

生活の質——政策理念と現状

山本 卓

序

ASEANは現在、地域統合にむけた取り組みの柱の一つとして、「持続可能な発展を志向する、民衆中心で環境に優しい協調行動を通じて人びとの生活の質を向上しよう」という、この地域の強い願望」に基礎を置く「社会・文化共同体」の実現をめざしている（ASEAN 2009a: II4）。二〇〇九年三月にはその推進プランである「ASEAN社会・文化共同体計画」を採択し、「生活の質（quality of life）」の向上をはかるうとしている。こうした展開をみせるASEANを中心に、「生活の質」という観点から東南アジアを見つめる視点がこの地域内部で台頭しつつある。

もっとも、「生活の質」という概念は、それが理念ないし政策の基準・規準として用いられる場合にかぎってみたとしても、多種多様である。そのことはASEANにも当てはまる。しかも、ASEAN自身は今のところ「生活の質」についての独自の理論的枠組みを有していない。そのため多種多様さという「生活の質」概念の特徴は、この概念を用いたASEANの議論において顕著に現れている。

本稿では以上の認識にもとづいて、第一に、その内実は多種多様であるものの、近年のASEANにおいて「生活の質」という概念が社会・文化領域における統合の要として浮上ってきているということを、ASEANの宣言、政策文書、報告書に即して跡づける（I）。そのうえで第二に、「生活の質」に関する諸潮流のなかで、主観的水準に注目する潮流に焦点を当て、近年のASEANはその水準

をも政策視野に入れつつあることを明らかにすると共に、同水準での「生活の質」を実際に認識、評価するための方法について検討する(Ⅱ)。それを踏まえて第三に、ASEANバロメーターのデータを用いて、ASEAN諸国における主観的な「生活の質」の現状およびその向上策の方向性について検討する(Ⅲ)。

I 「生活の質」とASEAN

1 「生活の質」

「生活の質」という言葉は英語圏では遅くとも一八世紀中頃までには用いられるようになっていたが、その概念をめぐる哲学的思考はさらに長い歴史をもっている。他方、「生活の質」が社会や個人の状態を評価するための指標として広く用いられ始めるのは一九七〇年代以降のことである。戦後経済が新しい局面に入っていた時期、環境問題や市民運動の活発化などを背景に、従前型の社会経済システムそのものを問い直す動きが活発になった。「生活の質」はそうした情勢下にあつて、生産力の拡大や経済的効率性の向上、つまりは経済成長を国内における最優先事項としてきた従前の政策や科学技術を再考するうえでの基準

として、さらにはポスト高度経済成長期の社会がめざすべき理念と位置づけられ浮上した(Stöber and Schumacher 1973)。そこでは「生活の質」とは当初、GDPに代表される従前の経済的尺度によってでは必ずしもとらえられない、社会や個人の水準で重要視されるべき何かというやや漠然としたものであつたが、その「何か」を追求する動きがこの時期に加速したのである。その延長線上に、「生活の質」を指標化し、それを数量的に表すための指数の研究開発が進められ、その成果を政策の立案・評価に組み入れることがめざされた(Bognar 2005: 561-2)。

以上の展開は国際的な影響力を有した。というより、一九七〇年代初頭に経済協力開発機構(OECD)の科学政策専門部会が「生活の質」という言葉を方針転換のシンボルとして用いたことに象徴されるように、その動きは当初から国際的色彩の濃いものであつた(OECD 1971)。とりわけ一九九〇年代以降については、「生活の質」の指標・指数、ないしそうした指標・指数として広く参照されるものの多くは国際機関によって開発されたものになつている。具体的には、国連の人間開発指数やミレニアム開発目標指数、OECDの「社会的指数」、欧州連合(EU)の「ヨーロッパ的生活の質(European Quality of Life)」指数、国際NGOである新経済基金の地球幸福度指数などが挙げられる。そのうち国連、EU、OECDの指標や指数

については、「人間開発」や「社会的保護」の取り組みと密接に結びついているということは周知のとおりである。

2 ASEANにおける「生活の質」

ASEANもまた地域統合を進めるうえで、核の一つに「生活の質」を位置づけている。もともとASEANは、少なくとも現在のところ独自の「生活の質」指標・指数を有していない。だが「生活の質」は二〇〇〇年代中頃からASEANの社会面における政策理念の一つと明確に位置づけられるようになり、またそれと連動するかたちで国連のミレニアム開発目標を組み入れた、「生活の質」の向上を目的とする行動計画が策定、推進されている。

周知のようにASEANは、二〇〇三年一〇月に採択された第二ASEAN協和宣言において、二〇二〇年までに「安全保障共同体」、「経済共同体」、「社会・文化共同体」を柱とする「ASEAN共同体」を構築する意志を明確にした。二〇〇七年一月の第二回ASEANサミットでは、二〇一五年までに「ASEAN共同体」の構築を加速させることが宣言されると共に、その柱の一つとされる「社会・文化共同体」については、「人びとの生活の質に高い比重を置く、思いやりのある環境 (a caring environment)」の創出が重要であるという認識を確認する文言が議長声明

