

タイ地方農村における介護の社会化と高齢者の ウェルビーイングに関する予備的考察¹

木 曾 恵 子

1. はじめに

タイの地方農村で調査中、高齢者と乳幼児が連れ立って歩く姿をよくみかけた。都市部で働く娘や息子の子ども（孫）を祖父母が預かって、育てているのである。なかには、80代の曾祖母が日中は一人で生後数ヶ月の乳児の面倒をみていたケースもあった。実際、筆者による2005年の東北部農村における調査では、全人口の約2割が就労のために村外へ移動しており、その過半数が家計を担う10～30代の既婚者であった。また既婚の移動者のうちの約8割が、乳幼児を含む15歳以下の子をもつ母親でもあった〔木曾2013: 56〕。祖父母やキョウダイなどに依存した「育児の拡大家族化」は、地方農村の人々が首都圏や海外で働き、次の世代に投資する世帯戦略に欠かせない東南アジアのケアの社会基盤としても知られている〔速水2019〕。そうかといって高齢者は家族や親族から介護を受けやすい状況にあるかと言えば、その状況は大きく変わりつつあると言わざるを得ない。少子化²や若年人口の流出により家族世帯の規模は減少し、いまや育児の拡大家族化と言っても、頼られるのは祖父母である。未だ介護が必要ではない祖父母が頼られるとしても、高齢となる彼らの身体的な育児負担は小さくない。たとえば筆者がお世話になったある東北部農村の60代の夫婦は、未就学の2人の孫と

4人で暮らしていた。しかしある日、祖母が夜中に突然倒れて亡くなってしまい、祖父は若い孫たちの面倒を1人で背負い込むことになった。

これはある世帯が突然子育てを一人でこなさなければならないワンオペ育児に陥ってしまった例だが、育児の担い手が高齢者であり、場合によってはワンオペ育児と同時に老老介護が同時に発生する状況にもなりかねない。なぜなら国家統計局（NSO）の「2017年高齢者実態調査」によると、86.2%の高齢者は日常的な面倒をみてくれる者（介護者）³を有しておらず、有する場合でもその32.3%が配偶者となっているからである〔NSO 2017: 22-23〕。国連によると、タイの人口に占める65歳以上の高齢者の割合は2003年に7%を超え（高齢化社会）、2022年には14%（高齢社会）に突入する見込みとなっている⁴。また高齢者の大半は地方在住であり、首都圏居住者は全体の1割程度に過ぎない。とくに北部や東北部の高齢者率は2割に達している〔NSO 2017: vi〕。そうしたなかで国の福祉機能は十分とは言えず、タイも東アジア同様に「圧縮された近代」〔チャン 2013: 41〕⁵のもとで少子高齢化に突入しており、高齢者介護は私的領域に依存せざるを得ない。

そのうえ長寿化にともない、タイでも生活習慣病を起因とする死因（悪性新生物や心疾患、脳血管疾患など）が上位を占めるが、老化や死のプロセスが医療の専門家に管理される介護の医療化／病院化／施設化は、日本ほど顕著ではない。首都圏では長く延びた老後と死は、日本と同様に病院やナースィング・ホームで起こる場合もある。その一方で地方農村では、医療的側面からみても、介護や看取りは家族や親族が在宅で対応せざるを得ないことが指摘されている〔Williams 1996〕。こうした現状を受けて近年では、社会福祉の観点から介護者をめぐる状況に注目した研究〔渡辺・河森 2018, Watanabe et al. 2019〕や地域コミュニティにおける高齢者ケアの関係性を文化人類学的観点から分析した研究〔速水 2019a; 2019b〕、あるいは欧米主導の福祉やケアの概念に対して、タイ社会のケア概念や終末期ケア、在宅

での看護、看取りの方法に注目するなど [Aulino 2019, Scott 2020], 従来地域コミュニティで行われてきた高齢者ケアを現代的側面から捉え直す研究が目立ってきている。

タイにおける公／民／私的な高齢者ケアの脆弱性を踏まえて、本稿では地方農村における高齢者ケアの社会化について、今後より詳細な調査研究を行うための予備的な考察を行う。私的な高齢者ケアが困難となりつつある地方農村において、「介護の社会化」を誰が、どのように担っていくのか。そして介護が社会化されるなかで高齢者自身は自らの高齢期をどのように迎え、構築していくのかに関心を持つためである。先行研究で明らかにされてきたタイ社会特有のケアの関係性を踏まえて、地域コミュニティにおける、高齢者の「ウェルビーイング」(well-being)はいかに可能なのだろうか。「ウェルビーイング」は日本語で「福祉」とも訳され、病気に罹患していないという意味に留まらない「良好な状態」を意味しており、身体的、精神的健康はもちろん、社会／文化的にも生活がうまくいっている状態を示すものである。こうしたウェルビーイングは、歴史的には欧米で発展し、現在では世界保健機構や国連などの条約、宣言などにも取り込まれ、人類が追求すべき普遍的な目的として掲げられている。ただし注意すべきは、人権思想や個人の尊重、自律／自立、よりよく生きること、自己実現などの西欧近代的概念がその構成要素として自明視されている点である。高齢者政策においてもウェルビーイングは追求すべき重要な到達点であるが、非欧米圏の人々が何をもってウェルビーイングと感覚しているのかは、注意深く検討する必要があるだろう。また文化人類学的研究からは、そこに向けて人々はどうのように活動しているのか、その過程に焦点を当てる重要性が指摘されている [鈴木・藤原・岩佐 2010: ii]。

