

Planning for Education in the Context of HIV/AIDS

HIV／エイズと教育政策

Michael J. Kelly

マイケル・ケリー

訳・解説 * 勝間靖

ユネスコ国際教育政策叢書 ⑨

叢書編者

黒田一雄・北村友人

東信堂

第1章 エイズという感染症

1 HIV / エイズの本質と特徴

HIV(Human Immuno-Deficiency Virus)はヒト免疫不全ウイルスというウイルスの一つであり、それは結核症(Tuberculosis: TB)などの感染と闘うための抵抗力を弱体化する。感染者からの体液(血液、精液)が非感染者の体内に入ると、ウイルスが広がる。これは三つの主要な経路を通して発生する。つまり、感染者との安全でない性的接触、汚染された血液の輸血、汚染された血液が付着しているかもしれない鋭利な器具の共同使用(剃刀の共有や麻薬使用者間の注射器の使い回し)を通してである。また、ウイルスは、妊娠中、出産時、授乳期に、感染している女性から子どもへも感染する(母子感染: Mother-to-Child Transmission: MTCT)。

HIVは進行が遅いウイルスに分類され、それは、ゆっくりとした病症の経過と、即時的な感染可能性という二つの特徴を示す。HIVに感染した人間の免疫システムの悪化は、長期にわたってゆっくりと進む。感染者は、何年にもわたって、病気にかかったという症状を示さず、健康に見えるし、気分もいい状態にある。しかし、突然に、体内の器官の中でウイルスが活発になる。このウイルスの活動が、体の防御システムを次第に弱め、最終的には不全とするのである(図1)。この漸進的な悪化が続く長期間にわたって、感染者の体液を介して他の人へとウイルスがうつるかもしれない。最初の感染のときから、感染者は、症状を出すことなく、他の人へHIVウイルスをうつすことができるのである。

免疫システムの悪化がある段階に達したとき、その人は、次第に頻繁に、非感染者の体であれば通常は撃退するか対応できるような疾病や感染を原因

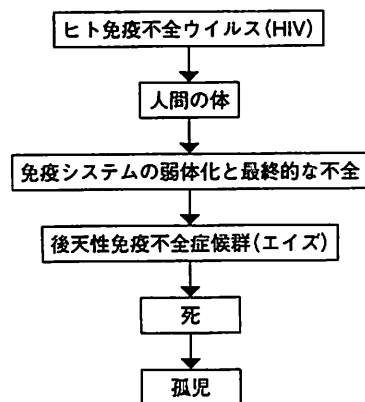


図1 HIV / エイズの過程

として、定期的な発作を経験するようになる。HIV 感染のために、その個人は、さらなる感染に対抗する免疫反応を持たない。これらの感染は、体の防御システムが弱っている機会を利用することから、日和見感染と呼ばれている。こういった日和見感染が発生するような免疫不全のレベルを経験する人は、エイズ(AIDS)、つまり後天性免疫不全症候群(Acquired Immune Deficiency Syndrome)にかかっていると言われる。つまり、エイズは HIV を原因とし、日和見感染との致命的な合併症を引き起こす。弱くなった免疫システムは、肉体を多様な感染症に罹りやすくすると同時に、そういった感染症から回復する可能性を下げるので、大多数の症例において、その人は徐々に弱体化し、最終的には命を失う。ほとんどの人は感染した時点から 8 年から 10 年以内に死亡するが、それよりも早く命を失う人も多い。治療が行われない場合、エイズと呼ばれる病気の兆候から死亡までの期間が、2 年以上にわたることはほとんどない。

HIV の確定診断が下された人の場合、一生にわたって感染したままである。そういった患者の HIV の状態を回復に向かわせる方法はまだ知られていない。日和見感染は比較的に簡単に安価で治療でき、それはエイズ患者の臨床状態を改善することになる。今のところ非常に費用がかかるが、有効な治療法とされる HAART (highly active antiretroviral therapy) 療法 (訳者追記: いわゆる

