

いわゆる 30 バーツ医療制度下における地域保健医療制度改革

—その「統制」的志向と「分権」的志向をめぐって—

Primary Care Reform under the 30 Baht Healthcare Scheme

—Vertical Integration and Decentralization—

河森 正人

KAWAMORI Masato

This paper elaborates on two essential features of the 30 Baht Healthcare Scheme: vertical integration of primary care providers by secondary care providers and decentralization or self-governance within primary care services. The first half of this paper reviews managerial integration of health centers by community hospitals as a result of the dualization of the healthcare regulatory line after the introduction of the 30 Baht Healthcare Scheme. Quantitative and qualitative control of services by the National Health Security Office is also examined. The second half reviews autonomy in primary and tertiary prevention services at the primary care level. Lastly, the mediator role of health centers between “vertical integration of national healthcare services” and “self-governance within primary care services” will be mentioned.

1. はじめに

2002年に完全導入されたいわゆる30バーツ医療制度（以下UCと略す）¹⁾は、非給与労働者すなわち4,700万人にのぼる農民やインフォーマル・セクター労働者およびその家族に対する「医療の社会化」を実現した。租税を財源とする人頭割予算システム（capitation）²⁾は、国家による一人当たりの年間医療費の保障、国民の側からみれば医療を受ける権利を具体化ないし明示化するものであった。他方、制度レベルからみるならば、従来の①専門医療サービス（県レベル）、②一般医療サービス（郡レベル）、③保健・公衆衛生サービス（タムボン・レベル³⁾）の3分立機構を、保健省から独立した国民健康保障事務局（NHSO）のもとに系列化するものであった。

本稿の目的は、UC下における上記3つの機構のうちの③保健・公衆衛生サービス（タムボン・レベル）の制度改革を、上位階梯の②一般医療サービス（郡レベル）との関連性を念頭に置きつつ明らかにすることである⁴⁾。その意義は、おおまかにいって3つほどある。第一に、制度導入から5年余り経過した段階での地域保健医療制度の動向については未だ明らかになっていない部分が多く、まずは現状を把握する必要性があること、これと関連して第二に、1990年代に起こった地方分権化の流れという、より広い文脈の中に地域保健医療制度改革を位置付ける必要があること、第三に、施設治療に対する予防重視や在宅福祉重視、さらには「福祉社会」待望論といった世界的な潮流になかにタイの地域保健医療制度改革を対置させて考察する必要があること⁵⁾、などである。

次に、本稿の構成をあらかじめ提示しておこう。筆者は、UC 下の地域保健医療制度改革の本質が、コミュニティ病院（郡レベルで一般医療サービスを提供）による、保健所（タムボン・レベルで保健・公衆衛生サービスを提供）の「統制」という志向性と、タムボン・レベルの保健・公衆衛生サービス供給の一部における「分権」志向、すなわち「自治」ないし「参加」の志向性という二つの側面にあり、これが UC 導入の前後における決定的な変化とみるのであるが、まず次の第 2 節では国民医療費抑制等の要請からくる「統制」的側面に検討を加える。具体的には、UC 下における地域保健医療行政・財政の二元化を梃子とした、コミュニティ病院による保健所の「統制」、および NHSO 本部によるサービスの総量および内容に関する「統制」について考察する。さらに第 3 節では、国民医療費抑制とも一脈通じる、疾病予防・健康増進運動の持続性確保という要請からくる「分権」、すなわち「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」の機能を検討する。さらに NHSO が推進する「ナワッタガム(改良)運動」の先駆的実践例について考察したうえで、最後に「統制」と「分権」の媒介項としての保健所の役割を検討する。

2. UC 下における地域保健医療制度改革—その「統制」的志向

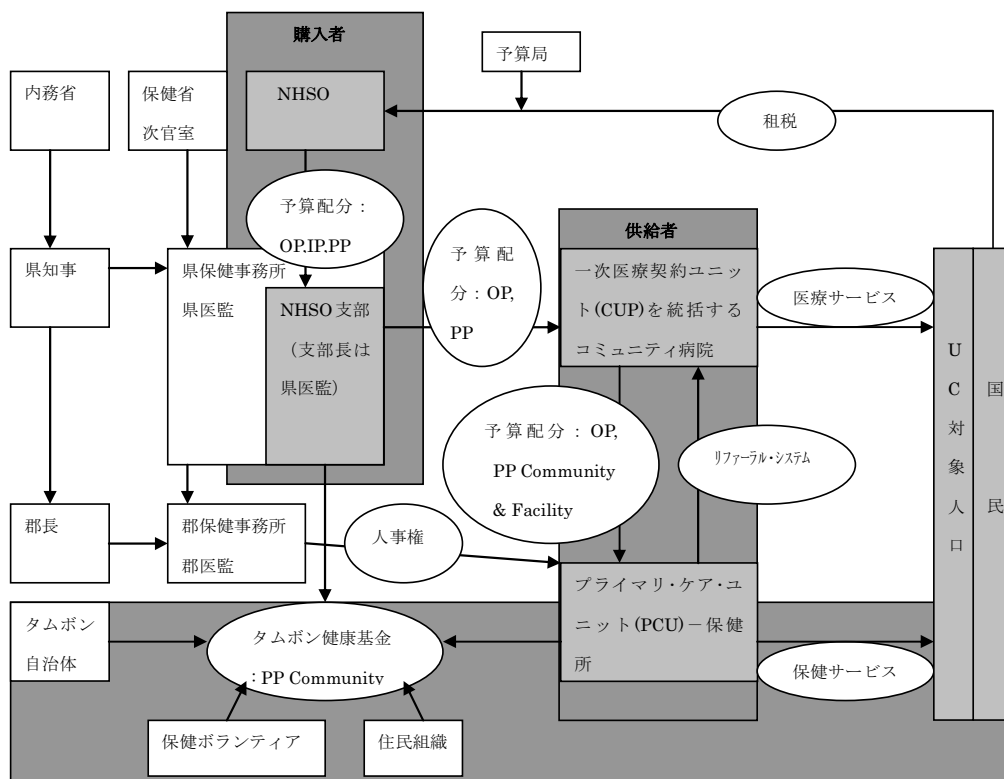
(1) 地域保健医療行政の二元化

2002 年の UC 導入以降、タムボン・レベルにあって保健・公衆衛生サービスを受け持つ保健所 (sathani anamai) の正面に、新たなプレートが掲げられるようになった。例を挙げよう。筆者の

