

# JICA 事業における ジェンダー主流化のための 手引き

## 【保健医療】

## 保健医療分野におけるジェンダー主流化のための手引き

JICA は開発事業におけるジェンダー主流化を通じて、ジェンダー平等と女性のエンパワメントの実現を目指している。開発事業におけるジェンダー主流化とは、事業のすべての段階（計画、実施、モニタリング・評価）にジェンダー平等と女性のエンパワメントを推進する視点を取り込み、実践することを指す。この開発事業におけるジェンダー主流化は、特定の性に偏ることなく様々な人々の課題やニーズに対応し、その事業効果を高めるとともに、人が性別にとらわれず能力を発揮できる社会の実現に貢献するものである。保健医療分野においては、事業にジェンダー視点を取り入れることで、保健医療サービスがジェンダーにかかわらずより多くの人々に利用可能なものとなり、ひいてはすべての人の健康の実現が期待される。



**ジェンダー**とは、社会的・文化的に構築された性別を指す。私たちの多くの社会は、人間を生物学的な要素に基づいて「男性」と「女性」に分類するだけでなく、それぞれに特定の価値を与え、それぞれの役割や行動を固定化してきている。このように、生物学的な「性別」だけではなく、「男だから」「女だから」と、ある性別を特定の役割に結び付けたり、ある行動の原因をその人の性別に求めたりするような考え方に基いて分類された性別をジェンダーと言う。



**ジェンダーの視点**（またはジェンダー視点）とは、政策や施策、制度、組織を含め、社会における男性と女性の社会的な役割の違いや力関係によって生じるジェンダー課題やニーズ、インパクトに着目する視点である。開発事業においては、受益対象に対して性別にかかわらず平等に事業効果を届けるために不可欠な視点である。

### 本手引きの目的

本手引きは、JICA 事業関係者の執務参考資料として、保健医療分野におけるジェンダー課題、ジェンダー主流化の重要性、事業サイクルの各段階におけるジェンダー視点に立った取組方法を紹介するものである<sup>1</sup>。特に JICA の事業戦略や優先取組課題に基づき、以下の3つの小分野を中心に記す。

- ① **母子保健やセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスの推進**：母子保健サービスの改善、母子継続ケアの推進、母子手帳の普及など
- ② **感染症対策の強化**：感染症対策としての検査・サーベイランス・研究体制の強化、診断・治療体制の構築・強化、感染症の予防・啓発活動の強化、住民への保健医療サービス改善、COVID-19 対応など
- ③ **ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進**：基礎的保健医療サービスへのアクセス改善、医療保障制度、非感染性疾患・高齢化対策など

<sup>1</sup> 本手引きでは、ジェンダー平等と共に女性のエンパワメントを促進するという観点から、性差別構造によって女性が直面しているジェンダー課題や、それらを解決するための取組を明示している箇所がある。しかしながら、男性やその他のジェンダーの人々を巻き込み、また国や地域、分野によっては、性差別構造を変えるべく男性やその他のジェンダーの人々が抱えるジェンダー課題を解決するための取組も同様に重要である。

## 本手引きの活用方法

- 第1章：本分野における主なジェンダー課題とその要因を理解する。 .....3
- 第2章：本分野におけるジェンダー主流化の重要性について理解する。 .....8
- 第3章：本分野におけるジェンダー視点に立った事業の計画、実施、モニタリング・評価を  
ステップ別に理解する。 ..... 12
  - Step 1：社会・ジェンダー分析の実施 ..... 13
  - Step 2：ジェンダー課題の解決に向けた取組案と計画の策定 ..... 17
  - Step 3：ジェンダー指標の設定 ..... 23
  - Step 4：ジェンダーの視点に立った実施・モニタリング ..... 25
  - Step 5：ジェンダーの視点に立った評価 ..... 27
- 参考資料：本分野におけるジェンダー主流化に関する詳細な情報を確認する。 ..... 29

## 第1章 ジェンダー視点から見る保健医療分野の主な課題と要因

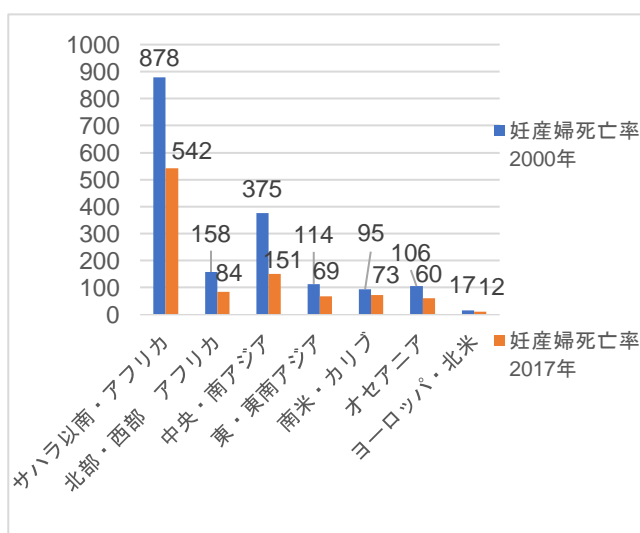
本章では、保健医療分野において把握しておくべき3つの主なジェンダー課題を紹介する。各課題の要因を含む詳細はそれぞれの項目で紹介する。

- (1) 国・地域により妊産婦死亡率が依然高い
- (2) 男性に比べ女性の感染症リスクが高くなる
- (3) 女性が必要とする保健医療サービスを必要な時に受けられない

### (1) 【母子保健】：国・地域により、妊産婦死亡率が依然高い

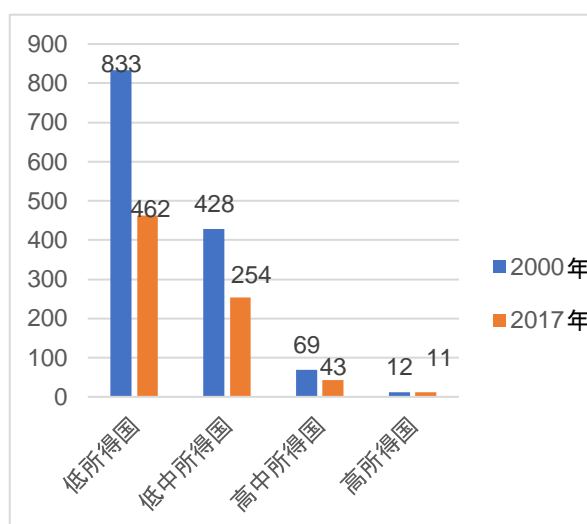
母子保健分野におけるジェンダー課題は、ジェンダー不平等な社会規範や宗教的な制約による保健医療サービス（母子継続ケアやセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ含む）へのアクセスの制限、それに起因する妊産婦の低栄養や妊産婦死亡が課題としてあげられる。

妊産婦死亡率は、質の高い保健医療サービスへのアクセスが難しい国において高くなる<sup>1</sup>。2000年時点で年間45.1万人だった世界の妊産婦死亡者数は、2017年には29.5万人に減少するなど全世界的に改善する傾向だが、アフリカサブサハラ帯では依然として高水準にある。妊産婦死亡の95%は低・中所得国が占めており、そのうち65%がアフリカ諸国である<sup>2</sup>（図1・2参照）。



出典：WHO World Health Statistics 2021

図1：地域別妊産婦死亡率の推移



出典：WHO World Health Statistics 2021

図2：所得グループ別妊産婦死亡率の推移

#### (1)-1 予防や早期発見・早期治療、継続ケアの阻害

妊産婦死亡の大きな要因は、妊娠中もしくは産後の合併症だが、そのほとんどが予防や治療が可能なものであり、適切な保健医療サービスへのアクセスによって防ぐことができるものが多い。予防には妊産婦が適切なタイミングで検診を受けることが極めて重要だが、ジェンダーに基づく、物理的・経済的・社会文化的な制約により、女性が母子保健サービスを利用できない場合があり、妊娠期から出産後の継続ケアを阻害する要因となっている。物理的な制約の例として、妊産婦が安全に移動できる距離に健診や出産を行う医療施設がない場合がある。また、経済的な理由から費用を捻出するのが難しい場合、世帯内での意思決定権が男性に偏っていると、女性が母子保健サービス利用の経費支出の許可を得る必要があったり、費用の捻出を嫌がられ、その結果、適切なタイミングで検診などのサービスを受けられない場合がある。

また、社会文化的な制限によるアクセスの阻害もある。例えば、女性の単独での外出や医師を含む他者（特に男性）との身体接触が制限される場合、母子保健サービスの利用そのものが認められないといったことがある。加えて、女性は男性に比べて、**性別役割分担**により無償の家事とケア労働に費やす時間が長く、家庭内における時間的な制約から必要な母子保健サービスに十分にアクセスできない場合があるため、医療施設への訪問や、保健医療サービスに関連する情報を得る機会をつくりづらいという課題もある。その結果、**妊娠から出産後までの継続ケアを受ける機会が阻害される場合がある**。

### (1)-2 食料配分の不平等による妊産婦の栄養不良

家庭内での女性への食料配分の不平等は妊産婦死亡率に影響する。男性優位社会では、家庭内での食料配分の不平等という課題は特に女性や女兒の健康に影響を与えている。例えば、現金収入を得る男性が家庭内で重要視され、男性に優先的に食事が配分されることで、女性は十分な栄養を摂取できず、慢性的な栄養不良に陥ってしまうことがある。特に季節的な食料不足や飢饉時、災害時においてはその傾向は顕著である<sup>3</sup>。**女性の低栄養は疾病への罹患リスクが高くなり**、妊産婦においては妊産婦死亡率の上昇に影響する<sup>4</sup>。また、妊産婦のみならず、胎児への影響もある。妊娠前から妊娠期におけるエネルギーと鉄などの栄養素摂取量の不足は、胎児の発育にも影響を与えることが危惧されており、胎児期の発育が不十分な場合には、成人後の肥満や循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病のリスクが高くなると言われている<sup>5</sup>。

### (1)-3 セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツの阻害による妊産婦死亡率への影響

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（Sexual and Reproductive Health and Rights: SRHR）の阻害は妊産婦の健康を阻害する要因の一つである。特に多産や出産間隔年数の短さは妊産婦死亡率の高さに関係する。その対策として性的関係、避妊なども含めた、**SRHR の意識や状況改善**が重要である。世界 57 カ国で実施した調査では、15～49 歳のパートナー関係にある女性のうち、保健医療サービスの享受、避妊具の使用、性行為の拒否の主に 3 つの観点から、性と生殖に関して女性自らが決定権を有しているのは 55%のみであった<sup>6</sup>。女性・男性が妊娠・出産に関する正しい知識を学び、健康状況に応じた適切な対処や家族計画を行えるようになることが重要である。

#### **TIPS：セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康と権利）**

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、1994 年にエジプトのカイロで開催された国際人口・開発会議で採択された行動計画で定義された言葉である。女性と男性を含むすべての人々の、生涯にわたる性と生殖に関する健康について、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、子どもを産むか産まないか、いつ何人産むかを決める自由をもつことを意味する。そのための権利の確立にあたり、意思決定権が男性にある場合は意思決定に関する意識改革が不可欠である。

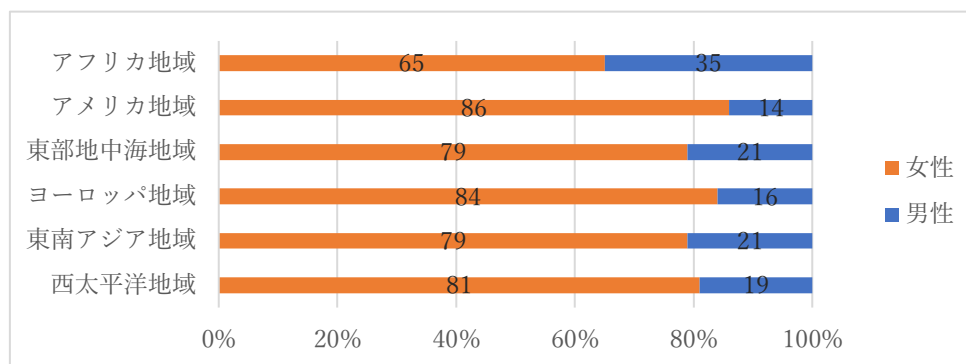
**児童婚や性暴力**による望まない妊娠などを原因とする若年出産も、妊産婦死亡率を高める要因である。開発途上国では児童婚を社会的に容認する社会も少なくなく、途上国の 3 分の 1 以上の女性が 18 歳未満で結婚しており、このうち 35%は 15 歳未満の女兒である。その結果、年間 730 万人もの 18 歳未満の女性が出産しており、そのうち 15 歳未満での出産は 200 万人、年間 7 万人の女兒が妊娠と出産に関わる合併症により亡くなっている<sup>7</sup>。

