

ミレニアム開発目標の現状と課題 —サブサハラ・アフリカを中心として—

勝間 靖†

The Current Status and Issues of the Millennium Development Goals: With Focus on Sub-Saharan Africa

Yasushi Katsuma

The year 2008 is the mid-year through the process from the adoption of the “United Nations Millennium Declaration” in 2000 to the year 2015 when the Millennium Development Goals (MDGs) should be achieved. As Japan hosts major international conferences in 2008, including the 4th Tokyo International Conference on African Development (TICAD IV) in Yokohama in May and the G8 Summit in Toyako, Hokkaido in July, it is a right time to review our progress towards the MDGs and critically analyze the outstanding issues to be addressed. This paper briefly assesses the challenges that Sub-Saharan Africa faces in achieving the MDGs. And then, focusing on the global health agenda, this paper gives priority to two areas of development intervention: (1) Promotion of Long-Lasting Insecticidal Nets to prevent malaria among children and pregnant women through public-private partnerships; and (2) Life skills-based health education for girls between the ages of 5 and 14 to prevent HIV infection, building partnerships between the health and the education sectors.

1. ミレニアム開発目標とは

『国連ミレニアム宣言』が2000年9月の国連総会において採択された。この宣言は、21世紀を迎えようとするなか、国連加盟国の国家元首および政府首脳が「平和、安全保障、軍縮」「開発と貧困」「環境の保護」「人権、民主主義、よい統治」「弱者の保護」「アフリカのニーズへの対応」「国連の強化」などについて新たな決意を表明したものである。

なかでも、「開発と貧困」「アフリカのニーズへの対応」「環境の保護」などとの関連において、「ミレニアム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)」が設定され、2015年までに国際社会が達成すべき目標となっている。具体的には、「極度の貧困と飢餓の軽減」「初等教育の完全普及」「ジェンダー平等と女性の地位向上」「乳幼児死亡の削減」「妊産婦の健康の改善」「HIV/エイズ、マラリアなどの疾病の蔓延防止」「環境の持続可能性の確保」「開発のためのグローバル・パートナーシップの推進」が開発目標として含まれている。

この「ミレニアム開発目標」の内容は、1990年以降の国連開発の潮流をみると、とくに目新しいものではない。つまり、その内容の多くは、1990年の「子どものための世界サミット」における採択文書に

† 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科准教授；アフリカ研究所所長，Associate Professor, Graduate School of Asia-Pacific Studies; Director, Institute of Africa Studies, WASEDA UNIVERSITY

廻ることができる。それは、1989年の国連総会で採択された『子どもの権利条約』の実現へ向けた具体的な人間開発政策でもある(勝間2007)。また、1995年にコペンハーゲンで開催された「世界社会開発サミット」においては、保健や教育といった基礎的な社会サービスを重視することが提案されており、人間開発へ向けた予算を増やすべきと論じられた。

さらに、援助を供与する側にある先進国の間では、とくに経済協力開発機構(OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development)の開発援助委員会(DAC: Development Assistance Committee)を舞台として、新たな開発援助のあり方が議論されてきた。その結果として発表された『DAC新開発戦略』(1996年)をみると、「ミレニアム開発目標」がすでに先取りされていたことが分かる。それでもなお、フランスのパリにおいて援助国のみのあいだで合意された援助政策としての『DAC新開発戦略』が、ニューヨークの国連総会という舞台に持ち込まれ、そこで援助国だけでなく被援助国を含む国連加盟国すべてにとって共通の途上国開発政策として「ミレニアム開発目標」が合意されたことの意味は非常に大きいといえよう。

こうした「ミレニアム開発目標」の達成へ向けた活動のためには、追加的な開発資金が必要とされる。もちろん、途上国の自助努力は大切であるが、それには限界があるため、いわゆる先進国による開発援助が不可欠とされる。「国連開発資金会議」とそこで採択された『モンレー合意』(2002年)を経て、2005年世界サミットにおいては、「2015年までにODAの対GNI比0.7%目標の達成、2010年まで少なくとも最低0.5%目標の達成」という年限をつけて合意されている。また、2005年、G8諸国はアフリカへのODAを2010年までに倍増することも公約している。日本についても、2005年4月にアジア・アフリカ(A・A)首脳会議及びバンドン会議50周年記念行事に参加した小泉純一郎首相(当時)が表明し、注目を浴びたことは記憶に新しい。

