

第9章 保健医療

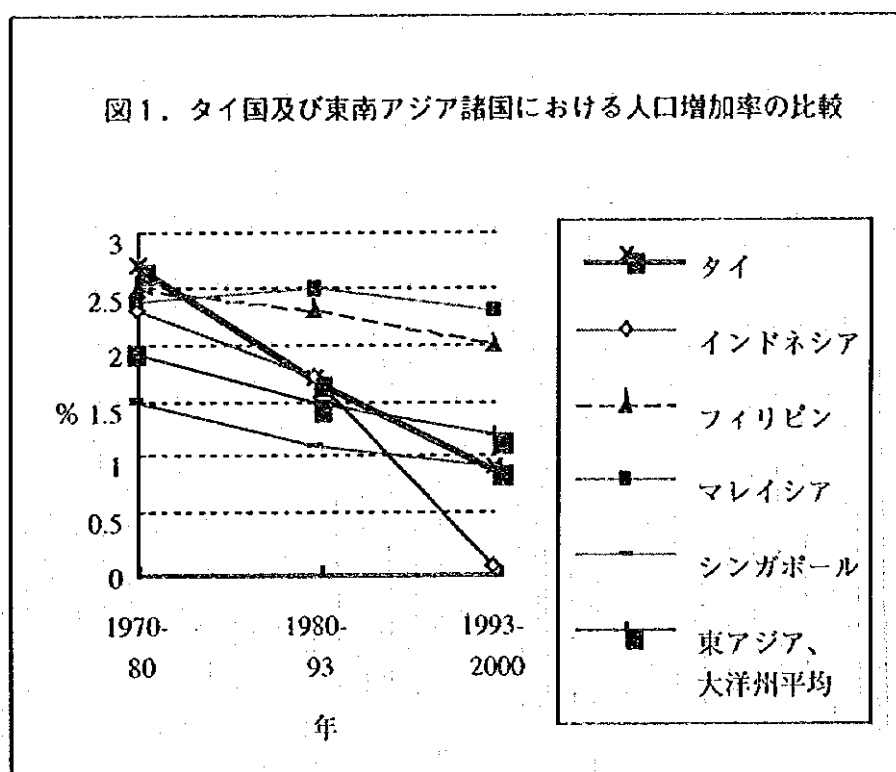
9-1. 人口の動向

9-1-1. 人口増加率の推移

タイ国及び東南アジア諸国における近年の人口増加率の推移は、図1の通りである。

1970-80年におけるタイ国の人口増加率は年平均2.7%であり、周辺諸国と比較して、かなり高い水準であったが、経済成長が著しかった80年代を境に人口増加率は低下し、80-93年では年平均1.7%となり、東アジア・大洋州地域の1.5%をわずかに上回る程度となった。

さらに、93-2000年における推計では、タイ国の人口増加率は、0.9%となり、他の周辺諸国及び東アジア・大洋州地域より、低い水準となる見込みである。



出所：World Bank, World Development Report 1995, 1995.

9-1-2. 地域分布

表1は、89年以降の地域別人口の推移とその割合である。

93年末におけるタイ国の総人口は、5,834万人であり、89年以降約245万人増加した。

93年の地域別人口の割合では、東北部が34.6%を占め最も多く、次いでバンコク首都圏を擁する中央部の32.3%、北部の20.3%、南部の12.8%となっている。しかし、実際の人口数に関しては、最も増加したのが、北部の94万人、次いで東北部59万人、南部49万人、中央部42万人である。特に、中央部では、中央部東部地域及び中央部西部地域は、それぞれ18万人増加しているが、バンコク市の人口は逆に26万人減少している。しかしながら、国家統計室 (National Statistics Office) によると、バンコク市の約30%の人口は正式に登録していない地方からの流入人口であるとの推

計もあることから²¹⁾、実際の人口は、700万～800万程度である可能性がある。

但し、少なくとも登録された人口数においては、従来からいわれていたバンコク市への一極集中が緩和されつつあり、すでにバンコク周辺諸県への人口流出が始まっていると考えられる。

表1. 地域別人口動向

地域	1989	%	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%
全国計	55,888,393	100	56,303,273	100	56,961,030	100	57,788,965	100	58,336,072	100
北部	10,872,752	19.5	10,993,792	19.5	11,075,738	19.4	11,682,315	20.2	11,814,337	20.3
東北部	19,575,949	35.0	19,828,941	35.2	20,044,480	35.2	20,059,015	34.7	20,170,986	34.6
中央部計	18,443,442	33.0	18,367,778	32.6	18,633,080	32.7	18,645,889	32.3	18,866,960	32.3
バンコク首都圏注1)	8,728,335	15.6	8,538,610	15.2	8,701,374	15.3	8,661,228	15.0	8,769,341	15.0
バンコク市	5,832,843	10.4	5,546,937	9.9	5,620,591	9.9	5,562,141	9.6	5,572,712	9.6
中央部中央地域	2,812,370	5.0	2,833,950	5.0	2,854,306	5.0	2,822,518	4.9	2,835,662	4.9
中央部東部地域	3,633,554	6.5	3,690,103	6.6	3,740,477	6.6	3,738,670	6.5	3,812,701	6.5
中央部西部地域	3,269,183	5.8	3,305,115	5.9	3,336,923	5.9	3,423,473	5.9	3,449,256	5.9
南部	6,996,250	12.5	7,112,762	12.6	7,207,732	12.7	7,401,746	12.8	7,483,789	12.8

注1) バンコク首都圏は、バンコク市に周辺5県を加えた地域を指す。

出所：National Statistical Office, Office of the Prime Minister, STATISTICAL YEARBOOK THAILAND, Number 39, 1992 及び Number 41, 1994.

9-1-3. 出生率、死亡率、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の動向

タイ国における出生率、死亡率、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の近年の地域別動向は、それぞれ表2、表3、表4、表5の通りである。

全国的な傾向としては、乳幼児死亡率は低下しつつあり、出生率は16.0～17.0程度、妊産婦死亡率は0.1程度で停滞している。しかしながら、死亡率は逆に増加傾向にある。

地域別でみると、それぞれの地域毎に傾向が分かっている。北部地域は、出生率が他と比べて低く、死亡率、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率とも全国平均より上回っている。東北部地域は、これら4つのデータ共、全国平均を下回っており、中央部地域では、妊産婦死亡率以外は、すべて全国平均を上回っている。特に、中央部地域に含まれるバンコク首都圏における出生率、死亡率、乳幼児死亡率のいずれもが全国平均を大きく上回っているのが顕著である。最後に、南部地域では、出生率及び妊産婦死亡率が平均を上回り、他の3つのデータはいずれも全国平均を下回っている。

²¹⁾ Health Planning Division, Ministry of Public Health, THE SEVENTH FIVE-YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN (1992-1996), p.p.9

表2. 地域別出生数及び出生率

(人口千人あたり)

地域	1989		1990		1991		1992		1993	
	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率
全国	905,837	16.3	956,237	17.0	960,556	17.0	964,557	16.8	957,832	16.5
北部	151,897	14.1	162,256	14.9	169,420	15.4	160,737	14.1	158,321	13.5
東北部	299,004	15.6	321,406	16.5	323,015	16.2	319,800	15.9	321,724	16.0
中央部 注1)	312,441	17.2	325,579	17.6	335,798	18.1	337,815	18.1	334,248	17.8
バンコク首都圏	133,901	21.4	139,005	21.7	144,818	25.9	143,440	25.6	142,860	25.7
南部	142,495	19.4	146,996	19.5	132,323	18.5	146,205	20.0	143,539	19.3

注1) バンコク首都圏を含む

出所: Ministry of Public Health, Public Health Statistics 1993.

表3. 地域別死亡数及び死亡率

(人口千人あたり)

地域	1989		1990		1991		1992		1993	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全国	246,570	4.4	252,512	4.5	264,350	4.7	275,313	4.8	285,731	4.9
北部	52,931	4.9	53,640	4.9	57,015	5.2	60,782	5.3	62,496	5.3
東北部	78,217	4.1	78,900	4.1	81,672	4.1	85,294	4.3	87,837	4.4
中央部 注1)	87,204	4.8	90,144	4.9	96,884	5.2	100,035	5.4	104,919	5.6
バンコク首都圏	29,159	4.7	29,068	4.5	32,482	5.8	31,912	5.7	33,694	6.1
南部	28,218	3.8	29,828	4.0	28,779	4.0	29,202	4.0	30,479	4.1

注1) バンコク首都圏を含む

出所: Ministry of Public Health, Public Health Statistics 1993.

表4. 地域別妊産婦死亡数及び死亡率

(出生千人あたりの死亡数)

地域	1989		1990		1991		1992		1993	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全国	206	0.2	237	0.2	186	0.2	137	0.1	120	0.1
北部	36	0.2	44	0.3	41	0.2	27	0.2	31	0.2
東北部	79	0.3	94	0.3	55	0.2	39	0.1	43	0.1
中央部 注1)	31	0.1	32	0.1	39	0.1	24	0.1	13	0.0
バンコク首都圏	8	0.1	11	0.1	11	0.4	10	0.1	4	0.0
南部	60	0.4	67	0.5	51	0.4	47	0.3	33	0.2

注1) バンコク首都圏を含む

出所: Ministry of Public Health, Public Health Statistics 1993.

表5. 地域別乳幼児死亡率数及び乳幼児死亡率

(出生千人あたりの1才以下の死亡数)

地域	1989		1990		1991		1992		1993	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全国	7,669	8.5	7,694	8.0	7,928	8.3	7,256	7.5	7,048	7.4
北部	1,432	9.4	1,394	8.6	1,552	9.2	1,407	8.8	1,407	8.9
東北部	2,681	9.0	2,570	8.0	2,663	8.2	2,472	7.7	2,087	6.5
中央部 注1)	2,615	8.4	2,715	8.3	2,843	8.5	2,570	7.6	2,675	8.0
バンコク首都圏	1,272	9.5	1,332	9.6	1,465	10.1	1,290	9.0	1,282	9.0
南部	941	6.6	1,015	6.9	870	6.6	807	5.5	879	6.1

注1) バンコク首都圏を含む

出所: Ministry of Public Health, Public Health Statistics 1993.

また、表6. は、1988-93年間に於ける主要な死亡原因の推移を表わしたものである。1967年当時は、病源虫や不衛生な水等を原因とするマラリアや赤痢等による死者がそれぞれ人口9万人あたり12.9、27.6であり、主要な死亡原因であった²¹が、経済成長の結果、衛生状態が改善され、これらの原因による死者は急激に減少した。代わって、交通事故による死者が急激に増加しており、さらには、心臓病、悪性腫瘍、肝臓病等のいわゆる成人病も増える傾向にある。

表6. 1989-93年における主要な死亡原因

主要死亡原因	死亡数					死亡率(人口10万人あたり)				
	1989	1990	1991	1992	1993	1989	1990	1991	1992	1993
腸内感染症	1,658	1,569	1,442	1,385	1,432	3.0	2.8	2.5	2.4	2.5
結核	4,218	3,937	3,663	3,595	3,514	7.6	7.0	6.5	6.3	6.1
その他細菌性疾病	3,700	3,762	4,383	4,570	5,288	6.7	6.7	7.7	8.0	9.1
悪性腫瘍	20,835	22,152	23,332	24,961	26,132	36.2	39.5	41.2	43.5	45.0
神経系疾患	5,566	5,634	5,835	5,810	5,763	10.1	10.1	10.3	10.1	9.9
肺循環・心臓病等	26,207	27,917	29,746	30,770	32,401	47.5	49.8	52.5	53.6	55.8
心不全	14,170	15,985	15,872	15,993	14,515	25.7	28.5	28.0	27.9	25.0
脳血管系疾患	5,740	5,888	6,282	6,776	6,560	10.4	10.5	11.1	11.8	11.3
呼吸器系疾患	7,603	7,310	7,889	8,242	9,616	13.8	13.0	13.9	14.4	16.6
肺炎	3,902	3,831	3,984	4,130	4,946	7.1	6.8	7.0	7.2	8.5
消化器系疾患	10,548	10,381	10,488	10,228	10,313	19.1	18.5	18.5	17.8	17.8
肝臓病	4,801	5,134	5,382	5,395	5,345	8.7	9.1	9.5	9.4	9.2
泌尿器系疾患	4,316	4,604	4,923	5,889	6,085	7.8	8.2	8.7	10.3	10.5
交通事故	6,853	8,566	10,375	11,532	12,540	12.4	15.3	18.3	20.1	21.6
自動車事故	6,617	8,335	10,155	11,044	12,321	12.0	14.9	17.9	19.2	21.2
自殺	3,731	3,801	3,602	3,602	3,873	6.8	6.8	6.4	6.3	6.7
殺人	5,198	4,768	4,643	4,953	4,528	9.4	8.5	8.2	8.6	7.8
その他伝染病	836	804	800	718	751	1.5	1.4	1.4	1.3	1.3
その他	140,011	141,419	147,747	153,000	149,003	254.3	252.2	260.7	266.7	256.6
計	246,570	252,512	264,350	275,313	285,731	446.6	450.2	466.5	479.8	492.1

出所：Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health, HEALTH IN THAILAND 1994.

9-2. 保健医療分野の現状

9-2-1. 概要

タイ国の保健医療サービスは、政府が行うものがその大半を占めているが、その他にNGOによる事業、民間セクターによる事業がある。

政府による保健医療行政は、主に公共保健省 (Ministry of Public Health : MOPH) が所掌している。また、その他に、教育省 (Ministry of Education)、内務省 (Ministry of Interior)、農業組合省 (Ministry of Agriculture and Cooperatives)、商務省 (Ministry of Commerce)、産業省 (Ministry of Industry) が、協力して、タイ国内におけるHFA (Health for All) を推進する体制をとっており、首相府 (Office of the Prime Minister) が全体の省庁の活動を調整している。さらに、大学省 (Ministry of University Affairs)、産業省 (Ministry of Industry)、国防省 (Ministry of Defence)、国立医薬品工場 (Government Pharmaceutical Organization : GPO) 等も保健医療サービスに関わる活動を行っている。

また、上下水道等の環境衛生分野は科学技術環境省 (Ministry of Science, Technology and

²¹ Health Planning Division, Ministry of Public Health, THE SEVENTH FIVE-YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN (1992-1996), p.p.17

Environment) 等と協力して活動を進めている。

なお、タイ国では非常に多くのNGOsが活動しているが、独自の活動の一環として保健医療分野における活動を行っているNGOsも多い。これらのNGOsは、教育省内の国家文化委員会(National Cultural Committee)に登録して活動を行うこととなっている。

また、91年に実施した保健サービス実態調査によると、タイ国民の16%が民間セクターによる医療施設を利用しており、政府サービス以外の医療システムが活発化している。¹³⁾

9-2-2. 公共保健省の活動

(1) 予算

表7は、MOPHの年間予算と国家予算に占める割合の推移である。85年度は約9,044百万バーツだった予算が、95年度は45,102百万バーツと約5倍の規模に増加している。この結果、全国家予算に占めるMOPH予算の割合も、80年代の4%前後から、ここ2、3年は国家予算の6%を超える程度となっており、MOPHの予算は順調に増加しているといえよう。

また、表8は、MOPH予算のプロジェクト別内訳である。これによると、予算の大半が保健サービスにあてられており、95年度では、75.4%を占めるに至っている。

表9-7. 公共保健省の予算と国家予算の比較

年	全国家予算	公共保健省予算	国家予算に占める割合
1982	161,000	6,652.31	4.13
1983	171,000	7,902.40	4.62
1984	192,000	8,617.60	4.49
1985	209,000	9,044.32	4.33
1986	211,650	9,274.69	4.38
1987	227,500	9,525.11	4.19
1988	243,500	10,372.50	4.26
1989	285,500	11,562.06	4.05
1990	335,000	16,225.04	4.84
1991	387,500	20,567.62	5.31
1992	460,400	24,640.44	5.35
1993	560,000	32,898.11	5.87
1994	625,000	39,318.70	6.30
1995	715,000	46,412.20	6.50

出所：Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health, HEALTH IN THAILAND.

¹³⁾ Ministry of Public Health, Health in Thailand, pp.16

表8. 公共保健省分野別予算の推移と割合

(単位：百万バーツ)

分野	1993	%	1994	%	1995	%
保健行政	1,012,389,800	3.1	965,127,100	2.5	906,860,200	
保健サービス	23,942,824,500	72.8	29,107,198,500	74.0	34,018,719,800	75.4
精神保健サービス	878,799,800	2.7	932,935,500	2.4	1,049,243,700	2.3
麻薬中毒予防・治療	181,770,300	0.6	212,635,300	0.5	211,239,400	0.5
リハビリテーション・サービス	75,229,100	0.2	71,286,200	0.2	35,183,800	0.1
家族計画	1,036,934,900	3.2	1,095,738,200	2.8	1,270,204,500	2.8
栄養	146,987,300	0.4	163,402,700	0.4	185,106,200	0.4
歯科	90,640,700	0.3	111,805,800	0.3	235,043,500	0.5
環境改善	1,345,192,700	4.1	1,568,112,200	4.0	2,047,351,100	4.5
伝染病管理	1,984,575,200	6.0	2,276,759,700	5.8	1,875,291,000	4.2
非伝染病管理	394,779,800	1.2	474,953,300	1.2	537,825,300	1.2
保健人材開発	635,705,000	1.9	969,630,700	2.5	1,225,483,500	2.7
プライマリー・ヘルスケア	191,707,000	0.6	247,960,400	0.6	335,429,000	0.7
健康教育	69,579,000	0.2	60,946,000	0.2	61,390,000	0.1
保健衛生における消費者保護	255,106,000	0.8	305,065,600	0.8	375,277,000	0.8
医療・保健にかかる調査研究	185,893,200	0.6	209,620,800	0.5	287,760,100	0.6
保健システムにかかる調査研究	470,000,000	1.4	545,520,000	1.4	600,000,600	1.3
計	32,898,114,300	100	39,318,698,000	100.0	45,102,668,200	100

出所：Ministry of Public Health, Health in Thailand

(2) 組織体制

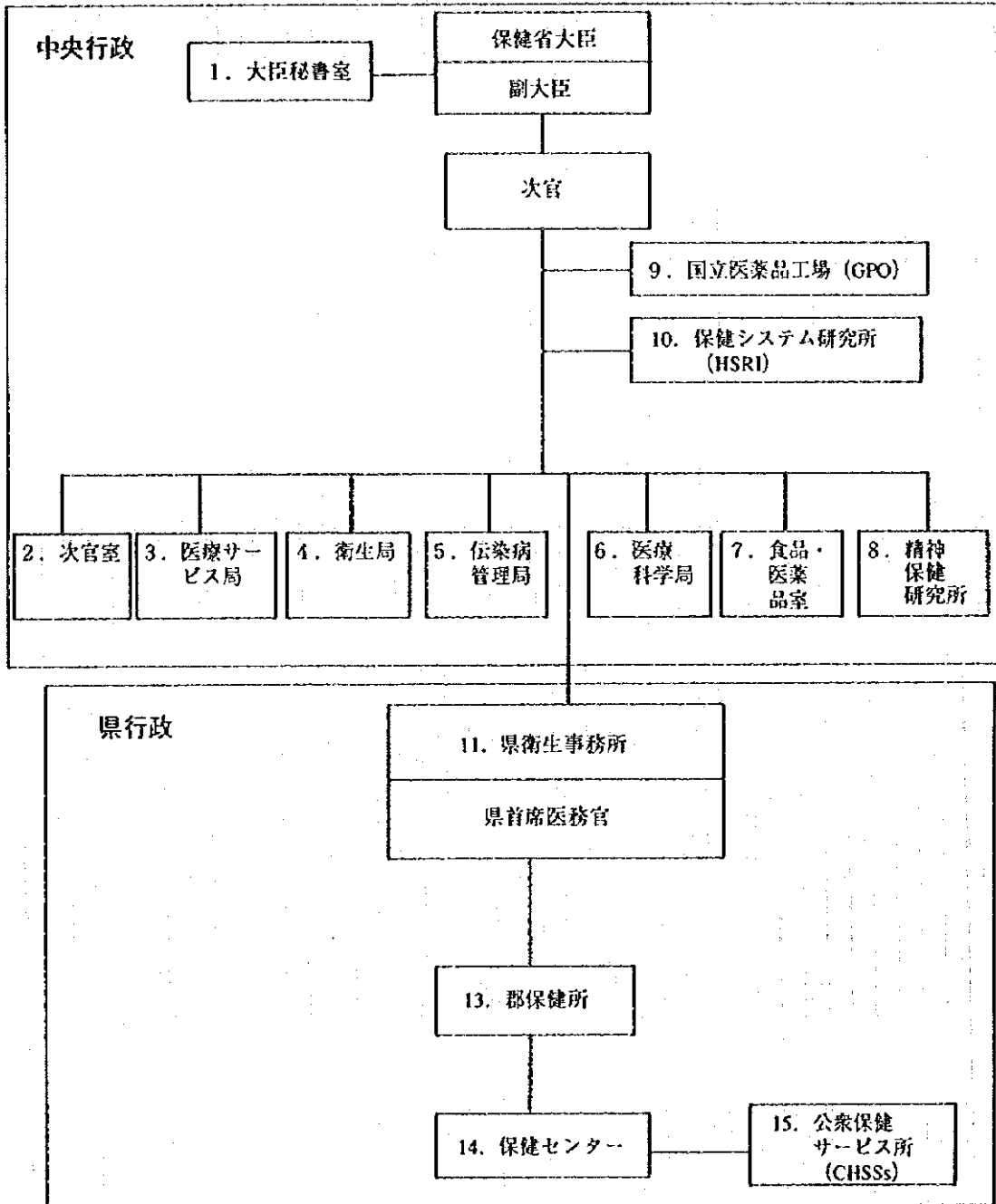
図2. は公共保健省 (MOPH) の組織機構図である。それぞれの組織の主な管轄事項は、表9. の通りである。

MOPHの本省には、保健大臣の下に副大臣、次官及び大臣秘書室がおかれ、次官室及び医療サービス局、衛生局、伝染病管理局、医療科学局、食品・医薬品局の5局と精神保健研究所が設置されており、それぞれの所管業務にあたっている。またこの他、省の組織外に独立した機関として、「国立医薬品工場 (GPO)」という公営企業と「保健システム研究所 (HSRI)」という準公営団体を有しており、これらを通じて国内での薬品の供給や医療関連の調査研究を行っている。

さらに、タイ国の地方における保健医療行政では、全国に75ある県にそれぞれ一つずつ県衛生事務所 (Provincial Health Office : PHO) が置かれ、県知事に任命された県首席医務官 (Provincial Chief Medical Officer : PCMO) が県病院等の県レベルの行政を担当している。また、郡レベルにおいては郡衛生事務所 (District Health Office : DHO) が、区レベルにおいては保健センター (Health Center) が置かれている。

地方での保健医療行政の実施にあたっては、MOPH本省の各局・室がそれぞれの担当業務分担に基づいて指導を行っているが、各県のPHOやDHOは、行政面において内務省から任命された県知事の管轄下にあるため、MOPH本省との計画・実施面における調整が課題となっている。このため、保健医療行政の地方への権限委譲が検討されはじめているが、未だ具体的な施策は確立されていない。

図2. 公共保健省組織図



出所：Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health, HEALTH IN THAILAND 1994.

表9. 公共保健省業務内容

No.	組織名	業務内容
1	大臣秘書室	大臣業務にかかわる事務。大臣秘書は、国会で選出される。
2	次官室	14の課と2つの特別部署（保健政策計画事務所、保健人材開発研究所）を有する。さらに、6つの機能別事務所・課を持つ。公共保健サービスに関わる計画、管理、評価等を担当しており、特に、バンコク以外の地域を重点としている。また、保健人材開発および各種の保健医療分野における調査研究や州レベルの保健行政を直接指示・監督している。
3	医療サービス局	主に、非伝染性の疾病に関する医療・保健サービスを担当しており、バンコク市内のいくつかの特別医療機関を管轄している。また、州レベルの保健活動の振興、予防、診断、リハビリ等における技術的サポートも行っている。さらに、MOPH職員のOJT研修も担当している。
4	衛生局	保健医療に関わる予防・啓蒙活動を担当している。さらに、家族計画、妊産婦・乳幼児に関する保健医療、学校保健、栄養管理等を担当している。
5	伝染病管理局	一般的な伝染性疾病や性病、マラリア、ハンセン病、AIDS等の特殊な伝染病の管理、予防等を担当している。また、「免疫に関する拡大計画（EPI）」の全国的サービスも行っている。
6	医療科学局	全ての保健医療機関が行う予防・治療活動に関わる研究や実験を担当しており、食料・業務行政室と共同で消費者保護活動を行っている。
7	食品・医薬品室	食料、薬物、化粧品、有毒物質、医療機器、麻薬等に関する管理、法律施行等を担当している。
8	精神保健研究所	精神病、精神障害に関わる治療を担当。特に、予防・啓蒙活動に力を入れている。また、AIDS患者のためのカウンセリング等を行うカウンセラーの教育・訓練も行っている。
9	国立医薬品工場（GPO）	66年に設立されたMOPH管轄の公営企業。医療製品の生産、良質の薬品供給、緊急時の薬品保存等を担当している。67年から91年までの利益は1054百万バーツであった。
10	保健システム研究所（HSRI）	保健医療に関わる各省庁の高官からなる理事会（MOPH大臣が理事長）により、政策、方針、年間予算が決定される。主な財源は政府予算であるが、一部国際機関からも財政支援を受けている。保健医療に関する各種の調査研究業務を行っている。
11	県衛生事務所	75の県に一つずつ設置されており、県首席医務官（PCMO）が県病院や県保健所等をサービス全ての保健医療施設に関わる行政・補佐業務を行っている。PCMOは、MOPH大臣の直轄であるが、行政面では、内務省から任命されている知事に対しても、責任を有する。
12	郡保健所	郡保健所には技術者及び行政官がおり、内務省に任命される地域事務官が管轄している。しかし、実際は、県衛生事務所から技術上及び運営上の指導を受けている。
13	保健センター	全国に7159あるタムボン（行政区）にはそれぞれ少なくとも1つの保健センターがある。各保健センターでは、看護婦、助産婦、準衛生士等がおり、産前産後、出産時のケアや家族計画、衛生活動等の予防・啓蒙活動が行われている。また、各村におけるプライマリー・ヘルスケア活動を支援している。
14	公衆保健サービス所（CHSSs）	最も小規模の保健施設であり、国境近辺の村や少数民族の村等の人口密度が低い辺境の地に配置されている。

出所：Ministry of Public Health, Health in Thailand 1994.

