

国別医療協力ファイル
タイ

国際協力事業

RD
9
10
LIBRARY

医 計
JR

国別医療協力ファイル

タイ

国際協力事業団
医療協力部

JICA LIBRARY



J 1132025 (6)

本ファイル編集方法について

本ファイルは、タイに対する保健医療協力を効果的に実施するための参考資料として、各編の項目に従い、とりまとめたものです。

本ファイルでは、同国の医療事情をできるだけ広範囲にわたって紹介するため、まず、保健医療計画及び国際機関等の援助状況を含む衛生行政面から紹介し、以下、試験研究機関・医療施設の地域格差及び相互の連係を含む施設・設備面、医薬品等の薬事面、医療従事者、疾病発生状況及び医療保険制度等を含む医療事情について、順次述べ、可能な限り給水等の医療関連基盤にも触れ、各編末尾において問題点をとりまとめております。

各項目の情報は、既存の資料・情報を整理・編集したものであります。

①当該国の保健医療分野の現状と問題点、またこれに対する当該国政府の認識と対策

②国際機関・先進国援助機関の援助方針と実績

③わが国（特に当事業団）の援助実績

等について、可能な限り網羅しておりますが、様々な制約から、十分な情報を収集できたとは言い難い面もあります。これらについては、今後の各種調査により補完・拡充を図ってゆきます。

SECRET

1. The following information was obtained from a confidential source who has provided reliable information in the past.

2. The source has provided information that is of a confidential nature and is being provided to you for your information only.

3. The source has provided information that is of a confidential nature and is being provided to you for your information only.

4. The source has provided information that is of a confidential nature and is being provided to you for your information only.

5. The source has provided information that is of a confidential nature and is being provided to you for your information only.



1132025 (6)

6. The source has provided information that is of a confidential nature and is being provided to you for your information only.

SECRET

— 目 次 —

目次
図目次
表目次
略語表

第1編 医療事情概要	—1
第2編 衛生行政	
2—1 行政組織	
1) 中央行政組織及び組織図	—9
2) 地方行政組織及び組織図	—10
2—2 衛生行政組織	
1) 中央衛生行政組織及び組織図	—12
2) 地方衛生行政組織及び組織図	—15
3) 学校衛生行政	—15
4) 労働衛生行政	—15
2—3 国家開発計画	
1) 国家開発計画の概要	—16
2) 保健医療計画	—16
2—4 保健医療の援助要請と受入れ体制	
1) 援助要請機構	
i) 無償資金協力、技術協力	—18
ii) 借款	—18
2) 日本を除く諸外国、国際機関、NGOの援助動向	
(1) 国際機関	
i) WHO	—19
ii) UNFPA	—19
iii) UNICEF	—19
(2) 諸外国	
i) アメリカ	—19
ii) 旧西ドイツ	—20
iii) その他	—20

3) 日本の援助動向	
(1) 無償資金協力	—20
(2) 技術協力	—20
(3) 有償資金協力	—20
(4) 国立衛生研究所及び公衆衛生プロジェクト	
i) 国立衛生研究所プロジェクト	—21
ii) 公衆衛生プロジェクト	—21
2—5 問題点	—22
第2編 参考資料一覧表	—23
第3編 試験研究機関	
3—1 試験研究機関	
1) 国立衛生研究所 (NIH)	—24
2) ウイルス研究所	—24
3) 放射線防護サービス課	—25
4) 医昆虫学課	—25
5) 毒物学課	—25
6) 食品分析課	—26
7) 薬品分析課	—26
3—2 地方試験研究機関	
1) 地域医学センター	
i) Chiangmai地域医学センター (北部)	—27
ii) Nakorn Ratchasima地域医学センター (東北部)	—27
iii) Songkhla地域医学センター (南部)	—27
iv) Chonburi地域医学センター (東部)	—28
3—3 問題点	—28
第3編 参考資料一覧表	—29
第4編 医療施設	
4—1 医療施設	
1) チュラロンコン大学医学部付属病院	—30
4—2 地方医療施設	
1) サラブリ総合病院	—30
2) サラブリ県立ブラッタバート病院	—31
3) サラブリ県ブラッタバート郡立病院	—31
4) ヘルスセンター	—31
4—3 医療施設相互の機能の連携	—32

