

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」—

**“Community Health-Oriented Bureaucrats” and the Development of Thai Health Policy
—“Individuals”, “Organizations” and “Movements” in Health System Reform—**

河森正人*
KAWAMORI Masato

Thailand's health policy changed its focus from "primary health care" in the 1970s to "health promotion" since 1980s. This paper examines the role of "community health-oriented bureaucrats" of the Ministry of Public Health in the development of Thai health policy. "Community health-oriented bureaucrats" have rarely been mentioned in Thai political studies despite their importance. This paper consists of three parts. Part 1 examines how "community health-oriented bureaucrats" are formed under the politically-sensitive period of 1970s. The importance of Mahidon University's alumni is observed. Part 2 analyzes how they organized themselves in the form of "munnithi" and "sathaban". Part 3 examines how they developed the power of "organization" toward the health promotion "movement". This paper observes that the Chuan Government's decentralization policy was instrumentally used by "community health-oriented bureaucrats" in pursuing legislation of "the national health act" which was concrete expression of the health promotion movement.

はじめに

疾病構造の時代的变化、さらにはWHOをはじめとする国際機関の政策の影響¹⁾を受けながら、タイの保健医療分野における政策的関心は1970年代末以降の「プライマリ・ヘルス・ケア」を経て、80年代後半以降には「健康増進」へと移っていった。この「健康増進」の考え方を法律の形で表現したのが、第2次チュアン政権下（97年11月～2001年1月）で準備され、2002年に法案化された「国家健康法案」²⁾である。田辺繁治によれば、「プライマリ・ヘルス・ケア」が中央集権的な統治

ネットワークを活用したのに対し、「健康増進」およびその具体的表現である「国家健康法案」は、90年代末以降に現れる地方自治や市民組織の政治・行政参加の活発化を背景としており、これは「保健医療と統治の新たな結合の様式の模索」であった〔田辺 2006: 374-376〕。

本稿では、こうした政策的变化の過程で中心的な役割を果たしたアクターとして、これまでその存在があまり指摘されてこなかった保健省内の「農村医師（mo chonnabot）官僚」³⁾に着目し、「プライマリ・ヘルス・ケア」の時代に、当時の国内政治状況を背景にしつつ誕生した彼ら（＝「人」）

* 大阪外国语大学地域文化学科

が（第1節）、その後いかに自らを「組織」化し（第2節）、健康増進「運動」を創り上げようとしていったのか（第3節）を検討する。

以下、疾病構造の転換を社会経済システムの転換との連関において動態的に把握しようとする「健康転換（health transition）」という概念にしたがって〔広井 2003：15-17〕、上記の変化を前もって要約しておこう。

「健康転換」の第1段階： 1960年代までのコレラ等感染症対策中心の時代を経て、70年代に入つて草の根レベルでの保健医療施設の充実が本格化する。1974年に保健省の機構改革が行われ、それ以前は地域医療における「予防」サービス提供機関（保健所）が衛生局、「治療」サービス提供機関が医療局の管轄下にあったが、これを境に両者の監督機能が次官室の下に一元化された。1975年頃には、次官室地方保健課管轄の保健所と、次官室地方病院課管轄で高度医療設備を持つ一般病院やセンター病院とを繋ぐ機能を果たすことになる郡レベルの病院建設が本格的に開始される〔Wiphat and others 2000:80〕。1978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（satharanasuk munthan）」⁴⁾の考え方方が一般化し、内務省とも連携をとりながら、コミュニティ・レベルでの保健医療行政が整備された。「村落保健ボランティア（O. So. Mo.）」の存在は、内務省によるチュムチヨン育成の際の足場とさえなった⁵⁾。「健康転換」の第2段階で現れる健康システム改革において、局長以上級として主導的な役割を果たす「農村医師官僚」たちはこの時期、農村地域医療の最前線にいた⁶⁾。

「健康転換」の第2段階： これに対し、慢性疾患（生活習慣病）の増加に伴い、1980年代の後半以降医療費の増大が顕著になってきた。保健省は、増大する医療費に危機感を抱き、施設（病院）治療偏重の保健行政を改め、地域コミュニティ・

レベルにおける予防やメンタル面も含めた全人的保健医療を志向する。80年代末にWHOが提唱したこの「健康増進」の考え方をもとに、健康システム改革⁷⁾に向けた知的枠組みを具体的に準備したのが、「組織」面では1992年設立の保健省の附置研究所である「保健システム研究所」であり、「人的」側面ではタイ医師会でも主要勢力を形成した保健省内の「農村医師官僚」であった。冒頭で触れた「国家健康法案」の策定を推進したのがこの「保健システム研究所」である。さらに97年の経済危機後、政府の基本政策であった地方分権と軌を一にしながら、保健行政でも病院経営の地方自治体への委譲など分権化が志向された。「地域健康委員会（Ko. So. Pho.）」⁸⁾の構想はこうした流れのなかで形成された。また、予算執行面での制度改正によりNGO等の民間組織への資金配分が可能になったのもこの時期に入ってからである。さらに保健省は、すでに自発的に各地に発生していたNGOや伝統医療技能保持者などの民間団体を、地域保健医療における、さらには医療費削減における重要な要素＝「社会関係資本（thun thang sangkhom）」として再規定し、そのデータベース化やネットワーク化を開始している。自生的なアソシエーションに行政が乗っかったという見方ができるかもしれない。

「健康転換」の第3段階⁹⁾： タイは2005年に高齢化社会に入り、その後20年程で高齢社会にいたるものとみられている。一般的に、「健康転換」の考え方からすれば、人口の高齢化とともに今後は「老人性疾患」が問題となり、制度面における「医療」から「福祉」、あるいは「施設（病院）」から「在宅（コミュニティ）」への転換が必要となる。タイでは家族による老人扶養が依然機能しているものの、他方で核家族化が進展している。保険財政の将来的状況を鑑みるならば、「福祉国家」的サービス供給は必ずしも持続的ではないとみられる。タイは保健転換の第3段階の入り口で

国民皆保険導入を進め、表面的には西欧型先進「福祉国家」を志向したかのようにみえるが、実際にはタイ型「福祉社会」を目指しているといえ(第2段階ですでにその萌芽がみられる)、地域保健福祉においていかなる三者(「行政」「コミュニティ」「アソシエーション」)関係を構築していくかが問われている。

1. 「人」－「農村医師官僚」の形成

(1) 1970年代初頭における保健医療行政理念の変化と機構改革

1942年3月10日付けの勅令によって保健省が誕生したが、その後30年近くを経た1970年になって、保健行政理念上の変化を背景とした機構改革の動きが現れる。草の根レベルにおける、伝染病対策や家族計画といった個別プロジェクトを基本とした行政から、統合的な保健医療行政への転換である。その一環として行政機構改革が日程に上ってくる。以下、『保健省40年史 1942-82』によって簡単にその経緯をたどってみよう[Krasuang satharanasuk 1982: 277-309]。

従前は、地方レベルの保健医療サービスについては、組織ラインが機能別に縦割りになっていた。すなわち、医療機能(県・郡レベルの病院)は医療局(krom kanphaet)の、予防機能(県保健事務所、郡保健事務所、1級保健所、2級保健所、助産事務所)は保健局(krom anamai)の傘下にあり、相互の連絡調整はほとんどなかった。他方、保健省内では医療・予防・健康増進の三者の相互調整とバランスのとれた発展が必要との認識から、1970年になってタノーム首相の行政規律顧問委員会に対し、省組織の改革について助言を求めた。その結果三つの案が出されたが、省内では議論が紛糾し、結論は出なかった。さらに71年11月のクーデタ後に設置された新行政規律顧問委員会は、保健サービス局を新設し、地方レベルの保健医療サービスを一括してその傘下に置く案を提出

したが、省内では主流派である医療局が強硬に反対した。翌72年9月になって革命団は、医療局と保健局の統合に対する強い意志を示し、実質的には医療局による保健局の吸収合併という形での統合が断行された。こうしてできた医療保健局は、一局で省全体の予算支出の92.5%を扱うという歪な構造が出来上がってしまった。72年の機構改革は省内の政争の結果であり、当初の理念とは裏腹に、医療ラインと保健ラインとの間に深い亀裂を残したといえよう。

しかしその後1973年10月になって、いわゆる学生革命が起こり、再び行政機構の改編が浮上することになる。11月になって保健大臣は新たな委員会を設置、同委員会は三つの案を提出し、これをもとに局長以上級会議で議論した結果、地方(県以下)レベルの保健および医療サービスを次官直属とし、県レベルにあっては医監(nai phaet yai)が両サービスを統括するという方向でまとまった。これをもとに法案が作成され、74年8月に立法議会で「保健省組織改革法」が成立した。これが現行の組織の原型となっている。