9-2-3. 医療施設の現状

図3は、タイ国の国公立医療施設の体制を示したものである。この図の通り、各地域 (Region) レベルでは大学付属病院及び地域病院、バンコク首都圏には大学付属病院、専門病院、総合病院、県 (Province) レベルでは総合病院、郡 (District) レベルでは郡病院、区 (Tambon) レベルでは保健センター、村 (Village) レベルでは薬共同組合、というように、それぞれの行政単位毎に配置される医療施設の種類が異なっている。

また、表10は、89～93年の運営形態別の病院及び保健施設数の推移を示したものである。病院数も平均ベッド数もここ数年着実に増加しているが、この表からもわかる通り、タイ国の病院は圧倒的に政府系の病院が大きな割合を占めており、一般サービス及び特別サービスをあわせた病院数の比較 (1993年) では、政府系が74.4%、民間が23.8%という割合となっている。

しかし、1病院あたりの平均ベッド数 (1993年) では、政府系の病院は特別サービスで平均419ベッドとかなり大きな規模であるが、一般サービスでは平均86ベッドとなり、公営病院の平均186ベッド、自治体病院の平均279ベッドを大きく下回っている。なお、民間病院は一般サービスで平均68ベッド、特別サービスで平均10ベッドと最も規模が小さい。

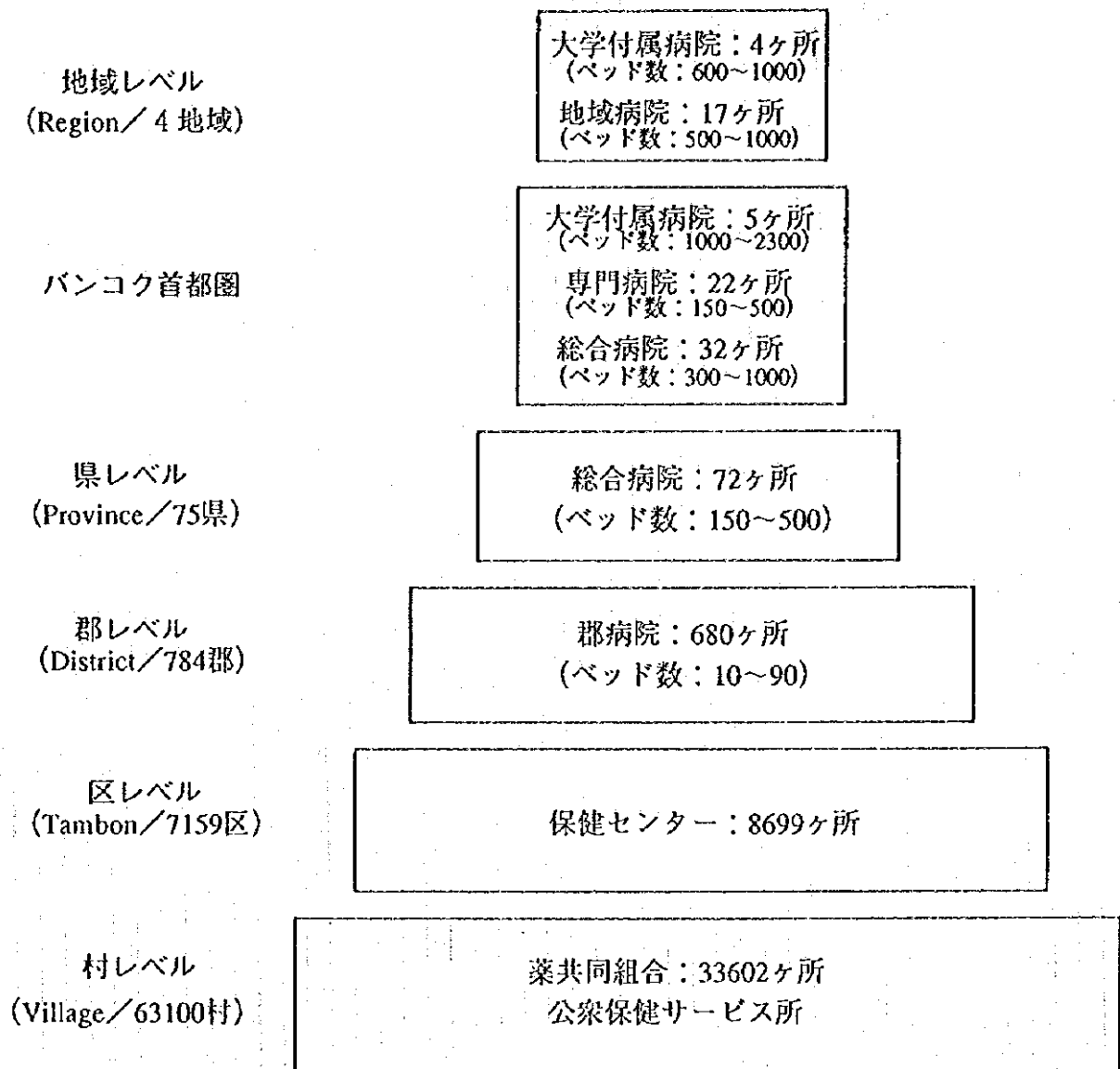
また、入院施設はないが、全国に配置されている保健センターはその数が着実に増えており、1993年では8699ヶ所となっている。

以上のように、一般住民の保健医療へのアクセスは着実に改善されはじめているが、地方住民の多くは、軽い病気の場合でも保健センター等ではなく、地域病院やバンコクの大病院にかかる傾向が強いという指摘があり²⁴、さらに、重病にかかった場合は、必然的に、入院設備のある地域病院やバンコク等の都市部の病院に入院しなければならない。このため、地方の保健センターの医療技術の向上とともに、入院施設の整った医療施設の整備が課題となっている。

さらに、国公立系の医療機関と民間の医療機関の連携がきちんと制度化されていないため、政府の保健医療政策の伝達や民間病院からの保健医療データの収集等が困難な状況にある。

²⁴ Ministry of Public Health, The Seventh Five-Year National Health Development Plan, pp.

図3. 医療施設の構成



出所：Ministry of Public Health, Health in Thailand 1991.
 Ministry of Public Health, Health in Thailand 1994.

注) 保健センターの数のみ1993年のデータであり、その他は1990年のデータ。

(筆者作成資料)

表10. 病院数

運営形態	1989				1990				1991				1992				1993			
	病院数	%	ベッド数	平均 ベッド数	病院数	%	ベッド数	平均 ベッド数	病院数	%	ベッド数	平均 ベッド数	病院数	%	ベッド数	平均 ベッド数	病院数	%	ベッド数	平均 ベッド数
一般サービス	926	91.6	76,461	85.0	959	91.9	76,270	84.1	983	92.4	79,156	84.3	1,019	92.9	83,016	81	1,029	93.1	87,329	86.3
政府系	723	71.5	63,107	70.1	736	70.6	62,202	68.5	755	71.0	63,499	67.7	776	70.7	65,569	84	790	71.5	67,949	67.2
公共保健省	660	65.3	46,239	51.4	670	64.2	47,285	52.1	686	64.5	48,377	51.5	708	64.5	50,697	71	723	65.4	52,463	51.9
その他	63	6.2	16,868	18.7	66	6.3	14,717	16.2	69	6.5	15,122	16.1	68	6.2	15,472	219	67	6.1	15,484	15.3
公営企業	11	1.1	2,335	2.6	12	1.2	2,257	2.5	11	1.0	2,178	2.3	12	1.1	2,229	198	12	1.1	2,229	2.2
自治体	7	0.7	2,027	2.3	7	0.7	2,119	2.3	8	0.8	2,125	2.3	8	0.7	2,167	271	8	0.7	2,232	2.2
民間	185	18.3	8,962	10.0	204	19.6	9,892	10.9	209	19.6	11,354	12.1	223	20.3	13,051	54	219	19.8	14,919	14.7
特別サービス	85	8.4	13,521	15.0	84	8.1	14,470	15.9	81	7.6	14,696	15.7	78	7.1	14,840	181	76	6.9	13,837	13.7
政府系	33	3.3	12,937	14.4	33	3.2	13,881	15.3	33	3.1	14,173	15.1	33	3.0	14,383	429	32	2.9	13,393	13.2
公共保健省	32	3.2	12,638	14.1	32	3.1	13,631	15.0	32	3.0	13,873	14.8	32	2.9	14,083	434	31	2.8	15,093	14.9
その他	1	0.1	250	0.3	1	0.1	250	0.3	1	0.1	300	0.3	1	0.1	300	300	1	0.1	300	0.3
民間	52	5.1	583	0.6	51	4.9	589	0.6	48	4.5	523	0.6	45	4.1	457	11	44	4.0	444	0.4
計	1,011	100.0	89,982	100.0	1,043	100.0	90,740	100.0	1,064	100.0	93,852	100.0	1,097	100.0	97,856	100.0	1,105	100.0	101,166	100.0
保健センター	7,675	39.0	-	-	7,828	37.6	-	-	7,911	36.4	-	-	8,178	33.4	-	-	8,699	42.3	-	-
地方保健センター	486	2.5	-	-	542	2.6	-	-	419	1.9	-	-	555	2.3	-	-	523	2.5	-	-
保健センター (バンコク市運営)	57	0.3	-	-	57	0.3	-	-	58	0.3	-	-	59	0.2	-	-	59	0.3	-	-
民間診療所	11,443	58.2	-	-	12,392	59.5	-	-	13,415	61.7	-	-	15,711	64.1	-	-	11,269	54.8	-	-
計	19,661	100.0	-	-	20,819	100.0	-	-	21,745	100.0	-	-	24,503	100.0	-	-	20,550	100.0	-	-

出所：Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health, Health in Thailand 1994.

9-2-4. 医療従事者数の現状

表11. は、近年の医療従事者の推移を地域別に比較したものである。

この表の通り、助産婦以外の各医療従事者一人あたりの人口は着実に減少しているが、バンコク首都圏とその他の地域の格差が非常に大きい。1993年のデータで比較してみると、バンコク：他の地域のおおよその比率は、医師が1：8、歯科医師が1：9、薬剤師が1：13、看護婦が1：3となっている。なお、助産婦のみ、バンコクより他の地域の人数が少ないが、バンコク周辺では近年病院での出産が増えているために、助産婦の数が減少しているのではないかと考えられる。

また、表12. は、1988年においてこれらの医療従事者の養成がどのように行われているかを表わしたものである。

この表の通り、医療従事者の中では看護婦の養成体制が最も充実しており、年間3100名強を養成できる定員を有している。この結果として、看護婦一人あたりの人口は全国平均で788人と非常に少なく、他の医療従事者と比べてかなりの数が養成されつつあることが明らかである。また、医療従事者の中では、全国的に歯科医師の数が最も不足しているが、歯科医師の年間養成人数は187名とかなり少ないことから、養成体制の強化が必要であると考えられる。

なお、ここでもう一つ問題といえるのは、医療従事者の養成機関では、MOPHよりも大学省管轄の機関が多いということである。特に、医師や歯科医師、薬剤師の養成は大学省がほとんど全てを管轄していることから、医療従事者の養成計画等において、MOPHがいかに大学省と協調して計画を策定できるかが大きな課題であろう。

さらに、近年、国公立医療機関からの民間病院への人材流出が問題となっている。なお、表13. は、地域別の人材育成と流出数を比較したものであるが、この表の通り、年々流出する人数が増加しており、1989年では38.4%が民間病院へ流出している。

表11. 医療従事者別あたり人口の地域別比較

	地域別	1989	1990	1991	1992	1993
医師一人あたり人口	バンコク首都圏	1,062	1,082	958	909	900
	その他地域	7,207	7,556	7,326	7,148	7,055
	全国	4,361	4,500	4,425	4,282	4,260
歯科医師一人あたり人口	バンコク首都圏	5,765	5,610	4,599	4,157	4,183
	その他地域	48,133	43,169	42,811	39,112	36,079
	全国	26,316	24,656	23,530	21,497	20,841
薬剤師一人あたり人口	バンコク首都圏	2,558	2,463	2,142	2,066	2,049
	その他地域	35,646	31,770	29,607	27,212	26,195
	全国	14,498	13,517	13,076	12,448	12,299
看護婦一人あたり人口	バンコク首都圏	384	380	363	332	321
	その他地域	1,190	1,139	1,050	987	932
	全国	962	929	885	828	788
助産婦一人あたり人口	バンコク首都圏	10,041	12,590	12,281	14,753	14,690
	その他地域	4,584	4,854	5,043	5,139	5,174
	全国	4,883	5,218	5,354	5,487	5,517

出所：MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, PUBLIC HEALTH STATISTICS A.D.1993.

表12. 医療従事者養成体制 (1988年)

医療従事者	養成期間	管轄機関					
		大学省	国防省	公共保健省	内務省	民間	タイ赤十字
医師	6年	○ (定員665名)	○ (定員33名)				
歯科医師	6年	○ (定員187名)					
歯科衛生士	2年			○ (定員100名)			
薬剤師	5年	○ (定員407名)					
準薬剤師	2年			○ (定員200名)			
看護婦	4年	○ (定員780名)	○ (定員185名)	○ (定員1500名)	○ (定員250名)	○ (定員290名)	○ (定員150名)
準看護婦	2年	○ (定員940名)	○ (定員175名)				
助産婦	2年			○ (定員400名)			
検査技師	2年	○ (定員207名)		○ (定員160名)			
放射線技師	2~4年	○ (定員76名)		○ (定員30名)			
準ヘルスワーカー	2年			○ (定員800名)			

出所：Ministry of Public Health, The 6th National Health Development Plan.

表13. 医療技術者育成数とその民間病院への流出状況

地方	1986			1987			1988			1989			総計		
	育成数	流出数	%	育成数	流出数	%	育成数	流出数	%	育成数	流出数	%	育成数	流出数	%
1	16	3	18.7	28	5	17.8	22	12	54.5	20	8	40.0	86	28	35.5
2	11	2	18.7	19	4	21.0	24	10	41.6	19	3	15.7	73	19	26.0
3	19	2	10.5	20	4	20.0	11	8	72.7	24	14	58.0	74	28	37.8
4	18	4	22.0	25	3	12.0	17	4	23.5	24	6	25.0	84	17	20.2
5	15	2	13.0	20	6	30.3	14	3	21.0	27	10	37.0	76	21	27.6
6	18	3	16.6	25	3	12.0	15	7	46.6	13	7	53.8	71	20	28.1
7	11	7	63.6	28	5	17.8	28	4	14.0	14	7	50.0	81	23	28.4
8	12	3	25.0	14	9	64.0	22	9	40.9	20	10	50.0	68	31	45.6
9	18	2	11.0	24	8	33.0	19	7	36.8	21	5	23.8	82	22	26.8
合計	137	28	20.2	203	47	23.0	172	64	37.0	182	70	38.4	695	209	30.1

出所：Ministry of Public Health, The Fifth Health Development Plan.

9-3. 保健開発5ヶ年計画

9-3-1. 第7次開発計画の策定の経緯

1962年から開始された保健開発5ヶ年計画は、現在第7次計画（1992-96）を実施中である。これまでの保健開発計画では、医療施設の整備や人材養成、医療サービスの地域間格差の是正等に重点がおかれ、着実な開発実績を残してきた。

しかしながら、急激な経済成長の結果、交通事故の増加や地域格差がかえって拡大する等、タイ国の保健医療分野における課題は新たな局面を迎えているといえよう。

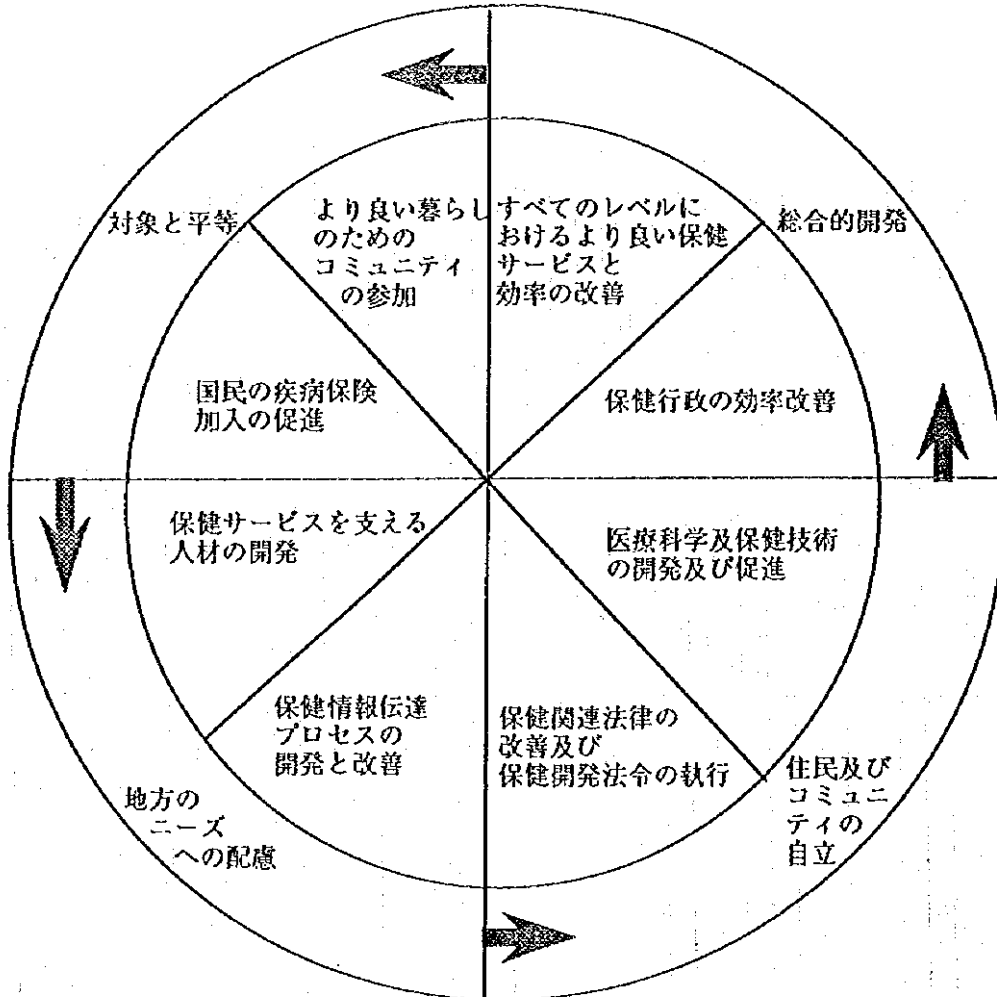
現在実施中の第7次開発計画では、以下の8項目の開発目標を掲げ、重点分野として取組みが進められている。

- 地方におけるプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の実施のためにコミュニティーを支援し、都市部へのPHCの普及を目指す。
- 主要都市の大病院の混雑を緩和するために、すべてのレベルの保健医療サービスの質と効率を改善し、病院間の連携を強化する。
- すべての人々、特に貧困層、労働者層、老年層、障害者等の弱者、への保健医療サービスの普及を促進する。
- 保健医療行政の効率を改善する。
- 適切で質の高い保健医療システムの開発のために人材を活用・養成する。
- 保健医療情報の効率的な伝達システムを確率する。
- 科学技術を活用し、保健開発のための研究を支援する。
- 保健開発を促進するための法令を改善する。

さらに、図4. のような開発戦略を掲げ、すべてのレベルの国民に広く医療サービスが普及するために、地方住民や貧困層等への配慮が強調されている。

なお、表14. は、94年時点における第7次保健開発計画の目標値とその達成状況を示したものである。全29項目のうち11項目は達成されているが、医療施設の改善についての目標がほとんど達成されていないため、引き続き、医療施設の改善・充実を図っていく必要がある。

図9-4. 第7次保健開発計画の開発戦略



出所：Ministry of Public Health, THE SEVENTH FIVE-YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN.

表14. 第7次保健開発5ヶ年計画の目標と達成状況

No.	目標値	達成状況	達成済み
1	乳幼児死亡率：出生千人あたり23以下に	25.95 (1994年)	
2	妊産婦死亡率：出生千人あたり0.3以下に	0.14 (1994年)	○
3	5才以下の幼児死亡率：出生千人あたり35以下に	1.70 (1994年)	○
4	全出生数の内3,000グラム以上の赤ちゃんが70%以上に	62.26% (1994年)	
5	全出生数の内2,500グラム以下の赤ちゃんを7%以下に	8.13% (1994年)	
6	5才以下の栄養不良2級及び3級の幼児を1%以下に	0.753% (1994年)	○
7	人口増加率：1.2%	0.94% (1994年)	○
8	99県における学校児童の甲状腺腫瘍罹患率10%以下に	7.65%	○
9	妊産婦の60%以上に歯科予防サービスを	71.59%	○
10	3才～5才の幼児の50%以上に歯科予防サービスを	48.64%	
11	出産可能な既婚女性の77%以上が家族計画を実践する	68.28%	
12	1才以下の乳児の90%以上に、結核、ジフテリア、百日咳はしか、ポリオ、破傷風、B型肝炎の予防接種を	結核：98.99% DPT： ポリオ：91.54% はしか：83.62%	○ ○
13	95%以上の家庭が水洗便所を有する	93.80%	
14	95%以上の家庭に安全で十分な飲み水を供する (1日1人あたり5リットル)	87.70%	
15	予防接種で予防可能な伝染病の罹患率低下 -ジフテリア：人口10万人あたり0.05以下に -百日咳：人口10万人あたり1以下に -はしか：人口10万人あたり15以下に -ポリオ -新生児の破傷風	人口10万人あたり0.06 (1994年) 人口10万人あたり0.23 (1994年) 人口10万人あたり65.57 (1994年) 人口10万人あたり0.01 (1994年) 人口10万人あたり7.83 (1994年)	○
16	デング熱感染者を人口10万人あたり85以下に	人口10万人あたり84.76 (1994年)	○
17	5才以下の幼児の急性下痢症を人口10万人あたり3,500以下に	人口10万人あたり1632.97 (1994年)	○
18	肺結核死亡率を0.16以下に、罹患率を人口10万人あたり7以下に	人口10万人あたり35.38 (1994年)	
19	東北地域の肝ジストマ感染率を20%以下に	24.01 (1991)	
20	15才の児童の肺炎による死亡率5%以下に、児童罹患率を全肺炎例の50%以下に	-	
21	680の県病院の水質汚染対策体制の確立	223病院 (1994)	
22	全てのレベルの700病院に、感染性廃棄物焼却炉を設置	551病院 (1994)	
23	1576の保健センター新設	584センター (1994)	
24	10ベッドの郡立病院250ヶ所を改善する	85病院 (1994)	
25	10ベッドの郡立病院80ヶ所を新設する	66病院 (1994)	
26	郡病院16ヶ所を一般病院に昇格する	1病院 (1994)	
27	一般病院7ヶ所を地域病院に昇格する	2病院 (1994)	
28	非伝染病対策のための5つの地方開発センターの新設	-	
29	3つの医療科学センターの新設	1ヶ所	

出所：Ministry of Public Health, Health in Thailand 1994.

9-3-2. 保健医療における主要な課題

本項では、保健開発5ヶ年計画中の「Major Health Development Programme」の内容を中心に、タイ国で現在取り組まれている保健医療における主要な課題を簡略に紹介する。

(1) PHC

1978年に国連で議決された「Health for All by the Year 2000 (HFA)」や1978年のアルマ・アタ宣言においても、すべての人々に保健医療サービスを普及するためには、PHCが最も重要な戦略であるといわれている。タイは、WHOのメンバー国でもあることから、HFAの実現のための国家的な政策策定に力を注いでおり、すでに60年代から住民参加やコミュニティの役割に着目した保健医療分野の開発を進めてきた。

MOPHは、これまで、第4次開発計画の半ばからPHCを重視しはじめ、第5次、第6次、及び現在実施中の第7次開発計画においても重点事項として位置付けられてきた。なお、PHCの実施にあたっては、①住民参加、②住民のニーズにあった活動の実施、③農業や教育等他の分野と連携した実施、④既存の保健医療システムの改善等が重点事項とされている。

(2) 健康保険の普及

MOPHは、貧困層等の保健医療サービスが行き渡りにくいグループを対象とした健康保険サービスの普及に力をいれており、特に、低所得者層、障害者、0-12才の乳幼児/学童、老年層等のための健康保険制度を設けている。また、特に貧困な家庭に対しては、年間500バーツ（約20USドル）の保険料を支払う「Health Card」制度や「無料治療制度」を設けている。

表15は、各種の健康保険制度とその対象層を、表16は、「無料治療制度」の地域別支出状況を示したものである。現在、何らかの健康保険制度の恩恵を受けられるのは、国民の約56%に過ぎず、対象層の拡大が課題となっている。また、「無料治療制度」の支出額も年々急増しており、特に89年から90年にかけては、約2倍の支出となっているため、今後は財源の確保が課題となってくるであろう。

表15. 保健関連プロジェクトと対象

(単位：百万人)

No	プロジェクト名	対象	総数
1	健康カードプロジェクト	農村部及び一部の都市部の自営生活者	2.1
2	無料医療ケアプロジェクト	貧困階級	8.5
3	労働者補償基金	従業員	1.6
4	社会保障基金	従業員	2.5
5	公務員医療制度	公務員及びその家族	7.0
6	国営企業制度	国営企業従業員及びその家族	1.0
7	個人保険	都市部自営生活者	0.2
8	高齢者無料医療ケア	高齢者	3.3
9	学校健康保険	農村地域小学生	6.7
10	その他	軍人、警察官、私立学校教員	1.0
合計			31.4 (56%)

出所：Ministry of Public Health, The Seventh Five-Year National Health Development Plan.

表16. 無料医療治療支出の地域別状況

(単位：百万バーツ)

地域	1982	1984	1986	1987	1988	1989	1990
中部	178.87 (11.0)	232.69 (14.22)	245.65 (14.18)	142.89 (11.88)	139.78 (11.90)	122.77	236.36
東北部	107.70 (6.44)	204.28 (11.58)	205.92 (11.14)	221.13 (11.80)	238.88 (12.63)	254.05	527.90
北部	86.69 (8.82)	124.73 (12.13)	129.37 (12.27)	142.13 (13.30)	146.18 (13.75)	139.60	293.85
南部	51.68 (8.55)	83.92 (13.32)	84.90 (12.97)	94.49 (13.89)	97.03 (13.53)	86.84	160.76
計	424.94	654.62	665.84	600.64	621.87	603.26	1128.90

出所：Ministry of Public Health, The Seventh Five-Year National Health Development Plan.

