

開発と生活の質の理論枠組みの構築と実践  
—インドの貧困層の精神的側面のニーズに関する研究—  
Theoretical Framing and Practices of Developmental Quality of Life in Developing  
Country-Psychological Needs of the people with low income-

2016年3月

九州保健福祉大学大学院  
(通信制) 連合社会福祉学研究科  
社会福祉学専攻

学生番号 8D31501 氏名 橋本由紀子

## 目次

序章	研究課題・目的	1
第一節	問題の所在と研究課題	1
第二節	研究目的と意義	2
第三節	主要先行研究	2
第四節	論文の構成	5
第 I 部	開発協力の展開と「生活の質」	
第一章	開発協力の展開	6
第一節	開発協力の動向	6
第二節	開発協力の目的と人権	10
第二章	D-QOL 固有の視点—理論の枠組み	18
第一節	D-QOL の定義	18
第二節	センの潜在能力アプローチ固有の視点	23
第三節	D-QOL と潜在能力アプローチの比較	27
第四節	NGO のサービス評価機能	28
第三章	D-QOL アプローチ—分析の枠組み	33
第一節	D-QOL の方法論的定義	33
第二節	D-QOL の構成	34
第 II 部	D-QOL アプローチの展開、調査と実践	
第四章	調査対象地—ダラビ地区とタネ市スラムの概要	40
第一節	経済発展とスラム化	40
第二節	ダラビスラム	40
第三節	タネ市のスラム	44
第五章	スラムの障がい者の D-QOL—質的調査	48
第一節	目的	48
第二節	スラムの障がい者の生活実態と福祉	49
第三節	スラムの障がい者のニーズと精神的側面—質的調査	50
第四節	知的障がい児と家族のニーズ	52
第五節	障がい者の家族の直面するニーズとソーシャルサポート	56
第六節	考察と小括	57
第六章	スラム住民のストレス度と D-QOL	59
第一節	D-QOL 阻害要因—ストレス度	59
第二節	スラム住民のストレス度調査	60
第七章	女性のエンパワメントと D-QOL	64
第一節	調査	64

第二節	本調査の過程と結果	66
第三節	考察と今後の課題	70
第八章	スラム住民の D-QOL 調査	72
第一節	目的	72
第二節	調査	72
第三節	結論	74
第九章	AIDs・HIV 患者の D-QOL 調査	76
第一節	問題の視角と限定	76
第二節	AIDs/HIV 患者の D-QOL 調査	79
第三節	面接調査結果	84
第四節	考察—NGO サポートと D-QOL	88
第五節	結論	89
第十章	スラム住民の D-QOL 経年調査—タネプロジェクト	91
第一節	問題の視角と限定	91
第二節	スラムの D-QOL 調査（2010）	93
第三節	タネプロジェクト	96
第四節	スラムの D-QOL 調査（2013）	100
第五節	結論	103
第Ⅲ部	D-QOL	
第十一章	調査・実践の総括と D-QOL	105
第十二章	結論	107
引用文献		110

謝辞

## 序章 研究課題・目的

### 第一節 問題の所在と研究課題

国連の経済社会理事会が、1961年『世界社会情勢報告・1961年』の副題に「社会開発と経済開発の均衡」を掲げて以来、それまでの経済効率至上主義的援助への反省から、社会開発協力の主目的は、生産・消費・所得の向上から、人々の発展と生活の質(Quality Of Life)の改善に移り、貧困対策の視野も、量的な所得貧困撲滅から、栄養・住居・医療・教育等を含むBHN(Basic Human Needs)優先へと変化した(斉藤1995)<sup>1</sup>。1990年から、世界銀行と国連開発計画(UNDP)は、貧困や人間開発を主要テーマに掲げた報告書を発表し、従来の成長優先的開発協力を批判的立場を示し、貧困層や社会的弱者等への支援と両立する開発協力の必要性を主張した(*Human Development Report 2000~2014*)<sup>2</sup>。

一方、途上国では、経済成長を中心とする開発プロジェクトや工業化政策が推進される一方で、所得格差、都市人口集中、環境・公害問題、そして、障がい者などの社会的弱者の問題、HIV/AIDs やアルコール依存症、自殺や家族内暴力などの精神面での不安定要因が浮上している。

著者の福祉的観点からの開発への問題意識は、インドのスラムにおけるフィールド・ワークの経験に端を発している。スラム住民の間では、生活環境の急変や社会問題の深刻化により、ストレスや精神的な不安定に悩む人々が急増し、もはや、所得増大や生活水準の改善のみでは解決できない複雑な生活状況が生じている。また、障害者などの社会的弱者は開発や福祉支援の主流からはずされ、後回しにされ、いまだに人権侵害や差別・偏見のために、彼らのQOLは阻害されている。したがって、人々の精神的安定とQOL向上を目的とする新しい開発理念の構築の必要性を認識した。

UNDP が提唱する人間開発理論とその実現を具現化した国連ミレニアム開発目標MDGsは、支援受け入れ国の住民のニーズに即した「経済的社会的発展の促進」と「住民の生活水準の向上と、選択肢の幅の拡大」の実現を2015年までに達成することを目的に掲げ、各国政府は努力を重ねてきた。しかし、評価尺度としての人間開発指標(Human Development Index)は客観的な要素のみで構成されており、人の心を表す精神的側面や、主観的側面を個別的に反映する要素に欠けている(Lind 1992)<sup>3</sup>。したがって、複雑な人間のニーズや格差、深刻化する社会福祉の問題群を反映するには限界があり、途上国の住民自身の内在的な観点(emic view)から、個別のニーズを反映した指標を追加することに意義があると考えられる。QOL(Quality Of Life)の概念は、「ものから心、精神、文化へ」の流れや「心理的エンパワメント重視」の立場(三重野1990)<sup>4</sup>から、新しい福祉開発協力構築のための基礎理念として有効であると考えられる。QOL概念は、人間を個別的意思を持つ生活主体として捉え、「人は生き方を主体的に決定し、常に人生の質、生活の質、生涯の幸福感の向上を追求する権利を平等に有する」という福祉的人間観に立ち、個人の主観的、内面的側面を重視し、個人の望む生き方や生活スタイルを尊重する立場である。また、QOL概念では、個人の社会的役割と社会関係との相互作用を重視し、先進国か途上国かを問わず普遍的な人間の価値観が重視される。このようなQOL概念を、人間開発の理念への補完的かつ独自の存在意義を持つと位置づける。人間の精神的ニーズや主観的かつ個別的なニーズの存在に配慮した(Developmental Quality of Life) D-QOLアプローチを、実践

にむすびつけることは、途上国の人々を支援の受動的な「対象」としてではなく、支援に参画する「主体」(パートナー)として捉える、新しい福祉的な協力関係の一つとして必須であると考えられる。

## 第二節 研究目的と意義

1948年に国連で採択された世界人権宣言の前文には、「人間の尊厳と価値、基本的人権を承認することは、自由、平和の基礎である。恐怖と欠乏のない世界の到来を法的に保障することが肝要である。」旨が明記されている(United nations1948、谷 1991)<sup>5,6</sup>。近年、開発途上国では、貧困(欠乏)が緩和傾向にある(*Human Development Report*)<sup>2</sup>。一方で、精神生活の不安定要因(恐怖・格差)が増し、社会開発や福祉政策の優先順位を転換せざるを得ない状況も生じている。これまでの開発協力では、所得面での貧困の解消に重点が置かれ、精神的安定への配慮や福祉的観点からの人々の生活の質(QOL)の向上が軽視されてきたといって過言でない。本研究では、経済発展の陰で所得格差が拡大するインドにおいて低所得層の人々の生活の質の精神的側面を調査し、QOL向上を目的とした福祉開発D-QOL(Developmental Quality of Life)を構築する。そのために、インドのスラム住民などの社会的に不利な立場にある人々について現地調査を実施し、人々のニーズと生活の質の関係を分析する。そして、D-QOLアプローチと実践のあり方を、実践の担い手である開発NGOやソーシャルワーカー、住民組織の活動を参照しつつ考察する。

## 第三節 先行研究

パンチャムキは『インドの伝統哲学と開発—西洋的価値観との相違』<sup>7</sup>の中で、西洋的価値観に基礎を置く開発戦略がなぜインドで摩擦を起こし、成功を見ないのかを、次のように分析している(Panchmukhi 2000)<sup>7</sup>。

「開発戦略には、その国独自の価値観や文化を考慮し、途上国の文明化、西欧化、工業化ではなく、一人一人の生活の質の向上を目的とした哲学や方法論に基づく政策が組み入れられなければならない。」彼は、西欧的価値観に基づき行動する「合理的経済人」と、インド特有のローカルな価値観に基づき行動する「ホリスティック人」を意思決定の過程でどのような相違があるかを比較し、西欧的価値観に基づく開発政策の失敗を指摘している。合理的経済人とホリスティック人が共存するインドでは国内外で価値観の摩擦が生じるため、合理的経済人のみを想定した開発戦略が失敗に終わるのは当然であると、彼は指摘している。結論として、先進国と途上国では合理的経済人とホリスティック人の意思決定の相違と均衡点の乖離が存在するのみならず、1)既存の資源や生産条件(労働者の質や技術レベル、インフラの整備)、2)社会的条件(カースト、万隻する社会問題)、3)個人と社会や地域との関係の強さと相互作用など多くの相違点があり、それらを見逃した西欧的価値観に基づく開発協力政策は、単にインドや他の途上国を西欧化させる方向に向かうだけであると批判している。そして、GNP(国民総生産)に代わる尺度としてGNV(国民総価値: Gross National Values)を提案し国民一人一人の価値観がどの程度達成されているかが重要であるとしている<sup>7</sup>。

パンチャムキの分析は、インド国内の所得格差の拡大とそれに伴う不公平やさらなる貧

困層の拡大を見逃しがちな国際社会への警告と欧米の価値観を中心とするグローバル化を批判したものである。今一度インド特有のローカルな価値観に戻り、開発を哲学的な人間観に基づき、再検討しようとする彼の試みは、福祉的観点とも言え、人間の精神性の復活と人生の幸福感の追求という、現在の途上国の人々が失うまいと格闘している意識傾向を如実に示している。そして、本研究で言及する途上国の人々の精神生活の安定を目指す福祉開発 **D-QOL** の主張と共通するものである。しかし彼の主張する国民総価値 **GNV** をいかに測定するかという課題に関しては具体的に言及されていない<sup>7</sup>。

他の主要な先行研究としては、以下のような研究がある。

社会開発分野では、絵所(1994)<sup>8</sup>は著書『開発と援助』の中で構造調整と貧困、援助をキーワードに開発経済学と援助理念の歴史的展開過程を整理し、開発経済学の中での貧困問題を考察するための方法として、**BHN** と人間開発アプローチについて説明している。そしてアマルティア・センの「**capability**」概念を取り上げ、貧困政策や福祉評価において潜在能力の保障が必要であると論じ、貧困問題の解決に人々の生き方の幅を広げる選択肢の拡大を強調している。しかし、センの理論は政策的に保障すべき、人々の潜在能力の供給程度を測定し、評価する社会指標に関して言及されていないため、具体的に実践に採用できるには至っていない、とも絵所は指摘している<sup>8</sup>。

また、佐藤仁(1997)<sup>9</sup>は人間開発概念に大きく影響を与えたセンの **capability** の概念を軸として、開発協力における生活水準の評価の問題を取り上げ分析している。ロールズ(John Bordley Rawls)は著書 *Theory of Justice* (1971)において、基本財の概念に関するセンの議論を基に潜在能力を精査し、潜在能力の評価をいかに行うか、優先順位をどのように決定すべきか、誰が評価の主体であるのか、などの問題を提起し、途上国の地域集団のダイナミクスを考慮した、住民参加による評価の重要性を主張している<sup>9</sup>。佐藤の問題提起は、当事者性を重視する本研究と主旨を同じくするものである。しかし、個人の内面的、主観的ニーズには言及していない。

鈴木興太郎<sup>10,11,12</sup>は、「経済的不平等・貧困・生活水準の基礎理論の構築と具体的適用、個人の自由と権利に視座を定めた新たな福祉と開発の経済学の展開など、センが捉えた道標を辿って推進されてきた研究は、ポスト厚生主義の規範的経済学を形成しつつある」とセンの役割を大きく評価している。また、センの潜在能力アプローチに関して、「福祉経済学の新たな理論的基礎と見なされる潜在能力アプローチを、先進国の論脈で具体的に追求してみることは、誠に興味深い。」と述べ、センの人間開発理論が開発途上国のみ限定されない普遍性を持つことを評価している<sup>10,11,12</sup>。

国連開発計画 **UNDP** は、1990年よりアマルティア・センとマーブル・ハクの間人開発理論を基礎に年次報告書を発表し、人間開発指標(**HDI**)を初め、様々な指標を提示し、人間開発度の国際比較を行っている。しかし、人々の精神的側面の指標には懐疑的であり、客観的側面の指標のみを採用し、世界約190か国の人間開発度のランク付けを行っている。**UNDP**の分析ツールは国際比較を念頭に、国単位の客観的変数のみに依存した平均値で示され、人間の個別性や多様性を重視する潜在能力アプローチや人間開発理論の真の意図を繁栄し、実践に結びつけるツールとしては限界があると批判され、**UNDP**は批判に対処するべく、地域間格差や階級間の格差、ジェンダーなど他の重要な社会指標を組み込んだ指標の開発を補完的に開発してきた。しかし先進国に関して、「社会的疎外」要因の測定が必

要である一方で、途上国こそ「社会的疎外」のみならず、不公平感に起因するストレス、生活不安や差別、恐怖を包含する精神的側面の指標が必要である。

人間の精神生活の側面の指標に関しては、障がい者福祉の分野で、ニリエ(Bengt Nirje 1969)が独自の福祉理念「ノーマライゼーション」の具現化の指標として、QOL 指標を位置づけている(橋本 1998)<sup>13</sup>。中園康夫(1996)<sup>14</sup>はノーマライゼーション理念の欧米各国の先駆的な理念を体系的に検討し、欧米の理論と実践における意義の確認と位置づけを行うと同時に、障がい者が地域で自立して生活することが、彼らの生活の質の向上にとって好ましいと主張し、福祉的人間観と価値観を反映させたノーマライゼーションの実現と QOL 概念の普及を支持している<sup>14</sup>。

WHO-QOL Group<sup>15</sup>は QOL の異文化間比較に対応できる指標の開発に取り組み、人々の心身の健康に重点を置き、保健医療サービスの向上を目的とした WHO-QOL の開発に成功している。WHO-QOL は、精神的健康を指標に取り入れ、主たる側面を「ドメイン」ドメインの下位項目を「ファセット」と設定し、5 つのドメイン、100 のファセットからなる指標を作成し、主観的側面の計量化に成功している。しかし、開発協力からの視点ではなく、医療分野での心身の健康の増進とサービス向上を目的としているという点で、本研究で主張する開発途上国への QOL 適用とは目的がやや異なる(WHO 2004)<sup>16</sup>。

日本では QOL 研究に関して興味深いものとして、松岡克尚ら<sup>17</sup>の高齢者福祉分野の研究がある。彼らはフェランズとパワーズ(Ferrans & Powers)が *Quality of Life Index: development and psychometric properties*(1985)<sup>18</sup> で提示した QLI を修正し、日本の健康な高齢者を対象に QOL 調査を実施し、満足度と重要度という主観的価値観を指標に取り入れ、生活の質の向上のためには、ソーシャルサポートが有効であると結論付けている。また、河東田博ら<sup>19</sup>は日本とスウェーデンにおける知的障がい者の主観的 QOL 調査を行い、異文化間での比較研究を実施し、地域で自立生活をする障がい者の QOL は、施設入所者よりも高く、大規模施設に反対の姿勢を表明し、設備などの物理的環境よりも、地域での自由な自立的生活を支える社会的・人的環境整備が必要であると結論している<sup>19</sup>。

また、内閣府経済社会総合研究所・幸福度研究ユニットは「生活の質に関する調査結果 2012」の中で、①主観的幸福感、②協調的幸福感、③生活満足度、④感情経験バランス、⑤生活局面での満足度、⑥主観的評価による経済状況、⑦住環境、⑧不安、⑨治安、⑩周囲からのサポート、⑪主観的健康、⑫社会的接触頻度等、を指標として国民の生活の質を支える要素を年齢、性別、によって調査し、幸福感と生活への満足度は相関関係が高い傾向にあり、それらを支えるのは、社会サービス、子育てサービス社会的サポートであるとしている。生活満足度と収入の相関関係は低く、収入が多いほど満足度や幸福感が高いとは限らないとしている(南條 2009)<sup>20</sup>、桑原(2012)<sup>21</sup>。

本研究では、途上国の人々の生活の質をより主体的側面から把握できるように、面接聞き取りによる質的調査方法により、インドの低所得層の人々や障がい者など社会的弱者と呼ばれる人々の QOL を調査し、その向上を目的とする D-QOL(Developmental Quality Of Life)の構築を試みる。

第一章では、開発協力の背景を概観し、D-QOL の基礎となる理論的枠組みの構築への第一歩とする。

#### 第四節 論文の構成

本論文では、第 I 部で、教育、医療、雇用の充実に重点をおく、インド出身の福祉経済学者アマルティア・センが理論的基礎を提供した人間開発アプローチと、精神的安定を重視する生活の質（QOL）アプローチを比較し、開発と生活の質アプローチ、D-QOL (Developmental Quality of Life) の理論の枠組みの構築を試みる。そして、WHO-QOL の文献を基礎に行ったプリテストデータを因子分析し、スラム住民の「生活の質」を測定する指標を開発し、分析的枠組みとした。第 II 部では、この指標 D-QOL を基に、貧困と Vulnerability を抱える人々の精神的ニーズを一連の調査で明らかにする。具体的には、スラム住民のストレス度調査、障がい者の精神的ニーズ、女性、AIDS/HIV 患者の精神的ニーズを明らかにし、いかに精神的側面が脅かされているかを明らかにする。また、第 I 部で提示した D-QOL 指標に基づく現地調査により、貧困にさらされている人々の経済的・物質的な生活の向上が、精神的な安定に必然的に結びつくものか否かを検証し、これらの調査結果を基に著者が現地のソーシャルワーカーと立ち上げた「タネプロジェクト」を提示・検証し、総括とする。



## 第 I 部 開発協力の展開と「生活の質」

### 第一章 開発協力の展開

#### 第一節 開発協力の動向

本節においては途上国の D-QOL の目的を明確にするために、これまでの開発協力の変遷とパラダイムシフトについて概観する。

##### 1. 開発協力におけるパラダイムシフトと人権

これまで、開発協力は援助国の反省と途上国からの批判との相互作用により、大きく政策転換を迫られ、その大きな流れは人権の観点から次のように要約できる。

##### (1) 国連の採択と 1950 年代の開発協力

前述のように、国連の世界人権宣言には「人間の自由、権利、尊厳、平等」が保障されている。1950 年代の開発論においては、経済成長はそれ自体が目的ではなく、貧困解消の最有力手段として考えられていた。その根拠は、成長の利益は貧困層に自動的に波及するという「トリクルダウン仮説」や、開発初期段階の利益集中は避け難いが、長期的には格差は縮小するという「グズネッツの逆 U 字型曲線の仮説」等に基づいていた。この時期の開発協力は、人間を労働資本と捉え、開発することにより、生産性の向上を図ろうとする人的資本アプローチが採用された(西垣・下村)<sup>24</sup>。

##### (2) 第 1 次国連開発の 10 年

1960 年代においても、開発協力はハロッド(Harrod R.F 1948)・ドーマー(Domar E.D1957)型成長理論に準拠する経済成長に政策目標が置かれ、1961 年の国連総会で採択された「国連開発の 10 年」の目標は「途上国に年率 5%の成長率を達成せしめること」と決議された。国連の経済社会理事会は 1961 年「世界社会情勢報告・1961 年」の副題に「社会開発と経済開発の均衡」を掲げ、南北格差や人口問題、社会問題の解決等に重点を置く社会開発協力が重要視されるようになった。1966 年の国連人権規約「経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約」では人間の尊厳を保つ上で不可欠な衣食住、衛生、教育からなる BHN(基本的ニーズ)充足実現への努力を謳っている。

1969 年の「社会の進歩と開発に関する宣言」では、社会の進歩と開発の目的は「生活水準の向上」とされ、そのために労働権、団結権、団体交渉権を保証し、完全雇用、健康、安全の保持に必要な措置を取るべしとしている。この間に国際的な協力組織が次々と設立され、国際協力体制の基礎ができた。国際開発協会(IDA 1960)、経済開発協力機構(OECD)の開発援助委員会(DAC 1960)、米州開発銀行(IDB 1959)、フランスの経済協力中央金庫(CCCE 1960)、英国の海外開発省(ODM 1964)などである。そして、開発協力政策は、貧困層への所得分配の手段として、BHN アプローチが重要視され、社会開発の目的は「生活水準の向上」とされた。

ストリーテン<sup>22</sup> やリプシグ<sup>23</sup> は 1950~1970 年にかけての開発協力の变化を次のように説明している。

「1960 年までに開発戦略は成長優先から雇用志向型へ、その後 1960 年の後半には貧困撲滅型へと変化し、戦略の重点が所得再分配へと移行した。低生産性から生ずる貧困を解

消するためには貧困層の生産性を高めるような再配分が必要であり、所得保障が重要視された。しかし、再配分を通じた不平等の改善と、基本的ニーズの充足と、どちらがより重要かの問題に直面し、結論として、途上国においては、抽象的な平等という概念より、具体的な基本的ニーズの充足が重要であるとされ、開発戦略は BHN 志向型に移った。」

しかし、1960年代を通じて、マクロ的経済成長は途上国の核心課題である貧困の撲滅に効果を示さず、貧富の格差はより拡大した(西垣・下村 1994)<sup>24</sup>。

### (3) 第2次国連開発の10年

1970年代にかけては、途上国の成長率が次第に低下し、アルゼンチンのプレビッシュにより国際経済体制の見直しが提案され、世界銀行の依頼によりまとめられたピアソン報告や、国連の要請により作成されたティンバーゲン報告などの内容を取り入れ「第2次国連開発の10年」(1970~1980)への取り組みが始まった。

経済発展に於ける途上国の非経済的要因、特に政治構造、官僚機構等の制度的不備への批判や、アジア、アフリカ、南アフリカなどの途上国の、行政機構の欠陥への指摘から、量的な開発指標のみならず、社会構造や制度の質的改革をも追求すべき必要性が提案された。これらを受けて、第2次国連開発10年の採択では「公正な所得分配と社会改革」が開発理念として確認決議された<sup>24</sup>。

この1970年代には開発思想に3つの基礎的アプローチが確立された(絵所)<sup>8</sup>。①国際労働機関(ILO)の雇用創造アプローチ、②世銀の成長を伴う再配分アプローチ、③ダグ・ハマーショルド財団のもう一つの開発である。

#### ① 国際労働機関(ILO)のアプローチ

1976年の世界雇用会議で「BHNアプローチに関する行動原則並びに行動計画宣言」が採択され、ILOは貧困を雇用問題として捉え、雇用指向型政策目標に重点が置かれた。従って、ILOは1970年代の政策目標の重点を、失業問題から雇用と所得分配に移し、「労働集約的な伝統的な都市の経済活動、及び農村での小規模な農業活動は雇用に貢献し、この部門の発展のための土地改革や、労働集約型の技術転換を奨励すべきである」と提唱した。ILOのBHNアプローチの特徴は、労働者のBHN充足のためには、生産による基本的な財とサービスの再配分と成長が必要であり、雇用機会の充実が不可欠であるとされた点にある(西川 2011)<sup>25</sup>。

#### ② 世界銀行のアプローチ

世銀の援助政策は、チェネリーらによる研究「成長を伴う再配分」に代表されるように、従来のインフラ建設重視政策から大きく転換し、農村と都市の絶対的貧困撲滅に重点が置かれた。そして、人的資源の開発とBHN、そして成長を伴う再配分の研究が進んだ。「成長を伴う再配分」の経済的枠組みでは、低所得層の福祉向上のための基本的アプローチとして、a)全ての層への利益配分と貯蓄の向上、より効率的な資源配分によるGNPの成長、b)教育、融資へのアクセス、貧困層への投資、c)財政制度と消費財の直接配分を通しての所得や消費の再配分、d)土地改革による貧困層への資産の移転、等により貧困層の生産能力と所得の向上に重点が置かれた。世銀の開発協力アプローチの特徴は、人的資本投資政策としてのBHNアプローチが展開され、食料、住居と衣料、教育、安全な水、保健のような公的サービスの充実が優先されたことである。

#### ③ もう一つの開発

先進諸国では、地球環境保全の問題への取り組みから、「人間的環境に関するストックホ

「ブルーム会議」(1972)や「資源の利用と環境、開発戦略のパターンに関するセミナー」(1974)で人間の基本的ニーズ(BHN)充足目標の未達成という内的限界と、環境破壊という地球の物理的統合性の危機という外的限界が認識され、もう一つの開発に向けての努力の必要性が叫ばれた。1975年には、ダグ・ハマーショルド財団が「今、何をすべきか—もう一つの開発」報告書を発表し、「成長は単なる手段に過ぎない。貧困層の基本的ニーズの充足を目指し、表現、創造性、自己決定等のニーズを充足させることにより、人間が人間らしくあることを保障する開発こそが、オルタナティブな開発である。」と主張した。ハマーショルド財団のもう一つの開発とは「BHN 志向の、内発的な、自助的な、生態系に健全な、そして、社会構造の転換に基づく開発」と定義されている(西川)<sup>25</sup>。このもう一つの開発において、人間性の開花という表現が登場し、初めて開発過程における人間の精神的側面への関心が明示されたといえる。また、オルタナティブな開発のアクターとして、エンパワメントアプローチを導入し、支援する NGO の役割が重要視されるようになった(内海 2001)<sup>26</sup>。

1973年からの第二次石油危機が世界経済に与えた影響は大きく、特に一次産品輸出の伸び悩みによる貿易収支の悪化に苦しんでいた途上国にとって、資源主権を確立し、先進国支配からの脱却を目指す、資源ナショナリズムが高まる結果となった。そして1974年の国連資源特別総会により「新国際経済秩序樹立に関する宣言」が採択され、「不公正な国際経済体制」に代わる「主権の平等」の概念が登場し、途上国による「新国際経済秩序」の主張へとつながった。新国際経済秩序(NIEO)では、個人の幸福増進が開発であり、機会均等が国家と個人の基本的権利となる新しい国際秩序を創設しようとする動きとなった。しかし、NIEOの目標は国と国との平等に関心があり、国家の経済自立を目的としたため、個人の機会の平等を目的とする BHN アプローチとは対立する結果となった。NIEOは、先進工業国の賛成を得られず、開発途上国間の利害対立もあって樹立に至らなかった<sup>24</sup>。

#### (4) 第三次国連開発の10年

##### ① 構造調整アプローチ

1970年代には途上国への膨大な融資が行われ、また、2度にわたる石油危機や一次産品価格の低下、国際金利の上昇により、1980年代に入ると、債務国の返済は資本流出と相まって、イタリアやブラジルが返済不可能を宣言し、国際債務危機を招いた。その結果融資継続のためにこれら途上国は世界銀行の「構造調整」を実施しなければならなくなった。

それまで国際収支面の支援は IMF の役割であったが、IMF の短期的アプローチでは途上国の累積債務返済不能による国際的金融危機への不安は解消されず、世界銀行が構造調整貸し付けを導入した。世銀は資金支援の見返りに、財政、金融、貿易などの改革計画(規制緩和、貿易の自由化、分権化、民営化などを柱とする)により、途上国側に経済運営を改善させようとした。このアプローチには、途上国政府の過剰な規制や非効率性の緩和などに対し働きかけるという点で、一定の評価もあるが、一方では、問題点が多く指摘されるようになった。例えば、支援国と被支援国との政策対話不足や急進主義、インフレ率や失業率の高騰、環境破壊、貧富の差の拡大、弱者へのしわ寄せ、効率主義等に対する批判である。そして途上国の直面する問題の複雑さに対応するためには、市場メカニズム尊重のみでは限界があるとの認識に至った(AK Dutt, & JM Rao 2001)<sup>27</sup>。

##### ② 持続可能な開発

1980年代には途上国にとって累積債務問題と地球環境問題が重点課題となり、1984年

頃から前述の「もう一つの開発」の支持者は、「民衆第一」「自立への探求」「地域経済の再生」等のテーマを掲げ「持続可能な開発」が基本的方向として提示された。1987年の国連総会にブルントラント委員会により提出された報告書(Our Common Future - UN Documents 1987)のキーワード「持続可能な開発」は「将来の世代がニーズを充足する能力を損なうことなく、現在の世代のニーズを充足させる開発」と定義されている。この概念は成長の限界ではなく、限界のある成長が課題であるという認識を導き出した。途上国と先進国間で、地球環境問題をめぐる南北対立が存在し、地球全体での協調の必要性が叫ばれ、1990年代は「環境と開発の両立」を推進する10年と位置づけられている(鳥飼1998)<sup>28</sup>。

また、1986年の国連総会で「開発の権利に関する宣言」が採択され、開発の権利は、BHNを満たし、経済的、社会的、文化的権利と基本的自由とを保障する権利、と規定された。第一条は、開発の権利は不可譲の人権であり、全ての人権と基本的自由が実現されるような開発に、参加、貢献、享受する権利を全人類が有するとし、人民の自決権の実現を目指す、としている。第二条は、個人が開発の主体であり、開発への参加者および受益者であるとされている。第三、第四条で、国家は開発の権利を実現する責任を有し、BHNの機会均等を確保し、そのための措置をとる義務を負うとし、開発途上国の自助努力を支援する国際協力が実施されるべきとしている。第五条では、人種、性、言語、宗教を理由としたいかなる差別をも否定するとし、第七条で、国際平和の確立、軍縮の促進を宣言している(鳥飼1998)<sup>28</sup>。

#### ④ 参加型開発アプローチ

1989年DACは「1990年代の開発協力」を発表し、その中で「参加型開発」の重要性を強調した。この参加型開発の意味するところは、民主的政治システムや人権尊重、女性のニーズ反映、分権化などを重視し、底辺層を含めた草の根レベルでの内発的な開発を意味する。しかし、西垣と下村<sup>24</sup>は「留意すべき点は、参加型開発は、途上国の政治社会システムに大きな変革を求めなければならないということである」と、改革を伴う開発の推進の困難性を指摘している<sup>24</sup>。

1991年の中印共同コミュニケでは、国連憲章、1955年の平和共存5原則、国連人権規約を踏まえ、a)自国の国情に適した開発戦略の策定と実行の権利、b)内政不干渉、c)大量殺戮兵器の全面禁止と完全破棄、d)南北格差の解消、e)開発途上国にとって貧困解消、BHNの充足は人権に不可分のもので、生存権と開発の権利は開発途上国の国民にとって基本的人権である、と主張している<sup>28</sup>。

一方、1990年には、途上国が経済発展と福祉の改善を遂げてきたにもかかわらず、依然として世界で10億人もの人々が貧困状態にあり、構造調整プログラムは途上国の特性を無視しているとの批判から、開発戦略の方向転換を示唆する二つの報告書が、世銀と国連開発計画により提出された。前述のように、これら報告書は、貧困と人間開発をテーマに掲げ、これまでの開発支援理念の転換の必要性を主張した。UNDPの人間開発理念は、貧困を結果的事象として捉えるのではなく、原因となる問題の解決に注目し、問題指向的と評価されており、人々の能力拡大と選択の幅の拡大を謳い、現在多くの途上国で、政策立案のための参考にされている(西垣・下村)<sup>24</sup>。

1995年には、コペンハーゲンで国連主催の社会開発サミット(DPI/1707-9515294-August 1995-30M)が開催され、「宣言と行動計画」が採択され、次の10項目の公約が

締結された。a) 社会開発を可能にする経済、社会、政治、文化、法的環境を創り出す、b) 国際協力により貧困の解消を目指す、c) 完全雇用の確保、d) 人権擁護、寛容、機会均等、社会参加を通じた社会統合の促進、e) 男女平等、公正の達成、f) 教育普及と健康の達成、g) アフリカ諸国と後発開発途上国の開発促進、h) 構造調整政策への社会開発目標の組み込み、i) 社会開発への資源の動員、j) 国際機関を通じた国際協力の強化、である<sup>25</sup>。

以上のように、1990年以降、IMFやUNDP等の機関で新たに人権や開発の権利をめぐって、開発の目的やパラダイムの再検討が行われることとなった。このような過程を経て、開発のアプローチは人的資本からBHNへそして、エンパワメントや選択肢の拡大を重視した人間開発へと、国際社会の意識の変遷とともにその目的も変化してきた。

しかしながら、これら開発協力において重視される価値観である、公平、正義、人権、自由、人間の尊厳が無視され、人々の悩みや精神的不安定への脅威等の問題が深刻化している現状がある。次節では、開発の権利や人権の立場を考慮し福祉的観点から、D-QOLの目的はどこに焦点を当てるべきかの特定化を試みる。

## 第二節 開発協力の目的と人権

開発の目的に関して、セン<sup>29 30 31 32</sup>が開発理念に与えた影響は大きく、これまでの社会開発の中心政策としての貧困政策に対する概念を大きく変えるきっかけをつくった。センは貧困の概念を「権利(entitlement)の剥奪」状態とし、開発政策の目的は人の潜在能力(capability)の向上にあると定義している。entitlementとは「人が権利として選択できる財やサービスの集合」でありcapabilityは「人が経済的、社会的、及び個人の資質の基で達成することのできる様々な選択的な機能(function)の集合」で、capabilityの向上と単なる生活水準の向上とを区別している。BHNアプローチにおける目的は生活水準の向上とされたのに対し、センの理論における開発の目的は、capabilityの拡大と定義できる(Sen 1981, Sen 1984, Sen 1985, Sen Dreze & Hussain 1993)<sup>29 30 31 32</sup>。

### 1. 開発協力と基本的人権

岡本栄一<sup>33</sup>はフリードランダー<sup>34</sup>の「人間性の全面開花」と「非人間化への不断の闘い」の概念を基に社会福祉の原理として、次の6つの原理をあげている。「①人間尊重の原理、②社会的責任性の原理、③生活の全体性の原理、④主体性援助の原理、⑤地域生活尊重の原理、⑥連帯と共生の原理の6つである。そして、これら6つの原理の基本となるのが①の人間尊重の原理であり、これは、人権思想に基づいている。人権は人間の存在価値に基づき、個人主義や人格主義、平等主義や社会的公正の理念につながるものである」と岡本は指摘している<sup>33</sup>。

人権の普遍性に関しては、1948年の国連の「世界人権宣言」や我が国憲法11条の「基本的人権の享有」や13条の「個人の尊重と幸福追求権」、25条の「生存権」等の条項で謳われている。前述のセンは、貧困を「権利の剥奪状態」と定義したが、OECD諸国では、偏見や差別、社会からの隔離や排除等での権利の剥奪が行われ精神生活が阻害される社会的疎外が問題視されている。また、根本<sup>35</sup>は国際協力の観点から、災害、紛争、病気などによる人間の基本的人権の剥奪状態が急増していると訴えている。根本は、人権が剥奪さ

れ、人間の尊厳が脅かされる状態を「バルネラビリティ (vulnerability)」と定義し、福祉的国際協力の目的をバルネラビリティを抱える人々への援助としている<sup>35</sup>。

このような立場を支持し、本研究では福祉開発 D-QOL の原理には基本的人権の尊重が含まれ、社会的疎外のような権利の剥奪状態も精神生活を脅かす QOL 阻害要因として扱う。

## 2. 開発協力の目的とバルネラビリティ (vulnerability)

BHN アプローチの目的は、生活水準の向上にあった。そして、センの潜在能力アプローチの目的は、権利の剥奪状態に定義される貧困の解消とケイパビリティ (capability) の拡大にあった。しかし、偏見や差別、社会的排除による社会的疎外の問題は、生活水準の向上では解決できず社会的疎外はケイパビリティの拡大を阻害する。本研究で取り扱う QOL の概念は、後述するノーマライゼーション理念やその他の障がい者福祉理念を基礎とし、差別や偏見のない社会と、人々が全人格的な自己実現を達成すべく共生する社会を目指している (Nirje, B 1993)<sup>36</sup>。本研究では、障がい者の分野を超えて広範囲に、人権の立場から、貧困、病気、差別や偏見などにより、「社会的に不利な条件にあり、人権を剥奪され、人間の尊厳を保つことが社会生活上困難な心身の状態」をバルネラビリティとし、福祉開発の目的は、このバルネラビリティの発生要因を除去し、差別や偏見のない社会の実現により、途上国の人々の精神生活の質の向上を図るものとする。

### (1) 開発過程における 2 つの誤解

では、どうしてバルネラビリティが発生し社会的弱者として定着し、開発過程で彼らの人権が無視されてきたのであろうか。バルネラビリティ発生要因をなくし、人々の精神生活の質の向上を図るために、開発過程における 2 つの誤解を認識し、バルネラビリティや差別、偏見、障がいなどの概念の再検討を行う必要がある。

#### 1) バルネラビリティの発生

##### a) 社会的差別

第一の誤解として、「バルネラビリティには差別される客観的な理由が存在する」が考えられる。心身障がい者や AIDs 患者、アルコール依存症、高齢者や女性達のようなバルネラビリティを抱える人々の生活が、開発の過程で無視され、排除され、彼らの精神生活の悪化が深刻化を増している原因は何であろうか。

ジョーンズ<sup>37</sup>は、アメリカの黒人に対する偏見と白人の欲求不満との相関関係を調べ、ストレスや欲求不満度の高い白人ほど、黒人に対する偏見や差別の感情は高いとし、差別の対象には何ら理論的根拠はないと指摘している。また、リスカとトーシ<sup>38</sup>は、「ある達成目標を持つ特定の集団があり、その目標への達成欲求が強い集団ほど、排除や差別が顕著に行われる。排除や差別の対象となるのは、目標達成の障害となる少数派の場合が多く、何らかの客観的基準が存在するわけではない」としている。この集団の達成目標とは、開発の過程においては経済成長と考えることができる。そして、生産や成長に参加できない、あるいは、障害になると考えられた社会的弱者への差別や偏見が、経済発展という目標達成の合理性の基に定着し、社会的排除につながると考えられる。こうして、開発途上国においては経済成長が至上命題とされ、社会的バルネラビリティの発生が黙認され、バルネラビリティを抱える人々の権利が公然と剥奪されてきた<sup>38</sup>。

## b) 経済発展とバルネラビリティ

社会心理学の立場から、目標達成と達成欲求、そして経済発展との相関関係について多くの研究がされている。マクレランドら<sup>39</sup>は人間の社会的欲求のなかの達成欲求をアンケート調査により測定し、社会、経済、国家の発展や衰退との関連を研究している。彼らは、英国のチューダー王朝時代から産業革命に至る経済の盛衰の指標を、石炭輸入の増加率に求め、各時代の英国の達成欲求水準を測定し、経済発展と人々の達成欲求の関係を研究した。図1のように、達成欲求水準が経済の盛衰に約50年先行している。また、マクレランドらは、大学の学生の達成欲求を測定し、14年後の職業との関係を追跡調査し、企業家として成功している卒業生の83%は、在学中、高い達成欲求を得点していたという結果を発表している<sup>39</sup>。

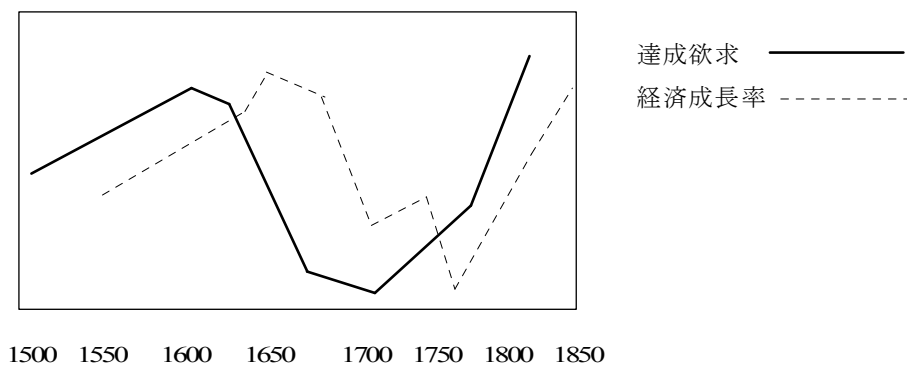


図1 達成欲求と経済成長 出典：MaClelland, et al.(1961)<sup>39</sup>

サーペル<sup>40</sup>は、達成欲求が育成される要素に、特定の宗教、母親のしつけ、社会階層をあげ、達成欲求の育成により挑戦的企業家精神が育成され、一国の経済発展につながると結論している。また、小学校の教科書の傾向と子どもの達成欲求水準との関係を測定した結果と、各国の発電量の増加率が高い相関関係を示すことから、人間の社会的欲求のうちの達成欲求と経済発展は、正の相関関係があることが報告されている(林 1969)<sup>41</sup>。

これらの結果を総合的に見てみると、「達成欲求の強い社会集団ほど経済発展の目標を達成しやすく、そのために、経済発展の段階において、集団の目標達成のため障害とみなされる社会的弱者や少数派が社会から無視、差別され、排除され、人権が剥奪されバルネラビリティを抱え、逸脱の概念が定着する」(橋本)<sup>42</sup>という、経済発展とバルネラビリティの関連が推測できる。経済成長という目標達成に集中している段階での社会では、バルネラビリティ問題が社会現象として深刻化することとなる。バルネラビリティを抱える人々とは、開発途上国の都市部では、スラム住民などの低所得者層のなかでも「剥奪が深刻化を増しているにもかかわらず、経済発展の目標達成のために障害となるとみなされてきた」病人、心身障がい者、また、「経済発展に何ら貢献しない、あるいは、排斥すること自体が、経済発展にとって都合がよいとみなされた」高齢者や女性達である。このようにバルネラビリティには本質的な客観的な理由が存在するわけではなく、集団の合理性に反するとみ

なされた少数派に対して、社会が創り出した障がいであり、この障がいを取り除くことによってバルネラビリティは完全になくすことができると考える。バルネラビリティをなくし、バルネラビリティを抱える人々の QOL を向上するためには、社会が作り出した障がいの除去が必要不可欠である（橋本 2004 参照）<sup>42</sup>。

#### c) 経済発展とストレス

アトキンソン<sup>43</sup>は人間の社会的欲求の中の達成欲求と、失敗した時の不快感に関して、興味深い研究を行っている。その中で成功への主観的確率が高いほど、失敗したときの不快感は強くなる、すなわち期待感が高いほど失望感も強く、これが不満やストレスの原因となるとしている。

従って、経済発展という目的への達成欲求の高い集団では、少数派や障がいに対する差別や排斥等のバルネラビリティ問題が深刻化し、人々の中のストレスの度合いも高いと推測できる。また、経済発展を目指す達成欲求が高い集団のみならず、都市低所得者層においても、メディア等からの新しい情報に接し、より良い職や生活環境を求め、期待は高まり、達成欲求が高まるが、欲求が達成されず不満やストレスが高まる可能性が高いといえる<sup>42</sup>。

本研究では、開発途上で、スラム住民、AIDs・HIV 患者、アルコール症患者とその家族、教育を受けていない女性たち、心身障がい者等の間で QOL の阻害要因（精神的不安定要因）が急増していることを重要視し、これらバルネラビリティ問題に焦点をあてる。これらバルネラビリティを抱える人々の QOL 向上は、従来の社会開発による BHN 充足や、生活水準の向上によってのみ達成できる問題ではなく、精神的側面からの、個別的対応が必要と考えられる。バルネラビリティの問題は、単に医療設備の改善や、法律や政策による保障制度によりのみ解決できるものではなく、人々との精神的な意思疎通や理解と共に、地域社会の意識変革が必要となる。従って、社会保障などの制度的支援の限界を補完する福祉開発 D-QOL アプローチの存在理由がここにあるといえる。

#### 2) 人間の欲求の階層

第二に、マズロー<sup>44</sup>の欲求の発達段階の理論からの誤解をあげることができる。途上国の人々の精神的側面への援助が後回しにされてきた理由は、社会的弱者への差別や、バルネラビリティの劣勢順位の理論とは異なる誤解に基づいていると考えられる。

