

東南アジア諸国等人口・開発  
基礎調査報告書

——タイ国——

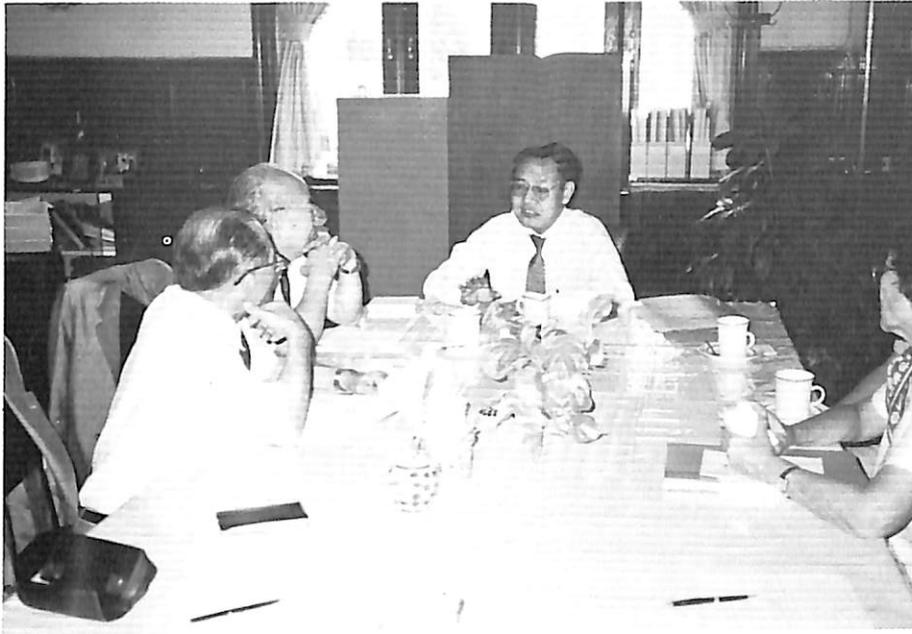
昭和60年2月

財団法人 アジア人口・開発協会  
(APDA)

東南アジア諸国等人口・開発  
基礎調査報告書  
——タイ国——

昭和60年2月

財団法人 アジア人口・開発協会  
(APDA)



ブンティウム副大臣（中央）、サムセン秘書官（右）、  
（左より）黒田俊夫、山本幹夫 両氏



バンコク市内スラム改善活動 黒田、山本両氏（中央）、タサニ女史（左）



スラム地区内のある家庭



調査対象スラム地区外観

## はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、昭和59年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「東南アジア諸国等人口・開発基礎調査」を受託し、タイ国で実施したものである。調査及び取りまとめ等については、本協会内に設置した国内検討委員会（主査黒田俊夫 日本大学人口研究所名誉所長）委員を中心に行った。

調査の目的は、「東南アジア諸国における人口問題に関する対策が十分な成果をあげうるためには、それぞれの国の人口増加、疾病と死亡、人口再生産と家族構成、人口分布と国内移動、人口構造等の人口動態を詳細に把握し、これが各国の生活・福祉及び保健医療に与える影響、相互の関係について検討を進めることが必要である。このため、東南アジア諸国等の人口動態の詳細な動向及び生活・福祉、保健医療の現状等について調査分析を行い、アジア諸国の人口と開発問題の解決に寄与することを目的とする」である。

調査に当たり現地では、ブンティウム・カマピラド運輸通信副大臣、サムセン・ゼル議員並びに在タイ日本大使館橋正忠大使、高山康信一等書記官に計画全体にわたるご指導・ご協力を、また、バンコク地域開発プロジェクトのメンバーの方々に調査期間中ご同行・ご協力いただいた。

国内では、厚生省大臣官房政策課並びに外務省経済協力局政策課関係各位に調査実施にあたりご指導・ご便宜をいただいた。

ここに深甚なる謝意を表する次第である。

終わりに、この報告書が今後タイ国の人口と開発プログラムと日本政府の有効な協力の進展に役立つことを願うものである。

昭和60年 2月

財団法人 アジア人口・開発協会  
理事長 田 中 龍 夫

尚本報告書は本協会の責任において作成したものであり厚生省あるいは日本国政府の見解や政策を反映するものではないことを付記したい。

## 目 次

はじめに .....	3
序 章 タイの人口と開発基礎調査・生活福祉調査 .....	7
第1章 タイ国一般概要 .....	11
1. 国 土 .....	11
2. 国 民 .....	13
3. 政治・行政 .....	16
4. 経済及び経済政策 .....	17
第2章 人口及び人口政策 .....	25
1. タイ人口の概況 .....	25
(1) 人口増加と都市化 .....	25
(2) 男女・年齢別構造 .....	27
(3) 出生と死亡 .....	28
(4) 地域別人口とその社会経済的特性 .....	31
(5) 国内人口移動 .....	32
2. タイの人口政策 .....	35
(1) 人口政策の推移 .....	35
(2) 家族計画と出産力調査 .....	36
3. 保健医療の概況 .....	39
(1) タイ国の総合保健指標から見た健康状態 .....	40
(2) 疾病罹患状況 .....	41
(3) 死因別死亡の状況 .....	41
(4) タイ国の保健医療体制 .....	44
(5) タイのプライマリ・ヘルス・ケア .....	44
第3章 国際機関と国内研究機関の活動 .....	47
1. 国連人口活動基金（UNFPA） .....	47
2. ユニセフ（UNICEF） .....	48
3. マヒドン大学人口・社会研究所 .....	49

4. チュラルコン大学人口研究所	50
5. バンコク地域開発プロジェクト	50
6. 国際協力事業団（JICA）	54
第4章 スラム地区実態調査	57
1. これまでのスラム調査結果の概要	57
(1) 人口上の特性	58
(2) 社会文化的特性	59
(3) 経済的特性	59
(4) 保健疾病に関する事項	60
2. 今回のスラム地区調査	61
第5章 提言	67
第6章 調査団メンバーおよび日程	69
第7章 調査表サンプル	73

# 序 章 タイの人口と開発基礎

## 調査・生活福祉調査

第2次大戦後人口問題と人口研究はめざましい変化をみせてきた。戦争の終了と共に人類史上かつてなかった人口の問題が突如としてあらわれてきた。それは、戦前においては今日の先進工業化国といわれる国々の植民地にすぎなかった地域——今日の開発途上とよばれる国々——における未曾有の人口激増である。1950年代、1960年代は人類の危機といわれたこの人口爆発の対策をめぐる課題が国連ならびに世界の専門家の重大関心事となった。現実には、出生力抑制、家族計画が対策となり、どうすれば出生力が低下するかの研究が人口研究の中心トピックであった。1972年の「成長の限界」は、このような人類的関心の学者による研究の代表であり、1974年のブカレストの「世界人口会議」は、世界中の政府代表による人口政策に焦点をあわせた国連の例のない大会議であった。知能と物と金が大動員された家族計画の時代であったともいえよう。

ブカレストから10年後の1984年のメキシコ国際人口会議は、人口問題、人口研究の関心を、家族計画あるいは出生力中心から、人口過程（Population process）あるいは人口要因を社会の発展計画全体の中に組み入れるという総合的な研究課題へと転換する契機となった。国連の言葉でいえば1980年代は「人口と開発」（Population and development）の時代である。

1982年の国連のアジア・太平洋人口会議（コロンボ、スリランカ）の主題もすでに「人口と開発」であった。国会議員を中心とする国際的な人口問題グループも人口と開発を中心に人口問題の研究と対策に活発な活動を開始した。1981年10月北京で開催された人口と開発に関するアジア国会議員会議は、世界最大の人口ともっとも深刻な人口問題をかかえるアジアにとっては画期的な意義をもつものであった。

人口と開発の関係は極めて複雑である。学問的にもなお未成熟であって、分らない点が多い。しかし、人口と開発が不可分の関係にあることは明らかである。開発は一般に経済開発と社会開発がふくまれるが、開発計画の立案担当者は人口要因を慎重に考慮に入れることの必要性を十分に理解している。どのような計画にも、人口の規模とか年齢構造あるいは人口そのものの変化を無視することはできないからである。

それにもかかわらず、開発と人口との関係はあまりにも複雑である。それは、特に両者の間に相互関係があるからである。社会経済の変化は、人口変動の要因である出生、死亡、人口移動に影響を及ぼし、変化したこれらの人口動態要因は社会経済に新しい影響をもたらすことになる。開発計画は社会経済の変化を企図している。とすれば、変化する社会経済の人口要因への新しい影響を考慮に入れ、さらにその人口要因の変化が社会経済にもたらす影響を検討しなければならないであろう。

しかし、他方において、今日少なくとも明らかにされていることは、あまりにも高い人口増加率は経済発展を阻害し、広い意味での近代化の妨げになるということである。アジアの大部分の諸国が今日では積極的な人口増加抑制政策を採用しているのはこのような理由によるものである。しかし、西欧諸国の過去における人口転換（demographic transition）の経験から、経済の発展がなければ出生率の低下、人口増加率の低下は不可能であるといった開発中心の考えかた（“developmentalists” position）もかなり根強いものがあつた。しかし、経済開発がなお著しくおこなわれているにもかかわらず、出生率の引き下げに成功している事例が増大してきていることに注目しなければならない。スリ・ランカ、インドネシアのJava、印度のケララ州、また最近の中国におけるめざましい出生率低下の例は、出生率引き下げのための国の適切な人口政策の効果を立証しているといえよう。人口コントロール政策の全くなかった西欧諸国の過去の出生率低下の経験とは全く異なつた新しい経験が開発途上国において生れつゝあることに留意すべきであろう。

経済成長が出生率低下を促進する原因であることには変りはない。シンガポールの画期的な出生率低下が、強力な出生抑制対策と共にめざましい経済成長の両者の総合的な効果によるものであることを立証したすぐれた経験である。韓国や台湾の出生率低下もほぼシンガポールと類似している。

今回、私共がタイ政府の積極的な協力と援助の下に行なつたタイの人口・開発調査から、タイのめざましい出生率低下が徹底した政府の家族計画普及政策と高度経済成長の達成によるすぐれた経験であることを知ることができた。

調査は、バンコクのスラム地域の实地調査を主眼としたが、同時に全国レベルでの経済、

人口、社会福祉、公衆衛生活動、家族計画を中心とする人口政策についての現状や問題点を政府関係各位やチュラロンコン大学人口研究所 (Institute of Population Studies, Chulalongkorn University), マヒドン大学人口社会研究所 (Institute of Population and Social Research, Mahidol University) 専門家と意見の交換を行なった。

スラム地域がバンコックでは約 500 ケ所あるが、時間のゆるす限り、現地調査 (7ヶ所) を行なった。そこでの重要な知見は、タイのスラムは他の国のそれとは著しく異なっているということである。そのもっとも大きな特徴は生活水準の高いことと、家族規模 (子供数) が小さいことである。ほとんどすべての家族が、TV, ラジカセ, 電気炊飯器, 電気扇風機時には電気冷蔵庫といった耐久消費財をもっている。このようなスラムにおける生活水準は、実はタイの高度成長の浸透を反映していることを次第に理解することができた。表現をかえれば、全国水準の経済成長なしに、スラムのみの生活水準の上昇はありえないということである。昨年あたりから経済成長率は4%台に低下してきたとはいえ、それまでは7%以上の高い経済成長率を維持してきた。そのことはタイの国民の生活水準の著しい上昇を意味しており、それはスラム住民の生活水準をも押し上げることになったと考えられよう。

第2の特徴はスラム家族の子供数が少ないことである。私共の面接調査結果はまだ終らないが、他の調査によると平均子供数は2.4人ないし2.5人となっている。このことは、またタイ政府の徹底した家族計画政策がスラムにも十分に普及していることを示しているといえよう。タイの出生率のめざましい低下は、以上の政策効果を如実に反映しているといえる。1970年代の後半の1975—80の5年間の平均出生率は37.5 (人口千人あたり出生数, 国連1979年資料) であったが、1980年代にめざましい低下を示し、1983年には21.6にまで下がった。この10年足らずの短期間における出生率低下はまことにめざましい (出生数の登録漏れを考慮する必要がある)。

ある政府の高官は、これからの家族計画普及政策の重点対象目標は、南部地域、北部山間民族、100万人の工場労働者、そしてスラム人口の4つであるといっていた。重点対象の1つであるスラム人口の家族計画が前述の如く、成果をおさめているとすれば、20以下の水準への引き下げもそれほどこんなんでないかも知れない。タイの高度経済成長が、人口政策効果に拍車をかけたこともように理解することができる。

私共の以上のようなタイの人口、経済の現状分析は、短期間の調査によるものではあり、不正確や誤った判断も多いと思われ、なおいくたの広汎、詳細な調査研究を必要とすることはいうまでもない。しかし、現状において私共が抱いた問題点の1つは、日本のばあいにも同様な経験がみられたのであるが、高度経済成長のもたらす福祉のおくれという歪みである。

それは、生活水準の向上という意味でスラムの好ましい発展がみられたが、スラムという環境条件の劣悪な地域が残存しているという事実にあらわれている。このことはスラムのみでないか知れない。社会的下部構造の整備のおくれは、西欧をふくむ多くの国々の歴史においても不可避的であったといえよう。経済開発と社会開発のバランスのとれた発展は、いいがたく実行はこんなのである。先進国、開発途上国のいずれの国であることを問わず、多かれ少なかれ経済開発と社会開発の gap に悩んでいる。

人口と開発におけるタイの今日までのすばらしい経験は、多くの開発途上国にとってのすぐれた lesson となるであろう。そして、タイのこれからの発展が社会開発の一層の進展により、経済開発とバランスのとれた豊かな国民生活が達成されることを期待したい。

バンコクで行なったスラムの現地調査についての分析はこれから行なわれるが、この現地調査結果はごく一部のサンプルによるものであるとはいえ、重要な知見をもたらすことを期待している。マイクロからマクロへ、そして、またマクロからマイクロへの仮説の検証は、研究の定石である。今回のわずかな調査研究によっても、スラムというミクロ的調査結果から、全国水準というマクロでの現象に遡及していった。そして両者の一致することを見出した。スラムのアンケート調査結果からどのような新しい知見が得られるか、そこから得られる仮説が全国水準のマクロに適用されるような普遍性をもっているかどうか、再びマクロに戻っての分析が求められる。

タイ政府、特に人々の生活の向上と幸福の探求という humanism に徹した Boontium 国会議員（医学博士）の情熱的な協力と援助がなかったならば、今回の調査は不可能であったであろう。

# 第1章 タイ国一般概要

## 1 国土

タイ国は地理的にアジア大陸の東南部に位置し、その国土は北緯6度～20度、東経97度～106度であり、国土のほぼ中心点にある首都バンコク（クルンテープ）は北緯13度45分、東経100度31分に位置する。これらのことは、タイ国の自然条件及び生活条件を知る上できわめて重要な意味を持つ。すなわち、タイ国は、発展途上の農業国であり、基本的な農業の技術水準も低いため、その社会経済構造が自然条件に大きく依存しているからである。国民の約8割は農村部に生活し、彼等の生産活動と日常生活様式の大半はタイ国の自然条件に順応し、自然条件を取り入れたものとなっている。

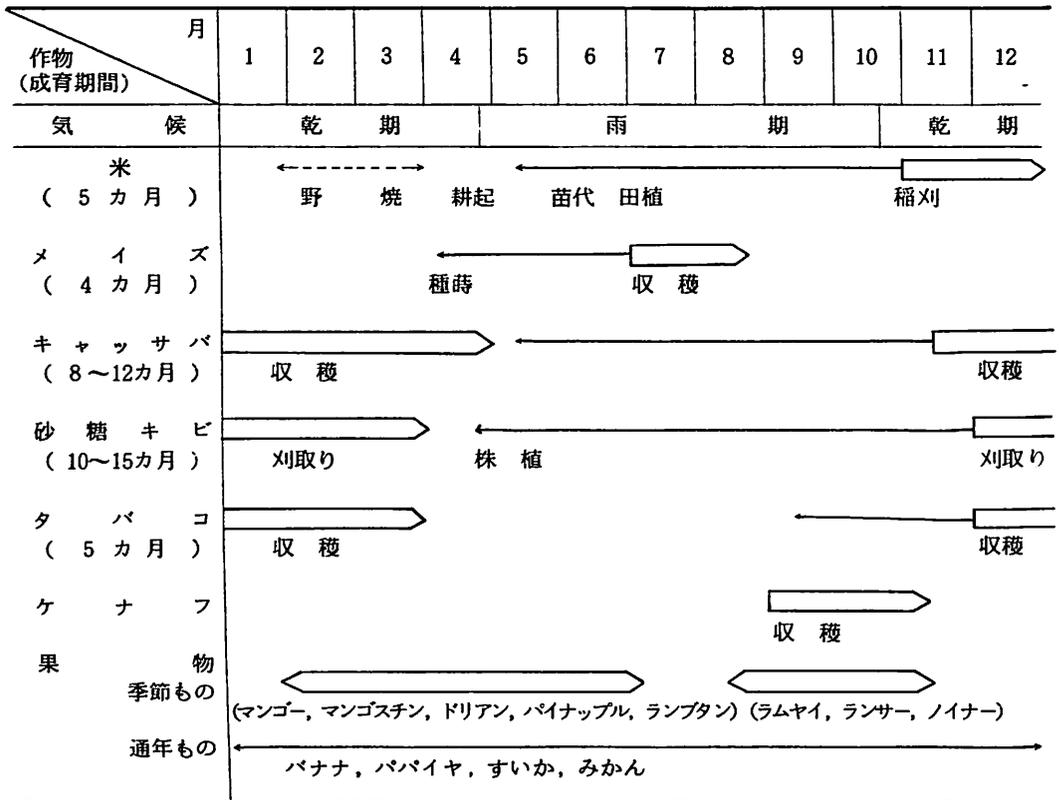
タイ国の国土面積は51.3万km<sup>2</sup>あり、日本の約1.4倍ある。国境は、東にカンボジア、東北にラオス、西にビルマ、そして南にマレーシアと接しており、それぞれの国境近辺では民族的にも隣接国の民族と相互混在となっている。国土はその70%が平野及び緩やかな丘陵地で、水さえあれば耕地となりうるものである。残り30%は山岳地であるが、最高峰は2,297 m

