



Title	東アジアにおける「排除された多数者」のための生活保障：比較のための試論
Author(s)	河森, 正人
Citation	アジア太平洋論叢. 2010, 19, p. 93-113
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/100098
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

東アジアにおける「排除された多数者」のための生活保障 －比較のための試論－

河 森 正 人*

はじめに

行政学者の森田朗は、日本は高齢化で追随するアジア諸国のモデルを作り出すことで、人類の課題に貢献する必要があり、他方アジア諸国の高齢化社会は、日本の産業界にとって将来の外需になっていく可能性が高いと述べている（日本経済新聞「経済教室」、2009年4月17日）。森田らが想定しているのは、都市部に住む団塊の世代の高齢化であり、官民を挙げて大規模な投資を行うのであれば、医療、介護、交通、住宅を高齢者標準で整備しなおすべきだという、いわば高齢者ニューディール政策の提唱である。しかし、森田らが想定するアジア・モデルは、せいぜい韓国や台湾など、産業化・都市化と高齢化が比較的共時的に進行した一部の東アジアのケースにのみ適用できるのであり、外需とはこの範囲のことを指すと捉えるのが自然である。このことに関連して、アジアの社会保障に関して筆者は、近代雇用部門の被雇用者向けを前提とした、韓国や台湾など一部の東アジアを対象とする既存の社会保障研究は、農民の近代雇用部門への吸収が依然として低位な中国や東南アジア諸国とのそれを考える上で、必ずしも適当な準拠枠ではないとし¹、「排除された多数者」² のための社会保障という視点が必要であると主張した（河森 2009: 3-13）。

重要なことは、今後、中国や東南アジアの場合は農村人口が相当程度残った段階で高齢化が進行すると考えられ、よって上述のような意味での東アジア型とは

* 大阪大学大学院人間科学研究科

異なるケアのシステムを考えていく必要があることである。言い換えれば、日本の経験が中国や東南アジアに参考になるとすれば、それは森田らがいう高齢化の都市モデルとは異なる、農村モデルである。この農村モデルとは、日本が皆健康保険を達成した1960年前後のそれである。もちろん現代における日本農村の経験の一部分も参考になるかもしれない。

農村部の高齢化について、たとえば中国では、上海をはじめとする経済先進地区で都市化の進んでいる地域の方が高齢化が進行しているのであり、経済発展が遅れている純農村地域の多い中西部での高齢化率はそれほど高くなっているわけではないという指摘がある一方で（河原 2008: 1-2）、2006年から農村部の高齢化のテンポが加速し、都市部のそれを1.24%上回るようになるとともに、このような状況が2040年頃まで続く見通しであるとの指摘もある（沈 2009: 2）。これに対し、タイの方は農村部における高齢化が顕著である。

少子・高齢化が急速に進行しているタイ、中国は、国民の所得が相対的に低位なレベルで高齢化を迎える点で共通している。こうした「未富先老」の状況下で、中国では都市部を中心に社区（コミュニティ）を中心とした地域福祉や在宅介護サービスの取り組みが行われている。他方、農村部でのサービスといえば、新型農村合作医療制度の導入により疾病治療の部分では改善されているものの、出稼ぎによるいわゆる空巣高齢者世帯の増加によってニーズが増大している介護の部分は依然未整備のままである。両国とも急激な社会構造の変化に対応した小資源型の介護システムの構築と地域福祉実践が求められている。本稿では、タイ、中国における社会的資源の賦存状況や制度の違いなどを視野に入れつつ、「排除された多数者」のための生活保障の比較と、その東アジア・モデルの構築のための課題を探ることにしたい。

1. 「排除された多数者」のための生活保障—比較のための枠組み

1-1 比較の枠組み

比較を行う場合、当然のことながら、具体的に何（対象）をどのような視角から比較するのかという枠組みを設定することが最初の手続きとなる。さらに、タ

イを含む東アジア諸国では、所得水準が比較的低位の段階で少子高齢化が進展することから、ヨーロッパとは異なって大きな「福祉国家」を経ることなしに「福祉社会」に移行するであろうという指摘がある。しかし、富永（2001: ii）がいうように、「『社会』という拡散的な概念は、『政策』の主体ではあり得ないから、福祉『社会』という語は政策論としては意味をもち得ない」。したがって政策論として語る場合にはどうしても操作概念を設定する、すなわち「福祉社会」を実体化する必要が出てくる。

そこで具体的な政策論のレベルに下りて議論するならば、そもそも福祉供給の担い手については、①公共部門（中央政府と地方政府）、②インフォーマル部門（家族、親族）、③民間非営利部門（NPO、ボランティア団体、住民参加型福祉の組織、生活協同組合、慈善団体、社会福祉法人など）、④市場部門の4つが想定されることが多い（武川 2001: 283）。そして、近代社会の初期段階では、主として②インフォーマル部門（および③民間非営利部門の一部）が福祉の主要な担い手で、①公共部門つまり国家は補完的あるが（残余モデル）、産業化や都市化が進展してくると、②インフォーマル部門（および③民間非営利部門の一部）だけでは福祉のニーズを充足することが困難となり、そこで①公共部門つまり国家が主要な役割を果たすようになるのである（制度モデル＝「福祉国家」）。

