

## 第6節 タイ王国 (Kingdom of Thailand)

### 社会保障施策

少子高齢化が急速に進む中、高齢者の所得保障の充実・強化の観点から、主に民間被用者向けの2階部分の新たな年金制度として、確定拠出型年金である国民年金基金の制度導入が、2016年11月に閣議決定され、現在、法案の検討作業が行われている。このほか、老齢福祉手当の給付額引き上げや、社会保険制度における老齢給付の持続可能性を担保するための制度改正の検討も進められている。

2016年7月からJICA「グローバルヘルスとユニバーサルヘルスカバレッジのためのパートナーシッププロジェクト」が進められており、日本の経験を活用し、高齢化に対応した持続的なUHCに関する政策提言、人材能力強化、参加国の保健システム強化支援が行われている。

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、日本は地域の高齢者サービスの体制づくりを支援するプロジェクトを従来から実施しているが、2017年11月からは、高齢者のための地域包括ケアサービス開発プロジェクト（JICA・シームレス・ケア・プロジェクト）が開始され、急性期後の中間的なケアやリハビリのサービスモデルの開発等が進められている。

#### 1 概要

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（ただし、社会保険方式は被用者向けの制度のみであり、それ以外は税方式である）、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ほかには、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。

施策の所管省庁は、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。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) 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つであり、介護給付はない。

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。2017年の加入者数は約1,465万人、タイ国民全人口の約21%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。

財政状況は今のところ堅調であるものの、2014年から本格的な年金（老齢給付）の支給が開始されている（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）。一方、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における課題となっている。

2015年6月には、労働者の福利厚生と生活の質の向上を目的として、傷病給付について給付要件が緩和されるなど、給付内容の改善に係る改正が行われ、2015年10月から施行されている。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)  
タイ

(2) 年金制度

「税方式」「社会保険方式（確定給付型）」「貯蓄型（確定拠出型）」の3種類がある。公的年金制度として、政府に勤務する公務員には1997年3月以前に公務員となった者を対象とした①「政府年金（税方式）」及び1997年3月以降に公務員となった者を対象とした④「政府年金基金（貯蓄型）」が、民間被用者には③「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、税方式のうち②「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。このため、2015年から農民や自営業者等を対象とした貯蓄型の⑧「国民貯蓄基金」が開始された。（表5-6-17参照）

イ 税方式

福利厚生の一環として実施されている公務員や軍人の年金制度（①政府年金）がある。一方、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、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する②老齢福祉手当（予算措置）が2009年4月から実施されている。2009年から2011年の間は、60歳以上の高齢者に一律500パーツを給付する仕組みであったが、現在は、年齢に応じて月額600～1,000パーツ（60歳以上70歳未満は600パーツ、70歳以上80歳未満は700パーツ、80歳以上90歳未満は800パーツ、90歳以上は1,000パーツ）を給付している。

ロ 社会保険方式

社会保障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がある。

ハ 貯蓄型

1996年に成立した政府年金基金法に基づく、国家公務員が強制加入し被保険者と政府が保険料を負担する④政府年金基金と、社会保障法に基づく、企業ごとに雇用主と被用者との合意により任意に設立される企業年金である⑥退職金積立基金（プロヴィデント・ファンド（Provident Fund）等）がある。

また、2015年からは政府年金基金、民間企業の社会保険・退職者積立基金に加入していない自営業者（農民、商人、タクシードライバー、日雇い労働者等）約3,000万人を対象とする⑧「国民貯蓄基金」が開始されている。加入対象は15～60歳で、政府は加入促進を図っているが、60万人の加入者数にとどまっている。加入者は年間50パーツ以上13,200パーツ以内で積立を行う。政府は、15～30歳には年間600パーツ以内、積立金に対して50%を拠出し、30～50歳には960パーツ以内で加入者が拠出した額の80%を拠出、50歳以上には1,200パーツ以内で同100%を拠出することとなっている。

また、現在⑥退職金積立基金に加入していない民間企業・公営企業の労働者を対象とした確定拠出型年金である国民年金基金（National Pension Fund）の導入に向け、法案の検討作業が行われている（詳細は6（1）イ参照）。

表5-6-17 退職後社会保障制度の概要

①政府年金	公費負担	・1997年3月以前に公務員となった者
②老齢福祉手当		・政府から年金を受給していない60歳以上のタイ国民
③社会保険年金（第33・39条）	強制加入	・民間企業従業員等（第39条） ・第39条対象者で、退職・失業した者（第33条）
④政府年金基金（GPF）		・1997年3月以降に公務員となった者
⑤私立学校教員社会保険基金		・私立学校の校長および教員
⑥退職金積立基金（PVD）	任意加入	・民間企業・国営企業従業員 ・公務員
⑦社会保険基金（第40条）		・③の対象でない15～60歳の労働者
⑧国民貯蓄基金（NSF）		・③④⑥に加入していない15～60歳の自営業者等

（資料出所）財務省 財政事務局、貯蓄・投資政策事務局作成資料を基に作成。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

