

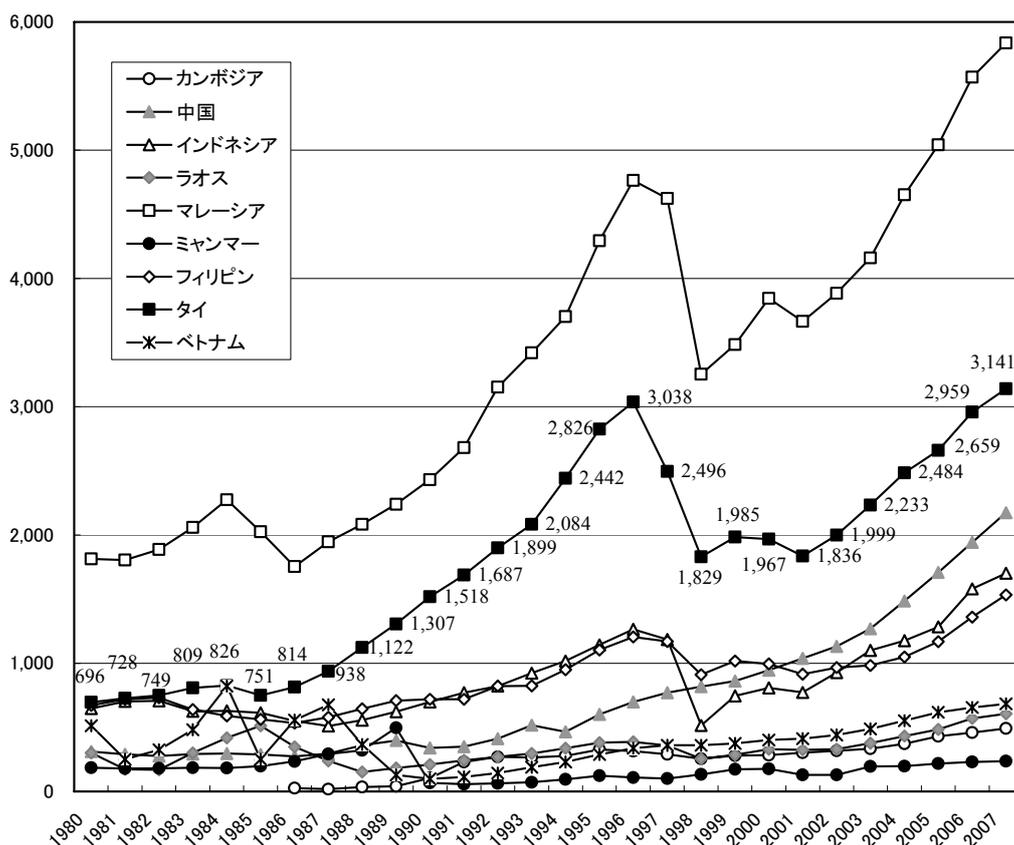
第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

- 一般に経済状況は、保健医療に関わるインフラの整備や、医療保険を含む医療保障財政の発展に大きな影響を与えることから、まず、評価対象期間を含む近年のタイの経済状況を概観する。その後、タイの保健分野の状況について整理する。タイでは HIV/AIDS が保健の課題としてだけでなく社会問題として重要性を持っていることから、ここでは一般的な保健分野の状況と HIV/AIDS の状況をそれぞれ別に概観する。

1. タイの経済状況

- タイ経済は 1980 年代後半から、タイの周辺国を引き離す形で急速に経済発展を遂げ、1996 年には、一人あたりの名目 GDP が 3,000 ドルを超えた。シンガポールや台湾、香港など、すでに先進諸国に並ぶ経済力をもつ国や地域、ブルネイのような特殊な条件をもつ国を除くと、タイは、インドシナ半島地域では最も経済力のある国となり、政治的にも経済的にも存在感を示している。

図表 東南アジア諸国における一人あたり名目 GDP (US ドル)



資料) International Monetary Fund

注) 2003 年以降のミャンマーのデータ、2004 年以降のカンボジア、マレーシア、ラオス、ベトナムのデータ、中国、インドネシア、フィリピン、タイの 2005 年以降のデータはそれぞれ推計値による。

- 多くのインドシナ諸国と隣接するタイは、国境が近接している CLMV（カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム）を含むインドシナ半島における経済の中心地としての機能を発揮している。
- しかしながら、1997年の通貨危機により、タイ経済は大きな打撃を受け、一人あたりの名目 GDP も経済成長の初期段階である 1990 年代前半の水準まで落ち込んだ。そうした中、プミポン国王は「ポーピアン経済（足るを知る経済）」を提唱し、経済発展よりも伝統的なタイ社会の価値観を重視した安定的で慎重な経済発展を志向する方向性が示された。
- 通貨危機以降、順調に経済は回復しており、2007年の推計による一人あたり名目 GDP は通貨危機以前の最高値を更新することが見込まれている。

2. 一般保健分野の動向

(1) 保健医療インフラの整備状況

- 基本的な保健医療ニーズに対応するサービス提供は、必要最低水準において全国的に確保されており、周辺諸国に比べても、高水準を維持している（感染症対策、医療サービス提供、医療の質の確保など）。
- 一次医療を担うヘルスセンターはタンボン¹単位に全国 9,765 整備されており、また地域病院とヘルスセンターをグルーピングした PCU（Primary Care Unit）制度が全国的に確立されている。ごく一部の山岳地帯を除き、一次医療のカバレッジはほぼ普遍化している。

図表 公的部門における保健医療機関の整備状況

行政区分	保健医療機関	機関数	カバレッジ
県レベル（75 県）	保健省下の一般病院 軍病院	70 か所 57 か所	100.0%
郡レベル（795） 小規模郡レベル（81）	コミュニティ病院（2004 年 1 月） 拡大病院（Extended） 市町村ヘルスセンター（2003 年 10 月現在）	725 2 214	91.2%
タンボンレベル（7,255） 村レベル（72,861）	ヘルスセンター コミュニティヘルスポスト コミュニティ-PHC（プライマリヘルスケア）センター（2003） -地方部 -都市部	9,765 311 66,223 3,108	100.0% 90.9% -

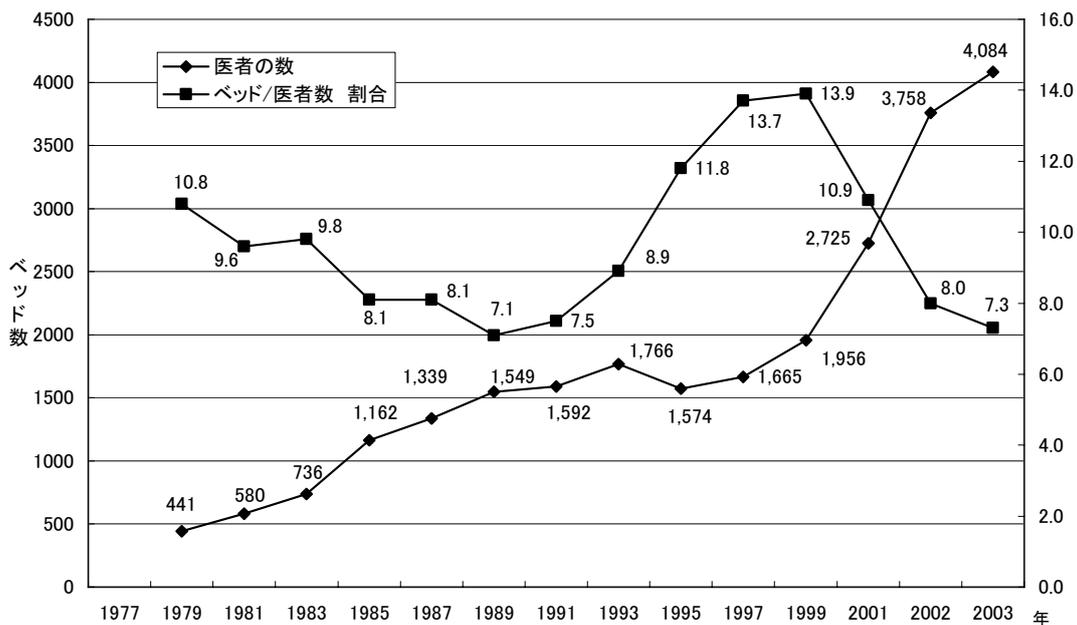
資料）Thailand Health Profile 2001-2004

¹ 行政圏域の一つ。村よりは規模が大きく上位に位置付けられ、郡よりは規模も小さく下位の行政圏域とされる。タンボンは、自治権・徴税権をもっており地方分権化が進む中で、その中核的な役割を担うことが想定されている。

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

- 一次医療の中核を担っている地域病院（Community Hospital）に従事する医師の数は、1990年と比較して2003年の段階で、約3倍に増加している。あわせてベッド数も急速に増加している。また、医師あたりのベッド数は2000年以降減少傾向にあり、より充実した医療サービスの提供が整備されつつあることがわかる。

