

# 世界子供白書 2007

## Executive Summary〔要旨〕

女性と子ども

ジェンダーの平等がもたらす二重の恩恵

〔暫定翻訳〕

## 目 次

- 第 1 章            平等を求めて
- 第 2 章            家庭における平等
- 第 3 章            雇用の平等
- 第 4 章            政治と政府における平等
- 第 5 章            ジェンダーの平等がもたらす二重の恩恵

### < 統計指標 >

サハラ以南のアフリカ

東部・南部アフリカ

西部・中部アフリカ

中東と北アフリカ

南アジア

東アジアと太平洋諸国

ラテンアメリカとカリブ海諸国

中央・東ヨーロッパ、独立国家共同体（CEE/CIS）

先進工業国

開発途上国

低開発途上国

## 第1章

### 平等を求めて

ミレニアム・アジェンダ（ミレニアム宣言とミレニアム開発目標）の実現にとって、ジェンダーの平等は核である。社会の構成員全員による完全参加が得られない場合、ミレニアム・アジェンダそのものが失敗に終わる危険性があるからである。ミレニアム宣言とミレニアム開発目標には、そして国連そのものの中心には、弱い立場に置かれた人々とくに子どもには、特別のケアと注意が必要であるという認識がある。ジェンダーの平等は、女性のエンパワーメントを通じてその貧困克服に貢献するだけでなく、子どもや家族、コミュニティ、そして国をも支えるものなのである。この観点から見ると、ジェンダーの平等は道義的に正しいばかりでなく、人間の進歩にとっても極めて重要であると言える。

さらに、ジェンダーの平等からは二重の恩恵がもたらされる。つまり、女性と子どもの両方に利益をもたらしてくれるのである。健康で、十分な教育を受け、エンパワーメントを果たした女性の子どもは、女子であれ男子であれ、健康で、教育の機会に恵まれ、自信を持つようになる。家庭での意思決定において女性が強い影響力を持っている場合、子どもの栄養、保健ケア、教育に良い影響を与えることもわかっている。しかし、ジェンダーの平等からもたらされる恩恵は、子どもに直接的な影響を及ぼすだけでは留まらない。ジェンダーの平等なしには、平等、寛容、共同責任に彩られた世界すなわち、「子どもにふさわしい世界」を創り上げることは不可能であろう。

それでも世界のあらゆる地域でジェンダー差別が広範に残っている。それは、女子より男子が好まれる、女子や女性には教育や仕事の機会が制限されている、ジェンダーにもとづく身体的・性的暴力が公然とふるわれるといった形で現れている。そのほかの、より目につきにくいジェンダー差別もまた、同じように有害なものとなりうる。制度的な差別はいつそう認知されにくく、是正しにくい。文化的伝統は、ジェンダーに関する固定的な考え方〔ステレオタイプ〕が広く社会に受け入れられ、問題にされることもなく受け継がれていってしまう中で、社会的排除や差別を世代から世代へと固定化してしまう。

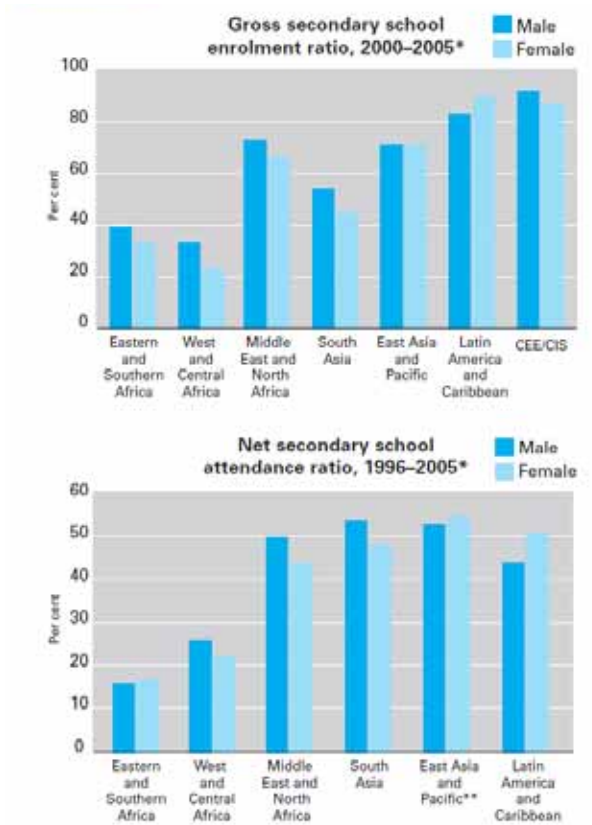
ジェンダーの不平等が深く根付いているとはいえ、「女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（女子差別撤廃条約）」が1979年に国連総会で採択されて以来、女性の地位が向上しているという事実には希望を見出すことができる。今日では、多くの女性や女子が、以前は制限されていた機会を得られるようになった。教育を受ける女子の数が増え、また、多くの地域で労働力に加わる女性、政治に参加する女性が増えている。2005年後半以降、チリやジャマイカ、リベリア、韓国で女性が政府の長に選ばれ、国家の元首または政府の長の座についた女性の総数は全世界で14人になった。

さらに重要なこととして、ジェンダーの平等を支持する人々は、法的・経済的な改革を推進することで、社会的・政治的構図を再編し始めていることが挙げられる。ジェンダーによって人々の選択、機会、課題に差が出るという事実は今も変わらないが、世界の多くの場所で、2007年に生まれた女子の未来は、女子差別撤廃条約が採択された1979年に生まれた女子の未来よりもおそらく明るいものとなるだろう。

こうした前進に依拠することが、ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントのみならず、持続可能な開発を実現するためにも重要となる。そのためには、女性と子どもの生活を形づくる3つの分野——家庭の中、職場、そして政治の分野——での重要な意思決定において、女性の影響力を増大させる必要がある。これらの分野のいずれかにおいて何かしらの改善が見られれば、ほかの分野での女性の平等にもその影響が及び、子どもの健康と発達に深く前向きな影響を与えることができるのである。

