

タイ王国における社会保障制度に関する調査
報告書

国際協力銀行

平成14年3月

本調査報告書は本行内の執務参考資料に供するとともに対外的にも照会することを目的としているもので、本報告書にある調査結果については国際協力銀行の公式見解を示すものではないことをお断りしておきます。

目 次

要 約.....	1
1．社会保障制度の概要.....	1
2．医療保険制度.....	1
3．年金制度.....	2
4．社会福祉制度.....	2
5．失業保険制度.....	3
6．新たな環境.....	3
7．社会保障制度における今後の課題.....	3
第1章 タイにおける社会保障制度の概要.....	5
1．タイにおける社会保障制度の基本的枠組み.....	5
2．社会保険制度.....	8
(1)適用範囲.....	8
(2)給付内容.....	9
(3)財政・基金運用.....	10
(4)管理機関.....	14
(5)今後の日程.....	15
(6)制度の問題点.....	15
3．財政の動向.....	17
(1)経済成長.....	17
(2)国民負担率の推移.....	17
第2章 医療保険制度.....	21
1．タイにおける保健医療の現状.....	21
(1)保健医療問題の現状.....	21
(2)医療財政の動向.....	22
(3)国家保健医療開発五カ年計画.....	25
2．タイにおける医療保険制度.....	26
(1)制度の特徴.....	26
(2)医療保険制度の概要.....	27
3．各医療保障制度の概要.....	29
(1)30 パーツ制度.....	29
(2)公務員医療給付制度(CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme).....	31
(3)被用者社会保障制度(SSS)/労働者補償制度(WCS).....	32
4．各医療保険制度の問題点.....	34
(1)30 パーツ制度の課題.....	34

(2)公務員医療給付制度(CSMBS)の課題	34
(3) 被用者社会保障制度(SSS) / 労働者補償制度(WCS)の課題	35
5 . 医療提供体制/サービスシステム / 医療サービス運営	36
(1)医療資源水準	36
(2)病院	36
(3)診療所	37
(4)薬局	37
(5)行政区分と医療提供体制 (レファールシステム)	38
6 . 医療制度をめぐる近年の動向と課題	40
(1)30 パーツ制度周辺の状況	40
(2)医療保険制度を支える請求支払制度とネットワーク	43
(3)医療の質の確保に関する動向	47
(4)予防・健康教育に関する地域レベルの取り組み	50
第3章 年金保険制度	52
1 . タイにおける高齢化の状況と年金制度	52
2 . 歴史的背景と概要	53
3 . 各制度の概要	55
(1)被用者社会保障制度老齢年金(OAP: Old Age Pension System)	55
(2)政府年金基金(GPF: Government Pension Fund)	56
(3)政府職員基金(Government Permanent Employees' Fund)	57
(4)政府系企業共済基金(State-owned Enterprises' Provident Fund)	57
(5)民間セクター共済基金(Private Sector Provident Funds)	58
(6)福祉老齢給付(Monthly Subsistent Allowance)	58
4 . 年金制度の問題点と今後の方向性	58
(1)カバレッジ	58
(2)給付水準と持続性	59
(3)運営管理体制	60
(4)基金運用	60
< < 参考 > >	60
第4章 社会福祉制度	63
1 . 第四次国家社会福祉事業開発五カ年計画における社会福祉	63
2 . 制度概要	64
(1)公的扶助	64
(2)社会福祉事業	65
3 . 財政状況	65
4 . 管理機関・ガバナンス	66

5 . 給付の種類	66
(1)月額給付(Monthly Allowance).....	66
(2)家族給付(Family Allowance).....	66
(3)現物給付(in-kind benefit)	67
6 . 制度の問題点.....	67
第5章 失業保険（給付）制度	69
1 . 労働市場の現状	69
2 . 通貨危機以降の失業対策	70
3 . 失業給付に関する近年の動向	71
4 . 失業保険をめぐる議論のポイント	71
第6章 社会保障制度をめぐる新たな環境と今後の課題.....	74
1 . 政策の動向	74
(1)地方分権法の展開.....	74
(2)医療分野における地方分権化.....	74
(3)その他の社会保障分野における地方分権化の影響.....	76
(4)省庁再編の動き.....	76
2 . 社会保障制度に係る今後の課題.....	77
(1)タイにおける社会保障.....	77
(2)医療保険制度に関する課題.....	78
(3)年金制度の拡充.....	80
(4)公的福祉制度の拡充.....	81
(5)失業保険の設立.....	81
補章1 社会的リスクと社会保障制度.....	85
補章2 通貨危機以降のソーシャルセーフティネット支援策.....	94
補章3 タイにおける DRG の開発と活用	99
補章4 タイにおける社会福祉事業の概要.....	102
補章5 参考文献	111
< 参考 > 本文中に用いられている用語・略号・英語表記	114

要 約

1．社会保障制度の概要

タイの社会保障制度体系は社会保険制度としての被用者社会保障制度(SSS)を中心に分野横断的な制度と医療分野に見られる階層縦断的な制度を組み合わせ、これに社会福祉・公的扶助が補完する形で形成されている。民間保険制度を利用している富裕層を除けば、社会保障分野のほとんどすべての分野がカバーされているのは公務員とその家族、ならびに10人以上の被用者のある企業の被用者本人のみとなっている。一方、農林水産業従事者やインフォーマルセクター(日雇い労働者やストリートベンダー)、被用者の家族については社会保険的な制度は存在せず、専ら社会福祉事業に依存しているため、保障の水準は極めて低い。

今後、社会保障制度の拡大とともに、国民負担率が上昇することは不可避だ。経済成長を抑制することなく、社会保障制度のカバレッジを拡大し、一定水準の社会保障サービスを提供するためには、持続的な経済成長の達成維持が必要不可欠となろう。また、失業、疾病、障害、災害、及びそれらによる所得減少等の社会的リスクに最もさらされやすく、かつ依然として社会保障制度の枠外にある農林水産業従事者やインフォーマルセクター労働者等の脆弱層をどのように制度の枠内に取り込んでいくのか、制度設計(デザイン)、財政(ファイナンス)、制度管理(ガバナンス)の観点からさらなる議論がタイ国内で必要となろう。

2．医療保険制度

タイの医療保険制度及び医療関連施策は2002年4月以降、30パーツ制度、被用者社会保障制度(SSS)、公務員医療給付制度(CSMBS)の3制度を中心に構成される。これら公的な制度に加え、民間保険が加わり、タイにおける医療サービスの普遍的提供が達成されることとなる。したがって、理論上の無保険は消滅し、カバレッジは100%となる。

30パーツ制度は、保健省の主導により創設された国民皆医療サービスである。保健省は、この制度を起点として、全国民を統一的にカバーする国民健康保険制度を構築することを政策目標としている。3制度の統合は、給付や基金の統合ではなく、管理運営レベルにおける統合となる見込みである。したがって、今後の医療分野における課題は、異なる制度デザインを持つ3制度をいかにしてマネジメントしていくかという調整的な課題が中心になるとと思われる。

タイには、これまでも医療費の支払方式に関する議論が盛んに行われ、保健省主導で様々な検討が行われてきたが、最終的には人頭払い方式に基づく総額予算制にDRGを加味したシステムに収斂された。とはいえ、それぞれは基本的に別制度であるため、支払制度

も微妙に異なるデザインとなっている。今後、重要になるのはこうした異なる制度原理をもった 3 制度を統一的に管理するための医療情報システムの構築である。3 制度間でデータの互換性などがなかった従来のシステムを統一化されたデータシステムに改変し、DRGをはじめとする新しい診療報酬制度の動きの中で、電算化されたデータを効率的に処理する必要性が高まっている。また制度間の加入者情報の交換も現在進められているプロジェクトの一つである。

3 . 年金制度

カバレッジの問題は、今後のタイの年金制度が直面する最大の課題である。現在のカバレッジは、被用者社会保障制度(SSS)による労働人口の 18%に加え、政府年金基金(GPF)及び各種共済基金の加入者の 10%程度にすぎない。今後は、取り残された中小の民間企業やインフォーマルセクターを被用者社会保障制度(SSS)がどのように取り込んでいくのが最大の課題である。

被用者社会保障制度(SSS)の財政状況は最も深刻であるといわれており、21 世紀前半において年金財政を均衡点に保つためには拠出率を相当のレベルに引き上げなければならないと言われている。また給付水準は、貧困線の 89.3%となっており、老後を暮らすには、あまりに低い水準となっている。一方で、公務員に対する年金給付水準は極めて高い。置換率は、60%近くとなっており、被用者社会保障制度(SSS)の倍の水準である。

被用者社会保障制度(SSS)における給付水準の引き上げは、拠出金の引き上げか、国庫からの拠出額増額以外に抜本的な方策はなく、経済状況は徐々に改善しているというものの、これ以上の負担増は、現段階では困難であると考えられる。また、数年内には、加入対象者を漁業従事者、林業従事者などに拡大していく方針をすでに打ち出していることから、急激な拠出金額の増額は困難であると考えられる。

4 . 社会福祉制度

タイにおける公的扶助制度の問題点は、第一にカバレッジの問題である。十分な予算が得られていないこと、政府のプライオリティーが福祉的施策よりも医療サービスのユニバーサルな展開と被用者社会保障制度(SSS)などの社会保険制度構築に向けられていることなどから、十分な施策を行うことができていない。

給付水準は非常に低く、したがってタイの公的扶助制度は必然的に家族の同居と彼らの積極的な経済的支援を前提にしており、独居の障害者や高齢者に対する支援は現金給付としては全く不十分であり、事実上実施されていないに等しい。

また各地域における設備、人材を含めたサービス提供体制の不備により、農村部や山岳地帯における標準化された給付は、きわめて困難となっている。そうした地域でのボラン

ティアに依存した供給体制が問題になっている。現在は、ニードのある対象者の自主的な申請に基づいて給付が行われており、ワーカー側からの積極的なリーチアウトによる捕捉は行われていない。

給付体制の不備とあわせて、給付のための客観的指標が整備されていない点も大きな問題となっている。全国統一的な客観的基準を設定したものの、実際の運用においては問題が多い。また、予算不足、給付体制の不備、人員不足などにより、包括的な給付ができていないため、公的扶助政策の方向性を検討する上でのデータがほとんど整備されていない点も問題だ。

5．失業保険制度

失業給付の制定における議論のポイントは、雇用政策の一部として失業給付を考えるのか、あくまで失業政策として給付を単体で実施するのかという点である。また、給付水準をどの程度に設定すべきであるかという点についても結論が出ていない。

現在、労働社会福祉省の副大臣は、失業保険の2003年1月1日からの導入を宣言しているが、これを実施するためにはいくつかの課題を解決せねばならない。第一に、失業保険準備小委員会が2001年9月に提出した制度の詳細と、1990年社会保障法と整合性をとること。第二に、失業保険の実施に向けて、労働社会福祉省内の関係各局の連携を強化すること。第三に、効率的、かつ正確に管理できる情報システムを構築することである。

6．新たな環境

1997年憲法の制定、および1999年の地方分権法の制定により、中央政府から地方政府への権限委譲を4年以内実施せねばならないこととなった。業務の委譲率は政府全体の目標値となっているため、財務省や外務省など地方への権限委譲の困難な省庁も含めて考えた場合、保健省などの権限委譲規模は、7割近くになることが予想されている。

これに伴い、地方自治体職員の能力向上が喫緊の課題となりつつある。特に、医療関連についてはこれまでの制度より複雑な業務が地方自治体に課せられる。また、失業給付や雇用政策についても地方自治体の業務となり、コンピュータリテラシーや財務、会計などの知識を含め、人材の育成が緊急の課題である。

7．社会保障制度における今後の課題

タイにおける現在の社会保障制度体系は基本的に「できるところから」制度を作るという段階を脱していない。そのため、失業、疾病、障害、災害、及びそれらによる所得減少等の社会的リスクに最もさらされやすい農林水産業従事者やインフォーマルセクター労働者等の脆弱層のほとんどが依然として近代的な社会保障制度に組み込まれていない点について留意しておく必要がある。

医療保障においても年金制度についても、基本的には公務員や企業被用者など職域や特定階層に基づく制度設計が優先的に進められている。しかしながら、年金制度に見られるように、こうした特定階層向けの社会保障制度は加入者の生活を保障になることはあっても、その他の階層グループ(ほとんどの場合、高リスクグループ)を排除して成立しているため、社会全体としてはリスクのプールが適正に行われているとはいえない。また、公的扶助や社会福祉に十分な予算がないため、社会保険以外の社会諸政策を通じた所得の再配分も十分に機能していないといえる。したがって社会全体で見た場合、タイの社会保障制度は、むしろ所得階層間格差を固定し、場合によっては格差を拡大する要因にもなりかねないものになっているといえる。

タイ社会においては、地域や家族の紐帯がまだまだ強固であり、必ずしも社会保険制度や社会福祉制度が唯一の問題解決の方法ではない。しかし、一部の階層への手厚い社会保障制度が結果的に、家族や地域の紐帯を基盤とした生活を送る階層との格差を拡大し、社会保障から排除されている層の生活水準を相対的に引き下げることになる可能性も否定できない。ナショナルミニマムを意識したカバレッジの拡大が最大の課題であるといえる。

第1章 タイにおける社会保障制度の概要

1. タイにおける社会保障制度の基本的枠組み

タイにおける社会保障制度の萌芽は1954年の旧社会保障法の成立にみられる。しかし、旧社会保障法は、法律として成立していたものの具体的な制度を生み出すことなく、90年代を迎えた。具体的な制度の創設は1990年の社会保障法の成立を待つこととなった。現在の社会保障制度体系は、基本的にこの社会保障法に基づいて形成されている。以降、徐々に個別の制度が施行され、疾病、死亡、年金、障害、出産、児童、失業など社会保障法に定められた7つの給付分野のうち、失業を除くすべての分野について具体化された¹。現在のところ実施されていない失業給付の実施についても最終的には国王布告を待つ段階となっている。タクシン政権では2003年1月1日の実施を目指し、準備をすすめているところである。

タイの社会保障制度体系は図表1-1のように分野横断的(医療・年金・障害など)な制度と医療分野に見られる階層縦断的な制度を組み合わせ、これに社会福祉・公的扶助が補完する形で形成されている。民間保険制度²を利用している富裕層を除けば、社会保障分野のほとんどすべての分野がカバーされているのは公務員とその家族、ならびに10人以上の被用者のある企業の被用者本人のみとなっている。

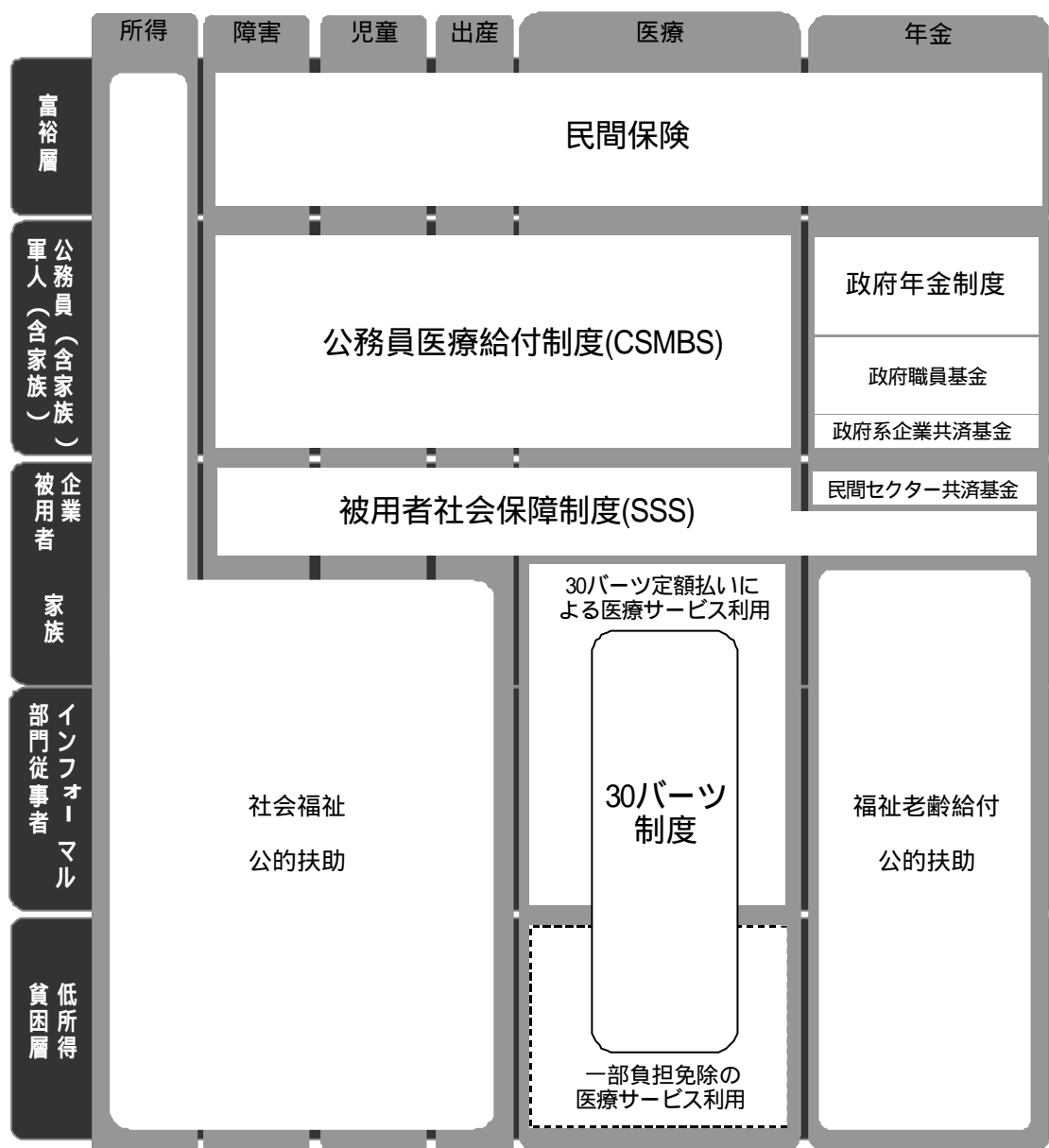
一方、農林水産業従事者やインフォーマルセクター(日雇い労働者やストリートベンダー)、被用者の家族についても、すべての分野に対して何らかのサービスや制度が用意されている。しかし、年金や障害、出産、児童に関しては、対応施策が社会福祉制度に限定されており、それぞれの社会福祉事業も量的に十分なサービス提供が行われていないことから、これらの階層に対するサービス提供の保障は、医療分野に限定されているといえる。

タイにおいて最も政策的プライオリティーを持って取り組まれている政策の一つが医療制度である。2002年4月に完全実施となる30パーツ制度の導入によって民間保険も含めた4つの制度がすべての国民に対する医療サービス提供を保障している(UC政策: Universal Health Care Coverage Policy)。この30パーツ制度の創設を契機に、被用者社会保障制度(SSS)、公務員医療給付制度(CSMBS)を運営面で統合し、「国民健康保険制度」を構築する動きも活発化しており、2002年度中にも国民健康保険法が議会を通過する見込みである。

¹ 社会保障法に規定されないものとして被用者社会保障制度(SSS)以外の年金制度を挙げることができる。これらの制度は、ほとんどが1986年の共済年金法に基づいている。

² また、タイで社会保障制度を検討する場合、民間保険の存在を無視することはできない。タイにおける民間保険は、公的社会保障制度の上乗せとして加入する任意保険として位置づけられず、公的社会保障制度の代替制度として捉える傾向が強い。したがって、各制度の適用範囲(カバレッジ)が100%という場合、民間保険加入者も被保険者として理解している前提があることに留意する必要がある。

図表 1-1 タイにおける社会保障制度カバレッジのイメージ



資料：三和総合研究所作成

老齢年金制度は、主に公務員（政府年金基金など）と一般企業従業員に対して（被用者社会保障制度など）制度が用意されているが、農林水産業従事者やインフォーマルセクターに対する年金制度はない。これらの層が、高齢化した場合、一般には家族の扶養に依存することとなり、家族・親族からの支援が期待できない場合については、社会福祉・公的扶助のサービスを利用することになる。被用者社会保障制度(SSS)下の老齢年金制度は、その歴史が浅く、満額受給者が出るのは2014年以降になる見込みである。

失業保険制度に関しては、いまだ整備されていない状況にある。1997 年の通貨危機にともなう失業率の大幅な上昇により、失業給付制度の必要性に関する認識はいつそう高まっているものの、給付水準をはじめとする詳細について結論が出ていない状況である。

図表 1-2 タイにおける社会保障制度一覧

保障分野	制度名	給付内容・特徴	管理機関	対象者層
医療	公務員医療給付制度 (CSMBS)	原則として入院についてはフリーアクセス、外来は公的病院のみフリーアクセス。外来は償還払い。自己負担はなく、最も手厚い公的医療制度。	財務省	国家公務員
	30 パーツ制度	その他の公的医療制度に加入していない全ての国民が 30 パーツの定額で外来・入院サービスを受けることが可能。利用医療機関は事前登録制で公立に限定されることが多い。	保健省	無保険者全員
	労働者補償制度 (WCS)	いわゆる労働災害保険。就業時の傷害に関してカバー。原則フリーアクセス。償還払い方式。リハビリテーションまでカバーしている点が特徴	労働社会福祉省 社会保障局	従業員 10 人以上の事業所の職員 (2002 年 4 月より従業員 1 名以上に改正)
	被用者社会保障制度 (SSS)	入院、外来の両方をカバーしているが、事前登録制をとっており、フリーアクセスは保障されていない。受診時の自己負担はない。現金給付もある。出産、死亡、傷害についても給付あり。		
年金	被用者社会保障制度 (SSS)	180 カ月の加入により年金受給が可能になる賦課方式の年金制度。退職直前の 5 カ月の給与水準を元に給付額が決定される。		
	民間セクター共済基金	各民間企業単位で設立することができる共済基金。雇用者と被用者の合意によって設立される。給付内容は共済基金による。	各民間企業の基金	民間企業従業員
	退職共済基金	米国の 401(k) に類似した確定拠出型年金。所得の 15% までを積み立てることが可能。5,000 パーツ最低限度積み立て額。拠出金は非課税。	民間金融	自営業者
	政府年金基金(GPF)	25 年以上の拠出で受給資格が得られる。給与の 3~5% 程度を拠出。政府からも同率が拠出される。	政府年金基金	政府職員 (総合職)
	政府職員基金	給与の 3% 程度を拠出。政府からも同率が拠出される。	政府職員基金	政府職員 (一般職)
	政府系企業共済基金	加入者の給与の 3%~15% が積み立てられる確定拠出型であるが、年金制度はなく、一時金の支払いとなる。ただし、一時金で養老保険などを購入することも可能である。	政府系企業共済基金	政府系企業従事者
年金機能	福祉老齢給付 (公的扶助)	社会福祉給付として高齢者に支給される。月額 300 パーツで 3 カ月毎に 900 パーツが支給される。拠出金がないため公的扶助として位置づけられるが年金的機能を持つ。	労働社会福祉省 公的福祉局	高齢者 (ニーズが認められる者)
	公的扶助	家族給付：一回 2,000 パーツまで、年に 3 回まで受給可能。 障害者、児童(その扶養者)に対し、500 パーツの給付。	労働社会福祉省 公的福祉局	ニーズが認められる者
失業	被用者社会保障制度 (SSS)	未定 (2003 年度の施行を目指して準備中)	労働社会福祉省 社会保障局	従業員 1 人以上の事業所の職員

資料：各種資料より三和総合研究所作成

2. 社会保険制度

社会保険の定義を社会保険料の徴収を伴うものとして定義すると、タイにおいては、被用者社会保障制度(SSS: Social Security Scheme) / 労働者補償制度(WCS: Workmen's Compensation Scheme)のみが社会保険としての条件を備えているということになる。給付内容に着眼すると、公務員を対象とした公務員医療給付制度(CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme)も被用者社会保障制度(SSS)と類似した機能を持っているが、公務員医療給付制度(CSMBS)には保険料もなく、むしろ著しく低いと言われる公務員の給与³に対する福利厚生的な要素が強いため⁴社会保険として扱わない。

(1)適用範囲

被用者社会保障制度(SSS) / 労働者補償制度(WCS)は 10 人以上の従業員を雇用しているすべての事業所に適用される強制加入保険で、当該事業者で雇用されている 15 歳以上 60 歳未満が加入対象となる。民間保険に加入している場合は、この限りではない⁵。また、被用者社会保障制度(SSS)加入者の家族は給付対象とならない。

1990 年の制度発足当初は 20 人以上の従業員を雇用している事業者が対象になっていたが、1993 年以降現行の規定となった。対象者は 2002 年 4 月をもってさらに拡大され、1 人以上の従業員を雇用するすべての事業所となる予定である。

図表 1-3 被用者社会保障制度(SSS)/労働者補償制度(WCS)の加入者数

年度	対象事業所数	被保険者数 (百万)
1996	82,582	5.59
1997	90,656	6.08
1998	93,093	5.42
1999	100,360	5.68
2000	107,228	5.81
2001	110,814	5.87

資料 : Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

1997 年 ~ 1998 年は事業者数は増加したものの、通貨危機により、失業者が増大したため加入者数は大幅に減少した。2002 年 1 月 31 日現在の加入者数は 112,618 事業所、5,871,465 人となっている。2002 年 4 月の改正に伴い、2002 年 1 月より新規加入手続きの受付を開始しているが、想定されている新規加入者が 3,000,000 人であるのに対し、2 月末現在で 200,000 人の登録が完了しているにすぎない。基本的には、4 月の改正により、被保険者数

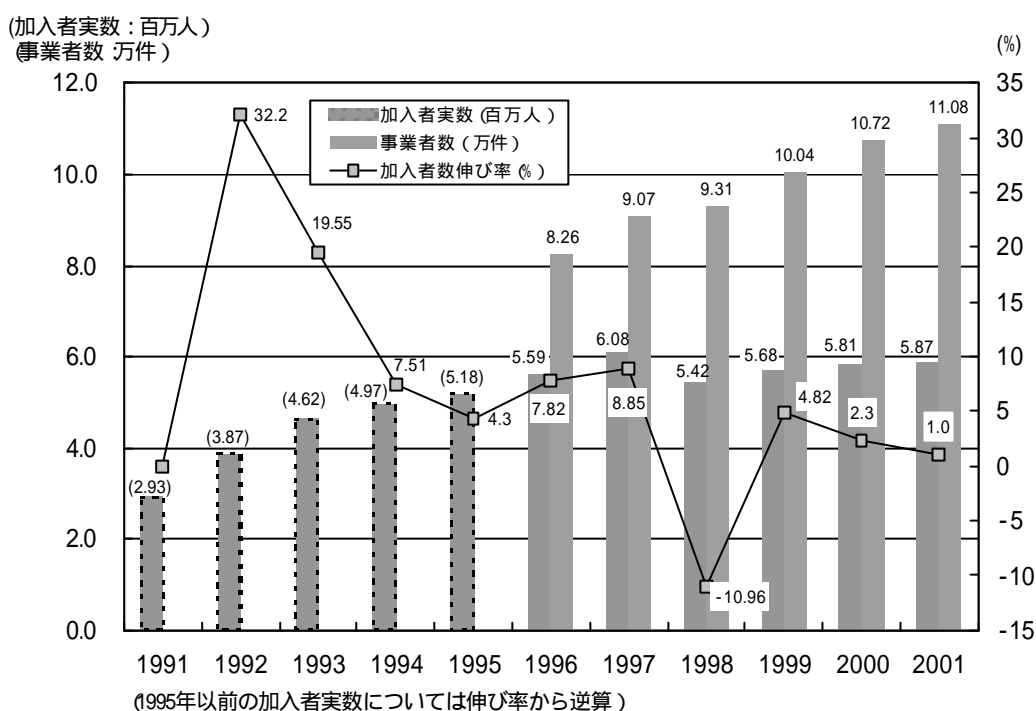
³ 公務員の給与が低く設定されている原因の一つは、1951 年の恩給年金法と言われている。同法では、公務員の恩給年金の計算は、勤務最終月の給与に基づくとされていた。こうした規定が、生活コストに見合わない給与の設定をもたらしたとされている。Ministry of Finance, Government of India (2001)

⁴ 公務員の給与が低く設定されていることについては、政府関係者も認めている。

⁵ 日本の社会保険制度と異なる点は、アルバイトなどの非常勤職に対しても所得に応じて加入の権限が与えられている点である。

はさらに拡大するものと考えられているが、1人以上の従業員を雇用している事業者を完全に把握することは、当局にとっても容易でないことから、完全なカバレッジを実現するのは、困難であると見られる。

図表 1-4 被用者社会保障制度(SSS)における加入者数・伸び率



資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

(2)給付内容

被用者社会保障制度(SSS)においては、加入者に対して、出産給付、障害給付、死亡給付、児童手当、老齢年金、疾病給付が行われる。それぞれの給付内容は、図表 1-5 の通りである。原則として、加入者本人のみが対象となるが、出産給付については、本人の配偶者も対象となり、児童手当は加入者の子供を要件として加入者に給付される。老齢年金については、一時金の形で給付が行われているが、年金形式での給付は、要件を満たす加入者が存在しない現在、行われていない。疾病給付は、被用者社会保障制度(SSS)における給付において中心をなすものである。基本的に無料の医療サービスが提供されており、一部負担もないが、あらかじめ登録した病院においてのみ診療が可能となっている。

藤堂者補償制度(WCS)は、いわゆる労災保険であり、就業時の労働災害に対して給付が行われる。この制度の特徴は、労働災害により身体に障害を持った患者に対する機能回復とスムーズな社会復帰を促進するためのリハビリテーションサービスの利用が保障されている点であり、社会保障局もリハビリテーションセンターの建設に積極的な姿勢を示して

いる⁶。

図表 1-5 被用者社会保障制度(SSS)及び労働者補償制度(WCS)における給付の概要

類型	受給要件	医療	現金給付	給付実績* (のべ人数)
被用者社会保障制度(SSS)				
出産	最近 15 ヶ月以内で 7 ヶ月間の加入	現金 4,000 パーツ (各被保険者につ き 2 回まで)	90 日間の賃金の 50% (各被保険者につ き 2 回まで)	184,281
障害者	最近 15 ヶ月以内で 3 ヶ月間の加入	月 2,000 パーツま で償還	生涯賃金の 50%	435
死亡	最近 6 ヶ月以内で 1 ヶ 月間の加入	-	1. 葬祭費用 30,000 パーツ 2. 遺族手当 ・加入 10 年以上の場合: 5 ヶ月分の賃金 ・加入 3~9 年の場合: 1.5 ヶ月分の賃金	13,637
児童手当	最近 36 ヶ月以内で 12 ヶ月の加入	-	一時金 150 / 月 / 子ども *子どもの年齢が 6 歳以下であること *1 回につき多くて 2 人まで	584,484
老齢年金	・退職年齢 55 歳 180 ヶ月以上の加入 12 ヶ月以上 180 ヶ月 未満の加入 12 ヶ月未満の加入	-	15%の年金および 180 ヶ月をこえる加 入期間 12 ヶ月につき 1%の上乗せ 労使の拠出分の一時金プラス利息 被用者の拠出分の一時金	16,963
疾病	最近 15 ヶ月以内で 3 ヶ月間の加入	登録病院におけ る無料診療(薬剤 処方も含む)	賃金の最大 50%を 9 ヶ月まで。年間 180 日まで。慢性期については、365 日以内。	14,247,811
労働者補償制度(WCS)				
業務上の 疾病	事業主の拠出により受 給可能	35,000 パーツま で。ただし条件に より、50,000 パー ツの追加まで可 能 リハビリテーシ ョンサービスの 利用も可能	給与の 60%が以下の期間給付される。 一時的な障害の場合: 1 年 部分的な障害の場合: 10 年 全体的な障害の場合: 15 年 死亡の場合: 8 年 葬祭費用: 日給の 100 倍を上限とする	-*

資料: Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

*利用実績は、2001 年のもの。

*データが入手できなかったため不明

(3)財政・基金運用

1)拠出方式

被用者社会保障制度(SSS)の財源は、雇用者、被雇用者、政府からの拠出による。制度開始当初は、疾病・出産・死亡・障害について三者より被雇用者賃金の 1.5% ずつの拠出、合計 4.5%となっていたが、1997 年の通貨危機以来、雇用者、被雇用者の経済負担を鑑み、三者からの拠出率が 1% ずつに抑えられている。この緊急措置は 2002 年度までとなってお

⁶ リハビリテーションセンターの建設に関する社会保障局の方針については、本節「(5)今後の日程」を参照。

り、2003年度より従来の拠出割合である1.5%に戻ることになる。また老齢年金、児童手当に対する拠出は統合されており、雇用者、被用者からそれぞれ2%、政府から1%となっている。なお、2003年からの拠出率の引き上げに際しても政府の老齢年金・児童手当拠出率は、1%のままとなる。

労働者補償制度(WCS)への拠出は、雇用者に一本化されており、政府および被用者の拠出はない。雇用者は1月に一年分の拠出金を支払うか、年4回に分割して拠出金を支払う。ただし、分割払いの場合は1月段階で拠出金額全体の25%を1月中に納めることが定められている。また、遅延した場合は、拠出金残高の3%が延滞金として徴収される。

図表 1-6 拠出割合*

基金	カテゴリー	雇用者	被用者	政府
被用者社会保障制度(SSS)	疾病・出産 障害・死亡	1% (2003年から1.5%)	1% (2003年から1.5%)	1% (2003年から1.5%)
	児童手当 老齢年金	2% (2003年から=3%)	2% (2003年から=3%)	1%
藤堂者補償制度(WCS)		登録から4年間は0.2%~1.0% に設定され、業種やリスクにより異なる。5年目より過去の給付実績に基づき変動する。	なし	なし

*拠出割合は1月あたり1,650~15,000パーツの賃金ベースで計算されている。

資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

2)基金の財務状況と基金運用

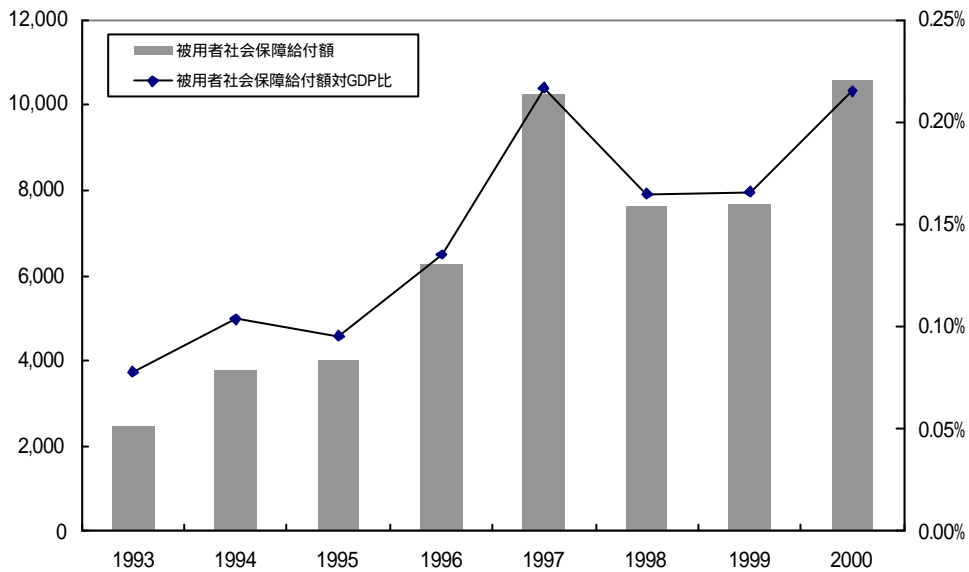
被用者社会保障基金における給付実績をみると、1993年から給付総額が毎年増加し、通貨危機を迎えた1997年にピークを迎える。翌年1998年は、通貨危機による倒産の増加により加入者が大幅に削減され、給付総額が落ち込んでいる。現在の被用者社会保障制度(SSS)は、失業給付を含んでいないため、通貨危機による給付総額の急増は起こらなかった。

通貨危機からの回復にしたいが給付総額も増加しており、2000年には、通貨危機以前の水準まで戻している。基金の収支をみると通貨危機直後の1998年に歳入が減少しているものの、加入者の減少に伴い、歳出も減少しているため収支上は、大幅な黒字幅の減少とならなかった。むしろ、回復基調に入った1999年以降の収支の急伸がめざましく、一年間で220%以上の黒字増加となった。2000年においても黒字幅は拡大しており、前年度比130%となっている。この黒字は、基金収入の急速な伸びによってもたらされているが、これは1999年より徴収が開始された老齢年金・児童手当の拠出金収入によるものである。現段階においては、年金の満額給付は存在しないため、基金財政は大幅な黒字となっているが、このことは、将来的に基金財政が安定していることを意味しない⁷。

