

3. 途上国における ECD の現状と課題：サハラ以南アフリカを中心に

本章では、第三世界のなかでも子どもの置かれた状況が最も厳しいとされるサハラ以南アフリカ諸国（Sub-Saharan Africa: SSA）に焦点を当てながら、途上国の貧困層乳幼児を取り巻く一般的状況を概観する。ECD の必要性が理解されたのち、途上国における ECD サービスのアクセスや質の問題について触れ、ECD の課題へと議論を進める。

3 - 1 途上国の貧困層乳幼児を取り巻く一般的状況

貧困という苦境は、最も脆弱な社会的弱者層に対して最も大きな弊害をもたらすが、乳幼児期にある子どもはそうした集団の筆頭に挙げられる。実際、途上国の貧困層乳幼児は、早くは受胎期からさまざまな生存や成長、発達について危機的状況にさらされている。図 3 - 1 は、子どもの保健衛生、栄養、教育、セクター横断的領域の各観点から、途上国社会や貧困層家庭におけるどのような一般的状況が乳幼児の窮地を招いているかを示したものである。以下では、乳幼児の発育環境に関する地域別統計データ（表 3 - 1）も適時参照しながら、これを説明する。

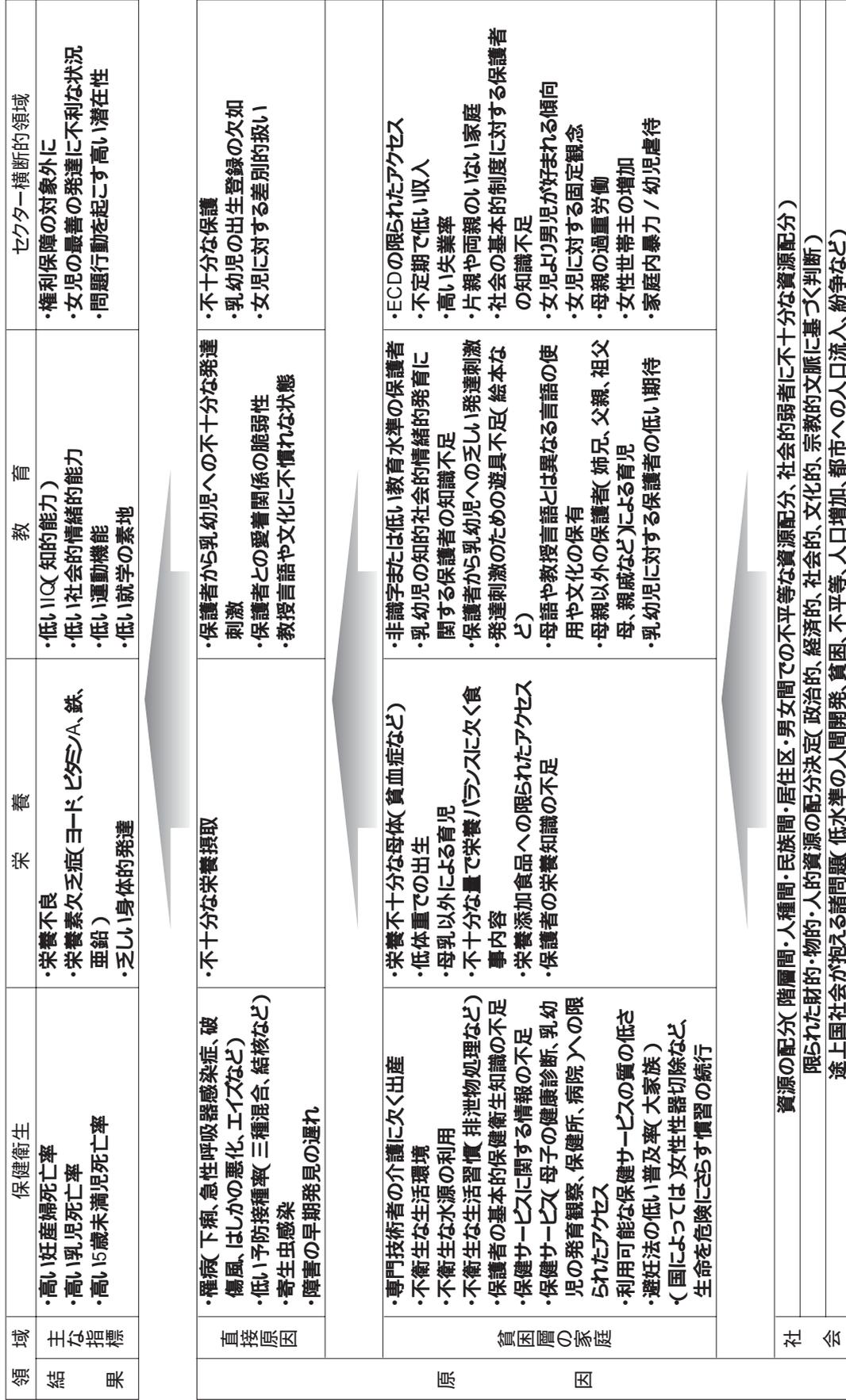
本図の全体的流れは以下のとおりである。まず、子どもが置かれた状況の根元には途上国の社会¹²⁸が抱える一般的諸問題が存在している。それらを解決するための財的・物的・人的資源は限られており、その資源配分は政治的、経済的、社会的、文化的、宗教的文脈に基づいて判断される。通常、最も少ないパイの分配に甘んじなければならないのは社会的弱者、つまり本図で言うところの貧困層家族やその乳幼児になる。家庭のレベルでは、社会の諸問題に起因するさまざまな問題が具体的事象となって人々の生活に悪影響を与える。結果的に、保健衛生や栄養、教育や横断的状況に挙げられた直接原因によって乳幼児の最善の発達は著しく阻害される。運よく、死亡という最悪の事態が回避されたとしても、子どもの潜在的能力は何ら活かされぬまま、大きなつまづきの石とともに新たな学校生活へ向けて、人生のスタートが切られることとなる。

3 - 1 - 1 社会レベルの状況

途上国社会が抱える問題は多岐にわたるが、ここでは国家レベルの問題を中心に、低水準の人間開発、貧困、不平等、人口増加、都市への人口流入、紛争について簡単に触れておく。まず、人間開発指標（Human Development Index: HDI）によれば、先進国平均は 0.929 と高い水準にあるが、途上国全体では 0.655 と低く、SSA に至っては 0.468 と最低に位置している。南アジアは時折 SSA よりも貧窮した状態を示す場合があるが、HDI では 0.582 と評価されている。SSA は、成人識字率で南アジアよりもよい水準にあるものの、出生時平均余命や小・中・高等教育の普及率、経済指標の項目で南アジアにも大きく遅れをとっており、保健や教育といった社会サービスの整備そのものが未完であることを物語っている。

¹²⁸ ここで言う社会とは国家レベルまたはコミュニティー・レベルと考える。

図3 - 1 途上国の貧困層乳幼児を取り巻く一般的状況



(注) 図中では明示されていないが、原因と結果の関係は領域を越える場合があり、各領域の原因の間または結果の間にも因果関係がある。出所：筆者作成。ただし、本図の枠組みについてはUNICEF(1998)を参照した。

