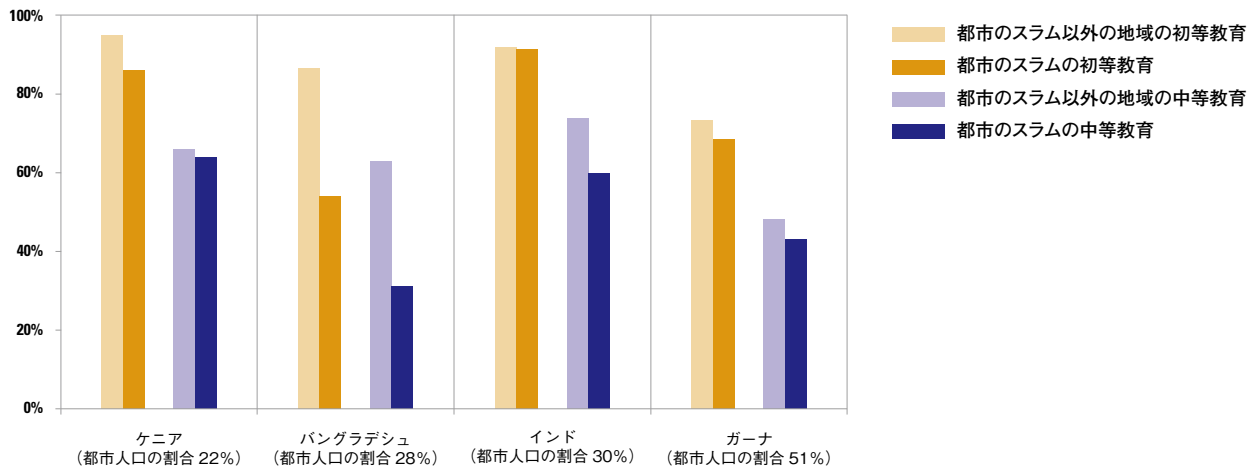
初等教育が無償の国であっても、付随的な費用は貧困の中で暮らす人々の不利益になる。生徒たちは制服や学用品を買い、試験を受ける費用を支払わなければならない場合もあり、こうした費用がまとまると、子どもたちが学校に通えないほど高額になることが多い。バングラデシュのダッカで、親が教育費を子ども一人あたりに世帯収入の平均10%を費やすとすると、最貧困層の家庭



モルドバのキシナウで、母親が見守る中、少女が言語療法を受けている。

図2.9. 学校の出席率はスラムで低い

ケニア、バングラデシュ、インド、およびガーナにおける都市部の初等・中等教育への出席率



出典：ケニア DHS 2003年、バングラデシュ DHS 2007年、インド DHS 2005～2006年、ガーナ DHS 2003年、例示として選択された国データに基づく。

ではこの値が20%の増加に匹敵する。ブラジルのサンパウロ、モロッコのカサブランカ、ナイジェリアのラゴスでの最近の調査からは、五分位階級別に見た所得が最下層に属する家族は、子どもの教育に収入の4分の1以上を費やしていることが明らかになっている⁵³。

路上で生活するか、労働する子どもたち、移住してきた子どもたち、難民や国内で強制退去にあった人々の子どもたちなど、社会から疎外された集団は特に大きな課題に直面している。例えば、中国の都市では最近まで、公式に登録されていない移住者は、子どもたちを学校に入学させるのが難しい現状があった⁵⁴。また、貧困、言語、ジェンダー等で違って見える子どもたちが差別に遭うということもきわめて多い。

難民や国内避難民は、都市部のインフォーマルな居住地で暮らすことが多いが、すでに負担感のある学校が、住む所のない子どもたちの流入に対処するのは困難な場合もある。強制的な移動は子どもたちの教育へ深刻な混乱をもたらすことも実証されてきている。ここでもやはり、最も過酷な影響を受ける人々は、ほとんど、貧困、ジェンダー、民族などの要因のため、それまでに社会から疎外されている人々である⁵⁵。

都市の貧困地域出身の子どもたちは、学校に通う可能性が最も低い。インドのデリーでの調査では、2004～2005年にスラムで暮らした子どもたちの初等教育への出席率は54.5%であったのに対し、都市全体では90%であったことが明らかになった⁵⁶。バングラデシュの2009年のデータによれば、中等教育でその格差はさらに顕著で、スラムに暮らす子どもたちで中等教育に出席しているのは18%なのに対し、都市部全体では53%、農村部では48%であった⁵⁷。こうしたことはたとえ進歩があったとしても、認められるものではない。タンザニア、ザンビア、およびジンバブエでは1990年代後半、農村部とスラム以外の都市部で就学率に改善が見られたが、都市のスラムでは悪化している⁵⁸。

