

タイ王国の医療保障制度

北島 勉*

目的 タイでは急速な経済成長、人口構造の高齢化、疾病構造の感染症中心から慢性疾患中心への転換等により、医療需要が増加している。そのため、医療保障制度を拡充し整備することが重要な課題としてあげられるようになった。そこで、タイの医療保障制度と保健医療システムの発展に対する協力活動や、タイと同様に医療保障制度の拡充が課題となっている開発途上国への協力活動に資するため、タイの主な医療保障制度の概要について報告した。

方法 筆者が1994年4月から1996年4月の2年間に国際協力事業団のタイ王国公衆衛生プロジェクトに派遣専門家として赴任中に資料を収集した。また、1996年7月、9月、1997年2月に、タイにおいて医療保障制度関係者や研究者からのヒヤリングを実施した。

結果 タイの主要な医療保障制度としては、低所得者や高齢者、6歳以下の子供、小学生等を対象とした医療扶助制度、公務員や国営企業の従業員およびそれらの扶養家族等を対象とした医療保障制度、10人以上の従業員を雇用する事業所を対象とした強制保険である社会保障制度、任意保険であるヘルスカードがあり、1995年時点で、国民の67.8%が何らかの医療保障制度の対象となっていると推計されている。

結論 医療保障制度巻に保健医療施設へのアクセスに関する差や政府からの一人当たりの支出金の額に差があり、今後これらの格差を是正することが課題であろう。国民皆保険制度を達成するには、医療保障制度の対象となっていない層を明らかにすることが必要であると思われる。また、医療サービスの供給における役割が拡大してきた民間病院や民間診療所を医療保障制度の中に位置づけることと、都市部への医療従事者の偏在を緩和することが重要になるであろうと思われる。

Key words : タイ, 医療保障制度, 保健医療システム

I はじめに

タイ王国は、1961年に第1次経済開発計画がスタートしてから30年間、年7~8%という高度な経済成長を遂げ、経済規模を8倍にまで拡大してきた¹⁾。1994年の国民一人当たりのGNPは60,258バーツ(1バーツ=約4.5円)と推計されている²⁾。保健医療分野においては、第4次国家保健開発計画(1977年~1981年)以来、プライマリヘルスケアを国民の健康水準を向上させるための主要な戦略と位置づけ、住民参加による地域開発を推進してきた。また、保健省が中心となり、人材育成と病院およびヘルスセンターの体系的な配置も行ってきた^{3~4)}。

この間、人口増加率は3.2%(1970年)から

1.2%(1995年)へと低下し、乳児死亡率も出生千に対して125(1960年)から同30.5(1995年)まで低下した⁵⁾。死因順位に関しては、1980年から順位に多少の変動はあるものの、心疾患、事故と中毒、悪性新生物が3大死因を占め、1987年以降、5大死因に感染症が掲載されなくなった。プライマリヘルスケアは依然として重要であるものの、疾病構造が感染症中心から慢性疾患中心へと転換しつつあることから、今後、医療需要が更に大きくなることが予想される。そのため、医療保障制度の整備と拡充が重要な政策課題となり、第8次国家保健開発計画(1996年~2001年)では、国民すべてが何らかの医療保障制度により医療サービスが受けられるようになることが、目標の一つとして掲げられた²⁾。

今日まで日本は、官民さまざまなレベルでタイの保健医療分野に対する協力を行ってきた。今後もさまざまな協力活動が行われることと思われるが、その際に同国の医療保障制度に関する情報は

* 杏林大学保健学部保健管理学教室
連絡先: 〒192-8508 東京都八王子市宮下町476
杏林大学保健学部保健管理学教室 北島 勉

重要であると思われる。また、タイと同様に医療保障制度の拡充を目標としている開発途上国への協力を行う際に、タイの現状は参考になるのではないかと考えた。そこで、本稿は同国の主な医療保障制度の概要について報告することを目的とする。

II 資料と方法

医療保障制度に関する主な資料は、筆者が国際協力事業団のタイ王国公衆衛生プロジェクトに派遣専門家として滞在した1994年4月から1996年4月までの2年間に収集した。その中には、医療保障制度に関する国際シンポジウム等のために用意された論文や資料の他、保健省や大学が実施した医療保障制度に関する研究プロジェクトに関する資料も含まれている。また、データの補完や更新のため、1996年7月、9月、1997年2月にタイを訪問し、保健省、大学省、労働福祉省の行政官や

