Osaka University Knowledge Archive

Title	タイにおける医療構造改革と30バーツ医療制度
Author(s)	河森, 正人
Citation	アジア太平洋論叢. 2007, 17, p. 3-23
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/100053
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

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

Osaka University

タイにおける医療構造改革と30バーツ医療制度[1]

河　森　正　人*

はじめに

「国民皆保険」（医療サービス供給の普遍化）の存在を福祉国家の重要指標に用いるなら、近年タイが福祉国家的指向を示していると考えることができる。タイでは、公務員・国営企業労働者医療保障（CSMBS、財務省管轄）に加え、2002年に全民間事業所が社会保障基金（SSS、労働省管轄で社会保険方式を採用）に強制加入となったことで職域部門で皆保険が実現し、加えて2002年の30バーツ医療制度[2]（UC、国民健康保険事務局（NHSO）管轄で税方式を採用）の導入により地域保険が確立し、ここに国民皆保険が実現したとされる。これは、まがりなりにもタイが福祉国家的な体裁をとりはじめたという点で評価すべきである。とりわけ、タクシン政権下で実現したUCは、一気に総人口の75%に医療サービスを保障することになったとともに、郡病院を中核とする地域医療への資源配分強化や疾病予防・健康増進への政策転換を伴ったという意味で、タイの医療保障の構造を劇的に変化させた。筆者は、このUCについていくつかの観点から紹介してきた[3]。

一方、こうした社会保障に関する個々の「現象」面を、より大きな状況つまり社会保障のマクロ状況との関係でみると、ひとつの疑問点が浮かび上がる。すなわち、1980年代後半以降の高度経済成長とともに拡大した国民総医療支出の抑制、直接的には政府医療支出抑制の指向が1997年アジア通貨危機後に成立したチュア

* 大阪外国語大学　アジアⅡ講座

ン政権の頃からあったし、タクシン政権下で実現したUCは医療サービス供給を短期間で普遍化したものの、その後のUC一人当たり予算の伸びは首相府予算局によって厳しく抑制されていた[4]。CSMBSについても医療費削減の方向を指向していた。以上のように、政府医療支出「全体」の伸びを管理しようとするメカニズムが一方で働いていた。

今述べた一見相反する二つの事柄、すなわち①福祉国家的指向性と②医療構造改革[5]的指向性の並存状況をどう理解すればよいのだろうか。この二つの指向性については、藤村（2006）の用語にしたがうならば、社会保障の「構造変動」と「水準変動」という視点で整理できる。「構造変動」とは「突発性・衝撃性・変革性」などによって認識されるものであるのに対し[6]、「水準変動」とは歴史的時間軸のなかにおける量的累積的変化である（藤村 2006: 15)。この「構造変動」と「水準変動」を言い換えれば、社会保障における質的側面と量的側面であると捉えることができよう。

本稿の目的は、UCを医療構造改革の文脈の中に位置付けることである。なぜこうした視点が重要なのかについて今少し付言しておこう。すわなち、社会保障とは限られた資源（予算や人員）の配分の仕方をめぐる調整プロセスとして把握できるのであり、したがって動態的なものとして理解されねばならない。タイを含む東アジア諸国は今後、所得水準が低い段階での出生率の急速な低下と高齢化の加速という状況に直面せねばならず（大泉 2006: 71)、したがって租税方式であれ社会保険方式であれ、国家による社会保障制度を構築できたとしても財政的観点からみてサービスの量的拡大が必ずしも持続的でないとするならば、必然的に社会保障制度というパイ全体のなかでどのような配分を行うかという論点に帰着せざるをえないのである。

このような視点に立って、第１節では1980年代後半以降における医療構造改革をめぐる動向を概観したうえで、第２節では医療サービス供給の普遍化、具体的には地域医療の重点化ないし主流化、低所得者や社会的弱者に対する医療福祉サービスの重点化という「構造変動」を医療構造改革のなかに位置付ける。第３節では、こうした国家レベルの医療サービス供給における「構造変動」が定常化するなかで、さらに第２節で述べた対象者へのサービスが拡充されていくという「水

準変動」が起こるとともに、地域レベルで「医療と福祉の統合」といった「構造変動」が生起した過程を検討する。

1．医療構造改革をめぐる動向

(1) 全般的傾向

1980年代後半の高度経済成長に伴い生活習慣病が拡大し、このことによって国民医療費は年率15%という高い率で増加した。この頃から国民医療費抑制を求める意見が国内外から提出されるようになる。折りしも、世界銀行は1987年に発展途上国の保健医療サービス政策に関するレポートを出し（World Bank 1987)、そのなかで国公立病院における患者の自己負担率の増加ないし政府医療支出の抑制という、いわば新自由主義的な政策を推奨していたのである。しかし、この世銀レポートは途上国の政府医療支出の内実を正確に反映していないとの理由から、それほど影響力を持って受容されたわけではなかった。

次に、表１にしたがって1990年代半ば以降の国民総医療費の動向を概観してみよう。まず1994年から96年にかけては、政府医療支出（すなわち公的医療保障システムの回路を流れる医療費)、民間医療支出とも80年代後半に引き続き年率15%近い率で増加を示している。重要なのは、1997年アジア通貨危機を分岐点として医療支出における政府民間比率が52対48と見事に逆転している点である。98年の政府医療支出は前年比1.6%のマイナスであったのに対し、民間医療支出のそれは12.0%のマイナスとなっている。その後の動向をみると、政府医療支出の伸びが民間医療支出のそれを上回っており、したがって政府医療支出と民間医療支出の差は拡大傾向にある。また、30バーツ医療制度（UC）が導入された2002年において政府医療支出が19.4%増加している点が注目される。以上をまとめるならば、タイにおける医療費支出構造の転換において、経済のグローバル化を背景とする対外経済要因が主要な役割を果たし、これがかえって医療支出における政府部門の役割を高めるという皮肉な結果となり、加えてUCの導入がさらにこうした傾向を強める作用を果たしたのである。UCの導入は、冒頭で言及したようにタイの国民医療費構造における「水準変動」であるとともに「構造変動」でもあるといえる。