表3 - 1 途上国の乳幼児の発育環境に関する地域別統計

| 指 標 | | サハラ以南 アフリカ | 中東と北ア フリカ | 南アジア | 太平洋諸 国 | 東アジアと オセアニア諸 国 | ラテンアメリ カとカリブ海諸 国 | バルト海諸 国 | CECSと バルト海諸 国 | 開 発 途 上 国 | 先 進 工 業 国 |
|---|---|---|--------------|------|-----------|----------------------|------------------------|------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 保 健 衛 生 | 出産前のケアを受ける妊婦の割合(%) 1995 - 2002年 | 66 | 66 | 54 | 87 | 85 | 80 | 69 | - | | |
| | 専門技術者の介護による出産の割合(%) 1995 - 2002年 | 42 | 70 | 35 | 73 | 82 | 92 | 55 | 99 | | |
| | 妊産婦死亡率(出生10万人当たり) 2000年調整済 | 940 | 220 | 560 | 110 | 190 | 64 | 440 | 13 | | |
| | 乳児死亡率(1歳未満)(千人当たり)2002年 | 106 | 46 | 70 | 33 | 27 | 33 | 62 | 5 | | |
| | 1歳児の予防接種率(%)2002年 | 三種混合 | 55 | 86 | 71 | 78 | 88 | 91 | 73 | 95 | |
| | | 結核 | 73 | 89 | 80 | 79 | 95 | 92 | 81 | - | |
| | 5歳未満児死亡率(千人当たり)2002年 | 174 | 58 | 97 | 43 | 34 | 41 | 90 | 7 | | |
| | 改善された飲料水源の利用者の割合(%)2000年 | 57 | 87 | 85 | 76 | 86 | 91 | 78 | 100 | | |
| | 適切な衛生施設の利用者の割合(%)2000年 | 53 | 83 | 34 | 48 | 77 | 91 | 52 | 100 | | |
| | 特殊合計出生率*(人) 2002年 | 5.5 | 3.5 | 3.4 | 2.0 | 2.6 | 1.7 | 3.0 | 1.7 | | |
| エイズで片親か両親を失った子ども(0 - 14歳) の割合(%)2001年 | 77(ジンバブエ)、71(ボツワナ)、65(ザンビア)、59(ス ワジランド)、54(ケニア、レソト)、51(ウガンダ)など | | | | | | | - | - | | |
| 女性性器切除の実施割合(%) (15 - 49歳) 1998 - 2001年 | 99(ギニア)、97(エジプト)、92(マリ)、 90(スーダン)、89(エリトリア)など | | | | | | | - | - | | |
| 栄 養 | 低体重(2.5kg未満)での出生率(%) 1998 - 2002年 | 14 | 15 | 30 | 8 | 10 | 9 | 17 | 7 | | |
| | 完全母乳で育つ生後6ヵ月未満児の割合(%) 1995 - 2002年 | 28 | 37 | 36 | 54 | 38 | 14 | 39 | - | | |
| | 中・重度低体重の5歳未満児の割合(%) 1995 - 2002年 | 29 | 14 | 46 | 17 | 8 | 7 | 27 | - | | |
| | ヨード添加塩を使う世帯の割合(%) 1997 - 2002年 | 66 | 51 | 49 | 82 | 84 | 39 | 66 | - | | |
| 教 育 | 成人女性の識字率(%) 2000年 | 53 | 52 | 42 | 81 | 88 | 96 | 67 | - | | |
| | 初等教育の純就学率(%) | 女児 | 58 | 75 | 65 | 92 | 94 | 84 | 77 | 97 | |
| | | 男児 | 63 | 83 | 80 | 93 | 96 | 88 | 84 | 96 | |
| 初等教育5年生の修了率(%) 1995 - 1999年 | 65 | 93 | 66 | 94 | 77 | - | 79 | - | | | |
| セ ク タ ー 横 断 的 領 域 | 1日1米ドル以下で暮らす人々の割合(%) 1990 - 2001年 | 50 | 3 | 32 | 14 | 12 | 5 | 23 | - | | |
| | 年間出生数のうち、出生登録されない者の割合 (%)1998年 | 71 | - | 56 | - | - | - | - | - | | |
| | パートナーから身体的暴力を受けたことのある成 人女性の割合(%)1991 - 1999年 | 48(プエルトリコ)、34(エジプト)、28(ニカラ グア)、19(コロンビア)、16(南アフリカ)など | | | | | | | - | - | |

(注) * 女性が出産可能年齢の終わりまで生き、年齢ごとに通常の出生率に従って子どもを産むとした場合に、その女性が一生のうちに産むことになる子どもの数。
なお、地域ごとの集計はデータのある国々の平均値になっているため、正確さに欠く部分もある。- はデータなし。最も深刻な状況にある地域の数値が太字になっている。

出所：UNICEF (2000)、(2002b)、(2003e) より筆者作成。

同様に、マクロ経済と所得分配にみる途上国の状況もまた深刻である。2002年度一人当たり国民総所得（GNI）は、先進国平均が26,310米ドルであるのに対し、途上国平均はその5%にも満たない1,170米ドルでしかなく、最低水準のSSAはわずか450米ドルに止まっている¹²⁹。一方、所得分配の不平等を測るジニ係数によれば、先進国は0.25 - 0.41の幅に収まっているが、途上国では0.50を超える国が24カ国に上り、それが0.60以上にも及ぶ国はブラジルとニカラグア、そしてSSAの国から成る5カ国となっている¹³⁰。一日1米ドル以下で暮らす絶対的貧困層の割合も、1998年時点で途上国人口の24%を占め、SSAでは全体の46%がそうした貧苦に喘いでいるとされる。なお、SSAのこの割合は10年前と比較してもほとんど改善の跡が見られない¹³¹。

途上国の高い人口増加率と若年層が多い人口構成は、第三世界の開発努力をさらに困難なものにしている。なかでも、SSAは年間人口増加率が2.8と高い水準にあり、15歳以下の子どもが総人口に占める割合は44%にも上っている。同じ数値が先進国では0.7、18%であり、途上国全体でも1.9、33%であることから、SSAでの窮状が見て取れる¹³²。つまり、SSA諸国にとっては子どもに対する社会サービスの現状維持でさえすでに困難な仕事であり、事実、多くの国では初等教育の粗就学率の減少傾向が観察されている¹³³。人々が職を求めて農村から都市へ大量に人口流入する傾向もまた途上国に顕著であって、これは都市周辺の貧困地区形成や社会サービスの悪化を誘発している。例えば、1975年に途上国の都市人口割合は26.3%であったが、その30年後には48.6%にも膨らんでいる。SSAの場合、父親が単身で都市への出稼ぎに出るケースも数多く、これに伴って農村部では母親を世帯主とする家庭が増加傾向にある。実にSSAの世帯の3分の1が女性を世帯主とするという推定値もある¹³⁴。

SSAをはじめ多くの途上国では国内外での絶え間ない紛争の存在も、開発の大きな阻害要因となっている。データのある国のうち、国内総生産に占める軍事支出の割合が3%を超えるSSAの国は12カ国も存在している¹³⁵。また、紛争によって発生する難民や国内避難民はその半数が子どもであると言われている¹³⁶。

3 - 1 - 2 家庭レベルの状況

では、上述のような途上国社会にあって、貧困層の家庭では子どもの出産や育児を具体的にどのような環境で行っているのだろうか。SSAの子どもを想定しながら、その典型的な例を受胎期から順を追って述べていこう。

まず、SSAの妊婦の3割強は出産前に必要なケアを受けていない。不衛生な場所での出産には母子ともに危険が伴うため、妊婦は早期に破傷風の予防接種を受け始める必要があり、また不足

¹²⁹ World Bank (2003) p. 253

¹³⁰ UNDP (2003) pp. 282-285 ただし、データのある国のみで調査年も異なっている。ジニ係数は0が完全な平等を、1が完全な不平等の状態を示す。

¹³¹ World Bank (2000) (西川訳 2002) p. 42

¹³² 次の都市人口増加率ともに Ibid. p. 253

¹³³ World Bank (2001) p. 10

¹³⁴ Colletta, Balachander and Liang (1996) p. 8

¹³⁵ UNDP (2003) pp. 295-298

¹³⁶ UNICEF (2000) (ユニセフ駐日事務所訳 2000) p. 65

する鉄分の補給や最低 4 回の診断を受けることが重要であるが、これらの妊婦はそうした機会もなく出産日を迎える。そして、途上国での出産の 45 % (SSA は 58 %) が、助産士などの専門技術者の介護なしで行われている。本来ならば必要な出産直後の 12 時間や産後 6 週間目の検診もない。このような状況下、周産期の問題は妊産婦や乳児の主な死因の一つとなっており、いずれも SSA が最も深刻な状況にある。SSA で妊産婦が死亡に至る確率は先進国に比べて 72 倍、乳児の場合は 21 倍も高くなっている。

さて、そのような状況にもかかわらず、子どもが無事生まれたとしよう。しかし、未発達な保健システムや保護者の知識不足により、SSA の新生児の 71 % が出生登録されないままとなる。出生時の体重では、南アジアの新生児の 3 割が 2,500 グラム未満の低体重であるが、SSA の場合は 14 % に止まっている。しかしながら、SSA で生後 6 ヶ月までの間、完全母乳で育つ乳児の割合は 28 % でしかない。出産後数日間の初乳は肺炎や下痢、その他の病気から新生児を守る機能があり、ビタミン A などの栄養価にも富む。また、生後 6 ヶ月間の完全母乳は母体に対する避妊効果もある。そのような利点にもかかわらず、母乳育児の実施率が低い理由は二つ考えられる。一つは、先進国や企業からの影響を受けて人工粉末乳を使った哺乳瓶育児が流行し、母乳育児は非近代的であるとの認識が途上国に広まった点である¹³⁷。粉末乳の使用には水を必要とするが、その水が衛生的でない場合、乳児の下痢性疾患を引き起こす危険性もある。母乳育児が行われないうちの一つの理由は、専門家の助言や指導がないために母乳が出なくなってしまう場合である¹³⁸。