のなかに盛り込まれた (ASEAN 2007)。

ASEANにおいて「生活の質」がキータームとして用いられるようになるのは、一つには第一次「ASEAN統合イニシアティブ行動計画」の改訂過程においてであったと考えられる。「統合イニシアティブ」は、一九九〇年代後半にASEANに加わり開発水準が相対的に低位にあるカンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマー (総称CLMV) とその他の加盟諸国とのあいだの「開発ギャップ」を縮小することに主眼を置くものである。CLMVは一人当たりGDPが他の加盟諸国の平均との比較で四分の一以下の水準にあり、人間開発指数やミレニアム開発目標指数も相対的に低い水準にある。CLMVの人間開発指数 (平均余命指数、教育指数、GDP指数から構成) は二〇一〇年時点でそれぞれ、一九六ヶ国中の一二四位、一二二位、一三位、一三二位となっている (UNDP 2010)。CLMVの開発促進をめざす「統合イニシアティブ」の中間見直し が二〇〇五年に行われた。その際、都市部の生活環境 (住宅供給、交通、廃棄物処理)、自然環境、大気汚染、海洋汚染、浄水の保全・確保・改善が新規の重点的施策群として計画のなかに組み込まれ、それらの施策群は「生活の質」にかかわるものとして括られた (ASEAN 2006)。

ASEANはさらに二〇〇九年三月に「社会・文化共同体」の実現にむけた総合プランである「ASEAN社会・

表1 「ASEAN 社会・文化共同体計画」の構成

A. 人間開発
1. 教育の推進と重点化
2. 人間資源開発への投資
3. ディーセント・ワークの促進
4. 情報・通信技術の促進
5. 応用科学技術へのアクセスの向上
6. 女性、若者、高齢者、障害者の起業スキルの強化
7. 行政サービス能力の構築
B. 社会福祉・社会的保護
1. 貧困の軽減
2. 統合とグローバル化の負の衝撃に対する社会保障網と保護
3. 食の安全と安心
4. 保健ケアへのアクセスと健康的な生活様式の促進
5. 感染症の管理能力の向上
6. 麻薬のない ASEAN の確立
7. 災害に強い国、安全な地域の構築
C. 社会正義と諸権利
1. 女性、子供、高齢者、障害者の諸権利の保護と促進
2. 移民労働者の諸権利の保護と促進
3. 企業の社会的責任の促進
D. 環境面における持続可能性の確保 (中略)
E. ASEAN アイデンティティの構築 (中略)
F. 開発ギャップの縮減

(出所) ASEAN 2009a.

文化共同体計画」を採択した (ASEAN 2009a)。前述した「統合イニシアティブ」の社会領域での取り組みはこの「計画」に統合された。同計画の目的である「社会・文化共同体」は、「人びとの生活の質を向上しよう」という、この地域の強い願望」に応えようとするものであるとされる。そこで言う「生活の質」は、「統合イニシアティブ」との比較で、地理的、意味的により広い内容を有している。それに対応して「生活の質」の向上を理念に掲げる

「社会・文化共同体計画」においては、表1にまとめたような広範囲にわたる取り組みが挙げられている。この計画は ASEAN の全加盟国が対象である。

3 ASEAN と「生活の質」関連指数

「ASEAN 社会・文化共同体計画」に組み入れられた政策群のうち、「貧困の軽減」、「保健ケアへのアクセスと健康的な生活様式の促進」、「感染症の管理能力の向上」については、国連のミレニアム開発目標との結びつきが明記されている。ASEAN 諸国は二〇〇〇年にミレニアム開発目標の達成をめざすことを確認し、二〇〇九年三月にはその旨について共同宣言を採択している。ASEAN として目標達成にむけたロードマップを策定しようとする動きも存在する (McClean, Warr. and Lorenzen 2008)。

周知のようにミレニアム開発目標は八分野から構成され、全六〇の指数が設定されている。目標達成年度は ASEAN が統合をめざしているのと同じ二〇一五年である。表2は、「ASEAN 社会・文化共同体計画」のなかの前

述した三つの政策分野に対応するミレニアム開発目標指数、すなわち、目標1「極度の貧困と飢餓の撲滅」、目標2「初等教育の完全普及」、目標4「乳幼児死亡率の改善」、目標5「妊産婦の健康の改善」の進捗状況を表すた

表2 ASEAN 諸国のミレニアム開発目標指数

	目標 1		目標 2		目標 4	目標 5
	貧困人口率 (%) ^{*1}	飢餓人口 (%) ^{*2}	脆弱就業者率 (%) ^{*3}	初等教育の最終学年到達率 (%)	乳幼児死亡率 (／000)	妊産婦死亡率 (／00,000)
ブルネイ	n.a.	5未満	4.1(1991)	96.2(2007)	5(2009)	21(2008)
カンボジア	28.3(2007)	22	86.7(2004)	54.5(2007)	68(2009)	290(2008)
インドネシア	18.7(2009)	13	63.7(2009)	80.0(2007)	30(2009)	240(2008)
ラオス	33.9(2008)	23	90.1(1995)	67.0(2007)	46(2009)	580(2008)
マレーシア	0.0(2009)	5未満	21.5(2009)	95.9(2007)	6(2009)	31(2008)
ミャンマー	n.a.	16	n.a.	69.6	54(2009)	240(2008)
フィリピン	22.6(2006)	15	43.5(2008)	75.3(2007)	26(2009)	94(2008)
シンガポール	n.a.	n.a.	9.8(2009)	98.7	2(2009)	9(2008)
タイ	0.4(2004)	16	52.5(2009)	n.a.	12(2009)	48(2008)
ベトナム	13.1(2008)	11	73.9(2004)	85.4(2002)	20(2009)	56(2008)

(備考)

*1 日収1.25米ドル(PPP)未満で生活する人口の割合

*2 カロリー消費が必要最低限の水準未満の人口の割合(2004-6年)

*3 総就業者に占める自営業者と家族労働者の割合

(出所) ADB 2011.

