

研究ノート

タイにおける労働災害の発生と被災者の リハビリテーション・職場復帰

岩下 夏岐、吉村 千恵、宮北 隆志

- 1 節. はじめに
- 2 節. タイの社会保障制度の概要（制度発足の経緯と現状）
- 3 節. タイにおける労災保険制度と労働災害の発生状況
- 4 節. 労働災害被災者のリハビリテーションと社会復帰
- 5 節. 東部労災リハビリテーションセンターにおける事例紹介
- 6 節. おわりに

1 節. はじめに

水俣学研究センターでは、2008年以降、タイ東部ラヨン県の臨海地域に位置するマブタブット（MTP）工業団地の拡張に伴う環境汚染、健康被害、移民労働者の流入に伴う諸問題などについて、MTPプロジェクトとして継続的に取り組んできた [宮北 2011・2012]。

2015年2月には、ラヨン県、2003年に設立された東部リハビリテーションセンターを訪問し、タイにおける労働災害被災者リハビリテーション（以下、労災リハ）の現状について情報提供を受けると共に、職場/地域復帰に向けた様々な訓練の様子を視察する機会を得た。

これまで、工業団地に隣接したコミュニティにおける住民・漁民・行政担当者・医療関係者などを対象とした聞き取り調査、並びに、MTP問題に関する文献レビューによって、工業団地周辺地域における大気汚染と悪臭、有害物質の漏出/流出事故、河川/海洋汚染、並びに、地下水汚染、呼吸器疾患の増加などの健康問題について、その所在を一定程度明らかにし整理して

きた。しかし、石油化学関連のプラント内に働く労働者が置かれている状況、すなわち、労働条件・労働環境、並びに、労働災害（以下、労災）や作業関連疾患の発生状況については、その実態を把握することが十分にできていない。

そこで、本論では、東部リハビリテーションセンターにおける労災被災者の受け入れ、医療/リハビリテーション・サービス、職業訓練、そして職場/地域復帰のための様々な取り組みについて明らかにすることから、工業団地内において工場労働者が置かれている状況を知る手がかりを得ることを一つの目的とした。

第2節では、タイの社会保障制度発足の経緯と現状について、第3節では、タイにおける労災保険制度の概要と労働災害の発生状況について、第4節と第5節では、東部労災リハビリセンターを事例として労災被災者のリハビリテーションと職場/地域復帰の現状について整理し、これらの作業を通して『『内』の労災・『外』の公害』[宮北 2015]と言われる問題の一端を明らかにしたい。

2 節. タイの社会保障制度の概要（制度発足の経緯と現状）

ここでは、本論の全体的な背景にある年金や医療、貧困対策、労働保険そして障害者政策について述べる。

1) 皆保険前夜

第二次世界大戦後から現在まで社会保障政策は段階的に発展しその対象も拡大してきている。経済成長期に入る1950年代には、国家公務員や軍人などへの社会保障制度の整備の中で、加入対象者が任務中の事故等により障害を持った際の保障が開始された。その後社会保障制度の対象者は、民間企業の被雇用者を対象にする社会保障法制定により、多様化・拡大が図られている。

1951年、まず公務員（政府職員）年金法が制定された。対象者は官僚・軍人・警察官・国有企業労働者などの公務員に限られていたものの、国家が年

金制度へ関心を持ったことがわかる。以降、公務員は退職後は法に基づき年金または一時金の支給を受けることができるようになった。これらの給付は当初より無抛制であったが、財政的圧迫等の理由から1997年に初めて抛制に基づくものとなっている。現在まで続くこの制度は、タイの社会保障制度の3本柱のうちの一つとなっている。

また、1968年には、「家庭での児童の援助に関する国民福祉局規定」が出され、家庭における障害児へのサービス規定が示された。しかし実際にそのサービスを受けることができたのは、バンコクを中心とした都市部の、さらに限られた家庭においてであった。

さらに1974年には、労働災害補償保険法（WCF）が制定され、労災補償の対象者を、20名以上の被雇用者を持つ事業所の被雇用者とした。WCFに関しては、3節で詳細を述べる。1975年には、残余的福祉サービスとして12歳未満の児童・60歳以上の高齢者・低所得者（一人1000B以下/月）を対象とし、ミーンズテスト¹⁾付きで、保健省管轄の医療福祉制度（Medical Welfare Scheme：MWS）が始まり、障害者を含む6つのグループに属する対象者²⁾は医療費が不要となった。それに加えて、1978年に公務員・軍人に関する医療保障（Civil Servant Medical Benefit Scheme：CSMBS）が国庫負担による運営方式で開始されたと同時に、1978年のWHOによる「2000年までに全ての人に健康を」というアルマアタ宣言を受け、貧困ではないが貧困に近い人々、特に母子や家族への最低限の健康を支援する任意健康保険（Voluntary Health Insurance Scheme：VHIS）も開始される。着実に経済成長を遂げていく過程において、タイでも貧富の差の拡大が問題視されるようになり、1986年には低所得者、貧困者の援助規定が出され、最低生活者への援助規定設定により対象を狭い範囲で限定しており普遍性はないとはいえ、労働、医療、年金等の所得保障に関する社会保障制度が整備された。

しかし、1981年当時の医療保障制度の利用者数は、ミーンズテストによる制限があった³⁾ため1090万人と人口の約23%にとどまり、タイ国全体をカ

バーしていたとは到底言えない。また、これら全ての社会保障制度は、あくまでも加入条件や受給条件を満たすという、制度の枠内で障害を持った者や疾病を持った者への法制度であり、そのほか一般の障害者にとっては直接的には意味を持たない制度・政策であった。国家としても、傷痍軍人の増加や都市部中間層の増加、世界的な動向など世論や社会の状況に応じてその都度制度を制定していたのであり、障害児・者に関する包括的な関心というよりは、単発的に出された初期的社会福祉制度の一端であり、国家方針として大きなビジョンに伴って順次達成されたわけではない。このような状態の政府にしてみれば、当時の貧困削減や都市スラムや農村地域の保健衛生、障害者の職業訓練やリハビリサービス提供などのNGOを含む民間団体は、政府の政策を補完するものであった⁴⁾。

この時期、社会が産業化の途上にあり、被雇用者（サラリーマンや公務員・軍人など）のグループについては一定の社会保障制度が整備される反面、人口の相当部分を占める農業従事者や自営業者等のインフォーマルセクターについては、その大半について制度の対象外または未普及にとどまっていた。いわば“皆保険前夜”と呼ぶべき状態〔広井 2003〕で、タイの社会福祉制度の基盤整備期にあった。

一方で、社会保障の基礎概念はこの時期に整えられた。加入可能者が限定されていたとはいえ軍人や公務員としての勤務経験のある障害者（つまり中途障害者）は、それらの社会保障制度を利用することで、障害を持った後も社会参加の道が残され、なかには作家や政治家、障害者運動のリーダーになるなど、その後のタイ国内における障害者の社会状況変革の一役を担うようになった。1980年代は、そうした障害者を対象とした社会政策の必要性が議論され、障害当事者主体の団体は主な政党への働きかけを行った。その結果、1990年には社会保障法が、91年には障害者リハビリテーション法が制定される。その意味で1980年代は、障害者に関する法律の準備期間であった。

1990年、民間の被雇用者を強制加入させる総括的な社会保障法（91年施行）が制定され、社会保障基金制度が開始された。これは主に民間企業の従業員

を対象とするものであり、既存の公務員対象の制度に加えてより幅広い対象者をカバーすることを目的としていた。この制度により、160万人以上の労働者とその扶養者の一部が広範な社会保障制度の恩恵に浴することになった〔高嶺 1994〕。内容は、「疾病・出産・障害・死亡（91年導入・保険料は労使及び政府がそれぞれ1.5%（97年の経済危機後は1%）負担。）・老齢年金・児童手当（98年導入・保険料は当初1%（2001年より被用者・雇用者は3%、政府が1%）・失業（2004年導入）」という7つの給付を柱とし、社会保険の形式をとる〔広井 2003〕ものであった。

労災被災者を念頭に置いていたこともあり、後遺障害を負った際の保障に関する項目はすでに91年当初より導入されていた。例えば同法による社会保障基金制度の加入者が、後遺障害を持った場合の支給内容は、療養費・リハビリ費用に加え、従前賃金の50%が障害者年金として支給されるなどである。加えて98年には、児童手当と老齢手当の支給が同時に開始された。このように児童手当までを総合的な社会保険制度に組み入れたことは、タイが少子高齢化社会へ突入することを自覚しはじめていたためだろう⁵⁾。しかしながら、施行当初の加入対象者はあくまでも従業員20名以上の事業所の被雇用者というごく一部に限定されており、農業従事者を含む自営業や小規模企業の被雇用者などはカバーされないままであった。

