

HIV/エイズと健康教育 —グローバルな政策からローカルな行動へ—

勝間 靖[†]

HIV/AIDS and Health Education —Translating the Global Policies into Local Action—

Yasushi Katsuma

HIV/AIDS is affecting both the supply of education and the demand for education, weakening the education system in the world, particularly in Sub-Saharan Africa. At the same time, education can play a key role in HIV prevention. In this context, the “Global Initiative on HIV/AIDS and Education” was launched by the cosponsoring UN organizations of UNAIDS in 2004. In promoting this Initiative, the international community should take advantage of the existing global policies, such as the “FRESH” approach launched in 2000, in which life skills-based health education is one of the four pillars, and the “Facts for Life” first published in 1989. However, in order to implement these global policies at the local level, the partnerships need to be built between the education sector and the health sector, as well as between teachers and health workers in the countries, so that life skills-based health education can be provided for all children, preferably using the “Child-to-Child” method.

はじめに

1990年に「万人のための教育 (Education for All: EFA)」世界会議が開催されて以来、基礎教育の拡充は国際的に重要な目標となった。EFA へ向けた取組みにおける分野横断的な課題の一つとして、健康教育とライフスキル (生活技能) の普及があげられる。EFA の達成にとって、健康の課題を避けて通ることはできない。それは、子どもの教育と健康の間には密接な関係があるからである。このことは、例えば HIV/エイズの広がりによって教育システムそのものが崩壊しつつある地域があることから明らかであろう。しかしながら、これまで十分な取組みが行われてきたとは言えない。教育と健康がそれぞれ別の分野の課題として扱われてしまう傾向があり、分野横断的に捉えるのが難しいことも原因の一つではないかと思われる。以上のような背景から、本稿においては、健康教育という課題を中心に取り上げながら、教育と健康に関するグローバルな課題におけるライフスキルの意義について論じたい。

2000年の「世界教育フォーラム」で採択された『ダカール行動枠組み』においては、ライフスキルの普及が明示的に謳われた。子どもの教育と健康との関連性については長らく指摘されてきたが、それでは健康教育がどのように行われるべきかについては十分に議論されてこなかった。また、ライフスキル

[†] 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科助教授

に関しても、その概念についてさえ、はっきりとした合意があるとは言えない。以下では、HIV/エイズに焦点を絞りながら、教育と健康をめぐって行われてきたこれまでの議論を整理したい。まず、第1節では、EFAを脅かすものとして、HIV/エイズを中心とした疾病の問題をあげる。例えば、具体的には、HIVに感染した教員が、教育の現場から離れざるを得ない事態が生じている。また同時に、HIV/エイズの影響を受けた子どもが、教育を受ける権利が収奪されている点についても指摘する。そして、第2節で、学校保健についての国際的なアプローチと、そこにおける健康教育の位置づけについて説明する。第3節では、HIV/エイズに関連した健康教育のあり方について整理したい。健康教育の内容と方法について、ライフスキルを重視した視点から見ていくことにする。そして、最後に、2000年のミレニアム・サミットと国連特別総会において採択された『国連ミレニアム宣言』と、それに派生する「ミレニアム開発目標」の達成を国際社会が目指す中で、国際教育の目標と国際保健の目標との双方を繋ぐ概念として、EFAの議論の中から発展してきたライフスキルが重要な役割を果たすことを論じたい。

1. HIV/エイズの教育に対する影響

信頼のおけるデータは十分でないが、疾病の蔓延による教育への悪影響は一般的によく知られている。とくにHIV/エイズの広がり、最も憂慮すべき問題の一つであろう。HIV/エイズは、教育の供給面だけでなく、需要面にも悪影響を及ぼしてきており、教育システムそのものを揺るがしている。特にアフリカにおいて深刻であるが、他の大陸においても問題が広がりつつある。

