

アジア諸国の高齢化と保健の実態
調査報告書

——タイ国——

平成13年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)

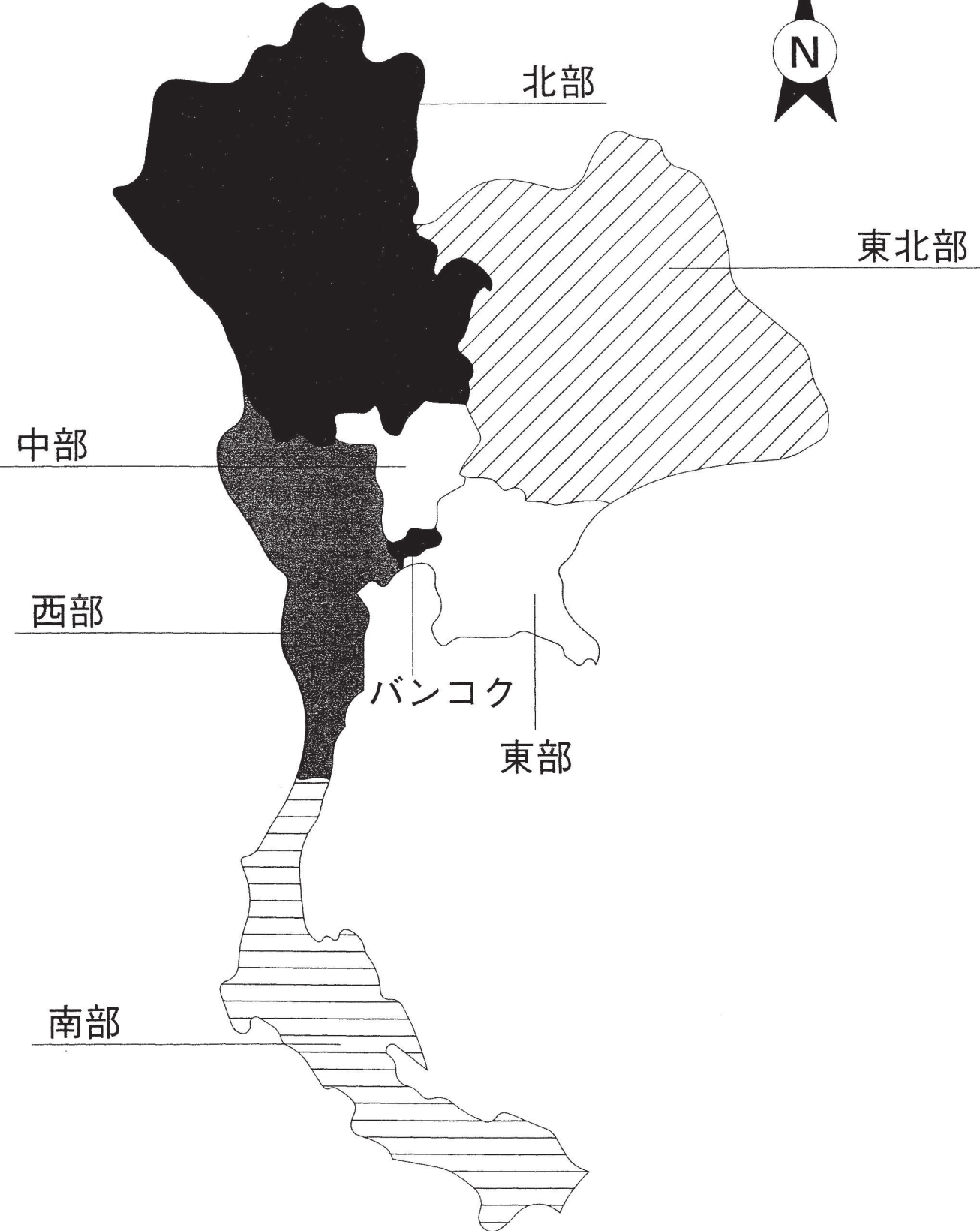
アジア諸国の高齢化と保健の実態 調査報告書

— タイ国 —

平成13年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)

タイ国



北部

東北部

中部

西部

バンコク

東部

南部



国家経済社会開発委員会
Dr. Jawalakasana
Rachapaetayakom,
Senior Expert in
Planning

Golden Year Nursing
Home



下段左から
萩原康生団長、
Dr. Prasop Ratanakorn
前タイ国上院議員、
苅部ひとみ団員、
上段左から
Mr. Shiv Khare AFPPD
事務局長、遠藤正昭団員



ESCAP
Mr. Jerrold W. Huguet,
Chief, Population and
Development Section

Lop Buri県
老人同居の農家



College of Population
Studies, Chulalongkorn
University

左から
Dr. Vipap Prachuabomh,
Director, Dr. Napaporn
Chayovan, Deputy
Director

はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成12年度厚生労働省・社団法人国際厚生事業団委託事業「アジア諸国の高齢化と保健の実態」調査を受託し、タイ国で実施したものを取りまとめたものである。調査及び取りまとめに当っては、本協会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）が行った。

近年、アジア諸国の人口は急激に高齢化に向かっている。欧米の先進国に比べ、大規模で急速なアジア地域の高齢化は、各国の保健及び社会保障制度に大きな影響を与えている。本調査は、高齢化をめぐる各国の人口、保健・医療、社会保障制度（社会保険を含む）の現状や問題等を詳細に分析し、アジア諸国の人口高齢化とそれに伴う諸問題の解決に寄与することを目的としている。

調査にあたり現地では、在タイ国日本国大使館・岩井勝弘一等書記官、プラソップ・ラタナコーン前上院議員、シフ・カレーAFPPD事務局長に、計画全体にわたるご指導、ご協力をいただいた。

国内では、厚生労働省大臣官房国際課及び政策統括官付社会保障担当参事官室、外務省アジア太平洋局南東アジア第一課関係各位に、格別のご指導、ご便宜をいただいた。ここに深甚なる謝意を表す次第である。

本報告書が今後、タイ国をはじめアジア諸国の高齢化対策プログラムと日本政府の有効な国際協力の貢献に役立てば幸いである。

なお本報告書は、現地政府機関、専門家、民間施設でのインタビューをもとに本協会の責任において作成したものであり、厚生労働省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものではないことを付記する。

平成13年3月

財団法人アジア人口・開発協会
理事長 中山太郎

目 次

はじめに	1
序章 タイ国の一般概要.....	5
1. はじめに.....	5
2. 国土と国民.....	5
3. 経済.....	6
4. 教育制度.....	8
5. タイの福祉文化.....	9
第1章 アセアンの“人口”先進国・タイの経験.....	11
はじめに	11
1. 人口プロファイルの展望.....	11
2. 人口転換の先駆者：タイ.....	12
3. タイ人口の高齢化.....	13
第2章 タイ国の保健・医療.....	15
1. 保健・医療制度の概要.....	15
(1) 医療制度の概要	15
(2) 医療施設数	15
(3) 医療従事者数	16
(4) 医療水準	16
2. 保健対策.....	17
(1) わが国の保健対策の動向	17
(2) タイ国の保健対策の動向	17
(3) 健康増進対策	17
3. 健康状態と受療状況.....	20
(1) わが国について	20
(2) タイ国について	23
4. 高齢者の健康対策.....	25
(1) わが国について	25
(2) タイ国について	26
5. タイにおける HIV/エイズの現状.....	27

第3章 タイ国の高齢者と高齢者社会保障施策.....	53
1. 高齢者の実態.....	53
2. 高齢者社会保障施策.....	55
(1) 社会保障施策の展開.....	55
(2) 年金制度.....	56
(3) 医療保険制度.....	56
(4) 社会福祉施策.....	57
(5) まとめ.....	59
第4章 国際協力の課題.....	65
1. 高齢者社会保障政策の課題.....	65
2. 今後の課題: 環境保健対策.....	66
第5章 調査メンバー及び日程.....	69
1. 調査メンバー.....	69
2. 調査協力者 (タイ国調査: 2000年8月27日~9月2日).....	69
調査日程.....	72
収集文献リスト.....	74

序章

タイ国の一般概要

1. はじめに

タイ国は、1997年7月に金融危機に見舞われた。それまで海外資金がタイの金融機関や不動産などに過剰投資を行った結果、バブル経済となり不良債権が増大し、金融機能が不全な状態となり、海外投資家の信任低下を招き、外貨資金が流出に転じたことによる。その後、IMFの介入などによりタイ経済は回復傾向にある。

タイの首都バンコクは、「クルンテープ（天使の都）」と呼ばれ、人口は600万人でアジアを代表する大都市である。しかし、首都バンコクの交通渋滞がひどく最近スカイ・トレインが完成したものの、市内の移動には著しく時間を要する。

タイ国は、ここにきて、コンピュータ関連製品の輸出が伸びてきたものの、ベトナム、ミャンマー、アメリカと同様世界のコメ輸出国である。また、他のアセアン諸国にはみられないアグロ・インダストリーとしての産業が成立しており、農産物の缶詰、鶏のプロイラーなどの農産加工品の輸出も貿易収支上大きなウエイトを占めている。

1961年にはじまった国家開発計画以来通貨危機まで、タイ国の経済成長率は、年平均7%の成長率を維持してきたことは特筆すべきである。タイは、農業立国である一方、観光立国として海外からの観光客にアピールしている。

日本との関係では、エビやプロイラーなどの最大輸出国がタイである。

2. 国土と国民

タイ国は、日本の1.4倍の面積をもち、人口6,180万人（1999年年央）を擁する王国である。国の形は、マレー半島が鼻にたとえ“象の顔”によく似ている。

国土は、北緯6度から20度、東経97度から106度に位置し、国境は、東にカンボジア、東北にラオス、北西にミャンマー、南は半島部マレーシアと接している。このため、それぞれが接する国境付近では異なった民族、宗教や文化が見られる。

・ 国土面積は 51 万 3,115Km²あり、地域別比率で見るとバンコク 0.3%、バンコク周辺区^り 1.2%、中部 3.2%、東部 7.1%、西部 8.4%、東北部 32.9%、北部 33.1%、南部 13.8%となっており、最も大きい地域の北部は 169,644Km²となっている。

タイの行政県をみるとバンコク、バンコク周辺区 5 県、中部 6 県、東部 8 県、西部 6 県、東北部 19 県、北部 17 県及び南部の 14 県で 1 都 75 県で構成されている。県の面積をみると、ナコンラチャシマ県 (Nakhon Ratchasima Province) が総面積の 4%を占めているのをはじめ、チェンマイ県 (Chiang Mai Province) が 3.9%、カンチャナブリ県 (Kanchanaburi Province) が 3.8%と続く。

タイの気候は、熱帯地域特有の雨期と乾期のふたつの季節に区分される。雨期は 5 月から 10 月までで、乾期は 11 月から 4 月まで、南部を除くと、平均雨量は年間 1,240 mm～1,370 mm 程度である。月別平均気温で見ると 3 月から 5 月が最も暑く最高気温は 40 度近くなる。

タイの民族をみると、タイ国民のルーツをたどると古くは中国雲南省から渡来したと言われていいる。その代表的民族は、タイ族とミャオ族であり、通例タイ人として分類されている。その他は、中国系、マレー系のほかに少数民族で山岳民族であるシャン族、カレン族、アカ族、ヤオ族、リス族などがあげられる。民族構成で見ると、タイ人が 80%、中国系が 10%、マレー系が 5%、クメール系が 2%とその他となっている。中国系は中国大陸から移住してきた人々で、タイでは潮州からの移住者が全体の 60%を占めており、他のアセアン諸国が福建や海南からの移住者が大半を占めるのとは異なっている。マレー系の人々は、主にタイ南部に居住しており、宗教もイスラム教を信じ、マレー語を言語としている。

3. 経済

タイの工業化は、第二次大戦後にはじまった。それまでのタイの経済は、コメ、チーク材の輸出を中心としたモノカルチャー経済であった。1953 年ピブン政権 (Pipul Songgram) の下では国营企業法にもとづいて、織布、ガラス、バッテリーなどの工場が設立された。さらに、1955 年には複数為替レートの廃止、ライス・プレミアム政策によるコメ輸出自由化などの経済改革がすすめられた。これら、国家主導型の経済運営は、欧米や華人資本家の活動を制限するものであることから非難をあげる結果となった。

1958 年サリット・タナラット首相 (Sarit Thanarat) は、プビン首相をクーデターで駆逐し、1959 年以降、現在のタイの工業化の基礎づくりに着手した。サリット首相が着手した一連の経済改革は、民間主導の工業化、1959 年に投資委員会 (BOI) の設置による外国資本の積極的導入、インフラストラクチャー部門の拡充など、世界銀行訪タイ調査団の勧告にそったものであった。

1961 年第一次経済開発 6 カ年計画 (1961-66) が開始され、タイは工業化への第一歩を歩みだした。第一次計画期の経済成長をみると目標 5.5%に比べ実績は 2.6 ポイント高い 8.1%、農業も 3.3%の目標であったが 3.1 ポイント高く、ほぼ倍の 6.4%。製造業においても 9.3%の目標の 1.9% ポイント高い 11.2%の成長があった。これらの成長を内訳で見るとコメの生産、製造業では繊維

製品の成長があったからであろう。特に、繊維製品などの消費財に対しては輸入関税を上げ、一方国内産業に対しては新産業奨励法により税制上などで優遇策を与えることによる、いわゆる輸入代替政策がとられた。

1967年にはじまった第二次経済社会開発5ヵ年計画（1967-71）においても民間主導型輸入代替政策がすすめられた。この期間の経済成長は、1969年の国際収支の悪化もあり全般に低迷した。同期間のGDP目標8.5%に対し実績は1ポイント低い7.5%。農業は、目標4.3%に対しマイナス0.2ポイントの4.1%、製造業も目標10.9%を1.7ポイント下回る9.2%であった。

第一次、第二次開発計画の特徴は、輸入代替産業に必要な原材料や機械などの輸入を可能にしたことであった。つまり、タイの農産物などの第一次産品の輸出拡充による外貨獲得が輸入代替産業の発展をもたらすことができた。

1972年からの第三次経済社会開発5ヵ年計画（1972-76）は、タイの経済政策に転換期をもたらした。この年、革命団布告227号（輸出産業奨励）が布告され、それまでの輸入代替工業から輸出代替工業化への移行が開始された。この間、1975年に農地改革が公布されたが、農業の成長は目標を下回るものとなった。同期間におけるGDPの目標は7%であったが実績は0.8ポイント下回る6.2%、農業は目標5.1%で実績が1.2ポイント下回る3.9%にとどまった。一方、製造業は、72年に外国企業制法の制定にもかかわらず目標の8%を0.6ポイント上回る8.6%の成長があった。

1977年に始まった第四次経済社会開発5ヵ年計画（1977-81）は、タイの経済発展の新しい局面を迎えることになる。つまり、これまでの政策テーマは経済開発のための中心テーマである農業部門の発展あるいは工業などの生産性の向上などにあったが、ここに来て、開発利益の公正な配分と社会的正義の実現、貧困の解消、環境の保全の重視など経済発展により歪みの是正にも目を向けるようになった。また、タイ特有の農業生産物の加工によるアグロインダストリーを推進することを目標のひとつに取り入れたのもこの時期である。第四次計画期のGDPの成長は目標を1.6ポイント上回る8.6%を達成した。とりわけ、製造業は二桁の10.2%の成長があった。

第五次経済社会開発5ヵ年計画（1982-86）は、タイの産業構造に大きな転換をもたらす時期となった。これまですすめられてきたタイの工業化は労働集約型の産業が中心であったが、80年代に入り技術集約型の産業への移行がすすんだ。タイの国内産業を農業部門と製造業の対GDPで1982年を境にはほぼ20%強の水準で交差し、産業構造上の転換を達成したことである。その後、農業部門のGDP比は低下を続け1990年には12.4%まで低下している。一方、製造業の対GDP比は増加し26%までになっている。第五次計画の目標をみると、公共部門の調整、国营企業の見直しなどのほかバンコクの一極集中を緩和し郊外への工業団地の造成のための東部臨海工業地帯における重化学工業の推進計画も取り入れた。第五次計画の成果は、年平均経済成長率を7%強を維持したことである。

タイの経済成長は、1980年代に入り飛躍的な成果をおさめている。これは、1985年のプラザ合意以降の円高により日本を中心に台湾、韓国からタイへの投資が急増したことも大きな要因であ

る。

第六次経済社会開発5ヵ年計画（1987-91）の経済成長は、これまでに最も高い10.5%を示し、目標を5.5ポイントも上回る実績を残した。つまり、産業別GDPの伸びをみると1985年と90年では、農業の1.5倍増に対し、製造業では2.4倍の二倍の伸びを示した。しかし、この期間において国内の雇用の拡充、中小企業の育成などに重点がおかれたことはタイの発展の内側にある弱点を是正せざるを得ない面もあったことは注目されるべきである。

第七次経済社会開発5ヵ年計画（1992-96）では、持続可能な成長、経済発展の成果と所得の地方還元、生活の質の向上と環境保全を計画の主な目標に定めた。これは、急速に発展したタイの経済を見直すための目標とも受け止められる。同計画期間中の最終年の1996年にGDP成長率が5.5%に落ち込んだものの、年平均では目標の8.2%を下回る8.0%を達成することができた。

第八次経済社会開発5ヵ年計画（1997-2001）では、人間中心の開発を目標に開始されたが、1997年7月に発生した金融危機により当初の目標である8.0%の経済成長の達成は不可能となったが、99年には5%台の成長がみられた。

タイの経済成長率は、先進国はもとより近隣のアセアン諸国の中でも最も高く、1960年から90年台半ばまでの平均でも年平均7%台を達成してきた。1960年台にはじまったタイの工業化は、輸入代替型から80年代には輸出代替型の工業への移行がすすみ、おおむね順調な発展をとげたといえよう。製造業の成長をみた場合、その成長率は高くアセアン諸国の中では常に上位に位置してきた。しかし、製造業の内訳をみるとタイ特有の農水産品加工業を中心としたアグロインダストリー産業が中心である。

4. 教育制度

タイの教育制度は、6-3-3-4制で、初等教育（小学校）が6歳から11歳までの6年間、下等中等教育（中学校）が3年間、上等中等教育（高校）3年間と高等教育（大学）の4年間である。

それまで、タイの義務教育は初等教育の6年間であったが、1997年の新憲法のもとで、2002年までには、初等教育から下等中等教育までの12年間を義務教育として、生徒は学費なしで教育を受けられるように改革された。教育行政は、教育省と大学省が所管しており、教育省は初等教育、中等教育及び職業教育を所管し、大学省は国立並びに私立大学を所管している。

就学率をみると、初等教育は80年に99%あったが、95年に87%に低下した。また、親の手伝いや学校が遠いなどを理由に初等教育半ばで退学する生徒も数多くみられる。一方、中等教育である中学及び高校への就学率は、80年の29%から95年には55%へと飛躍的な伸びを示した。さらに、大学への就学率は、80年の15%から95年の29%へと伸びた。

タイの大学省所管の大学数は、国立大学が24校、私立大学37校となっており、教育省所管の教育養成学校が36校、職業学校が18校、職業技術カレッジ224校、体育教育カレッジ17校、芸

術カレッジ 17 校がある。その他に、保健省所管の看護カレッジ 23 校ある。

タイは、1921 年に義務教育法が制定され、それまで、約 4000 あった寺院付属の寺子屋が公立学校に改められた。高等教育では、1917 年にチュラロンコーン大王の時代に創設された行政学院と医学校を統合しタイではじめての大学、チュラロンコーン大学 (Chulalongkorn University) が開設された。その後、1933 年にタマサート大学 (Thammasat)、1943 年には、マヒドン大学 (Mahidol) とカセサート大学 (Kasetsart) の国立大学が設立した。私立大学の約半数は、1990 年代に設立され、歴史もまだ浅い。

5. タイの福祉文化

タイの国旗は 3 本の帯によって構成される三色旗である。もっとも下に位置する帯は赤色で、これは国民をあらわしている。真中の帯は仏教をあらわす白色で、これは白象に由来している。そして、最上部にある帯は青で、これは王室をあらわしている。タイの文化はこの三色旗のように、王室、仏教そして国民によって成り立っている。

タイの福祉文化も同様のことが言えるのであり、王室とそれを取り巻く制度に基づく福祉文化、仏教に基づく福祉文化、そして国民 (家族制度) に基づく福祉文化という 3 つの要素によって構成されている。すなわち、王室はさまざまな慈善事業を行っており、社会福祉の分野にはその威光は浸透している。それとともに、タイ社会の人間関係は、夫婦を除いて「保護者－被保護者」の関係で成り立っており、タイ人の人間関係は社会秩序の中で自分が他者より高い地位にあるか低い地位にあるかによって位置付け、上位者に敬意を払い、下位者を支配するのである。このハイラーキーの頂点に立つのが国王であり、したがって国王はすべての国民の尊敬の的となる。こうして、国王がさまざまな慈善事業にかかわることによって、福祉活動が正当化され、広く国民の支持を得るのである。