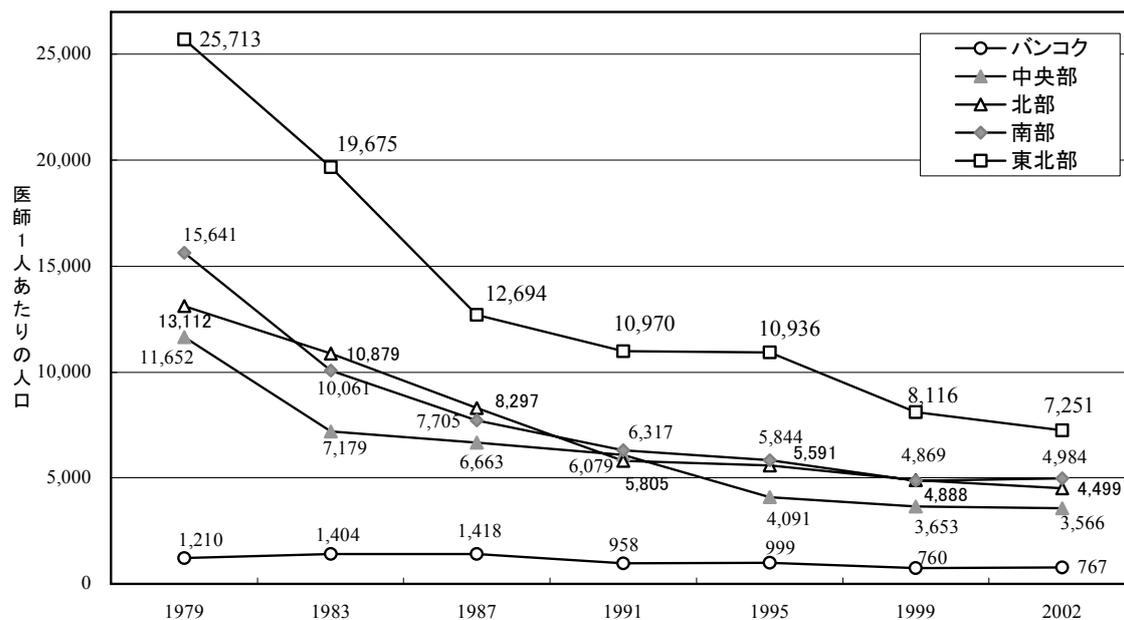
図表 コミュニティ病院に勤務する医師数と医師1人あたりのベッド数



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

- 地方部とバンコク、あるいは地域間の医療資源の格差は、徐々に改善されつつあるものの、依然としてタイの医療保障における課題となっている。医師の配置においても、バンコクとタイ東北部では約 10 倍、バンコク以外の中央部と東北部にも 2 倍以上の開きがある。

図表 医師配置における地域格差

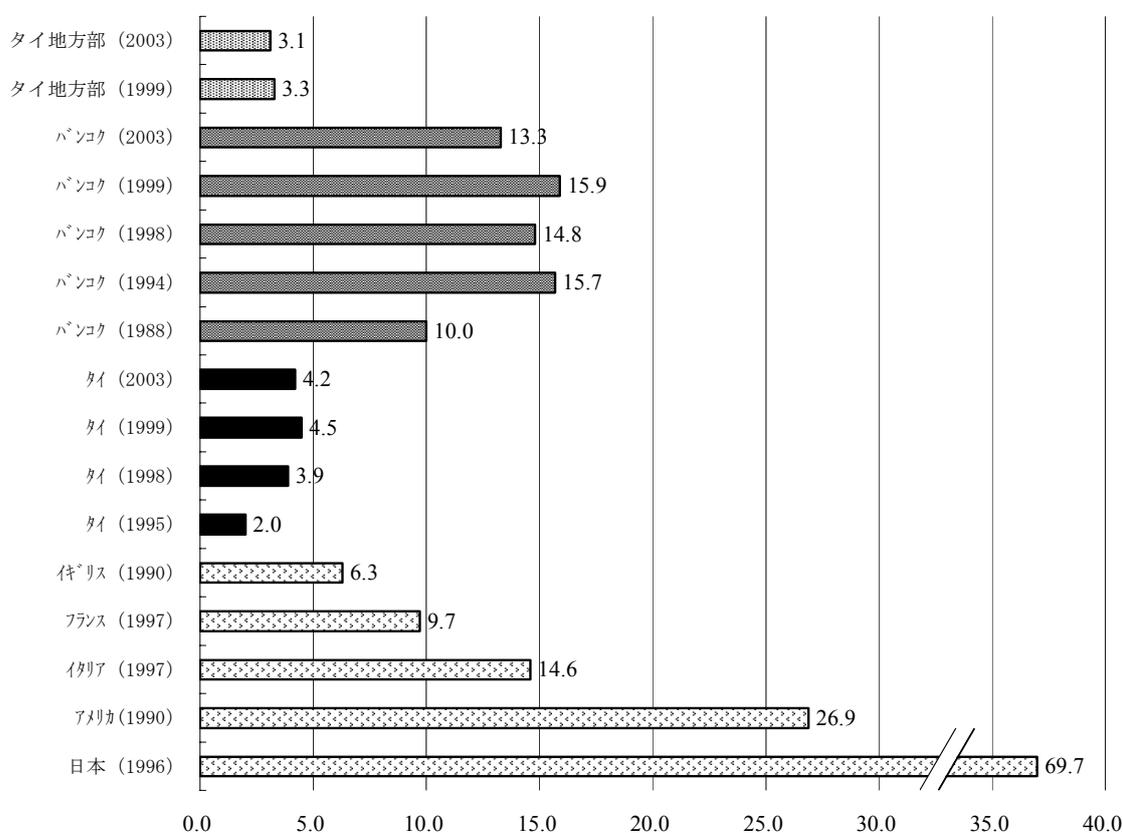


資料) Thailand Health Profile 2001-2004

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

- ハード面の整備状況をみると、バンコクはすでに先進国水準にあり、全国的にも中進国としての水準に達しつつあるものの、地域間格差は依然として大きい。たとえば、百万人あたりのCTスキャンの普及率は、タイ全土で 4.2 台（2003 年）、バンコクで 13.3 台であり、イギリスの 6.3 台（1990 年）、フランスの 9.7 台（1997 年）、イタリアの 14.6 台（1997 年）などと遜色ない水準に達しているが、2004 年における地方とバンコクの格差は約 4 倍になっている²。

図表 CT スキャンの設置台数（人口 100 万対）の国際比較



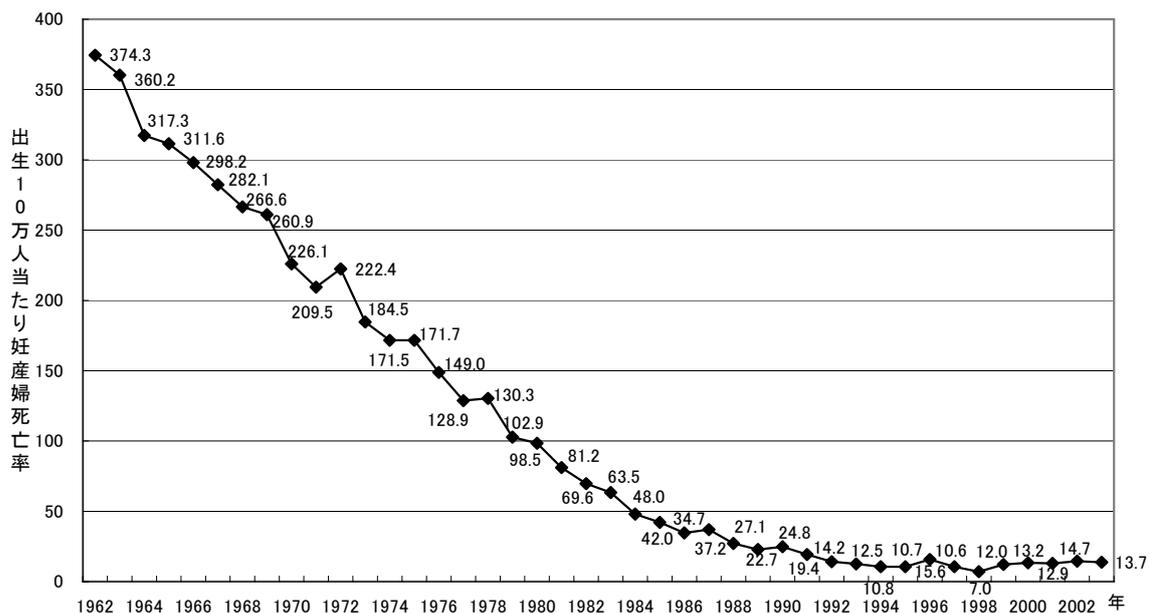
資料) Thailand Health Profile 2001-2004

² ただし、バンコクにおける医療資源の一部には、低廉な手術を受けるためにタイに渡航するいわゆる観光医療 (Tourist Medicine) を目的とした外国人を対象とした医療機関も含まれている。これらの医療機関は、ごく一部の富裕層及び外国人を顧客とした民間医療機関であり、一般的なタイ人が受益することは少ない。