(2) 「プライマリ・ヘルス・ケア」と「農村医師官僚」の形成

こうした組織改革を経て、1970年代末に「プライマリ・ヘルス・ケア」が保健医療行政の中核に据えられる。WHOの政策を背景に、省内の保健ラインが政策的主流に転換したのである。まず1979年7月の閣議了承を経て、8月30日、保健省令315/2522号によって「プライマリ・ヘルス・ケア委員会」が設置され、80年12月になって事業の運営や、内務省、国家農村開発委員会、民間組織などの関連機関との調整を行う、課と同格の「プライマリ・ヘルス・ケア委員会事務局」が次官室内に立ち上げられた。さらに「プライマリ・ヘルス・ケア開発研修センター」が国内4カ所、すなわちナコーンサワン、チョンブリー、コンケン、ナコー

ンシータマラートに設けられた。1982年10月には、保健省令459/2525によって「国家プライマリ・ヘルス・ケア委員会」に名称が変更された [Thienchai 1988: 73]。

1978年のアルマアタ宣言以降本格化したタイのプライマリ・ヘルス・ケアの核心は、「村落保健通信員（Pho. So. So.）」と「村落保健ボランティア（O. So. Mo.）」を行政・住民間の媒体としつつ地域保健における住民参加を促進することであるが、実はその実施にあたっての組織的資源はすでにある程度形成されていた。すなわち、1964年12月の閣議決定により開始される「マラリア撲滅計画」で育成された住民ボランティアは1975年時点で7～8,000人おり、「プライマリ・ヘルス・ケア」計画開始時点での半分は依然活動していた。また1966年、保健行政における住民参加を意図してピッサヌローク県ワットポート郡とチェンマイ県サーラビー郡で実施されたパイロット・プロジェクトでは、15戸に一人の割合で「通信員」が置かれ、住民の生死、出産、感染症等の状況報告を行ったし、「村落保健ボランティア」が保健衛生指導を行った。さらには、1973年前後にマヒドン大学の社会人口研究所が実施した家族計画普及プロジェクトなどにおいても住民ボランティアが活用された [Thienchai 1988: 67-68]。

冒頭で述べたように、1975年頃から郡病院¹⁰の建設が本格化するが、例えば1980年度時点で郡病院に配分された予算は保健省全体の4.5%に過ぎなかった [Sa-nguan and others 2005: 158]。1982年以前において、郡病院で正規の予算処置がとられた職種は医師のみで、保健衛生関連の職種、歯科医師、薬剤師については臨時職員の身分しか認められていなかった。

こうした状況下で地域医療に従事した「農村医師官僚」の草分け的存在で、マヒドン大学出身であるウィチャイ・チョーク・ウィワット医師¹¹（現タイ式医療代替医療開発局長）の昇進プロセスを

モデル・ケースとしてみておこう。ウィチャイ・チョーク・ウィワット医師はマヒドン大学医学部の卒業生で、1970年にナコーンラーチャシマー県でインターン研修をし、1973年に保健省に入省している。マハーサーラカーム県パヤッカブームピサイ病院長在任中の1976年10月にクーデタが発生し、当時東北タイで活動していた学生活動家を帮助した疑いでウィチャイ医師は1ヶ月間拘留された。その後ナコーンパトム県のサームプラン病院長に転任している。以下、同医師の昇進プロセスを挙げておく。

マヒドン大学医学部、チューレーン大学（米）医学部卒業。1973年保健省入省。マハーサーラカーム県パヤッカブームピサイ郡病院長、ナコーンパトム県のサームプラン郡病院長、ナコーンパトム県医監、スパンブリー県医監、保健省次官室伝染病学課課長、保健省次官室情報システム特別専門家、保健省次官室保健特別専門家、保健省次官室伝染病対策局次長、保健省次官室伝染病対策局防疫医学上級アドバイザー、保健省監査官、薬事食品委員会事務局長、タイ式医学代替医学開発局長

さらにこのウィチャイ医師に続く世代が、東北農村において新たな実践を開始する。医師と臨時の職員がチームを組み、村を巡回するという「ヘルス・チーム」であり、そのモデル病院となつたのがシーサケート県ラーシーサライ郡病院である。同病院の勤務医が、マヒドン大学学生連盟の最後の委員長（1976年）で、後に国家健康保険事務局長となるサグアン・ニッタヤーラムポン医師であった。サグアンはアルマアタ宣言が出た1978年に同病院に赴任している。ヘルス・チームが村に入つて保健ボランティアやNGOと協力しながら最初に行うのが、当時の保健省の重要政策の一つであった「薬基金（kongthun ya）」や「栄養基金（kongthun phochanakan）」の設立・組織化であった。さらに彼らの活動は村内における「米銀行」

や「水牛銀行」の組織化にまで発展した [Sa-nguan and others 2005: 160-169]。すなわち、「プライマリ・ヘルス・ケア」が「農村開発」と接近していったのである。

さらに、1982年度にプライマリ・ヘルス・ケア運動および内務省の「住民基礎生活調査 (Cho. Po. Tho.)」の試験実施県に指定された東北タイのナコーンラーチャシマー県では、郡病院勤務医が開発過程で重要な役割を果たした。後に第3節で触れる保健システム研究所の初代所長となるソムサック・チュンハラット医師がプラターイ郡病院、サグアン・ニッタヤーラムポン医師（マヒドン大学ラーマーティボディ校出身）がブアヤイ郡病院、ソムチャイ・シリガノックウライ医師（マヒドン大学シリラート校出身）がチュムパン郡病院、サムルーン・イェーングラトーク医師（マヒドン大学ラーマーティボディ出身）がスーンヌーン郡病院に勤務し、4人はそのタイ語の頭文字をとって「4人のソー」と呼ばれていた。コミュニティ内における彼らの実践活動・知識は、当時共産主義対策に頭を悩ませていた内務省からは重宝がられ、当時同県の副知事をしていたサワイ・プラマニーは、中央から派遣された郡長の研修に彼らを講師として招いた [Sa-nguan and others 2005: 185]。

以上のように、保健官僚自身が入省直後、郡病院勤務医として政治的にセンシティヴな環境下で地域医療を実践するという経験が、タイの保健医療行政の形成・実施を性格付けるひとつの中核要因をなしているといえるかもしれない。

(3) 「プライマリ・ヘルス・ケア」の進展

保健省は1983年3月、「母子保健開発基金計画 (krongkan kongthun phatthana anamai mae lae dek)」と称する計画を7県（コンケン、ラムプーン、ローイエット、ナコーンサワン、ペッブリー、ラーブリー、ソンクラー）の8タムポン・

18村で試験的に開始する¹²⁾。この計画がタイの保健医療政策上なぜ重要なかというと、ある意味これが「健康転換」の第1期から第2期への政策的・制度的繋ぎとしての機能を持っていたからである。すなわち、プライマリ・ヘルス・ケアの段階から現在の30バーツ医療制度ないしは皆保険制度の段階への政策的・制度的繋ぎの役割を果たしたのである。

村落 (muban) レベルで設立されるこの基金は、プライマリ・ヘルス・ケア政策の受け皿として設立され、コミュニティ住民組織による基金の設立を通じた自助的な保健活動の可能性を試すものであった。具体的には、住民が一定金額で健康カードを購入し、一定期間病院治療ないし母子健康サービスを回数の制限なしに受けることができるというものであった。しかし翌84年になって、基金の重点が母子健康サービスから病院治療に移行するとともに、受診回数や一回あたりの診療費上限の制限など、基金の採算性が重視されるようになった。また、保健医療サービス機関（保健所、郡病院、センター病院および一般病院）の採算性、すなわち治療費総額と各基金から受け取る分担金の間のバランスが意識されるようになった。さらに「第6次保健開発計画 (phaen phatthana satharanasuk raya thi 6) 1987-1991」の策定プロセスにおいて、保健省はこの「健康カード計画」を構成する基金を村落レベルから郡ないし県レベルに拡大することによって安定化させ、将来的には任意健康保険に発展させることが可能であると考え始め [Thienchai 1988: 87]、さらに政府も1986年8月の国会で、健康カード計画を拡大して農村地域の70%をカバーさせることを通じて、これを任意健康保険に発展させたい旨表明した [Thienchai 1988: 81]。80年代末から健康カード計画への加入者数が減少し始めるが、公的扶助としての「低所得者医療扶助 (kan songkhro phumi raidai noi)」制度の普及や次官レベルにおける

る同計画の優先度が低下したこと、などがその理由として挙げられている [Thienchai 1988: 88]。その後「健康カード」の普及率は、96年の時点で対人口比13.2%にまで回復した（91年時で1.4%）[NSO 1996]。

