

令和5年度 医療経済研究機構自主研究事業

タイの医療保障制度

新経済成長大国の 医療保障制度に関する 調査研究報告書

令和5年10月

Medical

Care

International

Others

本報告書の一部または全部を問わず
無断引用、転載を禁ずる。



一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

発刊にあたって

医療経済研究機構は、我が国のヘルスケア政策に関する研究機関として、医療政策に加えて、介護・健康増進・疾病予防を含む「ヘルスケア」全般を研究領域とした、様々な調査研究事業を行っています。重点的な研究分野の一つである「諸外国のヘルスケアに関する研究」では、欧米諸国をはじめとする諸外国の医療・介護制度に関する基礎的な情報の収集・整理や、国際比較研究等に取り組んできました。

近年、欧米諸国のみならず、新興国における医療保障制度や医薬品市場に関する情報へのニーズが高まってきたことから、当機構では2011年度より文献調査を開始し、月刊誌「Monthly IHEP」に「新興国レポート」として報告を行いました。これらの報告について、賛助会員の皆さまより好反響を頂戴したため、2012年度から「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究」プロジェクトを立ち上げ、調査研究へと発展させることとしました。

同調査研究プロジェクトでは、文献調査のみならず現地調査も実施しており、現地より基礎データ・最新情報を入手することは、我が国では情報が限られている新興国の医療保障制度の理解を深める際に、大変参考になると思われます。2013年に発刊しましたロシアの医療保障制度に関する報告書に続き、2016年度までにブラジル、トルコ、インド、シンガポール、インドネシア、ベトナムを発刊し、本年度はASEANシリーズ第5弾として「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究－タイの医療保障制度－」報告書を発刊することに至りました。広く新興国の医療保障制度や医薬品市場に関心をお持ちの皆様の一助となれば幸いに存じます。

本報告書の発刊に当たりましては、明治薬科大学 教授 前田 英紀 先生に多大なるご支援を賜りました。この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。

令和5年10月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
所長 遠藤 久夫

本調査研究は、タイの医療保障制度に関する基礎データ・最新情報を収集することを目的として実施した。調査研究者は以下の通りである。

「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究 -タイの医療保障制度-」
報告書

(研究代表者)	○前田 英紀 (明治薬科大学 教授)
(研究者)	新垣 真理 (医療経済研究機構 研究主幹)
	赤池 瞬 (医療経済研究機構 研究員)
	○川野 真秀 (医療経済研究機構 研究員)
	平林 裕基 (医療経済研究機構 研究員)
	本田 真弓 (医療経済研究機構 研究員)
	丸田 泰広 (医療経済研究機構 研究員)
	宮澤 洋嗣 (医療経済研究機構 研究員)
	○は現地調査の実施担当者
(調査協力者)	横田 和也 (在タイ日本国大使館 一等書記官)
	ポンチャイ=ウィタヤラッドパン (日英タイ通訳)

「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究 –タイの医療保障制度–」
報告書《目次》

	ページ
序文	1
1. 調査背景	2
2. 調査目的	2
3. 調査方法	3
4. 現地調査での面会機関	4
5. 情報面での制約	5
6. 謝辞.....	6
まえがき	7
第1章 タイの概観	9
1. 名称等.....	10
2. 地理.....	10
3. 歴史.....	11
4. 人口分布.....	12
5. 民族.....	15
6. 語学・教育.....	15
7. 宗教.....	17
8. 政治.....	17
9. 経済.....	23
第2章 医療の基本情報	31
1. 医療費の推移と背景.....	32
2. 平均寿命.....	37
3. 出生率と死亡率.....	38
4. 主要死因・主要疾患.....	40
5. 医療提供体制.....	47
第3章 医療保障制度	55
1. 政府の医療に対する方針・ビジョン.....	56
2. 医療保障制度.....	58
3. 医薬品リスト.....	66

第4章 薬事制度	71
1. 概要.....	72
2. 規制当局 (TFDA)	72
3. 医薬品の審査制度.....	75
4. 品質管理.....	78
5. 臨床試験における安全性の監視 (GCP : Good Clinical Practice)	79
6. 薬価制度 (プログラム)	79
7. 安全性監視活動.....	80
8. 医薬品広告規制.....	81
第5章 特許制度・知的財産保護制度	83
1. 概要.....	84
2. 管轄組織.....	84
3. 特許制度.....	85
4. 特許出願・付与件数の推移.....	86
5. 医薬品における特許権.....	87
6. 裁定制度.....	87
第6章 薬剤師の業務範囲	89
1. 病院薬剤師の業務・役割.....	90
2. 薬局薬剤師の業務・役割.....	90
3. 薬剤師の研修制度.....	91
4. 医薬品マージン並びに薬局経営戦略.....	91
5. COVID-19 による影響.....	92
第7章 タイの最新トピックス (タイにおける医療用大麻の現状)	93
1. 歴史と政策.....	94
2. 市場と経済動向.....	96
3. 問題点、課題.....	97
第8章 総括	101
補足資料	106
(引用文献、参考文献)	106

序文

ページ

1. 調査背景	2
2. 調査目的	2
3. 調査方法	3
4. 現地調査での面会機関.....	5
5. 情報面での制約	6
6. 謝辞	6

1. 調査背景

先進諸国の経済が停滞している中で、躍進を続ける新興国の世界経済に与える影響がますます増大している。先進国の人口が安定期から減少期へと向かい、急速な高齢化によって、医療保障費が大幅に増加し続け、その医療保障サービスが強く抑制へと働いているのとは対照的に、新興国においては経済発展に伴う個人収入の増加を背景に、いかに医療アクセスを向上させ、国民の健康を増進させるかに重点が置かれている。一方で、これまで医療保障制度に関する研究は、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、あるいは北欧諸国など先進国を中心に行われており、新興国における医療保障制度の調査研究はそれほど多くはなく、不明な部分が多い。

医療保障サービスの発展は、同時に医療機器や医薬品産業の発展をもたらす。ところが、これらのサービスは非常に高い技術を必要とするため、新興国で活躍する企業の多くは先進国に本社を置くいわゆる外資系であり、新興国の国内企業の数はいくつか、あるいは仮に企業数は多くても、市場におけるシェアは低いことが多いのが現状である。従って、新興国においては、自国民を対象とした医療制度を充実させると同時に、国際基準に準じながらも国内企業保護の目的をミックスした制度が採用される。このため、欧米諸国の医療関連企業は、過去 10 年以上にわたり新興国の発展に寄与しながら、プラットフォームを整備し、時には現地法人化することで新興国への参入を行っている。

翻って日本企業は、新興国進出に大幅に出遅れ、欧米諸国企業の後塵を拝している。ようやくここ数年で中国以外の国へも本格的に進出し始めた日本企業もあるが、非常に残念なことに、それも最大手の数社に過ぎず、その他の多くの企業は新興国進出がまだこれからという状況である。新興国の医療制度は、第二次世界大戦前の宗主国の影響を強く受けながらも独自に発展を遂げるケースもあり、欧米諸国の医療制度と異なる場合も見られ、非常にわかりづらい。加えて昨今の経済発展によって、急速に整備が進み、その変化も激しく、注視し続けられない限り理解も難しい。このような背景も日本の医療関連企業が、新興国に進出する機会と意欲を喪失させていると考えられる。

2. 調査目的

本調査研究の目的は、経済発展に伴い変化を続ける ASEAN 諸国（Association of South-East Asian Nations：東南アジア諸国連合）のうち、今後の更なる経済発展が期待されるタイの医療保障制度を日本国内に紹介することにある。本研究によって、我が国の製薬企業がタイ市場へ参入する際に、かの地の医療保障制度の基本情報として役立てば幸甚である。

3. 調査方法

本調査研究は、以下の3つのフェーズに分けて実施した。

(1) 第1フェーズ：文献調査

医療経済研究機構が2012年以降に実施した「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究」をもとに、調査項目を選定した。続いて、医療系研究誌および医療経済系研究誌からタイに関する医療制度および医療関連データなどの文献を検索し、調査項目のギャップアナリシスを実施した。

(2) 第2フェーズ：現地調査

タイの医療を司る政府関連機関、関連協会、および関連企業のホームページなどより事業・活動内容を確認し、調査項目確認のための質問を各機関10～20項目作成した。作成した質問票を各機関へ送付し、質問項目に対する回答を1～3時間のインタビュー形式でバンコクを中心にタイ現地にて聴取した(2023年5月29日～6月2日に実施)。現地調査では、公的機関を中心に各インタビュー先の特性に合わせて質問を行い、特定の団体の意見のみに偏らないように意見を聴取した。また、事実と見解の相違を担保するために、事実部分の確認には、公式発表資料および根拠となるデータの共有を依頼した。

(3) 第3フェーズ：総合調査

フェーズ2までに収集した情報を整理し、矛盾がある内容、および聴取時に不正確と思われた内容に関しては、再度根拠となる資料を確認し、追加調査を実施した。

以上の各フェーズより、医療を取り巻く、政府、産業の2つの視点から報告書を作成した。

なお、本報告書作成にあたり、現地調査・追加調査実施時に入手した情報・資料の使用については、各機関より承諾を得ている。

4. 現地調査での面会機関

順不同

(1) Faculty of Pharmacy, Mahidol University : マヒドン大学薬学部

所在地 : 447 Si-Ayuthaya Road, Ratchathewi, Bangkok 10400

1941年に創設され、タイの薬学教育を先駆けるタイ国内でトップクラスの名門大学の一つとタイ国内では認識されている。タイの医療制度や関連ビジネスの発展に、公的・民間を問わず大きな役割を果たしている。

(2) Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University : マヒドン大学医学部附属ラマティボディ病院

所在地 : 270 Rama VI Road, Ratchatewi, Bangkok, Thailand 10400

マヒドン大学医学部に付属する公的医療機関であり、チュラロンコン王記念病院、シリラート病院と並んで、タイ三大公立医療機関の一つと認識されている。一日あたりの外来患者は約5,000人、三次医療用の病床数約1,300床の高度三次医療機関であり、バンコク中心部の中核医療機関である。

(3) Banphaeo General Hospital (BGH) : バンファエオ総合病院

所在地 : 198 Moo 1 Banphaeo, Banphaeo, Samutsakhon 74120

バンコク屈指の総合病院。またタイで最大級の眼科専門医を擁し、眼科専門センターとしてタイ最大の移動眼科手術ユニット設立や幅広い眼科疾患に対応している。2000年に公立医療機関として設立された。

(4) Blez Asia Co., Ltd (Blez Pharmacy) : ブレズグループ (ブレズ薬局)

所在地 : 415 Sukhumvit Rd, Klongtoey Nua, Bangkok 10110

2012年にブレズ薬局一号店をオープンし、2023年7月時点でバンコク市内を中心に日本人常駐薬局(5施設)・日本語対応可能な薬局(13施設)を擁している。タイに駐在する日本人向けのサービスに強みを持ち、従業員数は80名、資本金は1900万バーツ。

(5) Thai Social Security Office (SSO) : タイ労働省 社会保険局

所在地 : 88/28 Moo 4, Tiwanon Road, Talat Khwan, Muang Nonthaburi Postal Code 11000

1990年内務省に当初設立されたが、1993年労働省の発足に合わせて、現在は労働省傘下で民間企業の被用者社会保障を管轄している。傷害、疾病、死亡、労働関連・非労働関連給付、出産給付、老齢給付、失業給付を含む包括的な社会保障制度を担当。

(6) National Health Security Office (NHSO) : タイ保健省 国民医療保険局

所在地 : B.E.2550 (2007) Building B 120 Moo 3 Chaengwattana Road, Lak Si District, Bangkok 10210

2002 年国家医療安全保障法に基づき設立され、タイ国民の国民医療保障制度 (UCS : Universal Coverage Scheme) を管轄し、保健省大臣を委員長とする国民健康安全委員会が定めた方針のもと、自律的に運営されている。JICA (独立行政法人 国際協力機構) と共にグローバルヘルスとユニバーサルヘルスカバレッジのためのパートナーシッププロジェクト フェーズ 2 を実施しており、UHC (Universal Health Coverage) 推進のための国際協働を行っている。

(7) Pharmaceutical Research & Manufacturers Association (PReMA) : タイ製薬工業協会

所在地 : 19th Floor, Phaholyothin Place Building 408/85 Phaholyothin Road Samsennai, Phayathai Bangkok 10400

PReMA は、タイの研究開発型の製薬企業を会員とする非営利団体であり、32 社の製薬企業や開発業務受託機関が加入している。日系企業では、アステラス製薬、第一三共、エーザイ、協和発酵キリン、田辺三菱製薬、住友ファーマ、武田薬品工業、大塚製薬が加入している。

(8) Thai General Insurance Association (TGIA) : タイ損害保険協会

所在地 : 25 Soi Sukhumvit 64/1, Sukhumvit Road, Phra Khanong Tai, Phra Khanong, Bangkok 10260,

1967 年に商務省の認可を受け、タイ保険協会、中国保険協会、外国保険協会の 3 つの保険協会が共同設立者として合併した非営利の業界団体である。2023 年 7 月現在、49 社の損害保険会社と 1 社の再保険会社が会員となっている。

5. 情報面での制約

複数の機関から複数の数値が発表されているケースが存在するが、可能な範囲で政府機関のデータを優先した。医療提供体制や市場データに関しては、入手し得るデータのうち、本報告書での使用が可能である 2023 年 7 月時点での最新データを用いたが、各機関で聴取した現状との間に不一致がある可能性もある。また、薬事申請関連スキーム等、複数機関から入手した情報に関しては、出来る限りシンプルな情報を選択した。なお、本報告書で言及する法制度に関する記載内容は、2023 年 7 月時点で施行または有効であるタイの法律・細則・通達に基づいている。

6. 謝辞

本調査研究のタイ現地調査を実施するにあたり、在タイ日本国大使館 横田 和也 氏、日英タイ翻訳 ポンチャイ=ウィタヤラッドパン氏をはじめ、多くの方々に多大なる支援をいただき、心より御礼申し上げます。

また、現地調査では、バンコクで数多くの機関・団体・企業にインタビューに応じていただいた。多忙な中、貴重な時間を割いていただいた上、我々の質問内容に対して非常に真摯に対応いただき、調査に協力いただけたことに感謝の意を表したい。我々が受けた関係各位からのご厚意への返礼として、本報告書では、タイの医療制度・薬剤関連制度・最新トピックス等について、最新の情報を可能な限り正確に報告したい。

まえがき

タイは、1960年代以降目覚ましい社会経済発展を遂げ上位中所得国となった ASEAN の雄であり、仏教や立憲君主制など我が国にとっても共通点の多い、なじみ深い国です。

タイ経済は1960年から1996年には平均年率7.5%、アジア金融危機後の1999年から2005年においても5%の経済成長を達成し、それと同時に国民皆医療の達成や教育制度の充実など国民の福利厚生を向上させ、貧困率も1990年の58%から2020年の6.8%へと劇的な改善がなされてきました。

しかし、1980年代から1990年代にかけて民主化が進展したものの、タクシン政権の不正疑惑を背景に2006年に軍事クーデタによりタクシン首相が失脚、その後タクシン派と反タクシン派の対立の中で、2014年軍事クーデタにより軍事政権が成立し、2019年の民政復帰後も引き続き軍政指導者のプラユット陸軍大将が首相となるなど、政治の混乱が続いています。

また、新型コロナウイルス感染症の流行により2020年の経済は6.1%縮小したと推定され、経済成長率は2022年に3.4%、2023年に3.6%と予測されています。都市部と農村部の経済格差は未だ大きく、貧困層の8割は農村部であるとされています。

医療の面では、1980年の公務員医療給付制度、1991年の民間被用者向け社会保険制度への疾病等給付の導入、2002年の国民医療保障制度によりユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成し、OECD諸国と同等の医療アクセスが担保されるとともに、高い医療水準を背景に、メディカルツーリズムの拠点としても注目されています。近年では医療用大麻の解禁がニュースとなりました。国民総医療費に占める公的セクターの割合は70%前半となるのに対し、家計・自己負担分に関しては10%前後と大幅に減少し、今後は高齢化の進展により、医療・介護費が増加すると予想されています。

変化する世界的な社会経済情勢の中で、新興国における医療保障制度は現在どのような状況にあるのか。医療経済研究機構ではこれまで、諸外国の医療保障制度に関する調査を行ってきた強みを活かし、最新の情報を得るべく現地調査を行い、国土・法制度等についても概観しつつ、幅広い情報を提供することを目指して本報告書を取りまとめるよう努めました。

医療現場、地域医療政策、国レベルの医療政策をお考えいただく際の情報源として本報告書をご活用いただければ幸いです。

医療経済研究機構
研究主幹 新垣 真理

第1章 タイの概観

	ページ
1. 名称等.....	10
2. 地理.....	10
3. 歴史.....	11
4. 人口分布.....	12
5. 民族.....	15
6. 語学・教育.....	15
7. 宗教.....	17
8. 政治.....	17
9. 経済.....	23

1. 名称等¹

正式国名はタイ王国 (Kingdom of Thailand)。国旗は5本の横縞からなり、それぞれの色は、青：国王、白：宗教、赤：国家、及び国民の団結心を表している。

2. 地理²

(1) 面積

タイの国土はインドシナ半島の中央に位置し、面積は51.4万km²と日本の約1.4倍に相当し、カンボジア、ラオス、ミャンマー、マレーシアの4カ国と国境を接する。行政区画は、77の県に分かれているが、大きく7つの地域に分けられることが多い（中部、東部、西部、北部、東北部、南部とバンコク周辺）。中部はチャオプラヤ川の肥沃なデルタで米作地帯をなし、北部は山岳地帯に盆地が点在し、東北部のラオス国境ではメコン川が流れる。南部マレー半島部分はタイランド湾（南シナ海）とアンダマン海（インド洋）である。

図表 1-1 タイ全土地図とタイ国旗



出所：「白地図専門店」（三角形）（<http://www.freemap.jp/>）より作成

(2) 首都

首都はバンコクである。正式名称は「クルンテープ・プラマハーナコーン・アモーンラ

¹ タイの投資環境 2023【第1章 概要】（国際協力銀行）<https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/image/inv-thailand01.pdf>

² タイの投資環境 2023【第1章 概要】（国際協力銀行）<https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/image/inv-thailand01.pdf>

ッタナコーシン・マヒンタラーユッタヤー・マハーディロックポップ・ノッパラット・ラーチャタニーブリーロム・ウドムラーチャニウェートマハーサターン・アモーンピマーン・アワターンサティット・サッカタッティヤウィサヌカムプラシット」である。

USDemographia の「Demographia World Urban Areas(18th Annual Edition)」(2022年7月発行)によると、バンコクの人口は1,800万人で、世界第16位の人口規模の都市であり、日本との時差は2時間である。バンコクはタイにおける政治・経済・教育・文化の中心地であり、またASEAN (Association of South-East Asian Nations : 東南アジア諸国連合) における経済の中心地として、アジア屈指の都市である。バンコク市内には近代的な高層ビル群や大型ショッピングモールがあるが、同時に王宮や仏教に関連する歴史的な建造物もあるなど、新旧が融合された都市である。

3. 歴史³

タイの歴史、特に王朝の歴史は6世紀ごろまでさかのぼる。9世紀になると、現在のカンボジア付近にあったクメール王朝がタイ東北部へ勢力を拡大した。

13世紀初頭、クメール人による支配を受けていたタイはクメール王朝からの独立を実現し、タイ族による国家のはじまりであるスコータイ(「幸福の夜明け」)王朝を築いた。スコータイ王朝はタイの北部を支配していたラーナー王朝と同盟を結ぶなど勢力を強めた。第3代ラームカムヘーン王は数多くの寺院建設を行って上座部仏教(本章7節宗教を参照)の布教に尽力したほか、1283年にはタイ文字を考案するなど、現在のタイ文化の基礎を築き上げたが、15世紀中ごろに台頭してきたアユタヤ王朝によって滅ぼされた。

アユタヤ王朝は恵まれた立地条件を背景に、周辺の農村や森林地帯から集積する物資の交易拠点として繁栄し、強大な経済力を背景に他国へ侵攻し支配地域を拡大していった。17世紀ごろにはオランダやフランス、日本など世界各国からの商人が渡来し、首都として隆盛を極めたが、1767年には隣国であるビルマのコンバウン王朝の侵略を受けて400年以上の長い歴史に終止符を打った。

アユタヤ王朝の後にタクシン王は、1767年にアユタヤからビルマ軍を撃退し、トンブリー王朝を築いたが、戦争などで国政が混乱したことにより、1782年に王位を剥奪、処刑され短命に終わった。

1782年、ラーマ1世が内乱を鎮め、即位し、現在も続くラッタナコーシン王朝(チャクリー王朝)が始まった。当初はアユタヤ王朝と同様に中国との貿易を重視したが、ビルマやラオス、カンボジアなど近隣諸国が相次いでイギリスやフランスの植民地となった状況を見たラーマ4世やラーマ5世はイギリス、アメリカ、フランスなどと通商貿易条約を結び、行政組織の改革や鉄道・道路の敷設、電気や電報事業などの近代化を進めた。それら

³ タイの投資環境2023【第1章 概要】(国際協力銀行) <https://www.ific.go.jp/ja/information/investment/image/inv-thailand01.pdf>

の努力と巧みな外交政策の結果、タイは欧米列強の侵略から東南アジアで唯一独立を守り通すことができた。その後、憲法の規定により王は象徴的な存在とされ、政治には直接関わらない立憲君主制へと移行し、1939年にはシャム国から「タイ王国」と呼称を改め、現在に至っている。

4. 人口分布

(1) 人口数推移

タイの人口は2022年現在で約6,900万人と、世界で20位であり、ASEANの中では、インドネシア、フィリピン、ベトナムに次ぐ第4位である。これを構成比にすると、タイはASEAN諸国内人口の10.4%を占めている(図表1-2)⁴。

図表1-2 ASEAN諸国内人口と構成比

	人口(万人)	構成比(%)	
		世界	ASEAN内
インドネシア	27,636	3.5	41.0
フィリピン	11,105	1.4	16.5
ベトナム	9,817	1.3	14.6
タイ	6,995	0.9	10.4
ミャンマー	5,481	0.7	8.1
マレーシア	3,278	0.4	4.9
カンボジア	1,695	0.2	2.5
ラオス	738	0.1	1.1
シンガポール	545	0.1	0.8
ブルネイ	44	0.0	0.1
ASEAN	67,333	8.6	100.0
日本	12,568	1.6	
中国	141,236	18.0	
韓国	5,174	0.7	
世界計	783,663	100.0	

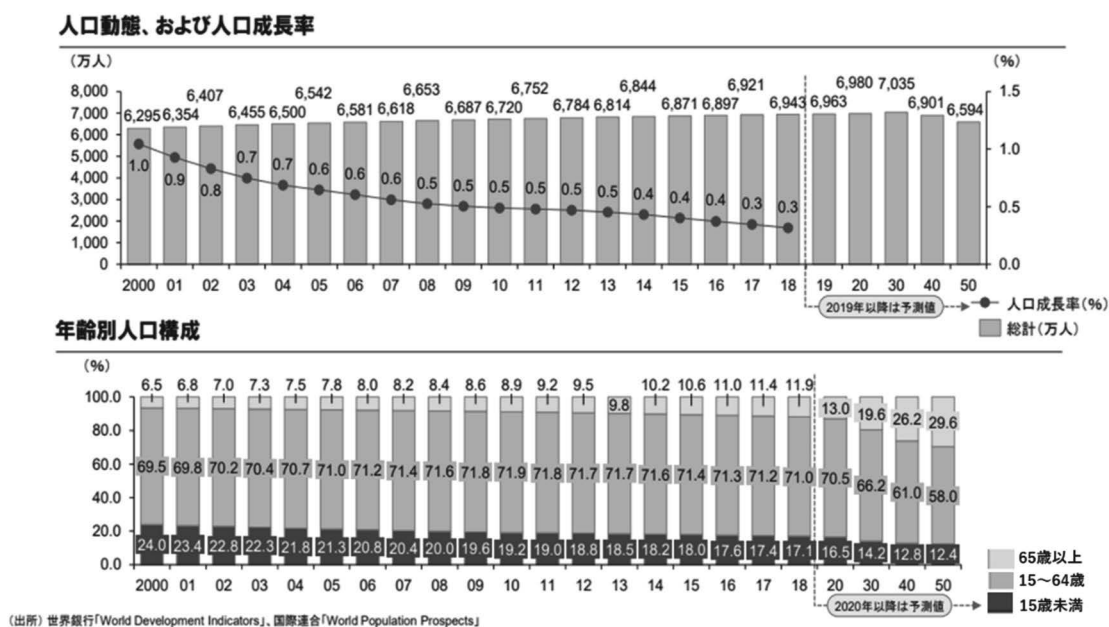
出所：世界銀行「World Development Indicators」一部変更

⁴ 目で見えるASEAN—ASEAN経済統計基礎資料— 外務省アジア大洋州局地域政策参事官室
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000127169.pdf>

タイの人口のうち、タイ国民が約98%を占め、タイ国籍を持たない人は約1.5%である。国民約6,900万人のうち人のうち、男性が約48.8%、女性が約51.2%である。

2018年における人口増加率は0.3%となっており、2030年頃が人口のピークと予測されている。2030年以降は人口減少時代となり、中でも労働人口の減少は国の経済発展にブレーキをかけかねない問題とされている。また、都市化率は2015年に50%を超え、その後も都市化が進むと予測されている。特に首都バンコクの集中化は著しく、都市化による地方との経済格差、失業率、教育や医療レベル、都市の交通渋滞などのインフラ問題など、数多くの課題が指摘されている（図表1-3,1-4）⁵。

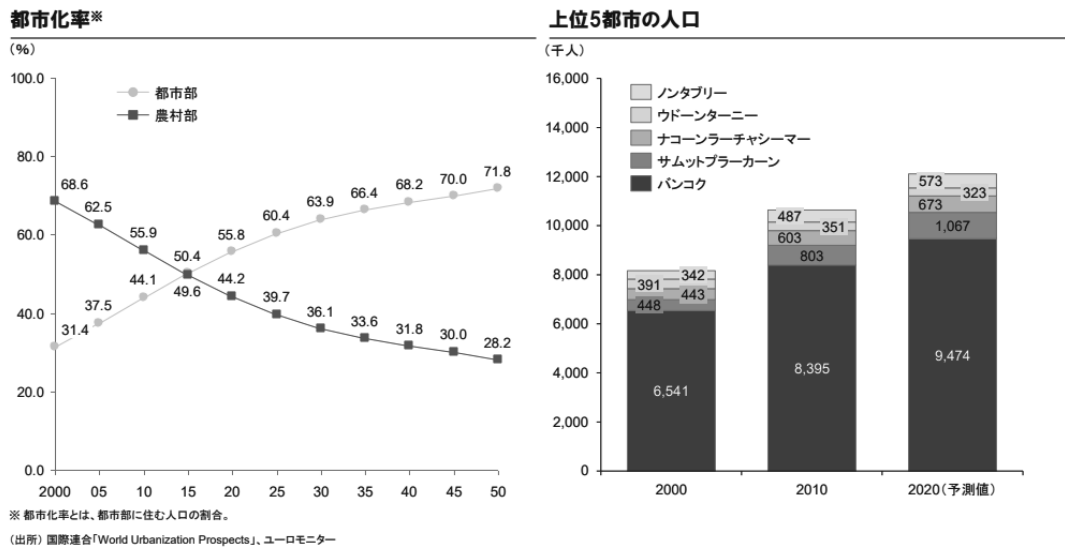
図表1-3 人口動態および人口成長率／年齢別人口構成



出所：世界銀行「World Development Indicators」、国際連合「World Population Prospects」

⁵ 経産省 医療国際展開カントリーレポート 2021年
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/irvou/downloadfiles/pdf/countryreport_Thailand.pdf

図表 1-4 都市化率と上位 5 都市の人口

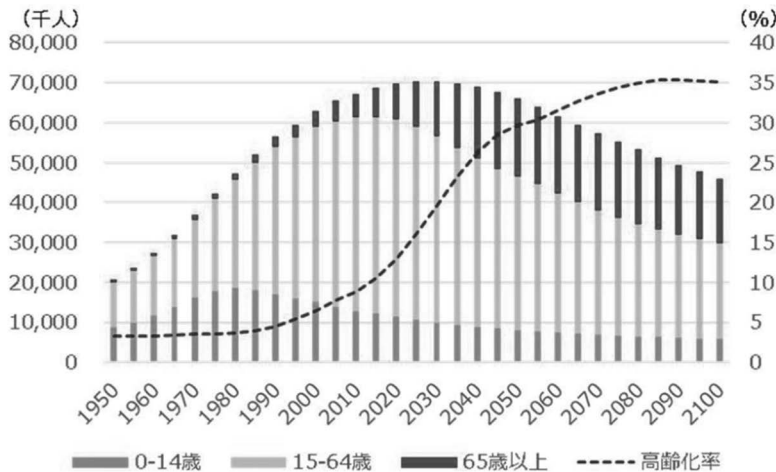


出所：経産省 医療国際展開カントリーレポート 2022 年⁶

(2) 年齢構成

2022 年の 65 歳以上人口の割合は 15% であり⁷、1959 年と 2019 年の高齢者人口割合を比較すると 3.76 倍と高齢化が進んでいる。また、年少人口の割合は増加していたが、ピーク時と比べて 2019 年は減少しており、2019 年の年少人口も 10 年前より減少しているため、総じて、タイの少子化は進んでいる（図表 1-5）。

図表 1-5 タイの人口動態と高齢化率の推移



出所：タイのヘルスケア産業について一般調査報告書（2021 年）⁸。国際連合 2025 年以降は中位推計を採用。

2019 年時点での人口ピラミッドでは、男女ともに 40 代の構成比が最も高い。各年齢に

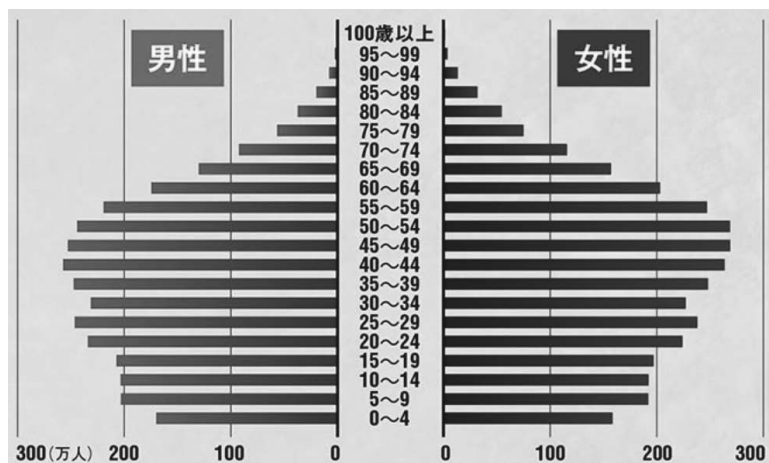
⁶ 経産省 医療国際展開カントリーレポート 2022 年 [countryreport_Thailand_2021.pdf\(meti.go.jp\)https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport_Thailand_2021.pdf](https://countryreport_Thailand_2021.pdf(meti.go.jp)https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport_Thailand_2021.pdf)

⁷ 世界銀行 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

⁸ タイのヘルスケア産業について一般調査報告書 https://www.pref.aichi.jp/ricchitsusho/gaikoku/report_letter/202107bangkok.pdf

における構成比であるが、年少人口（0～14歳）16.8%（1,000万人）、生産年齢人口（15～64歳）70.8%（4,900万人）、高齢者人口（65歳以上）12.4%（860万人）である。ASEANにおいてもシンガポールについて高齢化率が高い国とされている⁹（図表1-6）。