そしてタイ政府が本格的に政府医療支出の伸びによる財政圧迫に危機感を抱き、具体的な政策対応をとるのは、ようやくこの97年のアジア通貨危機以降のことになる。この点についても、やはり外圧の力が大きい。すなわち、この通貨危機に際し、タイ政府はアジア開発銀行から社会セクター改革融資（Social Sector Reform Loan）を受けたが、そのコンディショナリティとして国立病院の独立法人化が課せられたのである。その第一号がサムットサーコーン県のバーンペーオ病院である。ただし、この独立法人化が実施されたのはこのバーンペーオ病院一ヶ所のみで、後が続かなかった。医療公務員の強い反発があったからである。

それでは具体的に政府はまずどこにメスを入れようとしたのだろうか。この点を考えるには政府医療支出の内訳をみる必要がある。そこで表２によって、政府による医療保障を構成する３つのスキーム、すなわち公務員・国営企業労働者医療保障制度（CSMBS）、社会保障基金（SSS）、30バーツ医療制度（UC）にブレイクダウンして政府医療支出の構造的特徴をみてみたい。現在のこうした３スキームの分立という形態が確立したのは、UCが導入された2002年である。まず財源であるが、冒頭で一部紹介したようにSSSは政労使の拠出による保険料負担であるが、CSMBSとUCは税となる。これをみて気付くのは、対象人口の不均等と一人当たり支出の不均等である。UCが国民の75％を対象としているのに対し、CSMBSとSSSはそれぞれ７％、12％を占めているにすぎない。ちなみに、UCは実質的に「給与所得者以外」を対象とし、これに退職高齢者その他の社会的弱者が流入するという弱者滞留型の制度設計になっているのが特徴である。次に一人当たり支出の不均等である。すなわちCSMBSは、公務員、契約雇員、その家族も給付対象となるが、その一人当たり支出はUCのほぼ４倍となっており、必然的に医療サービスの制度間格差が生じる結果となっているのである。

(2) 公務員・国営企業労働者医療保障制度（CSMBS）の給付水準の抑制

そこで政府がまず目を付けたのが公務員・国営企業労働者医療保障制度（CSMBS）の給付水準であった。チュアン政権下2000年10月３日の閣議では、CSMBSの医療費削減を趣旨とする財務省提案を政府として承認していた。政府はとりわけCSMBSにおける濫診濫療、薬漬け医療が国民総医療費増加の主要な要因の一つ

として捉えたのである。すなわち、CSMBSでは医師が必要と認めれば、国の定めた基本薬剤リスト（Banchi ya lak haeng chat）以外の薬剤[7]についても保険請求できたのであるが、このような行為が常態化した背景には、最先端の薬剤を使用したいという医師の職業意識や、国家基本薬剤リストの見直しは５年ごとに実施されるので、かりにそれが最先端の薬剤であったとしても認定される頃には古くなってしまっているという制度上の難点などがあったと考えられる。こうした、あくまでも医師の主観に依存し明確な基準がない保険請求システムがCSMBSの医療費を膨張させる主たる要因になったとみられている（*Krungthep thurakit*, Aug. 2, 2006）。

この点に関し、30バーツ医療制度（UC）を管轄する国民健康保険事務局（NHSO）のサグアン事務局長が書いた『「足るを知る経済」から「足るを知る健康へ」』がクーデタ後の2006年９月末にNHSOから発行され、そのなかでタイの国民総医療費に占める薬剤費が38%[8]であるなどといったデータを引用しながら（Sa-ngan 2006b: 18）、タイの医療における濫診濫療、薬漬け医療を批判したが、このことは暗に医療サービスの制度間格差の実態を批判しているものとみることができる。80年代後半以降の経済成長に伴う生活習慣病の増加とともに起こった国立の大病院におけるCSMBSのもとでの濫診濫療、薬漬け医療が医療費を押し上げたという認識がサグアンNHSO事務局長をはじめとする「農村医師官僚」[9]のなかに根強くあり、さらに世界銀行やADBからの医療費抑制に関する勧告が彼らを後押ししていたとみることができる。

さらに2007年６月になって、CSMBSを主管する財務省主計局のピヤパン局長は、CSMBSにおける国家基本薬剤リスト外の高額輸入薬剤の保険請求が国民医療費を押し上げる一因となっていることを問題視する発言をするとともに、７月以降、同局は①一定期間中の薬剤費を含む医療費の保険請求については、まずその８割のみについて医療機関に支払いをし、残る２割分については厳格な精査を行う、②CSMBSの入院医療費について、医療費の抑制を可能にするDRG（診断群別）による定額支払方式[10]を導入する、などの措置を導入した[11]（*Phuchatkan*, Jun. 9, 2007）（表３参照[12]）。これによって、３制度すべての入院医療費について定額支払い方式が導入されたことになる。

このように、医療構造改革すなわちパイ全体の「水準変動」の側面について、

政府はさしあたりCSMBSの給付水準に引き下げによってこれに対処しようとしたのである。それとともに、2002年のUC導入によって一時的に政府医療支出が跳ね上がったものの、その後のUC一人当たり予算の伸びが厳しく抑制されていたため、政府医療支出は７～８％の伸びに抑えられていたのである。

２．30バーツ医療制度の導入
－郡病院を中核とする地域医療の「主流化」

(1) 地域医療の「主流化」

次に、実施されてから５年が経過した30バーツ医療制度（UC）導入の意味についてである。冒頭で述べたように、UCの導入によってサービス供給の対象は一気に総人口の75％にあたる4,700万人に拡大したのであるが、これを制度の母体となった「低所得者向け医療扶助制度（So.Po.Ro.）」の量的拡大と解釈するならば「水準変動」の文脈で捉えることができよう。その一方で、制度導入が郡病院を中核とする地域医療への資源配分強化や疾病予防・健康増進への政策転換を伴ったことに着目すれば、これは「構造変動」の文脈で捉えることができる。