クレシュラ<sup>45</sup>はマズローの欲求の発達理論を図 2 のように説明している。



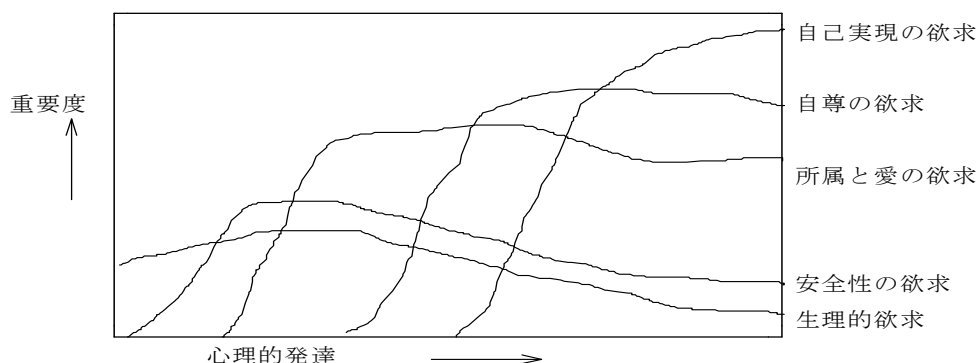


図2 Maslowの欲求の発達段階

出典：Krech, et al. (1962)<sup>45</sup>

マズローの仮説<sup>44</sup>によれば、人間の欲求(ニーズ)は階層を成しており、低次元の欲求から高次元の欲求に段階を追って発達する。つまり物質的ニーズが満たされると次の水準のニーズ(安全性へのニーズ)に移行する。クレシュら<sup>45</sup>は、物質的ニーズと次の水準の安全性へのニーズが満たされると、社会活動や所属の欲求が王座を占め、次に自尊や承認の欲求に移行し、最後に自分の能力を発揮したい、自分を高めたいという自己実現の欲求へと移行していく、と主張している<sup>45</sup>。

従来の開発支援は、マズロー仮説の一般的理解に基づき、途上国の貧困に苦しむ人々のニーズの発達段階は低次元で、まず基本的ニーズの充足を優先し、次に高次元のニーズに移行する段階を教育や医療、社会サービスにより支援するというものであると理解できる。しかし、「イソップ童話の田舎のねずみと町のねずみの物語が示唆するように、貧しい田舎のねずみでも危険な町の生活よりも、安全な田舎の生活を好む欲求を持っている(物質的欲求よりも安全性への欲求が高い)。また、物質的に村のねずみより満たされているとされる町のねずみのほうが村のねずみよりも愛や自己実現への欲求が高いのであろうか。」(A town mouse and country mouse by Aesopp) 現実には、物質的に満たされていない途上国の人々の方が愛や尊厳を大切にし、先進国が失いかけている心の問題を解決する手がかりを与えてくれる場合がある。途上国の貧困に苦しむ人々の欲求のレベルが低次元とし、基本的欲求充足を優先し、精神的側面を後回しにするのは、客観的指標に依存しすぎる第三者的把握による誤解といえる。彼らの精神的苦しみや悩み、バルネラビリティの問題は、基本的ニーズの充足のみにより解決できるものではない。これら開発援助における誤解を認識し、バルネラビリティを抱え精神的安定を脅かされている人々への精神的安定と QOL 向上への援助も同時に行わなければならない、と考える。

### 3) 本研究における仮説の導入

前述のマズローの仮説<sup>44</sup>は、対象者がブルーカラーの労働者で、彼らの労働意欲を促進するためには、仕事による高次元の欲求を充足させていくことが効果的であることを証明しようとしたものである。つまり、途上国でバルネラビリティを抱える人々のように、基本的人権を剥奪されている状況の人々を対象として導き出されたものではない。また、人

間の社会的欲求には、習得的・文化的要素が強く、「段階的に、普遍的な形で、低次元の基本的欲求から高次元の自己実現の欲求に移行する」というマズローの主張に反論する研究者もいる(堀 1997)<sup>46</sup>。堀<sup>46</sup>は、「人間の社会的な高次元の欲求こそが、人間特有の本来の満たされるべき欲求である」とし、貧富の差との相関関係は低いと指摘している<sup>46</sup>。オルポート<sup>47</sup>は社会的欲求と生理的欲求の独立性と機能的自律性について、以下のように述べている。「社会的欲求は、社会的存在としての人間の行為の中から後天的に発生してくる二次的な派生的な欲求である。発生的には、基本的生理的欲求によって動機付けられた基盤が有り、その後の社会的関係の中で新しい欲求が発生する。これは、欲求を満足させる行動がやがて、原因となる欲求から独立し、それ自体欲求として独立する。これを機能的自律性と呼び、目標達成の手段であったものが、後に目標そのものに転化することを意味している。」しかし、社会的欲求や高次元の欲求が生理的・基本的欲求の派生物にすぎないという意味で二次的である、ということではなく、むしろ、自己充足的な現在の動機であるという観点、つまり、基本的欲求と社会的欲求や精神的欲求の独立性を支持する意見が多い(村山 1984)<sup>48</sup>。

人間の社会生活上の困難を理解するために、個人の属する社会や集団に基礎を置き、経験や学習により二次的に獲得された社会的欲求に関する研究は、以上の他にも活発に行われているが、社会的欲求や精神的欲求と生理的欲求や基本的欲求との相関関係の高低に関しては意見が分かれている(加藤 1987)<sup>49</sup>。

これまで述べてきたように、途上国のバルネラビリティの問題は単に基本的ニーズの充足のみで必然的に改善されるものではなく、また、途上国の人々の精神的安定のニーズは低いという根拠もない。物質的ニーズがある程度充足してから精神的側面のニーズが重要性を増してくるとは限らず、貧困に悩む途上国の人々の QOL 向上のためには、物質的側面同様、精神的側面への援助も平行して行わなければならないことを主張するために、仮説「途上国の人々の精神的安定のニーズと基本的ニーズとの関連性は低い」を検証するものである。

#### 4) 開発途上国と精神的側面への関心

では、開発途上過程において、どの程度バルネラビリティ問題が深刻化し、人々の精神的安定が脅かされているのであろうか。また、開発途上過程の、どの要因との因果関係が考えられるのであろうか。

本研究の調査対象であるインドのスラム住民と精神衛生の関係については、精神科医療の立場や、福祉支援の立場から研究が多く行なわれている。ナドカニ<sup>50</sup>は大都市人口集中がスラム住民に与える精神的影響を次のように説明している。

「経済成長優先政策に伴う産業地域建設やダム、発電所の建設計画のため、住み慣れた土地を追われた住民が、大都市に職を求めて大量に流入し、大都市においてスラムが増殖する。ムンバイではスラム人口は、400万人に昇り、生活環境の悪化や生態系の破壊、その他数々のライフイベント（精神に障害を与えるような出来事）に遭遇し、スラム住民の精神的健康は脅かされている。」

ダバー<sup>51</sup>は、メタ分析により、インドの精神保健と精神障害の発症について男女差を中心にまとめ、都市化の進展している部分での女性の精神障がい発症率が高く、女性への心のケアの重要性を指摘している。

## 5) 精神的不安定の指標

精神的不安定や悩みの感情は、主観的なものであるが、現在一般的にこれらを客観的に評価するための指標として、自殺率、犯罪率、ストレスの度合いなどが採用されている(滝川 1991)<sup>52</sup>。

スバドラ<sup>53</sup>は、インドの犯罪統計から、女性に対するレイプなどの暴力が特に増加傾向にあり、女性の人権への軽視の実体を説明している。

このような、女性への暴力や人権軽視、偏見と差別が、女性の精神的不安定要因となっていることは明らかである。

インドにおける自殺率の把握は困難であるが、ハリバートン<sup>54</sup>はインドで最も人間開発指数が高いとされているケララ州における自殺率の高さを取り上げ、教育の高さに見合う雇用の不足と都市の発展段階に伴う家族関係や、人間関係の崩壊、人的サポートの減少を原因として指摘している。ハリバートン<sup>54</sup>によればケララ州の自殺率は1976年には10万人当たり14.8人であったのに対して1994年には28人に増加している。インドの自殺率の全国平均9.9人の約3倍に等しく、自殺率の最も低いのは、カシミールの0.5人やビハールの1.5人で、いずれも人間開発指数が最も低いとされる州で、皮肉な結果となっている。ハリバートン<sup>54</sup>は精神科医による自殺未遂者の面接聞き取り調査の結果、自殺率の高さと悩みの深刻さは、都市の発展段階と人間関係、高学歴中心志向、に何らかの関係が有ると指摘している。また、バタチャリヤ<sup>55</sup>は、インド各州の人間開発指数と都市の発展段階との相関関係の高さを指摘し、サルダナ<sup>56</sup>は都市化と識字率との相関関係の高さと、地域により識字率の格差が大きいことを指摘している。なお、ここでの都市化とは都市の発展度を基準にしている。バタチャリヤ<sup>55</sup>は、都市の発展段階と人間開発指数との相関係数は高く、この傾向は、農村部でより高いとしている。これらの結果より、産業化に伴い都市社会の進展が進めば、教育や医療の向上により、人間開発指数は上昇するが、急速な都市の発展は様々な問題を生じ、人間開発指数の上昇と人々の精神的安定は、相関関係が低いことを示唆している。しかし、ハリバートン<sup>54</sup>は識字率の向上や長寿が自殺率の高さの原因ではなく、教育システムや高齢者の精神的サポートの減少が原因であるとし、教育制度の改革や高齢者への精神的サポートが重要であると結論している。

ムンバイでAIDs・HIV感染者のためのヘルプラインの電話相談に対応するソーシャルワーカー(匿名)は、次のようにコメントしている。「今年に入り、ムンバイでは、HIV感染が原因で10人が自殺した。いずれも、20~40才の性的に活発な年齢である。例えば結婚を2ヶ月後に控えていた男性や独身男性、また、妊娠中の女性の相談が多い。毎日5~7人の相談電話がかかり、絶望感や怒り、孤独感、自殺願望を訴える者が多い。AIDs・HIVを抱え前向きに生きている人々の事例や体験談を語り、サポートグループの存在やカウンセリングサービスなどの情報を提供し対応している。」

インドにおける自殺率は警察への報告実数のみに依存しており、明確にされない部分も多いが、開発途上の過程で急速な都市の発展と人間関係の喪失、格差の拡大と多様化、価値観の急変、目的達成欲求の激化、差別や偏見の顕在化等の要因により、人々のストレスや悩みバルネラビリティの問題がQOLを悪化させているといえる。

## 6) 国際社会福祉の役割

人間開発の概念が定着し、社会開発分野での国際協力の必要性が叫ばれ始め、人々の精神的側面への関心が高まるとともに、国際協力の領域での社会福祉支援の重要性が認識さ

れ始めた。これまで、途上国においては、経済発展の名のもとに、福祉政策は後回しにされてきたが、すでに、1967年にジュネーブで開催された「社会組織、行政に関する国連専門家会議」で社会福祉は社会発展の中で幅広く機能し、人的物的資源を効果的に展開させる義務をもち、国民生活の諸問題を解決することが必要であると提唱されている(谷)<sup>6</sup>。そして、途上国における社会開発推進の役割のなかで、政府の制度や施策によってカバーできない、草の根レベルの福祉開発関連 NGO の役割が認識されている。

これまで、従来の開発戦略においては人々の精神的側面への支援が軽視されてきたこと、それは、途上国の人々のニーズは基本的ニーズが主要部分を占め、高いレベルの精神的ニーズが占める部分はすくないという先進国の誤解に基礎をおいていたこと、また、開発プログラムに障がい者や高齢者、HIV/AIDS 患者やアルコール依存症などのバルネラビリティを抱える人々への支援が、生産性が低いという理由で後回しにされてきた事を述べてきた。これらの結果を踏まえて、今や福祉開発の観点からこれらバルネラビリティを抱える人々の QOL 向上を目的とする D-QOL アプローチが必要である。

## 第二章 D-QOL 固有の視点—理論の枠組み

第一章では、社会開発援助の展開を人権とニーズの立場から概観し、D-QOL の目的は最低限の物質面での基本的ニーズの充足よりも精神的ニーズ充足にあることを明らかにした。センの潜在能力アプローチの枠組みには人間的側面への配慮が明記されているにもかかわらず、UNDP やセンの分析における生活の質(QOL)概念は専ら物質的な生活水準を意味し、精神的安定へのニーズが含まれていない。そのため、本研究での福祉開発 D-QOL の目的は、人々の精神的安定の向上を図り、バルネラビリティ(vulnerabilities)を取り除くことにあることを明記した。本研究では、バルネラビリティについて、「社会的に不利な条件にあり、人権を剥奪され、人間の尊厳を保つことが社会生活上困難な、心身の状態」と定義する(Bhattacharya 1998, Saldanha 2009, Sen1988 参照) 55,56,57。

本章では、新たな福祉開発理念としてのD-QOLアプローチに固有の視点を明らかにし、センの人間開発アプローチとの関連性とも対比する。この議論の出発点として、途上国の人々の生活の質の向上を目指す福祉開発は、どのような原則や特徴があれば有効であるかという点について考察する。さらに、潜在能力アプローチとの比較から、同アプローチと相互補完性と独自の存在意義を持つD-QOLアプローチの理論的構築を試みる。

### 第一節 D-QOL の定義

障がい者福祉理論に基礎を置く QOL 理念は、今や全ての社会福祉理論において、普遍的な価値概念を持つと捉えられる。ここで普遍的な社会福祉理論の原則や価値を開発の局面と照らし合わせながら簡潔に述べる。

岡村<sup>58</sup>は彼の社会福祉発展論のなかで、社会福祉を、法律による規制の有無により、「法律による社会福祉」と「自発的社会福祉」に分類している。本研究ではD-QOLを、制度によらない福祉的対人処遇に代表される「個別的・自発的社会開発支援」、センの潜在能力アプローチを、社会保障制度に代表される「政策・制度による社会開発支援」と分類する。この分類は、潜在能力アプローチが、客観的指標を重要視する社会制度による開発を支持しているのに対し、D-QOLは当事者性を含む指標を重視する、個別的・自発的対人処遇による支援を支持することを反映している<sup>58</sup>。

#### 1. 原則と活動領域

##### (1) 相互扶助の原則

岡村<sup>58</sup>は自発的社会福祉の典型として、相互扶助をあげている。「相互扶助は、上下の支配関係による保護や屈辱的な心情を伴わない点において、優れた形態であるが、同一職業や近隣地域という狭い範囲に制限されるという欠陥を免れることはできない。しかし、生活困窮者に対する支援以前に、生活困窮や生活の破綻を予防する機能や、自治と連帯意識を基礎とする点、さらに根本的な社会改革の原理でもありうる点に注目すべきである。」としている。相互扶助の原則は、法律の規制とは無関係に自由に、個人的ないし社会的な困窮を発見し、自発的に活動を開始できるという創造性を持つが、排他性という限界を持ち、大規模の天災や大量の困窮に対応できないため、普遍的な福祉開発の原則とはなり得

ない。しかし、途上国のように制度・政策による援助が十分に機能せず、多くのバルネラビリティが放置されている社会状況においては、相互扶助の原則は社会開発の適正な原則を追究する上で、有力な地域開発理念として意義があると考えられる。途上国における地域住民自身の組織化はこの概念に当てはまる。

### (2) 個人の自由の原則

次に岡村<sup>58</sup>は、相互扶助の閉鎖性の限界を回避する原理として、19世紀に英国で行われたセツルメント運動の思想的背景となった「人道主義的博愛」をあげている。1854年に社会理想主義に基づく大学教育拡張運動が実施され、スラムの労働者の悲惨な生活を体験した学生達がスラム問題の解決に取り組んだ。その結果、スラムの貧困は経済現象としてではなく、人生の貧困、意識の貧困であり、物質的援助よりも教育の必要性を主張した。また、階級格差という社会構造も階級対立の原因や無気力の原因であると指摘した。その後、この運動は時代の変化と共に転換を余儀なくされた。ここでの教訓として、岡村<sup>58</sup>は、「博愛精神も人道主義も特定思想の宣伝や教育であってはならない。いかに進歩的な革新的な思想に基礎を持つとしても、支援対象者の思想の自由を前提条件としなければならない。」と指摘している。スラムの住民を慈善の対象としていたところに限界があったとしている<sup>58</sup>。D-QOL原則の中には、個人の自由の原則が前提条件として含まれる。

### (3) 回復的処遇の原則

1834年の英国改正救貧法の持つ原則は「劣等処遇の原則」で我が国の1929年の救護法にも採用された。しかし、この選別的処遇による保護は対象者の生理的生存を維持するだけの保障のみに重点が置かれ、また、汚名や屈辱感を対象者に与え、人々の健全な発達のためには有効でなかった。改正救貧法は、対象者数を制限し、対象内容を制限することにより、貧困問題対策の経費節約には成功したが、根本的な貧困問題の解決には失敗した<sup>57</sup>。このように、貧困者が生活困窮に陥った原因や、バルネラビリティを抱えるに至った原因を追求することなく、貧困の原因を除去することに失敗した劣等処遇の失敗を克服するために、18世紀から19世紀にかけて、自由主義経済や自由放任主義を背景に「回復的処遇の原則」が採用されるようになった。1905年、英国で当時多数発生した、鉱山労働者の失業と生活困窮者に対し、有効な失業対策を打ち出すために、新たに政権を取った自由党政府により委員会が設けられ、「被救済者が貧困に陥った直接的な原因を治療し回復させる、また、身体的および精神的な改善を実現すること」が主張された。同委員会は調査により、その生活困窮の直接原因を i) 病気と知的障害 ii) 親の扶養を受けられない児童の状態 iii) 不完全就業を含む失業、と指摘し、その背景に、不良住宅と病気の悪循環、家族破綻や児童放任・虐待、失業のような社会的、環境的原因が存在することを報告した<sup>58</sup>。この回復的処遇の原則が採用され、貧困の直接的原因が象となり、病人は能率の高い医療専門の機関に収容され、児童の教育の改善や精神障がい者への処遇改善、身体障がい者への補装具の支給が促進された。一方、サービス提供機関として、例えば、病人や障がい者には医療やリハビリテーション・サービス、困窮家庭には乳幼児の保護や貧困児童の職業訓練、結核患者には無料の保養所等に至る、特別の専門機関や施設が必要とされた。一般国民に対する医療、教育、職業住宅などのサービス提供機関と区別して、別の行政機関で取り扱う必要性が主張された背景には、自由放任主義や「最良の統治は最小の統治」に表現される社会経済思想があった。これは、救貧行政一元化と呼ばれている。国家の救済を受ける貧民

は道徳的に欠陥があり、一般の国民とは異なる特殊な依存的存在、怠惰な、意欲に欠けるものであるという見解があった。従って、一般国民を対象とする保健衛生サービスや年金制度とは別個独立の保護行政の必要性が主張され、選別的な対象者への援助や保護が継続されることとなった<sup>58</sup>。この回復的処遇の原則は、生活困窮や貧困を個人の能力の差として捉えたために、貧困の徹底的な解決に至らなかった。本 D-QOL は、回復的処遇の原則に基づくものではなく、また、支援国からのサービス提供が、途上国の劣等や怠慢を意味するものではなく、誰にでも起こりうる事態に対する権利(普遍的処遇の原則)であると考えられる。

#### (4) 普遍的処遇の原則

19 世紀初頭の英国の救貧政策は、「劣等処遇の原則」の失敗を克服するために「回復的処遇の原則」に移行したが、対象は一部の道徳的不適格者とみなされた。本研究で追究する福祉開発支援は、支配的な上下関係や屈辱的義務を、対象国や対象者に与えるものでなく、対象を、生活困窮やバルネラビリティー問題自体にあるとする。そして、それら問題を悪化させる要因を含む社会全体に注目し、社会改善による問題の解決や除去を目的とする。

日本では、1964 年度の『厚生白書（昭和 40 年 8 月 3 日）』はその副題を「社会開発の推進」という副題の下で、社会開発施策は i) 保健および栄養の向上、ii) 住宅・生活環境の整備、iii) 教育の進歩向上、iv) 社会保障の整備、v) 社会福祉施策、の 5 つから成立している。そのうち社会福祉施策に関しては、一般国民を対象とする施策がカバーできない特別な人々、例えば、老人・子供を抱える未亡人、病気や心身障がいのためにバルネラビリティーを抱えるような不利な条件を持つ低所得階層のための施策とされた。しかし、社会開発における福祉的アプローチは、社会開発施策の中の一部の施策に限定されるものではない。欧米諸国はもとより開発途上国においても、特に本研究で調査対象とする都市部においては、貧困や生活困窮、バルネラビリティーの原因は多様化し、単なる個人的責任問題ではないことは明らかである。例えば、心身障がい者の社会的不適応の原因やバルネラビリティーの問題は、周りの環境条件のいかんで異なる。障がいとは個人と環境との関係であるとする立場から、個人と環境の改善を実現し、バルネラビリティーを除去するためには、生活困窮者やバルネラビリティーを抱える人々の生活要求に関わる全ての制度や、施策の改善に働きかけなければならない。ここに「制度・政策」に働きかけてバルネラビリティーを除去するような政策への改善を要求する「自発的・個別的な社会開発」の存在理由がある。

1942 年の英国の社会保障制度の計画 *Social Insurance and Allied Services (1942)* の中では、社会福祉の対象者は特定の社会階層ではなく全ての国民とし、生活困窮に対する予防的発見と早期治療を重視した原則を提案している。この予防の原則は、それまでの英国の政策の欠陥を補うためにベバリッジ報告 (W. H. Beveridge 1942) の中で明記されたものである。それまでの保護事業に代表される、英国のサービスは、事後的対策に過ぎず、貧困の原因の早期解決に失敗した。貧困の原因が多様化する中で、その原因に専門的に対処しうる制度的機関が、全ての国民に機会均等に利用されて始めて、早期解決や予防が可能になる、との見解が多数を占めるようになった。同報告書の中には「包括性」と「普遍的サービス」が謳われており、岡村は全ての国民に対する機会均等の原則を「普遍的処遇

の原則」と呼んでいる。そして、全ての国民に機会均等に提供される「一般的サービス」と一般的サービスでは満たされない特別な条件を持つ人に対する「特殊サービス」の総合的運営を提案している。社会福祉の原則は、最大多数の最大幸福ではなく、「多数をカバーする一般サービスが常に優先されてはならない」と、岡村は主張している<sup>58</sup>。本研究のD-QOLアプローチは、社会政策や社会保障の対象外に置き去りにされがちな人々の支援を目的としているが、従属的なものではなく、独立的固有の存在理由を持ち、決して対象者の数や問題の規模により優先順位が決定されるべきものではないとの立場をとる。

これまで、社会福祉理論の固有の視点を社会福祉と社会保障に対照させ、内外の歴史的経過からその原則と活動領域を述べた。簡潔に整理すると、「制度・政策による社会開発支援」と「自発的・個別的な社会開発支援」はそれぞれ補完的關係にあり、独自の活動領域を持つが、一方が優先されたり軽視されてはならず、また、互いに適応できる共通の原則が存在するということであった。そして、本研究が追求する「自発的・個別的な社会開発支援」の合目的性や整合性を満たしうる有力な原則として次のような原則があげられた。

#### a) 自発的地域開発の原則

まず、有力な原則としては、相互扶助に見られる「自発的地域開発の原則」があった。この原則は、特に今日の途上国の参加型支援や自助・自治の方向に沿うものであろう。しかし、センも指摘するように、民族紛争や宗教上の争いに発展した場合の **communitarianism** の排他性という欠陥を抱えており、何らかの公共の責任による介入や干渉が必要となる場合もある (Patnaik 1998)<sup>59</sup>。

#### b) 個人の自由の原則

「個人の自由の原則」とは、宗教や思想、経済活動において、誰からも制約を受けず個人が自己の生き方を貫徹できる自由を、側面から支援し保障することにある。ここでは後述するように自由の質が問題となる。

#### c) 相互補完性の原則

個人の自由の原則を前提条件とした「自発的・個別的な社会開発」の特徴は、制度による一律の固定的な社会開発支援により放置された生活困窮を発見し、自発的に支援活動を開始したり、制度の不備を指摘し政策に働きかけるという「補完性」や代替性にある。しかし、前述のように制度の完備が達成されるまでの単なる経過的役割以外に、制度・政策や公的機関のカバーできない固有の活動領域を持つことに「自発的・個別的な社会開発」の存在理由がある。現実に一般的制度から多くの人が排除される事実がある。一般的制度・施策からの脱落者に対し、一時的に代替的サービスを提供する特殊サービスの必然性が、ここに存在する。岡村は彼の「社会福祉の発展論」の中で、「法律による社会福祉」と「自発的な社会福祉」の組み合わせを主張し、社会福祉は、単に一時的代替サービスや制度が完備するまでの経過的サービスとして存在するのではなく、独自の本質的存在理由があるとしている。岡村<sup>58</sup>の指摘するように、制度・政策による開発支援が完備した時点で、自発的・個別的な社会開発支援が存在理由を失うものではなく、制度・政策自体が不完備性を内在する援助形態であるという立場をとり、本研究ではこれを「相互補完性の原則」と呼ぶ。そして、途上国において、政府の補完的役割を担う中心的責任母体を、福祉開発関連の NGO に求める。また、慢性的な資金不足を解消できる企業の CSR (社会貢献) の役割を重視する (橋本 2013)<sup>60</sup>。



#### d) 回復的処遇の原則

回復的処遇の原則は、個人が貧困に陥った直接の原因を除去するべく、処遇により、生活困窮を解決するものであるから、劣等処遇の原則より合理的である。しかし、貧困に陥る原因が社会的、環境的、制度的欠陥によることが多く、道德教育や、個人の自己努力に依存した回復的処遇の原則は、普遍的でなり得なかった。

#### e) 普遍的処遇の原則

この普遍的処遇の原則の下では、対象は全ての国民とし、「生活困窮や、生活の基本的要求が満たされない、基本的人権の剥奪状態等のバルネラビリティーを抱える状態」を対象問題とすることにより、利用の機会均等による予防的効果や平等の原則が保持される。

#### f) 主体的側面支援の原則

岡村<sup>58</sup>は社会福祉発展論の中で、社会福祉の固有の視点は生活主体である個人にあり、個人の生活要求に関する主体的側面を支援するところに、他の社会保障や医療、教育、住宅制度との相違点を定義している。生活主体たる住民に注目し、途上国の人々の暮らしを精神的にも支援する意義を持つ主体的側面支援の原則は「自発的・個別的社會開発」としてのD-QOLの固有の視点でもある。

#### g) 当事者性の反映の原則

上述の主体的側面支援の原則に基づき、人々の生活の質の向上を測定評価する上で、必然的に、主観的指標と客観的指標の関係が問題となる。また、精神的生き方を指向する見地からも、生活の質の測定から、人の生き方の精神的・心理的側面を排除することはできない。バルネラビリティーの問題は物理的・外的条件よりも心理的・内的条件が大きく影響する。心理的側面の評価には当事者性を含む指標の採用や質的調査による分析が必要条件となる。

## 2. 原理

### 1) 社会生活の全体性の原理

これまでの6原則に追加し、個別的・自発的社會開発援助福祉アプローチD-QOLの主たる原理として、岡村<sup>58</sup>が重要とする原理の中で、社会生活の全体性（ホリスティック）の原理があげられる。D-QOLアプローチは、社会生活者の生活上の困難を支援対象とし、全体性の原理とは、社会生活者が社会と結ぶ関係をトータルなものとしてホリスティックに理解することを意味する。

岡村<sup>58</sup>は生活の全体性の原理を以下のように説明している。

「社会福祉の支援においては、個人の生活上の要求を、別々に引き離したり、単一の要求充足のみを重視することは、誤りである。例えば、経済的安定さえあれば、他の生活ニーズは自然に満たされるとする経済主義的人間観にはくみしない個人の持つ社会関係を表現したものであり、複雑な社会関係を統合的に実現しながら生活していく、全体的人間像を対象としている。重要なことは、社会生活上の要求を充足する社会関係の困難がどのように重複しているかを発見し、これを解決し、多くの社会関係が調和するように支援する。」

ここでいう社会関係とは、職業上の関係、家族や集団関係、あるいは、医療や教育のような専門分業化が進展した分野と個人の間をいう。これら関係の不調和や欠損、不備などに起因する個人の社会生活を統合的にとらえ、支援するためには、ホリスティック・アプローチが有効である。D-QOLは、今日のような専門分業化が進行するNGO支援活動に

たいし、個人の孤立化や差別化を防ぎ、全人格的な社会生活の安定性を支援するために、全体性の原理に基づくホリスティック・アプローチを主軸とすることを特徴としている。

### 3. 障がい者福祉理念

QOL の向上を目的とする障がい者福祉分野の主要理念を列挙し D-QOL の固有の視点を支える指導理念とする。以下は障がい者福祉理論から発し、今や普遍的理念として根付いている理念である。

(1) 人権の尊重

(2) 完全参加と平等の尊重

(3) ノーマライゼーションの尊重

(4) 全人間的復権を目指すリハビリテーションの尊重

(ISES Insight 2013) <sup>61</sup>

以上 6 原則 1 原理と 4 障がい者福祉理念を基本とする「自発的・個別的な社会開発」は本研究の追求する開発援助 D-QOL アプローチの固有の視点を明確にしている。では制度や施策による社会開発理論として捉えたセンのアプローチは、如何なる固有の視点や原則を持つのかを、上記の諸原則と対照に今一度検討する。

## 第二節 センの潜在能力アプローチ固有の視点

センの膨大な学問的貢献は、哲学から始まり、少なくとも 6 つの分野に代表される (Patnaik) <sup>59</sup>。その中の開発経済学と社会政策の分野に注目し、潜在能力アプローチに代表されるセンの社会開発理論の対象、機能、原則等について検証する。センの潜在能力アプローチに対しての疑問点として、著者は①経済学が軽視してきた人格的側面を重要視しているにも拘わらず、主観的指標を排除している。②潜在能力アプローチを具体的に生かす、政策立案のための指標が構築されていない。これらの疑問点への回答を模索しながら、センの潜在能力アプローチの固有の視点を検証する。まず、潜在能力アプローチ概念導入の出発点となった正統派厚生経済学への批判と福祉評価に関する著書 (Commodities and Capabilities 1985) <sup>30</sup> と、潜在能力を選択肢の幅と自由度の観点から定義する論文 (Freedom of Choice 1988) <sup>62</sup> そして、社会的選択に関するセンの論文 (Rationality and Social Choice 1995) <sup>63</sup> を中心にセンの理論の概念的把握を行う。

### 1. 社会開発支援の目的—潜在能力の拡大

センと、功利主義に基礎を置く厚生経済学に対し批判したロールズ <sup>83</sup> の立場は同じであるが、ロールズは効用の最大化が社会的目標として適正かどうかの疑問を提起した。これに対し、セン <sup>57</sup> は、「効用の個人間比較の可能性」に疑問を提起した。ロールズ <sup>83</sup> は所得、自由、社会基盤等の基本財の概念を導入し「対象とする社会で最も不遇な人」を観察し、その人の基本財が増加している状態を社会的改善とした。一方、セン <sup>57</sup> は功利主義の「効用の個人間比較」と「結果重視と過程無視」を批判し、人の福祉は効用のみならず選択肢の幅で評価すべきとしている。人がすでに達成している **doing** と **being** を「機能」とし、潜在的に達成可能な機能の広がりや潜在能力と定義し、この潜在能力の拡大こそが開発の目的と明言している。ロールズに対して、センは基本財を機能に発達させる能力が人により、あるいは、社会的条件により異なり、基本財の保有状態のみで評価するのは妥当でな

いと批判している。センの理論は、人間開発の目的は潜在能力の拡大にあり、潜在能力は財の機能実現能力や利用能力も含めて定義され、人が環境に積極的に働きかける肯定的概念枠組みを持つ点で評価できる<sup>60</sup>。

## 2. 制度・施策による開発

セン<sup>62・63</sup>は、開発支出の効果を中心とする社会政策に関して、ドレーズとの共著のなかで詳細に展開している。スリランカ、中国、アフリカ等の途上国間の比較で、これらの国の GNP と寿命との相関関係は低いことをあげ、長寿の達成は潜在能力の指標の一部とみなされるとし、潜在能力の向上や生活の質的向上のための公的な保障制度・政策の有効性と重要性を述べている。その根拠として英国の国民の寿命は社会保障への公共支出と相関関係が高いことをあげている (Majumdar 2001)<sup>64</sup>。

開発支援の分類に関して、センのそれは「制度・施策による社会開発」に類すると著者は考える。しかしながら、彼の社会保障論を詳細に検討するとき「自発的地域開発」の要素も含まれる。センの社会保障論は、慢性的潜在能力の剥奪状態に対処する「保護業務」と飢饉や天災の際の突発的困窮に対処する「流通促進業務」とから成立する。保護業務は前述の英国の社会保障政策におけるそれに類し、政府保障による持続的安定的社会保障業務を意味する。セン自身ベンガル飢饉を経験し、その際の、政府の対応を促進させた報道機関や、有効な流通制度の重要性を実感したセンは、「流通促進業務」の重要性を強調する。社会保障制度の一機能としての「流通促進業務」とは、公共機関に対し、迅速な対応を促すマスメディアや、市民の抗議行動などの情報伝達力の協力やコミットメントにより、制度の整備、また流通システムの発達や整備が促進される必要性を主張している。従って、マスコミや市民団体の自発性や意思決定への参加も奨励しているという意味で、支援の自発性をも重視しているといえる<sup>64</sup>。

## 3. 個人の自由の原則

自由の概念に関しては「自由の質は選択肢の幅により評価できる」との観点から選択の自由について、詳細に定義している。

### (1) 本質的自由と手段としての自由

セン<sup>57</sup>はまず、自由を本質的自由と、ある目的達成のための手段としての自由に分類し、手段としての経済的自由が人々の本質的自由を害するものであってはならない。本質的自由とは、選択肢の拡大や可能性の拡大につながる自由や、ブキャナンの主張する、「自由と民主主義的人権を重視する非手段的自由」、マルクスの「個人が自由に選択できる発達や活動の自由が与えられ、それにより、将来の社会に対する自由なビジョンを人々が持つことができる条件」これら为本質的自由の例としてあげている<sup>57</sup>。

### (2) 能動的自由と受動的自由

受動的自由とは、自分の意志に反して他から制限されないという自由で、能動的自由とは、何が達成できるかの能力を意味する。センは、「貧困を能力の剥奪とし、行動を起こす自由(受動的自由)が与えられているか否かは、問題でない。問題は個人が行動を起こす能力があるかどうかにかかっている」とし、能力とは、積極的自由、能動的自由であると記している。

### (3) 受動的自由から能動的自由へ

セン<sup>57</sup>は、「entitlement」としての自由は「個人には、誰にも侵害されない自由を護る権利があり、この場合の自由は受動的自由である。能動的自由に繋がる受動的自由の保障のためには、政治的・政策的システムの選択や、開示性が重要である」と、公共の責任性を指摘している。」潜在能力アプローチは、個人の受動的・能動的自由を決定する自由の幅の拡大を公的責任に求めるものと考えられる。

#### (4) 自由の質

センは、飢餓と断食の相違や、タイムズ雑誌講読の例をあげ、自由の質を定義し、選択肢の幅が大きければ大きいほど自由の質は高いとしている。同じ食べないという行為でも、代替的選択の余地の有無により、自由の内容や質が異なるとしている。(T<Sの場合、飢餓=x/T 質が低い、断食=x/S 質が高い)<sup>57</sup>

以上の自由に関する定義から、潜在能力の拡大とは、選択肢の拡大による自由の質の向上、と捉えることができる。センの受動的自由から能動的自由につながる積極的自由の概念は、将来に向けての発展性の可能性を実現しようとする、動的概念であると考えられる。しかし、最低限の受動的自由を保障されない事態も事実上多く存在し、これは、選択肢の幅の拡大以前の問題であり、自発的・個別的福祉開発支援の対象であると考えられる。この意味でD-QOLの問題とする自由とは能動的自由に向かう意識の自由であるといえる。筆者は、スラムの聞き取り調査で、住民が「我々にはどこにでも行ける自由はあるが、行った先で自由に暮らせない不自由がある」と語ったことが忘れられない。

#### 4. 相互補完性の原則

「不完全性」や「部分性」に代表されるセンの社会政策理論の特徴(Majumdar 2001)<sup>64</sup>を、著者は「完全主義からの開放」と「組み合わせの原則」と名づける。センは単一合理性や完全主義を否定し、戦略の中に「組み合わせ」構造を持ち、常に、二次選択的解決策を必要とし、代替的な補完性を有する政策諸手段(Political Mix)の組み合わせ構造を持つ。前述のように、制度・施策や法律等による支援には、実践的には標準化や一律化が伴い、必然的に見落とされ、無視される部分が存在する<sup>64</sup>。したがって、施策制度によるセンのアプローチと、相互補完性を有し、代替案を提供する、自発的・個別的D-QOLアプローチとの関係が明らかになる。

#### 5. 普遍的処遇の原則

センの社会政策理論は、原則的には対象者を限定せず、一般サービスと特殊サービスの分離や専門担当機関による保障制度を特記しておらず、普遍的処遇の原則に類似する。この原則に関しては今後検討の余地が有ると思われる。

#### 6. 主体的側面支援の原則

センの理論やそれを支持する人間開発理論は、客体的側面からの働きかけであるが<sup>62</sup>、本研究の追求する個別的・自発的社会開発支援にとって、必要不可欠で、特徴的な原則として、主体的側面援助の原則を取り上げなければならない。主体的側面援助の原則の意味するところは、社会の構成員としての個人が社会生活上困難を生じる原因に着目し、個人の生活困難の問題を解決するものである。従って、前述の全体性の原理でも明記したように、各種の専門分業的な制度や施策では発見しにくい、社会との関係の不調和や、社会との関係の欠損、あるいは、社会制度の欠陥などに働きかけ、生活困難を解決するべく個人を援助するという特徴を持つ。これに対し、潜在能力アプローチは制度や政策による支援

を重視するので、客体的側面からの支援といえる。

#### 7. 当事者性の反映の原則

センは効用に評価基礎を置く厚生経済学を批判し、「人の精神的態度に全面的に評価の基礎を置き、物理的条件の評価の無視である」と非難している。彼は効用の個人間比較の不可能性を以って効用主義を批判している。彼は、福祉の評価における主観性と客観性の問題について、潜在能力を「理性的評価の指標」とし、実現された機能から派生する主観的な効用に依存するのではなく、また物理的な財の所有権に依存する客観主義でもない質的な評価であると主張している（田中 1997）<sup>65</sup>。しかし、制度・政策による支援には、必ず、見落される部分が有るといふ、内在的欠陥は、他の施策により補完されなければならない。センの潜在能力の評価には当事者性の反映の原則が考慮されているとはいうものの、分析ツールとしての指標（HDI）で、低開発国の分析には GNP と平均余命、教育のみが採用されており、地域への帰属から得られる満足感や、社会的バリアからのストレス、屈辱感や自尊心や自己決定のような精神的側面をこれら変数にどのように反映できるかについては明確に示されていない。こういった個人差の顕著な側面を反映するには客観的指標のみでは限界があり、D-QOL 指標は人間の生活を客観的側面と主観的側面から評価でき、センの潜在能力アプローチの不完備性を補い、相互補完性を持つ有力な指標と考える。

本研究では、センの不完備性に起因する欠陥部分を補う補完的な、かつ独立した存在意義のある支援形態として、福祉的なアプローチの有効性に注目する。そして、D-QOL 指標は、人々の生活の質の向上の役割りを担う責任主体としての NGO のサービス評価機能をも含んでいる。

本研究で意味する精神的安定の要求はニーズ（requirement）であり、人の生活の質を構成する精神生活の安定への要求で、欲望とは区別し、恐怖やストレス、愛や尊厳の欠乏状態等からの改善を意味する。センの効用アプローチへの批判は、効用をほぼ欲望と同様に捉えているが、限界効用逓減の法則を適用すれば、ニーズの充足度が著しく低い側面への支援（例えばストレスの除去や苦悩からの解消のための支援）は、ある程度充足されている側面（例えば生活水準）への支援よりも効用を増大させ、その効用の増大は、個人の精神生活安定へのニーズ充足という生活の質の向上に貢献し、何ら公共の利益に矛盾するものではない。ここに、精神的側面への支援の重要性を主張する D-QOL の理論的根拠（Rationale）が存在する。

### 第三節 D-QOLアプローチと潜在能力アプローチの比較

表1は、前述のセンの潜在能力アプローチとD-QOLアプローチの相違を示したものである。

表1 センの潜在能力アプローチとD-QOLアプローチの比較

	センのアプローチ	D-QOL
援助形態	制度・施策による社会開発	自発的・個別的福祉開発
目的	潜在能力の拡大	vulnerabilityの除去による精神生活の安定
活動領域	社会保障政策	ソーシャルワーク
責任母体	政府・公的機関	住民組織CBO,NGO,CSR
測定	選択肢の幅	ニーズ充足度(QOL)
指標	HDIに代表される	D-QOL
原則 相互扶助の原則	—	○
個人の自由の原則	能力の自由	意識の自由
相互補完性の原則	○	○
普遍的処遇の原則	○	○
主体的側面援助の原則	客体的	主体的
当事者性の反映の原則	—	○
原理	専門分業型	ホリスティック
理念	開発、成長理論 アダム・スミス	人権 自立と参加 地域リハビリテーションCBR ノーマライゼーション
調査方法	量的	質的

前章の分析から著者作成

福祉開発政策や処遇を支持する理念の欠如が叫ばれる中で、両者の理念的対比は重要である。D-QOLアプローチの根底には人権思想を始め個人や地域の自立生活や完全参加、地域リハビリテーション CBR、ノーマライゼーションなどの障がい者福祉理念が流れており、それに対し、センの思想には、彼の初期の哲学誌発表の論文や、アダム・スミスへのコメントから、人間の発展理論と成長理念が流れていると考えられる(田中 1997,Sugden 2003, Sen 1987) 65 66、67。これら理念は、決して対立する理念ではなく、人間中心の開発と生活の質を論じる際に補完的な必要条件である。

これまで、センの潜在能力アプローチとD-QOLとの比較により、両者の固有の視点を整理した。

#### 第四節 NGO のサービス評価機能

表1のような、制度や施策による社会開発援助と相互補完性を有し、独自の存在理由を持ち、人々の生活の質の向上を図る、D-QOLアプローチの主要な役割りを担う、責任母体としてのNGOは現在多くの課題を抱えている。国際的にNGOの活動が認識され、途上国政府に代わり草の根で住民の生活改善に取り組むNGOの活躍に期待が高まるとともに、慢性的資金不足に悩むNGOの効率性評価の必要性が増してきた。今途上国のNGOの直面する問題は、資金面での他律性、人材不足、排他性、透明性の欠如等多くあげられる。人々の生活の質の向上に貢献する福祉開発関連のNGOは、社会改革や政策変化をもたらす可能性によりその活躍が大きく期待されているが、ドナーにとって有能なNGOであるか否かの評価が困難である。D-QOL指標は直接住民に聞き取り調査をし、NGOのサービス評価機能も有し、調査過程で、人々の真のニーズの把握により、NGOのサービス向上も促進する点で、将来に期待できる有能なNGOの育成にもつながると考える。調査対象国インドにおけるNGOの課題については第二部で詳細に検討する。

##### ニーズの特定

これまで、D-QOLの目的、基礎となる原理と対象や活動領域に関して、福祉的観点からの検討を行った。次に貧困者やバルネラビリティーを抱える人々への支援として、政策的に保障すべき、ニーズの供給程度を測定する指標の特定化が必要となる。以下、それぞれのアプローチで重要視する要素を比較検討し、D-QOLの採用するニーズの特定化を行う。