カクテル療法)を通して、体内でのウイルスの活動を抑え、HIV / エイズ患者が比較的に症状のないまま生存できる期間を引き延ばすことができる。しかし、ウイルスは除去されるのではなく、抑えられているだけである。感染のかなり早い段階において体のシステムのなかに出来上がる、非常に耐性のある病原体は残り続ける。治療をやめると、これが再び活性化されるのである。別の言葉で言えば、抗ウイルス剤が完治をもたらすことはない。完治させる方法がないことに加え、ワクチンも不在である。現在のところワクチンはなく、普遍的に安価に使えるようなワクチンが入手可能となるまでに数年はかかる。

完全な治癒、安価で管理できる治療、そしてワクチンが存在しないなかで、感染していない人が HIV 感染やエイズを避ける方法は一つしかなく、それは感染した人の体液に接しないことである。これは、性交と、注射針や鋭利な器具の使いまわし、に繋がる活動を避けることによって可能となる。また、体液が交じり合うのを防ぐコンドームや手袋といった防壁を使うことによっても可能である。さらなる可能性はマイクロバイドにあり、それは、(HIV 感染を引き起こしやすくする性感染 [Sexually Transmitted Infection: STI] を含めた) ウイルス感染の侵入、結合、複製を抑止する。しかしながら、性病さらには HIV の感染を減らすものの、マイクロバイドは HIV に対する完全な防御をもたらすわけではない。さらに大きな問題として、期待されていたマイクロバイド研究が 1999 年と 2000 年に経験したとおり、局所の処置に使える安全なマイクロバイドの開発は、進んでいるものの、長い期間を必要とする。したがって、性行為による HIV 感染を予防するために現在のところ知られている方法は以下のとおりである。HIV に感染していないことが分かっている人以外とは性交しないこと、禁欲、そしてコンドームの使用である。三つのすべては、態度と行動において大きな変革を必要とする。そして、三つすべては、教育のあり方に示唆するものがある。

エイズの症例の大多数は、20 歳から 50 歳の間の成人である。男女の違いが通常は指摘されており、女性にとってのエイズ症例のピーク年齢は 20 歳

から29歳なのに対して、男性のそれは30歳から39歳である。このことは、エイズが最も生産的な年齢の人に打撃を与えていることを意味する。つまり、何年もの教育と訓練によって約束された将来をなきものにする。そして、家族・コミュニティ・社会から、経験豊富で能力のある活発なメンバーを奪うことになる。また、幼い子どもを育てる年齢集団においてピークに達するため、子どもが孤児となったり、扶養者を失ったり、家族に大きな打撃を与える。

エイズ症例のかなりの数は、5歳未満の子どもにも発生する。これらの子どものほとんど全員は、母子感染(MTCT)のメカニズムを経て母親から感染するが、そのうち一部は性的虐待か汚染された血液を通して感染している。これらの子どものほとんど全員は、非常に若くして命を失うが、若干名は学齢期になるまで生存することもある。初等教育の学齢期にある子どもにも患者はいるが、エイズの症例は、5歳から14歳の年齢集団の子どもにとっては相対的に珍しい。この年齢集団は「希望の窓(window of hope)」と呼ばれている。この年齢層は、HIVに感染している可能性が最も低い若い人びとである。もし彼(女)らがそのまま感染しないであれば、将来のエイズ感染による荒廃は、現在よりも少なくなるということで、希望の世代なのである。

小学校に通う子どもの発展段階は、実質的にエイズ非感染の状態であることと組み合わせ、学校にいる間に感染しないようにすることと、一生にわたって非感染でいられるような行動パターンを身に付けさせること、という二重の責任を学校に課すことになる。いくつかの要因が合わさって、これらの課題への挑戦の重要性が際立つ。

- 大多数の子どもは、小学校在学中に思春期を迎える。
- 学年は年齢と関連しているが、かなりの数の子どもは、学級の公式年齢よりも年長であり、すでに性的に活発である。この状況は、多くの国において、就学の遅れや留年によって悪化している。
- 多くの社会において、両親は、子どもに性の問題についての情報を提供しないし、議論もしない結果、子どもは学校の内外における悪影響に対