（社会保障施策）

表5-6-18 主な年金制度

名称	①政府年金及び④政府年金基金	③社会保険制度の老齢給付	②老齢福祉手当
根拠法	政府年金法及び政府年金基金法	社会保険法	予算措置（内務省令）
制度体系	<p><b>【政府年金】</b> 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><b>【政府年金基金】</b> 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>
運営主体	<b>【政府年金及び政府年金基金】</b> 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><b>【政府年金】</b> 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><b>【政府年金基金】</b> 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）。2017年の加入者数は、約1,465万人。</p> <p>※給付対象は、加入者本人のみ（家族は対象ではない）。 ※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	<b>【政府年金及び政府年金基金】</b> 60歳（退職時）	60歳
	最低加入期間	—	—
	その他	—	公務員であった者を除く。左記2制度との併給不可。タイ国籍及び住民登録している地方自治体への申請が必要。
給付水準	<p><b>【政府基金】</b> 確定給付型の年金の給付。</p> <p><b>【政府年金基金】</b> 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%分が上乗せされる。 ※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>
繰上（早期）支給制度	—	—	—
年金受給中の就労	—	—	—

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)  
タイ

[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	【政府年金】 保険料負担なし  【政府年金基金】 拋出型加入者は、給与の3%を保険料として負担。	【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。  【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%。	保険料負担なし
	公費負担	【政府年金】 税財源（無拋出年金）  【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%を拋出金として拋出（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。	【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%）について追加拋出。  【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拋出は、児童手当に係る政府の追加拋出と合わせて、賃金の1%。	税財源（予算措置）
その他の給付（障害、遺族等）	障害年金	【政府年金基金】 -	【社会保険制度】 傷害給付	-
	遺族年金	【政府年金基金】 -	【社会保険制度】 死亡給付	-
	その他	【政府年金基金】 在任中に利用できる附帯サービスあり。	【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）	-
実績	受給者数	【政府年金基金】 - ※政府年金基金の設立は1997年3月。	【社会保険制度の老齢給付】 443,875人（2017年、一時金受給者含む。）	約678万人（2012年度）
	支給総額	【政府年金基金】 約371億バーツ（2017年）。 ※政府年金基金の設立は1997年3月。	【社会保険制度の老齢給付】 約111億バーツ（2017年）。	約525億バーツ（2012年度予算）
	基金残高等	【政府年金基金】 政府年金基金の残高は、約8,341億バーツ（2017年）	【社会保険制度】 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。  【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1兆6,050億バーツ（2017年末）。	-

(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（労使の二者拋出による企業退職一時金制度）、退職共済基金制度（労使の二者拋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。）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: 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拋出によ

り運営されている。UCでは、1回の外来や入院につき30バーツの本人負担を徴収しており、「30バーツ医療」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））。

なお、2016年7月からJICA「グローバルヘルスとユニバーサルヘルスカバレッジのためのパートナーシッププロジェクト」が進められており、日本の経験を活用し、高齢化に対応した持続的なUHCに関する政策提言、人材能力強化、参加国の保健システム強化支援が行われている。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ  
(社会保障施策)

表5-6-19 医療制度

制度名	公務員医療給付制度 (CSMBS)	社会保険制度の傷病等給付 (SSS)	国民医療保障制度 (UC)
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、受診医療機関の制限・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。	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パーセントであり（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）。2017年の加入者数は、約1,465万人（タイ国民全人口の約21%）。※当初は従業員20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）。
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立病院である。ただし、レファラル・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。
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。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)  
タイ

[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）]

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。	【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）。	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）。
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。  【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保険料負担は労使折半で賃金の3%。	保険料負担なし
	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、賃金の1.5%。	税財源
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1,465万人（2017年加入者数、タイ国民全人口の約21%）	約4,834万人（2015年加入者数、タイ国民全人口の約7割）
	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436億パーツ（2017年、傷病給付）	約1,149億パーツ（2015年度関連支出）

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ  
(社会保障施策)

### 3 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、2018年10月現在、議論は進んでいない。

なお、国民の所得格差を示すジニ係数は低下傾向にあるが、0.484（2013年）となっており、日本や、格差が問題となっているフィリピン、マレーシアよりも高く、ASEANで最も格差が大きい国となっており、高齢者施策などの社会保障制度の拡充が必要となっている。

#### (2) 高齢者福祉施策

国連の推計では、2015年の合計特殊出生率は1.5、2015年の平均寿命は男性70.8歳、女性78.4歳、高齢化率（60歳以上）は17.6%となっており、1970年代