その後、社会保障制度の充実がより強く求められるようになるにつれ、93年には事業所規模が被雇用者10名以上に、94年には任意加入も可能になった。2002年には、従業員1名以上の企業への加入義務づけへとその対象の拡大は続いている。しかし、2000年11月の第3回東アジア社会保険高級実務者会合で報告されたタイのカントリーレポートによると、人口の61%をカバーしたが、それでも残り39%は無保険状態である。2002年の健康保障法制定後も、民間企業の労働者の加入率は、約50%しか達成されていない。タクシン元政権の構想では、2004年度には農業とインフォーマルセクター従事者へ、2006年度には林業・水産業従事者へ適応を拡大することが政策日程にあがっていた〔菅谷 2003〕 ことからわかるように、まさに社会開発を進めるタ

イ国家にとって国民皆保険への構想はタイの社会保障政策の目標であると思われる⁶⁾。

2) 3本柱になった医療保障制度とそのほかの社会保障制度

2002年には、国家健康保障法（National Health Security law：NHS）が制定された。政府は、これによって皆保険を達成できると発表した。2013年までの国民皆保険の完了を目標とし、従前より言われていた保険未加入者の医療費負担を軽減するものである。それまで社会保障法の対象外であったインフォーマルセクターや農業従事者を含む自営業者も、一回の診療につき30Bの負担で済みさらにその後無料となった。この通称30Bカード制度は、新設された30B基金によって実施されている。医療保険の範囲に限定すれば、制度的には皆保険となった。

この国家健康保障制度には、1975年制定の医療福祉制度（MWS）及び1978年制定の任意健康保険制度の対象者も組み込まれた。これにより、タイの医療保障制度は、①社会保障法（SSS：1990年）②公務員・軍人に関する医療保障（CSMBS：1978年）③国家健康保障法（NHS：2002年）の3本柱となり、全国民はいずれかの制度に入ることとなった。障害者は、MWSからSSSの管轄に移されて医療の無料診療サービス受けていたが、2002年以降は登録を済ませた者に限りNHS管轄下で無料診療サービスを受けることになった。

以上のシステムは、サービス利用者による拠出制ではないため、財政計画も含めた社会政策の視点から言うと、国家にとって大変負担の重いものであった。しかし、保健省内における2大思想の1つである「地域保健医療の拡充重視路線」を掲げる「農村医師官僚」と、農民やインフォーマルセクターからの指示調達を長期的に保証するような新しい統治システムとを志向するタイ愛国党⁷⁾が同盟した結果、短期間での法案成立・予算獲得などにつながった〔河森 2009〕。しかし、当然ながら自己負担のみならず保険料も無料という制度では基金運用面から財政を圧迫し、制度の財政的な安定化や継続

性、拡大化といった課題が山積みである。

3) 障害者政策の概要

(1) 二つの障害者法

タイの歴史上、これまで障害者法と呼べるものは二つある。

一つは、1991年に制定された「仏暦2534年 障害者リハビリテーション法」(以下1991年法と表記)である。これはタイで初めて制定された障害者法であり、同法によって、障害者登録制度、障害者手当制度が制定され、障害者雇用割当制度やリハビリテーションの実施などの環境整備がはじまることになった。

2007年には、障害者の権利や市民権をより強く意識した「仏暦2550年 障害者の生活の質の向上および発展に関する法(別名障害者エンパワーメント法)」(以下、2007年法と表記)が制定された。これは、1991年法に変わる新法となったが、1991年法の障害者登録制度等の基本的施策は継続し、加えて、障害者の社会参加や介助者利用に関する規定を加えたものになっている。2007年法は、国連の障害者権利条約採択とほぼ同時期に制定された障害者法で、国連の障害者権利条約の内容を反映したものとなっており、障害者の権利を意識した画期的な内容となっている。

ただし、他の東南アジア諸国と同様にその具現化が大きな課題となっている。

(2) 障害者の生活に関わる諸制度

①障害者登録

障害者登録を行うと、障害者手帳(現在はカード式)が発行され、障害者手当や機器の支給および医療費控除などが受けられる。1991年法によって開始した制度で、1993年に施行規則ができた当時から1990年代半ばまでは登録者数は障害者全体の5%未満と少なかったが、障害者手当の支給率等があがり、キャンペーンの実施などを行うにつれて登録者数は増加している。

現在、障害種別は9種類に分けられる。各種別のうち、その障害度合いに合わせて五段階に分けられる。それらの判断は医師の診断書に基づく。以前は医者診断書を添えたうえでの申請となっていたため申請者の負担が大きかったが、現在は、各県の行政窓口にて「ワンストップ・サービス」を実施しており、一度の申請手続きで諸プロセスが完了するシステムになっている。

労災被災者は、被災後障害が残ることが判明した段階で、入院中にこの手続きを済ませる者もいれば、リハビリテーションセンターへの入所後に一括して手続きを行うケース（詳細は第4節第5節にて紹介）もある。

②障害者手当

障害者登録を済ませると、毎月800バーツの障害者手当が支給される⁸⁾。支給方法は、行政窓口へ直接受け取りに向くか、銀行口座への振り込みのどちらかを選択する。

日本のように、成人か未成年か、障害の度合いによって等状況に合わせて支給額が変化することはなく、一律である。

③障害者雇用割当制度

現在タイには、障害者雇用割当制度がある。これは、制定当時日本の制度を参考にしたもので、企業等は雇用者100人に対して、1名の障害者を雇用しなければならないという努力義務がある。違反した場合は、罰則規定に従い拠出金を支払わなければならないがその金額は依然として低額に設定されているため、あえて拠出金支払いを選ぶ企業が多い。近年では、公的機関や大企業では雇用する傾向にあり、労災被災者の再雇用の際にこの枠が当てられることもある。

④リハビリテーションサービスと福祉機器の受給

タイには、障害者や労災被災者のためのリハビリテーションセンターがあり、理学療法士や作業療法士などのチームによってリハビリテーションが実施されている。労災被災者向け施設に関しては後述する。中でも1992年に設立されたシリントーンリハビリテーションセンターは国内障害者リハビリテ

ーションの中心的施設となっており、啓発のためのセミナー開催や補助器具の開発活動なども行われている。車いすなどの福祉機器が必要な障害者の多くが、同センターより支給されるタイ国内産の車いすを利用している。

ただし、同センターを中心に支給される補助器具は主に国内産または安価な外国製に限られるため、より体にあったものを利用したい障害者や収入のある障害者などは自ら輸入品を購入したり、ボランティア団体を通じて入手したりしている。

⑤ 介助者派遣サービス

2007年法の施行規則によって、タイ政府は障害者や高齢者への介助者派遣サービスを開始した。現在、介助者の研修が行われているが、介助者設置の予算は、各県平均して10-20人分からのスタートであるため、毎年増加しているとはいえ、ほとんどの障害者や高齢者には利用しにくい状況である。介助者を必要とする障害者や高齢者にサービスが届くにはまだ時間がかかる。

⑥ 地方行政における独自のサービス提供

一部の地域行政では外出や移動が困難な障害者や高齢者へ移動サービスを提供している。たとえば、病院や行政窓口への移動には、この移動サービスが利用できる。

また、各県の福祉事務所や行政担当部署では、予算やプロジェクトの関係により、障害者や高齢者向けに職業訓練を行ったり、健康促進のための運動プロジェクトを行ったり、ボランティアを組織して寺院行事への参加を促したりするなど、多様な取り組みも行われているが、いずれも任意で予算次第という点では継続性は望めない。

3) 所轄省庁の変化

記述のように、1970年代より前から障害者に関わる行政の担当部局である内務省公共福祉局が内務省管轄下で置かれた。その後、社会福祉局が独立する形で労働社会福祉省が障害者に関する諸政策は同省が担うことになった。

しかし、国際機関やNGOによる、「人間中心の開発」方針、また国際的な人権意識の高まりによるなどの影響を受け、旧タクシン政権時代にできた新憲法（1997年憲法）発布と同時期に「地域開発と人間の安全保障省」を新設し、人間開発に関わる業務の一部を移管した。その後、現在まで1991年法および2007年法の主な業務は同省が担っている。

同省は、同様にCBR（Community Based Rehabilitation：CBR）推進やリハビリテーション施設運営も担っている。しかし、法令によって各地域内に必ず配置するヘルスポランティアは、保健省の管轄になるため、地域内での福祉業務遂行に関しては、保健省や社会福祉局との連携を図る必要がある。

さらに、本論に関わる労災による障害者の所轄省庁は労働省であり、後述するリハビリテーション及び職業訓練センターへの入所やサービス利用に関しては上記省庁の管轄とは異なるため、労災被災者は両方のサービスを調整しながら制度利用をおこなう必要がある。

3節. タイにおける労災保険制度と労働災害の発生状況

ここでは、タイにおける社会保障制度の一つの柱となる労働災害保障基金の現状を概観すると同時に、職場における労働災害や作業関連疾患の発生状況について日本の現状と比較しながら考察を加えたい。

