

タイの医療保障と地域医療・参加型地域保健活動

菅 谷 広 宣

もくじ

はじめに

1. 医療提供体制と医療費の動向
2. 医療保障制度の沿革と体系
3. 地域医療体制：コミュニティー病院と保健所
4. 住民参加型の地域保健活動
5. 今後の課題

はじめに

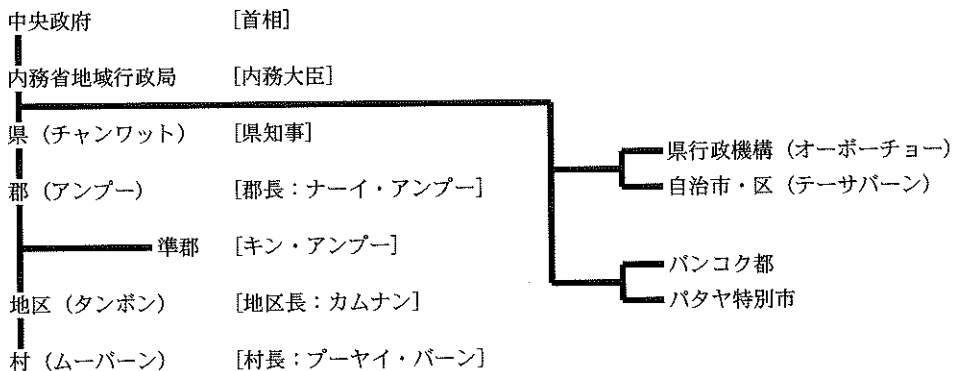
本稿は、2001年から2002年にかけて実施された、いわゆる30パーツ医療制度¹の導入によって、急進的な改革を断行したタイの医療保障について、予備的な考察を行なうものである。現在では普遍的医療制度 (Universal Coverage Scheme : 以下、UC制度) とよばれている30パーツ医療制度は、従前の医療扶助制度と地域型健康保険であるヘルス・カード・スキームの対象者、および、まったくの無保険者を、租税財源の単一制度へすべて取り込んだものである。発展途上国としては、まさに大胆な取り組みであるが、その成功の鍵を握っている事柄のひとつは、地域医療体制であろう。それは、UC制度の対象者の多くが農村部に住んでおり、地区 (タンボン) の保健所や郡 (アンプー) のコミュニティー

病院の果たすべき役割が、非常に大きいからである。また、UC制度では、1次・2次医療や健康増進・予防に重点が置かれているが、後者の観点からすれば、タイで長らく取り組まれてきている住民参加型の地域保健活動 (PHC : primary health care) も、医療保障を支える重要な分野としてとらえておく必要があるだろう。このような視点を含めて、本稿では論述を行なっていきたいと考えている。

1. 医療提供体制と医療費の動向

ここでは、タイにおける医療提供体制の在り方ともかかわるので、全国の地方行政組織についてみておくことから始める。この国の地方行政組織は、上位から末端まで順に、県 (チャンワット) → 郡 (アンプー) → 地区 (タンボン) → 村 (ムーバーン) という中央政府の直接的な監督下にある縦割りの組織 (県知事および郡長は内務大臣による任命制) と、県行政機構 (オーポーチャー)、自治市・区 (テーサバーン)、バンコク都およびパタヤ特別市という首長公選制による比較的自治の進んだ組織とが混在している (図表1参照)。

図表1 タイの地方行政組織



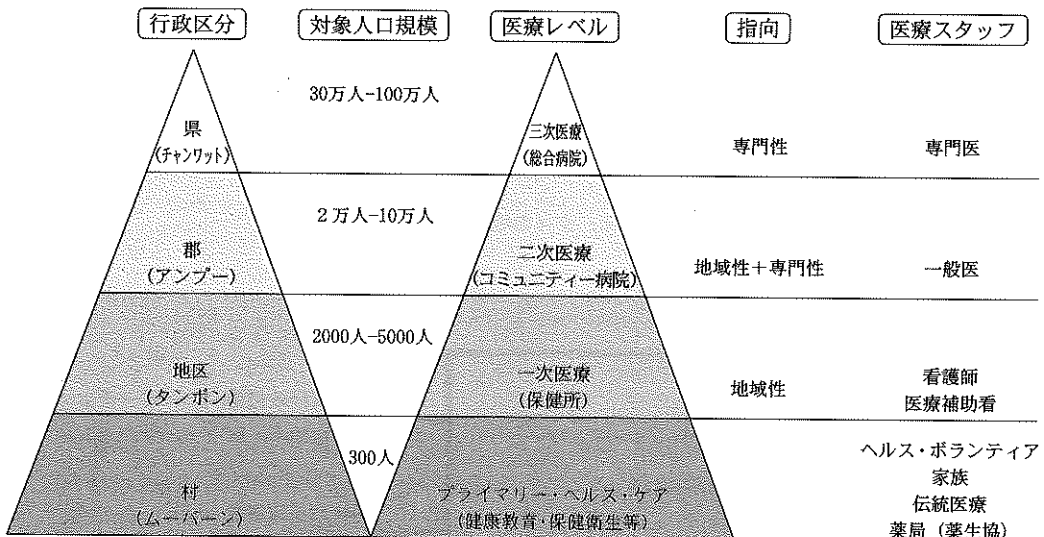
出所：山田編 (2009)

1 1回につき30パーツの自己負担で医療が受けられることから、この名がついた。(2010年2月5日午後6時50分現在の銀行間取引レートでは、1パーツは2.7円。) なお、この自己負担は現在では廃止されている。

