

タイ

1 社会保障制度の概要

タイの社会保障制度は、年金、医療保険及び失業保険を中心とする社会保険制度、高齢者、障害者、児童、貧困者などに福祉サービスを提供する社会福祉施策、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。

一部の富裕層は民間保険、公務員や軍人は独自の医療保障や年金制度、そして民間被用者は社会保険制度に加入している。しかし、国民の大多数を占める農民その他の自営業者や専業主婦などは、後述の国民医療保障を除き、社会福祉施策による低水準のサービスしか利用できないのが現状である。

制度や施策の所管省庁も分かれており、社会保障制度全般を担当する省庁はない。社会保険制度は、原則として民間被用者が対象であるため、労働省の社会保障事務局を中心に運営されている。また、社会福祉施策は2002年に発足した社会開発・人間の安全保障省、公衆衛生施策は保健省が担当している（国民医療保障は独立した国民医療保障局が運営）。

2 社会保険制度等

(1) 社会保険制度の概要

タイの社会保険制度は、1990年に成立した社会保険法に基づいて実施されている。給付対象は、傷病、出産、障害、死亡、児童扶養、老齢及び失業の7項目であり、介護に関する給付はない。同法は段階的に施行され、2004年1月に失業保険制度が施行されたことにより、現在は同法に基づく全ての制度が実施されている。

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ているが、農民その他の自営業者や専業主婦などは任意加入であるため、国民皆保険・皆年金ではない。施行当初は従業員20人以上の事業所に適用対象としていたが、段階的に拡大され、2002年4月から従業員1人以上の全ての事業所に適用されることとなった。また、民間被用者以外の任意加入制度は、1994年9月に始まった。2006年6月時点の加入者数は、約869万人。

財源は、雇用主と被用者がそれぞれ賃金の5%（年

金・児童扶養3%、医療保険1.5%、失業保険0.5%）を保険料として負担し、政府が賃金の2.75%（年金・児童扶養1%、医療保険1.5%、失業保険0.25%）を拠出している。財政状況は、年金の満額支給がまだ始まっていないこともあって、これまでのところ堅調である。

(2) 年金制度

a 制度の種類

社会保障法に基づく民間被用者を対象とする年金制度、企業ごとに雇用主と被用者の合意により設立される厚生年金基金、公務員や軍人の年金制度などがある。

b 社会保障法に基づく年金制度

社会保障法に基づく年金制度は、1998年末に施行された。財源は、児童扶養手当の財源と併せて、雇用主と被用者がそれぞれ賃金の3%（2003年に従来の2%から引上げ）を保険料として負担し、政府が賃金の1%を拠出している。

給付対象は、180か月（15年）以上保険料を支払った55歳以上の者とされている。制度の施行から7年余りしか経っていないため、現時点でこの要件を満たす者はなく、満額受給者は存在しない。支給額は、納付した保険料額や期間に応じて決まるが、退職前所得の30%から35%程度といわれている。

(3) 医療保険制度と国民医療保障

a 制度の種類

社会保障法に基づく民間被用者を対象とする医療保険制度、公務員や軍人を対象とする独自の医療保障制度があるほか、これらの制度が適用されない者を対象とする国民医療保障が実施されている。

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は、1991年4月に施行された。財源は、雇用主と被用者がそれぞれ賃金の1.5%を保険料として負担し、政府が賃金の1.5%を拠出している。

給付内容は、現物給付(診療、治療、入院看護、医薬品、移送など)と現金給付がある。加入者は、緊急時などを除き、雇用主が事前に登録した病院でしか受診できない。また、原則として受診時の自己負担はない。

c 国民医療保障

国民医療保障は、民間被用者を対象とする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、2001年4月から一部の地域で試行的に始まり、2002年4月から全面施行された。現在の加入者数は、国民の7割を超える約4,760万人である。

国民医療保障を利用するためには、事前に最寄りの保健センターに登録してIDカードの交付を受け、受診する医療機関を決めなければならない。この手続きを行った後は、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バーツ^(注1)の自己負担で医療を受けられる。また、低所得者の場合は30バーツの自己負担も免除される。