保健所を含むタイの保健医療機関の大多数は国営であり、私営医療機関については都市部に病院やクリニックが偏在するのみである。国営には地方中核病院（Rongphayaban sun、病床数　500以上）、県庁所在地に立地する一般病院（Rongphayaban thuapai、病床数　150-200）、郡レベルの郡（コミュニティ）病院（Rongphayaban chumchon）、タムボン（地区の意で、郡の下に位置する行政単位）レベルの保健所（Sathani anamai）などがある。かつては高度医療設備を持つ中核病院や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が、これに対し2002年導入のUCはこうした伝統的な保健省内の資源配分システムを根本から改めようとしたのである。

そこでこの資源配分システムの変化について具体的にみてみたいのであるが、従来、医療サービス供給のほぼすべてが、中核病院と一般病院を管轄する保健省「次官室地方病院課」と、郡病院と保健所等を管轄する同「地方保健課」によって管理されていた。1997年時点で、中核病院と一般病院が合わせて92ヶ所あり、

合計38,642の病床を持っていたのに対し、郡病院は726ヶ所で病床数は27,230に過ぎなかったが、当時の予算配分システムでは、主として病床数や医療設備等を基礎にして配分されるので、高度医療設備を持つ中核病院と一般病院に厚い予算配分となっていた。また、「地方病院課」と「地方保健課」では予算算定方式が異なり、同じスペックの資材の購入、同じ規格の病棟の建設でも異なる単価が用いられることがあった。また昇進面でも差があり、中核病院や一般病院の院長ではC－9、C－10階級に行けることもあったが、郡病院の院長ではC－9に行けることはまずなかった（河森 2007: 98)。

これに対しUCは、後で触れる一次医療契約病院（CUP）の受け持ち人口規模を算定根拠とする「人頭割予算配分」を特徴とし、これを契機にこうした伝統的な保健省内の資源配分システムを根本から改め、より基層レベルの郡病院や保健所に人的面を含む資源が行き渡るよう組み替えたところにその核心があるのである。首相府予算局とサグアンNHSO事務局長は90年代末から接触があり、先の「低所得者向け医療扶助制度」さらにはUCにおける人頭割予算配分の導入で一致していた（河森 2007: 97)。

UCのもうひとつの特徴は、郡病院および保健所への資源配分強化を前提とした郡レベルにおける保健医療機関の系列化である。具体的には、保健所で薬をもらっても治らない患者が郡病院の前を通り過ぎて一般病院に行くというかつての受診慣行を是正し[13]、郡病院と保健所が共通の資源を共通の資源管理システムのもとで管理することを主眼としたのである。これはWHOが District Health System として1980年代末から勧告していたものである。形態としては、イタリアやスペインといった南欧諸国のそれに近い。また1989年以来、この試みはベルギーのプリンス・レオポール熱帯医学校やEUからの学術的援助や資金的援助によって、アユタヤー、ナコーンラーチャシーマー、ソンクラー、ピッサヌロークの４県、15の郡で実験的に実施されていた（Saisiri 2006: 33-35)。

系列化の手段として、30バーツ医療制度の導入とともに基層レベルにおいて二つの単位が新設された。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)」である。まずPCUであるが、主としてタムボン・レベルにあって看護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。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（河森 2006b: 64-65）。

CUPとなるのは基本的に郡病院である。郡病院は原語どおりに訳せば「コミュニティ病院（Rongphayaban chumchon）」となるのだが、タイでは1982年頃からこのような名称で呼ばれるようになった。したがってタイの医療制度の世界では1980年代以降、郡レベルを一つの自立的・統一的な範域を持った「コミュニティ」として想定していることがわかるのだが、先に述べたように、こうした考え方は1980年代後半以降さらに強化される。すなわちWHOが1988年に提唱したDistrict health system for primary health careによって、郡レベルにおける保健所と病院の間における自立的効率的分業体制が意識的に強化されていく。そして一部の県で実験的に行われていた試みが、UCの導入とともに全国レベルに拡張されるようになったのである。なおUCは、郡レベルの保健医療予算配分において郡病院院長に強い権限を与える点などを運用上の特徴としている。

(2) 2006年９月クーデタ後の「水準変動」

基層レベルへの資源集中の傾向はその後も続いた。2006年11月６日に発表された、「プライマリ・ケア・ユニット内医療従事者に対する特別給与加算の基準および指針に関する国民健康保険事務局告示」は、国民健康保険事務局（NHSO）支部がPCUに対して特別給与加算（予算総額５億4,500万バーツ）を実施する旨定めている。具体的には、PCU評価基準を70%以上満たした一般保健所、コミュニティ健康センター、コミュニティ医療センター、保健サービス・センターの医師、歯科医師、看護師、一般職員などを対象に特別給与加算を実施するものだが、例えば農村部（タムボン区域内）のコミュニティ医療センター常駐医師の場合、

家庭医療専門医で月額30,000バーツ、一般医（GP医師）で同25,000バーツ、退職医で同60,000バーツの特別手当が給与に加算される。

さらに、2007年４月にはNHSO、保健省、アユタヤー県保健事務所が、一般病院における外来（OPD）の廃止と専門化およびPCUの外来受け入れ態勢強化のためのプロジェクトの実施計画（予算10億バーツ）に署名した。アユタヤーはこの分野で最も先進的な試みを行っている地域である。外来については基本的に郡病院で処置あるいはスクリーニングし、処置不能の場合にのみ一般病院にリファーするというわけである。また同じく2007年４月に、文官委員会が郡病院勤務医を含む地域医療従事公務員の最高ランクをＣ－８からＣ－９に格上げすることに合意した。格上げされるのは実に842ポストであり（*Phuchatkan, Apr.* 22, 2007）、文官委員会も基層レベル強化という「農村医師官僚」の政策を支持する立場を示したのである。さらに、2007年８月になって、バーンペーオ病院に続く独立法人化の候補として、保健大臣の口からパートーン病院やサムイ病院などの一般病院の名前が挙がるようになってきた（*Phuchatkan, Aug.* 1, 2007）。