調査地のひとつであるラーチャブリー県ポーターラム郡タムボン・チャムレのノンゾーンホン保健所では、UC 導入以降、「ノンゾーンホン保健所、保健省 (sathani anamai nong song hong, krasuang satharanasuk)」のプレートとともに、「ノンゾーンホン・コミュニティ健康センター、ポーターラム病院ネットワーク (sun sukkhaphap chumchon nong song hong, khruengkhai rongphayaban photharam)」という新たなプレートが取り付けられたのである。保健省は、UC 導入と同じ 2002 年から保健所に関する新規認証基準を策定し⁶⁾、これを満たした保健所を順次「コミュニティ健康センター」⁷⁾に格上げしていったが、NHSO が運用する UC の傘下に入ると、この「コミュニティ健康センター」は「プライマリ・ケア・ユニット (PCU)」（以下 PCU と略す）と呼ばれることになる。この場合、実際には呼び易さという意味において「PCU」が使用されることが多い。この新たな看板が、UC 下における地域保健医療の制度変容を象徴しているといえよう。以下、UC の全体構造の中でこの変化を考えてみよう。

図-1 にみるように、UC の導入によってタイの保健医療行政・財政は二元化することになった。すなわち、人事管理を主とする従来の行政ライン⁸⁾と、UC 下において保健医療サービス経費が流れる新たな現場ライン⁹⁾の二つである。本稿が対象とする地域保健医療に引き付けていうならば、保健所（コミュニティ健康センター）は、旧来的な保健所と UC 下における PCU という二つの顔を持ち、行政ラインすなわち人事管理にあっては郡医監の監督下に入り、他方、現場ライン（もつといえは経営面）にあってはコミュニティ病院長の

図-1 UC の制度設計



(出所) 筆者作成。

(注) OP : 外来サービス予算、IP : 入院サービス予算、PP : 予防的サービス予算。

監督下に入るのである。その意味で、1974年の省機構改革以降、次官室のもとに一元化されていた地方保健医療行政が、UC導入によって根本的に変化したのである。

そこで、具体的にUC下における保健医療サービス予算の流れをみるにあたって、まず、タイのUCのひとつのモデルとなったイギリスの「国民保健サービス(NHS)」と比較すると、NHSでは、保健当局から「プライマリ・ケア・トラスト(PCT)」に地域保健医療サービス向けの大部分の人頭割予算が配分され、そのうえでPCTが総合医(GP医)や、NHSトラストつまり二次医療以上の病院にこ

れらのサービスを委託する。他方、タイの場合はイギリスとはやや異なる形態をとる。すなわち、サービスの購入者であるNHSOの各県支部が、「一次医療契約ユニット(contracting unit for primary care、以下CUPと略す)」¹⁰⁾を統括する二次医療レベルの病院、すなわちコミュニティ病院と契約を結び、これらに人頭割予算配分(「外来サービス(OP)」予算、「予防的サービス(PP)」予算)がなされ、さらに一次医療(初歩的な治療¹¹⁾および保健・公衆衛生サービス)を担うPCUすなわち保健所に、担当人口分の「外来サービス(OP)」予算と「予防的サービス(PP)」予算が

配分される。本節冒頭で挙げた事例でいえば、CUPを統括するポーターラーム病院から PCU であるノンゾーンホン保健所に「外来サービス (OP)」予算と「予防的サービス (PP)」予算が配分されるのである。さらに具体的にいうと、「予防的サービス (PP)」予算については、予算細目として「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」と「医療機関内予防的サービス (PP Facility)」等に区分される (詳細は後述)。なお、「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」予算については、自治体、住民組織等が「タムボン健康基金」(後述)を設置し、基金運営委員会の発案によって一定の規制内で用途を自由に決定することが可能であるが、この事例では「タムボン健康基金」が未設置であるため、当該予算が PCU によって管理されることになる。

それでは、今述べた UC 全体における保健医療行政・財政の二元化は、地域保健医療制度にとって一体何を意味しているのであろうか。そこで少し歴史的経緯に立ち入りながらみていくことにしよう。

(2) コミュニティ病院による PCU (保健所) の「統制」

タイの保健医療の世界では 1980 年代初頭以降、プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の理念に照らして、郡 (amphoe, district) レベルを一つの自立的でシステムティックな領域として想定するとともに、郡レベルの病院と「コミュニティ (chumchon)」との密な連携を志向してきた。このことは、郡レベルの病院の名称が、1982 年頃を境に「郡病院 (rongphayaban amphoe)」から「コミュニティ病院 (rongphayaban chumchon)」へ

と変更されたことに如実に表れている。80 年代に「農村医師 (mo chonnabot) 官僚」がコミュニティ病院長として赴任し、農村開発政策と連携しながらコミュニティ住民とともに地域医療を形成していかうとした歴史的経緯を踏まえるなら[河森 2006a: 3-6]、このことは一層はつきりしてこよう。

しかしこうした理念とは裏腹に、実態面においては、保健所がコミュニティ病院を飛び越えて、より一段階上位の県病院に患者を送致するのが一般的であった。UC 導入以前の予算配分システムは、県病院および中核病院に財政的・人的資源を集中させる機能を持っており、入院のみならず外来においても、より設備が充実していたからである。こうした「制度面における理念」と「資源配分システムの実態」との間のミスマッチを乗り越えようようとしたのが、2002 年導入の UC における CUP と PCU の仕掛けであった。つまり、CUP を統括するコミュニティ病院の下にタムボン・レベルの単数・複数の保健所からなる PCU がぶら下がり、人頭割予算総額のコミュニティ病院から PCU への一括配分を梃子にしながらコミュニティ病院と PCU 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の細かい診療を確保しようとしたのである¹²⁾。家族の病歴を記したファミリー・フォルダー (faem khropkhrua) やリファーラル (送致, song to) ・システム等を介した CUP の統合体は、後に述べるタムボン・レベルにおける効果的な保健医療行政の前提条件として、その機能を十分に理解しておかねばならないのである。あらためて確認すれば、UC 導入は財政を通じた保健医療ネットワークの再構築を意味したのである。もっといえば、UC とは財政を梃子にしながら、これ

まで不徹底であった「農村医師官僚」の理念を実現しようとしたものである。UC は「農村医師官僚」によって形成された制度であるといっても過言ではない[河森 2007a]。

このように、UC は「農村医師官僚」の「理念」を実現しようとしたものであるが、実はその一方で、1980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、というもうひとつの側面を見逃してはならない。UC 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、制度導入当初から、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[河森 2007b: 11]。さらに UC は、この総枠予算制を通じた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。すなわち、次節で述べるコミュニティ内における予防の徹底を通じた上位階梯への患者送致の管理、すなわち「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。UC 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、成果による統制を行う（Management by Results: MbR）。PCU に対しては、ファミリー・フォルダー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。

この点を、1991年地方分権法によって保健医療分野における大胆な分権化を実施したフィリピンと比較しておくならば、フィリピンでは各レベルの地方政府間における財政調整システムの欠如からサービス供給が非効率化し、リファーマルシステムが分断化されるなどの弊害が起こった。そ