して脆弱となっている。

- 伝統的に、学校は、性と生殖に関する健康問題について、子どもへ手を差し伸べることはあまりないし、彼(女)らが性的アイデンティティを理解し、その欲求に対応するうえでの支援もほとんど行わない。
- 彼(女)たちは最もエイズのない集団に属するために、若い女の子(そして場合によっては若い男の子)は、HIVに感染しているかもしれない大人にとって性的関心の対象とされるかもしれない。
- メディア、子どもを取り巻く社会、そして場合によっては学校の職員から子どもに伝わる価値観や行動基準は、彼(女)らが自分たちの中に現れるセクシュアリティについて成熟した対応をとる能力を弱めている。

個人レベルでこの病気が存在することを認めようとしないうことで、教育の現場やそれ以外の場所において、この感染症とその進展に対処することが困難となっている。公共の文化は、この感染症が公私の生活にわたって重要な問題を突きつけることを認識しているかもしれないが、私的な文化は、いつも否定と拒否のそれである。HIV感染者の大多数は、自分にウイルスが宿っていることを知らない。知りたくもないのは、それが短い余命を意味することが大きな理由であるが、別の理由としては、社会が感染を乱れた性行為と結びつけるからである。人びとがエイズ関連の病気になったとき、傾向としては、疾患とその処置のための即時の手順に焦点が絞られるが、エイズへの言及はない。死が発生したときには、結核といった日和見感染に帰せられるが、そういった感染に対する肉体の自然な防御が失われる際におけるHIVの役割が認知されることはめったにない。

社会における沈黙は、その結果として、教育システムに間接的影響を与える二つのさらなる効果をもたらす。一つは、この病気に付帯されるようになったスティグマと羞恥心である。もう一つは、HIVまたはエイズとともに生きる人びとと、その扶養家族への人権侵害である。

教育にとっての意味

教育にとっての HIV / エイズの一般的な意味は、教育の本質そのものの文脈において概説される特徴から導かれる。つまり、教育の提供は、本質的に人間集約的である。これは、初等・中等・高等レベルにおける公教育においても、あるいはノンフォーマル教育においても事実である。現在の支配的なモデルによれば、教育サービスの提供は、一方で教員・研修員・講師がおり、他方には個人の組合せがあり、そのほとんどは若者で、2～3人から100人を超える規模までの集団として集められることが多い。情報通信技術の発展はいずれ変化をもたらすかもしれないが、このモデルは、これからも長らくの間、主流であり続けるだろう。現在のモデルが適用されると、世界のすべての人びとの5分の1から4分の1は、学習者か教育者のいずれかとして、教育に直接に関わる職業に従事していることを意味する。ジョムティエン会議とダカール会議によって設定された目標が達成され、すべての子ども・若者・成人が基本的な学習のニーズが満たされると、この比率はさらに高くなる。

それに加えて、すべての国は、カリキュラム開発・試験・公開講座といった支援分野において大規模な施設があるほか、教育の管理・行政・専門職員からなる非常に広範なネットワークを持っている。これらは、学習者と教員との直接的な対面教育にとって望ましい状況を作り出すことに大きく貢献する。

高度に個人集約的なため、教育は感染症や疾病に非常に脆弱である。インフルエンザやコレラといった感染の発生によって、すべての部分が一時的な停止に至ることもある。また、HIV / エイズの存在によっても深刻に影響を受ける。感染性が高いという意味で、その他の状況とも類似している。しかし、感染を予防するためには、非常に私的な個人の行動パターンに急激な変更を求めるといった行動変革を必要とする点で異なる。また、短い潜伏期間を経て相対的に突発的に大規模に発生するものの、衛生に関わる特定の外的手法によって制御でき、ワクチンや治療剤がよくあるような他の感染状況と