この1980年代前半において地方レベルにおける保健行政能力および制度が一定の進歩を見せたことは特筆すべきであろう。すなわち村落レベルでの保健活動が自助能力を高める一方、郡レベルでは1983年2月に「郡保健開発委員会（khanakkammakan phatthana satharanasuk radap amphoe: Ko. Pho. So. O.）」¹³⁾が設置され、さらにこれが「郡保健調整委員会（Khankammakan prasan ngan satharanasuk radap amphoe: Kho. Po. So. O.）」に発展した。そしてこれに郡保健事務所、郡病院、保健所の間の横断的調整機関の役割が付与されたのである。制度上、郡病院は県保健事務所の、各保健所を統括する郡保健事務所は郡長の管理下にあり、プライマリ・ヘルス・ケアの実施にあたっては両者の調整が不可欠であったのである。すなわち「健康カード計画」では、村落内の薬基金の利用で病気が回復しなければ保健所に、保健所で処置しきれない場合は郡病院に患者を送るというシステムが採用されたが、こうした移送体系は関係機関の相互調整なしには効率的な運営を期待できないのである。さらには、「郡保健調整委員会」が「健康カード」の基金を運営するケースもあった。現在、30バーツ医療保障制度の運営機関として機能している「医療サービス・ネットワーク管理委員会（通称CUP）」、保健行政における地方分権の受け皿として考えられている「地域健康委員会（Ko. So. Pho.）」の発想の源泉がここに見て取れる。

このように、プライマリ・ヘルス・ケアに保険的要素が加わり、健康転換の第2期へと政策的への橋渡しがなされるうえで重要な役割を果たしたのが、87年から88年にかけてプライマリ・ヘルス・

ケア事務局の次長として包括的政策立案にあたっていたサグアン・ニッタヤーラムポン医師であった。

2. 「農村医師官僚」主導による保健医療改革に向けた「組織」の設立

(1) 「農村医師財団」の設立と保健医療改革におけるその意義

1982年に「農村医師官僚」は「農村医師財団（munnithi phaet chonnabot）」を結成するが、タイの保健医療改革における同財団の意義は以下の三点に要約されるであろう。すなわち、①政策としての「プライマリ・ヘルス・ケア」を補完し、それに実態を与えた点、②1980年代後半に本格化する保健省傘下におけるアドボカシー型「財団（munnithi）」設置のモデルとなった点、③「健康転換」の第2期すなわち1980年代後半以降における保健医療改革を主導するアクターの人的資源となった点、の三点である。

そこで簡単に同財団結成の経緯を概観しておこう。1970年代末に「農村医師官僚」を中心とする同クラブが活動を始めて2年経ったころ、活動の社会的正当性を確保すべく政府公認の組織を結成すべきとの意見が大勢を占めるようになった。これには、プレーム政権下の保健大臣セーム・プリンプアンゲー医師、後に保健省次官となるパイロート・ニンサーノン医師、プラウェート・ワシー医師、プリーチャー・ディーサワット医師らの助言もあったといわれている。これを受けて1980年の末、ナコーンラーチャシマー県パックトンチャイ郡ラムプラブルーン・ダムで行われた東北農村医師クラブの会議で「農村医師財団」を結成する旨で合意し、農村医師クラブ会長のマーニット・プラパンシンに財団設立の調整を委ねることとした。当時、財団設立には10万バーツの登録資本金が必要とされたが、元シリラート医学校教授で女医のチングーパー・サーヤンウィッガシットがこ

の資金を捻出した。その結果1982年3月、セーム・プリンプアンゲーオ医師を会長、マーニット・プラパンシン医師を事務局長、12人の理事からなる「農村医師財団」が発足した。1985年にマーニットがチェンマイ大学に赴任することになり、代わって後に保健省副次官となるスウィット・ウイブーンポンプラサート医師が事務局長となった¹⁴⁾。

同財団の活動を観察すると、郡病院を核とするコミュニティ形成を志向していたことがわかるが、これは「プライマリ・ヘルス・ケア」政策の一つの核心であるし、「郡保健調整委員会」が目指したものでもあった。財団の活動は、郡病院医師人名録の作成販売、僻地の郡病院運営および医師・病院職員・その家族のための援助資金集め、さらには郡病院研究支援にまで及んだ。全米医師会からの援助を受けつつ、農村医師クラブやタイ医師協会と共同で母子保健開発プロジェクトを実施し、「母子保健開発基金計画」を補完した。1984年には理事がさらに3人増え、後に疾病対策局長となる先述のウイチャイ・チョークウィワット医師、保健システム研究所長となる前述のソムサック・チュンハラット医師、国家健康システム改革事務局長となるアムポン・チンドーワッタナ医師が理事に加わった。1989年には、財団理事の改選が実施され、その後スウィット医師の跡を継いで財団事務局長となるサグアン・ニッタヤーラムポン医師や、市民社会運動の推進者として知られ、後に保健省の保健分野地方分権支援開発事務局長となるチューチャイ・スッパウォン医師らが新理事に任命され、この時期財団は最も活発化した。1994年以降セームに代わってパイロート・ニンサーノン医師が会長となったが、この頃から保健省の民間組織向け援助資金を受け取ることが可能となり、財団運営は安定化した。財団事務局は保健省次官室の「保健政策計画事務局（So. No. Po.）」内にある¹⁵⁾。

保健省関連の財団設立における特徴としては、

さらに「医師官僚自身」がアドボカシー型の「財団」を設立するケースが多いことがさらに指摘できる。「農村医師財団」に続く一例としては、例えば「国家保健財団」がある。すなわちパイロート・ニンサーノン医師が保健省次官であった1987年、プラウェート・ワシー医師や「農村医師官僚」が、保健システム改革に各方面の人材資源を集中するための新たな「財団」を設立する可能性を探っていた。1988年6月に第1回の設立準備会議が開かれ、3年後の2000年10月、パイロート・ニンサーノン次官を理事長、サグアン・ニッタヤーラムポン医師を事務局長とする「国家保健財団（munnithi satharanasan haeng chat）」が正式に発足した¹⁶⁾。

(2) 「保健システム研究所」の設立

このように新たな「財団」が結成される一方で、1990年代以降、保健医療改革に関連する研究機関や事務局が保健省内に新設されるが、具体的には以下のようなものがある。すなわち、すでに触れた「保健システム研究所（So. Wo. Ro. So.）」、EUの援助を受けながらヘルス・ケア改革（HCR）の実施を担当するとともに、保健医療行政への住民参加と国民皆健康保険の実現を目指す「保健サービス・システム改革計画事務局（So. Po. Ro.）」、「1997年憲法」および「1999年地方分権手続法」に従って保健行政の地方分権計画を立案する「健康分野地方分権支援開発事務局（So. Pho.Ko. So.）」、酒税とタバコ税の一部を健康増進に充てる「健康増進基金事務局（So. So. So.）」、後に述べるように国家保健システム改革委員会の下部機関としての機能を果たす「国家健康システム改革事務局（So. Po. Ro. So.）」、30バーツ医療制度を管轄する「国家健康保険事務局（So. Po. So. Cho.）」、国家保健開発計画の策定を担当する「保健政策計画事務局（So. No. Pho.）」、保健省の機能・機構改革を検討する役割を果たす「保健サービス・ネッ

表-1 「農村医師財団」出身者が就いた主要な役職

| | |
|----------------------|---|
| パイロート・ニンサノーン医師 | 保健次官 |
| スウィット・ウィブーンポンプラサート医師 | 保健副次官 |
| ウイチャイ・チョークウィット医師 | タイ式医療代替医療開発局長 |
| ソムサック・チュンハラット医師 | 保健システム研究所（So. Wo. Ro. So.）所長 |
| アムポン・チンドーワッタナ医師 | 国家健康システム改革事務局（So. Po. Ro. So.）事務局長 |
| サグアン・ニッタヤーラムポン医師 | 保健サービス・システム改革計画事務局（So. Po. Ro.）事務局長 国家健康保険事務局（So. Po. So. Cho.）事務局長 保健副次官 |
| チューチャイ・スッパウォン医師 | 健康分野地方分権支援開発事務局（So. Pho. Ko. So.）事務局長 |

(出所) 筆者作成。

トワーク開発事務局（So. Kho.So.）」、「健康資源管理支援委員会（So. Bo. Tho.）」などである。

注目すべきことは、表-1に示すように、保健医療改革を担当する多くの組織において、「農村医師財団」出身の「農村医師官僚」が初代の長となっている点である。さらに、「農村医師官僚」は保健医療改革を担当する各部局で能力を發揮したが、上記各分野の改革が独立してバラバラに存在したのではなく、統一的なものとして構想されていた点が極めて重要である。

