



Title	タイにおける高齢者福祉の制度と政策的課題：主としてコミュニティ・ケアとの関連で
Author(s)	河森, 正人
Citation	アジア太平洋論叢. 2009, 18, p. 61-78
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/100084
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

タイにおける高齢者福祉の制度と政策的課題

－主としてコミュニティ・ケアとの関連で－

河 森 正 人*

はじめに

2008年12月に成立したアピシット政権は高齢者対策を政策の重要な柱として掲げ、2009年4月から、公務員年金受給者等一部を除くすべての高齢者に対する月額500バーツの「高齢者生活補助 (bia yang chip phu sung ayu)」の支給を開始した。前身の1993年に導入された「老人生活扶助」は、資産調査を前提とした限定的なものであったが、これによって医療保障制度 (2002年導入の「30バーツ医療制度」¹⁾) 同様、所得の保障の面でも普遍主義的な施策に進化したことになる。もっとも、届出主義に基づくものであるから、すべての有資格高齢者の手に無条件に届くものではなかったが、結果的にタイの福祉国家化がさらに進展したことになる。また、2009年1月に実施されたバンコク市長選挙では、在宅福祉を拡充すべきか施設福祉を拡充すべきかなど、高齢者対策が争点のひとつとなった。

しかし、こうした一連の施策が果たしてどこまで高齢者自身やこれを扶養する家族を取り巻く諸条件やニーズを反映したものであるかについては一抹の疑問が残る。高齢者生活扶助の普遍主義化は、政治家が有権者の相対的高齢化を見据えた選挙対策であるともいえるし、2008年末に発生した金融危機を受けた景気刺激策のひとつであるともいえる。さらに、タイがすでに全人口に占める65歳以上人口の割合が7%を超える、いわゆる高齢化社会に入っているということは比較的知られるようになってきているものの、こうした人口統計上の数字がショッキング

* 大阪大学大学院人間科学研究科

グであるだけに、危機感が拙速な政策実施につながっているようにも思われる。

他方、近年、家族の扶養機能が極めて弱体化しているとの見解がマスコミで流布しているが、これは西洋の家族の発展段階論を鵜呑みにした、実態に基づかない「言説」でしかない可能性も多分にある。こうした言説が、さらに先進国の「福祉の社会化」政策の直輸入を伴うものとなれば問題は深刻である。実際、先進国の援助政策とも絡んで、こうした直輸入現象が現れ始めている。伝統的な家族制度の態様とその変化の実態に基づいた政策形成と実施が必要であるというのが本稿の主張である。

そこであらかじめ本稿の構成を示しておく。まず第1節では、高齢者医療・福祉制度の現状を大まかに把握する。その具体的手続きとしては、現在の高齢者対策の基本的指針となっている第2次国家高齢者計画（2002-2021）に通底する理念がいかなるかたちでどの程度実現しているかを検討することとする。続く第2節では、コミュニティ・ケアというより具体的な領域に下りて、その文脈の中で高齢者対策がどのように位置付けられているかを確認する。その理由は、第2次国家高齢者計画の理念の第一に家族とコミュニティを重視した戦略が掲げられているからである。第3節では、西洋出自の概念であるコミュニティ・ケアの施策が、タイ社会の実態を反映したものとなっているかどうかを確認するが、その手段として国家統計局の2007年高齢者調査を参照しながら議論を進める。具体的には、伝統的家族制度の持つ高齢者の扶養機能がどの程度変化しているかについて、とりわけその地域的偏差に着目する。そのうえで、地域の実態に配慮した、画一的ではないきめ細かな施策が必要であることを示す。

1. 第2次国家高齢者計画（2002－2021）の現段階での評価

首相を座長とする国家高齢者支援調整委員会が2002年に策定した第2次国家高齢者計画は20年間にわたる長期計画である。全体で61ページの短いものであるが、多省庁に分散した関連施策を統合する役割を持つものであるから、その重要性は大きい。この計画は3つの基本理念で構成されている。第1に、高齢者支援の主体は第一義的には家族とコミュニティであり、国家による福祉については、その

基本的保障 (lak prakan)²を行うという意味において副次的システム (rabop soem) の位置にとどまること、第2に、健康、所得の安定、教育、福祉等に関わる施策を統合的に推進すること、第3に、達成目標とその測定指標の設定を通じて評価のシステムを整備すること³である（国家高齢者支援調整委員会2002: 1）。以下、第1と第2のポイントについて、2002年の計画実施から現在にいたるまでの筆者なりの評価を示しておきたい。

(1) 家族とコミュニティの重視

高齢者支援の実施において家族とコミュニティを重視すると同委員会はこのようであるが、そこには優先順位が付けられている。それは①自助努力、②家族による支援、③コミュニティによる支援、④社会ないし国家による支援である（国家高齢者支援調整委員会2002: 28）。

