

筑波大学第三学群国際総合学類

卒業論文

HIV/AIDS 教育における行動変容へのアプローチ
—ライフスキル教育の観点から—

2008 年 1 月

氏 名：松本有佳

学籍番号：200411141

指導教員：関根久雄准教授

目 次

第1章 序論	1
1. はじめに	1
2. 本論の意義	2
第2章 HIV/AIDS 教育見直しの必要性	4
1. 日本の HIV 感染の動向	4
2. 日本の HIV/AIDS 教育	5
(1)HIV/AIDS 教育の変遷	5
(2)学校における HIV/AIDS 教育の取り扱い	6
3. 青少年の性行動の現状と動向	8
第3章 行動変容へのアプローチ	11
1. 健康教育としての HIV/AIDS 教育	11
2. ライフスキルとライフスキル教育	12
3. 行動変容のモデル	15
(1)K-A-B モデル	15
(2)プリシード/プロシードモデル	16
4. HIV/AIDS 教育における行動変容とは	18
第4章 行動変容を促す HIV/AIDS 教育の考察	20
1. 既存のライフスキル教育モデル	20
(1)モデル設定の理由	20
(2)JKYB 研究会による喫煙防止教育プログラム—NICE II—	21
(3)意志決定スキルの考え方を導入した授業例—おやつを選んで食べていますか—	23
2. 教育方法および内容の分析	24
(1)創造的思考スキルの形成	24
(2)意志決定スキルの形成	26
3. スキル形成のための HIV/AIDS 教育の考察	28
(1)対象学年	28
(2)指導目標	28

(3)授業の構成	29
(4)指導にあたっての配慮	31
第5章 結論	32
注	34
参考文献	37
英文サマリー	41
謝辞	43

図目次

図1 K-A-B モデル	15
図2 プリシード/プロシードモデル	17
図3 NICE II における行動変容モデル	22

表目次

表1 10のライフスキル	13
--------------	----

第1章 序論

1. はじめに

現在の HIV (Human Immunodeficiency Virus、ヒト免疫不全ウイルス、以下 HIV) 感染者数は全世界で 3,320 万人を数える[UNAIDS 2007:1]。米国ではじめて AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome、後天性免疫不全症候群、以下 AIDS) の症例報告が行われて以来、30 年も経たないうちのことである。未だに完全に治癒することのないこの感染症は、新規 HIV 感染者数と AIDS 発症による死亡者数を共に増加させ続け、社会に深刻なダメージを与えている。特に 15 歳～24 歳という、生産性の高い若年層への感染率が高く、そのことは途上国の発展を阻害する要因の 1 つとして考えられている。完全な治癒が不可能である現時点においては、予防は最大の対策である。

特に青少年にとって、無知は HIV/AIDS に対する脆弱性を高める⁽¹⁾原因であり、そのため教育が予防に寄与する部分は大きい。国際的には、UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization、国際連合教育科学文化機関) がリーダーシップを取って予防教育の柱となる戦略的枠組みを提示している。予防教育の主要部分を担うのは、感染の広がりや感染経路の情報、HIV/AIDS に関する基礎知識の提供である。これは、「正しい知識があれば感染を予防することができる」という仮説に基づいて行われている。しかし、正しい知識があっても、必ずしも実際の行動には結びつかない。感染する危険性のある行動をとってはいは、HIV の感染を予防することはできない。単なる知識の提供に留まらない、行動変容を促すような教育的アプローチが必要ではないだろうか。また、それはどのようなものであろうか。本研究では、このような問題意識に基づき、予防行動に結びつく HIV/AIDS 教育とはどのようなものかを論じたい。

HIV 感染の蔓延は社会構造や文化・風習に起因するものが大きい。そのため、効果的な予防対策は国や地域によって異なる。よって、その土地の文化・風習を考慮した上で、それぞれに適したアプローチを考える必要がある。本稿では、近年、HIV 感染者数の増加している日本を対象地域として取り上げる。日本では、感染経路のうち性的接触によるものが 80%以上を占める⁽²⁾。したがって、最も行動変容が促される性行動に的を絞る。教育の対象としては、性行動の開始時期であり、教育を受ける機会が多く、効果が期待できると考えられる若年層に焦点を当てる。

本稿の構成を簡単に述べると、本章に続く第 2 章では統計データや日本の HIV/AIDS に関する選考研究、また現行の学習指導要領および現在使用されている教科書を用いて、日本の HIV/AIDS 教育見直しの必要性を明らかにする。第 3 章では健康教育やライフスキル教育に関する文献を参考に

し、HIV/AIDS 教育と関連づけて論を進め、本稿における「行動変容」とはどのようなことを指すのかを述べる。そのアプローチとして、第4章では既存のライフスキル教育モデルを紹介し、その分析からライフスキルの形成を目指す HIV/AIDS 教育を考察する。最後に結論として、予防行動に結びつく HIV/AIDS 教育とはどのようなものかを述べる。

2. 本研究の意義

HIV/AIDS に関する研究は、病理の解明や治療方法およびワクチン開発のための研究と、蔓延の社会的な原因の探求や感染予防に関する研究に大別される。前者は医学的、生物学的な学問分野、後者は社会学的、人類学的、そして教育学的な学問分野におけるものである。ワクチン、治療薬が共に未完成の状態である現段階においては、教育による感染予防は肝要な研究テーマであるといえる。このことは当然我が国においても当てはまる。しかしながら、我が国では「エイズ教育に関する本は極めて少なく、教育界でもエイズ教育を研究テーマとする者はほとんど見当たらないというのが現状」[武田 1989:1]である。それでも、今日までに HIV/AIDS 教育に関する研究は少しずつ進められてきた。その結果、HIV/AIDS 教育の研究者たちから共通して、ある課題が見出された。それは「知識を行動に結びつけるにはどうすればよいか」、「行動を変容させるにはどうすればよいか」というものである。

我が国における HIV/AIDS 教育研究は、学校教育における HIV/AIDS 教育の位置付けや、学習者が習得すべき知識の吟味から始まった。HIV/AIDS という疾病そのものが新しく、突如出現したものであったため、そもそも HIV/AIDS 教育とは何なのか、教育課程の中に HIV/AIDS 教育をどのように組み込んでいくのか、また、徐々に医学的に解明される情報の中から学習者にとって必要なものは何かということが研究される必要があったのである。例えば、武田は、HIV/AIDS 教育は生物学教育、保健教育、性教育など8つの教育分野が複合したものであるという HIV/AIDS 教育の構造を述べた上で、HIV/AIDS 教育を扱い得る科目別の授業例を示している[武田 1989]。また、綿引は、高等学校において指導すべき HIV/AIDS 教育の内容や、HIV/AIDS を取り上げる科目および時間数について述べている[綿引 1992]。その後、HIV/AIDS に関する意識や知識の調査[e.g. 薩田 1994; 荒川 1995]や、HIV/AIDS 教育の効果を実証する研究[e.g. 松岡 1993]が行われた。これらは、より効果的な HIV/AIDS 教育を探究していく上で有益だったと考えられる。同時に、この頃 HIV/AIDS 教育は「大きな曲がり角を迎えている」[村瀬 1994:87]とされた。恐怖心や AIDS 患者への偏見を取り除くための知識普及が、かえって学習者を HIV/AIDS から遠ざけ、予防行動に結びつかなかったためである。HIV 感染者数の減少が一向に見られない中、このような問題点が指摘されはじめ、上述し

た課題が浮き彫りとなった。

このような課題が見られるのはHIV/AIDS教育に限定されない。より広範的な意味でこの課題を解決するために、HIV/AIDS教育とは異なる系譜から研究が行われてきた。つまり、行動科学という学問分野における研究である。また、とりわけ健康問題に関連して、望ましい行動をとるための心理社会的能力、すなわち、ライフスキルに関する研究も行われてきた。これらの研究の成果はHIV/AIDS以外の健康問題を扱う教育にはすでに適用されており、効果をあげている。したがって、筆者は、行動科学やライフスキルの観点を取り入れたアプローチはHIV感染予防教育にも有用なものであるのではないかと考えた。

HIV/AIDS教育において「知識を行動につなげられない」という指摘は多くされてきたものの、これまでにその課題を解決するための具体的なアプローチ方法を理論で示すものはなかった。我が国でHIV感染者が増加している現在の状況において、この課題の解決はますます重要な意味をもつものとなる。したがって、本稿において、HIV/AIDS教育にライフスキル教育の観点を取り入れるというアプローチが行動変容に有効であるということを理論的に示すことは、大変意義深いものである。また、現在のHIV/AIDS教育の内容から、「知識が行動につながらない」ことの原因を探ることや、「行動につなげる」、「行動変容」という曖昧な表現を、具体的な行動に置き換えて示すことも有意義であるといえよう。

ライフスキル教育研究の系譜からは、HIV/AIDSをテーマにした授業例はいくつか見られる[e.g. 大津1999]。しかし、これらのほとんどが、感染予防ではなく「AIDS患者と共に生きる」ことを目的としたものである。性的接触によるHIV感染予防を目的としたライフスキル教育は、2000年に皆川が研究したものがある[皆川2000]。しかし、実際には皆川の考えるプログラムを行うほどの授業時間数が確保できないという点で実践的でないことや、プログラムが有用であるという根拠に乏しいことが問題点としてあげられる。本稿では、ライフスキル教育の観点を取り入れるにあたって、すでに効果の実証されている既存のライフスキル教育プログラムを参照し、分析した上で授業例を作成した。また、青少年の性行動や性意識の現状に配慮し、現代に即したプログラムにすることを試みた。

第2章 HIV/AIDS 教育見直しの必要性

1. 日本の HIV 感染の動向

本節で使用するデータは、「厚生労働省エイズ動向委員会平成 18 年年報」⁽³⁾を参照した。

厚生労働省エイズ動向委員会の統計によると、2006 年に報告⁽⁴⁾された我が国の新規 HIV 感染者数は 952 件で、過去最高であった。前年の 2005 年と比べると、120 件の増加である。また、新規 HIV 感染者数は 1996 年以来 10 年間増加し続けており、1996 年と比べると 576 件の増加が見られる。AIDS 患者の報告数は 406 件で、前年比 39 件の増加であった。

感染経路別に見ると、2006 年の新規 HIV 感染者数のうち、性的接触による感染は 827 件であった。この数字は新規感染者総数の 86.8%を占める。それ以外では静注薬物乱用による感染が 4 件、母子感染が 1 件、その他⁽⁵⁾40 件、感染経路不明が 80 件である。性的接触による感染報告 827 件のうち 604 件が同性間の性的接触⁽⁶⁾によるもの、223 件が異性間の性的接触によるものであった。同性間の性的接触による感染者は男性のみで、異性間の性的接触による感染者では 155 件が男性、68 件が女性である。また、性的接触による感染者数は 2000 年以降 6 年連続して増加し続けている。比較すると、前年の 2005 年からは 95 件の増加、2000 年からは 440 件の増加である。特に同性間の性的接触による感染者数の増加が著しく、1995 年の 68 件から増え続け、536 件の増加となった。異性間の性的接触による感染者数は 1992 年にピークを迎え、その後増減を繰り返しながらも横ばい状態を続ける。新規感染者総数に対する性的接触による感染者数の割合は、2000 年以来 7 年間にわたり 80%を超えている。

2006 年末までの累計 HIV 感染者数は 8,344 件である。そのうち AIDS 患者数は約 5 割で、4,050 件である。病変死亡の報告は 822 件寄せられている。また、累計 HIV 感染者数 8,344 件のうちの 6,723 件 (80.5%) が性的接触による感染である。静注薬物乱用による感染は 41 件、母子感染 32 件、その他 180 件であり、1,368 件が感染経路不明である。性別で見ると、累計 HIV 感染者数のうち 6,524 件が男性、1,820 件が女性であり、78.1%が男性である。さらに、性的接触による感染経路をもつ AIDS 患者の年齢を見ると、同性間の性的接触では 30～59 歳に幅広く分布しているが、異性間の性的接触では男女いずれも 30～39 歳に多く見られる。男性の異性間性的接触による感染は 1,145 件のうちの 433 件 (37.8%)、女性のそれは 294 件のうちの 113 件 (38.4%) であった。また、異性間の性的接触では男性の 11.1%、女性の 22.7%が 25～29 歳という比較的若い年齢層であった。

2. 日本の HIV/AIDS 教育

(1) HIV/AIDS 教育の変遷

日本で HIV 感染および AIDS の発症がはじめて報告されたのは、1985 年である。それから 3 年後の 1988 年に、当時の文部省は『エイズに関する指導の手引』を作成し、全国の小・中・高等学校に配布した。これが日本における「HIV/AIDS 教育」の始まりであるともいえる。この手引書の中には、「エイズは極めて新しい病気であり、必ずしも正しい情報がゆきわたっているとはいえず、この病気および感染者に対する子どもたちの暗い、ゆがんだイメージや恐怖心、誤解が一部には形成されているといわれている。エイズの関して正しい知識を普及することは、これらの誤解や偏見を取り払うために最も確かな情報となろう」[文部省 1988]と書かれている。当時、「極めて新しい病気」とされていた AIDS に関する様々な情報が入り乱れ、偏見をもったり、誤った情報に惑わされたりする人々が多かった。このエイズ・パニックの鎮圧、すなわちいたずらな不安や偏見の払拭を図ることを目的として、この頃の HIV/AIDS 教育は HIV 感染や AIDS そのものを正しく知るための「正しい知識の普及」に重点がおかれていた[武田・松岡 1997:122]といえる。

