

9. タイ

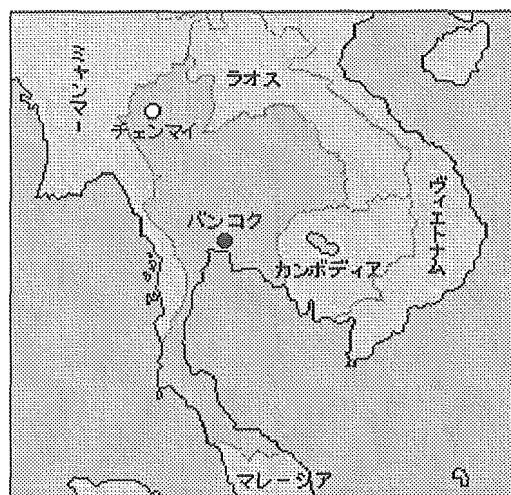
1) 保健医療の概要

(1) 基礎データ

タイ（タイ王国：Kingdom of Thailand）は、東南アジアのインドシナ半島に位置し、その首都はバンコクである。総面積は51万4千Km²で、2001年のデータによると総人口は6,181万人。民族は、タイ族の他にラオ族、華僑、マレー族、クメール族、山岳少数民族など。言語はタイ語を共通言語とし、国民の95%以上は仏教徒である。

政治体制は、1932年の立憲革命以後、専制君主制から立憲君主制へと移行し現在に至る。国家元首は国王であり、現在はラーマ

9世（プーミポン・アドゥンヤデート国王）である。



* 外務省HPの地図より転写

タイは1980年代後半から急速な経済発展を遂げたが、1997年7月には為替を変動相場制に移行した後、バーツ（タイの通貨単位）が大幅に下落し経済危機が発生した。経済危機以前は、経済成長率が8%台であったが、2001年では1.5%である。2000年のGDPは1,210億ドル、国民一人あたりのGDPは1,985ドルである。また、1999年には医療費の対GDP比は5.7%であった。（表IV-9-1）

表IV-9-1：タイの基礎データ

項目	単位	データ(1999年)	データソース
人口	人	60,856,000	WHO
60歳以上の人口比率	%	8.5	WHO
人口増加率(90-99')	%	1.0	WHO
出生率	人口千対	16	UNICEF
死亡率	人口千対	7	UNICEF
5歳以下の死亡率	人口千対	30	UNICEF
乳児死亡率	出生千対	26	UNICEF
平均寿命	年	69	UNICEF
男性	年	66.0	WHO
女性	年	70.4	WHO
年間の総医療支出 (国民医療費)	US\$	—	—
医療費の対GDP比	%	5.7	WHO

出典：WHO:The World Health Report 2000, UNICEF:The State of The World Children 2001

2000年の主なタイの死亡原因は、①心疾患②悪性新生物③事故④自殺であるが、1995年には自殺が10位であったものが、2000年には4位となっている。これは、経済危機発生後の社会的問題が大きく影響している。また、事故による死亡については、バイクによる交通事故の増加が指摘さ

れている。(表IV-9-2)

表IV-9-2：タイの死亡原因

順位	1995年
1位	循環器疾患
2位	事故
3位	悪性新生物
4位	呼吸器疾患
5位	感染症・寄生虫症

*世界の公衆衛生体系より作成

(2) 保健医療関連職種

タイ保健省が作成した Thailand Health Profile 1997-1998 によると、現在の看護師の数は56,366人、対人口比は1:1,073である。必要な看護師数は62,000人であり、5,600人の不足がある。また、准看護師(テクニカルナース)については、看護師免許取得のための教育機関を設置し2年間の教育を行った結果、1987年から1997年までで飛躍的に看護師の人数が増加している。看護師は、4年間の大学教育により毎年3,393人が卒業している。

医師の数は22,730人、対人口比は1:3,136である。現在は10大学(国立9校、私立1校)において6年間の医師教育が行われており、年間に960人の医師が卒業している。しかし、医師の労働の場がバンコクとその周辺に偏在するため、地方の医師不足は解消されていない。このような医師不足の改善のため、今後20年間で毎年1,745人の医師を卒業させ医師数の増員を図る計画がある。

歯科医師の数は、6,278人、対人口比は1:9,741である。9大学で教育が行われており、毎年250人の歯科医師が卒業している。医師と同じく、バンコクとその周辺に偏在している。薬剤師は13,329人、対人口比は1:4,588である。11大学で教育が行われ、毎年700人が卒業している。また、地域のヘルスセンターにおいて公衆衛生の仕事を行う、衛生士の教育も2年間で行われており、各ヘルスセンターでは平均3.2人が仕事をしている。(表IV-9-3)

表IV-9-3 タイの保健医療関連職

職種	人数	対人口比	資格のタイプ	ライセンス取得方法(教育)	資格が規定されている法律	法律で規定されている役割・業務	〇×で記入		権限の範囲	
							業務独占	名称独占	医師との関係・指示の要否(法律上)	医師との関係・指示の要否(実際)
医師	22,730	1:3,136	医師免許	大学教育 6年課程	医師法	有り、詳細不明	有り	有り	—	—
看護師 (看護・助産)	56,366	1:1,073	看護師免許	大学教育 4年課程	看護・助産法	基礎看護業務と助産業務に分けて、その定義と内容を明記している。	有り	有り	看護独自の業務が規定されている。	医師不在の場所や地域においては、看護師がしなくてはならない。
歯科医師	6,278	1:9,741	歯科医師免許	大学教育		有り、詳細不明	有り	有り		
薬剤師	13,329	1:4,588	薬剤師免許	大学教育		有り、詳細不明	有り	有り		
教師				大学教育 その他様々である					—	—