まず、NSO（2007）によれば、自らの就労を主たる所得の源泉としている高齢者が2007年時点で29%いるし、介護の必要なしに生活が可能な高齢者は全体の88%いる。こうした層が就業を継続できるような職業支援策、さらに要介護とならないような、あるいは要介護の時期を遅らせるような予防的施策が第一義となる。この予防的施策については次項で述べる。次に来るのが家族であるが、家族（子供、配偶者、兄弟姉妹）からの資金を主たる所得の源泉としている高齢者は全体の61%である。介護についてみると、要介護でかつ介助者がある高齢者は全体の10.9%であり、主たる介助者の8割が子供ないし配偶者である。このように所得保障、介護の面で家族の果たす役割が依然として大きい。第2次国家高齢者計画は、20年間の期間中を通して高齢者の家族との同居率を90%以上に維持することを目標としている（国家高齢者支援調整委員会2002: 50）。別居でも生活費を送金することが可能であるから、同居率を維持することの意味は、介護の面でより大きい。

その実効性は別として、こうした家族の扶養機能を政策的に維持していこうとする志向性は確実に存在する。現在、政府は「コミュニティ内家族開発センター (Sun phatthana khropkhrua nai chumchon)」を設置して、住民による「問題家族 (klum khropkhrua mi panha)」(家族成員の扶養を怠るなど)の析出と管理を担当

させようとしている。これは2002年の国家家族開発委員会で導入が決まったものであるが、第2次国家高齢者計画の理念と共通するものである。2004年から2006年にかけて2,677か所、2007年に453か所のタムボンで設置済みである。「コミュニティ家族開発センター」は委員会組織となっており、住民が互選で委員を決める。各タムボンが持つセンターの規定 (kho bangkhap) によれば、「少年・未婚青年」、「正常家族 (klum khropkhrua pakati)」、「問題家族」という3つの目標集団を設定し、家族の開発、家族問題の予防と解決を目指すとされる。

他方、こうした家族による支援（介護）をコミュニティ内で補完する仕組みが政府によって整備されつつある。そのひとつである老人介護ボランティアは、もともと社会開発・人間の安全保障省の青少年・障害者・高齢者福祉支援保護事務局が推進する事業であるが、2003年から2004年にかけて8県で老人支援ボランティア事業を試験的に開始した。2005年11月には国家高齢者支援調整委員会がこれを全国に普及させる旨の決定をし、2005年にさらに15県、2006年にさらに48県の自治体（各県1モデル自治体）で試験的に実施された。一自治体あたり40人のボランティアを育成し、一人最低5人の要介護高齢者を担当することが目標とされた。現在、老人介護ボランティアは約5,000人おり、全国95の自治体で30,340人の要介護高齢者を支援している。さらに国家高齢者委員会は2007年1月、同事業を地方自治体の管轄とし、政府、民間、住民と調整しながら運営させる旨の方針を閣議に提案する旨決めた。2007年4月の閣議はこの方針を承認するとともに、2013年までに全国7,778の自治体すべてに老人介護ボランティアを配置させる計画を決定した。事業立ち上げの2年間は中央政府が財政支援を行うが、その後は自治体の負担とすることとなった（2007年4月10日閣議資料、首相府）。なお、老人介護ボランティアは保健ボランティアを兼ねていることが多い。

このように、福祉の担い手としての家族やコミュニティが重要であるといっても、実際にはこれらに対する政府の政策的働きかけの比重が無視できないほど大きいといわざるをえない。さらに、30パーツ医療制度の成立によって医療の無償化が実現したことから、政府の役割は確実に増大しているとみるべきである。長期的にみれば政府の再分配機能が低下するにしても、現段階における政府による社会保障全体のデザインおよび調整の機能を十分に認識しておく必要がある。

言い換えれば、家族、コミュニティ、政府といった3つの福祉供給者間における政府の制度的橋渡し（institutional bridge）の機能に着目せねばならないのである。

（2）健康、所得の安定、教育、福祉等に関わる施策の統合的な推進

次に、健康、所得の安定、教育、福祉等に関わる施策の統合的な推進についてであるが、高齢者の社会保障については、家族、コミュニティ、政府といった供給者を並べただけの静態的な形態論的理解だけでは不十分であり、加えて動態論的ないしステージ概念の導入し、かつそのステージごとにどのような供給メカニズムが適切であるかを検討することが不可欠であると思われる。具体的な分析レベルでいうなら、高齢者のニーズを、「疾病予防・健康増進」、「治療」、「リハビリ・介護」（健康、福祉）、さらには「生活補助」（所得の安定）等に領域化しつつ、地域固有の資源賦存状況の下で、3つの供給者がサービス供給およびファイナンスの面でいかに機能分担していくかを見極めていく、という視点が不可欠であり、それがあってはじめて政策的に機能するのだといえよう。しかしながら第2次国家高齢者計画はこうした視点を欠いているように思われる。言い換えれば、第1の基本理念と第2の基本理念をつなぐ論理が欠如しているように思われる。以下、筆者の整理によってこうした欠如を補いつつ、現段階での達成状況を概観する（図1参照）。ただし、教育については本稿の趣旨と若干離れるので、ここでは省略する。