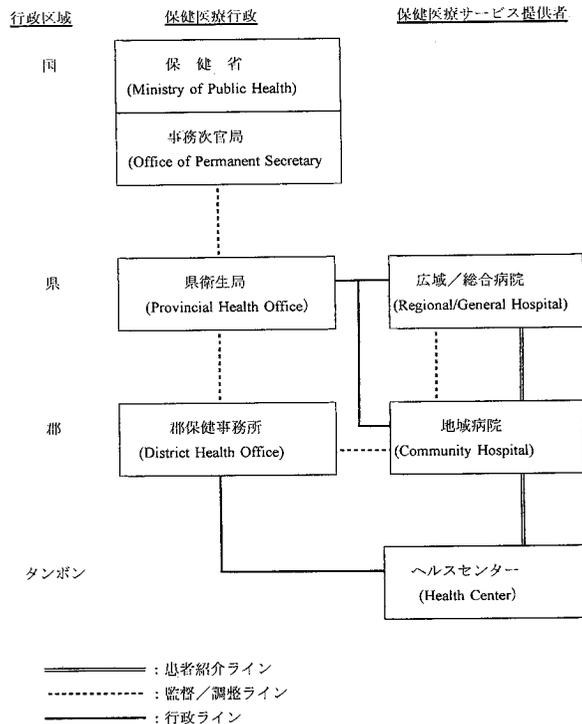
研究者、民間病院の経営者らから医療保障制度に関するヒヤリングを実施した。

III 結 果

1. 保健医療システム

タイ王国の人口は1994年現在5,909.5万人だった⁶⁾。中央行政においては、総理府の他に14の省があるが、保健医療行政については保健省 (Ministry of Public Health) がその中心的役割を担っている。タイ王国の地方行政に関しては、1996年現在、バンコク都、パタヤ特別市、そして75の県に分かれて行われている。首都バンコクの人口は約600万人である。各県には、県 (Province) — 郡 (District) — 行政区 (Subdistrict, タンボン, 以下、タンボン) — 村 (Village) の4つの行政レベルがある。75県の人口は14万人~246万人と大きさに幅がある。郡の人口の幅は1万人前後~約20万人で、タンボンは原則として人口3,200人

図1 各県における保健医療システム



注：県衛生局は行政組織上、県庁の管轄下にあり、郡保健事務所は郡事務所の管轄下にある。

出典：Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 1994.から抜粋し筆者が加筆修正した。

以上となっている⁷⁾。

これら75県においては、保健省の事務次官局 (Office of Permanent Secretary) が中心となり保健医療システムの構築を行ってきた。各県の一般的な保健医療システムを図1に示した。各県の保健医療行政を担当し、県内にある保健省立の保健医療施設を総括しているのが県衛生局 (Provincial Health Office) である。また、各郡には郡保健事務所 (District Health Office) があり、郡内のヘルスセンターの監督や地域病院との連絡調整等を行っている。保健医療サービスについては、各タンポンにヘルスセンター (Health Center) が1カ所あり、公衆衛生専門学校を卒業したヘルスワーカー2~3人が基礎的な外来治療と保健サービスを提供している。ヘルスセンターでは対応しきれない患者については、最寄りの地域病院 (Community Hospital) に紹介することになっている。地域病院には医師、看護婦等が常駐しており、所在している郡を診療圏として外来、入院、救急外来、保健サービスを提供している。郡の規模はさまざまであり、地域病院も10床~120床と大きさに差がある。地域病院で対応できない患者については、広域/総合病院 (Regional/General Hospital) に紹介することになっている。通常、各県の県庁所在地に広域/総合病院があり、県下の地域病院の紹介病院としてだけでなく、この病院が所在している郡の地域病院としての役割も果たしている。この病院の規模も140~1,005床とさまざまであるが、その中でも病床数が500以上、一定以上の専門医療を提供でき、医学部生等に対する研修を実施できる病院のことを広域病院 (Regional Hospital) といい、周辺県の総合病院の紹介病院という役割も担っている⁸⁾。また、県によっては保健省内の事務次官局以外の局 (Technical Departments) が管轄している母子、結核、らい、精神等の専門医療施設があり、それらの医療施設は保健医療サービスの提供、広域/総合病院や郡病院に対する技術的な支援を行っている。

保健省以外にも、大学省、内務省、国防省等が保健医療施設を持っているが、それらの占める割合は小さい。また、1970年代後半より、民間病院や民間診療所が激増し、その数が集中しているバンコクでは、医療サービスの供給において大きな

表1 医療施設と病床の数 (1993年)

	公的部門		民間部門		合計	
	数	%	数	%	数	%
病院	790	66.8	393	33.2	1,183	100.0
病床数	67,949	75.0	22,686	25.0	90,635	100.0
診療所	—	—	10,357	100.0	10,357	100.0
ヘルスセンター	9,222	100.0	—	—	9,222	100.0

出典: Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 1994.

役割を担っている。表1に管轄別の医療施設数と病床数を示した。

1991年の総外来受診数に占める施設種類別受診数の割合は、保健省を中心とした政府系の病院 (以下、公的病院) 25.0%、保健省のヘルスセンター20.0%、民間病院9.3%、民間診療所45.7%だった。また、1992年の総入院日数における公的病院での入院日数の割合は74.5%だった⁹⁾。

保健省の保健医療施設はほぼ全国をカバーし、一定の保健医療サービスを国民に提供しているが、医療従事者の地域的な偏在は著しい。1993年における医師1人当たりの人口は、全国では4,260人だったが、バンコクでは900人、バンコク以外の地域では7,055人であった。看護婦1人当たりの人口に関してもそれぞれ、788人、321人、932人だった⁸⁾。

2. 医療保障制度

現在、タイ王国の医療保障制度は複数の保障・保険制度により構成されており、それらの概要を表2に示した。1人が複数の制度の給付を受けているため、各制度の加入割合の合計は全国民の医療保障制度への加入率を表してはいない。なお、タイ王国には、これらの他に、医療保障に関連する制度として、従業員10人以上の事業所を対象とした強制保険である労災補償基金 (Workman Compensation Fund)¹⁰⁾や自動車の所有者を対象とした強制保険である道路交通事故責任制度 (Road Traffic Accident Liability Scheme) があるが、それぞれ特定の原因による傷害・疾病や死亡を対象とした保険であるため、本稿では触れなかった。また、民間医療保険もあるが、生命保険の付加給付としての医療給付が主であるため、これについても触れなかった。