『世界子供白書 2007』では、今日の女性が置かれている状況と、多くの女性がその生涯を通して直面する差別やディスエンパワーメントを分析する。本報告書では、ジェンダーの平等がすべてのミレニアム開発目標の達成にどのように寄与し、女性の権利に投資することによって——教育や財政措置、立法、議会におけるクォータ（議席割り当て）制、男性と男子の参加、女性による女性のエンパワーメント、研究とデータ収集の改善を通じて——いかに二重の恩恵、すなわち、女性と子ども双方の権利推進がもたらされるのか、という点について述べている。

多くの開発途上国では、男子より女子のほうが  
中等教育を受けられない可能性が高い



【グラフ上】

中等教育総就学率(2000-2005 年\*)

(単位: %)

男子 女子

【地域名. グラフ左から】

東部・南部アフリカ

西部・中部アフリカ

中東・北アフリカ

南アジア

東アジアと太平洋諸国

ラテンアメリカとカリブ海諸国

CEE/CIS

【グラフ下】

中等教育純出席率(1996-2005 年\*)

(単位: %)

男子 女子

【地域名. グラフ左から】

東部・南部アフリカ

西部・中部アフリカ

中東・北アフリカ

南アジア

東アジアと太平洋諸国\*\*

ラテンアメリカとカリブ海諸国

注: 中等教育総就学率は、年齢に関わらず中等学校に就学する子どもの人数を、公式の就学年齢に相当する子どもの人口で割ったもの。中等教育純出席率とは、公式の中等教育就学年齢に相当する子どものうち、中等教育に通学する者の比率。データは国別世帯調査で得られたもの。

\* データは指定期間内に得られた最も最近の年次のもの。

\*\* 中国を除く

出典: 中等教育総就学率: UNESCO Institute of Statistics. 中等教育純出席率: 人口保健調査と複数指標クラスター調査。基礎データは『世界子供白書 2007』の統計表に記載されている。

## 第2章

### 家庭における平等

子どもにとって、世界で一番重要な行動主体は政治的指導者でも開発機関のトップでもなく、家族のことで日々重要な決定を行う両親や養育者たちである。家庭内の意思決定において、男性と女性は往々にして異なる役割を担い、何を優先させるかという判断において異なる順位を持っていることが調査から伺える。女性は一般的に、福祉関連の目標により重きを置き、自らの影響力や自分の自由になる資源（リソース）を、家族、とくに子どもたちのニーズを満たすために活用する傾向がある。

家庭内の意思決定は交渉の過程を経て行われ、この交渉は多くの場合、女性より男性にとって有利なものになっていることを示す証拠がますます増えつつある。

- 人口保健調査（DHS）のデータによれば、家庭内のすべての意思決定に参加できた女性が50%以上いた国は、調査の対象となった開発途上国30カ国中、わずか10カ国にとどまっている。この意思決定とは、日々の家計支出や大きな買い物、女性自身の保健ケアや自宅外にいる友人・親戚への訪問などに関する意思決定である。
- 意思決定プロセスにおける女性の影響力を決定する要因としては、所得や資産が自由になるかどうか、結婚年齢、教育レベルなどが含まれる。先進工業国と開発途上国の両方で、女性は収入獲得の機会や資産の所有・管理の面で相変わらず男性よりも不利な立場にある。世界から集めたデータによれば、夫の初婚年齢は妻の初婚年齢よりも高い傾向にあり、その年齢差は早婚（パートナーのひとり、あるいは二人が18歳未満であるような慣習的、または法的な結びつきの状態と定義される）の場合においてもっとも大きいことがわかっている。開発途上国40カ国で行われた調査によると、平均すると、男性のほうが女性よりも、より多くの時間を教育に割いていることが明らかになっている。
- 家庭内での男女の交渉力の力関係を決める鍵となるのが、教育レベル、収入や資産の所有権、年齢差といった要因である。ほぼ間違いなく、同様に重要な要素となるのが家庭内暴力の脅威である。身体的・性的暴力やその他の虐待はさまざまな家庭環境の中で、さまざまな形をとって行われているが、そのような行為は主におとなの男性が加害者となり、女性や女子がその被害を受けていることを示す証拠が数多くある。家庭内暴力は、被害者の身体的健康と感情面の健康を損ない、家庭の中で従属的な立場を強いることが多く、また経済的にも不安定な状態に甘んじさせることが多い。

女性が家庭の意思決定から排除されると、女性自身だけでなく、子どもにとっても深刻な影響がおよぶ可能性がある。女性が主な意思決定を行う家庭では、そうでない家庭に比べて、子どもに割り当てられる資源の比率が格段に大きくなるのである。

- 開発途上国で行った事例研究によると、家庭内の意思決定に強い影響力を有する女性がいると、子どもの栄養状態が格段に良くなるということが明らかになっている。同様に、女性が教育を受けているとさまざまな面で子どもにとっての恩恵が得られ、生存率が高まり、栄養状態や学校の出席率も改善する。
- 国際食糧政策研究所( International Food Policy Research Institute )の調査によると、男性と女性が意思決定に平等の影響力を行使できるようになれば、南アジアの 3 歳未満児の低体重児発生率は最大 13 ポイント下がり、同地域の栄養不良児の数が 1,340 万人減ると予測されている。同じくサハラ以南のアフリカでは、170 万人の子どもたちの栄養状態が適切になるといわれている。
- 意思決定に強い影響を及ぼすことができる女性は、家族にとってより良い保健ケアを推進することができる。インドとネパールから得られた証拠が示すように、世帯間の教育程度や経済状況の違いを考慮に入れても、女性が家庭の意思決定に参加することができれば、子どもの発育不全が減少し、子どもの死亡率が低下することにつながるのである。
- 家庭内での女性のエンパワーメントが果たされれば、その子ども とくに女子が学校に通えるようになる可能性が高まることになる。一部の開発途上国で行われたユニセフの調査によると、教育を受けていない女性を母親に持つ子どもは、小学校に通った女性を母親に持つ子どもに比べ、学校に通っていない割合が平均して少なくとも 2 倍になっているのである。

男女平等の意思決定を推進するには、男性が重要な役割を担っている。家事や子どもの世話を分担するといった、簡単で直接的な方法を通じて、男性は家庭やコミュニティにおけるジェンダー差別の根絶に貢献することができるのである。

変化をもたらすためのもっとも重要な触媒となるのが女性自身である。自らが暮らすコミュニティの中で差別的な態度と闘い、これを許さないことで、女性グループは、これから何世代にもわたって、女子と女性の権利を促進することができるのである。