1) 労働災害補償基金設立の経過と現状

労働者災害補償基金は、政令103号によって内務省労働局に設立され、1974年1月に業務を開始している。この基金の目的は、職務・作業上の事故、損傷、疾病、障害、死亡に対して、雇用者に代わって迅速で公正な保護（補償、リハビリテーション、職務・作業上の安全化促進と問題解決）を被雇用者に提供することにある。1990年には、労働省社会保障事務局の設立に伴い、内務省労働局から労働省に業務が移管され、今日に至っている。また、1994年6月に制定され、同年7月に施行された労働者災害補償法の第26条か

ら30条にこの基金に関する規定が定められている [Social Security Office 2007]⁹⁾。

2) 基金の適用対象

基金が設立された1974年、従業員20人以上の企業で働く被雇用者のみが保護の対象であったが、1993年には、従業員10人以上の事業所にまで拡大（年齢制限なし）されている。その後、2002年には、1人以上の事業所に拡大され、従業員規模によらず、すべての事業所の被雇用者が適用対象となった [P. Thepaksorn, S. Pongpanich 2014] [増田雅暢、金貞任 2015]。

適用者数は、1974年の272,848人、1995年の48,380事業所、490万人から、2009年の329,620事業所（ちなみに、社会保障基金の適用事業所数は389,953事業所）、7,939,923人（同適用者数は9,360,119人）、2010年には、332,579事業所、8,177,618人まで拡大している [ILO Social Protection Platform 2011]。

しかし、基金の適用者数はタイ労働力人口に占める割合は2割程度に留まっている。この背景には、通年で雇用しない農林水産・畜産業の被雇用者、公務員、NPOの被雇用者、国営企業の被雇用者、私立学校の教師、並びに、校長（私立学校法）は、基金の適用対象外となっていることがある。国家公務員や地方公務員、国営企業の被雇用者などは別立ての制度の中で保護されているが、農林水産・畜産業の被雇用者や自営業者など、いわゆるインフォーマル・ワーカーが保護の対象となっていないことは大きな課題と考えられる。また、同時に、ミャンマー、ラオス、及びカンボジアなどの近隣諸国から受け入れている数百万人の移民労働者が置かれている状況についても、今後、適切な対応が求められている [Social Security Office 2010] [山田美和 2013]。

なお、日本における2012年の労働力人口6,530万人に対する労災保険適用者数53,236,873人の割合が8割を上回っていることからすると、タイの労働災害補償基金によってカバーされている労働者の割合は、適用対象外の雇用

者の範囲に日本とタイで違いがあることを考慮しても、まだまだ低いと考えられる [厚生労働省 2013]。

3) 基金への拠出と給付

社会補償基金の財源は、政府・使用者・被雇用者の3者による拠出金であるのに対し、労働者災害補償基金は、雇用者の拠出金のみで運営・運用されている。

雇用者が支払う保険料は、産業分類別に定められたリスク評価によって異なり、基金加入4年以内の基本保険料率（“Basic Rate”）は、131の産業分類において賃金の0.2～1.0%に設定されている。被雇用者の総賃金に基本保険料率を乗じて算定される保険料の上限は240,000バーツ/年/人である。基金に加入して4年経過後の（労災）事故率が低ければ、保険料を20～80%の減額、一方、事故率が高ければ、20～150%の増額がなされる。

2010年の実績を見ると、335,419事業所の内、基本保険料率の適用を受けているのは120,946事業所（36.1%）、一方、保険料を減額されたのは、189,746事業所（56.6%）、保険料を増額されたのは、22,450事業所（6.7%）となっている。

(1) 給付の種類（18条）

給付は、医療保障給付、一時的廃疾給付、恒常的廃疾給付、遺族給付、葬式助成金、リハビリテーション・サービスの6つに類型化されている。

①医療保障給付：1日当たり700バーツを超えない病院の室料及び食事代を含み、1件当たり上限35,000バーツ

②一時的廃疾給付：1ヶ月当たり最低2,000バーツから最大9,000バーツまで、賃金の60%。3日以上休業・休職を余儀なくされたケースにのみ、最長期間を1年間として支払い

③恒常的廃疾給付：全体的廃疾補償と部分的廃疾補償に分かれ、両者の月額支出は賃金の60%であり、補償期間は前者が最長15年間、後者は10年間

- ④遺族給付（20条）：月額総額、賃金の60%、両親、配偶者（夫、或いは、妻）、18歳以下の子供に均等に分割され、補償期間は最長8年間
- ⑤葬式助成金（16条）：一時払いで最も高い最低日当賃金の100倍
- ⑥リハビリテーション・サービス（15条）：職務・作業場で損傷及び病気を負った際のリハビリテーション請求に対して支払われ、1件当たり20,000バーツを上限とする

(2) 給付金総額：

2010年には、総額1,593百万バーツ（基金収入の54.4%）が145,216人に給付され、その内訳は、一時的/恒常的廃疾給付、並びに、遺族給付：817百万バーツ（51.3%）、医療補償給付：760百万バーツ（47.7%）、葬祭助成金：13.5百万バーツ（0.8%）、リハビリテーション・サービス：2.57（0.2%）百万バーツとなっている。一時的/恒常的廃疾給付、並びに遺族給付、そして、医療補償給付に較べて、リハビリテーション・サービスに関わる給付額は、極めて低額に抑えられている。

1986年から1996年までの10年間の給付実績は、2億1,848万バーツから16億950万バーツへと7.4倍に増大しているが、1991年から1996年において、労働者災害基金の収支決算は収入超過であり、同基金の財源は安定している。

4) 基金の運営組織

基金の運営は、労働者災害補償委員会（Workmen's Compensation Committee）と労働者災害補償医療委員会（Workmen's Compensation Medical Committee）によってなされている。

前者は基金の政策と行政を担当しており、メンバーは、使用者代表3名、被雇用者代表3名、専門家5名（社会保障行政、法律、医療サービス、経済学及び融資関係の領域から特別任用）、社会保障事務局長官など、14名以内とされている。

後者は、労働者災害補償委員会と社会保障事務局に医療サービスに関わる

業績について相談やアドバイスを及び提案を行う権利と義務を有しており、メンバーは、医療サービス領域に豊富な経験と知識を持つ者、15名以内とされている。

5) 労働災害（作業関連の負傷・疾患）の発生状況

2009年の労災保険適用事業所数は329,620事業所、同事業者数は7,939,923人、支給者数は149,436人。その内訳は、休業4日未満106,598人（71.3%）、休業4日以上39,850人（26.7%）、部分障害2,383人（1.6%）、重度障害8人（0.01%）、死亡597人（0.4%）である。また、1000人率18.82であった。

業務中のケガで最も件数が多いのは、鋭利な物（材料や道具など）による切り傷などである。また、作業関連疾患の原因として最も多いのが、重量物の持ち上げ・運搬である。さらに、労働災害の発生率を業種別に見ると、建設業が最も高い。

表1は、1994年以降のタイと日本における死傷者千人率の推移を比較して示したものである。千人率とは、労働者1,000人あたり1年間に発生する死傷者数を示すもので、労働災害の発生状況を経年的、或いは、業種別に比較する際の一つの指標となるものである。しかし、この指標を国際的な比較の参考にする際には、産業構造の違いに加えて、職場の労働安全衛生を監督/監視する労働基準監督署などの権限や労災保険制度の違いを考慮する必要があることは言うまでもない。

労災保険新規支給者の総数で見た死傷者千人率は、1994年の43.79から2008年には21.70と半減し、その後も着実に改善を続け2011年には15.76まで低下している。休業4日以上の千人率の総数に占める割合は、1994年の35.8%から29.2%と僅かであるが小さくなる傾向が認められる。

休業4日以上の死傷者千人率をタイと日本で比較すると、1996年には、タイの15.64に対して日本は3.4（日本を1として4.6）とかなりの差が認められるが、2009年には、タイの5.40に対して日本は2.0（日本を1として2.7）

とその差は縮まりつつある [Social Security Office 2004] [Ministry of Labour 2012] [厚生労働省 2016]。

表1 死傷者千人率の推移 (タイと日本)

	タイ 総数	休業4日以上	日本 休業4日以上
1994	43.8	15.7	-
1995	44.1	15.1	-
1996	45.3	15.6	3.4
1997	39.5	12.8	3.2
1998	36.2	11.7	3.0
1999	32.3	10.2	2.8
2000	33.1	9.7	2.8
2001	34.2	9.4	2.7
2002	29.2	8.1	2.6
2003	30.0	8.1	2.6
2004	29.2	7.8	2.5
2005	27.8	7.6	2.4
2006	25.6	7.0	2.4
2007	24.2	6.7	2.3
2008	21.7	6.1	2.3
2009	18.8	5.4	2.0
2010	17.9	5.2	2.1
2011	15.8	4.6	2.1

Annual Report 2003

Social Security Office (2004), National Master Plan on Occupational Safety, Health and Environment (2012) をもとに筆者作成

