

労災疾病臨床研究事業

令和 7 年度
総括・分担研究報告書

健康管理手帳制度による健康診断の
諸外国での実施のための研究
(230101-01)

令和8年3月

研究代表者

菅沼 成文

公益社団法人全国労働衛生団体連合会 胸部X線検査専門委員会委員

目 次

I. 総括研究報告

健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のための研究

研究代表者 菅沼成文 ----- 1

II. 分担研究報告

1. 健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のための国際会議

研究分担者 田村太朗、研究協力者 吉川徹 ----- 2 1

2. 健康管理手帳制度による健康診断のタイでの実施のための研究

研究分担者 J-P Naw Awn、研究分担者 田村太朗 ----- 3 1

3. 健康管理手帳制度による健康診断のインドネシアでの実施のための研究

研究分担者 J-P Naw Awn、研究協力者 梶木繁之 ----- 8 5

4. 健康管理手帳制度による健康診断のフィリピンでの実施のための研究

研究分担者 田村太朗、研究協力者 Leli Hesti Indriyati ----- 9 5

5. 健康管理手帳制度の国際展開に向けた参考国での健康診断実施状況調査

研究代表者 菅沼成文、研究協力者 栄徳勝光 ----- 1 0 3

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 1 1 3

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
総括研究報告書

健康管理手帳制度による健康診断の
諸外国での実施のための研究

研究代表者

菅沼 成文

全国労働衛生団体連合会 胸部X線検査専門委員会委員

研究分担者

田村 太郎

高知大学 医学部 特任准教授・いずみの病院 内科

J-P Naw Awn

高知大学 医学部 特任助教

健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のための研究

研究代表者:菅沼 成文 全国労働衛生団体連合会 胸部X線検査専門委員会委員

研究分担者:田村 太郎 高知大学 医学部 特任准教授・いずみの病院 内科

J-P Naw Awn 高知大学 医学部 特任助教

研究要旨

【目的】

日本の健康管理手帳（nPHR）は、有害業務に従事した労働者に離職後も国費で健康診断を提供する制度であるが、外国人労働者が帰国後に継続健診を受診可能な仕組みは整備されていない。本研究は、技能実習生が多いベトナム、フィリピン、インドネシア、タイを調査対象国として設定し、nPHR 制度に基づく帰国後継続健診実施体制を実装する上での課題を抽出することを目的とした。

【方法】

国際会議では調査対象国の海外研究者を交えた専門家が集い、各国の労働衛生環境の概説と健康診断実施のための課題について議論した。タイでは医療制度・労働安全衛生制度について文献調査により整理した。インドネシアでは、現地研究者と連携し、行政、研究者、都市部・地方部の医師を対象とした FGD を新たに実施した。ベトナム・フィリピンでは今年度は連携体制が整わず追加調査は実施しなかったが、本事業の成果として執筆した調査対象国の医療制度、労働安全衛生制度を比較する総説論文からフィリピンについての内容を抜粋し、分担研究報告書をまとめた。また、参考国（韓国・ドイツ・スペイン・フランス・ポーランド・フィンランド・ブラジル等）については、退職後の国家的サーベイランス制度の国際比較を実施し、nPHR の国際的位置付けと国際展開に向けた課題を分析した。

【結果】

国際会議では、帰国労働者の健診体制を強化するための具体的な提言として、広域実施のインフラ整備、受診促進策、医療従事者の訓練拡充が重要であるとされた。タイでは、制度上は健診実施の枠組みが存在する一方で、地域格差、診断基準の不統一、画像検査費用の自己負担、人材不足が障壁として確認された。インドネシアでは、帰国後継続健診が必要との広い合意が得られたが、産業医不足、高度画像診断の偏在、全階層の医療・健康データの階層間データ相互運用性の欠如、労働者派遣事業者の不均衡が主要課題であった。フィリピンでは医療アクセスの地域差、産業保健専門医不足が制約要因となることが示された。参考国比較では、離職後サーベイランスを実施している国は 9

カ国と非常に少なく、4 カ国は複数の物質を対象とする一方、残りは石綿のみを対象と
していた。また、日本、ドイツでは移民労働者は母国で継続受診できず、帰国後の継続
健診は制度上想定されていないことを確認した。

【考察】

国際比較から、じん肺及び石綿関連疾患に関する退職後健康診断を持続させる因子は、
(1) 資金調達、(2) 受診拠点整備、(3) 対象定義（物質・職種・ばく露歴）、(4) デー
タ共有の 4 領域で制度の実効性が規定されることが示唆された。本研究により、技能
実習生が多い国におけるじん肺及び石綿関連疾患に関する健康診断を持続するための
課題は明らかとなったが、nPHR と接続可能な帰国後継続健診モデルを構築するにあ
たり、健康診断の質、受診するための費用、医療機関へのアクセス等について、更なる
調査が必要なことが明らかとなった。

研究協力者

吉川徹(労働安全衛生研究所)

梶木繁之(産業医科大学)

金山ひとみ(福井大学)

栄徳勝光(高知大学)

審良正則(高知大学)

中野真規子(労働安全衛生研究所)

安光ラヴェル香保子(高知大学)

村上武(高知大学)

角田都(高知大学、研究コーディネータ)

<海外>

中華人民共和国

Dr Ling Mao, Shanghai Pulmonary Hospital, Shanghai, China

Dr Chen Yu, National Institute of Occupational and Poison Control (NIOHP), China CDC,
Beijing, China

大韓民国

Dr. Myong Jun Pyo カソリック大学産業環境医学准教授

タイ王国

Dr. Somkiat Siriruttanapruk, タイ保健省

Dr. Thanawat Rattanawitoon, タイ保健省

Dr. Ueampohn Poonkla, タイ保健省

Dr. Narongpon Dumavibhat マヒドン大学シリラジ病院助教

Dr. Jate Ratanachina, チュラロンコン大学医学部講師

インドネシア

Dr. Muchtaruddin Mansyur, インドネシア大学教授

Dr. Nuri Purwito Adi, インドネシア大学講師

Dr. Leli Hesti Indriyati 高知大学大学院博士課程/ムハマディア・ドクター・ハムカ大学講師

Natasha Dianasari Devana, インドネシア大学研修生

Analia Levina, インドネシア大学研修生

Aditia Rizka Rahadi, インドネシア大学研修生

ベトナム

Nguyen Thi Thu Huyen, GP, MPH, Occupational Health and Injury Prevention Division

Health Environmental Management Agency, Ministry of Health

フィリピン

Dr. Reynold Sta Ana, Health Control Division, Occupational Safety and Health Center

カンボジア

Sok Seng Yan, Vice President of Royal School of Administration

ネパール

Mr. Bijay Maharjan 高知大学大学院博士課程(ネパール在住)

インド

Dr Prahlad Kumar Sishodiya, Consultant, Expert in Silicosis,

Directorate of Specially Abled Persons, Department of Social Justice and Empowerment,
Government of Rajasthan

ドイツ

Dr. Thomas Kraus, RWTH Aachen

ブラジル

Dr. Eduardo Algranti, Department of Worker Health and Environmental Safety,
Fundacentro, Pan American Health Organization

Dr. 佐藤 リンカーン 豪 高知大学大学院修士課程

A. 研究目的

本研究は、有害化学物質などにばく露する業務に従事した外国人労働者が日本国内の職場を退職した後、健康管理手帳の交付対象となる場合に、母国で健康診断を継続的に受診する体制を実装する上での課題を抽出することを目的とする。そのため、健康管理手帳制度を海外で活用するために、調査対象国や参考国

における健康診断の実施状況を把握し、実施に伴う課題を検討する。

B. 研究方法

2025 年 5 月、宮城県仙台市において、タイ、インドネシア、韓国、ドイツ等の海外研究者を交えた専門家による国際会議を行った。調査対象国であるインドネシア、タイの労働衛生環境の概説と健

健康診断実施のための課題についての調査結果を報告し、インドネシアでの今後の方向性を検討した。

前年度調査で現地の研究協力者（行政担当者）の協力を得てフォーカスグループディスカッション（FGD）を行なったタイでは、研究協力者のさらなる協力を得て、医療制度や労働安全衛生制度についての文献調査を行なう。

現地の研究協力者（大学研究者）との連携を通じて医療制度や労働安全衛生制度についての文献調査を行なったインドネシアでは、研究協力者のさらなる協力を得て、労働者を対象とした健康診断に関するより詳細な情報収集のための FGD を行う。

インドネシアでの FGD は、前年度にタイで行なった FGD に準じて以下の 4 つのテーマに従って、1 グループ 10~15 人で 1 時間程度行う。

テーマ 1: 現在の健康診断とその利用状況（10 分）

テーマ 2: 健康診断実施上の課題（15 分）

テーマ 3: 帰国労働者にとっての健康診断の価値（15 分）

テーマ 4: 提案と推奨（10 分）

施設タイプと地理的環境の差異を反映させるため、(1)国の医療・労働衛生機関/専門職団体、(2)首都圏 A・B 病院、(3)首都圏 C・D 施設、(4)首都圏外 A・B 病院、(5)首都圏外 C・D 施設の 5 つのグループを設定する。

連携が難航しているベトナム、フィリピンについては、インドネシアでの調査等を優先し、当該年度中の追加の調査は実施しない。

一方で、本事業の文献調査を通じて作成したカントリーレポートをもとに、**Perspectives** という形で整理し直し、*Environmental and Occupational Health Practice* 誌に特集号として掲載するべく投稿する。特集号には調査対象国の医療制度、労働安全衛生制度の比較を行なった総説論文や、日本の健康管理手帳制度の紹介及び国外の類似の制度との比較を行なった総説論文、現地の研究協力者らが中心となって執筆したインドネシアでの FGD に関する研究論文も含まれる。過去にカントリーレポートの作成を行なっていなかったフィリピンについては、この総説論文の内容をもとに分担研究報告書を作成する。

表 1. 調査実施項目整理

国	文献調査/ インタビュー調査	FGD/病院 情報チェックリスト(HIC)
調査対象国		
タイ	文献	FGD*
インドネシア	文献*	HIC*/FGD
ベトナム	文献*	-
フィリピン	文献†	-
参考国		

米国	インタビュー*	
カナダ	文献*	
オーストラリア	文献*	
ドイツ	文献§/ インタビュー*	
ブラジル	文献§/ インタビュー*	
ネパール	文献*	
韓国	文献§	
スペイン	文献§	
フランス	文献§	
ポーランド	文献§	
フィンランド	文献§	
イタリア	文献§	

*は前年度、前々年度に実施した調査

†カントリーレポートを作成せずに調査対象国の医療制度、労働安全衛生制度の比較を行なった総説論文で取り上げたため、分担研究報告書のみ作成

§日本の健康管理手帳制度の紹介及び国外の類似の制度との比較を行なった総説論文で取り上げたため、ひとまとめで分担研究報告書を作成

C. 研究結果

(1) 国際会議

タイ、インドネシアよりの報告が行われた。タイ・インドネシア双方から、それぞれの国の労働衛生環境の概説が行われ、問題点として、地方でのアクセス難や専門人材の不足、帰国後の継続健診実施体制の欠如などの課題が提起された。タイ、インドネシア両国の報告から、健

康診断実施について、前述の項目を中心に非常に似通った構造的課題を抱えていることがわかった。

帰国労働者の健診体制を強化するための具体的な提言として、広域実施のインフラ整備、受診促進策、医療従事者の訓練拡充が重要であるとされた。また、インドネシアでの FGD の実施、タイでのカントリーレポートのブラッシュアップと論文化について提案があった。

(2) タイ

移民労働者管理は労働省を中心に雇用局、技能開発局、労働保護福祉局、社会保障事務所が分担し、外務省が在外公館を通じ権利保護を補完する。医療提供体制は公衆衛生省が統括し、公的部門 7 割・私的部門 3 割、一次から三次医療の機能分化と「シームレス・ネットワーク」が整備される。財政はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度 (UCS)、公務員医療給付制度 (CSMBS)、社会健康保険制度 (SHI) の三制度で国民の大半をカバーし、支払方式は出来高、包括、定額 (DRG) 等の組合せで費用管理とアクセスを両立している。品質保証は病院機能評価、ISO、JCI に加え、産業保健サービスの評価制度を運用している。労働安全衛生制度は労働省、産業省、公衆衛生省が所掌し、健診義務 (雇入れ、年 1 回、配置転換)、記録保存・異常届出、労災補償等の枠組みが整備されている。

（３）インドネシア

FGD の結果から、出国前スクリーニングに偏った現在の仕組みでは、帰国後の職業性疾患の早期発見には不十分であり、帰国後継続健診の導入が「不可欠」との認識が広く共有された。一方で、以下の課題が 5 つのグループを超えて繰り返し指摘された：

- (a) 産業医の圧倒的不足（地方部で顕著）と一般医への委任問題
- (b) HRCT 等の高度診断資源および操作者の不足
- (c) 市町村から中央政府レベルまでの国内の全ての階層の医療機関の電子健康記録（EHR）から、nPHR を含む個人健康記録（PHR）までを統合・管理する階層間データ相互運用性の欠如
- (d) 帰国後継続健診の提供組織の候補である PJK3/PJTKI（労働者派遣事業者）が病院認証を得ようとする場合にボトルネックとなる非効率な病院認証制度

分析の統合結果として、①健康リスク評価に基づく職業用健康診断の規制化、②専門人材と高度診断資源への戦略投資、③全国 EHR/PHR データ相互運用性基盤（全国健康データ共有システム）の構築とオンライン単回申請（OSS）型病院認証システムの整備、の 3 点が導入の実現に不可欠な要素と整理された。

（４）フィリピン

医療提供制度については、保健省（DOH）が方針・規制、地方自治体（LGUs）が一次～二次医療を担っているが、地方分権下により地方ごとに医療提供能力に差が生じやすい構造となっている。医療財政は PhilHealth が国民全体を対象とする包括的な医療給付を提供しており、制度設計としては整っているが、地方分権下での実装格差、医師流出による人材偏在、農村部の施設脆弱性が、サービスの質と到達性を制約している。労働安全衛生制度は関連法規の枠組みが強化された一方、産業医学の専門医育成体制は不十分であり、産業保健専門医の不足から重篤職業病への専門対応や品質の一貫性に課題が残る。

（５）参考国

離職後・退職後の健康診断／サーベイランスを公費または社会保険等で担保する制度は各国で導入状況と対象範囲が異なる。韓国は 2020 年に安衛法改正で健康管理カード制度を導入し、日本の nPHR 同様国の財源による退職後サーベイランスを全国で運用している（現役は特殊健診：事業主負担）。ドイツは 1972 年からの石綿ばく露登録・医療監視を発展させ、ArbMedVV に基づく Nachgehende Vorsorge（追跡的予防管理）を労災保険財源で全国実施し、石綿

(GVA) に加え他の発がん物質・鉛等も包含する(現役は申出に基づく健診：事業主負担)。スペインは PIVISTEA 等を健康保険財源等で、地域実装にばらつきがあるものの全国で実施している(現役は多物質をカバー：事業主負担)。

一方、フランス・ポーランド・フィンランド・ブラジルは、退職後の全国制度は主に石綿に限定される。フランスは SPP/SMPP および PRMS (SPIRALE) を健康保険／労災保険で運用している(現役は強化個別モニタリングの全国適用：事業主負担)。ポーランドは AMIANTUS を政府資金で全国実施している(現役は発がん物質・線維化性粉じんの定期検査：事業主負担)。フィンランドは FIOH 石綿プログラムを政府資金で全国展開している(現役は政令に基づく特殊リスク業務健診：事業主負担)。ブラジルは事業主に退職後最長 30 年のサーベイランス(NR-7 の定期検査)を義務づけており、石綿ばく露者のデータベースである Datamianto(政府資金)と併用する点が特異である。イタリアは国の統一制度は未整備だが、地域プログラムが稼働し全国プロトコル整備が進む(現役は全国での健康サーベイランス：事業主負担)。

全体として、現役労働者の法定健診は各国とも多種有害物質を対象とするのに対し、退職後は石綿限定の国が多く、複数の発がん物質も対象としているのは

退職後サーベイランスを実施している 9 カ国のうち日本・韓国・ドイツ・スペインの 4 カ国のみであった。また、移民労働者については、ドイツでは要件充足で対象になり得るが、受診は原則当該国内でのみ可(母国受診不可)で、日本と同様の地理的制約があることが確認された。

D. 考察

国際比較から、じん肺及び石綿関連疾患に関する退職後健康診断を持続させる因子は、主として資金調達(公費／保険／雇用者負担)、受診拠点整備、対象定義(物質・職種・ばく露歴)、データ共有の 4 領域で規定される。また、多くの国が退職後の対象を石綿に限定しているのは、高負荷な長期追跡の持続可能性確保のためと解釈できる。これまでの調査により、技能実習生が多い国におけるじん肺及び石綿関連疾患に関する健康診断を持続するための課題は明らかとなったが、nPHR と接続可能な帰国後継続健診モデルを構築するにあたり、健康診断の質、受診するための費用、医療機関へのアクセス等について、更なる調査が必要なことが明らかとなった。このように本研究を通じて、今後の調査の方向性を整理することができた。

E. 結論

nPHR 制度に基づく帰国後継続健診の

実現可能性の評価においては、いずれの国においても課題が多く、さらなる調査が必要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. Significant risk of developing asbestos-related diseases in Japan's industries: An analysis of workers' compensation. *AIMS Public Health*. 12(4), 1055–1068, 2025
2. Indriyati LH, Eitoku M, Sulistomo AW. Return to Work following Myocardial Infarction: A Welder's Case Report. *Advances in Health Sciences Research: Proceedings of the 2nd World Conference on Health and Social Sciences (WCHSS 2024)*. 86, 115–129, 2025
3. Suganuma N, Tamura T, Eitoku M. Artificial intelligence in quantitative chest imaging analysis for occupational lung disease: appraisal of its current status. *Curr Opin Pulm Med*. 32(2), 142–146, 2026

(*Environmental and Occupational Health Practice* 誌の特集号記事一覧)

4. Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato LT, Yasumitsu-Lovell K, Murakami T, Kanayama H, Yoshikawa T, Kajiki S, Tamura T, Suganuma N. The notebook of personal health record system in Japan: framework of post-retirement health checkups for those formerly employed in hazardous occupations. *Environ Occup Health Pract*. (Accepted)
5. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. A Comparative Review of Health Care and Occupational Health Systems Across Selected Asian Countries. *Environ Occup Health Pract*. (Accepted)
6. Poonkla U, Rattanawitoon T, J-P NA, Siriruttanapruk S. Overseas Health Checkup Initiatives: Occupational Health Service System from the Perspective of Thailand. *Environ Occup Health Pract*. (Submitted)
7. Adi NP, Levina A, Rahadi AR, Devana ND, Mansyur M, Indriyati LH, Kajiki S, Eitoku M. Health Checkup Initiatives for Returning

- Indonesian Migrant Workers. Environ Occup Health Pract. (Accepted)
8. Indriyati LH, Yoshikawa T, Eitoku M. Overseas Health Checkup Initiative: perspectives on Vietnam. Environ Occup Health Pract. (Accepted)
 9. Maharjan B, Eitoku M, Yasumitsu-Lovell K, J-P NA. A review of the health of migrant workers from Nepal: Evidence, policies, gaps and strategic opportunities. Environ Occup Health Pract. (Submitted)
 10. Devana ND, Levina A, Rahadi AR, Adi NP, Mansyur M, Indriyati LH, Kajiki S, J-P NA, Eitoku M. Indonesian Perspectives in a Healthcare Focus Group Discussion on Initiating Health Checkups for Returning Migrant Workers : A Preliminary Report. Environ Occup Health Pract. (Submitted)
2. 学会発表
- [International meeting]
1. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Sato LT, Tamura T, Suganuma N. Construction and Shipyard Workers: The Significant Risk for Developing Asbestos-Related Diseases in Japan, The 32nd Korea-Japan-China Conference on Occupational Health and Safety, Seoul, South Korea, May 2025
 2. Eitoku M, Indriyati LH, Sato LT, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. Industry Comparison of Pneumoconiosis Risk Based on Pneumoconiosis Health Checkup Results, The 32nd Korea-Japan-China Conference on Occupational Health and Safety, Seoul, South Korea, May 2025
 3. Eitoku M. Industry Comparison of Pneumoconiosis Risk Based on Pneumoconiosis Health Checkup Results, International Conference-Symposium on Occupational Health and Safety Programs, and Nutrition Goes to the Workplace, Jakarta, Indonesia, September 2025
 4. Eitoku M. Best Practices for Migrant Worker Health Screening (Japan's Experience & a Glance at Thailand's FGD Results), Focus Group Discussion Overseas Health Check-Up Indonesia, Jakarta, Indonesia, September 2025
 5. Tamura T, J-P NA, Yoshikawa T, Kajiki S, Kanayama H, Indriyati LH, Sato LT, Eitoku M, Suganuma