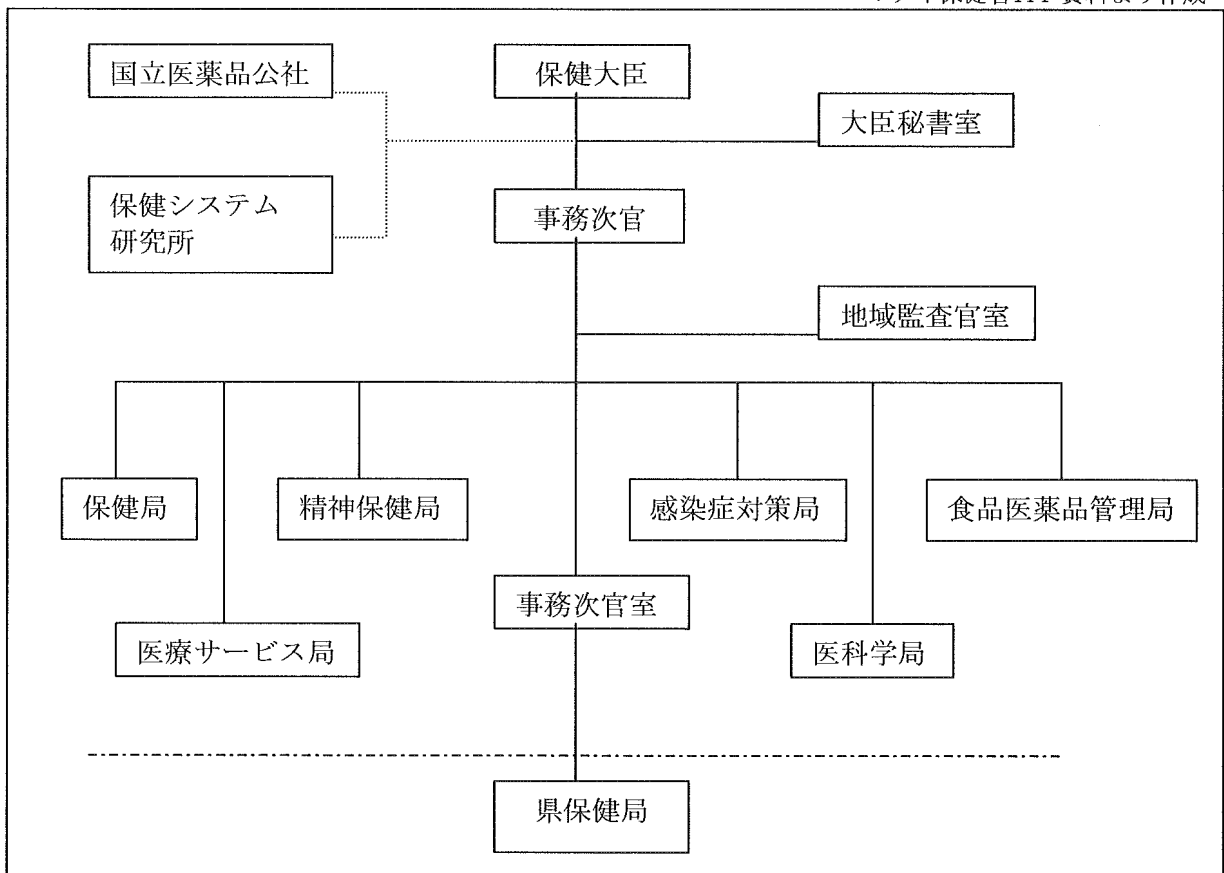
* Thailand Health Profile 1997-98 年資料 MoPH の HPP, 聞き取り調査より作成

2) 保健医療システム

(1) 保健医療システムの概要

タイ国保健省は、保健大臣の下の事務次官が全国75県の県保健局長の協力のもとで、地域保健行政を管理監督している。また、全国を12地域に区分した地域保健行政区では、地域監査官が監督指導を行っている。保健省内には、保健局、感染症対策局、医科学局、医務局、食品医薬品管理局、精神保健局の6つの局が置かれている。これら各局は、県保健局への直接の命令系統の位置づけにはない。県レベルへの援助については、地域監査官等を通じて行うとしている。(図IV-9-1)

*タイ保健省HP資料より作成



図IV-9-1：タイ保健省組織図

地方における保健行政については、国内には75県の県保健局があり、県知事に任命を受けた県保健局長がその任にあたる。郡では、郡保健事務所が実務を行い、知事が郡役場を通してその管理をおこなう。タイの地方行政区の区分は、県が75 (province)、794郡 (district)、81亜郡(subdistrict)、7,255タンボン (タイ独自の地方行政区で、5-10の村の集合。およそ5,000人規模である) 68,839村がある。(1998年の状況)

