

タイの30パーツ医療制度

—地域研究、ディシプリン、そして実践

河森 正人

途上国研究の優れた著作に与えられる
発展途上国研究奨励賞（アジ研主催）は2010年度で
第31回目をむかえる。審査の結果、
河森正人氏の著になる
『タイの医療福祉制度改革』（お茶の水書房）の受賞が決まった。
7月1日に研究所で表彰式の後に行われた記念講演会の内容をお伝えする



皆様、本日はお集まりいただきましてありがとうございます。たいへん名誉ある賞を頂戴しましたことを光栄に思っております。私は二五年前にアジア経済研究所に入所いたしました。こちらにいらつしやる望月研究支援部長と同期入社ということになります。当時、研究所は市ヶ谷にありまして、動向分析部という部署に配属になりました。そこから自衛隊（当時）の敷地が見えまして、自衛隊員の人たちが訓練に励んでいるのを横目に見ながら、タイの政治経済の動向を追いかけておりました。本

のあとがきにも書いたのですが、アジ研での当時の日課は、まずタイの新聞を毎日二、三時間かけて読み、日誌をつけることから始まりました。入りたての頃は、終業後に三鷹にある語学学校に通いタイ語を勉強しました。私自身、地域研究者を目指してやって参りましたが、アジ研で地域研究の手ほどきを受けたと思っております。そのアジ研からこの賞をいただき、この歳にしてようやく合格点をいただいたと思っております。

■地域研究、ディシプリン、実践

私はタイの地域研究者ですが、絶えず頭の中で地域研究とは何かということに悩んできました。ま

た一方で、ディシプリンとは何かということも考えてきました。私のいる大学でもそうなのですが、とかく地域研究というのはその国の言語を駆使し、歴史とか文化に精通した、いわばタイおたくのよいうな人間がやっている研究だろうという印象で見られているのではないかと思うのです。そういう側面は確かにあるかと思えます。しかし、地域研究はディシプリンと対峙するものであり、ディシプリンという厳然としたものに対して問題を投げかけて、ディシプリンにどういう風に修正をせまっているのか、そういう機能を地域研究はもっているのではないかと思うのです。私の場合、ディシプリンは、社会福祉学ないし社会保障論です。地域研究には、ディシプリンが看過してきた事柄に対して気付きを与えるという、問題発見的機能があると思っております。よく言われることですが、ディシプリンは基本的に西洋の歴史や風土のもので発達して洗練されてきたものが多い。それに対しアジアを含め、西洋以外の国々から問題提起をしていくことが必要なのではないのでしょうか。そういう意識のもとで微力ながら研究しており、その成果が今回の受賞につながったと考えております。

さて、今申しましたように、地域研究とディシプリンの関係は極めて奥の深い問題ですが、それに加え私が重視しているのは実践することです。実践というのは課題解決ということです。タイの農村の場合で言いますと、日本でも最近、限界集落という言葉が言われておりますが、同じような状態がタイにも起こっております。つまり限界集落という問題は地域を越えて現れてきています。農村ではお年寄りをはじめ困っている人がたくさんおります。そうした実状に対して地域研究は何ができるのか。国際協力と地域研究が協働して解決していくという方向性ができていますが、これからのその側面を重視して行かなければならないと思います。特に高齢化という問題―二年前に大泉啓一郎さんが『老いてゆくアジア』で発展途上国研究奨励賞を受賞なさいました―がこの目前にある問題に対して地域研究者として何かできないかという思いが頭の中にありました。この地域研究、ディシプリン、実践（課題解決）の三つが頭の中で常にぐるぐると回っており、そのなかで研究を行ってきた。さきほど絵所先生からもご紹介いただきましたが、本書の半分は制度形成の歴史に関する研究

1959年富山県生まれ。アジア経済研究所研究員、タマサート大学タイ研究所客員研究員、在タイ日本国大使館専門調査員、大阪外国語大学教授を経て現職。主著に『タイー変容する民主主義のかたち』などがある