⁷ 年金財政の将来については、本報告書の「年金制度」の項を参照。

図表 1-7 被用者社会保障制度(SSS)における給付総額の推移

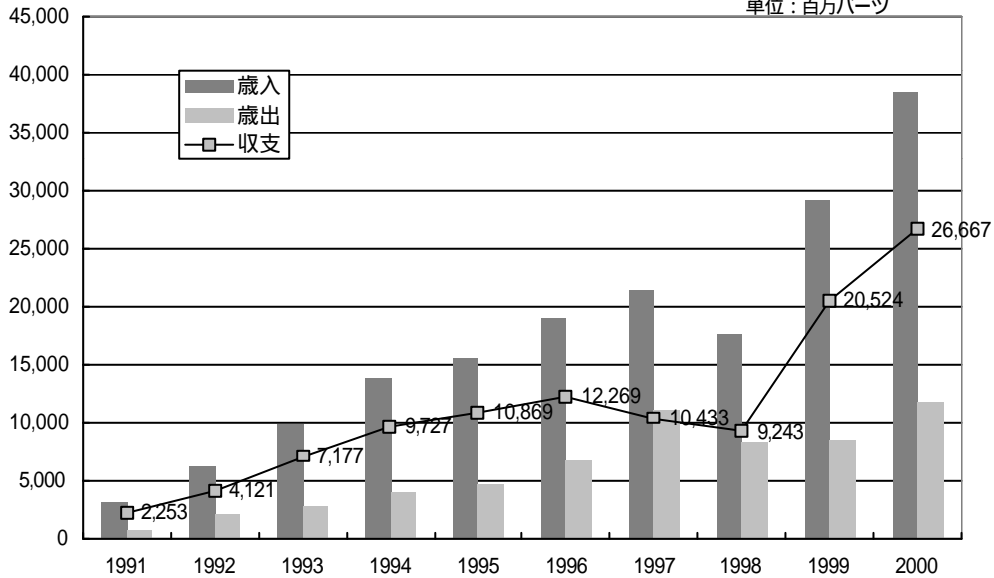
単位：百万パーツ



資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

図表 1-8 被用者社会保障基金 (SSF: Social Security Fund) 収支の推移

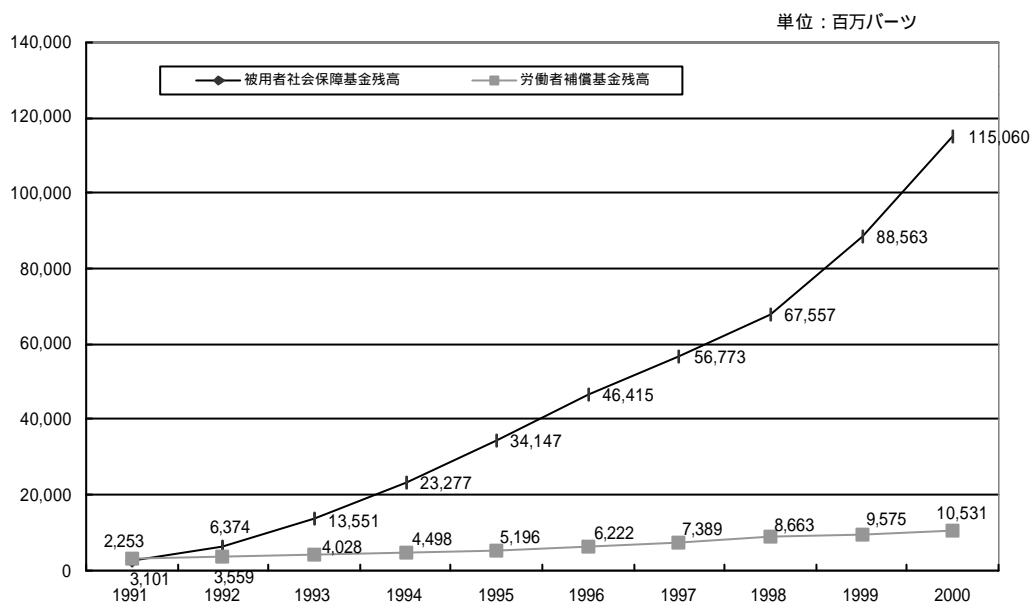
単位：百万パーツ



資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

基金の残高についてみると、被用者社会保障基金については、2000年現在で約1,150億パーツとなっており増加傾向にある。また、労働者補償制度(WCS)に関しては、2000年現在で約105億パーツとなっており、こちらも緩やかながら増加している。

図表 1-9 被用者社会保障基金/労働者保障基金における基金残高

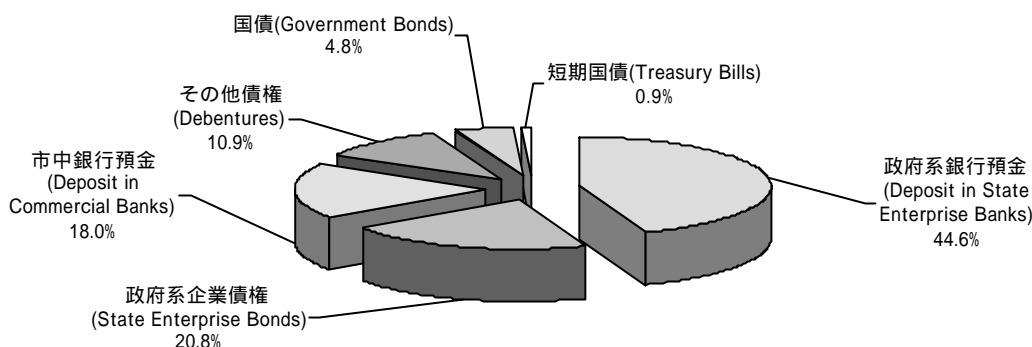


資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

被用者社会保障基金(SSF: Social Security Fund)の資金運用は、社会保障委員会(SSC: Social Security Committee)および財務省が所管する規制に従って行われる。また社会保障委員会は基金の運用先・配分について下記のような行政指導を行っている。

1. 基金の 60%以上は最も安全な資産（国債、短期国債、中央銀行、財務省によって保障された安全な債権など）に運用されねばならない。
2. リスクの高い資産（投資信託、政府系企業の株式やワラント債、その他証券）への投資は基金全体の 40%以下とする。
3. 保険者および被保険者へ間接的ベネフィットを生むような投資（公共住宅局への貸し付け、中小企業への投資など）は、基金全体の 10%以下とする。

図表 1-10 被用者社会保障基金(SSF)の運用先



資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a)

(4)管理機関

被用者社会保障制度(SSS) / 労働者補償制度(WCS)の管理は労働社会福祉省の一部局である社会保障局(SSO)が管轄している。被用者社会保障制度(SSS)は、社会保障法に基づき、被用者、雇用者、政府からの代表によって構成される社会保障委員会によって、政策の方針等が決定される。その他にも社会保障医療委員会、社会保障不服申し立て委員会、労働者補償制度委員会、労働者保障制度医療委員会などが設定され、それぞれの課題について社会保障局の政策を決定している。こうした委員会は、1998年頃から徐々に整備され、今日に至っている。

現在、社会保障局の職員は、約 2,300 の常勤職員に加え、約 2,200 人の非常勤職員がタイ全国で勤務している。社会保障法の第 24 条においては、基金の運営管理費が基金の拠出金収入の 10% を越えないことが定められており、現在 (1999) は 4-5% 程度の水準となっている。2002 年度内に予定されている省庁再編により社会保障局(SSO)が労働社会福祉省から分離し、特殊法人として独立する予定になっている。この改革によって管理運営費がどの程度変化するかについては明らかではないが、今後は、被用者社会保障制度(SSS)の医療部分について国民健康保険制度の創設向け 30 パーツ制度を管理する保健省、公務員医療給付制度(CSMBS)を管理する財務省等との調整や機能統合が進められることから、管理運営の形態やコスト構造が大きく変化することが予想される⁸。

社会保障局における重要な課題として、今後いっそう推進されるであろう IT 化に対応するためのコンピュータリテラシーの高い職員の確保などの問題がある。この問題は、医療の分野でも大きな問題となっており、特に地方分権化が進む中、地方自治体などの職員における IT リテラシーの向上が必須である。

⁸ 医療保険 (あるいは保健) に限定して見た場合、管轄省庁は、保健省(30 パーツ制度)、労働社会福祉省(被用者社会保障制度(SSS) / 労働者保障制度)、商務省(交通事故被害者補償制度)、財務省(公務員医療給付制度)にわかれており、それぞれの加入者データの統合などが課題となっている。

(5)今後の日程

社会保障局は、今後数年間の短期的な計画として「社会保障局ビジョン 2005」や「ビジョン 2010」などを策定し、被用者社会保障制度(SSS)及び労働者補償制度(WCS)のさらなる拡充を目指している。今後5年間の政策展開の要点は、加入対象者の拡大を推進すること、給付内容の拡大、リハビリテーションセンターの建設である。給付対象の拡大は、すでに2002年4月から従業員1名以上の事業所の従業員が対象となる予定になっているが、今後、さらに農林水産業従事者や、インフォーマルセクターの取り込みも積極的に推進していく意向である。また、給付内容の拡大には、タイにおける社会保障の大きな柱となる失業給付制度の新設が含まれており、2003年度中には導入したい意向だ。また、意欲的な取り組みとしては、現在ある中央リハビリテーションセンターをタイ国民に対するサービス拠点をするのみならず、東南アジアのリハビリテーション施策の中心に据えろという計画を挙げることができる。

図表 1-11 今後5年間の社会保障に関する政策日程

年度	政策日程
2002年	<ol style="list-style-type: none"> 給付の増額と適応範囲の拡大 医療給付 被保険者の被保険資格停止後の給付対象期間の延長 予防の促進 レーヨン東部地区へのリハビリテーションサービスの供給 10人未満の従業員の企業にも加入対象を拡大 失業給付の導入を推進するためにITを開発推進 評価に基づく予算配分の方式を採用
2003年	<ol style="list-style-type: none"> 社会保障局(SSO)の再編 労働社会福祉省から分離し独立法人、特殊法人等の形態 年金、児童給付の改革 失業給付の導入 加入者の給付申請向けのITの開発推進 東北リハビリテーションセンターの建設
2004年	<ol style="list-style-type: none"> インフォーマルセクター・農業セクターへの適用範囲の拡大 中央リハビリテーションセンターの東南アジア地区リハビリテーションセンターへのアップグレード 北部リハビリテーションセンターの建設準備
2005年	<ol style="list-style-type: none"> 東北リハビリテーションセンターでのサービス供給開始 北部リハビリテーションセンターの建設
2006年	<ol style="list-style-type: none"> 林業・漁業従事者への適用範囲の拡大 社会保障給付に関する周辺諸国との合意についての研究 国民皆保険制度(社会保険)の導入に関する研究
ビジョン 2010	<ol style="list-style-type: none"> 高品質の普遍的な社会保障サービスを提供する組織 被用者社会保障基金の安定化

Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2002)

(6)制度の問題点

すでに給付内容については、6つの既存給付分野(出産・疾病・障害・年金・児童・死亡)に加え、7つ目の給付分野として失業が加わることが予定されているが、これ以上の

追加は想定されていない⁹。被用者社会保障制度(SSS)の最大の問題点は、今後のカバレッジと、保険料水準、基金の財政状況の3点であると考えられる。カバレッジの問題と保険料の水準の問題は、政策的にも強い関連性があり、カバレッジを拡大するほど保険料水準の引き上げが困難になることが想定されている。

特に、現在のタイにおける被用者社会保障制度(SSS)加入者は主に都市部のフォーマルセクター従事者に限定されており農林水産業従事者、及び都市部のインフォーマルセクター従事者は加入できない仕組みになっている。こうした階層を取り込んでいくのが被用者社会保障制度(SSS)の今後の課題になるが、カバレッジを拡大していく上でいくつかの課題が検討されなければならない。

第一に、農林水産業従事者は、収入が不安定であり、季節による変化もあるため、保険料の算定に必要な所得の把握が困難であるということである。これに合わせ、農村地域における地方行政機能の未整備により、拠出金の徴収も容易ではないと言われている。第二に、保険料の支払そのものが経済的に困難であるケースが多いということである。農村部が広がるタイ北部や東北部は同時にタイにおける最大の貧困地域でもあり、農業従事者を制度に組み込む上では、こうした基本的な経済条件が問題になる。加えて、農業は自営業のため保険料の事業者負担分が拠出されないといった問題もある。

しかし一方で、給付水準の向上という観点からも、財政の持続性という観点からも保険料の引き上げは避けられない状況にある。本報告書の「年金制度」の項でも示すとおり、現在想定されている被用者社会保障制度(SSS)加入者の年金受け取り金額では老後の生活保障を行うことは難しい。また財政の持続性の面でも、特に年金財政に関して相当の拠出率の引き上げがなければ制度を維持することができないということが明らかになっている¹⁰。しかし、すでに触れたように、被用者社会保障制度(SSS)としては、保険料の引き上げ以上に重要な課題として、対象者の拡大を進める必要がある。この二つの困難な課題を同時に進行させていくのが最も困難な点であるといえる。

また、基金財政についても、現状は健全な運営が行われているが、出生率はタイでも低下を続けており、将来的には年金部分における資金ショートが想定される。これに合わせ、年金の支給開始年齢の引き上げなどが想定されるだろう。また、医療保険部分についても、他保険制度との部分統合が見込まれていることから、被用者社会保障制度(SSS)の財政状況に対する見込みは流動的であると言わざるをえない。

⁹ 失業給付を含むことについては、社会保障法(1990)に規定されている。

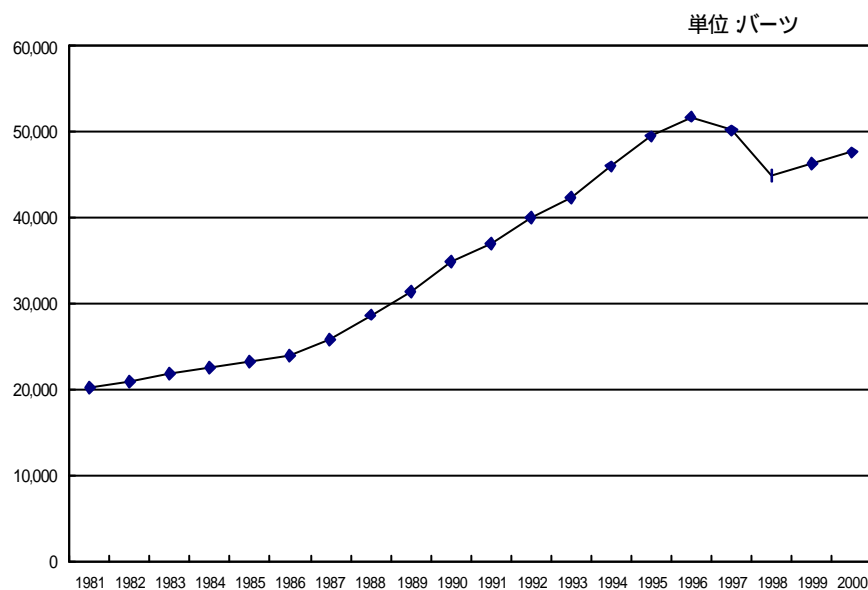
¹⁰ 詳細については本報告書の年金制度の項を参照のこと。

3. 財政の動向

(1) 経済成長

1970年代後半から1990年代にかけて継続的な高度成長を経験したタイ経済は1997年に通貨危機にみまわれ、経済成長率は9.4%（1998年）まで低下した。1999年の一人あたり実質GDPは1994年の水準まで引き戻されることとなったが、1999年以降、实体经济の回復の兆しが見えている。

図表 1-12 一人あたり実質 GDP の推移



資料：Health Systems Research Institute (2002)

(2) 国民負担率の推移

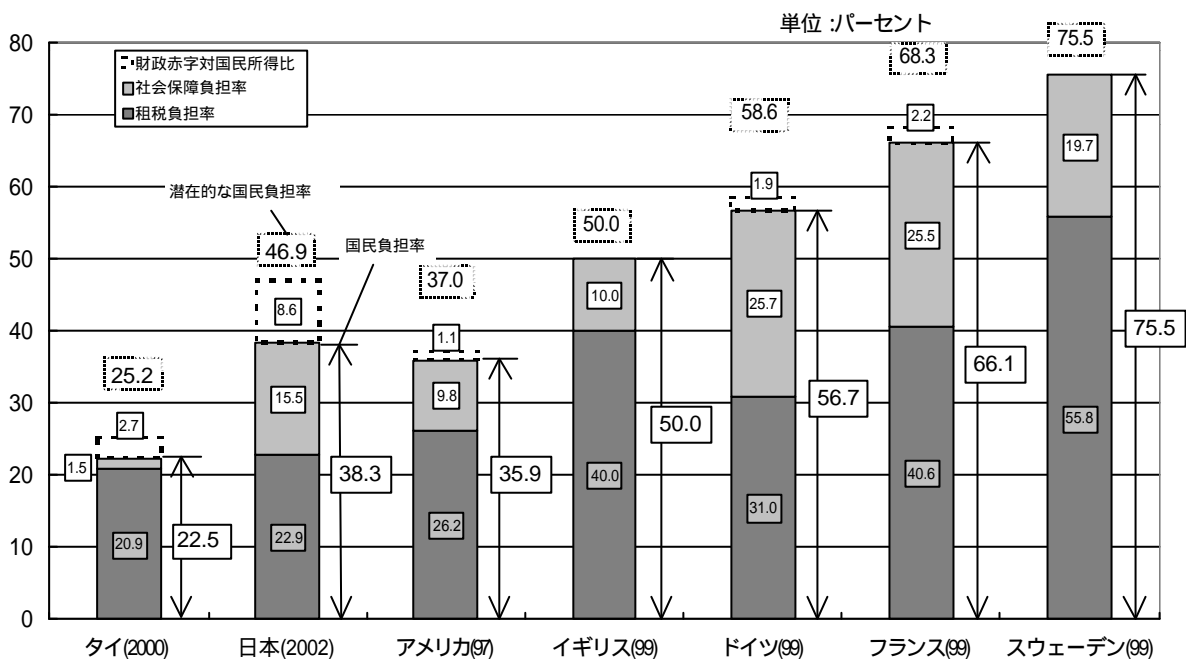
タイにおける租税負担率を見ると20.9%となっており、先進諸国と比較すると低水準にあると見られることもできるが、通貨危機以前の1996年は、25.4%であり、2000年現在のアメリカと同水準で、必ずしも租税負担率が低いわけではない。通貨危機以降、様々な減税措置等が実施されたことから租税負担率は、過去数年間、低下傾向にある。しかし、医療分野では租税を財源とした30パーツ制度が2002年4月より実施されることから、医療支出が急速に増大することが予想されている。また、後述するようにタイにおける社会保険制度である被用者社会保障制度(SSS)の改革がすすめられ、制度加入者が増加することから、これら加入者への拠出金（政府負担分）も増大することが予想されている。以上のことから、租税負担率は、経済の回復に併せて増加すると見られる。

一方、社会保障負担率については、1.5%(2000)と極めて低く、先進諸国とは大きな違いを見せている。タイで初めて社会保険制度が創設された1990年の三年後にあたる1993年

には社会保障負担率は 0.6%程度であったが、その後、被用者社会保障制度(SSS)の対象者拡大に従い、社会保障負担率も増加傾向にある。なお、タイと周辺諸国の社会保障費を対GDP比で比較すると、マレーシア(2.9%)、シンガポール(3.3%)などに比べ 1.9%と低い比率となっていることがわかる。

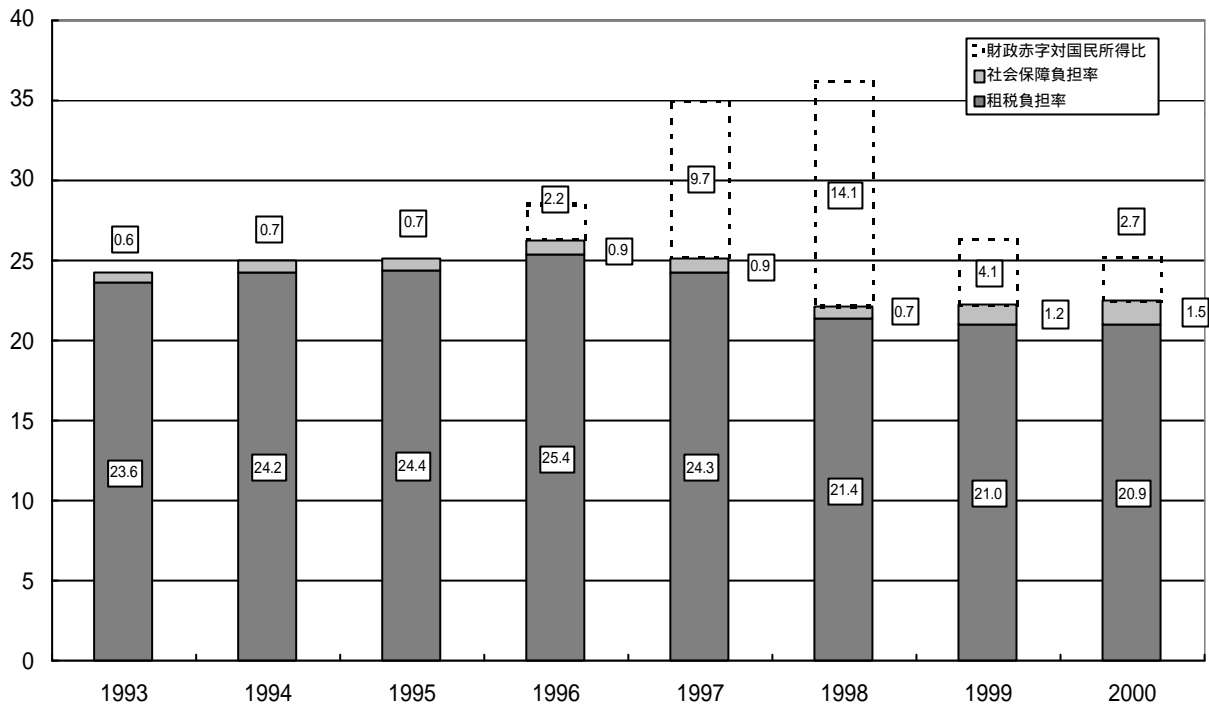
今後、社会保険制度が拡充されていくにしたがいさらに社会保障負担率は増加するものと見られる。なお、通貨危機直後の 1998 年には、被用者社会保障制度(SSS)の保険料拠出率が引き下げられたため、社会保障負担率が減少しているが、2003 年からは再び通貨危機以前の水準に引き上げられる上に、2003 年には失業保険の拠出金徴収の開始、2002 年 4 月からは被用者社会保障制度(SSS)の対象者が大幅に拡大するなど、社会保険関連の改革が急速にすすめられることから、今後社会保障負担率は急速に増大することが予想される。

図表 1-13 国民負担率の国際比較



資料：The Economic and Financial Data for Thailand, Bank of Thailand, National Income of Thailand 2000, National Economic and Social Development Board.(www.bot.or.th)より算出。タイ以外の国については財務省(日本)「財政の現状と今後のあり方」より(www.mof.go.jp)

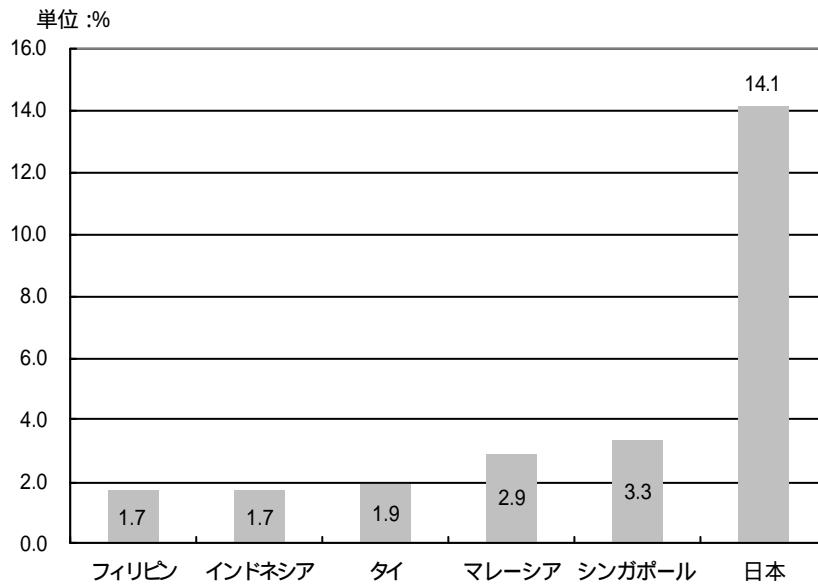
図表 1-14 国民負担率の推移



財政赤字は国と地方を合わせたもの（公営企業を除く）

資料：The Economic and Financial Data for Thailand, Bank of Thailand, National Income of Thailand 2000, National Economic and Social Development Board.(www.bot.or.th)より算出。

図表 1-15 社会保障費の対 GDP 比の国際比較

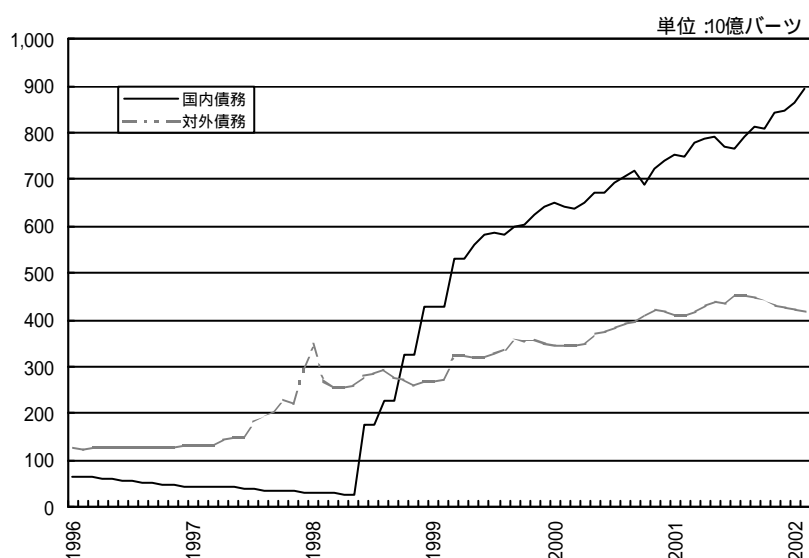


資料：International Labour Organization (www.ilo.org)

財政赤字対国民所得比は通貨危機以降、急激に拡大し、1999年度予算以降は収束に向かうかに見える。だが、図表 1-16 が示すように、1998年半ば以降、それまで低水準を維持してきた国内債務の累積債務残高は急激に拡大しており、海外債務についても、同様に拡大しているため、「潜在的国民負担率」についても高止まり傾向は今後も続くことが予想される。

今後、社会保障制度の拡大とともに、国民負担率が上昇することは不可避だ。経済成長を抑制することなく、社会保障制度のカバレッジを拡大し、一定水準の社会保障サービスを提供するためには、持続的な経済成長の達成維持が必要不可欠となる。また、失業、疾病、障害、災害、及びそれらによる所得減少等の社会的リスクに最もさらされやすく、かつ依然として社会保障制度の枠外にある農林水産業従事者やインフォーマルセクター労働者等の脆弱層をどのように制度の枠内に取り込んでいくのか、制度設計（デザイン）、財政（ファイナンス）、制度管理（ガバナンス）の観点からさらなる議論がタイ国内で必要となる。

図表 1-16 累積債務残高



資料：The Economic and Financial Data for Thailand, Bank of Thailand, (www.bot.or.th)より算出。

第2章 医療保険制度

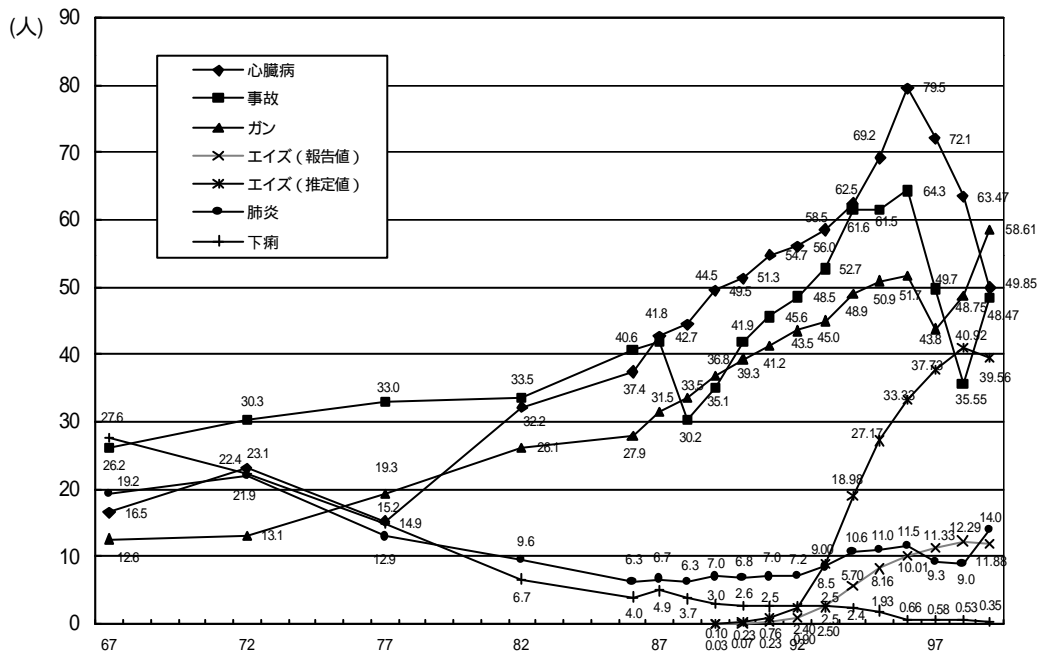
1. タイにおける保健医療の現状

(1)保健医療問題の現状

長年にわたりタイ国民が悩まされ続けた栄養失調や、予防接種が可能なポリオ、ジフテリア、破傷風といった伝染病が減少し、保健環境は改善されつつある。ハンセン氏病や寄生虫病、カニ状フランベジアといった疾患については、ほとんど症例がみられなくなりつつある。こうした多くの伝染病が減少していく一方で、結核、マラリアなどについては、依然として課題となっている。また、富裕層に限らず、心臓病、高血圧、ストレス、ガンといった疾患が死亡原因の上位に目立っているのも特徴的である。

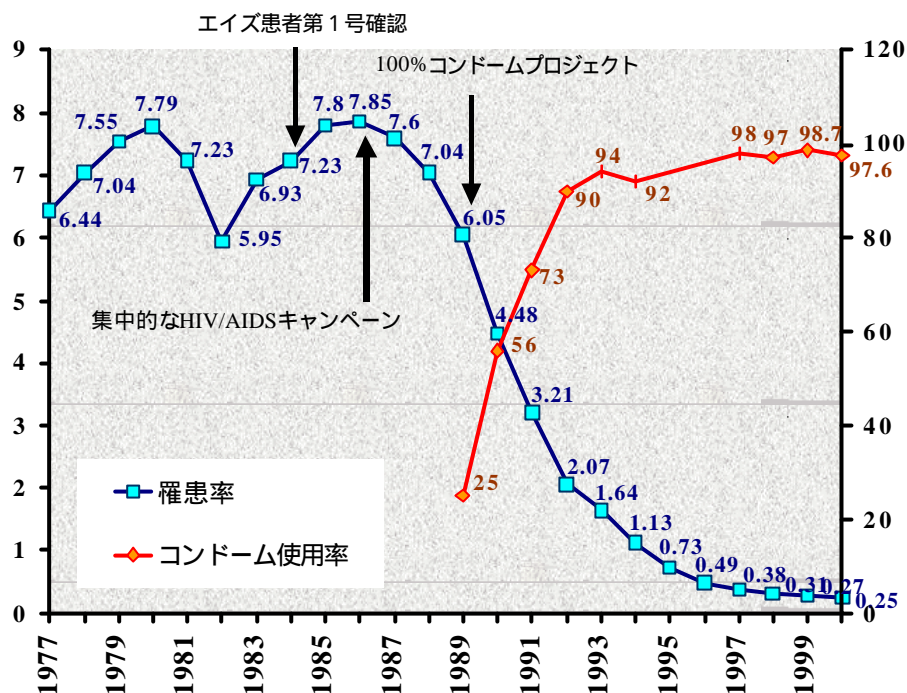
HIVについても東アジアで最も高い罹患率であったが、新規罹患患者数は減少している。これは、性産業に従事するリスクグループに対する徹底した「100%コンドームプロジェクト」により性感染症の罹患率が急減したことにより HIV 感染のリスクが軽減されていることとも無関係ではない。患者数は依然として高い水準にあり、この結果、結核患者数も上昇傾向にある。

図表 2-1 人口 10 万人あたりの疾病別死亡者数



資料：Health Systems Research Institute (2002)

図表 2-2 コンドーム使用率と性感染症の罹患率



資料：Health Systems Research Institute (2002)

(2)医療財政の動向

タイにおける医療費は1998年段階で2,600億バーツを越えている。これに薬剤費を加えると約3,600億バーツ(約1兆円)となる。公務員医療給付制度(CSMBS)の支払方式が出来高払いから人頭払いとなることにより、無制限な医療費上昇に歯止めがかけられると見られるが¹¹、2002年より30バーツ制度が開始され、これまで医療サービスを受けていなかった層が加わり、全体としての医療費は急激に上昇することが予想される。現在国会で審議されている国民健康保険法が成立すれば、医療保険制度の普遍化は加速するものと考えられており、これも医療費上昇の要因となるだろう。

医療支出は対GDP比においても、年々増加傾向にある。通貨危機を迎えた後の1998年も医療支出の対GDP比は6.21%となっており、減少していない。1999年の対GDP比は6.05%となっているが、2002年の国民皆医療保障サービスの開始されたのをはじめ、国民健康保険の創設も見込まれることから、今後も医療支出の対GDP比は増大していくことが見込まれる。

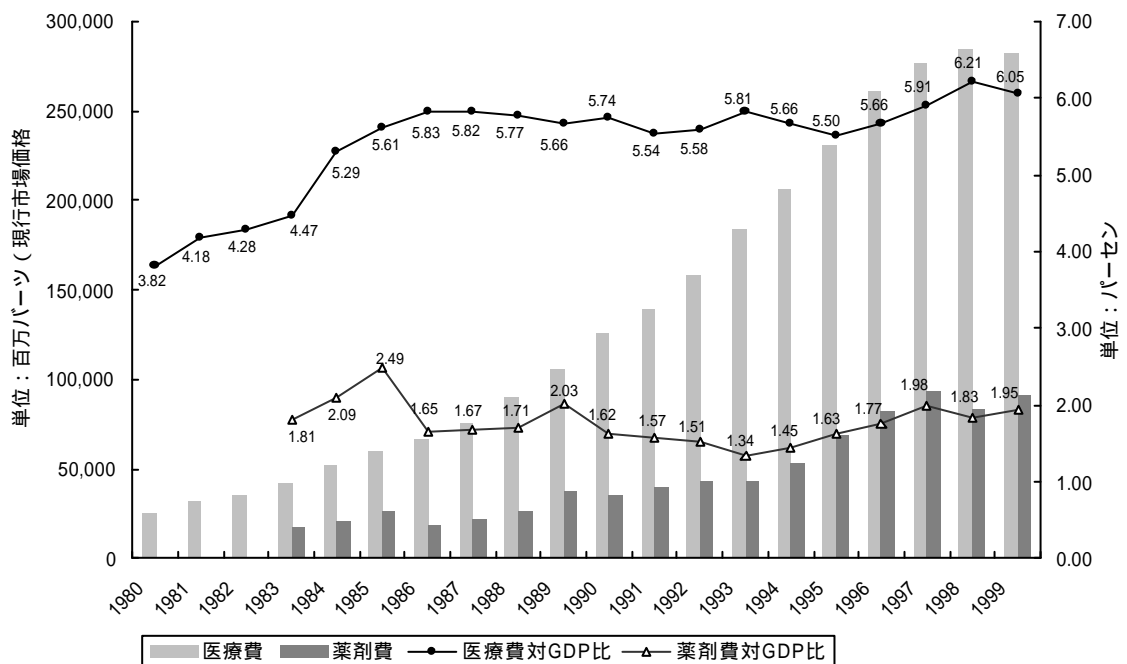
また、東南アジアの周辺諸国に比べても対GDPの保健医療支出が極めて高く、保健医

¹¹ 支払方式については、本報告書30ページ注釈などを参照。

療に重点を置いた政策を展開していることがわかる。日本との比較においても大きな差は見られない¹²。セクター別の医療費支出を見ると、公的セクター支出が 33.0%と低い割合になっている。タイでは、公的セクターの医療保険制度等が未整備のため、支出の3分の2が無保険者か、民間保険加入者、または政府の廉価なサービスプログラム(自己負担割合が高いボランティアヘルスカードなど)の利用者による民間セクターとしての支出である。ただし、いわゆる民間保険に加入しているのは、人口の 1.2%程度となっている。

タイにおける保健医療予算については、そのほとんどが、保健省に配分されており、残りの予算は、財務省、労働社会福祉省、商務省など、他省で医療関連制度を管轄する部局へ配分されている。政府全体の保健医療予算と保健省予算のそれぞれにおける増加傾向は 1997 年の通貨危機以降一転し、減少することとなった。その後、通貨危機からの経済回復に合わせ、2000 年度以降は、再び上昇傾向となっている。この一連の動きを保健省予算の内訳でみると、通貨危機以降は、予算に関する政府方針の転換により、投資予算が極端に削減され、一方で人件費、運営予算は増加傾向させることとなった。

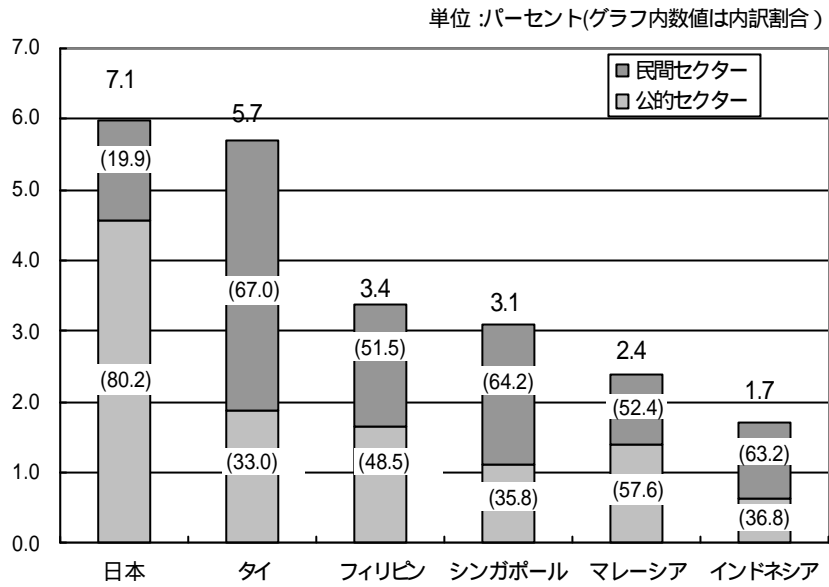
図表 2-3 医療費・薬剤費支出の推移



資料：Health Systems Research Institute (2002)