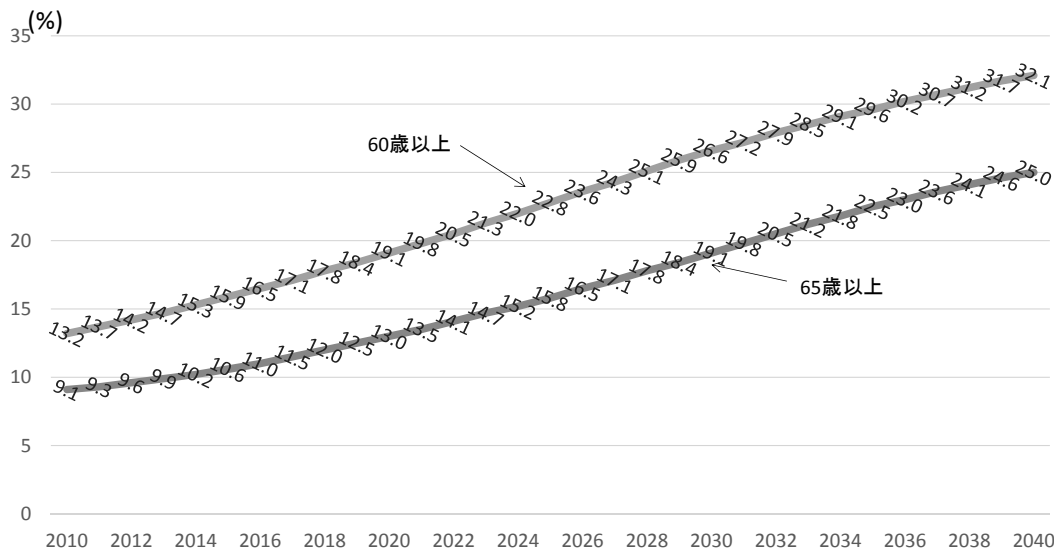
の我が国とほぼ同水準である。また、タイ国家経済社会開発委員会の推計によれば、2023年には人口の21%が60歳以上の高齢者となると予測しており、今後は我が国と同程度、あるいはそれ以上の速さで高齢化が進むと予想される。

#### 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。

図5-6-20 高齢化率

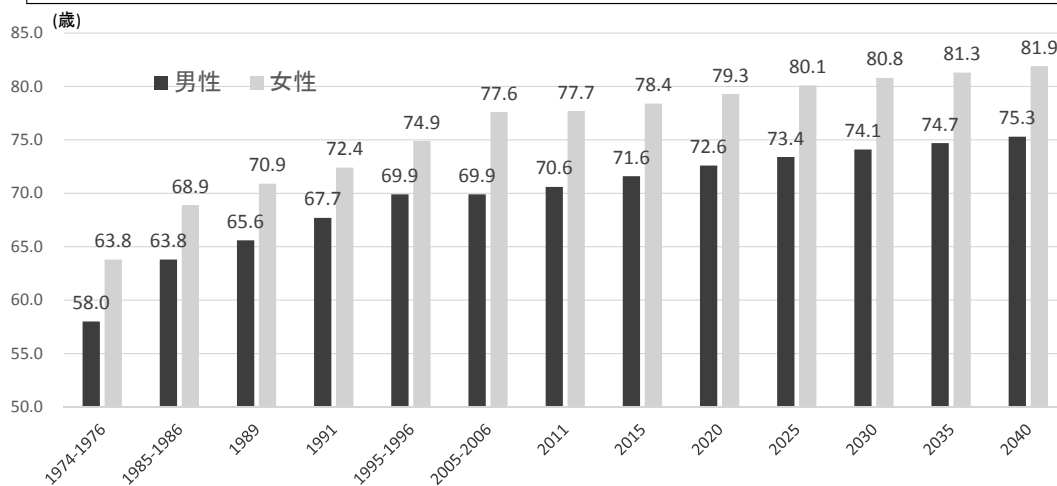
60歳以上(65歳以上)の高齢者人口は、2040年には32%(25%)に増加すると見込まれている。



資料出所: National Economic and Social Development Board (NESDB), Population Projection in Thailand: 2010-2040

図5-6-21 平均寿命

現在の平均寿命は男性71歳、女性79歳だが、2040年には、男性75歳、女性82歳まで延伸すると推計されている。



資料出所: TGR (2012), The Situation of Thai Elderly 2011 and National Economic and Social Development Board, Population Projection in Thailand: 2010-2040

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)  
タイ

□ 所得保障

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）の本格的な支給が始まっている。（2（2）参照）

ハ 介護サービス等

タイ政府の掲げる介護の在り方はコミュニティ・ケアである。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、政府が養成する健康ボランティア、高齢者ボランティア等の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（12か所）、自治体管轄（13か所）の公的入所高齢者施設（高齢者社会福祉開発センター）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きれない状況にある。このほかに通所施設として、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。

2015年9月から、国民医療保障事務局は全国約100万人の要援護高齢者のため、国民医療保障制度の対象者向けに6億バーツ（約20億円）の予算を確保し、パイロットプロジェクトとして、1,000のタンボン（行政区）<sup>1</sup>においてケアマネジメント、介護サービスの実施を開始した。その後、2018年には11.6億バーツ（約39億円）の予算となっているが十分に機能しておらず、また予算規模も要援護高齢者約19万人を対象とした規模であり、要援護高齢者数に比して必ずしも十分ではない。

ニ 日本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、日本は、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」（JICA技術協力プロジェクト）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。

