

タイの生活保障におけるコミュニティの位置づけをめぐる

河森正人

I いまなぜコミュニティなのか

1 タイの福祉国家とコミュニティ

タイ語でコミュニティに相当するのが「チュムチョン」すなわち「人びと(チョン)」の「集まり(チュム)」であり、これは主に一九七〇年代に入って用いられるようになった用語である。それ以前の伝統社会においては「村(ムーバーン)」すなわち「家(バーン)」の「集団(ムー)」が存在するのみであった。こうした統治空間にかかわる概念転回のなかで起こったのが、「人」の重視である。この点について保健医療史に引き付けて考えると、保健官僚に

よる政策対象の認識が「家集団」から、保健医療サービスを提供すべき「人」へと変化したことに照応している。たとえば「低所得者医療扶助制度」は、もともと月当たりの世帯収入が一〇〇〇バーツ以下の家庭に対して無償で医療サービスを提供するものであったが、一九七五年以降、医師が直接個々の患者に面接してミーンズ・テスト(資力調査)を行うようになった。こうした「人」の発見は、個々の住民の生活や健康状態を把握する目的で一九八二年から内務省と共同で実施されるようになったベージック・ヒューマン・ニーズ調査(BHNないしChaoPo Tho)の普及にも見いだすことができる。内務省が関与していることからわかるように、その背景には共産主義運動対策という要素が存在していたことは確かである。ただし、こうした「人」の重視は、親族集団やパトロン・クライアント関

係をはじめとする伝統的な人間関係の重要性がなくなったということの意味していない。近年においては、むしろ、政府のサービスが行き届かない福祉や介護の部分で依然として重要性を維持している。

先に述べたような個々人の健康状態を把握するのが保健ボランティアであった。一九七八年のWHOのアルマアタ宣言以降、草の根レベルで最低限の保健医療サービスを保障しようとする「プライマリ・ヘルスケア(satharansuk nunthan)」の考え方が一般化し、保健省は内務省と連携をとりながら、保健ボランティア制度を足がかりに、コミュニティ・レベルでの保健医療行政を整備した。さらにこの保健ボランティアの仕組みは内務省による都市部におけるチュムチョン育成の際の足場とさえなった^{*1}。

さらに、七〇年代から八〇年代におけるプライマリ・ヘルスケアの経験を土台にしながら、政府は二〇〇二年に三〇パーツ医療制度を成立させ、福祉国家的な体裁を整えた。少子高齢化問題、あるいは一九九七年憲法以降における人権意識の高まりを背景とする身体障害者福祉といった新しい課題を受け止めるためにどのような仕組みを策定し、これをいかに福祉国家の基盤としての「コミュニティ」のなかに埋め込もうとしているのかについて、まずは現在までの到達点を領域ごとに「集める」ことが重要な課題となってきた。中央集権的タテ割り行政のもとで

バラバラに展開されている生活保障、すなわち医療・福祉・所得保障の仕組みを整理し、これらが「コミュニティ」を足場にいかなる包括的な制度として機能しているかについて理解を深める必要がある。これが本稿の主たる目的である。

2 コミュニティの範囲

コミュニティはその範囲において可変的で、政策領域ごとにそれに適する範囲が確定される。この範囲について、日本とタイを比較しながら考えてみよう。

広井良典が二〇〇七年に実施した「地域コミュニティ政策に関するアンケート調査」でコミュニティの単位として重要なものを聞いたところ、「自治会・町内会」という回答が最も多く、次いで「小学校区」という結果となった(広井二〇〇九・七五)。明治初期に神社は一八万余りあり、これが自然村の数とほぼ同じであったが、政府は神社合祀を進める一方で、自然村を大字・小字に格下げしつつ、市町村というより大きな行政単位を重視していった。神社合祀によってできたあらたな「氏子区」は学区制と重ねて理解された(広井二〇〇九・七六―七八)。他方、一九七一年に自治省が「コミュニティ(近隣社会)」に関する「対策要綱」を都道府県知事に送り、そのなかで新しい連帯

意識に基づく、おおむね小学校区の広がりを持つモデル・コミュニティの設置を進めるとした(菊池二〇〇七・一四二)。ちなみに、日本には現在、小学校区は二万三〇〇〇ある。一方、厚生労働省が最近提唱している、高齢者に対する地域包括ケアシステムは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制を整備し、その際、地域包括ケア圏域については、おおむね三〇分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることを提案している(地域包括ケア研究会二〇〇八・六)。