（ドイパホムポク山）で、全体的に高い山地は無い。このため、農村形態も日本の山間部集落のようなものは少なく、ほとんどが平野及び丘陵平坦部の集落である。そして、平野部の集落が河川水路に接した集村を形成しているのに対して、丘陵部は河川から少し離れた小高い場所での集村を形成しており、雨期の出水に対処している。タイでは散村形態は非常に稀である。このような集落形成はその村落コミュニティのあり方に大きな影響を及ぼしていることと思われる。

国土の地理的位置からもわかるように、タイ国民の生活に大きな影響を与えている重要な自然条件の1つである気候条件は、タイの南半分が熱帯気候、北半分が亜熱帯気候に属し、全国土がモンスーンの影響を受ける。このためタイ南部及び東南部は熱帯雨林、中部及び北部は亜熱帯雨林、東北部はサバンナという3つの植生気候地域に大別できる。さらに、タイ

国は全国的にモンスーンの影響によって、1年が明瞭に雨期（5月～10月）と乾期（11月～4月）の2つの季節に区分されている（したがって、日本のような四季は存在しない）。このような季節は、タイ国の産業活動に影響するところ大であり、人々の年間生活サイクルもこれに順応したものとなっている。すなわち、稲作を中心としたタイの伝統的な農業は、雨期（5月～10月）の天水に依存した年1期作を主としており（灌漑など水利に恵まれた土地は2期作も行える）、耕起（4月）→苗代（5～6月）→田植（6～7月）→稲成育期間（8～10月）→稲刈（11～12月）→米の出荷（12月～1月）→野焼（2～3月）→耕起という、降雨量の季節変化に対応した稲作サイクルから成り立っている。この基本的な稲作サイクルに加えて、砂糖キビ、トウモロコシ、キャッサバ、タバコ、ケナフ、果物などの作物や生産サイクルが組み合わされることになる（第1図 主要農作物の収穫時期農業暦参照）。

第1図 主要農作物の収穫時期農業暦



(注) 地方や品種によってかなり幅があり、本表はそれらを単純化したものである。

タイ国の自然条件で国民生活に大きな影響を与えているものの1つとして、天災が少ないことに注目しなければならない。それは、①地震がないこと → 家屋、高層建物、橋梁、ダムなどの構築物を耐震構造にしなくてもよい。②台風など強力な嵐が無いこと → 強風、豪雨がないため、建物、土地など生活上の対策を必要としない。③凍るほどの寒さがいないこと → 熱帯、亜熱帯気候のため、防寒のための居住設備、衣服を必要としない、などである。したがって、これらは国民生活にプラスに影響している条件で、関連する各種生活コストを軽減すると同時に、これらの災害に対する精神的準備も必要とされない条件にある。首都バンコクの年平均気温は28.7℃で、降雨量は年間1236.4mm、降雨日数133日、平均湿度76.4%、有感地震なし、台風なし（いずれも1978年）であった。

## 2 国民

タイ国の人口は、1984年現在5千万人に達しているが、これまでに行われた人口センサスの結果を示すと次表のようになる。

この表から、1947年センサスまでは比較的緩やかな人口増加であったのに対して、その後の増加が急速であったことがわかる。これは第2次世界大戦までは多産多死型の人口動態であったものが、戦後の医薬品や医療の発達普及により、多産少死型の人口動態に変

第1表 タイの人口推移

センサス年次	総人口	年平均増加率	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )
1911年	8,266,408人		16人
1919年	9,207,358人	1.4	18人
1929年	11,506,207人	2.2	22人
1937年	14,464,105人	2.9	28人
1947年	17,442,689人	1.9	34人
1960年	26,257,860人	3.2	51人
1970年	34,397,374人	2.8	67人
1980年	44,824,540人	2.7	87人

出所：Statistical Yearbook, National Statistical office 他。

わったためである。この多産少死型の人口動態は1950年代から1970年代中頃まで続いた。このため、戦後の人口増加がごく最近まで急速であったとともに、6年のタイムラグを置いて学令人口の急激な増加をもたらし、15年のタイムラグを置いて労働力人口の急激な増加をタイ社会にもたらすこととなった。タイ国は、現在、家族計画教育の普及により、やっと少産少死型の人口動態に移行し始めており、人口増加抑制の見通しは立ったようである。また、人口密度の点からいえば、タイは日本の国土の1.4倍のところに、日本の人口の半分以下で

あるため、1平方キロメートル当たり87人と少なく、日本の基準からすれば、一部の都市を除く大部分の地域は過疎地域の状況にあるといえる。この点は、タイ国の地域開発戦略上十分留意されなければならない。

タイ国の民族構成は、土着のタイ族及びラオ族が85%、華僑が10%、マレー人が5%と大別できるが、少数民族として、メオ族、ヤオ族、カレン族等が若干いる。言語はタイ語が公用語で全国的に使用されており、一部華僑とマレー人社会の中でそれぞれ中国語（主として潮州語）とマレー語が日常語として使用されている。

宗教は、国民の9割が仏教（小乗仏教）徒で、次いでイスラム教、孔子祭礼、キリスト教、ヒンズー教などがある。このうちイスラム教は南部マレー人が主であるが、一部北部の雲南系タイ人の中にも存在する。また、孔子祭礼は華僑の中で、ヒンズー教はインド人の中で信仰されている。東南アジアの中で、タイ国は宗教及び人種問題ではきわめて平和共存的である。他の東南アジアの国々では、しばしば宗教、人種問題が深刻な社会問題となり、特に反華僑暴動では1国の政治経済を動揺させることもしばしば経験された。これに対してタイ国では、反華僑暴動が生じたことのない点は留意されるべき特徴である。

教育は、未だ立ち遅れた水準にあり、義務教育6年の内、4年次まではほぼ100%が教育を受けているが、6年次では50%前後の就学率に落ちる。中等教育では、現在、中学3年、高校3年となっており、就学率は中学校で約30%、高等学校で約20%となっている。タイ国の学校教育制度は1978年から、それまでの7-5制であったものが6-3-3制に改革され、現在、制度移行の最終段階に達している。高等教育は、国立大学15校、私立カレッジ11校、高等専門学校147校、軍・警察大学校4校などとなっている。高等教育就学率は14%前後となっているが、オープン大学であるラームカムヘン大学を除いた場合、5~6%の就学率となる。このように、タイ国の教育は、①全国的な義務教育の普及と、②学校教育内容の近代化と、③高等教育の拡充が急務となっている。

タイ国の労働力人口の特徴を、①生産年令人口係数、②従属人口指数、③経済活動人口、④産業別就業人口で見たものが第2表である。これを見ると、1970年までの人口爆発の影響が、それまでの生産年令人口の少なさ、従属人口過多の状況から、15年のタイムラグで労働力爆発が表面化した1980年には、生産年令人口の急増、従属人口の急減として現れている。しかし、雇用実態は依然農業部門の雇用が圧倒的で、産業構造の伝統的パターンが残っている。（第2表参照）また、タイ国は女子の経済活動人口比率が高い国で、実際においても農業ばかりでなく、各産業分野で重要な労働力となっている。

総じて、現在のタイ国の経済水準からすれば、国民に十分な教育機会、雇用機会、及び所

得を用意することは容易なことではない。

第2表 労働力構造分析表

	1960年	1970年	1980年
I 生産年齢人口係数(%)	52.6	50.8	58.2
II 従属人口指数(%)	90.3	96.9	72.0

III 経済活動人口	1960年			1970年			1980年		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
実数(千人)	6,658	6,099	12,757	8,120	7,042	15,162	11,166	9,275	20,441
割合(%)	50.6	46.5	48.6	47.4	40.8	44.1	50.0	41.2	45.6

(注) 15才以上経済活動人口

IV 産業別就業人口 (千人) (%)	1960年			1970年			1980年		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
1. 農林漁業	5,576	5,758	11,334	6,634	6,566	13,202	8,348	8,473	16,821
2. 鉱業	22	7	29	64	23	67	65	29	94
3. 製造業	294	177	471	391	291	682	696	612	1,308
4. 電気・ガス・水道業	15	1	16	22	3	25	51	9	60
5. 建設業	62	6	68	155	26	181	286	67	353
6.7. 商業	363	417	780	403	473	876	732	972	1,704
8. 運輸・通信業	157	9	166	252	16	268	382	34	416
9. サービス業	458	197	655	754	430	1,184	1,106	774	1,880
0. 分類不能	159	93	252	107	39	146	375	270	645
合計	7,107	6,665	13,722	8,785	7,867	16,652	12,041	11,240	23,281
1. 農林漁業	78.5	86.4	82.3	75.5	83.5	79.3	69.3	75.4	72.2
2. 鉱業	0.3	0.1	0.2	0.7	0.3	0.5	0.5	0.3	0.4
3. 製造業	4.1	2.7	3.4	4.5	3.7	4.1	5.8	5.4	5.6
4. 電気・ガス・水道業	0.2	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1	0.4	0.1	0.3
5. 建設業	0.9	0.1	0.5	1.8	0.3	1.1	2.4	0.6	1.5
6.7. 商業	5.1	6.2	5.7	4.6	6.0	5.3	6.1	8.6	7.3
8. 運輸・通信業	2.2	0.1	1.2	2.9	0.2	1.6	3.2	0.3	1.8
9. サービス業	6.5	3.0	4.8	8.6	5.5	7.1	9.2	6.9	8.1
0. 分類不能	2.2	1.4	1.8	1.2	0.5	0.9	3.1	2.4	2.8
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：各年人口センサス結果より作成，11才以上経済活動人口

### 3 政治・行政

タイ国の政治制度は、現代の世界全体の趨勢からすれば若干時代遅れの構造となっている。このため、民意の政治への反映、国民の生命と財産の保障、政府の国民への行政サービスなど重要な点で不十分な点を残している。また、タイ国は第2次世界大戦後の政権担当者を見ても、ほとんどの期間を軍事政権で政治を司っており、文民政権ないし民主的政府が成立したのは、戦後の一時期と1973年～1976年の合計しても正味3年間しか経験がない。一方、軍事政権は戦後39年の内36年間政権を担当し、その中で政権交替においてもしばしばクーデタの手段がとられてきた。これらのために、タイの政治制度には政権の交替、民意の政治への反映、政治の実施などにおいてルールの確立ができてなく、国民も民主的政治の経験に浅いため、制度としての政治が国民の中に定着していない状況にある。

このように、タイの政治・行政制度については多くの特徴が抽出できるが、ここでは基本的な視点として4点を指摘しておく。

第1点は、国王を元首とする立憲君主制であるために、政治的意思決定が国王の統帥権と国会の議決によるものとの二元的構成になっていることである。このような制度は、日本でも明治以来終戦まで同様な統治制度をとっていたので理解しやすいと思われる。国会は2院制（これまで幾つかの形態をとってきたが現在は1978年憲法による）で上院は勅選議員からなり、下院は普通選挙による民選議員からなる。重要法案は両院合同議会で決定される。また、首相は国会議員である必要はなく、国王が任命する制度となっている。

第2点は、地方行政制度において、中央政府 — 県（チャングワット） — 郡（アンブー） — 町（タムボン） — 村（ムーバーン）の行政組織があるが、基幹となるのは県 — 郡であり、これらの知事、郡長は内務大臣によって任命される。町長及び村長は郡長によって任命される。この行政ラインとは別に県議会、市議会、町議会が組織される場合もあるが権限はあまりない。また、特別市としてバンコク府、パタヤ特別市がある。いずれにせよ、地方自治体といっても中央政府内務大臣の権限に属するもので、住民の政治参加には限界があり、行政の実質的内容においても中央政府の実施にかかわるものがほとんどである。

第3点は、基本的な政府の役割が、必要最少限のいわゆる夜警国家的政府である点である。すなわち、政府は、国土及び国民を国王の傘の下に枠組し、治安（軍及び警察）と徴税（財務省）の行政機構を基軸とした上でその他の行政を実施するものである。したがって、現在

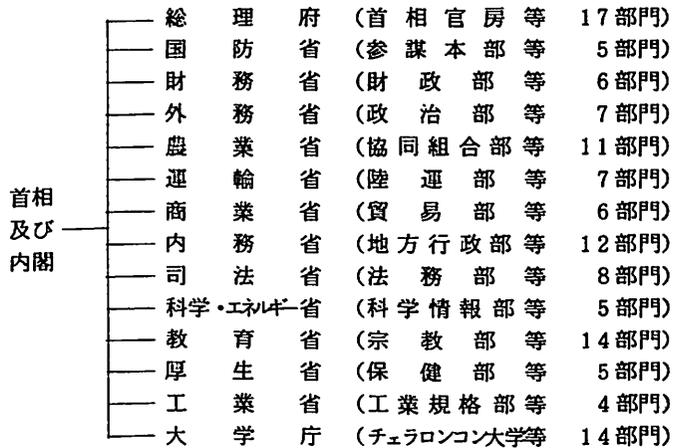
のほとんどの先進国で見られる福祉国家的機能はきわめて貧弱なものとなっている。この点はタイの社会開発を推進する上で重要な課題である。

第4点は、タイの政治・行政がきわめて国際政治の影響を受けやすい性格を持っていることである。戦後直後の米国のアジア外交、及び近隣国であるベトナムの戦争は、タイの政治・行政を理解する上で欠かすことのできない政治的経験であったし、それによって現在の政治行政機構の基本的性格が形成されたといえる。特に、社会的・経済的インフラストラクチュアは、その多くを外国からの援助に依存してきたため、今後の維持・発展を自助努力でどこまでやっていけるが大きな課題である。

現在の行政機構は第2図のとおりである。

タイ行政機構には、第2図 第2図 タイ国行政機構図

に示されたものの他に独立機関として、王室関連4部門、監査院、国会総務、バンコク首都府が存在する。また、65の公社・公団が各省庁に属しながらも比較的独立した機関として存在する。



## 4 経済及び経済政策

タイの経済は1960年代以降飛躍的に発展した。1960年代、1970年代を通しての実質経済成長率は年率平均7%に達するものであった。この間に、タイ国は後進農業国から、一定程度の工業化と一次産品輸出の拡大に成功し、現在、NICs(新興工業国)への仲間入り直前の段階に達することができた。国内総生産(GDP)は403億72百万ドルに達し、1人当たり国民所得(GNP)も793ドル(いずれも1983年)に達した。しかし、経済の基本的性格は農業国といえるもので、国内総生産の産業別源泉では今だに農業が第1位である。タイの農業は米作を主としながらも、特に過去20年間にトウモロコシ(メイズ)、キャッサ

バ、砂糖キビ、豆類、パイナップルなど、国際的輸出一次産品の拡大に成功し、農業多角化が進んだ。もともとタイ国は米を主とする穀物の有力な輸出国であったため、農業多角化は即輸出商品開発でもあった。現在、米、トウモロコシ、キャッサバ、砂糖、豆類、ゴム、パイナップルなどは、水産物のエビ、イカ、鉱産物のスズとともに、タイ国の全輸出額の6割以上を占めている。このように、農業はタイ国の経済にとって重要な役割を担っている。そして、タイ国が食糧の有力な輸出国であることは、類似の産業構造を持ちながら常に食糧を輸入しなければならなかった他のアセアン諸国と比較して、その農村社会の安定にとっても大きな意味を持ってきた。

これに対して、タイの工業化は、1960年代後半から本格化するがもともと輸入していた消費財工業製品を国内生産に切り替える輸入代替産業の工業化であった。このため、天然資源が少ないことも手伝って重化学工業は少なく、家電、繊維、雑貨、食品、自動車組立など軽工業部門の工業化に片寄ったもので、工業化が進めば進むほど、原材料、中間材の輸入を伴う性格のものであった。また、これらの工業化が、主として外国資本との合弁企業方式で実施されたためもあって、原材料・中間材の搬出入、大消費地への距離、外国人社員の生活関連ファシリティ等々の条件から、バンコク及びその周辺地域に集中立地した形でなされた。したがって、タイ国の工業化が着実な発展を遂げたとはいえず、地域的に片寄ったもので、経済の地域格差が生じている。

1980年代に入って、タイ経済は大きな構造転換にさしかかろうとしている。それは、①石油を中心とするエネルギー価格の高騰、②一次産品輸出価格の低迷、③世界的な経済停滞、④対外債務累積の高まり、及び⑤政府の財政赤字などが経済構造の転換をせまる大きな原因となっている。これに対してタイ政府は、①民間の活力を期待し、②対外借金をひかえ、③公共投資を押さえ、④輸出振興を図り、⑤経済効率を向上させることなどの対策を打ち出している。幸い、シャム湾で開発された天然ガスが実用化の段階に入り石油輸入を圧えることができたし、1984年には米国経済の好況がタイ経済にも一部波及効果を及ぼしており、さらに、香湾問題による香湾資本の流入などもあって1983、1984年は比較的順調な経済成長が見られる。

タイの経済開発計画は、第1次経済開発計画（1961年1月～66年9月）、第2次経済社会開発計画（1966年10月～71年9月）、第3次経済社会開発計画（1971年10月～76年9月）、第4次経済社会開発計画（1976年10月～81年9月）が実施され、現在、第5次経済社会開発計画（1981年10月～86年9月）が実施中である。タイ国の経済発展は経済開発計画が導入された1960年代以降本格的となり、工業化とそのための公共投資に