タイの仏教は上座仏教といわれるが、専門家によると「タイの民衆の間に浸透している仏教は功德 (ブン) と業 (カム) を説き、因果応報を強調する」のである。現世 (現在の生活) が不幸せなのは、前世に功德を積まなかったからであり、現世において功德を積むことによって、来世に幸せを期待できるとするのである。この現世で功德を積む「行為」がタンブン (喜捨) と呼ばれ、最高のタンブンは「僧職に就くこと」であり、次に来るのが「他者への援助の提供」である。多くのタイ人は、社会福祉施設を訪ねると、必ずといっていいほどに、タンブン (寄付) を行うのである。そこにある考えは、「相手が気の毒だから寄付をする」ということではなく、「自分の来世での幸せを考えたとき、自然と寄付をしている」というものである。

なお、タイ仏教で親にとっての最高のタンブンは、子どもを僧にすることである。しかし、僧になれるのは「男子」のみであり、女子は僧になれない。(尼僧はいるが、正規の僧ではない) したがって、息子が僧になることは、親にとっては最高の親孝行である。娘は、最高の親孝行ができず、第 2 番目の親孝行、すなわち親に金を渡すことを喜んです。貧困とこの文化が結びつ

くと、娘の身売りということにつながる。このように、仏教に基づく文化は、陰に陽にタイの福祉文化に影響を及ぼしている。

さて、最後の構成要素である国民は、拡大家族の中で生活をしている。特に、農村の場合、「祖父母―父母―子」という構成だけでなく、傍系の親族をも含めた拡大家族の中で生活している。これらは必ずしもひとつ屋根の下で生活しているのではないが、近隣に居住している親族が、相互扶助のネットワークを形成している。

以上述べたように、タイの福祉文化は、国王を頂点とする保護者とそれに従う被保護者の関係、仏教を基本とする生活規範、親族をも含む家族を中心とした拡大家族制度によって形成されているのである。

(注)

- 1) バンコク周辺区 (Vicinity) は、ナコン・パトム (Nakhon Pathom)、ノンタブリ (Nonthaburi)、パスムタニ (Pathum Thani)、サム・プラカン (Samut Prakan)、サム・サコーン (Samut Sakhon) の5地区からなる。

第1章

アセアンの“人口”先進国・タイの経験

はじめに

タイはアセアン諸国の中で特に注目すべき発展パターンを示している。1980年代末期には年率10%を超える驚異的な経済成長率さえ示していた。しかし、1997年7月、タイ通貨バーツの暴落から経済は一変して大危機におちいった。しかし、日本経済がバブル経済崩壊のあといまだに停滞から脱し切れないのに対し、アジア経済震撼の導火線となったタイは世界の専門家の予想を裏切っていち早く奇跡的な回復、発展の道をたどっている。

タイのアジア的、特にタイ文化の特性、経済発展の一極都市集中、農村経済の占める社会的役割、高い識字率、女性の高い労働力化率、あるいはまた近代的西欧型の通貨金融システムに対する未成熟な対応性等いくたの要因があげられよう。しかし、特に注目すべきは、タイ文化を背景とするタイの人口転換の例の少ない高速度での対応的变化である。タイの奇跡的復活の原因はこれからの新しい理論的、政策論的課題である。アセアンのみならず、広くアジア、延いては非西欧的文化圏の発展の鍵を提供する機会ともなろう。

1. 人口プロファイルの展望

人口の特徴を示す若干の指標によってアセアンの主要国とタイを比較してみよう(表1参照)。ここではシンガポールの都市国家という特性を考慮し考察の対象外とするが参考のため同指標によって日本と共にあわせ示しておいた。

第1に注目されるのは人口動態の水準である。出生率は人口千人に対し16の低水準にある。シンガポールは別として、ここに示されたアセアン諸国はすべて20ないし30の高水準にある。死亡率はその他の諸国とほぼ同水準にある。

死亡率水準がほぼ同じであっても、出生率が著しく低いため、その差である自然増加率は著しく低い。年率でタイの増加率は1%であるのに対してフィリピン、マレーシアは2%以上で2倍の高水準にある。出生力水準をTFR（合計特殊出生率）で見ると1.9であって、いわゆる置換水準を割っている。タイに比較するとフィリピンの如きは3.7で2倍の高水準である。マレーシアも3.2と高く、インドネシアが3を割って2.8の水準になっている。

以上の如く、タイの現在の出生力是他のアセアン諸国に比較して突出した低水準にある。このことは人口の年齢構造、たとえば15歳未満の子供人口の割合にあらわれている。その割合はタイでは24%にすぎないのに対して、フィリピンでは40%に近く、インドネシア、マレーシア、ベトナムはいずれも34%と著しく高い。このようなタイの出生力コントロールはめざましく、アセアンの先覚的役割を果たしているのみならず、若年人口の急激な減少という人口構造変動はタイの経済発展に対し、有利な影響をもたらしたことにも留意すべきであろう。

2. 人口転換の先駆者：タイ

東アジアにおいて日本の戦後初期における出生力の奇跡的ともいわれた転換経験が東アジアの国や地域における人口転換の展開に貢献した如く、タイの経験のアセアン諸国への望ましい刺激として期待される。

表1にも示されたタイの人口転換の過程を歴史的に示してみると表2、図1の如くである。死亡率は戦後の約半世紀にわたって堅実な直線的な低下傾向を示している。しかし、出生率の変化は死亡率のそれとは著しく異なっている。1960年代までは非常に安定した高水準を維持している。1970年代にはいって急激な低下傾向が始まっている。1965-1970の出生率は40を越えていた。わずか25年後の1990-1995には20台を割って18.1にまで低下している。この25年間の出生率の低下率は56.7%である。いいかえればこの期間に半分以下（43.3%）に低下したということである。

この普通出生率の低下をTFR（合計特殊出生率）で見ると（表2、図1）、その傾向はよりはっきりと理解することができる。1人の女性が生涯に産むと仮定されるTFRは1965-1970までは6人以上という多産傾向であった。しかし、1970-1975以降急激な低下傾向に転じている。1960年代後半には6人余りの子供を生んでいたことになるのが、1970年代の前半には5人以下に、10年後の1980年代前半には3人以下に、そして1990年代前半には2人以下、いいかえれば置換水準以下にまで低下している。10年間に生涯子供数が1人ずつ減少することは極めて例の少ないはげしい出生コントロールといえよう。

アセアン諸国の中にはTFRが置換水準を割っている事例としてシンガポールがあるがここでは都市国家としてまた中国系社会という特性を考慮して、タイとの比較分析からは除外した。

3. タイ人口の高齢化

前述の如くタイの人口変動、特に出生力の低下速度ははげしく、そのことは直ちに人口構造に占める子供人口（0～14）の占める割合を低下させる。それは人口の年齢構造からみた負担係数を軽減するという経済的効果をもたらす。しかし、他方において高齢化が若干のタイムラグをもってあらわれてくる。たとえば、出生力水準は前述の如く他のアセアン諸国に比較してはるかに早い速度で低下しているが、現在の高齢化水準（65 以上人口の割合）では他のアセアン諸国とほとんど同水準の 5%である。しかしながら、重要な点はこの高齢化傾向はやがて加速化の時期がやってくることである。

たとえば、1995 年の 65 以上人口割合は 5.0%であるが 2020 年には 2 倍の 10.1%に、2040 年にはさらに 2 倍の 20.0%、2050 年には 23.05 と激増していくことが予想される。現在の 5%の高齢人口が半世紀後には 5 倍に近い高齢化社会に変化していく。（高齢化水準は United Nations: World Population Prospects: 1998 Revision）

少子化による人口構造の有利性はやがて、高齢人口負担の激増に転換していくことに政策担当者は十分に留意しなければならないであろう。

表1 アセアン諸国の人口プロフィール—タイとの比較—

国名	タイ	インドネシア	フィリピン	ベトナム	マレーシア	ミャンマー	シンガポール	日本
人口 (100 万)	62.0	212.2	80.3	78.7	23.3	48.9	4.6	126.9
出生率 (人口千)	16	24	29	20	25	30	13	9
死亡率 (人口千)	7	8	7	6	5	10	5	8
自然増加率 (%)	1.0	1.6	2.3	1.4	2.1	2.0	0.8	0.2
15 未満人口 (%)	24	34	38	34	34	37	22	15
将来人口 (2050)	71.9	311.9	139.6	123.7	48.2	87.8	10.4	100.5
TFR (合計特殊 出生率)	1.9	2.8	3.7	2.5	3.2	3.8	1.5	1.3
避妊実行率 (%)	72	57	49	75	—	17	65	64

資料：Population Reference Bureau: 2000 World Population Data Sheet, September 2000
(日本語ポケット版、((2050))作製)

備考：人口は 2000 年央人口、各指標は最新の国連その他国際機関や各国統計局の資料による。

表2 タイの人口転換の動向

年次 (期間)	人口増加率 (%)	出生率 (人口千人)	死亡率 (人口千人)	合計特殊出生率 (TFR)
1950-55	2.58	46.6	19.2	6.59
1955-60	2.96	44.3	15.9	6.39
1960-65	2.99	43.5	13.4	6.39
1965-70	3.08	41.8	11.4	6.11
1970-75	2.92	35.1	9.3	4.99
1975-80	2.44	31.6	8.3	4.25
1980-85	1.81	25.1	7.0	2.96
1985-90	1.67	23.0	6.4	2.57
1990-95	1.06	18.1	6.1	1.94

資料：United Nations: World Population Prospects The 1998 Revision Volume 1: Comprehensive Tables, 1999.

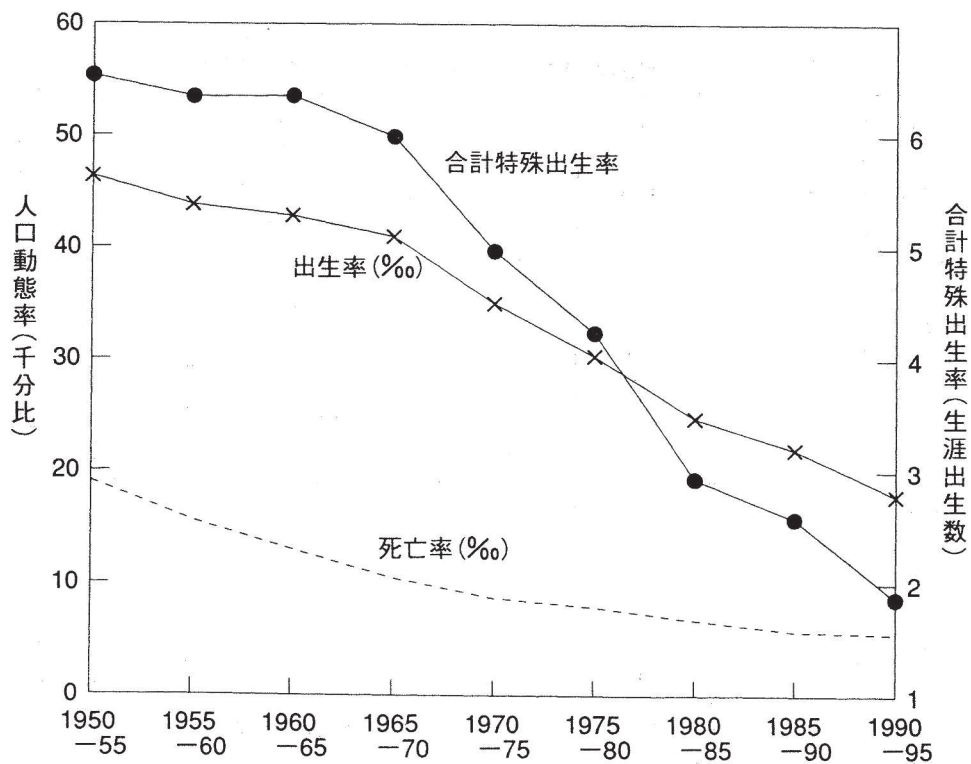


図1 タイの人口転換 (表2による)

第2章 タイ国の保健・医療

本章では、前項でも詳細にのべられている、タイ国の一般概要および人口等に関する内容を踏まえ、現地ならびに本邦において渉猟し得た各種の資料および現地施設の訪問等で得られた知見を基にして、タイ国の保健・医療についての論旨を展開したい。

1. 保健・医療制度の概要

(1) 医療制度の概要

タイ国の保健・医療は、保健省の管轄下であり¹⁾、表1に、これら機関を提示した。また、医療を提供する機関としては、大学の付属病院、専門病院、県立病院、郡立病院および保健所等が存在する^{1,2,3)}。

わが国と異なっているのは、保健所である。タイ国の保健所には、看護婦、助産婦などがおり、簡単な外来診療や予防対策などの初期医療が講じられている^{2,4)}。

(2) 医療施設数

上記の保健医療を提供する機関として、公立病院が約900施設存在しており、民間の医療機関として、病院が約300施設、診療所が約1万1000施設存在している⁵⁾。全体では、1998年の統計によると病院数は1,293施設である³⁾。他方、わが国の病院数総数は、1998年の統計では9,333施設である^{3,5)}。

また、タイ国の病床数であるが、表2に提示したごとくである¹⁾。わが国においては、1,892,115病床である(1998年の全国調査による)⁶⁾。

(3) 医療従事者数

まず、医師数についてであるが、タイ国の医師数は 22,520 人(2000 年の全国調査より)^{1,3)}、歯科医師数は 6,968 人(同調査より)^{1,3)} および看護婦数は 139,040 人(同調査より。professional nurse と technical nurse の合計)である^{1,3)}。

一方、わが国では、1998 年の全国調査にて、医師数 248,611 人^{3,5)}であり、歯科医師数は 88,061 人^{3,5)}および看護婦数は 985,821 人^{3,5)}である。

次いで、医師 1 人あたりの人口についてであるが、1996 年の全国調査では、タイ全土では 3,689 人、バンコクでは 727 人、地方では 6,552 人であった^{1,3)}。同様にわが国では、1998 年の全国調査にて 509 人であった^{3,5)}。

また、1996 年の調査において、看護婦 1 人あたりの人口についてみると、タイ国全土では 1,103 人、バンコクでは 350 人および地方では 1,417 人であった^{1,3)}。同様に、わが国の 1998 年の調査では、128 人であった^{3,5)}。

(4) 医療水準

医療水準は、乳児死亡率という衛生の指標でみるとよく理解できる。乳児死亡とは、生後 1 年未満の死亡をいい、通常出生千対の乳児死亡率で観察する。死亡統計で、特にこの指標を取り上げるのは、以下の理由による。

①乳児の生存は、母体の健康状態・養育条件の影響を強く受ける。

②乳児死亡率は、その地域の衛生状態、経済および教育を含めた社会状態を反映する。

さて、タイ国の乳児死亡率は、1997 年の統計によると、出生 1,000 人あたり 5.8 である(図 1)⁹⁾。ただし、WHO の調査報告書によると、35 であるという³⁾。

一方、わが国では、1998 年の統計によると 3.6 であり、世界的にも最高の水準を誇っている⁷⁾。さて、タイ国の保健・医療の現状について、概要をまとめると以下の如くである³⁾。

③1960 年代から 1970 年代半ばにかけては、病院、医師などの絶対的不足の解消を図るために、医療施設の整備、医療従事者の養成という目標が掲げられていた。

④その後 1980 年代前半まで、都市と農村の医療格差の是正の問題が顕著になってきたことから、地方の郡レベルの病院の増設と、それを運営する医療従事者の確保に重点が置かれた。

また、母子保健、家族計画、栄養改善および伝染病対策などの、プライマリ・ヘルス・ケアが、重要な施策として認識されるようになった。

⑤1980 年代後半より、先端技術の導入という目標が掲げられ、保健医療をめぐる環境の変化に対応したエイズ対策などが講じられている。

エイズについては、後述の節を参照されたい。

2. 保健対策

(1) わが国の保健対策の動向

近年のわが国における保健対策の基本的姿勢として、以下の2点が重点的課題として挙げられる⁸⁾。まず1つめは、健康危機管理であり、2つめはヘルス・プロモーションである⁸⁾。

前者についてであるが、従来は重視されているとは言いがたかったものの、阪神・淡路大震災や新興・再興感染症の集団発生などの経験を踏まえて、重要な課題として認識されることとなった⁸⁾。

後者についてであるが、少子高齢化の進展や、国民の健康へのニーズが多様化してきていることを背景として、社会的整備を図ることが必要であると認識されるにいたったという経緯がある⁸⁾。

対象となる分野であるが、主として対人保健分野であり、健康増進、生活習慣病、母子保健、老人保健、精神保健、歯科保健、感染症(エイズ、結核を含む)、難病、原爆被爆者、障害者および臓器移植などで、対象となる疾病や分野は広範囲におよんでいる⁸⁾。

(2) タイ国の保健対策の動向

タイ国保健省の指導の下、家族計画、母子保健対策、栄養対策、感染症対策などが展開されているが、上述したようなわが国の動向とは異なり、現在のところ疾病対策が中心である⁹⁾。

保健対策の地方機関としては、各県に県保健事務所、その下に郡保健事務所、さらに準郡の保健所が設置されており、簡単な外来診療や疾病の予防対策が講じられている⁹⁾。

また、農村ではヘルスボランティアが養成されており、地域住民に対して上記対策などの普及および健康教育などを行っている⁹⁾。

(3) 健康増進対策

前述したように、近年タイ国でも国民の健康意識が高まり、高齢化社会になりつつあるという現実を背景にして、プライマリ・ヘルス・ケアが重要視されるようになってきている^{3,10)}。

プライマリ・ヘルス・ケアとは、医療を予防医学の面から、包括的に捉えようとする考え方である。つまり、健康保健、健康教育、食品、母子保健、歯科保健、精神保健および障害者の健康管理などが主たる内容である。わが国においても、上述したように、健康増進や生活習慣病などが重要課題である^{8,11)}。

タイ国では、1974年に健康に関する全国調査が展開され、1981年より5年ごとに実施されてきている¹⁰⁾。調査項目は、健康状態と受療状況、外傷・事故、入院状況、健康意識、障害者状況、喫煙、アルコールおよび運転の実態である。今回は、Ministry of Labour and Social Welfare を訪問調査した際に、資料とともに討論の話題として提供された、喫煙とアルコールおよび麻薬等について述べることにする。なお、健康状態と受療状況については、次の項で紹介したい。

①喫煙

たばこの健康におよぼす影響については、1950年代の疫学研究により夙に指摘されてきている⁸⁾。WHOを始めとして各国で報告書が発表され、たばこ対策が積極的に推進されている^{8,11)}。

さて、たばこ煙には、既知の化学物質だけでも4,000種類以上が含有されており、そのうち約200種類は有害物質である⁸⁾。また、ベンゾピレンなど40種類以上は発がん物質、発がん促進物質である⁸⁾。今までの調査で明らかにされている健康影響としては、循環器系に対する急性影響、肺がん、その他のがん、虚血性心疾患、閉塞性呼吸器疾患として慢性気管支炎および肺気腫、消化器疾患として胃・十二指腸潰瘍などが挙げられている⁸⁾。

一方、妊婦が喫煙すると、低出生体重児、早産および妊娠合併症の危険性が高くなる⁸⁾とされており、さらに、環境内でたばこの煙を吸入する、いわゆる受動喫煙によって、肺がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患、乳幼児突然死症候群、低出生体重児および小児呼吸器疾患などの危険性が増加する⁸⁾ことも指摘されている。

表3には、タイ国の11歳以上の喫煙状況を提示した¹⁰⁾。また、各年齢層における習慣喫煙者率を表4に示した¹⁰⁾。飲用するたばこの種類について、タイ国内の各地方別に示したものが表5である¹⁰⁾。

一方、わが国の20歳以上の喫煙率は男性54.0%、女性14.5%である(1999年日本たばこ産業株式会社による全国たばこ喫煙者率調査による⁸⁾)。男性の喫煙率は、世界の先進国の中でも上位であり、女性については下位である⁸⁾。しかし、昨今、20歳代および30歳代の女性の喫煙率が漸増してきており⁸⁾、上述したような妊婦の問題を併せ考えた時、健康増進活動の意義は言うを俟たない。さらに、わが国の抱える課題として、中学・高校生の喫煙行動が挙げられる。1996年の全国調査では、高校3年生の男子生徒で約37%、同女子生徒で16%が喫煙の経験ありと回答している⁸⁾。習慣喫煙者も、高校3年生の男子生徒の25%、女子生徒の7%に達している⁸⁾。また、たばこの販売本数は、総量で7年連続して前年を上回り、国民1人あたりの喫煙本数は、先進国の中で最多である⁸⁾。

