



Title	タイの30パーツ医療制度：一次医療サービス強化への政策転換とその意味
Author(s)	河森, 正人
Citation	アジア太平洋論叢. 2006, 16, p. 63-79
Version Type	VoR
URL	<a href="https://hdl.handle.net/11094/100029">https://hdl.handle.net/11094/100029</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

# タイの30パーツ医療制度

## —一次医療サービス強化への政策転換とその意味<sup>1</sup>—

河 森 正 人\*

### はじめに

タイでは2001年以降、公的扶助としての「低所得者向け医療扶助制度」（保健省管轄）、および任意保険である「健康カード・スキーム」（保健省管轄）を廃止、あらたに「低所得者向け医療扶助制度」の対象者2000万人、「健康カード・スキーム」の対象者7～800万人に、無保険者1550万人を加えた人口をカバーする地域保険である「30パーツ医療制度」<sup>2</sup>を導入した。タイには健康保険として、すでに民間対象の職域保険である「社会保障基金スキーム」（労働省管轄）、公務員等向けの「公務員・国営企業労働者医療保障スキーム」（財務省管轄）があったが、この30パーツ医療制度の導入により、国民皆健康保険がほぼ実現することとなった。この制度では、一回30パーツの受診料で疾病の診断・治療（伝統治療営業法に定める伝統医療を含む）、出産（2回以内）、入院患者向けの食費および室料、歯科治療、国家基本薬剤リスト（banchi ya lak haeng chat）に沿った薬剤、医療機関間のリファerral（送致）などのサービスがカバーされることになっている[So.Po.So.Cho. 2004: 25]。また、この制度は税方式を採用しているが、基本的に医療費のみを給付する社会保障基金スキームと異なり、疾病予防や健康増進に対する予算配分がなされているのが特徴である。

この30パーツ医療制度は、以下に挙げる3つの理由でタイの保健医療行政を変える画期的な出来事となった。一点目は、制度導入とともに制度を運営する独立

---

\* 大阪外国語大学 アジアⅡ講座

機関として国家健康保険事務局が新設され、保健省の持っていた予算の少なからぬ部分がここに移管されることになった点である。二点目はこの予算が「人頭割配分（capitation）」を採用したことにより、後述するように保健医療行政における資源配分に大きな変更が加えられたことである。三点目は、こうした資源配分システムの変更により、郡病院や保健所といったいわゆる一次医療に重点がシフトすることになった点である。金銭面およびアクセス面の双方で医療が身近になったことで早期発見・治療が可能となり、国民医療費の軽減につながるものと期待されている<sup>3</sup>。

本稿では、まず30パーツ医療制度導入後における地域保健医療行政の変化を概観したうえで、この変更により一次医療サービスが実際にどの程度拡充しているのか、さらにその過程でどのような問題点が発生しているのかに検討を加え、最後に一次医療サービス強化への政策転換の最も核心にあるものとは何なのかについて考察する。

## 1. 30パーツ医療制度を転機とする保健医療行政の変化

### (1) 30パーツ医療制度の運用方式

30パーツ医療制度導入の意味を保健省の予算配分システムの視点から捉えると、これまでは高度医療設備を持つ中核病院や県レベルの一般病院に相対的に厚く予算配分される仕組みになっていた。これに対し、30パーツ医療制度導入の核心は対象人口を算定根拠とする「人頭割配分制度」であり、これを契機にこうした保健省内の資源配分システムを根本的に変え、より基層レベル（郡病院や保健所）に資源が行き渡るよう組み替えようとした点である<sup>4</sup>。すなわち、従前の予算配分システムでは病床数や医療設備等を根拠とし、合わせて92ヶ所にあり、38,642の病床を持つ中核病院と一般病院に厚く配分される仕組みになっていた<sup>5</sup>。

そこで、30パーツ医療制度の導入とともに基層レベルにおいて新設された二つの単位、すなわち「プライマリ・ケア・ユニット（nuai borikan sukkhaphap radap

pathomphumないしsun sukkhaphap chumchon, 英語の略称PCU)」と「一次医療契約病院 (nuai khu sanya khong borikan radap pathomphum, contracting unit for primary care: CUP)」についてみておこう。まずPCUであるが、主としてタムボン（地区の意で、郡の下に位置する行政単位）・レベルにあって保健師や助産婦が常駐して保健指導、簡単な薬の処方や治療を行う保健所をベースとして構築されるもので、この下に一定人口が登録される。現在、保健所をベースとしたPCUが全国に5,946ある。また病院内や自治市の健康サービス所に設置される場合もあり、こうしたケースが953ある [Krasuang satharanasuk 2006: 315-316]。次に、PCUでの処置が困難で医師による医療行為が必要な場合にPCUからリファー（送致）されるのがCUPである。当該PCUは必ず特定のCUPと「契約」を結ぶ。現在CUPは全国に1,156ある。そのうち保健省傘下の国立病院が828であるが、ほとんどが郡病院である。CUPの詳細な内訳を表－1に示す。

