



排除の根本的原因

ミレニアム・アジェンダから取り残され、子どもの権利条約で認められた権利を失うおそれをもっとも大きい子どもたちは、あらゆる国、社会、コミュニティに存在している。たとえばベネズエラの都市のスラムに住み、4人のきょうだいの面倒をみている女の子や、母親が出稼ぎに出なければならなかったために、きょうだいと一緒に子どもだけで暮らしているカンボジアの少女。家族を支えるために働き、友だちと遊ぶこともできないヨルダンの若者や、エイズで母親を失ったボツワナの男の子。そして車椅子の生活を余儀なくされ、学校に通うこともできないウズベキスタンの子どもや、家庭内労働者として働いているネパールの幼い男の子。排除されている子どもとは、このような子どもたちのことである。

一見すると、これらの子どもたちの生活には何の共通点もないように思えるかもしれない。それぞれが異なる状況に直面し、それぞれに異なる障壁を克服しようと奮闘している子どもたちである。しかし、全員に共通する点がある。どの子どももほぼ確実に、必要不可欠な財やサービス とくにワクチン、微量栄養素、学校、保健施設、水、衛生設備など の提供から排除され、搾取・暴力・虐待・ネグレクト（放棄）からの保護や社会に全面的に参加する能力・権利を否定されているのである。

排除はさまざまなレベルで子どもたちに害を及ぼす

国レベルで見ると、必要不可欠なサービスを受ける権利から子どもが排除されるのは、マクロレベルの要因によることが多い。たとえば、国内に広がる貧困、脆弱なガバナンス（統治）、HIV/エイズのような重大な病気の蔓延、武力紛争といった要因である。地方レベルでは、弱い立場に置かれ、社会の周縁に追いやられた集団の間で広がる排除の要因は、所得や地理的所在地が原因となって、サービスの利用にあたって不利な状況に置かれていること、ジェンダー、民族性または障害を理由とするあからさまな差別などである。

保護の権利の侵害 公的な身分証明を失ったり、最初から登録されなかったり、家族の保護がない子どもに対して国が保護を提供しなかったり、子どもの搾取、子どものうちからおとなの役

要約

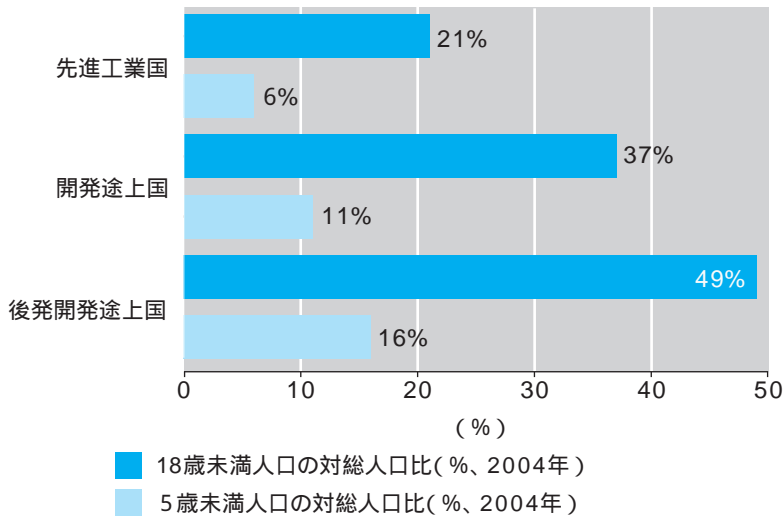
何が問題か：排除はあらゆる国、社会、コミュニティの子どもたちに有害な影響を及ぼしている。国レベルで排除の根本的原因になっているのは、貧困、脆弱なガバナンス（統治）、武力紛争、そしてHIV/エイズである。子どもの健康や教育に関わる主要なミレニアム開発目標の指標を統計的に分析してみると、開発をもっとも遅れている国、紛争で引き裂かれた国、政府が十分に機能していない国、HIV/エイズが猛威を振るっている国の子どもたちと、そうでない開発途上国に暮らす子どもたちとの間で、格差が広がりがつあることがわかる。これらの要因は、このような子どもたちがミレニアム・アジェンダがもたらす恩恵に与かる可能性を脅かすのみならず、子どもたちから子ども時代を奪い、おとなになってからも引き続き排除され続けるおそれを大きくするものでもある。

ミレニアム開発目標は国の平均値に基づくものであるため、排除の原因でもあり結果でもある、一国の子どもたちの間に存在する格差が覆い隠されてしまう可能性がある。全国統計や世帯調査のデータを細かく分析してみると、世帯所得や居住地によって、保健ケア・教育関連の数値に大きな格差があることがわかる。子どもの健康、生存率、学校への出席・修了率に見られる格差は、ジェンダー、民族性、あるいは障害の有無によっても生じている。これらの格差が生じる原因として考えられるのは、子どもや親・保護者がサービスから直接排除されていること、より貧しく、サービスも不十分な地域に住んでいること、必要不可欠なサービスを利用するのに高い費用がかかること、言語や民族的差別、偏見といった文化的障壁が存在することなどである。

何をなすべきか：以上のような要因を取り除いていくためには、鍵となる4つの分野で迅速かつ断固とした行動をとることが必要となる。

- ・ 貧困と不平等：貧困削減戦略の修正を図り、社会投資に対する予算の拡大、または資源の再配分を行うことは、もっとも貧しい国やコミュニティに暮らす数百万人の子どもたちの役に立つはずである。
- ・ 武力紛争と「脆弱」な国家：国際社会は、武力紛争の防止・解決を模索するとともに、政策的・制度的枠組みが脆弱な国々に働きかけ、子どもや女性を保護し、必要不可欠なサービスを提供できるようにしなければならない。紛争に巻き込まれた子どもたちへの緊急対応には、教育、子どもの保護およびHIV感染予防のためのサービスを含めるべきである。
- ・ HIV/エイズと子ども：HIV/エイズが子どもや青少年に及ぼす影響、および子どもや若者を感染と排除の両方から保護する方法にさらなる注意を傾けなければならない。この点においては、「子どもとエイズ」世界キャンペーンが重要な役割を果たすことになろう。
- ・ 差別：政府と社会は、差別に対して公然と立ち向かい、差別を禁止する法律を導入・施行するとともに、女性や女子、民族的集団や先住民族、障害者が直面している排除に対処するための取り組みを実行に移さなければならない。

図2.1 後発開発途上国は子どもの人数がもっとも多い



出典：国連人口局のデータにもとづくユニセフの計算

割を担わされることなどを含む も、個々の子どもを排除に晒す要因となる。

この章では、国レベルおよび地方レベルで子どもが必要不可欠なサービス 主に保健ケアと教育 から排除される原因となる諸要因に焦点を当てる。これらの要因は長年にわたって存在し、深く根づいていることが多いが、それを生み出している経済的・社会的・ジェンダー的・文化的プロセスは対応不可能なものではなく、変革すべきものである。たとえ完全に排除できなくとも、私たちは子どもたちに約束をした以上、その影響を少しでも和らげるために努力をすべきである（個人のレベルで、権利侵害に対する保護を奪い去り、社会やコミュニティの中で、子どもたちの存在を見えにくくしてしまう多くの要因については、第3章で検討する）。

マクロレベルにおける排除の原因

貧困、武力紛争、HIV/エイズは今日、子ども時代を脅かしている最大の脅威である¹。これらはまた、地域・国レベルにおいても、子どもたちのためのミレニアム・アジェンダ達成を妨げるもっとも大きな要因のひとつに挙げられるものでもある。子どもの健康や教育に関わる主要なミレニアム開発目標の指標 とくに5歳未満児死亡率、栄養不良率、初等教育就学率 を統計的に分析してみると、もっとも開発の遅れている国、紛争で引き裂かれた国、あるいはHIV/エイズが猛威を振っている国の子どもの間と、世界のそれ以外の国々の子どもたちとの間で、保健・教育面の格差が広がりつつあることがわかる。協調的

とれた努力が行われなければ、今後10年間、これらの国々の子どもたちはいっそう厳しく排除されていくことになるだろう。

後発開発途上国の子どもたちは取り残されるおそれをもっとも大きい

貧困層の人口に子どもが占める割合は、一般の人口比に照らしてみても不相応に高い。後発開発途上国では若年層が人口に占める割合が高く、所得が低い世帯では、経済的に豊かな世帯に比べてより多くの子どもを持つ傾向があるためだ。また、貧しい子どもは労働に従事する可能性がより高く、そのために教育の機会を失い、さらにその結果として将来貧困から脱却するに足る、人間にふさわしい所得を得る機会をも失ってしまう場合がある²。適正な生活水準を否定され、そしてしばしば教育を受けることも、情報を得ることも、欠かすことのできないライフスキルを身につけることもできない子どもたちは、虐待や搾取の対象となりやすい。

貧困削減はミレニアム・アジェンダの中心となる目標であり、ミレニアム開発目標の8つの目標のうち2つ（ミレニアム開発目標1、および8）ではっきりと到達目標として掲げられているほか、他の6つの目標においても重要な要素となっている。ミレニアム開発目標1で第一義的に目指しているのは、1日1ドル未満で暮らす人口比率を半減させることにより、所得貧困の削減を目指そうというものである。ミレニアム開発目標8の主要な目標は、後発開発途上国の特別なニーズに対応することである。

経済成長を通じた所得向上は貧困削減戦略に不可欠な要素であり、1990年以降、アジアではとくに成功を収めてきた³。しかし、経済成長だけでは子どもがさまざまな形で経験する 必要不可欠なサービス・財の剥奪としての 物質的貧困に対応するには不十分である。このような剥奪は目を覆わんばかりの規模で蔓延している。10億人を超える子どもたちが、十分な栄養、安全な飲み水、適切な衛生設備、保健ケア・サービス、住居、教育、情報のうちひとつ、ないし複数の分野で極度の形態の剥奪に苦しんでいるのである⁴。

後発開発途上国の子どもたちは深刻な剥奪に晒される可能性がもっとも高く、したがってミレニアム・アジェンダから取り残されるおそれをもっとも大きい。統計が示すその貧困の度合いは驚きに値する。とくに、子どもと女性の成長と健康・幸福に関わる指標を見ればその感が強まる（p.13 パネル、「後発開発途上国の子どもたちはなぜ取り残されるおそれが大きいのか」参照）。ほぼすべてのケースについて、後発開発途上国は他の開発途上国に大きく後れを取っているのである。

