

タイにおける高齢化の進展と地域社会の対応 —東北タイの農村を事例として—

竹 内 隆 夫

目次

1. はじめに
2. タイの人口構造の変化
3. 高齢者の受け皿
 - 3-1 家族
 - 3-2 社会
4. 東北タイ農村における高齢者への対応
5. おわりに

1. はじめに

世界の人口動態は、自然増による急速な人口増が持続しており、国連の予測では、21世紀の終わり（2100年）には世界人口が112億人余に増加すると推計されている。これは2015年の73億人余から、さらに50%以上も増加する数値である。世界人口の総数が大幅に増加するのは人類にとって生存に関する難問となるのだが、人口の構成も大きく変化する。とくに年齢別人口の中身が大きく変容しており、2015年で65歳以上の老年人口の比率が、世界全域では8.3%とすでに高齢化社会（7%以上）になっているが、先進地域では17.6%と一段階進展した高齢社会（14%以上）を示しているのに、発展途上地域では6.4%と高齢化社会にはまだ至っていない。ところが、2100年には、世界全域が22.7%と超高齢社会（21%以上）になり、先進地域では29.0%、発展途上地域ですら21.9%といずれの地域でも超高齢社会に到達してしまっている（国立社会保障・人口問題研究所 2017：17、34）。人口構造が質的に変化するのである。しかし、国連の関心は人口増への対応が中心であり、現状では人口構造の質的な変化（少子化、高齢化および人口減少）が顕著に現われているのは、ヨーロッパや東アジア地域が

中心のため、それへの対応は個別国家に任されることになる。

ここで取り上げるタイは、東南アジア地域に属するが、この地域で人口構造が質的に変化しているとみられるのは、将来国内人口が増加ではなく減少への方向を示すことであろう。その指標となる合計特殊出生率が人口置換水準（2.1 とする）を下回るのは、世界銀行の2015年の資料では11カ国中、低い順から、シンガポール（1.2）、タイ（1.5）、ブルネイ・マレーシア（1.9）、ベトナム（2.0）の5カ国である（矢野恒太記念会 2017：419）。これらの国々は少子化が進行しているが、とくに先の二国はそれが顕著である。同時に人口構造の質的な変化を示す老年人口比率が高齢化社会に到達している国は、国連の資料から、シンガポール（2015年・11.8%）、タイ（2012年・8.4%）、ベトナム（2015年・7.6%）の3カ国である（矢野恒太記念会 前掲書：69）。したがって、タイは今後人口の構成が大きく変動することが確実である。とくに高齢化は、現在世界で一番それが進展している日本が、高齢化社会から高齢社会に移行する期間が24年（1970年-1994年）であったのに、それよりも短い期間（20年）で到達するとも予想されていて¹⁾、老年人口の増加がいちじるしく進展している。生産労働から引退する人々（タイでは60歳になる）が急増する際の受け皿のあり方は大きな社会問題にもなる。その受け皿や地域社会の状況について、東北タイの農村の事例からみていきたい。

2. タイの人口構造の変化

ここで分析の対象とする東北タイのむらで、最初に一村の悉皆調査を行った1980年当時の印象からのべることとする。このむらを調査対象地に選んだ理由は、東北タイで前年に予備的な調査をした2県（コーンケン、ローイエット）各2カ村、計4カ村のなかで、もっとも貧しいむらという印象をもったからであった。そのころのむらの人々の様子で強く記憶に残るのが、子どもの数の多さと老人の少なさであった。子どもの数は、むらの小学校が、近隣の2カ村からも生徒がこのむらの学校に通学するという事情があったこともあり、授業が終わると校庭でたくさん子どもたちが遊んでいた²⁾。裸足の子どももみられた。むらのなかでも放課後路上（その頃はまだ舗装がされていなかった）で遊ぶ子どもの姿がいっぱいみうけられた。逆に、老人は特に男性の60歳代の少なさが目立った。このむらでは男子の人生は50年かという感慨を抱いたのを覚えている。女性も70歳代になるとその数は一挙に少なくなっていた。

これはむらでの印象だが、その頃のタイの合計特殊出生率（TFR）と平均寿命の変化を日本と比較したものが表1である。

世界銀行の統計から、80年以降20世紀末までの数値をのせたが、タイではこの20年間に合計特殊出生率が半減し、90年代には人口置換水準をも下回るという急速な少子化にいたっている。80年代の前半では、男性の会話に子どもを何人ももっているということが、その男

表1 タイと日本の平均寿命と合計特殊出生率

年次	タイ		日本	
	平均寿命	合計特殊出生率	平均寿命	合計特殊出生率
1980	64.45	3.39	76.09	1.75
1985	67.91	2.57	77.65	1.76
1990	70.23	2.11	78.84	1.54
1995	70.20	1.87	79.54	1.42
2000	70.63	1.67	81.08	1.36

出典：世界銀行

性の社会的な活動力の強さの象徴とでもいうようなニュアンスで語られたが、90年代にはそんなことを聞くような雰囲気はなくなっていたし、そんなことは話題にもほらなくなっていた。国連の数値では、小学生が多い（1970年代生まれになる）という印象をもった1970-75年の間のTFRは、5.05、その前の1965-70年では5.99とほぼ6人の子どもがいたのに（1950年代から60年代前半までは、前者が6.14、後者が6.13と6人を上回っていた）、1975-80年では3.92と、60年代からごく短期間で80年までにもまた半減近い減り方である（UN 2017）。いかにタイでは短期間で急速な出生数の減少を達成したのかが明らかである³⁾。夫婦にとって、注3での出生抑制手段とその実施率からみて既婚女性にとって子どもは二人という考え方が、90年代には定着したといえよう。90年に日本はTFRが1.54だが、タイはその後ほぼ20年の時間差でその数値に達している。日本の少子化の当初は人工妊娠中絶により急速な出生数の抑制が行われ、約10年の時間差で避妊による抑制に変化した。しかし、タイでは人工妊娠中絶は違法のため、避妊が出生の抑制手段となる。しかも、注3でもふれたように、その実行は避妊手段とその比率からみて圧倒的に女性（妻）が担い手になっている。

表1には平均寿命の比較もしたが、タイの80年の64.45歳という数値は男女の平均値のため、男性はこれよりも短く、女性は長く生きたとみられる。80年の悉皆調査時にむらの男性の短命さに強い印象をもったのが、この数値からも裏付けられよう⁴⁾。

タイでも高齢化の研究が1990年代になると研究の対象になってくるが、その頃の予測では、まだ急速な高齢化は予想されていない。たとえば、ある研究では、1990年の60歳以上の人口比率は7.36%で2020年に倍増の15.28%になると予想している。そのため、高齢化社会には2020年に到達すると予想する。現実にはこの人口比率は、2016年の統計年鑑によると14.7%（登録人口から算出した数字とみられるが、これは登録人口の総数から、年齢階層が不明・その他と外国籍の数を除いた数値で計算されている。もしそれらを含めると、14.4%になる〔NSO 2016a: 14〕）と、ほぼ15年余りで当初の予想値に近付いている。高齢者の増加が予想をかな

り上回る結果となっている。また、高齢化への人口転換は、家族計画の成功と出生率の低下に影響されたと分析している (Jitapunkul, S. Bunnag, S 1998: 7-8, 11)。

表2 タイの人口構成の変化 (%)

		2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
年少人口 0～4歳児		21.3	21.6	21.2	20.9	20.5	20.1	19.8
		6.2	6.4	6.3	6.3	6.2	6.2	6.1
生産年齢人口		67.6	69.2	69.4	69.6	69.6	69.9	70.3
老年人口		6.6	6.9	7.1	7.3	7.5	7.6	7.8
		(6.9)	(7.1)	(7.3)	(7.5)	(7.7)	(7.8)	(7.9)
合計特殊出生率		1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5
平均	男	67.9	67.9	67.9	68.2	68.4	70.2	69.5
寿命	女	75.0	75.0	75.0	75.1	75.2	76.9	76.3

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
	19.4	19.0	18.6	18.2	18.0	17.6
	6.0	6.0	5.9	5.8	5.7	5.6
	70.7	71.1	71.2	71.0	70.8	70.4
	7.9	8.2	8.5	9.0	9.4	9.7
	(8.1)	(8.3)	(8.5)	(9.2)	(9.6)	(10.0)
	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6
	69.5	69.5	69.6	71.7	71.3	71.6
	76.3	76.3	76.9	78.1	78.2	78.4

出典：National Statistical Office: 2003, 2005, 2009a, 2011a, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a

年齢別人口の比率は、用いる資料によって同一年次でも微妙な差がみられる。先にみた TFR も、世銀と国連の数値ではまったく同一というわけではない。そこで各年次の変化を統一的に捉えられるタイの統計年鑑から、高齢化社会に到達する時間の前後から年少人口 (0～14 歳)、生産年齢人口 (15～64 歳)、老年人口 (65 歳以上)、合計特殊出生率、平均寿命の数値の変化をみたものが表2である。これは内務省の各年次の年齢別の登録人口の数値をもとに算出したものである。そこには不明・その他や外国籍の人口も含まれている。しかし、これらの人口は年齢階層別にはなく、一括記載されている。そのため各年次には1～2%の年齢構造の不明な人口が常に存在している (表2の老年人口のかっこ内の数値は年齢構造の不明な人口を除いて、階層構成の判明する分のみで算出した。テーマとの関連で老年人口に限定している。また、開始を2003年からにしているのは、下記と関連して、2002年以後でも高齢化社会

196 (714)

へと変化していない数値を提示するためである）。

国連や世銀の資料から、タイの老年人口比率が7%を上回るのは、2002年頃とされている⁵⁾。しかし、年齢階層が区別できる内務省の登録人口からみたその年次は、2005年になる。ちなみに、不明・その他や外国籍の人口を加えずに年齢階層が明確でかつタイ国籍の人口だけで計算すると、2003年は6.9%、2004年は7.1%になる。タイ国籍で年齢階層の判明する人口のみでは、表の数値の前年の2004年には高齢化社会に到達していたことになる。ところが、タイが高齢化社会に到達したとされる2002年の翌年、2003年の老年人口比率は、6.6%であり、タイ国籍で年齢構造が明確な数値をとっても、6.9%である（ただ、この年次は年齢階層の不明者が240万人を上回り、翌2004年の3倍近い数である。2001年や02年でも年齢階層の不明者が、230万人台に上っている。大幅に低下するのは04年以降からである）⁶⁾。したがって、タイの高齢化社会への到達年時については、高齢化社会の定義が総人口に占める老年人口の比率・7%以上ということからみて、この論考では2005年にしたい。高齢化社会、高齢社会や超高齢社会は数値の規定はされているが、分母（総人口）や分子（老年人口）の構成については先の不明・その他や外国籍の人口をどう処理するのかが明瞭になってはいない。分子は65歳以上人口とする以上、分母も年齢階層が明確な人口のみで算出する場合があるためである。そのため、登録人口には含まれていても、不明・その他の人口は除外されたり、さらに外国籍の居住者については、あいまいな取り扱いにならざるをえない⁷⁾。