若年妊娠は、心身の発達が不十分なことから妊娠中の母体のリスクが高いことに加えて、早産に伴う出産時の低体重など新生児の健康リスクも伴う。低出生体重児は、体の機能が未成熟であることから、出生後も特別な医療的介入が必要となる場合も多い<sup>8</sup>。また、若年妊娠をした女性は生涯で出産す

る子どもの数も多くなり、その結果妊娠出産に関する健康リスクにさらされやすくなる。特に、児童婚が禁止とされている国で若年妊娠をした場合は、慣行的に児童婚が行われていても法的には禁止されているため、社会的スティグマや医療従事者からの妊娠に関する批判を受けやすい。そのため、そうしたスティグマを避けるため、若年妊婦が施設分娩を避けるようになり、未認可の墮胎などに頼るケースも多くなるなど、健康リスクが高くなる<sup>9</sup>。同時に、未認可の墮胎などの安全でない墮胎は、衛生環境の欠如などにより感染症のリスクを高めることもある。また**女性器切除（Female Genital Mutilation: FGM）**を受けた女性は妊娠出産時に感染症へのリスクが高くなる。アフリカ、中東、アジアの30カ国において、2億人以上の女性と女兒がFGMを経験しており<sup>10</sup>、状況が改善されなければ、2030年には460万人の女兒がFGMを経験すると予想されている<sup>11</sup>。FGMを受けた女性・女兒は、排せつ時や性交渉時、出産時に痛みを感じたり、出血や感染症疾患のリスクが高い。また身体的影響のみならず、中長期的なトラウマや不安、うつなどの精神面での影響を受けやすい<sup>12</sup>。

## (2) 【感染症対策】：男性に比べ、女性の感染症リスクが高くなる

女性は男性と比べて次の3つの理由により感染症のリスクが高い。第一に、女性の方が感染リスクの高い場面に立ち会いやすい。世界の多くの地域では、固定的な**性別役割分担意識**のゆえに、女性が家庭で子どもや高齢者のケア労働を担っている。加えて、世界では、看護師や助産師、コミュニティ・ヘルスワーカーなどの医療現場の最前線で働く労働者の70%を女性が占めており、障害者や高齢者向け福祉施設などで介護やケア労働の従事者の83%も女性である<sup>13</sup>（図3参照）。その結果、このようなケアワークに関わる女性や女兒が**感染症に罹患するリスク**が高まる。



出典：NHWA for 61 countries for nursing data

図3：世界各地域における看護師の男女比（2019年）

第二に、栄養不足によるものである。社会や家庭内で女性の地位が低い場合には、**不平等な食料分配**などによる慢性的な栄養不足により健康状態が悪くなり、感染リスクが高まる<sup>14</sup>。

第三に、女性たちは感染症のまん延下でさらに脆弱な立場に置かれやすい。男性と比べ、インフォーマルセクターや非正規雇用に従事する割合が多い女性たちは、社会のセーフティネットから排除されている場合が多く<sup>15</sup>、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のような感染症まん延による経済の停滞は、女性の生計や雇用に影響するためである。COVID-19の影響を受けて、収入や雇用機会の減少・喪失により、生計を立てることが困難になり、医療費の支出を忌避し医療サービスへアクセスしなくなることは、感染拡大や容体の悪化につながるなど、感染症へのリスクが高くなりやすい。また、感染症罹患時にも、家庭の現金収入の担い手となることが期待される男児は、医療施設での早期治療が女兒より優先される傾向にある<sup>16</sup>。その結果、感染症の**早期発見**や**接触者の追跡の強化**にジェンダー差が生じる。



#### **TIPS：コレラ・アウトブレイクとジェンダーによる感染者数の違い**

一般的に、コレラのような、生水や食事を介して媒介する感染症では感染頻度に性差がないと考えられているが、「男は外・女は内」という性別役割分担意識が強い社会では、感染経路への接触頻度に性差があり、学童期以降の全年齢層において女性・女児の感染リスクが高くなる。これは、女性・女児は家庭内の患者や乳幼児の世話等のケア労働を担うことが多く、排泄物などを介した感染の機会が多いこと、また、水汲みや炊事等の家事労働を通して生水や食品などの感染源に触れる機会が多いことが挙げられる。また発病した際には、ケア労働・家事労働の負荷による疲労が原因となり重症化する可能性がある。そのため、女性に対する感染予防等の啓発活動が重要であり、飲料水の煮沸の重要性を理解し、生食品の適切な扱い、排泄物などの適切な処理等を身に着けることで自らの感染の危険を防ぐのみならず、家族への感染の拡大を防ぐことが可能となる。同時に女性のリスク軽減のため、男性に対する家庭内の性別役割分担による負担や権力関係に関する意識変容を促す活動を行い、女性の感染減への接触頻度の削減や発病時の重篤化を予防することが必要である。(Oxfam. 2012. Gender and Vulnerability to Cholera in Sierra Leone: Gender analysis of the 2012 cholera outbreak and an assessment of Oxfam's response)

感染症は母子保健の観点からも重大な課題である。例えば、マラリア感染は、妊産婦が感染した場合に引き起こされる重度の貧血と、母胎から胎児への血流を妨げるなどの症状を引き起こすことによって、妊産婦死亡のみならず、新生児死亡に大きな影響を及ぼす<sup>17</sup>。早期発見・早期治療がマラリア感染対応として重要であるが、偏った意思決定権や性別役割分担による負荷などにより、女性が保健医療サービスにかかることができず感染の発見や治療が遅れた場合は、治療の長期化や、死につながることもある。早期発見・早期治療、感染者の追跡が重要なのは、結核などのその他感染症でも同様である。

また、HIV/エイズといった性感染症も女性や女児の方が感染のリスクが高い<sup>18</sup>。HIVの女性の感染リスクは、夫やパートナーからのドメスティックバイオレンス（DV）や性暴力によっても高まる。特に児童婚はパートナーとの家庭内での不平等な力関係や女児の性と生殖に関する知識の欠如から安全な性交渉が難しいため、より感染リスクが高まる<sup>19</sup>。特に、COVID-19の感染拡大による外出規制やロックダウンの状況下では、性暴力やDVの被害が増加するといった状況も確認されており、より深刻な問題となっている<sup>20</sup>。

#### **(3) 【ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進】：女性が必要とする保健医療サービスを必要な時に受けられない**

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）が目指すのは、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態」である。世界的に見た場合、UHCの普及状況を示すUHC indexは、1990年の45.8%から2019年には60.3%に向上している。しかし、依然として地域間の格差は大きく、95%を超える高水準の国がある一方で、アフリカのサブサハラ一帯では、25%未満という低い水準の国も存在しており、早急な改善が求められる<sup>21</sup>。

このような状況下、UHC2030の調査によると、女性・女児は保健医療サービスへのアクセスを社会構造上疎外され、最も困難を抱えているグループである<sup>22</sup>。これは、衛生的な環境が整った医療施設が近隣にない、病院への移動手段がないといった物理的な要因から、サービス提供者の人材不足や技能不足といったリソースの要因、貧困により医療費の負担が困難といった経済的な要因に加えて、ジェンダー差別を助長する社会文化的な規範が大きな影響を与えている。具体的には以下の2点が挙げられる。

第一に、女性の行動を制限する偏った社会規範による、医療サービス享受の抑制である。例えば、男性の許可や付き添いがないと外出できない、もしくは病院にかかることについて男性の許可が必要といった**世帯内の意思決定権の偏り**や**社会規範**によるもの、また、**宗教上の理由**により、男性と女性の接触が制限されているで、女性医師にしか診断してもらえないというケースがある。出産時に接種する破傷風の予防接種も、男性医療従事者からの接種が認められず予防接種を受けられないケースもあることから、出産時の感染症リスクが上がる。特に、地域に女性の**医療従事者が不足するか・不在**な場合は、女性の保健医療サービスへのアクセスを阻む要因となる。

第二に、サービス提供者側として、保健医療サービスの利用促進を目的とした施設整備に関しても、ジェンダーの視点が必要である。女性の時間的な制約や移動の利便性を考慮して、コミュニティ内に医療施設が新設されても、診察室や病室にカーテンや間仕切りがなく、女性のプライバシーが確保されていない場合、女性は医療施設へ行くことを敬遠し、健康状態の改善につながらない。また、女性医師など女性医療従事者が配置されていないと、ジェンダー規範や宗教上の理由で男性からの医療行為が受けられない女性は、保健医療サービスが受けられない。

したがって、UHC 達成のためには、課題の根底にあるジェンダーに起因する要因への対応を含めて検討し、ジェンダーに基づく医療アクセスの不平等を解消する必要がある。

また、ジェンダー課題に直面するのは女性だけではないことにも留意する必要がある。「男らしさ」に関する固定観念が強いと、男性にもマイナスの影響が生じることがある。例えば、男性はコミュニティ内での「男らしさ」の象徴として喫煙や飲酒などの健康を害するリスク行動をとることが多いほか、病気にかかった際に医療施設への訪問をしない、また、症状を過少に報告するなどの傾向がある<sup>23</sup>。ここには、病気にかかることや病院への訪問を「弱い、男らしくない」として捉える固定観念など、**有害な男らしさ**が影響している。

以上のように、ジェンダーの視点に立って、要因分析をする際、地域の女性と男性、また多様な状況に置かれた人々の抱える課題を検討し、それぞれのニーズに適した保健医療サービスへのアクセス向上に取り組むことが重要である。

#### **TIPS : 性とジェンダーに基づく暴力 (SGBV)**

ジェンダーに基づく不平等な力関係やジェンダー規範に基づく暴力のことであり、身体的、精神的、性的な暴力、そして資源やサービスへのアクセスの拒否などがあり、暴力の定義には脅迫や強制も含む。女性や女兒のみならず、男性や男児にとっても深刻人権侵害である。SGBVには、女兒に対するFGMなどの健康を害する慣行や配偶者間、パートナー間などのドメスティックバイオレンス(DV)なども含まれる。SGBVは国際的にも根絶が目指され、国内法で禁ずる動きもあるが根絶は容易ではない。保健医療分野においては、特にDVや性的暴力被害を受けた場合に、医療機関が被害者/サバイバーの保護にあたることが多く、警察と連携して、被害者/サバイバーの治療、証拠の採取、精神面のケアが行われる。そのため、医療機関での被害者/サバイバーへのスティグマや二次被害の防止、そして被害者/サバイバーへの適切な対応を推進するため、医療従事者へのジェンダー平等やSGBV、被害者/サバイバーに寄り添った対応等に関する研修や啓発が必要である。(UNHCR Emergency Handbook, 2022. Sexual and Gender Based Violence (SGBV) prevention and response)



## 第2章 保健医療分野におけるジェンダー主流化の重要性

前章で示した保健医療分野における主なジェンダー課題とその要因をふまえ、本章では、ジェンダー視点に立った事業実施の重要性について、ジェンダー平等と女性のエンパワメントの推進や開発効果向上の観点から解説する。また、本分野におけるジェンダー平等実現に向けた国際的枠組みについて紹介する。