であります。歴史研究は地域研究の得意とするところですが、それだけに終始してはならないという思いをしております。

■地域研究と三〇〇パーツ医療制度

三〇パーツ医療制度というのは税金で賄われている制度です。整形手術などは問題外ですが、基本的に風邪の治療から重い心臓病の手術まですべてただでカバーされるという制度です。総枠予算制で年間の予算総額、そして各病院に下りてくる金額が決められており、その中でやりくりしなければならなりません。各病院は、あまり高度な手術ばかりやっているとお金がなくなつて続かなくなるという仕組みでもあります。三〇パーツ医療制度はこのサグアン医師が主に考案されたのですが、二年前に若くして五五歳で亡くなつてしまいました。はつきり言つて、この方がいなくなつたら三〇パーツ医療制度はなくなつたでしょう。もちろんタクシン元首相のゴーストがなければ制度の実現はなかったでしょうが、それよりもまずこのサグアン医師がいなかったら制度の発想自体が存在しなかつた。それほど重要な人。アクターだと感じています。この方はタイ

で一九七三年に学生革命が起こつた時―その当時は世界中で学生運動が盛んだったので―がマヒドン大学医学部におり、共産党へ入党するかどうか迷っていました。実際には入らなかつたのですが、当局から眼をつけられて、ノルウェーへの亡命を企てました。その後、ベルギーやイギリスに留学します。そこでヨーロッパの社会保障制度に接したことが後の思想に大きな影響を与えました。

タイはL字型の低い山脈が国の真ん中を走っています。バンコクから見てその向こう側が東北タイといわれる地域です。最近、例の赤いシャツを着てデモに参加した人たちはこの東北タイ出身の人たちが多いのですが、かつて一九七〇年代、タイ共産党はL作戦という戦略にでまして、そのL字型の山脈の向こう側をインドシナの共産主義運動と連動させようとしたのです。一九七〇年代、東北タイというフィールドにおいて資本主義陣営と共産主義陣営が人民争奪戦を演じたわけです。そのような状況においてサグアン医師は大学を卒業し、インタンでシーサケートというカンボジアに近い貧しい県の小さな病院を任されることになりました。

保健省にはサグアン医師のよう



ラーチャブリー県のコミュニティ病院



ラーチャブリー県の保健所

な農村医師官僚といわれる人たちがいます。タイの場合、保健省のお役人のお医者さんが多く、上に昇格していくのは主にお医者さんです。六〇年代以降、国立大学の医学生が卒業しますと、事実上、

まずは保健省の傘下にある地方の国立病院に入るようになっていきました。その保健省のなかに、農村医師官僚と保守官僚という二つの思想グループがありました。サグアン医師は農村医師官僚のリーダーの一人でした。この農村医師官僚が自らを組織化しつつ、タクシン元首相に働きかけて三〇パーツ医療制度を実現させたのです。つまり、保健官僚のなかには高度な医療技術を追求したいという強い欲求を持った人たちがいます。しかし他方で、医療を受けられない貧しい人々がたくさんいるのだ

から、そういう人々のために集中的に資源を投入する必要がありますという意見の人もいました。そして後者の意見の人たちが三〇パーツ医療制度を実現させたのです。

スライドを見ていただきたいのですが、これが保健所で一番末端レベル―郡の下のタムボンという行政レベル―の医療機関です。一方、これはコミュニティ病院で郡のレベルの病院です。サグアン医師のような農村医師官僚といわれる人たちは、このタムボンおよび郡のレベルに集中的に資源配分をしようという目的で推進したのが三〇パーツ医療制度です。すでに申しましたように、制度はすべて税金で賄われています。なお、かつてイギリスに第三の道という路線があり、そのときに国の公的部門を購入者と供給者とに分離し、

公共部門のなかに市場的な要素を取り入れる動きがありました。それに習って制度を作っているのですが、タイには余り合わないでしょう。都市部ではまだしも、とくに農村部では難しいでしょう。ですが一応、そのようなイギリスの仕組みをベースにしております。