##### 1. OECDのソーシャル・コンサーン体系化

OECD労働力社会問題委員会(OECD)を中心とする国際経済協力報告書:第2節)は、1971年、社会全体の暮らし良さ(social well-being)の概念の明確な限定化を行うために、加盟国政府職員で構成される社会指標の特別作業部会を設置し、社会全体の暮らし良さに影響を与える変数の特定化や、具体的な政策手段の検討のために、ソーシャル・コンサーンの体系化を行った(外務省『わが外交の近況1973』参照)。そして、1973年に大多数の加盟国に共通のソーシャル・コンサーン体系表を発表した。その体系表では、A)健康、B)学習を通じての個人の発達、C)雇用と勤労生活の質、D)時間と余暇、E)経済的状态、F)物的環境、G)個人の安全と法の執行、H)社会的機会と社会参加、の8つの領域に関して個人の暮らし良さに関係する変数を体系化しており、それぞれの領域の測定のために有力とされる指標をあげている。生活の質にとって重要な領域(教育、雇用、利用できる財とサービス、住宅など)を特定し、それぞれの領域の個人の条件を特徴づける指標(平均余命、周産期死亡率、正規教育率)を提案しているが、所与の物質的、経済的環境が個人に特定の影響を与え、その影響は個人の経験や社会的状況と関係が薄いという前提に基づいている(OECD:国際経済協力報告書)。すなわち、ある個人の物質的環境が、生活の質に及ぼす影響は一律的であること、それが、社会的、文化的、個人的要因から完全に独立しているという前提である。しかし、現在では人々の生活様式の複雑化、精神構造の複雑化、社会問題の複雑化等により、人々の生活の質自体の、質的再検討や個人的経験が生活の質に及ぼす影響を再検討する必要があると考える。

OECD 労働力社会問題委員会は、個人の暮らし良さの指標として、主観的指標の重要性は指摘しているが、体系化への試みはされておらず、あくまでも主観的指標の客観的指標への補完的役割を指摘するに止まっている。

前述のセン<sup>30</sup>は、効用の個人間比較は不可能として、その解決策として効用以外の情報をも採用する指標の必要性を主張しているものの、具体的には、彼の潜在能力の拡大の測定指標として、平均余命、基礎教育、所得を採用し、客観的指標に依存している。途上国における当事者性や住民の参加が重要視される中で、主観的指標の導入や、人々の生活面での精神的な要素を解明するような指標の導入なしに、生活の質を語ることはできず、このような指標の開発が必要である。

## 2. BHN アプローチにおけるニーズ

1976 年国際労働機関 (ILO) は失業問題緩和の観点から、「雇用、成長そして基本的ニーズ (BHN) に関する地球会議」を召集し、BHN の充足を途上国開発援助の中心課題に据え BHN アプローチの重要性を強調した。ILO は公式には BHN を次のように定義付けている。

- (1) 私的消費として世帯が最低限必要とするもの。
- (2) 地域のために提供される基本的サービス
- (3) 意思決定過程への参加

そして、BHN 充足のための手段として雇用を重視している。

フリードマン<sup>68</sup>は BHN 概念の歴史について次のように説明している。

「*BHN* は 1888 年にブースがロンドンの都市貧困層に関する社会調査を実施し、その結果都市貧困層の条件に合わせた政策立案の基礎として提案したもので、生活水準や貧困線の設定へとつながり第二次世界大戦後の厚生経済学の発展に通じた。そして、*BHN* の概念は 1960~1980 年代にかけて社会指標運動の中心的役割を果たすこととなった。」

このように、BHN は貧困層の生活改善を実現するための開発理念として提唱されたという点で貧困に対する国際社会の発想の変化と開発パラダイムのシフト「生産から消費ニーズへ」を象徴している。しかし、BHN の内容に関しては様々な政策意図により異なる解釈があり、問題点も指摘されている<sup>65</sup>。

WHO (世界保健機関憲章 1948)<sup>15</sup>は、健康を「肉体的、精神的、社会的に完全に充実した暮らしの状態、単に病気や障害のないことではない」と定義している。そして、BHN として、食料、教育、水と衛生、住宅、仕事、社会での役割をあげている。生活水準や雇用のみならず、社会での役割を取り上げた点で、他の定義よりもより複雑な生活の側面を捉えているが、これら全ての側面が人々の精神的側面に与える影響の多様性を考慮していない。

世界銀行は「人的資本投資」政策での BHN アプローチとして、食料、住居・衣料、教育、安全な水、保健等の公的サービスをあげているが、いずれも個人の生き方や生活経験による精神生活を分析できない。

フリードマン<sup>68</sup>は人間のニーズを 4 つに分類し BHN に関する問題点を以下のように説明している。

「ニーズの概念は、①強度の欠乏を防ぐためのニーズ (ニーズ 1)、②機能的関係 (ニーズ 2)、③政治的要求、④習慣的権利、に分類される。①は最低限のニーズで個人はこのニ



ズが欠乏すると欲求不満や失望感を感じる。②は目的達成のための手段としての機能である。しかし、BHN の計画策定に当たって、成長か再分配か、BHN 決定は国際機関か政治的官僚かあるいは地域組織か、生産か消費か、市場による配分か計画か等の優先順位や、決定主体に関しての多くの問題に直面し、これらの論争から、貧困問題の再検討や開発パラダイムのシフトが論議されるようになった。」そして、フリードマンは BHN アプローチを計画立案よりも原理的プロセスとしての地方の政治力を重視し、貧困を「力の剥奪」と捉えこの問題意識から「反・エンパワメントモデルの場合の問題を提案した。そして、結論として、人間の機能を最大限に活かし、人権と自然環境の両立の権利主張を伴ったオルタナティブな開発を主張した。フリードマン<sup>68</sup>の理論は、開発計画の母体を被支援国の個別な地域集団や地方に委ねるとし、この主張は政策的な整合性を有し、本研究の主張と共通項を有する。しかし、「人は同じ物理的条件下でも個々に異なる感受性を持つ(北野 1996)<sup>69</sup>」という、本研究で問題とする人間の個別性や、精神的側面に関する要因は、含まれていない。

南アフリカにおける BHN の充足度と民主政治に対する影響との相関関係の研究では、BHN の定義として、安全な水、栄養、電気、住まい、仕事、医療、福祉、交通、物理的環境等が上げられている。このように BHN の定義は統一されていない<sup>69</sup>。

### 3. センと国連開発計画(UNDP)の人間開発アプローチにおける指標

前述のようにセンは、国連開発計画(UNDP)の人間開発思想の基礎的理論を提供し、これまでの貧困の概念を、所得貧困から能力貧困へと変える理論的根拠を構築し、現在開発経済学の分野で、その福祉的視点が大きく評価されている(Chakraborty 1998)<sup>70</sup>。センは、貧困の概念を「権利(entitlement)の剥奪」状態とし、社会政策の目標は人の潜在能力(capability)の向上にあると定義している。entitlement とは「人が消費を選択できる財の集合」であり capability は「人が経済的、社会的、及び個人の資質の基で達成することのできる様々な選択的な機能(function)の集まりで、capability の向上と単なる生活水準の向上とを区別している。センの議論の特徴は貧困を「人の潜在能力を活かす権利の剥奪状態」とし、政策的には entitlement の保護と促進のための社会保障政策を重視している。しかし、著者の見解としては *Public Action and the Quality of Life in Developing Countries* (1981)<sup>71</sup>の中でスリランカの食料補助政策を政策成功例として取り上げ、その分析ツールとしての「Quality of Life 指標」として「寿命」、「所得」のみが採用され、センの生活の質概念の理解は本研究と異なる。

一方 UNDP は構造調整政策の貧困層に与える悪影響や途上国の債務危機への危険性に対する批判に答え、センの「開発目的は人の能力拡大と選択肢の拡大にある」という視点を採用し、開発の真の目的は人々にあると提言した。さらに、UNDP は 1990 年より人間開発報告を公表し人間開発指標(HDI)を始め様々な指標の開発に努力している。UNDP の人間開発 HDI 概念には次のような特長がある。

人間開発概念は人間の基本的能力の開発とその能力を活かす機会の拡大を目的としている。人間開発 HDI 指標には、(1)健康(平均余命)、(2)教育(識字率と就学率)、(3)所得(一人当たり GDP)の指標が採用され 186 ヶ国(2014)の人間開発のレベルがランク付けされ発表されている。そして、人間開発のパラダイムとして、(1)生産性、(2)公正さ、(3)持

続性、(4)エンパワメントをあげ、人間開発指標はエンパワメントの指標であると定義している。しかし、指標としては不十分であるとの批判から人間貧困指数(HPI),ジェンダー開発指標(GDI),ジェンダー・エンパワメント測定(GEM)等の指標の細分化を試みている。国連開発計画の「開発の真の目的は人々にあり、成長は一手段にすぎない」という開発理念は多くの途上国で評価されている。しかしながらこれまで述べてきたように、主観的指標を欠いた国全体の平均値にとどまり、個人の生活の質の重要部分である個別性や内面性を分析できない。

#### 4. ドレブノスキの生活水準の指標

国連社会開発研究所のドレブノスキ {United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)} は、生活水準を生存と生活の権利という観点から、人間のニーズの構成要素とニーズの充足度を測定し指標化した。彼の生活水準指数の第一要素は基本的ニーズとし、栄養、衣服、住宅、保健、及び教育をあげている。第二のニーズは余暇と安全、第三のニーズは、社会生活環境や自然環境である。彼の指標は、従来の生活水準の尺度を経済的変数のみで測定することを批判し、社会的変数を重視している点で評価されているが、人間の基本的な人権や文化的側面を測定する指標に欠けることが指摘されている<sup>70</sup>。

以上で取り上げたどの指標も、人間のニーズの多様性や異文化的側面を測定する指標に欠け、精神的側面に関しては排除されている。正確な生活の質の測定を可能にするためには、「人間は悩み苦しみ自己完結性を追求しつつ、主体性や全体性をもって、独自性を追求しつつ生きる」「心の通った様々な人々の異なる生き方が存在する」という人生観や生活観、死に向かう高齢者の人格的自立や依存的自立、AIDs感染者への差別による屈辱的な生活、アルコール中毒患者を親に持つ子供の精神的不安定などのバルネラビリティーに対する配慮も必須である。これまで、深刻さを増しているにも関わらず、発展の影で後回しにされてきた、これらバルネラビリティーを抱える人々や社会的弱い立場にある層のニーズ充足こそ、今優先されなければならないと考える。

#### 5. 人間の基本的要求と D-QOL アプローチにおけるニーズの明確化

##### (1)人間の基本的ニーズ

途上国の都市部で深刻さを増す AIDs・HIV 患者やアルコール依存者、障がい者排除、子どもの精神的不安定等のバルネラビリティー問題解決のための有効な援助方法を考える際に、バルネラビリティーを抱える人々の生活の質を構成するニーズを把握し、どの部分のニーズが不足し、どの部分への援助が有効であるかの分析を行わなければならない。人々の生活の質の構造を把握するために、社会心理学では人間の基本的欲求の把握から着手する。マレー (Murray, 1938) はマレーの心理的欲求リストの中で、人間の基本的欲求を①生理的欲求、②内発的欲求、③社会的欲求、に分類し、特に人々の社会生活を説明する上で、社会的欲求の概念の限定化が必要となる、としている。マレーの社会的欲求には次のような欲求があげられている (TAT の世界)<sup>46</sup>。

a) 支配、b) 達成、c) 自律、d) 防衛、e) 救援、f) 親和、g) 理解などである。

また、岡村<sup>58</sup> は、「人々の生活の質を説明する上で、心理的・人格的要求の把握が必要

である。どんな個人にも社会的存在として満たされなければならない最低必要条件があり、またそれが社会にとってもその存続のための最小限の機能的条件であるような、社会生活の基本的要求が存在する。社会生活の基本的要求は、個人と社会との相互関係から成立する概念で、人間の基本的欲求とは異なる。社会生活の基本的要求の分析は人々の生活の質の構造を把握する上で必須である。」とし、人々の生活を社会的に規定した説明概念として「社会生活の基本的要求」をあげている。岡村の発展的福祉固有の視点は、主体を個人に置き、制度や政策を客体とし、個人の主体的側面を援助するところにある。そして、7つの人間の基本的な生活要求「経済的安定」「家族的安定」「教育の保障」「職業的安定」「保健・医療の保障」「社会参加ないし社会的協同の機会」「文化・娯楽の機会」を定義している<sup>58</sup>。しかし、精神的生活要求に関しては言及されていない。

## (2) 精神的安定のニーズ

UNDP が指摘するように開発の目的が人間の潜在力を最大限に引き出し、それによって生活の質の向上と自立、選択の自由を促進するプロセスであるなら、経済的社会的現象でもあり、異文化や国際的視野を含む総合的なアプローチとともに、開発にかかわる人間の判断と行動を司る心理的精神的側面の理解は、開発協力を効果的に推進する上で不可欠である。

インドの商業大都市ムンバイのスラムでは、貧困や人口集中、生活環境悪化のためにストレスの度合いの高さやアルコール依存症 AIDs、HIV 感染等の精神障がいの原因となる可能性の高い要因が多く存在している(橋本)<sup>13</sup>。

グッド<sup>72</sup>は大都市低所得層の精神衛生の問題を次のように記している。

「経済発展途上の過程で、自分の文化や地域生活を剥奪され、移動と再定住を強いられた人々は家族の崩壊や地域ネットワークの喪失、移住後の環境への適応困難さに加え、低所得層では適切な医療機会も奪われ、精神障害の危険性が増している。特に女性は、夫の暴力、重婚や売春の強制、レイプ等が原因の PTSD(心傷後ストレス障害)や心身症、うつ病の増加、男性は、失業、アルコール中毒、HIV や AIDs 感染後の不安やストレスが原因の症状が増加している。」

これまで人間の精神的内的側面が開発の主要因として扱われなかったのは、予測不可能な計量化しにくい要素としてとらえられてきたためと考えられるが、既に途上国での乳幼児の発達を扱う発達心理学の領域や基礎保健やコミュニティー開発担当官の訓練に、グループ・ダイナミックスを取り入れたり、又、予防的精神衛生の立場から AIDs カウンセリングや女性のリプロダクティブ関連の情報提供を重要視する動きがある (Jaswal 1997)<sup>73</sup>。

1949 年にアメリカ・ソーシャルワーカー協会が、コミュニティー・オーガニゼーション研究協会設立し、社会福祉調査グループが、人間生活の普遍的ニーズとして①労働の機会②家庭の保存③精神的身体的健康を求めるニーズ④教育⑤表現の自由⑥余暇を取り上げているように、福祉的観点から、人間の心を中心に家族や地域、生活問題、精神衛生などをホリスティックに捉え、住民の生活の質を構成するニーズを把握することが必要である<sup>73</sup>。

以上のような条件を考慮し、また次章で報告するスラム住民への QOL 調査の結果を踏まえ、本研究の中心的な概念である D-QOL のニーズ構成を設定する。

### 第三章 D-QOL アプローチ—分析の枠組み

本章では、D-QOL の指標としての分析的枠組みを構築していく。そのために D-QOL に含まれる価値を整理する。

#### 第一節 D-QOL の方法論的定義

##### 1. 生活の質(QOL)

小島<sup>74</sup>は障がい者福祉の立場から、生活の質(QOL)を次のように説明している。

「QOLとは、人生を楽しむ生存の条件を質の問題として捉え、物質的な質と精神的豊かさや満足度のバランスをいう。人間の存在を、環境と相互作用のシステムとして捉える生態系の観点からは、QOLは、人間的要件から、無機質の自然的要件までも含む生活のあらゆる要素の総括と見ることができる。」

日本 QOL リサーチ研究所によれば、QOL は、「健康で家族の支えや勤労に従事し、適度の収入があり、自然や余暇を楽しみながら安心して生きることのできる生活」とされる。丸尾<sup>75</sup>は、経済的、精神的にバランスを保つことが必要で、安全性、快適さ、地域社会生活の3つをキーワードとしてあげている。安全性とは、物理的な社会的な安心できる生活状況、快適さとは、心理的要素を尊重する暮らし良さで、地域社会生活とは、住民同士の心の通い合いや、調和、ネットワークに支えられ、個人が望み形成する生き方を追求できる地域生活を意味する。これら要素の統合により、質の高い生活が実現できると説明している。小島<sup>74</sup>は QOL の構造を客観的 QOL と主観的 QOL に分類し、①生命レベルの QOL(生命の質)、②個人レベルの QOL(生活の質)、③社会レベルの QOL(人生の質)が存在するとし、客観的、主観的に両側面から個人の生活の質を把握するものであるとしている。また、QOL は、個人の生活やその人らしい生き方に影響を与える要因が、互いにどのような関係で構成され、どの要因を改善すればその人の生活の質の向上に繋がるかを把握することができる。そして、生活の物理的側面の質と、心の豊かさや満足度といった精神的側面の質とのバランスを重要視する(小島 1998)<sup>74</sup>。WHO は「QOL は、身体的、精神的に健康な、その人らしい生き方がどの程度実現されているかの指標である。」と定義している(WHO 1994)<sup>76</sup>。丸尾<sup>75</sup>は「QOL は、経済的ニーズの充足と精神的ニーズの充足に偏りがなく①安全性(安心して暮らせる)②暮らしの快適さ(心理的要素を尊重)③地域社会生活(人間関係)等のバランスを必要とした暮らしである」とし、「QOL はその人らしい生き方を意味し、量よりも質が重視されその人の価値観が尊重される。客観的な要素以上に主体的に決定される部分を重要な要素としている」と述べている。QOL の概念は、先進国にとってのみ重要性を持つものではなく、特に独自の精神構造や宗教、文化的価値観を持つ途上国の人々にとってこそ、生活水準のみならず、以上のような、生活の質の概念導入が重要視される。

##### 2. ノーマライゼーション理念と QOL

ノーマライゼーションと QOL に関する主要な研究には次のようなものがある。デンマークの精神障がい者の QOL に関する研究では、QOL を「Good Life」とし、個人と社会的ネットワークの存在やかかわり方、存在感やセルフエスティーム、生活主体としての自己と社会関係が彼等の QOL にとって重要であるとし、QOL 値とノーマライゼーションとの相関関係の高さを指摘している(Holm, Holst, and Perlt 1994)<sup>77</sup>。フィンランドの発達障がいに関する研究では、対人関係や社会

参加、自信や自己受容、安心感、美への感動、満足感が QOL 値に大きく影響し、障がいの内容と個人の人生での取り組み方が QOL 向上に大きく影響すると指摘している。その他、カナダのリハビリテーション分野の研究やオーストラリア、ドイツの障がい者福祉の分野でも共に障がい者の QOL のなかで社会関係や対人関係そして精神的側面の重要性を指摘され、ノーマライゼーションと QOL との相関関係の高さを強調している(WHO 2015, Woodill, Renwick, Brown & Raphael 1994, Brown I., Brown P.M. & Bayer 1994, Schalock 1994, Brown 1997) 78 79 80 81 82。

1980 年代以来、開発の分野でも量から質への理念的変化の流れに沿って、貧困や都市問題、人口集中問題等をテーマにそれらが人々の QOL に与える影響に関して研究が行われるようになり、指標開発の試みも実施された。これらの指標はいずれも妥当性、信頼性、安定性テストを実施し指標としての有効性は証明されているものの、主観的側面の計量化の困難性、採点評価の困難性、異文化比較の困難性等を取り上げ今後の課題としているものが多い。

開発分野での課題は、異文化間比較が可能な主観的指標の開発で、この分野では、WHO は健康の質をテーマにした異文化比較可能な QOL 指標の開発に取り組んでいる。日本でも前述の河東田は、知的障がい者福祉の分野での日本とスウェーデンの QOL 比較を、カヤンディ式評価スケールを修正し実施し、ノーマライゼーションとの関連の高さにも言及している(河東田)<sup>19</sup>。

各研究分野により、QOL 指標の機能や重視する要因は異なるが、医療サービスや福祉サービスの分野で、患者や利用者の自律や共生に目的を置き、彼等にとっての QOL 向上のために、より質の高いサービスを如何に提供するかの方角付けや、社会的弱者にとって差別や偏見のない住みやすい社会の実現を目指す、ノーマライゼーション理念の普及の目的は各分野とも共通している。差別や偏見のない社会と、人々の精神的安定と自律を目指す、D-QOL は、バルネラビリティの除去を主目的の一つとし、人々の地域での自律と共生のために、住民組織化や助け合いグループを重要視している点に特徴がある。

### 3. QOL 評価とスケール

QOL 測定方法は目的により様々なスケールの開発が試みられている。異文化を想定した QOL は多様な因子や領域が含まれ、これらを画一的に測定評価できるスケールは方法論的にも理論的にも困難である。前述のように、評価方法として客観的手法と主観的手法の適正さや妥当性の問題で論争がある(Wolfensberger 1994)<sup>83</sup>。また、精神保健の分野では、医師の一方的判断による評価を避けるために、構造面接聞き取り方法(Structured Questionnaire)に基づく訓練された質問者による、質的かつ量的で主観的かつ客観的な広範囲の評価の必要性が叫ばれている。

以下、本研究で記すインドスラム住民の D-QOL 調査ではこれらの測定評価法と WHO の試みを参考に、個人のニーズ充足度測定を軸とする D-QOL 調査と、面接聞き取りによる質的調査により貧困層の人々の精神的側面を調査し、D-QOL の向上を図る支援のあり方を考察していく。

## 第二節 D-QOL の構成

### 1. 定義と構成要因

#### (1) 固有の視点と特徴

これまで、第二章の理論的枠組みで述べてきたように、D-QOL アプローチの特徴は以下のよう  
に説明できる。

**a) 目的:** バルネラビリティの除去 による差別や偏見のない社会の実現と、バルネラビリティを抱え

る人々の精神的側面での生活の質（D-QOL）の向上を目的とする。都市低所得層の生活の質の向上のための D-QOL は、理念の原点は障がい者福祉から端を発した、偏見や差別のない社会への改革を目指している。

**b)** 活動領域: 福祉的対人処遇 D-QOL は、その地域での社会福祉問題や個人が直面する生活上の困難性を、質的に把握する福祉的アプローチであり、自発的・個別的福祉開発理念に基づくアプローチである。

**c)** 支援の責任母体: 住民組織、ソーシャルワーカー、NGO、企業の CSR を有力な担い手として、地域住民の組織化やネットワークを促進する。

**d)** 機能: D-QOL は、主体的側面からの生活上のニーズを把握する機能を持つ。また、D-QOL は、地域で支援活動を行う NGO のサービスの質が、住民の生活の質の向上に大きく影響を及ぼすとの考え方から、NGO のサービス評価機能をも有する点で、他の QOL 指標と異なる。

**e)** 原理・原則: (1)人権の尊重 (2)完全参画と平等の尊重 (3)ノーマライゼーションの尊重 (4)全人間的復権を目指す地域リハビリテーションの尊重 (5)相互扶助の原則 (6)個人の自由の原則(7)相互補完性の原則(8)普遍的処遇の原則(9)主体的側面支援の原則(10)当事者性反映の原則(11)全体性の原理が主導原理である。

**f)** その他の特徴: D-QOL アプローチの主目的はバルネラビリティの除去にあり、貧困はバルネラビリティを助長する要因と捉え、主な支援対象は、都市の貧困、HIV/AIDS やアルコール依存、心身の障がい等の、途上国で深刻化しているにも拘わらず、開発の対象から取り残されてきた人々の精神的不安定の状況改善にある。

**g)** 仮説: 精神的安定への支援を重視する理由を提示するために、仮説「最低限の基本的ニーズの充足度と精神的ニーズの充足度とは関連性が低い」を証明し、生活水準の向上に重点を置く支援と同時に、精神的側面への支援重視をも主張する。

## 2. ドメイン構成 調査結果の因子分析以前の提案(WHO)<sup>16</sup>

<ドメイン 1> 「BHN の最低限の基本的ニーズ」

食料、健康、教育、医療、所得、住宅、水、衛生、騒音、安全性等の生活環境、交通機関

<ドメイン 2> 「BHN の社会サービスのニーズ」社会政策や社会構造が個人の暮らしに与える影響を反映し基礎的ニーズを充足するためや疎外要因を削除するための可能な社会サービスを反映する領域(公共参加、差別のなさ、便利さ、情報、選択肢の幅、NGO の支援を測定するファセットより構成)

<ドメイン 3> 「社会関係・対人関係」人間関係や社会関係、人権の側面が個人の暮らしに与える影響と 個人の社会的帰属ニーズを反映する領域 (グループ、家族、ソーシャルサポート、余暇活動、文化的側面、社会参加度を測定するファセットより構成)

<ドメイン 4> 「精神安定のニーズ」個人の内面的精神的ニーズを反映する領域

(自立、自己決定、宗教・信仰、将来の希望、ストレス管理に関するファセットにより構成)

次の図は D-QOL アプローチに於けるドメイン構成を他のアプローチと比較したものである。

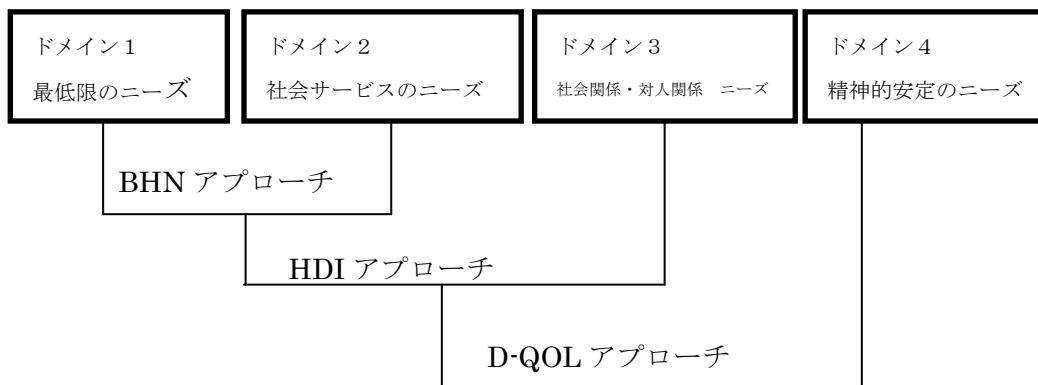


図3 BHN,HDI,D-QOL アプローチの関係 (著者作図)

図3においてドメイン1とドメイン2はBHNのアプローチを反映し、BHNにドメイン3を加えたものがHDIアプローチであり、HDIにドメイン4を加えたものがD-QOLアプローチである。

#### (1) 評価方法と質問の形態

以上の理論的枠組みに基づき、WHO-QOL100を基に、都市低所得者層にとって必要と考えられるニーズ51項目をファセットとし、リカートの評定加算法を採用し、5点法で採点した。各ファセットの英語への翻訳はWHOやその他のQOL研究に記載されている質問項目から最も近いと思われるものを採用し、各ファセットの質問方法や問いかけ方法の種類を最低4種類準備した。

#### (2) 質問文作成と評価上の注意点

- a)対象者主体原則である。
- b)二重否定や「ときどき」等あいまいな表現で質問しない。
- c)簡単な表現を用いて回答を得られるまで何度も尋ねる。
- e)仮定や比較での回答は無効とする。(もし私が元気なら、失業する前は...だった、など)
- f)一つの質問に一つの内容原則(安全な水や電気は十分得られますか等は避ける)

これら目的遂行のために、ファセット毎に最低4通りの問いかけを準備し確実に有効な回答を得て、総合的に判断した。

#### (3) D-QOL のファセット項目

前述のように、D-QOLの作成と手順に関しては、WHOQOL-100に従い上位概念としてドメイン、下位概念としてファセットを設定した。これまでの著者のスラムのニーズ調査をもとに、インドのスラム住民の生活にとって、必要と考えられるニーズ100項目の中から低所得者層や途上国の文化に適さないと考えられる項目を除外し、以下の51項目を選定した。

表2 D-QOLのファセット項目

- F1 最近の暮らしぶりはいかがですか。
- F2 収入は必需品が買えるほど十分ですか。
- F3 十分な食料は手に入りますか。
- F4 必要な衣類は十分手に入りますか。
- F5 健康状態はどうですか。
- F6 良い薬は手に入りますか。
- F7 読み書きに不自由する事はありますか。
- F8 買い物やおつりの計算に困ることはありますか。
- F9 安全な水は確保できますか。
- F10 電気の供給は十分ですか。
- F11 トイレの設備は十分だと思えますか。
- F12 住宅の快適さは満足行くものですか。
- F13 騒音で悩まされていませんか。
- F14 地域の安全性は十分ですか。
- F15 周りの衛生状態は良いですか。
- F16 公共交通機関は利用し易いですか。
- F17 宗教施設は十分ですか。
- F18 仕事はありますか。
- F19 医療サービスは簡単に受けられますか。
- F20 望む職業訓練や技術訓練は受けられますか。
- F21 移動に障害はありますか。
- F22 公の援助は十分受けられますか。
- F23 NGO等の支援は十分受けられますか。
- F24 男女差別を経験したことはありますか。
- F25 出身カーストによる差別や束縛、制限を感じたことはありますか。
- F26 近隣の住民の態度は友好的だと思えますか。
- F27 政治や公共への参加は十分可能ですか。
- F28 地域やグループの計画や取り決めに参加できますか。
- F29 伝染病(AIDs や HIV 感染等)への不安はありますか。
- F30 利用しやすい保健相談サービスは近くにありますか。
- F31 アルコールや薬物問題で悩んでいますか。
- F32 子供の教育は十分受けさせられますか。
- F33 様々な可能性や生き方の選択肢は広く与えられていると思えますか。
- F34 老後の心配はありますか。
- F35 新聞やテレビ、インターネット等の情報は得られますか。
- F36 夫婦関係や家族関係には満足していますか。
- F37 自分は地域の一員としてあるいは家族の一員として十分役割を果たしていると思えますか。
- F38 地域やグループ活動に積極的に活動していますか。
- F39 自分の行動が何かによって制限されていると感じることがありますか。
- F40 自分にとって大切なことがらは誰かに束縛されずに自分で決定することができますか。
- F41 友人や地域の支援は十分ありますか。
- F42 他人にとって自分は何か役に立っていると思えますか。
- F43 困ったときに頼りにできる友人や仲間はいますか。
- F44 この地域以外の人々との交流はありますか。
- F45 宗教が自分に与える影響は大きいと思えますか。
- F46 自分の存在感を感じるすることができますか。
- F47 将来に対する自分の夢や希望は実現できると思えますか。
- F48 充実した人生を送っているという満足感はありますか。
- F49 自分に自信はありますか。
- F50 悩みや心配事で落ち込むことはありますか。  
不満や怒りでいらいらすることはありますか。(気分的安定感)
- F51 家族や周りの人に愛されていると思えますか。

WHO-100の中から途上国の人々の生活に適さない項目を取り51項目を選択した。

#### (4) D-QOLの因子構造(ダラビとタネスラム住民への調査結果から)

第二部で調査対象となったダラビとタネスラムの住民60人に上記の51項目に関して、5点法で満足度を調査した。1点:まったくそうは思わない、から5点:非常に満足している、の5点法で採点し、その得点をもとに、因子分析(主因子法、固有値1.0以上のバリマックス回転、統計ソフ



トは S-Plus を使用した) を行った。その結果が表 3 である。

表 3 インドスラム住民の D-QOL 調査結果と因子分析

ファセット	第 1	第 2	第 3	第 4	(因子) 共通性	ファセットの意味
F24	0.972	0.006	0.058	-0.226	0.367	性差
F50	0.937	0.324	0.112	-0.067	0.313	ストレス
F28	0.900	0.156	-0.233	0.332	0.450	社会参加
F48	0.895	0.025	-0.179	-0.409	0.152	満足感
F13	0.877	0.332	0.268	-0.230	0.354	騒音
F12	0.871	0.002	-0.110	-0.479	0.576	住宅環境
F33	0.870	-0.097	-0.107	0.472	0.446	選択肢
F5	0.859	-0.106	-0.495	-0.071	0.354	経済的安定
F35	0.794	0.583	0.156	-0.070	0.453	情報入手
F40	0.770	0.202	-0.078	0.601	0.451	自己決定
F21	0.731	0.087	0.186	0.651	0.379	障がい
F32	0.715	0.434	0.499	-0.225	0.081	子どもの将来
F36	0.711	0.458	-0.149	-0.513	0.401	家族関係
F20	0.692	0.123	0.302	-0.644	0.301	字術習得
F1	0.648	0.493	-0.078	-0.575	0.431	生活状態一般
F47	0.619	0.562	-0.492	-0.242	0.209	将来の希望
F19	0.584	0.559	0.557	-0.190	0.351	医療サービス
F42	-0.040	0.98	-0.156	0.059	0.386	他人への貢献
F37	-0.185	0.98	0.067	-0.026	0.405	責任感
F49	0.212	0.97	0.090	-0.063	0.555	自信
F46	0.233	0.96	-0.087	-0.011	0.413	生きがい
F34	-0.158	0.95	-0.268	-0.041	0.107	老後問題
F43	0.227	0.92	-0.137	-0.267	0.612	信頼度
F26	0.238	0.83	0.389	-0.301	0.387	周辺住民の態度
F44	0.547	0.80	-0.178	-0.127	0.465	行動範囲
F41	0.134	0.787	0.555	0.233	0.441	ソーシャルサポート
F51	0.347	0.78	0.448	0.256	0.494	愛
F45	0.286	0.77	-0.378	0.426	0.464	信仰
F27	0.573	0.69	0.395	0.167	0.210	政治参加
F38	0.013	0.227	0.962	0.152	0.396	グループ活動
F22	-0.075	-0.283	-0.930	0.223	0.379	政府援助
F39	0.250	0.294	0.922	0.004	0.263	自由
F30	0.376	-0.347	-0.859	0.024	0.236	カウンセリングサービス
F14	0.372	0.389	0.842	0.041	0.357	安全性
F2	0.374	0.37	-0.833	0.172	0.374	家計
F29	0.384	0.441	-0.811	0.029	0.430	AID s の知識
F18	-0.134	0.402	-0.808	0.409	0.367	雇用
F15	-0.049	-0.62	-0.691	0.358	0.357	公衆衛生
F10	-0.086	0.166	-0.192	0.963	0.477	電気
F5	0.160	0.238	-0.113	-0.951	0.481	健康
F17	0.095	0.391	-0.142	-0.951	0.481	宗教施設
F25	0.331	-0.130	0.397	-0.846	0.591	カースト
F11	0.303	0.005	-0.465	-0.83	0.658	トイレ
F9	0.301	-0.257	-0.43	-0.812	0.289	安全な水
F6	0.230	0.599	0.093	-0.76	0.555	薬
F23	-0.353	-0.547	-0.058	-0.75	0.402	NGO 支援
F31	-0.152	0.386	-0.539	0.73	0.080	アルコール依存
F7	0.018	0.564	-0.385	0.73	0.679	識字
F16	0.490	0.148	0.596	-0.61	0.438	交通機関
固有値:	14.38	14.08	11.07	11.4		
寄与率	28.1%	27.6%	21.7%	22.5%		

バリマックス回転後 4 因子を特定できた。それぞれの因子の意味を検討した結果、第 1 因子は、社会参加、選択肢、自己決定に負荷量が高く、本論のドメイン 3 にあたると判断した。第 2 因子は他人への貢献、責任感、生きがい、信頼度、ソーシャルサポート、愛に関するファセット負荷量が高く、本論のドメイン 4 にあたると判断した。第 3 因子はグループ活動、知識、雇用、政府援助、の負荷量が高く、ドメイン 2 社会サービス因子と判断した。第 4 因子は、電気、健康、安全な水、薬などドメイン 1 に関するファセットに負荷量が高いと判断した。従って因子分析後のドメイン構成は以下のようになった。

ドメイン 1 : F5,F17,F25,F11,F9,F23,F31,F7,F16

ドメイン 2 : F38,F22,F39,F30,F14,F2,F29,F18,F15,F10

ドメイン 3 : F24,F50,F28,F48,F13,F12,F33,F5,F35,F40,F21,F32,F36,F20,F1,F47,F19

ドメイン 4 : F42,F37,F49,F46,F34,F43,F26,F44,F41,F51,F45,F27

#### (5) ドメイン構成と信頼性、妥当性

各因子の内的信頼性を確認するために Cronbach alpha 係数を算出した結果、第 1 因子  $\alpha=0.7586$ 、第 2 因子  $\alpha=0.8040$ 、第 3 因子  $\alpha=0.5668$ 、第 4 因子  $\alpha=0.7611$  であり、D-QOL 全体の  $\alpha=0.8441$  であった。したがって、内的信頼性を満たすと判断した。

以下では、この指標を基本に、現地における D-QOL 調査実践と、それら調査をもとに、インドのスラム等の低所得層の基本的ニーズと精神的ニーズの関係を検証する。

第 II 部では、第四章で本調査対象地であるインドのムンバイ市のダラビ・スラムとムンバイ市のベッド・タウンと呼ばれるタネ市のカイラシナガール・スラムの概略を説明し、五章でインドの身体障がい及び知的障がいを抱える人々とその家族の生活をニーズや苦難、精神的不安定などに焦点を置き分析し、彼らにとっての D-QOL は最低限のニーズが充足すれば自動的に向上するものかどうかを検証する。第六章では、本研究の精神的側面への関心の発端となった「スラム住民のストレス度と D-QOL 調査」の結果、第七章で女性達の心身の健康と D-QOL に関する調査結果を報告する。そして、第八章で D-QOL の実践タネプロジェクト立案の発端となった、スラム住民の D-QOL 調査—2008 年の結果、第九章では、スラムの面接聞き取り調査の結果、バルネラビリティと特定された問題の中で AIDS/HIV 感染者とその家族の D-QOL 調査の結果をそれぞれ報告し、第十章では、D-QOL 実践化の試みタネプロジェクトが、スラム住民の D-QOL 向上のために有効であるかどうかを検証する。

## 第Ⅱ部 D-QOL アプローチの展開、調査と実践

### 第四章 調査対象地—ダラビ地区とタネ市スラムの概要

本章では、本研究の調査対象スラムであるマハラシュトラ州ムンバイ市の「ダラビ」とタネ市の「カイラシナガール」を取り上げる。そして、必ずしもスラムの生活水準の向上が住民の生活の質の向上を意味するものではないことを述べる。

#### 第一節 経済発展とスラム化

＜スラムとは＞

マハラシュトラ州ムンバイに隣接するプネ市のジョパパティ（マラティ語でスラムを意味する）に関する詳細な調査を行なった社会学者ラトナ<sup>1</sup>はジョパパティについて次のように説明している。

「ジョパパティはその独特の環境や主義に基づき組織化された複雑な生活共同体で、その規範や伝統は、他の共同体とそれほど異なるものではないが、重要性の順位は異なるかもしれない。ジョパパティは社会的弱者が、互いの理解や勇気を得て、他の住民と風俗習慣や価値基準、人生経験、意見等を共有でき、人間としての存在感を感じる事の出来る場所である。そして、住民が何らかのライフ・イベントを経験し、精神的に打撃を受けており、物質的にも精神的にも不安定な生活を強いられているのが現状である。」

著者は1995年8月から2008年9月まで、ダラビに隣接する州立サイオン病院のアウトリーチ・サービスに同行し、保健センターで継続的に実地調査を行なって来た。また、タネ市に点在するスラムの実地調査を、タネ市カルバ総合病院やコミュニティーで継続的に実施してきた。以下では、これら一連の調査と資料を基にダラビとカイラシナガールについて概要を説明する。ダラビはインドで最大の代表的スラムで貧富の格差が問題となっている。カイラシナガールは新興の非認可スラムが多く、対照的ではあるが、NGOが介入し、支援形態を比較検討するのに適していると考え、ダラビとカイラシナガールを本研究の対象に選んだ。

#### 第二節 ダラビ・スラム

##### 1. ダラビの歴史と地域的背景

ボンベイの漁民のごみ捨て場であったダラビに皮革職人や陶器製造業者が移り住み、当初その異臭により「誰も住めないダラビ」「インド人でも住めないダラビ」と形容された。その後、住民達がダラビを占有し、スラムの主となった。面積は約175ヘクタール約60万人が住んでいるといわれている（2015年の統計では100万人の人口を抱える）。

言語、宗教等ダラビの特徴に関しては次の通りである。

- ① 言語：マラティ語 ヒンディー語が主要言語 その他グジャラート語や出身州により異なる言語を話す。
- ② 宗教：ヒンズー教、イスラム教、新仏教（以前のヒンズー教徒で被差別カースト層はインド独立以来、仏教に改宗した者が多い）シーク教、キリスト教の順に数が多い。

- ③ 住宅：以前は「カッチャタイプ」（ブリキ板や枯れ木でできた粗末なバラック）が多かったが、2008年では80%が「パッカタイプ」（レンガやセメントを使用した建物）の住宅である。
- ④ 家族形態：平均5人～8人から成る二世帯以上同居家族が多い。
- ⑤ 主要産業：皮革製造業、衣類仕立て、プラスチック加工、パン製造、自動車部品、補助部品製造となっている(Chodankar 1994)<sup>2</sup>。
- ⑥ 所得：月収1,000～2,000ルピーが大部分を占める(1ルピーは約2円)。月収2,000～4,000ルピーは全体の20%
- ⑦ 貯蓄：ダラビ内の3主要産業（皮、プラスチック解体、ジーンズ）が発展し平均所得は上昇したが個人の貯蓄は皆無に等しい。しかし、貯蓄に関しての調査は非常に難しい。
- ⑧ 女子の教育：以前は女子は家事手伝いや兄弟の世話を学校教育は受けられない子が多かった、今では、NGOによる数々のノンフォーマルな識字率向上クラスや政府の”Education for all”政策により女子識字率は向上した（World Bank 2013）<sup>3</sup>。
- ⑨ 女性と決定権：家庭内での女子に関する決定権は両親が80%、祖父母12.5%と女子自身の問題に関する決定権は女子にはほとんどない。
- ⑩ 結婚年令：女子の平均結婚年令は12～15才（児童結婚制限法では16才以上と規定されている。）
- ⑪ 政治参加：民主主義を支持する人は全体の80%、どうでも良い20%、どの政党を支持するかの理由は、候補者のこれまでの業績には関係なく、自分に有利なあるいは代々の慣習から投票する政党は決定している場合が多い。
- ⑫ 異なる宗教行事への参加：15年前の調査では回答者の25%が他の宗教行事にも参加すると答え、今では75%が参加すると回答している。
- ⑬ その他の設備：水、トイレ、電気に関しては表1の通りである。

表4 ダラビの給水設備の普及率(全住民に対する利用できる住民の割合)

	25年前	2006年
給水源		
公共の水道	5%	75%
内訳（合法）	5%	15～20%
（違法）	20%	70～75%
トイレ	N A	75%
電気	N A	80%

Chodankar<sup>2</sup>およびWorld Bank<sup>3</sup>の資料から著者作成

2006年には全住民の75%が公共トイレを使用でき、約80%が電気を使用できる。

## 2. ダラビの産業

2002年12月に、ダラビで起ったイスラム原理主義者とヒンズー教徒との暴動は、ムンバイ全体を血なまぐさい闘いの場に変えた(D'Lima 2003)<sup>4</sup>。ダラビにおける暴動の被害は、

死者 15 人、負傷者 51 人、家屋崩壊 459 件、店舗崩壊 90 件で、全ムンバイ死者は 68 人と報告されている。これは、ボンベイ大学ソーシャルワーク大学院 (Nirmara Niketan) の調査グループが暴動直後ダラビで行なった被害調査<sup>4</sup>であり、実際の数字はこれより多いと言われている。暴動後 NGO やソーシャルワーカーが、サイオン・ロータリークラブ、やバイクラ・ライオネスクラブの支援を受け、毛布やストーブ、食料等の物資を被害者達に配給し、ソーシャルワーカーや宗教団体によるカウンセリング活動も行なわれ、今でも一部でこの活動は続いている。

現在ダラビの様子は平静さを取り戻しているが、大きく以前と異なった部分がある。それは、ダラビ内の個人の小規模起業家によるビジネス・ブームである。既に、ダラビでは小規模手工業部門が存在しており、ここ 4~5 年でダラビの産業地区は大きく拡張された。

以下では、筆者がダラビの産業地区で前述の 3 大産業に携わる業者や労働者を対象に 2006 年 8 月インタビューを通して行なった聞き取り調査の結果から、ダラビの商業化について述べる。