全国の医療インフラ整備において主要な役割を担ってきている保健省は、前者の系統の地方行政組織に対応して、保健医療機関の拡充に努めてきている。その概念は、図表2に示されているが、末端の村（人口規模300人）からみていくと、そこには西洋医学にもとづく医療機関の配置はほとんど想定されておらず、住民参加型の地域保健活動であるPHCが重視されている。地区（人口規模2000-5000人）レベルでは、1次医療機関として保健所が想定されている。厳密には、保健所は医療機関とは言い難いが、地方における医師不足への現実的対応として、看護師や医療補助者が配置されている。郡（人口規模2万-10万人）レベルでは、2次医療を担当するコミュニティー病院が想定されている。このレベルになって、ようやく一般医が常駐して診療にあたることになる。県（人口規模30万-10万人）では、3次医療を担当する総合病院が想定されている。このレベルでは専門医が配置され、高度な医療の提供が可能となる。

保健省による医療インフラ整備の概念は上記の通りであるが、実際の整備状況はどうなっているだろうか。2007年時点における保健医療機関の設置状況を公的セクターからみておくと²、バンコク首都圏には大学病院が5施設、そのほかの総合病院が26施設、専門病院が14施設、および保健所が68施設³ある。地方レベル⁴では、大学病院が6施設、その他の総合病院が25施設、専門病院が47施設ある。県レベルでは、総合病院が70施設あり、ほかにも防衛省管轄⁵の病院が59施設ある。県の下郡レベルでは、すべての郡の91.7%においてコミュニティー病院が730施設ある。郡の下の地区レベルでは、保健所が9762施設あり、複数の保健所が設けられている地区もある。他方、民間セクターでは、病院が344施設（総ベッド数は3万5806床）、診療所が1万6800施設、薬局が1万5425施設ある（民間セクターについては2006年時点）。これら民間セクターの施設をあわせて人口1万人あたりで見ると、医療従事者数は医師が4人、看護師・

図表2 保健省による医療インフラ整備の概念



出所：sakunphanit (2008) をもとに筆者作成。

- 2 以下、各種医療機関の数についてはMoPH (2008) によった。
- 3 保健所には77の支所がある。
- 4 タイには中部、北部、北東部、南部といった4つの地方がある。
- 5 公的セクターの医療機関は大部分が保健省の管轄であるが、防衛省のほか、教育省(大学病院の場合)、内務省、国営企業、地方自治体などが管理・運営している施設がある。

助産師が28人、歯科医師が2人、ベッド数は22床となっている。ちなみに、東南アジア地域の平均では、1万人あたりの医療従事者数は、医師が5人、看護師・助産師が12人、歯科医師が1人、同様のベッド数は9床となっている。また、同様のデータをタイが属する低位中所得国の平均でみると、医師が10人、看護師・助産師が15人、歯科医師が1人、ベッド数が16床となっている⁶。

つぎに、保健医療支出の動向をみておこう⁷。2006年における保健医療総支出の対GDP比は3.5%であり、2000年の3.4%からは微増に留まっている。これは東南アジア地域の平均(2006年で3.4%)に近い値であるが、低位中所得国の平均(同年で4.5%)には及ばない。ただし、1人当たり支出は2000年の69ドル(購買力平価換算では172ドル)から2006年の113ドル(購買力平価換算では264ドル)と伸びている。また、歳出における保健医療分野の割合は、2000年の10.0%から2006年の11.6%と高まっている。ちなみに、この割合は東南アジア地域の平均(2006年で4.7%)を大きく上回り、低位中所得国の平均(同年で8.2%)よりも高い。なお、保健医療費の公私の負担比率は、2000年で56.1:43.9だったのに対して、2006年には64.5:35.5となっており、公的負担の比率が高まっている。こうしたことには、後述のUC制度を導入したことが影響しているものと考えられる。

2. 医療保障制度の沿革と体系

(1) 現行医療保障体系の成立

労災を別にすれば、通常、社会保障の各分野のなかで、早期にニーズが顕在化するのには医療であり、タイの保健省は貧困層や農村部をターゲットとした諸制度を、1970年代ないし80年代から試みていた。1990年には社会保障法が成立し、以後フォーマル・セクターの労働者は社会保険医療を受けることができるようになった(所管は現在の労働省)。しかし、それでも国民の

3分の1を超える人々が、いかなる医療保障も受けていなかったし、既存の諸制度間でも問題が生じていた。対象となる疾病の種類、サービス内容、医療機関の利用に関する条件などが各制度で異なっており、給付には相当の制度間格差があった(菅谷, 1997, pp830-831)。また、保健省による諸制度では、病院への支払いが低額であったため、私費患者からの徴収分や公務員の制度からの支払い分の一部を転用しなければ、治療ができないほどであった(Singhapan and Ratanaporn, 2001, p. 47)。

このような状況下で、学者や保健省の研究者は、普遍的医療(Universal Coverage of Health Care: 以下、UC)に対して、長らく関心を持ち続けていた。UCとは、「ある国のすべての人々が、所得水準や社会的地位あるいは居住地にかかわらず、必要性和選択にしたがって、質の高い医療サービスへのアクセスを保障されている状態」(Nitayarumphong, 1998)と定義できるであろう。タイ保健省と世界銀行が主催した1993年の医療財政に関する会議においても、UC政策の実現へ向けた議論が行なわれている(Nitayarumphong et al, 1993)。