■「ディシプリン」と「ジェレンマ」

配付資料に「ディシプリンとの間のジェレンマ」とありますが、私がこの本を書く前の二〇〇三年から二〇〇四年にかけて、東アジアの社会保障に関する本が五、六冊出ています。これらの本は近代雇用部門の被雇用者を対象とした国家による社会保障に言及しています。これに対し、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のそれを考える上で、これらの既存研究は必ずしも適当な準拠枠ではなく、「排除された多数者」のための社会保障という視点が必要であると本書で主張しました。

ちなみに、日本の場合、民間事業所従業員を対象とした健康保険法ができたのは一九二二年で、国民皆保険が実現したのが一九六一年でした。タイの場合は一九九〇年に一〇人規模の事業所を対象とした健康保険が法制化され、二〇

〇二年に三〇パーセント医療制度が始まったという事で、一二年で皆保険を達成したのです。この二〇〇二年時にタイの第一次産業の割合はどのくらいだったかというところ四六%です。韓国の場合は一八九九年に皆保険を達成しましたが、その時点での第一次産業の割合は一〇%に満たない程度でした。タイをはじめとする東南アジアの国々は、農村部にまだ多くの人口が残っている段階で社会保障に対する要求が高まっているという状況にあります。インドや中国も同じような状況かと思えます。農村後背地を抱えた段階でどのような社会保障制度の仕組みを構想できるか、これこそが途上国がこれから直面する大きな課題だと思えます。そういう意味でタイは先駆的な試みを行っているといえるでしょう。

地域研究はディシプリンに修正を迫っていくものだと申しましたが、国家がメインとなつて社会保障の供給者になるというのは一九七〇、八〇年代の考え方です。それを修正しなければいけないというのが私の考え方です。図にありますがように、社会保障を説明するために四つのアクターを設定することができま。国家、コミュニティ内住民組織、市場、それから

家族です。それぞれがサービス供給の機能とファイナンスの機能を持っています。どのアクターもそれぞれの特性を活かしてサービスを供給します。タイの場合にはたまたま国家が三〇パーセント医療制度という租税を基盤にした制度を作りましたが、途上国のなかにはそれができない国もありますから、住民組織や家族や市場がサービスを供給します(市場は途上国の場合、あまり機能しないかもしれませんが)。それぞれ独自の組み合わせでやっていく必要があると思えます。具体的には、疾病の予防、緊急搬送、治療、リハビリ・介護という段階毎に、様々なアクターの組み合わせでサービスを供給し、ファイナンスを行っていくことが可能であり、その現状ないし可能性を比較研究してみることが必要なのではないかと思っています。

例えば緊急搬送に例をとってみますと、タイの田舎に救急車はまありません。これまで農村ではどうしてきたかといいますと、村の中で車を持っている人に五〇〇〇パーセントから病院まで運んでくださいといってお願ひするので、状況は少しずつ改善されてきており、救急車を持つ自治体も出てきましたし、救急救命士もボランティア・ベースで活動し

ています。数年前のスマトラ沖大地震のときにタイが防災ボランティアを一〇〇万人育成したのですけれども、その一部を救急救命士として育成するというをやっています。リハビリ・介護ではボランティアが活躍しています。タイの場合は、一つのタムボンで四〇人の高齢者在宅福祉ボランティアを育成するようにというお達しが上から降りてくるわけです。特に高齢化が進んでおります農村部でのリハビリ・介護でどのような仕組みを作っていくかが重要です。

例えば、リハビリ・介護サービスのために、国が作ったボランティアの仕組みとは別に、村で独自のファンドを作るといふ実践例もあります。タイには三万三〇〇〇の寺があります。村の数が七万余りですから二つの村にひとつの割合でお寺があることになりま。その実践例ですが、お寺の住職が村人に声をかけ音頭をとって、自分たちが出せるだけのお金、例えば一〇〇パーセントでもいいし二〇〇パーセントでもいい、それをファンドにするのです。いってみればお寺を中心とした補完的な小規模の健康保険の仕組みが一部できていると聞いています。他にもお寺を活用しようという話がありま