ダラビの家庭内手工業は 40 年前から始まっていたが、①人件費の安さ②労働力の入手し易さ③少額資本業種が多い④税金や認可の面で法の目を潜り易い⑤業種によってダラビはその条件が最適である、等の理由により、小規模産業は今や大きく成長し、ダラビは「革製品」「ジーンズ」「プラスチック解体」の 3 つの産業でムンバイの中心となっている。ダラビの産業に携わる約 20 万人の内、マハラシュトラ州出身は 40%。教育レベルは 54% が学校教育を 5~10 年受けている。ダラビに 20~30 年間住んでいる事業家は 38% で、5~10 年住んでいるのが 22%、8% が 5 年以内で、産業を始めたのは 1990~1995 年が 23.52% と最も多く、次いで経済成長期の 1980~1985 年には 17.68% となっている。そして、96.16% の事業家は自分の家を仕事場にしており、全体の 80.4% が仕事場を所有している。仕事場の建物の種類は、パッカ型が 21.58%、それより劣るセミパッカ型が 66.66%、カッチャ型住宅が 11.76% となっている。事業を始めた際の資本金は、1 万~10 万ルピー (1 ルピーは約 2 円) が最も多く 62% で、次いで千~1 万ルピーと 10 万~50 万ルピーが 14% となっている (NGO 提供資料)。そして、雇い人はほとんどがダラビの中で雇用しており、ダラビ内雇用誘発が起こり、雇用創造に貢献している。しかし、外部との交流は少なく、排他性が残る。

州産業課、警察、税務署の調査 (Bhatt)<sup>5</sup> によれば、ダラビの全産業のうち半分が正式に認可を得ていないが、非認可の事業主の実数はこれより多いと思われる (Bhatt)<sup>5</sup>。現在最も業績を上げているのが前述の①革製品製造②衣類製造③プラスチック解体業の三つである。

#### ① 革製品製造 (2006 年 8 月の著者による聞き取り調査から)

相次ぐ政権交替に飽き飽きしたダラビの住民の中の若いリーダー (男性 21 才) は、「住民は州政府をあてにしないで我々でやっていくしかないと自覚している。ビジネスこそダラビを守る鍵だ。」と述べている。

1997 年ダラビの革製品販売店は一件しかなかったが 2006 年では約 50 店舗が主にサイオン・バンドラ道路わきに並び、ダラビ内で約 10,000 の革製品加工場が存在する。革なめし工場は州の環境管理課がその悪臭と空気の汚れという理由でほとんどが閉鎖され、わずかが生き残っている。

革製品加工を始めたオーナーは次のように説明している。(男性 40 才)

「ダラビの商売はこの 10 年で急成長した。消費者がダラビの革製品の良さを認め始めた。当初、80 万ルピー (160 万円) で始めた店が今では 12 百万ルピー (24 百万円) の値がついている。店の品の 70% がダラビで生産され、毎月 250 万個の女性用ハンドバッグが製造されインド各地に発送され、運営費も非常に安い。」また、2006 年ジュフー海岸からダラビに店舗を移転して来たある店主は、「移転の理由は、人件費と土地代が非常に安いこと。」と、述べている。革産業で働く労働者の月収は 3,000~5,000 ルピーで約 3 万人の労働者のほとんどがイスラム教徒で店主の多くは被差別カースト出身である。

38 才の若い店主は次のような影の部分も暴露している。「儲けてるのはディーラーで 40%~60% の手数料を取っている。」まだ労働組合の結成はなく、ダラビ内での貧富の差や搾取問題が生じていることが一連の聞き取り調査により判明した(2006 年の著者による聞き取り調査から)。

## ② ジーンズ

既製の分野では、15 のジーンズ工場があり、主にタミルナヅウ出身労働者が働いている。ある工場では毎日 150 本製造され、1 本 325 ルピー (約 650 円) で主に地方に出荷されたりムンバイの中流階級や産業地域、オフィス街で売られている。ディーラーの手料は約 30% であり、企業と契約している店もある。営業利益に関しては税務署の調査を恐れてかほとんど話してくれなかった。

## ③ プラスティック解体業

約 5,000 の解体業者と、約 250~300 のプラスチック加工業者がおり約 50 トンのプラスチックが粉碎され、バケツ等に加工されている。ダラビの解体業者はマヒン地区に多く存在し、イスラム教徒が多い。1973 年に初めてプラスチック突き出し機が導入されて以来ずっとダラビの代表的産業となり、家族単位で運営しているので、協力関係が良く、資本金も小額で、場所的にも条件が良く、繁栄した。空き地を利用して解体の仕分けが行なわれ、認可を受けて仕事をしている業者は 47 業者にすぎない。1970 年代旧ボンベイ市当局は認可を受けた解体業者から 1 万 2 千ルピーを徴収し、代替地を提供する約束をしたが、今や無効になっている。ある解体業者は、「最近、税務署の手入れが厳しくなった。裕福になれば、問題も増える。」と述べている。

スラム問題は複雑化し、所得の増加だけでは、解決出来ない側面がある。ダラビにはスラム再開発計画の一環として現在、住宅改良や高層ビルへの移転等 26 の都市計画が実施されており、スラムの様相はどんどん変わりつつある。しかし、実際に高層ビルに入居するのは、ダラビの住民ではなく、ムンバイの市民が、彼らから市価より安く権利を買取り入居しているのが実態である。ダラビの 60 歳の UP 州出身の男性は以下のように語った。「ここでの暮らしは生まれた村の暮らしよりも便利で仕事の面では若者にとっては条件が良い。子どもに教育も受けさせられるし、機会も多い。しかし、年寄りには取り残されてしまい、邪魔扱いだ。」

このような語りからも、都市と農村の生活の機会や教育の機会の格差が存在することがわかる。ダラビの事業家達は、店舗のまわりを掃除したりごみを片付けたり、美化に努めダラビの環境改善につながる事が期待出来る。しかしこれはモラルからというより客寄せや商売上の理由からで長期的な環境改善の意識定着につなげる努力が必要である。

本節では、ダラビの物理的生活水準は向上しているが、不公平感や格差がお年寄りや一部の住民に拡大していることを述べた。

### 第三節 タネ市のスラム

タネ市はムンバイへの北の玄関と呼ばれ、中央鉄道とムンバイーアグラ間、ムンバイーバンガロール間を結ぶ高速道路が走り、2001年には、人口約80万人そのうち約50%がスラム住民と報告されている。そして大きく約11グループのスラムが点在し、筆者はその中の典型的スラムであるカイラシナガールと隣接するラムナガールで、一連の聞き取り調査を行ってきた（タネ市には、小規模な一時的不法土地占拠グループを入れると、数は200にも昇ると言われており、2011年にはスラム数は7600に増加している）。前述のダラビは一ヶ所に集まる大規模スラムであるがタネは多数の異なるグループが建設現場や道路の周りに、蟻の巣の様に群がり点在している。そして、そのなかでも、規模や存続期間の違いや、登録スラムか非登録スラムかの違いにより生活水準や生活条件、文化、習慣も異なり、一般化することは難しい。

#### 1. タネ市スラムの歴史的背景

タネはかつて小さな港町で1901年には人口16,011人であったが1951年に65,750人となり2001年の国勢調査では80万人を越えている(Gupta)<sup>6</sup>。面積は1961年に33平方Kmであったのが2001年の国勢調査では144平方Kmと記されている。この拡張と人口増加は、経済成長によりムンバイの産業地域集中が問題となり、1973年以来産業地域分散政策がマハラシュトラ州委員会により実施され、タネ横断産業地区やワグル産業地区が設立され、職を求めて大規模な人口が流入して来たためである。また、ムンバイの地価の高騰により住宅問題が悪化し、比較的インフラ整備が整い、交通の便が良いこの地域に低所得層が住み着きスラム化が増した。地方におけるダムや発電所、工場建設のために土地を追われた人々が、政府や個人所有の空き地に住み着きスラムが増殖し1986年には全人口の53.6%が96のスラムを形成し、1992年にはさらに68のスラムが、2007年には138のスラムが追加され、増殖の一途をたどっている<sup>6</sup>。

#### 2. タネ地域スラムの特徴

グプタ<sup>6</sup>は、2001～2003年にかけて市当局の実施した176グループのスラムに関する調査に基づきタネスラムの特徴を以下のように説明している。

「タネ地域のスラムはその生活環境から二つのタイプに分類できる。一つは住宅が非常に古く密集しており水やトイレ等の基本的設備がほとんどなく開発が無計画であるグループ、もう一つは、一時的不法土地占拠住人のグループで、改訂環境保護法、森林法や鉄道法などの適用により、1998年に州高等裁判所による撤去命令が出されて以来、追い立てに悩まされている。国際社会では2000年に居住権が認められ、追立は基本的には実施されないことになっているが、批准していない国では実施されている。タネ市には正式に登録されている160のグループと未登録の約25のグループが存在し、未登録のスラムが追立の危機に直面している」（実際の数はこの10倍ともいわれている）グプタ<sup>6</sup>。

### (1) スラム化の要因

スラム化の要因には①空き地の存在②水の供給が確保出来る場所③道路や仕事の現場に近い場所④追い立ての危険性の低い場所、等があげられる。タネ市には、ムンバイーアグラを結ぶ国道、東部高速道路等の主要道路が走り、登録スラムの91%がこれら道路沿いに位置し、いずれも仕事場に近いなどの便利さを理由にあげ、追い立ての恐怖に脅かされながらも他に選択の余地がないと答えている。(筆者が調査を実施したカイラシナガールとラムナガールでも同様の回答を得た。)また、水の確保も重要な要因である。この地域には産業用の水道が2本敷かれており、パイプの接点からの水漏れが住民の大切な給水源となっている。調査対象のカイラシナガールはタネ市森林当局の土地に立地し、比較的水が確保しやすいといわれている。ムンバイの都心からバスや鉄道を乗り換えタネ市に向かう途中、線路沿いにトタン屋根やテント小屋が延々と続き、所々雨水の水溜まりに群がる女性や子供達が印象的であった。約18%のスラムが鉄道沿いに点在している。登録スラム住民の95%が道路と仕事場に近しい場所が好ましいと答え、非登録スラム住民の95%が安全な水の確保できる場所を好む、とその場所を選んだ理由を述べている。最近では追い立てのための取り壊しや住宅撤去、焼き討ちから逃れて郊外へとスラム化が広がっている。

### (2) 土地所有

表5 タネスラム176グループの土地所有の内訳

公共の土地	42% (全部)	9% (一部)
他人の私有の土地	28% (全部)	22% (一部)

出典：Gupta (2004) <sup>6</sup>

N=176

タネ地域のスラムはその立地条件を見ると、176のスラムの42%が州政府や公共所有地に立地しており28%が他人の私有地に立地している。政府、公共地に立地している方が有利であると住民は感じており、森林局の役人の態度は敵対的と比較的寛大であると別れる。また、政府の土地に立地するスラムの住民には身分証明書が発行される。身分証明書を所持する者には選挙投票権が認められているので、一部の政治家に利用され、公共の土地に多くスラム化する原因の一つにもなっている。

### (3) 一般的環境

タネ地域のスラムは、細い通路が迷路のように入り組み、古いブリキの板、アスベストの薄板、タール防水シート、ポリエチレンやデニム、腐った木材など近くの空き地などから集めてきた材料で建てた小屋が密集し、家庭排水やごみのため悪臭を放ち、衛生状態が非常に悪いのが一般的である。「スラムの住宅は人類が何も無いところから創造する最もすばらしい芸術である。」とグプタ<sup>6</sup>はスラムの家屋を描写している。

環境衛生に関しては、スラム地域の放つ悪臭のため近隣の住民の敵対心を駆り立てるが、新しい非登録スラムほど、環境衛生に関心が薄くそのまま放置されており、保健衛生指導が早急に求められる。タネ市のスラムはダラビと比較して、外観の劣悪さもさることながら、産業地域のごみ捨て場の周辺にスラム化している場合が多く、2年前までは、悪臭がひどく、溝が迷路のように入り組み行き止まりとなっていて、溝をまたぐ格好でどんどん奥まで進み何度も溝に落ち込み、迷いながらやっと目的地に到着できたこともしばしばであり、このことが詳しい実態調査を困難にしている。公共のトイレは登録スラム毎に一ヶ



所設置されているが、これも約 3 千人に一つと絶対数が不足しており、毎朝小バケツをもった住民がそこに通り、長い列ができています。子供や男たちはごみの山の近くで堂々と水を済ませている（著者の 2006 年の観察記録から）。住宅は粗末な一部の部屋のカッチャ型が多く、中は主に台所と寝室に使用されており、洗い物は井戸の周りの広場で行なわれている。筆者が訪れた家庭の印象では、ダラビに比べて生活水準も住宅事情も粗末である。主要道路の近くに平均所得の比較的高い人々が住み、森林近くの不便な場所には低所得層の中のさらに貧しい人々が住んでおり、電気、水道、トイレなどの設備はほとんどない。

表 6 タネの生活設備（登録スラム N=155 非登録スラム N=21）

		登録スラム	非登録スラム	全体
水	公共水道	12.2	33.3	14.8
	私有の水道	56.1	57.2	56.3
	両方から給水	31.0	—	27.3
	設備なし	0.7	9.5	1.6
トイレ	公共	81.9	57.1	79.0
	私有	14.9	—	13.0
	設備なし	3.2	42.9	8.0
電気	街灯	0.7	—	0.6
	個人の接続	47.7	38.2	46.6
	設備なし	3.9	52.3	9.7

（タネ市当局資料 2003）Thane Municipal Corporation (TMC)<sup>7</sup>

タネ市当局資料でトイレ設備ありと報告されていても 3~4 千人に一つと絶対数が少ない。登録スラムと非登録スラムとの比較では、トイレと電気設備に大きな違いがある。非登録スラムではこれら設備がないグループが半数ある。水の供給に関しては個人的に水道設備を持っている数が半数以上あるが、市の水道供給は午前中 3 時間のみと不便なため手動式ポンプや井戸のある広場で洗濯や調理が行なわれている。また公共水道による給水時間帯には毎日長い行列が続いている。カイラシナガールは森林の裾野の小丘にあるため、水道の水圧が低く、水道管の漏れている部分の周りに水溜り場を設置し、夜中にそこに溜まった水を朝の洗濯や洗い物に利用している。

設備に関しては非登録スラムでは半数近くがトイレ無しで暮らしている。カイラシナガールでは、4 千人に一ヶ所のトイレしか無く、人々は毎朝小バケツを持って遠い道程を通い、列に並ばなければならない。公共トイレは一ヶ所につき女性用 5 座、男性用 5 座取り付けられているが、管理者もおらず掃除する人もなく不潔で蠅や悪臭で衛生的に悪い。またドアも壊されたり取り除かれており著者には使用できなかった。

電気に関してはダラビ内には警官詰署があるが夜は街灯のない場所は危険である。非登録スラムでは、電柱からの違法な引き込みが目立った。

#### (4) タネの医療保健設備

タネ地区にはカルバ総合病院と小規模の民間病院があり、カルバ総合病院からは、移動保健医療バス（アウトリーチ・サービス）が運行し、約 15% の住民をカバーしている。そして、地域によっては個人の医師も開業しているが費用が高く利用率は非常に低い。カルバ総合病院の精神神経科ソーシャルワーカーの話では、外来受診者は 10 対 1 の割合で男性が多く、ケースは、①アルコール依存症、②HIV 感染、AIDs, STD（性的感染症）の患者への告知やカウンセリング、③統合失調症とうつ病、の順に多くなっていると聴取し

た。

前述のダラビにはサイオン病院が隣接し、ダラビの中心に位置する都市保健センターに毎日ジープで医師 5 人と保健婦、看護師、医療ソーシャルワーカー達が出掛けて行き、内科、外科、眼科、産婦人科、皮膚科、歯科、予防保健衛生科等の基本的医療サービスを全て無料で行なっている。またセンターまで出掛けて来れないダラビ住民のために訪問サービスも実施され、主に産後の母親や、未熟児の栄養指導に細かなサービスが実施されている。著者は 2007 年 2 月にダラビの医療班に同行し、医療保健サービスと、コミュニティー保健ワーカー、母親助合いグループ SHG の活動を調査の一環で視察した。ダラビの保健センターには基本的医療設備の他に、障がい児のためのデイケア、未熟児科、妊産婦ケア、予防課等行き届いたサービスがあり、医師や看護師、ソーシャルワーカーの他に、女性の地域保健ワーカー、母親達の助合い SHG のメンバーが細かな情報をもとに一軒一軒を訪ね、薬や離乳食等の無料サービスを行なっている。この経験が後のタネプロジェクトへの手掛かりとなった。著者はサイオン病院の精神神経科外来で、精神科医療ソーシャルワーカーの業務を観察させてもらうと同時にダラビ住民の生活環境を観察してきた。基本的医療は、タネ地域に比べるとダラビでは行き届いており、治療費は全て無料であるが、待ち時間が長く利用し難い。精神神経科外来を受診するダラビの患者は、5 対 1 の割合で男性が多く、症状としては①アルコール依存②PTSD③統合失調症とうつ病の順であった。精神神経科外来受診者の中で PTSD と診断された診断理由として、ワーカーの一人は「2002 年～3 年の暴動が原因で、不眠や妄想に悩む患者やストレスの度合いが高く、体に不調を起こす患者が多いため、主にカウンセリングで対応している。」と語った。タネで 3 番目に多かった HIV 感染、AIDs や STD 患者のためのカウンセリングはダラビでは⑥番目に多いということであった（2006 年の聞き取り調査から判明）。

### 3. 女性のエンパワメント支援

インドのスラムの女性達は、これ迄、経済的な不利や情報不足、古い概念や偏見により男性より不利な立場にあり、数々の問題に悩まされてきたが、数々の経験や新しい情報を得る機会に接し社会性を身に付けるに従って、女性としてまた地域の一住民という意識に芽生え始め、自ら地域の環境を改善しようとする動きが芽生えている。筆者は、後述のタネプロジェクトにおいて、カイラシナガールの女性たちを中心に、女性の雇用促進、スラムの居住権保障と住宅撤去への反対抗議運動による住民組織化の促進を支援し、強制撤去に起因する住民の精神的不安定要因の緩和の支援に関わってきた。タネプロジェクトに関しては詳細に後述する（2006 年～2013 年の調査に基く）。

以上、ダラビとカイラシナガールの両スラムに関してその概要と特徴を説明してきたが、スラム住民の間では様々な要因により、彼らの精神生活が脅かされている可能性が後の調査により明らかにされた。したがって、彼らの真の生活の質は生活水準のみで測定できるものではなく、精神的不安定の所在の確認が必要である。次の章からは、障がい者の生活の質、タネプロジェクトの発端となったダラビとカイラシナガール住民の D-QOL 阻害要因と考えられるストレス度の調査結果、そして、スラム女性のエンパワメントに関して報告する。

## 第五章 スラムの障がい者の D-QOL—質的調査

本章では、本研究の問題提起「現行の開発理念には個人の多様な精神的側面を重視する D-QOL の視点が欠けている。」と仮説「開発途上国の貧困者の生活の質 QOL にとって、物質的側面の充足が自動的に精神的側面の充足をもたらすとは限らない。」そして、結論「D-QOL は社会開発の普遍的な理念として有効である。」を導き出すための第一段階として、インドの障がい者の生活実態を質的調査により、主としてニーズの側面から明らかにし、途上国の障がい者の置かれている現状に関して論考する。

### 第一節 目的

本章では、インドの障がい者と家族の精神的側面に焦点を当て、面接調査の結果から、彼らの精神的ニーズ、そして支援策としてフォーマル、インフォーマルの両面からみたソーシャル・サポートの有効性を検証する。

#### (1) 問題提起

インド人口統計(2001)によれば、知的障がいを除く障がい者は、人口の約 2%(2 千万人)とされ、その中の約半数が身体障がい者、約 20%が視聴覚障がい者と推定されている。知的障がい者に関しては推定数に開きがあり、人口の 2~2.5%と推定されている(Muttoo)<sup>8</sup>。また、障がい児総数は知的障がい、身体障がいを含め 3 千 3 百万人と推定されている(NNSO)<sup>9</sup>。しかしながら、生活実態の把握は困難で、公的支援の優先順位は低く、彼らの精神生活は軽視されたままになっている。問題解決のために、彼らの障がい観とニーズ、そして精神的側面との関係を明らかにし、有効な支援アプローチを構築することが早急に求められる。障がい者機会均等、保護、参加の権利法(Equal Opportunities, Protection of Rights and Full Participation) Act に代わって 2014 年、障がい者の就労割合や、守らない場合の企業などへの罰則が新たに制定されたが、もともと失業率が高いインドでは、現状はあまり改善されていない。

#### (2) 主要先行研究

Reddy & Chandrashekar<sup>10</sup> は、33,572 人をカバーする 13 研究のメタ分析により、インドの知的障がい者の発生率は人口の 6.9%に当たり、都市部低所得層の女性に精神障がい発生率が高いと分析している。Kulkarni<sup>11</sup> は、親の心身の健康状態悪化が知的障がい児への態度悪化につながり、子供の ADL(Activity of Daily Living)発達阻害要因となっていると報告している。アメリカの研究では、障がい児の母親のストレスレベルは、非障がい児の母親のそれより高く (Kulkarni)<sup>11</sup>、親のストレスレベルは、子供の障がいの程度と親の態度とに有意な関係が有るという報告がある (Beckman 2002)<sup>12</sup>。障がい児を持つ親のストレスレベル決定要因は、経済・文化、社会構造により異なり、有力な改善要因として、社会的ネットワーク、専門支援システム、情報提供、経験と個人的歴史分析調査によるエンパワメントなどがあげられている (Friedrich 2001, Wilker L, Waslow, M. & Hatfield E. 2001, J Blacher 2001, Rastogi 2001, Rajashree 2009, Lazarus, RS. & Folkman, S. 2004)<sup>13 14 15 16 17 18</sup>。

## 第二節 スラムの障がい者の生活実態と福祉

### (1) 障がいの原因

#### (a) 栄養不良

障がいの原因としては、絶対的食糧不足による栄養不良や、母親の多出産、結核による乳幼児への影響、ビタミン A 不足による視覚障がい、ヨード欠乏症による聴覚障がいや知的障がいがある。これに対し、ユニセフや国際 NGO はビタミン A やヨード添加物の入った肝油を配布し、予防に努めている(Kashyap 2004) 19。

#### (b) 環境破壊と不衛生

インドの農村では、開発のため近くの井戸が使用できなくなり、女性や子供が 2~3 時間歩いて飲み水を運ばなければならない現状がある。また、飲料水の汚染、トイレの不備により、下痢や伝染病が流行し、脱水症状を引き起こす。このためユニセフでは ORS(経口補水塩)を配布し、家庭で沸騰したお湯に混ぜて飲むように普及につとめている。ポリオ、結核、ハンセン病、狂犬病、トラコーマなども障がいの原因としてあげられている。2003 年では、ポリオ発生はインド、ネパール、バングラデシュ 3 国で世界全体の 3 分の 2 を占めていると報告されている(大橋 2011)20。

#### (c) 事故と災害、戦争と紛争

地震や洪水、未熟練労働者や児童労働による労働災害、交通事故、知識不足のための薬品工場での薬害、などが身体障がいの原因としてあげられている。その他、幼児婚などにより知識不足の母親が出産の前日まで畑仕事をしていたため、乳児が不衛生のため感染症を起こし知的障がいとなった例や、同じカースト内の近親結婚による知的障がいの例も多く報告されている(Prasad 2007) 21。

#### (d) 医療やリハビリテーションの不備

インドを始め他の開発途上国では、医療やサービスが大都市に集中し、農村や遠隔地、離島などでは交通手段がなく、障がい者にとっての医療やリハビリテーションの機会は乏しい。また、伝統的治療師や祈祷師に依存し、目の病気が悪化し視覚障がいとなったケースなど、障がいが悪化する場合も多い(ソーシャルワーカーからの聞き取り)。

### (2) 障がい者施策 法律

インド福祉省が草案を作り、1995 年国会で可決された新法「障がい者機会均等、権利保護、完全参加法 (ESCAP 2004) 22」には、中央及び地方調整委員会の設立、任命、リハビリテーション、教育、雇用、優遇措置、差別禁止、人材養成、施設免許、社会保障の条項が含まれているが、情報が行き渡らず、申請が複雑で、実際に機能していなかった。新法としてこれに罰則や割り当て制度を追加した 2014 年法が成立したが、現状はあまり変わっていないとの批判が多い(Lal Das 2006, Mundabi 2002) 23 24。

### (3) NGO、その他の民間支援団体

インドでは実際の障がい者支援は民間団体や NGO に依存しており、2002 年には民間の障がい者支援団体数は 1,500 で、2001~2002 年には 262 の団体が 6,800 万ルピーの政府援助金を受けたと報告されている。2004 年に障がい者民間支援団体の連合であるリハビリテーション・インディアが設立され、障がい者支援の中心となっている(Salute Admin 2014) 25。

#### (4) CBR(Community Based Rehabilitation)や教育

インドでは、障がい者支援の基礎理念と実践は、CBR(地域リハビリテーション)が主流であり、効果を上げている。マハラシュトラ州ムンバイのNGOセバダン・トラストでは、ハンセン病者対象の職業訓練所を開設し CBR を取り入れ多くの障がい者雇用増進に成功している (Shenava 2000) <sup>26</sup>。

障がい児向けの特殊学校は、全国で 1,400 校設置され、6~7 万人が教育の機会を得ている。また、統合教育の普及度は進んでおり、公的にも統合教育推進方針を柱として、12,000 校で 5 万人の障がい児が学んでいる。しかし、現実には、全体の 1.5%しか教育の機会が与えられていない。農村部や遠隔地などでの CBR の普及に期待がかけられている (中西 1997、Chhibber 2009, Punchani 2009, Hurst 2000) <sup>27 28 29 30</sup>

### 第三節 スラムの障がい者のニーズと精神的側面—質的調査

本節では、障がい者の精神生活の一般像を把握するために、著者が実施した面接聞き取り調査を基に、障がい者の精神的側面を理解する手がかりとする。

インドでは、一般的に障がい者に対しての理解が薄く、宗教上の理由により差別や偏見が根強く存在する。その反面、信仰の厚い人々は、善行がより良い来世をもたらすことを信じ、障がい者に対して非常に親切である。しかし、情報不足、専門家の意識の低さ、設備や支援サービスの不備により、他国に比べて障がい者が直面する生活の質の阻害要因は多く、過酷である。インドの障がい者福祉に対する理解は、福祉先進諸国の 20~30 年前のレベルである。一方、特有の相互扶助精神と地域住民の絆の強さがあり、福祉先進国が学ぶべき地域福祉の方向性に貴重な示唆を与えてくれることも期待できる。

**仮説**「障がい者の精神生活のニーズは重要で、そのニーズ充足のためにはインフォーマルなソーシャル・サポートが有効である」

#### 仮説の根拠

インドでは、障がい者への社会サービスはほとんど家族や地域が担っており、公的サービスはほとんど存在しない。また、サービスに携わる専門家の理解も低い。従って、ソーシャル・サポートの中でもインフォーマルなソーシャル・サポートが、精神的安定のニーズ充足に有効に機能していると考え、障がい者の地域統合生活の推進にはインフォーマルなサポートが有効であると考ええる。

(1)インドの障がい者の精神生活の実態

a)調査方法:面接聞き取りによる質的調査 b)期間:2001年8月 c)場所:マハラシュトラ州ムンバイ及びその周辺 d)調査対象者:身体障がい及び知的障がい者とその家族合計 72人で、低所得層である。障がい者支援のNGO A(名前は特定できないがムンバイに本拠を持つ主として知的障がい児対象の小規模NGO)でサービスを受ける障がい者及びその家族 e)面接時間 1~2時間 現地マラティ語通訳者(タタ・インスティテュートの修士の女子学生)同伴で、著者が英語で質問し、通訳がマラティ語で通訳した。個人単位あるいは家族単位で行った。録音は対象者とNGOの意向で実施せず、記録は著者が行った。

(a) タニア 12才 知的障がい

些細な経験(不注意な専門家や親戚の態度や言葉)が障がい者やその家族の生活の質を阻害する要因となる。専門家とは、医師や看護師などの医療スタッフ、NGO に所属するソーシャルワーカー、支援学校の教員などを意味する。

タニアの父は、現在知的障がい者の親の会の会員である。娘が生後4ヶ月に達したとき、医師はインドの宗教的価値観に基づく残酷な哀れみの言葉を述べた。

「最初の子供が女の子でしかも知的障がい、医師の言葉が耳から離れず、ショックと自責と娘の障がいへの拒絶で20年間苦しんだ。妻も同じでタニアを過保護にする事で現実逃避した。もしタニアが普通だったらどんなに家族は幸せだったかと思うと、神を恨み、タニアをも恨んだ。タニアが10才の時我々は、知的障がい児の親の会の存在を知り入会したのがきっかけで人生が変わった。会では、家族への受容のカウンセリング、特殊教育教員の訓練、研修、障がい者の法的手段による保護に向けてのロビー活動などを実施している。我々は、自己のトラウマからやっと抜け出し、経験を他と共有している。会に入会する前と今では、我々の生き方が全く変化した。」

タニアの父親の話は、専門的なサポートやソーシャルサポートの充実がいかに障がい児を持つ家族の精神生活の安定にとって重要な物語っている。

(b) サミール 10才 身体障がい

「サミールは8才の時両腕を事故でなくした。急な息子の惨事と障がいを我々は受容できず、神に祈った。担当医は「神は何らかの理由でサミールの手を持って行かれたのだから、運命と思うように」と我々に言った。我々は「『いつ神はサミールの手をお返し下さるのか』と医師に尋ねた。医師はサミールに『両手が返ってくると期待してはいけない。両手がなくても様々なことができる。その代わりに、私は、両手に代わる新しい手を君が得られるように努力し援助する』と息子に言った。その後サミールは足で字を書くことを学び、学校に行き、校長は、『サミールは十分この学校で皆と勉強していくことができる。ただ少し友人の助けや先生の支援がより多く必要なだけだ』と、理解を示した。サミールの性格は積極的で学校でも皆に好かれ、宿題や勉強を仲間が手伝ってくれる。今では、足でほとんど友人と変わらない日常動作が可能になっている。サミールは、『手がなくてここまでできるようになるなんて最初は思っていなかった。先生や仲間のおかげだ。』と感謝している。仲間は、『サミールを最初見たときは、どんな悪いことをしたのかと思った。でも足で何でもできてすごいと思った。サミールに教えるおかげで僕たちもよく勉強するようになって、努力すればできるんだと分かった。』と言っている。」

インドでは、特別支援教育設備は整っていない。しかし、反面、包括教育が容易に可能であるという利点もある。両親はそんなサミールの姿を見て、徐々に息子の障がいを運命と受け入れられるようになった。サミールの場合は学校の教育関係者や友人達の理解ある態度が彼に転機をもたらし、周りの関係者も影響を受け、さらなる理解へとつながった例である。

(c) スニール 28才 障がい者関連NGOのワーカー 視覚障がい

スニールは全盲のソーシャルワーカーである。被差別カースト出身で二重の障がいを持つ。

「私はアンベドカル(被差別カースト出身の政治家で、インドの独立の際に新憲法の草案作

成の中心となり、被差別カーストの地位向上に努めた)を尊敬している。学校への入学や就職の時に、どんなにつらい差別を受けても、アンベドカルがやれたんだから私にも耐えられると思ってがんばってきた。私の人生に大きく影響を与えた人がもう1人いる。今のNGOの雇用主である。彼女も視覚障がいを持つが、人々に対しての彼女の献身的援助の心は私の心を打った。人と競争することばかりを考えていた私にとって、自分を省みるきっかけとなった。彼女に接して絶望的な人生から立ち直った視覚障がい者が大勢いる。クライアントを大切に、家族とも親密な関係を持ち、保障制度や法律に詳しく、権利保護やロビーの方法を熟知している。彼女のように、クライアントの人生に光を与えるような存在に私もなりたい。」

スニールは、本来の自分を殺して成功者になることに虚しさを感じていたが、人格的に尊敬できる人に会えたスニールは幸運である。障がい者の人生や生活の質に大きく影響を与えるものは家族である場合が多いが、同様にNGOなどの機関の専門家の資質も重要要因であることが明らかになった。

(d) クッバラ 24才 身体障がい

クッバラは道路工事現場で仕事中にコンクリートのブリックを足に落としその怪我がもとで歩けなくなった。彼は、突然背負うことになった障がいを何とか乗り越えている。

「障がいを負ってから、他人から哀れみの目で見られ、悔しさから、他人を負かし、見返してやるために必死に努力した。自家製の車椅子を作り、移動することが可能になった。しかし、道路で人に道を尋ねたとき、物乞いと間違われ、悔しさで人を負かすことだけを考え続けた。障がい者は英雄か物乞いかどちらかとしか見られない。物乞いになりたくなければ英雄になるしかない。自分を捨てて勉強し、新聞や本も読めるようになった。仕事仲間を捨てて自分だけ賢くなりたかった。今では友人も去り孤独と恨みが残っただけだ。障がいを持つと自分自身でいられなくなる。本当の自分自身を取り戻したい。」

積極的な生き方をし、自信をつけエンパワーし肯定的に生き続ける障がい者もいるが、ハードルは高く、道は長い。クッバラによればエンパワメントとは、「積極的に自ら変化を求め、失敗から学び、自分自身が成長していくことを意味し、他人を負かすことではない。競争でもなければ英雄になることでもない。エンパワメントは周りの人間をも変える効果がある。エンパワーの程度を計ることもできない。自分自身の生き方を見つけて積極的に生きているかどうかの違いだ。それを周りにどうシェアできるかだ」

障がいを持つ人が、自分の生き方を探し本来の自分を見つけだし、内面からの声に従い、自己実現をして生きることは、まだ困難が多い(Malinga 2001)<sup>31</sup>。

質的調査からは、障がい者やその家族の精神生活に大きく影響を与える要因は家族の会や教育関係者、雇用主などのインフォーマルなソーシャル・サポートであることが予測できた。

#### 第四節 知的障がい児と家族のニーズ

インドの障がい者は先進国や他のアジア諸国と異なる人生観や価値観を持っている。しかし、障がい者への軽視から、その詳細については、明らかにされていない。以下では、家族の精神状態が障がい者に与える影響に注目し、特にこれまで軽視されてきた知的障が

い者の価値観やニーズに焦点を当て、面接聞き取り調査の結果を示すこととする。

(1) インドの障がい児・者を持つ家族への面接聞き取り調査

上記と同じ対象者のうち、身体障がい者とその家族7人をのぞく知的障がい児・者の家族(父親31人、母親34人)計65人を対象に、英語と現地語の通訳と調査補助・助手を介し、半構造型、Open End式で面接聞き取り調査を行った。身体障がい者と知的障がい者は異なるニーズや問題を持ち、今回は知的障がい者のニーズに焦点を当てた。

異なる親・家族がたどってきた過程から生じた切実なニーズに関して、面接聞き取り調査を行った結果、ニーズは、N1 情報、N2 障がい児の養育、介護支援、N3 障がいの受容、自信のための精神的サポート、N4 専門家・サービスの質、N5 物理的・経済的援助の5項目に分類された。

(a) N1 情報

このカテゴリーは、障がいに関する情報や特別支援教育、性教育、経済的な補助金、障がい児の将来の計画に関する情報が含まれる。

(b) N2 障がい児の養育、介護支援

このカテゴリーは、障がい児の養育、育て方の技能、デイケアやレスパイト・ケアのようなサポート・システムが含まれる。

(c) N3 障がいの受容と自信のための精神的サポート

このカテゴリーは、障がいに対する社会的、個人的受容、葛藤、差別や偏見への対処、信仰、カウンセリングを含む

(d) N4 専門家・サービスの質

このカテゴリーは、地域での医療や教育に携わる専門家の質や支援の質を含む。

(e) N5 物理的・経済的援助

このカテゴリーは、入所施設や移動のための交通手段、公的経済援助・補助を含む。

(a) N1 情報

i) アルンの家族

障がいを持つ我が子に関するどんな情報でも、特に医師からの専門的情報は親にとっては重要なニーズである。アルンの家族にとっては、「そんなこと知らなかった、とか、聞かされていなかった」と感じられたり、「医師や看護師が自分たちの要求を軽視していると感じるとき、腹立たしい」アルンが赤ちゃんの時、異常な引きつけの発作を生じたが、医師も看護師も深刻に捉えず、「心配ないでしょう」と言うだけであった。家族の怒りは「十分に医療専門家が情報を与え、助言をしてくれていたなら、もっと早く、より適切な対応ができ、子供の状況は深刻にならずに済んだかもしれない」と感じたときに激化する。

ii) シェッカーの家族

父親「シェッカーのための教科書や教材がない。全て障がい児向けの教材は英語で書かれたもので、マラティ語の本がない。我々にはシェッカーのために本を読んでやる事も何を教える事もできない」

母親「私は仕事をしているしシェッカーのために特別な教育をしてやることはできない。何かガイドラインのような資料があれば、時間を見つけてできる限りのことをしたい。ワークショップやセミナー、DVD教材等があればありがたい。」



父親「病院での検査は何の説明も無しに繰り返し行われる。医師は、先回の検査に不明な点があったとか、念のためとか曖昧な説明しかしない。また、CT スキャンの検査結果を紛失したという理由で同じ検査を2度もさせられた。」

### iii) チンマイの母親

「障がい児・者に関する NGO や民間団体の発行しているニューズレターはきっと障がい児・者の家族にとって有益だ。教育やカウンセリング、デイケアなどのどんな情報も貴重で皆がほしがっている。そういう情報は病院や医師の診療所に置いてあるべきだ。」

親は常に子供の障がいに関して不安や悩みを抱えている。面接聞き取り調査の中で多く表明された情報ニーズは次の5項目であった。

- ①精神科の専門医師からの子どもの障がいの程度や機能・能力について
- ②障がい児の後の子どもの出産に関して障がいの可能性
- ③ある年齢に達したときの性教育はどうすればいいか、性欲をどう管理したらいいのか
- ④親亡き後の経済的問題について
- ⑤結婚の可能性について

#### (b) N2 障がい児の養育や介護ニーズ

このカテゴリーは子どもの養育と管理支援に関するもので、子育て支援、生活技能訓練、デイケア、レスパイと・ケアなどのサポート・システムが含まれる。

### i) ピアシュの母親

「私は、今では二番目の子どもを産まない方が良かったと思っている。ピアシュの世話を手が掛かりすぎて、何も面倒を見てやれない。大人びた子どもになってしまった。少しでもピアシュの世話を手伝ってくれる人がいれば助かる。また、ピアシュが迷子になったりすると、パニックになる。ピアシュは人に道を尋ねることはできない。やっと見つかったときの安堵と怒りでピアシュをひっぱたいてしまう。ピアシュの生活の自立に向けてどのように教育していけばいいのか分からない。安全性の確保のための準備などもどうしたらいいのか。」

### ii) チンマイの母親

「チンマイは2~3年前に生理が始まった。生理用品の扱い方やマナー等は簡単にざっと教えたが、私もどう説明していいのか分からないことが多い。学校の先生にはチンマイの生理に関しては報告してあり、学校でもあまり恥ずかしいことはまだ起こっていない。性教育に関してのアドバイスがほしい。医師との相談で、チンマイが18歳になったら避妊手術を受けさせようと思っている。チンマイが誰かに利用されたり誰かの犠牲者となるのは避けなければならない。避妊手術だけでチンマイの将来の安全性が確保されるわけでもないが、少なくとも妊娠の心配はしなくてすむ。」

### iii) タップンの家族

「我々はタップンが2~3歳の時から甘やかしすぎてきた。愛情からか憐れみからか、自責の念があったかもしれない。今では、彼は何も自分でできず自立心がない。今になって小さいときから自分でできる限りのことをやらせた方が将来にとって良いことが分かってきた。我々が居なくなった後自立した生活ができるかどうか心配だ。将来の自立生活に向けた技能をどのように身につけていくかも重要だ。もっと早くそれをアドバイスしてくれる人がいれば子どもの将来はもっと安心だったかもしれない。」

### (c) N3 障がいの受容と自己の価値の確立と自信

#### i) ピアシュの家族

知的障がい者への社会的な反応は差別と言うよりも憐れみが多い。「"どうしてあの家族にあんな不幸が。気の毒に。うちはそうでなくて良かった。"近所の人々はいつもそういう目で見ると。寺院での会合では精神的に安定し、ピアシュにとって優しい母親でいたいと決心する良い機会になる」

#### ii) チンマイの家族

「チンマイの姉は私(母親)よりもチンマイの障がいを理解している。私が不当にチンマイをしかったり、鬱状態になっていると、たしなめたり、チンマイにとってどういう影響を与えるかを考えさせてくれる。家族の一員としてチンマイを受け入れることは容易なことではなかったが、家族の理解と責任感のおかげで今ではチンマイを独りの人間として受け入れられるようになった。」

#### iii) シェッカーの家族

母親はシェッカーに成人式のお祝いをしたいと思っている。「シェッカーは『いつ僕の番なの』と聞く。意味がないと思いつつ、後になってシェッカーが惨めな思いをせず、自立するためにも成人式の祝いは内々で行いたいと思っている。しかし、ついシェッカーには腹が立ち、暴力をふるうこともある。」

障がい児に対する暴力に悩む親は多く、葛藤と自責の念で苦しんでいる親が多い。

### (d) N4 専門家・サービスの質

#### i) デビンの家族

「デビンの担当医は、『デビンの IQ は普通レベルである』と診断し、その言葉を頼りに、望みにすぎり生きていた。ある日デビンは入院させられ、目的も知らされず注射をうたれた。医療専門家の馬鹿にした態度は許せない。退院の時ですえも医師は何も書面での報告を書かなかった。またあるとき他の医師『あの医師は治療過剰だ、余分なことをしている』といい、誰を信じて良いのか分からなくなる。」

#### ii) シェッカーの家族

「シェッカーは出産後一ヶ月してひどい下痢を起こし、そのとき投与された薬とシェッカーの障がいと何らかの関係があると思う。生後一年半経って、医療ソーシャルワーカーにその薬の効能書きを入手してもらったところ、生後3ヶ月以内の乳児には投与しないことと注意書きがあったことが知らされた。その件に関して担当医に聞くと何も答えず、訴えるつもりかと疑うだけだ。医師であろうと教師であろうと専門家は自分たちの行為に対して責任を持って説明して欲しい。医師を脅かしたり補償を求めたりすることが我々の目的ではなく、今後他の犠牲者が出ないように何とかはっきりさせたい。」

#### iii) ピユシの家族

「我々は現地語の有名新聞記事に記載された知的障がい者のための医師による記事を手がかりに、医師の指示通りに、ピユシを特別な食事療法に従わせ、わずかな収入のなかから治療費や食材を工面し、6ヶ月間続けていた。後3~4ヶ月、より高額な治療を受ければ必ずピユシの状態は良くなると約束され、借金をして多額の治療費と食材費を支払った。しかし、何の改善も見られず、医師からは何の説明もなかった。その後ピユシの治療は中止した。状況は同じである。借金と怒りが残っただけである。こんな事なら治療費を今後の

ピュシのために貯金しておけば良かったと後悔する。」

(e) N5 物理的、経済的援助

i) プラカーシュ

「公的補助に関しては、ほとんど情報がなく、医師はプラカーシュが歩けるようになるには手術が必要で、5万ルピー(10万円)必要だといった。借金をして手術をしたが、プラカーシュは歩けるようになるどころか、手術後言語障がいになってしまった。後になってソーシャルワーカーから申請すれば援助金がもらえたのにと聞いた。今となってみれば借金と怒りとプラカーシュの言語障がいが残っただけだ。」

ii) タンビの家族

タンビの母親は週に3日タンビを連れて仕事に出る。こういった調整ができるのも職場の同僚の協力や家族の協力による。しかし、これまでになるには、多くの困難があった。

「家事を手伝ってくれる者もなく、仕事も辞めなければならぬと決心したときもあったが、同僚や家族の協力で続けられている。しかし、給料は半分になり経済的に将来のことを考えると不安でいっぱいである。」

