

第5節 タイ王国 (Kingdom of Thailand)

社会保障施策

アピシット民主党政権下で、社会保険制度の対象となっていない15歳から60歳までの自営業者等を対象とした、国民貯蓄基金制度の導入を旨とする国民貯蓄基金法が制定されたが実質的に稼働しておらず、2014年12月に国家改革委員会が同法を施行するように提言をした。

2014年8月からのプラユット政権では、相続税・固定資産税の導入等、格差是正に向けた方策が検討され、同年11月、5,000万バーツ以上の遺産に対し10%の相続税、1,000万バーツを超える贈与に対し5%の贈与税を課す法案が提出された。

(1) 老齢年金、医療保険及び失業保険を主な内容とする社会保険制度、(2) 高齢者、障害者、児童等に福祉サービスを提供する社会福祉施策、(3) 健康増進や感染症対策などの公衆衛生施策に大別される。最低生活を保障する普遍的な公的扶助制度は存在しない。

富裕層は民間保険、公務員及びその家族は独自の医療給付や年金制度、民間被用者本人は政府管掌の社会保険制度に加入しているが、国民の約8割に及ぶ農民や自営業者、無業者などは、医療について後述の国民医療保障制度が適用される以外、社会福祉施策による低水準のサービスのみ適用されている。

施策の所管省庁も分かれており、社会保障施策全般を担当する省庁はない。社会保険制度は労働省社会保障事務局、社会福祉施策は社会開発・人間の安全保障省、公衆衛生施策は保健省が所管しており、また、国民医療保障は独立した行政機関である国民医療保障事務局が運営している。さらに公務員に対する医療給付や年金制度は財務省が所管している。

2014年5月の軍事クーデターでインラック政権が倒れ、同年9月に新たにプラユット政権が誕生したが社会保障政策の方向性は変わっていない。

1 社会保険制度等……………

(1) 概要

1990年に成立した社会保険法に基づいている。給付対象は、傷病、出産、障害、死亡、児童手当、老齢及び失業の7つである。介護の給付はない。同法は段階的に施行され、2004年に失業保険制度が実施され、全面施行された。

社会保険制度は、15歳以上60歳未満の民間被用者を強制加入とし、農民や自営業者は任意加入である。給付対象は加入者本人のみで家族は対象ではない。当初は従業員20人以上の事業所にしか適用されなかったが、段階的に対象が拡大され、2002年から全ての事業所に適用されている。2012年の加入者数は約1,171万人、タイ国民全人口の約17%である。

財源は、労使折半で賃金の10% (傷病、出産、障害及び死亡3%、児童手当及び老齢6%、失業1%) を保険料として負担し、政府が被用者の賃金の2.75% (傷病、出産、障害及び死亡1.5%、児童手当及び老齢1%、失業0.25%) について追加拠出している。ただし、2011年のタイ大洪水を踏まえ、2012年及び2013年中は労使の保険料負担を引き下げる時限措置が取られていたが、2014年から平常化した。(傷病、出産、障害及び死亡について2013年は労使折半で1% (下限 (月収1,650バーツ以下) 66バーツ・上限 (月収15,000バーツ以上) 600バーツ)) ⇒2014年3% (下限83バーツ・上限750バーツ))

財政状況は今のところ堅調であるものの、2014年から老齢給付の支給が本格的に開始されており (1998年に創設、15年間の保険料納付期間を経て支給されるため)、少子高齢化に加え、将来の給付を目的として積み上がった積立金に関し、経済対策その他に活用できないかといった議論が常につきまわっていることが、社会保険制度を所管する労働省社会保障事務局の悩みの種である。

(2) 年金制度

公務員や軍人の年金制度、社会保険法に基づく民間被用者を対象とする社会保険制度の老齢給付、企業ごとに雇用者と被用者との合意により任意に設立される企業年

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ
(社会保障施策)

ベトナム

金などがある。また、農民、自営業者、無業者をカバーした公的年金制度がないことから、代替方策として、公務員であった者を除く60歳以上の高齢者全てを支給対象とし、年齢に応じて月額600～1,000バーツ（60歳以

上70歳未満は600バーツ、70歳以上80歳未満は700バーツ、80歳以上90歳未満は800バーツ、90歳以上は1,000バーツ）を支給する老齢福祉手当（予算措置）が2009年4月から実施されている。