(2) 保健医療分野における健康課題の変化

- 1990年代以降、タイは、保健医療分野で中心的に取り組むべき課題の変化状況を示す「健康転換」(health transition) の概念上では、「第一相」(感染症) から「第二相」(慢性疾患) へと移行しており、今後は、第三相(老人退行性疾患) への備えが必要となると見られる。
- 妊産婦死亡率(MMR) は、1980年代半ばまでに大きな改善がみられ、その後はほぼ横ばいの状態となっている。2003年現在の妊産婦死亡率は、13.70(2003年) となっており、日本の1986年頃の水準まで来ている。
- 乳幼児死亡率(IMR) は、1996年までに大きく改善し、今後もほぼ横ばいながら改善していく見込みである。政府の統計によれば1964年に出生千対84.3であった乳幼児死亡率は、1996年には26.1まで改善していると推計されている。

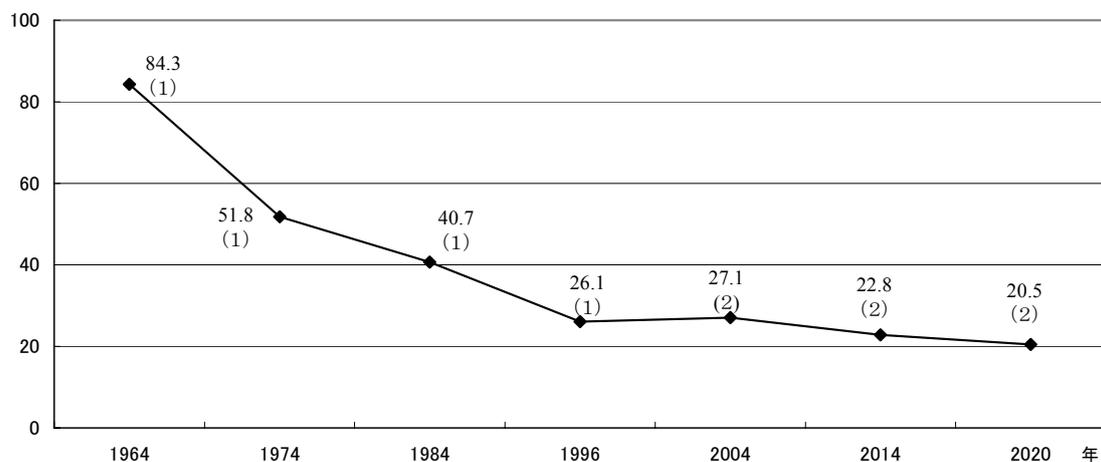
図表 妊産婦死亡率(出生10万対)(MMR)



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

図表 乳幼児死亡率（出生千対）（IMR）

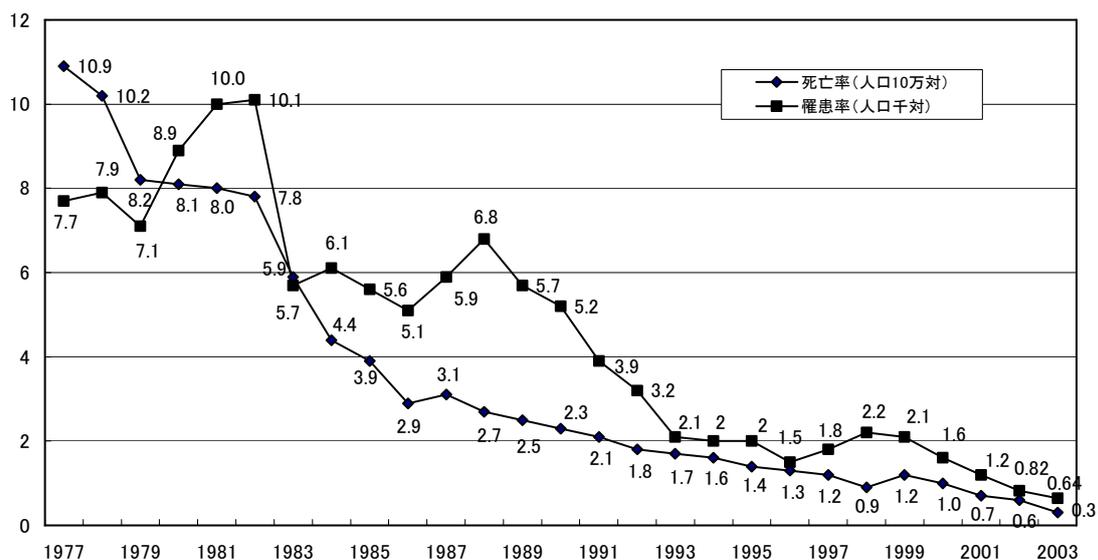


資料) Thailand Health Profile 2001-2004

注) (1) 人口動態調査からの推計値、(2) タイの人口実態 1990-2020 からの推計

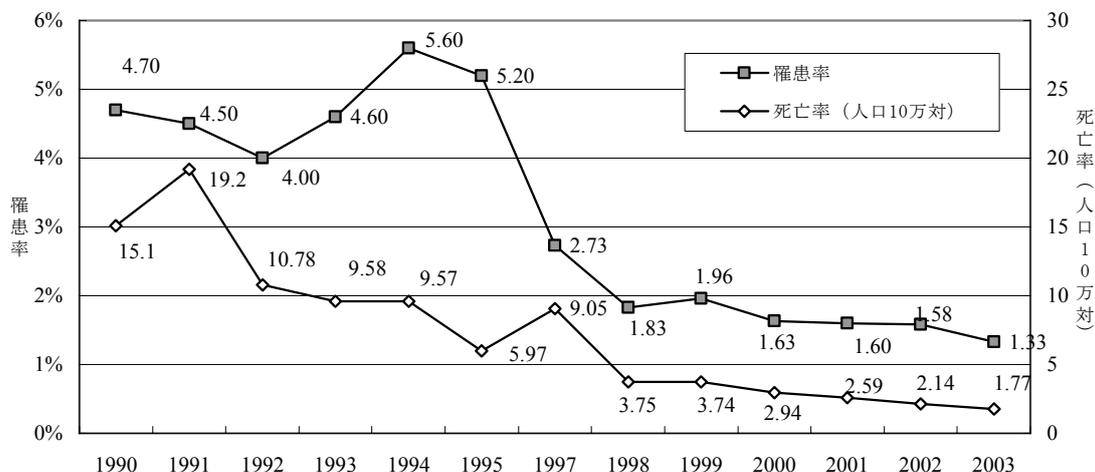
- プライマリ・ヘルス・ケアの充実、疾病予防活動の展開、感染症監視体制の整備などにより感染症の罹患率、死亡率ともに、低下した。たとえば熱帯地域における感染症の代表例であるマラリアについては、1990年の千人あたり罹患率が5.2人、十万人あたりの死亡率が2.3人であったが、2003年には、それぞれ0.64人と0.3人まで低下した。この他、肺炎や狂犬病、ハンセン病、下痢等の疾病による死亡率も同様に低下している。