また、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」（JICA技術協力プロジェクト）を実施し、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）などを実施するとともに、タイ政府に対してケアマネジメントを含めた公的介護サービス体制、介護職の研修・教育体制等に関する政策提言が行われた。

さらに、2017年11月からは5年間を計画期間とする「高齢者のための地域包括ケアサービス開発プロジェクト」（JICA技術協力プロジェクト）を開始した。タイでは脳梗塞等の治療後（急性期病院の退院後）に、十分なリハビリテーションが提供されておらず、そのまま寝たきりになる高齢者が少なくない。このため、7つのプロジェクト・メインサイト等において、リハビリテーションを中心とした急性期後の中間ケアを確立しつつ急性期から自宅までの切れ目のないサービス供給を目指し、急性期後の中間的なケアやリハビリのサービスモデルの開発（サービス提供体制）、人材育成などを実施している。

■ 1) タイの地方行政組織の1つで、アムプー（郡）の下位、ムーバーン（村）の上位組織。



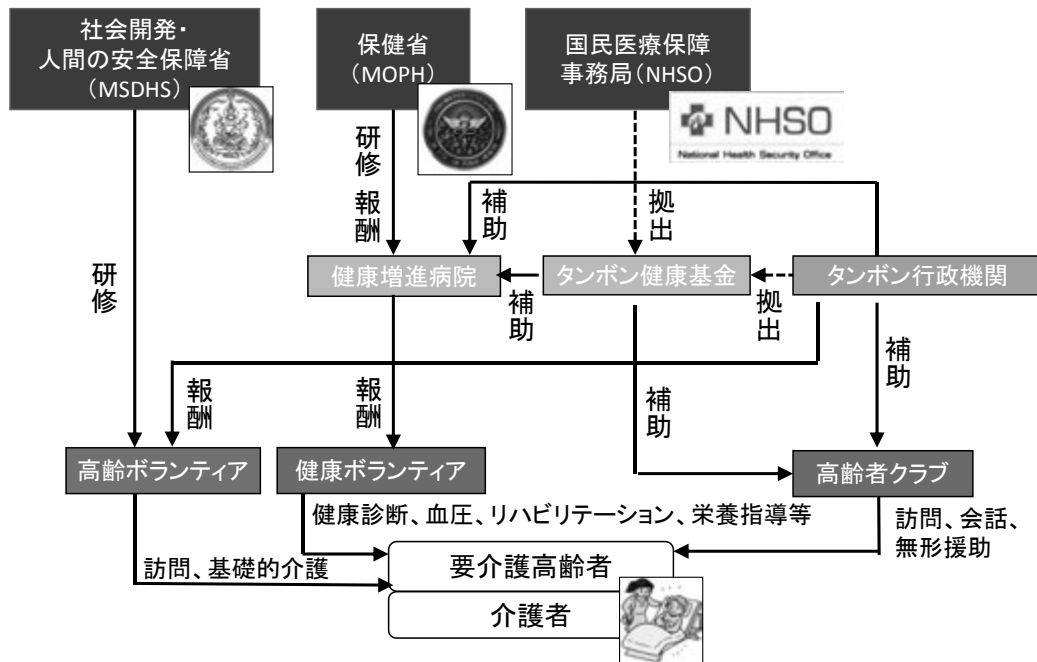
図5-6-22 介護市場の現状

○高所得層向けに、民間サービス事業者が介護サービスを提供。  
○中～低所得者向けの公的介護は、自宅訪問型のコミュニティケアが中心。

所得水準	自宅訪問型			通所型			居住型		
	低	要介護度	高	低	要介護度	高	低	要介護度	高
高所得層 可処分所得 USD35,000以上	住込み・通い メイドサービス			人件費は都市部でかなり高額(月2万円ペース以上)			住込み 介護士 (必要に応じ 医師・看護師派遣有り)		
中間所得層 可処分所得 USD5,000以上	<b>コミュニティケア</b> 健康増進病院からの派遣による健康ボランティア等の訪問			デイケア(民間病院) 現状ほとんどなし (都市部では渋滞が課題)			高齢者住宅(リタイアメント外国人向け)(民間) 療養病院、ナーシングホーム(民間)		
低所得層 可処分所得 USD5,000以下	全国で健康ボランティア(在宅高齢者の訪問、健康指導等を担当)は100万人、高齢者ボランティア(在宅高齢者の訪問、基礎的介護を担当)は6万人。			デイケア(高齢社会サービスセンター(19か所)) 高齢者クラブ(公共/寺院) 全国12,000以上のタンボンに所在。			介護付老人ホーム(民間) 療養病院、ナーシングホーム(公的) 高齢者社会福祉開発センター(社会開発・人間の安全保障省運営(12か所)。一部は郡に運営を移管(13か所))		