表 5-5-13 年金制度

名称	政府年金及び政府年金基金	社会保険制度の老齢給付	老齢福祉手当
根拠法	政府年金法及び政府年金基金法	社会保障法	予算措置（内務省令）
制度体系	<p>【政府年金】 1951年に成立した政府年金法（前身の制度は1902年から）に基づき、政府に勤務する公務員となった者を強制加入の対象とする「政府年金」が、確定給付型の無拠出年金として実施されていたが、政府年金基金の設立（1997年3月）に伴い、政府年金への残留、政府年金基金への移行（拠出型・無拠出型）を選択できるようになっている。</p> <p>【政府年金基金】 1996年に成立した政府年金基金法に基づき、政府年金基金の設立以後に政府に勤務する公務員となった者を強制加入の対象とし、その前に政府に勤務する公務員となった者を任意加入の対象とする「政府年金基金」が、原則として、労使（公務員及び政府）の拠出により実施されており、確定拠出型の退職一時金の給付等が行われる仕組みとなっている。</p>	<p>社会保険制度のうち老齢給付が民間被用者向けの公的年金制度に相当し、確定給付型・報酬比例型の給付が行われる仕組みとなっている。</p>	<p>農民、自営業者、無業者をカバーした公的年金制度がないことから、代替方策として、公務員であった者を除く60歳以上の高齢者全てを支給対象とし、年齢に応じて月額600～1,000バーツを支給する「老齢福祉手当」（予算措置）が実施されている。</p> <p>※公的年金制度として、政府に勤務する公務員には「政府年金」及び「政府年金基金」が、民間被用者には「社会保険制度」の老齢給付があるのに対し、農民、自営業者、無業者をカバーした公的年金制度はなく、国民皆年金は実現していない。もっとも、上記の「老齢福祉手当」を無拠出年金とみなせば、国民皆年金が実現しているとの見方も可能であるが、老齢福祉手当の給付水準は、生活の基礎的なニーズを充足するのに十分であるとは言えない。</p>
運営主体	【政府年金及び政府年金基金】 財務省	労働省社会保障事務局	内務省及び地方自治体
被保険者資格	<p>【政府年金】 政府年金基金の設立前に政府に勤務する公務員となった者（強制加入）。政府年金基金の設立以後、政府年金への残留、政府年金基金への移行（拠出型・無拠出型）を選択できるようになっている。</p> <p>【政府年金基金】 強制加入対象者は、政府年金基金の設立以後に政府に勤務する公務員となった者。任意加入対象者は、その前に政府に勤務する公務員となった者。2010年の加入者数は、約116万人。</p>	<p>強制加入対象者は、15歳以上60歳未満の民間被用者（社会保障法第33条）。任意加入対象者は、農民・自営業者等（社会保障法第40条）、第33条加入者の退職後又は失業時の加入（社会保障法第39条）。2012年の加入者数は、約1,033万人。</p> <p>※給付対象は、加入者本人のみ（家族は対象ではない）。</p> <p>※当初は従業員20人以上の事業所にしか適用されなかったが、段階的に対象が拡大され、2002年から全ての事業所に適用。</p> <p>※任意加入者の保険料及び給付内容は、下記の強制加入者の保険料及び給付内容と異なる。</p>	—
年金受給要件	支給開始年齢	【政府年金及び政府年金基金】 60歳（退職時）	55歳以上（退職時）
	最低加入期間	—	保険料納付期間が180か月（15年）以上。 ※保険料納付期間が180か月未満の場合は、老齢一時金を受給できる。
	その他	—	上記の要件を満たす満額受給者が発生する2014年以降に本格的な支給が開始される予定。
給付水準	<p>【政府基金】 確定給付型の年金の給付。</p> <p>【政府年金基金】 確定拠出型の退職一時金の給付等。</p>	<p>保険料納付期間が180か月の場合の給付水準は、退職前60か月の平均賃金の20%であり、当該期間が180か月を超える場合は、12か月ごとに1.5%分が上乘せされる。</p> <p>※保険料納付期間が180か月未満の場合は、老齢一時金を受給できる。</p>	<p>年齢に応じて月額600～1,000バーツ（60歳以上70歳未満は600バーツ、70歳以上80歳未満は700バーツ、80歳以上90歳未満は800バーツ、90歳以上は1,000バーツ）。</p> <p>※2009年4月以降、月額500バーツで実施されていたところ、2011年に上記のとおり改定（その前にも前身となる制度あり）。</p>
繰上（早期）支給制度	—	—	—
年金受給中の就労	—	—	—

