

教育分野におけるサブサハラ・アフリカの HIV/AIDSへの取り組み ケニアを事例に

鹿嶋友紀

(元広島大学教育開発国際協力研究センター)

1. はじめに

HIV/AIDSは1981年に最初に症例が見られてから爆発的に急増し、2005年時点での感染者の数は約4,030万人である(UNAIDS & WHO 2005, p.75)。サブサハラ・アフリカは世界で最も感染者が多い地域で、サブサハラ・アフリカの人口は世界人口の10.4%に過ぎないが、感染者の71.3%が同地域に集中している(UNESCO 2003, p.5)。なかでも東部アフリカ、南部アフリカは感染率6%以上の高い国々が集中している(UNESCO 2005a, p.3)。

HIV/AIDSは医学的な問題に留まらず、経済的、社会的、文化的にも大きな打撃を与える脅威となっている(Republic of Kenya 1997, p.156)。特に感染者が集中しているサブサハラ・アフリカでの影響は大きく、教育分野にも深刻な打撃を与えている。アフリカは世界で最も教育水準、識字率が低い地域であるが、HIV/AIDSはさらに暗い影を投げかけるものとなっている(Muraah & Kiarie 2001, p.125)。HIV/AIDSが教育に与える打撃は大きい、教育がHIVの感染予防、感染者へのケア、サポートに果たす役割も大きい。HIV/AIDSは教育にどのような影響を与え、教育は感染予防、感染者へのケア、サポートにどのような役割を果たしているのだろうか。教育セクターのHIV/AIDSへの対応についての研究も行なわれるようになっており、教育セクターに特化した政策が策定さ

れ、カリキュラムにもHIV/AIDSが反映されるようになってきているが、導入のされ方、教員訓練、教育方法等課題も多く残されている。HIV感染を防ぐ上で効果的な教育とはどのようなものであろうか。

サブサハラ・アフリカは他の開発途上地域に比べて女性の感染者の割合が高く、女性の感染者が全体の6割近くを占め(UNESCO 2005b, p.21)⁽¹⁾、15-19歳の新たな感染者の3分の2以上が女性である(UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, p.17)。特に若年層は感染率の男女格差が激しく、HIV/AIDS教育を検討する上で、ジェンダーについて考えることは不可欠である。

本稿では、まずケニアを中心にサブサハラ・アフリカにおけるHIV/AIDSの教育への影響と教育がHIV/AIDSへの取り組みにおいて果たす役割を概観する。次にジェンダーとHIV/AIDS、教育の関係について考察したい。その上で、HIV/AIDSに関する教育セクター政策(Education Sector Policy on HIV and AIDS)を含む政策文書、教育セクターの準備状況についての国際調査に着目し、ケニアにおける教育セクターのHIV/AIDSへの対応について紹介する。次に、カリキュラム、教科書を見ていくことによって実際にどのようにHIV/AIDS教育が実施されているのか、どのような課題が残されているのかを具体的に考察してゆきたい。

2 . HIV/AIDS の教育への影響

HIV/AIDS は教育システム全体に大きな打撃を与えており、深刻な教員不足、教育の質の低下、就学率の低下、孤児、児童労働の増加といった様々な問題を生み出している (World Bank 2002, pp.11-23; Republic of Kenya 2002, p.55; UNICEF 2003, pp.24-31)。2015年までに質の高い初等教育の完全普及(「万人のための教育(EFA)」)が世界的な目標として定められているが、EFA 達成が難しいと予測される 55 の最貧国の内、31 カ国は HIV/AIDS で最も大きな打撃を受けている 36 カ国に含まれており(内 32 カ国がサブサハラ・アフリカ) HIV/AIDS は EFA 達成を妨げる大きな要因となっている。HIV/AIDS は多くの教員の死をもたすだけでなく、エイズの発症による病状の悪化のための欠席、葬式への出席や家族の看護、トラウマといった理由により教員不足を招いているのである⁽²⁾。ケニアでは、1999 年には 1995 年の 3 倍以上の教員の死亡が報告されている (World Bank 2002, p.12)。

2003 年のケニアの小学校卒業時の統一試験 (KCPE) の結果を州別に比較 (Chege & Shifna 2006, p.49) すると、ケニアで HIV 感染率が最も高いニャンザ州の平均点は男女共に全国最下位となっている。ニャンザ州は収入面での貧困層の割合が、データの存在しない北東州を除いて最下位であるため (UNDP Kenya 2001, p.23) 貧困による影響が大きいと思われるが、貧困とともに HIV/AIDS が教育効果を低下させている可能性が考えられる。

エイズで片親または両親を亡くしたエイズ孤児の増加も大きな問題である。サブサハラ・アフリカの 15 歳以下のエイズ孤児は、全世界のエイズ孤児の 78.6% にあたる約 1,100 万人に達している (UNESCO 2003, p.5)。孤児の中には世帯主になる子供やストリートチルドレンになる子供もいる (UNICEF

2003, pp.24-25)。ケニアでは 17 歳以下の子供の人口の 11% が孤児であるが、そのうち 37% はエイズ孤児である (UNAIDS, UNICEF & USAID 2004, p.26)。HIV/AIDS による打撃が特に激しいニャンザ州のボンド地区では、初等教育就学者の 50% が孤児である (Ruto 2006, p.5)。

孤児であることが就学率に与える影響は地域ごとに異なっており、孤児がそうでない子供と比べて就学率が低いと一概には言えないが (World Bank 2002, p.19) サブサハラ・アフリカ 31 カ国を対象に 10-14 歳の子供の 5 年間 (1997-2001) の平均就学率をまとめた統計 (UNICEF 2003, p.25) によれば、両親を失った孤児はそうでない子供よりも就学率が低い。複数の統計 (World Bank 2002, p.19; UNICEF 2003, p.25) によると、ケニアは孤児の方が就学率が低い。

サブサハラ・アフリカは世界のどの地域よりも児童労働が多く、5-14 歳の 29% が児童労働に従事しているが (UNICEF 2003, p.29)、HIV は児童労働をさらに増加させると考えられる (Republic of Kenya 1997, pp.161-162)。児童労働は、教育の機会を奪うだけでなく、HIV/AIDS について学ぶ機会も奪い、HIV 感染の危機を高めているのである。