次に2002年以降の30バーツ医療制度（UC）の「水準変化」をみておきたい。首相府予算局が決定した同制度の一人当たり予算の推移をみると、2002年度は1,202バーツ、2003年度は1,414バーツの要求に対して1,202バーツ、2004年度は1,447バーツの要求に対して1,308バーツ、2005年度は1,510バーツの要求に対して1,396バーツと抑制されており、保健省保健システム研究所の依頼によりUCの評価を手がけてきたタイ開発調査研究所（TDRI）ウィロート・ナ・ラノーン博士の表現を借りれば、これは首相府予算局の極めて厳格な財政規律（winai thang kan khlang）によるものなのである（*Krungthep thurakit, Jan.* 24, 2005）。ただし、2006年９月19日のクーデタ後の2007年度には1,899バーツ、2008年度には2,100バーツ（閣議決定済み）と単年度で一気に200バーツも引き上げられた[14]。先の文官委員会の決定と並んでこれはきわめて異例なことであり、次年度以降の動向に注目したい。

第１節および本節で述べたことからわかるのは、とりわけ通貨危機以降、NHSO、予算局、財務省、保健省、文官委員会のあいだで、CSMBSの給付水準の引き下げ、地域医療への資源配分強化すなわちUCへの財政支援強化を中核とする医療構造改

革についての共通認識、およびこれを基盤とする省庁横断的政策ネットワークが出来ており、さらにこのNHSO、予算局、財務省、保健省、文官委員会のあいだのネットワークは年を追うごとに強固になってきているということである。

これらの点を踏まえると、今後の医療政策として以下が予想される。まず需要面において、短期的にはCSMBS、SSSの給付水準の事実上の引き下げ、保険請求できる薬品リストの制度間統一が実施され（CSMBS、SSSで受け取る医療水準を維持しようとすればこれまでより自己負担率が上昇する）、つまり制度としては下（＝UC）に合わせることで、長期的には３制度（CSMBS、SSS、UC）の統合もありうる。実際にタクシン前首相は、実現はしなかったものの、2005年10月ないし2006年１月を目途にNHSOのもとでの３制度の運営を指示していた。供給面においては、国立の大病院（中核病院、一般病院）の整理統合、独立法人化、私立病院との競争などを促進させることが考えられる。こうしたUCを中核に据えた医療構造改革路線は基調としては変わらないのではないか。

３．30バーツ医療制度の普遍化と福祉領域への参入

(1) 社会的弱者への医療サービス供給の拡充

タイでは製薬公社がHIV／AIDSの一次治療用としてジェネリック薬品GPO-Virを生産しているが、2004年以降30バーツ医療制度（UC）のもとでこれへの保険適用が可能となっている。さらに後で述べるように、2003年からは一人当たりUC予算のなかに身体障害者のリハビリテーション予算４バーツが計上されるようになった。このように、NHSOは社会的弱者向け医療サービスの供給を着実に拡充しているが、2006年クーデタ後はさらに進んで、国内外の自由主義的価値やグローバル化の流れに対抗してまでも、「タイ国民」の医療を受ける「権利」を保障する立場を鮮明にしている。

まず2006年11月に、NHSOは国籍のない少数民族25万人、住民登録のない浮浪者や孤児３万人を含む70万人をUCの対象とすべきとの決議を出した。2006年11月には保健省（疾病対策局長名）が、特許法第51条およびWTOのドーハ宣言に基づき、製薬大手メルクの抗エイズ薬「エファビレンツ」の特許に対し強制実施

権を発動した。これにより、５年間で40億バーツの財政負担の軽減が可能になるとみられている。さらに2007年１月には保健省が、米ブリストル・マイヤーズ・スクイブと欧州の製薬大手サノフィ・アベンティスの抗血栓薬「プラビックス」、米アボット・ラボラトリーズの抗エイズ薬「カレトラ」の特許に対し強制実施権を発動した。強制実施権の発動に際しては、タイの輸出全体に対する欧米からの制裁措置を恐れる外務省や商業省から強い抵抗があり閣議も割れたが、結局スラユット首相は発動に理解を示したといわれている。なお、2007年４月にはHIV／AIDSの予防および感染者支援事業が保健省疾病対策局からNHSOに移管されており、この政策分野ではNHSOが主体となって政策形成がなされるようになっている。

これら一連の政策を決めていたのは、サグアンNHSO事務局長、ウィチャイ製薬公社役員会会長、スウィット保健省疾病対策担当専門家（国家薬事委員会委員長）である。これをタクシン政権下の状況との繋がりで付言するならば、「タイ国民」のための医療保障を重視する「ベーシック・ニーズ」路線すなわち倫理的価値と、タイの医療ハブ化を推進しようとする「医療の高度化」路線すなわち職業的野心は、ほぼ拮抗していた。しかし保健省－NHSOライン（事実上３人の「農村医師官僚」出身幹部－サグアン、ウィチャイ、スウィット）が2006年９月クーデタ後にとった、一回あたり30バーツの手数料の廃止、医療福祉サービスの普遍化（身体障害者や少数民族向け）、抗エイズ薬に関する特許の強制実施権発動といった施策は、国内外の自由主義的価値やグローバル化の流れに対抗するものであり、自由主義を基盤とするタクシン政権下では実行不可能な政策であった。今挙げた一連の現象は、低所得者や社会的弱者向け医療サービス供給を支える思想が、これまでのように単なる「慈善」ではなく、「権利」の「保障」に転換したという「構造変動」を示しているものと理解できるかもしれない[15]。

(2) 地域レベルにおける「医療と福祉の統合」

一方UCは、CUPを中核としながら統合的で自律的な医療・福祉供給の仕組みを構築しようとしている。タイでは、2003年社会福祉供給促進法や2003年高齢者法が制定されたが、社会福祉の主管官庁である社会開発・人間の安全保障省が実

施する社会福祉事業における入所施設建設・運営（日本でいう第１種社会事業）、福祉センター設置（日本でいう第２種社会事業）は一部地域に偏在しているばかりか、量的にはほとんど取るに足らない存在である。社会開発・人間の安全保障省が実施する全国レベルの施策は社会的弱者への補助金給付のみである[16]。そうしたなかで、NHSOによるUCの予防・健康増進向け予算（PP）を活用した地域主導の医療福祉サービス供給、すなわちタムボン・レベルでの健康保険基金の設立を通じた医療と福祉の統合が推進されようとしている。すなわち同事務局が医療と福祉を「コミュニティ」という「場」で管理するという構図が出来上がりつつあるのである。その理由は、末端レベルにおけるサービス供給機能[17]、そしてなによりも予算規模からいって、保健省・NHSOのほうが社会開発・人間安全保障省に勝っているからである。とりわけ財政基盤の弱い途上国では「施設」を基盤とする福祉よりも、「地域」を基盤とする福祉に力点を置かざるをえないのであるが、地域レベルにおいて強い組織基盤を持つ保健省・NHSOが必然的に地域医療福祉において主導的な役割を果たすことになるのである。

