

タイにおける医療・福祉の状況

出原 弥和¹, 土田 幸子², 馬場 雄司³

Key Words: Thailand, medicine, welfare, nursing, traditional, culture

I. はじめに

開発途上国といえば東南アジアやアフリカの国々が思い浮かぶ人が多いのではないだろうか。そして思い浮かべる光景は、メディアで放映される飢餓で苦しむ子どもたちや不衛生な生活状況である。今回、私たちはタイでのスタディーツアー（資料1）に参加し、タイの地方での生活を体験した。そこでの体験は、普段、日本には気付かない当たり前となってしまったことを改めて考えることができ、人々の生活を始め医療に関して多くのことを考える機会となった。この報告をすることにより、日本の医療や看護を広い視野で捉えるきっかけとなればと考え以下にタイでの医療や福祉の状況を中心に現地で撮影した写真を活用し記述する。なお、写真の撮影及び掲載については了承を得ている。

II. Thailand

タイは東南アジアに位置する人口6320万人の国である。人口のうち6.8%が65歳以上を占め、高齢化率はアジア国内で7位である。平均寿命は男性69.9歳、女性74.9歳（1995-1996）であり、主な死因は心疾患、悪性新生物、感染症であり、先進国に比べ感染症が上位にあることが特徴的である。国土は51.4万平方キロで、日本の1.4倍である。タイは東南アジアの国々の中でGDP（gross domestic product）は最も高いが、日本の約17分の1である。乳児死亡率はスリランカについて低い国である。

III. 医療福祉施設

保健医療サービスの給付体制は、公立機関として大

学附属病院、専門病院、県レベルの病院や郡レベルの病院などがある。これらに加え、初期医療を行う機関として保健センターが設置されている。タイでの社会保障制度は、社会福祉制度と社会保険制度に大別されるが、その対象とならない者に対し、30パーツ医療政策が2002年よりすべての地域で実施されている。30パーツ医療政策とは、社会保障法の適用対象者や公務員等を除く国民を対象に、1回当たり30パーツの自己負担で医療機関に受診することができる政策である。30パーツ医療政策を受けるには、最寄りの保健センターで登録手続きを行う（1パーツ≒2.7円）。

1. 保健センター

北タイのナーン県パーカー区にある保健センター（PCU）を訪問した。タイにあるPCUはみな同じ作り（写真1）であり、外観から一目瞭然である。

PCUには4名のスタッフが常駐している。そのうち1名が看護師、1名が公衆衛生学部卒業した者であり、医師は非常勤である。

PCUでの業務は70%が疾病予防であり、30%は健



写真1

1 三重大学医学部看護学科 基礎看護学講座
2 三重大学医学部看護学科 成人看護学講座
3 三重県立看護大学

康増進である。それらの活動には、主婦を中心に対象としたエアロビクス（写真2）や女性高齢者を対象としたエアロビクス、男性高齢者向けにはベタンクがある。これらの活動はPCUの管轄のもと、地域の婦人会等が中心となり実施されている。また、PCU内では、初期治療を始め生活指導、服薬指導等が行われている。タイでは、定期薬は看護師が処方することができる。インスリン等の注射薬も同様である。写真3は、看護師がインスリンの自己注射が上手く行えない住民に対し指導を行っているところである。PCUで対応が困難な場合は、郡レベル病院へ紹介する。

タイのPCUでも日本と同様に家庭訪問が行われている。今回同伴したケースは、一人暮らしの目の不自由な高齢者であった。看護師が毎日訪問するわけではなく、日々の訪問は、写真4で見られるように地域の女性（写真4右手前）が行っている。この女性は日本で言う民生委員のような役割であるが、タイでは寡婦がこの役割を担っている。この日は、訪問した高齢者に対し、食事は何をどのようにしているのか、睡眠は取れているかなど、日常生活について詳細に確認をしていた。会話の内容や終始高齢者の手に触れたり肩に手を当てたりしていたこの場面より、援助者と住民との距離の近さを感じることができた。



写真2



写真3

施設内には住民の情報が継続して活用できるようにカルテが作成されている。中身は日本で見慣れた書式のカルテであるが、管理方法が異なっていた。日本では個人のカルテファイルが作成されるのに対し、タイでは世帯で1冊のファイルである。タイでは家族単位で健康を考えることをとても重要としていることの表れである。世帯ごとに整理されたファイルの背表紙には色分けされたテープが張られている。例えば、心疾患は赤、糖尿病は緑のシールが張られていた。