めに用いられている指数のいくつかをASEAN加盟国についてみたものである。いずれにおいてもブルネイ、シンガポール、マレーシアは相対的に楽観的な水準にあるのに対して、CLMVは多くの課題をかかえていることを示唆する水準になっている。その点で、「統合イニシアティブ」における「開発ギャップ」の縮減という課題への取り組みは「社会・文化共同体計画」においても不可避であるといえる。他方、表2で挙げた指数を見るだけでも、CLMV以外にも分野によって、あるいは総体的に、さらなる改善が必要であるような国が存在する。その点でミレニアム開発目標を組み入れた「ASEAN社会・文化共同体計画」は、ほとんどのASEAN加盟国にとって「統合イニシアティブ」における社会領域での取り組みよりもいっそう自国自身の課題と認識されやすい内容になっている。

このように近年のASEANにおいては、「生活の質」が社会領域の中心理念の一つになっていると共に、国連がそのパッケージを示しているものではあるが、「生活の質」に関する指標・指数を採用し、それにもとづいて政策を推進しようとする動きが現れている。その背景には、急速な都市化といった社会変化、国際機関や他国からの開発資金の調達といった要因とやらんで、地域統合の柱の一つと位置づけられる「社会・文化共同体」を創出しようという試みは域内の人びとの日常レベルに根付いたものでなけ

れば成功しえないという認識が存在すると考えられる。

II ASEANにおける主観的な「生活の質」

1 「生活の質」に対する二つのアプローチ

「生活の質」の指標・指数化には、客観的アプローチと主観的アプローチが存在する (Philips 2006: 3)。客観的アプローチは、所得水準や死亡率といった観察可能で数的に確認可能な状態や現象の高さ、頻度、出現率に焦点をあてるものである。人間開発指数やミレニアム開発目標指数は客観的アプローチに立つ「生活の質」指数であるといえる。他方、主観的アプローチとは、「生活の質」についての対象者自身の評価、認識に迫ろうとするものである。世界幸福度指数や「ヨーロッパ的生活の質」指数は人びとの満足度、認識、価値観を考慮に入れていため、主観的アプローチを取り入れたものといえる。

「生活の質」を政策理念に掲げる「ASEAN社会・文化共同体計画」は、現在のところミレニアム開発指数を唯一の「生活の質」指数としている。その意味で客観的アプローチをもつばら採用している。しかし同計画に接合され

たASEANの保健部門における議論には、「生活の質」に対する主観的アプローチの要素が潜在的にはあるが含まれている。その点と関連して注目したいのは、ASEANにおけるメンタルヘルスをめぐる議論である。

2 ASEANにおけるメンタルヘルスの重点化

ASEAN諸国はASEAN保健相会議を二年ごとに開催している。二〇〇〇年の会談においては、「この地域における健康問題は依然、貧困と結びついており、また、都市化、工業化、環境汚染、生活習慣病、ストレスとますます密接な関連性をもつようになってきている」という認識にもとづく「健康的なASEAN二〇二〇」を宣言した。

これは二〇二〇年までに「健康を開発の中心に据える」と共に、「人々の心身の健康と、安全な環境における調和した生活の実現にむけて保健分野におけるASEANの協調を加速させる」ことを目的に掲げる構想である (ASEAN 2000)。二〇〇二年の会談では、この構想を具体化するべく策定された「健康的なASEAN生活様式の地域行動計画」を共同推進することが合意された。この計画は現在、「生活の質」の向上を理念に掲げる「ASEAN社会・文化共同体計画」のなかに組み入れられている (ASEAN

2009a: B.4)。

メンタルヘルスは「健康的なASEAN生活様式の地域行動計画」のなかの重点分野の一つと位置づけられており、「社会参加の促進、差別待遇の極小化、経済的諸機会の拡大につながる環境の創出」が同分野における取り組みの基本方針とされている(ASEAN 2002)。「健康的なASEAN生活様式の地域行動計画」が「ASEAN社会・文化共同体計画」に統合されたことに伴って、メンタルヘルスそのものにかかわる施策は、教育、情報強化、公衆衛生活動の一環としての広報にいわば限定された(ASEAN 2009a: B.4ii)。その半面で、「健康的なASEAN生活様式の地域行動計画」のなかでメンタルヘルス分野における取り組みの基本方針とされている「社会参加の促進」、「差別待遇の極小化」、「経済的諸機会の拡大」は「ASEAN社会・文化共同体計画」においては、①女性、若者、高齢者、障害者の労働を通じた社会参加の促進、またそのための機会創出(表1 A 6)、②女性と障害者の社会参加の促進(同C 1)、③移民労働者に対する差別待遇の改善(同C 2)、といった項目となって組み入れられている。これを、メンタルヘルスの観点が「生活の質」の向上という理念と結びついて具体化、拡大したと見ることも可能であろう。

メンタルヘルスは「健康的なASEAN二〇二〇」でいう「心の健康」にかかわるものであるため、その維持、増

進の試みは主観的アプローチと適合的である。たしかに、「健康的なASEAN二〇二〇」や「ASEAN社会・文化共同体計画」におけるメンタルヘルスの概念は、本人の幸福や良き生についての考え方にもとづいた主観的な「生活の質」よりも、急速な経済、社会的変化を背景にその重要性がますます認識されるようになってきている予防医学的な観点に比重を置いたものであることは否めない。しかし、前述した「ASEAN社会・文化共同体計画」に見られるように、メンタルヘルスないし「心の健康」という要素そのものは必ずしも狭義の予防医学的な観点に還元し尽くせないかたちで、「生活の質」に関するASEANの議論のなかに入り込んできている。そうした条件下にあって、「生活の質」の向上をはかる試みにおいて主観的水準の比重はますます高まり、またそれに付随して「生活の質」についての主観的アプローチの重要性は増していると考えられる。だがこの地域における主観的な「生活の質」については本格的な調査がほとんど実施されてきていないのが現状である。^{*}