そこで、こうした動向を障害者福祉の分野を例にみてみよう。UCではクーデタ前から医療福祉サービス供給の普遍化への指向が強かった。例えば、身体障害者は「トー74」という種類に分類され、これに登録されている人口は41万4,358人（2006年）である。すでに述べたように、UCでは人頭割予算を採用しており、2007年度のUC一人あたり予算は1,899バーツになっているが、2003年度から一人当たりUC予算のなかにリハビリテーション予算４バーツが計上されるようになった。次にリハビリテーションにどれくらいの予算が使われているかであるが[18]、UCの制度内では、総額にすると４バーツ×4,700万人（UC対象人口）＝１億8,800万バーツがリハビリテーションに振り向けられている。うち80％にあたる１億5,000万バーツがリハビリテーションや障害程度の認定に、15％が補装具購入等、５％が種々の講習に充てられることになっている。ただし、予算はいいとしても、それとは別に現場でのマンパワーの絶対的不足という問題が存在しているという問題点は残っている[19]。

さらにNHSOは、こうした「国家」による基本的権利としての医療と福祉の保障のうえに、地域レベルで任意の二階部分ないし付加的部分を積み上げていくと

いう方向を示している。具体的には三者共同出資（地方自治体、NHSO、住民）による健康保険基金設立の試みである（NHSO 2007b）。この基金は、どうやら障害者や高齢者といった社会的弱者を地域全体で支援・介護する仕組みを構築することを目的としているようである[20]。すなわちNHSOはCUPを頂点とした医療サービス供給と、地域レベルの健康保険基金を通じた福祉サービス供給の組み合わせを意図しているのではないかと思われる。なお、2007年３月にNHSO、保健省、社会開発・人間の安全保障省、内務省、全国県自治体協会、全国テーサバーン連盟、全国タムボン自治体連盟が自治体レベルの健康保険事業・福祉事業支援に関する協力協定に署名したが、この仕掛けを主導したのはNHSOである。

むすび

保健省とNHSO、もっと具体的に言えばタイの医療政策の実権を握っている３人の「農村医師官僚」出身者たちは、今一体何をしようとしているのか。おそらく彼らは、①医療構造改革の実現（とりわけ薬剤に関する政策手段やCSMBSの給付水準の削減を通じて）、これを大前提とした②ベーシック・ニーズの保障と拡充、③農村地域医療・福祉の新たな枠組みの構築、を目標とする省庁間および政府間（中央と地方）における「政策ネットワーク」[21]の維持強化を目指しているのであろう。とりわけ、2006年９月クーデタ後にCSMBSの給付水準の具体的削減策とUC一人当たり予算の引き上げ幅の上昇がセットで実施されていることに注目したい。

その一方で、UCが制度上の欠陥を露呈しつつあることを最後に付記しておかねばならない。UCで実際上起こっているのは、サービス「対象者」の裾野を広げるという意味での普遍化であり、サービス「利用者」の普遍化ではないという点である。すなわち、比較的低所得で疾病リスクの高い層にサービスの利用が限定されてしまうという現象であり、もっといえば実質的な公的扶助すなわち1975年以来の「低所得者向け医療扶助制度」への逆戻りの様相を呈しているのである。また、これは事実上の所得移転政策への転化である。ただ、もともとUCは「給与所得者以外」（4,700万人）を対象とし、これに退職高齢者その他の社会的弱者

が流入するという弱者滞留型の制度設計になっているから、当然といえば当然である。制度維持のために社会保険方式の導入を断行できる強い政権が今後出てくるかどうかはわからない。このままいけば「安かろう悪かろう」の制度として定着し、その結果農村部における貧困層より上の層が利用を回避し、事実上の無保険となってしまうことも懸念される。

おそらくこれから問題になってくるのは、こうした層を含めた農村部に対するセーフティー・ネットをどう張るかという点だろう。CSMBSにおける給付水準の切り下げ等を通じた政府医療支出の抑制が功を奏したとしても、高齢化といった条件のもとでは国家による「大きな社会保障」は必ずしも持続性を確保し得ないかもしれない。これを打開する糸口のひとつが、前節で述べたNHSOが推進する三者共同出資（地方自治体、NHSO、住民）による地域レベルの健康保険基金のサービスの対象をさらに拡張することである。すなわち、国家による基本的権利としての「大きな社会保障」のうえに、「小さな社会保障」すなわち地域主導で金銭および現物（住民による介護サービスの供給など）両面において二階部分ないし付加的給付部分を積み上げていくという方向性である。その意味で、社会保障制度改革における地方自治体の役割が焦点となってこよう。

表１．タイにおける医療支出の推移（1994-2005）

（上位４項目の単位は100万バーツ）

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
国内総生産（GDP）	3,629,341	4,186,212	4,611,041	4,732,610	4,626,447	4,632,132	4,904,725	5,100,677	5,325,000	5,719,000	6,130,000	6,556,000
総医療支出	113,003	129,822	154,855	161,649	150,422	157,663	163,931	170,450	188,100	199,679	214,551	230,836
政府医療支出	49,541	57,698	69,166	79,067	77,774	86,271	93,474	97,686	116,624	125,195	135,156	145,321
民間医療支出	63,462	72,124	85,689	82,582	72,648	71,392	70,456	72,765	71,475	74,484	79,395	84,515
総医療支出の対GDP比	3.11	3.1	3.36	3.42	3.25	3.4	3.34	3.34	3.53	3.49	3.5	3.52
政府医療支出の対GDP比	1.37	1.38	1.5	1.67	1.68	1.86	1.91	1.92	2.19	2.19	2.21	2.23
民間医療支出の対GDP比	1.76	1.72	1.86	1.74	1.57	1.54	1.44	1.43	1.34	1.3	1.3	1.29
政府医療支出の比率	44	44	45	49	52	55	57	57	62	63	63	63
民間医療支出の比率	56	56	55	51	48	45	43	43	38	37	37	37
総　人　口	59,096,419	59,460,382	60,116,182	60,816,227	61,466,178	61,661,701	61,878,746	62,308,887	63,142,000	63,656,000	62,526,693	62,779,603
一人当たり医療支出	1,912	2,183	2,576	2,658	2,447	2,557	2,649	2,736	2,979	3,137	3,291	3,272

