

Part1 方向性

教育と保健のパートナーシップを

エイズ教育の国際的潮流

1. 教育と健康をつなぐ「ライフスキル」

分野横断的な課題

1990年の「万人のための教育(Education for All: EFA)」世界会議以来、基礎教育の拡充は国際的に重要な目標となった。EFA へ向けた取り組みの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。しかしながら、これまで十分な取り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。

『ダカール行動枠組み』で謳われたライフスキルの普及

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。ライフスキルについても、その概念についてさえ、はっきりとした合意があるとはいえない。

EFAの議論の中から発展してきたライフスキル

そこで、教育と健康をめぐるこれまでの議論を HIV/エイズに絞って整理したい。そして、2000年のミレニアム・サミットと国連特別総会で採択された『国連ミレニアム宣言』と、そこから生まれた「ミレニアム開発目標」の達成を国際社会がめざす中、国際教育の目標と国際保健の目標との双方をつなぐ概念として、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。

2. HIV/エイズが教育におよぼす影響

HIV/エイズは、教育の供給面(教員)だけでなく、需要面(児童・生徒)に対して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。とく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。

2-1. 教員が失われ、教育の機会を奪われる子どもたち

教員の死亡

HIV/エイズに起因した教員の死亡については、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ねない。

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出てくるが、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。

常習的な欠勤、授業の中断

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。教員の常習的な欠勤は、少なくとも次の3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。

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。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。

命を失うのは、幼い子ども

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。

5～14 歳が HIV/エイズ予防に最も重要

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。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。

学齢期の子どもの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)。

教育を受ける機会を奪われるエイズ孤児

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。

2-2. 複数の国際機関が HIV/エイズ予防の教育を支援

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いっそう高めることになった。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。

2004 年 3 月、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、「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。主たる目的は、子どもや若者向けの HIV 予防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)。

3. ダカール行動枠組みからのライフスキルの提案

学校保健への国際的なアプローチについて、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でライフスキルの重要性に言及している。そして、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」をつくることを提案している(戦略8)。

教育環境としては、「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。

3-1. スキルを基礎にした健康教育

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、4つの柱からなる。

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4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、地域社会との連携、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。

知識、態度、スキルの発達を通じた教育

FRESHの3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。

「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。

知識、態度
とは？

ライフスキル
とは？

その他の
スキルとは？

3-2. 健康教育に求められるライフスキル

健康的な行動をとるための知識、態度、スキル

健康教育を計画する際には、目標、目的、内容、方法の4つの段階を想定することができる。

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、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ものとして、蚊帳を適切に使用するための知識を得てもらう。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。

< 健康教育の4つの段階と「知識」「態度」「スキル」(例) >

目標	マラリアに罹らないようにする			
目的	蚊帳を使って寝るようになる			
内容	知識(情報、理解)	態度	スキル	ライフスキル
	蚊に刺されて感染する 蚊帳の使い方がわかる	(そうあることを好み、望む) みんなの健康を守りたい	(対人能力、感情への対処など) 蚊帳の普及につとめる	その他のスキル
方法	参加型の授業 「子どもから子どもへ」			

知識、態度を普及させるメッセージを、関係者が共有することの必要

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」ともいべき内容で、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、けが、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。メッセージが多すぎると効果的に伝わらないという配慮から、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。

『Facts for Life』



行動変化をもたらすライフスキル

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、自分の住む地域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。

ライフスキルの種類の仕方にはいろいろある。3つの分野に分けることも可能であるが(勝間 2005a)、ここではさらに細分化した5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5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次に述べる。(p14)

4 . HIV/エイズの感染を防ぐ健康教育

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。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。また、子どもや若者の教育との関連でいえば、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。

知識偏重の教育からエイズを防ぐライフスキル重視へ

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たら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、高い教育を受けた者ほど HIV に感染している確率が高い。もちろん、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きているのである。

複数の国際機関が合意した、伝えるべき知識、メッセージ

『Facts for Life』は、第2版(1993年)で UNFPA が加わり、第3版(2002年)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普及されるようになった (UNICEF, WHO, et al. 2002)。215 以上の言語に翻訳され、世界 200 か国以上で 1,500 万冊以上が使われている。HIV/エイズについては、すべての家族と地域社会が知っておくべきものとして、9つの主要なメッセージが記されている (UNICEF, WHO, et al. 2002)。

『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を形成しているという点である。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。

全ての家族と地域社会が知っておくべき9つのメッセージ

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. 親と教員は、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、迅速な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。