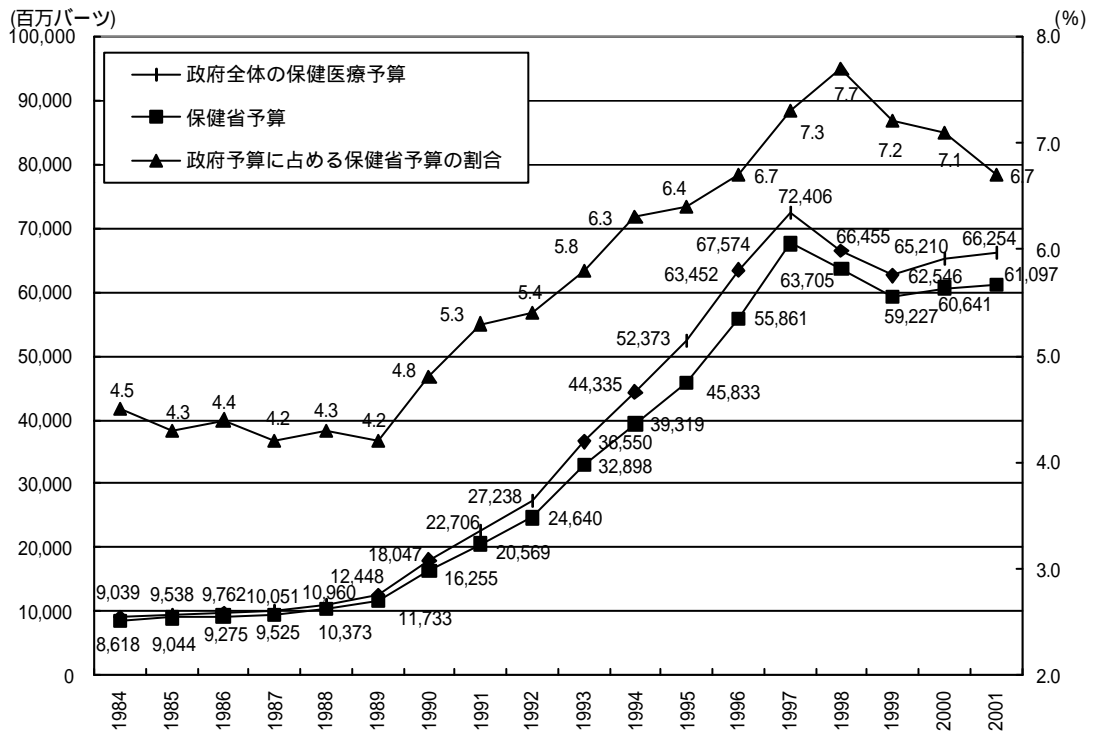
¹² ただし、日本は先進諸国の中では極めて医療費の対 GDP 比が低い国の一つである。欧米においては英国の 5.8%を除くと 10%前後が一般的であり、米国では 13.7%、ドイツ 10.5%、フランス 9.8%、スイス 10.1%などとなっている。World Health Organization (2000)。

図表 2-4 対 GDP におけるアジア諸国の保健医療支出(1997)



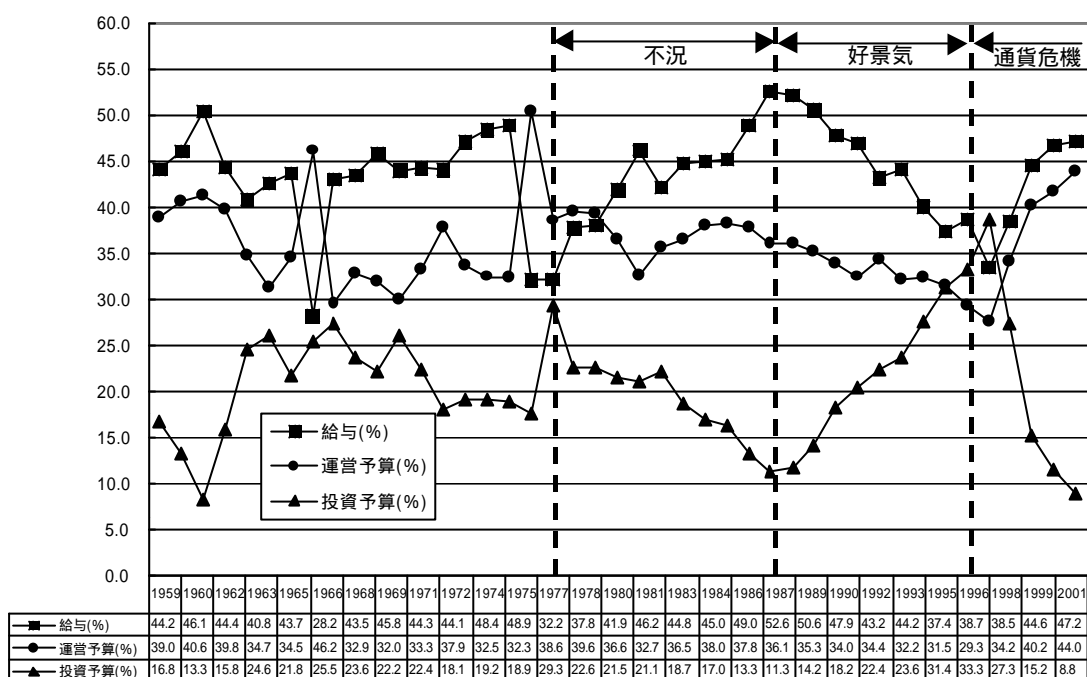
資料 : World Health Organization (2000)

図表 2-5 タイにおける保健医療予算



資料 : Health Systems Research Institute (2002)

図表 2-6 保健省予算の内訳の推移



資料：Health Systems Research Institute (2002)

(3)国家保健医療開発五カ年計画¹³

タイでは、保健医療に関する開発のための総合計画を5年ごとに策定している、この計画は、国家経済社会開発計画の下位計画として、保健医療分野の戦略的な政策の方向性を定めたものである。第九次国家保健医療開発五カ年計画は、2002年から2006年までのタイにおける保健医療政策の戦略を策定するものである。計画の中では、今後5年間のタイにおける6つの戦略的方向性が示されている。

第一に、積極的な健康施策の展開である。「健康増進と疾病予防」により重要性を与え、これらを達成するための効果的でシステムティックな仕組みを積極的に構築することが強調されている。各地域に根ざしたプライマリケアユニット(PCU: Primary Care Unit)の設置と機能強化が、この戦略を推し進めることが期待されている。

第二に、すべての国民について、所得の多寡に関わらず、普遍的な保健医療サービスへのアクセスを保障することである。すでにこの点については、30パーツ制度という形で強力に推進されているが、実際のアクセスビリティや、財政制度、サービスマネジメント、監視・監督のためのマネジメントシステムといった点を改善し、特に貧困層の制度利用を

¹³ Administrative Committee Preparing 9th National Health Development Plan (2001)

進める必要がある。また、この戦略を押し進めるために、市民の直接参加を強調している。

第三に、保健医療のマネジメントシステムの構造的な改革を進めることである。この改革は、社会のあらゆるセクターの潜在能力の参加と動員によるものであり、地域間の格差に対応したものである必要があると指摘し、統一化され、効率的で透明性があり、検証可能なものであることを求めている。

第四に、保健医療分野における地域・住民の参加促進（社会セクターの参加）の強化である。保健医療の発展は各地域の参加によって達成されるべきであるとし、政策の形成、資源配置やマネジメントについて社会セクターの強化を強調している。

第五に、保健医療に関する研究と知識のマネジメントを早急に確立すべきであるとしている。その際、国際的な学問的潮流なども十分に把握し、タイとしての自律性のあるシステム構築をすすめるべきであるとしている。

最後に、新たな保健医療システムに対応するための人材の育成を早急に行い、全国各地に、新たなシステムに対応できる人材を配置することを求めている。

これら第九次国家保健医療開発五カ年計画に示された戦略に関して、キーワードを挙げるとすれば、「プライマリケア」「普遍的サービス」「マネジメント」「地域参加」となるであろう。それぞれ、タイが掲げる向こう五年間の重要な方向性であり、すでに、これらの方向性は、プライマリケアユニット(PCU)の設立、30 パーツ制度、診断郡別分類(DRG: Diagnosis Related Groups)の開発と最高財務責任者(CFO)・会計士の養成¹⁴、地方分権法などにより具体的に推進されている。

2. タイにおける医療保険制度

(1)制度の特徴

現在のタイにおける医療保険制度の展開は、二つの異なる潮流の上に成り立っている。一つは、保健省が積極的に推進している UC 政策であり、一つは、労働社会福祉省の推進する被用者社会保障制度(SSS)の拡大である。UC 政策は、医療分野におけるサービス提供を全国民の普遍的な権利として展開しようとするものであり、受診時に定額 30 パーツを支払えば、その他の負担なしで外来・入院サービスを利用できる「30 パーツ制度」に代表される。一方、被用者社会保障制度(SSS)は、適用対象者範囲はごく限られたものであるが、給付内容については、包括的な社会保障制度となっており、医療のみならず、年金、障害、死亡、出産、児童手当も含めた分野横断的な制度である。

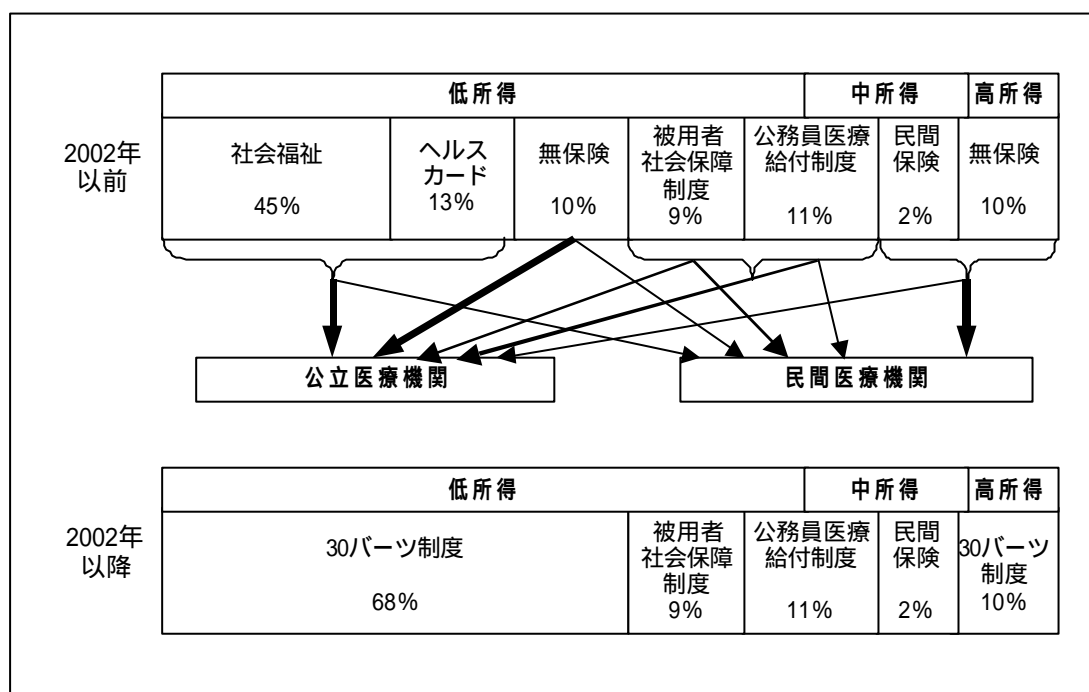
¹⁴ DRG は病院・患者コストに基づき統計的に有意な疾病グループに分けたものであり、DRG に基づくデータを集積することで、病院はコストが有効かつ効率的に利用されているかを把握することができる。こうしたデータ分析により病院経営をより戦略的に展開することが可能になるといわれており、そのために

(2)医療保険制度の概要

2001年までのタイにおける医療サービスは、図表 2-7 の上段のように 4 つの医療システムと民間保険によって提供されていたが、無保険者も 20%～30%程度であったと推計されている。こうした状況は、政府の推進してきた UC 政策により大きく変化しつつある。

タイの医療保険制度及び医療関連施策は 2002 年 4 月以降、30 パーツ制度、被用者社会保障制度(SSS)、公務員医療給付制度(CSMBS)の 3 制度を中心に構成される¹⁵。これら公的な制度に加え、民間保険が加わり、タイにおける医療サービスの普遍的提供が達成されることとなる。したがって、理論上の無保険は消滅し、カバレッジは 100%となる。

図表 2-7 タイにおける所得階層と医療保障スキームのイメージ¹⁶



資料：Health Systems Research Institute (2002) を基に三和総合研究所が一部加筆

も、経理担当者や財務分析のできる人材の育成が重要になると言われている。

¹⁵ この他に交通事故被害者補償制度が商務省 (Ministry of Commerce) により運営されているが、制度の特殊性から、ここでは取り扱わない。交通事故被害者補償基金は、2002 年度内に保健省に移管される予定となっている。

¹⁶ 2002 年以降の高所得者層が 30 パーツ制度となっているのは、彼ら高所得の無保険者は、UC 政策上は 30 パーツ制度の加入対象者として制度上は認識されるという意味であり、実際に、加入する可能性は低い。高所得者層ほど民間保険や無保険となるケースが多い。

図表 2-8 医療保険制度の給付設計と財源

	公務員 医療給付制度	被用者 社会保障制度	労働者補償 制度	30 パーツ制度	民間保険
制度の性質					
制度の性質	付加給付	強制	強制	任意	任意
モデル	公的償還払いモデル	公的社会保障モデル	公的償還払いモデル	普遍主義モデル	任意加入償還払いモデル
対象者 (1996)					
対象者要件	公務員、年金生活者およびその被扶養者(両親、配偶者、子ども)	民間企業従業員 (10人以上の企業)	民間企業従業員 (10人以上の企業)	他の保険に加入しないすべての国民	個人富裕層
対象者数 (million)	7.62	3.30		-	0.72
総人口に占める割合 (1996)	12.7%	5.5%		-	1.2%
給付内容					
・救急サービス	公立のみ	公立&民間	公立&民間	公立&民間	通常提供されていない
・入院サービス	公立&民間	公立&民間	公立&民間	公立&民間	主に選択された民間病院
・病院の選択	自由	契約病院あるいはそのネットワーク内の病院	自由	契約病院あるいはそのネットワーク内の病院	自由
・現金支給	なし	あり	あり	なし	なし
・適用要件	すべて	仕事に関係しない疾病、ケガ	仕事に関わる疾病、ケガ	すべて	保険料次第
・出産給付	あり	あり	なし	なし	あり得る
・年次健康診断	あり	なし	なし	あり	あり得る
・予防、健康促進	あり	健康教育、予防注射	なし	あり	なし
・含まれていないサービス	特別看護	個室ベッド、特別看護	なし	慢性期のケアリハビリテーション、出産など	加入プランによる
財政					
・財政の原資	一般税	労使政府の3者 拠出、労使は給 与の3%政府2%	使用者、災害発 生率に応じて給 与の0.2~2%	税+定額一部負担	個人家計
・財政責任者	財務省	社会保障局(SSO)		保健省	民間保険会社
・支払いの仕組み	出来高	人頭払い	出来高	人頭払い(高額医療と急患については出来高払い)	出来高 (上限あり)
・一部負担	あり: 民間病院での入院について	出産、緊急サービス	あり(3,0000 パーツの上限をこえた場合)	外来: 一度の外来診療・入院につき30B	あり(上限をこえた場合)
・1996年加入者一人あたり平均コスト	1,778	1,428	182	1,202 (2002年度予算)	NA
・1996年一人あたり政府支出額	1,778	476	WCS事務所の運営コスト	-	0

資料: Health Systems Research Institute (2002)などを基に三和総合研究所が加筆

主要な3制度の中で、最も給付内容が充実しているのが、公務員医療給付制度(CSMBS)である。特に、受診病院の登録が必要なく、ほぼ無制限にフリーアクセスで医療サービスを利用でき、家族も受給対象となる点も含め、「給付内容」は、先進諸国並の設計になっている。一方、3制度の中で唯一、社会保障制度の形をとっているのが被用者社会保障制度(SSS)である。拠出金を財源とし、「財源設計」については、先進国の制度に近いが、カバ

レッジは必ずしも高くなく、全国民の 5.5%を占めるにすぎない。30 パーツ制度は、適応範囲が最も広く、人口の約 7 割を対象とする巨大な制度である。しかし、人頭払い方式に基づいて医療機関に対して県から支払われる一人あたりの予算額も他の制度に比べ著しく低く、患者に対する逆選択が発生するリスクも指摘されている。

3 . 各医療保障制度の概要

(1)30 パーツ制度

30 パーツ制度は、保健省の主導により創設された国民皆医療サービスである。他の医療保険制度に加入していないすべての国民を対象に、一回の外来、または一回の入院につき定額 30 パーツ(約 100 円)で医療サービスを利用することができる制度である。保健省はこの制度を起点として、全国民を統一的にカバーする国民健康保険制度を構築することを政策目標としている。

対象者

これまで、タイの医療保障制度の中で最も大きな課題は、無保険者をいかに減少させるかという点であった。30 パーツ制度は、これまでのボランティアヘルスカード¹⁷や福祉的医療サービスに代わり、全国民に対して医療サービスを利用する権利を公的に与えた最初の制度であるという意味において画期的な制度であるといえる。

従来の医療保障制度の枠組みから取り残されていた国民の誰もが 30 パーツ制度の加入者の証明書であるゴールドカードを提示し(ゴールドカードの支給は登録制)、30 パーツを支払うことにより医療サービスを受けることができることになった。また、貧困層については、30 パーツの一部負担も免除されることになっており、論理的には、これまで人口の 20%とも 30%ともいわれた無保険者のすべてが、なんらかの医療保障制度によってカバーされていることになる。

2001 年 6 月から 6 県で試行された 30 パーツ制度は 10 月にはバンコクの一部を除くタイ全土で展開され、2002 年 4 月からはタイ全土で完全実施されることになっている。

財源と支払方式

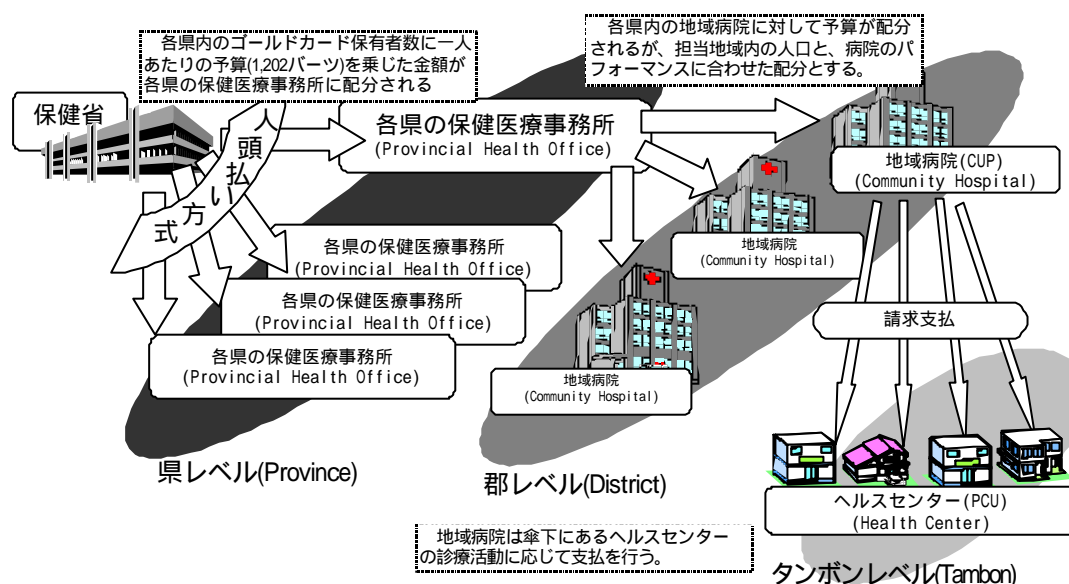
30 パーツ制度にかかる財源は、患者の自己負担金 30 パーツ(入院一回につき・外来一

¹⁷ タイ保健省が 1983 年から実施していた主に農村部などの低中所得者層向けの医療サービス制度。最貧困層に対しては別途福祉制度の枠組みとして医療扶助が存在した。ボランティアヘルスカードは、プリペイドカード方式を採用し、有効期限の付いたプリペイドカードを購入した利用者が診療所でサービスを受けることができる。通常、販売価格 500 パーツのカードで 1000 パーツ分の医療サービスが受けられた。被用者社会保障制度(SSS)や民間医療保険に加入できない層に対する政府の任意保険として機能した。30 パーツ制度の施行に伴い 2001 年 10 月までにカードの発行は終了した。

回につき)と一般税となっている。財源は、保健省管轄で管理され、各県が運用の責任をもつ。

保健省医療保険局(HINSO: Health Insurance Office)が毎月把握している各県におけるゴールドカードの所有者数をもとに、人頭払い方式(Capitation)に基づき、予算の配分を決定する。予算は、総額予算制¹⁸(Global Budget)を採用しており、原則として各医療機関は決められた予算の範囲内で診療を行うことになっている。保健省で決定された予算は、各県の県保健医療事務所に送られ、保健医療事務所の委員会(将来的には地域保健医療委員会(AHB)とよばれる住民参加型組織)をサービス購入者として位置づけ、地域病院と契約を行う。

図表 2-9 30 パーツ制度における予算配分の方法



資料：保健省担当者へのインタビューをもとに三和総合研究所が作成

各県に配分された予算は、各病院の担当エリア内のゴールドカード所有者数に一人あたり単価を乗じた金額(カードホルダー1人あたり 1,202.40 パーツ)を配分する(人頭払い方式)。この際、予算配分の方法については、県に裁量を与えられ、人件費を含めた人頭払い

¹⁸ 総額予算制 (Global Budget) は医療保険制度における保険者の医療提供機関への支払方式の一つ。医療制度における支払方式にはいくつかの種類が見られる。日本は、出来高払い(Fee for Service)を採用しており、医療機関は実施した診療を診療報酬点数表に基づき請求する。ここでは、点数に実際に行った件数と点数の単価を乗じたものが請求額になるが、請求金額合計の上限が設定されていないため、費用抑制効果という点から問題のある制度であると言われる。総額予算制は、ドイツなどでも採用されており、毎年、保険者と医療機関の間で年間の予算を折衝し、各医療機関は、患者、診療行為の多寡に関わらず、この予算の中で診療を行う。人頭払い方式は英国で採用されており、ある医師、又は医療機関に事前登録している患者(住民)の数に一人あたりの想定予算を乗じた金額が支払われる方式である。タイでは人頭払い方式を基本に総額予算制で支払方式を定めている。

方式か、人件費を控除した人頭払い方式のいずれかを選択することができる。1人あたり予算の内訳は図表 2-10 の通りとなっており、これらのコストの中には、予防と健康増進にかかるコストも含まれている。予算は基本的に一次医療契約病院(CUP: Contractor Unit for Primary Care)と呼ばれる地域病院にストックされ、傘下のプライマリケアユニット(PCU)に対して支払いが行われる。

図表 2-10 30 パーツ制度における一人あたり予算の算出根拠

内 訳	金 額
資本投資費	93 パーツ
高額医療費	32 パーツ
救急医療費	25 パーツ
予防・健康増進費	175 パーツ
外来・入院診療費	877 パーツ
合計予算	1,202 パーツ

資料：Tangcharoensathien, Viroj (2002)

なお、予算の配分は基本的にエリア内の登録者数に応じて決定されるため、人口の少ない地域における大型病院や、人件費の高い一部の病院においては経営困難に陥る可能性が高いため、緊急に必要があると判断された場合については、一定の公的資金が投入されることになっている。緊急資金の申請を行う場合、病院は、経営実績や支出に関する 10 種類のデータを政府に規定のフォームに記入して提出する。これをもとに、政府は評価を行い、資金の投入を決定する。この評価は、資金受け取り後、経営状態の改善に関する方策について提言を与えるものとなっている。政府は、この緊急資金として 50 億パーツを準備している。

(2) 公務員医療給付制度(CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme)

制度の特徴

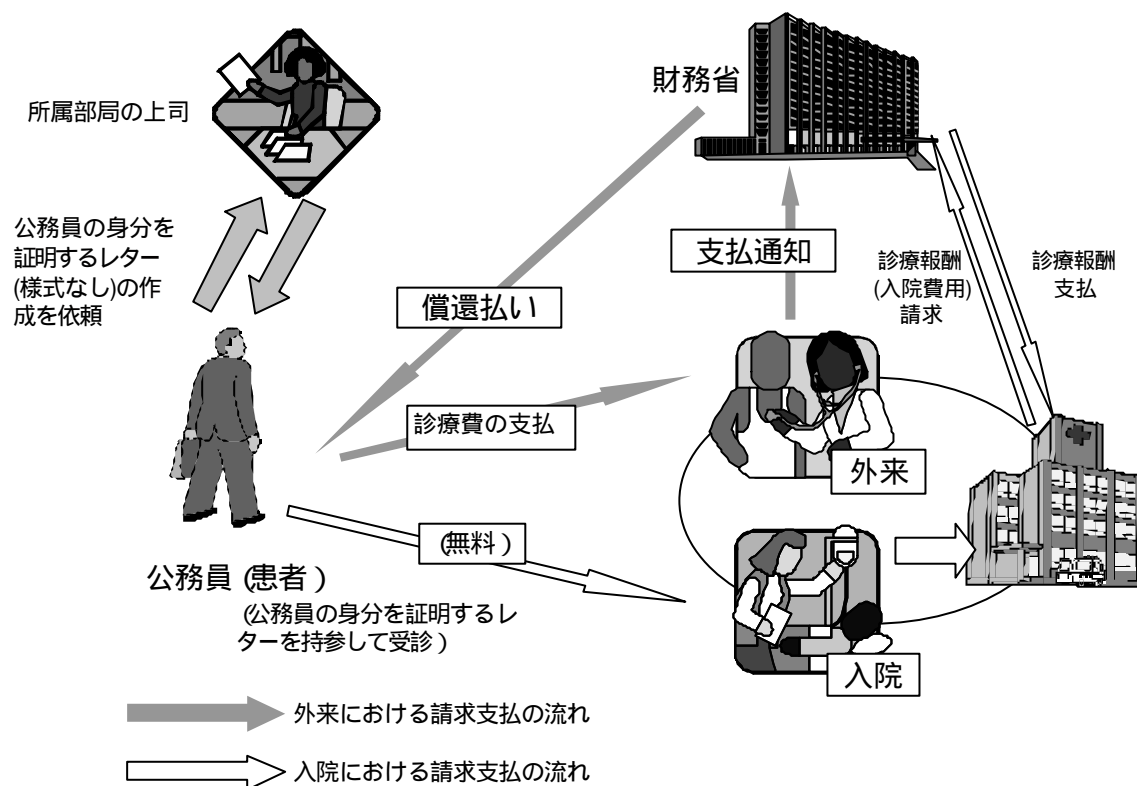
公務員医療給付制度(CSMBS)は、公務員の付加給付(Fringe Benefit)として医療サービスを提供している。タイにおける公務員の給与は著しく低いことで知られている。公務員医療給付制度(CSMBS)は、こうした低い給与に対する福利厚生制度として設立されている。管轄は財務省(Ministry of Finance)となっており、財源はすべて一般税となっている。拠出金や保険料は設定されておらず、受診時の一部負担も設定されていない。

対象者

本制度の対象となるのは、公務員本人と、その配偶者、両親、子供(ただし 20 歳未満 3 人まで)である。被用者社会保障制度(SSS)とは異なり、家族も給付対象になる点が特徴であり、タイで最も手厚い制度設計となっている。また、給付内容も出来高制による診療報酬体系が採用されているため、他の制度加入者に比べ手厚い内容となっている。

医療機関で医療サービスを受けるためには、まず公務員本人が、所属部署・部局の長に、申請者（受診者）が公務員であることを証明するための文書作成を依頼する必要がある。この文書は定型のフォームがあるわけではなく、あくまでレターとして、申請者の身分を管理監督者として認定するのみである。公務員医療給付制度(CSMBS)の加入者証がないため、このようなレターで代用している。この文書を医療機関へ持参することで公務員とその家族は診療を受けることができる。外来の場合については、償還払い方式となっており、医療機関での受診時に一旦全額支払った上で、後に償還される。入院については、償還払い方式は採用されておらず、自己負担もない。

図表 2-11 公務員医療給付制度(CSMBS)の受診と請求支払の流れ



資料：関係者へのインタビューをもとに三和総合研究所が作成

(3)被用者社会保障制度(SSS)/労働者補償制度(WCS)

被用者社会保障制度(SSS)は、就労時以外の傷病に関して医療サービスを自己負担なしで利用することができる。原則として事前に登録した医療機関においてのみ受診が可能となっている。被用者社会保障制度(SSS)においては、30 パーツ制度が公立病院での受診になるケースが多いのに比べ、民間病院の契約病院も多い。また、30 パーツ制度とは異なり、慢性期の疾患についても期限付きではあるが、カバーしている。

労働者補償制度(WCS: Workmen's Compensastion Scheme)は、タイにおける労災制度として発足した制度である。原則として加入者が労働災害により、医療サービスを必要とした場合、死亡した場合、障害を負った場合、リハビリテーションが必要な状態になった場合に給付が行われる。医療給付については、総額 35,000 パーツまでの給付となっており、診療報酬は出来高払いで行われる。また労働中の事故等により障害を負った場合は、賃金の60%が給付される。一時的な障害については1年以内、部分的障害については10年以内、完全な障害の場合は15年、死亡の場合8年間の給付に葬祭補助が給付される。葬祭補助は一日あたりの最低賃金の100倍までが支払われる。

また、事故・疾病によりリハビリテーションが必要になった場合、リハビリテーションサービスを受けることができる。こうした給付体系とは別に、今後はリハビリテーション施設の拡充にも力を入れていく方針である。

図表 2-12 被用者社会保障制度(SSS)及び労働者補償制度(WCS)における医療給付の概要

類型	受給要件	医療	現金給付	給付実績* (のべ人数)
被用者社会保障制度(SSS)				
出産	最近15ヶ月以内で7ヶ月間の加入	現金4,000パーツ(各被保険者につき2回まで)	90日間の賃金の50%(各被保険者につき2回まで)	184,281
障害者	最近15ヶ月以内で3ヶ月間の加入	月2,000パーツまで償還	生涯賃金の50%	435
疾病	最近15ヶ月以内で3ヶ月間の加入	登録病院における無料診療(薬剤処方も含む)	賃金の最大50%を9ヶ月まで。年間180日まで。慢性期については、365日以内。	14,247,811
労働者補償制度(WCS)				
業務上の疾病	事業主の拠出により受給可能	35,000パーツまで。ただし条件により、50,000パーツの追加まで可能 リハビリテーションサービスの利用も可能	給与の60%が以下の期間給付される。 一時的な障害の場合：1年 部分的な障害の場合：10年 全体的な障害の場合：15年 死亡の場合：8年 葬祭費用：日給の100倍を上限とする	-*

資料：Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a) *利用実績は、2001年のもの。

*データが入手できなかったため不明

4. 各医療保険制度の問題点

(1)30 パーツ制度の課題

すでに財政的な持続可能性については、保健省内部においても重要な課題として認識が進んでおり、将来的に方向性もある程度、明らかになっている。第一に、現行の30 パーツ制度は、一回の訪問につき30 パーツを支払う以外は全く自己負担のない制度であり、また拠出金もない制度設計になっている。この点について、政府では、政治的に実行可能な段階において何らかの自己負担引き上げ措置をとることを検討している。また、貧困世帯以外が所得比例、あるいは固定額の拠出金を支払う仕組みを、加入者台帳が十分な信頼性を得、地方行政政府を通じた徴収メカニズムの構築が可能となった段階で導入すべきとの考えもある¹⁹。

すでに触れたように、30 パーツ制度における加入者一人あたりの予算設定は、他の制度に比べ低くなっている。こうしたことが、医療提供者による逆選択やクリームスキミング、高リスク患者の回避などをもたらさないかという懸念がある。すでに、民間の診療所や病院などは30 パーツ制度との契約を結ばないケースが多発しており、30 パーツ制度の契約医療機関は、公立の病院にほとんど限定されていると言われている。30 パーツ制度の本来の目的は「安価な」質の低いサービスを提供することではなく、「安価に」標準的なサービスを提供することにあり、こうしたサービス水準の低下を招きかねない状況は改善の必要があるだろう。

(2)公務員医療給付制度(CSMBS)の課題

公務員医療給付制度(CSMBS)の最大の問題点は、出来高払いに基づく償還払い方式を採用しているために、費用抑制のメカニズムがうまく機能していないという点である。すでに、タイで「最も非効率な制度」として認識され、たびたび批判の対象となってきたが、一方で公務員にとっては「最も手厚い医療制度」となっており、その改革は困難であった。しかし、近年のHSRI(Health System Research Institute)などの研究でその非効率さが証明され、また被用者社会保障制度(SSS)における人頭払い方式の成功などにより、2002年6月以降、出来高払いを廃止し、入院については、総額予算制にDRG(診断郡別分類)を活用したシステムで、外来については人頭払い方式による総額予算制を採用することとなった。

この改革によって、タイにおける主要3制度の医療費の支払方式は、その具体的な基準や方法は依然として異なるものの、総額予算制、人頭払い、DRGの導入といった基本的な制度原理において統一されたことになる。このような動きは、単に医療費を抑制するためのだけの措置ではなく、2003年度以降の国民健康保険制度、すなわち主要3制度の運営面での統合も視野に入れた動きであるといえる。

(3) 被用者社会保障制度(SSS) / 労働者補償制度(WCS)の課題

被用者社会保障制度(SSS) / 労働者補償制度(WCS)の最大の問題点は、給付対象が加入者本人に限定されている点である。2002年より強制加入対象が拡大され、よりいっそうのカバレッジが期待されているが、家族が給付対象になっていないため、たとえば家族に対する疾病給付は、全く別の制度である30パーツ制度によって給付されることになる。30パーツ制度も被用者社会保障制度(SSS)も、ともに人頭払いを基本とした制度であるが、それぞれの制度が設定している一人あたりのコストに格差が見られるため、提供される医療サービスに格差が生じる可能性がある。患者に対する逆選択が発生する可能性があり、同じ家族でありながら、受けられるサービスに差が出る可能性を残している。

こうした問題を解決するためには、家族給付を含めるための保険料拠出を上乘せする必要があるが、すでに社会保険の項で示した通り、すでに決定している保険料の引き上げにさらに上乘せする形での引き上げは困難であると考えられる。

被用者社会保障制度(SSS)と労働者補償制度(WCS)の整合性についても課題を残している。被用者社会保障制度(SSS)は人頭払いの支払い制度を、労働者補償制度(WCS)は出来高払いを採用している。これら、異なる二つの制度は、医療提供側に制度濫用の余地を残している。低コストのサービスについては、被用者社会保障制度(SSS)で対応し、高コストの患者については、労働者補償制度(WCS)で対応する医療機関が出てくる可能性もあり、支払い制度の一本化の必要性がある。

さらに公務員に対する付加給付である公務員医療給付制度(CSMBS)との整合性の問題も残っている。公務員医療給付制度(CSMBS)のカバレッジは、加入者本人だけではなく、その家族も給付対象としている。そのため、公務員の夫と大規模企業に勤務する妻を想定した場合、妻は、被用者社会保障制度(SSS)を本人の権利として、公務員医療給付制度(CSMBS)を家族の権利として利用することができる。この際、加入者台帳で重複をチェックすることが可能であれば問題はないが、公務員医療給付制度(CSMBS)は特定の加入者台帳を持たないため、こうした重複加入を回避できない。

¹⁹ Tangcharoensathien, Viroj (2002)

5. 医療提供体制/サービスシステム/医療サービス運営

(1)医療資源水準

タイにおける医療資源の配置状況は、バンコクへの資源集中が顕著であり、東北部への資源配分が低い状況となっている。タイ全土で見た場合、日本との格差は病床数で約7倍、医師数でも6倍程度の開きがある。すでに概観した通り、タイにおける保険医療支出の対GDP比は決して低い水準ではなく、日本とも大きな開きはない。バンコクに関しては、こうした保健医療支出の高さが基盤整備に反映されているものの、地域間格差が大きくなっている。

図表 2-13 医療資源の配置状況

資源の種別	バンコク	中央部	北部	南部	東北部	タイ全国	日本
ベッド	1:199	1:376	1:478	1:509	1:780	1:455	1:68
ヘルスセンター	1:39,346	1:3,660	1:4,047	1:4,090	1:5,038	1:4,304	-
医師	1:760	1:3,653	1:4,869	1:4,888	1:8,116	1:3,395	1:534
歯科医師	1:2,991	1:17,494	1:27,225	1:25,663	1:38,487	1:15,295	1:1,477
薬剤師	1:2,132	1:11,458	1:16,610	1:13,382	1:25,954	1:10,158	1:971
看護婦	1:252	1:558	1:676	1:605	1:1,064	1:619	1:128
ヘルスセンタースタッフ	-	1:1,055	1:1,293	1:1,205	1:1,691	1:1,342	-

資料：Health Systems Research Institute (2002)

日本のデータについては、厚生統計協会(2001)「国民衛生協会」より算出。

注：日本の医師数、歯科医師数、薬剤師数は、就業者数に基づいて1998年現在で算出している。病床数は病院・診療所における1999年現在の数値。

特に、貧困の集中が見られる東北部などにおける保健医療関連の基盤整備は相当に遅れている様子が伺われ、今後の課題といえるだろう。また、30パーツ制度を実施することにより、東北部をはじめとするこれまで基盤整備が進んでいなかった地域における医療需要が爆発的に拡大することが予想される。こうした状況に対応するための資源投下が必要であるが、すでに保健医療支出が増大し、投資予算を削減している保健省においては、容易な政策オプションではないともいえる。今後の重要な課題である。

(2)病院

病院は外来、入院の両サービスを提供しており、取り扱い医療保険の種別については、病院によって異なり、農村地域など、病院が不足している地域では、ほとんどの医療保険制度の取り扱いがあるものの、都市部の大規模な民間病院などでは、民間保険のみの契約となっている場合も多い。特に30パーツ制度については、民間病院などで取り扱いがない場合が多い。

政府系病院は各省庁の管轄のもとに運営されており、医療提供において中心的な役割を担っている保健省の管轄病院は全病院の約63%となっている(1999年)。また民間の運営する病院もタイ全体で373病院ある。これらのうちバンコク市内の民間病院は、主に

民間保険加入者向けのサービスを提供している。

図表 2-14 病院および病床数：管轄別（1998 1999）

管 轄	1998		1999	
	病院数	ベッド数	病院数	ベッド数
保健省	850	81,035	855	82,085
農業協同組合省	1	305	1	305
防衛省	66	8,115	66	7,940
内務省	7	1,204	7	1,231
学術省	10	7,528	10	7,634
独立組織	18	2,356	18	2,356
国営企業	4	385	4	385
地方自治体	10	2,253	11	2,360
政府系病院合計	966	103,181	972	104,296
民間病院	372	30,923	373	31,007
合計	1,338	134,104	1,345	135,303

資料：Alpha Research Co.,Ltd. (2001).