②アルコール

飲酒は洋の東西を問わず人々に親しまれており、アルコール飲料は古今より「百薬の長」として人類に浸透している¹²⁾。しかし、飲酒に起因する健康障害は、アルコール精神病、アルコール依存症の他、肝疾患、脳卒中、高血圧、糖尿病など、多彩である^{8,12)}。また、身体症状の他には、労働災害、生産性の低下、交通事故、犯罪、家庭の崩壊など、多くの社会的な問題が関連している^{8,12)}。

文部省科学技術総合研究「アルコールと肝」研究班¹³⁾の定義によると、「常習飲酒家」とは、摂取アルコール量を清酒に換算した場合、1日3合以上を5年以上飲酒し続けている者である^{12,13)}。また、「大酒家」とは、同じく1日5合以上を10年以上継続飲酒している者を

いう^{12,13)}。肝がんの発生危険因子の1つに、同じく1日5合以上を20年以上続けて飲酒する習慣が挙げられる^{12,13)}。アルコールの総摂取量が増加すればするほど、心身の健康障害も重症となることは、言うまでもない^{8,12,13)}。

以上より、わが国では2000年2月にまとめられた「健康日本21」運動の中で、心身の健康の保持のために、節度ある適切な飲酒を奨励しており、1日平均純アルコールで約20g(ビール中びん1本、または清酒1合に相当)の摂取量を目標としている⁸⁾。これは日本人成人男性1人の有する、肝臓の代謝能力を考えてのことである^{8,12,13)}。

さて、タイ国における、各年齢層別飲酒習慣者を、表6に提示した¹⁰⁾。また、表7には、14歳以上の習慣的飲酒者に対する、飲酒の理由調査の結果を示した¹⁰⁾。

他方、わが国では、成人の飲酒量は年々増加の一途を辿っている⁸⁾。1997年の国税庁の統計等によると、成人人口は98,794,000人であり、そのうちの飲酒者数は65,960,000人である⁸⁾。純アルコールに換算したアルコール消費量は、同年で869,889klであり⁸⁾、成人1人あたりのアルコール消費量は8.81lである⁸⁾。さらに、大量飲酒者数(大量飲酒者とは、毎日純アルコールに換算して150ml、つまり日本酒で5合半またはビール大瓶6本、あるいはウイスキーダブル6杯以上を飲酒する者をいう⁸⁾)は、1997年には約240万人と推計されている⁸⁾。こうしたアルコール消費量の増加と相俟って、アルコール依存症やアルコール精神病も漸増してきている⁸⁾。

③麻薬その他

タイ国は、いわゆる「黄金の三角地帯」(タイ、ラオス、ミャンマー)で生産される麻薬の、国際麻薬市場への不正流通ルートである³⁾。また、マリファナ、あへん、ヘロインなどの伝統的な生産拠点でもある³⁾。しかし、近年では、取り締まり、代替作物への転換などの施策が講じられており、生産量は漸減してきている³⁾。

覚醒剤については、1錠が日本円に換算して300～400円ということもあり、児童に蔓延してきているという³⁾。

他方、わが国では、昭和20年代後半の覚醒剤乱用、次いで昭和30年代の麻薬乱用と、2度の大流行を経て、現在は2度めの覚醒剤乱用の波が全国規模に拡大してきている⁸⁾。

法律としては、麻薬及び向精神薬取締法、あへん法、大麻取締法および覚せい剤取締法の4種があるが¹⁴⁾、タイ国と同様に、青少年への蔓延が問題となっている¹⁵⁾。1998年の警察庁の調査によると、覚醒剤事犯で検挙された少年数は1,070人であり、4年連続して1,000人を上回った¹⁵⁾。また、中学生、高校生およびその他の学生の検挙者数に占める女子の割合は、いずれも50%を超えており¹⁵⁾、特に中学生では、検挙者数の約80%が女子生徒であった¹⁵⁾。さらに、大麻事犯、シンナー等の乱用などについても、検挙者に占める女子中学生の割合は、約50%であった¹⁵⁾。

他方、感染症対策についてであるが、タイ国はアジア諸国の中で、エイズ禍の影響を最も

受けている国である³⁾と言っても過言ではない。エイズについては、別の節で詳細に述べられるので、それを参照されたい。

3. 健康状態と受療状況

昨今、人口の高齢化、生活習慣病の増加、医学・医療の進歩など、保健医療を取り巻く環境は大きく変化した。また、国民のニーズも多様化してきており、健康状態を的確に把握することは至難である。こうした状況において、きめの細かい保健医療行政を展開してゆくことは、どの国においても困難をとまなうことは、言うを俟たない。

さて、傷病の状況を把握する方法には、死亡の原因から間接的に推定する方法がある。しかし、直接の死因とはなりにくい傷病については、死因と傷病の罹患状況は一致しない場合が多い。

即ち、国民の健康の実態と受療状況とを明らかにするためには、世帯面からの調査と医療施設面からの調査の、両面が不可欠である。

(1) わが国について

わが国では、昭和30年以降、国民の健康度の指標として、国民健康調査による有病率を用いてきた。しかし、この指標は、単に傷病量を把握するのみであり、健康を客観的に判断する指標として、十分とは言いがたいという批評があった¹⁰⁾。

高齢化社会を迎え、国民の主たる疾病が慢性疾患へと移行した現在では、このような、直接の死因にいたらないような慢性疾患への対策が発展してきている¹⁰⁾。つまり、傷病を有していても、支援が十分であれば、日常の生活には支障のない人々への支援対策(傷病対策という)が重要な課題となってきているのが現状である¹⁰⁾。

わが国においては、傷病をもっている者を「病人」とする認識は、もはや適切ではない時代となった¹⁰⁾。

①健康状態

さて、まず始めに有訴者の状況について述べる。有訴者とは、病気やけが等で自覚症状のある者のことであり、医療施設・老人保健施設への入院および入所者を除くことを定義としている¹⁰⁾。有訴者率は、人口千人に対する割合で示されるが、わが国では全国で304.8である¹⁰⁾。年齢階級別にみると、年齢が高くなるほど高率となり、65歳以上では、国民の約半数が有訴者である(図2,3)¹⁰⁾。自覚症状としては、「腰痛」、「肩こり」、「手足の関節が痛む」が多い¹⁰⁾。

次いで、2番目には通院者の状況について述べる。通院者とは、医療施設、老人保健施設および施術所(あんま・はり・きゅう・柔道整復師)に通院・通所している者で、人口千人

に対する通院者の割合を通院者率という¹⁶⁾。わが国の通院者率は全国で284.5であり¹⁶⁾、性・年齢別にみると、14歳以下では、女性より男性が、15歳以上では男性より女性が高くなっており、年齢が高くなるとともに、男女ともに高くなっている¹⁶⁾。65歳以上では、6割以上が通院者である(図4.5)¹⁶⁾。通院者の傷病とて多いのは、「高血圧症」、「腰痛症」、「ムシ歯」、「肩こり」などである¹⁶⁾。

3番目に、日常生活に影響のある者の状況について述べる。この定義は、6歳以上の者で、医療施設・老人保健施設への入院・入所者および1か月以上の就床者を除き、健康上の問題で日常生活に影響がある者をいう¹⁶⁾。この者の人口千人に対する割合は、全国で85.7であり、影響する内容としては、「仕事・家事・学業」、「外出」、「運動・スポーツ等」が多い¹⁶⁾。

以上より、わが国の国民の健康状態をまとめ、列挙する。対象は、6歳以上の者で、医療施設・老人保健施設への入院・入所者および1か月以上の就床者をのぞいた者についてである。

- ・「自覚症状、生活影響、通院のいずれもなし」は57.6%
- ・「自覚症状、生活影響、通院のいずれかがあり」は36.1%
- ・「自覚症状、生活影響、通院のすべてあり」は6.3%

②受療状況

上述してきた、患者調査によって受療状況が把握できる。患者調査とは、全国の医療施設(病院、一般診療所、歯科診療所)を利用する、すべての患者の傷病等の状況を把握することを目的として展開される¹⁶⁾。調査方法は、医療施設の管理者が記入する方式がとられている¹⁶⁾。各都道府県別の調査と、全国一斉調査とが交互して実施され、細かい分析が加えられ、衛生の主要指標として公表されている¹⁶⁾。以下に述べる受療状況は、1997年の患者調査で得られた成績を資料にしたものである¹⁶⁾。

まず始めに、推計患者数について述べる。調査日に、全国の病院、一般診療所および歯科診療所で受療した推計患者数は、入院1千人、外来733万人である¹⁶⁾。入院患者について施設の種別別にみると、総数の94.3%が病院に入院している¹⁶⁾。年齢階級別には、65歳以上が52.1%を占める¹⁶⁾。他方、外来患者についてみると、51.4%が一般診療所に通院しており、65歳以上は37.6%である¹⁶⁾。

第2に、受療率について述べる。受療率とは、人口10万人に対する推計患者数であり、入院受療率と外来受療率とがある¹⁶⁾。調査の結果、全国の入院受療率は1,176、外来受療率は5,824であったが、これは、調査日当日に、全国で人口の約1.2%が入院しており、また、人口の約5.8%が外来受診していた事実を反映している¹⁶⁾。わが国の入院受療率は、男性1,133、女性1,218と女性で高い¹⁶⁾。また、年齢が高くなるとともに増加し、85歳以上では10,098と最も高い¹⁶⁾。また、外来受療率についてみると、男性5,080、女性6,539と女性が高値である¹⁶⁾。75~79歳で17,073と最も高値を示し、80~84歳では逆に低値を示している¹⁶⁾。

第3番目に、入院期間について述べる。わが国の保健統計では、病院報告の「平均在院日数」と、患者調査の「退院患者平均在院日数」が用いられている¹⁶⁾。これによると、わが国では、全体の36.9%が6か月以上入院しており、65歳以上の者では38.5%が6か月以上入院している¹⁶⁾。入院期間の長い傷病は、精神および行動の障害、神経系の疾患等である¹⁶⁾。

第4番目に、主な傷病の総患者数について述べる。調査日に受診していない患者も含めて、継続的に治療を受けている患者推計数を、総患者数という¹⁶⁾。高血圧性疾患約749万人、歯科的疾患約572万人、糖尿病約218万人、心疾患約204万人、脳血管疾患約173万人、白内障約158万人、悪性新生物約136万人、胃および十二指腸潰瘍約116万人、喘息約115万人となっている¹⁶⁾。

③死亡

1998年の死亡数は約94万人であり、人口千人に対する粗死亡率(人口を分母として、死亡数を除した比率、以下死亡率)は7.5で、前年より0.2ポイント上回っている¹⁷⁾が、昨今の高齢化の影響と考えられる¹⁷⁾。同年の死因順位でみた死因別死亡数と死亡率(人口10万対)について、第1位から第10位まで列挙すると、両者とも、第1位悪性新生物、第2位心疾患、第3位脳血管疾患、第4位肺炎、第5位不慮の事故、第6位自殺、第7位老衰、第8位腎不全、第9位肝疾患、第10位糖尿病であった¹⁷⁾。

さて、死因統計の基になるのは、死亡診断書であり、その分類はWHOの「第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類」(International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; ICD-10)により、決められたコーディング・ルールに従って分類が行われている¹⁷⁾。さらに、「特定の死因を除去した場合の平均余命の伸び」を調査することによって、各死因の平均余命への影響の大きさを推定することが可能である¹⁸⁾。1998年のわが国の統計では、0歳の男性では悪性新生物(4.05年の平均寿命の伸び)、次に心疾患(1.54年)、脳血管疾患(1.34年)の順である¹⁸⁾。0歳の女性も同様であり、悪性新生物(2.96年)、心疾患(1.67年)、脳血管疾患(1.65年)の順である¹⁸⁾。

以上より、わが国の死因構造の中心が、感染症から生活習慣病へと大きく変化したことが理解できる^{16),17),18)}。

④身体障害者

身体障害者に対する福祉施策については、後の章で詳細に解説されることから、本章では実態と傾向について、簡潔に述べる。

1996年に厚生省が実施した、身体障害者実態調査によれば、わが国の身体障害者数は、293万3千人(在宅)と推計されている²¹⁾。この数値は、前回(1991年)の調査時と対比した時、約8%の増加である²¹⁾。施設入所者数は、15万4千人と推計されている²¹⁾。

年齢階級別にみると、70歳以上で最も高く、全体の40.2%を占めている²¹⁾。前回調査の結

果と対比すると、60歳以上の障害者の割合が増加しており(62.7%から67.0%)、高齢化の傾向が窺われる²¹⁾。また、重症化の傾向がみられ、さらに、疾病に起因するものが約6割(脳血管障害、心疾患、骨関節疾患の順)である²¹⁾。

つまり、わが国の身体障害者の実態には、高齢化、重度化および原因の多様化といった傾向が認められる²¹⁾。

(2) タイ国について

上述してきたような、健康状態と受療状況の意義に則って、Chulalongkorn大学のブック・センターにて求めた資料⁴⁾およびMinistry of Labour and Social Welfareにおいて得られた資料¹⁰⁾を紹介する。ただし、わが国の調査方法とは異なっていること、母集団が曖昧であることなどが要因として存在するので、指標としては同一とはいえない。

①健康状態

これに相当するものとして、表8および表9を提示した。表8からは、タイ国の各地方別健康状態を把握することが可能であるが、西部では健康状態の良好な者の割合が高く、逆に、東部および北部では健康状態の良くない者の割合が高いことが明らかである⁴⁾。また、表9についてみると、病気あるいは健康ではない者の、人口に対する割合をみると、全国では15.3%であるが、地方では高く、とくに北部、次いで東北部で高い¹⁰⁾。

②受療状況

これに相当するものとして、表10～表15を提示した。表10は、1970年、1979年、1985年、1991年および1996年時それぞれの受療行動を示したものであるが、自己治療をする場合が各年で最多である⁴⁾。表11であるが、表10と同様の調査について、都市部と地方を対比したものである。1991年、1996年の両年とも、自己治療はほぼ同率であるが、私立病院の受診は、都市部で高く、地方との格差が認められる⁴⁾。

表12は、タイ国の主たる傷病等の割合について、バンコクと各地方とを対比したものである。呼吸器系の疾患、消化器系の疾患は、バンコクおよびいずれの地方にも共通して認められるが、心疾患は中央部に多く、筋骨格系の疾患は北部に多い傾向が認められる¹⁰⁾。また、健康がすぐれない者も、北部に多く認められる¹⁰⁾。

表13は、表12と同様の疾患を、入院患者について調査し、バンコクおよび各地方を対比したものである。バンコクでは、出産に起因する入院が最多であり、中央部、北部、北東部および南部では、消化器系の疾患に起因する入院が多い¹⁰⁾。

次に、7大疾患について、都市部と地方とを対比したものが表14である。都市部では、呼吸器疾患、心疾患、アレルギー性疾患が地方を上回っており、地方では消化器系疾患および感染症が、都市部を上回っている⁴⁾。

また、入院患者数等については、表 15 に示した。人口千対の割合でみると、男女ともに北部で最多である¹⁰⁾

③死亡

さて、表 16 には、タイ国における 10 大死因の、死亡数および死亡率(人口 10 万対)を提示した。上述したようなわが国の傾向とは異なり、呼吸器系の疾患、感染症が 5 位以内に入っている¹⁹⁾。また、6 位の免疫系の障害とは、エイズのことと考えられる¹⁹⁾。

次いで、主な傷病に罹患している患者数と、その傷病に起因する死亡者数を、表 17(1~4)に示した²⁰⁾。タイ国の傷病の実態を把握しわが国と対比検討するために、No.1~No.31 まで傷病名を列挙し、次いで患者数の順位、死亡数順位について述べることにする。

No.1: コレラ、No.2: 急性下痢症、No.3: 食中毒、No.4: 赤痢、No.5: チフス、No.6: 肝炎、No.7: 出血性結膜炎、No.8: インフルエンザ、No.9: 風疹、No.10: 水痘、No.11: 不明熱、No.12: 骨髄炎、No.13: ポリオ、No.14: 麻疹、No.15: ジフテリア、No.16: 咳嗽、No.17: 破傷風、No.18: デング熱、No.19: 脳炎、No.20: マラリア、No.21: 肺炎、No.22: 結核、No.23: らい、No.24: フランベジア(熱帯地方の伝染病)、No.25: 性病、No.26: 狂犬病、No.27: 梅毒、No.28: つつが虫病、No.29: 職業病(ほとんどが殺虫剤中毒)、No.30: おたふくかぜ、No.31: アメーバ赤痢。

患者数の順位では、1 位急性下痢症、2 位出血性結膜炎、3 位不明熱、4 位肺炎、5 位食中毒、6 位赤痢、7 位インフルエンザ、8 位おたふくかぜ、9 位デング熱、10 位性病であった²⁰⁾。

死亡数の順位では、1 位肺炎、2 位急性下痢症、3 位結核(全結核)、4 位肺結核、5 位マラリア、6 位デング熱、7 位不明熱、8 位脳炎、9 位食中毒、10 位職業病(殺虫剤中毒)であった²⁰⁾。

以上、健康状態と受療状況の項に述べてきたことを、タイ国について以下にまとめ、列挙する。

- (i) 衛生状態、医療の進歩などは、経年的である。
- (ii) 都市部では、わが国と同様に、生活習慣に起因する疾病が漸増してきている。
- (iii) 感染症については、未だ撲滅されていないが、一因として、熱帯であること、環境保健面に多くの課題を抱えていることなどが考えられる。
- (iv) 殺虫剤中毒、筋骨格系の疾患が多いことなどは、農業国であることに起因していると考えられる。
- (v) 都市部と地方間の格差が、健康状態、受療行動、死亡、死因、傷病の傾向など、多方面にわたり存在している。
- (vi) 性病および免疫系の障害に関する数値をみると、十分な予防対策を講じるとともに、医療体系を整備する必要があるといえる。

④身体障害者

先述の、わが国における身体障害者の項と同様に、本項でも実態および傾向について、簡潔に述べたい。

表 18 は、障害者数と人口千人に対する割合をタイ国の地方別、男女別に示したものである²¹⁾。割合で見ると、全国および全地方で男性の方が女性よりも高い²¹⁾。また、全体で見ると、北部で高く、男女別には、全地方で男性の方が女性よりも高値を示している²¹⁾。

各年齢階層別に、身体障害者の割合(人口千対)を示したものを、表 19 に提示したが、わが国と同様に、60 歳以上の高齢者で高率である¹⁰⁾。次に、障害の程度について、性・地方別に分類したものが、表 20 である。わが国では、重症度に相当すると解釈できる。

全体では、障害部位が 1 か所の者はバンコクに高率であり、多数か所に障害のある者は、南部、北部の順に高率である¹⁰⁾。男性についてみると、上記の全体像と同じであるが、女性では、障害部位が 1 か所の者は中央部に高率であり、多数か所の障害を有する者は、男性および全体像と同じく、南部、北部の順である¹⁰⁾。また、表 21 には、障害の内訳を原因別、男女別に提示した。表からも明らかなように、1 位は四肢の障害、2 位は知的障害、3 位は聴力障害であり、いずれも 10% を超えている¹⁰⁾。つまり、先述したような、わが国の障害者の実態と傾向とは、全く状況を異にしており、先の死亡の項でも述べたような、各種の感染症が深く関与していると考えられる。また、乳児死亡率などの衛生指標で推計されたように、母体の健康や環境保健の水準、ひいては医療の水準も係わっているといえよう。

4. 高齢者の健康対策

国連の 1998 年推計において、地域別に今後の高齢化の推移をみると、これまで高齢化が進行してきた先進地域はもとより、開発途上地域においても、21 世紀に入ると急速に進展すると見込まれている²²⁾。2050 年には、わが国の高齢化は 30% を超え、先進地域では 25%、開発途上地域では 15% になると推計されている²²⁾。

従って本項では、主として高齢者の健康状態、受療状況、入院状況、死亡状況等について、述べてゆきたい。保健福祉・医療サービスその他については、後の項にて各論が展開されるので、それを参照にされたい。

(1) わが国について

総務庁によって実施された、1997 年の「高齢者の健康に関する意識調査」(60 歳以上を対象)によると、72.0% が、「健康の維持増進のために心がけていることがある」という結果であった²³⁾。また、生活習慣病に対する不安がある者ほど、心がけているとする割合が高かった²³⁾。さらに、心がけていることの内訳であるが、1 位栄養のバランスのとれた食事を摂る(58.3%)、2 位休養や