比較すると、HIV / エイズは異なる。さらに、20歳から50歳の間の最も生産的な年齢の人に主に現れる点からも異なる。

これが教育に対して深い意味を持つ。エイズは、教育やその他のセクターから、いつぱんに人びとを追い出すことはない。組織やシステムの活動が、突然の大規模な疾病によって停止することはない。その代わり、非常に漸進的だが不可逆の人員の欠落によって蝕まれる。体の免疫による防御システムの長期にわたる漸進的な悪化は、最終的に、それに対応するような、感染者の遂行能力の長期にわたるゆっくりとした低下をもたらす。最後に、その低下によって、その人は、労働サービスを提供できなくなり、活発な人生から身を引き、持続的な末期医療に入ることになる。このことは、死亡が発生する前のしばらくの間、エイズとともに生きる人びとは、通常の職務に対して継続的かつ活発に従事することができない。

エイズの侵入は、感染者が組織やシステムから一度に去ることを意味するわけでもない。病気が経過をたどるにつれて、ある日にある場所である人による活動が低下するか休止し、そして別の日に別の場所で別の人による活動が低下・休止することになる。人員を補充する必要性に対する迅速な判断はほとんどされないが、徐々に不可避的に、組織やシステムの人的資源の基盤が蝕まれている。

2 HIV / エイズの地球規模での流行

1970年代後期と1980年代初期において、エイズとして知られるようになったものは、いくつかの国において最初は散発的に発生した。その後の20年において、この感染症は急速に広がり、1999年末までにHIV感染者は推定3,360万人に上った。その当時、エイズは、その他のどの感染症よりも多く、世界の人びとの命を奪っていると推測された。実際、アフリカが20世紀最後の20年においてエイズ関連で失った命の数は、ヨーロッパにおける14世紀の腺ペストによるものに匹敵した。

この感染症は、世界の一部には早期に出現したが、その他の場所に現れたのは遅かった。サブサハラ・アフリカ、ラテンアメリカ、カリブ海地域、西ヨーロッパ、北アメリカ、オーストラリア、ニュージーランドでは、1970年代後期から1980年代初期に現れた。北アフリカ、中東、東アジア、南アジア、東南アジア、太平洋地域においては1980年代後期だったのに対して、東欧と中央アジアでの始まりは1990年代初期まで遅れた。また、この感染症は、世界の異なる場所において、異なる形態をとった。多くの国において、とくに罹患率が高いところで、HIVは、たいてい危険性の高い性行為を通して感染し、それから人口全体の男性と女性間に普及していく。それ以外の国では、麻薬を静脈注射する者(訳者追記: Intravenous Drug User: IDU)、セックスワーカーとその顧客、男性と性的関係を持つ男性など、特定の集団に集中する傾向がある。人口の中でウイルスが広がるにつれて、こうした集中も分散していく可能性がある。北東インドでそれが起こったのだが、その際、ウイルスは、麻薬を静脈注射する男性のネットワークのなかで急速に広がり、そして男性からその妻へと感染していった。

国連合同エイズ計画(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS)は、成人の間で性的パートナーが交じり合う度合いが高い国において、HIV感染が一般人口において急増することを指摘している。

「異性間の感染が連鎖するためには、平均して、それぞれの感染者は最低2人のパートナーと危険な性行為を持つことによって、ある人から感染を受けて、その感染を別の人へうつさなくてはならない。(しかし、)HIV陽性とHIV陰性との接触のすべてが新しい感染となるわけではないので、異性間感染が連鎖するという事は、男性と女性ともに、かなりの比率の人口が生涯期間において多くの性的パートナーを持つことを意味する。」(UNAIDS, 1999c: 6)

豊かな工業国は、早い時期からHIV/エイズに悩まされたが、多くの途

上国と比べると、感染の広がりにより限定的である。その理由として、工業国における感染が、麻薬を静脈注射する者といった非常に特定の亜母集団に封じ込められる傾向がある。また、これらの国々が、HIVと診断された者に抗ウイルス治療を提供する余裕があり、延命できていることもある。この治療法の成功そのものは、ある問題を提起している。つまり、脆弱な集団の中でのHIVの危険性に関する安堵感と、それに伴う危険が高い行動の増加。病気を感染させる可能性のあるHIV陽性で生存する者の増加。この治療法が必要とする負担の多い投与計画に忠実に従うことの難しさに起因する、抗ウイルス剤に耐性を持つHIV株が出現する可能性である。