注) () 内は、一人あたりの支出額の平均。

(3) エイズ

タイでは、1984年に最初のエイズ患者が報告され、94年12月までにこれまで15,665人のエイズ患者が報告されている。MOPHは、89年以降、年2回ずつHIV感染者の調査を全75県で実施してきたが、当初は麻薬中毒患者や売春婦、性風俗産業を利用する男性等から急激に感染が広がっていた。

94年12月末のエイズ患者数は、15,665人と発表されているが⁸⁵、91年にタイ赤十字社が行った調査によると、献血者1万人あたり63.9人がHIVに感染しており、これを91年のタイ国の人口5,496万人に換算すると、約35万1千人程度がHIV感染者であると推定され⁸⁶、今後エイズ患者が急増する恐れがある。

このような状況を受け、タイ政府はエイズ対策に力を入れており、エイズ対策のための予算は88年の4百万バーツから95年には1.5億バーツまで増額された⁸⁷。また、首相が長となるNational AIDS Committeeにより、National AIDS Control Prevention and Control Programが策定され、関係省庁やNGOが一体となって、HIVに関する啓蒙活動や、主婦や若者、子供を対象とした教育プログラム等の予防活動が実施されている。

この結果として、エイズ患者はまだ増加傾向にはあるが、コンドームの使用率が90年の50%から94年には75%に上がる等、啓蒙活動の効果が徐々に現われてきている。エイズ患者の増大は、非常に大きな社会的コストを生み出すことから、引き続き、重点的な施策の実施が必要であろう。

(4) その他

上記の他の重点事項としては、従来から使われている伝統的薬剤の活用や、環境保護、子供の健康関連指標の改善等が挙げられている。

⁸⁵ HEALTH IN THAILAND 1994, Ministry of Public Health, p.80

⁸⁶ 注5に同じ

⁸⁷ 注5に同じ

9-4. 我が国の協力実績

表17.は、我が国のODAのうち94年度までに実施された、プロ技協、開発調査、機材供与、無償資金協力における保健医療分野の協力実績をとりまとめたものであり、表18.は、研修員受入、協力隊、専門家派遣の各事業における保健医療分野の協力実績である。また、表19.は、現在タイで実施中の保健医療分野における第三国研修の概要である。

表17. 保健医療分野における協力実績 (1952年度から1994年度)

協力形態	案件名	協力期間	案件の概要もしくは担当事務	協力機関
プロ技 (計13件)	産業計画	S49.3~H13	産業計画の普及のための情報、教育、広報活動の推進。	総連庁
	産業計画/母子保健	H16~H18	東北タイ地域における産業計画・母子保健の推進。	公共保健省
	ウイルスセンター	S36.6~S47.12	ウイルス感染症による死亡率を低下させるための、ウイルス研究センターの設置。	公共保健省
	国立病院(保健院)	S41.8~S44.3	地域の基幹病院の巡回医療圏に対する協力。	公共保健省
	ポリオ対策	S42.5~S44.3	生ポリオワクチンの供与と技術指導。	公共保健省
	国立がんセンター	S42.7~S50.9	がんの早期発見、治療を促進するための国立がんセンターの設置。	公共保健省
	マナゴアイ医科大学	S43.5~S50.6	河内医科大学の病理、眼科部門に対する協力。	公共保健省
	産科産院部門、眼科部門			
	中央肺病院	S41.3~S44.3	肺病院の結核分野に対する協力。	公共保健省
	薬品研究所	S41.3~S47.12	公衆衛生行政の基礎を定むるための伝統薬草に関する科学調査の整備。	公共保健省
	産科保健活動向上計画	S49.41~S59.3	チャンタブリ県のモデル地区内の保健活動の向上のための協力。	公共保健省
	産科教育	S51.7~S52.7	産科医員及び助産師養成のための協力。	公共保健省
	プライマリー・ヘルス・ケア	S56.8~H19	タイ国及びASEAN各国のプライマリー・ヘルス・ケア推進のための人材養成、研究開発等。	公共保健省
	野線センター			
	マヒドン医科大学熱帯医学部	S50.5~S59.6	河内大学の熱帯医学部に対する協力。	公共保健省
国立衛生研究所	S60.8~H17 フォローアップ H18~H17	感染症対策や生物製剤の研究開発のための協力。	公共保健省	
公衆衛生	H19~H18	東北タイのモデル地域における保健医療サービスの改善等。	公共保健省	
エイズ対策プロジェクト	H57~H18	エイズ対策のための医療サービスの向上、予防のための啓発活動等。	公共保健省	
食品衛生強化	H64~H11.3	食品の安全性と品質の維持管理を促進するための協力。	公共保健省	
研究調査 (計4件)	マハラト病院建設調査	S51.8~S53.2	地域の基幹病院を目標とする病院の建設のための調査。	公共保健省
	マハサラカム看護学校建設計画	S55.10~S55.11	地方市民の保健医療サービスの向上を目的とした高等学校の建設のための調査。	公共保健省
	プライマリー・ヘルス・ケア訓練センター建設調査	S57.3~S57.10	地方市民の保健医療サービスの向上を目的とした野線センターの建設のための調査。	公共保健省
公衆衛生研究所設立調査	S58.11~S59.3	公衆衛生分野の専門研究施設建設のための調査。	公共保健省	
単独機材供与 (計11件)	眼科用機材	S39	6,498千円	公共保健省 (ソムア・チャオ・プラヤ病院)
	眼科外科研究機材	S46	1,543千円	公共保健省 (オコルラランマ病院)
	産科医学用機材	S42	2,356千円	大学省(国立医科大学)
	婦人科用機材	S48	1,133千円	大学省(チュアロンコン大学)
	産科医療車	S49	17,499千円	—
	産科治療機材	S53	7,602千円	内務省(バンコク前都府保健所)
	産科医療機材	S54	37,127千円	公共保健省 (クラウンプリンス病院)
	医療機材	S55	4,788千円	—
	医療用機材	S62	36,817千円	公共保健省(国立皮膚病研究所)
	医学研究用機材	S62	6,210千円	公共保健省 (マヒドン大学医学部)
	食品分析用機材	H4	24,844千円	公共保健省食品衛生研究所
無償資金協力 (計19件、内 単の復興援助)	チェンマイ大学放射線機器整備計画	S58	500,000千円	大学省
	ロムワクワクチン製造センター(1)	S50	1,000,000千円	公共保健省
	ロムワクワクチン製造センター(2)	S51	990,000千円	公共保健省
	マハラト病院建設計画	S55	1,600,000千円	公共保健省
	マハラト病院建設計画	S56	2,000,000千円	公共保健省
	マハラト病院建設計画	H4	1,100,000千円	公共保健省
	マハラト病院建設計画	H5	420,000千円	公共保健省
	マラリア撲滅計画	S55	700,000千円	公共保健省
	マハサラカム看護学校建設計画	S56	1,860,000千円	公共保健省
	プライマリー・ヘルス・ケア訓練センター建設計画	S57	1,800,000千円	公共保健省
	地方センター建設計画	S58	1,200,000千円	公共保健省
	マラリア撲滅計画	S59	350,000千円	公共保健省
	マラリア撲滅計画	S61	467,000千円	公共保健省
	国立衛生研究所設立計画	S59	2,450,000千円	公共保健省
	国立衛生研究所設立計画	S60	1,450,000千円	公共保健省
	原爆石炭研究センター機材整備計画	S63	320,000千円	公共保健省
	クローンタイ地区救急医療施設整備計画	H3	2,000千円	—
	工場におけるエイズ予防教育プログラム	H4	6,000千円	—
	小学生健康増進啓発計画	H4	2,000千円	—

注) 有償資金協力、研究協力等の実績ない。
出所：国際協力事業団年報(各年)

これまでに、保健医療分野において、プロ技15件、開発調査4件、単独機材供与11件、無償資金協力19件（内、草の根無償3件）が実施された。また、研修員受け入れは計1,121人（タイ国全体の研修員受入総数の9.39%）、協力隊派遣232人（タイ国に派遣した協力隊員総数の7.76%）、専門家派遣4,056人（タイ国に派遣した専門家総数の30.13%）であり、案件数及び人数実績からみると、保健医療分野への協力は他のセクターと比べて重視されてきたといえよう。

協力内容としては、保健医療分野に係る人材養成を促進するための研究所や大学医学部に対する研究協力や施設建設が多い。また、近年は医療水準が低い東北タイの医療向上のための協力やエイズ予防等の住民への普及・啓蒙型の協力が増加しつつある。

表18. 保健医療分野における研修員受け入れ、協力隊・専門家派遣の推移

年度 協力形態	～81年	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	計	全分野の 人数計	保健医療分野の 占める割合 (%)
研修員	501	32	43	50	44	49	52	53	58	61	57	60	61	1,121	10,793	10.39
協力隊	0	1	0	1	1	3	1	0	0	2	1	4	4	18	232	7.76
専門家	791	151	44	37	46	49	56	46	42	36	40	25	40	1,403	4,656	30.13

出所：国際協力事業団年報他

表19. 保健医療分野における第三国研修の概要

案件名	実施年度	実施回数	参加国
口蹄疫防疫	1981～1985	5回	インドネシア13、フィリピン13、スリランカ7等
皮膚病学	1983～1992	10回	中国30、フィリピン21、バングラディッシュ17等
プライマリー・ヘルス・ケア	1987～1997	6回	インドネシア13、中国10、バングラディッシュ9等
伝染病ワークショップ	1992	1回	インドネシア2、マレーシア2等

出所：国際協力事業団年報他

9-5. 今後の課題

以上、とりまとめた通り、タイ国の保健医療水準は経済発展に伴い、着実に向上している。

しかしながら、貧困層への医療サービスの改善や依然として大きい医療水準の地域格差の問題、さらにはエイズ対策等、引き続き取り組んでいく必要がある課題も依然として残されている。

中進国を目指すために引き続き開発を進め、開発の恩恵を国民に平等に分配していくには、地方における医療サービスの向上とエイズ対策が、今後最も重点的かつ早急に取り組むべき課題であろう。

参考文献

- Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health, HEALTH IN THAILAND 1994.
- Ministry of Public Health, Public Health Statistics A.D. 1993.
- National Statistical Office, Office of the Prime Minister, STATISTICAL YEARBOOK THAILAND Number 39 1992.
- National Statistical Office, Office of the Prime Minister, STATISTICAL YEARBOOK THAILAND Number 41 1994.
- Health Planning Division, Ministry of Public Health, THE FIFTH FIVE-YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN.
- Health Planning Division, Ministry of Public Health, THE SIXTH FIVE-YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN.
- Health Planning Division, Ministry of Public Health, THE SEVENTH FIVE-YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN (1992-1996).
- World Bank, World Development Report 1995.
- バンコク日本人商工会議所、「タイ国経済概況 (94/95年版)」、バンコク、1995年。
- 曾田研二他著、「エイズ国際研究協力プログラムに基づくタイ・カンボジア調査報告書」、1994年3月

第10章 環境

はじめに

タイにおける環境分野の現状分析は既に各方面で実施されており、国際協力事業団としても1993年に国別環境情報整備調査を実施して詳細な報告書としてとりまとめている。今回の援助研究では、環境分野における現状分析はほぼ全面的に同報告書に依存した経緯があり、従って、ここで取りまとめるべき現状分析としては同報告書を参照願いたい。

ここでは、今回の環境分野における援助研究の提言が導かれるに至った考察過程を整理することによって、援助研究報告書読者の理解の一助としたい。

10-1. 環境問題に対する視座

環境という言葉は極めて守備範囲が広い。このため、佐倉は環境問題を次の5つの側面から分類して捉えることを提案している⁸¹⁾。

- (1) 個人や団体の利害調整が必要な政治的側面
- (2) 資源再配分という観点での経済的側面
- (3) 人間の生活様式を問う意味での社会・文化的側面
- (4) 自然科学的側面
- (5) 科学・技術そのものを問う科学論的側面

環境分野に対する援助という場合も、科学論的側面は初めから除外するとしても、我が国援助が最も得意とする自然科学的側面における技術移転を有効たらしめるためには、政治的側面、経済的側面及び社会・文化的側面は避けて通ることのできない課題である。

環境問題をこのように多面的に捉え、援助の一分野としても特に社会的な側面に十分配慮しようとするこうした問題認識は、国連の特別委員会である世界環境開発委員会(WCED)が1987年2月に東京宣言の中で「持続的開発」を環境保全と開発の統合理念として定義付けたことにより、全世界的な共通認識になった。しかしながら、さらにその背景には、世界各地で活動を展開している環境NGOの開発批判、特に国際機関や先進各国の援助関連開発案件に対する批判の声が伏線にあったことも忘れてはならない。

環境という概念が開発という理念に結び付いたのは、環境問題が本来抱える政治性・社会性を一層明確にしたということにはかならない。国際協力事業団が1988年に行った「分野別(環境)援助研究会」でも、環境協力にあたっては次の7点に立脚した課題検討を行うよう提言しているが、環境問題に対する視座は上述の東京宣言と同様である。

- (1) 地域の生活向上と開発の持続可能性の重視
- (2) 相手国政府機関関係者及び住民の知見の活用
- (3) 開発プロジェクトにおける環境保全対策事業を実現するための協力の重視

⁸¹⁾ 佐倉 統、「現代思想としての環境問題 脳と遺伝子の共生」中央公論社、1992

- (4) 持続可能な開発の基盤である自然資源の管理に資する協力の強化
- (5) 開発途上国自身による環境問題への取り組みの強化
- (6) 我が国の人材の育成・確保の重視
- (7) 教育・研究機関の役割の重視

今回の援助研究においては、これら7つの立場を基本的立脚点とし、タイが抱える開発課題に照らしながら援助の重点項目を抽出して行くこととした。

10-2. 問題解決プロセス

近年において環境問題が国民的関心事となるのは比較的容易である。我が国の「水俣」を含む公害先進国の数々の事例は既に全世界の知るところとなっており、また1992年の国連環境開発会議（UNCED）を契機とする世界的な環境ブームに見られるように、今や環境は近代国家もしくは一定の知識人にとっては不可欠の教養になっている。こうした現状を環境教育の成果と見ることもあながち無理なこととは言い切れないが、環境問題解決のためのプロセスの中で現状を位置付ければ、実態はまだまだ初期の段階にあると考えざるを得ない国の方が多い。後に述べるように、タイもその中の一つに数えることができる。

環境問題の解決プロセスは、次の6つの段階に分けて考えると理解しやすい。

- (1) 問題の共通認識
- (2) 現状の的確な把握
- (3) 適正技術の研究・開発
- (4) 政策決定
- (5) 政策実施
- (6) 普及・啓蒙

この6段階のプロセスは、我が国が環境問題に取り組んだ実際の経験過程を集約したものとも言える。すなわち、公害問題として水俣や四日市で先ず被害者が声をあげた時、汚染者である企業も、そして行政にも環境問題への配慮は希薄であった。しかしながら、被害者の声がマスコミ等を通じて社会的に高まるとともに、一部有識者（現在で言えばNGO）にも問題の認識が共有されるに至って、行政側もようやく重い腰をあげざるを得なくなる。ここに問題の共通認識が形成されることになる。

次の問題は、我が国の場合は因果関係の立証であった。水俣病と有機水銀、四日市喘息と工場排気ガス等の疫学的因果関係を立証するという前例のない難作業が実際に行われた。その結果として公害問題の全容が明らかとなり、環境問題の現状が的確に把握されたのである。

公害問題の最も有効な解決方法は発生源対策であり、汚染源・発生源を取り除けば好いことは簡単に理解できる。因果関係が立証され、汚染源が明らかになれば、後はそれを除去するだけのはずである。しかしながら、公害問題を社会問題化させるのは正にこの発生源の取り扱いにある。発生源はいずれもその経済活動を通じて一定の社会的貢献を行っている。このため、例えば発生

源である工場を操業停止にすれば、それに伴う失業問題や地域への経済的不利益が生じることとなり、不利益の規模が大きいと判断される場合は公害を放置してでも経済利益を優先させようとする、謂わば問題を振り出しに戻そうとする動きさえ出てくる。こうした発生源対策に起因する地域住民間の軋轢は、我が国の公害問題の歴史の中でいくつも経験してきたものであるが、これを単に地域住民のエゴと見ることは危険である。自動車排気ガス規制の導入が延び延びとなった一因には、メーカーからの強い反発だけでなく、一般消費者の経済的不利益回避の感情があったことは否定し切れない。環境問題が直接自分の利益に抵触する事態に至れば、理屈上の環境配慮など払拭されてしまうのがむしろ一般的ではないだろうか。

こうした発生源対策に起因する社会問題を背景に、通常は一定の政治的妥協が持ち込まれるのが普通である。ただし、妥協点に至るためには、汚染者側も応分の努力をしなければならない。これがすなわち、適正技術の研究・開発であり、その研究・開発の成果が見込まれるからこそ政治的妥協が図られる。

この段階にまで至れば、政策決定も円滑になされることが期待できる。さらに、我が国の場合は行政機関の実施能力が高いため、政策さえ決定されればそれを実行に移すことには特段の問題はない。1970年代前半を境に我が国の環境問題は大きく改善されたと言える。これは、この段階に至るまでの問題解決プロセスを着実に経てきた結果であり、いずれかの段階でプロセスが停滞していれば、このような改善は見られなかったものと想像される。

最後に、問題の予防及び再発防止のための普及・啓蒙がプロセスを締め括る。

10-3. タイ環境問題の現状

タイの現時点における環境問題に対する取り組みは、上記のプロセスのどの段階にあるのだろうか。結論から言えば、最初の段階である「問題の共通認識」にしか至っていない。

タイの環境行政は1992年を境に大きく様変わりした。同年から始まった第7次国家経済社会開発5カ年計画には、「人的資源、生活の質、環境及び自然資源開発」が主要3大計画目標の一つとして位置付けられ、全体目標に初めて環境問題が謳われた。さらに、1975年に制定された国家環境保全法がこの年に改正され、それに伴う機構改革で科学技術エネルギー省が科学技術環境省へと改められた。この法改正の結果、国家環境委員会及び同事務局の権限強化、環境基金の設置、公害規制委員会の設置、環境保全地域の指定、汚染者負担の原則（PPP: Polluter Pays Principle）の適用等が定められ、中央政府における環境行政の大枠が整備・強化された。しかしながら、こうした体制や法令の整備は1992年の国連環境開発会議（UNCED）に間に合わせる形で実施されており、謂わばタイ政府が環境行政に取り組む姿勢を内外に示すために体裁を整えたに過ぎない。これら制度を十分に機能させるだけの人材や技術が伴っていないことが、このように断言させる最大の理由である。

タイにおいて1975年に国家環境保全法が制定され、環境行政をつかさどる国家環境委員会事務局（ONEB: Office of the National Environment Board）が設置されて以来、我が国は専門家を派遣して技術移転を図るとともに、環境分野のプロジェクト方式技術協力事業として他国に先駆けて環境研究研修センターの設立に協力するなど、これまでも一貫してタイの環境行政の機能強化に貢献してきた。しかしながら、急激な経済成長の余波による頭脳流出や、行政システムの中央集権的

構造による公務員人材層の薄さから、我が国協力の受け皿となるべき人材が育っていない。また、人材不足は技術の未熟さにも繋がり、日本人専門家から見て明らかに異常なデータであっても正式な報告書に掲載されてしまうなど、測定データに信頼性が乏しく、現状の的確な把握ができていない。基礎技術を備えた人材の育成を通じた体制整備を急がなければ、問題の共通認識の段階にいつまでも留まらざるを得ず、法律や体制の整備も両餅に帰すことになり兼ねない。

さらに行政以外のところでは、急激な経済成長の追い風にのった経済活動が環境配慮を軽視する傾向も無視できない。我が国の公害問題がピークに達したのは、高度経済成長がピークに達した1960年代後半である。政府や世論が環境配慮を叫ぶだけではなく、着実な発生源対策を実施して行く必要がある。そのためにも、的確な現状把握と適正技術の研究・開発を急がなければならない。発生源対策の政治決着では、経済活動が優先される傾向を否定し切れないからである。

具体的事例を挙げれば、タイの場合は産業廃棄物処理が早晚大きな問題として表われてくることが予測される。産業廃棄物は現在までのところ行政として全く手が付けられておらず、その処理は民間企業に依存しているため、適切な処理もされないままに不法投棄等がなされている現状にある。産業廃棄物は汚染者が明らかであり、汚染者負担の原則（PPP）からは企業に応分の負担を課すことになるが、産業界がこれにあっさりとは合意するとは思えない。政治決着が避けられない問題となることが容易に予測できるが、この時に少しでも環境行政側が有利な交渉を行うためには、現実を的確に把握した説得力あるデータと現状分析が不可欠になる。

10-4. 重点項目の抽出

以上の考察から、今後の対タイ援助の重点項目として、次の諸点を抽出するに至った。各項目に係る詳細については180以降の表を参照願いたい。基本的な立場としては、上記の考察から想定される各種課題に対して我が国として協力可能な分野と事項に絞ったものとしている。

(1) 人材育成

- ア. 環境研究研修センター（ERTC）の機能強化
- イ. 地方行政機関における環境管理能力の向上
- ウ. 高等教育機関における環境関連コース
- エ. 民間コンサルタントの育成

(2) 発生源対策

- ア. 環境関連インフラ整備
- イ. 基礎研究能力の向上
- ウ. 行政制度の見直し

(3) 普及・啓蒙

- ア. 環境教育の普及
- イ. NGOとの連携

援助研究報告書の最終稿では、重点項目を「(1) 技術者の育成、(2) 発生源対策に向けた行政機能の強化、(3) 普及・啓蒙」として内容も簡潔に整理しているが、基底となっている考

え方は上記のとおりである。

10-5. 今後の課題

1992年の国家環境保全法の改正により、科学技術環境省では環境保全関連の活動を行っているNGOの登録制を設け、登録されたNGOはその活動に対して一定の公的助成を受けることができることとなった。

タイは様々な分野でNGOが幅広い活動を行っていることで有名だが、環境分野においてもNGOが果たす役割は無視できない。例えば、現在では全国で販売されている無鉛ガソリンも、1990年に結成された「有害大気汚染に反対する人民」のキャンペーン活動の結果として、国家エネルギー政策委員会がその導入を決定した経緯がある。また、1983年6月に王宮前広場で展開されたナムチョーン・ダム建設反対運動は、ダム建設による生態系破壊や住民の強制立ち退きといった問題点を広く世論に知らしめ、以後のダム建設計画は例外なく住民からの反対運動を受ける結果となった。さらに、1989年の天然林伐採禁止令も、前年の南部タイ大洪水の惨事を契機とする環境問題への国民感情を考慮した結果と見ることができる。

特に近年では都市部の中間層（チョン・チャン・グラーン）を中心に環境問題への認識が高まっており、NGOはそうした世論を背景に政治的にも大きな発言力を持つようになってきている。最近の例では、「マジック・アイ（ター・ピセート）」というキャンペーンによってゴミの投げ捨て防止に一定の成果をあげた Thai Environmental and Community Development Association が、バンコクのスカイ・トレイン計画をすべて地下鉄にすべきであると主張し、既に工事が着工されていた1路線を除く他の2路線が地下鉄として計画変更されることとなった。地下鉄化は政治的にも様々な動きがあったため、一概にNGOだけの発言力によって実現したとは言えないが、同NGOの影響力が絶大なものであったことは事実である。

NGOは行政側にとって必ずしも都合のよい存在ではない。しかしながら、環境問題の解決プロセスを進めるといふ観点からは、NGOが積極的な運動を展開することが望まれる。

環境問題の歴史を辿れば、環境破壊による被害は必ず社会的弱者から始まることが知られている²²。大気汚染の被害は、空調設備の整った建物や自家用車の中で日常を過ごすことのできない、謂わゆる中間層以下の人々から表われる。水質汚濁の被害も、河川水をそのまま日常の生活用水として使用する人々や、海域で言えば漁業従事者から始まる。浄化された水を使い、食生活も多様性を楽しめる都市生活者に被害が及ぶことはほとんどない。主に都市で発生する廃棄物の問題でさえ、処分場の立地は都市部から遠ざかるのが一般的であるために、悪臭やダイオキシン等の有害副産物の問題は都市住民には無縁である。

こうした環境問題の周辺化現象は社会科学の立場からも指摘されており、宮本はその対抗措置として汚染者負担の原則（PPP）の重要性を強調している²³。しかしながら、社会的弱者は世論に訴えるだけのまとまった力となれない点で弱者なのであり、従って環境問題は何等かの被害が顕著にならなければ「問題の共通認識」が形成されない。PPPが適用されるか、あるいは汚染者側から調停金なり和解金が提示されるのは、被害発生から既に何年も経ってからのことになる。

²² 宇井 純、「公害原論」亜紀書房、1971

²³ 宮本憲一、「日本の環境問題」有斐閣、1975

宮本憲一、「環境経済学」岩波書店、1989

このため、社会的弱者の立場を代弁できるNGOは、環境問題の解決プロセスの中においては不可欠の存在となるのである。

我が国の場合はNGOではなく、むしろ住民運動という形で公害被害者が声をあげた。タイも最近では民主化が進み、例えば灌漑ダム建設計画に地域住民が反対運動を行うことなども散見されるようになってきた。しかしながら、現在に至る中央集権型行政機構の下、住民が国や企業に対して抗議行動を起こすということはまだまだ一般的ではない。このため、タイの環境問題においてはNGOの存在が重要であり続ける。国家環境保全法の改正によって行政側がNGOに一定の歩み寄りを見せていることから、今後は両者がどのように有効な連携を図って行くことができるかが、大きな課題になるものと思われる。