睡眠を十分にとる(54.6%)、3位散歩やスポーツをする(46.9%)であり、食事・休養・運動、つまり健康の3大要素に関する項目が上位を占めていた²³⁾。

健康診断の受診についてであるが、1998年の「国民生活基礎調査」(厚生省)によると、65歳以上の者の約6割が過去1年間に健康診断や人間ドックを経験している²³⁾。

また、同調査にて、65歳以上の有訴者率(人口千人あたりの傷病等で自覚症状のある者の数)は530.3であり、半数以上が何らかの自覚症状を訴えている²³⁾。この数値は、前回の調査時(487.8)を上回った²³⁾。

次いで、日常生活に影響のある者の割合は、高齢者人口千人あたりで203.3であり、やはり前回(194.5)を上回った²³⁾。日常生活への影響を内容別にみると、1位外出(92.6)、2位仕事・家事・学業(88.9)、3位日常生活動作(76.0)、4位運動・スポーツ等(53.5)であった(表22)²³⁾。

他方、1996年の厚生省による患者調査では、65歳以上の者の受療率(人口10万人あたりの推計患者数の割合)は、入院が4,058、外来が1万4,509である²³⁾。先述したように、これは、調査日に、65歳以上の高齢者の4.1%が入院しており、14.5%が外来を受診していることを示している²³⁾。

さらに、高齢者1人あたりの老人医療費については、「老人医療事業年報」(厚生省)によって知ることができるが、1997年では79万円であり、国民1人あたりの医療費(23万円)の約3.4倍である²³⁾。今後も増加が見込まれている²³⁾。

さて、死亡率については、1位悪性新生物(991.2)、2位心疾患(590.7)、3位脳血管疾患(584.6)の順であり、これら3疾患で、高齢者の死因の6割を占めている²³⁾。図6には、65歳以上の高齢者の主要死因の年次推移を示し、表23には、受療率・死亡率が上位の疾病を提示した²³⁾。

(2) タイ国について

上述してきた、わが国の実態と傾向に沿って、Mahidol大学のInstitute for Population and Social Researchで得られた資料および討論にて提供された話題を中心に述べてゆきたい。

まず始めに、高齢者の健康状態と傷病の有無について、表24に提示した。傷病等に罹患していない者が56.4%であり、傷病に罹患していても、日常に支障のない者は43.6%であった²⁴⁾。

次に、1年以内に傷病に罹患した高齢者の割合を、性・教育水準・個人の収入・世帯の収入別に対比したものを、表25に示した。60歳代の者で罹患者の割合が高く、男性よりも女性で高く、教育水準・収入面では、いずれも中等度の者で高かった²⁴⁾。

また、高齢者の中で、日常生活に支障のあるなしを調査したものが、表26である。支障をきたす内訳は、歩行、入浴・トイレの順であり、介助を要する場合の手段は、車いす、次いで杖であった²⁴⁾。

一方、入院と性・教育水準・個人の収入・世帯の収入について分類したものが、表27である。高齢者の各年齢層別にみると、入院を要する者は、60歳代で最多である²⁴⁾。また、男性よりも女性に、教育水準は中等度の者に、個人の収入は低い、世帯の収入は多い者に高い傾向が窺われた²⁴⁾。

他方、入院費用についてであるが、表 28 に示したように、70 歳代で最も費用を要し、次いで 60 歳代、80 歳代の順である²⁴⁾。また、教育水準の高い者ほど、費用もかかるという傾向が窺われた²⁴⁾。

最後に、入院を要する者の、日常生活の支障の有無についての調査結果を、表 29 に示した。日常生活に支障をきたしている高齢者は、表 26 で得られた傾向と同様であった²⁴⁾。以上より、タイ国の高齢者の健康状態、受療率、介護の要不要などには、性差・教育水準・経済状態等が、要因として深く関与していることが示唆された。上述したような、わが国の高齢者とは、状況を異にしていることが窺われた。

5. タイにおける HIV/エイズの現状

タイではじめてエイズ事例が確認されたのは、1984 年のことであり、患者は同性愛者であった。この患者はパートナーとヨーロッパに長期間居住していたが、その相手が死亡したことからタイに帰国した。この男性は長くは生存してはいなかった。そして、第 2 番目の事例は、1985 年に確認された。これはバンコクのゲイバーで働く男娼であり、感染がわかるまでに多くの客をとっていた。タイの HIV/エイズ感染は、その後麻薬注射の注射器のまわし打ちということも加わって、急速に拡大した。また、タイでは性に関する規範が比較的緩やかであることもあって、1989 年頃から HIV 感染者数はうなぎのぼりであった。全国レベルの調査では、1991 年には売春に従事する女性の 15% が HIV に感染していたという報告もある。そして、このような女性を通じて 1989 年から 95 年までの間に、60 万人の男性が HIV に感染したと推測されている。

現在、タイの HIV 感染者及びエイズ患者の実数は不明である。HIV 感染者は、一説には 100 万人とも言われるが、感染していても公衆衛生省に届けていないものもいるし、エイズ発症までのウィルスの潜伏期間が長く、本人が感染に気づいていない場合もあって、潜在している感染者はとらえることのできない暗数となっている。また、エイズを発症していても、裕福な患者は届け出をせずに、隠れて治療を行ったり、欧米諸国で治療を受けるため、それらの国に渡航してしまうこともあると言われている。したがって、唯一明らかになっている統計は、推計値にしか過ぎない。UNAIDS (ユニセフや UNDP などの国際機関が共同で設立したエイズ対策のための国際機関) の報告では、1997 年における推計による HIV 感染者数(エイズ発症を含む)は 78 万人、このうち女性は 29 万人、15 歳以下の児童は 14 万人となっている。エイズがはじめて確認されて以来のエイズ患者数は 26 万人、死者は 23 万人となっている。また、1997 年 1 年間のエイズによる死者は 6 万人、1997 年現在生存しているエイズ孤児は、4 万 4 千人となっている。

表 34 は、さらに詳しく、この推計値を示したものである。この推計は、1996 年以降に感染者がまったくいないことも想定しているが、1996 年以降、まったく感染者がいないというのは考えられないことなので、以下の説明では 1996 年以降感染者のいる場合の中位推計をとってみる。これ

によると、2000年には140万人のHIV感染者、40万人のエイズ患者がいる。この推計は、1999年にHIV感染者が100万人であるといわれたことからすると、かなり正確なものと考えてよいだろう。この推計によると、2010年にはHIV感染者が230万人、エイズ患者が120万人となる。

この感染の広がり、十分予測できたことであった。つまり、売春婦から感染したHIVを男性は家庭に持ち帰り、妻や恋人に感染させ、さらにそれが広がっていったのであるが、タイの性規範の緩やかさから、男性が妻や恋人以外の女性に、また妻や恋人が他の男性に感染させる可能性は、十分考えられたのである。

このようにHIVの感染が広がりを見せるタイではあるが、さまざまな対策の結果、かなりの程度で感染は防止されつつある。すなわち、UNAIDSによると、「非常に汚染された北部タイのチェンライ県での4万人以上の妊婦を対象とした調査では、HIV感染者の比率はピーク時の1994年の6.4%から1997年には4.6%にまで減少している」のであり、「これは、彼女たちの性交渉の相手となる可能性のある年齢層の男性の感染が減少していることを反映している」のである。

しかし、たとえHIV感染が減少していると言っても、もともとの感染者数が膨大な数であるため、医療問題あるいは社会問題としてのHIV/AIDSの重大さは過小評価されるべきではない。経済的先進諸国では、適切に薬を服用すれば、エイズは死に至る病ではなくなったといわれるものの、タイをはじめとする開発途上国では、一旦エイズを発症すると、まさにそれは死を意味する。バンコク近郊のエイズ・ホスピスでは、毎日数人の患者の死が記録されているのである。

先進国では死の病でなくなったエイズが、開発途上国では吸血鬼が暴れまわるように、猛威を振るっている。この点を考えると、エイズ対策上の国際協力が今後ますます必要となってくるであろう。

引用文献

1. Public Health Statistics: Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand, 1997, pp.181-pp.193.
2. タイ- 開発途上国別経済協力シリーズ- 第7版: (財) 国際協力推進会, 東京, 1999, pp.36-pp.37.
3. タイにおける保健医療福祉: 在タイ日本国大使館, 2000.
4. Santhat Sermsri: Socio-cultural perspectives in health. Sam Charoen Panioh Printing Co., Bangkok, Thailand, 1999, pp.15-pp.28.
5. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号: (財) 厚生統計協会, 東京, 2000, pp.189-pp.204.
6. Public Health Statistics: Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand, 1997, pp.40-pp.66.
7. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号: (財) 厚生統計協会, 東京, 2000, pp.64-pp.67.
8. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号: (財) 厚生統計協会, 東京, 2000, pp.84-pp.94.
9. 厚生白書・平成12年版: 厚生省監, (株) ぎょうせい, 東京, 2000, pp.332-pp.336.
10. The health and welfare survey: Ministry of Labour and Social Welfare, Thailand, 1996.

11. 相澤好治、苅部ひとみ: 健康教育への行動科学の応用. 日本医師会雑誌, 122(3); pp.493-pp.498, 1999.
12. 苅部ひとみ 他: アルコール性肝障害に及ぼす社会的背景. 北里医学, 17(3); pp.186- pp.193, 1987.
13. 高田 昭: アルコールと肝臓. アルコール研究, 7; pp.151-pp.167, 1972.
14. 国民衛生の動向・2000年第47巻9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.270-pp.272.
15. 青少年白書: 総務庁青少年対策本部 編, 大蔵省印刷局, 東京, 1999, pp.211-pp.212.
16. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.76-pp.83.
17. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.48-pp.57.
18. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.71-pp.75.
19. Public Health Statistics: Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand, 1997, pp.68-pp.79.
20. Public Health Statistics: Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand, 1997, pp.154-pp.165.
19. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.48-pp.57.
20. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.71-pp.75
21. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号:(財)厚生統計協会, 東京, 2000, pp.162-pp.164.
22. 高齢社会白書・平成12年版: 総務庁 編, 大蔵省印刷局, 東京, 2000, pp.3.
23. 高齢社会白書・平成12年版: 総務庁 編, 大蔵省印刷局, 東京, 2000, pp.77-pp.94.
24. Wathinee Boonchalaksi & Yupin Vorasiriamorn: Illness of the elderly in Thailand and its implied economic loss. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand, 2000(Paper presented at the EWC/EWCA 2000 International Conference " Building an Asia Pacific Community: The East-West Center in the 21st Century", July 4-8, 2000, Honolulu, Hawaii).

表1 部局別公衆衛生省予算（1993-1997年度）

公衆衛生省	1993	1994	1995	1996	1997
公衆衛生省	32,898.1	39,318.7	45,102.6	55,236.2	699,920.2
事務次官室	24,331.9	29,295.5	33,090.1	41,240.4	534,488.0
医療部	1,738.8	2,207.8	2,559.2	3,058.7	3,787.3
保健部	3,172.0	3,602.9	4,318.2	5,129.3	5,644.2
医学部	324.9	378.1	478.0	528.0	885.9
伝染病管理部	2,291.3	2,702.5	3,320.5	3,577.1	4,030.5
精神衛生部	878.8	932.9	1,090.9	1,425.7	1,645.2
食品医薬品委員会	170.4	198.9	245.7	286.7	439.1

出典：保健政策計画局

(引用文献6)

表2 バンコク首都圏および他県における人口と一般診療ベッド数の比率(1993-1997)

	1993	1994	1995	1996	1997
1. 総ベッド数	87,089	93,540	118,417	128,919	132,405
バンコク首都圏	21,440	22,404	25,236	27,408	27,327
他県	65,649	71,136	93,181	101,511	105,078
2. ベッド1つあたりの人口					
全国	666	628	501	464	457
バンコク首都圏	260	249	221	204	205
他県	800	747	576	534	522

出典：保健資源(Health Resource)報告書(調査結果)

(引用文献6)

注：*調整済み地域

表3 喫煙習慣・男女・地方/地域別11歳以上人口の比率

(1,000人)

喫煙習慣・性別	王国全体			バンコク	中央部(バン	北部	東北部	南部
	合計	M.A.	M.A.以外	首都圏	コク以外)			
合計	100.0 (48,009.3)	100.0 (10,137.8)	100.0 (37,871.5)	100.0 (5,998.2)	100.0 (10,992.8)	100.0 (9,134.7)	100.0 (15,39.0)	100.0 (6,044.6)
現在喫煙している	26.2	19.0	28.1	17.6	24.8	28.9	27.9	28.3
常時	23.5	17.0	25.2	16.0	22.4	25.9	25.1	24.8
時折	2.7	2.0	2.9	1.6	2.4	3.0	2.8	3.5
喫煙したことがある	4.4	4.4	4.4	4.2	3.8	7.3	3.6	3.3
常時	3.4	3.6	3.3	3.6	2.8	5.8	2.6	2.4
時折	1.0	0.8	1.1	0.6	1.0	1.5	1.0	0.9
一度も喫煙したことが ない	69.4	76.6	67.5	78.2	71.4	63.8	68.5	68.4
男性	100.0 (23,890.3)	100.0 (4,918.5)	100.0 (18,971.8)	100.0 (2,871.1)	100.0 (5,413.2)	100.0 (4,615.2)	100.0 (7,969.0)	100.0 (3,021.8)
現在喫煙している	49.3	36.8	52.6	33.9	47.7	49.2	54.2	54.1
常時	44.6	33.4	47.5	31.3	43.3	44.6	49.0	47.7
時折	4.7	3.4	5.1	2.6	4.4	4.6	5.2	6.4
喫煙したことがある	7.9	8.4	7.8	8.0	7.3	11.2	7.1	6.3
常時	6.1	7.1	5.9	7.2	5.4	9.0	5.2	4.7
時折	1.8	1.3	1.9	0.8	1.9	2.2	1.9	1.6
一度も喫煙したことが ない	42.8	54.8	39.6	58.1	45.0	39.6	38.7	39.6
女性	100.0 (24,1118.9)	100.0 (5,219.2)	100.0 (18,899.7)	100.0 (3,127.1)	100.0 (5,579.5)	100.0 (4,519.6)	100.0 (7,869.9)	100.0 (3,022.8)
現在喫煙している	3.2	2.3	3.5	2.5	2.6	8.2	1.3	2.4
常時	2.5	1.7	2.8	1.9	2.1	6.8	0.9	1.8
時折	0.7	0.6	0.7	0.6	0.5	1.4	0.4	0.6
喫煙したことがある	0.9	0.6	1.0	0.7	0.5	3.4	0.2	0.4
常時	0.6	0.3	0.7	0.4	0.3	2.6	0.1	0.2
時折	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.8	0.1	0.2
一度も喫煙したことが ない	95.9	97.1	95.5	96.8	96.9	88.4	98.5	97.2

(引用文献10)

表4 常時喫煙が報告されている11歳以上人口の比率（年齢階級・男女別）

年齢階級 (歳)	合計		男性		女性	
	人口	常時喫煙	人口	常時喫煙	人口	常時喫煙
合計	100.0	23.4	100.0	44.6	100.0	2.5
11-14	100.0	0.3	100.0	0.5	100.0	0.1
15-19	100.0	9.5	100.0	18.3	100.0	0.3
20-24	100.0	24.8	100.0	47.7	100.0	1.1
25-29	100.0	28.3	100.0	54.4	100.0	1.5
30-34	100.0	29.3	100.0	55.9	100.0	2.4
35-39	100.0	30.5	100.0	58.3	100.0	2.6
40-49	100.0	29.8	100.0	56.4	100.0	3.8
50-59	100.0	31.0	100.0	57.9	100.0	5.9
60歳以上	100.0	25.0	100.0	48.7	100.0	4.8

(引用文献10)

表5 常時喫煙が報告されている11歳以上人口の比率（最も頻繁に吸うタバコの種類・地方/地域別）

(1,000人)

最も頻繁に吸う タバコの種類	王国全体			バンコク 首都圏	中央部 (バンコ ク以外)	北部	東北部	南部
	合計	M. A.	M. A. 以外					
合計	100.0 (11,254.3)	100.0 (1,727.9)	100.0 (9,526.4)	100.0 (955.5)	100.0 (2,462.9)	100.0 (2,363.8)	100.0 (3,973.7)	100.0 (1,498.4)
国産市販品	55.6	89.7	49.4	90.3	73.0	44.8	41.4	59.5
輸入市販品	1.1	3.4	0.7	4.2	1.3	0.6	0.5	1.4
手巻きタバコ	42.5	6.3	49.0	4.8	25.2	52.6	57.5	38.8
葉巻	0.2	*	0.2	*	*	0.7	0.1	*
パイプ	0.2	*	0.3	*	*	1.2	*	*
不明	0.4	0.6	0.4	0.7	0.5	0.1	0.5	0.3

*0.1%以下

(引用文献10)

表6 現在飲酒が報告されている14歳以上人口の比率（年齢階級・男女・地域別）

(1,000人)

年齢階級 (歳)	合計		男性		女性	
	人口	常時喫煙	人口	常時喫煙	人口	常時喫煙
合計	100.0	23.4	100.0	44.6	100.0	2.5
11-14	100.0	0.3	100.0	0.5	100.0	0.1
15-19	100.0	9.5	100.0	18.3	100.0	0.3
20-24	100.0	24.8	100.0	47.7	100.0	1.1
25-29	100.0	28.3	100.0	54.4	100.0	1.5
30-34	100.0	29.3	100.0	55.9	100.0	2.4
35-39	100.0	30.5	100.0	58.3	100.0	2.6
40-49	100.0	29.8	100.0	56.4	100.0	3.8
50-59	100.0	31.0	100.0	57.9	100.0	5.9
60歳以上	100.0	25.0	100.0	48.7	100.0	4.8

(引用文献10)

表7 現在飲酒が報告されている14歳以上人口の比率（飲酒癖の原因・男女別）

(1,000人)

飲酒癖の原因	合計	男性	女性
合計	100.0 (13,747.9)	100.0 (11,972.6)	100.0 (1,775.3)
試してみたかった	15.6	16.9	7.1
人付き合いの方法と考えている	39.8	38.0	52.4
何もすることがないよりもましと考えている	0.5	0.5	0.5
酒を飲む人たちと関わっている	36.7	39.1	20.6
緊張や心配から解放されたい	1.1	0.9	2.6
人格形成	0.4	0.4	0.1
大人である象徴	0.3	0.3	0.1
傑出した人物やスターのまね	0.2	0.2	0.2
食欲が出る	2.3	1.9	5.0
薬の代用または薬と混ぜる	1.7	0.5	9.5
失望感を取り払う	0.1	0.1	0.2
その他	0.3	0.2	1.0
不明	1.0	1.0	0.8

注1)特別な場、朝の吐き気など

(引用文献10)

表8 バンコクの過密地域における幸福度指標による世帯比率(1994年)

幸福度指標	バンコク			
	全体	西部	東部・北部	南部
高	20.1	29.4	7.9	17.2
中	19.9	22.7	16.4	18.9
低	60.0	47.9	75.7	63.9
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：国家統計局(1994年)
1994年 人口調査

(引用文献4)

表9 調査前の2週間前に病気もしくは体調不良と報告された人口の数と比率(地方/地域別)

地方/地域	人口	(1,000人)	
		病気もしくは体調不良と報告された人口の数	病気もしくは体調不良と報告された人口の比率
王国全体	59,902.8	9,168.6	15.3
都市部	12,199.2	1,412.6	11.6
都市部以外	47,703.6	7,756.0	16.3
バンコク首都圏	7,037.9	732.7	10.4
中央部(バンコク以外)	13,399.0	1,889.8	14.1
都市部	1,986.6	227.8	11.5
都市部以外	11,412.4	1,662.0	14.6
北部	11,143.9	1,886.0	16.9
都市部	832.0	119.4	14.4
都市部以外	10,311.9	1,766.6	17.1
東北部	20,378.9	3,43.2	16.7
都市部	1,285.1	177.7	13.8
都市部以外	19,093.8	3,225.5	16.9
南部	7,943.1	1,256.9	15.8
都市部	1,057.6	155.0	14.7
都市部以外	6,885.5	1,101.9	16.0

注: 病気もしくは体調不良と報告された人口の比率は同じ地方/地域の人口をもとに計算した。

(引用文献10)

表10 タイ国における医療利用率(1970年、1979年、1985年、1991年、1996年)