20世紀の終わりに、HIV/エイズによって最も打撃を受けた地域はサブサハラ・アフリカであり、世界において、HIV/エイズの症例が最も多く、成人罹患率が最も高かった(表1)。絶対数で言えば、サブサハラ・アフリカの次は、南アジアと東南アジア、そしてラテンアメリカであった。しかし、成人罹患率では、カリブ海地域、南アジアと東南アジア、そして南北アメリ

表1 HIV/エイズに関する地域的な統計と特徴(1999年12月)

地域	HIV/エイズとともに生きる大人と子どもの数	成人罹患率(%)	HIV/エイズとともに生きる大人にとっての主要な感染経路
サブサハラ・アフリカ	2,330万人	8.0	異性間の性的接触
カリブ	36万人	1.96	異性間の性的接触、MSM
南および南東アジア	600万人	0.69	異性間の性的接触
ラテンアメリカ	130万人	0.57	MSM、IDU、異性間の性的接触
北アメリカ	92万人	0.56	MSM、IDU、異性間の性的接触
西ヨーロッパ	52万人	0.25	MSM、IDU
東欧と中央アジア	36万人	0.14	IDU、MSM
北アフリカと中東	22万人	0.13	IDU、異性間の性的接触
オーストラリアとニュージーランド	1万2千人	0.1	MSM、IDU
東アジアと太平洋	53万人	0.068	IDU、異性間の性的接触、MSM
世界	3,360万人	1.1	

注: MSM=Men who have Sex with Men: 男性と性的関係を持つ男性。

IDU=Intravenous Drug User: 静脈麻薬使用者。

出典: UNAIDS, 1999c: 5.

カの順であった。

世紀の変わり目における世界的な構図は、この感染症によって以下のように特徴づけられた。

- 死亡原因の疾病として世界の上位5番以内に入るが、アフリカにおいては1番目の死因となっている。
- すべての国における社会経済・健康・安全保障にとって拡大する課題となっている。
- 多くの途上国において、そして、とくにサブサハラ・アフリカにおいて、非常に急速に広がっている。
- 世界で最も人口が多い国々において、強固な基盤をつくっている。
- これまでほとんど知られなかった社会や国にも忍び込んでいる。
- 先進国に対しては、予防のために一層の努力をすること、エイズ治療に大きな資源を投入すること、そして自己満足を避けるといった必要を迫っている。
- HIV感染率とエイズによる死亡において、豊かな国と貧しい国との間の格差が大きく、さらに拡大しつつある。
- 若者の間で急速に広がっており、HIVに感染する者のおよそ半分が25歳未満である。
- その後に残されていく、孤児の数が急速に増えている。

3 開発へのHIV／エイズの影響

国際社会は、HIV／エイズが単なる健康問題でないことを認識するようになった。それだけでなく、前例のない規模での開発の危機なのである。この感染症に直面する中、人間の福祉と経済的な健全さに関して、開発目標を達成できる見込みはあまりない。HIV／エイズは、平均寿命を短くし、乳幼児死亡率を増加させ、大人のケアを受けられない子どもを数多く残し、保

健ケア制度に耐えられないほどの負担をかけ、労働費用の増加とスキルのある人材供給の減少を通して経済発展を弱体化させ、世帯を貧窮化させる。この感染症の教育への影響力という文脈における特別な関心事として、ジェンダーと貧困の側面があげられる。