そこで、以下において1990年代以降における保健医療改革のプロセスで中心的な役割を果たした「保健システム研究所」の発展過程を見てみることにしよう。同研究所が中心的な役割を果たしたとみる理由はさしあたり以下の4点である。

まず第1に、「健康分野地方分権支援開発事務局」が構想した「地域健康委員会」は、自治体とともに市民組織が参加する組織であり、したがって「官民協力」の仕掛けが必要であったが、これを構想したのが「保健システム研究所」であった。1980年代半ば以降になってタイの官僚機構の協力の下に数多くの独立機関が設立され、官民協力の受け皿となった。例えば、1984年には国家経済社会開発庁（NESDB）の下に「タイ開発財團（munnithi phuea kan phatthana haeng prathet thai）」などが次々と設立されたし、工業省では

「織維研究所」や「自動車研究所」が設置されたが、「保健システム研究所」もこれらと同じ流れのなかで形成された¹⁷。第2に、健康増進運動を主導し、「健康増進基金事務局」設立のきっかけを作った点である。第3に、第3節で述べる「国家健康システム改革事務局」の制度的基盤となっていることであるが、この点は第3節で詳述する。そして第4に、国民皆保険導入に向けて包括的な国際調査とフィージビリティ・スタディを行い、2002年設立の「国家健康保険事務局」が運営する30バーツ医療制度の基礎を形成したことである¹⁸。この過程で「保健システム研究所」は「保健サービス・システム改革計画事務局」と緊密な連絡をとった。

「保健システム研究所（sathaban wichai rabop satharanasuk: So. Wo. Ro. So.）」は、「1992年保健システム研究所法」によって設置された法人格を持った独立組織である。1980年代半ば以降の高度経済成長を背景に顕著となる生活習慣病と、それに伴う医療費の大幅増大という状況、すなわち「健康転換」の第2段階に移行する過程で、タイの保健システムをいかに組み換えていくかについて体系的な知識を提供するというのがこの研究所の役割であった。運営を開始した1993年から96年にかけて初代所長を務めたのが、「農村医師財団」出身のソムサック・チュンハラット医師であった。同研究所はソムサック所長の在任期間中1億

6230万バーツの予算を獲得して保健改革に伴う政策決定に資する調査研究を行った。その跡を継いだウィット・ブーンチャルーン医師のもとで年間7000万バーツが配分されるまでになった。

「第1次保健システム研究所運営計画（1993-96）」によれば、設立時の同研究所の目的は以下の3つであった。すなわち、①保健政策の策定・実施に資する主要な知識・情報を収集・追究すること、②保健システム研究の体系的・効果的・恒常的発展を促すべく関係の研究所や研究機関をネットワーク化すること、③国民の健康発展、保健関連教育カリキュラム、人材開発に係る政策形成において、同研究所の研究成果の活用を促進すること、の3つである。具体的な研究項目については、健康システム改革、健康増進、保健分野における地方分権、疾病予防、保健行政、保健関連人材開発、健康関連テクノロジー、職業と健康、保健経済学、健康と市民社会、健康のための公共政策、健康関連法、健康保険制度、健康習慣、健康影響調査など多岐にわたり、近年の保健省の政策形成において果たす役割は小さくない。

(3) 「保健システム研究所」の組織的性格の変化
次に「保健システム研究所」の組織的性格の変化を観察してみよう。同研究所は、外部評価委員会による2度の評価を受けている。同研究所運営における改革は、この評価に沿って実施されており、したがってその組織的性格の変遷もこの評価に沿って行うことが可能である [Chatwaran 2004: 8]。

「第1期（1993-96）」：チット・シッティーアモン医師、ダムロン・ブンユーン医師、タウィートーン・ホンウィット博士らからなる評価委員会によって実施された1996年の評価によれば、同研究所に対する官僚機構内組織の評価は消極的なものであった。すなわち、保健省内の各部局は同研究所の存在意義をまだ理解しておらず、その役割に

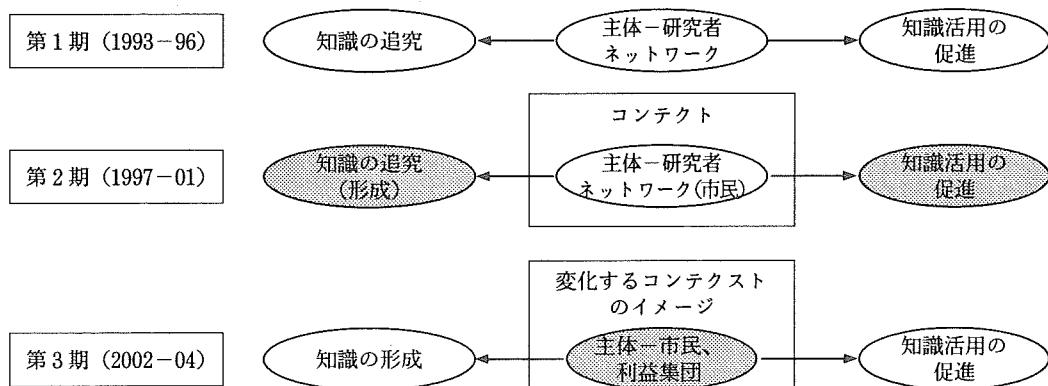
対する期待度はまちまちであった。他方、予算担当部局の評価は、成果自体が少なく、政策形成における機能はまだあまり果たしていないというものであった。

「第2期（1997-2001）」：これを受けた研究所は、保健システム構築に関するより明瞭な全体的見取図を描くこと、そのため健康に関するデータを整備すること、保健医療の現場レベルでの研究、研究組織ネットワーク構築の迅速化など9項目の改革を基礎に新しい運営計画（1997-2001）を発表した。同計画下すなわち第2期において9項目の改革を束ねる基本理念は、「保健システム研究プロセスを通じた知識の追究と活用」であった。これは設立時の理念をそのまま継承しているに過ぎないように見えるが、実はこの時期、研究所内で「知識」に対する前提が大きく変化していた点が注目される。すなわち、設立時ないし第1期の「知識」は、研究者によって予め想定された仮説なり理論を前提に現場で調査、比較検証し、最終判断を下すというものであった。これに対し第2期の「知識」観は、それが発見されるものではなくて、研究者による意味付けという行為を通じて「形成」されるものであるという考え方であった。こうした意味付け行為はいうまでもなく、研究者が置かれたコンテクスト、すなわち政治、経済、社会、教育によって規定されていると認識された [Chatwaran 2004: 13-14]。

「第3期（2002-2004）」：こうした認識変化のもとで、同研究所の運営方針も転換を見せる。すなわち、第2期の基本理念は「保健システム研究プロセスを通じた知識の追究と活用」であったのに対し、第3期のそれは、「市民組織や利益集団をネットワーク化し、これを知識・技術・ガバナンスの形成・発展の枠組みに繋ぎ、最高度の健康システム構築にいたる」ことであった。実は第2期のビジョンについて、「保健システム研究プロセスを通じた知識の追究と活用」という理念に付

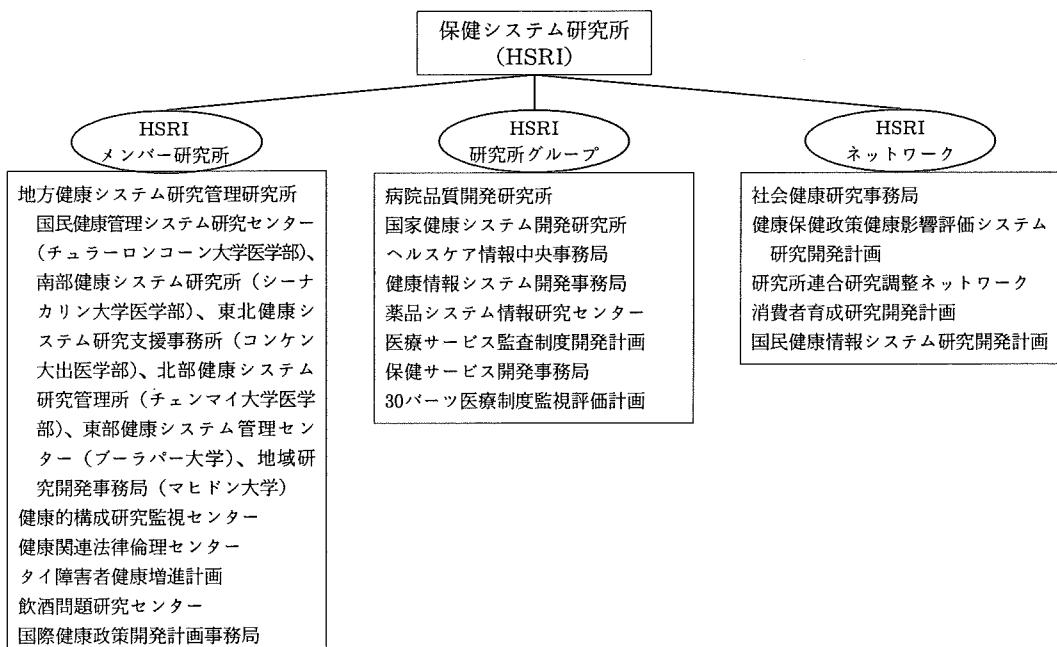
隨して、括弧書きで知識形成に国民を参加させる旨記述され、ネットワークの枠を研究者からさらに拡大する意図は表れていた。しかし第3期では、「保健システム研究プロセスを通じた知識の追究と活用」が背景に退き、ネットワークの広範化ないし知識形成ベースの拡大といった知識形成のプロセスそれ自体が重視されるようになるのである。

