

## 特集：福祉国家の多様性：比較福祉レジーム論の射程

## 東南アジアの福祉と国家についての一考察

— タイの事例をつうじて —

河森 正人

## I. 東南アジアにおける福祉と国家についての論点

東南アジアの中で社会保障が比較的整備されているタイでも、医療が皆保障化されたのみであり、たとえば一般庶民向けの年金はあまり整備されていない。もっとも、いったん導入された医療保障制度といえども、少子高齢化という条件下でその持続性には疑問が付きまとう。もちろん、いかに介護を支える仕組みを構想するかも喫緊の課題である。こうしたタイをはじめとする東南アジアの福祉と国家についての研究は緒に就いたばかりである。比較研究の面でいうと、日本、韓国、台湾の福祉国家については後発福祉国家論などの文脈で研究が進んでいるのにたいし、東南アジアについては開発主義モデルがあるものの、社会保障についての詳細かつ包括的な国別研究が未着手のため、比較研究のための基盤が未整備である。

この東南アジアにおける福祉と国家について考えるばあいの前提として、さしあたりふたつの点を押さえておく必要があるだろう。ひとつ目は高齢化の問題である。欧米諸国と東アジア（広義の）の間で高齢化のスピードに差がみられることについてはあらためてここで紹介する必要はないだろう。重要なことは、日本や韓国などの東アジア先進諸国と中国や東南アジアの間で、経済成長

と高齢化の関係性における異なるパターンがみられることである。つまり、中国や東南アジア諸国は、所得レベルが比較的低くかつ国家による社会保障が未整備な段階で高齢化社会に突入するのである。もう少し詳しくみると、東アジア（広義の）の中には、一人当たりのGDPがそれほど高くないまま「人口ボーナス」が終了し、豊かさを十分達成できていない段階で「人口オーナス」に入っていく国がいくつかあると予想されているのである。すなわち、日本、韓国、シンガポールなどは比較的高い所得に達した後で「人口オーナス」の時期を迎えるが、中国、そしてタイをはじめとする東南アジア諸国は1人当たりGDPが1万ドル以下で「人口オーナス」の局面に入っていくと予想されている。もうひとつ押さえておく必要があるのは、東南アジアでは医療サービスの普遍化の要請と高齢化にともなう介護サービス普及の要請が同時進行で起こっているということである。この点について、日本では40年ちかくのタイムラグがあった。

つぎに、高齢化と社会保障の関係について福祉分野に絞ってみておくならば、今後、中国や東南アジアの場合は農村人口が相当程度残った段階で高齢化が進行すると考えられ、政府による比較的手厚い社会保障のシステムの導入が可能であった「東アジア先進国型」とは異なる社会保障システムを考えていく必要があるといえる。たとえば、

日本、韓国、台湾などでは政府が介護保険制度を準備し、その担い手として民間介護事業者、NPO、社会福祉法人などが機能したが、中国や東南アジア諸国のとりわけ農村部ではこうした制度の導入と担い手が期待できないのである。よって、農村部で先鋭的に現れる高齢化問題に対応した、小資源型の介護システムの構築と地域福祉実践が求められているのである。

そこで、東南アジアの社会保障を比較するうえでの枠組みとして、①社会保障にかかわる「政府（サービス供給者としての）」、「コミュニティ住民組織」、「家族」、「市場」といった4つの主体の設定、およびその布置状況（portfolio of social security）の確認と、②これらを調整する政府の能力（調整者としての政府）、の組み合わせを提案したい。とりわけ東南アジアの高齢化社会における政府、コミュニティ住民組織、家族、市場のあいだの機能分担について、その地域的多様性と動態

を描き出すという作業が現在求められているといえよう。タイの場合、家族の機能が徐々に低下しつつあり、他方、市場による福祉供給がほとんど存在しないなかで、かりに「福祉社会」の主たる担い手としてコミュニティ住民組織を重視するにしても、まだまだファイナンス面や組織運営における知識面で自立できる存在ではなく、とりわけ政府のさまざまな支援なしには存続しえないという現実が存在する。したがって、長期的にみれば政府の財政的再分配の機能やサービスの供給者としての機能が低下するにしても、「福祉社会」にむけた支援者ないしは調整者としての政府の機能は軽減することはないだろう。

さらに、4つの主体それぞれが、ファイナンスとサービス供給というふたつの側面をもつことも視野に入れておく必要があるだろう。たとえば日本の介護保険のばあいという、ファイナンスは政府、サービス供給は市場や社会福祉法人によって担わ

