



Title	地域福祉の東アジア域内比較をめぐって：タイの事例を中心に
Author(s)	河森, 正人
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2010, 36, p. 179-195
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/8155
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

地域福祉の東アジア域内比較をめぐって
—タイの事例を中心に—

河森 正人

目 次

1. タイに地域福祉ないしコミュニティ・ケア概念はあるのか
 2. タイにおける地域福祉の「制度」
- まとめにかえて —東アジア・モデルの議論への接合

地域福祉の東アジア域内比較をめぐって —タイの事例を中心に—

河森 正人

はじめに

少子高齢化問題は、東南アジアを含む広義の東アジアに共通する大きな問題である¹⁾ (大泉 2007)。しかし東南アジア諸国は、所得レベルが比較的低くかつ国家による社会保障が未整備な段階で高齢化社会に突入するという一点において、日本、韓国、台湾などの狭義の東アジア諸国(地域)と大きく条件を異にしている。したがって、東南アジア諸国の方が、はるかに問題が深刻であるといわざるをえないが、それにもかかわらず、同地域の地域福祉に関する研究はほとんど進んでいない²⁾。すなわち近年、東アジアにおける地域福祉の比較を念頭に置いた研究が数多く発表されるようになってきており、東南アジアに言及する事例もいくつかあるが、具体的かつ本格的な分析はまだ存在しない。

まず社会福祉学の分野で具体的にいうと、東アジアにおける地域福祉の比較を目的とした最近の研究としては、日本福祉大学 COE 推進委員会編(2005)、二木編(2008)、沈編(2007)、井岡・埋橋編(2009)などがある。このうち、たとえば日本福祉大学 COE 推進委員会編(2005)では、東南アジアについてタイのコミュニティ開発に関する若干の言及があるのみである(穂坂: 2005: 144-146)。一方、井岡・埋橋編(2009)では、埋橋(2009: 41-48)および井岡(2009: 395)が東南アジアをも含めた東アジア地域全体における比較研究の可能性を指摘しているが、同書の分析の対象は韓国と日本のみである。次に地域研究の立場からは、2006年にアジア政経学会の『アジア研究』が東アジアの少子高齢化と社会保障の特集を組んだ際に、大泉(2006)および新田目(2006)が東南アジアにおける地域福祉の必要性を訴えているものの、日本の地域福祉政策の応用を提案するにとどまるのみで、これを東南アジアの文脈のなかで今後いかに構想していくか、あるいはすでに実施されている各国の具体的な政策や実践例にはほとんど言及していない。

本稿の目的は、第1に、東南アジアの地域福祉研究におけるこうした空白を埋めるべく、タイを事例に現下の政策とその実施状況を評価することであり、第2に、これをとって井岡や埋橋らが行っている地域福祉の東アジア・モデルの議論につなげていくことである。以下、第1節でタイにおける地域福祉ないしコミュニティ・ケアの概念を

整理したうえで、第2節ではタイにおける地域福祉の具体的な「制度」構造について、筆者の既発表論文の関係部分を整理しつつ図式的に把握し、最後にこれを地域福祉の東アジア・モデルの議論に接合するための道筋を探ることとする。