（出所）MOPH, *Phon kan damnoen ngan khong khana ratthamontri tam naeo nayobai phuenthan haeng rat lae nayobai ratthaban ratthaban phan tamruat tho Thaksin Chinnawat pi thi 1 (23 minakhom 2548-23 minakhom 2549)*（国家基本政策および政府方針に基づく内閣の実績、タクシン政権、2005年３月23日－2006年３月23日）

表２．社会保障スキーム別政府支出

	2002年度			2003年度			2004年度		
	対象人口	総 支 出	予算／人	対象人口	総 支 出	予算／人	対象人口	総 支 出	予算／人
公務員・国営企業労働者医療保障制度（CSMBS）	4.7	23,476.30	4,994.90	4.7	22,685.90	4,826.90	4.7	26,043.10	5,541.10
社会保障基金（SSS）	6.65	9,577.00	1,440	7.76	11,941.00	1,538.00	8.27	12,979.20	1,569.40
30バーツ医療制度（UC）	45.3	59,878.00	1,319.70	45.6	52,963.00	1,161.50	46.82	62,301.00	1,330.60

（注）　対象人口の単位は100万人、総支出の単位は100万バーツ、一人当たり予算の単位はバーツ。
（出所）So. Wo. Po. Ko., *UC Digest*, May-Aug., 2007, 82ページ。

表３．９．19クーデタ後における医療･福祉関連の動向

2006年	
10月24日	保健省Ｃ－10級の異動（９ポスト）が閣議承認される。食品薬事委員会委員長にシリワット・ティップタラードン保健システム研究所所長が任命される。
11月１日	国民皆保険における１回30バーツの手数料が廃止される。
11月14日	閣議、2007年度UC一人当たり予算を1,899.69バーツと決定（国民健康保険委員会の要求は2,089バーツ）。ウィチャイ･チョークウィワット･タイ式医療代替医療開発局長の「製薬公社」役員会会長任命を承認。
11月27日	国民健康保険事務局、国籍のない少数民族25万人、住民登録のない浮浪者や孤児３万人を含む70万人を国民皆保険の対象とすべきとの決議を出した。
11月29日	保健省（疾病対策局長名）、特許法第51条およびWTOのドーハ宣言に基づき、製薬大手メルクの抗エイズ薬「エファビレンツ」の特許に対し強制実施権を発動。
2007年	
１月１日	社会保障基金制度（SSS）における出産費用が無料から12,000バーツの補助金支給に、歯科診療が無料から年２回500バーツの補助金支給に変更される。
１月９日	ナコーンラチャシーマー特別市が「老人健康センター」を開設、NHSOがこれを支援。
１月29日	保健省、米ブリストル・マイヤーズ・スクイブと欧州の製薬大手サノフィ・アベンティスの抗血栓薬「プラビックス」、米アボット・ラボラトリーズの抗エイズ薬「カレトラ」の特許に対し強制実施権を発動。
２月１日	タイ医師会会長にソムサック･ローレカー医師が選出される（４期目）。
２月５日	保健省、新たに特許の強制実施権発動が必要な薬品（抗がん剤、コレステロール低下薬などを含む10種類）を選定し（So.Tho. 0100／417）、スラユット首相に報告。
２月７日	保健省と内務省の「幸福社会戦略」関係者がセミナー。「幸福社会戦略」で内務省に50億バーツに予算が付き、またNHSO、社会開発･人間の安全保障省、タムボン自治体が合わせて１タムボンあたり50万バーツの予算を配分しコミュニティ内における弱者支援の取り組みを推進する予定。
２月16日	モンコン大臣、「FTAとタイ保健医療：タイにとって得か損か」セミナーで、自由貿易協定（FTA）は貧富の格差を拡大する、「医療ハブ構想」は医師の民間流出を招き医療格差を拡大させたと批判。
３月19日	「国民健康法」が官報に掲載される。
３月19日	NHSO、保健省、社会開発・人間の安全保障省、内務省、全国県自治体協会、全国テーサバーン連盟、全国タムボン自治体連盟が自治体レベルの健康保険事業・福祉事業支援に関する協力協定に署名。
４月１日	HIV／エイズの予防および感染者支援事業が保健省疾病対策局からNHSOに移管される。
４月２日	モーラコット副大臣、「農村勤務医育成計画（1995-2013）」で、目標の6,807人のうち1,085人がすでに地域医療に従事と発言。（官民計18,918人の医師のうち9,375人が保健省所属の医師）
４月２日	NHSO、保健省、アユタヤー県保健事務所が、県病院における外来（OPD）の廃止と高度専門化およびPCUの外来受け入れ態勢強化のためのプロジェクトの実施計画（予算10億バーツ）に署名。