図表 マラリアの罹患率（人口千対）及び死亡率（人口10万対）



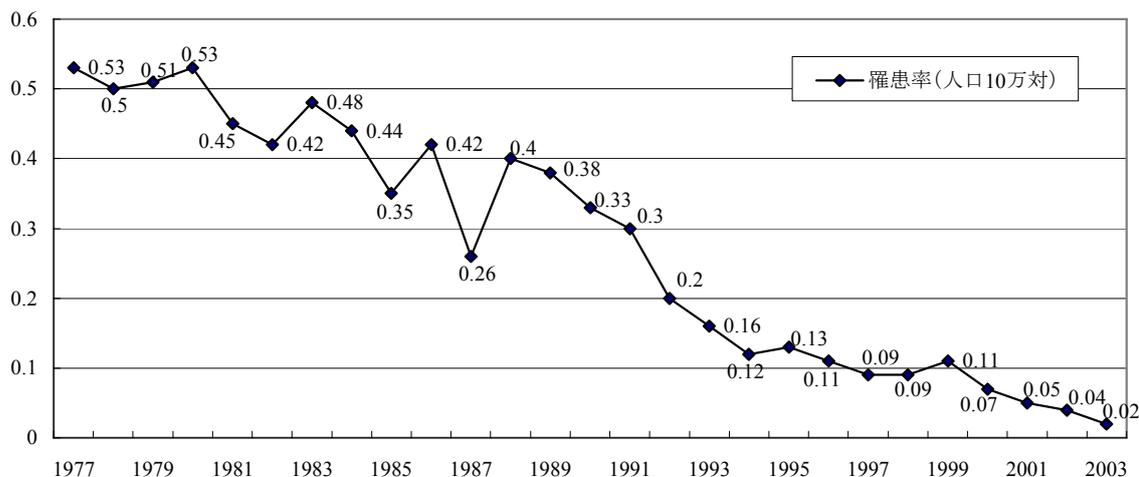
資料) Thailand Health Profile 2001-2004

図表 5歳未満児童における肺炎の罹患率と死亡率（人口10万対）



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

図表 狂犬病罹患率（人口10万対）



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

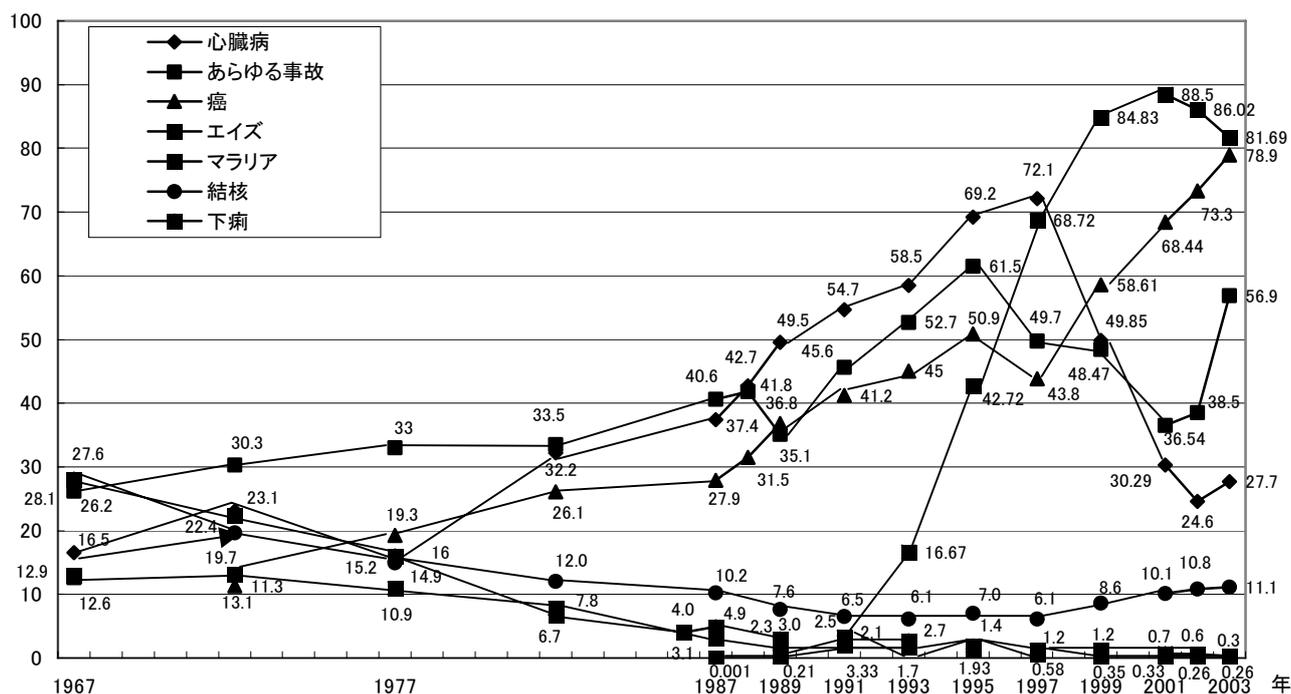
- 途上国に典型的な感染症疾患の罹患率の低下の一方で、急速な近代化と経済発展による食生活や生活スタイルの変化は、タイ人の健康状態に大きな影響を与え、疾患や死因を先進国型の構造に変化させてきた。特に、生活習慣病といわれる疾患や、がんなどの悪性新生物が死因の上位を占めるようになってきている。また都市化やモータリゼーションの進展により、交通事故者が増加し、現在では事故死（交通事故以外の事故も含む）を対人の死因の第一位に押し上げる主要な要素となっている。
- こうしたタイ人の健康課題の変化にともない、予防や治療の対象は、いわゆる健康転換の第一相（感染症）から第二相（慢性疾患）に移行しつつあることがわかる。予防の内

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

容も、衛生環境などの改善といったポピュレーションアプローチから、より個々人の生活習慣を改善する個人や家族への個別のアプローチへと変化している。

- 2003年現在、人口10万あたりの死因のトップは、事故（81.69）、がん（78.9）となっており、結核の0.3などに比べ非常に高い水準となっている。こうした傾向は1980年代後半から顕著となっている。

図表 死因の変遷（人口10万対傷病別死亡率）

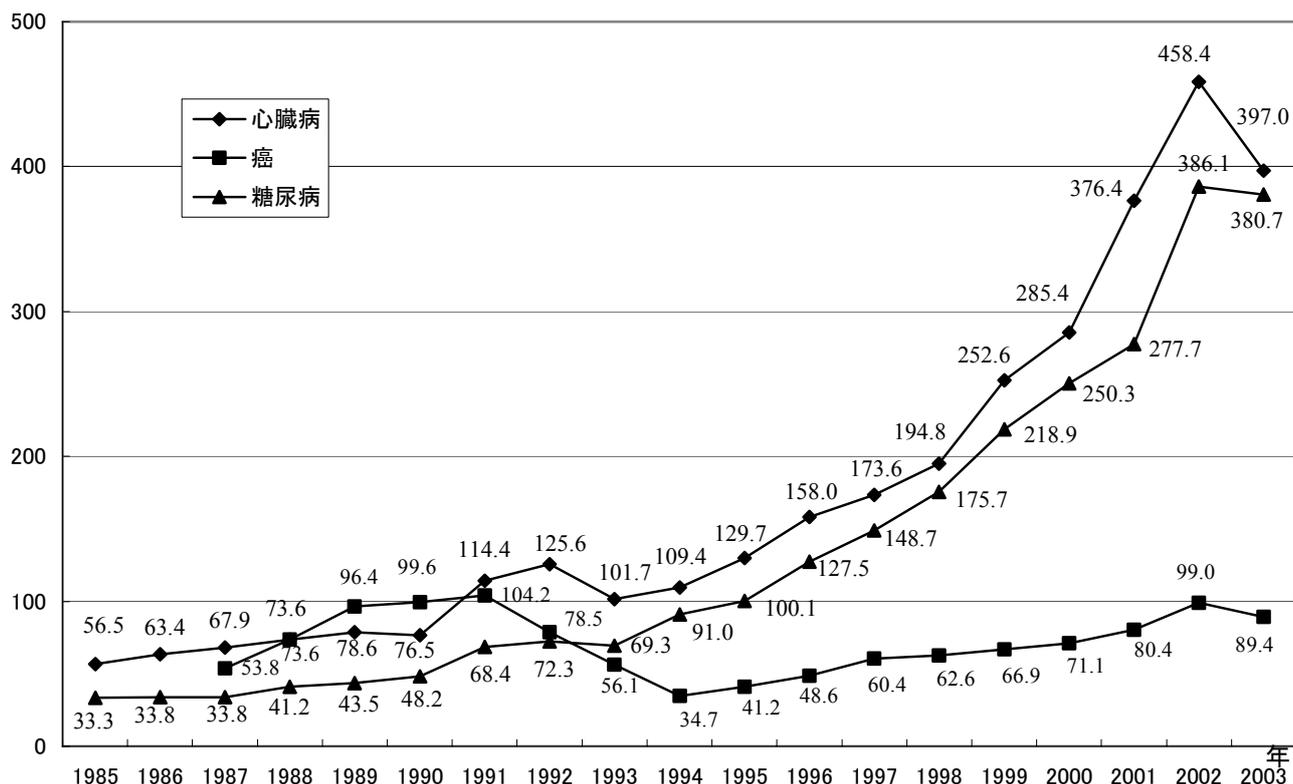


資料) Thailand Health Profile 2001-2004

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

- また、入院事由についてみると、糖尿病や心臓病を主傷病とする入院が経済危機以降、急速に増加しており、典型的な第二相への転換を示している。このほか、自殺や精神疾患の患者数も全体的に増加しており、都市化や近代化が急速に進む中、タイ人の健康は大きく変化しているといえる³。