以上の問題意識から、本稿ではまず次の二点を明らかにしたい。一つはタイの高齢者介護に関する政策的側面を整理することである。それによってタ

イの高齢者介護が、家族や親族、地域コミュニティによる自助、共助に強烈に依存し、公助はあくまで補助的役割として位置づけられていることが明らかになるだろう。二つ目は地方の農村地域の事例から、地域コミュニティが高齢者政策をどのように受け入れ、高齢者がどのような高齢期を過ごしているのかを明らかにすることである。その事例のなかでタイにおける介護の社会化と高齢者のウェルビーイングについて検討し、今後の調査研究につながる課題を整理する。

2. タイの高齢者政策と介護

タイでは、介護が必要になった高齢者を社会全体で支える仕組みである日本の介護保険に該当するようなケア制度は整っているとは言い難い。経済面も含んだ高齢者のケアは、事実上ほとんど家族や親族が担っている。国家統計局（NSO）の2017年の調査によれば、高齢者の日常的な世話をする介護者は配偶者と娘が7割ほどを占め、それ以外も息子が1割強であり、全体のおよそ8割を家族が占める [NSO 2017: 23]⁶。本節では、タイの高齢者に関する政策を整理し、介護に関する制度政策の輪郭を明らかにする。まず高齢者に関わる主な政策において、介護に関する規定がどのようになされてきたかをみていこう。

第1次国家高齢者計画 1982-2001

1982年にウィーンで開催された「第1回高齢化に関する世界会議」(World Assembly on Aging)を受けて、タイで初めて高齢化対策の目的や基準、理念などが公式に設定された。介護については、家族によるケアを中心に据えた戦略が打ち出されたものの、具体的な動きは2002年の第二次国家高齢者計画までほとんどみられていない。またこれ以降、政策の対象となる60歳以上の「高齢者」を指す公的な用語として「プー・スーン・アーユ」

(ผู้สูงอายุ)⁷ が用いられるようになった [Baba 2006: 1]。

1997 年憲法

「1997 年憲法」は、タイの憲法史上、初めて具体的に高齢者について言及された現行憲法である。第 54 条は、「高齢者への国の援助」と銘打たれ、「満 60 歳を超え、生活に十分な所得のない者は、法律の規定に基づき国の援助を受ける権利を有する」と記されている。また第 80 条「社会的弱者への支援」では、「国は高齢者、貧困者、障害者あるいは虚弱者、および機会に恵まれない者の生活改善、および自立のために援助しなければならない」としている。このように憲法においては、社会的弱者として的高齢者への国の責任を大きく打ち出している。

第 2 次国家高齢者計画 2002-2021

高齢者介護に関する政策の運用は、「第 2 次国家高齢者計画」から具体的に始まった。2002 年の「第 2 回高齢化に関する世界会議」で採択された「高齢化に関するマドリッド国際行動計画 2002」を反映したものである。この計画は、「豊かな高齢社会への準備」「高齢者福祉の促進」「高齢者の社会保障制度の充実」「国家の管理制度と人材の整備」「開発戦略・政策のための調査と計画のモニタリング」という 5 つのセクションから成り立っている。高齢者は社会にとって価値ある個人であり、その価値と尊厳を維持促進していくという前提の下、まずは高齢者個人の自助努力の必要性を強調している。そして高齢者が日常的な援助を必要とする状況に陥った場合は、第一に家族と地域コミュニティがその責任を持たねばならないと明文化された。また地域コミュニティをベースとした高齢者ケア・サービスの構築が提唱され、保健や社会福祉に携わる人材育成戦略が盛り込まれた。政府による支援は、あくまでそれらを補完するものであるとした。

高齢者法 2003

「高齢者法 2003」は、「第 2 次国家高齢者計画」の内容を実施するための法的根拠として制定された。高齢者対策委員会（社会開発と人間の安全保障省高齢者エンパワーメント局）や高齢者基金の設立、高齢者福祉サービスの担当省の指名、所得のない高齢者を扶養する者への所得税控除などが規定された。

タイにおける主な高齢者政策の内容を概観すると、憲法では高齢者を社会的弱者として規定し、その支援の主体としての国の責任を明確に宣言している。その一方で主たる政策においては、高齢者ケアに取り組む責任は個人、家族、地域コミュニティにあり、政府による福祉はそれらを補完するものである、という規定の下でさまざまな高齢者福祉サービスが構想されている。

次にこうした法整備のもとで、高齢者介護に関してどのような具体的な保健、および社会福祉サービスが実施されているのかをみていこう。

年金、老齢給付、老齢手当制度

公務員と民間企業の被雇用者は年金や老齢給付を受給できるが⁸⁾、自営業や農家などインフォーマルセクターで働く人々は、政府からわずかな老齢手当が支給されるのみである。老齢手当は、高齢者法にもとづき、60 歳以上の国民へ給付されている。低所得で家族のいない高齢者に対して、1993 年から月額 300～500 バーツの現金給付が行われた。2009 年以降は政府による他の定期的給付を受けていない高齢者全員が、月額 500 バーツを受給できるようになった。また 2011 年に発足したインラック政権が老齢手当を増額し、現在は 60 代が 600 バーツ、70 代が 700 バーツ、80 代が 800 バーツ、90 代以上は 1000 バーツを受給している [菅谷 2013: 64-75]。ただし 1 日当たりの最低賃金が 308～330 バーツであることを鑑みると、老齢手当は

決して十分とは言えず、第一次産業従事者が大半を占める地方農村の高齢者は子どもに経済的に依存することになる。

医療保障⁹

高齢者に特化した医療制度や介護保障というわけではないが、タイでは公務員医療給付制度や民間被雇用者の社会保険医療制度だけではなく、それらに加入していないインフォーマルセクターで働く人々を対象とした医療保障制度（通称「30 パーツ医療制度」）がある。高齢者は自らの就業形態によって、いずれかの医療保障を受けることができる。2002 年から全国的に実施された「30 パーツ医療制度」（UC 制度）は、入院時や通院時に 30 パーツの自己負担で基本的な医療ニーズに対応したサービスを楽しむことができる制度で、現在では完全無料化している [菅谷 2013: 79-82]。ただし、高齢者の在宅でのケアや介護に対する継続的な保障は、その範疇ではない。