### 2-1 なぜ保健医療分野におけるジェンダー平等が重要か

#### (1) すべての人間に保障された権利としての心身の健康

健康な生活を送るのは、人間誰しにも保障された権利であり、女性も当然享受すべき権利であるため、国際社会が取り組むべき最重要開発課題の一つである。しかしながら、前章で述べたように、様々なジェンダー不平等な社会・文化的規範やジェンダーに基づく不平等な力関係などが、物理的、経済的、社会文化的な要因による女性・女児の保健医療サービスへのアクセスの制限や、SRHR などに大きく影響し、女性の健康に影響を及ぼしている。より女性のニーズに合った保健医療サービスをジェンダーに基づいた差別のない形で提供するためには、女性・女児が置かれている状況やその要因を把握したうえで、サービス内容や、場所・時間を含む提供方法、価格設定などを十分検討する必要がある。そうすることで適切な保健医療サービスに女児・女性がアクセスでき、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態」である UHC を達成できる。また、SRHR は、女性が自身の身体へのオーナーシップを持つことであり、それ自体が女性・女児のエンパワメントの重要な要素の一つであることから、積極的な取組が期待される。

#### (2) 開発効果の最大化

開発事業を行ううえで、事業の最終受益者には必ず地域に居住する女性・女児が含まれ、そして事業の直接受益者にも女性の医療従事者が含まれる。前章で示したように、女性の物理的、経済的、社会文化的要因によって、女性は保健医療サービスを受けられない、または受けにくいことで、女性の健康リスクが高くなっている場合がある。ジェンダーの視点に立った取組は、こうしたジェンダー課題にも対応することで、全体的に開発効果が高めることを期待できる。例えば、女性は同性の医療従事者からのみサービスを受けられる国において、医療従事者に対する技術研修を行う場合、女性の医療従事者に優先的に研修機会を提供することで、不利な状況に置かれた現地の女性に対して適切で改善された保健医療サービスを提供できるようになる。

また、ジェンダー視点が欠けることで、案件に求められた成果を十分に達成できないことがある。例えば、女性が抱える課題やニーズを十分に発掘しないまま医療施設を建設した場合、女性が物理的・文化的、また安全面上、アクセスしづらい場所に建ててしまい、利用者の数に男女差が生まれることなどが起こり得る。

さらに、政策策定の場に女性が不在であることで女性の課題やニーズの重要性は低く見られることもある。例えば、全体予算を配分する上で、女性の栄養改善プログラムに予算が配分されないことでキーとなる女性の栄養改善が進まず、地域全体の栄養改善の進捗が遅れる可能性がある。

### 2-2 保健医療分野におけるジェンダー平等実現に向けた国際的枠組み

#### (1) 持続可能な開発のための 2030 アジェンダと持続可能な開発目標（2015 年）

ジェンダー平等と女性のエンパワメントは、「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」における持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）を達成するための必要条件とされている。つまり、ジェンダー平等と女性のエンパワメントは、17 の目標と 169 のターゲットすべてを実現するための手段であり、その実現に向けた方策を取ることが求められている。

17 の目標のうち、ジェンダー平等と女性のエンパワメントを掲げる目標 5 は、ジェンダーに基づく差別をなくし、すべての人が対等に権利・機会・責任を分かち合える社会の構築や女性のエンパワメントを目指している。同目標の下で設定されているターゲットのうち、保健医療分野の事業と関連性の高いものを以下に示す。特に、保健医療分野の取組と関連がある箇所はオレンジ表記で示す。

- 5.1 あらゆる場所におけるすべての女性・女兒に対するあらゆる形態の差別を撤廃する。
- 5.2 すべての女性・女兒に対する、公共・私的空間におけるあらゆる形態の暴力を排除する。
- 5.3 未成年者の結婚、早期結婚、強制結婚及び女性器切除など、あらゆる有害な慣行を撤廃する。
- 5.4 公共のサービス、インフラおよび社会保障政策の提供（中略）を通じて、無報酬の育児・介護や家事労働を認識・評価する。
- 5.5 政治、経済、公共分野でのあらゆるレベルの意思決定において、完全かつ効果的な女性の参画および平等なリーダーシップの機会を確保する。
- 5.6 国際人口・開発会議（ICPD）の行動計画および北京行動綱領、ならびにこれらの検証会議の成果文書に従い、性と生殖に関する健康および権利への普遍的アクセスを確保する。
- 5.c ジェンダー平等の促進、ならびにすべての女性・女兒のあらゆるレベルでの能力強化のための適正な政策および拘束力のある法規を導入・強化する。

また、目標 5 以外の保健医療分野と関連性の高い目標とターゲットのうち、ジェンダー平等と女性のエンパワメントに関連する箇所は下表のとおり。

目標	ターゲット	グローバル指標
3：すべての人に健康と福祉を	3.1 2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する。	3.1.1 妊産婦死亡率 3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合
	3.2 すべての国が新生児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳以下死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに、新生児及び 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。	3.2.1 5 歳未満児死亡率 3.2.2 新生児死亡率
	3.7 2030 年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖に関する健康の国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関する保健サービスをすべての人々が利用できるようにする。	3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49 歳）にある女性の割合 3.7.2 女性 1,000 人当たりの青年期（10～14 歳；15～19 歳）の出生率
	3.8 すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。	3.8.1 必要不可欠な保健サービスによってカバーされる対象人口の割合 3.8.2 家計の支出または所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合

	3.c 開発途上国、特に後発開発途上国及び小島嶼開発途上国において保健財政及び保健人材の採用、能力開発・訓練及び定着を大幅に拡大させる	3.c.1 医療従事者の密度と分布
--	---	-------------------

\* オレンジ表記部分は特にジェンダー視点と関連がある箇所。

出所： <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/index.html> を基に作成（閲覧：2022年4月20日）

## (2) 国連による SDGs 目標達成のためのグローバル戦略の策定

2010年に開催された国連 MDGs サミットでは、国連事務総長の呼びかけにより”Every Women Every Child”の活動及び国際戦略が提唱され、“Global Strategy for Women’s and Children’s Health”が策定された。2015年には、SDGs 目標達成のためのグローバル戦略 ”Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health 2016-30”としてアップデートされた。この計画においては、2030年までにすべての女性・子ども・若者が、社会的・経済的障壁に妨げられることなく、身体的・精神的な健康と幸福を享受し、持続可能な社会を実現することが目標とされている<sup>24</sup>。また、国連女性機関は 2018-2021 戦略計画 で女性に対する暴力の撤廃（Violence Against Women: VAW）を重点分野の一つとして定めており、成果目標の一つに性的・身体的暴力を受けた女性の保健医療サービス、司法、警察、社会サービスへのアクセス向上を定めている。また性暴力によってリスクが高まる HIV/エイズ対策につき、政策レベルでの調整機関として各国へのアドボカシーの推進や啓発活動をしている<sup>25</sup>。

## (3) グローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）の設立

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria）は、世界の三大感染症（HIV/エイズ、結核、マラリア）対策のための資金を集め、世界各国における感染症克服を目的として 2002 年に民間イニシアチブにより設立された、世界最大の国際的な基金・パートナーシップ組織である<sup>26</sup>。

## (4) WHO の計画・戦略におけるジェンダー主流化

### ① ジェンダー主流化の総合事業計画の策定

2018年に開催された第 71 回 WHO 総会で、UHC と SDGs の目標達成のために、ジェンダー主流化を取組の中核に位置付け、「WHO の活動へのジェンダー分析とアクションの統合戦略」により第 13 次総合事業計画（2019-2023 年）を策定し、それらの活動をより強固なものにすることとされた。

### ② 妊産婦死亡削減などに係る戦略策定

新生児死亡・妊産婦死亡などの件数を削減するためのロードマップとして、以下の行動計画などを策定した。

- ENAP（Every Newborn Action Plan：2014 年）<sup>27</sup>  
 予防可能な新生児死亡と死産の撲滅のための 2030 年までの行動計画として、すべての妊産婦が 4 回以上の出生前健診を受けること、すべての出産が専門の医療従事者の介助により行われること、すべての女性及び新生児が出産後 2 日以内に産後ケアを受けることを明記した。
- EPMM(Ending Preventable Maternal Mortality：2015 年)<sup>28</sup>  
 予防可能な妊産婦死亡撲滅のための目標・戦略として、世界の国ごとに母子保健サービスへのアクセス、ケアの質、ケアの成果における不平等をなくし、SRH や家族計画を含めたケアの改善を継続して行う。

## (5) 国連人口基金の戦略プラン策定

国連人口基金（UNFPA）は、国連総会のイニシアチブの下に 1969 年に設立され、国際的な資金によって開発途上国などに人口関連の支援を行う最大の機関である。それぞれの国が性と生殖に関する健康や、個人の選択に基づく家族計画サービスを改善できることを目的に支援を進めている。2022-2025 年を期間とする UNFPA の戦略プラン（Strategic Plan 2022-2025）においては、SRHR へのユニバーサルアクセスを達成し、妊産婦死亡を削減することにより、女性の生活を改善し、ジェンダー平等の実現を目指している。

### 第3章 ジェンダー主流化の実践

事業におけるジェンダー主流化とは、各事業の計画、実施、モニタリング、評価のすべての段階にジェンダー視点を取り込み、実践することである。本手引きでは、以下の5つのステップでジェンダー主流化の実践方法を紹介する。

- **ステップ1「社会・ジェンダー分析」**：社会・ジェンダー分析を実施する。具体的には、ジェンダー平等と女性のエンパワメントを推進する観点から関連政策や制度、組織、地域における男女の経験や課題、ニーズなどを確認・分析し、ジェンダー課題を抽出する。
- **ステップ2「取組案・計画の策定」**：抽出した課題に対する取組案を検討・策定する。
- **ステップ3「指標の設定」**：取組による成果を客観的に示すための定量的・定性的指標を設定する。
- **ステップ4「ジェンダー視点に立った実施・モニタリング」**：ジェンダー視点を取り込んだ実施体制の整備、取組・工夫の実施、成果やインパクト（事業実施による、計画していなかった正と負の影響）の発現状況をモニタリングする。
- **ステップ5「ジェンダー視点に立った評価」**：ジェンダー視点を取り込んだ活動・取組・工夫の実施、成果やインパクトを評価する。

5つのステップは下表のとおり、ステップ1～3が事業サイクルの案件形成段階、ステップ4が実施段階、ステップ5が案件終了後の段階にあたる。案件終了までのすべてのステップを念頭に置きつつ、特に案件形成段階（ステップ1「社会・ジェンダー分析」～3「指標の設定」）においてジェンダー主流化に取り組むことが重要となる。

案件形成段階			実施段階	案件終了後
ステップ1 社会・ジェンダー分析	ステップ2 活動・計画の策定	ステップ3 ジェンダー指標の設定	ステップ4 ジェンダー視点に立った実施・モニタリング	ステップ5 ジェンダー視点に立った評価

技術協力、有償資金協力、無償資金協力の事業サイクルにおける手引きの参照箇所は以下のとおり。

スキーム	事業サイクル	参照先
技術協力	基礎情報収集・確認調査、詳細計画／基本計画策定調査の特記仕様書作成時	ステップ1（分析）
	R/DにおけるMain Point Discussed（ジェンダーに関する取組）、PDM、事前評価表	ステップ2（活動・計画） ステップ3（指標）
	本体事業特記仕様書作成、事業実施、モニタリングシート確認時	ステップ4（実施・モニタリング）
有償資金協力	基礎情報収集・確認調査、協力準備調査の特記仕様書、案件計画調書①作成時	ステップ1（分析）
	M/D、案件計画調書②／③、審査調書、事前評価表作成時	ステップ2（活動・計画） ステップ3（指標）
	事業監理、Project Status Report 確認時	ステップ4（実施・モニタリング）
無償資金協力	基礎情報収集・確認調査、協力準備調査の特記仕様書、案件計画調書①作成時	ステップ1（分析）
	M/D、案件計画調書②／③、事前評価表作成時	ステップ2（活動・計画） ステップ3（指標）
	事業監理、Project Monitoring Report 確認時	ステップ4（実施・モニタリング）

ステップ1～5の詳細は次頁以降で紹介する。



## Step 1 社会・ジェンダー分析の実施

事業のジェンダー主流化で最初実践すべきことは、社会・ジェンダー分析を通じてジェンダー課題を特定することである。具体的には、調査を通じて、対象国・地域におけるジェンダー別のデータや関連情報を収集・分析し、ジェンダーに基づく現状や課題を把握する。特に、人々がどのようなジェンダー観に基づいて、どのように生活・行動しているのか、その背景にどのような社会的・文化的慣習や規範があるのか、その結果としてどのような課題に直面しているか、ニーズは何かを把握する。