合計特殊出生率についても、上記老年人口比率の資料による相違がみられる。表2の数値は、統計年鑑からの数値だが、国家統計局（以下NSO）の人口変動調査の数値では、2005-2006では1.5である（NSO 2007: 19）。ところが、表2では1.7-1.6と若干高くなっている。同様に1985-1986: 2.7、1995-1996: 2.0に対し、国連の数値では、1985-90: 2.30、1995-2000: 1.77と同一年次ではないが、近い年次で比較すると逆に低い数値が示されている。したがって、ここでも出典によって数値には微妙な差異があるため、同じ資料での変化をみるということで、表2の数値に統一したい。いずれの数値にしても、タイは短期間でTFRを、人口置換水準の数値以下に減少させたことは明らかである。しかし、このことは、年少人口が急速に減少していくことを意味し、ひいては生産年齢人口にも影響を及ぼすことになる。現在ではタイの人口ボーナスがほぼ消滅したといわれる事態にも至っている。TFRの減少は、同時に学歴の上昇をもたらすことと並行する例が多いが、タイでも高等教育への就学率が急速に伸びてきている。1990年代に私立大学が急増したこともその反映である⁸⁾。このことは人口構造の質的变化と結びついてくるし、同時に産業構造の高度化にも密接に関連することにもなる。

次の平均寿命の伸長は、1980年からみると人生50年から男性は70年に伸び、女性は60年から80年に伸びることになった。1世代の経過の間にある。背景には、あとでみる医療制度の改革や栄養の向上がその伸長に寄与している。1980年の頃では、たとえば買い物にしても、

ある品物の値段を買った人に聞くのが当たり前のことであった。一物一価の法則などは存在せず、購入場所により、同じ品物の価格も様々というのが普通のことであった。ところがタイの経済発展や、都市的な生活様式が村落にまで浸透するアーバニズムの伸展のなかで、都市では伝統的な市場だけではなくデパートやショッピングプラザ、スーパーマーケットが商品の購入場所になる過程で、商品の値段を聞くということがなされなくなっていった。これらの販売店では定価販売が行われるからである。県庁所在地の市では、大小のショッピングプラザが賑わい、田舎の町でも、コンビニが展開されており、まだ伝統的な市場の存在は重要だが、日常的な品物をコンビニで買うという行動様式は、若い人たちには当たり前のことになっている。さらに、大都会での生活を体験してきた人々は、そこでの生活の仕方を故郷にも何がしか持ち込んでいる。たとえば、1980年の頃、東北タイのむらでは、食事はいつももち米のおこわが当たり前のことであった。むら人は、うるちのご飯では力がでないといっていた。大量の米飯摂取と栄養のアンバランスが寿命に影響を及ぼしていたとみても、それほど的外れではあるまい。逆に、同じむらで、現在ではうるち米を多くは夕飯時だが、農村工業の展開（縫製が中心⁹⁾）の過程で、もち米よりもうるち米の方が簡単に調理できることも相まって、ほぼ毎日食べるということもみられるようになってきている。首都圏に働きに出た折に身に付けた体験でもある。当然、もち米のおこわとうるち米とでは、副食にも相違がでてくる。子どもたちの栄養状態も改善されてきたのか、体格が以前より向上しているようにみえる。

さらに、家族員が死亡した場合も死亡の原因が病気であれば、なんの病気で亡くなったのが正確に告げられるようになった。以前は肝臓や腎臓、肺などの器官の病気という漠然とした死因で語られていたのが、いまでは尋ねるとどこそこのガンとか糖尿病やパーキンソン病など、医者にかかっていないと判明しない病気によってなくなったと告げられる。これも医療改革の中で、病院にかかりやすくなったことによる。高齢者の介護と関連して、コミュニティ病院も地域との連携を図る作業を行っている。

高齢化社会の出現に関わる問題点についてふれてきたが、タイでは21世紀の初頭に老年人口が7%を上回るようになった。もっともタイでは公務員の退職年齢が以前から60歳であるため、高齢者の年齢の表示は60歳からとなっている。60歳からも高齢化社会の算定が可能だが、他との比較を行うためにも、ここでは65歳以上からにする。

表2では2003年から2015年までの年齢別人口の推移が明らかになるが、年少人口の比率は2004年をピークに以後減少し続け、生産年齢人口は同様に2012年がピークで以後減少、老年人口はこの間着実に増加しているが、2010年以降増加の比率が速まっている。

ちなみに、統計年鑑の2016年版での人口予測は2018年までなされているが、当然そこでは不明・その他は設定されていない。しかし、外国人は2010年の数値で含まれている（3年間の予測だが、外国人数は全部同数）。そこから表2と同じ形式で老年人口の比率を算出すると、

11.6%（12.0%）となる。3年間で2%増加すると予測されており、もしこの比率で増加し続けるとすれば、2005年を高齢化社会突入の年度としたが、高齢社会への移行は、先述の20年説よりも速まる可能性が出てくるとみられる。ちなみに、3年後の年少人口は16.7%、生産年齢人口は68.5%と両者ともに減少し続けている。とくに生産年齢人口の減少が大きいのが、おそらく不明・その他に分類される数の多くが、ここに含まれるからとみられる。それが抜けているので、より急速な減少となっているとみられる（NSO 2016a: 21）。

国家経済社会開発庁（NESDB）の予測では、2020年の60歳以上人口の比率は19.1%となっている。60-64歳人口は、2015年で登録人口の4.7%（4.8%：表2と同じ形で算出）を占めている。2018年の予測では5.6%（5.8%）となる。かりに最大6%いるとして、NESDBの予測通りに推移するとすれば、タイは2020年を少し越した時点で高齢社会に入ることになる（NSO n.d.b: 7, NSO 2016a: 21）。そうであれば、本稿では2005年を高齢化社会の出発点にしたが、20年を経過しないうちにタイの高齢化は次の段階に進むことになる（ただし、NESDBの資料では、先にあげた分母の中身がしめされていないので、不明・その他などを除外しているかもしれない。もしそうであれば、実際の数値は19%よりも低くなる可能性がある）。

合計特殊出生率（TFR）は、少子化の指標として重要なものだが、表2では2003年以降緩やかな減少を続けていたのが、2013年からは若干の増加に転じている。当該年度の0歳児の数値が判明しないので、0-4歳児の人口比率の推移をみると、2004年以降ここでも緩やかな減少がみられる。TFRが減少すれば、その比率も年々少なくなることは理解しうるが、2012年以降TFRが少し上昇してからも、0-4歳児の当該年時の人口比率は緩やかに減少し続けている。たとえば、2014年と2015年で比べると、1年間で登録人口が60万人余増加した。外国籍の人口が34.7万人余から67.4万人余へとほぼ倍増しているが、増加分の半分強である。0-4歳児は6千人近く減少している。この間のTFRは1.6と変わっていない。持つべき子ども数の固定化（2人まで）と産みうる年齢層（15-49歳）の女子の数が相対的に減少していくので、TFRが安定していても、生まれる子どもの数が減少し続けているという段階に入ったものかもしれない。女子の数が顕著に減少しないとしても、高等教育の就学率が上昇していることや女子が高等教育に就学する比率も高いので¹⁰⁾、卒業後にその成果を自身の経済活動に活かすとみれば、結婚年齢も相対的に上昇することは確実になる。そうなれば、第一子の出産年齢も上昇し、20代後半ということが当たり前ということになりうる¹¹⁾。日本のようにさらなるTFRの低下したところでは、それが長年続いたことにより、少々その値が上昇したとしても、実際に生まれる子どもの数が増えてはいないという兆候が上記の乳幼児年齢の人口比率が減少し続けていることから、タイでも萌し始めたとみるのは、細かい数値の検証ではないので杞憂であれば幸いだが。ただ年齢別の人口比率を最近の時間枠で検証して明瞭になることは、年少人口・生産年齢人口の減少と老年人口の増加が進行していることである。とくに後者の増加比

率は、現在世界一の日本の老年人口が高齢化社会から高齢社会に移行した年限（24年）よりも短くなることは確実視されているため、短期間で高齢社会へ、ひいてはまだ論じられる段階になってはいないが、高齢社会から超高齢社会への移行も、日本が13年で到達したことと比べられるようになるかもしれない¹²⁾。

3. 高齢者の受け皿

ここでは高齢になり、社会から引退する人々をどこで介護するのかという視点から、第一次的な介護の場として、日常的に高齢者が生活する場としての家族における介護と、ケアのシステムをどう構築しているのかという点から、社会における介護について取り上げる。

3-1 家族

タイでは公務員は60歳が退職年齢のため、予算年度内に60歳になった場合、その年度の最終月の9月に退職となる。したがって、退職後に再就職などがあれば異なるが、そうでなければ社会からは引退となる。引退後の経済的な面については、次節に譲るが、タイでも人生70年になり、女性は80年に近づいた現在、60歳で退職すれば長い余生が待っている。人生の時間枠は長くなったが、引退後の生活の場として主になるのはやはり家庭=家族であろう。しかし、家族のあり方は、工業化が進展すれば、それが主たる展開の場である都市部への人口移動を引き起こして、家族形態に変化をもたらすことが多くの国において生じてきた。タイでも1980年代半ば以降急速な工業化が展開されている。労働力需要にともなう人口移動も盛んになった。若年労働力が求められるので、若い単身世代が農村から都市へと移動し、次いで夫婦での移動が起きる。2000年後半（07年以降）に東北タイの農村での観察では、夫婦に学齢期の子どもがいる場合、子どもを連れて都市に出て行くと、都市で住民登録をしないとその学校に入れないこともあり、また彼らはむらで直系家族を形成していたり、身近に親の家族が居住していることが多いため、子どもを親に預けて都市に働きに行く場合が多くみられた。子どもはむらの学校に通うのである。この場合、家族の構成は、祖父母と孫という構成になる。多い時には、3人の娘夫婦の子どもを5人預かっている場合もあった。

工業化が進展し始めた1980年から2000年までのセンサス（タイでは10年ごとに実施）による家族構成の変化をみたものが、表3である。2010年のセンサスの報告書ではこの分類が省かれてしまったので、家族構成は明らかにはならないため、2000年以後の変化は同一の資料ではないが、家族構成の判明するものを表4にあげた。

表3にみられるタイの家族構成の変化で、たとえば東アジアで先に工業化の進展した日本や韓国の家族構成の変化との違いは、核家族（夫婦家族）の比率がタイでは年次ごとに減少し、