後発開発途上国の子どもたちはなぜ取り残されるおそれが大きいのか

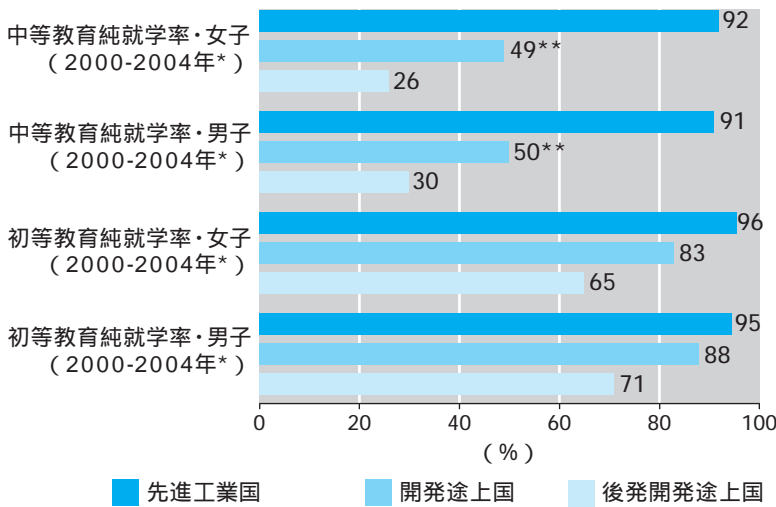
	後発 開発途上国	開発途上国	世界平均
生存			
5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり、2004年）	155	87	79
乳児死亡率（出生1,000人あたり、2004年）	98	59	54
栄養			
中度・重度の低体重児（5歳未満）の割合（%、1996-2004年 ^a ）	36	27	26
中度・重度の発育不全児（5歳未満）の割合（%、1996-2004年 ^a ）	42	31	31
予防接種			
DPT3（3種混合）の接種を受けた1歳児の割合（%、2004年）	75	76	78
HepB3（B型肝炎用ワクチン）の接種を受けた1歳児の割合（%、2004年）	28	46	49
保健ケア			
急性呼吸器感染症を発病した5歳未満児のうち 適切な保健措置を受けた者の割合（%、1998-2004年 ^a ）	38	54 ^b	54 ^b
下痢をした5歳未満児のうち経口補水療法および 授乳・食事の継続による対応をされた者の割合（1996-2004年 ^a ）	36	33 ^b	33 ^b
HIV/エイズ			
成人有病率（%、15-49歳、2003年末）	3.2	1.2	1.1
HIVとともに生きる成人・子ども （0-49歳、単位：1,000人、2003年）	12,000	34,900	37,800
教育とジェンダーの平等			
小学校の第1学年に入学した生徒が第5学年に在学する率 （政府データ、%、2000-2004年 ^a ）	65	78	79
初等教育純出席率・男子（%、1996-2004年 ^a ）	60	76	76
初等教育純出席率・女子（%、1996-2004年 ^a ）	55	72	72
中等教育純出席率・男子（%、1996-2004年 ^a ）	21	40 ^b	40 ^b
中等教育純出席率・女子（%、1996-2004年 ^a ）	19	37 ^b	37 ^b
人口動態			
出生時の平均余命（単位：年、2004年）	52	65	67
都市人口の比率（%、2004年）	27	43	49
女性			
成人識字平等率（女性の対男性比、%、2000-2004年 ^a ）	71	84	86
出産前のケアが行われている率（%、1996-2004年 ^a ）	59	71	71
専門技能者が付き添う出産の比率（%、1996-2004年 ^a ）	35	59	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険（n人中1人、2000年）	17	61	74

^aここに掲げた期間のうちデータが利用可能な直近の年のデータ。

^b中国を除く。

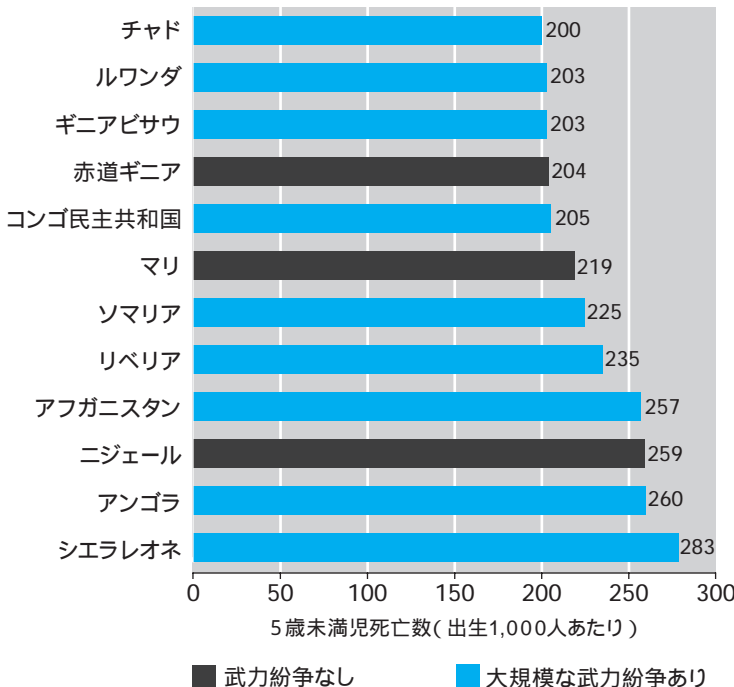
出典：この表の作成に用いたデータの出典一覧については、統計表1-10（pp.95-137）参照。

図2.2 最貧国に住む子どもたちは初等・中等教育の機会を失うおそれをもっとも大きい



* ここに掲げた期間のうちデータが利用可能な直近の年のデータ。
 ** 中国を除く。
 出典：人口保健調査 (DHS) および複数指標クラスター調査 (MICS)。

図2.3 子どもの5人に1人が5歳未満で死亡する国々のほとんどは、1999年以降大規模な武力紛争を経験している



出典：乳幼児死亡率に関するデータ：ユニセフ、国連人口局および国連統計局。大規模な武力紛争に関するデータ：Stockholm International Peace Research Institute, SIPRI Yearbook 2005。

2つのミレニアム開発目標の指標「5歳未満児死亡率」と「初等教育修了率」を見れば、後発開発途上国で暮らす子どもが直面する排除のおそれがどれほどのものか、一目瞭然である。2004年には、これらの国だけで430万人の子どもが5歳になる前に死亡した⁵。後発開発途上国の5歳未満児が世界の5歳未満児の人口に占める割合は19%にすぎないが、後発開発途上国の5歳未満児死亡件数が世界全体の5歳未満児死亡件数に占める割合は4割を超えるのである。生きのびて初等教育年齢に達した子どものうち、男子の40%と女子の45%は学校に通うことがない。初等学校に就学した場合でも、第5学年に達しない子どもの割合は3分の1を超え、中等教育相当年齢の子ども約8割は中等学校に通うことがないのである⁶。

武力紛争と脆弱な統治により、子どもが排除されるおそれが大きくなる

武力紛争によって、子どもたちはさまざまな形で子ども時代を失ってしまう。兵士として徴用された子どもは教育の機会と保護を奪われ、必要不可欠な保健ケア・サービスを利用できなくなることも多い。避難民や難民となった子ども、あるいは家族から引き離された子どもも同様である。紛争によって子どもが虐待・暴力・搾取に晒されるおそれは大きくなり、性的暴力が戦争の武器として用いられることも多い⁷。家族とともに自分の家に留まることができた子どもでさえ、排除のおそれを免れることはできない。物理的インフラの破壊、保健ケア・教育制度面での制約、またその制度のもとで働く人材および物資供給面での制約、紛争または紛争が後に残した地雷や不発弾などが引き起こす個人の安全保障への脅威などがその原因である。

武力紛争が子どもの排除に及ぼす影響については、紛争に巻き込まれた子どもの人数に関する研究やデータ収集に問題があることもあり、確固たる証拠は限られている。それでも、紛争がどの程度の排除を引き起こしているかを示す証拠は存在しており、その内容は憂慮すべきものである。20%以上の子どもが5歳未満で死亡している12カ国のうち、9カ国は過去5年間に大規模な武力紛争に苦しんでいた (p.14、図2.3「子どもの5人に1人が5歳未満で死亡する国々のほとんどは、1999年以降大規模な武力紛争を経験している」参照)。また、5歳未満児死亡率の上昇率ももっとも高い20カ国中11カ国は、1990年以降大規模な武力紛争を経験しているのである。武力紛争はまた、初等教育就学率・出席率にも破壊的な影響を及ぼしている。たとえば、5人に1人の子どもが5歳未満で死亡する国のうち、紛争の影響を受けていた9カ国では、初等教育純出席率の平均は

男子51%・女子44%である。これは、後発開発途上国全体の平均値である男子60%・女子55%をはるかに下回っている⁸。

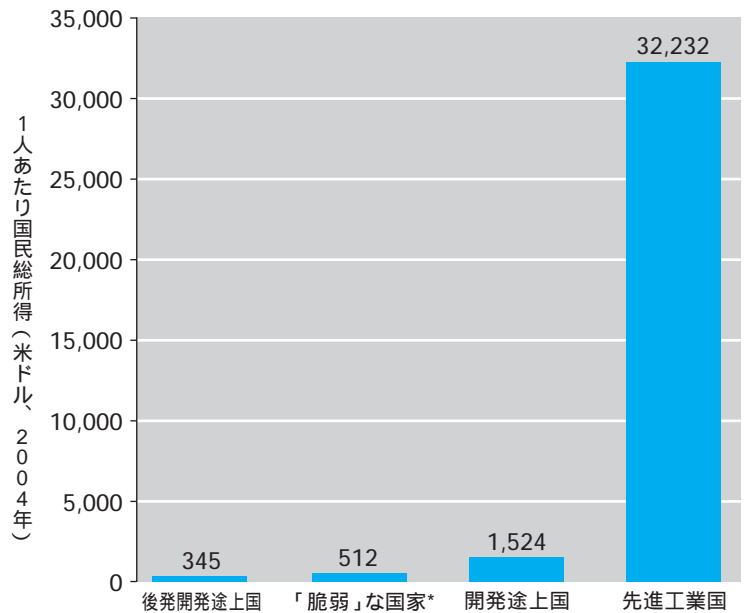
武力紛争にしばしば伴う統治機能の崩壊と、行政や公的インフラの破壊が、5歳未満児死亡率の高さや教育参加・達成率の低さの主たる理由である。しかし、武力紛争が国の破綻の唯一の形態であるわけではない。「脆弱」な国家の特徴は、諸制度の弱体化に加え、高度の腐敗、政治的不安定、法の支配の衰退が伴っていることである⁹。このような国家には、効率的な行政を十分に支えるための資源がないことが多い¹⁰。政府が市民に対して基本的サービスを提供できない場合が多いため、これらの国々における生活水準は急激に、かつ慢性的に悪化するのである。

悲劇的なのは、このような統治の破綻により、必要不可欠なサービスから子どもたちがますます排除されてしまうことである。ミレニアム開発目標達成のための国家開発戦略を実施することができない国々に住んでいる子どもたちは、ミレニアム・アジェンダがもたらすどのような恩恵にも浴することができないおそれをもっとも大きい。そのような国のひとつがハイチである。すでにほとんどの指標に照らしても南北アメリカでもっとも貧しい国であり、近年政治的暴力に悩まされることのない時期が無いに等しかった同国では、この2年間の政治的混乱のなかで子どもたちの状態がさらに悪化してきた。学費が値上がりしたために教育を受けることが困難になり、農村では世帯の約6割がいまなお慢性的食糧不安に苦しみ、うち2割が極端に脆弱な状態に置かれている。

脆弱な国家のもうひとつの例は、長年にわたって後発開発途上国のひとつであり続けてきたソマリアである。1991年以降国家行政が機能していないことにより、人間開発の進展が大きな制約を受けてきたのである。特定領域の支配権をめぐる各勢力が争いを繰り返しているために、この14年間の人間開発面での進展は微々たるものであった。その影響は、教育分野に顕著に見られる。初等教育純出席率は世界のどの国よりも低く、最新の推計によれば男子12%・女子10%にすぎない¹¹。最近になって多くのコミュニティが国際機関の支援を受けながら学校教育を再開したことは歓迎すべき進展だが、長年にわたる投資不足のため、ソマリアは教育の分野で他の開発途上国に後れを取ったままである。

脆弱な国家の統治機能を強化することがミレニアム・アジェンダの諸目標を達成するための前提条件であると考え人々は多く、それには十分に正当な理由がある。ドナーや国際機関は、脆弱な国家の政府に対して人道支援以外の援助を増加させることに慎重な姿勢をとるかもしれない。しか

図2.4 「脆弱」な国家*は同時に最貧国でもある

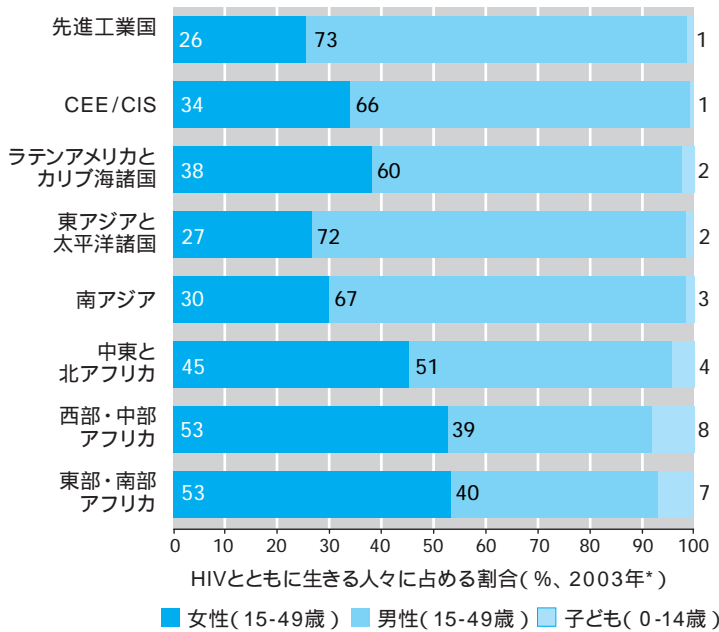


* 政策的・制度的枠組みが脆弱な国家。国名一覧は p.91 の注を参照。

出典：World Bank, 2004 Country Policy and Institutional Assessment (CPIA), Overall Rating, Fourth and Fifth Quintiles; and World Development Indicators 2005.