(参考) アジアにおける介護関連サービス市場の状況及び日系企業による進出可能性の考察(みずほ情報総研)をベースに加筆

図5-6-23 コミュニティケアの仕組み



(参考) Worawet Suwanrada チュラコンコーン人口学研究所所長の資料による

### (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「障害者エンパワーメント法」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しているが、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<sup>2</sup>。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（労働施策2（5）参照）、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。また、障害者に対しての教育や訓練を行う施設はまだ少なく、障害者の雇用機会も限定的であり、障害を持った就業者は約30万人程度（2014年現在）にとどまっている。

#### ロ 医療リハビリテーション等

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）」プログラムにより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800バーツの生活費補助といった支援が行われている。

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

日本の技術協力（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）。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<sup>3</sup>」を実施している。このプロジェクトでは、ASEAN地域の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、ベトナムの選択された地域で実施している。また、2015年8月から草の根・人間の安全保障無償資金協力により、提携企業から、パン製造及び販売の指導、経営アドバイスの提供等の支援を得る「就労移行支援事業所兼販売所整備計画」に係る支援を行っている。

### (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400バーツの児童手当を受給（複数の児童を養育している場合は3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。

#### ロ 低所得世帯の新生児に対する支援

低所得世帯の新生児8.5万人を対象に当該新生児が1歳に達するまでの間、毎月400バーツを給付する施策を実施している（当初、2015年10月から1年間の試行事業として開始後、継続して実施。）。

#### ハ 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、養子縁組や里親あっせん、ソーシャルワーカーによる相談や助言などが

■2) 2014年11月、Regional Seminar on Development of ASEAN+3 for Empowerment of Persons with Disabilities 「Thailand Country Report」による。

■3) The APCD/Japan-ASEAN Integration Fund (JAIF) Project

行われている。

立と私立を合わせて約18,640施設である。

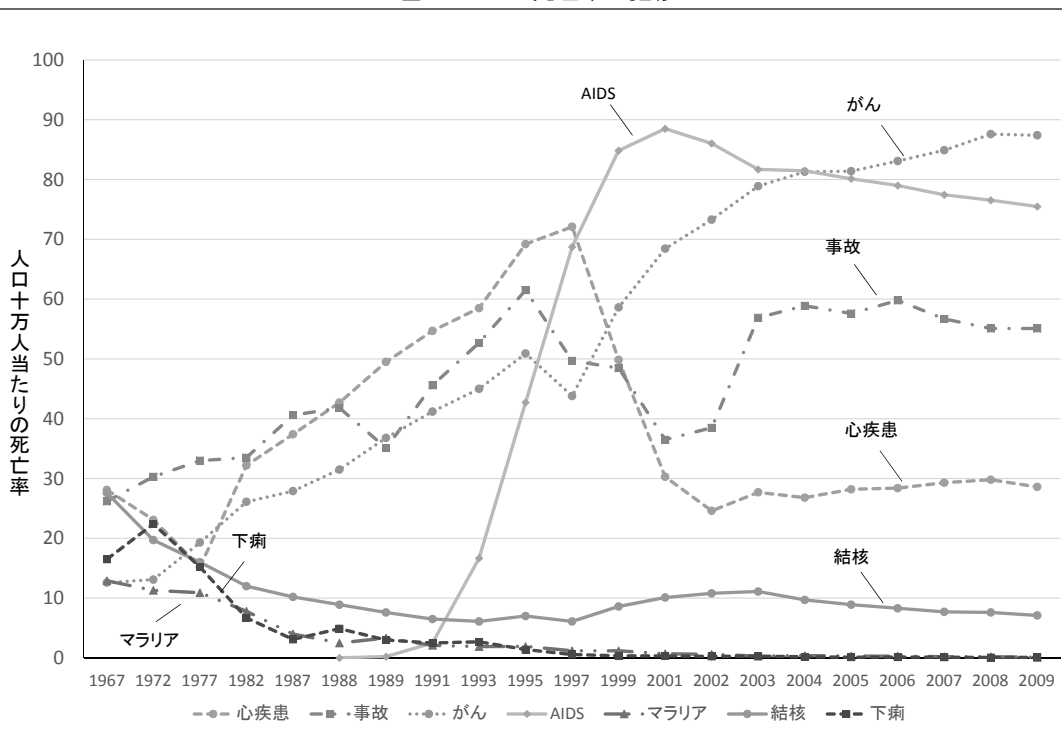
二 施設サービス

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

4 公衆衛生施策

死亡率は、1967年の時点では「マラリア」「結核」等の感染症によるものが高かったが、2000年代以降は「がん」「HIV/AIDS」等の割合が高くなっていった。死亡要因を見ても、現在は、脳卒中、糖尿病、がん等の生活習慣病が上位を占めており、先進国型の疾病構造に近づきつつある。

図5-6-24 死亡率の推移



資料出所：Thailand Health Profile 2008-2010

図5-6-25 死因上位10位

(2016年)