自宅周辺で ECD を含めて保健サービスを提供する施設がなく、適切な時期に发育観察や予防接種が行われないこともまた、子どもの生存を脅かす要因となっている。例えば、生後 2 年間は毎月乳幼児の体重を量って发育が順調かどうかの観察を続ける必要があるが、個人ではそのような定期的観察もなおざりになる。また、生後 1 年間に乳児が受けるべき予防接種には、結核、三種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風)、ポリオ、麻疹、そして場所によっては黄熱病や B 型肝炎、おたふく風邪や風疹などがあるが、接種に関する情報が自動的に届くことはない。SSA では結核の実施率が 73 % と比較的高いものの、その他の予防接種はすべて 50 % 台に、B 型肝炎では 20 % 台に止まっている。結果、ワクチンで予防できる病気は子どもの主な死因の一つとなっている¹³⁹。保護者が予防接種日に子どもを連れて来ない理由の一つに、子どもが栄養不良や軽い病気に罹っている場合に予防接種はできないなどの誤った考えをもっている場合がある¹⁴⁰。麻疹の予防接種は栄養不良児にこそ必要性が高いのであるが、このような保護者の正確な保健衛生知識の不足も子どもの生存や成長に大きく影響している。

¹³⁷ 古来、アフリカでは出産後 2 - 3 年間は母乳育児に専念し、その期間は妊娠を避けるという母子双方に好ましい慣習があったが、20 世紀以降に失われたという。Levine and others (1994) cited in Colletta, Blanchander, and Liang (1996) p. 10

¹³⁸ 例えば、産後 1 時間以内に母乳を与えることは母乳の出を促進し、逆に、乳児におしゃぶりを与えることは子どもを母乳から遠ざける一因となる。

¹³⁹ 2002 年の途上国における 5 歳未満児の主な死因は、周産期の問題 (23 %)、呼吸器感染症 (18 %)、下痢症の病気 (15 %)、マラリア (11 %)、はしか (5 %)、先天性異常 (4 %)、HIV/エイズ (4 %)、百日咳 (3 %)、破傷風 (2 %) などとなっている。ただし、SSA では栄養不良、マラリア、呼吸器感染症、下痢症の病気が死因の 45 % を占め、周産期の問題はその後に来る。WHO (2003) p. 12

¹⁴⁰ UNICEF (2002a)

SSA の母親の 53 % は非識字であって、乳幼児が必要とする発達刺激に関する知識を有していない場合が多い。また、そうした育児支援を受けられる安価な ECD サービスも容易には見つからない。一部の母親は、乳幼児が言葉を発するまではこちらから話しかけたりしてもわからないだろうと考えている。第一、読み聞かせをするにも本人が字を読めないし、そのための絵本や雑誌もない。それに、どうせ子どもが学校に通う年齢になれば自分たちが話すものとは違う別の言語を学ぶのだからという気持ちもある。何より、もともと家事負担の多い母親、または都市部に出稼ぎに行った父親に代わって世帯主となった母親は、ゆっくり乳幼児の相手をしている暇もなく、育児の大半を年長の娘に任せる。娘はそのために小学校中退を余儀なくされるが、母親は女の子には遅かれ早かれ家の仕事に就くことしか期待していないし、これ以上の教育は不要と判断する。こうした事情も反映して、SSA における初等教育の女児の純就学率¹⁴¹ は 58 % と世界で最も低い水準にあり、小学校 5 年生を修了する児童の割合も、男女合わせて 65 % と最低位にある。

SSA の子どもが 5 歳の誕生日を迎えるまでに死に至る確率は先進国の 25 倍にも上っている。実際、2002 年に死亡した 5 歳未満児のうち、43 % が SSA 諸国の子どもであった。中・重度の低体重の 5 歳未満児は 29 % であり、その栄養不良の多くは食事量の不足や食事内容の栄養バランスの悪さ、不衛生な生活環境にその原因があるものと考えられる。栄養面の問題は保護者の栄養知識の不足だけでなく、栄養添加食品が一般化していない点にもある。さらに、不衛生な生活環境は寄生虫感染症や下痢症の罹病につながっている。SSA で安全な飲料水を利用できる者の割合は 57 % でしかない。多くの場合、母親が毎朝早くから重い水がめを頭上に載せて水汲みのために家から遠く離れた水場まで通うが、その水でさえ衛生的とはいえない。自宅にトイレを作って利用する者も全体の 53 % でしかない。下痢症が引き起こす脱水症状の予防や治療には経口補水療法(Oral Rehydration Therapy: ORT)と呼ばれる家庭でも対応可能な安価な処方があるが、SSA での ORT 普及率はわずか 24 % に止まっている¹⁴²。なお、ここでは便宜上、保護者として母親を念頭に置いたが、SSA ではエイズや紛争によって孤児になる子どもの割合も多いことも追記しておく。

以上、途上国での子どもの生存、成長と発達の問題について、社会レベルでの諸問題やそれらを原因として生起する貧困層家庭レベルでの具体的問題について、SSA を中心に概観してきた。これらの問題は最終的には保護者の健康や乳幼児の全人的発達を阻害する具体的指標や事象となって表面化する。すなわち、保健分野では高い妊産婦死亡率、乳児死亡率、5 歳未満死亡率という指標に、栄養分野では栄養不良、栄養素欠乏症、乏しい身体的発達関連の指標に、教育分野では低い知的能力や社会的情緒的発達、運動機能や就学の素地の数値に表される。数値化できない横断的状况としては、子どもの権利が保障されないことになったり、女児の最善の発達に不利な状況が生じたり、将来子どもが問題行動を起こす潜在性が高まったりする。

¹⁴¹ 純就学率 (Net Enrollment Rate) とは、就学年齢にある就学者の総数を就学年齢人口で割ったもので、すべての就学年齢人口が就学していれば 100 % となる。

¹⁴² UNICEF (2003e) p. 113 1994 - 2002 年の数値

3 - 2 ECD の現状

前節にも明らかなように、子どもの生存や成長、発達に関する諸問題は、保健や栄養、教育、保護者の理解や実践といった複数の分野に同時に関係する包括的課題である。そのため、ECD プログラムを通して子どもの全人的発達に働きかけることが必要となる。では、現在 SSA をはじめとする第三世界において ECD はどの程度普及しているのだろうか。また、提供されているサービスの内容はどのようなものであろうか。本節ではこの二点について考える。

3 - 2 - 1 ECD へのアクセス

ECD へのアクセス拡大は EFA でも明言されている。1990 年の WCEFA で出された EFA 宣言はすべての国における基礎教育の完全普及を謳ったが、その基礎教育には ECD も含めると定義した。EFA 宣言には以下の記述がある。

第 5 章 基礎教育の意味と範囲の拡大¹⁴³

「子どもや若者、成人の基本的学習ニーズは、多様性があり、複雑で、そして絶えず内容が変化するという特質がある。そのため、基礎教育の範囲は以下の項目を含むように拡大したり、継続的に再定義したりすることが必要である。

・学習は出生とともに始まる。これは幼児期のケアと早期教育の必要性を意味する。このようなサービスは、家庭やコミュニティとの調整または制度的なプログラを通して適切に提供することが可能である。(以下、省略)」

上記に従い、EFA の「ジヨムティエン行動枠組み (Jomtien Framework for Action)」に示された具体的な六つの目標にも、「特に貧しかったり、恵まれない状況にあったり、障害を持ったりする子どもに対して、家族やコミュニティへの介入も含めた幼児期のケアと発達に関する活動の拡大」をすることが挙げられている。ただし、初等教育のような数値目標は示されなかった。

2000 年に行われた EFA の評価によれば、この分野における進展はごく限られたものであった¹⁴⁴。世界で ECD プログラムに登録された子どもの総数は 1990 年が 9,900 万人であったが、1998 年には 1 億 400 万人に増加したに止まり、8 年間での増加率はわずか 5 % でしかなかった (表 3 - 2)。ただし、その内訳を見ると、先進国の ECD 粗就学率¹⁴⁵ は 71 % から 74 % へと頭打ち傾向にあるのに対し、途上国の ECD 就学者数は 5,600 万人から 7,100 万人へと増加し、粗就学率も依然低水準ながら 24 % から 32 % へと増加している。

¹⁴³ 筆者による和訳。なお、原文では ECD の用語は用いられず、“Early Childhood Care and Initial Education” となっている。

¹⁴⁴ UNESCO (2000b) p. 11

¹⁴⁵ 粗就学率 (Gross Enrollment Rate) とは、年齢に関らず就学している者の総数を就学年齢人口で割ったものである。就学者の中には就学年齢外の者も含むため、100 % を超えることがある。