図表 傷病別入院受療率（人口10万対）



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

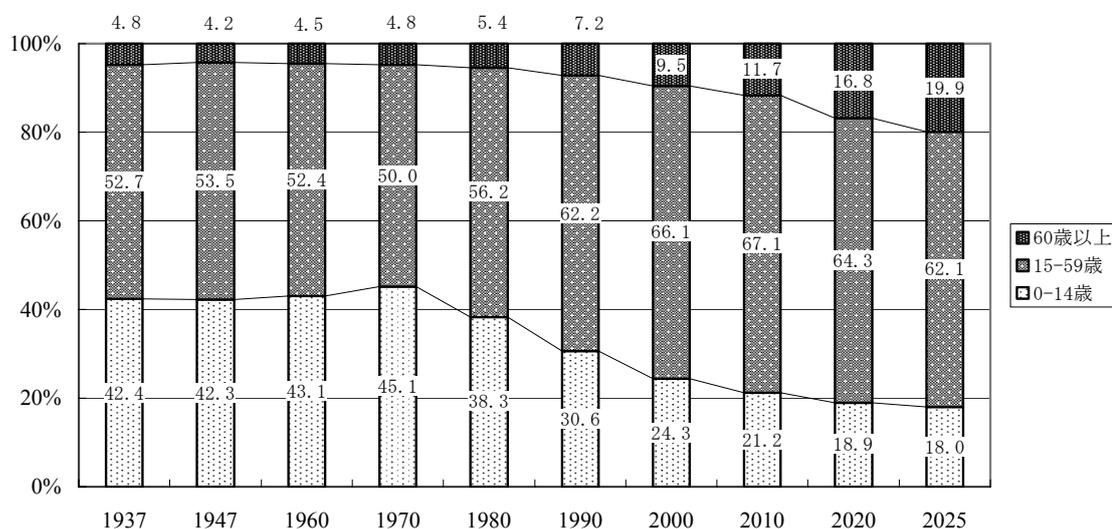
注) ただし1994年以降のがんは、肺がん、肝臓がん、子宮がん、乳がんのみの数値。

³タイ警察の調べによると、通貨危機の1997年の男性自殺率は人口10万対5.77であったが、2003年には9.66に、女性自殺者率は、それぞれ1.83から2.64に増加している(Thailand Health Profile 2001-2004)。

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

- 平均寿命（69.1 歳）及び健康寿命⁴（62.4 歳）ともに上昇しており、WHOの東南アジア地域内ではスリランカについて高い水準にある。
- 2000 年現在、タイの 60 歳以上人口は 9.5%であるが、2025 年には 19.9%まで上昇することが予想されている。高齢化社会の到来も、政策課題として認識され始めている（「健康転換」における「第三相（老人性退行疾患）」への移行）。このため、10 年～15 年後に想定される医療費の増大にどのように対応するかが、課題となっているが、高齢化への対応については、日本の介護保険制度のような制度構築や「専門職としての介護職を育てるという発想よりも、家族や地域、NGO が高齢者を支えるという形を統合的に進めたい（タイ政府関係者）」というのがタイ政府側の基本的な考え方である。

図表 高齢化の動向



資料) 1990 年までのデータは国勢調査 (Population and Housing Censuses, National Statistics Office) による。2000 年から 2025 年までの推計値は人口予測 (Population Projection, Thailand 2000-2025, NESDB) による。

⁴ WHO が提唱した新しい指標で、心身ともに健康な状態で自立した生活を送ることができる期間を意味する。一般的には、廃用症候群、認知症、その他の疾患や老衰によって要介護状態になる期間 (平均期間) を寿命 (平均寿命) から差し引いた年数を健康寿命とする。

(3) 医療保障の普遍化と地方分権化

① 30 パーツ医療保障制度の導入による保健医療サービスの普遍化

- 急速な経済成長よりも安定的な社会の発展を優先するという「ポーピアン経済」は、保健医療を含む社会セクターのさらなる整備と一致するものであり、また、世界銀行や ADB を含むドナーの保健医療分野における方向性も、短期的なセーフティーネットの構築から、恒常的で安定的なセーフティーネットの構築に重点が置かれるようになってきた。
- 世界銀行は「Towards an East Asian Social Protection Strategy」の中で、各世帯の所得減少に対応するための「長期的」で「制度的」な社会政策の構築が、通貨危機から回復しつつあるアジア諸国における新たな挑戦であると位置付け、いわゆる恒常的なセーフティーネットとしての社会保障制度の構築を強調した。

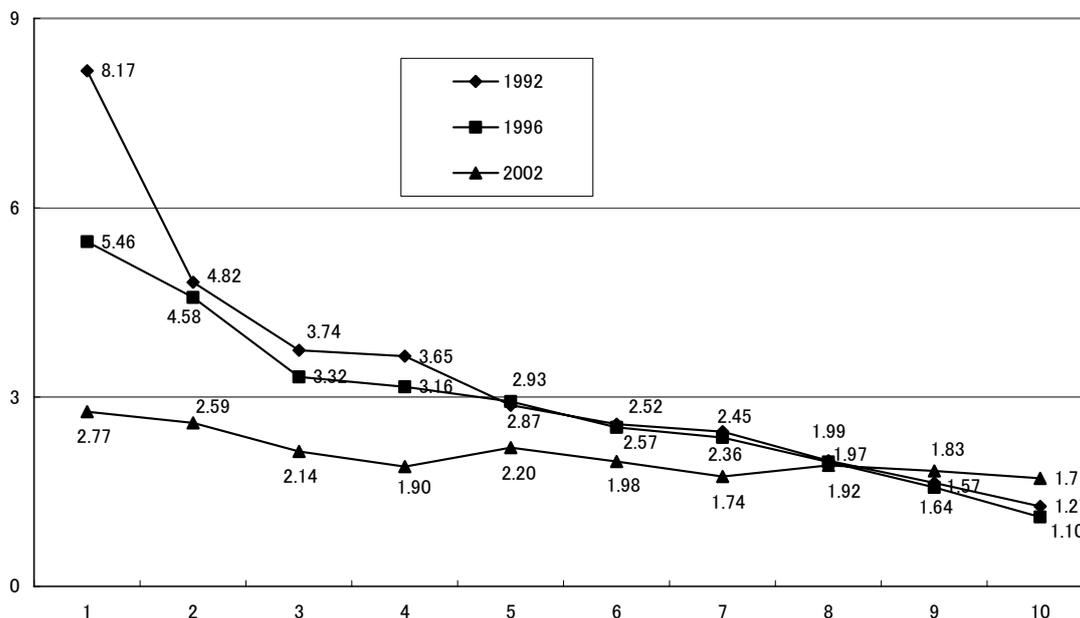
この地域が財政的・経済的健全性を取り戻しつつある今、社会政策における主たる挑戦は、将来の所得減少のリスクに各世帯が対応するための長期的な政策と制度的な構造を検討することにより、危機管理を超えた社会的保護システム（Social Protection System）の強化を目指すことである。

資料）世界銀行（1999）Towards an East Asian Social Protection Strategy からの引用

- こうした流れの中で、タイは、30 パーツ医療保障制度を 2001 年にパイロット事業として開始し、医療の国民皆保障制度の達成に意欲をみせた。30 パーツ医療保障制度は、既存の SSS(Social Security Scheme:被用者社会保障制度)や CSMB(Social Medical Benefit Scheme:公務員医療給付制度)などに加入していない無保険者を対象とした医療保障制度であり、入院時または通院毎に 30 パーツの自己負担（Co-payment）で基本的な医療ニーズに対応したサービスを受けることができる制度である。また所得が一定水準以下の者は 30 パーツの負担も免除されている。
- 2006 年現在、本事業の実施により人口の約 97%が、何らかの恒常的な医療保障制度によってカバーされている状況となっており、一定の成果をみせている。
- 「30 パーツ医療保障制度」の導入は、国際的にも注目されており、また 11 月に誕生した暫定政権は、30 パーツの自己負担を廃止し完全無料化したが、社会保険料を伴わない税財源による制度であることから、財政的な持続性について課題を抱えている。
- 医療における自己負担額の高さは、タイでは長年にわたり課題となってきた点であり、その改善のために 30 パーツ制度の前進となる福祉医療給付制度や、ヘルスカードシステムが運営されてきた。こうした制度によって、所得階層間における家計に占める医療関連支出の割合の格差は、年々徐々に縮小しつつある。

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

図表 所得十分位からみた家計に占める医療関連支出の割合（％）



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

注) X軸の1-10は所得十分位を示し、1が最低十分位を示す。

- また、国民に対する医療保障の普遍化を恒常的かつ持続可能なものとするために、国民医療保障制度構築の流れにあわせ「医療財政の管理」も、保健省及び国民医療保障庁の重要なテーマ（課題）として取り組まれている。
- 効果的な医療費の支払方式の開発や病院管理、各医療保障制度間の管理業務の一元化など、ITの活用も含めた高度な技術とノウハウを必要とする取り組みが進められている。
- 30 パーツ医療保障制度は、これまでの公務員医療給付制度などの問題点であった財政管理方法を人頭方式を採用することで、より容易に管理可能な制度とした。特に DRG（Diagnosis Related Group：診断群別分類）は、1993年からその基礎研究及び開発がアメリカの3MやWHOなどの協力を得て開始されており、タイ版DRGはオーストラリアDRGをベースに独自のものを開発している。2002年に30パーツ医療保障制度が導入されると同時に、同制度の入院医療費の支払方式に組み込まれている。