順位	タイ			日本		
	死因	人数(千人)	割合(%)	死因	人数(千人)	割合(%)
第1位	虚血性心疾患	60.4	11.2%	虚血性心疾患	152.7	11.7%
第2位	脳卒中	46.0	8.5%	下気道感染	141.3	10.8%
第3位	下気道感染	44.5	8.3%	脳卒中	126.3	9.6%
第4位	慢性閉塞性肺疾患	26.8	5.0%	気管支、気管、肺がん	79.5	6.1%
第5位	糖尿病	23.9	4.4%	慢性閉塞性肺疾患	64.3	4.9%
第6位	交通事故	22.5	4.2%	結腸及び直腸がん	55.5	4.2%
第7位	肝がん	21.3	4.0%	胃がん	53.8	4.1%
第8位	気管支、気管、肺がん	19.8	3.7%	腎疾患	35.5	2.7%
第9位	認知症	16.0	3.0%	認知症	34.4	2.6%
第10位	腎疾患	15.5	2.9%	膵臓がん	34.0	2.6%

資料出所：WHO「disease burden and mortality estimates」

(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いる。さらに、各地域では全国9,891か所（2013年）のヘルスセンターが一次医療を担っている<sup>4</sup>。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、2017年で医師35,388人、看護師166,861人であり、医師数の人口比は我が国の5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。

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大きく異なる。地方の医療サービスの向上が今後の課題である。

医薬品の納入価格は製薬企業と医療機関の交渉により決定される。ただし、国家医薬品基本リストに掲載された医薬品については、公立病院への医薬品の納入の際、これより高い価格で調達してはならないという標準価格（Medium Price）が定められている。最近では、医療費抑制の観点から当該標準価格の抑制が検討・実施されている。

表5-6-26 医療人材の状況

- 日本と比較した場合、医療人材は全体的に不足（特にリハビリ職種が顕著）。
- 地方を中心に、公的医療機関で勤務する医療人材が多い。

○医療人材

	タイ (2017年、※は2010年)		(参考) 日本(2016年、※は2012年)		②/①
	人数	人口1万人 当たり(①)	人数	人口1万人当 たり(②)	
医師	35,388人	(5.4)	319,480人	(25.2)	4.7
歯科医師	9,760人	(1.5)	104,533人	(8.2)	5.5
薬剤師	13,728人	(2.1)	301,323人	(23.7)	11.3
看護師	166,861人	(26.8)	1,472,508人	(116.0)	4.3
理学療法士※	8,143人	(1.3)	119,990人	(8.7)	6.7
作業療法士※	826人	(0.13)	65,935人	(5.19)	40.0
言語聴覚士※	259人	(0.04)	23,773人	(1.87)	46.8

○公的・民間医療機関別の医療人材の人数・割合(2017年)

	公的医療機関	民間医療機関	合計
医師	28,702人(81.1%)	6,686人(18.9%)	35,388人
歯科医師	7,599人(77.9%)	2,161人(22.1%)	9,760人
薬剤師	11,567人(82.4%)	2,161人(17.6%)	13,728人
看護師	144,888人(86.8%)	21,973人(13.2%)	166,861人

資料出所：タイ:保健省（2010）・国家統計局（2017）、日本:医師・歯科医師・薬剤師調査、衛生行政報告例（2012, 2016）

■4) 保健省政策戦略局（Ministry of Public Health Bureau of Health Policy and Strategy）「Health Resources Report 2010」, Espicom 「World Medical Markets Fact Book 2014」(2014)

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

（社会  
保障  
イ  
タ  
イ  
策）

図5-6-27 医療供給体制

○一般・低所得者層は公的医療機関の医療サービスを利用。一方、富裕層(特に都市部)は私立病院を利用。  
○UCIにおいては、プライマリーケアを重視するために、レファールシステムを採用。