まず、図1左の「予防」については「リハビリ、介護」と一緒に述べるとして、まずは急性期の「搬送」についてである。内務省防災災害救援局は2008年5月末時点で104万1,802人の「民間防災ボランティア（*asasamak pongkan phai fai phonlaruean*: O.Po.Pho.Ro.）」を育成済みであるが、内務省は2005年11月、同局、地方行政局、国民健康保障事務局（NHSO）、保健省次官室の連携のもとに「1タムボン1救急隊（OTOS）」計画を立ち上げ、民間防災ボランティアの一部をこの救急医療用の救急隊として活用することとした。内務省は各自治体に通達を出し、10名のボランティアからなる救急隊設置に向け講習を受けさせること、および救急搬送車1台を調達させることを義務付けるとともに⁴、これを国民健康保障事務局の「救急医療サービス予算：EMS」（人頭割予算1人10パーツ、計4

	予 防	急性期(搬送)	急性期(治療)	リハビリ、介護	高齢者等生活補助
サービス供給	保健ボランティアや住民組織など	O.Po.Pho.Ro.にEMSの教育をほどこし救急隊(Nuai ku chip)として編成	「一次医療契約ユニット(CUP)」を中核とする医療体制	保健ボランティア、老人介護ボランティア、住民組織など	
ファイナンス	マッチング・ファンド(中央政府、地方政府、家計)としての「タムボン健康基金」	中央政府UCの「救急医療サービス(EMS)」予算	中央政府UCの「外来サービス(OP)」、「入院(IP)サービス」、「高額医療サービス(HC)」予算	マッチング・ファンド(中央政府、地方政府、家計)としての「タムボン健康基金」	内務省行政局からの補助金(中央政府)を原資とし、運営は自治体(地方政府)が実施

(出所) 筆者作成。

図 1. 高齢者医療・福祉の動態的理解

億6,000万バーツ)のもとで運用することとした。現在3,167の自治体で救急隊が設置されている。国民健康保障事務局の規定によれば、救命士は4段階に分かれる。初動救助(FR)、基礎救命(BLS 1, 2)、応用救命(ALS)である⁵。

次に、「30バーツ医療制度」下における「治療」ステージについては、「ファイナンス」に関して同制度の「外来サービス(OP)」、「入院サービス(IP)」、「高額医療サービス(HC)」などの予算、すなわち中央政府の予算が使用され、「サービス供給」については、「一次医療契約ユニット(CUP)」を中核とする国立医療機関のネットワークが担当することになる。後にみるように、近年、県別人頭割予算(「外来サービス(OP)」、「入院サービス(IP)」)の算定における年齢構成(高齢者の比重)の反映、「生活習慣病・高額医療管理プログラム」などが順次導入され、徐々に高齢者対策にシフトしてきている。

「30バーツ医療制度」は、「疾病予防・健康増進が治療に先立つ(sang nam som)」を理念として制度設計されている。この場合、急性期を脱したあとの病状や身体機能がそれ以上悪化しないようにするための「リハビリ・介護」も含んでいる。

これは、近年のポスト福祉国家的状況をむかえている先進国にも共通してみられる考え方である。2002年に成立した「国民健康保障法」は、「30パーツ医療制度」のなかの「非治療」部分、すなわち「疾病予防・健康増進」および「リハビリ・介護」部分のファンドの「ファイナンス」と「サービス供給」について、これを自治体、コミュニティ組織等に委譲することに道を開いている。すなわちマッチング・ファンド（中央政府、地方政府、家計がそれぞれ拠出）としての「タムボン健康基金」による「ファイナンス」と、保健ボランティアや住民組織などによる「サービス供給」によって「疾病予防・健康増進」および「リハビリ・介護」部分は成り立っている。なお、「タムボン健康基金」の原資は、「30パーツ医療制度」における「予防サービス（PP）」予算のなかの「コミュニティ内予防サービス（PP Community）」予算である。「リハビリ・介護」については老人介護ボランティアが育成してされているが、この老人介護ボランティア事業については将来的に自治体に移管される予定である（河森 2008: 7-13）。

次に所得の安定に関して、高齢者を対象とする「生活補助」について触れておこう。1993年に支給開始の生活困窮高齢者に対する「老人生活扶助（bia yang chip phu sung ayu）」事業（2005年時で528,530人が受給、タムボンごとに受給定数あり）は、すでに自治体に移管されているが、資力調査は「ムーバーン人民救済センター（Sun songkhro ratsadon pracham muban）」が実施する。もともと「ムーバーン人民救済センター」は80年代末に導入が決まったが（1987年5月19日閣議決定）、ムーバーン指導層および住民からなる委員会が住民の資力調査をするという性格を持っている。「障害者生活扶助」や「エイズ患者生活扶助」受給の際の資力調査も行っている。