3 . 教育が HIV/AIDS への取り組みにおいて果たしている役割

HIV 感染が広まり始めた 1980 年代後半から 1990 年代前半までは、教育レベルが高いほど感染率が高かったが、HIV 感染を防ぐ方法がよく知られるようになるにつれて、教育レベルが高い人ほど感染の危機から身を守る安全な行動を取るようになった (World Bank 2002, p.5)。エイズには特效薬は存在せず、一度感染すると治癒することがないため (UNESCO 2001, p.6) 予防が肝心である。どんなに感染率が高い地域でも全員が感

染しているわけではなく、感染の危険がある状況に身をおかないことによって HIV への感染を防ぐことは可能である。HIV 感染を防ぐには、HIV/AIDS についての知識と知識を行動の変化につなげることが必要である。教育は、HIV/AIDS の予防とケアに関する正確な知識を伝えるとともに、知識を行動の変化に変えて HIV/AIDS の感染の広がりを抑える「社会的ワクチン」としての役割を果たすことが求められている。ケニア保健省の統計によると、教育レベルが高いほど HIV 感染を防ぐ方法を知っており、自分が HIV 陽性かどうかを知っているという報告がされている (Ministry of Health 2003, pp.32-34)。

サブサハラ・アフリカの新たな感染者の大半は 15-24 歳である (UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, p.5)。特に若年層の割合が高いサブサハラ・アフリカにおいては、若者の HIV 感染予防をすることは国を HIV/AIDS の脅威から救う鍵であると言える。ケニアは、1999年の時点で 5-24歳が全人口の49%を占めており (Ministry of Planning and National Development 2004, p.21) 若年層の HIV 感染予防は緊急の課題である。

世界銀行によれば、世界的に見て、5-14歳は最も感染率が低い年齢層であり、感染せずに生まれてきた子供は、思春期に入り性的に活発になるまでは感染する見込みが少ないことが分かっている (World Bank 2002, p.5)。ところが、15-24歳は最も感染率が高い年齢層であるため、HIV感染の危機から身を守ることができるように、14歳までに HIV/AIDS についての正しい知識を教えて、ライフスキルを習得させ HIV 感染の危機から自らを守る行動力を養うことが必要である。2001年の国連エイズ特別総会で発表された HIV/AIDS に関するコミットメント宣言でも、2010年までに 15-24歳の若者の少なくとも 95% に情報及びピア教育、若者向けの HIV/AIDS 教育を含む教育へのアクセスを確保し、この年代の感染者を 25% 低減

させる目標が設定された。

UNAIDS のピオット事務局長 (UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, p.7) によれば、「HIV の感染率が低減している国は全て若者の感染率の低下が目覚ましい」のである。複数の研究で、多くの若者が HIV/AIDS について聞いたことはあっても、どのようにすれば感染を防ぐことができるのかといった正しい知識をもっていないことが指摘されている (UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, p.13)。ケニアでは、15-24歳の若者のほぼ100%が HIV/AIDS について聞いたことがあるが、感染を避ける方法があると信じている割合は9割に満たない (Ministry of Health 2003, p.32)。HIV/AIDS に関する正しい知識を持つことは、感染を防ぐ第一歩である。

HIV/AIDS 教育は、HIV/AIDS の性質上性教育を伴うものである。性教育は性行動を奨励することにつながり子供にとって危険が増すことになるとして反対する親もいるが、性についての正しい知識をもつことはかえって性行為の時期を遅らせ、自分で自分を守ることを奨励することが WHO、UNAIDS 等の研究によって明らかにされている (Winkler & Bodenstein 2005, p.vii; USAID 2002, p.16)。子供たちは最も感染率が高い年齢層に入る前に既に性的に活発になっているものと思われる。1998-2001年の国際調査によると、15歳以前に性行為をしている子供の割合は少なくなく、ケニアでは男子の約30%、女子の15%が経験している (UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, p.12)。

だが、正しい知識を持っていてもそれが自動的に行動の変化に反映されるわけではない。情報が感染防止の助けとなる場合もあるが、社会的、経済的、文化的、宗教的な理由のために、情報が感染予防につながらない場合もあるのである。女性の場合には、経済的な目的や交渉力がない等の理由のために (USAID 2002, p.16; UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, pp.17-18)、男性の場合には、ピ

アプレッシャー等の理由により、性行為をする状況がある (Thiesmeyer 2006))。こうした状況を踏まえて、教育においては、国際機関の文書及び政府の HIV/AIDS 政策文書で謳われている通り、ジェンダー、年齢、文化に配慮しつつ HIV/AIDS について教えるとともにライフスキルを習得させることが求められているのである。行動の変化をもたらすためには、Mbugua (2004, p.118) が提案しているように、一方的な講義形式の授業ではなく、ロールプレイなどを取り入れて、ライフスキルを確実に身につけるようにできるようにする工夫が必要であろう。

Thiesmeyer (2006) によれば、感染を防ぐ安全な行動を取るためには、個人の行動に影響を及ぼすアプローチと、経済的、社会的にリスクのある条件を変えていくように人々をエンパワーするアプローチの両方が必要である。教育は個人の行動に影響を与えることによって、個人の集合体である社会で作られる条件にも影響を与えることができるが、当然ながら教育だけで経済的、社会的にリスクのある条件を変えることはできない。HIV/AIDS への対応には、セクターワイドで包括的な政策と教育分野の HIV/AIDS 政策の両方が求められている。

学校教育における HIV/AIDS の知識の伝達や知識を行動に変えるライフスキルの重要性は既に述べたとおりであるが、学校教育以外の家庭や社会での規範による影響力も大きいと思われる。ケニア政府の統計によると、ニャンザ州は2002年の初等教育レベルの純就学率が全国で2番目に高く(74.7%)、15-54歳の大半(男性93%、女性87%)がHIV感染の予防法について知っているのに対し、北東州は純就学率が最も低く(13.4%)、予防法があることを知っている割合が最も低い(男性44%、女性30%)と報告されている(就学率については Chege & Shifna 2006, p.39; 予防法については Ministry of Health 2003, p.32)。しかしながら、ニャンザ州で感染率