開発課題	特にその問題が顕著な地域	開発課題を引き起こしている要因	緊急度の高さ (短期的課題、 中長期的課題等)	我が国援助の可能性 (対応可能な援助形態等)
<p>(1) 人材育成</p> <p>ア. 環境研究研修センター (ERTC) の機能強化 環境政策におけるERTCの位置付けをタイ側に再認識させつつ、全国の環境研究研修拠点としての機能の強化 - ERTCスタッフの確保 - ERTC研修機能の強化 - ERTC研究機能の強化</p> <p>イ. 地方行政機関における環境管理能力の向上 - 科学技術環境省地方事務所の機能強化 - モニタリング機能の県レベルへの委譲</p>	<p>バンコク</p> <p>地方</p>	<p>タイ社会全般の課題として顕在化している中堅技術者の不足は、官制が主体となる環境分野では特に影響が大きい。92年の法体系・行政制度の強化も、環境行政に携わる人材育成を緊急に進めない限り、実行ある成果は望めない。</p> <p>また、環境問題へのタイの主体的取り組み、持続的取り組みを確保するためにも、環境分野に関わる人材の幅を広げることが重要である。</p> <p>ERTCは環境分野における研修・モニタリング・研究活動を行う唯一の国家機関であり、環境関連の学術的基礎研究を実施するチュロンボーン研究所 (CRI) とともに、UNCEDへのカントリーレポートの中にもその位置付けが明示されている。しかしながら、環境分野の人材不足はERTCスタッフにも及び、開所以来定員初めの状態が続いている。ERTCが真にその役割を果たすためにも、環境政策におけるERTCの位置付けを再確認したうえで、緊急的機能強化が望まれる。</p> <p>中央の科学技術環境省だけで全国の環境行政を担当する現在の制度は、効率的な点からしても有効とは言えない。タイの行政制度が中央集権型である以上、地方への権限委譲は中長期的課題であるが、少なくとも科学技術環境省の地方事務所を最大限活用することが望まれる。</p> <p>また、地方において環境行政に従事する人材の育成には、ERTCを最大限に活用すべきである。</p>	<p>短期的課題</p> <p>中長期的課題</p> <p>短期的課題</p>	<p>- プロジェクト方式技術協力 (実施中) の継続・拡充 - 第二国研修の実施</p> <p>- プロジェクト方式技術協力 - 個別専門家派遣 - 第二国研修</p>
<p>ク. 高等教育機関における環境関連コースの拡充 - 環境分野における人的資源の底上げ - 環境研究の裾野の拡大</p>	<p>全国</p>	<p>環境分野に限らず、人的資源の底上げを図るためには、教育制度の拡充が不可欠である。5つの国立大学に現存する環境工学科の拡充を基本に、全国の高等教育機関における環境関連コースの拡充を図り、人材不足への対応とすることが望まれる。環境基金による助成も可能性として検討すべきであろう。</p> <p>また、例えばチェンマイ大学環境工学科の研究活動がタイ北部の環境行政に一定の貢献をしているように、高等教育機関の研究活動を奨励して環境研究の裾野を広げれば、ERTCとの連携等によって行政における環境研究も結果として充実する。</p>	<p>中長期的課題</p>	<p>- 個別専門家派遣 - 単独機材供与 - プロジェクト方式技術協力 - 有償資金協力</p>
<p>エ. 民間コンサルタントの育成 - 環境コンサルタントの育成</p>	<p>全国</p>	<p>現在も各種開発事業の環境影響評価等に民間コンサルタントが参画しているが、これらコンサルタントの多くは大学教授等の副業で、業界の層としては厚くない。</p> <p>民間の人材を環境行政の補完的機能として活用するとともに、民間企業そのものに環境保全の意識を定着させるため、一定水準以上の技術力をもつ民間コンサルタント及び企業内の環境管理者の育成を図ることが望ましい。</p>	<p>中長期的課題</p>	<p>- 個別専門家派遣</p>

問題課題	特にその問題が顕著な地域	関係課題を引き起こしている要因	緊急度の高さ (短期的課題、中長期的課題等)	我が国援助の可能性 (対応可能な援助形態等)
(2) 発生源対策		現に生じている各種問題、特に影響の大きい都市環境問題に対処するためには、発生源対策は必要不可欠の課題である。さらに、発生源対策を有効なものとするための行政制度の導入が並行的に必要である。	短期的課題 中長期的課題	我が国援助の可能性 (対応可能な援助形態等)
7. 環境関連インフラ整備 - 下水道施設の整備 - ゴミ処理場の整備 - 脱硫脱硝装置の普及 - 公共交通網の整備	バンコク	都市環境問題として顕著になっている水質汚濁及び廃棄物の各課題は、関連インフラ整備の遅れが一つの大きな要因でもある。 下水道施設の整備は、パタヤ・ブーケット等の一部観光地を優先的に進められているが、整備後の施設管理の問題などから必ずしも効果が上がっていない。バンコク首都圏においても下水道整備事業が開始されているが、施設そのものの整備と同時に施設運営管理能力の向上と定着が必要である。 また、バンコク首都圏の2つのゴミ処理場が既に満杯の状態にあることから、新たなゴミ処理施設の整備が必要となっており、全国で一般的なダンプ処理場を改めなければならない、根本的な廃棄物問題の解決には急がらない。コストは高くなるが、焼却処理を含めた処理施設の整備を進めていく必要がある。 さらに、発電所や工場等多量に使用されるリグナイト等は、燃料コストの観点から依然として需要が高く、燃料自体の転換は困難と考えられることから、脱硫脱硝装置の普及を図ることによって大気汚染への悪影響を抑えることが必要である。 バンコク首都圏の大気汚染は、自動車排気ガスが7割を占める最大要因とされている。排気ガス規制等の制度的対応とともに、機関分担率を他の交通に移すために、公共交通網の整備が必要である。 これらの事業実施にあたっては、環境基金の活用が有効であろう。	短期的課題	- 開発調査 - 個別専門家派遣 - プロジェクト方式技術協力 (例) 下水道技術研修センター - 有償資金協力
イ. 基礎研究能力の向上 - 官民連携による研究体制の構築	全国	自動車排気ガス、騒音の問題や工場排水・排ガス等の問題等、官民の連携を図りながら取り組まなければならない課題は多い。工業省やタイ科学技術研究所 (T I S T R) 等における発生源対策のための基礎研究を活性化し、民間の技術開発への支援を促進していく必要がある。	中長期的課題	- 開発調査 - 個別専門家派遣 - プロジェクト方式技術協力
ウ. 行政制度の整備 - 自動車排気ガス規制の実施 - 騒音制度の徹底 - 産業廃棄物処理制度の整備 - 資源回収 (リサイクル) の実施 - 地下水の産業用利用に対する指導	全国	発生源対策を徹底させるためには、行政による強力な指導が不可欠である。 特に自動車排気ガスと産業廃棄物については、早急に行政としての対策を講じる必要がある。 また、バンコク首都圏で顕著になっている地盤沈下の問題に対しても、地下水利用に対する行政指導を強めていかなければ、今後の改善に向かわない。	中長期的課題	- 個別専門家派遣

開発課題	特にその問題が顕著な地域	開発課題を引き起こしている要因	緊急度の高さ (短期的課題、中長期的課題等)	我が国援助の可能性 (対応可能な援助形態等)
<p>(3) 普及・啓蒙</p> <p>7. 環境教育の普及</p> <ul style="list-style-type: none"> - 省エネルギ- - リサイクル運動 - その他 	<p>全国</p>	<p>開発課題は経済活動だけに起因するものではなく、個人人の生活様式に密着に繋がっている。持続的・主体的環境保全を図るためには、国民一般に対する環境教育が重要である。</p> <p>急激な経済成長とそれを支える国民的消費性向の高まりの中で、クイ社会においても環境教育の重要性が徐々に認識されつつある。この動きを促え、各種制度の実施に直接結び付くような形で環境教育の普及・定着に努めることが望ましい。</p> <p>例えば、最近バンコクで開始されたゴミの分別収集も、市民一般の環境問題への意識が伴わなければ実効を上げることには難しい。制度の導入とともに、個人個人がその実施に努めることにより環境問題にどのように寄与することができるのかを並行して啓蒙していく必要がある。</p> <p>科学技術環境省環境振興局は、環境思想の普及・啓蒙を担当しているが、他局または他省との連携を図りながら、以上のような環境教育を推進していく拠点となることが望まれる。</p>	<p>緊急度の高さ (短期的課題、中長期的課題等)</p> <p>中長期的課題</p>	<p>我が国援助の可能性 (対応可能な援助形態等)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 個別専門家派遣 - 青年海外協力隊派遣
<p>4. NGOとの連携</p>	<p>全国</p>	<p>環境教育の普及・定着に対するNGOの役割は重要である。タイ全国に知れわたった「マジック・アイ (ター・ピゼート)」キャンペーンは、ゴミ拾い袋に対しての大きな抑止力となったが、このキャンペーンはNGOであるThai Environmental and Community Development Associationの主催によるものであった。</p> <p>NGOの存在は、行政側にとっては両刃の剣ともなりかねないが、今やNGOを抜きにした環境対策はあり得ない。相互の情報交換を図ることが重要である。</p>		

参考文献

- ・宇井 純著、「公害原論」亜紀書房、1971年
- ・佐倉 統著、「現代思想としての環境問題 脳と遺伝子の共生」
- ・宮本憲一著、「日本の環境問題」有斐閣、1975年
- ・宮本憲一著、「環境経済学」岩波書店、1989年

第11章 社会開発

80年代以降に経済発展を遂げたタイは、経済発展優先の傾向にあり、地域格差等の社会問題は後回しにされてきた。その結果、急激な工業化のゆがみともいえるような社会問題は依然として存在している。

11-1. 貧困の現状

11-1-1. 周辺諸国及び他のアジア諸国との比較 (表1.参照)

タイは一人当たりのGNPがUS\$2,000を越え、低位中所得国の一つである⁸¹メコン地域を中心とする周辺諸国の中では、GNPをはじめとして、とびぬけて発展しているといえることができる。低体重児の割合は途上国平均よりも高いが、5歳未満の幼児死亡率、乳児死亡率ともに途上国平均を下回っておりインドシナ諸国より低い。一日一人当たりのカロリー供給量は、途上国平均に満たないもののインドシナ諸国のなかでは一番高くなっている。これらのことから周辺諸国の中では、衛生面、栄養面の水準が比較的高いということがうかがえる。

インドシナ地域のなかではとび抜けて識字率が高く、同じ位のGNPの国トルコや比較対象とされることが多いマレーシアの約8割よりも高く、9割以上である。このことから、発展段階のわりに教育が徹底されていることがうかがえる。独立国であったため、自国語教育が徹底出来たという背景があったことが考えられる。

一方、貧困ライン以下の人口は3割で、ミャンマー、インドネシアと並ぶほどであり、教育や栄養が満たされつつあっても、依然として貧困層が多く存在するといえる。

⁸¹ 世界銀行の世界開発報告の定義による。

表1. タイと他のアジア諸国との比較

国名	HDIランク (位/174カ国) 注1)	一人あたり GNP (US\$) 1993	U5MR (/千) 1992* 注2)	IMR (/千) 1992* 注3)	識字率 (%) 1992**	一日一人 あたり カロリー供給量 Kcal 1992**	低体重児の 割合 (%) (0-4歳) 80-94*	貧困ライン 以下人口割合 (%) ** 注4) 1980-90
タイ	58	2,110	82	77	94	2,483	26	30
マレーシア	59	3,140	15	12	82	2,884	23	16
インドネシア	104	740	111	71	83	2,755	40	25
ミャンマー	132	*220	109	79	82	2,598	32	35
カンボジア	153	*200	177	113	38	2,021	40	-
ヴェトナム	120	170	46	35	92	2,250	42	54
ラオス	138	280	138	94	54	2,259	37	-
シンガポール	35	19,850	6	5	90	-	14	-
トルコ	66	2,970	55	47	81	3,429	10	-
途上国平均		**982	101	68	68	2,546	12	31

注1) UNDP, Human Development Report 1995による社会経済面での発展度により人間開発指数を算出したものがHDI (Human Development Index: 人間開発指標) である。人間開発が高い順番に国を並べておりそれがHDIランクとされている。

注2) 5歳児未満の幼児死亡率

注3) 乳児死亡率

注4) ライン以下では、栄養上最低必要とされる食事と、食料以外の最低限度必要なものが購入できなくなる所得ライン。(UNDP, Human Development Report 1994, 1994. より)

* UNICEF, The State of the World's Children 1996, 1995.

** UNDP, Human Development Report 1994, 1994.

出所: World Bank, World Development report 1995, 1995.

UNDP, Human Development Report 1995, 1995.

11-1-2. 地域間格差⁴²⁾

(1) 一人当たり国民所得・世帯平均収入による地域別比較

タイにおいて経済格差について、一般的に「バンコク首都圏とそれ以外の地方の間の格差」のことを指すものと解釈されている。特にバンコク首都圏と東北タイの格差をもって、地域格差が指摘されることが多い。こうした認識は、一人あたりの国民所得を地域別（バンコク首都圏、中部タイ、東部タイ、西部タイ、東北タイ、南部タイという従来型の地域区分のこと）に比較した結果を指標として用いた場合であろう。表2. は一人当たりの国民所得を用いて、地域別所得の比較を行なったものである。これよりその年の全国平均を100とした指数で見ると、1989年でバンコク首都圏が313で東北地方は35であり、バンコク首都圏の一人当たり国民所得は東北地方の約8.9倍となる。1991年ではバンコク首都圏が322で東北地方が34となり、その差は9倍以上となっており、格差は広がる傾向にあるという見方がされてきた。東北タイに次ぐ貧困地帯として扱われている北部タイとの格差は、約6倍となっている。

一方表3. はタイの国家統計局が定期的に実施している経済社会調査⁴³⁾の結果を用いて、地域別の世帯収入により世帯平均収入の比較を行なったものである。全国平均を100とした指数で比べてみると、1992年でバンコク首都圏が226に対して東北タイは64であり約3.5倍の格差である。同じ比較で、北部は74となりバンコク首都圏との格差は約3倍である。

以上のことからバンコク首都圏と地方の間において世帯平均収入の間には国民所得で比較した場合ほど格差がないということがいえる。表2.で見ると一人当たりの国民所得で9対1という格差が存在したバンコク首都圏と東北タイの間でも、世帯平均収入で見るとバンコク首都圏が15,951バーツなのに比べて東北タイは4,525バーツである。これらのことから通常使われている地域別の一人当たりの国民所得では地方経済の実態や地域間経済格差の問題は十分把握できないとの見方もでてきている。

⁴²⁾ 末廣昭、「タイにおける拡大首都圏と地方経済圏」、『総合的地域研究』9号1995年6月、東南アジア研究センター、京都、1995年

⁴³⁾ タイの国家統計局が5年毎に行なっている家計調査で、地域区分しサンプリング調査により行なう。

表2. 地域別所得の比較

地域区分	1989年 一人当たり GDP	指数	1990年 一人当たり GDP	指数	1991年 一人当たり GDP	指数	一人当たり 伸び率 (1989/91)
全国	33,623	100	38,909	100	44,084	100	1.31
バンコク首都圏	105,363	313	127,099	327	142,084	322	1.34
中部タイ	27,511	81	30,701	78	36,084	82	1.31
東部タイ	50,165	149	67,970	174	67,970	154	1.35
西部タイ	28,865	86	33,946	87	33,946	77	1.18
東北タイ	11,880	35	13,152	33	14,931	34	1.26
北部タイ	18,897	56	20,401	52	23,328	53	1.23
南部タイ	22,437	67	24,803	64	27,084	61	1.20

出所：National Statistical Office, Office of Prime Minister, Statistical Yearbook Thailand Number 41 1994.

表3: 地域別世帯収入の比較 (1992年) (単位: パーツ/月)

地域区分	都市部	衛生区	農村部	全体平均	全国平均を 100とした 場合
全国	-	-	-	7,062	100
バンコク首都圏	-	-	-	15,951	226
中部タイ	11,414	8,249	5,983	6,906	98
東北タイ	11,041	6,494	4,028	4,525	64
北部タイ	12,246	6,748	4,311	5,255	74
南部タイ	11,944	7,255	5,362	6,383	90

出所：National Statistical Office, Report of the 1992 Household Socio-Economic Survey, 1992.

(2) 地域ごとの所得分配

表4.に見るように所得の分配は最高分位の20%が国民全体の所得/消費の5割以上を占めている。地域別の所得のシェア(表5.、図2.)を見ると東北タイは2,000~3,499バーツである世帯が最多であるのに対してバンコク首都圏の所得は一月平均15,000バーツ以上が最多であり、突出している。また、世帯の所得格差が比較的少ないのは南部である。

表4. 階層別所得分配 (1988年)

所得階層	最低分位20%	第2分位20%	第3分位20%	第4分位20%	最高分位20%
所得/消費のシェア(%)	6.1	9.4	13.5	20.3	50.7

出所: World Bank, World Development Report 1995, 1995.

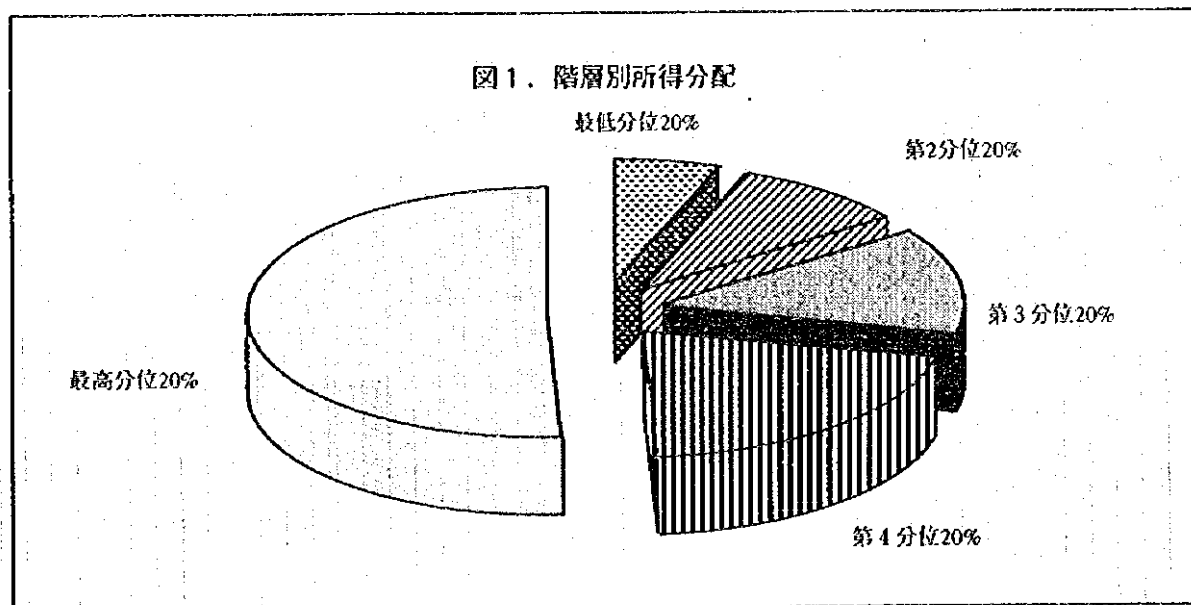
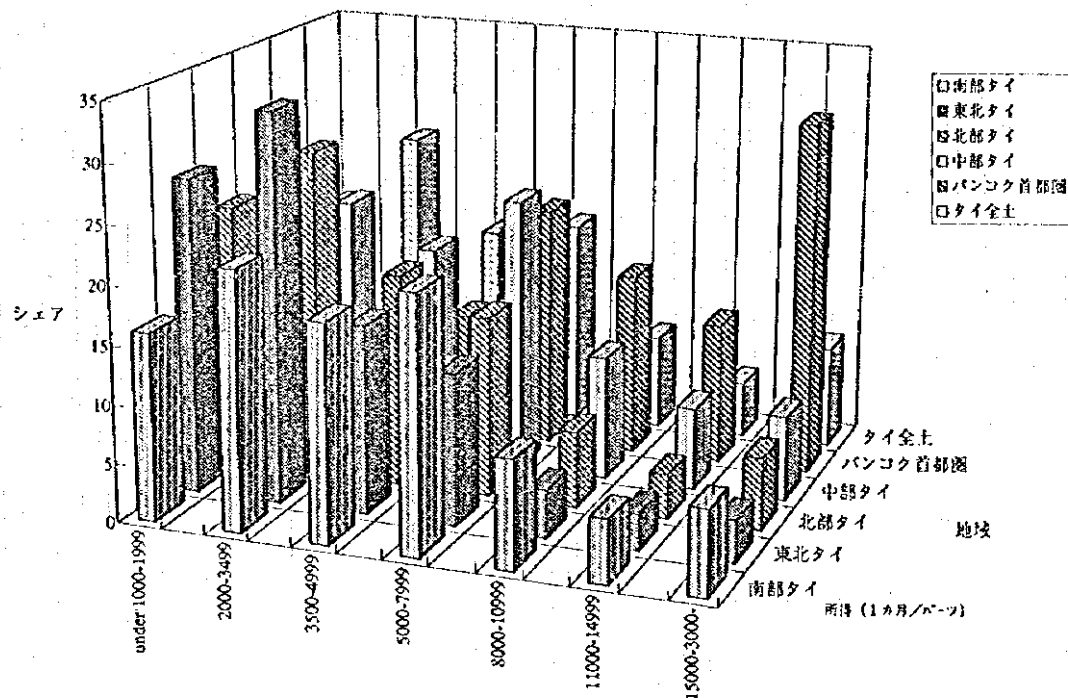


表5. 世帯ごとの1カ月の収入のシェア (パーツ)

	タイ全土	バンコク首都圏	中部タイ	北部タイ	東北タイ	南部タイ
Less than 1000	2.9	0.9	1.8	4.1	3.7	2.9
1000-1499	6.0	0.7	3.2	7.7	9.0	5.9
1500-1999	9.1	1.2	5.5	11.0	14.3	7.2
小計	18.0	2.8	10.5	22.8	27.0	16.0
2000-2499	8.9	2.1	8.0	11.1	12.1	6.3
2500-2999	8.2	2.0	6.6	8.8	11.6	8.2
3000-3499	7.6	2.7	7.5	8.3	9.5	7.5
小計	24.7	6.8	22.1	28.2	33.2	22.0
3500-3999	6.4	3.3	6.1	7.7	6.8	7.2
4000-4499	5.6	3.6	7.0	6.0	5.0	6.3
4500-4999	4.6	3.8	5.6	4.6	4.3	5.0
小計	16.6	10.7	18.7	18.3	16.1	18.5
5000-5999	7.8	7.6	9.8	7.3	6.1	9.5
6000-6999	5.9	7.0	7.8	5.0	4.3	7.2
7000-7999	4.2	6.4	6.0	3.2	2.5	5.0
小計	17.9	21.0	23.6	15.5	12.9	21.7
8000-8999	3.1	5.4	4.1	2.8	1.5	3.9
9000-9999	2.8	5.1	4.0	2.0	1.6	2.8
10000-10999	2.3	5.3	2.6	1.7	1.0	2.5
小計	8.2	15.8	10.7	6.5	4.1	9.2
11000-12999	2.4	7.1	4.1	2.1	1.8	3.4
13000-14999	2.4	5.2	3.0	1.7	1.3	2.0
小計	4.8	12.3	7.1	3.8	3.1	5.4
15000-19999	3.5	9.5	3.3	2.1	1.8	3.5
20000-29999	3.0	10.7	2.3	1.7	1.0	2.5
30000-	2.4	10.4	1.7	2.4	0.8	1.2
小計	8.9	30.6	7.3	6.2	3.6	7.2

図2. 地域別1ヵ月収入の分布 (1992年)



出所: Natinal Statistical Office, Office of the Prime Minister, Statistical Year Boof Thailand, 1994.

11-1-3. 絶対的貧困^{a4} (表6. 図3.4.)

貧困ラインを、都市部で6,203パーツ、地方で4,076パーツと定めたUNICEFの調査では1981年～1988年の間に貧困ライン以下の人口はタイの全人口比の24から21%へと減少している。しかし、これを実際の人口でみてみると、1981年から1988年の間に1千百万人から1千200万人の貧困ライン以下の人口へと変化している。人口割合は減少していても貧困ライン以下の人口は増加していることとなる。

タイ全土にわたり、貧困人口のほとんどが地方に多く存在している。(表6、図3) その中でも特に東北タイが最も多くの貧困人口を抱えており、東北タイの人口の4割近くが貧困ライン以下となっている。(表6.) また、東北タイの農業従事者数が全国で一番多くなっており、(図4.) 約900万人が農業に従事している。これはタイ全土の農業従事者数の約半数にあたり、東北タイの人口の約8割^{a5}が農業に従事しているといえることができる。これらのことから農業従事者に貧困が多いという事実が導き出される。

11-1-4. 格差問題の新たな視点

バンコクの周辺部や主要地方都市部では、消費や生活のパターン等の面で急速にミニ・バンコク化が進んできている。経済格差は「バンコクとそれ以外の地方」という従来どおりの見方で比較できるものではなくっており、「バンコク首都圏・主要地方都市とそれ以外の地域」の間でより急速に広がっている。

また、地域間の格差よりも同じ地域の中で広がりつつある経済格差の方がむしろ問題となってきた。例えば北部タイにおいて、観光で潤うチェンマイ県・チェンラーイ県・工業進出が進みつつあるランブーン県といった県とそれ以外の県というように、同一地域内で格差が広がってきている。さらに、同一県内においても、面積の広い県チェンマイ県やナコンラーチャーシマー県、コンケン県などでは、県庁所在郡やその隣接地域と成長から取り残された郡との間の格差が広がってきている。

また、都市と農村や地域による格差だけではなく、情報インフラへのアクセスの違いからも生じてきている。電話、移動体電話、ファクシミリ、衛生放送とそれを通じたサービスなどの情報通信産業の最近の著しい発達と、地方都市への普及から生じる情報格差も新しい問題として浮び上がってきている。

以上の観点から、従来のようにバンコクとある地域の平均値だけを比較して経済格差の問題を指摘することは出来ない。それでは実態に即したことにはならず、本当の格差是正の対策を講じることができないと思われる。従来型の大まかな地域区分での発展指標に頼るのではなく、同一地域内や同一県内で経済成長が突出している地区と、そうでない地区との格差に留意し、不均等な発展の実態を把握し、よりきめ細かな分析・対策が格差是正にとっての重要ポイントであろう。現在、点として発展している地方の成長を、面的に広げていく政策が必要とされている。

^{a4} UNICEF, THAILAND'S CHILDREN: A Situation Analysis of Children and Women in Thailand, Thailand, 1993.

^{a5} National Statistical Office, Office of the Prime Minister, Report of the Labour Force Survey, Thailand, August 1993.

表6. 貧困ライン以下の人口 (1988-90年)

単位：百万人

	タイ全土	東北タイ	北部タイ	南部タイ	中央タイ	バンコク
都市部の貧困層	2.06	0.36	0.2	0.14	0.86	0.23
地方の貧困層	10.44	6.46	2.1	1.32	0.9	0.01
農業従事者(千人)	18,295	9,058	4,152	2,249	2,784	52

出所：UNICEF, Thailand's Children : Situation Analysis of Children and Women in Thailand, Thailand 1993.