第5章

〔東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（タイ）〕

財源	保険料	<p>【政府年金】 保険料負担なし</p> <p>【政府年金基金】 拠出型加入者は、給与の3%を保険料として負担。</p>	<p>【社会保険制度】 社会保険制度全体として、労使折半で賃金の10%（傷病、出産、障害及び死亡3%、児童手当及び老齢6%、失業1%）を保険料として負担。ただし、労使折半で1,500バーツという上限額が設けられている。 ※2011年のタイ大洪水を踏まえ、2012年及び2013年中は労使の保険料負担を引き下げる時限措置が取られている。 ※老齢給付に係る保険料徴収は、1998年末に開始。</p> <p>【社会保険制度の老齢給付】 上記のうち老齢給付に係る保険料負担は、児童手当に係る保険料負担と併せて、労使折半で賃金の6%。</p>	保険料負担なし
	公費負担	<p>【政府年金】 税財源（無拠出年金）</p> <p>【政府年金基金】 使用者としての政府が被用者としての公務員の給与の3%を拠出金として拠出（政府年金から政府年金基金への移行者の一部には2%を上乗せ）。また、一定の範囲の金額を政府準備金勘定に割当。</p>	<p>【社会保険制度】 社会保険制度全体として、労使折半の保険料に加え、政府が被用者の賃金の2.75%（傷病、出産、障害及び死亡1.5%、児童手当及び老齢1%、失業0.25%）について追加拠出。</p> <p>【社会保険制度の老齢給付】 上記のうち老齢給付に係る政府の追加拠出は、児童手当に係る政府の追加拠出と併せて、賃金の1%。</p>	税財源（予算措置）
その他の給付 (障害、遺族等)	障害年金	<p>【政府年金基金】 —</p>	<p>【社会保険制度】 傷害給付</p>	—
	遺族年金	<p>【政府年金基金】 —</p>	<p>【社会保険制度】 死亡給付</p>	—
	その他	<p>【政府年金基金】 在任中に利用できる附帯サービスあり。</p>	<p>【社会保険制度】 傷病等給付（民間被用者向けの公的医療保障に相当）など（「制度体系」欄参照）</p>	—
実績	受給者数	<p>【政府年金基金】 — ※政府年金基金の設立は1997年3月。</p>	<p>【社会保険制度の老齢給付】 約14万人（2012年）。 ※2014年に本格的に始まる年金（老齢給付）の支給前。</p>	約678万人（2012年度）
	支給総額	<p>【政府年金基金】 約12億バーツ（2011年、Total Expenditure）。 ※政府年金基金の設立は1997年3月。</p>	<p>【社会保険制度の老齢給付】 約89億バーツ（2010年老齢給付・児童手当）。 ※2014年に本格的に始まる年金（老齢給付）の支給前。</p>	約525億バーツ（2012年度予算）
	基金残高等	<p>【政府年金基金】 政府年金基金の残高は、約4,829億バーツ（2010年）</p>	<p>【社会保険制度】 財政状況は今のところ堅調であるものの、2014年に本格的に始まる年金（老齢給付）の支給が開始されており（1998年に創設、15年間の保険料納付期間を経て支給されるため）、少子高齢化に加え、将来の給付を目的として積み上がった積立金に関し、経済対策その他に活用できないかといった議論が常につきまわっていることが、社会保険制度を所管する労働省社会保障事務局の悩みの種である。社会保障基金は、老齢給付・児童手当基金、傷病・死亡・障害・出産給付基金、失業給付基金からなる。</p> <p>【社会保険制度の老齢給付】 社会保障基金のうち老齢給付・児童手当基金の残高は、約6,351億バーツ（2010年）。</p>	—

(注) 上記のほか、任意加入の年金・退職一時金制度として、退職金積立基金制度（労使の二者拠出による企業退職一時金制度）、退職共済基金制度（労使の二者拠出による企業年金制度）、国民財蓄基金制度（自営業者・農民等を含む国民を対象とした老齢財蓄制度。アピシット民主党政権下で法律が制定されたものの、インラック・タイ貢献党政権への政権交代を経て、実質的に稼働していない状況。）といった制度がある。

(3) 医療制度

公務員等の「公務員医療給付制度（CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme）」、民間被用者の

「社会保険制度（SSS: Social Security Scheme）」の傷病等給付、それ以外の全ての国民（農民、自営業者等、国民の約4分の3）を対象とする「国民医療保障制度（UC:

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ
(社会保障施策)

ベトナム

Universal Coverage)」の3制度により、制度上は全ての国民が公的医療保障の対象となっている（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（国民皆医療）を達成）。

CSMBSとUCは税財源で運営され、保険料負担はないが、SSSは労使折半の保険料と政府の追加拠出により運営されている。UCでは、1回の外来や入院につき30パーツの本人負担を徴収しており、「30パーツ医療」の