表2 タイ王国における主な医療保証制度の概要 (1995年)

制度名	医療扶助制度 (Free Medical Care)	公務員と国営企業職員の 医療保障制度 (Civil Servant Medical Benefit Scheme)	社会保障制度 (Social Security Scheme)	ヘルスカード (Health Card Scheme)
制度の性質	医療扶助	福利厚生	強制保険	任意保険
対象人口	低所得世帯高齢者 (60歳以上) 5歳以下 の子供, 小学生等	公務員と扶養家族, 国営企業職員と扶養 家族定年退職者	従業員10人以上の事 業所の従業員	希望世帯
被保険者数/受給者数 の人口に占める割合	49.8%	10.5%	8.5%	15.5%
管轄省	保健省	大蔵省	労働福祉省	保健省
財源	一般会計	一般会計	月給の1.5%を被保険 者, 雇用主, 政府の 3者がそれぞれ負担	1年間1枚につき世 帯と政府がそれぞれ 500バーツ負担
一人当たりの医療費 (単位: バーツ)	204*	2,226	800**	225
一人当たりの国庫負 担金(単位: バーツ)	204	2,226	267	112.5

出典: Ministry of Public Health. Health Insurance Office 1994. (ただし, データは1995年時点のものに修正した, 1バーツ=約4.5円)

Anuwat Supachutikul. Situation Analysis on Health Insurance and Future Development. Health Systems Research Institute. 1995.

Social Security Office. Annual Report 1995. Ministry of Labor and Welfare.

* 制度対象者1人当たりの予算であり, この制度によって実際に使われている医療費の平均値を示していない。

** 社会保障基金が各主契約病院に対して支払う被保険者1人あたりの金額。

1995年において, 人口の67.8%が何らかの医療保障制度に加入していると推計されている¹¹⁾。以下では, 主要制度の概要に関して述べる。

1) 医療扶助制度

医療扶助制度はさまざまな層を対象としているが, その中心となるのは低所得世帯に対する医療扶助制度である。この制度は, 低所得者層の医療サービスへのアクセスの改善を目的として1975年に発足して, 翌年から実施されるようになった。現在は, タンボンに設置されている委員会によって「低所得」と認定された世帯がこの制度の対象世帯となっている。現在の「低所得」の基準は, 1人世帯の場合は月収2,000バーツ未満, 2人以上の世帯については月収2,800バーツ未満となっている。この場合の月収とは現金と現物の両方を含めている。対象世帯として認定されると, 当該世帯には低所得世帯用医療カードが支給される。カードの有効期限は3年間であり, 更新するためには所得の再審査を受けなくてはならない。

低所得世帯の他に, 60歳以上の高齢者, 5歳以下の子供, 小学生, 身体障害者, 退役軍人, 聖職者等を対象とした医療扶助制度があり, 1995年時

点で, 国民の49.8%がこれらの制度の対象者となっていると推計されている。しかし, 保健省立の病院やヘルスセンターを含めた政府系の保健医療施設(以下, 公的医療施設)においては, 「低所得」とは認定されなかったが, それに近い世帯の世帯員や, その他の理由で医療費の負担が困難と考えられる者を各施設の判断で医療扶助制度の対象と見なし, 医療費の減額または免除をしているため, この制度の対象となっている割合はもう少し高い可能性もある。

医療扶助制度の受給者は, 指定された最寄りの公的医療施設を受診することが義務づけられている。例えば, 農村部においては, 受給者は自宅から最も近いヘルスセンターを受診することになっており, もしヘルスセンターでは十分対処できないことが判明すれば, 地域病院へ紹介され, 受診することになる。ヘルスセンターをバイパスして高次の病院を直接受診した場合は, 原則としてこれらの制度の給付対象外となり, 医療費を全額自己負担しなくてはならなくなる。

これらの制度の給付は現物給付のみである。給付内容としては, 薬剤, 血液, 血液製剤, 酸素,

義肢、医学的検査、診断・治療、歯科治療、入院費（大部屋、食事込み）等である。健康診断は給付対象になっていない。

低所得カード保持者の1995年時点での年間平均受診率は0.5～1回であり、タイの標準といわれている年間一人当たり2回よりも低い値だった¹¹⁾。

医療扶助制度に対して国家予算が毎年割り当てられており、保健省から各県の衛生局に毎年一括して配分され、県内の当該医療施設に配分されることになっている。1995年の一人当たりの予算は204バーツだった。一般的にこの予算だけでは受給者の医療費を十分カバーしきれていないと言われており、低所得世帯を対象とした制度に関しては、配分された予算は対象者の医療費の20%～50%にしか満たないと推計されている¹²⁾。また、各保健医療施設の判断で医療費の減額又は免除を受けた者の医療費は把握されていないため、この制度の対象者全体の平均医療費は不明である。