表 3 - 2 EFA 評価による ECD の参加者数増加と男女比

| | 参加者数 (百万人) | | 男女比 | |
|--------------|------------|------|------|------|
| | 1990 | 1998 | 1990 | 1998 |
| 世界全体 | 99 | 104 | 0.84 | 0.93 |
| 先進国 | 22 | 23 | 0.88 | 1.06 |
| 途上国 | 56 | 71 | 0.82 | 0.89 |
| 移行経済圏 | 21 | 11 | 0.83 | 0.98 |
| サハラ以南アフリカ | 4 | 5 | 0.94 | 1.13 |
| 北米・西ヨーロッパ | 20 | 22 | 0.84 | 0.99 |
| ラテンアメリカ・カリブ海 | 12 | 17 | 0.90 | 0.92 |
| 中央アジア | 4 | 2 | 0.79 | 0.88 |
| 東アジア・太平洋 | 31 | 37 | 0.85 | 0.93 |
| 南・西アジア | 5 | 8 | 0.77 | 0.88 |
| アラブ諸国・北アフリカ | 2 | 2 | 0.58 | 0.85 |
| 中央・東ヨーロッパ | 21 | 12 | 0.81 | 0.93 |

(注) 136 カ国からの回答集計。ECD は 30 % 以上の教育活動を含むものと定義されている。

出所：UNESCO (2000b) p. 20

しかしながら、ECD の就学率についてはその正確な数値の把握がきわめて困難であり、上述のデータも参考程度の理解に留めておく必要があるだろう。例えば、EFA 評価で言う ECD の就学率はプログラムが対象とする就学者年齢人口に対する就学者数の割合を算出したものである。多くは 3 - 5 歳児を指しているが、どの年齢層を対象としているのかは国によって異なっており、国家間や地域間の比較では特に注意を要する。また、このような複数国の集計ではなく、1 カ国のデータである場合でも、就学率のデータの信頼性には問題が残る。というのも、ECD は民間や NGO など公的支援を受けずに実施されているものが数多い。それらのプログラムでは、サービス提供の方法が多種多様であって、必ずしも学校教育のような施設型に限らない。また、対象となる子どもの年齢もプログラムごとに異なっている。そのため、データ収集の作業自体が困難であり、また、すべてのデータを集計しうるような情報収集システムもないというのが実情である。なお、ある国で 3 - 5 歳児の就学率の報告がされているからと言って、必ずしもその国で 3 歳未満児を ECD の対象外としているわけではない点にも注意が必要である。

次に、途上国における ECD へのアクセスにはどのような特徴があるのかを見てみよう。まず、2000 年の ECD 就学率データのある 152 カ国のうち、56 カ国では ECD 対象年齢人口の 30 % 以下にしかサービスを提供できていないが、このほぼ半数は SSA 諸国となっている¹⁴⁶。ただし前述のとおり、どの年齢層を対象とするかによって就学率の値は大きく変化するが、他の諸国に比べて SSA 諸国が特に幅広い年齢層を算出式の分母に用いているわけではないことから、やはり他の教育段階と同様、ECD の普及においても SSA 地域が最も遅れた状態にあると言えるだろう。逆に、第三世界で最も ECD の普及率が高いのはラテンアメリカ・カリブ海地域となっている。例えば、メキシコ (4 - 5 歳児) で 77 %、初等教育の普遍化には遠いグアテマラ (5 - 6 歳児)

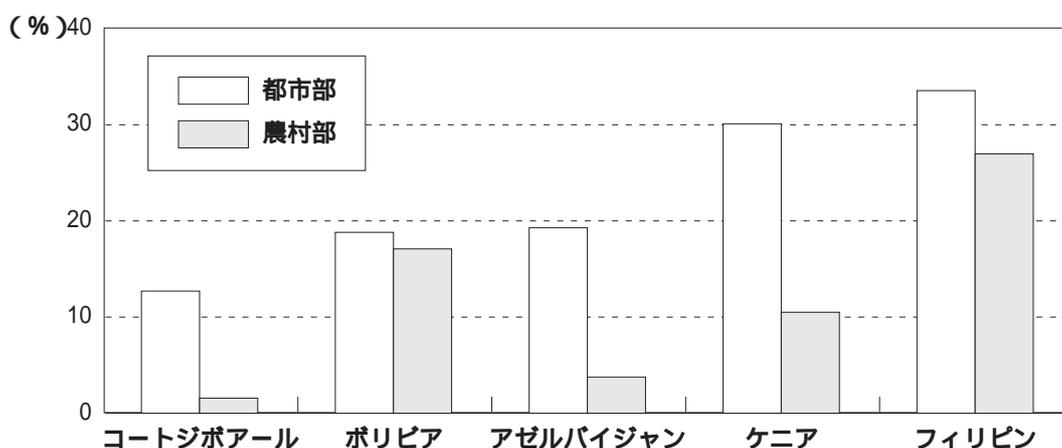
¹⁴⁶ UNESCO (2003b)

でも 51 %の粗就学率を上げている。

乳幼児の年齢別ではどうだろうか。これをまとめたデータは見当たらないが、EFA 評価でも 3 - 5 歳児に関する報告が中心であったことから、子どもの発達段階として特に重要な 3 歳以下については普及率の低いことが推測される。数カ国の個別のデータから判断すると、一般的には小学校入学年齢に近い年齢層ほど参加の割合が高くなる傾向にあると考えられる。

以上に加えて、ECD へのアクセスの現状は、都市農村格差と所得階層間格差という二つの「不平等」にその特徴を有している。つまり、これは、現状のままでは ECD は他の教育段階と同様、不平等の再生産に貢献するだけに終わってしまうという警告のメッセージでもある。図 3 - 2 は途上国 5 カ国で何らかの ECD プログラムに参加している 3 - 5 歳児の割合を都市農村別に示したものであるが、いずれの国でも農村部での普及率が低く、SSA 地域のコートジボアールやケニアでは際立った格差が存在することがわかる。

図 3 - 2 ECD の普及率にみる都市農村格差：途上国 5 カ国（2000 年）



(注) 3 - 5 歳児で何らかの組織化された ECD サービスに参加している者の割合。UNICEF の独自調査によるデータ。

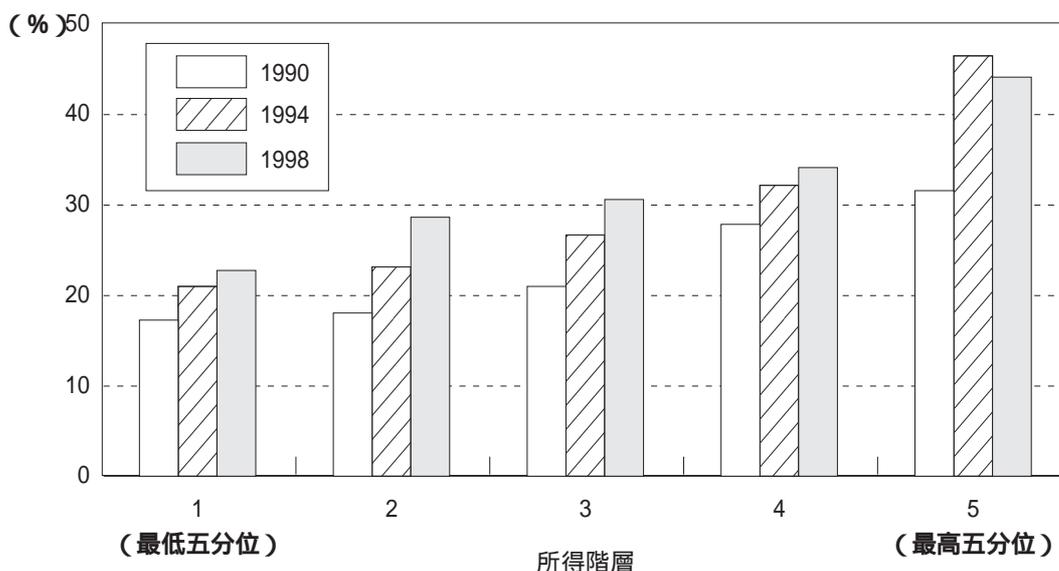
出所：UNESCO (2003b) より筆者作成。

ECD サービスが都市部に偏っている点はこれまでもしばしば指摘されてきたが、これは供給不足の問題であり、かつ需要不足の問題でもあると推断される。まず、供給側の問題として、国家政策として ECD の拡大が推進されない最大の要因は財源不足であるが、同時に政府関係者が ECD の効果と意義を十分に理解していないことの影響も看過できない。また、農村部でのアクセスが限られているのは、そうした国家政策不在のなかで、これまで都市部を中心に民間主導で ECD サービスが拡大されてきたことも無関係ではないだろう。一方、需要サイドはどうだろうか。農村部でも働く女性の増加や家事労働の負担から ECD への潜在的需要は決して低くはないと思われるが、それは必ずしも ECD の重要性や教育活動の効果と意義の理解を伴っていない。そのため、ECD 利用による費用負担の増加など、少しでも不都合が起これば簡単に ECD サービスの利用をあきらめてしまう傾向にある。SSA の事例ではないが、1991 年にチリの都市部貧困地区で ECD サービスを利用していない 2 - 5 歳児を抱える 300 家族を対象とした調査でも、そ