通称で知られる（受診時の本人負担は、2006年10月末から無料化されていたが、2012年9月から復活（低所得者等は引き続き無料））。

表 5-5-14 医療制度

制度名	公務員医療給付制度	社会保険制度の傷病等給付	国民医療保障制度
根拠法	勅令	社会保険法	国民医療保障法
概要	1980年の勅令（前身の制度は1963年から）に基づき、政府に勤務する公務員等を対象とする「公務員医療給付制度」が、税財源により福利厚生として実施されており、原則として、受診時医療機関の制限はなく、受診時の本人負担はなく、給付内容は包括的な内容の現物給付である。制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に出来高払い方式である。	社会保険制度のうち傷病等給付が、民間被用者向けの公的医療保障制度に相当し、原則として、事前に登録した医療機関でのみ受診でき、一定の限度額を超えるまでは受診時の本人負担はなく、現物給付（診療、看護、薬剤、移送など）や現金給付が行われる仕組みとなっている。制度運営者（保険者）から医療機関への支払いは、人頭払い方式である。 ※傷病等給付は、1991年に施行。	2002年に成立した国民医療保障法に基づき、公務員医療給付制度や民間被用者の社会保険制度が適用されない農民、自営業者などを任意加入の対象とする「国民医療保障制度」が、税財源により実施されている。国民医療保障制度においては、原則として、事前に登録した医療機関（ほとんどが公立病院）でのみ受診でき、受診時の本人負担は30パーツであり（低所得者等は無料）、給付内容は急性期治療が中心である（現物給付のみ）。制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に人頭払い方式である。 ※国民医療保障制度は、2001年から一部の地域で試行され、2002年から全面施行された。同制度はタクシン政権による政治主導で導入され、後追いで同年中に国民医療保障法が制定された。
運営主体	財務省中央会計局	労働省社会保障事務局	国民医療保障事務局
被保険者資格	政府に勤務する公務員等（福利厚生）。 ※退職後も適用。	【社会保険制度】 強制加入対象者は、15歳以上60歳未満の民間被用者（社会保険法第33条）。任意加入対象者は、農民・自営業者等（社会保険法第40条）、第33条加入者の退職後又は失業時の加入（社会保険法第39条）。2012年の加入者数は、約1,033万人（タイ国民全人口の約16%）。 ※当初は従業員20人以上の事業所にしか適用されなかったが、段階的に対象が拡大され、2002年から全ての事業所に適用。 ※任意加入者の保険料及び給付内容は、下記の強制加入者の保険料及び給付内容とは異なる。	公務員医療給付制度や民間被用者の社会保険制度が適用されない農民、自営業者など（任意加入）。2012年の加入者数は、約4,862万人（タイ国民全人口の約4分の3）。
給付対象	給付対象は、加入者本人及びその家族。 受診医療機関の制限はないが、通常、受診時の本人負担はないところ、私立病院への入院時には本人負担が生じ、事前に登録した医療機関以外で受診した場合は償還払いとなる。 ※救急医療については、最寄りの病院で、無料かつ無制限に受診できる。 ※制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に出来高払い方式である。	【社会保険制度の傷病等給付】 給付対象は、加入者本人のみ（家族は対象ではない）。 加入者は、原則として、事前に登録した医療機関でのみ受診できる（フリーアクセスではない）。ただし、出産サービスの利用時には社会保険制度加盟病院全てで受診可能である。 ※救急医療については、最寄りの病院で、無料かつ無制限に受診できる。 ※制度運営者（保険者）から医療機関への支払いは、各医療機関の登録者数に1人当たり単価を掛け合わせた金額を社会保障事務局から当該各医療機関に予算配分する仕組みとなっており（人頭払い方式）、制度内で当該各医療機関が患者に提供する治療の内容は、当該予算に影響される。	給付対象は、加入者本人のみ。 加入者は、原則として、加入時に保健センターにおいて事前に登録した医療機関でのみ受診でき（フリーアクセスではない）、受診できる医療機関のほとんどは国公立病院である。ただし、レファール・システムあり。 ※救急医療については、最寄りの病院で、無料かつ無制限に受診できる。 ※制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に、各医療機関の登録者数に1人当たり単価を掛け合わせた金額を国民医療保障事務局から当該各医療機関に予算配分する仕組みとなっており（人頭払い方式）、制度内で当該各医療機関が患者に提供する治療の内容は、当該予算に影響される。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

（社会保障施策）
タイ

ベトナム

第5章

[東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (タイ)]