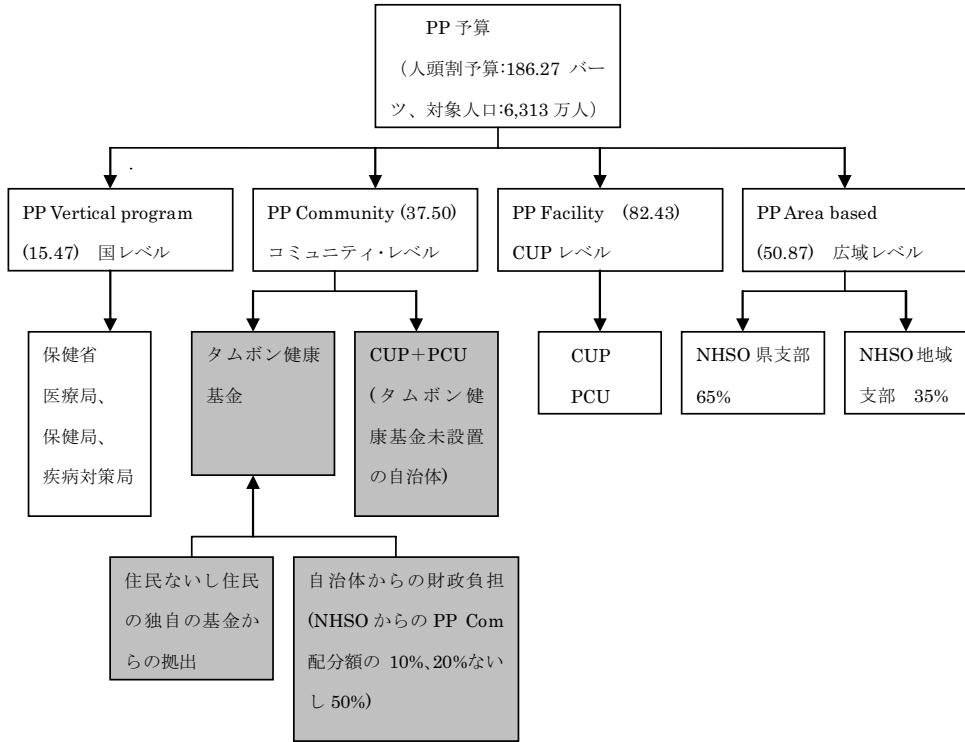
れにもかかわらず、医療サービス供給に関する基準を定めた「包括的ヘルス・ケア協定」の履行状況をモニタリングする制度が弱体であったため、こうした状況が長期間放置された[Lieberman & others 2005: 165]。こうしたサービスの機構面とともに、後述するようにサービスの量的側面からいっても、途上国の保健医療分野における分権化については、慎重な準備と制度設計が必要であるといえる。

(3) NHSO 本部によるサービスの総量および内容に対する「統制」

UC の地域保健医療における制度的特徴ないし意義は、国家によるサービスの総量の保障、もっといえばその財政的担保にこそあると筆者は考えている。すでに述べたように、UC 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、他方で人頭割予算内部の各項目のサービスを財政的に裏付けるないしは担保するものであり、これは保健医療サービスに関する政策的裁量権をも大幅に分権化したフィリピンやインドネシアと決定的に異なる点である。

現在、UC の人頭割予算には細分項目として 14 項目あり、うち前節で触れた「入院サービス (IP)」予算、「外来サービス (OP)」予算、「予防的サービス (PP)」予算の上位 3 項目が全体の 83% を占める。毎年、NHSO と首相府予算局との折衝を経てこの細分項目毎の予算が積算され、人頭割予算総額が確定する。このうち、本稿で扱う地域保健を対象とする「予防的サービス (PP)」予算であるが、その細目は以下ようになる（以下図・2 参照）。

図-2 「予防的サービス (PP)」 予算における
「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」 の位置付け



(出所) NHSO 資料に網掛け部分を筆者が加筆。

2008 年度(2007 年 10 月～2008 年 9 月)の場合、一人当たり 2,100 パーツの人頭割予算のうち 253.01 パーツが「予防的サービス (PP)」に充てられているが、ただし、これは UC の対象者 4,647 万 7,000 人のみではなく、国民全体(6,313 万 1,000 人)を対象とするサービス予算として配分されるものであり、国民一人当たり換算すれば 186.27 パーツとなる。この PP は 4 種類に区分されている。すなわち、①本省の各局が担当する「垂直的プログラム (PP Vertical program)」(事業所内一般検診、官公庁内一般検診、乳がん検診、血友病スクリーニング、HIV 母子感染防止など)、②自治体、住民組織等の創意によって用途を選択でき

る「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」(次節で詳述)、③出産前ケア (ANC)、出産後ケア (PNC) などの「医療機関内サービス (PP Facility)」、④NHSO 地域支部、県支部に対して個別ニーズに応じて配分される「広域サービス (PP Area based)」の 4 つである。とりわけ、②の自治体、住民組織等の創意によって用途を選択できる「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」や、③の出産前ケア (ANC)、出産後ケア (PNC) などの「医療機関内予防的サービス (PP Facility)」については、地方分権化政策の進展によって保健所が将来的に自治体に移管されたとしても、他の用途に流用す

ることは認められていない。

以上からわかるように、国家および自治体による保健サービスの総量があらかじめ国家によって設定（保障）されていることが重要なポイントである。黒岩 [1997: 233-236]は、フィリピンにおける保健医療サービスの地方分権化（1991年）により、同分野の取引費用が以前より増大したと指摘したうえで、保健医療政策の重要性に対する地方政治家の認識不足により、効果が即現れない疾病予防政策への無関心、予算配分における公共土木事業への選好が顕著であるとの指摘を行っている。地方自治体および市民社会の双方が脆弱な途上国においては、依然として国家が分配機能を堅持すべきであるとするタイ保健当局の姿勢は正鵠を射ていると筆者は考える¹³⁾。

次に、保健医療サービスの内容に関する「統制」である。サービスの内容についても、人頭割予算という財政的政策手段によって「統制」することが可能である。例えば、UC 導入直後における地域保健は、導入以前と同様、出産・乳幼児期の母子保健や学童・青年期の学校保健に偏重していた。医療についても、成人・高齢者については特別な政策的配慮はなかった。これに対し、NHSO は 2005 年度あたりから成人・高齢者保健医療への資源配分を強化するようになった。生活習慣病が国民医療費を押し上げているとの認識が強まったためである。具体的な政策手段としては、①人頭割予算（「外来サービス」、「入院サービス」）における各県人口の年齢構成、もつといえは高齢者の比重の反映¹⁴⁾、②「生活習慣病・高額医療管理プログラム (Disease Management Program)」の導入、③「予防的サービス (PP)」のなかの「医療機関内予防的サービス (PP Facility)」における「高