2. ミレニアム開発目標の今日的意義

さて、2008年という年は、『国連ミレニアム宣言』が採択された2000年から、「ミレニアム開発目標」の達成年限である2015年に至るまでの過程において、ちょうど中間年に位置づけられる。その意味で、「ミレニアム開発目標」へ向けた進展と課題について、改めて国際的に大きな注目を浴びる年になることは間違いない。

さらに、日本にとっては、2008年に予定される極めて重要な国際会議の開催国となることが重要であろう。とくに、アフリカ開発会議と主要8カ国首脳会議(G8サミット)が日本で開かれることは、「ミレニアム開発目標」に関連した議論が盛り上がることにつながると考えられる。

まず、5月28日から30日には、第4回アフリカ開発会議(TICAD IV: The 4th Tokyo International Conference on African Development)が横浜で開催される。TICAD(注: ティカッドと読む)は、日本政府の主導のもと、国連と世界銀行との共催で、アフリカ首脳を東京に招き、1993年に初めて開催された。当初は5年ごとに日本で開催する首脳会議そのものが重視されたが、その後、アフリカ開発について継続的に議論する過程としてTICADプロセスと呼ばれるようになっていく。1998年に第2回アフリカ開発会議(TICAD II)、2001年にTICAD閣僚レベル会合、2003年に第3回アフリカ開発会議

(TICAD III), 2004年にTICAD「アジア・アフリカ貿易投資」会議, 2006年にTICAD「平和の定着」会議(エチオピア), 2007年にTICAD「持続可能な開発のための環境とエネルギー」閣僚会議(ケニア)が開催されている。

2008年5月に横浜で開催されるTICAD IVは, 第1回会議から15年目にあたるが, 重点項目として, 成長の加速化, 「人間の安全保障」の確立, 環境・気候変動問題への対処の3点を取り上げられる。このうち, 2点目の「人間の安全保障」の確立と関連して, 「ミレニアム開発目標」の達成をいかに支援できるかが議論される。また, TICAD IVの会場では, アフリカでの医学研究・医療活動に顕著な功績をあげた人びとを顕彰する, 野口英世アフリカ賞の第一回授賞式も行われる。その意味で, 「ミレニアム開発目標」のなかでも国際保健分野に注目が集まる。

そして, TICAD IVの5週間後には, 北海道の洞爺湖においてG8サミット(7月7日~9日)が開催される。ここでは, 環境・気候変動, 開発・アフリカ, 世界経済, 核不拡散などの政治問題などが議論される。とくに, 開発とアフリカに関しては, TICAD IVでの成果を踏まえながら, 「ミレニアム開発目標」へ向けた新たなイニシアティブが立ち上げられることが期待される。とくに最近, 国際保健をめぐる動きが各国や国際機関で活性化しており, 国際保健を専門としない世界銀行においても開発戦略づくりが進められていることは注目される(World Bank 2007)。日本としても, 8年ぶりにG8サミットの議長国となる訳だが, 前回の2000年九州・沖縄G8サミットでは「沖縄感染症対策イニシアティブ」が提唱されたことを思い起こすと, 「沖縄から洞爺湖へ」という流れのなかで, 北海道洞爺湖G8サミットは, 「ミレニアム開発目標」への貢献をアピールするために, 改めて国際保健を強調する好機であろう。

3. 現状把握のための分析ツール

「ミレニアム開発目標」の特徴の一つは, 成果重視(Result-based)の考え方である。つまり, 具体的な開発課題に関する目標へ向けて, 結果に焦点を絞ったSMARTなターゲットを設定している。SMARTという言葉は, 筆者が以前に勤務していた国連児童基金(ユニセフ)においてよく使われていた略語であるが, 「特定できて(specific)」「測定可能で(measurable)」「達成可能で(achievable)」「妥当性があり(relevant)」「達成期限がある(time-bound)」という要件を満たしたターゲットのことである。

例えば, 「ミレニアム開発目標」の一つとして, 「乳幼児死亡の削減」という目標がある。この保健目標については, 「2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2減少させる」というSMARTなターゲットが設定される。もちろん, このターゲットについては, 2015年までに「達成可能で(achievable)」あるかどうかについては, 意見の相違があるかもしれない。