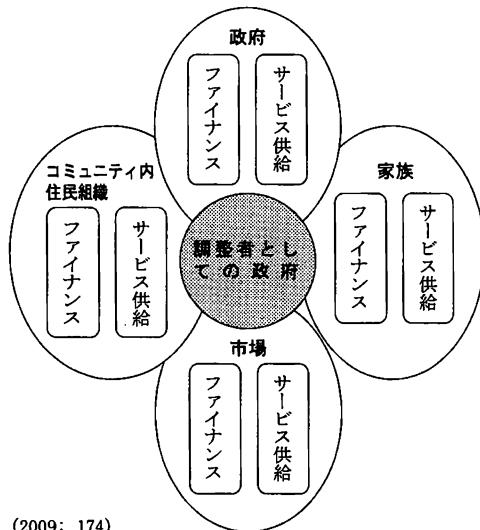
しかし、政府が高齢者福祉を含む社会保障制度を構築できたとしても（30バーツ医療制度、新型農村合作医療制度）、財政的な限界からその持続性に疑問が残り、他方で家族の扶養機能が徐々にではあるが低下してきているので、③民間非営利部門と④市場部門が焦点となってくるわけであるが、中国、そしてタイをはじめとする東南アジアのとりわけ農村部においては、④市場部門による福祉供給は極めて小さいといわざるをえない。したがってこれらの地域の農村部において生活保障を語るということは③民間非営利部門を語るということなのであるが、東南アジアのとりわけ農村部の場合は、日本などのようにNPOや社会福祉法人といった組織によるサービス供給がほとんど存在せず、主として住民組織がその機能を果たしうるのみである。このように、中国および東南アジアでは、想定される地域福祉サービス供給主体の先進国とのちがいが存在することに注意を払う必要があることをあらためて強調しておきたい。

とはいっても、この住民組織はファイナンス面や組織運営における知識面で自立できる存在ではなく、とりわけ政府の支援なしには存続しえない状況にある。富永（2001）は、家族、組織、市場、地域社会、社会階層、国家の6つの要素を想定し、それぞれが福祉を実現するうえでの固有の役割を受け持つており、これら6つの「諸社会」の機能的相互関連を統合的に捉え、福祉（および環境と社会資本）を統合するという政策を「総合的福祉国家政策」とし（富永 2001: 239）、とりわけ福祉実現の活動を組織化する役割を持つものとして国家を重視している³（富永 2001: 242）。富永の指摘は、東南アジアのような途上国においてよりあてはまるものと考えられる。

以上を踏まえて筆者は、「排除された多数者」ための生活保障を比較する目的から、ひとつの枠組み（制度アプローチ）を設定している（河森 2009: 第8章）。すなわち筆者は、①高齢化が進むなかでの改革が喫緊の課題となっている地域医療・福祉を、「ファイナンス」と「サービス供給」という2つの側面で捉えるとともに、②両者の具体的な担い手として「政府（供給者としての）」、「コミュニティ内住民組織」、「家族」、「市場」の4者を設定したうえで、タイ社会におけるこの4者のあいだの機能分担について検討する必要があること、③この4者の関係性を定式化する機能を果たすのが「制度」であること、④そしてこの「制度」の形成においては政府（調整者としての政府）が主導的な役割を果たすべきことを指摘した（河森 2009: 174）。なお、すでに述べた理由から、「民間非営利部門」ではなく「コミュニティ内住民組織」という用語を用いている。本稿でもこの枠組みを用いることとする。野口（2008: 52-55）の整理によれば、地域福祉論へのアプローチには「政策制度論的アプローチ」、「運動論的アプローチ」、「主体論的アプローチ」、「資源論的アプローチ」があるが、筆者の制度アプローチは、いうまでもなくこのうちの政策制度論的アプローチに相当する。

このように筆者は、「排除された多数者」のための生活保障のサービス供給者およびファイナンスの担い手として、政府、コミュニティ内住民組織、市場、家族を設定したが、それを図式化したのが図1である。正確を期すために説明を加えておくと、国家、コミュニティ内住民組織、市場、家族は、それぞれサービス供給者およびファイナンスの担い手という2つの側面を併せ持っているということである。

図1. 生活保障に関する4つの主体



(出所) 河森 (2009: 174)

1-2 政 府

そこで生活保障に関する4つの主体について、サービス供給とファイナンスの側面から各々考察してみよう。まずは政府についてである。政府には中央政府と地方政府が含まれる。

中国の農村合作医療制度をみてみよう。もともと中国には1965年に導入された農村合作医療制度があった。その財源は、住民からの拠出金（「保健費」）と行政村（生産大隊）や社隊企業からの補助金で構成され、中央政府による財政援助はなされなかった。財源の運営管理は人民公社で統一的に管理された。したがって最終的な保険者は人民公社ということになる。管理機関は農村合作医療管理小組であり、そのメンバーは、郷・村の行政幹部、医師および農民代表で構成されていた。医療サービスの供給主体は、村あるいは人民公社の公有財産である、村（生産大隊）レベルの衛生所であり、医療従事者の給与は村ないし人民公社の集団経済組織が負担した。衛生所では、軽微な治療、予防接種、母子保健指導、出産などのいわゆる第一次医療が施された。衛生所で対応できない場合は、第二次