と同時に、社会的・政治的・経済的「コンテクスト」の変化にも着目し、こうした新しい「コンテクスト」のもとでの「知識」形成が意識されるようになる。こうした「コンテクスト」に関する認識変化は、ソムキアット・タンキットワーニット博士を委員長とする評価委員会の評価によるところが大きい。まとめると、この時期において①知



(出所) 筆者作成。色の濃い部分はそこに力点があることを示す。

図-1 「保健システム研究所」の理念変容



(出所) 「保健システム研究所」のウェブサイト <http://www.hsri.or.th> 掲載の資料をもとに筆者作成。

図-2 「保健システム研究所」の調査研究ネットワーク

識形成ベースの拡大と②新たな「コンテクスト」の双方を意識化することによって、より安定的持続的なシステム構築を目指すことが確認されたといえそうである。

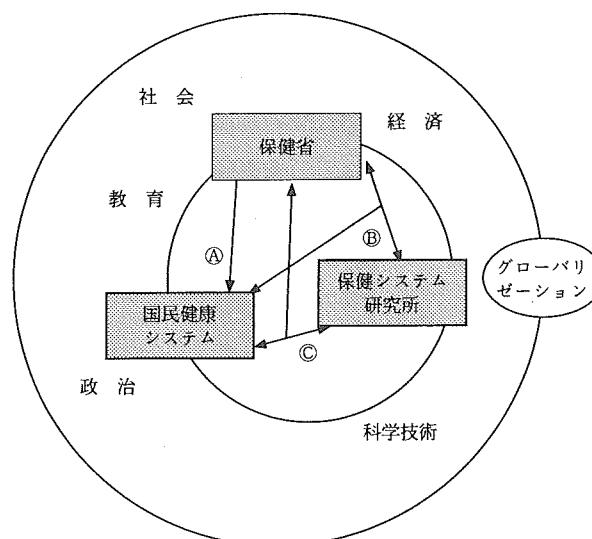
以上、3つの時期を通じた同研究所の理念変容を簡素化して示すと図-1のようになるであろう。また同研究所の調査研究ネットワークを示したのが図-2である。

次に図-3は、枢密院顧問官で保健システム研究所評議会委員のカセーム・ワッタナチャイ医師による保健政策形成のあり方に関する概念図である。Ⓐは、政府が保健資源を一元的に支配しつつ、国民保健システムに関する計画策定・政策決定、管理を行っていくというプロセスである。Ⓑは、保健システム研究所が国民保健システムに関する体系的研究・知識形成を行う中核機関の役割を果たし、この成果を保健省各部局の政策形成にフィードバックしていく。こうして出来上がった全体としての保健省の政策が国民保健システムに適用されるプロセスである。一方Ⓒは、国民自身が政府の保健資源配分を促進させ、自身で健康を管理が

できるよう、保健システム研究所が知的支援を行うものである [Chatwaran 2004: 32-33]。冒頭で述べた「地域健康委員会」の発想は、このⒸの方式を下敷きにしているといえよう。そこで3つの時期を通じた同研究所の理念変容をまとめると次のようになるだろう。すなわち、92年の同研究所設立以前はⒶの回路しか存在しなかった。その後第1期、第2期はⒷの方式が志向されたが、第3期にいたって同研究所内でⒸの方向性が現れ始めたのである¹⁹⁾。

3. 「国家健康法案」－健康増進「運動」の形成

さらに、「保健システム研究所」が「国家健康システム改革事務局」と協力しながら、Ⓒの方向性を法律として定式化しようとしたのが、「国家健康法案 (rang phraratchabanyat sukkhaphap haeng chat)」である。これは、保健医療分野における憲法とでもいべき性格のものであり、教育分野における「1999年国家教育法」に対比される。現在も後述の法案策定委員会と法制委員会



(出所) [Chatwaran 2004: 32]。枢密院顧問官カセーム・ワッタナチャイ医師
(保健システム研究所評議会議員)の考え方をもとにチャットワラン作成。

図-3 カセーム・ワッタナチャイによる保健医療政策形成モデル図

(khana kammakan kritsadika)との間で条文の文言についての調整が進行中である。法律としてはまだ成立していないが、「農村医師官僚」の思想を知る重要な手懸りになると思われる。

ここで重要なのは、チュアン政権下では、保健医療分野の憲法ともいべき同法の成立が優先され、続くタクシン政権での優先課題となることになる皆健康保険については将来的課題とされていたことである。つまり「総論」が優先され、「各論」が先送りされていたのである。まずチュアン政権にいたるまでの過程をみると、1996年に次官室健康保険事務局とEUの援助を受けながら皆健康保険導入に向け動いていた保健サービス・システム改革計画事務局²⁰⁾が、下院保健委員会と協力して国家健康保険法案の条文を作成していたが、当時の保健省上層部がこれに待ったをかけた。さらにチュアン政権下でも、2000年に「保健システム研究所」がタイ開発調査研究所のアムマーン・サヤームワーラー博士を座長とする研究会に委託して皆健康保険に関する提言を求めたが、現在のタイの経済レベルでは保険財政を維持するのが困難であり、導入には時間をかける必要があるとの結論を出した [Ammar and others 2001]。チュアン民主党や保健省サイドもそのように考えていた。したがって「保健システム研究所」は、さしあたりチュアン政権の地方分権化政策を手段化しながら健康システム改革を実践することを志向したのであるといえよう。

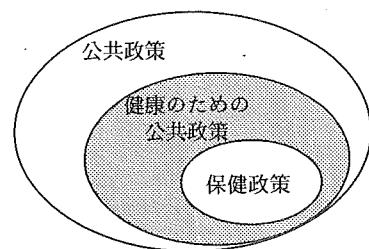
具体的には、「保健システム研究所」は1999年末に、その法案化も視野に入れた健康システム改革案を閣議に提出し、2000年1月には健康システム改革運動の中核を担う組織として健康システム改革事務局を設置していた。同じ時期に上院の保健委員会も1997年憲法の精神に則った健康システム改革に向け準備を行っており、3月には『国民健康システム・レポート—1997年憲法に則った健康システム改革に関する提案』と題する報告書を

作成した [Khana kammathikan satharanasuk utthisapha 2000]。その結果、政府は健康システム改革の法制化に合意し、7月に「国家健康システム改革に関する首相府規則」を発表、その中で首相を長とする「国家健康システム改革委員会 (Kho. Po. Ro. So.)」を設置し、その下部機関として「国家健康システム改革事務局 (So. Po. Ro. So.)」²¹⁾ を「保健システム研究所」内に置くことを明記した。これを受けて8月9日にチュアン首相が主催する第1回目の会議が開催され、4つの小委員会、すなわち「学術委員会（委員長：カセーム・ワッタナチャイ枢密院顧問官）」、「社会協力促進委員会（委員長：プラウェート・ワシー医師）」、「広報委員会（委員長：スパットラー・マーサディット首相府大臣）」、「法案策定委員会（委員長：パイロート・ニンサーノン医師）」の設置が決まったのである。

実はこの第1回目の会議の1週間後に、「保健システム研究所」は「コミュニティの知恵からタイ国民の健康へ」と銘打った第3回研究会議を開いている。その際にウィップット所長、ソムサック・チュンハラット前所長、スウィット・ウィブーンポンプラサート医師ら5人の連名で提出されたペーパー『国家健康システム改革に向けて』が、この改革の背景・理念を知る手掛かりとなる。その中で、「1999年国家教育法」が外国との比較研究という手続きをほとんど取らなかったのに対し、国家健康法案はアメリカ、イギリス、カナダ、台湾、フィリピンなどの保健システム改革を研究したうえでの产物であると指摘している²²⁾。そして、そこから得られる重要な教訓とは、①多くの国で国民皆保険を実現したが、家計の医療費支出と保険支払いが急激に増加し、これを経済成長指標の増加の枠内に収めるのが困難な状況にある、②健康維持努力よりも権利としての医療受診行為の方にインセンティヴ (phon top thaen) が働きやすい、したがって国民皆健康保険を医療サービスの保障