(1) 教育供給への影響

HIV/エイズに起因した教員の死亡については、国際的に比較できるデータが十分でない。しかし、その数と比率が増加傾向にあることを示唆する研究がある。例えば、ザンビアでは20%の教員がHIVに感染しているという(Kelly 2000)。また、マラウイやウガンダの一部地域においては、その比率は30%を超えるという報告もある(Coombe 2000)。エイズに起因した病気によって1人の教員が命を失うことは、教室にいる全員の生徒が教育を受ける機会を失うことに繋がりがかねない。従って、HIVに感染した教員の増加、そして、その結果として増えると考えられるエイズによる教員の死亡は、子どもに対する教育サービスの提供を危うくすることになる。こういった状況において、エイズで命を失った教員の代わりに、新しい教員を採用して訓練する必要がある訳だが、その費用は教育セクターにとって大きな負担となる。例えば、スワジランドにおいてエイズで死亡した教員の後任の配置にかかる計算上の費用は、2016年までには2億3,300万米ドル近くに達すると推定されている(Kelly 2000)。これは、国家予算を超える規模であり、完全な実施は実際には不可能である。

また、教員本人が死に至らないとしても、HIV/エイズは、教員の常習的な欠勤を増やす。教育に注がれる時間が減り、授業計画の中断もたびたび起こる。それによって、教育の量も質も低下することは明白である。教員の常習的な欠勤は、少なくとも次の三つの要因によって引き起こされると考えられる(World Bank 2002)。第1に、HIVに感染した教員は、病気そのものの悪化によって、だんだん長期にわたって休むようになる。また、給与が減らないように、正式には病気休暇をとらないことが多い。そうすると、代理教員を雇用することも難しくなる。第2に、教員の家族の中にHIV/エイズで苦しむ者

がいる場合、その教員は看病や葬式のために休みをとるようになる。

第3の理由は、HIV/エイズによる心理的な影響である。教員本人または家族がHIV/エイズに苦しむとき、治療や葬式の経済的な負担に加え、繰り返される悲しい出来事のためトラウマに悩まされることが多い。例えば、ザンビアでのサンプル調査によると、エイズの発症によって病に倒れているか、命を失った親戚を持つ教員のうち、3分の2以上は、その問題について友人や家族に話せないでいるか、話したがいなかった(Kelly 2000)。このような孤立感や恐怖感は、教員が効果的な教育活動を続けることに悪影響を及ぼしている。

教育供給の問題として、村落地域からの頭脳流出も深刻である。村落地域で教育に携わることができる人材がますます不足している。教員を含め、エイズに苦しむ人びとは、病院やクリニックに近いところで生活しようとする。教員は都市に集中する傾向があり、村落地域への配置が以前にも増して難しくなっている。

(2) 教育需要への影響

HIV/エイズが教育供給の面で問題をもたらしている点については合意があるのに対して、その教育需要への影響については明確でない。母子感染などを原因とするHIV/エイズによって、乳幼児の人口は減少すると考えられるが、それでも学齢期の人口は一般的に増加している。また、エイズは、学齢期の子どもの死亡に直結しない。つまり、乳幼児にとっての主な感染経路は母子感染であり、命を失うのは若い子どもである。そして、母子感染によってHIVに感染した乳幼児のうち学齢期まで生存するのは半数以下である。したがって、5歳から14歳までの年齢層のHIV感染率は、他の年齢層のそれよりも低くなる傾向にある。

その後、子どもが思春期を迎えて性的に活発になると、HIV感染率は上がっていく。そして、アフリカの15歳から24歳までの子どもをみると、女の子の感染者数は、男の子の2倍以上となっており、女性がとくに脆弱であることを示している(UNICEF, UNAIDS & WHO 2002)。その意味で、5~14歳はHIV/エイズ予防にとって最も重要な年齢層だと言える。

学齢期の子ども人口の増減について明確な方向は示すことができないが、就学率については、とくに貧困層の間で減少する傾向が報告されている。HIV/エイズによって多くの世帯はさらに貧しくなっており、そのため、子どもが教育を受ける機会を奪われる場合がある(国連児童基金 2005)。

エイズ孤児の増加も、教育需要に影響を与える要因の一つである。子ども本人がHIV/エイズの影響を直接的に受けなくても、親のいずれかまたは両親のHIV感染は、子どもの生活に大きなインパクトを与える。HIV/エイズで親を失った18歳未満の子どもは、2003年までに1,500万人に達した。その10人のうち8人はサハラ以南のアフリカに住んでいる子どもである。アフリカにおけるエイズ孤児の数は、2010年には1,800万人を越えると推定されている(国連児童基金 2005)。

最近の調査をみると、10歳から14歳のエイズ孤児のうち、両親を失った子どもは、父母のいずれかを失った子どもよりも、出席率が低かった(UNICEF 2004)。直感的にも当然の結果ではあるが、このデータは、エイズ孤児が教育を受ける機会を奪われていることを実証的に示している。