## 第3章

### 雇用の平等

労働に従事する女性がここ数十年の間に大幅に増える一方、女性の労働条件の改善、女性の無償労働（アンペイド・ワーク）に対する認識、財産権や遺産相続権についての慣習・法律面での差別の撤廃、育児への支援提供といった面では前進の度合いがはるかに小さい。収入を得る機会、収入を管理する機会を男女共に平等に保障することができれば、女性の権利を実現する上で大切な一步となる。それ以上に、女性が社会的・経済的権利を十分に享受することができれば、子どもの権利もまた実現しやすくなるのである。

- 多くの女性にとって、家庭内で家族のために行う無償労働が労働時間のほとんどを占めており、報酬を伴う雇用労働が占める時間はこれよりはるかに少ない。労働市場に参加して有給雇用労働に従事していても、女性は家事のほとんどを担わされている。例えば、メキシコでは、有給雇用労働に従事している女性は、家事労働にも週に33時間の時間をとられている。それに比べ、男性が家事労働に従事する時間は週にわずか6時間に留まっている。
- 女性が家庭外で働く場合、平均的に見て、収入は男性よりもはるかに少ない。名目賃金に関する男女別のデータは少ないが、入手可能なデータを見ると、女性の名目賃金は地域に関らず男性より約20%低くなっている。さらに女性は、収入が少なく、経済的にもほとんど安定しておらず、社会給付もほとんどあるいは全くない、より不安定な雇用形態で働くことが多い。
- 女性は、男性より収入が少ないばかりか、所有する資産も男性に比べて少ない傾向がある。男性より給与が少なく、家に入る収入を自由に扱えないために、資産を形成しにくいからである。財産権や遺産相続権に関する法律の面で、またそのほかの資産形成手段の面でもジェンダーによる偏りがあるために、女性や子どもは貧困に陥る危険性が高い。

女性が働く場所も子どもにとっては重要な問題となる。女性が有給雇用労働に携わっているからといって、それが自動的に子どもにとって良い結果をもたらすとは限らないからである。

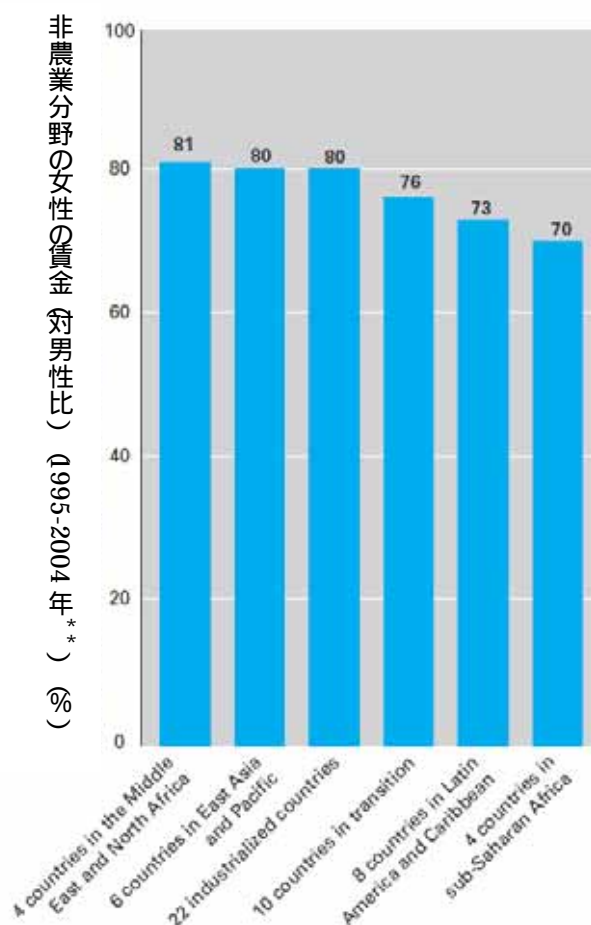
- 女性が家庭の外で働くのにどれだけの時間を費やしているか、どのような条件で雇われているか、女性が働いて得た収入の使い道を決めるのは誰か、あるいは子どもの養育にかかる費用やその質といった諸要因によって、女性の雇用が自分自身の、そして子どもの安寧にもたらす影響は変わってくるのである。



- 多くの国で、国によるサービスの提供や補助金がないために、質の高い保育は低所得世帯にとって費用が高すぎ、手が届かないままである。親は、自分が働いている間の子どもの面倒をみてもらうために、しばしば拡大家族（同居・近居している親類縁者）や年上の子どもたち、とくに女子を頼ることになる。その場合、年上の子どもたちは学校に行くことを諦めなければならないことが多い。

働く女性に対する姿勢を変えるには、多面的なアプローチが必要となる。政府は立法面、財政面、行政面で、女性の起業と労働市場への参加を可能にするようなしっかりした環境を整えるための措置をとるべきである。社会政策の面では、職場における差別に対処し、女性と男性が共に仕事と家庭での責任を両立できるよう、対策を推進すべきである。子どもについては、女子と男子がおとなになってから平等に収入を得られるように、教育を平等に受けられるようにすることが戦略としてもっとも重要となる。

## 女性の名目賃金は男性よりはるかに低い\*



【グラフ項目。左から順に】

中東と北アフリカの 4 カ国

東アジアと太平洋諸国の 6 カ国

先進工業国 22 カ国

移行期にある国々の中の 10 カ国

ラテンアメリカとカリブ海諸国 8 カ国

サハラ以南のアフリカの 4 カ国

ラテンアメリカとカリブ海諸国： ブラジル、コロンビア、コスタリカ、エルサルバドル、メキシコ、パナマ、パラグアイ、ペルー

サハラ以南のアフリカ： ボツワナ、エリトリア、ケニア、スワジランド

\*\* データは指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの。

\* 開発途上国のデータは以下の地域分類と国名により、ユニセフが計算した：

中東と北アフリカ： バーレーン、エジプト、ヨルダン、パレスチナ自治区

東アジアと太平洋諸国： マレーシア、ミャンマー、フィリピン、韓国、シンガポール、タイ

移行期にある国： ブルガリア、クロアチア、チェコ、グルジア、カザフスタン、ラトビア、リトアニア、ルーマニア、トルコ、ウクライナ

先進工業国： オーストラリア、オーストリア、ベルギー、キプロス、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、ハンガリー、アイスランド、アイルランド、日本、ルクセンブルク、マルタ、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、ポルトガル、スウェーデン、スイス、英国