	医療	福祉	年金（所得保障）
サービス供給	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ インフォーマル・セクターや自営業者対象の 30 パーツ医療制度（UC）では<b>政府</b>（国立のコミュニティ病院（CUP）を中核とする医療体制）</li> <li>・ 民間被雇用者対象の社会保障基金（SSS）のスキームでは<b>市場</b>（民間の病院）と<b>政府</b>（国立の病院）が混在</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健ボランティア、高齢者在宅福祉ボランティア、住民組織などの<b>コミュニティ住民組織</b></li> </ul>	
ファイナンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 30 パーツ医療制度（UC）は、<b>政府</b>（国民健康保障事務局）の管轄で「税方式」</li> <li>・ 公務員・国営企業労働者医療保障（CSMBS）は、<b>政府</b>（財務省）の管轄で「税方式」</li> <li>・ 社会保障基金（SSS）は、<b>政府</b>（労働省）の管轄で「社会保険方式」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護サービスむけのマッチング・ファンド（<b>中央政府</b>、<b>地方政府</b>、<b>家族</b>）としての「タムボン健康基金」</li> <li>・ 30 パーツ医療制度のもとでの障害者に対する人頭割予算（<b>政府</b>）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公務員や民間被雇用者については、それぞれの基金（<b>政府</b>管掌）をつうじた給付</li> <li>・ インフォーマル・セクターに対する生活補助金については、内務省行政局からの予算（<b>中央政府</b>）を原資とし、運営は<b>地方政府</b>が実施</li> <li>・ インフォーマル・セクターを対象に、<b>コミュニティ住民組織</b>によって運用される「コミュニティ福祉基金」</li> </ul>

（出所）筆者作成。

図1 各分野のサービス供給およびファイナンスの主体（タイ）

れているといった具合に、分けて考える必要がある。また、タイの30パーツ医療制度（純粋に医療の部分）のばあい、ファイナンスおよびサービス供給とも政府（中央政府）によって担われている。このように、社会保障のファイナンスとサービス供給をめぐるのは、さまざまな組み合わせが存在するのである。したがって、本稿では社会保障の提供者を、「政府」、「コミュニティ住民組織」、「家族」、「市場」と設定したうえで、それぞれをファイナンスとサービス供給というふたつの部分に分けて考えることにしたい。タイにおける分野別（医療、福祉、年金）の特徴を以上の視点からあらかじめ整理しておく、図1ようになる。以下、医療分野から順番にみていこう。

## II. 医療保障分野における政府の役割強化

### 1. 30パーツ医療制度

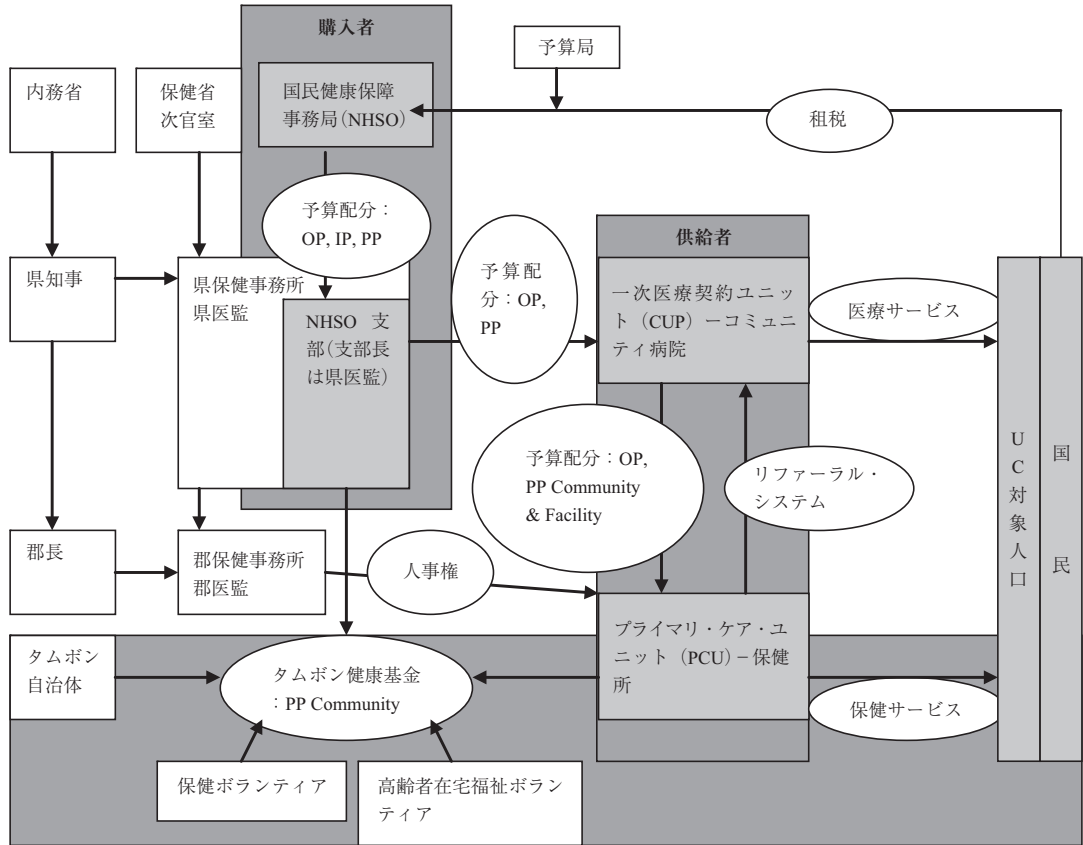
医療の皆保障化の存在を福祉国家の重要指標の一つに用いるなら、近年タイが福祉国家的指向を示していると考えられることができるが、その特徴は「税方式」と「社会保険方式」の混在である。タイでは、公務員・国営企業労働者医療保障（CSMBS、財務省管轄で税方式を採用、加入者約500万人）に加え、2002年に全民間事業所が社会保障基金（SSS、労働省管轄で社会保険方式を採用、加入者約1000万人）に強制加入となったことで、職域部門で皆保険が実現し、加えて2002年の30パーツ医療制度（UC、国民健康保障事務局管轄で税方式を採用、加入者約4900万人）の導入により地域保険が確立し、ここに国民皆医療保障が実現したとされる。