1. タイに地域福祉ないしコミュニティ・ケア概念はあるのか

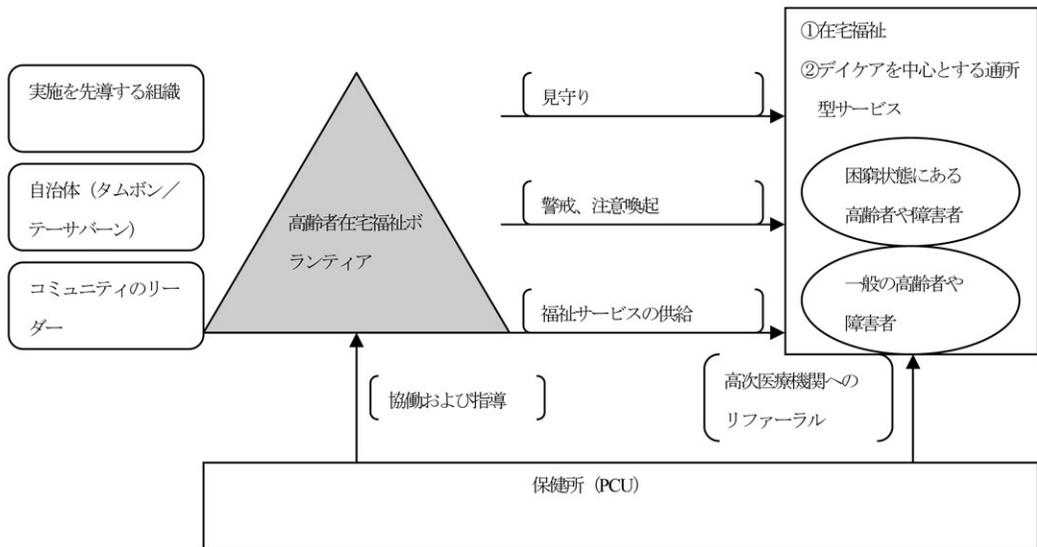
1-1 保健省のコミュニティ・ケア

タイには、2002年における30パーツ医療制度の導入において主導的な役割を果たした保健省内の「農村医師官僚（モー・チョンナボット）」を經由して、ヨーロッパ、とりわけイギリスからコミュニティ・ケア概念が入ってきた経緯がある。すなわち、1980年代末における農村医師官僚による地域医療福祉改革のプロセスにおいて、イギリスの「NHS & コミュニティ・ケア法」が参照され、同省の政策に大きな影響を与えたのである（河森 2009b: 134,152）。さらに30パーツ医療制度の枠組みの中では、たとえば保健省から分離独立した国民健康保障事務局（NHSO）が2006年以降、中間ケアの拠点として「コミュニティ内障害者機能回復センター(sun fuenfu samatthaphap khon phikan nai chumchon)」の設置を進めており、NHSO各地域支部に100万パーツの予算を付けて、その機能を果たしうる寺院等の選定と支援に着手している（河森 2009b: 165-167）。

他方、現下の保健省におけるコミュニティ・ケアの直接の担当は保健局であり、社会開発・人間の安全保障省と連携しながら在宅福祉等に関する政策形成を進めている。なお、コミュニティ・ケアの対象に関する理解については、社会開発・人間の安全保障省との間で若干の差異が観察できる。すなわち、社会開発・人間の安全保障省の立場はより「救貧的」ないし「選別的」であり、保健省はより「普遍的」である³⁾。

1-2 社会開発・人間の安全保障省のコミュニティ・ケア

一方、2002年の行政機構改革において、内務省公共福祉局を継承・発展させて新設された社会開発・人間の安全保障省の場合はどうであろうか。たとえば『高齢者の権利保護、コミュニティ・ケアのモデル』（So.Tho. 2007）は本文中で明確に community care を使用しており、これに *kan dulae doi chumchon*（コミュニティによるケア）や *kan khum khrong lae phithak sitthi phu sung ayu nai chumchon*（コミュニティ内における高齢者の権利の保障）のタイ語訳を当てている（So.Tho. 2007: 17-21）。そこで So.Tho.（2007: 17-21）を手がかりに、行政レベルにおいてコミュニティ・ケアの内容が具体的にいかに理解されているかを以下でみておく。なお、これを図式化したのが図1である。



(出所) So.Tho. (2007: 8) の図に、保健所 (PCU) との関係を加筆。

図1 タイにおける高齢者を中心とするコミュニティ・ケアの概念図

コミュニティによるケア (kan dulae doi chumchon)

コミュニティ内の種々のステイクホルダー (hun suan) が高齢者等に対して体系的な支援・サービスを供給できること。

社会的パートナーシップ (kan pen hun suan ruam damnoen-ngan)

コミュニティ内の主たるステイクホルダーとは、「計画を先導する組織」、「自治体 (タムボン/テーサバーン)」、「コミュニティのリーダー」の3者であり、これらが対等な立場で計画の実施を進めることが必要であること。

在宅ケア (kan dulae thi ban)