(3) 診療所

診療所も政府系の「ヘルスセンター」と民間系の「クリニック（診療所）」に分類される。ヘルスセンターは主にタンボン単位に設置されており、地域医療の中核となり外来患者に対応している。従来は、ヘルスセンターに必ずしも医師が常駐しておらず、看護婦、薬剤師などのみで運営されていたが、政府のプライマリーケアに対する政策誘導により、ヘルスセンターを「プライマリーケアユニット(PCU)」として地域医療の中核と位置づけることとなった。プライマリーケアユニット(PCU)には、常勤の医師が少なくとも一名は設置されることになっている。

一方、民間の診療所も地域における医療提供者として重要な役割を果たしているが、バンコクなどの大都市では民間診療所は主に、被用者社会保障制度(SSS)や公務員医療給付制度(CSMBS)、民間保険対象者向けのサービス提供者として機能している側面が強く、30 パーツ制度への参加状況は必ずしも望ましいレベルに達しているとはいえない。ただし、農村地域においては、公的機関の医療提供が十分でないため民間診療所も 30 パーツ制度に参加し、地域医療の提供者として重要な役割を果たしている場合が多い。

(4) 薬局

タイの薬局は3種類に分類されている。薬剤師が勤務している第一種薬局と扱える薬剤が制限され、薬剤師を置いていない第二種薬局に加え、いわゆる OTC（処方箋を必要としない大衆薬）のみを取り扱うグロッサリーがある。第一種薬局は全国に約 5,000 店（うち約半数はバンコク市内）、第二種薬局も約 5,000 店（うち約 700 店がバンコク市内）、グロッサリーが全国に 40 万店となっている。

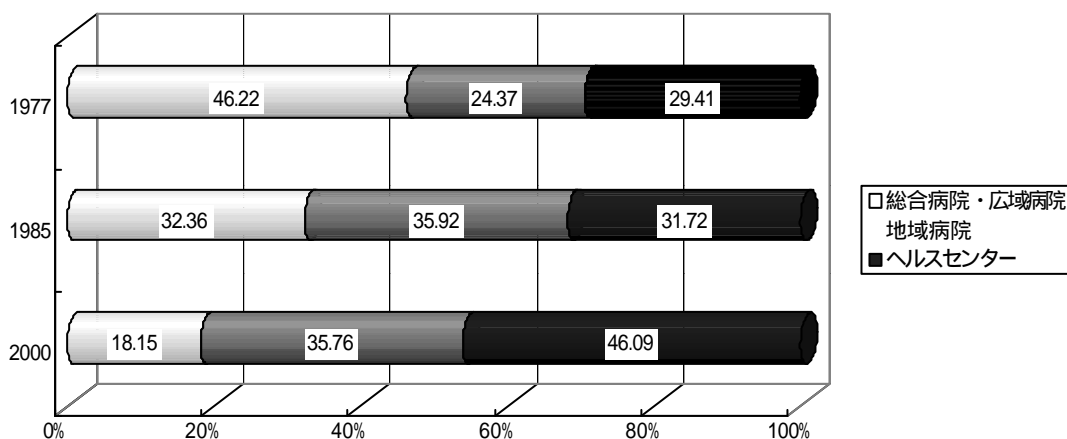
タイでは薬価について公定価格は設定されず、完全な自由市場となっている。これまで、医療サービスのアクセシビリティが十分確保されていなかった上に、診療にかかるコスト負担を受診者が抑制しようとするため、薬局で薬剤を購入して治療に代えるケースが多かったと言われている。また、本来処方箋が必要とされた処方薬についても、処方箋なしで販売する薬局が多く、問題となってきた。

30 パーツ制度が本格的に実施されることで、こうした問題の解決が期待されている。薬局で薬を購入するより、30 パーツ制度の利用により医療機関で受診、投薬を受けた方が安価になるため、薬剤販売の正常化が期待されている。しかし、同時に薬局業界からは今回の30 パーツ制度の導入に強い反対の声もあがっている。

(5)行政区分と医療提供体制（レファラールシステム）

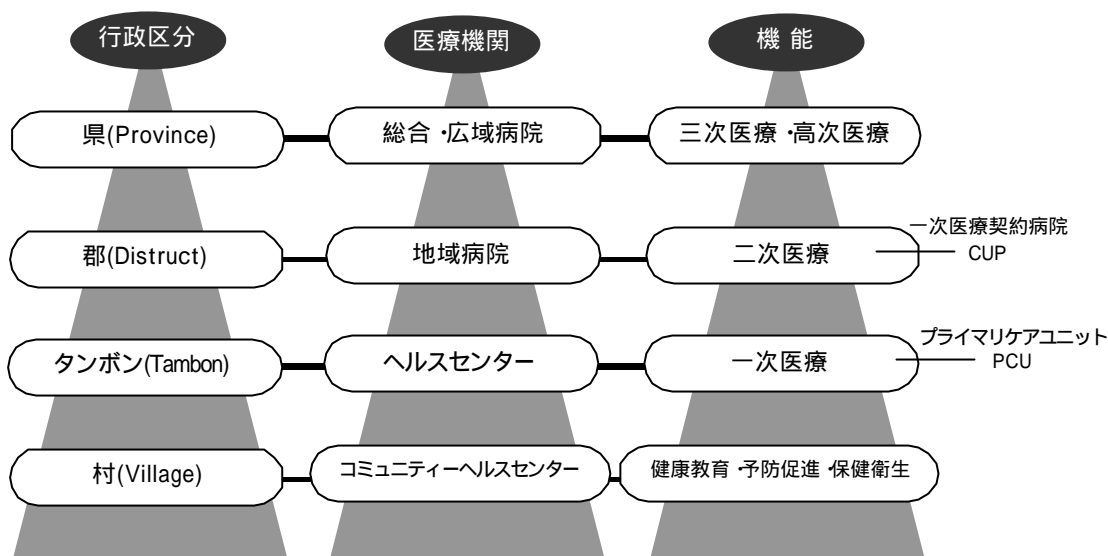
タイの行政区分は、バンコク特別行政区とパタヤ市を除き、県(Province)、郡(District)、タンボン(Tambon)、村(Village)で構成されている。タンボンは一般に約10の村で形成されている。各行政レベルに医療機関が設置されており、県レベルには広域・総合病院(Regional/General Hospital)、郡レベルには地域病院(Community Hospital)、タンボンレベルにはヘルスセンター(Health Center)、村レベルにはコミュニティーヘルスセンター(Community Health Center)がそれぞれ設置されている。地域住民に最も近いとされる郡レベルの地域病院を一次医療契約病院(CUP: Contractor Unit for Primary care)として位置づけ、その下にタンボンレベルのヘルスセンターが「プライマリケアユニット(PCU)」として配置される。プライマリケアユニット(PCU)は地域における一次医療を全面的に担い、住民に対する健康教育も含め、タイにおける保健医療の中核をなす重要な機関となっている。なお、郡レベルの地域病院は一次医療契約病院とされるが、これは一次医療を実施しているヘルスセンターと契約を結ぶ病院であることを意味し、実際に担っている機能は二次医療である。

図表 2-15 地方公立病院における外来患者のシフト



資料：Health Systems Research Institute (2002)

図表 2-16 行政区分と医療提供体制



資料：関係者へのインタビューをもとに三和総合研究所が作成

もう一つの大きな特徴としてレファールシステムを挙げることができる。患者はあらかじめ登録している病院のレファールシステム内のヘルスセンターで受診することが定められている。その後、より高度な検査・治療の必要が認められた場合に限り、上級病院（一般的には郡レベルの地域病院）へレファールされる仕組みになっている。この原則は、地域における医療提供機関の機能が乏しかったために、これまで十分に機能してきたとは言えない。地域住民は、より整備の整った地域病院や広域・総合病院で直接受診するケースも多かった。こうした動きは、保健省の積極的な指導により徐々に改善されてきたが（図表 2-15）、タンボンレベルにおけるヘルスセンターの機能強化が十分に行われてこなかったために徹底されてこなかった。

今後は、ヘルスセンターをプライマリケアユニット(PCU)として強化していく方針であり、レファールシステムは一層、タイにおける医療提供体制の中心的な原則となることが予想される。

6. 医療制度をめぐる近年の動向と課題

(1)30 パーツ制度周辺の状況

UC 政策の6原則と国民健康保険法案

30 パーツ制度は、政府の UC 政策の一環として実施されており、UC 政策の基本は、以下の6原則に集約される。

- プライマリケア活用の促進
- クローズドエンド型の支払方式²⁰の採用
- 認定制度²¹による医療の質の確保
- 標準給付パッケージ²²とそれに基づく支払方式の採用
- 既存保険基金の統合
- 基金運用の県への分権化

30 パーツ制度は、まさにプライマリケアを中心とし、総額予算制に基づく支払方式を持ち、標準給付パッケージに基づいた予算設定がされた制度であるという点で、UC 政策を具体化した制度であるといえる。

これらの原則に則って実行されている UC 政策の最終的な政策目標は国民健康保険制度の創設である。国民健康保険法案は、医療保障に関する3つの主要制度を運営面で統合し、統一された保険制度として運営しようとするものである。当初は、被用者社会保障制度 (SSS)と30 パーツ制度を給付面でも統合し、基金の統合による統一的な制度を構築することを検討していたが、被用者社会保障制度(SSS)加入者の反対により実現しなかった。しかし、依然として国民健康保険法は廃案とはなっておらず、運営機能の統合などを柱に再構成されている。2002 年度中には議会を通過する見込みである。

²⁰ ここでのクローズドエンド型支払方式とは、具体的には総額予算制 (Global Budget) 方式を指す。あらかじめ決められた予算の中で診療行為が行われるため、医療費の抑制が容易であるといわれている。

²¹ 病院認定制度 (HA: Hospital Accreditation) を意味する。保健省は、医療機関の水準を標準化するため、¹ 病院の建設、運営に関して各種の規定を定め、この規定に準拠した病院を認定病院とする制度を定めた。当初は保健省内部に設立されたが、現在は保健省から分離し独立性を保ちながら、病院の認定を行っている。詳細については、本報告書 47 ページ以降を参照のこと。

²² 各病院の県から交付される予算は、当該病院が担当する地域内の30 パーツ制度登録者数に、標準給付パッケージの予算額によって算出される。前ページの図表で記載されている通り、標準給付パッケージは30 パーツ制度対象者一人あたりの予算の内訳によって示される。標準給付パッケージには、病院の投資や予防・健康増進に関するコストも含まれている。これらは、一定地域内の住民が平均一人あたりどの程度医療サービスを利用しているかを算出することで求められる。

一次医療契約病院(CUP: Contract Unit for Primary care)とプライマリケアユニット(PCU: Primary Care Unit)ネットワークの構築

30 パーツ制度のもとでは、地域住民に最も近いとされる地域病院を一次医療契約病院(CUP)として位置づけ、その下にプライマリケアユニット(PCU)を配置する。一方一次医療契約病院は(CUP)、ファンドホルダーであると同時にゲートキーパーとして機能しており、タイの受診システムの中心を担っている。プライマリケアユニット(PCU)は各タンボンに最低1カ所は設置されているヘルスセンターがその役割を担うことになっており、プライマリケアユニット(PCU)の原則は、各プライマリケアユニット(PCU)に最低限1名の医師²³の他に、看護婦や薬剤師などを設置していることになっている。

このUC政策が採用されるまで、タンボンレベルに医師が配置されていることは稀であり、タンボンのヘルスセンターには通常、看護婦や薬剤師、助産婦が配置されているだけであった。そのため、医師の診察を受けるためには地域病院まで出向く必要があった。こうした状況を改善し、患者の症状が軽度の段階で治療を行い、二次医療病院への負担を軽くしようとするのが狙いである。

経営・財政に関する改革

UC政策の原則に加え、病院の経営のあり方についても、新しい方向性が示されている。保健省は2002年2月4日付けで「UCプログラム下の医療機関における財務マネジメントシステム開発に関する戦略計画」を発表し、この中で、各病院における経営のあり方について、具体的な方針を打ち出した。

特に注目すべき点は、病院経営の公正な評価を実施するために、現金主義会計を廃し、発生主義会計を原則とする新しい病院会計を確立することである。実際の運用面においては、解決せねばならない課題が多く、特に人材の不足は深刻であるが、評価できる方向性であるといえる。また、新しい会計システムを潤滑に運営するための情報システムの開発、それらを運用する職員の能力開発、情報システムから得られたデータを分析し、病院経営に反映させるためのマネジメント力としてCFOや(Chief Financial Officer: 最高財務責任者)や会計士の育成などを盛り込んでいる。

²³ UC政策以前はヘルスセンターに医師が配置されていることは少なかった。

図表 2-17 UC プログラム下の医療機関における財務マネジメントシステム開発に関する戦略計画

計画	目標	方法
1 政策実施のための展開	透明で独立した財務管理システムの構築 行政機関の意識改革 意思決定における情報の活用	計画の実行を促すための関係者会議の開催 計画を専門家に配布し、意見を求める UC管理センターに計画を提出、承認を要請 UC政策下での医療機関の新財務システム構築の期限を設定
2 医療機関の会計システム改革	現金主義会計から発生主義会計への転換 公的医療機関の財務管理のデータベースの構築	会計検査院、会計士協会、商業登記局、商務省と連携し国民医療会計および医療機関の勘定科目一覧表を作成 標準コードの整備(予算配分、減価償却計算のため) 医療機関のための発生主義会計マニュアルの配備 医療機関の会計監査のための指標の整備
3 あらゆるレベルでの組織改革	効率的で透明な財務管理システムのための組織開発	新しい組織運営および役割についての詳細決定、および内閣および関係官庁への提出 国家保健委員会の下に、財務運営制度開発のための小委員会を設置 新制度下における最高財務責任者(CFO)および会計士の資格を創設 現職の職員が新制度下のCFOの責務に就くためのガイドラインの制定
4 専門的人材の育成	医療機関の財務・会計に携わる職員の能力開発	以下の分野における人材の採用および育成 ・財務管理データベースの運用 ・医療機関の発生主義会計処理 ・管理会計システムの運用 財務運営・管理のための研究プロジェクト立ち上げ
5 管理・監査システムの整備	医療機関の管理・監督・会計監査システムの効率化	(データベース、内部監査システムを含む)管理・監督・会計監査システムの整備 内部監査のための職員の能力開発
6 情報通信システムの開発	新予算配分制度の下でのデータの正確かつ迅速な活用 標準保健コード(National Standard Health Coding)に基づく財務データネットワーク構築 医療機関の財務担当者の意思決定における全国的データの活用	UC政策実行にむけた、医療機関の財務データ運営のためのITシステムの開発 財務データの分析をソフトウェア、ハードウェア、人材のあらゆるレベルにおいて支援 財務・会計情報管理のためのデータ・セットの配備 小規模医療機関の財務運営のための、国家レベルのシステムとリンクしたコンピューターシステムの開発 同一の標準コードで統一された国レベル ・地方レベル・県レベルの病院会計データセンターを整備するため、財務会計システムを開発 医療機関CFOの全国ネットワークの形成のための財務・会計のITシステム分野の人材開発 標準保健コードに基づくデータベースの開発のための作業部会の設置
7 協調体制とネットワークの整備	保健省、研究機関、国内外の専門家との連携による持続的な開発	財務および会計制度の開発分野における保健省内外の専門家との協力 医療機関職員・組織・官僚のネットワーク開発

資料：Ministry of Public Health (2002)

(2)医療保険制度を支える請求支払制度とネットワーク

支払システムに関する議論

タイには、これまでも医療費の支払方式に関する議論が盛んに行われ、保健省主導で様々な検討が行われてきた。医療保険・医療保障制度下においては、多様な支払方式・財政方式があるが、タイでは主に、出来高払いは公務員医療給付制度(CSMBS)で、人頭払い方式に基づく総額予算制は、被用者社会保障制度(SSS)で、採用されてきた²⁴。

総額予算制は、予算を越えて診療報酬が支払われることがないことから医療機関に粗診粗療のインセンティブを与える危険性がある。また出来高払いは一方で、手厚い診療が期待できるが、過剰診療になる可能性が高く、検査・投薬などが不必要に増加し医療費を高騰させる傾向があるとされている。実際、公務員医療給付制度(CSMBS)の医療費は年々高騰を続けてきた。こうした背景から、保健省は、出来払いによる支払方式を全廃し、人頭払い方式に基づく総額予算制に支払方式を統合するべく改革を進め、2002年6月から、公務員医療給付制度(CSMBS)は出来高払いを廃止することが決定している。

また、保健省は、一般に総額予算制のもとで起こりやすいと言われている粗診粗療の問題を抑制するために、いくつかの政策的なオプションを用意した。第一に、病院認定制度をはじめとする品質管理システムの構築である(次項参照)。また、診療ガイドラインの構築にも着手している。第二に、DRG(Diagnosis Related Groups)を採用した予算制度の構築である。一般にDRGとは疾病名を、医療資源(人件費、薬剤費、医療材料も含む)の必要度から統計的に有意性のあるグループに分類したものを指す。したがってDRGはコストと疾病の統計的な関連性を含んだ疾病分類であるといえる。タイでは予算総額の約20%をDRGを用いて予算配分することで、コストの高い患者を回避するインセンティブを除去しようとしている。

DRGをはじめとする新しい支払システムの導入は、保健省だけでなく、医療機関の受け入れ体制の変更も意味する。特に医療機関と保健省を結ぶ医療情報システムの構築は喫緊の課題になっている。

²⁴ 出来高払い方式は日本も採用している方式で、医療機関の保険者に対する請求上限が設定されていないため、診療を行った分だけ報酬を得ることができる。このため医療機関に対して過剰診療のインセンティブを与えることになり、医療費高騰の一因と言われている。一方、人頭払い方式は、タイの場合、病院に設定される医療圏域内の登録者人口に一人あたりの予算を乗じた金額を予算として設定する方式をとっており、かつ一定のあらかじめ決められた予算の中で診療を行う総額予算制採用しているため、医療機関は予算枠を越えて請求を行うことが原則としてできない。医療機関に対して粗診粗療のインセンティブが働くことになるとも言われている。また、コストのかかる患者をできるだけ回避しようとする、いわゆる逆選択が発生する可能性もある。

医療情報システムの構築の必要性

タイにおける医療制度において極めて重要になるのが医療情報システムの構築である。UC 政策が展開されるまでのタイにおける医療情報システムは、それぞれの医療制度が、異なる仕様で構築されており、相互のデータ互換性がなかった。また、DRG をはじめとする新しい診療報酬制度の動きの中で、電算化されたデータを効率的に処理する必要性が高まっている。さらに国民健康保険制度の創設を見据え、統合化されたマネジメントシステムの構築も視野に入ってきている。

第九次国家保健医療開発五カ年計画の戦略としても明記された通り、今後五年間のタイにおける医療関連制度の重点課題のひとつは、医療制度の「マネジメント」である。ここには、情報の管理や、効率的な審査支払制度の構築なども含まれ、こうした機能を持ったシステムの構築にはコンピュータを用いたネットワークの構築や、システムの設計が重要な要素となる。

また、タイでは多くの制度が登録病院制度に基づく人頭払い方式を採用しているため、登録病院以外での受診を原則として認めていないが、登録病院以外での受診も実際には発生している。急患については、越境受診も制限付きで認められているが、いわゆる故意による越境受診の問題は、この制度を展開していく上で大きな問題となっている。こうした制度運営上の問題点を解決するためのコンピュータシステムは、タイの医療保険制度を考える上で最も重要な分野になりつつある。

「福祉プログラム」から「30 パーツ制度システム」へ

30 パーツ制度が導入される以前は、低所得者向けの医療制度として実施されていた福祉医療制度とボランティアヘルスカードに関する情報システムとしては「福祉プログラム」と呼ばれる情報システムが構築されていた。これらは、現在運用されている 30 パーツ制度用のシステムのベースとなるものである。紹介システムや支払システムについては、この「福祉プログラム」とは別に構築されていた。

「福祉プログラム」では、個人の基本情報だけでなく、登録病院名なども登録されていた。今回 30 パーツ制度用が開発された情報システムの最も大きな特徴は、国民一人一人に与えられている 13 桁の ID コード（いわゆる国民総背番号制に基づく ID 番号）が入力されるようになった点である。この 13 桁の ID コードが入力され、被用者社会保障制度(SSS)や公務員医療給付制度(CSMBS)のシステムにおいても同様のコード入力が行われることにより、制度加入者の重複を容易に発見することができるようになる。

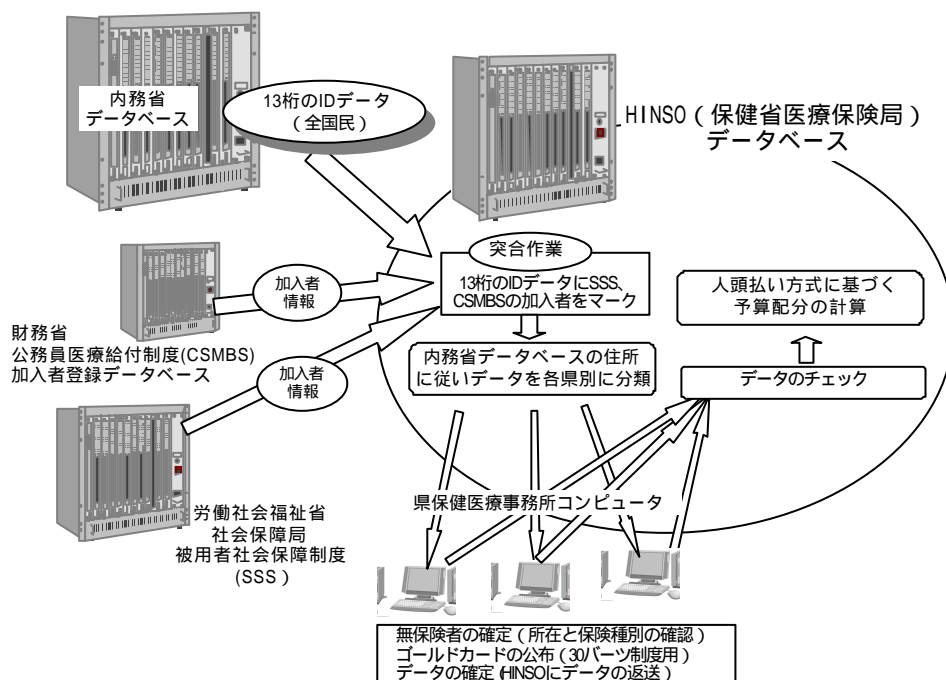
現在、それぞれのシステムはすでに稼働しているが、公務員医療給付制度(CSMBS)の入力情報が完全ではなく、そうした重複加入を発見することはできていない。

登録システム

タイの医療保険制度において、最も基本となるシステムは登録システムである。これまで、無保険者数について推計が何度か試みられてきたが、正確な数字を把握できなかったのは、各保険制度の登録システムが十分に機能していなかったためである。こうした問題を解決するために開発されたのが、30 パーツ制度における登録システムである。これまでのシステムの問題点を解決するために、新たなシステムは 電子データであること、各制度間で加入者の登録状況が明確に把握できるものであること、 定期的な重複加入のチェックが可能であることなどが求められた。

以下、登録システムにおける重複加入者のチェックの手順を述べる。まず、内務省登録局が管理している 13 桁の ID コードによる国民の基本データを保健省医療保険局(HINSO)内のコンピュータに電子的に取り込む。さらに被用者社会保障制度(SSS)のデータを管理している労働社会福祉省社会保障局(SSO)より加入者情報を取得し、同様に公務員医療給付制度(CSMBS)の管轄官庁である財務省から加入者情報を取得する。以上で得られた 2 つのデータと内務省管理の 13 桁の ID コードによるデータを突合し、内務省データの個人情報に加入保険の種別をマークする。ただし、公務員医療給付制度(CSMBS)の加入者データベースは、2002 年 2 月の段階で整備が完了しておらず、完全な形での重複加入チェックは行えない状態である。この作業が終了すると、突合されたデータは登録されている住所にしたがい、各県別に分類され、各県の医療保険事務所へ電子データとして配信される。

図表 2-18 30 パーツ制度以降の登録システムの概要



資料：関係者へのインタビューなどをもとに三和総合研究所作成

電子データを受け取った県保健医療事務所は、プライマリケアユニット(PCU)であるヘルスセンターを通じて県内に当該登録者が居住しているかを確認し、さらに、当該登録者がデータ通りの保険制度に加入しているかを確認する。この段階で無保険であることが判明すれば、30 パーツ制度の加入証明書である「ゴールドカード」を交付することになる。データの内容が県保健医療事務所で確定されると、それらのデータは保健省医療保険局(HINSO: Health Insurance Office)へ返信される。保健省医療保険局(HINSO)は返信されたデータを確認し、これらのデータをもとに各県・各病院毎の登録者数を算出し、人頭払いに基づく予算の配分を決定する。

データの県保健医療事務所からのデータ送信と登録人数の確認は、毎月実施される。これは、住民の転居や加入保険の種別変更などに伴うデータの更新を正確に行うためである。以上の過程を経て、30 パーツ制度、被用者社会保障制度(SSS)、公務員医療給付制度(CSMBS)の重複加入の問題を解決することが可能となる。将来的には、リアルタイムの重複加入チェックなども視野に入れ開発を進める予定になっている。

今後の課題

今回の調査では、この登録システムと DRG を用いた診療データの電子化情報のネットワークがどのように関連しているのかは明らかにならなかった。この点は、今後の調査の課題となるだろう。また、この登録システムと支払制度のシステムが別のシステムであることは明らかになっているが、支払システムとの整合性や、親和性については、明らかになっていない。

今回構築された 30 パーツ制度用の登録システムは、これまでタイが抱えていた制度上の根本的な問題、すなわち、誰がどの保険制度に加入しているのかが明らかでない、という問題をシステム上は解決した。しかしながら、すでに述べたように、越境受診といった問題については、現状のシステムでは解決しているとはいえない。また、今後、登録病院制度を超え、フリーアクセスに基づく医療サービス提供を展望するならば、支払制度システムと整合性をもつ強固なシステム構築が重要になることはいうまでもない。保健省医療保険局(HINSO)としても、日本の社会保険診療報酬支払基金で導入している各県を越えた診療に対応したシステムに深い関心をもっている。

(3)医療の質の確保に関する動向

これまでタイの医療政策は主として医療サービスの量的拡大と医療保険の適応範囲の拡大に主たる政策目標が設定されてきたが、2002年4月に国民皆医療保障サービスが開始されることに伴い、医療サービスの質の確保も重要なテーマとして位置づけられつつある。ただし、タイにおける「医療の質」の意味するところは、先進国と同じではない。現段階の「医療の質」とは、個々の医療行為における質を追求するのではなく、医療提供環境の質の向上であると考えてよいだろう。一義的には医療従事者の充実や医療機器などの整備、衛生環境の確保などが中心となる。「Acceptable(受けられる)」な医療を提供することが、タイにおける医療の質の意味するところであると言ってもよい²⁵。

以下に示す2つのシステムは、現在のタイの医療サービス向上に寄与している。しかしながら、質の確保という観点からみれば、決して十分なものではない。医療費コントロールの問題と質の確保の問題は表裏一体であり、医療の質の問題が、今後のタイ医療制度における政策的プライオリティーを持つことは間違いないと考えられる。

ISOシリーズの導入

タイでは病院の品質管理・向上のためにISOを積極的に導入してきた。ISOの認証取得は民間病院、公立病院を問わず行われており、主にISO-9002の取得が中心である。ただし、認証の対象は、病院全体の業務プロセスを対象としているとは限らず、業務の一部についての認証にとどまる場合も多くみられる。なお、クリニック、診療所などは認証の対象となっていない。ISOシリーズは結果としての品質についての認証ではなく、品質管理の取り組みに対する認証資格であることから、提供される医療サービスの品質を保証するものとしては十分であるとはいえない。

病院認定制度(HA: Hospital Accreditation)

すでに、30パーセント制度においては、出来高払いになっている高額医療費について保健省医療保険局(HINSO)内でのレセプト審査が行われている。しかし、こうした審査業務は、タイの診療ケースのごく一部に対して行われているにすぎず、医療の質を確保していく上で十分とは言えない。こうした中で、病院認定制度は、病院評価や医療サービスの質の確保する上での中核システムとして稼働している。

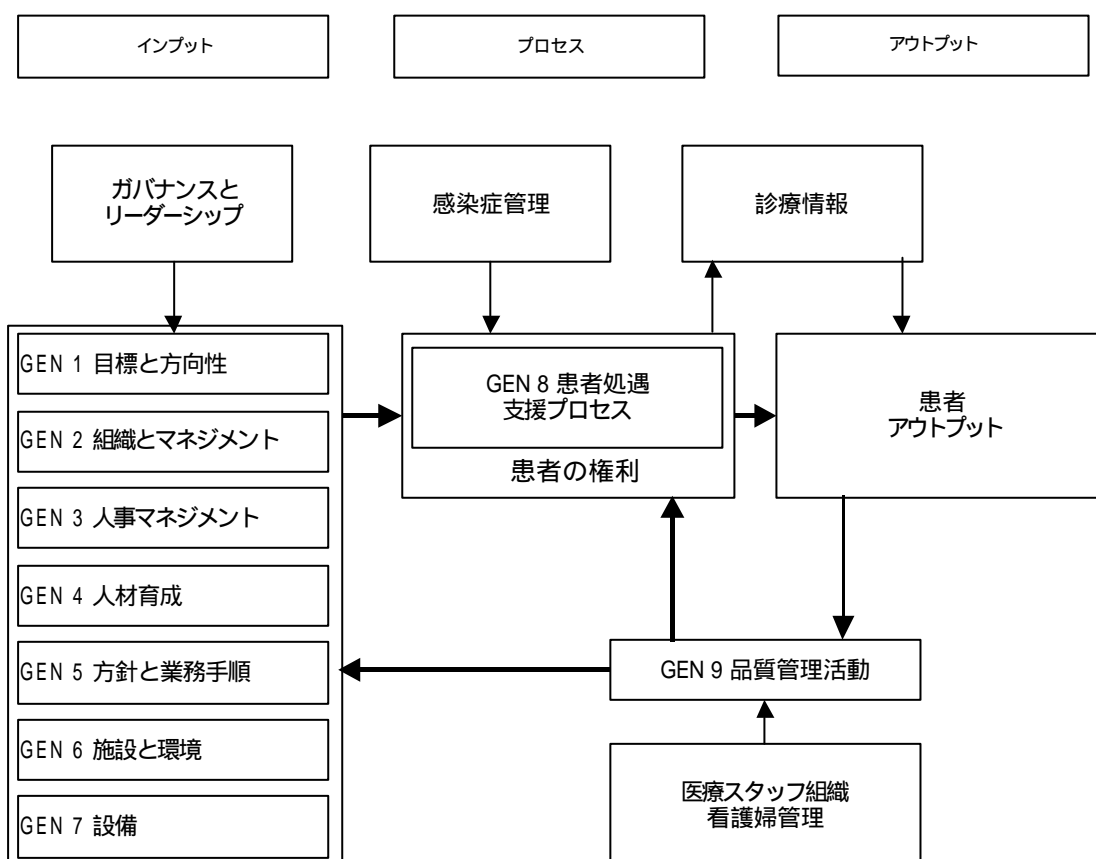
オーストラリアやカナダといった医療機関等の認定システムをすでにもつ国々の制度調査を実施し、タイ独自の改良を加えて作成したのが、タイの病院認定制度である。病院認定システムは、全31章からなり、インプット、プロセス、アウトプットという3つの視点を軸に、病院運営に関する主要な指標が9章にまとめられている。

²⁵ この点については、保健省の職員や病院認定制度局も認めているところである。

病院認定制度は保健省によって作成されたが、現在は第三者機関として独立し、業務を行っている。2000年10月現在で7つの病院が認定され、タイ全土で約200の病院が認定プロセスに入っている。このシステムの目的は、病院の品質管理に関する監視ではなく、あくまで病院のサービス品質を向上させるためのガイドライン的な役割を期待されている。

こうした医療サービスの質を確保する方策は、各医療保険サービスでのサービス購入に影響を与えている。特に被用者社会保障制度(SSS)においては、社会保障局(SSO)の契約の病院との契約について、当該病院が一定の品質管理基準をクリアしていることが条件となっている。被用者社会保障制度(SSS)の契約病院は、数年以内にISOまたは病院認定を受けることが定められている。民間保険については、近年、サービス品質の確保と認定の取得に重点を置きつつある。いくつかの民間保険会社はすでに会計監査的な調査を実施しているが、品質を監視するレベルには達していないという。

図表 2-19 病院認定制度における一般標準(General Standard)のコンセプト枠組み



資料：Health Systems Research Institute (2002)

医療の質の確保に向けた課題

ISO や病院認定制度がタイにおける医療サービスの質の確保に寄与し、その中核となっていくことは間違いのないと思われる。しかしながら、ISO も病院認定制度もともに結果としての診療体制や診療内容を評価するための仕組みではなく、あくまでガイドライン、品質管理体制の認定に関わるものである。医療過誤や医療事故等に関する苦情や問題を指摘する機関や監視団体は皆無といってよい。こうした機関ができることが望まれるものの、現在のタイの医療提供体制の現状からみれば、そうした水準の品質管理はアクセプタブルな医療ではなく、クオリティーサービスを求められるだけの医療提供量が整った段階で実現するものと思われる。当面は、標準化された医療供給を伴う医療機関数が整備され、ヘルスセンターにおける医師が恒常的・安定的に確保されることが最優先課題となっており、診療に対する高度な品質管理の仕組みを運用できる段階ではない。病院認定制度の普及を進め、各医療機関の認定を進めることがタイにおける品質向上に重要な役割を果たすものと考えられる。

(4) 予防・健康教育に関する地域レベルの取り組み

30 パーツ制度をはじめとする保健省の UC 政策の柱の一つは、「プライマリケア」を中心に据えた医療提供体制の構築であった。また、これにあわせ、各地域における予防、健康増進のための教育活動なども併せて展開していくことになっている。特に、公衆衛生や母子保健、予防、感染症などに関する知識の普及と情報の把握が各タンボン、村レベルで展開されている。

家族プロフィール

一部の地域ですでに実施されている家族プロフィールは、住民に最も近いヘルスセンターやコミュニティヘルスセンターを中心に作成される住民の健康管理台帳である。各村では、タンボンレベルのヘルスセンターの職員や村健康ボランティアが各家庭を訪問し、家族構成、生年月日、住民登録 ID、加入保険種別、職業、疾患記録などを各家庭毎にファイリングしており、地域住民の健康管理台帳を作成している。各ファイルには、妊娠中の家庭や、特定の疾患をもつ患者を抱える家族などを一目で見分けるための印が付けられている。

これらの情報は、現在開発中の電子ファイルに入力される予定になっている。将来的に、これらの家族情報とすでに完成している住民登録台帳を組み合わせることで、全国規模の健康促進事業を展開する基盤となりうる。こうした取り組みもプライマリケア重視の UC 政策とは無関係ではなく、予防・健康教育を推進することで、将来の医療費の削減を図ろうとするものである。

予防促進事業（村内健康ボランティア・家庭健康リーダー制度）

各タンボンレベルでは、ヘルスセンターが健康教育を推進している。しかし、このレベルのセンター以下における行政の仕組みは事実上存在せず、現場レベルではボランティアや、住民そのものが保健行政に参加している。

各村レベルでは村健康ボランティアと呼ばれる人々が簡易検査機を用いて血液の検査を行うなどの取り組みがすでに開始されており、また各家庭に対する健康教育を積極的に推進し、その成果を「家庭健康リーダー」という名称を世帯主に与えることで、地域における啓発活動を進めている。

財政方式

公衆衛生、保健衛生に関する活動については、保健省の財源により運営されている。たばこ税も価格の 1% ~ 2% が新たに課税され、健康目的税として利用されている。基本的に予防・健康増進予算は 30 パーツ制度とは異なる枠組みで提供される資金であるため「非皆サービス予算」(Non-UC Budget: Non-Universal Coverage Budget)として提供される。30 パー

ツ制度の人頭コストには、予防・健康促進事業コストが含まれているが、これらの予算は、あくまで 30 パーツ制度の対象者個人に対する予算として設定されており、地域全体に対する事業という位置づけをとる公衆衛生・保健衛生関連予算とは区別されている。

管理機関

保健省の管轄で運営されているが、計画主体は県保健医療事務所であり、実施主体は、タンボンレベルのヘルスセンターと各村のボランティアになっている。タイでは、基本的に各地域レベルでのサービス提供主体に NGO や個人的なボランティアが参加していることが多く、タンボン以下のレベルにおける公務員を期待することはほとんどできない。したがって、タンボンに設置されたヘルスセンターにおいては、地域のボランティアをいかにして誘導し、活動に結びつけていくのが活動の重要なポイントになる。

今後の課題

すでに、予防や健康教育の面では明確な方針を打ち立てており、各地域の取り組みも一定の成果を上げていると考えられる。しかし、こうした公衆衛生上の取り組みと、30 パーツ制度に関する地域医療開発プロジェクトが別々に展開されていることが、効率的な予算の活用の面からも人材の面からも課題となっている。