一方、タイの保健医療の世界では一九八〇年代初頭以降、郡レベルを一つの自立的でシステマティックな領域性を持った「コミュニティ(チュムチョン)」として想定してきた。このことは、郡レベルの病院の名称が、一九八二年頃を境に「郡病院(rongphayaban amphoe)」から「コミュニティ病院(rongphayaban chuncheon)」へと変更されたことに如実に表れている。アルマアタ宣言が出されてから一〇年経過した時点でWHOが郡レベルの「地域保健医療システム(DHS)」を提唱しはじめたのは、プライマリ・ヘルスケアのアプローチの対象が、郡の下に位置づ

ムボン健康基金(Kongthun sukklaphap radap tambon)」の設置が各地で開始された。このように、保健・福祉・所得保障の分野における三者(政府・自治体・住民)出資によるマツチング・ファンドは、一九九四年から法人格が付与されるようになったタムボン・レベルのコミュニティで設置される。このタムボンの人口は概ね数千人であるから、日本の小学校区に相当することになる。他方、村落内に設置された保健ボランティアの詰め所をコミュニティ・プライマリ・ヘルスケア・センター(sun satharanasuk munthan chuncheon)と呼んでいるが、このように、村落レベルをコミュニティと理解する場合もある。

II 三〇 パーツ医療制度とコミュニティ

1 福祉国家、新自由主義的マネジメント

そしてコミュニティ

タイ社会保障の歴史・構造的把握を念頭におけば、あらたに国民の七割に医療を保障することになった三〇パーツ医療制度の導入は、タイの社会保障制度における大きな転換点となったといえよう。すなわち、一九五〇年代以降、職域をベースに構築されてきた健康保険制度が、地域ない

けられるタムボン・レベルの一次医療に特化していたため限界が露呈しはじめ、上位の二次医療とのあいだのサービス供給にかかわるプランニングやマネジメントといった組織的フレームワークの認識がなければ一次医療レベルの活動が困難であることが次第に判明したからである(河森二〇〇九・五七―五八)。さらに、二〇〇二年における三〇パーツ医療制度においては、郡単位で医療費を管理させる仕組みが導入された。すなわち、コミュニティ病院に登録人口分の人頭割予算が配分されることにより、この総枠予算のなかで医療サービスを行う必要が生じ、かりに不健康な者が増えて医療費が増加すれば病院側の持ち出しになるという事態が発生することになったのである。このように、現行の医療制度の下では、郡レベルで医療費の管理が行われている。

それではタムボン・レベルの位置づけはどうか。二〇〇四年頃に、政府とNGOや住民組織との間で、「一日一パーツ基金(Kong thun wan la ba)」など各地で自生的に存在しているファンドに政府と自治体の財政援助を加え、これをタムボン・レベルの「コミュニティ福祉基金(Kongthun swatdikan chuncheon)」へと順次改組していく考え方が生まれた。また二〇〇六年以降、やはり自生的な「一日一パーツ基金」を足がかりにしながら、政府・自治体・住民の出資によって疾病予防やリハビリを行うことを目的とする「タ

ムボン健康基金(Kongthun sukklaphap radap tambon)」の設置が各地で開始された。このように、保健・福祉・所得保障の分野における三者(政府・自治体・住民)出資によるマツチング・ファンドは、一九九四年から法人格が付与されるようになったタムボン・レベルのコミュニティで設置される。このタムボンの人口は概ね数千人であるから、日本の小学校区に相当することになる。他方、村落内に設置された保健ボランティアの詰め所をコミュニティ・プライマリ・ヘルスケア・センター(sun satharanasuk munthan chuncheon)と呼んでいるが、このように、村落レベルをコミュニティと理解する場合もある。

ここで三〇パーツ医療制度の仕組みの概略を述べると、この制度の下では、郡レベルのコミュニティ病院の下にタムボン・レベルの単数・複数の保健所(PCU)がぶら下がり、登録人口分の人頭割予算(capitation)のコミュニティ病院から保健所への一括配分を梃子にしながらコミュニティ病院と保健所の関係性を固定化するとともに、コミュニティ病院常駐の家庭医・総合医による持続的かつきめ細かい診療を確保することが目指される。なお、コミュニティ病院や保健所は国立の医療機関である。三〇パーツ医療制度の意義を純粹な医療の側面からみると以上のようなが、他方、一九八〇年代後半からの国民医療費の急増という現実に対する制度的対処であった、というもう一つの側面を見逃してはならない。すなわち、三〇パーツ医療制度の採用する総枠予算制は国民医療費を全体として抑制する機能があるが、制度導入当初、毎年の人頭割予算の伸びは首相府予算局の財政規律によって厳しく抑制されていた。さらに三〇パーツ医療制度は、全体としての総枠予算制を通じて短期的な医療費抑制策とともに、疾病予防という長期的な医療費抑制策をも制度化していた