とりわけ独居高齢者、家族内に扶養者があっても適切な扶養を受けていない高齢者、困窮高齢者に対する在宅ケアの必要性。

長期的ケア (kan dulae raya yao)

高齢期全般にわたっての、明確な目標を伴った、ニーズに適合する十分なサービスの提供がなされること。

パターン化 (kan damnoen ngan yang mi baep phaen)

コミュニティ内の高齢者の権利の擁護においては、パターン化という基本原則があらねばならないこと。

権利実現の最大化 (prayot sung sut phuea sitthi phu sung ayu)

あらゆるレベルのサービスは、高齢者のための最大限の利益の達成をもたらすものでなければならないこと。

十分性 (khwam pho phiang)

高齢者在宅福祉ボランティアによるサービスの実践においては、それが十分かつ合理性を伴うものであるべきこと。

包括性 khwam khrop khlum thuan na

高齢者に対する支援は、「見守り」、「警戒、注意喚起」、「福祉サービスの供給」という3つの柱からなっていること。

代表性 (kan pen tua thaen chak chumchon)

高齢者在宅支援ボランティアの選出・任命については、コミュニティのあらゆる成員による合意を前提とすること。

参加 (kan mi suan ruam chak thuk fai)

計画の実施過程の各段階において、自発性を前提とする関係各方面の参加が得られること。

社会的統合性 (kan ruam phalang thang sangkhom)

計画の実施を効果的なものにするために、関係方面をネットワークの形態へと調整していくこと。

持続性 (kan damrong saphap)

制度全体を強固なものにすべく調整するとともに、高齢者在宅福祉ボランティアの活動が安定的で持続的なものにする事。

発展性 (kan phatthana)

高齢者への利便性を高めるべく、計画の実施においては活動の多様性を拡大させるとともに、最終的には高齢者全体へと対象を拡充できるようにすること。

フレキシビリティ (khwam yuet yun)

パターン化された実践については、必要に応じて修正できるようにすること。

地域の固有性との適合 (khwam mosom kap phuen thi)

パターン化された実践については、それが各地域のコンテクストに適合したものであること。

責任性 (khwam rap phit chop)

ステイクホルダーとして参加する組織においては適切な責任者を置き、少なくとも計画実施の1年目はこれを変更しないようにすること。

以上が政府によるコミュニティ・ケアの理解であるが、そこで次に地域の高齢者に対する直接的なサービス供給者となる「高齢者在宅福祉ボランティア (asasamak dulae phu sung ayu thi ban)」について補足しておこう。2007年4月10日の閣議決定は、「高齢者政策の一環として高齢者在宅福祉ボランティア計画を拡充させるが、それにあたって国家、民間、地域住民の協力を得つつ、自治体がその実施主体となるものとし、また社会開発・人間の安全保障省は助言機関としての役割を果たすものとする」としている。よって高齢者在宅福祉ボランティアは自治体主管の事業としての位置付けにあることがわかる。

同閣議決定は、事業立ち上げの2年間は社会開発・人間の安全保障省が財政支援を行うが、その後は自治体の負担とする旨定めている。

さらに『高齢者在宅福祉ボランティア実施ハンドブック（簡易版）』によれば、「高齢者在宅福祉ボランティア導入の目的は、困窮状態（*khwam thuk yak dueat ron*）にある高齢者を援助し、その権利を保護せんがためにコミュニティに基盤を築くこと、さらにコミュニティ内のすべての高齢者の生活の質の維持・向上を通じて、コミュニティが高齢者の権利を長期的に保護し、すべての高齢者に対する長期的な支援の安定的確保を実現することにある」（So.Tho. 発行年不詳: 3）。ここから読み取れるのは、コミュニティ・ケアという用語こそ用いていないものの、その内容はコミュニティ・ケアに通ずるものであること、さらにその中心的な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こと、の2点である。さらに、後に挙げる高齢者デイケア・センター（*sun dulae phu sung ayu klang wan*）のサービス対象者が高齢者以外の身体障害者にも拡充される傾向にあることを考え合わせると、コミュニティ・ケアの範囲が高齢者を基盤に、社会的弱者全体に波及しつつあることがわかる。