よるインフラストラクチャの整備が進められた。数値的に見た各経済開発計画の目標と実績は第3表の通りであるが、第1次計画では民間産業投資の活発化を促し、民間主導の工業化を奨励し、政府はプーボン水力発電ダムやメークロン灌漑、国道建設、鉄道改善などのインフラ建設を開始した。第2次計画では経済成長とともに所得分配の適正化、農業生産の向上と多角化、雇用増加と教育の向上などが強調され、電力、灌漑、道路の他、通信・電話、港湾、産業金融などの開発が進められた。第3次計画では、これまでの開発継続の上に経済構造の改善、所得格差の是正、人的資源の開発、人口増加抑制などが強調された。

第3表 国内総生産、成長率、目標と実績(%)

産業区分	第1次計画 実績	第2次計画		第3次計画		第4次計画	
		目標	実績	目標	実施	目標	実績
農業	4.6	4.3	4.1	5.1	3.9	5.0	3.0
鉱業	10.9	6.6	8.1	6.0	△0.5	3.2	11.2
製造業	10.2	10.9	9.2	8.0	8.6	9.6	9.0
建設業	12.3	11.4	8.4	6.5	4.0	3.0	11.7
電力・水道	18.2	18.0	20.7	15.0	14.4	11.3	10.9
交通・通信	9.0	11.0	7.5	6.0	8.1	7.4	8.7
卸小売	8.0	8.4	7.7	7.0	4.8	6.3	6.2
金融	16.6	17.0	14.4	15.0	5.1	8.1	14.4
不動産	3.7	5.0	4.1	2.5	3.6	4.4	5.0
公務	7.2	12.0	10.0	6.0	6.0	6.5	9.0
サービス	6.0	9.5	8.8	7.0	8.2	7.8	9.7
GDP	7.3	8.5	7.2	7.0	6.2	7.0	7.3

(注) 1. 実績の項は第4次計画分を除き、次の計画による推計である。したがって国民所得統計最終結果の計数とは必ずしも一致しない。また第4次の実績は、81年統計によって算出したものである。

2. 第1次計画は、GDP、5.5%の成長を目標としている。

(出所) バンコク日本人商工会議所「タイ国経済概況」(1982～83年版)。

しかし、この第3次5カ年計画期間中は、1971年のニクソンショックの影響、1973年の学生革命と第1次オイルショック、1975年のベトナム・サイゴンの陥落など、タイ国をゆさぶる国際的・国内的政治経済の大激動に直面した。このためこの間の実質経済成長率は第3表の通り6.2%に留まったが、幸い、前2期の開発効果が寄与すると共に、農業一次産品の国際価格高騰などに好影響されて大きな落ち込みにはならなかった。第4次5カ年計画では、景気回復、人口増加の抑制と雇用増加、環境保全、防衛強化、農村安定などが強調された。また、工業化では、特に輸出指向型産業及びアグロインダストリーに期待がかけられた。第

4次計画は開発規模、開発プロジェクト数ともに大きな拡大が見られ、従来の電力、灌漑、道路などの他、電話、公共住宅、学校教育、農業金融、上水道、漁業、農村開発など多様な分野への開発に力がそそがれるようになった。第5次5カ年計画では、第2次オイルショックと、世界的な経済低迷を受けて、これまでの開発による社会・経済発展のアンバランスの調整が強調されている。

このように、1960年代以降の過去20年余の経済開発の推進は、国民生活の絶対的水準を向上させ、タイ国の経済構造の近代化を促進してきた。これによって農村部では、かつて準自給自足的経済で雨期には孤立しがちであり、近代文明の恩恵を受けることが少なかった生活状態から、道路建設とともに自動車交通が普及し、米、メイズなど輸出一次産品の拡大や農閑期の出稼ぎにより商品経済・貨幣経済が浸透し、安くて良質な工業製品の多様な消費財が生活の中に入り、人々の生活様式は大きく変わった。また、バンコクを中心とする都市部では、開発利益を最大限享受して急速な都市化が進む一方、都市行政が都市化の拡大に追い付かない状態が生じている。今後のタイ国にとって重要な課題は、低い経済水準ながらも自立的であった社会経済から、輸入した技術、商品、生活様式に依存した社会経済に転換した現在、今後、どれだけ自力で社会・経済を維持発展させることができるかの問題である。

(単位：百万バーツ)

第4表 産業源泉別国内総生産

項目	1979		1980		1981		1982		1983	
	金額	%								
農林漁業	147,076	26.4	173,806	25.4	187,886	23.9	188,742	22.3	202,797	21.8
鉱業	12,614	2.3	14,493	2.1	13,373	1.7	14,807	1.7	16,303	1.8
製造業	109,740	19.7	134,515	19.7	158,272	20.1	164,659	19.5	172,532	18.6
建設業	29,240	5.3	39,865	5.8	42,008	5.3	43,040	5.1	46,880	5.0
電気・水道業	6,075	1.1	6,284	0.9	10,743	1.4	14,454	1.7	16,390	1.8
運輸・通信業	37,844	6.8	45,261	6.6	57,281	7.3	63,133	7.5	73,043	7.9
卸売・小売業	102,853	18.5	128,731	18.8	150,293	19.1	159,849	18.9	176,577	19.0
金融	31,396	5.6	41,891	6.1	52,025	6.6	61,021	7.2	71,991	7.8
住宅	6,297	1.1	7,378	1.1	8,411	1.1	9,912	1.2	11,138	1.2
公務・国防	21,623	3.9	28,263	4.1	30,645	3.9	37,349	4.4	42,261	4.5
サービス業	51,482	9.3	64,443	9.4	75,229	9.6	89,170	10.5	98,636	10.6
国内総生産(GDP)	556,240	100.0	684,930	100.0	786,166	100.0	846,136	100.0	928,548	100.0
海外純所得	-9,791		-12,490		-21,787		-26,376		-26,087	
国民所得(GNP)	546,449		672,440		764,379		819,760		902,461	
1人当たり国民所得(バーツ)	11,843		14,475		16,096		16,906		18,247	
" (ドル)	592.1		723.8		699.8		735.0		793.3	

出所：Bank of Thailand "Quarterly Bulletin" March 1984, より作成。

注 1人当たり国民所得のドル表示の為替レートは1979, 1980は1ドル=20バーツ, 1981以降1ドル23バーツ

第5表 主要品目別貿易動向

(単位：百万バーツ)

項目	年次				
	1979	1980	1981	1982	1983
輸出合計	108,179	133,197	153,001	159,728	146,472
米 (千トン)	15,592 (2,797)	19,508 (2,800)	26,366 (3,032)	22,510 (3,784)	20,157 (3,476)
メイズ ( " )	5,644 (2,014)	7,299 (2,203)	8,349 (2,575)	8,330 (2,831)	8,486 (2,659)
キャッサバ ( " )	9,891 (3,961)	14,887 (5,218)	16,446 (6,266)	19,752 (7,815)	15,387 (5,197)
砂糖 ( " )	4,797 (1,190)	2,975 ( 452)	9,572 (1,119)	12,932 (2,206)	6,338 (1,537)
ゴム ( " )	12,351 ( 521)	12,351 ( 455)	10,841 ( 472)	9,490 ( 544)	11,787 ( 555)
スズ ( " )	9,252 ( 31)	11,347 ( 34)	9,091 ( 30)	7,773 ( 25)	5,265 ( 18)
繊維製品	8,795	9,643	12,570	14,005	14,351
宝石	2,250	3,240	4,486	4,671	6,214
その他	39,607	51,947	55,280	60,265	58,487
輸入合計	146,161	188,686	216,746	196,616	236,361
消費財	15,933	19,286	22,985	22,783	29,834
原料・中間財	43,500	45,312	53,575	48,596	59,462
化学製品	14,856	14,962	18,011	16,138	20,884
鉄・スチール	10,035	10,335	12,039	11,323	13,722
その他	18,609	20,015	23,525	21,135	24,856
資本財	39,902	46,075	56,772	47,778	69,346
一般機械	18,648	20,402	25,842	21,172	33,160
電気機械	7,355	11,206	10,867	11,008	15,843
その他	13,899	14,467	20,063	15,598	20,343
その他	46,826	78,013	83,414	77,459	77,719
自動車	7,126	6,912	9,568	7,687	11,224
石油・燃料	32,647	58,733	65,100	60,765	57,064
その他	7,053	12,368	8,746	9,007	9,431
貿易収支	- 37,982	- 55,489	- 63,745	- 36,888	- 89,589

出所：Bank of Thailand "Quarterly Bulletin" March 1984より作成。

第6表 消費者物価指数

(1978年=100.0)

項 目	ウェイト	1979	1980	1981	1982	1983
全 品 目	100	109.9	131.5	148.2	156.0	161.8
食 料	43.7	109.1	130.5	144.2	148.3	155.8
被 服	8.1	113.7	136.8	150.5	158.7	164.7
住 居	22.3	109.8	131.0	148.5	159.2	166.1
保 健 医 療	6.4	106.9	128.9	142.1	151.3	156.0
交 通	7.4	116.7	145.0	186.3	195.3	196.4
教 育 娯 楽	8.1	110.4	131.9	145.2	157.2	160.5
タバコ、酒類	4.0	102.7	113.9	126.9	149.5	145.3

出所 Bank of Thailand, "Quarely Bulletin" Dec. 1983より作成

第7表 対外債務残高

(単位：百万ドル)

項 目	1979	1980	1981	1982
実行債務残高	4,070.4	5,825.6	7,285.6	8,522.8
公的債務	2,827.1	4,123.1	5,187.0	6,205.9
民間債務	1,243.3	1,702.5	2,098.6	2,316.9
元本返済額	153.8	166.1	226.9	305.6
利息支払額	159.9	267.8	394.5	482.9
平均金利(公的)	5.4%	6.8%	7.5%	8.5%
" (民間)	10.5%	13.8%	13.8%	11.5%
デット・サービス・レシオ	4.7%	5.1%	6.7%	8.4%
外貨準備高	3,100	3,026	2,721	2,674

出所 I B R D "World Debt Tables" 1983-84年版

第8表 国家予算推移表

(単位：百万バーツ)

項目	1979		1980		1981		1982		1983	
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%
支出	18,004	19.6	22,558	19.7	27,933	20.0	32,365	20.1	37,143	21.0
教育	19,066	20.7	22,384	19.5	27,723	19.8	31,618	19.6	35,235	19.9
国防	17,604	19.1	24,096	21.0	31,943	22.8	32,857	20.4	33,869	19.1
厚生	11,045	12.0	11,641	10.2	15,273	10.9	16,726	10.4	18,827	10.6
治安	5,036	5.5	6,051	5.3	7,321	5.2	8,231	5.1	9,612	5.4
一般行政	2,657	2.9	3,551	3.1	4,748	3.4	4,309	2.7	5,214	2.9
債務償還	10,028	10.9	12,393	10.8	17,531	12.5	21,009	13.0	27,150	15.3
その他	8,560	9.3	11,882	10.4	7,528	5.4	13,887	8.6	9,949	5.6
支出合計	92,000	100.0	114,556	100.0	140,000	100.0	161,000	100.0	177,000	100.0
支出予算増加率%	13.6		24.5		22.2		15.0		9.9	
収入	66,889	89.1	82,338	88.8	95,928	86.8	100,393	88.3	120,340	87.6
租税	2,107	2.8	2,514	2.7	2,942	2.7	3,273	2.9	4,243	3.1
資産・サービス売上	3,886	5.2	4,797	5.2	6,212	5.6	4,895	4.3	6,066	4.4
国営企業収入	2,208	2.9	3,041	3.3	5,404	4.9	5,093	4.5	6,802	4.9
雑収入	75,090	100.0	92,690	100.0	110,486	100.0	113,654	100.0	137,451	100.0
借入金	13,429		17,500		14,682		26,422		37,682	
剰余金会計	-		-		-		-		-	
収入増加率%	20.8		23.4		19.2		2.9		20.9	
対GDP収入比率%	13.5		13.5		14.1		13.4		14.8	

出所：Bureau of the Budget, "Thailand's Budget in Brief" 各年版より作成。

## 第2章 人口及び人口政策

### 1 タイ人口の概況

#### (1) 人口増加と都市化

タイの総人口は1980年人口センサスによれば、1980年4月1日調査時に4,482万4,540人、うち男子が2,232万8,670人、女子が2,249万5,933人であった。戦後タイ人口は第1表にみるように増加の一途を辿り、1947～80年の33年間に2.5倍の増大を示した。

人口の年平均増加率も年々低下を示しているものの、依然として高い出生率と死亡率の低下傾向の中で、1970～80年間で2.68%の高い増加率を示している。

1950年以降、発展途上国の人口の都市化が急速に進行し、国連推計によれば都市化率は1950年の16.8%から1980年には30.7%に急上昇したことが報告されている。タイにおいても工業化の進展につれて、都市化の波が徐々に広がっている。周知のとおり、タイは農業国であることから、都市化の水準は1980年現在でも17.0%とASEAN諸国の中で最も低い（1980年のASEAN各国の都市化率は、インドネシア20.2%、マレーシア29.4%、フィリピン36.2%、シンガポール100.0%）、近年の高い経済成長に支えられ、都市人口が急速に増加しており、都市化率も上昇している。都市人口は第1表によれば、1947～80年の33年間に4.4倍となり、1970～80年間の都市の人口増加率は5.3%に達している。一方、全人口の83%をしめる農村人口は、戦後33年間に2.3倍と都市人口の伸びの2分の1を示したにすぎない。農村人口の増加率は、総人口の増加率よりやや低い水準で、

表1 タイの総人口、都市人口、農村人口の推移と都市化率

調査年	総人口			都市人口			農村人口			都市化率 (%)
	人口 (1,000人)	* 指数	年平均増加率 (%)	人口 (1,000人)	* 指数	年平均増加率 (%)	人口 (1,000人)	* 指数	年平均増加率 (%)	
1947	17,443	100	-	1,735	100	-	15,708	100	-	9.9
1960	26,258	151	3.15	3,274	189	5.01	22,984	146	2.97	12.5
1970	34,397	197	2.70	4,553	262	3.35	29,844	190	2.65	13.2
1980	44,825	257	2.68	7,633	440	5.30	37,192	237	2.22	17.0

\*指数 : いずれも1947年を100とした値

(資料) National Statistical Office, Statistical Yearbook 1976~80.

National Statistical Office, 1980 Population & Housing Census.

1947年以來一貫して低下してきている。  
 このような都市と農村の人口増加率の格差は、自然増加率の格差もさることながら都市農村間の人口移動によるところが大きい。

(2) 男女・年齢別構造

第1図は1970年と80年の人口ピラミッドを比較したものである。これより1980年の年齢構造は、70年に比し、0～9歳と30～39歳の人口割合が減少し、一方15～29歳と40歳以上の人口割合が増大している。ここで10歳未満人口比の減少は、近年の出生率の低下を反映したものであり、15～29歳人口比の増大は、1950、60年代の高出生率を反映したものである。また40歳以上人口比の増大は死亡率改善による平均余命の伸長も一因と考えられる。

図1 タイの人口ピラミッド, 1980年

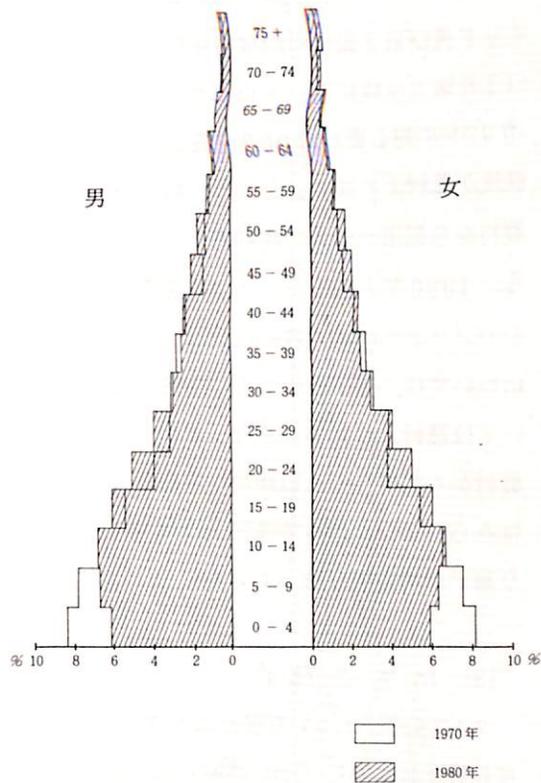


表2 都市、農村別人口の社会的特性, 1980年

	全 国	都 市	農 村
1. 男女・年齢別構造			
総人口	44,824,540	7,632,916	37,191,624
性 比 (%)	97.29	92.90	98.21
0 ～ 14 歳 (%)	38.30	30.32	39.93
15 ～ 64 歳 (%)	58.15	66.31	56.48
65 歳 以上 (%)	3.55	3.37	3.59
従属人口比率 (%)	71.96	50.80	77.06
2. 出生力			
現存子供数 (既婚婦人1,000人につき)	3,841.6	3,226.8	3,959.1
平均初婚年齢	22.78	25.49	22.03
15～49歳有配偶女子の 避妊実行割合	41.16	45.67	40.27

(資料) National Statistical Office, 1980 Population & Housing Census.