表－1 一次医療契約病院（CUP）の内訳

医療機関の種類	合 計	%
保健省傘下の国立病院	828	86.1
保健省以外の省の傘下にある国公立病院	74	7.7
民間病院	60	6.2
小 計	962	100.0
温もりのあるコミュニティ・クリニック (Khlinik chumchon op un、民間)	115	59.3
温もりのあるコミュニティ・クリニック(保健省以外の省の傘下)	75	38.7
温もりのあるコミュニティ・クリニック (保健省傘下)	4	2.1
小 計	194	100.0
合 計	1,156	

(出所) [So.Po.So.Cho. 2006: 2]、原典は国家健康保険事務局保険情報管理室。

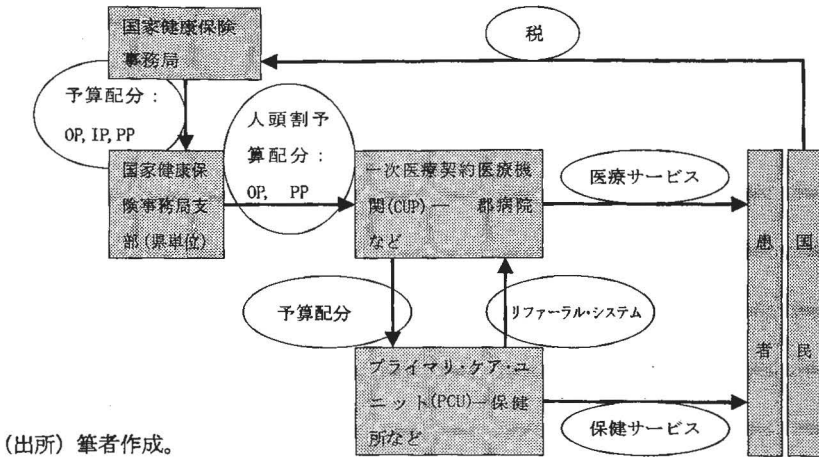
(注) 「温もりのあるコミュニティ・クリニック」は、人口密度の高い都市部で医療機関の比較的小さい地域に設置されるものである。これについては [So.Po.So.Cho. 発行年不詳] を参照。

次に、30パーツ医療制度の運用方式を図－1にしたがって見てみよう。30パーツ医療制度における一人当たりの医療費予算は、①外来患者サービス（OP）、②入院患者サービス（IP）、③予防的サービス（PP）、④事故・急患サービス（AE）、⑤高額医療サービス（HC）、⑥緊急医療サービス（EMS）、⑦報酬加算的投資予算、⑧僻地加算、⑨医療過誤について定めた国家健康保険法第41条に基づく一時見舞金などから成っており、2004年時点での一人当たりの予算額は1308.5パーツであった。国家健康保険事務局から各支部へは、登録人口分の予算が下りてくるが、具体的には①外来患者サービス、②入院患者サービス、③予防的サービスなどがここに含まれ、その他は中央に留め置かれる。各支部に下りてくる予算のなかには医療機関職員の給与が含まれている。支部管轄地域の年齢構造や特殊事情によって予算配分の補正がなされている。

次に各支部での運用であるが、ここでは「分離的人頭配分（exclusive capitation）」、すなわち①外来患者サービスと②入院患者サービスを分離する方式が採用され、登録人口分の①外来患者サービス予算と③予防的サービス予算が一次医療契約病院に配分される。この予算は2ヶ月ごとに配分される。他方、②入院患者サービス予算は支部レベルで「総額予算方式による診断群別分類（DRG with global budget）」により管理される。