2. タイにおける地域福祉の「制度」

2-1 地域福祉の「制度」

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。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、公共部門（中央政府と地方政府）、インフォーマル部門（家族、親族）、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）、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、主としてインフォーマル部門（および民間非営利部門の一部）が福祉の主要な担い手で、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、インフォーマル部門（および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」）」（河森 2009a: 100）。

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 パーツ医療制度）、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、民間非営利部門と市場部門が焦点となってくるわけであるが、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、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。したがって東南アジアの農村部において地域福祉を語るということは民間非営利部門を語るということなのであるが（河森 2009a: 101）、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

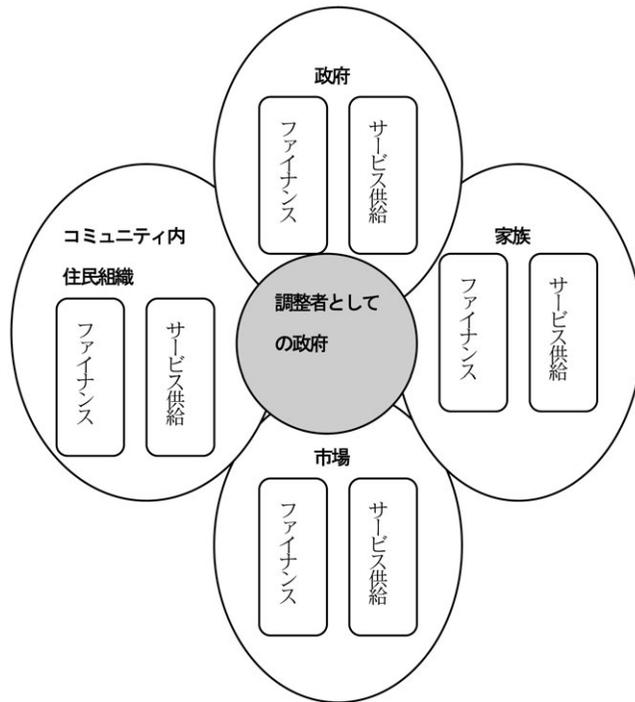
社会福祉法人といった組織によるサービス供給がほとんど存在せず、主として住民組織がその機能を果たしうるのみである。このように、(狭義の) 東アジアと東南アジアでは、想定される地域福祉のサービス供給主体にちがいが存在することに注意を払う必要があることをあらためて強調しておきたい。

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っており、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⁴⁾(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」(河森 2009a: 101)。

以上を踏まえて筆者は、東南アジアの社会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 2009b: 第8章)。すなわち筆者は、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、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、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、

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 2009b: 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、東南アジアにおける地域福祉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2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。



(出所) 河森 (2009b: 174)。

図2 東南アジアの地域福祉に関わる4つの主体

2-2 サービス供給者

そこで地域福祉に関わる4つの主体について、まずはサービス供給の側面から各々考察してみよう。なお、政府によるサービス供給については、一部の老人福祉施設があるのみである。

家族: 家族については、国家統計局の「2007年高齢者人口調査」(NSO 2008)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。まず、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てみよう。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のことである。これによれば、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(河森 2009c: 72)。

次に、要介護高齢者の主たる介助者をみておくと、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。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、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その介護をすることが多い。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、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（河森 2009c: 72-74）。

コミュニティ内住民組織: コミュニティ内住民組織とは具体的には先述の「高齢者在宅福祉ボランティア (asasamak dulae phu sung ayu thi ban)」が相当する。すでに述べたように、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。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、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、すなわちペップリー、スパンブリー、コンケン、ローイエット、チェンマイ、ピッサヌローク、ソンクラ、スラターニーの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を決めた。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 (So.Tho. 発行年不詳: 10)。

すでにみたように、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。そこで参考までにデイケア・センターの先進的事例としてノン