のような需要の欠如が指摘されている。調査対象の3分の1はサービスを受けたいが周辺に施設がないとし、次の3分の1は利用可能なサービスがニーズに合わなかったり、質がよくなかったりすることを理由に挙げ、残り半分はECDが必要でないとしている¹⁴⁷。

さて、農村部の所得は都市部に比べて低いため、上述のような都市農村格差は同時に所得階層間格差も反映しているものと類推される。ここでは、所得階層別にECDの普及率の拡大状況を示したものとして再びチリの事例を挙げておく(図3-3)。五分位に分けられた階層間を比較すると、所得が高い階層ほどECDの普及率は高く、時系列でみてもその差はほとんど縮まらないまま拡大が進んでいる。

図3-3 ECDの普及率にみる所得階層間格差：チリ(1990-1998年)



(注) 1998年実施の家計調査の結果。

出所：MIDEPLAN(1999) p. 81より筆者作成。

不平等という観点から興味深いのは、ECDの普及率では、他の教育段階で問題化しているような男児優遇の際立った傾向が見られない点である(表3-2)。2000年のデータのある145カ国の内30カ国では女兒の参加者数が男児よりも少なかったが、23カ国では女兒のほうが男児の参加者数を上回っている¹⁴⁸。なぜ、このようなことが起こるのだろうか。これには、おそらく次の二つの理由が関係しているだろう。一つは、多くの国でまだECDの普及率が低いため、参加者の多くは比較的裕福な集団の子どもによって構成されるが、そのような家庭では教育投資の際に男児を選ぶか女兒を選ぶかと言った選択に迫られることがない。もう一点は、途上国の貧困層乳幼児へのECD普及に多大な力を注いでいるNGOや財団などが、女兒や女性への差別撤廃を活動目的の一つに掲げているからではないかと推察される。

最後に、SSAにおけるECDへのアクセスの実態を国別に観察しておこう(表3-3)。小学校就学前3年間のECDの粗就学率で比較的高い値を示しているのは、リベリア(70%)、カーボ

¹⁴⁷ Atalah, et al. (1991)

¹⁴⁸ UNESCO (2003b) p. 9

表3 - 3 サハラ以南アフリカ諸国のECDへのアクセスに関する指標（2000 / 2001年）

| 国名 | ECD | | | | | 初等教育 | 初等教育 |
|------------|------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|------------|
| | 就学年齢 | 期間 (年) | 粗就学率 (%) | 就学者の 男女比 | 民間 (%) | 純就学率 (%) | 留年率 (%) |
| アンゴラ | 3 | 3 | - | - | - | 37* | - |
| ベナン | 4 | 2 | 6 | 0.95 | 31 | - | 20 |
| ボツワナ | 3 | 3 | - | - | - | 84 | 3 |
| ブルキナファソ | 4 | 3 | 1 | 1.07 | - | 36 | 18 |
| ブルンジ | 4 | 3 | 1 | 0.95 | 52 | 54 | 25 |
| カメルーン | 4 | 2 | 14 | 1.01 | 60 | - | 24 |
| カーボヴェルデ | 3 | 3 | 56 | 1.06 | - | 100 | 12 |
| 中央アフリカ | 4 | 2 | - | - | - | 55* | - |
| チャド | 3 | 3 | - | - | - | 58 | 26* |
| コモロ | 3 | 3 | 2+ | - | - | 56* | 26 |
| コンゴ共和国 | 3 | 3 | 3 | 1.06 | 75 | - | 25 |
| コードジボアール | 3 | 3 | 3 | 0.98 | 46 | 62 | 22 |
| コンゴ民主共和国 | 3 | 3 | 1 | 0.99 | - | - | - |
| 赤道ギニア | 3 | 4 | 29 | 1.74 | - | 72 | - |
| エリトリア | 5 | 2 | 6 | 0.91 | 95 | 41 | 14 |
| エチオピア | 4 | 3 | 2 | 0.97 | - | 47 | 7 |
| ガボン | 3 | 3 | 14 | 1.01 | 68 | 88* | 37 |
| ガンビア | 4 | 3 | 20+* | - | - | 69* | - |
| ガーナ | 4 | 2 | 59 | 0.99 | 33 | 58 | 5* |
| ギニア | 3 | 4 | - | - | - | 47 | 20 |
| ギニアビサウ | 4 | 3 | 4+ | - | - | - | - |
| ケニア | 3 | 3 | 42 | 0.98 | - | 69* | - |
| レソト | 3 | 3 | 18 | 1.03 | 100 | 78 | 18 |
| リベリア | 3 | 3 | 70+ | - | - | - | - |
| マダガスカル | 3 | 3 | 3 | 1.02 | 94 | 68 | 30 |
| マラウイ | 3 | 3 | - | - | - | - | 19* |
| マリ | 4 | 3 | 1 | 0.99 | - | - | 15 |
| モーリタニア | 3 | 3 | - | - | - | 64* | 4 |
| モーリシャス | 4 | 2 | 90 | 1.03 | 83 | 95 | 13 |
| モザンビーク | 3 | 3 | - | - | - | 54 | 24 |
| ナミビア | 3 | 3 | 21* | 1.15 | - | 82 | 13 |
| ニジェール | 4 | 3 | 1 | 0.98 | 36 | 30 | 10 |
| ナイジェリア | 3 | 3 | - | - | - | - | - |
| ルワンダ | 4 | 3 | 3 | 0.99 | - | - | 36 |
| サオトメ・プリンシペ | 6 | 1 | - | - | - | - | - |
| セネガル | 4 | 3 | 4 | 2.05 | 73 | 63* | 14 |
| セーシェル | 4 | 2 | - | - | 5 | - | - |
| シオラレオネ | 3 | 3 | 4 | 0.78 | 59 | - | - |
| ソマリア | 3 | 3 | - | - | - | - | - |
| 南アフリカ共和国 | 6 | 1 | 34 | 1.00 | 11 | 89* | 8* |
| スワジランド | 3 | 3 | - | - | - | 93* | 17* |
| トーゴ | 3 | 3 | 2 | 1.00 | 62 | 91 | 24 |
| ウガンダ | 4 | 2 | 4 | - | 100 | - | - |
| タンザニア | 5 | 2 | - | 1.00 | - | 47* | 3* |
| ザンビア | 3 | 4 | - | - | - | 66 | 6 |
| ジンバブエ | 3 | 3 | 36 | 1.03 | - | 80 | - |

(注) サハラ以南アフリカ諸国のリストは国際機関によっても異なるが、本書ではUNESCOに拠った。

* UNESCO Statistics Institute による推定値。特記のないものは2000 / 2001年の値。+は1999 / 2000年の値。-はデータなし。就学者の男女比(Gender Parity Index)は1が男女同数、1以下は男児の方が多く、1以上は女児の方が多いいことを示す。

出所: UNESCO (2003b) pp. 26-29, 46-49 より筆者作成。

ヴェルデ（56％）、ケニア（42％）、小学校就学前2年間の場合はモーリシャス（90％）、ガーナ（59％）となっている¹⁴⁹。しかし、その他の多くの国々は依然10％以下の水準にあり、SSA地域内での国家間格差が認められる。初等教育とECDの関係を見てみると、初等教育の純就学率が高い国でECDの粗就学率も高い傾向にあり、ECDの粗就学率の高い国では初等教育の留年率は10％台か、それ以下となっている¹⁵⁰。女兒の就学者割合については、約半数の国で女兒の方が男児より多く参加している。また、データ数は限られているものの、多くの国でECDサービスの普及を民間に頼っている事実もうかがえる。

3 - 2 - 2 ECDの質

2000年のEFA評価は、ECDの単なる普及から質の着目への転換点ともなった。同年に新たに設定された「ダカール行動枠組み（Dakar Framework for Action）」では、ECDの新たな目標として「特に、最も脆弱で、最も不利な状況にある子どもに対して包括的な幼児期のケアと教育（ECCE）を拡大し、改善する」（筆者下線）が挙げられ、ECDの質への言及が加えられている。EFA評価に先立って地域別に設定された行動枠組みを見ても、SSAでは「質のよいECDプログラムを拡大すること」を目標の一つに掲げるなど、単なる普及からサービスの中身の問題へと視点の広がりが見られる。