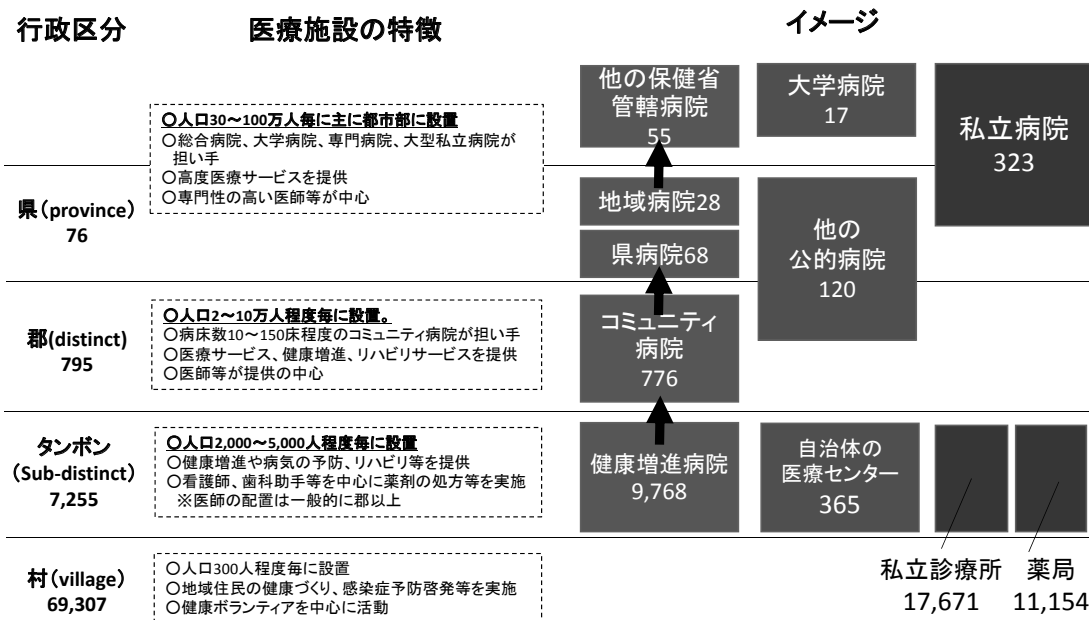


図5-6-28 医療施設の状況

○医療施設数

	タイ	
	医療機関数	病床数
公的医療機関	1,025(80%)	109,447(82%)
民間医療機関	261(20%)	24,658(18%)
合計	1,286(100%)	134,105(100%)

(参考)タイ:保健省(2010年)日本の医療機関数は8,565、病床数は1,703,853(OECD Health Data(2012))

○医療施設の特徴

公的医療機関 (大学病院 省直轄病院 公立病院)	<b>【診療形態】</b> クローズシステム(ただし民間医療機関でのアルバイト可能) <b>【保険診療】</b> 公立病院はUC登録機関となる義務。 <b>【財源】</b> 補助金(所管による)、診療費用、寄付金、研究費用 <b>【特徴】</b> 特に地方の医療機関の財政問題・人材不足、長い待ち時間等の質の改善。
民間医療機関	<b>【形態】</b> 株式会社が主 <b>【診療形態】</b> オープンシステムが主(医師が病院内に診察用クリニックを独立開業して、病院内の検査施設や病室を共有して使用するシステム) <b>【保険診療】</b> 民間保険、保険(CSMBs,SS) UC登録でない医療機関も多い。 <b>【医療ツーリズム】</b> 年間270万人以上が医療目的で当地に滞在(駐在含む)。近年ミャンマー、カンボジアの伸びが大きい。JCI認証病院も31機関

○医療機関の例



**大学病院**  
(写真はマヒドン大学シリラート病院)  
 ・1888年に開業したタイ国内最古の病院  
 ・敷地面積は東南アジア最大  
 ・プミポン前国王も入院  
 ・4つの市街地に12の棟を持ち、敷地面積は東南アジア最大。病床数は3,000床。年間外来患者数は100万人。



**公立のコミュニティ病院**  
(写真はチャチュンサオ県バンクラウ病院)  
 ・国民医療保障制度の対象医療機関。  
 ・6歳までの子ども、60歳以上は無料。  
 ・医師5人、歯科医師4人、看護師55人体制。病床30床。外来は1日300人程。  
 ・高血圧、糖尿病患者が多い。



**コミュニティヘルスセンター**  
(写真はチャチュンサオ県コミュニティヘルスセンター)  
 ・利用者は年間2,111人(1日平均5.7人)  
 ・歯科利用者は年間388人(1日平均1人)  
 ・1次医療機関として歯科担当医、看護師(一部指定薬を除く投薬、怪我の処置等が可能)が常駐。



**私立病院**(写真はバンコク病院)  
 ・1969年開業のタイで一番古い私立病院  
 ・年間外来患者数は80万人。うち20万人が外国人。JCIも取得し「Medical Tourism」に力。  
 ・6つの私立病院グループ、31の医療機関を傘下(Bangkok Hospitals, Samitivej Hospitals, BNH Hospital Phayathai Hospital, Paolo Memorial Hospital and the Royal Hospitals)

(2) 新興・再興感染症対策

イ 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118万人（2016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15年間で約6千人にまで減少した（2016年の国内の新規感染者数は約6千人、感染者数は計約45万人、死亡者数は約1万7千人と推計されている）。

ロ デング熱

2017年に報告があったデング熱、重症型のデング出血熱とデングショック症候群の患者数は合計53,961人、死亡者数は71人であった。

ハ ジカ熱

これまで毎年数名程度のジカ熱患者が確認されてきたが、2016年は1,114人の感染者が報告され、9月にはジカ熱感染に関連した小頭症の発症が東南アジアで初めて確認された（2016年では2件）。2017年では577人の感染者が報告され1件の小頭症の発症が報告されている。

ニ 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、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。また、2015～2019年には宿主と菌のゲノム情報の統合的活用により、結核症の発症高リスク群に関する診断法を開発する「効果的な結核対策のためのヒトと病原菌のゲノム情報の統合的活用」プロジェクト（SATREPS）

が、東京大学、理化学研究所、結核予防会・複十字病院、タイ保健省医科学局で実施されている。

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、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。また中東からメディカルツーリズムで来タイしたMERS感染者が2015年6月、2016年1月、7月に発見された。