さて、ワクシンによって率いられ、2001年1月の総選挙で大勝したタイ愛国党は、2000年3月以来、こうしたUC政策の導入をマニフェストに掲げていた。これは「30パーツですべての疾病を診る」というスローガンのもと、総選挙後のワクシン政権によって実施されるべき政策において、優先事項の一つとなった。そして、上記の定義のように理想的な状態であるかどうかは別としても、すべてのタイ市民に医療を受ける権利を与えるUC政策の導入が、2001年4月から始まった30パーツ医療制度の段階的实施によって実現していった。これにより、保健省が行っていた従来の諸制度は廃止され、概ねタイの医療保障制度は、社会保障法に基づく社会保険制度と公務部門を対象とする公務員医療給付制度、そして新たに導入されたUC制度の

6 以上、医療従事者数とベッド数はWHO (2009) による。データは2000年から2008年の間にWHOが入手した最新年次のものである。

7 WHO (2009) による。

3本建てとなった。

(2) 現行医療保障制度の内容

① 公務員医療給付制度

1978年に開始されたこの制度（名称の英訳は Civil Servant Medical Benefit Scheme、以下CSMBS）は、国家公務員とその家族（両親・配偶者・20歳未満の子ども3人まで）に医療費の給付を行なうものであり、約450万人が対象となっている。現行制度の法的根拠は、仏暦2523年（1989年）に発布⁸された「公務員に対する医療給付に関する勅令」であるが、相対的に低い公務員の給与を補うフリンジ・ベネフィットとして、対象者に保険料の拠出を求めることなしに、国の一般財源によって制度の運営が行なわれてきている（所管は財務省主計局）。後述の他制度とは異なり、対象者は特定の医療機関に登録する必要はなく、自由に受診する施設を選択することができる。ただし、外来の場合には受診時に医療費を一度立替えたうえで、その払い戻しを後で受けることになる。診療報酬は出来高払いが基本とされてきた。なお、地方政府、公共機関および国営企業は、CSMBSに類似した独自の医療給付制度を各々有しているが、それらの対象者数はCSMBSに比べて非常に少ない。

② 社会保険医療制度

1990年の社会保険法は、民間労働者を強制加入とした総合的社会保険制度を規定している。医療保障に充当されている保険料は、政労使が各0.88%で計2.64%である。この医療保険分野は被保者本人のみをカバーし、家族は対象外となっているが、後述のUC制度の導入後、家族はこれによる医療保障を受けることになった。なお、失職者は最大で1年間、社会保険の医療分野から給付を受けることができる。

では、社会保険法による社会保険医療がどのような仕組みで提供されるかということ、すべての医療機関のうち、一定の基準を満たしている

257⁹（うち民間機関は104：2008年現在）の病院は勅令によって指定され、制度を所管する労働省社会保障事務局と被保険者の受け入れや診療報酬の支払いなどについて契約を結んでいる。これらは主として県レベルの総合病院またはそれと同等以上の比較的设备の整った病院で、メイン・コントラクター（main-contractor）とよばれている。被保険者はそうした病院から一つを選択し、社会保障事務局を通じて選択した病院に登録される。診療報酬は人頭払いで、1人あたり年間2000パーツ余が登録したメイン・コントラクターに支払われる。ただし、人工透析や化学療法、放射線治療、心臓切開手術、骨髄移植など、特定の高額医療については、それぞれに定められた金額を上限に、別途支払いが行なわれる。

さて、メイン・コントラクターとなった病院は、登録された被保険者に保険医療を提供するのはいうまでもなく、周辺の医療機関（郡のコミュニティ病院や診療所など）と契約を結んで、登録患者に対する保険医療を請け負わせる。そのような請負契約を結んだ医療機関はサブ・コントラクター（sub-contractor）とよばれ、2008年現在、その数は2462（うち民間機関は1499）となっている。他方、メイン・コントラクターは、最先端の設備と技術をもつ大学病院とも契約を結び、診療が困難な患者をそこに移送するようになっている。そうした大学病院はスーパ・コントラクター（supra-contractor）と呼ばれる。このように、被保険者はメイン・コントラクターを中心とする医療機関のネットワークの中で、保険医療を受けるのである。ただし、緊急時や事故の時には、そうしたネットワークの外でも医療を受けることができる。この場合、医療費は上限つきの償還制であり、人頭払いの診療報酬とは別枠になっている。

③ UC制度¹⁰

2002年4月より全国的に完全実施された30パー

8 この勅令は、仏暦2550年（2007年）に改正されている。

9 社会保険の医療機関数はSSO（2009）によった。

10 特に断りのない場合、統計数値はNHSO（2009）によっている。

ツ医療制度は、後にUC制度と名称を変えて現在に至っているが、2008年9月現在で、この制度は4695万人をカバーしている。対象者には、保健省よりIDカード（通称ゴールドカード）が発行され、これを提示することで利用者は医療サービスの提供を自己負担なしで受けることができる。財源は国の一般財源であり、たばこ税や酒税を充当することも検討されている。ちなみに、2007年における経常費総額は913億6700万バーツ、運営経費は8億1100万バーツ、年間1人当たりの受診率は、外来で2.55回、入院で0.105回であった。

医療の提供はUC制度に登録している医療機関が担当するが、緊急を要する場合を除き、初診は1次医療ユニット（Primary Care Unit：以下、PCU）で受けるのが原則である。PCUは郡の下の地区レベルで設置された保健所をベースとしており、そこに地域の一定人口が登録され、初歩的な医療行為が行われる。医師のいない保健所における医療行為は厳密には違法であるが、地方での絶対的な医師不足という実態に鑑み、保健省が黙認しているのが現実である。2006年時点では、保健所をベースとしたPCUは全国に5946ヶ所あり、ほかに病院内や自治市の健康サービス・センターに設置されているものが953ヶ所ある。こうしたPCUでの処置が困難で、医師による診療が必要な患者は、1次医療契約ユニット（Contracting Unit for Primary Care：以下、CUP）に送られる。ちなみにCUPは、1次医療を担当するPCUと契約している医療機関という意味であり、CUPが担当するのは2次医療である。2006年時点では、全国でCUPに位置づけられている医療機関は1156施設あるが、そのうち保健省傘下の国立病院は828施設であり、その大部分は郡レベルのコミュニティー病院である。なお、三次医療が必要な場合、CUPは患者を県ないし地方レベルの総合病院や大学病院などへ紹介する¹¹。