都市の貧困地域で選択できる教育の質については、別途検討が必要である。データは学校へのアクセス、就学、在学期間に重点を置いているが、こうしたデータは、教育を受けられるかどうかという面での質であり便益である。しかし、過密であったりトイレのような施設が十分なかったりすることが、教育の質を損なう要因の一つなのである⁵⁹。

若者の雇用機会の創出も不可欠である。読み書きの能力や教育的成果を向上させても、それに見合うふさわしい仕事は得られないと感じる都市部の若者が非常に多い。世界中の若者の多くが学校にも通わず、仕事もせず、実質的には定職のない状態である。

子どもの保護

子どもの権利条約第19条は、締約国に「児童が父母、法定保護者または児童を監護する他の者による監護を受けている間において、あらゆる形態の身体的もしくは精神的な暴力、傷害もしくは虐待、放置もしくは怠慢な扱い、不当な扱いまたは搾取（性的虐待を含む）からその児童を保護するためすべての適当な立法上、行政上、社会上および教育上の措置を取る」ことを求めている。第32条は、子どもの経済的搾取と危険労働からの保護の権利について述べており、第34条は性的搾取、第35条は人身売買に重点を置いたものである。

子どもの人身売買

どの時点の調査でも、およそ250万人が人身売買の結果として強制的に働かされており、そのうちの22～50%が子どもである⁶⁰。子どもの人身売買は隠ぺい、否定、無視されることが多く、包括的なデータを入手することが困難である。都市部で主に行われているのは、性的労働のための人身売買、そして都市の路上で生活または労働する子どもたちが対象とされた人身売買などである。

多くの子どもたちが農村部から都市部へと売買されている。2001年に実施された、タンザニア連合共和国の主要都市に暮らす9～17歳の性的搾取をされた少女たちに関する調査では、少女たちの多くが国の内陸部から売買されてきたことがわかった。一部の少女は家庭内労働者として採用され、雇用主の住宅内で虐待を受けていた。また、売春目的で直接売買され、仲間によって連れてこられる少女もいた⁶¹。ある調査からは、インドの主要都市であるムンバイ、デリー、コルカタなどでは人身売買された少女の大半は性的労働者として働かされていることが明らかになった。バングラデシュの都市では、路上の性的市場や売春宿で搾取されている少年少女が数多くいる⁶²。

東ヨーロッパでは、13～18歳の子どもたちが特に人身売買のリスクに直面している⁶³。貧困、アルコール依存、家庭の機能不全、薬物乱用、性的虐待、家庭内暴力によって子どもたちの立場は一層弱まり、路上や施設において学校に通っていない子どもたちはより大きな危機に

瀕していることが、実証的に示されている⁶⁴。

難民や、国内で強制的な移住をさせられた子どもたちなど、出生証明書または公的な登録文書がない子どもたちは人身売買のリスクが特に高いはずであり、保護はおろか、行政がこうした子どもたちを追跡するのはきわめて困難である。多くの国々が子どもの人身売買と闘うための国家的な行動計画を採用しているが、大部分のデータが、性的搾取目的の国境を超える少女と女性の人身売買を中心にしているため、信頼できる統計情報がなく、こうした計画には大きな障害が伴う。



アルゼンチン、ブエノスアイレスの列車通勤客に商品进行5歳の少女。彼女は3歳の時から、同市の公共交通機関でヘアピンなどの商品进行働いている。

© UNICEF/NYHQ2011-0219/Sebastian Rich



アフガニスタンのヘラートで、機械工の作業場で働いている。

児童労働

人身売買がなくとも、多くの子どもたちが生きるために労働を強いられている。2008年には、世界中で5～17歳までの約2億1,500万人の少年少女が児童労働に従事し、そのうち1億1,500万人は危険な労働に従事している⁶⁵。

子どもたちは、屑拾いや靴磨き、露店での給仕、路上でのたばこ売りをして働くか、家庭や工場で働くかをしている。児童労働に従事する子どもたちの多くは、最悪の形態を経験している。強制労働、違法行為、武装した戦闘行為、家庭内労働などのこうした子どもたちはほとんど表に出ないため、このような形態の児童労働に立ち向かうのは最も困難なことである。

子どもの家庭内労働は主に都市の現象である。というのも、農村部で働く子どもたちは、無報酬の家族として農業労働に関わる傾向が強いためである。家庭内労働者は大部分が少女で、孤立している上、雇用主の気まぐれで独裁的な規律に従っており、こうした雇用主から虐待を受ける可能性もある。性的虐待も多いが、ほとんど告発されることがない。子どもの家庭内労働者は、精神的