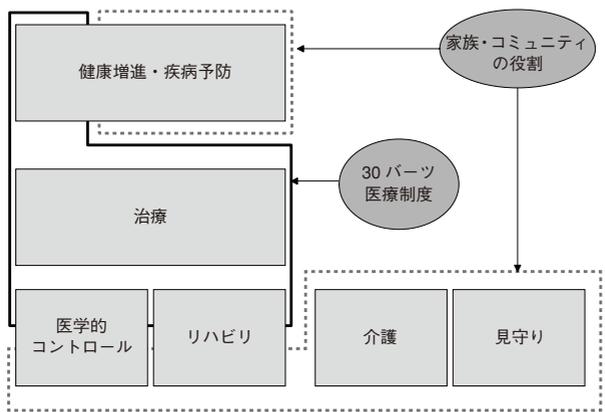


図1 医療・福祉における役割分担

(河森二〇〇九：一三九)。すなわち、本稿のIの部分で述べたように、コミュニティ内における疾病予防の徹底を通じて上位階梯への患者送致の管理、つまり「ゲートキーパー」の役割をコミュニティ病院に負わせることとなったのである。三〇パーツ医療制度では、コミュニティ病院の病院長（CEO）に一定の制限のもとで経営が任せられるが、経営資源の使用についての裁量権を広げるかわりに、成果による統制（Management by Results: MBR）を行うという、いわば新自由主義的なマネジメント手法がそこに埋め込まれているのである。他方、保健所に対しては、ファミリー・フォルダの作成や保健師による家庭訪問などの実績をスコア化し、その評価が予算配分に反映されるのである。

言い換えれば、三〇パーツ医療制度の人頭割予算の仕組みは、医療を受ける「個人の権利」と、健康を増進する「コミュニティの責務」という二つの論理をそのなかに埋め込んでいたといえる。一方、タイ人には耳慣れない「サーンスム・スッカパーブ（health promotion）」と、予算局による人頭割予算の伸びの抑制は、コインの表裏として導入当初の三〇パーツ医療制度を特徴付けたが、「個人の権利」の行使の増加には抗しきることができなかった。結局、制度導入当初とうってかわって、二〇〇六年九月のクーデター後、国家は、人頭割予算の大幅引き上げと

いうかたちで増え続ける「個人の権利」の行使を承認した。権利行使の増加のツケ（つまりいわゆる「持ち出し」）は政府ではなく医療機関に回っていたようであるが、このツケがどのくらいの規模になるのかは公表されていない。結局、長期的にみて、ツケはヘルス・プロモーションの強化、さらには自治体の copayment で解消していく、つまりコミュニティの負担ないし責務の強調という方向にふたたび行き着かざるを得ないものと考えられる（河森二〇〇九：一五二）。

2 タムボン健康基金

いま述べたヘルス・プロモーションのための一つの梃子として構想されたのが「タムボン健康基金」であった。すなわち、三〇パーツ医療制度導入の約四年後の二〇〇六年二月に、住民が設立した非制度的ファンドをベースとし、これに同制度を運営する国民健康保障事務局（NHSSO）の財政支援と地方自治体の分担金を加えてタムボン・レベルにおける疾病予防・健康増進やリハビリ・介護を支援するマッチング・ファンドを構築するという規定が設けられ、いわゆる「タムボン健康基金」の設置が可能となったのである。このことについては図1を参照されたい。このコミュニティ内の「タムボン健康基金」を財源としなが

ら、保健ボランティアおよび高齢者在宅福祉ボランティアが、家族とともに疾病予防・健康増進やリハビリ・介護を行うことになる。なお、NHSSO支出分の原資は、三〇パーツ医療制度の予算細目のうちの「コミュニティ内予防的サービス（PP Community）」予算である。その人頭割予算は国民一人当たり三七・五パーツであり、総予算規模は二三億七〇〇万パーツに及ぶ。タムボン自治体の負担金については、自治体を三ランクに分けたうえで、NHSSO負担分すなわち「コミュニティ内予防的サービス（PP Community）」予算の配分総額の五〇％、二〇％ないし一〇％相当額を負担する。

健康増進・疾病予防やコミュニティ・ケアにおいてコミュニティ・レベルのボランティアなファンドを活用する試みは、三〇パーツ医療制度導入以前の一九七〇年代からすでに各地で行われていた。こうした自生的な仕組みを、国民健康保障事務局がマッチング・ファンド方式の形態で制度化しようとしているとみたまほうが正確かもしれない。その一つである「一日一パーツ基金」と呼ばれる非制度的基金は、ソンクラー県チャナ郡のバーンナムカーオ小学校長であったチョップ・ヨートゲオが一九七八年に小学生を対象に始めた貯蓄基金を起源とする。チョップは、勤務先の小学生に一日一パーツを節約させ、これをファンドに給食や校内菜園の維持と商品の販売を行おうと考えたので