に矮小化してはならない、すなわち健康であることに対するインセンティヴを与える方策を同時に採用せねばならないということである [Wiphat and others 2000: 101]。

他方、国家健康システム改革事務局長のアムポン・チンダーワッタナ医師は、ウィップトらのレポートで指摘された同じポイントを「健康のための公共政策 (nayobai satharana phuea sukkhaphap)」という概念を用いて説明する。まず、「公共政策 (nayobai satharana)」の核心は字面の上にあるのではなく、それを実行する上で「運動 (krabuankhan)」にあるのであり、あらゆるステーク・ホルダーがその形成・実施・監視・改革に関与せねばならないという。そのうえで「健康のための公共政策」とは、健康ないし健康な状態に重点を置く公共政策であり、保健医療サービスの拡大、国民皆保険、プライマリ・ヘルス・ケア、エイズ対策といった「保健政策 (nayobai satharanasuk)」とは峻別せねばならないとする。すなわち、「健康のための公共政策」は「保健政策」よりも広義の概念であり、けがや疾病に対処する政策というよりも、それ自体を減少させ健康を増進させる、あるいはこれを推進する公共圏 (phuenthi satharana) を構築する政策である(図-4)。さらに保健システム研究所は、この考え方を一般に分かりやすく「構築が修理を導く



(出所) [Amphon 2003]

図-4 「公共政策」「健康のための公共政策」「保健政策」の関係

(sang nam som)」という形で翻訳、スローガンとした。すなわち同様に健康の「構築」が病院治療すなわち「修理」に先立つというわけである。

2001年1月に入って「保健システム研究所」は地方自治体や市民組織などと協力しながら、保健システム改革を、市民組織を巻き込んだ「運動」にまで高めていった²⁰。このプロセスを時系列に整理したのが表-2である。こうした運動を経て2002年に「国家健康法案」が策定されたわけだが、各章ごとの骨子は以下のとおりである。第1章－目的、第2章－健康に関する権利、義務、保障、第3章－国家健康委員会の構成、第4章－国家健康委員会事務局、第5章－健康会議の構成(地域健康会議、国家健康会議)、第6章－健康政策(健康増進、健康阻害要因の除去、公共保健サービスの質の保証、伝統医療、健康に関わる消費者保護、

表-2 健康システム改革に向けた動き

| | |
|---------|--|
| 2000年1月 | 保健システム研究所評議会、健康システム改革事務局の設置を承認。国家健康システム改革運動の調整を行う中核組織。 |
| 2 - 6月 | 上院保健委員会、健康システムおよび健康システム改革に関する知的枠組み15項目を再検討、再統合するための作業を開始。広範な健康改革運動の展開のための知識形成と国家健康法案を策定するのがその目的。 |
| 3月 | 上院保健委員会、新憲法に即した健康システム改革を趣旨とする報告書『国民健康システム・レポート：1997年憲法に則った健康システム改革に関する提案』作成。 |
| 7月 | 首相府、「2000年国家健康システム改革に関する規則」を発表、首相を委員長とする「国家健康システム改革委員会」を設置することなどを明記。 |
| 8月 | 「国家健康システムに向けた市民討議」と題するセミナー実施。1,500人が参加して健康システム改革の方向性を議論。これと平行して12の市民グループがフォーラムを組織し意見交換。 |

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」

| | |
|--|--|
| 8-11月 11-12月 | 保健システム研究所内で健康システム改革に向けた基礎調査が実施される。 国家健康システム改革に関する第1次概念的枠組みが発表される。 |
| 2001年1-8月 9月 10-12月 | 市民的価値が改革アジェンダに反映されるべきとの意識を広範囲に展開すべく、市民グループ、コミュニティ、公的機関などの各レベルで合計500以上のワークショップ、フォーラムを実施。 市民社会組織が「健康改革バザール」を実施、意見交換。参加者は15万人。国民健康会議の模擬会議を実施、健康システム改革理念を内容とする宣言が出され、参加した副首相に手渡される。 国家健康法案の主たる内容についてのドラフトが作成され、市民社会組織に配布される。 |
| 2002年2-4月 4-5月 6-7月 8月 9月 10月 11月 12月 | 550の郡で市民フォーラムが開催され、延べ4万人以上がこれに参加。 郡レベルの市民フォーラムによる検討および保健システム研究所のタスクフォースによる再検討を経て、国家健康法案の第1次案が作成される。 各県で県レベルの健康フォーラムが開催され、国家健康法案第1次案が検討される。 2002年国民健康会議が開かれ、国家健康法案第1次案を討議。4,000人が参加。 国家保健システム改革委員会、国家健康法案第1次案を承認。 国家健康法案が閣議に上程される。 国家健康法案への賛同を求める署名活動が行われ、470万人が署名、下院議長に手渡される。 閣議提案に際し、法案審査委員会が国家健康法案を検討。保健省官僚が関係機関との調整を理由に、1ヶ月の検討期間を要請。 |
| 2003年1月 1月 6月 8月 | 民間病院の医師グループが保健省に対し、国家健康法案阻止のためのロビー活動を行う。 同法案が民間病院の経営を圧迫するというのがその理由。 関係組織が法案を再検討、一部修正で合意に達し、最終案を作成。 閣議、法案の継続調査のため、国家健康システム改革委員会と国家保健システム改革委員会事務局の作業期間を2年間延長する旨決定。 国民健康会議が開かれ、ローカル・レベルのアジェンダがいかにナショナル・レベルの政策に接合されるべきかを協議。市民社会組織から2,000人以上が参加。 |
| 2004年9月 | 「安全な農業・無害な食品・安心な生活」をテーマとする国民健康会議がノンタブリー県ムアントーンターニーで開催される。 |
| 2005年7月 | 「安心と幸福」をテーマとする国民健康会議がノンタブリー県ムアントーンターニーで開催される |

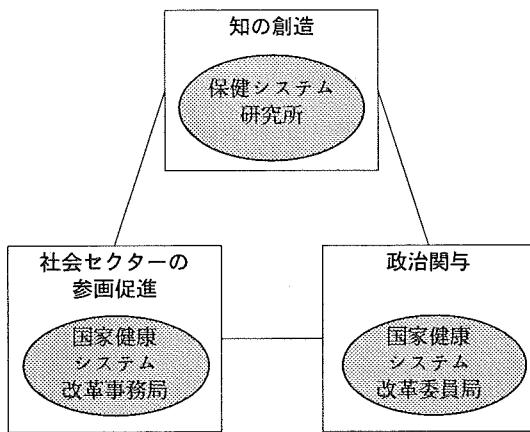
(出所) [Komatra 2004]、Nation紙、首相府広報、保健システム研究所資料などを参考に筆者作成。

健康に関する知の体系・情報、公共保健サービスに関わる者に関するガイドライン、公共保健サービス財政。

これら一連の流れのなかで考慮に入れる必要があるのは、改革遂行のための戦略的アクター論ともいいくべき、プラウェート・ワシー医師の「山を動かすためのトライアングル」論である²⁰。これは保健省の文書にも散見されるもので、例えば『保健省年次報告 1999-2000』でも引用されている [Krasuang satharanasuk 2001 : 436]。この

議論は、改革を遂行するためには①「知」を構築するアクター、②「社会運動」を触媒するアクター、③運動を「政治」に接合するアクターという三者が必要であるというものである [Prawet 2003 : 26]。これを保健システム改革に適用すると、図-5のようになるであろう。

しかし2003年1月21日の法案審査委員会（第3委員会）は、2002年8月の「国民健康会議 (samatcha sukhaphap haeng chat)」の手続きを経て成立した国家健康法案を一旦承認し、翌年1



(出所) ブラウェート・ワシー医師の「山を動かすためのトライアングル」をもとに筆者作成。

図-5 健康システム改革推進のためのトライアングル

月22日の閣議審議にかけようとしたものの、1月21日のタクシン首相の指示により、閣議審議事項からこれが外されてしまった。医療訴訟の多発につながりかねない第22条（政府、自治体組織の行為に起因する健康被害に対して市民が訴訟を起こす権利を明記）、国立の医療機関の利潤追求を規制する第71条に対して、病院による法案反対ロビー活動や保健省内の反対派から抵抗があった点、法案の一部条項が「2002年国家健康保険法」、すなわち政府の重点政策である30バーツ医療制度の内容と重複しているという点（第6章の公共保健サービス財政に関する条項）についてタクシン首相が憂慮したことがその背景にあるといわれている。タクシン首相自身、法案の「社会主義的」性格を懸念していた。すなわち、チュアン政権下で公認されていた先述の意味での「総論」が、続くタクシン政権下で否定されてしまったのである。