図表1-6 2019年の人口ピラミッド



出所：日経ビジネス、政府統計¹⁰

5. 民族

民族構成は、大多数がタイ族（85%）である。タイ族以外では、華人系（10%）、マレー系、インド系、カンボジア系を中心に山岳部にはそれぞれの文化や言語をもった少数民族などで構成されている。なお、マレー系民族は南部の4県に住んでいる^{11,12}。

6. 語学・教育

（1）公用語

公用語はタイ語である。英語は一般的ではなく、ビジネスでは使用されているが、観光地を除いてほとんど通じない¹³。

⁹ ASEAN 諸国の高齢化とヘルステックの可能性 大和総研アジア事業開発本部

https://www.dir.co.jp/report/asia/asian_insight/20180829_020287.pdf

¹⁰ 日経ビジネス（20230203）<https://business.nikkei.com/atcl/NBD/19/00117/00244/?P=2>

¹¹ タイの投資環境 2023【第1章 概要】（国際協力銀行）<https://www.jbic.go.jp/ja/information/investment/images/inv-thailand01.pdf>

¹² タイ国政府観光庁（TAT）<https://www.thailandtravel.or.jp/about/outline/>

¹³ タイの投資環境 2023【第1章 概要】（国際協力銀行）<https://www.jbic.go.jp/ja/information/investment/images/inv-thailand01.pdf>

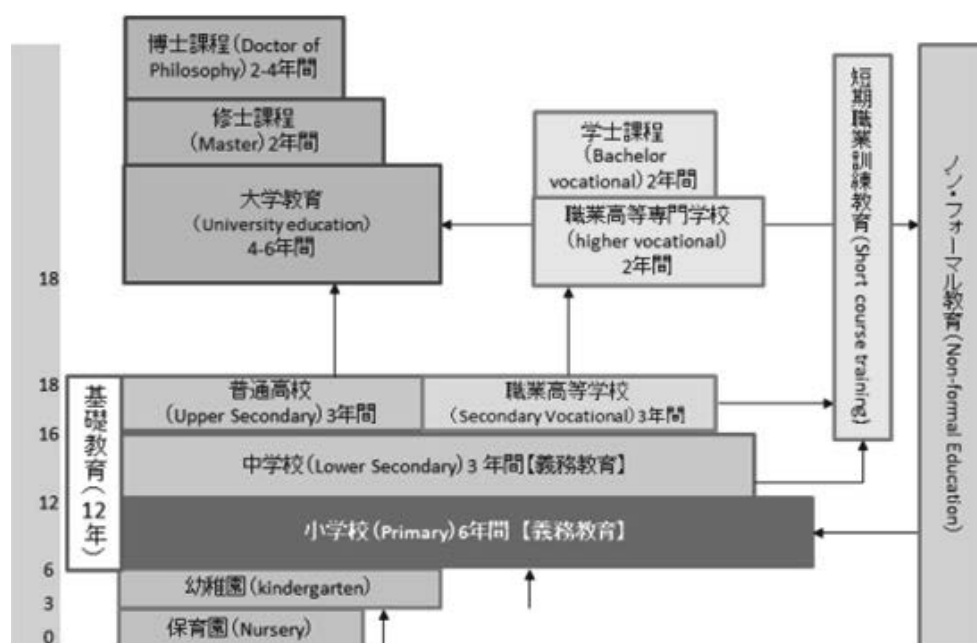
(2) 教育制度

タイにおける教育は、教育省が初等中等教育に関する監督を行っている。また、首都バンコク市の初等教育は内務省が監督している。地方は、全国を 185 の地方教育区に分け、それぞれに地方教育区事務所を設置し、当該地域の初等中等学校の指導・監督を行っている。高等教育や大学や研究機関は、従来教育省が所管していたが、2019年に高等教育・科学・研究・イノベーション省が創設され、同省の所管となっている。

タイの学校教育体系について、学年歴は5月～翌年2月で、就学前教育が3～5歳児を対象に、幼稚園、保育園などで行われ、その後は6+3+3+4システム（小学校6年、中学校3年、高校3年、大学4年）を採用している。就学前教育（幼稚園）、小学校、中学校、高校の15年間を無償としている。識字率は95%以上である。

大学教育では2～3年の準学士課程や、専攻する分野によって4～6年の学士課程が置かれ、修了者にはそれぞれ準学士、学士の学位が授与される。また、2年の修士課程、2～4年の博士課程が置かれている。職業高等学校修了者を対象には職業高等専門学校があり、貧困理由とする初等教育修了の進学困難者には短期職業訓練プログラムがある¹⁴。

図表 1-7 学校系統図



出所：「World Data on Education. 7th edition, 2010/11」及び「OECD, Education in Thailand 2016」を元に作成¹⁵

¹⁴ タイ王国 https://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2017/10/02/1396848_006.pdf

¹⁵ MRI タイ王国 https://www.eduport.mext.go.jp/epsite/wp-content/uploads/2021/03/subcommittee-2016_thailand.pdf

7. 宗教

タイでは仏教が国教とされており国民の約 95%が仏教徒である¹⁶。他にはイスラム教徒が 3.8%、キリスト教徒 0.8%、ヒンズー教徒 0.1%となっており、シーク教、山岳民族固有の宗教もある。

タイの仏教の宗派はスリランカ系の上座部仏教（テーラワーダ仏教）で、スコータイ王朝時代である 1238－1438 年にインドから伝わったとされている。日本で主流である大乘仏教とは異なり、僧侶と俗人の区別が厳格である。全国には約 3 万の仏教寺院が存在しており、庶民の生活と仏教には密接な関係がある。タイの仏教では、男性は一生のうち一度は出家し僧となって修行することとされており、この修行を終えると一人前の男性として認められる¹⁷。出家期間中の休職は会社でも許されており、修行期間を終えると元の職場へ戻る事ができる。出家が許されない女性は、僧侶が必要とする袈裟や食べ物、薬などを納めるほか、寺院の修復のための寄進を行う。

8. 政治

（1）政体

政体は国王を国家元首とする立憲君主制であり、議院内閣制を採用している。国王は憲法に基づき議会の解散権や任命権を有するが、政治への直接的な関与はできない¹⁸。タイ王室は現在までに 10 代の国王により継承されており、国民の王室に対する信頼と尊崇の念がある¹⁹。

（2）元首

2023 年 7 月時点の国王はマハー・ワチラロンコン・プラ・ワチラクラチャオユーフア国王（ラーマ 10 世）である。

（3）タイ王室

タイは東南アジアにおいて唯一欧米諸国の植民地支配を受けずに長い間、王朝が続いてきた歴史的な背景があり、王室に対して信頼と尊崇の念を持つ国民は多い。憲法における国王の規定が影響しているともいわれており、「タイ王国は、国王を元首とする民主主義政体の統治を有する。」、「国王は、崇敬された神聖な地位にあり、何人も侵すことはできない。」、「国王は、仏教徒であり、かつ宗教の擁護者である。」などと規定され、神聖性が憲法においても明示されている。

¹⁶ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構（ジェトロ）2018 年

https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

¹⁷ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

¹⁸ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

¹⁹ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

(4) 政府

① 首相

首相はプラユット・ジャンオーチャー氏（2023年4月現在）である。

② 内閣・行政省庁

内閣は憲法に基づき国王によって任命された首相、副首相、大臣、副大臣によって構成される。タイの行政省庁は2002年の省庁再編を経て、1府19省で構成されるようになった。1府19省は、総理府、国防省、財務省、外務省、観光・スポーツ省、社会開発・人間保障省、農業・協同組合省、運輸省、天然資源・環境省、情報技術・通信省、エネルギー省、商務省、内務省、法務省、労働省、文化省、科学・技術省、教育省、保健省、産業省がある。また、各省庁の下部組織として委員会や事務局が設置されている。タイの行政組織は高度に中央集権化され、中央機関に権限が集中する仕組みとなっている²⁰。

③ 地方行政

タイの行政については府省庁等中央政府の各機関が行う「中央行政」、中央政府から高官を首長として地方に派遣し国が行う「地方行政」、公選された首長による地方自治体が行う「地方自治行政」から構成される²¹。なお「地方行政」は内務省が管轄し、県（チャンワット）や郡（アンプー）などの国の出先機関が設置されている。各県知事と郡長は内務大臣により任命される。「地方自治行政」は中央行政や地方行政とは別個の存在であり、全国に約7,800の地方自治体が設置されている。地方自治体は県や郡の管理下に置かれ、年次予算や条例の承認、議会の解散や議員の罷免などが県知事や郡長、内務大臣の権限として認められている²²。

④ 外交政策

(a) 概観

タイは全方位外交を外交政策の基本とし、ASEANの創設当初からの国の一つとして中心的な役割を果たしつつ、ASEAN各国以外にも、日本、米国、中国、EU諸国などとの協調を外交の基本方針としている²³。近年は国際的に関心の高い問題や国外の情勢、地球規模の課題等について立場表明を行うなど、様々な問題に積極的に関与する傾向がみられる。

²⁰ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

²¹ タイにおける地方分権化の動向と変遷 国際協力機構（JICA）https://www.jica.go.jp/Resource/jica-ri/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/cd/pdf/200704_aid_01.pdf

²² タイにおける地方分権化の動向と変遷 国際協力機構（JICA）https://www.jica.go.jp/Resource/jica-ri/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/cd/pdf/200704_aid_01.pdf

²³ 外務省ホームページ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/data.html> （2023年4月20日）

一方、ミャンマーやカンボジアなど一部国境を接する周辺国とは、薬物問題や不法労働者・不法移民の流入、領土問題等の課題を抱えている²⁴。タイとカンボジア間の領土問題については過去に、軍事衝突も起きている。

(b) 国際社会との関係

(ア) ASEAN

タイは1967年のASEAN発足当初からインドネシア、シンガポール、フィリピン、マレーシアとともに参加しており、ASEAN重視の姿勢を基本方針とし²⁵、日中韓を加えたASEAN+3、アジア欧州会合(ASEM)、ASEAN地域フォーラム(ARF)等、ASEAN以外の諸国・地域との関係強化においても重要な役割を果たしている²⁶。

人口一人あたりGDPでみた所得水準では、ASEAN加盟国内で4位であるが、経済規模ではASEAN諸国内で2番目に大きい。ASEAN域内での関税撤廃の動きや各国の経済成長に伴い、タイのASEAN諸国への貿易額も増え、2021年の輸出総額は3,762億ドルと、10年前の1.21倍に増えている。

(イ) 対日関係

日本とは600年を超えるといわれる長い歴史を背景に、政治、経済、貿易、人的交流、地域開発等の幅広い分野における協力関係が確立されている²⁷。

特に経済面における結びつきは非常に強く、日本はタイにおける主要貿易相手国である。2007年11月には日タイ経済連携協定(JTEPA)が締結され、貿易や投資など幅広い分野における経済関係の強化が図られている²⁸。タイから日本への輸出額は年々増加しており、2021年は過去最大となる252億ドルにまで増えた。品目別にみると、非金属製品、自動車・自動車部品などの輸送機器、プラスチックなどの素材、電気回路関連の機械などで日本への輸出が急増している。

(ウ) 対米関係

アメリカとはベトナム戦争の終結時やタイ国内での軍事政権台頭による政情不安などを契機として対米関係が冷え込む時期があったが、安全保障上の結びつきを強めるなど改善傾向にある。条約上の同盟国であり、アジア太平洋地域で最大級の多国間共同訓練の「コブラ・ゴールド」は、タイ国内で例年開催されている。2003年には、米国が主導している「テロとの闘い」に積極的に参加していることから、フィリピンとともに「主要な非NATO

²⁴ 外務省ホームページ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/data.html> (2023年6月26日)

²⁵ ASEAN(東南アジア諸国連合)外務省 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/asean/index.html> (2023年7月4日)

²⁶ 国際協力銀行 タイの投資環境2023 <https://www.jbic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

²⁷ 日タイ修交130周年公式ウェブサイト <https://www.th.emb-japan.go.jp/jt130/index-jp.htm> (2023年6月19日)

²⁸ 国際協力銀行 タイの投資環境2023 <https://www.jbic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

同盟国」に指定されている²⁹。2013年にタイ・米両国は近代的外交関係樹立180周年を迎えたが、2014年の軍事クーデターに対し、軍事援助の凍結等の措置を行った。トランプ政権発足後は関係改善が進展し、2019年の民政復帰後、インド太平洋地域への関与を重視するバイデン政権との間でハイレベルの往来が活発化している³⁰。2022年7月には、タイ・米国間の戦略的同盟とパートナーシップに関する共同声明と、医薬品、バイオ・循環型・グリーン（BCG）経済モデルの推進に資する産業など、対象産業における米国企業の対タイ投資を促進するサプライチェーン強靱化の推進に関する覚書を交わし³¹、同年11月には、ハリス副大統領がAPEC首脳会議出席のためタイを訪れ、ワチラロンコン国王王妃との拝謁及びプラユット首相との会談を行っている。

（エ）対中関係

中国とは1975年に国交を樹立し、歴史的に緊密な交流と友好関係がある。2000年代以降は、海軍、空軍間で軍事演習を実施しているほか、2012年には包括的・戦略的パートナーシップ関係を構築している。また、2014年のクーデター以降、欧米との関係が一時的に停滞したが、中国との関係は引き続き進展している。

政治面では、2022年11月のバンコクにおけるAPEC開催時に習近平国家主席がタイを訪問し、ワチラロンコン国王王妃との会見及びプラユット首相との会談を行った³²。

経済面では、中国はタイの最大の貿易相手国であり、中国企業による投資が増加傾向にある。2010年以降、中国の対タイ投資については進出企業、投資額共に急拡大しており、両国間の経済関係の強化が進んでいることがわかる。近年の中国のタイ投資がより積極的になってきた要因として、米中間の貿易摩擦の影響も指摘されており、投資の移転先としてタイが選ばれているとの指摘もある³³。特に鉄道・高速道路・港湾・空港・電力・情報通信機器などのインフラ分野において積極的な投資がなされている³⁴。

²⁹ 防衛省ホームページ http://www.clearing.mod.go.jp/hakusho_data/2008/2008/html/k1252000.html（2023年4月20日）

³⁰ 外務省ホームページ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/data.html>（2023年7月30日）

³¹ JETRO ビジネス短信「タイのプラユット首相、プリンケン米國務長官と会談、同盟・パートナーシップ関係強化」
<https://www.jetro.go.jp/biznews/2022/07/279730523752fe1c.html>（2023年7月30日）

³² 外務省ホームページ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/data.html>（2023年7月12日）

³³ 米中摩擦を背景に加速する中国の対タイ投資
<https://www.jetro.go.jp/biz/areareports/special/2021/0301/18743b0e568c00cb.html>（2023年7月4日）

³⁴ 米中摩擦を背景に加速する中国の対タイ投資
<https://www.jetro.go.jp/biz/areareports/special/2021/0301/18743b0e568c00cb.html>（2023年6月19日）

図表 1-8 ASEAN 諸国の比較表 (2021 年)

	人口 万人	面積 1,000 km ²	名目 GDP 億ドル	1人あたり GDP ドル
シンガポール	545 (9)	0.7 (10)	3,970 (3)	72,795 (1)
ブルネイ	44 (10)	6 (9)	199 (9)	44,809 (2)
マレーシア	3,270 (6)	331 (5)	3,728 (5)	11,399 (3)
タイ	6,995 (4)	513 (3)	5,132 (2)	7,336 (4)
インドネシア	27,225 (1)	1,911 (1)	11,861 (1)	4,357 (5)
ベトナム	9,832 (3)	331 (4)	3,662 (6)	3,725 (6)
フィリピン	11,020 (2)	300 (6)	3,936 (4)	3,572 (7)
ラオス	738 (8)	237 (7)	186 (10)	2,514 (8)
カンボジア	1,584 (7)	181 (8)	262 (8)	1,654 (9)
ミャンマー	5,355 (5)	677 (2)	652 (7)	1,217 (10)
合計 (平均)	66,608	4,487	33,586	5,042
【参考】				
日本	12,551	378	49,374	39,340
米国	33,218	9,834	229,975	69,231
中国	141,260	9,600	174,580	12,359
インド	139,201	3,287	31,779	2,283
EU28	51,041	4,375	187,501	36,735
EU28 (除く英国)	44,395	4,132	159,214	35,863
USMCA (3カ国)	49,392	21,783	259,322	52,503

出所：国際協力銀行 タイの投資環境 2023³⁵

(5) 政治の概要

① 議会・選挙制度

タイの議会は人民代表院（下院に相当。500 席）と元老院（上院に相当。250 席）からなる二院制を採用している。

下院については、2014 年の軍事クーデター以降、2019 年にはクーデター後初の国会総選挙が行われ、軍事クーデターを実行した国家安全保障評議会（NCPO）が、大政党に有利に改正された小選挙区比例代表並立制の下で国民国家の力党（パラン・プラチャーラット党、PPRP）を立て、他党と連立して軍事政権の首班だったプラユットを首相に指名し、政権に留まった。³⁶しかし、2023 年 5 月の総選挙では PPRP の分裂もあり、最大野党のタイ貢献党を抑えて革新派野党の前進黨が第一党となった。

下院議員の選挙権については、「タイ国籍を有する者」「満 18 歳以上である者」「選挙区内のタビアン・バーン（住居登録簿）に氏名が記載されている」という 3 つの要件を満たす必要がある。また、選挙権の行使は義務であるため、正当な理由がなく投票しなかった者については憲法の規定に基づき、次回の選挙権を剥奪されるなどの処分を下されるとされている。

上院については、議員定数については 2017 年の憲法改正で 200 名に削減されたが、憲法施

³⁵ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

³⁶ IDE スクエア世界を見る眼 タイ下院総選挙 2023 アジア経済研究所 https://www.ide.go.jp/Japanese/IDEsquare/Eyes/2023/ISQ202320_010.html (2023 年 7 月 12 日)

行から5年間については250名の定員とされている。上院議員は軍の司令官や警察関係者が任命され、そのほか国家平和秩序維持評議会（NCPO）によって選任される仕組みとなっている。新憲法下では、これまで下院議員のみに与えられていた首相指名が、上院議員にも認められ、首相指名について軍部の意向が反映できるようになっている³⁷。

② 主要政党・勢力

タイの政党勢力としては主に、軍部を中心とする軍政派が主な支持母体である PPRP、都市部の高所得者層を支持母体とする反タクシン派が中心となっている「民主党」、農村などの低所得者層を支持母体とし、軍部や一部のエリート層が支配する政治体制を選挙などの民主的な方法で打破しようとするタクシン派が中心となっている「タイ貢献党」、新興勢力である反軍政派が主な支持母体である「前進党（新未来党）」などがある³⁸。

（6）最近の内政動向

① プラユット政権

2014年5月22日の軍事クーデター後、自らが議長となる国家平和秩序維持評議会（NCPO）による全権掌握を宣言した。その後、2019年3月の総選挙を経て、プラユット氏が率いる「国民国家の力党」を中心とする連立政権が同年7月に発足し、民政化後もプラユット首相の続投が確定した。一方、新型コロナウイルス対策における不手際などを主な理由として2021年以降、政権に対しての国民の不満が高まり、支持率が低下した。

② 反体制派デモ

2019年の下院総選挙で躍進した新未来党が憲法裁判所の判決により解党され（2020年2月）、諸派合同の PPRP 内部及び多党連立に起因する政権内部での権力抗争が続く中、2020年初頭以降タイ国内でも感染が拡大した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する政府対応への不満の高まりを契機とし、若年層を中心に反体制デモが発生した。同年7月半ば以降は、それまで社会的にタブーであった王室批判も公に行われるようになり、路上集会及びインターネット上で政府批判が急速に拡大した。他方、反体制派が掲げる要求内容（政権退陣、憲法改正、真の立憲民主主義の実現）は急進的との見方が一般的であり、感染症の拡大が続く中で路上集会への参加者も伸び悩む中、治安当局による活動主導者の身柄の拘束が相次ぎ、運動は停滞するに至っている。なお、2020年後半から刑法112条（いわゆる不敬罪規定）に基づく取り締まりが再開し、民主主義の弾圧ともいわれる状況が起きている³⁹。

³⁷ 岡山県タイビジネスサポートデスクレポート Vol. 51（2019.2月号）

https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/653693_5664632_misc.pdf

³⁸ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

³⁹ タイ王国基礎データ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/data.html>（2023年6月19日）

③ 2023年5月総選挙

タイでは2023年5月14日、4年ぶりに下院議会（小選挙区400議席、比例代表100議席）の総選挙が行われ、軍の影響力排除を目指し若者を中心に支持を集めていた野党前進党が152議席を獲得し第一党となった。次いでタイ貢献党141議席、タイ誇り党70議席、PPRP40議席、タイ団結国家建設党36議席となった⁴⁰。しかし、首相を指名するためには上下両院において過半数となる376議席を獲得する必要があり、第一党となった前進党においても単独での過半数を占めるには至っていない。そのため、安定した政権を確保するためには、他の野党政党との連立をとる必要がある。これについて他の野党は前進党との連立に前向きな姿勢を示しているともいわれており、今後の連立協議が焦点となっている。（2023年6月時点）

9. 経済

（1）基礎的経済指標

タイの基礎的経済指標については、実質GDP成長率について2020年は▲6.2%と落ち込んだものの、2021年1.5%、2022年2.6%と回復傾向である。名目GDPの総額は2021年が5,059億ドル、2022年は4,952億ドルとなっている。国民一人当たりの名目GDPは、2020年は7,171ドル、2021年は7,227ドル、2022年は7,651ドルとなっている⁴¹。日本とASEAN加盟国の経済指標については図表1-9のとおりである。

タイの所得水準について、2017年上期におけるタイの世帯所得は月額約2万7,000バーツとなっており、これは2000年の約1万2,000バーツから2倍以上に増加している。特に都市圏で見ると、バンコクにおいては2017年の調査では約4万1,000バーツであり、タイ全国の平均値の約1.5倍の所得水準であることがわかる⁴²。

⁴⁰ タイ、下院総選挙は前進党が第1党に 日本貿易振興機構（JETRO）

<https://www.jetro.go.jp/biznews/2023/05/c7169831104b1cba.html>（2023年7月12日）

⁴¹ タイ概況・基本統計 日本貿易振興機構（JETRO）https://www.jetro.go.jp/world/asia/th/basic_01.html

⁴² ヘルシーライフスタイル〔バンコク版〕日本貿易振興機構（JETRO）バンコク事務所2018年

https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

図表 1-9 日本と ASEAN 加盟国 5 カ国の経済指標

	実質 GDP 成長率	名目 GDP 総額 (10億ドル)	一人当たりの名目 GDP (ドル)	鉱工業生産 指数伸び率	消費者物 価上昇率	輸出額 (100 万ドル)	輸入額 (100 万ドル)
タイ	1.5%	505.9	7,227	6.5%	1.2%	270,564	238,210
日本	1.62%	4,937.4	39,340	—	▲0.23%	756,166	768,736
ベトナム	2.6%	366.14	3,756	4.7%	1.8%	336,167	332,843
ミャンマー	▲17.94	65.2	1,217	—	—	15,160	14,472
シンガポール	7.61%	397.0	72,795	13.30%	2.30%	457,269	407,581

出所：各国・地域データ比較結果 日本貿易振興機構（JETRO）より作図⁴³

（２）主要産業

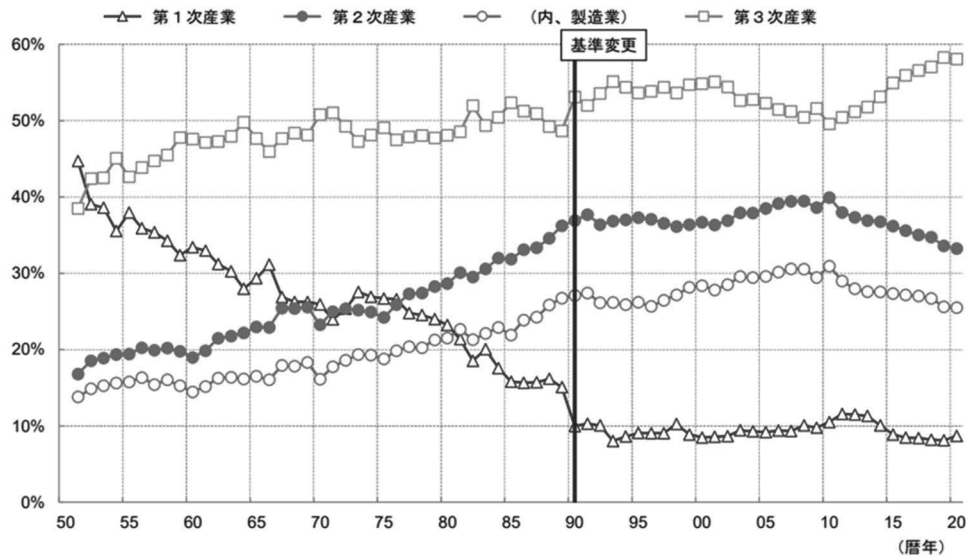
第一次～第三次産業における GDP 比率でみていくと、2020 年においては第一次産業が 8.7%、第二次産業が 33.2%、第三次産業が 58.1%であり、第三次産業の比率が年々高まっている⁴⁴。以前は天然ゴムや米作などの第一次産業が主要であったが、近年はそこに、自動車、電子機器・コンピューター・食品加工製品、医療、観光分野に力を入れている。国民の就業者の割合でみていくと、第一次産業である農業就業者は全人口の約 30%を占めているが、GDP では 10%未満にしか満たない。製造業に関しては、就業者は約 15%であるが、GDP の約 30%を占めている。製造業の中でも特に電子・電器産業、自動車産業が活発であり、日本を中心に多くの国へ輸出している。これについてはタイへ投資・進出する外国籍製造業が多くあることも要因として考えられる。また、主力産業の一つとして掲げている観光業の 2019 年における観光収入は世界第 4 位の 605 億ドルであり、GDP の約 12%を占めている⁴⁵。メディカルツーリズム（医療ツーリズム）については 1997 年のアジア通貨危機後から国家的な取組を行い、政府と医療機関の連携により、ビザの緩和などを通じて多くの実績を上げ高い注目を集めているなど、この分野においては先進国であると言える。

⁴³ 各国・地域データ比較 日本貿易振興機構（JETRO） <https://www.jetro.go.jp/world/search/compare.html>（2023 年 7 月 12 日）

⁴⁴ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

⁴⁵ 外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/kankei.html>（2023 年 7 月 12 日）

図表 1-10 第一～三次産業の構成比の推移



出所：国際協力銀行 タイの投資環境 2023⁴⁶

図表 1-11 産業別 GDP（名目）の構成比

(金額：10億バーツ)	名目 GDP			構成比		
	2011	2021	(年率)	2011	2021	(差分)
全体	11,307	16,167	3.6%	(100.0%)	(100.0%)	-
第 1 次産業	1,311	1,408	0.7%	(11.6%)	(8.7%)	(-2.9%)
第 2 次産業	3,988	5,219	2.7%	(35.3%)	(32.3%)	(-3.0%)
鉱業・採石業	401	352	-1.3%	(3.5%)	(2.2%)	(-1.4%)
製造業	3,279	4,394	3.0%	(29.0%)	(27.2%)	(-1.8%)
公益業	309	473	4.4%	(2.7%)	(2.9%)	(+0.2%)
建設業	307	438	3.6%	(2.7%)	(2.7%)	(-0.0%)
第 3 次産業	5,702	9,102	4.8%	(50.4%)	(56.3%)	(+5.9%)
卸売・小売	1,571	2,637	5.3%	(13.9%)	(16.3%)	(+2.4%)
運輸・倉庫	616	737	1.8%	(5.5%)	(4.6%)	(-0.9%)
ホテル・フードサービス	350	515	4.0%	(3.1%)	(3.2%)	(+0.1%)
情報・通信	243	459	6.6%	(2.1%)	(2.8%)	(+0.7%)
金融・保険	645	1,345	7.6%	(5.7%)	(8.3%)	(+2.6%)
不動産	306	437	3.6%	(2.7%)	(2.7%)	(-0.0%)
専門・科学・技術サービス	214	274	2.5%	(1.9%)	(1.7%)	(-0.2%)
行政サービス	189	202	0.6%	(1.7%)	(1.2%)	(-0.4%)
公務、国防、社会保障	681	1,053	4.4%	(6.0%)	(6.5%)	(+0.5%)
教育	454	705	4.5%	(4.0%)	(4.4%)	(+0.3%)
保健衛生・社会活動	219	410	6.5%	(1.9%)	(2.5%)	(+0.6%)
芸術・娯楽	51	108	7.8%	(0.4%)	(0.7%)	(+0.2%)
その他サービス	142	193	3.1%	(1.3%)	(1.2%)	(-0.1%)
雇主としての世帯活動等	21	29	3.4%	(0.2%)	(0.2%)	(-0.0%)

出所：国際協力銀行 タイの投資環境 2023⁴⁷

⁴⁶ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

⁴⁷ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

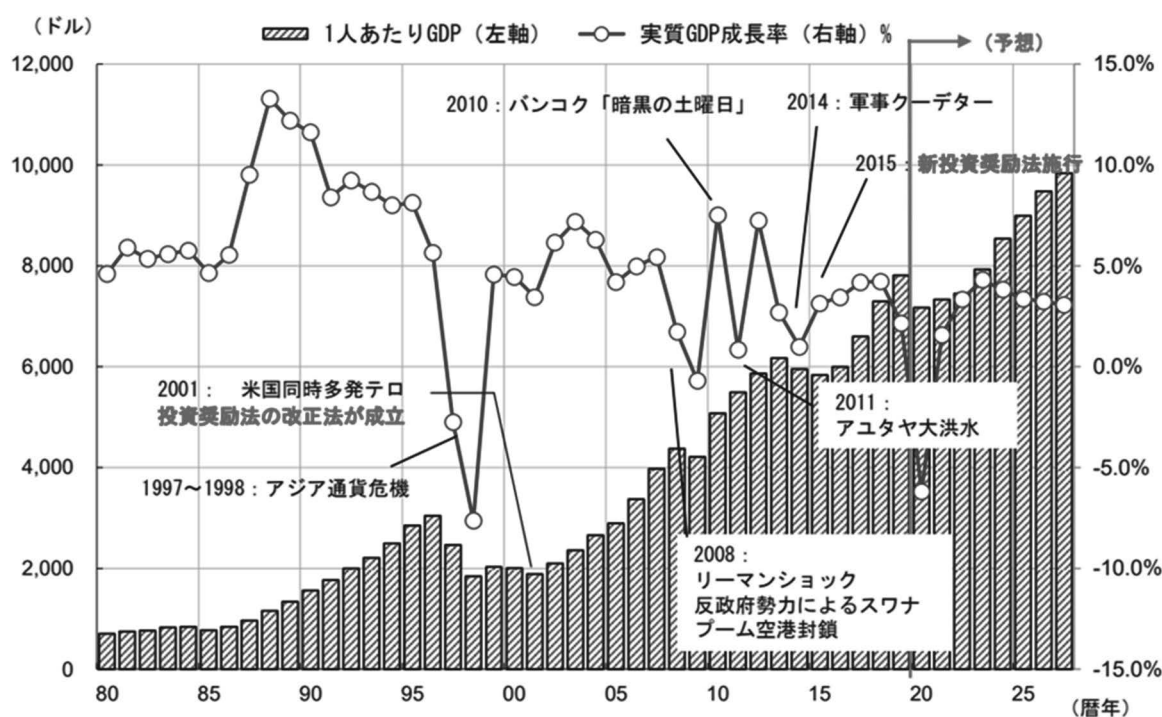
(3) タイ経済の歩み

① 急成長期 (1980～2000年)

タイの民間投資促進政策は1954年の投資奨励法、1960年の産業投資奨励法の制定、産業投資委員会（後のタイ投資委員会 BOI）が設立され、外資の導入が本格化するようになる。