出典： 国際労働機関 (ILO), LABORSTA database, < <http://laborsta.ilo.org> >, 2006 年 3 月にアクセス。

## 第4章

### 政治と政府における平等

女性の政治参加はそれ自身、ミレニアム開発目標のひとつに掲げられているものである。政治の分野で女性のエンパワーメントを果たすことができれば、社会を変えることも可能になる。国レベル、地方レベルの政府・議会に女性が参加できれば、女性や子ども、家族に焦点を置いた政策や立法につながるからである。

- 政治に参加する女性が、あらゆるレベルで子どものためのアドボケート（唱道者）としてとくに強力な役割を果たしてきたことを示す証拠が、先進工業国・開発途上国を問わず、ますます増えつつある。女性政治家は、女性や子ども、家族が持つ権利や彼らの優先順位、過去の経験、そして彼らが貢献できることを反映した法律の制定を支援し、目に見えるような変化を政策の中にもたらしてきたのである。
- 議員によるアドボカシーは、子どもや家族を大義とすれば超党派も可能であり、イデオロギーを超えた連携も可能になる。超党派の女性議員が女性や子どもの権利を推進した例として、エジプト、フランス、オランダ、ロシア連邦、ルワンダ、南アフリカ、スウェーデンが挙げられる。
- 女性国会議員の数は過去10年の間に着実に増えているが、それでもその数はほぼすべての国で十分ではなく、世界の議員の17%未満にとどまっている。さらに、政府の中にいる女性となるとさらに少なく、政府閣僚内では14%、首班級では6%にとどまっている。
- ジェンダー差別がもたらす多くの悪影響 それは教育レベルの低さから、意思決定者としての女性の能力を疑問視する社会の態度にまで及ぶが と、女性により重くのしかかる仕事上の負担のために、女性の政治参加が妨げられたままである。
- 地方政治への女性参加は とくに南アジアで 急速に拡大しつつあるが、これはひとつにはクォータ（議席割り当て）制によるものである。地方議員がどういう問題意識を持っているかという点に関する調査データは少ないが、先進工業国と開発途上国で行った複数の調査結果によると、地方政府の女性議員は社会問題を優先することがわかっている。地方政治に女性が参加することによって、とくにコミュニティ資源の配分や子どもの養育に関する規定の推進といった面で、女性と子どもにとってよりよい成果が迅速にもたらされる。
- 和平交渉と紛争後の復興への女性参加は、子どもとそのほかの弱い立場に置かれた

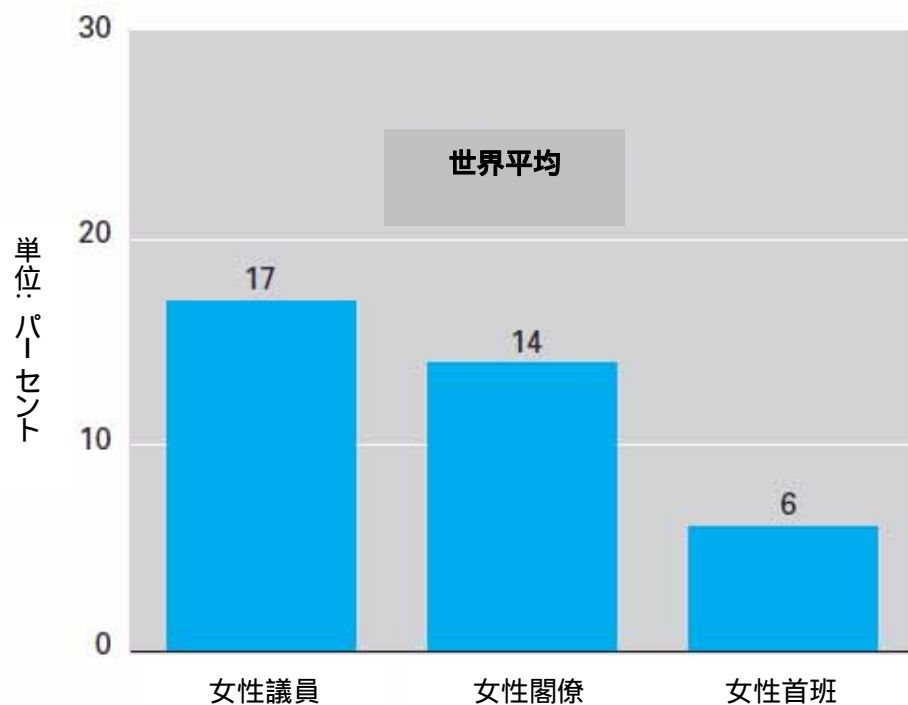
人々を保護し、その安全を確保するためにはなくてはならないものである。しかし、開発途上国では、女性が和平プロセスに参加したとしても、ほとんどの場合それは非公式な形で参加にとどまっている。女性グループは往々にして紛争の垣根を超えることができるため、政府やその他の政治家たちもこうした女性グループ間のやり取りを奨励しているものの、女性が和平交渉のテーブルの席につくことはほとんどないのが実情である。

女性が国レベル、地方レベルの政治や紛争後の復興に参加する機会は限られているものの、女性の政治と政府への参加は、政治的な環境に変化をもたらすのに役立っている。こうした女性の影響が見られるのは、子どもや女性のための法律が強化されているという点だけではない。女性議員や閣僚は、意志決定機関がより民主的に、かつ、よりジェンダーへの配慮を伴う機関に生まれ変わるという点でも貢献しているのである。

- 例えばルワンダでは、平和と民主主義への移行にあたって女性が活躍したが、これにより、将来を担う世代である女子が公職につくための道が切り開かれたのである。これは、ほんの一世代前までは想像すらできなかったことだ。インドでは、選挙を通じて選ばれた女性議員と、現在は職を離れている元地方議員の女性が集まって新たな組織が立ち上げられ、大きな力となっている。これら 2 カ国の例は、世界中でますます多くの女性が政治に参加するようになっていることを示すほんの一例にすぎない。