図表 DRG の開発状況

	名称	開発財源	詳細
1993	事故関連傷病 DRG	HSRI	10 県 34 の民間・公立から 1 万人程度の患者のデータを収集
1995	低所得者 DRG	HSRI	40 の公的医療機関において一部負担金の一部または全額を免除されている患者 16000 人分のデータを収集
1996	DRG による効果的支払方式	WHO	11 の県病院の患者の磁気記録を収集分析し DRG のグループ化を実施
1997	DRG 第三段階	-	1996 年度の 54 の県及び郡レベルの病院データにより DRG を作成。ウェールズ版 DRG が 3M 社より提供された。
1997-1998	DRG ガイドライン及びタイ版 DRG バージョン 1	保健省 医療保険局	医療保険局での使用のため、診療所の医師による精査を実施。中央政府病院及び病院での使用のための DRG 開発。
1998	100 万人の入院患者を対象とした DRG	-	1997 年度の 91 の県病院及び郡病院のデータにより DRG 作成。
1999	DRG 再保険支払	保健省 医療保険局	1998 年度に 101 の病院から 160 万件、1999 年度には 411 の医療機関から再保険支払のために記録が提出された。
2000	タイ版 DRG バージョン 2	保健省 医療保険局	新しいバージョンの DRG がリリースされた。

資料) Health Insurance Systems in Thailand

- 国民健康保障法（National Health Security Act）は、統一的な保健医療保障制度の構築を実現するために、既存の 3 制度（SSS、CSMBS、30 パーツ医療保障制度）の統合を最終的な目標としている。すでに国民健康保障法は施行されているが、実態は 3 制度併存の状況であり、これらの制度を統合していくための取り組みが今後重要となる。財政面での 3 制度統合については、労働組合の強い反対もあり、具体的な動きが見られないが、CSMBS との統合などを踏まえたデータシステムの統合を行うための委員会が設立されるなど、医療システム管理に関する取り組みが進められている。

② 保健医療分野における地方分権化の状況

- タイにおける地方分権は、1997 年憲法（現在停止中）及び 1999 年の地方分権法に基づいて実施される。保健省では、これらの地方分権化の流れを受け、首相直下の組織として保健医療システム改革本部（Health Systems Reform Office: HSRO）が設置され、この運営を保健医療システム調査研究機構（Health Systems Research Institute: HSRI）が担当している。保健分野における地方分権化は、この保健医療システム改革本部を通じて具体化される。
- 保健分野における地方分権化は主に、財政システムの改革を通じて計画されている。30

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

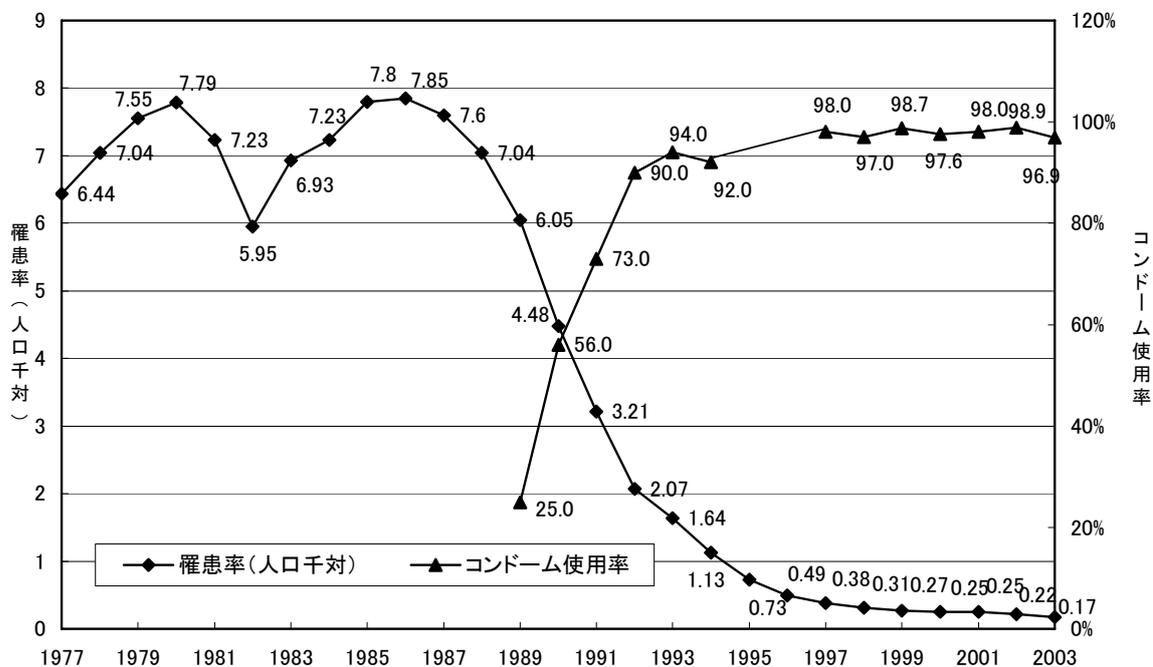
パーツ医療保障制度の財政管理を行なっている国民医療保障庁が財源の供給を各地方レベルに配分するが、その後の管理運営については、各地域の裁量に任せられる。特に医療サービスの提供量の管理、及び予防・健康増進等のプログラムは、サービス購入者としての地域保健医療委員会が管理を行なうことを前提に議論が進められているが、全国的に統一的な分権化のモデルが実施されている段階ではなく、今後の課題となっている。

- 保健省管轄の業務は特に地方分権化される部分が多く、予算ベースで約8割、人員ベースで全体の9割が分権化の対象となる。このため、中央政府に残る予算が限定的になり「政策関連の調査を実施するにも、その予算が不足している（タイ政府関係者）」との声もある。
- 地方分権化が推進される一方で、保健省は中央のイニシアティブを残した形で地方の活動を検討することの必要性も指摘している。例えば、保健省は「中央よりも現場の状況をよく分かっているところで、具体的な案件を形成し、実施することは重要である。ただし、それでも、できるだけ中央と協力し、国全体としての方向性等を十分に踏まえたうえで、現場レベルの支援を検討することが重要だ。例えば、地方重視の援助は、中央レベルでの接点があれば、ある地域で成功したものが他の自治体においても用いることができる」と指摘している。

3. HIV/AIDS 分野の状況

- HIV/AIDS はタイの保健分野に限らず、タイ社会全体の問題として捉えられてきた。特に、周辺国に比して感染者数が多いタイでは、性産業従事者の感染拡大が問題とされた。性産業従事者及びそれを介した感染は、100%コンドームキャンペーンなどの対象者を特定した取り組み（スクリーニング）が功を奏し、特に女性の性産業従事者の性感染症対策を推進することで、HIV/AIDS の新規感染者数の激減に成功してきた。
- 1989 年の女性性産業従事者のコンドーム使用率が 25%、性感染症感染率（人口千対）が 6.05 であったのに対し、2003 年には、使用率 96.9%、感染率 0.17 となっている。
- この結果、報告のあった AIDS 患者数についても 1990 年代後半より徐々に各地域で減少傾向をみせ、一定の成果をみるようになってきている。
- 保健省は、特に 1990 年代の新規感染者数の減少及び 2000 年代に入ってから AIDS 患者数の減少は、保健省の実施した 100%コンドームキャンペーンを含め、主にホモ・セクシャル及び性産業従事者に対する教育的な取り組みによる成果であると見ている⁵。また、UNAIDS も「初期段階においては、タイにおけるスクリーニング政策が機能した」と保健省の取り組みを評価している。