## 第五節 障がい者の家族の直面するニーズとソーシャルサポート

これまで明らかにされたニーズ N1,N2,N3,N4,N5 の充足度とソーシャル・サポートとの関連を調べるために、同対象者に充足度を評価してもらった。満足しているは3点、どちらともいえないは2点、不満であるは1点とした。そして専門的サポート(医療や教育専門家、NGO職員など)に関して、満足しているは3点、どちらともいえないは2点、不満であるは1点とし、インフォーマルなソーシャル・サポート(仕事仲間、宗教上のグループや親の会を含む)に関して、親身になって相談に乗ってくれる人、頼れる人が十分いるは3点、いるが十分とはいえないは2点、ほとんどいないは1点として評価してもらった。その結果は以下の通りであった。統計ソフトはSASの重回帰解析を使用した。

表7 重回帰分析結果 ISS(インフォーマル・ソーシャルサポート) FS(フォーマルサポート) N=65

従属変数	独立変数	回帰係数	t値	p値	
N1	ISS	.041	.412	.6820	
	FS	.773	8.740	$p<.0001$	**
N2	ISS	.102	.748	.4570	
	FS	-.066	-.544	.5881	
N3	ISS	.473	4.059	.001	**
	FS	.016	.155	.8772	
N4	ISS	.349	3.248	.0019	**
	FS	.609	6.356	$p<.0001$	**
N5	ISS	.033	.312	.7560	
	FS	-.086	-.900	.3715	

$P<0.01$ \*\*

表7から判明したことは、①N1 情報ニーズと FS との関連性が高く、専門的サポートの充足感が高いほど情報ニーズに対する満足感も高く、情報提供には専門的サポートの充実が有効であると考えられる。②N2 障がい児の養育、介護支援ニーズに関しては ISS,FS どちらも有意な関係は見られなかった。これは、障がい児のためのサービス制度も不足し、介護支援や養育に関してのニーズを満たすインフォーマルサポートも十分に発達していないためと考えられる。③N3 障がいの受容、自信のための精神的サポートと ISS とは有意に高い関係にあり、インフォーマルなサポートが家族の精神的支えになっていることが十分理解できる。④N4 専門家・サービスの質と ISS,FS とはどちらも有意に高い関係を持ち、専門家の質やサービスの質はフォーマル、インフォーマルの両サポートに支えされている。⑤N5 物理的・経済的援助と ISS,FS との関係は低く、施設や経済的支援は行政の積極的改善姿勢が必要と把握できた。

これまで、インドの障がい児・者を持つ家族がどのようにして、社会的・経済的困難や個人的困難を乗り越え、努力し、格闘してきたかの現状と、その中から出てきた切実なニーズとインフォーマル、フォーマル両サポートとの関係を述べてきた。インタビューの結果からは、彼らの価値観や人生を左右する要因は、①生活技能や障害についての情報の有無、②親にとっての介護養育支援の有無、③親の会などのソーシャル・サポートや信仰などの精神的サポート、④専門家の質や設備の充実 ⑤将来の保障などの経済的要因が主としてあげられた。そして、それらニーズとフォーマル、インフォーマル両サポートとの関係を調べ、情報に関してはフォーマルサポートの充実が、精神的サポートにはインフォーマル・サポートの充実が、専門家や施設の質に関しては、フォーマル、インフォーマル両サポートの充実が家族のニーズ充足に有効であることが判明した。

## 第六節 考察と小括

### (1) 仮説の検証

「障がい者の精神生活のニーズは重要で、そのニーズ充足のためにはインフォーマルなソーシャルサポートが有効である」

表1より、N3 障がいの受容、自信のための精神的サポートと ISS とは有意に高い関係にあり、本仮説は証明されたといえる。親の会の会員や友人、職場の同僚、近しい地域住民が真のニーズを身近に理解しやすく、新しく生じた問題やニーズを即時に感知でき、小規模で集まりやすい等の利点がある。特にカーストや宗教、出身地、職業等に基づく集団で複雑に構成されるインドの地域社会では、インフォーマルなサポートの強度や密度が高く持続性も高い（橋本 2001）<sup>32</sup>。

### (2) インフォーマルサポートとネットワーク

日本でも地域福祉や在宅福祉推進の背景から、友人や家族、職場の同僚などの小規模で官僚的でないインフォーマルなサポートの生産性や有効性が見直されている。インドでは、人間関係や家族の絆を重視し、仲間意識や相互扶助の精神を尊重するため、個人一人一人のサポート資源としての能力は高い。このような特徴を生かし、これまで政策的優先順位の低かった障がい者の精神的側面を、地域住民のインフォーマルサポートを評価促進し、強化しネットワークしていくことで大幅に支援し改善することができると期待できる。ま

た、専門家の意識の低さの改善、政策優先順位の改善のためにはフォーマル、インフォーマルサポート、医療その他の専門家の連携とネットワーキングの促進が期待できる。今後の支援策として、フォーマル、インフォーマル両サポートの充実とともに、NGO と専門家、当事者を巻き込んだサポート・ネットワーキングによる支援の充実を優先課題とし、当事者参加の計画を進めていくべきであろう。

### 小括

途上国においては、貧困と障がいの発症率が高い相関関係があると言われているが、データ収集の困難から確実に立証されてはいない。また、栄養不足、度重なる出産による母親の体力の脆弱さ、予防接種の不備、児童労働や危険な居住環境による事故、宗教的小競り合いによる負傷などの要因が、障がいの発症率と関係があると考えられる。また、インドの幼児婚やカースト内結婚も乳児が障がいを持って生まれる可能性を高めているという伝統的要因も関係している。しかしながら、途上国における開発政策での障がい者の優先順位は低く、彼らの生活の質は劣悪である。国際機関のプロジェクトも、真に必要な人々に支援が行き届いていない実態がある。開発の局面で障がい者政策の優先順位が低い主な理由は、途上国では乳児死亡率が高く、医療や教育の不備、安全な水、住居の確保など障がい者問題の前に解決すべき問題が多すぎる (Latha et al 2006) <sup>33</sup> という議論である。この議論は、障がい者問題は開発問題であり、何が可能であるかの可能性を無視している。社会開発政策の優先順位は数や率で決定すべきものではない。障がい者問題を軽視することは障がい者の人権や人間性、生命の価値を軽視することになる。また、一方でインド等の途上国から学ぶべきことは、インフォーマルなサポート資源としての人的資源である。日本で地域福祉や在宅福祉を推進するうえで、途上国における豊かな人間性や精神性、生命力にあふれるボランティアな資質を備えたサポート・ネットワークの育成に向けてインドから学ぶことは大きい。

以上のような現状を踏まえ、障がい者のみならずバルネラビリティを抱える全ての人々を対象とし、途上国の文化的、社会的特徴や、発展段階に即した福祉開発 D-QOL を構築する必要がある。

## 第六章 スラム住民のストレス度調査と D-QOL

本章では、D-QOL の精神的側面をストレスの観点から捉え、ダラビとカイラシナガールの住民の D-QOL 阻害要因となっていると考えられるストレス度調査の結果を示し、スラム住民の精神的不安定の深刻さと D-QOL に与える影響を考える。

### 第一節 D-QOL 阻害要因—ストレス度：大都市人口集中がスラム住民に与える精神的影響と D-QOL

ラムナッサン<sup>34</sup> は UN 報告書の中で産業優先主義による立退きが住民に与える影響を法律の観点から分析し、「法律の不備により、住民は強制的立退きから再定住まであらゆる段階で生活の困難を経験し、違法行為や犯罪に走る危険にさらされており、国内で難民が発生している。」と描写し、住民の生活の安定を保障するためには、法の徹底した整備の必要性を指摘している。

ラムナッサン<sup>34</sup>によれば、「産業優先主義により、ダム、発電所、工場等の立地のために、住み慣れた土地を追われた地方の農民等が職を求めて大都市に流入し、慣れない土地で長期的貧困状態と精神的不安定が慢性化し、人々の生活の安定を大きく阻害している。インドでは用地買収のための補償は 1894 年制定の土地買収法に基づき補償金が決定されるが、法律が古く事実上十分な補償金が支払われるケースは皆無に等しく犠牲者のほとんどは被差別カーストや被差別部族の住民である。そして、ほとんど保障なしの住民が都市に移動し、生活水準の低下や厳しい肉体労働を強いられ、児童労働や過酷な建設下請け労働、行商、失業等を経験する。そこで法定最低賃金以下で雇用されたり、仕事現場での事故や労働災害に見舞われる。しかし、法的制度不備のため保障はなく、彼らはさらなる困窮状態に追いやられる。一方では路上生活者の増加やスラム増殖が助長され、不法住居への周辺住民からの敵対心に脅かされ、特に精神的側面に悪影響を及ぼすことになる。そして中には物乞いをしたり、麻薬密売、売春、犯罪行為等の理由で少年鑑別所、刑務所、路上物乞い者収容施設、貧困者収容センター、各種保護センターに収容される者が増加し、出所しても再度犯罪を犯したり、排他的扱いを受け、社会的汚名を背負い、精神障がいの可能性の始まりとなる。そしてこれら長期的な貧困状態の慢性化と定着が精神障がいの可能性を高める結果となる。」

このように彼は、法的援助システムが整備されていないため、地方からの移住者は不安な条件の下で、あらゆる段階で心身の健康を脅かされる危機にさらされている、と説明し、早急な法の整備の必要性と精神的健康への配慮（ソーシャルワーカーの支援）の必要性を求めている<sup>34</sup>。

このように、大都市スラムでは、様々な条件が住民の心身の健康を脅かしている状況が予測できる。そこで、都市人口集中がスラム住民の D-QOL の精神的側面にどのような影響を与えているのかを調べ、スラム住民の D-QOL に占める精神的側面の重要性を検証するために以下のような調査を実施した。

## 第二節 スラム住民のストレス度調査

### 1. 調査対象地域

調査対象地域は、ダラビとカイラシナガールとした。

### 2. 調査対象者

調査対象者はダラビでは、男 15 人、女 40 人、合計 55 人で年齢は 20～59 才で、カイラシナガールでは、男 10 人、女 34 人、合計 44 人で年齢は、15～59 才であった。

### 3. 調査方法

本調査は英国のインド人移民のストレス度調査に使用されているラングナーのスクリーニングテスト (LSS22)<sup>35</sup> 修正版を使用し 2006 年 8 月、2007 年 2 月、2007 年 8 月の 3 回実施した。ダラビ<sup>36</sup>では精神科医療ソーシャルワーカー、看護師、学生ソーシャルワーカーにマラティ語の通訳を、又カイラシナガールでは学生ソーシャルワーカーと資格ソーシャルワーカーに通訳を手伝ってもらい、面接方式で行なった。費やした時間は一人当たり 15～30 分で簡素化した質問表を日本から準備して行ったが 22 の項目のなかの幾つかは説明が難しく、通訳が適正に公平に伝えてくれるように時間をかけて行なった。

本調査ではスラムの非識字率や教育程度を考慮し、LSS22 を簡素化し、自己評価型に修正したものを使って面接調査を行なったが面接調査に当たり、マラティ語の通訳を介して繰り返し説明しながらできるだけ質問の趣旨を変えないように努めた。得点の算出方法はラングナーのオリジナルに従い算出した。算出方法は統計的分析ではないが、非識字者や教育レベルの低い対象者のために開発された方法である。LSS オリジナルの信頼性と妥当性に関しては、テスト済みである。

### 4. 調査の結果と考察

#### (1) LSS22 修正版項目毎の得点

ダラビとカイラシナガールの項目別合計得点は、次表に示される。

表 8 項目別合計得点 N=99

		ダラビ *印の合計得点	カイラシナガール *印の合計得点
1	しょっちゅう体がだるいと感じる	はい * いいえ わからない 無回答	28 32
2	やる気がなく物事を続けられないことが何日も続く	はい * いいえ わからない 無回答	34 34
3	自分は活発な方だと思う	非常に活発 普通 活発でない * 全然活発でない *	32 30
4	突然体ががっかつかと熱くなる事がある	はい * いいえ わからない 無回答	8 13
5	胸がどきどきする事がある	しばしば * ときどき いいえ わからない	1 6

6	食欲がない	はい	普通	ある	わからない		
		*				1	4
7	じっと座ってられない時がある	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				14	16
8	私は心配性である	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				35	28
9	息苦しくなることがある	しばしば	ときどき	いいえ	わからない		
		*				0	1
10	いらいらすることがある	しばしば	ときどき	いいえ	わからない		
		*				4	6
11	くらくらしたりめまいがすることがある	いいえ	たまに	ときどき	わからない		
			*			6	10
12	眠れない時がある	しばしば	ときどき	いいえ	わからない		
		*				7	9
13	胸がすっぱいと感じる時がある	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				8	12
14	物忘れをしょっちゅうする	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				18	10
15	冷汗をかいたりする	しばしば	ときどき	いいえ	わからない		
		*				0	1
16	手が震える時がある	しばしば	ときどき	いいえ	わからない		
		*				2	2
17	頭痛がする	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				6	14
18	心配事があって体の具合が悪くなる	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				10	14
19	寂しいと感じる	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				8	19
20	何をしてもうまく行かない	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				12	23
21	頭痛に悩まされる	しばしば	ときどき	いいえ	わからない		
		*				2	6
22	何をしても無駄だと思う時がある	はい	いいえ	わからない	無回答		
		*				6	27
	総合得点					242	317
	平均					4.4	7.2



ラングナーは彼の調査で分割点を 3/4 とし、平均点 4 点以上をストレスが高いと判断している<sup>35</sup>。

調査の結果、ダラビの合計得点は 242 点、一人当たり平均得点は 4.4 点、カイラシナガールの合計点は 317 点、平均得点は 7.2 点であり、いずれの値もラングナーの分割点を超えてストレスが高いと判断でき、特にカイラシナガールでは高い結果となった。

## (2) 住民が感じるストレスの原因

表 9 ストレスの原因

フリーリスティング（自由なリストアップ）によるランク付け（複数回答）

	ダラビ N=55	%	カイラシナガール N=44	%
犯罪 暴力	45	13.4	33	9.5
周辺住民からの敵対行為				
や4追い立て	42	12.5	36	10.4
宗教 文化の違い	37	11.0	28	8.1
子供や家族との離別	35	10.4	28	8.1
貧困 経済的不利	32	9.5	33	9.5
夫婦問題 家族内暴力				
(アルコール中毒の夫による暴力)	32	9.5	34	9.8
家の狭さ プライバシーのなさ	31	9.2	37	10.7
言語の違いや識字問題	30	8.9	23	6.6
健康問題(AIDs/HIV感染)	17	5.1	14	4.0
失業や仕事上の問題	13	3.9	25	7.2
頼りになる家族親戚				
友人がいない	12	3.6	38	11.0
公共の支援のなさ	10	3.0	17	4.0

フリーリスティングの結果から著者作成

ストレスの原因となるものを、同じ対象者にこちらからの質問形式ではなしに対象者独自の視点を重視し、自由に複数回答してもらった結果、ダラビでは、犯罪と生活の危険性、周辺住民からの敵対行為、宗教や文化の違いと答えた者が最も多く、貧困や経済的不安定は 6 番目で物質的側面はさほど重要性を占めていないことが伺える。カイラシナガールでは頼りになる家族や友人がいない、家の狭さ、周辺住民からの敵対行為や追い立て、夫婦問題やアルコール中毒の夫等による家庭内暴力が最も多く、貧困や経済的不安定は 5 番目となっている。

前述のようにダラビでは、宗教をめぐる争いから密集する住宅環境の中で、住民同志の争いから外部も巻き込み、多数の死者や負傷者を出す暴動がたびたび生じている。カイラシナガールでは現在直面している一番深刻な問題は土地の立ち退きと夫のアルコール中毒と暴力、そして、AIDs/HIV/STD の増加であった。これらの状況がこの表に反映している

と思われる。この調査結果を慎重に捉え D-QOL 実践のためのポイントとした。

これまで本調査で明らかにされた事は、スラム住民のストレスの度合いはラングナーの標準とする値よりかなり高く、ストレスの高さが住民の生活の質を圧迫していることは明らかである。そして、ストレスの原因となっているのは、経済的貧困よりも人間関係や家族関係、立ち退き問題などが重要性を占め、経済的支援よりも精神的側面への支援が重要であるといえる。スラムの実態把握は非常に困難ではあるが、スラム住民のなかでも、お年寄り、子ども、女性等社会的不利を抱える人々は精神的障害を受けやすく、ストレスが原因の精神病や神経症、自殺等が増えていることが現地のソーシャルワーカーの断片的な調査で明らかにされている。今後、総合的な調査により、詳細な情報や、資料の入手が実践においては必要である。当面の D-QOL 悪化防止と福祉開発策として、①地域人間関係作りを通してスラムの横のつながりを強化する。②カウンセリングの普及や作業技術訓練コースの普及③アウトリーチ・サービスのような行き届いた医療保健サービスの普及、が求められる。これらの点は後の D-QOL 実践タネプロジェクトの立案の基礎となった。

## 第七章 スラム女性のエンパワメントと D-QOL

本章の目的は福祉の観点から、カイラシナガールの女性達を対象に彼女たちの現在直面している健康問題や生活問題が、D-QOLに与える影響を、スラム女性の視点を重視し、把握し、D-QOL実践の基礎を確立することである。

本調査の主な結果は、次の通りである。

調査対象の女性達が現在直面している社会問題は次のようなものである。①立退き問題、②女性達の非識字問題、③夫の暴力、健康問題としては、④夫の飲酒とアルコール中毒による妻への暴力、⑤産婦人科関係の病気、AIDs等の感染症や避妊と中絶等に関する情報不足等があげられた。そして、それぞれの問題に関して彼女たち自身が導き出した当面の解決方法は、①の立退き問題に関しては、現在、法的手続を取る方向に進んでいるので成り行きを見守る、②の女性たちの非識字問題に関しては、現在実施されている子供向け識字教室に加え大人向け識字教室を NGO の協力により開設する、③の夫の暴力に関しては、ソーシャルサポートとしての地域グループ形成、④の夫の飲酒とアルコール中毒問題に関しては、地域の酒商人の徹底的締め出し④の産婦人科関係の病気や性的感染症に関しては、十分な情報と夫たちへの意識クласの開設を要請する等であった。

本調査実施で、これまで地域で支援を続けているコミュニティー・ワーカーにも明らかにされなかったような複雑な、しかも他人に知られるのが恥ずかしいという認識のもとに隠されていた問題などが明らかになり、どのような問題を解決すべきかがあきらかになった。また、女性達自身で解決策を導き出すといった、エンパワメント効果（自分の能力に気づき活かし自律心を身に付け、社会に影響を与える）の可能性が立証され、自分たち自身で D-QOL 向上に向けて挑戦する能力を示してくれた。

### 第一節 調査

#### 1. 問題提起

ダラビに隣接する州立サイオン病院とタネ市カルバ総合病院の精神神経科を受診するスラム住民の中では、主に HIV/AIDs その他の性的感染症とアルコール依存症が原因と見られる精神的障がい苦しむ患者の数が増え、このままでは、さらなる発症の増加と病気の深刻化が心配されている（インドでは 2014 年には、HIV 陽性 500 万人、AIDs 患者が 100 万人を超えると予測されている ISDH 2013）<sup>36</sup>。しかし、詳細な情報収集が困難なため、何ら行政レベルの策が打たれていない（Shankar D & George S. Leibowitz 2011）<sup>37</sup>。

情報収集困難な理由は、識字率の低さ（特に女性の非識字率は約 70%である）、言語の違い（インドの各地から様々な異なる言語を持つ民族が集まって暮らしている）、病気の性質上隠してしまう傾向にある、さらに、経済的理由や混雑、医療スタッフの無理解などの理由から医療機関を利用し難く、家族や隣人の無理解や無知、情報不足のため、症状が悪化してしまっているということが主な理由である。そのためカイラシナガールの母親達を対象に彼女たちの現在直面している生活問題や健康問題を把握し、彼女たちの D-QOL 向上のために適切なサービスが受けられるように支援することが必要である。そして、母親

達自身のエンパワメント促進を図り、自ら解決策を導き出せるように支援するための D-QOL アプローチ立案のポイントとすることにした。

インドの人口百万人以上の大都市では国立病院や州立病院の精神神経科を受診する患者数は過去 3 年間で 10~20%増加し、そのなかの低所得層の占める割合はかなり高いことが推測されている。コンピューター産業の発展顕著なバンガロールでは、公的医療費の中の精神科関係の支出は約 20%増加し、その中の低所得層の占める割合はかなり高いことが報告されている (Murthy P, Manjunatha N, Subodh B N, Chand PK, Benegal V. 2010)<sup>38</sup> ムンバイでも州立あるいは市立病院の精神科を受診するスラム住民の数は増加しており、ストレスが原因とみられる症状の増加やアルコール中毒、性的感染症 (HIV/AIDSs やその他の感染症) の患者のためのカウンセリングの必要性が急増している。これらの病院は無料で医療サービスを提供しているので、低所得層の住民にとって受診しやすくなっている。しかし、こういった医療サービスも受けられないスラム住民の潜在的人数が増加している事が予測できるが、実数や必要とされているサービスを詳しく把握する事が困難で、サービスを実施するうえでの障害となっている。

#### 1. 調査対象

調査対象は前述のカイラシナガールである。

#### 2. 調査方法

スラム住民の中でも特に女性のストレスの度合いが高く、医療サービスを利用する機会も女性の方が男性より少ないと思われる。そこで、国連が開発途上国向けに開発した、低所得者や非識字者を対象とした、主に栄養や健康問題に関する調査に適していると言われる、PALM (Participatory Learning Method) 調査方法<sup>39</sup>を使用して、女性達の生活問題や健康問題に関する調査を実施した (Kinsey et al 2005)<sup>39</sup>。そして、学生ソーシャルワーカーにマラティ語の通訳になってもらい、ソーシャルワーカーと共に、母親達の職場である裁縫工場で昼食時に調査を実施した。

調査期間は、の 2007 年 8 月 18 日、19 日、20 日、21 日、22 日、23 日 6 日間であった。

調査方法としては、次の 2 つを採用した。

- ①フリーリスティングとランク付け ②グループ・ディスカッション

#### 3. 調査対象者

カイラシナガールで地域支援を行なう数少ない NGO の一つで、女性たちの職業訓練や働く母親達のための保育サービス等を実施している CORP の保育サービスに子どもを託ける母親達 18 人を対象に調査を実施した。

#### 4. 調査：PALM 調査法に関して

PALM は調査対象者主導型調査方法と呼ばれ、これまで発展途上国 16 カ国で用いられている対象者主導型の、対象者の視点を中心とした調査方法で、この方法をもとに栄養問題や健康問題に関する調査報告が多くなされている。WHO, 世界銀行がスポンサーになり、1990 年 11 月ワシントン DC で、PALM 調査法会議およびワークショップが開かれ、各国から 50 以上の調査報告書が提出された。PALM は対象者の視点からの対象問題に関する認識のレベルを深く個別に知ることを目的とし、貧困層、非識字者、お年寄り、知的障害

を持つ人、エイズ感染者、思春期の行動障がい、外国人労働者等、情報収集が困難なグループのニーズを知るための調査方法で、調査結果をできるだけ簡単に分析し視覚に訴え、調査対象者にもその結果が即時に理解できるように工夫された方法で選択肢の組合せによる調査方法である。これまでにインドでは、HIV/AIDs 予防のための売春婦とトラック運転手の調査や農村での性的夫婦関係と性病感染の調査や、女性の産科関連の病気の調査に有効に実施されており、また、精神衛生の予防的観点から、スラム女性のリプロダクティブ・ヘルス関係の健康調査等に広く適用されている (Jaswal 2007, Emmel & O'Keefe 1996) 40,41。調査方法の選択肢として 10 種類ほどが提案されている。そして、PALM 法適用の留意点として、以下のような点があげられている。

- ① 調査対象者の直接的、主観的な認識の把握を重視する。
- ② 調査者と対象者やキー・インフォーマンツとの信頼関係が重要
- ③ 結果より調査過程の重要性
- ④ 調査自体がエンパワメントにつながる
- ⑤ 調査者は非識字者のために石、種、色粉、小枝や絵、記号の補助用具の準備を完璧にし、対象問題や対象地域等に関して十分な情報を得、熟知しておく必要がある。
- ⑥ 対象者との信頼関係をつくりあげる必要があるため、時には、調査実施までに、長期の準備期間を要することもある。

本調査では、①フリーリスティングとランキング②グループ・ディスカッションの 2 つの方法を使用した。

## 第二節 本調査の過程と結果

18 人の対象者の内、識字者 10 人、非識字者は 8 人で、年齢は 21 才から 49 才の間、それぞれ子供の数は、2 人から 5 人、夫の職業は、工場労働者やオートタクシー（バイクに座席をつけたタクシー）の運転手等様々である。

### (1) フリーリスティングとランキング

一連の調査は一日一回約一時間、仕事のじゃまにならないように昼食時に会合を持ち、一回の平均参加人数は約 15 人で食事をしながら気軽に行ない、誰でも何でも自由に話せることに重点を置き、調査目的に徹しないよう努めた。フリーリスティングでは、現在直面している生活問題と健康問題のリストアップをしてもらい、それらの問題に対して、非識字者のために、カードを準備し、表 10 のように対照させた。

そしてそれぞれ、自分が深刻だと感じている生活問題や健康問題のカードの横に小石を置いてもらった。識字者の方が非識字者より活発にリストアップし、病名も知っており、非識字者はやや消極的に調査に参加した。

表10 現在直面している社会生活問題と健康問題		N = 18 複数回答
社会生活問題	回答数	置かれた石
立ち退き	18	●●●●●●●●●●●●●●●●●●
夫のアルコール依存、暴力	17	●●●●●●●●●●●●●●●●●
自分の名前が書けない	10	●●●●●●●●●●
金銭	9	●●●●●●●●●
安全性（殺人、レイプがしばしば）	8	●●●●●●●●
情報不足	5	●●●●●
トイレ、水、電気などの不備	4	●●●●
直面する健康問題	回答数	置かれた石
夫のアルコール依存	17	●●●●●●●●●●●●●●●●●
悩みが原因の頭痛	16	●●●●●●●●●●●●●●●●
胃の痛み	15	●●●●●●●●●●●●●●●
腰、下腹部の痛み	11	●●●●●●●●●●●
T B（結核）	10	●●●●●●●●●●
下痢	6	●●●●●●
ぎょう虫	5	●●●●●
中耳炎	4	●●●●
皮膚病	3	●●●
おりもの	3	●●●
感染症	3	●●●

著者作成

彼女達の直面している社会生活問題で今一番深刻なのは立退き問題で、次が夫の飲酒やアルコール依存に起因する暴力、非識字問題と続いている。健康問題では夫のアルコール依存の悩みが原因の頭痛、胃の痛みが高くランク付けされ、両問題共、夫の暴力に関して悩んでいる女性が多いことが明らかになった。これらの要因が彼女らの精神的側面に悪影響を与え、D-QOL 阻害要因となっている。

非識字者のためのサインはマラティ語のアルファベットを使用したがるが、母親どうして教え合い何とか行なうことが出来た。しかし、ランク付けに関しては言語上の問題もあり、代表性や一般性に欠けるかも知れない。この地域では結核感染者の数はかなり多いことが予測されたが、性的感染症同様母親たちは隠したがる傾向にあると思われた。また、知的障がい児の数もかなり多いと知らされていたが、今回の段階ではリストアップされなかった。このように、地域の偏見や問題を隠す傾向は女性たちの D-QOL の悪化をさらに深刻にしている。

## (2) グループ・ディスカッション

対象者はお互いに顔見知りなので話がはずみ、筆者は幾度かこの地域を訪れ一連の調査をさせてもらっているため、対象者とのラポール創りは比較的スムーズに運んだ。そして、

学生ソーシャルワーカーに通訳になってもらい著者が筆記記録を行なった。

グループ・ディスカッションで明らかにされた共通の問題点は、以下のようなものである。

1. カイラシナガールもその隣接するラムナガールも政府の土地（森林当局の管轄下）に立地し、現在立ち退きを迫られている。

「つい先日、インディラ・ナガールで一部取り壊しがあった。森林局の役人は我々を脅かしている。一度は洗濯中に井戸を取り壊し、一度は夜中にばんばん鳴らした。嫌がらせにはもう飽き飽きした。いつまでここにいられるかは分からない。突然何も無いところに移されても何も言えない。不安の中で生活している。」（2008年以降は政府は方針を変え強制的立ち退き要請は行ってはいけないこととなった。）

2. ほとんどの女性が夫の飲酒やアルコール依存のため暴力を受けており、夫は生活費をほとんど酒代に費やしている。対象者 18 人のうち 4 人が時々飲酒。男性の飲酒率はこの地域では 75%と報告されている。

「夫は三輪タクシーの運転手をしている。子供が 5 人いるのに生活費には全然回してくれない。少しでも稼ぐといつも近くの酒屋で飲んでいる。文句を言うとすぐに暴力を振るう。持ってきた蓄えはもう底をついてしまった。私への暴力なら我慢できるが、娘たちにも暴力を振るうので、そのときはどうしていいか分からず、逃げるしかない。」

3. 全ての母親は夫婦関係や夫との性的関係に関して何らかの不満を持っている。

AIDs やその他の性的感染症（STD）に関しての知識は少ないが、夫の結婚外性交渉や売春婦との交渉に関する不安がある。

「夫はタクシーの運転手をしている。時々夜も帰ってこないことがある。最近噂になっている怖い病気を持って帰ってこないかと不安があるが、問いたすことはできない。何か文句を言うと出ていけという。出ても行くところはない。」

4. 生理と妊娠、中絶や避妊手術等に関する知識や情報が不足している。

「私は夫と結婚してから生理が始まった。何が起こったのか分からず、戸惑ったが何とかすましてきた。妊娠したときは 5 ヶ月になるまで分からず理由は分からないが赤ん坊は未熟児で今でも体が弱い。」

以上の点や①のランキング調査で得られた結果をもとに、母親たちの D-QOL を阻害している要因は何かを知るために、母親達にインタビューした結果を以下に示し、D-QOL 向上のための策を考える。

### (3) 対象者のナレーション

5. 24 才（ヒンズー教、非識字者、マハラシュトラ州出身）「2 人の息子のうち弟 3 才が知的障がい児で夫は妻を 2 人持ち、もう一人は妹で 3 人の子どもあり、以前は一緒に暮らしていた。しかし、文化的経済的背景から離婚は考えてもいない。」

このナレーションが物語るように、スラムの母親にとってどんな夫でもただ耐えるしかない。離婚は母親と子供にとって飢え死にを意味する。女性たちのエンパワメントが D-QOL 向上の鍵となると考える。

6. 35 才（仏教、学校教育 5 年、マハラシュトラ州出身、4 人の子供）「息子が先週虎に襲われたが、警察も当局も何ら対策を打たず『いやなら立退け』と回答している。夫

は子供のことに關しては態度が消極的である。このように絶えず危険と隣り合わせの生活である。」

スラム住民の法的な生活権保障が彼らの精神的安定や D-QOL 保障につながる。

7. 21 才（仏教、非識字者、マハラシュトラ州出身、2 人の子供）結婚後 1 年後に生理が始まった。性行為に關しては何も知らず、夫は暴力で性行為を強制し痛みしか感じず、今でもいやな思い出しかない。

特にインドの低所得層では結婚年齢が低く、母親たちも娘に十分に性教育や知識を与えられない。母親たちも正確な知識がない場合も多く、福祉開発関連の NGO やソーシャルワーカーが、スラムやその他の低所得層の女性たちに、簡単な性教育を実施し、普及させることが生活の精神的安定や D-QOL 向上につながると考える。

8. 22 才（ヒンズー教、学校教育 1 年、マハラシュトラ州出身、3 人の子供）「夫は 2002 年の 4 月、2 番目の女と結婚し、そのことを聞くといつも殴る、夫の母に相談しても、無視し、子供たちへの暴力も心配である。」

大都市低所得者層のアルコール問題は、深刻化している。アルコール問題が精神的側面に与える影響に關しては次章で述べるが、本人のみならず、家族や周りの D-QOL を阻害するといえる。

9. 33 才（ヒンズー教、学校教育 3 年、マハラシュトラ州出身、4 人の子供）「私が 4 番目の子供を妊娠した時、夫は収入を全て酒代に使っていたので中絶を決心したが男の子をもう一人欲しかったので出産し、男子だったのでその後不妊手術を受けた。それにより夫は政府からの援助金と職場の奨励金をもらったが、また、酒代に使った。」

マハラシュトラ州では家族計画の一環として、夫婦のうちどちらかが不妊手術を受けた場合、援助金がもらえるが、不妊手術はほとんどが妻に対して行なわれている。また、妻が避妊手術を受けても、補助金は夫が受け取るという仕組みになっており、夫と妻の権限の不均衡が D-QOL 阻害要因として指摘できる。

#### ・精神的不安定要因その 1 一性に關しての男女の力の不均衡

ほとんどの母親が結婚前は性行為に關しては何も知らず初めての経験に關しては、「痛かった」「侮辱的」と表現し、狭い家屋のため他の家族や近所に気を使い恥ずかしい思いしか残っていない。しかし、ほとんどの女性は離婚を恐れており、夫の思うままに性行為を受け入れるのは仕方ないと感じている。未亡人や夫に捨てられた妻の地位は非常に低く、再婚はできない。しかし一方離婚後の夫は経済力さえあれば再婚も妻二人を持つ事もたやすい。（イスラム教では通常 4 人まで妻帯が許されているので、度々行なわれている。）

ある母親は「夫が、初めての性行為の前に説明してくれていれば、もっと性生活を楽しむ事もできたかも知れない。」と述べている。

18 人のうち 9 人が避妊手術を受け、コンドームに關する知識もあるがほとんど使用していない。病院での出産が多く 3~4 度目の出産後は病院の医師や助産婦が通常避妊手術を薦める。夫の避妊手術はほとんど行なわれていない。

妻の生理中や妊娠期、出産後の性行為は、夫の意志に左右され、もし夫が望めば受け入れなければならない。コンドームの使用は夫が嫌がるのでしない。3 人の母親が中絶を経



験しており、主に経済的理由から中絶を決心し、男の子が十分いれば次の出産には中絶を決心する場合が多い。

母親達の意見では、夫婦の力関係では夫の力が圧倒的に強いのは当然でその理由としては、夫の方が次のような点で有利な立場にあるからであると考えている。

- ① 所得（仕事を持たない妻・母親が多い。）
- ② 情報と技能（自分の名前を書けない女性が半数いる。）
- ③ 社会性、移動性（これらは両親や夫の考え方で異なる。）
- ④ 身体的強さ（夫の暴力を常に恐れている。）

#### 精神的不安定要因その 2—生理や妊娠その他性に関する知識や情報不足

ほとんどの母親は生理が始まるまで生理の知識はなかった。生理中の衛生にほとんどが頭を悩ましている。例えばある母親は、「夜に汚れた衣類を洗濯し、誰にも見えない場所に他の洗濯物の下に干し、隠して取り込んでいる。」と述べている。

ほとんどの母親は性行為と妊娠の関係を知らなかったと述べ、妊娠後 6 ヶ月ぐらいして初めて妊娠を知った。また出産の前日まで通常通り働く母親が多い。ほとんどの母親が妊娠後 7 ヶ月たって病院に受診し、その後定期的に受診する者はない。母親の中の何人かは、HIV 感染や AIDS, その他の性行為が原因の病気（STD）に関しての知識があり、その理由は夫の結婚外セックスあるいは、CSW（売春婦）によるものと思っているが、ある母親は、「そのことについて夫と争う気はない。争って大きな声をたてれば、悪い妻のレッテルを近所から貼られる。」と述べている。

以上、フリーリスティングとランキング、グループディスカッションを組み合わせた PALM 調査方法を使用して、タネ地域の認可スラム、カイラシナガールの母親たちが現在直面している精神的不安定要因を抽出し、これまであまり明らかにされなかった実態を把握することができた。

### 第三節 考察と今後の課題

#### 1. 精神的不安定要因その 1—男女間の力関係と D-QOL

夫婦関係から見た男女の力関係は夫が経済的にも社会的にも、強い立場にあり、その傾向は所得レベルや教育レベルが低い程顕著であると思われる。その理由は、女性は仕事の面で経済的に弱い立場にあり、社会的資源も少なく、行動範囲も狭い。それに比べて夫の方が、経済性、移動性が高く、情報入手にも有利で、仕事や技術、体力面でも有利な立場にあり、スラムの住宅事情の悪さ、プライバシーのなさ、不安定な貧しい生活等が女性達の立場をより不利にし、精神的不安定を助長している。母親達の中には、初潮を迎える以前に結婚した者もいて、情報不足や無知のため、結婚以来夫婦関係は夫の主導型であり、中絶、避妊に関してもほとんど夫の意志により、決断される場合が多い。夫の暴力、性行為の痛み、避妊手術等により、妻が犠牲になっている場合が多い。女性の体や生理の血液や性生活に関しては、恥、男性の力の象徴等といった否定的な考えが多い。従って、女性のエンパワメントを促進する事が、D-QOL 向上につながると考える。

## 2. 精神的不安定要因その 2—情報や認識不足

- ・情報不足のため、腰の痛みや頭痛を異常と理解せず、医療機関を受診していない。
- ・性的感染症や HIV/AIDS に関しては、男性も女性も認識が不足していることが不安を助長させている。
- ・医療機関は利用しにくく、医師や看護師の対応も悪く、専門家の意識化と責任性が問われる。
- ・アルコール中毒や性的感染症による精神的健康度の悪化が予想され、男性や父親への教育が母親たちの精神的安定を向上させる要因と考えられる。

## 3. これらの問題に関して母親達自身が導きだした改善策

この 6 日間のディスカッションで母親たちが自ら導きだした当面の改善策として、次のような提案が出された。

- ・地域から酒商人を締め出す。
- ・母親達のための識字クラスの開設（NGO、ソーシャルワーカーの力を借りる）
- ・夫のための HIV 感染、AIDs、STD 予防のための情報提供（NGO、ソーシャルワーカーの支援を求める。）
- ・女性コミュニティー・グループの結成により、社会的ネットワークの輪を広げ、他のスラムとの交流や情報交換を行なう。母親達は話しながらその過程で自らの置かれている立場や問題点を認識でき、そしてこれまで誰にも話せなかった事柄や悩みを共有できた。

上記に加えての調査者から次の点を提案した。

- ・非識字者のために絵等を用いた簡単な補助道具での性教育を CORP の援助で実施する。
  - ・HIV/AIDS 予防のため一層コンドームの普及に努める。
  - ・ヘルス・ポストやアウトリーチ・サービスなど誰もが医療サービスを受け易い条件を整備すると同時に、医療スタッフの意識化を図る。
  - ・女性のエンパワメントとネットワーキングを促進し、教育や仕事の機会を増やす。
- これらの提案は、CORP に寄せられ、今後の課題とし、タネプロジェクトの基礎となった。それとともに、アルコール依存症や AIDs/HIV 患者等の生活環境の実体が把握されておらず、早急に詳細な実態調査の必要性が感じられた。

## 第八章 スラム住民の D-QOL 調査

### 第一節 目的

本章の目的は、第一部で展開した福祉開発 D-QOL に基づき、D-QOL を実践に結びつけようとするものである。その第一段階として、スラム住民を対象に D-QOL 調査を実施し、基本的ニーズの充足と精神的安定ニーズの充足が、彼らの QOL に与える影響を調査し、D-QOL アプローチ実践の手がかりとした。

### 第二節 調査

#### 1. 調査実施期日と対象

本調査は 2008 年 8 月 5 日～8 月 24 日に実施したものである。調査対象グループはムンバイの①ダラビの陶器産業地区の住民、②タネのカイラシナガールの住民、とした。ダラビの陶器産業地区には保育や識字教育を支援する Khumbhar Samej Kalyan Kendra (KSKK) が活動を行い、マハラシュトラ州社会福祉局(MSSWAB)からと、Catholic Welfare Asso.America からの助成金により資金を賄っている。タネのカイラシナガールとラムナガールには保育や識字教育、母親の職業訓練の支援を行う Community Outreach Programme (CORP) が支援活動を行い、2007 年 8 月に筆者が調査に訪れた時には、カイラシナガールに一カ所のみであった CORP の支所がラムナガールにもう一カ所増設されていた。

#### 2. 面接聞き取り調査と評価

面接聞き取り調査には家庭訪問を行い、祝日には主に男性、平日には女性を対象に一人 1 時間から 2 時間費やし、最終的に学生ソーシャルワーカーと話し合い、筆者あるいは通訳の学生が、質問表に結果を記入した。面接途中で断られたケースや、今回の対象外と思われる中所得層のケースを無効とし、60 人の聞き取りを完成した。質問表の内容に関しては事前に打ち合わせを行い、常に質問内容の一貫性を保つように努めた。録音は相手の心情や技術的な理由から実施しなかった。

#### 3. 調査結果と考察

##### (1) 属性

性別：ダラビ男性 15 人、女性 15 人、タネ男性 15 人、女性 15 人、

年齢：ダラビ:20 代 11、30 代 15、40 代 1、50 代 3、

タネ:20 代 16、30 代 11 40 代 2 50 代 1、

宗教：ダラビ： ヒンズー教 29、イスラム教 1、その他 0、

タネ： ヒンズー教 28、イスラム教 2、その他 0、

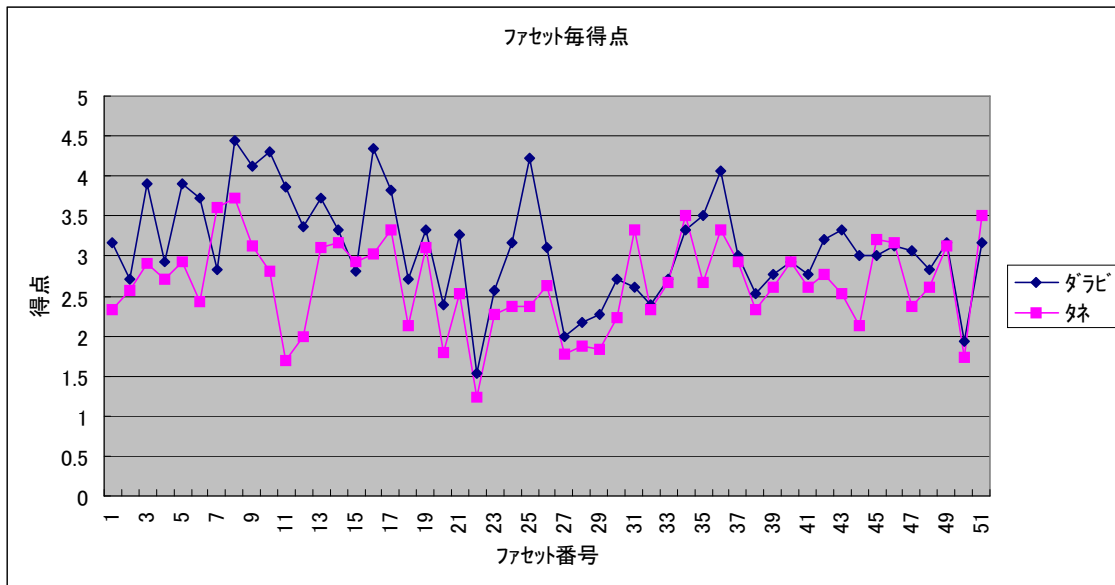
仕事：ダラビ 有 16、なし 14、タネ有 22、なし 8、

出身地：ダラビ： マハラシュトラ州 12、グジャラート州 14、その他 4、

タネ： マハラシュトラ州 21、グジャラート州 2、その他 7、

学校教育：ダラビ：0～5 年 26、6 年以上 4、タネ 0～5 年 15、6 年以上 15、

##### (2) 各ファセット得点



著者作成

図4 各ファセット得点

全ファセット平均得点は 2.98 で、ダラビでは、4 点以上はドメイン 1 の最低限ニーズに関するファセットが多く、タネは 4 点以上のファセットはないものの、同じくドメイン 1 のファセットの得点が高かった。従って全般に最低限ニーズに関しては充足感が高いことが判明した。又、ダラビ、タネ共に 2 点以下はドメイン 2 の社会サービスのニーズ、及び F50 のストレスに関するもので、全般として、各地域とも最低限ニーズは充足感が高いが、社会サービス面で充足感が低く、両スラムでは前回の筆者の調査結果と同様ストレスの高さが得点結果にも反映していると思われる。