す。お坊さんがリハビリの講習を受けて、寺の境内に施設を作り、病院から退院してリハビリしなければいけない人を受け入れているという事例があります。このように、地域の特性に合った仕組みをどう作ったらいいのかについて知恵を出し合い、情報交換しながら問題を解決していくという仕組み作りを是非やったほうがよいと思います。研究者の立場からこうした試みをしていきたいですし、政府もこういった問題について情報交換する仕掛けを作って頂きたいと思います。

タイの三〇パーツ医療制度は国家のリーダーシップで作りましたが、遅かれ早かれ、財政的に大変なことになってくると思います。そうした条件下で、国家には福祉社会への橋渡しの役割を担うという側面があると考えています。つまり、いろいろな供給者すなわち市場、家族、コミュニティ内住民組織—途上国の場合、NPOはほとんど存在しない—がある中で、それぞれの賦存状況と特性を判断しながら福祉や医療の供給の組み合わせを作っていく必要がありますが、国家にはそれを調整するという役割が求められてくると思います。福祉、医療について四つの供給者があるなかで、いろいろ

るな組み合わせが出てくるのです。フィリピンならフィリピンなりの、インドネシアならインドネシアなりの、ベトナムならベトナムなりの組み合わせのバラエティが出てくる。そこでは、地域研究というものが重要な役割を持つてくると考えます。

さて、高齢化の問題が深刻となる中で、高齢化先進国である日本がモデルを作り出す必要があると同時に、これが日本の産業界にとつて将来の外需になっていく可能性が高いというようなことが言われています。しかし、ここで想定されているのは、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ール政策の提唱です。一方、農村人口が相当残っている段階で高齢化がどんどん進んでいるというのが東南アジアの特徴ですから、日本の高齢化を取り囲む環境とは全く異なります。必要なのは都市モデルではなく農村モデルなのですが、この農村モデルとは、むしろ日本が皆健康保険を達成した一九六〇年前後のそれです。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



ノンタブリー県のルアック寺

もしれませんが。

■今後の課題—実践との関わりで

賞を頂いたこの本は、基本的に制度研究です。他方、すでに述べましたように、ボランティアを上にから強制的に育成する方針を受け、住民の側がいろいろやっているのですが、主体としての住民がこの制度をいかにアレンジしたり、あるいはこれに抵抗したりする試みを行っているかということをお調べするのが私に課せられた今後の課題です。いま注目しているのはバンコクの西隣のノンタブリーという県です。これはルアック寺というお寺ですが、境内の一角にデイケアセンターがあります。お寺の中には火葬場があったりしますが、そのそばにデイケアセンターがあり、そこでおじいちゃん、



ルアック寺のデイケアセンター

おばあちゃんがカラオケを歌っています。この人は交通事故で怪を負ったのですが、病院ではちゃんと診てくれないのでここでリハビリをしています。隣にいる人はボランティアで朝から晩まで面倒をみていますが、その甲斐あってこの人は自分で歩けるようになりました。竹を切つてこのように組み合わせて器具を作り、歩行訓練をしています。二〇〇七年からはJICAの援助が入っています。これから私は、こういったボランティアの人たちが制度をどのように改良しながら日々悪戦苦闘しているのかについての事例を集めていきたいと思っています。今後、どの国でも余りお金や資源を使わないで高齢者のケアをどのように作っていくかが重要になってきます。おそらく程度の差はあるかも



デイケアセンターでの歩行訓練



デイケアセンター内の施設

しませんが、日本でもそういう仕組みを作っていく必要があります。国の財政が厳しい中、各コミュニティでそれぞれ工夫しながら手作りのケアシステムを作っていく必要があるかと思えます。おそらく中国やベトナムでも同じで共通の課題を抱えています。そのなかで地域研究というのは、一定の役割を果たすことができると思っています。大概、医療や福祉の制度を国が作る場合はヨーロッパを始めとする先進国の制度をモデルにしがちで、タイの場合も、イギリスとかベルギーの制度を相当程度移植しようとしていました。しかし、なかなかうまくいきません。それは当然のことなのです。例えば、地域ごとにお寺さんとの関係を利用しながら自分たち独自の仕組みを作っていくことができるだろう