3 主観的な「生活の質」指数——WHOQOL

メンタルヘルスについては「保健関連の生活の質」をテーマとする研究分野において、主観的アプローチに立つ

「生活の質」指標・指数の開発が進められてきた。保健・医療（ケア）の領域では、患者は治療の対象としてだけでなく社会のなかで良き生（well-being）を追求する存在であるという認識が高まるなかで、患者本人の希望する生き方や生活様式に沿った医療を実現するうえでの理念、規準として「生活の質」という概念を用いるようになった。それを背景に一九七〇年代頃からは、保健関連の「生活の質」指数を構築する試みが活発になる（Nordenfheldt ed. 1994: 115）。一九九〇年代に入ると世界保健機関（WHO）の研究グループが「WHO生活の質（WHOQOL）」を開発し、そのなかのとくにWHOQOL-L100とWHOQOL-IBREFと呼ばれる指数は、現在、当該分野の調査において国際的に用いられている。WHOQOL-L100は主観的な「生活の質」を六つの領域に分け、それらに対応する一〇〇の質問項目を設けている。そのいわば簡易版がWHOQOL-IBREFである（WHO 1998）。ここでは主観的な「生活の質」を構成する領域は後述する四つに統合され、それらの領域に対応する全二六の質問が設けられている。

WHOQOLの特色の一つは「文化横断性」にある。WHOは「生活の質」を、「その人の生活している文化、価値体系の文脈において、また、自分自身の諸目標、諸期待、諸基準、重要視している事柄との関連において本人が

認識する境遇」と定義している。WHOQOLも「生活の質」についてのこうした定義にもとづいており、「生活の質」という観念そのものが文化的な多様性を有していることを認識している。その半面でWHOQOLの開発者たちの認識では、既存の「生活の質」指数の多くは特定の国・地域の文化や価値観にもとづいて構成されているため、その指数を使って実質的に比較可能な範囲は地理的に相当限られている（WHOQOL Group 1995: 14034）。それに対してWHOQOLは、質問を異なる言語に翻訳したときに生じるいわゆるトランスレーション・バイアスの可能性にも留意する、「文化横断的」な「生活の質」指数を確立することをめざして開発されたという。

WHOQOLのもう一つの特徴は、「健康と保健ケアに対する包括的アプローチ」を推進する見地に立っている点にある。周知のようにWHOは「健康」を、「単に疾病や障害を有していないだけでなく、身体的、精神的、社会的に十分良好な状態」と定義している。WHOQOLの開発者たちは、この健康観とそれにもとづいて保健ケアを整備・推進しようとする視点を「健康と保健ケアについての包括的アプローチ」と呼ぶ（WHOQOL Group 1995: 1404）。そのうえで、対象地域に暮らす人びとの「健康」・主観的な「生活の質」と保健ケアの現状を分析するためのツールとするべく、「包括的」な健康観を核に据えて「文化横断

的」な指数を構築した。WHOQOLは「包括的アプローチ」を採用したことに付随して、健常者と障害者、罹患者の双方を対象とすると共に、主観的な「生活の質」に影響を与える要因として個体とそれを取り巻く環境の両方を視野に置く構造になっている。

ASEANバロメーターは以上のようなWHOQOLと重なる部分を質問票のなかに含んでいる。すなわち「健康モジュール」にWHOQOL-BREFを構成する二六の質問項目のうちの一五項目を組み入れている。^{＊2}そのため、当該部分のデータを用いることによって、WHOQOL-BREFにほぼ準拠するかたちで、近年のASEANにおいてメンタルヘルスとの関連で比重を増している主観的な「生活の質」を比較、評価することが可能である。前述のようにWHOQOLは「文化横断性」を意識して開発された指数であるため、ASEAN諸国間だけでなく、宗教的、民族的に多様な各国・各地域内部の分析においても有効である。

III ASEAN諸国における主観的な

「生活の質」——数量的分析

1 標本の代表性

ASEANバロメーターの概要等については、本特集の別稿において説明がなされているため本稿では省略する。ここでは標本の代表性にかかわる次の点だけ指摘しておきたい。ASEANバロメーターの調査対象者の基本属性を国際機関の統計（当該国の統計機関が集計したデータに拠るものを含む）と比較すると、性別構成については、インドネシア、ミャンマー、シンガポールで女性の割合が約三ポイント高くなっている。年齢構成については、全体として二〇歳代の割合が低く、国によって特定の年齢層に最大一〇ポイントほどの開きがある。居住地の分布については統計により基準等が異なるため単純に比較することはできないが、都市部のみで実施されたミャンマーを除くと、とくにインドネシアとフィリピンで都市居住者の割合が低い。職業分布と所得分布については調査が実施された地域との関係もあり、当該国全体の状況に必ずしも沿ったものになっていない（UNdata：ASEAN 2008；ASEAN 2009b；

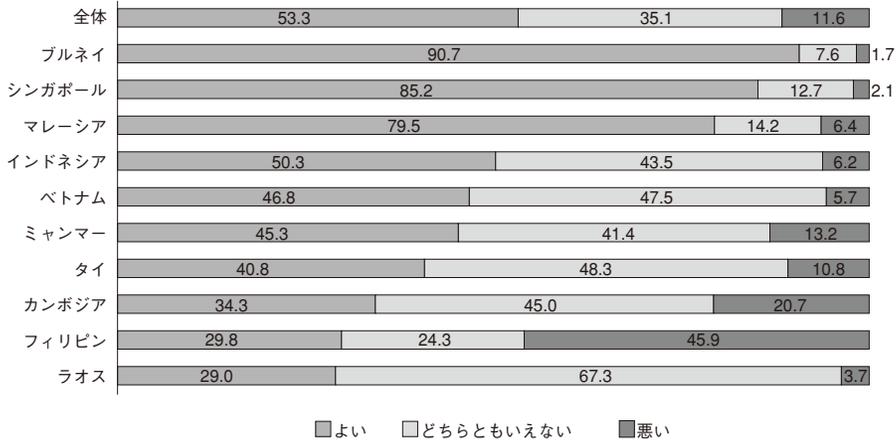


図1 「生活の質」についての主観的評価（回答率%）

（出所）ASEAN-Barometer 2009: Q1.