あった。さらにチョップは、農業・協同組合省、保健省、内務省、教育省を巻き込みながら、一九八二年にこの仕組みを貯蓄組合としてコミュニティ全体に応用することとしたのである。基金は、規則のもとで生業・教育向け融資や医療・福祉に活用された（河森二〇〇九：一五四）。

NHSOはこの「タムボン健康基金」設置に関する指針として、①コミュニティ・レベルでの健康増進、疾病予防、運動機能回復といった活動を支援すること、あるいは②とくに母子、高齢者、身体障害者、危険作業従事者、慢性疾患患者が、健康増進、疾病予防、運動機能回復といったサービスに浴することを支援すること、③住民参加を支援すること、などを挙げている。これだけでは抽象的なので、より具体的なサービス項目を手掛かりに整理すると、第一に新生児、六歳から二五歳までの青少年、二五歳以上の成年の健康習慣の評価・改善と疾病予防、第二に障害者ないしは要介護者への家庭訪問、リハビリ、および介護講習を含む家族への介護支援の二つに大別できる。まとめると、「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ない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

るサービスないし事業は、委託契約を介して医療機関またはコミュニティ内住民組織やその他に外部化することが可能である。つまり、ボランティアの有償化によってサービスの充実を図ろうというわけである。したがって、たとえば保健ボランティアが、生活習慣病のリスク人口に対する保健指導（一次予防）や、介護者がいない身体障害者や要介護高齢者向けのリハビリや介護事業（三次予防）を請け負うことも制度上は可能なわけである。これまで官僚制の末端を担ってきた保健ボランティアだが、契約行為を通じてサービス提供者に転化することになれば、コミュニティ内における一般住民との関係はサービス提供者対顧客の関係になるわけであり、いづれにせよ三〇パーセント医療制度の導入はコミュニティ内の人間関係を変化させるきっかけになることも予想される。

このボランティアの有償化であるが、政府は、生活習慣病患者や身体麻痺の要介護者一人について、月額三〇〇パーセントの報酬で保健ボランティアに生活指導や介護を委託する計画（総額七億パーセント）を二〇〇八年初頭に発表しており、こうした方向に対する態勢は整いつつあるといえる。保健省は現在、保健ボランティアに対して糖尿病、高血圧、心臓病、脳卒中、がんなどの疾病予防、すなわち一次予防に関する知識とともに、高齢者や身体障害者に対するリハビリ、すなわち三次予防の知識・技術を普及させる

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・ヘルスケアや疾病予防・健康増進と、②いわゆる「コミュニティ・ケア」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（河森二〇〇九：二五九）。

そこで次に、サービス供給における保健ボランティアの位置付けについてである。まず、一九七〇年代末以降のプライマリ・ヘルスケアの時代以来遡る保健ボランティアの制度は二〇〇七年に創設三〇周年を迎えたが、現在九八万七〇一九人（二〇〇九年一月現在）の規模にまで成長している。保健省や三〇パーセント医療制度の実施機関であるNHSOは、コミュニティにおける主要なアクターとして保健ボランティア、保健所、自治体の「三つのオー」*₃を掲げているが、地域保健医療に関する人的・組織的資源の状況はというと、予算的制約から、保健所は健康診断や軽微な初期的治療といった二次予防、および母子保健・学校保健等の従来のかつ限定的範囲での一次予防で手一杯で、とりわけ成人・高齢者といった新たなリスク人口における一次予防・三次予防にまでは手が回らず、そこで保健ボランティアが注目されるのである。

保健ボランティアによるサービス提供はまだまだボランティア的要素が強いが、将来的に本格的なサービス供給者として成長する可能性もある。「タムボン健康基金」によ

ことを目的とした再教育プログラムを実施中であり、これを修めた保健ボランティアを順次「専門的保健ボランティア（*asasanak saharanasuk munthan phu chaochan*）」に転換している（河森二〇〇九：一六四）。なお、この保健ボランティアであるが、後述する新設の高齢者在宅福祉ボランティアを掛け持ちするケースが多く、研修プログラムの策定にあたっては管轄の社会開発・人間の安全保障省と保健省とのあいだで緊密な連携と調整が必要になってこよう。