し、子どもたちと約束を交わした以上、これらの脆弱な国々に働きかけ、子どもたちの権利を保護し、そのニーズを満たすよう行動を起こさなければならないのである。実際問題として、子どもたちは統治機能が向上するまで待つことはできない。それを待っていては、子どもたちは子ども時代そのものを完全に失うことにもなりかねないのだ。

図2.5 HIVとともに生きる人々の間で子どもが占める割合が増えつつある



* 小数点以下四捨五入のため、合計が100%にならない場合がある。

出典：国連エイズ合同計画、Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2004 のデータにもとづくユニセフの計算。

HIV / エイズは、その影響をもっとも強く受けている国々の子どもたちに大打撃を与えている

HIV / エイズとの闘いはミレニアム開発目標が目指す中心的目標のひとつであり、ミレニアム開発目標6において個別に取り上げられているものである。HIV / エイズとともに生きる子どもたち、その影響を受けている子どもたち、あるいはその有病率が高い国々で暮らしている子どもたちは、必要不可欠なサービスやケア、保護を受けることができず、排除されるおそれが極端に大きくなる。それというのも、親や教師、ヘルスワーカー、その他の基本的サービスを提供してくれる人たちが病に倒れ、亡くなっていくからである。本来家族は、子どもたちが必要不可欠なサービスから排除されたり危害に晒されることのないよう、子どもたちに必要なものを与え、危険から保護する最初の存在のはずなのだが、HIV / エイズの流行のせいで、家族の社会的・文化的・経済的構造さえもが引き裂かれつつあるのだ。すでにおよそ1,500万人の子どもが、この病気のために親の一方、あるいは両方を失っている。HIVウイルスの影響により、家族やコミュニティ、州、そしてHIV / エイズの影響をもっとも強く受けている国々では、国家全体の健康と発達に対する脅威が増すなかで、さらに数百万人の子どもが脆弱な立場に置かれるようになっている¹²。エイズで親を

失った子どものうち、1,210万人、すなわち8割を超える子どもはサハラ以南のアフリカに住む子どもたちである。これは世界的にみて、同地域におけるHIV感染の負担が突出して重くなっていることを示しているばかりではなく、HIV / エイズの流行が相対的最盛期を迎えていることをも意味している¹³。

親や保護者が長い間HIV / エイズのために健康を崩し、やがて亡くなると、子どもたちは途方もなく大きなプレッシャーに晒されることになる。おとなとしての役割を担い、治療や世話をして家族を支えていくことを強いられるためである。残された子どもたちは、コミュニティや社会から汚名を着せられ、差別を受け、暴力や虐待、搾取を受ける可能性がますます高くなり、数々の理由で学校をやめざるを得なくなるのである。

親や保護者を失って孤児になること、必要不可欠なサービスを受けられなくなること、教育を受ける機会を失うおそれが大きくなることに加え、HIV / エイズは子どもと若者の生存そのものまで脅かしている。毎日1,800人近くの子どもの(15歳未満)がHIVに感染している¹⁴。世界で1年間にHIVに新たに感染する人の13%、HIV / エイズで死亡する人の17%が15歳未満の子どもである¹⁵。HIV / エイズ流行の影響をもっとも強く受けている国々の多くでは、子どもの生存に関して積み上げられてきた成果が後退しており、平均余命も、とくに南部アフリカにおいて劇的に短くなっている¹⁶。

HIV / エイズの流行がさらに多くの国々・人口集団に広がりつつあるいま、子どもたちに最悪の影響が及ぶようになるのはこれからである。2004年には、ほぼ500万人がHIVに感染したと推定されている。1980年代初頭に流行が始まって以来、単年度では最高の感染者数である。世界ではいまや、HIV / エイズとともに生きる人々の3分の1近くを15~24歳の若者が占めている¹⁷。HIV有病率が減少したとしても、それがエイズを原因とする死亡率の低下につながるまでに10年はかかることを踏まえれば、その理由は、主として抗レトロウィルス薬治療の普及が速やかに進まないためであるが、エイズによる死は今後も続き、親を失う子どもの数も増え続けるだろう。HIV / エイズがすでに大流行と呼ばれる規模に達している国々では、HIV / エイズとの闘いはミレニアム開発目標6を達成するためだけではなく、近年の5歳未満児死亡率の上昇、とくに東部・南部アフリカにおける上昇を減少に転じさせるためにも、また、親を失った子どもやその他の権利を侵害されやすい立場に置かれた子どもたちが教育や家族の保護から排除されないようにするためにも、一刻を争う緊急課題なのである。

排除につながりうる 地方レベルの諸要因

全国総計だけでは、排除される子どもたちの全体像を完全にとらえることはできない

子どもの健康と幸福に関わる指標の評価は、国レベルで行われることがもっとも多い。これには多くの理由がある。国レベルが各国の統計分析の基本単位であること、全国総計の推計のほうが国より下位の集団に関わる推計よりも一般的に広く入手可能であること、統計の標準化には国レベルの、かつ国が資金を拠出する調査プログラムが必要な場合が多いこと、国際機関もミレニアム・アジェンダに関わる主要な指標について全国総計を収集していることなどである。また、国の中央政府は子どもたちに対する国際的な約束に調印した主体であり、その実施を第一義的に寄託された存在でもある。

しかし、全国総計だけにもとづいて子どもの健康と幸福を評価することには限界がある。全国総計は、その性質上、多数派が置かれている状況をもっとも明確に記述する簡易な算定結果であって、完全な全体像を得ることはできない。一国の一部の子どもが直面している排除についてより完全に理解するためには、全国統計または世帯調査から得られる細分化された指標が必要となる。地域別に、そしてジェンダー、民族的集団その他の主要な側面ごとに細分化されたデータは、排除のリスクを特定するための鍵であり、プログラムの作成にあたってはきわめて有用なものとなる。現在の傾向がそのまま続けばミレニアム開発目標の一部ないしすべてが達成されると、全国平均を見るかぎり期待される国においては、アドボカシー（政策提言）や政策立案のために細分化されたデータを活用することがとくに重要となる。

子どもの健康・幸福に関する細分化された全国統計ないし世帯調査が、すべての国で整っているわけではない。しかし、人口保健調査（DHS）および複数指標クラスター調査（MICS）から得られている証拠はかなり包括的なものであり、明確な結果を示してくれている。すなわち、一国の中においても、地理的要素あるいはその他の要因に沿って、子どもの健康・幸福と発達に相当の格差が存在することが通例だということである。

これらの格差は、相対的な意味での排除を映し出すものであり、ある子どもの健康と幸福の状態を、他の子どもと比較して数量化したものである。たとえば、初等教育出席率・就学率の全国平均が高い国でも、特定の人口集団が社会の周縁に追いやられているために、国内の同出席率・就学率には依然として大きなばらつきがある場合がある。このような国のひとつがベネズエラである。人口



© UNICEF/H002-0255/Thierry Goenen

保健調査と複数指標クラスター調査の調査データが示すところによれば、同国の初等教育純出席率は94%近くに達している。しかし、もっとも貧しい20%の層の世帯では、初等教育就学年齢の子どものうち、初等教育を受けていない子どもがほぼ15%に達するのに対し、最富裕層20%においては、同様の立場に置かれた子どもは2%にも満たない。

子どもにとってもっとも大きな危険のひとつは、ミレニアム開発目標が全国平均にもとづいているために、一国の中に存在するこのような不平等が曖昧にされかねないことである。このような格差はきわめて大きな規模に達する場合があるが、戦略がミレニアム開発目標に基づいて策定・実施されるときには無視されてしまうおそれがある。大多数の子どもたちに、ミレニアム・アジェンダで設定された最低水準の保健ケア・教育が提供されている国ではなおさらである。このような状況にあっては、もっとも特権的な立場に置かれた子どもと必要不可欠なサービスの利用を否定された子どもとの間に存在する大きな格差が原因となって、後者の子どもたちがさらに社会の周縁へと追いやられ、またその格差自体が差別の根本的原因となってしまう可能性もある。



© UNICEF/H000-01-40/Shehzad Noorani

所得の不平等は子どもの生存・発達を脅かす

世帯所得別に細分化されたデータが利用可能なすべての開発途上国で¹⁸、もっとも貧しい20%の層の世帯に暮らす子どもが5歳未満で死亡する確率は、もっとも富裕な20%の層に属する子どもに比べて相当に高い。

ラテンアメリカとカリブ海諸国は、世帯所得の不平等が開発途上国でもっとも大きい地域である。また、この地域の国々は乳幼児死亡率の国内格差がもっとも大きい。5歳未満児死亡率の格差がもっとも大きい国はペルーである。同国では、もっとも貧しい20%の層の世帯に暮らしている子どもが5歳の誕生日を迎える前に死亡する確率は、もっとも富裕な20%の層に属する子どもの5倍に達している。

他の地域では5歳未満児死亡率の格差はこれほど突出していないものの、それでも注目に値するものだ。平均すると、東アジアと太平洋諸国でもっとも貧しい20%の層の世帯に生まれた子どもの死亡率は、もっとも富裕な20%の層に生まれた子どもの3倍、中東・北アフリカ地域では2.5倍、南アジアとCEE/CIS地域では2倍近くにのぼる。ミレニアム開発目標4の達成が確実な、あるいはその達成に向けて順調に進展している国はこれらの地域にも存在するが、それでも、最貧困層の子どもが5歳未満で死亡する確率は最富裕層の子どもの2倍に達する（p.20パネル、「所得格差と子どもの生存」参照）。

国内では、初等教育への就学を妨げる主要な要因のひとつが所得の低さである。開発途上国では、もっとも貧しい20%の層の世帯に属する子ども（初等教育就学年齢）が初等学校に通っていない確率は、もっとも富裕な20%の層に属する子どもの3.2倍に達する。さらに開発途上国では、初等学校に通っていない子どもの77%がもっとも貧しい60%の層の世帯出身である。この格差は、ラテンアメリカ・カリブ海諸国（84%）と東部・南部アフリカ（80%）ではさらに大きくなる¹⁹。