2. 郡レベル病院

ナーン県ターワンパー郡病院は、周りを山に囲まれた小高い丘の上であり、医療部門と伝統医療部門がある。病院の建物は丘の斜面に平屋作りで大きく3棟と、敷地内100メートルほどの離れに伝統医療部門の1棟がある。訪問したのは午後2時ごろであったが、病院の外来には診察を待つ患者がばらばらといた。

患者は外来の玄関にある受付で、まず予診を受ける。予診は看護師が行い、備え付けのコンピューターにデータを入力しながら行っていた。外来棟はその中央が10人ほど利用できる待合ロビーとなっており、それを囲むように診察室、病理室、薬局、レントゲン室と並んでおり、少し死角になった部分に歯科診療室、分娩室、手術室がある。どの部屋も日本の施設に比べて、機械器具は少ないが、とても整理整頓され清潔感を感じる空間であった。日本では手術室や分娩室は隔離された、特別な場所であるという異質な感じを受けるが、ここでは、外来診察室の延長にこれらの設備があるように感じられた。

次に病棟へ移ったが、棟が異なるため、いったん外の通路に出なければならない。タイでは気候が温暖のためと敷地面積が広いせいか、棟を移動するときにはいったん外へ出ることが多い。病棟へ入ると廊下が中央にありその両端に部屋がある。一番手前にナースステーションがあり、日本で見るのと同様に雑然として



写真4

いた。そのすぐ隣は女性の病室で1室あたり12床である。タイでは、入院患者が家族に出ると、誰かが付き添う風習があり、この病室も患者の倍ほどの人の生活空間となっていた。時には一家総出の家族もあるという。廊下の奥のほうには男性の病室がある。タイでの病室は一般的に男性、女性で別れているのみであり、日本のように4~6床の病室はない。訪問したのは9月の雨季であり、病室内も高温多湿であったが、もちろんエアコンはなかった。

少し離れたところにある別棟の伝統医療部門棟では、ただ広いスペースでタイ式マッサージ（写真5）、足マッサージ、ハーブサウナなどが行われている。ここには医師とマッサージ師が常駐している。タイでは、このような伝統医療部門の設置は政府が奨励しており、ほとんどの施設がその設備を保有している。伝統医療は西洋的な医療と同じように治療として提供されており、タイ人はとてもよく利用するそうだ。

病棟の横にある小さな離れは、サプライである。ここでは2人の看護助手が注射器の滅菌作業をしていた。今でも注射器はガラス製を使用しているため、1本1本丁寧に布で包み、オートクレーブに入れる準備をしていた。

3. バーンサバイ

バーンサバイは2002年、HIV感染者とAIDS患者のための日本人のNGOが始めたシェルターである（写真6）。チェンマイ市の郊外の静かな場所に位置する。現在、タイには100万人近いHIV感染者と20万人のAIDS患者がいる。タイでは、感染者や患者とその家族を地域がサポートするという考え方が基本にある。しかし何らかの事情でそのようなサポートの受けられない方々がバーンサバイに入寮する。北タイでは子どもの福祉施設は増加しているが、成人が入寮できる施設はバーンサバイだけである。

バーンサバイには特別な生活プログラムはない。その日の調子を見てパティックやカード作成などの作業

を行う。生きていくための支援施設であるため、退寮後の生活を見据えて入寮生活の支援が行われている。ただ1つ、入寮に際しての約束事は、HIVに対しての治療を受けることである。現在、抗HIV薬は1ヶ月1,260バーツ（約3,400円）である。その費用は、フランス政府からの支援（研究協力）や本人負担、バーンサバイ負担と入寮者の状況により異なるが、近い将来、タイ政府の30バーツ医療政策の対象になるかもしれない。バーンサバイの入寮費自体は無料である。

バーンサバイはシェルターであり生涯の施設ではない。入寮者とバーンサバイの間では、ここでの生活は1ヶ月と決めている。このような時間の制限を持つことにより、入寮者は自分の問題に直面することができ、自立へと向かうことができるという考えからである。バーンサバイは自立を促し入寮者を地域へ送り出しているが、最後まで心の支えであり続けるために、退寮後も「何かあったら戻っておいで」という言葉がけを忘れない。