まず、タイの医療保障とりわけ30パーツ医療制度に関する国家のスタンスの変化を歴史的に考えるならば、あるいは経路依存性の議論を踏まえるならば以下のようなだろう。すなわち、タイでは農村医師官僚が1980年代においてベバリッジ型社

会保障モデルを志向していた。これを30パーツ医療制度として具体化し、1990年代末にタイ愛国党に提案したわけである。タイ愛国党政策チームはこれを基本的に了承したが、制度の持続性の観点から、当初はビスマルク型社会保障モデルを構想していた。しかし2001年1月の総選挙を目前にして所属議員は、有権者にあらたな出費を強いる、すなわち社会保険料を徴収するのでは選挙が戦えないとして、ビスマルク型社会保障モデルを拒否したのである。こうして結果的にベバリッジ型社会保障モデルが採用されることとなったのである。このように、タイの30パーツ医療制度が税方式をとることになった要因としては、官僚の理念と政治家の利害の一致があったことを指摘しうる。

この総人口の7割を対象とする30パーツ医療制度では、1回30パーツの手数料で、疾病の診断・治療（心臓病などの高額治療や伝統治療営業法に定める伝統医療を含む）、出産（2回以内）、入院患者向けの食費および室料、歯科治療、国家基本薬剤リストに沿った薬剤、医療機関間のリファーマル（送致）などのサービスがカバーされることになっている。

図2にしたがって予算フローについてみてみると、30パーツ医療制度における1人当たりの医療費予算は、①外来患者サービス（OP）、②入院患者サービス（IP）、③予防的サービス（PP）、④事故・急患サービス（AE）、⑤高額医療サービス（HC）、⑥緊急医療サービス（EMS）、⑦報酬加算的投資予算、⑧僻地加算、⑨医療過誤の際の一時見舞金などから成っており、たとえば2014年時点での1人当たりの予算額は2,895パーツである。国民健康保障事務局から各支部へは、登録人口分の予算が下りてくるが、具体的には①外来患者サービス（OP）、②入院患者サービス（IP）、③予防的サービス（PP）などがここに含まれ、その他は中央に留め置かれる。各支部での運用であるが、こ



(出所) 河森 (2009 : 131) を改変。

図2 30 パーツ医療制度 (UC) の制度設計

ここでは分離の人頭配分、すなわち①外来患者サービス (OP) と②入院患者サービス (IP) を分離する方式が採用され、登録人口分の①外来患者サービス (OP) の予算と③予防的サービス (PP) の予算が郡レベルのコミュニティ病院 (CUP) に配分される。さらに、コミュニティ病院の下にタムボン (行政区)・レベルの単数・複数の保健所 (PCU) がぶら下がる格好になっている。保健所には看護師、助産婦、事務職員が常駐して保健・公衆衛生サービス、初歩的な治療や薬の処方を行う。保健所での処置が困難で、医師による医療行為が必要な場合に保健所からリファー (送致) されるのがコミュニティ病院である。このコミュニティ病院と保健所であるが、いずれも国立の医療機関であ