N. Health checkups under the notebook of personal health record system in Japan: Challenges for international implementation identified through focus group discussions in Thailand and Indonesia, The 33rd Japan-China-Korea Conference on Occupational Health and Safety, Kochi, Japan, June 2026 (Accepted)

6. Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato LT, Yasumitsu-Lovell K, Murakami T, Kanayama H, Yoshikawa T, Kajiki S, Tamura T, Suganuma N. International comparison of post-retirement health checkup/surveillance systems, The 33rd Japan-China-Korea Conference on Occupational Health and Safety, Kochi, Japan, June 2026 (Accepted)

[National meeting]

1. 田村 太朗、J-P NA、吉川 徹、梶木 繁之、金山 ひとみ、Indriyati LH、佐藤 リンカーン 豪、栄徳 勝光、菅沼 成文. 健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のための研究、第 98 回日本産業衛生学会、仙台、2025 年 5 月
2. 栄徳 勝光, Indriyati LH, 佐藤 リンカーン豪, J-P NA, 田村 太朗, 菅沼

成文. じん肺健康管理結果に基づくじん肺労災認定リスクの産業別比較、第 98 回日本産業衛生学会、仙台、2025 年 5 月

3. Indriyati LH, Eitoku M, Sato LT, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. The High Risk of Asbestos-Related Diseases among Japan's Construction and Shipyard Workers、第 98 回日本産業衛生学会、仙台、2025 年 5 月
4. 田村 太朗、J-P NA、吉川 徹、梶木 繁之、金山 ひとみ、Indriyati LH、Sato LT、栄徳 勝光、菅沼 成文. 健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のためのフォーカスグループディスカッション報告、第 51 回労働衛生国際協力研究会、オンライン、2026 年 2 月
5. 栄徳 勝光, Indriyati LH, 佐藤 リンカーン豪, J-P NA, 田村 太朗, 菅沼 成文. じん肺労災認定リスクの産業別差異: 健康管理結果からの検討、第 96 回日本衛生学会学術総会、宇都宮、2026 年 3 月
6. 栄徳 勝光、J-P NA、Indriyati LH、Maharjan B、佐藤 リンカーン 豪、安光ラヴェル 香保子、村上 武、金山 ひとみ、吉川 徹、梶木 繁之、田村 太朗、菅沼 成文. 離職後・退職後の健康診断・サーベイランスシステムの国際比較、第 99 回日本産業衛生

学会、大阪、2026 年 5 月（採択済）

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

用語集

ArbMedVV (Verordnung zur arbeitsmedizinischen

Vorsorge/Regulation on Occupational Health Surveillance): 労働衛生予防に関する規則

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

DOH (Department of Health): 保健省 (フィリピン)

EHR (Electronic Health Record): 全国電子健康記録

FGD (Focus Group Discussion): フォーカスグループディスカッション

FIOH (Finnish Institute of Occupational Health): フィンランド産業保健研究所

GVA (Gesundheitsvorsorge Asbest/Asbestos Health Screening): 石綿に関する健康管理

HIC (Hospital Information Checklist): 病院情報チェックリスト

HRCT (High-Resolution Computed

Tomography): 高解像度 CT

ISO (International Organization for Standardization): 国際標準化機構

JCI (Joint Commission International): 国際医療機能評価

LGUs (Local Government Units): 地方自治体

nPHR (Notebook of Personal Health Record): 健康管理手帳

OSS (Online Single Submission): オンライン単回申請

PhilHealth (Philippine Health Insurance Corporation): フィリピン健康保険公社

PHR (Personal Health Record): 個人健康記録

PIVISTEA (Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto/Comprehensive Health Surveillance Program for Workers Exposed to Asbestos): 石綿にばく露した労働者の健康管理に関する包括的プログラム

PJK3 (Perusahaan Jasa Keselamatan dan Kesehatan Kerja/Occupational Safety and Health Services Company): 労働安全衛生サービス会社

PJTKI (Perusahaan Jasa Tenaga Kerja Indonesia/Indonesian Manpower Services Company): 海外労働者送り出し機関

PRMS (Post-retirement medical surveillance): 退職後サーベイランス

SHI (Social Health Insurance): 社会健康保険制度

SMPP (Surveillance médicale post-professionnelle/Post-professional medical surveillance): 退職後医学的サーベイランス

SPP (Surveillance post-professionnelle/Post-professional surveillance): 退職後サーベイランス

UCS (Universal Coverage Scheme): ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度

表 1 基礎情報 (Basic Information)

指標	ベトナム	インドネシア	タイ	フィリピン	ネパール
人口 (2025)	101,598,527	285,721,236	71,619,863	116,786,962	29,618,118
年齢中央値 (歳)	33.4	30.4	40.6	26.1	25.3
総労働力人 口 (2024)	57,133.48	143,143,940	40,623.02	50,979.29	8,435.34
面積 (km ²)	310,070	1,811,570	510,890	298,170	143,350
行政区分	63 県 (provinces)	38 県 (provinces)	77 県 (provinces)	81 県 (provinces)	7 県 (provinces)
名目 GDP (US\$)	429.7 B	1.371 T	514.9 B	437.1 B	40.9 B

表 2 医療制度 (Health System)

指標	ベトナム	インドネシア	タイ	フィリピン	ネパール
ガバナンス 構造	保健省が主 管。国、 県、郡、町 村まで 4 層 構造	分権型：中央政 府、州政府、県 政府の各レベル で責任を分担	公衆衛生省 が中心的役 割	1992 年の分 権で保健省と 地方自治体に 分散	2015 年憲法 以降の三層 連邦構造
医療提供体 制	町村保健 所、郡病 院、三次医 療病院	プスケスマ（一 次医療施設）＋ A～D 病院	健康センタ ーと病院 （1999 年法 で地方移 管）	地域保健ユニ ット、バラン ガイ保健所、 州病院	ヘルスポス ト、一次医 療施設、地 区・州病院
保険／カバ レッジ	1992 年以降 の社会健康 保険制度で ほぼ UHC	2014 年開始の JKN（単一支 払）で UHC	2002 年の国 民皆保険制 度（社会健 康保険制 度・公務員 医療給付制 度を包含）	UHC 法 （2019）で PhilHealth 拡 充	2016 年の国 民健康保険 制度で UHC 推進

運営主体	ベトナム社会保障と保健省	BPJS Kesehatan (社会保障庁)	国民健康安全保障局	PhilHealth	保健・人口省配下の健康保険委員会
認証機関	VAMS	KARS (病院認証委員会)	HAI (医療認証機構)	保健省管轄の保健施設・サービス局、PhilHealth、ISO	保健・人口省
カバレッジ水準	中央～地区病院まで網羅	全国の公私病院	大半の公私病院	主に都市部の公私病院	選定病院 (主に公立)

JKN、Jaminan Kesehatan Nasional (国民健康保険制度) ; PhilHealth、フィリピン健康保険公社 ; UHC、国民皆保険

表 3 労働安全衛生制度 (Occupational Health System)

項目	ベトナム	インドネシア	タイ	フィリピン	ネパール
ガバナンス	労働・傷病兵・社会問題省、保健省、労働組合、保健省保健環境管理局、国立労働衛生研究所などの多機関連携	雇用労働省 (Kemnaker) と保健省 (Kemenkes)	労働省 (労働保護福祉局、社会保障事務所) と公衆衛生省、産業安全は産業局	労働雇用省 (労働条件局・労働安全衛生センター)	労働・雇用・社会保障省、労働・安全衛生局
主要労働／OSH 法	労働法 (2019)、OSH 法 (2015) ほか	労働安全法 (No.1/1970)、Manpower 法 (2003)、政令 50/2012 (SMK3)	職業安全衛生・環境法 (2011、2019 改正)	労働基準法 (PD442)、RA11058 (2018)、DO198-18 ほか	労働法 (2017)、施行規則 (2018)、国家 OSH 方針 (2020)
労働者の健診	雇入時、その後は曝露に応じ半年～年 1 回	配置前、定期 (概ね年 1 回)	有害業務で雇入時・年 1 回	雇入時、曝露別頻度 (鉛、化学物質等)	配置前、有害業務は年 1 回

労災補償 (制度名)	労働事故・ 疾病保険	労働災害保険 (JKK)	労働者補償 基金 (WCF)	PhilHealth & 労働者災害補 償基金	雇用傷病保 険
拠出、料率 の例	事業主が 100%支出、 賃金の 0.5% (定額)	事業主が 100% 支出、賃金の 0.24–1.74% (リ スクベース)	事業主が 100%支出、 賃金の 0.2– 1.0% (リス クベース)	事業主が 100%支出、 賃金の 0.4– 0.6% (定 額)	事業主+労 働者、賃金 の 1.4%
海外労働者 所管	労働・傷病 兵・社会問 題省、海外 労働局	Kemnaker (移民 労働者保護省、 旧 BP2MI)	労働省 (雇 用局、労働 保護・福祉 局)	移住労働者 局、海外労働 者福祉局、フ ィリピン海外 雇用庁	労働・雇 用・社会保 障省、海外 雇用局、海 外雇用委員 会
認可送出機 関数 (参 考)	450	522	56	334	497
JITCO との 二国間協力 覚書締結日	2017/6/26	2019/6/26	2019/3/27	2017/11/21	2024/1/1

OSH、労働安全衛生：PhilHealth、フィリピン健康保険公社

表 4 産業医の要件 (Requirements of OH Physician)

項目	ベトナム	インドネシア	タイ	フィリピン	ネパール
資格・免許	保健省認定 (予防医学 専攻内に産 業医トラッ ク)。医師 免許+産業 医研修 (基 礎コース 等)	一般医向け短期 研修 (Hiperkes：産 業衛生・労働衛 生、労働省認 証) / 産業医修 士 (MOH 認 定) / 産業医学 専門医 (Sp.Ok)	主要大学の レジデンシ ー (3 年) を 経てタイ医 師会のボー ド認定 (産 業医学)	PCOM が研 修・認証。労 働雇用省認定 の BCOM (医師免許+ 基礎課程)	正式な産業 医学専門制 度なし。研 修はワーク ショップや 国際機関等 で実施
教育課程	予防医学大 学院の中で	Hiperkes (6 日) / 産業医修 士 (2 年) /	産業医学レ ジデンシー (3 年)	BCOM (8 日 集中) で労働 雇用省認定	短期コース や ILO/WHO 等のモジュ ール (医

産業医を履
修 Sp.Ok レジデン
シー (3～4 年)

学・公衆衛
生課程では
最小限)

BCOM、産業医学基本コース；PCOM、フィリピン産業医学会

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
分担研究報告書

健康管理手帳制度による健康診断の
諸外国での実施のための国際会議

研究分担者

田村 太郎

高知大学 医学部 特任准教授・いずみの病院 内科

1. 健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のための国際会議

研究分担者: 田村 太郎 高知大学 医学部 特任准教授・いずみの病院 内科

研究協力者: 吉川 徹 独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所

研究推進・国際協力センター 統括研究員

研究要旨

【目的】

本研究班では、我が国の健康管理手帳制度が外国人も対象となるため、諸外国籍労働者への同健康診断の実施について実現可能性の検討を進めている。その中で、海外の研究協力者を交えて、これまでに蓄積された知見をレビュー、共有し、それぞれの国の現状や立場を背景にさらなる情報を交換し議論する場として国際会議を本年も開催した。本稿ではその国際会議の概要について報告を行う。

【方法】

2025 年 5 月、宮城県仙台市において、タイ、インドネシア、韓国、ドイツ等の海外研究者を交えた専門家による国際会議を行った。調査対象国であるインドネシア、タイの労働衛生環境の概説と健康診断実施のための課題についての調査結果を報告した。これらを踏まえ、今後の方向性を検討した。

【結果】

タイ、インドネシアよりの報告が行われた。タイ・インドネシア双方から、それぞれの国の労働衛生環境の概説が行われ、問題点として、地方でのアクセス難や専門人材の不足、帰国後の継続健診実施体制の欠如などの課題が提起された。

【考察】

タイ、インドネシア両国の報告から、健康診断実施について、前述の項目を中心に非常に似通った構造的課題を抱えていることがわかった。健康診断の現実的な実施にはここで提起された課題について解決していくことが必要となる。

A. 研究目的

日本の健康管理手帳（nPHR, The Notebook of Personal Health Records）制度はがんその他の重度の健康障害を生ずるおそれのある業務に従事していた者で一定の要件に該当する者が、離職

の際又は離職の後に定期的に健康診断を受けられる制度である。この nPHR 制度は日本国籍だけでなく外国人も対象となるため、近年増加している外国人労働者に対しても離職後の対応が必要となっている。特に、ベトナム、中国、フ

フィリピン、インドネシアなどで技能実習生が多いため、これらの国からの労働者が帰国後の継続健診を受診可能な体制を検討する必要がある、これらの国を中心に健康診断の方法や nPHR 制度での健康診断の実施についてのフィージビリティ調査を行っている。

その中で海外の研究協力者を交えて、これまでに蓄積された知見をレビュー、共有し、それぞれの国の現状や立場を背景にさらなる情報を提供する場として国際会議を開いている。本稿ではその国際会議の概要について報告を行う。

B. 研究方法

2025 年 5 月、宮城県仙台市において、海外研究者を交えた専門家による会議を行った。その国別の内訳は日本 7 名（インドネシア国籍 1 名、ブラジル国籍 1 名、ネパール国籍 1 名含む）、インドネシア 2 名、タイ：2 名、韓国：1 名、ドイツ：1 名であった。同会議において、当初は前年度に引き続きフィリピンやベトナムの追加報告も予定されていたが、会議の時間の都合上発表は行われなかった。タイ、インドネシアを中心に各国の労働衛生体制や健康管理手帳による健康診断の実施に関する課題について報告が行われた。その上で、今後の検討の進め方について議論を行った。

C. 研究結果

1) タイよりの報告

a) 背景と現状

タイの労働力：総人口約 6,605 万人のうち、労働年齢人口は 4,080 万人。

日本におけるタイ人労働者：2024 年 6 月時点で 23,496 人が日本に滞在、その約半数 (51.2%) が技能実習生として従事。タイ国内における職業病の現状：正規雇用者における 2023 年のデータでは、500 例を超える職業病が報告され、筋骨格系疾患や生物学的要因による疾患が多くを占めた。また、非正規雇用者の中では、2024 年 10 月から 2025 年 5 月の間に、珪肺症や石綿肺の疑いがあるケースも 200 例近く確認されている。

b) タイにおける医療体制と法枠組み

医療施設：公立病院、私立病院、大学病院に加え、国内 138 か所に職業病クリニックが設置されている。

主な法律：1985 年の「雇用及び求職者保護法」に基づき、海外派遣労働者の保護や労働者保護基金の設置が行われている。

支援策：雇用局による渡航前オリエンテーションの義務化や、帰国者に対する再就職支援・メンタルケアなどが提供されている。

c) 労働者管理における課題

以下の課題が指摘された。

リソース不足：予算の制約、機材の不足、および農村部での医療サービスへのアクセスの制限。

専門性の不足：労働衛生分野の訓練を受けたスタッフの不足。

継続性の欠如：帰国後の継続健診を受診可能な体制が不十分であること。

認識の低さ：労働者自身が自分の健康に関する権利や保険の適用範囲を把握していない。

d) 今後の方向性と推奨事項

技術・運用の改善：デジタル画像管理システム（PACS）の導入や、X 線診断（NIOSH B reader や AIR Pneumo）のトレーニング強化。

体制の強化：省庁間の協力を深め、労働衛生分野の専門人材を育成するための投資を行うこと。

国際協力：データの交換やトレーニングにおいて、日本とタイの連携を強化する必要性。

標準化：帰国労働者のための標準的な健康診断モデルと長期的なフォローアップガイドラインの策定。

2) インドネシアよりの報告

a) 背景と現状

インドネシアの人口統計：総人口は約 2 億 7,500 万人で、そのうち労働年齢人口は 1 億 4,000 万人を超えている。

日本におけるインドネシア人労働者：2024 年 6 月時点で約 18 万人が日本におり、その約 46.3%が技能実習生、約 42.6%が特定技能生として従事。

インドネシア国内における職業病の現

状：2022 年のデータでは、13,105 件の職業病疑いがあり、そのうち 251 件が確定診断されている。その主な疾患は騒音性難聴（聴力損失）、肺疾患（じん肺など）、皮膚疾患、筋骨格系疾患などであった。

b) インドネシアにおける医療体制と法枠組み医療施設：公立病院、私立病院、大学病院に加え、バライ・ケセハタン・ケルジャ（BKK：労働衛生センター）が重要な役割を担っている。

法的枠組み：2023 年法律第 17 号（保健法）や 2017 年法律第 18 号（海外労働者保護法）により、渡航前・渡航中・帰国後の労働者保護が定められている。

健康診断の提供：社会保障機関（BPJS Ketenagakerjaan）を通じた労働者向けの健康診断や、モバイルサービスによる職場でのスクリーニングが行われている。

c) 労働者健康管理における課題

以下の課題が指摘された。

リソースとアクセスの制限：予算の制約や、遠隔地の職場における医療アクセスの欠如。

専門知識の不足：労働衛生に関するスタッフの訓練や、画像診断（PACS や NIOSH B-reader）の技術不足。

フォローアップの欠如：帰国労働者の継続的な健康管理や再就職時の健康チェックが体系化されていないこと。

情報の非対称性：労働者の自身の健康

に関する権利についての理解の欠如。

d) 今後の方向性と推奨事項

システム強化：労働衛生データの統合管理、診断技術（X線読影など）のトレーニング強化。

省庁間連携：保健省、労働省、教育省などが協力し、持続可能な労働衛生人材の配置と育成を推進すること。

国際協力：タイ・日本・インドネシア間でのデータ共有やトレーニングにおける連携強化。

標準モデルの構築：帰国労働者向けの標準的な健康診断モデルと、長期的なフォローアップガイドラインの開発。

3) 今後の活動計画について

今年度の活動として、インドネシアでは労働衛生会議等を通じて、AIR Pneumoワークショップに参加する呼吸器内科医を対象に、タイで実施されたのと同様のFGD (Focus Group Discussion) を実施することが提案された。タイでは作成中の労働衛生制度等に関するカントリーレポートのブラッシュアップと論文文化について提案があった。

D. 考察

タイ、インドネシア両国の発表からは、nPHR 制度による健康診断実施について、非常に似通った構造的課題を抱えていることがわかった。

日本において両国の労働者が多数、技能

実習生や特定技能生として従事しており、その帰国後の健康維持の重要性については認識が共通していた。

ただ、以下の課題が共通であった。

- ・リソース不足：予算の制約や、遠隔地における医療アクセスの欠如。

- ・専門性の欠如：労働衛生の専門トレーニングを受けたスタッフの不足。特にX線画像の正確な読影能力の向上が急務であること。

フォローアップの脆弱性：帰国後の継続健診や予約管理のシステムの体系化の欠如。

推奨事項：両国から「デジタル化 (PACSの導入)」「省庁間連携の強化」「日本との協力体制の継続」が解決策として掲げられた。

E. 結論

本会議では、各国の取り組みを踏まえ、帰国労働者の健診体制を強化するための具体的な提言がなされた。例えば、参加していたドイツの専門家より提案されたドイツの取り組みを参考に、デジタル化された健診データの管理や、帰国労働者への定期的な健診の実施（ドイツ国内の医療機関にて実施）が挙げられた。また、タイやインドネシアでは、地方部を含む広範囲での健診実施を可能にするためのインフラ整備が求められている。さらに、労働者が健診に参加しやすくするためのインセンティブ提供や、医