第2表によれば1980年の性比は97.3で女子が多い男女別構造を示している。人口ピラミッド及び第2表の年齢構造係数より、年少人口38.3%、生産年齢人口58.2%、老年人口3.6%で全体に若い人口構造である。都市、農村別に人口構造をみると、まず性比は都市92.9に対し農村は98.2と都市の方が女性比率が高く、アジア諸国の“都市において男性比が農村より高い、という一般的傾向と異なる様相を示している。これはタイにおいて農村から都市への人口移動者のうち女子のしめる割合が比較的高かったことを物語っている。1980年人口センサスでは都市、農村間移動について未だ公表されていないが、同年のバンコクへの流入者の性比は90.5と女子の方が多いことを示している。次に年齢構造については、都市は年少人口係数では農村より10%低い、逆に生産年齢人口係数においては農村より10%高くなっている。これは都市に比べ農村の高い出生率と若年者による農村から都市への人口移動を反映したものである。しかし、老年人口係数は両地域間に差はみられない。従って従属人口指数は全国値72に対し、都市51、農村77で、農村は都市より高い扶養負担を負っている。

### (3) 出生と死亡

タイで公表されている登録出生数・死亡数は、登録漏れが多く信頼性が低いため、第3表にはUNおよびESCAP機関の推計値も合わせて載せている。これよりタイの出生率は戦後、人口千人につき45前後より83年には28へ、また死亡率は15から8へいづれも低下してきたことがわかる。また合計特殊出生率(婦人1人当たり平均出生児数)も同期間において6.8から3.5へと低減してきている。1980年人口センサスによれば、婦人1人当たり平均現存子供数は全国3.84人、都市3.23人、農村3.96人で農村は都市より高い出生率であることを示している。地域別にみた平均現存子供数は、バンコク3.05人、東北部4.24人、北部3.65人、南部3.90人、中部3.73人で最大の東北部と最小のバンコクとは1.2人の地域格差が生じている。この出生力の地域格差は第2表および第4表で掲載した避妊実行割合や識字率など社会経済的要因と相関があると考えられる。すなわち避妊実行割合が低く、農家世帯割合が高い地域において比較的現存子供数は多くなっているのがみられる。

平均寿命は1950年代は男女共に50歳未満であったのが、1983年には男子61歳、女子65歳といづれも15年以上の伸びを示している。

乳児死亡率については出生1,000人につき公表値12(1982年)、ESCAP推計値50(1983年)と大差がある。タイの統計局で実施された人口変動調査(The Survey of Population Change, 1964~65年, 1974~75年)からも乳児死亡登録に基だしい漏れがあると推測さ

表3 出生と死亡

	人口動態率(‰)			乳児死亡率 (出生1000人につき)	合計特殊 出生率	平均寿命(年)	
	出生率	死亡率	自然増加率			男	女
1950～55	44.6	14.6	30.0		6.81 <sup>u</sup>	42.6 <sup>u</sup>	47.8 <sup>u</sup>
1955～60	45.2	12.8	32.4				
1960～65	42.1	11.4	30.7	8.4 <sup>s</sup>	6.59 <sup>u</sup>	49.9 <sup>u</sup>	55.3 <sup>u</sup>
1965～69	40.6	9.9	30.7		6.25 <sup>s</sup>	52.9 <sup>u</sup>	58.3 <sup>u</sup>
1970～74	37.9	10.5	27.4	5.2 <sup>s</sup>	4.85 <sup>w</sup>	55.4	60.8
1975～79	32.3	8.9	23.4		4.51	57.6	63.0
1971	32.7	6.1	26.6	23			
1975	27.4	5.7	21.7	26			
1980	23.2	5.3	17.9	13			
1981	22.4	5.0	17.4	6			
1982	22.5	5.1	17.1	12			
1983	28.2	7.6	20.5	50	3.5	60.9	64.9

(出所) 1950～69年, 1983年はESCAP推計。1970～74, 75～79年の5年間平均推計はUN推計, U: UN推計  
 1971～82年 NSO, "Statistical Yearbook 1976～80", "Statistical Handbook of Thailand 1982".

S: The Surveys of Population Change (SPC) 1964～65, 1974～76.

W: The Survey of Fertility in Thailand, 1975.

表4 タイの地域別人口と社会・経済指標, 1980年

	人口 (1,000人)	人口分布 (%)	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	平均世帯 人員	世帯 比率	識 字 率	水道普及率	電気普及率	衛生 保 有 率	15~49歳 有配偶女子 の避妊実行 割合	1人当り 国民所得 (バーツ)
全 国	4,825	100.0	87	5.2	55.5	89.5	18.1	43.0	49.2	41.2	14,255
中 部 (バンコク除く)	9,726	21.7	95	5.1	46.1	90.6	16.7	54.6	67.9	45.6	19,734
バン コ ク	4,697	10.5	3,001	5.1	2.9	92.7	76.0	95.9	96.9	46.9	43,423
東 北 部	15,699	35.0	93	5.7	77.3	92.3	8.1	25.5	36.7	36.8	5,806
北 部	9,074	20.2	53	4.8	66.4	83.6	10.7	37.9	59.2	50.0	9,541
南 部	5,628	12.6	33	5.2	39.8	85.2	9.8	30.8	32.5	25.5	14,190

(資料) National Statistical Office, 1980 Population & Housing Census, E-Cr. Pop-No.14-83.

Office of the National Economic and Social Development Board, Gross Regional and Provincial Product 1980.

れていることから、乳児死亡率は実際には登録公表値よりかなり高いものと思われる。

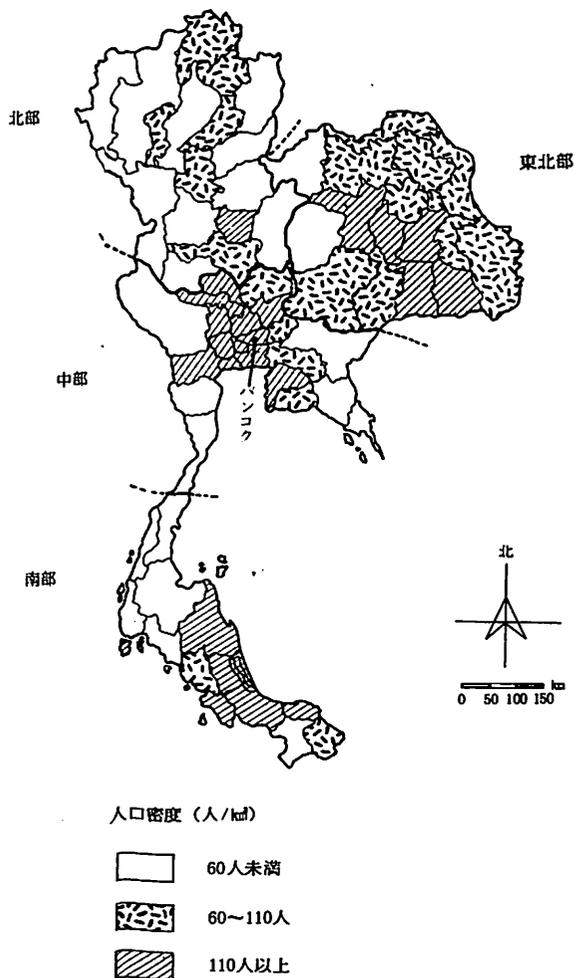
(4) 地域別人口とその社会経済的特性

1980年人口センサスでは4つの地域区分——北部、東北部、中部、南部——と72の行政県(Changwat, チャンワット)に分けて調査しているが、集計結果は地域区分においてバンコク・メトロポリスとそれを除く中部とに分け合計5つの地域区分で公表されているので本稿もそれに従うものとする。

第4表は1980年の地域別人口分布を示したものである。これより人口が最も多い地域は東北部で全人口の35%をしめ、次いで中部、北部、南部、バンコクと順にそのシェアは小さくなる。人口100万人以上の県は72県のうち9県にすぎず、それらはバンコク(470万人)を除くとすべて100万人台の県である。それら100万人以上の県を順にあげると、東北部のナコンラーチャシマ(195万人)、ウボンラーチャタニ(162万人)、ウドンタニ(146万人)、コンケン(125万人)、南部のナコンシータマラート(121万人)、北部のチェンマイ(115万人)、東北部のブリラム(110万人)、シサケート(106万人)の各県である。

人口密度は1km<sup>2</sup>あたり87人で1,970人の70人に比し増加している。地域別ではバンコクが3,001人と最も過密であり、逆に北部、南部ではそれぞれ53人、33人と全国平均以下の低い密度である。県別にみた人口密度は第2図に示されている。人口密度を1平方キロメートルあたり60人未満、60～110人、110人以上の階級に分けて全国を観察すると、最も稠密な県

図2 タイの人口密度



は中部のバンコクを中心とする周辺県、北部のピチット、東北部のコンケンを初めとする5県、南部のナコンシータマラートなど5県において110人以上の比較的高い人口密度を有している。

次に地域別人口の社会経済的特性について第4表より概観してみよう。

平均世帯人員は全国が5.2人、地域別にみると東北部が5.7人で最も多く、最少は北部の4.8人である。全国の世帯規模は70年の5.8人に比べ縮小化している。

世帯主が農業に従事する農家世帯比率は全国が56%とタイでは半分以上の世帯が農業を主な稼業としていることを示している。地域別では東北部(77%)、北部(66%)に農家世帯が多く、南部は逆に40%で農業以外に従事する世帯の方が多い。

戦後教育の普及により、タイの識字率は90%と発展途上国ではかなり高い水準にある。北部、南部では全国水準より少し低いが、それでも文盲率は2割以下である。

次に出生・死亡に間接的な影響を与えると思われる公衆衛生の実情についてみてみよう。1980年住宅センサスで水道、電気の普及率やトイレの保有率について調査しており、第4表にその結果を示している。まず水道の普及率は全国が18%と低く、とりわけ最も所得の低い地域である東北部は8.1%にすぎない。バンコクでは76%と高く、都市・農村格差が大きい。水道が普及していない地域では井戸水や雨水などを利用している。

電気の普及率は全国で43%、バンコクは96%で殆んど家庭で電気が普及しているが、東北部では26%にすぎず、石油ランプを使用している。

トイレについては衛生水準が適当であると思われる便所を保有する世帯は全世帯の $\frac{1}{2}$ にすぎず、残りは不衛生な便所か、そのような施設を保有しない世帯である。ここでも水道、電気と同様に東北部、南部で衛生トイレの保有率は35%前後と低く、中部、北部では6割を越す世帯で保有している。バンコクでは97%の世帯が保有しており、タイでは公衆衛生設備がバンコクとその他の地域、都市・農村間で大きな格差があることがわかる。

次に1人当たり地域所得についてみてみよう。1980年カレントプライスで全国が14,255バーツ(国民所得)、最高のバンコクでは43,423バーツで全国平均の3倍を示し、逆に最低の東北部は5,806バーツで全国の $\frac{1}{2}$ 以下、バンコクの $\frac{1}{7}$ で最も貧困な地域である。

以上のように、タイでは社会経済的な地域格差が大きく、これが出生率や死亡率の地域格差に直接または間接に影響しているものと思われる。

## (5) 国内人口移動

1980年人口もセンサスにおける5年前の常住地に関する人口移動調査で1975～80年間に少くとも一度常住地を変えた人は312万人であった(第5表参照)。これは5歳以上人

表5 タイの5歳以上人口移動数と移動率, 1975~80年

	流入人口						流出人口 (7)	移動率 (%) (2)/(1)	流入率 (%) (5)/(1)	流出率 (%) (7)/(1)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)				
	総人口 (5歳以上)	移動人口 総数	地域内 移動	外国からの 流入	他地域 からの流入	前住地不詳				
全 国	39,380,252	3,121,569 (100.0%)	1,944,291 ( 62.3%)	18,159 ( 0.6%)	861,196 ( 27.6%)	297,923	857,194	7.93	2.19	2.18
中 部 (バンコク除く)	8,626,346	826,501	472,412	2,004	286,189	65,896	235,331	9.58	3.32	2.73
バンコク	4,250,365	584,623	184,159	4,241	340,792	55,431	170,392	13.75	8.02	4.01
東 北 部	13,512,169	745,229	586,389	6,575	74,827	77,438	268,691	5.51	0.55	1.99
北 部	8,112,184	581,796	411,927	4,350	104,892	60,627	121,568	7.17	1.29	1.50
南 部	4,879,188	383,420	289,404	989	54,496	38,531	61,212	7.86	1.12	1.25

(資料) 第4表に同じ

口の7.9%が移動したことを示しており、10年前の移動者(333万人)、移動率(11.6%)と比べ若干減少している。全移動者中62.3%が地域内移動でまたそのうち118万人、全移動者の38%が県内移動であり、近距離からの移動が多いことを示している。また地域の境界を越えて移動した者の数は86万人で全移動者の27.6%をしめ、10年前の77万人より若干増加し、地域間(遠距離)の人口移動は活発になってきている。

地域別に流入、流出の状況をみてみよう。ここでは外国からの流入と前住地不詳の流入を除いて観察することにする。まず、流入者を最も多く受け入れた地域はバンコクで34万人、全流入者の40%をしめ、10年前と同様タイの国内人口移動はバンコクを中心として展開されている。バンコクに次いで多くの流入量を示した地域は中部で29万人、全体の33.2%をしめている。最少の流入量を示した地域は南部(5万人)であった。

一方、最大の流出者を出した地域は東北部で27万人を示し、次いで中部が24万人、バンコクは17万人で流入量の半分を示した。

南部は流出人口も流入人口と同様4地域中最少で、移動はあまり活発でない。

次に地域別の人口移動率をみてみよう。第5表でみるように、流入率、流出率共にバンコクが最大で、流入超過率も最大となっている。次いで高い移動率であった中部では0.5%の流入超過率を示している。その他の地域、すなわち東北部、南部、北部はいづれも流出が流入を上まわっており、0.1~1.5%の流出超過率を示している。

以上、タイの国内人口移動は70年同様80年においても短距離の農村間移動が主流であるが、農村から都市、または都市から農村への移動はいづれもバンコクを中心として展開されていることが明らかである。

さてこのような移動を促す要因は何であろうか。1980年人口センサスより彼等の移動理由について調査したものより観察すると、最も多いのが随半移動で33.8%、次いで求職のため21.7%、転職・転勤が10.5%、結婚のため9.2%、進学5.6%、帰省(Uターン)2.7%、住宅移動2.4%となっている。またこのうち全移動者の54%をしめる男子移動者に限ると求職による移動が家族との随伴移動を上まわっている。また1981年のバンコクへの人口移動調査(National Statistical Office, The Survey of Migration in Bangkok Metropolis)でも移動理由は経済的理由がトップで61%、次いで家族的事由18%、教育15%の順となり、経済的事由が移動を促す主要な要因であることがわかる。また、バンコクへの移動者の人口学的特性として15~29歳の若年者、特に未婚女子である傾向が顕著で、移動タイプとして単身移動が多いという特徴があげられる。

## 2 タイの人口政策

### (1) 人口政策の推移

今世紀前半まで多産を奨励していたタイでは1960年代に人口爆発とよばれる高い人口増加率を記録し、この当時から人口問題が国内でとりあげられるようになったが、人口政策として確立したのは1970年である。

1968年に厚生省(MOPH)で家族計画サービスを実験的に始めるようになり、1969年に厚生省と国家経済社会開発局(NESDB)とチュラロンコン大学人口研究所(IPS)と共同で、経済開発と人口増加抑制の重要性、すなわち人口政策立案の必要性について建議し、1970年に内閣で正式に認められた。その後人口政策として、厚生省(MOPH)が家族計画サービスの5ヶ年計画を作成し、また第三次経済社会開発5ヶ年計画(1972-76年)の中に次のような人口目標をとり入れた。それは第一に現在の3%をこえる人口増加率を1976年までに2.5%にすること。第二にすべての婦人、特に農村婦人に家族計画の知識とサービスの普及をはかること。第三に家族計画活動と母子保険活動など関連する分野との統合をはかることである。この当時政府は避妊方法として主にIUD、経口避妊薬と母親の不妊手術を指導しており、これらは一般に市販されたりして広く利用することが可能であった。この分野で積極的に活動している家族計画協会(PPAT, the Planned Parenthood Association of Thailand)は1975年に国際家族計画連盟(IPPF)の会員となった民間団体で、公衆への家族計画の宣伝、教育、訓練を行ない、国家家族計画連盟(NFPP)と協力して家族計画事業を推進している。

第三次に引き続き第四次経済社会開発5ヶ年計画(1977-81年)では、第一に人口増加率をさらに2.1%にまでひき下げることを、すなわち、出生率を人口千人につき28.4、同死亡率を7.7にすること、第二に栄養改善や公衆衛生の改善、雇用開発のための職業教育などを通して人口の質の改善をはかること、第三に人口分布の適正化をはかること、それにはバンコクへの過度の人口集中を避け、他地域への移動を促進することを主要な目標としている。この第四次計画の達成度についてタイ内外の多くの機関で評価した結果、次のような諸事項が指摘され、その人口政策を一部分修正し、第五次計画(1982-86年)にさらにひきつがれた。まず、第四次の第一の人口抑制に関しては、家族計画運動の成果が実り、ほぼ目標が達成されたが、最近の人口増加率2.0%はまだ高すぎるので、第五次では1986年までに人

口増加率を1.5%にまで削減すること、即ち出生率を22.9、死亡率を7.3とし、その時の総人口は5210万人とすることになっている。第二の人口の質の改善は、タイの急速な社会経済の変動の中で、少ない予算、マンパワーの不足、複雑な管理機構（農業省、内務省、厚生省、大学当局など多くの政府機関がこの目標の遂行に関与している）などさまざまな問題や障害を抱えており十分に達成されていない。従って第五次計画に引き続き行うことにしている。また、第三の人口分布の適正化についても、都市特にバンコクへの移動が依然として増加しており、期待した方向に事態は進行していない。それには都市に社会経済的な機能が集中し、前述のように公共サービスの便宜など都市の吸引力が強いこと、一方では地方、特に農村の開発が進んでいないことが都市への移動を促進する要因となっている。第五次では、都市、農村人口の分布を改善するため、農村における経済的条件の改善、特に農業ばかりでなく工業部門においても雇用機会が得られるように、地域の都市センターの開発と工業化の促進をはかることにしている。またバンコクの人口集中を緩和するため、バンコク近隣県—サムットプラカン、パトゥンタニ、ノンタブリ、ナコンパトム、サムットサコーンの都市の開発も同時に行なうことにしている。