齢者健康増進・疾病予防プログラム」や「脳梗塞早期治療システム開発プログラム」の導入などが挙げられる。人口の高齢化が進行するなか、人頭割予算を介したこうした政策シフトは今後も継続していくものと思われる。

3. UC 下における地域保健医療制度改革—その「分権」的志向

(1) 「タムボン健康基金」の機能—第一次予防と第三次予防

UC の根拠法である「2002 年国民健康保障法」第 47 条は、UC 事業におけるコミュニティ成員の参加を促すための支援的環境づくりを謳っている。これは、「自己の健康を規定する要因について、これを自らよりよくコントロールできるようにしていくこと」¹⁵⁾が必要であるという WHO の「ヘルス・プロモーション」（そのタイ語訳は *sang soem sukkhaphap* である）の概念に通じるものであるし、直接的には治療から予防へという国民医療費対策の要請からくるものでもある。なお、ここでいう予防は、厳密にいえば後述する第一次予防と第三次予防のことである。こうした支援的環境の整備にあたっては、①財源の確保と②抽象的理念を具体化する制度が必要となる。このうち、前者については前節で述べた。他方、後者について、NHSO は「タムボン健康基金 (Kongthun lakprakan sukkhaphap nai radap tambon)」を制度化している。筆者はこの基金の設置が、旧来の地域保健医療ネットワークの再構築における重要な契機になると考えている。

「2002 年国民健康保障法」の第 18 条第 9 項は、コミュニティ組織 (*ongkon chumchon*)、NGO

(ongkon ekkachon) および NPO (ongkon ekkachon thi mai mi watthuprasong phuea damnoenkan sawaeng ha phon kamrai) によるコミュニティ・レベルでの UC 予算の運営管理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。「タムボン健康基金」は、2007 年 2 月時点で 75 県 722 郡のタムボン 888 ヶ所で設置済みである。したがって「タムボン健康基金」の設置率は、全国のタムボン総数の 1 割強となる。政府の計画では、2008 年から 2009 年の間にすべてのタムボンで健康基金を設置するものとしている[NHSO 2007: 11]。なお、「タムボン健康基金」設置済みのタムボンについては、現在、資金が直接配分されているが、未設置のタムボンについては PCU に配分され、その判断によって使途が決められている。

この「タムボン健康基金」の原資が、前節で触れた「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 37.5 パーツであり、総予算規模は 23 億 7,000 万パーツに及ぶ。重要なのは、この「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」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点である。言い換えれば、これは政府、自治体、住民の三者による「マッチング・ファンド」の一種といってもよいだろう。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 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。

NHSO は「タムボン健康基金」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特に母子、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[NHSO 2007: 12]。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、6 歳から 25 歳までの青少年、25 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[NHSO 2007: 25-26]。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。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二次予防については、「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¹⁶⁾。

まず、各基金が活動を開始するにあたり、最初の手続きとして運営委員会の委員の選出と組織規

定の制定を行うことになる。筆者は2007年7月、中部タイのアユタヤーおよびパトゥムターニー県内ですでに「タムボン健康基金」を施行済みのタムボンを複数調査したが、ここではパトゥムターニー県ムアン郡のタムボン・パーンクワットの事例を挙げておく。まず、タムボン健康基金運営委員会の構成についてNHSOの規定は、タムボン自治体長が委員長を務め、委員はタムボン議会から選出の者2名、NHSOが指名した医療機関からの代表者1名、保健ボランティアの代表者2名、村落から選出された住民代表者1名、タムボン自治体助役1名からなる旨定めているが、身体障害者に対する在宅福祉サービスなど新規事業案件5件すべてを医療機関選出の代表者が発案していた¹⁷⁾。当初は、委員に就任したPCU(保健所)の保健師¹⁸⁾等がその専門性を背景に事業形成を先導することはごく自然なことである。とはいえ、このことは自治体および住民の意識を啓発して保健活動への理解と参加を促すとともに、保健医療分野における地方分権すなわちすでに順次行われつつある保健所の自治体への移管¹⁹⁾を円滑化することにつながるのではないと思われる。その意味で、「タムボン健康基金」を通じた中央からタムボンへの「コミュニティ内予防的サービス(PP Community)」予算の配分は、保健医療分野における地方自治を促す財政的インセンティブとしての機能を果たしているとも読めるのである。

次に住民の分担金が「マッチング・ファンド」としての「タムボン健康基金」の重要な要素として想定されている点である。筆者が調査したアユタヤー県およびパトゥムターニー県の事例もそうであるように、当初は中央からの「コミュニティ内予防的サービス(PP Community)」予算と自治体

の財政負担の二本立てでとりあえずは出発するケースが多いが、漸次各自自治体で住民の拠出金が加算されていくことになる。現在UCは基本的に租税によって賄われているが、分担金の存在によってコミュニティ内保健医療事業における住民の当事者意識が育成されることが期待されるのである。住民の拠出金を基金に組み込んでいるケースはまだまだ少ないが、以下ではその先行事例を検討することで今後の展望とすることにしたい。

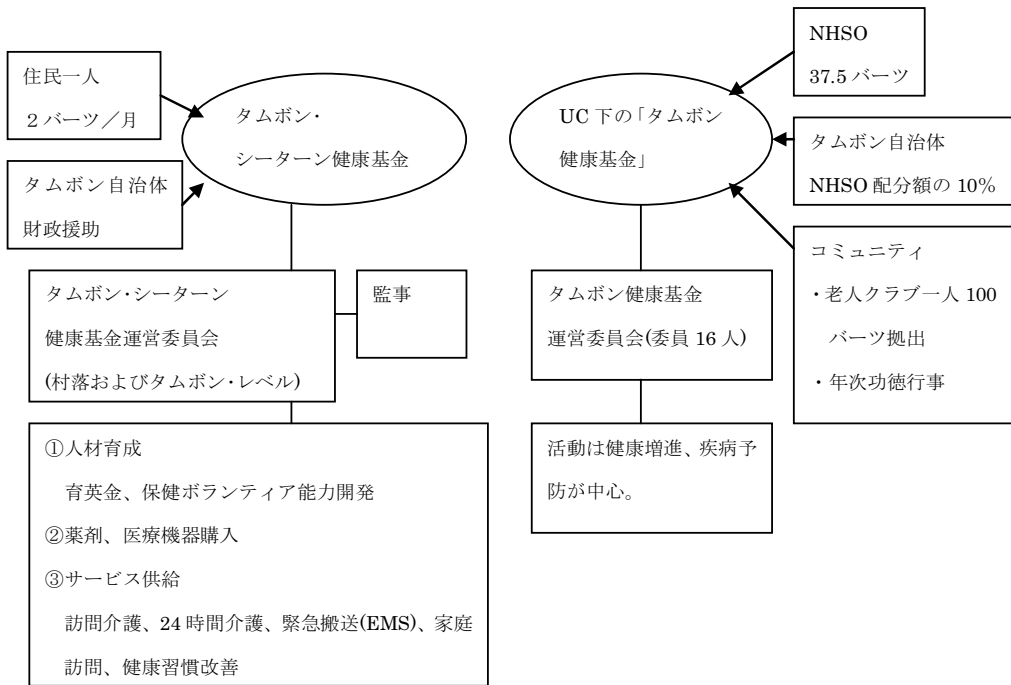
1980年代初頭の母子健康計画やUC自体がそうであるように、タイの保健医療分野では、全国的な制度を構築するにあたって一部の地域を選定してパイロット・プロジェクト(khronkkanamrong)を試験的に実施するのが通例である。「タムボン健康基金」も例外ではない。表-1にあるように、NHSOは2005年に全国9ヶ所のタムボン自治体を選定してパイロット・プロジェクトを実施しているが、いずれのケースも住民の拠出金を基金に組み込んでいるモデル・ケースである。ここでは東北タイのヤソートーン県パーティウ郡タムボン・シーターン(人口6,330人)の事例を見ておこう(図-3参照)。図にあるように、シーターンの健康基金は2つの基金から成り立っている。うちタムボン・シーターン健康基金は「タムボン健康基金」の設置以前に存在していたもので、住民一人月額2パーツの出資(年間総額15万2,000パーツ)、タムボン自治体の財政支援(年間30万パーツ)、県保健事務所の財政支援(年間20万パーツ)から構成される。一方、2006年になってNHSOの「コミュニティ内予防的サービス(PP Community)」予算の配分(37.5パーツ×6,330人=23万7,375パーツ)がなされるようになると、