給付の種類	給付内容は、包括的な内容の現物給付であり、患者に対する現金給付はない。	現物給付（診療、看護、薬剤、移送など）と現金給付がある。	給付内容は、急性期治療が中心であるが、政策的な配慮からエイズ患者の治療などにも給付対象が拡大されている。また、疾病予防のための活動も給付対象にされており、国民医療保障事務局から配分される予算の範囲内で、各医療機関は独自の活動を地方公共団体とともに実施することを通じて医療費の削減に努めているところである。なお、患者に対する現金給付はない。
本人負担割合等	通常、受診時の本人負担はないが、私立病院への入院時には本人負担が生じ、事前に登録した医療機関以外で受診した場合は償還払いとなる。一方、制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に出来高払い方式である。	【社会保険制度の傷病等給付】 一定の限度額を超えるまでは受診時の本人負担はない（出産サービスの利用時には本人負担が生ずるが、別途、出産給付あり）。 一方、制度運営者（保険者）から医療機関への支払いは、各医療機関の登録者数に1人当たり単価を掛け合わせた金額を社会保障事務局から当該各医療機関に予算配分する仕組みとなっており（人頭払い方式）、制度内で当該各医療機関が患者に提供する治療の内容は、当該予算に影響される。	1回の外来や入院につき30パーツの本人負担を徴収（低所得者等は無料で受診可能）。「30パーツ医療」の通称で知られる。2006年10月末から本人負担の徴収を停止し、無料で受診できることとされていたが、2012年9月から受診時の30パーツの本人負担が復活した（低所得者等は引き続き無料で受診可能）。 一方、制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に、各医療機関の登録者数に1人当たり単価を掛け合わせた金額を国民医療保障事務局から当該各医療機関に予算配分する仕組みとなっており（人頭払い方式）、制度内で当該各医療機関が患者に提供する治療の内容は、当該予算に影響される。
財源	保険料	保険料負担なし	【社会保険制度】 社会保険制度全体として、労使折半で賃金の10%（傷病、出産、障害及び死亡3%、児童手当及び老齢6%、失業1%）を保険料として負担。ただし、労使折半で1,500パーツという上限額が設けられている。 ※2011年のタイ大洪水を踏まえ、2012年及び2013年中は労使の保険料負担を引き下げる時限措置が取られている。
	公費負担	税財源	【社会保険制度】 社会保険制度全体として、労使折半の保険料に加え、政府が被用者の賃金の2.75%（傷病、出産、障害及び死亡1.5%、児童手当及び老齢1%、失業0.25%）について追加拠出。 【社会保険制度の傷病等給付】 上記のうち傷病等給付に係る政府の追加拠出は、出産給付、障害給付及び死亡給付に係る政府の追加拠出と併せて、賃金の1.5%。
実績	加入者数	約497万人（2012年加入者数、タイ国民全人口の約8%）	【社会保険制度】 約1,033万人（2012年加入者数、タイ国民全人口の約16%）
	支払総額	約620億パーツ（2011年度関連支出）	【社会保険制度の傷病等給付】 約304億パーツ（2010年傷病・死亡・障害・出産給付）
		税財源	税財源
			約4,862万人（2012年加入者数、タイ国民全人口の約4分の3）
			約1,011億パーツ（2011年度関連支出）

中国
韓国
インドネシア
マレーシア
フィリピン
シンガポール
タイ
(社会保障施策)

2 社会福祉施策

(1) 概要

税を財源として実施されている。もともと給付水準が低い上、財源の不足や給付基準の曖昧さから、支援を必要とする人々に必ずしもサービスが行き渡っていないと

いう指摘が多い。他方で、2017年までに福祉国家となることを目標とする検討が始まり、生活保護制度の創設、各種福祉制度の充実などが検討の俎上に載せられているが、2014年2月現在、議論は進んでいない。

ベトナム

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)
タイ

ベトナム

(2) 高齢者福祉施策

イ 基本的な取組

「国家高齢者計画」(第1次は1982年から2001年まで、第2次は2002年から2021年まで)の策定、1999年の「高齢者宣言」や2004年の「高齢者法」の施行、国家高齢者委員会の設置など、省庁横断的な高齢者施策の推進に努めている。その理念や目標は第1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、その基本的保障を行うという意味において副次的システム(rabopsoem)の位置にとどまること、第2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3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とされているが、具体的な制度についてはまだ十分に整備されていない。

ロ 所得保障

公的年金制度があるのは公務員と民間被用者のみであり、2014年9月から民間被用者の老齢年金(社会保険制度の老齢給付)は満額支給が始められている。公務員と民間被用者以外の高齢者の所得保障としては、60歳以上の高齢者に対する月額600~1,000バーツの老齢福祉手当が年金に代替するものとなっている。

なお、財務省の主導により、アピシット民主党政権下で、社会保険制度の対象となっていない15歳から60歳までの自営業者等を対象とする国民貯蓄基金制度(任意加入者の口座に拠出額に応じて政府が追加拠出するというもの)の導入を旨とする国民貯蓄基金法が制定されたものの、インラック・タイ貢献党への政権交代を経て、同制度は実質的に稼働していなかった。その後、2014年12月に国家改革委員会(The National Reform Council : NRC)が同法を施行するように提言をしている。