1980年代に入ると、都市部から地方への企業進出を促す流れから工業団地の整備や企業投資促進策が進められ、国外からの投資環境が整えられていった。そのような中、1980年代後半から起きた通貨バツ等の切り下げや円高ドル安を背景に、日本の製造業のタイへの進出が増え、実質経済成長率が10%前後に高まるなど、タイ経済が急成長する要因となった。また、港湾施設の整備を背景に電機・電子産業の工業化が進展し、更なる高成長の要因となった。1人あたりGDPでみた所得水準は1980年の719ドルから1996年には3,071ドルにまで上昇した⁴⁸。

図表 1-12 タイの実質経済成長率と1人あたりのGDPの推移



出所：国際協力銀行 タイの投資環境 2023⁴⁹

⁴⁸ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

⁴⁹ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

② 低成長期からのV字回復

外資系製造業の国内への進出による高度経済成長期を迎えていたタイであったが、1997年からのアジア通貨危機ではタイ経済は1954年以来となるマイナス成長を遂げるようになる。2000年代に入ると回復率は5%前後で推移を遂げていたが、2008年のリーマンショックでは自動車や電気製品の輸出が落ち込みなどでアジア通貨危機以来のマイナス成長となった。その後、民間消費や設備投資促進策が図られたことで経済成長率は7.5%の回復を遂げるようになる。

しかし、2011年にタイ国内で起きた大洪水の影響で、国内各地の工業団地が甚大な被害を受けたことにより、外資系製造業の操業停止による影響が広まった。それら影響により経済成長率が再びマイナスとなるなど、景気が悪化することとなった。また、2013年には、シンラック政権が有罪判決を受け国外逃亡中のタクシン元首相の大赦法案を議会で強行採決したことに反発する大規模な反政府デモをはじめとした国内情勢の混乱などが経済成長の足かせとなっていた⁵⁰。その後、洪水後の工場復旧の投資需要や政府の消費促進策、政治的な安定を背景に経済成長率は7.2%を超えるなどの回復を見せた。2020年以降、世界的な猛威を振るった新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて、経済成長率は再びマイナス成長となったが、政府による景気刺激策等を受け、2021年には経済成長率のプラス成長を実現している。このようにタイの経済については、その時々災害や経済危機等により経済成長率に大きな影響を受けているが、その都度政府による消費促進策等の政策により回復を遂げている。

(4) タイの輸出入

タイは輸出産業を経済の柱としている。2011年から2021年の10年間における輸出の国別シェアでは上位3カ国は米国（構成比15.5%）、中国（同13.8%）、日本（同9.3%）となっており、上位3カ国で輸出全体の約38.6%を占めている。4位以下ではASEAN諸国の比率が目立ち、ベトナム（同4.6%）、マレーシア（同4.5%）となっている。国別の主な輸出品目については、米国は食料品や素材製造品、機械類が多く、中国は生ゴムなどの原材料、化学製品、機械類が多く、日本においては機械類の輸出が圧倒的に多い。

2021年における主な輸入相手国は中国（構成比25.2%）、日本（同13.5%）、米国（同5.5%）、マレーシア（同4.5%）、台湾（同4.0%）となっている⁵¹。

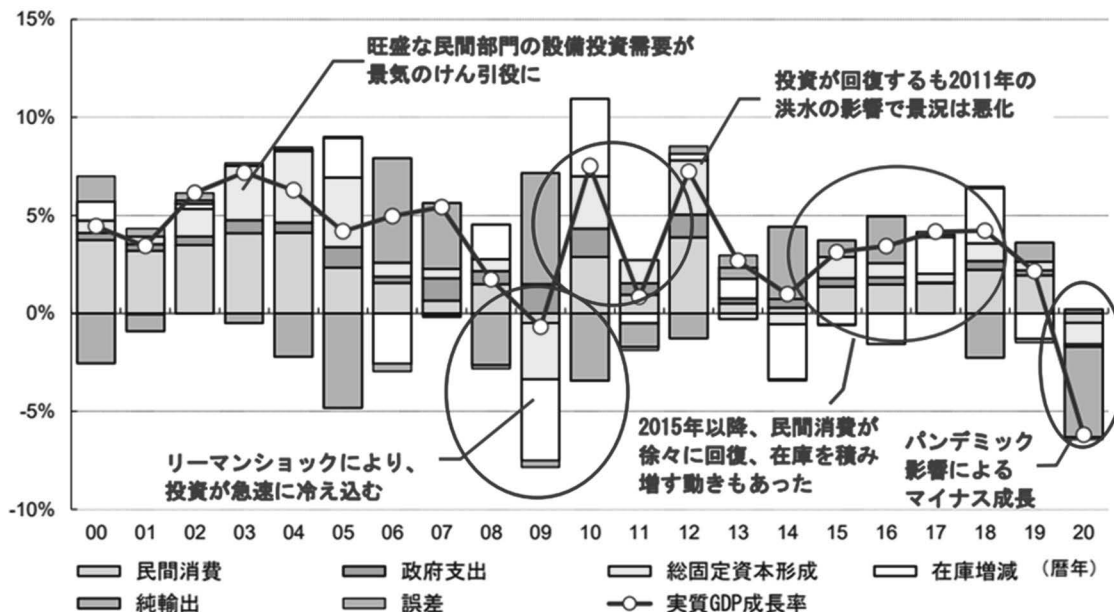
タイと我が国の貿易関係をみると、日本からの輸入については2015年のデータで3兆3,863億円であり、世界からタイへの輸出全体の約15.4%を占めている。タイからの輸出についても2015年のデータで2兆4,717億円であり、世界への輸出全体の約9.3%を占めている⁵²。

⁵⁰ タイ経済の現状と今後の展望 三菱UFJリサーチ&コンサルティング https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/10/report_180626.pdf

⁵¹ 国際協力銀行 タイの投資環境2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

⁵² 日本とタイ王国の協力年表 外務省 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000214425.pdf>

図表 1-13 実質 GDP 成長率と要因分解



出所：タイの投資環境 2023 国際協力銀行⁵³

(5) タイに進出する日系企業

日本企業のタイへの進出の歴史は古く、タイは有望な進出先とされている。日本のタイへの直接投資残高は 2017 年の 816 億ドルから 2020 年には 953 億ドルと 16.8%増加した。こうした日本企業によるタイに対する評価の向上と実際の投資の増加が、進出日系企業数の増加につながっている⁵⁴。2012 年からの 10 年間でタイに進出した日系企業数は、バンコク日本人商工会議所の会員企業数だけでも 280 企業増えている⁵⁵。特に貿易、製造業における増加数が大きく、タイに進出する日系企業全体で、貿易業の構成比は 22%、製造業は 44%を占めている。別の調査では、2017 年から 2020 年までのタイに進出する日系企業の調査において、不動産業・物品賃貸業の増加率が高いことから、タイに進出する日系企業が製造業だけにとどまらないことがわかる⁵⁶。このようにタイは東南アジア最大の日系企業の拠点となっており、両国の経済的な結びつきは非常に強い。

⁵³ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

⁵⁴ タイ日系企業進出動向調査 2020 年 日本貿易振興会 (JETRO) https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/01/047f1d797cf3c47e/20210002.pdf

⁵⁵ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

⁵⁶ タイ日系企業進出動向調査 2020 年 日本貿易振興会 (JETRO) https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/01/047f1d797cf3c47e/20210002.pdf

（６）日本とタイの経済協力関係

日本とタイの経済協力関係についてであるが、第二次世界大戦後の 1952 年、日本とタイは国交を回復した。1968 年には 216 億円のタイへの初の無償資金協力が行われた。その後、ODA によるインフラ整備等によるタイの経済発展を支援し続け、2014 年度までに我が国からタイへの援助総額は累計 2 兆 6,187 億円に達している。タイへの ODA の供与額は日本が 1 位であり、全体の 66% を占めている⁵⁷。2002 年からは日本・タイ経済連携協定（JTEPA）の締結協議が開始され、2007 年 4 月 3 日両国首脳による署名を経て、同年 11 月 1 日に発効した。これにより、物品・サービスの貿易、直接投資、科学技術、観光、金融サービスなど広範な内容において経済連携協定が結ばれ、両国間の経済的な結びつきが強化されている。

（７）在留邦人

多くの日系企業が進出しているため、タイ国内には多くの在留邦人が滞在している。外務省の調査によると、令和 4 年の国別在留邦人数では、1 位米国（約 41 万 8 千人）、2 位中国（約 10 万 2 千人）、3 位オーストラリア（約 9 万 5 千人）、4 位タイ（約 7 万 8 千人）、5 位カナダ（約 7 万 4 千人）である⁵⁸。また、アジア圏においても中国について在留邦人が多い国であり、我が国とタイの経済的結びつきを背景とした人的交流が盛んであることがわかる。タイにいる日本人の在留目的は、民間企業関係者及びその家族が最も多く、次いで留学生・研究者及びその家族、自由業関係者及びその家族、報道関係者及びその家族の順であり、日本からの投資先として多くの企業が進出していることから、民間企業関係者の在留が最も多くなっている⁵⁹。2018 年から 2021 年までにおいては、タイに住む邦人数が対前年比プラスで推移しており、新型コロナウイルス感染症の影響を除くと、国別在留邦人数トップ 5 カ国のうち、唯一邦人数が増え続けている国である。

タイでの生活も在留邦人にとっては大きなポイントとなるが、タイは食料品等の日常必需品の入手は容易であり、価格も安いことや、日本食レストランも多数出店しているため、日常生活では困ることがない。治安に関しては、日本に比べると不安はあるものの、行先や外出時間帯に気を付ければ大きな問題はないとされている。医療面においても日本人医師や日本の医学部へ留学経験のあるタイ人がいる医療機関があるほか、日本と比較しても遜色ないサービスを提供する病院があるなどの高い医療水準を誇っている。教育面に関しても日本人学校が複数整備されており、在留邦人の家族にとっても生活しやすい環境が整備されている⁶⁰。

⁵⁷ 日本とタイ王国の協力年表 外務省 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000214425.pdf>

⁵⁸ 海外在留邦人数調査統計〔2022 年 10 月 1 日現在〕（外務省領事局政策課）

⁵⁹ 海外在留邦人数調査統計 在タイ日本国大使館 (https://www.th.emb-japan.go.jp/itpr_ja/consular_zairyu16.html)
2023 年 6 月 1 日閲覧

⁶⁰ 国際協力銀行 タイの投資環境 2023 <https://www.ibic.go.jp/ja/information/investment/inv-thailand202302.html>

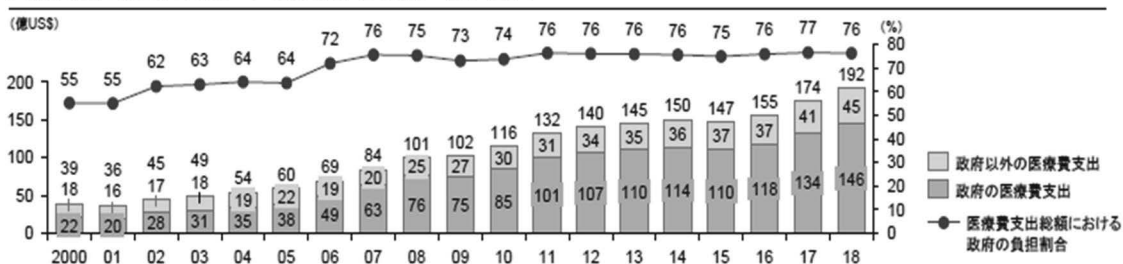
第2章 医療の基本情報

1. 医療費の推移と背景.....	32
2. 平均寿命.....	37
3. 出生率と死亡率.....	38
4. 主要死因・主要疾患.....	40
5. 医療提供体制.....	47

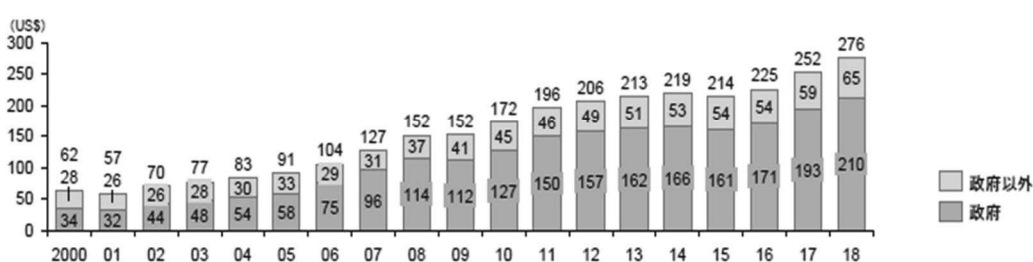
1. 医療費の推移と背景

2018年の医療費支出総額は192億ドルで、そのうち政府が占める医療費支出の割合は76%程度である。また、2018年の一人当たり医療費は276ドルである（図表2-1）⁶¹。

図表2-1 医療費支出総額と政府の医療費支出、政府の負担割合／一人当たりの医療費の推移
医療費支出総額と政府の医療費支出、政府の負担割合



一人当たり医療費の推移



※1: 2021年11月9日時点のWHOのデータから計算
 ※2: 全てUS\$の現在価値で計算
 ※3: Current Health Expenditureを医療費支出総額として計算
 ※4: Domestic General Government Health Expenditureを政府の医療費支出として計算

出所：世界保健機関（WHO）「Global Health Expenditure Database」、経産省 医療国際展開カントリーレポート2022

⁶¹ 経産省 医療国際展開カントリーレポート2022年 https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport/Thailand_2021.pdf

2020年におけるASEAN諸国の医療費を比較すると、医療費総額のGDP比⁶²は6番目、一人当たりの医療費⁶³では4番目である（図表2-2）。

図表2-2 医療費の比較

	医療費総額のGDP比		一人当たりの医療費		医療費総額	
	%	ASEAN内順位	USドル	ASEAN内順位	100万USドル	ASEAN内順位
カンボジア	7.5	1	116	8	1,898	8
シンガポール	6.1	2	3,537	1	20,903	3
フィリピン	5.6	3	194	5	18,382	4
ベトナム	4.7	4	166	6	16,066	5
ミャンマー	4.6	5	72	9	3,852	7
タイ	4.4	6	305	4	21,806	2
マレーシア	4.1	7	419	3	13,900	6
インドネシア	3.4	8	133	7	36,147	1
ラオス	3.0	9	69	10	287	10
ブルネイ	2.5	10	650	2	287	9
日本	10.9	—	4,388	—	549,586	—
アメリカ	18.8	—	11,702	—	3,931,331	—

出所：World Health Organization⁶⁴より作図

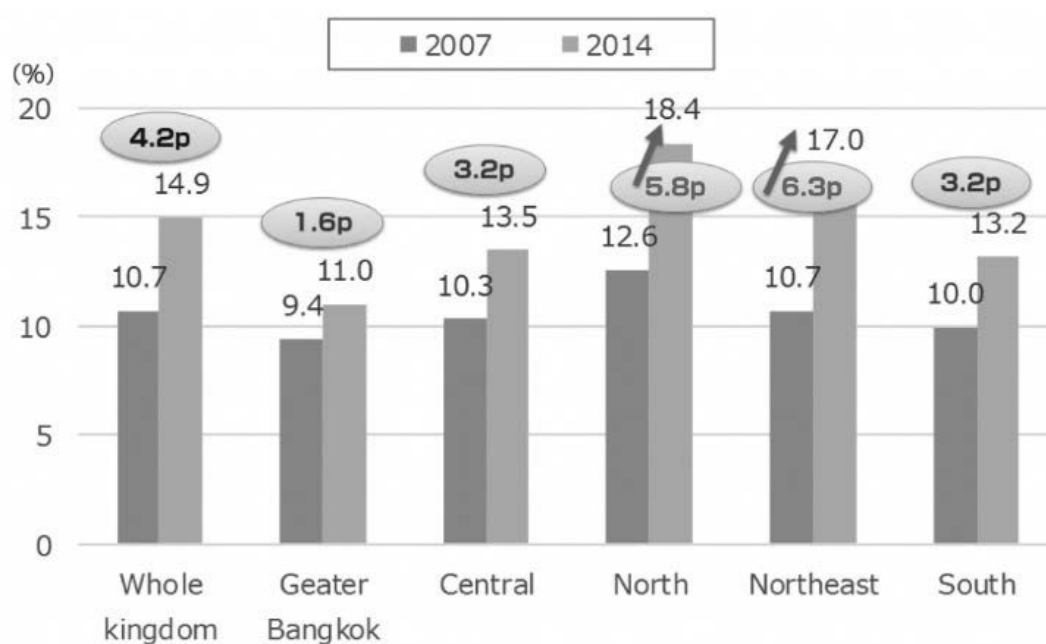
⁶² World Health Organization 医療費総額のGDP比 <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

⁶³ World Health Organization 一人当たりの医療費 <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

⁶⁴ World Health Organization 医療費総額 <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

医療費増加の要因としては大きく、高齢化と疾病構造の変化が挙げられ、高齢化について地域別にみると、バンコク以外の地域、特に「東北部」と「北部」で高齢化が進んでいて、医療や介護関連費用の増加が社会保障費増大の一因として考えられる（図表 2-3）。

図表 2-3 高齢者比率（地域別）



出所：タイ国家統計局「高齢者数」（2007/2014）

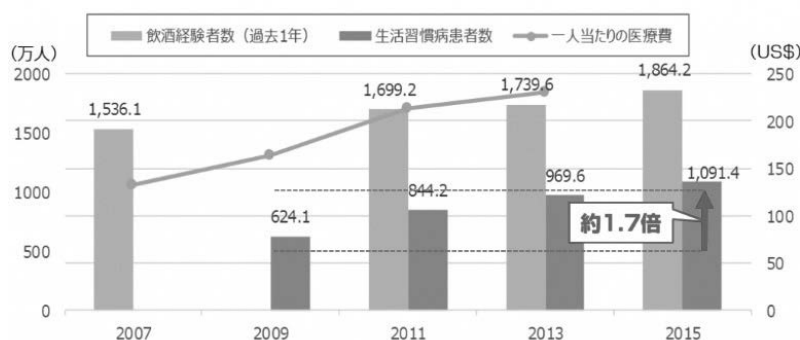
医療費増加の、もう一つの理由である疾病構造の変化については、生活習慣病患者の増加が考えられる。タイの死因は、以前は感染症による死亡者数が多かったが、近年、心疾患・脳卒中といった生活習慣病に起因する疾病や、がんなどに変化している（図表 2-4）。「生活習慣病患者数」と「飲酒経験者数」の上昇に伴い「一人当たりの医療費」も増加している。特に、生活習慣病患者数は、2015年に2009年の1.7倍ほどになっている（図表 2-5）。

図表 2-4 タイにおける主要死因とその変化

2012年の疾患別死亡者数(千人)		2000年比増減
虚血性心疾患 (13.7%)	68.8	↗
脳卒中 (10.3%)	51.8	↗
下気道感染症 (9.4%)	46.8	→
交通事故 (5.0%)	24.9	↗
慢性閉塞性肺疾患 (4.7%)	23.6	→
HIV/AIDS (4.1%)	20.7	↘
糖尿病 (4.1%)	20.7	↗
肝臓ガン (3.8%)	18.8	↗
気管、気管支および肺のガン (3.5%)	17.4	→
腎臓病 (2.5%)	12.7	↗

出所：EMIS (Euromoney)より DTFA 分析、WHO 「Thailand : WHO statistical profile」⁶⁵

図表 2-5 生活習慣病患者数、飲酒経験者数と一人当たり医療費



生活習慣病患者数は、糖尿病/内分泌系および代謝障害、心血管系疾患の患者数の合計
一人当たりの医療費は2015年 "World Development Indicator" の公開なし
2007年の生活習慣病患者数、2009年の飲酒経験者数は調査の実施なし

出所：タイ国家統計局「高齢者数」（2009/2015）、Statistical yearbook Thailand 2016⁶⁶

⁶⁵ タイの医療市場の現状と将来性 <https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/hc/life-sciences-healthcare-01.html>

⁶⁶ Kadence International <https://cmt.cross-m.asia/ja/blog/%e3%82%bf%e3%82%a4%e3%81%ae%e5%8c%bb%e7%99%82%e8%b2%bb%e6%94%af%e5%87%ba/>

一方で、患者数の多い疾患は、依然として急性下痢症や不明熱、肺炎が上位となっている（図表 2-6）。都市部と農村部における医療水準の格差が広がっていることも課題である。一人当たり医療費の年平均成長率（2010 年～2019 年）は 7.5%と予測されているが、実際には医療費の高い都市部と医療費の低い農村部で医療の二極化が進行することが見込まれている^{67,68}。

図表 2-6 患者数の多い病気（上位 10 疾患）

急性下痢症	128.4万人
不明熱	30.6万人
出血性結膜炎	21.7万人
肺炎	14.6万人
インフルエンザ	12.0万人
食中毒	10.3万人
水痘	8.9万人
デング熱	5.6万人
チングニア熱	5.2万人
結核	4.0万人

出典：タイ保健省 ANNUAL EPIDEMIOLOGICAL 2009 SURVEILLANCE REPORT

⁶⁷ タイ王国とは

<https://zizaizin.jimdo.com/%E3%82%BF%E3%82%A4%E7%8E%8B%E5%9B%BD%E3%81%A8%E3%81%AF/%E3%82%BF%E3%82%A4-%E5%A4%9A%E3%81%84%E7%97%85%E6%B0%97/>

⁶⁸ タイ保健省 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8780404/>

2. 平均寿命

タイにおける2019年の平均寿命は77.7歳で、女性の平均寿命は男性に比べると5歳ほど高い（図表2-7）。平均寿命の推移は、2000年以降右肩上がりであり、2000年と2019年を比べると70.62歳から77.15歳へ7歳程、伸びている（図表2-8）。

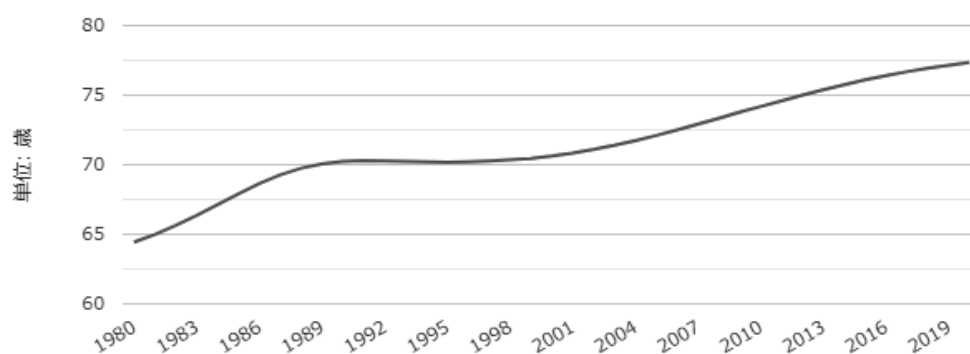
図表2-7 健康水準・医学水準を示す主な指標

	男性	女性
平均寿命（2019年）	74.4歳	81.0歳
	77.7歳	
健康寿命（2019年）	65.9歳	70.6歳
	68.3歳	
5歳以下の乳幼児死亡率 1,000人あたり（2019年）	9.0人	
妊産婦死亡率 10万人あたり（2017年）	—	37人
18歳以上の人口に占める 高血圧 ^{注1)} 患者の割合（2015年）	24.2%	20.3%
18歳以上の人口に占める 肥満 ^{注2)} の人の割合（2016年）	29.2%	35.6%
15歳以上の人口に占める 喫煙者の割合（2018年）	38.9%	1.7%

出所：経産省 医療国際展開カントリーレポート2022年⁶⁹

世界保健機関（WHO）「Global Health Observatory (GHO) data」（2021年11月時点）

図表2-8 タイの平均寿命の推移



出所：世界の経済・統計情報サイト⁷⁰

⁶⁹ 経産省 医療国際展開カントリーレポート2022年 https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport/Thailand_2021.pdf

⁷⁰ 世界の経済・統計情報サイト https://ecodb.net/country/TH/life_expectancy.html

3. 出生率と死亡率

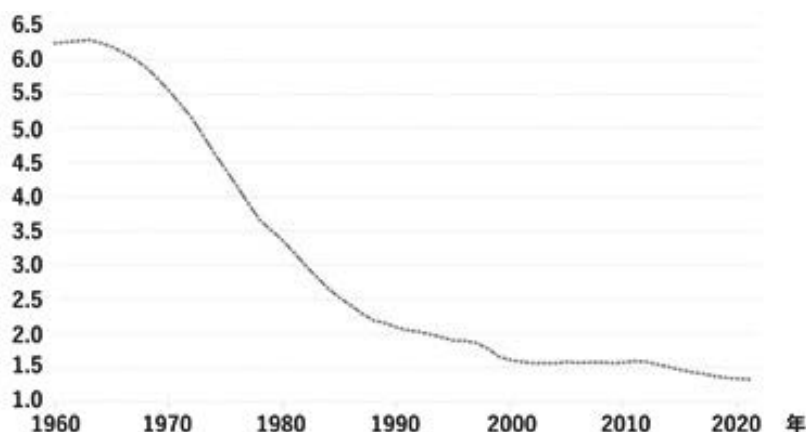
(1) 出生率

タイの出生率は下がり続け、合計特殊出生率（女性1人が生涯に産む子供の数。人口維持には2.06～2.07が必要）は、2021年時点で1.3である。1980年に3.4、1992年に2.0を切り、2013年に1.5と減少してきた（図表2-9）⁷¹。日本は2005年の1.26から増加に転じ、2015年に1.43へ回復したが、2016年以降再び低下し、2019年は1.36である⁷²。

また、出生率（人口1,000人当たりの出生数）は2021年時点で9%である。少子化の問題も抱えており、世界銀行によるデータで最も出生率が高かった1960年と現在を比べると約4.8倍もの差があり、著しく下がっている。アジア諸国と2021年の出生率を比べるとタイが9%に対し、フィリピン22%、日本は7%である⁷³。

出生率が低い要因は、女性の社会進出や教育レベルの向上にり、高学歴な女性がなかなか結婚や出産をしないため、少子化が急速に進展していると報道されている⁷⁴。また、他にも少子化の要因として考えられるタイ独特の事情として、約30万人の男性僧侶がいること⁷⁵、男性に兵役があること、トランスジェンダーが多いことも言われている。このように結婚適齢期の女性にとって厳しい条件が揃っているため、タイの少子高齢化は日本以上の速度で進むと考えられ⁷⁶、今後は2040年をピークに人口の減少が始まり、2100年には現在の約6,900万人から4,000万人程度まで減少すると予測されている⁷⁷。

図表2-9 合計特殊出生率（女性一人当たりの出生数）



出所：worldbank

⁷¹ Worldbank タイの出生率 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=TH>

⁷² 厚労省令和3年調査 出生率 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/syussvo07/dl/01.pdf>

⁷³ Worldbank 粗出生率 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN>

⁷⁴ 日本総研 タイの高齢化の現状と見通し <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/rim/pdf/10950.pdf>

⁷⁵ タイにおける寺院の社会的活動と地域社会

[file:///C:/Users/honda/Downloads/sogofukushikenkyu_022_231_238%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/honda/Downloads/sogofukushikenkyu_022_231_238%20(1).pdf)

⁷⁶ タイの人口推移 <https://jpthai.com/ages.html>

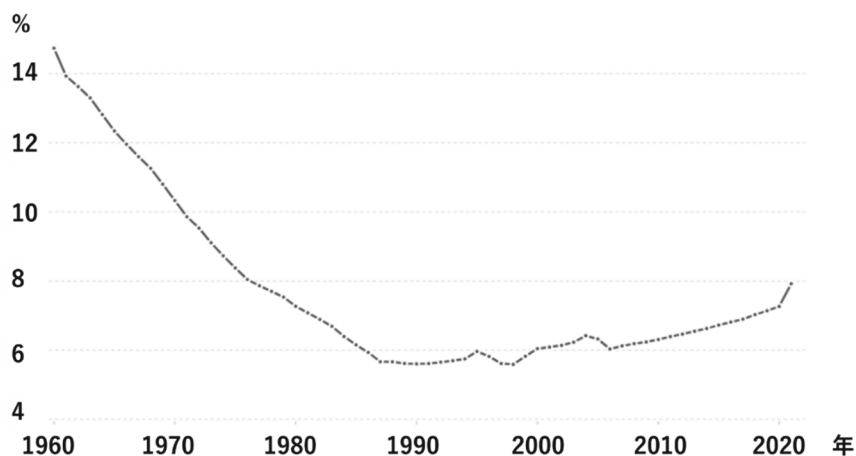
⁷⁷ 国立社会保障・人口問題研究所 https://www.ipss.go.jp/svoushika/tohkei/Popular/P_Detail2021.asp?fname=T01-16.htm

(2) 死亡率

死亡率（人口 1,000 人当たりの死亡数）は 2021 年時点で 8%である。世界銀行によるデータの 1960 年以降における死亡率は 15%と高かったが、公衆衛生が向上したこともあり 1990 年頃までは低下した。その後、昨今の少子高齢化を鑑みて死亡率が再び上昇する可能性は高い（図表 2-10）⁷⁸。

1967 年の時点での死亡率は「マラリア」「結核」等の感染症によるものが高かったが、公衆衛生の向上により、2000 年代以降は、がん、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の割合が高くなった⁷⁹。また、乳幼児死亡数、妊産婦死亡数は減少している。乳幼児死亡数は 1960 年の 10 万人以上だったが、2020 年には 5,000 人を切っている（図表 2-11）^{80,81}。妊産婦死亡数は 2000 年の 400 人以上だったが、2020 年では 190 人である（図表 2-12）⁸²。

図表 2-10 タイの粗死亡率（1,000 人あたり）



出所：worldbank

⁷⁸ Worldbank タイの粗死亡率 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN>

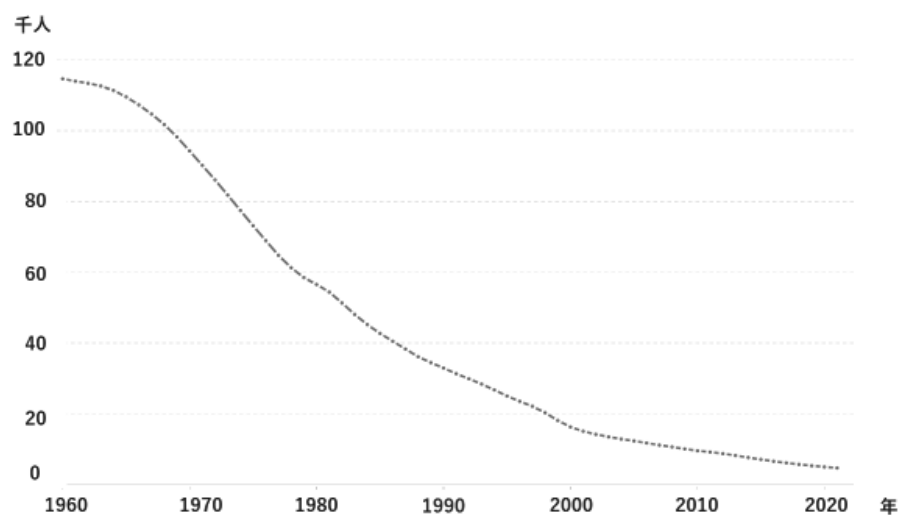
⁷⁹ 東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（タイ）<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/18/dl/t5-12.pdf>

⁸⁰ Worldbank 乳幼児死亡数 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.IMRT?locations=TH>

⁸¹ 世界子供白書 2021 https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2021_table2.pdf