しかし、1990 年代に入って HIV 感染者および AIDS 患者が増加した。1988 年に 23 件であった新規 HIV 感染報告数が、1991 年にはおよそ 10 倍の 200 件、翌 1992 年にはさらに 2 倍以上の 442 件となった⁷⁾。その感染経路として、異性間の性的接触が著しく増加したのである。このような HIV 感染状況の変化やさらなる性的接触による感染者の増加への危惧から、文部省は 1992 年に「エイズに関する指導の手引」を全面的に改訂した。HIV/AIDS 教育は、HIV 感染や AIDS そのものを正しく知るための知識の普及から「感染予防教育」へと視点が移行した[武田・松岡 1997:122]のである。しかし、AIDS という病気を性教育でどこまで踏み込むかは各教師の裁量に任されていた。そのために、性交指導のあり方を問う問題が「性教育の場から HIV/AIDS 教育の場に舞台を移して、激しく論争されはじめたのである」[武田・松岡 1997:122]。性行為の話を抜きにしては HIV/AIDS 教育は無意味であるから、感染予防に有効であるコンドームの使用法を含め指導していくべきであるという主張をもつ性交指導推進派[e.g. 岩室 2004]と、子どもたちの性行為を奨励するようなことをせず、学校教育は性開放を抑制する役割を果たすべきであるという主張をもつ性交指導慎重派[e.g. 松岡 1994]とがぶつかり合った。

まさにこの論争が行われていた 1994 年に、武田と松岡が行ったアンケート調査からいくつかの興味深い結果が見られる。1 つ目は、教師に対して行われた当時の HIV/AIDS 教育の実情と問題点に関するものである。その結果として、HIV/AIDS 教育の必要性を感じてはいるものの実践への意識が低いことや、性交やコンドームの指導についての戸惑いから、全体の 78.7%の教師が十分に

HIV/AIDS 教育をできるかどうかについて疑問をもっていたことが明らかになった[武田・松岡 1997:123]。二つ目は、生徒の保護者に対して行われた HIV/AIDS 教育論争に対する見解に関するものである。その結果として、全体の 41.2%の保護者が性交指導慎重派を、15.7%の保護者が性交指導推進派を支持していたことが明らかになった[武田・松岡 1997:123-124]。また、保護者の年代が若くなるほど性交指導推進派を支持する傾向が見られた[武田・松岡 1997:123-124]という。論争が下火になった 1996 年に、再度 HIV/AIDS 教育の現状と教師の意識に関するアンケートを行ったところ、小学校および中学校教諭のおよそ 5 割、高校教諭のおよそ 4 割が性交やコンドームの指導について戸惑いを感じていることが明らかになった[武田・松岡 1997:123-125]。この結果から、教育現場では必ずしもこの問題が完全に解決されたとは言えない状況であったことがわかる。

教育内容や指導方法に戸惑いを見せつつも感染予防教育としての HIV/AIDS 教育が進められてきたが、1990 年代半ばからは、「HIV 感染者／AIDS 患者と共に生きる教育」へと焦点が移ってきた[武田・松岡 1997:125]。その背景には、薬害 AIDS の問題が取り上げられたことや感染者によるカミングアウト、そして「感染から遠ざかるようとする意識の形成によって自分と感染者を区別するようになる」という指摘がなされはじめたことがあげられる[武田・松岡 1997:125]。「共に生きる教育」では、HIV 感染者や AIDS 患者が偏見をもたれたり差別を受けたりしていることを理解した上で、彼らの人権を尊重し共に生きるためにはどうすればよいか、ということが強調されている。それまで分離して指導されてきた感染予防教育と人権教育を統一的なものにしていくという試みがなされるようになったのである。この風潮は現在に至るまで諸論文や HIV/AIDS 教育指導案において見られる[e.g. 池上 2004; 関 2004; 根舛 2004]。また、感染予防や共に生きることを知識として理解していても行動につなげられないことや、HIV/AIDS を学習者自身の問題として捉えられていないという指摘もされている[e.g. 岡 2004; 高橋 1996]。だが、そういった一部の研究者を除いて、HIV/AIDS 教育は世間一般に向けた話題として、メディアに大きく取り上げられなくなったようにも見受けられる。

(2)学校における HIV/AIDS 教育の取り扱い

現在の学校教育において、HIV/AIDS はどのように取り扱われているのであろうか。日本の教育課程の大綱的基準とされている学習指導要領において、HIV/AIDS に関する記載は以下の通りである。中学校学習指導要領においては、第 7 節「保健体育」保健分野の内容「健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする」の部分に、「感染症は、病原体が主な要因となって発生すること。また、感染症の多くは、発生源をなくすこと、感染経路を遮断すること、主体

の抵抗力を高めることによって予防できること」[文部科学省 2004a:79]とあり、その取り扱いに関する部分に「後天性免疫不全症候群(エイズ)および性感染症についても取り扱うものとする」[文部科学省 2004a:80]とある。高等学校学習指導要領においては、第6節「保健体育」保健分野の内容「健康の保持増進と疾病の予防」の部分に「感染症の予防には、適切な対策が必要であること」[文部科学省 2004b:101]とある。高等学校学習指導要領ではそこまでの記載にとどまっているが、『高等学校学習指導要領解説』の中では「感染症とその予防」に関する部分に具体的に「エイズ」という記述[文部科学省 2005:81]がある。

ここで二つのことに注目したい。1つは、主に性的接触によって感染する HIV/AIDS がその他の「性感染症」と分離されていることである。そのことによって、性感染症としての色彩が強いはずの AIDS は、むしろその性質がぼかされてしまう。また、唯一病名が出されていることにより「特別扱い」を受けている印象がある。この「特別扱い」は、HIV/AIDS を私たちの身近なものから遠ざけてしまいかねない。もう1つは、日常生活に密接に関わりをもち、社会問題として取り上げられることもある性行動が、同じ性質をもつ喫煙、飲酒および薬物乱用から切り離されていることである。性行動に関しては、喫煙、飲酒および薬物乱用と同じく、「適切な意思決定や行動選択が必要である」という旨の記載[文部科学省 2004a:79, 2004b:103]がある。しかし、これらは分離されて書かれているために、性行動と疾病との結びつきが見られない。つまり、疾病としての HIV/AIDS は「特別な感染症」としてのみ扱われ、かつ性行動との関連性の指摘が弱いのである。

これらの点は保健体育の教科書にも如実に反映されている。中学校の教科書⁽⁸⁾では、いずれにおいても「感染症」に関する項目の中で約半分が「性感染症」と「エイズ」に割り当てられていた。それぞれに上記のような小見出しがつけられ、「エイズ」は性的接触によって感染するということは述べられているが、「性感染症としてのエイズ」という両者の密接な関連性を指摘する記述は見られない。むしろ、世界的および日本国内の感染の広がりや感染経路・症状などの基礎知識、感染予防に関する知識、および HIV 感染者や AIDS 患者と「共に生きる」ことへの呼びかけで構成されていた。性的接触による感染予防の方法としては、「性的接触をしないこと」、「性行為ではコンドームを安全に使用すること」が有効であると述べられていた。ちなみに、筆者が参照した3冊の教科書のうち1冊⁽⁹⁾には、コンドームの写真も掲載されていた。

気になる表現として、「相手を次々に変えるような性行為」⁽¹⁰⁾、「不特定多数との性行為」⁽¹¹⁾には危険が多いので避けること、という記載が見られたことがあげられる。これらの記載は誤解を招く可能性がある。「相手を次々に変えるような性行為」「不特定多数との性行為」を避けていれば感染を回避できるというわけではない。たった1度の性行為にも感染の可能性があることには変わらない

いのである。「感染の予防は『相手を選ぶ』ではなく、『自分の予防行動』次第である」[池上 2001:48]。高橋が「感染可能性に関する内容が極めて不足しているように思われるのである」[高橋 1996:57]と述べるように、現状では予防行動は十分にとれない。前項で述べたような、「共に生きる」教育はどの教科書にも見受けられた。HIV/AIDS 教育における「共に生きる」教育は、確かに重要である。しかし、HIV/AIDS の問題を学習者自身のことに置き換えて考えられない内容の中でこのことが強調されるのは、ますます HIV/AIDS を学習者から遠ざけて考えてしまいがちになるのである。「特別な感染症」として捉えられている限り、諸研究者から指摘されている「知識を行動に移す」ことは、現実的にみて難しい。

中学校の教科書では性に関する内容は二次性徴や受精の仕組みにとどまり、性行動については詳しく書かれていない。発達段階に応じて、高等学校の教科書⁽¹²⁾では比較的多く触れられている。しかし、性行動に関する注意のほとんどが「望まない妊娠の防止」に重きがおかれていることは、どの教科書にも共通している。HIV 感染の予防については「性感染症につながることもある」といった一文に集約されている。避妊法についても詳しく書かれてはいるが、HIV 感染を含む性感染症の予防についてはほとんど述べられていない。感染症予防の單元においては、相手が感染していないということが確実でなければ、「性的接触をしないこと」、もしくは「コンドームを安全に使用すること」が予防につながると述べられている。これは中学校の教科書とも共通している。性行動をとるときに配慮すべき事項という点では共通しているのに、やはり性行動と疾病との関連性の指摘は弱いといえる。

以上に述べたように、現在の学校教育において、HIV/AIDS の問題は大きく取り上げられているものの、学習者自身への感染可能性に関する内容が乏しい。感染経路は性的接触にほぼ限られているという記載がありながらも、性行動と性感染症という疾病としての HIV/AIDS との関連性の指摘が弱い。場合によっては HIV/AIDS の「特別扱い」を助長することもある。不十分あるいは漠然とした記載であるため、感染予防教育としては確立されておらず、教師個人の裁量に委ねられているのである。

3. 青少年の性行動の現状と動向

本項で使用したデータは『「若者の性」白書-第6回全国性行動調査-』を参照させていただいた。

日本性教育協会が行った全国性行動調査の結果によると、この 30 年間で青少年の性行動は早期化している。2005 年の調査結果によれば、性交経験率は男子大学生が 61.3%、女子大学生が 61.1%、男子高校生が 26.6%、女子高校生が 30.0%であった。1974 年に同様の調査を行った結果では、男子

大学生が23.1%、女子大学生11.0%、男子高校生10.2%、女子高校生5.5%であったから、いずれにおいても性交経験率は大きく上昇した。中学生においては、1987年にはじめて調査を行った。この時の調査結果として男子2.2%、女子1.8%だったものが、2005年には男子3.6%、女子4.2%であった。したがって、中学生にも約20年間のうちに性交経験率の上昇が見られた。このような経験率の上昇は経験の早期化を意味している。1981年の結果と2005年の結果を比較する⁽¹³⁾と、性交経験率が同じ割合に達する年齢が、中学から高校1年頃まででは約1歳、それ以降は3歳から4歳ほど早まっている。また、1981年の結果では20歳頃から性交経験率の上昇カーブが急になるが、2005年の結果でのそれは16歳頃にまで早期化している。経験率の上昇はキス経験率やデート経験率にも同様に見ることができる。特に女子の性行動が活発化し、経験率の男女差は消滅している。さらに、全般的に性行動の早期化は、性的経験のなされる間隔の短縮を伴って進行していることがわかっている。例えば、デート経験率が5割を超える年齢と、キス経験率が5割を超える年齢との間隔は短縮されている。大学生に関していえば、性交までもが「日常化」した性的経験に含まれるようになった[日本性教育協会 2006:16]のである。

早期化・日常化された性行動は、どのような意識のもとで行われているのだろうか。また、避妊実行の実態はどのようなものだろうか。初交（はじめての性交）を高校生のときに経験した「18歳以下グループ」と、初交を大学生のときに経験した「19歳以上グループ」を対象とした調査によると、初交に至った理由⁽¹⁴⁾として最も多かったのは「好きだったから」であった。その割合は18歳以下の男子で66.7%、19歳以上の男子で66.3%、18歳以下の女子で74.4%、19歳以上の女子で78.3%であった。そのような動機からか、全体の避妊実行率は94.3%⁽¹⁵⁾と高い。しかし、初交時について限定すると、避妊実行率は85.7%とやや低くなる。グループ別に見ると、19歳以上のグループでは87.0%、18歳以下のグループでは83.1%である。1981年、1993年も同様であるが、全体的に18歳以下のグループの方が避妊実行率は低いという結果である。初交時の避妊実行とその後の避妊実行は関連しており、初交時に避妊をしなかった場合には、そのまま避妊が疎かになってしまう可能性が高い[日本性教育協会 2006:119]。事実、初交時に避妊を実行し、その後も毎回実行しているとする者の割合は男子で71.7%、女子62.8%である。それに対し、初交時に避妊を実行しなかったが、その後は毎回実行しているとする者の割合は男子で34.4%、女子40.6%と大きな差がある。前述のように、初交時の避妊実行はその年齢が低いほど割合は小さい。このことから、避妊の実行という点で考えれば、むしろ低年齢層を意識した性教育が必要である[日本性教育協会 2006:118]と指摘されている。また、全体の避妊実行率94.3%のうち、避妊を「毎回」実行しているのは60.8%にすぎない。さらに、避妊の方法として回答⁽¹⁶⁾されたのは「コンドーム」が最も多く全てのグループにお