その他政府が緊急に解決しなければならない課題としてスラム居住者、山岳民族、南部の国境地域に住む回教徒、国内治安維持法により指定された農村の共産ゲリラ浸透地域の住民、難民（カンボジア人、ラオス人、ベトナム人、メオ族）の生活改善をあげている。

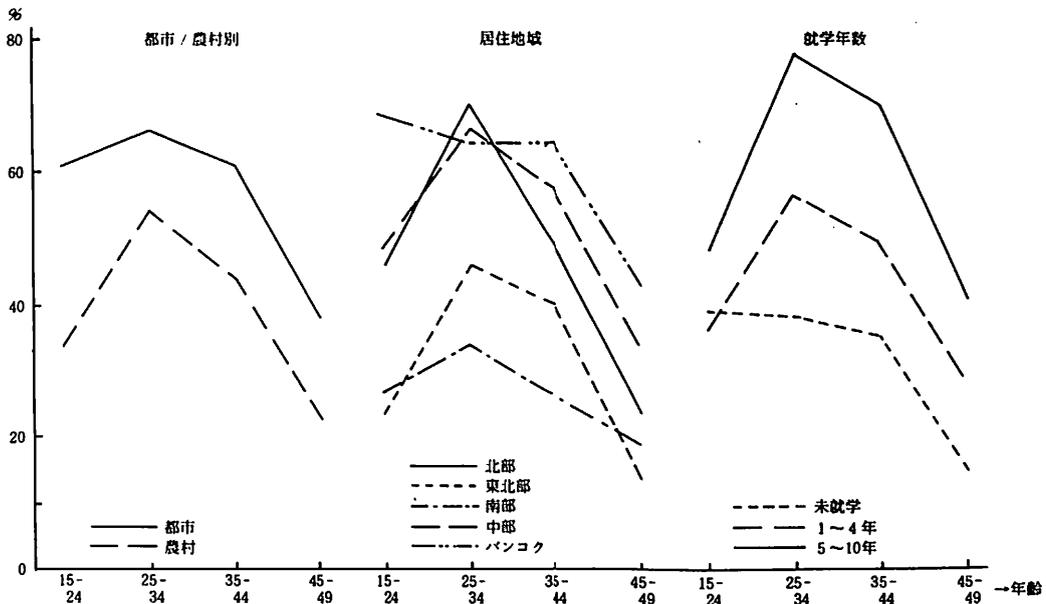
## (2) 家族計画と出産力調査

1970年から始まった国家家族計画プログラムは、その成果を収めており、1972—76年の第三次計画期間に家族計画の新規受容者は240万人に達し、当初計画より21.6%も越えた。1977—81年の第四次計画期間においても目標を30%も上まわる受容者があった。このように過去10年間に於いて家族計画運動は着実に普及している。しかし現在の人口増加率2.0%はタイの社会経済発展にとりまだ高すぎる水準であること、また20年前のベビーブームの間に生まれた世代が現在再生産年齢にさしかかっていることから、第五次計画（1982—86年）においても家族計画プログラムを実施することにしている。この期間中にこれまで家族計画の知識、サービスが普及されていなかった農村地域や低所得者層などに重点をおいて行うことにしている。しかしこれらの地域では医師、看護婦、保健婦の不足などの問題を抱えており、今までより一層の困難が予測されている。

世界出産力調査（WFS）と呼応して行なったタイの出産力調査は1975年3月に全国4,465世帯のサンプルで実施された。これより少くとも一つの避妊方法を知っている婦人は

96%をしめ、家族計画の知識が広く浸透していることをうかがわせる。避妊手段としてピル、IUD、女子の不妊手術は90%近い婦人が知っており、逆にコンドーム、リズムなどは50%にすぎない。逆に避妊手段について何も聞いたことがない人は3.5%、地域別では都市1.1%、農村4.0%、北部4.5%、東北部3.2%、南部9.4%、中部1.3%、バンコク0.7%で農村や南部に知らない人が多い。

図3 かつて避妊を実行した婦人（年齢別、居住地域別、教育程度別）の割合



(資料) Institute of Population Studies Chulalongkorn Univ, Population Survey Division, N.S.O., "The Survey of Fertility in Thailand: Country Report", Bangkok Thailand 1977.

避妊器具の使用の有無に関しては夫に関してはかつて使ったことがある者は45%、妻は43%でこれも地域別、教育程度別に第3図に示したように格差がある。また現在妊娠中でない婦人の避妊の実行率に関しては第6表に示したように37%がが実施しており、避妊手段としてピルが最も多い。有配偶の婦人の避妊実行率は1968-69年には14%であったが、1971-72年に26%となり1975年には前述のとおり37%で徐々に上昇してきている(第7表)。また1975年の避妊実行率について第8表より現存子供数、婦人の年齢、居住地域、教育程度、所得階級別にみると興味深い結果が示されている。即ち子供数が1人以下

表6 現在妊娠中でない有配偶婦人の避妊実行率と避妊手段

不妊	18.7%
避妊していない	44.2
避妊中	37.1
ピル	15.3
IUD	6.6
注射	2.1
コンドーム	0.5
女子不妊手術	6.8
男子 "	2.4
注水, リズム, 腔外射精法, 禁欲法	2.8
その他女子に対する科学療法	0.1
その他	0.5

(出所) 第3図に同じ。

表7 有配偶婦人の避妊実行率の推移

居住地	LS I 注1)	LS II 注1)	SOFT 注2)
	1968-1969	1971-1972	1975
全国	14	26	37
都市	33	45	49
農村	11	23	35

(出所) 第3図に同じ

(注1) 15～44歳の有配偶婦人を対象とした2回のLongitudinal Survey

(注2) 15～49歳の現在妊娠中でない有配偶婦人を対象とした2回のLongitudinal Survey

と6人以上の婦人、年齢25歳未満と35歳以上、居住地が農村、南部と東北部の地域、就学年数が5年未満で所得水準が低いほど避妊の実行率は低くなっている。次に、希望子供数に関する調査では全国平均が3.7人、都市が3.4人、農村3.7人、地域別では東北部と南部が4.1人、中部とバンコクが3.4人、北部3.3人、就学年数別では未就学4.1人、11年以上2.9人で社会経済的要因が希望子供数にも影響している。そして男女どちらを望むかでは夫婦共に男の子が5割、女の子は3割、どちらでもよいが2割でタイにおいても男子を望む傾向が強い。

以上、出産力調査からも、タイの家族計画プログラムが広く普及していることがわかる。しかし、農村や教育程度が低い夫婦、所得水準が低い世帯では、まだその実行率は低く、今後改善の余地があると思われる。

表8 現存子供数別有配偶婦人の避妊実行率

単位=%

	現 存 子 供 数									
	総 数	0	1	2	3	4	5	6	7+	
全 国	37	9	36	42	45	48	39	33	27	
都 市	49	(12)	(49)	52	51	49	(61)	×	(53)	
農 村	35	8	33	40	44	47	36	31	25	
北 部	44	7	53	52	60	44	42	(40)	23	
東 北 部	30	5	19	31	34	46	37	27	26	
南 部	18	4	(19)	8	22	32	(24)	(23)	(8)	
中 部	45	(17)	36	52	56	60	43	41	37	
バンコク	50	(13)	(60)	53	(52)	(47)	(56)	×	×	
就 学 年 数										
未 就 学	27	(7)	21	41	30	39	27	19	20	
1～4年	38	7	35	42	47	49	43	39	30	
5～10年	43	(17)	(43)	(44)	×	×	×	×	×	
11年以上	53	×	(70)	(38)	×	×	×	×	×	
婦 人 の 年 齢										
25歳未満	34	10	37	41	49	×	×	×	×	(注)
25-34歳	47	10	44	49	51	53	46	(41)	×	
35-44歳	37	(4)	14	30	39	50	43	39	41	
45歳以上	13	×	×	(5)	(13)	26	18	13	(0)	
世帯の所得水準										
レベル1(最低)	28	(0)	24	32	34	35	30	(27)	18	
レベル2	34	(7)	35	42	40	32	33	(35)	26	
レベル3	37	(8)	37	36	43	54	47	(35)	23	
レベル4	42	(10)	41	46	52	54	47	(30)	28	
レベル5(最高)	45	(12)	44	48	61	57	(43)	42	39	

(出所) 第3図に同じ

(注) この項目のみ現存子供数が7人の場合を示す。

### 3 保健医療の概況

一国の保健医療の概況を伝えようとする時、何のためにするかによって、その内容も異なるが、ここには、既に発表された各種の報告書を中心として、タイ全国の保健状態の概要を伝えるため、先づ保健(医療をふくむ)に関する問題点を抽出することにする。

## (1) タイ国の総合保健指標から見た保健状態

保健状態の一般的概況を知るために、現在までに公表されている保健指標のうち先づ、代表的総合指標とされている0才平均余命について見ると、タイ国では男女の0才平均余命は、1970年以降、順調の伸びを示し1970 74年、1975～80年、1983年の0才平均余命は男女それぞれ55.4、60.8、57.0、63.0、60.9、64.9年である。

最も最近の値について、わが国と比較すると1983年の男女それぞれ60.9年及び64.9年は、わが国では約30年以上前1951年に示したそれぞれの60.8年、及び64.9年に最も近い値である。

他の1つの総合指標としての子供の成長について見ると表1の通りである。

即生下時体重は男は3.12 kg、女は3.01 kg強で、わが国より低値を示す。又身長ではそれぞれ6歳男は3.08 cm、女3.24 cm、14歳では男10.1 cm、女5.8 cm、17歳では男6.3 cm、女3.4 cmの差で、この差は年齢では男は3歳、女は約4歳タイ国が低位を示すことになる。体重でみると同様に14歳男10.2 kg、女7.6 kg、17歳男7.8 kg、女5 kg、それぞれタイ国が低位を示している。この数値はわが国と3～4歳のひらきがある。このようは差異は栄養等の他、いろいろの条件により発生したものと考えられる。

栄養状態を見るとわが国の状況に比べ、タンパク質、脂肪共に動物性のものが少ない。カルシウム、ビタミンA、B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、などの供給が少ない。表2は1977年についてのものであるが、最近のものがないのでわが国の

1978年のものくらべても十分でないことがこのように分かる。

表1 タイ国の身長、体重の平均値 (1980年)

	男	女
生下時体重(kg)	3.12	3.01
6歳身長(cm)	112.82	111.86
14歳身長(cm)	153.14	150.20
17歳身長(cm)	163.41	153.71
6歳体重(kg)	18.16	17.52
14歳体重(kg)	41.93	38.07
17歳体重(kg)	52.38	47.13

資料：SEAMIC Health Statistics 1983 Tokyo pp 92, 94-97.

表2 タイ国各種食糧の供給 (1977年)

全エネルギー (カロリー)	2098
植物性	1952
動物性	146
全タンパク質 (gr/日)	46.3
植物性	32.2
動物性	14.1
脂質 (gr/日)	22.5
植物性	13.8
動物性	8.7
カルシウム (gr/日)	243
ビタミンA	73
B <sub>1</sub>	0.87
B <sub>2</sub>	0.64
C	60

資料：SEAMIC Health Statistics 1983 Tokyo pp 88-89.

## (2) 疾病罹患状況

疾病への罹患についての各種の資料は、届け出もれも少なくないようだが、感染症に関するもののみを挙げる。コレラ、チフス、パラチフス、食中毒（細菌性）などの消化器性伝染病、その他マラリア、風邪などが多数に発生しているが、発生の時期は、1年を通じて、ほとんどすべての感染症が見られることを述べ、その状況を表3にあげる。

表3 タイ国感染症例数（1982年）

コレラ	645（1980年は4,288）
チフス	5,125
パラチフス	61
アメーバ及び細菌性赤痢	14,748
アメーバ症	2,729
食品中毒症	27,580
結核症	14,974
レプラ罹患率	515
ジフテリア	1,125
水痘	4,247
感染性肝炎	9,103
狂犬病	204
マラリア罹患率	156,623
インフルエンザ（風邪）	63,800

資料：SEAMIC Health Statistics 1983 Tokyo pp 62-63.

## (3) 死因別死亡の状況

死因別死亡の発生状況は、地域の保健状態を知る保健対策を樹立するための一般に最も信頼できる極めて重要な指標である。表4-(1)について見ると死亡率は1970年代より徐々に改善されているが、1982年の粗死亡率は人口10万対5.1、出生1000対乳児死亡率は12.4を示し、この値はわが国の2倍以上となっている。死産率は1.2、周産期死亡率は4.3を示し、極めて低値であるが、専門家も述べている殊に出生間もない死亡に関する届出制が十分にまもられていないためではなかろうか。

上気道から肺に到る炎症、消化器疾患などによる死亡が高率である。他は、乳児期の死因の大部分が感染症であり、周産期疾患によるものが首位を占め、1～4歳の児童では既に自分で立ち歩きのため外因による死亡が多くなり、下痢症、上気道疾患、肺炎などの他、マラリア、ジフテリア等の感染症、心疾患、胃十二指腸疾患や栄養失調など感染と関係深いものがあらわれる。

表4-(2)によると、年代がすすむにつれて、事故、中毒、暴力などの外因による死亡が益々増加する。これらのうち交通災害は特に都市交通の混乱の実情から見ると当然おこるべくしておこっていると考えられる。

同様に雨期における市街全域への浸水はバンコクに見られるが更に乾季における低湿地へ残った浸水は、スラムの大部分に大なり小なり見られる現象である。

これらの死亡の他、1982年の妊産婦死亡率を見ると人口10万対69.6でまだ高率だが、1970年に226.1を示したことを見るとその改善はめざましいものがある。

表4-1) 乳児と児童の主要死因別死亡率(人口1万対) タイ国 1977~1982

	1977	1978	1979	1980	1981	1982
1歳未満						
周産期に発生する状態	240.24	302.15	266.25	306.04	289.95	278.07
上気道疾患	211.5	213.8	146.4	52.45	34.93	38.02
肺炎	146.9	130.7	105.9	86.39	95.65	89.53
口腔唾液腺アゴの疾患 を除く消化器疾患	119.33	108.05	90.92	75.84	66.28	70.10
下痢症	110.6	132.4	97.1	74.45	63.45	47.51
ひきつけ	38.9	32.6	-	16.89	-	19.71
神経系疾患	30.20	29.22	29.16	26.08	23.16	20.45
ウイルス病	22.42	16.92	13.97	20.05	16.29	12.27
先天性奇型	20.38	23.07	42.95	45.30	38.03	45.74
ジフテリア	14.8	13.9	12.7	11.14	9.70	9.67
1~4歳						
上気道疾患	88.8	80.3	67.2	20.2	19.1	17.4
下痢症	30.5	29.9	27.3	19.6	18.2	16.2
事故, 中毒と暴力	26.4	30.0	26.4	30.9	27.1	25.4
肺炎	22.8	21.9	20.8	18.4	15.8	17.1
マラリア	14.5	12.8	11.8	9.2	10.0	9.6
ひきつけ	7.8	7.3	6.7	5.1	3.4	4.6
ジフテリア	7.9	7.3	6.7	5.1	2.6	4.1
胃十二指腸の疾患	6.9	6.8	6.8	5.2	5.1	4.7
栄養失調	3.1	2.6	3.4	2.7	2.5	2.4
心疾患	0.7	0.4	6.3	7.8	1.2	9.0

(出所) Vital registration, Division of Health Statistics, Ministry of Public Health, Thailand. From: By Yawarat Porapakham "Cause of Death: Trends and Differential" for National Seminar on Asean Morbidity & Mortality Differentials Studies Nov. 1-3, 1984, Mahidol University in Thailand.

(注) Rate of under one year of age is calculated per 100,000 livebirths.

表4-(2) 年齢群別主要死因別死亡率(人口10万対) タイ国 1977~1982

	1977	1978	1979	1980	1981	1982
5-14歳						
事故, 中毒及び暴力	18.5	19.3	18.3	17.4	16.7	15.0
マラリア	8.6	7.2	5.8	5.2	5.6	5.2
下痢症	5.9	6.2	4.8	3.3	2.5	2.2
肺炎	4.6	3.1	3.3	3.0	2.2	2.5
心疾患	1.4	1.6	3.3	3.8	3.0	4.1
全型悪性新生物	1.6	2.1	2.1	2.0	2.0	2.3
15-24歳						
事故, 中毒及び暴力	42.2	47.6	44.4	43.9	41.1	39.2
マラリア	12.5	11.9	8.5	9.3	9.7	8.3
心疾患	6.4	7.3	10.8	11.6	11.3	11.4
全型悪性新生物	4.3	16.9	4.6	4.5	4.5	4.6
呼吸器系結核	3.1	3.5	2.3	2.4	1.9	1.9
肺炎	2.8	2.4	2.4	2.6	2.2	2.3
25-44歳						
事故, 中毒及び暴力	45.1	49.1	46.7	45.6	44.8	43.9
心疾患	22.0	23.6	25.4	27.0	25.6	26.7
全型悪性新生物	16.2	17.5	16.3	18.2	21.8	19.2
呼吸器系結核	14.4	15.1	12.6	10.8	9.1	8.7
マラリア	9.8	10.2	8.0	7.6	8.4	7.7
肺炎	5.2	4.5	4.2	4.5	3.8	3.9
45-64歳						
全型悪性新生物	82.6	89.1	93.2	103.6	108.9	113.2
呼吸器系結核	74.0	75.1	65.6	63.9	51.1	52.5
心疾患	69.4	54.6	93.8	99.4	99.8	110.0
事故, 中毒及び暴力	46.8	52.8	51.9	52.1	48.0	47.6
肺炎	19.6	19.0	16.1	18.5	16.2	17.5
マラリア	13.5	13.6	12.0	12.2	12.9	11.1
65歳以上						
全型悪性新生物	152.5	146.0	159.4	174.0	180.7	295.2
呼吸器系結核	143.5	125.3	112.6	109.7	97.0	144.0
事故, 中毒及び暴力	78.4	77.2	72.8	68.4	71.9	97.3
肺炎	57.5	57.3	47.3	52.5	50.4	77.0
心疾患	50.8	50.8	252.1	273.1	290.0	457.1
マラリア	16.1	15.6	13.4	13.5	14.0	18.0

(出所) Vital registration, Division of Health Statistics, Ministry of Public Health, Thailand.