と思います。日本も高齢化がさらに進行し、いろいろ問題がでてくると思いますが、さてこれからどうするかといった場合、例えば北欧モデルに見習うべきだとの主張がなされるかもしれません。しかし、やはりタイなど同じアジアの国々に目を向けることも必要です。福祉、医療を、心の問題まで含めて考えた場合、たとえばお坊さんとの関係でつくる福祉の仕組みというのは、やはり我々も勉強できるのではないかと思うのです。日本にもたくさんのお寺さんがありますが、そういう活動をしてがんばっているお坊さんも何人かいると聞いています。日本人のほうもヨーロッパばかり見ているのではなくて、アジアにも眼を向ける、例えばタイの高齢者に学ぶ、という考

え方も必要かと思えます。今後たとえば日本の高齢者とタイの高齢者が意見交換をする場を設定することができればよいと思つてます。

最後のスライドに書いたのですが、コミュニティをどういうふうなこれから作っていくのか、構想していくのかというのが日本を含め大きな課題だと思つております。つまり、二一世紀のコミュニティ像です。高齢化に関わる様々な問題があるなかで、一度壊れかけたコミュニティをどういう風を作り直していくのがアジア共通の課題かと思えます。この問題をこれから見ていきたいと思つてます。コミュニティに関わる問題は、社会学の永遠の課題だと思つてますが、社会学というディシプリンに対して、地域研究の立場から何か貢献することができればと思つています。

質疑応答

Q 最近、アジア経済研究所では地域研究とディシプリンに関する議論が盛んに行われており、昨日も多くの研究者の参加のもとに討論が行われました。河森さんのお話で、地域研究者がどういふ風に問題を組み立てて練り上げていくかという典型的

なプロセスを聞かせていただきました。昨日、私がコメントターとして問題提起したことは、地域研究側から出した問題あるいは新しい考え方と、ディシプリン側で積み上げていく知識の深まりとが、必ずしも予定調和的に合致する保証がないのではないかということです。河森さんが行われているディシプリンに対する問いかけは、ディシプリン側にとどのような、あるいはどの程度のインパクトを与えているとお考えでしょうか。

河森 たいへん難しいご質問です。この本を出したのは昨年の一〇月ですが、その後、ディシプリンの専門の方々と議論したことはまだないので、どういう反響なのかむしろ知りたいという状況です。個人的な意見ですが、地域研究はディシプリンを研究している人からは下に見られているという思いが絶えずありました。それに関して、地域研究の立場からは、立本成文先生が『地域研究の問題と方法』という本を出されており、地域研究をめぐる立場について五つぐらいのモデルを示されています。一番極端なのはディシプリンのメインストリームに位置する研究者で、地域研究は便宜的なもので学問的には存在がたいという考え方です。地域研究は対象地域を既存の様々なディシプリンで切っていく単なるアリーナであるという人たちもいます。そして、もう一方の極に、地域研究は既存のディシプリンに還

元できない独自の的方法論を持つとす
る立場があります。私自身は、メイ
ンストリームのディシプリンに対し
て修正を迫っていくものという立場
を強く意識しています。具体的に言
いますと、これまでメインストリー
ムの社会保障論というのは都市化と
産業化を前提に組み立てられてきま
したが、農村人口が相当残った段階
で社会保障をやらなければいけない
という状況が中国や東南アジアで出
てきています。私はこれに関して「排
除された多数者」という言葉―これ
はもともとILOが使っていた言葉
を拝借したものです―を使っていま
すが、メインストリームのディシプ
リンが「排除された多数者」を組み
込む議論を深めるよう、こちらから
も働きかけていきたいと思っていま
す。

Q 私は、キックボクシングのジム
をやっている関係で年に五、六回タ
イに行っており、ムエタイジム
に行くのが半分以上です。この
前も医療機関に行ってきたので
がエイズにかかった孤児が結構いま
ました。小児医療制度というのがどう
なっているのか知りたいために本日
参加いたしました。