農村部で暮らす子どもと都市貧困層の子どもは排除されやすい

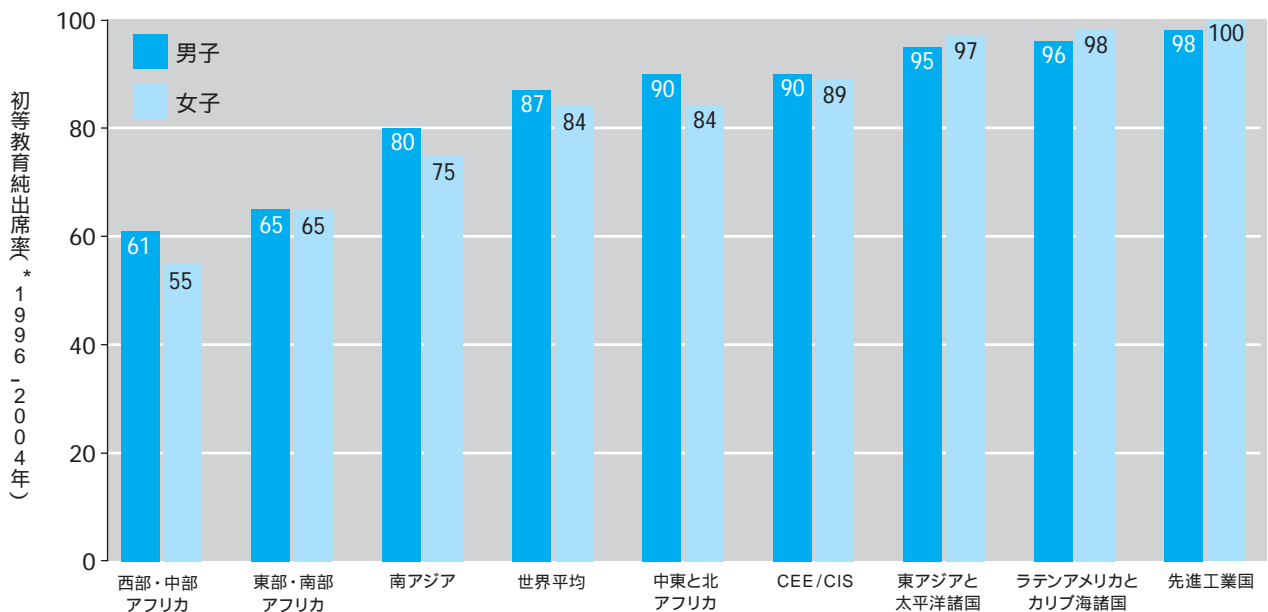
農村部は都市部よりも貧しく、保健ケア・サービスや教育の提供がより困難な傾向がある。したがって、乳幼児死亡率に関する世帯データが入手できる国ではほぼ例外なく、都市部の子どもよりも農村部の子どものほうが5歳未満で死亡する確率が高い。開発途上国では、農村部の子どもの約3割が学校に通っておらず（都市部では18%）また初等学校に通っていない子どもの8割超が農村部在住の子どもたちである。農村部の子どもの通学を妨げる要因としては、学校が遠いこと、親が低い教育しか受けていないか、または正規の教育を重視していない場合があること、政府が優れた教師を地方に誘致できていないことなどが可能性として挙げられる²⁰。

都市コミュニティにおいては、所得不平等にもなって地理的分断が生じることが多い。世界の多くの都市部では、経済的にもっとも貧しい市民はスラム、借地、貧しい一角に住んでいるが、こ

れらの地域は最富裕層が住む場所とは地理的に隔絶されている。世界のスラム人口は9億人を超えており、そのほとんどは安全な飲み水や改善された衛生設備を利用することも、十分な生活空間を確保することもできず、保有権が確保され人間にふさわしい質を備えた住居に住むことができない²¹。このようなコミュニティでは、必要不可欠なサービスや国による保護が深刻なまでに欠如していることが多く、そこに暮らす子どもたちは時として農村部の子どもたちに近いレベルまで排除されることがある²²。

子どもの健康、生存率、学校の出席率・修了率面での格差は、ジェンダー、民族性または障害の有無によっても生じている。これらの格差は、子どもやその親・保護者がより貧しく、サービスの提供もより不十分な地域に住んでいるため、あるいは言語、民族的差別、偏見といった文化的障壁が原因で必要なサービスが受けられないために、サービスの提供対象から直接除外されていることから生じている。

図2.6 一部の地域では、女子のほうが男子よりも初等教育の機会を失う確率が高い



* ここに掲げた期間のうちデータが利用可能な直近の年のデータ。

出典：United Nations Children's Fund, Levels, Trends and Determinants of Primary School Participation and Gender Parity, Working Paper, 2005.

所得格差と子どもの生存

2004年には推定1,050万人の子どもが5歳に達する前に命を落とした^a。そのほとんどは予防可能な病気が原因である。このような不必要な死を削減し、ミレニアム開発目標4 1990年から2015年までの間に乳幼児死亡率を3分の2削減することを達成することは、子どもたちに対するミレニアム・アジェンダの約束を果たそうと活動するすべての者にとって中心的な課題となる。国内の不平等と格差是正への取り組みは、乳幼児死亡率の削減を目

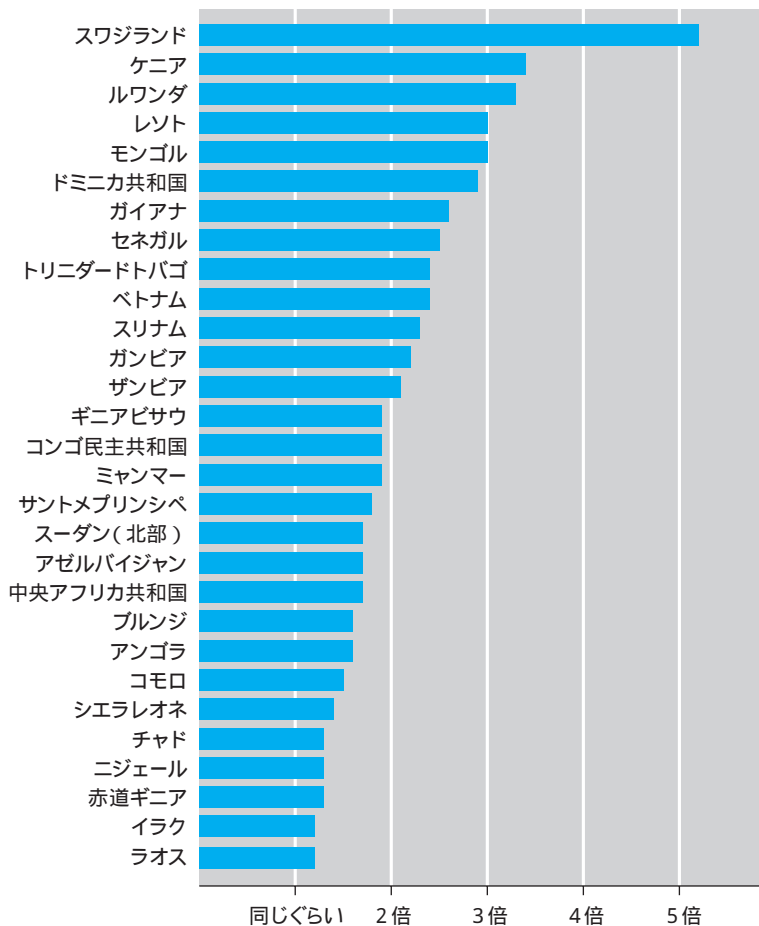
指すあらゆるプログラム・政策の中で、欠かすことのできない要素として取り入れられなければならない。

人口保健調査や複数指標クラスター調査等の調査から世帯データが得られる国では、もっとも貧しい20%の層の世帯で暮らしている子どもがおとなになる前に死を迎える確率は、もっとも富裕な20%の層に属する子どもよりも相当に高いことが明らかとなっている^b。

後発開発途上国では、富裕な家庭でさえ依然として死亡率が高いため、子どもの生存に関わる不平等に貧富の差はそれほどない傾向にある。たとえばサハラ以南のアフリカの国々では、貧困の程度がより緩やかな開発途上国地域に比べ、乳幼児死亡率の格差は小さい。

所得格差は子どもの栄養状態の格差につながることが多い。栄養不良に関わる原因で死亡する5歳未満児は、毎年550万人を超える^c。栄養不良は単に飢えだけの問題ではなく、ビタミンAが欠乏していれば、おなかが空いているわけでもなく低体重でもない場合でも、子どもの免疫システムの弱体化につながる場合がある。栄養不良は、たとえ死に至らない場合でも、子どもの健康と発育に生涯続くダメージを及ぼす可能性があるのだ。

豊かな子どもに比べて 貧しい子どもが低体重になる確率



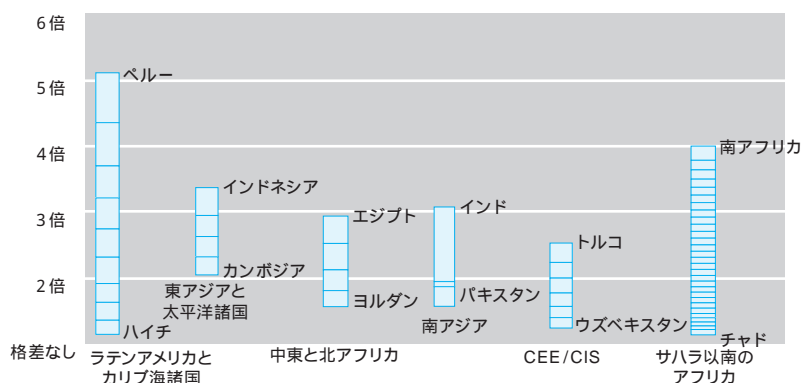
もっとも貧しい20%の層に属する子どもが年齢相応の体重に満たない確率は、データが入手可能な13カ国で2倍を超え、スワジランドでは5倍に達する。

出典：人口保健調査(DHS)と複数指標クラスター調査(MICS)のデータにもとづくユニセフの計算。

貧しい子どもが5歳未満で死亡する確率は、豊かな子どもに比べてどのくらい高いか？*

* 各棒グラフ内の区分線は、それぞれの地域ブロック内の調査対象国を表す。

出典：人口保健調査（DHS）と複数指標クラスター調査（MICS）のデータにもとづくユニセフの計算。

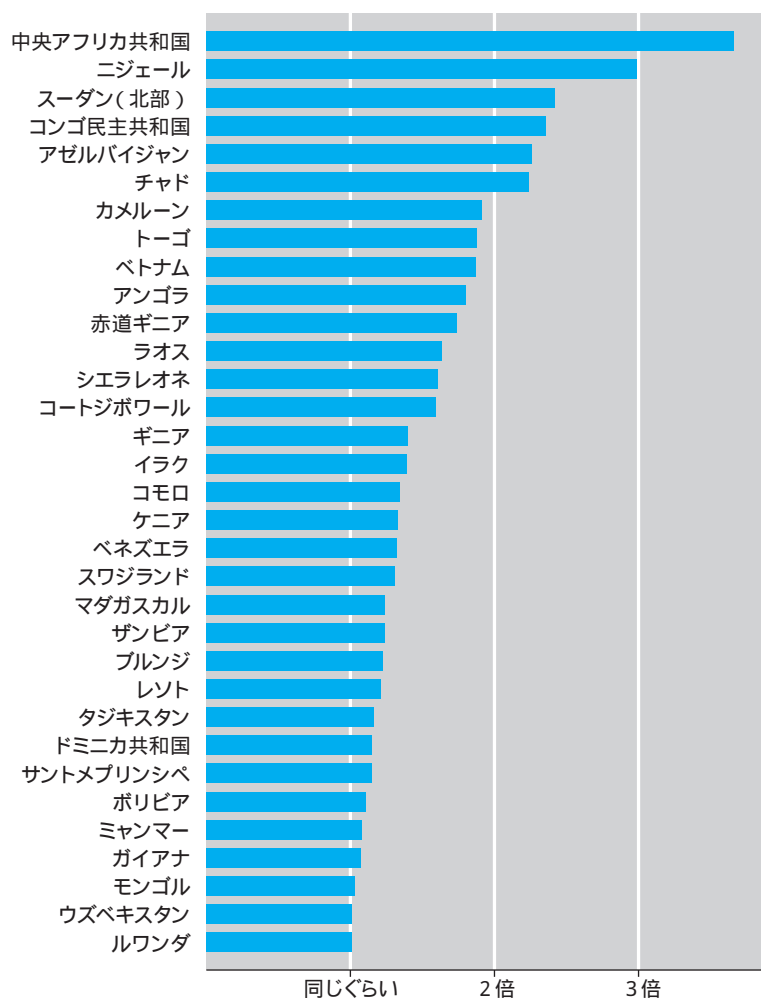


ワクチンで予防可能な病気で死亡する人の数は毎年200万人を超え、うちおよそ140万人は5歳未満の子どもが占めている^d。予防接種対象の拡大という点では世界中できわめて大きな進展があったものの、改善の余地は今なお残っているのが現状である。悲劇的なことに、もっとも貧しい子どもたちは予防接種の面でも不利な立場に置かれている。アゼルバイジャン、中央アフリカ共和国、チャド、コンゴ民主共和国、ニジェール、スーダン北部では、もっとも富裕な層に属する子どもたちがはしかの予防接種を受けた確率は、もっとも貧しい20%の層に属する子どもたちの2倍を超えている。