医療提供者	1970*	1979*	1985**	1991***	1996***
薬は飲まない	2.7	4.2	6.3	15.9	7.8
伝統的な開業医	7.7	6.2	2.4	2.6	2.3
自己医療・薬局	51.4	42.4	24.4	38.3	31.6
政府系保健所	4.4	16.8	13.3	15.7	17.1
政府系病院	11.1	10.0	32.8	12.9	21.2
民間病院	22.7	20.4	20.8	12.4	18.2
その他一般からの紹介	-	-	-	1.7	1.0
知らない	-	-	-	0.4	0.8
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：* 公衆衛生省、1978年および1982年 保健人材活用と治療経費 1970年

** 公衆衛生省とマヒドン大学人口・社会調査研究所、1987年、公衆衛生カレンダー1987年

*** 国家統計局、1993年および1996年、1993年および1996年保健福祉調査報告書。

(引用文献10)

表11 タイ国における医療利用率(都市・農村別、1991年、1996年)

医療提供者	1991		1996	
	都市	農村	都市	農村
薬は飲まない	17.7	15.6	7.5	7.8
伝統的な開業医	2.0	2.8	1.2	2.5
自己医療・薬局	37.0	38.5	31.2	31.7
政府系保健所	2.8	18.1	2.4	19.8
政府系病院	13.2	12.8	19.9	21.4
その他一般からの紹介	24.7	10.2	33.9	15.3
知らない	0.4	0.4	2.4	0.6
比率合計	100.0	100.0	100.0	100.0
数	5,880	16,860	5,904	17,523

出典：国家統計局、1993年および1996年、1993年および1996年保健福祉調査報告書。

(引用文献4)

表12 調査前の2週間前に病気もしくは体調不良と報告された人口の数と比率

(病気の種類¹⁾・地方/地域別)

病気のグループ	王国全体			バンコク 首都圏	中央部 (バンコク 以外)	北部	東北部	南部
	合計	M. A.	M. A. 以外					
グループ1呼吸器系疾患	45.7	53.9	44.2	58.9	41.4	34.9	48.4	53.1
グループ2消化器系疾患	11.3	9.0	11.7	9.1	12.2	10.9	11.5	11.0
グループ3泌尿系疾患	1.8	1.1	1.9	0.6	1.5	1.7	2.2	1.7
グループ4循環系疾患	6.6	8.3	6.3	6.7	10.2	7.9	3.8	6.7
グループ5感染症	2.1	0.9	2.3	0.5	1.9	1.9	2.7	1.7
グループ6皮膚病	1.2	1.1	1.2	0.9	1.3	0.9	1.0	2.0
グループ7アレルギー症状	1.5	2.3	1.3	1.8	1.7	2.9	0.6	1.1
グループ8口腔、耳、喉、鼻、 目の病気	3.2	2.9	3.3	3.5	2.6	4.9	2.5	3.5
グループ9女性生殖器の病気	0.8	0.4	0.9	0.3	1.2	0.4	1.1	0.3
グループ10出産に関連する 異常	0.2	0.1	0.2	0.2	*	0.1	0.2	0.3
グループ11内分泌系の病気、 代謝病、栄養状態	3.3	4.7	3.0	4.7	4.2	3.0	2.9	2.4
グループ12筋骨格系と結合 組織の病気	13.2	8.3	14.1	6.9	11.1	17.6	14.2	10.6
グループ13神経系の病気と 精神障害	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3	1.6	1.4	0.9
グループ14はっきりしない 病気 ²⁾	15.2	12.1	15.7	10.1	17.7	20.3	12.9	13.0
グループ15その他 ³⁾	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.1
不明	-	-	-	-	-	-	-	0.2

注: 調査前の2週間前に病気もしくは体調不良と報告された人口の比率(病気の種類別)は、同じ地方/地域の病人の合計数から計算された。

1) 複数の方法が可能

2) 方言のため不明瞭な報告を含む

3) やけど、薬の誤用、交通事故など

*0.1%未満

(引用文献10)

表13 昨年入院が報告された人口の比率（病気の種類¹⁾・地方/地域別）

病気のグループ	王国全体			バンコク 首都圏	中央部 (バンコ ク以外)	北部	東北部	南部
	合計	M.A.	M.A. 以外					
グループ1呼吸器系疾患	14.4	11.2	15.0	8.8	17.2	14.5	13.4	15.5
グループ2消化器系疾患	21.0	16.0	22.0	11.5	22.8	21.4	22.0	20.7
グループ3泌尿系疾患	7.7	7.6	7.7	6.5	9.1	8.4	7.4	5.8
グループ4循環系疾患	9.4	12.5	8.7	13.9	11.9	11.4	5.3	9.0
グループ5感染症	6.7	3.5	7.4	2.5	3.5	8.1	6.8	12.7
グループ6皮膚病	0.5	0.8	0.4	0.3	0.9	0.3	0.5	0.1
グループ7アレルギー症状	1.4	2.1	1.2	2.2	0.7	2.2	1.4	0.4
グループ8口腔、耳、喉、鼻、 目の病気	2.1	2.4	2.1	1.9	2.3	2.2	2.0	2.4
グループ9女性生殖器の病気	2.7	1.2	3.0	0.7	2.7	2.6	3.8	1.8
グループ10出産に関連する 異常	20.3	25.8	19.2	33.0	17.7	17.2	20.7	20.5
グループ11内分泌系の病気、 代謝病、栄養状態	3.9	6.2	3.5	5.8	5.6	3.9	2.8	2.6
グループ12筋骨格系と結合 組織の病気	6.7	9.2	6.2	10.3	6.2	7.4	7.3	3.0
グループ13神経系の病気と 精神障害	2.0	1.9	2.1	1.4	2.1	2.6	1.9	1.8
グループ14はっきりしない 病気 ²⁾	8.7	7.8	8.9	8.4	7.2	9.4	8.1	12.1
グループ15その他 ³⁾	9.3	11.0	8.9	11.5	9.8	11.1	6.9	9.9
不明	0.2	0.3	0.2	-	0.3	0.5	0.1	-

注: 調査前の2週間前に病気もしくは体調不良と報告された人口の比率（病気の種類別）は、同じ地方/地域の病人の合計数から計算された。

1) 複数の方法が可能

2) 方言のため不明瞭な報告を含む

3) やけど、薬の誤用、交通事故など

*0.1%未満

(引用文献10)

表14 調査前の2週間前に病気もしくは体調不良と報告された人口の数と比率
(7グループの病気・都市/農村別) (タイ国、1996年)

病気のグループ	都市部	農村部
グループ1呼吸器系疾患	70.30	64.16
グループ2消化器系疾患	11.67	16.89
グループ3泌尿系疾患	1.49	2.73
グループ4循環系疾患	10.88	9.16
グループ5感染症	1.20	3.29
グループ6皮膚病	1.41	1.76
グループ7アレルギー症状	3.04	1.91
比率合計	100.0	100.0
症例総数	1,083,600	5,337,700

出典：国家統計局(1996年)。保健福祉調査報告書

(引用文献4)

表15 調査前の2週間前に病気もしくは体調不良と報告された人口の数と比率
(病気の種類¹⁾・地方/地域別)

地方/地域	昨年入院が報告された人口の数			昨年入院が報告された人口の比率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
王国全体	3,535.8	1,519.3	2,016.5	5.9	2.5	3.4
都市部	581.1	227.5	353.6	4.8	1.9	2.9
都市部以外	2,954.7	1,291.8	1,662.9	6.2	2.7	3.5
バンコク首都圏	298.0	100.9	197.1	4.2	1.4	2.8
中央部(バンコク以外)	824.0	360.5	463.5	6.2	2.7	3.5
都市部	106.7	44.9	61.8	5.4	2.3	3.1
都市部以外	717.3	315.6	401.7	6.3	2.8	3.5
北部	758.0	351.	407.0	6.8	3.2	3.6
都市部	54.8	28.5	26.3	6.6	3.4	3.2
都市部以外	703.2	322.5	380.7	6.8	3.1	3.7
東北部	1,173.6	516.1	657.5	5.7	2.5	3.2
都市部	66.0	28.7	37.3	5.1	2.2	2.9
都市部以外	1,107.6	487.4	620.2	5.8	2.6	3.2
南部	482.2	190.8	291.4	6.1	2.4	3.7
都市部	55.624.5	31.1	5.3	2.3	3.0	
都市部以外	426.6	166.3	260.3	6.2	2.4	3.8

注:比率は同じ地方/地域の人口をもとに計算した。

(引用文献10)

表16 人口100,000人あたりの最大死亡原因グループによる死亡数と死亡比率
(ICD死亡率表1、第10版) 1997年

死亡原因グループ	順位	合計		男性		女性	
		数	比率	数	比率	数	比率
循環器系疾患	1	59,601	98.6	36,796	122.1	22,805	75.2
外的罹病・死亡要因	2	37,662	62.3	30,213	100.3	7,449	24.6
後遺症を含むその他の事故							
新生物;	3	26,478	43.8	15,946	52.9	10,532	34.7
呼吸器系疾患	4	20,415	33.8	13,964	46.3	6,451	21.3
特定の感染と寄生性疾患	5	16,894	27.9	11,186	37.1	5,708	18.8
血液および血液を作る器官の疾患および免疫機能が関与する特定の異常	6	8,806	14.6	6,615	21.9	2,191	7.2
消化器系疾患	7	8,647	14.3	6,132	20.4	2,515	8.3
神経系疾患	8	8,400	13.9	5,584	18.5	2,816	9.3
泌尿器系疾患	9	5,242	8.7	2,810	9.3	2,432	8.0
内分泌系、栄養、新陳代謝の疾患	10	4,941	8.2	1,998	6.6	2,943	9.7

出典；保健政策・計画局保健情報部

(引用文献19)

表17 サーベイランス下の疾患による発症数と死亡数(1992-1996)

疾患名	1992		1992		1994		1995		1996	
	発症数	死亡数	発症数	死亡数	発症数	死亡数	発症数	死亡数	発症数	死亡数
1. コレラ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. 急性下痢	834,953	388	868,338	411	963,225	484	1,002,012	364	981,072	397
3. 食中毒	64,800	23	65,965	19	65,429	12	74,907	18	82,281	35
4. 赤痢	81,919	28	78,045	16	74,260	16	74,299	11	54,795	21
-バチルス性・細菌性	5,347	4	4,320	7	3,643	3	3,007	1	2,048	3
-アメーバ性	1,760	2	1,797	1	1,563	-	1,525	2	1,225	0
未特定	74,812	22	71,928	8	69,054	13	69,767	8	51,522	18
5. 腸熱	14,312	7	16,502	7	15,043	5	14,271	3	12,982	2
-腸チフス	7,513	4	9,517	5	9,814	2	7,864	1	6,894	1
-パラチフス	28	0	138	0	141	0	110	0	488	0
-未特定	6,771	3	6,847	2	5,088	3	6,297	2	5,600	1
6. 肝炎	19,186	62	15,961	48	14,377	55	10,275	36	8,160	34
7. 出血性結膜炎	129,085	0	108,609	0	161,027	0	139,418	0	251,645	0
8. インフルエンザ	52,105	4	54,478	3	51,428	11	54,174	6	45,272	3
9. 風疹	1,710	1	3,474	2	1,780	2	2,197	0	1,416	1
10. 水疱瘡	42,238	1	40,280	7	32,660	8	43,668	4	40,674	4
11. 原因不明の発熱	237,974	121	236,721	134	210,137	99	217,269	109	186,559	107
12. 髄膜炎菌感染症	37	11	26	4	48	9	31	8	49	13
13. 灰白髄炎	8	0	24	0	15	0	0	0	0	0
14. 麻疹	8,704	1	17,851	4	38,336	19	10,963	4	5,760	2
15. ジフテリア	39	6	28	3	40	5	18	8	53	5
16. 百日咳	413	2	395	0	150	0	130	0	77	0
17. 破傷風	588	77	502	62	432	42	366	30	367	38
18. デング出血熱	42,809	138	67,017	222	49,358	133	59,911	164	37,929	116
19. 脳炎	945	119	788	109	714	79	562	56	516	49
20. マラリア	79,443	276	70,128	252	62,861	20	55,704	140	57,808	151
21. 肺炎	92,689	963	131,460	1,176	130,635	1,295	147,893	1,154	143,426	1,080
22. 結核	21,531	239	21,088	272	21,609	271	21,681	247	24,994	295
-肺結核	20,263	201	19,730	230	20,026	218	21,123	186	23,070	232
-髄膜炎	601	35	563	22	700	30	591	26	673	29
-その他の器官	667	3	795	20	883	23	967	35	1,251	32
23. ハンセン氏病	627	0	476	0	370	0	485	0	509	0
24. 感染型いちご腫	0	0	4	0	6	0	5	0	5	0
25. 性病	70,664	6	51,639	12	37,381	3	26,299	3	21,156	0
26. 狂犬病	99	99	93	93	71	71	70	70	77	77
27. レプトスピラ症	93	0	102	0	77	6	140	4	358	19
28. 草原熱	1,149	6	1,367	1	1,211	1	1,157	8	1,210	7
29. 職業病	3,929	35	3,434	46	3,261	42	3,535	22	3,407	32
-殺虫剤中毒	3,849	34	3,299	44	3,143	41	3,360	20	0	0
-鉛中毒	12	0	17	2	19	0	32	0	29	0
-マンガン・水銀・ヒ素中毒	8	0	16	0	16	0	32	1	54	0
その他	60	1	102	0	83	1	111	1	3,324	0
30. おたふく風邪	16,812	1	14,571	0	20,738	1	40,978	4	40,182	6
31. アメーバ症、その他の器官	15	0	33	0	17	0	10	0	16	0

出典：事務次官室疫学部、疫学サーベイランス報告書（予備データ）

(引用文献20)

表18 罹患が報告された人口の数と比率（男女・地方/地域別）

(1,000人)

地方/地域	身体障害が報告された人口の数			身体障害が報告された人口の比率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
王国全体	1,204.1	596.6	427.5	1.7	1.0	0.7
都市部	119.6	67.4	52.2	1.0	0.6	0.4
都市部以外	904.5	529.2	375.3	1.9	1.1	0.8
バンコク首都圏	48.3	26.1	22.2	0.7	0.4	0.3
中央部(バンコク以外)	205.7	128.7	77.0	1.5	1.0	0.6
都市部	23.6	13.3	10.3	1.2	0.7	0.5
都市部以外	182.1	115.4	66.7	1.6	1.0	0.7
北部	232.1	146.4	85.7	2.1	1.3	0.8
都市部	15.9	8.4	7.5	1.9	1.0	0.9
都市部以外	216.2	138.0	78.2	2.1	1.3	0.8
東北部	386.7	210.9	275.8	1.9	1.0	0.918.3
都市部	18.3	12.1	6.2	1.4	0.9	0.5
都市部以外	368.4	198.8	169.6	1.9	1.0	0.9
南部	151.3	84.5	66.8	1.9	1.1	0.8
都市部	13.5	7.5	6.0	1.3	0.7	0.6
都市部以外	137.8	77.0	60.8	2.0	1.1	0.9

注:比率は同じ地方/地域の人口をもとに計算した。

(引用文献10)

表19 身体障害が報告された人口の比率（年齢・男女・地域別）

(1,000人)

年齢(歳)	合計			都市部			都市部以外		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
合計	100.0 (1,024.1)	100.0 (596.6)	100.0 (427.5)	100.0 (119.6)	100.0 (67.4)	100.0 (52.2)	100.0 (904.5)	100.0 (529.2)	100.0 (375.3)
0-6	3.0	2.4	3.8	3.4	2.3	4.8	2.9	2.	3.6
7-10	2.6	2.9	2.2	0.7	0.7	0.7	2.9	3.2	2.4
11-14	4.0	3.8	4.2	2.3	3.8	1.8	4.2	3.9	4.5
15-19	8.6	8.9	8.1	5.3	6.9	3.1	9.0	9.2	8.8
20-24	12.5	15.9	7.7	10.5	14.1	5.9	12.7	16.1	7.9
25-29	8.0	7.8	8.2	11.4	10.8	12.2	7.5	7.4	7.6
30-34	7.6	7.1	8.4	7.0	7.9	5.8	7.7	7.0	8.8
35-39	4.8	6.1	3.0	6.1	8.9	2.5	4.6	5.7	3.1
40-49	11.7	12.4	10.6	19.9	23.1	15.8	10.6	11.1	9.9
50-59	11.9	12.5	11.0	8.1	5.9	10.9	12.4	13.4	11.0
60歳以上	25.4	20.1	32.8	25.4	16.6	36.6	25.4	20.6	32.3

(引用文献10)

表20 身体障害が報告された人口の比率（男女・地域別）

地方/地域	合計			男性			女性		
	合計	1種類の身体障害	複数の身体障害	合計	1種類の身体障害	複数の身体障害	合計	1種類の身体障害	複数の身体障害
王国全体	100.0	93.4	6.6	100.0	93.7	6.3	100.0	93.1	6.9
都市部	100.0	95.4	4.6	100.0	94.8	5.2	100.0	96.0	4.0
都市部以外	100.0	93.2	6.8	100.0	93.5	6.5	100.0	92.7	7.3
バンコク首都圏	100.0	97.0	3.0	100.0	98.5	1.5	100.0	95.2	4.8
中央部 (バンコク以外)	100.0	96.4	3.6	100.0	95.4	4.6	100.0	98.1	1.9
都市部	100.0	95.8	4.2	100.0	96.0	4.0	100.0	95.4	4.6
都市部以外	100.0	96.5	3.5	100.0	95.4	4.6	100.0	98.5	1.5
北部	100.0	91.0	9.0	100.0	91.7	8.3	100.0	90.0	10.0
都市部	100.0	96.2	3.8	100.0	97.0	3.0	100.0	95.3	4.7
都市部以外	100.0	90.7	9.3	100.0	91.3	8.7	100.0	89.5	10.5
東北部	100.0	94.3	5.7	100.0	95.1	4.9	100.0	93.4	6.6
都市部	100.0	94.2	5.8	100.0	91.2	8.8	100.0	100.0	*
都市部以外	100.0	94.3	5.7	100.0	95.4	4.6	100.0	93.1	6.9
南部	100.0	89.5	10.5	100.0	89.3	10.7	100.0	89.8	10.2
都市部	100.0	89.4	10.6	100.0	83.3	16.7	100.0	96.8	3.2
都市部以外	100.0	89.5	1.5	100.0	89.9	10.1	100.0	89.1	10.9

*0.1%未満

(引用文献10)

表21 身体障害が報告された人口の数と比率（身体障害の種類¹⁾・男女別）

(1,000人)

身体障害の種類	身体障害が報告された人口の数			身体障害が報告された人口の比率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
切断(腕の一部)	13.3	10.9	2.4	1.3	1.8	0.6
切断(足の一部)	20.6	17.7	2.9	2.0	3.0	0.7
切断(指の一部)	67.6	50.1	17.5	6.6	8.4	4.1
切断(つま先の一部)	21.8	14.2	7.6	2.1	2.4	1.8
片目の失明	72.5	40.9	31.6	7.1	6.9	7.4
両目の失明	45.7	18.1	27.6	4.5	3.0	6.5
啞	52.6	28.4	24.2	5.1	4.8	5.7
聴覚障害	126.2	62.9	63.3	12.3	10.5	14.8
完全な聾	44.3	24.8	19.5	4.3	4.2	4.6
麻痺またはpareasis	124.0	67.8	56.2	12.1	11.4	13.1
口唇裂またはpalate	15.4	9.3	6.1	1.5	1.6	1.4
手足の麻痺	173.1	110.8	62.3	16.9	18.6	14.6
精神病	62.4	38.4	24.0	6.1	6.4	5.6
精神薄弱	160.2	90.5	69.7	15.6	15.2	16.3
脊柱側弯症または脊柱後弯症	27.3	15.4	11.9	2.7	2.6	2.8
その他 ²⁾	70.9	37.6	33.3	6.9	6.3	7.8

注：身体障害と報告された人口の比率は、身体に障害を持つ同性の人たちの合計から計算。

1) 複数の障害を持つ人は3種以上の障害を報告していない。

2) 重度の脳障害など

(引用文献10)

表22 日常生活に影響のある者の率

(複数回答、人口千対)

性別・年齢階級	日常生活に影響のある者の率					
		日常生活動作	外出	仕事・家業・学業	運動・スポーツ等	その他
総数	85.7	26.0	27.0	41.4	27.0	10.8
性別						
男性	77.7	22.3	20.3	36.3	27.1	10.2
女性	93.2	29.5	3.3	46.2	26.9	11.4
年齢階級						
6～14歳	30.8	8.2	3.7	8.7	19.2	3.8
15～24	37.1	9.7	5.9	16.2	15.1	5.2
25～34	45.5	12.5	10.3	26.4	15.5	6.3
35～44	57.3	13.6	11.7	32.6	20.5	7.4
35～44	75.2	17.3	14.9	41.5	24.3	10.7
45～54	108.2	28.8	29.8	55.1	32.4	14.6
55～64	171.7	54.2	67.5	93.1	48.4	19.0
65～74	250.4	101.5	127.1	101.6	60.9	27.3
75～84	269.1	145.8	154.8	87.2	64.6	34.0
85歳以上 (再掲)						
65歳以上	203.3	76.0	92.6	88.9	53.5	22.7
70歳以上	230.5	92.0	112.0	96.7	58.5	25.9