タンボンには、通常は1カ所ないしは2カ所の保健所が設置されているか、あるいは地域保健ポストが設置されている。保健所には、衛生士(2年間の

教育)、技術看護師、助産師が各1名ずつ最低でも配置されており、その業務には簡単な疾病や創傷の診断と治療、出産介助、予防接種、栄養指導、家族計画、環境衛生などがある。

村落には保健センター(地域プライマリ・ヘルスケア・センター)が全国で67,376カ所設置されており、短期間の講習で養成された保健ボランティア(Village Health Volunteer:VHV)が活動している。そして、保健ボランティアと保健所が連携して、プライマリ・ヘルスケアのプログラムなどを実施し、地域保健における中心的役割を果たしている。(表IV-9-4)

表IV-9-4: タイの地域レベルごとの保健医療システム

県レベル	地域(リージョナル)病院、総合病院、私立総合病院、特別病院など
郡レベル	コミュニティ病院、保健所(地方自治体の管轄)、個人クリニックなど
タンボンレベル	保健所(ヘルスセンター)、地域保健ポスト(コミュニティ・ヘルスポスト)など
村レベル	保健ボランティア(VHV)、保健センター(地域PHCセンター)など
家族レベル	セルフケア

*タイ保健省HP資料1998年より作成

また、タイには伝統医学病院14カ所と、伝統医学診療所950カ所があり(1990年)、地域医療の中で伝統的治療薬(ハーブなど)と同時に近年見直されており、これらの整備も必要であると言える。お寺の僧侶が伝統医療や治療薬に携わってきたが、県や郡レベルの総合病院などでも積極的に取り入れるところが増えている。

(2) 医療サービスの特徴

① 施設内医療

公的施設での医療については、首都バンコクでは大学病院5カ所、総合病院29カ所、特別病院や施設19カ所がある。首都以外の県レベルでは大学病院4カ所、県病院25カ所、特別病院38カ所であり、郡レベルでは総合病院67カ所と軍関係の病院が56カ所ある。プライベートセクターにおいては、タイ全土で入院施設のないクリニックが1993年から1998年に急激に増加し、現在は12,206カ所となった。また、私立の病院(入院設備を有するが、57.6%は50床以下の比較的小規模な病院である)もタイの高度経済成長期には増加し、現在では473カ所あるが、その経営は経済危機以降厳しいものである。

② 地域在宅医療サービス

公的施設での地域医療については、首都バンコクでは、10床の地域病院3カ所、保健所60カ所(83カ所の支所)がある。首都以外の保健所はタンボンレベルにあり9,689カ所、地域保健ポストは415カ所、村落に

ある地域 P H C センター 67, 376カ所である。

保健所の数は1998年には、タイの人口あたり1:4, 172人であり、1979年の1:10, 064人と比較すると、この10年間で保健所は2倍以上設置されたことがわかる(1999年3月資料)。

(3) 医療保険および介護保険のしくみ

① 医療保険制度

2002年現在では、国民の80.3%が何らかの医療保険に加入しているとされている。そして2002年度内には、医療保険制度を皆保険制度へ到達させようとしており、これは現在実施されている保健開発の柱となっている。

公務員医療保険制度は、1978年に開始され国民の10%以上をカバーしている。以前は、公務員医療保険では利用できなかった健康診断や、民間病院での入院時の給付が近年改善された。1990年には、社会保障法が制定されたことを受けて、社会保障制度が始まり従業員20名以上の事務所は正規従業員の加入が義務づけられた。また、1993年には10名以上の事務所と変更された。この制度は、傷病、出産、渉外、死亡、失業などをカバーするものである。

1983年に7県で実験的なプロジェクトとして開始されたヘルスカードは、1990年代には農村地域で任意加入の医療保険として使用されてきた。しかし、2000年にはこのヘルスカード使用は終了したのである。最終時期の1993年からは、500バーツ(約1,500円)でカードを購入し、1世帯5人まで1年間の医療給付を受けるものであった。しかし、カードが高額であることや1年間健康で誰も利用しないことが起こるなど、保険制度の重要性についての理解がなかなか得られず、経済的余裕のない地域での普及は事実上困難であった。また、郡病院においては予算支出増に悩まされたりもした。

現在では、各種の保険に加わることのできない20%の保険未加入者について、政府はゴールドカード保険制度を作り解決を図ろうとしている。これは、どのような疾病で保健所や郡病院にかかっても一律30バーツ(約100円)の診療代を支払うというものである。しかし、処方された薬品や治療代金は自己負担である。

② 介護保険制度

介護保険制度は無いが、現在は労働社会福祉省社会福祉部により、児童、若年層、高齢者、身体障害者、女性、世帯、地域などへの福利支援や、ボランティア活動を含む社会福祉制度を整えてきている。高齢者への住居の提供や、身体障害児のための特別な教育機関などの設置などが行われている。

3) 保健医療政策の優先課題

1962年に開始された第1次国家経済社会開発5カ年計画は、5年ごとに変更が加えられ、現在は第8次国家経済社会開発5カ年計画（1997-2002年）が進行中である。その中で保健開発には下記のような5つの到達目標と、それぞれに具体的な指標が設定されている。

- ① 健康指標の改善
- ② 健康問題の減少
- ③ 恵まれない人々への優先性
- ④ 医療サービスへの到達性(accessibility)
- ⑤ 自立と住民参加