表3 家族構成の変化 (%)

家族形態	1980年	1990年	2000年
核家族	73.9	72.0	67.0
直系家族	24.9	26.2	26.6
その他の家族	1.4	1.8	6.4

出典：National Statistical Office: n.d.a, 1994, 2002

直系家族やその他の家族（どのような形態かは不明だが、直系家族よりも複雑な親族構成を示すものであろう）の比率が増加するという日本や韓国とは逆の変化を示すものである。同一年次での日本や韓国の家族構成の変化（センサスから）は、核家族が増加し続け、直系家族やその他の家族が減少し続けるという変化を示す。直系家族がかつては制度化されていた両国が、その形態を減らし続けているのに、タイでは、3世代で構成される直系家族の比率が常に全体の4分の1をしめ続けている。その他の家族には、先にあげた祖父母と孫の構成も入るので、2000年センサスにはこのタイプがかなりの数含まれているのではと推察される。いずれにせよ、より複雑な構成をとる家族形態が増加するということは、老人（高齢者）が、家族内に含まれる場合が多いということを表している。しかし、家族（この場合は正確には世帯だが）の構成員数は、1980年の5.2人から2000年の3.8人、2010年もこれは判明して3.1人と年次が新しくなる毎に、成員数は少なくなっている。タイの家族は30年間で2人以上も構成員を減らしているが、単身者の比率が上昇すれば、成員数は減少する。複雑な家族形態の増加を示している割には、家族構成員が少なくなり続けているという矛盾があるが、おそらく世帯のうちの親族世帯に限定して家族構成を算出し（単身者は、家族を構成しないので省かれる）、世帯員数には単身世帯を含めているために、年々構成員数が減少し続けるという結果になったものであろう。日本や韓国と同様、産業化の進展とともに家族規模の縮小が相関しているという点では、タイも家族社会学の両者の相関に関する定説的な変動がみられる。しかし、家族構成については、日本や韓国では直系家族が減少し続けるのに対して、タイでは核家族が減少して直系家族が若干ではあるが増加するという逆の変化がみられる。しかもこの変化は、タイの高齢化が顕著になる前からみられている。日本はこの期間の10年前（1970年）に、韓国も2000年直前（1999年）に高齢化社会に入っていた（国立社会保障・人口問題研究所 前掲書：39）。タイは2000年の後になる

表4（1）は2014年の労働力調査（第3ラウンド・7-9月）から、家族構成の変化をみたものだが、表3とは資料が違うので、結果に差異があるが、傾向は読み取れる。表3のセンサス結果と異なるのは単身世帯を含めているので、家族形態の比率が減少することになる。ここでも表3と同様に21世紀に入ってからも、核家族の減少と拡大家族の比率の高いことが一層目

表4 家族構成の変化(1)

(%)

家族形態	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2012年	2013年	2014年
核家族	53.2	53.9	54.5	53.9	53.3	53.1	52.3	50.0	49.9	49.6
拡大家族	34.0	34.5	33.8	34.5	34.6	35.1	34.5	35.9	35.7	34.6
単 独	12.3	11.1	11.2	11.2	11.6	11.4	12.6	13.4	13.9	15.2
無 関 係	0.5	0.5	0.5	0.4	0.6	0.4	0.6	0.7	0.6	0.6

出典：National Statistical Office: 2007a, 2010a, 2011c, n.d.b

家族構成の変化(2)

(%)

家族形態	バンコク	中部	北部	東北部	南部
核 家 族	53.9	49.6	48.9	43.1	59.6
拡 大 家 族	24.5	30.0	34.3	41.9	26.5
単 独	19.9	18.2	14.1	11.8	12.3
平均世帯員	2.92	3.00	3.04	3.33	3.29

出典：National Statistical Office: 2015c

立っている。ただし、直系家族と複合家族が同一にくくられているので、両者の比率が判明しない。

表4(2)は、2014年の家族構成を全国と4つの地方毎に分けてみたものである。バンコクという巨大都市社会でも、拡大家族がほぼ4分の1の割合で存在している。東北地方は、全国の傾向や他地方と比べてきわめて特徴的な結果がでている。核家族と単身世帯が最小で、拡大家族と世帯人員が最大なことである。核家族が半数を上回るのはバンコクと南部のみで、それと相まってこれらの地方は拡大家族が3割を下回っている。逆に拡大家族は全国でも3分の1以上を占め、とりわけ東北部は4割を上回る多さである。単身世帯が最小で世帯人員が最多ということから3世代家族の多さからくる世帯規模の大きさとなっているようだ。南部は核家族が最大で、拡大家族・単身世帯が少なく世帯人員が東北部に次いで多いことから、さらに避妊実施率が全国で最低ということも含めて、子どもの数が多いためとみられる。

これらの家族構成の推移結果からみて、現在でもタイの家族には老人(高齢者)の居場所が明瞭に用意されているということが出来る。このことは、家族意識には、家族は老人扶養・介護の場という認識が存在することとも関連してくる。

まだ高齢者が社会問題として大きく認識されていなかった1980年代後半から90年代半ばころの意識調査の結果では、大部分のタイの高齢者は子どもたちが将来世話してくれることを望み、老人ホームを好む人は9%という数値が示されている。また大部分の若い人々も両親が歳をとり援助を望めば世話をするべきと考えていた(Jitapunkul and Bunna op.cit.: 20-21)。

この点は現在でもそれほど変化していないようだ。2015年に実施された日本とタイの看護学生に対する高齢者に関する意識調査の結果をみても、介護に対する社会のサポートの必要性については両国ともに強いが、タイの方がその必要性が高く出ている。しかし、介護を家族で行うべきかという問いでは、両国に差が出ている。日本では肯定が若干上回るが否定と拮抗するのに対して、タイでは否定がわずかに1%で圧倒的に肯定の意見となっている。自宅介護でも、日本は否定的な意見が3分の2を上回る。しかし、タイでは否定は4%で、圧倒的に肯定されている（クライナー・智恵子他 2016: 2-4）。看護学生が将来看護師となって働く場合、果たす役割が同じかどうかはわからないが¹³⁾、調査対象が看護大学の1回生と4回生なので、20歳前後の若者の高齢者観が中心であり、両国の高齢者に関する社会制度の相違が若者の意識に及ぼす影響は、背景分析の対象には含まれてはいない。タイについては上記の事例からは約20年の時間差があっても、高齢者に対する意識の変化、とりわけ家族内の高齢者に対する意識の変化はなさそうである。

意識の変化がないということの背景には、様々な理由が重なってこようが、住民登録する地域の形態も意識の変化と関わっているとみられる。都市地域か非都市地域（村落）かという要因である。そこで2015年の両者の比率をみたものが、表5である。

表5 地域別人口比率 (%)

地域	全国	バンコク首都圏	中部	東部	西部	北部	東北部	南部
都市	34.3	75.5	32.6	40.0	29.6	27.2	20.3	28.4
非都市	65.7	24.5	67.4	59.9	70.4	72.8	79.7	71.6

出典：National Statistical Office: 2016a

これによると、全国では都市地域人口は3分の1強に対して、非都市地域人口は3分の2弱である（もっとも、2010年のセンサスでは、都市地域人口・44.2%：非都市地域人口55.8%である。これはセンサスが実施された9月1日の現在人口を表している。現住地と登録地の違いが大きくなっている [NSO 2012c: 35]）。バンコク首都圏（バンコクと周辺5県）は突出して都市人口が多いが（表4（2）ではバンコクのみの数値、バンコクは100%都市地域）、他の地方は非都市人口が多く、同じく中部はセンサスでのバンコク首都圏の周辺5県と中部、東部、西部を合わせた範囲にあたるが、それを中部として一括して計算すると、都市地域人口・38.6%、非都市地域人口・61.4%になり、全国平均よりも少し都市地域人口の比率が高くなる。他の3地方は、圧倒的に非都市人口の比率が高い。とくに東北地方は、現在でも8割近くが非都市地域に登録している。この数値からみれば、これらの3地方には伝統的な価値観が残りやすいとみられる。しかし、南部も7割余が同地域に登録しているが、表4の家族形態ではむしろ

るバンコクに近い比率を示していた。両者を合わせてみれば、南部では非都市地域でも核家族が多いことになる。そうだとすれば、家族内に高齢者を取り込む余地が減少し、高齢者観が異なる状況が存在することになるが、直系家族の比率も4分の1強あるので、家族内に高齢者を含めることを排除しているわけではなく、注3の避妊実施率が最も低いこともあわせて、子どもの数が多いと推測したが、成人後の親との同居子が一人になるので、相対的に核家族が多くなるといえそうだ。

非都市地域人口の比率が全国的にまだまだ高く、純然たる都市地域のバンコクでさえ拡大家族の比率が4分の1弱あるということから、従来からあった高齢者を大切にす家族意識、そしてそのことは高齢者のケアの主体とも密接に関連するが、居住地域の差とは無関係に家族内に保持される環境が持続しているとみてよさそうだ。

3-2 社会

ここでは、タイ社会がどのような高齢者対策をしているのかについてみて行きたい。タイ社会は高齢者の受け皿をどのような形で用意して、彼らを介護しようとするのかが問われる。巨視的には社会保障制度全般について論じることになるが、ここでは高齢化にともなう健康の維持についての制度的な側面（医療）と、経済的にどのような制度的な保障（社会保険、年金）が行われているかという二つの側面に焦点をあてることにする。

政府の高齢化に対する正式な国家計画は、1986年までは存在していない。この年に第1次高齢者に対する国家長期行動計画の策定が行われた。期間は1986年から2001年の15年間である。しかし、高齢者対策の目的や基準の理念設定が行われ、第8次国家経済社会開発計画（1997-2001年）に影響を与えたというが、具体的な制度に結実するのは、次の第9次計画になってからである。この間の具体的な動きは、1992年に保健省が高齢者の健康管理計画を無料で始めたことである。これは、国立病院や保健省とバンコク都の指導下にある診療所で無料の医療サービスを受けられるものである。国鉄も6-9月（この時期は雨季で、観光の閑散期にあたる）に50%の高齢者割引を行っている。より具体的かつ広範な政策として実施されるのは、次の第2次高齢者に対する国家長期行動計画の期間（2002-2021年）に入ってからである（Jitapunkul et al. 2002: 188-192）。さらにこの時期に実施された第9次国家経済社会開発計画（2002-2006年）には、その具体的な政策が含まれてくる。そしてこの第2次行動計画の始まった直後にタイは高齢化社会に入ることになる。