(3) HIV/エイズと教育に関するグローバル・イニシアチブ

以上のような HIV/エイズの教育への深刻な影響は、国際教育開発に携わる者の危機感を一層高めることになった。また同時に、HIV/エイズの問題に取り組む上で、教育が重要な役割を果たすことも強く認識されるようになった。このような背景から、国連エイズ合同計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) を支える国連機関である国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR)、国連児童基金 (UNICEF)、世界食糧計画 (WFP)、国連開発計画 (UNDP)、国連人口基金 (UNFPA)、国連薬物犯罪事務所 (UNODC)、国際労働機関 (ILO)、国連教育科学文化機関 (UNESCO)、世界保健機関 (WHO)、世界銀行は、2004 年 3 月に「HIV/エイズと教育に関するグローバル・イニシアチブ」を立ち上げた。その主たる目的は、子どもや若者を対象とした HIV 予防のための教育プログラムを各国政府が実施できるよう支援することである (UNAIDS & UNESCO 2005)。以下では、学校保健についての国際的なアプローチとそこでの健康教育の位置づけについて整理した上で、HIV 予防のための健康教育のあり方について論じる。

2. 学校保健への国際的なアプローチ

学校保健のための国際的なアプローチについては、既に別のところで紹介されているが (勝間 2005a; 2005b)、ここでは健康教育に焦点を絞りながら簡単に整理しておきたい。

『ダカール行動枠組み』は、その目標 3 と 6 において、ライフスキルの重要性に言及している。そして、そういった教育開発目標を実現するための戦略として、「安全で、健康で、包括的で、均等に投資された教育環境」をつくりことを提案している (戦略 8)。ここでいう教育環境の具体的な内容としては、「適切な水と衛生の施設」、「保健・栄養サービスへのアクセスまたは連携」、「教員と学習者の肉体的・心理社会的・情緒的な健康を向上させる政策と行動規範」、「自尊心・健康・個人の安全に必要とされる知識・態度・価値・ライフスキルにつながる教育内容および実践」があげられている (World Education Forum 2000)。EFA の実現へ向けた『ダカール行動枠組み』の戦略 8 については、その国際的なアプローチとして、FRESH (Focusing Resources on Effective School Health: 効果的な学校保健への資源の集中) に注目する必要がある。

(1) FRESH における健康教育の位置づけ

2000 年の「世界教育フォーラム」において、WHO, UNESCO, UNICEF、世界銀行は、効果的な学校保健プログラムを共同で推進していくことに合意した (WHO, UNESCO, UNICEF & World Bank 2000)。これが FRESH であるが、それは次の四つの柱によって支えられている。つまり、保健分野の学校政策、健康的な学習環境へ向けた安全な水と衛生の提供、スキルを基礎とした健康教育、学校での保健・栄養サービスである。これらの四つの柱を強化するために重要なこととして、教員と保健医療従事者 (そして教育セクターと保健セクター) との効果的なパートナーシップ、コミュニティとの連携、そして生徒たちの意識の向上と参加の拡充があげられている。

ところで、FRESH を提案した WHO, UNESCO, UNICEF、世界銀行は、その後の 2004 年、他の国際機関とともに、前述の「HIV/エイズと教育に関するグローバル・イニシアチブ」を立ち上げている点を

覚えておきたい。

さて、FRESHの三つ目の柱が、スキルを基礎とした健康教育である。これは、知識、態度、スキルの発達を通して、健康的な生活様式と状況を創出・維持しようとする教育のことである。ここでの知識とは、情報とその理解である。そして、態度は、個人的な偏向や選好を意味する。スキルについては、ライフスキルと「その他のスキル」とに区別することができる。

ライフスキルは、「個人が日々の要求や挑戦を効果的に対処できるようにする、適応的で前向きな行動のための能力」(UNICEF, WHO, *et al.* 2003, p. 13)とWHOによって定義されている。ライフスキルの中核的な内容は、心理社会的な能力や対人スキルである。それは、人びとが十分な情報に基づき意思決定し、問題を解決し、批判的・創造的に考え、効果的に意思疎通し、健康的な関係を築き、他人と共感し、健康的かつ生産的に人生を管理できるよう手助けする。これに対して、「その他のスキル」は特定の分野ごとの実践的なスキルや技能であり、例えば、手洗いによる衛生管理がそこに含まれる。