4節. 労働災害被災者のリハビリテーションと社会復帰

本節は、執筆者の一人である岩下が、2012年3月26日～2014年3月25日まで、青年海外協力隊として、タイのラヨーン県にある東部労災リハビリテーションセンター（The Eastern Industrial Rehabilitation Centre、以下、E-IRC）に派遣された際のデータ及び、2015年と2016年の短期補足調査の際に得た現地資料や調査データに基づき、労働災害被災者（以下、労災被災者）のリハビリテーションと社会復帰についてE-IRCの事例を中心に紹介する。

1) 労災リハビリテーションセンターの役割

労災リハビリテーションセンター（Industrial Rehabilitation Centre、以下、IRC）は、労働災害や疾病等により後遺障害を有した者に対して、リハビリテーション、職業訓練、心理ケア、アクティビティ等を提供し社会復帰を図る、労働省社会保障事務所管轄の入所施設である。（図1参照）

タイ初のIRCは、1983年度に国際協力機構（以下、JICA）の無償資金協力でパトゥムタニ県に建設された。その後、IRCは、プロジェクト方式技術協力（1983年度～1991年度）やJICAボランティアの派遣など、今日に至るまで様々な形で日本の支援を受けてきた。一方で、タイ側も敷地内に体育館を建設したり、ピアカウンセリングを行ったりと、利用者のニーズに合わせて活動を拡大し、利用者の社会復帰を支援してきた¹⁾。

しかし、目覚ましい高度経済成長によって増加した労災被災者をIRCのみで支援することが難しかった。そこで1994年（仏暦2537年）閣議決定がなされ、タイ国内に順次、IRCを建設することが決まった。2015年現在、開設されているIRCはパトゥムタニ県、ラヨーン県、チェンマイ県、コンケン県の4か所である。またソンクラー県は建設中で、2019～2020年に開設予定である。

本章で紹介するE-IRCは、前述のパトゥムタニ県にあるIRCをモデルとして、1999年11月15日にラヨーン県で建設開始、2001年10月4日に完成、2003年4月2日に始動した。タイ国内で2番目に開設したIRCである。



図1 社会安全保障局における労災リハビリテーションセンターの位置づけ

Social Security Office の Annual Report 2009 をもとに筆者作成。労働省社会保険事務所 (Social Security Office) の管轄。同省令に基づき設置された部局 (Ministerial Regulations Division) の1つが労災センター (Industrial Rehabilitation Centre) である²⁾。

2) 東部労災リハビリテーションセンターの実際

(1) 立地環境と施設の概要

ラヨーン県は、バンコクから南東約180kmに位置しており、フルーツやキャッサバ、ゴムの木の栽培が盛んである。またタイ湾に面したビーチやサメット島は、人気の観光スポットとなっている。加えて、近隣のチョンブリー県と同様に工業団地があり、タイ国内及び周辺アジア諸国からの出稼ぎ労働者が多い場所である。

E-IRCは、ラヨーン市街地から内陸に向かって北西30kmのところにある。柵で囲まれた広大な敷地内には、E-IRC利用者の他、多くの職員が生活しており、小さな集落のようである。施設は、事務室、会議室、面談室、医療処置室、リハビリテーション室、各種職業訓練のための演習室、体育館やジム、音楽室、食堂、イベントホール、リネン室、利用者用宿舎 (男女別)、職員

宿舎からなる。利用者の最大収容人数は100名（男女各50名）である。（写真1、2）

そして、E-IRCが管轄する地域は、主に東部8県（チョンブリー、ラヨン、ジャンタブリー、タラート、チャチェンサオ、プラーチンブリー、ナコンナーヨック、スラゲオ）とサムットプラッカーン県である。



写真1 E-IRC 正面入口



写真2 E-IRC 敷地内ようす

（注）本論で使用する写真は全て筆者撮影

（2）組織

E-IRCは、施設管理、評価、データ管理、メディカル・リハビリテーション、職業訓練の5部門からなる。（図2）

施設管理部門は、主に施設環境や設備機器の管理を行っている。事務員やリネン交換等を行うケアスタッフ（แม่บ้าน meaban）は、この施設管理部門に所属している。そして障害者雇用枠で、労災被災者が本部門に採用される場合がある。

評価部門は、労災被災者の障害の程度や職業訓練の適性などを評価し、利用者の選定から適した職業訓練コースの選択、社会復帰後の生活や就労までを支援している。

データ管理部門は、利用者の推移、職業復帰率、医療費などのデータ管理と分析を行っている。また高位機関である労働省社会保障事務所の会議に参

加したり、外部からの見学者に対応したりする。

メディカル・リハビリテーション部門は、簡易的な医療処置とリハビリテーションを提供する。2012年から2014年時点では、部門統括者である看護師1名、看護助手1名、理学療法士3名、作業療法士1名、義肢装具士1名、義肢装具士助手1名、事務1名が勤務していた。

職業訓練部門は、各種職業訓練を利用者に提供する。職業訓練に関する詳細は次項で述べる。施設管理部門と同様、障害者雇用枠で、労災被災者が職業訓練部門の教員として採用される場合がある。

スタッフ数は2015年2月17日時点では59名。内、労災被災者で、かつてのE-IRC利用者が障害者雇用枠で7名在籍している¹⁰⁾。

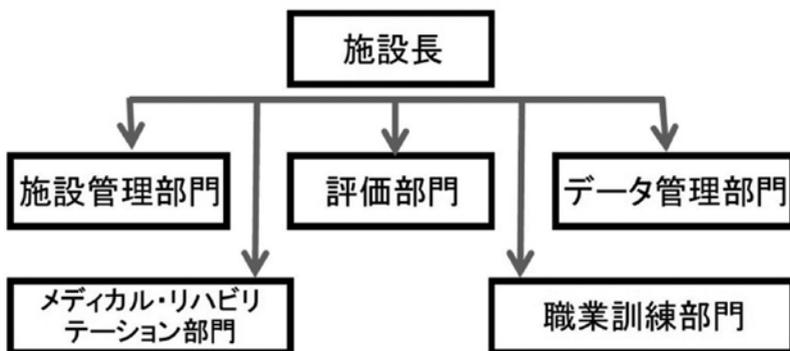


図2 E-IRCの組織図¹¹⁾

2015年2月24日に当センター訪問の際に収集した資料をもとに筆者作成

3) 東部労災リハビリテーションセンター利用の流れ

(1) スクリーニング

E-IRCでは、スクリーニングと称される会議が月に一度、開かれる。会議には外部の医療機関から外科医、形成外科医、整形外科医、脳神経外科医、リハビリテーション医などの医師が複数名参加し、各部門の職員と共に入所希望者を評価する。本会議における評価とは、障害の状態把握、再手術の必

要性の判断、リハビリテーションの処方の有無といった医学的評価のみでなく、入所の最低条件である日常生活動作の自立の可否、本人の意向や職業訓練の適正、経済状況などを含有した総合的な評価である。当事者を囲んで多面的な視点で話し合いが行われる。

(2) サービス

入所が決定すると利用者は大別して以下の3種のサービスを受けることができる¹²⁾。

1. メディカル・リハビリテーション
2. 職業訓練
3. 心理ケアと社会参加

これら提供されるサービスに係る費用の他、光熱費や食費といった生活費の一切は労働省社会保障事務所が負担し、利用者の自己負担は発生しない。入所期間中、外出に際しては事前に申請して許可を得ておく必要がある。またE-IRC内での飲酒も禁じられている。入所期間は、概ね2年間であるが、選択した職業訓練のコース、加療期間、在籍している職場の意向など、利用者の状況によって異なる。

サービスの1つであるメディカル・リハビリテーションについて言えば、E-IRCには医師が常駐していないため、診察は月1度のスクリーニング会議の前に一斉に行われる。突発的な体調不良など、受診の必要性が生じた場合、メディカル・リハビリテーション部門の職員が付き添い、公立病院を受診することがある。E-IRCで対応可能な医療処置は、術創のガーゼの付け替えや褥瘡のケアなど、常駐の看護師が対応可能な範囲である。加えて、理学療法士と作業療法士によるリハビリテーションの提供、義肢装具士による義肢装具の制作と修繕がある。尚、リハビリテーション及び義肢装具の提供には、事前に医師の処方が必要である。またリハビリテーションと義肢装具の提供は、入所中の利用者以外も利用可能な場合がある。例えば、手指切断でリハビリテーションの必要性がありながらも、「家族のために収入が途絶えたら

困る。」などの事情から労災被災前と同様に勤務する者が、職場の同意の下で、定期的にE-IRCに通所する場合がある。このような事例は、仕事の合間に遠方から訪れることが多いため、頻繁にリハビリテーションを受けることができない。そのため個別に自主訓練を指導する場合が多い。



写真3 理学療法室



写真4 作業療法室

次いで、職業訓練について紹介する。提供される職業訓練は、職業準備訓練と職業訓練に分かれる。新たな技術を修得したいと希望する利用者はまず、職業準備訓練を受けて、定められたコースを修了しなければならない。