4—4	救急医療体制	—32
4—5	民間医療施設	—32
4—6	問題点	—33
	第4編 参考資料一覧表	—34
第5編 医薬品、医療用具、衛生材料		
5—1	医薬品の供給	
1)	製造	—35
2)	輸入	—35
3)	流通	—35
4)	薬局	—35
5)	品質管理体制	—35
5—2	医療用具、衛生材料	—36
5—3	問題点	—36
	第5編 参考資料一覧表	—37
第6編 医療従事者		
6—1	医師数及び配置	—38
6—2	歯科医師数及び配置	—38
6—3	薬剤師数及び配置	—38
6—4	看護婦等の数及び配置	
1)	看護婦	—38
2)	助産婦	—38
3)	看護助手	—38
6—5	その他の医療従事者	—38
6—6	医療従事者の養成制度及び動向	—39
6—7	問題点	—39
	第6編 参考資料一覧表	—40
第7編 その他の医療事情		
7—1	医療関連基盤	
1)	飲料水	—41
2)	衛生設備	—41
3)	河川	—41
4)	大気	—41
5)	健康障害要因	—41
6)	医療廃棄物	—41

7-2	疾病発生状況	—42
1)	予防接種を必要とする感染症	
i)	ジフテリア	—42
ii)	百日咳	—42
iii)	破傷風	—42
iv)	灰白髄炎（ポリオ）	—42
v)	麻疹	—42
2)	デング熱	—42
3)	マラリア	—43
4)	寄生虫症	
i)	蟻虫症	—43
ii)	フィラリア	—44
5)	下痢症	—44
6)	急性呼吸器疾患	—45
7)	結核	—45
8)	ハンセン病	—46
9)	性病	—46
10)	狂犬病	—47
11)	AIDS	—47
12)	循環器疾患	—48
13)	ガン	—48
14)	麻薬	—48
15)	感染症対策	—49
7-3	家族計画	—49
7-4	栄養	—50
1)	ヨウ素欠乏障害	—50
2)	鉄分欠乏	—50
3)	栄養過多	—50
7-5	伝統医学	—50
7-6	医療情報の収集、供給体制	—51
7-7	問題点	—52
	第7編 参考資料一覧表	—53

第8編 関連法令

8-1	薬事法	
1)	薬事法制概要	—54
2)	医薬品の分類	—54

3) 製造等の規制	—55
4) 医薬品リスト等の公表	—55
5) 医薬品登録	—55
6) 医薬品の広告	—55
7) 罰則	—55
8—2 社会保険制度法 (Social Security Law)	—55
第8編 参考資料一覧表	—56

付図	—F-1
----	------

付表	—T-1
----	------

図目次

図2-1	タイ国政府機構図（1988年）	— 10
図2-2	地方行政組織図（1991年）	— 11
図2-3 (1)	タイ国保健省組織図（1990年）	— 13
図2-3 (2)	タイ国保健省組織図（1990年）	— 14
図4-1	チュラロンコン大学医学部組織図（1992年）	— F-1
図4-2	サラブリー総合病院組織図（1992年）	— F-2
図4-3	サラブリー県立ブラップタバート病院組織図（1992年）	— F-3
図4-4	郡立ブラップタバート病院組織図（1992年）	— F-4
図7-1	国家エイズプログラム・フローチャート（1990年）	— F-5
図7-2	保健省エイズプログラム・フローチャート（1990年）	— F-6