療従事者の訓練プログラムの拡充も重要であるとされた。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato LT, Yasumitsu-Lovell K, Murakami T, Kanayama H, Yoshikawa T, Kajiki S, Tamura T, Suganuma N. The notebook of personal health record system in Japan: framework of post-retirement health checkups for those formerly employed in hazardous occupations. Environ Occup Health Pract. (Accepted)
2. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. A Comparative Review of Health Care and Occupational Health Systems Across Selected Asian Countries. Environ Occup Health Pract. (Accepted)

2. 学会発表

[International meeting]

1. Tamura T, J-P NA, Yoshikawa T, Kajiki S, Kanayama H, Indriyati LH, Sato LT, Eitoku M, Suganuma

N. Health checkups under the notebook of personal health record system in Japan: Challenges for international implementation identified through focus group discussions in Thailand and Indonesia, The 33rd Japan-China-Korea Conference on Occupational Health and Safety, Kochi, Japan, June 2026 (Accepted)

[National meeting]

1. 田村 太朗、J-P NA、吉川 徹、梶木 繁之、金山 ひとみ、Indriyati LH、佐藤 リンカーン 豪、栄徳 勝光、菅沼 成文. 健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のための研究、第 98 回日本産業衛生学会、仙台、2025 年 5 月
2. 田村 太朗、J-P NA、吉川 徹、梶木 繁之、金山 ひとみ、Indriyati LH、Sato LT、栄徳 勝光、菅沼 成文. 健康管理手帳制度による健康診断の諸外国での実施のためのフォーカスグループディスカッション報告、第 51 回労働衛生国際協力研究会、オンライン、2026 年 2 月

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

用語集

AIR Pneumo (Asian Intensive Reader of Pneumoconiosis Project): アジアじん肺読影医養成プログラム

BKK (Balai Kesehatan Kerja/Occupational Health Center): 労働衛生センター

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial/Social Security Organizing Agency): 社会保険制度

FGD (Focus Group Discussion): フォーカスグループディスカッション

NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health): 米国国立労働安全衛生研究所

nPHR (Notebook of Personal Health Record): 健康管理手帳

PACS (Picture Archiving and Communication System): パックス (CT や MRI 等の医用画像を管理するための医用画像管理システム)

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
分担研究報告書

健康管理手帳制度による健康診断の
タイでの実施のための研究

研究分担者

J-P Naw Awn

高知大学 医学部 特任助教

田村太朗

高知大学 医学部 特任准教授

2. 健康管理手帳制度による健康診断のタイでの実施のための研究

研究分担者: J-P Naw Awn 高知大学 医学部 特任助教

研究分担者: 田村太郎 高知大学 医学部 特任准教授

研究協力者: Somkiat Siriruttanapruk, タイ保健省

研究協力者: Thanawat Rattanawitoon, タイ保健省

研究協力者: Ueampohn Poonkla, タイ保健省

研究要旨

【目的】

タイは人口約 6,600 万人、労働力人口約 4,000 万人を擁し、製造・建設等の労働集約部門を背景に海外就労も活発である。日本でも約 2 万人のタイ人労働者が就労しており、有害因子曝露を受ける職種も含まれる。健康管理手帳制度は離職時要件を満たせば国費健診を提供するが、帰国後は委託医療機関が国外になく継続健診の受診が困難である。本研究は、タイ人労働者が帰国後も継続健診を受診可能な体制を実装する上での課題を抽出することを目的とした。

【方法】

タイの移民労働者管理、医療制度（医療提供体制、医療財政、品質保証システム）、労働安全衛生制度の各要素について、政府資料、制度要綱、関連レポートを用いた文献調査を実施し、制度実装上の論点を整理した。

【結果】

移民労働者管理は労働省を中心に雇用局、技能開発局、労働保護福祉局、社会保障事務所が分担し、外務省が在外公館を通じ権利保護を補完する。医療提供体制は公衆衛生省が統括し、公的部門 7 割・私的部門 3 割、一次から三次医療の機能分化と「シームレス・ネットワーク」が整備される。財政はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度 (UCS)、公務員医療給付制度 (CSMBS)、社会健康保険制度 (SHI) の三制度で国民の大半をカバーし、支払方式は出来高、包括、定額 (DRG) 等の組合せで費用管理とアクセスを両立している。品質保証は病院機能評価 (HA)、ISO、JCI に加え、産業保健サービスの評価制度を運用している。労働安全衛生制度は労働省、産業省、公衆衛生省が所掌し、健診義務（雇入れ、年 1 回、配置転換）、記録保存・異常届出、労災補償等の枠組みが整備されている。

【考察】

国内労働者向けの保護は制度的に確立している一方、海外就労者の就労中・帰国後の継

続健診制度は未整備である。日本の健康管理手帳制度の連携先として、タイの産業保健医療資源と制度を活用した越境的な受診・情報連携体制の検討が今後の課題である。

A. 研究目的

タイは、人口約 6,600 万人を抱える東南アジアの主要国であり、出生率の低下と高齢化の進行が指摘される一方、労働力人口は約 4,000 万人と大きく、農林水産業、製造業、建設業等多様な産業が国内経済を支えている。国内には近隣諸国から多くの一般労働者が流入している一方で、タイ人自身も海外就労を積極的に行っており、2024 年には約 14 万人が海外で雇用されている。日本においても、技能実習生を中心として約 2 万人が就労しており、食品製造、エンジニアリング、溶接等の職種で従事している。

日本で働くタイ人労働者で溶接等の職種に従事する場合、溶接工じん肺では 5 年未満の職歴でもじん肺健診で有所見となる事例の報告があることを踏まえると、離職時に健康管理手帳の交付要件を満たすケースが生じることも想定される。しかし現行の健康管理手帳制度では、帰国後の委託医療機関が国外に存在しないため、継続健診の受診が困難となっている。本調査は、タイ人労働者が、帰国後に健康管理手帳制度による継続健診を受診する上での課題を抽出することを目的とする。

B. 研究方法

タイの移民労働者管理、医療制度、労働安全衛生制度の現状について文献調査を行い、カントリーレポートとしてまとめた。本報告書ではその要点を概説する。

C. 研究結果

移民労働者管理

タイにおける移民労働者管理は、労働省を中心とした複数の行政機関が連携して行っている。労働省は雇用政策の統括機関として、海外雇用を含む労働者保護を担当し、雇用局（DOE）が海外就労のあっせん、技能開発局（DSD）が技能評価、労働保護福祉局（DLPW）が労働安全衛生の監督を担う。また、社会保障事務所（SSO）は外国人労働者を含む労働者の社会保険制度を運用している。海外で働くタイ人労働者については、雇用局による就業支援に加え、外務省が在外公館を通じ権利保護や紛争対応を行う。海外就労は民間人材紹介会社、政府主導、自己手配、事業主派遣による海外就労、事業主派遣による海外研修の 5 つの合法ルートにより管理され、医療検査、技能試験、事前研修等が義務化されている。これらの制度により、タイ政府は合法的かつ安全な海外就労を促進している。

医療制度：医療提供体制

タイの医療制度は、公衆衛生省（MOPH）が中心となり、予防から治療・リハビリまで包括的な保健医療サービスの提供を統括している。国内の医療提供体制の約 7 割は公的部門が担い、MOPH 直轄の医療機関は中央病院、地域病院、基礎的プライマリケア施設に体系化され、全国で均一な医療アクセスを確保している。中央機関には高度専門医療を担う医療サービス局や感染症対策を行う疾病管理局、精神医療を担う精神保健局が含まれる。地域レベルでは一次から三次医療まで機能分化が進められ、「シームレスな医療提供ネットワーク」構築が推進されている。また、防衛省病院、バンコク都庁病院、大学病院等の他、省庁の医療機関も重要な役割を果たす。民間部門は全国に 399 施設があり、公的部門を補完する形で幅広い医療サービスを提供している。

医療制度：医療財政

タイの医療財政は、国民の大部分をカバーする 3 つの主要公的保険制度によって構成される。第一に、国民の約 75% が加入するユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度（UCS）は税財源による非拠出制で、住民登録地の公的医療機関で包括的医療を受けられる。第二に、公務員とその家族を対象とする公務員医療給付制度（CSMBS）は、政府負担の下で自由な公的医療機関選択が可能で、外来は

出来高、入院は定額（DRG）で支払われる。第三に、社会保険医療（SHI）は企業労働者を対象とし、事業主・被用者・政府の三者拠出で運営され、タイ人・外国人を問わず加入者は毎年指定病院を選択できる。医療費支払い方式は制度間で異なり、出来高、包括支払い、DRG 等を組み合わせることで費用管理とアクセス確保の両立が図られている。

医療制度：品質保証システム

タイの医療品質保証は、制度・施設・人材の各レベルで多層的に構築されている。まず、医療機関の品質保証では、医療評価機構が運用する病院機能評価が中核であり、患者安全・臨床品質・運営効率の標準に基づき、自己点検→外部審査→改善勧告→認証（原則 3 年有効）のサイクルで継続的改善を促す。医療評価機構は国際医療品質評価機構（ISQua EEA）の認証を継続取得し、国際整合性を担保する。併せて、ISO9001 等の国際規格や、医療施設の国際的な認証制度である JCI 認証（2024 年 7 月時点で 62 施設）が国際水準の可視化に寄与している。産業・環境医学領域では、疾病管理局が労働衛生サービスに特化した評価制度を設け、基準を満たした施設に品質認証盾を授与している。

医療機器・インフラ品質では、医療機器法（ISO13485 準拠の品質保証、保守・校正・訓練）、医療施設の特性・サービス

要件を定める省令（医療機関法に基づく）、建築基準法（建築の安全・資源効率）、障害者を直接支援する設備基準の規程等、法規により安全性とアクセシビリティを確保している。

専門職の資格は、医師はタイ医師会、看護職は看護助産評議会が所掌し、教育課程修了・国家試験・登録を経て免許を付与する。産業保健では、産業医学ディプロマや短期基礎研修（職業・環境疾病学会の認定）、産業保健看護の認証が整備される。職業病に対応可能な施設は約 600（地域中核病院等 99、地域密着型病院 501）、うち診断・治療・リハを担う専門施設は約 128 で、職業病への専門的ケア提供体制が形成されている。

労働安全衛生制度

タイの労働安全衛生制度は少なくとも 3 省が所掌する。労働省は産業横断で労働保護・職場安全を統括し、労働保護福祉局（DLPW）と社会保障事務所（SSO）がそれぞれ労働安全衛生規制と補償制度を運用する。産業省は事業場・設備・危険物管理（工業局）を担い、公衆衛生省は疾病管理局（DDC）等を通じ健康監視や職業病医療を所掌する。

主要法令について、労働省所管の「職業安全衛生・環境法（2011）」が基幹で、事業主に労働安全衛生体制の整備・教育・PPE 着用の確保等を義務づける。危険物は産業省所管の「有害物質法」で輸

入・使用・保管・輸送を規制。公衆衛生省は「職業・環境疾病管理法（2019）」により、けい肺、石綿症、鉛中毒、農薬中毒、密閉空間関連疾患を重点監視し、医療提供体制の登録・基準適合を求める。労働者の健康診断について、「職業安全衛生・環境法」に基づく 2020 年の省令は、リスク曝露労働者の健康診断を①雇入れ時（30 日以内）、②年 1 回、③配置転換時に義務化。実施は産業医または基礎産業医学研修修了医が担い、記録は一般リスクで退職後 2 年以上、発がん性物質業務では 10 年以上保存を義務づける。業務起因の異常所見は 30 日以内に DLPW へ届出が必要である。退職時健診の法定義務は現時点でないが、事業主には安全な就業環境の維持と健康監視の責務が課される。

労災補償について、「労働者補償法（1994）」に基づき、SSO 配下の労働者補償基金が、被用者（社会保険 33 条適用者）の業務上の負傷・疾病・障害・死亡に対し、療養、リハビリ、休業補償等を給付する。事業場の過失や不安全な状況が疾病・災害を招いた場合は、事業主の拠出率が増加し、予防的インセンティブとして機能する。さらに、DDC と SSO は職業病の監視・補償統計を収集・公表し、政策改善と予防対策に活用している。

D. 考察

タイでは労働安全衛生法制と社会保障

制度が整備され、国内のタイ人労働者および外国人労働者は、健康診断、労災補償、疾病監視の仕組みにより一定の保護を受けている。一方で、海外に就労したタイ人労働者については、就労中や帰国後の健康状態を継続的に把握する制度が存在せず、職業病の長期的影響が見過ごされる懸念がある。今後は、海外労働者を対象とした健康情報共有や追跡の仕組みを整備することが、産業保健上の重要な課題と考えられる。

E. 結論

本調査により、タイでは医療制度、労働安全衛生制度の基盤が整備され、国内の労働者保護は一定程度機能している一方、海外就労者に対する帰国後の継続健診制度が未整備であることが明らかとなった。日本の健康管理手帳制度の連携先として、タイの産業保健医療資源と制度を活用した越境的な受診・情報連携体制の検討が今後の課題である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. A Comparative Review of Health Care and Occupational Health

Systems Across Selected Asian Countries. Environ Occup Health Pract. (Accepted)

2. Poonkla U, Rattanawitton T, J-P NA, Siriruttanapruk S. Overseas Health Checkup Initiatives: Occupational Health Service System from the Perspective of Thailand. Environ Occup Health Pract. (Submitted)

2. 学会発表

[International meeting]

1. Eitoku M. Best Practices for Migrant Worker Health Screening (Japan's Experience & a Glance at Thailand's FGD Results), Focus Group Discussion Overseas Health Check-Up Indonesia, Jakarta, Indonesia, September 2025

[National meeting]

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

用語集

CSMBS (Civil Servant Medical Benefit Scheme): 公務員医療給付制度
DDC (Department of Disease Control): 疾病管理局
DLPW (Department of Labour Protection and Welfare): 労働保護福祉局
DOE (Department of Employment): 雇用局
DRG (Diagnosis Related Groups): 定額
DSD (Department of Skill Development): 技能開発局
SSO (Social Security Office): 社会保障事務所
MOPH (Ministry of Public Health): 公衆衛生省
FGD (Focus Group Discussion): フォーカスグループディスカッション
ISO (International Organization for Standardization): 国際標準化機構
ISQua EEA (International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association): 国際医療品質評価機構
JCI (Joint Commission International): 国際医療機能評価
nPHR (Notebook of Personal Health Record): 健康管理手帳
OSH (Occupational Safety and Health): 労働安全衛生
PPE (Personal Protective Equipment):

個人保護具

SHI (Social Health Insurance): 社会健康保険制度

UCS (Universal Coverage Scheme): ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度

1. General Information

1.1. Geographic

Thailand is situated in Southeast Asia, lying below the Tropic of Cancer between latitudes 5° 37' N and 20° 27' N, and longitudes 97° 22' E and 105° 37' E. Covering a total area of 513,115 square kilometers, the country shares its borders with several neighboring nations: (1)

- North: Bordered by Myanmar and Laos
- East: Bordered by Laos, Cambodia, and the Gulf of Thailand
- South: Bordered by Malaysia
- West: Bordered by Myanmar and the Andaman Sea

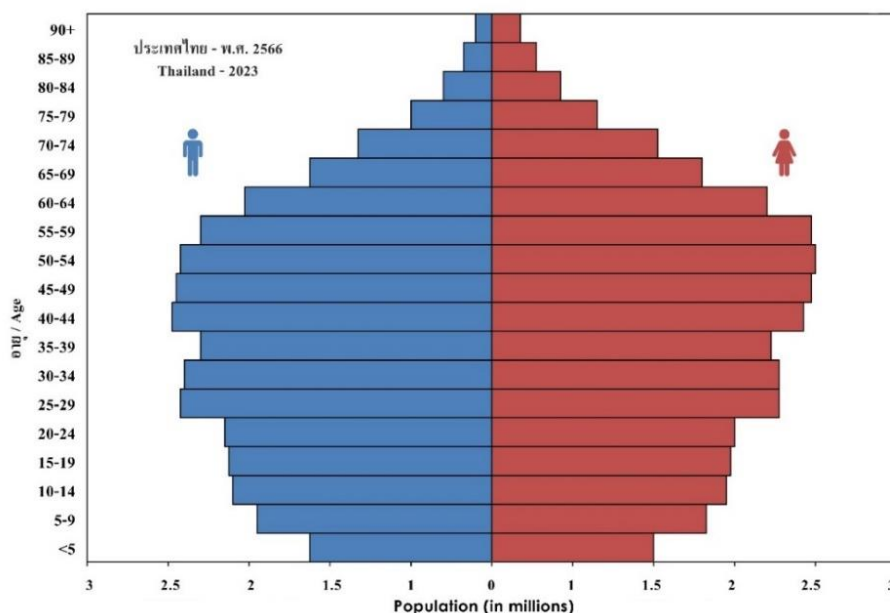


Map of Thailand (2)

1.2. Population

According to the civil registration records compiled by the Central Registration Office, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior, the Kingdom of Thailand's total population as of December 31, 2023, stands at 66,052,615 people (3). This official figure, derived from the country's comprehensive registration system, is instrumental for government agencies, researchers, and policymakers in planning and implementing demographic, economic, and social initiatives (3).

Total population of Thailand	66.05 million (2023)
Age structure (2023)	
0-14 years (male 5,308,488/female 5,015,785)	15.63%
15-24 years (male 4,165,022/female 3,966,533)	12.31%
25-54 years (male 14,611,249/female 14,872,822)	44.64%
55-64 years (male 4,242,383/female 4,874,983)	13.08%
65 years and over (male 3,896,866/female 5,098,484)	13.62%
Median age	41 years (2023 est.)
Population growth rate	0.2% (2023 est.)
Birth rate	10 births/1,000 population (2023 est.)
Death rate	7.9 deaths/1,000 population (2023 est.)
Life expectancy at birth (2023 est.)	
male	74.9 years
female	81.1 years
Main urban area by population (2023)	
Bangkok (Capital)	5.47 million
Nakorn Ratchasima	2.63 million
Total labour force (October 2024)	40.077 million
Unemployment rate	1.1%



Recent demographic data highlight several noteworthy trends within Thailand’s population pyramid. The base of the pyramid, encompassing individuals aged 0–19, is relatively narrow, indicating a decline in birth rates and a reduced influx of young people into the population (4). By contrast, the middle section (25–49 years) constitutes the largest segment, reflecting a substantial working-age population. However, as these cohorts progress through the life course, they will eventually transition into older age brackets. Notably, the top portion of the pyramid representing those aged 60 years and above is expanding, underscoring a growing elderly population. Furthermore, women are disproportionately represented in older age groups, a phenomenon largely attributed to their higher life expectancy. These patterns collectively signal an impending demographic shift toward an aging society, with significant implications for healthcare, social services, and economic policies. (4)

1.3. Labour force

Thailand’s Labour Force in 2024

Recent labour force data for Thailand indicate a stable working-age population of approximately 40 million individuals, with employment levels remaining consistently high, ranging between 39.6 and 40.4 million, and relatively low unemployment, fluctuating between 160,000 and 320,000 individuals. According to the Bank of Thailand, the population aged 15 years and older stands at 59.3 million, of which 40.7 million are classified as being of working age. Within this cohort, 40.3 million are employed, including 21 million informal

workers and approximately 19 million formal workers (33). An additional 318,000 individuals are unemployed, while 114,000 are categorized as seasonal workers.

Sectoral employment patterns reveal that the five largest industries by number of employed individuals are:

1. Agriculture, forestry, and fisheries (12.1 million)
2. Wholesale and retail trade; repair of motor vehicles and motorcycles (6.65 million)
3. Manufacturing industries (6.62 million)
4. Accommodation and food service activities (3.38 million)
5. Construction (2.29 million)

These figures highlight both the importance of primary industries (e.g., agriculture) and the significant role played by retail, manufacturing, and service sectors in sustaining Thailand's labour market.