職業準備訓練には、①金工 ②木工 ③電化製品部品の組み立て ④事務（事務業務、タイピング） ⑤手工芸（伝統工芸、基本的な裁縫） ⑥自転車修理 ⑦農作物栽培 の7種類がある。

職業訓練には、①金属接合 ②ガス溶接 ③木工家具 ④小型エンジン修理 ⑤オートバイ修理 ⑥事務（コンピューター） ⑦タイピング ⑧電子工学 ⑨電化製品修理 ⑩エアコン修理 ⑪洋裁 ⑫ミシン技術（集団縫製工場で働くための技術）の12種類がある。

利用者は、本人の能力や要望を加味し、コースを選択、受講する。技術修得後、職業復帰、職場復帰、新規就職、自営業といった様々な形で社会復帰できるような体制をとっている。

この他、心理的なケアの一環としてピアサポートの会を開いたり、タイ仏

教の僧を呼んで説法を聞く機会を設けたりしている。また社会参加の一環として、寺の奉仕活動や地域のイベントに参加している。加えて、スポーツ大会、日帰り旅行、創立記念祭など、数多くの年間行事がある。入所中は土日祝日を除いて毎日、リハビリテーションと職業訓練を受け、時にレクリエーションに参加して、利用者同士で親睦を深め、助け合いながら、社会復帰を目指すのである。



写真5 職業準備訓練（基本的な裁縫）



写真6 職業訓練（オートバイ修理）

4) 入所者概要

2012年から2014年当時、利用者の年齢は20～50歳代、男性が全体の8割を占めていた。受傷原因は、製造工場での機器の誤操作が多く、結果、手指切断や上肢切断に至った事例を担当する機会が多かった。また感電による熱傷や転落、化学薬品による熱傷、交通事故による骨折や頭部外傷に至った事例も認めた。

データ管理部門のジュ氏は、以下のように語る。

サムットプラカン県にある工場団地は古いシステムを使っており、新しい従業員に対して2時間程度の説明で仕事に従事させていることもあるので、事故が比較的、多い。ラヨン県やチョンブリー県では、新し

いシステムを使い、従業員の教育も行き届いているので安全といえる。
(2015年2月)

E-IRC利用者の中には、外国人労働者が数名いた。彼らの中にはほとんどタイ語が話せず、付き添いの友人の通訳が欠かせない者がいた。このような外国人労働者も同様に2時間程度の説明で、仕事に従事するのであれば、人為的ミスから起因する労災事故が多発しても不思議ではない。また言語の障壁が重篤な労災事故を招く場合がある。利用者であるミャンマー人の男性は、勤務していた工場内で事故が起きた際、タイ語を解さないために周囲の状況が理解できず、逃げ遅れた結果、全身熱傷という重症を負っている。友人は、事故当時のことを次のように話す。

周りのタイ人は口々に事故が起きたと言いながら一斉に逃げ出した。俺はこいつに（ビルマ語で）逃げろと言ったが周りがるさくて、こいつは何が起きたのかよくわかってなかった。周りのタイ人が逃げているのを確認して、やっと走り出したが、もう遅かった。それでこんな風になってしまったんだ。(2012年10月)

5) 退所者概要

表1はE-IRC開設から2015年までの実績報告である⁴⁾。

開設から13年間で1,304人が、E-IRCを利用している。男女比は概ね10対3で、例年、男性の入所者数が圧倒的に多い。1,304人のうち、社会復帰した者は1,147人である。その内訳は、職場復帰64%、新規就職8%、自営業16%で、社会復帰率は88%である。残る12%に属する者の近況は不明であるが、筆者が活動していた2012年～2014年までに在籍していた利用者のうち、社会復帰できなかった者は、在宅復帰していた。E-IRCでは、HOME VISITと呼ばれる退所した利用者を訪ねる活動がある。このHOME VISITにおいて、筆者が出会った在宅復帰となった事例は、脊髄損傷によって車椅

表1 E-IRCの入所者および退所者の推移 (2003~2015年)

2003-2015年 東部労災リハビリテーションセンター実績報告(ラヨン県)

単位:人

年	入所者数			医療部門	職業部門		退所者			
	男性	女性	合計		準備訓練	職業訓練	職場復帰	新規就職	自営業	合計
2003	50	9	59	59	53	11	4	2	2	8
2004	53	13	66	107	76	36	29	10	7	46
2005	59	15	74	145	74	24	17	7	18	42
2006	82	20	102	205	72	33	82	3	25	110
2007	99	28	127	222	74	68	34	3	13	50
2008	103	27	130	302	72	61	52	7	25	84
2009	101	19	120	338	61	59	36	3	9	48
2010	95	39	134	424	66	50	113	18	30	161
2011	96	38	134	397	81	64	217	6	28	251
2012	87	27	114	259	52	36	106	14	12	132
2013	92	21	113	240	45	42	58	16	19	93
2014	89	23	112	259	41	47	70	12	14	96
2015	15	4	19	182	20	23	17	6	3	26
合計	1021	283	1304		787	554	835	107	205	1147

2015年2月24日に当センター訪問の際に収集した資料をもとに筆者作成

子ユーザーとなった者、交通事故による頭部外傷によって高次脳機能障害を有する者、概ね60歳前後の年齢を重ねた者であった。このうち、脊髄損傷によって車椅子ユーザーとなった者は、褥瘡(床ずれ)を患っていた。彼に受診を勧めると次のように語った。

病院に行こうにも(家の周り)道が悪いし、車椅子じゃあ無理。タクシーはお金がかかる。家族は、昼間、働きに出ている。(通院のために)休んで給料が減ったら、生活していけない。(2012年9月)

職場復帰例は、製造スタッフから営業や事務手伝い、イベントの写真撮影係りといった配置換えによって復帰が叶った者であった。

新規就職に関しては、不定期にE-IRCに求人情報が入ったり、近隣の工場責任者や人事課スタッフが就職説明会を開催したりすることがある。利用者はこれらの情報を入手し、評価部門のスタッフと相談して新規就職が実現することがある。

自営業という形で社会復帰する事例は、タイにおいて比較的、容易であるため、多いようである。メディカル・リハビリテーション部門の理学療法士の1人は次のように話した。

タイでは市場の場所代を払えば、すぐに店を出せる。自分の体調や都合に合わせて商売ができるので小売業に転向する人は多いよ。資金があればカフェを作ったりする人もいる。タイ人はカフェが好きだから。それから障害者の中には宝くじを売って生計を立てる人もいる。障害者から買ったほうが、タンブン（積徳行為）になって、当たるって考えている人が多いから、よく売れる。(2013年)

この他、職業訓練で修得した技術を用い、自宅で衣服の繕いを請け負うことで家計を助ける者、実家の小売業を手伝う者もいた。復帰の形は様々であるが、社会復帰が実現するのは、若年で手指切断等の自力で移動が可能な者が多い。一方、車椅子ユーザーや歩行困難な者、高次脳機能障害などによってコミュニケーションが困難、あるいは作業遂行が困難な者は、再び就労することが難しいようである。そして在宅復帰者の場合、彼らの生活の質という点から継続的なケアが望まれるが、利用者の多くが地方出身者であり、支援制度もないため、定期的な訪問は現実的に難しい現状にある。

5 節. 東部労災リハビリテーションセンターにおける事例紹介

本節では、2012年～2014年の期間に入所していた利用者のうち、社会復帰例、在宅復帰例、退所困難例の3名について事例紹介する。

1) 社会復帰例

本例は30歳代半ばの男性である。バイク事故による頭部外傷で、左半身の麻痺と高次脳機能障害という後遺症が残った。岩下が職務として担当したのは、受傷後5年が経過した頃で、当初から「働きたい」という要望があっ

た。しかし、担当の作業療法士の見解は、就労は難しいというものであった。左上肢の麻痺は重度で、日常生活で全く使用できない状態であり、歩行能力は短下肢装具を左足に装着することで、なんとか平地歩行が可能なレベルであった。そのため舗装状態が芳しくない道や段差がある場所では転倒の危険性があった。そして最も心配されたことは、左半側空間無視の症状と注意散漫な傾向が認められるということであった。石合^{D)}は、「半側空間無視とは、大脳半球病巣と反対側の刺激に対して、発見して報告したり、反応したり、その方向を向いたりすることが障害される病態である。」と説明している。つまり本例は、何か課題を遂行する際に左側の空間を見落としてしまい、長時間、集中して作業することが困難であった。そこで前任のJICAボランティアが作ったワークサンプルという作業療法プログラムの中のカード課題を行い、作業耐久性や能率向上を図った。そして、作業に集中できる環境や指示の方法など、どのような配慮が必要かを検討した。