こうしたUC制度は、総額予算制を採用している。所轄の国民健康保障事務局（英語名 National Health Security Office：NHSO）は、1人当たりで決められている単価を各県の登録者数に乗じた金額を、地方の出先機関である県事務所に割り当て、さらにそれが県内の医療機関や郡事務所に配分される。各医療機関はそうして配分された予算の枠内で診療を行なう。ちなみに1人当たり単価は、とりわけ2006年以降に顕著に引き上げられてきており、2009年には年間2202バーツである。その内訳は、外来に666.96バーツ、入院に837.11バーツ、予防と健康増進に262.06バーツ、高額医療費等に187.08バーツ、設備投資に148.69バーツなどとなっており、予防と健康増進に力が入られていることや、設備投資が診療報酬に反映されていることが特徴となっているといえるであろう。なお、上記のような加入者1人当たり単価の内訳のなかで、高額療養費や設備投資などの部分については県レベルで留保され、必要に応じて医療機関に再配分される仕組みになっている（桑島，2006，p.116）。

ところで、医療機関のコスト回収率は過去の診療報酬水準のもとでは低かったが、地域や施設による格差があるものの、例えば保健省の病院の平均では、2008年にすべての地方でコスト回収率は100%を超えている。これが一因であろうが、医療機関側のUC制度に対する満足度も向上してきている。2004年には参加医療機関のうちUC制度に満足している施設は40%にすぎなかったが、これを底として2008年に同割合は60%となっている¹²。

3. 地域医療体制：コミュニティー病院と保健所

近年、歴代の政府によって、郡と地区レベルにおける保健医療インフラへの継続的な投資が行なわれてきた。それは、すべての郡と地区を

11 以上、UC制度下の医療提供体制については、河森（2009）に多くを負い、Sakunphanit（2008）およびTangcharoensathien et al.（2007）も参考とした。なお、PUCおよびCUPは、原語では各々、ヌイ ポリカン スカパーブ ラダブ バトムフン、ヌイ ク サンヤ コング ポリカン ラダブ バトムフン という。

12 こうした満足度についてはNHSOのウェブサイト（<http://www.nhso.go.th>）によった（アクセス日は、2010年2月3日）。

コミュニティー病院と保健所のネットワークで網羅することを目標とし、長期的な人材養成計画を伴うものであった。1983年には、コミュニティー病院と保健所への予算割り当てが、はじめて県病院への予算割り当てを上回った (MoPH, 2005)。

コミュニティー病院の規模については、病床数でみると10床から150床までとなっているが、図表3にみるとおり現在は過半が30床である。この規模の施設には3～4人の一般医、1名の歯科医、30人程度の看護師、2～3人の薬剤師、その他の医療補助職員が配置されている (Tangcharoensathien et al., 2007, p. 6)。

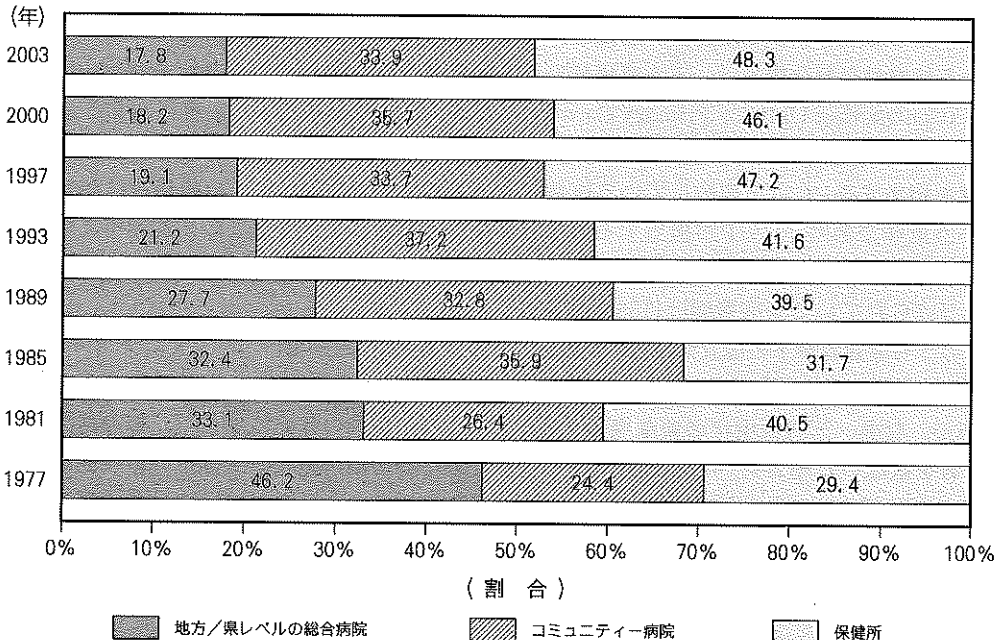
病床数による規模の推移をみると、10床レベルの施設の割合が低下し、60床以上の比較的規模の大きな施設の割合が高まってきている。これは、地域医療の拠点として、コミュニティー病院の役割が重視されてきていることのあらわれだろう。また別の観点からは、図表4にみるように、外来医療サービスを提供する施設の比重が、地方や県レベルの総合病院からコミュニティー病院や保健所へと、移ってきたことにも留意しておきたい。