時間が前後するが、1997年に施行された憲法では、初めて高齢者への言及があった。54条と80条には、政府はとりわけ生計のための収入を欠いたり、貧困な60歳以上の高齢者に援助や福祉を与えなければならないと明確に言及した¹⁴⁾。しかし、第2次行動計画では、高齢化に関する問題点に取り組む責任は、個人、家族、地方自治体を含む地域社会、そして政府の順

とされる。また、タイ社会の高齢者観は、過去のような高い尊敬を受ける存在ではないものの、依然として家族の諸活動において活発な役割を果たしていること。高齢者は正当な生活の質とともに、家族や地域社会で生活すべきこと。家族や地域社会は高齢者の立脚地であり、国家計画は家族や地域社会が高齢者を適切に支える力を強化することを目指すべきという（Jitapunkul et al. op. cit.: 193, 195-196）。

21世紀に入り、高齢化社会に到達したが、家族構成の変化をみても、タイではまだまだ高齢者が家族のなかに適切な位置を有しており、単身の高齢者の比率が少ないという現状を踏まえての老人観であろう。しかし、現実には増加の一方となる彼らへの対処は、どのように進展しているのか。それについて時間枠にそって、順次みていきたい。ただし、次の社会保険とも関連するが、ここでの対象は、既存の制度から漏れていた人々に対する新たな制度の整備についてである。

健康面に関しては、1992年では医療サービスは無料でも、老人医療を行う60以上のベッドをもつすべての国立病院において特別な入院のサービスはなかった（Jitapunkul et. al. op. cit: 192）。この状況が大きく改善される施策が実施されるのが、2002年になってである。

第9次国家経済社会開発計画のなかに、生活の質目標として、「出生率を人口再生産水準に維持」、「2006年までに最低9年間の教育を実現」、「2006年までに中等教育就学率50%達成」、「国民皆保険の実現」が挙げられており、最後の項目の具体的な政策として、政府系の病院を中心に1回の診察料を定額の30バーツで行うという、診察料30バーツ医療制度が、無保険者を対象に実施された（バンコク日本人商工会議所 2005：112、119）。

公務員にはすでに1978年に「公務員医療給付制度」が税財源で実施されており、民間でも被用者向けの社会保険制度の傷病等給付が1991年に施行されていたが、事業所の規模による制限があった。しかし、2002年からは全事業所に適用されることになった。そこに本人負担30バーツの国民医療保障法が同時期に成立したので、2001年度に一部地域で施行されていた制度がこの年から全国で実施されるようになり、7割を上回る公的医療保障の対象外であった国民にも公的な医療制度に加入できることになった。こうして国民皆医療保障がタイにおいて実現された。しかし、後二者は受診する場合、原則として事前登録した医療機関でのみ受診できるという制限があり、それのない公務員向けの制度とは大きな違いがある¹⁵⁾。また、公務員向けの制度と国民医療保障制度は税が財源のため、保険料の負担はないが、社会保険制度の場合は、労使折半で賃金の10%（上限額・1,500バーツ。このうち傷病等給付に係る分は、労使折半で賃金の3%）という保険料負担がある。そこで、政府が被用者の賃金の2.75%について追加拠出をおこなっている（広井良典 2003：25、菅谷広宣 2013：79、厚生労働省 2014：448-449、河森正人 2016：45）。こうして、全国民の加入者比率は、公務員医療給付制度の加入者が約8%（2012年）、社会保険制度に約21%（2015年）、国民医療保障制度は約

75% (2012年) となっている (厚生労働省 2017: 464)。総数が100%を上回る結果だが、2012年の社会保険制度の加入者は約16%であったから、2012年度の比率では3制度の人口比率には整合性があった。おそらく国民医療保障制度から社会保険制度への移行者が増えた結果、2015年の数値の不整合を引き起こしたものであろう。

タイの健康面に関する制度上の保障は、一応全国民に対して制定されている。他方の経済面に関する制度はどのような状況にあるのかを以下にみて行きたい。

タイは1980年代前半に工業化を達成し (GDPにしめる製造業の比率が最大になった)、後半に海外からの投資に基づく高度経済成長を果たした。したがって、現在ではGDPにしめる製造業の比率と第一次産業の比率は大きく開いており、2014年でみると製造業は27.6%に対して第一次産業は10.2%でしかない (NSO 2016a: 282)。しかし、居住地域別の人口比率は、2015年でも登録人口でみると、都市地域居住者・34.3% : 非都市地域居住者・65.7%と、依然として村落地域に居住する人口が圧倒的に多くなっている (NSO 2016a: 18)。もちろん村落居住者がすべて農業に従事しているわけではない。下請け兼業としての農村工業の状況についてはすでに報告したが (竹内隆夫 2014)、農村にいても米作りだけをしている農民はほほみない。農作物を加工して商売をしたり、農外の兼業で現金収入をえている人が多い。東北地方のむらでも、兼業農家が圧倒的に多くなっている。

製造業のGDPにしめる比率が最大という指標で、工業国になったという分類に使ったが、1人当たりのGDP (名目) は、2015年で5,815ドルである (矢野恒太記念会 2017: 117)。これはすなわち世界銀行の定義する中進国に分類される基準である。ところが高齢化社会に入った2000年前半では、たとえば2004年・2,539ドル、2005年・2,750ドル、2006年・3,252ドルと、ようやく中進国のなかでも中所得国の基準に入るようになった程度であった (矢野恒太記念会 2006: 125、2007: 125、2008: 125)。2011年には上位中所得国入りしたが (末廣昭 2012: 103)、国民が豊かになる以前にタイは高齢化社会に到達していたことになる。東アジアやASEANの国でみると、韓国とシンガポールは1999年に高齢化社会になったが、その折の一人当たりのGDPは、韓国が8,490ドル、シンガポールは24,150ドルと、一人当たりGDPが1万ドル以上という先進国の基準からみると、韓国はその直前、シンガポールはすでに先進国に達していた。韓国が1万ドルを超えるのは2002年と3年後になる (矢野恒太記念会 2001: 131、2004: 129)。したがって、シンガポールは先進国入りしてから高齢化社会になり、韓国も高齢化社会になってから時を経ずして先進国に分類されるようになった。これらの国々は、ある程度の富の蓄積とともに老年人口の増加を迎えている。ところがタイは、中進国のなかでも相対的低位の段階ですでに高齢化社会入りしたことになる。そのため社会的な富の蓄積が不十分のままで、増大する従属人口への対処が迫られている。しかし、表1から判明するように、生産年齢人口は2012年をピークにして減少し始め、逆に年少人口や老年人口の

従属人口が増加しだしている。しかも、前者は減少し続け、後者は増加の一方という違いが目立っている。これはタイが「人口ボーナス」から「人口オーナス」に転換したことを示すものとみられている（河森正人 2015：112-113、同 2016：43）。また、韓国やシンガポールは、日本が高齢化社会から高齢社会に移行した1994年以降に高齢化社会になったが、高齢社会への移行は韓国が2017年、シンガポールは2019年と予測されている（国立社会保障・人口問題研究所 前掲書：39）。現在老年人口比率が世界で最大の日本が24年かかったのに、韓国は18年、シンガポールは20年と日本よりも短い期間で移行することになる。いずれも少子化の進展が日本よりもいちじるしいからだが、タイも上記のように、20年で移行すると予測されている。しかし、韓国は1989年に国民皆保険、1999年に国民皆年金を制度化しているし（増田雅暢 2015：16）、シンガポールは社会保険制度ではなく、中央積立基金（CPF）という個人単位の強制貯蓄制度であり、労使が折半して拠出する積立方式が1955年から施行されており、それは普通勘定（住宅取得、死亡・障害時の一時金支払い）、メディセーブ勘定（医療費）、特別勘定（老後と不慮の事故）、退職勘定から構成される個人が自分の生活を保障するという方式である（駒村康平 2003：181-187、菅谷広宣 前掲書：263）。それでは、タイではどのようなやり方で、高齢者の経済面での社会保障をおこなっているのでしょうか。

医療保障のところでもみたように、タイではすべての国民に統一的な社会保険や年金制度という経済的な保障制度についても存在していない。公務員が優先されてきて、次に民間被用者が対象となったが、農民や自営業者、無業者の加入しうる公的年金制度は存在していない。しかも、公務員年金法は1951年に成立しているが、民間被用者（15歳以上60歳未満）を強制加入させる社会保障法は1990年に成立したが規模による適用除外があり、すべての事業所に適用されたのは2002年からである。さらに、前者は無拠出すなわち税を財源としたが、1996年に成立した政府年金基金法（97年3月施行）では、これ以降に政府の公務員になった者は強制加入になるが、それ以前に公務員になった者は1951年の制度に留まるか、新制度に任意加入かの選択ができる。後者は労使の拠出制である。これらの制度は、退職時に退職一時金か年金の選択ができる。1974年からは私立学校教員福祉基金もあり、強制加入で労使の拠出に加えて教育省も拠出している。次いで成立したのが1990年の社会保障法である。ここには15歳以上60歳以上の民間被用者が強制加入されている。前述のように、2002年からすべての事業所に適用された。しかし、農民や自営業者は任意加入となっている。この制度は社会保険制度で、保険料は労使が賃金の10%を折半し、政府が被用者の賃金の2.75%分を追加拠出している。保険料は15年間（180か月）納付したのちに給付が始まるが、退職金または年金で受給する（納付期間が180か月未満の場合は、老齢一時金で受給）。2014年から年金の支給が始まっている。これらの強制加入の方式以外に、任意加入の退職積立基金（プロビデント・ファンド、企業ごとに雇用者と被用者が合意のうえで任意に設立）がある。また、インフォーマル・セク

ターについても、社会保障法 40 条による任意加入の老齢一時金受給の方法もある。さらに、上記基金に加入していない 15 歳以上 60 歳未満の自営業者を対象とする国民貯蓄基金が 2011 年から始まり、2013 年に加入が棚上げされたが、2015 年から再開されている。年金または生活補償金となる。これらに加入せず、年金を受給していない 60 歳以上の高齢者には、2009 年から老齢福祉手当が支給されている。これは税を財源とするもので、現在の支給額は、60 歳以上 70 歳未満・月 600 バーツ、70 歳以上 80 歳未満・月 700 バーツ、80 歳以上 90 歳未満・月 800 バーツ、90 歳以上・月 1,000 バーツである。富裕層はこれらの保障をカバーしうる民間の保険に加入している（厚生労働省 2017：460-463、河森正人 2015：124-127、菅谷広宣 前掲書：64-68）。