2) 公務員と国営企業職員の医療保障制度

この制度は国家公務員、政府の常勤職員、国営企業職員、それらの定年退職者とそれぞれの扶養家族（配偶者、両親、20歳未満の子供3人まで）への医療給付を行うため、1978年から開始された。1995年現在、人口の10.5%がこの制度の対象者となっている。

給付内容は、医療扶助制度の給付に健康診断と民間病院での入院に対する給付が加わったものにはほぼ等しい。公的医療施設であれば、どのレベルの医療施設を受診しても給付の対象となる。公的医療施設における外来受診と健康診断（年に1回のみ）については、受診後に医療費を一旦支払い、後日、大蔵省の一般会計検査局または、県庁の会計課に請求し、医療費の払い戻しを受けるという仕組みになっている。公的病院における入院については、病院側が同局または課に医療費を直接請求するため、自己負担なく入院治療をうけることができる。各施設における医療費の算出は、出来高払い方式によって行われている。民間医療施設における外来医療は給付対象になっていないが、民間病院での入院については、部屋代と食事代については1日600バーツまで、その他の入院費については、3,000バーツを上限として、費用の50%まで払い戻されることになっている。

この制度による医療費は国家予算から支出され

ている。また、この制度は、職業に付随した福利厚生として位置づけられているため、公務員や国営企業職員がこの制度に対して保険料を支払うということはない。

1981年から1990年の10年間に、この制度の医療費総額は年平均21%上昇した。また、同時期における公務員、常勤職員の福利厚生費に占めるこの制度の医療費の割合も8.4%から17.5%に上昇した。この医療費高騰の主な要因として、定年退職者の医療費の上昇があげられている¹³⁾。1995年の一人当たりの医療費は2,226バーツと推計されているが、これは制度別に見ると最も高額である。

3) 社会保障制度

1990年9月の社会保障法（Social Security Act）制定により、従業員数20人以上の事業所の従業員は社会保障制度に加入することが義務づけられ、この制度により医療を受けられることになった。その後、1993年に法律の適用範囲が従業員10人以上を雇用する事業所に拡大された。当該事業所の事業主は、従業員を社会保障事務局（Social Security Office）に登録する義務があり、これを怠った場合は、罰金等が科せられることになっている。ただし、公務員や政府機関の常勤職員、学校、大学、病院にて研修中の学生、勅令によって指定されたタイ赤十字の職員、国営企業の職員、臨時の労働者はこの制度の適用から除外されている。登録事業所数および従業員数は、制度開始後毎年増加しており、1995年12月現在、73,604の事業所とその支店に雇用されている518万人（人口の約8.5%）がこの制度に加入していた¹⁴⁾。

社会保障制度は、(1)傷病補償、(2)出産補償、(3)障害補償、(4)死亡補償、(5)子女扶養補償、(6)老齢年金、(7)失業補償の7つの給付を行うことになっている。1991年6月までに(1)～(4)の給付が開始された。(5)と(6)については、1996年からの開始が予定されていたが、1997年7月現在のところまだ開始されていない。また、(7)については開始時期がまだ決まっていない。

傷病補償の給付内容は、傷病に対する診察診断費、治療費、入院費、薬剤費、患者輸送費、所得補償としての疾病傷病手当金からなる。1996年1月から年間400バーツを上限とする基本的な歯科治療が給付に含まれることになった¹⁵⁾。なお、給付対象となる傷病は、業務外のものであり、業務

中の事故や業務に起因する傷病に対しては労災補償基金からの給付を受けることになる。また、精神疾患、薬物乱用、一疾患による入院が180日を超える場合、急性腎不全を除く血液透析、美容外科、実験的治療、不妊治療、人工授精、臓器移植および臓器移植のための組織検査、性転換手術、病気回復段階におけるケア、眼鏡とコンタクトレンズは給付対象外となっている。給付を受けるには、従業員は治療を受ける15カ月以前の間90日以上保険料を支払っているという条件を満たさなくてはならない。

出産補償は、傷病補償の対象となっている給付の他に、妊婦健診費、分娩費（4,000パーツまで）、出生児健診、所得補償としての出産手当金（出産したのが被保険者である場合のみ）からなる。この給付を受けるには、出産に関わる医療サービスを受ける15カ月以前の間、210日以上保険料を支払っているという条件を満たさなくてはならない。また、給付対象は出産2回までとなっている。

障害補償は、医療費（毎月2,000パーツまで、後払い）、終身所得補償（賃金の50%）からなる。給付対象となる条件は、傷病補償と同様である。また、死亡補償は、埋葬料と遺族手当からなる。給付対象者となるためには、死亡前6カ月に30日以上保険料を支払っていないとなくてはならない。

被保険者は、社会保障事務局と契約を結んだ病院（Main Contractor、以下、主契約病院）において医療サービスを受けることができる。ある病院が主契約病院になるためには、病床数100床以上、一定以上の専門医療を提供できる人材と設備が整っていること等の基準を満たす必要がある。1991年の時点で、主契約病院の数は137だったが、1996年には199にまで増加していた。同時期で、主契約病院に占める民間病院の割合は13.1%から36.7%へと上昇した¹⁶⁾。