4月20日	プラート次官、３割の中核病院･県病院で成人病クリニックを開設済み、全国に１万の老人クラブが存在（90万人参加）、「健康増進寺」を今年度中にさらに1,200ヵ所増やす、今年度中に14県で「高齢者健康増進センター」設置促進事業を実施、などと発言。
4月22日	モンコン大臣、文官委員会が郡病院勤務医を含む地域医療従事公務員の最高ランクをＣ－８からＣ－９に格上げすることに合意したと発言。格上げされるのは計842ポスト。
4月24日	保健省、ブーラパー大学、華僑崇聖大学がタイ式医療代替医療専門学校設置の合意書に署名。プラート次官は、2012年から全PCU、郡病院でタイ式医療サービスを供給する予定と発言。
4月24日	モンコン大臣、国民健康保険委員会は県レベルのタイ式医療サービス支援基金設立を決定と発表。
4月30日	米通商代表部（USTR）、包括通商法スペシャル301条に基づく年次報告で、タイを「監視国」から、制裁もありうる「優先監視国」に格上げ。
5月４日	NHSO事務局長選挙で、サグアン現事務局長が再選される（二期目）。
5月９日	クリントン米前大統領、訪米中のモンコン保健大臣と共同記者会見を実施、エイズ治療薬等に関する特許の強制実施権発動問題について、タイ政府を支持する旨表明。
5月17日	ワンロップ副大臣によれば、過去３年間にわたって公務員としての看護師採用がなく、新卒の30％しか国立病院勤務を希望していないと発言。
5月27日	全国初の国民皆保険ボランティア（UCボランティア）がチャイナート県で活動開始。国民皆保険に関する広報啓発活動を行うのが目的。
6月３日	ワンロップ保健副大臣、保健局から優秀「健康増進寺」の認定を受けたチェンマイ県サンサーイ郡フアイキアン寺の身体麻痺リハビリセンターを視察。
6月６日	ピヤパン財務省主計局長、公務員医療保障制度（CSMBS）における「国家基本薬剤リスト」外の高額輸入薬剤の保険請求が国民医療費を押し上げる一因となっていることを問題視する発言を行う。
6月６日	ナコーンラーチャシーマー県のフアタレー町、県保健事務所、およびNHSOの三者が共同でフアタレー町病院を設立する計画に調印。
6月13日	閣議、2008年度のUC一人当たり予算を2100バーツと決定（国民健康保険委員会の要求は2139.83バーツ）。また、タイ式医療代替医療再興5カ年計画（2007-2011年）を策定し、23億6400万バーツを投入して研究開発を行うことを承認。
6月20日	「国民健康委員会事務局（So.Cho.）」が保健省内に設置される。「保健システム研究所（So.Wo.Ro.So.）」、「病院品質開発・認証機構（Pho.Ro.Pho.）」、「健康システム改革事務局（So.Po.Ro.So.）」が統合したもの。
6月22日	ワンロップ副大臣、2007年度中に80万人の保健ボランティアのうちの20万人に成人病対策を主とする研修を実施し、「専門保健ボランティア（O.So.Mo.Cho.）」として育成すると発表。
6月25日	モンコン大臣、国連合同エイズ計画（UNAIDS）プログラム調整委員会委員長に就任。
6月29日	モンコン大臣、9,765ヵ所ある保健所のうちの35ヵ所を30のタムボン自治体に移管すると発表。
6月29日	ワンロップ副大臣、「３つのオー」すなわち保健ボランティア（O.So.Mo.）、保健所（So.O.）、地方自治体（O.Po.Tho.）のネットワークを重視すると発表。
6月30日	スリン県パノムドンラック病院で、住民参加の理事会制度を郡病院としては全国で初めて導入。
7月１日	公務員・国営企業労働者医療保障（CSMBS）の入院医療費について、DRG（診断群別）による定額支払方式の導入開始。

（出所）保健省広報、NHSO 広報、*Phuchatkan* 紙などをもとに筆者作成。

注

1　本稿は、平成19年度科学研究費補助金（基盤研究 (C)）「タイの地域医療・福祉におけるソーシャル・ガバナンスの形成」（研究代表者　河森正人）の成果の一部である。

2　2006年９月19日のクーデタでタクシン政権が打倒され、これを機会に名称の由来となった30バーツの手数料の徴収が廃止となったため、政府はこの名称を使用しなくなった。しかし、実際にはこれがまだ世間一般に定着しているため、本稿では引き続きこの名称を使用する。

3　河森（2006b）、河森（2007）。

4　ただし、後に言及するように、2006年９月クーデタ以降このUC一人当たり予算の上昇率が上がっているが、これはCSMBSの給付水準の引き下げとセットで実施されている。

5　ここでいう医療構造改革とは、政府医療支出の抑制ないし削減、患者の自己負担増、医療福祉サービス供給における民間活力の導入などといった意味での構造改革であり、次に言及する「構造変動」とは内容を異にしている点に注意を喚起したい。ここでいう医療構造改革の核心とは、次に言及する用語を用いるなら、政府医療支出「水準」の抑制ということになろう。

6　この「構造変動」についての分析的視点としては、たとえば「収斂説」と「大転換説」がある。すなわち、資本主義が一定の段階に達すればどの国でも同じような福祉国家が成立するという「収斂説」と、資本主義のある発展段階で経済構造や社会政治システムに断絶的、構造破壊的変化が起こり、その過程で福祉国家が生まれるという「大転換説」である（加藤 2006: 289）。

7　ガン、心臓病、精神病の薬剤が主である。

8　これに対し、OECD諸国の比率は軒並み10～20%程度である。

9　「農村医師官僚」については（河森 2006a）を参照。保健医療政策に関しては、保健省の「保守派官僚」が掲げる「医療の高度化推進路線」と、「農村医師官僚」が掲げる「地域保健医療の拡充重視路線」という二つの対立する思想が伝統的にあり、しばしば人事抗争に発展したという経緯があった。2001年成立のタクシン政権になると、この二つの思想は、外国人および国内富裕層を顧客にしながらタイの医療ハブ化を推進しようとする「医療ハブ化」路線と、「タイ国民」のための医療保障を重視する「ベーシック・ニーズ（khwam champen phuenthan）」路線として呼ばれるようになった。サグアンNHSO事務局長自身も、「医療ハブ」対「ベーシック・ニーズ」という理念的対立項を用いている（Sa-ngan 2006a: 12）。ここでいうベーシック・ニーズは、国際開発学で一般的に理解されているBasic Human Needsに相当するものである。補足しておくと、タイではBasic Human NeedsよりもBasic Minimum Needs（BMN）という表現の方が一般的である。なお現在、モンコン・ナ・ソンクラー大臣のもとでタイの医療政策の実権を握っているのは４人の「農村医師官僚」出身者、すなわちサグアンNHSO事務局長、ウィチャイ製薬公社役員会会長、アムポン国民健康委員会事務局長、スウィット疾病対策担当専門家（国家薬事委員会委員長）である。