「老人生活扶助」事業は、1993年3月3日の閣議決定で導入が決まった「コミュニティ内高齢者・家族福祉支援基金計画」の一環であり、当時の内務省福祉局が管轄していた。これまで支給額は3回改訂されている。すなわち、当初は月額200パーツの終身支給であったが、97年の通貨危機による景気後退を受けて政府は1999年にこれを月額300パーツに引き上げ⁶、さらに2006年10月からは月額500パーツとなった（内務省地方行政局 2007: 26-27）。2007年における「老人生活扶助」受給者数は1,763,178人で、予算総額は105億7,900万パーツであり、高齢者

人口に占める受給者の比率は25.02%である。財務省経済財政事務局のワロータイ課長によれば、2020年に受給者は300万人、予算規模は178億バーツに達するとされた (Matichon, Feb. 27, 2007)。

「老人生活扶助」事業の原資は現在も中央からの補助金であるが、運用面でみると2002年度に大きな制度変更が行われた。すなわち同事業の運営主体が自治体に移管されたのであり、これに伴い、内務省⁷はやや遅れて2005年に「地方自治体の生活扶助給付に関する内務省規則」を策定している。そのポイントは二つある。第一に運用手続きに関する新たな外形的標準を定めていること、そして第二に給付水準については自治体間に差ができるようになったことである。

そして、2008年12月に成立したアピシット政権は高齢者対策を政策の重要な柱として掲げ、2009年4月から、公務員年金受給者等一部を除くすべての高齢者に対する月額500バーツの「高齢者生活補助 (bia yang chip phu sung ayu)」の支給を開始したのである。

2. 高齢者とコミュニティ・ケアに関する施策

2002年国民健康保障法の制定と30パーツ医療制度の導入は、すべての国民が無償で医療を受けることを可能とした。この制度は、前節で触れたように、急性期を脱したあとの病状や身体機能がそれ以上悪化しないようにするための「リハビリ・介護」を含んでいると同時に、「リハビリ・介護」部分の「ファイナンス」と「サービス供給」について、これを自治体、コミュニティ組織等に委譲することに道を開いている。以下、こうしたコミュニティ・ケアの文脈の中に高齢者対策がどのように位置付けられているかをみてみよう。

まず、30パーツ医療制度導入直後における医療・福祉全体をとおしてみると、成人・高齢者については特別な政策的配慮はなかった。これに対し、国民健康保障事務局は2005年度あたりから成人・高齢者保健医療への資源配分を強化するようになった。生活習慣病が国民医療費を押し上げているとの認識が強まったためである。具体的な政策手段としては、①人頭割予算（「外来サービス」、「入院サービス」）における各県人口の年齢構成、もっといえば高齢者の比重の反映⁸、②

「生活習慣病・高額医療管理プログラム (Disease Management Program)」の導入、③「予防的サービス (PP)」のなかの「医療機関内予防的サービス (PP Facility)」における「高齢者健康増進・疾病予防プログラム」や「脳卒中早期治療システム開発プログラム」の導入などが挙げられる。人口の高齢化が進行するなか、人頭割予算を介したこうした政策シフトは今後も継続していくものと思われる。コミュニティ・ケアについても、30バーツ医療制度導入以前は出産・乳幼児期の母子保健や学童・青年期の学校保健に偏重していた。他方、制度導入後はコミュニティ・ケアにおける高齢者対策の比重が急速に高まっている。

こうした高齢者対策重視の流れは、保健省の2009年以降の長期投資計画においても引き継がれている。保健省は2008年11月、2009年から2012年の向こう4年間における給与等経常経費以外の投資的経費 (ngop long thun) として、総額1055億バーツを計上するとの計画を示したが、この投資計画で着目すべきは、高齢者対策として独立して項目が立てられていることである。すなわち、一次医療サービスすなわちコミュニティ医療センター1000カ所の設備拡充に62億バーツ、二次医療サービスすなわち二次医療サービスセンター154カ所の設備拡充に98億バーツ、心臓病センター等三次医療サービスの設備拡充に429億バーツ、職員宿舎の拡充に192億バーツ、医師や看護師の育成に132億バーツ、医療情報システム改良に27億バーツなどと並んで、高齢者向けサービスの拡充に90億バーツが充てられているのである。

そこで、この高齢者向けサービス向け予算90億バーツにはコミュニティ・ケアに関わる部分を含んでいるので、これを手がかりにコミュニティ・ケアにおける高齢者対策の位置付けの方向性をみてみることにしよう。

まず、急性期を脱して回復期にある、あるいは在宅介護を受けている高齢者が、昼間にのみ治療やリハビリテーションを受ける医療施設は通常デイホスピタルと呼ばれるが、タイにはまだこの形態の医療機関が存在しない。保健省はこのため、50カ所の一般病院に高齢者リハビリセンター (sathan boriban phu sung ayu raya yao) を設置するとしている。他方、コミュニティ・ケアとの関連で注目されるのが、デイケア・センターの設置を通じて要介護高齢者の中間ケアを重視しているこうした姿勢を示していることである。