被保険者は主契約病院のうちのいずれかに登録することで、医療サービスを受けることが可能になる。制度開始当初、被保険者は、事業主が指定した主契約病院に登録しなければならなかった。しかし、事業主が指定した病院は個々の被保険者にとっては、必ずしも利用しやすいわけではなかったため、1992年から被保険者自身が病院を選べるようになり、1995年現在では、被保険者の

36.7%が自ら病院を選択していた¹⁷⁾。しかし、主契約病院の数が限られていたため、被保険者の医療サービスへのアクセスを向上させることが課題となっていた。1992年から主契約病院が他の病院や診療所と契約を結び、医療サービスの提供に関わるネットワークを形成するようになり、被保険者は選択した病院が所属するネットワーク上の医療施設も受診できるようになった。1992年には保健省のネットワーク（医療施設数671）と民間病院のネットワーク（医療施設数69）のみだったが、ネットワークの数、それに加入する医療施設数も増え、1995年現在で主契約病院と契約を結んでいる医療施設の総数は1,940であった¹⁴⁾。特に、ネットワークに加入する民間医療施設数の増加は著しく、その数は620（1995年1月1日現在）と、1992年時の約9倍になった。それに伴い、民間の主契約病院を選択する被保険者や事業主も増加し、民間病院を選択する被保険者の割合は16%（1991年）から63%（1996年）へと上昇した¹⁶⁾。今後、民間の医療資源を有効に活用し、被保険者の医療サービスへのアクセスの向上を図るために、保健省立の広域/総合病院のより多くが、都市部にある民間診療所と診療ネットワークを形成することも提案されている¹⁷⁾。

被保険者が登録した病院およびそれが形成しているネットワーク医療施設を受診した場合、受診時の自己負担は無い。それ以外の医療施設における医療は給付対象外だが、事故等で緊急に他の病院を受診した場合、事故等の発生から72時間以内の医療費に関しては社会保障事務局の基準に基づいて払い戻しを受けることができる。

労働福祉省（Ministry of Labor and Welfare）の社会保障事務局がこの制度を管理している。社会保障法が成立した直後は、内務省に社会保障事務局が創設され、制度の管理運営をしていたが、1993年に、内務省内の他の局と共に内務省から分離し、労働福祉省を新設することになった¹⁸⁾。

この制度の財源は、保険料と国庫負担金である。毎月、被保険者とその雇用主が被保険者の給与の1.5%を保険料として社会保障基金に支払い、政府が同じく1.5%を社会保障基金に負担金として支払うことになっている。

制度開始以来、社会保障基金の総額は毎年増加しており、1995年では、前年比19.9%増の124億

4785万パーツだった。同年の給付総額は44億8275万パーツで、その支出割合は、傷病補償65%、出産補償23.9%、障害補償6.9%、死亡補償4.2%だった¹⁴⁾。

指定病院への支払い、人頭支払方式 (capitation) がとられており、登録した被保険者年間一人当たり800パーツが、社会保障基金より各指定病院に対して支払われる。また、血液透析や心臓手術等、治療費が高額になるような特定の疾病に関しては、社会保障事務局が定めた基準に従い、医療費が支払われる。さらに、社会保障事務局が定めた月例報告を、年間7カ月以上提出した指定病院には登録被保険者当たり年間30パーツが、また被保険者の利用率の高さに応じて登録被保険者当たり年間10~70パーツが、それぞれ支払われることになっている。

1995年の外来受診率は年間一人当たり1.23回、入院率は年間一人当たり0.024回だった¹⁴⁾。制度創設以来6年が経過し、被保険者が制度になじんできたこともあり、利用率は上昇傾向にあるが、医療費の高騰には至っていない。

(4) ヘルスカード

ヘルスカードは任意の医療保険制度であるが、最初は医療保険としてではなく、各村でプライマリヘルスケアの実行を目的とした、住民参加を促進する一手段として位置づけられていた⁴⁾。1983年に7県18村で試験的に開始された「ヘルスカードを通した母子保健開発プロジェクト (Maternal and Child Health Development Programme Through Health Card Scheme)」においてヘルスカードは最初に導入された。このプロジェクトの目的は、ヘルスセンター等の保健医療施設において提供されている母子保健サービスの利用率と予防接種の接種率を高めるためのモデルづくりであった。それらのサービスの利用を促進するために、1年間受診時の自己負担なしに、母子保健サービスと予防接種を受けることができるプリペイドカード、すなわちヘルスカードが考案された。村民の35%以上がヘルスカードを購入することが、ヘルスカードを利用できる前提条件であり、ヘルスカードの販売によって集まった資金はヘルスカード基金として村民により管理・運営 (保健医療施設への料金の支払いを含む) が行われた。より幅広い層からの拠出を得るため、ヘルスカードを購

入することによって受けられるサービスに、制限付きではあるが医療サービスがオプションとして付加された。ところが、プロジェクトが開始されると、ヘルスカード購入者の中での医療サービスの利用割合が高くなり、ヘルスカードの目的も変化していった。1984年以降、ヘルスカードは徐々に全国に拡大されていったが、その目的は住民に対する基本的な保健医療サービスの提供と、ヘルスセンター、地域病院、県病院間の患者紹介システムの強化となった。第6次国家保健開発5カ年計画 (1987年~1991年) では、ヘルスカードによる任意医療保険プロジェクトが開始されたが、村レベルでヘルスカード基金を管理するという住民参加の要素は維持されたため、医療保険として機能するまでにはいたらなかった¹⁰⁾。