2003年8月の健康会議以降、初期の活動において主導的な役割を果たした県自治体など地方自治体の健康会議への関与が徐々に減少していった。これはタクシン政権が明らかに法案に対する反対の姿勢を示したことによるが、これを契機に「健康システム改革委員会」の政策に変化が生じ、健

康会議の運動プロセスが転換した。すなわち、コミュニティ・レベルでの「学習・研究」に重心が移動したのである。こうした変化の具体的中身は、2004年に開催された保健システム研究所の研究会議「保健システム研究所の12年」の成果報告から見て取ることができる [So. Wo. Ro. So. 2004]。すなわち「参加型研究」を強調し、さらに重要なことは研究結果そのものよりも研究プロセスにより大きな意義を見出す。また、研究行為は市民やコミュニティのニーズから出発し、さらにこれらを研究に参加させるべきであり、同時に研究活動はコミュニティのエンパワメント (kan phoem phalang) の手段として位置付けられるべきであるとする。報告書の引用文献としては、「研究支援基金事務局 (So. Ko. Wo.)」とセーリー・ポンピット博士のものがほとんどであり、キーワードとしては「足るを知る経済」、「コミュニティの知恵」、「共同体文化」などが多用されている。

このように、タクシン政権への政権交代が起こるなかで、「国家健康法」成立を目指した国家健康システム改革事務局長のアムポン・チンドーウッタナ医師ら一部の「農村医師官僚」の活動の場は限定されることになった。しかし、チュアン政権下で「各論」として先送りされた皆健康保険がタクシン政権下で優先事項となるなかで、サグアン・ニッタヤーラムポン医師ら健康保険政策に関わってきた「農村医師官僚」の出番が早まる結果となつたといえよう。

おわりに

チュアン政権下で進展した「保健システム研究所」、「国家健康システム改革事務局」、「国家健康システム改革委員会」の三者による「国家健康法」を通じた健康システム改革の動きは、タクシン政権下の「国家健康保険法」(30バーツ医療制度)の影響を受け、停滞を余儀なくされている。それはともかく、1992年の「保健システム研究所」設

立から「国家健康法」成立のための「運動」にいたる過程においては、思想的な首尾一貫性が認められる。

ティーラユット・ブンミーは、国家健康法案の背景に社会民主主義的痕跡を認め、「制度モデル (naeo khit choeng sathaban)」ないし普遍主義的福祉国家論との係わり合いのなかで論じている [Thirayut 発行年不明: 9-18] [Thipphawan 2004: 48]。しかし、よく観察すると、「農村医師官僚」自身が福祉国家の限界、もっといえば国民皆保険の限界をあらかじめ感じ取り、市民社会と「健康のための公共政策」の融合=「福祉社会」を志向していることがわかる²⁹。彼らが国家の力を相対化させている点は、「健康分野地方分権支援開発事務局」による一連の分権化政策の内容からも察知できる。そして、これらの一連の保健医療改革運動の思想的背景に、彼らが「プライマリ・ヘルス・ケア」政策の最前線で活躍していた時期の経験の存在があることを忘れてはならないだろう。

タクシン政権下における、サグアン・ニッタヤーラムポン医師を中心とする「農村医師官僚」の動向については別稿で論じることにしたい。

〔注〕

1) タイはWHOの保健医療政策に忠実な国として知られ、WHOからすればいわば優等生的存在である。両者は様々なレベルで関係が深く、例えば、1973年から88年までWHOの第3代事務局長を務めたマーラー博士は、プレーム政権下の保健大臣で、92年の「残虐の5月事件」で民主化勢力側の象徴的存在の一人ともなったセーム・プリンプアンゲー医師を尊敬していた。マーラー博士は、タイはWHOが1978年にアルマアタ宣言を発表する以前にすでにプライマリ・ヘルス・ケアを実践していた国であるとして賞賛している [Sa-nguan and others 2005: 152]。保健省内で最も敏感にWHOの政策に反応してきたのが、本稿で述べる「農村医師官僚」であった。

- 2) これは、いわゆる30バーツ医療制度の導入に合わせて2002年11月に制定された「国家健康保険法」とは別物である。
- 3) 保健省内では伝統的に、医療の高度化推進路線を掲げる「保守派 (mo naeokhit kao) 官僚」と、地域保健医療の拡充を重視するとともに、コミュニティの組織化やNGOとのパートナーシップに心情的に傾斜する「農村医師官僚」が思想的な対立を繰り広げ、しばしば人事抗争に発展するという経緯があった。最近では、2005年10月実施の局長級人事異動をめぐって、スチャイ保健大臣の力を背景とする「農村医師官僚」と、ウイチャイ次官の力を背景とする「保守派官僚」が鋭く対立した。
- 4) 70年代末にWHOが主導したプライマリ・ヘルス・ケア以前に、保健行政におけるコミュニティの参加を意図してUSAIDの援助を得ながら実施されたパイロット事業ニーサーラビー計画（チェンマイ県、1966年、後述）、それに続くバーンパイ計画（コンケン県）、ノーンタイ計画（ナコーンラーチャシマー県）、チャナ計画（ソンクラー県）、ラムパーン計画（ラムパーン県）が存在した。こうした一連の「上からのコミュニティ形成」の動向を跡付けておく必要がある。
- 5) 「テーサバーンおよびスカーピバーンにおけるチュムジョン設置に関する内務省内達」(1988年3月18日付けMo.Tho.0143/Wo.398)。
- 6) 例えば30バーツ医療制度の生みの親で、後に「国家健康保険事務局 (So. Po. So. Cho.)」の事務局長となるサグアン・ニッタヤーラムポン医師は、母校マヒドン大学の学生運動の軌跡をまとめた本の中で、「農村医師 (phaet chonnabot) が当時果たした役割を通じて、保健分野におけるイノベーション (nawattakam) と農村コミュニティの改善 (khunupakan) が達成された」と記述している [Sa-nguan and others 2005: 5]。
- 7) 後述する「2000年国家健康システム改革に関する首相府規則」の第3項の定義によれば、「健康システム改革」とは、「国民が身体的、精神的、社会的、心的に健康な生活を享受し、効果的、公平かつ標準的な健康保健サービスを必要に応じて受けることを可能とする制度の形成を通じて、国家健康システムのあり方に変革を促すプロセス」である。
- 8) 地方分権改革の一環として試験的に導入されたもので、例えば、次官室関連では、県・郡・地区（タムボン）の3レベルにおける保健サービス機関の経営がこのKo. So. Pho. に委譲される方針となった。

メンバーは保健省代表者、地方自治体代表者、市民組織代表者からなる。Ko. So. Pho. の制度枠組みや、各局管掌の予算項目のKo. So. Pho.への委譲スケジュールは、後述する「健康分野地方分権支援開発事務局」が策定したが、これらは「第9次国家保健開発計画(2005-2008)」にも明記されており、省として正式に認めたものであった。なお、この制度はチュアン政権下に出されたものであるが、続くタクシン政権は、保健サービス機関(特に国立病院)の独立法人化を目指すものの、地方自治体・市民組織の代表者からなるKo. So. Pho. による病院経営に対し否定的見解をとっている [Matichon, Jan. 21, 2001]。

9) 「農村医師官僚」は、この第3段階に向けた対策を社会開発・人間の安全保障省などとともに策定中であるが、本稿ではこの段階は扱わない。

10) 郡病院については、現在「コミュニティ病院(rongphayaban chumchon)」と呼ばれているが、1982年以前はこの名前はまだなかった。

11) 保健省内の「農村医師官僚」のなかでマヒドン大学出身者は一つの中核をなす。同出身者の第1世代がウィチャイ・チョークウィワット医師である。注3で挙げた2005年10月の人事異動で、「農村医師官僚」の代表としてスチャイ大臣と連携したのがこのウィチャイ医師である。

彼はサリット元帥が強権政治を敷いていた1960年代にマヒドンで大学生活を送り、タマサート大学のチャラン・ディッター・アピチャイ(現国家人権委員会委員)らと大学の垣根を越えて政治活動を行っていた。第2世代が73年学生革命に際して公然と政治対決姿勢を鮮明にした学生グループである。その主要メンバーは、国家健康保険事務局長となるサグアン・ニッタヤーラムポン医師、上院議員となるニラン・ピタックワチラ医師らであった。なお、92年の「虐殺の5月事件」で民主化勢力のリーダーとなったウェーン・トーチラカーン医師もマヒドン大学出身でこの運動に属していた。さらに、第3世代がタクシン首相秘書となるプロミニ・ルートシリデート、第1次タクシン政権で副保健大臣となるスラボン・スープワンリーらであり、第1次タクシン政権で30バーツ医療保障制度が成立する過程で、このマヒドン・グループの存在がより鮮明になったといえよう。[Naechan Sutsapda, Sep. 30, 2005, Thai Post, Oct. 16, 2005]。