所得格差是正に向けた対策がとられなければ、たとえ国レベルで目標が達成されたとしても、もっとも貧しい子どもたちが乳幼児死亡率の中に占める割合は人口比に照らして依然として不相応に高いまま推移する可能性が高い。全体的に見ると、所得による細分化が可能な世帯調査データが存在する56カ国中、23カ国で、貧しい子どもが5歳の誕生日を迎える前に死亡する可能性が2倍を超える状況が生じている。そのなかには、国レベルでの目標達成に向けて前進している国もあれば、そうではない国もあるのである。

p.90-91の注参照。

豊かな子どもがはしかの予防接種を受ける確率は、貧しい子どもに比べてどのくらい高いか？



出典：人口保健調査（DHS）と複数指標クラスター調査（MICS）のデータにもとづくユニセフの計算。



© UNICEF/HO99-1146/Tomislav Petrenek

差別により教育から排除される女子

男女差別の問題はミレニアム開発目標3でとくに取り上げられている。そこでは男女平等と女性の地位向上の促進がうたわれるとともに、具体的目標として教育における男女格差の解消が掲げられている。

教育は、交渉を通じて社会で平等な地位を確保するために欠かせない一連の知識、スキル、態度および価値観を身につけることにより、女子にとって（そして男子にとっても）地位向上の機会と自信を深めていくための機会を提供してくれるものである。教育における男女の不平等とは、初等学校に通っていない男子100人につき、やはり初等教育を受けられない女子が117人いるということを表している²³。初等教育における男女格差は1980年以降着実に縮まってきたものの、多くの国は、2005年までに初等教育における男女平等を確保するというミレニアム開発目標3の達成に失敗した。男女格差がもっとも大きい複数の地域では、はるかに大きな前進を遂げなければ、2015年までにすべての子どもが初等教育を修了できるようにするという目標の一環として男女平等を達成することもできなくなるだろう。

中等教育における男女格差はさらに顕著である。ユニセフが調査を行った開発途上国75カ国

のうち、中等教育段階で男女平等を確保するというミレニアム開発目標3の達成に向けて着実に前進している国は22カ国にすぎず、25カ国は目標にはるかに届いていなかった²⁴。男子と比べて女子が教育面で排除されている状況はとくに南アジア、サハラ以南のアフリカ、中東・北アフリカ地域で顕著だが、これは男女差別の存在をもっともはっきり示す統計指標のひとつとなっている。

しかし男女差別は、学校教育における男女格差を示す統計だけではとらえにくく、その統計が示す以上に広く浸透している現象である。どの子どもが必要不可欠なサービスから排除され、ミレニアム・アジェンダから取り残されるおそれがもっとも大きいかを決定づける要因として、大きな役割を果たしているのがジェンダーの問題である。本書で取り上げられている子どもたちの多くは、もちろんジェンダーだけを理由として国際開発の努力の埒外に置かれているわけではないが、脆弱な立場に置かれている理由として、ジェンダーが大きな役割を果たしていることは明らかである。また男女差別により、女性は基本的な保健ケア・サービスを十分に受けることができず、妊産婦・乳幼児死亡率も高くなっているのである。

女性の地位向上の機会が奪われると、その子どもたちも排除されることになる。一般的に、子どもの世話はまず母親がすることが普通である。し

たがって、基本的なサービスや必要不可欠な資源、情報を母親が利用することができなければ、もっとも排除されることになるのは子どもたちにほかならない。男女差別解消に向けた闘いがなかなか進展しない原因としては、男女別に細分化された良質なデータが依然として存在しないこと、国際的にも国内的にも女性プログラムのための財政的・技術的資源が乏しいこと、政治分野への女性進出の不足などを挙げることができる²⁵。

民族性を理由とする差別が広範に広がっている

民族性とは、文化的・社会的・宗教的・言語的特質の組み合わせであり、それが、あるコミュニティに共通する独自のアイデンティティを形成している。これは人間の多様性が自然に表れ出たものであり、人類の強さ、たくましさ、豊かさの源である。しかし子どもが民族性を理由とした差別に晒されるとき、必要不可欠なサービスや保護から排除されるおそれが急激に大きくなる。

世界には約5,000の民族集団があり、200カ国を超える国に、マイノリティに属するとはいえ相当数の民族的・宗教的集団が存在する。ほとんどの国 およそ3分の2 は、人口の少なくとも1割を占める複数の宗教的・民族的集団を擁しているのである²⁶。国境を越えて広がっている民族的集団もある。たとえば、中央・東ヨーロッパのロマ、東南アジアの多くの国に居住する中国系の人々などである。人口の一部のみを占めるマイノリティの民族的集団もあれば、相当の割合を占めていながらも、孤立しているために、またきわめて多く見られるように、歴史的に非常に不利な立場に置かれてきたために、社会における力がほとんどないに等しい民族的集団もある²⁷。

民族的集団に共通しているのは、相当な程度まで社会の周縁に追いやられ、差別に直面しているということである。自己のアイデンティティのために不利な立場を経験している集団に属する人々はおよそ9億人にのぼり、3億5,900万人は信仰する宗教に制限を加えられている。また、言語に関わる制約、ないし差別に直面している人々は世界中で約3億3,400万人にのぼる。たとえばサハラ以南のアフリカでは、もっとも一般的に使用されている言語とは異なる言葉が公用語とされている国が30カ国を超え（この30カ国に同地域の人口の8割が居住している）、またこれらの国々では、初等教育で母語による授業を受けている子どもは13%にすぎない²⁸。

民族性を理由とする差別は子どもたちの自尊心や自信を蝕み、すべての子どもに生まれながらの権利として約束されている成長・発達の機会を奪いかねない。コミュニティや制度レベルでの偏見により、民族的集団に属する者の機会が制限され



© UNICEF/HCOI-0675/Alejandro Belaguer

てしまうこともある。職業選択・昇進、公職という立場の獲得、コミュニティでのリーダーシップなどの面でも、民族的マイノリティに属する人々は社会への参加を制限される場合がある。たとえば法律では偏見や排除が禁じられていても、である。民族性を理由とする排除は武力紛争に、はては民族抗争にさえつながりかねない。2003年以降スーダンのダルフルで行われてきた、民族を理由とする残虐行為はその証である。

ロマのコミュニティと子どもたちの周縁化

ロマはヨーロッパ最大の、そしてもっとも権利を侵害されやすい立場に置かれたマイノリティであり、その数は推定で700~900万人にのぼる。ロマには歴史的裏づけのある故国がないため、そのおよそ7割は中央・東ヨーロッパ(CEE)と旧ソ連諸国に暮らしており、また8割近くが2004年に欧州連合(EU)に加盟した国、またはEU加盟交渉中の国に暮らしている⁹。

ロマは何世紀にもわたってあらゆる側面の社会的・政治的・経済的・地理的排除の影響を受けており、その排除はあからさまな民族差別の形態をとってきた。劣等で危険な人々であるという偏見と恐怖の目で見られるロマの人々は、社会の他の人々から隔離されて孤立地区で暮らす傾向があり、レストランその他の公共の場所に立ち入ることさえ認められないことがある⁹。

ロマはまた、中央・東ヨーロッパではもっとも貧しい文化的集団のひとつである。研究によれば、ブルガリアに暮らすロマの84%、ルーマニアに暮らすロマの88%が国の貧困ラインに満たない暮らしを送っている。ハンガリーではその割合がさらに高く、国の貧困ラインに満たない生活をしているロマは91%に達している⁹。限られた教育しか受けていないこと、スキルの水準が低いこと、労働市場で差別が行われていることにより、ロマの居住区によっては常時正規就労している者がひとりもないことさえある⁹。普通学校とは別の学校に通

うか、普通学校に通っていても隔離されているロマの子どもは多い。地理的・社会経済的隔離のために、ロマ専用の学校の教室はロマの子どもでぎゅうぎゅう詰めである⁹。

中央・東ヨーロッパで暮らすロマの子ども75%までもが知的障害児対象の特殊学校に入れられているが¹、これは真に健康上の理由からではない。当たり前に行われているこの慣行は、特殊教育にともなう経済的利益に関連したものである。CEE諸国の一部では、知的障害のある子どもを対象とする学校に入れられた子どもは、給食手当や教材が支給され、通学のための移動手段も面倒をみてもらえるのに加え、寄宿舎に入ることもできる。ロマの親は、自分の行動が長期的にどのような結果をもたらすことになるのか十分に理解しないまま、子どもを特殊学校に入れることに同意するケースが多い。また、これを理解していたとしても、他に選択肢はないと考える家庭もある⁹。

民間助成財団のオープン・ソサエティ財団(ブダペスト)が2001年に行った研究によると、ブルガリア、チェコ、ハンガリー、スロバキアで特殊学校に入学させられたロマの子ども(第2学年)の64%は、「知的障害がある」と見なされていた。これらの生徒の過半数は、特殊教育パイロット・クラスに入れられると、普通教育のカリキュラム要件を2年で満たすことができた¹。

これだけでも憂慮すべき事態だが、これで排除の全体像が描き出されているわけではけっしてない。たとえばセルビア・モンテネグロでは、もっとも排除されている子どもたちが教育に関する全国統計に必ずしも含まれていない。もっとも多くのロマ(100~200万人)が暮らすルーマニアでは、ロマの女子に影響を及ぼしている諸問題に対処する動きはいまだにない。さらにボスニア・ヘルツェゴビナでは、ロマの子どもは時々しか学校に現れず、初等学校の高学年や中等学校ではほぼ完全に姿が見えない状況である。

教育制度だけがロマの子どもたちを見捨てているのではない。ルーマニアでは、医療施設に捨てられる子どもの半数以上57%がロマの出身である。健康保険に加入するために必要とされる適切な身元証明書類や出生証明書がないことが多いため、ロマのコミュニティとその子どもたちが保健ケア・サービスを利用できる機会はきわめて限られており、国の福祉やその他の所得移転給付金に強く依存することになっている。ルーマニアでは、ロマの男女が健康保険に加入したりかかりつけの医者を決めている確率は、ロマ以外のルーマニア国民に比べて低い。

このような状況に対応するための努力が進行中である。オープン・ソサエティ財団が子ども・青年プログラム(ニューヨーク)と共同で進めているプロジェクト「ロ

先住民族の子どもは社会への全面的参加を妨げる複合的要因に直面することがある

先住民族には民族的マイノリティと共通する多くの特質があり、共通の経験も重ねているが、後者とははっきり区別されている。先住民族コミュニティは、民族的マイノリティに比べ、特定の領地および自分たちの歴史に結びついた固有の文化に対する権利を強く主張することが多い。また、自分たち自身の言語、文化、そして自らが暮らす社会の支配的傾向とははっきり異なる社会組織を維持しているのが一般的である。先住民族であることを自覚し、他の集団からもそのように見なされることも多い²⁹。ポリビア、デンマーク(グリーンランド)、グアテマラのように、国によっては人口の過半数を占める場合もある。70カ国を超える国々に約3億人の先住民族が存在し、そのうちおよそ半数はアジア在住である³⁰。

先住民族の子どもは文化的差別を受けたり、経済的・政治的に社会の周縁に追いやられる場合がある。出生時に登録される確率が低いことも多いほか、健康状態が悪かったり、教育を受ける機会が少なかったり、虐待・暴力・搾取を受けやすくなる傾向が強い³¹。子どもの権利委員会は、オーストラリア、バングラデシュ、ブルンジ、チリ、エクアドル、インド、日本、ベネズエラで先住民族の子どもたちが置かれている状態について懸念を表明してきた³²。先住民族の子どもたちは、とくに出生登録の面、教育や保健ケア・サービスの利用といった面で、依然として子どもの権利条約で保障された権利を認められていないことが多い。