この中間ケアの広義の定義とは、「病院と家との間のスムーズな移行をデザインしたサービスの広いセットで、慢性病と末期の人々を病院ケアではない処遇をし、長期施設入所を予防するものである」。これに対し、中間ケアの狭義の定義とは、「病院から家へ、医療的依存から機能的自立への移行を促進するためにデザインされた一連のサービスで、ケアの目的は一次医療ではなく、患者の退院後の終着地が予測され、病状の回復（または維持）が望まれる」というものである（児島 2007: 105）。イギリス保健省による中間ケアの標準的定義とは、①対象となるのは、中間ケアがなければ、不必要に入院期間が伸びたり、不適切に急性期の入院ケアや長期の施設ケア、またはNHSの入院ケアの継続に直面する人々である、②個別のケアプランは、包括的なアセスメントのもとに提供される積極的な療法や、治療・回復のための機会を含んだ構造的なプランである、③特徴は、最大限の自立度を追求し、患者・利用者が再び自宅に住み続けられるようにすることで、計画に基づく結果を持つこと、などである（児島 2007: 109-110）。タイにもこうした考え方が波及するようになってきたのである。

長期投資計画のなかで保健省は、既存の保健所（PCU）にデイケア施設を敷設した「拡張型PCU（enhanced PCU）」の整備を急ぐとしている。第2次国家高齢者計画の工程表は、デイケア施設の具体的な設置目標を定めているが、それによれば設置率を2006年までに全てのムーバーン（村）の25%、2011年までに同50%、2016年までに同75%、2021年までに同100%に設定している。しかし、現段階ではまだデイケア施設が設置されたケースがないので、計画はやや遅れていることになる。デイケア施設での介護については、保健ボランティア、老人介護ボランティア、ヘルパーが動員されるものとみられる。他方、このデイケア事業については、実際には30パーツ医療制度を管轄している国民健康保障事務局（NHSO）が運営することになると思われるが、事業運営の予算を30パーツ医療制度の人頭割予算に組み込むことが想定されている。

NHSOは2009年1月、チェンマイ県サンサーイ郡の保健所でデイケアのパイロット事業を実施すると発表している（Phuchatkan, Jan. 21, 2009）。同郡では、フアイキアン寺がデイケア事業での実績を持っており、保健省やNHSOがかねてから注目していた。保健省とNHSOは、こうした実績を足掛かりに事業を展開しよう

としているとみられる。ファイキアン寺は、保健省保健局健康促進事務局が2001年から認定している「健康推進寺 (wat songsoem sukkhaphap)」の一つであるが、寺の一部を「コミュニティ内障害者機能回復センター」に改装し、午前には自宅から通ってくる高齢者に対するリハビリを、午後は自力歩行が困難な障害者の自宅に住民ボランティアを派遣している。また医療機関からの医師、理学療法士、看護師がセンターにおいて定期的に訪問サービスを実施している。これも、第二次予防と第三次予防の連携を通じたケアの好例である。

第2次国家高齢者計画は、デイケア施設とともに高齢者多目的センターを設置するとしており、これを別々の敷地に建設するのか、それとも同じ敷地の建物内に設置するのかはっきりしていない。第2次国家高齢者計画の工程表は、高齢者多目的センターの具体的な設置目標を定めているが、それによれば設置率を2006年までに全てのムーバーン（村）の25%、2011年までに同50%、2016年までに同75%、2021年までに同100%に設定している。デイケア施設と高齢者多目的センターは一か所にまとめられてもよい。デイケア施設の管轄は保健省で、高齢者多目的センターの管轄は社会開発・人間の安全保障省であるが、両省で調整して無駄のないようにする必要がある。

デイケア施設については、すでに保健省管轄の保健所内に設置する計画が進んでいるが、これを計画どおり各ムーバーン・レベルに拡大する場合は、莫大な予算が必要となるので、各地域の実情に応じて、保健ボランティアの拠点として各ムーバーンにすでに存在するコミュニティ・プライマリヘルスケア・センターや、あるいは村落の精神的紐帯である寺院をデイケア施設として活用することが検討されてよい。

3. コミュニティ・ケア施策の効率的実施に向けて

(1) 高齢者介護の現状

このように、ようやく行政が高齢者向けのコミュニティ・ケア施策に着手する段階にいたっているわけであるが、そこでは限られた財政的・人的資源を効率的に活用する方途を探る必要がある。その際、西洋出自の概念であるコミュニティ・

ケアの施策が、タイ社会の実態を反映したものとなっているかどうかが重要なポイントとなってくる。以下、その手段として国家統計局の「2007年高齢者調査」を参照しながら、伝統的家族制度の持つ高齢者の扶養機能がどの程度変化しているかについて検討する。そしてその際、とりわけその地域的偏差に着目する。