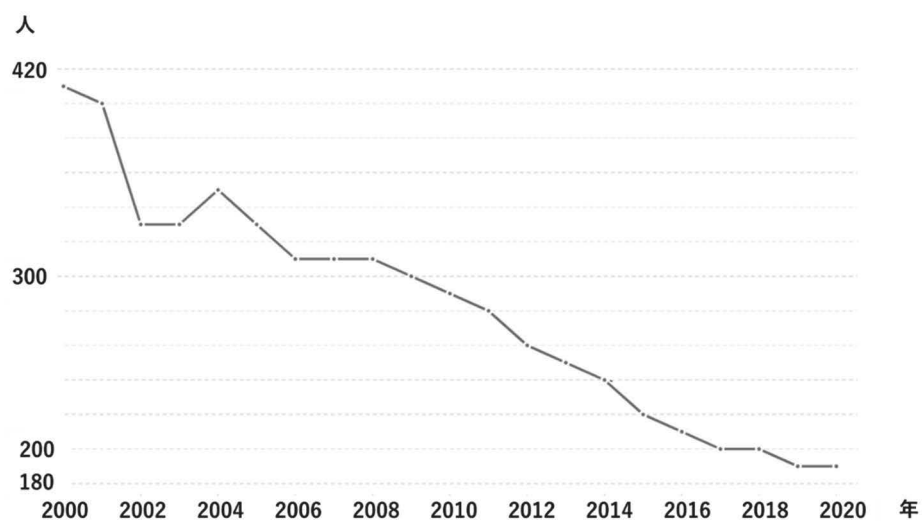
⁸² Worldbank 妊産婦死亡数 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MMR.DTHS?locations=TH>

図表 2-11 タイの乳幼児死亡数



出所：worldbank

図表 2-12 タイの妊産婦死亡数



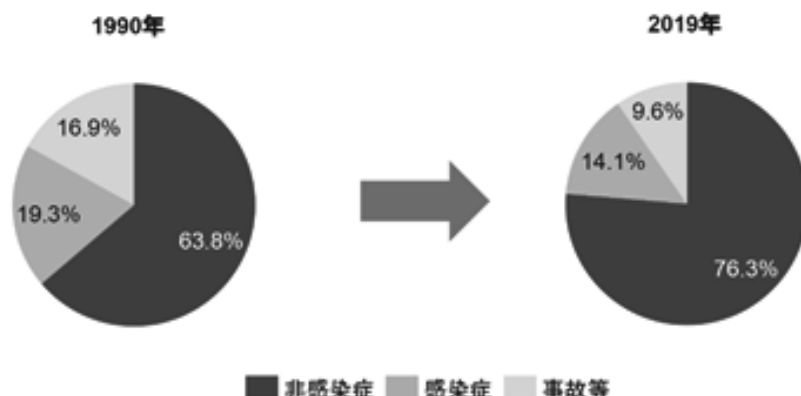
出所：worldbank

4. 主要死因・主要疾患

(1) 主要死因

2019年における死亡要因は「非感染症」の割合が76%である。1990年から2019年にかけて「感染症」が減少し、「非感染症」が増加しているため先進国の構造に近づいているが、まだ先進国の構造と比べると「感染症」の占める割合が大きい(図表 2-13)。

図表 2-13 死亡要因の割合

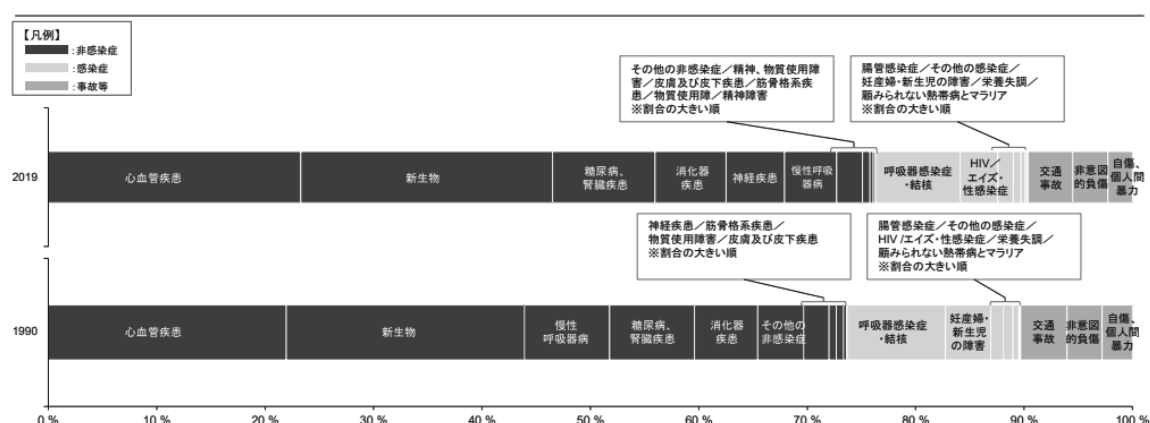


出所：Institute of Health Metrics and Evaluation 「Global Burden of Disease Study」(2019)

国際医療国際展開カントリーレポート タイ編 2023年総務省⁸³

2019年においては、死亡要因上位5項目のうち4項目が非感染症であり、全体の約60%を占め、主な死亡要因は、「がん」と「心血管疾患」である(図表2-14)。

図表 2-14 死亡要因で見る疾病構造の変化



出所：Institute of Health Metrics and Evaluation 「Global Burden of Disease Study」(2019)

総務省 国際医療国際展開カントリーレポート タイ編 2022年⁸⁴

病気による死亡原因のとしては、「虚血性心疾患」が多くを占めており、先進国と同様に生活習慣病を原因とするものが上位を占める。

がんの多くは肺がん、大腸がん、胃がんなどであるが、肝臓がん、胆管がんはタイの東北地方に集中しており、川魚の生食による寄生虫の感染など、食習慣に起因するものが原

⁸³ 総務省 国際医療国際展開カントリーレポート タイ編 2022年 https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport_Thailand_2021.pdf

⁸⁴ 総務省 国際医療国際展開カントリーレポート タイ編 2022年 https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport_Thailand_2021.pdf

因として考えられる。また、女性の死亡原因は子宮がんが一番多く、増加傾向にあり、今後大きな問題になることが危惧される。また、経済格差が激しいタイでは、貧困層ががんなどの病気にかかっても満足な治療を受けられるケースは稀であり、家族に見守られながらそのまま自宅で亡くなるケースが多い。

病気以外の死因として多いのが交通事故で、2015年に発表されたWHOのデータによると、人口10万人あたりの死亡者数は36.2人で、日本の4.7人の約7.7倍と世界でも高い数字となっている。交通死亡事故の原因第1位は飲酒運転(40.3%)、次いでスピード超過(26.5%)であり⁸⁵、バイクの普及率が高いタイにおいては、バイク運転時のヘルメット未装着なども死亡事故原因の一つとなっている^{86,87}。

(2) 主要疾患

先進国と同様に近年増えている生活習慣病と、タイで重要視されている感染症等に加えて、世界的に流行した新型コロナウイルス感染症について特筆する。

① 生活習慣病

タイ国内の生活習慣病患者数(糖尿病、内分泌系・代謝障害、心血管疾患)は2011年に844万人であったが、2015年には1,091万人と急速な増加傾向にある。特に憂慮すべき疾患としては糖尿病が挙げられる。タイ保健省によると、タイ国内の糖尿病患者数推定は2013年でおおよそ320万人(成人人口のおおよそ6.4%)であると推定されており、2016年時点で糖尿病有病割合(成人)は人口の約7~8%、400万人以上におよぶ。ASEAN諸国内における糖尿病患者についてもインドネシアについて2位となっている。政府として糖尿病対策を何もしない場合、さらに増加する見通しである。また、15歳未満の子供の糖尿病患者の増加も指摘されており、糖尿病の問題は深刻化している。カロリー計算や栄養学などはまだ一部の富裕層でしか普及しておらず、一般的に甘い味付けを好むタイ人は1日あたりの砂糖摂取量がWHO推奨量の約4-5倍(WHO推奨25g、タイ平均115g摂取)であることなど、味の趣向自体が生活習慣病と関係している可能性もある⁸⁸。

肥満と判定されるBMI25以上(BMI=体重と身長の関係から体格を示す指数)の人の割合は、ASEANにおいてはマレーシアの15.6%に次いで高く10.0%である。タイにおける肥満者数は(BMI25以上)1,091万人であり、男性31%、女性44%がBMI25以上となっている。

生活習慣病患者が増えている原因としては、屋台やフードコートなどの安価なファーストフードが充実していて、一般的な住宅にはキッチンがないところが多く、伝統的に外食文化が根付いていることがあげられる。しかし、近年、海外を中心とした健康志向な食文

⁸⁵ 交通事故死亡者数が増加、世界2位のタイ 日本貿易振興機構(ジェトロ)
<https://www.jetro.go.jp/biznews/2018/04/f93921a8a92f7769.html> (2023年7月10日)

⁸⁶ タイ人の平均寿命の推移 <https://jpthai.com/ages.html>

⁸⁷ InterRisk Thai Report https://www.irric.co.jp/pdf/risk_info/thailand/2019_04.pdf

⁸⁸ タイにおける生活習慣病のデータ (1) 患者数 <https://www.asean-j.net/45150/>

化が流入し、中間所得者層の拡大によるキッチンを設置して自炊する人が増え、より健康的な食文化へ変化しつつある⁸⁹。

また腎臓病も増えている。腎臓病の要因は多様であるが、2017年5月のタイ腎臓病協会・腎臓保健サービス開発委員会の発表によると、ここ20年でタイ国内の腎臓病患者数は増加し続けており、同国の重度腎臓病患者数は30万人以上まで増加するとしている。腎臓病患者の増加要因としても食文化が大きく関係していると言われている。今後、腎臓病患者の増加は透析治療などの医療費の高騰の懸念も指摘されている⁹⁰。

② 感染症全般^{91,92}

(a) HIV/エイズ

1984年に最初の感染者が確認されて以来、急速に感染が拡大し、2011年までに累計約115万人（2011年）が感染した。しかし、国を挙げての啓発活動の推進により、年間の新規感染者数は1991年の約14万3千人から10年間で約1万4千人にまで減少した。2013年の国内の新規感染者数は約8千人、感染者数は計約46万人、このうち抗HIV薬による治療を受けている者は24万6千人と報告されている。またセックスワーカーの罹患率が1994年に34%に達したため、国を挙げて「100%コンドーム使用キャンペーン」を実施した結果、2016年には1.1%まで下降し、感染拡大の抑制に成功した数少ない国である。2017年の感染率は献血者0.15%、妊婦0.54%、性感染症を持つ男性2.27%だった。感染経路として最も多いのは性行為で、次いで薬物中毒患者の注射行為によるものも多くみられる。

(b) デング熱

デング熱はデングウイルスによる感染症で蚊を媒介とする疾患の一つであるが、ヒトからヒトへ直接感染することはないと言われている。主に雨季（6月～10月）に流行が見られ、バンコクなどの都市部でも発生する。デング熱は2～14日の潜伏期間の後、38～40℃の急激な発熱で発症し、激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、発疹等の症状を呈す⁹³。多くの場合1週間ほどで回復するが、一部の患者では出血やショック症状などを伴う重症型デング熱に進展し、最悪の場合死に至ることある。2016年1月から11月まで、報告があったデング熱、重症型のデング出血熱とデングショック症候群の患者数は合計54,008人、死亡者数は51人であった。ワクチンやウイルスを標的とした治療法はなく、

⁸⁹ タイにおける生活習慣病のデータ(3)糖尿病患者数 <https://www.asean-j.net/45150/>

⁹⁰ タイにおける糖尿病患者数と腎臓病患者数に関して <https://www.asean-j.net/39522/>

⁹¹ 外務省 世界の医薬品事情 <https://www.mofa.go.jp/mofai/toko/medi/asia/thailand.html>

⁹² 東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/13/dl/23.pdf>

⁹³ デング熱とは 厚生労働省検疫所 <https://www.forth.go.jp/moreinfo/topics/name33.html> (2023年7月10日)

主な感染対策としては、日中であっても長袖シャツ・長ズボンの着用、防虫スプレー使用等、蚊に刺されないようにすることが重要である。

(c) ジカ熱

ジカ熱はジカウイルスによる感染症で蚊を媒介とする疾患の一つである。主に雨季に流行が見られ、バンコクなどの都市部でも発生する。ジカ熱は、軽度の発熱、発疹、結膜炎、関節痛、倦怠感、頭痛などの症状をおこす。通常これらの症状は軽く特別な治療を要しないが、妊婦が感染すると胎児に小頭症が発生する確率が高くなるので注意が必要である。毎年数名程度のジカ熱患者が確認されてきたが、2016年(1月～10月)は680人以上の感染者が報告されたうえ、9月にはジカ熱感染に関連した小頭症の発症が東南アジアで初めて確認された。ワクチンやウイルスを標的とした治療法はなく、対症療法が主な治療となる⁹⁴。

(d) その他の感染症

マラリアは、10年間で発症数は著しく減少したものの、バンコク・チェンマイ・パタヤなど都市部での発生はないが、深南部を含む国境に接する県の郊外・森林地帯では依然としてまん延している。夜間に吸血するハマダラカを介して感染するとされている。2018年の発症は2,114件、死亡9名だった。また、結核は、1990年代以降のHIV感染者の増加に伴い、患者が増加する傾向が見られる。このほかの感染症として、狂犬病、コレラ、手足口病、チクングニア熱などが毎年流行している。

(e) 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

パンデミック(世界的大流行)開始以降、タイでは感染者4,553,181人、死者30,935人が報告されている(2022年7月現在)(図表2-15)⁹⁵。

2020年、感染が世界的に拡大し、各国政府が感染症拡大防止策を講じる中、タイ政府も3月に素早い感染対策をとり、コロナ対応の非常事態宣言を発令し、各省庁が持つ権限をプラユット首相に集中させた⁹⁶。

国内の行動制限としては、夜間の外出制限や県境を越える移動の制限、教育施設やレストラン、娯楽施設の閉鎖などの対策を講じた^{97・98}。

⁹⁴ ジカウイルス感染症に関するQ&Aについて 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000109899.html> (2023年7月10日)

⁹⁵ 厚生労働省 2021年海外情勢報告 タイ王国 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/dl/c4-04.pdf>

⁹⁶ 日本経済新聞 2022年9月30日 <https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGS30BM90Q2A930C2000000/>

⁹⁷ 厚生労働省 2021年海外情勢報告 タイ王国 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/dl/c4-04.pdf>

⁹⁸ JETRO 地域分析レポート 2020年11月6日
<https://www.jetro.go.jp/biz/areareports/special/2020/0901/abd5880aa030ff33.html> 厚生労働省 2021年海外情勢報告

水際対策としては、4月に、貨物輸送等を除き、国外からの飛行機の着陸を禁止したが、6月にはこれを緩和し、タイ国民、労働許可などビザ保有者、外交団等について、72時間以内のPCR検査陰性証明など必要な防疫措置をとったうえで、タイへの渡航を認めた。

2021年に入ると多数の変異株の影響で国内の感染者数は急増し、8月においては連日新規感染者数が2万人を超えた。タイ政府は、国内行動制限を強化し、一時期は自家用車運転に際して、家族であっても同乗者がいればマスク着用を義務とし、違反した場合は罰金が科すなどの措置をとった。

タイのワクチン調達については当初、国内製薬メーカーであるサイアムバイオサイエンス社がアストラゼネカ社製のワクチンの製造を行う計画があったが、サイアムバイオサイエンス社のワクチン製造の遅れなどにより、供給量が計画を下回ることが想定されたため、様々なワクチンの調達方法が試みられ、他社のワクチンの輸入や各国からのワクチンの供与がされた。日本からも2021年度にアストラゼネカ社製のワクチンが約205万回分供与されている。2021年2月より、医療従事者、検疫・防疫措置に従事する者、感染リスクの高い地域の住民（特に、高齢者や基礎疾患のある方）を優先して接種が開始された。ワクチンの調達数が十分ではなく、感染者が急増していた2021年7月1日時点では、ワクチンの1回以上接種者は人口の約11%にとどまっていたが、その後2021年12月31日時点では、1回以上接種者は人口の約73%、2回以上接種者は人口の約65%となった⁹⁹。

水際対策について、タイは観光産業が主要産業であり、経済における役割が大きいため、2021年中旬以降、厳しい水際防止措置を基本としながらも観光客の呼び込みを行うなどの緩和策を行い、感染対策と経済回復の両立を図った。

経済支援策については、2021年5月、第3波の影響を受ける者に対する支援策や個人消費刺激策の大枠を閣議決定し、一般国民や自営業者、農業従事者などに対し、政府貯蓄銀行、農業・農協銀行などの金融機関が低利融資を実施した。また、電気料金と水道料金の補助に加え、個人消費支援・刺激策を講じ、電子クーポンの配布が行われた¹⁰⁰。

2022年10月、ワクチンの接種率が上がっていることや、重症化するケースが少なくなっているのを主な理由として（図表2-16）、およそ2年半にわたって継続してきたコロナ対応の非常事態宣言を解除し、疾病対策におけるコロナの扱いを「危険な感染症」から「監視すべき感染症」に変更した。国内の防疫体制も緩和し、感染しても無症状か軽症なら隔離を求めず外出できるようにした。入国規制についても完全撤廃し、2023年3月末までの時限措置として、日本を含むビザ（査証）免除国からの渡航者は、ビザなしで滞在できる期間を従来の30日間から45日間に延長し¹⁰¹、ワクチン接種証明書や陰性証明の提示も不要であるとした¹⁰²。

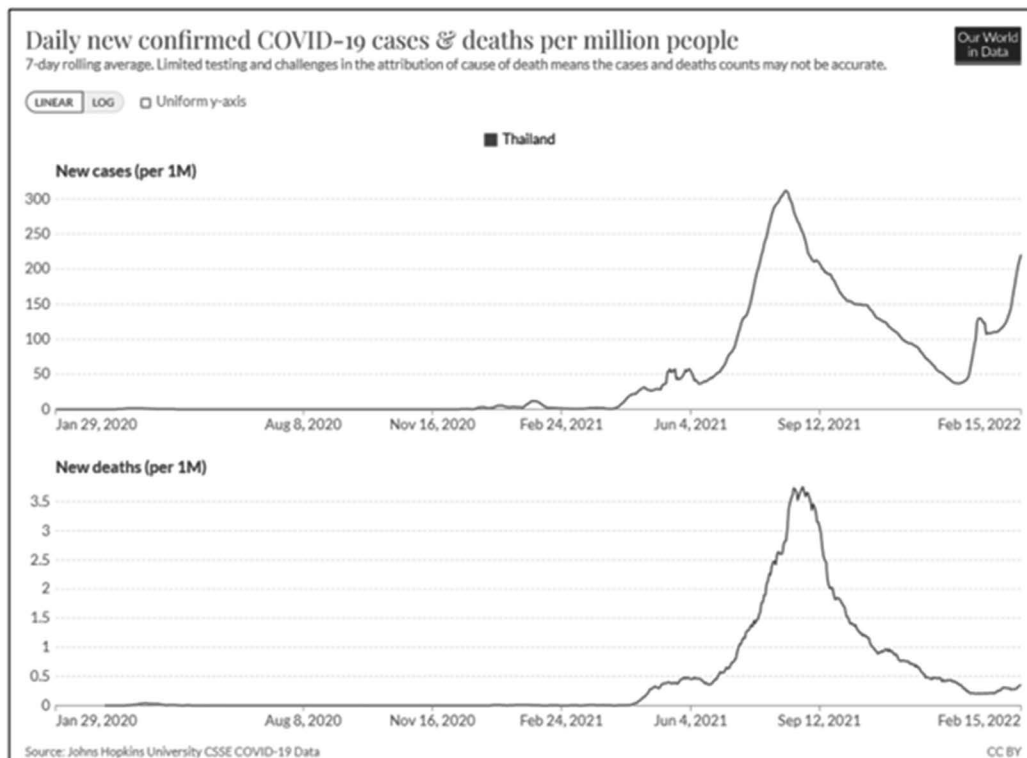
⁹⁹ 厚生労働省 2021年海外情勢報告 タイ王国 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/dl/c4-04.pdf>

¹⁰⁰ JETRO ビジネス短信 2021年5月11日 <https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/05/f187d8f957994ce4.html>

¹⁰¹ 日本経済新聞 2022年9月30日 <https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGS30BM90Q2A930C2000000/>

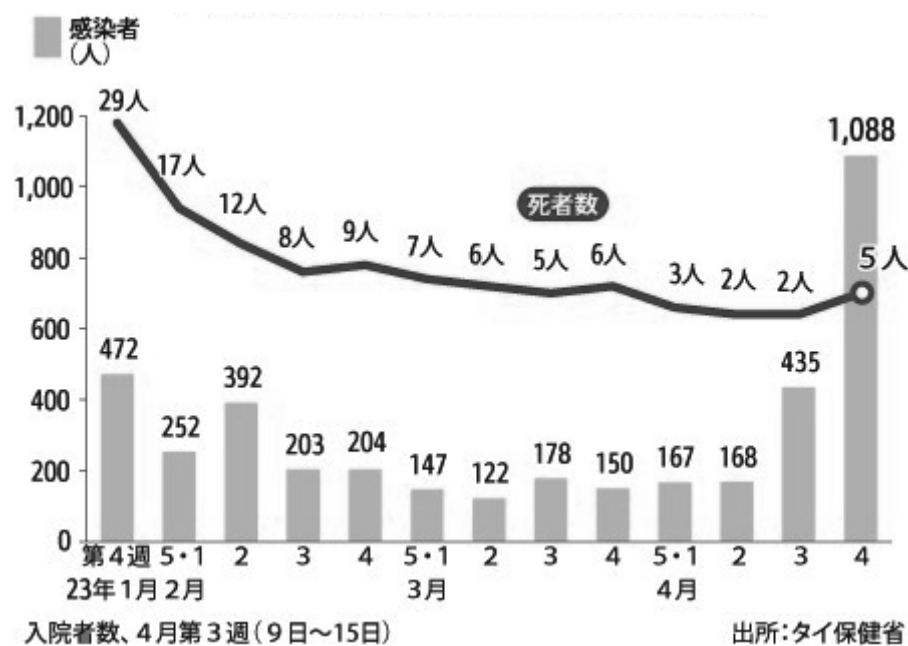
¹⁰² 日本経済新聞 2022年9月30日 <https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGS30BM90Q2A930C2000000/>

図表 2-15 人口 100 万人当たりの新規感染者数および新規死亡者数



出所：厚生労働省 2021 年海外情勢報告 タイ王国

図表 2-16 タイの一週間ごとの新型コロナウイルス感染症者数¹⁰³



出所：タイ保健省

¹⁰³ NNA2023 年 4 月 25 日 <https://news.yahoo.co.jp/articles/ca43c8ad53ebeb63a2a639b74ca60653f3d27ae5/images/000>

5. 医療提供体制

タイの医療機関は主に公的医療機関と民間医療機関に分けることができる。公的医療機関においては主に公的医療保険を用いることによって低額または無料で医療を受けることができる。一方、民間医療機関は自由診療制であり、主に富裕層や外国人などが受診している。

タイの医療施設数は公的・民間医療機関合わせて 1,300～1,400 施設の間で推移しているが、人口 1,000 人当たりの病床数は 2.4 床であり増加傾向である¹⁰⁴。人口 1,000 人当たりの病床数を国際比較してみると、英国が 2.5 床、米国が 2.9 床、カナダが 2.5 床となっており、病床数は欧米各国と大きな差はないと考えられる¹⁰⁵。ちなみに、世界で最も病床数が多いと言われている日本は 13.0 床である。

(1) 公的医療機関

タイにおける病床数の約 8～9 割を占める公立医療機関は全国各地にあり、中低所得層の医療を支えている¹⁰⁶。タイ国内における公的医療機関は 1,000 か所以上あるといわれ、保健省や防衛省、教育省管轄の医療機関が全体の約 70%を占める。保健省が管轄する公的医療機関としては「中央病院」「総合病院」「地域病院」が設置されている¹⁰⁷。

中央病院は 28 施設あり、総病床数は 21,106 床、平均病床数は 753 床であり、タイ国内の病院区分の中で 1 病院あたりの病床数が最も多い。中央病院は主に三次医療を担う高度・専門医療機関としての位置づけである。

総合病院はタイ全土に 88 施設あり、病床数は 28,601 床、平均病床数は 325 床である。各県にはほぼ 1 か所ずつ設置されており、中央病院と共に三次医療を担っているが、病床数の設置数が少ない一部の病院については、二次医療を担っているところもある。

地域病院は公的医療機関の中でも最も多く 780 施設あり、公的医療機関全体の約 77%を占めている。総病床数も最も多く 38,065 床あるが、平均病床数で見ると 48 床であり、1 施設あたりの病床数が少ない病院群である¹⁰⁸。入院施設を持たない医療機関として、タイ全土に配置されている村健康促進病院と呼ばれる保健所が約 9,700 施設あり、地方部における医療提供体制を確保している¹⁰⁹。

保健省管轄以外の病院では、軍・警察・教育省などが管轄している大学病院、軍病院、警察病院などがある。これらの病院数は 115 施設あり、総病床数は 21,129 床、平均病床

¹⁰⁴ 医療国際展開カントリーレポート タイ編 経済産業省 2022年3月 https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport_Thailand_2021.pdf

¹⁰⁵ 病床数の国際比較 公益社団法人日本医師会 2021年 https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210120_1.pdf

¹⁰⁶ 健保連海外医療保障 No.125 健康保険組合連合会 https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/202003_no125.pdf

¹⁰⁷ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構 (JETRO) 2018年 https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

¹⁰⁸ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構 (JETRO) 2018年 https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

¹⁰⁹ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構 (JETRO) 2018年 https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

数は 196 床である。保健省管轄の医療機関は、全国を 12 のエリアに区分、また公立医療機関を 7 つのランクに分類している。これはリファラルシステム（患者紹介システム）に基づいて、一次・二次・三次医療機関を整備し、エリア内の患者搬送を実施する仕組みをとっているからである。

（２）民間医療機関

タイにおける入院設備を持つ民間医療機関は、326 施設あり、病院は 261 施設、診療所は 65 施設である。病院については総病床数が 32,171 床、平均病床数は 123 床である。診療所については、総病床数は 1,527 床、平均病床数は 23 床である。病床を持つ民間医療機関についてはバンコク市内に 100 施設あり、民間医療機関全体の約 30% を占めている。病床を有しない診療所は 17,671 施設あり、約 22% がバンコク市内に集中している。

タイの民間医療機関の特徴として、株式会社の参入が認められているため、ほとんどの民間医療機関は株式会社であり、その一部はタイ証券取引所に上場している。民間医療機関はグループ化が進んでおり、45 病院を運営するタイ最大の民間医療機関グループである BDMS（Bangkok Dusit Medical Services）グループなど、複数のグループ企業が存在している¹¹⁰。民間医療機関は、公的医療機関を利用しない富裕層やタイ在住の外国人、海外からメディカルツーリズム目的で来る外国人を顧客とするなど独自の事業を展開している。そのため民間医療機関の多くは主に都市部に設置されており、英語対応が可能なスタッフが常駐しているなど、外国人の受け入れ態勢を整備している。これら民間医療機関については「顧客満足度の向上」に重点を置いており、「お客様」という視点から様々なサービスを提供している。民間医療機関の診療報酬体系については自由診療が基本となっており、診察代等についても医師の裁量に任されている¹¹¹

¹¹⁰ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構（JETRO）2018 年
https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

¹¹¹ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構（JETRO）バンコク事務所 2018 年
https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

図表 2-17 タイ国内の医療機関数及び保健省傘下の公立医療機関ランク

タイ国内の医療機関数					
	管轄	分類	病院数	病床数	平均病床数
公立	保健省	中央病院	28	21,106	753
	保健省	総合病院	88	28,601	325
	保健省	地域病院	780	38,065	48
	軍・警察・教育省等	大学病院等	115	21,129	196
	公立合計			1,011	108,901
私立	民間	病院	261	32,171	123
	民間	診療所 ³	65	1,527	23
	私立合計			326	33,698
合計			1,337	142,599	107

出所：タイ保健省、Alpha Research 社 [Thailand Public Health 2016-2017]
 注：公立：2015年10月時点（ただし、公立のうち軍・警察・教育省等は2014年時点）、私立：2013年6月時点
 注：診療所とは、病床数30以下の私立病院を指す。タイ語は「サターン・バヤバーン」で病院とは区別されているものの、英語名称はHospitalとなっている。公立の場合、30床以下でも病院とされているため、ここでは同様に病院として扱う。

保健省傘下の公立医療機関ランク		
ランク	対象	病床数
A	中央病院 (Central Hospital)	指定無し
S	総合病院 (General Hospital)	指定無し
M1	総合病院 (General Hospital)	指定無し
M2	地域病院 (Community Hospital)	120床超
F1	地域病院 (Community Hospital)	90-120床
F2	地域病院 (Community Hospital)	30-90床
F3	地域病院 (Community Hospital)	30床未満

出所：タイ保健省
 注：総合病院は、規模に応じてSとM1の二つのランクがある。

出典：ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構（ジェトロ）2018年¹¹²

（3）公的医療機関と民間医療機関間との間での医療格差

公的医療機関は低い自己負担で医療を受けられるためタイ全土、特に地方においては重要な医療インフラとなっているが、公的医療機関の予算には制限があるため、医療機器・医薬品の使用にも制約があり、高額な医療等を十分に受けられるというわけではない。加えて、国民が自ら登録した公的医療機関に通院する必要があり、一般的に受診までの時間が長いため、日本のように速やかに受診することは難しい。こうした課題を克服するために、富裕層を中心に別途民間医療保険に加入し、民間医療機関を受診するケースが多い。主に都市部にある民間医療機関においては高度な医療やサービスを受けられる点やすぐに受診できることを売りにしている。このような公的医療機関と民間医療機関、都市部と地方との格差は非常に顕著であり、所得や住む場所によって受けられる医療に差が生じていることが、タイにおける医療の課題として指摘されている。

（4）医療従事者

医師、看護師、薬剤師、理学療法士については日本に比べると圧倒的に少なく、医師と看護師は人口比で日本の4～6分の1程度と言われている。そのため、タイでは医療従事者数を効果的に配置、運用するための工夫がされている。

¹¹² ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構（JETRO）バンコク事務所 2018年
https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

① 医師

タイでは診療科毎に医師免許が分かれており、取得している診療科以外の診療を行うことができない点が大きな特徴である。また、特に地方における医師不足は深刻であり長年の課題となっている。医師数は1997年の1万6,569人から2016年の3万691人へと着実に増えているが、人口比においてははまだ日本の6分の1程度であり、十分な数の医師が充足されているわけではない。

タイの医師養成制度は我が国と同じく6年制である。医師養成学校については国立大が18校、私立大が1校ある。地方部における医師不足問題を解決するために、1972年より国立医学部を卒業し医師免許を取得した者は3年間の地方勤務が義務付けられている。ほかにも1994年からは地方出身者のための入学枠については、現在全医師の2~3割を占めており、地方勤務を志す医師が着実に増えている状況である¹¹³。

専門医の割合については、内科21%、外科13%、小児科13%、産婦人科9%、整形外科7%、一般開業医6%、放射線科5%などとなっている¹¹⁴。

② 看護師

看護師数は1997年の5万6,366人から2016年の19万1,344人へと着実に増えているが、それでも人口比で日本の4分の1程度である。タイにおける看護師資格の大きな特徴は、2002年から5年ごとの免許更新制が導入されている点である。また、看護師資格取得後の登録看護師から働き始めることができるが、昇進や大学院への進学などの専門的な教育を受けることで上級看護師になる道があることも特徴的である。看護師の養成課程としては、公立大学、私立大学が計78校、保健省立の看護大学が30校ある。2017年の卒業生の割合は公立大学37%、私立大学29%、看護大学34%となっている¹¹⁵。