いて95%を超えていたが、本来避妊方法として呼べるものではない「膣外射精」も3割程度の者が選択していた。他には、割合は低いものの「基礎体温」や「周期法」などが回答された。

避妊法として有効であるコンドームの使用は、HIV感染を防ぐことにも役立つ。つまり、「毎回」安全な「コンドーム」の使用によって確実に避妊が実行されているならば、それは性的接触によるHIV感染の蔓延防止となる。しかし、それ以外の方法では避妊法としても不確実だけでなく、HIV感染は阻止できない。経済的な事情からか、避妊の方法としての回答に「ピルの服用」は見られなかったが、これもHIV感染を予防するものにはなり得ない。本章の第1節で述べたが、特に異性間の性的接触による感染者のうち、報告されたAIDS患者の年齢層は30～39歳が多く、25～29歳のAIDS患者も決して少なくない⁽¹⁷⁾。HIV感染からAIDS発症までに10年前後の潜伏期間がある⁽¹⁸⁾ことを考えると、10代の青少年にもすでに高いHIV感染の危険性がある。HIVの感染経路としては、性的接触による感染のほかに血液による感染と母子感染がある。だが、輸血の際には血液の加熱処理が行われていること、日本では麻薬の使用を法律で禁じていること、医療の発達により高い確率で母子感染を防げることなどから、これらの感染経路によるHIV感染者数は圧倒的に少なく、今後も増加の可能性は低いと考えられる。そのような中、本節で述べたような青少年による性行動の現状と動向から、今後性的接触によるHIV感染のさらなる増加が懸念される。

このことから、中学校や高等学校の教育現場においてHIV/AIDS教育が根本的に見直される必要性があるといえる。特に、性的接触による感染予防教育に力が入れられるべきである。次章からはこのような現状を踏まえた上で、現行のHIV/AIDS教育を再考する。

第3章 行動変容へのアプローチ

1. 健康教育としての HIV/AIDS 教育

我が国の HIV/AIDS 教育を見直す必要があることは第2章で述べた。子どもたちが自分のことに置き換えて感染可能性を考えたり、性行動と HIV/AIDS との関連を実感したりすることができないため、知識が身についたとしても予防行動に結びついていかないのである。その原因として、一連の「特別扱い」があげられる。HIV/AIDS という疾病の特別扱い、HIV 感染者の特別扱い、そして HIV 感染に関わる行為の特別扱い。これらの「特別扱い」により、HIV/AIDS は身近なものから離れてゆき、望ましくない行動を変容させることが困難となっている。

この「特別扱い」を抑制する方法として、ここでは健康教育の1つとして HIV/AIDS 教育を捉える。健康教育とは、「心身の健康の保持・増進を図るために必要な知識および態度の習得に関する教育」⁽¹⁹⁾である。かつて健康問題として病気の上位を占めるものは結核や肺炎などの感染症であったが、現在では生活習慣病がそれに代わるものとなっている⁽²⁰⁾。喫煙による肺がん、過度の飲酒によるアルコール中毒などに見られるように、生活習慣病は私たちのライフスタイルと深く関わっている。喫煙や飲酒は身近なものであり、ライフスタイルによっては誰にでも上記のような生活習慣病にかかる可能性がある。つまり、誰にとっても「特別」なものではないということである。喫煙や飲酒と同様に、性行動も私たちのライフスタイルを構成するものの1つである。したがって、性行動によって感染する HIV/AIDS も生活習慣病の1つであると捉えてよい。また、高橋によると、「現代は個人の生活スタイルや行動選択により健康になるか病気になるかが大きく別れる時代になっている」[高橋 1996:13]という。つまり、生活習慣病を中心とする現代の健康問題は、誰にとっても身近であると同時に、適切な行動選択によって予防ができるということである。言うまでもなく、HIV/AIDS も例外ではない。一度形成されたライフスタイルの改善は容易ではない。そのため、心身共に著しい発達段階にある学齢期から、望ましいライフスタイルの形成を重視した健康教育を施すことが大切であると考えられる。青少年による性行動の開始が早期化、日常化している[日本性教育協会 2006:15-16]状況は、同時に青少年の HIV 感染の危険性が増加していることを意味する。そのような実態に即した形で、誰にとっても HIV/AIDS が身近なものとして映るように、HIV/AIDS 教育を健康教育の1つとして捉え、HIV 感染予防のための性に関するライフスタイル形成を考えていく必要がある。

また、肥田野は、「生徒が自分自身の健康問題を自主的・主体的に解決する意識や態度」の重要

性を指摘している[肥田野 1994]。さらに高橋は、健康教育を「自分や他人の健康を価値の高いものだと考え、それを自らの手で守ろうとする態度」と「健康のために合理的な行動をとる能力」を育てるために計画された学習活動のことであると定義しており、生徒が保健的な行動を自発的に選択することを促すということに焦点をあてている[高橋 1996:44]。これらに共通していることは、「自分の健康は自分で守る」という考えが根底にあるということである。HIV/AIDS を身近なものとして捉えられない、という現状にも表れているように、現在の HIV/AIDS 教育には「自主的」、「主体的」な態度や行動に関する内容が欠けている。知識や態度の習得は不可欠であるが、健康教育には肥田野や高橋が指摘するような「主体的な行動や問題解決」が最終的な目的として存在するはずである。特に HIV/AIDS 教育においては、この最終目的が見落とされがちなのである。ここで付け加えておくが、「主体的な行動や問題解決」は健康の保持・増進のための行動を起こしていない状態から行動を起こすようになること、および、健康の保持・増進に望ましくない行動をとっている場合にはそれを望ましいものに変容させること、の二つを指すものとする。

では「主体的な行動や問題解決」という目的はどのように達成されるのであろうか。HIV/AIDS の問題に限らず、すでに指摘されているように、問題に関する知識が備わっていてもそれを予防する行動には必ずしも結びつかない[e.g. 高橋 1996]。高橋の定義にもあるが、望ましい行動をとるための「能力」もしくは「技術」が必要なのである。これらは決して特殊なものではなく、私たちの誰もが本来身につけているものである。それを健康教育において強化することで、知識を行動に結びつけるものとなろう。その能力とは、次節で述べるライフスキルのことである。

2. ライフスキルとライフスキル教育

世界保健機関（World Health Organization、以下 WHO）はライフスキルを以下の様に定義している。「ライフスキルとは、日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要な能力である」[WHO 1997:12]。また皆川によると、ライフスキルは、人とうまく付き合い、日常生活におけるいらいらやストレス等に対処できるスキルであり、心理・社会的変化に対する適応能力を高めるのに非常に重要[皆川 2005:40]である。このような能力を心理社会的能力ともいう。ライフスキルの目的は、セルフエスティーム（自己肯定）の維持、コミュニケーション、意志決定、目標設定、ストレスマネジメントの5つに大きく分類され、さらに表1のように10のスキルに分類される。

表1 10のライフスキル

目的	スキル	スキルを獲得することによって身に付く能力
セルフエスティーム	自己認識	自分自身の性格や長所・短所、願望、嫌なことなどを認識できるスキルである。これによって自分に自信が持てるようになったり、自分の能力に対して現実的な期待をできるようになったりする。
	共感性	他者の意見や感情、立場、気持ちなどを肯定的に受け止め、内面から理解できるようになるスキルである。他者の価値観や性格に共感できるが、巻き込まれない。自分以外の人をケアすることができたり、寛大になったりすることができる。
コミュニケーション	効果的コミュニケーションスキル	他者にコントロールされたり、他者をコントロールしたりしないためのスキルである。このスキルによって、適切なコミュニケーションをとることができる。また、交渉や積極的自己表現、嫌なことを断るスキルを身につけることができる。
	対人関係スキル	好ましい人間関係の構築および維持のためのスキルである。友達をつくったり、協力・信頼して共同作業を行ったりすることができるようになる。また、適切な対人行動のための限界を知ったり、対人関係を終了したりすることができるようになる。
意志決定	意志決定	個人がある問題に対して、期待される効果を最大限に実現するために、いくつかの選択肢の中から最良と考えられる1つを選択するスキルである。ある選択がもたらす結果や状況を予測して積極的に意志決定をしたり、自分の行動に責任をとったりすることができるようになる。
	問題解決	個人または集団が、ある問題を建設的に処理するためのスキルである。期待する結果を実現するために、いくつかの選択肢の中から最良の選択を判断するものである。問題やその原因を正確に見極めたり、解決のための助けや和解を求めたり、問題に対する集団的な解決法を考えたりすることができるようになる。
目標設定	創造的思考	個人がある物事について意志決定や問題解決をする際に、どのような選択肢があるのかや、色々な影響因子を探すためのスキルである。行動をするあるいはしないことによってもたらす結果を予測して、意志決定や問題解決をサポートすることもできる。主体的な学習や、問題に対する新しい解決法を見分けるのに役立つ。
	クリティカル思考	情報や自他の経験を客観的に分析するためのスキルである。価値観や同僚からのプレッシャー、メディアなど、態度や行動に影響する要因を認識し、評価するのに役立つ。態度や価値観・行動に及ぼす社会文化的影響に気付いたり、不公平や偏見を認識したりすることができるようになる。
ストレスマネジメント	情動対処	自分や他人の喜怒哀楽の感情を認識し、コントロールするものである。フラストレーションや退屈さ、不安などに適切に対処することができるようになり、逃避的行動を防止する。
	ストレス対処	日常でのストレス源がどのように影響するかを知り、ストレスを解消するための対処スキルである。また、避けようのないストレスに対して、緊張が心身の健康問題に波及しないようにリラックスすることを学ぶ。自分が変えることのできない状況に対処したり、困難な状況に対処するための戦略を考えたりできる。

(WHO1997; 皆川 2005より筆者作成)

表1を見てもわかるように、相互補完的なライフスキルはペアとなって5つの主要な目的の達成を助ける。さらに、5つの主要な目的は互いに関連し合っている。例えば、社会的な問題の解決にあたり、目標設定と意志決定は計画の段階で、コミュニケーションとストレスマネジメントは実行の段階で重要な役割を果たす[JKYB 研究会 1996:19]。また、セルフエスティームはすべてのスキルの土台となるといえる。このように、これら10のスキルは互いに密接に関連しており、それぞれのライフスキルの獲得もしくは強化によって、自己実現を可能にするのである。

ライフスキルは、身体的・精神的・社会的健康という見地から極めて幅広い意味に使われ、健康増進に重要な役割を演ずる[皆川 2005:39]。欧米では、1970年代からライフスキルの形成に焦点を当てた健康教育プログラムが開発されてきた。1978年のWHOのアルマ・アタ宣言「すべての人に健康を」の目標を達するための戦略ないし新しい公衆衛生活動として提唱されたヘルスプロモーションは、1986年のオタワ憲章を契機に、先進国を中心に注目されるようになった。オタワ憲章では、ヘルスプロモーションの実施方法の1つとして個人技能の開発をあげている。個人技能の開発とは、健康のためのライフスキルの開発と利用を通して、自分の健康や環境を主体的によりよくコントロールし、健康にとって良い選択をする機会を増やすことができるようにする主体づくりのことを意味していた。これを受けて、WHOは1994年に世界各国にライフスキル教育プログラムを紹介した。このために、ライフスキルの形成を目標としたライフスキル教育が注目されるようになったと考えられる。

ライフスキル教育の手法としてはブレインストーミング、ロールプレイ、ディベートなどがあり、これらの手法は学習者が主体的に学習に参加することを促進する[WHO 1997:22]。教師はファシリテーターとしての役割を演ずる[皆川 2000:23]。つまり、現実の問題にライフスキルを適用するためには、教師が「指導」するのではなく、学習者本人の主体的な参加による、スキルの「練習」が必要なのである。現在では、日本の学校教育においても喫煙・飲酒および薬物乱用に関してはいわゆる「実践編」ともいえるべき項目としてブレインストーミングやロールプレイが必ず盛り込まれている。これは筆者が参照した中学校および高等学校のすべての保健体育の教科書⁽²⁾において一貫していたことであり、実生活に必要な能力を育てるためのライフスキル教育の考え方にほかならない。また、青少年に対するこのようなライフスキル教育の効果についてもすでに実証されている[e.g. 川畑 2001; 西岡 2005]。例えば川畑は、青少年の喫煙行動を防止するためにセルフエスティームを高めることの妥当性を検証し、家族や友人関係あるいは学習能力に関するセルフエスティームが高い程、青少年は喫煙しないことを示した[川畑 2001]。これらの実証から、健康問題に関わる行動とライフスキルは密接な関係をもつことがわかる。したがって、ライフスキルの形成を目指す教育は、