コミュニティ・ベース高齢者ケア

家族や地域コミュニティを中心とした高齢者介護を打ち出す政策にもとづいて、具体的に構想されている制度が、「コミュニティ・ベース高齢者ケア」である。家族による在宅ケアを基本としたうえで、行政区に設置された健康増進センター（โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล）と社会開発・人間の安全保障省の管轄下のボランティア住民が連携して家庭訪問をし、介護の基礎的なサービスを提供する [スワンラダー 2017: 167]。

2016 年には、地域住民によるボランティアを保健省保健局が「ケアマネージャー」（care manager; ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ）と「ケアギバー」（care giver; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ）という区分に分け、介護従事者として育成、登録するプログラムを実施している。それぞれ研修を受けた後、ケアマネージャー 1 人が 35～40 人の要介護者を担当し、その下でケアギバー 1 人が 7～10 人を担当する

とした。こうした地域コミュニティを基盤とした高齢者のケアマネージメントには、JICA など日本の開発プロジェクトが大きな影響を与えている。

ここまで高齢者介護に関わるタイの主たる高齢者政策と保健医療、社会福祉サービスの輪郭を整理してきた。急速に高まる少子高齢化の波のなかで、タイは介護の医療化／病院化／施設化の方向ではなく、あくまで家族や親族、地域住民のボランティアによるコミュニティ・ケアに対する高齢者支援を明確に打ち出している。日本の介護保険制度のように国家レベルで「介護」(long-term care) を統制する法制度は存在せず、地方自治体レベルで高齢者介護のプログラムが実施されている。

3. 地方農村における高齢者福祉サービス

それでは地方農村において、上述した高齢者政策や保健医療、社会福祉サービスは、どのように受け入れられているのだろうか。本節では、東北部マハーサラカム県ナーチュアック郡 S 区の地域コミュニティを事例にみていく。東北部は、コラート高原と呼ばれる標高 120～200 m のなだらかな起伏のある広大な丘陵地に位置している。全体の人口の約 3 分の 1 を抱えるとともに、天水に依存した水稲耕作を生業とする人々が多く、所得水準が低い地域でもある。調査地であるマハーサラカム県ナーチュアック郡 S 区は、首都バンコクから約 400 km の距離にあり、東北部の中央から南に広がる立木が点在した広大な水田地帯に位置している。歴史を遡れば、この地の住民は現在のラオス人民共和国のあたりから南下し、開拓移住を繰り返してきた人々の子孫である。標準タイ語の東北方言を話し、大多数が上座仏教徒である。集落近隣に大きな商業区域はなく、近年は首都圏や外国で就学、就労し、都市部へ移住する若年層が後を絶たない。

(1) 調査地周辺の高齢者概況

マハーサラカム県の人口に占める高齢者の割合は、22.1%と比較的高い。2019年の区の統計によれば、調査地ナーチュアック郡S区の人口4,796人のうち60歳以上の占める割合は20.9%である。県都では19.7%、ナーチュアック郡都は21.7%であり、県全域の高齢化率は全国平均よりも高い¹⁰。

また保健省の統計によると、家庭訪問などで明らかになった要介護者は、S区内では4名と比較的少ないが、ナーチュアック郡全体では1,974名で、郡の高齢者全体の約1.4%となっている。ここで言う要介護者とは、主に家のなかで活動し、移動や階段昇降、入浴、食事、着衣、排泄など日常生活のなかで生じる基本的な動作（Activities of Daily Living; ADL）に支障が出る者、および寝たきりの状態にある者を指している¹¹。こうした要介護者の情報は、ADLの評価基準をもとに分類し、データベース化されている¹²。またS区内の要介護者4名は、いずれも寝たきりの状態にある者である。

マハーサラカム県内には、県都に県立病院と私立病院が1ヶ所あり、その他各郡に郡立病院がある。各郡都には個人経営のクリニックが数ヶ所あり、ナーチュアック郡都にも内科クリニックが2ヶ所、歯科クリニックが1ヶ所ある。また各区には保健省の健康増進センターが設置されており、一次医療機関として軽症者の投薬や怪我の処置等だけでなく、各行政村への公衆衛生や健康増進に関するプログラムやコミュニティ・ベース高齢者ケアの取り組みの中心となっている。ただしナーチュアック郡のほとんどの健康増進センターには、医師は常駐していない。S区のセンターでも、医師の診察は毎月第1金曜日（8:30～16:30）のみである。2020年11月現在、同センターに常駐しているのは、センター長である看護師（公務員）、歯科衛生士（保健省職員）、常勤看護師（公務員）、看護助手（保健省職員）、公衆衛生専門員（保健省職員）、公衆衛生担当職員（公務員）、同職員助手（臨時雇用職員）、タイ伝統医療医（短期雇用非常勤職員）の8名である。住民は通常、クリニッ

クや健康増進センター、あるいは郡病院を一次医療機関（郡病院は二次も）として受診し、そこで対応できなくなると、より高度な治療を求めて県立病院や県外の大病院などの三次医療機関を受診する。調査地周辺では、生物医療の病院やクリニック、健康増進センターの医師による診療の他、センターの看護師や保健ボランティアのアドバイスや応急処置、そして精神面にも対応する僧侶やタイ・マッサージ、薬草による疼痛緩和などを行う伝統医療医も日常的に利用されている。