しかしながら、国家間での比較が可能なECDの情報はアクセスに関するものが中心であって、サービスの質の情報は比較的少ない。学校教育においては留年率や就職率などシステム内外での効率の測定や統一学力検査の実施による効果の測定など、いわゆる国際的に共通の物差しが存在するが、このような尺度や手法は、内容が多種多様で柔軟性も高いECDの性質には馴染み難い。結果、ECDの質の測定は個別のプログラム評価という形で行われるのが一般的であり、そこでは子どもの成長や発達の度合いが量的に測定されたり、子どもや保護者、コミュニティーに対するインパクトが質的量的に評価されたりする。そうした個々の評価事例については、前章の効果と意義の随所で触れたとおりである。したがって、地域全体のECDの質的傾向をまとめて議論するには多少の無理もあるという点を理解したうえで、ここでは入手可能なデータを基にその他の文献からの補足情報も加えながら、SSAを中心にECDの質について考えることとする。

表3 - 4はSSAにおけるECDの質に関係する指標をまとめたものである。これらは、各国がUNESCOに報告した数値であり、表3 - 3に列挙された年齢層の幼児を対象とするECDを指している。ECDの情報収集に困難があることはすでに述べたが、その事実を鑑みれば、ここでのデータは情報が入手し易い都市部を中心とする公立や私立の幼稚園や保育所を対象としたものと推測される。

まず、ECDサービスに費やされる年間稼働時間数であるが、これはデータのある他の地域と比べても決して見劣りするものではない。週単位の稼働時間数では最短の17時間から最長の

¹⁴⁹ 国民総所得の水準とECDの就学率との関係を調べると、SSAの英語圏では経済水準から予想されるよりも高い就学率を上げているが、仏語圏では逆の傾向が観察されている。Karin, Hyde and Kabiru (2003) pp. 14-15.

¹⁵⁰ ただし、ECDの粗就学率が低いのに小学校の留年率が低い国もある。全般的にはまだECDの普及率の低い国が多く、留年率のデータがある国も限られているので、両者の関係をこれらのデータから結論づけることは難しい。

表3 - 4 サハラ以南アフリカ諸国の ECD の質に関する指標 (2000 / 2001 年)

| 国名 | 年間稼働 時間数 | 訓練を受けた教 諭の割合 (%) | 女性教諭の 割合 (%) | 教諭一人当たり の幼児数 (人) | 政府支出の 割合 (%) |
|------------|-------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| アンゴラ | - | - | - | - | - |
| ベナン | 782 | 70+ | 72 | 30 | 1.23* |
| ボツワナ | - | - | - | - | 0.00 |
| ブルキナファソ | 777 | - | 66 | 29 | - |
| ブルンジ | - | - | 93** | 33** | 0.26 |
| カメルーン | 1,080 | - | 97 | 24 | - |
| カーボヴェルデ | - | - | 97* | 25 | - |
| 中央アフリカ | - | - | - | - | - |
| チャド | - | - | - | - | 0.00+ |
| コモロ | - | - | 94#* | 26+ | 0.00# |
| コンゴ共和国 | - | 78+ | 100 | 14 | 0.01* |
| コードジボアール | - | 91 | 80 | 20 | - |
| コンゴ民主共和国 | - | - | 88 | 25 | - |
| 赤道ギニア | - | - | 82 | 28 | 4.21* |
| エリトリア | - | 65 | 98 | 38 | - |
| エチオピア | 971 | 62 | 92 | 34 | - |
| ガボン | - | - | 98 | 30 | 10.50* |
| ガンビア | 780 | - | - | - | - |
| ガーナ | 1,092 | 24 | 91 | 24 | - |
| ギニア | - | - | - | - | - |
| ギニアビサウ | 840 | 23+ | 73+ | 21+ | - |
| ケニア | - | 42# | 55** | 26 | 0.24** |
| レソト | - | - | 99 | 19 | 0.00+ |
| リベリア | 925 | - | - | 36+ | - |
| マダガスカル | - | - | 98* | 18* | - |
| マラウイ | - | - | - | - | - |
| マリ | 988 | - | 89 | 25 | 0.96+* |
| モーリタニア | 1,080 | - | 99 | - | - |
| モーリシャス | 1,000 | - | 100 | 16 | - |
| モザンビーク | - | - | - | - | - |
| ナミビア | - | 77+ | 88* | 27* | 0.00# |
| ニジェール | 900 | 100 | 98 | 21 | 2.30* |
| ナイジェリア | 800 | - | - | - | - |
| ルワンダ | - | - | 86 | 35 | - |
| サオトメ・プリンシペ | 900 | - | 95+ | - | - |
| セネガル | 781 | 100 | 82 | 22 | 2.59#** |
| セーシェル | 1,046 | 80 | 100 | 15 | - |
| シオラレオネ | 700 | 76 | 83 | 19 | 0.00# |
| ソマリア | - | - | - | - | - |
| 南アフリカ共和国 | - | 66#* | 79+* | 36#* | 1.23# |
| スワジランド | - | - | - | - | 0.03# |
| トーゴ | 852 | 61 | 93 | 16 | 0.51* |
| ウガンダ | - | 86 | 70 | 25 | - |
| タンザニア | 727 | - | - | - | - |
| ザンビア | 588 | 100# | 57# | 43#** | 0.02+* |
| ジンバブエ | - | - | - | - | - |

(注) * UNESCO Statistics Institute による推定値。 ** 政府による推定値。 特記がないものは 2000 / 2001 年の値。 + 1999 / 2000 年の値。 # 1998 / 1999 年の値。 - はデータなし。 a: 女性教諭の割合については、ECD の質との直接的関係が薄いように思われるが、小・中学校などでは女子教員の少ないことが幼児就学の一つの阻害要因となっているため、参考データに含めた。

出所： UNESCO (2003a) (2003b) pp. 26-29、Karin, Hyde and Kabiru (2003) p. 19 より筆者作成。

30 時間まで、週単位の稼働日数は 4.5 - 6 日間であり、データのある東アジア・太平洋諸国 14 カ国の週 10 - 17 時間よりも格段に長い。ただし、稼働時間の長さはサービスの質には必ずしもつながらない。むしろ、与えられた時間内で教諭と子どもまたは保護者との間に実際にどのようなやり取りがあるのかがより重要であり、教諭の質が問われるのは正にこの点においてである。

教諭の質や幼児との交流の様子を推し量る材料としては、訓練を受けた教諭の割合や教諭一人当たりの幼児数といった指標が提供されている。前者についてはデータのある 17 カ国のうち、ギニアビサウ（23 %）、ガーナ（24 %）、ケニア（42 %）の 3 カ国を除いた残りすべての国で、訓練修了済みの ECD 教諭が 60 % を上回っている。これを男女別に見ても目立った差はなく、予想に反した結果を示している。しかしながら、ここでは訓練期間の長さについての情報が提供されていないため、必ずしも高い数値が教諭の高い質を示唆するとは言い切れない。一方、教諭一人当たりの幼児数は、通常 ECD では 20 名程度が望ましいとされるが、多くの国ではその水準が満たされていない。例えば、エリトリアで 38 名、ザンビアでは 43 名にも上っている。ECD では子どもの個別のニーズに対応することが重要であるが、特に途上国貧困地区では知的水準や言語文化面で先進国の場合よりもさらに多様な乳幼児を同時に扱わなければならない、多数の幼児を受け持ちながら質の高いサービスを提供することは先進国にも増して困難な作業であると推量される。なお、教諭の性別では圧倒的に女性が多く、男性教諭が 4 割を超えるのはケニアとザンビアの 2 カ国のみとなっている。

SSA の ECD に関するいくつかの文献は、ECD 教諭の能力向上に向けた再訓練や、研修後の視察・フォローアップ実施の必要性に触れている¹⁵¹。コミュニティー・ベースの ECD プログラムの教諭は、もともと就学年数の少ない候補者が短期間の訓練しか受けていないため、そうしたニーズは高いことが容易に想像される。また、一般的に ECD 教諭の雇用条件はよいとは言えず、社会的地位も決して高くはないことが教諭の労働意欲の低下につながっていると言う。雇用主はコミュニティーや NGO、民間企業など多様であって、それによって労働条件や給与水準も大きく異なっているが、コミュニティーが雇い主の場合、収入は低く、不定期であることが多い¹⁵²。