図表 性産業従事者の性感染症罹患率（人口千対）とコンドーム使用率

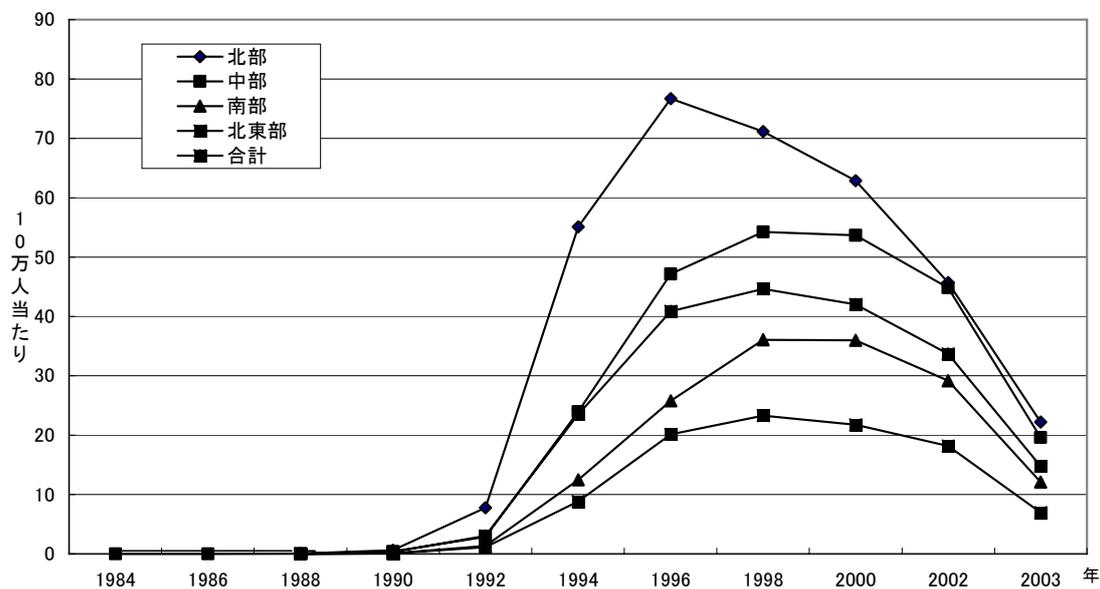


資料) Thailand Health Profile 2001-2004

⁵ Thailand Health Profile 2001-2004, p.197

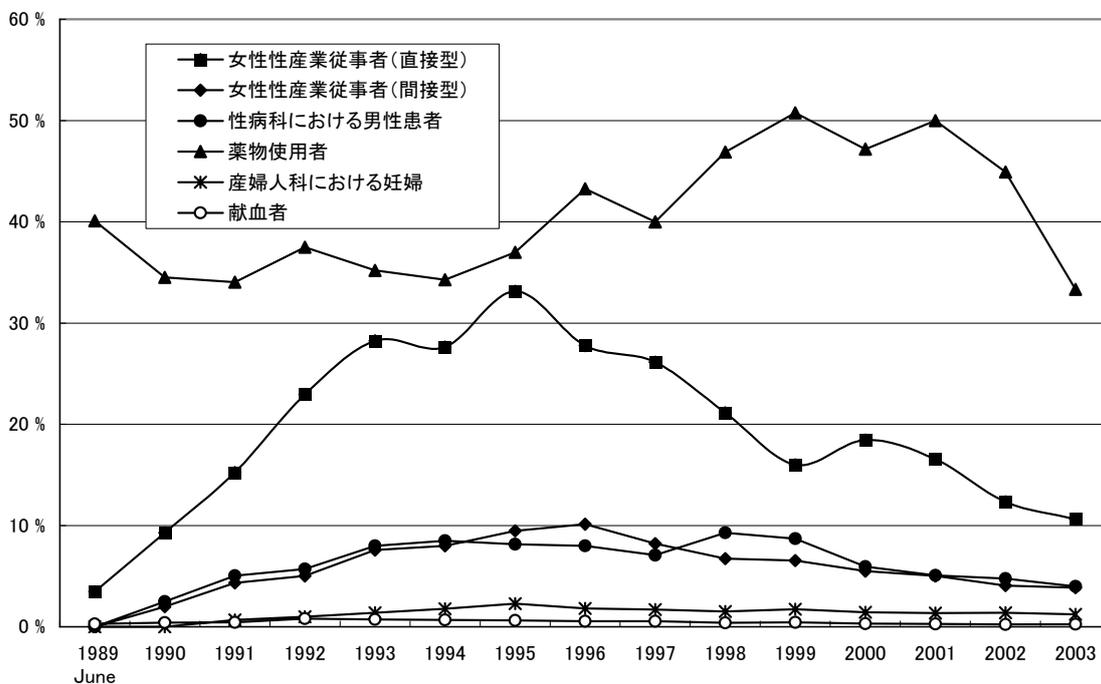
第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

図表 報告のあった AIDS 患者数（人口 10 万対）



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

図表 対象集団別にみた HIV 罹患率の動向



資料) Thailand Health Profile 2001-2004

- UNAIDS は、こうした保健省の取り組みを評価しつつも、「新規患者数は減少したが、人口動態変化や人々の社会行動変容によって特定の層に感染率が増加している」点を新たな課題として指摘している。新たな対象者は「一方が感染しているカップル」「男性同性愛者」「女性性産業従事者とその顧客」「静脈注射による薬物使用者」「若年層」へと多様化しつつある。
- タイ保健省も「近年の HIV/AIDS の問題はかつてのような 100%コンドームキャンペーンのような簡単な方法では対応できない」と認識しており、今後は、「データを収集し、分析し、証拠に基づいたアプローチ（EBM）が必要である（保健省）」との認識に立ち、「HIV/AIDS のモニタリングシステム（Comprehensive Monitoring Site：特定の 13 県）を構築することを検討している。

- また、HIV の感染予防のみならず、HIV 感染者及び AIDS 患者への対応も重視する必要性が認識されている。HIV 感染者及び AIDS 患者への対応は、「医学的な治療」と「社会生活上の支援」とに分けられる。
- 医学的な治療の主体としては、PCU（地域病院及びヘルスセンター）に期待が向けられているが、「現在治療が必要な患者は 60 万人だが、政府のカバーは 10 万人程度（UNAIDS）」との見方もあり、その対応が十分に行われているとはいえない状況である。一方、社会生活上の支援は、主に社会開発人間保障省の管轄であるが、全国的な取り組みとして支援が行き渡っている状況ではない。こうした地域での絶対的なサービス不足を補完しているのが NGO 等の活動である。
- 併せて近年は、国境を越えてタイに流入する移住労働者に対して、予防を中心とする HIV/AIDS などの感染症対策を具体的に講じる必要性が生じており、タイ政府のみならず UNAIDS や JICA 等関係ドナーの関心事項となっている。こうした活動もまた、非政府組織としての特徴を活かすことのできる分野として NGO の活動対象となっている。

4. タイの援助国化の状況

- タイ政府においては、NEDA（Neighboring Countries Economic Development Cooperation Agency：周辺諸国経済開発協力機構）の創設、DTEC（Department of Technical and Economic Cooperation：タイ技術経済協力部）のTICA（Thailand International Development Cooperation タイ国際協力開発庁）への再編など、被援助国から援助国への転換が進められており、従来からの技術協力、借款、無償資金協力をさらに推進する方向性を示しているが、援助国タイとして実施されている案件の予算規模は、いまだ小規模である。
 - TICAは周辺国への支援を継続的に行っているが、自主的な財源には限りがあることから、基本的には人的貢献による協力を中心に据え、広域における研修プロジェクトには継続的に日本への支援を求める姿勢をみせている。
 - NEDAは2005年に改組設立されたばかりであり、具体的な戦略については、現在検討されている段階である。貸付を行う一方で、CLMV（Cambodia, Lao PDR, Myanmar, Vietnam）に対しては無償資金協力も組み合わせて支援を行っている。
 - また統計上では、ドナーとしてのタイは、二国間援助としては、CLMVへの1億420万バーツを含め、2005年は、合計で1億4,021万バーツを支援している（TICA資料）。
- また上記のようにタイ側が援助国化する中で、タイに対する地域協力や第三国研修に係る案件は、相対的に多くなっている。

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

図表 タイ国際協カプログラムにおける援助額（単位：千バーツ）

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	合計
ラオス	66,167	48,800	36,650	29,238	31,209	47,869	48,247	308,180
カンボジア	13,812	14,588	22,153	30,494	69,614	30,536	36,660	217,857
ベトナム	9,504	9,103	21,490	13,272	15,852	17,574	31,601	118,396
ミャンマー	5,136	16,697	3,950	2,709	2,912	5,544	11,766	48,714
ブータン	7,424	5,914	4,490	7,240	6,424	4,685	5,660	41,837
中国	2,516	3,473	7,412	8,519	2,938	7,257	7,295	39,410
インドネシア	1,007	675	1,501	3,825	7,644	9,249	6,186	30,087
スリランカ	447	413	1,899	2,408	13,728	4,589	4,864	28,348
東ティモール民主共和国	-	-	-	-	10,416	11,494	3,944	25,854
東ティモール	-	-	172	658	-	-	-	830
ネパール	221	843	461	1,725	3,612	4,927	5,932	17,721
モルジブ	4,350	3,758	2,046	1,966	228	850	207	13,405
バングラディシュ	537	341	695	1,551	2,609	2,442	4,029	12,204
モンゴル	2,534	859	278	1,485	2,722	1,314	1,460	10,652
フィリピン	1,116	316	492	1,819	1,489	1,568	2,772	9,572
パキスタン	498	160	391	640	1,600	1,370	1,385	6,044
アフガニスタン					1,269	779	2,231	4,279
マレーシア	62	588	783	508	175	153	447	2,716
イラン	6	-	-	-	-	183	1,360	1,549
インドネシア	43	159	80	16	363	54	318	1,033
北朝鮮	478	-	-	220	-	-	317	1,015
ジョーダン		-	-	-	-	-	804	804
オマーン	399	-	-	-	-	68	-	467
韓国	4	8	9	152	63		158	394
シンガポール	-	-	-	-	47	-	216	263
香港	-	-	-	-	-	50	77	127
ブルネイ	-	-	-	-	-	-	31	31
日本	-	-	-	-	-	-	16	16