また調査地周辺には、デイケアなどの通所型施設、あるいは介護付きの居住型高齢者施設の双方とも提供されていない。県都には社会開発・人間の安全保障省が管轄する県立の高齢者施設が1ヶ所あるが、介護施設ではない。無料の健康型老人ホームであり、健康状態に大きな問題はないが、貧困問題を抱え、身寄りのない高齢者が対象となっている¹³。首都圏では民間の介護付き老人ホームの需要も高まっており、日本企業の進出もみられるが、地方農村では在宅ケアが中心である。

(2) 高齢者介護ボランティアの育成と高齢者ケア

マハーサラカム県によると、2020年時点でケアマネージャーとして登録している者は県全体で75名であり、そのなかでナーチュアック郡はもっとも多い14名となっている。またケアギバーとして登録されている者は557名で、これもナーチュアック郡がもっとも多く146名となっている。S区からケアギバーとして登録されているのは30名で、全員女性である。すでに指摘されているように〔渡辺・河森 2018: 310-311〕、やはり調査地でもケアギバーの多くは圧倒的に女性である。年齢をみると、県内のケアマネージャーは30～40代が多く、ケアギバーは40～50代が多い。そのなかで男性のケアギバーは47名おり、大多数が50代以上である。

ケアマネージャーは、高齢者介護に関する十分な知識や経験を有していな

ければならず、大学や高等専門学校で医学や看護学、あるいは助産学を学んだ満 25 歳以上の者であること、または看護助手の資格を有する、あるいは保健省など関連機関の研修を 420 時間以上受講したうえで 3 年以上の高齢者ケアの経験を持つ者であることなどが求められる。仕事内容は、担当する高齢者の要介護状況を評価し、個人にどのようなケアが必要か、また地域の高齢者の健康管理のために何が必要か把握し、ケアプランを作成することである。たとえばナーチュアック郡病院の看護師でもあるケアマネージャーの 1 人は、地域の高齢者は糖尿病や高血圧、骨関節炎、うつ病を抱えている者が多いが、日常的な介護が常時必要な者は多くはないと言う。基礎疾患がある高齢者であっても、ほとんどが集落内ならば日中は歩いて親族や友人を訪問して会話に興じたり、寺院での行事や活動に参加したりするのに不具合を感じておらず、現状では心配なことはあまりないとのことだった¹⁴。

またケアギバーも、少なくとも中等教育修了か同等程度の学歴をもつ満 18 歳以上の者で、関連機関による 420 時間以上の研修、あるいは 1 年以上の高齢者介護経験と 70 時間以上の研修を受けた者でなければならない。登録後も 2 年に 1 度の研修が義務付けられている。区の健康増進センターが中心となり、看護師やケアマネージャーの指導のもと、実際に地域の要介護者の家庭訪問やケアを担当する。たとえば現在 43 歳で中学修了¹⁵の S 区内のケアギバー A は、実母を自宅でケアし、看取った後、ケアギバーの研修を受けた。2020 年 8 月時点で、A は重度の要介護者ではないが認知症の男性と糖尿病の女性を担当しており、月に 1 度の家庭訪問で血圧や血糖値の測定などの健康チェックや頓服確認などを行っていた¹⁶。

調査地周辺を含む地方農村の地域コミュニティでは、ケアギバーに加えて、各行政村に数人いる「保健ボランティア」(๑๙๓๓.) も地域の医療や高齢者ケアを下支えしている。保健ボランティア制度は、保健省の管轄で 1977 年から開始されており、従来から地域コミュニティ内の保健や福祉ニーズの担い手

となっていた。保健ボランティアは、健康増進センターを中心に、公衆衛生活動の啓蒙、住民の血圧や血糖値などの健康チェック、高齢者や障害者など要介護者の定期訪問などを行い、そのデータは健康増進センターを通して管理されてきた。月600バーツのボランティア報酬がある。従来、保健ボランティアの業務内容には、高齢者の健康増進や要介護者の訪問などが含まれており、ケアギバーが担当する範疇と重なっている。そのためケアギバーとして登録する者は、同時に保健ボランティアである場合も多い。前述のケアギバーAも、長年保健ボランティアとしてS区内で活躍してきた人物である¹⁷。

またケアマネージャーやケアギバー、保健ボランティア以外にも、高齢者ケアに携わる住民の姿がある。たとえばS区内でインフォーマル教育を行う教員らは、高齢者への新聞・雑誌等の読み聞かせ活動、高齢者の健康増進、およびうつ病予防のトレーニングなどの活動を、コロナ渦においても積極的に行っている。また後述するが、寺院でのさまざまな活動も、高齢者の健康増進に一役買っている。

以上のように調査地では、地域住民によるボランティアを中心にしたコミュニティ・ベース高齢者ケアの体制が整いつつあると言える。とは言えケアギバーが行うのは、健康増進の啓蒙や健康状態のチェック、通院や買い物への付添などが中心であり、食事や水浴び、排泄の介助といった直接的な介護を行っているのは、もっぱら家族や親族である。たとえば前述のケアギバーAも、2016年1月の登録後、継続して直接的な介護を任されたケースはなく、たまたま家庭訪問で居合わせた際に、歩行の手助けや食事の介助をしたことがあるくらいだと言う。また食事の介助を行った相手はAの親族であった。同様の状況は、ナコンラチャシマー県で調査をした渡辺・河森も報告しており〔渡辺・河森 2018: 307-308〕、地方農村のケアギバーに共通した傾向とも考えられる。