III 高齢者福祉とコミュニティ

1 家族とコミュニティの役割分担

首相を座長とする国家高齢者支援調整委員会は、二〇〇二年に「第二次国家高齢者計画」を策定した。これは二〇〇年間にわたる長期計画であるが、三つの基本理念で構成されている。第一に、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 drakan*）*₄を行うという意味において残余的位置にとどまること、第二に、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、第三

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の三つである（国家高齢者支援調整委員会二〇〇二：一）。このように、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いうのであるが、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二〇〇二：二八）。以下では、家族とコミュニティの役割分担についてみておくことにしたい。

まず、NSO（二〇〇八）によれば、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六一％である。介護についてみると、要介護でかつ介護者がある高齢者は全体の一〇・九％であり、主たる介助者の八割が子供（とりわけ娘）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。第二次国家高齢者計画は、二〇年間の期間中を通して高齢者の家族との同居率を九〇％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二〇〇二：五〇）。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か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」(Si phathana khropkhrua nai chunnhon)」を設置して、住民による「問題家族」（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。これは二〇〇二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、第二次国家高齢者計画の理念と共通するものである。二〇〇四年から二〇〇六年にかけて二六七ヶ所、二〇〇七年に四五三ヶ所のタムボンで設置済みである。「コミュニティ内家族開発センター」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 (khob bangkhap) によれば、「少年・未婚青年」、「正常家族 (khum khropkhrua pakait)」 「問題家族」という三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（河森二〇〇九：一七九）。

あらためて確認しておきたいのだが、このような予防措置を政府は講じているものの、先のNSOのデータで示したように、タイ社会の基調としては家族が依然機能しているといえる。社会学者の富永健一は日本における家族の扶養機能の衰退、すなわち「家族の失敗」を指摘し、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」は誤りであったとしているが（富永二〇〇一：七〇）、タイはこの「家族の失敗」までは今のところ到っていないとみるべきである。一方、若干タイか

らそれてしまうが、この富永の「家族の失敗」という表現は事実誤認を招く恐れがある。なぜなら、『平成二二年国民生活基礎調査』によって二〇一〇年の日本における主な介護者と要介護者等の続柄をみると、「同居家族」が六四・一％で最も多く、次いで「介護事業者」が一・三％、「別居の家族等」が九・八％となっているからである。「同居」の主な介護者の続柄をみると、「配偶者」が二五・七％で最も多く、次いで「子」が二〇・九％、「子の配偶者」が一五・二％となっている。いずれにせよ、重要なのは、「同居家族」と「別居の家族等」あわせて七四％が介護をしているという事実である。よって日本やタイを含む東アジアにおいては、家族介護が産業化後も続いているとみるべきであるし、そうだとすればこれは世界的にも新たな経験であるといえるかもしれない。

2 コミュニティの補完的機能

よって第二次国家高齢者計画がいうように、家族による介護を補完するうえで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。その際、両者をバラバラに扱うのではなく、その関係性、もつといえれば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にとって必要となる。言い換えれば、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、これは西洋の介護の担い手に関する見方を鵜呑みにした、実態に基づかない「言説」でしかない可能性も多分にあり、先進国の「福祉の社会化」政策を直輸入することとは問題である。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。

そこで、家族介護を補完するものとして近年新設された「高齢者在宅福祉ボランティア (sasamnak duae phu sung baen)」について触れておこう。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が、二〇〇三年から二〇〇四年にかけて八県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。二〇〇五年一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、二〇〇五年にさらに一五県、二〇〇六年にさらに四八県の自治体（各県一モデル自治体）で試験的に実施された。一自治体あたり四〇人のボランティアを育成し、一人最低五人の

高齢者の健康増進や回復期におけるリハビリ、すなわち二次予防と三次予防の連携、あるいは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は二〇〇七年一月、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。二〇〇七年四月の閣議はこの方針を承認するとともに、二〇一三年までに全国七七七八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。事業立ち上げの二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(二〇〇七年四月一日閣議資料、首相府)。自治体に移管されつつある高齢者在宅福祉ボランティアは、財政的に潤沢なNHSSOの枠組みに組み込まれようとしているとみられる。二〇〇八年段階で、高齢者在宅福祉ボランティアは五〇〇〇人おり、全国九五の自治体で三万三四〇人の高齢者を支援している。なお、高齢者在宅福祉ボランティアについては、三次予防の担い手としてNHSSOも着目しており、NHSSOの「予防的サービス(PPS)」予算を用いて講習を実施するケースもある。すでに述べたように、高齢者在宅福祉ボランティアは保健ボランティアが兼任しているケースが多い。

次に家族介護を補完するための施設面での整備についてみておこう。保健省は、二〇〇九年から二〇一二年までで、

てくるので、より身近にある既存の施設、たとえば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り、数にして保健所の三倍以上ある寺院の敷地をデイサービスセンターとして活用することが検討されてよいだろう。