外4-(1)の出所と同じ

結核による死亡が、壮年期に多くの死者を発生させている。出生直後のBCG接種が相当の効果をあげ、発生を壮年期以後にもち来したものとするが、集団検診の活用により、患者を早期発見し、治療を十分に行うことによって、結核の発生をとりぞくこともできると考えられる。

#### (4) タイ国の保健医療体制

タイ国は医療関係者としては医師の他に医療補助者、その他PHCに関する要員と考えられるものも多数設置し、更にボランティアの補助者(数週間の講習を受けた後作業につく)として町のボランティア連絡係、町の保健ボランティアなどを動員して、保健医療の人的資源の不足をおぎなっている。

基礎的人員と施設の強化は、PHCにおいても充足の必要がある。

タイ国の保健医療システムとは、中央において内務省と公衆保健省の両省がある。しかしその組織は両省にまたがっている。

#### (5) タイ国のプライマリ・ヘルス・ケア

タイ国でも、1960年頃にはPHCの活動を行いはじめたとしている。わが国でも同様に1960年代に全国数ヶ所で、主として公衆衛生関係の学者グループの指導で、地域保健活動が行われた。総合的な活動の展開と優先順位に従った、民主的な活動で、WHOやUNICEFのすすめているPHCと全く似た考え方から出発して、同じような先駆的活動が、国をかえておこった。

また日本で共同保健計画ということが厚生省から提唱されたのも1960年だったが、タイ国では1961年から1981年にわたって4次に亘って保健計画が出されて行われた。保健活動を計画的に行うことが、両国で同じ時期におこっているのである。

表5 タイ国保健医療従事者の状況(1981)

医師数	6,931
率(人口1万対)	1.5
多目的保健補助者数	249,250
率	52.5
看護婦数	19,599
率	4.1
助産婦数	8,577
率	1.8
歯科医師数	1,132
率	0.2
薬剤師数	2,680
率	0.6

出所: SEAMIC Health Statistics 1983, pp 122-123.

表6 タイ国保健医療施設(1981)

一般病院数	80
同ベッド数	14,014
率(人口万対)	3.0
地域病院数	552
同ベッド数	43,416
率(人口万対)	9.1
メディカルセンター数	75
同ベッド数	1,129
率(人口万対)	0.2
ベッド数率計 (人口万対)	12.3

出所: SEAMIC Health Statistics 1983, pp 102-103.

公衆保健省や他の保健関係の省庁は、「2000年にすべての人々に健康を」というPHCの目標に到達するため、国としての遂行や戦略や作業計画を開発するための一連の歩みを始めている。

アルマ・アタで開発された1978年のPHCに関する国際会議にタイ国が参加して、タイの現状について報告したが、引きつづき国内では、PHCの勧告と政策の声明が内閣に呈出されて承認が求められた。

1979年内閣は国の保健開発政策として、PHCの原則を認め各種資源の投入と行政機構の保健活動を暖かくこのプログラムの目的をかちとることをたしかにするようにしたのが1979年の3月である。そして公衆保健省は新しく、PHC行政ユニットをPHCの副大臣事務局内につくった。そして、このプロジェクトに関連した協力、組織化と援助の活動に責任を負うこととした。

タイ国におけるPHCは、このようにして行政的にも確固たるものができ上がった。

PHCを実施して行くための医師以外の従事者として1981年について見ると、中等の学歴をもった即ち次のような各種の保健活動補助職員が設置されている。医療補助者（42名）  
歯科手術士（323名）、薬剤師補助者（466名）、獣医補助者（116名）、看護、助産婦補助者（8,577名）、放射線技士（118名）、衛生検査技師数（7,788名）が多数おり、高等教育をうけた専門職員として医師、歯科医師、薬剤師などの他、看護婦（10,581名）、助産婦（7,363名）、臨床検査技師（432名）、理学療法士（256名）、医理学士（103名）、放射線技師（118名）、衛生検査技師（Sarritcng Engriceers）（48名）、衛生士（Sanitarian）（215名）がいる。更にPHCの活動家として、多数のボランティアも短期の訓練をうけて働いている。

他の発展途上国と同様に医師数も少なく、医療施設も不十分で医療上の困難はあるが、これらの医師以外の従事者の訓練により、基本的な医療上の必要性の充足をねらった。副次的医療従事者達の活動が、国民保健のかなりの部分を支えている模様である。

このPHCの導入とうらはらに、1961年以来4次にわたる経済社会開発計画が行われているが、1977～81年にわたる第4次計画まで次々と改善発展して来たと見られるが、第4次保健計画の目標として11項目があげられている。

- (1) 出生率を低減すること、そのため効果的な受胎調節器具を必要な人々に万偏なく支給すること。
- (2) 生命損失の防止のため、特に母子保健に力をそそぐこと。
- (3) 栄養改善の実施、特に学童前期について行うこと。

- (4) 効果的感染症の検索による感染症の撲滅。
- (5) 人々を環境の不全からまもるため、特に全土の水の供給、排泄物の安全処理の開発、水や食品汚染対策。
- (6) よりよい医療の供給のため、その病院やヘルスセンターの活動の有効化・効率化をはかる。貧困層の医療無料化のため保険制度の導入。
- (7) 人的資源の訓練と開発など総合保健サービス提供のため、保健下部機構を有効に用いた保健サービスの確保のためマンパワーの訓練を行うこと。
- (8) ボランタリーの連絡員を町につくってゆくなどして基本的保健サービスをゆきわたらせること。
- (9) 国の保健計画と管理につよめ、関連する保健情報を改善すること。
- (10) 薬剤製造の原料を確保すること。
- (11) 各種の政府、非政府の機関の最大限の協力と協同をはかり、保健問題の有効な解決と保健の人的資源の開発に努力する。

ちなみに、第4次計画まで保健計画のすすむにつれ予算も拡大を見ているが、第4次保健計画予算は、19,080百万バーツで政府予算全額の7.9%に当たる。

# 第3章 国際機関と国内研究機関 の活動

## 1 国連人口活動基金(UNFPA)

1979年から82年(第3期)までのUNFPA援助総額は約1,000万米ドルである。また、83年～86年期の要請額は590万米ドルである。83年～86年期の予算のうち、61%が家族計画プログラムに当てられる予定になっている。

83～86年期に実施されるプロジェクトは以下の通りである。

① 人口・家族計画分野の海外研修に対する長期援助

② 人口教育

小・中学生向けの読本、中学校教師向けのマニュアル、指導計画と教材。

地方の教育関係者向けのオリエンテーション・セミナー、小・中・職業学校の教師へのトレーニング、農業・保健・地域開発従事者へのトレーニング。

ラジオ番組やパンフレット等の作成、などがある。

③ 高地民族への保健サービス・プロジェクト

高地民族のVHV(ヴィレッジ・ヘルス・ボランティア)にプライマリー・ヘルス・ケアを習得させることや、簡単な保健施設の設置、教材の供与、高地民族の健康問題や将来の家族計画実施のガイドライン設置に向けてのセミナーの開催などがある。

④ 国家家族計画プログラムの推進

83年～86年の期間に、チュラルコン病院等において週末、250人の医学生に不妊手術のトレーニングを行う。またPCMOやMOPHの職員に対し、目標設定、管理等に関

するセミナーを毎年実施する。県・郡・町の職員の、母子保健や家族計画先進地区への国内視察旅行の実施、違法中絶の調査や思春期カウンセリングのプログラム提供などである。

⑥ 国家家族計画プログラムトレーニング・ユニットの改良と評価

看護婦、助産婦など保健活動従事者のトレーニング・カリキュラム再編のためのカリキュラム編成や、1000名のパラメディカル要員に家族計画に関する中級のクリニックの訓練をすること、トレーニング結果の調査・評価の実施等である。

⑦ Rural Agricultural Development を通じた人口教育

Kasetsart 大学を通して実施しており、20県の農業関連職員の80%に対し、基礎的なワークショップの実施、管理者やトレーナーに対するマニュアルの配付、ラジオ番組や季刊誌等の開発がある。

⑧ NFPP の家族計画運動の広報援助活動

不妊手術・IUD・“子どもは2人”等を推進するマス・メディア（ポスターやラジオスポット）等の立案、検討などとともに、地方ラジオ局の協力要請や視聴覚機材の提供等がある。

⑨ 家族保健部（FHD）活動の拡大

南部4県において、母子保健と出生に間隔をおく運動を実施している。そのなかには、1,037の村から母親を選抜し、母子保健や家族計画の運動員としてトレーニングしたり、地域会議の開催、回教徒指導者の近隣回教国への研修旅行などがある。

⑩ 南部地区での人口関連活動への援助

Prince of Sonkla 大学を通して実施しており、家族の健康のために出生に間隔をおく運動、同大学学生のフィールドでの訓練、機材や車輛の供与等がある。

## 2 ユニセフ（UNICEF）

1983年における資金援助、技術援助、機材供与は、総額2,663,900米ドルである。前記総額の10%以上が、タイの貧困県38県中の123郡の、Social Preparation コースに当てられている。UNICEFの活動は国家家族計画プロジェクト（NFPP）に直結しているわけではないが、母子保健や家族計画も重要な目標の1つである。

Social Preparation Program は総理府の管轄だが、農業省、教育省、厚生省等が協

力委員会に参加している。このプログラムは1982年にスタートし、村の指導者レベルを啓蒙することによって、地方の草の根からの発展を意図するものだった。

UNICEFがこのプログラムに強い関心を持ったのは、このプログラムの進展により、子どもの総合的な発達と同時に、村民の啓蒙が進むにつれ、UNICEFの活動が受け入れられる素地ができるからである。つまり、栄養、健康、水、衛生、VHC（ヴィレッジ、ヘルス・コミュニケーター）やVHV（ヴィレッジ・ヘルス・ボランティア）のトレーニング、就学前や不正規の教育活動であり、これらに対してUNICEFの予算の87%が費されている。

Social Preparation で最も大事なものはトレーニングである。村単位のコースでは、健康、精神および知的発達、職業教育、コミュニティー参加の4分野に重点が置かれている。そして、トレーニングを受けた村民は、新たに他の村民にトレーニングをすることが求められている。この村レベルのトレーニングが終了した時点でUNICEFの栄養、野菜の種子、家畜、就学前児童への教育教材、識学教材等の活動が有効活用される。

上記はまだ実験段階ではあるが、ある東北部の郡では1年間で栄養不良児童は41.95%から38.02%へ減少、また予防接種率は90%に達し、学校の欠席率も低下した。

86年までに、123郡の各村の6～9人がトレーニング終了の予定である。

家族計画の進展に伴い、生徒数減少から学校への閉鎖も地方では見られるが、UNICEFの目標は教育の質の向上であり、閉鎖校も就学前児童や婦人等の教育や活動の場としての活用をめざしている。

### 3 マヒドン大学人口・社会研究所

同研究所は、教官17名、研究員5名、統計官2名、その他事務職員20名、計44名からなり、年間修士課程終了者を15名出している。研究活動としては、出生力、家族計画、人口移動、母子保健、低所得階層人口対策等を対象としている。最近の研究業績は次の通りである。

- ① 1981年46スラム地区調査
- ② Family Planning Service Delivery as a Policy Strategy to Reduce Population Rate Phase II（資金：フォード財団）
- ③ A Tale of two Generations , A Qualitative Analysis of

Fertility in Thailand (資金：ポピュレーションカウンシル)

- ④ Recent Migrants in Bangkok Metropolis — a follow up study  
migrant's , adjustment , assimilation and integration (資金：ユネスコ, 人口部)
- ⑤ The Dynamics of Family Planning Acceptance in the Northeast of Thailand , '83 (資金：USAID)
- ⑥ Executive Summary , Seminar on Fertility , Family Planning and Development Issues of Population (資金：国際人口活動基金)
- ⑦ A Study of Low -Income Households in the Northeastern Region of Thailand '83 (資金：The Council for Asian Manpower Studies)
- ⑧ Evaluation of the Family Planning Programme in Thailand in 1981 . (資金：I COMP)
- ⑨ Impact , Effectiveness , and Efficiency of the AFPH Programmes on Family Planning Statue in 20Provinces (資金：CIDA)

以上のように多くの研究は、国際協力機関の資金協力に支えられすすめられている。これらのまとめられた研究資料は有効に国内の施策に役立てられている。

## 4 チュラルコン大学人口研究所

同研究所は現在バンコク府庁衛生部及びユニセフの協力により、スラム地区での母子保健対策プロジェクトを83年より実施している。

主な研究活動としては、人口移動、都市化、とくにスラム対策、婦人の地位と役割、不妊手術等である。最近新たに高齢化についての研究にも取り組みだした。

## 5 バンコク地域開発プロジェクト

### (1) 設立の経緯

バンコク地域開発プロジェクト (Bangkok Community Development Project ,

BCDP)は1980年に、バンコク選出議員は、150万バーツの予算をBCDPに割り当て、バンコク府衛生部及びマヒドン大学保健教育学部の協力をあおいだ。

BCDPの活動は"スラム地区での衛生改善"及び"学校給食衛生プロジェクト"等が中心である。

1981年、BCDP推進のため20866400バーツの予算がマヒドン大学保健教育学部に認可された。プロジェクト実行のため1大学にこれほどの予算が認められたのは、初めてのことであった。46コミュニティでプロジェクトが実行に移された。そして、BCDPの最終目標が住民の自助努力にあることから、組織に柔軟性を持たせるため、1982年には、BCDPは大学庁の管理下に入った。BCDPが対象としているコミュニティの数は、83年に256、84年には356への増加が予想されている。

## (2) BCDPの目標

- ① 低所得階層人口が基本的な必需品や、健康的かつ衛生的な住宅を得る事ができるように、彼らの生活の質的向上をはかる。
- ② 将来、有能な人材を育成するためにコミュニティの青年らの向上をはかる。
- ③ 様々な社会的レクリエーション活動を通して、人々並びにコミュニティの健全な知的育成を推進する。
- ④ 国民全体の健康、栄養、生活の水準向上を推進する。
- ⑤ コミュニティーの組織化及びその責任分担を推進する。
- ⑥ 人間の行動の研究を行うために、都市開発分野のモデルを探す。
- ⑦ コミュニティーを開発するため居住者間の協力を推進する。
- ⑧ 公共のサービスを提供するために、様々な機関がどう調整・協力できるかのモデルを作成する。
- ⑨ コミュニティーの住宅衛生を改善する。
- ⑩ 道路建設、ゴミ及び汚水処理を含むコミュニティの環境を改善する。
- ⑪ 蚊、ゴキブリ、ねずみ、犬等の病毒媒介体を規制し、又、根絶する。
- ⑫ コミュニティー内にレクリエーションの空間を確保する。
- ⑬ コミュニティーの人々に対し、職業訓練の準備を進める。
- ⑭ 基本的なヘルス・ケア・サービスを、コミュニティに提供する。
- ⑮ 栄養失調の就学前児童に適切な栄養を確保する。

(3) 主要政策の実施は下記の分野において重点的に行われる。

- ① 環境、ゴミ処理、衛生の改善
- ② コミュニティーの通路
- ③ 水、電気、公衆電話
- ④ ヘルス・ケア・サービス（内科、歯科、獣医）
- ⑤ 生活の質的向上

(4) 実施された活動

1982年度のBCDP及びコミュニティーの人々によって実施された活動は、以下の通りである。

① 環境改善

コミュニティーの衛生問題の多くに対して、何年もの間注意が払われなかった。地域の住民が関心を寄せるのは、自分達の経済的問題に対してのみである。住宅と一般的な環境は、非衛生的な状態にあり、又、無秩序に建設されている。そのためあらゆる種類の病原菌、昆虫、齧歯類等が発生しやすい状態になっている。それに加え、住居は密集しており通路を設ける余地はほとんどなく、又、仮に歩けたとしても、通路の状態は安全性・適切性に欠けている。

◆ BCDPの機構 (1983年)