③ 保健ボランティア

タイは医療従事者の不足が深刻化しており、特に地方においてはその傾向は顕著である。そのような中、地方医療を支えているのが保健ボランティアと呼ばれる非専門職である。保健ボランティアは全国に100万人いるとされており、看護師や理学療法士の指導の下、患者に対するケアなどを行っている。国としても保健ボランティアの知識技能取得や、ケアワーカー養成プログラムによる育成に力を入れている。

④ 薬剤師

薬剤師の養成・職能については「第6章 薬剤師の業務範囲」を参照。

¹¹³ 健保連海外医療保障 No.125 健康保険組合連合会

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/202003_no125.pdf

¹¹⁴ 医療国際展開カントリーレポート タイ編 経済産業省 2022年3月 https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/countryreport_Thailand_2021.pdf

¹¹⁵ 健保連海外医療保障 No.125 健康保険組合連合会

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/202003_no125.pdf

(5) 医学教育制度と卒後研修制度

タイで医師になるには医学部入学試験に合格し、入学後6年間の教育期間を経て、医師国家試験に合格する必要がある。タイの名門医学部であるチュラロンコン大学を例に説明する。チュラロンコン大学医学部における医師の養成課程は複数あり、僻地における研修を条件に授業料が免除される制度や、一定期間の地方勤務を前提に授業料が免除になる制度もある。カリキュラムについては、1年生は教養、2・3年生は基礎医学、4・5年生は臨床医学、6年生は総合となっている。4年生からの臨床研修ではチュラロンコン大学では主に3つのコースを設けている。1つ目はチュラロンコン大学附属記念病院で臨床研修を行うコース、2つ目はタイの僻地で臨床研修を行う CPRID (the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor) コース、3つ目は CPRID よりも僻地での臨床研修を行う ODOD (One District, One Doctor) が設定されている¹¹⁶。タイ政府としても地方における医師増加に様々な政策をとっている。

(6) メディカルツーリズム

① メディカルツーリズムの概要

メディカルツーリズムとは検診・診察・手術・治療・リハビリテーションなどのために海外へ渡航することを目的とした観光のことを指し、医療観光や医療ツーリズムとも言われている。自分が受けたい医療と観光を併せて行うことを目的とした旅行であり、近年急速に成長している観光分野の一つである。メディカルツーリズムは、特に自国よりも高いレベルの医療を受けたいと考えている場合や、自国よりも治療費が安い場合、医療だけではなくその国の観光も併せて楽しみたいという場合に行われることが多い。メディカルツーリズムを実施している国では、観光産業の一部として、また、外貨獲得手段として国家主導で取り組んでいることも多い。

② 医療先進国である観光大国であるタイ

タイは東南アジア屈指の観光大国であり、また、高い医療水準を持ち合わせていることから、メディカルツーリズムの拠点としても存在感を示している¹¹⁷。アメリカの JCI (国際医療施設認定合同機構) の調査によると、タイの医療レベルは高く、医療の安全と質が最高品質であると認定された病院数は 52 施設で、74 カ国中 4 位である。我が国は 15 位にランクインしていることから、タイの医療レベルの高さを垣間見ることができる¹¹⁸。医療の内容については、一般的な外科手術や整形外科手術、胸部・心臓血管手術、がんや

¹¹⁶ 日本・タイ・シンガポールの医学教育に関する研修報告 (順天堂大学医学部熱帯医学研究会)

https://www.jstage.jst.go.jp/article/mededjapan/43/2/43_127/pdf

¹¹⁷ ヘルシーライフスタイル [バンコク版] 日本貿易振興機構 (JETRO) 2018 年

https://www.jetro.go.jp/ext_images/Reports/02/2018/29fa266c97bc4316/hls-bgk.pdf

¹¹⁸ タイ王国及び他の東南アジア諸国の経済・産業動向、社会動向報告書 2021 年 5 月鳥取県

<https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/1249856/202105report.pdf> (2023 年 6 月 23 日)

不妊症の治療、美容整形手術など幅広い範囲に渡って高い医療技術を持ったスタッフが常駐していることも特徴として挙げられる¹¹⁹。また、英語、中国語、日本語、フランス語、ドイツ語など世界各国の言語に対応したスタッフが常駐しているほか、病院によってはタイ到着時から出国に至るまでのコーディネーターによるトータルのサポートを受けられるなど、外国人利用者に対するサポート体制も非常に整っている。

③ タイにおけるメディカルツーリズムの歴史

タイのメディカルツーリズムの歴史は古く、1997年のアジア通貨危機からの回復を目指して国家主導で取り組んだことが発端となった。近年ではタイの保健省は「アジア医療拠点とするための5ヵ年計画」を策定し、メディカルツーリズムの推進を国家政策として掲げている。具体的には、「高度な医療提供サービス」「スパや古式マッサージなどのタイの伝統的なヘルスケアサービス」「タイのハーブ製品」の3つを柱として推進するものであり、主に民間病院において提供されることを想定して計画されている¹²⁰。

④ タイのメディカルツーリズムの実績

タイにメディカルツーリズムとして訪れた人は、2001年は約60万人であったが、2012年には253万人に増加し、その後も増加傾向である¹²¹。経済産業省の2015年調査によると、メディカルツーリズムとして渡航した全世界からの人数は、タイが281万人、マレーシアが86万人、韓国が30万人となっており¹²²、諸外国と比べてタイは圧倒的な実績を持っており、それらの実績が信頼となりメディカルツーリズム先進国になったともいわれている。タイの政府観光局の調査によると、2011年において、メディカルツーリズムだけで年間978億バーツの収入をもたらしている¹²³。これだけ多くの外国人が利用するメディカルツーリズムは主に民間の医療機関においてサービスが提供されており、「患者様をお客様」として、高度な医療の提供はもちろん、高いホスピタリティを提供していることも特徴である。

⑤ バンコクパタヤ病院のメディカルツーリズムの取り組み

メディカルツーリズムに取り組んでいる医療機関の一つとして、バンコクパタヤ病院を紹介する。バンコクパタヤ病院は、バンコクから150kmほど東南に離れた、年間500万人以上の観光客が訪れるタイ有数の観光地パタヤに位置し、1990年に大手民間病院グル

¹¹⁹ バンコクパタヤ病院 <https://www.bangkokpattayahospital.com/jp/about-hospital-jp/hospital-facilities-jp/item/1678-awards-and-accreditations-jp.html> (2023年7月6日)

¹²⁰ タイ王国及び他の東南アジア諸国の経済・産業動向、社会動向報告書2021年5月鳥取県 <https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/1249856/202105report.pdf> (2023年6月23日)

¹²¹ タイ王国及び他の東南アジア諸国の経済・産業動向、社会動向報告書2021年5月鳥取県 <https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/1249856/202105report.pdf> (2023年6月23日)

¹²² 外国人患者の医療渡航促進に向けた現状の取組と課題について(経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課平成29年10月30日) https://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/shoujo/iryou_coordinate/pdf/001_04_00.pdf

¹²³ メディカルツーリズム(タイ国政府観光庁) <https://www.thailandtravel.or.jp/news/15795/> (2023年7月5日)

ープ BDMS によって開設された病院である。同病院においては循環器・胸部外科・循環器リハビリテーションセンター、脳神経センター、整形外科、放射線科、一般外科、泌尿器科、眼科、総合内科、糖尿病・内分泌内科、聴覚・言語・平衡機能・耳鳴センター、産婦人科、小児科、健康診断科、皮膚科・美容外科、不妊治療センター、救急救命センターなどの診療科を備えており、総合病院としての医療提供体制を備えている¹²⁴。また、同病院では開院当初から特に循環器疾患に力を入れており、冠動脈カテーテル治療や不整脈等への高周波カテーテルアブレーション治療、冠動脈バイパス手術などにおいてバンコクの大手病院と同等レベルの高い専門性と実績を有している。同病院は 100 名を超える各診療分野の専門医が在籍し、MRI 装置・128 列マルチスライス CT 装置・PACS（画像通信システム）・電子カルテなど、高性能の機器も備えている。2001 年には ISO9001 の国際規格を取得したほか、国際的な病院評価である JCI（国際病院評価機構）より「国際水準・高レベルの医療ケアの提供施設」としての承認も受けている¹²⁵。院内施設においては、カフェテリアやコンビニエンスストアなどの店舗のほか、銀行 ATM や両替所なども併設されている¹²⁶。また、バンコクパタヤ病院では 20 カ国以上の言語に対応できるようにコーディネーターを配置することにより、様々な国から訪れるメディカルツーリズム利用者の外国の保険使用をはじめ、大使館との連絡、診療予約、到着から帰国に至るまでのトータルなサポート等を行っている。

⑥ タイの更なるメディカルツーリズム大国を目指した取り組み

タイ政府は、2004 年にアジアにおける医療の中心地となることを政策として掲げ、タイ保健省が「医療中心地開発戦略」を作成して発展してきた¹²⁷。

その一環として 2021 年からは医療に特化した医療用ビザの発給を認めた。これにより治療等で複数回のタイへの入国が必要な場合にも、一度のビザ申請で入国が許可されることとなった。従来の入国毎のビザ申請を簡略化することで、新型コロナウイルス感染症で落ち込んだタイの医療産業の立て直しを図る目的もあるといわれている¹²⁸。このようにタイは国家ぐるみでメディカルツーリズムを推進しており、今後もアジアにおけるメディカルツーリズム先進国としての地位を不動のものとすると思われる。

¹²⁴ バンコクパタヤ病院 <https://www.bangkokpattayahospital.com/jp/healthcare-services-jp.html> (2023 年 7 月 6 日)

¹²⁵ バンコクパタヤ病院 <https://www.bangkokpattayahospital.com/jp/about-hospital-jp/award-and-accreditations-jp.html> (2023 年 7 月 6 日)

¹²⁶ バンコクパタヤ病院 <https://www.bangkokpattayahospital.com/jp/about-hospital-jp/hospital-facilities-jp.html> (2023 年 7 月 6 日)

¹²⁷ 新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査 ―国別詳細版―
https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/10955904/www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/fy25macrohealthdate/macrohealthdate.pdf

¹²⁸ 医療用ビザの発行でメディカルツーリズム促進 日本貿易振興機構 (JETRO)
<https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/12/6428ff9cd0446731.html> (2023 年 6 月 23 日)

第3章 医療保障制度

1. 政府の医療に対する方針・ビジョン.....	56
2. 医療保障制度.....	58
3. 医薬品リスト.....	66

1. 政府の医療に対する方針・ビジョン

(1) 医療保障制度の概要

タイにおいては、公務員等の「公務員医療給付制度（CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme）」、民間被用者の「社会保険制度（SSS: Social Security Scheme）」の傷病等給付、それ以外の全ての国民（農民、自営業者等、国民の約4分の3）を対象とする「国民医療保障制度（UCS: Universal Coverage scheme）」の3制度により、制度上は全ての国民が公的医療保障の対象となっている¹²⁹。

CSMBSは、1980年の勅令に基づき、政府に勤務する公務員等を対象として、税財源により福利厚生として実施されている。原則として、受診医療機関の制限・受診時の本人負担はなく、給付内容は包括的な内容の現物給付である。

SSSは、民間被用者向けの社会保険制度であり、労働省が運営主体となっている。そのうちの1991年に施行された傷病等給付が、民間被用者向けの公的医療保障制度に相当する。原則として、事前に登録した医療機関でのみ受診でき、一定の限度額を超えるまでは受診時の本人負担はなく、現物給付（診療、看護、薬剤、移送など）や現金給付が行われる仕組みとなっている。

UCSは、2002年に成立した国民医療保障法に基づき、CSMBSやSSSが適用されない農民、自営業者などを任意加入の対象とする「国民医療保障制度」であり、税財源により実施されている。原則として、事前に登録した医療機関（ほとんどが公立病院）でのみ受診でき、受診時の本人負担は30バーツであり（低所得者等は無料）、給付内容は急性期治療が中心である（現物給付のみ）。制度運営者から医療機関への支払いは、基本的に人頭払い方式である。

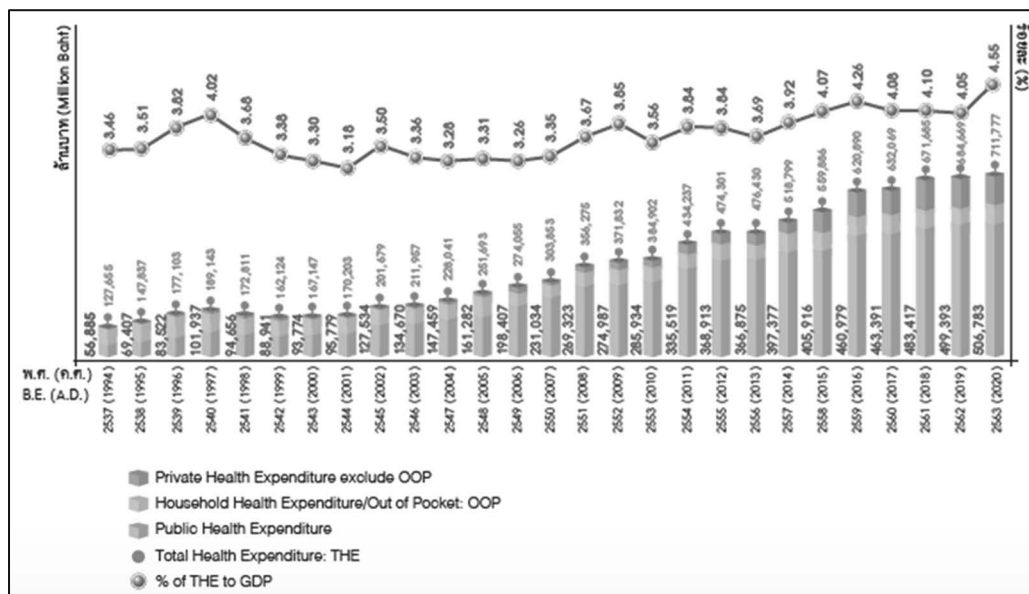
CSMBSとUCSは税財源で運営され、保険料負担はないが、SSSは労使折半の保険料と政府の追加拠出により運営されている。UCSでは、1回の外来や入院につき30バーツの本人負担を徴収しており、「30バーツ医療」の通称で知られる（受診時の本人負担は、2006年10月末から無料化されていたが、2012年9月から復活している（低所得者等は引き続き無料））。

政府の医療保障政策の変遷を振り返ると、1970年代は、地区レベルの保健医療提供インフラへの投資と保健医療従事者の育成に重点を置き、政策誘導を行い、様々な保健医療従事者の能力が向上し、農村部や十分なサービスを受けていなかった地域に対しても保健医療サービスが行き渡った。1980年のCSMBSから、2002年のUCSの導入まで、医療保障制度の充実に伴い医療アクセスは徐々に改善された。タイは、UCSの財源には一般税を使用し、加入者による拠出に頼っていない。その結果、所得に関わらずすべての国民の医療アクセスが確保されている。こうした政策により、OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 諸国と同等の医療アクセスが担保され、国民の自己負担額や小児死亡率の地方格差が大幅に減少した。しかし、持続可能な医療保障制度とするためにタイ政府がどのように財政的責任を果たすのか、タイ国民に対して一貫した医療サービスの提供や妥当な医療支出を行うためにどのような財政支出を行うかといった点は、今後検討すべき重要な課題として挙げられている。また、抗HIV療法や透析などが保障対象になったことにより多くの命が救われたが、現在は高齢化により顕在化してきた非感染性疾患（NCD: Non-Communicable Disease）の一次予防、交通事故死を防ぐための法整備、糖尿病と結核の効果的な管理といった新たな課題が指摘されている。

¹²⁹ 厚生労働省海外情勢報告 2021年 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/21/>

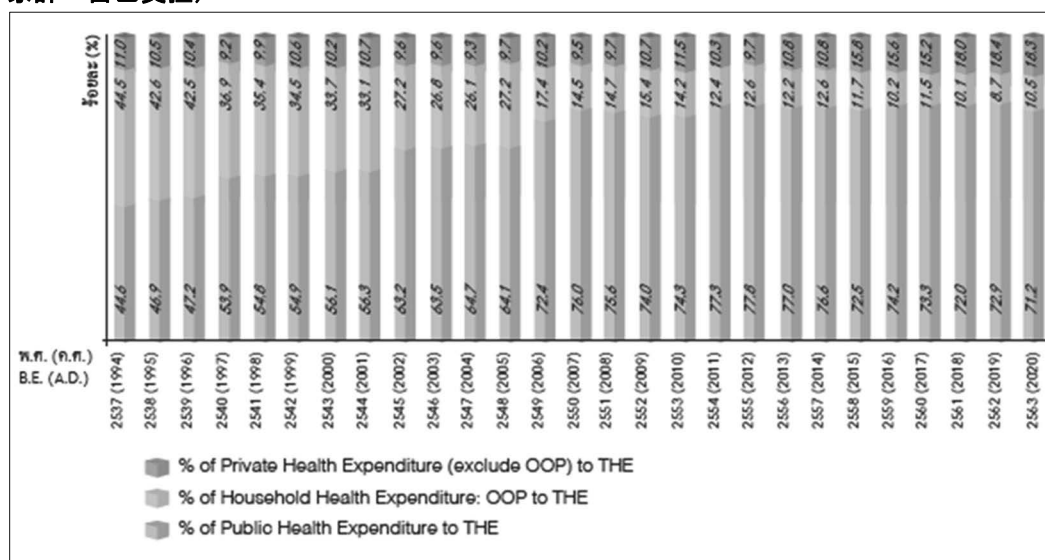
2019年の総医療費は6,847億バーツでGDPに占める割合は4.05%、2020年は7,118億バーツでGDPに占める割合は4.55%であり、前年より増加傾向であった（図表3-1）。内訳としては、公的セクターは1994年の44.6%から年々増加し、2015年頃以降70-75%で推移している。一方、家計・自己負担分に関しては、1994年の44.5%から年々減少し、2016年頃から10%前後となっている（図表3-2）。

図表3-1 タイ国内総生産（GDP）と総医療費の年次推移（百万バーツ）¹³⁰



出所：NHSO Annual Report 2022 P.73 から一部訳出

図表3-2 タイ総医療費に占める医療費の割合（公的医療、民間医療〔家計・自己負担分を除く〕、家計・自己負担）¹³¹



出所：NHSO Annual Report 2022 P.75 から一部訳出

¹³⁰ https://eng.nhso.go.th/view/1/Annual_Reports/EN-US

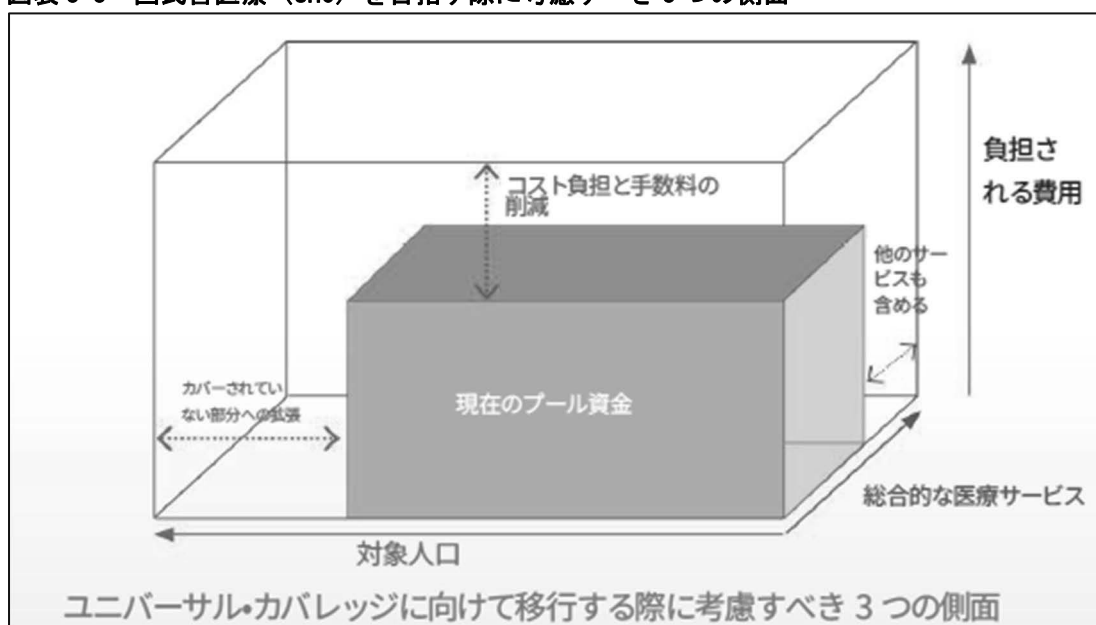
¹³¹ https://eng.nhso.go.th/view/1/Annual_Reports/EN-US

2. 医療保障制度

タイの医療保障制度は、国民皆医療（UHC：Universal Health Coverage）の理念を基に設計されている。UHCとは、国民が経済的に不当に苦勞することなく医療サービスを受けられるようにするという概念である。従って、UHCを達成するためには、政府は家族の経済的負担を保護し、特に高額な医療サービスを受ける余裕のない貧困ライン以下で暮らす人々に公平性をもたらすための財政的な戦略を導入することが必要である。WHOの年次報告書『ユニバーサル・カバレッジへの道（Path to Universal Coverage）』¹²³では、UHCを目指す際に考慮すべき3つの側面を示している（図表3-3）。

- 公的医療制度の対象となる国民の適用を拡大することによる、対象範囲の拡大
- 国民の医療需要を満たすために、医療サービスの枠組みと多様性を広げることによるサービスの対象範囲の拡大
- 経済負担から国民を解放する医療制度構築という目的に合致するような、医療サービスに対するコスト負担の減少

図表3-3 国民皆医療（UHC）を目指す際に考慮すべき3つの側面¹³²



出所：NHSO Annual Report 2021 P.36 を訳出

タイでは、憲法第47条により、全てのタイ人に対して国家による公衆衛生サービスを受ける権利が認められており、2022年時点では、タイ人口の99.56%がUHCに基づき健康保険が利用できるとされている（タイ国籍を有していない、13桁の国民識別番号を有していないなどの理由で0.44%はカバーされていない）。その結果、世界保健機関（WHO）の定める人々が必要とする医療サービスを受けられるかどうかの指標であるSCI（Service Coverage Index）¹³³において、東南アジアで最高水準となっている。タイにおける医療保険制度は図表3-4の通りである。

¹³² WHO. Universal coverage - three dimensions [online]. [cited 2019 Feb 7]

¹³³ [UHC service coverage index | Data \(worldbank.org\)](https://data.worldbank.org/SH.UHC.SRVS.CVGS)

図表 3-4 タイの医療保障制度

	民間保険	公的保険		
		公務員医療給付制度 (CSMBS)	民間企業被用者社会保険制度 (SSS)	国民医療保障制度 (UCS)
創設	—	1980年 (前身の制度は1963年)	1990年	2002年
対象者	主に富裕層や外国人	公務員・公務員退職者	民間企業の被用者	CSMBS と SSS 以外の者
扶養家族	加入保険による	本人、配偶者、直近親族 (20歳未満の子・父母等) ※退職後も適用	本人のみ	個人単位で登録可能
加入者数 (2012年時点)	約 80 万人	約 500 万人	約 1,000 万人	約 5,000 万人
人口割合	—	7.1%	17.2%	75.7%
所管省庁	—	Comptroller General's Department (CGD), Ministry of Finance (財務省)	Social Security Office (SSO), Ministry of Labour (労働省社会保険局)	National Health Security Office (NHSO) (国民医療保険局 保健省の管轄下にある独立機関)
受領可能な医療機関	登録医療機関のみ (民間)	公的医療機関の自由選択。救急等は民間医療機関でも提供。	契約先の公的及び民間医療機関。登録制。	ほとんどが公的なプライマリケア提供機関、及び紹介による公的医療システム。登録制。
総支出	—	710 億バーツ (約 2,840 億円)	377 億バーツ (約 1,500 億円)	1,093 億バーツ (約 4370 億円)
一人当たり支出 (年間)	—	16,136 バーツ (約 64,500 円)	3,557 バーツ (約 14,200 円)	2,277 バーツ (約 9,100 円)
予算管理	—	総枠予算なし (open-end)	総枠予算あり (closed-end)	総枠予算あり (closed-end)
支払方式 (外来)	出来高払い	出来高払い	人頭払い 2,518 バーツ/年・人 (約 10,000 円)	人頭払い 2,895 バーツ/年・人 (約 11,600 円)
支払方式 (入院)	出来高払い	DRG に基づく包括払い (特定の高額治療には別途の診療報酬 (UCS より高水準の支払い))	DRG に基づく包括払い	DRG に基づく包括払い (特定の高額治療には別途の診療報酬)
自己負担	加入保険による	民間病院での受療	出産・救急サービスの利用	30 バーツ (約 120 円) (低所得者は免除)
疾病予防・健康増進	—	UCS によりすべての者を対象として実施		

出所：National Health System Organization、Social Security Office、世界の厚生労働 2013 (厚生労働省)、医療経済研究機構レターを参考に医療経済研究機構にて作成

（１）公務員医療給付制度（CSMBS）

3 制度のうち最も早期に創設された CSMBS は、1980 年の勅令（前身の制度は 1963 年創設）に基づき、政府に勤務する公務員等を対象とした福利厚生として、税を財源に実施されている。原則として、受診医療機関の制限・受診時の本人負担はなく、給付内容は包括的な現物給付である。

民間医療機関への入院時には本人負担が生じ、事前に登録した医療機関以外で受診した場合は償還される。

（２）民間企業被用者社会保険制度（SSS）

社会保障基金（SSF： Social Security Fund）における傷病等給付（1991 年施行）が、民間被用者向けの公的医療保障制度（SSS）に相当する。SSF とは、病気、出産、障害、死亡、児童手当、老齢、失業というライフイベント時の経済的リスクに対して加入者の保護を図るため、リスクシェアリングやリスクプーリングといった仕組みを用いて加入者から保険料を徴収する社会保険基金である。本基金には、国からも拠出を行っている。

本制度では、原則として、事前に登録した公的医療機関でのみ受診でき、一定の限度額を超えるまでは受診時の本人負担はなく、現物給付や現金給付が行われる仕組みとなっている。制度運営者（保険者）から医療機関への支払いは、各医療機関の登録者数に 1 人当たりの単価を掛け合わせた金額を社会保障事務局から当該各医療機関に予算配分する人頭払い方式（Capitation）である。

① 民間被用者保険（社会保障法第 33 条）

社会保険料は、雇用者と被雇用者が、被雇用者の月給によって決定された金額を支払う。2022 年 9 月時点では月給の 5% で、算定基準額は月額 1,650 パーツ（被雇用者拠出 83 パーツ）～15,000 パーツ（同 750 パーツ）となっている。

各種ライフイベントにおける補償内容・受給条件は図表 3-5、3-6 の通りである。

図 3-5 第 33 条 保険者補償内容

傷病 手当	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進、疾病予防費用 ・受診費用 ・義肢・機器費用 ・臓器移植、心臓手術、肺手術、肝臓手術、膵臓手術 ・歯科治療
	条件	受診前の 15 か月間に、3 か月以上保険料の納付
出産 手当	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・妊婦ケア費用 5 回、1,500 パーツまで ・出産手当 15,000 パーツ（病院、子供数問わず） ・90 日間の出産休暇手当（平均賃金の半額）を支給 出産休暇手当は 2 回まで取得可能（女性のみ）
	条件	<p>出産前 15 か月間に 5 か月以上の保険料の納付</p> <p>男性は、結婚、法律上の結婚相手がおらず同居している場合に請求可 両者が被保険者の場合でも、手当は片方のみ支給</p>
障害 手当	内容	<p>【収入喪失補償】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能力喪失率 50%以上：生涯、日給の半額を現金給付 ・能力喪失の 35～49% 障害医療委員会規定により、180 か月を限度に日給の 3 割を現金給付 <p>【医療サービス料】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通常の傷病 公的医療機関：外来受診は実費精算、入院は無料 民間医療機関：外来は月 2,000 パーツ、入院は月 4,000 パーツ以内 ・事故、緊急時：事前支払いなしで近隣の医療機関で受診可能 SSO が 72 時間以内（祝祭日含）の費用を受診医療機関へ支払う 回復後に、公的医療機関に転院 ・臓器移植、血液透析、人工臓器：関連医療委員会規定に基づき補償 ・障害者の身体的、精神的、職業的リハビリテーション費用 ・医療機関への搬送時の救急車または車両代（月額 500 パーツ以内） ・障害者死亡時の葬儀補助金と死亡手当
	条件	3 か月以上の保険料の納付（業務外での障害の場合）
死亡 手当	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者は葬儀補助金（50,000 パーツ）および 死亡手当金の受け取りが可能 ・扶養家族手当（保険料納付期間による） 36 か月以上 120 か月未満の場合：平均賃金 4 か月分の 50% 120 か月以上の場合：平均賃金 1 年間分の 50%
	条件	死亡前 6 か月間に、1 か月以上の保険料の納付
失業 手当	内容	<p>【雇用終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・失業中（180 日以内）に、賃金の半額の補償金 <p>【退職、期間設定のある雇用契約の終了】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・失業中（90 日以内）に、賃金の 30%の補償金 <p>【COVID-19 罹患時の救済（期間：2020 年 3 月 1 日～2022 年 2 月 28 日）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用終了時、1 暦年に 200 日以内で、賃金の 70%相当の現金給付 ・辞職、契約終了時、1 暦年に 90 日以内で、賃金の 45%相当の現金給付 ・不可抗力による失業時、180 日以内で、賃金の 50%の補償金 <p>【パンデミックによる失業（有効期間：2020 年 3 月 1 日～8 月 31 日）】</p> <p>失業手当は、1 回につき 90 日以内、賃金*の 50%で収入減に対して付与</p> <p>【感染症の流行による失業（2020 年 12 月 19 日より適用）】</p> <p>失業手当は、1 回につき 90 日以内で*賃金の 50%で収入減に対して支給 *賃金とは、保険可能な月収で、基準は月 1,650 パーツ～月 15,000 パーツ</p>
	条件	失業前の 15 か月間で 6 か月以上の保険料の納付

子供手当	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 6歳以下の嫡出子に対し、1人当たり月額 800 パーツ ・ 同時支給人数は最大 3人 ・ 被保険者が 2人でも支給はどちらか一方のみ
	条件	補償給付が可能となる前の 36 か月間に、12 か月以上保険料の納付
高齢手当	内容	<p>【年金】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料算定基準となった直近 60 か月の平均賃金額の 20% 上記に加え納付期間 12 か月ごとに 1.5%を加算 ・ 年金受給者が年金受給後 60 か月以内に死亡した場合、家族は 60 か月から受給済期間分を引いた一時金を受ける <p>【一時金】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 拠出期間が 12 か月未満の場合 老齢補償給付のための従業員負担分相当の一時金 ・ 拠出期間が 12 か月以上 180 か月未満 従業員拠出分+雇用者拠出分+利息相当の一時金
	条件	<p>【年金】</p> <p>55歳もしくは被保険者でなくなった時点で、180 か月以上保険料を納付</p> <p>【一時金】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 55歳以上かつ被保険者資格を喪失時 (保険料納付月数が 180 か月未満の場合) ・ 被保険者が障害を負った時、被保険者資格喪失時、被保険者死亡時