表1は、60歳以上の高齢者約702万人の介護の要否、介助者の有無および主たる介助者を地域別にみたものである。なお、ここでいう介護 (dulae pronnibat) とは、食事、入浴、歯磨き、衣服の着脱、排泄後の清拭等の日常的動作の介助を指している。これによると、自力生活可能な高齢者の比率は、北タイが92.3%と最も高く、東北タイ (85.2%)、南タイ (83.6%) が比較的低くなっている。こうした自立生活可能な高齢者については、生活習慣の改善や運動などを通じた疾病予防に関わる施策が中心となることはいうまでもない。

他方、要介護で介助者がいない者の比率では東北タイが2.0%と最も高く、バンコクでは0.3%に過ぎない。このことから、独居の要介護者向けの施策を最も必要としているのが東北タイであるということがわかる。

次に、要介護高齢者の主たる介助者をみてみよう。いずれの地域でも最も多いのが「娘」である。ただし、バンコクについては娘が最も多いものの、その比率は他の地域より低い。水野浩一の『タイ農村の社会組織』によれば、東北タイにおける親の扶養について、「實際上、子供 (しばしば末娘) の1人が両親と同居して、老後の面倒をみるが」(水野 1981: 107)、「娘がいない場合は息子がこの役割を果たすし、また性格の差異、婚姻の時期が入るために、かならずしも末の娘とはかぎらない」(水野 1981: 88)⁹。このように東北タイでは娘、とりわけ末娘が親を扶養する傾向が強いが、他方、中部タイでは、子供たちは「順次結婚してそれぞれ世帯を構え、最後に残った者が両親同居することになる」が、「男女いずれかという点で顕著な傾向は見出されない」(水野 1981: 306)。筆者の調査地である中部タイのラーチャブリー県ポータラム郡タムボン・チャムレの村落での聞き取りでも、農地は均分相続するが、両親の家は男女を問わず末子が引き継ぐと同時に両親の世話をすると回答が多かった¹⁰。

地域を問わず次に多いのが「配偶者」である。また、このいわゆる老老介護の比率が最も多いのが東北タイである。これについては、季節労働の関係で子供が

表 1. 60歳以上高齢者の介護の要否、介助者の有無、主たる介助者

介助者	全国 (合計)	全国 (市部)	全国 (農村部)	バンコク	中部タイ	北タイ	東北タイ	南タイ
合 計	7,020,959	2,005,218	5,015,741	647,366	1,653,470	1,467,600	2,359,104	893,420
介護の要否 と介助者の有無								
自力生活可能	6,178,997 (88.0)	1,746,468 (87.1)	4,432,529 (88.4)	566,265 (87.5)	1,448,874 (87.6)	1,362,042 (92.8)	2,010,606 (85.2)	791,209 (88.6)
要介護で介助者無	75,923 (1.1)	17,304 (0.9)	58,619 (1.2)	1,750 (0.3)	16,733 (1.0)	10,241 (0.7)	41,005 (2.0)	6,193 (0.7)
要介護で介助者有	766,040 (10.9)	241,446 (12.0)	524,594 (11.8)	79,350 (12.3)	187,863 (11.4)	95,316 (6.5)	307,493 (13.0)	96,018 (12.1)
主たる介助者								
配偶者	214,624 (28.0)	59,483 (24.6)	155,141 (29.6)	18,993 (23.9)	41,871 (22.3)	26,375 (27.7)	99,452 (32.3)	27,934 (29.1)
息子	92,055 (12.0)	28,607 (11.8)	63,448 (12.1)	6,104 (7.7)	29,426 (15.7)	12,479 (13.1)	30,181 (9.8)	13,864 (14.4)
娘	310,101 (40.5)	91,681 (38.0)	218,420 (41.6)	23,528 (29.7)	77,299 (41.1)	36,045 (37.8)	133,690 (43.5)	39,539 (41.2)
義理の息子／娘	52,605 (6.9)	16,125 (6.7)	36,479 (7.0)	8,916 (11.2)	11,756 (6.3)	5,117 (5.4)	19,080 (6.2)	7,736 (8.1)
孫	25,827 (3.4)	7,075 (2.9)	18,752 (3.6)	2,258 (2.8)	6,825 (3.6)	3,488 (3.7)	9,986 (3.2)	3,269 (3.4)
兄弟姉妹	15,516 (2.0)	4,393 (1.8)	11,123 (2.1)	1,406 (1.8)	2,415 (1.3)	1,372 (1.4)	9,396 (3.1)	927 (1.0)
親族	24,674 (3.2)	7,810 (3.2)	16,864 (3.2)	3,294 (4.2)	8,149 (4.3)	6,669 (7.0)	4,664 (1.5)	1,897 (2.0)
友人／知人	2,225 (0.3)	2,225 (0.9)	0 (0.0)	937 (1.2)	1,092 (0.6)	0 (0.0)	172 (0.0)	24 (0.0)
看護師／ヘルパー	773 (0.1)	773 (0.3)	0 (0.0)	711 (0.9)	16 (0.0)	46 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
使用人	25,067 (3.3)	21,240 (8.8)	3,827 (0.7)	13,203 (16.6)	6,658 (3.5)	3,507 (3.7)	872 (0.3)	827 (0.9)
その他	2,573 (0.3)	2,034 (0.8)	539 (0.1)	0 (0.0)	2,356 (1.3)	217 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)