冒頭で触れたように、30パーツ医療制度の特徴は疾病予防・健康増進予算（PP）が計上されている点である。一人当たり総額1308.5パーツの予算のうち206パーツがこれに充てられている。ただし、これは30パーツ医療制度の対象者のみではなく、国民全体を対象とするサービス供給予算として配分されるものであり、国民一人当たりには換算すれば152.84パーツとなる。なお、このごく一部は予防接種や母子健康手帳の印刷費として中央に留保されている。この③予防的サービス予算（PP）は2種類に区分されている。一方は「医療機関内サービス」で、これに116.20パーツ（国民一人当たり換算）が計上されているが、今述べたように予防接種と母子健康手帳の印刷費が差し引かれ、108.85パーツがこのサービス向けとして残る。もう一方は「コミュニティ内サービス」で、36.64パーツ（国民一人当たり換算）が充てられ、保健省傘下の保健医療機関および地方自治体に配分される〔So.Po.So.Cho. 2004: 42-44〕。

図－1 30パーツ医療制度の仕組み



(出所) 筆者作成。

## (2) 制度上の問題点と課題

現在、法律上は独立機関である国家健康保険事務局の基金の規模は、保健省内の各局が持つ予算の3分の2に相当するまでになっており、こうした予算規模の急速な変化がそのまま政治的な力関係に反映されるようになった<sup>6</sup>。2006年の第3回保健省定例幹部会議ではこうした不満が噴出し、「国家健康保険事務局の役割とは、本来的に医療サービスの購入者 (phu sue borikan) であるはずだが、現在すべてを取り仕切っている。他方、政策は保健省の専管事項であり、保健省は医療サービスの供給者 (phu hai borikan) である」とともに、「保健省の役割は、国家健康保険事務局の決定を待ってそれに従うのではなく、事前にメカニズムを構築すること (kamnot konkai luang na) であり、保健省は保健医療政策の担当者である」といった見解が確認された<sup>7</sup>。保健省は制度の「調整者 (phu chat rabop)」であるとの言い方も保健省内ではなされている。

しかし、このように中央レベルでは一見両者は対立しているように見えるが、現場レベルつまり支部レベルではまったく違う状況が存在しているといわざるを得ない。すなわち、2002年国家健康保険法の第25条は、国家健康保険委員会が健

康保険事務局地方支部を設置する権限を持つ旨定めているが、2003年1月8日に  
行われた同委員会の会議で、保健省の出先機関である県保健事務所に地方支部事  
務局を代行させる決定を行った。県保健事務所が事実上の医療サービスの購入者  
となったわけである。県保健事務所のトップは「医監 (nai phaet yai)」と呼ば  
れるが、1974年の機構改革ではこの医監が保健省次官室の監督の下で地方レベル  
の保健医療サービスを統括することになり<sup>8</sup>、現在に至っている。また、健康保  
険事務局地方支部には制度上、皆健康保険運営小委員会が設置され、そのメンバー  
には購入者側代表として県自治体長、市長代表、タムボン自治体長など5人、有  
識者代表2人が入っているが、調整者（供給）側については健康保険事務局地方  
支部長を兼任する医監、郡保健事務所代表など4人、および中核病院・一般病院  
長代表、郡病院長代表3～6人となっており、事実上供給者側に有利な構成になっ  
ている。よって健康保険行政について中央レベルでは別組織となっているものの、  
支部レベルでは購入者と供給者が渾然一体化してしまっているというのが現状で  
ある。中央－地方間のこうした「ねじれ現象」が健康保険行政に様々な影響を与  
えている。

このようにタイの30パーツ医療制度は原則として「購入者」と「供給者」の分  
離を採用しているが、ここでその本来の意義を確認しておこう。もともと、教育  
や医療といった公共性の高い分野で「購入者」と「供給者」を分離し、いわゆる  
「内部（擬似）市場」を創設することによって供給者間に競争状態をもたらすと  
ともに消費者の選択肢を広げるといった試みは、イギリスのNHS（National Health  
Service）& コミュニティケア法を嚆矢とする。1990年に成立した同法では、NHS  
の組織を分割し、保健当局がサービスの購入機能を、NHS国立病院が保健当局の  
直接コントロールから外れて独立してNHS供給機能を担うことになり、供給者で  
ある病院が購入者である保健当局との契約を求めて競争する擬似市場を設定した  
[大住 2002: 23-25]。他方、タイについてみると、すでに独立法人化しているの  
はサムットサーコーン県のバーンペーオ病院のみで、それ以外の保健省傘下の医  
療機関は国立のままである。現在、規定上は国民が「掛かりつけ医療機関」を選  
択することが可能である。すなわち、住民登録のある郡ないしタムボンにある医  
療機関、隣接する郡ないしタムボンにある医療機関、現住地の郡ないしタムボン