1990年の社会保障法成立が刺激となり、保健省内では、ヘルスカードを医療保険として機能させるための制度づくりに関する動きが活発になった。それまで保健省事務次官局内の非公式な組織としてヘルスカードの業務を担当していたヘルスカードセンターが、1991年には医療保険室 (Office of Health Insurance) に格上げされた。また、1994年には政府から負担金が割り当てられるようになった¹⁰⁾。さらに、ヘルスカード基金が郡レベルで運営されるようになった¹¹⁾。

この制度は、保険料を支払える世帯すべてを対象としている。1997年4月現在、ヘルスカード1枚の料金は500パーツで、1世帯5人までこのカードにより医療給付を受けることができる。ヘルスカードの有効期限は1年間である。世帯員の一部が出稼ぎ等で長期間世帯から離れる場合は、その滞在先でヘルスカードによる医療の給付が受けられるためのカードの支給をうけることができる。また、タンボン長、村長、住民の中から地域の保健活動推進のために選出されたヘルスボランティア等に対してはヘルスカードが支給されている。彼らのカードの有効期限は発行から2年間である。

ヘルスカードによる給付は社会保障制度の傷病補償の給付とほぼ同じ内容である。受診時の一部負担金はない。ヘルスカードは以下については給付対象外としている：美容整形、歯科矯正、眼鏡とコンタクトレンズ、人工臓器、人工授精、不妊症に対する治療、性転換、血液透析、実験的治

療、臓器移植とそれに関連する医療サービス、自殺未遂や墮胎等患者本人の故意の行動に派生した病態に対する医療サービス。

ヘルスカードには、対象者の名前と利用できる保健医療施設2カ所が記載されている。通常、これらの施設はカード保持世帯の最寄りのヘルスセンターと地域病院であり、この2つの施設のうちどちらかで受診しなければならない。これらの施設では十分な治療ができないと判断された場合、患者は高次の病院に紹介され、医療サービスを受けることになる。紹介を受けずに、カードに記載されていない保健医療施設を受診した場合は、ヘルスカードによる給付として医療サービスを受けることはできない。一部例外はあるが、ヘルスカードは保健省立の保健医療施設のみにおいて利用可能である。

ヘルスカードは保健省立の保健医療施設と農業協同組合銀行において販売されている。後者において販売が行われているのは、農家が農業協同組合銀行から融資を受ける際に、ヘルスカードを購入することが義務づけられているからである。ヘルスカードは随時購入可能で、社会保障制度のように、購入してから給付を受けるまでに必要な最低加入期間は設定されていない。

ヘルスカード1枚当たりの予算は1,000パーツで、そのうち500パーツはヘルスカードを購入する際に加入世帯が負担し、残りの500パーツはカード1枚当たりに政府が支出する負担金である。また、タンボン長などのヘルスカードについては、政府が1枚当たり1,000パーツを支出している。

ヘルスカードの予算の歳出は各県の責任において行われているため、県によって多少の差はあることが予想される。筆者の滞在したコンケン県においては、世帯からの500パーツの配分は以下のものであった：保健医療施設への医療費の支払い(48%)、ヘルスカード保持者へ医療サービスを提供することに対する保健医療従事者へのインセンティブ(32%)、事務費・雑費(15%)、ヘルスカードを販売した保健医療従事者へのボーナス(5%)。なお、各保健医療施設に支払われる金額は、保健医療施設種別、医療サービスの種別に県の衛生局が設定した単価を基に算出される。政府からの500パーツのうちの5%は調整金や運

営費として医療保険室にプールされ、残りの95%はヘルスカードの枚数に応じて各県に配分されている。

ヘルスカードの加入者は人口の15.5%を占めており、加入者一人当たりの医療費は225パーツと推計されている(1995年)。ヘルスカード保持世帯を、一般加入世帯、タンボン長他、ヘルスポランティアの3グループに分けて医療サービス利用率を比べると、外来受診率は(年間1人当たり)それぞれ0.88回、0.56回、0.78回、入院率(年間100人当たり)はそれぞれ5.00回、1.79回、2.44回であった。一般加入世帯の利用率が高いのは、ヘルスカードが任意加入制であるため、医療サービスを頻回に利用する必要のある世帯がこの制度に多く加入しているためと推測されている¹¹⁾。

Ⅳ 考 察

タイの医療保障制度が抱えている課題として制度間の格差是正があげられる。例えば、公務員等を対象とした医療保障制度と医療扶助制度は両方も政府予算により賄われているにもかかわらず、前者は公的医療施設の医療はすべて給付対象となり、民間病院における入院についても上限はあるが給付対象となっている。一方、医療扶助制度の対象者は、最寄りの公的医療施設への受診が医療給付を受ける前提となっており、どの公的医療施設においても医療を無料で受けられると言うわけではない。さらに、民間病院の入院は給付対象になっていない。公務員も階級によって給与が大きく異なるため、同制度内の公務員間の格差と他の医療保障制度との格差を是正するために、一定以上の給与所得を得ている人は、社会保障制度に加入することを義務づけるべきであるということも言われている²⁰⁾。