下表は、調査準備時に参照する「社会・ジェンダー分析のための調査項目・内容リスト」で、代表的な調査項目ごとに、調査すべき内容を記載している。また、特定の小分野にのみ関連する調査内容については、該当する小分野名を「【小分野】」の形で示しているので参照のこと。同リストは、本分野あるいは小分野ごとにジェンダーに基づく現状や課題をよりの確に把握するために、必要な基礎情報を収集する調査項目も含んでいる。さらに、事業を通じて、ジェンダーに基づく暴力（SGBV）の撤廃を含む SDGs 目標 5 の達成にも貢献することが求められることから、広く収集・分析することが望ましく、同目標に関連した調査項目も含んでいる。なお、これらの調査項目や内容は例示であり、事業の目的やスコープに応じて適宜修正または追加情報を収集する必要がある点にも留意したい。

### 社会・ジェンダー分析のための調査項目・内容リスト

調査項目	調査項目
政策制度	
保健医療・ジェンダー関連の政策・計画 関連法規定の有無・内容	<input type="checkbox"/> 保健医療分野の法律、政策、戦略、アクションプランにおけるジェンダー関係、ジェンダー課題の位置づけ、取組の状況 <input type="checkbox"/> 女性の法的ステータスの状況（女性の離婚、財産所有権、子どもの養育、リプロダクティブ・ヘルスなどについて自己決定の権利の法的状況）
母子保健に関する法令	<input type="checkbox"/> 避妊は合法か <input type="checkbox"/> 妊娠中絶は合法か
SGBVに関する法令	<input type="checkbox"/> SGBVを受けた女性を保護する法律、政策、アクションプランの状況 <input type="checkbox"/> 法令の対象に精神的、社会的、経済的暴力も含まれるか
政府や実施機関の組織体制	
意思決定体制への女性の参画度合い、配属状況	<input type="checkbox"/> 医療従事者数（医師・看護師・助産師）と割合（ジェンダー別、有資格／無資格別、役職別） <input type="checkbox"/> 採用基準にジェンダー差はあるか
医療従事者の能力	<input type="checkbox"/> 医療従事者のジェンダーに関する基礎知識、研修経験はあるか <input type="checkbox"/> 医療従事者への研修受講者数のジェンダー差はあるか
母子保健に関する組織体制	<input type="checkbox"/> 伝統的産婆の介助による出産は行われているか <input type="checkbox"/> 施設分娩での出産割合はどの程度か
感染症に関する医療従事者の配属状況	<input type="checkbox"/> 感染症患者を診察・治療・看護するジェンダー別の医療従事者の割合
UHC 達成に関する医療従事者の配属状況	<input type="checkbox"/> 保健医療サービスのプログラムの策定管理に女性は能動的に参加しているか <input type="checkbox"/> 国家資格を有する女性医療従事者（医師・看護師・助産師）などは行政の基準値どおり配属されているか <input type="checkbox"/> 女性ヘルス・ワーカーはコミュニティに存在するか <input type="checkbox"/> 女性医療従事者が訓練を受けるうえでの制約は何か <input type="checkbox"/> 伝統的な医療は対象地域で一般的に行われているか
SGBVに関する体制	<input type="checkbox"/> SGBVを受けた女性に対する相談・支援・モニタリング機関の制度の整備状況 <input type="checkbox"/> 医療施設内に、SGBVのサバイバーを保護するためのワンストップセンターが設置されているか <input type="checkbox"/> SGBVを受けた女性に対する病院とホットラインや相談窓口、警察の連携した支援体制やリファラル体制（他病院や上位機関などへの紹介・連携）はあるか <input type="checkbox"/> 対象地域において、女性に対する暴力の報告数、行政の指導数はどの程度か

	<input type="checkbox"/> SGBVのサバイバーに対する保健医療サービスの提供状況 <input type="checkbox"/> SGBVの対応に係る研修を受けた産婦人科医・救急医や助産師、看護師などの数
多様なステークホルダー（連携）	
ジェンダー関連機関との連携 ドナー連携	<input type="checkbox"/> 女性省やジェンダー平等を推進する機関との連携はあるか <input type="checkbox"/> 保健医療分野での他ドナーや国際機関による女性のエンパワメントやジェンダーの視点に立った取組の状況
対象地域におけるアクセス状況と課題（保健医療施設へのアクセス）	
施設整備状況 アクセス手段	<input type="checkbox"/> 適切な知識・技術を有する医療従事者（助産師など）による介助を受けた出産の割合 <input type="checkbox"/> 地域医療施設へのアクセス有無、容易度にジェンダー格差はあるか <input type="checkbox"/> 女性がアクセスしにくい要因（時間的制約や移動手段、行動制限、移動に関する自己決定権、交通費捻出の自由がないなど）は何か、ジェンダー別の異なる保健ニーズは特定しているか <input type="checkbox"/> 女性が男性の医療従事者による保健医療サービスを妨げる社会規範はあるか <input type="checkbox"/> 地域で行政や医療従事者による医療教育や性教育が行われているか <input type="checkbox"/> 事業が対象とする一般女性が、健康に関する必要な知識と情報にアクセスできる手段を持っているか <input type="checkbox"/> 地域の保健医療に取り組む女性グループがあるか
医療施設の設計・設置、運営におけるジェンダー視点	<input type="checkbox"/> 医療施設における待合室、診察室、検査室、病室、トイレ、周囲の照明などは、女性のプライバシーや安全性を確保するように設計されているか <input type="checkbox"/> 地域の医療施設の設置計画・運営に関して女性の意見が取り入れられている、また女性も主体的に関わることができるか
母子保健に関するアクセス状況	<input type="checkbox"/> 産前・産後のケア、継続ケアを受けた妊産婦の数 <input type="checkbox"/> 家族計画に関する情報提供サービスや教育プログラムはあるか <input type="checkbox"/> 避妊について、ジェンダー間で理解の違いはあるか <input type="checkbox"/> 避妊具の入手は可能か、使用することは可能か <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具、皮下インプラント型避妊具などの挿入が医療機関で可能か
感染症に関するアクセス状況	<input type="checkbox"/> 性感染症について検査・治療を受ける機会はあるか
UHCの達成に向けたアクセス状況	<input type="checkbox"/> 医療施設の設置計画では設置場所に関して女性の移動距離・手段・費用、女性の公の場での移動制限を考慮しているか <input type="checkbox"/> 現存の医療施設まで移動するために女性が安全に利用できる交通手段はあるか <input type="checkbox"/> 医療機関まで女性の単独での移動は可能か
住民の健康状態	
住民健康状況	<input type="checkbox"/> ジェンダー別健康指標、保健医療サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 対象エリアで最も深刻な病気は何か <input type="checkbox"/> 特定の病気の発生にジェンダーによる差異はあるか、主に女性に見られる健康問題や女性特有の健康問題は何か <input type="checkbox"/> 地域住民の栄養状態にジェンダー格差はあるか <input type="checkbox"/> 児童婚、女性器切除など、女性の健康に悪影響を及ぼす慣行は存在するか
母子保健に関する状況	<input type="checkbox"/> 妊産婦死亡率の割合、ハイリスクの年齢グループはどこか <input type="checkbox"/> 妊産婦の合併症・死亡リスクの主要要因（医療的・環境的・社会経済的な要因）は何か <input type="checkbox"/> 対象人口における妊娠中の女性の貧血者の割合はどれくらいか、ジェンダーによる差異はあるか <input type="checkbox"/> 乳幼児死亡率、新生児死亡率、発育阻害、低体重や罹患率にジェンダー差は認められるか、これらの差異と食事の摂取に関係が認められるか <input type="checkbox"/> 出生時男女比が世界平均と比べてどの程度差異があるか
感染症に関する状況	<input type="checkbox"/> ジェンダー別の感染症への感染率、治療率
役割分担	
感染症に関する役割分担	<input type="checkbox"/> 家庭内の家族の看護・介護の分担率のジェンダー差はどの程度か
女性の参画と意思決定	
医療行為に関する意思決定	<input type="checkbox"/> 保健医療サービスを受けることについて女性に決定権があるか

	<input type="checkbox"/> 医療費の支出について女性に決定権があるか <input type="checkbox"/> 携帯電話やインターネットなど保健医療情報の収集に有益な情報を得る手段の所有について女性に決定権があるか
母子保健に関する社会規範	<input type="checkbox"/> 非医学的な授乳期間に関する慣習や、初乳の廃棄、哺乳瓶による授乳を避けるなど、授乳に関する社会的・文化的な制約などはあるのか <input type="checkbox"/> 未婚の母や非嫡出子に対する文化的・社会的態度はどうなっているか
母子保健に関する意思決定	<input type="checkbox"/> 家庭内で家族計画に関する決定を行うのは誰か、事業が対象とする一般女性が妊娠・出産・育児に関する決定権を有するか <input type="checkbox"/> 一般の女性・男性がSRHに関する参画を行ううえで必要な知識を持っているか
感染症に関する意思決定	<input type="checkbox"/> 感染症対策としての薬剤や予防具（蚊帳など）の利用を決めるのは誰か <input type="checkbox"/> 性感染症の感染は女性に非があるといった固定観念はあるか <input type="checkbox"/> 性感染症予防（避妊具の使用など）手段について文化的・社会的制約はあるか
UHC の達成に関する意思決定	<input type="checkbox"/> 医療機関での受診の可否について決定するのは誰か <input type="checkbox"/> 女性に希望する保健医療サービスを受ける資金があるか
建設作業員のジェンダー別の雇用状況・環境（建設がある事業）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>建設作業員のジェンダー別の雇用状況・環境</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 現地の建設作業員のジェンダー比はどれくらいか <input type="checkbox"/> 女性が少ない場合、その理由は何か（例：固定的な性別役割分業を含むジェンダー規範、人材募集時の性別指定の応募条件・直接言及していないが実質的に女性を排除した条件の有無、暴力のリスク等） <input type="checkbox"/> 女性建設作業員がいる場合、その作業員が直面している課題はあるか。どんな課題か（例：トイレや更衣室等の現場の設備が男性用のみ、同僚や現地コミュニティからの揶揄、ハラスメント相談窓口の不足、等） <input type="checkbox"/> 同じ労働に従事しているが、男女間で賃金格差をつける文化はないか。
<ul style="list-style-type: none"> <li>SGBV 等のリスク</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 工事周辺地域や建設作業員の女性が SGBV 等に巻き込まれる可能性はないか。（建設資材の物流等でトラックの駐車場となる場所や市場等、地域住民とのコンタクトの場となり得るハイリスクな場所はどこか。トイレや建設労働者向けの居住スペース等に十分な夜間照明はついているか。）



### 【調査手法に関する Tips】

社会・ジェンダー分析における調査方法は、文献調査、聞き取り調査（キー・インフォーマント・インタビューやフォーカス・グループ・ディスカッションを含む）、現場観察や視察などの一般的な調査方法である。なお、ジェンダーに基づく役割・労働分担や資源へのアクセス・コントロールの状況など、ジェンダー関係をよりの確に把握するための「ジェンダー分析ツール」（参考資料参照）が各種開発されていることから、そうしたツールを用いて情報収集を行うことも有効である。その他、調査実施にあたっての留意点は以下のとおり。

- \* 男女それぞれから聞き取りを行い、ジェンダーに基づくそれぞれの認識の違いがないかを確認する。
- \* インタビューやディスカッションをグループで行う場合に、グループを男女混合とするかあるいは男女別とするかについては、その国・地域の文化慣習や社会規範、収集する情報の内容やその目的に応じて検討する。女性が男性の前で自分の意見を言うことが難しいと想定される場合は、男女別で聞き取りをすることが望ましい。一方、男女混合とする場合は、男女それぞれがどのような認識を持っているかをお互いに理解しながら議論を深める機会ともなりうる。
- \* 女兒・男児も異なるニーズや視点を持っていることもあるため、可能な限り把握に努める。
- \* さらに、ジェンダーに基づく暴力（SGBV）などの機微に触れる内容については、グループではなく個別インタビューの形で、経験や専門性を有する現地 NGO のスタッフなどが聞き取りを行うことが望ましい。また、匿名性の担保や情報の取り扱いにも十分留意する。