4. 高齢期の生活

住民ボランティアによる在宅ケア制度が構築されつつあるなかで、地方農村の高齢者はどのような高齢期を迎えているのだろうか。S区内の高齢者を事例にみていく。

まず高齢者は誰と暮らしているのだろうか。S区内行政村Cの保健ボランティアによると、2020年8月現在、同村で高齢者の独居世帯は120世帯中3世帯ある¹⁸。それ以外は、いずれも家族の誰かと暮らしている。60歳以上の高齢者のいる世帯構成は、配偶者や子ども、孫と暮らす直系家族が大半である。理想的には妻方居住であり、末娘が老親と同居し、扶養する。老親のケアは同居する末娘の負担となるが、これまでは結婚して家を出た他の子どもたちも同屋敷地や近隣で暮らす傾向があり、とくに娘らが農業や日常生活においても世帯をこえて相互扶助的な関係を築いていた〔水野 1981〕。ところが少子化や若年人口の都市部への流出により、独居や高齢者夫婦のみの世帯、高齢者と孫のみの世帯も目につくようになっていく〔木曾 2013, 2019〕。現在同村で60歳以上の高齢者がいる世帯は約半数に及び、そのうち高齢者のみの世帯が約15%、高齢者と孫のみの世帯は約20%となっている。

また独居世帯について筆者が2018年8月に行った調査では、3世帯とも誰かのケアを要している状態ではなく、近隣にキョウダイや子どもなどの親族が暮らし、日常的に訪問し合っていた。買い物や通院などはそれら親族が付き添い、食事の支度も手伝う、あるいは共に食事をする様子が伺えた。

それでは地方農村の高齢者は、このように家族や親族に囲まれ、どのような日常生活を過ごしているのだろうか。高齢者の生活の具体的な事例をみていこう¹⁹。

独居女性の事例

Lは2016年に68歳で亡くなった。子どもはおらず、2004年に23歳年上の夫を亡くした後は、独りで暮らしていた。とは言っても、同じ屋敷地内の別棟に妹世帯と姉世帯が暮らしており、両親から相続した水田は3世帯の共同で稲作を行っていた。晩年、Lは農作業には出られなくなるが、主食のもち米は妹世帯から分けてもらっていた。79歳で老衰のため亡くなった夫は、当時56歳だったLやLの姉妹が中心となって看取った。

Lは保健ボランティアや村の女性グループの委員長を務めるなど、行政の活動にも積極的に携わっていた。養蚕や機織の知識が豊富で、日中、自宅で糸繰りや機織をするLの周りには、沢山の女性たちが集まっていた。また2005～6年に筆者が定着調査を行っていた際には、毎朝僧侶への食施を欠かさず、農繁期以外の朝食時間はほとんど寺院で高齢女性らと過ごしていた。とくに雨安居の仏日に24時間寺院で八戒を守って過ごす持戒行には、毎回参加していた。当時の筆者のフィールドノートには、Lが持戒行の日を楽しみにしており、次の持戒行に参加するかどうか周りの友人たちによく尋ね歩いている姿が記されていた。

Lは肝臓を患い、亡くなるまで1年ほど自宅から出られず、最後の数カ月は寝たきりの状態だった。症状が悪化した際には郡病院を受診し、時には数日間入院したが、症状が安定すると自宅に戻った。食事や水浴び、排泄の介助など直接的なケアは、隣家で暮らす妹と姉が行っていたという。最期は、妹や姉夫婦、甥姪たち、その他親族や幼馴染に看取られて旅立った。

このようにこれまでは独居高齢者と言っても、夫婦ともに近隣出身者が多く、近くに複数の親族が暮らしている場合がほとんどであった。しかも妻方居住の傾向が強く、配偶者を看取った後に妻が残された場合でも、老後のケアの担い手を心配しなければいけないという状況に陥ることは少なかっただ

ろう。しかし少子化が進むうえ若年人口が流出し続けるなかで、今後は調査地のような集落でも、身寄りのない高齢者が増えてくるのだろうか。また、住民による高齢者ボランティアは、どのように家族中心の高齢者ケアに関わることができるのだろうか。

一方で、調査地周辺の人々にとって理想的な高齢期とは、子育てや経済的側面での家族への責務を果たし終え、Lのように宗教実践に専念することであった。寺院に止住する僧侶へ食施をする、仏教的年中行事の準備をし、参加する、あるいは持戒行に参加するなど、仏教実践に日常的に専念する。そうして功德を積む行為が、地方農村の人々の日常生活や人生にとっては非常に重要な行為として捉えられている。たとえば持戒行に参加するのは、家族を養い、ケアする義務から解放された高齢者で、ほとんどが女性である。男性は出家して僧侶になることで最大の功德を自分や家族に積むことができる一方で、出家ができない女性は男性よりも熱心に仏教実践に参加している。地方農村の女性の宗教実践について論じた加藤は、持戒行は50回参加すると地獄に堕ちないと言われ、老いと死を身近に考え始めた高齢者にとって、持戒することによる積徳は現実的な意味をもつという[加藤 2008: 142]。またLのように、仏教実践とともに幼馴染らと過ごす時間でもある持戒行は、高齢女性の楽しみの一つとも考えられるだろう。要介護状態でなければ、高齢期に1人暮らしであっても、寺院でお腹を満たすことはできるし、人々とコミュニケーションをとることもできる。そして最期の時は家族や親族、幼馴染らに囲まれた自宅で迎える。それが社会的に望まれる過ごし方であった。

しかし近年、そうした高齢期の迎え方とは異なる状況も現れている。

高齢者夫婦と孫世帯の事例

60代の夫婦は、未就学の孫2人と4人で暮らしていた。夫婦の3人の子



写真1) 持戒行のため寺院に集まった高齢者（2005年筆者撮影）

どもはいずれも大学に進学した後、首都圏で働いている。夫婦と暮らす孫は、銀行員として働く長女の子ともである。孫は兄が村内の幼稚園に通い、弟はまだ2歳であった。2人の孫の世話に手がかかるようになり、夫婦は農業を大幅に縮小した。稲作とキャッサバ栽培によって現金収入を得ていたが、2018年はキャッサバ栽培を中断し、稲作は自給分のみであった。孫の養育費や生活費、衣類などの物資は、長女から頻繁に仕送りがあった。また夫は保健ボランティアのリーダーとして村の行政に長年携わっており、わずかだが月々の報酬もあった。若い頃は中東に出稼ぎに行き、子ども3人の学費を捻出した。