約1ヶ月が経過して、本例の就職先が決定した。冷凍エビの袋にシールを貼って指定された枚数を束ねるといった業務内容で、工場内に併設された従業員宿舎から通勤するということであった。筆者は、勤務にあたり予測される苦手な事と得意な事、どのように職場環境を整えたらよいかなどの情報を勤務先の職員に伝えるべく、就職先への同行を願い出た。一般的に高次脳機能障害は認知度が低く、一見して理解し難い。本例の場合、工場担当者の認識の範囲内で簡単だと判断された仕事が、本例にとっては難しいという双方の認識の相違が生じ、相互理解の妨げになることが懸念された。同行許可が下り、本例と共に職場環境と業務内容を見学した。加えて、従業員宿舎から工場迄の通勤ルートや食事の調達といった生活方法を確認した。業務内容で特に配慮が必要と思われたのは以下の2点である。

① 製造ラインに入る際、ゴム製の長靴に履き替えなくてはならないという規則がある。

② 袋にシールを貼る際、適宜、傷や穴の空いた不良品をチェックして廃

棄しなければならぬ。

①については、短下肢装具の上から長靴の着用を試みたが不可能であった。就職先の上司に歩行状態を確認してもらい、交渉を重ねた末、特例として新しく靴を購入し代用することとなった。

②については、不良品を見つけて廃棄するという、注意を要し、かつ臨機応変な対応が求められる工程があることから、何度も誤る可能性があることを伝えた。本例の障害特性をできる限り説明し、支援をお願いした。

職場見学の日、本例の家族が来ており、その中に5～6歳の男児がいた。久方ぶりの再会だったようで、男児は嬉しそうに父親を見つめ、足元を離れなかった。本例が「働きたい」と強く希望したのは、息子の存在が大きかったのであろうか。半年が経過した後、評価部門の職員より、本例が精力的に勤務しているとの報告を受けた。本例が継続的に働き続けることができるよう願ってやまない。



写真7 通勤ルート確認



写真8 宿舎の階段昇降練習

2) 在宅復帰例

本例は30歳代前半の男性である。1996年、バスの修理中にジャッキが外れて車両の下敷きになり、脊椎損傷となった。2006年から2年間、E-IRCに入所して、リハビリテーションと電化製品修理の職業訓練を修了して在宅復帰したそうである。筆者は2013年、住宅改修で本例と関わることとなった。当時は、母親が建てた未完成の家に、左手関節レベル切断の障害を有する恋人と2人で暮らしていた。平日、恋人が工場で働く間、本例は自宅で家事全般を行う。そして家事の合間に、母親が自宅近くに建てた工房で電化製品の修理を行い、家計を助けていた。事前にこれらの情報や本人、恋人、母親の要望を聴き取り、家屋評価を行った結果、改修箇所は以下の3点に集約された。

- ① 工事途中の床を完成させたい。
- ② トイレを洋式に変えて、移乗が楽に出来るようになりたい。
- ③ 調理時、材料や調味料を膝に乗せて、車椅子駆動することが大変なので、長いテーブルが欲しい。

E-IRCが捻出できる予算は1軒あたり1万パーツ（2013年当時、約3万円）迄であった。そのため予算は便座やタイル等の材料購入にあて、施工はE-IRC職業訓練部門の職員やドライバー、家族で行った。

①床の改修

車椅子駆動を容易にするために床の完成と共に玄関の段差解消も行った。（写真9）

施行日の前に、母親の判断で部屋の間仕切りの壁を取り払っていた。住宅構造が、ブロックを積み上げてモルタルで固めた簡易な構造であったため、容易に取り払うことができたようである。（写真10）

②トイレの改修

改修前、和式便座のような便器（写真11 Before）に移乗して排泄していた。この環境下では、車椅子の座面高と便器の高さに高低差があり、年齢を重ねて筋力が低下した場合、移乗時に転倒しないか不安だということであっ



写真9 玄関の段差解消のようす (Before→After)



写真10 床の仕上げ (Before→After)

た。そこで便座を洋式便座に変え、排泄時の姿勢保持のために両サイドに手すりをつけた。手すりは、鉄工が専門の教員に加工してもらった鉄製パイプに防錆塗装を施したものである。トイレの入り口は車椅子で往来するには狭いという訴えがあったため、本人、家族の了承の下、扉を撤去してカーテンに取り替えている。(写真11 After)

③キッチンの改修

改修前はシンクと調理用テーブル、ガスコンロがそれぞれ離れた場所にあった。本例は、食器や食材、調味料を膝に乗せた状態で車椅子駆動し、食事の準備をしていた。食器を洗う際は、体幹を回旋した不自然な姿勢で行うために背中が痛くなると話していた。(写真12 Before) そこで、シンクと調理用テーブルを繋げて、ガスコンロまでの動線を作り、車椅子がゆったり入

る高さと奥行きを確保した。結果、材料や道具を膝に乗せて運ぶ必要がなくなり、効率性と安全性が向上した。(写真12 After)



写真11 トイレの改修のようす (Before→After)



写真12 キッチン改修のようす (Before→After)

改修後、以下のような感想を得た。

以前から出来ていたことも、1つ1つの動作が楽に短時間でできるようになり、生活が便利になった。改修してもらってよかった。(2013年7月)

E-IRCを退所後、何とか地域で生活している者は多いだろう。しかし当然のことながら、何とか生活出来ることと安全で快適な生活を送ることは同義ではない。また本例は「今、何とかできていても、数年後も同じようにできているとは限らない」と話していた。筆者が関わった住宅改修は、僅か6例であったが、いずれもニーズは高く、生活の質向上という点で重要な支援方法であると痛感した。しかし、支援方法として認知度は低く、支援制度もないのが現状である。

3) 退所困難例

本例はミャンマーから来た40歳代前半の男性である。作業中に高所から転落し、脊髄損傷となった。挨拶を除いてほぼタイ語が話せず、コミュニケーションをとる際は、友人のミャンマー人男性の通訳が欠かせなかった。そのような状況であったため、本例が初めて作業療法室を訪ねて来た日は、非常に困惑した。

職員にはタイ語とは異なる耳慣れない言葉で話しかけ、意志疎通を図ることができない。情報収集のためにカルテを開くも、カルテ作成スタッフもビルマ語を解さないため、情報収集が出来ていなかった。先刻まで対応していた同僚のタイ人理学療法士に状況を説明すると、脊髄損傷で入所したことがわかったが、受傷経過も脊髄の損傷レベルもわからない。そこで評価を兼ねて、慎重に車椅子からベッドの端に移乗し、介助下で座位をとってもらった。間を置かずに長身の本例は、崩れ落ちるように転倒しそうになった。自身の上半身を支えて座ることが出来なかったのである。

本例の要望は、「家に帰りたい」ということであった。ミャンマーにある

自宅は、高床式の住宅構造で、自宅に出入りには必ず階段昇降する必要があるという。加えて、車椅子に座る、移乗する、床上で生活できることが必須条件であった。そこで自宅の絵を描いてもらい、生活環境をできるだけ把握するように試み、退所後の生活に即したリハビリテーションプログラムの策定に努めた。ボディランゲージを駆使し、ビルマ語の単語を並べながら、残存機能のトレーニングや日常生活動作練習を行い、半年が経過した頃、床に座ることが出来るようになり、車椅子からベッドへの移乗も自力で出来るようになっていた。また30cm程度の段差であれば、プッシュアップという方法で身体を持ち上げて座ることが出来るようになった。出来ることが増えて生活圏が広がった頃、殿部にごく僅かな擦過傷が出来た。僅かな傷が原因で褥瘡（床ずれ）に至る場合があり、本例も例外ではなかった。間もなく褥瘡予防とケアに関する知識を伝え、自己管理と看護師のケアによって深刻な状況になることはなかった。しかし腰から足先までの感覚を全く感じ取ることができない本例にとって、褥瘡（床ずれ）のリスクは生涯の問題である。特にミャンマー帰国後、車椅子ではなく、床上で生活するのであれば、いざって移動することになり、擦過傷を作る危険性が高い。このような事例に対して、継続的な支援が出来ないのは、残念でならない。

2014年、メディカル・リハビリテーション部門のケースカンファレンスの中で、それまで退所の見通しが立たなかった本例が帰国できるかもしれないという話が挙がった。彼の恋人が、彼が住めるような家を新しく建てるというのである。しかし2015年2月の調査時点では、本例は未だ退所していなかった。本例に「新しい家を建てたのではなかったのか」と尋ねると、「建てている」と返答した。E-IRCのスタッフに状況を尋ねると、状況を正確に把握している者はおらず、それ以上の情報収集はできなかった。2016年2月、筆者が再び、E-IRCを訪れると、既に本例は退所していた。そして彼の友人という入所者から近況を聞くと、故郷のミャンマーに平屋の一軒家を建てたことが判明した。友人の携帯電話に送られてきた写真には、本例が新築の屋内で、装具を装着し、立位訓練に励む様子が収められていた。