カリキュラム内容や教授法についても、改善の必要性が指摘されている。すなわち、現在のよような小学校での就学準備に特化した、教師中心の詰め込み学習から、より子ども中心で、文化的にも生活環境面でも適切性（Relevance）の高い内容に変えていく努力が必要とされている。もちろん、これまでの議論のように小学校入学に向けた就学の素地の涵養は依然重要であるが、その習得に至るまでの過程において幼児の興味や関心をより重視し、幼児にとってより身近な事柄を通じた遊びや学習活動が必要とされている。この点については、小学校低学年の教員との連携強化も欠かせないだろう。前章の効果の実証例でも述べたとおり、小学校における教員中心の、厳格で、暗記を中心とした学習活動は、幼児が ECD を通して獲得した能力を急速に消滅させてしまう強い影響がある。そのため、ECD の質的改善とともに、学習者中心の活動に慣れ親しんだ幼児を問題なく受け入れられるような素地を小学校側も同時に育むことが課題となる。

¹⁵¹ Colleta and Reinhold (1997), Karin, Hyde and Kabiru (2003)

¹⁵² Karin, Hyde and Kabiru (2003) p. 16

最後に、質とアクセスの両方に関係する指標であるが、表 3 - 3 では ECD に対する政府支出の割合が示されている。いずれも驚くほど低く、支出割合がゼロの国も数カ国存在している。これは ECD が国家政策として優先順位が低いことの証左である。ケニアは就学前 3 年間で 42 % という、SSA では比較的高い ECD 就学率を達成しているが、そのための政府支出割合は全体の 0.24 % でしかなく、そのほとんどは視学官や訓練教官などの人件費に費やされている。つまり、中央や地方の行政機関の人件費以外に必要な費用や資源はすべてコミュニティーや保護者、国内外の NGO または国際援助機関などによって賄われているのである。同様の傾向は他の SSA 諸国にも当てはまるため、そのような前提のもとでアクセスの拡大や質の改善を図るにはどのような効果的手法があるのかが模索されなければならない。

さて、前述のアクセスの部分では都市農村部や所得階層間の格差が深刻であることを述べたが、ECD の質についても同様の格差の問題が存在する。農村部や低所得層の受ける ECD はより質が低いのではないかとする研究結果がある。SSA の事例ではないが、これを以下に記しておこう。

ローデンブッシュ他 (Raudenbush et al.) は、1982 年にタイ全国から抽出されたサンプルデータを基に、マルチレベル分析手法で ECD の効果を探った¹⁵³。サンプルは小学校 399 校の 3 年生 11,442 名で、学校や家庭の要因を統制したうえで¹⁵⁴、国語と算数の成績に対する ECD 参加の影響が都市部と農村部に分けて測られた。その結果、ECD 参加が国語の成績を上げる効果は都市部が農村部に比べて 65 % 高く、同様に算数でも 68 % も高いことがわかった。これには、農村部で ECD の普及率が低いことや、農村部の ECD の質が都市部に比べて劣っていることが影響していると考えられた。なお、1982 年時点でのタイの ECD 参加経験者は、都市部が約 50 % であるのに対し、農村部は 29 % と低い。

さらに、家庭の社会経済水準 (Socio-Economic Status: SES) によって子どもが ECD 参加から受ける恩恵が異なるかどうかを調べたところ、農村部での国語の成績についてのみ、高い SES の子どものほうが低い SES の子どもより、より多く ECD 参加による恩恵を受けていることがわかった。分析者は、農村部において高い SES の子どもは質の高い国語指導を行う ECD プログラムに参加したために、より高い恩恵を受けたのではないかと推察している。例えば、方言の強いタイの農村で、そのような質の高いプログラムは標準語の指導に特に優れていたことなどが考えられる。

3 - 2 - 3 ECD プログラムの特徴

SSA における ECD への融資を増加させている世界銀行によれば、この地域で実践されている ECD プログラムは以下のような特徴を有している¹⁵⁵。

1) コスト安：ラテンアメリカ地域での ECD プログラムが年間一人当たり約 300 米ドルなのに対し、SSA では 30 米ドル以下とコストが低い。これは、直接的サービスを提供するよりは保護

¹⁵³ Raudenbush, Kidchanapanish and Kang (1991)

¹⁵⁴ 統制変数には、児童レベルで性別や年齢、家庭の収入や母親の教育水準などから成る社会経済水準の複合変数、さらには学校レベルの平均 SES が用いられ、ECD 参加の有無はダミー変数で示された。

¹⁵⁵ World Bank (2001a) pp. 5-8

者の子育てを支援し、改善するという点により力点を置いているためである。

- 2) コミュニティーの高い参加度：例えば、ケニアの7割の就学前施設がコミュニティーによって運営されている。
- 3) マルチセクター・アプローチや分権化された状態での実施：例えば、エリトリアのECDは地方自治省が地方の部局を通して他の省庁機関との調整を行っている。一方、ブルンジでは企画省の代わりに国内NGOがECDプログラムの運営を受託している。
- 4) 実施段階におけるNGOの活躍：上記ブルンジの事例ではプログラム全体を管理する国内NGOが地方にあるNGOへ訓練の実施やコミュニティーでのサービス提供などを委託している。ケニアの事例ではECDのパイロット・プロジェクトを公募したところ、五つの国際財団・NGOが選ばれ、実践に当たった(表4-8)。
- 5) 子どもの保護の重視：戦争孤児や避難民の子ども、HIV感染者の子どもなどに対する配慮は、この地域のECDプログラムにおいては重要である。
- 6) 援助機関間とのパートナーシップ：UNICEF、世界銀行、WHO、UNESCO、UNDP、FAO、WFP、二国援助機関、AKF、BvLF、SCなど多くの援助機関の間での協力事例が見られる。
- 7) 意識向上のためのコミュニケーション戦略の重要性：ラジオやテレビ、コミュニケーションの劇場などを通して、有効な育児知識を広く流布するコミュニケーション戦略がほぼ全てのECDの活動内容に含まれている。この点では経験が蓄積されている民間とのパートナーシップも必要となる。
- 8) 小学校での保健栄養活動との強い連携：ECDによる効果を持続させるためにも、多くの国でECDと小学校での保健栄養活動との連携が図られている。

3 - 3 ECDの課題

本章では、SSAを中心に、子どもと保護者を取り巻く厳しい状況を概観し、そうした現状を打破するためにもECDサービスが必要とされていること、しかしながら現実にはECDの普及率はきわめて低く、居住地や所得階層間で不平等に拡大していること、そして質的問題も抱えていることについて言及してきた。以上の記述を踏まえて、本節ではSSA地域にはどのようなECDの課題があるのかをまとめる。それらの課題は概ね他の途上国地域にも共通するものと考えられる。

表3-5は、SSA地域におけるECDのいくつかの課題を、その根拠となる現状とその課題達成に当たって障害になると思われる事項も加えて列挙したものである。ここからもわかるように、一つの課題の達成には他の課題の達成が関係している。以下、それぞれの課題に沿って説明を加えよう。

表3 - 5 サハラ以南アフリカにおける ECD の課題

| 現 状 | 課 題 | 課題達成に当たっての葛藤 |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・低い普及率 ・深刻な都市農村格差や所得階層間格差 | アクセスの拡大 （農村部住民と貧困層を中心に） | <ul style="list-style-type: none"> ・国家政策として ECD が推進されない（政治的支援と財源の不足） ・政府関係者や保護者が ECD の効果や意義を十分に理解していない ・地方行政機関が十分に機能していない ・ECD 関連の情報収集システムがない |
| <ul style="list-style-type: none"> ・需要が低い | 需要の喚起 （農村部住民と貧困層を中心に） | <ul style="list-style-type: none"> ・母親の半数が非識字者 ・マスメディアの普及が不完全 ・財源不足 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・教師中心の詰め込み学習 ・単調で一方的な教授法 ・教材教具の不足 | 質の改善 （教授法、教授態度、カリキュラム、教材など） | <ul style="list-style-type: none"> ・国家政策として ECD が推進されない（政治的支援と財源の不足） ・必要とされる人材が育っていない ・教諭養成課程が確立されていない、もしくは課程があっても質が低い ・ECD 教諭や准教諭に再研修を提供するシステムがない、または機会が少ない ・地方行政機関が十分に機能していない ・視学システムが機能していない |
| <ul style="list-style-type: none"> ・小学校入学後に ECD で得た効果が持続しない | 小学校との連携強化 （ECD から小学校1年生へのスムーズな移行、保健活動での連携） | <ul style="list-style-type: none"> ・暗記主義で厳格な小学校の授業 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児のエイズ孤児や HIV 感染者、避難民などの増加 | 特別なニーズをもつ子どもの保護 | <ul style="list-style-type: none"> ・エイズ孤児や HIV 感染者の乳幼児に対する ECD サービスについてはまだ対処法が確立されていない |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ECD の政策的優先順位が低い | 統合的視点に基づく子どもに関する国家政策の策定 | <ul style="list-style-type: none"> ・政府関係者が ECD の効果や意義を十分に理解していない ・縦割り行政 |