が最も高く(14%)、北東州で感染率が最も低い(0%)ことが報告されているのである (Ministry of Health 2003, p.38)。北東州ではイスラム教が深く浸透しているために、就学率が低く予防法についての知識がなくても感染率が低いものと推察される。社会的、宗教的な規範が HIV 感染の拡大を悪化させることもあるが、学校教育以外の宗教的な社会規範によって安全な行動がとられ、感染を防ぐこともあるのである。したがって家庭やコミュニティを含めて教育セクター全体で HIV/AIDS に対応していくことが必要である。

4 .ジェンダーとHIV/AIDS、教育の関係

HIV/AIDS は当初は同性愛の男性の間でみられたものであるが、感染が拡大するにつれて、異性間での感染にシフトしている (London Commonwealth Secretariat 2002, p. ix)。先進国の多くでは、HIV は同性間の性的接触あるいは麻薬の針が感染ルートになっているのに対し、サブサハラ・アフリカでは、主に異性間の性的接触が原因になっている。ケニアでは異性間の性的接触が74%を占めている (Republic of Kenya 1991 in Mbugua 2004, p.104)。冒頭で述べたとおり、サブサハラ・アフリカにおいては女性が男性よりも感染者が多く⁽³⁾、特に若年層の女子の感染率が同年代の男子に比べて高い。ケニアは15-19歳の女性の感染率(3.5%)は男性の感染率(0.5%)の7倍にもなる (Ministry of Health 2003, p.38)。サブサハラ・アフリカではなぜ女性の感染率が男性と比べてこれほどまでに高いのだろうか。まずサブサハラ・アフリカで女性が男性よりも感染しやすい立場にある理由について述べ、その上でジェンダーとHIV/AIDS、教育との関係について考察していきたい。生理的な理由については、サブサハラ・アフリカ

に特化したものではないためここでは割愛する。

女性は経済的、社会的、文化的な理由により、男性よりもHIVに感染しやすい立場にある (World Bank 2002; UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, pp.17-18; Baylies 2000)。HIV/AIDSは貧困と不可分の問題であり、感染拡大を抑えるためには、どのような状況下で感染が拡大しているかに目を向ける必要がある。最も大きな感染の危機にさらされるのは、最も貧しく弱い立場にある人々である。貧困家庭では、学費を得たり、家族や自分を養ったりする目的ですっと年上の男性 (sugar daddy) と性的な関係をもつ女子もいる。この背景には、サブサハラ・アフリカでは、女子よりも男子の方が優先して教育を受ける機会が多いという事情 (UNESCO 2003) があるものと思われる。また、多くの男性は若い女性はまだ感染していないと想定しており、中には処女と性行為をするとエイズが治るという迷信から若い女性と関係をもつ男性もいる (UNAIDS, UNICEF & WHO 2002, p.13)。年上の男性は、同年代の男子と比べて性的経験が豊富である可能性が高く、HIVに感染している可能性も高い (USAID 2002, p.16)。年上の男性から若い女性への感染を防ぐことは、彼女らから男性への感染を防ぐことにもつながるのである。

女性の社会的地位の低さも女性を男性よりも感染しやすくさせている。性的な行動について女性は男性よりも交渉力が弱いことが明らかにされており、女性の性行為に関する決定権が非常に限られている (Baylies 2000, p.5)。男性らしさ、女性らしさとは分極化したものではなく連続した幅を持つものであるが、ケニアを含むサブサハラ・アフリカ7カ国の6-18歳の男女を対象としたユニセフの調査では、家庭、学校での役割、期待によって、男子は活発で性欲を持つ強い存在であり、女子は受動的で男子の性の対象となるものであるという男性らしさ (masculinity)

女性らしさ (femininity) の固定観念が構築される傾向にあることが明らかにされている。社会的な地位だけではなく、こうした固定観念も女性の性行為に関する決定権を限定している。このようなジェンダーの固定観念は、女子を受動的にするだけでなく、男子に強くならなければならないというプレッシャーを与えているため、女子に対して支配的な態度を取ることにつながるものと思われる (Pattman & Chege 2003, p.79, p.140; Baylies 2000, p.9)。

女性が男性と比べて教育が不足していることも女性を感染しやすくさせている (World Bank 2002, p.20)。女性の方が一般的にHIV/AIDSについての知識が少なく、ケニアを含む24カ国のサブサハラ・アフリカの15-24歳の若者を対象にした調査によれば、3分の2あるいはそれ以上の女性がHIV感染についての正しい知識を持っていない (UNAIDS & WHO 2005, p.18)。

文化的習慣によってHIVに感染する女性もいる。早婚や、男性に対して従属的な地位を受け入れることを奨励するイニシエーションでのメッセージ、夫が死亡した場合、夫の兄弟が残された妻と結婚する (wife inheritance) 等の文化的習慣もHIV感染の拡大を進める一因となっている (World Bank 2002, pp.21-22)。しかし、全ての文化的習慣がHIV感染を拡大させているわけではない。イスラム教徒が多いケニアの北東州で非常に低い感染率が報告されていることから、文化的風習によってHIVの感染が拡大する場合と抑えられる場合とがある。

上記の複数の理由に見られるとおり、HIV/AIDSにはジェンダーが深く関わっている。サブサハラ・アフリカでは女性がHIVに男性よりも感染しやすい立場にあるために、ここでは女性を軸に見てきたが、HIV感染を予防するには、当然ながら男性、女性の両方について、既存のジェンダーの関係について考えることが不可欠である。2001年の

国連エイズ特別総会で発表された HIV/AIDS に関するコミットメント宣言でも、感染率が特に高い 15-24 歳の若者への感染予防には、ジェンダーに対する固定観念、HIV/AIDS に関してのジェンダー間の不平等にチャレンジすることが謳われている。

ジェンダー・アイデンティティは社会的、文化的に構築されていくものであるが、学校という公的な領域と家庭という私的な領域で構築されるジェンダー・アイデンティティは HIV/AIDS に大きな影響を与えている。したがって、男性、女性に期待される役割、関係、男女間の異なった基準（ダブルスタンダード）を見ていくこと、それらが生徒の考え方、行動にどのように影響を与えているかについて考えることは HIV 感染を予防する上で不可欠である。