以上、筆者が担当した3例について事例紹介した。ここに挙げた事例を考えても、単に労災被災者の後遺障害だけでなく、彼らの生活様式や人的・物的環境、経済状況、社会保障システムなど、実に多岐にわたる因子が、彼らの生活に支障をきたす要因となっていると感じる。そして時に、それら因子は彼らの生活を助ける手段であり、リハビリテーション支援の糸口にもなりうる。多角的な視点でリハビリテーションや支援を考える必要性があることは言うまでもない。

さらに言えばそれら支援は単発的ではなく、継続的になされる必要があると思われる。E-IRCという快適な生活環境下から出た後、困難な状況に直面することは容易に想像ができる。筆者は、その状況を目の当たりにし、当事者の要望を聞いたにも関わらず、何もできないという口惜しい思いを何度もした。また仕事という、責任と生産性や効率性を求められる作業遂行において改めて、労災被災者が自身の後遺障害を意識するケースも少なくない。心理的なケアを含めた継続的な支援と労災被災者や雇用主が気軽に相談できるような場が必要である。

最後に本節のまとめとして、友人や家族、地域の人々と助け合いながら生活する労災被災者の姿について述べたい。

例えば、左半身が麻痺している男性利用者は、床から立ち上がる際、脊髄損傷の男性が乗っている車椅子のフレームを右手で掴み、車椅子が前進する勢いを利用して立ち上がる。一方、緩やかな坂道を車椅子で上る場合、通りすがりの利用者が後方から介助する。それは「手伝いましょうか。」などと声をかけるでもなく自然に行われていた。また2015年9月にコンケン県のIRCで出会った男性は、入所前に知人と試行錯誤してプラスチック製パイプを加工した手作りの義手を作り、それをを用いて日常生活の動作はほとんどできるようになっていた。(写真13) なんとなく、しかし着実に、それでいてユニークな方法で環境に適応しているのである。巴山ら⁷⁾は、エンパワメントに関する研究において「エンパワメントの概念は様々な言葉で表現されているが、人々が他者との相互作用を通して、自ら最適な状況を主体的に

選びとり、その成果に基づくさらなる力量を獲得していくプロセスと定義することができた。」と述べている。タイで彼らが地域で暮らす様子は、まさにこのプロセスを示唆するものである。



写真13 手作りの義手

6 節. おわりに

本稿執筆にいたった背景には、タイのラヨン県マブタプット市の工業団地をめぐる「外」での環境汚染問題や住民の反対運動の調査は進められてきたが、これまで、「内」の公害である労災及び労災被災者にあまり焦点があたることがなかった点に気がついたことがあげられる。また、労災被災者は、4, 5 節で述べた事例のようにいずれは職場や地域生活へ戻っていく。ここで障害者全体の概要説明は控えるが、労災被災者で後遺症が残る場合は、その後労働者・生活者・障害者としての生活を送ることになる。工業団地をめぐる問題を考える際に、工場全体を概観しがちだが、本稿では、工場等に就労し、労働し、労災被害に遭い、職業リハビリテーションサービスを利用し、再び地域や勤務先へ戻っていくという、一人の労働者の視点にたってタイの工業化や労災問題を考えた。その背景である、社会保障制度など社会政策面

でのタイの取り組みも明らかにした。

本節では、これまで明らかになった、社会保障制度の現状・労災の発生状況や保険制度・そして労災被災者のリハビリテーションサービス利用とその後の状況を踏まえたうえで、労災発生、受傷後のリハビリや職場復帰の状況、そしてリハビリテーションセンター退所後の生活者としての被災者を総合的に考察し、今後の課題についても明らかにしたい。

1) 社会保障制度や労働災害補償制度の充実と対象者の拡大へ

1970年代以降段階的に発展してきた社会保障制度及び労働災害保険制度(詳細は、2, 3 節参照)は、1990年の社会保障法制定以降、対象者の拡大や給付制度の充実を図ってきている。特に、外資系企業の大規模生産工場のタイ国内への誘致やタイ国内企業の成長による工業団地の拡大に伴って、多くの犠牲者を出しながらも安全基準の充実・労働条件の改善、保障や受傷後のサービス拡大を図ってきている。

しかし一方で近年増加している周辺国からの移住労働者やインフォーマルセクターの労働者などを対象とした加入制度は不十分である。現在、周辺国からの労働者は、タイ経済を支える大事な人材ではあるが、労働許可や滞在許可をめぐる関係省庁間の調整が難しく政策が二転三転している¹³⁾。

周辺国の人々は、正規労働者として雇用され工場内で働いている者も多い。また、非正規労働者として工場内または工場周辺で雑業に従事している者はさらに多い。いずれにせよ、労働の場では、危険を伴う現場も多く工場内で爆発事故などがあった場合には事故に遭遇する可能性が高い。事故に遭遇する可能性は、正規・非正規にかかわらない。特に非正規被雇用者に関しては、3 節で紹介した労働災害補償基金の補償対象外となり、その後の生活保障には課題が残る。

今後さらなる工業化が進むタイにおいて、質の高い労働力の確保・賃金水準の推移・周辺国労働者の位置づけなどが重要な課題であることは自明である。そのためには、労働基準に関わる課題に加えて労働許可や滞在許可、ま

た労災の際の補償についてはその対象者など複数の領域にまたがる課題を、まずは整理し、早急に問題解決に向けて取り組む必要がある。特に労災保険やその補償制度は、現場の労働者にとっては重要な問題であり、国籍や就労形態にかかわらずカバーできるように整備する必要がある。

2) 労災被災者のリハビリテーションと職場・社会復帰にむけて

5節では、労災被災者が病院で一定の手当を受けた後、職場復帰や地域へ帰るためのリハビリテーションの場やそこで提供されるサービスの詳細を具体的に述べた。

労災被災者といっても受傷の状況や残された身体機能は多様である。基本的なりハビリテーションの後は、復帰先や新規就労先の職場の状況や、自宅の状況、家族との関係、そのほかの条件に合わせた個別の対応が必要になることを示した。事例からは、職場復帰または地域生活再開に向けてOT/PTのような専門職だけではなく、センターに関わるスタッフによる協力が被災者の復帰を支援していることも明らかになった。

しかし一方で、労災被災者の数と本稿で紹介されたような労災リハビリテーションセンターの受け入れ状況とニーズとの不一致がおこっている。タイの労災被災者数は、横ばいまたは減少傾向にあるが、いまだ被災者の社会復帰に向けたリハビリテーションサービスセンターの利用ニーズには応え切れていない現状である。

また、非正規雇用などの理由で補償の対象にならない者も多く、ニーズはあるもののセンターに入所できない人々が多い事も事実である。時には入院中の医療ソーシャルワーカーや労災保険の手続きに関わる職員による情報提供の相違なども問題となる。多様な労災被災者の状況に合わせた受け入れ体制の充実・拡大は急務であろう。

加えて、入所によるサービス利用だけではなく通所によるサービス利用も可能である。入所型の大型施設の建設は予算的にもハードルが高くなるが、地域生活を送りながら通所による社会復帰の準備サービスをより多くの人が

利用出来るように制度やサービス内容を検討していく必要があるのではないだろうか。それは、大型施設から地域生活を中心とした福祉サービス提供の潮流の観点からも求められる。

3) 退所後の生活を考える必要

本稿の出発点である一人の労働者のライフコースから労災を考えると、労災被災者にはその後の長い地域生活が待っている。4節・5節で報告したように、重度の後遺障害が残ったとしても、残存能力の活用や新しいスキルを身につけることで職場復帰だけではなく、自営業や他の企業への再就職も選択肢がある。

労災被災者は、被災後も労働継続を望むケースが多い。後遺症が残った場合は、同じ職場への勤務復帰が難しい職種もある。その地域生活を支えるためにもリハビリテーションサービスだけではなく、再就職支援の充実や障害者雇用割当制度の充実、生活支援の視点を持ったソーシャルワーク的支援を中長期で行う必要がある。加えて、生活の場では、5節で紹介したように、自らの工夫で乗り越える場面も多い。それらの工夫を評価し、現場の知識として蓄積・共有を行いさらなる発展及び継続可能性を探ってほしい。

さらに、後遺障害が残った場合は、障害者として地域の中で暮らしていくことになる。受傷やその後の生活に対して肯定出来ずにいる労災被災者もいる。4節で示したように、すでにピア・カウンセリングの取り組みなどが始まっている。タイ政府としては、障害者差別の撤廃に努めるとともに、同様の境遇の仲間活動の支援や地域の障害者活動などとの連携を行い、自己受容や自己肯定を高めるための支援に関しても検討が求められる。

リハビリテーションセンターだけではなく、社会全体の障害者に対する差別や偏見の撤廃も同時に取り組みながら、地域に住む他の障害者や仲間との交流や支援が、センター退所後の支援として想定される必要がある。

4) 改めて予防と被災後の生活支援が急務

しかし、そもそも、労災を起こさないことが一番の問題解決であることは自明のことである。繰り返すが、労災をどう予防するかという視点は、「内」の労災と「外」の公害の予防につながる。