表目次

表2-1	労働災害による箇所別負傷状況（1988年）	— T-1
表2-2	労働災害による産業別負傷状況（1988年）	— T-2
表2-3	わが国のODA実績（1991年）	— T-3
表3-1	Nakorn Ratchasima（東北部）地域医学センター検査実績（1982年-1984年）	— T-4
表3-2	Songkhla（南部）地域医学センター検査実績（1983年10月-1984年9月）	— T-4
表4-1	国公立医療施設（1990年）	— T-5
表4-2	民間医療施設（1990年）	— T-6
表6-1	医療従事者数（1990年）	— T-7
表6-2	各医療従事者一人当たりの人口（1984年-1988年）	— T-8
表6-3	医療従事者養成状況（1988年）	— T-9
表7-1	飲料水供給方法（1989年）	— T-10
表7-2	主要死因及び死亡率（人口10万対）（1962年-1988年）	— T-10
表7-3	デング熱患者数及び罹患率（人口10万対）（1984年-1989年）	— T-11
表7-4	マラリア罹患率（人口千対）及び死亡率（人口10万対）（1984年-1989年）	— T-11
表7-5	下痢症疾患の人口10万対罹患率及び死亡率（1985年-1989年）	— T-12
表7-6	下痢症発生報告件数（1987年-1989年）	— T-12
表7-7	5歳以下の乳幼児主要疾病状況（5歳以下の乳幼児人口千対）（1985年）	— T-13
表7-8	性病人口千対罹患率（1985年-1989年）	— T-13
表7-9 (1)	予防接種の普及率（1988年）	— T-14
表7-9 (2)	予防接種の普及率 （バンコック市内6地区及び24県／合計30地域）（1988年）	— T-15
表7-10	人口統計（1974年-2000年）	— T-16
表7-11	平均寿命（1980年-1995年）	— T-16
表7-12	栄養調査報告（1987年-1989年）	— T-17
表7-13	5歳以下の乳幼児の貧血状況（1986年）	— T-17
表7-14	妊産婦の貧血状況（1986年）	— T-18
表7-15	首都バンコック市内の20歳から59歳までの肥満状況（1988年）	— T-18

略語表

(1) ASEAN	: 東南アジア諸国連合 (Association of Southeast Asian Nations)
(2) CHSSs	: ヘルスサービスステーション (Community Health Services Stations)
(3) DHO	: 郡衛生事務所 (District Health Office)
(4) DMS	: 地方分散化運営システム (Decentralized Management System)
(5) DTEC	: 総理府技術経済協力局 (Department of Technical and Economic Cooperation, the Prime Minister's Office)
(6) EPI	: 予防接種拡大計画 (Expanded Programme on Immunization)
(7) FDA	: 食品医薬品局 (Food and Drug Administration)
(8) GPO	: 国立医薬品公社 (Government Pharmaceutical Organization)
(9) GLRA/HF	: the German Leprosy Relief Association and Hartdegen Fund
(10) IARC	: International Agency for Research on Cancer
(11) ILEP	: International Federation of Antileprosy
(12) MOD	: 国防省 (Ministry of Defense)
(13) MOI	: 内務省 (Ministry of Interior)
(14) MOUA	: 大学省 (Ministry of University Affairs)
(15) NESDB	: 国家経済社会開発庁 (National Economic and Social Development Board)
(16) NIH	: 国立衛生研究所 (National Institute of Health)
(17) NSL	: the Netherlands Leprosy Relief Association
(18) ONPEC	: 国家初等教育委員会 (National Primary Education Commission)
(19) PCMO	: 県衛生事務所長 (Provincial Chief Medical Officer)
(20) PHC	: プライマリーヘルスケア (Primary Health Care)
(21) PHO	: 県衛生事務所 (Province Health Office)
(22) SMHF	: the Sasagawa Memorial Health Foundation of Japan
(23) UNDP	: 国連開発計画 (United Nations Development Programme)
(24) UNFPA	: 国連人口活動基金 (UN Fund for Population Activities)
(25) UNICEF	: 国連児童基金 (UN Children's Fund)
(26) USAID	: 米国国際開発庁 (United States Agency for International Development)
(27) WHO	: 世界保健機構 (World Health Organization)

第 1 編 医療事情概要

第1編 医療事情概要

タイ王国（以下、同国という）は、東南アジアの中心部に位置し、面積は514,000km²で日本の約1.4倍、人口は1990年統計によると5,634万人、人口増加率は1.7%である。地勢は北部、中部、東北部、南部の4地域に区分される。北部はチャオプラヤ川上流の山間盆地地帯で、古くから集約的農業を行っており、中部はチャオプラヤ川の中・下流の大沖積平野で、水田と運河の広がる穀倉地帯である。また東北部は典型的な台地地形で、南部はマレー半島に属する地域である。

1932年、人民党による無血革命により絶対君主制から立憲君主制に変わったが、その後も、しばしばクーデターによる政権交代がなされている。同国はASEANの有力なメンバーであり、同政府は近隣諸国との地域協力を積極的に進め、また日本、米国等の西側諸国との友好関係の緊密化に努めている。他方、ヴェトナム、ラオスなどの社会主義国に対しても良好な関係の維持に努めている。流入したカンボディア難民の本国送還計画がUNHCRにより推進されている。