	DEC 2024 (thousand persons)
1. Population 15 years and over 2/	59,318.14
2. Labour Force (2.1 + 2.2 + 2.3) 3/	40,765.37
2.1. Employment 4/	40,332.27
of which underemployment 5/	263.8
2.1.1. Agriculture	12,141.35
1) Agriculture, forestry and fishing	12,141.35
2.1.2. Non-Agriculture	28,190.92
1) Mining and quarrying	53.47
2) Manufacturing	6,625.59
3) Electricity, gas, steam and air conditioning supply	105.59
4) Water supply; sewerage, waste management and remediation activities	87.86
5) Construction	2,280.80
6) Wholesale and retail trade; repair of motor vehicles and motorcycles	6,647.85
7) Transportation and storage	1,659.96
8) Accommodation and food service activities	3,382.66
9) Information and communication	167.73
10) Financial and insurance activities	434.52
11) Real estate activities	311.76
12) Professional, scientific and technical activities	503.97
13) Administrative and support service activities	656.28
14) Public administration and defence; compulsory social security	1,535.26
15) Education	1,054.70
16) Human health and social work activities	827.55
17) Arts, entertainment and recreation	301.41

18) Other service activities	1,165.86
19) Activities of households as employers; undifferentiated goods- and services-producing activities of households for own use	321.17
20) Activities of extraterritorial organizations and bodies	1.87
21) Unknown	65.08
2.2. Unemployed Persons	318.84
2.3. Seasonal Inactive Labour Force	114.26
3. Persons not in labour force, age 15 years or over	18,552.78
1) Household work	4,479.82
2) Studies	4,512.35
3) Too young/old/incapable of work	7,247.23
4) Others	2,313.38

The agricultural sector accounts for a considerable share of the workforce, with employment numbers ranging from 11.1 to 12.8 million due to seasonal variations. Overall, these statistics indicate a stable market that remains heavily reliant on agriculture (5).

Situation of workplace

According to data provided by the Department of Labour Protection and Welfare, there were 514,341 registered enterprises as of January 2025 (27).

Industry Category	enterprises
• Agriculture, Forestry, and Fishing	26445
• Mining and Quarrying	1585
• Manufacturing	80984
• Electricity, Gas, Water Supply, and Air Conditioning	3552
• Waste Management and Remediation Activities	1110
• Construction	45572
• Wholesale and Retail Trade; Repair of Motor Vehicles and Motorcycles	174454
• Transportation and Warehousing	24522
• Accommodation and Food Service Activities	37747
• Information and Communication	23774
• Financial and Insurance Activities	22312
• Real Estate Activities	10924
• Professional, Scientific, and Technical Activities	13253
• Administrative and Support Service Activities	25516
• Public Administration, National Defense, and Compulsory Social Security	102
• Education	2044
• Human Health and Social Work Activities	3957
• Arts, Entertainment, and Recreation	1832
• Other Service Activities	13570
• Activities of Households as Employers; Undifferentiated Goods- and Services-Producing Activities for Own Use	1084
• Activities of Extraterritorial Organizations and Bodies	2
Total	514,341

Labour Immigration: Foreign worker in Thailand

In Thailand, a foreign worker is defined as a foreign national who crosses the border to engage in employment, whether on a short-term or long-term basis. The foreign workforce is broadly categorized into four types: skilled labour, lifetime, minorities, and general labour. As of November 2024, the total number of foreign workers in Thailand was 3,350,969. Of these, 3,066,840 (91.52%) were general workers, primarily from Myanmar, Laos, Cambodia, and Vietnam. 190,285 (5.68%) were skilled foreign workers, and 93,844 (2.80%) held minority or lifetime worker permits. (7)

Stock of foreign workers by group	
Skilled labour 190,285 persons	● General 130,484 persons
	● BOI 59,801 persons
Lifetimes	● 5 persons
Minorities	● 93,839 persons
General labour 3,066,840 persons	● Act 59 (MOU) 634,432 persons
	● Act 64 (Season workers) 39,711 persons
	● Cabinet resolution 2,392,697 persons

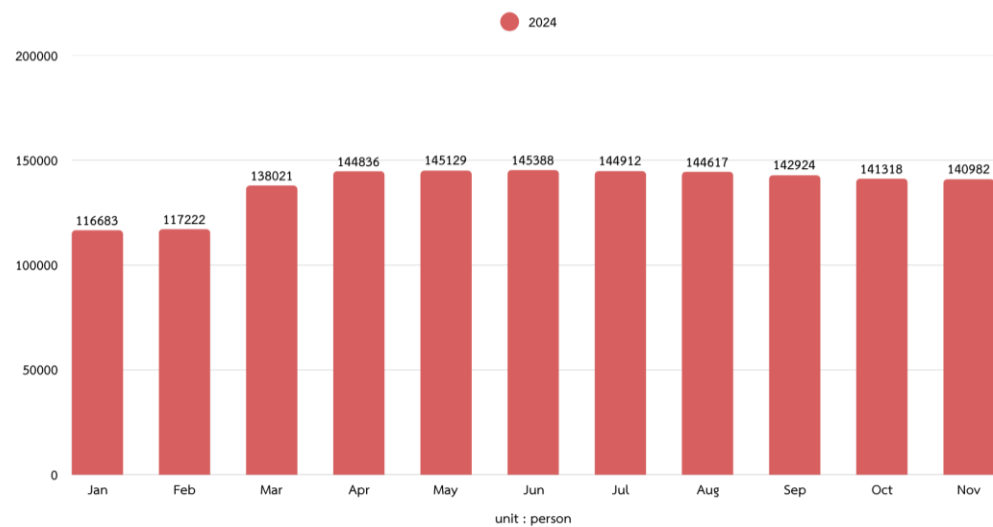
For general labour, typically originating from neighboring countries such as Myanmar, Laos, and Cambodia, the workforce primarily engages in labour-intensive sectors including construction, agriculture, fisheries, manufacturing, and domestic services. These workers benefit from protection under several key Thai laws, such as the Constitution of the Kingdom of Thailand, the Immigration Act, the Alien Working Act, the Labour Protection Act, and the Nationality Act. Their migration is frequently regulated through Memorandums of Understanding (MOUs) established between Thailand and their respective home countries, and the legal process includes a mandatory nationality verification step (10) (11).

Labour Emigration: Thai workers employed overseas

During the 1970s, a significant number of Thai workers migrated to the Middle East, attracted by the region's lucrative oil revenues and the extensive demand for labour to develop its economic infrastructure. Primarily employed in construction roles that offered comparatively high wages, Thai workers played a vital part in supporting national development in the region. However, following the Persian Gulf crisis and subsequent diplomatic downgrades between Thailand and Saudi Arabia, the influx of Thai labour to the Middle East diminished considerably. Consequently, the labour market within East and Southeast Asia experienced notable

expansion. Today, a considerable number of Thai workers are employed in countries such as Malaysia, Singapore, Brunei, Hong Kong, Japan, and Taiwan. (12)

As of November 2024, a total of 140,982 Thai workers were recorded as employed overseas. The top three destination countries for these workers were Taiwan, the Republic of Korea, and Japan. The most in-demand roles were within elementary occupations, including positions such as agricultural labourer, workers in metal product manufacturing, and general industrial labourer.



Top five countries by stock of thai workers employed overseas	
• Taiwan	61,299 persons
• Republic of korea	22,059 persons
• Japan	17,673 persons
• Israel	14,408 persons
• Malaysia	3,462 persons

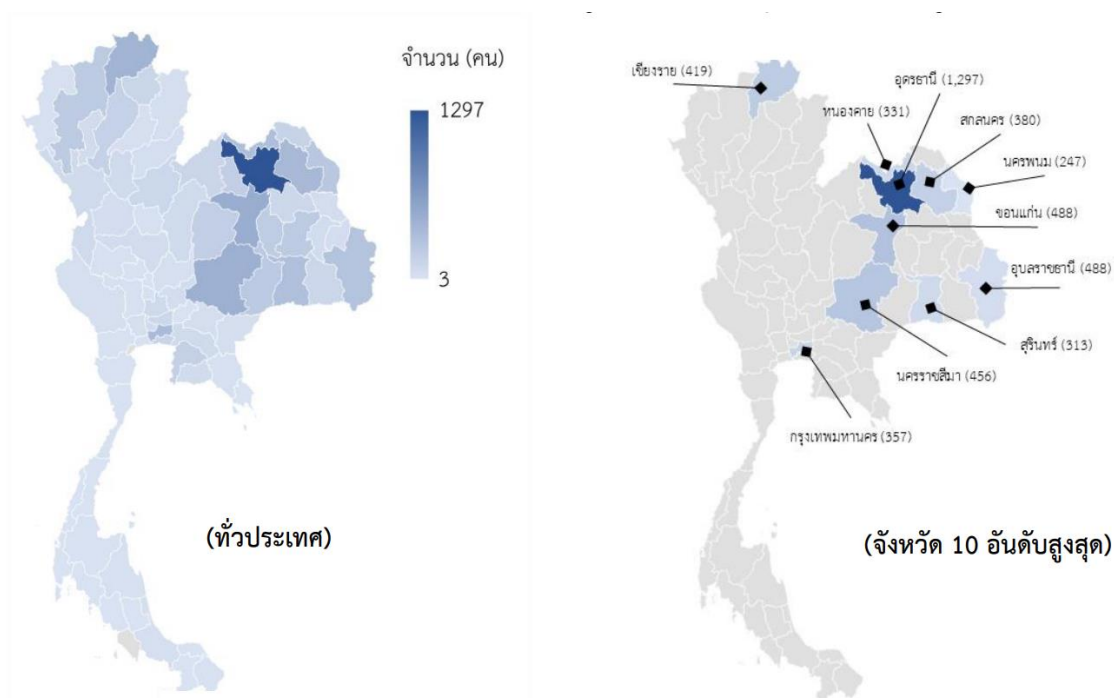
According to the latest data from the Ministry of Justice of Japan, as of June 2024, there are 23,496 Thai workers employed legally (excluding Thai nationals with spouse or permanent resident status). The majority of Thai workers can be categorized into three main groups:

1. Skilled workers: This includes individuals who have self-arranged their employment, such as artists, specialists, teachers, engineers, and chefs, totaling 6,293 people (26.7%).

2. Technical intern trainees: Under the Technical Intern Training Program (TITP), there are 12,025 people (51.2%).

3. Specified Skilled Workers (SSW): These workers are employed in designated industries under the Specified Skilled Worker (SSW) visa program, totaling 5,178 people (22.1%).

As of September 2023, data from the Department of Employment shows that Udon Thani is the Thai province with the highest number of workers in Japan, accounting for approximately 15% of the total. The majority of Thai workers in Japan are employed in the industrial sector, with common roles in processed food production, food manufacturing, engineering, and welding. (13)



The estimated number of Thai workers currently employed in Japan, categorized by their hometowns. Top 10 provinces. (13)

Organizations Involved in Labour Force Management

The Ministry of Labour is the primary government agency responsible for overseeing labour policies, employment, and workforce protection. It operates through several key departments such as

1. **Department of Employment (DOE)** — Oversees job placements, overseas employment, and labour market regulations.

2. **Department of Skill Development (DSD)** — Focuses on enhancing workforce skills through training programs.
3. **Department of Labour Protection and Welfare (DLPW)** — Enforces labour laws, ensures workplace safety, and regulates employee benefits.
4. **Social Security Office (SSO)** — Manages social security systems, work-related injury compensation, and unemployment benefits.

Organization involved in Thai labour working overseas

1. Ministry of Labour

The Ministry of Labour is responsible for developing policies and implementing measures related to labour, employment, and worker welfare, both domestically and internationally. Key agencies involved in supporting Thai workers abroad include:

1.1 Department of Employment (DOE), manages overseas employment by 1) promoting job opportunities for Thai workers, 2) protecting job seekers and ensuring fair recruitment processes, 3) regulating and balancing the labour market, 4) encouraging multi-sector participation in overseas employment.

1.2 Office of Labour Affairs which plays a vital role in safeguarding Thai workers' rights in foreign countries. Their responsibilities include 1) protecting labour rights and ensuring fair working conditions, 2) expanding job opportunities for Thai workers in international labour markets, 3) operating in various countries, such as Japan, Israel, Switzerland, and 4) providing direct support to Thai worker abroad.

2. The Ministry of Foreign Affairs

The Ministry of Foreign Affairs plays a vital role in protecting and assisting Thai workers abroad through Thai embassies and consulates worldwide. It provides various forms of support to ensure that Thai workers receive fair treatment and appropriate rights. Key responsibilities include 1) protection and assistance by offering information, legal support, and aid in crisis situations, 2) negotiating International Labour agreements to enhance the rights and welfare of Thai workers abroad, and 3) collaborating with host countries to ensure fair labour conditions and address employment-related issues.

Labour Export Policy and Legislation

There are five legal pathways for Thai workers to seek employment abroad, all of which are regulated and supervised by the Department of Employment (DOE) including

1. **Private Recruitment Agencies** / Licensed agencies registered with the DOE that arrange overseas employment.
2. **Department of Employment (DOE)**, The Thai government directly facilitates overseas job placements.
3. **Self-Arranged Employment**, individuals independently secure jobs and travel abroad.
4. **Employer-Sponsored Work Abroad**, Thai employers send their employees to work overseas.
5. **Employer-Sponsored Training Abroad**, Thai employers send employees for international training programs.

The Thai government, through the Ministry of Labour, actively promotes legal overseas employment while ensuring compliance with both Thai and destination country laws. This initiative also helps combat human trafficking, illegal migration, and unauthorized foreign labour employment. Additionally, the government encourages state-facilitated overseas employment as it reduces costs for workers. Key laws and regulations governing overseas employment include (37):

1. **The Employment and Job Seeker Protection Act, B.E. 2528 (1985)**
 - Section 50: Prohibits foreign employers or their representatives from directly recruiting Thai workers for overseas employment unless the recruitment is conducted through the Department of Employment (DOE).
2. **Regulation of the Department of Employment on Job Placement for Overseas Employment (B.E. 2552 / 2009)**
 - Clause 6: Employers seeking to hire Thai workers through the DOE must submit a written application to the Department of Employment (DOE) in Thailand, or the Thai Labour Office in the employer's home country. If no Thai Labour Office is available, applications must be submitted to the Thai Embassy, Consulate, or designated Thai authority responsible for overseeing Thai nationals in that country.

Sending Agencies

Thai workers can legally seek employment abroad through the following channels, all regulated by the Department of Employment (DOE).

1. Private Recruitment Agencies

- Must display a valid registration license issued by the DOE.
- Required to send workers for medical check-ups at designated healthcare facilities.
- Must facilitate skill assessments at approved testing centers under the Department of Skill Development. Workers must complete pre-departure training conducted by the DOE.

2. Department of Employment (DOE)

A government service that arranges overseas employment without service charges, except for necessary costs such as 1) airfare, visa fees, airport tax, and 2) membership fees for the overseas employment fund Pre-departure accommodation costs. Government Placement Programs include 1) Direct Employment Program – Taiwan, 2) IM Japan Program – Japan, 3) EPS Program – South Korea and 4) TIC Program – Israel.

3. Self-Arranged Overseas Employment

Workers find jobs abroad independently or renew contracts after a previous employment term. If returning to Thailand for a break, workers must notify the DOE at least 15 days before departure to resume work abroad.

4. Employer-Sponsored Work Abroad

Thai employers with overseas subsidiaries or international contracts can send employees to work abroad. Approval from the Department of Employment is required.

5. Employer-Sponsored Overseas Training

Employers sending workers for training programs abroad must comply with DOE regulations.

Social Insurance

Thailand's social security system, known as Social Insurance, was established to provide social protection for the workforce in the country. Social security coverage is mandatory for employers and employees in establishments with at least one employee, by the Social Security Act B.E. 2533 (1990) and its amendments. This system applies to Thai employees, legally employed migrant workers, former employees, and voluntary

insured persons. The Social Security Office (SSO) is responsible for implementing this system under the Social Security Act. There are three types of insured persons, as follows: (8)(9)

Types of Insured Persons

1. Article 33 – Compulsory Insured Persons (Employees in Registered Organizations)

- Contributions are paid jointly by employees, employers, and the government.
- Provides seven types of benefits:
 - Sickness
 - Disability
 - Death
 - Unemployment compensation
 - Maternity
 - Child allowance
 - Retirement pension

2. Article 39 – Voluntary Insured Persons (For Former Article 33 Members)

- Workers who were previously insured under Article 33 can continue their coverage by independently paying a monthly contribution of THB 432.
- Benefits are similar to those under Article 33, except for unemployment compensation.

3. Article 40 – Voluntary Insured Persons (For the General Public and Informal Workers)

- Designed for self-employed individuals and informal sector workers.
- Offers three contribution options: THB 70, THB 100, or THB 300 per month.
- Benefits are similar to those under Article 33 but exclude unemployment compensation and maternity benefits.

Unemployment Insurance (Under Article 33)

- If laid off: Workers receive 50% of their previous wage for up to 180 days.
- If resigned voluntarily: Workers receive 30% of their previous wage for up to 90 days.

2. Healthcare System

Thailand's national health system is influenced by various governance mechanisms, including legally established institutions, foundations, civil society organizations, and the private sector. These entities actively contribute to shaping health policies and agendas. However, the Ministry of Public Health (MOPH), as the primary agency responsible for overseeing healthcare is the national health authority. The MOPH focuses primarily on managing the largest healthcare delivery systems under its jurisdiction. Additionally, other ministries play significant roles in health-related activities across various sectors. In some regions, local authorities also contribute financial support to health service operations. (19)

2.1. Healthcare Setting and Facilities in Thailand

In Thailand, the Ministry of Public Health and its affiliated agencies serve as the primary providers of health services. The Ministry is responsible for promoting, supporting, monitoring, and coordinating all public health-related activities. Thai health services focus on four main objectives:

- Ensuring that the Thai population achieves comprehensive physical, mental, and social well-being.
- Preventing diseases and health conditions through promotion, prevention, treatment, and rehabilitation efforts.
- Helping Thai people increase their lifespan and avoid premature death.
- Ensuring public safety from accidents and injuries.

Approximately 70% of healthcare services in are provided by the public sector, while the remaining 30% is delivered by the private sector. The healthcare infrastructure in Thailand is divided into three main types.

2.1.1 Public Sector Health Services in Thailand

In the public sector, health services in Thailand are divided into two main types. (14)

2.1.1.1 Public Sector Under the Ministry of Public Health

This sector is responsible for providing healthcare services to the entire population, covering both urban and rural areas. The structure operates under centralized governance with support from local and rural administrations.

2.1.1.1.1 Central Health Services

Hospitals operating under various departments within the Ministry of Public Health are dedicated to fulfilling distinct missions that align with their respective departments' core responsibilities. These institutions play a vital role in strengthening the national public health system by delivering specialized medical services tailored to their areas of expertise. Key examples of these specialized services include:

Department of Medical Services: This department is dedicated to the diagnosis and treatment of complex and advanced medical conditions. Example: The Central Chest Institute of Thailand, renowned for its expertise in heart disease, lung disease and related conditions.

Department of Disease Control: This department focuses on the prevention and control of both infectious and non-infectious diseases. Example: Raj Pracha Samasai Institute, a specialized facility dedicated to the prevention and treatment of Hansen's disease (leprosy).

Department of Mental Health: This department provides comprehensive care and rehabilitation for individuals with psychiatric and mental health conditions. Example: Srithanya Hospital, recognized for its expertise in long-term psychiatric care and extensive mental health services.

2.1.1.1.2 Region Health Service:

Most hospitals in Thailand, which operate under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health, play a crucial role in ensuring accessible and high-quality healthcare for all citizens. These hospitals are distributed across all provinces, providing a comprehensive range of services to meet the diverse healthcare needs of the population.

To enhance the efficiency and effectiveness of healthcare delivery, the Ministry of Public Health introduced the 5-Year Health Service System Development Plan (Service Plan) for the fiscal years 2017–2022. This strategic initiative aims to improve healthcare services at all levels, including primary, secondary, and tertiary care, along with the establishment of centers of excellence. A key objective of the plan is to develop a well-integrated "Seamless Health Service Network", which ensures smooth coordination and continuity of care across all healthcare levels. This interconnected system is designed to enhance service delivery, ensuring patients receive timely and appropriate care throughout their healthcare journey.