IV 所得保障とコミュニティ

ここまで医療と福祉(とりわけ高齢者福祉)について述べてきたが、次に所得面の保障(年金)について、コミュニティのレベルでどのような試み実践されているのかをみておこう。これについては本稿のIの部分で言及したように、二〇〇四年頃に社会開発・人間の安全保障省が、財務省と協議しながら、「一日一バーツ基金」などの自生的なファンドに年金の機能を持たせようと考え、これが「コミュニティ福祉基金」として具体化したことを挙げるべきだろう。

もともとの経緯だが、タイ現代仏教の「社会参画型仏教グループ(Klum phuttha satsana phuea sangkhom)」のなかの実践派の代表的僧侶で、タイ東部トラート県ターソーム地区にあるパイローム寺の現住職であるスピンパニー

四年間における長期投資計画(給与等経常経費以外の投資的経費)のなかで、既存の保健所(PCU)にデイサービスセンターを敷設した「拡張型PCU(enhanced PCU)」の整備を急ぐとしている。第二次国家高齢者計画の工程表は、デイサービス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二〇〇六年までにすべてのムーバーン(村)の二五%、二〇一一年までに同五〇%、二〇一六年までに同七五%、二〇二一年までに同一〇〇%に設定している。しかし、現段階ではまだデイサービスセンターが設置されたケースがほとんどないので、計画は遅れていることになる。デイサービスセンターでの介護については、保健ボランティア、高齢者在宅福祉ボランティア、ヘルパーが動員されることになる。他方、このデイサービス事業については、実際には三〇パーツ医療制度を管轄しているNHSSOが運営することになると思われるが、事業運営の予算を三〇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。なお、こうしたハコモノを作るのはよいが、たとえば高齢者がどうやってそこまで行くのかというアクセスの問題等が残っている。デイサービスセンターについては、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こともあるし、また上述のようなアクセスの問題も起き

トー師が、一九九〇年代初頭に先述の小学校教師チョップ・ヨートゲーオと出会ったことにさかのぼる。農民の負債拡大に心を痛めていた同師は、「一日一バーツ基金」がそれを解決するための契機となると考えたのである(Takhana 2005: 349-350)。ムニにスピンパニー師のもので「一日一バーツ基金」が宗教性を帯びることになった。スピンパニー師は、これを「真理の貯蓄組合(klum satcha sasomsap)」と名付けた。真理は、仏教用語では「真諦」であるが、住民が貯蓄した金額と同じ量の真理(真諦)がそこに蓄積されるとともに、緊急時には自身もその便益に預かることを強調したのである。これは、同じく社会参画型仏教グループに属するパイサーンウイサロー師の言葉を借りれば、「互酬的積善(reciprocal merit-making)」とみなすことができる。

そして、タクシン政権下の二〇〇四年頃に、政府とNGOや住民組織の間に、「真理の貯蓄組合」をはじめ、各地に自生的に存在しているファンドに政府の財政援助を加えてタムボン・レベルの「コミュニティ福祉基金」に順次改組していくという考え方が生まれたのである。二〇〇六年九月のクーデター後に成立したスラユット政権下で社会開発・人間の安全保障省の大臣となったパイブーン・ワッタナシリタムは、コミュニティ福祉支援委員会を設置するとともに、「コミュニティ福祉基金」への支援を予算化し

た。その結果、全国で七七〇〇余りのうちの三二一三六のタムボンで「コミュニティ福祉基金」が設置され、会員数は八九万五九七人となった。それまでの自生的なファンドは、カバーされる項目がバラバラであったが、「コミュニティ福祉基金」への移行に伴って、出産、教育、傷病、生業維持、職業訓練、年金といった項目を包括的にカバーすることになった。基金の認可や指導は、社会開発・人間の安全保障省傘下の「コミュニティ組織開発研究所（COD I）」が行うこととなった。また、政府からの補助金の実際の出所は内務省地方政局の予算である。その後のアピシット政権では、「コミュニティ福祉基金」を住民、自治体、中央政府の三者からなるマッチング・ファンドとすることが確認され、三者の出資比率は一・一・一とすることが確認された。また、国家コミュニティ強化支援委員会のもとにコミュニティ福祉支援小委員会が設置された。「一日一バーツ基金」の影響力は大きく、農業・農業協同組合銀行（BACC）は、先のチョップ・ヨートゲーオとスピバンニートー師の活動にヒントを得て、二〇〇七年に「タウィースック基金（Kongthun thaweasuk）」計画を発足させた。