資料) Thai International Development Cooperation Agency

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

5. ODA の概況

(1) タイにおける我が国の ODA の概況

- 日本・タイ両国は、皇室・王室間の交流をはじめとする 600 年以上の歴史を持つ伝統的な友好国であり、1887 年に調印された日タイ修好宣言は、2007 年に 120 周年を迎える。また、政治、経済、文化等各分野において緊密な協力関係を増進させてきている。2005 年度までの日本からタイへの援助実績は累計で円借款 20,447.53 億円、無償資金協力 1,589.86 億円（交換公文ベース）、技術協力 2,002.45 億円（JICA 経費実績及び各府省庁・各都道府県等の技術協力経費実績ベース）を数えるまでになっている。
- 援助額は、他の援助国を大きく引き離しており、DAC の CRS 統計によると、2000 年から 2005 年の援助額における日本の援助の割合は 89.4%となっている。

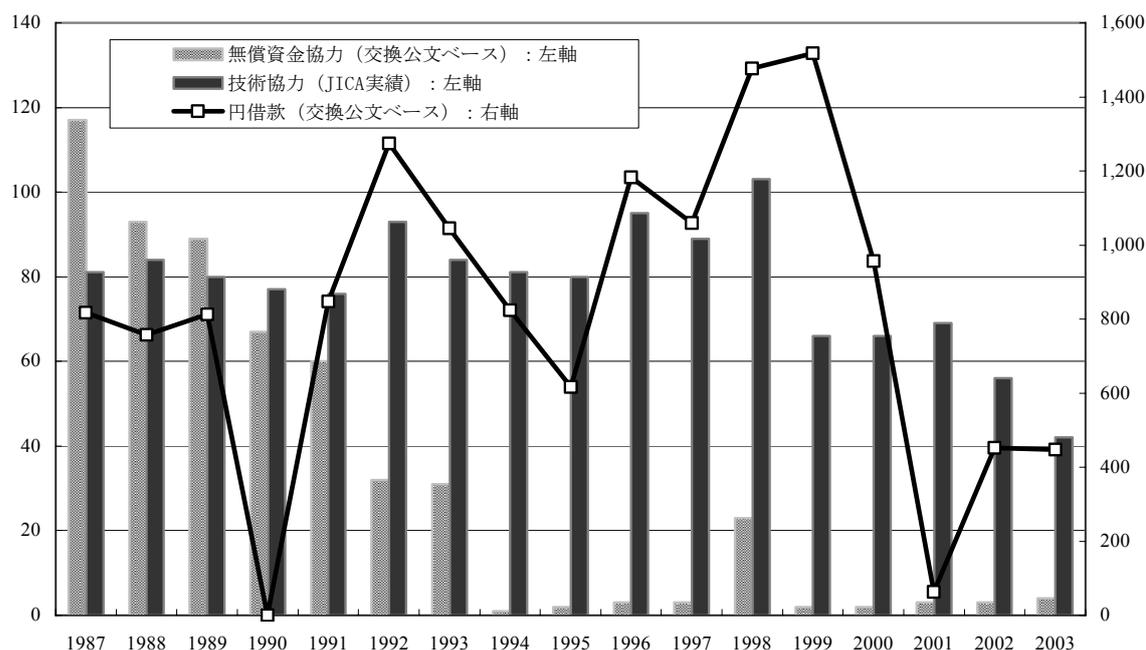
図表 諸外国の対タイ経済協力実績（DAC 集計ベース、単位：百万ドル、支出純額）

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	合計	評価 期間割合
日本	388.2	425.5	779.4	726.1	537.7	638.0	1,015.9	873.5	712.0	618.3	598.6	854.4	675.3	4,332.0	89.4
ドイツ	9.7	37.7	8.7	13.1	27.4	35.8	39.0	13.7	31.2	9.5	22.6	21.8	43.6	142.2	2.9
フランス	24.4	7.8	2.4	5.5	4.6	2.3	2.0	1.9	11.3	12.6	16.8	24.6	25.5	92.8	1.9
アメリカ	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	39.7	32.2	13.3	18.2	103.4	2.1
カナダ	12.8	12.2	13.2	9.9	9.2	5.0	2.8	1.5	1.3	1.1	1.4	1.8	4.0	11.1	0.2
オーストリア	36.5	0.5	21.4	5.0	0.2	0.9	1.1	0.1	0.3	0.7	0.8	0.8	1.1	3.9	0.1
オーストラリア	-	-	-	-	-	9.9	7.9	10.9	11.9	7.5	10.4	9.8	6.2	56.7	1.2
フィンランド	4.3	6.7	-	7.4	6.2	6.0	0.4	3.2	3.1	2.7	1.7	1.2	0.5	12.4	0.3
デンマーク	0.2	-	-	-	16.4	0.5	-	6.6	3.3	-	3.1	4.2	13.7	30.9	0.6
スウェーデン	1.9	1.0	1.9	3.9	1.6	2.4	2.6	3.2	2.7	2.7	4.0	4.5	5.4	22.5	0.5
オランダ						4.4			3.3	2.4	5.6	4.0		15.2	0.3
ノルウェー									1.4	1.6	0.5	5.3		8.8	0.2
スイス										0.8	1.5	1.6		3.9	0.1
イギリス						1.4	0.4	0.1	0.5	0.2	0.5	0.4	0.2	1.8	0.0
ベルギー							1.7	1.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	1.6	0.0
スペイン							0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.7	0.8	1.8	0.0
ニュージーランド										0.6	0.6	0.2		1.5	0.0
アイルランド									0.1	0.2	0.1	0.0	0.9	1.4	0.0
ルクセンブルグ											0.3	0.3	0.7	1.2	0.0
ギリシャ										0.0	0.0	0.3	0.5	0.8	0.0
イタリア										0.0	0.3	0.3		0.6	0.0
ポルトガル									0.1	0.1		0.0	0.1	0.3	0.0

資料) DAC, “International Development Statistics”より作成

- しかし、近年のタイの自立的な経済発展と中進国化の中で、日本のタイへの経済協力は通貨危機対策時の一時的増加を挟みつつも全体的には年々減少傾向にあり、特に無償資金協力については地域協力に関するものを除いて、1993年を最後に実施されていない。また1990年以降は、技術協力の援助額が無償資金協力の総額を上回っていたが、1999年以降は減少傾向にある。

図表 タイに対する我が国の経済援助額（単位：億円）



資料) 在タイ日本大使館

- 地域レベルで活動するNGOや小規模団体の活動を支援する草の根・人間の安全保障無償資金協力は、過去10年ほどは年間約20件が採択されている。2004年度の採択件数が一時的に減少しているのは、スマトラ島沖地震への対応のため大使館が申請の審査に十分な時間を確保することができなかったためである。
- また草の根・人間の安全保障無償資金協力は、特にタイ北部のNGOや団体からの申請が多いことから、効率的な運営を目的として2004年度よりチェンマイ総領事館でも申請を受理しており、2004年度は1件、2005年度は3件が採択されている。
- 日本NGO支援無償資金協力は、日本のNGOによるタイ国内での活動に対して資金援助を行うもので、採択数は年々増加している。

第2章 タイ保健分野の概況（現状と課題）

図表 草の根・人間の安全保障無償資金協力の推移

年度	件数	供与金額		
		米ドル	パーツ	日本円
2005年(平成17年)	25	1,104,276	43,746,389	118,157,532
2004年(平成16年)	11	771,270	30,160,206	84,839,700
2003年(平成15年)	24	1,215,625	47,892,689	148,306,195
2002年(平成14年)	21	1,480,811	61,915,971	180,658,942
2001年(平成13年)	26	2,461,954	106,629,859	263,428,650
2000年(平成12年)	25	1,942,905	81,149,163	204,005,030
1999年(平成11年)	20	1,381,349	50,525,396	165,761,388
1998年(平成10年)	23	1,798,861	68,464,928	212,265,598
1997年(平成9年)	22	1,265,847	47,699,166	135,445,629
1996年(平成8年)	21	1,650,062	41,251,550	160,056,014
1995年(平成7年)	22	1,200,262	30,006,550	117,625,676
1994年(平成6年)	6	500,209	12,505,225	53,022,154
1993年(平成5年)	6	251,580	6,289,050	30,692,760
1992年(平成4年)	6	196,194	4,904,850	25,309,026
1991年(平成3年)	4	123,566	3,089,150	15,940,014
1990年(平成2年)	3	75,579	1,889,475	10,278,744
1989年(平成元年)	4	66,281	1,657,025	8,550,249
合計	269	17,486,631	639,776,642	1,934,343,793

資料) 在タイ日本大使館

図表 チェンマイ総領事館取り扱い分の推移

年度	件数	供与金額(米ドル)
2005年(平成17年)	3	43,576
2004年(平成16年)	1	89,588

資料) 在タイ日本大使館

図表 日本 NGO 支援無償資金協力(2005年9月現在)

年度	件数	金額(米ドル)	金額(日本円)
2005年	5	1,053,339	112,707,232
2004年	2	679,324	74,725,640
2003年	2	224,333	27,368,658
2002年	1	636,998	77,713,756

資料) 在タイ日本大使館