タブリー県バーンクルアイ郡タムボン・バーンシートーンの事例を挙げておく。このデイケア・センターにはタムボン自治体の職員が常駐している。この職員は高齢者在宅福祉ボランティアであり、運動機能回復のための指導を行っている。デイケア・センターの1日の利用者数については平均 10 人程度で、障害の程度が比較的軽度の者が多い。重度の場合は車で迎えに行くケースがある。デイケア・センターまでの交通手段について、家が近くの者は歩いてくるし、遠くの場合はバイクタクシーで来る。高齢者在宅福祉ボランティア1人が5～20人の高齢者を担当、週2回家庭訪問し、健康状態の把握や食事指導などを行っている⁵⁾。

市場: 民間では長期入所型施設があるが、これは主として富裕層向けであり、大多数の高齢者は対象とはならない。この長期入所型施設については、チュラーロンコーン大学看護学部の子リバンらによる研究がある (Siriphan 2009)。それによれば、タイには139の長期入所型施設がある。その地域別内訳は、バンコクが42か所で全体の49.28%を占め、バンコクを除く中部タイが42か所(30.43%)、東北タイが13か所(9.42%)、北タイが10か所(7.25%)、南タイが5か所(3.62%)である。一方これを施設の形態別に分類すると、民間の療養型施設 (sathan boriban) が60か所と最も多く(43.48%)、続いて老人福祉施設 (sathan songkhro khon chara) が44か所(31.88%)、医療機関(主として民間) 付属の長期療養型施設 (sathan dulae raya yao nai rongphayaban) が25か所(18.12%)、生活支援型施設 (sathan thi hai kan chuailuea nai kan damrong chiwit) が6か所(4.35%)、終末期ケア施設 (sathan dulae phu puai raya sut thai) が3か所(2.17%)である。ちなみに、医療機関付属の長期療養型施設の一か月当たりの料金は3万3,000バーツ、独立の療養型施設が1万5,962バーツであり、老人保護施設(主として国立)が1,073バーツである (Siriphan 2009: kho)。

2-3 ファイナンス

次に、地域福祉に関わる4つの主体のうち家族と政府を中心にファイナンスの側面から考察してみよう (以下、図3参照)。

サービス供給主体	ファイナンス
・高齢者在宅福祉ボランティア、保健ボランティア、婦人組織などの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、一部家族およびコミュニティ内住民組織) としての「タムボン健康基金」 ・そのほか地方政府が独自に予算計上する 場合がある

(出所) 河森 (2009b: 182) から抜粋。

図3. タイのコミュニティ・ケアにおけるサービス供給とファイナンスの仕組み

家族: 先の 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。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。

政府: 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。これに関して「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 パ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・運営を支援しはじめた。30 パ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エート・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 パ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が現状である。

なおデイケア・センターの建設などハードに関わる費用については、将来的に保健省が独自予算で建設する計画であるが、現状では、たとえば先述のノンタブリー県パーンクルアイ郡タムボン・バーンシートーンの場合、タムボン自治体が負担し、設備の購入費用は県自治体および社会開発・人間の安全保障省が負担していた。NHSO の資金（前述の人頭割予算）も下りてくるが、次に述べるように、用途はサービスの供給それ自体に限定されており、設備や資材購入には使えないからである。すなわち、NHSO が構想した「タムボン健康基金」は、疾病予防・健康増進、すなわち疾病にならないことを目指すいわゆる第 1 次予防、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 3 次予防、という 2 つの要素で構成されており、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、

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、いわゆる「コミュニティ・ケア」という2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(河森 2009b: 159)。医療機関における早期発見、早期治療、すなわちいわゆる第2次予防については、「タムボン健康基金」による事業の対象からは外れるが、これは、医療機関で実施されている既存のサービスと重複してはならないという規定があるからである⁶⁾。

まとめにかえて 東アジア・モデルの議論への接合

以上のことから、サービス供給とファイナンスという視点からみた場合、タイの地域福祉モデルは、政府がファイナンス上の管理をし、市場(介護事業者)や民間非営利組織(NPOや社会福祉法人)がサービス供給を担当する東アジア・モデル(日本や韓国)とは明らかに異なる。