資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(平成10年)

(引用文献23)

表23 65歳以上の高齢者の入院・外来の受療率、死亡率が上位の疾病

	入院(受療率)	外来(受療率)	死亡率
1	脳血管疾患	高血圧性疾患	悪性新生物(がん)
2	悪性新生物(がん)	脊柱渉外	心疾患
3	心疾患(高血圧性のものを除く。)	脳血管疾患	脳血管疾患
4	骨折	心疾患(高血圧性のものを除く。)	肺炎
5	精神分裂病等	関節症	老衰
6	糖尿病	白内障	腎不全
7	高血圧性疾患	糖尿病	慢性閉塞性肺疾患

資料：入院・外来の受療率は、厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」(平成8年)

死亡率は、厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」(平成10年) (引用文献23)

表24 高齢者健康状態および病気の種類・継続期間別構成比

病気の状態	1ヶ月以内の軽い 病気	6ヶ月以内の慢性 疾患	1年以内の病気	
			自宅で静養を必要 とする病気/日常 の仕事に就けない	入院を要する病気
病気ではない	56.4	13.1	71.2	87.0
病気である	43.6	86.9	28.8	13.0
自分で自分の面倒を 見ることができる	94.1	94.4	91.7	88.9
自分で自分の面倒を 見ることができない	5.9	5.6	8.3	11.1
合計 (N)	100.0 (7,708)	100.0 (7,713)	100.0 (7,689)	100.0 (7,713)

(引用文献24)

表25 人口統計学・社会的地位・経済状態別ならびに1年以内に患った病気の度合い、平均疾病数、自宅で静養を必要とする/日頃の雑用を行うことができない病気欠勤日数別に分類した高齢者の構成比

高齢者の特徴	1年以内に病気をした 人の比率	1年以内に患った病気の 平均数	1年以内平均病気 欠勤日
合計	28.8	1,921	23,962
年齢			
60歳未満	38.9	1,872	20,333
60歳以上	61.1	1,952	26,259
(60-69)	(56.2)	(1,923)	(21,889)
(70-79)	(31.8)	(2,098)	(29,347)
(80+)	(12.0)	(1,702)	(38,279)
性別			
男性	38.1	1,884	26,075
女性	61.9	1,944	22,643
教育			
高(第5学年以上)	7.6	1,772	35,947
中(第4学年)	49.5	1,779	22,399
低(第4学年未満)	42.9	2,114	23,657
個人収入			
10,000パーツ未満	39.6	2,016	17,903
10,000-50,000パーツ	41.5	1,971	21,520
50,000パーツ以上	18.9	1,702	26,214
世帯収入			
30,000パーツ未満	29.2	1,946	18,680
30,000-60,000パーツ	35.7	1,874	23,916
60,000パーツ以上	35.1	1,772	26,203

(引用文献24)

表26 自分で自分の面倒をみる事ができるかどうかならびに1年以内に患った病気の度合い、平均疾病数、自宅で静養を必要とする/日頃の雑用を行うことができない病気欠勤日数別に分類した高齢者の構成比

自分で自分の面倒をみる事ができる(またはできない) 高齢者の特徴	1年以内に病気をした 人の比率	1年以内に患った病気の 平均数	1年以内平均病気 欠勤日
自分で自分の面倒をみる事ができる	91.7	1,932	20,232
自分で自分の面倒をみる事ができない	8.3	2,478	58,826
自分で自分の面倒をみる事ができる			
食べる	26.3	1,928	20,019
服を着る	26.2	1,916	18,119
入浴・トイレの使用	25.2	1,910	17,061
歩行	22.3	1,813	15,484
自分で自分の面倒をみる事ができない			
食べる	10.8	1,785	123,929
服を着る	11.6	2,106	157,001
入浴・トイレの使用	23.0	2,071	103,181
歩行	54.5	2,417	61,129
ヘルパーなどに依存している 高齢者			
杖・歩行器	46.2	2,859	53,955
子供その他	3.3	3,500	46,833
車椅子	50.5	1,882	149,039

(引用文献24)

表27 人口統計学・社会的地位・経済状態別ならびに1年以内の平均疾病数と入院日数別に分類した高齢者の構成比

高齢者の特徴	1年以内に入院を要した 病気の比率	平均入院回数	平均入院日数
合計	13.0	1,395	11,224
年齢			
60歳未満	33.0	1,379	9,945
60歳以上	67.0	1,402	11,849
(60-69)	(51.7)	(1,357)	(10,931)
(70-79)	(35.6)	(1,498)	(13,931)
(80+)	(12.7)	(1,318)	(10,581)
性別			
男性	37.9	1,462	12,981
女性	62.1	1,354	10,189
教育			
高(第5学年以上)	9.1	1,385	17,011
中(第4学年)	47.4	1,405	11,597
低(第4学年未満)	43.4	1,387	9,630
個人収入			
10,000円未満	41.2	1,350	9,105
10,000-50,000円	38.7	1,351	11,027
50,000円以上	20.1	1,256	11,111
世帯収入			
30,000円未満	28.6	1,293	6,455
30,000-60,000円	35.0	1,289	10,336
60,000円以上	36.4	1,365	11,135

(引用文献24)

表28 年齢階級・教育・世帯収入別ならびに調査前に最後に入院した時の平均入院日数と入院費用別に分類した高齢者の構成比

年齢・学歴	調査前に最後に入院した時の平均入院日数	調査前に最後に入院した時の平均入院費用			合計
		高所得	中間所得	低所得	
年齢					
60歳未満	8,539	5,074.861	2,971.944	1,765.579	5,252.339
60歳以上	9,439	8,278.161	2,208.160	1,671.265	6,402.889
(60-69)	(9,008)	(6,579.663)	(2,847.297)	(2,434.068)	(6,177.971)
(70-79)	(10,431)	(9,146.129)	(1,842.659)	(1,174.330)	(6,531.501)
(80+)	(8,747)	(12,207.407)	(188.750)	(277.667)	(7,158.982)
教育					
高(第5学年以上)	11.176	10,020.928	6,300.000	3,755.000	10,572.153
中(第4学年)	9,549	7,307.635	2,852.449	2,011.118	6,006.761
低(第4学年未満)	8.212	4,507.315	1,691.634	1,340.556	4,932.896

注：調査前1年間の前回入院の平均費用=10,897.04バーツ (1米ドル=40バーツで約272米ドル)

(引用文献24)

表29 自分で自分の面倒を見ることができるかどうかならびに1年の平均疾病数と入院日数別に分類した高齢者の構成比

自分で自分の面倒を見ることができる(またはできない)高齢者の特徴	1年以内に入院を要した病気の比率	平均入院回数	平均入院日数
自分で自分の面倒を見ることができる	88.9	1.396	10.744
自分で自分の面倒を見ることができない	11.1	1.551	17.425
自分で自分の面倒を見ることができる			
食べる	26.8	1.389	10.611
服を着る	26.5	1.387	10.566
入浴・トイレの使用	25.2	1.359	10.059
歩行	21.6	1.346	9.175
自分で自分の面倒を見ることができない			
食べる	10.8	1.521	23.163
服を着る	13.1	1.534	21.695
入浴・トイレの使用	23.6	1.705	21.152
歩行	52.5	1.558	17.957
ヘルパーなどに依存している高齢者			
杖・歩行器	43.8	1.906	19.865
子供その他	4.1	1.200	38.400
車椅子	52.1	1.635	23.016

(引用文献24)

表30 手法・目標達成別利用者数(1993-1997)

手 法	2536 (1993)			2537 (1994)			2538 (1995)		
	目標	サービス	%	目標	サービス	%	目標	サービス	%
合 計	5,725,000	5,367,025	93.7	5,916,000	5,397,413	91.2	6,100,0000	6,549,635	107.4
1. 錠剤	1,488,000	1,373,180	92.3	1,534,000	1,246,415	81.2	1,578,000	2,180,208	138.2
2. 注射	830,000	954,974	115.1	856,000	1,020,168	119.2	880,000	1,621,643	184.3
3. 子宮内 避妊器具	720,000	544,321	75.6	742,000	505,843	68.2	763,000	405,411	53.1
4. 女性+付加 価値サービス	2,603,000	2,375,707	91.3	2,683,000	2,500,318	93.2	2,760,000	2,216,245	80.3
5. NOR	84,000	118,843	141.5	101,000	124,669	123.4	119,000	126,128	106.0

手 法	2529 (1996)			2540 (1997)		
	目標	サービス	%	目標	サービス	%
合 計	179,000	144,511	80.7	1,362,910	1,680,000	123.3
1. 錠剤	700,000	486,755	69.5	510,197	200,000	137.2
2. 注射	700,000	638,458	89.8	650,618	700,000	107.6
3. 子宮内 避妊器具	160,000	52,462	32.8	45,784	70,000	152.9
4. 女性+付加 価値サービス	160,000	123,756	77.3	125,638	160,000	127.4
5. NOR	106,000	68,295	64.4	30,673	50,000	163.0

出典：公衆衛生省保健部

(引用文献25)

表31 健康増進の状況

栄養	
第2ラウンド栄養サーベイランス・モニタリング (1997年、年齢ごとのウェイト別)	
普通の子供	91.59
第1度	7.92
第2度	0.48
第3度	0.003
鉄欠乏性貧血の妊婦に関する調査は、12.9%が妊娠期間によって分類されている	
1-13週	8.40
14-26週	14.4
27-40週	15.9
甲状腺腫I の兆候がある小学生のヨウ素欠乏調査(1997年)。甲状腺腫発症率	
小学生の全国栄養調査・サーベイランス報告書(バンコク首都圏を除く)では基	3.32
準値を下回るウェイトが明らかになった。	12.21
タイ国における高齢者の栄養(1997-1998年)(55-74歳)体格指数別	
平均的体重	59.9
やせぎみ	17
太りぎみ	19.7
肥満	3.4
労働衛生	
リスク・グループと農薬アレルギー(人)	562,842

出典：出典：公衆衛生省保健部

(引用文献25)

表32 健康の環境と質の状況

衛生環境		
良好なトイレを持つ世帯(%)	100	98.11
品質管理環境		
チャオプラヤ川の水質調査	1	1
中央病院・総合病院・地域病院における廃水処理システム建設のモニタリング	805	551
中央病院・総合病院・地域病院における感染性廃棄物焼却施設建設のモニタリング	805	697
安全な水の提供	95	
十分な飲料水の供給を受ける世帯の範囲	41,152	30,463
国内70%の村落への水道の提供	70%	51.82%
出典：出典：公衆衛生省保健部	(引用文献25)	

表33 男女・死因別の出生1,000人あたり乳児死亡数と乳児死亡率 (ICD生命表3、第10版による)

(1997年)

死因	合計		男		女	
	数	率	数	率	数	率
001特定の感染症や寄生虫症	508	0.6	289	0.6	219	0.5
002感染性で見られる下痢や胃腸炎	71	0.1	39	0.1	32	0.1
003その他の腸の感染症	2	0.0	1	0.0	1	0.0
004肺炎	2	0.0	1	0.0	1	0.0
005破傷風	2	0.0	1	0.0	1	0.0
006ジフテリア	0	0.0	0	0.0	0	0.0
007百日咳	0	0.0	0	0.0	0	0.0
008髄膜炎菌感染症	0	0.0	0	0.0	0	0.0
009敗血症	310	0.3	177	0.4	133	0.3
010急性灰白髄	2	0.0	0	0.0	2	0.0
011麻疹	1	0.0	0	0.0	1	0.0
012ヒト免疫不全ウイルス	25	0.0	15	0.0	10	0.0
013その他のウイルス性の病気	12	0.0	6	0.0	6	0.0
014マラリア	3	0.0	2	0.0	1	0.0

(引用文献17)

表34 HIV/エイズ感染者（20～49歳）推計

年次・推計数	96年以降感染者無し	96年以降感染者あり			ウガンダ並
		最少推計	中位推計	最大推計	
1990年					
新規患者	500	500	700	1,000	400
エイズ患者	600	600	800	1,100	500
HIV感染者	100,000	100,000	150,000	200,000	90,000
HIV感染率	0.44	0.44	0.61	0.83	0.44
2000年					
新規患者	30,000	40,000	75,000	100,000	120,000
エイズ患者	200,000	240,000	400,000	500,000	450,000
HIV感染者	500,000	750,000	1,400,000	1,800,000	2,900,000
HIV感染率	1	1.78	3.43	4.68	10
2010年					
新規患者	15,000	45,000	95,000	125,000	250,000
エイズ患者	425,000	650,000	1,200,000	1,650,000	2,600,000
HIV感染者	500,000	1,200,000	2,300,000	3,100,000	5,800,000
HIV感染率	0.22	1.49	3.17	4.33	10.67

出典；マヒドン大学チャイ・ポーシタ助教授「タイのエイズ/HIV患者推計」（人口開発ニュースレター1995年8-12月号p.5）

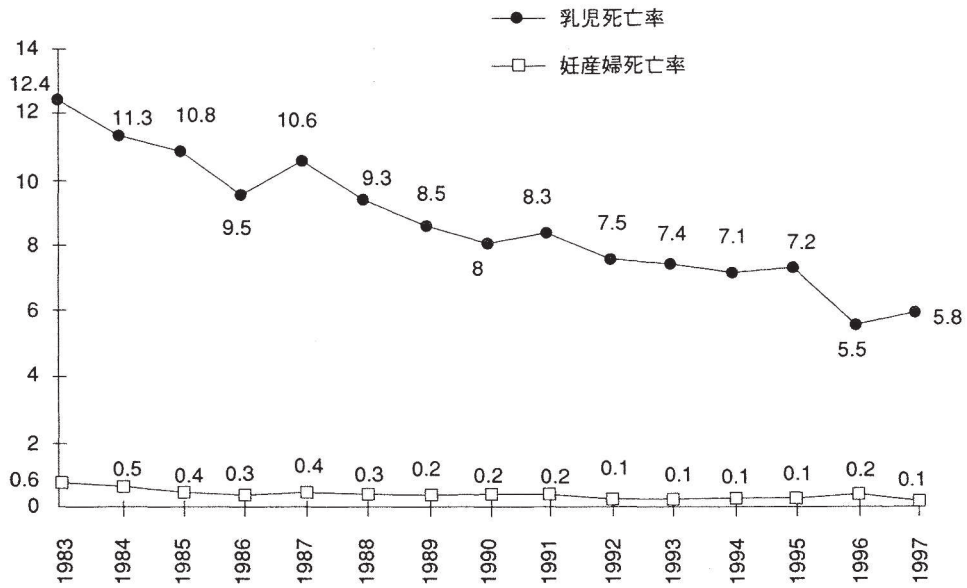
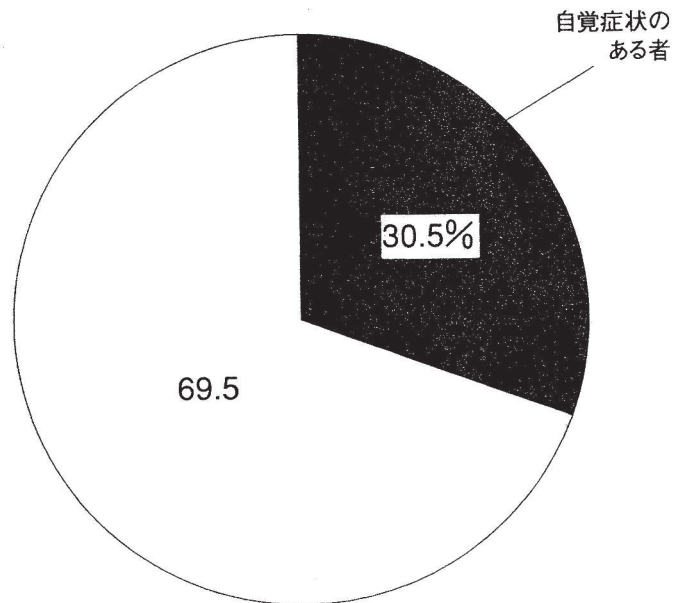


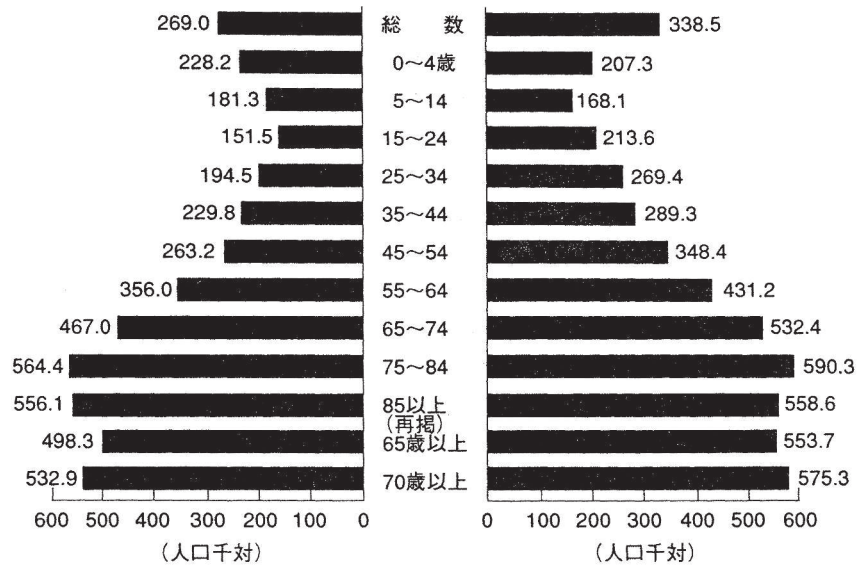
図1 タイ国の出生1,000人あたり母子死亡率(1983-1997年)

1)出典： 1.公衆衛生省(1983-1995年)
2.内務省登録管理局(1996-1997年)



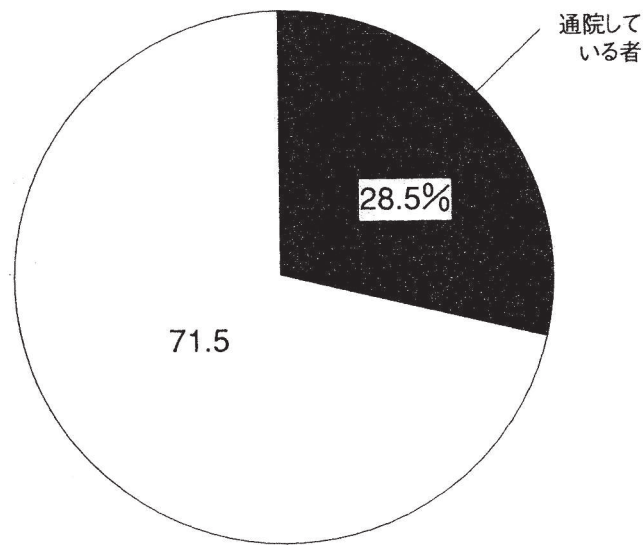
資料 厚生省「国民生活基礎調査」

図2 自覚症状のある者(有訴者)の状況 平成10年('98)