注) 貧困ライン：都市部 6,203バーツ、地方4,076バーツ

図3. 貧困ライン以下の人口 (1988-90年) 単位：百万人

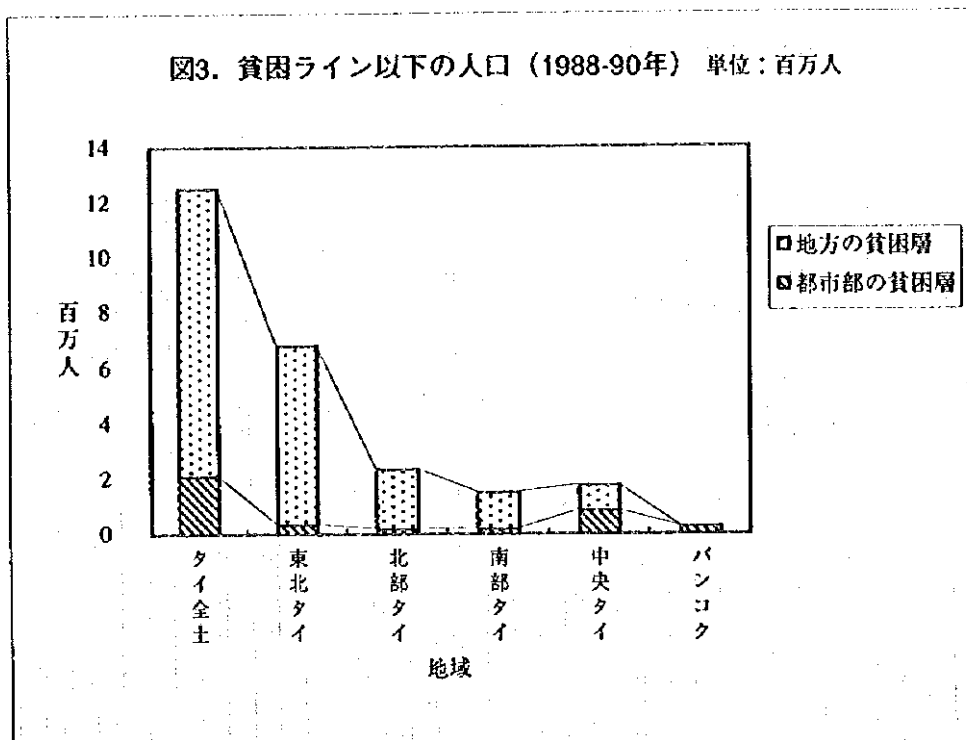
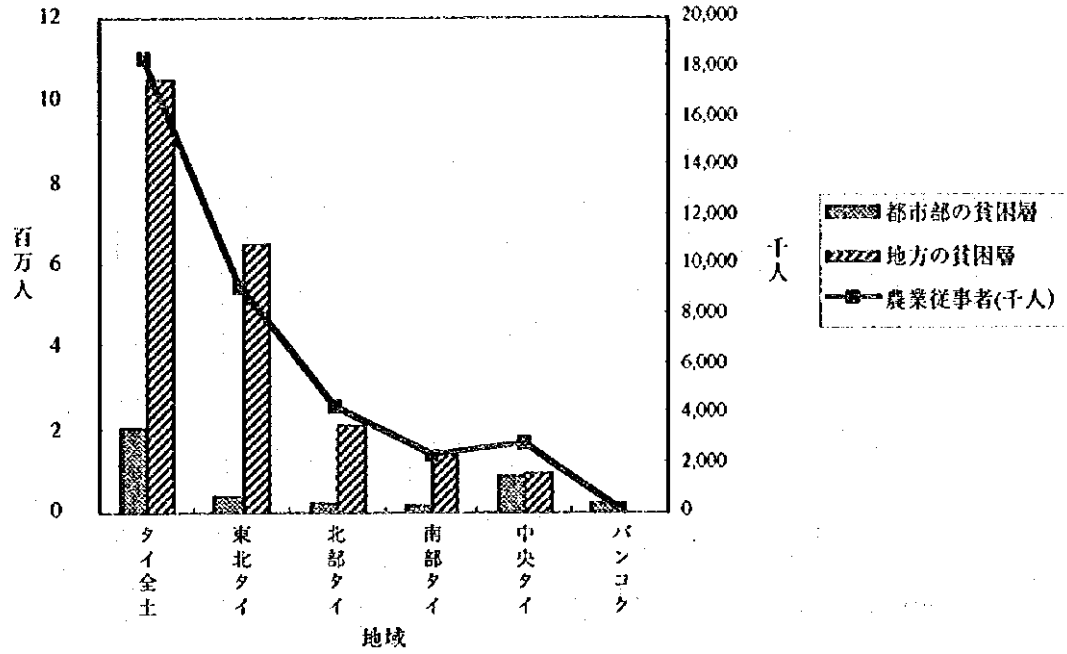


図4. 貧困ライン以下の人口と農業従事者数



11-1-5. 貧困から派生する問題

(1) 失業 (表7.図5.)¹⁶

1960年代から80年代にかけて増加した労働力人口は、農業部門に吸収されてきた。このころ農業は、耕地の開拓、新しい商品作物の導入、灌漑整備などの導入によって雇用を拡大していたのである。1970年代頃までは就業者の8割前後の人が農業に従事しているという状況であったが、80年代に入ると製造業従事者の割合が高まり、就業人口割合に変化が起ころはじめた。一次産品価格の低迷や先進国の景気減退の影響によって輸出が鈍り、失業率は高い上昇を記録した。しかし、80年代末からの外貨導入によるところが大きい経済成長が雇用機会を創出し、失業率の低下にも貢献した。

1994年のタイの総人口約5,900万人のうち労働力となっているのは約3,487万人となっている。労働力人口のうちわけは、就業者が3,367万人、失業者が約102万人となっており、タイ全国で労働力率は約77.8%¹⁷、失業率は3.45%である。失業率について、東北地方が最も多く5%存在する。次いでバンコクが多く、人口集中が進むに従い失業率も高くなるのがわかる。反対に地域別のGDP伸び率は最も低く、大きな産業基盤が少ない南部の失業率が最も少ないことが分かる。

(2) 季節労働者

季節労働者についてはやはり東北地方が一番多く、次いで南部地域となっている。そもそも農業従事者が多いので、農業従事の必要がない農繁期以外に他の仕事を行なう季節労働者が多くなるということがいえる。また、一年を通してみると季節によって失業者の数に変動がみられることとなり、農繁期の失業率は下がり農繁期以外の時期の失業率は多くなっている。例えば1992年には2月には136万人以上の失業者がいたこととなるが、8月には約45万人に留まっている¹⁸。

また、雨季のみ農業に従事し、乾季には失業している季節的失業者が、東北部で労働力人口の19%、北部でも16%に上る¹⁹。

(3) 高学歴者、中高年の失業

近年高学歴者の失業が問題となっている。一次産業に就業するものが就業者の5割を占め、雇用の多くが知識・技能・技術面で未熟練な労働者であることの反面、失業率が相対的に高学歴者ほど高くなっている。これは急速に中等・高等教育を受けた者が増加しているのに対し、それに対応した雇用の場が提供されていないということが示されている。特に職業高校を卒業した者の失業率が高く、これは特に民間のタイの労働の場でのニーズに即した技術が修得されていないことが考えられ、教育の場でうまく労働のニーズを把握し技術を移転することができていないことの典型ともいわれる。今後はますます民間部門で外国からの進出企業に対し雇用の場としての期待が高まっていくので、そうした民間企業のニーズに併せた技術者を育てられるようにしなければならない。

¹⁶ バンコク商工会議所「タイ国経済概況 1994/95」バンコク商工会議所、1994年、79頁。

¹⁷ 労働力率=労働力人口/13歳以上人口×100

表9にて使用の資料 Thailand in Figures 1995-1996 より、1994年度の13歳以上の人口は44773千人であり労働力人口は34878千人である。

¹⁸ Alpha Research Co., Ltd., Manager Information Services Co., Ltd., Thailand in Figures 1995-1996, 1995.

¹⁹ 石井米雄・吉川利治編『タイの事典』同朋舎、東京、1993年。

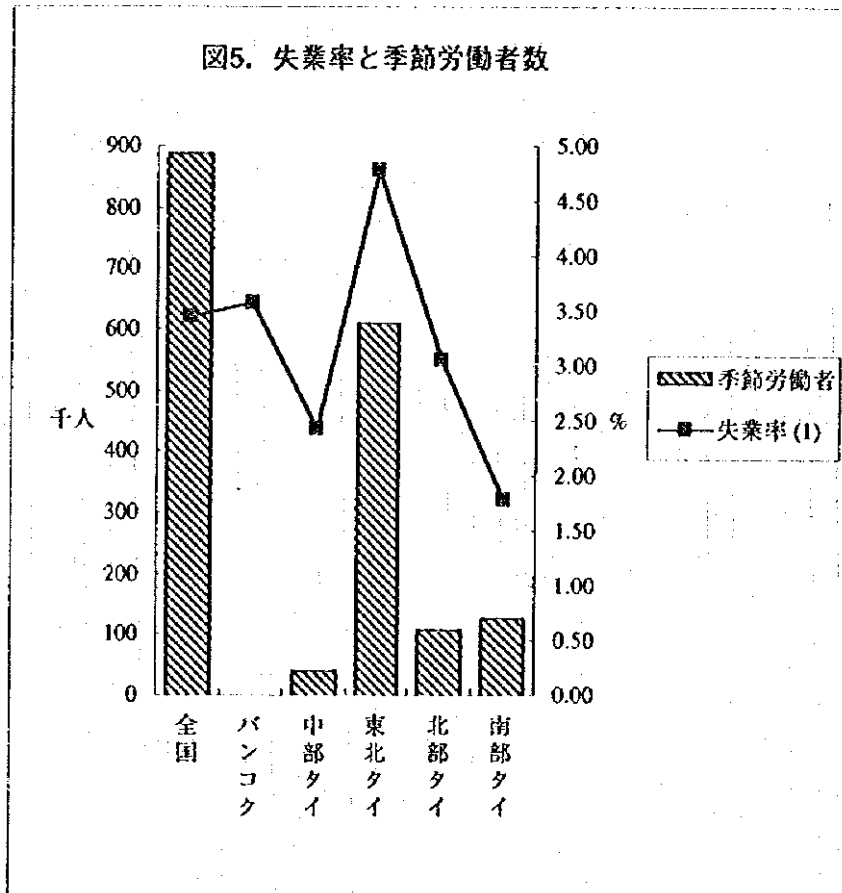
また年齢層でみると中高年の失業率が高くなっている。これは、近年の都市化・工業化の影響を受けて変化した農村付近の中核都市の中小企業で多くみられ、集約的生産の過程において大量に雇用された人員が中高年あたりで使い捨てられるという現象によるものである。

表7. 失業率と季節労働者数

	季節労働者	失業率(1)	季節労働者指数(2)
全国	888	3.45	2.50
バンコク	1	3.58	0.02
中部タイ	40	2.43	0.50
東北タイ	613	4.80	49.27
北部タイ	108	3.07	1.51
南部タイ	126	1.79	3.05

(1) 失業率 = 失業者 / 労働力人口 × 100

(2) 労働力人口を100とした場合の指数



出所：Alpha Research Co., Ltd., Manager Information Services Co., Ltd. Thailand Figure 3rd edition 1995-1996, 1995.

表8. 失業者と地域

(1994年/千人)

	労働力人口	就業者	失業者	失業率(1)	季節労働者	季節労働者 指数(2)
全国	34,878	33,676	1,202	3.45	888	2.55
バンコク	3,523	3,397	126	3.58	1	0.03
中部タイ	7,659	7,473	186	2.43	40	0.52
東北タイ	12,444	11,847	597	4.80	613	4.93
北部タイ	7,128	6,909	219	3.07	108	1.52
南部タイ	4,124	4,050	74	1.79	126	3.06

(1) 失業率=失業者/労働力人口×100

(2) 労働力人口を100とした場合の指数

出所：Alpha Research Co.,Ltd., Manager Information Services Co., Ltd. Thailand Figures 3rd edition 1995-1996, 1995.

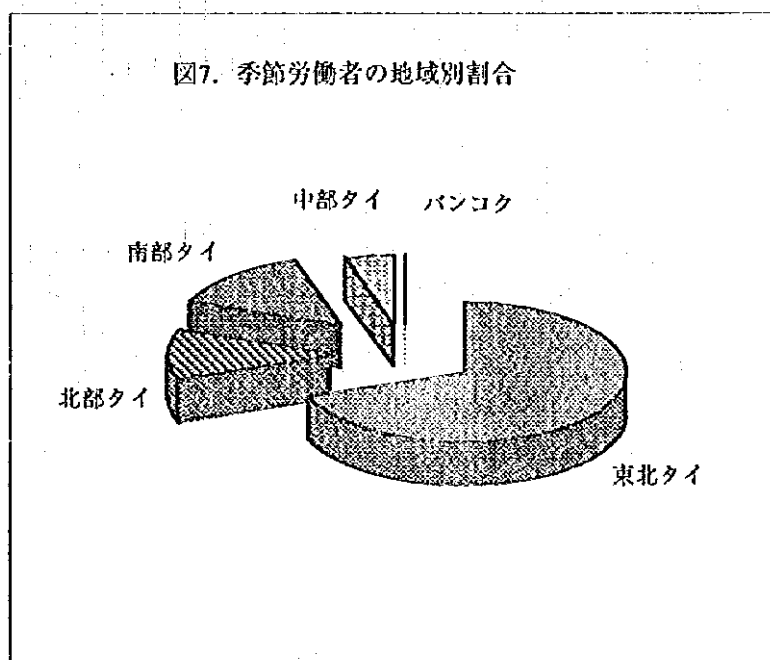
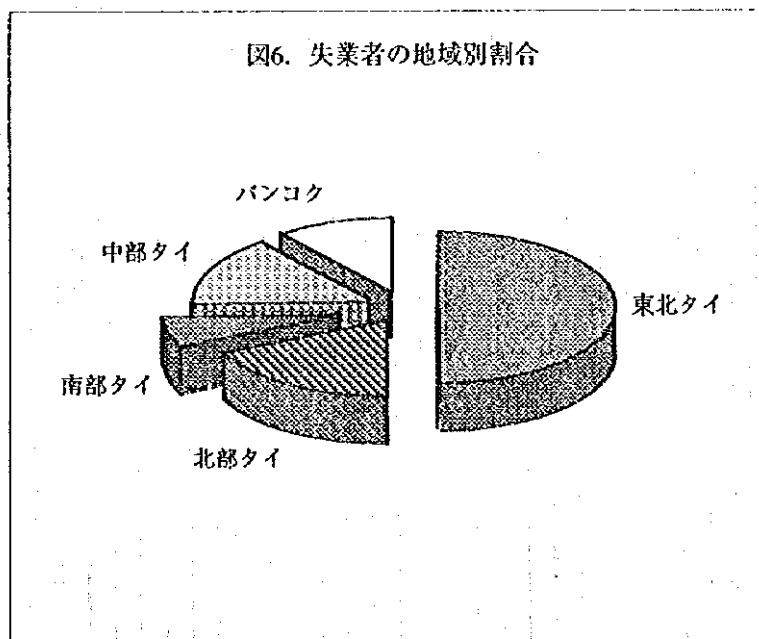
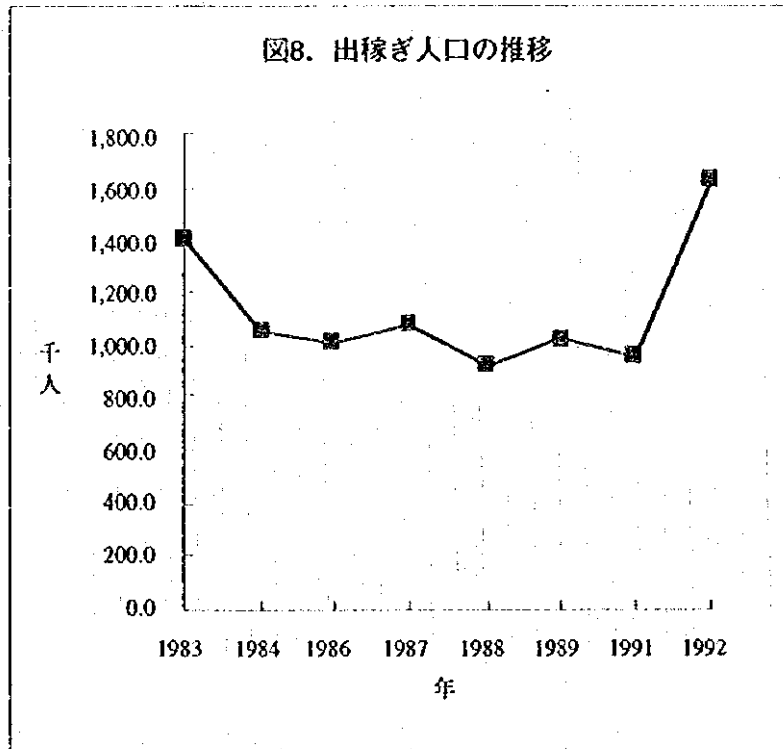


表9. 出稼ぎ人口の推移

(単位：千人)

年	出稼ぎ人口	2月の雇川者	8月の雇川者	出稼ぎ人口
1983	1,402.4	9,177.8	7,775.4	1,402.4
1984	1,053.4	8,922.0	7,868.6	1,053.4
1986	1,008.9	9,884.1	8,875.2	1,008.9
1987	1,074.4	10,924.3	9,849.9	1,074.4
1988	919.6	10,807.1	9,887.5	919.6
1989	1,013.7	11,223.6	10,209.9	1,013.7
1991	950.5	13,311.6	12,361.1	950.5
1992	1,618.5	14,298.4	12,679.9	1,618.5

注) 計算方法—農閑期(2月)から農繁期(8月)に減少する非農業部門の雇川者数から算出した。1990年度については2月の非農業部門雇川者数が不明なため算出できなかった。



出所：Alpha Research Co., Ltd., Manager Information Services Co., Ltd., Thailand Figures 3rd Edition 1995-1996, 1995.

11-1-6. 労働力移動

(1) 農村から都市へ

通勤圏をはずれた辺境の農村では、農繁期を終えて農閑期になると都市へ出稼ぎに行く農民が多くみられる。都市に出稼ぎに出る者は、借地であっても耕作する土地があると農繁期には帰省するので、出稼ぎと耕作を交互に行うというパターンを繰り返している。出稼ぎの人口は、1983年より1988年まで減少を続けていたが、1989年、1993年と最近になって増加の傾向にある。(図8.)一時減少した理由は、農産物の相対価格が低下した結果、農業のために一次帰省することが不経済となってきたためか、あるいは、土地無し層が拡大してきたためである、と予想ができる。土地をもたない出稼ぎ労働者は、次第に都市定住をはじめ都市での労働が本業となっていくことが増える傾向にある¹¹⁰。

しかし、地方から都市への労働者の多くは技術訓練を受けていない未熟練労働者であり、結果としてこれらの労働者は低収入となり、職場での労働保障などもされておらず、都市で生活していくのに必要な最低限の収入を得ることも不可能な状況となる傾向が強い¹¹¹。バンコクを主とした都市部での労働階級の底辺である非熟練労働者、メイドのような家事労働者、日雇いの建築現場での労働者、物売りなどをする者には東北タイの出身者が多い¹¹²。

(2) タイから外国へ

(2)-1. 海外就労者の現状

海外への出稼ぎの理由は前述(1)の農村から都市への国内移動と同様である。海外就労人口は1977年ごろから増加しだし、その多くが中東地域への出稼ぎであった。1988年ではリビア、サウジアラビアなどの中東諸国への出稼ぎが7割以上を占めており、ASEAN諸国やアジアの国への出稼ぎ人口をはるかに上回っていた。しかし1990年あたりから出稼ぎ対象国が転換しはじめ急成長したアジア諸国へと移動した。そして1993年では一番多い出稼ぎの対象国は6万6千891人の台湾で、次いで1万4,750人のブルネイ、1万4,171人のシンガポール、1万1,358人のマレーシアとなっている。1989年以降1992年まで海外就労人口が激減したがこれは、労働集約的な投資がタイ国内で増大して、労働需要が急増している国内要因があるものと思われる。1993年には再び増加をし13万7,950人が公式に海外に働きに出ているが、不法就労も多い¹¹³。

(2)-2. 海外就労者の社会的権利保障

同じアジア諸国であるフィリピンは海外出稼ぎが非常に多い国であり、その背景に国レベルで労働力輸出を制度化しているという積極的な姿勢でいることがある。一方、タイ政府はタイ国民の海外就労について外貨を獲得できる、失業問題の改善に役立っているという点で評価をしているが、国内経済の向上を第一に押し進めるべきであると考えており海外就労に対するタイ政府の

¹¹⁰ 石井米雄「タイの事典」同朋社、東京、1993年。

¹¹¹ NESDB, *The Seventh National Economic and Social Development Plan (1992-1996)*, Bangkok, Thailand.

¹¹² 綾部恒雄 石井米雄【もっと知りたいタイ】弘文堂、東京、1995年。

¹¹³ 前掲注8

姿勢はフィリピンやインドネシアに比べると積極的ではない¹¹⁴。国の政策として国内の雇用創出を目標としているが海外就労に対しては違法な斡旋業者取締り強化等についてふれるだけである。

1985年に制定された労働者斡旋及び保護法が海外の雇用について規定しており、斡旋窓口としては労働省海外雇用行政課の海外雇用斡旋部 (Overseas Employment Administration Office, Department of Labour; 略称OFAO) とOFAOの許可を受けた民間斡旋業者である。前者の公的窓口は無料であるが斡旋の数が少なく、後者については現在許可¹¹⁵を受けている斡旋業者は約300であり有料である。

タイ人海外就労者の社会的権利の保障を目的とした仕組みが3つある。1つめは労働部が求人者である外国企業の募集内容等のチェックである。海外就労者の雇用・労働条件の基準が決定されており、外国の求人者は許可された斡旋業者を通じて募集労働者の資格条件や雇用条件を明記した必要書類を労働部に提出しなければならない。2つめは海外労働者福祉基金が雇主の分担金によって設けられ、海外就労者が登録されることである。帰国者に対する資金貸付などにこの基金が当てられることになっている。3つめは求人に応じて申し込んだ労働者が法外な手数料を請求されたなどの苦情をOFAOが処理していることがある。

以上のような海外就労者の社会的権利の保護を目的とした仕組みはあるが、労働部のチェックがどの程度か不明であること、正式に許可された民間の斡旋業者でも悪質な業者もあること、何等かの社会保険に加入することも義務付けられていないこと、などの問題点も指摘される¹¹⁶。

(3) スラム

バンコクには1,400のスラムがあるといわれ、約5万6千人のバンコクの人口のうち120万人がスラム、あるいは低所得者用の住居に居住している、と推定されている。そこでは17万770世帯、23万5,655家族が生活しており、また、バンコク以外の都市部にも20万人以上のスラムに居住する住民がいると推定されている¹¹⁷。スラムで生活する人の多くは、仕事を求めて地方から移住してきた人々とその家族であり、建設現場などで一時的な就労につく者が多い。

そして、タイ全土でスラムに居住する0歳～12歳の子供の数は24万人にのぼると推定されている。スラムに生活する子供は、不潔な環境が原因の健康障害、薬物・中毒などの健康に悪い影響が及ぼされたり、教育へのアクセスが絶たれたり、家庭や地域において暴力を受ける対象となりやすく、売春などのインフォーマルセクターに従事させられる傾向にある、などの問題に巻き込まれる可能性が高い¹¹⁸。

¹¹⁴ 佐々木聖子「アジア諸国における労働者の国際移動に関する研究」【法務研究報告書】第80集第2号、法務省、1993年。

神尾真知子著「外国人労働者の社会権利の保障」安藤勝美編【地域協力機構と法 アジア・ラテンアメリカ地域主義的意義】アジア経済研究所、東京、1994年。

¹¹⁵ 許可要件は、資本金が100万バーツ以上であること、50万バーツ以上の保証金を収めることなどである。神尾前掲注14より。

¹¹⁶ 神尾前掲注14

¹¹⁷ 前掲注4

¹¹⁸ 前掲注4

(4) 家族の変化

急激な経済発展とそれに伴う変化・都市化は家族生活に大きな変化をもたらした。マスメディアが浸透し、それに伴い地方の人々の生活スタイルが様々な面で変化し、地方においてもタイ従来の数世代同居の家族は減少し、核家族が増加した。また、出稼ぎに出る両親が増え、老人と子供だけを残した家庭や子供だけの家庭が増えるといった状態がみられるようになり、出稼ぎに行ったまま帰らない片親の家庭も増えた。

日本でも産業化の家庭で同様の変化がみられたが、タイでもバンコクを中心とする都市部では女性の社会進出や共稼ぎが増えた結果、家族の小規模化、核家族化、農業等の自営業でない雇用労働者の家族の増加、共働き家族の増加といった変化がみられる¹⁹⁾。また、離婚数は経済成長の家庭で急増し特にバンコクで多いが1990年代に入ってから横ばいである。(表10)

表10. 離婚率 (既婚女性100人に対する割合)

	1969	1971	1975	1978
全国	5.6	5.6	5.6	7.3
バンコク	10.5	14.6	14.6	16.9

出所：チュラロンコン大学社会調査研究所、アジア女性交流・研究フォーラム【現代タイの家族意識の研究】アジア女性交流・研究フォーラム、北九州市、1993年3月。に負う。
Amra Pongsapich, *Changing Family Oatieran in Thailand*, 1992.が原書である。

これらの都市部・農村部双方での家族構成、家族の役割の変化が地域で生活する人々、特に子供に及ぼす影響が考えられる。

(5) 問題のある状況下の子供

上記のような従来の家族の崩壊や地域社会の変化といった、子供が置かれている環境の変化のなかで次のような子供についての問題がみうけられる。

タイでは現在、基礎教育を受けられない、身体的・知識的・感情的に健全に成長できないといった境遇におかれている子供が多く存在する。労働をしている子供は約140万人、路上での生活をしている子供が約1万1千人、両親に捨てられた子供が約3万人、そして18歳未満で売春している子供が約8万人いる、と推定されている²⁰⁾。しかし、これらの数字はいずれも推定であり、問題解決の効果的方策のためには詳細な現状を調査する必要があると考えられる。

(6) 障害者²¹⁾

タイでは、仏教的思想のためか、ときには障害者が前世の悪行の結果であると見られることもある。社会保障制度をほとんど欠く中で、身障者の世話・保護は事実上、家族の責任にゆだねられ、ときには地域社会では差別の対象ともなった。

¹⁹⁾ チュラロンコン大学社会調査研究所、アジア女性交流・研究フォーラム編【現代タイの家族意識の研究】アジア女性交流・研究フォーラム、北九州市、1993年3月。

²⁰⁾ 前掲注4

²¹⁾ 障害者は二つの大きなカテゴリーに分けられる。一つは「身体的障害者」で、身体的に異常であるか損傷を受けている状態、もう一つは「心理的障害者」で、精神的、神経的、知的障害、性格異常、薬物濫用、学習能力障害のある者などを意味する。