そして, このターゲットを目指すうえでの現状を把握し, 分析するためには, データ収集が比較的容易な指標について合意しておく必要がある。「5歳未満児の死亡率」は当然のことながら, それ以外にも, 出生から満1歳までの「乳児死亡率」や, 「はしかの予防接種を受けた1歳児の割合」といった指標もあげられている。つまり, こうした指標を使って分析できるような調査・研究環境の整備が必要となり, データの収集とデータベースの構築は重要な課題となってきた。

こういったデータを途上国において収集するためのノウハウは, 1990年以降に急速に蓄積されてき

た。とくに、前述の「子どものための世界サミット」(1990年)以降、目標へ向けた進捗をモニターする役割を担うことになったユニセフは、データ収集だけでなく、データベースの構築のために貢献してきた。

(1) データ

データ収集においては、米国国際開発庁(USAID: United States Agency for International Development)の支援による人口保健調査(DHS: Demographic and Health Survey)のほか、1990年代初めにユニセフが中心となって開発した複数指標クラスター調査(MICS: Multiple Indicator Cluster Survey)といった世帯調査が重要な役割を果たしてきた。DHSは、途上国が人口・保健・栄養のプログラムをモニターできるよう、データ収集を支援するものである。1989年よりマクロ・インターナショナル(Macro International)という調査機関によって、毎年およそ10カ国のペースで実施されている。それぞれの国において、5年の間隔をおいて、5000~3万世帯をサンプル規模として調査が行われることが多い(勝間 2005b)。

これに対してMICSは、1990年の「子どものための世界サミット」を契機に構想され、DHSを補完するために開発された世帯調査である。DHS担当者との協議を経て、共通する指標については互換性を確保している。必要とされるサンプル規模は、1歳未満児の人口比率、予防接種率、階層化の度合いなどにもよるが、通常4000~9000世帯とDHSよりも小さい。このためDHSよりも低コストで実施できるのがメリットである。調査実施国の選択においては、DHSと重複しないよう、調整が行われている。第1ラウンドのMICSは1995年前後に60カ国以上で、第2ラウンドは2000年前後に65カ国で実施された。第3ラウンドは、2005年から2006年初めにかけて、「ミレニアム開発目標」の48指標のうち約20指標のデータを収集するために55カ国ほどで実施された(詳しくは、www.childinfo.orgを参照)。

以上のように、1990年頃から世帯調査が進められてきており、多くの途上国においてデータが存在するようになった。このこともあって、「ミレニアム開発目標」では、1990年をベースラインとして、2015年までに達成すべき目標およびターゲットを設定している。

(2) データベース

多くの途上国では、DHSやMICSといった調査以外にもデータ源は存在する。国勢調査が10年に一度ほど定期的に行われる国もあるし、信憑性の比較的高い人口動態統計が整備されている場合もある。それら既存のデータを有効に活用することも重要である。しかし、存在していても、そのデータが一般に公開されるような形で管理されていないなど、データ入手が実際には難しい場合も多い。また、既存のデータの存在を知らないまま、同じような調査が繰り返されるといった無駄も報告されている。従って、モニタリングに必要とされるデータを一箇所にまとめるデータベースが必要となってくる。

データベースの構築においても、ユニセフが先駆的な作業を行った。1990年代中頃、ユニセフの南アジア地域事務所が中心となって、ChildInfoと呼ばれるデータベースを開発し、その後、ユニセフ全体においても採用されるに至った。そして、1990年代後半からは、ユニセフが「子どものための世界サミット」をフォローアップするためのChildInfoから、国連開発グループ(国連開発計画、ユニセフ、国連人口基金など)が各途上国において共通国別アセスメント(CCA: Common Country Assessment)を行う

ために不可欠な DevInfo へと模様替えしていくことになる（詳しくは、www.devinfo.org を参照）。また、データベースの管理については、それぞれの途上国のオーナーシップを重視し、そこへ国連機関などが技術支援を行われている。

2000 年以降には、「ミレニアム開発目標」に焦点を絞って指標を限定した、MDG Info もつくられ、関係機関に広く開放されている。さらに、2007 年、国連は、グーグル (Google) とシスコ・システムズ (Cisco Systems) の協力を得て、「ミレニアム開発目標モニター (MDG Monitor)」というホームページを作成し、「ミレニアム開発目標」の進展についての情報を誰でも見られるようにしている（詳しくは、www.mdgmonitor.org を参照）。