(注) 原表は実数のみ。カッコ内の比率は筆者作成。

(出所) NSO (2007)

バンコク等の都市に働きに出でているケースが多いことが可能性として考えられる。なお、この統計には季節労働の要素、すなわち介助者である子供が家にいる時期としない時期がうまく反映されないのが、政策実施上、注意を要する。

なお、バンコク以外の地域では、「娘」、「配偶者」、「息子」を合わせると全体の8割ほどになるが、バンコクについては6割程度で、他方、使用人が16.6%を占めており、介護の賃労働化が進んでいるのが注目される。

(2) 介護ニーズの地域的偏差

前節で述べたように、30パーツ医療制度では、人頭割予算（「外来サービス」、「入院サービス」）における各県人口の年齢構成、すなわち高齢者の比重の反映がなされているが、この基準でいくと、サムットソンクラーム県やアーントーン県など高齢化が進んでいる中部タイに相対的に厚く予算配分されることになる。しかし、要介護者の比率、要介護で介助者がいない者の比率、老老介護の比率では東北タイが最も高く、したがって「介護の社会化」を最も必要としているのは東北タイであるといえる。

たとえば、前節で述べたように、最近になって徐々にではあるが公的な仕組みが構築されつつあるものの、とりわけ東北タイにおいて最も手薄な部分が、疾病の急性期におけるコミュニティ病院や一般病院への患者の搬送と、回復期におけるリハビリすなわち第二次予防と第三次予防の連携である。このことは、現在のタイ農村部において、これらのサービスを可能とする手段（救急車や搬送要員など）が希少であることに起因する。すなわち、農村部では当然のことながら救急車が普及していないので、急性期については自動車を所有している近隣者に依頼して無償ないし賃借りで搬送してもらうか、そのまま自宅で薬剤投与による応急的措置をとるしかないのが一般的状況である。さらに、これからデイケア事業を開始するとなれば、施設までの搬送システムをどう確保するかが課題となるが、ヘルパーの配置なども含めて最も公的支援を必要としている地域が東北タイ（とりわけ農繁期）である。したがって、こうした地域的偏差の実態を反映するように人頭割予算配分の仕組み自体を見直す必要があろう。

それに比べて、たとえば中部タイでは二期作が可能であるし、さらに工場の立

地等により農外就労の機会が増えており、家賃等生活費の高いバンコクに出る必要が少なく、したがって両親との同居ないし両親の家に近いところでの居住が可能である。したがって、独居や老老介護の比率が相対的に高い東北タイとは異なった介護支援の仕組みが想定されるはずである。

おわりに

以上述べてきたように、コミュニティ・ケアの政策実施においては地域差の視点を確保しておくことが肝要である。すなわち、地域の実態に配慮した、画一的ではないきめ細かな施策が必要となってくるのであり、これが本稿の結論である。ただし、最後に少し補足しておくべき重要な点がある。

すなわち、本稿第3節で、要介護者向けの「介護の社会化」を最も必要としているのが東北タイであると述べたが、しかしこれは程度の問題であって、タイ社会の基調としては家族が依然機能しており、富永健一がいうような家族の扶養機能の衰退、すなわち「家族の失敗」（富永 2001: 70）までは今のところ到っていないとみるべきである。富永がいうように、産業化段階にあっても伝統的家族の安定性を疑うことのなかった「日本型福祉社会論」はたしかに誤りであったかもしれない。しかし、国としての所得が比較的低い段階で高齢化社会を迎えるタイ等の東南アジアの場合、伝統的な家族のあり方が産業化後も続くということはありうるし、これは世界の新たな経験であるといえるかもしれない¹¹。

よって第2次国家高齢者計画がいうように、家族が機能しない一部ケースの緊急避難として、コミュニティないしは「介護の社会化」が重視されねばならない。すなわち、先進国的な「福祉の社会化」論に引きずられて、はじめにコミュニティありきとするのではなく、タイ的文脈に照らせば、まずは家族が先にあって、それを補完するのがコミュニティであるという位置付けで政策立案する必要があるだろう。その際、両者をバラバラに扱うのではなく、その関係性、もっといえは機能分担のタイ的あり方を明確にしていく姿勢が政策担当者が必要となてこよう。