エイズとジェンダー

21世紀の初め、HIV陽性者は、成人女性よりも成人男性のほうが多かった。つまり、女性が1,550万人だったのに対して、男性は1,810万人であった。しかし、サブサハラ・アフリカにおいては、立場が逆であり、HIV陽性の成人のうち、55%は女性で、45%は男性であった。男性と比較したとき、女性は、とくに栄養不良のときに感染すると、結核を発症しやすい。このことは、エイズに関連した結核による死亡について、男性よりも女性の方が急速に増加する可能性を惹起する。

ジェンダーの別の側面として、生物学的および文化的な理由によって、女性の方が男性よりも低年齢で感染する傾向がある。身体構造上の理由により、危険な性行為を持った女性は、HIVを含めた性感染症に対して、男性よりも4倍くらい脆弱である。そして、若い女性はより脆弱である。この理由として、若い女性の生殖システムが生理的に成熟していないことによってHIV感染への防御が低いことと、接触到さらされる表面積が大きいことがあげられる。それに加えて、ある社会では、女の子どもはHIVに感染していないとみられていたり、処女と性行為を持つことによってエイズが治癒されると信じられていたりすることから、年配の男性が女子を標的としており、そのために若い女性の脆弱性はさらに悪化している。これらの要因やその他の要因によって、15～19歳の女性は、同年代の男子と比較すると、4倍から6倍の比率でHIV陽性になっている。特筆すべきことは、若いときに感染すると、HIV感染から死に至るまでの期間が長いという点である。つまり、低い年齢で感染した女性は、もっと年をとってから感染した男性よりも、長く生存すると予測されるのである。

文化的な慣行や態度は、女性の感染への脆弱性を高めるのに重要な役割を果たしている。大多数の社会において、女性は、自分の生活に対する完全なコントロールを持たず、男性に従属・隷属するように幼年期から社会化されている。とくに、父親、伯父・叔父、夫、男性の保護者といった権力を行使できる男性に従属する。社会的に促進された男性支配と、女性側による自己主張の欠如のため、女性にとっては、HIV陽性かもしれないパートナーに対して、性行為を拒否することやコンドームの使用を主張することが困難になっている。このことは、多くの女性が唯一の性行為のパートナー、つまり夫から感染することに繋がっており、エイズで亡くなった男性の妻本人がやがてこの病気で倒れる可能性を高めている。

エイズと貧困

他の感染症と違い、HIV／エイズは社会的な障壁を無視する。富む者も貧しい者も同様に影響を受ける。それでもなお、貧困は、この疾病を広げることに仲介し、その影響を悪化させている。その一つの全般的な理由として、貧困が蔓延しているところでは、長期的な便益を守るよりも、直近の短期的な生存と満足のためのニーズの方がはるかに重要視されているからである。このことは、すぐに有害な結果を経験することがなく、何年にもわたって感染が潜伏する、HIV／エイズに関わる状況において非常に強く現れている。

より特定のには、貧困はHIV感染に対して脆弱な状況をつくり出す。以下の点は指摘するに値する。

- 貧困者の栄養状態は悪い。
- 健康について一般的に悪い状況にある。
- 適切な保健サービスへのアクセスが欠如。
- 雇っているかもしれない性感染症の治療を受ける可能性が少ない。
- 性的な接触において自分を守るための情報や手段へのアクセスが欠如。
- 混雑しすぎている生活環境。

- 貧しい女性や少女に対して性的関係へ追い込んだり、コンドームの使用を主張しないことで期待される収入を守ろうとさせたりするような、生存のためのニーズ。
- 貧しい家族の出身の若い男性を、仕事探しのために、自宅から離れさせ、危険性の高い場所を転々と移住させるような、経済的なニーズ。
- 貧困者にとって利用可能な楽しみが、性行為を除いて、実質的に存在していないという状況。

しかしながら、もし貧困がHIV／エイズへの脆弱性を高めているなら、その逆もまた事実である。つまり、HIV／エイズは貧困を悪化させてもいるのである。HIV／エイズは賃金労働者を雇用から追い出し、小作や農業労働に従事できる可能性を減少させ、薬や保健ケアへの支払いを増やし、貯蓄や資本を切り崩させるなどするため、世帯は一層限られた家計でやり繰りしなければならない。また、産業がHIV／エイズの影響に調整させるにつれて雇用機会が減少することや、技能を持った人的資源の喪失や、投資よりも消費に資源が用いられることを通して経済成長が低下することによっても、貧困の状況が悪化させられる。