図表3 コミュニティー病院の規模別割合：1997-2007年

病床数	年	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
150床		0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	1.1	1.1	1.1	1.4
120床		1.3	1.3	1.5	1.7	2.5	2.5	2.5	3.3	3.3	3.3	3.7
90床		5.3	6.5	7.3	7.3	8.2	8.1	8.1	8.3	8.3	8.4	8.9
60床		14.6	15.9	17.5	19.0	20.5	20.4	20.4	22.7	22.7	22.8	25.5
30床		47.6	56.2	59.3	58.5	56.9	57.2	57.2	57.4	57.4	57.4	55.9
10床		31.1	20.1	14.3	13.4	11.5	11.4	11.4	7.2	7.2	7.0	4.7

出所：Bureau of Health Service System Development, Department of Health Service Support, MoPH.

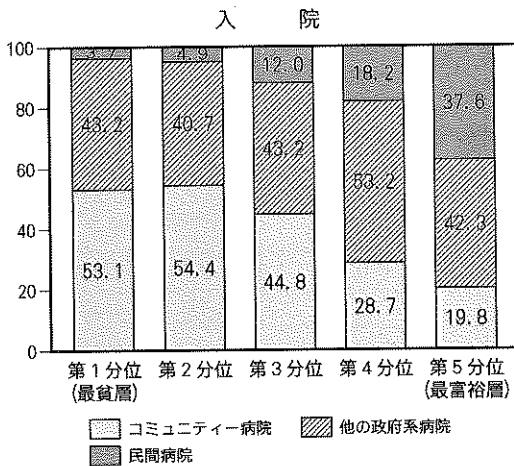
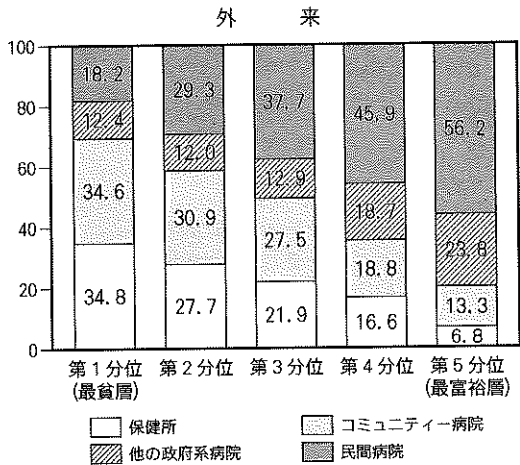
図表4 医療機関のレベル別でみた外来サービス提供割合：1997-2003年



出所：Tangcharoensathien et al (2007)

つぎに所得階層別(5分位)の医療機関利用状況をみておくと、外来・入院とも、所得が低い世帯ほど、コミュニティー病院や保健所で受診している傾向がある(図表5参照)。このことは、各種保健医療機関の立地と当該機関周辺部の所得レベルに関連性があるためと考えうるが、いずれにせよコミュニティー病院と保健所は低所得者の医療ニーズをカバーしている。

図表5 所得階層別でみた医療機関の選択割合(%) (2006年)



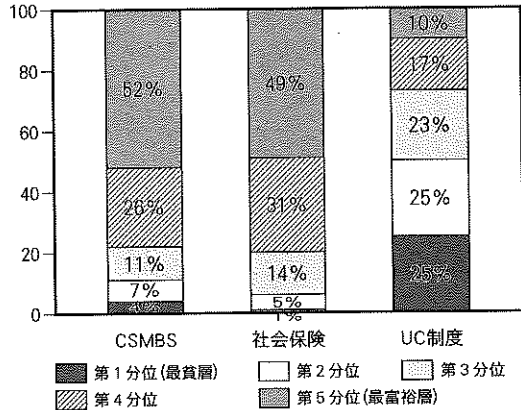
出所: MoPH (2008)

注: 所得階層は、月平均世帯所得による。

上記のようなコミュニティー病院や保健所は、UC制度において重要な役割を担っている。というのも、同制度が重点を置く1次・2次医療レベルにおいては、すでに述べたようにコミュ

ニティー病院をベースとしたCUPと、保健所をベースとしたPCUが設けられているからである。

図表6 各医療保障制度対象者の所得階層分布(5分位別)



出所: NSO (2005)

なお、所得が低い世帯ほど、コミュニティー病院や保健所を利用している傾向があるというのは上記の通りであるが、このことは医療保障の制度別対象者の所得分布からもうかがうことができる。すでに述べたように、UC制度の対象者は、まずは主に保健所、そしてコミュニティー病院で受診するが、その所得分布は他の医療保障制度の対象者と比較して、明らかに下方に位置している(図表6参照)。

4. 住民参加型の地域保健活動

伝統的な療法が残っているとはいえ、アジアの発展途上国でも、西洋医学による医療機関の整備が進められてきている。しかし、医師1人当たり、あるいは1病床当たり人口などで比較してみると、先進国とは大きな格差があり、大都市への偏在もはなはだしい。いうまでもなく発展途上国では、人々の医療ニーズを十分に満たしうるほど、施設やマンパワーの拡充が進んでいないのである。このような状況は長期的に少しずつ改善されていくとしても、先進国の医療技術や医療制度の多くを、そのまま取り入れようとするには、そもそも無理があるといわざるをえない。