ハ 介護サービス等

公的な介護保障の仕組みは存在せず、在宅介護は、病院や保健センターの看護師、政府が養成するボランティア介護者、家族や地域の支え合いなどで賄われている。

一方で施設サービスは、2014年時点で社会開発・人間の安全保障省管轄の12か所の公的高齢者施設があるが、これらの施設は介護施設というよりも救貧施設という性格が強いものも多く、しかも、膨大な数の待機者がいるといわれており、高齢者のニーズに応え切れない状況にある。このほかに国内19か所に設置された高齢者社会サービスセンターは、在宅の高齢者を対象に保健医療上の指導、理学療法、デイサービス、余暇活動、一時保護などを実施している。

ニ 我が国との協力による高齢者福祉施策に係るプロジェクト

高齢化が進行しつつある一方、高齢者への公的支援が不足している中で、我が国は、保健省や社会開発・人間の安全保障省と協力して、2007~2011年に「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト」(技術協力)を実施し、地域の高齢者サービスの体制づくりを支援した。

さらに、2013年1月から2017年8月までを計画期間とする「要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト」(技術協力)を開始し、上記の両省を中心的な実施機関として、6つのパイロット・プロジェクトサイト(チェンライ、コンケン、ナコンラチャシマ、ノンタブリ、バンコク、スラタニ)において、介護サービスモデルの開発(サービス提供体制)、先進的な介護技術の伝達(人材育成)などを実施し、政策提言に結びつけていこうとしている。2014年5月にナコンラチャシマを最初として、7月末までに全てのサイトで介護モデルサービスを開始している。

(3) 障害者福祉施策

イ 障害者の生活の質の向上に関する法律

2007年に従来の障害者リハビリテーション法を全面改正した「障害者の生活の質の向上に関する法律」が制定された。同法に基づき、1991年から2014年8月までに約155万人の障害者が登録を受けているが、実際は国内に190万人以上の障害者がいると推定されている¹⁾。同法

■1) 2014年11月、Regional Seminar on Development of ASEAN+3 for Empowerment of Persons with Disabilities [Thailand Country Report] による。

は、障害者の不当な差別の禁止、雇用主の障害者雇用の義務、公共施設や交通機関の利便性の向上について定めているほか、保健医療、生活支援、職業訓練、教育、情報支援といったサービスの利用について定めているが、現状では十分なサービス基盤が整っているとは言い難い。

□ 医療リハビリテーション等

医療リハビリテーションについては、シリントン国立医療リハビリテーションセンターを中心に医療、理学療法、作業療法、自立生活訓練、補装具給付などのサービスが提供されている。また、公的サービスが不足する地方では、NGOと協力した「地域リハビリテーション(CBR: Community-Based Rehabilitation)」プログラムの支援が行われている。

施設サービスについては、居住施設が国内9か所、職業訓練センターが国内8か所に設置されている。さらに重度障害者への月額600バーツの生活費補助といった支援が行われている(いずれも2012年時点)。

ハ アジア太平洋障害者センター (APCD: Asia-Pacific Development Center on Disability)

我が国の技術協力(2002~2007年、2007~2012年)の下、アジア太平洋地域における障害者のエンパワーメントとバリアフリー社会の促進を目指し、障害者団体の育成と地域ネットワークの構築、障害者リーダーの養成、障害者への情報コミュニケーション支援などの国際的な活動を実施してきた。APCDの建物は、我が国の広域無償資金協力によりバンコクに建設された(2004年完成)。上記の技術協力の終了後、APCDは、日・ASEAN統合基金(JAIF)を活用して「ASEANにおける障害者の生活の質及び福利の向上プロジェクト²⁾」を実施している。このプロジェクトでは、ASEAN地域を通じて障害者の全体的な生活の質及び福祉の向上を目的として、ASEAN加盟国の関係強化、特に不利な状況にいる障害者の能力向上、非ハンディキャップ環境(NHE: Non-Handicapping Environment)を含めた地域に根ざし

たインクルーシブ開発(CBID: Community-based Inclusive Development)を目指した取組を、2012年10月からカンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムで選択された地域で実施している。

(4) 児童福祉施策

イ 児童手当

社会保険制度に加入している被用者は、満6歳未満の児童1人当たり月額350バーツ(2005年に従来の200バーツから引上げ)の児童手当を受給(複数の児童を養育している場合は2名分を限度に受給)できる。また、低所得世帯の子育てを支援する観点から、養育、医療、教育などに要する費用の助成が行われている。

□ 児童の保護

遺棄や虐待、貧困などのために適切な養育を受けられない児童を対象に生活物資の無償提供、養子縁組や里親斡旋、ソーシャルワーカーによる相談や助言などが行われている。

ハ 施設サービス

遺棄児など適切な養育を受けられない児童やHIV感染児を対象に医療、教育、職業訓練、養子縁組などの支援を行う施設20か所、教育や職業訓練の専門センター1か所、ストリートチルドレンや不良児童、被虐待児などの更生と社会復帰を支援する施設4か所、困窮児童やその家族を保護するシェルター77か所が設置され、計11,858人(2012年)が入所している。保育所は、公立と私立を合わせて約18,640施設である。

3 公衆衛生施策.....