### (3) 分散分析[基本ニーズと D-QOL との関係]

D-QOL の基本ニーズの平均点 34 点を境界点として上位グループと下位グループに分け分散分析(一元配置)を行い、基本ニーズと他のドメインや D-QOL との関係を調べた結果が表 11 である。

表 11 基本ニーズと他のドメインとの関係 N=60

	F	p-値
精神安定ドメイン	10.85485223	0.0016 **
社会的・人間関係ドメイン	0.863032639	0.3566
社会サービスのドメイン	4.120484656	0.0468 *

P<0.01 \*\* P<0.1 \*

著者作成

表 11 から、基本的ニーズの充足度が社会関係・人間関係以外のドメインと関係があることが判明した。基本的ニーズの充足度と社会関係・人間関係の充足度との関係は、p 値が 0.3567 であり、明確でないといえる。また、基本的ニーズと精神安定のニーズ充足度

との関係は、 $p=.001669$  で何らかの相関関係があるといえる。従って、本研究の仮説「基本的ニーズ充足度と精神的ニーズ充足度との関連は低い」は棄却されることとなった。

### 第三節 結論

#### 1. D-QOL の社会開発評価機能と政策提言機能

##### (1) 仮説の証明

本調査では、仮説「基本的ニーズ充足度と精神的ニーズ充足度との関連は低い」を証明することは出来なかった。

##### (2) D-QOL の NGO 評価機能

前述のようにダラビの陶器産業地区には保育や識字教育を支援する NGO (KSKK) が活動を行っている。タネのカイラシナガールとラムナガールには保育や識字教育、母親の職業訓練の支援を行う (CORP) が支援活動を行っている。F23 の NGO の支援に関する得点は以下の通りであった。

NGO 支援 ダラビ得点 2.567、SD 1.305 タネ得点 2.267、SD .944

NGO 支援に関して質問をした結果、ダラビの KSKK に関しては、子供達に提供する食事の質の粗末さや一人当たり 25 ルピーの料金に対する不満等のような、得点には反映されない不満や苦情が浮き彫りにされた。タネの CORP に関しては母親達からは食事サービスや職業訓練クラス、子供達への制服支給サービスが好評であったが、男女の評価の差が得点に反映されたと考えられる。

##### (3) 実践化に向けて—NGO、CBO の地域活動への期待

今回の調査では、仮説「基本的ニーズ充足度と精神的ニーズ充足度との関連は低い」を立証することはできなかった。しかし、スラム住民の、基本的ニーズが充足されても、精神的ニーズが必然的に充足されるとは限らない可能性と、スラム住民の生活の質の向上にとって、精神的安定ニーズ充足が他の要因と何らかの関係があることは明らかとなった。また、前述の現地調査でもスラム住民のストレスの度合いが高く、地域で活動を行う NGO のサービスの質がストレスの度合いと何らかの関係があることが明らかになっている。従って、NGO のサービスは経済的・物理的条件の改善と共に精神的側面へのサービスをも強化しなければならないことは明らかである。

面接聞き取り調査の結果、現在スラムでは HIV 感染、アルコール依存症、彼らを親に持つ子供たちの精神的不安定、周りの住民からの敵対心への不安等の問題が深刻化していることも明らかになった。情報不足や貧困、周りからの偏見、都市への移住に起因する異文化・異言語への対応困難などにより、スラム住民は社会的不利 (handicap) や能力の剥奪 (disability) などの、社会によって造られたあらゆる不利や障害の悪影響を特に受けやすい状況にある。バルネラビリティの除去と精神的安定を主目的とする D-QOL アプローチを実践に結びつけ、住民の QOL を向上するために、NGO や地域支援グループで支援活動を行う有能なソーシャルワーカーの活躍に期待できると考える。行動障がいや学習障がいの子供たちのカウンセリング組織 (CGC) で働くフレニー・イタリーと全盲のワーカー、統合失調症のデイケア・センター、サマリタンズでヨガを教えるリーナ、タネ・スラムに隣接するカルバ病院のエイズ・カウンセラー、女性のための救済施設、バルアシャ・トラストで未婚の十代の母親の相談にのるマンタ、ダラビに隣接するサイオン病院でアルコール

依存症の自助グループを支援するモナ・ダテ、彼女たちは著者がこれまでに現場視察を行ったムンバイの支援組織で働く有能なソーシャルワーカー達である。問題を抱えた住民の相談に、個別に対処し同じ問題を抱える人々のグループ組織化の技能と有能性は D-QOL アプローチ実践を担うに有望である。このような有能な、人材と D-QOL を分析ツールにバルネラビリティの除去や精神的安定を人々にもたらすことのできる実践プロジェクトを早急に立案する必要があると考える。

次章からは、AIDs/HIV 患者を調査対象に、精神的安定のニーズ充足が D-QOL 向上に与える影響を調査し、D-QOL アプローチの支援実践方法の構築を試みる。

## 第九章 AIDS・HIV患者のD-QOL調査

### 第一節 問題の視角と限定

#### 1. 目的

これまでの調査の結果、現在スラム住民が直面している QOL 阻害要因のなかで、AIDs/HIV 問題が深刻化し、彼らの精神生活が悪化していることが予測できた。従って本章では、都市部低所得層における AIDs・HIV 患者の D-QOL 調査を実施し、彼らの QOL 向上のための有効な支援方法を、NGO の活動から考える。そして、支援に携わる NGO の協力により、精神的側面安定への支援を重視する D-QOL アプローチの実践化タネ・プロジェクト立案の手がかりとする。

#### 2. 問題提起

インドなどの開発途上国においては、産業化政策や都市の国際化により、都市部への人口が集中し、外国人観光客の増加に起因する性取り引きの増加、伝統的な性に対する価値観等の要因により、AIDs・HIV 感染と流行はいまだ増加している (*The Telegraph* Jan.6 2009, *The Asian Age Bombay* Dec.16 2008, *Indian Express* Jan.15 2008)<sup>43</sup>。インド政府は各国際機関の協力を得て、AIDs/HIV 対策に取り組み、医療サービスの向上に成果が期待されている。しかしながら、医療サービスの向上と平行して、患者が地域で暮らす機会が増え、彼らの QOL 向上への支援、家族へのケア、コミュニティー包括への支援が必要性を増している。

インドでは AIDs 患者の退院後のケアのほとんどは家族の女性のメンバーに依存している場合が多く、他の病気と異なり、家族感染や、スティグマ、情報不足などの理由で、介護者の負担や不安は非常に高い (Pomeroy, Rubin & Walker 2005)<sup>44</sup>。本章では、特に都市部低所得者層が AIDs・HIV 感染の危険や被害的にさらされ、偏見や誤解から生活上の困難をきたしている状態を鑑み、それをバルネラビリティと捉え、バルネラビリティを除去し精神的安定をもたらすことが患者の QOL の向上につながると考え、支援方法を考える。このようなバルネラビリティは偏見や差別、社会構造に起因し、従来の基本的ニーズの充足や、生活水準の向上によっては除去できず、精神的側面への支援を重視する、D-QOL アプローチが有効である。

#### 3. 主要先行研究

インドの AIDs・HIV 問題に関して、政府の家族保健・福祉省管轄の国家 AIDs 管理対策委員会 (National AIDs Control Organisation) 発行の「国家 AIDs 管理計画」(2006)は、現在のインドにおける AIDs・HIV 問題の概要と国家の対策、今後の課題などを詳細に報告している。しかしながら、公的発表の数字は、実態を把握するには過小評価されすぎているという批判が多い (*The Sunday Observer* Nov.29, 2008, Ramasubban 1998)<sup>45 46</sup>。

キンジィら<sup>47</sup>はインドの AIDs・HIV 問題を伝統的な性に対する価値観の特徴や文化的側面から捉え、根強く残る偏見や男女差別が問題解決の障害となっている点を強く指摘している。ハンス<sup>48</sup>は人権擁護の立場から AIDs・HIV 患者の権利の法的整備の必要性を指摘している。クマール<sup>49</sup>は AIDs・HIV 患者のケアにおける家族の役割の重要性を強調し、カウンセリングなどの精神的ケアの必要性を指摘している。

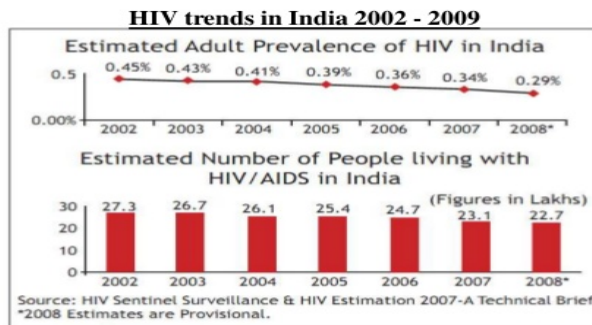
以上、インド社会における根強い偏見や差別、家族の負担、コミュニティーの理解の困難性、法的不備等が、AIDs/HIV 患者や家族の QOL 阻害要因となっていると考えられる。従って本章では、これら偏見差別などに起因するバルネラビリティを除去し、AIDs/HIV 患者や家族の QOL 向上のための有効な支援方法を検討する。

#### 4. インドのシナリオ

図に示すように、12 億の人口を抱えるインドでは、1984 年に最初の AIDs 患者が報告されて以来、HIV・AIDs 患者は増加し、その後は安定的であるが国際協力機関の支援にもかかわらず余り減少していない。(図 2 の数字は実数の 1~2%に過ぎないと推定されている。家族保健・福祉省の発表によれば、インド国内の 2002 年末における HIV 感染者は、27.3 百万人で、2008 年には、HIV 感染者は 22.7 百万人、と推測されている。インド政府は、WHO や世界銀行等の協力を得て、1992 年、国家 AIDs 管理委員会 National AIDs Control Organisation (NACO) を設置し、国家 AIDs 管理計画 (NACP) 等の数々のプログラムを実施している。その主要な内容は、調査や情報の徹底、コンドーム普及、安全な血液や早期発見のための検査システムの徹底、危機管理などである。検査システムの整備により、早期発見や治療が容易になり、医療技術やサービスの向上と共に患者の健康上の障害は改善されてきた。しかしながら、低所得者層や非識字者層では情報入手が困難で、HIV/AIDs に関しての知識や理解がなく、深刻さが増すケースが多い (NACO 2007)<sup>50</sup>。

また、HIV/AIDs 患者は、退院後も家族などの介護を受けながら日常生活を送らなければならない期間が延長され、介護主体である家族にも感染している場合が多く、家族への支援や、コミュニティー包括のための支援も必要である (Leon)<sup>51</sup>。

## Indian Scenario of HIV/AIDS



HIV epidemic in India shows a **stable trend** at national level, However, some low prevalence and vulnerable states show rising trends

図 5 インドの HIV/AIDS 2002~2009 出典：NACO 2007<sup>50</sup>

NACO の統計によれば、主に特定の大都市に流行が集中しており、21~35 歳の男性に多く、平均年齢は 27.4 歳となっている。農村や都市を問わず、男性 AIDs/HIV 患者に対する家族の介護態度は、女性患者に対してよりも肯定的で、家族の負担感も、女性患者の場合と比較して、少ない。一方、介護者と患者という両負担を背負い、重負担や不満、生活条件の物理的・経済的悪化、地域との交流の困難に苦しむ女性が多い (Kumar 2011)<sup>49</sup>。従って、貧困層の AIDs/HIV 患者の QOL 向上のためには、単なる物質的・経済的な生活支



援のみでは不十分である。患者のみならず家族や介護者への精神的支援や、意識の変革のための地域支援は自明視されがちだが、実際には具体的支援活動が不可欠である。

## 5 ソーシャルサポートと QOL

QOL 概念は、人権や福祉の観点から、人々の生活の質を様々な側面からサポートしようとするもので、精神的側面への支援や当事者性を重要視するものである。QOL 概念に根ざす生活の質的向上のための支援には、一般的な福祉援助原理の中でも人権の擁護、主体性への支援、連帯と共生、地域生活の尊重の原理が特に重要視されていると考える。これらの強調点を根拠とし、多くの実践が試みられている。QOL の向上とソーシャルサポートの拡大との相関関係の高さを指摘する研究者も多く、人々の地域での生活統合を支援し、自立を支援するために、ソーシャルサポートが有効であるとする研究者も多い(El-Bassel, Ivanoff, Schilling 1995, Gilbert, Borne & Chen , Flaherty, Gaviria & Pathak 1993)<sup>52</sup>

53

ポット<sup>54</sup>はカリフォルニア州の退職者コミュニティーのソーシャルサポートの幅や質を測定し、高齢退職者にとってコミュニティー内のサポートよりもコミュニティー外のサポートや、友人との質的交友関係が彼らの鬱症状の改善に効果的であるとの結果を報告している。インドの AIDs/HIV 患者の場合、ソーシャルサポートが彼らの QOL 向上にどの程度有効であるかの調査はまだ行われていない。

バラット<sup>42</sup>は、インドの都市部における AIDs/HIV 感染者への援助として、重要な 3 つのサポートを以下のように説明している。

「(1) 手段的サポート、(2) 心理的・感情的サポート、(3) 情動的サポート、が重要で(1)の手段的サポートとは、食事、収入などの生活手段のサポートと医療サービス等の健康へのサポート、(2)の心理的・感情的サポートとは、愛情や共感、共有、受容、信仰等の精神的サポート、(3)の情動的サポートとは、医療・福祉の専門家からの情報やメディアからの新情報の提供をさし、これらのサポートのバランス的供給が、家族や地域、政府や NGO 等の協力により実施される必要がある。」しかしながらバラットのサポート概念は、家族と患者、NGO と患者のような直接的なサポート概念で、地域や社会における間接的サポートをも含む広い範囲のソーシャルサポートとは異なる定義で使用されていると考える。

インドの AIDs/HIV 患者の QOL 向上のためのサポートの形態を、前述のハンスとバラットの研究を基に、図 6 のように想定した。

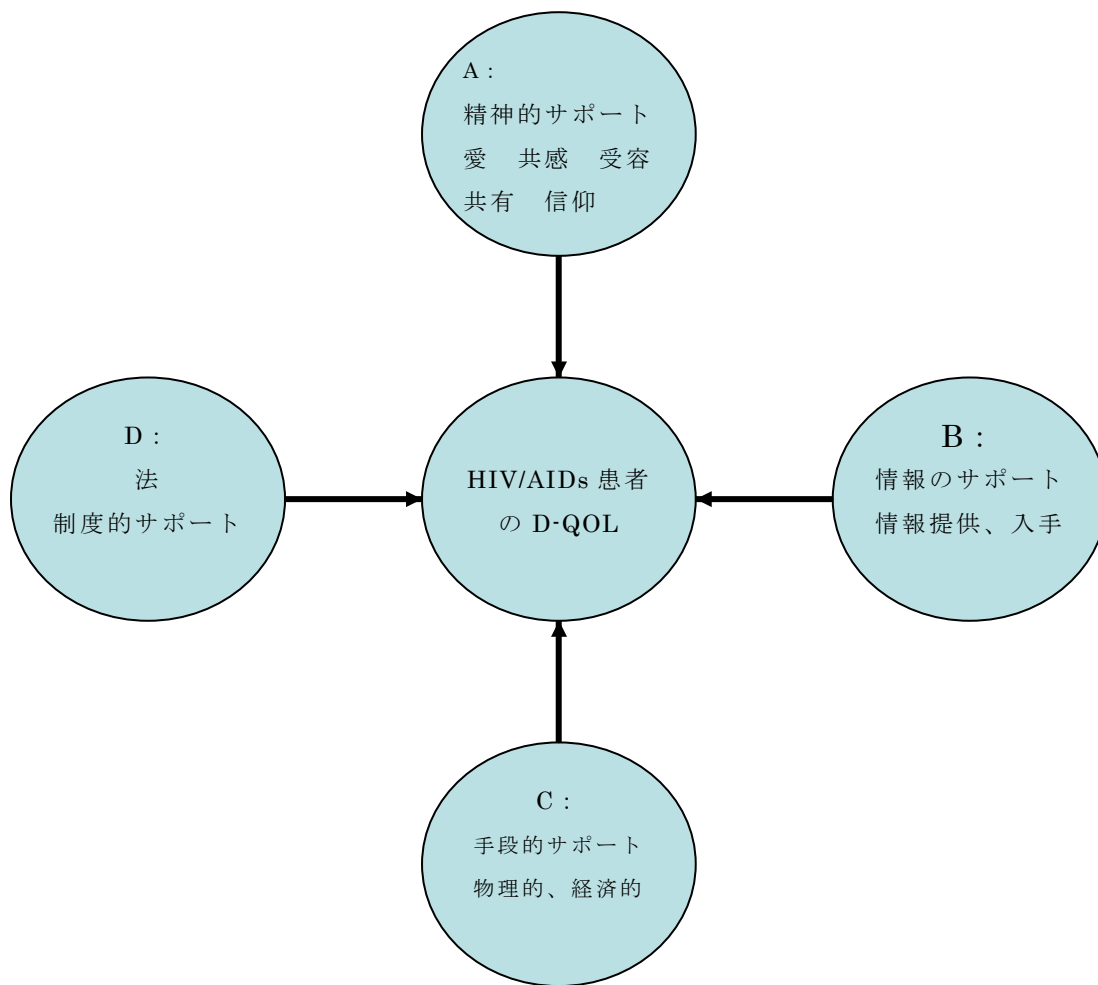


図6 AIDS・HIV患者のQOL向上のためのサポート 著者作成

図6では、愛情や共感、共有、受容、信仰等の精神的サポートをカテゴリーAとし、情報的支持をカテゴリーBとし、生活手段のサポートをカテゴリーCとし、法・制度によるサポートをカテゴリーDとした。矢印はNGOの支援を示している。

以下各種サポートとAIDS/HIV患者のQOLの各側面との相関関係や各原理との関係を明らかにし、これらを反映させたQOL向上のための有効な援助方法の組み合わせや適正な実践方法を、現在活躍しているNGOのサービス・プログラムを参考にして構築を試みる。

## 第二節 AIDS・HIV患者のD-QOL調査

### 1. 調査対象

今回の調査は2009年3月20日～4月3日にインドのムンバイで実施したものである。活動を視察したAIDS/HIV患者支援の援助機関は以下の通りであり、(1)(2)(3)はいずれもムンバイの売春地区(Redlight Area)カマティプラの近くに位置している。カマティプラ・バイクラ地区はムンバイでも最もAIDS/HIV感染率の高い地区であり、人口1.5~6万

人といわれているが、実態把握が困難で、路上生活者も多く生活環境は劣悪である。家族構成は母子家庭が多く男性の職種は、性取り引き関連の仕事が大部分を占めている。調査地は本研究の対象地であるダラビやカイラシナガールとは異なるが両スラムではAIDs/HIV患者の特定が困難であったためカマティプラ・バイクラ地区を選んだ。本研究目的である低所得層の精神的側面を把握するという意図は変わらない。

(1) プレラナ(Prerana)

(2) サルベーション・アーミー(Salvation Army)

(3) Committed Communities Development Trust (CCDT)

(4) The Eduljee Framjee Allbless Leprosy Home (AIDs Wing)

(1) プレラナはムンバイの赤線地域カマティプラに位置し、そこで暮らす女性たちへの援助を行っている。特徴的な活動としては、医療機関や警察の売春への偏見・差別の撤廃と人権擁護、AIDs/HIV 予防、女性達の技能訓練などによるエンパワメントを促進している。

(2) サルベーション・アーミーはカマティプラに近いバイクラに位置し、AIDs/HIV 地域開発の部署では、AIDs/HIV 撲滅のために①無料血液検査②地域や家族へのカウンセリング支援③ヘルプライン(電話相談)の3つの活動を行っている。特徴としては、患者自身によるサポート・グループによる自助活動により、地域生活支援、自立生活支援に力を入れている。

(3) CCDT 同じくカマティプラに位置し、女性達への支援を行っている。特徴は、AIDs/HIV 感染者の子供たちの避難場所アシュレイにおいて、子供たちの保育や母親達への情報提供やカウンセリングを実施している。

(4) EFALH(AIDs Wing)は1996年に設立された、AIDs・HIV患者の収容施設である。筆者の調査期間中に2人が死亡し、改めて問題の深刻さを実感した。ここでは患者へのカウンセリングや介護また、信仰により、病気や死への恐怖を取り除く精神的サポートを重視している。

以上の機関でサービスを受ける人々合計37人に面接聞き取りによる調査を実施したが、問題の性質上、各機関の名前や内訳人数などは特定化しない約束で協力に応じてもらった。また、以上の37人の他、血液検査の前後に対象者に対し、プリテスト・カウンセリングとポストテスト・カウンセリングのみ実施している病院などの外来患者14人に面接聞き取り調査を実施し、協力を得た。

## 2. 調査方法

面接聞き取り調査には、AIDs/HIV 感染という問題の性質上、聞き取りに困難を生じることが予想されたため、常に患者達と接触のある、信頼されているコミュニティー・ワーカーや相談員に現地語通訳及びアシスタントを依頼した。そのため心を打ち明けた詳細な面接聞き取り調査が行えたが、常に通訳者が異なったため、質問内容の一貫性を保つようにできるだけ配慮した。一人あたりに費やした面接時間は30分～2時間であった。質問内容はAIDs/HIV患者には適さないと思う項目を省き32問とした。

## 3. 対象者

NGOでサービスを受けている患者37人(男18人、女19人)を援助ありグループとした。病院その他に血液検査に訪れた外来患者のうち陽性判定を受けた者14人(男9人、

女 5 人)を援助無しグループとし、合計 51 人に調査を実施した。

年齢 10代 9人、20代 26人、30代 11人、40代 3人、不明 2人

学校教育 無し 15人、1~6年 33人、7年以上 1人、不明 2人

出身地 マハラシュトラ州 18人、カルナタカ州 15人、マニプール州 1人、不明 17人、

本人を除く家族の人数 無し 8人 1~3人 21人、4~6人 17人、

収入、職業の項目に関してはほとんどの者が失業中で、収入もないのが現実であった。

宗教 ヒンズー教 29人、イスラム教 18人、キリスト教 2人、不明 2人

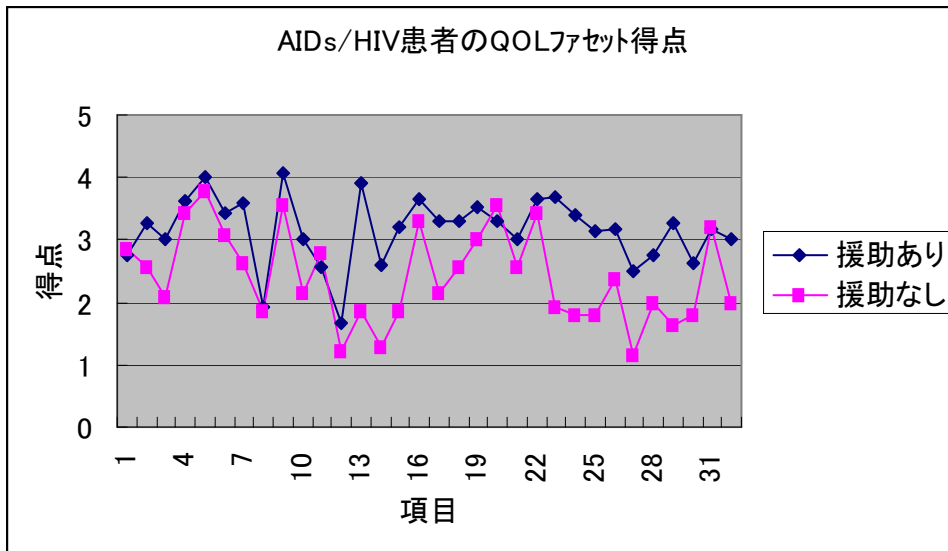


図 7 D-QOL 結果と分析 (項目別平均得点)

著者作成

各質問項目 (Facet1~32)には、質問者と回答者が話し合い質問者が 5 点法で採点し、記入した。得点が多いほどその項目のニーズが満たされている結果となっている。援助有りグループ 37 人と、援助無しグループ 14 人の各 Facet の平均得点結果は図 7 の通りである。

各項目で平均点が 2 点以下であったのは以下の通りであった。

F8 の仕事を得る機会 (援助有り 1.918 援助無し 1.857)

F12 の公的支援 (援助有り 1.67567 援助無し 1.2142)

F14 の政治に参加する機会 (援助有り 2.594 援助無し 1.285)

F30 の絶望感やストレスに悩まされる (援助有り 2.6216 援助無し 1.785)

F32 の自己実現 (援助有り 1.378 援助無し 1.214)

F8 の仕事を得る機会と相関関係が高かったのは、F14 の投票などの政治に参加する機会と F16 のテレビやラジオ、新聞などの情報の入手、

F12 の公的支援と相関関係が高かったのは、F13 の NGO の援助と F22 の家族関係、

F14 の政治に参加する機会と相関関係が高かったのは、F29 の自分自身に対する自信と F30 の絶望感やストレスに悩まされる、

F30 の絶望感やストレスに悩まされると相関関係が高かったのは、F6 の教育の機会と F14 の政治への参加機会、

F32 の自己実現と相関関係が高かったのは F26 の宗教と F29 のセルフエスティームであった (それぞれ相関係数  $r > 0.4$ )。

また、NGO の援助有りグループと援助無しグループの各項目別の得点の違いが顕著に表れた ( $p < 0.01$ ) のは、ドメイン 1 に 3 項目、ドメイン 2 に 4 項目、ドメイン 3 に 4 項目、ドメイン 4 に 6 項目あった。従って当該 NGO の援助は患者の精神的側面に影響を及ぼしていることが予測された。

図 8 は援助有りグループと援助無しグループの各ドメインごとの平均得点を示したものである。全てのドメインの平均得点は援助有りグループの方が高かった。特にドメイン 2,3,4 では、援助有りグループの得点は援助無しグループの得点を約 6.1~6.7 点上回り、調査を行った 4NGO の支援は社会生活のニーズ、対人関係のニーズ、そして精神安定のニーズの広範囲に渡って AIDS/HIV 患者の QOL 向上に貢献していると考えられる。また、4 つのドメインのうち、社会生活のニーズと精神安定のニーズの平均点が援助無しグループでそれぞれ、18.00 点、13.928 点と低く、社会生活のニーズと精神安定のニーズの側面に、援助無しグループへの支援を行うことで彼らの QOL が高まるであろうと予測できた。

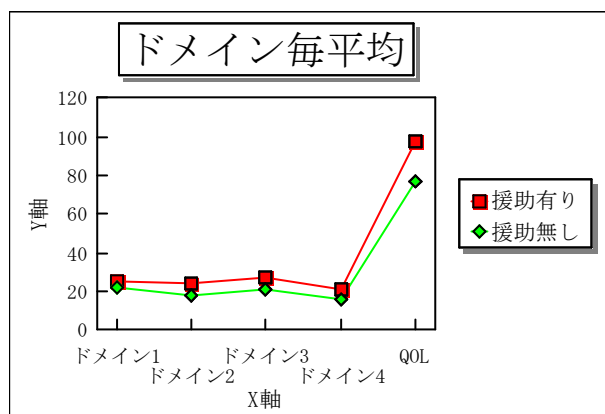


図 8 各ドメイン毎の平均得点 著者作成

表 12 各ドメイン平均得点

		援助あり	援助なし			
D1 基本的ニーズ	合計	25.621	22.285	t=4.175	p=0.00023	**
D2 社会生活のニーズ	合計	24.7027	18.00	t=10.208	p=2.5855E-10	**
D3 対人関係のニーズ	合計	27.162	21.00	t=7.789	p=3.91027E-07	**
D4 精神的安定のニーズ	合計	20.675	13.928	t=10.914	p=5.92092E-10	**
QOL 合計		98.162	75.214	t=11.7070	p=1.96429E-10	**

平均値の差の検定（両側）を行った結果、いずれの p 値も限りなく 0 に近く、援助ありと援助なしの平均値の差は有意と言える。P<.001 \*\*

## 6. ドメイン間相関

各ドメイン間の相関に関しては、ドメイン 1 の基本的ニーズとドメイン 3 の対人関係のニーズとの相関関係はやや低い ( $r=0.428$ ,  $p=0.0015$ ) その他はいずれも高い相関関係が見られた。ドメイン 1 及びドメイン 4 との相関関係はそれぞれ 0.760 で、基本的ニーズ

と精神的安定ニーズとの相関関係が非常に高かった。インドの HIV/AIDS 患者の QOL のそれぞれの側面は互いに関連性が高く、ある側面が他の側面に及ぼす影響が強いことが判明した。

### 7. 基本ニーズと精神安定ニーズの独立性

ドメイン 1 と 4, 及び D-QOL の平均得点を分割点とし、 $\chi^2$  検定を行った。結果は以下の通りであった。ドメイン 1 とドメイン 4 の  $\chi^2$  乗の値は 7.537,  $p=0.0060$  で  $p$  値が低く、基本的ニーズの充足と精神的安定のニーズ充足との関連は高く、本研究の仮説「基本的ニーズの側面と精神的ニーズの側面との関連性は低い」は支持されなかった。しかし、対象者の語りからは、最終的には物質的ニーズが満たされても精神的ニーズが満たされるというわけではないことが明らかになり、経済的援助も精神的援助もどちらが優先するという事ではないことが示唆される。

表 13 各ドメインの独立性

ドメイン1とドメイン4	カイ2乗値	7.537	
	カイ2乗	p値=.0060	*

$p<0.1$  \*

### 8. 情報サポートと D-QOL

スリンダー、グルスワミィとトベルマ<sup>55</sup>はマハラシュトラ州の農村地区で思春期の学生達の AIDS に関する知識と態度に関する研究を行い、情報が多く知識が豊富であればあるほど、学生達の AIDS 患者に対する態度は支持的であると報告している。

スリンダーらが使用した AIDS に関する質問項目を一部患者用に修正し、患者がどの程度 AIDS に関しての知識があるかを、正解一問毎に一点得点し、10 点満点として採点した。そして、AIDS に関する知識と D-QOL との関係を調べてみた。

表 14 AIDS に関する知識 N=51

	援助あり N=37	援助なし N=14	平均値の差	t	p
知識得点	3.730	1.500	2.230	7.788	<.0001
	SD .932	SD .855			

AIDS に関する知識の得点は表 14 の通りで NGO の援助有りグループの得点が援助なしグループの得点より高かったが、知識に関しては個人間でかなりの差が有ることが感じられた。NGO の主要な援助が AIDS に関する情報提供を重視する NGO が多いことも判明した。それぞれのドメインと知識の相関関係  $r$  は以下の通りであった。このことから NGO の情報サポートが患者の D-QOL のすべての側面の向上に大きく影響を与えている可能性が高いといえる (表 15)。

表 15 各ドメインと知識の相関関係  $\pm$

			r	p値 N=51	
ドメイン1	対	知識	0.490	p=0.0002	**
ドメイン2	対	知識	0.726	p<0.0001	**
ドメイン3	対	知識	0.791	p<0.0001	**
ドメイン4	対	知識	0.767	p<0.0001	**

p<0.001\*\* p<0.01\*

### 第三節 面接調査結果

これまでの調査結果でインドの HIV/AIDS 患者の QOL を構成するそれぞれの側面は相互関係が高く経済的サポート、社会生活上のサポート、対人関係のサポート、精神的サポート、全ての側面へのサポートが QOL に密接に関係していることが判明した。以下ではこれらの調査では明らかにされない個人的な QOL の局面を明らかにするために、面接聞き取り調査結果を分析し、HIV/AIDS 患者の精神的側面がいかに関係しているかを示すこととする。

#### 1. ケース(患者達へのインタビューから)

以下のケースは、前述の支援機関でサービスを受け始めた患者のインタビュー結果を基に、QOL 阻害要因を主に精神的側面を中心にまとめたものである。

##### (1) 女性の重負担

(ケース a) 35 才 女性 HIV 陽性 学校教育 3 年、夫はアルコール中毒・薬物乱用、失業中で同じく HIV 感染者である。13 才の息子も HIV 陽性と判明し精神的理由で足が動かなくなり、学校に行っていない。夫の暴力に悩んでいる。自分は家計のため仕事を見つけないといけないが何の技術もないので途方に暮れている。家庭のメイドとしての仕事を考えている。

(ケース f) 35 才、女性、無職、学校教育 6 年 2 人の娘がいる、夫は AIDS で死亡、夫が売春地区に通っていたことは知っていたが、それまで AIDS については知らなかった。夫の親戚家族は私たちを追い出し、全部奪ってしまった。実家に帰り仕事を探したいが、HIV 感染を母親に打ち明けられない。

(ケース j) 17 才、女性、コマーシャル・セックスワーカー (以下 CSW と表示)、学校教育なし、11 才の時この仕事に入った。一年前 HIV 陽性と判明、仕事はなく、収入源が断たれてしまった。この商売で血液検査を受けていない女性は多い。

(ケース i) 年齢不明、女性、学校教育不明、夫は AIDS 患者、自分は一年前 HIV 陽性と判明、今夫は AZT(代表的 AIDS 治療薬アジドチミジン)を毎日 20 錠服用しなければならないが、毎月 3 万ルピー必要で、月収の 10 倍以上にあたり費用が払えない。夫だけでも薬が服用できれば私はどうでもよい。

(ケース n) 21 才、女性、3 人の子どもがいる、夫は AIDS で死亡、学校教育 4 年、ホッチキス製造工場に勤めている。兄の家に同居しているが肩身が狭い。子どもたち全て HIV 陽性なので将来が心配。夫は憎んでいないが先に死んでしまったので怨んでいる。

##### (2) 暴力、偏見

(ケース g) 18 才、男性、無職、母と弟がいる、学校教育 5 年、同性愛者であるため学校で嫌われ、退学、やせて健康を害したため検査を受けて HIV 陽性と判明、貧困のため母親が介護を放棄し、絶望感のため自殺したい。

(3) 絶望感、孤独感、怒り、自殺願望などの精神的側面

(ケース b) 3 年前夫はどこかに出ていったまま帰ってこない。2 人の息子達は学校に行かずギャンブルや薬物の売買取引に巻き込まれている。息子達も血液検査を受けなければならないが恐ろしい。夫や息子達に怒りを感じている。

(ケース e) 28 才、女性、8 才の娘一人、学校教育なし、34 才の金物商の夫から HIV に感染した。今妊娠 7 ヶ月で HIV 陽性が判明、誰のせいでもないが死にたい。

(ケース h) 17 才、男性、父親がアルコール依存、父親の虐待に悩まされている。絶望感、怒り、自殺したい。

(ケース k) 26 才、女性、CSW、学校教育不明、AIDs に感染していることよりも今の生活の方がより絶望的である。客は自分の意志でここに来るが、私たちは自分の意志でこの仕事をしているのではない。止めたいが他に何もできない。コンドームの使用は、客に全面的に依存している私たちに客の意志に反して強要することはできない。

(ケース l) 20 才、女性、未亡人、学校教育なし、夫はトラック運転手であったが AIDs で去年死亡した。夫の死亡時妊娠 8 ヶ月で HIV 陽性と判明。夫の家族から追い出され路上生活となった。実家には汚名や恥のため帰れない。現在 NGO 収容施設に保護され出産したが子どもを抱え絶望的、生きる望みがない。

(ケース m) 39 才、男性、独身、学校教育 6 年、22 才でアルコール依存、29 才でニコチン中毒、30 才で HIV 陽性と判明、左半身が麻痺している。仕事をし、結婚もしたかった。毎月ホメオパシー薬(同種療法薬)に 500~700 ルピー必要である。2 人の弟からの連絡はなく、HIV を忘れることのできる何か欲しい。孤独、無力感に悩んでいる。

(ケース p) 25 才、女性、息子一人、CSW、学校教育なし、貧しい農家に生まれ 15 才でムンバイに連れてこられずっと売春をさせられている。一日約 50 ルピー稼ぐが 30 ルピー取られてしまう。私も息子も HIV に感染している。いつも誰にも頼らず自分の意志で生活したいと思っていた。健康を害し、HIV 陽性と分ったとき息子が私のもとを離れるのではないかと心配だった。病院でも、私の職業を知ったとたん治療が雑になり高くチャージされた。そしてついに治療を拒否されまた路上生活に戻った。今私が死んだら息子はどうなるだろうか。

以上のインタビューで明らかのように、HIV/AIDS 患者の生活や人生は悲惨である。著者は面接聞き取りの最中でも涙が止まらないほどつらく、面接を一時中止したことも度々あった。HIV/AIDS 患者の D-QOL を保障することは人権の立場からも必須である。

調査で明らかになった D-QOL 阻害要因としては、①特に女性の感染者が差別や偏見、子供の教育や将来に対する不安、介護と重負担で苦しんでいる、②偏見や暴力などに苦しんでいる、③同性愛や売春のように精神的にすでに様々な問題を抱えている患者が多く、AIDs/HIV 感染によりさらに精神的苦悩が深刻化している、④精神的サポートを必要としている、などがあげられる。

## 2. ドメイン 4 の向上の意味するもの

上記 14 人の患者の D-QOL 合計得点平均は 77.000(SD7.071)で、精神的安定のニーズの得点平均は 15.714(SD2.054)であり、先に、著しく人権が剥奪されている状態として定



義した Vulnerability Line (2×8) 16 点を下まわった。以下に示すケースは前述の援助機関のサービスを受け始めてから 3 ヶ月以上経過している人々のインタビュー結果である。彼らのドメイン 4 の得点は 22.5~23 点であった。

(ケース q) 30 才、女性、学校教育 3 年、マハラシュトラ州出身で結婚後ムンバイにやってきた。4 年前に夫は AIDs で死亡し、自分も 4 人の子供も HIV 陽性と判明、技能がないため近くの市場で野菜の商いの手伝いを始めたが長時間の労働で健康が悪化した。4 人の子どもを抱えて困り、一時実家の母親に 5 才の息子の面倒を頼んだが母親は高齢のため同じく体が弱っていた。絶望的になっていたが CCDT のサービスを知り、6 ヶ月前から子どもたちの教育費や食費の援助を受ける事ができるようになった。そして、サポート・グループに入り仲間もでき、精神的に落ち着いてきた。今では自分が死んでも子どもたちだけは何とか生きていけるように教育が必要であることも分かった。安心して冷静に物事を考えられるようになった。

(ケース r) 15 才、男性、学校教育無し、昔から色が黒くて嫌われ者だった。劣等感や孤独感があり、売春地区に通った。3 ヶ月前に HIV 陽性と判り絶望的だった。しかし、サルベーション・アーミーのヘルプラインでソーシャルワーカーと知り合い、サポート・グループの存在を知った。グループで絵を描いたりキャンプに行ったりして新しい自分を発見することができた。今では孤独感をあまり感じなくてよくなり、グループ活動が楽しみになり、死にたいと思わなくなった。

(ケース s) 49 才、女性、孫と暮らしている、息子夫婦は AIDs のため 2 年前に死亡した。孫を抱えて高齢化を迎えた場合のことが不安で、孫といっしょに自殺を考えた。CCDT の AIDs 家族のためのワークショップを知り、孫はアシュレイ (子どものためのプログラム) で援助を受けている。今では残りの貴重な時間を孫と共に前向きに生きたい。

(ケース t) 21 才 女性、学校教育無し、14 才のときムンバイに連れてこられ、強制的に売春をさせられた。この仕事はいやでたまらなかった。3 ヶ月前に HIV 陽性と判明、もうどうなってもいいと自暴自棄になっていたが CCDT でミシンの使い方を習い自分が売春以外でも生きていけることが分った。ミシンを買って自立するという夢ができた。

(ケース o) 48 才、男性、独身、当事者カウンセラー、学校教育 12 年、6 年前まで軍隊に服役していた。それまで、アルコールと薬物依存で毎日が地獄のようだった。6 年前 HIV 陽性と判明、自殺を考えたが、サルベーション・アーミーの支援を受け神の存在を知り立ち直った。今では、アルコールも薬物も絶ち、新しい人生を送っている。HIV が私にくれた贈り物と思い、サポート・グループで当事者カウンセラーとして仲間の悩みの相談にのっている。

以上は NGO 援助により精神的側面が改善され、ドメイン 4 の得点に反映されているケースである。

(ケース o) の男性のように、HIV 感染を肯定的に受け取り自ら援助者となっている患者もいる。しかし、肯定的に生きている人は、ほとんどが男性で、女性の場合は基礎的な生活基盤が不安定な患者が多く、地域の理解も少なく、AIDs/HIV 感染により QOL 悪化が深刻化している場合が多い。筆者が調査中に、近所の人々の通告で、ソーシャルワーカーと訪問したスラムのある家庭では、一家 4 人が病床につき、やっと血液検査を受けることを説得し、4 人とも陽性であった例がある。また、病気が深刻化して初めて医療機関を訪れて

既に手遅れになっていた例などもあり、非識字者や他と交わりのない人々へのアウトリーチの難しさを実感した。従って、患者や家族に対する一方的な NGO からの支援のみに依存する方法では多くの患者の QOL 保障をカバーすることが困難で、より多くの患者の QOL の安定的向上を図るには、住民組織や地域ぐるみの長期的な支援体系の確立が、必要であると思われた。

### 3. D-QOL の 32 項目以外の質問

D-QOL の 32 質問項目の他に、精神的、健康的側面を詳細に調べるために AIDS 患者のために異なる質問を行った。結果は以下の通りであった。

#### (1) 差別について

下の表から明らかなように、医療現場での女性に対する差別が多く感じられている。売春や同性愛者に対する医療現場での差別や偏見が患者達の精神的不安定を高める要因となっている。

プレナラでは、医療現場での AIDS 患者の人権を擁護するために、定期的に医療スタッフの意識化教育のためのワークショップを開催し、AIDS・HIV 患者を他の患者と同等に取り扱うべく働きかけている。

質問 1 AIDS・HIV 患者として差別を経験したことがありますか。

	男	女
仕事場	13 人 25.4%	14 人 26.5%
地域	10 人 19.9%	11 人 21.5%
医療	18 人 35.3%	22 人 43.1%
家庭内	8 人 15.6%	11 人 21.5%

#### (2) 健康面

女性が医療サービスを受けられずそのままにされ、病気が手後れになるケースが多いといわれているので、実態把握のため現在どのような症状が有るかたずねてみた。

質問 2 健康面で特に具合が悪いのはどこですか。

女性達の間では、白い下り物、下の出血、月経不順、排尿時の痛み、胸の痛みを訴えるものが多く、男性達の間では、熱、喉の渇き、寒気、食欲不振、下痢などの症状を訴えるものが多かった。女性は交通費の問題や医療機関の差別的対応のためほとんどが診療を受けていないことが判明した。

#### (3) 暴力

地域における AIDS・HIV 患者への暴力もひどく、カマティプラ地域で HIV 感染が噂された知的障がい者が 4 人の男達に暴力を受け怪我をしている(ソーシャルワーカーの話)。

質問 3 これまでに暴力行為を受けたことが有りますか。

	男 (%)	女 (%)
家庭内	7 人 13.7%	21 人 47.0%
地域	19 人 37.3%	15 人 29.4%
その他	10 人 19.6%	14 人 27.4%

表のように女性に対する家庭での暴力が多く回答された。しかしながら、インド国内では、正確な数字は不明であるが、各地で宗教対立、女性への差別、階級差別等の原因で暴力や争いが報告されており、AIDS/HIV 患者に対して特に暴力行為が行われる率が高いとは言えないかもしれない(Pradeep, Assadi, Srivastava)<sup>55 56 57</sup>。売春に関しては、カマ

ティプラの CSW の約 33%が誘拐や暴力により強制的に連れてこられ売られたケースであると報告されている。

#### (4) 悩みの指標といわれる自殺について

ヘルプラインの電話相談に対応するソーシャルワーカーは、「今年に入り、ムンバイでは、HIV 感染が原因で 10 人が自殺した。いずれも、20~40 才の性的に活発な年齢である。例えば結婚を 2 ヶ月後に控えていた男性や独身男性、また、妊娠中の女性の相談が多い。毎日 5~7 人の相談電話がかかり、絶望感や怒り、孤独感、自殺願望を訴える者が多い。AIDs・HIV を抱え前向きに生きている人々の事例や体験談を語り、サポート・グループの存在やカウンセリングサービスなどの情報提供により対応している。」と述べている。