また、今後の UC 政策の中では、各一次医療契約病院(CUP)及びプライマリケアユニット(PCU)の機能についてのパフォーマンス評価が予算の配分などの面で重要になってくるが、評価尺度については明らかになっていない。今後の調査研究が必要となるであろう。

第3章 年金保険制度

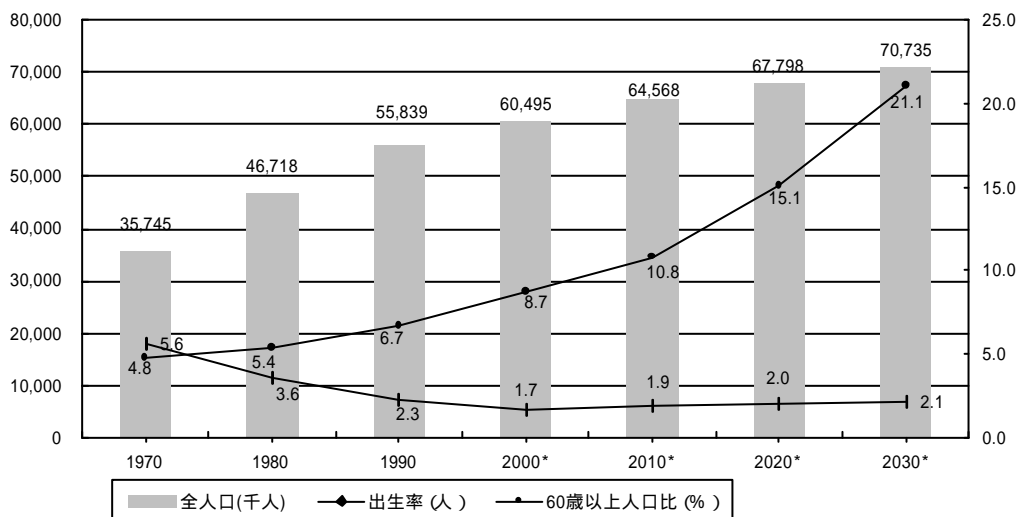
1. タイにおける高齢化の状況と年金制度

タイの人口は、1970年と比較して約1.7倍近くになっており、急速な人口増加が見られた。1970年当時は、出生率も5.6と高水準であったが、毎年減少傾向にあり、2000年の推計値は1.7と低くなっている。今後はほぼ横ばいながらも上昇傾向が予想されているが、依然として低水準にとどまると思われる。乳児死亡率の低下に伴い、人口置換水準²⁶はタイにおいても2.2となっており、出生率がこの水準を越えない場合は、長期的には人口減少へ向かうこととなる。

一方、医療制度・医療技術の改善などにより乳児死亡率の低下、平均余命の向上が今後も続くことが見込まれることから、タイにおける高齢化率は急速に増加すると考えられる。現在は、高齢化率（65歳人口比率）が5%水準で、必ずしも高齢化が社会問題として顕在化する水準ではないが、2040年には65歳以上人口比が25%を越え完全な高齢社会を迎えることになる²⁷。

この段階になって最も問題になるのが年金制度である。年金制度は基本的に長期間にわたる拠出金の積み立て・運用によって基金が構築されることから、40年後の高齢社会の到来は現在の問題として捉えられなければならない。こうした背景から、タイでは1990年代後半以降より年金制度の構築が進められてきた。

図表 3-1 タイの人口・出生率・高齢化率の推移

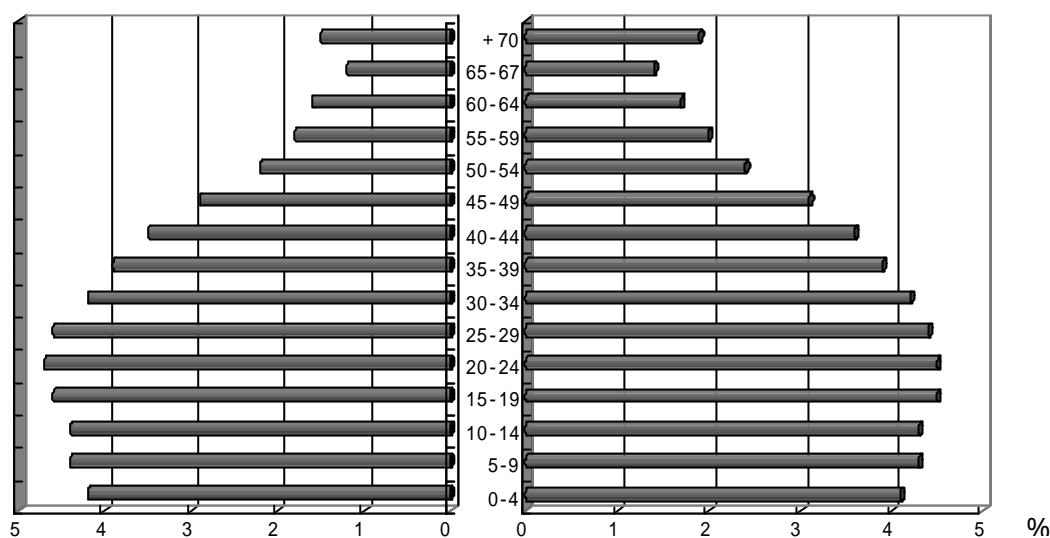


資料：United Nations, 1997 and 1998

²⁶ ある特定の人口コーホートが、次の世代においても同水準の人口規模を維持するために必要な出生率を指す。乳幼児死亡率が低い先進国では2.1未満と言われており、開発途上国ではそれ以上となる。

²⁷ 通常、高齢化率は65歳以上人口比で算出するケースが多い。国連によれば、高齢化率が7%を越えると高齢化社会、14%を越えると高齢社会と言われる。

図表 3-2 タイの人口ピラミッド (2000年)



資料 : Ministry of Public Health (2001)

2. 歴史的背景と概要

タイにおける年金制度は大きく分けて、公的セクター従事者向けの制度と民間セクター従事者に対する共済制度・社会保険制度（被用者社会保障制度など）の2種類に加え、年金制度ではないが、社会保障制度を導入するのが困難な社会階層や、すでに年金受給年齢に達している人々に対して生活資金を支給している福祉老齢給付（公的扶助）がある。

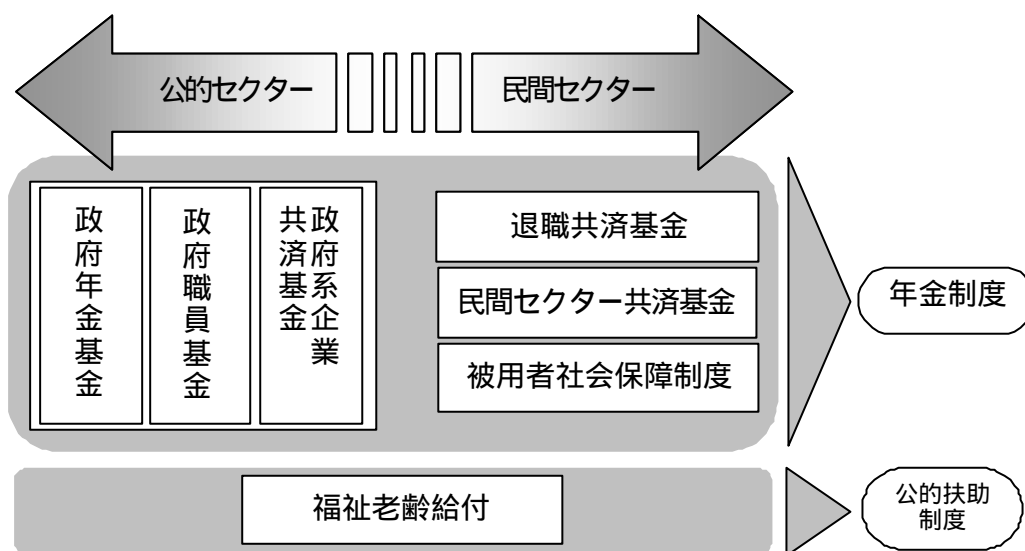
2000年時点での60歳以上人口の公的年金受給率は11.3%程度である。それ以外の高齢者は家族・親族・地域等による伝統的な相互扶助システムに依存せざるを得ない状況である。ミシガン大学調査（1999）によれば、高齢者（60歳以上人口）の所得保障は主として子供からの移転所得に依存している。1986年から1995年の10年間において高齢者の子供との同居率は若干の低下（79.7%→74.2%）を見せているものの、子供からの移転所得依存度（高齢者総所得に占める子供からの移転所得の割合）は1985年から1995年の10年間でほぼ一定（50%前後）であり、1995年時点では60歳以上高齢者所得の48.6%は子供からの移転所得となっている。残りの51.4%の所得源は、自己労働収入（36.2%）、貯蓄・利子収入（4.4%）、年金及び退職一時金（2.3%）、親類からの移転所得（5.9%）、公的扶助等（0.1%）、その他（2.5%）となっている。

タイにおける年金制度は90年代の後半に入って急速に進展してきた。特に世界銀行やIMFなど国際機関のコンサルテーションを受けつつ制度の開発に務めてきた。年金制度は、

1997年に公務員に対する年金制度の整備から着手された²⁸。第一段階として、いわゆる総合職に該当する公務員、及び軍隊が加入する政府年金基金(GPF: Government Pension Fund)と一般職員が加入する政府職員基金に加え、政府系企業の従業員が加入する政府系企業共済基金などが創設された。また、これら公的セクターに加え、投資委員会に承認された民間企業、タイ株式市場に上場している企業、金融機関、ガス、電信電話、石油、ガス、鉱業などの国の基幹産業を担う公的企業はそれぞれ1998年6月までに共済基金を設立することが義務づけられた²⁹。

こうした共済基金の設立により、公務員に加え、国の中枢を担う人材に対する社会保障制度が構築された。続いて着手されたのは、大企業、中小企業を含む、一般民間企業の従業員に対する年金制度である。10人以上の従業員を抱える事業者の被用者は、すでに1994年に設立されていた被用者社会保障制度(SSS)の枠組みの中で年金制度に加入することとなった。

図表 3-3 タイにおける年金制度の位置づけ



資料：各種資料より三和総合研究所が作成

国家公務員³⁰と被用者以外の農林水産業従事者、行商、ストリートベンダーなど、いわゆるインフォーマルセクターに対する年金制度は現段階においては未整備である。ただし、

²⁸ 年金的な機能を持つ制度として恩給制度があるが、タイでは1951年に創設されている。

²⁹ また、その後新たにこのカテゴリーに加わるようになった企業体については、12カ月以内に基金を設立することが定められている。

³⁰ 地方公務員には内務省が管轄する確定給付型年金が整備されているが詳細については明らかではない。Asher (2000)。

機能面で年金制度に代替する諸制度は実施されており、現在は、福祉的な年金制度をいかに被用者社会保障制度(SSS)に取り込んでいくかが課題になっている。

なお、退職共済基金は、タイ版 401 k と言われる確定拠出型年金であり、資金運用等については金融機関が関わることになる。こうした企業年金は、タイの中でもごく一部の富裕層に限定されており、一般的ではない。

3. 各制度の概要

以下では、現在タイで稼働している基金について、その概要をまとめる。

図表 3-3 年金制度の概要

社会保障分野	制度名	概要	加入者数 基金規模	管理機関	対象者
年金制度	被用者社会保障制度(SSS)	180カ月の加入により年金受給が可能になる賦課方式の年金制度。したがって満額受給者は2014年からの受給となる。退職直前の5カ月の給与水準を元に給付額が決定される。	年金部分のみの基金規模については不明	労働社会福祉省 社会保障局	従業員10人以上の事業所の被用者 (2002年4月より従業員1名以上に改正)
	民間セクター共済基金	各民間企業単位で設立することができる共済基金。雇用者と被用者の合意によって設立される。給付内容は共済基金による。	4,005企業体 103万人 1,827億バーツ	各民間企業の基金	民間企業従業員
	退職共済基金(MPF)	米国の401(k)に類似した確定拠出型年金。所得の15%までを積み立てることが可能。5,000バーツ最低限度積み立て額。拠出金は非課税。一部の富裕層のみ加入。	不明	民間金融	自営業者
	政府年金基金(GPF)	確定給付型年金。1997年以降の対象者は強制加入。それ以前の対象者は任意加入。	112万人 1,174億バーツ	政府年金基金	政府職員 (総合職)
	政府職員基金(GEPF)	確定拠出型年金。任意加入 詳細については不明。	12万人 15億バーツ	政府職員基金	政府職員 (一般職)
	政府系企業共済基金(SOE-PF)	加入者の給与の3%~15%が積み立てられる確定拠出型年金。政府側からも同率の拠出がある。	21万1千人 102億バーツ	政府系企業共済基金	政府系企業従事者
公的扶助 (年金機能)	福祉老齢給付	社会福祉給付として高齢者に支給される。月額300バーツで3カ月毎に900バーツが支給される。拠出金がないため公的扶助として位置づけられるが年金的機能を持つ。	-	労働社会福祉省 公的福祉局	高齢者 (ニーズが認められる者)

資料：各種資料をもとに三和総合研究所が作成

(1)被用者社会保障制度老齢年金(OAP: Old Age Pension System)

一般企業従業員に対する年金制度として被用者社会保障制度(SSS)の枠組みの中で1998年に導入されたのが民間企業向けの老齢年金である。管轄は、社会保障局(SSO)となっており、1990年の社会保障法に法的根拠を持つ。対象者は、基本的に被用者社会保障制度(SSS)と同様である。被用者社会保障制度(SSS)の対象者は、全人口の約6%、労働者の18%程度とされており、2002年の対象者拡大により、900万人近い労働者が本制度でカバーされる

ことになる。これは、労働者人口の約 30%である³¹。

給付資格と置換率³²

満額給付を受けるためには、55 歳に達しており、180 ヶ月以上（15 年）の拠出歴があることが最低条件となる。したがって最初の満額受給者は 2014 年まで発生しない。受給年齢については、近く 60 歳に引き上げられる見込みである。被用者社会保障制度(SSS)における年金受給の置換率は、30 年以上勤続の場合は、退職直前の 60 ヶ月の平均給与の 30%となる。

年金基金の投資

年金基金の投資先、及びそのガイドラインは、疾病、障害、死亡、出産給付にかかる被用者社会保障制度(SSS)の資金運用の方法に従うことになっている。年金基金の投資先についての詳細は、被用者社会保障制度(SSS)の項を参照のこと。

(2)政府年金基金(GPF: Government Pension Fund)

給付資格と置換率

国家公務員（一般職を除く）を対象とした年金制度で、1997 年 3 月より実施された新しい制度である。対象者は、公務員の他に、大学、学校教員、軍人などである。1997 年 3 月 27 日以降に対象者となった者については、強制加入となっている。制度創設以前の対象者については、任意加入となっている。加入者は労働人口の約 7%と言われている。加入者は、給与の 3%を拠出し、政府側も同率を拠出する。また 2%の追加拠出も任意で選択することができる。

25 年以上の拠出によって支払の資格を取得することになる。退職時は、以下 2 つの選択肢の中から支払方法を選ぶことができる。一つは、政府予算及び政府・職員双方からの拠出金、政府からの補償金、利息による年金支払であり、別の支払方式として、勤続年数に勤務最終月の給与を乗じて算出される一時金として支払を受ける方法がある。1999 年 12 月現在、加入者は 112 万人となっており、基金総額は 1,174 億バーツと推定される。年金の種類は、確定拠出型と確定給付型の双方の性格をもっているといえる。拠出金に利息を加えた分については、確定拠出型、勤務最終月の給与に勤続年数を乗じた分については、政府予算から支出される確定給付型となる。なお、置換率は 30 年の加入で最大 60%を想定している。

³¹ しかし、新規加入者の登録手続きは順調に進んでいないため、900 万人の加入者という状況は、いまだ机上の空論となっている。

³² 置換率とは、平均賃金に対する年金受給額の割合を示す。所得代替率とも呼ばれる。

年金基金の投資と管理機関

被用者社会保障制度(SSS)と同様に、基金の 60%以上は以下への投資でなければならない。

- i)現金、銀行預金、銀行の預金証書
- ii)国債、短期国債、銀行債権
- iii)特殊法人発行の債権証書
- iv)財務省の保障する元利債務証書
- v)銀行による引受・裏書為替手形、または銀行による無限責任の裏書約束手形
- vi)銀行発行の債券証書
- vii)証券局によって認定された企業及び官報に掲載された財務省規定の水準に該当し、補助基金の 10%以上が投資されていない企業の債権証書

また、海外への投資は禁じられている。1998 年現在の投資内訳は、投資額全体の 48.6%が普通銀行預金、45.5%が国債または政府系企業債権といった安全な資産への投資となっている。株式への投資は 2.5%にすぎない。所有株式の市場価格は、現在 21 億パーツであるが、取得時の価格は 23 億パーツであった。

運営に関する方針を決定するのは、22 名から成る基金内の理事会である。理事会のメンバーは、10 名の元公務員、9 名の政府代表、3 名の外部専門家によって構成される。政府年金基金(GPF)の基金運用については、5 つのファンドマネジャーへ外部委託している。レコードキーピング、加入者情報管理についても外部委託を行っているが、年金支払、拠出金徴収、請求、会計業務については、外部委託していない。

(3)政府職員基金(Government Permanent Employees' Fund)

総合職(Government Official)以外の国家公務員が任意加入する年金制度。政府と職員からそれぞれ給与の 3%を拠出して積み立てる。職員の退職時には、1976 年に定められた財務省の職員謝恩金に関する規定に基づき、一時金が給付される。さらに、政府職員基金への拠出金合計に利息を加えた金額が退職一時金として支払われる。2000 年現在、12 万人の職員が加入しており、基金総額は、推定で約 15 億パーツとなっている。年金の種別は確定拠出型年金である。

(4)政府系企業共済基金(State-owned Enterprises' Provident Fund)

政府の運営する企業体の職員が加入する年金制度。2000 年の段階で 64 ある公営企業のうち 54 の組織が参加している。21 万 1 千人の公営企業従事者が加入しており、基金総額は、約 102 億パーツとなっている。基金の運用は、政府年金基金(GPF)や被用者社会保障制度(SSS)に比べ規制が緩和されており、基金の 40%までを社債・株式市場に投資することができる。また、基金の運用については政府が承認する約 40 の外部のファンドマネージャ

一に委託されている。年金の種別は確定拠出型年金である。

(5)民間セクター共済基金(Private Sector Provident Funds)

民間セクター共済基金は、民間事業者の雇用主と被用者の間で自主的に取り交わされる契約に基づく共済制度である。1987年の共済基金法に基づき設立される。給付は、退職時、死亡時に一時金として支払われる。管轄は財務省であったが、近く証券取引委員会に移管する予定である。

被用者の拠出金は、3%以上15%未満となっており、雇用者側の拠出金が、被用者の拠出率を下回ってはならない。基本的に大規模な企業などで設立されるケースが多く、1999年12月現在、4,005の企業の103万人の被用者が加入しており、基金総額は推定で1,827億バーツとなっている。

(6)福祉老齢給付(Monthly Subsistent Allowance)

低所得高齢者に対する現金給付が1993年より実施されている。この制度は社会保険方式によらない福祉老齢年金制度で、主に、貧困層の高齢者に対して月額300バーツの手当てを福祉老齢給付として実施している(実際の給付は、四半期毎に900バーツ支給)。当初は、タイ正月に給付され、新年にあわせた臨時的な給付として位置づけられたが、現在は恒常的に給付が行われている。ただし、この制度は基本的に年金制度ではなく、拠出金も設定されておらず、租税を財源とする社会福祉制度である。

4. 年金制度の問題点と今後の方向性

(1)カバレッジ

カバレッジの問題は、今後のタイの年金制度が直面する最大の課題である。すでに触れたように現在のカバレッジは、被用者社会保障制度(SSS)による労働人口の18%に加え、政府年金基金(GPF)及び各種共済基金の加入者の10%程度にすぎない。特に、農林水産業の従事者には適切な年金制度が整備されていない。90年代の後半に急速に創設された共済基金は、基本的に公的セクターなどが、規制により設立が義務化されている特定の民間企業のみである。そのため、こうした共済基金の数が急速に増える可能性はなく、対象者が急速に増加する可能性も低い。いうまでもなく、政府年金基金(GPF)についても大幅に増加することはない。今後は、取り残された中小の民間企業やインフォーマルセクターを被用者社会保障制度(SSS)がどのように取り込んでいくのが最大の課題である。

世界銀行が提唱している通り、年金制度は、3階建て構造を持つことが望ましいと言われている。1階部分は、通常、全国民に最低限の年金給付が可能となるスキームを確定給付型年金で形成し、2階部分以上は、年収に応じて確定拠出型年金を整備するとした考え方である。しかしながら、タイにおける年金制度は、1階部分が整備されないままに、2

階部分を創設可能な階層から整備した。このため全国民が確実に受け取れる最低限の年金制度は存在しない。基礎年金制度は、年金制度が国民の最低限の生活を保障するという意味での社会保障制度を支える基本的な制度である。今後の検討が待たれる。

(2)給付水準と持続性

年金制度にとって最も重要な点は、長期間にわたる制度の安定的な運営と基金の運用による老後生活に必要な給付水準の維持である。この点で、タイの年金制度はいくつかの問題を抱えている。被用者社会保障制度(SSS)の財政状況は最も深刻であるといわれており、21世紀前半において年金財政を均衡点に保つためには拠出率を13%程度に引き上げる必要があり、かつ現在の財務状況を悪化させないようにするためには、拠出率を23%とする必要があるという試算も出されている³³。

また、現在、被用者社会保障制度(SSS)が予定している給付水準は、ILOが1957年に定めた102号条約「社会保障の最低基準に関する条約」で設定されている年金給付水準である従前所得の40%水準よりも低いと言われている³⁴。社会保障局(SSO)の試算によれば、30年間拠出した場合でも(受給資格は15年以上)、実際の給付水準は、貧困線の89.3%となっており、老後を暮らすには、あまりに低い水準となっている。一方で、公務員に対する年金給付水準は極めて高い。置換率は、60%近くとなっており、被用者社会保障制度(SSS)の倍の水準である。

被用者社会保障制度(SSS)における給付水準の引き上げは、拠出金の引き上げか、国庫からの拠出額増額以外に抜本的な方策はなく、現状では極めて厳しい政策オプションであるといえる。特に、2003年からは失業保険が追加され、新たに1%の拠出金が上乘せされる見込みである。また、通貨危機の際、拠出金の徴収が困難に陥ったため³⁵にとられた保険料率の一時引き下げ措置(拠出率0.5%引き下げ)が2002年に終了し、2003年より従来の1.5%に戻ることになっている。経済状況は徐々に改善しているというものの、これ以上の負担増は、現段階では困難であると考えられる。また、数年内には、加入対象者を漁業従事者、林業従事者などに拡大していく方針をすでに打ち出していることから、急激な拠出金額の増額は困難であると考えられる。

また、支給開始年齢引き上げは、各国の年金制度において共通した課題であり、共通した解決策でもある。しかし、タイの現在の支給開始年齢は55歳となっており、この設定は、国際的にみても極めて若い水準となっている。今後、高齢化が進む中、また平均寿命が伸びていることから、支給開始年齢の引き上げは不可避であると考えられる。

³³ 世界銀行のコンサルテーションによる。

³⁴ この条約は、その後改正され、1967年には年金水準を従前所得の45%に引き上げた。なお、日本の批准は1976年である。

³⁵ 通貨危機の際には、約10%の企業が拠出金を滞納することとなった。

(3) 運営管理体制

運営体制については、被用者社会保障制度(SSS)を運営している社会保障局の改革が不可欠であるといえる。すでに、社会保障局は年金業務が加わった 1997 年以来、事務処理能力を越えた業務をこなしていると言われている。こうした過剰負荷を低減されるために、早急な人員配置の適正化と、業務効率化のための技術支援を進める必要がある。

また、拠出金の徴収システムについても再検討の必要があるだろう。農林水産業従事者や、インフォーマルセクターが将来的に被用者社会保障制度(SSS)に加入した場合、拠出金の徴収方法を現在と同じ方法で行うことは困難である。年金制度は、拠出金の納付から給付状況に至るまで、大量のデータを長期間にわたって管理・運用しなければならないシステムである。現在、社会保障局では、雇用状況も含めた加入者に関する個人情報、財務状況等に関するデータを毎月更新している。現在、通常の日更新だけで年間 7200 万回のトランザクションが行われている。こうしたデータ処理を安全かつ正確に、また効率的に実施する上で、更新情報のフロッピーディスク提出は極めて重要な要因となっている。しかしながら、データの更新をディスク提出している事業者は全体のごく少数となっている。基金の規模を拡大していく前にこうした機械化を積極的に推進することが将来の運営を考えた場合重要になるであろう。

(4) 基金運用

基金運用は、政府年金基金(GPF)で一定の成果を見ている。基金資産の拡大が急速に進んでいるという事実は見られないが、少なくとも、ファンドマネジementを外部化し、より有能なファンドマネジャーを活用する姿勢が政府年金基金(GPF)には見られる。一方で、被用者社会保障制度(SSS)においては、以前として社会保障局が中心となって運用を行っており、この点については、柔軟な体制をとり、外部化を検討する必要があるだろう。こうした外部化を自律的に管理していくためにも、社会保障局は政府の一機関としての位置づけから、より独立性の高い組織に転換し、政府財政の動向に影響を受けない体制を構築する必要がある。すでに、そうした動きは出ており、2002 年中には社会保障局は、労働社会福祉省から分離し、独立行政法人化する見込みとなっている。

<< 参考 >>

老齢年金制度(OAP)と児童手当(CAS: Child Allowance System)は 1990 年と 1994 年の社会保障法(Social Security Acts)の構成要素として 1998 年 12 月に実効するよう計画された。IMF の TA(Technical Assistance)である金融局(FAD: Fiscal Affairs Department)はこの新しいプログラムの評価を行っている。

老齢年金と児童手当に対する FAD の勧告

以下の勧告の前提には、通貨危機の影響で老齢年金の分担金レートの導入を非常に漸進的なものにせざるを得ないこと、そのため政府が重大な年金赤字を抱え込まざるを得なくなること、に対する問題意識がある。

- ・ 法的枠組の徹底的な改革とともに、政府が老齢年金を実行することができるような立法化を行うべきである。

社会保障法の枠組の三重構造は緊急に改善されるべきであり、政府が社会保障法のシステムに追加的な分担金をつぎ込むのではなく、老齢年金は雇用者と被雇用者の分担金からのみ資金調達するべきである。

- ・ その他の児童福祉プログラムとの明確な区別を行い、老齢年金に直接に流用される分担金の透明な会計報告が求められる。

政府は老齢年金の受益者に融資すべきではないし、OAFS の積立金は SS システムの他のすべての積立金と政府予算から法的に区別されるべきである。

- ・ 老齢年金の財政の一貫性を確保するために、分担金のレート強制的な枠を作り、年金給付を削減、合理化しなければならない。

国民は老齢年金が限定された老齢支援しか供給できないこと、退職後の収入は他の手段に頼らなければならないことを理解している。したがって、退職後に備えた預金を促進するような老齢年金とは別の手段を発展させることが可能である。

- ・ 現在の経済状況では、雇用者と被雇用者の分担金レートは低率に抑え徐々に増やしていくべきである。

これは雇用者と企業が直面している財務上の困難、および経済が脆弱な時に財政支出を増すような新たな財政プログラムを行うことが不適當であることの双方を斟酌してのものである。

- ・ 通貨危機下において、老齢年金を実行することは、自発的な provident fund(PF)に参加している労働者と企業にとって困難をもたらす。老齢年金が結果的に二重負担となるからである。

PF は現在発展段階にあり、労働者の貯蓄の安全性を保護する重要な制度である。したがって、老齢年金は PF の発展の芽を摘むようなことをするべきではない。

- ・ 老齢年金の積立金が安全に投資され、法的に独立した監査機関の設定した基準によって行われるように投資戦略を発展させるべきである。

- ・ 基本的な社会保障法に対する多くの修正事項は現在の法における多義性を取り除くことが望ましい。
- ・ 老齢年金の実行の準備に当たって社会保障局(SSO)だけではなく、政府のもっとも高次のレベルでのいくつかの重要な行政的措置がとられなければならない。
- ・ 当ミッションは児童手当を続行することについてILOと世銀が表明した懸念を支持する。その懸念とは、児童手当が政府の一般歳入によって資金調達され、社会における特定の集団の児童にしかその利益が支払われていないことである。児童手当は、実際には子どもにあまり金をかけないような親に支払われるだろう。まだ児童手当の枠組は行政的なコストが高くつき、社会保障局(SSO)がこの種の福祉プログラムを運営することに優位性があるかどうかは疑問である。

第4章 社会福祉制度

1. 第四次国家社会福祉事業開発五カ年計画における社会福祉

保健医療分野と同様、社会福祉分野についても、第九次国家社会経済開発五カ年計画の下位計画として、第四次国家社会福祉開発五カ年計画(2002年-2006年)が策定されている。

第一次国家社会経済開発五カ年計画が実施された1960年代以降、タイは豊富な天然資源や安価な労働力を背景に、急速な経済成長を遂げてきた。

だが、急速な経済成長は、環境の悪化、資源の枯渇だけでなく、所得の不平等、都市部での治安悪化、スラム問題、売春問題など、多くの社会問題を生み出した。これらの問題を解決する上で、現状の社会福祉システムでは不十分であるという認識は、第八次国家社会開発五カ年計画の策定段階から持たれていた。しかし第八次計画が実施されてもいない1997年の通貨危機は、問題を抱えるタイの社会にさらなる打撃を与えた。失業率は危機前の3倍に達し、特に公的な社会福祉を享受していない農村部での労働者の生活水準は著しく低下した。また都市部でも治安悪化や麻薬などの問題が顕著となった。

結局、第八次国家社会開発五カ年計画の下位計画である第三次社会福祉開発五カ年計画の目標は期待通りには達成されず、計画の実施上の問題が浮き彫りとなった。福祉開発計画の実行の上で、特に問題視されたのは、予算の制約、政策の不透明さ、監視・監督の欠如、社会福祉のマネジメント上の問題、そして国民への啓発が不十分で多くは国家に頼ろうという意識しか持っていなかったこと、などが挙げられる。

以上のような現状認識と問題意識を受け、第四次計画では、社会福祉をより標準化し、より多くの人々に普及させること、社会福祉を強化するための社会セクター³⁶を拡大すること、社会福祉にかかわる広範なネットワークを築くこと、を目標に以下の4つの戦略的方向性が提示されている。

第一に、個人、家族、コミュニティの権利の保護である。人々が社会福祉サービスを効率的、普遍的、そして公平に享受するためには、主体となる個人、家族、コミュニティの権利が保護されることが不可欠である。これまでの開発計画では、「人間開発(Human Development)」という視点が欠けていたため、通貨危機の社会への打撃が大きくなったという認識から、第四次計画では個人、家族、コミュニティの権利の保護を第一の課題に据えた。これを課題の解決を念頭に置きながら、教育、保健・衛生、居住環境、雇用・労働環境、生活保障、レクリエーションやスポーツなど、広範にわたる社会福祉サービスの提

³⁶ 第九次国家社会経済開発五カ年計画では、「経済セクター」と「社会セクター」の二つを開発の対象として捉え、経済活動を除く、人間生活の活動領域を広く「社会セクター」と呼んでいる。

供を目指す。

第二に、上述の個人、家族、コミュニティの権利の保護を徹底するため、法制度を整備することである。現行の障害者法、社会保障法などの社会福祉関連法の見直しにより、例えばインフォーマルセクターの労働者への公的福祉サービスを強化することなどが検討されている。また社会福祉関連の新法制定、さらには憲法の世界社会福祉関連の条文改正までもが計画には記されている。

第三に、社会のあらゆるセクターの社会福祉サービスへの参加・協力を促すことである。ここでの社会セクターとは、公的機関、民間機関、ボランティア団体、企業、地方自治体、あるいは国際組織も含むものである。これらあらゆるセクターの社会における役割を強化した上で、社会福祉サービスへの動員を促し、さらにあらゆるセクター間の連携、ネットワークの構築を目指している。

最後に、社会福祉のマネジメントシステム開発である。マネジメントを効率化するための方策としては、社会福祉関係の統計や指標の整備、研究開発の推進、業務手続きの整備、人材育成、国家レベル・県レベル双方における社会福祉基金の創設、広報活動、監視・監督制度の創設、などが挙げられている。

第四次計画を実行レベルに移すためには、上述した中でも特に、人材育成、研究開発、そして多様な社会セクターの参加が必要であることが強調されている。また、計画の実行について監視・監督するための制度が必要とされる。計画実施を統括する中央政府の機関については、国家社会福祉開発計画を管轄する*労働社会福祉省だけでなく、国家経済社会開発委員会(Office of National Economic and Social Development Board)、予算局(Bureau of the Budget)、公務員人事委員会(Office of Civil Service Commission)などとの連携が必要になる。

*後述するように、社会福祉を管轄する労働社会福祉省公的福祉局は、労働社会福祉省から分離し、新たに設立される社会開発生活保障省に統合される。

2. 制度概要

(1)公的扶助

タイにおける公的扶助は大きく分けて緊急避難的な救済措置と定期的給付に基づく所得保障制度の二つに分けることができる。これらの対象となるのは、貧困層、障害者、高齢者、児童(ストリートチルドレン)、廃疾児童などである。適用の対象は原則として各県・各タンボンに設置されているソーシャルワーカー³⁷の判断に基づくが、各地域の集

³⁷ タイにおけるソーシャルワーカーは社会福祉の学位(タイではタマサット大学他一校の学位のみ)を持つ者を指し、現業福祉従事者は公的福祉ワーカー(Public Welfare Worker)と呼ばれ、区別されている。ただし基本的な機能は大きく変わらない。また、ソーシャルワーカーの所属は、労働社会福祉省となっている

落などにおける「長」などが判断している場合もあり、厳密な意味で客観的な基準が設けられてきたわけではない。

こうした問題に対して、公的福祉局は、2年前より貧困線の策定を行ってきた。現在は、年収15,000パーツを貧困線として設定している。ただし、各地域の経済状態の差異も大きいと、さらなるデータの収集と、改善を図る必要がある。

また、すべての貧困層がこうした現金給付を受けているわけではない。極端な予算不足のため、給付は国民の自主的な申請にもっぱら依存しており、広報活動や捕捉活動も含めた行政サイドからの十分なリーチアウトが行われているとは言えない。したがって、捕捉率といった統計的なデータも不足しており、全人口のどの程度の割合が福祉給付を受けているのかについて正確な数値は把握されていない。

(2)社会福祉事業

タイにおける社会福祉事業は、児童³⁸、障害者、女性、高齢者³⁹、災害被災者、山岳民族、ホームレス、貧困・低所得家庭を主な対象として実施されている。うち、一部の対象者については公的扶助に基づく現金給付が行われている。

給付の実施、対象者の審査等については各制度によって異なるが、基本的には各地域のソーシャルワーカーが担当している。ただし、公的扶助と同様、その基準や責任者については、客観的で厳格な基準を設定できるだけのマニパワーや予算が不足しているため明確ではなく、各地域の年長者等が決定権を持つこともある。

3. 財政状況

すべての事業について税方式を採用しているが、政府の総支出に占める公的扶助・社会福祉事業関連施策の支出額はきわめて小さく、円滑な制度の運営を妨げている。2000年度の予算は図表4-1の通りとなっており、政府予算全体の0.49%を占めるにすぎない。

図表 4-1 2000年度予算

予 算 計 画	予 算	
	金 額(百万バーツ)	割 合(%)
1.社会福祉およびソーシャルワーク事業運営	382.45	8.50
2.社会福祉およびソーシャルワーク	3,274.38	72.82
3.定住地造成および就業促進	461.46	10.26
4.山岳民族開発	259.67	5.78
5.薬物の予防および取締	1.77	0.04
6.エイズの予防および抑制	57.65	1.28
7.地方開発	59.48	1.32
合計	4,496.86	100.00

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

が、保健省管轄のソーシャルワーカーが医療機関内に設置されているケースもある。

³⁸ 18歳未満を児童と規定している。

³⁹ 60歳以上を対象としている。

4．管理機関・ガバナンス

社会福祉に関する施策は、主に労働社会福祉省の公共福祉局(Department of Public Welfare)が管轄している。公的福祉局は 1940 年に総理府(Office of the Prime Minister)のもとに設立されたが、1993 年以降、労働社会福祉省に移管し、その業務を受け継いでいる。

主に運営に関わるのはソーシャルワーカーである。現在、約 300 人の労働社会福祉省管轄ソーシャルワーカーが各県に配置されている。これらのワーカーは、ソーシャルワーカーと同様の機能を果たしている公的福祉ワーカー(Public Welfare Worker)とともに貧困層の救済にあたっている。

こうした社会福祉サービスが様々ある中で、インフォーマルな地域資源が果たす役割は大きい。村レベルで実際にソーシャルワーカー的な役割を果たしているのは、コミュニティ内の長や NGO 組織などの場合が多く、こうしたボランティアな地域内の存在が社会福祉・公的扶助の運営を支えている。特に農村部においては、現在も村内のコミュニティ機能が強く、公的セクターの機能不備を補填している。

また、ソーシャルワーカーを含めたコミュニティ機能は、単に社会福祉・公的扶助給付の提供者としてのみ機能しているのではなく、医療サービスや公衆衛生、保健分野においても重要な役割を果たしている。この他にもボランティアワーカーが各家庭を訪問し、健康状態のチェックを行うなどの活動が行われている。

各地域のサービス提供については、コミュニティセンターなどの機関がその機能を担っている。ただし、これらのコミュニティセンターの設立は、ボランティアな取り組みとなっており、政府は側面的支援を行っているにすぎない。コミュニティセンターを設立した場合、政府から 12,000 バーツが補助金として支給されているが、補助金の給付は、設立時のみとなっており、開設後の継続的支援は行われていない。また、すべての地域にコミュニティセンターが設置されているわけではなく、今後の課題となっている。

5．給付の種類

(1)月額給付(Monthly Allowance)