収集したデータ・情報を基にジェンダー課題を特定するためには、以下に挙げるような視点に立って分析・考察を行うことが求められる。

- 固定的役割分担：ジェンダーに基づいた固定的な役割分担が存在しているか。
- アクセス：資源やサービスへのアクセスやそこから得られる便益にジェンダー格差があるか。
- コントロール：誰が資源やサービス、便益の管理・所有を行っているか（ジェンダーに基づく偏りがあるか）。
- 意思決定：意思決定過程への参画にジェンダーに基づく偏りがあるか。
- 組織能力：関係機関はジェンダー平等と女性のエンパワメント促進にかかる政策、経験、能力を備えているか。
- ジェンダーに基づく暴力（SGBV）：当該分野に関連する SGBV はあるか（例えば、女性器切除、児童婚による若年妊娠など）

さらに、事業内容をジェンダー平等や女性のエンパワメントの推進により貢献するものとするために、以下の点についても考察することが望ましい。

- 計画している事業からの便益はジェンダーにかかわらず等しく受益するか。等しく受益しない可能性があるとするればそれはなぜか。等しく受益するために必要な対応は何か。
- ジェンダーに基づく偏見や社会的・文化的・制度的な制約などの不平等を解消し、社会におけるジェンダー平等をより推進するための方策は何か。

ステップ1で特定したジェンダー課題について、次のステップ2以降でそれらに対応するための取組内容や実施上の留意事項を検討する。なお本手引きでは、ジェンダー課題解決のための取組のうち、PDMの活動レベルのものをステップ2（次頁以降の「ジェンダー課題解決に有効な取組リスト」と事例）、活動を実施するうえの留意事項レベルのものをステップ4で整理する。

## Step 2 ジェンダー課題の解決に向けた取組案と計画の策定

特定されたジェンダー課題への取組案を検討・策定する（計画/PDMに反映）。なお、取組を検討する際には、以下の3つの側面すべてに留意することが重要である。

### (1) 女性や女児の可能性を強化するための取組（Agency）

女性・女児自身の能力強化や機会拡大を通じて、相対的に不利な立場にある現状を克服するために必要な「力をつけていく」ための取組。

例：母子保健に係る知識習得、行動変容を目的とした普及啓発活動・研修への参加、栄養知識に基づく女性自らによる健康改善など。

### (2) 社会や人々の意識や行動変容に向けた取組（Relations）

家族や地域コミュニティなどへの働きかけを通じて、地域社会や地域住民が有しているジェンダー意識やそれに基づく行動の変容を促していくための取組。

例：男性・男児、宗教を含むコミュニティの有力者・指導者を巻き込んだ保健意識の向上、リプロダクティブ・ヘルスの理解促進に係るプログラム参加、女性の参画に関する理解促進の啓発活動、医療人材の育成など。

### (3) 政策制度の整備や組織体制の変革に向けた取組（Structure and systems）

関連する政策や制度そのものを見直し、ジェンダー平等と女性のエンパワメントを推進するものに改正していくための取組。

例：保健行政組織・システムの強化、医療保障制度の改革、保健医療制度や政策における母子及び周囲の人びとも含めた総合的なアプローチの開発、保健医療施設の整備など。

これら3つの側面は互いに関係しており、ジェンダー主流化を進める際には、3つの側面すべてに留意して取組を進めていくことが必要である。例えば、上述の（1）の事例としてあげた母子保健の知識習得は、それだけで女性の可能性（agency）を高めることを目指す取組であるが、同時に（2）で示したように、地域の有力者や男性の、女性や乳幼児に関わる保健意識を向上させることが必要である。母子保健サービスの重要性に理解がなければ、女性が母子保健サービスにアクセスすることは難しい、あるいは一時的に実現できたとしても持続性が担保されないことも想定される。また、行政側も社会・文化規範的に女性のアクセスが難しい場合には女性医療センターの設置や女性を対象にした相談窓口を設けるなど、政策・制度上の対応策を講じていくのも重要である。

以下では、それぞれの課題に対して効果的な取組例を紹介する。各小分野における取組例については別途説明する。

### 2)-0 ジェンダー課題解決に有効な戦略・取組（保健医療分野共通項目）

ジェンダー課題/視点	有効な戦略・取組
政策制度	
保健医療施策にジェンダー課題への取組が位置づけられていない。	<input type="checkbox"/> 政策決定レベルの女性行政官の増員促進、女性の管理職への登用におけるクォータ制を導入する。 <input type="checkbox"/> 行政官に対するジェンダー研修を実施する。項目としては、ジェンダーの偏りが組織運営・体制に与える影響、ジェンダー主流化の意義（健全な組織運営、より高い事業成果や持続性の向上など）、ジェンダー主流化を推進するためのアクションプランの策定など。 <input type="checkbox"/> ジェンダー課題の特定のためのワークショップ実施とジェンダーの視点に立ったアクションプランを策定する。



性別データの収集、分析能力が低い。	<input type="checkbox"/> 関連機関職員に対するジェンダー研修を実施する。(ジェンダーバイアスが組織運営・体制に与える影響、ジェンダー統計や、ジェンダー主流化の意義など。) <input type="checkbox"/> 医療従事者、事業対象地住民を巻き込んだジェンダー分析手法による調査を実施する。
<b>政府や実施機関の組織体制</b>	
女性の医療従事者が少なく、女性が保健医療サービスを受けにくい。	<input type="checkbox"/> 女性医療従事者の雇用促進を図るため、女子寮や就職奨励金、安全な通勤手段の確保、アクセスしやすい勤務先、勤務時間、就労継続のための制度などの環境を整備する。 <input type="checkbox"/> 女性医療従事者の雇用者数にクォータ制を導入する。 <input type="checkbox"/> 女性の医療分野への進学を奨励する奨学金や寮の整備、女子医療専門学校などを整備する。 <input type="checkbox"/> 女性ヘルス・ワーカーをコミュニティに配置。もしくは保健医療施設と連携し、研修支援、キャリアパスの提示、サービスへの対価支払などを通じて、コミュニティ・ヘルスワーカーを公的な保健医療システムに組み込む。 <input type="checkbox"/> 母子保健や女性の罹患リスクが高い疾病に関する技術研修支援を実施する。
保健施設などのスタッフや保健ボランティアなどのケア・ワーカーには女性が多く、女性の感染リスクなどが高まっている。	<input type="checkbox"/> 感染症および感染予防・対策に関する適切な知識を習得するための研修を実施する。
女性の保健医療サービスに対するニーズや同サービスを受ける上での制約を理解する医療従事者が少ない。	<input type="checkbox"/> 医療従事者に対するジェンダー研修を実施する。 <input type="checkbox"/> 保健医療サービス提供に関するジェンダー主流化ガイドラインを作成する。 <input type="checkbox"/> サービス提供者と利用者である女性住民との意見交換の場を設け、ニーズの発掘や制約への理解促進を図る。
性被害や SGBV のサバイバーに対応する医療施設や連携・支援体制がない。	<input type="checkbox"/> 施設設計・運営計画策定時に病院内へワンストップセンターを設置する。 <input type="checkbox"/> 医療従事者へ SGBV 被害者/サバイバー対応研修を実施する。 <input type="checkbox"/> 保健医療施設での診察のための手順書やガイドラインなどに SGBV の被害者/サバイバーに対する対応を含める。 <input type="checkbox"/> 保健省、警察、司法、地方自治体などの関係機関の連携ネットワーク、リファラルシステムを構築する。
<b>対象地域におけるアクセス状況と課題 (保健医療施設へのアクセス)</b>	
保健医療施設がプライバシーや安全性を確保できる設計になっていないため、女性にとって利用しづらい。	<input type="checkbox"/> 診察室、検査室、病室、トイレ、周囲の照明などを、女性のプライバシーや安全性を確保できる環境に設計する。 <input type="checkbox"/> 施設の建設の計画段階で事業対象地の女性や、女性グループなどへニーズ調査を実施し、ニーズを反映する。
保健医療施設への距離・移動手段が困難で女性がアクセスしにくい。またはアクセスできる医療機関に限られる。	<input type="checkbox"/> 女性の移動の負担が抑えられるように、居住地にも近いコミュニティレベルの保健医療施設を設置する。 <input type="checkbox"/> 保健医療施設の設計時にコミュニティからの女性のアクセスの可否を検討して建設場所を選定する。 <input type="checkbox"/> デジタルデバイスを活用して遠隔診療を行う。そのための女性のサービス利用環境、設備・体制を整備する。 <input type="checkbox"/> 巡回診療・検診サービスを提供する。またその能力強化を行う。(コミュニティ・ヘルスワーカーによる家庭訪問や各戸への保健医療情報やサービスの提供。同時に性・生殖、避妊具の使用法を深める知識提供を伴った避妊具の配布などを行う。) <input type="checkbox"/> 保健施設への交通手段を提供する。
女性による医療情報・知識へのアクセスが限られている。	<input type="checkbox"/> コミュニティで女性に対する医療情報に関する勉強会、啓発セッションを行う。 <input type="checkbox"/> 男性に対して女性の保健医療情報や知識へのアクセスに関する啓発活動を行う。 <input type="checkbox"/> 女性が使用可能なメディアや手法を通じて、女性への保健医療情報や健康

	に関する啓発を提供する。
識字率の低い女性などが理解しやすい啓発手法がとられない。	<input type="checkbox"/> 視覚教材の活用など対象者に合わせた教材と啓発手法を開発する。
保健医療サービスの利用は、男らしくないというジェンダー規範があるため、男性の受診が遅れる。	<input type="checkbox"/> 保健医療サービスを受けることに対する偏ったジェンダー規範を変えるため、地域の有力者を巻き込んだ啓発活動を実施する。
<b>役割分担</b>	
女性は家事労働、家族のケアなどに従事する時間が多いため、保健医療サービスの提供を受ける時間を確保できない。	<input type="checkbox"/> 性別役割分担について参加型ワークショップ（Activity Profile、Daily Activity Calendarなど）を実施し理解促進を行う。 <input type="checkbox"/> 地域のリーダーや宗教的指導者など影響力のある者の協力を得て、男性の家事育児への参加の促進を啓発する。 <input type="checkbox"/> 統合サービス（子どもの予防接種と家族計画、産前産後健診のサービス）を1か所で提供するように戦略を策定し、利便性を高める。
<b>女性の参画と意思決定</b>	
女性に家計に対する決定権、自身が医療行為を受ける決定権がなく、女性が希望する有料の保健医療サービスを受けられない。	<input type="checkbox"/> 女性が保健医療サービスを受けることの重要性、必要な支出を可能にするための共通認識を家族が持つようコミュニティで啓発活動を実施する。 <input type="checkbox"/> 健康保険制度の設立、周知に関しコミュニティに対する啓発活動を行う。 <input type="checkbox"/> 家族全体を対象とした母子の健康、身体のオーナーシップに関する啓発活動を実施する。
一般男性の女性の健康の必要性に対する意識が変わらない。	<input type="checkbox"/> 女性の保健医療サービスに対するニーズや重要性を意識啓発し理解促進する男性向けの研修を実施する。
<b>建設工事時の取組（建設工事がある場合）</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>建設・修繕工事実施において女性が雇用されにくい、また、働きにくい環境がある。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 土木・建設工事従事者への女性の雇用（一定割合を女性とする等） <input type="checkbox"/> 土木・建設工事で女性が働きやすい環境の整備 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 同一労働において、男女間で賃金差をつけない</li> <li>➢ 建設現場への交通手段の提供、男女別のトイレや休憩所、居住スペース、夜間照明等の設置によるプライバシーや安全性の確保 上記について、コントラクターとの契約への記載</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>工事実施時に周辺地域や工事従事者の女性がSGBV等のトラブルに巻き込まれるリスクがある。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 工事現場の安全管理、ジェンダー平等と人権教育の徹底 <input type="checkbox"/> ジェンダーに基づく暴力、性的搾取・虐待及びセクシュアル・ハラスメント（SEAH：Sexual Exploitation, Abuse, and Harassment）に関する研修を建設工事従事者に向けて実施する。また、周辺地域での啓発活動を実施する。 <input type="checkbox"/> 性的搾取・虐待及びセクシュアル・ハラスメント（SEAH：Sexual Exploitation, Abuse, and Harassment）の防止及び発生時の対応等についてコントラクターとの契約に記載

