

更正プログラム(作業訓練等)を実施し、社会復帰を目指す。

〈表2-101〉インドネシアの薬物中毒者収容施設数及び入所者数

所管	施設数	入所者数
国(社会省)	2	250
州政府	2	115
民間	19	337
合計	23	702

(h) Pantj Prostitute(売春婦収容施設)

売春婦を収監し、更正プログラム(作業訓練等)を実施し、社会復帰を目指す。

〈表2-102〉インドネシアの売春婦収容施設数及び入所者数

所管	施設数	入所者数
国(社会省)	1	110
州政府	10	485
民間	14	657
合計	25	1,252

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 貧困削減

2000年の国家開発計画において、貧困削減に対し最大限のプライオリティーが与えられたことを受け、ユスフ・カッタ国民福祉担当調整大臣(当時)を中心に「Interim Poverty Reduction Strategy paper」がとりまとめられ、2002年10月に公表された。基本的な貧困削減戦略として、①機会の創出、②地域の活性化、③キャパシティビルディング、④社会保障・社会保護の重要性が明確化された。2004年度予算では、4,000万人の貧困者に対する医療関係費として3兆ルピア(約4

00億円)を計上し、貧困者層への社会保障を強化した。2005年度も同様の予算を計上している。

(2) 国民社会保障制度法案

現行の社会保障制度は、業種ごとに異なる組織が運営し保障内容がまちまちであること、強制加入でないことから保障対象が全国民の20%以下に限られている。そこで、政府は、全ての国民に対し同等の保障を提供するため、これまでの各種保障制度を統合した国民社会保障制度法案を2004年1月に国民議会に提出した。法案によると、健康保険、労働災害補償、老齢給付、年金、死亡保障の5種類の社会保障制度からなり、全ての制度への加入が義務となる。掛金は、雇用主、労働者、政府から徴収される。2004年9月に国会において本法案が可決され、10月に当時の大統領が同法案に署名したが、その後の政権交代により具体的な進展は止まっている。

同法案によると、健康保険については、労使が保険料を負担し、政府が決めた治療指針、投薬指針・薬価、診療費に基づく治療を受けることとなる。また、貧困者に対しては政府が補助金として保険料相当額を負担する。なお、本制度に登録されずに保険料を支払っていないインフォーマル・セクターについては、自己負担となる。

年金については、労使が掛金を負担し、加入期間が15年以上で給付対象となり、本人、または扶養家族が受給する。

(注) 経済的・生産的事業支援については、事業の対象とは、貧困な村落ごとに住民を数グループに分け、生産活動を行うための機材、原材料を支給するなど、生産物の販売までを含めて指導援助を行うものである。

タイ

1 社会保障制度の概要

タイの社会保障制度は、社会福祉制度と社会保険制度とに大別される。

社会福祉制度は、貧困者、高齢者、障害者、児童、女性、山岳少数民族などに対して福祉サービスを提供するものである。

社会保険制度は、年金、医療保険及び失業保険を中心としており、介護保険は存在しない。1990年に疾病、出産、障害、死亡、児童扶養、老齢及び失業に対して給付を行うことを定めた社会保障法が成立するまでは、民間被用者を対象とする社会保険制度は、労働災害補償給付を除いて存在しなかった。社会保障法は段階的

に施行され、2004年1月に失業保険に係る部分が施行されたことにより、現在は同法に基づくすべての制度が実施されている。

また2001年4月より、社会保障法などに基づく医療保障が適用されない者を対象とする「30パーツ医療政策」が実施されている。

このほか、公務員、軍人などを対象とする医療保障や恩給制度がある。

2 社会保険制度等

(1) 年金制度

a 制度の類型

社会保障法に基づく年金制度のほか、公務員などに対する恩給制度がある。民間被用者は強制加入であるが、農民などの自営業者、専業主婦などは任意加入となっており、国民皆年金ではない。財政方式は社会保険方式である。

b 社会保障法に基づく年金制度

社会保障法の老齢年金に係る部分は、1998年末に施行された。社会保障法の適用対象は、当初、従業員20人以上の事業所であったが、1993年9月より従業員10人以上の事業所に拡大された。また、1994年9月に任意加入制度が創設され、2002年4月には1人以上の従業員を雇用するすべての事業所が対象となった。2005年の加入者数は、強制加入者が約805万人、任意加入者が約20万人である。

年金制度の財源は、児童扶養手当の財源と合わせて、雇用主及び被用者が負担する保険料と、政府の拠出とで賄われている。2000年から2002年までは、雇用主と被用者の保険料率は、それぞれ賃金の2.0% (計4.0%)、政府の拠出率は同1.0%とされていたが、2003年以降、雇用主と被用者の保険料率がそれぞれ同3.0% (計6.0%)に引き上げられている。