出所：筆者作成

(1) アクセスの拡大（農村部住民と貧困層を中心に）

SSA における ECD の最も重要な課題は、現在 ECD へのアクセスが限られている者、すなわち農村部と都市周辺部の貧困層の子どもや少数民族の子どもなどに対してサービスを拡大していくことである。他の教育段階と同様、ECD も適切な手立てが打たれなければ、貧しい者はより貧しく、辺境に住む者は永遠に辺境に取り残されるような不平等な社会の維持に寄与するだけに終わってしまうだろう。すでに見たように、農村部での ECD へのアクセスは著しく限られており、農村部や都市周辺部に住む貧困層の子どもも富裕層子弟との格差が助長されるばかりである。この不平等や貧困の悪循環を絶つためには少なくとも人生における最善のスタートが保障されなければならない。ECD によるサービス提供は、そのための最も有効な手段となりうる。

しかしながら、かかる課題の達成には多くの障害がある。第一に、SSA 諸国政府の ECD への低い投資額からも推察されるとおり（表3 - 4）、ほとんどの国では国家政策として ECD が優先課題に挙げられていない。そのため、ECD 拡大に当たって必要な政治的支援や財源が不足して

いる。政治的支援の欠如は、もちろん、政府全体として財源が少ないという事情もあるが、それ以上に政府関係者の間でECDが個人に与える効果は理解されていても、それが社会に与える意義については十分に理解されていないことが要因である。つまり、ECDは賄える者だけが賄えばよい贅沢品であるという意識がまだ根強いものと推察される。ただし、政府のコミットメントの不足を補う形で、国内外のNGOや財団、その他の援助機関がSSAにおけるECDのサービス拡大に貢献しており、それら諸機関での協力ネットワーク作りも現在は進んでいる。

第二の障害として、国際援助機関やコミュニティーなど別の財源を用いてECDのアクセスを拡大するにしても、地方行政組織が十分に発達していないため、必要とされるような協力支援を得にくい点が指摘される。それは何も視学や再訓練の機会が得にくいというだけでなく、マルチセクターを扱うECDでは省庁間の調整を通じた協力を必要とする場合があるが、そうした調整も煩雑で非効率なものとなることを意味している。最後に、SSAにおけるECDへのアクセスと質を扱った二つの表(表3-3、3-4)からも自明であるが、ECD関連の情報やデータが不足している。それらを体系的に情報収集するシステムが確立されていないためである。そのため、国全体としてどの地域のどのコミュニティーが最もECDサービスを必要としているのかが掴みにくく、全国的な視野での戦略が立てにくい。

(2) 需要の喚起(農村部住民と貧困層を中心に)

上記の課題に深く関連しているのが、ECDサービスへの需要の喚起である。特に、農村部と貧困層の成人を対象にECDの効果と意義を広く知らしめるような対策を必要としている。長期的にECDに対する人々の需要が大きく高まれば、コミュニティー、地方政府、そして中央政府がそれに呼応する形でサービス拡大に力を注ぐようになるだろう。

ここでの障害は、ターゲットとすべき母親は読み書きができない可能性が高いという点である。表3-1にも示したとおり、SSA地域の成人女性の半数近くは非識字者となっている。キャンペーンを行うにしても、対象となる農村部や都市周辺地域ではマスメディアも十分には発達していないし、当然、財源も不足している。このような状況下で、どのようにECDの重要性の意識化を図れるのかを考えなければならない。例えば、需要はまったくないわけではない。すでに見たように、SSAでも急激な都市化や農村部からの出稼ぎ増加によって家族の形態は大きく変化し、女性の世帯主も増加して、子どもの保護的ケアを求める保護者も少なくない。そのような需要は必ずしもECDの本当の価値を認識したうえでの需要ではないが、そうした機会を巧く捉えて、ECDの効果と意義に対する意識の高揚へとつなげる努力が必要とされている。

(3) 質の改善

ECDの課題としてはアクセスの拡大が最重要であると考えられるが、質の改善もそれに次いで重要な課題の一つに挙げられる。一般的にはアクセス拡大と質の改善はトレード・オフの関係にあると捉えられる向きもあるが、実際にはいずれかを選択するかよりも双方を合わせて取り組むことで相乗効果が生まれると考えられている。質の低いサービスを拡大しても、結局は質の問題が原因でアクセスが伸び悩んだり、減少したりするからである。

では、必要とされる ECD サービスの質とは何であろうか。それは、子どもが暮らす家庭や地域社会の社会的、文化的、経済的状況に十分配慮したサービスを提供して、子どもの生存を保障し、健全な成長を促し、子どもによって異なる発達過程に沿った発達刺激を与えることではないだろうか。周知のとおり、SSA の ECD サービスの現状はそれに遠く及ばない。政府が定める ECD の学習課程要領には「遊び」の重要性が記述されているにもかかわらず、実際には教師中心で単調かつ一方的な詰め込み式の学習活動が主流となっている。

質の改善に当たっての最大の障害は、アクセス拡大の項でも言及したように、国家政策として ECD が推進されていないことにある。そのため、各種の養成研修を開くにも省庁からの組織的支援が得にくく、財源が不足している。次に大きな障害は質的改善に必要とされる人材が育っていないことにある。例えば、国によっては ECD 教諭の養成課程がまだ確立されていないところもあり、もしくは課程が存在する場合も質が低く、未熟な知識と技術しか持たない教諭を輩出している。また、再訓練の機会も少ないか、もしくはそうしたシステムが確立されていない。さらに、地方行政機関が機能していないため、現職の教諭を外から支援するような視学官による視学のシステムも欠落しているか、あっても十分には機能していないなど、数多くの障害がある。

(4) 小学校との連携強化

ECD が子どもに与える効果を持続させるために、近隣の小学校との連携を強化することも課題の一つとなっている。そのような連携は、ECD 教諭と小学 1 年生の担当教員との交流のほか、学校単位での保健活動での協力を通して図ることができる。

このような連携の必要性は、多くの ECD での活動がまだ質の低い小学校の模倣であるような現在の SSA では感じ取り難いかも知れない。しかし、途上国で ECD の普及率が最も高いラテンアメリカでは、小学 1 年生に対する教育が教師中心主義で、厳格で、子どもの発達課題を無視したものであることが、ECD の効果を台無しにしているとの批判の声が高い。そのため、ECD の修了後、学校生活への移行をスムーズにするためにも小学校側の改善が強く叫ばれ、そうした改善が ECD と小学校との連携強化によって得られるとして模索が続いている。

(5) 特別なニーズをもつ子どもの保護

SSA ではエイズによる親の死亡で孤児になったり、または本人自身が HIV 感染者やエイズ患者であったり、紛争によって生じた国内避難民の子どもなどが数多くいる。例えば、2001 年時点で、エイズで片親か両親を失った 0 - 14 歳の子どもの割合はジンバブエ 77 %、ボツワナ 71 %、ザンビア 65 % (表 3 - 1) と驚くほどの多さである。国内避難民は 1999 年時点の数値でアンゴラ 175 万人、ブルンジ 80 万人で、それぞれ約半分が子どもであると言われている¹⁵⁶。これら子どものうち、乳幼児を ECD サービスの一環としてどのように保護するのかは、現在 SSA 諸国の ECD 関係者の間でも緊急の解決を要する課題として取り扱われている。しかしながら、特に HIV/エイズ関連の乳幼児への対応については確立された手法や拠りどころとする知見にも

¹⁵⁶ UNICEF (2000)(ユニセフ駐日事務所訳 2000) p. 79

欠けているのが実情である。

(6) 統合的視点に基づく、子どもに関する国家政策の策定

上記のような課題は、ECD に対する政府のコミットメントがありさえすれば、多くは比較的容易に達成されるだろう。ここでいうコミットメントとは政治的支援と財政的支援の双方を指しているが、実際には SSA の政府にその双方を期待することはあまり現実的ではない。そこで、少なくとも統合的視点に基づく、子どもに関する国家政策の策定が行われれば、ECD へのアクセス拡大や質の改善がより容易になり、プログラムがより円滑に実施されるものとする。

そのような国家政策の策定はマルチセクター・アプローチの実践に特に有効に働くものと思われる。本章 3 - 1 にも明らかとなっており、乳幼児の発達ニーズは本来統合的であって、保健衛生、栄養、教育の各方面からの支援を必要とする。しかしながら、今日、多くの国で子どものニーズは便宜上分離された個々のセクターによって別々に取り扱われ、マルチセクター・アプローチの実施にも煩雑さや非効率を招いているからである。

この点における障害は、ここでもやはり、ECD の効果や意義に対する政府関係者の理解不足にある。また、国によっては縦割り行政の縄張り争いもそのような政策策定の作業を困難にするかもしれない。