月額給付は、毎月定期的に定額が支給される。主な対象者は障害者、高齢者、児童などである。支給額は、対象者によって異なり、障害者は月に 500 バーツ、高齢者には 300 バーツ、児童については、その家族に対して月額 500 バーツが毎月支給される。支給の対象は基本的に世帯単位となっている（各対象者への詳細は本項以下で解説）。

(2)家族給付(Family Allowance)

家族給付は、緊急避難的な制度であり、特別な事情等により緊急に現金が必要になった

家族などに支給される。本人の申請により給付されるが、1年間に3回まで、1回2,000パーツまで給付される。毎月定額が支給されるものではなく、臨時に給付されるものである点が特徴である。

本人からの請求があると、ソーシャルワーカーが対象者インタビューを行い、対象者宅への訪問を経て問題を確認し支給が決定される。

(3)現物給付(in-kind benefit)

高齢者、貧困層、障害者、児童、それぞれに対して現物給付が行われている。現物給付の内容や基準は、厳密には規定されておらず、ソーシャルワーカーの判断によって支給がおこなわれているようである。児童に対しては、文房具などの支給も行われている。

医療サービスについては、無料の医療サービスが利用可能である。この無料サービスは保健省管轄で行われているもので、診療コストも保健省が負担しているが、労働社会福祉省のソーシャルワーカーが無料の医療サービスを必要であると判断した場合、病院内に設置された保健省管轄のソーシャルワーカーに連絡をとり手続きを進めることになっている。

6 . 制度の問題点

タイにおける公的扶助制度の問題点は、第一にカバレッジの問題である。十分な予算が得られていないこと、政府のプライオリティーが福祉的施策よりも医療サービスのユニバーサルな展開と被用者社会保障制度(SSS)などの社会保険制度構築に向けられていることなどから、十分な施策を行うことができていない。

制度設計上は、給付対象が障害者、高齢者、児童と限定されており、単なる所得上の生活困窮者に対しては十分な継続的給付が行われていない。障害者、高齢者、児童についても、月に300パーツから500パーツと限られた金額の給付にとどまっている。300パーツから500パーツは、タイにおける標準的な労働者賃金の約10分の1~20分の1程度にすぎない。したがってタイの公的扶助制度は必然的に家族の同居と彼らの積極的な経済的支援を前提にしており、独居の障害者や高齢者に対する支援は現金給付としては全く不十分であり、事実上実施されていないに等しい。本来、公的扶助制度がもつ、生活最低限度の保障という基本的な機能を果たす段階まで整備されているとはいえない。

また各地域における設備、人材を含めたサービス提供体制の不備により、農村部や山岳地帯における標準化された給付は、きわめて困難となっている。そうした地域でのボランティアに依存した供給体制が問題になっている。各タンボンには、すでにコミュニティーヘルスセンターが設置されており、こうした施設との協力で、一定のサービス提供基盤が理論的には確保可能であるが、管轄する保健省と労働社会福祉省の協力体制は、現段階では見られない。現在は、ニードのある対象者の自主的な申請に基づいて給付が行われてお

り、ワーカー側からの積極的なリーチアウトによる捕捉は行われていない。

給付体制の不備とあわせて、給付のための客観的指標が整備されていない点も大きな問題となっている。タイでは、各地域間の経済格差が依然として大きく、全国統一的な客観的基準を設定したものの、実際の運用においては問題が多い。現在のところ給付に関する基本的な基準は、15,000 バーツ以下となっているが、実際は各県の裁量に基づいて定められている。

また、予算不足、給付体制の不備、人員不足などにより、包括的な給付ができていないため、公的扶助政策の方向性を検討する上でのデータがほとんど整備されていない点も問題だ。

こうした運営上の様々な問題を解決するため、公的福祉局は、労働社会福祉省から分離し、新たに設立される社会開発生活保障省(Ministry of Social Development and Human Security)に統合されることになっており、この再編に合わせ、各地域におけるソーシャルワークの手続きの体系化を進めることとなっている。今後は、地域のボランティアなどに依存してきた給付対象者の選定をより厳密に実施することとし、ボランティアによって選定された対象者は、村委員会の承認をもってタンボン委員会に送られ、その後、各県の職員によって承認されるというプロセスを経ることになる。

第5章 失業保険（給付）制度

1. 労働市場の現状

1997年の通貨危機はタイにおける失業の増加、実質賃金の低下を招いた。1997年2月から98年2月までの1年間に、失業者は70万人（失業率2.2%）から2倍の148万人（失業率4.6%）に増加した⁴⁰。失業者数は1999年第二四半期にピーク（5.3%）に達したが、その後の経済回復により減少にむかい、2001年第二四半期時点で3.5%まで低下している⁴¹。

通貨危機の労働市場への影響を、都市と農村との関係・格差という視点から見てみると、まずタイでは農業セクターの雇用吸収力が他の東南アジア諸国と比べて小規模であったことが言える⁴²。他の東南アジア諸国では都市で失業した労働者が農村で吸収される傾向があったが、タイでは農業の機械化・資本集約化が進んでいたため、この吸収の度合いが小さかったのである。一方で就業者の労働時間の短縮および実質賃金の減少は特に農業セクターで深刻となった。月額賃金を都市・農村間で比較すると、危機以前に62%であった都市・農村間の賃金格差は危機後に75%に拡大している。

通貨危機による労働市場への影響を受け、タイにおいても失業保険制度の必要性が議論されている。しかし、現在、失業保険制度に該当する制度は存在せず、1990年に制定された社会保障法により、同法33条に規定される被保険者⁴³は、同法39条に規定される被保険者を除き、失業給付を受給する権利が保障されているのみである。社会保障局(SSO)が被用者社会保障制度(SSS)の枠組みの中で失業給付制度を実施すべく検討中であるが、現段階では実施に至っていない。失業給付制度を導入するためには、失業そのものの定義等を明確にし、その基準を明らかにしなければならないが、インフォーマルセクターと呼ばれる「屋台経営者」と農林水産業従事者などが人口の6割以上が占めるタイの現状では、こうしたことは容易でない。

現状においては、失業が比較的明確に定義できる被用者社会保障制度(SSS)のみが失業給付を実施する可能性を備えているといえるが、被用者社会保障制度(SSS)も転換期にあり、今後の財政動向も含めた検討が必要となっている。また、すでに実施されている失業者諸施策との統合も視野に入れた議論が行われつつある。

⁴⁰ National Statistical Office(2001)

⁴¹ National Statistical Office(2001)ただし、第二四半期は農耕期を含むため、失業率は低めになることに注意されたい。

⁴² World Bank,(2000).

⁴³ 15歳以上60歳未満の被用者は被保険者となりうる。第一パラグラフ（前文：訳者注）に規定される被保険者で本法に基づく雇用者のもとで60歳を越えて雇用される場合、被保険者と見なされるものとする。

2. 通貨危機以降の失業対策

すでに触れた通り、恒常的な制度としての失業給付制度は存在しないが、通貨危機以降、一時的な緊急避難措置として実施された失業関連施策がいくつか挙げられる。政府の各省庁は通貨危機以降、失業問題に対応するため、それぞれ別々の失業対策を打ち出していたが、1998年12月9日に内閣は、失業施策を統合的に実施する必要性から「失業問題緩和行動計画」を作成⁴⁴した。この計画の中で、失業対策として政府は、1997年11月より実施されているものも含め7つの方策を提示している（図表5-1）。これらの緊急雇用対策は、産業界から、各地域、個人に至るあらゆるセクションに対して失業対策を実施するもので、一定の成果を挙げた。

図表5-1 「失業問題緩和行動計画」に示された7つの方策とその成果(1998年)

	方策名	内容	成果
1	Thai helps Thai Measure 生活コスト削減策	生活必需品（食料・医療など）の価格を下げ、生活コストを縮小する。児童教育や無料の医療サービス、自営業者に対する貸付制度などを含む。	ブルーフラッグプログラム、廉価商品販売プログラムに5,982の店舗が参加し、1,127,750人の失業者が恩恵を受けた。また、移動消費財ユニット市場は7,080回設置され、2,627,602人が恩恵を受けた。
2	Rural Employment Creation Measure 地方雇用創出策	地方における失業者に対する一時的な雇用の創出。各省庁予算のプロジェクトについて労働集約型の雇用創出をすすめた。観光産業、自然保護、文化保護などの部門。	45万人の雇用を創出。
3	Immigrant Workers Measure 不法外国人労働者対策	不法滞在者を減少させ、タイ人の雇用機会を確保する。	268,259人の不法就労者がタイ人労働者に取って代わられた。
4	Thai Workers Working Oversea Measure 海外就労促進策	タイ人の海外での就労を促進する。海外終了のための手続きや申請の調整・整備、当該国における労働者への支援を含む。	137,997人のタイ人労働者が海外就労した。
5	Industrial Employment Promotion Measure 産業分野雇用促進策	産業・サービス分野における雇用水準の維持を目的とした施策。海外投資の促進、大企業におけるコスト削減、労働力流動性の向上などによる雇用環境の整備。能力開発や再雇用制度の強化を含む。	労働集約型の産業部門に対しては、マネジメント開発の実施、投資促進、被用者社会保障制度(SSS)の拠出金の減額措置などを実施。商品開発、貿易交渉、輸入投入財に対する関税払い戻しなど輸出促進策を推進した。これらの結果、277,950人を再雇用した。これとは別に、地方では自営業者者に対する支援、手工芸品業の訓練などを実施し、14,478人の雇用を創出。能力開発プログラムには98,768人の参加があった。
6	The New Agricultural Theory Measure 新農業理論策	国王によるプロジェクト。失業者を農村に戻し、あらためて生業としての農業を位置づける。農業実施のための資金援助、の農業技術指導支援、マーケティング支援、土地の貸付などの支援を含む。	6,838世帯(30,770人)が参加。
7	The Candle Light Measure 新卒雇用促進策	新卒失業者の雇用を促進することを目的とする。求人情報の普及、大学院等高等教育プログラムの充実などを含む。	24,931人の新卒学生が求人に関する情報、教育の継続、自営業訓練プログラムを受けた。

資料：タイ王国在米大使館（ワシントンD.C.）ホームページより www.thaiembdc.org

⁴⁴ その後、12月23日に改正が行われた。

3. 失業給付に関する近年の動向

国際協力事業団(JICA)は総合雇用政策に関する支援協力プログラムを推進してきた。このプログラムは、失業保険の設立のみを目的としたものではなく、失業保険も含んだ、総合的な雇用関連施策の策定を目指したものである。

また、国際労働機関(ILO)は、失業保険の導入に関するフィージビリティ調査を1998年に実施し、失業直前の給与の50%レベルにおける6ヶ月間の失業給付を想定した場合の保険料率を、制度開始初年度において給与の2.5%とし、以降、7年目までには0.6%にまで低下するものとして予測した。さらに、1998年以降、労働組合も失業保険制度の導入について要求を強めている。

こうした内外の失業給付に対するコミットメントの高まりにあわせ、政府も失業保険準備小委員会(Unemployment Insurance Preparatory sub-Committee)を設置し、具体的な内容の検討に入っている。2001年9月には、同小委員会から失業保険の詳細について提案が提出され、制度の概要が明らかになった。

この提案書によれば、適用範囲は現行の被用者社会保障制度(SSS)の対象者と同一とし、同制度の7番目の給付と位置づけることを明らかにした。また受給条件は、失業の15ヶ月前までに6ヶ月以上の拠出金納付実績があり、失業の原因が勤務怠慢や、意図的な法への抵触によらないことを条件としている。

給付の内容は、給与の50%の現金給付と雇用サービス、能力開発などの各種研修となっている。財源は、被用者、雇用者、政府の3者からの拠出となっている点は、被用者社会保障制度(SSS)における他の給付項目に対する拠出と同様である。それぞれ3者から給与の1%ずつを拠出金として徴収することを求めている。

4. 失業保険をめぐる議論のポイント

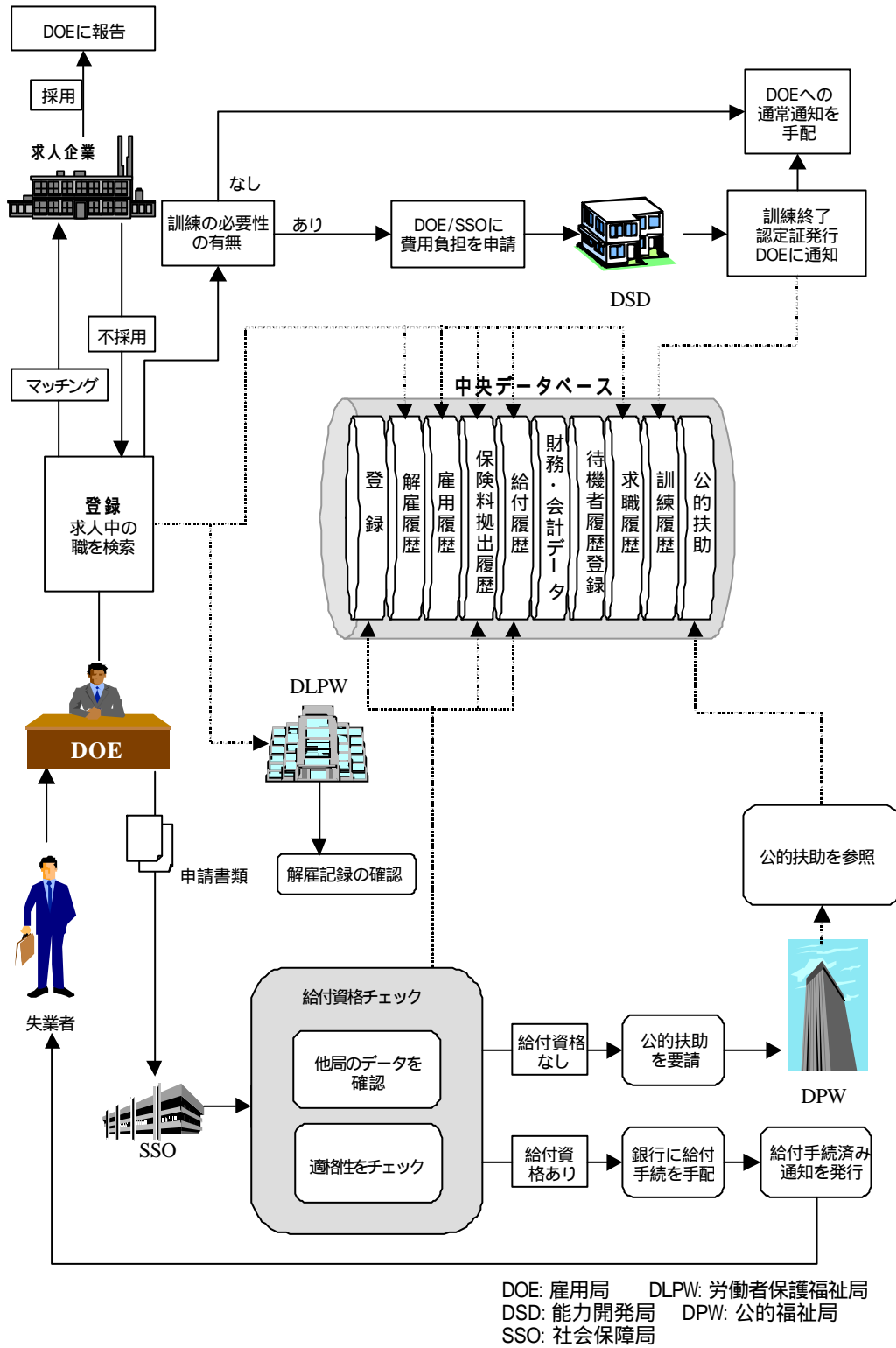
さらに、失業給付制度と併せて、雇用関連施策についての提案も行われており、公共雇用事務所における失業者の登録、能力開発局における職業訓練の実施なども含めた包括的な制度デザインを検討している(全体像については次頁参照)。

失業給付の制定における議論のポイントは、雇用政策の一部として失業給付を考えるのか、あくまで失業政策として給付を単体で実施するのかという点である。失業給付を単体の制度として被用者社会保障制度(SSS)の中に追加する方法がもっとも現実的な方法であり、容易であるが、一方で日本の雇用政策を参考に、雇用政策も含めた総合的な「雇用保険」の創設をすすめるべきとする考え方を支持する声が労働社会福祉省内や議会でもあがっていることから、失業関連施策の議論については結論が出ていないという状況である。

また、給付水準をどの程度に設定すべきであるかという点についても結論が出ていない。

現在、労働社会福祉省の副大臣は、失業保険の 2003 年 1 月 1 日からの導入を宣言しているが、これを実施するためには以下の課題を早急に解決する必要がある。第一に、失業保険準備小委員会が 2001 年 9 月に提出した制度の詳細は、1990 年社会保障法と整合性のとれない部分を含んでいる。したがって、社会保障法を可能な限り早急に改正する必要がある。第二に、失業保険の実施にあたっては、労働社会福祉省内の関係各局の連携が必要とされている。整合性のとれたシステムの設計をそれぞれの局で実施していく必要がある。第三に、情報システムの構築が喫緊の課題となっている。現在、システム設計のための仕様書を作成している段階である（2002 年 2 月現在）。

図表 5-2 失業保険制度の概要



資料：Ministry of Labour and Social Welfare (N.A.)をもとに三和総合研究所が作成

第6章 社会保障制度をめぐる新たな環境と今後の課題

1. 政策の動向

(1) 地方分権法の展開

1997年憲法の制定、および1999年の地方分権法の制定により、中央政府から地方政府への権限委譲を4年以内実施せねばならないこととなった。ただし、地方行政府（県）の実施能力に問題がある場合に限り猶予期間が設けられ10年以内の委譲となっている。これにより2001年までに予算の20%以上を、2006年までに現在の中央政府業務の35%以上が県自治体に委譲される必要がある。業務の委譲率は政府全体の目標値となっているため、財務省や外務省など地方への権限委譲の困難な省庁も含めて考えた場合、保健省などの権限委譲規模は、7割近くになることが予想されている。

委譲される分野は 基盤整備、QOL(Quality of Life)、社会秩序、計画・調査・商業・観光、自然保護、芸術・文化・伝統・地方の英知の6分野となっている。しかしながら、各行政庁は予算および人員の県行政庁への委譲に対して消極的な姿勢を見せており、地方分権は難航することが予想される。すでに2003年度予算についての議論においても、予算の委譲に対して消極的な姿勢を見せている省庁が見られる。また、予算や人員の配置転換とは別に、すでに県レベルに配置されている職員の能力向上も重要な意味を持ちつつある。

(2) 医療分野における地方分権化

医療分野においても地方分権化の動きは急速である。30パーツ制度に限らず、現在推進されているUC政策の基本は、地方分権化であり、中央政府の権限は、基本的に県レベル以下に委譲され、予算も中央から県に配分された後は、基本的に地方行政の管理下に置かれることになる。特に、保健医療部門における権限の委譲は、他の省庁と比しても大規模であり、現在中央政府が管理している業務の70%以上は地方に委譲されるとされている。

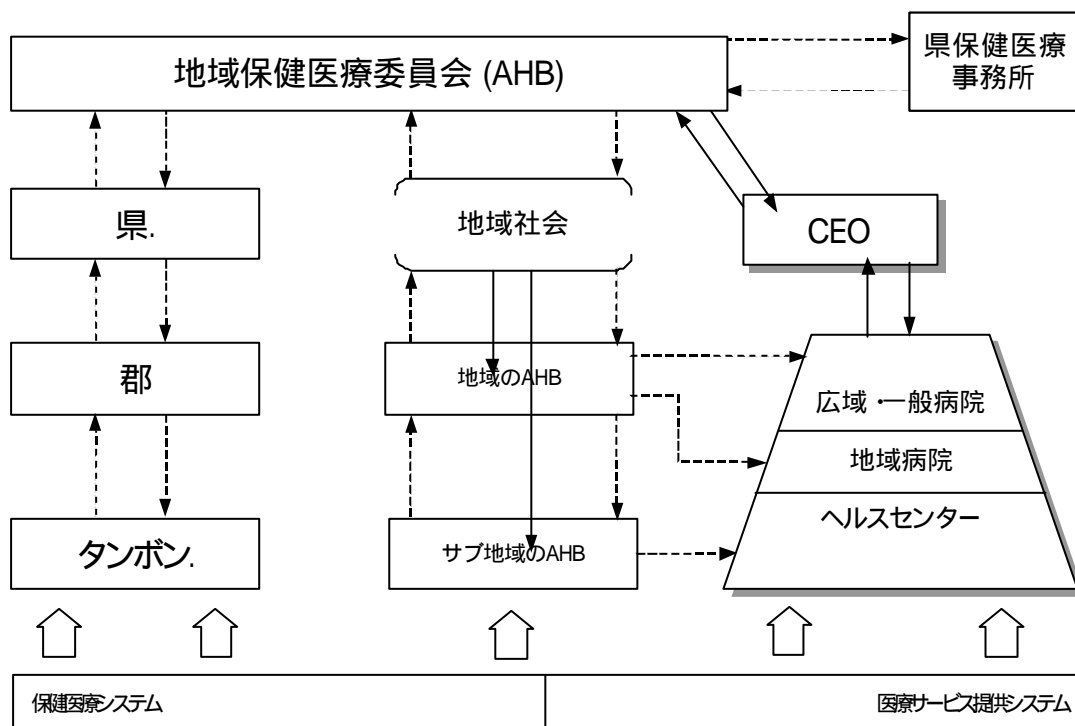
こうした流れの中で、保健省は現在の県行政府の機能から保健医療サービス関連業務を独立的に運営する主体の開発に取り組んでいる。地域保健医療委員会(AHB: Area Health Board)は、地域内における保健医療政策の立案、財源の配分、サービスの購入、サービスの監督と評価、保健医療サービスの標準化を目的とし、各県レベルに設置させる予定である。

現在も、保健医療に関しては各県別に県保健医療事務所が設置されており、上記の業務を行っているが、地域保健医療委員会(AHB)は、さらに県保健医療事務所から独立した組織として業務を行うことが想定されている。現在は、パイロットスタディーの段階であり、数年内の完全実施を目標に開発を進めている。

また、こうした地方行政の行政能力の拡充とともに、各病院のマネジメント能力向上も保健省の優先課題として、注目されている。特に 30 パーツ制度の導入により、各地域の病院の経営は、これまで以上に重要になり、かつ高度なマネジメント能力を要求することとなる。国民の大半を占めるインフォーマルセクター・農林水産業従事者に対する医療サービス提供が 30 パーツ制度によって担保されることで、医療サービス需要はこれまで以上に拡大することが見込まれるが、患者の登録制度と人頭払い方式が徹底されることから、これまで多くの患者を抱えてきた病院は、収入を減少させることになる。また一方で、これまで医療機器をはじめとする設備が十分整っていなかった病院は、30 パーツ制度により、これまで以上の患者を抱えることになる可能性が高い。

こうした問題について保健省では当面の 2 年間については、経過措置として緊急救済基金(Contingency Fund)からの資金援助を決めているが、その後については、病院側の自主的な努力が求められることになる。こうした状況に対応するための各地域で経営管理を行う CFO（最高財務責任者）や会計士の育成が保健省主導で行われているものの、各地域に配置されるまでには時間がかかることが予想されており、最終的には、緊急支援の延長を検討せねばならないとの見方も出ている。

図表 6-1 地域保健医療委員会(AHB)の概要図



資料：タイ保健省作成の資料を三和総合研究所が改変

(3)その他の社会保障分野における地方分権化の影響

社会福祉事業に関しては、より一層の地域における行政のコミットメントが求められる。タイでは医療政策に相当に集中的な資本投下を行っており、一方で社会福祉行政は、取り残されている感がある。地方におけるコミュニティーセンターの建設などについても、各地域の自主性に任せられており、まずは、地方行政が社会福祉事業に深くコミットできていない現状がある。したがって、この状況下において地方分権が推進されたとしても、社会福祉がタイにおける社会状況の改善を進めるのは難しい。まずは、十分な予算を組み、地方行政にコミットする体制を整えることが必要である。2002年度中には、労働社会福祉省の再編により、公的福祉局が新たな省へ統合される予定であり、体制の立て直しが期待される。

失業関連施策における地方分権化のインパクトは大きい。現在、失業施策については、雇用施策としての就業支援や求人・求職のマッチングなどを進めるためのシステム構築を進めている。2003年を目途に実施予定になっている失業給付制度に合わせ、様々な雇用システムが構築されるが(詳細は本報告書の失業保険の項を参照)医療制度と同様に、人材の育成が急務の課題となっている。コンピュータシステムをオペレートできる人材をタンボンレベルで確保することが必要である。

(4)省庁再編の動き

地方分権化を進める一方で、中央政府においては、省庁の再編が行われることとなっている。社会保障関連では、2002年10月末までに社会福祉事業関連の管轄である公的福祉局が、労働社会福祉省から分離し、新たに創設される社会開発生活保障省(Ministry of Social Development and Human Security)に統合される。また、被用者社会保障制度(SSS)の管轄である社会保障局(SSO)も労働社会福祉省から分離し、独立行政法人として新たに再編されることになっている。特に、社会保障局(SSO)の独立は、今後、被用者社会保障制度(SSS)を中核としてタイの社会保障制度を充実させていこうとする政府の積極的な姿勢の現れであるとみることもできる。

しかしながら、省庁再編によって行政活動が効率的に運営されるようになるかどうかはなお疑問が残るところである。新たに省庁再編されることにより、省庁の数は増加するとされている。すでにこれまでも、いわゆる縦割り行政が、日本以上に明確なタイでは行政活動の非効率が指摘されてきた。こうした問題を解決するための省庁再編になるのか、あるいは一層の縦割りをもたらずのかはしばらく静観する必要があるだろう。

2. 社会保障制度に係る今後の課題

(1) タイにおける社会保障

タイにおける現在の社会保障制度体系は基本的に「できるところから」制度を作るという段階を脱していない。そのため、失業、疾病、障害、災害、及びそれらによる所得減少等の社会的リスクに最もさらされやすい農林水産業従事者やインフォーマルセクター労働者等の脆弱層のほとんどが依然として近代的な社会保障制度に組み込まれていない点について留意しておく必要がある。

医療保障においても年金制度についても、基本的には公務員や企業被用者など職域や特定階層に基づく制度設計が優先的に進められている。しかしながら、年金制度に見られるように、こうした特定階層向けの社会保障制度は加入者の生活を保障になることはあっても、その他の階層グループ(ほとんどの場合、高リスクグループ)を排除して成立しているため、社会全体としてはリスクのプールが適正に行われているとはいえない。また、公的扶助や社会福祉に十分な予算がないため、社会保険以外の社会諸政策を通じた所得の再配分も十分に機能していないといえる。

したがって社会全体で見た場合、タイの社会保障制度は、むしろ所得階層間格差を固定し、場合によっては格差を拡大する要因にもなりかねないものになっているといえる。特に年金制度については、全国民的な基礎年金制度の構築が行われていないため、いわゆる「一階部分」がないままに「二階部分」以上だけで制度が形成されている状態であるといえる。唯一「一階部分」の代替的な役割を果たしている公的扶助制度の「福祉老齢給付」も極端な予算不足により十分に機能していない。安定的な社会保障制度の構築を検討するならば、全国民を対象とした基礎年金制度を創設するか、福祉老齢年金を充実させることによって、ナショナルミニマムを保障する制度デザインが必要である。

医療分野については、そうした懸念を払拭するように、30 パーツ制度により国民が普遍的に医療サービスを利用できる体制を整えたといえる。この点は評価すべきである。しかし、同時に30 パーツ制度が一時的な緊急避難的な施策であり、中長期的な医療保障制度としては、新たな制度デザインを検討する必要があることも確かである。

タイ社会においては、地域や家族の紐帯がまだ強固であり、必ずしも社会保険制度や社会福祉制度が唯一の問題解決の方法ではない。しかし、一部の階層への手厚い社会保障制度が結果的に、家族や地域の紐帯を基盤とした生活を送る階層との格差を拡大し、社会保障から排除されている層の生活水準を相対的に引き下げることになる可能性も否定できない。ナショナルミニマムを意識したカバレッジの拡大が最大の課題であるといえる。

(2)医療保険制度に関する課題

30 パーツ制度における今後の課題

第一に懸念されるのは、供給が需要を喚起し、医療支出が急激に増大するのではないかという点である。もともと財政的な将来見込みを十分に検討することなく、開始されてしまった制度といった批判が出ている通り、一般財源に依存した現行の30 パーツ制度の財政的な裏付けは脆弱であるといわざるをえない。また一方で、30 パーツ制度はあくまで一時的な制度で、インフォーマルセクターや地方の農林水産業従事者からの保険料徴収の仕組みや情報管理システムが完備されれば、すくなくとも技術的には、社会保険制度に移行することができるとする見方もある。事実、保健省はすでに、30 パーツ制度の自己負担額を改訂する必要性を示唆しており、また将来的には、保険料の徴収が必要であるとしている。30 パーツ制度の持続性については、当面の動向に注視する必要があるだろう。

第二に、制度間の調整が課題になりつつあるということである。30 パーツ制度が導入されたことにより、タイにおける医療保険制度は、公務員医療給付制度(CSMBS)、被用者社会保障制度(SSS)、30 パーツ制度の3制度に収斂している。これら異なる仕組みをもつ医療保険制度を統合しようとする「国民健康保険制度」の構築が、タイにおける今後の医療保険制度を検討する上での最も重要なキーワードであるといえる。

国民健康保険制度の創設をめざすタイ政府は、2002 年度中に「国民健康保険法」を議会で可決し 2003 年度以降、一元的に管理された保険制度の構築を目指している⁴⁵。ただし国民健康保険制度は、給付水準の低下を懸念する被用者社会保障制度(SSS)加入者への配慮もあり、給付面・財政面での統合は実施せず、管理運営面での統合にとどまることが予想される。これにより、タイ医療保険制度の政策課題は、制度デザインの問題から、アドミニストレーションシステムのデザインへと移行していくと思われる。

この段階における課題は、多い。支払制度、情報管理システム、予算の決定メカニズム、診療情報の管理など多岐にわたっている。加入者情報の登録等については、すでにタイ政府が独自に開発を進めているものもある。しかしながら、支払のメカニズムなど、アドミニストレーションにおける仕組みの構築は、容易ではなく、また、資金的にも莫大な費用がかかることから、今後の大きな課題となることが予想される。

医療提供者側の課題

第九次国家保健医療開発計画にも明記されたように⁴⁶、タイにおける保健医療政策は明

⁴⁵ 2001 年 11 月に、30 パーツ制度と被用者社会保障制度(SSS)を統合する案が国会を通過したが、タイ労働会議(LCT)をはじめ、主に労働者側からの強力な反対により、タクシン政権は、完全な統合をあきらめたとされている。Bangkok Post, March 1, 2002.

⁴⁶ 第九次国家保健医療開発計画

らかに転換期を迎えている。特に、30 パーツ制度の導入による UC 政策の実施は、タイの保健医療政策を単なる「量的拡大」の方向性からマネジメントシステムの開発を含めた「質の確保を伴う量的拡大」へ転換させつつある。より具体的には、対 GDP 比の医療費支出が先進国並に上昇する中で、限られた医療資源を、どのように配置していくかという課題に集約されるだろう。すでに導入されている病院認定制度や ISO などは、適切な医療資源の配置を促進し、環境・インフラ整備を進めていく上で有用だ。診療の質を高めていくという意味での「医療の質」については、別途方法が検討される必要があるが、当面は、病院認定制度の積極的な展開と普及を行い、受け入れ難い医療サービスをまずは撲滅することが優先課題となるだろう。

また、病院の経営も大きな変換期を迎える。30 パーツ制度の導入のみならず、公務員医療給付制度(CSMBS)の改革⁴⁷に伴い、各地域における病院の経営が重視されつつある。病院における発生主義に基づく会計制度の確立も、政府によってすすめられており、各病院には最高財務責任者(Chief Financial Officer)や会計士が設置されることとなっている。こうした、病院改革の中で病院の生き残りをかけた経営が求められるであろう。

また 30 パーツ制度の導入は、レファレンスシステムと各医療機関の担当地域を明確にした。30 パーツ制度においては、利用者(ゴールドカード所有者)は事前に受診病院を登録しておく必要があるが、こうした登録制度により、各病院の患者数はある程度平準化されることが見込まれる。しかしながら、これまでキャパシティー以上に患者を受け入れて来た病院は、患者の多くを失うことになり、病院経営を圧迫しかねないとの懸念が出ている。こうした事態に対して政府は緊急資金の供与を決定しているが、この措置も期限付きの臨時措置であり、中長期的に病院が経営破綻に陥った場合の医療サービスの供給について不安が残る。

患者との関係では、30 パーツ制度の加入者が病院側から逆選択されないかという懸念を挙げることができる。現在のスキームにおいては、患者一人あたりの医療費を 1,202 パーツとして計算している。しかしながら大学関係者などは、少なくとも一人あたり年間 1,500 パーツから 1,600 パーツを確保することが、アクセプタブル(Acceptable)な医療サービスを提供するために最低限必要な条件であると指摘している。被用者社会保障制度(SSS)や公務員医療給付制度(CSMBS)に比べ一人あたりの予算が小さいことから、30 パーツ制度加入者に対する医療サービスの質が低下するのではないかという懸念が出ていることも大きな課題の一つである。

プライマリケアの確立とネットワーク

地域医療やプライマリケアにおいては、プライマリケアユニット(PCU)の機能の拡張、

⁴⁷ 公務員医療給付制度(CSMBS)においても現行の出来高払いが改革され、DRG を導入することとなった。

県レベルでの地域保健医療委員会(AHB)の確立が重要なテーマになっている。現在、地域保健医療委員会(AHB)についてはパイロットスタディーの段階であるが、将来的にはこれらの制度がそれぞれ独立して機能するのではなく、総合的な地域保健医療制度の枠組みとして機能することが求められる。

そのためには、現在稼働している各地域の取り組みを総合的にデータとして把握することが必要である。すでに各タンボンレベルでは家族プロフィールの記録・収集が行われており、これらのデータには、住民登録 ID や、医療保険種別、被保険者番号なども含まれている。これらのデータを統合することにより全国的なプライマリケアに関する分析を行うことが可能になる。

現在、主要 3 制度における加入者データベースの統合に向けて作業が行われている。これらの動きに合わせ、地域における健康プロファイルがデータベースとして構築され、医療保険の情報システムと融合すれば、巨大な医療情報システムが構築されることになる。こうした取り組みを行うためには、各地域におけるプライマリケアユニット(PCU)と一次医療契約病院(CUP)の機能強化が不可欠である。

(3)年金制度の拡充

タイの高齢化率は現在のところ 5%程度であり、社会保障分野では高齢化はほとんど問題になっていない。しかしながら、2040 年には、高齢化率が 25%を越えることから、年金制度をはじめとした高齢者対策は不可欠になっている。

タイにおける年金制度の制度設計上の問題点は、全国民を包括する基礎年金制度が存在しないことである。世界銀行が提唱している通り、いわゆる年金の一階部分を整備することが重要である。しかし、タイでは本来「2階部分」になる年収比例の年金制度が重点的に形成されたという経緯がある。リスクのプールによる社会保障制度の構築という点では、こうした設計上の問題点を解決する必要がある。

被用者社会保障制度(SSS)は、今後、国民皆年金を形成する際にコアとなる制度であると考えられるが、将来的な給付水準はいちじるしく低くなると言われている。社会保障局の試算によれば将来的な置換率は ILO の 102 号条約が定める「社会保障の最低基準に関する条約」での年金置換率である 40%を下回る 30%程度の見込みとなっている。しかし、最大の問題点は現在の給付水準ですら、財政的に持続力がないと見なされており、公務員など公的セクターとの社会保障における格差が拡大する傾向にあることである。公的な資金を年金基金に投入することなく持続性のある制度とするためには、経済そのものの底上げを行うことで保険料の引き上げに耐えうる経済状況を作り出す以外に解決策はないものと考えられる。

タイの年金制度は日本における国民年金に該当するすべての国民が加入する制度(いわ

ゆる年金の一階部分)を持たないため、最低限度の老後生活が保障されていない状況である。必ずしも一階部分を創設することが絶対条件ではないものの、社会福祉部分の高齢者に対するサービス提供量を増大させるなどの方法で、高齢者の生活水準の維持を図っていく必要はあるだろう。

(4)公的福祉制度の拡充

医療制度が量の確保の段階から質の確保の段階に徐々に移行しつつある一方で、社会福祉関連サービスについては、引き続き量の確保が最大の課題となっていくと思われる。医療制度が急速な量的拡大を押し進め、先進国並の制度体系を形成しつつある中、公的福祉制度については、遅れをとっているということができる。その予算総額も医療関連を管轄する保健省とは比較にならないほどの開きがある。また、福祉提供者の育成や人材の確保もボランティアへの依存度が高く、行政の自律的な活動を十分なものにするためには、さらに時間が必要と思われる。

ただ 2002 年 10 月に予定されている省庁再編により、これまで公的福祉局や内務省などで別々に実施されてきた様々な社会事業を統合し、より効率的なサービスの提供を展開することが可能になるかもしれない。

(5)失業保険の設立

被用者に関しては被用者社会保障制度(SSS)が導入され、疾病、出産、年金など生活問題に対して一定の保障を与えているが、被用者社会保障制度(SSS)には失業給付が含まれておらず、この点が今後の課題となっている。特に、1997 年の通貨危機による大量失業は、被用者社会保障制度(SSS)に加入しながらも失業のために、すべての社会保障を失う労働者を大量に発生させた。労働者の安定的な生活保障を考える上でも失業給付が必要であることは、すでに過去の経験から明らかになっており、現在も、行政府、国会を中心に議論が深められている。

2002 年 4 月より被用者社会保障制度(SSS)は現行の制度加入者範囲を 10 人以上の職員を雇用している事業所の従業員から 1 人以上の従業員を雇用している事業所に拡大することになり、間接的には、より低い所得階層が対象に取り込まれることを意味する。この制度改正でカバレッジが拡大すればこうした失業保険の意味はよりいっそう大きくなるものと考えられる。