表-1 NHSO が選定した「タムボン健康基金」モデル事業

基金名称	所在地
貯蓄信用グループ	トラート県カオサミン郡タムボン・ターソーム
1日1パーツ基金	ソクラー県チャナ郡タムボン・ナムカーオ
1日1パーツ・コミュニティ福祉基金	ラムバーン県トゥーン郡
村落銀行真心センター・ネットワーク	パヤオ県ドークカムタイ郡タムボン・バーンピン
健康基金	ペッチャブーン県ロムサック郡タムボン・ブンクラ
健康基金	ヤソートーン県パーティウ郡タムボン・シーターン
健康基金	サムットソクラー県アムパワー郡タムボン・プラーイポーンパーン
健康基金	クラビー県アーオルック郡タムボン・クローンヒン
健康基金	ペップリー県ムアン郡タムボン・バーンモー

(出所) NHSO [2006: 18-19]

図-3 ヤソートーン県パーティウ郡タムボン・シーターンの健康基金



(出所) Munnithi satharanasuk haeng chat [2007: 71].

新たに「タムボン健康基金」が設置された。この基金には、タムボン自治体からの財政負担(23,737 バーツ)とともに、老人クラブからの寄付金および年次功德行事で集まった喜捨が充当されている[Munnithi satharanasuk haeng chat 2007: 71]。

筆者が調査したアユタヤー県およびパトゥムターニー県の事例もそうであったが、各自治体とも住民からの抛出の導入は必ずしも容易ではないと考えている。しかし、ヤソートーン県パーティウ郡タムボン・シーターンの事例から、いくつかの教訓を引き出すことができる。すなわち、今後各自治体で住民からの抛出を開始するにあたり、少なくとも3通りの手段、すなわち①少額の均等定額抛出、②特定の住民組織からの寄付金、③功德行事を通じた資金調達、といった方法が存在するということである。①については他のパイロット・ケースでも導入されている方式であるが、抛出額は少額に抑えて誰でも払えるようにし、それでも支払い困難な場合は親族や近隣による立替が可能とするものである。③については、支払能力に応じて行う自発的な喜捨であり、宗教行事の体裁をとった社会保険(累進的抛出)の一種と考えることもできよう。所得を把握して抛出金に差をつけることは実務上無理であり、何よりも顔見知りの地域社会のまとまりを乱しかねない。したがって住民からの抛出にあたっては、タイの農村社会の現実に照らして上記3つの方法が適切であると考えられるのである。

(2) UC 下における第一次予防、第三次予防のサービス供給形態

「タムボン健康基金」を中核としながら、中央のNHSOは現在、タムボン・レベルの第一次予防、

第三次予防におけるコミュニティの「参加」ないし「自治」を強化するための政策的インセンティブを具体化させるとともに、その中間に位置する第二次予防との連携を図ろうとしている。この第一次予防、第三次予防のサービス供給体制について、NHSOは上から型にはめる政策的意図はなく、むしろ地域社会のニーズに応じた自発的な展開を奨励している。タイの保健医療の世界ではこれを「ナワッタガム(改良)運動」²⁰⁾と称している。全国で展開されている「ナワッタガム運動」の全貌を知る資料はいまのところNHSO本体にはない²¹⁾が、コミュニティ健康システム開発調査研究所(Sathaban wichai lae phatthana rabop sukkhaphap chumchon)がNHSOの財政支援を得て実施している「PCUイノベーション事業」を通じて、地域における多様な展開を把握することが可能である。「PCUイノベーション事業」は、現在全国で698の申請がなされ221事業がすでに認可されており、同事業の事例群を通じて第一次予防、第三次予防におけるサービス供給体制の方向性を窺い知ることができよう。

結論的にいうと、①サービス供給における人的資源の面で保健ボランティア(asasamak satharanasuk munthan)²²⁾や老人介護ボランティア(asasamak phu dulae phu sung ayu)²³⁾が中核的な機能を果たし、婦人組織等住民組織、伝統医療師が補完的な位置を占めることが多い、②ハード面において寺院やコミュニティPHCセンター(sun satharanasuk munthan chumchon)といったコミュニティ内の既存施設が中間ケア施設²⁴⁾を代替するケースが出てきていること、などが指摘しうる。

まずサービス供給における人的資源のうちの保

健ボランティアの機能についてである。1970 年代末以降のプライマリ・ヘルス・ケアの時代にまで遡る保健ボランティアの制度は 2007 年に創設 30 周年を迎えたが、現在 83 万 1,542 人（2008 年 1 月現在）の規模にまで成長している。保健省や 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「3 つのオー」²⁵⁾を掲げているが、地域保健医療に関する人的・組織的資源の現況はというと、政府の厳しい予算抑制策により、PCU（保健所）は健康診断や軽微な初期的治療といった第二次予防、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第一次予防で手一杯で²⁶⁾、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第一次予防・第三次予防にまでは到底手が回らず、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、脳梗塞、がんなどの疾病予防、すなわち第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、すなわち第三次予防の知識・技術を普及させる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（*asasamak satharanasuk munthan phu chiaochan*）」に転換している[*Phuchatkan, Jun 22, 2007*]。「PCU イノベーション事業」でも、保健ボランティアの機能を見直し、疾病構造の変化すなわち生活習慣病や老人性疾患の増加に合わせた再学習がまずは必要であるとの認識を前提としてプロジェクトを組み、また地域固有の疾病リスク要因やリスク人口の把握、要介護高齢者や身体障害者の程度、所在などの基礎データ収集から始めているケースが多い。とりわけ北タイにおいて