(1) 医療提供体制

2010年現在、公立病院1,025施設(109,447床)と民間病院261施設(24,658床)が設置されており、公立病院の割合が多い。また、ほとんどの公立病院は保健省の傘下で専門病院、県病院や郡病院が階層的に配置され、1次~3次医療までのレファールシステムが構築されて

■2) Project aims to improve the overall quality of life and well-being of persons with disabilities in the ASEAN region through

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ
(社会保障施策)

ベトナム

中国

いる。さらに、各地域では全国9,769か所(2009年)の保健所が一次医療を担っている³。一方、民間病院は、株式会社の参入が認められ、公立病院を利用しない富裕層や外国人を主な顧客とするなど、独自の事業を展開している。

保健医療の人材は、2010年で医師26,244人、看護師138,710人であり、医師数の人口比は我が国の6分の1程度である。補助的な人材として、農村部を中心に約100万人の保健ボランティアが養成され、地域住民の健康づくりや感染症予防の啓発活動などに従事している⁴。

なお、都市と地方との格差、公立と民間との格差が顕在化しており、民間病院で自由診療を受ける都市部の富裕層と、国民医療保障制度の下で公立病院を受診する地域住民では、受けられる医療サービスが極端に違う。このため、地方の医療サービスの向上が今後の課題である。

(2) 新興・再興感染症対策

イ 鳥・新型インフルエンザ(A/H1N1)対策

国内で鳥インフルエンザは、2007年以降、新たな人への感染は見られない。

また、2009年に発生した新型インフルエンザ(A/H1N1)については、2014年に入ってから3月までに18,000人が感染し、18人が死亡している。

ロ HIV/エイズ

1984年に最初の感染者が確認されて以来、薬物常習者や性産業従事者を中心に急速に感染が拡大し、これまでに累積約115万人(2011年)が感染した。しかし、国を挙げての普及啓発活動の推進により、年間の新規感染者数は1991年の約14万3千人から10年間で約1万4千人にまで減少した(現在の新規感染者数は年間約1.7万人(2012年)。感染者数推計約37万7千人(2012年)。)。

ハ その他の感染症

マラリアは、バンコクなど都市部での発生はないが、国境地帯では依然として蔓延している。また、結核は、1990年代以降のHIV/エイズ感染者の増加に伴い、患者

が増加する傾向が見られる。このほか、狂犬病、デング熱、コレラ、手足口病、チクングニア熱などが毎年流行している。

なお、2009～2013年に「デング熱感染症等治療製剤研究開発プロジェクト」(地球規模課題対応国際科学技術協力(SATREPS))が実施され、大阪大学微生物研究所、タイ保健省医科学局国立衛生研究所、マヒドン大学熱帯医学部・理学部が共同で研究に当たってきた。

2014年には、西アフリカにおけるエボラ出血熱の感染拡大に伴い、タイにおいても、空港における検疫強化、医療体制の整備等の対策を講じている。

二 食中毒対策

衛生管理が行き届いていない場所での飲食などによる食中毒事案が発生している。特に街角の屋台での衛生管理が課題である。なお、2003年から2010年の間に生肉や保存状態のよくない缶詰などから発生したボツリヌス菌による食中毒によって246名が死亡している。

(3) たばこ・アルコール対策

生活習慣病対策として、たばこや酒類の規制に重点的に取り組んでいる。

イ たばこ対策

2010年3月に公布された保健省告示により、すべての公共施設の中での喫煙が禁止されている。これにより、教育施設、銀行、宗教施設、競技場、病院などでの喫煙が禁止されている(唯一の例外はスワンナプーム国際空港。喫煙ブース内での喫煙が認められている。)

なお、タイで販売されるたばこのパッケージには、喫煙に伴う健康被害の写真添付が義務づけられており、たばこで真っ黒になった肺や口腔内の写真がすべてのパッケージについている。2013年には、保健省がたばこのパッケージにおける健康被害の写真の表示面積を拡大すると発表したことを受けて、外資系たばこメーカーが行政訴訟を提起し、中央行政裁判所は合法かどうかの判決を下すまで、通達の一時差止を命令した。その後、2014

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)
タイ

ベトナム

■3) 保健省政策戦略局：Ministry of Public Health Bureau of Health Policy and Strategy [Health Resources Report 2010] ,
■4) 保健省政策戦略局：Ministry of Public Health Bureau of Health Policy and Strategy [Health Resources Report 2010] ,