る。登録人口分の人頭予算 (capitation) がコミュニティ病院から保健所へ配分されるが、これを梃子にしながらコミュニティ病院と保健所の関係性を固定化するとともに、コミュニティ病院常駐の家庭医・総合医による持続的かつきめの細かい診療を確保することが目指されるのである。

次に、地域レベルにおける健康増進やリハビリ・介護の財政的・組織的基盤として構想された「タムボン健康基金」をみておこう。この部分については、国民健康保障事務局、自治体および住民の3者の拠出によって運営される。よって、この部分については「税方式」ではなく、「マッチング・ファンド方式」が採用されている。国民健康保障事務局支出分の原資は、30パーツ医療制度の

予算細目のうちの「コミュニティ内予防的サービス (PP Community)」予算である。この「タムボン健康基金」を財源として、保健ボランティアが生活習慣病のリスク人口に対する保健指導をしたり(1次予防)、障害者や要介護高齢者向けのリハビリや介護(3次予防)を行うことが可能である。よって、30パーツ医療制度は、福祉領域もカバーする仕組みとなっているといえる。

30パーツ医療制度は、同じく税方式をとるイギリスのNHS(国民保健サービス)との類似性が認められる。ひとつめは、国民への医療サービス提供において、「購入者」(具体的には国民健康保障事務局)と「供給者」(具体的には主として国立医療機関)が分離されたことである。教育や医療といった公共性の高い分野で「購入者」と「供給者」を分離し、いわゆる「内部(擬似)市場」を創設することによって供給者間に競争状態をもたらすとともに消費者の選択肢を広げるといった試みは、イギリスの「NHS(National Health Service)&コミュニティケア法」を嚆矢とする。1990年に成立した同法では、NHSの組織を分割し、保健当局がサービスの購入機能を、NHS国立病院が保健当局の直接コントロールから外れて独立してNHS供給機能を担うことになり、供給者である病院が購入者である保健当局との契約を求めて競争する擬似市場を設定した。イギリスとの類似性のふたつめは、コミュニティ内における疾病予防の徹底を通じた上位階梯への患者送致の管理である。つまり「ゲートキーパー」の役割をコミュニティ病院に負わせることであるが、コミュニティ病院の院長に一定の制限のもとで経営資源の使用についての裁量権を広げるかわりに、成果による統制を行うという、いわば新自由主義的なマネジメント手法が埋め込まれている。

30パーツ医療制度の制度的特徴ないし意義は、政府によるサービスの総量の保障、もっといえばその財政的担保にこそあると筆者は考えている。

同制度が採用する総枠予算制は、国民医療費を全体として抑制する機能があるが、他方で人頭割予算内部の各項目のサービスを財政的に裏付けるないしは担保するものであり、これは保健医療サービスに関する政策的裁量権をも大幅に分権化したフィリピンやインドネシアと決定的に異なる点である。

## 2. 政府の役割強化—量的把握

1990年代半ば以降の国民総医療費の動向を概観しておくとして、まず1994年から96年にかけては、政府医療支出(すなわち公的医療保障システムの回路を流れる医療費)、民間医療支出とも80年代後半に引き続き年率15%近い率で増加を示している。重要なのは、1997年アジア通貨危機を分岐点として医療支出における政府民間比率が52対48と逆転している点である。1998年の政府医療支出は前年比1.7%のマイナスであったのに対し、民間医療支出のそれは13.7%のマイナスとなっている。その後の動向をみると、政府医療支出の伸びが民間医療支出のそれを上回っており、したがって政府医療支出と民間医療支出の差は拡大傾向にあった。とりわけ、30パーツ医療制度が導入された2002年において政府医療支出が16.2%増加している点が注目される。以上をまとめるならば、タイにおける医療費支出構造の転換において、経済のグローバル化を背景とする経済的要因、すなわちアジア通貨危機が主要な役割を果たし、これが医療支出における政府部門の役割を高めるという結果となり、加えて30パーツ医療制度の導入がさらにこうした傾向を強める作用を果たしたといえる。

人頭割予算(capitation)つまり年間の1人当たり医療費であるが、30パーツ医療制度を管轄する国民健康保障事務局と首相府予算局の折衝によりこの額が決まる。以下、図3にしたがって、2002年以降の1人当たり医療費(capitation)の変化をみてお