は保健ボランティアによるサービス供給の先進的事例が多く、その際、婦人組織などの住民組織と連携することが多い。また、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育成してきた老人介護ボランティアについては、第三次予防の担い手として NHSO も着目しており、NHSO の「予防的サービス (PP)」予算を用いて講習を実施するケースもある。

現在、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。前節でみた「タムボン健康基金」によるサービスないし事業は、委託契約を介して医療機関（*nuai borikan*）またはコミュニティ組織（*ongkon chumchon*）や NPO その他に外部化することが可能である[NHSO 2007: 42-43]。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（第一次予防）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（第三次予防）を請け負うことも制度上は可能なわけである。実際、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 30 パーツ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 7 億パーツ）を 2008 年初頭に発表しており[*Krungthep thurakit, Feb.26, 2008*]、こうした方向に対する態勢は整いつつあるといえる。地域保健医療における保健ボランティアについては、「コミュニティへの住民参加はきわめて名目的で限定され、かえって保健省の官僚制度のなかに組み込まれた地方ボランティアたちはエリートとなって住民とのあいだに乖離を生み出す結果となった」²⁷⁾ [田辺 2005: 12-13]とする見解がある。しかし、これま

で官僚制の末端を担ってきた保健ボランティアが、契約行為を通じた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、いずれにせよ UC 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よう。

このように、NHSO は第一次予防および第三次予防における住民参加を推進しているが、UC の下で最も手薄な部分が、疾病の急性期における PCU ないしコミュニティ病院への患者の搬送と、回復期におけるリハビリ、すなわち第二次予防と第三次予防の連携である。このことは、現在のタイ農村部において、これらのサービスを可能とする手段（救急車や搬送要員など）が希少であることに起因する。そこで、「PCU イノベーション事

業」におけるボランティアを中核とした第二次予防と第三次予防の連携のモデル・ケースとして、全国的にみても高齢化が進行しているサムットソクラーム県ムアン郡タムボン・ターイハートの高齢者支援計画を紹介しておく。表・2 はその高齢者支援類型を示したものである。なかでもボランティアによる救急チーム（SRT）の結成や、中間ケアとの関連で、病院治療から在宅医療に切り替わった高齢者に対する家庭訪問などが注目される。「PCU イノベーション事業」においてもボランティアがサービス供給の当事者として活動を行うケースは緒についたばかりだが、この事例は、保健医療に関わる人的資源が乏しいタイにおいて第二次予防と第三次予防を連携させるうえでの指針となりうるだろう。

表-2 サムットソクラーム県ムアン郡タムボン・ターイハートの高齢者支援類型

高齢者支援の類型	支援内容
1. 健康な高齢者	1. 年1回の検診 2. 老人クラブ活動に加入・参加 3. 技能(料理、手芸など)の向上 4. 適度な運動 5. 栄養指導
2. 経過観察が必要な高齢者	1. 6ヶ月検診、2ヶ月ごとの生活習慣病(糖尿病、高血圧)チェック 2. 老人介護ボランティアによる家庭訪問
3. 身体機能障害を持つ高齢者(自力運動可能/要介護)	1. 老人介護ボランティアの救急チーム (SRT) を結成 2. 老人介護ボランティア向けの介護講習の実施 3. 病院治療から在宅治療に切り替わった高齢者に対する 24 時間以内の家庭訪問 4. 治療効果の追跡評価

(出所) Sathaban wichai lae phatthana rabop sukkhaphap chumchon (コミュニティ健康システム開発調査研究所) 資料。

また、「PCU イノベーション事業」の実践例を整理すると、コミュニティに賦存する資源を最大限に活用しようとしていることがわかる。全国に 3 万 3,902 ある寺院や全国に 6 万余り存在するコミュニティ PHC センターがその重要な要素であるが、ここでは寺院を中心にみておこう。寺院の機能としては、①全人的ケア (holistic care)²⁸⁾の機能、②中間ケアの拠点としての機能があると考えられるが、この二つの機能の重視についてはすでに UC 制度内の共通認識となっている。まず①全人的ケアの機能については、UC の理念形成において重要な役割を果たしたプラウエット医師が、コンケン県ウボンラット郡における「ウボンラット郡僧侶会議 (sapha song haeng amphoe ubonrat)」とコミュニティ病院との協働などを例に引きながら、全人的医療の重要性を説いている [Prawet 2006: 27]、②中間ケアの拠点としての寺院については、NHSO が 2006 年以降、「コミュニティ内障害者機能回復センター (sun fuenfuen 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や NPO の選定と支援に着手している。すでに述べたように、NHSO が実施する事業の一部については外部委託が認められているが、これにしたがって中間ケアを寺院に委託することも制度上は可能なわけである。「PCU イノベーション事業」では、チェンマイ県サンサーイ郡タムボン・ノーンハーンのファイキアン寺の事例が示唆に富んでいる。ファイキアン寺は、保健省保健局健康促進事務局が 2001 年から認定している「健康推進寺 (wat songsoem sukkhaphap)」の一つであるが、寺の一部を「コミュニティ内障害者機能回復セン

ター」に改装し、午前には自宅から通ってくる障害者に対するリハビリを、午後は自力歩行が困難な障害者の自宅に住民ボランティアを派遣している。また医療機関からの医師、理学療法士、看護師がセンターにおいて定期的に訪問サービスを実施している。これも、第二次予防と第三次予防の連携を通じたケアの好例である。

4. おわりにー「統制」と「分権」の媒介項としての PCU (保健所)

以上、本稿で述べてきたことをまとめると以下のようなだろう。すなわち、UC 下の地域保健医療制度における垂直的ラインについては、①コミュニティ病院による PCU の「統制」および②人頭割予算を通じたサービスの総量および内容の「統制」を制度的梃子としながら、その外形的な骨格を NHSO がつくる一方で、タムボン内部における第一次予防(とりわけ成人・高齢者向け)と第三次予防については、財政面における「マッチング・ファンド」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ると考えられる。

一方、地域保健医療における個別の資源賦存状況ないし制約のもとでの第一次予防、第二次予防、第三次予防の全体的設計については、その専門性を背景に、実質的には PCU (保健所) 職員が基本戦略を立てることになる。「PCU イノベーション事業」も大学で保健学や看護学を学んだ職員らが企画書を書いているケースがほとんどである²⁹⁾。規模の小さいタムボン自治体では保健担当部署がいまだ存在せず³⁰⁾、PCU (保健所) 職員が地域保