健康的なライフスタイルの形成に大きく寄与するといえる。特に、個人の生活習慣のあり方が健康問題の発生を左右する現代において、ライフスキル教育は重要な役割を果たすと考えられる。我が国における HIV/AIDS の問題も、行動が問題の発生源である。したがって、HIV/AIDS 教育にも、このライフスキル教育の観点を取り入れることを提案したい。

3. 行動変容のモデル

ここでは、行動変容に至るまでの過程をわかりやすく示す2つのモデルを紹介する。その際に、「ライフスキルの形成」の位置付け、つまり学習者の行動変容過程において「ライフスキルの形成」はどの段階に当たるのか、に焦点を当てる。それと共に、「ライフスキルの形成」が果たす役割を示す。このことによって、ライフスキル教育の観点を取り入れていない健康教育はどの段階でつまづいていたのか、また、ライフスキル教育はどの段階で取り入れるべきなのかを明確にする。

(1)K-A-B モデル

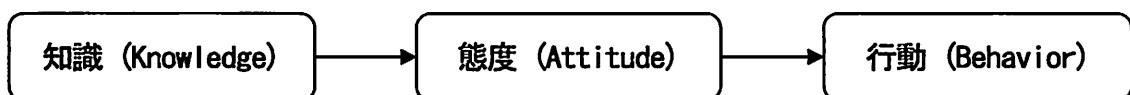


図1 K-A-B モデル

(〔松崎・松本ほか2000より筆者作成〕)

図1に示すのがK-A-Bモデル⁽²²⁾である。見てわかるように、知識 (Knowledge)、態度 (Attitude)、行動 (Behavior) の3段階で構成されており、K-A-Bというモデル名はそれぞれの頭文字をとったものである。K-A-Bモデルは知識が行動に結びつくまでの過程を説明するものとして、1950年代から健康教育の分野において広く一般的に用いられている。このモデルは、個人の行動変容のためには知識の習得・理解および態度の形成が必要であることを示している。知識の習得が態度の形成あるいは変容をもたらし、結果として行動の変容に結びつくということである。正しい保健行動をとるためにはそれと関係の深い知識が要求されるため、知識は保健行動の変容のための必要条件である。また、態度は、「現実にとられる行動そのものではなく、その背後にあるもの、あるいは仮定される反応の準備状態として表現される」[川田1999:73]のものであり、「態度が変容することではじめて行動を起こそうという動機が生じるため、態度変容は行動に至るまでの必要条件といえる」[藤

井 2003: 14]。しかしながら、「態度」とは非常に曖昧な概念である。そのためか、ライフスキルの形成を態度の変容の前に置く議論[e.g. WHO 1997]と、態度の変容の後に置く議論[e.g. グリーン 2005]が存在する。

WHO はライフスキルの形成を知識と態度・行動の間に位置付けている[WHO 1997:18-19]。つまり、健康教育にライフスキル教育の観点を取り入れなかった場合、知識を習得させても態度の形成には至らないために、行動変容に結びつかないということを示しているといえる。「健康的な行動をとろう」という態度が形成されなければ、行動を起こそうという動機が生じないためである。次節で詳しく紹介するが、グリーンは自らが提唱した行動変容のモデルにおいて態度を行動の動機付けに関わる準備要因としており、ライフスキルは動機を行動に結びつけるのに有効である実現要因に位置付けられている[グリーン 2005:17, 175-176]。グリーンのモデルにおける、保健行動に関する3つの要因には順序が定められているわけではない。しかし、「準備」および「実現」という言葉の指し示す意味から、準備要因の次に実現要因が置かれると考えられる。つまり、ライフスキルの形成は態度と行動の間に置かれているということである。つまり、行動を起こそうという動機をもった学習者がそれを「実現」するためにライフスキルの形成が必要であるということを示している。

このように、行動変容の過程におけるライフスキル形成の位置付けは一貫しているわけではない。だがいずれにせよ、ライフスキルの形成は知識と態度、行動間において連続性を強めるためのもの、すなわち行動変容を促すものであるということがいえる。態度の形成がされていない、行動変容に対して「受動的」である学習者に対しては、「健康的な行動をとろう」という動機付けになる。そのような動機をもった、行動変容に対して「能動的」である学習者に対しては、それを実現させる技術的能力としての役割をも果たすと考えられる。また、どのような場合でも知識の習得は先にされるべきであるということが両方の議論からいえる。

(2) プリシード／プロシードモデル

グリーンの提唱したプリシード／プロシードモデルは、彼の健康教育の定義である「健康へといたる自発的行為を促進するために企画された学習経験の組み合わせ」[グリーン 1997:24]を構成する要因と、それらと相互に影響し合う外部要因との関係を示すモデルである（図2）。

プリシード／プロシードモデルという名称は、「教育／エコロジカル・アセスメントと評価のための準備・強化・実現要因」の略であるプリシード（Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational / Ecological Diagnosis and Evaluation; PRECEDE）と、「教育・環境開発における政策的、法規的、組織的要因」の略であるプロシード（Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in

Educational and Environmental Development; PROCEED) が組み合わさったものである。プリシードの主要目的は、健康教育の企画と評価に必要な可変要因間の関連を総合的・体系的に見ていけるようにすることである[グリーン 2005:19]。1970 年代から実践や研究に適用され、その妥当性も確かめられてきた。その後プロシードが追加され、包括的企画モデルのフレームワークとなったのである。

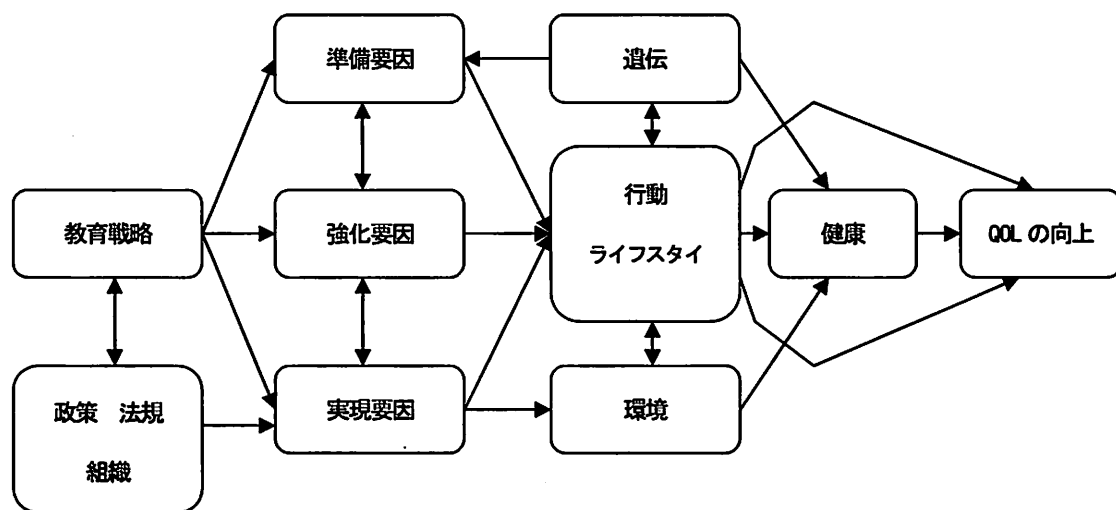


図2 プリシード/プロシードモデル

(グリーン 2005 より筆者作成)

グリーンは健康教育の究極目標として、「生活の質 (Quality Of Life; QOL) の向上」を置いている。このモデルによると、保健行動の原因となる要因には、準備要因、実現要因、強化要因の3つがある⁽²³⁾。準備要因とは、行動をはじめる際の動機付けに関わる要因であり、個人あるいは集団の知識、態度、信念、価値観、認識などである。実現要因とは、環境や行動の変化を可能にする技術や資源である。実現要因には資源入手の可能性、近接性、施設照会、規則・法律など社会的な力や制度そのものも多い。また、ライフスキルをも含む、より広義でのスキルもここに含まれる。強化要因とは、ある行動をとった後に、他者から受け取る報酬やフィードバックのことである。行動を持続したり、繰り返したりすることに関わる要因である。両親、兄弟、友人、教師、マスメディアに登場する憧れの人などの態度や行動がこれに属する。これらの要因は、環境や行動の変化にプラスにはたらくこともあれば、マイナスにはたらくこともある[グリーン 2005:16-17]。

この中でライフスキルは実現要因に含まれる。動機付けに関わる準備要因を行動に結びつけるのに有効であり、また保健行動に直結し、行動の変容を「実現する」ものである。これら実現要因の中で、教育的アプローチによりはたらしを高めることのできる最たるものがスキルである。したが

って、ライフスキルの形成に重点を置いた教育を推進することは行動変容に効果があるということがこのモデルからもわかる。逆に、これまでの HIV/AIDS 教育は準備要因に対する働きかけに偏っていたために、「実現」のための技術的能力が欠落し、知識を行動に結びつけることが困難であったと考えられる。

4. HIV/AIDS 教育における行動変容とは

前述のように、健康教育の最終的な目的として、「学習者が主体的な行動をとるようになること」があげられる。我が国において HIV/AIDS は行動のとりようで感染を防ぐことのできるものであり、この目的を見落としがちな現在の HIV/AIDS 教育は時代に即していないものである。そこで、すでに指摘されていたことであるが、あらためて行動を変容させることの重要性を指摘し、そのアプローチの方法を考えたい。

行動変容のためには技術的能力が必要である。ライフスキルは、行動が問題の発生源となる健康問題に対して効果があると考えることができ、喫煙防止教育や薬物乱用防止教育にもライフスキル教育の考え方はすでに取り入れられている。ライフスキルの形成は、代表的な行動変容のモデルにおいて、知識を行動に結びつける重要な位置付けをされている。以上のことから、ライフスキルの形成は HIV/AIDS 教育においても有効なはたらきをすると考える。知識の提供に偏っていた HIV/AIDS 教育にライフスキル教育の観点を取り入れることが行動変容へのアプローチとなる。スキル形成を取り入れた HIV/AIDS 教育モデルの考察に入る前に、具体的に何をねらいとするのかを設定しよう。言い換えれば、HIV/AIDS 教育における行動変容のために期待されることを明確にするということである。

グリーンのプロシード／プロシードモデルにならうなら、健康目標および行動目標の2つを設定する必要がある。健康目標としては、「性的接触による HIV 感染の予防」とする。行動目標としては、性的接触による HIV 感染予防に有効である ABC アプローチ⁽²⁴⁾にならうと、「性行動をとらない」、「決まった相手との性行動をとる」、「コンドームを安全に使用する」ことがあげられる。しかし、高橋が指摘するように、保健行動は強制的であってはならない[高橋 1996:62-63]。ねらいとして具体的な行動を設定することは必要であるが、とるべき行動を指定してしまうことは、主体性の欠落を意味するからである。その場では理解していても、いずれそのような行動はとらなくなってしまうだろう。さらに、性行動そのものは危険行動ではなく、生涯を通じて日常生活に組み込まれていくものである。教育内容として伝えるべきことは、「性行動は避けるべき行為である」というのではなく、「性行動は HIV 感染の可能性のある行為である」ということである。学習者がそのこと

を認識し、予防的な行動を自分で選択してとるようになることが重要である。武田も、「性行動選択上の1つの考慮すべき要素としてエイズがある。このリスクを過大・過小評価することなく、自己と相手および周囲の人々に与える影響を考えて、何を言い、いかなる態度をとり、どのような行動を選択するのが妥当であるかという選択能力を養う教育を推進すべきである」[武田 1989:6]と述べている。そこで、ここでは行動目標として「性行動の場面において適切な選択肢を考え、意志決定する」ことを掲げたい。その結果としては前述の選択肢の結果になることが望ましい。だが、これは行動変容へのアプローチとしてライフスキル教育の観点を取り入れた HIV/AIDS 教育における行動目標として適切なものである。

この行動目標を達成するために獲得・強化すべきライフスキルは主に2つである。1つ目は、性行動の場面において適切な選択肢を考えるために必要な創造的思考である。創造的思考がその次のステップである意志決定の基礎となる。そして意志決定のスキルを身につけることによって、ある行動がもたらす結果を予測して最良の選択をすることが期待されている。「断るスキル」としてのコミュニケーションスキルが重要視されることもある[e.g. JKYB 研究会 1996]が、それは前述のように「断る」ことを強制させる危険性がある。さらに、性行動が恋愛と密接に関わりをもちながら「日常化」している現代の青少年⁽²⁵⁾にとって、「断る」か「断らない」か、つまり「性交をする」か「性交をしない」か、という二者択一を決断するためのスキルよりも、性行動における選択肢を広げるスキルの方が人生の質を高めることにも有効であると考えた。また、あらゆる健康問題に関して、行動変容の土台となるものはセルフエスティームである⁽²⁶⁾が、設定した行動目標を達成するために特に強化すべき主要なスキルとして創造的思考と意志決定があげられるため、この2つに重点を置くべきだと判断した。したがって、行動変容のための HIV/AIDS 教育において、創造的思考と意志決定のスキルを身につけることを最も有効的な対策とし、次章で具体的な教育モデルを考察する。