例えば、男子は活発で声が大きく支配的であり、女子は内気でおとなしく従属的であるという固定観念は「隠れたカリキュラム」として授業の中での男女の役割にも影響しているため、このような固定観念を強化しないように教師も注意する必要があることがケニアを含む東部、南部アフリカ 7ヶ国を対象とした調査で指摘されている。また、同調査では女子は性的な知識が豊富であったり、オープンに性について話したりすると性的に活発すぎる、不良 (bad) であるとみなされることを恐れて男子に比べて HIV/AIDS についての授業に活発に参加することができない傾向がある (Pattman & Chege 2003, pp.56-58)。

また、女子をレイプや性的に活発な男子から守ろうとするあまり、男子は攻撃的な存在であるという印象を学校や家庭で植え付けてしまう例も報告されている。このような警告により女子を性的な事件の被害者になることをある程度防ぐことができたとしても、ジェンダーの固定観念を強化し、男女の友情を阻害し異性への理解を深める機会をなくしてしまうことに繋がるのが懸念される。男性と女性は違いもあるが、人間としての共通点も

多く理解し合える存在であることを学ぶことは、男性も女性も性別に関わりなく相手を尊重し、信頼関係を養う。こうした教育はジェンダーの不平等な関係を改善するのに貢献し、HIV 感染の予防につながるのである (Pattman & Chege 2003, p.56)。

5 . ケニアにおける教育セクターの HIV/AIDS への対応

ケニアでは、産業化に伴う人口の移動、人口密度の高まりも HIV 感染拡大に拍車をかけ、1990 年代後半には都市部で 18%、農村部で 14% まで上昇したが (UNDP Kenya 2001, p57) 2000 年代に入ってピーク時よりは減少し (U. S. Department of State)⁴⁾、2003 年時点での感染率は 6.7% (男性 4.5%、女性 8.7%) である。ケニアの平均寿命は 47 歳であるが、HIV 感染の影響がなければ 62 歳であるとされている (Republic of Kenya 2002a, p.3)。前述の通り、感染率の地域間格差が激しく、西部のニャンザ州で感染率が最も高く (14%)、北東州で感染率が最も低い (0%) ことが報告されている (Ministry of Health 2003, p.38)。

(1) 政策文書の策定

ケニア政府は、1984 年に国内で最初の HIV/AIDS の症例が報告されて以来、HIV/AIDS に対する政策を実施してきた。1985 年に国家エイズ委員会を結成し、1997 年に最初の国家エイズ政策文書であるセッションペーパー 1997 年 4 号を発表、1999 年には HIV/AIDS を国家的災厄 (National Disaster) と宣言し、国家エイズコントロール評議会を設置した。2000 年にはセッションペーパーに基づいて、マルチセクターで HIV/AIDS へ対応するための政策的、組織的枠組みを提供するケニア国家 HIV/AIDS 戦略計画 2000-2005 (Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan) を発表した

(Republic of Kenya 2002b, p.67)。2002年には、ジェンダーの HIV/AIDS への決定的な影響力に鑑み、国家エイズコントロール評議会からジェンダーをケニア国家 HIV/AIDS 戦略計画 2000-2005 に主流化するための政策文書(Mainstreaming gender into the Kenya National HIV/AIDS strategic plan 2000-2005) が出されている。

教育セクターでも HIV/AIDS を主流化することが求められており、教育セクターで HIV/AIDS を取り扱うことの必要性、重要性は、貧困削減戦略文書(Poverty Reduction Strategy Paper)、国家開発計画(National Development Plan)、国家貧困削減計画(National Poverty Eradication Plan)等の開発全般に関わる政府の様々な政策文書の中でも述べられている。EFA、ミレニアム開発目標(MDGs)の達成を目指してケニア政府が開発パートナーと協力して作成した教育セクター支援プログラム2005-2010年(Kenya Education Sector Support Programme 2005-2010)でも、HIV/AIDS 教育が緊急の課題として23の投資プログラムに含まれており、EFA 達成に向けて政府から2000年に出された政策文書(Education for all the year 2000 and beyond)にも、教育の全段階において HIV/AIDS 教育を提供すること、エイズ孤児を対象に政府と NGO が協力して奨学金を至急することなどが謳われている。

2004年には、教育セクターでの HIV/AIDS に関する政策文書である HIV 及びエイズに関する教育セクター政策が策定された。同政策文書前文には、HIV 及びエイズに関する教育セクター政策は、教育セクターで予防、ケアが効果的に実施されるために、生徒、教師を含む教育セクターに関わる全ての人のために作成されたガイドラインであると記されている。その基本方針は下記の通りである。

- ・孤児やその他の傷つきやすい子供たちを含めた全ての人に教育へのアクセスを与えること。
- ・年齢、ジェンダー、文化、言語に合った HIV/AIDS に関する情報を全ての人に与えること。
- ・全ての人に平等な権利、機会、責任を与え、HIV/AIDS に関するものを含むあらゆる差別から保護すること。
- ・プライバシーと秘密性が守られること。
- ・全ての感染者にケア、治療、サポートへのアクセスが与えられること。
- ・職場において、HIV 感染のリスクが最小限に抑えられるようにすること。
- ・職場において公正な慣行が実行されること。
- ・ジェンダーに配慮した対応をすること。
- ・感染者・発症者へ教育情報が全教育段階で促進されること。
- ・他セクターとのパートナーシップを得るよう努めること。

(Ministry of Education, Science and Technology 2004, pp.10-13)

(2) 教育セクターグローバル HIV/AIDS 準備調査

教育セクターでの HIV/AIDS への準備状況については、これまで国際的な調査がされてこなかったが、2004年に UNAIDS 諸機関間教育タスクチームに(IATT)によって初めてケニアを含む71カ国の教育省を対象に、教育セクターグローバル HIV/AIDS 準備調査(Education Sector Global HIV/AIDS Readiness Survey)(以下、GRS)⁵⁾が実施された。この調査結果を中心に、他国との比較も交えてケニアの教育セクターの HIV/AIDS への取り組みについて考察したい。

HIV 及びエイズに関する教育セクター政策に明記されている通り、GRS によれば教育省は HIV/AIDS が教育分野の人材に与えるインパクトをモニタリングし、教育省には