一方、井岡(2009: 395-396)は、官民関係の視点からみた地域福祉の東アジア・モデルの特質として、官主導のトップダウン的傾向が強いこと、官主導性を民間との関係で見ると、歴史的な行政支配・民間従属の名残を今日なおひきずっていること、地縁組織を基盤とする地域ぐるみ的な福祉活動が展開されていること、住民相互の共助が一面的に推奨され、公助が厳しく制約されていること、の4点を指摘している。

まず について、タイの場合は社会開発・人間の安全保障省が、コミュニティ・ケアの導入から評価にいたるまでの詳細なマニュアルないし外形標準を作成して末端に徹底させていること等から、明らかに東アジア・モデルとの共通性を窺うことができる。

についていえば、中央政府は住民を指導するのが当然のことであるとみているし、村落内の伝統的なパトロン・クライアント関係が、そのまま現代の自治体(タムボン、テーサバーン)ー住民関係に持ち込まれている現実は、まさに東アジア・モデルと共通するところである。 についていうと、本稿で言及した高齢者在宅福祉ボランティア以外に、保健ボランティア(99万人、保健省管轄)、民間防災ボランティア(100万人、内務省管轄)などがあり、地域における官製ボランティアの育成を通じたサービス供給がタイのケースにおける際立った特徴である。 についていうと、たとえば、扶養者のいない老人や子供が増加しているという近年の状況に鑑み、社会開発・人間の安全保障省は「コミュニティ内家族開発センター(Sun phatthana khrokhrua nai chumchon)」を設置して、住民による「問題家族(klum khrokhrua 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。

以上のことから、官民関係の視点からみた地域福祉の東アジア・モデルとタイのモデルとの共通性は明瞭である。

注

1) 欧米諸国の高齢化のスピードを、「高齢化社会」（65 歳以上人口の全人口に占める割合が 7%を超える社会）から「高齢社会」（65 歳以上人口の全人口に占める割合が 14%を超える社会）にいたるまでに要する期間でみると、フランスが 115 年(1865 年～1980 年)、スウェーデンが 85 年(1890～1975 年)、アメリカが 69 年(1944～2013 年)、イタリアが 63 年(1924～1987 年)である。これに対し、東アジア地域のそれ（中位推計）は以下のとおりである（大泉 2007: 37）。

日本（1970 年～1994 年）24 年

中国（2001 年～2026 年）25 年

韓国（1999 年～2017 年）18 年

香港（1983 年～2014 年）31 年

シンガポール（2000 年～2016 年）16 年

タイ（2001 年～2023 年）22 年

マレーシア（2019 年～2043 年）24 年

インドネシア（2017 年～2037 年）20 年

フィリピン（2028 年～2050 年）22 年

ベトナム（2020 年～2038 年）18 年

2) 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）、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コミュニティの可能性(地域福祉)に期待せざるを得ない、という点では先進国と同じ状況である。ただし、政府が示した優先順位からいえば、自助努力、家族による扶養、コミュニティによる支援、政府による支援、の順となっている（国家高齢者支援調整委員会 2002: 1）。

3) ただし、2009 年 4 月から「高齢者生活扶助 (bia yang chip phu sung ayu)」給付（月額 500 バーツ、社会開発・人間の安全保障省の主管）において資力調査が廃止され、60 歳以上の高齢者すべてが給付の対象となったことにみられるように、社会開発・人間の安全保障省も徐々に普遍主義的志向性を高めているとみることができる。

4) 富永は、社会構造が現在よりもはるかに単純である 18 世紀ヨーロッパの思想であった「小さい国家」の主張を現代に持ち出すことによって、国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）。