日本人がタイでこのような施設を運営することに、利用者の抵抗はないのか、と私は感じた。それに対し、施設の代表者である早川氏は、「日本人であることが逆に階級差を感じさせない」という。タイは階級社会であるため、階級を超えての援助を受けることは難しいのである。しかしながら、地域住民からは、施設から遺体を出すことへの抵抗から移転を要求され、地域でのバーンサバイに対する理解、協力を得ることに困難が生じていた。

4. 子どもの村学園

子どもの村学園は、バンコクよりバスで西へ2時間ほどのカンチャナブリにある。家庭崩壊や虐待、遺棄などの理由で、家庭で養育を受けることができない子どもたちが、共同生活を送りながら教育を受ける私立の施設である。そこでは、3歳から20歳までの約120名の子どもたちが13軒の家に分かれて暮らし、教師・



写真5



写真6

ソーシャルワーカーなど20名のスタッフも、一緒に共同生活を送っている。

子どもの村学園の設立の理念の根底には、イギリスの思想家 A. S. ニールが唱えた『子どもたちの自由と意志を尊ぶ教育』の考えがある。子どもたちは、権力による押しつけのない自由な雰囲気の中で、住居や食事といった基本的欲求が満たされる安心感を得、また学園という自治・社会体験を通して、自分自身に気づき、自信をつけていくのである。私たちが訪問した日の夜には『学園評議会』が開かれていた。これは、子どもたちが運営する自治会で、学園内で生じた問題の解決を図ったり、生活に関わる規則を決めたりして学園内の秩序を守っている。この日の議題は、ある男の子が女の子を殴ったことに対して、どのような罰を与えるかということであった。“おやつ1週間抜き”や“食事のミルク抜き”、“豚に餌をあげに行く”の罰があげられたが、採決は多数決で決められた。こうした自治活動の中での“尊重され、相手を尊重する”という経験を通して、社会のルールを学び、その一員としての自己価値を見出だしていくのである。

施設スタッフが、家庭的に恵まれない子どもたちが心豊かに成長していく過程には、“自然セラピー”が必要と語っていたように、ここでは“自然”がふんだ



写真7



写真8

んに取り入れられている。学園の70%が豊かな農地と森に囲まれ、クワイ川沿いに位置するという立地環境からも、自由に川遊びを行なうなど、遊びが自然の中に取り入れられるようになっている。また、施設内の建物もほとんどが天然木を使用しており、その建築もボランティアの協力を得て子どもたちの手で造り上げるなど自然に親しむように設計されている。子どもたちの日課には、朝6時から菜園の世話をすることが組まれている(写真7)。そこでは化学肥料や農薬を一切使わない有機農業、『自然農業』が行われており、この体験から自然を愛すること、人間にとっての自然と共生する大切さを学んでいく。

子どもの村学園で行われる教育は、タイ国教育省から認可を受けた私立小学校として位置づけられている。しかし、教室の中で机に向かうという従来の授業スタイルには捉われず、その時の状況に応じて広場や屋外で学習し、教師や友人とのやり取りから学ぶなど型にはまらない自由な教育が展開されている(写真8)。授業や活動への参加・不参加も自分の意志で決め、自発性に重きが置かれている。そのため、クラス分けも年齢によるのではなく学習進度によって分けられており、個人の能力に合わせた学習ができるよう配慮されている。また、小学校卒業生および12歳以上の子どもを対象に、パティック染めや織物、木工、コンピューターなどの技術を身につけることができるように職業訓練プログラムも用意され、自立への援助が行われていた。

子どもの村学園が対象とする子どもたちは、日本でも数多く存在する。しかし、日本の子どもに比べて、子ども村の学園の子どもたちは、人懐っこく、のびのびとした印象を受けた。それは、学園の『個を尊重し、自由と意志を尊ぶ教育』という思想が影響しているのかもしれない。子どもの村学園は、生活環境・養護的関わりとしての『福祉』と、就学・職業訓練としての『教育』が組み合わさった施設である。一人の人間の生い立ちをみていく上で、福祉・教育の両方の機能を



写真9

併せ持った施設であることも、総合的に捉え関わる
ことができるなど有効に働いていると思われる。

5. Mahasarakham Elderly Home

この施設は、公的な老人福祉施設で、日本の特別養
護老人ホームに当たる。タイでは、家族機能によって高
齢者の介護が担われており、入所型の高齢者施設は極
めて少ない。ここを利用する高齢者は、身寄りのない方
や家族に介護力がない方がほとんどである。

訪問したときは、夕食の配膳中であった。写真9は食
堂に多くのお年寄りが集まり、配膳されるのを待ってい
るところである。気の合う仲間とおしゃべりしたり、私
たちを珍しそうに見て、手を握ってくる高齢者もいた。