このような第8次国家経済社会開発5カ年計画に基づく保健開発の到達目標から、タイ保健省では1997-98年の保健システムの問題点を大きく5つに分けて指摘している。

- (1) 医療と保健サービスの格差（不平等さ）
 - ① 資源（病院、病床数、医師、医療従事者）の配置の格差
 - ② ヘルスケアの利用しやすさ（アクセス）の格差
 - ③ 健康状況の地域による格差
 - ④ 疾病に必要な負担額の貧富による不平等
- (2) 健康サービスシステムの効率の問題
 - ① 健康サービス効率の問題
 - ② 病院の入院病床数への投資による問題
- (3) 医療サービスシステムの質と標準化への問題
- (4) 救命救急サービスの利用しやすさ（アクセス）
- (5) 健康保険の普及

また、1980年代後半から HIV/AIDS はタイの保健医療の大きな課題となっている。現在、タイ北部に感染者の約50%が集中しており、タイ全土における1999年までの累積感染者数は128,000人を越える。年齢層では、20歳～39歳が75%以上を占めている。男女比は3.7対1の割合で、圧倒的に男性の感染者が多い。治療については薬価が高額であるため、ほとんどの感染者が恩恵を受けられずにいるのが現状である。そのため、今後も感染予防強化と、母子感染や結核予防対策など社会的にも感染者への支援体制作りや、エイズ孤児への早急な対応が必要である。

4) 看護教育制度

(1) タイの学校教育制度

タイの学校教育は、義務教育期間である初等教育の6年間と、その後の中等教育の6年間がある。中等教育は前期・後期3年ずつに分かれており、前期が日本の中学校に、後期が高等学校に相当する。学年度は5月に開始され、翌年の4月に終了を迎え、年間授業日数は200日であり、週5日制である。また、1993年の教員一人あたりの生徒数は平均21人で、1クラスあたりの生徒数は平均38人であった。1992年以降、初等学校（小学校）から前期中等学校（中学校）への進学率が60%を越えているため、1996年より義務教育年限を9年間に延長するべく、この9年間に基礎教育期間と位置づけその整備と普及に取り組んでいる。また、1994年の後期中等学校（高等学校）に在籍する在学者数は、該当年齢人口に対して33.7%であった。

タイの高等教育機関は、大学やカレッジにおいて行われているが、この入学条件は12年間の教育を修了していることである。国立大学への入学試験は、4月に実施される全国共通の選抜試験を受験しなくてはならない。私立大学もこの試験に参加しているが、多くは大学独自の入学試験を実施している。修業年限は、準学士が3年間、学士取得は4年間、医学・歯学・薬学などのような職業専門の学位については5～6年を要する。大学院では修士課程が2年、博士課程が修士修了後に2～3年とされている。中央教育行政機関には、教育省と大学省があり、他に総理府、内務省、国防省、保健省なども教育行政の一端を担っている。

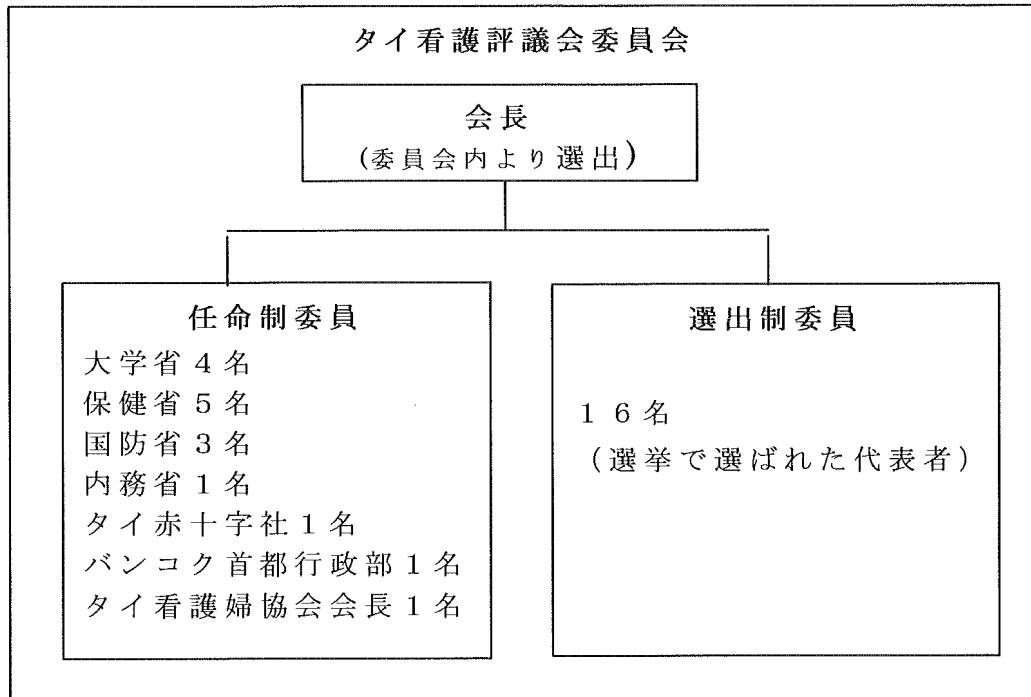
(2) 看護教育の変遷とタイ看護評議会

タイの看護教育の歴史において、最初の大学学士課程が設置されたのは1956年のことであり、修士課程は1973年、そして博士課程は1990年に設置された。1992年までには、タイ国内で986人の修士号取得看護職が存在していた。タイには、1985年9月に設立されたタイ看護評議会(The Nursing Council of Thailand:NCT)があり、この評議会にはタイの看護職は全員会員となることが義務づけられている。そして、タイ看護協会(The Nurse's Association of Thailand:NAT)については、看護職の会員加入は個人の自由としている。