老後の経済的な保障を公的に行える制度は、ようやく国民の各層に拡大できる制度が整備されつつあるが、現時点で制度に無加入で高齢になった人への支援は、月 1,000 バーツ以下であり、とても十分とはいえない。しかも、社会保障法の給付対象には、介護は含まれていない。この背景として、介護は家族役割という介護観がまだまだ強く認識されているということと、現実に単独世帯の比率がそれほど高くないということとも関連する。たとえば、センサスでの単独世帯の比率は、1990 年・5.1%、2000 年・9.4%、2010 年・18.4%と 10 年ごとにほぼ倍増してはいるが、老年人口比率が世界一の日本ではセンサスの一般世帯では、1990 年・22.9%、2000 年・27.4%、2010 年・32.3%、2015 年・34.5%とはるかに高い（NSO 2012c: xx、国立社会保障・人口問題研究所 前掲書：117）。労働力調査からの数値で、資料が異なるので同一には論じられないが、単独生活の高齢者の比率は、2010 年で 8.4%（男性・6.3%、女性・10.0%）という数値もある（2008 年・7.6%、2009 年・7.7% [NSO 2011a: 58]）。したがって、タイでは単独世帯の高齢者の比率は増加しつつあるが、日本で世帯構造別の 65 歳以上の者のいる世帯の単独世帯の比率が、2010 年・24.2%、2015 年・26.3%（国立社会保障・人口問題研究所 前掲書：122）と、高齢者がいる世帯でも単独世帯が 4 分の 1 を上回るのと比べると、まだまだ少なく、高齢者の介護をめぐる価値意識の変更には至りにくい状況にあるといえよう。

4. 東北タイ農村における高齢者への対応

東北地方はタイの中で人口数が最大で、かつ貧しい地方という紋切型の見方で評される地方である。事実、2015 年の登録人口比は①東北部・33.3%、②北部・18.4%、③バンコク首都圏・16.3%（うちバンコク・8.7%）、④南部・14.1%、⑤東部・7.5%、⑥西部・4.6%、⑦中部・4.6%の順になる。総人口の 3 分の 1 の人が東北地方で住民登録をしているわけである（NSO 2016a: 15-16）。

ところが、5年前の2010年のセンサスでは、現在人口を調査するので、結果に大きな開きが生じている。①東北部・28.7%、②中部・27.6%（これは上記の東部、西部、中部にバンコク首都圏を構成する5県を合わせた範囲で、2010年の登録人口分では24.9%をしめている）、③北部・17.7%、④南部・13.4%、⑤バンコク・12.6%の順になっていた（NSO 2012a: 36）。同年度の登録人口では、①東北部・33.8%、②北部・18.5%、③バンコク首都圏・16.2%（うちバンコク・8.9%）、④南部・13.9%、⑤東部7.2%、⑥西部・5.8%、⑦中部・4.7%と2015年のそれよりほんの少し多い程度である（NSO 2011a: 13-15）。したがって、登録人口と現在人口との差からみれば東北地方からの他地方への転出という人口移動がタイ国内では最大となっていることがわかる¹⁶⁾。

なぜ転出が最大なのかについては、地方内総生産（GRP・名目）からその一端が明らかになる。2014年の地方内総生産の構成比をみると、①バンコク首都圏・45.4%（うちバンコク・31.4%）、②東部・17.8%、③東北部・10.2%、④北部・8.8%、⑤南部・8.6%、⑥中部・5.7%、⑦西部・3.6%となり、東北地方は3位に位置している。ところがGRP一人当たりでみると、東北部を1とした場合、①東部・6.0、②バンコク首都圏・5.4（うちバンコク・6.7）、③中部・3.4、④西部・1.9、⑤南部・1.7、⑥北部・1.4と、東北部が最も低くなる（NSO 2016a: 298-300）。2014年度のGRPを構成する業種の内容は明らかにならないが、それが判明する2009年度でみると、バンコク首都圏では製造業、卸売・小売業、運輸・保管業の比率が高く（バンコクは卸売・小売業、製造業の順。東部は運輸・保管業ではなく、鉱業・採石業が2位にくる）、農業の位置は東部では4位にくるがバンコク首都圏では大きく低下する。それに対して、東北部（あるいは上記以外の地方も）では、農業の位置が最大であり、製造業と卸売・小売業がどちらかが上になって続いている。東北部では卸売・小売業、製造業の順である（Alpha Research Co., Ltd. 2012: 324-327）。しかも、東北部は最大の米の産地であり、2015年度の雨季作は、全国の作付面積の64.2%、産出量の51.4%をしめていて、断トツの1位である（2位は北部でそれぞれ21.2%、28.3%）。収穫量の多い上位10県のうち7県を東北部がしめている。しかし、単位面積当たりの収穫量の多い10県には1県も入っていない。逆に低い10県のうち6県までをしめている。したがって、雨季の天水に頼り（乾季作の収穫量は雨季作の4.3%）（NSO 2016a: 318-323）、かつ広い面積をつかって米を栽培しているが、その生産性は決して高くはない地方である。そんな農業がGRPを構成する業種の最大値をしめてきたから、GRP1人当たりの値が全国の地方の中で最低になるのも当然であろう。

しかも、転出するのは相対的に若い世代の方が移動しやすいのが一般的にみられることである。とすれば、センサス毎に転出する数が最大であった東北部では人口構成にも何がしかの影響が出るものだろうか。しかし、現有の統計年鑑などの人口資料では、地方毎の年齢別人口構成の年次ごとの変化を明らかにすることはできない。センサスのような10年ごとの変化では間が空き

すぎてしまう。同一年度の両資料（登録人口と現在人口）から、推測するしかない。上記の2010年度でのセンサス人口と登録人口には東北部では5%の開き（出超）があった。こんなに差が出るのは東北地方だけである。バンコクや中部（センサスで分類している地方）は2-3%台の入超となっていた。つまり、登録人口には現実には転出してそこには居住していないとみられる人々が、東北部には5%程度存在していることになる。

上記のように東北部での年齢階層別の人口構成の推移は辿れないので、ここで取り上げるむらの属するローイエット県とチャトゥラパックピマーン郡のそれを見て、どのような変化が起きているのかを明らかにしたい。

表6 ローイエット県の人口構成の変化 (%)

	1995年	2003年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
年少人口	25.2	20.8	21.5	20.9	20.3	19.7	19.1	18.5
生産年齢人口	70.4	71.6	71.6	71.9	72.0	72.2	72.5	72.8
老年人口	4.1	6.1	6.1	6.4	6.7	6.9	7.2	7.6
	(4.1)	(6.2)	(6.2)	(6.4)	(6.7)	(6.9)	(7.3)	(7.6)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
	18.0	17.5	17.0	16.7	16.3
	73.4	73.5	73.4	73.3	73.1
	8.0	8.4	9.0	9.4	9.9
	(8.2)	(8.5)	(9.1)	(9.5)	(9.9)

出典：Roi Et Provincial Statistical Office: 1996, 2004, 2006, 2007b, 2008, 2009b, 2010b, 2011b, 2012b, 2013b, 2014b, 2015b, 2016b

表6はローイエット県の年齢別人口比率の推移をみたものである。表2の全国のものと比較できるようにしたが、2004年は欠けている。そのため、20年間の変化をみるために、1995年のものを付け加えている。

ローイエット県は、2015年の登録人口数では全国13位（1,308,166人）をしめている。しかし、人口数が多い一人当たりのGRPは、2014年で61,933バーツでしかなく、これは全国77都県中61位でしかない。しかし、東北部の1位であるコンケン県ですら、32位にすぎない。ローイエット県の一人当たりGRPは、東北部20県中第9位に位置している。県内総生産（GPP）の業種の順は、農業、教育、卸売・小売業で製造業は第4位になる（NSO 2016a: 298-300, NSO 2016b: 85-89）。貧しい県といっても過言ではない。そんな県の年齢別人口の推移は、年少人口では2006年を境にして全国の比率よりも少なくなっているうえ、減少の速度が速いため、徐々にその差も大きくなっている。しかし、生産年齢人口の比率は全国よ210（728）

りも常に多い数値を示しているが、ここでも2012年を境にゆっくりと減少し始めている。この年齢階層の人々がもっとも移動（転出）に適した層になる。老年人口は、2011年までは全国よりも低い比率だったが、それ以降は全国の推移と同様の増加になっており、1995年からの20年間で倍以上に急増している。年少人口が全国の数よりも低いということは、ローイエット県では人口抑制に早くから取り組んでいたとみることができよう。

表7 チャトゥラパックピマーン郡の人口構成の変化 (%)

	1995年	2003年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
年少人口	24.5	20.3	20.5	19.8	19.2	18.5	17.8	17.2
生産年齢人口	71.3	72.4	71.9	72.1	72.2	72.2	72.6	72.8
老年人口	3.5	5.8	5.9	6.3	6.7	6.8	7.2	7.7
	(3.5)	(5.9)	(6.0)	(6.4)	(6.8)	(7.0)	(7.4)	(7.9)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
年少人口	16.9	16.3	15.9	15.6	15.3
生産年齢人口	73.9	73.9	73.3	73.0	72.8
老年人口	8.2	8.7	9.8	10.4	10.9
	(8.3)	(8.8)	(9.9)	(10.5)	(11.0)

出典：表6と同じ

次にむらの属するチャトゥラパックピマーン郡（以下チャトゥ郡）の年齢別人口の推移をみたものが表7である。ローイエット県を構成する20の郡のなかで、人口規模としては2015年で6番目に人口量の多い郡（80,357人）である（NSO 2016b: 6-9）。

全国と比べて、同県の年少人口は2006年以降比率の低下が目立ち、老年人口は低かった数値が2012年以降全国と同じ比率に並んだことをみたが、チャトゥ郡では年少人口は国や県の数値よりも一貫して低くなっている。早くから産児制限が普及していたことによる。逆に生産年齢人口は2012年までは両者よりも多めに推移したが、2013年から県よりは低く、国よりは高いが着実に減少し始めている。老年人口は2012年から顕著に増大しており、1995年から2015年までの20年間に3倍以上の増加となった。国全体でも着実に高齢者が増加してはいるが、郡というレベルでは一挙に高齢者が増大するという事態にいたっている。急速に高齢者が増加するという事は、家族内や地域内にそれまでにはない事態を生じさせる。高齢化の急速な進行にむらはどう対処しているのかをみていきたい。

ここでは農村＝むらという表現で地域社会を取り上げるが、舞台となるむらは、地域区分としては都市に分類される地域（テーサバーン・タンボン）に属している。一つの行政村（タン

表 8 N 区の変化

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
世帯数	163	164	165	167	169	168
人口	737	737	744	759	765	776
平均世帯員	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.6
60歳以上人口	11.1%	12.9	11.4	11.2	13.1	14.2
同 国	12.0	12.9	12.9	13.7	14.2	14.7
同 県	12.0	12.9	13.0	13.8	14.2	14.5
同チャトゥ郡	12.6	13.2	13.8	15.1	15.5	16.0