にある医療機関から選択することができる<sup>9</sup>。しかしながら、非効率的でニーズへの応答性にかけた公的部門を分権化（購入者と供給者に分離）し、市場に類似した競争状態を作るといった先進国での試みをタイに適用して効果を期待するのはまだ早いといえるかもしれない。

一方、購入者側の課題であるが、タイでは1999年に「地方分権計画および手続規定法」が制定され、これを受けて保健省では中央の権限を地方に委譲すべく広域自治体連合からなる「地域健康委員会（Ko.So.Pho.）」が構想され、52県で試験導入されている。2001年に成立したタクシン政権は地方分権に消極的で、この地域健康委員会に対して健康保険事務局支部のアドバイザー機関としての位置付けしか与えていない。将来的にはこの地域健康委員会に30パーツ医療制度の購入者としての役割を担わせるのも一つの選択肢ではあるが、保険業務に関わる知識やノウハウを身に付けるまでにはまだ相当な時間を要するであろう。

一方、国家健康保険委員会は2005年、国家健康保険事務局の下部組織であるタムボン自治体・自治市レベル内健康保険事業推進事務局が、自治体、さらにはコミュニティ組織やNPOによるコミュニティ・レベルでの健康保険予算の運用を支援することを基本的に承認した。具体的には、①コミュニティ・レベル一般での健康増進、疾病予防、運動機能回復といった活動を支援する、あるいは②特に母子、高齢者、身体障害者、危険作業従事者、慢性疾患患者が、健康増進、疾病予防、運動機能回復といった活動に参加するのを支援するといった際における予算の運用を委託するというものである。現在、102のタムボン自治体がこれに参加している。さしあたり、地方自治体はこうした、健康保険事業における健康増進、疾病予防を通じて徐々に学習を重ねていくことが好ましいと思われる。

## 2. 一次医療サービスの拡大と財政問題

表－2に示すとおり、2006年3月末時点<sup>10</sup>の健康保険加入者は約6079万人で全人口（62,992,932人）に対するカバー率は96.51%に達している。うち30パーツ医療制度の加入者は約4760万人である。さらにこのうち、30パーツの受診料を支払うタイプのものが2277万人、貧困者等の受診料免除者が2483万人である。一方、



医療機関別の加入者をみると、保健省傘下の医療機関に登録している者が4340万人、保健省以外の省の傘下にある医療機関の登録者が211万人、民間の医療機関の登録者が209万人である。

表－２ 健康保険の種類別加入者数

健康保険の種類	2006年度第 1 四半期	2006年度第 2 四半期
30パーツ医療制度スキーム	47,411,063	47,598,678
社会保障基金スキーム	8,794,286	8,813,139
公務員・国営企業労働者医療保障スキーム	4,139,731	4,106,679
政治公務員医療保障スキーム	565	564
退役軍人医療保障スキーム	123,458	122,655
私学教員医療保障スキーム	95,026	94,864
資格確認中	—	57,346
未加入者	2,334,699	2,199,007
合 計	60,564,129	60,793,925

（出所）[So.Po.So.Cho. 2006: 1]、原典は国家健康保険事務局保険情報管理室。

次に、表－３によって1977年から2003年までの医療機関別の延べ外来患者数の推移をみると、年を追うごとに患者数が増えている一方で、医療機関別では77年には中核病院・一般病院の比率が相対的に高かったが徐々に減少し、代わって郡病院・分院および保健所・コミュニティ保健サービス所の比率が高くなっている。とりわけ保健所・コミュニティ保健サービス所の伸びが目立つ。ただし、保健所・コミュニティ保健サービス所の伸びはすでに長期的なトレンドとして定着しており、30パーツ医療制度導入との因果関係と特定するまでにはいかないかもしいない。一方、病床数については、2001年29,780、2002年29,930、2003年29,930とほぼ横ばいである [Krasuang satharanasuk 2006: 250]。

次に、人的資源配分の変化をみてみよう。全国に728ヶ所ある郡病院勤務の医師数のデータをみると、1980年代半ばから90年代半ばまで1,000人台で推移して

いたが、2001年には2,725人、2002年に3,758人、2003年に4,084人へと急増している [Krasuang satharanasuk 2006: 250]。時期的には30パーツ医療制度の導入と重なっており、一次医療サービスへの人的資源配分の拡大につながっていることを窺わせている<sup>11</sup>。次に看護師をみておこう。2000年時で全国に76,004人いる看護師の内訳は、大卒44,461人、高卒31,543人であったが、保健所勤務の大卒看護師は586人に過ぎなかった。これに対し2001年12月、政府は30パーツ医療制度のもとでは、3～5年の経験を持つ大卒看護師を1万ヶ所以上ある保健所、コミュニティ保健サービス所の看護師長とするとの計画を発表した [Phuchatkan, Dec.13, 2001] [Matichon, Dec.15, 2001]。以上のことから、30パーツ医療制度のもとでは、一次医療サービスへの人的資源配分の強化という政策的インセンティブが働いていると考えられる。