The Health Service System Development Plan also defines the specific roles and services provided by various healthcare units, establishing a clear framework to enhance the efficiency, accessibility, and overall quality of Thailand's healthcare services.

level of Hospitals under the Office of the Permanent Secretary. (16)(17)

level	type	Facilities
Primary Care	- Subdistrict Health Promoting Hospital	- Provide basic healthcare services to the community, including disease prevention, health promotion, and primary care. Serve as the frontline of the public health system at the sub-district level.
	- Urban Community Health Center	- Capability in essential medical services: General practice, dentistry, pharmacy, laboratory diagnostics, physical therapy or occupational therapy, and traditional or alternative medicine. -The objective is to provide outpatient care to reduce overcrowding in larger hospitals. Includes family medicine services and community health work. -Staff may work on a temporary rotation basis or as permanent staff. However, there must be at least one professional nurse.
Secondary care	Small Community Hospital (F3 level)	- A small community hospital with 10 beds. - staffed by general practitioners or family medicine doctors. - Does not require major surgical facilities and focuses on outpatient services.
	Medium Community Hospital (F2 Level)	- A medium-sized community hospital with 30-90 beds. - staffed by general practitioners or family medicine doctors. - Provides standard services with no medical specialists. ER 24 hours, X-ray, Labor service.
	Community Hospital (F1 Level)	- A large community hospital with 60-120 beds. - staffed by general practitioners or family medicine doctors. Includes specialists in major fields such as internal medicine, surgery, obstetrics and gynecology, and pediatrics.
	Advanced Community Hospital with Referral Services (M2 Level)	- A community hospital with 120 or more beds. - staffed by general practitioners or family medicine doctors and specialists in at least six fields. Specialized fields include internal medicine, surgery, pediatrics, obstetrics and gynecology, orthopedics, and anesthesiology.

Tertiary care	Small General Hospital (M1 Level)	- A hospital capable of treating patients requiring complex care at the specialized level. - Staffed by specialists in major fields and selected sub-specialties. Serves as a referral hospital for medium-level .
	Large General Hospital (S Level)	- A hospital capable of treating patients requiring complex care at the highly specialized level. - Staffed by specialists and sub-specialists in core fields. Serves as a referral hospital for Standard Level.
	Center Hospital (A Level)	- A hospital capable of treating patients requiring advanced care at the highest level. - Equipped with advanced and sophisticated medical technology. - Focuses on research, teaching, and innovation in medical sciences. Staffed by specialists and sub-specialists across various fields. - Serves as a referral hospital for advanced level.

2.1.1.2 Health Services Provided by Other Public Agencies

In addition to healthcare services managed by the Ministry of Public Health, several other public agencies provide healthcare services for government officials, their families, and the general public. These agencies include:

Bangkok Metropolitan Administration (BMA): Hospitals under the BMA deliver primary and secondary healthcare services, with a focus on health promotion, disease prevention, rehabilitation, and care for vulnerable groups within the Bangkok area. Example: Klang Hospital, a key healthcare provider in the BMA network.

Ministry of Defence: Hospitals operated by the Ministry of Defence provide medical services primarily for military personnel, their families, and civilians. Example: Phramongkutklao Hospital, the principal hospital of the Royal Thai Army, renowned for its comprehensive healthcare services.

Ministry of Higher Education, Science, Research, and Innovation (University Hospitals): University hospitals provide advanced medical care, serve as teaching hospitals, and engage in medical research to advance healthcare innovations. Example: Siriraj Hospital, affiliated with Mahidol University, which is recognized as one of Thailand's leading medical institutions.

2.1.2. Health Services Provided by the Private Sector

The private healthcare sector in Thailand plays a significant role in supporting public health services under the supervision of the Ministry of Public Health. According to data from the National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society (2022), there are 399 private hospitals and medical facilities nationwide. Of these, 354 facilities (or 88.7%) are classified as general hospitals, while 45 facilities (or 11.3%) are designated as specialized hospitals.

General Hospitals

- Hospitals with over 100 beds are the most prevalent, totaling 132 facilities.
- Hospitals with 51–100 beds are the second most common, totaling 111 facilities.
- Hospitals with fewer than 11 beds are the least common, with 28 facilities nationwide.

Specialized Hospitals

- The majority of specialized hospitals have 11–30 beds, totaling 17 facilities.
- The least common categories are specialized hospitals with 31–50 beds and those with more than 100 beds, with only 2 facilities in each category.

This distribution highlights the extensive role of private healthcare providers in complementing Thailand's healthcare system by offering a range of medical services that support the broader public health network. (15)

2.2 Health Finance

In Thailand, people are protected by government healthcare rights through 3 major financial systems as follows: (20)

2.2.1 Universal Health Coverage Scheme (30 Baht Health Insurance: UCS):

The Universal Health Coverage Scheme (UCS), commonly known as the "30 Baht Health Insurance," provides healthcare coverage for Thai citizens who possess a 13-digit national ID number. This scheme applies to individuals who are not entitled to government officer welfare benefits, social security rights, state enterprise welfare rights, or other government healthcare benefits. Eligible individuals can receive treatment at hospitals within the district where their house registration is located.

2.2.2 The Civil Service Medical Benefits Scheme (CSMBS):

The Civil Service Medical Benefits Scheme (CSMBS) provides medical coverage for government officials and their families, including their legal parents, spouses, and children. Under this scheme, beneficiaries are entitled to receive medical care at government hospitals. The regulations for this system are established by the Comptroller General's Department, Ministry of Finance.

2.2.3 Social Health insurance (SHI):

Social Health Insurance (SHI) is managed by the Social Security Office. This system provides healthcare protection for insured persons, referring to employees working in registered establishments. It serves as welfare protection for individuals with regular incomes. Establishments with at least one employee are required to register with the social security system, ensuring that all employees are covered.

Employees, regardless of nationality, are entitled to healthcare benefits under SHI. Insured persons can access medical treatment at registered hospitals, which may include both public and private facilities that accept social security. Whether the employee is Thai or a foreigner, they are equally covered under this system.

	CSMBS	SHI	UCS
Inception	1978	1991	2002
Population coverage (%)	7.0	18.2	74.5
Source of finance and financial supporters/	Tax based and non-contributory.	tripartite contribution from employee, employer, government.	Tax based and non-contributory.
institutional governance	Comptroller general's department, ministry of finance.	SSO, ministry of labour.	NHSO (independent public agency)
Budgeting	Open-ended	Closed-ended	Closed-ended
Provider choice	Free choice of public providers. Providers; some services, especially emergency and elective surgeries, are also	Annual choice of public and private hospitals (>100 beds) as main providers.	Public provider in the district where their house registration is located

	given by the private providers.		
Benefit package	Comprehensive, excluding P&P services	Comprehensive, including some specific prevention services.	Comprehensive, including extensive P&P services
Payment mechanism	OP: fee for service IP: DRG without budget ceiling	Capitation with DRG for some inpatient care.	OP: Capitation IP: Global budget & DRG. There are some fixed fee schedules to reduce providers' risks and promote access.

P&P: Prevention and promotion, OP: Out Patient, IP: IN Patient, DRG: Diagnosis-related group

2.3 Health Quality Control

2.3.1 Hospital Quality Management

Laws and Standards Related to Hospitals in Thailand

2.3.1.1 Hospital Accreditation (HA) (21)

Hospital Accreditation (HA) is a comprehensive quality and safety evaluation system designed for healthcare facilities across all levels. In Thailand, the Healthcare Accreditation Institute (HAI), a public organization, is responsible for establishing standards and certifying the quality of hospital services.

HA aims to ensure that healthcare providers deliver services that meet established quality standards, thereby safeguarding patient care and health outcomes. The primary objective of HA extends beyond merely achieving accreditation; it emphasizes continuous quality improvement, promoting sustainable and long-term enhancements in healthcare systems. As part of regulatory compliance, almost all hospitals in Thailand are required to undergo HA evaluation to maintain their operational standards.

2.3.1.2 ISO Certification.

ISO certifications play a significant role in enhancing hospital quality management in Thailand. By aligning with international standards, healthcare facilities can improve efficiency, ensure safety, and enhance patient

satisfaction. Among these certifications, ISO 9001 is particularly important for establishing and maintaining robust quality management systems in healthcare institutions.

2.3.1.3 JCI Accreditation

The Joint Commission International (JCI) is a globally recognized accreditation body based in the United States. JCI provides voluntary accreditation for healthcare facilities worldwide, including those in Thailand, that choose to adopt and comply with its rigorous standards. JCI standards are widely recognized as benchmarks for excellence in healthcare quality and safety on an international scale. As of July 2024, there were 62 medical facilities accredited by the Joint Commission in Thailand.

2.3.1.4 Occupational Health Service Quality Assessment

In addition to general hospital quality assessments, Thailand has implemented a specialized evaluation system for occupational and environmental medicine units. This system is managed by the Department of Disease Control under the Ministry of Public Health. The evaluation aims to encourage hospitals offering occupational health services to deliver high-quality care to employees and informal workers. Hospitals that meet the required standards are awarded a quality recognition shield, reflecting their commitment to providing excellent occupational health services. Many healthcare facilities that offer occupational health services actively participate in this evaluation to demonstrate their dedication to patient care and workplace safety.

2.3.2 Medical Equipment and Infrastructure Quality Management (19)

Medical equipment and infrastructure quality management in Thailand is a fundamental aspect of the healthcare system, ensuring patient safety and effective service delivery. To maintain these standards, stringent regulations are enforced, including:

2.3.2.1 The Medical Device Act

This act enforces the regulation of medical devices, ensuring that hospitals maintain high-quality equipment through adherence to standards such as ISO 13485. Regular maintenance, calibration, and staff training further enhance the functionality and reliability of medical equipment.

2.3.2.2 Ministerial Regulation on Defining the Characteristics of Healthcare Facilities and Their Services (2015)

Issued under the Health Facility Act, this regulation defines the characteristics and standards of healthcare facilities and their services, ensuring public health service safety and quality.

2.3.2.3 The Building Control Act B. E. 2522 (1979)

This act establishes rules and standards for the construction, modification, repair, or demolition of buildings. It ensures safety, orderliness, convenience, and efficient use of resources while protecting public lives and property.

2.3.2.4 Regulation of the Rehabilitation Committee on Standards for Equipment or Facilities Directly Supporting Persons with Disabilities

This regulation ensures that healthcare facilities maintain proper equipment and infrastructure to support persons with disabilities, promoting accessibility and inclusive care.

2.4 Hospital Accreditation Mechanism

The Hospital Accreditation Mechanism in Thailand may vary depending on the specific standards being evaluated. Hospital Accreditation (HA) is an evaluation mechanism designed to encourage hospitals to improve their internal systems through structured and comprehensive development across the entire organization. This process fosters continuous learning within the organization, driving ongoing evaluation and self-improvement.

The Healthcare Accreditation Institute (HAI) has been accredited by The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA), an internationally recognized organization that certifies healthcare and hospital standards in Thailand. HAI first received this accreditation in February 2010 and has successfully maintained continuous certification, receiving its fourth accreditation for the 5th edition of hospital and healthcare service standards covering the period from February 2022 to February 2026. (21)(23)

1. Accreditation Standards

HA standards in Thailand are derived from international guidelines and adapted to align with the local healthcare context. These standards focus on patient safety, clinical quality, and operational efficiency. Key criteria include patient care, risk management, workforce competency, and hospital operations.

2. Accreditation Process

The HA accreditation process involves multiple stages:

- **Preparation:** Hospitals conduct internal assessments to identify gaps and areas for improvement.

- **External Assessment:** A team of certified assessors, known as surveyors, conducts evaluations to assess the hospital's compliance with HA standards. These surveyors are required to complete the ISQua (IEEA) Surveyor Training Programme, ensuring they possess the necessary expertise to meet international assessment standards.
- **Feedback and Recommendations:** Detailed feedback is provided to guide quality improvement initiatives.
- **Certification:** Hospitals that meet the standards are awarded HA certification, typically valid for three years.

2.5 Certification of Health Practitioners

In Thailand, the certification and licensing of health practitioners are managed by various professional regulatory councils, each overseeing specific healthcare professions. Below is an overview of the primary health professions and their respective regulatory bodies: for example

1. Medical Practitioners (Physicians) (24,25)

- **Regulatory Body:** The Medical Council of Thailand (TMC)
- **Certification Process:**
 - **Education:** Graduation from a medical school recognized by the TMC.
 - **Licensing Examination:** Successful completion of the national licensing examination, which comprises three parts: Basic Medical Science, Clinical Science, and Practical Skills.
 - **Registration:** Upon passing the examination, physicians must register with the TMC to obtain a license to practice medicine in Thailand.

2. Nurses

- **Regulatory Body:** The Nursing and Midwifery Council of Thailand
- **Certification Process:**
 - **Education:** Graduation from an accredited nursing or midwifery program.
 - **Licensing Examination:** Successful completion of the national licensing examination for nurses and midwives.
 - **Registration:** Registration with the Nursing and Midwifery Council to obtain a practice license.

Certification for Occupational Health Practitioners. (26)

- **Occupational Medicine Doctors:** Physicians specializing in occupational medicine must complete a diploma in occupational medicine from an institution accredited by the Medical Council of Thailand.
- **Basic Occupational Medicine Training:** Doctors who have completed a basic two-month occupational medicine training course must be accredited by the Occupational and Environmental Diseases Association.
- **Occupational Health Nurses:** Certification for occupational health nurses is managed by The Nursing Council of Thailand.

Facility for Occupational Disease Examination

According to data from the Department of Disease Control, there are approximately 600 hospitals in Thailand providing occupational health services. These services include monitoring, prevention, and control of work-related diseases. Among these facilities, 99 are regional or general hospitals, while 501 are community hospitals. In addition, there are approximately 128 hospitals equipped to diagnose, treat, and provide rehabilitation services for occupational diseases, ensuring specialized care for affected individuals. (29)

These rigorous certification processes and dedicated healthcare facilities ensure that healthcare professionals meet established medical standards, contributing to the safety and well-being of patients across the country.

3. Occupational Safety and Health (OSH)

3.1. Authority or Responsible Body for Occupational Safety and Health (OSH) / OHS Laws in Thailand

In Thailand, there are at least three ministries responsible for overseeing Occupational Safety and Health (OSH). Each ministry enforces its own regulations to ensure the health and safety of workers.

1) Ministry of Labour

The Ministry of Labour holds primary responsibility for overseeing workplace safety, working conditions, and labour protection across all industries.

1.1 The Occupational Safety, Health, and Environment Act, B.E. 2554 (2011) This act is supervised by the Department of Labour Protection and Welfare (DLPW) under the Ministry of Labour. The law requires employers to establish, manage, and implement safety, occupational health, and environmental measures. These measures include compliance with various ministerial regulations associated with this Act.

Ministerial Regulation on Establishing Standards for Health Examinations of Employees Working with Risk Factors, B.E. 2563 (2020) This regulation is under The Occupational Safety, Health, and Environment Act, B.E. 2554 and outlines the requirements for employee health checkups. Employers must conduct health examinations for employees exposed to risk factors at the following intervals:

1. **Initial Health Examination:** Conducted within 30 days of the employee starting work.
2. **Annual Health Examination:** Performed once every year.
3. **Job Transfer Health Examination:** Required when an employee changes to a role involving different risk factors.

According to the regulation, these health examinations must be carried out by occupational health physicians or doctors who have completed basic occupational health training. Employers are also required to maintain employees' health examination records based on risk factors for specific periods:

- For general risk factors: Records must be kept for at least **two years** from the end of employment.
- For work involving carcinogenic substances: Records must be retained for at least **ten years** from the end of employment.

Employers are responsible for conducting these examinations and ensuring compliance with the law. If a health examination reveals an abnormality related to work conditions, the employer must report the case to the DLPW within **30 days** of detecting the abnormality.

Furthermore, under the **Occupational Safety, Health, and Environment Act, B.E. 2554**, employers are required to:

- Inform and train employees about potential work-related hazards before they begin work, change roles, or move to a new workplace.
- Ensure that employees wear personal protective equipment (PPE) that meets approved standards.

Currently, there is no legal requirement for health examinations before employment termination. However, employers remain responsible for maintaining a safe working environment and monitoring employees' health to mitigate occupational risks.

1.2 The Workmen's Compensation Act, B.E. 2537 (1994)

This Act is supervised by the Social Security Office (SSO) under the Ministry of Labour. If an employee (a formal worker covered under Article 33 of social insurance) is diagnosed with an occupational disease or suffers a work-related injury or illness, they are entitled to compensation for medical treatment, rehabilitation, and loss of income. Compensation is provided through the Workmen's Compensation Fund (WCF).

Employers may face increased contribution rates to the WCF if negligence or unsafe workplace conditions result in occupational illnesses.

2) Ministry of Industry

The Ministry of Industry plays a key role in ensuring safety, particularly concerning buildings, premises, machinery, and equipment, while also regulating hazardous substances.

For example, the **Hazardous Substances Act**, under the supervision of the Department of Industrial Works, is a law that regulates and oversees the importation, use, storage, transportation, and related activities involving hazardous chemicals.

3) Ministry of Public Health

The Ministry of Public Health is the primary agency responsible for public health. It also plays a significant role in occupational health and safety, particularly in medical services, including health surveillance, and the treatment and care of workers injured or affected by work-related illnesses.

The Occupational and Environmental Diseases Control Act, B.E. 2562 (2019) is supervised by the Department of Disease Control (DDC). This law focuses on health surveillance and managing occupational diseases identified as significant national health concerns. Currently, it targets five key occupational diseases:

- Silicosis
- Asbestosis
- Lead Poisoning
- Pesticide Poisoning
- Illness from Confined Spaces

A system has been implemented to require the reporting of health examination results, case investigations, and case management related to these diseases. The Act also regulates healthcare service units that provide occupational medicine services, including conducting health check-ups for employees in workplaces and informal workers. These services must meet the required standards, and healthcare service units must be registered with the Department of Disease Control.

3.2 National OSH Research Program or Institutes Related to Occupational and Environmental Health

Although Thailand does not yet have a dedicated National OSH Institute, several agencies and programs fulfill similar roles:

- 1) **Safety and Health at Work Promotion Association (SHAWPAT), Ministry of Labour:** Promotes workplace safety through research and training.
- 2) **The Division of Occupational and Environmental Diseases (DOED), Department of Disease Control, ministry of public health:** Plays a key role in monitoring and preventing occupational and environmental diseases in Thailand. Its responsibilities include research and policy development, disease surveillance and data collection, advising the government, and training personnel to enhance capacity. The division also implements preventive programs for at-risk workers, focusing on diseases caused by silica dust, asbestos, and pesticides. Additionally, DOED collaborates with international organizations such as WHO and ILO to align with global standards.

- 3) **Nopparat Rajathanee Hospital, Department of Medical Services, ministry of public health:** Plays a vital role in the Occupational Medicine Center by providing health check-ups, diagnosing, and treating work-related diseases while promoting health and preventing workplace risks. The hospital also conducts research and development on occupational diseases and the health impacts of environmental factors. Additionally, it offers training and capacity-building programs for medical professionals in occupational medicine. The hospital supports the development of policies and standards for worker health to enhance safety and quality of life in workplaces.
- 4) **University Hospitals:** Many university hospitals in Thailand continuously conduct research and develop occupational health services to enhance the health and safety of personnel and workers in various workplaces. For example, studies focus on developing occupational health education models in hospitals based on the needs of nursing staff.

3.3. Occupational Disease

3.3.1 The Situation of Work-Related Injuries or Illnesses from 2019 to 2023 (28)

The number of employees experiencing work-related injuries or illnesses decreased during the period from 2019 to 2023. In 2019, there were 94,906 cases, which declined to 81,509 cases in 2023.

Regarding the severity of these injuries, the average data from 2019 to 2023 revealed the following breakdown:

- Most cases involved work absences of no more than 3 days, accounting for 68.31% annually.
- Cases with absences exceeding 3 days accounted for 29.80% annually.
- Partial loss of limbs accounted for 1.15% annually.
- Fatalities accounted for 0.73% annually.
- Disability cases accounted for 0.02% annually.