## 2)-1 ジェンダー課題解決に有効な戦略・取組（①母子保健）

ジェンダー課題/視点	有効な戦略・取組
<b>対象地域におけるアクセス状況と課題（保健医療施設へのアクセス）</b>	
コミュニティ全体が母子保健サービスの利用などに積極的でない場合がある。 産前・産後健診を受診することについて、男性の理解が得られない。	<input type="checkbox"/> 地域リーダーを対象とした研修を実施し理解を得たうえで、関係者やコミュニティを巻き込んで啓発活動を進める。 <input type="checkbox"/> 啓発内容に、産前・産後ケア、助産専門技能者による介助や施設分娩、予防接種の重要性、妊娠前・妊娠中、授乳中の女性の健康・栄養状態の重要性などに関する内容を含める。
「母子手帳」は、自分とは関係ないと考える男性も多い。	<input type="checkbox"/> 男性対象にした母子手帳に関する啓発活動を行う。 <input type="checkbox"/> 母子手帳の内容やイラストに母子のみでなく、父親を含めて教材開発する。
妊産婦の労働負担が軽減されない。男性が育児に参加しない。	<input type="checkbox"/> 男性を対象とした母子保健に係る啓発活動（父親学級など）を実施。妊婦体験、幼児との触れ合い、おむつ交換や沐浴方法などを実施する。 <input type="checkbox"/> コミュニティ・ヘルスワーカーと共同で「男性グループ」「父親グループ」

	を組織し、男性の妊産婦・新生児保健サービスへの関わり、ジェンダー平等について啓発を実施する。
女性が家族計画に関する参画ができないために、望まない妊娠が繰り返される。	<input type="checkbox"/> 家族計画に関し、パートナー間で参画を促す啓発活動を実施する。 <input type="checkbox"/> 女性に対する身体のオーナーシップに関する啓発を実施する。 <input type="checkbox"/> 住民を対象に、SGBV に関する啓発活動や、医療従事者による性教育などを実施する。 <input type="checkbox"/> 産婦人科医や助産師に対する子宮内避妊具や皮下インプラント型避妊具などの装着に関する研修を実施する。
女児よりも男児が好まれる社会がある。	<input type="checkbox"/> 胎児診断のための超音波検査装置導入に際し、当該国／地域の社会文化的規範などについて留意のうえ、胎児選別などの目的で使用されるリスクを軽減し適切な用途もとの使用を啓発する。 <input type="checkbox"/> 女児に対しても男児同様に保健医療サービスを受けられるように家族に対して啓発を実施する。

## 2)-2 ジェンダー課題解決に有効な戦略・取組 (②感染症対策)

ジェンダー課題/視点	有効な戦略・取組
対象地域におけるアクセス状況と課題 (保健医療施設へのアクセス)	
感染症予防、治療へ女性のアクセスが限られている場合がある。 感染症の社会的スティグマや女性の経済力の低さから、女性の病院へのアクセスが遅れ、感染症の治療開始から完了までの期間が男性より長くなる場合がある。	<input type="checkbox"/> 妊婦と幼児、特別な支援が必要な人々 (HIV 陽性者、孤児、シングルマザー) などを対象に無料あるいは低料金の予防処置や治療を行うための制度設計をする。 <input type="checkbox"/> 母親、妊婦、男性、父親、思春期の若者、学童などそれぞれのカテゴリーグループを対象に啓発活動を実施し、感染の早期発見だけでなく、予防やよりジェンダー平等な家庭内の参画や看病の分担を推進する。 <input type="checkbox"/> 感染症防止のための機具・薬品 (蚊帳、予防薬など) の公平な配布がされるように、住民組織との連携、保健に係る女性グループの組織化を行う。 <input type="checkbox"/> 感染症診断を行う中核医療施設での女性医師の積極的な配置や女性医療センターなどの設置を行う。
妊婦は、マラリア感染のリスクが高く、妊婦自身の重症化だけでなく、流産、子宮内死亡、未熟児出産、発育障害などの危険性が高まる。	<input type="checkbox"/> マラリアまん延地域では、母子保健サービスを提供する医療機関やコミュニティ・ヘルスワーカーなどによる、無料あるいは低料金の殺虫剤、処理済蚊帳の配布、間欠予防治療 (Intermittent Preventive Treatment: IPT) などの対策を実施する。 <input type="checkbox"/> 医療機関による妊産婦に対する迅速診断キットの優先的な配布計画を策定する。
家族内感染者のケアに当たるのは女性が中心となっていることから、女性の感染リスクが高い。	<input type="checkbox"/> 男性を対象とした Community Home Based Care (CHBC) <sup>ii</sup> の研修を行う。 <input type="checkbox"/> 住民に対して感染予防、予防接種・早期治療に関する啓発活動を行う。 <input type="checkbox"/> 住民に対して女性、家族の栄養改善に関する啓発活動を実施する。
女性が病院へアクセスしないためサーベイランス、感染者の追跡調査が困難である。	<input type="checkbox"/> 妊婦と幼児、特別な支援が必要な人々 (HIV 陽性者、孤児、シングルマザー) などを対象に無料あるいは低料金の予防処置や治療を行うための治療制度の設計する。 <input type="checkbox"/> 女性が保健医療サービスを受けることの重要性や保健医療サービスのアクセス費用を捻出することの重要性に関し、コミュニティで啓発活動を実施する。 <input type="checkbox"/> 住民グループによる住民の健康管理・予防教育を行う健康普及員の配置を行い、地域医療機関とのリファラル体制を構築する。
女性の参画と意思決定	
複数相手との性交渉などの男性のリスクな性的行動や、バー	<input type="checkbox"/> ジェンダーの視点に立った HIV 予防啓発、ピア教育、性教育研修を実施する。 性感染症への感染リスクを下げるため、避妊具の配布や性感染症に関する住民に対する啓発を実施する。

<sup>ii</sup> Community Home Based Care とは、家庭で行う患者に対する、物理的、心理的、緩和的、宗教的なすべての形の医療行為のこと (WHO, 2007)。

ジン・クレンジング神話 <sup>iii</sup> などの誤った治療信仰と感染症の間に相関関係がある。	
HIVの母子感染は女性だけの責任と思われがちである。	コミュニティの男女双方に対して、母子感染予防に関する研修を実施する。

### 2)-3 ジェンダー課題解決に有効な戦略・取組 (③ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進)

ジェンダー課題/視点	有効な戦略・取組
政府や実施機関の組織体制	
ジェンダーに関する好事例が一部の地域だけに限られる。	<input type="checkbox"/> 中央政府や地方自治体が、情報や好事例共有し、成果を報告するためのシステムを構築する。 <input type="checkbox"/> 地方（州／県から末端まで）の保健行政組織に、ジェンダー担当官を配置する。 <input type="checkbox"/> ジェンダーと保健のガイドラインやプログラムの、効果的な他地域への普及戦略を構築するためのワークショップを開催する家政策に沿って地方の保健予算が、保健分野でのジェンダー平等に関する活動に配分されるような予算分配システムを構築する。
対象地域におけるアクセス状況と課題（保健医療施設へのアクセス）	
男女が平等に保健医療サービスにアクセスできない。	<input type="checkbox"/> ジェンダーに関わらず加盟できる健康保険制度の設計・導入を支援する。 <input type="checkbox"/> 女性や女児の健康とジェンダー平等推進の戦略・計画策定を行う。他の援助機関と協調して促進する。 <input type="checkbox"/> 女性が安全に通いやすく、無料もしくは低価格でサービスを受けられる医療施設を設置する。
女性の意見が保健医療サービスや保健のコミュニティ活動に反映されない。	<input type="checkbox"/> 女性、女児、男性、男児などすべての人が、保健医療サービスや保健のコミュニティ活動についての意見や問題点を報告できる、医療従事者と住民から成る住民集会を開催しコミュニティ普及員を配置する。 <input type="checkbox"/> 保健システムで女性・女児や周縁化された人々が平等に扱われるよう、啓発活動や政府の監視などで、ジェンダー平等推進の市民団体や人権擁護団体などと連携する。
男らしい行動として喫煙や飲酒などの行動が推進されたり、医療機関の受診は男らしくない行動とされる。	<input type="checkbox"/> 男性に対して喫煙や飲酒などの危険性や疾病との関連性の啓発活動を実施する。 <input type="checkbox"/> 保健医療サービスを受けることに対する偏ったジェンダー規範を変えるため、地域の有力者を巻き込んだ啓発活動を実施する。

### ジェンダー主流化の好事例

ジェンダー主流化の好事例として、上述の3つの側面（Agency、Relations、Structure and systems）すべてあるいは2つの側面に関連した事業を以下に示す。

#### JICAの取組事例① ガーナ「母子手帳を通じた母子継続ケア改善プロジェクト」、2017-2022年、技術協力プロジェクト

【案件概要】本事業は、ガーナ全国への母子手帳の配布と活用法の訓練、母子手帳の制度化による母子保健サービスの統合とヘルス・ワーカーの能力強化を行い、質の高い母子保健サービスと継続ケアの提供を目的とする。

#### 【ジェンダーの視点に立った取組】

##### ● 母子手帳による妊婦と家族の健康意識改善

事業で作成された母子健康手帳の普及は、手帳に記載された子どもの健康状況や医療享受状況を確認し、母親自身が自分や子どもの医療施設での受診についての意思決定を促すことを図ってい

<sup>iii</sup> バージン・クレンジング神話とは処女と性交渉を行うことで HIV/エイズが治癒するという神話。一部地域で信じられている。

る。実際に、母子手帳のイラストや記載されている症状を見て、妊産婦や母親が保健医療施設へ自ら受診に来るようになり、積極的な医療行為の享受の行動変容が起きている。また、母子手帳を男性家族と一緒に見ることで、母子栄養や母体保護について家族で学ぶ教材の役目を果たし、男性への意識改革を促している。

- **個人の行動変容を促す医療従事者の能力強化**

医療従事者へリスpekトフルケアの研修を実施し、医療従事者がいかに個人の栄養行動を変容するかロールプレイで議論し、母親から事情を聴き取って、母親が納得できる解決策を母親と一緒に模索する訓練を行っている。ここでは母親が自身の健康について主体的に意思決定できるようになることを図っている。

### **JICA の取組事例② パキスタン「プライマリヘルスケアにおける定期予防接種システム強化プロジェクト」、2019-2022 年、技術協力プロジェクト**

【案件概要】本事業は、ポリオ撲滅への貢献へ向けて、医療従事者の能力強化、医療保健施設へスーパービジョンを通じた質の向上、そしてコミュニティでの啓発活動から、乳幼児への定期予防接種率の向上と妊娠可能年齢女性への破傷風ワクチン接種率の向上を目的とする。

【ジェンダーの視点に立った取組】

- **コミュニティでの女性保健普及員への予防接種技術の指導による女性の予防接種率向上**

宗教規範や伝統的戒律、家父長制が特に厳しく、女性の行動制限や参画の制限が大きい対象地域で、女性への栄養指導や妊産婦の管理など基礎的保健医療サービスの普及員である、女性保健ワーカーへも予防接種に関する知識や注射実施訓練を行っている。その結果、伝統的慣習から女性の外出や女性が男性に肌を見せることがはばかれる地域で、女性の破傷風の接種が増加した。また母親が女性保健ワーカーから正しい予防接種や感染症に関する知識を得たことで、予防接種を積極的に受けるようになった。特に女性保健ワーカーの能力が向上したことは、コロナワクチンの接種においても、各戸への巡回接種を可能にし、女性の予防接種率向上を大幅に促進した。

- **地域の有力者を巻き込んだ啓発から地域の意識変容の促進**


予防接種率が低い地域を対象に、宗教指導者や男性住民を巻き込んだ予防接種と女性の健康に関する啓発を行い、女性自身が自ら医療施設の利用できるように住民の意識変容を促している。対象地域の農村女性の識字率が著しく低いため、はイラストで乳幼児や妊産婦の栄養や感染症の症状、予防接種のスケジュールを示した家族健康手帳を配布し、家族全体で妊娠から出産、産後の妊産婦と乳児の健康を学べるように啓発を行っている。啓発セッション後は予防接種率の向上につながった。