4 HIV／エイズに起因するスティグマ、羞恥心、沈黙

HIVまたはエイズとともに生きる人びとは、社会的なスティグマ、軽蔑、不当な扱いを頻繁に体験している。麻薬使用癖や「淫乱な」性的行動を理由として、感染者のこの運命は「当然の報い」であるとする考え方が広がっている。また、この病気は恐怖とも結びついている。つまり、その感染しやすさや致死的な結末という恐怖だけにとどまらず、HIV／エイズの状態が伴侶や職場に知られるかもしれないという恐怖もある。

「このスティグマは、予防とケアの両方にとって非常に深刻な障壁とな

っている。最も打撃を受けている国の多くにおいて、公務員や一般の市民は、最も影響を受けている者も含めて、エイズにまつわる拒否・差別・羞恥心が原因で、この感染症問題を無視し続けることが度々ある。」(UNAIDS, 1998b: 13)

HIV／エイズとともに生きる人びとへの差別は、社会やコミュニティの空間を超えて広がっている。HIVの状態を理由に保健ケアを拒否されたり、同様の理由で解雇されたり昇進を拒否されたりする個人や、家族内でのHIV／エイズを理由として学校から排除された子どもなど、しっかりと記録されている事例がある。また、スティグマや差別は、男性よりも女性に対して深刻であるらしいことが認識されてきた。

こういった状況は、この病気についての沈黙の温床となっている。その問題の存在について、真摯に認識されていないのである。公的にも私的にも、この問題を沈黙という壁が取り囲んでいる。情報を公開することについて戸惑いがある。当てつけや暗示によって言及されている。結核・マラリア・髄膜炎、あるいは単なる「病気」として隠されている。このような沈黙は、個人と制度の両方のレベルにおいて羞恥心を強化し、そしてそれがさらなるスティグマや差別へと繋がっている。悪循環は次々に発展していく。間違った羞恥心が沈黙に繋がり、沈黙がスティグマへ繋がり、スティグマがより深い羞恥心に繋がり、そうして一層の沈黙と孤立がもたらされる。これが顕著になると、家族・コミュニティ・メディア・公共部門は、エイズが存在していないかのように振舞おうとすることもある。しかし、その間ずっと、この全般的な雰囲気、ウイルスのさらなる拡散にとって、暗くて秘密主義的な温床を提供することになる。エイズが家族や社会にとって重大な問題を引き起こしていること、経済システムを非生産的にしていること、社会制度を管理不能にしているという見解について、名目的に合意しているかもしれないが、本当の意味での理解はほとんどみられない。

この沈黙は、他の空間と同様に、教育の分野においても大きい。HIV／

エイズを取り囲む沈黙という障壁を打ち破ろうとすることが、今日の世界における教育システムの課題の一つである。同様に、この感染症が教育システムに何をしかねないかについて明らかにすることが、この本の課題の一つである。HIV／エイズが教育セクターに対してもたらし得る悲惨な影響について明確な構想があつて初めて、それらの影響に対処し、乗り越えるための現実的な計画を立てることが可能となる。

叢書編集顧問・编者紹介

【編集顧問】

鈴木慎一(すずき しんいち)

早稲田大学名誉教授。ヨーロッパ比較教育学会名誉会員。中国中央教育科学研究院名誉教授。北京師範大学客員教授等。研究分野は、比較教育、教師教育、イギリス教育政策。瑞宝中綬章受章(2014年)。

主要著作：『教師教育改革の実践的研究－教師養成と現職研修の課題－』(ぎょうせい、1989年)、『教育の共生体へーボディ・エデュケーショナルの思想圏－』(共著、東信堂、2004年)、*Education in East Asia (Education Around the World)*(共著、Bloomsbury、2013年)。