ADB 2010)。ASEANバロメーターの調査結果にもとづいた考察は以上の諸点に留意する必要がある。

2 「生活の質」についての主観的評価

WHOQOL-BREFと同様、ASEANバロメーターの「健康モジュール」は第一問で回答者自身の考える「生活の質」を五段階で評価してもらっている。図1は、「非常に悪い」と「悪い」、「および「よい」と「非常によい」を統合し、各国の回答率をまとめたものである（全体の有効回答率は九九・九パーセント）。ブルネイ、シンガポール、マレーシアで「よい」の回答率が全体の水準を大きく上回っている。その他の諸国では「よい」の回答率が全体での水準を下回っている。後者のグループにおいては、フィリピンで「悪い」の回答率が、ラオスで「どちらともいえない」の回答率が多くなっている。

表3は、「生活の質」の主観的評価を従属変数、回答者の基本属性を独立変数として、全有効回答者について帰帰分析を行った結果である。性別を除いて統計的に有意である。ただし、同じ分析を国別に行くと表3と異なる特徴を示すケースが存在した。インドネシアでは、「生活の質」の主観的評価は「脆弱就業」および地方の居住者であることと正の相関関係にある（ $p=0.000, 0.015$ ）。またシンガポ

表3 「生活の質」の主観的評価と回答者の基本属性の関係についての回帰分析（全体）

性別 ⁽¹⁾	-0.004798
年齢	-0.0067066***
学歴水準	.0500862*
婚姻関係 ⁽²⁾	-0.1419102*
脆弱就業 ⁽³⁾	-0.5444094***
世帯月収	.2699291***
居住地 ⁽⁴⁾	-0.3554317***

(備考)

***p < 0.001 ; **p < 0.01 ; *p < 0.05

(1) 男性=1、女性=2

(2) 結婚している=1、独身=0

(3) 農林漁業の自営者、行商人・露店商人=1、その他(無職、失業者を除く)=0

(4) 都市部=1、地方=2

ルの回答者においては、「生活の質」の主観的評価は結婚していることと正の相関関係を示している (p=0.04)。

3 ASEAN諸国へのWHOQOLの適用

主観的な「生活の質」を「文化横断的」なかたちで指数化したWHOQOL-BREFは、いま取り上げた「生活の質」の主観的評価との関連を検証しつつ構築された。それは主観的な「生活の質」を、身体的、精神的、人間関係、生活環境、の四領域に区分し、それぞれ指数化したも

表4 WHOQOLに準拠した「生活の質」指数の構成

身体的領域	
F1	身体の痛み、思うことができない (Q3*)
F2	治療を受ける必要性 (Q4*)
F3	活力 (Q10)
F4	移動 (Q15)
F5	睡眠 (Q16)
F6	活動能力 (Q17)
精神的領域	
F7	仕事上の能力 (Q18)
F8	ポジティブな感覚 (Q5)
F9	有意義の感覚 (Q6)
F10	集中度 (Q7)
F11	体型・容姿 (Q11)
F12	自己肯定感 (Q19)
F13	鬱気 (Q25*)
人間関係の領域	
F14	人間関係 (Q20)
F15	友人の支え (Q21)
生活環境の領域	
F16	安心・安全感 (Q8)
F17	周辺環境 (Q9)
F18	経済力 (Q12)
F19	情報へのアクセス (Q13)
F20	余暇 (Q14)
F21	住まいの環境 (Q22)
F22	医療、福祉サービスへのアクセス (Q23)
F23	交通の便 (Q24)

* = 数値が高いほど良好になるように調整

のである。表4は、それらの領域内部の構成要素をASEANバロメーターの質問項目(表中の括弧内に記載)と対応させて示したものである。回答者はそれぞれについて五段階で評価し、その結果をもとに各領域のスコアを算出する。算出法はWHOQOLに従って、「構成要素の総和の平均値× $\frac{1}{4}$ 」× $(100/16)$ である。各質問における五段階評価は低い順に1から5にスコア化する。

図2でその結果を国別に表した。図1で「生活の質」を「よい」とする回答率が全体の水準を上回っているブルネイ、シンガポール、マレーシアはいずれも、各領域で全体の水準を上回っている。タイを除くその他の六ヶ国につい