注

- 1 「30パーツ医療制度」はタクシン政権（2001年2月～2006年9月）のもとで成立したが、2006年9月19日のクーデタで「30パーツ医療制度」を創設した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パーツの手数料の徴収が廃止となったため、公的には「30パーツ医療制度」の名称が使用されなくなった。しかし、国民の間では依然として「30パーツ医療制度」の呼称が一般的であるため、本論文でも引き続きこれを踏襲する。また、「30パーツ医療制度」は英語では universal coverage (UC) と呼ばれている。なお、日本語訳として「国民皆保険制度」を用いる論文等があるが、厳密に言えば財源として租税方式を採用しているので「保険」という表現を用いると誤解を招く恐れがある。この制度は国民健康保障事務局（NHSO）が管轄しており、疾病の診断・治療（医療従事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。
- 2 ここでの「基本的保障」とは、家族やコミュニティによる支援から抜け落ちた高齢者に対する最終的なセーフティネットと理解される。こうした意味での「基本的保障」（とりわけ所得保障）は憲法でも規定されている。
- 3 同計画の39～56ページにかけて、具体的施策ごとの指標と達成目標が表になって示されている。
- 4 Mo.Tho.0620/Wo.2754 (Aug.11, 2006)、Mo.Tho.0620.1/Wo.3986 (Nov.28, 2005)、Mo.Tho.0620.1/Wo.175,176 (Jan.17, 2006)。
- 5 2007年度で「救急医療サービス予算: EMS」の6割が救命士の報酬として自治体に配分されている。救急活動1回当たりの報酬は、FRで350パーツ、BLS1で750パーツ、BLS2で500パーツ、ALSで1,000パーツである。ALSは看護師資格が必要である（NHSO 2007: 169-170）。
- 6 1999および2000年度予算の「老人生活扶助」事業には、日本政府によるいわゆる「官沢基金」の資金が充当されている（*Naeo na*, Sep. 22, 2007）。
- 7 2002年のタクシン政権下で実施された省庁改革で、内務省福祉局は社会開発・人間の安全保障省に移管されたものの、予算規模が比較的大きい「老人生活扶助」事業は移管されることなく、そのまま内務省地方行政局に引き継がれた。
- 8 2007年度における「外来サービス（OP）」の人頭制予算でいうと、一人当たりの基準値が645.52パーツであるのに対し、最も額が低いパトゥムターニー県で612.67パーツ、最も額が高いサムットソクラーム県で739.57パーツと、127パーツの開きがある。
- 9 水野が1964年から1965年にかけて東北タイのコンケン県のドーンデーン村で行った世帯調査によると、98名中61名は「末娘」、28名は「娘のうち1人」、1名は「長女」、3名は「子供のうち1人」が両親の面倒をみると答えた（水野 1981: 88）。
- 10 2009年2月28日聞き取り。
- 11 これについては別稿で論じたい。なお、この点に関連して、広井（2007）は、アジア

では「ヨーロッパ等の発展形態とは異なるルートを経由して（大きな福祉国家を経ることなく）、『福祉社会』にいたる」可能性があり、「伝統的な家族・共同体あるいはコモنزのあり方（さらにそこでの相互扶助関係や世代間コミュニケーション、自然との関わりなど）を一定程度残しながら都市化・産業化が進展し、それがポスト産業化にも何らかの形で引き継がれるといったパターンを排除することはできないだろうし、場合によってはそうした発展パターンのほうが望ましい場合もありうるかもしれない」と述べている（広井 2007: 23-25）。

引用文献

（著書、論文）

- 広井良典（2007）「アジアにおける『持続可能な福祉社会』の構築—中国・日本・アジアと社会保障」広井良典・沈潔編著『中国の社会保障改革と日本—アジア福祉ネットワークの構築に向けて—』ミネルヴァ書房。
- 河森正人（2008）「いわゆる30バーツ医療制度下における地域保健医療制度改革—その『統制』的志向と『分権』的志向をめぐって」『年報 タイ研究』8。
- Khana kamakan songsoem lae prasan ngan phu sung ayu haeng chat（国家高齢者支援調整委員会）（2002）*Phaen phu sung syu haeng chat chabap thi 2*（第2次国家高齢者計画），Bangkok: 首相府国家高齢者支援調整委員会。
- 児島美都子（2007）『イギリスにおける中間ケア政策』学術出版会。
- 水野浩一（1981）『タイ農村の社会組織』創文社。
- NHSO（2007）*Khu mue lak prakan sukkhaphap haeng chat 2550*（国民健康保障の手引き 2007年），Nonthaburi: NHSO。
- NSO（2008）*Rai-ngan kan samruat prachakon phu sung ayu nai prathet thai pho. so. 2550*（2007年タイ高齢者人口調査），Bangkok: NSO。
- 富永健一（2001）『社会変動の中の福祉国家—家族の失敗と国家の新しい機能』中公新書。

（新聞）

Matichon 紙

Naeo na 紙

Phuchatkan 紙

Welfare Policies for Older Persons in Thailand with Special Reference to Community Care Services

KAWAMORI Masato*

This paper elaborates on welfare policies for older persons in Thailand with special reference to community care policy. First, this paper assesses the achievement of the two key concepts embedded in the 2nd National Plan for Older Persons: 2002-2021 which was issued in 2002 as a master plan for orientation of development and implementation of policies concerning older persons in Thailand. Second, community care policy for older persons under the 2nd National Plan for Older Persons is reviewed. Third, the institutionalization of western-born community care policy in Thai context is discussed and concludes that specific area-based research on the elder care functions of family is needed in policy implementation.

* Graduate School of Human Sciences, Osaka University