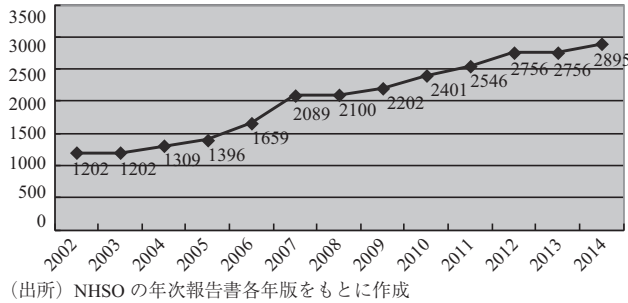


図3 30 パーツ医療制度の人頭割 (1 人あたり) 予算

こう。首相府予算局が決定した同制度の1人当たり予算の推移をみると、2005年度あたりまでは首相府予算局の極めて厳格な財政規律によって抑制されていたが、2006年度以降、伸びが著しくなっている。とくに、2006年9月19日のクーデタ後の2007年度は2,089パーツであり、前年度よりも一気に400パーツあまり引き上げられている。さらに、2006年9月のクーデタ後に成立したスラユット政権は、クーデタ後2カ月にして診療1回当たり30パーツの手数料は廃止し、対立していたタクシン首相の政策的目玉である30パーツ医療制度を廃止するのではなく、むしろそれを強化した。このように、政治家と軍とのあいだで、福祉国家（とりわけ医療保障分野）の整備についてのいわば競争が起こったことが注目される。

政府の役割強化によるもっとも顕著な効果は、医療格差の是正である。ウィロートらが2002年に行った、30パーツ医療制度下における所得階層と医療機関別受診との関係性についての調査によれば、中核病院・一般病院の入院サービスは貧困層よりも富裕層に対して便益を与えており、他方、保健所およびコミュニティ病院の外来サービスは富裕層よりも貧困層に便益を与えていることが確認される。この点は、プーシット、ウィロートおよびカンチャナーが2007年に行った、政府医療支出の受益効果に関する研究によっても追認される(Phusit, Viroj and Kanjana 2007)。30パーツ医療制

度の前後において、政府医療支出の階層間分配がどのように変化したかをみると、2001年の政府医療支出が587億パーツであったのに対し、2003年のそれは807億パーツに増加したが、そのうち最貧困層(Q1)に回ったのはそれぞれ28.1%、31.3%と5分位階層のなかで最も比率が高く、さらに、同期間の増加率は53%と他の階層の増加率を上回っている。

### III. 福祉分野における政府の補完性

#### 1. 障害者福祉分野

次に、福祉分野についてみておこう。ここでは、障害者福祉と高齢者福祉を中心にふれることにする。

まず、障害者福祉であるが、サービス給付については、インフォーマル・セクター対象の30パーツ医療制度(UC)のもとでの、また民間被雇用者対象の社会保障基金スキーム(SSS)のもとでの給付がある。また、インフォーマル・セクター対象の定額の現金給付がある。こうしたインフォーマル・セクター対象の制度、つまり30パーツ医療制度のもとでの人頭割予算、そして定額の現金給付については不十分で、政府の役割は補完的なものとどまっている。

インフォーマル・セクターへのサービス給付についてみると、さきの医療分野でみたように、30

パーツ医療制度のもとでは1人当たり医療費をあらかじめ定める人頭割予算を採用しており、2014年度の1人あたり人頭割予算は2,895パーツになっているが、2003年度からそのなかに障害者福祉予算が計上されるようになった。当初4パーツであった障害者福祉向け人頭割予算は、現在では12.88パーツに引き上げられている。30パーツ医療制度の制度内で障害者福祉にどれくらいの予算が使われているかであるが、総額にすると12.88パーツ×4,845万人（30パーツ医療制度対象人口）＝6億2,400万パーツが振り向けられていることになる。さらに、これに各自治体の予算が付加されることになっている。つまり、これは国民健康保障事務局と自治体による「マッチング・ファンド方式」である。上記予算の90%がリハビリや補装具の購入等に、10%が地域リハビリテーション（CBR）プログラムの推進などに充てられることになっている。CBRでは、保健ボランティアなどの地域資源が活用されている。

障害者福祉については普遍主義的志向性もみとることができる。政府は2006年に「見捨てない社会」を発表、社会開発・人間の安全保障省が障害者の掘り起こしを徹底した。さらに、2008年には生活補助金のかたちでの現金給付が導入された。従来は、資力調査にもとづく生活扶助金が支給されていたが、これを機会に一律定額的生活補助金が導入された。生活扶助金は1993年導入当初で月額200パーツ、2000年で300パーツであったが、生活補助金は2009年で月額500パーツ、現在800パーツとなっている。このように、障害者福祉については、選別主義から普遍主義へという流れがみられるようになってきている。