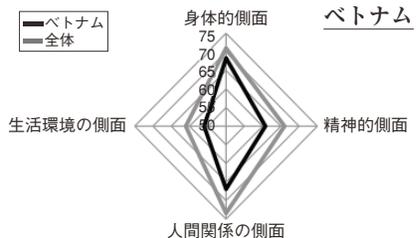
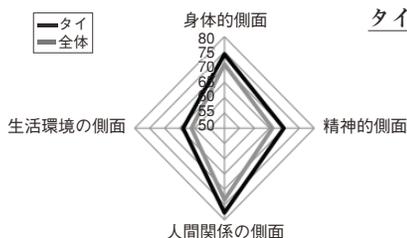
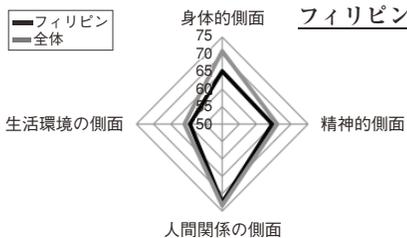
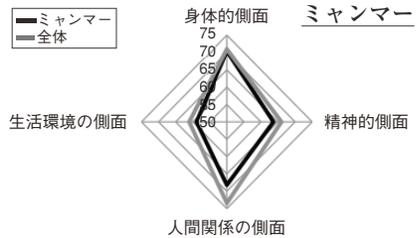
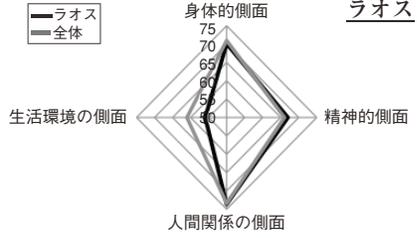
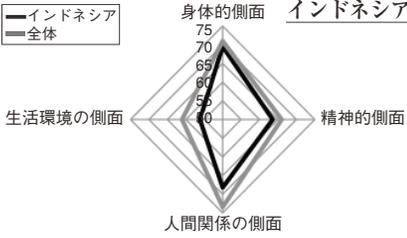
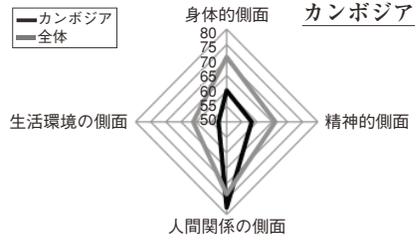
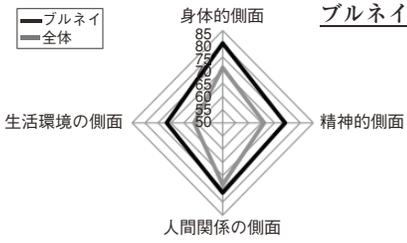


図2 WHOQOL に準拠した主観的な「生活の質」の国別パターン

ては、四つの領域のうち少なくとも二つの領域のスコアが全体の水準を下回っている。以下ではこうした結果を足がかりに、WHOQOLにもとづいて主観的な「生活の質」をASEANレベルで底上げしようとする観点に立った場合の重点を探る。

① 領域別考察

ASEANレベルで主観的な「生活の質」の底上げをはかろうとする見地に立つと、身体的領域については、図2の示すようにこの領域のスコアが相対的に低位にあるカンボジアとフィリピンのパターンに主眼を置く必要があるだろう。カンボジアとフィリンそれぞれの回答者の基本属性を独立変数として回帰分析を行うと、身体的領域のスコアはいずれも、年齢と負の相関関係（それぞれ $p=0.000$ 、 0.003 ）、世帯月収と正の相関関係（それぞれ $p=0.001$ 、 0.03 ）にある。同様の関係は回答者全体でも観察された。これらの諸点に注目すると、カンボジアとフィリピンのパターンを念頭に置いた身体的領域での取り組みにおいては、比較的に高齢な層と低所得層により高い政策的優先順位を置くことが効果的であると考えられる。

精神的領域については、図2の示すようにこの領域のスコアが相対的に低位にあるカンボジアとベトナムのパターンが念頭に置かれるべきであろう。この両国における回答

者の基本属性を独立変数として回帰分析を行うと、精神的領域のスコアは双方とも性別および世帯月収とそれぞれ正と負の相関関係を観察した（性別についてはそれぞれ $p=0.000$ 、 0.001 、世帯月収については共に $p=0.000$ ）。加えて、精神的領域のスコアはカンボジアでは年齢の高さと負の相関関係（ $p=0.000$ ）、ベトナムでは学歴と正の相関関係（ $p=0.022$ ）にある。これらの有意な相関関係は回答者全体においても観察された。なお学歴水準はいずれの国においても世帯月収と正の相関関係（ $p=0.000$ ）にある。以上の結果を踏まえると、精神的領域の底上げにおいては、とりわけ低所得層の高齢女性に重点を置き、内容的には低所得対策につながる教育の拡充に高い優先順位を置くことが効果的であろう。

人間関係の領域については、ベトナムとミャンマーのスコアが相対的に低位にある。この両国の回答者の基本属性を独立変数として回帰分析を行うと、人間関係の領域のスコアは、ベトナムについては世帯月収および居住地と正の相関関係（共に $p=0.000$ ）、ミャンマーについては性別と負の相関関係（ $p=0.016$ ）、世帯月収と正の相関関係（ $p=0.01$ ）にある。以上の関係は回答者全体についても観察された。これらを踏まえベトナムとミャンマーのパターンを念頭に置いて人間関係の領域における「生活の質」をASEANレベルで底上げする方策を検討する場合、低所得層に力点

を置きつつ、地方居住および女性という条件をそこに組み合わせて方策を組み立てていくことが効果的であると考えられる。

生活環境の領域については、カンボジア、インドネシア、ベトナムが全体のスコアを五から一〇ポイント下回っている。これらの諸国の回答者の基本属性を独立変数として回帰分析を行った結果、いずれにおいても生活環境の領域のスコアは世帯収入と正の相関関係にある ($p=0.000$)。加えて、インドネシアについては、「脆弱就業」と正の相関関係 ($p=0.025$)、ベトナムについては居住地と正の相関関係 ($p=0.011$) がある。他方、回答者全体について同じ分析をすると、「脆弱就業」については負の相関 ($p=0.000$) を、居住地については負の相関 ($p=0.000$) を観察した。これらを踏まえると、生活環境の領域における「生活の質」の底上げにおいては、低所得層を中心に据え、その属性（就業形態や居住地）を地域の特性に応じて絞り込んでいくというアプローチが有効であろう。