夫婦のみで暮らしていた時、妻は毎朝寺院へ食施に行っていた。しかし孫を預かってからは、仏日や行事の際しか寺院へ行かなくなった。2017年には、持戒行に一度も参加しなかった。夫が一人で孫の世話をするのは大変だと考



写真 2) 孫を連れて集まる高齢女性たち (2018 年筆者撮影)

えたからである。

2018 年 8 月の調査の際には、夫婦の家の庭先で孫を預かっている高齢女性が数人集まり、幼い息子を連れていた筆者とともに、子育て談義で盛り上がった。ところがその夜、妻が意識不明となり、未明には亡くなってしまった。妻は午前 2 時頃に目眩がすると言いながら、夫に支えられながらトイレに行った。しかし、寢床に戻ると意識を失った。すぐに夫は郡病院の救急車を呼んだが、すでに亡くなっていた。その夜は夕飯もいつも通り食べ、寝る前の読経も一緒にしたという。保健ボランティアによる健康診断の際、妻はいつも血圧が高く、クリニックでは心臓に負担がかかっていると忠告されていた。毎日薬を飲むように言われていたが、薬を飲むと病人みたいで嫌だと、妻はあまり服薬していなかった。

妻の死後も、夫は孫と暮らし続けている。長女は以前よりも頻繁に実家を訪れるようになり、孫は 2 人とも村の保育所や小学校に通い始めた。近隣

の親族から食事の差し入れを頻繁に受けるなど、周りの助けを借りながら、夫は孫育てをしている。

従来は子育てを終え、家族をケアする責任から解放されるはずの高齢期だが、上記のように首都圏で働く子どもの代わりに再び孫の世話に追われる高齢者の例も少なくない。子育て世代にとって祖父母に子どもを預けることは、不安定な首都圏での就労を支える世帯戦略のひとつでもある [木曾 2013]。その一方で孫を預かる高齢者にとって、自分たちの状況は前の世代が過ごしてきた高齢期の姿とは異なっている。とくに前述の L が楽しみにしていた持戒行は、乳幼児の孫を抱えている場合、参加するのは難しい。自宅から離れ、一日寺院で過ごさねばならないためである。たとえば息子の子どもを預かっていたある高齢女性は、同居する娘に乳児である孫の世話を任せて持戒行へのぞんでいたが、日中も頻繁に自宅と寺院を行き来していた。日が暮れると「やっぱりだめだ」(๑๑๑๑) と持戒行への参加を諦め、孫と一緒に家で眠りについていて、すなわち孫の世話をする高齢者にとっては、従来の高齢者が行ってきた持戒行のような仏教実践と孫の世話は、両立するのが困難なものに見受けられる。とくに孫が乳幼児である場合、豊かな高齢期を象徴するいくつかの仏教実践を断念せねばならない。

また上述の夫婦のような例をみると、地方農村では拡大家族のなかで誰かがケアを引き受けられることができる社会基盤があるとも言えるが、それは人々が頼ろうとする強さになりながらも、一方で非常に脆弱でもあることが浮き彫りになる。まず拡大家族のなかで誰かがケアを引き受けられると言っても、頼られるのはほとんどが祖父母である。高齢に差し掛かった祖父母にとっては、乳幼児の孫は愛らしい一方で、日常的にその世話をするのは身体的にも大きな負担である。そして上述の夫婦のように、どちらかが倒れた場合、ワンオペ育児と老老介護が同時に襲ってくる可能性も否めない。

こうした例をみると、地方農村でも「介護の拡大家族化」はすでに困難な

状況にあるのではないかと、という懸念がこみ上げてくる。家族や親族、住民のボランティアによる高齢者ケア制度の構築を目指すタイだが、ケアの担い手が多いと考えられる地方農村においても、私的な育児／介護の困難さは現れている。またボランティア自身も地域の住民であり、しかも30～50代の女性が多いことを考えると、今後彼ら自身も家族のケアの負担を抱えていく可能性がある。

5. 「介護の社会化」の可能性と新たな高齢期

少子高齢化が急速に進むタイでは、日本のように家族が担えなくなった高齢者ケアを国家が社会保障制度として担う介護の社会化ではなく、従来から地域コミュニティがもつ家族による「ケアの潜在力」[速水 2019]に頼りつつ、住民によるボランティアを動員する「介護」制度を構築しようとしている。

本稿で取り上げたように、地方農村においても日本同様、高齢期の迎え方は大きく変わりつつある。これまで理想とされてきたライフステージは、もはや現実とはかけ離れているのかもしれない。実際、豊かな高齢期を象徴する仏教実践へ専念する時間は、孫育てに従事する高齢者だけでなく、日々の労働に勤まなければならない健康な高齢者にとってはあまり見出せない。家族や親族に囲まれた老後を過ごすような「介護の拡大家族化」は、すでに不可能な状況に近づきつつあり、それどころか高齢者による育児負担や老老介護の懸念もある。

そうした状況のなかで、自身も同じ地域の住民であるボランティアは、どのようにケアが必要な家族に関わっていくことができるのだろうか。また報酬が高くはないボランティアに、どこまで依存することができるのだろうか。たとえば渡辺・河森らも報告しているように、現状では高齢者介護を実践するケアギバーは、健康チェックや健康増進のアドバイスが中心で、食事や水