医療に相当する人民公社衛生、そして第三次医療に相当する県病院に送致された。農村合作医療制度は任意加入であったが、1976年のピーク時には加入率が90%に達した。その結果、農村部における死亡率は急速に低下し、また平均寿命も伸びた。さらに、農村合作医療制度の普及の過程で、都市部の医療従事者を農村部に派遣する施策が重点的に実施され、農村部への人的資源の投入強化が顕著であった（王 2009: 159-160）。

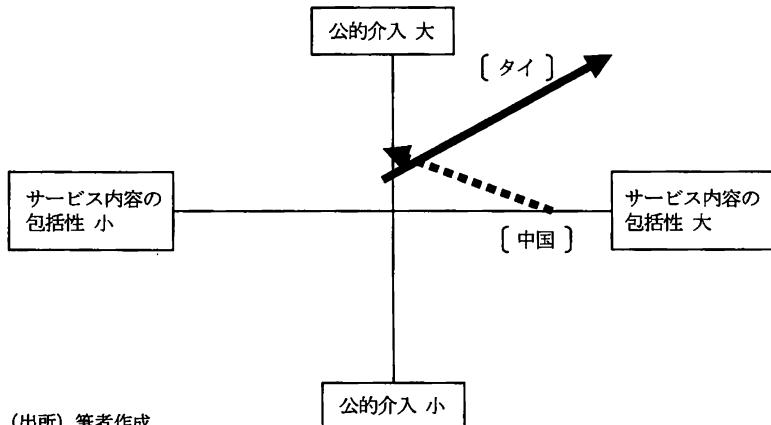
しかし、1970年代末の改革・開放政策によって、農村地域に「個別農家請負生産責任制」が導入されたことから人民公社が解体し、それまでの農村集団生産から家庭単位の生産に変更されることとなった。よって、農村集団経済組織を土台に管理・運営されていた農村合作医療制度も崩壊することになり、1985年時の加入率は5%にまで落ち込んだ。多くの農民が再び無保険の状態に置かれたのである（王 2009: 160-161）。

そこで2003年に導入されたのが新型農村合作医療制度である。まず、その財源であるが、住民の拠出に、中央政府そして地方政府の財政負担を加えた三者によるマッチング・ファンドの形式をとる。中央政府による財政支援は地域の所得水準に応じた傾斜配分がなされ、中西部への財政支援が相対的に厚くなっている。同制度の一人当たり医療費は、東部沿海地域で100元程度であり、拠出比率は住民が40%、地方政府が60%で、したがって中央政府の負担はほとんどない。他方、中西部では2003年の制度導入時の一人当たり医療費は30元で、住民、中央政府、地方政府が10元ずつ均等に負担していた。一方、新制度のサービス内容であるが、薬剤が対象となった点で旧制度からの前進がみられたものの、入院、重度疾病治療時における金銭負担リスクの緩和に重点が置かれ、旧制度でみられた外来や予防サービスをも含んだ包括的サービスのあり方は後退した。（王 2009: 162-168）。

以下でみるタイの場合は、疾病治療が全額税負担（中央政府）で、予防（第一次予防）およびリハビリ・介護（第三次予防）の部分が三者によるマッチング・ファンドの形式をとるのに対し、中国の場合は疾病治療の部分でマッチング・ファンド方式をとるのが大きな違いである。そして、タイ、中国の医療保障制度における公的介入の程度とサービス内容の包括性の変化をまとめたのが図2である。

次に、介護の社会化を実現するために2001年に着手された「星光計画」をみて

図2. 公的介入とサービス内容の包括性の変化



(出所) 筆者作成。

おこう。都市部においては「街道」（町に相当）レベルで多機能・多目的の地域高齢者サービスセンターが、また自治組織の居民委員会に高齢者サービスステーションが設置され、入所施設から「護理員」（ホームヘルパー）の派遣まで幅広くサービスが提供されている。一方、農村では既存の郷・鎮の敬老院（老人ホーム）を拠点に、ホームヘルプサービス、健康増進、レクリエーションなどのサービスが提供されている。しかし、都市部に比べて農村部における展開ははるかに遅れており、一部の貧困農村地域では「星光計画」の資金を他の用途に流用するケースがあったという。2004年までの3年間の総投資額は134.65億元で、その出資者別内訳は、民生部13.35億元、地方福祉宝くじ有益が26.33億元、地方政府が43.36億元、民間企業が51.63億元であった。3年間で都市・農村部あわせて3万2490か所の高齢者福祉施設が建設された。「星光計画」におけるサービス供給についてであるが、家政服務員（家政婦）および養老護理員（ホームヘルパー）の養成が政府および民間によって行われている（沈 2007a: 69-73）。しかし、その資金は市場原理によって決まるものと推察されるので、両者はより高い収入が期待される都市部に集中しているものとみられる。まとめると、「星光計画」では政府と民間（市場）がファイナンスとサービス供給に参加しているが、農村部に限ってみれば、政府が主たる担い手になっていると考えられる。