出所：SSO より利用者向け配布されるパンフレットより医療経済研究機構にて訳出・作成

図 3-6 傷病手当における補償内容の詳細

通常の受診	SSO 指定医療機関で、無料で受診可能 医師から休養を指示され、その期間が有給休暇枠を超過時、90 日あたり 15,000 パーツ（年間 180 日以内）を上限に賃金の 50%の割合で労災が適用
健康増進・疾病予防費用	SSO 指定の医療機関において、無料で受けることが可能
受診費用	<p>【公的医療機関】</p> <p>外来受診：必要な実費 入院：72 時間以内（祝祭日除）に必要な実費。 （部屋、食事代は 1 日 700 パーツを上限とし、払い戻し可）</p> <p>【民間医療機関】</p> <p>外来受診：1,000 パーツを超えない範囲での実費。 入院：規定に基づき、72 時間以内（祝祭日除）の費用 （1 日あたり最大 700 パーツで返還の部屋、食事代を除く）</p> <p>【事故、緊急時】</p> <p>SSO リスト外の医療機関でも、前払い費用なしで受診可（SSO が 72 時間以内（祝祭日含）の費用を支払う）。回復後に、公的医療機関に転院</p>
義肢・機器費用	関連する医療委員会規定による
心臓手術、臓器移植（心臓、肺、肝臓、膵臓）	関連する医療委員会規定による
歯科治療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抜歯、歯の詰め物、歯垢除去、歯ぎしり治療：年間 900 パーツ以内で実費を請求可能） ・ SSO リスト内医療機関での受診：枠を超えた金額を被用者が支払い ・ 部分義歯の場合は以下の通り、実費と入れ歯を受取 1～5 本の場合：1,300 パーツ以内で実費請求 5 本以上の場合：1,500 パーツ以内で実費請求 ・ 総義歯の場合は以下の通り、医療費と義歯を受取 上顎または下顎のみの場合：2,400 パーツ以内で実費請求 上下総義歯の場合：4,400 パーツ以内で実費請求 ・ 受給期間は、義歯を装着した日から 5 年以内

出所：SSO より利用者向け配布されるパンフレットから医療経済研究機構にて訳出・作成

② 社会保障法第 39 条任意加入被保険

第 39 条任意加入被保険者とは、元々民間企業に所属し第 33 条被保険者であったものの、離職後も社会保障基金による保障を希望する人を指す。補償内容は第 33 条の被保険者に準ずる。

【加入資格】

元第 33 条の被保険者であり、12 か月以上保険料を支払い、離職期間が 6 か月未満

【必要書類】

- ・ 第 39 条社会保障申請書 (SSO1-20)
- ・ ID カードまたは政府機関発行の写真付きカード

【拠出金】

1 か月あたり 432 バーツ

※拠出金の計算根拠は、全ての加入者の平均月額 4,800 バーツの 9%である。

【被保険者資格の終了原因】

- ・ 死亡
- ・ 第 33 条への再加入
- ・ 制度からの脱会
- ・ 3 か月連続での保険料未納 (未納の 1 か月目に被保険者資格が終了)
- ・ 12 か月中 9 か月未満の保険料納付 (未納の 1 か月目に保険資格が終了)

③ 社会保障法第 40 条任意加入被保険者 (図表 3-7)

第 40 条任意加入被保険者には、公務員や国営企業の従業員、第 33 条および第 39 条被保険者のいずれにも該当せず、非正規雇用で働く自営業者等が加入できる。

【加入資格】

- ・ タイ国籍、または ID コードの 1 桁目が 0 か 6 か 7 である非タイ国籍の ID カードを持つ少数民族
- ・ 15 歳以上 65 歳未満
- ・ 身体障害者であり、同等の権利を有する者
 - ※不適格者
 - タイ国以外の ID カードを所持し、ID コードの 1 桁目と 2 桁目が「0」である者
 - 第 33 条および第 39 条に基づく被保険者
 - 公務員および国営企業従業員
 - 知的障害者、または自分の権利を理解し引き受けることができない障害者

図 3-7 第 40 条被保険者(任意保険加入者)の補償

1. 傷病手当	補償の条件	プラン1 70パーツ/月	プラン2 100パーツ/月	プラン3 300パーツ/月
1日以上入院	傷病前の4か月中3か月以上保険料の保険料納付	300パーツ/日	300パーツ/日	300パーツ/日
3日以上休業指示		200パーツ/日	200パーツ/日	200パーツ/日
1年以内の入院		30日/年以内	30日/年以内	90日/年以内
外来患者 診断書のSSOへ提示		50パーツ/1回	50パーツ/1回	対象外
2. 障害手当				
月額保障	障害前の保険料納付期間に応じた金額が支払われる。	500~1,000パーツ	500~1,000パーツ	500~1,000パーツ
補償期間	10か月中6か月：500パーツ/月 20か月中12か月：650パーツ/月 40か月中24か月：800パーツ/月 60か月中36か月：1000パーツ/月	15年間	15年間	生涯
葬儀補助金（受給期間中死亡）		25,000 パーツ	25,000 パーツ	50,000 パーツ
3. 死亡手当（葬儀手当）				
葬儀助成金	死亡前12か月中6か月分の保険料納付	25,000 パーツ	25,000 パーツ	50,000 パーツ
死亡手当金（60か月以上納付の場合）	（事故の場合は、死亡前6か月中1か月以上の納付）	8,000 パーツ追加支給	8,000 パーツ追加支給	対象外
4. 高齢手当				
月額納付金、納付期間に基づく高齢手当		対象外	50 パーツ	150 パーツ
180ヶ月以上支払った場合の加算額	60歳以上で被保険者資格終了時	対象外	対象外	10,000 パーツ追加支給
月1,000パーツ以下の追加金額拠出貯蓄		対象外	1,000パーツ貯蓄	1,000パーツ貯蓄
4. 子ども手当				
出生時～6歳まで毎月支給 1度に2人まで	36か月中24か月分以上の保険料納付 支給を受ける場合は、毎月保険料の支払いが必要	対象外	対象外	200パーツ/人

注：給付金の支払いは、対応する条件と一致するものとする。

(2022年9月現在)

出所：SSO より利用者向け配布されるパンフレットから医療経済研究機構にて訳出・作成

(3) 国民医療保障制度 (UCS)

UCS は、2001 年からタイの一部地域で試行され、2002 年から全面施行された。本制度はワクチン政権による政治主導で導入され、国民医療保障法に基づき、CSMBS や SSS が適用されない農民、自営業者などのタイ国民の約 3/4 を対象に、税財源により実施されている。1975 年に創設された貧困者や社会的弱者向けの医療保障制度(Medical Scheme)と、1983 年に開始された任意の医療保険である医療カードプロジェクト(Health Card Project)の 2 制度は、UCS に吸収されている。

UCS は、原則、事前に登録した医療機関（ほとんどが公的医療機関）でのみ受診できる。1 回の外来や入院につき 30 パーツの本人負担を徴収され、「30 パーツ医療」の通称で知られる。2006 年 10 月末に本人負担の徴収が停止され、無料で受診できたが、2012 年 9 月から受診時の 30 パーツの本人負担が復活した（低所得者等は引き続き無料で受診可能）。

保健省国民医療保険局（NHSO : National Health Security Office）から医療機関への支払いは、外来では基本的に人頭払い方式であり、各医療機関の登録者数に 1 人当たり単価を掛け合わせた金額を NHSO から各医療機関に予算配分する仕組みとなっている。制度内で各医療機関が患者に提供する治療の内容は、予算に影響される。

UCS は NHSO によって運営され、政府行動計画（2018 年から 2022 年までの 5 年間）に基づき、タイに住むすべての国民が、健康保険の適応を受けることを目的としている。NHSO の予算は、1,988 億 9,179 万パーツであり、国家予算の 6.42%に相当する¹³⁴。

(4) 民間医療保険

公的医療保障制度を利用する場合、受診できるのは公的医療機関に限られるため、待ち時間が長く、設備が古い医療機関を利用せざるを得ないことがある。また、公的医療保障制度で償還される技術や医薬品を用いた治療に限られるため、必ずしも最新治療へアクセスできないことが課題である。そのため、早く受診したい、設備の整った病院で受診したい、最新治療を受けたいというニーズを満たす民間保険が販売されており、タイの富裕層や外国人はこうしたサービスに加入している。掛金にもよるが、先進国並みのトップレベルの医療体制であるハイクラスな病院を受診可能なサービスが提供されている。

タイの民間保険では一次医療、二次医療の区別はなく、直接民間医療機関を自由に受診することが可能である。公的医療保障制度が適用されない場合、患者は自己負担が発生し、退院前に直接請求されるが、民間保険に加入していれば、対象となる医療費は保険会社から支払われることになる。具体例として、SSSやUCSでは、生命の危機に瀕した状態で、72時間以内であれば民間医療機関での受診費用もカバーされるが、それ以上の滞在費用はカバーされないため、公的医療機関に移送されるか、追加料金を支払うことで民間医療機関の利用を継続することとなる。こうした事態でも、民間保険に加入していれば患者の自己負担は軽減され、生活への影響を最小限にすることができる。

現在、タイの生命保険会社21社、損保会社49社が医療保険を販売しており、大手10社で約8割の売り上げを占める(図表3-8)。民間医療保険は、生命保険会社による生命保険の特約、または損保会社による単体の医療保険として販売されている。タイで一般的に購入される保険プランは、入院外来保障やがん保険であり、一つの保険証券あたりの平均単価は2万バーツといわれ、2021年でタイ国民の6.3%が加入している¹³⁵。

図表3-8 2022年タイにおける民間保険会社の保険会社売り上げランキング(生命保険セクター以外)

Rank	Company	Direct Premium (Excl. Covid-19)	Market Share (%)
1	CHUBB SAMAGGI	3,508	22%
2	ALLIANZ AYUDHYA GENERAL	2,857	18%
3	PACIFIC CROSS HEALTH	1,532	10%
4	BANGKOK	1,127	7%
5	VIRIYAH	863	6%
6	THAI HEALTH	861	5%
7	LMG	591	4%
8	GENERALI	585	4%
9	MUANG THAI	551	4%
10	SUNDAY	505	3%
TOP 10 CEDANTS		12,980	83%
OTHERS		2,695	17%
Total		15,675	100%

出所：The Thai Life Assurance Association and the insurance premium rating bureau より (Chubb Samaggi は2023年3月1日にCignaと合併。また、Allianz Ayudhya General は2023年3月1日にAetna Healthと合併。)

¹³⁵ <https://www.statista.com/statistics/1236989/thailand-share-of-people-with-health-insurance-by-type/>

3. 医薬品リスト

(1) タイ国必須医薬品リスト (NLEM: Thailand National List of Essential Medicines)

タイ国必須医薬品リスト (NLEM) は 1981 年、保健省により創設され、当初は医薬品のコスト、安全性、効能のみが考慮されていた。その後、2008 年には一部の高額医薬品もリストに含まれるようになり、高額医薬品は各分野の専門家委員会の承認後に使用が可能となった。また、2010 年にはオーファンドラッグ等が対象となるなど拡充が重ねられ、現在では、代表的な疾患の治療と予防に必要となる、医薬品・ワクチン・放射性物質・消毒関連品等が掲載されている。医薬品の合理的利用、公的医療機関への医薬品調達および医薬品償還に関する内容を踏まえ、1 年おきに保健省によりリストが更新される。保健省傘下のタイ食品医薬品局はリストの委員会に関わる専門家や機関を選定する権限を持つ。

公的医療機関では、処方する医薬品の 70~100%は NLEM 掲載の医薬品でなければならない。病院区分毎にタイ全土に配置される保健所 (村健康促進病院) は 100%、一次医療を担う地域病院は 90%、二次~三次医療を担う総合病院は 80%、三次医療を担う中央病院では 70%と処方割合が決められている。また、医薬品購入のための予算も、60~100%は NLEM 医薬品の購入に充てなければならない。NLEM 医薬品の製造は、保健省傘下の GPO (Government Pharmaceutical Organization) が担っており、公的医療機関は主に GPO から医薬品を調達することになる。2020 年時点で、NLEM には 899 の医薬品が掲載されており、A~E (2) の 6 つの医薬品カテゴリーに分類されている (図表 3-9,3-10,3-11)。

図表 3-9 NLEM の医薬品カテゴリー

List	定義
A	すべての医療機関で使用される第一選択薬
B	第一選択薬の代替医薬品
C	病院の責任者の承認の下、熟練の医師によって使用される医薬品
D	特定の症状に対し、専門家による使用を意図した高価な医薬品
E (1)	政府の特別政策 (HIV/AIDS、結核等) のための医薬品 例) 多剤耐性菌、不活化ポリオワクチン、抗インフルエンザ薬
E (2)	特定の患者のための高価だが重要かつ保険の適用対象となる医薬品 例) 希少疾患治療薬、抗悪性腫瘍薬 (分子標的薬)、抗ウイルス薬 (HIV・肝炎) 等

出所: Thailand NLEM 2020 年 9 月 28 日公表資料より医療経済研究機構にて訳出・作成

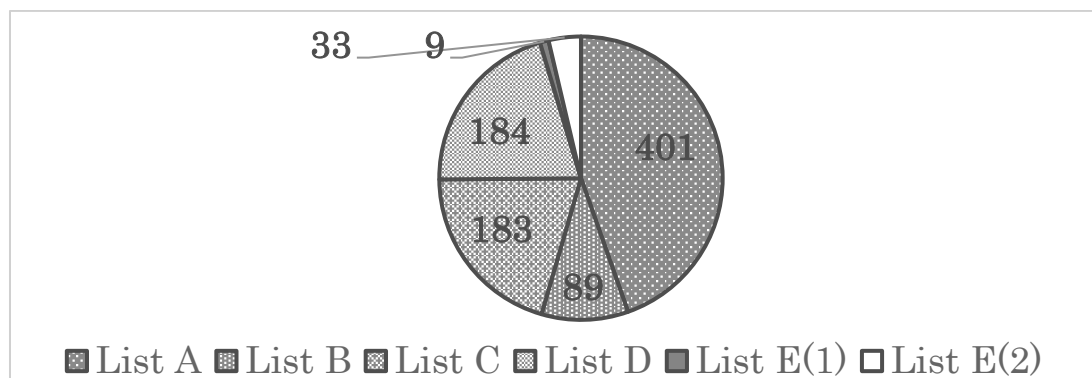
- ・ List A : 適応患者に強力なエビデンスを有し、一般的な疾病予防や治療に用いられる標準的なカテゴリーで、適応症に応じて第一選択とすべき医薬品である。
- ・ List B : List A に記載された医薬品の適応患者への無効、効果不十分な際に用いるカテゴリー。
- ・ List C : 医薬品使用時に高い専門性が求められ、医療機関の長や専門家による許可が無ければ使用できないカテゴリー。このカテゴリーに含まれる医薬品は、院内で医薬品の使用が制限され、診断から治療後のフォローアップの必要があるといった条件が課される。条件付きの理由としては、本カテゴリーの医薬品の誤用により患者への健康被害や薬剤耐性の危険性があることや、費用対効果が悪く適応患者へ限定使用すべきとのエビデンスがあるためである。本カテゴリーにはタイでの使用経験が乏しいものも含まれる。

- ・ List D : 複数の効能を持つが、一部効能のみ使用することが適切とされるカテゴリー。医薬品が必要な患者は存在するが、高価格、患者に害を及ぼす、深刻な薬剤耐性問題が生じる恐れがある等の要因のため、医療機関は次の条件を遵守する必要がある。
 - 医薬品は、適応症や病態に応じて使用する。
 - 処方医は研修機関による関連分野の研修受講、医療機関は処方資格を持つ医師の配置が必要である。再診時は医師会または歯科医師会から証明書を取得する必要がある。
 - 医薬品使用の監督、評価、モニタリングのための DUE (Drug Utilization Evaluation) 制度を有する。
- ・ List E (1) : 省庁、局、部、または政府機関の特別プロジェクトによって検討され、その予算・目的に従う医薬品カテゴリー。このカテゴリーの医薬品はプロジェクトの実施方法、プロジェクトの開始と終了が明確に定義され、薬物使用の監視と評価のための使用方法とガイドラインが明確に定義されている。プロジェクトの内容は定期的に NLEM 作成小委員会によってレビューされ、そのプロジェクトの終了時には医薬品の適応が拡大した場合の長期的なタイ全体への影響が検討される。タイに対して有益な情報が示されれば、リストに追加されることとなる。
- ・ List E (2) : 医薬品への合理的なアクセスを提供するために、特定のニーズを持つ患者に対して使用され、費用対効果が高く、財政的に持続可能とされる医薬品カテゴリー。会計検査院、財務省、社会保障局によって監督された健康保険制度の共同責任の下で使用できる。

NLEM に掲載されている医薬品は、個別病院が購入するのではなく GPO (Government Pharmaceutical Organization) が一括購入し、現物が病院に支給される仕組みを設けている。これにより 2009 年 1 月時点において、およそ 25% の値引きがなされている。価格交渉は UCS の運営主体である NHSO が担うが、NLEM は UCS のみならず SSS、CSMBS においても適用されている。

CSMBS では、A から E1 までの抗がん剤については出来高払いで支払われるが、特に一定のプロトコルの遵守は求められていない。また E1 及び E2 にも含まれていないが CSMBS 独自の仕組みである OCPA (Oncology Prior Authorization) において対象とされている医薬品については、CSMBS の運営主体である会計検査院 (CGD : Comptroller General's Department) の事前承認により出来高払いで支払われる。

図表 3-10 必須医薬品リスト（NLEM）の医薬品カテゴリー別割合



出所：Thailand NLEM 2020 年 9 月 28 日公表資料より医療経済研究機構にて訳出・作成

図表 3-11 必須医薬品リスト（NLEM）¹³⁶の薬効別品目数

薬効 NO.	疾患分類	品目数	List					
			A	B	C	D	E(1)	E(2)
1	消化器系	39	20	8	6	5	0	0
2	心臓血管系	74	34	8	14	15	0	3
3	呼吸器系	31	23	1	6	1	0	0
4	中枢神経系	107	46	18	21	20	0	2
5	感染症	144	60	14	21	33	7	9
6	内分泌系	51	17	4	6	20	0	4
7	産婦人科および泌尿器系	23	12	3	3	4	1	0
8	悪性腫瘍と免疫系	65	2	0	22	32	0	9
9	輸液・電解質と造血系	98	52	9	26	6	0	5
10	筋骨格系	26	12	6	4	4	0	0
11	眼疾患	42	10	2	20	9	0	1
12	耳鼻咽喉科系	42	31	5	5	1	0	0
13	皮膚疾患	51	34	8	3	6	0	0
14	ワクチン	26	22	2	1	0	1	0
15	麻酔	33	9	1	16	7	0	0
16	解毒剤	33	16	0	9	8	0	0
17	造影剤および放射性医薬品	14	1	0	0	13	0	0
計		899	401	89	183	184	9	33

出所：Thailand NLEM 2020 年 9 月 28 日公表資料より医療経済研究機構にて訳出・作成

¹³⁶ <https://specialty.mims.com/topic/thailand-national-list-of-essential-medicines--nlem-?channel=Multi-Specialty>

(2) NLEM 外医薬品リスト

NLEM 外医薬品リストでは、特定の患者のための医薬品が掲載されている。掲載医薬品の特徴として、個々の患者に対して一部の適応症のみに使用することが適切である点、特定の疾患や高度な技術を使用し非常に高価な薬剤である点、社会の支払い能力に大きな影響を与える点が挙げられる。使用の際には、患者利益と費用対効果を考慮する必要がある。使用が許可された医療機関は、薬剤の使用を監督、評価、検査するシステムを有し、将来的に保健省等の関係機関によるレビューのため、使用に関するデータの収集が求められる。

抗がん剤については、2018 年 1 月以降に薬事承認された抗がん剤が自動的に含まれることとなるネガティブリストが存在している（図表 3-12）。本リストの医薬品を OCPA 対象医薬品の代替として使いたい場合には、事前承認を得ることができる仕組みがある。さらに NLEM、OCPA、ネガティブリストのいずれにも含まれない医薬品についても、タイにおいて薬事承認があり、医師が NLEM 対象外の医薬品を処方する必要があると説明すれば、一定の条件下において利用が可能となる仕組みも存在する。

図 3-12 NLEM 外の抗がん剤リスト¹³⁷

固形がん	血液がん
Afatinib	Alemtuzumab
Aflibercept	Azacitidine
Atezolizumab	Basiliximab
Cabazitaxel	Bendamustine Hydrochloride
Darbepoetin alfa	Brentuximab
Degarelix	Carfilzomib
Denosumab	Clofarabine
Erlotinib	Daratumumab
Ipilimumab	Darbepoetin alfa
Nab-paclitaxel	Decitabine
Nintedanib	Nivolumab
Nivolumab	Obinutuzumab
PEG-filgrastim	Plerixafor
Pembrolizumab	PEG-filgrastim
Pertuzumab	Pomalidomide
Radium	Ponatinib
Ramucirumab	Pralatrexate
Regorafenib	Romiplostim
Sorafenib	Ruxolitinib
Temsirolimus	
Trastuzumab Emtansine	

¹³⁷ <https://www.chi.or.th/csmbs/News/CSDrugList56-230461.html> (2023 年 6 月 30 日閲覧)

第4章 薬事制度

1. 概要.....	72
2. 規制当局 (TFDA)	72
3. 医薬品の審査制度.....	75
4. 品質管理.....	78
5. 臨床試験における安全性の監視 (GCP : Good Clinical Practice)	79
6. 薬価制度 (プログラム)	79
7. 安全性監視活動.....	80
8. 医薬品広告規制.....	81

1. 概要

タイにおける医薬品製造販売承認申請にかかる規制は、タイ薬事法「Drug Act, B.E. 2510」により定められている。医薬品の登録申請者（MAH：Marketing Authorization Holders）は現地法人に限られると規定されており、外国籍企業は輸入医薬品の登録申請者となることはできない。

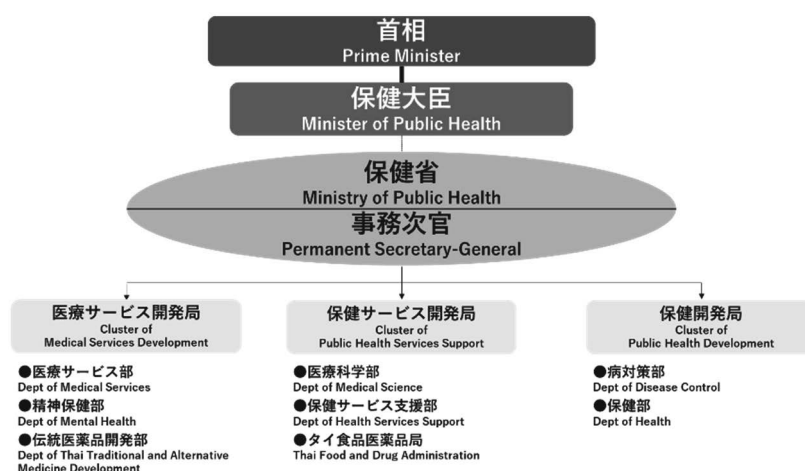
医薬品の販売を希望する企業は、その医薬品を製造もしくは市場に出す前に、タイ保健省（The Ministry of Public Health）下の組織であるタイ食品医薬品局（TFDA：Thai Food and Drug Administration）から MAH の免許を得る必要がある。TFDA はタイ国内の医薬品の安全性、効能及び品質を保証する責務を負っており、TFDA 下の医薬品管理部（DCD：Drug Control Division）が製薬企業に対する免許の発行、登録、検閲、管理、監督を行っている。

2. 規制当局（TFDA）

（1）設立の経緯

タイにおける消費者の健康保護の歴史は、1909 年までさかのぼる。医薬品の偽造品や不良品の流入によって引き起こされた違法行為の増加により、国民の強い要望を受け、TFDA が設立された。タイの規制当局は保健省の傘下である TFDA であり、TFDA は保健サービス支援局（Cluster of Public Health Service Support）の中に位置づけられる（図表 4-1）。TFDA は、公衆衛生保障に関する社会の変化に合わせその責任範囲は広がっている。

図表 4-1 保健省組織図



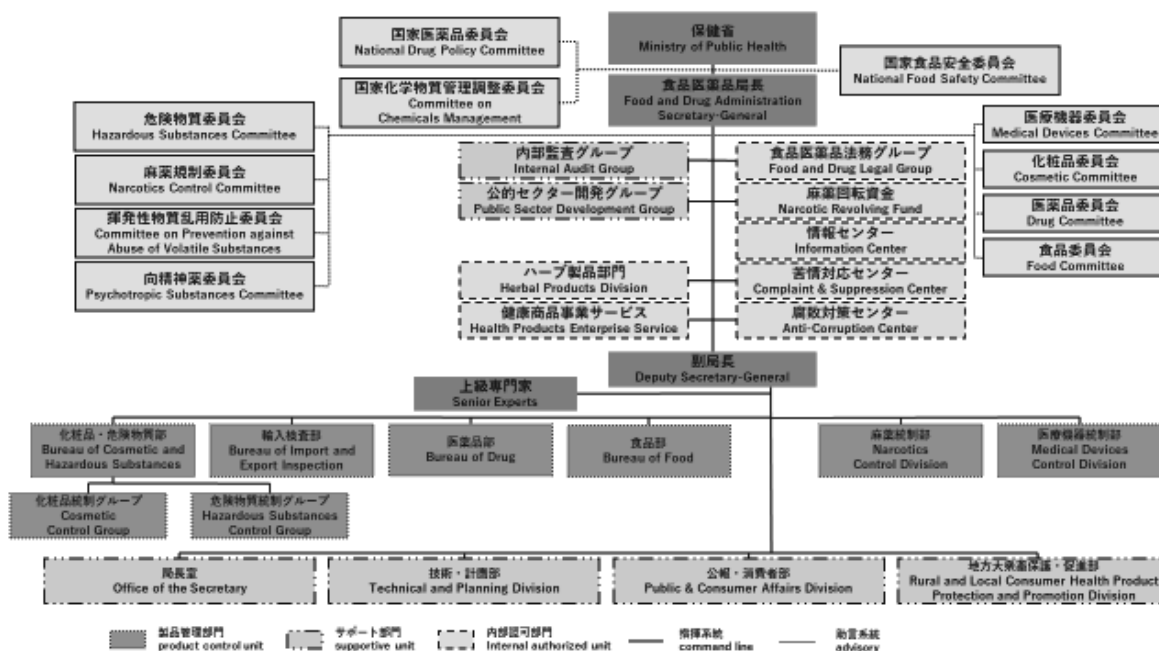
出所：Organization Structure of Thai FDA¹³⁸より医療経済研究機構作成

¹³⁸ https://www.fda.moph.go.th/sites/FDA_EN/SitePages/Organization.aspx（2023年5月22日閲覧）

(2) TFDA 組織概要

薬事関連の国内法は、薬事法の他、向精神薬法、食品法、麻薬法、揮発性物質の乱用防止に関する緊急法令、危険有害物法、医療機器法、化粧品法、ハーブ製品法等がある。これらの法律における特定の重要な問題は、保健大臣が任命する各分野の専門家からなる委員会によって決定される。2023年時点で、保健省管轄にて8つの委員会が設置され、揮発性物質乱用防止委員会と危険物質委員会は保健省以外の省庁からも委員が任命されている。その他、内閣にて、国家医薬品委員会、国家食品安全委員会、国家化学物質管理調整委員会の3つの委員会が設置されている。国家委員会は主に、食品、医薬品、化学品安全プログラムおよび管理システムの実施を促進するために、政策、開発問題、他の機関との協力活動を割り当てている（図表 4-2）。

図表 4-2 食品医薬品局 組織図



出所：Organization Structure of Thai FDA より医療経済研究機構作成

(3) TFDA の役割

TFDA の役割と責任は、図表 4-3 の通り主に 5 つに分類することができる。

図表 4-3 TFDA の役割責任

市販前管理 (Pre-marketing Control)	医薬品などが市場投入される前の製造施設、製品の品質、広告等の管理。
市販後管理 (Post-marketing Control)	製造設備や製品の品質の調査、事前に承認された基準への適合や法規制への遵守状況の査察。 例えば、製品のサンプルを定期的に検査・採取し、基準への遵守状況と品質を確認。また、過去に承認された製品について、製造および製品規格の長期的な整合性を確認するために、定期的に再調査を実施。
消費者の安全に関するサーベイランスプログラム (Surveillance Program for Consumers' Safety)	消費者の製品使用によって生じる副作用や予期せぬイベントを特定することを目的とし、技術情報を含む副作用に関する研究・疫学データを収集、要約、解釈し、周知。また、製品副作用モニタリングセンター (APRMC : The Adverse Product Reaction Monitoring Center) や化学物質安全国際プログラム (IPCS : The International Program on Chemical Safety) などを通じ、他の機関と情報交換を実施。
消費者教育 (Consumer Education)	消費者の正しい製品選択に向けた、正確かつ十分な製品情報の提供。テレビ、ラジオ、新聞、リーフレット、インターネット、その他の利用可能なメディアなどを通じ、情報を発信し、特に重点テーマに関しては、全国各地のデパート、学校、村などでも定期的を実施。こうした機会を通じて、消費者がさらに有益な情報を入手し、製品の不適切な使用に繋がることを促進。
技術サポートと他機関との協力 (Technical Support and Cooperation with other Agencies)	官民参加によるセミナーやワークショップの開催。 また、TFDA 職員が、国内外のセミナーや会議への派遣、大学、製薬会社をはじめとした他機関との連携を通じて経験を積み、タイ国内でもより効果的な仕事ができるよう促進。

出所 : The Roles and Responsibility of Thai FDA より医療経済研究機構作成¹³⁹

¹³⁹ [เว็บไซต์หลัก EN สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - Roles \(moph.go.th\)](http://www.moph.go.th)

3. 医薬品の審査制度

(1) 医薬品分類

タイの医薬品は、現代医薬品 (Modern medicine) 及び伝統医薬品 (Traditional medicine) に大別される。さらに、現代医薬品は新薬、1992 年以前に登録承認された後発医薬品及び、1992 年以降に登録された全ての後発医薬品である新後発医薬品の 3 つに分類される (図表 4-4)。

図表 4-4 現代医薬品の 3 分類

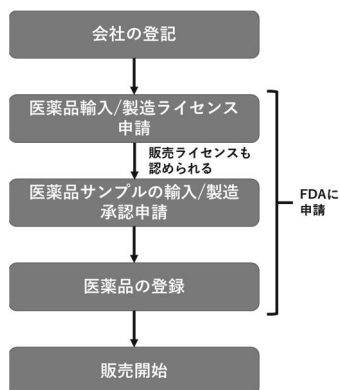
新薬	後発医薬品	新後発医薬品
新たな化学物質による製品、新たな適用法を持つ製品、新たな組み合わせによる製品、新たな薬物送達システム又は新たな投与形態を持つ製品	有効成分、投薬形態ともに新薬と同じであるが、異なるメーカーにより製造された製品	1992 年以降に登録された新薬と同じ有効成分、投与量、投与形態を持つ製品

出所：医薬品の知的財産制度等に係る諸外国における実態調査¹⁴⁰より医療経済研究機構作成

(2) 医薬品の生産登録 (図表 4-5)

タイの医薬品に関わる免許には、医薬品の製造・輸入・販売・卸に関わる 4 種類がある。企業が医薬品関連製品の生産登録をする場合には、現代・伝統医薬品の「製造免許」、現代・伝統医薬品の「輸入免許」、現代・伝統医薬品の「販売免許」、現代医薬品の「卸免許」のうち最低一つを保有していなければならない。現在のタイ薬事法 (Drug Act) では、麻薬・向精神薬以外の医薬品の生産登録は終身制となり更新の必要はないが、2 年間輸入実績が無かった医薬品は、その年末に自動的に承認が無効となる。また、麻薬・向精神薬については 5 年毎に更新が必要である。