他方、2007年になって「障害者の生活の質向上に関する法律」が法定され、法定雇用率の仕組みを負担金制度（法定雇用率未達成の企業対象）と抱き合わせて導入したが、法定雇用率未達成の企業が7割近くあり、結局地域コミュニティ内に雇

用の場が限定されているのが現状である。

## 2. 高齢者福祉分野

次に、高齢者福祉についてである。国家高齢者支援調整委員会は2002年、高齢者福祉政策の指針となる「第2次国家高齢者計画」を策定した。これは20年間にわたる長期計画であるが、3つの基本理念で構成されている。その第1に、高齢者支援の主体は第一義的には「家族」と「コミュニティ」であり、「政府」による福祉については「補完的」位置にとどまることが明記されている。そこで以下、家族とコミュニティの役割分担についてみておくことにしよう。タイでは施設介護が一般化しておらず、在宅介護がメインとなる。

タイには介護保険が存在しない。基本的には家族介護が原則だが、その一方で核家族化と高齢化は着実に進行しており、介護の社会化のニーズは顕在化している。その財政的基盤となりうるのが、先述の「タムボン健康基金」である。これは、国民健康保障事務局、自治体および住民の3者の拠出によって運営される「マッチング・ファンド方式」であるが、保健ボランティアが生活習慣病のリスク人口に対する保健指導をしたり（1次予防）、障害者や要介護高齢者向けのリハビリや介護（3次予防）を行うことが可能である。問題は、資金の用途は自治体に委ねられており、介護サービスに利用しないケースも当然出てくることである。「マッチング・ファンド方式」は、ある種「社会保険方式」に類似した仕組みであるが、このように介護の社会化が全国一律に起こるわけではないことに注意しておく必要がある。さらに、自治体が導入したとしても、財源が限定的で、実質的な利用者が一部の要介護度の高い困窮老人に限定されることになる可能性が高い。実際、政府はサービスの対象者の第一優先順位を身寄りのない高齢者においている。

こうしたコミュニティにおける高齢者支援で中

核的な役割を果たすものとして整備され始めているのが「コミュニティ高齢者支援センター」であり、これは、基礎自治体であるテーサバーンやタムボン自治体に設置される「中央統括センター」と、その統括下で実際のサービスを提供する「コミュニティ・サテライトセンター」の2つからなる。

そこで、「コミュニティ・サテライトセンター」におけるサービス供給者となることが期待されている高齢者在宅福祉ボランティアについて触れておこう。もともとこれは、社会開発・人間の安全保障省の青少年・障害者・高齢者福祉支援保護事務局が推進する事業であるが、2003年から2004年にかけて8県で高齢者在宅福祉ボランティア事業を試験的に開始した。2005年11月には国家高齢者支援調整委員会がこれを全国に普及させる旨の決定をし、2005年にさらに15県、2006年にさらに48県の自治体（各県1モデル自治体）で試験的に実施された。1自治体あたり40人のボランティアを育成し、1人最低5人の高齢者の健康増進や回復期におけるリハビリ、すなわち2次予防と3次予防の連携、あるいは介護を担当することが目標とされた。さらに国家高齢者支援調整委員会は2007年1月、同事業を地方自治体の管轄とし、政府や住民と調整しながら運営させる旨の方針を閣議に提案する旨決めた。2007年4月の閣議はこの方針を承認するとともに、2013年までに全国7,778の自治体すべてに高齢者在宅福祉ボランティアを配置させる計画を決定した。事業立ち上げの2年間は中央政府が財政支援を行うが、その後は自治体の負担とすることとなった。しかし、計画は遅れ気味である。

#### IV. 年金（所得保障）分野の現状

##### 1. フォーマル・セクター（公務員）

年金（所得保障）であるが、公務員や民間被雇

用者については制度が整っているが、インフォーマル・セクターについては整備が少しずつ始まっているものの、加入者は極めて限定されている。以下、年金保障の現状について、Wiphan（2012）にしたがって整理しておこう。

