

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80%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。

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、児童手当、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。2011年の加入者数は約943万人、タイ国民全人口の約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

(参考) 1パーツ=2.56円 (2011年7～9月期中平均)

老齢1%、失業0.25%)について追加拠出している。財政状況は、2014年に本格的に始まる年金の支給前であることから、今のところ堅調であるものの、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としており、社会保障事務局の悩みの種である。

(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企業年金、公務員や軍人の年金制度などがある。

一方で、農民や自営業者、無業者をカバーした公的年金制度はなく、国民皆年金制度は実現していない。こうした問題を解決するための代替方策として、2009年4月以降、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た月額500パーツの老齢福祉手当（予算措置）を実施している。

b 社会保険制度の老齢給付

社会保険制度の老齢年金給付は、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手当の財源と併せて賃金の6%、更に政府が賃金の1%を追加拠出している。

給付対象は保険料納付期間が180か月（15年）以上である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2014年以降に本格的な支給が開始される予定である。また、給付水準は退職前60か月の平均所得の20%であり、保険料納付期間が180か月以上ある場合は、12か月ごとに1.5%分が上乘せされる。さらに、180か月の保険料納付期間を満たさない場合は一時金による支給が認められている。

(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制度の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。

〈表4-8-1〉タイにおける医療保障制度の概要

(2011年3月現在)

人口約6,000万人のタイは、2002年に全ての国民を対象とした国民医療保障制度(通称:30パーツ医療(現在は自己負担無料))を創設し、国民皆医療制度を構築。他方、加入制度により給付内容に大きな違いがある他、都市部と地方、国立病院と株式会社病院で大きな医療サービスの格差が顕在化。あわせて経済発展と同時に少子高齢化(60歳以上人口11.8%:平均寿命男69.5女76.3:出生率1.5)も進行し、身の丈にあった社会保障制度構築(年金・保健医療など)も今後の課題。なお、富裕層はこうした医療保障制度を利用せず、民間の医療保険に加入。このため、富裕層や外国人を対象とした株式会社病院が隆盛。最新の医療機器と欧米留学の医師を擁し、全世界から集患。

医療保障制度の名称	公務員医療給付制度	社会保険制度(被用者)	国民医療保障制度
対象者(数)	公務員及びその家族(500万人)	民間被用者本人のみ(約943万人)	左記以外の者(約4,843万人)
受療可能医療機関	制限なし	登録医療機関	登録医療機関
財源	税財源	政労使で給与の各1.5%	税財源
患者負担	株式会社病院への入院	出産・救急サービスの利用	なし
患者一人当たりの医療機関への支出額(支払い方法)	約10,000~12,000パーツ(出来高払い: Fee for Service)	2,436パーツ(人頭払い: Capitation)	2,546.50パーツ(人頭払い: Capitation)
所管省庁	財務省	労働省社会保障事務局	独立機関

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1つの病院しか受診できない(出産時は社会保険制度加盟病院すべてで受療可能)。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。

保険者から医療機関への支払いは、医療機関が対象としている患者一人当たり年間約2,400パーツに患者数を掛け合わせた額を限度とした予算制によるため、医療機関はこの予算の範囲内ですべての治療を賄うこととなる。

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。2011年の加入者数は約4,843万人で国民の約80%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国立病院である。

従来は1回の外来や入院につき30パーツの自己負担を徴収していたため、「30パーツ医療」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。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支給される予算の範囲内で、各病院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。

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。国民医療保障事務局から各医療機関に対して当該医療機関が対象としている登録者(患者)1人当たり年間約2,500パーツに患者数を掛け合わせた額を限度とした予算制が採用されている。

(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。受給するためには失業する前の15か月の間に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 公衆衛生施策

(1) 医療提供体制

2007年で公立病院1,020施設(109,443床)と民間病院318施設(30,564床)が設置されており、公立病院の割合が多い。また、殆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ている。さらに、各地域では全国9,758か所（2007年）の保健所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（2009年）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。

なお、医療提供体制に関していえば、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との受けられる医療サービスは極端に違う。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

a 鳥・新型インフルエンザ(A/H1N1) 対策

タイ国内で鳥インフルエンザの人への感染確認者数は、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）であり、2007年以降、新たな人への感染は見られないことから、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（約98万人の保健ボランティアを通じた村々への啓発）、監視早期対応体制の強化（1,030の疫学調査チームでタイ全土を網羅）、抗ウイルス薬の備蓄、医療体制の整備などに取り組むことにしている。

また、2009年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）については、2010年5月29日現在、229名が感染による死亡者として確認されている。