浴び、排泄の介助などの直接的な介護を行っていない [渡辺・河森 2018]。直接的な介護は、あくまで家族や親族が行うと考えられている。このようにケアギバーが直接的な介護を行わないのは、要介護者が多くはなく、家族や親族などケアの担い手が十分に足りているためなのだろうか。もしくは高齢者の直接的介護に関する研修等が、十分に実施されていないためなのだろうか。それとも住民たち自身が、家族や親族以外は直接的な介護に携わるべきではないと考えているのだろうか。いずれにせよ、地域住民のボランティアによる「介護の社会化」に依存せねばならないのであれば、ケアギバーがなぜ直接的介護をあまり行わないのか、その理由を具体的な調査から明らかにする必要があるだろう。その理由とともに、直接介護を含む高齢者ケアは、ボランティアで対応できる類のものかどうかとも検討していかなければならない。

またケアの対象となる高齢者の側から考えてみると、祖父母による孫育ての例からは、高齢者のウェルビーイングとは何か、という問いも浮き彫りになる。文化人類学の観点から高齢者のウェルビーイングについて考察した鈴木らの研究では、高齢者が希望するウェルビーイングが多様であり、大きな変化にさらされていることを描き出している [鈴木・藤原・岩佐 2010]。同様にタイの地方農村においても、家族や親族、地域コミュニティとの関係のなかで、高齢者が希求するウェルビーイングはいくつかの傾向がみえる。たとえば身体的に健康な高齢者にとって、寺院での仏教実践は来世を見据えた功德の実践であると同時に、精神的、社会的に良好な状態を保つためのリクリエーション的な要素ももっていた。その一方で、高齢者にとって仏教実践と天秤にかけられる孫育ては、子育てというケア労働の担い手として新たな役割を高齢者に付与している。孫育てによって共同体的な仏教実践へ参加する機会は減少するが、孫と暮らす高齢者の生活は、娘や息子からの仕送りによって経済的に安定する。また身体的には負担の多い乳幼児の世話ではあ

るが、孫育ては労働者である娘や息子を支え、離れて暮らす家族をつなぐ結び目としてより重要な役割を担っている。そこには家族・親族のなかで暮らし、老いていくという高齢期の安定を求める姿が見出せる。こうした意味で仏教実践、および家族のケア、どちらも地方農村の高齢者のウェルビーイングにとって必要な要素のひとつであるだろう。少子高齢化が進み、高齢期が長くなっていくなかで、要介護状態に陥るのを避けるという意味でも、人々が精神的、社会的に希求するウェルビーイングとはどのようなものなのか、今後の調査のなかから具体的に追求していきたい。

超高齢社会日本では、2025年の多死社会の到来を目の前にして、高齢者ケアを狭義の医療からより広い社会的な文脈に置き直そうとしている。そして地域社会や家族における高齢者といった視点から、老いや在宅での介護、終末期ケア、看取りなどが注目されている [林 2020; 佐々 2020]。現在タイの地方農村では、高齢者の老いや介護、死は医療化／病院化／施設化されておらず、上座仏教の思想ともあいまってより広い社会のなかにある。その社会のなかで、高齢者のウェルビーイングとは何か、またそのウェルビーイングを維持するために不可欠なケアとは何か、地域コミュニティにおけるケアを支える基層を明らかにする具体的な調査研究が望まれる。そのうえで、「高齢者介護」という専門的ケアを相対化して考えていかなければならないだろう。タイ地方農村の人々がいかなる「介護の社会化」を担っていくのか、引き続き注目していきたい。

【注】

- 1 本稿は、科学研究費補助金（特別研究員奨励費「東北タイ農村における社会変動と親密圏に関する研究：女性同士のつながりに注目して」(2019～2022年度、代表：木曾恵子)の助成による研究成果の一部である。
- 2 タイでは、高齢化と同時に少子化も急速に進んでいる。合計特殊出生率は

タイ地方農村における介護の社会化と高齢者のウェルビーイングに関する予備的考察

1965年まで6を超えていたが、政府による家族計画が地方農村にまで浸透し始めた1970年代以降急速に低下し、1995年には2を下回り、2017年には1.53にまで下がっている。

- 3 「日常的な面倒をみてる者」(介護者) (ผู้ดูแลปรนนิบัติการทำกิจวัตรประจำวัน) とは、高齢者の食事や着替え、水浴び、洗顔、歯磨き、排泄などの世話を日常的に行う者と定義されている [NSO 2017: 22]。
- 4 タイ政府は高齢者を60歳以上と定義しており、それによると2017年の高齢者率は16.7%である [NSO 2017: v]。
- 5 1880年代からゆるやかに近代化を進め、福祉国家としての機能を成熟させたヨーロッパ諸国に対し、国家制度が追いつかないまま少子高齢化などの社会変動が急速に進んだ東アジアの状態を「圧縮された近代」と呼び、分析対象とした [チャン 2013: 41-44]。
- 6 日常的な介護者の75.1%が女性であり、15~59歳が65.3%となっている。老老介護となる60歳以上の介護者は、すでに34.5%に及んでいる [NSO 2017: 22]。
- 7 プーは者、スーンは高い、アーユは年齢を意味しており、「プー・スーン・アーユ」で年齢が高い者といった意味をもつ。この語は、一般的に伝統的知識を有する老人を意味する「コン・タオ・コン・ケー」とは異なり、より政策的意図をもって社会的弱者としての高齢者を表す用語である [Baba 2006: 1]。
- 8 民間被雇用者を強制加入とする社会保険制度を1991年から実施し、1999年には老齢給付の積立を義務付けた [菅谷 2013: 66]。
- 9 タイの医療福祉制度については、河森 [2009] が詳しい。
- 10 ナーチュアック郡S区の人口、高齢者率については同区保健所が発表したデータ (<http://gishealth.moph.go.th/pcu/admin/pcu.php?code=05002>) による。またマハーサラカム県内の他地域の高齢者率については、同県が作成した高齢者に関するデータ (<http://mkho.moph.go.th/ltc-advanced/frontend/web/index.php/module/person/person/report1>) による。
- 11 基本的ADLを20点満点で評価した場合の0~11点までの者が含まれる。日本の要介護1~3程度までが日常生活動作に支障が出る者、要介護3~5が寝たきり状態の者に分類されている。
- 12 マハーサラカム県が作成した高齢者に関するデータのホームページ (Aging