タイ看護評議会は、1971年からのタイ看護協会の努力により、1985年に制定された「看護・助産法」により設置されたものである。タイ看護評議会は、看護職に関する免許の認定や登録とその発行、また免許の停止や取り消しの権限を持ち、看護教育に関係する施設の承認や、高等教育で発行された学位の認定も行う。

その中枢である評議会委員は、合計で32名の委員から成り、その全ては登録された看護職(Registered Nurse)でなくてはならない。評議会会長は、

この評議会委員内から1名が選出される。また、選出された代表者16名と、任命制による大学省の代表4名、保健省5名、国防省3名、内務省1名、タイ赤十字社1名、バンコク首都行政部1名、タイ看護婦協会会長1名が委員として評議会委員会を構成している。(図IV-9-2)



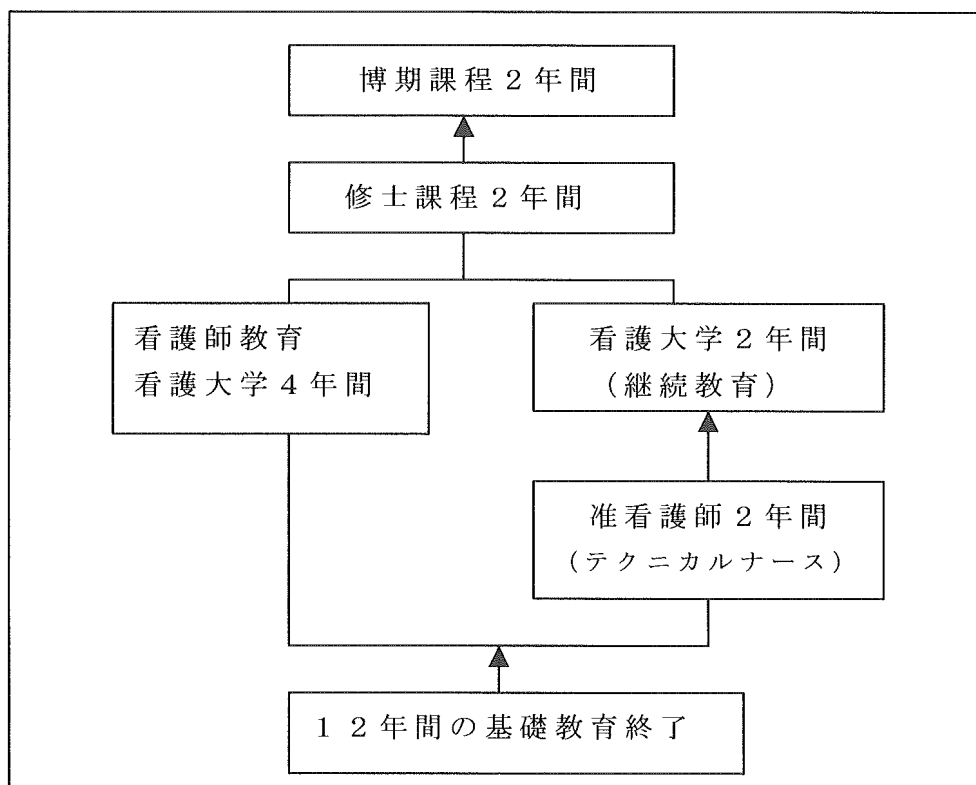
*タイ看護評議会 NCT のHP より作成

図IV-9-2：タイ看護評議会委員会の構成員

以上のことから、1985年からタイ看護評議会が、現在では1997年に改正された「専門職看護・助産法」(The Professional Nursing and Midwifery Act)に基づき看護教育、業務内容、賞罰、免許の認定・発行・停止・取り消しなどを実施している機関であることがわかる。そのため、非常にユニークな委員会が作られており、看護職育成の高等教育に関わる省庁などは任命制の委員の中に含まれているのである。

(3) 基礎看護教育と資格

基礎看護教育課程は、12年間の基礎教育終了後に看護師になるための大学教育4年間を経て、国家試験を受験した後に合格者に看護師国家免許が与えられる。テクニカルナースと呼ばれる准看護師教育は2年間の教育であり、看護師が不足した時代に教育が始まったが、すでにその教育は終了しており、准看護師から看護師の免許取得のため、大学での2年間の継続教育の機会が設けられている。修士課程と博士課程については、国内で、あるいはアメリカやオーストラリアへの留学者も多い。(図IV-9-3)



* タイ看護評議会 NCT のHP より作成

図 IV-9-3 : タイの看護師養成課程

大学で行われるタイの看護基礎教育の管轄は、大学省の他に保健省、内務省、国防省など各省庁の設置によるものと、タイ赤十字、バンコク行政区、そして7校の私学がある。タイ全土では53校であり、入学時の1学年の学生数は多い大学では約250名にも及ぶ。(表IV-9-5)