### Step 3 ジェンダー指標の設定

ジェンダー視点に立った取組案を検討した後、その取組によって期待される成果（変化）を測る指標（ジェンダー指標）を設定する。指標の設定にあたっては、可能な限り定量的な指標を設定し、変化の状況を客観的に把握する。定量指標の設定が難しい場合は、変化の内容やプロセスを測るため定性指標を設定する。以下に、ジェンダー指標の例を示す。

#### ジェンダー指標例（共通）

政策制度
<input type="checkbox"/> ジェンダー視点に立って策定された政策、計画、ガイドラインなどの数
政府や実施機関の組織体制
<input type="checkbox"/> 女性医療従事者及び女性管理職の数・割合の増加
<input type="checkbox"/> 保健分野の本邦・第三国研修など、研修参加者に占める女性の数・割合
<input type="checkbox"/> 対象地域で実施する保健分野でのジェンダー関連の研修受講者数
対象地域におけるアクセス状況と課題（保健医療施設へのアクセス）
<input type="checkbox"/> 保健医療施設・設備の設計に係る女性のニーズの反映状況（例：ジェンダー別の待合室、女性専用診察室・病室・トイレ、周囲の照明などが設置された施設の数、割合）
<input type="checkbox"/> 保健施設・設備の整備によって裨益した女性の数・割合（例：新設医療施設での女性受診者の人数・割合）
<input type="checkbox"/> 女性による保健医療施設の使用頻度や施設までの移動に要する時間
<input type="checkbox"/> 家庭内の支出に女性の保健医療サービス利用を含む世帯の数・割合
役割分担
<input type="checkbox"/> 家事労働に参加する男性の数・割合または家事労働の負担が軽減されたと感じる女性の数・割合
女性の参画と意思決定
<input type="checkbox"/> コミュニティ保健委員会のリーダーやメンバーの女性割合
<input type="checkbox"/> 家庭内の争いやDVの発生数に対する行政によるモニタリング回数
<input type="checkbox"/> ジェンダーに基づく暴力を肯定する意識をもつ住民の割合 <sup>iv</sup>
インフラ整備（建設工事）
<input type="checkbox"/> 建設工事や機械操作の講習に参加したジェンダー別の人数・割合
<input type="checkbox"/> インフラ復旧工事に従事したジェンダー別の人数・割合
<input type="checkbox"/> 建設作業員向けジェンダーと人権研修の回数、研修参加者数（ジェンダー別）
<input type="checkbox"/> 研修後のジェンダー意識の変化（事前・事後のアンケート結果比較など）
<input type="checkbox"/> SEAHの防止と対応にかかるコントラクターとの契約有無
<input type="checkbox"/> 男女同一労働同一賃金（※同一労働にもかかわらず、賃金格差の問題がある場合のみ有効）
 女性の数や割合といった定量的な指標を立てるのは簡単ではないが、事業の規模や想定される効果を基に考える。その際、事業対象国や対象コミュニティ近隣で実施された開発事業の報告があれば、参考にするとよい。

#### ジェンダー指標例（①母子保健）

政府や実施機関の組織体制
<input type="checkbox"/> 妊産婦死亡率・乳幼児死亡率
<input type="checkbox"/> 妊娠合併症の発症率
<input type="checkbox"/> 自治体別の母子手帳の作成率（全国普及率）
<input type="checkbox"/> 母子手帳の配布率
<input type="checkbox"/> 貧血女性の割合
<input type="checkbox"/> 母子保健サービスの数・種類・利用者の数
<input type="checkbox"/> 予防接種を受けた子どもの割合
<input type="checkbox"/> 技能を有する専門医療従事者による分娩介助の割合

<sup>iv</sup> 子どもの世話をしなかったことなどが、夫が妻を殴る理由として正当であると考えられるかどうかを質問する手法が、多くの調査でとられている。

対象地域におけるアクセス状況と課題（保健医療施設へのアクセス）
<input type="checkbox"/> 施設分娩率 <input type="checkbox"/> 産前・産後健診受診率、それぞれの受診回数 <input type="checkbox"/> 母子継続ケア完了率 <input type="checkbox"/> 母子手帳の使用者割合 <input type="checkbox"/> 妊産婦のリスク及び緊急時の対処方法を理解している女性の割合、男性を含む家族の割合
役割分担
<input type="checkbox"/> 母子保健に関する啓発を目的とした父親学級への男性参加者数 <input type="checkbox"/> 産前・産後健診に同伴する男性の数 <input type="checkbox"/> 男性家族が育児をする世帯数・男性数
女性の参画と意思決定
<input type="checkbox"/> SRHR、子どもを何人持ちたいか、性交渉などについてパートナーと話しあっている女性の数・割合 <input type="checkbox"/> 家族計画（近代的な方法（避妊具、避妊薬）、伝統的な方法（膣外射精、オギノ法））に基づく避妊実施割合

### ジェンダー指標例（②感染症対策）

政府や実施機関の組織体制
<input type="checkbox"/> ジェンダー別の感染者数（感染率） <input type="checkbox"/> ジェンダー別の感染症による重症化率、死亡者数（死亡率） <input type="checkbox"/> 感染症に起因する女性の医療施設アクセス割合 <input type="checkbox"/> 必要な予防接種を受けた乳幼児の割合 <input type="checkbox"/> 女性の感染症対策物品所持率 <input type="checkbox"/> 感染症予防薬に係る女性への処方率 <input type="checkbox"/> 女性に係る感染症治療の早期完了（完治しないものは早期開始と継続）割合

### ジェンダー指標例（③ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進）

政府や実施機関の組織体制
<input type="checkbox"/> 基礎的産科・新生児ケアを提供している施設数 <input type="checkbox"/> 対象医療施設における分娩数、手術件数 <input type="checkbox"/> 対象医療施設における女性の外来・入院患者数 <input type="checkbox"/> 対象医療施設における高度医療機器による女性の検査件数 <input type="checkbox"/> 女性にとって利用しやすいと感じる医療施設の整備割合
対象地域におけるアクセス状況と課題（保健医療施設へのアクセス）
<input type="checkbox"/> ジェンダー別の健康保険加入者数・加入率 <input type="checkbox"/> 保健医療施設の女性利用者数、利用率

## Step 4 ジェンダーの視点に立った実施・モニタリング

取組を実施するにあたり、ステップ1で把握したジェンダーに基づく現状（男女が置かれている現状）や課題・ニーズに留意した対応を行う。例えば、実施体制においては、カウンターパートやプロジェクトスタッフのジェンダー・バランス、ジェンダー意識、ハラスメントへの対応などを行う。取組の実施時は、女性の参加や意思決定への参画を促進するための対応を行うほか、当該女性の周囲の男性や地域住民の理解促進、また、女性の中の多様性にも留意する。

さらにモニタリングでは、活動の実施状況（男女の参加状況を含む）や期待される成果の発現状況を、ジェンダー別のデータやステップ3で設定したジェンダー指標を用いて把握する。新たなジェンダー課題が特定された場合には、事業のスコープや活動の進捗状況をふまえ、その課題解決のためにどのような取組が有効か、そうした取組を事業の中に内包化することができるかどうかを検討し、必要に応じてPDM・POなどの事業計画に反映することが望ましい。

下表に、実施やモニタリング上の留意事項を示す。

### ジェンダーの視点に立った活動上の留意点

分類	留意点
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の理由がある場合を除き、C/Pのジェンダー・バランスを確認し、偏りがあればバランスをとるための方策を検討する。</li> <li>● 普及員に女性が少ない場合、女性普及員を増やす方法を検討する。</li> <li>● C/Pや普及員の中にジェンダー担当を配置する。</li> <li>● C/P、プロジェクトスタッフ、日本人専門家を対象に、事前および実施中にジェンダー研修を実施する。研修時にジェンダーに対する理解・認識が不足していることがわかったら、継続的に意識向上を図る方法を検討する。</li> <li>● プロジェクトスタッフの雇用にあたっては、セクシュアル・ハラスメントや受益者に対する性的搾取などの禁止条項を明確に伝え、承諾書に署名してもらう。</li> <li>● 日本人専門家は、対象国・地域の文化・慣習を十分に理解するとともに、国際協力現場での性的搾取・虐待・ハラスメントへの意識を高め、無意識に差別的な言動をとることがないように自重し、相互に注意喚起し合う。</li> <li>● 関係者が利用できる相談窓口・経路を設定し、SGBVやハラスメントに対応する。</li> <li>● 必要に応じ、国際・現地のジェンダー専門家を配置する。</li> <li>● ジェンダーの視点に立った監査体制として、ジェンダー平等を推進する市民団体やジェンダー専門家によるモニタリング体制を取り入れる。</li> </ul>
活動・取組の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家事やケア労働で多忙な女性が参加しやすいよう実施時間や場所を設定する。また、特定の人・グループの労働や責任などの負担を増やさないように留意する。</li> <li>● 女性の識字率が低い場合などは、研修や技術指導を通じた情報やスキルの伝え方を工夫し（文字ではなくイラストや写真を使った説明、グループによる学びなど）、情報やスキルを必要とする人が研修に出ているか、参加状況を継続的に確認する。</li> <li>● 意思決定過程に必ず女性が参画し、女性の声が反映されるように、メンバー構成や会議の進め方など、より女性が参加しやすく発言しやすい環境づくりを行う。</li> <li>● 女性も年齢、社会階層、民族、障害の有無、教育レベル、家族・世帯形態などによって、置かれている状況や直面している課題、ニーズ、開発事業から受ける影響が異なることから、女性の中の多様性にも留意する。</li> <li>● 男児や男性、地域住民の巻き込みと理解促進を図る。（例えば、妊産婦・新生児の検査には男性の家族による同伴を促進するなど）</li> <li>● 普及技術が必要とする人に伝えられるよう、事前調査をして適切な対象を選定する。</li> <li>● 教材や資料を見直し固定観念や性別役割、ステレオタイプの強化を行わないように留意する（例えば、男性ケア・ワーカーのイメージ（写真やイラストなど）も使用し、ケア＝女性という固定観念を持たないようにするなど）。</li> <li>● 事業対象地のジェンダー規範・差別が強い場合は、影響力を持つコミュニティ・リーダーや宗教</li> </ul>

	<p>指導者などの理解や協力が特に重要となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象地域に SGBV の課題があれば、医療従事者に対するジェンダー研修や啓発で SGBV のもたらす影響や予防、サバイバーへの対応について取り上げる。</li> </ul>
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事業活動への参加や事業による受益が正当な理由もなく男女のどちらかに偏っているときは、原因・要因を特定して必要な対応を検討する。(例えば、普及活動への参加、医療資材の供与、収入増などが一方の性別に偏る；男女ともに資金の借入ができるようになったが、女性のほうが審査で落ちることが多い、または女性の借入金額が男性に比べて低い、など)</li> <li>● 無償の家事・育児・ケア労働で多忙な女性が活動に参加しやすいよう、活動の時間や場所に配慮されているか確認する。活動の参加が特定の人・グループの負担を増やしていないかも確認する。</li> <li>● 女性の学習経験・スタイルに合わせ、技術の伝え方に工夫がされているか、技術を必要とする人が研修に出ているかなどについて、継続的に確認する。</li> <li>● 研修などの理解や実践・定着に男女などによる差が認められたら、その要因を特定して対応する。</li> <li>● 計画段階で想定されていなかった正負の影響がないか、ある場合は正の影響を拡大する方法、負の影響を最小限にとどめる方法を検討する。</li> </ul>

## Step 5 ジェンダーの視点に立った評価

評価段階では、従来の事業評価の枠組み（事後評価）や評価手法（DAC6項目評価）に沿って、事業全体を評価する中で、ジェンダーの視点に立った取組の実績と実施プロセス、成果、インパクトを確認する。成果やインパクトは既に発現しているもの、あるいは発現の兆しがみられるものを含む。取組の成果の発現に、男女（多様な属性の男女含む）間で差異があったか、それぞれにどのような差異があり、その要因が何かを分析することにも留意する。