ジェンダーの平等の推進と女性のエンパワーメント、そして子どもの権利の実現を達成するためには、女性による政治参加の拡大が欠かせない。そのためには、いまだに公式な形で残る参入障害を取り除くとともに、政党が女性の公職への立候補を奨励し、支援しなければならない。議会における女性議員のクォータ（議席割り当て）制も、地方政府内、また一部の国では中央政府内の女性議員の増加をもたらすのに有望な手段としてますます認められつつある。ジェンダーに関する取り組みには、男性とくに男性の議員や政治的指導者の関与と支持を得る必要がある。子どもに関する政策に女性政治家がどのような影響をもたらすことができるのか、その効果を存分に評価するためには、より良いデータの収集と、よりよい調査研究の実施が必要となる。

### 議会・政府にいる女性たち（2006年）



**出典：**女性議員と女性閣僚に関するデータは列国議会同盟 (Inter-Parliamentary Union) の女性に関するデータベース 'Women in National Parliaments'より引用 (2006年6月にアクセス) < <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm> >。女性首班に関するデータは各国政府の公式ウェブサイトより引用。

## 第5章

### ジェンダーの平等がもたらす二重の恩恵

本報告書の最終章となるこの章では、鍵となる7つの方法を通じて、ジェンダーの平等を最大限に実現するためのロードマップを提示する。すなわち、教育と財政措置、立法、議会におけるクォータ（議席割り当て）制、女性による女性のエンパワーメント、男性や男子の参加と協力、そしてより良い研究とデータ収集の7つの方法である。

- **教育：** 女子と男子が共に平等な教育機会を得られるようにすることが、ジェンダー差別と闘うためのもっとも重要で強力なステップのひとつとなる。そのためにとれる主な手段が、学費の廃止や子どもを持つ親やコミュニティに対して女子教育に投資するよう奨励すること、安全で偏見のない、女の子に優しい学校を作ることなどである。学校のカリキュラムは、生徒と教師の双方にジェンダーの平等の大切さを十分に理解させ、授業が男の子中心で進められることのないよう配慮したものでなければならぬ。学校で男の子が偏重される傾向を根絶する方法のひとつは、女性教師を増やすことである。
- **ジェンダーの平等を実現するためにより多くの資源を注ぎ込む：** ジェンダー差別を根絶し、女性と子どもの権利を実現するためには、強力な立法やより良い調査・研究、大胆な政策に加え、平等かつ公平な財政投資が欠かせない。ジェンダーの平等はすべてのミレニアム開発目標に関連するものであるため、ミレニアム開発目標3 ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上 を達成するための経済的コストを、それ単独で計ることは非常に難しいことが知られている。現実的なシナリオによると、低所得国は2006年には280億米ドルの追加資金を必要とし（2003年不変米ドルで計算）2015年までにこの金額は730億米ドルに達する。しかし、必要な財政措置を明確にすることは最初の第一歩に過ぎない。資金は正しく使い、既存の政府予算や計画の中に組み入れなければならない。さらに、貧困削減戦略やその他の立案プロセスとも合致するものでなければならない。
- **国の立法で、女性が活躍できる場を増やす：** 女性と女子のエンパワーメントを果たし、彼女たちの権利を保護するためには、法的改革が強力な方策となり得る。また、家庭内暴力と紛争下で行われるジェンダーにもとづく暴力を防止し、これらに対処するには、包括的な手段が必要となる。女性が土地や財産を所有できるようにするには、財産に関する法律や相続権について、国の法律を改革することが一番の早道となる。もっとも大切なのは、政府が既存の法律の施行、および女性を差別する慣習法の見直しに取り組むとともに、女性と子どもが司法、および法的保護の恩恵を受けられるようにすることである。

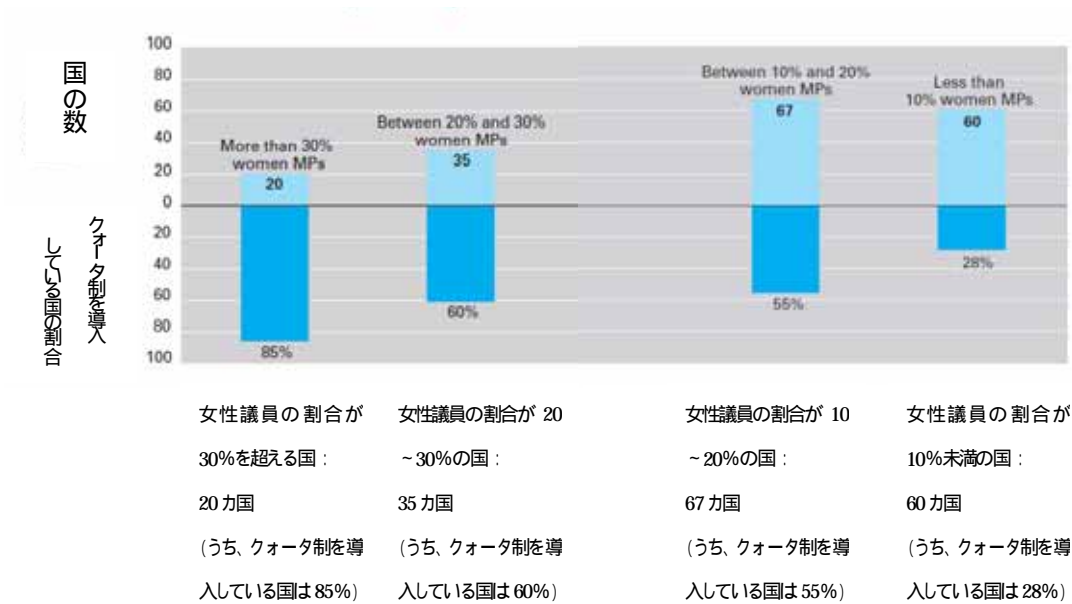
- **クォータ（議席割り当て）制によって、女性の政治参加を促すことができる：** 政治の世界に存在する見えない障壁を女性が突き破る方法として、クォータ（議席割り当て）制が有効であることはすでに証明されている。全体的には、世界でもっとも多く女性の議員を有する 20 カ国のうち、17 カ国が何らかの形式のクォータ制を導入している。しかし、クォータ制を真に意味のあるものにするためには、女性の政治参加や政府への参加を推進しようとする政党、あるいは選挙制度によるバックアップが欠かせない。
- **女性が女性をエンパワーする：** 女性の草の根運動は、男女平等と女性のエンパワーメント達成にとってもっとも強力な推進役となってきたが、中央政府や国際機関からは見過ごされる場合もある。政策形成の初期の段階から女性に参加させることができれば、女性と子どものニーズを念頭においたプログラム作りが可能になるはずである。
- **男性と男子の協力を得る：** 男女平等を求める闘いの中では、男性が強力な協力者となり得る。女性と男性の両方に、ジェンダーの平等と男女共同の意思決定がもたらす利点を説くアドボカシー・イニシアティブを進めることにより、男女の間により協力的な関係を育むことができるはずである。ユニセフのこれまでの経験から、男女双方の参加を奨励するプログラムでは、両性間のコミュニケーションが増し、子育ての責任がより公平に分担されるようになることがわかっている。
- **研究・調査とデータ収集の改善：** 人口保健調査や複数指標クラスター調査などの調査からは、女性と女子が置かれている状況の一部分について詳細な情報が得られるものの、この分野における調査やデータは圧倒的に不足している。男女別の統計データが大幅に欠けていると、女性、ひいては子どもに影響をおよぼす問題について、定量的なエビデンス（証拠）が不足することになる。質的にも量的にもより良いデータの収集と分析が、とくに妊産婦死亡率、女性に対する暴力、教育、雇用、賃金、無償労働と時間の利用、政治参加の分野において早急に必要である。