な問題に苦しむこともある。例えば、ケニアの調査では、こうした子どもたちは他の状況にある子どもたちに比べて不眠、夜尿症、鬱などを経験する可能性が高いことが明らかになった⁶⁶。

路上で生活し、働く子どもたち

推定では数千万人の子どもたちが、世界の町や都市の路上で生活するか働くかしており、その数は世界的な人口成長、移住、都市化の進行につれて増加している。

多くの理由から子どもたちは路上での生活と労働に頼っている。家庭や地域での暴力や虐待によって多くの子どもたちが逃げ出さざるを得ないことは、バングラデシュのダッカ、ロシアのモスクワといった多様な都市における調査から明らかになっている⁶⁷。貧困も原因の一つである。虐待、衝突、放置がどの家庭で起こる可能性がある一方、貧困や社会からの疎外によってほとんど選択肢を持たない子どもたちは、路上が逃れるための最善の選択肢であると考えることが多いのである⁶⁸。

路上生活は子どもたちを暴力にさらしているにも関わらず、子どもたちに対する犯罪はほとんど捜査されない

上、子どもたちを守る態勢を持つ者もほとんどいない。それどころか、浮浪や家庭からの家出が禁止されている国や都市の多くでは、路上で生活または労働する子どもたちは、まずはそうした罪を犯したとして犠牲になる場合が多い。研究者、国家機関、国際人権団体からは、世界中の都市の路上にいる子どもたちは警察や治安部隊から虐待を受けているという報告も出ている。

子どもたちのジェンダー、年齢、民族の違いや、障害の状況は、彼らが経験する暴力の範囲、種類、そして彼らが培う対処の仕方に影響を及ぼしている。ブラジルの都市の路上にいる子どもたちに関する2000年の調査では、少女よりも少年の方が空腹になる割合が高く、警察

による身体的暴力を経験する割合が高い。少女はお金を請うことが少なく、路上よりも施設で寝泊まりする傾向が高いことがわかった⁶⁹。また同年に実施された別な調査では、少女の方が暴力を内在化させてしまうことが多く、継続的な虐待を受けるリスクが高いことが明らかになっている⁷⁰。

本章でまとめられた問題は、子どもの権利に対する不条理な暴力的行為である。以下の章では、子どもたちが都市で直面している課題と機会について入念に考察し、都市化が進む世界に生きる子どもたちのための、生活の向上を目指すイニシアティブを論じていく。

ミレニアム開発目標

ミレニアム開発目標（MDGs）の8項目は、飢餓と貧困、教育、子どもの生存および妊産婦の健康、ジェンダーの平等、HIV/AIDSおよび開発に向けたグローバルなネットワーク構築の必要性を含む、幅広い問題を網羅するものである。この目標実現に向けた前進は、21の具体的なターゲットに照らして評価される。

MDG7 は環境の持続可能性の確保についての約束を含むものである。都市の様相に関するものの一つであるターゲット11は、2020年までに1億人以上のスラム居住者の生活を顕著に改善することを目指している。これは、「スラムのない都市（Cities without Slums）」イニシアティブとしても知られている。環境面の問題と都市のスラムに特に重点を置いただけでなく、MDG7は2015年までに安全な飲料水と基本的な衛生設備（トイレ）を持続的に利用できない人々の割合を半分にするという約束を掲げている。

MDG7のターゲットの一つはスラム居住者に特化するものではあるが、その目標は、個々の開発の優先事項の連続体として捉えるべきである。つまり極度の貧困と飢餓の撲滅（MDG1）、普遍的な初等教育の達

成（MDG2）、ジェンダーの平等の促進と女性の地位向上（MDG3）、乳幼児死亡率の削減（MDG4）、妊産婦の健康状態の改善（MDG5）、HIV/AIDSの蔓延防止（MDG6）、または開発のためのグローバルなパートナーシップの推進（MDG8）のための一致団結した行動がなければ、世界のスラムに暮らす人々の生活に対する実質的な改善はできないのである。

国のスラムに対する取り組みは、放置、強制退去、または不本意な再定住といった否定的な政策から、コミュニティの関与、スラムの改善、権利に基づく政策といった積極的な取り組みへと移行していることが実証されてきている。それでも、世界全体のスラムの居住者数は、2000年にターゲット11が設けられて以来、6,000万人増加している。

スラムは、貧困が都市化していることの物理的な表れである。貧しい都市居住者の数が増加し、都市圏における不平等が減少する兆しは全くない。将来的な国際目標は、この問題の規模拡大を考慮に入れなければならない。