4. サブサハラ・アフリカの課題

「ミレニアム開発目標」の目標 1 のうち、極度の貧困 (1 日あたり 1 ドル未満) で生活する人口比率は、3 分の 1 (1990 年) から 5 分の 1 (2004 年) へと低下しており、2015 年までの目標の達成が見込まれる。しかし、サブサハラ・アフリカを見ると、46.8% (1990 年) から 41.1% (2004 年) までしか減少しておらず、2015 年までの半減は困難だと言われている (UN 2007)。また、目標 2 の初等教育における就学率は、途上国全体では 80% (1991 年) から 88% (2005 年) へと上がっている。サブサハラ・アフリカだけを見ても、54% (1991 年) から 70% (2005 年) へと比較的順調に上昇しているが、それでもこのままのペースでは初等教育の完全普及は難しい。このように、サブサハラ・アフリカでの「ミレニアム開発目標」の達成の難しさがデータで示されている。

本稿では、とくに国際保健の分野に注目するが、やはり、そこでもサブサハラ・アフリカにおける課題が見えてくる。目標 4 については、5 歳未満児の死亡率は世界的に減少傾向にある。出生 1,000 人あたりの 5 歳未満児の死亡を見ると、1990 年に 106 人だったのが、2005 年には 83 人へと減っている。しかし、サブサハラ・アフリカでは、出生 1,000 人あたり 166 人と依然として高い数値を示している。多くは予防可能な疾病によるものであるが、とくにアフリカにおいてはマラリアが第 1 の死因となっていることは注目される。

目標 6 のターゲットの 1 つがマラリアに関するものである。また「ミレニアム開発目標」に加えて、アフリカの政府首脳によるイニシアティブとして『アブジャ宣言』(2000 年) がある (勝間 2005a)。ここでは、2005 年までに妊産婦と 5 歳未満児への殺虫処理済みの蚊帳の普及率を 60% まで上昇させることがターゲットとされたが、達成した国はわずか (マラウィ、ザンビアなど) であった。サブサハラ・アフリカ全体において、殺虫処理済み蚊帳の下で寝ている 5 歳未満児の比率は 5% にも満たず、従って、2010 年までの目標値である 80% の達成は困難だと考えられている。

目標 6 のもう 1 つのターゲットは、HIV/エイズに関するものである。国連合同エイズ計画 (UNAIDS) と世界保健機関 (WHO) の報告書は、最近になって数値を下方修正したが、それでも、エイズによって命を失う人びとの数は、2007 年に世界全体で 210 万人であった (UNAIDS & WHO 2007)。そのうちの 210 万人はサブサハラ・アフリカであった。HIV とともに生きる人びとは、3,320 万人 (2007 年) で、サブサハラ・アフリカだけで 2,250 万人 (2007 年) を占めた。2007 年の新たな HIV 感染者は、

世界全体で210万人であったが、そのうち160万人がサブサハラ・アフリカであった。

以上のようなサブサハラ・アフリカが直面する困難の大きさから、2007年9月、潘基文国連事務総長は、「ミレニアム開発目標」アフリカ運営グループを設置した。そのメンバーは、イスラム開発銀行総裁、欧州委員会委員長、国連開発グループ議長、国際通貨基金専務理事、アフリカ開発銀行総裁、アフリカ連合委員会議長、世界銀行総裁である。

このアフリカ運営グループの活動内容としては、まず第1に、保健、教育、農業と食糧安全保障、インフラ、統計システムに関するコミットメントの効果的な実施メカニズムがあげられている。さらに、『援助効果向上に関するパリ宣言』に沿った、援助の予測可能性の改善がある。そして、「ミレニアム開発目標」達成を目指す国家戦略を実施するための、途上国政府の能力強化が強調されている。

以下では、子どもの健康と教育の視点から、サブサハラ・アフリカにおいて何を優先すべきかについて、マラリアとHIV/エイズを中心に議論していきたい。とくに、マラリア予防のための蚊帳の普及と、HIV感染予防のための健康教育を取り上げたい。そして、両者に共通して必要とされる戦略として、パートナーシップを重視すべきことを論じる。