一方、表－4にみるように、ウィロートらが2002年に行った所得階層と医療機関別受診との関係性についての調査によれば、中核病院・一般病院の入院サービスは貧困層よりも富裕層に対して便益を与えており、他方、保健所および郡病院の外来サービスは富裕層よりも貧困層に便益を与えていることが確認される。

表－3 医療機関別の延べ外来患者数（1977年～2003年）

単位:100万回

	1977	1981	1985	1989	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2003
中核病院	5.5	7.5	10.0	10.9	12.0	14.6	15.5	16.8	18.1	19.4	20.4	23.0
一般病院	(46.2)	(33.1)	(32.4)	(27.7)	(21.2)	(20.0)	(19.6)	(19.1)	(18.8)	(18.8)	(18.2)	(17.8)
郡病院	2.9	6.0	11.1	12.9	21.1	26.1	28.0	29.6	33.9	36.7	40.2	43.7
分 院	(24.4)	(26.4)	(35.9)	(32.8)	(37.2)	(35.7)	(35.5)	(33.7)	(35.1)	(35.6)	(35.7)	(33.8)
保健所	3.5	9.2	9.8	15.5	23.6	32.4	35.4	41.5	44.5	46.9	51.8	62.4
C H C	(29.4)	(40.5)	(31.7)	(39.4)	(41.6)	(44.3)	(44.9)	(47.2)	(46.1)	(45.5)	(46.1)	(48.3)
合 計	11.9	22.7	30.9	39.3	56.7	73.1	78.9	87.9	96.5	103.0	112.4	129.1

（出所）[Krasuang satharanasuk 2006: 318]、原典は次官室政策戦略事務局、健康サービス・システム開発事務局資料。

（注）カッコ内は全外来患者数に占める割合。

表－4 30パーツ医療制度において国立医療機関からサービスを受けた割合（10分位階層別） 単位：％

10分位階層	保健所 (外来)	郡病院 (外来)	中核・一般 病院(外来)	郡病院 (入院)	中核・一般 病院(入院)	県外の病院 (入院)	合 計
1(最貧困層)	12.2	11.5	3.5	11.7	6.7	21.1	8.90
2	13.1	13.6	6.5	10.5	7.0	4.3	9.29
3	10.8	14.1	8.7	8.6	9.2	3.2	9.98
4	15.4	11.5	10.7	14.2	9.8	10.1	11.53
5	13.7	13.2	8.5	10.4	10.8	13.7	11.03
6	11.7	11.8	15.6	7.4	14.2	4.7	12.12
7	13.9	10.2	10.6	24.9	6.7	6.6	12.38
8	5.6	8.2	17.0	6.5	13.8	26.4	11.77
9	2.9	3.3	7.8	2.8	14.0	5.3	7.13
10(最富裕層)	0.7	2.5	11.1	3.0	7.8	4.6	5.87
合 計	100	100	100	100	100	100	100

(出所) [Krasuang satharanasuk 2006: 318] より抜粋, 原典はWirot Tangcharoensathian and others, *Kan khleng khong rabop lak prakan sukkhaphap thuan na patchuban lae anakhot* (30パーツ医療制度の財政:現状と将来), 2004.

一方、30パーツ医療制度の財政状況についてであるが、2006年に入ってその悪化が伝えられている。政府はこの点に関する具体的データをあまり公表していないが、それを窺わせる情報が断片的にもたらされるようになってきた。たとえば、社会保障基金スキーム、公務員・国営企業労働者医療保障スキームについても30パーツ医療制度と共通の薬剤処方基準を適用する、つまりサービスの質が一段低い30パーツ医療制度に合わせる提案がなされている。これは、保険制度の一本化を通じた30パーツ医療制度維持への布石ではないかとのみられている [Phuchatkan, Jun.22, 2006]。またピニット保健大臣は5月、30パーツ医療制度の財政悪化を認めつつ、とりわけ小規模病院の一部が赤字状態に陥り、存続の危機に曝されていることを明らかにした。同時に、これら赤字小規模病院の救済のため、一部の大病院が蓄えた剰余金1～5億パーツを投入する計画を発表した [Phuchatkan, May 29, 2006]。