第4章 行動変容を促す HIV/AIDS 教育の考察

1. 既存のライフスキル教育モデル

(1) モデル設定の理由

ライフスキル教育の観点を取り入れた HIV/AIDS 教育を考案するにあたり、分析対象となる既存のライフスキル教育モデルとして、ここでは JKYB (Japan Know Your Body、以下 JKYB) 研究会による喫煙防止教育プログラム「NICE II (Nippon Intervention for Cigarette-free Environment, School and Community、以下 NICE II)」と、意志決定スキルの考え方を導入した授業例「おやつを選んで食べていますか」の二つを取り上げる。なお、JKYB 研究会の概要については『学校健康教育とライフスキル』を、「NICE II」については『地域と連携した小学校高学年からの喫煙防止プログラム NICE II』を参照した。また、「おやつを選んで食べていますか」については『実践からはじめるライフスキル学習』を参照した。

「NICE II」の作成を行った JKYB 研究会は、最も早い段階から我が国においてライフスキルの形成を基礎とした教育プログラムの研究を進めてきた。アメリカ健康財団が 1970 年代から開発を進め、今日では極めて完成度の高い学校健康増進プログラムとして知られる KYB (Know Your Body、以下 KYB) プログラムの日本版を開発し、それを日本の学校教育の現場に普及することを目指して、1988 年に発足した。今日 KYB は、アメリカでも最も厳密な評価研究がなされた健康増進プログラムの 1 つであり、その有効性は広く認められている [JKYB 研究会 1996:13] といわれている。とはいえ、いかに優れたプログラムであっても、社会・文化状況の異なる国で開発されたプログラムをそのままの形で日本に導入することはできないとして、JKYB 研究会は、KYB プログラムの基本的原理を活かしつつ、その具体的内容を日本の状況にあったものに修正しようという試みをしている。中でも喫煙防止教育プログラムの開発が進んでおり、その実践例や効果に関する研究も行われている [e.g. 西岡 2005]。「NICE II」の元となっている KYB プログラムは、セルフエスティームの形成、意志決定、目標設定、コミュニケーションスキルおよびストレスマネジメントが扱われており、これらは様々な健康問題の防止に貢献できる汎用性の高いもの [西岡 2005:322] である。「NICE II」は喫煙防止教育プログラムであるが、飲酒や薬物乱用防止教育にも発展できるものとなっている [西岡 2005:322]。すでに述べたように、これらの健康問題と HIV/AIDS の問題は、行動によって予防できる生活習慣病として共通しているといえる。また、喫煙は 1 度でも経験すると問題に発展する可能性があるという点で HIV/AIDS の問題に類似しているといえる。したがって、「NICE II」はスキ

ル形成のための HIV/AIDS 教育を考察するにあたり、良いモデルとなると考えられる。特に本稿で扱う授業内容では、後半でタバコのおよぼす害について生徒に考えさせるという、創造的思考のスキル形成に関わる部分を扱っている。

大津は、1996 年に小・中・高等学校の保健体育教師、養護教諭と共にライフスキルの形成を取り入れた保健授業および保健指導を実際にどのように展開したらよいかについて検討した[大津 1999:2]。地元は無論のこと、他県からも問い合わせがあるほどの成果をよび、学校の教育現場においてライフスキル教育実践への気運が高まった[大津 1999:2]。『実践からはじめるライフスキル学習』には当時共同研究したほとんどの現場教師と共に、各人のその後の実践成果を評価し検討した結果を加味した事例が盛り込まれており、ここで紹介する 2 つ目の授業例「おやつを選んで食べていますか」もその中の 1 つである。この授業は、表題にもあるように意志決定のスキル形成に重点を置いたものである。意志決定も、創造的思考のスキルと併せて HIV/AIDS 教育にぜひとも取り入りたいスキルである。実際の現場に立つ教師が中心となって考案したということもあり、時間配分や細かな目標が設定された実践的な授業例である。前提条件としてあげられている既習事項などを見ても、よく研究されていることがわかる。ここまでに触れられることはなかったが、食行動も生活習慣の 1 つである。偏りのある食行動は健康を害するという点を漫然と理解していながらも行動に結びつかないという問題点を孕んでいる点や、生涯付き合っていく行動であり、毎回毎回の判断が健康問題の防止につながるという点で HIV/AIDS の問題に類似する。また、ここで扱う例はどちらも早い段階での対策が有効な健康問題である。

(2)JKYB 研究会による喫煙防止教育プログラム—NICE II—

1)モデルの概要

「NICE II」は小学校 5・6 年生を対象とした喫煙防止教育プログラムであり、学級担任が実施することを前提としている。授業時間数としては 5 年と 6 年で各 3 時間実施することを当面の目標とする。ここで紹介する授業例はそのうちの第 1 時間目である。「NICE II」は「喫煙の長期的な影響よりも、短期の生理的変化に関する情報」、「喫煙行動に影響をあたえる社会的要因（友人、両親、マスメディア）に関する情報」、「喫煙の進めを断るスキルの練習」の 3 つを柱とし、さらに地域の保健組織や家庭と連携し、多面的な活動を展開しようとしている。JKYB 研究会もグリーンのプロシード/プロシードモデルを活用しており、上記の 3 つの柱を軸に考えられたモデルは以下のようになる(図 3)。5 年生では喫煙の健康影響と喫煙行動に影響を与える社会的要因について学習する。

それを踏まえて6年生では、タバコ広告の分析、コミュニケーションスキルの学習、タバコを勧められたときの対処スキルの練習を行う。

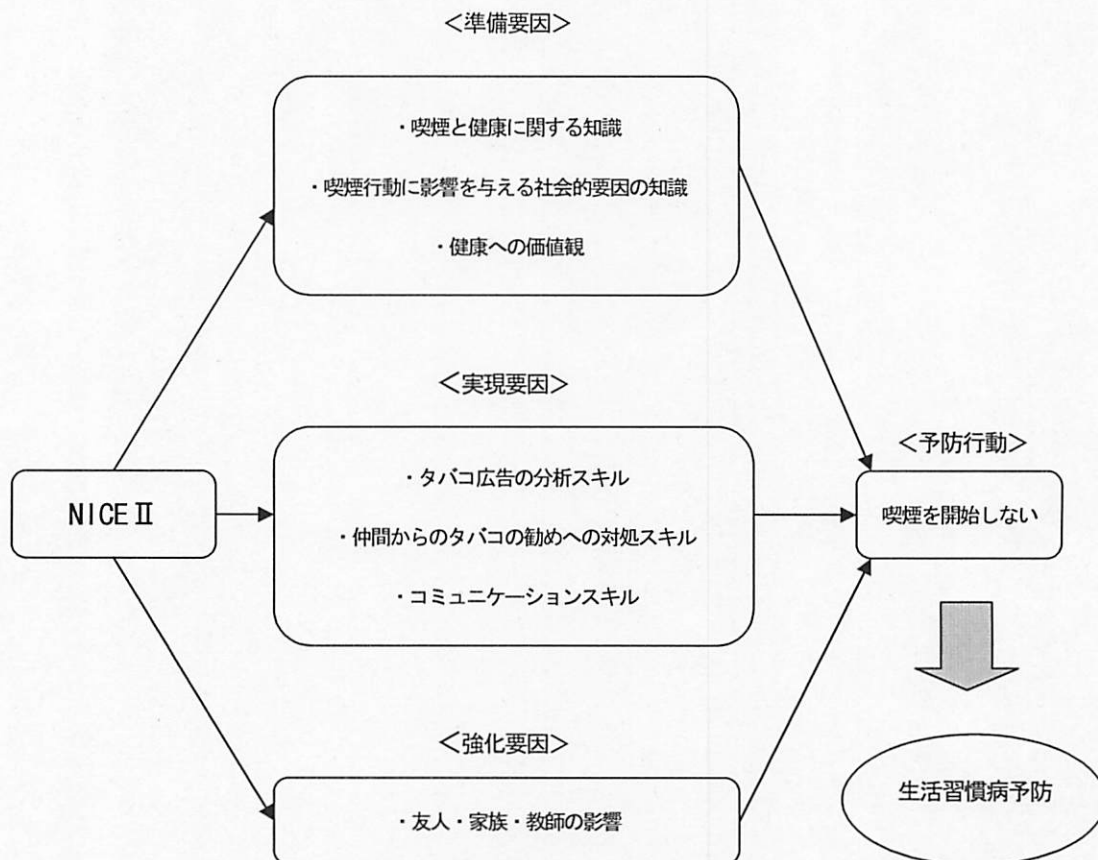


図3 NICE IIにおける行動変容モデル

〔JKYB 研究会 1995 より筆者作成〕

2) プログラムの内容

全体の導入となるこの授業では、私たちが健康で長生きするためには、個人の素質、環境要因、医療サービスの利用とならんで、毎日のライフスタイルが重要な役割を果たしていることを理解させ、また喫煙がもたらすさまざまな悪影響についてこれまで子ども達が見聞きしたことをあげさせ、喫煙に関する学習への動機付けを図ることをねらいとしている。目標は「子どもたちは、自分の健康を増進する要因として、日常の生活習慣、とりわけ喫煙しないことを高く価値づける」こと、および「子ども達は、喫煙のもたらすさまざまな悪影響の例をあげる」ことである。

授業の展開は以下の通りである。まず、「健康に関するビンゴゲーム」からはじめる。ビンゴマスターカードの項目の中から重要と思うものを9つ選ばせ、その中で最も重要だと思うものをビンゴカードの真ん中に配置するように伝える。教師はビンゴマスターの中から項目を選んで読み上げる。このとき、本プログラムのテーマである「タバコを吸わない」を最初に読み上げるようにする。他の項目はランダムに選択しながら、最後の1つまで読み上げる。読み上げた項目が全て生活習慣に関するものであること、またそれらは今の健康や大人になってからの健康にとってとくに大切であることを伝える。特に、「十分な睡眠をとる」、「タバコを吸わない」、「お酒を飲み過ぎない」、「おやつを食べ過ぎない」、「朝ご飯を毎日食べる」、「太り過ぎ、やせ過ぎに気をつける」、「運動をよくする」の7項目を取り上げ、これらの生活習慣を多く守っている人は、あまり守っていない人に比べて、健康で長生きすることを、資料を見せながら説明し理解させる。その中でも、タバコを吸わないことが大切であることやその被害について具体的数値を用いて説明する。ここで、タバコの悪影響としてどんなものがあるかを5～6人のグループに分けて話し合わせる。その後、各グループに発表させる。最後に、タバコの悪影響は発表されたもの以外にもたくさんあることを述べ、次回はタバコをすってすぐに現れる影響について学習することを連絡する。

(3)意志決定スキルの考え方を導入した授業例—おやつを選んで食べていますか—

1)モデルの概要

本授業例は中学生を対象とする50分授業1回分のものである。内容は間食過多による食行動の乱れ、生活習慣病などの予防のため、間食を適正に摂取することについて考えさせるものである。生徒は小学校6年次の家庭科で「健康な生活—健康と食事」を学習し、また保健指導や給食指導を通して、インスタント食品やスナック菓子等の市販のおやつは栄養が偏ることや食べ過ぎると健康を害することは漫然と理解しているが、改善しようとする行動に結びつかない状況にある。本題材は、おやつのとり方を通して、健康を考えた食行動を自らの意志で選択し決定する態度を養うものである。

2)プログラムの内容

方向性、あるいは目標は、日頃何気なく食べているおやつを見つめ直し、現在から将来にわたって健康を考えた食行動を自ら選択し決定できることに置かれている。さらに、関心・意欲に関するねらいとして「おやつのとり方について、自ら進んで考えようとする」こと、知識・理解に関するねらいとして「おやつのとり方の選択肢をあげ、それがもたらす良い点、悪い点を整理できる」こ

と、思考・判断に関するねらいとして「健康にふさわしいおやつとり方を、自分で1つ選択することができる」こと、そしてライフスキルに関するねらいとして「意志決定樹⁽²⁷⁾の作成を通して、より良い行動を選択できる」ことがあげられている。