HIV/AIDSのみを扱う職員を配置している。政策が策定されただけでなく、実際に教育分野における HIV/AIDS への対応がされている。教育セクターにおける HIV/AIDS 政策が策定されている国は、調査対象国の感染率が高い国々でも 40% であること (UNESCO 2006, P.25) を考慮すると、政策実施にあたっての課題は多いが、他国と比べて教育分野での対応に遅れは見られない。

ケニアは2003年から初等教育の無償化を実施したためか、感染率の高い国々の中では、初等教育の就学率⁶⁾が最も高いため、学校教育に課せられた役割も大きい。2005年版人間開発報告 (UNDP) によれば、ケニアのGDPに占める教育費の割合は6.7%で世界第15位である。このような教育への投資の高い割合を考慮しても、教育を通してHIV/AIDSへの理解を深めることにより予防、ケアを行ない、HIV感染を抑えるメカニズムとしてその機能と役割を十分果たしていくことが求められていると言えよう。

GRSによれば、教育セクターがとりわけ重点を置いているのは予防であり、調査対象のほとんどの国ではHIV/AIDS教育を行なう意図とそのための枠組みを持っているが、実施のためのツールが十分に整っていない。ライフスキルプログラムの保持、教育セクターの職場におけるHIV/AIDSに関する政策の整備等、感染率が中程度、低い国々の方が進んでいる点があるが、GRSではこれは感染率が低い国々の方がより多くのキャパシティとリソースを持っているからだと説明されている (UNESCO 2006, p.31)。ケニアでもHIV及びエイズに関する教育セクター政策が策定されたものの、教員訓練、保護者との連携、カリキュラム、教材等においてHIV/AIDS教育を具体的に実施する上で多くの課題を残している (Ibid.)。

調査対象の80%の国では、カリキュラムや教材の中でもHIV/AIDSが取り入れられているが、これらの国々の中で教員訓練に

HIV/AIDS教育を取り入れているのは半数に満たない状況である⁷⁾。感染率が高い国々では初等教育の85%、中等教育の75%でライフスキルプログラムがあり、初等教育の95%、中等教育の90%でHIV/AIDSがカリキュラムに取り入れられている。HIV/AIDSをカリキュラムに統合出来ていない国は、過剰に詰め込まれている既存のシラバス、規定の学習内容を生徒に習得させることへの教師へのプレッシャーが原因になっていると考えられている (UNESCO 2006, pp.41-42)。

ケニアでは、初中等教育のカリキュラムにはライフスキルが取り入れられており、HIV/AIDSとライフスキルは新任教員の準備のためのカリキュラムの不可欠な要素となっている (UNESCO 2005a, p.180)。HIV及びエイズに関する教育セクター政策では、教育の全段階でHIV/AIDS及びライフスキルを既存のカリキュラム及びカリキュラムに共通の活動に主流化することが必要であることが謳われている (Ministry of Education, Science and Technology 2004, p.14)。同政策では、カリキュラムに共通した、演劇、スポーツなどの活動、ピア教育も奨励されている (Ibid., pp.15-17)。

カリキュラムにはHIV/AIDS、ライフスキルが導入されたものの、教員向けのガイドラインの作成とHIV/AIDSとライフスキルを教える教員向けのオリエンテーションは、準備の過程にあり、まだ完全に教員の指導体制が整っている状況ではない (UNESCO 2005a, p.180)。生徒の親へのオリエンテーションは準備段階にも至っていない状況である。カリキュラムでライフスキルとHIV/AIDS指導のための教師へのオリエンテーションプログラムを実施している国は感染率が高い国々の60%に過ぎない (UNESCO 2006, p.43)。学校でのライフスキル教育についての親へのオリエンテーションの実施率はさらに低く、感染率が高い国々の30%に過ぎないが、20%の国々では、準備中である

と報告されている (Ibid.)

特にアフリカでは性的な事柄について世代間でオープンに語る事がタブー視されてきた風潮があり、割礼の儀式や婚前カウンセリングなどの特定の場を除けば年長者から若者に性について語る事がなく (Mbugua 2004, pp.107-109) 学校もこれまでこの役割を担ってこなかった (Baylies 2000, p. 10) 性や HIV/AIDS について語ることに居心地の悪さを感じている教師、親が多いこと (Mbugua 2004, p.109; USAID 2002, p.15) や、性について教えることに反対している親もいること、HIV/AIDS について十分な知識がない教師、親もいることから教師、親へのサポートが不可欠である。

GRS によれば、ケニアでは教師向けの HIV/AIDS 指導ガイドラインもまだ完成しておらず、準備が進められている段階である。教師向けのガイドラインは作成されている国がまだ少ないのが現状である。感染率が高い国の内、HIV/AIDS を教える教師用のガイドラインができている国は 21% に過ぎず、53% の国々で準備が進められている (UNESCO 2006, p.39) 。感染率の低い国々の方が教師用ガイドラインを持っている国が多く、37% が教師用ガイドラインを持っており、40% が作成過程にある (Ibid.)

特に教師向けのガイドラインがまだ作成されていない段階にあるため、訓練を受けたカウンセラーを学校に置く必要があると思われるが、初等教育レベルではカウンセラーがいない状況である (UNESCO 2006, p.49) 。ケニアの HIV の感染率の高さに鑑みてもカウンセラーは初等教育でも必要である。初等教育でカウンセラーを置いている国は、感染率が高い国の 25% である (Ibid.) 。調査では人材不足によるものなのか、教育省の予算、コミットメントが得られていないためなのかは特定されていないが、いずれにしても教育システムにとってのチャレンジであると報告されている (Ibid.)