先住民族の子どもたちが全国平均と比べて生存、保健ケア・サービス、教育に対する権利をどの程度否定されているか、という点に関する情報

マ教育イニシアティブ (REI)」は、2002年に始まった3年間のプロジェクトを通じ、CEE諸国の学校制度における差別を解消しよう。ロマの子どもたちを特殊学校から正規の教育制度に再統合し、他の子どもたちと同等に学校を修了できるようにすることも含む」という試みである¹。スロバキア政府は最近、マイノリティであるロマの問題に対処する一連の戦略を策定した。さらに2004年にはユニセフ・ルーマニア事務所が、「子どもの保護の問題に取り組むルーマニアNGO連合」と連携して「ひとりの子どもも取り残さない(Leave No Child Out)」キャンペーンを開始し、ロマの子どもに対する差別を解消し、教育の機会を提供すべく取り組んでいる。このキャンペーンにより、これまでに同国のロマの約65%に支援の手が差し伸べられた。

p.91の注参照。

生登録の水準が慢性的に低いまま推移するという事態も生じうる。たとえばエクアドルでは、出生証明書を有している5歳未満児の割合が全国平均では89%であるのに対し、アマゾン地方では21%にすぎない³⁵。最寄りの登録所までの距離が遠いこと、証明書の発行費用がかかることも、登録を妨げる重大な要因となりうる。また、先住民族名による子どもの登録が国の法律で禁じられている場合も、出生証明書の取得をためらわせる強力な要因となりかねない。たとえばモロッコでは、アマジグ人はあらかじめ認められたアラブ名で子どもを登録しなければならないのである³⁶ (出生登録から排除されるおそれについて、さらに詳しくは第3章「姿の見えない子どもたち」参照)。

先住民族の子どもたちの就学率はほとんどの国で低い。教育のための施設が乏しいこと、多くの先住民族が住む僻地で働いてくれる有資格教員を、政府が誘致しそこねていること、学校で教える内容の多くが地域コミュニティとは関係がないと受けとめられていること、これらいずれもが、学校教育を受けることをためらわせる要因となっている。通学したとしても、先住民族の子どもは授業で用いられる言葉になじんでいないため、正規の教育を受け始めるにあたって他の子どもたちよりも不利な状況に置かれていることが多い。研究によれば、先住民族の子どもたちの理解が支配的言語を話す子どもに追いつき始めるのは、ようやく第3学年に達してからのことであるとされる³⁷。

は、限られたものしかない。個々の国で行われた事例研究からは、先住民族集団の乳幼児死亡率は国家平均よりも高いことがうかがえる。たとえば丘陵地帯であるカンボジアのラタナキリ州では、乳児死亡率が全国平均の2倍を超え、オーストラリアでは先住民族の乳児死亡率が全体の3倍に達する³³。環境条件、差別、貧困をはじめとする多くの要因がこのような格差を助長している。先住民族の居住地域では、予防可能な病気の予防接種を含む保健ケア・サービスが提供されていないことが多い。たとえばメキシコでは、全国的には10万人あたり推定96.3人の医師がいるのに対し、先住民族が人口の4割以上を占める地域では10万人あたり13.8人の医師しかいない³⁴。

先住民族の子どもは、出生登録に関する情報が母語で用意されていないこともあって、出生時に登録される確率が低い。これにより、子どもの出

私は生まれてから2週間を、ブレイマーハーフェン（ドイツ）にある米軍基地内の新生児集中治療室で過ごした。私が最初の自発呼吸をしてからまもなく、若い大尉が父にこう言ったという。この子は世界中のたいいていの人が山の上に連れていって、そこに置き去りにしてくるような状態ですよ、と。

その状態とは骨形成不全症と呼ばれる非常に珍しい先天的な骨の病気で、世界でも0.008%の人しかかからないものである³。骨がもろくなって骨折しやすくなり、極端な場合には死に至る。私の場合は中度のもので、これまでに骨折したのは55回だけ。脚を強くするために骨髄に金属棒を入れる手術を12回受けたほか、脊髄がさらに湾曲することを防ぐため、湾曲線に沿って骨を癒合させる治療を試みたこともある。

手術や骨折の身体的苦痛に加え、障害に対する社会的偏見から来る羞恥心や自己蔑視の感情にも悩まされてきた。24歳になって法律を学ぶようになった現在でも、この問題とはあいかわらず格闘している。子どもころは、障害者であるという事実が社会的にどれほど大きな意味を持つものであるのか、よくわからなかった。自分は身体に制約があるだけの、普通の子もだと思っていたからである。それでも、ふとした拍子に骨折してしまうという現実、母にとっても私自身にとってもおそろしく、ストレスに満ちたものだった。幼いころ、母は私が遊んでいるときに骨を折ってしまうのではないかと考え、友だちから私を引き離した。さまざまなけがから回復する間にひとりで過ごした時間がどれくらいか数えてみたところ、7年間という結果が出た。

これには小学校に入学する前の期間が含まれていない。

私が最初に教育というものに接したのは3歳のときのことである。コロラド州（米国）にある、障害児だけの就学前施設に通うようになったのだ。同世代の子どもと交流できるのは素敵なことだと思っていたが、私たちの社交能力は、他の子どもたちがはるかに重大な障害を抱えていたために限られたものでしかなかった。数年後にカリフォルニア州に引っ越すと、健常児とともに学ぶ唯一の障害児として小学校に通い始めた。人間的交流をするという、私がとても必要としていた機会が与えられたので、学校は大好きだった。それでも障害のために友人づきあいから孤立していると感じる場面はあり、とくに学校の枠を超えて友だちと交流しようというときにはそれを感じたものである。

8歳になると、脚に改めて金属棒を挿入する治療を受けたあと、最高水準の理学療法を受けるために障害児学校に送られた。すばらしい理学療法を受けることはできたが、教育はせいぜい補習のレベルに留まっていた。小学校1年生のときに勉強したことを改めて教わったのである。精神的にはよい休息になったが、その期間が1年しか続かなかったのは私にとって幸運だったし、うれしかった。

私はカリフォルニアの山麓地帯にある小さな小学校に戻り、同じような知的レベルの人々と交流できるようになって満足した。友人関係を広げ始めたが、脊髄固定術を受けるために1年ほど学校を離れなければならなかった。療養中は1日に1時間程度、家庭教師の授業を受けた。またしても精神的刺激がない日々を経験することになったのである。

1990年代初頭は医学的に大きな問題を

経験することなく数年間を過ごし、学校に通い続けることができた。しかし思春期を迎えて、その年齢の子どもがみんなそうであるように、身体の変化を意識し、他の人に身体的魅力を感じるようになる、事態は悪い方向に向かっていった。性的魅力を感じるようになる速さは同世代の子どもと同じだったのに、こうした感情を持つ時期とそれを表現できるようになる時期との間にはかなりの時間差があったのである。私はどうしたらいいのかわからず、孤独を感じ、自分自身と世界に対して怒りを覚えた。

私は自分の身体に対する嫌悪感を内に隠すようにしたのだが、この嫌悪感は、メディアと社会的偏見が形作った、標準化された美的基準と自分とを比べることで湧き起こってきたものだ、といまになって思う。障害者の人間性を表現した前向きなイメージはどこにもなく、私たちは憐れみや同情を喚起するモノとして描かれているだけだった。私の自尊心は急激に衰退し、絶望感から逃れることは決してできないと感じていた。こうした強烈な感情をさらにひどくさせたのが、仲のよい友だちみんなから離れて街の反対側にある学校に通わなければならないことだった。友だちが入学する学校は、障害のある生徒が通える学校ではなかったためである。

こうした感情は、国を横断してサウスカロライナ州の小さな街に引っ越しても、魔法のように消えてしまうわけにはいかなかった。というよりも、逆に強くなってしまったのだ。私は11歳から16歳まで自分のことが大きらいで、鏡を見るとうんざりした。この時期のことは、いまだに私のなかに名残りをとどめ、けっして癒されることのない心の痛みをいまも感じる。

人生の目的がはっきりしたのは、フロリダ大学に通うようになってからである。私は学生として障害者運動への情熱を感じるようになった。障害者の平等、美、誇りといった問題についての議論を通じて、私はこうした考え方を内面化し、障害者にとっての前向きな変化を喚起したいと考えようようになった。それ以来、ノルウェーで開かれた障害者の権利に関する国際会議に米国代表として2回出席する機会を得たほか、国連やりハビリテーション・インターナショナルを通じて報告書を発表したり、障害者とともに生きるさまざまな有名人を招いて大規模なキャンパス・イベントを開催したりしている。

このような経験を通じて、私は障害に関わる偏見がいかに世界中で社会的・経済的抑圧につながっているかを理解するようになった。現実には圧倒的多数の人々（米国だけでも約80%）が人生のいずれかの時点で障害者になるのである¹⁾。私は全国的なロビー団体を作り、確立された法制度の枠内で活動するだけではなく、障害者の社会的アイデンティティを再構築するよう、直接行動を通じて個人・議員・企業を促していきたい。

障害者のための前向きな社会変革は、教育を通じて進めていくことができる。障害者に影響を与えている諸問題についての情報を公立学校のカリキュラムに含めることもできるし、人種差別やセクシュアル・ハラスメントに関する研修と同じように、こうした問題に関する意識啓発のための研修を大企業に義務付けてもよいだろう。政府は、障害者問題についての学習歴を公務員雇用の条件に含めなければならない。人々が他の集団について否定的な考えを持つようになるのは、意識と知識が欠けているた

めであることが多いのである。

意識革命の必要性は二重に存在しており、健常者の間にも障害者の間にもある。私たちは、自分たちのなかに美を見出すことができないために、自分の障害に関わる否定的偏見を内面化してしまっていることがあまりにも多い。私はこれまで生きてきたほとんどの期間、自分以外に障害者を知らなかった。鏡をのぞきこみ、普通に美しいと言われている人とは異なる姿をそこに見て、それでもなお美を見出すことは本当にむずかしかった。社会が私たちの能力や長所を受け入れなければならないのと同じぐらい、私たち自身もまた内面的誇りを持つ必要がある。これを自覚したことは、私が障害者の美に関する本をまとめるきっかけとなった。有名・無名を問わず、さまざまな障害者のインタビューと写真を集めたものである。この本は、私が長年にわたって格闘してきたのと同じように、自分自身の美を見出すために格闘しているすべての障害者に捧げられることになる。

私は、子どものころ、そしておとなになってもしばらくは不全感や羞恥心に悩み、それを克服しようと何年にもわたって奮闘してきた。しかしいまでは、障害があることは私にとって何よりも素晴らしいことだと考えている。障害がなければ、いままで経験してきた素晴らしい機会が与えられることはけっしてなかっただろう。こうした機会が与えられ、自分の存在に誇りが持てるようになったのは、16歳のときに父親の家に移住するという重要な出来事があったおかげである。父は私の人間性を認め、運転を教えてくれたり仕事を見つけるのを支えてくれたりして、人間性が花開くよう励ましてくれた。母がけっして許してくれなかった自由を、父は認めてくれた。そのお

かげで、私は自分自身が愛することのできるアイデンティティを築き上げていった。ようやく自分を好きになれたことは最高の幸せだ。障害児を持つ他の親にとっても、子どもが独立心を持てるようにしてあげることがとても重要である。自立のために必要なことだからだ。私の望みは、父が私にしてくれたように、地域で生きる障害者に手を差し伸べることである。これからは、私のような若者が、障害があることを恥ずかしく思うことがないように。

ベサニー・スティーブンスはフロリダ大学ロースクールの学生であり、5年前から障害者運動に従事している。彼女が主導したキャンペーンと署名運動により、フロリダ大学では障害のある学生のニーズに配慮した試験場が設置された。障害者学生連盟の代表を務めるほか、デルタ・シグマ・オミクロン（訳注：障害者学生の互助団体）を創設し、最近では同大学で開催された「障害者運動の構築」会議の責任者を務めた。

p. 91の注参照。



© UNICEF/HO04-0971/Giacomo Pirozzi

ネグレクト（放棄）と偏見は障害児の排除につながる可能性がある

世界には推定1億5,000万人の障害児があり、そのほとんどは排除の現実の中で暮らしている。開発途上国の障害児の圧倒的多数はリハビリのための保健ケアや支援サービスを利用することができず、多くは正規の教育を受けることもできない³⁸。多くの場合、障害児はコミュニティでの生活から当たり前のように除外されている。あからさまに遠ざけられたり虐待されたりはしていなくとも、十分なケアを受けられないまま放置されることが多い。障害児のために特別の対応がとられる場合でも、それが施設への隔離をとまうことがいまだに多い。たとえば中央・東ヨーロッパ諸国では、政治的移行期の始まり以来、公的施設で暮らす障害児の割合が上昇している³⁹。