展開としては、まず生徒におやつとり方についての作文を読ませる。そこで、その生徒のおやつとり方について問題であると思うことは何かを発問し、他の生徒に発表させる。ここで意欲・関心に関するねらいを評価する。次に本時の学習課題である「おやつとり方についての問題を改善するために、実行できそうな行動を考えて、より良い行動を選ぶ」ことを把握させる。ここでワークシートを配布し、先ほど作文を発表した生徒の意志決定樹を作成させる。班での話し合いにより多様なアイディアを引き出しながら、具体的な行動を考えさせる。班ごとに発表させ、選択肢を整理して意志決定樹を板書しながら作成する。また、考えた選択肢について、その結果の善し悪しを想定させ、発表させる。ここで知識・理解に関するねらいを評価する。上述のような過程を経ることで、自分の問題点を改善する場合に、自分がどの行動をとればよいか判断しやすくなることを理解させる。善し悪しの結果をもとに、自分が実行できそうな行動を1つ選択することを「意志決定行動」ということを伝える。このとき、行動を選択する際に注意すべきことは何かを生徒に発問する。注意すべきこととして、「その行動がなるべく健康に良いこと」、「その行動が具体的であること」、「その行動が解決したいことを改善できて良い結果に結びつくこと」、「その行動が実行できること」という条件を満たしているかどうかを確認させる。次に、思考・判断に関するねらいの達成のために、自分の意志決定樹を作成させる。このとき、おやつを食べる要因を思い出させて具体的な行動をとるように促す。最後に結果を生徒に発表させ、実行できるように支援する。ここでライフスキルに関するねらいを評価する。

2. 教育方法および内容の分析

(1)創造的思考スキルの形成

「NICE II」では、後半部分で生徒たちを5～6人のグループに分け、喫煙行動のおよぼす悪影響をあげる活動がある[JKYB 研究会 1995:25]。子ども達が「喫煙のもたらすさまざまな悪影響の例をあげる」ことは、授業目標としても設定されている[JKYB 研究会 1995:22]。「タバコを吸う」という1つの行動からさまざまな悪影響を考え出すことは選択肢の拡大と似通っている。同時に、「タバコを吸う」という行動をとったときの結果を予測するトレーニングにもなっている。これはどちらも創造的思考のスキル形成に役立つと考えられる。

教育方法としては、ライフスキル教育の代表的な手法であるブレインストーミングが使われている。ブレインストーミングは、集団の連想のはたらきを利用するもので、他者の意見から連鎖反応を巻き起こしながら良いアイデアや意見を生み出して行く集団的思考法の一つ[皆川 2000:28]である。ブレインストーミングには自由奔放、他者への批判厳禁、便乗歓迎、質より量、という4つの原則がある[皆川 2000:29; 大津 1999:162; WHO 1997:50]。1人の学習者が生み出したアイデアを受けて連鎖反応を巻き起こし、新たなアイデアを生み出すという手法は、ある種「創造的」なものであるといえる。4つの原則は学習者の「創造」の妨げとなる行為を事前に防ぐためのものであろう。発想に規制があつては発言をためらってしまう。生み出した発想を他者に批判されると、発言することに対して臆病になってしまう。質を重視すると、1つの発想に固執してしまい、発想の広がりを見いだせなくなる。便乗が認められることで、連鎖反応を起こしやすくする。このような「創造的手法」によって創造的思考が磨かれると考えられる。「NICE II」では、ブレインストーミングを5〜6人からなる小グループで行い、その後クラス全体に向けて発表の機会を設けている[JKYB 研究会 1995:25]。グループ活動には、体験的・参加型方法を利用できること、考えや意見を出し合う討論の場として利用できること、新しいアイデア開発のための創造的な場を提供できること、相互に楽しみや励ましがあること、メンバーの経験、知識、意見を利用し、これを創造的に使うことができること、という利点がある[皆川 2005:61]。5〜6人の小グループによるブレインストーミングを経た後に、クラスに書くグループの意見を還元することは、より大きなグループでのブレインストーミングを行うことになる。このことによって、グループ活動の利点をさらに拡大することができると考えられる。つまり、「創造的な場」が増え、学習者の経験、知識、意見を「創造的に使う」機会が増えるということである。このように、「NICE II」に組み込まれている創造的思考のスキルの形成は理にかなったであるということがいえる。本稿で取り上げた授業例は全6時間中の最初の1時間にすぎない。創造的思考のスキルを育みながら生徒にあげさせた、「タバコを吸うことの悪影響」はこの他にもあり、次回さらに発展していく展開が予想されるものである。生徒が自ら考えつく悪影響を事前に予測しておくことで授業をつなぐことができるのである。また、創造的思考のスキルには直接関係しないが、授業全体あるいはプログラム全体のはじまりとして、導入部分に緊張ほぐしとしてのゲームを取り入れるなどの工夫も注目すべきところである。このような、緊張ほぐしまたはウォーミングアップとなる活動をアイスブレイキングという。

明記されてはいないが、創造的思考スキルの形成に関与する部分は「おやつを選んで食べていますか」の例にも見られる。創造的思考とは、どんな選択肢があるか、また、行動あるいは行動しないことがもたらす様々な結果について考えるスキル[WHO 1997:13]である。よって、そもそも知識・

理解に関するねらいとしてあげられている「おやつのとりの方法の選択肢をあげ、それがもたらす良い点、悪い点を整理できる」[寺嶋 1999:49]ことというのは、まさに創造的思考のスキル形成に役立つことが予想できる。「おやつを選んで食べていますか」では、意志決定樹の作成の際に、問題の解決となり得る行動を考える活動があり、「班での話し合いを通して様々なアイディアを引き出す」[寺嶋 1999:50]とある。こちらでも「NICE II」での扱われ方と同様に、グループ活動によるブレインストーミングが行われており、発表の機会が設けられている。ブレインストーミングの手法を用いること、学習者の意見をクラスに還元することは両モデルに共通しており、効果的な創造的思考スキルの形成に貢献することを裏付けるといえよう。こちらの例に関しては、創造的思考ではなく意志決定スキルの形成のための教育であることが全面的に押し出されている。しかし創造的思考というのは意志決定の土台として存在するスキルであり、その内容は意志決定をサポートするものであるから、意志決定スキルを形成する前の段階として創造的思考のスキルを育むプロセスが登場することはある種当然のことである。逆にいえば、創造的思考というスキルが意志決定を行うにあたり欠かせないものであること、したがって意志決定スキルを形成するための教育内容には創造的思考スキルの形成に関わる部分が登場することが必須であることがわかる。

まとめると、創造的思考スキルの形成には、ブレインストーミングの手法を用いること、小グループでの活動からはじめて、より大きな集団での活動に移行させ、思考の内容を還元させることが有効であることがわかった。また、創造的思考とは意志決定を行う前の段階として踏むステップであるから、そのスキル形成のための教育を、意志決定スキルの形成のための教育の前に組み入れることが学習者にとってより効果的であるということがわかった。

(2)意志決定スキルの形成

意志決定は、問題の明確化、必要な情報の収集、問題解決のための選択肢の列挙、各選択肢のもたらすメリットおよびデメリットの予想、決断と実行、そして評価という一連の過程[J-KYB 研究会 1996:21-22]である。本稿で取り上げた授業例では、はじめの発問で問題を明確化し、ブレインストーミングによって選択肢を列挙させている[寺嶋 1999:50]。必要な情報は事前の学習で収集している設定である[寺嶋 1999:52]。ここで既習事項を思い出させるような発言を教師がしてやれると、よりスムーズだろう。その後、生徒に選択肢のメリット・デメリットを発表させている[寺嶋 1999:51]。そして最後には、学習者に自分のおやつのとりの方法の問題について同じ手順を踏んで考えさせ、決断させている[寺嶋 1999:51]。このように、「おやつを選んで食べていますか」では、意志決定樹の作成を通して、意志決定に必要な手順を取り入れている。したがって、意志決定スキルの形成をねら

いとする授業では、実際の意志決定と同様の手順で作業をさせることが望ましいと考えられる。また、これらの作業と作業の間に、発表させたり、板書してまとめたり、発問したりして、少しずつ区切りを入れていることが見られる。このことによって、生徒はその作業に集中できると考えられる。区切りを入れて1つ1つの作業に集中させることは、意志決定の過程を明確にし、実際に意志決定を行う際に同じ手順で作業するのに役立つだろう。すでに述べたように、ブレインストーミングによる選択肢の列挙および選択肢のもたらす結果の予想という作業では、創造的思考のスキルも磨くことができるといえる。創造的思考は意志決定を行う上でのステップに含まれているものである。意志決定のスキルを育む過程で、創造的思考のスキルを磨く作業を疎かにしないことで、よりしっかりとした土台を築き、意志決定のスキルを高めることができると考えられる。本授業例ではこの点を高く評価できる。意志決定樹を完成させて、選択肢を一通り示した後は、「行動を選択する際に気をつけるべきことは何か」という質問を投げかけて学習者自身に考えさせている[寺嶋 1999:51]。このことによって、意志決定を行う際に踏むステップのもつ意味を学習者が考えることができ、主体的に行動する力につながるだろう。この発問により、受動的にスキルを獲得するのを避けることができるといえる。1つの具体例についてここまでグループやクラス全体で考えるという作業をしながら進めてきたが、最後には学習者に自分自身のケースを考えさせている[寺嶋 1999:51]。クラス全体で1つの例を考えることは、互いを刺激し合いながら、また教師がファシリテーターの役割を果たしながらステップを踏む「練習」を積む作業であるといえる。その後学習者が自分自身のケースを考えることは、今度は一人の力で、他人事だった問題を学習者自身のものに置き換える作業となる。このことが2度目の練習となり、かつ実践に持ち込むきっかけとなると考えられる。また、「おやつを選んで食べていますか」は、「NICE II」に比べ細かな授業目標の設定や生徒の活動を評価するポイントが示されており、実践的である。

ただ、意志決定のステップとしての「評価」、つまりその選択に問題がなかったか、次に意志決定を行う際も同じ選択をするかどうか、という振り返りについては事後指導ということになっている[寺嶋 1999:52]。「NICE II」とは異なり1回で完結する授業であるため、この事後指導が疎かにならないよう注意する必要がある。また、全体で1つの例を考える作業から自分自身の個人作業へと進行は良いところであるが、全体で扱う例については注意が必要である。個人的な生活習慣を扱うものだからこそ、全体に還元する際には生徒への配慮を怠ってはならない。特にHIV/AIDS教育で扱われる性行動については、性教育に関する保護者の賛否が両論であることにも留意すべきである。

以上の分析から、意志決定スキルの形成を目指す教育では、意志決定の流れに沿った授業展開にすること、それぞれの作業に区切りを入れて集中させること、創造的思考スキルを育む過程を疎かにしないことが重要であることがわかった。また、場面設定を工夫したり、意志決定の手順を踏む作業を繰り返したりして、学習者が現実の問題に適用することを意識した授業にすることが望ましいといえる。

3. スキル形成のための HIV/AIDS 教育の考察

本章で取り上げたモデルの分析結果を参考にしながら、筆者なりにスキル形成のための HIV/AIDS 教育を考察したい。モデルにならって対象学年および指導目標の設定を行い、授業の構成に触れる。また、特に性を扱うという点に関して、指導にあたって配慮すべき事項を述べる。

(1)対象学年

全国性行動調査によると、横軸を経験した年齢、縦軸を経験率とした性交経験率は、16歳頃から右上がりに急なカーブを描き出す[日本性教育協会 2006:15]。一度形成されたライフスタイルを改善することは困難であることや、初交時の避妊実行がその後の避妊実行に関連するとのデータ[日本性教育協会 2006:115-118]から、ここで取り上げる HIV/AIDS 教育は、望ましくない性行動の習慣が形成される以前に実施されることが望ましい。また、より多くの子どもが教育を受けることができるのは義務教育を施す中学校である。したがって、対象学年を中学校3年生とする。生徒たちは、中学校1学年で生殖に関わる機能の成熟や、それに伴って生じる性衝動や異性への関心の高まりについて学習している⁽²⁸⁾。また、スキルの形成はある程度の知識を習得した次の段階にくるものである⁽²⁹⁾から、ここで考察する授業の前に HIV/AIDS に関する基本的な内容について学習してあることが前提である。

(2)指導目標

第3章の第4節で述べたように、健康目標を「性的接触による HIV 感染の予防」、行動目標を「性行動の場面において適切な選択肢を考え、意志決定する」とする。さらに、関心・意欲に関するねらいとして「HIV/AIDS と性行動の関わりについて、自ら進んで考えようとする」こと、知識・理解に関するねらいとして「性行動の場面における選択肢を考え、それらが HIV 感染にどのような影響を与えるかについて整理する」こと、思考・判断に関するねらいとして「HIV 感染の予防につながる、適切な性行動の選択をする」ことをあげる。創造的思考のスキルを磨くことによって性行動

の場面での適切な選択肢をあげ、HIV 感染についてそれぞれのもたらす結果を予測することができるようにする。その上で、シミュレーションを通して意志決定のスキルを形成する。