給付対象は、180か月以上保険料を支払った55歳以上の者であり、支給額は、納付した保険料額や期間に応じて決まる。

(2) 医療保険制度

a 制度の類型

貧困者、高齢者、児童などを対象とする福祉的な医療費援助、公務員などを対象とする医療保障が実施されていたが、これらに加えて1991年4月より社会保障法に基づく給付が開始された。また、これらの医療保障を受けられない者を対象として、税を主な財源とする「30パーツ医療政策」が実施されている。

b 社会保障法に基づく医療保険

社会保障法に基づく医療保険の財源は、年金制度と同様、民間被用者を強制加入とし、それ以外は任意加入である。財源は、雇用主と被用者が負担する保険料と政府の拠出とでまかなわれており、この三者がそれぞれ賃金の1.5%に相当する額(計4.5%)を負担し、政府の管理する社会保障基金に納付される。

給付内容は、現物給付(診療費、治療費、入院看護費、医薬品費、移送料など)と現金給付とがある。加入者は、政府が指定した病院のうち、原則として、雇用主があらかじめ登録した病院で受診できる。

c 30パーツ医療政策

社会保障法に基づく医療保険や公務員などに対する医療保障が適用されない国民を対象として、1回の外来又は入院につき30パーツの自己負担で医療機関を受診できる政策が2001年4月から試行的に始まった。この制度の対象地域は順次拡大され、2002年4月よりすべての地域で実施されている。加入者数は、2005年6月で4,723万人である。

「30パーツ医療」を利用するためには、あらかじめ最寄りのヘルスセンターに登録してIDカードの交付を受けるとともに、受診する医療機関に登録しておかなければならない。この手続を行った後は、登録した医療機関でIDカードを提示すれば、1回の外来又は入院につき30パーツの自己負担で医療が受けられる。また、低所得者の場合は、30パーツの自己負担も免除される。

この制度は、患者の自己負担30パーツ以外は税を財源としており、政府から医療機関に対し、登録患者1人当たり1,396パーツ(2005年10月から1,659パーツに増額される予定)の補助が行われている。この制度には、

すべての公立病院に加え、申請により民間病院も参加することができる。

(3) 失業保険制度

社会保障法に基づく失業保険制度は、2004年1月より保険料の徴収が開始され、同年7月より給付が始まっている。給付を受けるためには6か月以上の保険料の支払いが必要である。給付期間や給付水準は失業理由により異なっており、自己都合退職の場合は退職後1年以内の90日間を上限として賃金の30%が支給され、それ以外の場合は1年以内の180日間を上限として賃金の50%が支給される。財源は、雇用主と被用者が賃金の0.5%（計1.0%）を負担し、政府の拠出が同0.25%である。

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療施策全般

公衆衛生を担当する国の機関として保健省が設置され、医療サービス、感染症対策、母子保健、食品保健、精神保健などの保健医療施策を実施している。また、地方機関として、県保健事務所、郡保健事務所、そして準郡の保健所が設置され、簡単な外来診療や予防対策が行われている。さらに農村ヘルスボランティア（VHV）というボランティアが養成され、地域住民への家族計画の普及や健康教育などを行っている。一般の保健施策の財源は、税で賄われている。

(2) 医療施設

保健医療サービスの供給体制は、公立の保健医療機関として、大学付属病院、専門病院、県立病院、郡立病院などの公立病院が960施設あるほか、初期医療を担う保健所が設置されている。民間の医療機関は、病院が約440施設、診療所が約1万4,400施設ある。

4 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策全般

2002年の省庁再編により発足した社会開発・人間の安全保障省を中心として、高齢者、障害者、児童、貧困者などへの福祉施策を実施している。一般の社会福祉施策の財源は、税である。

(2) 高齢者福祉施策

タイの高齢者福祉には、貧困家庭に対する一般的な公的扶助のほか、住居や身寄りのない貧しい高齢者を入所させる老人ホーム（20か所、利用者数約3,000人）、医療、理学療法、カウンセリングなどを実施する社会サービスセンター（19か所）がある。遠隔地の高齢者には、医療や福祉の巡回サービス（mobile unit）を提供している。

このほか、身寄りのない貧しい高齢者を対象に月額300バーツの生活費補助が行われている。

(3) 障害者福祉施策

1991年に障害者リハビリテーション法が制定され、初めて障害者の定義が明確化された。同法に基づくサービスを利用するためには障害者の登録を受ける必要があるが、まだ登録を受けていない障害者も多いと言われており、タイ国内の障害者の数は必ずしも正確に把握されていない。

障害者への在宅サービスとしては、社会に障害者への理解を深めていく活動（CBR：Community-Based Rehabilitation）プログラムに基づき、職業訓練などの総合指導が行われているほか、重度障害者などへの生活費の支給も行われている。また施設サービスとしては、国立リハビリテーションセンターを中心として、障害児施設や知的障害者施設、職業訓練センターなどが設置されている。

なお、2004年には日本の無償資金協力により設立されたアジア太平洋障害者センター（APCD：Asia-Pacific Development Center on Disability）が開所し、タイだけでなくアジア太平洋諸国の障害者を対象として、地域ネットワークの形成、障害者リーダーの養成、障害者への情報支援などを実施している。

(4) 児童健全育成施策

a 児童手当

日本のような児童手当制度とは異なるが、低所得世帯の子育てを支援する観点から、カウンセリングの実施や養育、生業、医療、教育などに要する費用の助成を行っている。