### 3. 「健康基金 (Kong thun sukkhaphap)」ーコミュニティ・レベルでの持続的健康保険の試み

このように、30パーツ医療制度の財政悪化が早くも懸念されるなか、住民が設立した非制度的健康保険基金をベースに、これに政府部門の基金である国家健康保険事務局の財政支援と地方自治体の分担金を加えて、コミュニティ・レベルにおける参加型の持続的な健康保険制度を構築しようとする流れが出てきている。こうした非制度的な基金を活用する試みは、以下に挙げるように30パーツ医療制度以前からすでに行われていたが、政府が本格的に支援を開始したのは同制度導入以降である。

まず30パーツ医療制度導入以前にみられた非制度基金活用の試みとしては、例えばルーイ県のダーンサーイ郡の例がある。一般的に郡病院レベルでは予算的な理由から理学療法師が配置されない。その一方で、高齢化が進行するなかで、深刻な疾患はないものの、膝関節炎や腰痛など、運動機能の衰えによる生活障害に陥るケースが増加している。そこでプライマリ・レベルで高齢者の運動機能を回復するための新たな仕組みが出てきている。たとえば、ルーイ県ダーンサーイ郡にあるソムデット・プラユッパラート・ダーンサーイ病院のパクディー・スーブヌガーン院長は、1997年に郡内各村に対し一人1ヶ月1パーツの出資を求め、それを元手に基金を設立、月額8000パーツの予算で理学療法師を雇用した。こうして同病院内にできた運動機能回復医療クリニック (Khlinik wetchakam fuenfu) は、タイ方薬を用いた伝統式マッサージなども併用した運動機能回復療法を実践している。

次に、表ー5に示すように、30パーツ医療制度のもとで国家健康保険事務局が健康基金モデル事業として選定した事例が9件あるが、このうち代表的なものを紹介しておこう。

#### (a) ペッチャブーン県ロムサック郡の事例

ペッチャブーン県ロムサック郡では、2001年に在宅医療を基盤とした「タムボン病院はロムサック住民の夢、2パーツを水汲みに入れてタムボン病院の夢を実現しよう (Rongphayaban tambon khwam fan khong chao Lom Sak 2 bat ruam

long khan sang fan rongphayaban tambon)」というプロジェクトを立ち上げた。住民から一人月額2パーツの出資金を集め、さらにタムボン自治体、および30パーツ医療制度に参加する一次医療契約病院（CUP）からの拠出金を加えて「健康基金」を設立、集まった400万パーツを住民参加の基金運営委員会が管理することとした。この基金を元に、保健所を「タムボン病院」に格上げするとともに、さらには健康保健チームへの資金援助や郡内の看護学や保健衛生学を志望する地元学生に対する奨学金（看護学23人分、歯科衛生学2人分、保健衛生学1人分）として活用した。2005年にはこの奨学金を受けた最初の学生が帰ってきて実務に就いている [So.Po.So.Cho.Khao Den, Sep.16, 2004]。

(b) ヤソートーン県パーティウ郡シーターン地区の事例

例えば、同県のシーターン地区では、タムボン自治体と県保健事務所の協力を得ながら、住民一人当たり月2パーツを徴収する「2パーツを水汲みへプロジェクト (Khrongkan song bat ruam long khan)」を立ち上げ、「シーターン地区病院基金 (Kong thun rongphayaban srithan)」を設立した。健康増進、疾病予防、運動機能回復などの活用されている。一方、同県では医師の定着率が悪く、慢性的な医師不足に陥っており、2001年における医師一人あたりに対する人口は11,323人、2003年のそれは7,186人であった。そこで考案されたのが「1郡1奨学金 (Nueng amphoe nueng thun)」計画である。具体的には、県自治体が6,000万パーツを計上し、コンケン大学医学部や保健省と連携をとりながら、2006年から2010年までの5年間に年9人の割合で奨学金を給付して医師不足の解消につなげようというものである [So.Po.So.Cho.Khao Den, Dec.2, 2005]。

(c) トラート県カオサミン郡ターソーム地区の事例

トラート県のターソーム地区では寺院を運動の核としながら、国家健康保険事務局、行政、住民の拠出による健康基金が設立され、健康保険行政における新たな仕組みとして注目されている [So.Po.So.Cho.Khao Den, Apr.6, 2006]。すなわち、2006年年初に行政、住民代表、県保健事務所がタムボン・レベルにおける持続的な保健医療の枠組みを話し合った。具体的には、県保健事務所が30万パーツ、