健医療におけるスペシャリスト的な役割とジェネラリスト的な役割の双方を担う状況がしばらく続くであろう。老人介護ボランティア事業が自治体事業として移管されつつあるが、将来的にはPCU(保健所)とともに保健ボランティア事業も一緒に自治体に移管されることも考えられる。そのようなことを考えれば、PCU(保健所)職員のジェネラリスト的な能力が今後さらに期待されるといえよう。

(付記)

本稿は、平成19年度科学研究費補助金(基盤研究(C))「タイの地域医療・福祉におけるソーシャル・ガバナンスの形成」(研究代表者:河森正人)の成果の一部である。

【注】

¹⁾2006年9月19日のクーデタで「30パーツ医療制度」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パーツの手数料の徴収が廃止となったため、公的には「30パーツ医療制度」の名称が使用されなくなったが、国民の間では依然として「30パーツ医療制度」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パーツ医療制度」は英語では universal coverage (UC) と呼ばれており、本稿では略称として UC を用いる。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ため「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 National Health Security Office (NHSO) が管轄しており、疾病の診断・治療(医療従事法に定める伝統医療を含む)、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。

²⁾患者の登録数に応じて予算を人头払いするものである。国民医療費抑制の手段として用いられるものであり、タ

イでは UC の導入によって短期間に医療サービスの普遍化を達成したが、後に述べるように、毎年の人頭割予算の伸びは当初、首相府予算局によって厳しく抑制されていた。2008年度(2007年10月~2008年9月)の一人当たり予算は2,100バーツである。なお、タイの UC はその成立過程においてイギリスやベルギーの影響を強く受けた。この人頭割予算をはじめ、総枠予算制、購入者と供給者の分離を通じた内部市場ないし擬似市場の導入、パブリック・プライベート・ミックス、家庭医・総合医(GP医)など、とりわけイギリスの「国民保健サービス(NHS)」の影響を色濃く反映している。購入者と供給者の分離と擬似市場については河森[2006b]を、パブリック・プライベート・ミックスについては、NHSO[発行年不詳]を参照。また、UCの基礎となったいわゆるアユタヤー・プロジェクトでは、エジンバラの Lothian Health Board とベルギーの熱帯医学研究所が重要な役割を果たした。同プロジェクトにおいて前者は総合医の育成を担当した [Khronkkan wichai ayutthaya and So.Wo.Ro.So. 発行年不詳: 8]。UCの政策決定過程については河森[2007a]を参照。

³⁾ タムボンとは郡の下に位置する行政単位であるが、「1994年タムボン評議会およびタムボン自治体法」の成立を境に、法人格を持った自治体に移行してきている。
⁴⁾ なお、②一般医療サービスを「二次医療」、③保健・公衆衛生サービスを「一次医療」とも呼ぶ。タイで③保健・公衆衛生サービスを「一次医療」と呼ぶのは、後述するように、実際には保健所でごく初歩的な治療行為が行われているからである。

⁵⁾ 近年、東アジアにおける少子高齢化と社会保障の関係においてコミュニティの重要性が強調されるようになってきている。タイを含む東アジア諸国は所得水準が低い段階で出生率の急速な低下と高齢化の加速という状況に直面せねばならず[大泉 2006: 73]、したがって租税方式であれ社会保険方式であれ、国家的制度を構築できたとしてもその維持が困難であるから地域の自立的システムの導入に着目せざるを得ない[新田目 2006: 90]、というのがその理由である。これらの動きは「コミュニティの主流化」としてまとめることができよう。広井良典のアジアにおける「持続可能な福祉社会」[広井 2007: 19-25]、野口定久らの「東アジア型福祉社会」[野口 2005: 90]などもこの文脈で捉えられる。これらはコミュニティの重要性を謳っているが、中国、韓国、台湾などの(狭義の)東アジアを対象が限定されており、東南アジアのそれについての「具体的な」研究はまだ少ないのが現状である。なお、ここでいう「地域の自立的システム」であるが、地域や福祉社会が国家の機能を完全に代替することではなく、国家の機能を補完するぐらいの意味合いで捉えておく必要がある。

⁶⁾ 中核病院、県病院、コミュニティ病院については、HA

ないし ISO9002 といった認証基準が適用されたが、保健所については独自の基準が使用された。

ただし、この「コミュニティ健康センター」の呼び名はまだ一般化しておらず、保健省内でも依然「保健所」が使用されることが多い。よって「ノンゾーンホン保健所、保健省」の看板が残っていても不思議ではない。したがって、本稿でも「保健所」という通称を引き続き使用することにする。

9) 保健省次官室から県保健事務所、郡保健事務所にいたるラインで、人事面でいえば、保健所の職員は郡医監の、コミュニティ病院の職員は県医監の管理下に入る。

9) 中央の NHSO からコミュニティ病院、PCU (保健所) にいたるラインで、この保健医療サービス経費については、政府予算項目でいうと基金・回転資金に分類される。

10) CUP とは、一次医療 (ごく簡単な治療および保健・公衆衛生サービス) を担う PCU および PCU と契約を結んでいるコミュニティ病院からなるネットワークであり、CUP を統括するコミュニティ病院は二次医療を担当している。

11) 保健師、すなわちタイの公務員職種分類で行けば「保健管理担当官 (chao nathi borihan ngan satharanasuk)」、「コミュニティ保健担当官 (chao phanak ngan satharanasuk chumchon)」等が医療行為を行うことは厳密には違法なのだが、地方における絶対的な医師不足という現実を鑑み、PCU における初歩的な医療行為については、保健省がいわば黙認する格好になっているのである。

12) UC は患者と医療機関を固定化する制度であり、これにより生活習慣や病歴の長期的把握を背景とした治療、複数疾患の総合的な診断が可能となるとされる。UC では各患者が持つ NHSO 発行のカードに記載された医療機関 (居住地域の特定の PCU ないし CUP) 以外で治療を受けた場合は全額自己負担となる。また、NHSO 資料によれば、UC では家庭医で月額 3 万パーツ、総合医 (GP 医師) で同 2 万 5,000 パーツ、退職医で同 6 万パーツの特別手当が給与に加算される。コミュニティ病院に常駐する医師は公務員であり、この医師の公務員化はイギリスと共通する点であるが、タイの UC では、人頭割予算は医療機関である一次医療契約ユニット (CUP) しか受け取ることができない。

13) 筆者は、近年のタイの医療ハブ化や中間層以上の医療市場の市場化によって、国家医療ないし UC のレゾン・デートルが、シンボリックな存在としてのタイ国民=農民に対するベーシック・ヒューマン・ニーズ (BHN) の保障に転換したと考えている。この点に関して、『1993 年世界開発報告』以降、世界銀行は Private Health Model すなわち医療の市場化を推奨してきたが [World Bank 1993]、タイ政府はその流れに疑問を投げかけているともいえよう。この点については別稿で論じることにした