このように、自生的なファンドが国家主導の「コミュニティ福祉基金」へと移行することで制度化の度合いを強めているが、「コミュニティ福祉基金」の仕組みの事例として、中央基金として全体の二〇%が留め置かれ、五〇%が年金、療養費などの保障部分に、三〇%が貸し付け用に使われる（トゥンモン地区コミュニティ福祉善徳自助基金資料）。保障内容は九項目にわたる。

これまでみたように、トラート県でスピバンニートー師が始めた試みが徐々に各県に浸透しつつあるが、これを政策的に振興しようという動きがある。スピバンニートー師らを中心とする「コミュニティ福祉財務学校」の設立である。具体的には、スピバンニートー師らと社会開発・人間の安全保障省が「コミュニティ福祉財務学校」を設立し、各県ごとに五人の代表者と一人の僧侶を選出して同師のノウハウを伝授するというものである。二〇〇九年一〇月に第一期目がスピバンニートー師のパイローム寺で開講した。修了後、受講者は各県に帰って、各郡から選出された五〇〜一〇〇人にこれを伝達することになる。このプロジェクトは、社会開発・人間の安全保障省傘下のコミュニティ組織開発研究所や、国家コミュニティ強化支援委員会のもとに設置されたコミュニティ福祉支援小委員会が全面的に支援している（コミュニティ組織開発研究所資料）。タイがすでに二〇〇一年に高齢化社会（六五歳以上人口が全人口の七%を超える社会）に入っていることに鑑み、社会保障制度の持続性という観点から、コミュニティに賦存する資源をいかに活用するかが一つの論点となる。その一環

で、東北タイのスリン県プラーサート郡トゥンモン地区のサダオラッタナーラーム寺を拠点に設置された「トゥンモン地区コミュニティ福祉善徳自助基金（kongthun khunnatham swatdikan chunchon phueng ton-eng tambon thungmon）」を以下においてみておこう。スリン県は、福祉行政において行政と宗教が最も融合している県の一つである。ちなみに、スリン県のマハーニカーイ派僧団長であるプラマハーモリー師とタンマユット派僧団長であるプラーチャーウオラクン師が、県レベルの委員会組織である「スリン県コミュニティ福祉善徳基金委員会」の顧問に名を連ねている。

すでに述べたように、基金収入は住民からの拠出、中央政府からの補助金、自治体からの補助金からなっており、三者の比率は一・一・一である。これに寄付金、功德行事の際の布施や利子収入（資金は銀行に預金される）が加わる。住民の拠出についてであるが、一日一バーツを積み立てるものとし、年間で三六五バーツの拠出となる。したがって中央政府および自治体からの補助金もそれぞれ一人あたり三六五バーツということになる。加入時の拠出については、二〇バーツの加入費とともに六ヶ月前に遡って拠出金を払わなければならない。六ヶ月分すなわち一八〇バーツを支払うことよって加入時に直ちにサービスを受ける権利を得ることになる。そして資金の運用であるが、

として、全国に三万六三八四ある仏教寺院（二〇〇九年末時点でマハーニカーイ派三万三九二二、タンマユット派二四七二）を核とする伝統的なコミュニティ内ネットワークを、社会保障システム構築のためのソーシャル・キャピタルとして再発見・活用することが目指されているのである。

むすび

政治の論理が、ハコモノを中心とする地元へのアドホックな利益誘導から、それまで政治主体として認知されてこなかった「排除された多数者」に対する生活保障と能力強化へと変化したのは二〇〇〇年代に入ってからである。これは、「開発（パッターナー）」の質が転換したことをも意味しており、近年の「人間開発」や「人間の安全保障」といった国際的な動きと軌を一にするものでもある。こうした「排除された多数者」への配慮は、タクシン政権、スラユット政権、アピシット政権、インラック政権へと移行するなかで、むしろ強化され、政治的正当性の中心的位置を占めるにいたっている。スラユット政権は「排除しない社会」を提唱したし、アピシット政権は、高齢者および身体障害者の生活補助金受給に際しての資力調査と所得制限を

撤廃するなど、福祉の「普遍主義」化が着実に進行しているようにみえる。

しかし、こうした「普遍主義」化を持続的なものにするためには、順調な経済成長に伴う税の増収とともに、資産税の導入や税の捕捉の強化などによるタックス・ベースの拡大が前提となるが、その前途は多難である。政府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。結果的に政府は、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割に徹することになる可能性が高い。こうした状況を補完するものが、本稿で述べた「タムボン健康基金」や「コミュニティ福祉基金」といった、政府、自治体、住民の三者によるマッチング・ファンドであり、今後、これに高齢者在宅福祉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三〇パーツ医療制度に、この種のマッチング・ファンドを組み合わせるという構造である。しかしこの点についても課題は多い。分権化が進行するなかで、自治体や住民の財政能力に応じて福祉サービスの質に差が出てくる可能性があるのである。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。