5. マラリア予防のための蚊帳の普及

マラリアとは、ハマダラカ属の蚊によって媒介される寄生虫疾患である。マラリアによって、世界の107の国や領土に住む32億人もの人びとが危険にさらされている(Roll Back Malaria, WHO & UNICEF 2005)。また、地球環境との関連で言えば、温暖化によって、最大で4億人が新たにマラリアの危機に直面するという予測もある(UNDP 2007)。

これらの地域では、とくに子どもたちの生存にとって、マラリアは大きな脅威となっている。毎年100~300万人の命がマラリアによって奪われていると推定されるが、そのほとんどが5歳未満の子もだからである。また、途上国でのマラリアによる子どもの死について、その90%はサブサハラ・アフリカで発生している点は特筆すべきである。

マラリアは、貧困の結果として捉えられることが多いが、貧困の原因でもある。マクロ的な視点から見れば、アフリカはマラリアによって毎年120億米ドル相当の国内総生産を損失していると推定される(Roll Back Malaria, WHO & UNICEF 2005)。また、ミクロの視点から見ても、マラリア患者をもつ世帯は、限られた所得から治療費を捻出さなくてはならず、貧しさから抜け出すことが難しい。さらに、マラリアで苦しむ子どもは、学習に集中できない状態に置かれ、教育を受ける機会を失う傾向にある。その結果、次世代へと貧困が引き継がれる悪循環が起こる。従って、子どもや妊産婦の健康を改善するというだけでなく、アフリカにおける貧困問題へ取組むという視点からも、マラリアへの対策が不可欠である。

(1) 殺虫蚊帳

1998年にWHOやユニセフといった国連機関が中心となって、2010年までにマラリア患者の数とマラリアによる死亡率を半減させることを目指す「ロールバック・マラリア(RBA: Roll Back Malaria)」という国際保健の政策枠組みが形成された。ロールバック・マラリア事務局は、殺虫処理を

施した蚊帳 (ITNs: Insecticide-Treated Nets) の普及を奨励している。なぜなら、ITNs の使用は、従来の蚊帳と比較して、マラリアによる子どもの死亡率を 20%下げると推定されているからである (Roll Back Malaria, WHO & UNICEF 2005)。

2000年4月、「ロールバック・マラリアに関するアフリカ・サミット」がナイジェリアのアブジャで開催された。そこでは、アフリカでのマラリアによる死亡率を2010年までに半減させようという、前述の『アブジャ宣言』が採択された。その後、「ミレニアム開発目標」では、「2015年までに5歳未満児の死亡率を3分の2減少させる」、「マラリアおよびその他の主要な疾病の発生を2015年までに阻止し、その後、発症率を下げる」といった、マラリアに関連した目標が掲げられたのである。

ミレニアム開発目標へ向けてすぐに結果を出せる (Quick Win) 行動の一つとして、国連ミレニアム・プロジェクト報告書は、子どもへの蚊帳の配布を挙げている (UN Millennium Project 2005)。しかし、実際に蚊帳の下で眠る5歳未満児の比率はわずか15%である。そのうち、国際的に推奨されている、殺虫処理を施した蚊帳だけに限定すると、比率は3%でしかない。(国連児童基金 2006)。

マラリア予防については、ロールバック・マラリアの方針に沿って、殺虫処理された蚊帳である ITNs が普及されてきたのだが、6ヶ月おきというように定期的に殺虫剤で再処理しなければ殺虫効果が薄れてしまう。しかし、その情報が十分に伝わっていないのか、伝わっていてもその必要性を感じていないのか、実際に再処理してくれる家族は少ないという残念な現状である。

(2) 再処理を必要としない殺虫蚊帳の登場

そうしたなか、定期的な再処理を必要としない殺虫蚊帳が登場したのである。つまり、民間企業によって長期残効殺虫蚊帳 (LLINs: Long-Lasting Insecticidal Nets) と呼ばれる新しいタイプの蚊帳が開発されるようになった。LLINs とは、定期的に殺虫剤で再処理しなくても、高い殺虫効果が5年ほどにわたって持続する蚊帳である。WHOによって最初に承認された LLINs は、(株)住友化学が開発した「オリセット (Olyset)」蚊帳である。その3年後の2003年末にはデンマークの Vestergaard Frandsen という企業の「PermaNet 2.0」が WHO の承認を受けた。再処理の手間や費用がかからないため、ロールバック・マラリアは LLINs を奨励するようになった。LLINs の単価は ITNs のそれよりも高いが、再処理にかかる費用も加味すると、5年間使用した場合の年平均費用は LLINs の方が安価となる。生産の拡大が進むにつれて、LLINs の単価も下がっており、徐々に ITNs にとって代わることが期待されている。