### 今こそ行動のとき

ジェンダー差別を根絶することができれば、二重の恩恵がもたらされるはずである。すなわち、女性の権利が実現されるとともに、子どもの権利実現にも大いに資することになるからだ。皆で力を合わせて努力すれば、尊敬と普遍的な人権、および平等の機会に則った真の前進が可能となり、社会にはびこる差別的な態度や行動、慣習、法律、制度、しきたりを変えることができるはずである。政府やドナー、国際機関を含めた効率的なパートナーシップがあれば、人権にもとづいた開発戦略の立案と実行を通じて、このプロセスをバックアップすることができる。女性と男性、そして子どもたちのために、今こそ、努力の照準を改めて定め直すときが来た。



2006 年に最も多くの女性議員を有する国は、クォータ制を導入している割合が最も高い

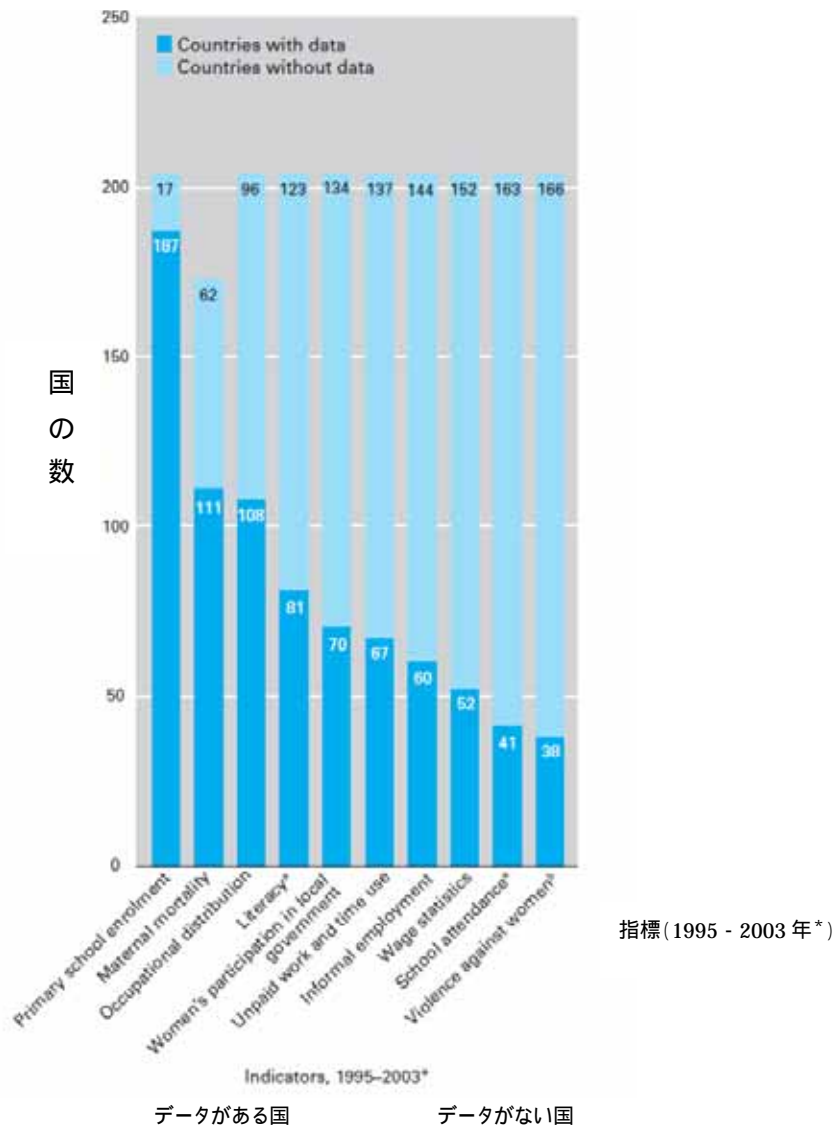


注：クォータ制には、憲法によって規定されているもの、選挙法によって規定されているもの、および立候補者数に関して政党が定めるクォータ制が含まれる。

出典：女性議員の数は、列国議会同盟 (Inter-Parliamentary Union) のデータベース、'Women in National Parliaments', < <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm> > より引用。2006 年 5 月にアクセス。クォータ制を導入している立法機関の数値は、'Global Database of Quotas for Women', < <http://www.quotaproject.org/country.cfm> > から引用。2006 年 5 月にアクセス。



多くの国では主要な指標に関する男女別データがない



【グラフ項目（左から順に）】

初等教育就学率

妊産婦死亡率

職業別構成

識字率

女性の地方政府への参加

無償労働と労働時間

非正規雇用

賃金統計

学校の出席率 <sup>a</sup>

女性への暴力 <sup>b</sup>

\*データは指定期間内で入手できた最も最近の年次のもの。

**注:** 「データがある国」とは、国勢調査、調査、その他のソースにもとづくデータを有する国のみを指し、推計モデルをもとに得られたデータを有する国は含まれていない。

<sup>a</sup> 国勢調査のデータを有する国のみ。

<sup>b</sup> 国全体の調査から得られたデータを有する国のみ。国の一部に関する調査結果を有する国はこのほかに 30 カ国ある。

**出典:** 国連、経済社会局 (United Nations, Department of Social and Economic Affairs)、*The World's Women 2005: Progress in statistics*, United Nations, New York, 2006.