また、異なる医療保障制度間で医療費に対する一人当たりの政府予算からの支出額に逆進性が認められる。1995年時点では、それぞれ医療扶助制度204パーツ、社会保障制度267パーツ、公務員等を対象とした制度2,226パーツであった。1995年の医療扶助制度に対する予算は1989年のそれと比べると約4倍に引き上げられたが¹¹⁾、依然として医療扶助制度における一人当たりの支出額は、社会保障制度や公務員等を対象とした制度が得ている一人当たりの額よりも低かった。特に、医療扶

助制度と公務員を対象とした制度の間には10倍以上の差があった。しかし、両制度間の格差は実際にはこれほど大きくない可能性もある。それは、公務員を対象とした医療保障制度は、医療施設に対する支払い方法が出来高払いであるため、各公的医療施設はできるだけ多く医療費を請求し、医療扶助やヘルスカードの患者等、費用回収率が低い医療保障制度で受診した患者の医療費を補填する傾向があると言われているからである²¹⁾。そのため、各制度ごとにどのくらい実際の医療費が使われているのかを明らかにすることが、制度間格差の是正策を考えるための第一歩であろうと思われる。

現在、タイでは国民の約3割が既存の医療保障制度の対象になっていないと推計されていた。1992年における一人当たりの国民医療費は2,474バーツで、その内の家計からの支出は1,823バーツ(73.7%)と推計されている⁹⁾。ただし、このうちの一部は医療保障制度や企業の福利厚生制度により、患者に払い戻されるため、家計の支出割合はこれよりも低いと言われているが¹²⁾、医療保障制度の医療費負担における役割はまだ小さいと考えられる。また、ある地方都市における調査結果から、高所得階層よりも低所得階層の方が、月収に占める医療費の割合が高かったことも報告されている²⁰⁾。今後、経済発展、人口の高齢化、疾病構造転換の進行により医療ニーズの高度化、多様化が進み、それに伴い医療費も増高することが予想される²¹⁾。そのため、ニーズに応じた適切な医療サービスを受けられるようにするために、医療費の社会的負担の割合を高めていくことは重要であると思われる。すでに述べたとおり、タイ政府は全国民が何からの医療保障制度によって医療を受けられるようにすることを、第8次国家保健開発5カ年計画(1996~2001年)の目標の一つとして掲げている。

現在、社会保障制度が従業員数5~9人の事業所をその対象に含めることを検討中であり、これが実現されれば、約30万人の労働者が被保険者として新たに加入することになる。また、子女扶養補償が1998年から導入される可能性が高いと言われている¹⁷⁾。12歳以下はすでに医療保障制度の対象になっているため、この補償の導入が医療保障制度により医療を受けられる人口の拡大にどの程

度寄与するか定かではないが、少なくとも13歳以上の被扶養子女が新たに医療保障制度の対象に加わることになろう。今後、工業化の進展に伴い、国民に占める社会保障制度対象者の割合が高くなっていくことが予想されるため、医療保障制度を拡大する上で、社会保障制度の役割は大きいと考えられる。しかし、社会保障制度の対象人口の増加だけでは、医療保障制度の対象外になっている国民すべてに医療保障を提供することは困難である。そのため、社会保障制度や公務員等を対象とした医療保障制度の対象外の人々に対する医療保障制度を整備し、拡大していくことが必要になると思われる。

医療保障制度を拡大していくための課題として、医療扶助制度の対象外であるが、ヘルスカードを購入するのは容易ではない世帯に対する医療保障をどのように提供するかというものがある。現行の低所得世帯認定基準は単身世帯用と2人以上の世帯用の2種類しかないため、世帯員数を考慮に入れ、より柔軟な基準設定を行うことが提案されている²³⁾。

また、現在、誰がどの制度によって医療を受けることができるのかを明確にする必要があると思われる。現行制度では、年齢や職業により一人が複数の医療保障制度の対象になりうることから、患者とサービス提供者双方にとって、混乱を生じやすい状況である。各制度の対象者を明確にすることで、医療保障を受けられている人と受けられていない人が特定され、医療保障制度の拡大をする上での対象がより明確になるであろう。さらに、自営業者、従業員数4人以下の事業所の労働者、家事従業者、日雇い労働者およびそれらの家族に対する医療保障制度のあり方も検討されなければならない。

現在、保健省を中心として、無保険者と保健省管轄下の医療保障制度加入者を対象とした、新たな医療保険制度創設に関する検討が進められている。詳細は明らかではないが、新たな制度の創設により、国民が相応の負担を求められることとなるのは確実であるため、その負担に見合った医療サービスを給付できるようにすることが新たな制度の成否の鍵を握ることになると思われる。

バンコクだけではなく、全国的にも医療サービスにおける役割が拡大しつつある民間病院や民間

診療所における医療サービスを給付の中にどう取り込んでいくかが重要な点になるであろう。

農村部においては、保険医療施設の配置は進んでいるものの、医療従事者の不足は依然として深刻な問題である。今後、教育水準や所得の上昇に伴い、より質の高い医療サービスに対する人々の需要は高くなっていくものと思われるが、現状のままでは待ち時間を短縮することや個々の患者の診断や治療に十分時間をかけること自体困難なのではないかと思われる。農村部、特にその中でも規模が拡大しつつある地方都市における医療需要に適切に対応するためには、バンコクへの医療従事者偏在を是正することが重要な課題であると思われる。