10　たとえば盲腸手術の場合は10,000バーツといった具合に、入院日数や使われた医療資源の多寡にかかわらず、あらかじめ定められた額を支払う仕組みである。

11 給付水準の引き下げ傾向はCSMBSのみに見られる傾向ではない。社会保障基金（SSS）では、2007年１月から出産費用が無料から12,000バーツの補助支給に、歯科診療が無料から年２回500バーツの補助支給に変更された。

12 以後の本文中の記述で、2006年９月19日クーデタ以後における医療・福祉関連の動きが出てきた場合は表３を参照。

13 筆者が2007年７月26日にアユタヤー県ムアン郡ワットトゥーム地区の村で住民に対して行ったインタビューによれば、郡病院に行ってもなかなか病気が治らないので、最初から一般病院ないしは民間クリニックに行くことにしているという声を多く聞いた。

14 ただし、この措置は第１節で述べた2007年７月実施のCSMBSにおける給付水準の引き下げとセットで実施されているので、その意味からすれば財政規律は守られていることになる。

15 例えば、2007年３月にNHSOはUCにおける身体障害者支援をテーマとしたセミナーを主催したが、そのタイトルは“Nawattakam sang lak prakan sukkhaphap samrap khon phikan（身体障害者のための健康保険構築におけるイノベーション）, Change for the Better: from Charity to Security”であった（NHSO 2007a）。

16 社会開発・人間の安全保障省は、生活困窮老人40万人への月額300バーツの補助給付を実施している。

17 保健省・NHSOは、タムボン・レベルの保健所や各村にいる保健ボランティア（全国に８万人いる）を活用できる。なお2007年４月、保健省は14県で自ら老人福祉センターを建設するとの計画を発表しており（*Phuchatkan*, Apr. 20, 2007）、社会開発・人間の安全保障省の社会福祉事業と競合する格好となっている。

18 労災によるリハビリは社会保障基金スキーム（SSS）の対象となるで、UCとは別の扱いになる。

19 理学療法士や作業療法士が常駐する病院は県レベルの一部大病院に限られており、交通費等の問題でそこまで到達できない障害者が多いのではないかと思われる。したがってリハビリテーション予算が100%その目的のために使用されているかははっきりしない。マンパワーの絶対的不足を補完するためには、伝統医療や保健ボランティアの見直しがひとつの方向性であろう。UCではタイ式マッサージが保険の対象になった。保健省は現在、各村にいる保健ボランティアの専門化（リハビリの講習などを実施）を計画している。

20 2007年７月23日、国民健康保険事務局（NHSO）市民参加部門でのインタビューによる。この資金を具体的にどのような仕組みのもとで活用するかについては、行政と住民の話し合いによって決められる。すなわち自治体ごとに違いが出てくることになる。なお、当初はNHSOと自治体の２者による拠出から出発し、段階的に住民からの拠出を推進していくことになるという。

21 この政策ネットワークには、NHSOを強力にサポートするNGOも含まれよう。この点については別稿で論じることにしたい。なお、サグアンNHSO事務局長とNGOの関係については、河森（2007: 99）を参照。

参考文献

（日本語文献）

大泉啓一郎（2006）「東アジアの少子高齢化と持続的経済発展の課題－中国とタイを対象に」『アジア研究』第52巻第２号，66-78ページ。

加藤栄一（2006）『現代資本主義と福祉国家』，ミネルヴァ書房。

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』」『年報 タイ研究』（日本タイ学会）第６号，1-19ページ。

河森正人（2006b）「タイの30バーツ医療制度－一次医療サービス強化への政策転換とその意味」『アジア太平洋論叢』（アジア太平洋研究会）第16号，63-79ページ。

河森正人（2007）「タイにおける『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」『大阪外国語大学論集』第34号，93-108ページ。

藤村正之（2006）「現代日本の社会保障の歴史－集権的社会福祉と分立型社会保険の展開」，武川正吾　イ・ヘギョン編『福祉レジームの日韓比較－社会保障・ジェンダー・労働市場』，東京大学出版会，15-39ページ。

（英語文献）

World Bank（1987）*Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*

（タイ語文献）

NHSO（2007a）*Sarup sara samkhan nawattakam sang lak prakan sukkhaphap samrap khon phikan*（ダイジェスト：身体障害者のための健康保険構築におけるイノベーション），*Change for the Better: from Charity to Security*, Bangkok: NHSO

NHSO（2007b）*Khumue rabop lak prakan sukkhaphap nai radap thongthin rue phuenthi*（地方ないし地域レベルにおける健康保険制度ハンドブック），Bangkok: NHSO

Saisiri Danwatthana（2006）"Rabop borikan satharanasuk radap amphoe, phuenthi yutthasat kan patirup（郡レベルの保健サービス・システム、改革の戦略拠点）", *Warasan rongphayaban chumchon*（雑誌郡病院），Bangkok: MOPH（次官室政策戦略事務局）.

Sa-ngan Nittayaramphong（2006a）*Rabop sukkhaphap nai thongthin: anakhot rabop sukkhaphap thai*（地方における健康システム: タイの健康システムの将来），Bangkok: NHSO

Sa-ngan Nittayaramphong（2006b）*Chak sethakit pho phiang su sukkhaphap pho phiang*（「足るを知る経済」から「足るを知る健康」へ），Bangkok: NHSO.

（タイ語新聞）

Phuchatkan 紙、*Krungthep thurakit* 紙

Structural Reform of Medical Care Expenditures and the 30 Baht Universal Healthcare Scheme in Thailand

KAWAMORI Masato*

The development of social security system in Thailand since 1990s has indicated two contradicting orientations: (1) welfare state-oriented policies (the introduction of the 30 Baht Universal Healthcare Scheme and the policy shift toward primary health care-oriented services) and (2) structural reform of medical care expenditures. If sustainable fiscal expansion for social security is not expected considering the rapid change of age structure, a manner in distributing limited resources should become an inevitable issue.

This paper concludes that the NHSO in charge of the 30 Baht Universal Healthcare Scheme is aiming at forming a strong policy network among related government agencies (the Budget Bureau, the MOPH, the MOF) and civil society in order to facilitate a major budget policy shift to primary health care-oriented services in exchange for structural reform of overall medical care expenditures such as a gradual reduction of the CSMBS services.

* Division of Asia II, Osaka University of Foreign Studies