② ミレニアム開発目標との関連

以上は回答者の基本属性を主軸とする考察であったが、人びとを取り巻く環境条件についてはどのような要因が主観的な「生活の質」に影響を与えているのだろうか。前節で指摘したように「ASEAN社会・文化共同体計画」

は、「貧困の軽減」、「保健ケアへのアクセスと健康的な生活様式の促進」、「感染症の管理能力の向上」の項目のなかにミレニアム開発目標を組み入れている。その点に注目してここでは、ミレニアム開発目標が縮減や改善の対象とする極端な貧困と保健ケアへのアクセスを取り上げる。

ミレニアム開発目標で縮減の対象とされる極端な貧困とは、一日一米ドル（購買力平価）未満の生活を指す。ASEANバロメーターではその条件に厳密に当てはまるグループを特定できないが、世帯月収のデータを用いて同条件と重なっている可能性の高いグループを括り出すことは可能である。図3は、そうして括り出したグループ（貧困

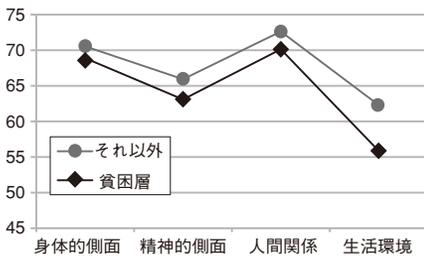


図3 貧困と主観的な「生活の質」(全回答者)

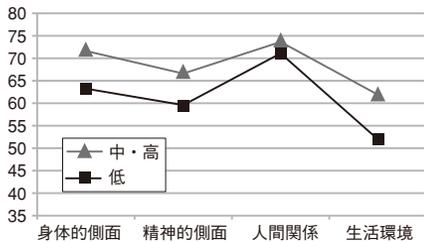


図4 医療アクセスと主観的な「生活の質」(全回答者)

層)のWHOQOL基準の主観的な「生活の質」スコアを、その他のグループのそれと比較したものである(全回答者)。貧困層のスコアは全側面でも他のグループを下回っている。

図4は、医療の利便性を「とても悪い」ないし「悪い」と評価している回答者を医療アクセスの水準が低いグループと定義し、WHOQOLにもとづくその主観的な「生活の質」スコアをその他のグループのそれと比較したものである(全回答者、Q47d)。人間関係の領域で近接しているが、その他の領域ではいずれも医療へのアクセスが低いグループのスコアはその他のグループのそれを下回っている。以上を踏まえると、ミレニウム開発目標のめざす極端な貧困の縮減と保健ケアへのアクセスの改善は主観的な「生活の質」の向上につながる可能性が高い。

③ 経験とベスト・プラクティスの共有

「ASEAN社会・文化共同体計画」は随所で、取り組みを地域全体で推進していくうえでの原則の一つとして、域内における「経験とベスト・プラクティスの共有」を掲げている。その観点を敷衍すると、前述の医療アクセスについては、今回の調査でその主観的評価の平均値が全体平均(三・七八)より高かったのは、ブルネイ(四・二八)、シンガポール(四・二二)、マレーシア(三・九二)、タイ

(三・九九)である。これらの諸国の例は制度面も含めて参考ケースになると考えられる。同諸国は同時に、WHOQOLにもとづく主観的な「生活の質」の水準が相対的に高い諸国でもある。そのうちブルネイとシンガポールは国土の広さや人口規模においてやや特異である。そのため個別分野での取り組みとは別に総体的観点に立つ場合、前述の四ヶ国のなかではマレーシアとタイが、主観的な「生活の質」の向上をはかるうえでのASEANの実質的モデルになりうると考えられる。

そのうちタイについては、図1、2の示すように、スコアが全領域で全体の水準を上回っている。その背景として、公的健康保険制度の整備・対象範囲の拡大や保健医療・健康増進の諸施策から構成される「ヘルシー・タイランド」事業の推進を指摘できる。その反面で、タイにおける「生活の質」を「よい」とする回答率は相対的に低く、全体の七番目である。他方、マレーシアのスコアは全領域において全体の水準を上回っていると共に、「生活の質」についての主観的評価において「よい」の回答率がブルネイ、シンガポールに次いで高い水準にある。そのマレーシアは、図2の示すように、生活環境の領域においてのみタイより高い水準を示している。そこで生活環境の領域に注目し、表4に記したその構成要素についてみると、安心・安全感、周辺環境、経済力、情報へのアクセス、余暇、に

においてマレーシアのスコアはタイのそれを上回っている。これらのいずれか、あるいはそのコンビネーションが、マレーシアにおいて「生活の質」そのものについての主観的評価が相対的に高くなっている要因になっている可能性がある。その部分はさらに踏み込んだ検討を要するが、前述のようにマレーシアはASEANのなかのモデル的ケースとみなしうることを考え合わせると、WHOQOLを基準にして主観的な「生活の質」の向上をASEAN全体ではかろうとする際の焦点の一つになりうる。

概括

本稿では以下の諸点を明らかにした。

(1) 「生活の質」を政策理念として掲げ、そのもとで「生活の質」を指標・指数化しその向上をはかろうとする考え方は国際的水準を有しており、ASEANにおいても二〇〇〇年代の中頃以降、明確なかたちで現れるようになってきている。ASEANは二〇〇三年に第二ASEAN協和宣言を採択し、遅くとも二〇二〇年までに経済、安全保障とならんで社会・文化の領域においても共同体を構築することへの意志を明確にすると共に、その構想の実現にむけた取り組みの一環として、域内における「人