中国では、農村部の社区経済組織ないし農村集団經濟組織が豊かになれば、医療保険や養老保険でも財政負担能力が増し、より充実した生活保障が可能となるし、将来的には介護サービスなどにも参入することが可能であろう。近年、農村工業化によって豊かな財政力を持つ社区経済組織も増加しているという（河原 2008: 6）。しかし、農村工業化の波の乗れるところと、そうでないところが当然生まれてくるであろうから、地域によってサービスに差が出てくることが考えられる。この点はタイと共通するところである。

次に、タイで2002年に成立した租税を財源とする国家による医療保障、すなわち「30バーツ医療制度」⁴ の特徴について考えてみよう。

第1に、「30バーツ医療制度」の核心とは、対象人口規模を算定根拠とする「人頭割配分制度（capitation）」を導入することで一人あたりの年間医療費を国家が保障することとなったことである。平たくいえば、財政的資源を薄く広く配分するという選択をしたことである。同時に、これを契機に保健省内の伝統的資源分配システムが根本的に変化し、より基層レベルのコミュニティ病院や保健所に財政的・人的資源が行き渡るようになった。すなわち、「30バーツ医療制度」は「財政」という政策手段を通じた改革であった（河森 2009: 第4章）。

第2に、「30バーツ医療制度」の核心である、郡およびその下に位置するタムボン・レベルにおける地域医療福祉制度改革においては、分権化を志向しつつも国家が大きな役割を維持している。すなわち、フィリピンやインドネシアの場合は各レベルの地方政府に対し、それぞれ対応するサービス供給者（すなわち一次医療機関から三次医療機関）を単純に委譲するといった形態の地方分権を採用したことで、上下の統制（患者の送致システム）が崩れてしまうとともに、とりわけ予防面におけるサービスが削減される傾向が強くなった。これに対しタイの場合は、患者の送致を含むコミュニティ病院による保健所の「統制」、および国民健康保障事務局（NHSO）本部によるサービスの総量および内容の保障に関する「統制」のメカニズムを埋め込んでいるのである（河森 2009: 第6章）。

第3に、「30バーツ医療制度」は医療構造改革の文脈の中に位置付けることができる。すなわち、「30バーツ医療制度」が医療サービス供給を短期間で普遍化したもの（「医療の社会化」）、一人当たり人頭割予算の伸びは首相府予算局に

よって厳しく抑制されており、同制度が①福祉国家的指向性と②医療構造改革的指向性の折衷様式であったといえる（河森 2009: 第5章）。

これに関連して第4に、「30バーツ医療制度」は、国民医療費抑制とも一脈通じる、疾病予防・健康増進運動ないしヘルス・プロモーション運動の持続性確保という要請からくる「分権」、つまり「自治」ないし「参加」的側面、およびそれを制度化する「タムボン健康基金」を内部に埋め込んでいる。すなわち、タムボン内部における第一次予防（成人・高齢者向け疾病予防、健康増進）と第三次予防（介護、リハビリ）については、ファイナンス面における「マッチング・ファンド」方式およびサービス供給面における住民「参加」ないし「自治」というかたちで、NHSO が自治体・住民に応分の負担を求めていたといえるのである（河森 2009: 第7章）。まとめると、2002年国民健康保障法の制定と30バ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、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、コミュニティ内住民組織等に委譲することに道を開いているのである。

政府にはいうまでもなく中央政府と地方政府が含まれる。その役割分担をいかに考えるか、そして住民からの受益者負担をいかに組み込んでいくかが問題となる。もう少し詳しくみると、「2002年国民健康保障法」の第18条第9項は、コミュニティ内住民組織、NGO およびNPO によるコミュニティ・レベルでの30バーツ医療制度予算の運営管理への参加を支援することを謳っているが、これに基づき、NHSO は2006年6月にタムボン健康基金の運用に関する指針を制定し、タムボン自治体、コミュニティ内住民組織、NPO 等による同基金の共同管理・運営を支援はじめた。30バーツ医療制度の実現において重要な役割を果たしたプラウェート・ワシー医師は、このタムボン健康基金をコミュニティ・ケアの制度的手段として活用すべきであると主張している。この「タムボン健康基金」の原資は、NHSO からの国民一人当たり37.5バーツの人頭割予算である。そしてこの人頭割予算にタムボン自治体の財政負担と住民の分担金が付加される制度設計になっている。すなわち政府、自治体、住民の3者による「マッチング・ファンド」方式がコミュニティ・ケアの

ファイナンスの仕組みの1つとして想定されているといえよう。タムボン自治体の負担金については、自治体を3ランクに分けたうえで、NHSO 負担分の50%、20%ないし10%相当額を負担する。予算の具体的な用途については、NHSO が定めるおおまかな指針の範囲内で、資金をプールする「タムボン健康基金」運営委員会が自由に決定することが可能である。ただし、「家族」や「コミュニティ内住民組織」からの負担を組み込むケースはまだ少ないので現状である。