りわけ所得保障)は憲法でも規定されている。

*5 この点に関連して、広井(二〇〇七)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ンズのあり方(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(広井二〇〇七:二三―二五)。

●参考文献

- 河森正人(二〇〇九)『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房。
- 菊池理夫(二〇〇七)『日本を甦らせる政治思想——現代コミュニティリアニズム入門』講談社現代新書。
- 地域包括ケア研究会(二〇〇八)『地域包括ケア研究会報告書——今後の検討のための論点整理』三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社。
- 富永健一(二〇〇一)『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。
- 広井良典(二〇〇七)『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

●注

*1 八〇年代後半に入って、都市部におけるコミュニティ自治組織(khanakammakan chumchon yoi)の設置を急いだ内務省は、プライマリ・ヘルスケア政策のもとで設置されたチュムチョンという単位をそのまま活用するとともに、コミュニティ自治組織の形成において保健ボランティアの役割を重視した(一九八七年二月二十九日付け内務省内達Mo.Tho.0413/Wo.1553)。「テーサバーンおよびスカーパーバーンにおけるチュムチョン設置に関する内務省内達」(一九八八年三月一八日付けMo.Tho.0143/Wo.398)は、保健ボランティアがコミュニティ自治委員会メンバーの選挙を管理すること、自治委員会保健小委員会の委員長となること、さらに自治委員会委員長になることも可能である旨確認している。

*2 三〇パーツ医療制度導入以前の健康保険については、公務員・国営企業労働者医療保障制度(CSMBIS、財務省管轄)、社会保障基金(SSS、労働省管轄)によるものがあつたが、それ以外の農民やインフォーマルセクター対象の健康保険制度については未整備であつた。なお現在、公務員や民間事業所労働者向けの疾病予防や検診などのサービスについては、三〇パーツ医療制度が地域レベルでカバーする仕組みになっている。公務員・国営企業労働者医療保障制度や社会保障基金では、予防の部分がカバーされていない。

*3 三者のタイ語の頭文字をとってこう呼ばれている。

*4 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

クの構築に向けて』シネルヴァ書房、三一―三〇頁。

広井良典(二〇〇九)『コミュニティを問いなおす』ちくま新書。

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 song* (第二次国家高齢者計画) Bangkok: Khana kammakan songsoem lae prasan ngan phu sung ayu haeng chat (国家高齢者支援調整委員会)。

Lakkhana Toemsirikunchai (2005) *Khabuankan klum satcha omsap changwat trat kap kan phueng ton eng phuea sang sukhphawa* (トラート県の貯蓄組合運動と福祉構築のための自助努力) Sathaban wichai lae phathana rabop sukhaphap chumchon and Munnithi saharasak haeng chat (兀兀兀兀タイ健康システム研究所 国家健康財団) *Yon roi rian ru kan phathana phi si yu lae sukhaphap chumchon* (PCCUの発元兀兀兀兀の健康を再考する) Bangkok: Sathaban wichai lae phathana rabop sukhaphap chumchon and Munnithi saharasak haeng chat。

NSO (2008) *Rai-ngan kan samruat prachakon phu sung ayu nai prathet thai pho*. So. 2550 (二〇〇七年タイ高齢者人口調査) Bangkok: NSO。

●著者紹介●

- ①氏名……河森正人(かわもり・まさと)
- ②所属・職名……大阪大学大学院人間科学研究科グローバル人間学専攻・教授
- ③生年・出身地……一九五九年、富山県生まれ
- ④専門分野・地域……東アジアの高齢者福祉、タイ地域研究
- ⑤学歴……大阪市立大学大学院創造都市研究科博士後期課程修了、博士(創造都市)
- ⑥職歴……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、チュラーロンコーン大学経済学部客員研究員、大阪外国語大学外国語学部助教、同教授を経て現職
- ⑦現地滞在経験……職歴の項を参照。
- ⑧研究方法……フィールドでは主に聞き取り調査を行う。
- ⑨所属学会……日本タイ学会、アジア政経学会会員
- ⑩研究上の画期……タイ保健省における農村医師官僚たちの活動に接したこと。『タイの医療福祉制度改革』(御茶の水書房、二〇〇九年)により、第三一回発展途上国研究奨励賞を受賞。
- ⑪推薦図書……最近、高齢者福祉等の研究を進めるうえで、田辺繁治『生の人類学』(岩波書店、二〇一〇年)の、とくに第七章「苦しみと生の可能態」以降の部分を参照させていただいている。