表IV-9-5 : タイの看護系大学の4地域と設置別による大学数比較

	中央タイ	南タイ	東北タイ	北タイ	合計
大学省	6	1	1	1	9
保健省	10	6	7	7	30
内務省	1	—	—	—	1
国防省	4	—	—	—	4
タイ赤十字社	1	—	—	—	1
バンコク行政区	1	—	—	—	1
私立	6	—	—	1	7
合計	29	7	8	9	53校

* タイ看護評議会 NCT のHP より作成

* タイ保健省の1998年のデータによると、62の看護系大学があると述べられているが、ここではタイ看護評議会の資料による

免許更新制については現在までは実施されていなかったが、2002年より、看護師免許の更新制を取り入れた新しい法を制定する予定である。更新期間は5年間で、この期間にどこでどのくらいの単位を継続教育として受講するかは、現在詳細を検討中である。また、タイ看護評議会では、基礎教育あるいは高等教育において、外国などで取得した看護師免許・資格に対して看護師国家試験（タイ語）を受験し、その合格者のみにタイ国内での資格を与えている。（表IV-9-6）

（2）高等・専門看護教育と資格

専門看護師の教育は、看護大学を卒業後、臨床の経験を経て2年間の修士課程においてなされている。タイ看護評議会が、修士課程修了者に認定を行う。現在までに、小児看護、精神看護、地域看護、メディカル&サージカル看護、周産期看護の5分野について専門看護師が認定されている。

タイでは看護博士課程を有する大学は、マヒドン大学、チュラロンコーン大学、チェンマイ大学、コンケーン大学、プリンスオブソンクラー大学の5つの国立大学である。（表IV-9-7）

表IV-9-6： タイの看護資格および教育 (Basic/General)

資格の種類	看護師と助産師 Nursing & Midwifery	看護師	助産師
看護教育			
入学資格	初等教育 6 年、中等教育 (前期・後期) 6 年、合計 12 年の教育を受けた後、大学入学のための、全国共通選抜試験を受験する	旧制度による	旧制度による
教育期間/機関	大学にて、4 年課程の教育		
資格取得のための教育プログラム/認定機関	タイ看護評議会(NCT)で審議され、その後大学省へ The Nursing Council of Thailand (会長、任命制委員と選出委員の 3 2 名からなる委員会がその決定機関)		
根拠法	「専門看護・助産法」1997 年改正 The Professional Nursing and Midwifery Act		
実習中の活動範囲			
資格のタイプ (免許、認定)	国家免許	免許	免許
資格試験の有無	国家試験		
資格の発行機関・認定機関	タイ看護評議会(NCT) The Nursing Council of Thailand	現在、新規の発行はなし	現在、新規の発行はなし
登録機関	タイ看護評議会(NCT) The Nursing Council of Thailand	タイ看護評議会(NCT) The Nursing Council of Thailand	タイ看護評議会(NCT) The Nursing Council of Thailand
更新制	2002 年より法を制定予定 継続教育の条件 (5 年間でどの程度の単位を取得条件とするか) の詳細は、まだ決定していない。5 年ごとの更新とする。	なし	なし
根拠法、制度的裏付け	「専門看護・助産法」1997 年改正 The Professional Nursing and Midwifery Act		
資格の法的な定義	「専門看護・助産法」の中に、基礎看護業務と助産業務としてそれぞれ業務内容が規定されている。		
法律上の業務制限			
特記事項		現在では、教育は行われていない。 2 年間の看護師への教育機関が設置されている。	現在では、教育は行われていない。

表IV-9-7 タイの専門看護資格および教育 (Advanced/Specialist)

資格の種類	専門看護師
前提要件	看護師の免許 看護大学 (4年課程) の卒業者 看護師 (看護+助産) としての経験
教育機関・期間	大学の修士課程 2年間
教育プログラムの認定機関	タイ看護評議会(NCT)で審議され、その後大学省へ
根拠法	「専門看護・助産法」1997年改正 The Professional Nursing and Midwifery Act
資格のタイプ	タイ看護評議会(NCT)による認定、認定証 Advanced practice nursing certification を2003年より発行予定
資格試験の有無	有り
申請要件	タイ看護評議会(NCT)が決定 修士課程修了
免許発行/認定機関	タイ看護評議会(NCT)
登録機関	タイ看護評議会(NCT)
更新制度	現在までは無し
根拠法	「専門看護・助産法」1997年改正
法的に基礎資格と業務範囲が異なるか	異なる点あり、表IV-9-8 参照
備考	現在、5分野の専門看護師がある。 小児看護 精神看護 地域看護 Medical&Surgical 看護 周産期看護

5) 看護業務の現状と課題

タイでは1985年に「看護・助産法」が制定されたが、1997年には改正され「専門職看護・助産法」(The Professional Nursing and Midwifery Act)として制定された。この法の下では、看護業務は基礎看護業務と助産業務に大別されている。この法の中で、看護とは患者に提供するケアの行為、および医師に治療行為補助活動と定義されている。そして、それらの行為は科学的原則と看護術 (art of nursing) に基づいていなければならない、とされている。