出典：区長資料, National Statistical Office: 2011a, 2013a, n.d.b, Roi Et Provincial Statistical Office: 2011b, 2012b, 2013b, 2014b, 2015b, 2016b

ボン) が都市地域に格上げされたものだが、外見は田に取り囲まれていて、一見すればむらにしかみえないので、慣用としてのむらで地域を表すことにする。

このむらをN区(ムーバーン)で表記するとして、過去のこの区の戸数や人口の最近の状況を見たものが、表8である。これは区長(プーヤイバーン)の資料からえたものだが、世帯の特徴として、平均人員の数が多いことが挙げられる。センサスでは毎回平均人員の減少がみられ、2010年では3人を割る直前にまできているが、N区では4人台半ばで安定している。また、60歳以上の高齢者の比率は、チャトゥ郡が国や県よりも比率を上昇させているのに、ごく短期間で急上昇しているとはいえ、ここは2011年に県の高齢者比率を若干上回る以外は、両者よりも低い数値である。1980年代のように男子の人生50年というようなことはなく、以前なら思いもよらなかった80歳代の男性も複数見受けられるようになっていく。女性の中には90歳に達する人も出てきた。数人が高齢者になれば数値はすぐに上昇するため、県や全国レベルには容易に到達することになる。

表 9 N 区の家族構成の変化

(%)

年次	単独	核家族	直系家族	複合家族	計
1980年	2(2.1)	57(60.0)	27(28.4)	9(9.5)	95(100.0)
1996年	2(1.6)	53(41.7)	51(40.2)	21(16.5)	127(100.0)

出典：村落調査票

その高齢者を含んだ家族の構成を見たものが表9である。しかし、過去に2回悉皆調査をおこなった年次分しか取り上げていない。2008年から5年かけて三度目の全家族の系譜を聞き取ったが、同一年次ではないため、同列には表示できないからである。20年以上前の古いも
212 (730)

のだが、1980年から16年間の変化では、直系家族や複合家族という親族関係がより複雑な家族形態が増加し、それがより単純な核家族（夫婦家族）が減少している。これは過去のセンサスにみられる家族構成の変化にも通じる動きである。

表 10 居住制 (%)

年次	妻方居住	夫方居住	新居住	計
1980年	91(88.3)	12(11.7)		103(100.0)
1996年	128(84.8)	22(14.6)	1(0.7)	151(100.0)

出典：村落調査票

表 10 は婚姻後の居住のあり方をみたものだが、東北タイや北タイに一般的にみられる、男子が女子の家に婚入するタイプが圧倒的である。

このような家族の形態や高齢化の進展は、むらにおいて高齢者をどう介護するのかという問題になる。しかし、それが社会問題として顕在化しているという状況にはまだなっていない。1件だけ、むらで縫製の請け負いをしていた女性が倒産し、むらを姉妹夫婦が出て行き、その家が競売物件になるという事件が起きたが、家は数年たってもそのまま売れてはいない。問題は彼女らの母が一人でむらに残ったことである。面談できていないので、どのような生活内容かは詳細にはつかみきれていないが、一人で暮らして（売家の横に娘が建てた家か）、生活（食生活を中心にした）は親族の人が支えているということであった。一人暮らしの高齢者は、他にもみられる。とくに子どもが男子のみの場合に起きうることである。全員が（あるいは一人っ子でも）婚出して、妻方居住してしまい、母とは住まない場合に起きうる。女性の単身居住となる。しかし、この場合でもむらでは村内婚のケースがよくみられるので、息子の誰かがむらに居住していることが多い。この場合は、息子が母のところに立寄って様子を伺ったり、農作業の手伝いなどの生活面での関係を保つことがよくみられる。母も一人暮らしだが、むら生まれの場合は近隣の親族や気の合う女性仲間と共同の作業などをして過ごしている。ただ、健康面での問題が生じた場合には、どのような関係性の維持になるのか。娘のいる場合とは同列にはならないかもしれない。婚出した息子が自分の母を婚出先に引き取って世話をするケースにはまだ出会っていない。一人息子で二人姉妹の姉と結婚（婚出）した本人に聞いたことがある。まだ母は高齢者ではないが、夫を亡くしたあとも自分の姉妹たちと近接居住しているケースである。彼は、母の面倒をみるといった。妻が長女のため、結婚後しばらく妻方居住をしたのち、自動車修理業のためむらの幹線道路沿いに別居しており、いざとなれば母を引き取りうる住まい方をしていることもあろう。この場合は、母が自分の姉妹たちとの暮らしを放棄するかが問題にもなる。この住まい方がむらでは伝統的なものだからである。つまり、高齢者問題

は、従来からの伝統的な暮らし方の変更を余儀なくさせ得ることもなりうる事柄である。これらは近い女性の親族が高齢者の面倒をみるのが当たり前という、これまでの家族観から生じる介護意識をもとにしてのべている。家族構成からみても、タイの家族には高齢者を家族内に抱えることが可能な家族形態が、ずっと保たれている。さらに、女性が結婚後も生まれた家族に残る（同居あるいは屋敷地内別居）という居住制も、高齢者の問題を顕在化させにくい役割を果たしているともいえよう。なぜなら、ケアの役割は一般的に女性役割に属することが多く、タイでもこの例外ではなく、むしろ高齢の親族をケアするのに都合のよい家族の形態といえるかもしれない。

しかし、最近の住まい方をみていると、むらでもかつての屋敷地共住集団が世代交代で屋敷地を分割すると、自分の敷地を門と塀で囲ったりして、自宅を明示化する事例が増えてきている。新築するとよくみられる。それぞれの家族（核家族であれ直系家族であれ）の居住範囲の空間を区切って、生活も別になってきている。こうなると、かつてここで屋敷地共住集団を形成していたことすらも判明しなくなってくる。

さらに介護を介助と看護に分けてみた場合、介助は血統とは関係なく世話しうることだが、看護はかつて配偶者（女性）より自分の女系の血統に属する女性に受ける方が効果的という考えがみられた。女系の一統を示すピー・スアという観念が存在していた。しかし、病気になっても病院で診察が容易になる制度ができたので、より近い親族（たとえば配偶者）が看護する方に転換したと思っていたが、まだその観念が消えてはいない事態にも遭遇した（竹内隆夫 2015）。だがこの場合は、男性は中年で実家には姉妹がいることで可能だった。高齢になった場合、婚出した男性の看護をしう実家の母や姉妹はいなくなっている可能性が高くなる。彼女らの娘（姪）がおじの世話をしうのか。まだこのケースには出会っていないが、少子化で姪の数も多くはない。状況の変化が、一挙に従来の看護観の変更を余儀なくさせていくことになるのかもしれない。

また、病院にかかりやすくなったとのべたが、タイの病院には介護入院の高齢者を受け入れる態勢は構築されてはいない。病気を治すために受診することが中心で、介護の必要な高齢者が病院で過ごすことはできない。高齢者の入居できる老人ホームも全国ではできつつあるというが、数は少ない¹⁷⁾。高齢者の数は増加の一方だが、どうしても家族でかれらの面倒をみざるをえないというのが現状である。政策的にも高齢者は家族で介護することが期待されている¹⁸⁾。

タイ政府は介護のあり方をコミュニティ・ケアとし、公的な介護保障の仕組みは存在しない（厚生労働省 2017: 466）ので、制度的にも家族が介護の中心にならざるをえない。しかし、直接的な介護を請け負うという組織ではないが、医療体制の一環として、地域住民の健康づくりや感染症予防の啓発活動をおこなう保健ボランティアが全国に約 100 万人いるとされる（厚

生労働省 前掲：469)。このむらには、35人のボランティアがいて、5～6人の男性以外は女性がしめている。このグループのトップは副区長（プーチュアイバーン）である。ちなみに、区長もそのメンバーだが、かれらにも手当は出ているようだ。それぞれのボランティアは担当世帯がある。もしそのボランティアが辞めて新しい候補者から選ぶ場合、世話をされる世帯の希望で決まる仕組みとなっている。ボランティア各自には、月600バーツの手当てが支払われる。月に1回郡病院（コミュニティ病院）から担当者がむらに来て、区長宅でボランティア達と会議をおこなっている（病院が彼らを管轄している）。むらで蚊の撲滅のために、殺虫剤の散布をおこなっていたのもその活動の一環だが、担当世帯が決まっているというので、具体的な世帯について二人のボランティア（女性、40歳代後半）に聞いてみるとAさんは3世帯の担当で、すべてかつての屋敷地共住集団を構成していた世帯である。またSさんは5世帯の担当だが、このうち3世帯は同じく屋敷地共住集団を構成していた（しかし、1世帯は一人暮らしの叔母が亡くなり誰も住んでいない。彼女の長男がAさんの夫。妹たちの農地の管理は彼が行う。娘3人はすべてバンコクへ他出。末娘はイギリス在住という）。おそらく担当される世帯がボランティアを決めるというのなら、担当者の受け持つ世帯には親族が含まれている場合が多いのではないかとみられる。グループトップの副区長に、むらに認知症の方はいるかと聞くと、4人の名前がでた。そのうちの一人は高齢だが、受け答えもしっかりしていて、とても認知症とはいえないので、この組織が介護的な活動をおこなう仕組みではないことがはっきりする。Aさんはきょうだい二人だが、兄は隣村に婚出しているため一人で重病かつ認知症的症状も出ている母を抱え、農業の傍ら日々介護に追われている。夫は日中仕事があるので家にいないが、家にいる時も一人で義母の面倒をみているようにはみえない¹⁹⁾。母は長女で、二人の妹たちが隣接して居住するが、とくに姉を手伝っている姿はみかけない。彼女らも高齢者ということもあるが、イトコも自分たちの生業（むらにるのは次々妹の娘だが、縫製の仕事に夫婦で従事）が主で、伯母を手助けしているようにもみえない。短期間の観察なので、見切れてはいないかもしれないが、介護などの面では個別家族化していることが顕在化している。Aさんの母には70歳代なので、政府から老齢福祉手当の月700バーツと、重度障害者として月800バーツ、合計1,500バーツが支払われている。老齢福祉手当も、70歳代なのに800バーツ貰っているという人もいて、例外かもしれないが年齢のチェックも厳密ではなさそうである。以前副区長の妻にむらで月に最低必要な生活金額を尋ねたら、家族構成やライフステージのどの段階かということ抜きにして、6,000バーツといわれた。老齢福祉手当は、高齢者の大半は1桁低い額しか受け取れない。金銭的には家族介護に依存するしか術はない。そのうえに介護者も限られた人しかいなくなっている。また、むらでは兼業化が進行しており、農外（農産物を加工して村内外で販売することも含む）の仕事を持たないと収入は確保できなくなっている。そのため、さきにAさんのかつての屋敷地共住集団の姉妹の家族も、稼ぐための手段が