まず公務員についてみると、1951年に「公務員年金法」が施行されて以降、国家公務員および地方公務員は、税を財源とする無拠出の年金を受給してきた。一方、年金財政を安定化させる目的から、政府は1996年に「公務員年金基金法」を制定した。現在、「公務員年金法」のもとで存在していた全額税を財源とする給付体系と、「公務員年金基金法」のもとでの保険料を財源とする給付体系が併存するかたちになっている。「公務員年金基金法」の成立にともない、同法が施行された1997年3月27日以降に採用された者は「公務員年金基金（Ko.Bo.Kho.）」に強制加入となったが、それより前に採用された者については「公務員年金法」に基づく受給、もしくは公務員年金基金への加入を通じた受給を選択することになった。公務員年金基金については、本人と使用者（政府）が3%ずつ保険料を負担する。公務員年金基金の加入者は、2010年時点で115万6,246人である。

##### 2. フォーマル・セクター（民間被雇用者）

1985年のプラザ合意（円高ドル安への為替調整）を契機とするタイへの直接投資増加、企業業績の好調、政府の税収増などの要因を背景に、1990年に「社会保障法」が成立した。これにより、労働災害等に限定されていた社会保障給付が、傷病、出産、障害、死亡にまで拡大されることになった。その適用範囲であるが、当初は従業員20人以上の事業所であったが、その後1993年に10人以上、2002年に1人以上の事業所に拡大された。給付内容については、1998年に老齢給付（年金）、児童手当が、また2004年に失業手当が付加された。なお、「社会保障法」の第33条が適用される、



現役労働者を対象とするもの（強制加入）と、同第39条が適用される、退職者を対象とするもの（任意加入）の2つがある。

まず第33条による給付であるが、労働災害、傷病、出産、障害、死亡、児童手当、老齢給付、失業給付が保障される。本人が支払う保険料率は省令によって改訂されるが、2009年段階で給与（上限1万5,000パーツ）の5%、2011年段階で4.5%になった。政府の支払う保険料率、事業所が支払う保険料率は、2009年段階でそれぞれ5%、2.75%であったが、2011年にそれぞれ4.5%、2.5%に引き下げられた。満55歳に達し、かつ保険料の納付期間が合計180カ月以上となった場合に老齢給付（年金）を受給する権利が発生する。第33条による給付に加えて、第39条による給付もある。これは退職後も社会保障基金への加入を希望する者を対象とする。その場合、すでに12カ月以上にわたって保険料を納付している必要があり、退職後6カ月以内に申請しなければならない。保険料は月額432パーツで、労働災害、傷病、出産、障害、死亡給付、および老齢給付を受けることができる。民間被雇用者については、1階部分の第33条による給付に加えて、2階部分の「退職積立基金（プロビデントファンド）」（任意加入）による給付が準備されている。本人は給与の2%以上、15%未満を月々積み立て、これに雇用主の負担金（本人の積立金を下回らない額）が加わることになっている。加入者は2011年時点で231万6,771人である。

### 3. インフォーマル・セクター（農民、自営業者等）

インフォーマル・セクターについては、年金に相当するものとして、①定額の生活補助金、②「社会保障法」の第40条による給付、③「マッチング・ファンド方式」による「コミュニティ福祉基金」などがある。

まず、定額の生活補助金についてであるが、

2003年に政府（内務省社会福祉局）は、60歳以上の貧困者を対象に月額200パーツの生活補助金の支給を開始した。さらにその額は2000年に月額300パーツ、2007年に月額500パーツに引き上げられた。その後2009年になって、公務員年金受給者や公務員給与を受けている者を除くすべての60歳以上の高齢者に月額500パーツの生活補助金が支給されることになった。さらに2012年以降、60~69歳の高齢者の場合は月額600パーツ、70~79歳の場合は月額700パーツ、80~89歳の場合は月額800パーツ、90歳以上の場合は月額1,000パーツが支給されることになった。よって、この部分では普遍主義的な志向性がみられる。

インフォーマル・セクターについては、「社会保障法」の第40条による給付を受けることができる。これは、強制加入の民間被雇用者と異なって任意加入であり、2つの形態がある。1つは本人が月額70パーツの保険料を納付し、政府がこれに30パーツを補填するもので、労働災害、傷病、死亡の際に給付を受けることができる。もうひとつは本人が月額100パーツの保険料を納付し、政府がこれに50パーツを補填するもので、労働災害、傷病、死亡、老齢給付を受けることができる。老齢給付については60歳時に一時金として支払われる。給付額は、保険料の総額に所定の付加金等を加えたものが給付される。