図表 4-5 製造/販売業の許可フロー



出所：医薬品の知的財産制度等に係る諸外国における実態調査より医療経済研究機構作成

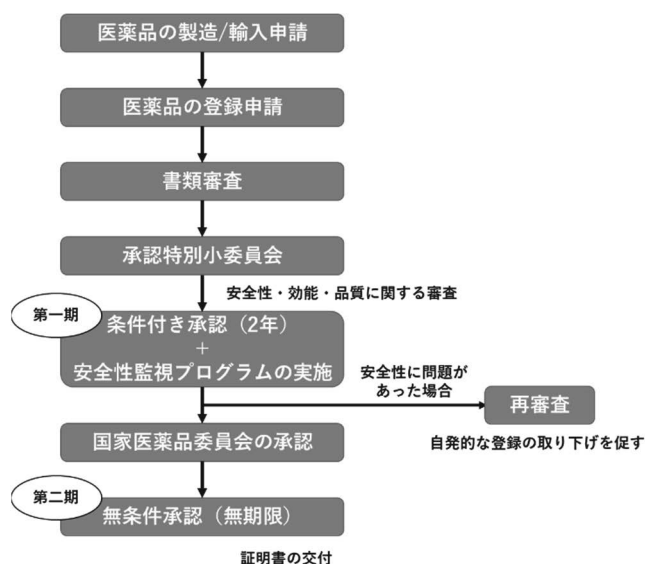
¹⁴⁰ <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000171737.pdf>

(3) 新薬登録認可制度

新薬に分類される医薬品の登録認可制度は、第一期の条件付き承認(Conditional Approval)と、第二期の無条件承認(Unconditional Approval)に分かれる。新薬はまず第一期で条件付き承認となり、特定の医療機関のみでの販売先制限がかけられ、医師の十分な管理の下での安全性監視(SMP: Safety Monitoring Program)を2年間実施することが要求される。その安全性を証明する包括的概要報告書の提出を経た後に、第二期の無条件承認として市場の流通が認められる(図表4-6)。TFDAへの副作用報告義務は第一期、第二期ともに生じる。

新薬及びバイオ新薬の製法登録に関しては、2015年7月27日の告示「新薬と生物由来新物質の製法登録」に基づき、簡略評価又はTFDAが認可する外国の規制当局(USFDA(米国)、PMDA(日本)等)による登録を参照することで、承認までの期間を30%短縮することが目指されている。

図表4-6 新薬の承認申請手続(標準手続)



出所：医薬品の知的財産制度等に係る諸外国における実態調査より医療経済研究機構作成

(4) 新薬審査制度

① 通常審査制度

医療用医薬品が対象で、承認特別小委員会に申請しない場合と申請する場合の2通りがある。

② 優先審査制度

生命を脅かす疾患(がん、HIV等)に対し、TFDAが必要と認めた治療薬に適用される。

審査方法については次の2通りがある。

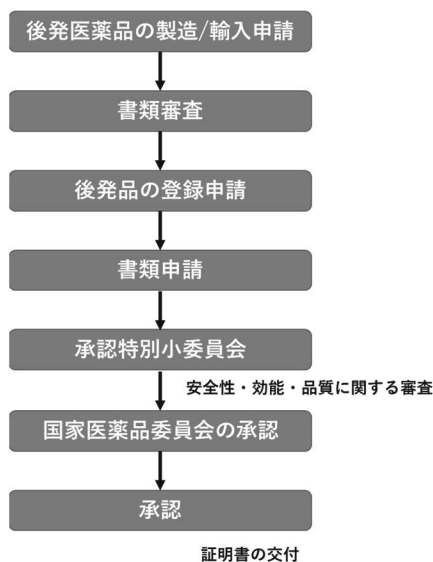
- ・疾患に係る専門家による見解が一致しない場合、承認特別小委員会にて審査される。
- ・何らかの書類の提出が遅れた場合、専門家から承認特別小委員会に見解が提出され、更に検討が必要であれば、国家医薬品委員会にて審査される。

(5) 後発医薬品承認申請制度

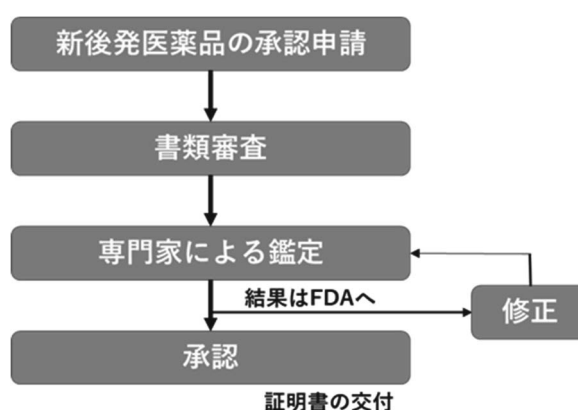
後発医薬品の登録手続は、2段階に分かれる。第1段階は、登録する医薬品のサンプルの輸入又は製造許可申請であり、4つの必要書類とともに審査を行う。第2段階では、認可承認申請であり、19点の書類とともに申請を行う（図表4-7）。

新後発医薬品では、後発医薬品（1992年以前の登録）の申請プロセスが簡略化され、書類審査が1段階となっている（図表4-8）。

図表4-7 後発医薬品の承認申請手続



図表4-8 新後発医薬品の承認申請手続



出所：医薬品の知的財産制度等に係る諸外国における実態調査より医療経済研究機構作成

(6) 承認申請書類について

承認申請資料の様式は、ASEAN の国際共通化資料（CTD：Common Technical Document）である ACTD を採用している。ただし新規化学成分（NCE：New Chemistry Entity）及び生物学的製剤（Biotech Product）でのみ ICH¹⁴¹-CTD の受け入れも可能である。

承認申請資料として外国で実施された臨床試験データを利用することは可能であり、別途、タイ人被験者に対する薬物動態（PK：Pharmacokinetics）試験等の実施は不要であ

¹⁴¹ International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use（医薬品規制調和国際会議）

る。また、新医薬品承認申請手続（NDA：New Drug Application）承認のためのピボタル臨床試験におけるタイ国民の被験者の組入れも不要である。

なお、TFDA は、ワンストップサービスセンター（One Stop Service Center）というオンライン申請システムを構築し、オンライン上で承認申請でき、処理・承認期間を短縮できる仕組みを構築している。また、タイでは日本に比べ格段に安い費用での申請が可能である。

（7）COVID-19 における特例

COVID-19 に対処するため、TFDA は、2020 年 5 月 4 日付けで、感染予防製品の承認登録を促進するための通知を行った。通知では、新型コロナウイルス感染症流行下において、輸入医薬品や医療用品（サージカルマスク、N95 マスク、個人用防護具、体外診断用キット）、家庭で使用される危険物（70%エチルアルコールや次亜塩素酸ナトリウム）、手指消毒剤の一時的な販売承認の基準や手順を示している。

4. 品質管理

（1）医薬品の製造管理及び品質管理の基準（GMP：Good Manufacturing Practice）

タイは、2015 年 3 月 20 日に医薬品査察協定及び医薬品査察共同スキーム（PIC/S：Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme）に加盟しており、PIC/S GMP に準拠した GMP が定められている。GMP 認定は、タイで医薬品生産登録をされたことがない新規事業者のために必要とされ、必要に応じて現地調査が実施される場合もあるが、医薬品原産国での PIC/S GMP 認定をタイで受け入れることも可能とされている。また、GMP 認定は新医薬品承認申請手続（NDA）前のサンプル輸入許可申請のために必要となる。

（2）薬局方

薬局方（Thai Pharmacopoeia）およびハーブ薬に特化した薬局方（Thai Herbal Pharmacopoeia）が英語で発行されている。参照薬局方としては、国際薬局方、米国薬局方、英国薬局方、英国動物用医薬品薬局方、欧州薬局方、日本薬局方が指定されている。

5. 臨床試験における安全性の監視 (GCP: Good Clinical Practice)

(1) 臨床試験に関する規制

タイでの臨床試験に関する規制は、「ICH-E6」に準拠している。臨床試験開始の際は、各医療機関において、治験審査委員会/倫理審査委員会 (IRB/EC: Institutional Review Board/ Ethics Committee) からの承認後、TFDA による臨床試験薬の輸入許可を得る必要がある。

(2) 申請から治験開始までの期間

各過程に要する期間は次の通りである。

- ・ IRB/EC の申請から承認: 2~3 か月
- ・ 臨床試験開始届: 20 日間 (TFDA に提出し、臨床試験薬輸入申請用として使用)
- ・ 新薬臨床試験開始申請: 2 か月 (TFDA に提出し、臨床試験薬輸入申請用として使用)

(3) 臨床試験実施体制

IRB は、National IRB と Central IRB が存在し、8 つの TFDA 認可 IRB/EC が存在する。認可されていない IRB/EC を使う治験施設については保健省への治験実施計画書提出が要求される。現在、タイ国内には TFDA 認可の臨床試験施設が 14 施設ある。新薬臨床試験開始申請 (IND: Investigational New Drug) にはタイ独自の申請書が存在し、添付する臨床試験実施計画書はタイ語または英語、説明文書と同意文書にはタイ語による記載が要求される。治験薬のラベルには、製品名または割付番号、用量、数量、製造業者、使用期限、および「臨床試験にのみ使用」との記載が要求されている。

6. 薬価制度 (プログラム)

医療用医薬品は自由価格設定制度が採用されている。保健省傘下の医薬品価格委員会が定める薬価リストが公表されているが、後発医薬品の価格に影響され、安く設定されているため、医薬品メーカーとしては、まだ後発医薬品が販売されていない新製品を投入し続けられない限り、利益の確保が難しい状態となっている。

なお、公的医療機関では、各医療機関から提出される医薬品納入価格の情報に基づいた各医薬品の「Median price」が行政により設定されている。製薬企業や卸から Median price 以下で供給できない場合、公的医療機関への販売は許可されない。2018 年の Median price list では、564 成分が対象となっている¹⁴²。

¹⁴² <https://www.dksh.com/sg-en/insights/tl-hec-how-the-new-procurement-act-and-median-pricing-are-impacting-the-thai-healthcare-market>

7. 安全性監視活動 (GVP: Good Vigilance Practice)

(1) 市販後安全性監視活動

① 概要

市販後安全性監視活動は、TFDA 傘下の健康製品監視センター (Health Product Vigilance Center: HPVC) にて、自発報告、特定集団へのモニタリング、レジストリ研究や薬剤疫学研究等の情報収集を行っている。1984 年より、HPVC の安全性監視データベース「Thai Vigibase」の運用が開始され、年間約 5 万件報告されており、2015 年末時点の累計報告数は約 70 万件であった。

② 安全性報告制度

市販後安全報告は「Guidance for Market Authorization Holders on Post-Marketing Safety Reporting for Human Drugs, Narcotics, and Medicinal Neuropsychotropic Substance」にて規定されており、ヒトへの使用を目的とした医薬品等の安全性報告を対象としている。当ガイダンスにおいては TFDA の求めがない限り、定期的ベネフィットリスク評価報告 (Periodic Benefit Risk Evaluation Report: PBRER)、定期的安全性最新報告 (PSUR: Periodic safety update reports) または医薬品リスク管理計画 (RMP: Risk management Plan) を提出する必要がないとされている。

上記の例外として、無条件承認の新薬に対しては PSUR が、サリドマイド等の特定グループに対しては RMP が必要とされている。また、新薬監視期間中の安全性データ収集を目的とした Safety Monitoring Program (SMP) のプロトコル提出も必要であり、NCE の SMP は条件付き承認の下で 2 年間要求される。

先端医療医薬品 (ATMP: Advanced Therapy Medicinal Products) は、希少疾患に対する使用のために有効性と安全性のデータが限られている。また、医療行為と医薬品との線引きが難しいという特性から、TFDA における既存の規制枠組みだけではなく、医療評議会 (Medical Council) や保健省の保険サービスサポート局などの関連組織との連携が必要である。

③ 副作用報告

新薬監視期間中の TFDA への副作用報告について、企業は医師、薬剤師および看護師から受け取った予測できない副作用に関する報告書を、以下に示す期間内に TFDA に対して提出することが要求されている。

- ・死に関する報告があった場合には、24 時間以内に電話、ファックスにて TFDA に対して報告を行い、最初に知り得た時点から 7 暦日以内に詳細な報告書を提出する。
- ・添付文書上での表示の有無にかかわらず、重篤な副作用は、15 暦日以内に報告する。

- ・その他の非重篤な副作用については、2 か月以内に報告する。
なお、重篤な事象とは、患者が次のような症状に陥った場合である。
- ・死亡
- ・生命を脅かす状態
- ・治療のため病院への入院または入院期間の延長が必要とされる場合
- ・不治の障害/機能不全
- ・先天異常/奇形児
- ・その他、医学的に重要な場合

副作用が報告されなかった場合は TFDA への報告義務は発生しない。非重篤の場合も含めて副作用が発生した場合のみ報告を行う。企業は安全性監視期間が終了後に該当医薬品の全使用量を纏め、TFDA に報告する。

8. 医薬品広告規制

広告規制については、Drug Act 第 88 条から第 90 条において規定されている。医療用医薬品や薬局にて調合された医薬品の広告は、医療関係者のみを対象としている。それ以外の医薬品については、消費者に一般向けに直接広告を行うことが可能であるが、広告前に TFDA による承認を受ける必要がある。広告は TFDA の必要要件（医薬品名、成分、製造元の記載等）を満たす必要がある。広告媒体として、インターネットやソーシャルメディアを利用することに関する規制はなく、通常の広告と同じ要件を満たす必要がある。一方で、インターネット上の 85%以上の広告は TFDA の承認がなく掲載されているという課題がある。

第5章 特許制度・知的財産保護制度

1. 概要.....	84
2. 管轄組織.....	84
3. 特許制度.....	85
4. 特許出願・付与件数の推移.....	86
5. 医薬品における特許権.....	87
6. 裁定制度.....	87

1. 概要¹⁴³

(1) 国内法

タイでの最初の特許法（小特許及び意匠を含む）は、1979年に公布され1992年に改正された。その後、1999年の法律第2452号により再度改正が行われている。その他の知的財産保護制度としては、商標法（1931年公布、2000年改正）、著作権法（1994年施行）、伝統医薬及び治療法（1999年施行）等が整備されている。

(2) 国際条約加盟状況

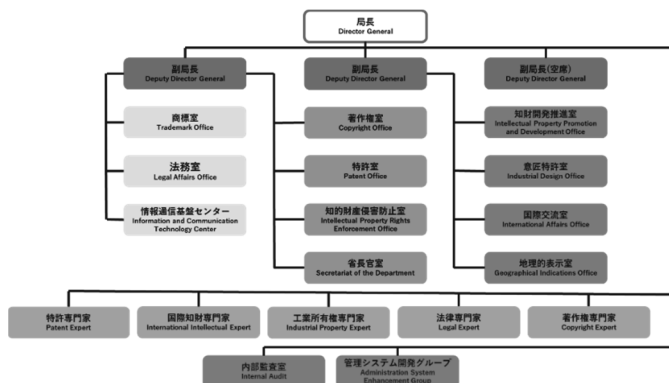
タイは下記6つの国際条約に加盟している。

- ・ 文学的及び美術的著作物の保護に関するベルヌ条約（1931年）
- ・ 著作権に関する世界知的所有権機関条約（WIPO）（1989年）
- ・ 世界貿易機関（WTO）（1995年）
- ・ 工業所有権の保護に関するパリ条約（2008年）
- ・ 特許協力条約（PCT）（2009年）
- ・ 標章の国際登録に関するマドリッド協定の1989年6月27日にマドリッドで採択された議定書（2017年）

2. 管轄組織（図表 5-1）

商務省知的財産局が管轄している。その他の関連官庁には、中央知的財産・国際取引裁判所（CIPITC）、経済警察（ECID, ECD）、司法省特別捜査局、税関などがある。

図表 5-1 知的財産局組織図



出所：DEPARTMENT OF INTELLECTUAL PROPERTY ANNUAL REPORT 2021 より医療経済研究機構作成¹⁴⁴

¹⁴³ <https://www.ipo.go.jp/system/laws/gaikoku/document/mokuji/th.pdf>

¹⁴⁴ https://www.ipthailand.go.th/images/3534/2565/AR/AR_DIP_2021.pdf

3. 特許制度

タイの最新特許法は、1999年9月27日施行（1999年法律第3号により改正された1979年特許法）されている。特許制度の概要は図5-2の通りである。

図5-2 タイ特許制度の概要

地理的効力の範囲	タイ国内のみ
他国制度との関係性	なし
出願人資格	発明者及び承継人
現地代理人の必要性および代理人の資格	必要である。タイに非居住の出願人は、タイ在住の公認の代理人を選任しなければならない。
出願言語	タイ語又は外国語 (外国語の場合は、90日以内にタイ語の翻訳を提出しなければならない)
特許権の存続期間及び起算日	出願日又は優先日から20年
新規性判断の基準	国内公知・内外国刊行物
非特許対象	次の事項が規定されている。 (1) 自然界に存在する微生物及びその成分、動物、植物、又は動物もしくは植物からの抽出物 (2) 科学的及び数学的な法則及び理論 (3) コンピュータ・プログラム (4) 人体又は動物の疾病の診断、処置又は治療の方法 (5) 公序良俗に反する発明

出所：特許庁 HP より医療経済研究機構作成¹⁴⁵

2017年に、第44条（強権発動）により、申請から5年経過し、かつ他国ですでに特許付与された発明についてはタイでも特許を付与することで平均6~7年であった審査期間を短縮するとの発表がなされている。医薬品については、政府の支出上昇に対する懸念により別途対応を検討するとされている。

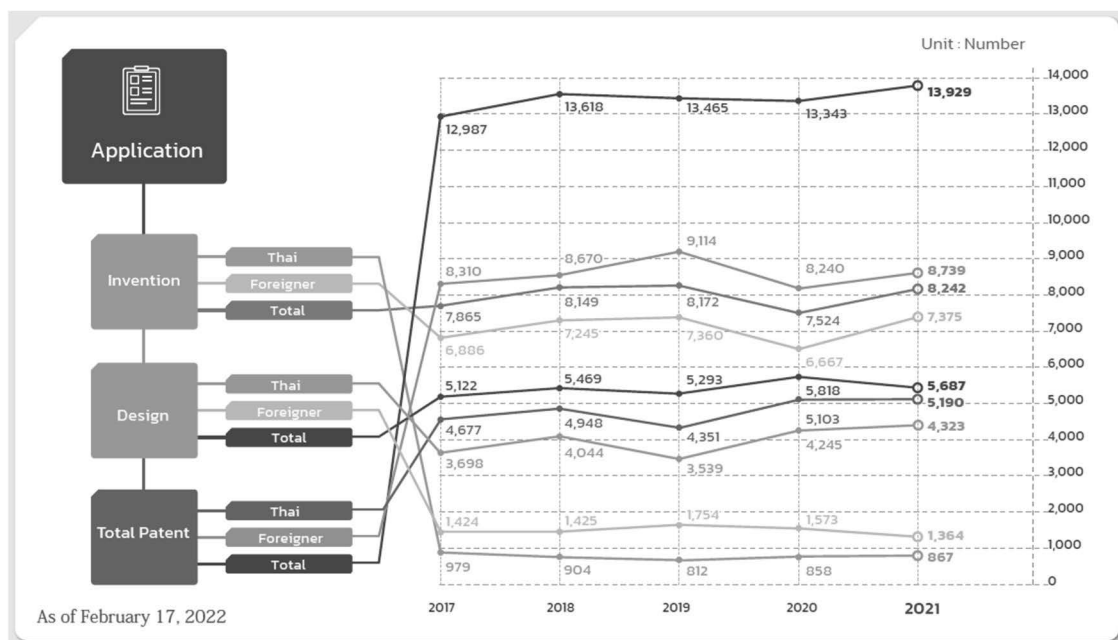
審査方法、審査期間等、医薬品に限った特別な制度は存在しないが、不特許要件として「人間及び動物の疾病の診断、処置又は治療の方法」が挙げられている。また、医薬品は特許とは別に、FDAの医薬統制部署から製造販売等のライセンスを取得しなければならない。

¹⁴⁵ <https://www.jpo.go.jp/system/laws/gaikoku/document/mokuji/th.pdf>

4. 特許出願・付与件数の推移

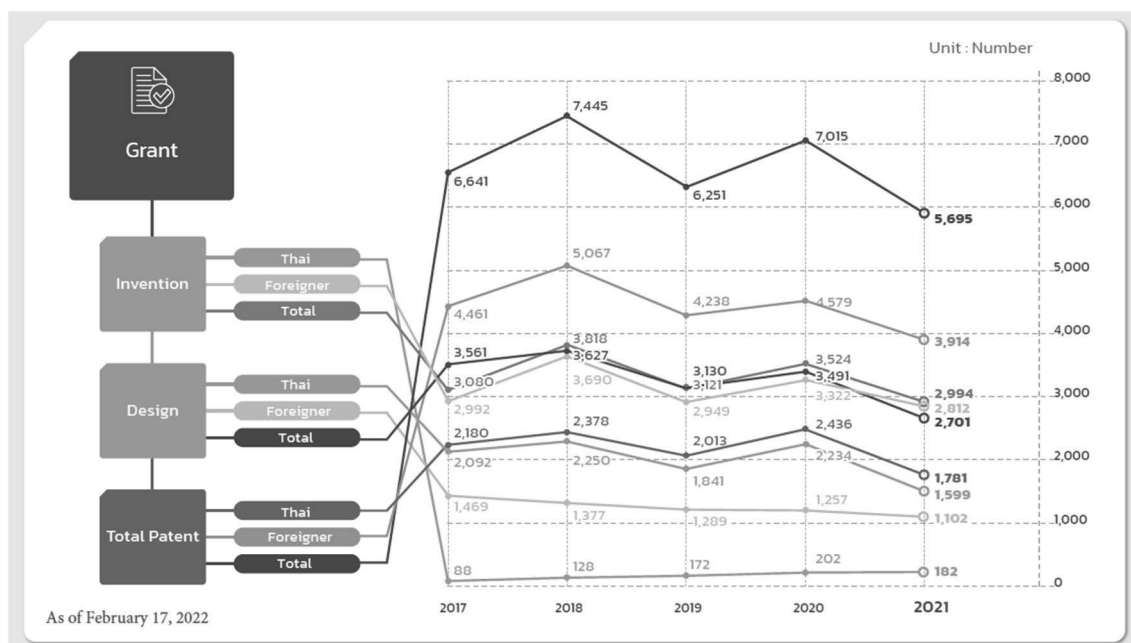
タイにおける特許出願件数推移は図 5-3、特許付与件数推移は図表 5-4 の通りである。

図表 5-3 特許出願件数の推移



出所：DEPARTMENT OF INTELLECTUAL PROPERTY ANNUAL REPORT 2021 を一部改変

図表 5-4 特許出願件数の推移



出所：DEPARTMENT OF INTELLECTUAL PROPERTY ANNUAL REPORT 2021 を一部改変

5. 医薬品における特許権

タイにおける医薬品特許権に関する裁判の事例として、Aids Access Foundation, Mrs Wanida C, & Mr Hurn R. v. Bristol-Myers Squibb company and the Department of Intellectual Property 事件について、紹介する。

ブリストル・マイヤーズスクイブ社は、1992年にタイで抗エイズ薬・ジダノシンの特許を出願したが、公開から3年以上が経過した1997年に、投与量を削除する補正を行った。知的財産局はこの補正を認め、1998年1月に特許を付与した。2001年5月、タイのNGO団体であるAIDS ACCESS FoundationとHIV患者2名が、新薬の特許侵害を理由にジダノシンの後発医薬品の製造が認められないことについて、特許権者のブリストル・マイヤーズスクイブ社及び知的財産局が本補正は無効であるとして提訴した。2002年10月1日、中央知的財産・国際貿易裁判所は、当該補正は特許の請求範囲を拡張するものであるとして、原告の訴えを認めた。

6. 裁定制度

(1) 申請条件

タイ特許法における現行の裁定制度の規定は、1999年の改正により整備された。申請の条件は、次の3つである。

- 特許の不実施の場合（特許法第46条）：特許の付与から3年経過後、又は出願の日から4年後のいずれか遅い時期で、次に当てはまる場合
 - ・ 正当な理由がないのに、国内で当該特許製品が製造されていない、又は製法特許が使用されていない
 - ・ 正当な理由がないのに、国内で当該特許製品が販売されていない、又は法外に高い価格で販売されている、若しくは一般の需要量を満たしていない
- 自己の特許の行使が他人の特許を侵害する恐れがある場合（同第47条）
- 公共の利益、国防上の理由、又は天然資源・環境の保護のため（同第51条）

(2) 医薬品における発動例

タイでは2006年から2008年にかけて医薬品に関する7件の裁定制度が発動されている（図表5-5）。いずれも特許法第51条の「公共の利益のための医薬品の著しい不足の緩和」に基づく政府による申請であり、その輸入・製造等の実施権は政府製薬公社（GPO：Government Pharmaceutical Organization）のみに付与された。また、発動の目的も、公的健康保険の被保険者への後発医薬品の供給に限られていた。発動までの過程として、2005年にはTFDAによる特許医薬品製造企業との価格交渉、2006年にはNHSOによる、対象医薬品の選定が行われている。

2007年1月に発動された、アボットの抗エイズ薬カレトラ（Kaletra、一般名 Lopinavir/Ritonavir）の裁定制度は、ロイヤリティはGPOによる総売り上げの0.5%（2014年には2%に変更）、カレトラの特許が切れるまで無期限とされた。当初は当該新薬の後発医薬品の輸入のみであったが、2011年にはGPOによる生産が始まり、2012年には7,800万～8,205万ドルのコスト削減を達成している。アボットは報復措置として、7製品についてタイでの販売を停止した。また、米国通商代表部（United States Trade Representative: USTR）は、裁定制度の発動を理由に、タイをスペシャル301条（貿易相手国の不公正な慣行に対して当該国との協議や制裁について定めた条項）の優先監視国リストに掲載した。

タイ政府による裁定制度の発動後、当該新薬についてアボットやサノフィは価格の引き下げを、ノバルティスは無償提供を行っており、発動が価格規制の手段として使われた側面が強い。

図表 5-5 強制実施権 発動一覧

医薬品名	薬効	新薬製造企業
エファビレンツ	抗ウイルス薬	メルク
ロピナビル・リトナビル	抗ウイルス薬	アボット
クロピドグレル	抗血小板薬	サノフィ
ドセタキセル	抗がん剤	サノフィ
レトロゾール	抗がん剤	ノバルティス
エルロチニブ	抗がん剤	ロシュ
イマチニブ	抗がん剤	ノバルティス

出所：医薬品の知的財産制度等に係る諸外国における実態調査より医療経済研究機構作成¹⁴⁶

¹⁴⁶ <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000171737.pdf>

第6章 薬剤師の業務範囲

1. 病院薬剤師の業務・役割.....	90
2. 薬局薬剤師の業務・役割.....	90
3. 薬剤師の研修制度.....	91
4. 医薬品マージン並びに薬局経営戦略.....	91
5. COVID-19 による影響.....	92

1. 病院薬剤師の業務・役割

大学病院をはじめとした大病院では、院内で調製している医薬品も存在する。具体的には患者の身体に合わせて用量調整が必要な薬剤、栄養不足の患者に対し必要な成分を補充できるよう調整した薬剤、小児用が市販されていないため成人用から用量調整した薬剤、注射剤から点眼に投与経路を変更した薬剤等がある。

2. 薬局薬剤師の業務・役割

タイ国内では年々薬局数は増加しており、2023年時点の保健省への届出薬局数は23,804軒である。1年に1回政府への届出義務があり、薬局数のアップデートが行われている（図表 6-1）。

医師の診断書がないと使用できない一部の医薬品はあるものの、図表 6-2 に示す 16 領域の症状における医薬品は薬剤師の判断で薬局での販売が可能である。そのため、医師が処方箋を出して薬局で薬剤師が調剤を行うといったケースはなく、医師の診断結果や必要な治療のアドバイスに沿って、患者自らが薬局に行き、薬剤師から医薬品を購入する流れとなっており、日本と比べて薬剤師の裁量が大きい。しかし、タイの医師は、診察による適切な医薬品使用に繋がらないと懸念を示しており、そのような懸念から医療評議会に請願し、現在医療評議会、NHSO、薬事評議会の 3 つの機関で議論が行われている¹⁴⁷。調剤以外の業務では、生活習慣の指導、病院への受診勧奨といったアドバイスも行っている。医薬品の有害事象管理については、患者からの訴えを受けた薬剤師の判断により薬剤の変更や製薬企業へのフィードバックを行っている。

図表 6-1 保健省届出薬局数

都市名	近代（西洋薬）薬局	伝統（漢方）薬局	計
バンコク	4,657	19	4,676
チョンブリー	1,232	46	1,278
チェンマイ	769	76	845
パトゥムターニー	747	79	826
ノンタブリー	698	87	785
その他	13,997	1,397	15,394
計	22,100	1,704	23,804

出所：Number of business licenses Nationwide Drug Act B.E. 2566 (2023)より医療経済研究機構作成

¹⁴⁷ <https://mgronline.com/qol/detail/9660000048233>

図 6-2 薬局にて薬剤師が医薬品を販売可能な 16 領域の症状

1	頭痛	9	下痢
2	めまい	10	便秘
3	関節痛	11	排尿障害
4	筋肉痛	12	月経不順
5	発熱	13	皮膚疾患
6	咳	14	外傷
7	咽頭痛	15	眼疾患
8	腹痛	16	耳疾患

出所：NHSO ホームページより医療経済研究機構作成¹⁴⁸

3. 薬剤師の研修制度

薬剤師会を中心に、講習等を受講することでライセンスが発行される制度が整っており、定期的な学習機会が提供されている。また、薬局独自の取り組みとして、製薬会社社員を講師に勉強会等も行うことで、定期的な知識のアップデートを図っている。

4. 医薬品マージン並びに薬局経営戦略

(1) 医薬品マージンについて

第 4 章 7 節「薬価制度」の項目で記載した通り、タイでは医療用医薬品に公定薬価がなく、薬局毎に自由に価格設定が可能である。一方で、日本のように調剤料等の技術料が得られないため、医薬品の納入価と販売価の差額で薬局としての利益を出していく必要がある。また、販売価格は薬局で変更可能だが、割引による顧客誘引は法律で禁止されている。

(2) 薬局経営戦略について

多くの薬局では一般的な小売業のように、日常的に必要な抗アレルギー薬や生活習慣病薬、精神疾患薬等の医薬品価格を下げることで来局者数の増加を図り、抗生物質や外用ステロイド等の急性疾患の医薬品価格を上げ、利益を生み出す戦略をとっている。

¹⁴⁸https://www.nhso.go.th/storage/downloads/3809/%E0%B9%80%E0%B8%88%E0%B9%87%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%87%E0%B8%81%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A2_16_%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3.pdf

5. COVID-19 による影響

(1) 取り扱い品目の変化

COVID-19 の流行により、薬局での販売品目に変化があった。検査キットの販売を開始し、消毒用アルコール、マスク、フェイスシールド、ゴム手袋等の感染症予防を目的とした製品が品切れとなった。

(2) 営業に対する影響

感染拡大防止策の一環としてレストランが営業停止となり、小売業も営業時間規制がかけられている中、公衆衛生の観点から必要性が高いと考えられる業態である薬局は、営業規制がかかることなく衛生関連用品の供給を継続できた。

また、オンラインによる販売（テレメディシン）についても行われ、薬剤師の指導のもと、配送にて医薬品を患者の手元に送っていた。法律上は医薬品販売について、薬局内で行われるよう記載があるが、パンデミックによる緊急事態のため、オンラインでの販売も容認されている。