(1) 基礎看護業務

基礎看護業務の内容と範囲については、以下の4点において個人、家族、地域の要求が満足することを保証するものである。

- ① 健康に関する問題解決と教育、助言、相談などを提供
- ② 患者の健康問題の解決、症状の緩和、疾病の流行予防を図り、またリハビリなどの提供のため、病院や患者の生活環境において、理学的・精神的に支援
- ③ 基礎医療ならびに免疫法における言及に従い、治療の提供
- ④ 医師の治療行為の補助

これらの業務内容において、ヘルス・アセスメント、看護診断、看護計画、看護介入、評価などを行う場合は、全ての行為は科学的原則と看護術に基づいていなければならない。

看護業務の定義とその内容を基に、看護業務の主たる要素が6点あげられる。

- ① ケアと援助
- ② 理学的および精神的疾患の管理
- ③ 健康教育
- ④ 患者の擁護
- ⑤ ヘルスケアの質のモニターとその保証
- ⑥ ヘルスケア・システムの組織化と管理

(2) 助産業務

「専門職看護・助産法」の中で、助産業務については、妊娠中、出産、産後を通じて、母親およびその新生児に対して必要なケアと援助を提供する行為であると定義されている。これには、妊婦の健康診断、出産介助、健康促進、妊娠中の合併症予防、医師の治療行為の補助が含まれている。それらの行為は、科学的原則と看護術に基づいていなければならない。

助産業務の内容と範囲については、専門助産業務とは、妊娠中、出産、産後を通じて、母親およびその新生児に対して行う、以下の行為を意味している。

- ① 健康に関する問題解決と教育、助言、相談などを提供

- ② 妊婦、産後の母親、またその新生児に対して、妊娠中、分娩中、産後における合併症を予防するため、理学的にまた精神的に必要なケアの提供
- ③ 理学的検査、分娩および家族計画サービスを提供
- ④ 医師の医療行為の補助

これらの業務内容において、ヘルス・アセスメント、看護診断、看護計画、看護介入、評価などを行う場合は、全ての行為は科学的原則と看護術に基づいていなければならない。

また、助産業務の定義とその内容を基に、助産業務の主たる要素が10点あげられる。

- ① 健康的な家庭生活の促進
- ② 異常のない妊婦および危険度の高い妊婦の判定、モニターおよび検査
- ③ 妊娠、陣痛、分娩、産後の全ての時期を通じて、教育、ケア、援助を妊婦に提供
- ④ 安全な出産介助
- ⑤ 異常分娩の管理と介助
- ⑥ 妊娠、陣痛、分娩、産後の全ての時期における危険から、妊婦を救命管理
- ⑦ 通常分娩で出産された新生児ケア、出産後刻々と変化する事態に対応した管理とケア
- ⑧ 合併症のあるケースに関しては、適切な相談や機関への紹介
- ⑨ 妊娠、陣痛、分娩、産後の全ての時期においてケアの質を保証
- ⑩ 患者の擁護

* 上記看護業務については、タイ看護評議会(The Nursing Council of Thailand:NCT) 英文HPと、「看護」に日本語翻訳されたものを参考とした。

表IV-9-8：タイにおける看護実践

	具体的行為	一般看護師	Advanced/Specialist
1)-1	医療施設における入院・退院の決定	II-b	II-a
-2	訪問看護開始・終結の決定	I	I
2)	死亡の判断、宣告、死亡診断書の記入	III	III
3)	検査の指示（具体的に）	II-a II-b	II-a II-b
4)	処方		
-1	薬剤処方	II-a II-b	II-a II-b
-2	酸素処方	I	I
-3	人工呼吸器の設定処方	I	I
-4	栄養（食事）処方	I	I
-5	安静度処方・運動処方	I	I
-6	リハビリテーション処方	I	I
-7	その他の処方		
5)	外科的・侵襲的処置		
-1	創処置／デブリードメント	I	I
-2	気管内挿管	III	III
-3	静脈血採取	I	I
-4	動脈血採取	III	II-b
-5	その他		
6)	注射		
-1	中心静脈路（血管）確保 末梢または中心		
-2	静脈注射（ワンショット）		
-3	その他の注射（筋肉、皮下、皮内アレルギーテスト）	III	III
7)	基本的看護ケア		
-1	保清：方法に関して医師の指示が必要か（入浴・清拭など）	I	I
-2	排泄ケア：浣腸や排便の実施に医師の指示が必要か	I	I
-3	排泄ケア：膀胱カテーテルの留置や除去に医師の指示が必要か	I	I
-4	その他		
8)	インフォームドコンセント		
-1	入院に関して	I	I
-2	治療内容に関して	I	I
-3	その他（具体的に）		

9)	退院計画、退院指導	I	I
10)	心理療法（形態は問わない）		
11)	コンサルテーション		
-1	他診療科医師への相談（助言を求める）	I	I
-2	他診療科医師への患者紹介（診察依頼）	I	I
-3	コメディカルへの相談	I	I
-4	コメディカルへの患者紹介	I	I
12)	保健医療施設の設置（経営）	II-a	II-a
13)	予算管理	I	I
14)	保険償還の対象となっている看護サービス	I	I
15)	その他		

