

特集. 国際交流委員会 特別講演会 (スペシャルウェビナー)

タイにおける看護, コミュニティケアを中心に

ジンタナ・ユニバン (Jintana Yunibhand, PhD)

チュラロンコン大学看護学部 (タイ, バンコク)

翻訳: 看護学科国際交流委員会

講演概要

まず, タイのコミュニティケアの背景として, タイの地理的構造, 人口数, 年齢構成, 死因, 健康保険の種類などを簡単に紹介する. タイでは, 1970年代以降, 政治が国民に対して保健医療の強化を約束してきた. 現在の保健医療制度はそれを反映し, プライマリーヘルスケア, 地区および県の紹介受け入れ病院などの医療インフラに多額の投資を行っている. それとともに, 保健医療人材を増やししながら, 複数の戦略によって農村部に人材を定着させた. そのようにして医療制度を機能させているのである. 財政的なリスク保護は, さまざまな人口集団を対象に適用され, 2002年にはユニバーサル・ヘルス・カバレッジが達成された. 地理的広範囲にわたる保健医療の提供, サービスが提供される段階での無料の包括的な給付パッケージ, 公衆衛生省 (MOPH) および保健医療施設の能力向上が主な要因となり, 利用率と給付の引き上げを促してきた.

タイは, 保健医療人材を国内で自給自足しており, 人口 1,000 人あたりの保健医療人材密度は, 医師, 看護師, 助産師に関する WHO の基準である 2.28 をわずかに上回る. 農村部の人々に保健医療サービスを提供する十分な人材を確保するため, いくつもの介入策が継続的に展開されている. 例えば, 農村出身の学生を採用した教育戦略, 農村部の健康問題を反映したカリキュラム, 1972年以降に卒業したすべての医師, 看護師, 薬剤師, 歯科医師に対して農村部でのサービス提供の義務づけ, 社会的認知などの金銭的・非金銭的インセンティ

ブなどである。

看護職に注目すると、タイで看護、助産、看護助産を実践するすべての看護師と助産師は、タイ看護助産審議会 (TNMC)^{訳注)} から免許を受けなければならない。これらの看護師・助産師は、各地域にある 86 の認定看護教育機関のいずれかで 4 年制の学士課程を卒業している必要がある。専門職免許を取得するには、国家試験 (State Board Exam.) に合格しなければならない。また、4 年ごとに 50 単位の継続看護教育 (CNEU) が義務づけられている。

タイでは、看護および助産の専門職実践は、看護助産師法 2528 B.E と改正法 2540 B.E. によって規制されている。講演では、看護師のキャリアパスと関連する看護教育、それに専門職開発のためのさまざまな研修プログラムについて説明する。タイでは、看護師の実践は、病院、入院あるいは外来、コミュニティや在宅ケアにおいて、スキルミックス・チームで行われている。タイ看護師協会 (NAT) は、地域支部、専門看護協会、県の看護師の学会や協会とともに TNMC と連携してタイ看護師の専門職開発に関する看護政策の立案と実行を進め、看護師の手当や福祉の改善、職場の看護師の定着の引き上げを目指している。

コミュニティケアはタイで一般的に、コミュニティ密着型プライマリヘルスケア (CBHC) といわれている。多層なサービス提供システムの必須要素とみなされており、プライマリヘルスケア (PHC) の 4 つの基本政策と継ぎ目のない (シームレス) 保健医療サービスネットワークをベースにしている。PHC は、コミュニティレベルの適切な予防、治癒、ケアのシステムであるだけでなく、

訳注) タイ看護助産審議会 (Thailand Nursing Midwifery Council) : タイの看護師および助産師の規制機関。日本は厚生労働省がそれを担っているが、世界では日本のように政府の機関が専門職の資格認定などの規制や制度管理を担っていることはむしろまれである。ほとんどがタイの看護助産審議会のように専門職者らが自分たちで自治規制機関を作り、会費を払って運営し、資格認定を行い、その資格を政府に国家資格として認めさせるという形をとっている (監査など透明性を高める対策は組み入れられている)。国民を守るために、専門職者の自己決定権・裁量権を重視した規制を行うことが、専門職者の規制のグローバルスタンダードだとされている。