「社会保障法」の第40条による給付は老齢一時金の形態をとるものであり年金ではないが、それを補完するために政府は2011年5月に「国民貯蓄基金法」を制定し、保険料に基づく貯蓄制度を設置することとした。「国民貯蓄基金」への加入の条件は、15歳以上60歳未満で、社会保障基金、公務員年金基金など他の基金の加入者でないことなどである。保険料は月額50パーツ以上で、年齢段階に応じて一定額の政府の付加金が補填される。給付月額は、本人が納付した保険料および政府の付加金の総額に運用益を加味した額により算定さ

れる。ただし、2013年になって財務省は、「国民貯蓄基金」による給付が「社会保険法」第40条による給付と重複するとの理由から、「国民貯蓄基金」への加入者の募集を棚上げしている。以上のように、民間被雇用者を対象にはじまった「社会保険法」のもとでのサービスを、インフォーマル・セクターにまで拡張する制度ができつつあるものの、それは任意加入であり、加入者は極端に少ない。「国民貯蓄基金」にいたっては、加入者の募集を棚上げしている。

さらに上記のふたつを補う目的で、中央政府、自治体、住民の3者の拠出による、「マッチング・ファンド方式」をとる「コミュニティ福祉基金」が設立され始めているが、いまのところ設立はごく一部の自治体に限られている。この「コミュニティ福祉基金」は、年金以外に、出産、教育、傷病、生業維持、職業訓練といった項目もカバーし、基金の認可や指導は社会開発・人間の安全保障省傘下の「コミュニティ組織開発研究所（CODI）」が行うこととなっている。

## V. まとめ

タイでは、30パーツ医療制度の導入により、とりわけ疾病治療時における金銭的リスクを個人(out of pocket)もしくは「家族」ではなく「政府」が引き受けることが可能となった。他方、福祉分野（高齢者福祉、障害者福祉）について「政府」は、「家族」や「コミュニティ」を背後から支えるという役割りに徹する方針である。具体的にいうと、そのファイナンスについては「政府」（中央および地方）および「家族」が「マッチング・ファンド」を形成し、また、サービス供給面においては「コミュニティ住民組織」を支援する仕組みが構築された。ただし、サービス供給面において「コミュニティ住民組織」が主流に転換したことを意味するのではない。将来はともかく、現状に

おいては低下しつつあるとはいえ、まだまだ「家族」の扶養機能が主流の位置を占めているのである（家族の場合、サービスは無償となる）。一方、老後の所得保障制度をみると、政府による600パーツから1,000パーツの生活補助金が導入されているが、きわめて不十分である。また、「社会保険法」の第40条などによる給付もほとんど普及していない。よって、ここでもマッチング・ファンド方式をとるコミュニティ福祉基金などが期待されている。

このように、医療分野にかぎっていえば、「政府」が30パーツ医療制度をつうじて医療を保障することになった。それ以外の分野、すなわち福祉や年金部門では、「家族」や「コミュニティ」を背後から支えるという役割りに徹しているのが現状である。ただし、「政府」の調整者としての機能には着目しておく必要がある。一般的に30パーツ医療制度は「政府」による医療供給の保障のための制度であると認識されているが、これは供給者としての「政府」にのみ着目するものであり、30パーツ医療制度の一面しか言い当てていない。それだけでは認識が不十分なのであって、実のところ、30パーツ医療制度は、供給者としての「政府」、「市場」、「コミュニティ住民組織」、「家族」を構成要素とする社会保障（とりわけ医療保障・福祉）全体のデザインおよび調整を意図する「制度」であるとみるべきなのである。たとえば、30パーツ医療制度は、福祉分野（高齢者福祉、障害者福祉）における「マッチング・ファンド」形成の際の調整的な機能を保持しているのである。言い換えれば、「政府」の持つ、4つの提供者間の制度的橋渡し（institutional bridges）の機能に着目せねばならないのである。

以上のような視点を手がかりに、東南アジアの福祉と国家についての比較研究が可能になるものと思われる。

参考文献

- 河森正人 (2009) 『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房。
- Phusit Prakhongsai, Viroj Tangcharoensathien and Kanjana Tisayatikom (2007) “Rawang khon chon kap khon ruai khrai dai rap prayot chak kan sang lak prakan sukkhaphap thun na” (貧者と富者-30パーツ医療制度で誰が利益を得たのか), *Warasan wichakansatharanasuk* (『保健医療研究』), Nonthaburi: Krasuang satharanasuk.
- Wiphan Prachuapmo ed. (2012) *Rai-ngan prachampi sathanakan phu sung ayu thai* (タイ高齢者の現状 年次報告書), Munnithi sathaban wichai lae phatthana phu sung ayu thai (タイ高齢者開発調査研究所財団) 他。
- (かわもり・まさと 大阪大学大学院教授)