入所者の部屋は、男性棟、女性棟に分かれており、
各棟は20床ほどのベッドが並ぶ大きな部屋である。そこ
での居住空間の仕切りは一切ない。また、日本のように
ベッド周囲に私物を持ち込まず、室内は整然としていた
(写真10)。敷地内にある多用途棟は、体育館のように
広い。そこにはテレビが1台置いてあり、入所者は夜7
時から1時間のテレビタイムをととても楽しみにしていた。



写真10

IV. タイの医療福祉と生活文化

ここ数年の日本の医療や福祉の現場は、目まぐるしく
変わった。現場で働くスタッフは、最善の医療や福祉サー
ビスを提供するために、最先端の医療介護機器を駆使す
る。利用者へのサービスを円滑に提供するため、また人
件費を削減するためにコンピューターをはじめとした電子
機器が導入され、システム化された現場がそこにはある。
そのような日本の医療現場は、利便性を追求するあまり
日常から切り離された特別な空間として存在している。

一方、タイの多くの施設では、日本のように十分な

施設が備えられているわけではない。しかし、タイで
の医療福祉サービスは、決して劣っているものではな
かった。タイではタイ式マッサージやハーブを使った
アロマセラピーなど、伝統的な医療が積極的に提供さ
れていた。入院部門においては、患者の世話は家族が
担っていることが多く、また入院中の療養環境は仕切
りのない大部屋であった。これらの状況は、単に人員
不足、技術不足、コスト不足というだけで説明される
ものではない。たとえば「プライベートが守られない
病室」は、私たち日本人が見た見方であり、タイの人々
は大部屋が日常である生活文化を持つため、これが当
たり前なのである。このように、異文化の医療を理解
するためには、今、目の前にあるそのことだけを点で
捉えるだけでは、本当の意味や解釈ができない。その
ため、異文化での人々の生活や歴史等を踏まえ、現場
を理解することの必要性を強く感じる。

V. おわりに

今回タイでの施設訪問を行い、開発途上国での医療
福祉は遅れている、という先入観が打ち消された。日
本と比較してどうか、という視点で現地の状況を見ると、
その違いは明らかである。しかし、そこから見える
ものは、タイの医療福祉は日本に比べ遅れていると
いうことだけである。なぜ、建物のつくりはこうなっ
ているのか、施設の数には足りないのではないか、とい
う疑問は日本の医療福祉の状況に当てはめると当然湧
き出てくるものである。しかし、現地ではその状況が
当然として受け入れられている。それはなぜか。私た
ちは、タイに住む人々の生活や文化を知ること、そ
のこを理解する手がかりが得られた。今まで私たち
の視野は、日本で限られた地域や施設での体験から見
たものであり、いかに偏っていたかに気付かされた。
今回のスタディーツアーの体験により拡大された視野
で、今後日本での看護を見直してみたい。

参考文献

- 1) WHO 「World Health Statistics Annual 1996-2000」
- 2) 厚生労働省編：世界の厚生労働（海外情勢白書）、TKC
出版、2004
- 3) 国民衛生の動向・厚生指標、臨時増刊、第51巻第9号、
2004
- 4) 国際看護研究会編：国際看護学入門、医学書院、2004

キーワード：タイ、医療、福祉、看護、伝統的、文化

資料 1

タイ・スタディーツアー計画書

主 催：三重県立看護大学馬場研究室・NGO センターみえ

- 目 的：1) タイの地方農村における医療・福祉の現状を知る。
2) タイにおける HIV 感染者に対するケアについて知る。
3) タイの児童福祉の現状を知る。

日 程

	日時		内容
1	8月30日	火	日本からバンコク入り
2	8月31日	水	バンコクからナーンへ移動 ナーン県ノーンブア村入り
3	9月1日	木	ノーンブア村 生活体験, PCU・病院見学
4	9月2日	金	ノーンブアからチェンマイへ移動
5	9月3日	土	チェンマイ到着 NGO・タクライの木村氏とのミーティング
6	9月4日	日	NGO・Linkの川口氏とミーティング バーン・サバイ (エイズ患者シェルター) 見学
7	9月5日	月	チェンマイからカンチャナブリーへ移動 子どもの村学園へ到着
8	9月6日	火	子どもの村学園見学 カンチャナブリーからバンコクへ移動
9	9月7日	水	バンコクより日本へ帰国