1989年時点でタイでは全国に全人口の0.5%にあたる27万5391人の障害者が存在する。障害者の最も多い地域は東北部とされ全障害者の36.1%が居住していることとなり、ついで中央タイ22.6%、北部タイ19.0%、南部タイ22.6%、バンコク10.4%の居住となっている¹²²。東北タイの障害者人口の比率が最も高いのは、一人当たりのGNPや世帯収入が低く栄養状態が悪いことや出稼ぎや季節労働により劣悪な労働条件下におかれる労働に従事する可能性が高いことなどが原因として考えられるだろう。

また、年齢層別では15歳～19歳が17.9%で最も多く、ついで60歳以上の14.1%、11歳～14歳の年齢層で約10%であった。

(7) 障害者社会復帰法 (Rehabilitation of Handicapped Persons Act., B.E.2534)¹²³

(7) - 1. 概要

1991年に国会の承認を得てタイ障害者協議会や民間組織から強い要望の出ている障害者社会復帰法が正式に立法化された。この法律は障害者の社会復帰に適用される法律であり、社会内において健常者と同等に就労し生計費を得る機会を与え、医療治療、教育訓練、社会訓練及び職業訓練により障害者の能率及び能力を向上させることを目的としている。

本法によって障害者が授与できるようになるサービスには次のような内容のものがある。

- ・医療措置及び職業訓練に関わる職員を含む家庭保健ケアについて要求のあった予算は通常承認され受け入れられる。
- ・国立病院においては、障害者は、身体的・行動的・精神的診断と治療のための経費の減額がなされる。
- ・必要な補装具の購入あるいは治療のため、あるいは職業訓練復帰後の資金として「障害者社会復帰基金」から資金を借りることができる、等。

また、建築物や交通機関またはその他の公共サービスに対し、障害者が直接活動しやすくするよう省令、雇用者や事業所の所有者がふさわしい割合で障害者を雇用しなければならないという省令が規定されることになっている。そして、以上のサービスや保護を行なう諸機関は、労働者社会復帰委員会、社会福祉局、公共事業局、労働局、公衆保健省、及び教育省である。

(7) - 2. 現状と問題点

現在、障害者社会復帰法は制定されたが本法を実際に施行・運営していくにあたっての関連規則の制定が遅れており、障害者に対するサービスが効果的に行なわれる制度とはまだいえない。今後なるべく早く保健省、教育省、内務省の関連三省により本法に続く省令を整備・調整されなければならない。また、障害の程度の定義等について保健省や委員会でもまだ具体化していないなどの問題もある。

さらに障害者の側でみると、広報活動が十分になされておらず障害者やその家族がサービスを受けられる事実や受ける方法、サービスを受けるための障害者登録のことやその方法を知らないためにサービスを受けられない者が多いことが報告されている。制度の整備後は広報活動にも力を入れて、障害者が保障されている権利にアクセスできるようにしていく必要がある。

¹²² 萩原康生編「アジアの社会福祉」中央法規出版株式会社、東京、1995年。

¹²³ 障害者社会復帰法 (前掲注22より)

1-1-2. タイ国家の社会開発政策と実施の実態

1-1-2-1. 国家計画中での位置付け

(1) 第7次計画まで

現在継続中の第7次国家計画(1992年-1996年)まで、タイは経済発展とハードインフラ整備に重点が置かれていた。所得分配や貧困対策については指摘に留まる部分が多く、具体的方策等を明らかにしてこなかった印象がある。人的資源開発政策においては、義務教育期間を6年から9年へ延長することを目標とする程度であった。総じて貧困対策や環境、教育といった社会開発に対しては名目として掲げてはいたがあまり重点が置かれてこなかった経緯がある²²⁴。しかし近年の国際的な流れを取込み、また、経済政策優先の結果の様々な社会問題が噴出し内外から指摘されるに至って、来年度から施行される第8次国家計画策定について新しい試みが行なわれ社会開発への取組みに対するタイの新たなスタンスが注目されている。

(2) 第8次計画策定と参加型アプローチ

(2)-1. 経緯とアプローチ方法

第7次国家計画までの社会開発に触れた部分はリップサービスの要素が強かったが、現在準備中の第8次国家計画(1997年-2001年)においては社会開発に本腰を入れ取り組んでいるという評価が聞かれる²²⁵。まず、NESDBが基本的強調点を経済発展から人間開発へとシフトさせた。²²⁶そして、人間開発中心の国家開発計画策定のために参加型のアプローチを採用している。

これまでは、政府関係者によってトップダウン形式に国家計画が策定されてきたのであるが、次期の国家計画は人間開発中心の社会開発重視という方針である。ゆえに、一般国民が協議を行い国家計画の骨子を検討するというボトムアップの形式がとられたのである。この参加型の協議は、NESDBのSecretary General が担当・指導している。オーガナイザーとしてタイのNGOのとりまとめを行なっているのは、内務省内にあるNGO for Development Co-ordinatory Committee である。協議は、タイを9つにわけた各地域ごとに、1995年4月から7月にかけて10回のセミナーを行なうという形で行なわれた。9つの地域ごとに今後のタイの経済・社会・政治・文化・環境の望ましい在り方が検討された²²⁷。参加者は公務員、NGOスタッフ、有識者、ビジネスマン、政府関係機関職員、また半数は農業・漁業従事者、女性グループ、障害者等あらゆる分野・層の人々が含まれている。9地域ごとにセミナーを行なうためのプロジェクトを、政府主導あるいは地域の住民自らが行なったが、結果的には政府主導が6割以上を占めた。

AUS Aid、UNICEF、Ford Foundation、Development Cooperation Fundatiuon が資金面の協力を行なったが、UNICEF は全てのセミナーにオブザーバー参加している。

²²⁴ バンコク日本人商工会議所「第7次経済社会開発計画フレームワーク(1992-1996)」バンコク日本人商工会議所、バンコク、1991年。

²²⁵ 1996年6月27日から7月1日に行なったタイ国別援助研究会の現地予備調査でのUNICEF訪問でのヒアリングによる。

²²⁶ 同じく前掲注25の調査で、NESDBやSTEC等のタイ政府機関関係者へのヒアリングによる。

²²⁷ UNICEF, A Synthesis Report of NGO/NESDB-Coodinated Regional Meetings, UNICEF, 25-27 August 1995.

(1) - 2 - 2. 結果

9回のセミナーを経て10回目の最終セミナーにおいて、環境についてと地域格差、家族の在り方が重視された以下のような方針が提案された²²⁸。

- | | |
|-------|--|
| 方針1. | 教育水準と教育機会の拡充 |
| 方針2. | 家族とコミュニティ機関とのつながり強化 |
| 方針3. | コミュニティによるコミュニティのための教育機関強化 |
| 方針4. | 天然資源の持続可能な管理についての方策策定 |
| 方針5. | 持続可能な農業の保護と開発 |
| 方針6. | 人々の潜在能力と天然資源と地方文化に基づいた持続可能で健全な経済発展 |
| 方針8. | 土地利用についての計画 |
| 方針9. | 開発に対する計画・フォローアップ・エバリュエーションについて県レベル・地域レベルでの公的協調 |
| 方針10. | 政治・行政制度の改善 |

11-2-3. タイの社会開発への取組み

(1) 社会福祉省

タイ政府では、1993年に新しく労働・社会福祉省 (Ministry of Labor and Social Welfare) が創設された。これは内務省内の、労働問題を掌握する労働保護福祉局と技能開発局、福祉行政障害者対策等を担当する公共福祉局、社会保険事業を行なう社会保障事務局の4つの局を併合して設置されたものである²²⁹。労働問題、地域や児童、家庭に関わる福祉行政、障害者対策、年金や医療などの社会保険事業の事務といった機能が労働・社会福祉省の担当である。

(2) 社会セクター関連への政府予算 (図9.)

1994年度の政府予算の額でみると、各部門のうちで約1,219億バーツの教育部門への予算がもっとも大きくなっている。第2位で額が大きいのは約950億バーツの防衛・国防への予算となっている²³⁰。

1992年～1994年の年度予算にしめる比率をみると、農業、工業、商業・環境部門への予算は停滞しており、防衛・国防、治安維持、一般サービス、債務サービスへの予算は減少している。対照的に教育、医療・保健、社会サービスといった社会セクター関連の予算は大きく伸びているのが特徴である²³¹。

²²⁸ 前掲注27

²²⁹ 前掲注27

²³⁰ NESDB, "Table 9.5 Budget Expenditures Appropriation by Programme Structure", Statistical Year Book Thailand 1994, 1995.

²³¹ 前掲注

(3) 制度と実施状況

タイの政治制度が民主的に変革する以前、タイの人々にとって福祉の必要を満たす手段として、国家の制度に依存するよりも、家族や親戚あるいは地域のネットワークに依存するという方法の方が一般的であった。伝統的に、社会保障、福祉は家族、親族の相互扶助関係の中で行われ、部分的に国家が行う場合は、支配者・官僚による慈悲・恩恵の施しとする観念があった。このような考え方は、現在の社会保障制度の捉え方においても見受けられる。

(3) - 1. 社会保障制度

1991年以前、タイには公務員の社会保障制度と労働災害保険制度くらいしか社会保障と呼べる制度がなかった。しかし、社会保障制度が1990年9月に成立し、1991年3月から実施されるに至った。この社会保障制度は労働者の疾病、障害、死亡などに対してこれを補償するほか、将来的には出産育児手当の支給、老齢や失業に対する一定の所得保障を計画している⁴³²。この制度は社会保障基金に対して政府、雇用主、労働者、の三者が出資することによって成り立っている。施行当初は20人以上の規模の事業所に対して適用されていたが、1993年9月から10人以上規模に適用拡大された。次の段階では自営業者も含まれる予定である。

初期段階で保険料は労働者が賃金の1.5%という負担し、政府は推定7億5000万バーツを出資することとなった。さらに長期的には退職手当、失業手当等も含めて行く計画であり、すべて実行された場合には社会保障基金への労働者一人あたりの拠出額は月給の9.5%にまで増加すると予想されている⁴³³。

(3) - 2. 社会福祉サービス

社会福祉サービスは労働・社会福祉省が主管となって行なわれている。労働・社会福祉省は低所得者、児童、女性、高齢者、障害者、少数民族を対象者としてサービスを行なっている。

(2) - 3. 社会福祉関連法制定と経済成長

表11.には、タイ国内での主な社会福祉関連立法を整理してある。乞食統制法・売春禁止法をはじめとする初期の社会福祉関連の法律は治安維持・社会統制という色彩が強かった。

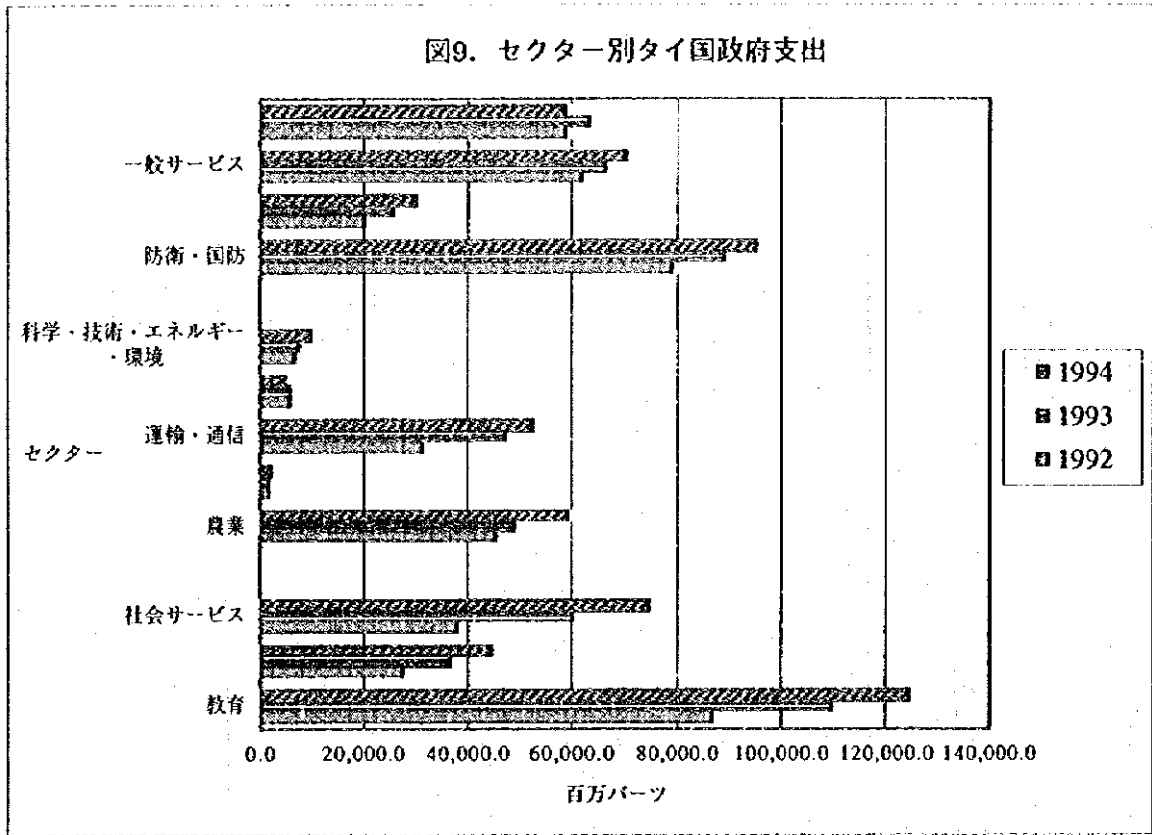
表の経済成長率と各法律制定の次期を見ると、経済成長と福祉政策との関連が推測される。1968年にそれまでの治安維持や社会統制的な要素の強い法律とは違う児童の住居保護に関する社会福祉局規制という福祉をメインにした法律がはじめてできた。1968年は第2次国家計画進行中であり、平均して8%の経済成長を達成していた時期と重なる。

1970年には一人当たりGNPが500米ドルを越え、この頃に再配分として貧困家庭への福祉が考えられはじめたといえる。そしてGNPが1,000米ドルを越えた1990年には施行が凍結されていた社会保障法の施行が実現されることとなる。社会問題に目が向けられ福祉の各制度の制定・施行にいたる過程は、このように経済成長と大きく関わっているといえる。

⁴³² 前掲注6

⁴³³ 小島善子/岡田徹編著「世界の社会福祉」学苑者、東京、1994年。

図9. セクター別タイ国政府支出



出所：National Statistical Office, *Statistical Year Book, Thailand, 1994.*

表11. 社会福祉関連立法

国家計画と成長	一人当たり GNP(1) (US\$)	年	社会福祉関連立法	内容	実行
1960 第1次経済開発計画 1967 第2次国家経済社会開発計画 (1968 経済成長率8.6%) 1972 第3次国家計画 1977 第4次国家計画 1977 第4次国家計画 1982 第5次国家計画 1987 第6次国家計画 (1990 経済成長率11.5%) (1989 経済成長率12.3%) (1991 経済成長率7.9%)	...	1941	乞食統制法	最初の福祉関連の法令。浮浪者を処罰し、施設に収容・保護することが目的。	治安維持の色彩が濃い。
	(2) 190	1960	売春防止法	売春に対する刑罰を含む。	近年は受刑後の職業訓練を行なう施策あり。
	710	1968	児童の居住保護に関する社会福祉局規則	障害者をもつ両親に対する援助、適切な住居確保、医療サービス等。	1990年で129人の障害児がなんらかの援助を受けたに過ぎない。
	710	1978	児童の搾取防止と福祉保護に関する閣議決定		
	870	1986	低所得家庭及び貧困者の援助に関する規則	生活扶助、医療扶助給付施設保護等。	全貧困家庭の1.2割程度しか規定の支給等を受けておらず対象者決定基準等への疑問がある。
	1,270	1990	社会保険法	従業員10人以上の企業の従業員の企業の従業員が対象。現在、傷害・出産・死亡に対する手当及び傷害年金を基金(企業・従業員・政府負担)から拠出。	1954年に制定されたが施行が凍結されていた。
	1,350	1991	障害者社会復帰法	障害者援助のための障害者社会復帰基金の創設をはじめ、障害者省設備の設置、企業の障害者の雇用義務化等。	1992年から施行され、重度の障害者約38万人がターゲットグループ指定。施行の実態、詳細は不明。
	1,450	1992	障害者社会復帰法施行		

(1) World Bank, *World Tables 1995*, The Hopkins University Press, Baltimore and London, 1995.

(2) World Bank, *World Tables The Third Edition Volume 1 Economic Data*, The Hopkins University Press, Baltimore and London, 1984.

出所: 萩原康生編、「アジアの社会福祉」中央法規出版、東京、1995年

小島蓉子、岡田徹編著「世界の社会福祉」学苑社、東京、1994年

(財)国際厚生事業団、「90'アジア福祉事情」1995年

バンコク日本人商工会議所「タイ国経済概況1994-1995年版」バンコク日本人商工会議所、バンコク、1995年

11-3. ドナーの動向

11-3-1. 社会開発分野への資金の流れ

社会関連の法整備やハウジング、犯罪とドラッグ対策等の社会開発分と区分されうるセクターに対する援助は、援助全体の額に占める割合で見ると減少傾向にある。1990年度では4.6%、1991年で4.3%、1992年で4.07%、1993年で3%と年々減少している。1994年度計画では0.2%へと激減している⁴¹⁴。これから行なう予定のプロジェクト及び現在進行中のプロジェクトの傾向を国際機関、二国間援助、NGO別にみると以下のようなものである。

11-3-2. 各ドナーの傾向

(1) 国際機関

- ・ UNICEF：現在は、女性や若年層への雇用機会創出や内務省と協力しての女性の経済参加の促進などが主なプロジェクトである。94年以降は、売春など特に困難な状況下にある子供達に対するモニタリングやその結果の改善策等、子供に対するケアが中心となる。
- ・ UNDCP (United Nations international Drug Control Programme)：薬物取締り委員会と協力してのプロジェクトや、DTECと協力しての北部タイの農村での教育プロジェクトが主な予定である。
- ・ UNDP：労働省と協力しての労働環境改善のための地域ネットワークづくりや、職場での健康・安全向上プロジェクトを行ってきた。
- ・ UNIFEM(国連女性基金)：人口問題に対するプロジェクトとして少数民族に対する避妊普及プロジェクトを中心に活動を行っている。

(2) 二国間援助

- ・ JICA (日本)：現在実行中の社会開発関連のプロジェクト中でJICAのプロジェクト数が最多であり、障害者リハビリセンタープロジェクトが最高額のプロジェクトである。
- ・ AIDAB (オーストラリア)：タイ王室と協力しての、北部タイの山岳民族の社会・経済状況向上を目的としたプロジェクトが主であった。
- ・ USAID (アメリカ)：障害者の社会・経済状況の向上や行政プロセスへのアクセス改善などの障害者関連のプロジェクトに力を入れている。
- ・ CIDA (カナダ)：経済や行政への女性の参画強化のプロジェクトを行なった。

(3) NGO

- ・ CARB (アメリカ)：女性の所得向上プロジェクトを行なった。
- ・ DGIS (Directorate General for International Cooperation (MOFA))：(オランダ) チェンマイを中心とした貧困層の自立と自助努力強化プロジェクトを行なった。

⁴¹⁴ UNDP, Thailand Development Cooperation Report, 1993より集計。

参考文献

- ・綾部恒雄 石井米雄、「もっと知りたいタイ」弘文堂、東京、1995年。
- ・石井米雄・吉川利治編、「タイの事典」同朋舎、東京、1993年。
- ・神尾真知子著、「外国人労働者の社会権利の保障」安藤勝美編「地域協力機構と法 アジア・ラテンアメリカ地域主義的意義」アジア経済研究所、東京、1994年。
- ・(財)国際厚生事業団、「90'アジア福祉事情」1995年
- ・小島蓉子／岡田徹編著、「世界の社会福祉」学苑者、東京、1994年。
- ・佐々木聖子著、「アジア諸国における労働者の国際移動に関する研究」『法務研究報告書』第80集第2号、法務省、1993年。
- ・末廣昭著、「タイにおける拡大首都圏と地方経済圏」、『総合的地域研究』9号 1995年6月、東南アジア研究センター、京都、1995年
- ・チュラロンコン大学社会調査研究所、アジア女性交流・研究フォーラム編「現代タイの家族意識の研究」アジア女性交流・研究フォーラム、北九州市、1993年3月。
- ・萩原康生編「アジアの社会福祉」中央法規出版株式会社、東京、1995年。
- ・バンコク商工会議所「タイ国経済概況 1994/95」バンコク商工会議所、1994年、79頁。
- ・バンコク日本人商工会議所「第7次経済社会開発計画フレームワーク (1992-1996)」バンコク日本人商工会議所、バンコク、1991年。
- ・Alpha Research Co.,Ltd.,Manager Information Services Co.,Ltd., Thailand in Figures 1995-1996, 1995.
- ・National Statistical Office, Office of Prime Minister, Statistical Yearbook Thailand Number 41 1994, 1994
- ・National Statistical Office, Report of the 1992 Household Socio-Economic Survey, 1992.
- ・National Statistical Office, Office of the Prime Minister, Report of the Labor Force Survey, Thailand, August 1993.
- ・NESDB, The Seventh National Economic and Social Development Plan (1992-1996), Bangkok, Thailand.
- ・UNICEF, THAILAND'S CHILDREN : A Situation Analysis of Children and Women in Thailand, Thailand, 1993.
- ・UNICEF, A Synthesis Report of NGO/NESDB- Coordinated Regional Meetings, UNICEF, 25-27 August 1995.
- ・UNICEF, The State of the World's Children 1996, 1995.
- ・UNDP, Thailand Development Cooperation Report, 1993.
- ・UNDP, Human Development Report 1994, 1994.
- ・UNDP, Human Development Report 1995, 1995.
- ・World Bank, World Development Report 1995, 1995.

第12章 開発と女性

本章では、タイの女性のおかれている状況を、大まかに把握することを目的とする。まずアジア諸国と比較し、法・制度の面で男女平等が保障されているかをみる。また、女性のおかれている立場の実態を把握するために政治・経済・社会面から検証する。そして、タイ国政府のWIDに対する取組み、他国ドナーのWID関連事業への取組みについて概観する。

12-1. 他のアジア諸国との比較

タイ国は、一般に男女間の分業があまり明確にみられないことが、古くからの特徴であるといわれており、男女差の少ない国と認識されているようである⁴¹⁾。タイの女性がおかれている状況をみると、他のメコン地域の国及び、東南アジアの近隣国と比較して、男女差が少ないことがわかる。(表1.)ほとんどすべての項目で途上国平均を上回っており、発展の進んでいるマレーシアよりも識字率が高い、という状況もみられる。労働力人口に占める女性の割合も高く、日本よりも多くの女性が経済活動に従事している。他方、女性議員のしめる割合は低く、途上国平均の10%を下回っている。

表1. 男女の置かれている状況の差に関するアジア諸国の比較
(男性の指標を100とする)

国名	平均余命 (1992)	人口 (1992) *	識字率 (1992)	小学校 就学率 (1990)	労働人口 (1994)	女性議員の 占める割合 (1994)
インドネシア	106	101	86	97	31	12
ミャンマー	106	101	86	94	36	...
カンボジア	106	101	41	4
ヴェトナム	107	104	93	6	47	18
ラオス	106	99	61	86	45	9
マレーシア	106	98	86	100	36	10
シンガポール	197	97	88	100	36	4
トルコ	106	95	77	94	34	2
タイ	108	99	95	100	44	4
途上国平均	104	96	73	84	35	10

出所：UNDP, Human Development Report 1995, Oxford University Press, 1995.

UNDP, Human Development Report 1994, Oxford University Press, 1994.

⁴¹⁾ 石居米雄、綾部恒雄編「もっと知りたいタイ」弘文堂、東京、1995年

12-2. 法・制度面

12-2-1. 憲法

より民主的な憲法に対する要望が強いにもかかわらず、最新憲法であるタイ1991年憲法中には男女平等の規定はなかった。しかし、1995年1月に第5回の改正案が可決され、タイ1991年憲法に男女平等の規定が盛り込まれることとなった。改正前の憲法では、第3章 第24条「何人も法の前に平等であり、法の保護を平等に享受する」とだけあり男女の平等にはふれていなかったが、改正憲法案では従来の24条のあとに「男女は平等の権利を有する」という一文が付け加えられ男女平等原則が明記されたのである¹²²。

男女平等の原則は、過去に、従来タイでもっとも民主的な法律といわれた1974年憲法には規定されていたが、その後の1987年憲法では盛り込まれず今回やっと復活したものである。

12-2-2. 民法—民商法典にみられる男女の不平等—

タイが多く依拠したナポレオン法典が、民商法の分野において強く影響しており、その結果、男女不平等な規定も引き継がれることとなった。ラーマ4世統治以前には、夫が妻や娘を売ることが法的に許されていたという文化的背景もある¹²³。これらの歴史を背景に、タイ社会の女性は家族法の分野でもっとも不利益を被っている、といわれている。今日でも次のように、タイ民商法典に男女不平等な規定がみられる^{124 125}。

(1) 婚約

民商法典第1442条、1443条において、婚約している女性が第三者男性と性的関係を持った場合に婚約者の男性は婚約を破棄することができ、第三者の男性に対し慰謝料を求めることができる。しかし、同じ状況の場合に女性には婚約破棄及び、第三者女性へ慰謝料請求する権利がない。

(2) 離婚

民商法典第1516条において、男性は妻の姦通を理由に離婚請求ができるが、女性の場合は男性が他の女性を妻として処遇し経済的に扶養したことを証明しないかぎり、離婚請求ができない。

(3) 重婚

一夫一婦制となっているが、重婚それ事態に対する法的制裁が規定されておらず、唯一の制裁は微小な罪である登録違反だけである。また、一般に重婚が重い罪とは考えられておらず、違う郡で複数の女性と登録しても分からないことから、重婚登録が起こっている。第一番目の妻が、登録されている他の妻達を訴えない限り、複数登録されている妻達も合法と認められることとなる。

(4) 離婚後の慰謝料

民事訴訟法281条において、公務員の俸給の押収が禁止されており、公務員の妻が夫の俸給押収により補償を受けられない状態となっている。

¹²² The Secretariat of the House of Representatives, Constitute of the Kingdom of Thailand, Thailand, 1995.

¹²³ チュラロンコン大学社会調査研究所、アジア女性交流・研究フォーラム「現代タイの家族意識の研究」アジア女性交流・研究フォーラム、北九州市、1993年

¹²⁴ Kamol Sandhikshietrin, The Civil and Commercial Code Book I-VI, Kingdom of Thailand, Thailand, 1990.

¹²⁵ National Commission on Women's Affairs, Thailand's Report of Women and Platform for Action 1994, Amaring printing and Publishing Public Co., Ltd., Bangkok, Thailand, 1995.