(3) たばこ・アルコール対策、Healthier Choice

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。2001年に設立された健康増進財団（Thai Health Promotion Foundation）はタイ国首相を理事長とする政府系専門機関であり、健康増進施策の推進、たばこ・アルコール対策等を推進している。当該財団はタバコと酒に課される2%の特別税（物品税の2%相当を追加で課税）を財源としている。

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、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となっていた。さらに、2018年11月に公布された保健省告示（2019年2月から施行）により、公共施設の入口から5メートル以内も喫煙が禁止となる（これを受けてスワンナプーム国際空港を含むタイ国内の6空港が2019年2月から全面禁煙となる）。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的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たが、2014年6月に最高行政裁判所は合法とした。

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。2010

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

（社会  
保障  
イ  
施策）

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

(社会保障施策)  
タイ

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2015年10月からアルコールのラベル表示に際し、①Premium、Finest等の品質を誇示する表記、②アニメキャラ等のイラスト、③スター、俳優、スポーツ選手の使用が禁止される等更なる規制強化が行われた。

また、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。

#### ハ 健康食品等

保健省健康局は、2015年度から「Healthier Choice」という制度を導入し、100ml中の砂糖の含有量が6gより低い等の基準を満たす製品は、企業からの申請に基づき、当局が認可した旨を証明するロゴを製品に貼付することが可能となっている。2018年末現在、1,000を超える製品が当該ロゴマークを付けることが可能となっている。また、2017年9月からは砂糖を含む飲料について、糖分の含有量に応じた課税が開始されている。さらには、食品の塩分の含有量に応じた課税も政府において検討がなされている。

#### 5 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、日本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、2018年10月時点で検討は進んでいない。

2018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負担低減策（無料バスは2015年7月末で廃止）、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、2017年10月からは、タイ財務省による低

所得者対策として、低所得者支援カードが発給されている。当該カードは、年収10万バーツ以下の低所得者が対象で、商務省の割引販売店「青旗店」を通じた生活必需品の購入補助や公共料金の補助が受けられる。

さらに、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。

#### 6 近年の動き・課題・今後の展望……………

##### (1) 社会保障制度改革

##### イ 国民年金基金（National Pension Fund）の制度創設に向けた動き

高齢者が退職後も基本的生活を営むことができるように、主に民間被用者向けの2階部分の新たな年金制度として、確定拠出型年金である国民年金基金の制度導入が、2016年11月に閣議決定され、現在、法案の検討作業が行われている。具体的な制度内容としては、以下の予定となっている。

- ・民間企業や国営企業で働く15～60歳の労働者のうち、退職金積立基金に加入していない労働者を対象とする。
- ・まず従業員100人以上の民間企業等を強制適用の対象とし、法施行の4年後には従業員10人以上、同じく7年後には従業員1人以上と、段階的に全ての企業に強制適用の対象を広げる。
- ・拠出保険料は、法施行から3年間は労使それぞれ賃金の3%ずつ、法施行の4年後からは各々5%ずつ、同じく7年後からは各々7%ずつ、10年後からは各々10%ずつに引き上げられる。（ただし、月収1万バーツ未満の場合は使用者が全額負担、月収6万バーツ以上の部分の賃金については課されない）。
- ・加入者は60歳到達後、一時金または年金として受け取る。

財務省によれば、1,137万人が制度対象者として見込まれている。

##### ロ 社会保険制度改革の検討

少子高齢化が急速に進む中、タイ政府内で下記のような

な持続可能性を高めるための改正事項が検討されている。

- ①老齢給付の給付年齢の55歳から60歳への段階的な引き上げ
- ②保険料率の引き上げ（(例) 月給の5%→9%）
- ③保険料賦課上限額の引き上げ（月15,000バーツ→月2万バーツ）

#### ハ 老齢福祉手当の給付額引上げ

老齢福祉手当について、たばこと酒に課される特別税の一部を財源として、月額800バーツ以上へと引き上げることとしているが、財源が十分ではない。財務省は財源確保のため、金融機関と連携して高所得高齢者100万人に当該手当の受給権の破棄を呼び掛けることとしている。

#### (2) 医薬品等規制当局をめぐる動き

医薬品、医療機器、食品等の審査プロセスの早急な改善に向けて、首相府、保健省食品医薬品局（FDA）等における検討を経て、憲法第44条に基づく命令による手数料の引き上げが2017年8月に実施された。一方、独立審査機関の設立に向けた議論は中長期的な課題となっている。

また、2013年10月以降、日タイの医薬品等規制当局である医薬品医療機器総合機構（PMDA）とFDAによる日本-タイ合同シンポジウムが毎年開催されており、こうした規制当局間の交流を踏まえ、2018年4月には厚生労働省とFDAとの間で、医薬品医療機器等の規制に関する協力のための覚書が締結された。

(参考)

- 労働省社会保障事務局  
<https://www.sso.go.th/wpr/>
- 社会開発・人間の安全保障省  
<https://www.m-society.go.th/>
- 保健省 <https://www.moph.go.th/>
- 国民医療保障事務局 <https://www.nhso.go.th/>
- 財務省 <http://www.mof.go.th/>

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ  
(社会保障施策)