医療提供方法として完璧な国民保健モデルである。

医療提供システムは、4 レベルの病院と地区保健システムがしっかり連携した形で構成され、プライマリレベルの医療を強化し、質の高いケアへのアクセスを増やしている。タイ政府は、国内すべての下位地区に少なくともプライマリケアのための保健所（合計 9762）、そして 90%以上の地区にコミュニティホスピタルを建設した。1990 年代半ばにはこれらの病院の数が倍増し、十分な数の人材を備えた。

タイ・コミュニティ・ケアの大きな特徴は、チームケアとケアコーディネーションを重視していることである。村落レベルでは、保健所のコミュニティナースが、コミュニティヘルスワーカーか村落ヘルスボランティア（VHVs）、そして介護者である家族の助けを得てケアを提供する責任を持ち、個人のみならず、家族全体にケアを提供している。各 PHC ユニットでは、常勤か非常勤の医師が 1 人と、少なくとも 1 人の看護師、コミュニティヘルスワーカーとともに、様々な健康レベルに対してケアを提供している。他方、地区病院レベルでは、家庭医と看護師がケアの責任を持つ。そして少なくともプロフェッショナルナース^{訳注}かナースプラクティショナーが成人のケア、専門介護、セラピーサービス、予防サービス（例えば禁煙クリニック）、小児保健サービス、スクールナースリングを提供している。コミュニティケアサービスには、公衆衛生看護、在宅支援、デイケア、レスパイトケアがある。

タイのユニークな特徴の 1 つは、仏教寺院がコミュニティのハブ（拠点）で、コミュニティ活動の中心であると考えられてきたことである。タイで PHC が始まった当初、僧侶は多くの場合、「坊主頭の医者（bare-headed doctors）」と考

訳注) タイにおいて、プロフェッショナルナースは、高等学校卒業後に 4 年制大学の看護教育を受けて免許を得た看護師のことをいい、日本の「看護師」に当たる。参考までに、それ以外にタイの看護師の種類として、テクニカルナース（高等学校卒業後 2 年制の看護教育を受けて免許を得た者で看護師不足時代の対策で今は養成されていない）、プラクティカルナース（日本の准看護師に当たるが免許はない）、その他、ナースプラクティショナーやクリニカルナーススペシャリストなどの大学院修士レベル以上の高度実践看護師もいる。

られ、幅広い基本的な保健医療介入や伝統を訓練されていた。そのような背景で、僧侶らは心身のウェルビーイングを重視した健康増進や疾病予防に重点を移してきている。

タイの急速な高齢化に対する「コミュニティ密着型高齢者ケア」に注目すると、タイでは、「家族と共に老いる」、あるいは「その場所で老いる」というコンセプトを強調してきた。つまり高齢者が自宅やコミュニティでうまく老いることができるよう支援することである。現在、国家医療保障局が高齢者のためのコミュニティ密着型介護（LTC）プログラムを担当している。公衆衛生省の支援のもと、医療・社会サービス部門を統括する地方行政組織を活用して、受益者に統合的サービスを提供している。コミュニティ密着型 LTC パイロットプログラムでは、村落ヘルスポランテニア（VHVs）という確立されたシステムをベースに、地域社会から有償・無償ボランティアの介護者を採用した。このパイロットプログラムの評価では、ボランティアよりも有償介護者が提供したサービスの質が一貫して高かったことが明らかになった。これは、脆弱な成人のケアの一貫性を確保するために重要なことを示唆している。

最後に、コミュニティケアの新しい選択肢として、タイ看護助産審議会（TNMC）のイノベーションである「OB-ON コミュニティ看護クリニック（OCNC）」を紹介する。OCNCは、タイの人々が病院へ行く交通費と時間を削減し、病院の負担を軽減させ、標準的な保健医療サービスに都合よくアクセスできる選択肢である。OCNCは、看護師が裁量権をもって運営する社会事業である。コミュニティの人々に保健医療サービスを提供して、タイのプライマリーケアシステムの一翼を担っている。この看護師主導型クリニックでは、1人の看護師（認定ナースプラクティショナーか、高度実践看護師）が看護職の法的境界内で看護サービスを提供し、自営業として独立して収入を得る。さらに、この看護師主導型クリニックが質・量ともに発展すれば、おそらく、専門職看護師の実践のユニークな機会となり得るだろう。