同国は16～18世紀にわたり、ポルトガル、フランス、英国等の西欧諸国との接触はあったものの、西洋医学がもたらされることはほとんど無かった。西洋医学が本格的に導入されたのは、1828年に米国の伝道団がやってきてからである。

同国では、まず過去何世紀、高死亡率を示してきたコレラ、天然痘、マラリア等の感染症対策がとられた。最初の西洋医学校は1889年にシリラート（Siriraj）病院に設立され、今日でも重要な地位を占めている。同病院の最初の任務の一つは、天然痘ワクチンを普及させることであった。

同国の保健医療活動を投下資本の面で見ると、民間2公共1の割合で行われている。民間医療施設は、主に臨床分野が首都バンコックに集中し、その他は126地方都市に分散している。保健省は主に地方の衛生行政に力を入れており、第4次国家経済社会開発5カ年計画（1977年-1981年）により村落病院（Community Hospital）及び保健所（Health Center）の施設数が増加したが、医療従事者及び既存施設は首都に集中する傾向が顕著で、医療サービスの地域格差が激しい。

本ファイルでは、各編の項目に従い、同国の医療事情の概要及び問題点について、次の通り紹介する。

第2編 衛生行政では、同国の中央・地方の行政組織及び保健衛生行政組織、並びに国家経済社会開発5カ年計画の概要、保健省策定の保健医療計画を紹介し、さらに保健医療分野における国際機関及びわが国の援助活動動向、受け入れ側の体制を紹介し、併せて衛生行政の問題点を紹介する。

同国は、国王（ラーマ9世王）を元首とした立憲君主国である。立法を司る2院制の国会（National Assembly）、司法を司る最高裁判所（Supreme Court）、行政を司る内閣（13省）からなり、中央行政の中心は総理府である。

地方行政区分は、1991年現在、4地域（Region）に分けられ、さらに4地域（Region）は、

バンコック首都圏及び72県 (Province)、784郡 (District)、7,003区 (Tambon)、63,100村 (Village) からなる。人口密集地区には、特別市、市、町の3種の地方自治体が設けられている。県知事と郡長は、内務省 (Ministry of Interior) が推薦し、内閣の承認後、国王によって任命される。ただし、バンコック知事は公選 (1985年より) により選出される。

中央衛生行政は保健省 (Ministry of Public Health) が司る。保健省には、保健大臣の下に保健次官、事務次官及び官房長がおかれ、官房室及び医療サービス局、衛生局、伝染病管理局、医科学局、食品医薬品局が各々の所管事項を担当している。また保健省は国立医薬品工場を運営し、医薬品を製造及び供給している。

環境行政については、1957年制定の国家環境保全法に基づき環境庁 (ONEB) を設立し、本格的な取組みを開始した。

地方衛生行政は、72県に県衛生事務所 (Provincial Health Office : PHO) があり、事務所長として県知事により任命された県首席医務官 (Provincial Chief Medical Officer : PCMO) が県立病院、医療施設等の県レベルの地方衛生行政を司る。各郡の衛生行政は郡衛生事務所 (District Health Office : DHO) が司る。郡衛生事務所長がその任にあたり、内務省へ直接報告するが、通常は各県知事が管理、監督する。さらにほとんど全ての区にはヘルスセンター (Health Center) が1カ所あり、助産婦及び看護婦が常駐し、病気、怪我の診断治療、出産介助等の業務を行う。

学校衛生行政は、保健省が学校衛生対策プログラムを策定、管轄している。学校保健衛生対策プログラムの内容は、学童の健康診断、予防接種、衛生教育、学校の衛生設備の整備及び学校給食である。

労働衛生行政について、保健省は、現在の経済社会の成長を維持するのに必要な労働者の健康の増進及び健康管理を目的とした労働者保健プログラムを1987年から1991年にかけて25県を対象に実施した。1985年から1988年の保健省の調査では、工場や建設現場での手足の負傷、皮膚炎、マラリア、聴覚障害等が多くみられる。また、農業従事者には殺虫剤による影響が出ている。