12) その後、この計画は「健康カード計画(khrongkan bat sukkhaphap)」(正確には第1次

健康カード計画)と呼ばれるようになる。

13) 1983年2月8日付け保健省内達 So. Tho. 0217/So. Cho./Wo.12

14) 「農村医師財団」設立の経緯については、<http://www.moph.go.th/ngo/rdf/>を参照。

15) 保健省内に事務局があるものの、あくまでも「財団」であり、主たる財源は寄付金等である。

16) 保健省内で「財団」の設立が議論されていた1987年、国際伝染病学ネットワーク計画を展開していたロックフェラー財団は、保健省の官僚機構内に「国家伝染病学委員会」を設置したいという意図を持っていた。その結果、プラウェート・ワシー医師を委員長とする「国家伝染病学委員会」が設置された。他方、発足したばかりの「国家保健財団」はどこからも資金配分を受けておらず、当時事務局長であったサグアン・ニッタヤーラムポンは、ソムサック・チュンハラット医師とともにロックフェラー財団と資金獲得交渉を行ったのであった。もともとパイロート次官をはじめ、保健省幹部は、将来的に伝染病学が官僚機構内では永続性がなく、独立機関のもとにこれを置いた方がよいと考えていた。「国家保健財団」の設置は、伝染病学分野の受け皿となることをも予め見込んでいたのであった。結果的に1993年3月、政治家の圧力によって保健省傘下の「国家伝染病委員会(khanakammakan rabatwithaya heng chat)」が廃止され、人材、プロジェクト、予算が「国家保健財団」に移管された。その後財団理事長となつたプラウェート医師は、国家伝染病委員会の資源の一部を自身が所長を兼ねる「タイ保健研究所(So. Wo. So. Tho.)」に移管し、同時に、同じく「財団」内に設立された「タイ健康支援研究所(sathaban songsoem sukkhaphap thai)」と「消費者健康保護研究所(sathaban witchakan phuakan khumkrong phuboriphok dan sukkhaphap)」を、それぞれハタイ・チッターノン医師とモーラコット・コーンカセーム医師に任せたのであった。

17) いずれもタイではサータバンと呼ばれ、英訳するならばinstituteとなる研究組織である。

18) たとえば後に述べるように、30バーツ医療制度の導入に際しては、同研究所の調査研究が重要な役割を果たした[Bangkok Post, Mar. 4, 2005]。さらには、後に保険財政の専門家として30バーツ医療制度を支えることになるウィロー・タンチャルーン・サティアン医師が同研究所の国際保健政策プログラム次長の地位にあった。ウィロー・医師は、サグア

- ン・ニッタヤーラムポン医師らと同じくロンドン大学公衆衛生熱帯医学院で学んだ経験を持つとともに、ロンドン大学経済政治学院で保険数学などを学んだ。
- 19)しかし、トップダウン的政策運営を目指すタクシン政権では、90年代まで機能していた⑧の回路が軽視され、事実上再び⑨の回路に戻りつつあるといえよう。
- 20)次官室健康保険事務局も次官室保険サービス・システム改革事務局も、当時はサグアン・ニッタヤーラムポン医師が事務局長を務めていた。
- 21)すでに触れたが、事務局長には「農村医師財団」出身のアムポン・チンダーウッタナ医師が就任した。
- 22)「保健システム研究所」は、保健官僚や研究者に依頼して12ヶ国の保健システム改革についての研究报告を作成している。たとえばサグアン・ニッタヤーラムポン医師はニュージーランドの保健システム改革についての報告書を作成している [Sa-nguan 2000]。
- 23)同じく2001年1月に実施された総選挙でタイ愛国党が勝利し、タクシン政権が成立した。
- 24)この「山を動かすトライアングル」論を用いた事例分析としては、禁煙運動のネットワーク化について研究した [Parichat 2002] がある。
- 25)福祉国家と市民社会の関係については、[上村 2003] および [末廣 2003] が詳しい。

引用文献

- Ammar Siamwala and others 2001. *Kho sanoe rabop lak prakan sukkhaphap thuan na* (皆健康保険制度に関する提言), Bangkok: So. Wo. Ro. So.
- Amphon Chindawatthana 2003. "Kan sang nayobai satharanasuk phuea sukkhaphap (健康のための公政策)" *Warasan kan songsoerm sukkhaphap lae anamai singwetlom* (『健康と環境衛生支援雑誌』10 - 12月号, <http://advisor.anamai.moph.go.th/264/26401.html> 所収), Bangkok: Krasuang satharanasuk.
- Chatwaran Ongkhasin 2004. *Phanthakit So. Wo. Ro. So. nai kan top sanong pao prasong nai anakhot pho. so. 2548-2552* (2005~2009年の目標に向けた保健システム研究所のミッション), Bangkok: So. Wo. Ro. So..
- Khana kammathikan satharanasuk utthisapha 2000: *Rai-ngan rabop sukkhaphap prachachat: Kho sanoe kan patirup rabop sukkhaphap suep nueang chak ratthathammanun haeng ratcha-anachak thai pho. so. 2540* (国民健康システム・レポート：1997年憲法に則った健康システム改革に関する提案), Bangkok: Utthisapha.
- Komatra Chuengsatiansom 2004. *Deliberative Action: Civil Society and Health Systems Reform in Thailand*, Bangkok: Health System Research Institute and Society and Health Institute
- Krasuang satharanasuk 1982. *Anuson satharanasuk khrop rop 40 pi* (保健省40年史), Bangkok: Krasuang satharanasuk.
- Krasuang satharanasuk 2001. *Kan satharanasuk thai 2542-2543* (タイの保健 1999-2000年: 保健省年次報告), Bangkok: Krasuang satharanasuk.
- National Statistical Office 1996. *1996 survey of health and welfare in Thailand*, Bangkok: Office of the Prime Minister.
- Parichat Siwaraksa 2002. *The Birth of the Thai Health Foundation*, Bangkok: Thai Health Promotion Fund.
- Prawet Wasi 2003. *Kan patirup ngiap: kan patirup rabop sukkhaphap* (静かなる改革:健康システム改革), Bangkok: So. Po. Ro. So..
- Sa-nguan Nittayaramphong and others 2005. *Pum prawattisat mahidon phuea prachathipatai* (マヒドン民主化闘争史), Bangkok: Borisat Ngandi chamkat.
- Sa-nguan Nittayaramphong 2000. *Kan patirup rabop sukkhaphap nai prathet niusilaen* (ニュージーランドにおける健康システム改革), Bangkok: So.Wo.Ro.So..

- So. Wo. Ro. So. 2004. *Rai-ngan sarup phon kan prachum wichakan 12 pi sathaban wichi rabop satharanasuk* (「保健システム研究所の12年」研究会議報告), Bangkok: So. Wo. Ro. So..
- Thienchai Kiranan 1988. *Sethasat saphayakon manut: kan phatthana sukhhaphap anamai nai prathet thai* (人的資源の経済学: タイにおける保健発展), Bangkok: Sun nangsue haeng chulalongkon mahawitthayalai.
- Thipphawan Losuwannarat, Santichai Intharaon, Chariya Bunyaphraphat, Suk-yun Thepthong 2004. *Kan pramoen phanthakit samnak-ngan patirup rabop sukhhaphap haeng chat* (国家健康システム改革事務局のミッション評価), Bangkok: So. Wo. Ro. So..
- Thirayut Bunmi 発行年不詳. *Bot wikhro wichan pho.ro.bo. sukhhaphap haeng chat* (国家健康法に関する考察), Bangkok: So. Wo. Ro. So..
- Wiphat Phuncharoen, Somsak Chunharat, Suwit Wibunphonprasoet, Komatra Chuengsatiansup, Chirut Sriratanaban 2000. *Su kan patirup sukhhaphap haeng chat* (国家健康システム改革に向けて), Bangkok: So. Wo. Ro. So..
- 上村泰裕 2003. 「東アジア福祉論の構図」上村泰裕・末廣昭編『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所、11-13頁。
- 末廣昭 2003. 「タイの労働政策と社会保障制度－国民への拡充と制度化の試み」上村泰裕・末廣昭編『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所、165-182頁。
- 田辺繁治 2006. 「ケアの社会空間－北タイにおけるHIV感染者コミュニティ」西井・田辺編『社会空間の人類学』世界思想社、372-394頁。
- 広井良典 2003. 「アジアの社会保障の概観－『アジア型福祉国家はあるか』－」広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会、3-46頁。