ひるがえって、発展途上国に広く蔓延している感染症は、人々の衛生、その他生活環境と密接な関連をもち、十分に予防可能なものが多い。また、栄養不良が健康を損ねるだけでなく、特に子どもや妊産婦の場合には、その多くを死に至らしめている (UNICEF, 1997; 邦訳、序文、p. 8)。つまり、高度な医療技術が必要な場合も当然あるが、健康への鍵はむしろ民衆の生活のなかにあるといえるのだ。そこで、近代的な医療の導入が開始されてから当然のごとく考えられてきた、保健医療の専門職=サービスの提供者、住民や患者=サービスの受け手という一方的な位置づけが問い直され、住民主体の地域保健活動による、予防や健康増進の効果が強く認識されることとなった。1978年、WHOの国際会議で採択された「アルマアタ宣言」(開催地であるカザフスタンのAlma-Ataに由来)において、PHCの推進が提唱されたのは、こうした理由からである。同宣言のなかでPHCは、「地域社会の個人および家族があまねく利用できる実用的で科学的に適正、かつ社会的に受け入れられる方法と技術に基づいた不可欠のケアであり、それは開発の各段階で自己依存と自決の精神にのっとり、個人および家族が全面的に参加することによって、地域社会および国が支弁可能な費用で実現するもの」とされている (WHO; UNICEF, 1978, p. 3)。1980年代後半から登場してくる人間開発の概念は、個々人の社会参加の側面に重点を置いているが、こうしたアルマアタ宣言の内容からもわかるように、保健医療の分野では個人や家族による参加の原則が、すでに70年代後半に重要な要素として取り入れられていったのである。79年には、PHC理念の実現に向けたガイドラインがWHO理事会で採択されている (WHO, 1981) が、WHOにとって、PHCは今日まで重要な指導理念であり続けている。

タイでも村レベルにおいてPHCが実践されてきており、その拠点としてPHCセンターが農村部で6万6223ヶ所、都市部で3108ヶ所に設置

されている¹³ほか、コミュニティー・ヘルス・ポストと称される場所が311ヶ所にある。PHCの実践内容は国によって若干の相違もあるが、タイでは①健康教育の普及 ②必須医薬品の配備 ③栄養改善 ④安全な飲料水の供給および衛生状態の改善 ⑤母子保健と家族計画 ⑥予防注射の普及 ⑦伝染病の予防 ⑧簡単な病気の手当 ⑨歯科衛生 ⑩精神衛生といった分野で、推進がはかられてきている (ウォンコムトォン・小林, 1985, pp. 72-73)。そして、住民参加が重要な原則とされるPHCでは、これらの実践にあたり、ボランティアである地域住民の代表者が保健所と住民との橋渡しや、住民の指導者としての役割を果たすように教育されている。

図表7 男性ボランティア数に対する
女性ボランティア数の倍率：1993-2006年

年	倍率
1993	1.7553
1994	1.8144
1995	1.8729
1996	1.9233
1997	1.9994
1998	2.0378
1999	2.0786
2000	2.1203
2001	2.1618
2002	2.1953
2003	2.2656
2004	2.3112
2005	2.3340
2006	2.3410

出所：Ajjimangkul et al. (2006)

ちなみに、2006年4月現在で、タイ全国には79万1383人の保健ボランティアがいる (MoPH, 2008, p. 443) が、とりわけ女性ボランティアの割合が増加を続けてきている (図表7参照)。なお、上記PHCの実践内容のうち②に関しては、

13 2007年時点。MoPH (2008) による。

特に医療機関から離れた村が日常的に必要な薬を確保しておくため、住民から無理のない出資金を募り、それを元に必須医薬品を買い揃えておく薬生協の普及がはかられている。

5. 今後の課題

以上、急進的な改革を断行したタイの医療保障、およびこれに関連する事柄について、予備的な考察を行ってきた。はじめにも述べたとおり、UC制度の成功の鍵を握っている事柄のひとつは地域医療体制であり、また住民参加型の地域保健活動が持つ意義も大きい。ただ、これらの事柄については、本稿で課題を本格的に提示するには至らない。ただ、ひとつだけ強調しておきたいのは、人口当たりでみた医療資源の地方間格差であり、この問題の解決なくしては、すべての人々に公正で平等な医療保障を実現することはできない。例えば、医師1人当たり人口や1病床当たり人口をみると、少しずつ改善はしてきているものの、依然として地方間格差は大きい。とりわけ、バンコクと東北部の格差は最も大きい(図表8、9参照)。

ところで、地域医療体制と住民参加型の地域保健活動から視点を移し、医療保障制度体系の全体像を見渡した場合、最大の課題は3つの制度間に存在する格差の問題だといえよう。とりわけ、マスコミでも頻繁に取り上げられているのは、CSMBSの1人当たり医療費が、他の2制度と比べて突出していることである。一例をあげれば、同制度の患者には、国の定めた必須医薬品リストにない薬剤のほか、ビタミン剤まで処方されているという。いずれにせよ、CSMBSの支出は急速に増大を続けてきており、その根本的原因は、自由診療に基づく遡及的出来高払いや、効果的な監査システムの欠落といった診療報酬の支払いメカニズムにある。1998年には、診療報酬を改革する計画が内閣で承認されたが、まず所管の財務省主計局が取り組まなければならなかったのは、1997年の通貨金融危機後の景気後退に対処するための需要サイドへの介入であった。すなわち、国家必須医薬品リストのなかにある薬剤であっても費用を償還する品目に制限を設けたり、緊急の場合を除いて私立病院での入院費への償還を中止したり、私