自殺願望の他に回答者が経験している精神的問題は、不安の高まり、落ち込み、アルコール依存、罪悪感、自責、思考力の低下、恥、孤独感、侮辱感、怒りなどであった。女性患者の場合は、HIV に感染しながら夫や子供の介護の負担を負うものが多く、健康的にも精神的にも負担が大きい場合が多い。また、夫の AIDs による失業や死亡等を経験し、悩み苦しむ女性が多い。仕事を探すうえでも技能がないために苦勞が多い。男性患者の場合は、孤独感に苦しむ者が多い。これらのような要因すべてが AIDs/HIV 患者の D-QOL のドメイン 4(精神的安定のニーズ)の得点の低さに反映されていると考えられる。

#### (5) 患者層の傾向

現在では、ムンバイの HIV 感染者の 40%が女性でその中の約 27%が主婦であることから、患者層が一般化し、また、低年齢化が目立っている。その背景は、ムンバイにおける HIV 感染は性的感染が 90%以上といわれ低年齢ほど感染の危険性が少ないため、幼児売春の増加傾向が顕著である。

#### (6) 家族の対応と地域の協力

患者に対する家族の対応は、それまでの患者と家族との関係に大きく依存している。家族の絆が強い関係では、患者の介護やサポートは、円滑に行われる傾向にある。しかし、男性メンバーの患者の場合、家族は隠し、女性メンバーの患者の場合、冷たく介護拒否をしたり、追い出す場合も多い。家族がいない患者、情報入手が困難な非識字者、また、汚名や恥のため NGO やソーシャルワーカーが特定化できない感染者層にアウトリーチするためには地域の協力が必須であると思われる。

### 第四節 考察—NGO サポートと D-QOL

#### 1. 結果

今回の調査で明らかになったことは次の通りである。①患者の D-QOL 構成ドメインのうち社会生活のニーズと精神的安定のニーズの得点が低くこれらの側面への支援が彼らの D-QOL 向上に有効である。②それぞれのドメイン間の相関関係は高く、特にドメイン 4 と D-QOL との相関関係が高かった。③基本的ニーズの向上が自動的に精神的安定のニーズ向上につながるものではないとの考えに基づく著者の予測に反して、ドメイン 1 とドメイン 4 の  $\chi^2$  乗の値は高く互いに大きく影響しあっている。(この件に関して今後更なる調査の必要性が有るとと思われる。) ④NGO の援助の有無により、D-QOL の値に差がある。⑤NGO の援助の有無により AIDs/HIV に関する知識に差があり、D-QOL との相関関係も高い。⑥NGO サポートによる知識や情報提供がドメイン 4 の向上に有効である。

また、質的調査からは、⑦特に女性の感染者が差別や偏見、重負担で苦しんでいる、⑧偏見や暴力などに苦しむ人が多い、⑨精神的にすでに様々な問題を抱えている患者が多く、貧困と AIDS/HIV 感染によりさらに精神的苦悩が深刻化している、⑩患者や家族への一方的な NGO の支援には限界が有り、地域の協力が必須である、などが明らかになった。これらの調査結果を参考に、患者の D-QOL 向上のための支援方法を前述の図 1 AIDS・HIV 患者の QOL 向上のためのサポートを修正し体系化を試みた。社会的な vulnerability を除去し、患者の D-QOL を高めるための支援方法を構築するために、図 6 を修正したのが図 9 である。

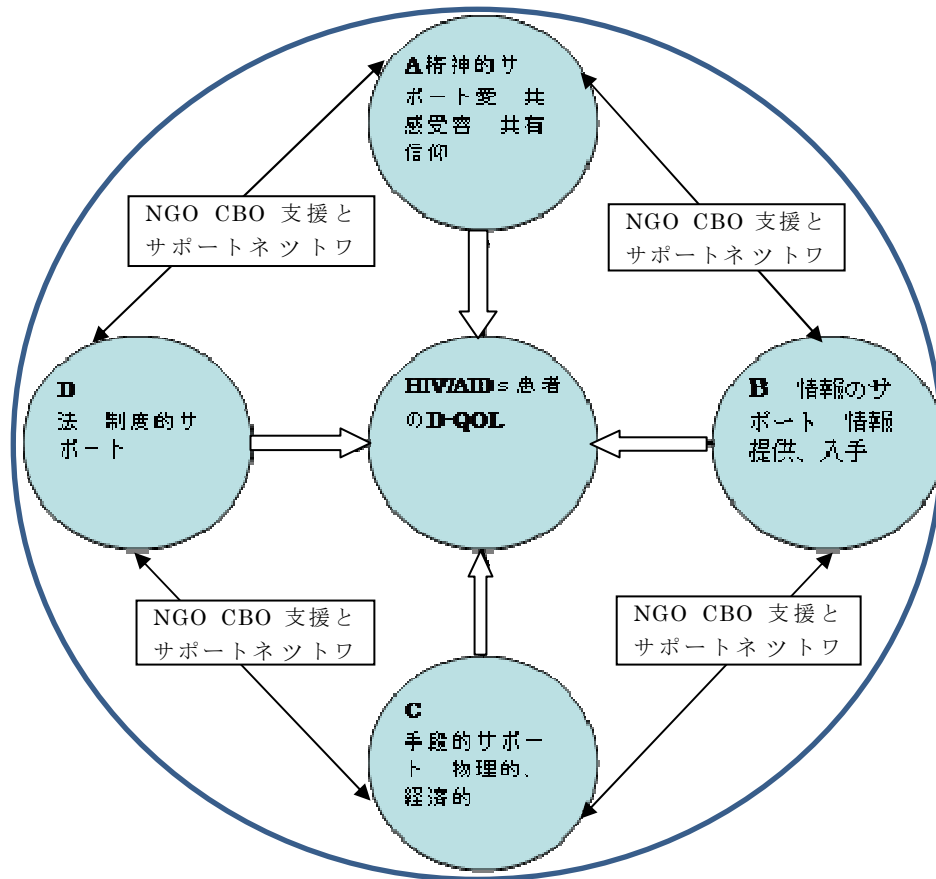


図 9 AIDS・HIV 患者の QOL 向上のためのサポート 著者作成

### 第五節 結論

調査結果をもとに導き出された結論は以下の通りである。

1. 各ドメインの関連性は高く、AIDS・HIV 患者達の悩みや苦しみ、生活困難は、複雑で、生活手段のサポート(生活水準の向上や基本的ニーズの充足)のみならず精神的サポートをはじめ情報サポート、人権擁護のための法・制度によるサポートが同様に必要である。
2. AIDS・HIV 患者は AIDS・HIV と共に地域生活を送っていかなければならず、家族のみならず地域社会の理解と協力が必須である。従って、NGO からの患者への直接的な支援には限界があり、予防的立場からも、コミュニティーの開発促進により、地域ぐるみの支援や地域の自立を図って行かなければならない。今回の調査で視察した NGO の機関のうちサルベーション・アーミーでは患者どうしによるサポートグループや自助グループ、

症状の軽い患者による家庭訪問や新患者の発見に重点を置くプログラムを策定している。この種類のプログラムは地域支援の理念に沿った有効なプログラムと考える。しかし、マニプール州出身のソーシャルワーカーは、マニプール州における AIDs/HIV 問題は、ムンバイとは異なり薬物中毒患者間での感染や流行率が高く、患者の QOL を高めるためには、異なる調査や支援方法の構築が必要であると話していた。同じ AIDs/HIV 問題でも異なる条件のもとでは異なる調査や対応が必要であり、一般化や標準化は困難である。そのためにも、D-QOL 調査のような、患者と個別に対応し、当事者性と人々の心の問題を重要視する調査により、人々の生活の質的側面を、当事者から詳細に表現してもらい、調査者が彼らの生活条件や実状を実感できるアプローチが有効であると考えられる。

### 3. D-QOL と NGO 支援

以上のように基本ニーズの充足と精神的ニーズの充足は相関関係が高く、貧困が彼らの精神生活を圧迫している可能性が明らかにされたが、同時に、AIDs 患者の D-QOL の向上は基本ニーズ充足や生活改善のみでは、質的改善が保証できず、精神的側面への支援も同様に重要である。地域支援の理念に沿った D-QOL 向上のための有効なプロジェクトを策定し、実施するためには NGO のネットワーキングによる活動が大いに期待できる。しかし、インドにおける AIDs 関連の NGO はほとんど海外からの援助金に資金を依存している。適正な監視システムの不備のために、これら NGO の中には、血液検査のみを行い資金を有効に使っていない機関も多く報道され批判されている (*The Sunday Observer* Nov. 29, 2008)。今後はサービスを受ける人々の D-QOL 調査により彼らの真のニーズを知ると同時に、適正な NGO への正当な資金配分などを考えた有効な管理システムが必要である。又、開示性、協力性を高めるためにも、NGO の横のつながりの強化や組織作り、自主管理システムの徹底が必要である。そして、D-QOL 調査により NGO サービス評価を行い、NGO サービス向上への努力を NGO 自らがを行い住民の信頼を回復していかなければならない。

## 第十章 スラム住民の D-QOL 経年調査－タネプロジェクト

### 第一節 問題の視角と特定

#### 1. 目的

本章の目的は、縦断調査により、2008年以来のダラビとカイラシナガール住民の D-QOL の変化とその要因を特定し、生活水準の向上が精神的安定を自動的にもたらすものではなく、これまでの所得向上中心の支援ではなく精神的安定を重んじるアプローチへの転換が必要であることを提案する。そして、結論として、著者と現地ソーシャルワーカーが協同で実施してきた、QOL の精神的側面の安定を重視する D-QOL アプローチ実践の試案としてのタネプロジェクトの有効性を検証し、今後の課題と方向性を論考する。

#### 2. 問題提起

2008年の D-QOL 調査以来、その後の一連の調査により、スラム住民の生活環境に変化が観察され、彼らの QOL が影響を受けていることが予測された。例えば、住民にとって大きな死活問題として指摘された立ち退き問題で、マハラシュトラ州政府は、森林局所有の土地に立地するスラムと、インド中央鉄道の線路沿いに立地するスラム対象の強制撤去を次々と実施した。カイラシナガールの一部も強制撤去の対象とされ、住民達の精神的不安定要因となっていた。一方、ダラビでは、新築ビルの建設や商店の増加、ゲームセンターやサイバーカフェが営業するなど商業化と経済発展の恩恵が各所で観察された。しかし、商業化の急進行に伴い、様々な領域で格差が広がっている事実が現地ソーシャルワーカーから報告され、人々の精神的側面に影響を及ぼしていることが推測できた。したがって、住民の D-QOL 変化とその要因を調査し、精神生活の安定のための支援計画立案の必要性が示唆された。その結果、著者と現地研究者やソーシャルワーカーとの協力で試案として提案してきた、スラム住民の心身の健康を図るネットワーク、タネプロジェクトの推進を図ることが有効であると考えられた。

#### 3. 先行研究

居住権に関して、バイデ<sup>59</sup>はインドのスラムにおける住居問題を人権の立場から捉え、スラム住宅関連の NGO の問題点と、国際機関の協力の必要性を指摘している。バイデは、「1996年にトルコで開催された世界居住環境会議で、全ての住民の居住権保障が採択されたにも拘わらず、いまだに、強制撤去が実施され、限界的な生活権さえ剥奪されている」とし、貧困者や困窮者をカバーできない住宅政策の欠陥の原因は、中央と州レベルの政策上の不一致と、大規模 NGO の非効率性にあると指摘している。スラム住民の QOL をサポートすべき NGO の官僚的非効率性に関しては多くの報告がなされ、NGO への信頼問題や国際 NGO の態度への批判として、波紋を呼んでいる。

古賀<sup>60</sup>は、NGO の抱える問題について、「社会改革というビジョンを持ち、使命感に燃えていた NGO 活動家達が、改革実現の可能性が砕かれ、焦燥感と失望感にとらわれている。一方で、海外からの資金流入で、NGO 内部の汚職や腐敗が蔓延し、当初の主体性や意欲を喪失してしまったことを批判する政府関係者もいる」と指摘し、NGO の資金面での依存性、自信喪失や無力感からくる意欲喪失、NGO の腐敗や不正による住民からの信

頼性の喪失、政府の NGO への警戒心からくる排他的態度をあげ、NGO の自律性と行政との連携の必要性を強調している。

ピンプルとカマット<sup>61</sup>は、インド政府の住宅政策と NGO の活動の経過を政策面から分析し、国際的視野から、居住権を基本的人権として、擁護していく必要性のあることを強調している。結論として、住民組織や NGO の連携によるホリスティックアプローチの有効性と、女性や子ども、高齢者、障がい者などの社会的弱者と呼ばれる人々の政策決定への参加の必要性を主張している。

松沢<sup>62</sup>は、開発プロジェクト実施に起因する途上国の強制移転問題を取り上げ、途上国における開発プロジェクトを成功させるためには、移転対象者に対する正当な補償を、途上国政府と国際協力機関、民間セクター間の連携により、適正に実施する必要があることを指摘している。そして、開発プロジェクト立案の際に、対象者への社会的文化的配慮を含む地域開発再定住プログラムを包括し、競合する複数のニーズ充足を実現する事ができれば、開発プロジェクトを成功させることが可能であると指摘している。彼の主張は従来の開発プロジェクトに福祉参加型アプローチを組み込む必要性を指摘している点で評価できる。

社会心理学の分野では、シャルマ<sup>63</sup>やジャダヤラ<sup>64</sup>はインドの女性のストレスと家族のサポート、ソーシャルサポートに関して興味深い研究を発表している。いずれも、スラムなどの低所得層の女性は、ライフイベントを経験し、ストレスが高く、危機管理能力が弱い傾向にあるとし、精神障がいやノイローゼに陥る可能性も高いと警告している。そして、女性の組織化が危機管理能力に与える影響が高いことを指摘している。これらの指摘は都市低所得層の女性がバルネラビリティーを抱え劣悪な QOL に直面していること、それら改善のためには女性の組織化推進が有効であることを指摘するものである。

チョウハンとラル<sup>65</sup>は、インドの核家族や別居家族と大家族を比較して、家族の多い女性ほど危機管理に強く、仕事や友人、ネットワーク等の活動の幅の広い女性ほど危機管理能力が高いという結果を報告した。マシュー<sup>66</sup>は、仕事を持つ母親は子供に対する教育やしつけに熱心で、職場での嫌がらせに強く不満も少なく、女性の雇用普及は教育レベルの向上や子どもの非行防止、家庭内暴力の防止にもつながるとし、女性の社会進出が子どもや家族の生活の質向上に重要であることを指摘している。

メンチャー<sup>67</sup>は、深刻化するスラムでの十代の非行問題を、地域の開発度、階級差、文化的要因との関連で分析し、特にコミュニティーの開発度と文化的要因が、思春期の子どもたちの偏見、暴力、精神保健に大きく影響を与えていることを見出している。そして、十代の子どもたちへの思春期教育やセクシュアリティ教育の重要性を指摘している。

これら研究結果や一連の調査を基に、思春期教育やセクシュアリティ、女性の組織化と精神的安定、人々の QOL をテーマに、住民の精神的安定や心身の健康を図る目的で、タネ市スラムの住民とカルバ病院、小規模 NGO のネットワーキングを促進するタネプロジェクトを立案し、実行してきた。2008年に、"Health Mela"(健康祭り)を催し、カルバ病院内に女性と思春期青少年のためのカウンセリングセンターArohi(現地語で躍進を意味する)を設置した。本章では、"Arohi"の活動を通して実践してきた、人々の QOL と精神的安定を図る D-QOL アプローチの試案タネプロジェクトの有効性を証明し、今後の方向性への提案を行なう。

次節では D-QOL アプローチからタネプロジェクト立案と修正の背景となった 2010 年に実施した住民の D-QOL 調査の結果と考察を述べる。

## 第二節 スラムの D-QOL 調査(2010)

- 1 調査期間 2010 年 3 月 1 日 ~3 月 14 日
- 2 対象者 調査対象グループは 2008 年度と同様の、ダラビの陶器産業地区の住民 30 人のうち 27 人、タネのカイラシナガールの住民 30 人のうち 24 人に調査することができた。ダラビの陶器産業地区には保育や識字教育を支援する KSK ケンドラが活動を行っている。タネのカイラシナガールには保育や識字教育、母親の職業訓練の支援を行う COOP が支援活動を続けていたが、諸事情で活動が止まっていた。そのため、頻りにタネ地区 NGO の協力を求めるための会合を開き NGO のネットワーキングを始めた。
- 3 D-QOL の定義と特徴及びドメイン構成は 2008 年のそれと同じである。
- 4 面接聞き取り調査と評価方法  
面接聞き取り調査には一人 1 時間から 2 時間費やした。2008 年実施の調査対象者で移転した者を除き 51 人に再調査することができた。
- 5 調査結果と考察
  - 1) 属性 性別: ダラビ男性 14 人、女性 13 人、カイラシナガール男性 12 人、女性 12 人、  
年齢: ダラビ 20 代 8、30 代 15、40 代 3、50 代 1、カイラシナガール 20 代 12、30 代 10、40 代 1、50 代 1、  
仕事: ダラビ有 15、なし 12、カイラシナガール有 20、なし 4、
  - 2) ドメイン別平均得点  
ダラビとカイラシナガールの 2008 年(D-QOL)と 2010 年(D-QOL)平均得点の変化と標準偏差は表 16 の通りであった。そして表 16 をグラフ化したのが、図 11 である。

表 16 ダラビとカイラシナガールの 2008 年(D-QOL)と 2010 年(D-QOL)得点の変化(5 点満点)

ダラビ	D1	SD	D2	SD	D3	SD	D4	SD	D-QOL	SD
2008	3.763	.361	2.999	.536	2.750	.439	2.997	.558	3.127	.351
2010	3.953	.431	3.662	.365	2.994	.327	2.749	.614	3.340	.235
t検定p値	**		**		**		**		**	
カイラシナガール										
2008	2.736	.472	2.471	.360	2.604	.670	2.807	.532	2.654	.325
2010	2.939	.366	3.552	.507	3.123	.645	3.067	.428	3.170	.315
	**		**		**		**		**	

(等分散性 Bartlett の検定結果、全ての項目で等分散性が保証されたため平均値の差の検定には、対応のある t 検定(両側)を行った。 p < .001 \*\*)



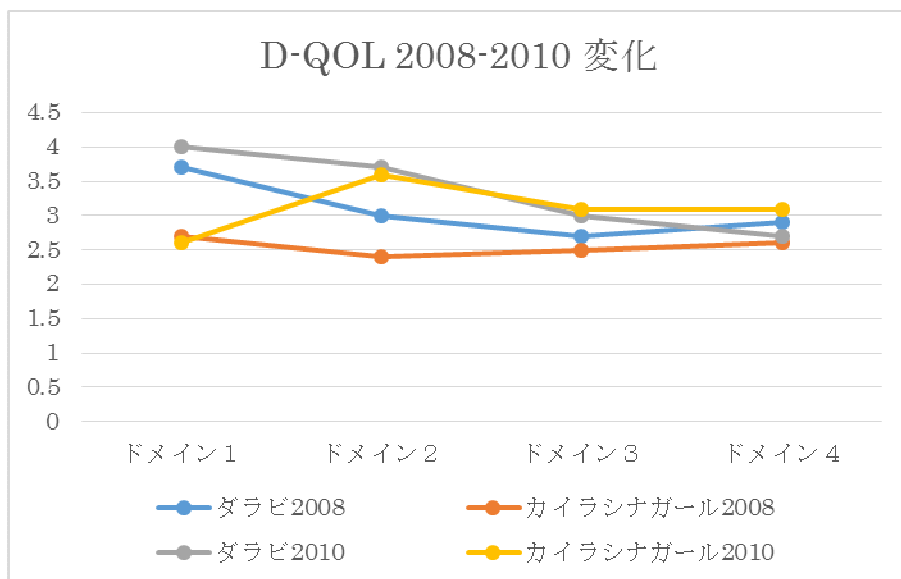


図 11 ダラビとカイラシナガールのドメイン平均 (2008年と2010年との比較)

ダラビでは、D1 得点が 3.663 から 3.953 に増加したのに対し D4 は 2.907 から 2.749 に減少した。カイラシナガールでは、D1 が 2.726 から 2.939 に増加し D4 は 2.707 から 3.067 に増加した。

### 3) ドメイン相関

ダラビでは 2008 年には D1 と D4 との相関係数は  $r=0.545$ ,  $p=0.0015$  であった。2010 年には D1 と D4 との相関係数は  $r=0.122$ ,  $p=0.5492$  で、精神的側面と物質的側面の相関関係は下がった。

カイラシナガールでは 2008 年には D1 と D4 との相関係数は  $r=0.319$ ,  $p=0.0855$  であった。2010 年には D1 と D4 との相関係数は  $r=-0.31$ ,  $p=0.88$  であり、物質的側面と精神的側面の有意な関係はみられなかった。

表 17 各ドメイン間の相関係数 r

		D1 と D4	p値	
ダラビ	2008	.545	0.0015	*
	2010	.122	0.0549	
カイラシナガール	2008	.319	0.0855	
	2010	-.312	0.8801	

$P < 0.01^*$

### 4) ダラビとカイラシナガールの変化とその要因

#### ① D1

ダラビでは D1 得点は 0.29 上昇したがカイラシナガールは 0.21 の上昇であった。ダラビでは、商業化の進展で一世帯当たりの平均所得は 2 年間で 15~20% の上昇を見ている。陶

器産業地区では、女性の雇用が改善されていないが、ほとんど何らかの形で家内工業に参加している場合が多く、収入は増加したと回答した者が多かった。そして、電気製品や衣類、雑貨の個人消費が伸びている。トイレ、安全な水、電気、道路などの基本的設備は大幅に改善されている。カイラシナガールでは、自営業の女性グループメンバーの所得上昇が得点に反映されたと思われる。教育に関して、子どもの性教育に自信を持ってない母親や、学校教育で性教育をして欲しいとの声が挙がった。

#### ②D2

ダラビの D2 は 0.633 上昇したのに対し、カイラシナガールのそれは 1.181 上昇した。F23 の NGO 支援は、ダラビが 2.567 から 3.000 に 0.433 上昇し、カイラシナガールは 2.267 から 3.161 と 0.894 上昇した。その要因としては、ダラビでは縦型分業式であるのに対し、カイラシナガールでは横の連携を促進してきたため、社会サービス面での効果が得点に反映したと考えられる。従って、NGO 支援では縦型よりも横のネットワークが有効であることが考えられる。また、女性のグループ組織化の違いが反映されている。ダラビの陶器製造地区はグジャラート出身者が多いが、低い身分のカーストに分類される。女性に対する保守的な価値観が保持され、移動性、経済力、意志決定、他との交流の面で閉鎖的である。一方カイラシナガールでは、マイクロファイナンスを中心とする自営業・独立雇用の女性グループ化 (Self Help Group) が広がり、教育レベルの向上や夫のアルコール依存、TB(結核)、AIDs、HIV、STD(性的感染症)等の保健医療問題に関する意識化を自主的に促進している。行政への発言能力や交渉能力も強まり、これまで、ごみや汚物で悪臭を放っていた道路も、彼女たちの政府への抗議行動の成果で舗装された。また、青年団の組織化により消防や地域の安全性が確保されている。しかし、カイラシナガールでは、社会サービス面での不満は複雑化し、組織に参加できない女性グループからの不満が、SD の上昇 (0.350 から 0.507) に反映していると考えられる。

#### ③D3

ダラビでは 0.344 上昇し、カイラシナガールでは 0.619 上昇した。

カイラシナガールでは母親達のグループが結束し仲間意識が高まり、地域の間人関係や家族内での人間関係が大幅に改善されたと考えられる。しかし、思春期の子どもとの関係を結ぶことの困難さを訴えた母親が多かった。

#### ④ D4

カイラシナガールでは D4 は 0.360 上昇したが、ダラビでは D4 は 0.158 の減少を示した。ダラビでは学校に行かない子どもたちの犯罪や非行、薬物、アルコール中毒問題が深刻化している。所得面での格差が広がり、住民組織間の統合や連携は崩壊しつつある。若者の所得の上昇が売春やギャンブル、飲酒、薬物乱用を誘発している。また、高齢者が地域から取り残されている等、精神的側面の QOL 阻害要因が増えている。一方、カイラシナガールでは女性の組織化、青年団の組織化(消防団と治安のための自主組織)が進展している。思春期の若者へのセクシュアリティ教育や健康教育が若者や母親の精神的安定に貢献する可能性が高いことも判明した。

これら結果を踏まえ、パイロットプロジェクトを軌道修正した。

### 第三節 タネプロジェクト

#### 1. タネプロジェクトの概要

調査結果から、NGO 支援はダラビの自治体主体の専門分化した縦型よりも、住民を含んだ横のネットワークの方が有効であるとの結論に達した。タネプロジェクトは、構造的ラショナルを「住民組織を含む、NGO のネットワーキングは縦型分業型に勝る」とし、またダラビでは所得が上昇したにも拘わらず精神的側面のニーズ充足度は低かった事から、理念的ラショナルを「住民の D-QOL 向上と精神的安定は物質的ニーズ充足の上昇により自動的に向上するものでなく、精神生活の安定を図る独自の支援が必要である」におき、目的を「住民組織化と社会参画により精神生活の安定を図る」とした。本拠をカルバ病院に位置する"Arohi “に置き、タネ市に点在するスラム住民と市立学校、小規模 NGO、医療機関、行政などに働きかけ、女性や青少年の心身の健康のための意識化プログラム、職業訓練、セクシュアリティ教育と NGO のネットワーキングを促進した。タネ市政は設立後歴史が浅く、政策立案、プロジェクト実施能力などの点で経験不足が指摘され、住民や NGO との連携も試みられていなかった。一方、NGO も財政基盤や経験の未熟さから、市の関係各課と拮抗できる能力が十分備わっていなかった。従って、相互のダイナミクスを利用し、NGO と行政の関係強化と能力向上、住民の組織化促進、そして、プロジェクトの成果を多くの住民が享受できるシステム作りを、その過程を通して推進する事に重点を置いて立案した。

図 11 はタネプロジェクトを図式化したものである。

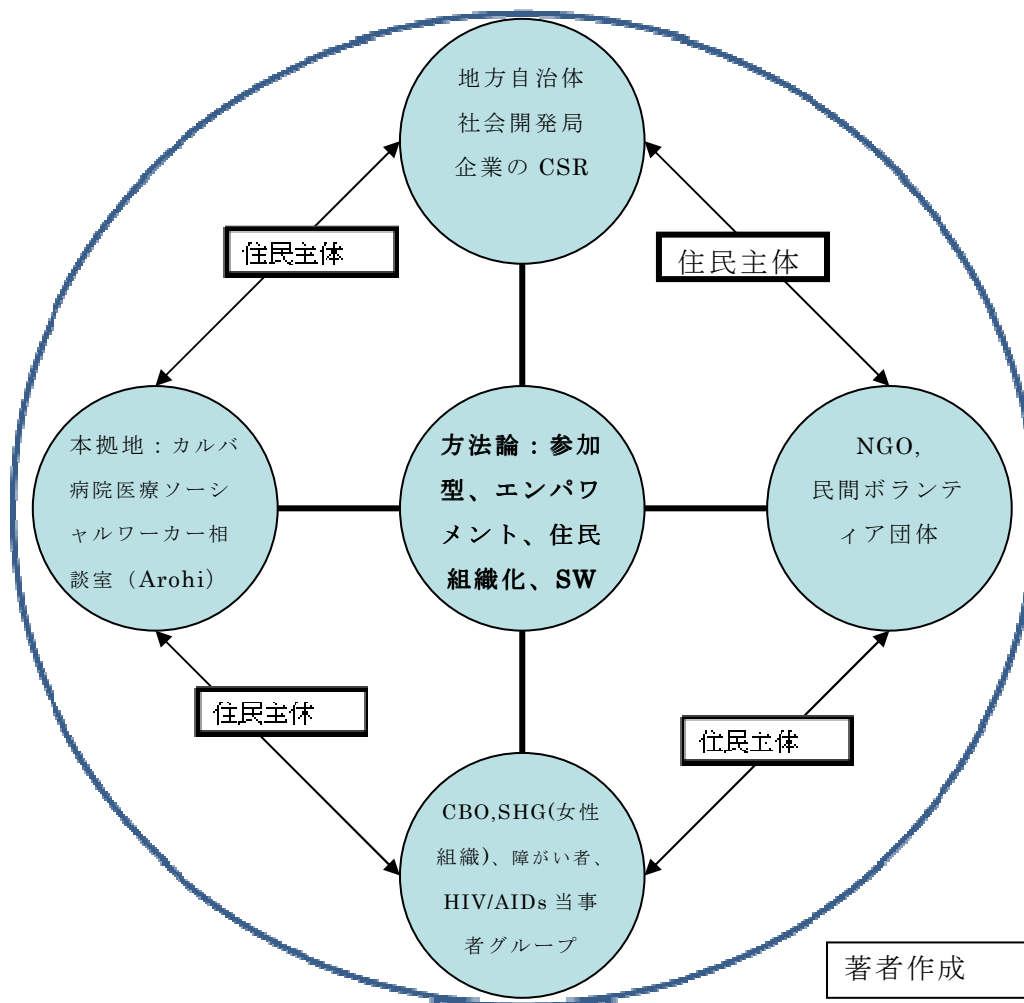


図 11 タネプロジェクトの図式化

## 2. 方法

プロジェクトの目的遂行の方法として、①企業の CSR 資金提供から支援される NGO や住民組織、医療機関、教育機関等の連携により住民支援活動の強化を図る、②セクシュアリティ教育を含む、青少年や子ども達への情報提供や健康教育により、心身の健康を促進する、③女性や青少年の組織の結束により、エンパワメントをはかり効率的な危機管理やアウトリーチを実現し、住民の精神的安定を確保する、とした。

## 3. 活動

- (1) NGO：活動の活発化のために、定期的に Arohi を中心に NGO 会合を催した。主な参加 NGO は、CORP、MVKTI KENDRA(コミュニティーワーク)、AASRA、ASHA DEEP、DIVYA PRABHA ASHRAM(ストリート・チルドレン)、BHARATIYA MAHILA FEDERATION (女性)、INSTITUTE OF PSYCHOLOGICAL HEALTH(精神保健)、インド家族計画協会タネ支部(家族計画)であった。
- (2) 学校：タネ市立学校と協力し、10~15 才を対象に助成による研究活動の成果発表

を実施し、健康問題に関する研究やグループ活動、研究を奨励した。NGOを中心に、思春期教育やセクシュアリティ教育、女性や男性の心身の健康、出産、避妊のための健康と権利教育(婦人科医療)情報提供や、若者や女性を主体とする障害者やお年寄りのためのカウンセリング活動を促進した。

- (3) 医療ソーシャルワーク：カルバ病院、タネ市立精神病院、看護学校の学生や医療スタッフ、ソーシャルワーカーに働きかけ、医師、看護師などの意識化ワークショップ、患者達のセルフヘルプグループ化を促進していった。
- (4) 女性の組織化：カイラシナガールの女性たちを中心に、縫製などの職業訓練と雇用促進、スラムの居住権保障と住宅撤去への反対抗議運動による住民組織化を支援し、住民の精神的不安定要因の緩和に努めた。
- (5) 行政との連携：タネ市役所の福祉担当官、教育委員会、健康保健課、都市開発課等に働きかけ、女性の雇用推進、労働条件の改善、心身の健康重視に向けた学校カリキュラムの再編成、などへの協力を要請した。また、州の社会福祉助言委員会にプロジェクトの実施への参加と援助を要請した。
- (6) Health Mela (健康祭り)：毎年、活動の一年の総括として、カルバ病院グラウンドで青年による研究発表や、医師、教育関係者の講演を実施し、子どもたちへの表彰式やワークショップによる意識強化と連携の強化促進に努めた。

著者は主として、年度毎のプロジェクト立案、NGO 代表との交渉、資金調達の面で貢献した。そして、カルバ病院院長、NGO の専門ソーシャルワーカー5人、資格ソーシャルワーカー3人、大学院学生4人、研究者2人が、常時プロジェクト実施にあたった。2010年9月には、国連機関 UNFPA より、本タネプロジェクトに対する資金援助が採択され、2011年3月8日国連女性の日に本拠地 Arohi の正式オープン式を行なった。

#### 活動の具体例1： 家庭内暴力と医療ソーシャルワーク

調査の一環として実施した聞き取りの結果、家庭内暴力の犠牲者(主に女性)に対する適正な処置や報告がされず、子供や母親が不安な生活を送り、10代の非行や女性の心身の健康の阻害要因となっている可能性があった。

ジャスワル<sup>67</sup>はカルバ病院の低所得女性外来患者718人を対象に、受診理由、症状、処置、警察への報告の有無を調査し、怪我で受診した18才~30才の女性の78%が正式に報告されず、その内の52.3%が家庭内暴力による怪我であると推定している。その後の追跡調査では、718人のうち60%が社会的ストレス悩まされ、その中の39%は精神科を受診している。筆者が医療ソーシャルワーカーの協力を得て医療スタッフに聞き取りを行った結果、外科、皮膚科の医師は、暴力による怪我ややけどの可能性がありながら「証拠がない」「詳しく話したがらない」「時間がない」などの理由で報告せず、問題意識に欠ける観があった。また、婦人科医師からも同様の回答を得た。外来患者への聞き取りでは、「病院の医師は怒鳴るだけ」「男性の医師は無口かいやらしい」「家族の恥は話せない」というような回答が多かった。社会的に離婚は許されず、夫への服従が女性の価値観を支配している傾向があり、こうした文化的社会的背景のもと、グループ・ダイナミクスを活用した女性たちのセルフグループ組織化促進と、医療スタッフの意識化やワークショップ、患者との相互理解をプロジェクトに追加し、連携を推進していった。

## 活動の具体例 2：医療保健設備

タネ市にはカルバ総合病院とタネ市立病院、小規模の民間病院があり、カルバ総合病院からは、移動保健医療バス（アウトリーチサービス）が運行し、約 15%の住民をカバーしている。そして、地域によっては個人の医師も開業しているが費用が高く利用率は非常に低い。タネ市のスラム住民の間では、子どもの非行、知的障がい児の問題、ノイローゼや精神障がいなどの精神的側面の症状を訴える患者が多かった。外来受診者は 10 対 1 の割合で男性が多く、①アルコール依存症、②HIV 感染、AIDs、STD (性的感染症)の患者への告知やカウンセリング、③統合失調症、うつ病、の順に多くなっているが、女性が外来に受診しないケースが多かった。

ダラビにはサイオン州立病院が隣接し、ダラビの中心に位置する保健センターに毎日グループで医師 5 人と保健士、看護師、医療ソーシャルワーカー達が出掛けて行き、内科、外科、産婦人科、皮膚科、歯科、予防保健衛生科等の基本的医療を全て無料で行なっている。またセンターまで出掛けて来られない住民のために、アウトリーチも実施され、主に産後の母親や、未熟児の栄養指導に細かなサービスが実施されている。ダラビの保健センターには基本的医療設備の他に、障害児のためのデイケア、未熟児科、妊産婦ケア、予防課等のサービスがあり、医師や看護婦、ソーシャルワーカーの他に、女性の地域保健ワーカーが、薬や離乳食等の無料サービスに当たっている。基本医療は、タネ地域に比べるとダラビでは行き届いているが、保健、医療支援システムが分業型で NGO との連携は進んでいない。治療費は全て無料であるが待ち時間が長く利用し難い。精神神経科外来を受診するダラビの患者は、5 対 1 の割合で男性が多く、症状としては①アルコール依存②PTSD③統合失調症とうつ病の順であった。精神神経科外来受診者の中で PTSD と診断された診断理由として、精神科医療ソーシャルワーカーの一人は「ダラビでの暴動 が原因で、不眠や妄想に悩む患者やストレスの度合いが高く体に不調を起こす患者が多いため、主にカウンセリングで対応している」とコメントした。タネで 3 番目に多かった HIV 感染、AIDs や STD 患者はダラビでは⑥番目に多いということであった(AIDs/HIV 患者は当初は皮膚科外来を受診するが、後に精神科でのカウンセリングを受ける)。

### (6) 知的障がい児支援

①The Spastic Society of India (インド脳性麻痺児援助協会) ダラビ支部は、1985 年に重複障がい児のケア施設として設立され、マハラシュトラ州や内外の機関から資金を得ている。現在、2.5~5 歳までの心身障がい児 30 人と非障がい児 70 人を保育しており、特徴は非障がい児と障がい児との統合保育にある。

タネには障がい児・者支援 NGO はなく、知的障がい者への偏見、情報不足により悩みや問題を抱える母親が多く、カルバ病院や地域で開業する精神科医師の協力を得て障がい児・者とその家族のためのカウンセリングや知的障がい児・者の家族の自助グループ活動をタネプロジェクトに追加し、推進することとした。

これら一連のカイラシナガールの女性たちの活動やタネプロジェクトの成果を 3 年後に調査した結果を次節で示す。

#### 第四節 スラムの D-QOL 調査(2013)

1 調査期間 2013年2月25日～3月9日

2 対象者 調査対象グループは2010年度と同様の、ダラビの陶器産業地区の住民27人、カイラシナガールの住民24人に調査した。カイラシナガルではNGO,女性を中心とするグループマヒラマンダールのネットワークが促進されていた。

3 D-QOLの定義と特徴及び構成は2010年のそれと同じである。

4 面接聞き取り調査と評価方法

面接聞き取り調査には一人約1時間費やした。2010年度で調査した住民は移転しておらず同一対象者に調査できた。

5 調査結果と考察

1) 属性 性別 ダラビ男性14人、女性13人、カイラシナガル男性12人、女性12人、

年齢: ダラビ20代5、30代16、40代4、50代2、カイラシナガル20代8、30代12、40代2、50代2、

仕事: ダラビ有25、なし2、カイラシナガル有24、なし0、

2) ドメイン別平均得点

ダラビとカイラシナガールの2008年(D-QOL)と2013年における平均得点の変化と標準偏差は表18の通りであった。

表18 ダラビとカイラシナガールの2008年(D-QOL)と2013年における変化(5点満点)

ダラビ	D1	SD	D2	SD	D3	SD	D4	SD	D-QOL	SD
2008	3.663	.351	2.989	.526	2.650	.429	2.907	.548	3.044	.341
2013	3.752	.369	3.341	.387	2.765	.436	2.606	.525	3.116	.529
	**		**		**		**		*	
カイラシナガル										
2008	2.726	.462	2.371	.350	2.504	.660	2.707	.522	2.577	.325
2013	3.542	.556	3.900	.697	3.470	.830	3.696	.583	3.652	.190
	**		**		**		**		**	

(等分散性 Bartlett の検定結果、全ての項目で等分散性が保証されたため2008年と2013年の平均値の差の検定には対応のあるt検定(両側)を行った。

$p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*

ダラビでは、D1得点が2008年3.663から2013年に3.752に増加した。D4は2008年2.907から2013年には2.606に減少した。

カイラシナガルでは、D1が2008年2.726から2013年に3.542に増加した。D4は2008年2.707から2013年には3.696に大幅に増加した。

3) 2008年と2013年の変化とその要因

① D1

ダラビでは 2008 年と 2013 年では D1 得点は 0.201 増加した。カイラシナガールでは 0.603 上昇した。ダラビでは、陶器産業は順調であるが、女性の雇用が改善されず、2008 年度からさほど進展が見られていない。ガソリン価格の値上げで、運送費が上昇したこと、次世代の若者の雇用が促進されていないことが得点に反映された。カイラシナガールでは、縫製業を中心とする独立雇用の女性グループのエンパワメントが促進され、生活基盤の整備、教育拡充への主張が通り、生活環境が向上した。

#### ②D2

ダラビの D2 は 0.021 減少し、カイラシナガールは 0.368 上昇した。これはダラビの NGO 支援はサービス中心の縦型で住民の自律性が育っていないことが反映したと考える。カイラシナガールでは女性や青年が自ら地域を改善していくという意識の高まりが人材育成につながっている。職業訓練コースや健康発表会への参加数が増し、地域全体のエンパワメントにつながり、それを支えているのが、病院、教育機関、NGO のネットワーキングである。

#### ③D3

ダラビでは 0.229 減少し、カイラシナガールでは 0.347 上昇した。

ダラビではお年寄りと思春期若者の関係、夫婦関係が改善されておらず、また、障がい児・者に対する意識化は困難で、障がい児・者やお年寄りの参加を促すような取り組みが実施されていない。カイラシナガールではタネプロジェクトが力を入れるセクシュアリティ教育と健康教育推進が功を奏し、母子関係が改善した。また、ラムナガールや他のスラムの女性グループマヒラマンダール（女性の自助グループ）の連携が進展し、女性の移動性が高まった。

#### ④ D4

カイラシナガールでは D4 は 0.629 上昇したが、ダラビでは D4 は 0.143 の減少を示した。ダラビでは所得、教育、意識の格差、ストレス要因の増加、お年寄りへの軽視などが反映された。カイラシナガールではタネプロジェクトの推進により地域の安全性や人材の育成、住民の参加促進、D1、D2、D3、側面の改善を自ら勝ち取ったという自信と将来への期待が得点に反映している。

#### ⑤ D4 の意味するもの

タネプロジェクトの知的障がい者に対する支援は、範囲が限られているが当事者や家族の精神的安定に貢献していると思われる。カイラシナガールの知的障がい者の実数は把握するのが困難であるが、これまで支援 NGO は存在せず、支援を必要とする人々は無視されていた。宗教的伝統から障がいは前世からの因果として見られ、偏見や差別が人々の生活を困難にしていた。また、貧困層や非識字層では、知的障がいに関する情報不足により障がいの程度が悪化しているケースが多い。栄養や医療の改善が必要であることは明らかであるが、家族や現在支援を必要とする人々へのケアが緊急に求められていた。タネプロジェクトでは、障がい児と非障がい児の包括保育や、家族のレスパイトケア、障がい女子のセクシュアリティに関する母親の相談に応じ、母親の自助グループ結成を促した。以下のケースでは、D4 の得点が 2008 年と 2013 年とで 25%以上上昇した。

ニトヤ A(ダウン症、女子 18 才) 母親は以前は野菜売りをしてしたが、ニトヤが思春期を迎えてからは目が離せず、不妊手術を考えていた。夫はアルコール依存症で、家族に



暴力をふるい、近所の住人も誰も相談に乗ってくれなかった。疲労と貧しさで死んだ母親（ニトヤの祖母）が見えたりした（幻覚）。カルバ病院でタネプロジェクトの支援を知り、障がいを持つ母親達のグループと知り合った。今年からは当番制でレスパイトケアのシステムを作り、疲れたときには少し休めるようになった。また、コープで障がい者のためのセクシュアリティに関して教えてもらい、娘の不妊手術はやめ、ニトヤを愛情を持ってみられるようになった。ニトヤも明るくなり、ダウン症ではなくアップ症と近所では呼ばれている。母親の精神的立ち直りが娘の性格をも明るくした。また今後は母親の会で自分たちが思春期の子どもに教えられるような研修を企画している。

タパン(重度知的障がい 言葉の障がい 26才 男子) 彼が子どもの時から母親は付きっきりで世話をし、気がつくとも社会から孤立していた。どこにも出かけたこともなく、誰ともしゃべったこともなかった。夫の収入は月 2000 ルピーで苦しかったが何とか生活していた。20 才ころからタパンがマスターベーションを始めたり、暴れたり母親の手に負えなくなっていた。夫は仕事で忙しく 68 才の夫の母親の世話をしていたため疲れてどうして良いか途方に暮れていた。でも、恥ずかしくて近所には言えなかった。ある日コープのワーカーが障がい者のための援助があると教えてくれた。グループに参加し、タパンは木材から壁掛けやおもちゃを作る職業訓練(タネプロジェクトは他の地域の特別支援学校の訓練プログラムに照会を行っている)に通い、将来仕事に就ける可能性も出てきた。タパンは何もしゃべらないが明るくなり、暴力もふるわなくなった。母親の活動範囲も広がり、地域の障がい者自立雇用(オープンエンプロイメント)促進を提案している。