この資料を作成するに当たり、御協力を頂いた Dr. Sanguan Nitayarumphong (タイ王国保健省), Dr. Manit Teerantantikanont, Dr. Kamron Chaisiri (Khon Kaen 県衛生局), Dr. Weraphan Suphanchaimat (Khon Kaen Regional Hospital), Dr. Chitr Sitthi-amorn (チュラロンコン大学公衆衛生学大学院), Dr. Suradej Valettikul, Ms. Supatcharee Roapaipuang (労働福祉省), Dr. Mongkol Tanjapatkul (ラマ9世病院) に深謝いたします。また、プロジェクト在籍中にご支援を頂きましたプロジェクトリーダーの小野喜志雄先生、吉武克宏先生、タイ王国公衆衛生プロジェクト及び家族計画母子保健プロジェクトの長期専門家の皆様、JICA タイ事務所及び JICA 医療協力部の皆様、そして、この草稿に対する助言を頂いた野山 修教授 (杏林大学保健学部) に深謝いたします。

本研究は平成6年度厚生省国際医療協力委託研究「開発途上国における地球保健医療システムの強化に関する研究」(班長:大井 玄)の「地域保健医療システムの財政管理に関する研究」(分担研究者:武藤正樹)および、平成8年度厚生省国際医療協力委託研究「健康転換概念による健康医療需要ならびに援助計画の分析(班長:長谷川敏彦)」から研究費の補助を受けた。

(受付 '97. 8. 6)
(採用 '98. 2.23)

文 献

- 1) 林 俊昭. 概観. プラタン・サヴェタナン, 林俊昭編. 2000年に向けてのタイ経済, 東京: アジア経済研究所, 1995; 3-7.
- 2) ジェトロ・バンコクセンター編者 ビジネスガイド・タイ. ジェトロ, 1995; 32.
- 3) Ministry of Public Health et al. A Report on a Study on Status of the Previous and Current Health Develop-

- ment Plans and Direction of Health Development Under the 8th National Economic and Social Development Plan (A. D. 1997-2001). Bangkok, Ministry of Public Health: 1996.
- 4) Wibulpolprasert S. Community financing: Thailand's experience. Health Policy and Planning. 1991, 6: 354-360.
- 5) Nitayarumphong S, Pannarunothai S. Thailand at the Crossroads: Challenges for Health Care Reform. Nitayarumphong S. ed. Health Care Reform. Bangkok: Ministry of Public Health, 1997; 141-163.
- 6) Alpha Research Co, Manager Information Service Co. Thailand in Figures 3rd Edition 1995-1996. Bangkok, 1995.
- 7) 石井米雄, 吉川利治編. タイの事典. 東京: 同朋舎, 1993: 96-98.
- 8) Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 1994. Bangkok, 1996.
- 9) Smutharaks B, et al. A preliminary assessment of demand, supply and expenditures. A paper presented at a Consultative Meeting on Leveraging Thailand's Non-Governmental Health Care Sector. Bangkok, The College of Public Health, Chulalongkorn University, May 30, 1995.
- 10) 久保 清. タイの所得保障・医療保障. 海外社会保障情報. 1995: 110; 44-54.
- 11) Anuwat Supachutikul. Situation Analysis on Health Insurance and Future Development. Bangkok. Health Systems Research Institute. 1995.
- 12) Tangcharoensathien V. Health care financing in Thailand. Contemporary Health Issue. 1995; 1: 1-17.
- 13) Bennett S, Tangcharoensathien V. Health insurance and private providers. International Journal of Health Planning and Management. 1993; 8: 137-152.
- 14) Social Security Office. Annual Report 1995. Bangkok: Ministry of Labor and Welfare, 1996.
- 15) Larpnun R. From Cradle to Grave. The Nation. March 2, 1997: B1-B3.
- 16) Mongkolsmai D. Private Health Sector Growth and Social Security Insurance in Thailand. Newbrander W. ed. Private Health Sector Growth in Asia. West Sussex, John Wiley & Sons Ltd, 1997; 83-107.
- 17) Siriwanarangsum P. The response of the private sector to competitive contracting: a case study of a private health provider network in Thailand. Ph. D. dissertation submitted to London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1996.
- 18) Chandravithun N, Vause WG. Thailand's Labor and Employment Law. Bangkok, The Manager Co, 1994.
- 19) Hongvivatana T, Jarusomboon W. Health Card and

- Policy Dynamics of Health Insurance in Thailand (1977-1993). Bangkok: Mahidol University, 1993.
- 20) Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more: Health-related inequality in Thailand. *Soc. Sci. Med.* 1997; 44: 1781-1790.
- 21) Bennett, S. and Tangcharoensathien, V. A shrinking state? politics, economics and private health care in Thailand. *Public Administration and Development.* 1994; 14: 1-17.
- 22) Mosley WH, Bobadilla JL, Jamison DT. The Health Transition: Implication for Health Policy in Developing Countries. Jamison DT et al. ed. *Disease Control Priorities in Developing Countries: Washington D. C., Oxford Medical Publications, 1993; 673-699.*
- 23) Mills A. Exempting the poor: The experience of Thailand. *Soc. Sci. Med.* 1991; 33: 1241-1252.
-