(5) 結婚後の姓

女性は結婚後夫の姓に変えなければならない。また、Mrs.のような既婚であることを示す称号が登録される。そして、離婚した場合にはもとの姓に戻ることはできるが、既婚を表す称号は消えず、就職等の際に不利益を被りやすい¹⁰⁶。一方、男性は結婚後も称号が変わらず、登録上の変化がないので重婚が可能となる。

12-2-3. 修正憲法と民法

かねてより、上記の男女不平等な規定は、NCWAやタイ女性法律家協会をはじめとする各機関から、問題として指摘されてきた。しかし、男女平等原則をとらない憲法を理由に存続し続けてきたのである。ところが今回、12-2-1.の記述のように1995年に1991年憲法が修正され、男女が平等の権利を有することが明記されたため、民商法典上の男女不平等の規定は憲法の男女平等規定に明らかに抵触するといえる。今回の憲法改正により少なくとも21の法律が改正される予定となっているが、上記の民商法典の条項も含まれているかは定かではない¹⁰⁷。前述12-2-2. (2)の民商法典1516条の姦通規定が特に時代遅れの法律として国内で厳しく指摘されている¹⁰⁸。女性の地位向上の意見が世界的に議論される中、男女不平等な法律を時代錯誤的な規定として廃止するのか、伝統的文化とみなして存続させるのか注目されるところである。

12-2-4. その他女性と関わりのある法律

タイにおいて、妊娠が妊婦にとって危険な場合、および性的犯罪の被害者としての妊娠の場合を除いて、墮胎は認められていない。この認定対象以外の墮胎は、刑法上に規定されている違法行為である。ゆえに、女性が墮胎する場合には、危険の高い違法な医療行為のもとに行なわざるをえない状況にある。NCWAは1985年のカントリーレポートにて、近年の経済・社会事情¹⁰⁹の変化に即し、女性が墮胎を決定する権利を有するよう改革を求めている¹¹⁰。

12-3. 女性のおかれている状況

12-3-1. 政治分野

タイでは民間と比較して政府機関の女性の進出が遅れているといわれており、バンハーン首相は就任以来政府機関での女性進出に力を入れている、といわれている。1996年の3月現在で、県知事一人、副県知事二人が女性であり、また女性郡長が一人いる。(サムットソクラーン県アムパワ郡)1995年7月の下院総選挙では24人の女性議員が当選したが、これは総議席数の6.14%である。日本の衆議院では女性議員が12人で総議席数の2.35%であることと比べると日本より女性の進出がすすんでいるといえる¹¹¹。

このような方策のもとに地方においては市町村レベル、自治都市レベル、県議会レベルで女性の参加が増加してきているが、準郡長、行政村長になる女性はまだ少ない。(表2、表3.)この

¹⁰⁶ NCWA *spra* note 5.

¹⁰⁷ 飯田順三「民商法典第1516条と男女の平等」【ジュリストNo.1017 1995.7.1】東京、1995年

¹⁰⁸ *Bangkok Post*, Feb.1995.

¹⁰⁹ 大きな理由としてH I V感染者の増加がある。前掲注5より。

¹¹⁰ NCWA *spra* note 5.

¹¹¹ *Bangkok Times*, March 1996.

ように、地方行政レベルでは徐々に女性の参加が増加しつつあるが、国家レベルでは、1993年—1994年で女性の閣僚がだれもないことから示されるようにまだまだ女性の参加が推進されるべきである。

表2. 女性の政治参加者数(1993-1994)

	女性	男性	合計	女性の割合(%)
閣僚大臣	...	49	49	0.0
下院議員	16	344	360	4.7
上院議員	9	261	270	3.4
市・町長	9	123	132	7.3
市町村議会議員	19	269	288	7.1
自治都市議会議員	127	1,985	2,112	6.4
県議会議員	100	1,946	2,046	5.1
準郡長	78	6,538	6,616	1.2
行政村議会議員	789	55,626	56,415	1.4
準郡長代理	219	13,075	13,294	1.7
準郡議会議員	238	61,603	61,841	0.4
行政村議会議員	20,214	319,163	339,377	6.3

表3. 地方行政への女性の参加人数割合の変遷(%)

	1987		1992	
	女性	男性	女性	男性
市・町長	6	94	7	93
市町村議会議員	n.a.	n.a.	7	93
自治都市議会議員	1	99	6	94
県議会議員	3	97	4	96
準郡長	0.3	99.7	1	99
行政村議会議員	0.4	99.6	1	99
準郡長代理	0.7	99.3	4	96
準郡議会議員	n.a.	n.a.	0.3	99.7
行政村議会議員	6	93	5	99

NCWA, Thailand's Report on The Status of Women and Platform for Action 1994, Thailand, 1995.

*行政区=タムボン

12-3-2. 経済

タイ経済の急激な発展は、女性労働者の貢献に寄るところが大きい。アジアのなかでもタイは、女性が経済活動に従事する割合が高い国の一つとなっている。1993年で全労働人口の46%を女性が占めており、また全タイ女性の52%がなんらかの経済活動に従事している¹¹²。

女性が従事している労働セクターをみると、都市部以外では男性と同様に農業が最も多く、次いで販売、製造が多くを占める。他方都市部においては販売の占める割合が最高であり、次いでサービス・スポーツ、事務職となっている。(表4、図1、図2) 労働集約的な製造業、サービスや販売などは女性の労働によって支えられているところが大きいといえる。

仕事上の地位をみてみると、女性の雇用主は男性よりずっと少なく、民間従業員が多い。公務員に占める女性が約4割と比較的多いといえる。家事労働など無給の労働に従事する者の割合も、圧倒的に女性の方が多い。(表5)

また、給与面では男性が3,001-6,000バーツ/月の給与を受け取っている人数が最多なのに比べて、女性は1,501-3,000バーツ/月の人数が最多である。(図3) 男女の給与差があることが

¹¹² Office of the Prime Minister, "Chapter 4", Report of the Labor Force Survey, 1993.

うかがわれる。

12-3-3. 社会分野

(1) 保健・医療

タイの国家目標として掲げられてきた経緯があり、近年女性の健康状態や保健医療の水準が向上しているといえる。女性の平均余命は1960年で52歳だったが、1992年時点で71歳となっている^{#13}。

保健医療への対GDP比の公的支出は1960年の0.4から1990年の1.1へと伸びていることを背景に、各種保健サービスの普及が進んだ。妊産婦死亡率は、1970年の230人/10万人から20人/10万人と約11分の1に減少した。これは妊娠前後の保健指導サービスを受けることが普及してきたことの現われといえよう。1992年の総合出生率は2.1でありこれは1970年の4分の1以下である^{#14}。妊産婦死亡率が減少したことは、総合出生率の低下と関係するが、総合出生率の低下は避妊普及の成功にあると思われる。タイでの避妊具使用率は1986-1992年で66%であり、これは日本の64%を上回る普及率である^{#15}。他のアジア諸国と比べても、優秀な避妊普及国であるといえる。

(2) 特に懸念されるグループ

イスラム住民が80%近くを占める県が多いタイ南部の妊産婦死亡率は84-98人/10万人と、タイ全土の平均よりも5倍近く高い^{#16}。この原因としては出産を専門医ではなく伝統的に産婆に任せること、20歳以下と中高年の出産が全出産の半分以上を占めること、日常的にはマレー語を用いタイ語の非識字者が多く保健サービスを活用できない者が多いこと、全妊婦の2割しか十分な出産前のケアを受けていないことなどがあげられている^{#17}。

また、避妊普及率はタイ全土平均が66%であるのに対して、南部14県の平均は47.1%とかなり低い。さらにムスリム人口比率が高く、平均収入の最も低いバタニ県では、23.6%である。さらに、伝統的手法を除く有効な避妊手法を用いているのは、わずか14%であるというイスラム地域の報告もある^{#18}。

女性が積極的に避妊利用ができないこと、小家族が好まれないことなどの理由が考えられる^{#19}。女性が主導権を握る活動が制限されているため、文化的特質を考慮した避妊普及のためのアプローチやマレー語での保健サービスなど、この地域での保健医療水準を向上させるためにはタイの他の地域とは異なる方法を考える必要があると思われる^{#20}。

^{#13} UNDP, Human Development Report 1995, 1995. supra note 5.

^{#14} UNDP, supra note 13.

^{#15} Ibid.

^{#16} UNICEF, Thailand's Children and Women in Thailand: A Situation Analysis of Children and Women in Thailand, 1993.

^{#17} Ibid.

^{#18} UNFPAの1988年対タイミッション資料より。

^{#19} Ibid.

^{#20} 家族計画普及プロジェクトは従来女性を対象としてきたが、タイ南部においては男性の参画を推進してから着手したり、言語や文化的な考慮のもと地元ボランティアや保健関係のワーカーを活用することなどの検討を提案している。UNFPA supra note 18.

表4. 職業別人口の割合(1993年) (%)

職業	都市部以外		都市部	
	女性	男性	女性	男性
専門技術職	3.2	2.5	14.0	11.5
経営・管理職	0.3	1.0	4.0	7.5
事務職	2.0	1.8	15.0	12.1
販売	10.1	7.3	29.3	23.1
農林水産業・鉱業・採石等	69.2	68.3	2.1	3.1
輸送・通信	0.4	2.4	0.7	7.4
服飾	2.0	1.0	6.5	3.6
大工	0.6	2.0	0.3	1.8
食品加工	2.1	1.5	1.9	1.4
その他製造	8.0	0.0	10.0	16.3
サービス・スポーツ等	2.5	9.7	16.1	12.3
その他	0.0	2.5	0.1	0.1

出所：National Statistical Office, Report of the Labour Force Survey, Thailand, 1993.

図1. 都市部女性 職業別割合

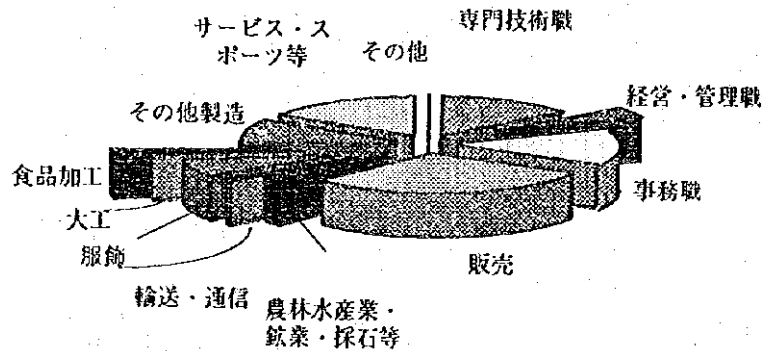


図2. 都市部以外 女性の職業割合

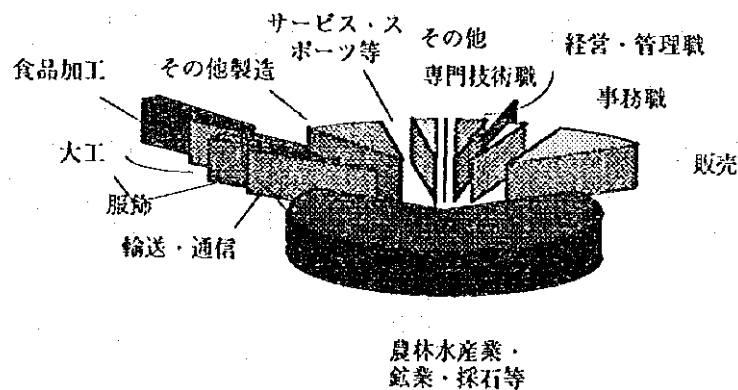
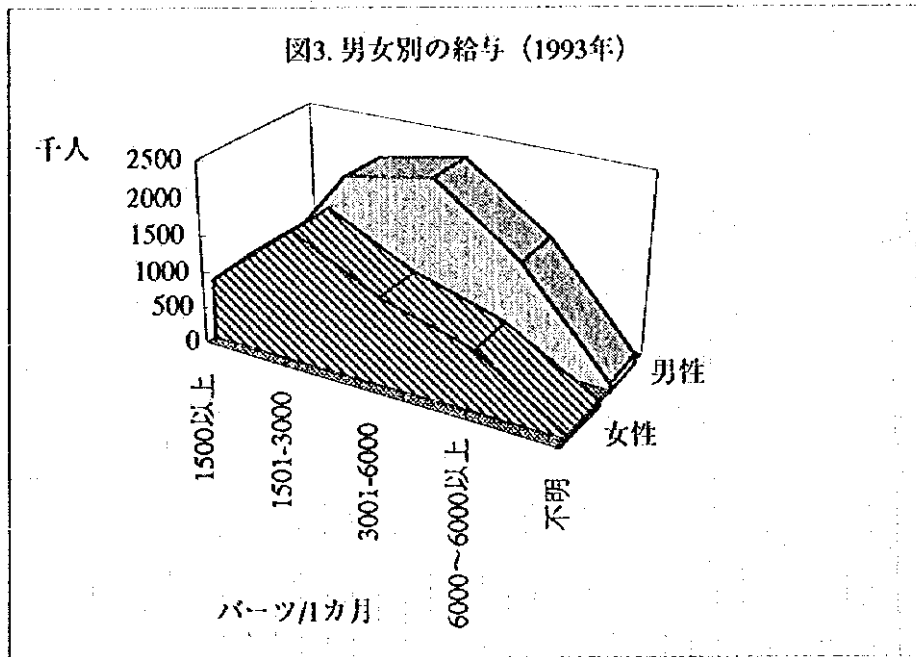


表5. 男女別の職業地位

	女性	(割合)	男性	(割合)	合計
雇用主	120.5	19	511.8	81	632.3
公務員	830.7	38	1351.3	62	2182
民間従業員	3788.1	43	5068.5	57	8856.6
自営業者	463.1	6	6776.2	94	7239.3
無給労働者	396.4	10	3743.6	90	4140
合計	14701	46	17451.5	54	32152.5

出所：National Statistical Office, Report of the Labour Force Survey, 1993.



出所：National Statistical Office, Report of the Labor Force Survey, Bangkok, Thailand, 1993.

(3) 教育－非識字率－

1990年の15歳以上の女性の非識字率は8.8%であり、男性は4.4%であった²²¹。15歳以上の非識字人口の7割近くを女性が占めており²²²、非識字者の多くが女性であることがわかる。年齢別には10歳から14歳の若年層で男女に差はないが、年齢層が高くなるにつれて女性の非識字率が高くなり、男女の差が開く傾向にある。(表6、図4) 高年齢層では4-5割近くの女性が非識字者であり、識字普及のためのノンフォーマル教育などが必要と思われる。

初等教育への就学率は、小学校では男女ともほぼ100%に近く差があまりみられない。しかし、中等教育への女性のアクセスは少なく、男女ともほぼ100%の就学率を誇るバンコク以外の地域では、1990年で約3割の女性が入学しているに過ぎない²²³。さらにドロップアウトも多いので、中等教育修了率はさらに低い割合と思われる。ようやく義務化された中等教育ではあるが、実際に中等教育が根付くにはさらなる政府のプロモーションが要されるといえよう。

次に教育レベル別に従事している産業をみると無学歴や初等教育修了レベルの女性は、製造業、商業、サービス業に従事する割合が高くなる。(図5)

²²¹ UNESCO, Statistical Yearbook, UNESCO Publishing, 1995

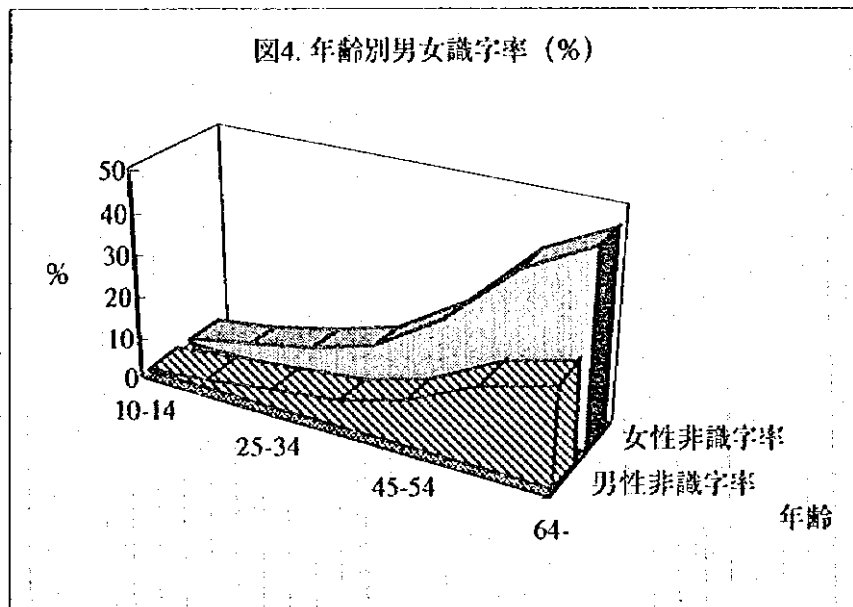
²²² Ibid.

²²³ UNDP, Human Development report 1994, Oxford University Press, New York, 1994.

表6. 年齡別男女非識字率(%) (1990年)

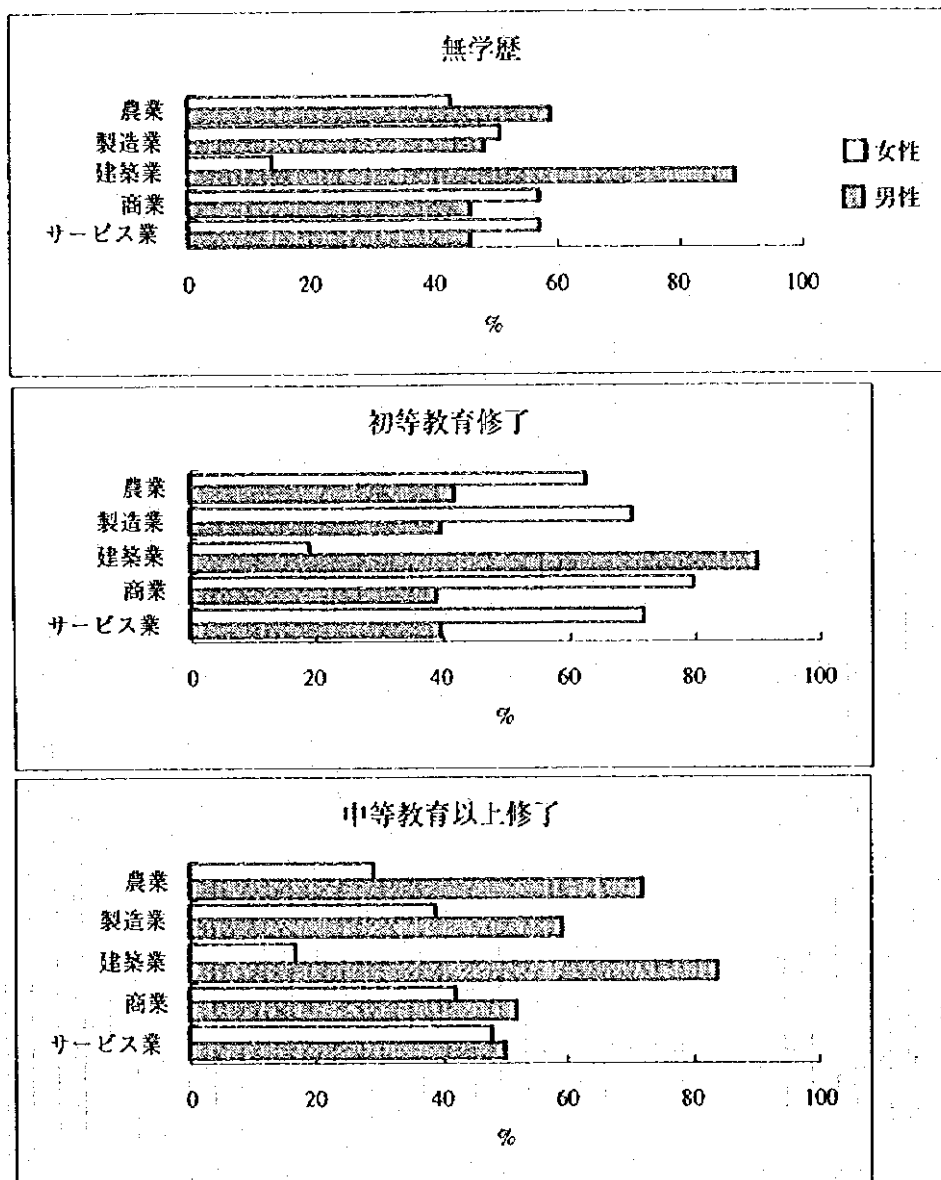
年齡層	女性非識字率	男性非識字率
10-14	1.3	1.3
15-24	4.1	2.9
25-34	7.2	4.4
35-44	11.7	6.2
45-54	22.2	11.1
55-64	37.9	18.8
64-	46.1	23.2

出所：UNESCO, Statistical Yearbook 1995, UNESCO Publishing, 1995.



出所：UNESCO, Statistical Yearbook 1995, UNESCO Publishing, 1995.

図5. 産業別労働者の教育レベル (1989年)



出所：国際協力事業団タイ事務所資料より作成

12-4. WIDへの取組み

12-4-1. タイ政府の取組み

(1) 政策

1976年からの国連婦人10年の始まりを反映し、タイ政府は第4次(1977-81年)国家経済社会計画以降、女性の問題を視野に入れている。そして中でも、第5次計画ではこれまでの計画の中でもっとも積極的に女性問題への取組みを盛り込んでいると評価されている。しかしその後、第6次計画(1987-1991年)で女性が特別な対象から外れ、第7次計画(1992-1996年)では女性の問題に関して、労働関係で少し触れられている以外は取り入れられていない。1996年から5年間の第8次計画はまだ策定準備中であるが、1996年10月に発表されたガイドラインにおいては、「バランスのとれた発展のための計画策定・決定の活動への参加を促進させるべく女性の役割を増強」することが開発戦略としてあげられている²²⁴。第8次国家計画は人間中心の開発がスローガンであり、女性を含むあらゆる層の参加によるセミナー協議を通じて国家計画策定を行なっている。第8次計画にて、再び国家計画に盛り込まれた女性と開発の視点であるが、具体的にどのような分野に重点をおくのかはまだ明確に分かっていない。

また、タイ政府は1981年に女性開発長期計画(1982-2001年)を発表したが、ほとんど影響力を持たなかったとの反省に基づき、1995年に改訂版として1992-2011年の女性開発長期計画が作られた。新しい女性開発長期計画の内容は次の通りである。

政策目的

- (1) 女性が価値ある人的資源となるように、身体的、精神的、文化的、専門的、社会的、道徳的といったあらゆる面で女性の発展を促進すること。
- (2) タイの経済、社会、政治、行政、環境、宗教、文化、マスメディアの開発プロセスでの政策決定における女性の参加を促進すること。
- (3) 女性に対するあらゆる差別を排除すること。
- (4) 身体的・精神的侵害、ハラスメントや、利用されることから女性を保護すること。
- (5) 適切な参加、キャパシティと女性の潜在能力に価値を認めるようなタイ社会に発展させること。

上記目的を達成するための8つの戦略

- (1) 女性の開発に対して責任があり、生活の質や社会的な女性の位置づけを向上させることを目的としたプログラムを運営する中央政府機関の設立。
- (2) 女性が利益を得られるように、政府とプライベートセクターの計画を拡充・統合すること。
- (3) 女性の権利保護に関するグループの促進を促し、政府とNGOsとの連携を創設すること。
- (4) 女性開発計画を国家経済社会開発計画に統合すること。
- (5) 女性の特別なニーズを把握するための政府機関を拡充すること。
- (6) 女性に特化した開発プロジェクトのより多くの実施。
- (7) 女性の開発課題が、すべての政党のアジェンダで取り上げられるようキャンペーンを行うこと。

²²⁴ NESDB, Development Guidelines of The Eight National Economic and Social Development Plan, 1996.

(8)タイ女性のイメージを向上させ、望ましい方向に変化するよう刺激するため、また女性と開発における新しい方針や政策を学ぶために国際機関と協力すること。

改訂前の長期計画に比べれば、より詳細まで記述されているとはいえ、具体的なターゲットや目的事項があげられておらず、また計画も実行に移されるようなプライオリティがおかれていないのが実状である。

(2) 組織

1983年に女性に関する問題に取り組むための組織 National Women's Development Committeeが NESDBの小委員会としてが発足した。当初は内務省の地域開発部内におかれていたが、その後1989年に女性問題国家委員会 (NCWA: National Commission on Women's Affairs) として独立した機関となった。しかし、NCWAは実施権限を持たない機関であり、主な機能は調整のみである^{#25}。NCWAは、法律上の女性の地位改善、女性への教育・トレーニング普及などを目標に、内務省の地域開発部などの他の政府機関が行なうプロジェクトに関する政策を策定したり、パイロットプロジェクトを実施したり、広報活動により女性に対する情報提供などを行なっている。また、1995年9月に行なわれた中国での女性会議にNCWAも参加している。

NCWAのもとには次の9つの委員会が設置されている。

(1)女性の開発のための今後の計画及び政策、(2)法律及び規則、(3)教育、雇用及び文化、(4)健康及び環境、(5)社会経済参加、(6)強制売春の廃止、(7)国際協力、(8)女性情報システムの開発、(9)開発における性別分析の実施^{#26}。

(3) 女性と開発関連の政府予算

内務省内の地域開発部を通して女性の開発のための予算が決められる。1995年の会計年度で3億9千万バーツの予算が、女性と子供の経済的支援のためとされている。しかし、女性の開発のためだけに特化して設定されている予算は、1985年～1989年平均でわずか699万バーツである。また、少しずつ増加しているとはいえ、女性と子供のための予算は政府予算のわずか0.07%を占めるに過ぎないのが現状である^{#27}。(表7.)

^{#25} Thailand Development Research Institute Foundation, Women in development: Enhancing the Status of Rural Women in Northern Thailand, March 1995.

^{#26} NCWA資料より。

^{#27} TDRI, supra note 25.

表7. WID関連の予算(1987-1990年) (百万バーツ)

NCWA関連予算

	1987年	1988年	1989年	1990年
1.地域開発部	5.54	5.95	5.95	9.16
2.首相府事務局			0.27	1.09
トータル	5.54	5.95	6.22	10.25

他機関の女性関連の予算

1.社会福祉局	172.13	210.43	222.85	285.41
2.労働局	10.09	10.82	11.21	14.88
3.農業拡充局	25.04	25.41	25.1	27.79
4.鉱業推進局	31.21	32.72	35.72	55.89
5.教育局	20.57	17.76	11.5	18.48
6.保健局	382.67	403.23	471.27	598.31
7.中央少年裁判所	83.89	96.13	101.99	125.69
その他	5.46	6.19	6.69	7.69
トータル	731.06	802.69	886.33	1134.14

出所：NCWA, Thailand's Report on The National Status of Women and Platform for Action, Amarin Printing and Publishing Public Co.,Ltd, Bangkok, Thailand, 1994.