廣里恭史(ひろさと やすし)

上智大学総合グローバル学部教授。名古屋大学大学院国際開発研究科教授、アジア開発銀行主席評価専門官及び主席教育専門官等を経て、現職。研究分野は、国際教育開発論、比較国際教育学、教育部門・プロジェクト評価論。

主要著作：『途上国における基礎教育支援－国際的なアプローチと実践－』(共編著、学文社、2008年)、*The Political Economy for Educational Reforms and Capacity Development in Southeast Asia: Cases of Cambodia, Laos, and Vietnam*(共編著、Springer、2008年)。

【编者】

黒田一雄(くろだ かずお)

早稲田大学大学院アジア太平洋研究科教授。米国海外開発評議会研究員、広島大学教育開発国際協力研究センター助教授を経て、現職。他に、日本ユネスコ国内委員会委員、ユネスコ国際教育計画研究所客員研究員など。研究分野は、国際教育開発論、比較国際教育政策。

主要著作：『国際教育開発論－理論と実践』(共編著、有斐閣、2005年)、*Mobility and Migration in Asia Pacific Higher Education*(共編著、Palgrave Macmillan、2012年)、『アジアの高等教育ガバナンス』(編著、勁草書房、2013年)。

北村友人(きたむら ゆうと)

東京大学大学院教育学研究科准教授。国連教育科学文化機関教育専門官補、名古屋大学大学院国際開発研究科准教授、上智大学総合人間科学部教育学科准教授を経て、現職。研究分野は、比較教育学、国際教育開発論

主要著作：『国際教育開発の再検討－途上国の基礎教育普及に向けて－』(共編著、東信堂、2008年)、『揺れる世界の学力マップ』(共編著、明石書店、2009年)、*Emerging International Dimensions in East Asian Higher Education*(共編著、Springer、2014年)。

著者・訳者紹介

【著者】

マイケル J. ケリー(Michael J. Kelly)

アイルランド出身の国際的に著名な「HIV／エイズと教育」の研究者・実践者。イエズス会のメンバーでもある。1956年からザンビアの中等学校において教育と行政に携わったのち、1964年に独立した後のザンビアの教育改革に協力した。50年以上にわたりザンビアに住み、ザンビア大学で教育行政と教育政策の教授を務めた。1980年代以降から「HIV／エイズと教育」に取り組むようになり、HIV／エイズの教育システムへの影響を分析した著作を多く発表している。2012年には、アイルランド大統領から顕著な奉仕賞を受賞した。

【訳者】

勝間靖(かつま やすし)

早稲田大学大学院アジア太平洋研究科(国際関係学専攻)教授。(社)海外コンサルティング企業協会研究員、国連児童基金(ユニセフ)職員(メキシコ、アフガニスタン／パキスタン、東京の事務所)を経て現職。開発と人権、グローバルヘルス政策、保健教育を研究テーマとしている。主な共編書に、『テキスト国際開発論～貧困をなくすミレニアム開発目標へのアプローチ』(ミネルヴァ書房、2012年)、『アジアの人権ガバナンス』(勁草書房、2011年)、『国際緊急人道支援』(ナカニシヤ出版、2008年)。

Planning for Education in the Context of HIV/AIDS

HIV／エイズと教育政策(ユネスコ国際教育政策叢書9)

2015年1月15日 初版第1刷発行

(検印省略)

定価は表紙に表示してあります。

印刷・製本/中央精版印刷株式会社
組版/フレックスアート

訳者©勝間靖/発行者 下田勝司

東京都文京区向丘 1-20-6 郵便振替 00110-6-37828
〒113-0023 TEL (03)3818-5521 FAX (03)3818-5514

発行所
東信堂

Published by TOSHINDO PUBLISHING CO., LTD.

1-20-6, Mukougaoka, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-0023, Japan

E-mail: tk203444@fsinet.or.jp http://www.toshindo-pub.com

ISBN978-4-7989-1264-6 C3337 Copyright © Yasushi KATSUMA