新型インフルエンザ（A/H1N1）に対するタイ政府の対応を総括すると、次のとおり。

- 国際的に標準的な感染症対策（早期発見、封じ込め及び拡大防止）を適切なタイミングで実施していた。

- 初期段階における国民向けのリスクコミュニケーションに力を入れなかった結果、保健当局に対するメディアを通じた批判があった。
- その後の普及啓発活動では、メディア、パンフレットや路上広告などを通じて大々的に行い、短期間で国民にマスク着用や手洗いを浸透させるなどに成功した。
- 感染症動向は9県11病院及び保健省疾病対策局管轄の全国13病院の定点観測を通じて呼吸器疾患を把握している。
- 抗インフルエンザ薬は約27万人分を備蓄している。なお、インフルエンザワクチンは国内で生産できないため、輸入に頼った。ワクチン接種は2010年1月から開始し、4月までに約105万人（人口の1.67%）が摂取済み。

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、これまでに累積110万人が感染した。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40万人から10年間で約1万4千人にまで減少（現在の新規感染者数は年間約15,000人。感染者数推計61万人）。

なお、2009年9月に米国陸軍とマヒドン大学の共同事業としてHIVワクチンの治験結果で高い効果が見られたとの発表があり、引き続き、注目されている。

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。

d 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名死亡している。

(3) たばこ・アルコール対策

a 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ることとなった（施行は120日後）。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（唯一の例外はスワンナブーム国際空港。喫煙ブース内での喫煙が認められている）される。

なお、タイで販売されるたばこ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。

b アルコール対策

2010年2月に閣議決定された保健省省令により、飲酒を進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。

4 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い。このため、2010年を初年度とし、7年後の2017年に実現を目指した社会福祉制度改革に関する検討が開始されたところである。この検討では、資産調査を含んだ生活保護制度、国民皆年金制度、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。

なお、現段階での福祉施策としては、生活に不可欠なサービス（公共バスなど）の低減策、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。

5 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。他方で、2017年までに福祉国家となることを目標とした検討が始まり、生活保護制度の創設のほか、各種福祉制度の充実が検討の俎上に上っている。

(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、60歳以上の高齢者に対する月額500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、タイ財務省において、社会保険制度の対象となっていない20歳から60歳までの自営業者等を対象とした貯蓄基金制度案（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）が検討されている。

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済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ているところである。

(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パ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被用者は、満6歳未満の児童1人当たり月額350パーツ(2005年に従来の200パーツから引上げ)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。

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。

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。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(自由診療)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(無料診療)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。(政治家や高級官僚が独自に加入している医療保険では患者一人当たりが高額な給付額が保障されている一方で、社会保険制度や国民医療保障制度の下での給付額は低額に抑えられており、こうした点をダブルスタンダードと批判する報道がある(2010年)。)

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。国民医療保障を導入したタクシン政権は、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(公立病院から民間病院への医師等の流出により公立病院に勤務する医療従事者の勤務実態が悪化している。2010年に開催された国民医療保障制度に関する国際セミナーでは同制度がタイ国民の保健医療サービスの向上に寄与したと自画自賛する政策担当者に対し、医師のグループが週120時間以上の過酷な勤務実態について告発するなど現場と政策立案部門との意見の違いが表面化した)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。

なお、2010年に行った医療保険制度調査事務室へのヒアリングでは、国民医療保障制度について、医療サービスの充実が道半ばの段階で患者負担を求めることは理解が得られないため、当面10年間は同様の施策に据え置くとの考えが示された。特に、高齢化の進行に伴う高齢者の過剰受診の懸念については、現段階ではそうした兆候は見られないとし、直面する課題として医療サービスの向上と医療サービスへの財政支出拡大が先であるとの見解が示された。

年金に関しては、国民の約80%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ている。その方策としては、毎月の貯蓄額に応じて政府が追加拠出することにより、農民や自営業者約2,300万人の退職後の備えにする案や、既存の社会保険制度の任意加入制度を充実することなど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。

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7月には総選挙も行われたところであり、新たに政権を担う重要課題として取り組まなければならないことは間違いない。

(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、たばこ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。

また、特にミャンマーからの不法労働者の流入により、国民医療保障サービスが受けられない者を通じた感染症の拡大の恐れも高まっている。こうした課題に対してタイ保健省は内務省や入国管理局を通じてタイ国民への登録を促すほか、国立病院に補助金を交付することでこうした者にも無料医療サービスを提供しているが、抜本的な解決にいたらず、現場では長い待ち時間とサービスに応じた支払いの不足など厳しい状況である。