# サハラ以南のアフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	713,457	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	361,301	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	119,555	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	46	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	44	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	101	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	169	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	0.7	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	940	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	14	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	28	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	55	83
都市部	81	95
農村部	44	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	37	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	76	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	77	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	66	78
ポリオ(ポリオ3)	68	78
はしか	65	77
B型肝炎(hepB3)	37	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	63	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	63	78
女	59	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	21	46**
女	20	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	62	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	764	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	46	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	-	13
教育	-	6
防衛	-	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	11	20
最上位20%	59	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	6.1	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	24,500	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	2,000	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	12,000	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	40	-
都市部	54	-
農村部	32	-
早婚(1987-2005*)(%)	40	-
都市部	25	-
農村部	48	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	37	-
男	38	-
女	37	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	76	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	68	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	43	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	16	74

**注記:**  
 \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
 \* \* 中国を除く  
 - データなし

## 東部・南部アフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	356,126	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	177,395	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	57,670	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	46	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	40	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	93	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	146	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	0.9	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	980	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	13	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	27	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	55	83
都市部	76	95
農村部	40	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	36	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	81	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	85	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	76	78
ポリオ(ポリオ3)	75	78
はしか	72	77
B型肝炎(hepB3)	57	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	71	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	66	78
女	66	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	16	46**
女	17	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	73	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	1,043	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	40	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	-	13
教育	-	6
防衛	-	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	10	20
最上位20%	61	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	8.6	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	17,500	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	1,400	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	8,700	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	33	-
都市部	44	-
農村部	28	-
早婚(1987-2005*)(%)	36	-
都市部	21	-
農村部	43	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	34	-
男	36	-
女	32	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	85	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	71	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	39	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	15	74

### 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

## 西部・中部アフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	357,331	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	183,906	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	61,885	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	46	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	48	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	108	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	190	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	0.6	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	900	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	15	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	28	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	56	83
都市部	86	95
農村部	42	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	38	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	71	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	70	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	57	78
ポリオ(ポリオ3)	62	78
はしか	58	77
B型肝炎(hepB3)	19	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	55	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	59	78
女	52	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	26	46**
女	22	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	49	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	491	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	54	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	-	13
教育	-	6
防衛	-	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	14	20
最上位20%	51	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	3.5	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	6,900	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	650	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	3,300	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	44	-
都市部	59	-
農村部	34	-
早婚(1987-2005*)(%)	44	-
都市部	28	-
農村部	56	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	42	-
男	41	-
女	42	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	63	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	66	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	45	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	16	74

### 注記:

- \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの
- \*\* 中国を除く
- データなし

## 中東と北アフリカ

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	378,532	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	154,130	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	44,711	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	69	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	26	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	43	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	54	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	2.7	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	220	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	15	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	16	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	88	83
都市部	95	95
農村部	78	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	74	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	89	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	96	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	89	78
ポリオ(ポリオ3)	90	78
はしか	89	77
B型肝炎(hepB3)	88	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	91	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	83	78
女	77	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	50	46**
女	44	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	72	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	2,627	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	4	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	5	13
教育	14	6
防衛	17	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	16	20
最上位20%	47	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	0.2	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	510	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	33	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
早婚(1987-2005*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	10	-
男	12	-
女	9	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	77	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	70	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	76	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	100	74

**注記:**  
 \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
 \* \* 中国を除く  
 - データなし



# 南アジア

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	1,483,358	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	587,319	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	169,666	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	64	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	44	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	63	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	84	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	2.9	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	560	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	29	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	45	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	85	83
都市部	94	95
農村部	81	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	37	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	79	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	83	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	65	78
ポリオ(ポリオ3)	65	78
はしか	64	77
B型肝炎(hepB3)	23	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	76	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	81	78
女	75	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	54	46**
女	48	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	59	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	691	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	32	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	2	13
教育	4	6
防衛	14	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	22	20
最上位20%	41	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	0.7	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	5,900	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	130	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	32	-
都市部	47	-
農村部	25	-
早婚(1987-2005*)(%)	48	-
都市部	28	-
農村部	55	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	14	-
男	12	-
女	15	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	64	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	53	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	37	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	43	74

**注記:**  
 \* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
 \* \* 中国を除く  
 - データなし

## 東アジアと太平洋諸国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	1,952,656	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	572,465	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	144,948	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	71	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	20	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	26	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	33	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	3.8	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	110	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	7	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	15	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	79	83
都市部	92	95
農村部	70	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	51	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	87	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	92	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	84	78
ポリオ(ポリオ3)	84	78
はしか	84	77
B型肝炎(hepB3)	78	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	94	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	-	78
女	-	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	53**	46**
女	55**	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	91	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	2,092	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	14	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	1	13
教育	8	6
防衛	12	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	17	20
最上位20%	48	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	0.2	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	2,300	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	50	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	65**	-
都市部	77**	-
農村部	56**	-
早婚(1987-2005*)(%)	20**	-
都市部	12**	-
農村部	25**	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	11**	-
男	11**	-
女	10**	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	92	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	88	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	87	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	360	74

### 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

## ラテンアメリカとカリブ海諸国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	555,853	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	199,284	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	56,538	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	72	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	15	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	26	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	31	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	3.7	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	190	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	9	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	7	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	91	83
都市部	96	95
農村部	73	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	77	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	96	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	95	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	91	78
ポリオ(ポリオ3)	91	78
はしか	92	77
B型肝炎(hepB3)	85	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	90	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	85	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	89	78
女	89	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	44	46**
女	51	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	90	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	4,078	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	9	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	7	13
教育	16	6
防衛	4	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	13	20
最上位20%	53	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	0.6	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	1,900	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	54	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	89	-
都市部	92	-
農村部	78	-
早婚(1987-2005*)(%)	25	-
都市部	24	-
農村部	31	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	9	-
男	10	-
女	8	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	99	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	93	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	87	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	160	74