Data@ Mahasarakham, <http://mkho.moph.go.th/ltc-advanced/frontend/web/index.php>) による。

- 13 2017年の同施設の入所者募集要項では、以下の7項目が入所条件として挙げられている。①60歳以上のタイ国籍を有する男女、②意欲のある者、③自分の身の回りの世話ができる者、④貧困問題を抱え、住む場所のない者、⑤自身の世話をできないほどの心身障害や認知症ではない者、⑥慢性や重度の病を抱えていない者、⑦刑事訴追を受けていない、あるいは受ける可能性のない者。
- 14 筆者によるケアマネージャーへのチャット、電子メールでのインタビューによる。
- 15 「コー・ソー・ノー」(nonu) と呼ばれるインフォーマル教育による。いわゆる成人対象のやり直し学習制度である。調査地では、中学が義務教育化される以前は、小学校修了後に進学せず、出稼ぎに行った者が多数おり、成人した後に同制度を利用して学習する者が多くみられる。
- 16 筆者によるケアギバーAへのチャット、ビデオ電話でのインタビューによる。
- 17 またケアギバーAは、保健ボランティアやケアギバーとしての活動に大変熱心な人物であり、その姿に感銘を受けたAの娘は大学の看護学部に進学し、看護師を目指している。
- 18 以下、2020年現在のS区行政村Cの世帯状況については、これまでの筆者の同村での調査データに基づき、現在の状況を同村の保健ボランティアである女性へのチャット、ビデオ通話でのインタビューで確認したものである。
- 19 ここで取り上げる事例は、主に筆者による2018年8月の調査で得られたものであり、その後、チャットや電子メールなどで確認した事項も含まれている。

【参考文献】

- Aulino, Felicity. 2019, *Rituals of Care*. Cornell University Press.
- Baba, Yuji. 2006, 'Changing Meaning of the Elderly in Nan Province, Northern Thailand: From "Khon Tao Khon Kae" to "Phu Sung Ayu"'. *Southeast Asian Studies* 44(3): 321-336.
- チャン, キョンスプ 2013「個人主義なき個人化—「圧縮された近代」と東アジアの曖昧な家族危機」(柴田悠訳) 落合恵美子編『親密圏と公共圏の再編成—アジア近代からの問い』, pp. 39-65。

タイ地方農村における介護の社会化と高齢者のウェルビーイングに関する予備的考察

- 速水洋子編 2019『東南アジアにおけるケアの潜在力 生のつながりの実践』京都大学学術出版会。
- 速水洋子 2019a「ケアから見なおす共生の形—山地カレン村落における高齢者の棲み方」『東南アジアにおけるケアの潜在力 生のつながりの実践』京都大学学術出版会, pp. 265-289。
- 速水洋子 2019b「高齢者ケアをめぐる共同性の再編—北部タイの郊外村の事例」森明子編『ケアが生まれる場所 他者とともに生きる社会のために』ナカニシヤ出版, pp. 19-37。
- 林美枝子 2020『介護人類学事始め 生老病死をめぐる考現学』明石書店。
- 加藤真理子 2008『東北タイ農村女性の宗教実践と社会変容—く声の実践—の動態一』未刊行博士論文(京都大学)。
- 河森正人 2009『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房。
- 木曾恵子 2013「移動する母親たちと育児支援—東北タイ農村における子どもの養育代行にみるケアの実践」『比較家族史研究』27: 53-74。
- 木曾恵子 2019「ケアの担い手の複数性とスマートフォンによる親子関係の補完—少子化時代の東北タイ農村における子育て」速水洋子(編)『東南アジアにおけるケアの潜在力 生のつながりの実践』京都大学学術出版会, pp. 353-377。
- 水野浩一 1981『タイ農村の社会組織』創文社。
- National Statistic Office (NSO) 2017, *Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand*. National Statistic Office, Ministry of Digital Economy and Society. (http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2017/Full%20Report_080618.pdf)
- 佐々涼子 2020『エンド・オブ・ライフ』集英社インターナショナル。
- Scott, Stonington. 2020, *The Spirit Ambulance: Choreographing the End of Life in Thailand*. University of California Press.
- 菅谷広宣 2013『ASEAN 諸国の社会保障』日本評論社。
- スワンラダー, ウォーラウェット 2017「タイ 高齢化とコミュニティ・ベース高齢者ケア」金成垣・大泉啓一郎・松江暁子編『アジアにおける高齢者の生活保障 持続可能な福祉社会を求めて』明石書店, pp. 162-172。
- 鈴木七美・藤原久仁子・岩佐光広編 2010『高齢者のウェルビーイングとライフデザイン』御茶の水書房。

タイ地方農村における介護の社会化と高齢者のウェルビーイングに関する予備的考察

渡辺長・河森正人 2018 「高齢者ケアを担うボランティアの役割と教育的課題：タイ東北部の高齢者ボランティアに対するアンケート調査より」『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』44: 297-316。

Watanabe, Osamu, Jiraporn Chompikul, Masato Kawamori, Nuanpan Pimpisan, Sawitree Visanuyothin. 1999, 'Predictors of family caregiver burden in caring for older people in the urban district of Nakhon Ratchasima province, Thailand', 『国際保健医療』34(4): 217-228.

Williams, A. et al. 1996, "'They just go home and die': health care and terminal illness in rural northeast Thailand,' *Asian Studies Review* 20(1): 98-108.