タネプロジェクトの障がい者支援がサービス受給者の精神的側面に与える影響は大きく、今後当事者の自助グループや当事者参加の促進により、地域の障がい者に対する態度や人権意識の確立が大きく期待できる。

また、Arohi では家庭内暴力のためカウンセリングに訪れた妻たち 12 人を組織化し、現在縫製の技能訓練とグループ組織化により、彼女たちの D-QOL 向上に努めている。

#### 新メンバーA(神経症)の語り

「私には子供がいないので、夫はいつも酒を飲むと私を責め、暴力を振るう。そして、私には時々神が乗り移り、夫をたしなめる。そのたびに私を頭がおかしいとののしり殴る。近所の隣人もどうして子供がいないのかと、顔を合わすたびに聞く。Arohi の仲間と知り合い、ミシンで財布や小物 3 8 の暴力は相変わらずだが、財布やほかのものも縫えるようになれば、今に子供が授かるような気がする。夢は、子供が授かって夫が優しくなることだ。」

#### メンバーBの語り

「夫はアルコール中毒で、質の悪い安い酒を飲んでばげーはいている。今に健康を悪くするとたしなめればすぐに怒鳴る。子供たちは学校にも行かずごろごろしたり、どっかに行つて何日も帰ってこないこともある。最初はあきらめていたが、Arohi のワーカーの勇ましさを見て、私も堂々と自信を持って生きたいと思うようになった。子供たちの教育

の大切さも感じるようになった。夢は、夫の健康と子供たちが家庭を持つこと。私の生活への満足度は今は低いけれど、たぶんミシンを使えるようになって、夫や子供たちが私を尊敬してくれるようになれば、きっと自信度が高いと答えるだろう。」

#### メンバーCの語り

夫はアルコール中毒で出て行って何日も帰ってこなかったり、帰ってくると酒代をせびるそし酔っては私を殴る。3人の子供はいずれも10代で思春期を迎え、手に負えない。私は工事現場の日雇いで生活費を稼いでいる。Arohiのワーカーの話聞いて、離婚を決心した。踏ん切りがついてから気が楽になり、希望がわいてきた。Arohiのおかげで法的手続きにお金を払わなくても良くなった。新しい希望を与えてくれて感謝している。同じ仲間にもこの情報を知らせてやりたい。」

Arohiは離婚を勧めるものではない。女性達自身の考えや決断を尊重し、必要な場合は無料の弁護士を紹介し法的手段に訴えることもできる。そうすることで女性達の精神的QOLの向上を図ることができると考えている。D-QOLの定義は個人によって異なる。生活への満足度、自信の高まり、安心などである。しかしながら、スラム住民や、貧困層の人々でも、ニーズは多様であり、所得向上に焦点を当てる支援では、住民の依存度が増し、地域の自立を支える人材が成長しない。

#### 4) 考察

a) タネプロジェクトの構造的ラショナル「NGO、住民組織、教育機関や病院のネットワークは縦型分業型に勝る」に関して、NGO支援ファセットの得点結果から、縦型分業型NGO支援の限界が浮き彫りにされた。都市開発関連のNGO、地域資源改善協会(Society for the Promotion of Area Resource Centre)は不当に海外から資金提供を受けていたことが暴露され、関連NGOとの横の連携と開示性の欠如が指摘された。資金獲得をめぐるNGO間の競争や排他性、閉鎖性、行政との癒着を誘引することが縦型分業型の欠点であり、住民の生活全体を把握する全人格的支援が困難なため、住民間の対立や依存性の助長、システム改革や変化が円滑に実施されないのが限界といえる。一方、カイラシナガールでは、NGO、CBOとのパートナーシップを軸とした、タネプロジェクトの有効性が証明された。NGOの連携、母親や青年の組織化が、エンパワメント強化や地域の安全という波及効果をもたらし、精神的安定につながったと思われる。

b) 理念的ラショナル「住民の心身の健康と精神的安定は所得上昇により自動的に結果するものでなく、個別の独立した配慮が必要である」に関して、

調査結果より、ドメイン1が上昇してもドメイン2、3、4が上昇するとは限らず、短期的な所得向上に重点を置いた支援は、地域の人材育成や自律につながらず、著者の主張するネットワークや横の連携と住民参画が有効な支援につながることは証明されたと言える。今後、お年寄りや障がい者を含めた社会参画を実現することが地域の発展につながる。

タネプロジェクトの実践からも明らかのように、NGOの業務遂行責任は多岐に渡り、小

規模 NGO のネットワーキングと住民組織、学校、病院、地方行政との連携により、ホリスティックに住民の生活の質の向上を促進していくことが望ましい。D-QOL アプローチは、住民の vulnerability を除去し、NGO、CSR、行政、住民組織 CBO、専門教育機関の連携により、地域住民の精神生活の質の向上のために、地域住民により、地域住民と共に推進していくアプローチである。

## 第五節 結論

人々の精神的安定を重視する D-QOL アプローチの実践としてのタネプロジェクトは、一応の成果を見せ、地域や社会開発を成功に導く先駆けとなった。今後の課題としては、①お年寄りや障がい者など、より広範囲の住民組織化により、プロジェクトの参画者を拡大する。②NGO 自体の機能向上（住民のエンパワメントを重視し、支援をしすぎない）③連携の強化により、住民の真の精神的安定を追求するために常に住民の D-QOL を調査し、その向上のために、徹底した立案、実施、評価を繰り返し、質を高める。以上のように軌道修正を伴いながら、住民組織と小規模 NGO、CSR との連携によるホリスティックアプローチを主軸に、普遍的な精神生活の質の向上に努力していく責任が、地域住民や途上国政府のみならず国際社会全体にある。

## 第Ⅲ部 D-QOL

### 第十一章 調査・実践の総括と D-QOL 理論

#### 第一節 目的

第Ⅰ部で、制度・施策による社会開発支援と相互補完性を持ち、かつ独立した存在理由のある支援形態として、福祉的観点から、D-QOL アプローチの理論的構築を試みた。そして、第Ⅱ部では、一連の D-QOL 調査により、人々の精神的安定のニーズ充足度が低く、貧困層を含むバルネラビリティを抱える人々の生活の質の向上には、個別的対応に有利な、有効な福祉開発 NGO の支援と住民組織との連携が必要であることが示された。精神的安定のニーズは、社会保障制度などの専門分業化された、一般的施策により充足することは困難であり、有能なソーシャルワーカーや NGO の個別的支援、住民組織化と住民参加が必要であることが明らかとなった。本章では、本研究の仮説の再検証を行い、生活の質の向上のためには、精神安定のニーズ充足が必要不可欠であることを示し、生活の質を測定する指標には、精神的側面を反映する指標を追加する必要性があることを提案する。そして、センの「潜在能力アプローチ」と相互補完性を持ち、かつ、独自の存在意義を有する D-QOL アプローチ実践化タネプロジェクトを再度論考し、実践の担い手として期待される NGO の評価と、プロジェクトの評価機能をも有する、D-QOL の実用性についても言及し、本研究の総括とする。

#### 第二節 仮説の検証と精神的ニーズ充足の重要性の再確認

前章で、NGO, CBO, CSR, 行政のパートナーシップを軸とした、タネプロジェクトの理念的ラショナル「住民の心身の健康と精神生活の安定は、基本的ニーズの充足により自動的にもたらされるものでなく、個別の独立した支援が必要である」と、構造的ラショナル「NGO, CSR, と行政、住民組織、教育機関や病院のネットワークは縦型分業型に勝る」が支持され、プロジェクトの有効性がある程度証明された。また、ダラビにおいて、コミュニティの閉鎖性や女性の組織化の遅れ、商業化の急進による価値観の急変や格差の拡大により、基本的ニーズ充足度が増しても精神的安定のニーズ充足が低下し、本研究の仮説「物質的側面のニーズ充足が、必然的に精神的側面のニーズ充足につながる」とは限らない」を支持する結果を得た。従って、所得貧困に陥っているスラム住民への支援は住民に自信と能力開発をもたらす人材育成、エンパワメント促進を住民参画と組織化によって促進していくことと同時に精神的側面への支援が重要である。これら実践の過程が D-QOL 向上に貢献する。

開発途上国の人々の生活の質は、その発展段階で複雑に変容し、複雑化している。途上国では、アルコール依存、AIDs 問題、十代の非行問題などの社会問題の増加、ストレス要因の増加などにより、精神科医療費の増加が指摘されている(著者の聞き取り調査から)。従って、途上国の貧困層の D-QOL 向上のための支援を考えると、精神的側面の分析を欠いた、客観的指標やハード面のみに焦点を当てた理念では、効率よく支援を反映させる

ことはできない。D-QOLアプローチの固有の視点であるバルネラビリティの除去と、同時に、制度・政策による社会開発の限界を認識し、センの潜在能力アプローチと補完的機能を持つD-QOLアプローチの導入により、住民が自ら、精神生活の安定とD-QOL保障を実現できるように支援を推進していくことも、現状に沿った理念として位置づけられると思われる。

D-QOLアプローチの再確認のために既出の表と図を以下に提示する。いずれのドメイン向上のためにはNGO・ソーシャルワーカーの住民組織化の役割と住民主体支援の役割が大きい。

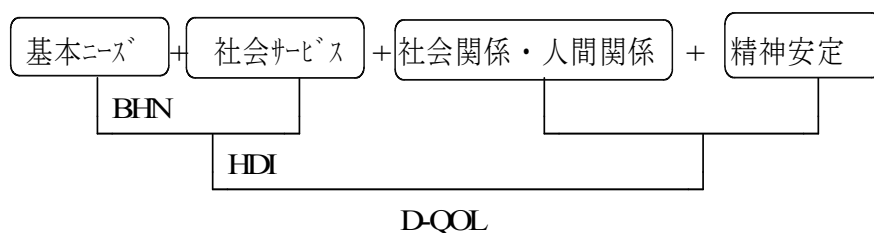


図 12 BHN,HDI,D-QOLアプローチの関係

著者作成

表 20 センの潜在能力アプローチとD-QOLアプローチの比較

	セン	D-QOL
目的	潜在能力の拡大	Vulnerabilityの除去による精神生活の質の向上
活動領域	制度・施策による社会保障	社会福祉的対人処遇
責任主体	政府/公共機関	住民組織とNGO
測定	選択肢の幅	ニーズ(生活の質)
指標	HDI	D-QOL
理念	発達と成長理論	QOLとノーマライゼーションその他の障害者理論
援助形態	縦型分業型	横型ネットワーキング
他の機能	人間開発達成度測定	NGO評価機能

著者作成

表 20 のように、途上国の人々の QOL 向上を図り、地域での住民組織化を側面から援助し、人々の精神的安定と自立、社会参加、政策提言や意思決定過程への参加を可能にするために、有効なソーシャルワーカーの活躍する NGO に寄せられる期待は大きい。官僚主

導型の中央集権的な社会開発から住民参加型の分権的開発への移行、政府と補完性を有し、且つ、独自の存在意義を持つ固有の分野や領域での機能を発揮し、D-QOLアプローチを推進していくためには、NGOと中央あるいは地方政府との連携と共同関係が円滑に育成されなければならない。また、NGOも責任遂行についての自覚とNGO自体のエンパワメントも互いに推進していかなければならない。

## 第十二章 終章

### 政府とNGOのパートナーシップとD-QOL タネプロジェクト

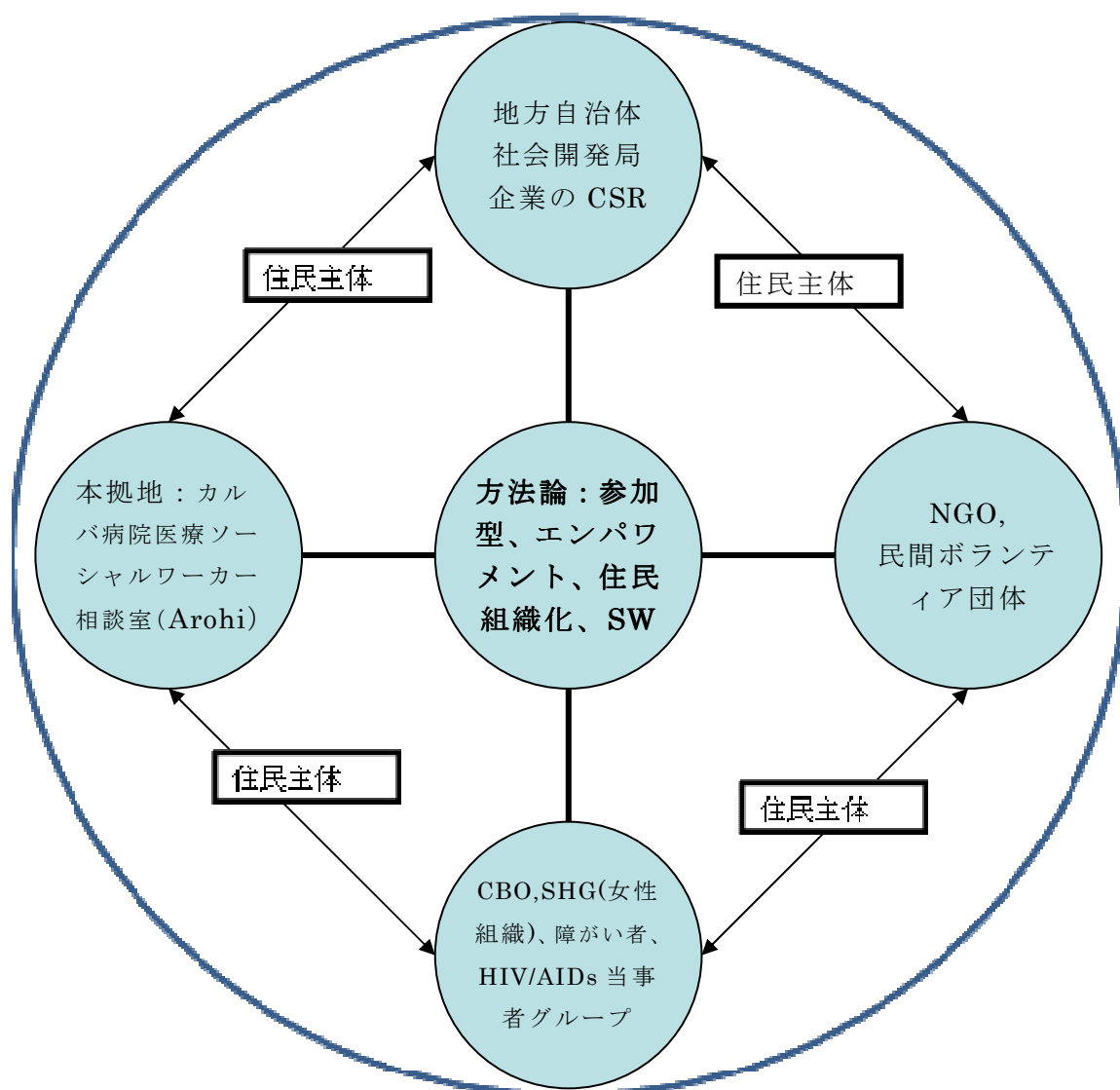


図13 D-QOL 修正後のタネプロジェクト

著者作成

前章で提示したようにD-QOLの実践「タネプロジェクト」は、行政とNGO、住民組織

との連携で、各団体・機関の得意領域や分野における能力を有効に発揮でき、プロジェクト遂行に有効であることが指摘されている。インドにおける社会開発分野での、公民パートナーシップによるプロジェクトに関しては、多くの可能性が期待されている(Sharma, Jandhyala, Chauhan & Lal 1999)<sup>63 64 65</sup> 代表的な成功例としては、アーメダバードのサンジェイスラム開発でのネットワークングプロジェクトがあげられる。同プロジェクトには、アーメダバード市(AMC)、スラム開発 NGO(SAATH)、民間プロジェクト(Arvind Mills)、SHRDA(The Strategic Help Alliance for Distressed Areas)が参加し、a)住宅、生活環境整備、b)教育、保健、医療、c)地域開発、を実施した。プロジェクト開始後 10 ヶ月で、電気、水道、その他のインフラ整備計画は成功に終わり、サンジェイスラムの生活環境は大きく向上した。その要因として、民間企業の参入により、費用削減に成功したことがあげられる。しかしながら、識字教育、保健・医療、職業・技能訓練や、地域住民の組織化などのコミュニティー開発に関しては、十分な成果が見られなかった。その原因として、チャウハンらは<sup>65</sup>、①NGO の目標値の不明確さと②他組織との連携の困難さをあげている。ここに象徴されるのは、政府と NGO との不均衡な力関係、ビジョンや視点の相違、NGO の目的が住民の自立生活にあり、物理的生活環境の改善などと比較して、成果が不明瞭で、評価が困難であり、NGO の意欲が損なわれる傾向にある等があげられている。

アーメダバードの例に見られるように、社会開発分野での産官民のパートナーシップによるプロジェクト実施数は増加する傾向にある。古賀<sup>60</sup>によれば、インド政府各省庁が資金・技術面で支援し、NGO に委託したプロジェクトは、2005 年には、人的資源開発省、保健・家族福祉省、農村開発・雇用省、環境・森林省など 9 省で合計 139 件に上り、政府と NGO の関係は密接になってきている。また、これまでの中央集権型の開発政策の失敗から、地方分権型、参加型の開発を重視し、開発政策の実施に NGO が大きく貢献できると予測する研究者もいる。

このように、今後、政府と NGO のパートナーシップによる開発プロジェクト実施に期待がかけられる(Mathew 2009, Mencher 2009)<sup>66 67</sup>。また、NGO のサービス機能を測定する指標の開発の遅れから、NGO のエンパワメントも必要で、この必要性を背景に、本研究では、人々の D-QOL の向上に貢献する NGO のサービス評価機能を持つ、D-QOL の指標化を試みてきた。制度や施策による政府の社会開発プロジェクトを評価する有力な指標として、センの潜在能力アプローチを基礎とする人間開発指数 HDI と NGO のサービス評価機能を有する D-QOL 指標を HDI と併用することにより、福祉開発プロジェクトを包括的に評価し、質的に高いプロジェクトを立案し、成功させることが期待できる。2013 年にインド政府は多国籍企業をも含む大企業に対し、利益の 2%を社会貢献 CSR に投資することを義務付け、NGO の慢性的な資金不足も解消されつつある(橋本 2013)<sup>68</sup>。今後、開発の理想的かつ有力なプロジェクト実施形態として、NGO のエンパワメントが促進され、NGO、OBO、CSR のパートナーシップが促進され、活動の質が向上するなら、プロジェクト全体の包括的評価機能として、HDI と D-QOL の両指標併用により、D-QOL の限界(普遍的な基準が設定しにくい)と HDI の限界(客観的指標にのみ依存し、所与の条件の成果が個人により異なることを軽視している、精神的側面や人権の側面が排除されており、生活の質の向上という福祉開発の目的達成評価には不完全である)を最小限にする事ができる可能性もある。社会開発の目的を、それぞれの固有の視点から捉え、整合性をもって開発プロジェクトを評価し、プロジェクト向上を目指すために、客観的指標 HDI と補完

性を持ちながらも、独自の存在意義と客観的指標 HDI では看過されがちな人々の精神的側面を重視する D-QOL の有効性・有用性を提案したい。



## 第 I 部 引用文献

- 1 齊藤文彦 1995 『現場から考える国際援助』 日本評論社
- 2 *Human Development Report, 2000-2014* 年の各号, UNDP, Oxford University Press, New York.
- 3 Lind, N. 1992. Some Thoughts on the Human Development Index, SIR, Vol. 27 , pp 89-101.
- 4 三重野卓 1990 「生活の質の概念と基礎理論」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 3, pp. 218-227
- 5 United Nations, 1948 *The Universal Declaration of Human Rights* (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, アクセス 2015 年 4 月 20 日)
- 6 谷勝英 1991 『現代の国際福祉』 中央法規
- 7 Panchmukhi, V.R. 2002, *Indian Classical Thoughts On Economic Development And Management*, Indological Research Centre, Bookwell Publications, New Delhi.
- 8 絵所秀紀 1994 『開発と援助 — 南アジア・構造調整・貧困』 同文館
- 9 佐藤仁 1997 「開発援助に於ける生活水準の評価—アマルティア・センの方法とその批判」 『アジア研究』 (アジア政経学会) 第 48 巻・第 3 号, pp. 1-31
- 10 鈴木興太郎 1995 「アマルティア・セン—福祉の潜在能力アプローチ」『社会保障論の新潮流』 社会保障研究所 (編) 有斐閣 pp.199-210
- 11 鈴木興太郎 1998 「機能・福祉・潜在能力—センの規範的経済学の基礎概念—」 『経済研究』 Vol 49 No 3, pp. 193-203
- 12 Suzumura, K. 1998 *Choice, Welfare and Development, A Festschrift in Honour of Amartya Sen*, Oxford University Press.
- 13 橋本由紀子 1998 「インドにおける大都市人口集中問題とスラムの精神衛生に関する一考察」 『四国学院大学論集』 96 号, pp.125-145
- 14 中園康夫 1996 『ノーマリゼーション原理の研究』 海声社
- 15 WHO-QOL Group, 1995. Subjective Importance of Various Aspects for People's Quality of Life: Results from a Cross-Cultural Study by WHO, Geneva WHOQOL-100 Field Trials MNH/PSF/95,1,D. Rev.1 English only Disr. Limited pp.1-16.
- 16 WHO, 2004. By Suzanne M. Skevington Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings, The history of the WHOQOL instruments WHOQOL-100 , Social Psychiatry and sychiatric Epidemiology, Vol. 39, Issue 1, pp 1-8
- 17 松岡 克尚・山本 誠・孫 良・浅野 仁 1995 「QOL 測定スケール (日本語版 QLI) の開発—高齢者を対象として」 『関西学院大学社会学部紀要』 72 号, pp. 113-133
- 18 Ferrans, C.E. & Powers, M.J. 1985 “Quality of Life Index: development and psychometric properties”, *Advances in Nursing Science*, 1985: 8 (1), pp. 15-24
- 19 河東田博, 中園康夫 1999 『知的障害者の (生活の質) に関する日瑞比較研究 海声社
- 20 南條正人 2009 「知的障がい児・者の生活の質」 山形短期大学 紀要 41 号, pp.117-134
- 21 桑原 進 2012 「第 1 回 生活の質に関する調査結果 (検討用資料追加)」 内閣府 幸福度研究ユニット ESRI Research Note No.21
- 22 Streeten, P. 1981 *First Thing First: Meeting Basic Human Needs in Developing Countries*, Oxford University Press

- 23 Lipshitz, G. 1993 “The main Approaches to Measuring Regional Development & Welfare”, *SIR*, Vol. 29, pp. 163-182
- 24 西垣昭・下村恭民 1994 『開発援助の経済学』有斐閣
- 25 西川潤 2011 『グローバル化を超えて—脱成長期』日本経済新聞出版社
- 26 内海成治 2001 『国際教育協力論』世界思想社
- 27 Dutt, A.K. & Rao, J.M. 2001 “Distribution, and the Environment: Sustainable Development in India”, *World Development*, Vol. 24, No2, pp 287-305
- 28 鳥飼行博 1998 『開発と環境の経済学』東海大学出版会
- 29 Sen, A. 1981 *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Claredon Press.
- 30 Sen, A. 1984 *Resources, Values and Development*, Oxford University Press.
- 31 Sen, A. 1985 *Comodities and Capabilities*, Elsevier Science Publishers B V.
- 32 Sen, A. & Dreze, J. & Hussain, A. 1993 *The Political Economy of Hunger*, Oxford University Press.
- 33 岡本栄一 1992 『「社会福祉原論」ミネルヴァ書房
- 34 Friedlander, W A. 1962 *Introduction to Social Welfare*, 2nd ed., Prentice-Hall Inc.
- 35 根本嘉昭 『社会福祉と国際協力』NHK 社会福祉セミナー (1998/Dec~1999/Mar), pp. 50~53
- 36 Nirje, B. 1993 *The normalization principle-25 years later*, The Institute for Educational Research, University of Jyvaskyla, Finland.
- 37 Jones, J.M.1982 *Prejudice and Racism*, Addison-Wesley Publishing Co.
- 38 Liska AE & Tausig M, 1979 “Theoretical Interpretations of Social Class and Racial Differences in Legal Decision-making for Juveniles”, *The Sociological Quarterly*, No. 20, pp197-207.
- 39 Mcllelland DC, et al, 1981 “Achievement and Entrepreneurship: A Longitudinal Study”, *Journal of Personality and Social psychology*, Vol 1(4), pp.389-392.
- 40 Serpell, B. 1996 *Culture's Influence on Behavior*, Methuen.
- 41 林 保 (編) 1969 『達成動機 の理論と実際』誠信書房
- 42 橋本 由紀子 2004 「アマルティアセンのケイパビリティ・アプローチと分析ツールに関する一考察」『社会福祉学部研究紀要』(吉備国際大学) 第9号, pp. 155-164
- 43 Atkinson, D. 1957 “Motivational Determinants of Risk-taking Behavior,” *Psychological Review*, No.64, pp. 359-372
- 44 Maslow, A.H. 1954 *Motivation and Personality*, Harper & Row
- 45 Krech D, et al, 1962 *Individual Society*, New York: McGraw-Hill
- 46 堀 洋直 1997 「対人行動の動機」『社会心理学』福村出版, pp. 102-113
- 47 Allport, G.W. 1937 *Personality*, Holt Rinehart & Winston.
- 48 村山 安雄 1984 『現代社会心理学要説』北大路書房
- 49 加藤 義明 1987 『社会心理学』有斐閣Sシリーズ
- 50 Nadkarni, V. 2007 *Mental Health of Urban Populations: Social Work Perspective*, Indian Psychiatric Society in Kunpur, India.
- 51 Davar, B.V. 2001 *Mental Health of Indian Women: a Feminist Agenda*, Delhi: Sage

Publications India Pvt Ltd.

- 52 滝川一廣 1999 「悩める中高生」『教育と医学』1999 5 月号, pp. 4-15
- 53 Subadra M. 1999 “Violence against Women: Wife Battering”, *Chennai Economic & Political Weekly*, April 17-24, pp. WS-29-WS-33
- 54 Halliburton, M. 1998 “Suicide: A Paradox of Development in Kerala”, *Economic and Political Weekly*, Sept.5-18, pp. 2341-2345.
- 55 Bhattacharya, B. 1998 “Urbanisation and Human development in West Bengal”, *Economic and Political Weekly*, Dec.4, pp. 3027-3038
- 56 Saldanha, D. 2009 “Residual illiteracy and Uneven Development: Performance of Literacy Campaign and Prospects”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 34, No29, pp. 2019-2034.
- 57 Sen, A. 1988. “Freedom of Choice: Concept and Content”, *European Economic Review*, Vol. 32, No. 2/3, pp. 269-294
- 58 岡村重夫 1983 『社会福祉原論』全国社会福祉協議会 (1983 年初版)
- 59 Patnaik, P. 1998 “Amartya Sen and the Theory of Public Action”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 33, No.45, pp. 2855-2859.
- 60 橋本由紀子 2013 “Community Perceptions and Strategic CSR for Companies’ sustainability with special reference to Pune Industrial belt, India”, 『最新社会福祉学研究』 第 8 号, pp. 15-26.
- 61 ISES Insight 2013. Quality Of Life: Everyone Wants It, But What Is It? Global management & economic experts share their insights & research Forbs. IESE Business School Contributor Forbs Education  
<http://www.forbes.com/sites/iese/2013/09/04/quality-of-life-everyone-wants-it-but-what-is-it/#1e1065c32c7d> Accessed Sep. 24 2014
- 62 Sen, A. 1992 *Capability and Well-Being, The Quality of Life*, Claredon Press, pp. 30-53
- 63 Sen, A. 1995 “Rationality and Social Choice”, *The American Economic Review*, Vol. 85, No. 1, pp. 1-22
- 64 Majumdar, T. 2001 “Amartya Sen in Search of Impure Welfare Economics: Finding New Space”, *E & P Weekly*, Vol. 33, No. 45, pp. 2860-2862
- 65 田中きよむ 1997 「アマルティア・センの福祉経済思想に関する一考察」『高知大学社会科学紀要』第 60 号, pp179~210
- 66 Sugden, R. 1993 “Welfare, Resources, and Capabilities: A Review of Inequality Re-examined by Amartya Sen”, *Journal of Economic Lecture*, Vol. 31, pp 1947-1962.
- 67 Sen, A. 1987 *On Ethics and Economics*, Oxford University Press.
- 68 Friedmann J, 1992. Empowerment , *The Politics of Alternative Development*. Wiley Blackwell.
- 69 北野 誠一 1996 障害者の自立生活と自立支援『現代の障害者福祉』2 章 有斐閣
- 70 Chakraborty, A.1998. The Irrelevance of Methodology and the Art of the Possible: Reading Sen and Hirshman , *Review of Development and Change*, III/2, July-Dec., pp313-329.
- 71 Sen, A. 1981. Public Action and the Quality of Life in Developing Countries, Oxford Bulletin of Economics and Statistics, Vol. 43, No. 4.

- 72 Good, B.J. 2006 “Mental Health Consequences of Displacement and Settlement”, *Economic and Political Weekly*, June 15th, p.1504
- 73 Jaswal, S. 1997 “Getting Sensitive information on Sensitive Issues”, *Health Policy and Planning*, 12(2), pp. 173-178
- 74 小島 蓉子 1988 「障害者が求めるもの: QOL とアメニティーの権利をめぐって」『社会福祉研究』 No. 43, pp34~39
- 75 丸尾 直美 1984 『日本型福祉社会』NHK ブックス, No455 日本放送協会
- 76 The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- 77 Holm, P., Holst, J. & Perl, B. 1994. Co-Write Your own Life: Quality of Life as Discussed in the Danish Quality of Life for Persons With Disabilities: *International Perspectives and Issues*, pp1~21 .
- 78 Woodill, G., Renwick, R., Brown, I. & Raphael, D. 1994 “Being, Belonging, Becoming: An Approach to the Quality of Life of Persons With Developmental Disabilities”, *International Perspectives and Issues*, Cambridge M.A.: Brook Line Books, pp. 57-74
- 79 Brown, I., Brown, P.M. & Bayer, M.B. 1994 “A Quality of Life Model: New Challenges Arising from a Six Year Study, Quality of Life For Persons With Disabilities”, *International Perspectives and Issues*, pp. 39-56
- 80 Schalock, R. 1994 “The Concept of Quality of Life and Its Current Applications in the Field of Mental Retardation/ Developmental Disabilities, Quality of Life for Persons With Disabilities”, *International Perspectives and Issues*, pp. 266-284
- 81 Brown, R.I. 1997 Quality of Life: The Development of an Idea, *Quality of Life for People with Disabilities*, Second Edition, Stanley Thornes Ltd., UK.
- 82 Wolfensberger, W. 1994 “Let's Hung Up Quality of Life as a Hopeless Term, Quality of Life for Persons With Disabilities”, *International Perspectives and Issues*, pp. 285-321.
- 83 John Rawls 1972 『A Theory of Justice』 Revised Edition Harvard University Press

第II部、第III部 引用文献

- 1 Ratona, R. 2000 *Social Organization in an Indian Slum*, Mittal I S, India
- 2 Chodankar, S.R. 1994 *From Shelter to Home*, Vidyapeeth Dharavi, India
- 3 World Bank. 2013 *India - Second Elementary Education Project (SSA II)*.  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/03/17517587/india-second-elementary-education-project-second-sarva-shiksha-abhiyan-ssa-ii> (4 May 2013 accessed) In Report of Reaching Millions in India: Primary Education For All Children. World Bank.
- 4 D'Lima, H. 2003 *The Report of the Riots in Bombay*, Nirmara Niketan, India.
- 5 Bhatt, M. 2006 "Still a Slum, But Business Is Good" *Business India*, Dec.2, 2006
- 6 Gupta, R. Prakash, C., Gupta, A. 2004 "Emergence of Slums: A Case Study of Thane Urban Agglomeration", *The Indian Journal of Social Work*, Vol.57, No.4, pp. 545-562.
- 7 TMC, 2003 *Draft Development Plan, Thane, 1996-2003*, Thane Municipal Corporation (TMC) India
- 8 Muttoo, S.K. 2009 "Rights of Children with Disabilities 1", *National Institute of Public Cooperation and Child Development*, pp. 1-26
- 9 NNSO "Disabled Persons in India", NNSO 2003 National Sample Survey Organization: NSSO NSS 58th round (July-December 2002), Report No.485 (52/26/1)2003
- 10 Reddy, M.V. & Chandrashekar, C.R.1998 "Prevalence of Mental and Behavioural Disorders in India: A Meta-Analysis", *Indian Journal of Psychiatry*, 40 (2) pp. 149-157
- 11 Kulkarni, S. 2009 *Research Report on Needs and Coping Strategy of Parents of Mentally Disabled Individuals*, Dept. of Human Development, College of Home Science, Nirmala Niketan. pp.115-120
- 12 Beckman, P.J. 2002 "Influence of Selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants", *American Journal of Mental Deficiency*, 88, pp. 150-156
- 13 Friedrich, W.N. & Friedrich, W.C. 2001 "Psychological Assets of Parents of Handicapped & Non-handicapped Children", *American Journal of Mental Deficiency*, 90(2), pp. 130-139
- 14 Wilker, L. & Waslow, M. & Hatfield, E. 1981 "Chronic Sorrow Revisited Parents vs. Professional Depiction of Adjustment of Parents of Mentally Retarded Children", *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, pp. 63-70

- 15 Blacher, J. 2001 “Periodic Stress in Families of Children With Mental Retardation”, *American Journal of Mental Retardation*, 90, pp. 703-706
- 16 Rastogi, C.K. 2001 “Attitudes of Parents Towards Their Mentally Retarded Children”, *Indian Journal of Psychiatry*, 23, pp. 206-209
- 17 Rajashree, S. 2009 Family Responses and Coping in the Care of A Child With Mental Retardation, *Tata Institute of Social Sciences Journal*, pp. 32~69.
- 18 Lazarus, R.S. & Folkman, S. 2004 “Coping and Adaptation”, *Handbook of Behavioral Medicine*, Gentry, W.D (ed), New York: The Guildford Press
- 19 Kashyap, L. 2004 “The Persons with Disability Bill, Brief Note”, *The Indian Journal of Social Work*, 56(2) pp. 257-259.
- 20 大橋正明 2011 「グローバル化・変革主体・NGO」『新評論』 pp. 21-53
- 21 Prasad, T.V. 2007 “Special Education in India, Vol.1”, Research Paper Presented at the 18th World Congress of Rehabilitation International, Auckland, New Zealand
- 22 Srivastava P ESCAP 2004 “Disability, Its Issues and Challenges: Psychosocial and Legal Aspects in Indian Scenario” Paper Presented at the ESCAP 50th Session at New Delhi, India, pp. 5-13
- 23 Lal Das, D.K. 2006 “Evaluation of Scheme of Assistance to Organizations for the Disabled (Andra Pradesh)”, *Research in Social Welfare vol.2*, Kohli, AS (ed), Anmol, New Delhi, pp. 1-10
- 24 Mundabi, B.R. 2002 “Persons with Disabilities: Problem of Assimilation into the Community”, *Social Problems and Welfare in India*, Shanker, J. (ed), Ashishi, New Delhi, pp. 29-54
- 25 Admin S, 2014 ‘CSR for Disability India’ C-Series, Table C-20, *Census of India 2011*
- 26 Shenava, L, 2000. Sevadaan Update Vol.4, Seva Daan Special School News Letter, pp.1-13, Mumbai
- 27 中西由起子・久野研二 1997 『障害者の社会開発』明石書店
- 28 Chhibber, C.R. 2009 “Rights of Children with Disabilities 2”, *National Institute of Public Cooperation and Child Development*, pp. 27-35
- 29 Punchani, R. 2009 Rights of Children with Disabilities, National Institute of Public Cooperation and Child Development, pp. 36~59
- 30 Hurst, R. 2000 “The Experience of Disability”, *Disability, Liberation and Development*, Peter Coteridge (ed) *Disability and Society*, 15 (7), pp. 1083-1087
- 31 Malinga, J. 2001 “The politics of Disability: What Is At Stake”, *Disability, Liberation and Development*, Peter Coteridge (ed) Oxfam Publication.
- 32 橋本由紀子 2001 「開発途上国における都市スラムにおける生活の質的变化とその要

- 因」『吉備国際大学紀要第6号』, pp. 147-154
- 33 Latha, K.S., Hegde, S., Bhat, S.M., Sharma, P & Rai, P. 2006 “Social Support and Suicide Attempts”, *The Indian Journal of Social Work*, Vol.57, pp. 386-395
  - 34 Ramanathan, U. 2006 “Illegality and the Urban Poor”, *Economic and Political Weekly* Vol. 41, No. 29 (Jul. 22-28, 2006), pp. 3193-3197
  - 35 Langner, T.S. 1981 “A Twenty two Item Screening Score of Psychiatric Symptoms Indicating Impairment”, *Health and Human Behavior III*, pp. 269-276
  - 36 UN Habitat Human settlement Programme 2013 “World Habitat Day a voice from slums”, UN Report
  - 37 Shankar, D. & Leibowitz G.S. 2011 AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, Volume 23, Issue 4, 2011 SHORT REPORTS Mental health needs of people living with HIV/AIDS in India: a literature review.
  - 38 Murthy, P., Manjunatha, N., Subodh, B.N, Chand, P.K & Benegal, V. 2010 “Substance use and addiction research in India”, *Indian Journal of Psychiatry*, 2010;52, Suppl S3:189-99
  - 39 Kinsey, A C. et al, 2005 *Sexual Behaviour and AIDs in India*, Tata Institute of Social Sciences, Mumbai.
  - 40 Jaswal S. 2007 “Getting Sensitive Information on Sensitive Issues: Gynaecological Morbidity”, *Health, Policy and Planning*, 12 (2), pp173-178
  - 41 Emmel, N.D. & O'Keefe, P. 1996 “Participatory Analysis for Redefining Health Delivery in a Bombay Slum”, *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 18, No. 3, pp. 301-307
  - 42 Bharat, S. 1997 “Household and Community Response to HIV/AIDs”, *Indian Journal of Social Work*, Vol. 58, No. 1, pp. 90-98
  - 43 Indian Express Jan.15 2008
  - 44 Pomeroy, E. Rubin, A. & Walker, R. 1995 Effectiveness of a Psychoeducational and Task-Centered Group Intervention for Family Members of People with AIDs, *Social Work* , Vol. 19, No.3, pp.142-161
  - 45 *The Sunday Observer* Nov.29, 2008
  - 46 Ramasubban, R. 1998 “HIV/AIDs in India, Gulf Between Rhetoric and Reality”, *Economic and Political weekly*, No7, pp. 2865~2872
  - 47 Kinsey, A C. et al, 1995 *Sexual Behaviour and AIDs in India*, Tata Institute of Social Sciences, Mumbai.
  - 48 Hans, G. 1997 “AIDs and Law”, *Indian Journal of Social Work*, Vol. 58, No.1, pp. 99-110
  - 49 Kumar, C.R. 2011 “Household and Community Response to HIV/AIDs”, *Indian*

- Journal of Social Work*, Vol. 58, No. 1, pp. 90-98
- 50 *National AIDs Control Programme*, 2007 National AIDs Control Organization, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- 51 Leon, A. 1999 “Family Support Model: Integrating Service Delivery in the Twenty-First Century”, *Families in Society*, Vol. 80, No.1, pp. 14-24.
- 52 El-Bassel, N., Ivanoff, A., Schilling, R., Gilbert, L., Borne, D. & Chen, D R. 1995 “Preventing HIV/AIDs in Drug Abusing Incarcerated Women Through Skills Building and Social Support Enhancement”, *Social Work Research*, Vol. 19, No.3, pp. 131-141
- 53 Flaherty, J.A., Gaviria, F M. & Pathak, D S. 1983 “The Measurement of Social Support , The Social Support Network Inventory”, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 24, No.6, pp. 521-529
- 54 Pott, M. 1997 “Social Support and Depression among Older Adults Living Alone: The Importance of Friends Within and Outside of a Retirement Community”, *Social Work*, Vol. 42, No. 3, pp. 348-361
- 55 Pradeep, P. 2005 “Marital violence, human development and women’s property status in India”, *World Development* Volume 33, Issue 5, May 2005, pp. 823–850
- 56 Assadi, M. 1999 “Communal Violence in Coastal Belt”, *Economic and Political Weekly*, Feb.20, Vol. 34, No.8, pp. 446-448
- 57 Srivastava, N. 1999 “Exposing Violence against Women. A Campaign in Utter Pradesh”, *Economic and Political Weekly*, Feb.20, Vol. 34, No.8, pp. 453-454
- 58 Walters K.L. & Simoni J.M. 2002 “Reconceptualizing Native Women's Health: An “Indigenist” Stress-Coping Model”, *American Journal of Public Health*, April 2002, Vol. 92, No. 4, pp. 520-524.
- 59 Bhide, A. 1998 “Housing Campaigns in India: An Overview”, *Indian Journal of Social Work*, Vol.59 (1), pp. 340-356
- 60 古賀正則 1999 「インドの NGO の現状と課題」『駿大史学』第 107 号 9 月号, pp. 1-50
- 61 Pimple, M. & Kamat, M. 1998 ”Straggle for Housing”, *Indian Journal of Social Work*, Vol.59 (1), pp. 357~381
- 62 松沢節子 1997 「途上国の強制移転政策形成の論点」『国際協力研究』13 (2), pp. 47-58
- 63 Sharma, B.D. 2001 “The People Versus System”, *Indian Journal of Social Work*, Vol. 59, No. 1, pp. 62-98
- 64 Jandhyala, K. 1998 “Women, Empowerment and The State”, *Indian Journal of Social Work*, Vol. 59, No 1., pp. 191-207
- 65 Chauhan, U. & Lal, N. 1999 ”Public-Private Partnerships for Urban Poor in Ahmeabad: A Slum Project”, *Economic and Political Weekly*, Vol.34, No.s 10 & 11,



pp. 636-696

- 66 Mathew, G. 1999 “Decentralised Institutions: Governmental and Voluntary Sector”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 34, No 9, pp. 529-523
- 67 Mencher, J. 1999 “NGOs: Are They a Force for Change”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 34, No. 30, pp. 2081-2089
- 68 橋本由紀子 2014 “Community perceptions and strategic CSR for companies’ sustainability with special reference to Pune Industrial belt, India”, 『最新社会福祉学研究』 No 8 , pp. 15-26

## 謝辞

本研究をまとめるにあたり、多くの方々にご指導、ご助力、ご協力いただきましたことを、心より感謝申し上げます。なかでも、非常にお忙しい中、研究に対する姿勢や論文の書き方について、ご指導くださった指導教授、高橋睦子先生には、どれほど言葉をつくしても感謝の気持ちを十分に表すことはできません。ありがとうございました。ときに、実践への想いを情緒的に記述してしまう私を、研究者としてのあるべき姿についてご教授くださったことに対して、重ねて深謝いたします。先生の研究者としてのお姿を手本とし、今後研究に励む所存であります。

また、副指導教授、小川芳徳先生、永見邦篤先生には詳細に論文の誤字脱字や表現、論文引用、表現の誤りなど、細かく丁寧にご指導を賜り、誠に感謝いたします。また、外部審査委員としてお忙しい中遠くからおいでくださいました内海成治先生には、開発分野からの貴重なコメントやご質問をいただき、改めて、内海先生の偉大さを感じ、研究の指針とさせていただきたいと存じます。また、正野知基先生はじめ、九州保健福祉大学連合福祉学研究科の多くの先生方に励ましとご支援をいただき深く感謝いたします。

そして、本論文の第Ⅱ部の現地調査におきまして、忍耐強く面接聞き取りに応じてくださった、コミュニティーの方々、調査に同行し、調査補助兼現地語通訳として協力してくださった地元 NGO、支援団体のスタッフ、ソーシャルワーカーの方々なくしては本論文を成就することは不可能でした。心より御礼を申し上げます。

再度、ここに一つの研究成果としてまとめることができましたことは、諸先生方、インドにおける共同研究者、調査対象者の皆様、調査補助として協力をいただいた方々の提案、励まし、ご支援があつてこそであると深謝申し上げます。