1-3 家族

中国では、新型農村合作医療制度の導入により、とりわけ入院や重度疾病治療時における金銭負担リスクは大幅に緩和された。旧制度の崩壊後は、個人（out of pocket）もしくは家族がこうした負担を負っていたわけであるから、新制度の導入は極めて意義深いものであった。

一方、高齢者扶養であるが、中国では農村の養老保障は家族を主とし、それが不可能な場合は社区経済組織ないし農村集団経済組織と中央政府が最終的なセーフティーネットとなって救済を行うということになっている。憲法では成年子女が父母に対する扶養の義務を負うことが定められ、また老年者権利保障法では、子が親に対する経済的扶養や、疾病時の看護と医療費負担の義務を負う旨明記されており、他方、親は子に対し医療費を請求することができる。ただし、子が困窮状態にある場合、あるいは子がいない場合は、社区経済組織が「五保（衣、食、住、医、葬）」を保障する（河原 2008: 5-6）。高齢者の収入源を、農村部に相当する鎮、郷村の別でみると、鎮の場合、労働収入が19.7%、年金29.8%、家族その他の扶養が46.1%、その他が5.0%、郷村の場合、労働収入が43.2%、年金4.8%、家族その他の扶養が48.9%、その他が3.2%となっている（沈 2009: 5）。一方、高齢者の要介護度をみておくと、日常生活動作（ADL）の能力を喪失した者は、都市部の男性で3.7%，女性で6.7%に対し、農村部では男性が6.9%、女性が10.9%となっている（沈 2009: 8）。

タイでは、30バーツ医療制度の導入により、とりわけ疾病治療時における金銭的リスクを個人（out of pocket）もしくは家族ではなく「国家」が引き受けることになった。他方、福祉サービス（リハビリ・介護）のファイナンスについては

「国家」および一部「家族」が、また、サービス供給面においては「コミュニティ内非営利組織」を支援する仕組みが構築された。しかしながら、サービス供給面において「コミュニティ内非営利組織」が主流に転換したことを意味するのではない。将来はともかく、現状においては低下しつつあるとはいえ、中国と同様にまだまだ「家族」の扶養機能が主流の位置を占めているである。

タイの高齢者の所得についてみると、NSO（2008）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。また、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。

1-4 コミュニティ内住民組織

本稿でいうコミュニティ内住民組織について、中国の大連では、護理員（ホームヘルパー）の資格を持つ近隣者が要介護高齢者の在宅介護を担当するという「居家養老院」の仕組みがある。また、上海など都市部を中心にボランティア組織として包護組や互助組が存在し、一人暮らしや自立生活が困難な高齢者を支援する仕組みがあるが、あまり一般的ではない（沈 2007a: 77）。農村部でもこうした動きが出てきているようであるが、ごく限定的にみられるだけである。農村の一部地域には老人会があるようだが、タイでみられるように、老人会の会員が一人暮らしや自立生活が困難な高齢者を支援する仕組みがあるのかどうかについての資料は未見である。また、「星光計画」のサービス供給について、農村部では村民委員会が主たる担い手となっているが、さらに具体的に誰がそれに従事しているのかについての資料は未見である。

また、中国については、家族と国家との間に存在する中間集団としての宗族を農村地域福祉の担い手として注目する研究もある（韓・高橋・浜崎 2007）。この点に関しては、タイの屋敷地共住集団との比較研究が期待されると同時に、東ア

ジア・農村モデルを検討する際の一つの焦点となつてこよう。

一方、タイの「タムボン健康基金」は、①疾病予防・健康増進、すなわち疾病にならぬことを目指すいわゆる第一次予防、②治療後における能力回復やリハビリといった、身体機能がそれ以上失われないことを目指すいわゆる第三次予防、という二つの要素で構成されていると理解でき、これらはいずれも在宅ないしコミュニティで行われるサービスである。これは、①純粋な意味での医療の範疇からは外れる、一般的な意味でのプライマリ・ヘルスケア（PHC）や疾病予防・健康増進と、②いわゆる「コミュニティ・ケア」ないし地域福祉という二つの要素で構成されていると読み替えることも可能である。

そして、こうした「コミュニティ・ケア」ないし地域福祉サービスの供給において期待されているのが、保健ボランティアや高齢者在宅福祉ボランティアの組織あるいは住民組織といった「コミュニティ内住民組織」なのである。タイにおいては高齢者福祉のサービス供給の主たる担い手として高齢者在宅福祉ボランティアが想定されているが、もともとこれは社会開発・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。導入の経緯を補足しておくと、2003年から2004年にかけて8県（北タイ、東北タイ、中部タイ、南タイそれぞれについて2県、すなわちペッブリー、スパンブリー、コンケン、ロイエット、チェンマイ、ピッサヌローク、ソンクラー、スラーターニーの8県で、1県あたり1つのタムボン）で高齢者在宅福祉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（Ko.So.Pho.）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。1自治体あたり40人のボランティアを育成し、1人最低5人の高齢者の健康増進や介護を担当することが目標とされた。さらに国家高齢者委員会（Ko.Pho.So.）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の自治体すべてに高齢者在宅福祉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）。重要なこと