年6月に最高行政裁判所は通達は合法だとして差止命令の解除を命じた。

ロ アルコール対策

酒類の規制は、生活習慣病の予防にとどまらず、飲酒運転や飲酒に伴う暴力の防止、飲酒時の不用意な性行動による感染症の予防といった側面も有しており、スラット政権下の2008年初頭に酒類の販売や広告などを包括的に規制する「酒類規制法」が制定された。2010年2月に閣議決定された保健省省令により、飲酒を勧める広告やアルコール飲料商品の広告表示が禁止されることとなった。

また、従来よりアルコール販売は、午前11時から午後2時までと午後5時から深夜0時までで規制されているほか、販売日も選挙日や仏教に関連した祝日（事前にタイ政府から公表される。）では売買禁止となっている。

さらに、現在、保健省はタイで販売されるアルコールにも、飲酒に伴う交通事故被害の写真添付を義務付ける規制強化を検討中であり、今後が注目される。

4 生活困窮者に対する支援……………

社会的に大きな格差が存在する一方で、我が国の生活保護制度のような最低生活を保障する普遍的な公的扶助制度は存在しない。このため、2010年を初年とし、7年後の2017年に実現を目指す社会福祉制度改革に関する検討が開始された。この検討では、資産調査を含む生活保護制度、国民皆年金制度、民間被用者本人を対象とした社会保険制度の対象者拡大などが課題となっているが、2014年12月時点で検討は進んでいない。

なお、2014年時点での福祉施策としては、生活に不可欠なサービスの低減策（無料公共バスなど）、15歳までの無料の義務教育の実施、生計維持者の疾病や死亡といった事情で生活に困窮している世帯に対する年3回を限度とした1回2,000バーツ（子どもがいる場合は3,000バーツ）の一時的な給付などが行われている。また、国民医療保障制度は、主として低所得者層に対する公的医療保障として機能しており、60歳以上の高齢者に対する月額600～1,000バーツの老齢福祉手当は、不十分ながら、主として低所得高齢者に対する所得保障として機能している。

5 近年の動き・課題・今後の展望等……………

(1) 人口動態など

国連の推計では、2011年のタイの合計特殊出生率は1.6、2010年の平均寿命は74歳、高齢化率（60歳以上）は12.9%となっており、1970年代の我が国とほぼ同水準である。また、社会開発・人間の安全保障省の推計（2004年）によれば、2020年には人口の15.3%が60歳以上の高齢者と予測しており、今後は我が国と同程度、あるいはそれ以上の速さで高齢化が進むと予想される。また、国民の所得格差を示すジニ係数は低下傾向にあるが、0.4程度と日本に比べ高水準であり、高齢者施策などの社会保障制度の拡充が必要と考えられる。

(2) 社会保障制度の課題

医療に関しては、国民医療保障制度の財政基盤を安定させ、十分な医療を提供できるようにすることが今後の課題である。

年金に関しては、農民や自営業者など国民の約4分の3が公的年金制度の対象外に置かれていることが最大の課題である。

介護に関しては、公的な制度が整備されていない状況にあるが、現時点で介護保険のような大がかりな制度を創設することは検討されておらず、可能な限り個人の自助努力と家族や地域の支え合いといった形で解決の方向を模索している。

社会的な所得格差が大きくなり、政治的にも大きなテーマとして取り上げられている中、2011年8月のインラック政権発足後は、農村部・都市部の低所得者層への支援（コメ担保融資制度の復活、最低賃金の引上げ等）や、同年のタイ大洪水を踏まえた生活支援、治水対策などを推進したが、財政支出の増大を懸念する声も聞かれた。2014年8月からのプラユット政権では、相続税・固定資産税の導入等、格差是正に向けた方策が検討され、同年11月、5,000万バーツ以上の遺産に対し10%の相続税、1,000万バーツを超える贈与に対し5%の贈与税を課す法案が提出された。今後、議会で審理のうえ2015年半ばから施行される見通しである。

(3) 医薬品等規制当局間の協力

2013年10月、バンコクにおいて、日タイの医薬品等規

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ
(社会保障施策)

ベトナム

中国
韓国
インドネシア
マレーシア
フィリピン
シンガポール
タイ (社会保障施策)
ベトナム

制当局である医薬品医療機器総合機構（PMDA）と保健省食品医薬品局（FDA）のバイ会合が開催され、両国の薬事規制システムの紹介や今後の協力関係に関する協議等が行われるとともに、両当局の共催による第1回日本-タイ合同シンポジウムが、医薬品の安全対策、GMP 調査、薬局方をテーマとして開催され、両国の規制当局者や医薬品産業関係者が双方の薬事規制制度について理解を深め、医薬品規制や開発のための協力を推進することが確認された。2014年10月にも、第2回日本-タイ合同シンポジウムが、新薬承認審査、GMP、市販後安全対策をテーマとして開催され、医薬品規制領域における今後の継続的な協力関係の推進が確認された。