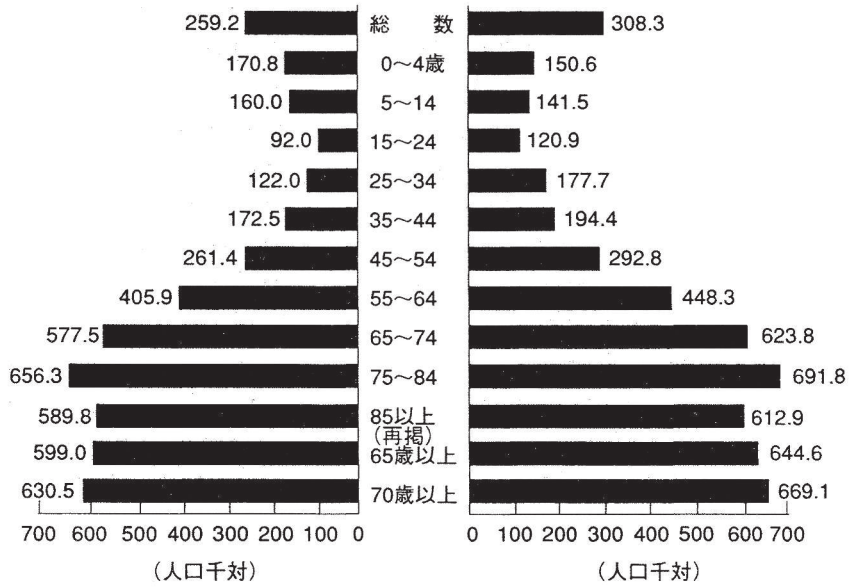
注 総数には年齢不詳を含む。
資料 厚生省「国民生活基礎調査」

図3 性・年齢階級別にみた有訴者率（人口千対） 平成10年（'98）



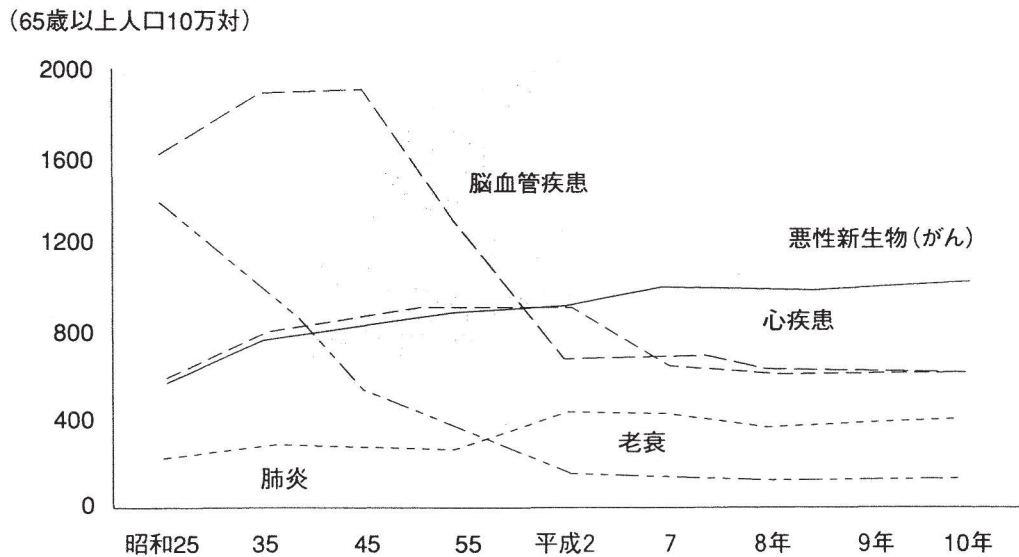
資料 厚生省「国民生活基礎調査」

図4 通院者の状況 平成10年（'98）



注 総数には年齢不詳を含む。
資料 厚生省「国民生活基礎調査」

図5 性・年齢階級別にみた通院者率（人口千対） 平成10年（'98）



資料:厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

図6 65歳以上の高齢者の主な死因別死亡率の推移

第3章

タイ国の高齢者と 高齢者社会保障施策

1. 高齢者の実態

タイにおいても、高齢者の福祉は大きな関心事である。したがって、さまざまな研究が行われている。以下においては、その一部であるチュラロンコン大学人口研究学部によって行なわれた「タイにおける家族構造と高齢者介護」に関する調査によって、タイの高齢者の実態を説明しておきたい。(Malinee Wongsith and Siriwan Siriboon 'Household Structure and Care for the Elderly in Thailand' (ESCAP "The Family and Older Persons in China, Indonesia and Thailand, ESCAP Asian Population Studies Series No. 152, 1998 所収))

この調査は、都市部の高齢者と農村部の高齢者を比較する形式で行なわれたものであり、都市部のサンプルはバンコクで、農村部のサンプルはアユタヤ県で、それぞれ200世帯ずつ抽出され、面接による調査が行なわれた。(1世帯に2名以上の高齢者のいる場合は、それらが調査対象となっている。)フィールド調査は、1997年10月～11月に実施され、面接は世帯主(高齢者の場合とそうでない場合がある)と同居する高齢者に対して行なわれた。

表1は、世帯主の年齢層別に、高齢者が居住する世帯の家族形態を示したものである。

これによると、世帯主が60歳未満の場合は、核家族が大部分を占めるが、世帯主が60歳以上になると、拡大家族の割合が増加し、核家族の割合が減少している。この結果から、世帯主が60歳を超えると、結婚した子供などと同居することによって、拡大家族の中で生活することになることが明らかである。世帯主が60歳以上の場合から急激にこの傾向が現れ、年齢が高くなるほどこの傾向が強くなっていることは、興味深いことである。

表2は、世帯主の年齢層ごとに、男女別及び居住地別に家族構成を示したものである。まず全

年齢では、男性よりも女性のほうに拡大家族の割合が多く、核家族の割合は少なくなっている。なお、独居女性が独居男性よりも多いことは、注目すべき点である。全年齢について、居住地を見ると、農村の方で核家族がやや多く拡大家族のやや少ないことが注目される。一般的に都市の方が核家族率は高いと考えられるが、農村からの若年者の都市への移動を考えると、この結果は、納得できるものである。

次に、世帯主が60歳未満の場合と60歳以上の場合を比較しておきたい。60歳未満の場合は、男性で核家族の割合が多く、女性では核家族と拡大家族がほぼ同じ割合となっている。女性世帯主の場合は、直系だけではなく、傍系も含めた家族構成となっている。このことは、タイの家族制度の特性から説明可能である。すなわち、男子は結婚後両親のもとを離れるのに対して、女子は結婚の有無にかかわらず両親と同居するのが一般的であり、結婚した場合は、配偶者の兄弟姉妹や親族も同居することもある。したがって、男子は核家族を形成し女子は拡大家族を形成する傾向となるのである。これに対して、世帯主が60歳以上の場合、男女いずれの場合も、拡大家族を形成する傾向が強くなっている。これは、高齢者になると、子や孫あるいはその他の親族と同居するものが多くなっていることのあらわれである。なお、60歳以上でも、女子が男子より拡大家族を形成する傾向がやや強いのは、60歳未満の場合と同様の理由による。

次に居住地別の違いを見ておきたい。まず全年齢の場合、農村部で核家族が、都市部で拡大家族が多くなっている。ただし、世帯主の年齢が60歳未満の場合、居住地が農村であるか都市であるかを問わず、拡大家族が多くなっている。やはり、高齢者は子供や孫あるいはその他の親族と同居する傾向が強くなるのである。

表3は、高齢者世帯主（60歳以上）の同居の状態を見たものである。性別で比較すると、男女いずれも、高齢になると子どもやその他親族と同居する率が高く、その中には若年の子ども以外の親族も含まれる。なお、女性が世帯主の場合は、その夫が既に死亡しているか離婚した場合があり、したがって、女性が配偶者と同居している割合が低くなっている。なお、同居の状態に関しては、農村と都市とで大きな違いは認められない。

表4は、高齢者が世帯主である家族の主たる稼ぎ手を示したものである。男女別に比較すると、男女いずれも子どもが主たる稼ぎ手であるとする者が最も高い割合となっているが、男性の場合自分が主たる稼ぎ手とする者が27.7%となっている。これに対して、女性のそれは12.6%と低くなっている。したがって、子どもが主たる稼ぎ手というのは、女性の方がやや多くなっている。なお、女性の場合、親戚を主たる稼ぎ手としてあげている割合が10%を超えているのが、注目に値する点である。すなわち、ここに傍系拡大家族の機能が現れているのである。

都市と農村を比較すると、子どもが稼ぎ手となっているのは、都市より農村の方でやや多くなっている。子どもとの同居の有無を比較すると、子どもと同居している場合は子どもが稼ぎ手となっているのは当然のことであるが、子どもと同居していない場合は親戚が稼ぎ手となっている場合のかなり多いことが注目される。介護する子どもがなくても、親戚などが生活を支えるというのが、タイの家族の特徴である。なお、配偶者と同居していない場合（配偶者の死亡あるいは

離別)でも、子供や親戚が生活を支えている。

ここで明らかになったことをまとめると、次のようになる。すなわち、世帯主が60歳を超えると、結婚した子供などと同居することによって、拡大家族の中で生活すること多くなっていく。もちろん、高齢者は子供や孫あるいはその他の親戚と同居する傾向が強くなるのである。なお、同居する中には、若年の子ども以外の親戚も含まれる。タイの場合、親戚も含んだ拡大家族が、高齢者を支えているのである。

生計の担い手を見ると、高齢者の男女いずれも子どもが主たる稼ぎ手であるとする者が最も高い割合となっているが、子どもと同居していない場合は親戚が稼ぎ手となっている場合がかなり多いことが注目される。介護する子どもがなくても、親戚などが生活を支えるというのが、タイの家族の特徴である。

このように、タイの場合は親戚を含む拡大家族が高齢者を支えており、この傾向は都市においてやや強くなっている。

2. 高齢者社会保障施策

(1) 社会保障施策の展開

タイの社会保障は、社会福祉制度と社会保健制度によって成り立っている。それらは以下の通りである。

- ① 貧困対策としての公的扶助（貧困者、高齢者、児童）
- ② 公務員に対する保険
- ③ 企業従業者に対する強制加入健康保険
- ④ 任意健康保険

以下ではこれらの一部を扱うこととし、まず制度の成立を時系列にしたがってあげると、表5の通りとなる。

公的な社会保障制度は、1954年というかなりはやい時期に制定する動きがあったものの、その裏付けとなる財政基盤が脆弱であったため、施行が見送られた。しかし、貧困問題が社会問題であると認識されるようになり、1975年には、貧困者に対して無料で医療の提供が行われるようになった。貧困者は、都市では国立病院で受診し、農村部では村の保健所で投薬を受けたりする。なお、農村部では保健所を拠点とする保健ボランティアがひとつの村に十数名配置されていて、貧困者の相談に与っている。この無料医療制度は、1975年に当時の社会行動党政権のときに制定されたものであり、公的サービス享受の公平化を図ることを目的としていた。

1974年には労働者保障基金が設立された。この基金は、当初バンコク首都圏で20名以上の労働者を雇用する企業を対象としていたが、1989年には全国の20名以上の労働者が働く企業に範囲が拡大された。

1990年は画期的な年であった。この年に、20人以上の従業員のいる民間企業に働く労働者を対象とする社会保険制度が創設され、1993年には従業員規模が10名以上の企業を対象とするように拡大された。この社会保険法の給付内容は次の通りである。

- ① 業務上の原因によらない疾病・傷害に対する医療手当
- ② 出産手当
- ③ 障害手当
- ④ 死亡手当
- ⑤ 老齢手当
- ⑥ 失業手当
- ⑦ 児童手当

さらに、1992年には60歳以上の高齢者に対するの無償医療が行われるようになった。

このように、タイの社会保障制度は、徐々にではあるが、充実しつつあり、1997年の経済危機もくぐりぬけ、さらに社会保障の進捗が期待されている。

(2) 年金制度

老齢年金は、社会保険法の中で規定されており、180ヶ月以上保険料を納付した者が55歳から受給できる。この受給額は、保険料を納付した期間によって区々である。

(3) 医療保険制度

ここでは、公的扶助も含めて、医療保障制度の概要を述べる。

① 公的扶助による医療保障

1975年に貧困者無料医療制度が創設されたが、当初月収1000バーツ以下のものを対象とし、その選別は保健所職員の恣意に任されていた。しかし、1994年にこの制度が「医療福祉制度」という名称に改められた際に、収入水準で給付認定を行う制度に変更された。

② 公務員医療保険

公務員に対する医療給付は、付加給付の一部とみなされてきた。しかし、ここ数年の経済変動によって、公務員が「新貧困層」として捉えられるようになって以来、医療保険の給付は、低賃金の穴埋めと考えられるようになった。

③ 強制加入健康保険

社会保険法によるものである。

④ 民間任意健康保険

はじめての健康保険会社が、1978年に設立され、その後この保険が生命保険へと移行していった。現在では、生命保険が主体となり、それに疾病保険が付加されている。

⑤ 保健カード

もともとプライマリー・ヘルスケアのために発行された母子保健カードがもとになっており、日本の母子手帳に近いものである。このカードによって予防接種を行なうとともに、病気治療も

行なわれた。このカードは次のような目的をもつものであった。

- a. 母子保健、家族計画、予防を促進する、
- b. 住民と職員の役割を逆転させ、地域社会が保健分野で中心となるようにし、保健所職員が側面から援助する体制を作る、
- c. 地域社会の経理面での可能性を伸ばし、保健所職員の質と効率の改善を図る、
- d. 県の病院での患者往診を減らし、もっと役立つことに時間と経費をつかうこと。

以上の各種保険の加入状況を示したのが、表6である。

この表に見られるように、既に全国民の 56.8%が何らかの保険制度に加入している。ただし、社会保険の加入は従業員規模が 10 名以上の企業の正規被用者を対象としており、インフォーマルセクターといわれる小規模自営業者や農民はこれらの対象から外れている。タイの保険制度の今後の課題は、これらの非加入者に枠を広げることであろう。

(4) 社会福祉施策

労働福祉省社会福祉局による高齢者福祉の基本的考え方は、特に社会的にハンディキャップを負った高齢者が充実した生活を送るようにするとともに、弱者である高齢者がホームレスになったり家族から遺棄されないように保護することである。

この高齢者福祉は、入所保護と在宅保護とに分けられる。社会福祉局は、全国で 17ヶ所の老人ホームを運営しており、次のようなサービスが供与されている。

- ・生活必須条件の整備
- ・レクリエーションと宗教活動
- ・ソーシャルワーク
- ・疾病の治療
- ・心理療法
- ・作業療法
- ・葬祭扶助

なお、施設規模はかなり大きく、最大規模の施設はバンコクのバンケン老人ホームで、入所者数は、309 名となっている。また、最小規模の施設は、バンコク都の隣県であるナコンパトムにあるチャレム・ラチャクマリ寮であり、入所者数は、25 名となっている。社会福祉局の運営する老人ホームの入所者数は、総数 2652 名となっている。(1999 年) なお、これら的高齢者のほとんどが貧困者又は身寄りのないものであり、高齢者介護というが家族機能が保持されているタイの社会では、多くの高齢者は家族がケアをしている。

ただし、近年共稼ぎが一般的となり、家事使用人を得ることが困難となった都市部では、富裕層は高齢者を民間有料老人ホームに入所させている。ただ、バンコク都内の民間有料老人ホームの場合、入居金はないものの、一ヶ月の経費は 5 万バーツ (邦貨 14 万円) であり、これは一般的なサラリーマンの 3~4 か月分の給料に相当する額である。

高齢者の保護は施設内保護だけではなく、社会内でのサービスも行なわれている。サービスの形態は、次のとおりである。

社会福祉局は、14ヶ所の高齢者に対する社会サービスセンターを、全国で運営している(表7)。これらのセンターは、バンコクに4ヶ所が設置されているほか、チェンマイやコンケンという大都市を有する県に設置されており、センターでは所内でサービスを行なうほか、巡回班を作って村々を回りサービスの提供を行なっている。

これらのセンターで提供されるサービスは、医療、理学療法、相談、内職、教育、及び宗教活動である。地域巡回班は、専用バスを利用して地域社会に出向き、カウンセリング、医療、及び情報提供を行なっている。さらに、社会福祉局は、家族の問題を抱えたり、ホームレスになった高齢者を緊急に一時保護をするシェルターを運営している。以上のサービスの提供を受けたものは、図1のとおりとなっている。

高齢者に対する支援は、このような入所保護及び在宅保護のほかに、経済的支援がある。それらは次のとおりである。

① 高齢者家族への公的支援金

社会福祉局は、収入がなく、自活している貧困な60歳以上の高齢者に対して、月額300バーツの援助金を支給している。この援助金は、村人たちが自発的に設立した高齢者支援センターを通して支給されている。支給状況は、表8のとおりである。

ここで注目しておきたいのは、東北部においてセンター数も多く、また利用高齢者及び支給総額が、群を抜いて多いことである。これは、この東北部がタイの最貧地域であり、また多くの農民が出稼ぎのためバンコクやその他の大都市に流出しているからである。このため、農村部に残されるのは、高齢者とその孫なのである。したがって、いきおい公的な経済支援が多くなる。

② 民間寄付の呼びかけ

社会福祉局は、まだ高齢者支援センターの設立されていない地域の高齢者を経済的に支援するため、民間団体に寄付を呼びかけ、その寄付総額は、1999年には、1,283,800バーツとなっている。

③ 寺院における活動

社会福祉局のプロジェクトとして、1994年からタイ全国の寺院の協力を得て、遺棄された高齢者を保護するシェルターを寺院内に設置された。1999年現在では、362ヶ所のシェルターが設置されている。

さらに、1999年から寺院の中に高齢者センターを設置して、地域社会内の高齢者の福祉活動(健康増進活動等)を実施している。なお、1999年現在、全国で200ヶ所あり、運営資金として総額年間4,300万バーツが、健康増進活動のための器具購入費として各施設に年間14万バーツが支出されている。これらは、いずれも宮沢基金から支出されている。

(5) まとめ

タイにおける高齢者の生活の特徴は、傍系を含む大家族によって、その生活が支えられていることである。60歳を超える高齢者は、子どもあるいはその他の親族と同居することが多く、また経済的にも子どもが高齢者を扶養しているのである。

しかし、このような家族扶養のシステムは、一部で変化の兆しが見えており、高額所得者は有料老人ホームへ、貧困層は国立老人ホームへと、生活の場を移している事例も見られる。

高齢者の家族扶養が減少する場合、家族に代わって生活を支える経済保障が行なわれなければならないが、タイの場合は、まだその制度は十分に行き渡っていない。医療扶助は貧困者を対象としており、まだ皆保険にはいたっていない。したがって、今後保険制度の充実を図り、社会的に高齢者を扶養する体勢をつくらなければならない状況となっている。

なお、タイ政府は高齢者の健康維持のために、地域医療サービスの充実を図っており、施設入所保護よりも、地域サービスを充実しようとしている。高齢者が生まれ育った地域社会に住み、そこで一生を全うすることが高齢者にとっては最高の幸せであることを考えると、今後経済面、医療面で、地域に根ざした保護がますます拡大されることが望ましいと考えられる。

表1 世帯主の年齢層別家族構成の状況 (%)

家族構成	60歳未満	60歳以上	65歳以上	70歳以上
他人の家族	5.9	7.3	8.4	9.6
核家族	74.2	39.7	36.3	34.2
拡大家族	19.9	53.0	55.3	56.2
計	100.0	100.0	100.0	100.0

表2 家族構成と性別居住地別

家族構成	性別		居住地	
	男	女	農村	都市
全年齢				
独居	3.8	10.5	6.5	5.4
核家族	55.7	37.0	52.4	45.6
拡大家族	40.2	51.5	40.9	48.0
他人と同居	0.3	0.9	0.2	0.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(実数)	(635)	(324)	(536)	(423)
60歳未満				
独居	2.2	6.6	4.5	2.2
核家族	62.6	46.4	61.0	53.4
拡大家族	34.8	45.4	34.2	43.0
他人と同居	0.4	1.5	0.3	1.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(実数)	(457)	(196)	(374)	(279)
60歳以上				
独居	8.1	16.1	11.2	11.8
核家族	38.2	22.6	32.9	30.1
拡大家族	53.8	61.3	55.9	58.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(実数)	(173)	(124)	(161)	(136)

表3 高齢者の同居者

同居者	性別		居住地域	
	男	女	農村	都市
親	2.6	2.0	2.4	2.0
配偶者	68.2	24.0	39.0	42.4
子供	74.7	70.1	69.3	74.4
義理の子供	47.4	40.2	38.0	47.8
若年の親戚	53.2	54.3	53.2	54.7
他人	2.6	2.0	1.5	3.0

表4 属性別主たる稼ぎ手の比較

主たる稼ぎ手	性別		居住地		子供と同居		配偶者と同居	
	男	女	都市	農村	あり	なし	あり	なし
自分	27.3	12.6	20.0	16.3	16.1	23.3	27.0	12.2
子供	49.4	56.7	48.8	59.1	62.3	32.8	44.2	60.4
配偶者	5.2	4.7	4.9	4.9	5.5	3.4	12.3	--
親戚	3.2	11.4	10.7	5.9	2.4	23.3	0.6	13.5
貯蓄	4.5	6.7	6.8	4.9	4.8	8.6	4.9	6.5
年金	9.1	4.3	5.4	6.9	6.5	5.2	9.2	4.1
その他	--	2.4	1.5	1.5	1.7	0.9	--	2.4
回答なし	1.3	1.2	2.0	0.5	0.7	2.6	1.8	0.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
実数	154	254	205	203	292	116	163	245