(2) 健康教育とライフスキル

健康教育を計画する際に、四つの段階を想定することができる。つまり、目標、目的、内容、方法である。目標と目的を明確にした上で、内容や方法が検討されることになる。目標は、健康やそれに関連した社会的な問題に対してポジティブな影響を与えることであり、一般的な言葉で表される。例えば、マラリアによる子どもや妊産婦の健康問題を防ぐ、というのがそれである。このような一般的な目標へ向けて、より特定された行動や状況に影響を与えようとするのが目的である。例えば、マラリアを予防するため、子どもや妊産婦が蚊帳の下で寝るようにする、というのが目的である。もう一つの例として、マラリアに罹ってしまった場合、適切な治療を求められるような状況を作り出す、というのも目的に相当する。

健康教育の内容とは、特定の知識、態度、スキルである。それによって、より多くの人びとが健康的な行動をとるようになり、健康的な状況が作り出されることが期待される。例えば、マラリアは、マラリア原虫を媒介する蚊（ハマダラカ）に刺されることによって感染する（金子 2005）、という情報を知ってもらうことが重要である。そして、ハマダラカに刺される機会を大幅に減らすため、蚊帳の適切な使用について知識を得てもらう。その上で、自分自身の健康、さらには最もリスクの高い子どもや妊産婦の健康を守ろうとする態度を身につけてもらう。このような、特定の分野における知識と態度を普及させるためには、焦点を絞ったメッセージを健康教育に携わる関係者が共有することが必要となってくる。共通のメッセージに合意するための国際的な試みとして重要なのが、1989年にUNICEF, WHO, UNESCOによって共同出版された『Facts for Life』である。「生きるための情報」とも言うべき内容で、子どもと女性の健康を守るために知っておくべき知識が、HIV/エイズやマラリアの他、予防接種、怪我、災害と緊急事態などの分野ごとの主要メッセージとして簡潔にまとめられている。あまりメッセージが多すぎると受け手に効果的に伝わらないという配慮から、それぞれの領域ごとに、5から9のメッセージに限っているのが特徴である。

さて、健康教育の内容として、知識と態度に続くのが、スキルである。スキルは、前述のとおり、分野横断的なライフスキルと、その他の分野ごとの実践的な技能とに分けられる。マラリアの例では、自

分の住むコミュニティからマラリアをなくそうと考え、蚊帳を普及させるためのキャンペーンをはじめるといったような、意思決定と問題解決のライフスキルを考えることができる。

ライフスキルの類型の仕方にはいろいろある。三つの分野に分けることも可能であるが（勝間 2005a）、ここでは更に細分化した五つの分野を紹介したい。つまり、(1) 意思決定と問題解決、(2) 批判的思考と創造的思考、(3) コミュニケーションと対人関係、(4) 自己認識と共感、(5) ストレスと感情への対処、である。

ライフスキルが重視されるのは、知識と態度だけでは、行動変化をもたらすことが困難だからである。HIV/エイズについての知識を伝えられても、健康を促進しようという態度がなければ、その知識が適切に使われる可能性は低い。さらに、知識と態度が備わっていても、スキルがなければ、行動変化を期待することができない。もちろん、コンドームの入手方法や使い方といった「その他のスキル」は当然に重要である。しかし、それ以前に、例えば、性交渉を望まないときに、その意思を効果的に表現し、上手に拒否するといった対人関係のライフスキルが望まれる。上記の五つの分野におけるライフスキルについては、HIV/エイズに応用した具体的な例を後述することにする。

3. HIV/エイズと健康教育

HIV 感染の経路は、性交渉による性感染の他にも、血液感染、母子感染がある。血液感染には、麻薬中毒者の間での注射器の回し打ちも含まれる（若杉 2005）。もちろん、それぞれの感染経路について対策を考えることが重要であるが、HIV 感染の約 4 分の 3 は性交渉によるものである。また、子どもや若者の教育との関連で言えば、性交渉による HIV 感染についての健康教育が最も緊急な課題となってくる。