評価調査時は、対象地域のジェンダー格差やジェンダー規範などを考慮のうえ、定量調査であれ定性調査であれ、可能な限りジェンダー別のデータ・情報を収集し分析を行うことに留意する。調査対象者のジェンダー・バランスや属性に留意し、聞き取り時には内容に応じて性別で分けてグループを構成する。評価に際しては、評価チームのジェンダー・バランスにも留意する必要がある。

以下は、評価6項目に沿って評価を行う際の特に留意すべきジェンダー視点である。

### 評価において留意すべきジェンダー視点

評価6項目	留意すべきジェンダー視点
妥当性	<p>相手国の開発政策・開発ニーズ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ジェンダーの視点に立った取組は、ジェンダー平等を推進する政策、または保健医療分野の政策で掲げられた優先取組とその内容に合致しているか。</li> </ul> <p>多様な人々の包摂</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 受益者が特定のジェンダー・グループに偏っていないか。</li> <li>- 受益者の選定にあたり、女性や女児グループからも情報収集したか。</li> </ul> <p>計画やアプローチの適切さ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 特定のジェンダー・グループを排除しない方法が取られたか。</li> <li>- 多様な受益者が事業活動に参加し、受益できる方法が取られたか。</li> <li>- 特定のジェンダー・グループの労働負担を増やさない方法が取られたか。</li> <li>- 事業実施中にモニタリングに基づいて、取組が修正されたか。</li> </ul>
整合性	<p>SDGsなど国際目標やイニシアチブ、国際的な規範や基準との整合性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ジェンダーの視点に立った取組が、SDGsを含む国際的なイニシアチブの内容に合致しているか。</li> <li>- ジェンダーの視点に立った取組が、SDGsなど国際目標の達成に貢献したか。</li> </ul>
効率性	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 女性・女児の知識・経験、女性グループなどが活用されたか。（例：産前・産後健診の重要性など、女性の健康を守るために必要な情報を伝達するのに、女性グループを通じて行うなどの工夫がされたか、それによってプロジェクトの計画通りに成果が出たか）</li> <li>- 本邦・第三国研修の参加者のジェンダー・バランスはどうか。</li> </ul>
有効性	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ジェンダーの視点に立った取組は当初の成果を達成したか。</li> <li>- ジェンダーの視点に立った取組は事業目的・成果の達成に貢献したか。</li> <li>- どのような受益者が事業から受益したか（例：技術指導を受けた受益者、健康状態が向上した受益者などの男女など、属性別に差異があるかどうか）。</li> </ul>
インパクト	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ジェンダーの視点に立った取組を実施したことによりどのような正の間接的効果は発現したか（例：子どもの教育・栄養の向上、保健分野以外での女性リーダーの養成、DVやSGBVの減少、行政への働きかけによる制度の改正など）。</li> <li>- ジェンダーの視点に立った取組を実施しなかったため、あるいはジェンダー分析が不十分だったために、負の間接的効果は発現していないか（例：女性の栄養指導を支援した結果女性の労働負担が増加した、世帯の増加した収入の用途をめぐって家庭内の不和が増加したなど）。</li> <li>- 女性の経済・社会・政治参加に対する一般的な認識や実態に変化はみられたか。</li> </ul>
持続性	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 女性・女児が無理なく活動を継続することができるか。</li> <li>- 保健医療に関する取組（研修やコミュニティ普及員など保健組織や住民グループなどを含</li> </ul>



	<p>む)に女性が継続的に参加し、事業効果の継続に貢献することができるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- コミュニティや世帯内で見られた意識・行動変容が持続しているか。(例：女性・女子の健康の重要性や女性・女子の能力に対する理解は高まったかなど)</li> <li>- 関係機関におけるジェンダー主流化の取組は継続されるか。</li> <li>- 女性・女児の声が保健医療分野の政策・施策、制度に反映され続けるか。</li> <li>- ジェンダーの視点に立った取組が保健医療の政策・計画に反映され続けるか。</li> <li>- ジェンダーの視点に立った取組に保健医療予算が配分されるか。</li> </ul>
--	--

有効性（成果）やインパクト、持続性については、agency、relations、structure and systems の3つの側面（ステップ2参照）から、ジェンダーの視点に立った取組や工夫がジェンダー平等や女性のエンパワメントの推進にどのように貢献したかを明らかにする。具体的には、agencyは取組の実施によって女性は何ができるようになったか（女性自身の能力のみならず、女性を取り巻く外部環境の変化も含む）、relationsは取組の働きかけによって関係者や地域社会のジェンダー意識や関係性がどのように変化したか、structure and systemsは取組がどのように政策や制度、実施機関の事業方針・計画などに取り込まれたか、組織においてジェンダー平等がどう推進されたかなどを確認する。逆に、何らかの負のインパクトがみられた際には、将来の案件形成への教訓として可能な限り事例を抽出する。

## 参考資料

### 分野共通

- ADB. Gender and Development. <https://www.adb.org/what-we-do/themes/gender/main>
- ADB. (2013). Understanding and Applying Gender Mainstreaming Categories. <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/34131/files/tip-sheet-1-gender-mainstreaming-categories.pdf>
- ADB & Australian Aid. (2013). Tool kit on Gender Equality Results and indicators. <https://www.adb.org/documents/tool-kit-gender-equality-results-and-indicators>
- OXFAM. (2002). Gender Mainstreaming Tools: Questions and checklists to use across the programme management cycle. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/gender-mainstreaming-tools-questions-and-checklists-to-use-across-the-programme-199089/>
- UN Women. (2022). Handbook on Gender Mainstreaming for Gender Equality Results. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-02/Handbook-on-gender-mainstreaming-for-gender-equality-results-en.pdf>
- UN Women. (2016). How to Manage Gender-Responsive Evaluation: Evaluation Handbook.
- World Bank. Gender Data Portal. <https://genderdata.worldbank.org/>

### 分野共通（ジェンダー分析ツール）

- OXFAM. (2014). Quick Guide to Gender Analysis. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/quick-guide-to-gender-analysis-312432/>
- OXFAM. (1999). A Guide to Gender-Analysis Frameworks. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/a-guide-to-gender-analysis-frameworks-115397/>

### 保健医療分野

- UN. Every Woman Every Child 2015: The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>
- WHO. Mainstreaming gender in WHO's Programmes and actions. <https://www.who.int/activities/mainstreaming-gender-in-who-s-programmes-and-actions>
- WHO. Thirteenth General Programme of Work (GPW13) Methods for Impact Measurement. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/thirteenth-general-programme/gpw13\\_methodology\\_nov9\\_online-version1b3170f8-98ea-4fcc-aa3a-059ede7e51ad.pdf?sfvrsn=12dfeb0d\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/thirteenth-general-programme/gpw13_methodology_nov9_online-version1b3170f8-98ea-4fcc-aa3a-059ede7e51ad.pdf?sfvrsn=12dfeb0d_1&download=true)
- WHO. Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the Work of WHO. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44044/9789241597708\\_eng\\_Text.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44044/9789241597708_eng_Text.pdf;sequence=1)
- WHO. (2011). Gender mainstreaming for Health Manager. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44044/9789241597708\\_eng\\_Text.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44044/9789241597708_eng_Text.pdf;sequence=1)
- WHO. Gender Mainstreaming for Health Managers (Practical Approach). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057>
- WHO. WHO Malaria in pregnancy Evidence Review Group Meeting Report. <https://www.who.int/malaria/mpac/mpac-sept2015-erg-mip-report.pdf>
- WHO. (2015). Guidelines for the Treatment of Malaria. (Third edition)

<https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>

- UNFPA. UNFPA Strategic Framework on Gender Mainstreaming and Women's Empowerment.  
[https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Gender\\_Equality%20Strategy\\_2011.pdf](https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Gender_Equality%20Strategy_2011.pdf)
- UNFPA. Gender Equality Strategy (2018–2021).  
[https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/19-132\\_UNFPA\\_GenderStrategy-EN.pdf](https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/19-132_UNFPA_GenderStrategy-EN.pdf)
- USAID. USAID Health Reform Support Quarterly Performance Report.  
[https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00X9JK.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00X9JK.pdf)
- UNDP. Gender-based Violence and COVID-19.  
<https://www.undp.org/publications/gender-based-violence-and-covid-19>
- ADB. COVID-19 Vaccine Support Project under the Asia Pacific Vaccine Access Facility: Gender Action Plan.
- Medical Women's International Association. Training Manual for Gender Mainstreaming in Health.  
<https://fmwc.ca/docs/TrainingManualonGenderMainstreaminginHealth%5B1%5D.pdf>
- 公益財団法人プラン・インターナショナル・ジャパン「ジェンダー・トランスフォーマティブ・プログラム・ガイドブック」  
[https://www.plan-international.jp/about/pdf/2104\\_GTP\\_guidebook.pdf](https://www.plan-international.jp/about/pdf/2104_GTP_guidebook.pdf)

## 巻末脚注

---

- <sup>1</sup> WHO. Maternal mortality. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (閲覧 : 2022 年 4 月 20 日)
- <sup>2</sup> WHO. (2021). World Health Statistics 2021.
- <sup>3</sup> Thompson, B., Amoroso, L. (2014). Improving diets and nutrition: food-based approaches. Nutrition Division, Food and Agriculture Organization of the United Nations
- <sup>4</sup> United Nations. (1994). Report of the International Conference on Population and Development Cairo
- <sup>5</sup> WFP. (2015). Gender Policy 2015-2020.
- <sup>6</sup> UNFPA. (2020). Ensure Universal Access To Sexual And Reproductive Health And Reproductive Rights
- <sup>7</sup> UNICEF. (2019). Annual report
- <sup>8</sup> 厚生労働省. (2019). 「平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 低出生体重児 保健指導マニュアル」
- <sup>9</sup> Child Not Brides. Adolescent pregnancy and child marriage. <https://www.girlsnotbrides.org/learning-resources/child-marriage-and-health/adolescent-pregnancy-and-child-marriage/> (閲覧 : 2022 年 4 月 20 日)
- <sup>10</sup> WHO. (2022). Female Genital Mutilation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (閲覧 : 2022 年 5 月 13 日)
- <sup>11</sup> UNFPA. (2022). Female Genital Mutilation. <https://www.unfpa.org/female-genital-mutilation#readmore-expand> (閲覧 : 2022 年 5 月 13 日)
- <sup>12</sup> World Vision. (2014). Exploring the links: Female genital mutilation/cutting and early marriage.
- <sup>13</sup> WHO. (2019). Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries
- <sup>14</sup> UN. (2021). The Sustainable Development Goals Report 2021
- <sup>15</sup> 同上
- <sup>16</sup> WHO. (2007). Addressing Sex and Gender in Epidemic-prone Infectious Diseases.
- <sup>17</sup> WHO. (2015). Guidelines for the treatment of malaria.
- <sup>18</sup> WHO. Women's Health. <https://www.who.int/health-topics/women-s-health/> (閲覧 : 2022 年 4 月 20 日)
- <sup>19</sup> UN Women. Women and Health. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/end-violence-against-women/2014/health> (閲覧 : 2022 年 4 月 20 日)
- <sup>20</sup> UN Women. (2020). UN The World's Women 2020: Trends and Statistics
- <sup>21</sup> Sustainable Development Report. Universal Health Coverage (UHC) Index of Service coverage. Retrieved from <https://dashboards.sdgindex.org/> on 2022/3/4
- <sup>22</sup> UHC2030. (2020). State Of Commitment To Universal Health Coverage: Synthesis, 2020
- <sup>23</sup> EURO Health Net. 2021. Making the link: Gender Equality and Health
- <sup>24</sup> WHO. (2015). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)
- <sup>25</sup> UN Women. Strategic Plan. <https://www.unwomen.org/en/executive-board/strategic-plan> (閲覧 : 2022 年 4 月 20 日)
- <sup>26</sup> Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/en/> (閲覧 : 2022 年 4 月 20 日)
- <sup>27</sup> WHO. (2017). Reaching The Every Newborn National 2020 Milestones.
- <sup>28</sup> WHO. (2015). Strategies Toward Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM).