

## タイの所得保障・医療保障

久保 清

社会の一員として生活していくうえで病気、負傷、失業などによって収入の途を失ったときに、人間としての尊厳を失うことなく生活が出来るよう社会的に所得・医療を保障するのが社会保障制度であることはいうまでもない。

これまでタイでは、公務員や軍人に対して国庫補助金によって医療費を補償し、年金を支給する無拠出制の所得・医療保障があった。また、国営企業に従事する労働者の場合もこれに類する制度があった。しかし、民間企業に従事する労働者に対しては労働災害の際に補償する労災補償基金が存在するのみで、業務外の傷病、障害などで休業した場合の医療・所得保障ならびに失業、老齢等による所得保障は存在していなかった。このようにタイでは社会保障制度を国民各層にまで広げるだけ財政基盤が確立していなかったからであるが、1980年代に入って急速な経済発展を遂げ国家の財政基盤が安定し、国民の生活水準も向上し社会的に社会保障制度の整備が注目されるようになった。このような状況の流れのなかで1990年9月に社会保障法（以下、1990年法と略称する）が施行されることとなった。タイにとって長年の懸案であった社会保障制度の導入は、1990年法が施行されることによって画期的な出来事となった。本稿は、筆者が1991年から2年間タイに滞在し、タイにおける労働者の所得・医療保障について調査した成果の一部を概要としてとりまとめたものであ

る。

### I. 社会保障制度導入の背景

社会保障制度は、社会保険によって保障する仕組みと公的扶助によって保障する仕組みからなっているので、その導入の背景となる経済基盤の充実そして政治・社会情勢の安定が重要な要素となる。

タイ経済は、農業部門を中心とした産業構造によって支えられてきたが、1980年代に入ってから非農業部門の台頭によってその構造は大きく変化した。特に、製造業は、産業別にみても著しく伸びてきた。産業別のGDPの推移を農林水産業と製造業と比較してみると1960年は3対1であったが、1970年には2対1に、1980年には1.5対1に、そして1990年には1対2となっている。過去20年間に農林水産業と製造業とのシェアが逆転した。貿易構造についてもその変化が著しく、1960年は、農産品輸出80.8%に対して製造品0.4%に過ぎなかったが、その後の推移は1970年が各々70.3%、3.5%、1980年が54.3%、27.3%そして1990年が17.0%、74.7%となっている。このように農業部門中心の経済から非農業部門中心の経済へと移行してきたことによって1980年代後半の実質GDP成長率は、1988年が13.2%、1989年が12.0%そして1990年が10.0%と2桁の急成長を遂げた(表1参照)。これは、

表1 タイの経済・貿易構造の推移

	1960	1970	1980	1988	1989	1990年
総人口 (万人)	2,639	3,537	4,650	5,447	5,589	5,630
GDP (億ドル)	25.5	65.4	334.5	595.8	691.0	801.7
うち農林水産業 (%)	39.8	28.5	25.4	16.6	15.0	12.4
製造業 (%)	12.0	15.9	19.6	24.8	25.5	26.1
実質経済成長率 (%)	7.9* <sup>1</sup>	6.8* <sup>2</sup>	5.8	13.2	12.0	10.0
輸 出 (億ドル)	4.1	7.1	65.1	159.6	200.9	230.5
うち農林水産業 (%)	80.1	70.3	54.3	26.4	23.0	17.0
製造業 (%)	0.4	3.5	27.3	65.4	68.6	74.7

出所：タイ中央銀行

注：経済成長率のうち\*1は1960年～1970年、\*2は1970年～1980年の年平均成長率。

先進国からの海外投資を奨励して工業化政策を展開したことによる結果といわれている。この産業構造の変化と急速な経済成長は、農業部門の労働力が非農業部門へ流れていく契機ともなった。これまで無給で農業に従事していた若者は、村を離れて工場や事業所が集中する都会に移動し製造業などへ職業を求めようになった。若者の都会流入は、新たな問題をもたらすことになった。都会で働く若者には村に残された親を扶養する負担が大きくなることとなった。タイでは、平均寿命が伸び高齢化が進んでいるといわれている。このような状況の変化に対応できる生活の保障が必要となり、社会保障制度の導入が求められた。

## II. 1990年法の施行までの経緯

政府によって進められていた社会保障法案は、労働者にとって利益の享受と保障の拡大に大きく貢献するものとして関心が集まった。

タイでは以前から社会保障法の立法化の動きがあったが、法案の審議の過程で下院議会と上院議会との間でさまざまな論争を引き起こし施行するまでには至らなかった経緯がある。タイ

で最初の社会保障法といわれているのは、ピブン政権当時の1954年に法案が下院議会で承認された法律である。しかし、この法案は、下院議会で承認され法律施行を統轄する社会保障局設置も準備されていたが、上院議会で否決されたため施行されるに至らなかった。その後も幾度となく議論が重ねられてきたが、実施されることなく1990年法の制定までに36年間という長い年月を要したのである。36年間の沿革を概略するとつぎのとおりである。

1954年 社会保障法として法案が下院議会で承認されるが、上院議会の否決で廃案となる。これが具体的なタイにおける社会保障法の最初である。

1958年 革命評議会布告第9条（労働者保護に関する諸法令）の布告。

1964年 National Research Council(NRC)が社会保障法の賛否に関する調査を実施する。タイは農業国であり社会保障法を立法化するには工業労働者が少なすぎるという結果であった。

1972年 革命評議会布告第103号(労働者保護の諸法令)の布告。(1958年布告の改正) 社会保障計画法検討委員会の設

立

1979年 新しい社会保障法の概要を策定する特別委員会を設立

1981年 内務事務次官を委員長とする社会保障委員会がまとめた負傷、出産、障害、死亡を保障する法案を内務省が承認する。

1982年 内閣は社会保障委員会提出の法案を認可する。

1984年 行政改革委員会が提出した生活保障基金の適用範囲を全国レベルに拡大する案を内閣が承認する。労働時間外での疾病、障害の労働者保障基金の拡大案を内閣が承認し、内務省の検討に付した。拡大案は、毎月の賃金の1.5%を雇用主と被雇用者が拠出する計画であった。

1987年 健康保険基金の法案作成を内務省に割り当てる議決が議会で採択された。

1990年 社会保障法の制定

1990年法案もさまざまな議論がなされた。法案は、1989年7月下院議会を通過した後、1990年5月上院議会に送られたが否決され、再度下院議会で可決され制定されることとなった。論争は、政府・使用者・労働者のすべてに負担がかかる法律の制定に問題があるとされた。基本的に労働者を助成する法律でありながら直接の受益者である労働側も積極的ではなかった。それは法律に基づき労働者に対して正当な利益が還元されるかがあまり明確でなかったからである。

### III. タイの社会保障制度の仕組み

#### 1. 1990年法

現在、タイの社会保障制度体系は、1990年法に基づく社会保険、労働者保護法に基づく労災補償基金、農民を対象としたヘルス・カード・プロジェクト、高齢者のための無料医療ケア、学校健康保険、公務員と国営企業の職員のための社会保障がある。本節では、1990年法および労災補償基金に絞って記述することとする。

1990年法は、施行から4年を経過したばかりであるため、1990法に基づく制度の運用や医療サービスの面で問題となるところが多い。行政レベルの人員不足や医療施設の不足によるサービスの不徹底、利用者側の制度に関する認識の不足などである。この制度を担当する労働社会福祉省社会保障事務局では、人員不足の解消のための増員要求や制度の普及・情報提供を強化することによって制度の改善に努めているのが現状である。

#### (1) 適用対象者

1990年法が施行された当初は、20人以上の従業員を雇用する事業所に適用されていたが、さらに、法施行から3年経過した1993年9月からは、10人以上の従業員を雇用する事業所にも適用されることとなった。適用対象者は、すべてこの制度に強制加入が義務づけられており、一度加入した後に従業員数の変更により従業員が減少しても適用は継続されることになっている。

企業の使用人は、従業員を雇用したときから30日以内に従業員の氏名、賃金額などを所定の用紙に記入のうえ、社会保障事務局に提出することになっている。社会保障事務局からは社会

保障登録証が使用者に、社会保障カードが従業員に交付される。

ただし、この制度の適用から公務員、中央行政機関および地方自治体の職員、私立学校法に基づく私立学校の職員および校長、学校・大学・看護学校の生徒、看護婦、学生および研修中の医師、外国人および国際機関の職員、勅令によって指定されたタイ赤十字の職員、国営企業の職員、臨時の労働者（季節労働者を含む）などは、除外されている。

### (2) 管理・運営

この制度の管理・運営は、社会保障事務局が一元的に行っている。社会保障事務局長を委員長とし大蔵省、保健省、予算事務局、使用者、労働者、社会保障事務局の代表で構成される社会保障委員会が、社会保障政策ならびに措置に関する大臣への意見提案、勅令・省令などの公布に関する審議および大臣への意見提案、社会保障基金の管理に関する規則制定などの任務を行う。また、使用者および従業員の登録、社会保障に関する情報の収集・保管および分析、保険料の徴収、医療サービスの実施に関する任務は、中央と各県に所在する社会保障事務局が行っている。その他具体的な医療に関する助言や、医療サービス規定などを審議する医師委員会も運営にあたっている。基金は、徴収された保険料、政府からの補助金、基金の運用利益などからなっており、その管理は社会保障事務局に設置された社会保障基金で行っている。基金の用途は、主に給付に充てられることになっているが、事務局の運営資金、各種委員会の経費にも拠出金の15%の範囲内で支出が認められている。

### (3) 給付内容と受給要件

法律で定めた給付の種類は、①傷病補償、②

出産補償、③障害補償、④死亡補償、⑤子女扶養補償、⑥老齢補償（年金）、⑦失業補償（失業保険）である。現在、保険料徴収が実施されているのは傷病補償、出産補償、傷害補償、死亡補償である。これらは業務外の事由による傷病、障害を対象としている。子女扶養補償および老齢補償については、1996年までに実施され、失業補償は開始時期がまだ決まっていない。

#### ① 傷病補償

治療を受ける日の15カ月以前の期間内に、90日分以上の保険料を納付しておかなければならない。給付は、診察診断費、治療費、入院看護費、医薬品費、救急車または病人の移送料と所得補償としての傷病手当金からなっている。治療は、社会保障事務局が指定した病院・クリニックのなかから事業所が選択し、社会保障事務局に登録した医療施設で受けることになっている。被保険者が医療施設で治療を受けた場合、それに要した治療費が一定の比率によって給付される。傷病手当金は、被保険者の賃金の50%が支払われるが、1回につき90日を超えない範囲で支給される。ただし、慢性的な傷病については、365日を限度として補償されることになっている。

#### ② 出産補償

出産の治療を受けた日の15カ月以前の期間内に、210日以上保険料を納付しておかなければならない。給付は、検査および定期検診費、治療費、医療品費、分娩費、入院看護費、新生児の保育および看護費、救急車および出産者の移送費などからなっている。所得補償としての出産手当金は、被保険者の賃金の50%が60日分まで支払われる。

#### ③ 障害補償

傷病補償と同様、治療を受ける日の15カ月以

前の期間内に90日分以上の保険料を納付しておかなければならない。医療給付と所得補償の障害手当金は、傷病補償と同様であるが、リハビリのための費用が含まれている。障害手当金の支給期間は、15年以内となっている。

#### ④ 死亡補償

被保険者が業務外の傷病によって死亡に至った場合の給付は、死亡の直前から6カ月以内の30日分以上の保険料を納付しておかなければならない。給付される死亡給付金の額は、葬祭料として労働者保護法に定める最低賃金（最低賃金は、毎年改定される。1992年4月に改定されたバンコク周辺の最低賃金は115バーツである。1バーツは約5円相当）の100倍の額である。

#### ⑤ 子女扶養補償

被保険者の子女扶養のための給付を受けるためには、1年分以上の保険料を納付しておかなければならない。給付は、子女の生活保護費、教育費、子女の医療費があり、給付の対象は、子女2人までとなっている。

#### ⑥ 老齢補償（年金）

被保険者が55歳以上になり退職後の年金を受けるための受給資格は、15年以上保険料を納付しておかなければならない。年金は、在職中に納付した保険料の額および納付期間に応じて支払われるが、納付の内容については省令で定められた原則に従うことになっている。

#### ⑦ 失業補償（失業保険）

被保険者が失業する以前の15カ月以内に6カ月分以上の保険料を基金に納付しておかなければならない。また、職業に就く能力を有し、斡旋された職業に就く意思を持っている者が給付の対象とされる。失業保険は、失業8日目から給付を受けることが出来る。給付内容は、現在まだ細則が決まっていない（保険給付等の概要

は、表2を参照）。

#### (4) 保険料率

保険料は、政府、使用者、労働者の3者が同率の割合で納付することになっている。現在、徴収義務のある保険料は、傷病補償、出産補償、障害補償および死亡補償を対象としたもので、従業員の賃金の1.5%である。ただし、保険料算出基準額が月額500バーツ以上の場合、500バーツを限度とされている。法施行後の1996年までに子女扶養補償および老齢補償を対象とする保険料の納付義務が生ずることになっていて、従業員の賃金の3%が加わる。また、保険料の徴収開始時期がまだ決まっていないが、勅令で決定される予定の失業補償のための保険料がさらに5%増えることになる。

## 2. 労災補償基金

労働者を保護する法令として1972年に公布された革命評議会布告第103号がある。本布告は、勤務時間、年次休暇、婦女・児童の雇用年齢、福利厚生など労働環境に関する規則であるが、この規則に使用者の労災補償金支払いの責任規定も含まれている。本布告に基づく細則は、労働者保護に関する内務省令などによって具体的に決められている。

#### (1) 適用対象者

従業員20人以上を雇用する事業所に適用される。ただし、中央行政機関、地方行政機関、地方自治体の職員および農耕・漁業のみ行っている者は適用から除外されている。労災補償基金拠出義務事業所の業種、規模および地域については、内務省令で定めている。省令が施行された1973年当時は、対象地域がバンコク首都圏だけに限られていた。しかし、その後他の地域にも対象が広がり全国的に拡大された。従業員20

表2 1990年法に基づく保険給付の概要

保険給付の種類	受給資格	給付内容	保険料	保険料徴収対象期日
傷病	直前15カ月以内に90日分以上の保険料の納付	治療費 所得保障として賃金の50% (1回につき90日以内)	賃金の1.5%	施行日から180日後
出産手当	直前15カ月以内に210日分以上の保険料の納付	治療費等(1回につき3,000バーツ, 1人2回まで) 所得保障として賃金の50% (本人のみを対象60日以内)		
障害年金	直前15カ月以内に90日分以上の保険料の納付	治療費(1カ月に1,000バーツまで) 所得保障として賃金の50% (15年以内)		
死亡手当	直前6カ月以内に30日分以上の保険料の納付	葬祭料として法定最低賃金の最高額の100日分 所得保障として10,000バーツ		
子女扶養手当	1年分以上の保険料の納付	養育手当 教育手当 医療手当等	賃金の3%	施行日から6年以内
老齢年金	15年分以上の保険料の納付 給付は, 55歳以上	省令に基づく(保険料および納付期間に応じて給付)		
失業保険	直前15カ月以内に6カ月分以上の保険料の納付	省令に基づく(失業8日目から給付)	賃金の5%	政令により決定

出所：バンコク日本人商工会議所「タイ国社会保障法」より作成

人未満で労災補償基金拠出義務のない事業所であっても、労働者の労災について事業所が自ら労災補償金を支払う義務がある。

## (2) 運 営

労働局長を委員長とし、使用者代表、労働者代表によって構成される労災補償基金委員会が労災補償基金事務局の一般的運営政策の提案、事業所が拠出金の分担をすべき業種および拠出率についての内務大臣への助言、事業所からの拠出金・納付に関する不服申し立ての審査などの任務を行う。労災基金は、事業所からの拠出

金、政府補助金、贈与を受けた資金・財産およびその他の収入からなっている。

## (3) 拠出金率と拠出方法

使用者が労災補償基金事務局に納付する拠出金の額は、内務省令で業種ごとに定めた拠出金率によって決められている。地下で作業する鉱山業のような危険度が高く、労災が起りやすい業種は、拠出金率が高いが、危険度の低い商業、金融関係などは低率になっている。拠出金の算出は、従業員の1年間の所得総額を基礎として計算する。総従業員の賃金額に拠出金率を

乗じた額が拠出金額となる。年間賃金総額が12万バーツを超える従業員がいる場合は、年間の賃金は12万バーツとみなされる。

また、収支率による拠出金率の増減措置もある。収支率は、労災補償金の多寡によって決まる。収支率によって増減割合が決められているので、労災発生が多く労災補償金の支出実績が多い事業所は、当然、拠出金率が増加する。拠出金率の増減は、各使用者ごとに過去3年間の平均収支率に応じて決定され、改正された拠出金率は5年目から適用される。

#### IV. 現状と問題点

タイの経済、社会の将来を決める国家経済社会開発計画は、1961年に第1次5カ年計画が始まり、現在、第7次計画(1992~96年)に入っている。過去30年の間に、計画に基づく経済社会開発事業は、国家経済レベルおよび国民の生活水準の向上に寄与してきたといわれている。社会開発の面では、地方での医療システム、医

療施設の増設、基本的保健サービスの実施などが実現している。しかし、一方で工業重点施策は都市と地方との経済格差を拡大することとなり、地方の貧困化が進んできている。第7次計画では、生活の質の向上のための公衆衛生政策として、社会保障の問題について、すべての人々、すべての地域とりわけ貧困者、老人、子どもおよび障害者に対する必要な健康サービスを適正に確保することを目標にしている。

1991年現在タイの労働力人口は、総人口5,692万人のうち3,223万人と推計されている。これは総人口の56.6%に相当するが、学生および家庭の主婦などを除くと就業人口は2,987万人と見込まれている。業種別に就業人口割合をみると依然として農業部門就労者が圧倒的に多いが、非農業部門就労者が年々増加の傾向を示している。特に、製造業部門は着実に伸びてきている(表3参照)。1990年法に基づく制度が非農業部門を対象としていることからすると、今後この制度の整備が喫緊の課題となるであろう。1990年法に基づく制度と災害補償基金の現状と問題

表3 産業別就業者数とその割合(1988~1991年) (単位:千人,%)

業種別	1988		1989		1990		1991年	
	就業人口	比率	就業人口	比率	就業人口	比率	就業人口	比率
職業者計	27,725.5	100.00	28,060.6	100.00	30,843.7	100.00	29,866.0	100.00
農林水産業	17,379.2	62.68	17,020.0	60.65	19,725.7	63.95	17,997.0	60.26
鉱業	62.3	0.22	46.7	0.16	54.0	0.17	42.0	0.14
製造業	2,611.1	9.42	3,104.3	11.06	3,132.7	10.16	3,248.0	10.88
建設業	808.5	2.92	947.4	3.38	1,026.4	3.33	1,020.0	3.42
電気・ガス・水道業	118.6	0.43	116.6	0.42	108.7	0.35	120.0	0.40
商業	3,030.5	10.93	3,063.2	10.92	2,976.2	9.65	3,355.0	11.23
運輸・通信業	663.6	2.39	698.9	2.49	732.9	2.38	753.0	2.52
サービス業	3,043.7	10.98	3,043.4	10.85	3,065.0	9.94	3,331.0	11.15
その他	8.0	0.03	19.7	0.07	21.6	0.07	—	—

出所: Year Book of Labour Statistics 1991, Department of Labour Protection and Welfare, Ministry of Interior Thailand

注: 1991年は内務省による推計値

点を挙げることにする。

1990年法が施行されてからわずか4年足らずの制度であるため、加入状況は完全とはいえませんが、社会保障事務局が1992年8月に発表した加入状況は、全国の3万2千事業所が加入し、加入者は320万人に達している。加入者に対する医療サービスは、社会保障事務局が146カ所(民間27カ所)の主要病院を指定し、全国851カ所、82のネットワークを確立している。1990年法発足2年後の1992年の補償件数は、負傷・疾病が約150万件にのぼり、補償総額も8億バーツを超えた。また、障害および死亡は3,600件、補償総額は7,733万バーツになった。社会保障事務局は、随時、指定病院の変更、医療補償額の改定、事務局人員の補充等を実施し、社会保障制度の受益者のための利用を向上させるよう努力しているが、さまざまな問題が発生しているのが現状である。実例として次のような問題点が挙げられる。

- 指定病院が限定されているため、利用者が効率的な治療を受けるような体制になっていない。事業所が登録した指定病院は、事業所の周辺が多く、従業員が帰宅後緊急な治療を受けなければならない場合、不便を被ることが多い。
- 指定病院の診療時間は、午前8時から4時ないし5時くらいまでとなっているため、被保険者が業務終了後に治療を受けようとしても治療を受けることができない。
- 使用者が社会保障事務局に登録している指定病院を従業員が知らないことがある。これは使用者が従業員に正確に伝達していないことから起こる問題である。
- 従業員が治療するため指定病院を訪問しても治療を拒否され、他の医療施設に回され

ることがある。重傷で指定病院に運ばれた従業員が治療を拒否され、転送されているうちに死亡した例もある。

- 使用者が指定病院を登録していないため、従業員が治療を受けることが出来ない場合がある。
- 使用者が従業員に保険証を交付していないため、治療を受けられないケースがある。
- 指定病院は、一部の私立病院を除くと公立の病院となっているため、病院内の混雑が激しく、サービスの低下につながっている。
- 指定病院サービスが劣悪であるため日系企業の従業員は、企業内の医療補助を利用して比較的サービスのいい私立病院で治療を受けることが多い。
- 事務局の人員不足で登録事務、保険料徴収事務、補償金支払い事務等に支障が生じている。制度発足当初、1,076人の緊急予算が認められたが、実質928人の採用で、不足している分については他の省または部署からの支援に頼っている。

労災補償基金についても多くの問題点がある。例えば、多くの工場で従業員が安全衣の着用を怠ったり、安全性に無関心のため労働災害が頻発するケースが多いことがあげられる。また、使用者が労災補償基金の制度をよく理解していないため、指定された拠出金を納付していないことや、経費節減のため労災補償基金に対する拠出金を納付しない使用者もいる。このような使用者は、労災が発生しても従業員に対して労災の補償が出来ずに労働争議に発展させるケースもある。最近、労働組合の要求には、従業員の福利厚生に関連するものが多くみられるようになった。その背景には、表4で示した労働省の労働災害発生件数を見るとおり、年々そ



表4 労働災害発生件数の推移

(単位：人)

年	合計	死亡	永久労働不能	永久一部労働不能	一時労働不能	
					休業4日以上	休業4日未満
1976	9,440	323	18	1,085	7,014	
1980	25,568	395	27	1,454	23,692	
1985	40,421	402	42	1,359	38,618	
1986	38,410	363	36	1,206	36,805	
1987	43,644	393	43	1,375	18,580	23,253
1988	49,874	352	37	1,468	21,428	26,589
1989	53,857	442	30	1,847	25,084	36,454
1990	79,787	634	32	1,504	30,338	47,279

出所：バンコク日本人商工会議所「タイ国経済概況 1992～93年度」

の件数が増加していることが従業員の切実な要求としてあるからであろう。特に、製造業および建設業が多く、製造業においては機械化による製品製造工程での操作ミスによる事故が多くなっている。大企業では、労災補償基金に加入している企業が多いが、中小、零細企業では、生産コストに影響することもあり、労災補償基金に加入することを無視しているケースが多い。

## V. 今後のタイにおける社会保障制度の展望

1980年代からのタイ経済の急成長ならびに社会的安定は、今後のタイの社会保障制度の確立に弾みをつけたといえよう。しかし、1990年法は、現在のところ労働者を保護する性格が強いものとなっているため、都市部に集中している企業の労働者に対する制度であるといつてよい。一部の農村では地域型医療保険を実施しているところもあるが、全域に普及していない。このようにこの制度の実施が都市優先となって

おり、農村地域までその恩恵を受けるには至っていない。社会保障制度は、国民全体に対する施策でなければ、その制度の持つ意義を失うことになる。第7次経済社会開発計画は、都市と地方の格差を是正するため、所得および開発成果の地方分散を実現していかなければならないとしているが、一朝一夕にして問題が解決することは望めないのではない。

医療面からその実態を見てみると、医療施設や医師の数は都市部に集中しており、表5で示すとおり地方の医療体制が十分でないことが施設と医師の数をみても明らかである。

タイでは、医師養成を目的とする医学部を有する大学が一部の国立大学に限られていて、毎年、医学部を卒業し医師になろうとする者が1,000人にも満たないといわれている。特に、地方の大学で医学部が設置された大学は、チェンマイ大学、コンケン大学、ソクラーン大学のみでその他はバンコクに集中している。1989年現在、全国で医師の数は約13,000人程度である。これを総人口と比較して見ると医師1人に対して患者数は、4,386人になる。すなわち、1人の医師が4,386人を治療しなければならない割合となる。ちなみに1988年の日本の場合は、609人となっているので、日本との比較でタイの医療体制は、非常に遅れているといつてよい(表6を参照)。大学庁は、医師の不足を解消するため、医師課程の学生募集数を2001年までに340人増やす計画である。そして2011年までに総人口との割合を2,000人にするようにしているが、具体的な対策に乏しい。

また、公立と民間との医師の報酬の格差は、約10倍の開きがあるともいわれている。公立の医療機関に従事する医師は、所得の高い民間の医療機関に転出するという現象が生じている。