12-4-2. 他のドナー

(1) 国際機関

国際機関のタイに対するWID援助について、お主な実施機関とその実施内容を以下に示す。

- ・ UNESCO：若い女性のための専門職トレーニング、女性の自立促進を目的とした識字教材作り（教育省と協力）。
- ・ UNICEF：女性の経済・社会・政治的参加を目的とした村レベルの計画での女性の参加促進（内務省地域開発部と協力）、女性と若年層の適切な職業機会創設のための家内経済の向上、母子保健向上のための看護婦や伝統的産婆のトレーニングなど。（保健省と協力）
- ・ UNFPA：北部4県の山岳民族と南部4県のムスリム対象の家族計画の政策と普及研究（NESDBと協力）、北部4県の山岳民族と南部4県ムスリム対象の家族計画向上と推進・強化など。（保健省、王立ソンクラーク大学と協力）
- ・ UNIFEM：小規模経済活動に従事している女性の少なくとも50%が投資を受けること、を目的とした小規模産業強化、銀行や資本家レベルと連携した投資促進、ビジネス環境のサポートなど。
- ・ TEDESHOM：コミュニティフォレストに対するケアのための女性のトレーニング。

(2) 二国間援助

- ・ カナダ (CIDA)：地方レベルでの女性の経済・政治活動を強化・拡充しリーダーシップを開発するためのプログラム運営（NCWAと協力）。
- ・ ドイツ (GTZ)：地方の若い女性自立の潜在可能性を強化するための保健サービスの向上（大学省と協力）。

(3) NGOs

タイ国内には多くのNGOsが存在しており、女性の開発を目的とするNGOsでは売春婦問題をターゲットとして活動するグループが多い。北部タイでは、26のNGOsが女性に対する直接支援を実施している。これらのNGOsの目的はタイの女性を取り巻く問題や社会を意識啓蒙すること、同様の団体との協力体制作り、調査研究を進めることである¹²⁸。

今まで政府と NGOs は別々に行動することが多かったが、チェンマイ大学は、Thai Women Tomorrow というプログラムを実施しており、政府、民間、NGOsを調整し女性に対する教育、カウンセリング、技術訓練を行なっている¹²⁹。

また、当事業団が地域に根差した活動を政府、NGOs、そして民間セクターとの連携で行なうことが提案されている。国連機関や多くのNGOsが女性の開発としての活動を行なっているが、その活動方法や内容についてお互いの調整はなされていない。より効果的な女性の開発を目的とし、ドナー間の協力やNGOsと政府やドナー間の連携を念頭においた調整が必要とされているといえる。

12-5. 今後の課題

以上検討してきたように、近年のタイの目覚ましい経済的躍進に女性の労働力が大きく貢献し、経済活動に従事する女性の割合が高いにも関わらず、社会面、法律、制度の面で女性が不利益を被っている状況が多くみられる。基本となる憲法に最近やっと男女平等が規定されたことからわかるように、開発に女性を視点に入れていくのはこれからという状態である。先走った経済発展の影で、見えにくかった女性地位向上や教育向上が、今後のタイの課題であろう。

まず第一に、基本的な女性の地位確立のために、男女平等規定のある憲法に即した内容に民法を改正することが必要であろう。労働集約的産業において、男性よりも長時間働き、低い給与しか得られない状況を改善するために現在存在しない、男女雇用機会均等法に該当する法律の必要も検討されるべきである。

第二に、現在わずか約3割の中等教育における女性の就業率をひきあげることが必要である。将来、専門性のある職業に従事するためには、職業選択の幅を広げる専門学校や高等教育へ続く中等教育に就学を支援するような政策が必要であろう。

第三に、HIV感染者の増加が懸念されている状況に鑑み、実態に即し柔軟な動きを見せている国内NGOsや他のドナーとの協力が必要であろう。現在、開発と女性の視点を取り入れたプロジェクトでもNCWAを窓口とするものは少ないが、今後実態調査などの際にもっと活用してみたらどうか。

さらに、全国的な保健医療水準に追い付いていない南部のムスリムや、北部山岳民族に対するケアなどの地域的な視野も必要である。女性と開発といった社会面での政策をすすめる際には、タイ国自身に経済成長の影に犠牲となってきた面も多い女性の置かれている状況改善なくしては、さらなる発展は難しい。また、長い目で見ると、こうした社会面の不備が経済成長の足枷ともなり兼ねない、との危惧を持たせることが肝要かと思われる。

¹²⁸ TDRI, supra note 25.

¹²⁹ Ibid.

参考文献

- ・綾部恒雄 石井米雄、「もっと知りたいタイ」弘文堂、東京、1995年。
- ・飯田順三「民商法典第1516条と男女の平等」【ジュリストNo.1017 1995.7.1】東京、1995年
- ・ Bangkok Times, March 1996.
- ・チュラロンコン大学社会調査研究所、アジア女性交流・研究フォーラム編【現代タイの家族意識の研究】アジア女性交流・研究フォーラム、北九州市、1993年3月。
- ・バンコク商工会議所【タイ国経済概況 1994/95】バンコク商工会議所、1994年、79頁。
- ・バンコク日本人商工会議所【第7次経済社会開発計画フレームワーク（1992-1996）】バンコク日本人商工会議所、バンコク、1991年。
- ・Kamol Sandhikshietrin, The Civil and Commercial Code Book I-VI, Kingdom of Thailand, Thailand, 1990.
- ・National Statistical Office ,Office of the Prime Minister, Report of the Labor Force Survey, Thailand, August 1993.
- ・National Commission on Women's Affairs, Thailand's Report of Women and Platform for Action 1994, Amaring printing and Publishing Public Co.,Ltd., Bangkok,Thailand,1995.
- ・NESDB, Development Guidelines of The Eight National Economic and Social Development Plan ,1996.
- ・NCWA, Thailand's Report on The Status of Women and Platform for Action 1994, Thailand, 1995.
- ・The Secretariat of the House of Representatives, Constitute of the Kingdom of Thailand,Thailand,1995.
- ・Thailand Development Research Institute Foundation, Women in development: Enhancing the Status of Rural Women in Northern Thailand, March 1995.
- ・UNDP, Thailand Development Cooperation Report,1993.
- ・UNDP, Human Development Report 1994,1994.
- ・UNDP, Human Development Report 1995, 1995.
- ・UNESCO, Statistical Yearbook ,UNESCO Publishing,1995.
- ・UNICEF, Thailand's Children and Women in Thailand: A Situation Analysis of Children and Women in Thailand, 1993.

第13章 援助分析

13-1. 開発援助の動向

13-1-1. 概要

対タイ開発援助（ここでは、ODAに加え、世銀、ADB、の非ODAローンも「開発援助」に含むものとする）を巡る環境は、80年代後以降のタイ経済の急成長を受け、大きく動いていると言える。例えば、世銀、ADBの非ODAローンはすでにタイにとって主要な資金調達源ではなく、米、加、独等是对タイODAの見直し、あるいは撤退に動いている。

このような中で、日本は対タイODA総額（ネットベース）の6~7割をコンスタントに供与しており、豪を除けば、対タイ開発援助に積極的なほぼ唯一の国ではあるが、その額（ネットベース）は1989年の488.9百万ドルを頂点に激減傾向に転じている。特に93年度における無償資金協力供与の原則終了、92年度以降の円借款の供与約束額の急減（92年度1,273.75億円→95年度616.53億円）等、日本についてもタイの経済成長・環境の変化を受け、その姿勢は序々に変化してきたと言えよう。

一方、89年以降の民間資金（直接投資、証券投資、銀行融資等）のタイに対する流れの急増は、そもそもタイ経済が民間主導型であること、APEC、AFTA等の貿易、投資自由化への動きが同時並行的に急速に進んだこともあり、タイにとっての公的資金、開発援助の役割の低下を招いている。その結果、これまでは主に公的資金、開発援助の対象であった経済インフラ分野（電力、通信、交通等）においても、公社、公団の民営化が進とともに、民間資金の導入・活用によるBOT (Build-Operate-Transfer) 等と呼ばれる新しいインフラ整備方式が考え出され、タイにおいてはすでにバンコク市内の高速道路建設、電話網整備等がこれらの方式で進められている。

一方、このような民間主導型の経済成長の前提条件となる経済・社会インフラ整備、人材育成、基盤的技術の移転、堅実なマクロに経済運営体制の確立等において、開発援助の果たした役割の大きさは疑うべくもない。例えば、国際開発センターの分析によれば、インドネシア、マレーシア、タイ3ヶ国の比較において、日本のODAの効果が最も大きかったのはタイであると結論している。また、80年代に円借款と開発調査が集中的に投入された東部臨海開発地帯が直接投資の受け皿となり、90年代の経済成長を実現するとともに、バンコクへの一極集中を緩和する役割も果たしている。

また、90年代に入ってからのカンボジア和平実現、ベトナム、ラオスの国際経済体制への復帰により、インドネシア半島全域を視野に入れた地域協力が注目されており、これまでもADB、日本等がフォーラム等を開催しているが、タイは91年より、特にインドシナ3国とミャンマーを優先対象地域とする対外援助プログラムへの取組を本格化させており、94会計年度における支出額は2.26億バーツ（=10億円弱）に上がっている。このようなタイによる「南-南協力」に対しては、すでに日本とカナダがタイとの協調を進める旨の「パートナーシッププログラム」を締結しており、新しい開発援助のあり方として注目される。

このような動きの一方で、地方・農村とバンコクの格差の拡大、都市貧困層の拡大などの問題は残されたままであり、伝統的な開発援助の果たし得る役割はまだまだ大きいと考えられるが、一方でタイにおいては一万を超えるNGOが活動していると言われ、タイ政府がNGOに対する各

種の支援を行っているところ、開発援助とNGOの新たな関係が求められている。

このように、タイに対する開発援助の動向分析にあたっては、単に各ドナーの実績、動向の比較を行なうだけでは不十分（そもそも日本のODAが対タイODAの6~7割を占めており、対タイODAの分析には日本のODAを対象とすれば、ほとんど事足りてしまう）であり、民間資金との比較、民営化・民活との関係、対周辺国支援、インドシナ地域協力の動向、NGOとの関係等、通常の援助分析の他にも多くの課題があり、これらの課題に取り組むことが本研究会の視点の一つである「転換期を迎えつつあるタイの援助」を考えることにもつながってこよう。

したがって、本稿においては、まず最初に開発援助を取り巻くこれからの新たな環境につき分析を進め、次に日本をはじめとする各国・国際機関の援助動向分析を行なうこととしたい。

1.3-1-2. 開発援助と民間資金の動向（表1）

ドナーからの対タイODAの合計額（二国間+多国間：Netベース）は、80年代後半に急増（500百万ドル台→700百万ドル台）し、90年には796.9百万ドルに達したが、その後は漸減に転じ、93年には613.8百万ドルとなっている。このような動向の理由としては、日本のODAの急増（200百万ドル台→400百万ドル台）と、EU諸国によるODAローンの拡充（10百万ドル以下→58.6~135.1百万ドル）の二つが挙げられる。日本のODAについては85年プラザ合意以降の円高によるドル表示額の増加がその主な原因であり、また、EU諸国のODAローンについては、一般的にその多くが商業目的のタイドローンであるところ、タイ市場の確保を目的としたタイドローン案件が増加したと解するのが適当であろう。

一方、民間資金のフローについて見ると、89年を境にして資金の流入が急増している。民間資金の内容を見ると、直接投資の急増に加え、年による変動が大きい、株式投資、民間債券投資、銀行貸付（長期、短期）のいずれも大きく増加しており、タイ経済が国際金融市場に深く組み込まれていることが分かる。このような民間資金の急増は、プラザ合意以降の円高局面における日系企業の海外への生産拠点移転と、主に台湾、香港等の華人系資本の流入によるところが大きく、91~92年頃にはいったん足踏み状態に陥ったが、93年以降は再び大きな伸びが見られており、タイ経済には持続的成長軌道にのったものと評価されている。

このような民間資金の動きの背景としては、世界的な貿易・投資自由化の流れ（WTO発足、APEC・AFTAの進展等）に機敏に呼応したタイ自身の貿易、投資、金融自由化の進展、全国各地における工業団地造成等の受け皿整備、従来より高い評価を受けている堅実なマクロ経済運営等があり、人材不足、賃金上昇、バンコクの都市環境悪化等にもかかわらず、タイは相変わらず投資先として高い評価を受けている。

このような状況を背景に総資金の流れにおけるODAの割合は、89年以降大きく低下しており（88年以前：30~100%→89年以降：15~25%）、タイの対外経済政策の重点は、非ODAを含む開発援助、公的資金の導入から民間資金のフロー確保に重点が移っている。

13-1-3. 開発援助と民営化・民活の動向

前節で見たように、タイへの民間資金の流れが国際経済・資本市場の中で定着するに従い、これまでは公的資金、開発援助の対象であった経済社会インフラ整備についても、民間資金を導入しようという動きが出てきている。特にタイにおいては、一般に民営化・民活導入になじみやすいと考えられている電力・電力セクターにとどまらず、都市交通にも及んでいることである。

電力セクターについては、EGAT（電力公社）の民営化が計画されており、株式放出とともに、発電子会社の設立も進められている。それ以上に注目されるのは、IPP（独立発電事業体）方式による発電所設立計画である。これは、外国資本を中心とする民間企業グループに現地に発電会社を設立させ、EGATが電力を買い上げるという方式により電力開発を進めていこうというもので、現在、EGATと複数の企業グループの間で交渉が行なわれている模様である。EGATは、IPP方式により96～2006年に合計で1万6,000MWの電力開発（1期（96～2006年）：4100MW、2期（2003～2006）：6800MW）を計画している。

通信セクターについては、すでにBOT（Build-Transfer-Operate）方式による整備が89年より進められている。これは、タイ電話公社（TOT）が近年の急激な電話回線需要に対応出来ないため、バンコク首都圏の200万回線、地方の100万回線を外資を導入しての民活方式によるものである。バンコク首都圏200万回線にはナイネックス社が、地方100万回線には我が国NTTが参加しており、共にサービスを開始している。

さらに注目されているのはバンコク首都圏内における高速道路網、首都圏交通網整備にも民活方式が導入されており、すでにドンムアン・トルウェイ有料道路、第2次高速道路が稼動しており、いわゆるホープウェル・プロジェクト（都市鉄道）等が現在進行中である。

このような民活方式によるインフラ建設は、現在、タイのみならずアジア各国で注目され導入が図られている。民活方式の最大の利点は、各国政府の公的債務を増やすことなく各国の資金不足を補いつつ、インフラ整備が進められる点にある。

一方で政府と民間の交渉に時間を要するため、現在の急激なインフラ需要増に対応出来ないといった問題点も数多く指摘されている。特に民活方式によるバンコクの高速道路・都市交通網整備については、長年にわたるバンコクの交通問題の解決策になっていないとの批判が強い。また、公的資金による実施に較べスキームが複雑で、透明性が低くならざるを得ないため、様々な憶測を呼びやすいことも問題点としてあげられよう。

このため、バンコクの第3次首都高速道路計画では、当初民活方式による建設が計画されたが、結局円借款による建設が決定されている。

13-1-4. 開発援助とインドシナ地域協力

(1) インドシナ地域協力とタイの動向

カンボジア和平・ヴィエトナム・ラオスの国際経済体制への復帰に伴い、永年の課題であったインドシナ半島全体を対象とした広域総合開発構想を巡る動きが活発である。その代表的なものが、ADBにより主導される地域経済協力計画である。ADBは92年10月以降、タイ、ヴィエトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマー、中国雲南省を対象とする地域総合開発に関する会議を開催し、94年9月の会合では、運輸、通信、エネルギー、環境、人材育成、貿易、投資、観光の6分野から、運輸とエネルギーを最優先課題とすることで合意し、両分野のプロジェクト案を提示している。

また、日本は95年2月にインドシナ総合開発フォーラムを東京で開催し、インドシナ地域におけるインフラ整備、人材育成の両分野に関する対インドシナ協力総覧の作成、ワーキンググループの設置、貿易、投資分野におけるシンポジウムの開催等を決定した。

さらに、95年4月には、タイ、ヴィエトナム、ラオス、カンボジアの4カ国により、メコン川開発に関する協定が調印され、それまでにESCAPに設定されていたメコン委員会を継承した「メコン河委員会」が、4カ国による地域協力機関として再出発することとなった。また、メコン本流の水資源利用、水運、環境保全等に関する原則が定められ、長年、上流の水資源を利用したいタイと最下流に位置するヴィエトナムの対立により手つかずのままだったメコン本流の開発が前向きに検討されることとなった。また、中国、ミャンマー両国のメコン河委員会への加盟が有力視されている。

このような動きの中で、タイは主導的地位を確保しようとしている。1988年、チャチャイ首相（当時）は就任演説の中で「（インドシナを）戦場から市場へ」というスローガンを掲げ、すでにインドシナ諸国への強い関心を示している。91年10月のカンボジア和平合意に果たしたタイの役割は非常に大きく、これに伴って対ヴィエトナム進出がすでに活発となっている。対ラオス関係は一足先に88年には民間経済協力の推進が決まっており、94年4月にはメコン川をまたいでヴィエンチャンとノンカイを結ぶ「友好橋」が豪の援助により建設され、話題を呼んだ。対ミャンマー関係では、94年8月のアセアン外相会議へのミャンマーのオブザーバー参加を実現させ、これがミャンマーの国際社会復帰の大きなきっかけの一つとなっている。このようなタイの積極的な対インドシナ政策の結果、95年7月にはヴィエトナムのアセアン加盟が実現するとともに、ラオス、カンボジア、ミャンマー3カ国の将来のアセアン加盟、いわゆるアセアン10構想が認知された。

(2) タイ国際協力事業の動向

タイによるODA事業である「タイ国際協力事業」(Thai International Cooperation Programmer, TICP)は、タイが1954年のコロンボ・プラン時に開始されており、日本のODA同様の長い歴史をもっている。

しかし、タイが本格的にTICPに取り組み始めたのは、カンボジア和平が達成された1991年からであり、第7次国家開発計画(1992~1996)において、TICPの基本方針として以下のように定められている。

(1) 他の開発途上国とりわけインドシナ三国及びミャンマーと技術、経済、文化、政治等の分

野において、友好関係を促進し発展させていくこと。

- (2) 貿易、投資、観光等の分野での相互利益拡充の為、協力関係にある相手国及びタイの政府機関、民間組織の活動を支援すること。
- (3) タイの経済開発経験を他の開発途上国・地域へ提示し、相互に技術等を交換すること。
- (4) 協力関係にある相手国及びタイの政府機関や民間組織同士の技術協力を支援し、相互の組織的結び付きを確立させ、活動能力を強化すること。

1995年より対象地域の優先順位を以下のように示している。

- (1) 第1地域：ラオス、ヴィエトナム、カンボジア、ミャンマーの4ヶ国
- (2) 第2地域：アジア大陸すべての開発途上国・地域
- (3) 第3地域：大洋州島諸国及びアジア大陸以外の全ての開発途上国・地域

予算は、90年度の22百万バーツから91年度には一挙に10倍増の225百万バーツとなった。95年10月からの96会計年度では300百万バーツが計上される見込である。

また、資金協力においては、タイに既にインドシナ復興向け資金調達のためにIDF (Indochina Development Fund) の創設を計画している。各国別の協力としては政府系のタイ輸出入銀行及び同じく政府系のクルンタイ銀行が、ヴィエトナム中央銀行に対する欧米・アジア14行による1億ドルの協調融資の幹事を務めている。また、ラオスでは、電力公社 (EGAT) が水力発電所建設への資金を供給している。ミャンマーにおいては、両国北部国境のメー川架橋計画 (タイ側負担8千万バーツ) が具体化しつつある。

このように、タイは1991年以降、特にインドシナ向けの経済協力を本格的に取り組んでおり、新たなドナー国としては急速に台頭しつつある。これに対し、日本はいわゆる「南南協力支援」の観点から、第3国研修の拡大、共同プロジェクトの検討等を主な内容とする「日・タイ、パートナーシッププログラム」を94年8月に締結している。また、TICPの実施拠点となるタイ国際研修センター (Thai International Training Center : TITC) の建設に対し、JICAの有する研修受入の経験、ノウハウを提供することとしている。

13-2. 日本の援助 (表2)

13-2-1. スキーム別動向

日本の対タイODA総額実績 (ネットディバース・ベース) は、89年の488.85百万ドルを頂点に90年代は激減傾向に転じており、94年では377.15百万ドルとなっている。

この内訳を見ると、無償資金協力が107.78百万ドル (89年) から27.36百万ドル (94年) へと大きく減少してのが目立つ。無償資金協力はタイの一人当たりGNPが供与基準 (95年度では93年の一人当たりGNPが1,345ドル) を上回ったことから、93年度新規供与分をもって終了している。93年度の新規供与分の一部が持ち越しになったためディバースベースでの実績があがっているが、95年分からはディバースベースでも実績は0に近くなる。なお、草の根無償、文化無償は94年度以降も実施されている (94年度0.99億円)。

また、円借款についても284.38百万ドル（89年）から217.84百万ドル（94年度）へと減少しているが、グロスディバースベースでは360.76百万ドル（89年）から425.34百万ドル（94年）とむしろ増加しており、ネットベースでの減少が返済額の増加によるものであることが分かる。返済額の増加は、返済対象債務損の増加と、円高によるドルベースで見た場合の返済額増加によるものと思われる。

一方、技術協力については、96.69百万ドル（89年）から131.95百万ドル（94年）へと増加しているがJICA経費ベースでは、80.37億円（89年）から81.02億円（94年度）とほとんど変化がない。このため、ドルベースでの増加は主に円高によるドル表示額の増加によるものと考えられる。

94年における円借款・無償・技協の構成比は57%・7%・36%となっており、技協の割合が他の主要援助受取国との比較で極めて高いのが特徴となっている（中国18%、インドネシア14%、フィリピン11%、インド6%）。

13-2-2. 重点分野と分野別動向

対タイODAの重点分野については、これまで86年9月、89年7月には経済協力総合調査団を派遣、タイ政府との政策対話が行なわれ重点分野について合意している。また、95年5月に発表されたODA年次報告中に対タイ援助方針として重点分野が示されている。

これらの重点分野の変遷を示すと、以下のとおりである。

86年9月：(1) 東部臨海開発 (2) 地域開発 (3) 輸出振興 (4) 投資促進



89年7月：(1) インフラ整備 (2) 人材育成 (3) 環境・天然資源の保全
(4) 地方開発・地域開発（含東部臨海） (5) 輸出・投資促進



95年5月：(1) 人材育成 (2) 環境・天然資源の保全 (3) 輸出投資促進
(4) 経済社会基盤整備 (5) 地方・地域開発
(6) 科学技術、観光、基礎的生活分野

上記に加えて、エイズ分野での協力を推進する。

このように、重点分野は86年の「経済開発・成長重視型」から「人材育成・環境、天然資源保全重視型」へと変わりつつあり、今回の援助研究会においてもこの方向が確認されている。

一方、90～94年度対タイ協力実績を95年5月の重点分野毎に分類してみる（表3.）と、実績的には「経済社会基盤整備」がずば抜けており、次いで「地方・地域開発」となっている。

特に、近年のバンコク都市・環境問題の悪化を反映してか、円借款、開発調査についてはバンコク首都圏のインフラ整備案件増が見られる。

一方で「地方・地域開発」については、開発調査案件が90年度以降大幅に減少したこともあり、減少の傾向にある。

「環境・天然資源の保全」については、89年度以前には実績のなかった円借款で92年度以降相次いで実施される等、タイ環境協力は近年大幅に強化されている。

「人材育成」については、無償資金協力の終了に伴い、94年度には円借款による初めての人材育成案件が実施されている。また、技術協力についても、従来からのプロ技協に加え、第三国研修、個別専門家チーム派遣等、多様な形態での協力が行なわれている。

「輸出・投資促進」については、従来より着実な協力が行なわれており、今後APEC等の動きを受けての貿易・投資自由化協力の活発化も考えられる。

最後に「科学技術・観光・基礎的生活分野」については、実績的には医療協力がほとんどを占めている。タイ医療協力での特筆すべきは、エイズ対策プロジェクトが93年より実施されていること、及び、公衆衛生等の基礎的医療協力中心の協力が長年行なわれており、近年では第三国研修による協力成果の周辺途上国への普及も活発である。

1.3-2-3. スキーム別実績分析

(1) 円借款

(1)-1. タイ政府の対外借入政策

タイ政府は従来より開発予算の10~20%を外国からの援助(借款+贈与)により調達している(表4)。同時にタイ政府は80年に入ってから対外債務を厳しく管理しており、1983年に設置された対外債務委員会が公的対外債務を一時的に管理すると共に対外借入枠を設けている。

このため、89年以降のタイの対外債務(表5)は、民間部門については外資の急激な流入(特に長期資金)に伴う急激な伸びを見せている(89年~93年平均31%)が公的債務の伸びは極めて低く抑えられており(89~93年平均3%)、民間債務と公的債務を合わせたデットサービスレシオは、10%前後で推移しており、良好な水準を維持していると言える。

公的債務の対外借入枠は、第6次5カ年計画(1987~91年度)においては56億米ドル(含国防借款5億米ドル)、87~88年度で年10億米ドル、89~91年度で年12億米ドルとされたが、インフラ整備の資金需要が旺盛なため90年度は15億米ドル、91年度は20億米ドルに増額された。第7次5カ年計画(1992~96年度)については、92~93年度で25億米ドル、94年度は32億米ドルと引続き拡大傾向にある。

(1)-2. 対外借入における円借款の位置

このような対外借入枠に占める円借款の割合を見ると、92~93年度では30~40%(25億ドルに対して8~10億ドル)を占めており、開発予算全体に対しては6~8%程度に相当している。円借款以外の調達では、民間資本市場(50%前後)、国際金融機関(世銀・ADB:10~20%前後)が主なところであり、日本以外の二国間貸付は低い水準(5%以下)に留まっている。

また、公的対外債務残高に占める借入先の割合を見ると、円借款が40%を占めており、以下民間資本市場(25%)、世銀(10%)、ADB(5%)、KfW(2%)、USAID(0.7%)その他(17%)と続いている。また円借款の割合は毎年順調に伸びており、結果として、世銀、ADB、資本市場等からより有利な円借款への借り換えが行なわれていることが分かる。(表6)

但し、近年の円高によるドルベースでの円建て債務負担の増加のため、円建て債務比率の見直しの観点から95年度円借款の借入れが抑制されたと言われている。