3.4 Work-Related Injuries or Illnesses (2019-2023)

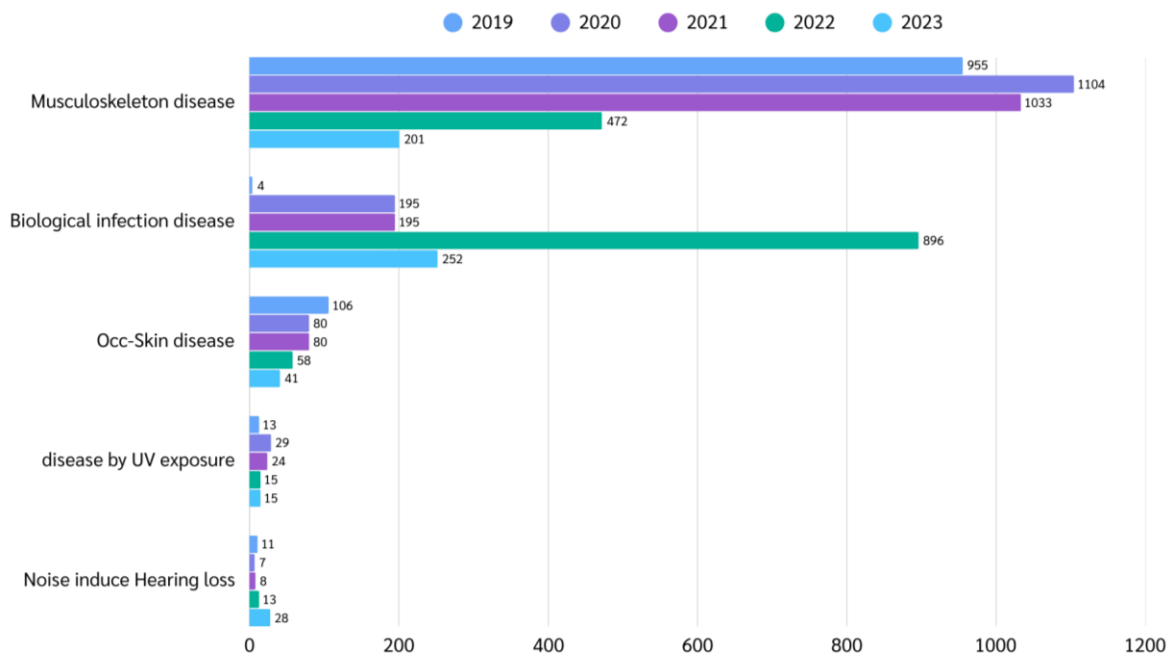
The majority of cases occurred in Bangkok, accounting for an average of 25.70% annually. The leading cause of injuries was cutting/piercing objects, averaging 23.99% annually. The most common factor contributing to injuries was objects or materials, averaging 42.21% annually.

- Body part most commonly injured: Fingers/thumbs, averaging 30.28% annually.
- Most common injury type: Deep cuts, averaging 41.96% annually.

- Most common occupational illness: Musculoskeletal and bone structure disorders related to work, averaging 0.90% annually.

The top five occupational diseases with the highest incidence of work-related injuries or illnesses from 2019 to 2023 are as follows:

1. Musculoskeletal and skeletal system disorders caused by work: Over the 5-year average, 3,765 employees were affected annually, accounting for 0.90% of all reported cases per year.
2. Diseases caused by biological factors: A total of 1,542 employees were affected annually, representing 0.37% of cases per year.
3. Skin diseases caused by physical, chemical, or biological factors: A total of 375 employees were affected annually, accounting for 0.09% of cases per year.
4. Diseases caused by ultraviolet light exposure: A total of 124 employees were affected annually, representing 0.03% of cases per year.
5. Hearing loss caused by noise: A total of 57 employees were affected annually, accounting for 0.01% of cases per year.



Occupational disease in 2023	number
Diseases caused by chemicals	0
Diseases caused by physical factors	
Noise induce hearing loss	28
Diseases caused by Heat	1
Diseases caused by ultraviolet light	43
Diseases caused by biological factors	252
Respiratory system diseases caused by work	
Pneumoconiosis group (e.g., silicosis, asbestosis)	11
Other respiratory system diseases proven work-related	1
Skin diseases caused by work	
Diseases caused by physical, chemical, or biological factors	41
Other skin diseases proven work-related	13
Musculoskeletal and skeletal system disorders caused by work	201
Occupational cancers caused by work	0
Other diseases proven work-related	2
Total	593

3.5 Statistic

3.5.1 Occupational Health Check-Up

Specific statistics on the number of occupational health check-ups conducted annually are limited; however, in Thailand, it is mandatory for all employees exposed to occupational hazards to undergo health check-ups. This requirement falls under the **Occupational Safety, Health, and Environment Act, 2554 B.E. (2011 A.D.)**, overseen by the Ministry of Labour.

3.5.2 Occupational Disease Data

1. **Health Data Center, Ministry of Public Health:** The **Health Data Center (HDC)** is a large-scale database system managed by the Ministry of Public Health that collects health information about the population nationwide. It is used for planning, policy-making, and public health management. The surveillance and management of occupational and environmental diseases are carried out by the **The Division of Occupational and Environmental Diseases (DOED)**, under the Department of

Disease Control, Ministry of Public Health. The data is gathered from healthcare facilities across the country that diagnose work-related diseases.

The surveillance primarily focuses on major national issues, including:

1. Pesticide poisoning
2. Heavy metal poisoning
3. Lead poisoning
4. Mercury and compound poisoning
5. Respiratory diseases
6. Chronic lower respiratory diseases
7. Work-related ischemic heart disease
8. Work-related injuries
9. Silicosis
10. Asbestos-related conditions
11. Mesothelioma
12. Noise-induced hearing loss
13. Organic solvent poisoning
14. Work-related musculoskeletal disorders
15. Asthma
16. Occupational skin diseases

Additionally, lung function screening, chest X-ray examinations, and occupational vision tests for the working population are also included in surveillance efforts.

2. The Workmen's Compensation Fund Office

The Workmen's Compensation Fund Office is an agency under the Social Security Office, Ministry of Labour, responsible for providing protection to employees who suffer from work-related injuries, illnesses, disabilities, or fatalities. Employers are required to contribute to the compensation fund to ensure that employees receive benefits in case of workplace accidents or occupational diseases.

The Workmen's Compensation Fund Office also collects data on employees who receive compensation for work-related diseases.

Additionally, the office publishes statistics on work-related injuries and occupational diseases annually.

4. Conclusion

The country has approximately 40 million employed individuals, divided into formal and informal workers, with the Ministry of Labour as the main agency responsible for overseeing, supporting, and protecting workers' rights and benefits. Key laws related to occupational health and safety include the **Occupational Safety, Health, and Working Environment Act B.E. 2554 (2011)**, enforced by the Department of Labour Protection and Welfare, which mandates employers to ensure a safe working environment and conduct pre-placement, annual, and risk-related health examinations for employees exposed to hazardous chemicals, noise, heat, radiation, or other occupational risks. If abnormal health results are detected, the employer must notify both the employee and the Department of Labour Protection and Welfare.

The **Social Security Act B.E. 2533 (1990)**, regulated by the Social Security Office, establishes a social security system providing healthcare, unemployment compensation, maternity benefits, child allowance, and retirement pensions. This law applies to employees in establishments with at least one worker, regardless of nationality, ensuring equal benefits for Thai and legally employed foreign workers.

Additionally, the **Workmen's Compensation Fund Act B.E. 2537 (1994)**, also regulated by the Social Security Office, provides compensation for work-related injuries or illnesses for employees under Section 33. Furthermore, the Ministry of Public Health, through the Department of Disease Control, introduced the **Occupational and Environmental Disease Control Act B.E. 2562 (2019)** to monitor and prevent major occupational diseases affecting the country. It also ensures that occupational health service providers comply with standardized regulations and mandates their registration with the Department of Disease Control.

While Thai and foreign workers in Thailand are protected, monitored, and required to undergo annual health screenings, there is no existing system to track the health status of Thai workers employed abroad, whether during their employment overseas or after retirement or returning home. This lack of a monitoring system remains a critical issue for this group of workers.

Reference

1. Thailand.go.th. (n.d.). Issue Focus. https://thailand.go.th/issue-focus-detail/009_141
2. Worldometer. (n.d.). Thailand Map. <https://www.worldometers.info/maps/thailand-map/>
3. Bureau of Registration Administration. (n.d.). Population Statistics.
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/sumyear.php>
4. Board of Investment of Thailand. (n.d.). Demographics.
<https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic&language=en>
5. Bank of Thailand. (n.d.). Economic Statistics.
https://app.bot.or.th/BTWS_STAT/statistics/BOTWEBSTAT.aspx?reportID=638&language=eng
6. Ministry of Labour, Thailand. (n.d.). Labour Force Construction Program.
<https://www.mol.go.th/แนะนำกระทรวงแรงงาน/โครงสร้างกระทรวงแรงงาน>
7. Office of Insurance Commission. (n.d.). Insurance Report.
<https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER66/DRAWER004/GENERAL/DATA0000/00000221.PDF>
8. Parliament of Thailand. (n.d.). Parliamentary Records 2558.
https://old.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=51833&filename=house2558
9. Social Security Office, Thailand. (n.d.). Infographic Report.
https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/sso-infographic_sub_category_cover-view_1_127_710
10. Parliament of Thailand. (n.d.). Index Report.
https://old.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=74860&filename=index
11. Puey Ungphakorn Institute for Economic Research. (2020). Abridged Report 2020.
<https://www.pier.or.th/abridged/2020/19/>
12. Ministry of Labour, Japan. (2018). Summary of Labour Market Data in Japan.
<https://japan.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/3/2018/10/สรุปข้อมูลสถานการณ์ตลาดแรงงานในประเทศญี่ปุ่น.pdf>
13. Ministry of Labour, Thailand. (2024). Labour Market Warning System.
<http://warning.mol.go.th/uploadFile/pdf/pdf-2024-01-12-1705032645.pdf>
14. International Labour Organization. (n.d.). Labour Market Report.
https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/documents/publication/wcms_bk_pb_309_en.pdf

15. National Statistical Office of Thailand. (n.d.). Health System in Thailand Report.
https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน_2565/fullreport_hospital_65.pdf
16. Ministry of Public Health, Thailand. (n.d.). Health Report 2022.
https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20221108041847.pdf
17. Department of Medical Services, Thailand. (n.d.). Medical Training Document.
<http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/946/59b9e7946b9dd575274016.pdf>
18. Statista. (n.d.). Health in Thailand. <https://www.statista.com/topics/5731/health-in-thailand/#topicOverview>
19. Department of Disease Control, Thailand. (n.d.). Public Health Data Report.
https://dcd.hss.moph.go.th/web/attachments/article/248/151217_042853.pdf
20. Centre for Social and Economic Progress. (2022). Health System in Thailand. <https://csep.org/wp-content/uploads/2022/11/Health-System-in-Thailand.pdf>
21. The Healthcare Accreditation Institute (HAI), Thailand. (n.d.). Healthcare Standards.
<https://www.ha.or.th/EN/Home>
22. World Health Organization. (n.d.). Integrated Health Services. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services>
23. The Healthcare Accreditation Institute (HAI), Thailand. (n.d.). Healthcare Accreditation Guidelines.
<https://www.ha.or.th/EN/Contents/มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ%20HA#>
24. The Medical Council of Thailand. (n.d.). Registration Process. [Process_(How_to_Register-revision)_9-11-64.pdf]
25. The Medical Council of Thailand. (n.d.). The Medical Council of Thailand official website.
<https://www.tmc.or.th/>
26. The Association of Occupational and Environmental Disease of Thailand. (n.d.). AOED official website. <https://www.aoed.org/>
27. Ministry of Labour, Thailand. (n.d.). Employment map in Thailand.
<https://eform.labour.go.th/dlpwMapWeb/map/thailand.jsp>
28. Social Security Office, Thailand. (n.d.). Social Security Statistics.
https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_745

29. Ministry of Public Health, Thailand. (n.d.). Hospital Statistics Report.
https://ohems.ddc.moph.go.th/hos/public/p_chart.php
30. The Coverage. (2023). Employment Regulation Report.
<https://www.thecoverage.info/sites/default/files/attach-files/2023-02/prakaskrathrwngaernngan.pdf>
31. Royal Gazette, Thailand. (2020). Employment Law Amendment.
https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/080/T_0030.PDF
32. Environmental Management & Technology Project. (n.d.). Environmental Report.
http://www.envimtp.com/info_pic/T_0045.pdf
33. Social Security Office, Thailand. (n.d.). Social Security System Overview.
https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/1675d2a95c38687dd649989003beb08a.pdf
34. National Statistical Office of Thailand. (2023). Annual Statistical Report.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/upload_file/2023/20231214120252_84926.pdf
35. Ministry of Labour, Japan. (2024). Summary of Japanese Labour Market 2025.
<https://japan.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/3/2024/09/สรุปข้อมูลตลาดแรงงานในประเทศญี่ปุ่น-As-of-Jan-2025.pdf>
36. Department of Employment, Thailand. (n.d.). Thai Employment in Foreign Countries.
https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/lmia_th/a4ff3d1c306f67e89eb6fd88be6bdab3.pdf
37. Royal Thai Embassy, Ho Chi Minh City. (n.d.). Thai Employment Abroad.
<https://hochiminh.thaiembassy.org/th/page/34926-การจ้างแรงงานไทยในต่างประเทศ?menu=5d80ab3215e39c2fe800a76d>

appendix

List of Occupational Diseases

Ministry of Labour announcement concerning occupational diseases caused by work conditions or activities, and in accordance with Sections 6 and 14 of the **Workmen's Compensation Act B.E. 2537 (1994)**, the Ministry of Labour hereby declares: 30

1. Specification of Diseases Caused by Chemical/Pathogen Exposure or Work Environments:

1.1 Diseases Caused by Chemical Exposure

- 1) **Beryllium or its compounds** (Diseases caused by beryllium or its compounds)
- 2) **Cadmium or its compounds** (Diseases caused by cadmium or its compounds)
- 3) **Phosphorus or its compounds** (Diseases caused by phosphorus or its compounds)
- 4) **Chromium or its compounds** (Diseases caused by chromium or its compounds)
- 5) **Manganese or its compounds** (Diseases caused by manganese or its compounds)
- 6) **Arsenic or its compounds** (Diseases caused by arsenic or its compounds)
- 7) **Mercury or its compounds** (Diseases caused by mercury or its compounds)
- 8) **Lead or its compounds** (Diseases caused by lead or its compounds)
- 9) **Fluorine or its compounds** (Diseases caused by fluorine or its compounds)
- 10) **Carbon disulfide** (Diseases caused by carbon disulfide)
- 11) **Halogen derivatives of hydrocarbons** (Diseases caused by halogen derivatives of aliphatic or aromatic hydrocarbons)
- 12) **Benzene or its homologues** (Diseases caused by benzene or its homologues)
- 13) **Nitro- and amino- derivatives of benzene or its homologues** (Diseases caused by nitro- and amino- derivatives of benzene or its homologues)
- 14) **Nitroglycerin or other nitric acid esters** (Diseases caused by nitroglycerine or other nitric acid esters)
- 15) **Alcohols, glycols, or ketones** (Diseases caused by alcohols, glycols, or ketones)
- 16) **Asphyxiants like carbon monoxide, hydrogen sulfide, and hydrogen cyanide or their compounds** (Diseases caused by asphyxiants like carbon monoxide, hydrogen sulfide, hydrogen cyanide or their derivatives)
- 17) **Acrylonitrile** (Diseases caused by acrylonitrile)
- 18) **Oxides of nitrogen** (Diseases caused by oxides of nitrogen)
- 19) **Vanadium or its compounds** (Diseases caused by vanadium or its compounds)
- 20) **Antimony or its compounds** (Diseases caused by antimony or its compounds)

- 21) **Hexane** (Diseases caused by hexane)
- 22) **Mineral acids** (Diseases caused by mineral acids)
- 23) **Pharmaceutical agents** (Diseases caused by pharmaceutical agents)
- 24) **Nickel or its compounds** (Diseases caused by nickel or its compounds)
- 25) **Thallium or its compounds** (Diseases caused by thallium or its compounds)
- 26) **Osmium or its compounds** (Diseases caused by osmium or its compounds)
- 27) **Selenium or its compounds** (Diseases caused by selenium or its compounds)
- 28) **Copper or its compounds** (Diseases caused by copper or its compounds)
- 29) **Platinum or its compounds** (Diseases caused by platinum or its compounds)
- 30) **Tin or its compounds** (Diseases caused by tin or its compounds)
- 31) **Zinc or its compounds** (Diseases caused by zinc or its compounds)
- 32) **Phosgene** (Diseases caused by phosgene)
- 33) **Corneal irritants like benzoquinone** (Diseases caused by corneal irritants like benzoquinone)
- 34) **Ammonia** (Diseases caused by ammonia)
- 35) **Isocyanates** (Diseases caused by isocyanates)
- 36) **Pesticides** (Diseases caused by pesticides)
- 37) **Sulphur oxides** (Diseases caused by sulphur oxides)
- 38) **Organic solvents** (Diseases caused by organic solvents)
- 39) **Latex or latex-containing products** (Diseases caused by latex or latex-containing products)
- 40) **Chlorine** (Diseases caused by chlorine)
- 41) **Other chemicals or compounds not listed above** — as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund.

1.2 Diseases Caused by Physical Factor

- 1) Hearing impairment caused by noise
- 2) Diseases caused by vibration, including disorders of muscles, tendons, bones, joints, peripheral blood vessels, or peripheral nerves.
- 3) Diseases caused by compressed or decompressed air
- 4) Diseases caused by ionizing radiations
- 5) Diseases caused by non-ionizing radiations, such as ultraviolet, visible light, infrared, and laser radiation
- 6) Diseases caused by exposure to extreme temperatures, whether excessively low or high.

- 7) Other diseases caused by physical factors not specified in items 1-6, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

1.3 Diseases Caused by Biological Agents and Infections

- 1) Brucellosis
- 2) Hepatitis viruses
- 3) HIV infection (Human Immunodeficiency Virus)
- 4) Tetanus
- 5) Tuberculosis
- 6) Toxic or inflammatory syndromes associated with bacterial or fungal contaminants.
- 7) Anthrax
- 8) Leptospirosis
- 9) Other diseases caused by biological agents or infections not listed in items 1-8, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

2. Diseases Related to Work Affecting Organs or the Body's Systems and Mental Health

2.1 Respiratory Diseases Caused by Work

- 1) Pneumoconioses caused by fibrogenic mineral dust, such as silicosis, anthracosilicosis, and asbestosis.
- 2) Silicotuberculosis.
- 3) Pneumoconioses caused by non-fibrogenic mineral dust.
- 4) Siderosis.
- 5) Bronchopulmonary diseases caused by hard-metal dust.
- 6) Byssinosis.
- 7) Bagassosis.
- 8) Asthma caused by recognized sensitizing agents or irritants inherent to the work process.
- 9) Extrinsic allergic alveolitis caused by inhaling organic dusts or microbially contaminated aerosols arising from work activities.
- 10) Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) caused by inhaling coal dust, quarry dust, wood dust, agricultural dust, animal stable dust, textile dust, or paper dust from work activities.
- 11) Diseases of the lung caused by aluminium.

- 12) Upper airways disorders caused by recognized sensitizing agents or irritants inherent to the work process.
- 13) Other respiratory diseases not specified in items 1-12, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

2.2 Skin Diseases

- 1) Allergic contact dermatitis and urticaria, caused by allergy-provoking agents arising from work activities.
- 2) Irritant contact dermatitis, caused by recognized irritant agents arising from work activities.
- 3) Vitiligo, caused by recognized agents arising from work activities.
- 4) Other skin diseases not specified in items 1-3, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

2.3 Musculoskeletal Disorders

- 1) Radial styloid tenosynovitis, caused by repetitive movements, forceful exertion, and extreme wrist postures.
- 2) Chronic tenosynovitis of the hand and wrist, caused by repetitive movements, forceful exertion, and extreme wrist postures.
- 3) Olecranon bursitis, caused by prolonged pressure on the elbow region.
- 4) Prepatellar bursitis, caused by prolonged kneeling.
- 5) Epicondylitis, caused by repetitive and forceful work using the arm and elbow.
- 6) Meniscus lesions, caused by prolonged kneeling or squatting.
- 7) Carpal tunnel syndrome, caused by repetitive or forceful hand and wrist movements, vibration, or extreme wrist postures over extended periods.
- 8) Other musculoskeletal disorders not specified in items 1-7, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

2.4 Mental and Behavioral Disorders

- 1) Post-traumatic stress disorder (PTSD).
- 2) Other mental or behavioral disorders, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

(3) Occupational Cancers Caused by Work

- 1) Asbestos (fibrous minerals).
- 2) Benzidine and its salts.
- 3) Bis-chloromethyl ether (BCME).