図表8 医師1人当たり人口の地方間格差：1998-2005年

地方	年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
バンコク		762	760	793	760	952	924	879	867
中部		3,614	3,653	3,576	3,375	3,566	3,301	3,134	3,124
北部		5,050	4,869	4,501	4,488	4,499	4,766	4,534	3,724
南部		4,814	4,888	5,194	5,127	4,984	4,609	3,982	4,306
東北部		8,218	8,116	8,311	7,614	7,251	7,409	7,466	7,015

出所：Bureau of Policy and Strategy, MoPH (various years)

図表9 1病床当たり人口の地方間格差：1998-2005年

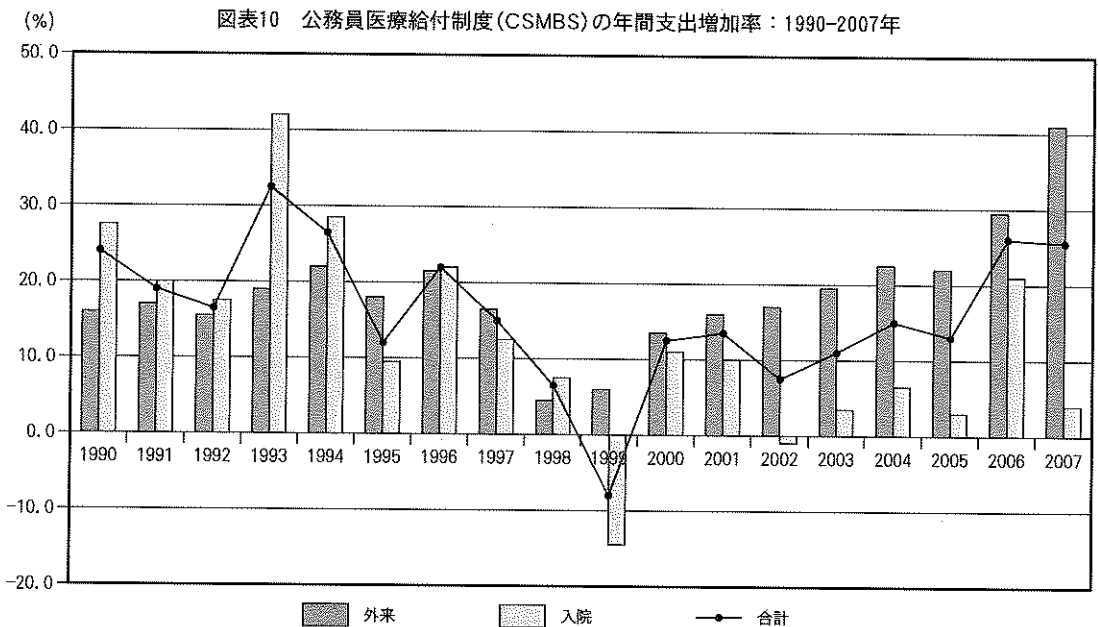
地方	年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
バンコク		199	199	202	205	213	210	224	223
中部		377	376	369	368	391	401	390	388
北部		475	478	493	474	496	501	503	498
南部		507	509	494	492	496	499	501	498
東北部		790	780	766	771	759	752	747	740
全国平均		456	455	454	451	465	467	469	468

出所：Bureau of Policy and Strategy, MoPH (various years)

立病院での健康検査や公立病院での夜間診療費の償還を中止したり、入院日数に制限を設けたりといったことである。こうした需要サイドの操作は、1998年から99年まで、ごく短期的には医療費増加率を抑制したが、これらの方策にCSMBSの対象者や医療機関が慣れてしまうと、支出は再び急速に増大へ転じた(図表10参照)。2007年に、CSMBSは入院医療に対してDRGに基づく診療報酬の導入を発表したが、いまだ外来医療に対する診療報酬改革は実施されていない¹⁴。

たすべき機能、すなわち医学教育や研究を行なうとともに、高度で最先端の医療を提供するという機能への特化を妨げることになる。したがって、大学病院はメイン・コントラクターからはずし、スープラ・コントラクターに専念させることが望ましい。病院がそれぞれの特徴に応じて役割を分担することが、医療全体の効率を高めるとことになる。

他方、UC制度については、対象者の80%が満足しているようだが¹⁵、その主たる理由は、それまでほとんど医療保障を受けてこなかった



こうしたCSMBS以外の制度にも、問題があることはいうまでもない。まず、社会保険では、医療機関の機能分担に課題がある。大学病院は、保険医療制度におけるスープラ・コントラクターとして、他の病院から移送されてくる患者に対して、高度な医療を提供する役割を与えられていると同時に、メイン・コントラクターとして、一般の病院でも十分に対処できる患者も診療しなければならない。これは、大学病院が本来果

状態から、自己負担なしで医療サービスを受けられるようになったことにある。ただ、20%近くの人々が制度に対して不満を持っていることは看過できない。制度があっても身近な場所に十分な設備や人材をもった医療機関がなかったり、医療サービスの内容や薬剤の質に満足がいかなかったりする人々も少なからず存在するのであろう。また、筆者が訪れた民間の病院では、UC制度の患者窓口を他の患者と分けていると

14 以上、CSMBSの問題点については、おもにSakunphanit (2008) によった。

15 NHSOのウェブサイト (<http://www.nhso.go.th>) による。アクセスは、2010年2月3日。

いう状況も見られた。このようなことはUC制度の対象者にとって、一種のスティグマを感じさせているのではないだろうか。他方、医療機関側からみた場合には、つぎのような問題点が指摘される。すなわち、平均所得が低い県や地方では、患者数が増大し、医師が不足しているため、医師1人にかかる負担が大きく、医療ミスにつながる危険性があるということである。実際のところ、UC制度で中核的な役割を果たしているコミュニティー病院の医師1人当たり仕事量は、他の種類の病院医と比較して多くなっている(図表11参照)