表5 地域別の医師数、病院数、ベッド数（1989年）

地 域	人 口 (人)	医 師 数 (人)	1 医師当 り患者数 (人)	歯科医数 (人)	1 歯科医 当り患者 数 (人)	病 院 数 (所)	ベ ッ ド 数 (台)	1 ベ ッ ド 当り患者 数 (人)
合 計	55,888,393	12,743	4,386	2,107	26,525	928	76,374	732
		100.00		100.00		100.00	100.00	
バンコク	5,832,843	5,888	991	1,885	5,376	74	17,457	334
		46.21		51.50		7.97	22.86	
バンコク近郊	2,895,492	486	5,958	109	26,564	37	2,651	1,092
		3.81		5.17		3.99	3.47	
中央タイ	2,812,370	421	6,680	65	43,267	58	4,693	599
		3.30		3.08		6.25	6.14	
東 部 タイ	3,633,544	630	5,768	113	32,155	73	5,998	606
		4.94		5.36		7.87	7.85	
西 部 タイ	3,269,183	501	6,525	82	39,868	73	5,113	639
		3.93		3.89		7.87	6.69	
東 北 タイ	19,575,949	1,631	12,002	254	77,071	268	14,666	1,335
		12.80		12.06		28.88	19.20	
北 部 タイ	10,842,752	2,021	5,380	220	49,422	193	16,174	672
		15.86		10.44		20.80	21.18	
南 部 タイ	6,996,250	1,165	6,005	179	39,085	152	9,622	727
		9.14		8.50		16.38	12.60	

出所：Health Statistics Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

注：下段の数字は、当該地域の割合を示す。

表6 タイ（1989年）と日本（1988年）の医師数、病院数等比較

地 域	人 口 (人)	医 師 数 (人)	1 医師当 り患者数 (人)	歯科医数	1 歯科医 当り患者 数 (人)	病 院 数 (所)	ベ ッ ド 数 (台)	1 ベ ッ ド 当り患者 数 (人)
日 本	122,783,000	201,658	609	70,572	1,740	89,786	1,910,912	64
タ イ	55,888,393	12,743	4,386	2,107	26,525	928	76,374	732

出所：Health Statistics Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

日本の統計1992/93年 総務庁統計局

注：病院数は、歯科診療所を除く。

そのため公立病院の医師の絶対数が不足するという問題が起こっている。保健省では、公立の医療関係者の待遇を改善し、民間の医療機関との格差を縮小する計画を打ち出した。このことによってこれ以上の私立病院への医師の流出を防ぎ、医療サービスの低下を抑えていこうとしている状況である。このように医療体制を充実

させる動きは出てきているが、その成果が出てくるまでには相当な時間を要することが考えられる。

1990年法の施行後6年目から老齢、子女扶養、失業のための補償が実施される予定であるが、これらの補償が実施に移されると保険料の納付率が老齢、子女扶養の場合3%、さらに失業の

場合5%が加えられることになるので、政府、使用者、従業員にとっては保険料の負担が重くのしかかってくる。また、プロビデント・ファンドや医療補助の制度を実施している事業所では制度の見直しが必要になってくるであろう。また、労災補償基金と1990年法に基づく制度を一元的に実施していくことも今後の課題となるであろう。

#### 参考文献

1. 池本幸生, ワリン・ウォンハンチャオ編『タイの経済政策』アジア経済研究所
2. 吉田幹正, サーマート・チアサクーン, チュター・マナットパイブーン編『タイの1980年代経済開発政策』アジア経済研究所
3. 村鳴英治訳『労働者保護法解説及び労働者保護法』バンコク日本人商工会議所
4. *The Seventh National Economic and Social Development Plan (1992-1996)*  
National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister
5. 『タイ国経済概況(1992-93年版)』バンコク日本人商工会議所
6. *Key Statistics of Thailand 1992*  
National Statistical Office
7. *Year Book of Labour Statistics 1990*  
Department of Labour, Ministry of Interior Thailand
8. *Bangkok Bank Monthly Review*, Vol. 31  
November 1990 Bangkok Bank
9. *Medical Service Provision under the 1990 Social Security Act : A Situational Analysis*  
Ministry of Interior Thailand
10. *Advanced Report 1990* Population and Housing Census National Statistical Office
11. 『日本の統計1992/93年』総務庁統計局  
(くぼ・きよし アジア経済研究所総務部次長)