

タイ

1 社会保障施策の概要

タイの社会保障施策は、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、貧困者など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。

富裕層は民間保険、公務員は独自の医療給付や年金、民間被用者は社会保険制度に加入しているが、国民の約4分の3に及ぶ農民や自営業者などは、医療について後述の国民医療保障が適用される以外、社会福祉施策による低水準のサービスしか利用できない。

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行政機関である国民医療保障局が運営している。

2 社会保険制度等

(1) 社会保険制度の概要

社会保険制度は、1990年に成立した社会保障法に基づいている。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項目とされ、介護の給付はない。同法は段階的に施行され、2004年に全面施行された。

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。2007年の加入者数は約918万人、国民の約14%である。

社会保険制度の財源は、労使折半で賃金の10%（傷病、出産、障害及び死亡3%、児童扶養及び老齢6%、失業1%）を保険料として負担（2009年7月より保険料率が労使折半で6%に引き下げられた（政府の拠出率は変更なし）。これは現下の経済情勢を反映し、事業主負担を軽減させ、従業員の雇用維持を図るものである。なお、保険料率4%の引下げに伴いそれぞれの制度の

料率がどのように変化するかについては判明していない。）し、政府が賃金の2.75%（傷病、出産、障害及び死亡1.5%、児童扶養及び老齢1%、失業0.25%）を拠出している。財政状況は、年金の満額支給が始まっていないことから、今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、企業ごとに雇用者と被用者と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。

公務員は、職種に応じて政府年金基金などの制度に加入している。民間被用者は、社会保険制度の老齢給付に加え、上乘せとして企業ごとに労使の合意で設立される年金基金がある。しかし、農民や自営業者のための公的年金制度はなく、低所得の高齢者への月額500バーツ<sup>(注1)</sup>の福祉給付で代替している。

b 社会保険制度の老齢給付

社会保険制度の老齢給付は、1998年末に保険料の徴収が始まった。労使折半で負担する保険料は児童扶養手当の財源と併せて賃金の6%、更に政府が賃金の1%を拠出している。

給付対象は180か月（15年）以上保険料を払った55歳以上の者とされ、この要件を満たす満額受給者が発生するのは2014年以降である。給付水準は退職前60か月の平均所得の38%とされている。

(3) 医療保障制度

a 制度の種類

公務員の医療給付、民間被用者が加入する社会保険制度の傷病等給付、これらの制度が適用されない自営業者などを対象とする国民医療保障の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。ただし、国民医療保障は任意加入であるため、公的医療保障を必要としない富裕層などの未加入者が存在している。

**b 社会保険制度の傷病等給付**

社会保険制度の傷病等給付は、1991年に施行された。財源は、労使折半で賃金の3%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、看護、薬剤、移送など)と現金給付がある。緊急時を除き、加入者は事前に登録した病院しか受診できない。また、出産時と緊急時を除き、一定の限度額を超えるまでは受診時の自己負担はない。

**c 国民医療保障**

国民医療保障(Universal Health Care)は、公務員の医療給付や民間被用者の社会保険制度が適用されない自営業者などを対象に2001年から一部の地域で試行され、2002年に全面施行された。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。2005年の加入者数は約4,734万人で国民の約75%に達する。

国民医療保障に加入する際は、事前に保健センターで受診する医療機関を登録することとされており、受診できる医療機関は殆どが公立病院である。

従来は1回の外来や入院につき30バーツの自己負担を徴収していたため、「30バーツ医療」の通称で知られていたが、2006年10月末から自己負担の徴収を停止し、現在は無料で医療を受けることができる。

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。現金給付はない。

国民医療保障は、社会保険ではなく、税を財源とする医療保障制度である。政府から各医療機関に対して登録者1人当たり年1,899バーツが給付される。

**(4) 失業保険制度**

社会保険制度の失業給付は、2004年1月に保険料の徴収が始まり、同年7月から給付が始まった。受給するためには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%、それ以外の場合は退職後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、保険料が労使折半で賃金の1%、政府の拠出が賃金の0.25%である。

**3 公的扶助制度**

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制度はなく、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、年3回を限度として1回2,000バーツの一時的な給付が行われている。施設サービスとしては、身寄りのない貧困者やホームレス、物乞いなどの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 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、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。

**(2) 高齢者福祉施策****a 基本的な取組**

タイ政府は、「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おり、その理念や目標は明らかになってきているが、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**

公的年金制度があるのは公務員と民間被用者だけであり、しかも、民間被用者の老齢年金は満額支給がまだ始まっていない。現状では高齢者の所得保障としては、低所得の高齢者に対する月額500バーツの福祉給付が年金に代替するものとなっている。

**c 介護サービス等**

公的な介護保障の仕組みはなく、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、国内20か所の老人ホームに約2,860人(2004年)が入居しているが、これらの施設の中に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。

#### d 我が国との協力による高齢者保健福祉モデル事業

このように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年から「地域における高齢者保健福祉サービス統合モデル事業」を開始し、地域の高齢者サービスの体制づくりを進めることとしている。

### (3) 障害者福祉施策

#### a 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、2007年で約60万人の障害者が登録を受けているが、実際は国内に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。