国民医療保障は、患者の自己負担以外は税を財源としており、政府から医療機関に登録患者1人当たり1,396バーツ(約4,362円)(1,659バーツ(約5,184円)に増額される予定)が補助されている^(注2)。原則として国民医療保障を実施しているのは、公立病院である。

(4) 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月から保険料の徴収が始まり、同年7月から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、雇用主と被用者がそれぞれ賃金の0.5%を負担し、政府の拠出が賃金の0.25%である。

3 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策の概要

高齢者、障害者、児童、貧困者などに福祉サービスを提供する社会福祉施策は、社会保険制度に基づく児童

扶養手当を除けば、税を財源として実施されている。給付水準は概ね低く、また、財源が不足していることや給付基準が曖昧であることなどから、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るわけではないといわれている。

(2) 高齢者福祉施策

a 基本的な取組

タイ政府は、1982年から2001年までの「第1次国家高齢者計画」に続き、2002年から2021年までの「第2次国家高齢者計画」を定めるとともに、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包括的な高齢者施策の推進に努めている。こうした取組みにより、高齢者施策の理念や目標は明らかにされつつあるが、具体的な制度はまだ十分に整備されていない。

b 所得保障

タイでは1998年末によく年金制度が施行され、しかも、制度の対象は原則として民間被用者に限られているため、年金を受給していない高齢者が数多く存在する。貧しく身寄りのない高齢者には月額300バーツの生活費補助が行われており、2005年夏に発表された経済対策で受給対象者を大幅に増やすことが決定した。

c 介護サービス等

在宅サービスについては、公的な介護保障の仕組みはなく、ボランティア介護者が養成されている程度である。施設サービスについては、住居や身寄りのない高齢者など約2,860人(2004年)が国内20か所の老人ホームに入所している。このほか、国内19か所に設置されている高齢者社会サービスセンターは、在宅の高齢者を対象として、保健医療上の指導、理学療法、デイサービス、余暇活動、一時保護などのサービスを提供している。

(3) 障害者福祉施策

a 障害者リハビリテーション法

1991年に制定された障害者リハビリテーション法

で障害者の定義が明確化され、障害者の登録制度が整備された。2005年時点の登録者数は約44万人であるが、実際には100万人以上の障害者がいると推定されている。同法は、障害者リハビリテーション委員会や障害者リハビリテーション基金の設置、民間企業への雇用割当制度、医療リハビリテーションサービスの提供、公共の建物や交通機関のバリアフリー化などを定めている。

b 医療リハビリテーションサービス等

医療リハビリテーションサービスについては、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として、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と協力して「地域に根付いたリハビリテーション(CBR: Community-Based Rehabilitation)」プログラムに基づく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500バーツの生活費補助、起業のための低利融資といった支援が行われている。

c アジア太平洋障害者センター(APCD)

2004年秋、我が国の広域無償資金協力によってバンコクに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、アジア太平洋地域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) 児童福祉施策

a 児童手当

社会保険制度に加入している者は、満6歳未満の児童1人当たり月額350バーツ(2005年11月に従来の200バーツから引上げ)の扶養手当を受給できる。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。

b 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

れない児童に対し、生活物資などの無償提供、養子縁組や里親のあっ旋、食材や教育物資の提供、ソーシャル・ワーカーによる相談・助言などが行われている。

c 施設サービス

施設サービスとしては、遺棄児やHIV感染児その他適切な養育を受けられない児童に対して医療、教育、職業訓練、養子縁組などの支援を行う施設が20か所、教育や職業訓練を専門に行うセンターが1か所、ストリート・チルドレンや不良児童、被虐待児などを更生し、社会復帰を支援する施設が4か所、困窮する児童やその家族を保護するシェルターが24か所設置されており、合わせて11,859人(2004年)が入所している。また、保育所については、公立と私立を合わせて約16,000施設が設置されている。

(5) 公的扶助制度

我が国の生活保護のような最低生活を保障するための普遍的な制度は整備されていないが、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して1回2,000バーツの一時的な給付(1年に3回まで)が行われている。