(1) 教育水準と HIV 感染

一般論として、受けた教育の水準が高ければ、HIV/エイズの感染率が低いだろうと想定することができる。しかし、興味深い現象として、一国ごとに個人の教育水準を見た場合、むしろ、高い教育を受けた者ほど HIV に感染している確率が高いのである（世界銀行 1999）。もちろん、教育そのものと HIV 感染との直接的な因果関係というよりは、高学歴の結果として、所得が高くなり、行動範囲が広がるため、複数のパートナーと性交渉をもつ機会が増えるという説明もできる。

また、教育による行動変化を期待するにしても、1980 年代や 1990 年代前半の調査の結果をもとに、教育と HIV 感染予防との関係を議論するのは適当でないという指摘がある。調査の対象となった人びとが HIV に感染したのは、調査から何年も前であるが、その当時には HIV/エイズについて一般的によく知られていなかったからである（Kelly 2000）。さらに、学校教育における HIV/エイズについての教育は、ごく一般的な内容で、知識偏重であることが多く、そもそも、性交渉による HIV 感染を予防するための実践的な内容ではなかった。従って、行動変化をあまり引き起こさなかったとも考えられる。このような背景から、今日では、ライフスキルを基盤とした健康教育の必要性が訴えられるようになっているのである。

(2) 『Facts for Life』における HIV/エイズ

前述のとおり、『Facts for Life』が1989年に最初に刊行されたのは、UNICEF, WHO, UNESCOの三つの国連機関の合意によった。その後、1993年の第2版ではUNFPAが加わった。そして、2002年の第3版出版に際しては、UNDP, UNAIDS, WFP, 世界銀行も加わり、合計八つの国際機関による広範な合意に基づいて『Facts for Life』が普及されるようになった (UNICEF, WHO, *et al.* 2002)。そして、この本は215以上の言語に翻訳されており、世界200カ国以上で1,500万冊以上が使われている。

HIV/エイズについては、すべての家族とコミュニティが知っておくべきものとして、九つの主要なメッセージが記されている。その内容は、以下の通りである (UNICEF, WHO, *et al.* 2002)。

1. エイズは、不治の病気だが、予防可能である。エイズを引き起こすウイルスである HIV は、無防備な性交渉（コンドームを使わない性交）、検査を受けていない血液の輸注、（多くの場合、麻薬の注射に用いられる）汚染された針や注射器によって、または、感染した女性から妊娠、出産、母乳育児を通して子どもへ、広がっている。
2. 子どもを含め、すべての人びとは、HIV/エイズの危険に直面している。みんなが、この病気についての情報と教育、そして危険を軽減するためのコンドームへのアクセスを必要としている。
3. HIVに感染している疑いがあれば、内密のカウンセリングと検査を受けるため、保健医療従事者か HIV/エイズ・センターに連絡すべきである。
4. 性交渉を通して HIV に感染する危険は、以下の方法で軽減することができる。性交渉をもたないこと、性交渉の相手の数を減らすこと、感染していないパートナーの場合には二人の間の性交渉に限ること、より安全に性交渉を行うこと（性交しないかコンドームを使用すること）。適正で一貫したコンドームの使用は、HIVの蔓延を防ぎ、命を救うことができる。
5. 女の子は HIV 感染にとくに脆弱であり、自分自身を守るため、そして望まない性交渉や無防備な性交渉から守られるよう支援を必要としている。
6. 親と教師は、若者が HIV/エイズから自分を守るよう手助けできる。男性用または女性用のコンドームの適正で一貫した使用を含めて、病気に罹ったり、それを広げたりするのを避けるための方法を伝えていくことができる。
7. HIV は、妊娠、出産、母乳育児を通して、母親から子どもへと感染される。妊娠している女性や、なりたての母親が HIV に感染しているか、またはその疑いがある場合、検査とカウンセリングを受けるために、資格のある保健医療従事者に相談すべきである。
8. HIV は、滅菌されていない針や注射器によって、とくにそれが麻薬の回し打ちに使われるとき、広がっていく可能性がある。使用済みのかみそりの刃やナイフ、皮膚を切断または貫通する器具の使用には、HIVを蔓延させる危険が伴う。
9. 性病に罹っている人は、HIVに感染する危険や、他人に HIV をうつす危険が大きい。性病をもつ人は、迅速に治療を求めるとともに、性交を避けるか、より安全に性交渉（性交を伴わない性交渉か、コンドームを使った性交渉）を行うべきである。