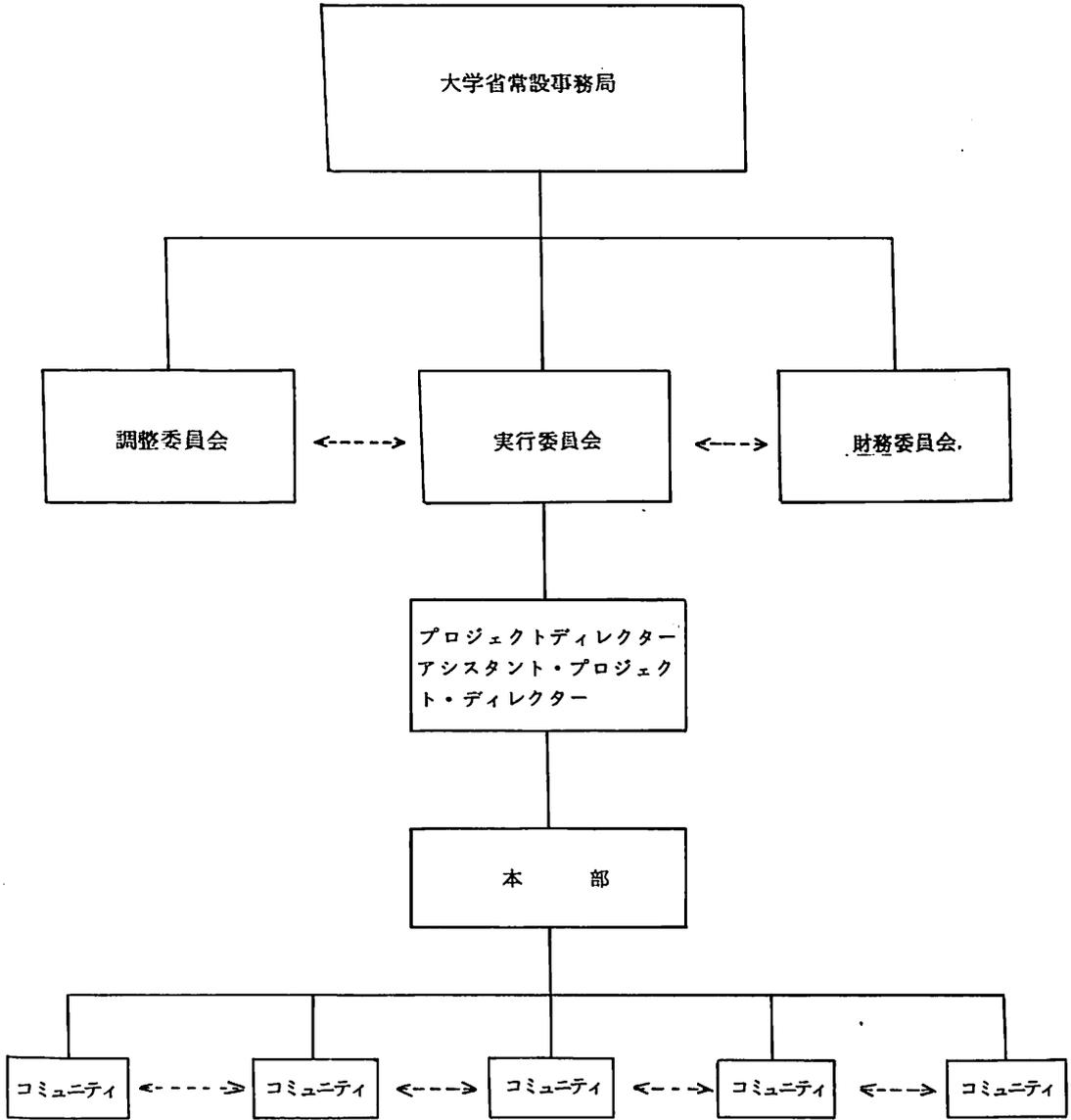


表1 82年度環境改善活動

仕 事 内 容	コミュニティ数	就 業 時 間	観 察
コミュニティ清掃 ゴミ処理	156	343	2,744トラック分のゴミがコミュニティから運び出された。
昆虫、齧歯類の根絶	82	82	16,400世帯に行き渡る。

表2 82年度コミュニティ内の通路建設

通路の種類	コミュニティ数	通路の長さ	コミュニティあての寄付金	BCDP援助資金・機材	中間投入費用	BCDPの中間投入援助
セメント	35	4,449.70	228,997	678,569.5	204	152.50
木材	36	7,752.35	262,518	1,126,719.25	179	145.34
泥	2	1,700.00	102,630	48,430	89	28.49
合計	73	13,902.05	594,145	1,853,718.75	472	326.33

## 6 国際協力事業団(JICA)

1974年以來、日本政府は総額3,695,652米ドルをタイ国母子保健、家族計画活動のためタイ保健省家庭保健部に対し無償供与している。内訳は、1974年から78年まで年平均304,347米ドル。1979年より83年までが年平均434,782米ドルである。日本政府としてはとくにタイ北部及び東北部に力を入れている。

1983年の物資供与については、

① オートバイ (合計1,560台)

保健所1,060台、母子保健センター435台、地方病院25台、地域家族計画サービス協会30台、国境警備員10台。

② 広報宣伝車輛 (合計66台)

母子保健センター17台、PCMO16台、地方病院2台、NFPP15台、保健省衛生部3台、地域家族計画サービス協会11台、医科大学2台。

③ 家族計画広報宣伝用教材・映画

県立病院、母子保健センター地方病院等に572セットを配布。

なお母子保健、家族計画分野での84年以降87年までの予算が未だ決定していないがタイ政

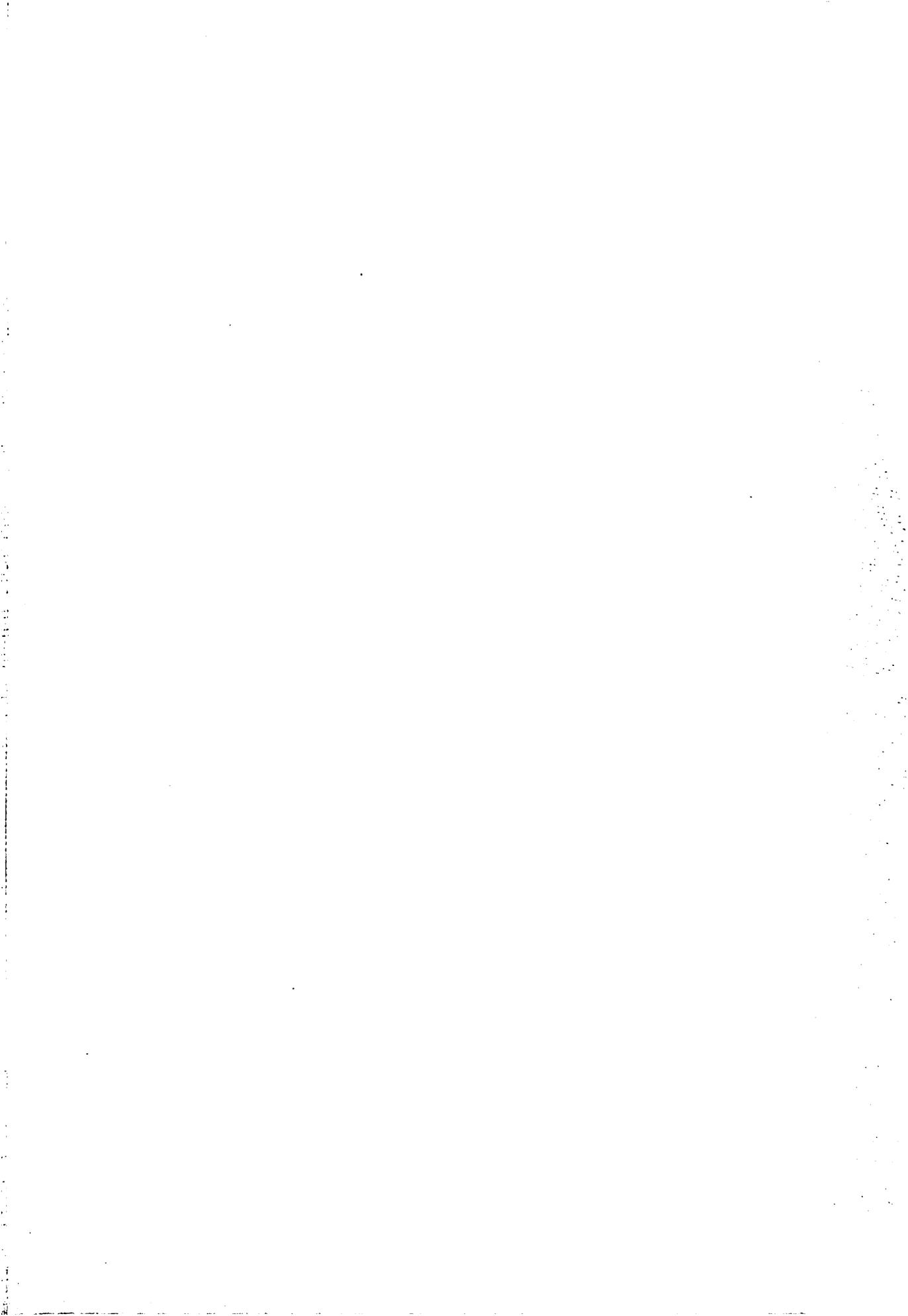
府としては年間150万米ドルを見込んでいます。

内訳としては、トレーニング、医療器材、コンドーム、車両、オートバイ、視聴覚教育用器材、母子保健センターの建設、技術協力等がある。

一方、国際協力事業団（JICA）は、1980年以来看護教育プロジェクトにも協力を行っている。

内訳としては、マハラサラカム県Srimahasarakham 看護大学の建設、事前・後教育のためのカリキュラム及び教材づくりのための日本人専門家の派遣、視聴覚教育センター用の教材づくり、21看護大学へのコンサルタント、971名への短期訓練、13名の看護婦による日本での看護学及び視聴覚教育の研修等がある。

プライマリー・ヘルス・ケア分野での日本政府の協力はマビドン大学サラヤ校に建設されたアセアン・プライマリー・ヘルス・ケア・トレーニング・センターを中心にすすめられている。その他に、Khon Kaen（既建設）、Chonburi、Nakorn Sawan、Nakhon Sitamrat（以上3ヶ所は建設中）に地域トレーニング・センターがある。



# 第4章 スラム地区実態調査

## 1 これまでのスラム調査結果の概要

タイにおけるスラム調査にはいくたのものがあるが、ここでは特に代表的なものとして、Chulalongkorn University の Institute of Population Studies と Bangkok Metropolitan Administration の Department of Health の共同調査によるものを取りあげ、スラム地域の特徴について若干のべておこう（主として次の4氏による A Study of Four Improved Congested Areas in Bangkok, 1983. 著者は Nibhon Beavalya, Aurapin Bunnag, Pannee Prachuabmoh, Ma-yuree Nokyoongthong）。なお、Ministry of Communication 副大臣である Dr. Boontium Khamapirad が主宰する Bangkok Community Development Project (BCDP) が行なっているぼう大なスラム地域改善運動はそれ自体重要なスラム地域の実体を知悉しているわけではあるが、調査資料としてはまとまっていない。

ここにとりあげたスラム調査は、報告書の題名にある通り、次の4つの改善されたスラム地域である。Wat Pai Ngoen, Wat Sroy Thong, Soi Ruam Ruksa, Soi Farm Watana の4地域であるがその基本目的は、旧来の保健知識と地域社会の組織と指導者の理解と、いわゆる Primary health care program の発展ということで、主として健康対策を考慮したものである。しかし、調査結果には、我々のスラム調査上にとっても重要な基礎知識がふくまれている。

調査世帯数は4地域全体で621世帯である。世帯の平均世帯員数は3～4人がもっとも

多く41%（4地域全体），次いで5～6人が26%，平均は5.2人で，世帯規模は大きくない。住宅の所有形態では自家が50%半分を占め，土地が自己所有のものは68%と高い。

### (1) 人口上の特性

有配偶の妻の年齢別分布では25～29歳がもっとも多く25%，次いで20～24歳が22%，したがって30歳未満のものは52.3%（15～19歳をふくむ）で半分余を占めており，残りの半分足らずは30歳以上となっている。

有配偶の妻の出生地別分布をみると，もっとも多いのはバンコクを除いた中央部（Central region）で37.6%，次いで現在の地域以外のバンコクが20.6%，さらに東北部（Northeastern region）が19.9%となっている。したがって現在地をふくむバンコク生れのものは33.7%となる。地方生れのものは残りの66%となる。したがって，現在のスラム居住の妻は，3分1がバンコク生れ，3分の2が地方生れであって，地方からの転入がもっとも大きなことを示している。

しかし，現住地に転入する前の居住地別分布をみると，バンコク市内が圧倒的に多く54%となっている。中央部から転入してきたものが20%，東北部からのものが9%となっている。したがって，出生地別でみたばあい，バンコクが34%であるが，前居住地がバンコクであるものが54%であることは，出生以降バンコクに転入し，バンコク内でさらに移動経験をしたあと現在地に転入してきた者がかなり多いことを示唆している。

夫の前居住地別分布ではバンコクが48%，中央部が24%となっており，妻のそれと類似している。

妻の現住地での居住期間別分布をみると，5年未満のものがもっとも多く37%，5～10年のものが32%，10年以上が30%とほぼ3分されている。20年以上という長期のものが20%もいることは注目される。

現住地への転入理由についてみると，有配偶の妻は，結婚というののもっとも多く32%となっていることが注目されよう。“仕事の機会を求めて”が18%，前住地から追い出されるといったようなものが13%，両親に従属移動が11%となっている。

他地域への移住希望についてみると（妻），移住の希望がないとははっきり答えたものが50%，移住希望があると答えたものは43%にすぎない。移住希望のないものの主たる理由は，“働くのに便利”であって39%を占めている。

平均初婚年齢は20.3歳となっている。初婚のものが90%で圧倒的に多い。平均子供数は2.2人ないし2.5人で著しく少ない。避妊実行者の割合も高く，62ないし67%となっている

ことが注目されよう。避妊手段はピルがもっとも多く、次いで女の不妊手術が多い。

子供の死亡状態をみると、死亡が1回もなかったものが約90%、1人の死亡が10%となっている。

## (2) 社会文化的特性

核家族が70%、拡大家族が30%となっている。教育程度をみると、無教育が約10%あるが、初等教育終了者は67%、中等教育終了者は21%で、教育水準はかなり高いことが分かる。夫の教育程度は妻よりも高い。無教育は1.9%にすぎ、大学卒は妻の1.4%に対して夫は2.9%と高くなっている。

マスメディアについてみると妻で毎日新聞をみるもの14.5%、毎日ラジオを聞くもの45%、毎日TVをみるもの63%で、マスコミとの接触度は著しく高い。

## (3) 経済的特性

まず夫の職業をみてみよう。現職でもっとも多いのは単純労働者28%、次いで多いのは25%を占めている運輸・通信業であってこの両方で50%を越えている。日雇労働者13%を加えると65%となる。興味深いのは以前の職業との関連である。以前の職業でもっとも多いのは農業であって15.1%、ほとんど同じ水準の運輸・通信が15.0%、単純労働者が14.5%でこの3者で45%を占めている。これに日雇労働者10.1%を加えると55%となる。前の職業での15%の農業者は、あきらかに地方からの転入であることを示している。前の職業では失業者といっているものが13%あるが、現在の職業では失業者はいない。しかし、働いていないというものが5.5%あるが、なんらかの理由によって働いていないだけで失業者しているわけでないと考えている。つまり、スラム地区にはいわゆる失業者は存在しないということになりそうである。

有配偶の妻では、就労していないものが47%を占めており、半分以上はなんらかの職についている。もっとも多いのは販売で17%、単純労働者が13%となっている。スラムの販売は、スラム地区の中の自宅での飲食物や雑貨類の販売あるいは物売りであり、単純労働者はその多くが家庭内職であると考えられる。

耐久消費材の所有状況をみると、もっとも多いのは電気扇風機(93.2%)、時計(84.2%)、電気アイロン(78.8%)、ラジオあるいはカセットテープ付ラジオ(77.1%)、電気炊飯器(72.4%)、TV(白黒69.2%、カラー13.8%)等である。電気冷蔵庫でも35%、ガスストーブは29.4%、ミシンは26%が所有していることは驚くべきであろう。

#### 夫の収入、妻および世帯員の収入

夫の月額収入の分布をみると平均で2911バーツ（1バーツ=baht -は日本円で約10円）である。2,000～2,900バーツがもっとも多く26.5%，3,000～3,900バーツが24.5%，2,000バーツ以下が20.4%となっている。したがって、4,000バーツ未満は71%となる。1979年のタイの調査で1人あたり所得がもっとも低いのは東北部の4991バーツである。夫の収入に、妻の平均収入1080バーツ、そしてその他の世帯員の平均収入137バーツを加えた世帯あたりの月平均収入は4128バーツとなる。平均世帯人員の5.2人で割ると1人あたり800バーツとなる。年収にすると9,600バーツとなり、前辻の地域別でもっとも収入の少ない東北の1人あたり所得4991バーツの2倍近くになる。しかし、バンコクの1人あたり所得30,161バーツに比較すると3分の1以下である。バンコクのスラム人口の収入水準がどのような地位にあるかをほぼ推察することができよう。

#### (4) 保健疾病に関する事項

保健に関する関心はなお極めて低い。たとえばラジオ、TV所有者は圧倒的に多いが、健康についてのプログラムには無関心のものが多い。種痘その他免疫についての母親の知識は極めて低いが、今日では出産の大部分は病院で行なわれるため心配はない。また、出産前の健康状態については診療所を利用している。母乳授乳平均期間は初産のばあい10.6ヶ月、最終の子供は11.7ヶ月となっている。調査前3ヶ月の家族員の疾病罹患の主なもの呼吸器、特に風邪、ゼンソク、下痢であった。病気の際の薬の大部分は売薬である。また、重要な点は、調査対象の妻の3分の1は地域社会の保健サービスの存在を知らなかったこと、7分の1はこのようなサービスはないといていたことである。一般健康診断や保健婦の家庭訪問に対する要望がかなり多かったことは、スラム地域での注目すべき対策事項となっていることを示唆している。

本書の著者であるNibhon Debavalya 教授（当時チュラロンコン大学人口研究所長、現在E S C A P人口部長）は本書の最後で次のように結論している。「スラム住民にとって必要なことは、住民の経済的水準向上のために技術をもっと身につけてそれをさらに有効に利用すること、そして地域社会生活の重要部分である社会構造と社会的団結力を維持しながら生活状態の一般的改善をはかることである」。

## 2 今回のスラム地区調査

バンコク地域開発プロジェクト（以下、BCDP）は、バンコクにある約 500 のスラムの内 1983 年現在 156 地区に対し保健サービス、ゴミ処理、上下水道づくり等の事業を行ってきた。またその地区住民への調査も行った。