は高齢者在宅福祉ボランティアが保健ボランティアを兼ねていることが多いということである。2008年段階で、全国660の自治体で高齢者在宅福祉ボランティアを育成済みである。

高齢者在宅福祉ボランティアは在宅福祉の担い手となると同時に、デイケア・センターなどの通所型施設でのサービスも担当することになる。これに関して保健省は、既存の保健所（PCU）にデイケア・センターを付設した「拡張型 PCU（enhanced PCU）」の整備を急いでいる。第2次国家高齢者計画の工程表は、デイケア・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。

1-5 市 場

介護・リハビリ等の福祉について、たとえば日本の介護保険の例をとると、ファイナンスについては「国家」が、サービス供給については「市場」や「コミュニティ内非営利団体」が重要になりつつあるのに対して、発展途上国ではサービス供給は「家族」が主流である（家族の場合、サービスは無償となる）。これに対し、タイの場合も依然として「家族」が主流であるものの、「30バーツ医療制度」以降、ファイナンスにおいては「国家」、サービス供給においては「コミュニティ内住民組織」の役割が重要になってきているといえる。いずれにしても「市場」が占める割合は極めて限定的である。一方、中国の場合、すでにみたように、「星光計画」ではサービス供給およびファイナンスの両面で政府と民間（市場）が参加しているが、利潤の薄い農村部において民間（市場）が参入しているとは考えにくい。

一方、保険部門をみると、タイでは農業・農業協同組合銀行（BAAC）⁵ が2007年に「タウイースック基金（Kongthun thawisuk）」計画を発足させた。農民に毎日一定額の節約を奨励し、これを貯蓄に回して老後に備えようというものであるが、1年間に一定額（1200、6000、1万2000バーツ）貯蓄すれば、同時に入院、傷害、死亡時の給付金も保障される貯蓄型保険であり、2008年2月現在で25万7,516人が加入している。

2. 「排除された多数者」のための生活保障についての段階的理解

次に、「疾病予防・健康増進（第1次予防）」、「治療（第2次予防）」、「リハビリ・介護（第3次予防）」および「生活費保障」の各々の段階について、タイと中国でどのような「サービス供給」と「ファイナンス」の仕組みが政策的に構想されているのかを整理し図式化したのが図3である。

図3. 生活保障の段階的理解

タイ		生活費保障			
	予 防	治 療	リハビリ、介護		
サービス供給	保健ボランティアなどコミュニティ内住民組織	「一次医療契約ユニット（CUP）」を中心とする医療体制（中央政府）	保健ボランティア、高齢者在宅福祉ボランティアなどコミュニティ内住民組織		
	マッチング・ファンド（中央政府、地方政府、家族）としての「タムボン健康基金」	中央政府 「30バーツ医療制度」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、家族）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	
ファイナンス	「新型農村合作医療制度」では対象外であることが多い	省レベルの病院、市（県）レベルの病院、郷（鎮）レベルの衛生所（公営）	敬老院		
	「新型農村合作医療制度」では対象外であることが多い	「新型農村合作医療制度」のマッチング・ファンド（中央政府、地方政府、家族）	「星光計画」のマッチング・ファンド（中央政府、地方政府、一部民間）	「社会養老保険制度」のマッチング・ファンド（家族、地方政府）	

(出所) 筆者作成。

2－1 「治療」

中国の農村部（中西部）では2003年の新型農村合作医療制度導入時の一人当たり医療費はおよそ30元で、住民、中央政府、地方政府が10元ずつ均等に負担していた。すでに述べたように、タイの場合は、疾病治療が全額税負担（中央政府）で、予防（第一次予防）およびリハビリ・介護（第三次予防）の部分が三者によるマッチング・ファンドの形式をとるのに対し、中国の場合は疾病治療の部分でマッチング・ファンド方式をとるのが大きな違いである。

次に、タイにおける「排除された多数者」のための医療について、ここであらためてその発展過程を跡付けておくと、「低所得者医療扶助制度（So.Po.Ro.）」が1975年に開始され、当初は病院担当者や村落指導層が低所得者に対して資力調査を実施したうえで、無償医療を提供するものであった。1994年には「低所得者医療扶助制度」が、いずれの社会保障スキームによってもカバーされない60歳以上の高齢者、12歳以下の子供、障害者、退役軍人、僧侶にまで拡大され、これらについては資力調査がなくなった。さらに2002年には、30バーツ医療制度の導入によって医療を受ける権利がすべてに平等に保障されることになり、コミュニティ・レベルの選択的な「医療扶助」から、国家レベルの普遍的な「医療保障」への転換がみられた。

現在の30バーツ医療制度下における「治療」ステージについては、「ファイナシス」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）」を中心とする国立医療機関のネットワークが担当していることになる。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。

なお、30バーツ医療制度では、医療を受ける「個人の権利」の行使の増加（少なくとも短期的な）が顕著であるが、制度の結果として、そのツケ（つまり赤字）は政府ではなく医療機関に回ることになるので、コミュニティ病院とコミュニティ内住民組織を含むコミュニティが一致して健康増進や予防を通じた医療費抑制運動に取り組まざるを得ない仕掛けになっている。