以上のような『Facts for Life』が世界的に普及されていることの意義は、HIV/エイズ（およびその他の健康分野）に関して、一般の人びとが最低限必要な知識と態度についての国際的な合意があるという点である。これによって、健康教育の内容についての国際的な標準化が行われている。もちろん、この内容を、多様な状況にある現場にそのまま一律的に持ち込み、画一的な健康教育を行うことは避けなければならない。しかし、国際機関、政府、教育省、保健省、NGO、教員、保健医療従事者など、多様なアクターが分野横断的に健康教育に取り組む場合、議論の出発点としての「標準」があることは歓迎すべきことであろう。

(3) ライフスキルを使った HIV/エイズ教育

前述のとおり、ライフスキルには、(1) 意思決定と問題解決、(2) 批判的思考と創造的思考、(3) コミュニケーションと対人関係、(4) 自己認識と共感、(5) ストレスと感情への対処、という五つの分野がある。ここでは、HIV/エイズの分野における例を表にして紹介しておきたい。

表 ライフスキルとその HIV/エイズへの応用

	ライフスキルの内容	事 例
ライフスキル 1	意思決定	エイズで倒れた両親の世話をするため学校に来なくなった友達について、どうしたら手助けできるか相談して決める。
	問題解決	年長の少年のグループが、少女に対して叫んだり、脅かしたりした。この少女は、次に同じことが起こった場合、どう対応すべきか考えている。
ライフスキル 2	批判的思考	少女が1人で歩いていると、知らない男が車で送ろうと言ってきた。少女は、危険だと考え、その誘いを断った。
	創造的思考	HIV 陽性の少年は、将来の仕事の選択肢を挙げ、その仕事を得るためには何をすべきか熟考する。
ライフスキル 3	コミュニケーション	子どもが、自分の叔父さんが HIV 陽性だということで恐怖心を抱いていた。その恐怖心について、両親や兄に伝え、相談することができた。
	対人関係	友達たちから、週末、一緒にナイトクラブへ行って、飲もうと誘われた。断るとからかわれることは分かっていたが、仲間からの圧力に屈せず、NO と言った。
ライフスキル 4	自己認識	少女が自分の性的欲求を意識し、それによって合理的な判断が鈍るかもしれないと認識するようになる。このような自己認識は、無防備な性交渉の危険に面するような状況を避けることに役立つ。
	共感	どうしたらエイズ孤児を手助けできるだろうかと、子どもたちのグループが考える。
ライフスキル 5	ストレスと感情への対処	少女が、自分を性的に虐待した父親に感じている憤りへの対処の仕方を学ぶ。同じような生活環境に置かれた子どもたちが、それぞれの経験を共有しながら苦悩に対処しつつ、積極的に生きていくための目標を設定する。

Hanbury & Carnegie 2005, p. 31 の表をもとに筆者が作成

(4) 健康教育の方法としての「Child-to-Child」

これまで、健康教育の内容について、HIV/エイズを例としながら、知識、態度、スキル（とくにライフスキル）について整理してきた。それでは、このような内容をどのような方法で教育していくべきなのだろうか。知識を伝えるという点では、通常の講義が適当かもしれない。しかし、知識だけでなく、健康に生きようという態度や、ライフスキルを身につけてもらうためには、参加型の方法が望ましいと考えられる。例えば、ゲームやロールプレーによって疑似体験することは、自分をHIV/エイズの「当事者」として見ることを可能とする。それが、子どもたちの主体的な行動変化へと繋がっていくことが期待される。

健康教育に関する参加型の方法の中でも、特に注目されるのは「Child-to-Child（子どもから子どもへ）」である。このアプローチは、1979年の国際児童年の時期に、社会変革の媒介者 (change agents) として、子どもの役割に注目した教育専門家と保健専門家の双方によって提案された。当初は、年長の子どもによる、年少の弟や妹に対するケアを改善して支援することが想定された。しかし、実際には、年少の子どもに対してだけでなく、同級生の行動変化をもたらすことがすぐに明らかになった。さらに、学校を離れて、両親や親戚、更にはコミュニティに対しても影響力を持つことが確認された。