表5 社会保健と社会福祉制度の歴史的動向

年次	事 項	公的扶助	公務員 保障	強制健康 保険	任意健康 保険
1929	民間保険事業開始				○
1954	第一次社会保険法（未施行）			○	
1974	労働者補償基金			○	
1975	貧困者への無料医療提供	○			
1978	民間健康保険会社設立				○
1978	公務員医療手当制度		○		
1981	低所得者保険カード（第一次）	○			
1983	母子保健基金				○
1984	地区単位の保健カードプロジェクト				○
1990	社会保険法；従業員20名以上			○	
1991	保険による保健カードプロジェクト				○
1992	高齢者無償医療制度	○			
1993	改正社会保険法；従業員10名以上			○	
1993	交通事故被害者保険			○	

出典； Anuwat Supachutikul "Situation Analysis on Health Insurance & Future Development" National Health Foundation, 1996, p.18

表6 保険給付の推移(%)

種 類	1991調査	1992報告	1995予測	1996推計
一般国民対象の保健福祉	16.6	35.9	33.5	28.1
低所得者	16.3	20.7	20.0	12.6
高齢者		6.2	4.0	5.3
公立小学校生徒		9.0	9.1	10.2
退役軍人	0.3		0.4	
公務員等対象の保健福祉	10.2	11.3	11.0	13.8
公務員	8.7	9.9	9.6	
国営企業職員	1.5	1.4	1.4	
強制健康保険		4.4	7.3	5.9
社会保険		4.4	7.3	
勤労者補償基金		3.2		
任意健康保険	1.7	3.9	8.4	9.1
保健カード制度	1.7	2.3	8.4	7.3
民間保険		1.6		1.8
加入者	31.8	55.6	67.8	56.8
非加入者	68.2	44.4	32.2	43.2

出典；表1に同じ。

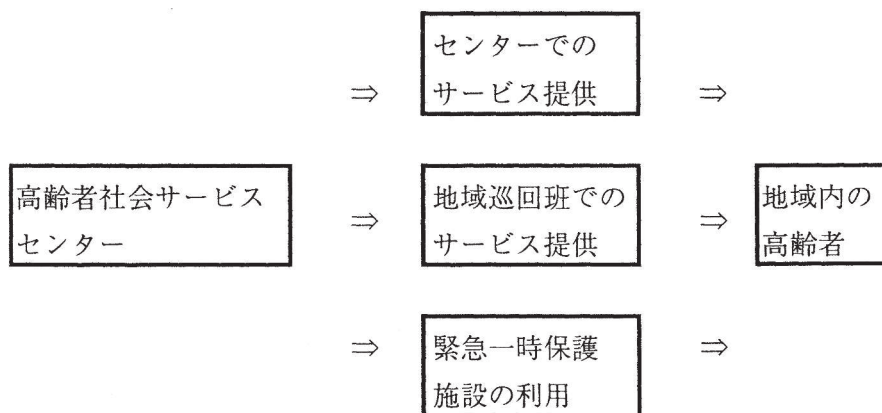
表7 高齢者の地域内ケア

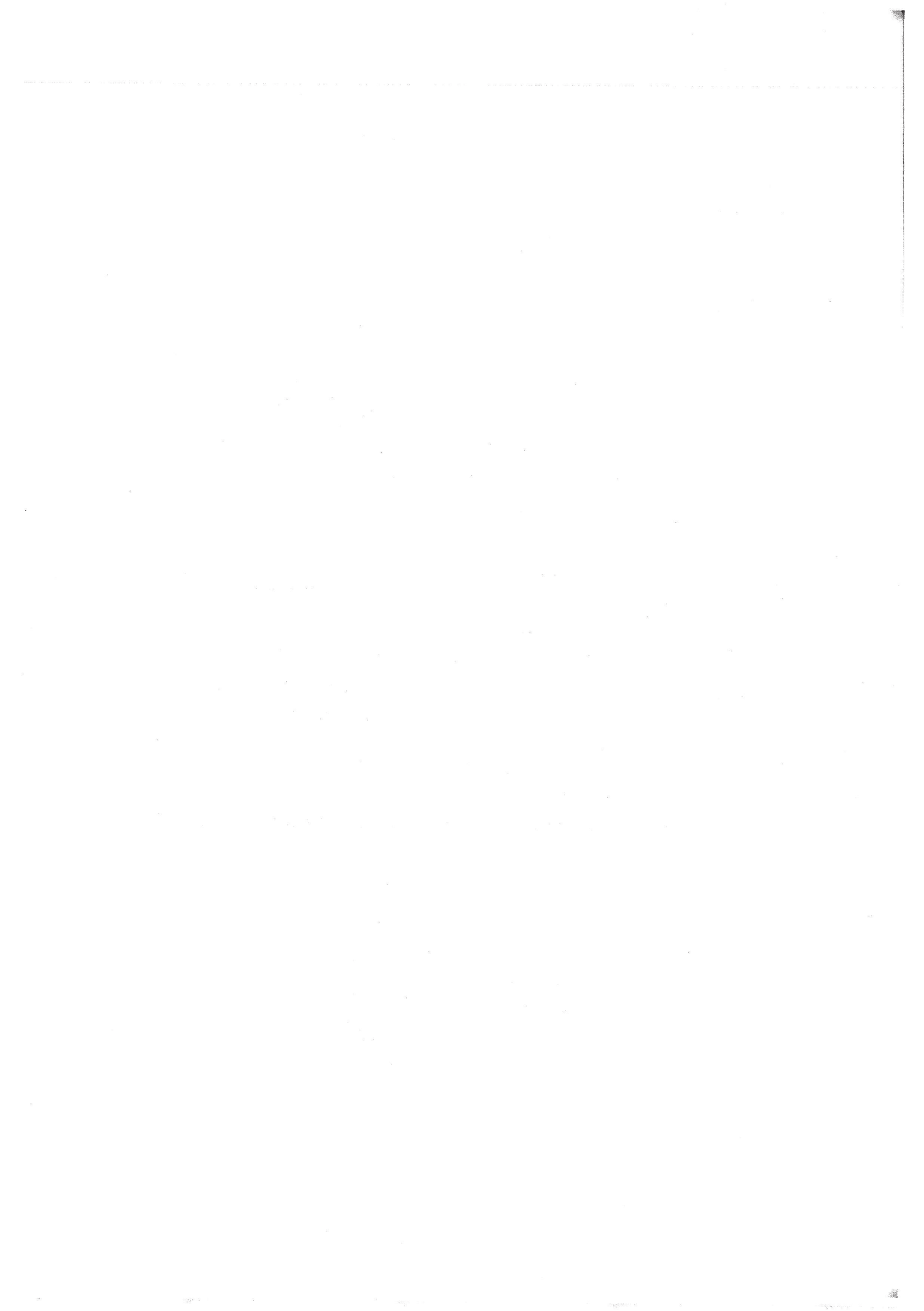
社会サービスセンター	所在県	サービス利用者数		
		センター	巡回移動班	シェルター
1. デインデン	バンコク	290,983	1,619	237
2. バンケ	バンコク	9,903	597	--
3. バンケⅡ	バンコク	178	130	--
4. ティプソコン	バンコク	3,785	115	--
5. バンラムン	チョンブリ	4,158	10	--
6. ロブプリ	ロブプリ	8,578	1,329	31
7. チェンマイ	チェンマイ	52,162	1,160	102
8. ピアマルン	チェンマイ	16,184	--	--
9. ワイトン	チェンマイ	6,243	18	--
10. スリスコト	ピサヌルク	80,890	582	3
11. コンケーン	コンケーン	82,062	1,307	3
12. ポークラン	ナコンラチャシマ	14,122	2,656	7
13. ワットムアン	ナコンラチャシマ	2,860	--	--
14. タクシン	ヤラ	1,121	185	--
合計		573,229	9,708	383

表8 高齢者支援センターでの経済的支援

地域	センター数	利用高齢者数	支給総額	構成比(%)
中央部	14,938	87,660	242,665,200	22
北部	14,588	87,893	242,411,400	22
東北部	29,380	176,923	486,165,000	44
南部	7,503	47,578	130,358,400	12
合計	66,409	400,054	1,101,600,000	100

図1 高齢者に対する社会サービスセンターでのサービス提供





第4章 国際協力の課題

1. 高齢者社会保障政策の課題

タイの高齢者問題の背景には、「貧困と不平等」の問題が存在する。そこで、貧困問題解決のために、日本がどのようなことが可能であるか、考えてみたい。

貧困を測る尺度はいくつかあるが、そのひとつが一人当たりの国内総生産額(GDP per capita)である。タイの1997年の国民一人あたり国内総生産額は2,800米ドルであり、これは日本のその14分の1である。そうすると、タイの人々は日本人より貧しい生活をしているのだろうか。必ずしも、そう言えない面がある。タイの人の中には、日本人が及びもつかない豊かな生活を楽しんでいる人々がいる。その一方で、スラムで、あるいは農村で、壁の崩れ落ちたような家に住んでいる人々も多い。特に、農村の高齢者は、貧困問題に直面している。このような二極分化した生活状態の存在は、貧困という問題とともに、富の不平等という問題を考えなければならないことを示している。

富の不平等を測る尺度に、ジニ係数がある。0が完全平等を、1が完全不平等をあらわし、その間の数値によって、不平等の程度が表される。1996年の当初所得によるジニ係数は、日本が0.4412であり、タイは0.462である。いずれも0.4を超えていて、決して不平等が緩和されているとはいえない。それでは、どのようにすれば、経済的不平等は緩和されるのであろうか。このためには、二つの制度が導入されなければならない。ひとつは、累進課税や相続税等の、富裕者に重い税を課する方法である。もうひとつは、社会保障による所得の再分配である。この税制の整備と社会保障制度の整備によって、貧富の差は縮小されるのである。日本を例にとって、これを説明してみよう。

表1で明らかのように、日本の場合、当初所得によるジニ係数は、先にも述べたように、0.4412であり、タイのそれと大差はない。しかし、税と社会保障によって所得が再配分され、再配分後

のジニ係数は0.3606となっている。日本にはタイにない相続税があり税による所得の再配分の効果が現れている。しかし、税による再配分でのジニ係数の改善率は1.7%にとどまっており、さらにこれよりも大きな効果の現れているのが、社会保障による再配分である。すなわち、社会保障によるジニ係数の改善率は15.7%にのぼっている。これから考えると、富の不平等は、社会保障を充実すればするほど解消していくものである。

社会保障を充実することは、慈善的に物品を貧困者に配分することよりももっと効果的な国民の生活を充実させる手段であり、国家の安定を図る方途であることを、日本は身をもって世界に伝えていくことができるのであり、またそうすべきなのである。

このことは、国際協力において、単に資金協力を行なうことよりも、知識と技術の移転が重要であることを、示している。日本は、世界でも類を見ないほどの速度で高齢化が進み、これに対処するために、さまざまなノウハウを蓄積してきた。この情報の提供こそ、真の国際協力となるはずである。そして、そのことによって、タイの高齢者問題への対処の方策へのヒントが与えられるのではなかろうか。

確かに資金協力は重要なことである。先にも述べたように、宮沢構想による資金協力によって、高齢者の地域福祉が進展していることは、否定できない。しかし、タイに社会に根づいた制度改革を伴い高齢者対策のためには、資金とともに知的財産の供与が不可欠なのである。

2. 今後の課題：環境保健対策

筆者が担当した、「タイ国の保健医療」の項において、今までに述べてきたことがらをまとめると、わが国と対比した時、以下の点が特徴として挙げられる。

- ①医療面においては、医療従事者1人あたりの人口が多い。
- ②医療水準等の指標として、乳児死亡率を提示したが、未だ改善の余地がある。
- ③保健対策の面では、健康増進対策についてさらに事業を推進する必要がある。特に、青少年の薬物汚染が課題である。
- ④健康状態等については、バンコクにおいては、わが国と同様に生活習慣に起因する疾病の増加傾向を認めたものの、地方では、主たる傷病が感染症、消化器系疾患、結核(特に肺結核)である。また、感染症は、わが国における分類ではⅡ類、Ⅳ類に属するものが多いことが特徴づけられる。
- ⑤受療率等については、性差、教育水準格差、経済的格差、地方別の格差の存在が認められた。
- ⑥高齢者の健康と疾病についても、上記④および⑤と同様の傾向が窺われた。

以上より、今後の課題としては、上述の特徴それぞれを包括し得る対策を講じる必要がある。

他方、タイ国では、第 8 次健康対策²⁵⁾において、国家的な課題を「健康増進対策」、「環境保健と労働衛生対策」と定め、現在この対策を推進しているところである。

さて、得られた資料より、第 8 次健康対策に関する表を提示する。即ち、家族計画(表 30)²⁵⁾、健康増進対策における重点項目(表 31)²⁵⁾、生活環境改善対策における重点項目(表 32)²⁵⁾および主たる死因別の乳児死亡率(表 33)¹⁷⁾である。

衛生の指標として、乳児死亡率がよく用いられる理由については、既に詳しく述べてきているが、表 33 から明らかなように、1 位は何らかの感染症・寄生虫疾患であり、2 位は敗血症である²⁵⁾。また、3 位に消化器系疾患、4 位は HIV 感染症であり、5 位ウイルス性疾患、6 位マラリアの順である。今回訪問先における討論の場で、提供された数多くの話題の中に、母子保健に関する項目が必ず含まれていた。母子保健対策に占める環境保健の重要性については言うまでもなく、今後の最重要課題として位置づけたい。

引用文献

17. 国民衛生の動向・2000 年第 47 巻第 9 号: (財) 厚生統計協会, 東京, 2000, pp.48-pp.57.
25. Public Health Statistics: Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand, 1997, pp.194-pp.198.

表 1 所得再分配による所得格差是正効果 (ジニ係数)

調査年次	当初所得	再分配所得		税による再分配所得 (当初所得－税金)		社会保障による再分配所得 (当初所得＋医療費＋社会保障給付金－社会保険料)	
	ジニ係数	ジニ係数	改善度 (%)	ジニ係数	改善度 (%)	ジニ係数	改善度 (%)
昭和 59 年	0.3975	0.3426	13.8	0.3824	3.8	0.3584	9.8
62 年	0.4049	0.3382	16.5	0.3879	4.2	0.3564	12.0
平成 2 年	0.4334	0.3643	15.9	0.4207	2.9	0.3791	12.5
5 年	0.4394	0.3645	17.0	0.4255	3.2	0.3812	13.2
8 年	0.4412	0.3606	18.3	0.4338	1.7	0.3721	15.7

出典；厚生省「平成 8 年度所得再分配調査書」



第5章

調査メンバー及び日程

1. 調査メンバー

国内検討委員会

黒田 俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
清水 英佑	東京慈恵会医科大学環境保健医学講座主任教授
萩原 康生	日本社会事業大学社会事業研究所教授（現地調査団長）
荻部ひとみ	人間総合科学大学教授（現地調査団員）
広瀬 次雄	（財）アジア人口・開発協会常務理事・事務局長
遠藤 正昭	（財）アジア人口・開発協会業務推進委員（現地調査団員）
楠本 修	（財）アジア人口・開発協会主任研究員
星合 千春	（財）アジア人口・開発協会国際課長
加藤 祐子	（財）アジア人口・開発協会渉外課長

2. 調査協力者（タイ国調査：2000年8月27日～9月2日）

在タイ日本国大使館

岩井 勝弘	一等書記官
Dr. Prasop Ratanakorn	Former Senator, Thailand

Asia Forum of Parliamentarians on Population and Development (AFPPD)

Mr. Shiv Khare Executive Director
Ms. Vipunjit Ketunuti Programme Associate
Ms. Achara Harawee Administrative Associate

National Economic and Social Development Board (NESDB)

Dr. Jawalaksana Rachapaetayakom Senior Expert in Planning
Mr. Palakorn Bupphanakorn Policy and Plan Analyst, Social Project Division

Ministry of Labour and Social Welfare

Ms. Nittaya Pudtum Social Worker, Dept. Public Welfare

Golden Years Nursing Home

Dr. Pattra Reakatanan Director
Mr. Takuji Furukawa Special Adviser to the Home

National Statistical Office (NSO)

Dr. Rossarin Gray Director, Social Statistics Division
Ms. Kulluck Lertpatrarapong Officer, Social Statistics Division
Ms. Pakamas Rattanalangkarn Officer, Social Statistics Division
Ms. Navarat Opanapan Officer, Social Statistics Division

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)

Dr. Nibhon Debavalya Director, Population and Rural and Urban Development
Division
Mr. Jerrold W. Huguet Chief, Population and Development Section

Kluaynamthai 2 Hospital

Mr. Srikarin Chanate Managing Director
Dr. Suvinai Busarakamwongs Medical doctor

Welfare Office, Lop Buri Province

Ms. Somsong chareanparn Officer

Dramaraksaniwesana Project (HIV/AIDS Hospice)

Mr. Chalernpol Polmuk Manager

College of Population Studies, Chulalongkorn University

Dr. Vipap Prachuabmoh Director

Dr. Napaporn Chayovan Deputy Director

Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Ms. Wathinee Boonchalaksi Associate Professor

Dr. Masaki Matsumura Foreign Expert

調査日程

調査日程：2000年8月27日（日）～9月2日（土）

日付	調査概要
8月27日（日）	<ul style="list-style-type: none"> 11:00 成田発 15:15 バンコク着（JL717）（荻部ひとみ、遠藤正昭） 現地コーディネーターMr. Shiv Khare AFPPD 事務局長と調査概要について協議
8月28日（月）	<ul style="list-style-type: none"> 国家経済社会開発委員会を訪問。Dr. Jawalaksana Rachapaetayakom, Senior Expert in Planning よりタイ国の国家開発計画の保健政策について説明を受ける。 在バンコク日本大使館を訪問。岩井勝弘一等書記官よりタイ国の社会保障及び保健医療の説明を受ける。 11:00 成田発 15:15 バンコク着（JL717）（萩原康生）
8月29日（火）	<ul style="list-style-type: none"> 社会福祉・労働省を訪問。Ms. Nittaya Pudtum, Social Worker, Dept. Public Welfare より高齢者の福祉対策の説明を受ける。 Golden Years Nursing Home を訪問。Dr. Pattra Reakatanan より老人介護等施設運営の説明を受け、施設を見学。
8月30日（水）	<ul style="list-style-type: none"> 国家統計局を訪問。Dr. Rossarin Gray, Director, Social Statistics Div. よりタイ国の保健、人口の統計データ収集について説明を受ける。 ESCAP を訪問。Mr. Jerrold W. Huguet, Chief, Population and Development Section よりタイ国の少子高齢化について説明を受ける。 Kluaynamthai Hospital 2 を訪問。同院の老人病棟、リハビリ施設を見学。
8月31日（木）	<ul style="list-style-type: none"> バンコクからロブプリ県に移動。 ロブプリ県福祉事務所を訪問。Ms. Somsong Chareanparn, Officer よりロブプリ県の老人ケアについて説明を受ける。 近郊農村を訪問。老人と同居世帯農家で農業生産等生活についてインタビュー。 Dramaraksaniwesana Project (HIV/AIDS Hospice) を訪問。Mr. Chalernpol Polmuk, Manager よりエイズ対策の説明を受け、施設を見学。

- ロブブリ県からバンコクに移動。
- 9月1日（金）
- チュラロンコーン大学人口学部を訪問。Dr. Vipap Prachuabmoh, Director よりタイ国の少子高齢化研究の説明を受ける。
 - マヒドン大学人口社会研究所を訪問。Ms. Wathinee Boonchalaksi, Associate Professor よりタイ国老人対策研究についての説明を受ける。
- 9月2日（土）
- 08:45 バンコク発 16:35 成田着（JL708）

収集文献リスト

1. 「タイ国経済概況(1998 - 99年版)」 1999年、バンコク日本人商工会議所
2. 「Pocket Thailand in Figures 1999」 1999年、Alpha Research Co., Ltd.
3. 「Statistical Yearbook Number 46, 1999」2000年、National Statistical Office and Office of the Prime Minister
4. 「Public Health Statistics AD1997」 1997年、Ministry of Public Health
5. 「Annual Report 1998」 Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare
6. 「Preliminary Report the 2000 Population and Housing Census」 National Statistical Office and Office of the Prime Minister
7. 「Thailand's Economic Crisis and Reproductive Health: A Case Study of Bangkok, Ang Tong and Sri Saket」 Feb. 2000, College of Population Studies, Chulalongkorn University
8. 「A Report on the Survey of the Welfare of the Elderly in Thailand」 March 1997, Institute of Population Studies, Chulalongkorn University
9. 「Family and the elderly: Case Study of Bangkok and Phra Nakorn Sri-Aquddhaya」 Jan. 1999, College of Population Studies, Chulalongkorn University
10. 「Summary the Eighth National Economic and Social Development Plan」 (1997-2001), National Economic and Social Development Board, Office of the Prime Minister