教育省は、教育セクターで働く人々の HIV/AIDS への意識を高め、予防する責任を負っており、感染率の高い国ほど教育セクターで働く教職員向けの予防プログラムがある。ケニアにも予防プログラムがあるが、中程度の感染率の国々では予防プログラムにジェンダーが考慮されているのに対し、GRS 調査ではケニアではジェンダーへの配慮はしていないと報告されている。HIV/AIDS に関する教育セクター政策の冒頭の政策基本方針でもジェンダー、人権に考慮すること、職場において HIV 感染のリスクが最小限に抑えられるようにすることが謳われており、ジェンダーを国家 HIV/AIDS 戦略計画 2000-2005 に主流化するための政策文書も策定されていることから、教育セクター教職員向けの予防プログラムにジェンダーを考慮することは緊急の課題である。

ジェンダーに関しては、HIV/AIDS に関する教育セクター政策の基本方針に挙げられているジェンダーに配慮した対応の理由として、生物学的、社会文化的、経済的な事情のために HIV/AIDS が男性と女性に異なったインパクトを与えていることが挙げられており、政策文書の研究についての項目ではジェンダーによって異なる HIV/AIDS のインパクトについての研究も奨励されている (Ministry of Education, Science and Technology 2004, pp.10-13, 37) 。しかし、教育が男子、女子の考え方、行動にどのような影響を与えうるか、それがどのように HIV/AIDS に影響を与えているかということまでは踏み込んで書かれていない。

次に、実際に HIV/AIDS 教育が学校の中でどのように行なわれているのかをカリキュラム、教材を通して見ていきたい。初等教育においては 2002 年のカリキュラム改定の際に科目数を減らして HIV/AIDS を複数の科目の中に統合していることと、前述の国際調査でケニアが感染率の高い国の中で初等教育の就学率が最も高いことから、本稿では初等

教育のカリキュラムに限定して紹介する。

(3) 初等教育のカリキュラム・教科書

ケニアの教育制度は、8年間の初等教育、4年間の中等教育、4年間の高等教育(学部)から構成されている。初等教育での学習を確実に習得させ、家計と政府の教育費用削減のために、2002年に初等教育のカリキュラムの改定が行われ2003年から導入されている。これにより、教授科目数が削減され、卒業時の統一試験(KCPE)の科目数も7科目から5科目となった。新カリキュラムでは、社会環境の変化に即して、環境教育、HIV/AIDSの問題、麻薬の問題も含めた健康教育、ジェンダー、人権、子供の権利についても教えるようになってきている(澤村2006, 177-178頁; Ministry of Education, Science and Technology 2002)。

初等教育の新しいシラバス(Ministry of Education, Science and Technology 2002)では、4年生から8年生までのカリキュラムにHIV/AIDSが含まれている。4年生から8年生までは科学の健康教育で段階的にHIV/AIDSについて学び、5年生では英語で語彙の学習の中でHIV/AIDSの関連用語を学習する。ケニアの初等教育から中等教育への進学率が5割に満たないことを考えても、初等教育からHIV/AIDS、ライフスキルについて教えることが重要である⁽⁸⁾。

1年生から3年生までは、直接HIV/AIDSについて扱うことはないが、1年生から、社会科で子供の権利について教えるように定められている。1年生は新カリキュラムに基づいた教科書(Omwoyo & Oyaya 2003)の中で、児童労働、体罰を含む児童虐待の禁止、食事と衛生的な衣服、住居が与えられること、子供は学校に行く権利があり、病気になれば治療を受け、愛され、保護される権利があることなど、子供の権利、親が子供を保護する義務について具体的に教えられる。直接HIV/AIDSについて学ばなくても、子

供の権利について1年生から学ぶことは自尊心、自信を高め、自己主張できるようになることを助け、思春期に入ってから望まない性行為を拒否するなど、HIV感染の危機に身をさらすことを防ぐのに役立つと思われる。

しかしながら、感染率が7%に近いケニアにおいては1-3年生でもHIV/AIDSについて全く聞いたことがない子供は少ないと思われるため、HIV/AIDSについての誤解、スティグマの大きさを考え、年齢に応じた方法で1-3年生にもHIV/AIDSについて教えることが必要ではないか。例えばHIVは血液を通して感染するため、握手をしても感染しないこと、HIV/AIDSは天罰や呪いによるものではなく病気であるということは1-3年生でも理解できることである。子供の権利について学ぶことと平行して、偏見にさらされる前に生徒に年齢に応じた知識を与えることは感染予防と差別をなくしていくことにつながるはずである。

4年生から8年生までの科学の中でHIV/AIDSがどのように教えられているかを見てみよう。4年生では、HIV/AIDSの意味と原因について学ぶ。5年生では、HIV/AIDSの感染経路と予防方法、HIV感染からエイズ発症に至るまでを4段階に分けて説明し、HIVとエイズの違いについても説明している。6年生では、HIV検査の重要性とHIV/AIDSが個人、家族、国家に与える影響について学ぶ。7年生では、HIV/AIDSについての迷信と誤解、感染者へのケアとサポートについて学ぶ。魔法や呪い、天罰によってHIVに感染するという迷信や、握手や同じ食事を取ることによって感染するという誤解が扱われていることから(Embeyma et al. 2005) HIV/AIDSに対する迷信と誤解とHIV/AIDSに関連したスティグマの大きさが伺える。8年生では、性感染症とその予防、HIV/AIDSをコントロールする手段について学ぶ。

5年生では、科学の健康教育に加えて英語の授業でもHIV/AIDSの関連用語について

学習する。ここでは、英語と科学の2科目でHIV/AIDSが扱われている5年生を中心に詳しく見ていきたい。英語の教科書(Kariuki et al. 2003)では、マラリアやチフスと比較してエイズが最悪であるとの会話がリスニングとスピーキングのセクションで書かれており、次にエイズが誰をも殺しうる破壊者であり、孤児を残している、エイズの感染拡大を止めなければいけないという主旨の「エイズは破壊者」という詩を読み、詩の内容についていくつかの質問に答えるようになっている。最後の質問は、エイズとどのようにして闘うことができるかという質問になっており、生徒にHIV/AIDSについて考えさせるようになっている。

5年生の科学の教科書(Rai & Richardson 2003)では、予防法の中で、婚前交渉の禁止、結婚後には男性も女性も伴侶とのみ性的な関係を持つこと、消毒していない注射針を使用しないこと、麻薬を打たないこと、麻薬を使っている場合には保健所に行くようにといった具体的な予防策について書かれている。予防法について教えることは大切だが、こうした禁止事項、警告、命令とともに、生徒が自由に性についての疑問、不安、喜び、男女の友情等性に関する事柄を話し合い、その中でHIV/AIDSについても考える時間が必要なのではないか。結婚前後の注意について身近に感じられる5年生は多くはないだろう。それよりも性についてもっと知りたいと思っている事柄があるのではないか。