今回の調査団は、BCDPの協力を得て事業対象地区及び将来対象となる双方のスラム地区 6 カ所の視察を行い、その中から 2 カ所を選び面接調査地区とした。加えて、所管の保健所も訪問した。

ここに実態調査を行ったそれぞれのスラム地区を紹介する。

### (1) コンティ (Khun Na Tee) 地区 — 面接調査対象地区

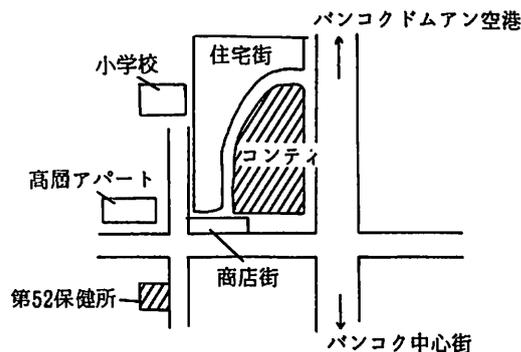
バンコク市内からバンコク国際空港に向かう幹線道路沿いに形成された約 200 世帯からなるスラムである。まわりは、一般住宅、高層アパートに囲まれ、それらの地区より低地に位置しているため、年中汚水が流れ込んでおり、水上（汚水）の生活を強いられている。

最近、BCDPの協力で水道がひかれた。トイレはドラム缶を利用したくみ取り式であるが、ほぼ全戸に完備している。

地区内の小径はドブ板によって各戸とのつながりをもっているが、外灯が不十分なため夜間は注意して歩かないと危険である。

さて、コンティ地区を所管している第52保健所は、他地区を含め 80,000 人を対象に保健活動を行っている。職員構成は、医師 2 名、歯科医師 1 名、保健婦等 12 名事務員他 7 名、計 21 名である。当保健所は、約 2 カ月前隣接地区の保健所より分離し設立されたため各種データは整備されておらず、十分な話し合いは行うことができなかった。

図1 コンティ地区周辺地図



## (2) モナワン (Monawan) 地区—— 面接調査対象地区

バンコク中心街から車で西方に約20分のところに位置するモナワン地区は、20年前からスラム化されたところである。地区内は一般住宅と何ら変わらない住宅とバラック住宅とが混り合ってスラムを形成している。世帯数約200戸は、未だ詳細な世帯調査が行われていないとはいえ、各戸に番地標示が行われている。

当地区住民は、一般的には定職をもっていないが中には藤工芸による家具職人、炭の出荷業などをもつものもいる。

地区内の水利としては、隣接地から地下水を引いて利用する家庭と、一部水道により飲料水にあてている家庭とがある。しかし、洗濯などの洗水はまわりの運河の水を利用している。

地区内の小径はすべて木製の渡り通路によって各戸とつながりをもっている。雨期には、まわり二方が運河によって囲まれていることもあって、一部の家庭は床上まで浸水する。

### インタビュー

① Aさんの家庭は、20年前にアユタヤより当地区に移って来た。今は70歳の老婆と娘、孫の3人の家族である。20年前は老婆の主人もいたが今は娘が時給6バーツの掃除婦とし家計を支えている。

家庭の中には、これといった家具もなく、他にみられるような電気製品もみられなかった。

② Bさんの家庭は、(A)さんと近いが生活レベルに大きな差が感じられた。室内には、テレビ、ラジカセ、冷蔵庫、扇風機とトイレが完備していた。飲料水は、冷蔵庫で冷やしたものを飲んでいる。主人は、職をもち、妻は日中運河で洗濯をするといった状態で何ら一般の人々と変わりのない生活を送っている。

なお、当地区内の食料品では、野菜の他米を販売しており、ビニールパック入り5kg35バーツであった。

モナワン地区を所管している第22保健所は他地区を含め対象人口50,000人に保健活動を行っている。職員構成は、医師1名、歯科医師1名、保健婦5名、ソーシャルワーカー1名、事務員他5名計13名である。当地区での主な疾病は、循環器系が多い。

保健婦活動は、2名1組で1日5軒の家庭訪問を行っている。

表

家庭訪問カード  
バンコク府公衆衛生局

世帯名 \_\_\_\_\_ F. F. \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

診 断 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

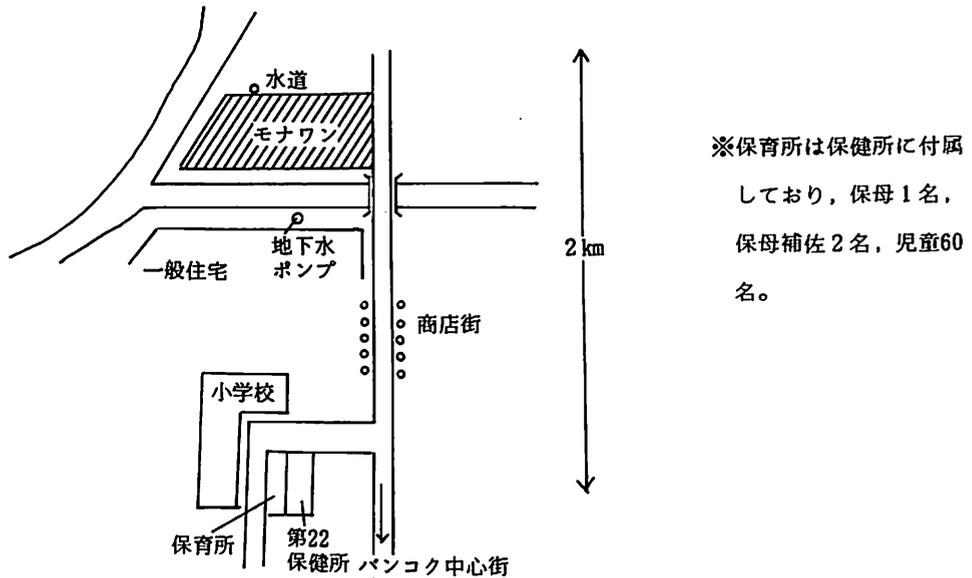
\_\_\_\_\_

訪問予定 \_\_\_\_\_

裏

月	週	1	2	3	4	5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

図2 モナワン地区周辺地図



### (3) ディンデン (Dindeng, Huaykwans) 地区

バンコクの南西部にあり、アパート5棟及びバラックからなる当地区は、地区内に改善された住居と未だ改善されていない住居がみられる典型的なコミュニティである。

アパート居住者は、バラックから移ってきた人々で約500世帯からなる。一方バラック居住者は約300世帯である。

アパートの家賃は、月1,000バーツ、子供のいる場合は1,500バーツで、居住者の中には、又貸しをしている者もいるとのこと。

アパートは5棟からなり、保育所もある。保母数3名、児童数35名、3歳から5歳を対象に保育活動を行っている。保育料は1日当たり6バーツで昼食も含まれている。児童のおやつの一部はバンコク婦人協議会の寄贈によってまかなわれている。因みに、保母さんの月給は800バーツである。

一方、バラック住宅地域は元来、ゴミ収集場であったところに不法に住みついた人々によって形成されたスラムである。

約300世帯のバラック生活者のほとんどがテレビ、ラジオ、扇風機を保有している。地区内では水道がなく、飲料水は、20リットル2缶で1バーツのものを500メートル離れたところから運んでくる。

#### インタビュー

Cさんは、地区内で雑貨店を経営している。Cさんは、アユタヤ生れで、当地区へ来る前は、隣接のスラムに住んでいた。数年前日本の協力で日・タイ青少年センターが建設されたため、その地区を追われ、ここに移ってきた。Cさんの家は2部屋（8帖，4帖）で、テレビ、ラジオに立派な仏壇があり家族10人が住んでいる。

#### (4) チャン・ハン (Chan Hun, Huakhang) 地区

ディンデン地区より車で5分程のところであり、約200世帯からなるスラムである。当地区の特徴は、地区サブリーダーが女性であることである。

当地区ではすべて水上(汚水)の上に住いを建て生活をしている。飲料水は、20リットル入りプラスチックボトルを各戸に配布しそれを使用している。また地代として住民は月150バーツを地主に支払っている。家族構成は1世帯5～12人である。

#### インタビュー

Aさんは、7年前他のスラムが整備されたため、当地区に移ってきた。“現在3人子供がいるが経済的に余裕ができたらもっと子供が欲しい”という。

#### (5) バンコク・ヤイ (Bangkok yai) 地区

当地区は他のスラムと違い住居及び生活水準が高く、コミュニティー活動が進んでいる。一見しただけではスラムとは思われない様相である。

当地区では、BCDPの協力で小径(通路)をすべてコンクリートにつくりかえる作業を行っている。大人と子供が一体となって、週末共同作業にあっていた。

耐久消費財には、テレビ、ラジオ、扇風機はもとよりガスコンロのある台所、中にはソファのある居間をもった住民もいる。しかしながら一部の人々は内職による収入源しかもない状況にある。

#### (6) ラド・プロア (Lad Phroa) 地区

バンコクでも最も大きいスラムのひとつのラド・プロア地区は、世帯数でも1,000戸以上はあり、幹線道路から地区内に入る小径は数多くある。大小様々なバラックからなり、テレビ、ラジオ、冷蔵庫などを保有する家庭も多くあるが、一部トイレが不十分な家庭がある。しかし、コミュニティー活動への参加意欲が強く、また週末を利用して内科、歯科の医療サービス

活動が行われている。医療チームは、医師1名、アシスタント・ドクター3名、歯科医2名、  
歯科アシスタント3名、他BCDPよりボランティア6名計15名からなり、検診、治療サー  
ビスを行っている。受診者は、少額の診察代を支払い、この診察代をBCDPが管理し、他  
の当地区活動費としてフィードバックするシステムをとっている。

## 第5章 提 言

タイ国の人口基礎調査ならびに同年に実施した中国の「生活水準の上昇と生産力との関係に関する調査」は、国際協力事業としては前例のないものであったと考えられる。

第1に、すべて日本側の資金供与によるものであるが、現実には相手国の負担もかなり大きいものであったこと。

第2に、共同の調査研究であったこと。双方において十分な意見交換を行ったが、このこと自体相互の理解のみならず、研究交流に貢献した。

第3に、中国の場合戦後初めての生産力調査であり、タイの場合スラム調査という外部に対して知られたくない調査であり、したがってその実地面接調査の原票が日本側に提供されるかどうか大きな疑問があった。しかし、いずれの場合にも原調査資料はすべてわが方に提供された。

以上の2ヶ国の現地調査結果についてはいずれも現在詳細な分析に着手しているが、このような現地調査という極めて困難な事業が予想以上に成功をおさめたその理由について述べ、若干の提言を行ないたい。

1. この調査費用は日本側の負担ではあるが、調査にあたっては、ある特定の問題について共同研究を行なうという態度を堅持した。いいかえれば、日本の経費負担で調査研究をあなたがたのために行ってあげるといふ態度ではなく、人間社会のある共通の問題を共同で勉強するといふ態度である。中国の場合、このような共同で調査票を作製したり、分析の方法を論議したりしたが、その過程で自分達は勉強することができたと、中国の共同研究者達はいっていたが、これは共同研究がまた同時に研修の機会になっていたことを意味する。

2. 調査研究費は日本側の負担として行なわれているが、実際には労働力、その他、相手国側が負担している支出も決して少ないものではないことを理解しておくことが必要である。

今回のタイ国調査においても調査票の見事な整理は、経費が決して小さいものでなかったことを示している。

3. 人間交流を十分に高めることが必要である。調査研究にしても、結局は個人対個人の人間関係を通じて行なわれる。相互に友人であるネットワークを確立しておくことが、共同研究を成功させる重要な要件である。一度知りあったなら、クリスマスカードを送る位の配慮が必要であろう。

4. 相手国の理解を十分に高めること。言語、習慣が異なっており、文化の差異もある。どのように相手側に接するかは、相手国自体についての十分な研究が必要である。先方の日本に対する理解を高めるための努力も重要である。

5. 開発途上国である場合、特に重要なことは、開発のおくれた国であるとはいえその変化、特にエリート階級の知的水準の著しい向上や経済成長に対して十分な理解をもつことが必要である。わずか2年、3年といった短期間にめざましい変化をとげていることがある。相手は開発途上のおくれた国であるといった基本的な理解と態度は特に避けなければならない。特に、我々の交渉相手あるいは共同の研究者は、その大部分はアメリカあるいはヨーロッパの大学でのPh.D. 取得者である。学界、官庁のエリートはこのような欧米的知識階級であることを十分に考慮に入れておかなければならない。

6. 開発途上国の援助、協力関係の基礎は人間形成のためのものであることが必要である。我々の調査研究は、このような分野のささやかな事例ではあるが、人間能力の向上のための援助、協力事業に貢献しているものと考えられる。共通の問題を共同で研究するということは、国際的援助・協力事業の新しい分野として大幅に拡大していくことが望ましいと考えられる。このような分野の事業の特徴は、コストが小さく、その効果は大きいということである。

7. しかし、他方においてこのような援助協力事業としての共同調査研究を開発していくためには、日本側における人材の養成や開発途上国に対する一層の研究が必要である。相手国を知らずして共同研究を行なうことは反ってマイナスの効果さえ予想される。

## 第6章 調査メンバーおよび日程表

日 程 表 (昭和59年11月4日～11月17日)

11月4日(日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・成田発</li><li>バンコク着</li></ul>
5日(月)	<ul style="list-style-type: none"><li>・橋正史大使表敬</li><li>・高山一等書記官と打合せ</li><li>・ブンティウム運輸通信副大臣と調査について協議</li><li>・BCDP (Bangkok Community Development Project) メンバーとスラム実態調査について協議</li></ul>
6日(火)	<ul style="list-style-type: none"><li>・マヒドン大学人口・社会研究所 (IPSR) プラモテ所長より当研究所活動の説明をうける。</li><li>・保健省アモン事務次官より保健・衛生活動の説明をうける。</li><li>・チュラルコン大学人口研究所、ピット所長より当研究所活動の説明をうける。</li></ul>
7日(水)	<ul style="list-style-type: none"><li>・国家統計局ニヨン局長より、国家統計システムの説明をうける。</li><li>・マヒドン大学デバノン公衆衛生学部長よりタイの公衆衛生事情の説明をうける。</li><li>・バンコク特別市チェック副助役よりバンコクの衛生行政の説明をうける。</li></ul>
8日(木)	<ul style="list-style-type: none"><li>・スラム地区フィールド調査</li></ul>

	<p>ディンデン区、チュンファン区、コンナティ区</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健省、パタマ家庭保健部課長より 国家家族計画プログラム概況について説明をうける。</li> </ul>
9日（金）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・BCDPにてフィールド調査の打合せ。</li> </ul>
10日（土）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ブンティウム副大臣とアンケート調査内容を協議。</li> <li>・スラム地区フィールド調査 バンコク・ヤイ区、フィクワン区</li> </ul>
11日（日）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バンコク、スラム地区代表者会議に出席。</li> </ul>
12日（月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バンコク府第21保健所見学。</li> <li>・資料整理。</li> </ul>
13日（火）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スラム地区フィールド調査。 モナワン区</li> <li>・バンコク府第22保健所見学。</li> </ul>
14日（水）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ESCAP人口部訪問</li> <li>・アセアントレーニングセンター訪問、長谷川コーディネーターよりセンター活動の説明をうける。</li> </ul>
15日（木）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ナウイ地区にて船舶騒音調査を見学。</li> <li>・バンコク府第52保健所見学。</li> <li>・スラム地区フィールド調査。 コンナティ区</li> </ul>
16日（金）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タイ国社会・経済開発委員会訪問。</li> <li>・ポピュレーションカウンシル訪問。</li> <li>・日本大使館、調査報告・高山一等書記官。</li> </ul>
17日（土）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バンコク発 東京着</li> </ul>

## 調査メンバー

### 国内委員会

黒田俊夫：日本大学人口研究所名誉所長  
(主査)

山本幹夫：帝京大学客員教授

鷺尾宏明：アジア経済研究所経済協力調査室研究主任

早瀬保子：アジア経済研究所統計部

船津準二：財アジア人口・開発協会参与  
(コーディネーター)

### 現地調査メンバー

黒田俊夫：調査団長 (前出)

山本幹夫：(前出)

遠藤正昭：財アジア人口・開発協会職員

## 調査協力者

### 1. 日本大使館

橋 正 忠 大使

高 山 康 信 一等書記官

### 2. Bangkok Community Development Project

Dr.Boontium Khamapirad

Deputy Minister of Communication

Ms.Khunying Kanok Samsen Vil

Secretary to Deputy Minister

Dr.Subarn Panivisavas

Dean Faculty of Sciences and Humanities  
Mahidol University at Salaya

Dr.Nongluk Tunyavanich

Faculty of Science and Humanities  
Mahidol University

Miss.Tassane Indrasukhsri

Director Bangkok Community Development Project

Dr.Karoon Liowstrisook

Faculty of Public Health Mahidol  
University

**3. Ministry of Public Health**

Dr.Amorn Nondasuta

Parmanent Secretary

Miss.Patama Bhiromrut

Chief, Public Relations and Information  
Family Health Division,

**4. National Statistic Office**

Dr.Niyon Purakam

Secretary General

**5. Bangkok Metropolitan Administration**

Dr.Chek Dhanasiri

Deputy Under Secretary

**6. Chulalongkorn University**

Dr.Pichit Pitaktepsombati

Director, Institute of Population  
Studies

**7. Mahidol University**

Dr.Debanom Muangman

Dean, Faculty of Public Health

Dr.Pramoto Prasatkul

Director, Institute for Population  
and Social Research Mahidol University

Dr.Apichat Chamratrithirong

Institute for Population and Social  
Research Mahidol University, Deputy  
Director

**8. Asean Training for Primary Health Care Development Project**

Mr.Ken Hasegawa

Coordinater

**9. The Population Council**

Dr.Barnett F.Baron

Senior Representative South and East  
Asia