LLINs の生産拡大において、コペンハーゲンにあるユニセフ物資調達部は大きな役割を果たしている。ユニセフが大量に一括購入することを見込んで、途上国の民間繊維工場は LLINs の製造に関心を持つ。そして、そこへ原料を提供する住友化学は、その工場への技術移転に協力することが期待できるからである。実際、ユニセフ物資調達部は、2004年には730万張(うち430万張は LLINs)の蚊帳を購入したが、2005年までには1,000万張以上に達した(勝間 2006)。日本を含めた援助国の関心の高まりを背景に、ユニセフは LLINs の需要予測をたてるが、それに応えるかたちで、住友化学は年間500万張のオリセット蚊帳の生産を4倍の2,000万張へと拡大するため、生産能力の増強に努めてきた。しかし、アフリカにおける潜在的な蚊帳の必要数は年間3,000~4,000万張とも推計されており、より大規

模な普及が望まれている。

LLINs の市場が発展することにより、生産量が増え、単価が下がり、アフリカの一般の人びとが入手可能になることが将来的には望ましいであろう。しかし現時点では、潜在的な需要と供給を媒介する市場が十分に形成されておらず、途上国による努力に加えて、ユニセフのような国際機関による協力が不可欠だと考えられる。そして LLINs の普及に貢献していくうえで、生産を拡大するよう供給者に動機づけを与えるユニセフ物資調達部の役割が重要であるが、そのためには先進国からの資金協力も不可欠だと言えよう。

国連ミレニアム・プロジェクト報告書では、企業とのパートナーシップが重視されている。この事例を見ると、蚊帳の技術革新と普及は、ミレニアム開発目標へ向けた公的部門と企業とのパートナーシップ (public-private partnerships) の成功例だと言えよう。

(3) パートナーシップにおける日本の役割

日本を見ると、1990年代後半からサブサハラ・アフリカにおける感染症対策に強い関心を示してきた。1998年に「橋本・寄生虫対策イニシアティブ」、2000年の九州・沖縄 G8 サミットで「沖縄・感染症対策イニシアティブ」を立ち上げ、感染症対策への取組みにおいて大きな存在感を示した。とくに、ポリオ根絶へ向けた経口ワクチンの調達について、日本はユニセフに対して大きな協力を行ってきた。

また、前述のとおり、日本政府は「アフリカ開発会議 (TICAD)」を1993年から5年ごとに主催してきたが、2003年9月の TICAD III では、マラリア対策の重要性が議論された。その後、日本政府と国際協力機構 (JICA) は、ユニセフとのパートナーシップを強化し、オリセット蚊帳の調達においても協力を始めた。そして、2005年2月の国連の総会非公式協議の場で、日本は、2007年までに1,000万張の LLINs をサブサハラ・アフリカへ提供する計画を報告した。この点で、TICAD IV では、日本の1,000万張の LLINs の供与が、サブサハラ・アフリカにおけるマラリア予防に大きく貢献したことが報告される。TICAD IV 以降にも、継続的な協力が期待される。

6. HIV/エイズ予防のための健康教育

次に、ここでは、5-14歳の女子に対して、HIV 感染予防のための健康教育を行うことの重要性について論じたい。第1の理由は、5-14歳の子どもは、HIV/エイズ予防にとっての「希望の窓 (A Window of Hope)」(World Bank 2002) とも呼ばれているからである。第2の理由は、思春期の女性の HIV 感染への脆弱性に起因する。

第1に、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。まず、エイズは、学齢期の子どもの死亡に直結しない。なぜなら、乳幼児にとっての主な感染経路は母子感染であり、命を失うのは幼い子どもである。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だからである。したがって、一般的に性的に活発になる前の5歳から14歳の HIV 感染率は、低くなる傾向にある。これらの子どもたちが HIV に感染しないように予防することが急務である。

第2の理由は、15-24歳の若者は、思春期を迎えて性的に活発になり、HIV 感染率は上がっていく。

そして、サブサハラ・アフリカの15歳から24歳までの若者をみると、女性の感染者数は、男性の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のである (UNICEF, UNAIDS & WHO 2002)。