HIV/AIDS教育は、HIV感染経路、予防法、病状の発達段階、感染者へのケア、サポート等について教えるだけでなく、性に関する不安、悩み、疑問、喜び等、性に関する事柄について生徒が率直に考えていること、感じていることを自由に話せるようなものにするべきであるが、ユニセフのプロジェクトによるとケニアの生徒へのインタビューから、HIV/AIDS教育の多くがそのようにはできていないことが指摘されている(Pattman

& Chege 2003, p.56)。35分間という短い授業時間⁹⁾の中で知識を伝え、ディスカッションの時間を確保することは非常に難しく思われるため、ディスカッションのみに時間を使う授業も必要であるかもしれない。澤村(2006, 187頁)によれば、ケニアは小学校卒業時の統一試験(KCPE)の結果によって中等学校が決定され、中等学校卒業時の統一試験(KCSE)が進学できる大学または就職先にも影響を与える受験社会であるため、試験に関係ないディスカッションに時間を費やすことは難しいかもしれないが、知識を行動の変化につなげるには、道徳教育以上のHIV/AIDS教育、ライフスキル教育が必要なのである。

6. 結び

教育分野に特化したHIV/AIDSに関する政策の策定は、教育分野のHIV/AIDSへの対応の具体化を助けるものであるが、政策策定からカリキュラム、教材、教員訓練といった具体的な実施までには時間を要するため、政策文書と実施の間にはギャップが存在する。政策文書の策定も大切だが、政策課題として挙げられていることを具体的にどのように実施していくかについて考えることも大切であろう。

本稿では、ケニアを事例に政策文書、国際機関による教育セクターのHIV/AIDSへの準備状況に関する国際調査、カリキュラム、教材を通して政策と実施の間にはどのようなギャップがあるかを明らかにし、残された課題について考察してきた。また、ケニアにおける男女間の感染率格差の大きさに鑑み、ジェンダーの視点でHIV/AIDS教育、ライフスキル教育を考察することを通して、政策の基本方針でも挙げられているジェンダーに配慮した対応についても考察してきた。

ケニアの教育セクターのHIV/AIDSへの対応の大きな課題としては、HIV/AIDSを教

える教員、親へのサポート、知識の伝達のみでなく生徒のニーズに応じた授業の実施、平等なジェンダー関係を構築することを通して生徒が HIV 感染から身を守る安全な行動をすることができるようにすることである。ケニアでは、カリキュラムに HIV/AIDS が取り入れられており、教材もカリキュラムに対応したものが提供されているが、HIV/AIDS について教える教師のためのガイドライン、オリエンテーションプログラムがまだ準備段階であり、保護者へのオリエンテーションも行われていない。カリキュラム、教材もその良さが発揮されるかどうかは、それを用いる教員によって大きく左右される。

授業の内容についても、知識を与え、禁止事項、注意事項を一時的に教えるだけでなく、HIV/AIDS を考える上で避けて通ることができない性について生徒が話しやすい環境を作り、生徒が知りたいと思っていること、求めていることを具体的に知り、生徒の声に応えることを通して生徒が自分の文脈で HIV/AIDS を理解し、行動できるように助けることができる。授業の方法においても、男子は強く支配的で女子は弱く従属的という男女の役割についての固定観念を強化しないように意識して、性別に関わらず相手を尊重し、男女の信頼関係を築いていくことで HIV 感染予防につなげていくことができるのではないか。

マルチセクター、教育セクター、国家レベルでの HIV/AIDS に対する政策、体制を整えることも大切であるが、学校レベル、教室レベルでの HIV/AIDS 教育の実施体制を整えることの両方ができて初めて効果的な対応ができるのである。

付記

本調査実施にあたっては、科学研究費補助金（基盤研究 A、平成 17～20 年度）「アフリカ地域の社会と教育に関する比較研究 フィールドワー

クによる新たな展開」(研究代表者：澤村信英)の一部を利用した。

注

(1) 2004 年の時点でラテンアメリカ、東ヨーロッパ、アジアの女性感染者の割合は全体の 4 割以下、女性感染者の割合が比較的多いカリブ海地域でも 5 割程度である (UNESCO 2005, p.21)。

(2) ユネスコのカイヨ教育計画国際研究所副所長は、2006 年に開催された第 3 回国際教育協力日本フォーラムで世界銀行の「万人のための教育 (EFA)」達成のために必要な教員数の試算を挙げ、エイズが招いた教員不足が EFA 達成に大きな打撃を与えていると述べている。世界銀行の試算によると、EFA 達成のためには、2000 年から 2015 年までにアフリカだけでも 1,361,000 人の教員を採用する必要がある。

(3) サブサハラ・アフリカのような異性間の性的接触が主な感染源である地域では、サンプルとなるクリニックで妊娠中の女性の血液を検査して HIV 感染を調べるといった方法が一般的にとられているため、これによって女性の方が検査を受ける機会が増える分、感染率も高くなるという事情もあるが、このことを考慮しても、他の調査方法(世帯調査、保健調査等)もあるため、サブサハラ・アフリカにおいて感染率にジェンダー格差があることは否めない。感染率の把握には、これらのデータを継続的に注意深く調べる必要がある (UNAIDS & WHO 2005, pp.18-20)。

(4) 感染率低下には人々の行動の変化が貢献しているが、新たな感染者の割合よりも HIV/AIDS による死亡者の割合の方が大きいことも感染率の低下の要因である (UNAIDS & WHO 2005, p.27)。

(5) この調査では、感染率が 0.05-2% の国を感染率が低い国、2-6% を感染率が中程度の国、6% 以上の国を感染率が高い国と分類している。市民社会の視点に関しては、教育分野の NGO の連合体である教育のためのグローバルキャンペーン

(The Global Campaign for Education)によって実施されたケニアを含む 18 カ国の市民社会を対象にした教育分野の HIV/AIDS への対応についての市民社会調査 (Civil Society Study of Educational Responses to HIV and AIDS)によって補充されている。ユネスコは調査対象の詳細なデータを含む調査レポートの出版 (UNESCO 2005a)に続き、調査結果からの課題及び提案を中心とする文書 (UNESCO 2006)を作成している。