異なり、長女家族は農業中心と日雇い、二女は婚出したので他村在、三女家族は縫製に農業、四女（末娘、夫は前区長）家族は農業に子ども達からの仕送りと収入構造や額に差が大きい。また、稲作もほぼ直播になり、共同作業はなくなっている。田植えの場合も雇用労働が中心になる。生活が急速に個別化してしまった。もちろんすぐ近所に並んで住んでいるので訪問は可能だが、三女家族は新築とともに門扉のある塀で敷地を囲っている。農産品の加工・販売（たとえば、茹でたトウモロコシの販売や葉たまねぎの販売）の場合には、親族や気の合う女性同士のグループができるが、それがむらの住民組織化にむかうという気配はない。あくまでインフォーマルな付き合いであって、それが組織化されて例えばお互いの家族間で介護を交替し合うことにはまず向かわないだろう²⁰⁾。区長はスワンパッターナーサンコム制度を計画中と語った。これはナースを雇って（1時間・50バーツ、1日・6時間、週・5日）面倒をみてもらうというシステムというが、予算措置を含めて実現に至っていない。家族以外の親族が介護に参入することが困難になる状況がさら強まることは、少子化で次世代には親族そのものも小さくなることが確実なため、家族内ケアの価値観の変更がなければ、容易に予想できよう。介護をコミュニティケア（実際は家族ケア）に委ねる政策のもと、少子高齢化が急速に進行する現実、ケアを担当する人の負担をどう軽減できるか、あるいはケアをどう代替できるかは大きな社会問題になってこよう。いや、もうなりつつあるといっても過言ではない。

5. おわりに

おそらくタイ社会の人々は、この社会がこれほど急に高齢化するとは予測していなかったのではなからうか。少子化が進行するとともに、次世代の学歴が急速に上昇し、むらの環境がまだ大半をしめている地理的状况の中で、高い学歴の人々はむらには住まなくなる。それにふさわしい仕事はそこにはないからである。都市のみならず、むらでもこのような人々を再生産しているのが現状である。これに少し遅れて高齢化が急速に進行しつつある。高齢者を社会的にどのように介護するかという問題は、したがって、高齢者の増加が顕在化してから後追的に具体化されてきた。しかし、まだこちらに割けるだけの豊かさは達成しきれてはいない。そのため、従来から担当していた家族がその当事者にならざるをえない。介護に関する（その他でも同様だが）価値観は、簡単には多様化はしない。女性が中心に担ってきたこの役割が容易に転換するとも考えにくい。しかし、家族内のあるいはごく近親の女性の数は、少子化の中で減少しかつ年齢層の上昇は不可避にならう。生物学的な性比は少子化により若年層では男性の比率が上昇する可能性が高いし、現在の日本にみられるように、女性の年齢階層が直近に50歳以上が過半数をしめる事態になるということも、タイでも将来生じうることである。さいわいタイ社会の中位数年齢は、34.7歳（2012年）である。世界で一番高い日本（46.7歳、2015年）

と比べるとまだ若い、ASEANの中ではシンガポール（39.7歳、2015年）（国立社会保障・人口問題研究所 前掲書：35）に次いで高くなっている。日本にみられる老々介護といわれる高齢者が高齢の親を介護するという状況にはまだ至っていないし、時間的猶予はまだ残されている。介護に関する財政面での社会制度の充実は容易ではないとするならば、介護に関する手段の選択肢を社会的に増加させることは早急に実現する必要がある。それが実現され実用化される中で、従来からの家族介護観もゆっくりとあるいは急速に変化することになる。

注

- 1) いつ高齢化社会に到達したのかは、2000年前半であることは共通しているが、論者によっては数年の時間差がみられる。たとえば、大泉啓一郎は、2005年（日本タイ学会編 2009：127、「タイの高齢化対策について」検索日・2017年10月1日）から同じ国連の資料（先のは年次不明。後者はWorld Population Prospects: The 2012 Revision）を用いて2002年からという（「東アジアの高齢化問題」2014年、検索日・2017年10月1日）。そして、前者では22年、後者では20年で高齢社会になると予測している。しかし、同じ国連の資料のThe 2015 Revisionを用いて高橋陽子は、2000年代前半とし、2020-2025年頃に高齢社会になると予測している（「ASEAN 諸国における高齢化の進展」、検索日・2017年10月1日）。
- 2) 2017年2月のむらの小学校の学生数は、1年生・7人、2年生・17人、3年生・16人、4年生・13人、5年生・13人、6年生・18人の計84人である。幼稚園に38人いるので合計が100人を超えるが、割り込むと統合されるかも知れないという。子どもが少ないうえ、チャトゥの町やローイエットの市の私立学校に行く子が増えて減少している。公立学校でも授業はあるが、私立学校へ行くのはネイティブによる英語教育が魅力的な要素になっている。
- 3) 家族計画が開始されたのは、1970年からだが（Wongboonsin 1995: 1, 13-21）、以後様々な避妊方法が実施され、急速に少子化する。しかし、避妊の主体は女性であり、たとえば2012年の避妊実施率は、79.3%である。その手段は、ピル・32.1%、卵管結紮・27.4%、黄体ホルモン剤の注射・12.6%と続く。男性に関わる部分では、コンドームの2.6%が最大である。地域別では、東北部の実施率が最高で、81.7%、北部・81.4%、中部・81.3%、バンコク・75.8%、南部・69.7%の順になる（NSO 2014a: 156）。西隣のマハーサラカム県の調査でも、女性が第二子出産後上記の手段による避妊が一般的に行われている（木曾恵子 2015：11）。
- 4) 1980-81年の平均寿命は、男子・58.63歳、女子・65.50歳、1995-96年は、男子・69.97歳、女子・74.99歳である（Alpha Research Co., Ltd. 2012: 71）。
- 5) タイの保健省の『保健統計 2003年』でも、2002年に7.0%になっている。前年および前々年が6.0%、翌年が7.1%である（Alpha Research Co., Ltd. 2005: 59）。
- 6) 『統計要覧』の2003年度までは、年齢階層別の統計処理が掲載されていない。したがってこの前後の数値は、Key Statistics of Thailandの2003年版と2005年版から得た資料である。これらには年齢階層区分のされた同じ登録人口が掲載されている。2003年まで200万人を上回っていた不明者数が、2004年には80万人台に減少し、以後80～90万人台で推移していく。2004年に統計操作の大幅な改善がなされたものとみられる。
- 7) タイの年齢別3区分の人口比率は、不明や外国人を除き、総人口からそれらの数値を除外した分を分

- 母にし、分子には年齢階層の明確な3区分の数値をあてて3区分の比率を出している。
- 8) 1990年代に高等教育の進学率が上昇し、大学が急増した。2002年の大学数は、国立・24校、私立・48校だったが、2010年には国立・30校、私立・68校とさらに増加している。また、地域総合大学が同年に40校、工業専門大学が9校存在する（これらは国立大学に属する）。2013年には、国立・80、私立・71、コミュニティカレッジ（準学士）21と大幅に増加している（バンコク日本人商工会議所 2005：20-21、2011：20-21、2015：27-28）。
 - 9) 竹内隆夫（2014）参照。むらの縫製業の分析をおこなっている。
 - 10) 三菱総研の「国別分科会資料 タイ王国（タイ）2016年10月」によれば（UNESCOの資料）、6年間の中等教育の就学率（2013年）・86.21%（男性・83.15%、女性・89.34%）、4年間の高等教育の就学率（2014年）・52.51%（男性・45.04%、女性・60.03%）である（検索日・2017年10月20日）。女性の方が男性よりも両教育段階で就学率は高い。教育省の2013年の前期中等教育（日本の中学校にあたる）の在学率・96.8%、後期中等教育（同じく高校にあたる）の在学率・75.0%、高等教育の在学率・46.5%となっている（バンコク日本人商工会議所 2015：26）。成人男女の識字率（2015年）は、男性・95.4%、女性・92.6%と男性が女性を少し上回る（矢野恒太記念会 2017：442-443）。
 - 11) センサスの全国版に載せられている初婚の平均年齢は、10年間隔の調査ごとに上昇している。2010年の男女の年齢の平均値は、28.4歳と2000年よりも2.8歳上昇している。ところが。以下の男女の年齢（男・28.3歳、女・23.7歳）では平均値にはならない。実は全国版のこれ以外の数値は、都市・非都市地域ごとに男女の年齢と平均値がのせられているが、すべて東北部版の数値と同じである。東北部でもセンサス毎に男女の初婚年齢は上昇しているが、全国版では男性は上昇しているのに、女性は10年前よりも低下するという結果になっている（NSO 2012c: xix, 47 [全国版]、NSO 2012c: xix, 46 [東北部版]）。
 - 12) 日本の合計特殊出生率は、高齢化社会になった1970年・2.13、高齢社会翌年の1995年・1.42、2000年以降1.3~1.2台で経過し、超高齢化社会の2007年・1.34、2016年・1.44である。タイは高齢化社会に入ってから、表2にみられるように1.7~1.5台で推移しているのだが、高齢社会入りは日本よりも短期間で移行するとされている。さらに短期間で超高齢社会に向かうのかは、タイ人の選択に関わってくる。
 - 13) ロイエット市の私立病院（評価の高い新設病院）に以前数日入院したことがある。ベッドの横に長椅子が置かれていて、何のためかとみていると、家族や親族が日中はそこに腰かけ、夜間には寝るのに使用するためであった。患者の身の回りの世話は家族や親族が行うのがタイのやり方で、ナースコールでナースを呼んだとき（日本ではナースの仕事とみなされるもの）、まず彼女は「親族はいるか」と聞いただけで何もしなかった。タイではナースは医療に関わる部分だけを担当し、患者の介護は仕事の範疇には入っていないと実感した。病院でも家族・親族の役割となっている。
 - 14) 1997年憲法には、初めて基本的人権に関わる項目が加わったといわれる。第54条は高齢者の保護を規定し、国が高齢者の生活を保障する。第80条は国に子どもの保護・育成、男女平等、家族とコミュニティの絆の強化を図らせる。社会的弱者の支援を規定する（孝忠延夫 2010：69、71、末廣昭 2012：102）。
 - 15) 医療給付の対象が、公務員の医療給付制度では、加入者本人およびその家族まで給付が受けられるのに対して、社会保険制度の傷病等給付や国民医療保障制度では、給付は加入者本人のみである（厚生労働省 2017：464）。
 - 16) タイのセンサスでは調査年の5年前から当該年までの人口移動を調査している。1980年以降毎回東北