開発途上国の人々が負っている多くの障害は、とくに乳幼児期に必要な財・サービスを受けられなかったことが直接の原因となっている。産前ケアが提供されなければ障害が発生するおそれは大くなるし、栄養不良になれば、発育不全を起こしたり病気への抵抗力が低下することもありうる。栄養状態が悪かったりワクチンが足りないために生ずる障害は、協調のとれた行動とドナーによる支援で対応することが可能である。ポリオ 過去には身体的障害の主要な原因のひとつであった に対する世界的取り組みのおかげでその発生件数は劇的に減少し、「世界ポリオ撲滅計画」が始まった1988年には35万件であったのが2004年末には1,255件となった⁴⁰。ポリオが流行しているのはいまや6カ国 アフガニスタン、エジプト、インド、ニジェール、ナイジェリア、パキスタン にすぎない（ただしいくつかの国では感染の再発生が見られる）。しかし、このような目覚ましい進展にも関わらず、いまだにすべての子どもに手が差し伸べられているわけではなく、すべての子どもがひとり残らず予防接種を受けられるようになるまでは、せっかくの成果が後退するおそれは残ったままである。

このほか、毎年25～50万人の子どもが、ビタミンA欠乏症で視力を失っているが、これはわずか数セントしかかからない経口ビタミン剤（4～6カ月に1度投与）で容易に予防することが可能なのである⁴¹。子どもが危険な労働に従事したり兵士として徴用されれば、障害につながるけがを負うおそれが大いに高まる。すでに紛争状態にはない国でさえ、地雷や爆発性戦争残存物（訳注：紛争中に放棄された爆発物・武器、不発弾など）によって手足を失ったり障害を負う子どもがいまだにいる。2002～2003年に地雷による死傷者が発生した65カ国のうち3分の2近くでは、その期間に紛争は起きていなかったのである⁴²。

障害児は、障害の原因や住んでいる場所に関わ

らず、特別な注意を必要とする。障害とともに生きている子どもの場合、学校から、あるいは社会やコミュニティで、はては家庭においてさえ排除されるおそれがあるため、全国総計にもとづく統計の上で目標を定める開発キャンペーンでは忘れ去られてしまう可能性も高いのである。

疎外の根本的原因に対応する

国連ミレニアム・プロジェクト、および国連事務総長の各報告書が提示する、ミレニアム・アジェンダ達成に向けた戦略では、この章で挙げた幅広い要因の多くが取り上げられるとともに、各国政府、ドナー、国際機関に対してこれらの要因への取り組みを呼びかけている。しかし、極度の貧困、武力紛争、脆弱な統治、HIV/エイズ、あらゆる形態の差別に直面している子どもたちが排除されないようにするための具体的措置については、それほど重視されていない。国際社会がいつその努力を傾けているにも関わらず、これらの諸要因が今後10年間も根強く残っていくとすれば、このことはなおさら重大である。

後発開発途上国の子どもたちに特別の注意を向けなければならない

後発開発途上国の特別な ーそして緊急の ニーズへの対応は、近年、国際社会の優先的目標に位置づけられてきた。2001年5月には、「2001～2010年の10年間における後発開発途上国のためのブリュッセル宣言および行動計画」が国連総会で採択されている。しかし計画の進捗状況はその野心的目標にふさわしいものとはなっていない。一部の国々は同計画の個々の目標達成に向けて相当の前進を見せているにも関わらず、後発開発途上国全体で見ると、貧困の根絶および持続可能な開発の促進という目標に向けた進展はごく限られている。

後発開発途上国の貧困を削減するためには、5つの主要な分野でいつその努力を傾けることが必要となろう。国家開発戦略、政府開発援助、債務の全面的免除、公正な貿易およびドナーによるいつその技術的援助である⁴³。2005年には、7月の主要8カ国(G8)首脳会議と9月の世界サミットの場においていくつかの措置に関する合意が成立したことにより、後発開発途上国を対象とした政府開発援助の増額および対外債務負担の削減に向けて若干の進展が期待される。しかし開発戦略を真に実効的かつ持続可能なものとするためには、後発開発途上国人口のおよそ半数を占める子どもたちにいつその焦点を当てることが必要となる。第4章で立証されるように、貧困削減プロセスの、とくに予算の修正を図り、後発開発途上国で暮らす数百万人の子どもたちが直面している剥奪状況を軽減するために必要な社会開発

に、資源を拡充または再配分しなければならない。これに加えて、世界でもっとも窮乏している国々もミレニアム・アジェンダを確実に達成することができるよう、政府開発援助、債務削減および公正な貿易の面で、さらに大胆な取り組みが必要にならう。

子どもと女性を守るために、紛争の解決と防止が必要である

武力紛争の防止と解決は、ミレニアム・アジェンダが目指している平和と安全保障の中心的目標であり、このことはミレニアム宣言の中で詳しく述べられている。武力紛争の被害を受けるおそれのもっとも大きいのは子どもと女性であって1990年以降、武力紛争による民間人死亡者のおよそ8割を子どもと女性が占めている⁴⁴、子どもと女性が保護され、必要不可欠なサービスを受けられるようにするためには、紛争の防止と解決がきわめて重要である。紛争が起こってしまった場合の緊急対応には、必要不可欠なサービス・財の提供のみならず、家族がばらばらに引き裂かれることを避けるとともに、離れ離れになってしまった家族の再会支援、学校教育の再開、子どもの保護の組織化、HIV/エイズの予防を含めなければならない⁴⁵。

「子どもとエイズ」世界キャンペーン

1分に1人、15歳未満の子どもがエイズ関連の疾病で命を失っている^a。1分に1人、15歳未満の子どもがHIV陽性になっている。1分に4人、15~24歳の若者がHIVに感染している^b。

これらの厳然たる事実は、HIV/エイズが子どもと若者に及ぼしているすさまじい影響を裏書きするものである。もっとも大きな打撃を受けているのはサハラ以南のアフリカの子どもたちだが、HIVの流行を阻止し、減少に転じることができないかぎり、HIV感染者の絶対数では、2010年までにアジアがサハラ以南のアフリカを上回ることが確実な情勢である。親を失い、権利を侵害されやすい立場に置かれ、あるいはHIVとともに生きている数百万人の子ども・青少年・若者は、ケアと保護を今すぐ必要としている。HIV感染率およびエイズ関連の死因による死亡率が今後も上昇していけば、たとえ予防・治療プログラムが拡大されたとしても、数十年にわたって危機が続いていくことになる。

HIV/エイズは数百万人の子どもから子ども時代を奪っている。この病気は、貧困、栄養不良、基本的な社会サービスへのアクセスの不十分さ、差別と偏見、男女の不平等、女性・女子の性的搾取をはじめとする排除を引き起こす諸要因を悪化させるのである。

各国政府は、2001年の国連HIV/エイズ特別総会で採択された政治宣言において、HIV/エイズが子どもたちに及ぼす影響に対処していくという決意を表明した。しかし進展は遅々たるものである。子どもたちは、HIV/エイズに関する戦略の起草、政策の策定、予算の配分にあたって見過ごされることが多い。2005年の世界サミットで、世界の指導者らは、予防、ケア、治療、支援および追加的資源の動員を通じてHIV/エイズへの対応を強化すると誓約した。

2005年10月に開始された「子どもと

エイズ」世界キャンペーン 子どもたちのためにエイズと闘おう は、子どもと青少年をHIV/エイズ戦略の対象に含めるだけではなく、その焦点の中心に据えることを目指す共同行動である。このキャンペーンの全般的目的は、2015年までにHIV/エイズの蔓延を阻止し、減少させ始めることを目指すミレニアム開発目標6の達成にある。キャンペーンの目標を達成することができれば、他のミレニアム開発目標にとってもよい結果につながるはずである。

世界全体を対象とするキャンペーンではあるが、そこではもっとも大きな影響を受けているサハラ以南のアフリカ諸国に強い焦点が当てられている。ここは、世界でもっともHIV有病率が高い25カ国中24カ国が集中する地域である^d。キャンペーンでは、国別プログラムのなかで、「4つのP」と呼ばれる主要4分野で子どもに焦点を当てた枠組みを提供することを目指している。

青少年・若者の感染を予防する Prevent infection among adolescents and young people

若者に優しく、ジェンダーに配慮した予防のための情報、ライフスキルおよびサービスへのアクセスを向上させ、利用度を高めることにより、HIV感染リスクを低めるとともに、感染しやすい状況を改善する。

HIVの母子感染を予防する Prevent mother-to-child HIV transmission

妊娠中のHIV陽性の女子・女性から子どもへのウィルス感染を防ぐ、効果的かつ経済的に負担可能なサービスの提供を増やす。HIVに感染した子ども・妊婦に対し、ケア・支援・治療プログラムを優先的に提供する。

小児治療を提供する Provide paediatric treatment

日和見感染症を予防するため、コトリモクサゾールのような経済的に負担可能な小児HIV治療薬を提供する。

HIV/エイズの影響を受けている 子どもを保護・支援する Protect and support children affected by HIV/AIDS

支援を必要とするより多くの子どもたちが、家庭・コミュニティ・政府による良質な支援（教育、保健ケア、出生登録、栄養、心理社会的支援を含む）を確実に受けられるようにする。

「子どもとエイズ」世界キャンペーンには、国際社会のあらゆる部門からパートナーが参加している。キャンペーンが目指すのは、できるだけ多くの人々・組織・機関をその行動の呼びかけのもとに団結させることである。当初から、このキャンペーンは調和を図るための種々のアプローチのなかに位置づけられてきた。とくに、各国政府・国際機関・ドナー・市民社会が一致して支持した「3つの統一（Three Ones）」原則、HIV/エイズとともに生きる300万人の人々に持続可能な治療を提供することを目指す世界保健機関（WHO）と国連エイズ合同計画（UNAIDS）の「スリー・バイ・ファイブ（3 by 5）」イニシアティブ、そして国レベルの貧困削減戦略をこのようなアプローチとして挙げることができる。

各国政府と諸機関、活動家と社会学者、企業とコミュニティ・ワーカー、そしてその他のできるだけ多くの人々がパートナーシップを組み、現在の子世代がHIV/エイズの苦しい負担を背負う最後の世代となるように、キャンペーンを遂行していくことになる。

p.91の注参照。

「脆弱」な国家に暮らす子どもたちを忘れてはならない

「脆弱」な国家には特段の注意を向けることが必要とされる。政府が機能不全に陥っているために、何らかの政策を実施したり、人道援助以外の開発援助を受けるための努力が厄介なものになってしまうためである。とはいえ、こうした国々の政府に――そしてこれらの国々の内部で相当の権限を行使している国家以外の主体に――関与していくことは、そこに暮らす子どもたちを排除から守るためにはきわめて重要な場合が多い。国の失策・過怠を理由に、国際社会がその国の子どもたちを忘れ去ることは、決してあってはならないのである。

HIV / エイズが子どもに及ぼす影響を緩和するための世界的キャンペーンが進行中である

国際社会は、一連のイニシアティブを通じて HIV / エイズと闘うための努力を強化しつつある。このような努力は、この病気の蔓延を食い止め、治療が幅広く利用できるようにするためにきわめて重要である。しかし、HIV / エイズが子どもや青少年、とくに女子に及ぼす影響、そして彼らに感染と排除の両方から保護する方法に、いっそうの注意を向けなければならない。このため、ユニセフとそのパートナー機関・団体は、子どもとエイズに関する世界的キャンペーンを開始した（p.30のパネル参照）。