#### 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500バーツの生活費補助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年に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、我が国の技術協力の下、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。

#### c 施設サービス

施設サービスとしては、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24か所が設置され、計11,859人(2004年)が入所している。保育所は、公立と私立を合わせて約16,000施設である。

## 5 公衆衛生施策

### (1) 医療体制

2002年で公立病院977施設(106,837床)と民間病院319施設(28,497床)が設置されており、公立病院の割合が多い。殆どの公立病院は保健省の傘下であり、専門病院、県病院や郡病院が階層的に配置されており、その末端では全国9,765か所(2003年)の公立保健センターが一次医療を担っている。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、2002年で医師18,987人、看護師84,683人であり、人口比では我が国の7分の1程度しかない。補助的な人材として、農村部を中心に約96万7千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。

### (2) 感染症対策

#### a 鳥・新型インフルエンザ

タイ国内で鳥インフルエンザの感染確認者数は、2004年17名(うち死者12名)、2005年5名(うち死者2名)、2006年3名(うち死者3名)、2007年0名及び2008年0名となっており、年々減少傾向にあることから、タイ政府の対策は一定の成果を上げている。タイ政府は、国家インフルエンザ対策計画(第1次計画は2005年から2007年まで、第2次計画は2008年から2010年まで)に基づき、普及啓発活動の推進、監視早期対応体制の強化、抗ウイルス薬の備蓄(約40万人分)、医療体制の整備などに取り組むことにしている。

また、2009年に発生したInfluenza A (H1N1)については、6月23日現在、899名の感染者がタイで確認されたところであるが、タイ保健省では、監視早期対応、普及啓発活動、医療体制の整備など適切に対応しているところである。

#### b 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100万人以上が感染して、50万人以上が死

亡したと推測されている。しかし、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2006年は約1万4千人にまで減少した。

#### c 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、デング熱、コレラ、手足口病などが毎年流行している。

## 6 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、タイの合計特殊出生率は2005年から2010年までで1.87、60歳以上の高齢者人口割合は2005年で10.5%、平均寿命は2005年から2010年までで71.7歳となっており、1970年代の我が国とほぼ同水準である。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測されている。また、国民の所得格差を示すジニ係数は0.5前後と高水準で推移しており、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、制度上は全ての国民が公的保障を受けられるが、加入する制度によって利用できる医療機関が異なり、株式会社が経営する豪華な病院を利用できる富裕層と国民医療保障の下で主に公立病院を利用している多くの国民との間には受けられる医療サービスの水準に大きな差がある。国民医療保障の導入により、医療機関を訪れる患者が増加したと見込まれるが、政府から病院への給付金が低額であるため、国民医療保障に参加する病院(殆どが公立病院)の経営状況が悪化しているといわれている。国民医療保障を導入したワクチン政権は、一方で国外から患者の呼び込みを図るメディカル・ハブ構想を提唱し、外国人向けのサービスを充実する民間病院が増えたため、近隣諸国はもとより欧米や中東から治療を受けに来る患者が大幅に増えており、こうした状況が公立病院から民間病院への医師の流出を招くなど新たな問題を起

こしている。税を財源とする国民医療保障は、創設当初から財政基盤が弱いといわれ、政府は病院への給付金を段階的に増やしてはいるものの、抜本的な解決には至っていない。一部には民間被用者の社会保険制度と統合する案も出ているが、労働組合の強い反対に遭っている。国民医療保障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、国民の4分の3程度が公的制度の対象外に置かれていることが最大の課題であり、政府部内でも適用範囲の拡大が検討され、毎月100パーツ抛出すると、政府が50パーツ追加抛出することにより、農民や自営業者約2,300万人の退職後の備えにする案を中心に議論されている。また、民間被用者の社会保険制度の老齢給付については、給付水準が低い上、2014年の満額支給開始後の財政的安定性を危惧する声も早くも上がっている。

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。

### (3) 強制実施権の発動

2006年9月のクーデターで発足したスラユット政権は、世界貿易機関の「知的所有権の貿易関連の側面に

関する協定(WTO/TRIPS協定)」に基づき、エイズ治療薬など3種の医薬品に強制実施権を発動した。強制実施権は、特許を有する製薬企業の許諾なしに後発薬の製造や輸入を認めるものであり、これによりタイ政府は国民医療保障の下で安価な後発薬を国民に提供するとしている。この政策は欧米製薬企業から強い反発を受ける一方、医療関係のNGOなどから高く評価された。さらに同政権は、2007年1月に抗癌剤にも強制実施権を発動した。こうした強硬的な措置に出た一因は、現在の国民医療保障では加入者に必要な医薬品を提供するだけの予算がないことにあると考えられる。

### (4) その他の動き

地方ではマラリアや結核といった感染症が依然として蔓延している一方、都市では生活習慣病や精神疾患が問題になってきている。生活習慣病対策としては、保健センターで住民の健康診断を実施しているほか、煙草や酒類の規制に重点的に取り組んでいる。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、スラユット政権下の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。

(注1) 1パーツ=約3.09円(タイ中央銀行の発表を元に在タイ日本大使館が試算した2008年の平均値)