このように「Child-to-Child」の考え方が発展し、「社会変革の媒介者」としての子どもは、年少の子どもへの教育だけにとどまらず、より広範にわたって教育効果をもたらすことが期待されるようになってきた。ここでの教育は、従来の教室における健康教育とは異なるものである。「Child-to-Child」の特徴として、まず、活動の発案や企画の段階から、子どもの参加が求められる。そして、子どもたちが学んでいることと、実際に直面している問題とを関連づける。そして、自宅やコミュニティの中で、その特定の問題の解決に取り組むよう呼びかける。そうすると、その問題に関する子どもの知識が増えるだけでなく、主体的な学習のプロセスの中で、ライフスキルが身に付いてくる (Hanbury & Carnegie 2005)。このような「Child-to-Child」による活動は、継続的なものであり、時間によって制限されるものではない。そして、学習環境の外にいる家族やコミュニティも巻き込みながら、進められていくのである。

「Child-to-Child」を実施するに当たって、六つの段階からなるモデルが提案されるようになった (Child-to-Child Trust 2005)。つまり、第1段階は、健康問題で優先順位が高いものを一つ選び、それについてよく理解することである。次に、その問題について、いかに自分の家族やコミュニティに影響を及ぼしているかなど、さらに調べていく。そして、第3段階では、調べた結果、分かったことについて議論し、自分たちにできる行動を計画する。この場合、個人としてとれる行動でもいいし、みんなで一緒にとれる行動でも構わない。第4段階では、実際に行動に移してみる。次に、とった行動について議論を行い、それが効果的だったかどうかについて考察する。最後の第6段階では、この一連の経験から教訓を学び、次回にはもっとうまくできるようにする。

この六つの段階は、学習の場である学校や保健所と、住んでいる場所である村や町との間を行き来しながら、実際には進んでいく。これらの各段階でライフスキルが身についていくのである。例えば、第1段階では、批判的思考、意思決定、コミュニケーション、問題解決といったライフスキル、第2段階で

は、コミュニケーション、批判的思考、共感のライフスキル、第3段階では、コミュニケーション、意思決定、創造的思考のライフスキルが身につく。そして、第4段階では、コミュニケーション、対人関係、問題解決のライフスキルなど、第5段階では、批判的思考やストレスへの対処のライフスキル、第6段階では、問題解決、意思決定、コミュニケーションのライフスキルといった具合である (Child-to-Child Trust 2005)。

おわりに

国際社会が2015年までに達成しようとしている「ミレニアム開発目標」においては、国際教育の目標と国際保健の目標とが並列されている。国際教育の分野では、目標2として普遍的な初等教育、目標3としてジェンダー平等と女性の地位向上（具体的なターゲットとしては、教育における男女格差の解消）が掲げられている。これに対して、国際保健の分野としては、乳幼児死亡率の削減（目標4）、妊産婦の健康の改善（目標5）、HIV/エイズ、マラリアなどの疾病の蔓延防止（目標6）、安全な飲料水の継続的な利用（目標7のターゲット10）がある。

しかし、「ミレニアム開発目標」の中では、国際教育と国際保健との相互の関連性については、十分に配慮されていない。そのとき、「世界教育フォーラム」で採択された『ダカール行動枠組み』が国際政策的に有益な視点を提供してくれると言える。つまり、『ダカール行動枠組み』の戦略8、その国際的なアプローチとして複数の国際機関に立ち上げられたFRESHと、そこでの健康教育の位置づけは、グローバルなレベルにおける国際政策に共通の方向性を与えてくれる。そして、EFAの議論の中から発展してきたライフスキルが、国際教育の目標と国際保健の目標との双方を繋ぐ概念として、重要な役割を果たす。

また、HIV/エイズという教育そのものを揺るがす疾病が広がる中で、その対策として、教育が重要な役割を果たし得るという理解が進んでいる。既に、複数の国際機関によって、2004年に「HIV/エイズと教育に関するグローバル・イニシアチブ」が立ち上げられている。HIV/エイズに関して、子どもを含め、すべての人びとが知っておくべき知識としては、1989年から『Facts for Life』が普及されており、新しいものをつくるのではなく、既に使われてきたものを十分に活用することが望まれる。

問題は、これらのグローバルな動きを、どのようにローカルなレベルにおいて実施していくかであろう。FRESHアプローチの一貫として健康教育を進めるためには、まず、教育セクターと保健セクターとのパートナーシップを構築することが不可欠である。国レベルでは、教育省と保健省とのパートナーシップ、現場においては教員と保健医療従事者とのパートナーシップが必要とされる。各国における援助調整の枠組みの中で、教育セクターと保健セクターをうまく連携させることが重要な課題である。つまり、「HIV/エイズと教育に関するグローバル・イニシアチブ」をローカル化するための努力が求められる。