(3)授業の構成

獲得したいスキルは創造的思考のスキルおよび意志決定のスキルである。これを、性行動の場面を想定しながら獲得することが望ましい。また、創造的思考は意志決定を行う際のプロセスに組み込まれているものであるから、両者は連続性をもって授業に取り入れることが可能である。創造的思考のスキル形成を重点的に行うことで、意志決定のスキルを強固なものにできる。創造的思考は、モデルにならない小グループによるブレインストーミングを行うことでスキルの形成を図りたい。また、それをクラス全体に還元して刺激し合うことで、そのスキルを一層高めることができると考えられる。意志決定の実践については、生徒の性行動の経験や恋人の有無に個人差があることや、性行動の選択というものがデリケートかつプライベートな問題であることから、「おやつを選んで食べていますか」のように生徒全員が実行に移したり、事後指導で評価したりということは不可能である。そのため、シミュレーションに留まらざるを得ない。また、性行動の場面における選択について、クラス全体で議論することに抵抗のある生徒がいるかもしれないので、個人作業での意志決定樹の作成を取り入れたい。実際に書き出すことで、それぞれの選択が HIV 感染にもたらす影響を整理することも容易になる。しかし、そもそも性という題材にはじめから親しんで取り組むことは容易ではないと考えられる。そのため、創造的思考や意志決定のスキル獲得とは直接関係はないが、性や HIV/AIDS に関わりのある内容のゲームなどから授業をはじめ、アイスブレーキングとするのが良い。以上のことを踏まえると、授業の展開は以下ようになる。

まず導入として、HIV/AIDS の既習事項の復習を兼ねてアイスブレーキングとなるゲームをする。例えば、NICE II にあったようなビンゴゲームやクイズ形式でも良いだろう。復習ではなく、単に HIV/AIDS や性に関するイメージなどでも構わない。しかし、HIV/AIDS 教育に割ける時間数に限りがあることや、必要以上に性教育としての色を出さないこと、それよりも HIV/AIDS に関連した学習内容であることを印象づけたいということなどから、HIV/AIDS に関する学習の復習を提案する。このとき、性的接触による感染が多いということに触れておく。これが意志決定プロセスの最初の手順である、問題の明確化の作業となる。また、このことについて生徒に問いかけ、様々な情報を引き出す活動をすることで、関心・意欲の評価ポイントとなろう。そして、「実際の性行動の場面で、あなたならどのような行動をとりますか」という発問を投げかけながら、創造的思考のスキル形成に入る。小グループに分け、ブレインストーミングによって恋人とスキンシップをとったり、

愛情を確かめ合ったりする方法にはどのようなものがあるかを話し合わせる。これは、現代の若者にとって「性行動は恋愛の必要条件として手段化」[日本性教育協会 2006:20]したものであるからである。つまり、学習者にとって性行動と恋愛は結びつけて考えやすいため、この授業を実践に活かすことができると考えられる。その後、グループごとに出された選択肢をクラス全体で聞き合う。ここで生徒から出されるものとしては、「手をつなぐ」「デートをする」「電話をする」「メールをする」「キスをする」「からだに触れる」「性交」などがあげられる。性行動を狭い意味で捉える必要はない。「性交」を行う理由や、行った感想は、主に愛情の確認に関連するもの[日本性教育協会 2006:112-114]であり、愛情を確かめ合う方法として「性交」以外の選択肢が多くなることはむしろ望ましいといえるからである。

次に、意志決定樹を作成しながらそれぞれの選択肢のメリット・デメリットをあげさせる。実際の恋愛に関する行動は、色々な要素が複雑に関係する。例えば、性交に関しては妊娠の可能性の有無など、生徒にとって重大な、そしてより現実的な問題を孕んでいることがある。より実際の場面に近づけるために、ここで考えるメリット・デメリットを HIV 感染に関するものに限定はしない。しかし、それぞれの選択肢に HIV 感染の可能性があるかどうかについては必ず触れるものとする。このことは、手をつないだり軽いキスをしたりするだけでは HIV は感染しないという確認をすることにもなり、HIV 感染者/AIDS 患者への差別撤廃の教育にも役立つ。ブレインストーミングであげられた選択肢によっては、さらに枝分かれして選択肢ができるものもある。そのようなものについては枝分かれをしなくなるまで書き出させ、それぞれのメリット・デメリットを考えさせる。ここでまたクラスに還元し、選択の幅を最大限に広げる。ここまでの活動で知識・理解の評価をする。すでに意志決定のスキル形成に入っているが、ここから思考・判断に関するねらいである「HIV 感染の予防につながる、適切な性行動の選択をする」ことを達成するために、シミュレーションを用いた個人での活動に入る。からかいの対象となったりすることを避けるために、架空の人物を使用し、場面設定までしてしまう方が良い。時間があれば、場所や状況、相手の性格などに変化をもたせても良い。ただし、「もしも、自分だったら」という条件は必要である。現実の場面を想定して意思決定を行うことが実践に役立つと考えられるからである。このとき、先ほどブレインストーミングで考えた選択肢とそれぞれのメリット・デメリットを考えながら最良の選択をするように指導する。「おやつを選んで食べていますか？」のモデルをまねて、選択にあたって注意すべきことは何か発問し、選択の条件を全員で整理するとより効果的であろう。最後に、登場人物になりきって感想を書かせたり、その後の自分と相手の関係を想像させたりして、自分の選択について評価させる。

(4)指導にあたっての配慮

ライフスキル教育を行うにあたり、生徒が主体となるような活動にすることや、ブレインストーミングや意志決定樹を作成する際の注意点などはすでに述べた通りである。ここでは、特に性に関する内容を扱うにあたって配慮すべき点を述べる。まず、子どもたちの性知識や性意識、性的経験などについて把握しておく必要がある。第2章の第3節で触れた内容について教師が一通り目を通しておくことが必要である。また、グループでの活動など集団への指導には様々なメリットがあるが、同時にデメリットも考慮する必要がある。「性に関する指導においては、学級・ホームルームの子どもたち全員を対象にした場合、内容によっては子どもたちが心を開くことに抵抗を示すことも少なくない」[皆川 2000:56]からである。子どもたちは性行動を恋愛と結びつけて考える傾向にあるため、授業でもそのような内容を心がけた。恋愛に関しては同性愛者と異性愛者が存在する。私たちの多くが異性愛者であり、また性的接触による HIV 感染者の多くは男性の同性愛者である⁽³⁰⁾という事実があるが、性的接触をもつ限り誰にでも感染の可能性はある。異性愛者か同性愛者か、男性か女性かという線引きは不要である。むしろ、様々な愛のかたちがあることを認めていく姿勢が必要である。ただし、生物学的な性差として、例えば男性と女性で性交を行った場合、女性の方が「感染しやすい性」[村瀬 2004:57]である⁽³¹⁾などという知識に関しては別である。

最後に、本授業例は前提として基本的知識を学習済みであることという条件があり、また本授業例の中でもライフスキル形成にあたり必要な知識の習得が折り込まれている。本稿は知識を行動変容へ結びつけるためのアプローチとしてライフスキルの形成に焦点をあてたものであるが、ライフスキルの形成だけでは行動変容は達成できない。その過程として知識の習得は不可欠であるからだ。さらに、残された課題として、授業後の評価については深く設定していないことや、単元全体のプログラム構成をしていないことなどがあげられる。また、グリーンのプロシード/プロシードモデルでいう「環境要因」および「強化要因」へのはたらきかけとして、教職員間や子どもたちの家庭と連携をとるなどすることが望ましい。

第5章 結論

我が国のHIV/AIDS教育は、青少年の性行動が早期化、日常化している現代の状況に即していないものである。学習者一人一人がHIV/AIDSを身近なものとして捉え、HIV感染予防のために主体的な行動をとっていくことが必要である。つまり、HIVに感染する行為やAIDS患者を特別視しているHIV/AIDS教育の現状から脱して、健康教育の1つであるという考え方をすべきなのである。健康教育の前提としてある「誰にとっても身近な疾病」であることと、最終的な目標である「学習者が主体的に保健行動をとること」が、現在のHIV/AIDS教育において見落とされがちであり、また必要とされているからである。

青少年の性行動の早期化、日常化を食い止めることはできない。しかし、学習者がHIV感染の可能性を少しでも低める行動の選択肢を考え実行していくことは可能であり、HIV感染予防として有効である。ゆえに本稿では、HIV/AIDS教育における目標行動として「性行動の場面において適切な選択肢を考え、意志決定する」ことを設定した。そのために身につけるべきなのは「創造的思考」と「意志決定」というライフスキルである。ライフスキルは、行動変容の過程において、知識や態度の習得という「準備要因」に加えて必要な「実現要因」の1つであり、目標行動を可能にする技術的能力としての役割を果たす。ライフスキル教育はHIV/AIDSを除く他の健康教育にはすでに取り入れられ、その効果が実証されているものである。そのため、個人の行動のとりようで健康問題に発展するか否かが左右される現代において、極めて重要であると考えられる。したがって、HIV感染予防教育にライフスキル教育の観点を取り入れることが、行動変容へのアプローチとなるのである。

本稿では、行動変容の実現に向けて、すでに効果が確かめられている既存のライフスキル教育モデルの分析から、上記の行動目標を達成するための授業案を考察した。モデルを分析した結果、創造的思考のスキル形成には小グループによるブレインストーミングが有効であること、意志決定のスキル形成には流れに沿った授業展開が望ましいこと、創造的思考と意志決定の形成は一連の流れの中で行われるものであることなどが導き出された。そして、得られた分析結果をもとに、現代の青少年の性意識や性行動の傾向を踏まえた授業案に辿り着いた。考案した授業の詳細は第4章の第3節を参照していただきたい。

ここで考案した授業はほんの一例にすぎないが、このようにライフスキル教育の観点を取り入れることが、青少年の行動変容を促すHIV/AIDS教育に必要である、というのが本研究の結論である。

しかしながら、ライフスキル教育はあくまで行動変容を「促す」ものであって、それだけでは行動変容に「結びつく」ものにはなり得ない。これまでの知識提供に偏った教育は批判されてきたが、行動変容過程における「準備要因」としての知識は欠かすことのできないものである。本稿で紹介した既存のライフスキル教育にも、また考案した HIV/AIDS 教育にも、学習者がある程度の知識を習得していることが前提として存在する。また、ライフスキルの形成を目指した授業中にも知識を提供する場面は大いにある。言い換えるならば、習得した知識を行動に「活かす」術がライフスキルなのである。ライフスキルそのものは行動変容のための必要条件でこそあれ、十分条件ではない。行動変容へのアプローチとして、HIV/AIDS 教育にライフスキル教育を取り入れることが望ましい。しかしスキル形成のための教育は、これまでの HIV/AIDS 教育にとって代わるものではない。つまり、行動変容の実現のためには、これまでの HIV/AIDS 教育にあったような知識の提供や態度の形成に「加えて」ライフスキルの獲得が必要なのである。さらに、教育効果をより安定させていくために、予防行動を持続させるための「強化要因」への働きかけも考慮していく必要がある。したがって、行動変容に「結びつく」HIV/AIDS 教育とは、知識の提供にはじまり、ライフスキルの形成を経て、強化要因への働きかけまでを含めた一連の教育プログラムであるといえる。

まずは、教育現場に立つ者が、HIV/AIDS 教育、そして HIV/AIDS という疾病そのものの捉え方を見つめ直すことからである。そうすれば、学習者が主体的に予防行動をとることを可能にする HIV/AIDS 教育が確立されていくだろう。また、本稿ではあまり触れることのできなかつた、習得すべき知識の内容や強化要因への働きかけについては、さらなる研究が必要である。特に、学習者が HIV/AIDS を身近なものとして捉えるためには、学習者自身に関わる「一人称の」[木原 2001:110] 知識が必要である。「一人称の」知識とはどのようなものかを探求していかななくてはならない。また、強化要因への働きかけについての研究は、現段階ではほとんど見られない。これらが HIV/AIDS 教育における今後の課題であるといえる。

し
金田は研究し
に力をつくす

注

- (1) 国連エイズ計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; UNAIDS) ホームページ
“Young People” <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/YoungPeople>
(2008/01/13 参照) より。
- (2) 厚生労働省ホームページ「厚生労働省エイズ動向委員会平成 18 年年報」
http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/06nenpo/nenpo_menu.htm (2008/01/11 参照) より。
- (3) 厚生労働省ホームページ「厚生労働省エイズ動向委員会平成 18 年年報」
http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/06nenpo/nenpo_menu.htm (2008/01/11 参照) より。
- (4) 診断年とは必ずしも一致しない。また、日本国籍および外国国籍を含む。ただし凝固因子製剤による感染例は含まない。
- (5) 輸血などに伴う感染例や推定される感染経路が複数ある場合を含む。
- (6) 両性間性的接触を含む。
- (7) 厚生労働省ホームページ「厚生労働省エイズ動向委員会平成 18 年年報」
http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/06nenpo/nenpo_menu.htm (2008/01/11 参照) より。
- (8) 『新しい保健体育』東京書籍、『中学校保健体育』大日本図書、『保健体育』学研を参照した。
いずれも 2002 年発行。
- (9) 『中学校保健体育』大修館書店。
- (10) 『新しい保健体育』東京書籍。
- (11) 『保健体育』学研。
- (12) 『保健体育』・『明解保健体育』一ツ橋書店、『高等学校保健体育』第一学習社、『新保健体育』・『現代保健体育』大修館書店を参照した。いずれも 2004 年発行。
- (13) 1981 年の結果を用いなかったのは、年齢別データが残っていなかったことによる。また、1981 年の調査では中学生は対象となっていなかったため、12～14 歳の経験率は初交年齢についての回答から日本性教育協会が推計したものである。
- (14) 選択肢は「好きだったから」「愛していたから」「好奇心から」「経験してみたかった」「遊び半分」「酒などを飲んでいて」「相手をつなぎとめたい」「むりやり」「友人に遅れたくない」「なんとなく」の 10 通りで、複数選択可能。
- (15) ただし、この数値には「いつも実行している」と「場合による」が含まれる。