タムボン自治体が40万バーツ、住民が一人60バーツを拠出、さらに国家健康保険事務局が一部補助して「ターソーム地区健康増進戦略計画」を策定し、そのなかで、国家健康保険事務局が一人当たり100バーツ、タムボン自治体が一人当たり100バーツ、住民が一人100バーツ以内を拠出して健康基金を設立することとなった。まず住民のニーズを調査した上で、この基金を、健康増進、疾病予防、貧困患者の疾病治療、慢性疾患（rok ruca rang）患者の治療、身体障害者に活用することとなった。さらに、住民福祉のために「一日一バーツ福祉基金（Kong thun sawatdikan wan la nueng bat）」も併せて設立することとなった。

この健康基金は、パイローム寺住職のスピンパニートー師およびターソーム地区僧団長のウィモンソーマナン師の指導の下に結成された貯蓄グループを母体としている。2003年1月に設立されたこのグループのメンバーは2,525人で地区全体の62%に相当し、集まった資金は生業を営むための融資などに利用されるほか、入院時の出費を軽減するための支援金としても活用された。ターソーム地区における伝統的な資源である寺院、さらにこれを基盤とした貯蓄グループといった「社会関係資本（thun thang sangkhom）」の存在が健康基金の設立につながったのである。

表－5 国家健康保険事務局が選定した健康基金モデル事業

基 金 名	所 在 地
貯蓄信用グループ	トラート県カオサミン郡ターソーム地区
1日1バーツ基金	ソクラー県チャナ郡ナムカーオ地区
1日1バーツ・コミュニティ福祉基金	ラムパーン県トゥーン郡
村落銀行真心センター・ネットワーク	パヤオ県ドークカムタイ郡バーンビン地区
健康基金	ペッチャブーン県ロムサック郡ブンクラー地区
健康基金	ヤソートーン県パーティウ郡ソーターン地区
健康基金	サムットソクラーム県アムパワー郡ブライボンバーン地区
健康基金	クラビー県アーオルック郡クローンヒン地区
健康基金	ペップリー県ムアン郡バーンモー地区

（出所）[So.Po.So.Cho. 2006: 18-19]

## おわりに

タイの30パーツ医療制度は、制度的にはイギリスの税方式を採用した「包括的ケア・システム（Comprehensive Care System）」と似ている。しかしながら、所得的に安定し階層的に厚みのある中産階層に高額の手当料をかけるヨーロッパの福祉国家と、福祉国家的な試みを始めたばかりのタイを同列に語るわけにはいかない。極めて単純化していうと、タイの30パーツ医療制度は福祉国家的制度ではあるが、一方で自助主義的あるいは自由主義的要素を補完させている点に特徴があるといえる。しかしその自助を個人に帰するのではなく、コミュニティに帰するところがさらなる特徴である。すなわち、フォーマルな制度＝30パーツ医療制度の財政的限界をあらかじめ見通して、インフォーマルな制度＝コミュニティの自助能力の育成も同時に図っているのである。さらに、インフォーマルな制度には家族も入ってくるかもしれない<sup>12</sup>。

### 注

- 1 本稿は、2005年度の「特別研究費Ⅱ」（学内経費）を得て実施された「2020年におけるアジアの姿」プロジェクトの成果の一部である。
- 2 制度導入の過渡期は保健省がこれを管理した。過渡期以降については新設の国家健康保険事務局が管理する。詳しくは注6を参照。
- 3 ウタイ・ストスック元保健次官によれば、カナダ、イギリス、ニュージーランドなど一次医療サービス（kan borikan pathomphum）に重心を置く国は、そうでないアメリカなどといった国よりもより効率的に保健医療予算を使用している [So.Po.So.Cho. Khao Den, Jun.6, 2006]。
- 4 この点については [河森 2006b: 3] を参照。
- 5 中核病院と一般病院の数と病床数は2000年時の数字。これに対し、郡病院は726ヶ所あるが病床数は27,230に過ぎなかった。この点については、[Wirot & Anchana 2002: 114-115] を参照。
- 6 2002年国家健康保険法の経過条項においては、30パーツ医療制度の予算管理はサービス完全施行後、3年間保健省が行うことになっていた。したがって、2007年度以降は国家健康保険事務局に同権限が移管された。
- 7 2006年第3回保健省幹部会議（5月17日）の議事録。一方、2004年10月には国家健康保険事務局と保健省との間で合意書が交わされ、国家健康保険事務局が被保険者に代わってサービス供給者を按配するとともに予算措置を行うサービス調整者ないしサービス運営