失業政策における焦点の一つは「雇用政策」か「失業対策」かという点である。失業対策として失業給付を設計することは、現在の被用者社会保障制度(SSS)の制度設計上からも可能な選択肢であるが、「雇用対策」の中で「失業給付」を位置づけ実施するならば、職業訓練をはじめとする雇用対策への諸制度を組み合わせた制度設計が求められることになる。

また、被用者社会保障制度(SSS)を管轄する社会保障局(SSO)は、本年度に予定されている省庁再編で労働社会福祉省から独立する見込みとなっている。したがって、雇用政策を展開するならば、すでに社会福祉的な雇用政策を展開している労働社会福祉省公的福祉局との調整が必要となるであろう。この点については、今後の動向を見守る必要がある。

補章

補章 1 社会的リスクと社会保障制度

社会保障制度は、失業、疾病、障害、災害、及びそれらによる所得減少等、社会成員がさらされているある種の危険、すなわち「社会的リスク」をプール又は軽減するための対処装置と考えて差し支えないだろう。世銀（2000）は、貧困の要因の一つとして「脆弱性（Vulnerability）」を挙げ、こうした社会的リスクの存在と社会的リスク軽減・回避のための制度的枠組の不在又は未整備が「脆弱性」を助長する要因の一つとしている。貧困の一側面である「脆弱性」は、低い教育レベル、限定的な保有資産、性差、年齢、生来的障害等、貧困層及び貧困に陥るリスクを内在的に有する社会階層が有する構造的脆弱性と、失業、経済危機、労働災害、伝染性疾患による疾病、天候、戦災等の一時的脆弱性との相互要因が複合的に作用することによって、さらなる「脆弱性」の助長と貧困の悪化を促す可能性を有している。従って、社会保障制度の調査・分析のためには、制度そのものの現状及び問題点把握のみならず、社会保障制度が対象とする「社会的リスク」及び「脆弱性」を把握することが不可欠となろう。本節では、Kakwani（1999）を踏まえ、97年の通貨危機を基点として、1）労働市場、2）人口の老齡化、3）不平等とその要因の観点から、タイにおける「脆弱性」と、その結果又は原因としての「社会的リスク」の概観を図るものである。

1. 労働市場

タイにおける1997年～98年のアジア通貨危機の影響を見ると、貧困率は1998年時点で約12.9%と約1.5ポイントの増加に留まり、インドネシアのような大幅な貧困の悪化は見られなかったが、貧困率の増加傾向は1999年においても止まらず、15.9%と徐々に増加しつつある。一方、興味深いことに、全国レベルの貧困率は悪化傾向にあるにも拘わらず、都市部のみでの貧困率は若干ながらも改善傾向を示し、貧困率は1.6%（1996年）から1.3%（1999年）と全国レベルとは逆の傾向を示している。

図表 1 行政区別貧困率（%）推移（1988～1999年）

行政区分	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999
都市部	8.0	6.9	3.6	2.4	1.6	1.5	1.3
衛生区	21.8	18.2	12.7	9.6	5.8	7.2	8.8
農村部	40.3	33.8	29.7	21.2	14.9	17.2	21.5
全国	32.6	27.2	23.2	16.3	11.4	12.9	15.9

資料：国際協力銀行（2001）

通貨危機が都市型経済危機であることを考えると奇異な印象を受けるが、この要因として考えられるのが、経済の収縮に伴う都市部失業率の急激な上昇と負の外部性（都市部失業率の増加）の農村部等への波及である。ILO（1999）によれば、タイにおける貧困悪化の要因の80%が失業に起因するものとしており、世銀（2000）が示すように、都市部にお

ける雇用機会の減少が、農村部家計の非農業外所得の低下と所得水準の低下をもたらしているものと思われる。また、貧困プロファイル（2001）が示すように、都市部における失業率上昇 都市部失業者の農村部労働市場への参入 農村部における失業又は不完全雇用の拡大 農村部における所得・消費水準の低下 農村部における貧困の拡大という都市部・農村部間の貧困連鎖プロセスが農村部における貧困率の増加の背景として想定することができる。

2. 人口老齡化への懸念

人口の老齡化は、外性的・内性的ショックによる社会の脆弱化を更に進める危険性を有する。タイでは、平均余命の延長と合計特殊出生率の低下、更に医療サービスの拡充等に伴う死亡率の低下により、人口コーホートが2030年までにベル型から逆三角型に移行してゆくと予想されている。タイの高齡化率（65歳以上人口の総人口比率）は99年時点で5.3%と韓国の約1/2、日本の約1/3程度にすぎないが、米国統計局国際比較データベースによる推計値を見ると、合計特殊出生率の低下と平均寿命の延長に伴って、高齡化率（総人口に占める60歳以上人口比率）は、2025年に19.9%とOECD加盟国単純平均値20.0%（2000年時点）とほぼ同値となり、2050年には30%にまで増加するものと推計されている。2050年時点でのタイの高齡化率推計値（30%）はOECD加盟国単純平均推計（31.3%）とほぼ同値となり、同国の老齡化はOECD加盟国平均の約2倍の速さで進展する推計となっている。

人口の老齡化は、社会そのものの脆弱化を招く危険性だけでなく、貧困の更なる拡大要因となることも懸念される。年齢別に見た世帯主世帯の貧困率を1992年から1999年の期間で概観して見ると、世帯主年齢と世帯貧困率との間には強い相関関係（0.922）を見ることができる。特に、女性世帯主世帯の貧困率と世帯主年齢との間には相関係数で0.994と強い相関関係を見ることができる。貧困率と年齢とが正の強い相関を示す背景としては、世銀（2001）が示すように、各年齢階層の教育レベル格差⁴⁸とそれによる生産的雇用機会へのアクセス格差⁴⁹も想定されるが、そもそも、1）60歳以上を超えると労働参加率が大幅に下がり⁵⁰、高齢者の所得獲得能力が併せて低下すること；2）年金制度等フォーマルな社会保障制度の未整備等、公的な老後の所得保障制度が十分に機能していないことにも起因していると思われる。仮に、2050年迄の人口推計を前提（女性高齢者人口の大幅増加）

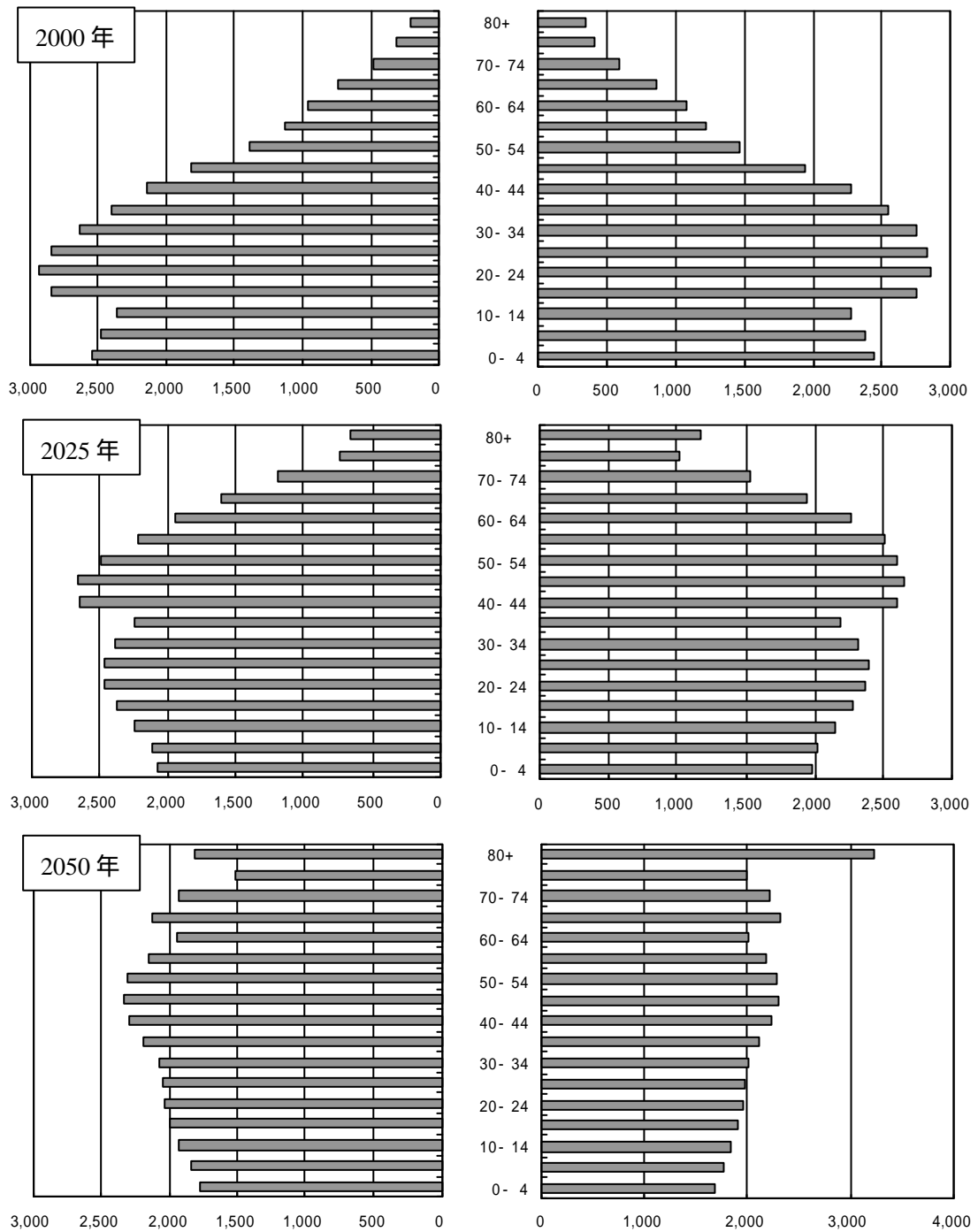
⁴⁸ 年齢階層間の教育レベル格差：60歳以上高齢者の93.7%（2000年時点）が初等教育レベル以下の教育水準。初等教育レベル以下の教育水準を有する世帯主世帯貧困率は19~24%（1999年時点）程度。一方、前期中等教育以上教育レベル以上の教育水準を有する世帯主世帯貧困率は0~5%程度（1999年時点）と、教育レベルが高くなるほど世帯主貧困率が低下する傾向を見ることができる。

⁴⁹ 生産的雇用機会へのアクセス格差：60歳以上労働者の66.1%（2000年時点）が、貧困層が集中する農業部門に従事（1999年時点で貧困層の約70%が農業部門従事者）。

⁵⁰ 労働参加率：2000年時点では、50~59歳人口の労働参加率78.1%に対して、60歳以上人口の労働参加率はその半分以下の32.6%程度に留まる。60歳以上人口のうち労働市場に参入していない残り67.4%の約8割以上が身体的事由を未就労の原因として挙げている。

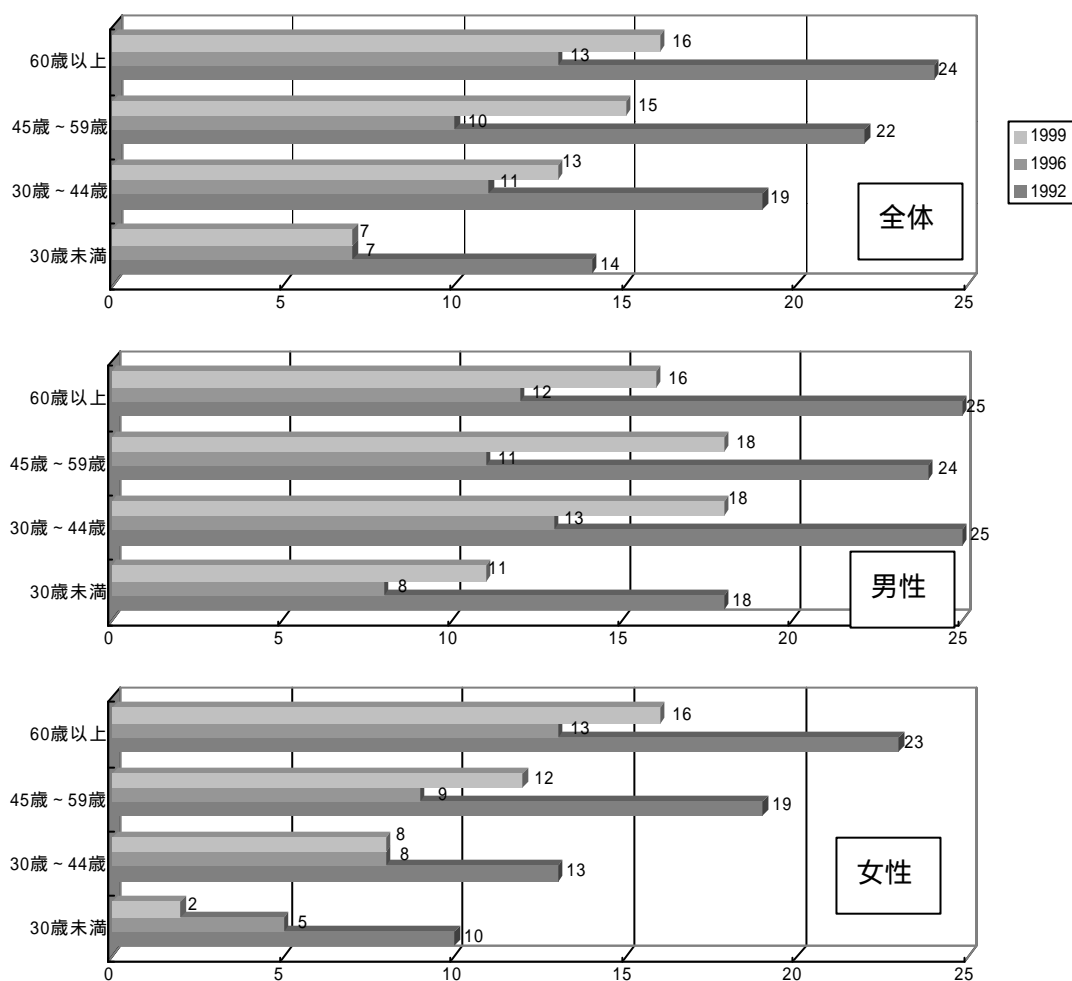
とし、その他条件を一定と考えれば、今後の人口の高齢化が貧困の拡大（高齢者貧困人口の増加）を伴う可能性も否定できない。

図表2 タイ王国における人口コーホート予測（2000年、2025年、2050年）



資料：U.S. Census Bureau, International Data Base

図表3 世帯主年齢階層別貧困率(%)推移(1988~1999年)



資料：World Bank(2001)Poverty and Public Policy

3. 不平等とその要因

不平等度の悪化は成長による貧困削減効果を相殺する⁵¹だけでなく、ジニ係数で見た不平等度の著しい悪化は、貧困に陥るリスクの高い低所得者層の増加を示唆し、これによる低所得階層の膨張は、社会的リスクへの対処能力を弱め、社会そのものの脆弱化を促し得る。タイの不平等度は、通貨危機以前から恒常的に高く、世銀推計(2001)によれば、1990年から1999年間のジニ係数は常に0.5(1999年時点で0.531)を超える数値⁵²を示してい

⁵¹ 成長による貧困削減効果：Kakuwani and Pernia (2000) によるタイにおける貧困指標の推計弾性値を見ると、1990年から1999年間で、1%の成長により平均マイナス3.96%の貧困率低下が推計された一方で、不平等度は平均プラス2.09%悪化しており、不平等度を加味した成長による貧困率低下効果は、平均で1.87%まで低下している。

⁵² ジニ係数値：近隣諸国のフィリピン0.462(1997)、インドネシア0.317(1999)、ベトナム0.361(1998)、ラオス0.370(1997)、カンボジア0.404(1997)、マレーシア0.492(1997)。タイの不平等度は中南米諸国レベル。例えばメキシコ0.519(1996)、ボリビア(0.589)、ブラジル0.591(1997)等。

る。このような恒常的に高い不平等度要因を概観することは、所得（支出）階層間格差及び低所得（支出）要因の特定のみならず、低所得（支出）階層が恒常的に抱える社会的リスクを予見する上でも有効であろう。図表 4 及び図表 5 は、1998 年及び 2000 年のタイ家計経済社会調査 (HSES) データをベースに、各所得及び各支出項目におけるジニ = 所得（支出）弾性値 (GIE: Gini Income Elasticity, GEE: Gini Expenditure Elasticity)⁵³ の推計結果を、不平等度増加項目、不平等度中立項目、不平等度低下項目別に示したものである。

2000 年時点での各所得項目毎のジニ = 所得弾性値 (GIE) を見ると (図表 4)、GIE 値 1 を超える不平等度増加項目として、資産所得 (1.711)、非農業自営所得 (1.332)、労働所得 (1.326) 及びその他所得 (1.158) が挙げられる。家計保有資産 (土地・金融資産等) は、(資産取り崩し等を通じた) 一時的所得低下リスクの回避・軽減機能を有するが、資産所得に係る著しい格差の存在は、(フォーマルな公的扶助等の社会保障制度、及びインフォーマルな血縁・地縁グループ間での相互扶助等制度が十分な所得保障機能を有しない場合) 必然的に家計の一時的所得低下リスクへの対処能力の格差と不平等度の拡大に繋がることとなる (保有資産格差による社会的リスク対処能力格差)。資産所得の次に高い GIE 値を示す非農業所得及び労働所得は、特に低所得階層において、非農業就業機会及び生産的雇用機会へのアクセスが限定的であることを示しており、通貨危機等による非農業自営活動の停滞や労働市場の収縮による失業増加等の負の社会的インパクトが低所得階層に集中する場合には、更なる所得不平等を拡大させることとなる (経済停滞に伴う失業及び不完全就業リスク)。

一方、GIE 値 1 を下回る不平等度減少項目としては、移転所得 (0.697)、非貨幣所得 (0.537) 及び農業所得 (0.162) が挙げられる。このうち、農業所得と非貨幣所得については、低所得階層ほど農業部門に集中し、こうした階層ほど自家農作物等非貨幣所得にも依存する傾向があることから、低い GIE 値を示しているものと思われる。このため、農産品の付加価値向上等を通じた農業部門の収益性向上により一定の不平等度改善効果を想定することができるが、一方で天候不順、国際市況低迷、及び国内需要停滞による農業部門の生産停滞や交易条件の悪化が、低所得階層の所得水準低下と不平等の悪化をもたらし得る (天候、経済停滞等による農業生産及び交易条件悪化リスク)。移転所得は、家族間の送金及び社会保障給付受取等から構成され、一定の不平等緩和効果を見ることができる。これは、通貨危機以降に拡充されたソーシャルセーフティネットを通じた再分配効果によるものと思われ、1998 年から 2000 年の間で GIE 値 0.11 程度の不平等度緩和効果が推計さ

⁵³ ジニ弾性値: ジニ係数分解手法 (Gini Decomposition) の一つ。家計所得額 (又は支出額) を構成する各所得項目 (又は支出項目) の変化とそれに伴う平均所得 (又は支出) 額の変化が不平等度 (ジニ係数) に与える限界の影響度 (Marginal Impact) を示すもの。ジニ弾性値が 1 を超えれば、当該所得 (又は支出) 額の 1 単位の増加が不平等度悪化インパクトを与え (不平等度増加項目)、1 であれば当該所得 (又は支出) 額の増加は不平等度に何らインパクトを与えず (不平等度中立項目)、1 を下回れば、当該所得 (又は支出) 額の増加が不平等度緩和インパクト (不平等度減少項目) を与える。ジニ弾性値に係る具体的算出方法及び応用例については、Wordon and Yizhaki (2001) Inequality and Social Welfare, PRSP Source Book, World Bank を参照。 (<http://www.worldbank.org/poverty/strategies/chapters/inequality/inequal.htm>)

れている（社会保障制度の社会的リスク軽減機能）。

図表 4 ジニ = 所得弾性値 (GIE) 1998 ~ 2000 年

所 得	1998	2000
<u>1) 不平等度増加所得項目</u>		
資 産 所 得	1.734	1.711
非 農 業 所 得	1.342	1.332
労 働 所 得	1.336	1.326
そ の 他 所 得	1.242	1.158
<u>2) 不平等度中立型所得項目</u>		
<u>3) 不平等度低下所得項目</u>		
移 転 所 得	0.808	0.697
非 貨 幣 所 得	0.560	0.537
農 業 所 得	0.085	0.162

資料：NSO, Household Socio-Economic Survey, 1998 and 2000 *独自推計値

また、2000年時点での各支出項目毎のジニ = 支出弾性値 (GEE) を見ると (図表 5)、通信・交通支出⁵⁴、娯楽支出、衣料被服支出等奢侈財となり易い支出項目ほど GEE 値 1 を超える不平等度悪化効果が推計されている一方で、準公共財として基礎的社会サービスの性格を有する教育及び保健医療の家計支出も併せて不平等度増加項目として挙げられている。教育・保健医療への過少支出は人的資本の蓄積格差と雇用確率の低下をもたらすのみならず、通貨危機で観察されたような失業・不完全就業という労働市場のチャンネルを通じた貧困連鎖の潜在的要因となり得る。タイ労働需要がより教育レベルの高い労働者にシフトしつつあることと、失業・不完全就業リスクが低学歴の非熟練労働者に集中している (Kakwani, 1999) ことを考えると、教育支出の階層間格差が支出階層間不平等を助長する (教育支出格差による人的資本過少蓄積と失業リスク) 可能性が懸念される。また、今後の人口高齢化や疾病プロファイル⁵⁵の変化に伴って慢性期医療ケア需要が拡大する可能性が高いことを考えると、保健医療支出の階層間格差は、個人の人的資本劣化や慢性期患者介護による家計構成員の機会費用喪失のもたらす (保健医療支出格差による人的資本劣化と家計所得獲得能力の低下リスク) だけでなく、疾病・感染症の拡大をもたらす (疾病・感染症拡大リスク) 可能性も懸念される。

⁵⁴ 通信・交通支出：Household Socio-Economic Survey では、車輛購入も通信・交通支出に含まれていることから、不平等度悪化項目として最も高い GEE 値が算出されているものと思われる。

⁵⁵ 疾病プロファイル(Epidemiological Profile): タイでは経済成長と開発の進展に伴って、疾病プロファイルが途上国型の熱帯感染症型から、従来型の熱帯感染症型と心臓病・ガン等の先進国特有の疾病パターンとの混合型に移行しつつある。今後、疾病プロファイルが先進国型に移行する場合には、想定される人口高齢化やエイズ等新興感染症の発症患者の拡大と併せて慢性期医療サービス需要の増加が予想される。

図表 5 ジニ支出弾性値 (GEE) 1998~2000年

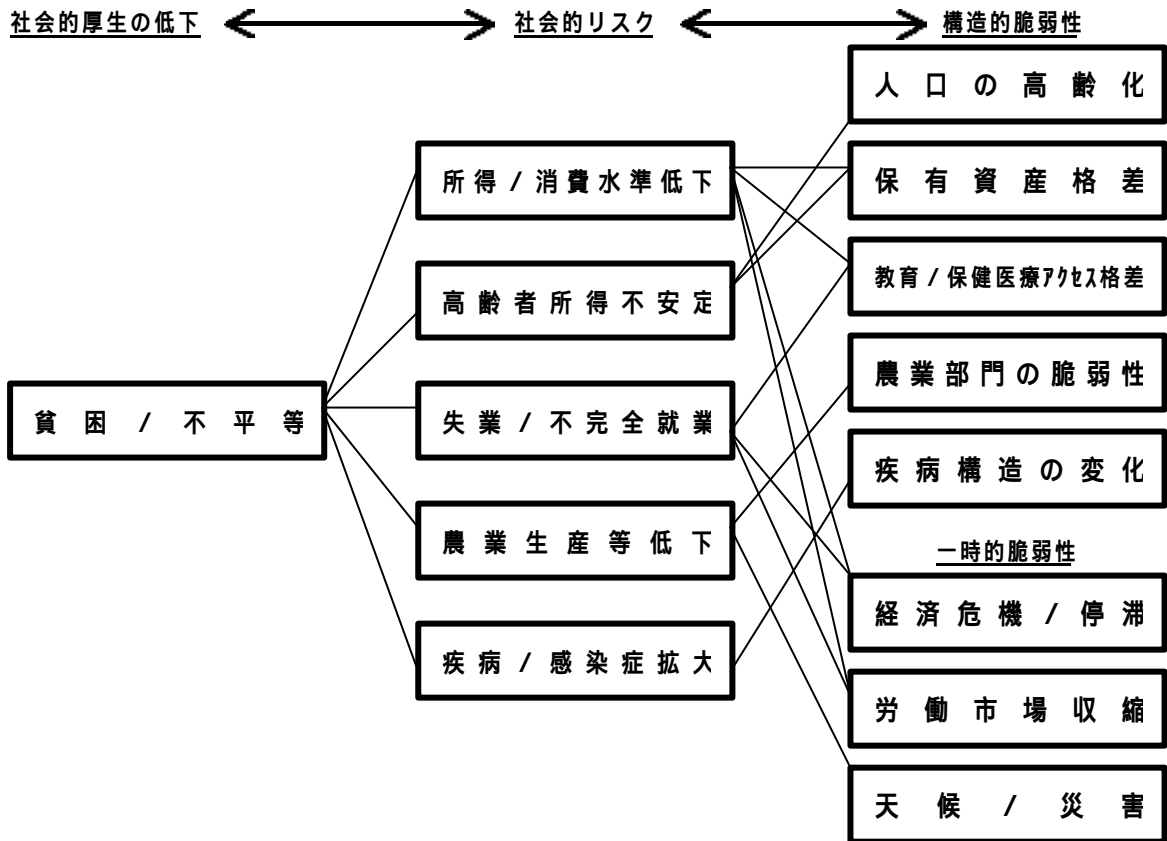
支 出	1998	2000
<u>1) 不平等度増加所得項目</u>		
通 信 ・ 交 通 支 出	1.597	1.566
娛 楽 支 出	1.525	1.492
雑 費	1.433	1.204
非 消 費 支 出	1.389	1.299
教 育 支 出	1.325	1.327
保 険 医 療 支 出	1.256	1.153
ア ル コ ー ル 支 出	1.241	1.042
衣 料 被 服 支 出	1.139	1.109
<u>2) 不平等度中立型所得項目</u>		
家 屋 ・ 家 庭 用 品 支 出	1.032	0.978
<u>3) 不平等度低下所得項目</u>		
日 用 品 等 支 出	0.769	0.806
煙 草	0.616	0.354
食 料 品 支 出	0.479	0.537

資料: NSO, Household Socio-Economic Survey, 1998 and 2000 * 独自推計値

4. 構造的な脆弱性と一時的な脆弱性

労働市場、人口の老齢化、不平等とその要因の観点から見ると、タイにおける脆弱性の構造的な要因（高齢化、保有資産格差、教育/保健医療へのアクセス格差、農業部門の脆弱性、疾病構造の変化等）と、一時的な要因（経済危機/停滞、労働市場収縮、天候/災害等）の複合効果が、同国における社会的リスク：1) 所得/消費水準低下リスク；2) 高齢者の所得不安定リスク；3) 失業/不完全就業リスク；4) 農業生産低下等リスク；及び5) 疾病/感染症拡大リスクの発生を促しているものと思われる。但し、脆弱性は常に社会的リスクの原因であるだけでなく、社会的リスクの結果としての脆弱性の存在も否定できない。つまり、脆弱性と社会的リスクの関係は一方方向ではなく、双方向に作用する可能性も想定する必要がある。同様に、社会的リスクと貧困・不平等、脆弱性と貧困・不平等についても双方向の関係を想定し、貧困・不平等（社会的公正の低下）社会的リスク、脆弱性が相互に影響することもあり得ると考える方が適当であろう。

図表 6 社会的リスクと脆弱要因



資料：国際協力銀行で作成

5. 社会的リスクと社会保障制度

社会保障制度は、社会的リスクの軽減・回避を目的とする制度的枠組ではあるが、派生的効果として、貧困・不平等（社会的公正の低下）及び脆弱性を軽減させる効果も有する。タイは、途上国一般に見られるような社会的リスクと脆弱性のみならず、近年まで先進国特有の問題であった人口の高齢化問題とそれによる社会の更なる脆弱化への懸念、及び恒常的に高い不平等度とその要因又は結果としての社会的リスクの存在等、複合的な問題に直面している。こうした複合的問題は、従来の開発フィールドでは殆ど想定されなかった新しいイシューであり、事後的な雇用創出プログラムや低所得者向食料配給等一時的且つ従来のなセーフティーネットでは、ターゲティングの問題や政策発動の遅れ等により十分対応できないのは、同国における貧困率及び不平等度の増加傾向が示すとおりである。90年代以降、タイでは、疾病、障害、失業、高齢化等、社会的なリスクの事前的な軽減と回避を目的とする近代的な社会保障制度（図表7）の整備・拡充の途上であるが、同国の直面する複合的な社会的リスクの軽減・回避のためには、単純なリスク・プーリング機能だけでなく、本来の社会保障制度が派生的に有する、再分配機能と、貧困層及び（貧困に

陥るリスクの高い) 社会的脆弱層のリスク対処能力強化機能も積極的に評価する必要がある。このためには、現状の社会保障制度のレビューを踏まえ、社会保障制度の1) 対象範囲(カバレッジ)、2) 制度設計(デザイン)、3) 財政方式(ファイナンス)、及び4) 効率的且つ公正な管理システム(ガバナンス)の観点から、制度の将来的な在り方について更なる議論が必要となろう。

図表7 社会的リスクと社会保障制度

社会 保 障 制 度 枠 組	社会的リスク軽減措置	社 会 的 リ ス ク	脆 弱 性
公 的 扶 助 制 度 社 会 保 険 制 度 労 働 市 場 政 策 社 会 福 祉 制 度 公 衆 衛 生 制 度 ソーシャル・セーフティ・ネット	所得保障・給付 高齢者所得保障 教育サービス拡充 保健医療サービス拡充 失業給付/職業訓練 労働市場情報整備 一時的雇用機会創出 その他基礎的サービス拡充	所得/消費水準低下 高齢者所得不安定 疾病/感染症拡大 失業/不完全就労等 農業生産低下	<u>構 造 的 脆 弱 性</u> 人口の高齢化 疾病構造変化 教育・保健アクセス格差 保有資産格差 <hr/> <u>一 時 的 脆 弱 性</u> 経済危機/停滞等 労働市場収縮 天候/災害

資料：国際協力銀行にて作成

補章2 通貨危機以降のソーシャルセーフティネット支援策

タイでは1997年の通貨危機以降、各海外ドナーの支援により様々なソーシャルセーフティネットの構築のための支援策が実施された。世界銀行とOECDによって実施された社会投資プロジェクト、アジア開発銀行の社会セクタープログラムローン、通称宮沢プランと呼ばれる経済復興・社会セクタープログラムが主要なものである。

社会保障制度もソーシャルセーフティネットとしての機能を本来的に持っているが、基本的に社会保障制度は恒久的な制度を前提としており、こうした一時的な緊急支援策とは異なる。とはいえ、後述する30パーツ制度や失業対策など、これらの支援策の延長線上にプログラムの開発が位置づけられるものもあるため、ここでは主要3施策について概観する。

1. 世界銀行-OECDによる社会投資プロジェクト

1997年の通貨危機にともなう経済社会への打撃を受け、世界銀行と日本のOECDの融資による社会投資プロジェクト(Social Investment Project)が実施され、その一環として社会投資基金(SIF: the Social Investment Fund)が創設された。このSIFの目的は、通貨危機を機会に分権化へ向けての改革、より良き統治、共同体のエンパワーメント、市民社会を構成する主体の間の発展的なパートナーシップをサポートすることにある。SIFはタイのすべての地域に資金を分配するためターゲットマップを活用し、それぞれの地域には、人口、失業者数、季節失業者数、貧困者数という基準に基づいて予算が分配された。また、the Social Fund Office (SFO)は、共同体の必要に応じて予算を配分する社会投資基金の戦略に従うために、分権化を実行し、11地域をカバーする9つのRegional Social Fund Offices (Regional SFOs)を設立した。

医療保険関連では、30パーツ制度のパイロットスタディーが実施され一応の成果をみた。また失業者に対する緊急支援として所得支援を実施したが、これは実効性が低かったともいわれている。

以下は、SIFによって実施された5つのサブプロジェクトである。

(1)共同体経済における能力と知識の開発のためのサブプロジェクト(Subprojects for Capacity and Learning Development in Community Occupation and Community Economy)

これは地域生産物のマーケティング、水供給、生産の場面における訓練を行い、共同体のデモンストレーション、学習センター、共同体市場を完成させるためのものである。

(2)共同体の福祉と安全のためのサブプロジェクト(Subprojects for Community Welfare)

and Safety)

このサブプロジェクトは共同体の子どもの教育センターおよびデイケアセンター、運動場や AIDS 患者のためのシェルターを設けることを含んでいる。

(3)文化、環境および自然資源の再生、保護、管理、促進のためのサブプロジェクト (Subproject for Restoration, Protection, Management and Promotion of Culture, Environment and Natrual Resources)

これはマングローブの保全や森林管理、文化保全活動に取り組んでいる。

(4)共同体の能力創出とネットワーキングのためのサブプロジェクト (Subprojects for Communtly Capacity Building and Networking)

これは共同体のネットワークの開発、職業開発、能力開発などを含んでいる。

(5)共同体組織ネットワークを通じた必要者への直接的な共同体の福祉のためのサブプロジェクト (Subprojects for Immediate Community Welfare for the Needy through Community Organization Networks)

このサブプロジェクトは 1 - 4 のサブプロジェクトからは抜け落ちてしまうグループを救済するために出来たものである。これは貧困者の緊急の必要、および彼らを支援する組織の増え続ける需要に答えるために設計されたものであり、従来から実施されている公的扶助や社会福祉事業を補完する役割を果たしている。

メニュー 5 は部族共同体や未登記の家族、遠隔地の共同体など通常のサービスにアクセスできないグループをターゲットにしている。主な受益者は、(1)失業中の帰国途上移民(unemployed homeward migrants)、(2)窮乏者、(3)貧困農民、(4)ホームレスの子ども、障害をもつ子ども、孤児、学校脱落者、(5)虐待を受けている女性、社会的危機の影響を受けた女性、(6)放置された AIDS / HIV 患者、(7)放置された年長の子ども(neglected senior children)、(8)ケアを必要とする障害者、(9)長期疾患の患者、である。

メニュー 5 の特徴は、資金援助が SIF と契約を結んだ共同体組織ネットワークを通じて直接、受益者にチャンネルされていることである。これは、共同体のネットワークを強化し、社会資本のストックを作り出そうとする SIF の目的に沿ったものでもある。現在、共 300 を超える共同体組織ネットワークがメニュー 5 の活動に参加しており、約 538,414 人がメニュー 5 から利益を受けている。

2 . アジア開発銀行による社会セクタープログラムローン

国際機関によるタイにおけるソーシャルセーフティネット支援策として、1998 年春、アジア開発銀行 (ADB) とタイ政府との合意によって発足した社会セクタープログラムローン(SSPL: Social Sector Program Loan)が注目される。失業者をはじめとする社会的な弱者に対する支援を中心に、教育、雇用、医療保険の 3 分野に対して様々な支援プログラムを

提供している。失業・雇用対策としては、雇用情報システムの構築、雇用状況分析、コンピュータ技術研修、職業訓練奨学金制度などが実施された。

このプログラムローンの主要な目的は以下の三点である。

最も脆弱なグループと失業者に対する通貨危機の短期的な影響を緩和すること、 人的資源の開発を通じてタイ経済の競争力を向上するよう構造的改革を促進すること、 社会サービスの支給における非効率を削減することである。

以上の目的に沿うため、対象は、労働市場と社会福祉、教育、保健医療の三分野とされた。また、このプログラムの実行に当たって、ジェンダーや貧困問題、NGO や市民社会の見解に特別な注意が払われた。

i) 社会セクタープログラムローンが出資している、承認済み、および現在進行中のプロジェクト

- ・ヴォランタリーヘルスカードプロジェクト

通常のヘルスカードに加えて 1200 万人の低収入の労働者に対してヴォランタリーヘルスカードを支給する。

- ・コンピュータ訓練プログラム

レイオフされた労働者や失業者のコンピュータスキルを開発する。

- ・雇用創出による共同体強化のプロジェクト

「ゴム収穫能力を訓練するプロジェクト」、「村の福祉センターを強化するために大卒者を雇用するプロジェクト」、「グループリーダーに対する管理技術の訓練を通じて地元を拠点とする(home-based)生産ネットワークを支援するプロジェクト」、「新理論による農業プロジェクト」の四つのサブプロジェクトからなる。

- ・労働力についての情報量を向上するプロジェクト

労働力調査を実行することにより、生産者と労働情報利用者との協力関係を打ち立てる、あるいは失業者支援のための適切な枠組を打ち立てるための政策立案者にとってのガイドラインとする。

- ・子ども発達センターにおける障害を持つ子供に昼食と牛乳を支給するプロジェクト

子ども発達センターのすべての子どもが栄養ある食事にアクセスすることが可能となるようにし、地方の貧しい子供たちの栄養不足問題を解消する。

- ・都市地域の就学前の障害を持つ子どもへの支援

貧しい子どもが看護、食糧、適切な教育とスキル開発へのアクセスを獲得できるようにする。

- ・共同体の失業者記録を発展させるプロジェクト

共同体レベルでの失業と労働市場の情報を研究し発展させる。

より具体的なレベルでの注目される動向は、レイオフされた労働者を支援するためのセンター(CALOW: the Center for Assistance to Laid-Off Workers)*の設立とレイオフされた労働者への社会保障を 6 ヶ月の延長を可能にしたこと、健康のための公的援助計画(the Public Assistance Scheme for health)の予算拡充などである。これらによる受益者は、前者の失業者で 1800 万人、後者の公的援助計画で 300 万人にのぼる。

*CALOW は各県庁所在地に設置され、レイオフされた労働者を登録し、職業訓練やカウンセリング、就職斡旋などを行う施設である。

ii) その他のプロジェクト

社会セクタープログラムローンの一環として、以下のようなプロジェクトも計画されている。

国境地方開発プロジェクト(Border Towns Development Project)