い。

14) 2007 年度における「外来サービス (OP)」の人頭割予算でいうと、一人当たりの基準値が 645.52 パーツであるのに対し、最も額が低いパトゥムターニー県で 612.67 パーツ、最も額が高いサムットソクラーム県で 739.57 パーツと、127 パーツの開きがある。

15) 1986 年の WHO オタワ憲章中のヘルス・プロモーションに関する規定である。

16) 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。

17) パトゥムターニー県ムアン郡タムボン・バーンクワット健康基金運営委員会の 2007 年度第二回目会合 (2007 年 4 月 11 日) の議事録。

18) ここであらためて確認するが、保健所および保健所に駐在する保健師は、最終的には中央の保健省次官室によって管轄されている。

19) Phuchatkan [Nov.16, 2007]によれば、地方分権委員会はすでに 35 の保健所の自治体移管を承認し、さらにこのうち 14 ヶ所は保健省が設定した分権化移行基準を満たしているという。

20) ナワッタガムとは英語のイノベーションに相当する言葉である。

21) 「タムボン健康基金」の包括的な実態調査については、タマサート大学経済学部のディレーク教授が NHSO から受託して行っているが、本稿の脱稿段階ではまだこの報告書が公開されていない。

22) 字義通りに訳せばプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) ボランティアとなるが、ここでは一般的な呼称である保健ボランティアを使用する。

23) 老人介護ボランティアは、もともと社会開発・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、2003 年から 2004 年にかけて 8 県で老人支援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。一自治体あたり 40 人のボランティアを育成し、一人最低 5 人の要介護高齢者を担当することが目標とされた。現在、老人介護ボランティアは約 5,000 人おり、全国 95 の自治体で 30,340 人の要介護高齢者を支援している。さらに国家高齢者委員会は 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 の自治体すべてに老人介護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]。なお、老人介護ボランティ

アは保健ボランティアを兼ねていることが多く、自治体に移管されつつある老人介護ボランティアは、財政的に潤沢な NHSO の枠組みに組み込まれようとしているとみられる。

24) 中間ケア施設とは、医療機関と在宅の中間に位置し、自宅に近い環境下での機能的自立を目指すものである。なお、コミュニティ PHC センターとは、村落内に設置された保健ボランティアの詰め所のことである。プラテープ王女の発案により、保健省は 2008 年中にその呼び名を、保健所の旧名である「スックサーラー」に変更するとともに、各村落内の「専門的保健ボランティア」の活動の場としてこれを再評価しようとしている [Matchon, Aug.27, 2007]。

25) 3 者のタイ語の頭文字をとってこう呼ばれている。

26) 例えば、前述のラーチャブリー県ポーターラーム郡タムボン・チャムレのノーンソーンホン PCU (保健所) の週間活動計画によると、月曜日は終日一般診療、火曜日

の午前は母子保健、午後は家庭訪問、水曜日の午前は家族計画、午後は家庭訪問、木曜日の午前は一般診療、午後は家庭訪問、金曜日の午前は一般診療、午後は学校保健である [2007 年 7 月 24 日、同 PCU での聞き取り]。

27) 本引用文における「地方ボランティア」は、保健ボランティアのことを指す。

28) 全人的ケアとは、患者の身体的苦痛の緩和のみならず、その心や社会環境・家族・経済状態を含む全てを理解し、生命の質の向上に寄与するためのケアである。

29) 企画書には、社会関係資本 (thun thang sangkhom) や実践コミュニティといった高度な概念が頻繁に使用されている。

30) タムボン自治体はその歳入規模に応じて 5 つのランクに分類されるが、保健関連部署を設置できるのは 1 級タムボン自治体だけである。

【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).
- 広井良典 2007. 「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の構築に向けて—』ミネルヴァ書房.
- 河森正人 2006a. 「タイ保健医療政策の展開と農村医師(モー・チョンナボット)官僚—健康システム改革における『人』、『組織』、『運動』」『年報 タイ研究』6.
- _____ 2006b. 「タイの 30 パーツ医療制度—一次医療サービス強化への政策転換とその意味」『アジア太平洋論叢』16.
- _____ 2007a. 「タイにおける『30 パーツ医療制度』の政策決定過程—社会保障アジェンダをめぐる『対立』と『同盟』に関するアクター分析」『大阪外国語大学論集』34.
- _____ 2007b. 「タイにおける医療構造改革と 30 パーツ医療制度」『アジア太平洋論叢』17.
- Khrongkan wichai ayutthaya and So.Wo.Ro.So. 発行年不詳. *Ongruam haeng satharanasuk*(統合的医療システム), Nonthaburi: So.Wo.Ro.So.
- 黒岩郁雄 1997. 「地方分権化と援助事業の制度分析—取引費用アプローチ」佐藤寛編『援助の実施と現地行政』アジア経済研究所.
- Lieberman, Samuel S., Joseph J. Capuno and Hoang Van Minh 2005. “Decentralizing Health: Lessons from Indonesia, the Philippines, and Vietnam” in The World Bank, *East Asia Decentralizes: Making Local Government Work*, Washington, D.C.: The World Bank.
- Munnithi satharanasuk haeng chat 2007. *1 pi 24 bat*(24 パーツ事業の 1 年), Bangkok: Munnithi satharanasuk haeng chat.
- NHSO 2006. *Phon kan damnoen ngan sang lak prakan sukkhaphap thuan na pi ngoppraman 2549 rop 6 duean : 1 tulakhom 48 – 31 minakhom 49* (2006 年度 6 ヶ月・2005 年 10 月 1 日から 2006 年 3 月 31 日までの 30 パーツ医療制度の成果) , Nonthaburi: 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 30 パーツ医療制度ハンドブック), Nonthaburi: NHSO.

_____ 発行年不詳. *Khlinic chumchon op un*(温もりのあるコミュニティ・クリニック), Nonthaburi: NHSO.

野口定久 2005. 「東アジア諸国の福祉社会開発と地域コミュニティ再生—地域福祉と居住福祉の視点から—」日本福祉大学 COE 推進委員会編 『福祉社会開発学の構築』ミネルヴァ書房.

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』52(2).

Prawet Wasi 2006. “Kan phatthana rabop sukkhaphap chumchon”(コミュニティ健康システムの開発), *Warasan rongphayaban chumchon*(雑誌『コミュニティ病院』)8(1), Nonthaburi: MOPH(保健省次官室政策戦略事務局).

田辺繁治 2005. 「コミュニティ再考—実践と統治の視点から」『社会人類学年報』31.

World Bank 1993, *World development report 1993. Investing in health*, New York: Oxford University Press.

Krungthep thurakit 紙.

Matichon 紙.

Phuchatkan 紙.