- ⁽⁶⁾ 2004年度の粗就学率は99.8%である (Ministry of Education, Science and Technology 2005a)。
- ⁽⁷⁾ 2006年に開催された第3回国際教育協力日本フォーラムでも、初等教育のカリキュラムの変化に即して、教員養成課程のカリキュラムを変えるのが遅く、アフリカではHIV/AIDSの教育を教員養成課程のカリキュラムに取り入れて教えている例はほとんどないことが指摘されている。
- ⁽⁸⁾ ケニアの1990-2002年までの初等教育から中等教育への進学率は、1992年(30%)を除いて40%代である (Ministry of Education, Science and Technology 2005a, p.12)。
- ⁽⁹⁾ 4-8年生の高学年は1限35分間である (Ministry of Education, Science and Technology 2002)。
- R. & Mugallu, E. (2003). *New progressive primary English 5*. Nairobi: Oxford University Press.
- London Commonwealth Secretariat (2002). *Gender mainstreaming in HIV/AIDS: taking a multisectoral approach*. London: Commonwealth Secretariat.
- Mbugua, N. (2004). Strategies for prevention of sexual transmission of HIV/AIDS among adolescents: The case of high school students in Kenya. In E. Kalipeni, S. Craddock, J. R. Oppong & J. Ghosh (Eds.), *HIV and AIDS in Africa*. Blackwell Publishing (pp.104-120). MA: Malden.
- Ministry of Education, Science and Technology (2000). *Education for all for the year 2000 and beyond*. Nairobi: MoEST.
- Ministry of Education, Science and Technology (2002). *Primary Education Syllabus*. Nairobi: Kenya Institute of Education.
- Ministry of Education, Science and Technology (2004). *Education Sector Policy on HIV and AIDS*. Nairobi: MoEST.
- Ministry of Education, Science and Technology (2005a). *Education Sector Report 2005*. Nairobi: MoEST.
- Ministry of Education, Science and Technology (2005b). *Kenya Education Sector Support Programme 2005-2010*. Nairobi: MoEST.
- Ministry of Finance and Planning (2001). *Poverty Reduction Strategy Paper for the period 2001-2004*. Nairobi: MoFP.
- Ministry of Health (2003). *Kenya Demographic and Health Survey 2003*. Nairobi: Central Bureau of Statistics.
- Ministry of Planning and National Development (2004). *Statistical Abstract*. Nairobi: Central Bureau of Statistics.
- Muraah, W. M. & Kiarie, W. N. (2001). *HIV and AIDS Facts that could change your life*. Nairobi: English Press Limited.
- Omwoyo, F. M. & Oyaya, E.O. (2003). *Primary Social Studies Standard One*. Nairobi: Kenya Literature Bureau.
- Pattman, R. & Chege, F. (2003). *Finding our voices*.

参考文献

- 澤村信英「学歴社会化の受験中心主義の学校 ケニア」二宮皓編『世界の学校 教育制度から日常の学校風景まで』学事出版, 176-185頁 .
- Baylies, C. (2000). *Perspectives on gender and AIDS in Africa*. In C. Baylies & J. Bujra with the Gender and AIDS Group (Eds.), *AIDS, Sexuality and Gender in Africa* (pp.1-24). London: Routledge
- Chege, F. N. & Sifuna, D. N. (2006). *Girls' and women's education in Kenya*. Nairobi: UNESCO
- Embeywa, H., Mbiyu, R. W. & Mwaki, C. B. (2005). *Science in Action 7*. Nairobi: Oxford University Press.
- Kariuki, L., Muitung'u, J., Muutu, V., Ndua, E., Hurst,

- Nairobi: UNICEF.
- Rai, B. & Richardson, J. A. (2003). *Improve your science std 5 coursebook*. Nairobi: Dhillon Publishers Limited.
- Republic of Kenya (1997). *National Development Plan 1997-2001*. Nairobi: Government Printer.
- Republic of Kenya (1999). National Poverty Eradication Plan 1999-2015, Nairobi.
- Republic of Kenya (2002a). *Mainstreaming gender into the Kenya national HIV/AIDS strategic plan 2000-2005*. Nairobi: The Gender and HIV/AIDS Technical Sub-Committee of the National AIDS Control Council.
- Republic of Kenya (2002b). *National Development Plan 2002-2008*. Nairobi: Government Printer.
- Ruto, S. J. (2006). Presentation report of the research process and preliminary research findings of Africa-Asia University Dialogue for Basic Education Development Project. Unpublished report presented at Hiroshima University.
- Thiesmeyer, L. (2006). HIV/AIDS and Basic Education. Lecture delivered to JICA participants, 10 March, United Nations University.
- UNAIDS, UNICEF & WHO (2002). *Young people and HIV/AIDS opportunity in crisis*.
- UNAIDS, UNICEF & USAID (2004). *Children on the Brink*. New York: UNICEF.
- UNAIDS & WHO (2005). AIDS epidemic update.
- UNDP (2005). *Human Development Report*. New York: UNDP.
- UNDP Kenya (2001). *Kenya Human Development Report 2001*. Nairobi: UNDP.
- UNESCO (2001). *UNESCO's strategy for HIV/AIDS preventive education*. Paris: UNESCO.
- UNESCO Nairobi Cluster (2003). *Report of Consultation on HIV/AIDS and education*. Nairobi: UNESCO.
- UNESCO (2003). *Education for All Global Monitoring Report 2003*. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2005a). *Report on the education sector global HIV & AIDS readiness survey 2004*. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2005b). *UNESCO's response to HIV and AIDS*. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2006). *Education sector global HIV & AIDS readiness survey 2004 policy implications for education & development*. Paris: UNESCO.
- UNICEF (2003). *Africa's orphaned generations*. New York: UNICEF.
- United Nations (2001). Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Retrieved May 19, 2006 from the World Wide Web: <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>.
- USAID (2002). *Tips for developing life skills curricula for HIV prevention among African youth: a synthesis of emerging lessons*. Washington, D.C.: USAID.
- U.S. Department of State. Country Profile-Kenya. [Homepage of USAID]. Retrieved May 19, 2006 from the World Wide Web: <http://www.state.gov/s/gac/rl/profiles/cp/50696.html>.
- Winkler, G. & Bodensterin, M. (2005). *Teaching about HIV and AIDS*. Oxford: Macmillan Teaching Handbook.
- World Bank (2002). *Education and HIV/AIDS: a window of hope*. Washington, D.C.: The World Bank.