I：看護師が判断・決定し、実施

II-a：医師の指示で、看護師が単独で実施 II-b：医師の指示で、医師立ち会いの下で、看護師が実施

III：看護師は実施しない／できない

（３）看護業務への課題

タイでは、都市部と農村地域での保健医療の格差が著しいことによる、医療従事者の絶対数と、看護の質の保証が地域間で公正ではない現状がある。もちろん、このような地域間格差は看護職だけのものではない。また、看護職と無免許で看護に携わる人々の問題や、看護業務の範囲に関わる問題が指摘されており、現在タイの看護職の抱える問題には以下の３点があるとタイ看護評議会タサナ主席副会長（１９９８年当時）があげている。

①医師と看護職との間に見られる職業的役割の重複

②異なる看護職間における職業的役割の重複

③政府の監督や規制下に置かれていない無規制のヘルスケア従事者の違反性

これらの問題点についての改善が求められている。そして、今後看護評議会が提起すべき点は、上記の問題点を受けて、①看護師と准看護師（テクニカルナース）の役割の明確な識別、②看護の役割拡大についての組織連携による取り組み、③無規制のヘルスケア従事者への規制、などが考えられている。

（４）看護職の労働条件

タイでは、公務員として政府・地方自治体の機関で労働する看護師に比して、民間セクターの病院などで労働する方が約２倍の給与となる。そのため、政府でも給与格差を解消するために、数年後には病院の経営を独立採算性と

し、給与の支払いは能力給とすることを検討中である。

6) 裁量権の現状と課題

- (1) 地方や田舎で活動する看護職は、医師がいない場合には可能な限り何でも看護職の裁量で実施しているのが現実である。しかしこれは、やむにやまれずという状況であり、本来は法的に許されていない行為、あるいは看護職としての技術と知識を越えるケースでも実施しているのが現実である。そのため、タイのような都市と田舎の格差の激しい開発途上国においては、日本の看護職の裁量権の現状とは若干異なる事情を考慮しなくてはならないであろう。
- (2) タイでは他科への診療や、病院の紹介など看護職に裁量権があると言える。これは、タイの保健システムが、医師不在のヘルスセンターの看護職に患者の状態を診断したうえで、ここでの治療で十分なのか、それとも患者を郡や地域病院へ紹介（レファレル）していくのか、という保健・医療システムに基づいて実施されているからだと考えられる。
- (3) 薬の処方については、医師不在の地域のヘルスセンターなどでも看護職による限られた薬の処方は実施されている。そして村においては、短期の訓練を受けたVHV（村のヘルスポランティア）らによって、PHCセンターにて簡単な薬は処方されている。この処方の中には、ハーブなどの伝統医療の薬も扱われている。
- (4) 看護師（あるいは准看護師）の資格を持たない、無資格者による看護的な行為などを規制する法律がないため、タイ看護評議会では法改正に取り組もうとしている。しかし、地方や田舎で活動する看護師は確実に不足している現状もある。看護職の需要と供給のバランスが、地域によって偏らないように配置に重点をおく必要がある。
- (5) 法律の制定と同時に作られた「タイ看護評議会（NCT）」は、看護教育のカリキュラムなどの決定権を持ち、また看護免許の登録や停止、看護業務の改正なども実施する委員会である。その委員会メンバーには、各関係省庁や看護関係者が任命制と選挙によって選ばれており、すべてのメンバーが看護職（RN）でなければならないとしていることが大きな特徴である。今後も、タイではタイ看護評議会の看護職者を核として、看護教育や業務などの改正が看護職主体ですすすめられている。

<参考文献・引用文献>

- 1) タサナ・ブーントン:特集 タイの看護職規定法,看護,50(13),p.71-76,1998
- 2) タイ,海外労働時報2001年臨時増刊号,308,p.60-68,2001
Downpha Ekintumas:Nursing in Thailand:Western concepts vs Thai tradition International Nursing Review,46(2),1999
- 3) 文部省大臣官房調査統計企画課:諸外国の学校教育(アジア・オセアニア・アフリカ編),p.62-69,1996
- 4) 「世界の公衆衛生体系」作成企画委員会編:「世界の公衆衛生体系」,(財)日本公衆衛生協会,1999
- 5) 中村優一編:世界の社会福祉3アジア,旬報社,1998
Nursing in the World Editorial Committee: Nursing in the World,4th ed,2000

<参考・引用HP>

- 1) <http://www.moph.go.th/nursec>
The Nursing council of Thailand
- 2) <http://eng.moph.go.th/hst/profile97-98/CHAPTER56.php>
Thailand Health Profile 1997-1998
- 3) <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area.thailand/data.html>
外務省HP:各国・地域情勢

<聞き取り調査協力者(タイ)>

Prof. Puangrat Boonyanurak 看護大学校教授
Japan National College of Nursing

Prof. Udomrat Sngounsiritham タイ看護協会第2副会長
Department of Nursing Administration Faculty of Nursing Chiang Mai University

Prof. Rachtawon Orapiriyakul タイ看護協会第3副会長
Faculty of Nursing Prince of Songkla University

Prof. Sirira Mo-on タイ看護協会北東支部副会長
Boromrajonn Nursing College Nakhon Ratchasima

Prof. Penchan Suwansang Monaiyapong タイ看護協会事務局長,同学術委員長
Nursing Department Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

IV 結果

10. シンガポール