2-2 「疾病予防・健康増進」および「リハビリ・介護」

中国の場合、「疾病予防・健康増進」については新型農村合作医療制度でほとんどカバーされていない。「リハビリ・介護」では「星光計画」が農村も対象となっており、既存の郷・鎮の敬老院（老人ホーム）を拠点に、ホームヘルプサービス、健康増進、レクリエーションなどのサービスを提供するものである。「星光計画」には政府と民間（市場）がファイナンスとサービス供給に参加しているが、農村部に限ってみれば、政府（地方政府）が主たる担い手になっていると考えられる。

一方、タイの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バ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、コミュニティ内住民組織等に委譲することに道を開いている。すなわち繰り返しになるが、マッチング・ファンド（中央政府、地方政府、家族がそれぞれ拠出）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の「コミュニティ内住民組織」による「サービス供給」を基盤にしながら「疾病予防・健康増進」および「リハビリ・介護」部分の制度は成り立っているのである。なお、「タムボン健康基金」の原資は、30バ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」については高齢者在宅福祉ボランティアが育成してされているが、この高齢者在宅福祉ボランティア事業については自治体への移管が進行中である。

2-3 高齢者等を対象とする生活費保障

中国には、農村部を対象とした任意の社会養老保険制度がある。これは共済組合の理念によって設置されており、個人の保険料を基盤とし、これに郷村の財政

支援を加えるものである。ただし、郷鎮の負担率については明記がなく、医療保障の場合と同様ケースによってばらばらである。加入年齢は20歳以上60歳未満で、受給開始年齢は60歳である。1998年には65%の郷鎮がこれに参加したが、農村労働力人口の都市への流出により財政的に成り立たなくなるケースが増え、年々加入率が減少している。なお、この制度は一種の互助的な養老貯金であり、公的年金の性格を持っていないとする見解もある（沈 2007b: 42-45）。

次にタイにおける高齢者等村落内の社会的弱者を対象とする生活費補助について触れておこう。なお、タイにはまだ公的年金制度はない。1993年に支給開始の「老人生活扶助」事業は、もともと「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バ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バーツに引き上げ、2006年10月からは月額500バーツとなった。さらに2009年4月から、60歳以上のすべての高齢者が給付対象となり、資力調査を伴わない生活補助金となった。

むすび

タイの30バーツ医療制度の場合、所得水準の低い段階で高齢化が進み、かつ農村部でこの高齢化問題が先鋭的に現れるとすれば、制度の持続性に疑問が残る。さらに不安定要因が2つある。第1に、30バーツ医療制度は「給与所得者以外」を対象としているが、制度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こと、第2に、民間事業所従業員の被扶養者（妻や子）が、30バーツ医療制度から社会保障基金へと移しかえられようとしているなかで、健康保険制度の統合はさらに遠のき、前者は事実上、農民、インフォーマル・セクターを中心とする低所得者向けの医療扶助制度になりつつあることがある。言い換えれば、収入が比較的高く、かつ疾病リスクが相対的に低い人口を対象とする社会保障基金と、収入が比較的低く、かつ疾病リスクが相対的に高い人口を対象とする30バーツ医療制度という二極構造ができつつあるのであり、これがタイの医療福祉領域における都市一農村格差の本質である。

国家は人口の高齢化に伴う財政負担増という足枷をかけられ、「普遍主義」をいつまで掲げ続けられるかわからない。結果的に国家は、補完性の原則にしたがって、人々を包摂するローカルなコミュニティを背後から支えるという役回りに徹することになる可能性が高い。つまり「福祉社会」支援国家であり、これは世界的な潮流でもある。今後、「コミュニティ福祉基金」⁶ や「タムボン健康基金」といったマッチング・ファンドに高齢者在宅ボランティア等のサービス供給者を組み合わせた形態が一般化してくるであろう。つまり、最低医療保障としての30バーツ医療制度に、この種のマッチング・ファンドを乗せるという二階建ての構造である。二階部分については、分権化が進行する中で、自治体や住民の財政能力に応じて医療福祉サービスの質に差が出てくる可能性がある。つまり、農村部の内部でサービスの格差が出てくる可能性があるのである。

一方、中国の場合、都市部の労働者（加入者のみ）を対象とする「城鎮職工基本医療保険」が1998年に導入され、さらに2003年にはその被扶養家族を対象とする「城鎮住民基本医療保険」が新設された。農村部には「新型農村合作医療制度」がある。しかし、中国には独自の戸籍制度（戸口）があって、都市と農村の医療保障体系はまったく別体系となっており、給付水準が大きく異なることが問題である。さらに、地方政府間の財政力には大きなばらつきがあり、最上位の省と最下位の省で約12倍という差があるなかで、各地方政府が独自に制度を運用できるという現在の態勢が医療サービスの地方間格差を助長する要因となっている（内村 2008: 84）。こうした都市－農村間格差、農村部における地方間格差は、介護サービス（「星光計画」）や養老保険制度についても当てはまる。こうしたなかで、中国では近年の高度経済成長による財政的余力を背景にしながら、持続的成長と政治的安定を目的に、中央政府が都市－農村間および地方間の医療・福祉格差是正に向けて介入を強化することが予想される。