第7章 タイの最新トピックス（タイにおける医療用大麻の現状）

1. 歴史と政策.....	94
2. 市場と経済動向.....	96
3. 問題点、課題.....	97

1. 歴史と政策 ^{149 150}

(1) 大麻利用緩和の流れ

タイにおける大麻利用の歴史は古く、アユタヤ王朝期（14～18世紀）には伝統薬としての利用が始まり、民間療法や伝統医療、食品への添加も日常的に行われていたが¹⁵¹、1935年には大麻法により所有、販売が違法化され、さらに1979年の麻薬法によっても違法化された¹⁵²。タイとミャンマー、ラオスの国境のいわゆる「ゴールドトライアングル(黄金の三角地帯)」ではケシが盛んに栽培され1990年代まで世界中に輸出されていたが、麻薬使用に関する各国の厳しい態度に合わせ、タイでは2000年代前半に多数の死者を出す壮絶な撲滅作戦が実行された¹⁵³。

しかし、大麻に関する規制は徐々に緩和され、2016年には一部地域での大麻栽培が認められ¹⁵⁴、2018年末の立法議会での麻薬法改正法案可決により、東南アジアでは初めて、医療や研究目的での利用が認められた。

タイは農業大国でありながら、農村部と都市部の格差が長年、政治的対立を招いてきた。2019年3月の下院総選挙では、農村部の支持を受ける政党の多くが農家の所得の低さの解消を訴えており、大麻栽培の推進は、格差を埋め、対立を緩和する一助になり得るとしていた¹⁵⁵。タイの農業関連産業は、タイ経済全体の約1割を占める根幹産業であり、この分野で新しい高付加価値の産品を生み出すことは、経済の安定につながる。また、新型コロナ禍で大きな打撃を受けたタイにとって、大麻の活用は経済刺激策の一つに位置付けられている。

¹⁴⁹ 日経ビジネス「大麻解禁に沸くタイ、規制緩和がもたらすのは富か災いか」
<https://business.nikkei.com/atcl/gen/19/00118/063000080/>
(2023年5月23日)

¹⁵⁰ 日本経済新聞「大麻解禁のタイ、生産登録100万人 観光客使用に懸念も」
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGS125CB0S2A710C2000000/#:~:text=%E3%80%90%E3%83%90%E3%83%B3%E3%82%B3%E3%82%AF%3D%E4%BA%95%E4%B8%8A%E8%88%AA%E4%BB%8B%E3%80%91%E3%82%BF%E3%82%A4.%E3%81%8C%E5%BA%83%E3%81%8C%E3%82%8B%E6%87%B8%E5%BF%B5%E3%81%8C%E3%81%82%E3%82%8B%E3%80%82>
(2023年5月23日)

¹⁵¹ 日本食料新聞「タイ 参入相次ぐ大麻食品ビジネス」2021.06.23 12247号 08面
<https://news.nissyoku.co.jp/news/kwsk20210616075936664#>: (2023年9月1日アクセス)

¹⁵² Expat Insurance “Medical Marijuana Legalized in Thailand” (2019年1月16日)
<https://www.expatinsurance.com/articles/medical-marijuana-legalized-thailand> (2023年9月1日アクセス)

¹⁵³ 日経ビジネス「医療用大麻の普及はタイを癒やすか」(2023年5月23日)
<https://business.nikkei.com/atcl/seminar/19/00019/121200120/>

¹⁵⁴ Bangkok Post “Cabinet allows hemp cultivation for medical purposes” 2016年12月28日
<https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1169717/cabinet-allows-hemp-cultivation-for-medical-purposes> (2023年9月1日アクセス)

¹⁵⁵ 日経ビジネス「医療用大麻の普及はタイを癒やすか」(2023年5月23日)
<https://business.nikkei.com/atcl/seminar/19/00019/121200120/>

(2) 政策

大麻の利用に関する規制緩和は段階的に行われ、現在も過渡期にある。

2018年12月、タイ政府は大麻をカテゴリー5の麻薬として厳しく規制してきた1979年の麻薬法(The Narcotics Act)を改正し、大麻の制限的な医療目的の利用を認めた。同法の2019年2月の施行により、一定条件を満たすものに食品医薬品局(FDA)から製造、輸入、輸出、販売、所有の許可を与える制度となった¹⁵⁶。大麻は、タイの伝統医療や、薬の効かないてんかん、がん患者の疼痛や吐き気の治療に用いることができる麻薬として分類され¹⁵⁷、省庁、地方自治体、赤十字、政府の医薬品や医療分野に関する組織に医療目的での大麻の所有が認められた¹⁵⁸。

2019年3月の総選挙では農村部に基盤を持つ中堅政党「タイの誇り党」が医療用大麻栽培の自由化を公約に掲げ、大きく議席数を伸ばして¹⁵⁹連立与党となり、7月からアヌティン・チャーノンウィーラクーン同党党首が保健大臣となってさらに規制緩和をけん引することとなった。

2021年1月、研究、教育、生活の領域において農家、官民すべてのセクターで、食品医薬品局(FDA)の許可の下、製造、輸入、輸出、販売、所有が認められることとなった¹⁶⁰。タイ政府は大麻の薬用、食品用、化粧品用に使用するための事業ガイドラインを定め、許可を得た個人や企業が産業用大麻を入手して医薬品や化粧品などの関連製品を生産・販売できるようにした。同年2月、カンナビス及びヘンプの葉・茎・幹・根が第五種麻薬指定リストから除外され、医療、医薬品、健康食品及び化粧品等の商業利用や許可を受けた者の医療目的の栽培等が可能となった¹⁶¹。

2022年6月9日、麻薬法において規制する麻薬リストから大麻草(カンナビス及びヘンプとそれらの未加工の部分)を除外し、抗精神作用のあるテトラヒドロカンナビノール(THC)の含有量が0.2%以下の大麻抽出物は、健康や医療目的で販売、使用することができることになった。また栽培についても、20歳以上であれば届出で大麻を栽培できることとなった¹⁶²。大麻に薬物法による許可のスキームが適用されないこととなり、大麻草の花

¹⁵⁶ 正高佑志他、諸外国における医療大麻の分類と法規制の枠組みに関する研究(厚生労働行政推進調査事業費(厚生労働科学特別研究事業)分担研究報告書 難治性てんかんにおけるカンナビノイド(大麻抽出成分)由来医薬品の治験に向けた課題把握および今後の方策に向けた研究) https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20200621A-buntan11-1_0.pdf (2021年)

¹⁵⁷ Bangkok Post "Weeding out foreigners: strains over Thai legalization of marijuana"(2018年12月12日) <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1592614>

¹⁵⁸ Bangkok Post "NLA unanimously accepts cannabis bill in first reading" (2018年11月23日) <https://www.bangkokpost.com/thailand/politics/1581042/nla-unanimously-accepts-cannabis-bill-in-first-reading>

¹⁵⁹ 日本経済新聞「大麻解禁、伝統医療に商機—タイ」(2019年7月10日) <https://www.nikkei.com/article/DGKKZO47173080Q9A710C1EAC000/>

¹⁶⁰ 前掲、正高他 2021年

¹⁶¹ 在タイ日本国大使館「タイにおける大麻規制等について」(2021年5月6日) https://www.th.emb-japan.go.jp/itpr_ja/news_20210506.html#:~:text=%E5%A4%A7%E4%BD%BF%E9%A4%A8%E3%81%8B%E3%82%89%E3%81%AE%E3%81%8A%E7%9F%A5%E3%82%89%E3%81%9B,-%E4%BB%A4%E5%92%8C3&text=%E3%82%BF%E3%82%A4%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%A4%A7%E9%BA%BB%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E8%A6%8F%E5%88%B6,%E3%81%8C%E5%8F%AF%E8%83%BD%E3%81%A8%E3%81%AA%E3%82%8A%E3%81%BE%E3%81%97%E3%81%9F%E3%80%82

¹⁶² 日本経済新聞「大麻解禁のタイ、生産登録100万人 観光客使用に懸念も」(2022年8月21日)

の利用についてはタイ伝統薬知識の保護活用法の下で許可が行われることとなった¹⁶³。テトラヒドロカンナビノール(THC)を 0.2%以上含有する大麻や大麻抽出物については引き続き麻薬法に基づき栽培、製造等の許可が必要である。

2022 年の大麻の麻薬法からの除外のあと、保健省は追加的な告示を行い、大麻の花の 20 歳未満の若年者への販売、妊婦、授乳中の女性の利用、公共の場での吸煙等を禁止した。保健省は麻薬からの大麻の除外は、医療健康や経済的な利益を目的としたもので、娯楽としての使用は意図していないとしている¹⁶⁴。公共の場での喫煙、未許可の食品や化粧品などを生産販売、0.2%を超えるテトラヒドロカンナビノール (THC) を含む抽出物を所持や流通させることは禁止とされ、使用用途についても医療目的などに限定し、娯楽のための吸引は引き続き禁止としている。

2023 年 5 月 14 日開票の下院総選挙では、「大麻は多くの社会問題を引き起こしている」として、大麻解禁を巡る政党間の論争は争点となり、選挙の結果第 1 党となった民主派野党は、22 日公表した他の 7 野党との連立政権樹立後の 23 項目の基本政策の中で、民主化を促進するための新憲法起草や同性婚の合法化などに加え、「大麻の再規制」が盛り込まれている。

大麻政策は、適切な法整備等による制度の再設計が課題となっており、今後の動向には注視すべきである。

2. 市場と経済動向^{165 166 167}

タイ商工会議所大学は、国内の大麻市場は 2025 年に 429 億パーツと、2022 年の 281 億パーツから 1.5 倍に成長すると予測しており、大麻の産業化は着々と進むと予想されている。

民間企業の動きとしては、アジアにおける大麻製品の開発拠点を目指す A 社では、25 億パーツを投資し、バンコク郊外で 16 万平方メートルの大麻産業向け工業団地を開発中であり、栽培から成分抽出、商品開発まで行える施設を整えている。

また、大麻やその関連製品の輸出にも期待が集まっており、製薬会社や食品加工会社などに向けて大麻を栽培、販売している B 社は、米国やオーストラリア、欧州向けに早ければ 2022 年中にも、茎に花が付いた状態のタイ産大麻の輸出を始めるとしている。

同社は「アジア市場への進出も検討している」と語り、年間 10 トンの大麻を生産できる大規模な農地をタイ北部に 2 カ所構えている。大麻解禁後に需要は急増しており、足元で

¹⁶³ Alan Adcock "CAN-NABIS LAW AND LEGISLATION IN THAILAND"

13 April 2023 <https://cms.law/en/int/expert-guides/cms-expert-guide-to-a-legal-roadmap-to-cannabis/thailand>

¹⁶⁴ 前掲 Adcock、2023

¹⁶⁵ 時事通信社「大麻健康被害に警戒＝タイで家庭栽培解禁」（2023 年 5 月 23 日）

¹⁶⁶ 日経ビジネス「大麻解禁に沸くタイ、規制緩和がもたらすのは富か災いか」

<https://business.nikkei.com/atcl/gen/19/00118/063000080/>（2023 年 5 月 23 日）

¹⁶⁷ 日本経済新聞「タイの大麻中毒者 4 倍に 解禁後半年、政権内に亀裂」

<https://www.nikkei.com/article/DGZXQOGS153B80V11C22A2000000/#:~:text=%E3%82%BF%E3%82%A4%E4%BF%9D%E5%81%A5%E7%9C%81%E3%81%AB%E3%82%88%E3%82%8B%E3%81%A8,%E3%81%99%E3%82%8B%E7%B5%90%E6%9E%9C%E3%81%A8%E3%81%AA%E3%81%A3%E3%81%9F%E3%80%82>（2023 年 5 月 23 日）

大規模な農地をタイ北部に2カ所構えている。大麻解禁後に需要は急増しており、足元では国内だけで200万本の苗の販売が決まっているという。

2022年11月下旬～12月初旬にバンコクで開催された国内初の大麻博覧会では、数百家が飲料や化粧品など幅広い商品を出展している。

3. 問題点、課題^{168 169 170 171 172 173 174}

国民の間には、急速に浸透する大麻に警戒感が強まっており、外国人旅行客の間で使用が広がるという懸念がある。タイ保健省によると、2022年の大麻中毒者数は解禁前の1～5月に月平均72人だったのに対し、6～11月は平均282人と約4倍に増えていた上、同年の集中治療が必要な精神疾患の患者全体に占める大麻中毒者の割合は、約17%と過去5年で最も高かった。また、タイ小児科学会によると、2022年6月21～30日の間に20歳未満の子ども9人が大麻の中毒症状を示し、そのうち3人は意図せず大麻を摂取していたとしており、大麻は常用者が依存症に陥る可能性があるだけでなく、無関係の人にも害が及びかねない。

2022年、チュラロンコン大学は、市販の「大麻飲料」約30品のうち3割以上で、タイ政府が定めているテトラヒドロカンナビノール（THC）規定量を超えていたとする調査結果を公表し、「販売業者の一部は、抽出成分の量の基準を理解していない。」「飲食物に含まれる大麻成分の量を制限しなければ、健康に深刻な影響をもたらす、自傷行為や犯罪に及ぶ恐れもある」と指摘している。また、タイ小児科医師会は、20歳未満の若年層による摂取は脳機能の低下や統合失調症を招くと警告している。

自家栽培した大麻の健康増進や医療目的での使用は認められているが、娯楽目的での使用は禁止としているものの、娯楽目的での使用を取り締まる規制が整っておらず、現実には大麻販売店が街中に乱立し、公共の場での吸引が横行している。

¹⁶⁸ 時事通信社「大麻健康被害に警戒＝タイで家庭栽培解禁」（2023年5月23日）

¹⁶⁹ 日経ビジネス「大麻解禁に沸くタイ、規制緩和がもたらすのは富か災いか」
<https://business.nikkei.com/atcl/gen/19/00118/063000080/>（2023年5月23日）

¹⁷⁰ 日本経済新聞「大麻解禁のタイ、生産登録100万人 観光客使用に懸念も」
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGS125CB0S2A710C2000000#:~:text=%E3%80%90%E3%83%90%E3%83%B3%E3%82%B3%E3%82%AF%3D%E4%BA%95%E4%B8%8A%E8%88%AA%E4%BB%8B%E3%80%91%E3%82%BF%E3%82%A4,%E3%81%8C%E5%BA%83%E3%81%8C%E3%82%8B%E6%87%B8%E5%BF%B5%E3%81%8C%E3%81%82%E3%82%8B%E3%80%82>（2023年5月23日）

¹⁷¹ 日本経済新聞「タイの大麻中毒者4倍に 解禁後半年、政権内に亀裂」
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGS153B80V11C22A2000000#:~:text=%E3%82%BF%E3%82%A4%E4%BF%9D%E5%81%A5%E7%9C%81%E3%81%AB%E3%82%88%E3%82%8B%E3%81%A8,%E3%81%99%E3%82%8B%E7%B5%90%E6%9E%9C%E3%81%A8%E3%81%AA%E3%81%A3%E3%81%9F%E3%80%82>（2023年5月23日）

¹⁷² 日本経済新聞「タイ、総選挙控え大麻論争 医療用解禁、乱用広がる」
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO70433840T20C23A4FF8000/>（2023年5月23日）

¹⁷³ 日本経済新聞「タイ野党、政権樹立へ協定 王室改革の議論先送り」
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO71231870S3A520C2FFJ000/>（2023年5月23日）

¹⁷⁴ https://cebf.utcc.ac.th/upload/poll_file/file_155d21y2022.pdf

図表 7-1 薬局の隣にある大麻の取り扱いのある店（現地調査時に撮影）



一方で、観光大国のタイが大麻を解禁したことで、多くの外国人観光客が安易に大麻を手にする懸念があるため、日本などの大麻を規制する国では、自国民にタイで大麻を使用しないよう呼びかけている。（図表 7-1 参照）在タイ日本大使館によると、日本の大麻取締法には国外犯処罰規定が適用され、タイを含む海外に居住する日本人であっても、大麻の栽培や輸出入、所持、譲渡などを行った場合には処罰対象となることあるとし、「安易に大麻に手を出さないように」と警告している。

タイ商工会議所大学経済・ビジネス予測センターは、2022年7月5日から15日まで全国の人々1,215名を対象に大麻の現政策に関する世論調査を実施した結果、タイにおける大麻の現状について賛同しているとした回答者が41.7%、反対しているとした回答者は58.3%であった。賛同者は、医療や経済への好影響を回答理由として挙げている一方で、反対者は、大麻は麻薬であり副作用や長期使用による健康への影響、若年者の大麻使用が薬物の依存症・過剰摂取を引き起こすことなどを懸念している。また、大麻の生産品質基準が不十分なことや、大麻に関する知識不足を理由に医療用含む大麻の使用に消極的な反応が多くなっている。

図表 7-2 観光客に知って欲しい10のこと

①	個人使用目的でタイ国内外に大麻の種子やそれ以外の部分を持ち運ぶことは禁止 規制麻薬リストから除外されているのは、タイ国内で栽培された大麻のみ。輸入した大麻に関しては、現在審議が行われている最中。 大麻の種子の輸入には、農業協同組合省の許可が必要。
②	大麻の栽培は合法だが、TFDAアプリ「Plook Ganja」や政府ウェブサイトにおいて登録が必要
③	研究、輸出、販売、製造目的で大麻の花を使用するには、正式なライセンスが必要 大麻の花は規制ハーブとして扱われているため、無料配布を含むビジネス目的での使用または研究での使用には、タイ伝統・代替医療局の認可が必要。
④	20歳未満、妊娠および授乳中の女性が大麻を使用することは、医療従事者の監督がある場合を除いて、認められない
⑤	THC 0.2%以上を含む大麻抽出物や合成THCの所持には許可が必要
⑥	大麻料理を食べることができるのは、認可されたレストランのみ タイの食品法では、大麻の花を料理や食品に使用することは禁止されているが、他の部位に関しては認められている。 飲食店は大麻料理について、未成年や妊娠・授乳中の女性には提供できないなど、消費者に対し警告を行う必要がある。
⑦	認可された大麻健康製品は、決められた手段でのみ入手可能 洗い流すタイプの化粧品、食品（乳幼児を除く）、ハーブ製品は、大麻の花を除く部位、CBD、ヘンプシードオイルや抽出物を使用したもののみ許可される。 医療用の大麻抽出物を購入するには、医師の処方箋が必要。処方箋があれば、政府系の病院、民間クリニック、薬局で購入できる。 ※大麻抽出物とは ・THC：CBD = 2.7%：2.5%の大麻抽出物、THC主体の大麻抽出物 多発性硬化症の痙攣、難治性の神経障害性疼痛、アルツハイマー型認知症、標準治療でコントロールできない末期がんの痛み・食欲低下・睡眠障害など ・CBD主体の大麻抽出物 難治性てんかん、パーキンソン病など
⑧	公共の場（学校やショッピングモールなど）で大麻を喫煙することは違法 公共の場において嗜好目的で大麻を喫煙すると、3か月以下の懲役または25,000バーツ以下の罰金、あるいは両方の刑が科せられる。
⑨	大麻製品・食品を消費した後の車の運転は避ける 大麻製品・食品の消費後は判断能力、運動能力、反応時間に影響を及ぼすことがあるため、交通事故を起こすリスクが高くなる。
⑩	大麻製品・食品の消費により深刻な健康問題が生じた場合は、速やかに医療機関を受診する 一般的な副作用（口渇、めまい、血圧の変化など）であれば、水分を多めに取ったり休憩したりすることで、症状は落ち着いていく。 ただし、胸痛発作、不整脈、胸部不快感、失神、重度な嘔吐など重篤な副作用が生じた場合は、医師による緊急治療が必要となる場合がある。

出所：タイ保健省発行の観光客向けガイドより医療経済研究機構作成¹⁷⁵

¹⁷⁵ https://api.tourismthailand.org/upload/live/content_article_file/29080-21621.pdf

第8章 総括

1. はじめに

医療経済研究機構では、2012年から「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究」というプロジェクトが立ち上げられ、文献調査と現地調査による調査研究を行ってきた。医療保障制度や医薬品に関しては、近年、医薬品市場の新興国参入への期待に伴い、新興国における医療情報についても情報のニーズが高まってきている。同調査研究プロジェクトでは、これまで、2013年にロシアにおける調査、その後、ブラジル、トルコ、インド、シンガポール、インドネシア、ベトナムに関して、調査研究を実施し、報告書を発刊してきた。本年度はASEANシリーズ第5弾としてタイを取り上げ、文献調査による基礎データの入手・整理を行い、さらに現地調査によるインタビュー等を通じて、最新情報を入手した。その調査結果を本報告書「新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究－タイの医療保障制度－」としてまとめることができた。一般に欧米諸国に比較し、新興国の医療保障制度に関しては、我が国においては情報が限られており、本報告書が読者のみなさまの参考になることを心から祈念している。

従前から医療経済研究機構の調査研究では、文献調査をベースに、現地調査によるインタビューを通して情報収集を行い、調査研究を進めてきた。今回の調査研究においても、同様の調査方法を用いて、特に現地調査においては、これまでの調査研究との比較を行うことを念頭に同様の調査研究方法を踏襲し、現地調査による政府機関、保険担当部門、製薬団体・個別企業、薬剤師会、薬局・医療機関等を訪問し、主として担当者へのインタビューを通して情報収集を行った。また本調査研究では調査のフェーズを3つ（第1フェーズ：文献調査、第2フェーズ：現地調査、第3フェーズ：総合調査）に分けて、調査研究を実施し、医療を取り巻く、政府、産業等の視点から報告書を作成した。

本章ではここまでの報告の内容を総括することを目的に、以下に示す5つの事項について、適宜、これまでの章における報告から関連する事項を抜き出しながら、本報告書の調査内容の概要を総括することとする。

1. 医療保障制度
2. 薬事制度
3. 医薬品の市場動向及び医薬品への患者アクセス
4. 薬剤師の業務範囲
5. その他

2. 医療保障制度

タイの医療情勢としては、公立病院や民間病院が充実しており、高度な医療技術が揃っている点が挙げられる。ただし、タイの農村部は都市部に比べると貧しく、広がる経済的格差により、医療費の高い都市部と医療費の低い農村部で医療の二極化が進行しており、医療水準の格差が広がっているとも言える。

タイの医療保険制度は、国民皆保険の理念を基に制度設計されている。国民皆保険制度に基づくタイの医療保険制度とは、国民が経済的に不当に苦勞することなく医療サービスを受けられるようにするという概念である。従って、国民皆保険を達成するためには、政府は家族の経済的負担を保護し、特に高額な医療サービスを受ける余裕のない貧困ライン以下で暮らす人々に公平性をもたらすための財政的な戦略を導入している。タイにおける医療保険制度は主に次の3つの公的医療保険制度により運営されている。一つは公務員等の「公務員医療給付制度（CSMBS： Civil Servant Medical Benefit Scheme）」、二つ目は民間被用者の「民間企業被用者社会保険制度（SSS： Social Security Scheme）」における傷病等給付、最後はそれ以外の全ての国民（農民、自営業者等、国民の約4分の3を占める）を対象とする「国民医療保障制度（UCS： Universal Coverage Scheme）」の3つの制度である。これらにより、制度上は全ての国民が公的医療保障の対象となり、国民皆保険を達成している。ただし公的医療保険を利用する場合、受診できる医療機関が限定され、待ち時間が長く、設備が古い医療機関を利用せざるを得ないことがある。また、公的医療保険で保険償還されている技術や医薬品を用いた治療に限られるため、必ずしも最新治療へアクセスできないことがある。それに対して、設備の整った医療機関で早く受診したい、最新治療を受けたいというニーズを満たすために、民間保険が販売されており、先進国並みのトップレベルの医療体制が提供されている。

またタイにはNLEM（必須医薬品リスト）という6つの医薬品カテゴリーに分類されている医薬品のリストがある。公的医療機関では、処方する医薬品の70～100%はNLEM掲載の医薬品でなければならない。医薬品購入のための予算も、60～100%はNLEM医薬品の購入に充てなければならない。2020年時点で、NLEMには899の医薬品が掲載されている。さらに抗がん剤等の高額な医薬品の使用に際しては、NLEM以外にも、CSMBS独自の仕組みであるOCPA(Oncology Prior Authorization)やネガティブリスト（2018年1月以降に薬事承認された抗がん剤が自動的に含まれる）やNLEM外医薬品リスト等が存在し、一定の条件下において利用が可能となる仕組みも存在する。

3. 薬事制度

タイの医薬品、医療機器、食品に関する規制当局はTFDAであり、TFDAは保健省の傘下である。またタイの薬事関連の国内法は、薬事法の他、向精神薬法、食品法、麻薬法、揮発性物質の乱用防止に関する緊急法令、危険有害物法、医療機器法、化粧品法、ハーブ製品法等がある。これらの法律における特定の重要な問題は、保健省管轄にて設置された各分野の専門家か

らなる 8 つの委員会によって決定される。

タイの医薬品は、現代医薬品及び伝統医薬品に大別される。さらに、現代医薬品は新薬、1992 年以前に登録承認された後発医薬品及び、1992 年以降に登録された全ての後発医薬品である新後発医薬品の 3 つに分類される。新薬に分類される医薬品の登録認可制度は、第一期の条件付き承認(Conditional Approval)と、第二期の無条件承認 (Unconditional Approval) に分かれ、新薬はまず第一期で条件付き承認となり、特定の医療機関のみでの販売先制限がかけられ、安全性を証明された後に、第二期の無条件承認として市場の流通が認められる。承認申請資料の様式は、ASEAN の CTD である ACTD を採用している (NCE 及び Biotech Product は ICH¹⁷⁶-CTD の受け入れも可)。

タイでの臨床試験は、「ICH-E6」に準拠している。臨床試験開始の際は、各医療機関において、IRB/EC からの承認後、TFDA による臨床試験薬の輸入許可を得る必要がある。またタイでの臨床試験の数は近年、増えている。承認取得のための第三相試験等の後期臨床試験も実施されるが、最近では承認取得のための臨床試験のみではなく、保険償還時の優遇を期待した少数例を対象とした臨床試験も増えてきている。また臨床試験にかかるコストの安さ、医療機関において臨床試験に関わる優秀な人材等を背景にタイでの臨床試験は政府主導で促進されている。

市販後安全性監視活動は、TFDA 傘下の健康製品監視センターにて、自発報告、特定集団へのモニタリング、レジストリ研究や薬剤疫学研究等の情報収集を行っている。副作用の報告システムは日本と同様に存在する。病院からの報告が主であり、製薬企業からの報告は日本ほど多くはなく、薬局・患者からの報告はほとんどない。副作用報告義務は第一期、第二期の承認時ともに生じる。また 1984 年より、HPVC の安全性監視データベース「Thai Vigibase」の運用が開始され、年間約 5 万件、2015 年末時点の累計で約 70 万件報告されている。

4. 医薬品の市場動向及び医薬品への患者アクセス

タイでは医療用医薬品は自由価格設定制度が採用されている。保健省傘下の医薬品価格委員会が定める薬価リストが公表されているが、後発医薬品の価格に影響され、安く設定されているため、医薬品メーカーとしては、まだ後発医薬品が販売されていない新製品を投入し続けられない限り、利益の確保が難しい状態になっている。なお、公的医療機関では、各医療機関から提出される医薬品納入価格の情報に基づいた各医薬品の「Median price」が行政により設定されている。製薬企業や卸から Median price 以下で供給できない場合、公的医療機関への販売は許可されない。2018 年の Median price list では、564 成分が対象となっている。また医薬品の広告については、医療用医薬品や薬局にて調合された医薬品の広告は、医療関係者のみを対象としている

グローバル製薬企業から見るとタイの医薬品開発は 3 番手以降に開発が考慮される地域 (tier 3) と捉えられている。イノベーションを促進するためにはマーケットが魅力的になる必要

があると同時に医薬品開発における税制上の優遇等も必要だと考えられる。また本邦で課題となっているドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスに関して、今回、主に現地調査においてタイでの意識に関してインタビューを行った。その結果、複数の業界、政府、アカデミア関係者においてドラッグ・ラグは課題と認識されていない印象を受けた。これはTFDAで承認されている医薬品で問題ないと感じているため、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスよりもNLEM等の医薬品リストに掲載されることが関心事であるため、また富裕層は海外に行くため等の原因を推定したが、今後もさらなる調査が必要であると考えられた。

5. 薬剤師の業務範囲

タイでは医師の診断書／処方箋がないと使用できない一部の医薬品はあるものの、薬局にて薬剤師が医薬品を販売可能な16領域の症状における医薬品は薬剤師の判断で薬局での販売が可能である。そのため、医師が処方箋を出して薬局で薬剤師が調剤を行うことなく、医師の診断結果や必要な治療のアドバイスに沿って、患者自らが薬局に行き、薬剤師から医薬品を購入する。これらの点から考えると、タイでは日本と比べて薬剤師の裁量が大きいとも考えられる。

6. その他

(1) オンライン診療（テレメディシン）

COVID-19パンデミック以降、農村部においてもオンライン診療を受けることができ、その際は家族が高齢者をフォローして、高齢者が受診できるようになったという意見もあった。また、オンラインによる医薬品の販売（テレメディシン）も行われており、薬剤師の指導のもと、配送にて医薬品が患者の手元に送られる。法律上は医薬品販売について、薬局内で行われるよう記載があるが、パンデミックによる緊急事態のため、オンラインでの販売も現時点では容認されている。

(2) 大麻

タイ政府は2019年2月、医療用大麻を合法化し、2021年1月、タイ政府は大麻の薬用、食品用、化粧品用に使用するための事業ガイドラインを定め、許可を得た個人や企業が産業用大麻を入手して医薬品や化粧品などの関連製品を生産・販売できるようになった。また、2022年6月9日には、規制する麻薬リストから大麻草を除外し、大麻抽出物は、健康や医療目的で販売、使用することができることになった。一方で、国民の間には、急速に浸透する大麻に警戒感が強まっており、例えば外国人旅行者の間で使用が広がるのではないかという懸念もある。

7. おわりに

タイは東南アジアの王国で、歴史は6世紀に遡る歴史ある人口6,900万人の大国である。経済成長と開放経済政策により、急速に発展を遂げ、現在、観光業、農業、そして製造業を中心に発展を続けている。タイ政府は、科学技術やイノベーションなどに投資し、人々の生活を改善するために積極的な経済政策等の取り組みを行い、これらの取り組みが、タイの将来的な発展に貢献すると期待されている。また医療補償制度上の特筆すべき点として、すべての国民が公的医療保険の対象となっており、医療水準も先進国にも引けを取らず、東南アジアで最高水準である。一方で、2004年のスマトラ島地震により引き起こされた津波の影響や、2014年のクーデター以降、政治情勢が不安定化、さらに2020年からのCOVID-19パンデミックの発生、近年の少子高齢化、そして都市部／農村部、富裕層／貧困層における医療水準の格差の拡大等の様々な問題に直面している。

本調査研究の目的は、既述の通り、経済発展に伴い変化を続けるASEAN諸国のうち、今後の更なる経済発展が期待されるタイの医療保障制度を現地調査も取り入れ、入手し得る最新の情報に基づく調査研究結果を日本国内に紹介することにある。今回の調査研究結果は、情報面での制約もいくつかあったが、できる限りシンプルで正しいと考えられる情報を記載した。本調査研究結果が、我が国の医療関連の各所の関係者に、タイ国の医療情勢及び医療保障情報制度を知る際や今後の議論を行ううえでの参考になれば幸いである。

謝辞

日頃の業務でお忙しい中、訪問調査やオンラインによるインタビュー調査に対応いただき、また、種々の資料を提供くださった調査協力施設及び関係者の方々に心よりお礼を申し上げます。

補足資料

<引用文献、参考資料>

1. 入手し、引用した法令、統計等の資料は出所を文中に記載
2. 参照したウェブサイトの URL 等は文中に記載

新経済成長大国の医療保障制度に関する調査研究
報告書（タイ）

令和5年10月

発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-21-19

東急虎ノ門ビル3階

TEL : 03 (3506) 8529

FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No.23501