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	ライフスキルの説明	事 例
意思決定	生活に関する決定を建設的に行うための助けとなる。	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だちについて、どうしたら手助けできるか相談して決める。
問題解決	日常の問題を建設的に処理することを可能にする。	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。
批判的思考	情報や経験を客観的に分析する能力。	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	どんな選択肢があるか、行動あるいは行動しないことがもたらす結果について考えることを可能とし、意思決定と問題解決を助ける。	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。
コミュニケーション	文化や状況にあったやり方で、言語的にまたは非言語的に自分を表現する能力。	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	好ましいやり方で人と接触することができる。	友だちたちから、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。
自己認識	自分自身、自分の性格、自分の長所と弱点、したいことや嫌いなことを知ること。	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避けることに役立つ。
共感	自分がよく知らない状況に置かれている人の生き方であっても、それを心に描くことができる能力。	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。
ストレスと感情への対処	生活上のストレス源を認識し、ストレスの影響を知り、ストレスのレベルをコントロールすること。	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

および、WHO 編(1997)川畑徹朗他訳『WHO ライフスキル教育プログラム』大修館書店 P13-15

なお、ここでは、個人に焦点をあてた事例としてまとめています。一方で、忘れてならないのは、その個人をとりまく同世代や大人、地域社会との関係のあり方が個人の行動に与える影響です。また、それは、個人主義の強い社会と、共同体意識の強い社会とでは、同一に考えることはできません。

「子どもから子どもへ」(Child-to-Child)

子ども参加の健康教育

健康教育は、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。

子どもは「社会変革の媒介者」

健康教育に関する参加型の方法の中でも、とくに注目されるのは「子どもから子どもへ」(Child-to-Child)である。これは 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、年長の子どものよる、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、さらには地域社会に対しても影響力を持つことが確認された。

参加によってスキルが身につく、家族や地域社会を巻き込んでいく

このように「子どもから子どもへ」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、従来の教室内における健康教育とは異なるものである。

「子どもから子どもへ」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、自宅や地域の中で、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ついてくる(Hanbury & Carnegie 2005)。このような「子どもから子どもへ」の活動は、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地域社会も巻き込みながら、進められていくのである。

若者向け参加型エイズ教育の例(タイ)

エイズに対する理解を自己診断して、仲間とともに学んでいきます。

(写真提供：シェア＝国際保健協力市民の会)



「子どもから子どもへ」を実施するに当たって、6つの段階からなるモデルが提案され、それぞれの段階は、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進めることを通して、各段階で次のようなライフスキルが身についていく(Child-to-Child Trust 2005)。

「子どもから子どもへ」の6つの段階

- | | |
|------|--|
| 第1段階 | 健康問題で優先順位が高いものを一つ選び、よく理解する。
批判的思考、意思決定、コミュニケーション、問題解決 |
| 第2段階 | その問題が、いかに自分の家族や地域社会に影響を及ぼしているかなどを調べる。
コミュニケーション、批判的思考、共感 |
| 第3段階 | 調べた結果、分かったことを議論し、自分たちにできる行動を計画する。
個人としての行動でもいいし、みんなで一緒でもいい。
コミュニケーション、意思決定、創造的思考 |
| 第4段階 | 実際に行動に移してみる。
コミュニケーション、対人関係、問題解決 |
| 第5段階 | 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。
批判的思考やストレスへの対処 |
| 第6段階 | 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。
問題解決、意思決定、コミュニケーション |

若者向け参加型エイズ教育の例(タイ)

コンドームを身近なものとし、エイズに対する意識を仲間と身につけていきます。

(写真提供：シェア＝国際保健協力市民の会)



行動変容につなげるために

知識、態度にスキルを加えることで行動変容をめざしますが、それでも、文化や社会環境、個人を取り巻く力関係、本人の感情などが行動変容の前に立ち塞がります。

本人の気づきや理解を、より強いものにするには、ゲームやロールプレイなどを活用するとともに、ピア・エデュケーターの養成、やる気を高める工夫が重要です。子どもが発表者となって、保護者への理解を促し、自分が学んだ知識や態度を強化することは大切です。さらに、エイズ・デーに村を行進するなど、地域への啓発活動も可能です。

また、PLWHA(People Living with HIV/AIDS)が前向きに生きている姿を地域の人々が知る機会をもつことが重要です。地域でのエイズ学習会を、PLWHAが講師となって行う取り組みも、そのよい例となります。

5 . 教育セクターと保健セクターのパートナーシップ

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、普遍的な初等教育(目標 2)、ジェンダー平等と女性の地位向上(教育における男女格差の解消)(目標 3)が掲げられている。

国際保健の分野では、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・ターゲット 10)がある。

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。

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。

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。「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、伝えるべき知識を「標準化」した『Facts for Life』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。これまでの現場での実践から、「子どもから子どもへ」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いっそう、強化していく必要がある。

グローバルな国際開発目標に向けて、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、国際社会はこれまで以上に協力をしていくべきであろう。