北北東地方開発プロジェクト(North-Northeast Region Area Development Project)

南部地方開発プロジェクト(A Southern Region Area Development Project)

は、2001 年に計画され、より貧困な地域の発展、メコン川地域(the Greater Mekong Subregion)の将来の成長の触媒となるように期待されている。 は 2002 年に、 は 2003 年の始動が予定されており、前者はタイにおけるもっとも貧困な地域のために、後者はこれまでのプロジェクトで培った手法を南部の各県に適用するために行われる。これらのプロジェクトはいずれも、1997 年の憲法の精神にのっとり、分権化の枠組のもとで地方政府と中央政府との連携を重視しつつ、貧困解消や共同体参加、生活の質、犯罪防止、環境保護などの問題に取り組むことが期待されている。

3 . 経済復興・社会セクタープログラム（通称：宮沢プログラム）

上記のプログラムのほかに、日本からは経済復興・社会セクタープログラム（別名：宮沢プログラム）として、1999 年に 300 億円（530 億パーツ）の円借款が行われた。プログラムの目的は経済復興、国際収支の向上、失業問題の改善である。失業問題改善のためには、ソーシャルセーフティネットの拡充と、労働集約的公共事業を通じた新規雇用創出を挙げており、約 230 億パーツを借款している⁵⁶。これを通して約 65,000 人の教育レベルの

⁵⁶ 国際協力銀行 (2001) p.69

高い労働者が、また 350 万人の非熟練労働者が就職した⁵⁷。

貧困削減については内務省コミュニティ開発局と連携し貧困緩和プロジェクト(Poverty Alleviation Project – PAP)第 2 フェーズを支援している(支援総額 = 5 億 8,000 万バーツ)。融資を受けた農村は約 2000 村落、農家 3 万人にのぼる。現金手当(cash transfer)、および物資・サービス提供プログラムでは 120 万人が受益した⁵⁸。

4 . ソーシャルセーフティネット支援策の問題点

タイ政府に対しては、通貨危機以降、世界銀行、アジア開発銀行、海外経済協力基金(OECF)、宮沢プログラムのすべてを加えて、雇用分野だけで約 357 億バーツが融資されている。これらの施策は基本的に中期的には雇用創出と、短期の貸付などを中心に構成されていたが、手続きの煩雑さなどから、必ずしも成功したとはいえず、批判も多かったといわれている。

批判の対象となったこれら施策の問題点として以下のような点が挙げられる⁵⁹。

雇用創出プログラムの実施上の問題点

- ・ 訓練対象者の文化的・社会的・経済的バックグラウンドに適さないプログラムが実施される場合が少なくなかったこと
- ・ 経済危機に対する短期的対応策という側面から、提供される雇用機会が一時的なものが多かったこと

ターゲティングの精度の問題

- ・ SSPL の資金援助によって拡充されたヘルス・カード・プログラムの資格の基準が不明確であったこと
- ・ SIP が支援した医療分野の公共援助スキーム(Public Assistance Scheme)の資格が不明確であったこと(所得にかかわらず全ての子どもと年配者に資格給付)

対応の機敏性の欠如

- ・ 宮沢プログラムが実施までにかかった期間が長すぎたこと

⁵⁷ World Bank, (2000)

⁵⁸ 国際協力銀行 (2001) p.31

⁵⁹ 国際協力銀行 (2001) p.32

補章3 タイにおけるDRGの開発と活用

1. DRGの開発プロセス

タイでは長い間、出来高払い方式と人頭払い方式がそれぞれの制度で併用されてきたが、出来高払いは費用コントロールの面で、人頭払い方式は粗診粗療の面で問題を抱えてきた。これら支払方式に関する問題点を克服するため⁶⁰、タイでは1993年より診断群別分類(DRG: Diagnosis Related Groups)の開発が進められてきた。すでに開発プロセスは実用段階に入っており、各制度において活用されている。

図表8 タイにおけるDRGの開発

年度	名称	資金	詳細
1993	交通事故保険DRG	Health System Research Institute (HSRI)	10 県 34 の公立・民間病院の入院患者 1 万人からのデータ収集し、100 の DRG を作成。
1995	低所得者層 DRG	HSRI	患者の一部負担を一部または全額免除されている 40 の公的病院の入院患者 1 万 6 千人からのデータ収集。400 の DRG を作成。
1996	DRG による効率的な支払 (DRG 第二フェイズ)	WHO	11 の県病院の入院患者に関する電子データにより DRG を作成し、診療記録のサンプルをレビュー
1997	DRG 第 3 フェイズ	-	1996 年度における 54 の県病院、及びコミュニティー病院の入院患者に関する電子データから DRG を作成。ウェールズグループは、3M より提供された。
1997-1998	DRG ガイドライン タイ版 DRG Ver.1	保健省医療保険局 (HINSO)	民間開業医による委員会での検討を行い、保健省医療保険局 (HINSO) で用いられる DRG の相対係数を調整。これらの DRG は保健省及び病院での利用を目的として開発された。
1998	1 万人の入院患者に関する DRG	-	1997 年度における 91 の県病院、及びコミュニティー病院の入院患者に関する電子データから DRG を作成。
1999	補正支払 DRG	保健省医療保険局 (HINSO)	1998 年度に 101 の病院から 160 万人分の診療データを、1999 年には 411 の病院から 280 万人分の診療データを回収し、補正支払が行われた。280 万人分のデータは、タイの一年間の受診記録の 70% にあたる。
2000	タイ版 DRG-ver.2	保健省医療保険局 (HINSO)	新しい DRG を発表。

資料：Health Systems Research Institute (2002).に三和総合研究所が加筆

2. DRGの活用

タイにおける DRG は支払方式と関連づけられながらも、PPS⁶¹は採用しておらず、予算の再配分・調整機能を担うシステムとして稼働している。保健省県病院課はタイ全土に配置されている 92 の地域病院を監督しているが、人件費以外のコストについての算出

⁶⁰ 出来高払い方式、人頭払い方式システムの問題点を解決する手段として DRG の導入されている。DRG はコスト別に疾病を分類しており、この分類とコードを支払方式の一部に用いることにより、重症患者、あるいは、コストのかかる疾患を抱える患者が入院させた場合も、病院に診療におけるネガティブインセンティブを与えないようにすることが可能と考えられている。DRG の支払方式への適用は、国によって大きく異なるが、タイでは、人頭払いの固定的な支払システムを調整するためのデバイスとして用いられており、30 パーツ制度では、人頭払いに DRG を併用する形で、請求額の 20% については、DRG の相対係数を用いた方式で精算を行うこととなった。

⁶¹ Prospective Payment System : 「1 件あたり定額払いのこと」。元来は支払方式の一つで基本的に DRG とは関連がない。DRG/PPS といった場合はある DRG 1 ケースあたりに定額の支払が行われることを意味する。

公式の策定に DRG の相対係数⁶²を用いている。また、保健省医療保険局(HINSO)では 1997 年より病院の地域レベル毎の低所得者予算の配分について相対係数を用いている。

2002 年 4 月から完全実施される 30 パーツ制度においてもこの相対係数を用いて各県への予算配分算定を行うことを決めている。これまで出来高払いを採用してきた公務員医療給付制度(CSMBS)においても請求額の 20%を DRG の相対係数によって算出する方式を採用することになっている。

タイにおける DRG の活用は、これまでの人頭払い方式と出来高払いの欠点を補完・修正するデバイスとしての機能を期待されているといえる。

図表 9 タイ版 DRG の評価

年度	DRG 群名	主たる目的	評価
1995	タイ版 DRG コンバージョンテーブル	低所得者層の患者に対する活用	1 万 6 千の低所得者ケースにおいて 80%が初めてグループ化されたが、さらに大規模なデータベースで使用した場合は、60%から 70%に減じられた。
1997	ウェールズ DRG 群	タイ DRG 第三フェーズ	70 万ケースのうち 80%が AP-DRG に有意に配置された。
1998	タイ版 DRG バージョン 1	DRG に基づく補正支払	有意な DRG としてのベンチマークは 95%。2000 年版の最新評価は 90%。
2000	タイ版 DRG バージョン 2	大学病院における被用者社会保障制度(SSS)での活用	前回データの再分析でよりよい評価。2000 年版データで有意 DRG は 97%。
2001-2002	タイ版 DRG バージョン 3	UC 政策下での活用	熱帯性感染症などタイに特有の疾病を追加されることが予定されている。

資料：Health Systems Research Institute (2002).に三和総合研究所が加筆

図表 10 タイにおける DRG の活用

年度	活動	担当局・調査	詳細
1995	基本ケアパッケージの推計	HSRI	国民全体に医療給付の適用範囲を拡大した場合の資源試算に低所得者 DRG における相対係数を活用
1996	県病院、及び低所得者向けサービスに関する資源配分	医療保険局、県病院課	病院、県への人件費以外の予算配分に、広域病院、総合病院、地域病院の平均係数を用いた。
1997	県病院、及び低所得者向けサービスに関する資源配分	医療保険局、県病院課	病院、県への人件費以外の予算配分に、広域病院、総合病院、地域病院の平均係数と当該病院の相対係数を用いた。
1998	バヤオ県における医療改革 タク県における外国人向けケアの予算推計 高額医療サービス 診療予算を持つ 3 カ所の県病院	医療改革タク地域ベース調査 HSRI 医療評議会 県病院課+HSRI	低所得者向け予算の配分に当該病院の相対係数を活用。 資源利用について他国の入院患者を比較を行うために DRG を活用 公的・民間病院における報酬額を見合ったものにするために活用 定額予算の配分と実地研究における資源利用の評価に DRG を活用
1998-2000	低所得者カード制度下の高額医療サービスへの支払に関する補正支払	医療保険局 高相対係数	個々の患者のデータを用い、ケース毎に支払

資料：Health Systems Research Institute (2002)に三和総合研究所が加筆

⁶² Relative Weight : 「相対係数」は平均的な医療資源の投入量に対する、ある特定の DRG で平均的に投入される資源量の相対値を意味する。例えば、ある地域の医療機関の全患者について、患者一人あたりの平均資源投入額を算出した場合、この数字を分母として、分子に、ある特定の DRG における平均資源投入額をとれば、そこで算出される数値が相対係数になる。通常、「0.457」や「1.254」といった数字であらわされる。この数字にベースレイト(基本単価)を掛け合わせると、その DRG における患者一人あたりの支払額が算出される。

3 . DRG 導入の問題点

DRG を導入にするにあたっての課題を、ナレスアン大学のスパシット・パナルノタイ博士は「政策的課題」と「技術的課題」に分けて指摘している⁶³。政策的な課題としては第一に、アメリカ型の医療費構造を生み出さないかという懸念である。DRG が元来アメリカの HCFA-DRG(Health Care Financing Administration)に始まるアメリカの医療財政システムであることから、タイの医療費が、アメリカの医療制度の特徴である高額医療、高度な運営、治療への偏重を生むのではないかという懸念が政策決定者の中に生まれたことを挙げている。第二に、現場レベルの人材育成の遅れを指摘している。特に県病院レベルでのマネジメント能力、コンピュータリテラシーの向上が DRG 成功のために不可欠となっている。

一方、技術的な課題としては、第一に、情報基盤の整備が挙げられる。すでに触れた人材面での課題に加え、ソフトウェアやネットワークシステムといった基本的な基盤の整備が不可欠である。特に問題となるのは、ハードウェアではなく、制度運用のためのシステムとオペレーターの育成である。

第二に、診療情報の信頼性の低さが問題になっている。タイにおいては、DRG の導入によってはじめて患者個人のデータ管理を行うという業務が発生したため、コーディングを行う職員と医師間のコミュニケーションが容易ではないとされる。提出されるデータの 45% に問題があるという調査結果も出ており、アップコーディングといった DRG に特有の現象も含め、大きな問題になっている。

第三に、DRG 群そのものの不完全性である。タイ独自に開発した DRG はタイ保健医療行政の「強み」であると同時に、大学病院などでは、そのクォリティーが批判の対象となっている。

最後に、タイの医療保険制度で DRG を活用する際に極めて重要な役割を果たしている相対係数の不正確さの問題が指摘されている。相対係数が正確に算出できない主要な要因は、患者コストに関するデータ収集が進む一方で、相対係数の算出に不可欠な病院コストに関するデータの収集が著しく遅れていることにある。個々の患者に関する病院コスト計算が可能な公的病院がほとんど存在しないことから、相対係数の算出が不正確になっているものと考えられている。

以上のようにタイにおいては先進国以外の国の中では比較的早い段階から DRG の開発に取り組んできたが、ずさんな医療提供機関のデータ集積がここに来て大きな問題になっているといえる。こうした技術面での不備を、今後克服しつつ、人的資源の育成も同時に進めつつ DRG、及びその相対係数の精度を向上させていくことが重要である。

⁶³ Health System Research Institute (2002)

補章4 タイにおける社会福祉事業の概要⁶⁴

1. 若年者・児童へのサービス

(1)施設サービス

タイの児童関連施設は大きく分けて3種類の施設が運営されている。身よりのない子供などが入所する養護施設(Children's Home)は、全国で20カ所、約6千人が入所している。問題行動や非行のある児童を収容し、自立更正を目指す、児童自立支援施設と児童福祉施設(Reception Homes and Child welfare homes)は2カ所ずつ計4カ所で、約1,700人が収容されている。児童職業訓練センター(Vocational training center for children)は農業技術などを中心に技術訓練を行い、児童が農村部で将来的に自立した生活を営む上での支援を行う。

図表11 タイにおける児童関連施設(2000年)

施設種別	地域	施設数	入居者数
養護施設	バンコク(3カ所)、チェンマイ(2カ所)、ノンタブリ、チョンブリ他	20	6,007
児童自立支援施設	バンコク、ノンタブリ	2	1,063
児童福祉施設	レイヨン、コンケン	2	626
児童職業訓練センター	シサケート	1	89
合計		25	7,785

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

(2)里親制度(foster care placement)

孤児や廃疾児童を養育する親族、施設で養育されている児童に対して、月額500バーツが支給される。ソーシャルワーカーが定期的に家族を訪問し、状況を観察している。2000年現在、885人の児童が里親のもとで養育されている。また、定期的に養育家族同士が集い、それぞれの経験について情報交換するなどの活動を公的福祉局で支援している。現在のところ450家族が参加している。

(3)家庭内児童への社会サービス

図表12 家庭で養育されている子どもへの援助(2000年)

類型	単位	貧困家族	エイズ感染家族
1.経済的な支援	家族	74,366	1,289
	パーツ	77,017,150	1,465,350
2.消費財への支援	家族	309	31
	パーツ	392,850	33,500
3.学生への奨学金/文房具品の供与	人	83,410	9
	パーツ	11,200,000	1,150

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

⁶⁴ 本補章は、すべて Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)と、公的福祉局担当者へのインタビュー内容から作成した。

通常の一般家庭で養育されている児童への教育、医療、カウンセリング、金銭的援助、文具の供与などの支援を行うサービスで、親がある場合でも支給される。こうしたサービスによって、低所得者層の児童が施設に預けられるリスクを回避することができる。

(4)児童保護

福祉保護として虐待された児童への支援やストリートチルドレンの保護などを実施している。この他、カウンセリング・市内パトロールなどを NGO などと共に実施し、非行防止などに務めている。また指導・支援を受けた児童のその後の追跡調査なども実施している。

また、公的福祉局管轄の 78 のデイサービスセンターでは 6 歳未満の児童に対する「幼年児童育成プロジェクト(Young Children's Development Enhancement Project)」を実施し、2,862 人の児童が参加している。さらに、貧困地域や都市部における民間事業者によるデイサービスセンターの設立も推進している。

図表 13 児童福祉保護プログラム (2000 年)

活動内容	保護児童数
福祉保護	
警察や後見人からの依頼に基づく浮浪、ストリートチルドレン、問題行動のある児童に関する調査	17,268
虐待児童への支援	263
我慢している児童からのサインを捕捉	9
浮浪児童のケア提供後の行動についての追跡調査	567
支援児童へのフォローアップ	240
児童のパスポート発行への文書作成支援	17
児童の行動に関する追跡・調査	
2 回以上のケアを受けた児童の行動追跡	3,327
支援を受けた児童のフォローアップ	86
家族・児童ガイダンス	
後見人の依頼に基づく児童の行動更正とフォローアップ	354
支援を受けた児童のフォローアップ	338
児童・家族の問題に関する電話カウンセリング	11,727

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

(5)養子縁組の促進

タイでは 1979 年に制定された「児童養子法(Child Adoption Acts)⁶⁵」により、児童養子委員会(Committee on Child Adoption)が養子縁組の検討を行うこととなった。

バンコク地域、及び海外在住者が養子を希望した場合は、児童養子センター(Child Adoption Center)を通じて児童養子委員会に申請を行う。その他の地域に在住する者の場合は、各県の児童養子小委員会(Sub-Committee on Child Adoption)に申請を行い、決定を待つ。

⁶⁵ その後、1990 年に改正。

NGO も公的福祉局の監督のもと、養子縁組のアレンジを行っている。

一旦、養子縁組が仮決定されると、6カ月の試行期間を経て、養育の能力が認められれば、正式承認されることとなっている。公的福祉局のソーシャルワーカーによるフォローアップも実施されている。この他にも孤児やストリートチルドレンに対する様々な事業が局所的に実施されているが、NGO や民間セクターの協力の下に実施されているものが多く、恒常的に実施されている事業は少ない。

図表 14 養子縁組の実施と受け入れ困難ケース(2000年度)

実 施	養子縁組申込(人)		
	国内養子縁組	国際養子縁組	合 計
1.養子縁組相談	1,084	521	1,605
2.養子受け入れ申込	892	916	1,808
3.養子縁組実施	371	570	941
4.養子縁組登録者数(家族)	698	651	1,349
5.養子縁組登録者数(子ども)	728	662	1,390
-公的福祉局の保護による子ども	125	495	620
-NGOの保護による子ども	2	104	106
-親が養子縁組のため子どもを手放すことを同意している子ども	563	63	626
-裁判所の命令によって養子縁組を認められた捨て子	38	-	38
6.外国人家族に預けるのは困難であると思われる児童のケース	-	146	146
困 難 ケ ー ス			人 数
HIVに感染した児童	-	-	57
健康状態の悪い児童	-	-	38
障害児	-	-	7
4歳以上の児童	-	-	57

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

2. 女性に対するサービス

女性に対するサービスは主に職業訓練として行われている。女性向けの職業訓練所はタイ国内に5カ所あり、労働社会福祉省が管轄している。職業訓練希望者は、直接職業訓練所に申し出るか、各県の公的福祉局に申し出ることにより参加することができる。

図表 15 タイにおける女性職業訓練センター(2000年)

施設名	所在地	入居者数
中央女性福祉職業訓練センター	ノンタブリ	963
マハ・チャクリ・シリントーン王女生誕36年記念女性福祉職業訓練センター	チョンブリ	1,309
ラタナファ女性福祉職業訓練センター	コンケン	878
東北女性福祉職業訓練センター	シサケット	996
北部女性福祉職業訓練センター	ランバン	1,805
チェンマイ女性福祉職業訓練センター	チェンマイ	681
南部女性福祉職業訓練センター	ソンカラ	522
合計		7,154

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

原則として 16 歳以上、35 歳未満の女性は入寮、それ以上の年齢の女性は通学となる。タイでは失業した女性が貧困を回避するため、また十分な知識もないために娼婦になるケースが多く、こうした状況を回避する上でも非常に重要な役割を果たしている。職業訓練としては、美容師、マッサージ、ホテル業務、ウエイトレスなどの職種に向けたカリキュラムが用意されている。

3 . 高齢者サービス

(1)施設サービス

高齢者向けのサービスは施設サービスの提供、社会サービスセンターでのサービス提供に分けられる。施設サービスは以下の通り、タイ全土で 20 カ所設置されている。入居者数は 2,896 人と少ないが、タイでは家族介護・家族扶養の役割が非常に強く、こうした高齢者向け入所施設を利用するのは、身寄りがない高齢者であることが多い。

図表 16 タイにおける高齢者向け入所施設

施設名	所在地	入居者数
Bnagkhae Home	バンコク	296
Bnagkhae Home 第二	バンコク	118
Chalerm Ratchakumari Home	カンチャナブリ	31
Chanthaburi Home	チャンサブリ	94
Bang Lamung Home	チョンブリ	326
Uthong Phanang Tak Home	チャンホン	118
Thammapakorn Home	チェンマイ	194
WainThong Nivet Home	チェンマイ	123
Si Trang Home	トラン	114
Chalerm Ratchkumari Home	ナクホンパトム	77
Nakhon Pathom Home	ナクホンパトム	140
Thammapakorn Home at Pho Klang	ナクホン・ラチャシマ	192
Thammapakorn Home at Wat Muang	ナクホン・ラチャシマ	139
Kao Bo Kaew Home	ナクホン・サワン	139
Buri Ram Home	ブリラム	84
Vasanawer Home	パラナクホンシアユタヤ	229
Phuket Home	プーケット	104
Maha Sarakham Home	マハサラカン	132
Thaksin Home	ヤラ	138
Lob Buri Home	ロブブリ	128
合計		2,896

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

また、施設サービス以外にも、全国 14 カ所で公的福祉局が運営する社会サービスセンターでは、医療サービス、所得増加支援活動、心理療法、教育活動、ソーシャルワーク、宗教活動、移動事務所、緊急施設の提供などが行われている。

(2)月一回特別給付・福祉老齢給付

1993年のタイ正月（4月30日）に政府は、恵まれない高齢者や貧困高齢者などに対して200バーツの特別手当の給付を実施した。この事業は、以降、特別給付から通常給付に移行し、現在は福祉老齢年金制度として機能している。1999年以降は、通貨危機の影響もあり、月額100バーツを上乗せし、2000年からは支給形態を変更して四半期毎に900バーツずつの支給となっている。2000年現在、全国で6万人以上が給付を受けている。

4. 生活困窮者サービス

生活困窮者向けには、収容施設と貧困救済施設の二種類が用意されており、収容施設はタイ全土で2カ所、貧困救済施設は9カ所設置されている。収容施設は、物乞いの管理に関する法律(Begging Control Act 1941)に違反し有罪判決を受けた者、及びホームレス、浮浪者を収容する一時施設として機能している。

また、貧困救済施設は生活困窮者に対して生活必需品を提供し、職業訓練等を行うことで、社会復帰への支援を行っている。

図表 17 タイにおける収容施設と貧困救済施設

施設名	所在地	入居者数
収容施設		
チェンマイ収容施設	チェンマイ	297
ノンタブリ収容施設	ノンタブリ	3,272
合計		3,569
貧困救済施設		
タンヤブリ男性救済施設	パッサムタニ	1,121
タンヤブリ女性救済施設	パッサムタニ	1,096
プラチュアアップキリカン施設	プラチュアアップキリカン	215
バンメタ施設	ナクホンラチャシマ	713
バンシジョン施設	ナクホンシタマラット	104
ワントン施設	フィツサヌロック	612
クムサカエ施設	ペチャブリ	472
サップクワン施設	サラブリ	169
バンナクホンブルアイ施設	シサケット	209
合計		4,711

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

5. 障害者サービス

障害者施策については、職業訓練所の設置を中心に、障害者の社会復帰を重点課題として取り組んでいる。障害者は、登録制をとっており、なんらかの障害を持つ人は、政府に登録を行うことになっている。障害の重さに応じて5段階の障害階級が与えられている点は日本と同様である。

公的福祉局が運営する職業訓練所は、全国に9カ所設置されているが、この他にもNPOなどの設置する職業訓練所などがサービスを提供している。また、障害者リハビリテーション法に基づき、各企業には障害者を一定割合以上雇用することが求められている。ただし、雇用しなかった場合について、特に罰則規定は設けられていない。

(1)障害者の家族の援助

2000年現在、障害者の家族に対する援助の内訳は次の通りである。カウンセリング - 43,362人、家族支援 - 9,311人、以上に計16,443,023パーツ。制度的ケアや職業訓練センターの紹介 - 1,524人、その他の機関の紹介 - 275人。

(2)障害者に対する生活手当

貧困な、あるいは失業中の障害者は500パーツの月1回特別手当(monthly subsistent allowance)を受けることができる。2000年現在、15,000人の障害者が月1回特別手当を受けている。この特別手当は障害者が公的福祉局のケアにとどまるよりも家族と共に生活することを可能にするという役割が期待されている。

また、公的福祉局は貧困な障害者に対して車椅子などの支援器具を無料で提供している。

(3)障害者の職業訓練

公的福祉局は障害者に向けて、ドレスメーキングや修理工など17の職業訓練コースを用意している。これらのコースは8つの障害者向け職業リハビリセンターと1つの職業訓練センターの計9つの施設で実施されている。また、施設では職業訓練のほかに、非公式の教育コースも用意されている。

図表 18 障害者の職業訓練

センター名	地 方	訓練者数
1.コンケン職業リハビリセンター	コンケン	129
2.ヤトフォン職業リハビリセンター	チェンマイ	95
3.ナコンシータマラト職業リハビリセンター	ナコンシータマラト	51
4.障害者職業開発センター（作業所）	ノンタブリ	49
5.社会福祉サービスセンター	ロブブリ	79
6.Phrapradaeng 職業リハビリセンター	サムットプラーカー	69
7.Ban Thong Phun-Phaopharat 職業リハビリセンター	ウボンラチャタニ	80
8.東北職業リハビリセンター	ウボンラチャタニ	43
9.ノンカイ職業リハビリセンター	ノンカイ	71
合計		666

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

(4)障害者の雇用対策

障害者リハビリテーション法に基づき、200人以上の従業員を持つ企業に対しては従業員200人につき1人の障害者を雇用することが求められている。障害者の雇用を望まない企業に関しては、その代わりに障害者リハビリ基金(the Rehabilitation Fund for People with Disabilities)への寄付を選択することができる。

(5)障害者向けの入所施設

公的福祉局は児童から老齢までの家族に見放された障害者に対して入所施設サービスを提供している。施設では基本的な生活必需品の提供、医療リハビリ、職業リハビリなどが行われる。2000年現在で、9つの障害者向け入所施設に3,779人の障害者が入居している。

図表 19 障害者向け入所施設

センター名	地 方	入居者数
1.精神障害を持つ乳児のための Pak Kred Home	ノンタブリ	474
2.精神障害を持つ児童(男子)のための Pak Kred Home	ノンタブリ	655
3.精神障害を持つ児童(女子)のための Pak Kred Home	ノンタブリ	533
4.障害を持つ児童のための Pak Kred Home	ノンタブリ	450
5.障害者のための Phra Padaneg Home	サムットプラカー	516
6.障害者のための Bangpakong Home	チャチェンサオ	372
7.障害者のための Karunyavet Home	チョンブリ	172
8.男性のためのハーフウェイホーム	パッサムタニ	379
9.女性のためのハーフウェイホーム	パッサムタニ	228
合計		3,779

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

(6)コミュニティに根ざしたりハビリテーション(CBR)

制度的なりハビリサービスを受けることのできない遠隔地の障害者に対しては、コミュニティに根ざしたりハビリテーション(CBR)なるプロジェクトを推進することが望ましい方とされている。1998年時点で、6つの遠隔小地域で CBR プロジェクトが実行され、現在その範囲の拡大が模索されている。

6. エイズ患者に対する支援

保健省が実施している HIV に感染した患者に対する医療ケアとは別に、公的福祉局でもエイズ患者に対するサービス提供を行っている。HIV に感染した児童やエイズで親を失った孤児等に向けられた入所施設の提供、AIDS の両親を持つ家族の児童に対するサービス、エイズ患者に対する月1回特別手当支給などである。

図表 20 HIV 感染者の母親から生まれた乳児および児童向け入所施設

センター名	地方	児童数
乳児のための Phayathai Home	バンコク	104
児童のための Wiengping Home	チェンマイ	151
女子のための Northeastern Home	ウドンサニ	31
児童のための Songhla Home	ソンハラ	29
合計		315

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

図表 21 エイズ患者に対する月 1 回特別手当支給（2000 年）

地方	月 1 回特別手当を受給するエイズ患者数	
	人	百万パーツ
中央	390	1.95
東北	328	1.64
北	6,351	31.76
南	131	0.65
合計	7,200	36.00

資料：Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001)

7. 被災者に対するサービス

1942 年以來、公的福祉局は、火事や洪水などの人的災害の被災者、共産主義暴動やテロなどの人的災害の被災者、その他国内外で難事に遭遇したタイ国民に対する支援とリハビリサービスを行っている。サービスは 5 つの地域災害救助センターを通じて行われているが、近年は NGO との連携も活発になっている。

8. 家族・コミュニティーに対するサービス

何らかの社会問題の影響を受けた人々に対しては、公的福祉局のソーシャルワーカーが事前に社会調査を行ったり、緊急時の直接的な援助、電話相談サービスなども適宜実施している。

低所得の家族向けのサービスには以下のようなものがある。第一に、一家族につき 2000 パーツの金銭的支援を行っている。その他、職業支援集団基金や家畜の飼料を購入する家族への金銭的支援、公務への一時的雇用などのサービスを実施している。

コミュニティーの福祉については、児童のデイケアや図書館サービスなどの社会福祉サービスを提供するコミュニティーサービスセンター、高齢者向けのコミュニティーサービスセンター、市民が自ら問題解決を行うための拠点となる都市地域支援センターなどの設立を通じて、コミュニティーの人々を支援している。

また、ホームレス対策としては、火事その他の災害や裁判所命令によって借家からの退

去を余儀なくされたという理由によってホームレスとなった人々に対する緊急シェルターを4カ所設立し、467のホームレス家族、1,145人を収容している。

9 . 山岳民族に対するサービス

タイにおける山岳民族の人口は、77万人以上にのぼり、その居住地も20県にまたがっている。タイ政府は、1987年以来、「統合政策」のもとに「開発と福祉に関するプログラム」を展開してきた。現在、14の山岳地域の福祉と開発センター(Hilltribe Welfare and Development Centres)が20県、1,838村の465,537人の山岳民族に対して福祉サービスを提供している。以上の数字から分かるとおり、山岳民族のうち、約30万人が現在においても公的福祉局が提供するサービスを利用することの不可能な状況にある。

補章 5 参考文献

- Administrative Committee Preparing 9th National Health Development Plan (2001) *National Health Development Plan, During 9th National Economic and Social Development Plan, B.E.2545-2549 (2002-2006)*, in Thai, unpublished
- Alpha Research Co.,Ltd. (2001) *Thailand Public Health 2001, 3^d edition*
- Asher, Mukul G. (1999a) *Social Security Reforms in Southeast Asia*, World Bank.
- Asher, Mukul G. (1999b) *South East Asian Provident Fund and Pension Fund: Investment Policies and Performance*, World Bank.
- Asher, Mukul G. (2000) *Reforming Civil Service Pension in Selected Asian Countries*, World Bank.
- Asian Development Bank (1998) *Social Sector Program Loan – Quarterly Newsletter – October 1998*
- Asian Development Bank (2000) *Country Assistance Plan, 2001-2003, Thailand*
- Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2001) *Annual Report 2000*
- Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare (2002) *Social Welfare in Thailand*, presentation document, unpublished
- Ginneken, Wouter van ed. (1999) *Social security for the excluded majority: Case studies of developing countries*, ILO
- Health Systems Research Institute (2002) *Health Insurance Systems in Thailand*
- IMF (2000) *Implementation of the social security system*.
- Kawaguchi, Noriko (2001) *Introduction of National Health Insurance System in Middle Income Countries*, unpublished
- Kesornsutjarit, Jiraporn (2000) *Social Security System in Thailand: Past Experiences, Obstacles and Ways to Reform*, Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare, Unpublished
- Knodel, John and Chayovan, Napaporn and Graiurapong, Siriwan and Suraratdecha, Chutima (1999) *Aging in Thailand: An Overview of Formal and Informal Support*, Population Studies Center, University of Michigan
- Lebnak, Prachaksvich (2002) *Registration and Information System*, presentation document, unpublished.
- Mahmood, Moazam and Aryah, Gosah (1999) *An Appraisal of the Labour Market and Policy in the Context of the Macroeconomy – Growth, Crisis, and Competitiveness in Thailand*, presentation
- Mills, Anne and Bannett, sara and Siriwanarangsun, Porntep and Tangcharoensathien, Viroj (2000) *The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand, Health Policy 51*,

- pp.163-180.
- Ministry of Finance, Government of India (2001) *An assessment of government of India's pensionary liability*, annex p.p.47-50
- Ministry of Labour and Social Welfare (N.A.) *Summarize of the Sub-Committee's Recommendation*, Unpublished
- Ministry of Public Health (2000) *Thailand Health Profile 1997-1998*
- Ministry of Public Health (2001) *Public Health Statistics A.D.2000*
- Ministry of Public Health (2002) *Plan for Development of Financial Management Potential of Medical Treatment Institution Under Universal Health Care Coverage Program 4th*, in Thai.
- National Social Welfare Promotion Committee (2001) *National Social Work and Social Welfare Development Plan no.4 (B.E.2545-2549) (2002-2006)*, in Thai, unpublished.
- National Statistical Office, Office of the Prime Minister (2000) *Report of Illness and Health Welfare, The Social Survey 1999*
- National Statistical Office, Office of the Prime Minister (2001) *Thai Elderly*
- Nitayarumphong, Sanguan and Mills, Anne ed. (1998) *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries*, Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand
- Nomiyama, Masayuki (2001) *Recent Employment Situation and Urgent Employment Policy in Japan – Similarity and Difference with Thailand*, presentation document, unpublished.
- Phananiramai, Mathana and McCearry, W.A. (1999) Options for Extending the Coverage of Social Security to the Self-employed, *TDRI Quarterly Review* Vol.14 No3 September 1999, pp. 3-10, Thailand Development Research Institute
- Pongsapich, Amara (N.A.) *Social Safety Nets in Thailand: Analysis and Prospects*
- Ramesh, M with Asher, Mukul G (2000) *Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social security, Health and Education Policies*, Macmillan Press LTD
- Robert Holzmann, Ian W. Mac Arthur and Yvonne Sin (2000) *Pension Systems in East Asia and the Pacific: Challenges and Opportunities*, World Bank
- Social Fund Office (N.A.) *Social Investment Fund Implementation Progress*
- Social Fund Office (N.A.) *The social Investment Fund in Thailand: A Social Safety Net*
- Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2000) *Social Security Scheme in Thailand*
- Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001a) *Annual Report 2000*
- Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001b) *Workmen's Compensation Act B.E.2537*, unpublished
- Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001c) *Workmen's Compensation Act B.E.2537*, unpublished

- Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2001d) *Social Security Act Thailand, unpublished.*
- Social Security Office, Ministry of Labour and Social Welfare (2002) Presentaion document for JBIC research, unpublished.
- Supakankunti, Siripen (1997) *Future Prospects of Voluntary Health Insurance in Thailand*, Takemi program in International Health, Harvard School of Public Health
- Tae-arak, Preeda (2002) *Decentralization and Primary Medical Care*, Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health, unpublished.
- Tangcharoensathien, Viroj (2002) *The reform of free for service scheme: a case study of Civil Servant Medical Benefit Scheme*, presentation document for the International Conference : Health Care Reform in reference to fiscal, health care quality and combinaion of oriental and western medicine, held in Korea, unpublished
- Tangcharoensathien, Viroj and Harnvoravongchai, Piya and Pitayarangsarit, Siriwan and Kasemsup, Vijj (2000) Health impacts of rapid economic changes in Thailand, *Social Science & Medicine* 51, pp.789-807.
- Tangcharoensathien, Viroj and Supachutikul, Anuwat and Lertiendumrong, Jongkol (1999) The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn?, *Social Science & Medicine* 48, pp.913-923.
- Thumwanna, Patchanee (2002) *Payment Mechanism of Health Insurance in Thailand*, Health Insurance Office, presentation document, unpublied.
- Wibulpolprasert, Suwit (2002) *Health Care Systems in Thailand*, unpublished
- World Bank (2001a) *Thailand Social Monitor: Poverty and Public Policy*
- World Bank (2001b) *Thailand: Country Development Partnership for Competitiveness*
- World Health Organization (2000) *World Health Report 2000*
- Yip, Winnie C. with Supakankunti, Siripen and Sriratanaban, Jiruth and Janjaroen, Wattana S. and Pongpanich, Sathirakorn (2001) Major Applied Pesearch 2, Working Paper 4, *Impact of Capitation Payment: The Social Security Scheme of Thailand*, Abt Associates Inc.
- 厚生統計協会(2001)「国民衛生協会」
- 国際協力銀行(2001)『貧困プロフィール-タイ王国』
- 国際協力事業団(1996a)『タイ国別援助研究会報告書(第2次)(現状分析)』
- 国際協力事業団(1996b)『国別援助研究会報告書(第2次)』
- 財団法人 医療経済研究機構(1997)0『社会保障の国際協力に関する調査研究報告書』
- 財団法人 人口問題研究会(2001)『第5回厚生政策セミナー講演集 アジアと社会保障』

< 参考 > 本文中に用いられている用語・略号・英語表記

略号	英語表記名称	日本語表記
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AHB	Area Health Board	地域保健医療委員会
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme	公務員医療給付制度
CUP	Contractor Unit for Primary care	一次医療契約病院
DPW	Department of Public Welfare	公的福祉局（労働社会福祉省管轄）
DRG	Diagnosis Related Groups	診断群別分類
GPF	Government Pension Fund	政府年金基金
HINSO	Health Insurance Office	医療保険局
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
MOLSW	Ministry of Labour and Social Welfare	労働社会福祉省
MOPH	Ministry of Public Health	保健省
PCU	Primary Care Unit	プライマリケアユニット
PHO	Provincial Health Office	県保健医療事務所
SSF	Social Security Fund	被用者社会保障基金
SSO	Social Security Office	社会保障局
SSS	Social Security Scheme	被用者社会保障制度
UC	Universal Health Care Coverage	UC
WB	World Bank	世界銀行
WCF	Workmen's Compensation Fund	労働者補償基金
WCS	Workmen's Compensation Scheme	労働者補償制度
-	Province	県
-	District	郡
-	Tambon	タンボン
-	Village	村