- 4) Chromium VI compounds.
- 5) Coal tars, coal tar pitches, or soots.
- 6) Beta-naphthylamine.
- 7) Vinyl chloride.
- 8) Benzene.
- 9) Toxic nitro- and amino-derivatives of benzene or its homologues.
- 10) Ionizing radiations.
- 11) Tar, pitch, bitumen, mineral oil, anthracene, or the compounds, products, or residues of these substances, including materials such as asphalt or paraffin oil.
- 12) Coke oven emissions.
- 13) Nickel compounds.
- 14) Wood dust.
- 15) Arsenic and its compounds.
- 16) Beryllium and its compounds.
- 17) Cadmium and its compounds.
- 18) Erionite.
- 19) Ethylene oxide.
- 20) Hepatitis B virus (HBV) and Hepatitis C virus (HCV).
- 21) Cancers caused by other factors not listed in items 1-20, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

(4) **Other Diseases Related to Work:** Diseases proven to result from the nature or conditions of work, as determined by the Medical Committee under the Compensation Fund to have been caused by work.

employees that involve exposure to risk factor (Hazard), as outlined below. Health check-ups must be conducted within the specified timeframes. Preplacement, periodic and risk Job transfer (31.32)

1. Chemical hazards

1.1. Hazardous Chemicals in the Group of Organic Solvents:

- 1.1.1. Glycol
- 1.1.2. Glutaraldehyde
- 1.1.3. Chloroform
- 1.1.4. Ketones and methyl ethyl ketone
- 1.1.5. Naphtha
- 1.1.6. Benzidine and benzidine salts
- 1.1.7. Benzene and benzene derivatives, such as xylene, toluene, styrene
- 1.1.8. Benzoquinone
- 1.1.9. Bis(chloromethyl) ether
- 1.1.10. Beta-naphthylamine
- 1.1.11. Propane
- 1.1.12. Formaldehyde
- 1.1.13. Phenol
- 1.1.14. Methanol
- 1.1.15. Methylene chloride
- 1.1.16. Methyl isocyanate
- 1.1.17. Trichloroethylene
- 1.1.18. Acrylonitrile
- 1.1.19. Acetone
- 1.1.20. Acetonitrile
- 1.1.21. Ether
- 1.1.22. Ethyl acetate
- 1.1.23. Ethylene dichloride
- 1.1.24. Isopropyl alcohol
- 1.1.25. Hexane and its derivatives, such as cyclohexanone
- 1.1.26. Hydroquinone

1.2. Hazardous Chemicals in the Group of Gases:

- 1.2.1. Chlorine or chlorine compounds
- 1.2.2. Carbon monoxide
- 1.2.3. Sulfur dioxide
- 1.2.4. Phosgene
- 1.2.5. Fluorine or fluorine compounds
- 1.2.6. Vinyl chloride
- 1.2.7. Oxides of nitrogen
- 1.2.8. Ethylene oxide
- 1.2.9. Ammonia
- 1.2.10. Hydrogen sulfide
- 1.2.11. Hydrogen cyanide or its compounds

1.3. Hazardous Chemicals in the Form of Dust, Fumes, or Metal Powders:

- 1.3.1. Cadmium or its compounds
- 1.3.2. Cobalt or its compounds
- 1.3.3. Chromium or its compounds
- 1.3.4. Silver
- 1.3.5. Selenium or its compounds
- 1.3.6. Tin or its compounds
- 1.3.7. Lead or its compounds
- 1.3.8. Copper or its compounds
- 1.3.9. Thallium or its compounds
- 1.3.10. Nickel or its compounds
- 1.3.11. Beryllium or its compounds
- 1.3.12. Mercury or its compounds
- 1.3.13. Antimony or its compounds
- 1.3.14. Manganese or its compounds
- 1.3.15. Vanadium or its compounds
- 1.3.16. Zinc or its compounds
- 1.3.17. Arsenic or its compounds

- 1.3.18. Iron
- 1.3.19. Aluminum or its compounds
- 1.3.20. Osmium or its compounds
- 1.4. **Hazardous Chemicals in the Group of Acids:**
 - 1.4.1. Sulfuric acid
 - 1.4.2. Mineral acids
 - 1.4.3. Nitric acid
- 1.5. **Hazardous Chemicals in the Group of Pesticides:**
 - 1.5.1. Organophosphates
 - 1.5.2. Carbamates
- 1.6. **Other Hazardous Chemicals:**
 - 1.6.1. Carbon disulfide
 - 1.6.2. Silica
 - 1.6.3. Coal and coal fumes
 - 1.6.4. Mineral oils
 - 1.6.5. Coal tar pitches
 - 1.6.6. Shale oils
 - 1.6.7. Phosphorus or its compounds
 - 1.6.8. Glass fiber
 - 1.6.9. Dioxins
 - 1.6.10. Asbestos (fibrous minerals)
- 2. **Biological Hazards:**
 - 2.1. Toxic microorganisms such as viruses, bacteria, fungi, or other biological agents.
- 3. **Radioactive Materials**
- 4. **Physical Factors:**
 - 4.1. Extreme heat or cold, vibration, atmospheric pressure, light, or noise.
- 5. **Other Environmental Factors:**
 - 5.1. Factors potentially hazardous to employee health, such as cotton dust, wood dust, or fumes from combustion.

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
分担研究報告書

健康管理手帳制度による健康診断の
インドネシアでの実施のための研究

研究分担者

J-P Naw Awn

高知大学 医学部 特任助教

3. 健康管理手帳制度による健康診断のインドネシアでの実施のための研究

研究分担者: J-P Naw Awn 高知大学 医学部 特任助教

研究協力者: 梶木 繁之 産業医科大学, 産業保健コンサルティングアルク

研究要旨

【目的】

インドネシアは、東南アジア諸国の中核的な国で、世界の人口でも第 4 位を占める大国である。若年層の人口の増加により、今後も国全体の人口の増加が見込まれている。我が国の外国人労働者に占める割合も上位に位置し、今後は技能実習生としての渡航者のさらなる増加も見込まれる。今年度は、帰国するインドネシア人移民労働者に対する健康診断導入の必要性和実装可能性を明らかにするため、インドネシアの医療関係者を対象にフォーカスグループ討論（FGD）を実施し、制度設計に必要な規制・技術・財政面の課題と対策を整理した。

【方法】

FGD を用いた質的研究を実施した。移民労働者保健サービスに関与する省庁・専門職団体・学術機関・医療提供者（一次～三次医療）から目的抽出法で参加者を募集し、施設タイプと地理的位置に基づく 5 群のフォーカスグループ（計 62 名）を構成した。半構造化ガイド（現状、課題、価値、提言）に基づき対面またはオンラインで実施し、録音・逐語化した。分析はフレームワーク分析と系統的テキスト凝縮法（STC）により、演繹・帰納コードを統合してテーマ化した。

【結果】

全グループで、帰国移民労働者の健康を守るための健康診断の緊急性・必要性に強い合意が得られた。主要課題として、①健康リスク評価を含む職業用健康診断プロトコルの標準化、②産業医等の専門資源不足、③日本の健康管理手帳（nPHR）を含む全階層の医療・健康データの階層間データ相互運用性の欠如、④PJK3/PJTKI（労働者派遣事業者）が帰国後継続健診を提供する場合に、病院認証を受ける上でボトルネックとなる非効率な申請制度、が抽出された。これらを踏まえ、全国電子健康記録（EHR）/ 個人健康記録（PHR）データ相互運用性基盤（全国健康データ共有システム）とオンライン単回申請（OSS）型の病院認証システムの整備等の政策示唆を整理した。

【考察】

帰国後継続健診をインドネシアで実装するには、継続的健康監視の国際モデルを参照しつつ、規制（義務化・役割定義）、技術（全国健康データ共有システム・nPHR 統合）、

運用（専門人材・高度診断機器の確保）を同時に整備するセクター間連携が不可欠である。特に、地方部の人的資源格差と診断インフラ不足を補うための人材育成と共有インフラ投資が優先課題である。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、日本の健康管理手帳（nPHR）制度を参考に、海外就労を終えて帰国するインドネシア人移民労働者に対し、職業性疾患の早期発見・治療につながる標準化された帰国後継続健診を導入するための課題（必要性、実現可能性、障壁）と、実装に必要な規制・技術・財政枠組みおよび戦略的ステップを明確化することである。

B. 研究方法

研究デザインは質的研究とし、フォーカスグループ討論（FGD）によりデータを収集した。参加者は移民労働者保健政策・サービス提供に関する専門性と意思決定権限を有する関係者を対象に、目的抽出法で募集した。施設タイプと地理的環境の差異を反映させるため、(1)国の医療・労働衛生機関/専門職団体、(2)首都圏 A-B 型病院、(3)首都圏 C-D 型病院、(4)首都圏外 A-B 型病院、(5)首都圏外 C-D 型病院の 5 群を設定した。半構造化ガイド（現状、課題、価値、提言）に基づき、対面またはオンラインで約 90 分実施し、録音・逐語化した。分析はフレームワーク分析と STC（脱文脈化→凝縮→一般化→統合）を併用し、テーマ別マトリックスで群間比較を行った。

C. 研究結果

参加者は帰国後継続健診制度の導入を『必須の専門サービス』として支持し、出国前スクリーニング中心の現行体制の限界を指摘した。一方で、実装上の課題として、(a)認定産業医の不足（特に首都圏外で顕著）と一般医への委任、(b)HRCT 等の高度診断機器・操作者不足と移動サービスの物流課題、(c)市町村から中央政府レベルまでの国内の全ての階層の医療機関の電子健康記録（EHR）から、nPHR を含む個人健康記録（PHR）までを統合・管理するデータ相互運用性の欠如、(d)帰国後継続健診の提供組織の候補である PJK3/PJTKI（労働者派遣事業者）が病院認証を得ようとする場合にボトルネックとなる非効率な病院認証制度、が繰り返し言及された。統合結果として、①健康リスク評価に基づく職業用健康診断プロトコルの国家レベルでの規制化、②専門人材ネットワークと高度診断資源への戦略的投資、③全国 EHR/PHR データ相互運用性基盤（全国健康データ共有システム）とオンライン単回申請（OSS）型病院認証システムの導入、の 3 点を中核的な政策提言として整理した。

D. 考察

本研究は、帰国後継続健診の必要性に関する強い合意（全群での収束）と、実装を阻害する『運用・技術・制度』の複合的障壁を同時に示した点に意義がある。とりわけ、地方部での産業医不足と診断インフラ不足は、制度を『設計するだけ』では機能しないことを示唆している。また、全階層の医療・健康データの階層間データ相互運用性の欠如は、nPHR の保護機能を帰国後に継続できないというガバナンス上の失敗であり、国家レベルのデータ統合と運用ルール（アクセス権限、標準項目、セキュリティ）整備が前提となる。以上より、帰国後継続健診実装は、保健・労働・移住・デジタルのセクター横断で規制・技術・投資を同時に整備する協調的アプローチが求められる。

E. 結論

日本からの帰国移民労働者に対する健康診断は、インドネシアにおける職業性疾患の早期発見・治療遅延の解消に資する重要な政策介入である。導入に向けては、(1)健康リスク評価を含む標準化された健診プロトコルの国家レベルでの規制化、(2)専門人材と高度診断資源への戦略投資、(3)全国健康データ共有システムと効率化されたオンライン病院認証システム、を優先して整備する必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. A Comparative Review of Health Care and Occupational Health Systems Across Selected Asian Countries. *Environ Occup Health Pract.* (Accepted)
2. Adi NP, Levina A, Rahadi AR, Devana ND, Mansyur M, Indriyati LH, Kajiki S, Eitoku M. Health Checkup Initiatives for Returning Indonesian Migrant Workers. *Environ Occup Health Pract.* (Accepted)
3. Devana ND, Levina A, Rahadi AR, Adi NP, Mansyur M, Indriyati LH, Kajiki S, J-P NA, Eitoku M. Indonesian Perspectives in a Healthcare Focus Group Discussion on Initiating Health Checkups for Returning Migrant Workers : A Preliminary Report. *Environ Occup Health Pract.* (Submitted)

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

引用論文・参考文献

1. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(7):e872-e882.
2. International Organization for Migration IOrganization. *World Migration Report 2024*. United Nations Research Institute for Social Development; 2024.
3. Khoe LC, Mansyur M, Wiseman V, Asante A. What explains the provision of health insurance by Indonesian employers? A trend analysis of the National Labour Force Survey 2018-2022. *Health Policy Plan*. 2024;39(7):741-752.
4. Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*.

2019;393(10166):75-102.

5. Yamaguchi H. Between Business and Intimacy. In: 2025:283-297.

6. Mansyur M. Occupational Health, Productivity and Evidence-Based Workplace Health Intervention. *Acta Med Philipp*. 2021;55(6).

7. Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato L, Yasamitsu-Lovell K, et al. The notebook of personal health record system in Japan: framework of post-retirement health checkups for those formerly employed in hazardous occupations. *Environ Occup Health Pract*. (Submitted)

8. Saraei M, Golshan M, Aminian O, Eftekhari S. Association between solvent exposure and depression among industrial workers. *J Public Health (Bangkok)*. 2022;30(4):953-958.

9. World Health Organization. *Health of Refugees and Migrants*. 2018. Accessed January 8, 2026. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-and-migrants-wpro-2018.pdf>

10. International Labour Office. *Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance*.

Published online 1998.

11. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 2018;392(10164):2606-2654.
12. Rantanen J, Lehtinen S, Iavicoli S. Occupational health services in selected International Commission on Occupational Health (ICOH) member countries. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(2):212-216.
13. Zhang Y, Xuan W, Chen S, Yang M, Xing H. The Screening and Diagnosis Technologies Towards Pneumoconiosis: From Imaging Analysis to E-Noses. *Chemosensors*. 2025;13(3):102.
14. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2025. World Health Organization; 2021.
15. Alanazi A, Anazi Y Al. The Challenges in Personal Health Record Adoption. *Journal of Healthcare Management*. 2019;64(2):104-109.
16. Daulay N. Decarbonizing Indonesia's Healthcare through Digital Health: Mapping Germany and Indonesia. [https://blog.csis.or.id/decarbonizing-](https://blog.csis.or.id/decarbonizing-indonesias-healthcare-through-digital-health-mapping-germany-and-indonesia-f97fb76e6505)

[indonesias-healthcare-through-digital-health-mapping-germany-and-indonesia-f97fb76e6505](https://blog.csis.or.id/decarbonizing-indonesias-healthcare-through-digital-health-mapping-germany-and-indonesia-f97fb76e6505). 2025.

17. Wasir R, Rahma FA, Ariyanto J, et al. Strengthening Health System Resilience through Digital Health: Challenges and Prospects in Indonesia's Rural and Remote Regions - A Scoping Review Protocol. *Open Public Health J*. 2025;18(1).
18. Office of Assistant to Deputy Cabinet Secretary for State Documents & Translation. Free Medical Check-up Program to Launch on February 10 . 2025.
19. Coleman K, Hamblin R. Can Pay-for-Performance Improve Quality and Reduce Health Disparities? *PLoS Med*. 2007;4(6):e216.

用語集

EHR (Electronic Health Record): 全国電子健康記録

FGD (Focus Group Discussion): フォーカスグループディスカッション

HRCT (High-Resolution Computed Tomography): 高解像度 CT

nPHR (Notebook of Personal Health Record): 健康管理手帳

OSH (Occupational Safety and Health): 労働安全衛生

OSS (Online Single Submission): オンライン

ライン単回申請

PHR (Personal Health Record): 個人
健康記録

PJK3 (Perusahaan Jasa Keselamatan
dan Kesehatan Kerja/Occupational
Safety and Health Services Company):
労働安全衛生サービス会社

PJTKI (Perusahaan Jasa Tenaga
Kerja Indonesia/Indonesian
Manpower Services Company): 海外労
働者送り出し機関

STC (Systematic Text Condensation):
系統的テキスト凝縮法

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
分担研究報告書

健康管理手帳制度による健康診断の
フィリピンでの実施のための研究

研究分担者

田村 太郎

高知大学 医学部 特任准教授・いずみの病院 内科

4. 健康管理手帳制度による健康診断のフィリピンでの実施のための研究

研究分担者: 田村 太朗 高知大学 医学部 特任准教授・いずみの病院 内科

研究協力者: Leli Hesti Indriyati 高知大学 医学部, ムハマディヤ教授ハムカ大学

研究要旨

【目的】

日本の労働力不足に対応する中で、フィリピンは TITP・SSW の主要送出国として重要性が高い。製造・建設等で有害因子ばく露の可能性がある一方、日本の健康管理手帳（nPHR）は帰国後の継続健診実施体制が未整備である。本研究は、フィリピンの医療制度（医療提供体制、医療財政、品質保証）、労働安全衛生（OSH）制度を把握し、帰国後の継続健診実施体制を実装する上での課題を抽出することを目的とした。

【方法】

政府資料・法令・統計および学術文献を用いた文献調査を実施し、医療制度（医療提供体制、医療財政、品質保証）、労働安全衛生制度を整理・比較した。また、制度間の接続可能性と帰国後継続健診の実装要件を評価した。

【結果】

医療提供体制は公的・私的部門の混合型で、保健省（DOH）が方針・規制、地方自治体（LGUs）が一次～二次医療を担い、1,351 病院と約 3,900 のプライマリ施設が稼働するが、病床は 1.0–1.3 床/1,000 人で伸び悩む。医師密度は流出の影響で低下しているが、看護職は高水準を維持している。医療財政は PhilHealth が国民全体を対象とする包括的な医療給付を提供する。品質保証は HFSRB のライセンスと PhilHealth の自動認定が連動し制度枠は整うが、地方での人員・設備不足が課題となっている。OSH は RA11058 等により事業場の OSH 管理と健診が義務化され、労働者災害補償委員会と社会保障庁が補償を運用する。

【考察】

医療制度、労働安全衛生制度は整備されているが、分権運用による地域格差、医師偏在、農村部の脆弱性、産業医不足が実装の制約である。

A. 研究目的

日本では労働力人口の減少に伴い、技能実習生 (TITP) および特定技能 (SSW) を中心とする外国人労働者への依存が

高まっている。フィリピンは早期に日本と協力覚書を締結した TITP の主要送出国の一つであり、製造・建設等の職場での就労を通じて有害要因へのばく露り

スクを抱える層を一定数含む。一方、日本の健康管理手帳（nPHR）は離職後の継続健診を制度趣旨とするが、帰国後の継続健診実施体制は整備途上である。そこで本調査は、フィリピンの医療制度（医療提供体制、医療財政、品質保証）、ならびに労災補償、産業保健人材の供給状況等の労働安全衛生（OSH）制度を把握し、日本の nPHR 制度と接続可能な帰国後継続健診実施体制を実装する上での課題を抽出することを目的とした。

B. 研究方法

フィリピンの医療制度（医療提供体制、医療財政、品質保証システム）および労働安全衛生制度の現状について文献調査を行った。

C. 研究結果

医療制度：医療提供体制

フィリピンの医療提供体制は、公的・私的部門が併存する混合型であり、1992 年地方自治法（RA 7160）によって大きく分権化された点が特徴である。国レベルでは保健省（DOH）が制度運営の基本方針、規制、医療機関の分類・基準策定を担う。一方で、一次・二次医療の提供は地方自治体（LGUs）が主体となり、 balan-gai 保健所（BHS）、地域保健ユニット（RHU）、市立・州立病院がそれぞれ地域住民にサービスを提供する。市は一次・二次医療双方の施設を保有でき、

地方ごとに医療提供能力に差が生じやすい構造となっている。

医療施設は全国で 1,351 の病院と 3,900 のプライマリケア施設（RHU/HC 等）が存在し、加えて私立病院や検査施設が都市部に集中する傾向がある。病床数は近年 1.0-1.3 床/1,000 人と停滞しており、特に農村部ではアクセスの制限が顕著である。人的資源では、医師密度が 2000 年の 11.9 人/1 万人から 2021 年には 7.9 人に減少しており、医師の海外流出が大きな要因とみられる。一方、看護・助産職は比較的高水準で推移し、2021 年には 47.9 人/1 万人に達している。