4節の事例は、外国人労働者でタイ語や職場環境の問題から、就業の際に作業内容や危険に関して十分な説明を受けないまま労災被災者となったケースも報告された。それは、労災だけではなく、外に向けた公害を容易に引き起こす可能性が大きいことを示している。

労災被災者の職場復帰や地域生活復帰支援を充実させると同時に、工場内事故や公害予防に関する法整備の厳格化、外資系企業のダブルスタンダードの解消、現場の声を予防に活かすシステム、そして就労内容の確認・研修・事故防止体制の強化など「内」も「外」でも健康被害や環境汚染を起こさない企業努力や国家努力が求められる。

タイが工業化を進めている現状では、工業団地と地域住民または環境、雇用主と被雇用主の共存の方法を模索する必要がある。それらの取り組みに関しては、労働体制・労災予防・労災被災後の生活支援すべてにおいて、一人の人生を鑑みた、労働者の視点にたった制度運用が求められるのはいうまでもない。

引用文献

- 石合純夫. 2004. 『高次脳機能障害学』医歯薬出版株式会社.
- 遠藤環. 2011. 『都市を生きる人ターバンコク都市下層民のリスク対応』京都大学学術出版会
- 河森正人. 2009. 『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房
- . 2015. 「第5章 タイ」『アジアの社会保障』増田雅暢・金貞任編、法律文化社
- 厚生労働省. 2013労働者災害補償保険事業の概況 (www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/138-li.pdf)

- 厚生労働省ウェブサイト 「職場のあんぜん」 (http://anzeninfo.mhlw.go.jp/information/h08_24_sen01.html)
- 国際協力事業団企画・評価部. 1999. 『平成11年度 特定テーマ評価調査報告書 タイ 障害者支援』
- 菅谷広宣. 2003. 「第7章 インドネシア・フィリピン・タイの社会保障」 『アジアの社会保障』 広井良典・駒村康平編 東京大学出版会
- タイ地域開発と人間の安全保障省障害者エンパワーメント局月別障害者登録数http://ecard.nep.go.th/nep_all/file/Stat_Dec55.pdf
- タイ統計局 「2012年度タイ王国障害者統計」 データhttp://web.nso.go.th/en/survey/disabi/data/2012_Whole%20Kingdom.pdf
- 竹口美久. 2014. 「タイの外国人労働者(1)誰なのか、どこにいるのか」 『タイ国情報』 日本タイ協会. pp. 79-87
- . 2014. 「外国人を雇用するには」 『タイ国情報』 日本タイ協会. pp.115-120
- 巴山 玉蓮、星 旦二 (2003) 「エンパワーメントに関する理論と論点」 総合都市研究 第81号. p.15
- 西澤希久男. 2013. 「タイにおける障害者教育と法的権利」 小林昌之編 『開発途上国の障害者教育—教育法制と就学実態—』 調査研究報告書. アジア経済研究所.
- 広井良典. 2003. 「第1章 アジアの社会保障の概観」 『アジアの社会保障』 広井良典・駒村康平編 東京大学出版会
- 増田雅暢・金 貞任編著. 2015. 『アジアの社会保障』 法律文化社
- 宮北隆志他. 2011. 「マプタプット工業団地の拡張をめぐる諸問題の現状と課題」 『水俣学研究』 第3号、pp.85-105
- 宮北隆志. 2012. 「水俣の国際化 -タイにおける近代化/工業化の進展と公害問題」 『月刊地理』 57巻、pp.65-72
- . 2015. 「社会的困難に長年向き合う地域における『生活の質』と多様な主体による『地域運営』」 『水俣学研究』 第6号. pp.31-47

山田美和 (2013) 「タイにおける非熟練外国人労働者の受け入れ政策の現状と課題」『国際問題』No. 626、pp.47-60

ILO Social Protection Platform (2011) Country Report: Employment Injury Insurance in Thailand

Ministry of Labour (2012) National Master Plan on Occupational Safety, Health and Environment (2012-2016)

P. Thepaksorn, S. Pongpanich (2014) “Occupational Injuries and Illness and Associated Costs in Thailand” Safety and Health 5 (2) , pp.66-72

Social Security Office (2004) Annual Report 2003

————— (2010) “Annual Report 2009”

Technical Information and Planning Division, Social Security Office (2007) “WORKMEN’S COMPENSATION ACT B.E. 2537 (1994), Social Security Office, Ministry of Labour Thailand”

United Nation, Incorporating the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the post-2015 development agenda, Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Seventh session, New York, 10-12 June 2014

(Endnotes)

- 1) ミーンズテストとは、資産調査とも言われ、社会政策実施の際に、施政者等による給付条件の一つに資産調査を行うことを示す。しかし、これは単なる調査ではなく、時には生活の細かい内容、持ち物検査や近所への調査などプライベートな部分まで含めて詳細を検査することもある。この調査によってサービス利用を躊躇する利用者は多く、また調査の過程でサービス利用は「弱い立場」にいることを実感するという。

- 2) German Foundation for International Development, Health Insurance Office, Thailand, Helth System Research Institute, Thailand 「Health Insurance Systems in Thailand」 2002. 6つのグループとは、1) 低所得者 2) 高齢者 3) 12才以下の子ども 4) 退役軍人 5) 地域のリーダー 6) 障害者 (the Handicapped) である。
- 3) 財政支出をおさえない施政者にとってミーンズテストの効用は二つある。一つは、テストの結果受給者が減ること。二つめは、対象者がスティグマを恐れて申請を躊躇することである。ミーンズテストはスティグマにつながる [Andersen 2001, ゴッフマン1980等] のである。結果的に制度を利用する過程で、スティグマを受け入れるまたは拒否するなど、障害当事者及び家族による「選択」がなされる。
- 4) その後、民主化運動を進めるNGOや、高度経済成長（開発体制）を目指す過程で発生した問題への異議を唱えるNGOなどの出現によって、政府とNGOの関係は対立関係に変わっていく [重富 2001]。
- 5) 10年に一度実施の出生率調査によると、1990年と2000年の合計特殊出生率は、2.4%から1.7%へと。10年間の間に激減している。出典 [National Statistic Office (NSO) ,Population and Housing Census 2000]
- 6) 例えば、医療保険制度に関しては「皆保険を目指していく」とタイの健康保険事務所及びヘルスシステム研究所により報告されている。
- 7) 当時は元首相のタクシンが党首だった。
- 8) 文献によっては「障害者年金」と表記されるが、制度的内容から「障害者手当」という表記が妥当だと思われる。なお、参考までに2015年8月現在の最低賃金は日当で300-350バーツであり、日常の食事が1食あたり約50バーツほどかかる。
- 9) Technical Information and Planning Division, Social Security Office (2007) WORKMEN'S COMPENSATION ACT B.E. 2537 (1994),

Social Security Office, Ministry of Labour Thailand

10) 2015.10.4にE-IRC職員に電話連絡し聴取。

11) タイ語と日本語の対応を以下に示す。実際の業務を鑑みて訳したため、直訳とは若干、異なる。

ผู้อำนวยการ (phuamnwaikan) 施設長

ฝ่ายอาคาร (phaiamnwaikan) 施設管理部門

กลุ่มงานประเมินสมรรถภาพและแนะแนว (klumnganpramuensamataphaplenenu)
評価部門

กลุ่มงานวิชาการ (klumnganwichakan) データ管理部門

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (klumfunfunsamataphapdankanpheet)
メディカル・リハビリテーション部門

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ (klumnganfunfunsamataphapdanachip)
職業訓練部門

12) 2015.2.24にE-IRCを訪れた際に配布されたプレゼンテーション資料

13) 詳細は、竹口 [2014]、山田 [2013] らに詳しい

**Rehabilitation and Return to work for victims of industrial accidents
in Thailand**

IWASHITA Natsuki

YOSHIMURA Chie

MIYAKITA Takashi

This paper examines various clues to understand the situations of victims of industrial accidents in Thailand and gain an insight into the process of rehabilitation and return to work and community through a summary of the laws and policies related to the social security and compensation insurance systems. This study primarily focuses on the efforts of the Eastern Industrial Rehabilitation Center for victims of industrial accidents at Maphatput, Rayong prefecture in Thailand.

The social security system in Thailand began in the early 1950's, and was for public and military workers. In 1974, Workmen's Compensation Found (WCF) was established for private sector workers. After this law, other laws and policy worthy of special mention were established at 1990 (Social Security Law) and 1994 (amendment to the WCF).

Based on these laws and policies, the policy of compensation for victims have been applied. However, care services for victims are not given much attention and those services continue to remain sparse in spite an increasing number of people needing them.

This paper will introduce about several cases concerning industrial accident victims that use the services of the Rehabilitation Center and their return to work/community. The conclusion we come to is that industrial accidents have two aspects, one which is the immediate aftermath of the accident and another which is the long term effects

on the environment the workers' conditions and health.