河森 三〇パーツ医療制度では、ま
ず住民登録している地域の医療機関
に登録をし、カードをもらいます。
それでもってただで治療を受けられ
る仕組みです。ですから住民登録を
せねばなりません。確かに貧しい恵

まれない子ども達、例えば住所が定
まらない、住民登録をしていないと
いう子ども達がたくさんいます。た
だ、国民健康保障事務局は二〇〇七
年以降、三万人ともみられる身寄り
のない孤児たちも制度の対象とする
という方針をとっています。

Q アジアではメディカル・ツー
リズムを推進しようとしている国があ
ります。タイの場合、先生がお話し
された実践という観点から、メディ
カル・ツーリズムに対してどのよう
な政策的アドバイスがされますか。

河森 メディカル・ツーリズムにつ
いていうと、アジアではタイが大変
進んでおり、日本の病院がむしろタ
イに視察に行くほどです。いま問題
になっているのは、若い医師が、多
額の税を投じて運営されている国立
大学の医学部を出て数年で都市の私
立病院に移ってしまうことです。都
市の先進医療と地方の遅れた医療と
いう二極構造は大きな問題で、都市
の大きな私立病院が何らかの名目で
外国の患者から治療費の何パーセン
トかを取って、それを三〇パーツ医
療制度の方に振り向けていくという
ような是正措置を考えていく必要が
あるかと思っています。

Q 私はあるNPOの代表として働
いております。簡単な質問二点と
難しい質問を一点させていただけます
。まず、タイが一二年で国民皆保
険を達成したということですが、一

九九〇年を開始年としたということ
は国が検討を始めた年でしょうか。
また、日本が国民皆保険を達成した
とき、農業等の第一次産業の割合は
どのくらいだったのですか。

河森 ここでは、都市の民間事業所
従業員向けの医療保障制度ができて
から三〇パーツ医療制度成立にいた
るまでの期間を皆保険達成に要した
年数としています。制度が一二年間
でできたという意味ではありません。
タイには一九七〇年代から低所
得者医療扶助制度という制度があり
ました。これは、資力調査を伴う医
療保障制度ですが、これを基盤に三
〇パーツ医療制度を構築したので
す。また、日本が国民皆保険を達成
したときの第一次産業の割合は三
二%でした。そのころの日本の経験
がアジアの国々にとって勉強になる
のではないかということ、広井良
典先生が『日本の社会保障』という
本で指摘されています。

Q 最後は抽象的な質問になり恐縮
ですが、私は西アフリカのシエラレ
オネという国に時々行っておりま
す。保険制度が整っていない国です。
ここではイスラム教徒、キリスト教
徒の人口がおよそ半々で、白人つま
りヨーロッパ系の方々が司祭として
やってきてはパンとかを住民に与え
ているようなコミュニティがありま
す。住民自らが宗教施設を中心にし
て保健、福祉等のシステムを構築す
ることは、タイのようにお寺を中心

として構築するのと違い難しいのか
などイメージして聞いていたのです
が、そういうアフリカのような本当
の後発途上国でどうしたらよいか、
何かお考えを伺いたいと思います。

河森 一九六〇年代の東北タイの例
を挙げますと、その当時は田舎に行
くとトイレもない状態で、そこら辺
で用を足していたわけです。それに
対して役人が、衛生上悪いからトイ
レを作りなさいといって指導してま
わったのです。ところが農民からは、
トイレを作るにはセメントやトタ
ン板など資材がたくさんいる、そん
なものどうしてわざわざ金を使って
作らなければならないのだという反
論が起りました。ですから物的な
ものをまず保障することも必要な
だろうと思います。それからタイの
場合、一九七〇年代にやったのは、
村毎に薬基金を作って、村人がすこ
しずつお金を出しあって薬を常備す
るようにし、病気がなったらそれを
使うということです。それまでは病
気になってもなすべがなかったの
ですが、基金ができてからは、あそ
こに行けば薬があるということであ
らず、疾病が減少していきました。
住民たちにも若干のコストを払って
もらい、一緒になって何かをやれば
かならず自身の健康にとっても見返
りがあるのだということがきちん
と理解してもらうことが手始めではな
いかと思います。