5) 2009 年 9 月 15 日、バーンシートーン保健所医師、高齢者在宅福祉ボランティア会長へのインタビュー。

6) ただし医師や看護師の家庭訪問については例外的に認められている。

引用文献

- 新田目夏実 (2006), 「アジアの高齢化と日本の地域福祉」『アジア研究』52(2).
- 沈潔編 (2007), 『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.
- 穂坂光彦 (2005), 「福祉社会開発学への方法論的考察——アジアの社会開発の視点から」
日本福祉大学 COE 推進委員会編 (2005), 『福祉社会開発学の構築』ミネルヴァ書房.
- 井岡勉 (2009), 「むすび—総括 1—」井岡勉・埋橋孝文編 (2009), 『地域福祉の国際比較——日韓・東アジアモデルの模索と西欧モデルの比較』現代図書.
- 井岡勉・埋橋孝文編 (2009), 『地域福祉の国際比較——日韓・東アジアモデルの模索と西欧モデルの比較』現代図書.
- 河森正人 (2009a), 「タイの 30 パーツ医療制度と市民社会」田坂敏雄編『東アジア市民社会の展望』御茶の水書房.
- 河森正人 (2009b), 『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房.
- 河森正人 (2009c), 「タイにおける高齢者福祉の制度と課題——主としてコミュニティ・ケアとの関連で——」『アジア太平洋論叢』18.
- Khana kammakan 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 ayu 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.
- NHSO (2007), *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障制度ハンドブック), Nonthaburi :NHSO.
- 日本福祉大学 COE 推進委員会編 (2005), 『福祉社会開発学の構築』ミネルヴァ書房.
- 二木立代表編集 (2008), 『福祉社会開発学 理論・政策・実際』ミネルヴァ書房.
- 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(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.
- 大泉啓一郎(2007), 『老いてゆくアジア—繁栄の構図が変わるとき』中公新書.
- Siriphan Sasat and others (2009), *Khrongkan kan sueksa sathan dulae phu sung ayu raya yao nai prathet thai*(タイにおける長期療養型施設に関する研究), Nonthaburi: So.Wo.Ro.So. and Munnithi sathaban wichai lae phatthana phu sung ayu thai.
- So.Tho. (2007), *Tua baep kan khum khrong lae phithak sitthi phu sung ayu nai chumchon* (高齢者の権利保護、コミュニティ・ケアのモデル), Bangkok: So.Tho. (高齢者支援保護事務局, 社会開発・人間の安全保障省).
- So.Tho. (発行年不詳), *Khu mue kan damnoen ngan asasamak dulae phu sung ayu thi ban chabap yo* (高齢者在宅福祉ボランティア実施マニュアル簡易版), Bangkok: So.Tho. (高齢者支援保護事務局, 社会開発・人間の安全保障省).

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.

埋橋孝文（2009）,「比較福祉レジーム論における西欧モデルと東アジアモデル」井岡勉・

埋橋孝文編（2009）,『地域福祉の国際比較——日韓・東アジアモデルの模索と西欧モデルの比較』現代図書.

Investigating the East Asian Community Welfare Model: A Case Study of Thailand

Masato KAWAMORI

This paper elaborates on the Project of Community Volunteer Caregivers for the Elderly in Thailand, with emphasis on the East Asian community welfare model for the elderly and on contemporary reform arguments in the region. While many East Asian developing countries have rapidly aging populations, the present fiscal conditions do not allow them to adopt the European welfare state model. These conditions compel the governments to look at the community-based welfare system.

Considering that Thailand is going to face the aged society in the near future, the Bureau of Empowerment for Older Persons under the Ministry of Social Development and Human Security initiated a pilot project called Community Volunteer Caregivers for the Elderly in collaboration with public agencies and local administration organizations, including stakeholders in the target areas, in order to identify effective alternatives of care giving to the elderly, especially those who have no caregiver but need assistance in their daily activities. The Project of Community Volunteer Caregivers for the Elderly aims to train people to serve as volunteer caregivers who will administer care and support to older persons in the communities. The Ministry of Public Health also makes provision for healthcare services to the elderly by focusing on the home care approach to be provided through all levels of health networks with multidisciplinary teams from the community and provincial hospitals.

Focusing on the social context of Southeast Asian countries, this paper offers a set of four broad categories for a community welfare classification, which is different from that of East Asian developed countries: the state, which implements social security programs and community welfare schemes; market-based systems, in which firms offer social insurance; community-based organizations, cooperatives, self-help groups, which provide services on a voluntary basis; and finally, private households. In order to explain this community welfare classification scheme, we investigate the case of the Bangsithong sub-district of Nonthaburi Province.