### 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし



## CEE/CIS

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	404,322	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	104,278	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	25,562	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	67	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	18	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	29	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	35	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	2.8	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	64	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	9	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	5	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	91	83
都市部	98	95
農村部	79	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	84	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	93	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	96	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	95	78
ポリオ(ポリオ3)	95	78
はしか	96	77
B型肝炎(hepB3)	92	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	96	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	91	78
女	89	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	-	46**
女	-	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	97	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	3,433	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	4	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	4	13
教育	6	6
防衛	9	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	22	20
最上位20%	39	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	0.6	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	1,500	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	9	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
早婚(1987-2005*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	-	-
男	-	-
女	-	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	97	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	87	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	93	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	770	74

### 注記:

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

# 先進工業国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	961,191	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	204,366	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	54,239	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	79	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	4	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	5	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	6	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	3.4	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	13	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	7	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	-	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	100	83
都市部	100	95
農村部	100	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	100	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	-	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	98	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	96	78
ポリオ(ポリオ3)	94	78
はしか	92	77
B型肝炎(hepB3)	64	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	90	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	-	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	-	78
女	-	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	-	46**
女	-	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	-	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	35,410	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	-	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	16	13
教育	4	6
防衛	12	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	21	20
最上位20%	40	42

<b>HIV/エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	0.4	1.0
HIV/エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	2,000	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	13	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
早婚(1987-2005*)(%)	-	-
都市部	-	-
農村部	-	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	-	-
男	-	-
女	-	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	-	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	-	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	99	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	4,000	74

## 注記:

グループ分けされた国・地域に属する領土も含む。表中の国の分類については本書p.136を参照。

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

# 開発途上国

指標	地域	世界全体
<b>人口統計指標</b>		
総人口(2005年)(単位1000人)	5,238,533	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	1,928,976	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	550,130	616,219

<b>生存</b>		
出生時の平均余命(2005年)(年)	65	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	33	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	57	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	83	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	1.6	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	440	400

<b>保健と栄養</b>		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	16	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	27	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	80	83
都市部	92	95
農村部	70	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	50	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	83	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	87	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	75	78
ポリオ(ポリオ3)	76	78
はしか	75	77
B型肝炎(hepB3)	54	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

<b>教育</b>		
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(2000-2004年*)(%)	82	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	78	78
女	75	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	46**	46**
女	43**	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	79	80

指標	地域	世界全体
<b>経済指標</b>		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	1,801	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	22	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	4	13
教育	10	6
防衛	10	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	17	20
最上位20%	48	42

<b>HIV / エイズ</b>		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	1.1	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	35,100	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	2,300	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0-17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

<b>子どもの保護</b>		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	46**	-
都市部	62**	-
農村部	34**	-
早婚(1987-2005*)(%)	36**	-
都市部	23**	-
農村部	46**	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	17**	-
男	17**	-
女	18**	-

<b>女性</b>		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	85	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	71	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	60	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	61	74

## 注記:

グループ分けされた国・地域に属する領土も含む。表中の国の分類については本書p.136を参照。

\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの

\*\* 中国を除く

- データなし

低開発途上国

指標	地域	世界全体
人口統計指標		
総人口(2005年)(単位1000人)	759,389	6,449,371
18歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	368,348	2,183,143
5歳未満の人口(2005年) (単位1000人)	119,352	616,219

生存		
出生時の平均余命(2005年)(年)	53	68
新生児死亡率(28日未満/出生1000人あたり)(2000年)	43	30
乳児死亡率(1歳未満/出生1000人あたり)(2005年)	97	52
5歳未満児の死亡率(出生1000人あたり)(2005年)	153	76
5歳未満児死亡率の年間平均削減率(1990-2005年)	1.2	1.5
妊産婦死亡率 (出産10万人あたり)(2000年、調整値)	890	400

保健と栄養		
低出生体重児出生率 (1998 - 2005年*)	19	15
中度・重度の低体重児(5歳未満)の比率(1996 - 2005年*)	35	25
改善された水源を利用する人の比率(2004年)(%)	59	83
都市部	79	95
農村部	51	73
適切な衛生施設を利用する人の比率(2004年)(%)	36	59
予防接種を受けた1歳未満児の比率(2005年)(%)		
結核(BCG)	81	83
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT1)	86	88
ジフテリア/百日咳/破傷風(DPT3)	76	78
ポリオ(ポリオ3)	76	78
はしか	72	77
B型肝炎(hepB3)	41	55
ヘモフィリウス・インフルエンザ(Hib3)	-	-

教育		
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(2000-2004年*)(%)	69	83
初等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	64	78
女	59	75
中等教育純出席率(1996-2005年*)(%)		
男	22	46**
女	20	43**
成人の識字率(2000-2004年*)(%)	60	80

指標	地域	世界全体
経済指標		
1人あたりのGNI(米ドル、2005年)	383	7,002
1日1ドル未満で暮らす人の比率(1994 - 2004年*)(%)	41	21
政府支出中の比率(1994-2004*)(%)		
保健	5	13
教育	15	6
防衛	13	12
世帯あたりの所得の分布(1994-2004年*)(%)		
最下位40%	11	20
最上位20%	57	42

HIV / エイズ		
成人の有病率(15歳以上、2005年末時点)(%)	2.7	1.0
HIV / エイズとともに生きる人の推定数(全年齢含む、2005年)(単位1000人)	11,700	38,600
HIVとともに生きる子ども(0-14歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	1,100	2,300
エイズにより孤児となった子ども(0 - 17歳)の推定数(2005年)(単位1000人)	-	15,200

子どもの保護		
出生登録(1999 - 2005年*)(%)	32	-
都市部	44	-
農村部	28	-
早婚(1987-2005*)(%)	51	-
都市部	35	-
農村部	57	-
児童労働(5-14歳、1999 - 2005年*)(%)	29	-
男	30	-
女	28	-

女性		
成人の識字率(対男性比%; 2000-2004年*)(%)	71	86
出産前のケアが行われている率(1997 - 2005年*)(%)	59	71
専門技能者が付き添う出産の比率(1997 - 2005年*)(%)	35	63
生涯に妊娠・出産で死亡する危険(2000年)(1/n)	17	74

注記:  
グループ分けされた国・地域に属する領土も含む。表中の国の分類については本書p.136を参照。  
\* 指定期間内に入手できたもっとも最近の年次のもの  
\* \* 中国を除く  
- データなし