施設サービスとしては、身寄りのない貧困者、ホームレス、物乞いなどを受け入れ、生活支援や職業訓練を行う施設が国内11か所に設置されている。

4 公衆衛生施策

(1) 医療体制

保健医療サービスを提供する機関としては、公立病院977施設(106,837床)(2002年)、民間病院319施設(28,497床)(2002年)、公立保健センター9,765施設(2003年)、民間診療所14,953施設(2003年)などが設置されている。また、保健医療サービスに従事する人材としては、医師18,987人(医師1人あたり人口3,295人)(2002年)、歯科医師4,471人(歯科医師1人あたり人口13,991人)、看護師84,683人(看護師1人あたり人口739人)などのほか、専門職が不足している農村部ではヘルスポランティアが養成され、地域住民への健康教育などを行っている。

(2) 感染症対策**a 鳥インフルエンザ**

2004年は感染者17名(死者12名)、2005年は感染者5名(死者2名)が確認され、2006年は7月26日に1人の感染(死亡)が確認されたところである。タイ政府は国家戦略計画に基づき、監視体制の強化、抗ウイルス薬の備蓄、啓発活動などに取り組んでいる。

b HIV/AIDS(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たことから、国を挙げての対策を推進したところ、年間の新規感染者数は1991年の約14万人から2003年の約2万人にまで減少した。近年は、HIV/AIDSの治療を国民医療保障の対象とすることや安価なジェネリック薬を提供することなど、患者が医療を受ける機会の拡大に努めている。

c その他の感染症

マラリアは、バンコクなど都市部では見られなくなったが、国境地帯の少数民族や近隣諸国からの流入者の間で流行している。また、結核は、長年減少傾向にあったが、1990年代以降HIV/AIDS感染者の増加に伴い増加傾向に転じている。

5 近年の動き・課題・今後の展望等

タイの合計特殊出生率は2002年で1.8、65歳以上人口比率は2000年で5.8%であるが、今後は急速に高齢化が進むと予測されている。また、経済や社会が発展する中で大きな所得格差も生じており、高齢者施策をはじめとする社会保障制度の充実が必要になってきている。これまでのところ、2002年4月から社会保障法が全ての事業所に適用され、民間被用者に対する

医療や年金などの社会保障が実現した。さらに同時期に導入された国民医療保障によって、全ての国民が一定の医療保障を受けられるようになった。今後の重要な検討課題としては、社会保障法が適用されない者を含めた普遍的な年金制度の構築、そもそも社会保障法の対象となっていない介護保障の実現などが考えられる。

一方、国民医療保障は、もともと政治主導で導入されたものであったが、2002年10月に全ての国民が医療を受ける権利を保障する国民健康保障法が成立し、制度的な裏付けが与えられた。しかし、同法には保険料徴収に関する規定がなく、厳密な「保険」制度ではない。制度の浸透に伴う医療需要の増大が見込まれる中、政府は医療機関への補助を段階的に増額しているが、制度に参加する公立病院の経営が悪化し、医師の民間病院への流出や医療の質の低下が起きていると指摘されている。今後、税財源と30バーツという低額の自己負担だけで制度を維持できるかどうか最大の論点である。被用者保険と統合して制度の安定化や効率化を図るといった議論もあるが、労働組合などの強い反対がある。

公衆衛生分野では、糖尿病予防などの生活習慣病対策、自殺防止などの精神保健対策といった社会の成熟化に伴う新たな課題への対応が求められているほか、政府は煙草や酒類の消費抑制に重点的に取り組んでいる。

(注1) 30バーツは、約94円。(2006年期中平均。内閣府経済財政分析統括官付海外担当「海外経済データ」)

(注2) 2006年9月のクーデター後に成立した暫定政権は、患者の負担軽減や医療機関の事務効率化のため、国民医療保障の自己負担30バーツの徴収を同年10月末から停止する一方、医療機関への登録患者1人当たりの補助額を約1,899バーツに引き上げた。