- 部からの転出超過数が最大値をしめている（竹内隆夫 2004：166）。2000年は転入数と転出数との差（出超）が、45万人余にまで達していた。北部も出超だが、14万人余と大きな差があった。2010年のセンサスの各地方版から計算すると、東北部の出超はさらに拡大し、60万人余になり、次の北部も20万人余、南部もこれまでで最大の5万人余の出超になっている。逆に中部は70万人余、バンコクも20万人余の入超である（ここには外国からの人口移動は含めていない）（NSO 2012: 全地方）。
- 17) 高齢者ホームは、全国に13か所あるが、身寄りのない高齢者を入居させ、生活上の世話をおこなうものである（独立行政法人国際協力機構人間開発部 2013：19）。
- 18) 国家高齢者計画の示す介護の方向性は、家族介護を前提とし、介護者に教育を提供するものとされる（独立行政法人国際協力機構人間開発部 前掲書：12-13）。
- 19) 彼の名誉のため、観察は日中のみで、早朝や夜間等のことはみていない。また東に二つ離れたむら（7～8キロの距離）に婚出した男性（末息子）が娘（姉）たちと屋敷地に共住する家（母が独居）に時々夫婦で訪ねてくる姿もみるので、親子関係のあり方も介護には関わってこよう。彼は母から1.5ライ（0.24ha）の田をもらっているが、むらの姉が経営している。
- 20) 木曾恵子は先述のマハーサラカム県のむらにおける老親の扶養／介護の担い手に血縁女性同士のつながりに注目して、ケアの授受が血縁を超えた地縁のつながりに向かうのか、逆に血縁の内に向かうのかという視角での今後の分析視角を提示する（木曾恵子 前掲論文：14～15）。これは国家の方針に地域住民が自ら新たな方向を提示できるかということにも通じるが、少子化で血縁の範囲が狭まる方向に向かうタイの家族には、世代を異にする人々の生き方の方向にも相違が生じているため、住民の力が試される喫緊の課題になろう。

なお、木曾は私の家族論について、財産の共有が集団としての合同家族を再生産するとまとめているが、私は構造としてのタイ家族をとらえることに重点を置いて、タイ家族を構成する要素を取り出し、現実形態を示す要因（家族構成）、成立に関わる要因（婚姻・居住制）、連続に関わる要因（相続・扶養）に分けて論じ、それらの要素を統合して家族の構造を考察してきた。財産の共有は相続を通して世代間の連続に関わるが、構造としては他の要因も密接に関連している。農業が生活の中心の時代には、財産の分配は重要な要素であるが、家族構造には他の要素も抜きにはできない。すべての要素を観察の対象にしており、そのためにはむらの家族の全系譜を明らかにすることは重要な分析視点になる。この構造が世代間を通じて継承されてきたから、女系の系統（特に末娘）が区長の改選に重要な役割を果たしていることを、歴代の区長の系譜と特定の家族の系統とが密接に関連し、村民にはそのことが認識されていることを図示した（竹内隆夫 2013）。これまでのタイ家族の分析にはない事実である。決して関係性の視点のみからでは出てこない事実と考えている。

引用・参考文献

（和文）

- 大泉啓一郎、2009、「高齢化」日本タイ学会編『タイ事典』めこん
 _____、日付不明、「タイの高齢化対策について」2月20日（JICA）発表用
 _____、2014、「東アジアの高齢化問題」財務省
- 河森正人、2009、『タイの医療福祉制度改革』御茶ノ水書房
 _____、2015、「タイ」増田雅暢・金貞任編著『アジアの社会保障』法律文化社
 _____、2016、「東南アジアの福祉と国家についての一考察」『海外社会保障研究』193号
- 木曾恵子、2015、「ケアするのは『誰』か」『多民族社会における宗教と文化』(16) 3-16

- 研究代表者 クライナー智恵子、2016、「高齢者に関する意識調査 日本とタイ王国における比較」科学
研究費補助金 基盤研究 (B) 海外学術調査
厚生労働省、2014、「2013年海外情勢報告」
_____、2017、「2016年海外情勢報告」
孝忠延夫、2013、「タイ王国の憲法」『政策創造研究』第33号
国立社会保障・人口問題研究所、2017、『人口の動向 日本と世界 2017』
駒村康平、2003、「シンガポール・マレーシアの社会保障」広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』
東京大学出版会
末廣昭、2012、「タイのプロビデント・ファンドと所得保障」『社会科学研究』第63巻5・6号
菅谷広宣、2013、『ASEAN 諸国の社会保障』日本評論社
高橋陽子、2015、「ASEAN 諸国における高齢化の進展」アジアインサイト (大和総研)
竹内隆夫、2004、「東北タイ農村の兼業化と持続性への展望」日本村落研究学会編『東アジア農村の兼業化』
農山漁村文化協会
_____、2013、「東北タイ農村の持続可能性」藤井勝 高井康弘 小林和美編著『東アジア「地方的世界」
の社会学』晃洋書房
_____、2014、「東北タイの農村工業」『立命館国際研究』26巻4号
_____、2015、「タイ家族の構造再考」『立命館国際研究』27巻4号
独立行政法人国際協力機構人間開発部、2013、『タイ王国 要援護高齢者のための介護サービス開発プロ
ジェクト 詳細計画策定調査報告書』
バンコク日本人商工会議所、2005、『タイ国経済概況 (2004/2005)』
_____、2011、『タイ国経済概況 (2010/2011)』
_____、2015、『タイ国経済概況 (2014/2015)』
広井良典、2003、「アジアの社会保障の概観」広井良典・駒村康平編、前掲書
増田雅暢、2015、「アジアの社会保障」増田雅暢・金貞任編著、前掲書
三菱総研、2016、「国別分科会資料 タイ王国 (タイ)」
矢野恒太記念会、2001、『世界国勢図会 2001/02』
_____、2004、『世界国勢図会 2004/05』
_____、2006、『世界国勢図会 2006/07』
_____、2007、『世界国勢図会 2007/08』
_____、2008、『世界国勢図会 2008/09』
_____、2017、『世界国勢図会 2017/18』
(英文)
Alpha Research Co., Ltd., 2005, Thailand in Figures 2005-2006.
_____, 2012, Thailand in Figures 2012-2013. Vol. I
Jitapunkul, S. & Bunnag, S., 1998, *Ageing in Thailand*, Thai Society of Gerontology and Geriatric
Medicine.
Jitapunkul, S., Chayavan, N. and Kespichayawattana, 2002, "National Policies on Ageing and Long-
term Care Provision for Older Persons in Thailand", in David R. Phillips & Alfred C. M. Chan
(ed.), *Ageing and Long-Term Care*, Thailand Research Fund.
National Statistical Office, n.d.a, 1980 Population & Housing Census Whole Kingdom.

- _____, n.d.b, Social Indicators 2015.
- _____, 1994, 1990 Population & Housing Census Whole Kingdom.
- _____, 2002, 2000 Population & Housing Census Whole Kingdom.
- _____, 2003, Key Statistics of Thailand 2003.
- _____, 2005, Key Statistics of Thailand 2005.
- _____, 2007a, Social Indicators 2007.
- _____, 2009a, Key Statistics of Thailand 2009.
- _____, 2010a, Economic & Social Indicators.
- _____, 2011a, Key Statistics of Thailand 2011.
- _____, 2011c, Core Economic and Social Indicators of Thailand.
- _____, 2012a, Statistical Year Book Thailand.
- _____, 2012c, The 2010 Population and Housing Census Whole Kingdom.
- _____, 2012c, The 2010 Population and Housing Census Northeastern Region.
- _____, 2012c, The 2010 Population and Housing Census Bangkok, Central Region, Northern Region, Southern Region [CD-ROM]
- _____, 2013a, Statistical Year Book Thailand.
- _____, 2014a, Statistical Year Book Thailand.
- _____, 2015a, Statistical Year Book Thailand.
- _____, 2015c, The 2015 Core Social Indicators.
- _____, 2016a, Statistical Year Book Thailand.
- Prasartkul, P. and Rakchanyaban, U., 2002, *Estimated Generation Life Tables for Thailand of Five-Year Birth Cohorts: 1900-2000*, Institute for Population and Social Research. Mahidol University. (NSO)
- Roi Et Provincial Statistical Office, 1997, Statistical Reports of Changwat 1996 Edition.
- _____, 2004, Statistical Reports of Changwat, 2004.
- _____, 2006, Provincial Statistical Report : 2006.
- _____, 2007b, Provincial Statistical Report : 2007.
- _____, 2008, Provincial Statistical Report : 2008.
- _____, 2009b, Provincial Statistical Report : 2009.
- _____, 2010b, Provincial Statistical Report : 2010.
- _____, 2011b, Provincial Statistical Report : 2011.
- _____, 2012b, Provincial Statistical Report : 2012.
- _____, 2013b, Provincial Statistical Report : 2013.
- _____, 2014b, Provincial Statistical Report : 2014.
- _____, 2015b, Provincial Statistical Report : 2015.
- _____, 2016b, Provincial Statistical Report : 2016.
- United Nations, World Population Prospects: The 2017 Revision.
- Wongboonsin, Kua., 1995, *Population Policy and Programmes in Thailand: 1929-Present*. Institute of Population Studies. Chulalongkorn University.

（竹内 隆夫，立命館大学国際関係学部教授）

Rapid Increase of Aging Population in Thailand and How the Aged are Cared for in Rural Communities: A Case Study in the Northeastern District

Thailand became an aging society in the early 2000s. It was the second to do so among ASEAN countries. This occurred because of positive acceptance of family planning and the rapid rise of life expectancy. The transition of aging is, however, so fast that Thailand will become an aged society before the middle of the 2020s, within twenty years. Thailand will still be a medium-developed country during this period.

Who cares for the aged? Compound families in Thai family structure still account for more than a quarter in every census or labor force survey, not only in rural areas but also urban areas or every district in Thailand. The Thai government has decided that the responsibility for the problems of graying society is individual, family, community, local government, and government, in that order.

Thai people still have a strong sense of caring for the aged. Health insurance was established in 2002, but Thailand has three kinds of health insurance system. As for social insurance and a pension system, there is no unified system yet. Public employees are the most privileged, followed by private employees. The situation of farmers and the self-employed has not improved yet.

The aged in rural communities are normally living with their family. Their daughters (youngest daughters) usually take care of them in the Northeastern District. But the extended family of the past is divided into individual families now. The aged in rural communities can only get a small sum of old-age allowance so they cannot live alone on their income. The traditional care for the aged still holds on strongly in rural areas. How long is it possible to maintain this care system in this area? Women in rural communities do not have more than two children. A long-time decline in the fertility rate will decrease the number of care-givers. The aged are increasing year by year. Combining traditional ways with a new care system is becoming an urgent issue.

(TAKEUCHI, Takao, Professor, College of International Relations, Ritsumeikan University)