医療提供体制は分権化の恩恵として地域ニーズに応じた柔軟な対応を可能とする一方、地方政府の財政・人的資源に大きく依存するため、都市部と農村部の医療アクセス格差を生みやすい構造となっている。

医療制度：医療財政

フィリピンの医療財政について、全住民に対しては、フィリピン健康保険公社（PhilHealth）が国民健康保険プログラムを運営し、一般的な医療給付を提供している。2019 年の Universal Health Care Act により、PhilHealth は国民全体を対象とする保険給付の拡大と財源確保が強化され、保険料・一般財源・たばこ税等を財源として包括的な医療給付を提供する。PhilHealth は入院・外来

診療・予防サービスをカバーし、DOH 管轄の保健施設・サービス規制局 (HFSRB) が行う病院ライセンス制度と連動することで、医療施設の質・基準への適合性を確保している。

一方、労働者に対しては、労働者災害補償委員会 (ECC) 傘下の労働者災害補償制度 (ECP) および社会保障制度 (SSS) が、労働災害および職業病に対する給付を行っている。ECP は企業が拠出する保険料を財源とし、職業病・労働災害に伴う医療費、障害補償、死亡給付等を提供する。

医療制度：品質保証システム

フィリピンの医療品質保証システムは、DOH の下に設置された HFSRB が中心的役割を担う。HFSRB は公的・私的医療機関すべてを対象にライセンス取得を義務づけ、施設分類・基準・サービス要件を定めた規制の枠組みにて運用している。2011 年の行政規則により、DOH の基準を満たしてライセンスを取得した病院は、PhilHealth の保険医療機関として自動認定される仕組みが整備され、医療提供体制と保険給付体制の連携が強化された。

この制度により都市部の私立病院が高度医療を提供する一方で、地方の公立施設では人員不足や設備不足により質の確保が課題となっている。特に医師不足は顕著で、医師密度の低下は地方施設の

品質保証体制に影響を及ぼしている。また、フィリピン独自の産業医学専門教育制度は十分に整備されておらず、フィリピン産業医学会 (PCOM) の産業医学基本コース (BCOM) が実質的な産業保健人材育成の基盤となっているが、質の一貫性確保には課題が残っている。

総じて、フィリピンの品質保証システムは、制度的枠組みは存在するものの、人的・物的資源の地域偏在により、実際のサービス品質に大きな地域差が生じている点が特徴である。

労働安全衛生制度

フィリピンの労働安全衛生 OSH 制度は、労働雇用省 (DOLE) が中心となり、労働条件局 (BWC) による監督・監査、労働安全衛生センター (OSHC) による研修・技術支援、ECC による補償制度運営の三層構造で構成される。法制度の基盤は改正労働基準法 (PD 442) と 2018 年の Republic Act 11058 であり、これにより事業主の安全衛生管理義務と労働者の安全権が強化された。

各事業場は安全衛生委員会の設置、危険源の管理、職場巡視、訓練などを義務づけられ、医療監視としては雇入れ・定期・復職時の健康診断が規定される。さらに、Book IV Title II では労働者補償制度を明示し、公私問わず企業の拠出金によって運営される国家保険基金から業務上疾病・災害への給付が行われる。石綿関

連疾患は補償対象リストに明記されており、職業病補償の範囲が法的に保障されている。

制度面では整備が進む一方、課題として

(1) 地方自治体への権限分散による実施格差、(2) 産業保健人材の不足、(3) 農村部の施設・人的資源の不足、(4) 検査・監視体制のばらつきが指摘される。特に産業保健人材は PCOM の BCOM 修了者が中心であり、専門医制度が整備されていないために OSH 全体の実効性に地域差が生じている。

D. 考察

フィリピンの医療制度と労働安全衛生制度は制度設計としては整っているが、地方分権下での実装格差、医師流出による人材偏在、農村部の施設脆弱性が、サービスの質と到達性を制約している。

OSH は RA11058 により枠組みが強化された一方、産業医学の専門医育成は PCOM の基礎課程中心で、重篤職業病への専門対応や品質の一貫性に課題が残る。

E. 結論

フィリピンは公私混合・分権型の医療提供体制と、PhilHealth による国民皆保険制度で医療制度の基盤を備えるが、地域間格差と産業保健人材の不足がボトルネックである。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N. A Comparative Review of Health Care and Occupational Health Systems Across Selected Asian Countries. Environ Occup Health Pract. (Accepted)

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

用語集

BCOM (Basic Course in Occupational Medicine): 産業医学基本コース

BHS (Barangay Health Stations): バランガイ保健所

BWC (Bureau of Working Conditions): 労働条件局

DOH (Department of Health): 保健省

DOLE (Department of Labor and

Employment): 労働雇用省
ECC (Employees Compensation Commission): 労働者災害補償委員会
ECP (Employees' Compensation Program): 労働者災害補償制度
HFSRB (Health Facilities and Services Regulatory Bureau) : 保健施設・サービス規制局
LGUs (Local Government Units): 地方自治体
nPHR (Notebook of Personal Health Record): 健康管理手帳
OSH (Occupational Safety and Health): 労働安全衛生
OSHC (Occupational Safety and Health Center): 労働安全衛生センター
PCOM (Philippine College of Occupational Medicine): フィリピン産業医学会
PhilHealth (Philippine Health Insurance Corporation): フィリピン健康保険公社
RHU (Rural Health Units): 地域保健ユニット
SSS (Social Security System): 社会保障制度
SSW (Specified Skilled Worker): 特定技能
TITP (Technical Intern Training Program): 外国人技能実習制度

令和 7 年度 労災疾病臨床研究事業
分担研究報告書

健康管理手帳制度の国際展開に向けた
参考国での健康診断実施状況調査

研究代表者

菅沼 成文

全国労働衛生団体連合会 胸部X線検査専門委員会委員

5. 健康管理手帳制度の国際展開に向けた参考国での健康診断実施状況調査

研究代表者:菅沼 成文 全国労働衛生団体連合会 胸部X線検査専門委員会委員

研究協力者:栄徳 勝光 高知大学 医学部 講師

研究要旨

【目的】

日本の健康管理手帳（nPHR）は、有害業務に伴う遅発性職業病の早期発見と救済の証拠機能を目的に、離職後も国費で健診を受診可能とする制度であり、外国人労働者も対象となる。一方、外国人が帰国後に当該制度による継続健診を受診できる仕組みは未整備である。本研究は、離職後・退職後の健康診断／サーベイランス制度を国際比較し、日本の nPHR との共通点・相違点、ならびに外国人労働者の母国帰国後までカバー可能かを明らかにすることを目的とした。

【方法】

nPHR 関連の日本の法令情報を厚生労働省等の公的データベースから収集した。離職後・退職後サーベイランスを有する国の選定は産業保健専門家との個別連絡と公的情報源により行い、各国の法律サイト・公的資料・関連レポートから制度の対象者、対象物質、資金源、運用主体を抽出・比較した。

【結果】

公費等で離職後サーベイランスを担保する制度は各国で導入状況と対象範囲が異なった。韓国は 2020 年に健康管理カード制度を導入し、日本に類似の枠組みを整備した。ドイツは 1972 年から石綿ばく露者登録・監視（2008 年に GVA へ改称）を継続し、スペインは 2002 年に PIVISTEA を開始したが地域実装に差がある。フランス（PRMS, 1995）、ポーランド（Amiantus, 2000）、フィンランド（FIOH 石綿プログラム, 1987）、ブラジル（事業主に退職後最長 30 年の監視義務, 2022）は、対象範囲を石綿に限定していた。イタリアは地域プログラムが稼働しており、全国化を準備している。資金は政府財源が中心で、ドイツ・フランス・スペインでは保険財源併用、ブラジルは事業主負担が特徴となっていた。退職後は多くの国で石綿に限定されるが、日本・韓国・スペイン・ドイツは石綿以外の複数の発がん物質も対象としている。ドイツでは要件充足で移民も対象となり得るが、母国受診は不可で再来訪が必要という地理的制約が日本と同様に確認された。

【考察】

国際比較により、退職後サーベイランスを実施している国は非常に限定的であること、

費用・運用負荷から対象物質・適用地域が限定されがちであることが示された。

A. 研究目的

日本の健康管理手帳制度（nPHR）は、労働者が特定の有害業務に起因して発生する職業がん等の遅発性疾患の早期発見、健康被害の救済時の証拠機能等を目的に、国が費用負担することで離職後・退職後も無料で健康診断を受けられる仕組みである（安衛法第 67 条）。この制度は日本国籍の労働者だけでなく、外国人労働者も対象としている。しかし、外国人労働者の増加に伴い、母国帰国後を含めた長期的健康管理の在り方が新たな課題として浮上している。

先進国、一部の途上国ともに現在雇用されている労働者に対しては、有害業務に従事した場合に企業が健康診断のための費用負担をする制度が整っている。しかし、離職後・退職後の健康診断・サーベイランスシステムに関しては、先進国でも整理している国は限定的である。また、外国人労働者が母国に帰国した後の健康管理までカバーされているかについては法令等の情報からでは不明瞭である。

本研究では、日本の nPHR 制度に相当する制度を実施している国はどこか、日本の nPHR 制度とそれらの国の制度との共通点と違いは何か、それらの国の制度で外国人労働者が母国に帰国した後の健康管理までカバーされているかを

明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

nPHR に関連する日本の法令情報は、厚生労働省およびその他の政府データベース・ウェブサイトから収集した。離職後・退職後の健康診断・サーベイランスを実施している国々の情報は、産業保健専門家との個人的な連絡およびその他の情報源から選定し、各国の法律ウェブサイトその他の情報源から収集した。

C. 研究結果

国際比較の結果、離職後・退職後の健康診断／サーベイランスを公的資金で担保する制度は、各国で導入状況と対象範囲に大きな差があった。韓国は 2020 年の安衛法改正により健康管理カード制度を導入し、日本の nPHR に類似した枠組みを構築した。ドイツは 1972 年から石綿ばく露者登録・監視（2008 年に GVA へ改称）の運用を開始した。スペインは 2002 年に PIVISTEA を開始したが地域間で実施にばらつきがある。フランス（PRMS, 1995）、ポーランド（Amiantus, 2000）、フィンランド（FIOH 石綿プログラム、1987）、ブラジル（事業主に退職後最長 30 年の監視義務, 2022）では、主に石綿に限定した全国プログラムが中核であった。イタリア

アは国の統一制度は未整備だが、地域プログラムが稼働し全国化に向けた準備が進む。資金源は、政府一般財源が中心で、一部（ドイツ、フランス、スペイン）は健康保険・労災保険財源も併用する。ブラジルは事業主負担を特徴としている。対象物質は、現役労働者の法定健診では多種の有害因子を網羅する一方、退職後サーベイランスは多くの国で石綿に限定され、日本、韓国、スペイン、ドイツなどは石綿以外の複数の発がん物質も対象としている。外国人労働者の扱いについては、ドイツでは要件を満たせば追跡予防の対象になり得るが、母国での受診は不可で、原則としてドイツへの再来訪が必要という点で日本と同様の制約が確認された。総じて、費用規模・運用負荷が大きい退職後サーベイランスは、対象物質・地理的適用の範囲を絞る傾向が見られる。

D. 考察

国際比較から、退職後の健康サーベイランスは（１）資金調達、（２）受診拠点整備、（３）対象定義（物質・職種・ばく露歴）、（４）データ連携の４領域で制度の実効性が規定されることが示唆された。特に、石綿に限定する各国の運用は、高負荷な長期追跡の持続可能性確保のためと解釈できる。一方で、複数の物質を対象とする日本、韓国、スペイン、ドイツの事例は、公的保険・労災保険の活用、

多機関連携により運用を下支えしている点で示唆的である。

E. 結論

国際比較により、退職後サーベイランスを実施している国は非常に限定的であること、費用・運用負荷から対象物質・適用地域が限定されがちであることが示された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato LT, Yasumitsu-Lovell K, Murakami T, Kanayama H, Yoshikawa T, Kajiki S, Tamura T, Suganuma N. The notebook of personal health record system in Japan: framework of post-retirement health checkups for those formerly employed in hazardous occupations. Environ Occup Health Pract. (Accepted)

2. 学会発表

[International meeting]

1. Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato LT, Yasumitsu-Lovell K, Murakami T, Kanayama

H, Yoshikawa T, Kajiki S, Tamura T, Suganuma N. International comparison of post-retirement health checkup/surveillance systems, The 33rd Japan-China-Korea Conference on Occupational Health and Safety, Kochi, Japan, June 2026 (Accepted)

[National meeting]

1. 栄徳 勝光、J-P N A、Indriyati LH、Maharjan B、佐藤 リンカーン 豪、安光ラヴェル 香保子、村上 武、金山 ひとみ、吉川 徹、梶木 繁之、田村 太郎、菅沼 成文. 離職後・退職後の健康診断・サーベイランスシステムの国際比較、第 99 回日本産業衛生学会、大阪、2026 年 5 月（採択済）

綿に関する健康管理

nPHR (Notebook of Personal Health Record): 健康管理手帳

PIVISTEA (Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos al Amianto/Comprehensive Health Surveillance Program for Workers Exposed to Asbestos): 石綿にばく露した労働者の健康管理に関する包括的プログラム

PRMS (Post-retirement medical surveillance): 退職後サーベイランス

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし

用語集

FIOH (Finnish Institute of Occupational Health): フィンランド産業保健研究所

GVA (Gesundheitsvorsorge Asbest/Asbestos Health Screening): 石

表 危険有害業務に従事した元労働者に対する健康診断・サーベイランス制度の国際比較

国	関連法令・規則 (Relevant Law or Regulation [制定年])	元労働者：制度 名・条文要点 (Formerly employed: System / Articles)	元労働者：対象有 害物質 (資金源・ カバレッジ)	現役労働者：制度 名・条文 (Currently employed: System / Articles)	現役労働者：対 象有害物質 (資 金源・カバレッ ジ)	有害業務への 規制・措置 (Measures)
日本	労働安全衛生法 (Industrial Safety and Health Act, 1972)	健康管理手帳 (nPHR) 一第 67 条	石綿等の発がん物 質 (粉じん、ヒ素 等) (政府負担； 全国)	特殊健康診断一第 66 条第 2・3 項 (粉じんはじん肺 法第 3 条)	石綿、粉じん、 有機溶剤、鉛、 特定化学物質 (アルキル水 銀、カドミウム 等) (事業主負 担；全国)	石綿全面禁止 (2012)
韓国	産業安全保健法 (Occupational Safety and Health Act, 1981)	健康管理カード制 度一第 137 条	石綿等の発がん物 質 (粉じん、ヒ素 等) (政府負担； 全国)	特殊健康診断一第 130 条 (施行令別 表 22)	粉じん (石綿 等)、金属 (鉛・水銀・カ ドミウム等)、 有機化学物質、 酸・アルカリ・ ガス (事業主負 担；全国)	石綿禁止 (2009)

ドイツ	予防的労働衛生 管理令 (ArbMedVV, 2008)	追跡的予防管理 (Nachgehende Vorsorge) —第 5 条(3)	付属書パート 1： 石綿 (GVA)、そ の他発がん物質、 鉛等 (法定労災保 険負担；全国)	申出に基づく健診 (Angebotsvorsorge) —第 5 条(1)	付属書パート 1： 石綿 (GVA)、そ の他発がん物 質、鉛等 (事業 主負担；全国)	石綿禁止 (1993)
スペイン	労働リスク予防 法 (Ley 31/1995)	退職後健康サー ベイランス (Vigilancia de la salud post-ocupacional) —第 22 条(5)	石綿・木粉： PIVISTEA、シリ カ：特定プロトコ ル (健康保険等負 担；全国)	健康サーベイラン ス (Vigilancia de la salud) —第 22 条 (1)	石綿、結晶シリ カ、ヒ素、鉛 等 (事業主負担； 全国)	石綿禁止 (2001)
フランス	労働法典 (Code du travail, 1910)、社会保 障法典 (Code de la Sécurité sociale, 1945)	離職後職業性サー ベイランス (SPP/SMPP) — L.4624-2-1、D.461- 23／PRMS：石綿 (SPIRALE)	危険化学物質 (粉 じん・ヒューム 等) (健康保険負 担；全国)／石綿 (労災保険負担； 全国)	強化個別モニタリ ング (SIR) — L.4624-2	石綿、ヒ素、鉛 等 (事業主負 担；全国)	石綿禁止 (1997)
ポーランド	石綿含有製品使 用禁止法 (1997)	予防的医療検査 (Badania profilaktyczne) — 第 7 条(1)	石綿：AMANTUS (政府負担；全 国)	定期医療検査 (okresowe badania lekarskie)	発がん物質・線 維形成性粉じん (事業主負担； 全国)	石綿禁止 (1997)

フィンランド	(FIOH 石綿プログラム、直接の法律なし)	—	石綿：FIOH 石綿プログラム（政府負担；全国）	健康診断（terveystarkastukseen）	粉じん（石綿、シリカ）、ヒ素、鉛等（事業主負担；全国）	石綿禁止（1994）
ブラジル	規制基準 NR-7（2022）、Datamianto（制度としての独立法なし）	定期医療検査（Periódica de exames médicos）—附属書 III 2.17／Datamianto	石綿：定期検査（事業主負担；全国）／Datamianto（政府負担；全国）	定期検査（exame periódico）—7.5.8	附属書 I, III, V：石綿、シリカ含有粉じん、ヒ素、鉛等（事業主負担；全国）	石綿禁止（2017）
イタリア	労働安全衛生統合法（2008）、地域規則（例：トスカーナ州法 51/2013）	後続の医療検査（Successivi accertamenti sanitari）—第 259 条(2)／地域石綿健診プログラム	発がん物質（トスカーナ、ヴェネト）、石綿（フリウリ V.G.、エミリア＝ロマーニャ等）、石綿セメント（シチリア）（地方政府負担；地域）	健康サーベイランス（Sorveglianza sanitaria）—第 229 条(1)	石綿その他発がん物質（事業主負担；全国）	石綿禁止（1992）

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

該当なし

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Indriyati LH, Eitoku M, Awn J-P N, Tamura T, Suganuma N.	Significant risk of developing asbestosis-related diseases in Japan's industries: An analysis of workers' compensation.	AIMS Public Health.	12(4)	1055-1068	2025
Eitoku M, J-P NA, Indriyati LH, Maharjan B, Sato LT, Yasumitsu-Lovell K, Murakami T, Kanayama H, Yoshikawa T, Kajiki S, Tamura T, Suganuma N.	The notebook of personal health record system in Japan: framework of post-retirement health checkups for those formerly employed in hazardous occupation.	Environ Occup Health Pract. (Accepted)			
Indriyati LH, Eitoku M, J-P NA, Tamura T, Suganuma N.	A Comparative Review of Health Care and Occupational Health Systems Across Selected Asian Countries.	Environ Occup Health Pract. (Accepted)			
Poonkla U, Rattanawitoon T, J-P NA, Siriruttanapruk S.	Overseas Health Checkup Initiatives: Occupational Health Service System from the Perspective of Thailand.	Environ Occup Health Pract. (Submitted)			
Adi NP, Levina A, Rahadi AR, Devana ND, Mansyur M, Indriyati LH, Kajiki S, Eitoku M.	Health Checkup Initiatives for Returning Indonesian Migrant Workers.	Environ Occup Health Pract. (Accepted)			
Indriyati LH, Yoshikawa T, Eitoku M.	Overseas Health Checkup Initiative: perspectives on Vietnam.	Environ Occup Health Pract. (Accepted)			

Maharjan B, Eitoku M, Yasumitsu-Lovell K, J-P NA.	A review of the health of migrant workers from Nepal: Evidence, policies, gaps and strategic opportunities.	Environ Occup Health Pract. (Submitted)			
Devana ND, Levina A, Rahadi AR, Adi NP, Mansyur M, Indriyati LH, Kajiki S, J-P NA, Eitoku M.	Indonesian Perspectives in a Healthcare Focus Group Discussion on Initiating Health Checkups for Returning Migrant Workers : A Preliminary Report.	Environ Occup Health Pract. (Submitted)			