びとの生活の質の向上」を理念に掲げる「ASEAN社会・文化共同体計画」を策定し二〇〇九年にこれを採択した。「ASEAN社会・文化共同体計画」は、ミレニアム開発目標を組み入れると共に、域内の「開発ギャップ」の是正・解消を主な目的にする「ASEAN統合イニシアティブ」や「健康的なASEAN生活様式の地域行動計画」といった、ASEANの従前の政策、計画を統合した内容になっている。特に、「心の健康」を目標に掲げ（広義の）メンタルヘルスを重点分野の一つと位置づける後者の地域行動計画を部分的に統合したことによって、「ASEAN社会・文化共同体計画」の内部では主観的な「生活の質」の観点が潜在的に重要性を増している。

(2) 主観的な「生活の質」については、それを「文化横断的」に評価するために開発されたWHOQOLが存在する。これは世界保健機関独自の「包括的」な健康観・保健ケア観にもとづいているため、狭義の保健・医学の領域にとどまらず、ASEANが社会領域における目的の一つに掲げている広い意味での「心の健康」ひいては主観的な「生活の質」を評価・分析するためのツールになりうる。

(3) WHOQOL-BREFとほぼ同じ質問項目を組み入れたASEANバロメーターの調査結果にもとづいて、二

○〇九年末から二〇一〇年初頭のASEAN諸国における主観的な「生活の質」を分析した。その結果は次のようなものであった。①「生活の質」そのものについての主観的評価は、ブルネイ、シンガポール、マレーシアが全体の水準を上回っている(図1)。②WHOQOLに準拠して主観的な「生活の質」を四つの領域に分け、それぞれ評価を国別にスコア化すると多様なパターンを示した(図2)。それを踏まえて、WHOQOLにもとづく主観的な「生活の質」の向上をASEANレベルではかろうとするならば、重点をどこに置くのが有効であるのかを回答者の基本属性を軸に検討した。③ASEANが取り組むミレニアム開発目標との関連では極端な貧困の縮減と保健ケアへのアクセスの改善は共に主観的な「生活の質」の向上にもつながら可能性が高いこと、またとくにマレーシアのケースは生活環境の領域を中心に、多くのASEAN諸国にとって参照点になりえるため、より掘り下げた検討に値することを指摘した。

●注

*1 「生活の質」を直接のテーマとするものではないが、世界価値観調査やアジア・バロメーターといった、ASEANに加盟している数ヶ国を対象に含めて実施された意識・価値観調査のなかに、主観的な「生活の質」を知るうえの手が

かりとなりうる質問が含まれている場合がある。また、東アジアにおける主観的な「生活の質」をテーマとする猪口・ドーチュル・シン編(二〇一一)は、シンガポールを対象に含んでいる。

*2 ASEANバロメーターに含まれていないのは「人間関係」の領域についての質問のなかの一つである。

●参考文献

- 猪口孝編(二〇一一)『アジア・バロメーター 東アジアと東南アジアの価値観』慈学社。
- 猪口孝・シン、ドーチュル編(二〇一一)『東アジアのクオリティ・オブ・ライフ』東洋書林。
- ADB(2010) *Key Indicators for Asia and the Pacific 2010*. Asian Development Bank.
- ADB(2011) *Key Indicators 2011*. Asian Development Bank.
- ASEAN(2000) Declaration of the 5th ASEAN Health Ministers Meeting on Healthy ASEAN 2020 (28-29 April 2000).
- ASEAN(2002) *Regional Action Plan on Healthy ASEAN Lifestyles*. AHMM.
- ASEAN(2006) List of New IAI Project Ideas (JARCOM5/4-1 (b)).
- ASEAN(2007) Chairperson's Statement of the 12th ASEAN Summit "One Caring and Sharing Community".
- ASEAN(2008) *ASEAN Statistical Yearbook 2008*. ASEAN Secretariat.

- ASEAN (2009a) *ASEAN Social-Cultural Community Blueprint*, ASCC.
- ASEAN (2009b) *ASEAN Community in Figures 2009*, ASEAN Secretariat.
- Bognar, G. (2005) The Concept of Quality of Life, *Social Theory & Practice* 31 (4).
- McClellan, K., Warr, P., Lorenzen, S. (2008) *Poverty Reduction and Social Development in ASEAN: Towards an ASEAN Roadmap for the Implementation of the Millennium Development Goals* (REPSF II Project No. 07/007).
- Nordenfelt, L. ed. (1994) *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Springer.
- OECD (1971) *Science, Growth and Society*, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Phillips, D. (2006) *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*, Routledge.
- Ströber, G. J. and Schumacher, D. ed. (1973) *Technology Assessment and Quality of Life*, Elsevier Scientific Pub.
- UNDP (2010) *Human Development Report 2010*, United Nations Development Programme.
- United Nations Statistics Division, UNdata (<http://data.un.org/>)
- WHO (1998) *WHOQOL User Manual*, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
- WHOQOL Group (1995) 'The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)', *Social Science & Medicine* 41 (10).

● 著者紹介 ●

- ① 氏名……山本卓(やまもと・たく)
- ② 所属・職名……法政大学法学部政治学科・准教授
- ③ 生年・出身地……一九七五年・埼玉県育ち
- ④ 専門分野・地域……英国福祉史・イングランド
- ⑤ 学歴……法政大学法学部(政治学科)、立教大学大学院法学研究科(政治学専攻)
- ⑥ 職歴……立教大学法学部・助手、助教(二年)、新潟県立大学・研究員(一年)、立教大学法学部・特任准教授(一年)
- ⑦ 現地滞在経験……英国スコットランド(二〇〇〇年度)、香港
- ⑧ 研究方法……史料分析
- ⑨ 所属学会……日本政治学会等
- ⑩ 研究上の画期……二〇〇〇年代中頃に英語圏から起こった健康格差論の(再)台頭。
- ⑪ 推薦図書……井野瀬久美恵編『イギリス文化史』昭和堂、二〇一〇年