- (16)複数回答可能で、併用の可能性もある。
- (17)厚生労働省ホームページ「厚生労働省エイズ動向委員会平成 18 年年報」
http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/06nenpo/nenpo_menu.htm (2008/01/11 参照) より。
- (18)HIV 感染後数年から十数年の間、臨床的に無症候の状態が続く潜伏期間があることが知られている。
- (19)文部科学省ホームページ「文部省第 119 年報」
http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpaf199101/index.html (2008/01/12 参照) より。
- (20)厚生労働省ホームページ「平成 18 年人口動態統計月報年計（概数）の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai06/index.html> (2008/01/12 参照) より。
- (21)中学校の教科書としては、『新しい保健体育』東京書籍、『中学校保健体育』大日本図書、『保健体育』学研を参照した。いずれも 2002 年発行。高等学校の教科書としては、『保健体育』・『明解保健体育』一ツ橋書店、『高等学校保健体育』第一学習社、『新保健体育』・『現代保健体育』大修館書店を参照した。いずれも 2004 年発行。
- (22)行動 (Behavior) の代わりに習慣 (Practice) として、K-A-P モデルとよばれることもある。
- (23)準備要因 (predisposing constructs) を前提要因、実現要因 (enabling constructs) を促進要因とよぶこともある。強化要因は reinforcing constructs の訳。
- (24)ABC(Abstain: 禁欲、Be faithful: 貞節、Use Condom: コンドーム使用)アプローチはウガンダにおいて提唱されたもので、HIV 感染予防の対策を簡潔に表したものとして知られている。
- (25)『「若者の性」白書—第 6 回全国性行動調査—』より、青少年の性行動は恋愛と密接な関わりをもつことが読み取れる。
- (26)あらゆる健康問題における行動変容のための土台としてセルフエスティームの有用性が指摘されている[e.g. 川畑 2005]。
- (27)意志決定樹とは、ある問いかけを幹として、それに対する選択肢を枝分けて書くことを繰り返した樹形図である。枝分けて繰り返した先端が、意志決定を行う上での最小単位を選択肢となる。枝分かれの先に、その選択肢に沿って行動した場合に予想される結果を書くと、意志決定を行う上での助けとなる。
- (28)『中学校学習指導要領』によれば、第 1 学年で、生殖機能の成熟や異性への関心の高まりを含む、心身の機能の発達と心の健康を取り扱うことになっている。
- (29)第 3 章第 3 節を参照していただきたい。

(30)厚生労働省ホームページ「厚生労働省エイズ動向委員会平成18年年報」

http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/06nenpo/nenpo_menu.htm (2008/01/11 参照) より。

(31)HIV は粘膜を通して感染する。男性性器の粘膜部が尿道口のみであるのに対して、女性性器は全体が粘膜であることから、女性の方が感染リスクは高いといえる。

参考文献

荒川長巳

- 1995 「大学生の AIDS に関する知識と意識」『学校保健研究』 36: 641-650。

藤井聡

- 2003 「交通計画のための態度・行動変容研究—基礎的技術と実務的変貌—」『土木学会論文集』 737(4-60): 13-26。

グリーン、L・クロイター、M.

- 2005 『実践ヘルスプロモーション—PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価—』神馬征峰訳、医学書院。(Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter, 2005, *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach 4th edition*. New York: McGraw-Hill.)
- 1997 『ヘルスプロモーション：Precede-proceed モデルによる活動の展開』神馬征峰訳、医学書院。(Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter, 1991, *Health Promotion Planning: 2nd edition*. Mountain View: Mayfield Pub. Co.)

肥田野直

- 1994 「わが国の中等学校における健康教育」『健康心理・教育学研究』 1(2)。(肥田野・本明・山本『健康教育の心理学』より引用)

池上千寿子

- 2004 「HIV ポジティブ、ともに暮らす社会」『健康教室』臨時増刊号: 12-16。
- 2001 「性を語る」エイズ&ソサエティ研究会議『エイズを知る』pp.42-56、角川書店。

岩室紳也

- 2004 「地域保健担当者との授業連携の実践」『健康教室』臨時増刊号: 61-69。

JKYB 研究会

- 1996 『「健康教育とライフスキル学習」理論と方法』明治図書出版株式会社。
- 1995 『NICE II：地域と連携した小学校高学年からの喫煙防止プログラム』大修館書店。
- 1994 『学校健康教育とライフスキル：Know Your Body プログラム日本版の開発』亀田ブックサービス。

川畑徹朗ほか

- 2005 「青少年のセルフエスティームと喫煙、飲酒、薬物乱用の関係」『学校保健研究』46(6): 612-627。
- 2001 「思春期のセルフエスティーム、ストレス対処スキルの発達と喫煙行動の関係」『学校保健研究』43: 399-411。

川田智恵子・宮坂忠夫・吉田亨

- 1999 『保健学講座⑫健康教育論』株式会社メヂカルフレンド社。

木原正博

- 2001 「HIV 感染はどこまで広がっているのか」エイズ&ソサエティ研究会議『エイズを知る』pp.98-112、角川書店。

松岡弘

- 1994 『AIDS 予防と健全育成のための新エイズ教育』ぎょうせい。
- 1993 「学生に対する AIDS/HIV 教育の効果に関する研究」『大阪教育大学紀要 III』41(2): 125-129。
(本文は英語、*Effects of the AIDS/HIV Education Upon Japanese Students.*)

松崎正治・松本健治ほか

- 2000 「小学校におけるライフスキルを取り入れた総合的な健康学習」『鳥取大学教育地域科学部教育実践研究指導センター研究年報』9: 51-60。

皆川興栄

- 2005 『生きていく知恵を学ぶライフスキルの基礎基本—ワークショップによるエクササイズ 16—』明治図書出版株式会社。
- 2000 『総合的学習：性・エイズ教育プログラム』亀田ブックサービス。

村瀬幸浩

- 2004 「予防行動に結びつくエイズ教育（学習）とは」『健康教室』臨時増刊号: 54-60。
- 1994 『教育実践への指標・エイズ』株式会社ぱすてる書房。

文部科学省

- 2005 『高等学校学習指導要領解説—保健体育編・保健編—』東山書房。
- 2004a 『中学校学習指導要領』（1998 年告示、2003 年一部改訂）国立印刷局。
- 2004b 『高等学校学習指導要領』（1999 年告示、2002 年・2003 年一部改訂）国立印刷局。
- 1988 『エイズに関する指導の手引き』文部省。（武田・松岡「エイズ教育の変遷に関する研究」より引用）

根舛セツ子

2004 「HIV 感染者と共に生きる社会をめざして」『健康教室』臨時増刊号: 81。

日本性教育協会

2006 『「若者の性」白書—第6回青少年の性行動全国調査報告—』小学館。

西岡伸紀

2005 「未成年者への喫煙防止教育プログラム—教育内容と学習方法、および評価—」『保健医療科学』54(4): 319-325。

岡慎一

2004 「エイズ/HIV 感染への理解」『健康教室』臨時増刊号: 26-32。

大津一義

1999 『実践からはじめるライフスキル学習—喫煙・飲酒・薬物・性などの課題に対応—』東洋館出版社。

薩田清明

1994 「エイズに関する意識および知識について—大学生、高校生、中学生の調査から—」『学校保健研究』36: 381-389。

関ひろ子

2004 「エイズに対する偏見や差別をなくすためには」『健康教室』臨時増刊号: 79。

高橋浩之

1996 『健康教育への招待』大修館書店。

武田裕行・松岡弘

1997 「エイズ教育の変遷に関する研究」『大阪教育大学紀要 第V部門』46(1): 121-128。

武田敏

1989 『人間教育としてのエイズ教育』同文書院。

寺嶋雪子

1999 「意志決定スキルの考え方を導入した授業例—おやつを選んで食べていますか?—」大津一義編『実践からはじめるライフスキル学習—喫煙・飲酒・薬物・性などの課題に対応—』pp.49-60、東洋館出版社。

UNAIDS

2007 *2007 AIDS Epidemic Update*. Geneva: UNAIDS and WHO.

綿引芳夫

1992 「高校における AIDS 教育の試案」『学校保健研究』34(6): 254-259。

WHO

1997 『WHO ライフスキル教育プログラム』JKYB 研究会訳、大修館書店。(World Health Organization, 1994, *Life Skills Education in Schools*. Tokyo: Taishukan Publishing Co.)

An Approach to Behavioral Changes in HIV/AIDS Education From the Perspective of Life Skills Education

The worldwide AIDS epidemic has seriously caused damages to our lives. According to *2007 AIDS Epidemic Update*, the number of people living with HIV/AIDS is estimated to be 33.2 million. Since the vaccine against HIV has not been developed yet, the prevention of the infection appears to be the most effective measure so far. It is known that education plays a great role in preventing HIV infection. However, it cannot be said that acquiring some knowledge directly changes one's behaviors.

The purpose of this study is to investigate an approach to behavioral changes in Japanese HIV/AIDS education. The number of people newly infected in Japan has been increasing recently and more than 80% of them have sexually transmitted. With the trend that young people start to have sexual behaviors earlier than before, it can be said that the need of such approach in HIV/AIDS education is increasing. In fact, there aren't enough descriptions that show connections to HIV/AIDS and sexual behaviors nor HIV/AIDS and the students.

What is lacking in Japanese HIV/AIDS education? First of all, I recommend that the educators should keep in mind that HIV/AIDS education is one kind of health education. Health education is supposed to have the goal that the students have voluntary behavior concerning their health promotion. Japanese HIV/AIDS education seems to be lacking in such goal. Moreover, HIV/AIDS can be considered as one of life-style related diseases in that whether we will be infected or not depends on our sexual behavior, which composes our life style. By considering so, it helps students to realize that HIV/AIDS is an immediate problem. This is also lacking in HIV/AIDS education. However, these ways of thinking cannot be the solution to the problem. What we needed were the skills to behave in desirable ways.

As a conclusion to this study, I suggest to bring in life skills education to Japanese HIV/AIDS education. Life skills are known as social, psychological abilities to cope with various problems in our daily lives. It is proved that acquiring these abilities shows positive effects in preventing smoking among young people. Smoking, which can be a cause of lung cancer, is also preventable by our behavior. According to this verification, I suppose that acquiring these abilities can be the skills in conducting behavioral changes. It is significant to acquire life skills today, which life-style related diseases are the biggest cause of death. As I have already mentioned, HIV/AIDS can be taken as one of life-style related diseases, and thus it is possible to prevent the

infection by behavioral changes. Therefore, it can be said that bringing in life skills education to HIV/AIDS education can be an approach to behavioral changes.

Also, I analyzed 2 life skills education models to develop a specific lesson to form the skills needed. The aim of the lesson is that the students can decide what to do from various choices of sexual behavior they come up on their own, based on merits and demerits. We cannot ignore the trend that sexual behavior is essential for young people to cope with their lovers, and it may help heighten their quality of life. This is the reason that I put this aim. In order to achieve this, skills of decision making and creative thinking are recommended. The analysis gave me the following results: Brainstorming is effective in forming creative thinking, reinforcing decision making skills should be done by repeating the process of actual decision making, and these two skills should be formed at the same time. Such life skills education would help making a change.

However, life skills education alone cannot bring the students to behavioral changes, because it is only an approach to it. HIV/AIDS education that causes behavioral changes consists of acquiring knowledge, life skills and reinforcing factors, which contribute in sustainability. In this study, I could not refer much about knowledge and reinforcing factors. Such studies are needed to be carried out henceforth.

謝 辞

本研究を進めるにあたって、指導教員の関根先生には、構想の段階から細部にわたり丁寧なご指導をいただいた。貴重なお時間を割いていただいたことに深く感謝の念を表したい。関根先生をはじめとするゼミのみなさまと、多様なテーマについて議論することで培ってきた知識や考え方は、本稿を執筆する上でも大いに役立った。ご自身の経験から多くの教訓を残してくださった先輩方、新鮮な発想から興味深い観点を述べてくださった後輩のみなさま、そして時には批判し合いながら、最も多くの時間を共にし、相談にのってくださった同期のみなさまにも併せて謝意を表する限りである。

また、執筆中温かく見守ってくれた両親をはじめとする家族、互いに激励し合った仲間達、その他にも様々な面で関わりをもった多くの方に感謝を申し上げたい。