中長期的にみて、タイでは公的介入が徐々にトーンダウンし、他方、中国ではそれが現在よりも若干強化される方向に向かうのではないかというのが本稿の結論である。

注

- 1 都市部を中心とする民間事業所従業員対象の健康保険制度の成立から、皆健康保険の達成までに要した期間（双方とも法律が成立した時点をとる）を国際比較すると、ドイツ127年（1854-1981）、日本36年（1922-1958）、韓国26年（1963-1989）、タイ12年（1990-2002）であり、タイは極めて短期間で皆保険を達成したことがわかる。ちなみに、皆保険達成時における第1次産業従事者の割合は、日本が32%、タイが46%であったのに対し、韓国の場合は10%程度に過ぎない（『ILO労働統計年鑑』）。日本は、欧米に比べて農民の近代雇用部門への吸収が比較的低位な段階で皆保険を達成したが、タイは日本よりもさらにそれが低位の段階で皆保険を実現した。
- 2 タイの場合でいうと、これは農家に「制度外労働者」を加えたものともいえる。「制度外労働者」とは、自営業者（own account worker）と無償家族労働者（unpaid family worker）を足したものである（大泉 2004: 27）
- 3 富永は、社会構造が現在よりもはるかに単純であった18世紀ヨーロッパの思想である「小さい国家」の主張を現代に持ち出すことによって、國家の役割を過小評価するのは時代錯誤であり、この点で「福祉国家」を「福祉社会」という呼び名に置き換えようとする提案には賛成しかねるとしている（富永 2001: 242-243）。
- 4 「30バーツ医療制度」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バーツ医療制度」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バーツの手数料の徴収が廃止となったため、公的には「30バーツ医療制度」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バーツ医療制度」の呼称が一般的であるため、本稿でも引き続きこれを踏襲する。また、「30バーツ医療制度」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、疾病的診断・治療（医療従事法に定める伝統医療を含む）、手術、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ーラル（送致）などのサービスがカバーされる。
- 5 農業・農業協同組合銀行は、政策金融機関であり完全な意味での営利組織ではないが、農民が私的に融資契約を行う大規模組織金融であり、コミュニティ内非営利組織の持つメンバー性という性格も希薄であることから、ここでは「市場」に含めることとする。
- 6 たとえば、タクシン政権下で構想された「コミュニティ福祉基金」は、国家、自治体、住民の3者によるマッチング・ファンドであるが、アピシット政権下でも順調に成長し、現在、21,795の村落をカバーしている。

引用文献

- 沈潔（2007a）、「高齢者介護の社会化と在宅サービスの充実」沈潔編『中華圏の高齢者福祉と介護——中国・香港・台湾』ミネルヴァ書房。
- 沈潔（2007b）、「高齢者福祉制度の展開」沈潔編『中華圏の高齢者福祉と介護——中国・香港・台湾』ミネルヴァ書房。
- 沈潔（2009）、「中国における高齢者の生活保障システム」宇佐見耕一編『新興諸国における高齢者の生活保障システム 調査研究報告書』アジア経済研究所。
- 韓榮芝・高橋信幸・浜崎裕子（2009）、「中国の宗族社会における高齢者の現状と課題（その1）－東南地方の農村高齢者の生活実態調査を通じて」『長崎国際大学論叢』7.
- 河原昌一郎（2008）、「日中両国農村の高齢化の現状と課題」（一橋大学経済研究所世代間問題研究機構ディスカッション・ペーパー）。
- 河森正人（2009）,『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房。
- 野口定久（2008）,『地域福祉論—政策・実践・技術の体系』ミネルヴァ書房。
- 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.
- 大泉啓一郎（2004）,「タイにおける制度外経済に関する管理運営戦略について」『所報』(盤国日本人商工会議所) 2004年10月。
- 王崢（2009）,「中国農村医療保障制度の新しい展開—新型農村合作医療制度を中心に」『大阪経大論集』大阪経済大学。
- 武川正吾（2001）,『福祉社会—社会政策とその考え方』有斐閣。
- 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。
- 内村弘子（2008）,「中国 動き出した保険医療制度改革—包括的制度構築に向けて」『医療と社会』18(1).

Investigating the East Asian Welfare Model of the “Excluded Majority”

KAWAMORI Masato*

Focusing on the social context of rural society in East Asian countries, this paper offers a set of four broad categories for the welfare model of the “excluded majority”, which is different from that of East Asian developed countries: the government, which implements social security programs and community welfare schemes; private households; community-based organizations, cooperatives, self-help groups, which provide social services on a voluntary basis; and finally, market-based systems, in which firms offer social insurance. In order to explain a set of four broad categories for the welfare model of the excluded majority in East Asia, we investigate the cases of Thailand and China. The fiscal conditions do not allow the Thai Government to adopt welfare state model in the middle- and long-term and these conditions may compel the government to look at the community-based welfare model. On the other hand, China is expected to increase public intervention in social welfare for security reasons.

* Graduate School of Human Sciences, Osaka University