者の役割を果たす一方、保健省および傘下の国立病院はサービスを提供するサービス供給者の役割を果たすことになっていた [So.Po.So.Cho.Khao Den, Oct.28, 2004]。

なお、英語では両者をそれぞれ purchaser および provider と称している。

- 8 この点については、[河森 2006a: 3] を参照。
- 9 「医療機関登録に関する原則、方法および条件に関する国家健康保険事務局規則」(2003年5月26日発表)。
- 10 タイの会計年度は10－9月であり、2006年度は2005年10月から2006年9月となる。したがって表－2の2006年第2四半期は3月末までとなる。
- 11 ただし、タイ医師会のデータによれば、国立病院を退職した医師数は、2000年が382人、2001年が517人、2002年が802人、2003年1～4月が334人で、地方勤務を嫌う医師が増えているという事実もある [Phuchatkan, Nov. 19, 2003]。
- 12 近年の家族の構造変化と政府の家族に対する政策については、[末廣編 2006: 291-293] を参照。

## 引用文献

### (タイ語文献)

Krasuang satharanasuk 2006. *Kan satharanasuk thai* (タイの保健), Bangkok : Krasuang satharanasuk  
So.Po.So.Cho. 2004. *Khu mue lak prakan sukkhaphap haeng chat* (国家健康保険の手引き),  
Bangkok : So.Po.So.Cho.

So.Po.So.Cho. 2006. *Phon kan damnoen ngan sang lak prakan sukkhaphap thuan na pi ngoppraman*  
2549 rop 6 duean : 1 tulakhom 48-31 minakhom 49 (2006年度6ヶ月－2005年10月1日か  
ら2006年3月31日までの皆健康保険制度の成果), Bangkok : So.Po.So.Cho.

So.Po.So.Cho. 発行年月日不詳. *Khlinik chumchon op un* (温もりのあるコミュニティ・クリニック)  
Bangkok : So.Po.So.Cho.

Wirot na Ranong and Anchana na Ranong 2002. *Rai-ngan chabap sombun lem thi 3 : rai-ngan*  
*wichai rueang kan tit tam pramoen phon kan damnoen khroنگkan 30 bat raksa thuk rok*  
*khong krasuang satharanasuk* (最終レポート第3巻 : 保健省30バーツ医療保障制度評価  
研究報告), Bangkok : TDRI

### (タイ語ニューズレター、新聞)

*So.Po.So.Cho. Khao Den* (国家健康保険事務局重要ニュース)

*Phuchatkan*紙

*Matichon*紙



(日本語文献)

- 大住 荘一郎 2002. 「福祉財政における政府部門の役割」 齋藤 慎・山本 栄一・一円 光彌編『福祉財政論 福祉政策の課題と将来構想』有斐閣
- 河森 正人 2006a. 「タイ保健医療政策の展開と『農村医師（モー・チョンナボット）官僚』—健康システム改革における『人』・『組織』・『運動』—」日本タイ学会『年報タイ研究』第6号
- 河森 正人 2006b. 「『30バーツ医療制度』の政策決定過程—社会保障アジェンダをめぐる『対立』と『同盟』に関するアクター分析」日本タイ学会第8回研究大会（2006年7月9日）提出ペーパー
- 末廣 昭編 2006. 『東アジアの福祉システムの行方—企業内福祉と国家の社会保障制度、論点の整理とデータ集』東京大学社会科学研究所

# The 30 Baht Universal Healthcare Scheme in Thailand : Implications of the Policy Shift toward Primary Health Care- Centered Services

KAWAMORI Masato\*

This paper consists of three parts. First, structural change of health services production after the introduction of the 30 baht universal healthcare scheme is overviewed. Under the 30 baht scheme budgets are mainly allocated to community hospitals (contracting units for primary care : CUP) at a fixed per-capita rate based on the number of patients registered at each hospital (CUP). The older system, on the contrary, made it possible for large hospitals in charge of providing more advanced care and treatment to enjoy higher funding. Secondly, how much the primary health care services expanded under the scheme is examined. Expected fiscal constraints of the scheme are also examined. Thirdly, the implications of the policy shift toward primary health care-centered services are analyzed. This paper concludes that while the 30 baht universal healthcare scheme seems to be a major policy shift toward primary health care-centered services, it also has an implicit intention to strengthen organizational capability of community and local governments in managing sustainable primary health care services.

---

\* Division of Asia II, Osaka University of Foreign Studies