政府と社会は差別に堂々と立ち向かわなければならない

差別に対する取り組みには多面的なアプローチが必要となる。差別を構成する多くの要素は長年にわたって社会が保持してきた態度に根ざすものであり、政府、市民社会、メディアが正面から向き合いたがらないことがしばしばある。しかし、子どもたちとの約束を果たそうと思うのなら、これに正面から向き合わなければならない。女性・女子、民族的集団、先住民族集団、障害者が直面している排除に対応するための、対象を明確に定めた取り組みが、差別を禁止する法律、これらの集団のニーズおよび福祉に関するいっそうの調査研究とともに必要である。しかしこのような措置を単発的にとるだけでは、差別を少なくするのに役立つだけで、その根本的原因に対処することにはならない。これらの取り組みによって持続的な変革をもたらすためには、差別を助長・容認する社会の態度について――メディアと市民社会を巻き込みながら――目をそらさず、開かれた議論を併行して進めていくことが必要となる。差別によって排除のおそれに直面している子どもたちの未来は、このような勇気ある行動をとることができるかどうかにかかっている。

迅速かつ断固とした行動が必要である

子ども時代は、極度の貧困が根絶され、武力紛争やHIV / エイズの流行が収まり、あるいは差別や不平等を根づかせている態度に政府と社会が堂々と向き合うようになる日を待っていることはできない。いったん過ぎ去れば、子ども時代は二度と取り戻すことができないのである。数百万人の子どもたちの子ども時代と未来は、これらの脅威に対応するために、迅速かつ断固とした行動がいまとられるか否かにかかっている。

極度の貧困と相対的貧困：排除の前兆

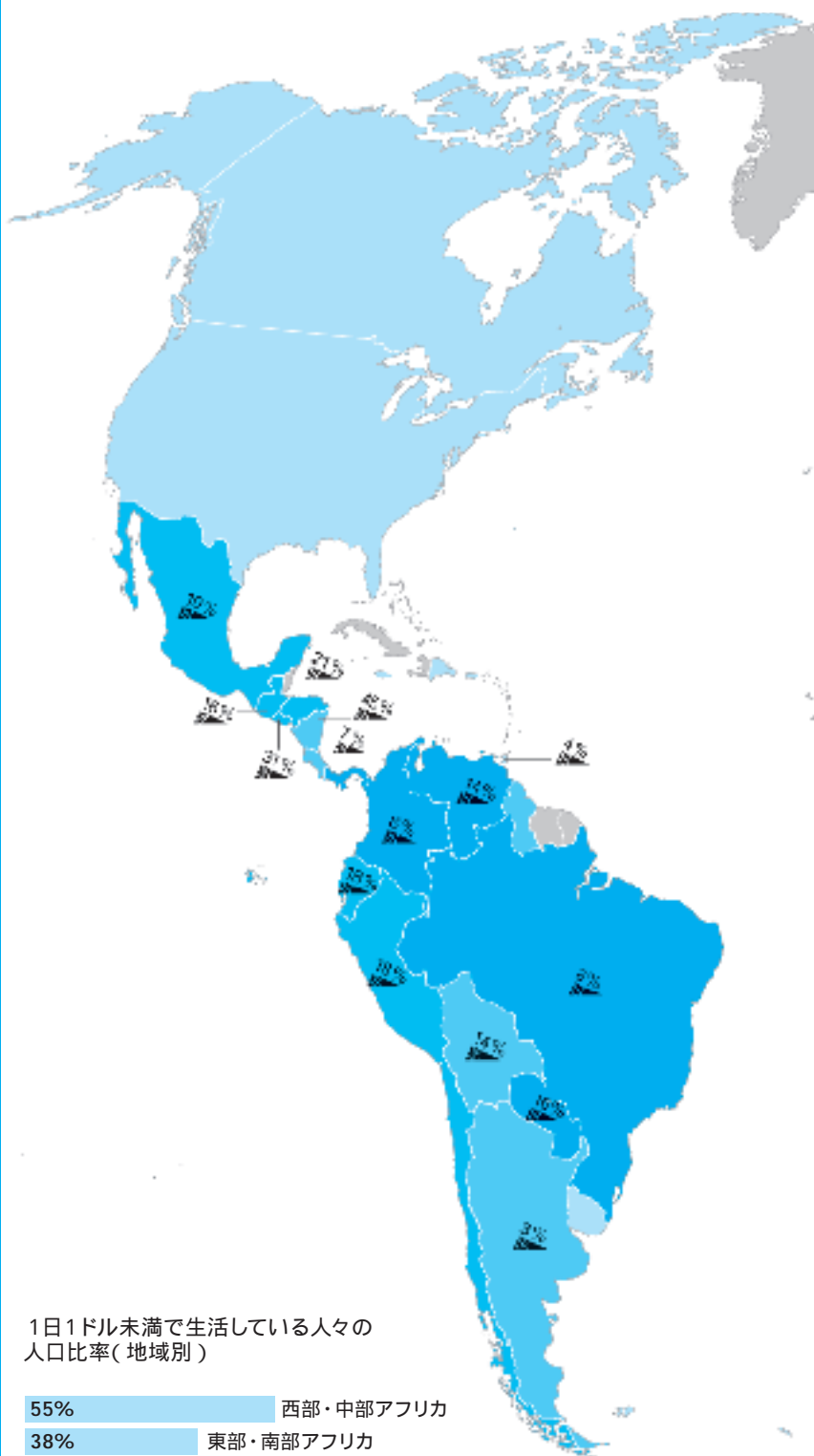
ミレニアム開発目標1は、2015年までに極度の貧困を半減させることに焦点を当てている。貧困を測定するうえでもっとも広く利用されている尺度は1日の所得が1ドル未満の人口比率だが、貧困にはさまざまな定義があり、子どもにもさまざまな形で影響を及ぼしている。子どもはおとなとは異なる形で極度の貧困を経験するのであって、子どもの貧困は世帯所得の観点だけで理解することはできず、対応も子どもが現実を経験していることを考慮に入れたものでなければならない。子どもにとって、貧困とは物質的剥奪であると同時に発達面での剥奪でもあるのだ*。貧困を原因とする排除は、生涯にわたって影響を及ぼしかねない。

しかし、子どもは極度の貧困下で暮らしていなくても排除されていると感じる場合がある。研究が示すところによれば、自分の家族の物質的状況が、コミュニティで「普通」と見なされている世帯とは異なると考えている場合、子どもはその影響を強く感じるのである**。この相対的剥奪の概念は、自分がどの程度裕福であるか、または剥奪された状況にあるか 自分たちにふさわしい、あるいは自分たちが期待できる状況とはどのようなものであるか という判断は、他者との比較を通じてなされるものである、という考え方にもとづいている。国内または領域内での富の配分状況を、社会でもっとも富裕な層ともっとも貧しい層がそれぞれ利用できる資源の差を比較することによって測定するのは、不平等を測る簡単な方法のひとつである。

数百万人の人々が直面している極度の貧困に終止符を打つという目標が達成されたとしても、相対的剥奪 子どもとその家族が直面する不平等と排除 は、平等と社会的流動性を促進する具体的措置が追求されないかぎり続いていくことになる。そのような措置には、教育、保健ケア、そしてすべての子どもの権利を充足するためのその他の介入策に資源を配分することが含まれる。

* UNICEF, State of the World's Children 2005, New York, 2004, p.16. (邦訳『世界子供白書2005』(財)日本ユニセフ協会・2005年)

** たとえばChristian Children's Fund, Children in Poverty: The Voices of Children, 2003参照。

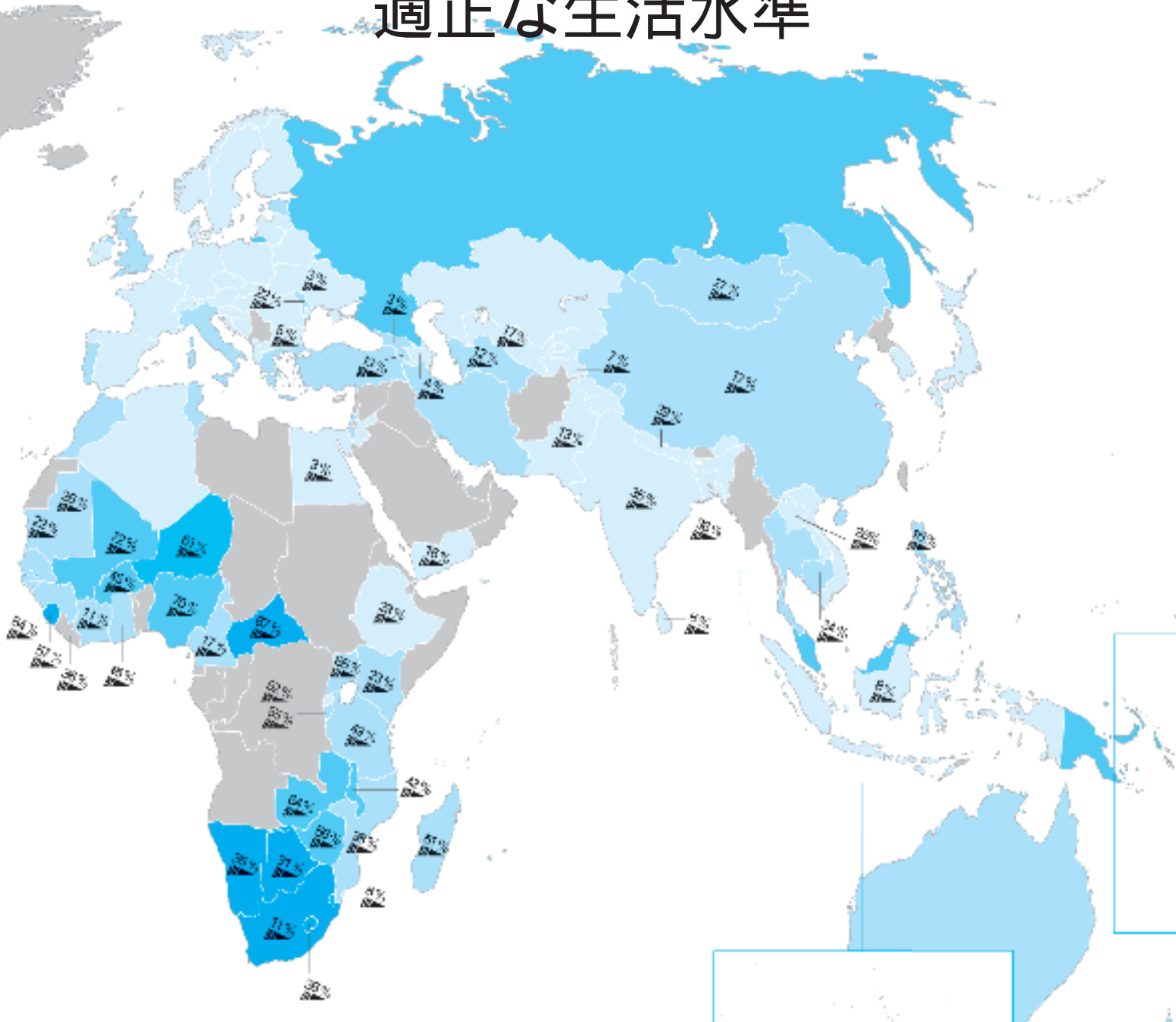


1日1ドル未満で生活している人々の人口比率(地域別)

55%	西部・中部アフリカ
38%	東部・南部アフリカ
33%	南アジア
14%	東アジアと太平洋諸国
10%	ラテンアメリカとカリブ海諸国
4%	中央・東ヨーロッパ
3%	中東と北アフリカ
22%	開発途上国
41%	後発開発途上国
21%	世界平均

出典：統計表7(pp.122-125)で報告されているWorld Bank, 2005 World Development Indicatorsより。

適正な生活水準



所得配分：もっとも富裕な10%と
もっとも貧しい10%の格差

- 0 - 9 倍
- 10 - 19 倍
- 20 - 39 倍
- 40 - 59 倍
- 60 倍以上
- データなし

出典：UNDP Human Development Report 2004。(国連開発計画『人間開発報告書2004』)

1日1ドル未満で生活している人々の
人口比率(2%を超える国)

出典：World Bank, 2005 World Development Indicators.



この地図は、いずれかの国もしくは地域の法的地位または
いずれかの国境の確定に関するユニセフの立場を反映
するものではない。
点線は、インドとパキスタンが合意したジャンムー・カシ
ミールのおおよその統治線を表したものである。ジャン
ムー・カシミールの地位の確定については当事者の合意
が得られていない。