する責任の重さとアメリカのような医療訴訟事件が増加する可能性を危惧し、制度を統合することには反対の意を示した。他方、労働組合もこの統合が行なわれれば、これまでに積み立ててきた社会保障基金を、30パーツ医療制度の加入者に分配しなければならないとして、統合に反対のデモを行なった。また、公務員もこれと同様の立場をとった¹⁶。こうした背景から、とりわけ医師らによる強い反対の声を反映して、2003年1月に当時のタクシン首相は上院で可決した法案を見直し、実施を延期することを明らかにしたのであった(Bangkok Post, Jan. 23,

図表11 病院別による医師の仕事量(2005年)

病院種別	外来患者数 (延受診数) (1)	入院患者数 (症例数) (2)	調整後の 入院患者数 (3)	総患者数 (1)+(3)	医師数 (4)	医師1人 当りの 仕事量 (1)+(3)/(4)	比較指数
コミュニティー病院	54,005,596	3,061,014	42,854,196	96,859,792	3,229	29,997	1.9
総合病院 (県レベル)	15,623,960	1,552,186	27,939,348	43,563,308	2,422	17,987	1.14
総合病院 (地方レベル)	10,954,499	1,171,450	21,086,100	32,040,599	2,456	13,046	0.83
大学病院	6,396,731	317,878	5,721,804	12,118,535	3,179	3,812	0.24
民間病院	35,299,555	1,790,142	25,061,988	60,361,543	4,229	14,273	0.9
合計	122,280,341	7,892,670	122,663,436	244,943,777	15,515	15,788	1.0

出所：Bureau of Policy and Strategy, MoPH(2006)

注)：入院患者数についてはつぎの通り調整が行なわれている。

1. コミュニティー病院と民間病院の場合=症例数×14
2. その他の病院の場合=症例数×18

ところで、UC制度の前身である30パーツ医療制度の導入は、あくまでも経過的な措置のほずであった。政府はCSMBSと社会保険医療、そして30パーツ医療制度の3つの統合を目指し、そのための国民健康保険法案を2002年8月に上院で可決した。しかし、医師は上記のような問題点くわえ、法案に盛りこまれた医療過誤に対

2003)。とはいえ、医療保障制度体系の全体からみれば、最大の課題は3つの制度間に存在する格差の問題であり、その解決のためにも諸制度の一元化といった方向性は、今後も追及していかなければならないであろう。

16 Cf. Bangkok Post, Aug. 9, 14, 22, 29, Sep. 22, 24, 2002.

参考文献

- * Ajimangkul, Saengtien et al (2006) "Report on the Assessment of the Capacity of Village Health Volunteers (VHVs) and the Changing Roles." In : Health Volunteers' Capacity and Development Strategy Assessment Project, funded by the Health Systems Research Institute and the Bureau of Policy and Strategy, MoPH.
- * Bureau of Policy and Strategy, MoPH (various years). *Report on Health Resources Survey*. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.
- * — (2006) *Report on Health Resources Survey 2005*. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.
- * MoPH (2005) *Thailand Health Profile Report 2001-2004*. Ministry of Public Health.
- * — (2008) *Thailand Health Profile Report 2005-2007*. Ministry of Public Health.
- * NHSO (2009) 『ラーインガーンプラチャムビ- 2551』(年次報告書 仏暦2551年) National Health Security Office.
- * Nitayarumphong, S. (1998) "Universal Coverage of Health Care: Challenge for the Developing countries." In: Nitayarumphong, S and Mills A. eds., *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experience from Middle and Upper Income Countries*. Office of Health Care Reform Ministry of Public Health.
- * Nitayarumphong, S. et al (1993) *Health Financing in Thailand*. Paper presented to workshop on health financing in Thailand, 11-13 November 1993.
- * NSO (2005) *Health and Welfare Survey 2004*. National Statistical Office.
- * Sakunphanit, Thaworn (2008) *Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand*. ILO Sub Regional Office for East Asia
- * Singhapan, Salinla and Wisessang, Ratanaporn (2001) "Country Report." Paper presented to The 11th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 15 Oct. - 26 Oct., Tokyo, JICWELS.
- * SSO (2009) 『ラーインガーンプラチャムビ- 2551』(年次報告書 仏暦 2551年) Social Security Office.
- * Tangcharoensathien, Viroj et al. (2007) *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*.
- * UNICEF (1997) *The State of the World's Children 1998*. (ユニセフ駐日事務所訳、『世界子供白書 1998』、ユニセフ駐日事務所、1997年。)
- * WHO (1981) *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. World Health Organization.
- * — (2009) *World Health Statistics 2009*. World Health Organization.
- * WHO : UNICEF (1978) *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978*. World Health Organization.
- * ウォンコムトオン, ソムアツツ・小林基弘(1985) 「タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア(1) — プライマリー・ヘルス・ケアは開発途上国の「医療革新」となるか — (PHCの理念と背景)」、『公衆衛生』第49巻, 第12号。
- * 河森正人(2009) 『タイの医療福祉制度改革』、御茶の水書房。
- * 桑島京子(2006) 「タイの保健セクター改革とガバナンス」、下村恭民編著、『アジアのガバナンス』、有斐閣、第4章。
- * 菅谷広宣(1997) 「タイ」、『現代世界と福祉国家：国際比較研究』、御茶の水書房。
- * 山田宗範編(2009) 『タイ国経済概況(2008/2009年版)』バンコク日本人商工会議所。