教育の内容としては、知識、態度、スキルがあることは既に述べた。伝えるべき知識を「標準化」したのものとして『Facts for Life』が既にあるが、これをどのように活用すべきかについて、それぞれの国において、教育セクターと保健セクターがパートナーシップを構築した上で、教育分野の専門家と保健

分野の専門家が協力しながら模索していかなければならない。知識を伝えるだけではなく、その国や地域の文化に配慮しながら、健康に生きようという態度を子どもたちが身につけてくれるような教育内容が必要である。

子どもたちの行動変化をもたらすことは難しい。HIV/エイズについての知識を伝えられても、健康を促進しようという態度がなければ、その知識が適切に使われる可能性は低い。さらに、知識と態度が備わっていても、スキルがなければ、行動変化を期待することができない。コンドームの使い方など、特定の分野ごとの実践的なスキルや技能はもちろん大切である。しかし、分野横断的なライフスキルも重要である。HIV/エイズの感染経路として性交渉が圧倒的に多く、人びとの行動変革なしには、この疾病の蔓延を防ぐことができないからである。

それでは、どのような方法で、子どもにライフスキルを身につけてもらえるのか。いろいろな健康教育の方法があるが、これまでの現場での実践から、「Child-to-Child」と呼ばれる参加型の方法が有力と見られている。これを実践していくためには、現場における教員と保健医療従事者とのパートナーシップを一層、強化していく必要がある。グローバルな国際開発目標へ向けて、ローカルなレベルにおける子どものエンパワーメントと、教員や保健医療従事者の能力強化のために、国際社会はこれまで以上の協力をしていくべきであろう。

参考文献

- Child-to-Child Trust (2005). *Children for health: Children as partners in health promotion*. Macmillan Publishers.
- Coombe, Carol (2000). Keeping the Education System Healthy: Managing the Impact of HIV/AIDS on Education in South Africa," *Current Issues in Comparative Education*, Vol. 3, No. 1.
- Hanbury, Clare & Carnegie, Rachel (2005). *Child-to-child approaches to HIV and AIDS: A manual for teachers, health workers and facilitators of children and young people*. Child-to-Child Trust.
- Kelly, Michael J. (2000). *Planning for education in the context of HIV/AIDS*. UNESCO.
- UNAIDS & UNESCO (2005). *Towards an AIDS-free generation: The global initiative on HIV/AIDS and education*. UNESCO.
- UNICEF (2004). *Girls, HIV/AIDS and education*. UNICEF.
- UNICEF, UNAIDS & WHO (2002). *Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis*. UNICEF, UNAIDS & WHO.
- UNICEF, WHO, et al. (2003). *Skills for health: Skills-based health education including life skills—An important component of a child-friendly/health-promoting school*. WHO.
- UNICEF, WHO, et al. (2002). *Facts for life (3rd edition)*. UNICEF.
- WHO, UNESCO, UNICEF & World Bank (2000). "Focusing resources on effective school health: A FRESH start to enhancing the quality and equity of education." World Education Forum, Dakar, 26-28 April.
- World Bank (2002). *Education and HIV/AIDS: A window of hope*. World Bank.
- World Education Forum (2000), *The Dakar Framework for Action, Education for All: Meeting our Collective Commitments*, World Education Forum, Dakar, 26-28 April, UNESCO.
- 勝間靖 (2005a) 「教育と健康」黒田一雄・横関祐見子編著『国際教育開発論～理論と実践』有斐閣.
- 勝間靖 (2005b) 「子どもの生活と開発～生存と発達のプロセスにおいて」佐藤寛・青山温子編著『生活と開発 [シリーズ国際開発 3 巻]』日本評論社.
- 金子明 (2005) 「マラリア」『小児科臨床 [国際化する小児保健医療]』第 38 号増刊号.
- 国連児童基金 (2005) 『世界子供白書 2005～危機に晒される子どもたち』日本ユニセフ協会.
- 世界銀行 [喜多悦子・西川潤 訳] (1999) 『経済開発とエイズ』東洋経済新報社.
- 若杉なおみ (2005) 「エイズ」日本国際保健医療学会編『国際保健医療学 [第 2 版]』杏林書院.