15歳から24歳の女性の間で感染率が高いことを考えると、その前の年齢層である5-14歳はHIV/エイズ予防にとって最も重要な年齢層であり、教育を通じた女子のエンパワーメントが重要だと言えることができる。

(1) HIV 感染予防と教育

HIV/エイズの問題に取り組むうえで、教育が重要な役割を果たすことが強く認識されるようになった。このような背景から、HIV/エイズ予防のための教育開発戦略を策定しようという動きが活性化した。そして、国連のなかからの動きとして、2004年3月、国連合同エイズ計画 (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)、ユニセフ、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、「HIV/エイズと教育に関するグローバル・イニシアティブ」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感染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)。

健康教育を計画する際に、4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 (勝間 2008)。目標と目的を明確にしたうえで、内容や方法が検討されることになる。ここでの目標は、「ミレニアム開発目標」の目標6に相当するが、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。ここでの目的は、目標6のターゲットや指標に相当すると考えるといいだろう。

次に、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。

まず、「知識」と「態度」である。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年にユニセフ、WHO、UNESCOによって共同出版された『*Facts for Life*』である。その後、1993年の第2版ではUNFPAが加わり、2002年の第3版出版ではUNDP、UNAIDS、WFP、世界銀行も加わり、合計8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。

「生きていくための情報」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ほか、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つから9つのメッセージに限っているのが特徴である。

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。その内容の1部は、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、守秘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。

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、分野横断的な「ライフスキル」と、その他の分野ごとの「技術的なスキル」とに分けられる。「ライフスキル」の類型については、(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、などに類型できる（勝間 2008）。

「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」が伝わっても、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「技術的なスキル」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」が望まれるのである。

(2) 保健セクターと教育セクターのパートナーシップ

以上のように、HIV/エイズという疾病が広がるなかで、その感染予防において、教育が重要な役割を果たすことが期待されている。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る。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ろう。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・イニシアティブ」をローカル化するための努力が求められる。

伝えるべき知識を「標準化」したものとして『*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。また、知識を伝えるだけでなく、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とスキル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。HIV/エイズの感染経路として性交渉が圧倒的に多いなか、人びとの行動変革なしには、この疾病の蔓延を防ぐことはできないため、感染予防のための健康教育が重要である。そのとき、HIV感染予防のための健康教育を、5-14歳の女子に重点を置いて行うべきであろう。

追記

本稿は、早稲田大学 2007 年度特定課題研究助成費 (2007B-263) による研究成果の一部である。

参考文献

- 勝間靖 (2008) 「EFA におけるライフスキルの意義」小川啓一・北村友人・西村幹子編著『国際教育開発の再検討～途上国の基礎教育普及に向けて』東信堂。
- 勝間靖 (2007) 「社会開発と人権」佐藤寛・アジア経済研究所開発スクール編『テキスト社会開発～貧困削減への新たな道筋』日本評論社。
- 勝間靖 (2006) 「マラリア予防を目指した国連・日本・企業のパートナーシップ」功刀達朗・内田孟男編著『国連と地球市民社会の新しい地平』東信堂。
- 勝間靖 (2005a) 「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。
- 勝間靖 (2005b) 「MDGs のモニタリングとは? ～MICS と DevInfo」『JICA Frontier』73 号。
- 国連児童基金 (2006) 『世界子供白書 2006～存在しない子どもたち』日本ユニセフ協会。
- Roll Back Malaria, WHO & UNICEF. (2005). *World Malaria Report 2005*. WHO & UNICEF.
- UN (2007). *The Millennium Development Goals-Report 2007*. United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- UN Millennium Project (2005). *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. UNDP.
- UNAIDS & UNESCO. 2005. *Towards an AIDS-Free Generation: The Global Initiative on HIV/AIDS and Education*. Paris: UNESCO.
- UNAIDS & WHO (2007). *2007 AIDS Epidemic Update*. UNAIDS.
- UNDP (2007). *Human Development Report 2007/2008 [Fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World]*. Palgrave Macmillan.
- UNICEF, UNAIDS & WHO (2002). *Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis*. UNICEF, UNAIDS & WHO.
- UNICEF, WHO, et al. (2002). *Facts for life (3rd edition)*. UNICEF.
- World Bank (2007). *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, & Population Results*. World Bank.
- World Bank (2002). *Education and HIV/AIDS: A window of hope*. World Bank.