1962年に開始された第1次国家経済社会開発5カ年計画 (1962年-1967年) に引き続き、順次5カ年ごとに開発計画が策定されている。第6次国家経済社会開発5カ年計画 (1986年-1991年) 策定後は、順調な経済成長を背景に、1988年6月現在の経済成長率は、当初目標の5%を大幅に上回り、7%に達した。保健省は、従来からの目標であったHEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000 (HFA/2000—西暦2000年までに全ての人に健康を) について目標年度を西暦1996年に変更し、1992年から開始される第7次国家保健医療5カ年計画 (1992年-1996年) では、特にPHCを最重要方針として掲げている。

無償資金協力、技術協力の要請については、総理府技術経済協力局 (Department of Technical and Economic Cooperation, the Prime Minister's Office : DTEC) が援助要請案件の取りまとめを行っている。日本を除く諸外国、国際機関、NGOの援助動向は次の通りである。(以下金額単位は米ドル)

WHOに加盟したのは1947年9月で、WHOの協力は、1947年に奨学金援助及びマラリア対策への助言から開始された。1992年現在WHOはエイズ、マラリア等感染症の対策、家

族計画、予防接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization : EPI）等ワクチンの普及等、保健医療のあらゆる分野で協力している。UNFPAは1987年から1990年までに無償資金協力分野で総額約200万ドルの援助を実施している。またUNICEFは1987年から1990年までに無償資金協力によるPHC、EPIプログラム、地方上水道整備プログラム及び栄養改善プログラムの各分野で総額約200万ドルの援助を実施している。

アメリカは1950年に締結した第1回経済技術協力協定に基づき、世銀グループと共に援助活動を開始し、1981年-1986年のUSAIDの援助の医療分野の重点項目は、農村地域の家族計画及び医療サービスの向上に関するプロジェクトの実施であった。旧西ドイツの援助形態は、技術協力と無償資金協力による贈与を中心に保健、人口、計画、行政に対する援助が行われている。その他の諸国は、オーストラリアが無償資金協力を中心に援助を実施している他、ベルギー、デンマーク、フランス、イスラエル、オランダ、シンガポール、イギリスが援助を実施している。

同国は、わが国との歴史的に緊密な関係と経済的・地理的重要性により、わが国の最重要援助国の一つに位置付けられている。無償資金協力は1970年に開始され、それ以降、1973年を除いて、継続的に協力が行われている。1989年までの累計は1,400.27億円となり、被援助国中、バングラデシュに次いで第2位の受取国となっている。技術協力は、研修員受入れ、専門家派遣、調査団派遣、青年海外協力隊派遣、プロジェクト方式技術協力、開発調査等を実施している。

衛生行政の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 生産年齢人口、老年人口の増加及び都市部への人口の流入
- ② 富裕層と貧困層、都市と地方の所得格差の拡大、犯罪等社会問題及び環境の悪化
- ③ 都市部における成人病の増大、地方に残る感染症
- ④ 国民の保健医療に対する関心の低さ
- ⑤ 保健医療予算の増大による国家予算への影響、医療従事者の民間医療施設への流出
- ⑥ 地方の医療施設におけるインフラストラクチャー（電気、給排水）の未整備
- ⑦ 各医療関連プロジェクト間の連携不足、保健医療情報システムの未整備、保健省と他省の連携 不足など保健医療行政上の問題
- ⑧ 医療技術の地域格差

第3編 試験研究機関では、同国の試験研究機関の状況及び問題点を紹介する。

試験研究機関の管理は従来、保健省医科学局（Department of Medical Service）が行っており、中央及び国内各地において食品、医薬品、毒物の試験、検査、検定及び医療に必要な試験、検査に責任を持ち、微生物学、薬用植物学、医昆虫学の研究を行っている。また、生物学的製剤の管理及び放射線障害防止サービスも担当している。

本編では、医科学局が所轄する試験研究機関のうち、国立衛生研究所（National Institute for Health : NIH）、ウイルス研究所（Virus Research Institute）、放射線防護サービス課（Radiation Protection Service Div.）、医昆虫学課（Medical Entomology Div.）、毒物学課（Toxicology Div.）、食品飲料分析課（Food & Beverage Analysis Div.）、薬品分析課

(Drug Analysis Div.) について紹介する。

地方試験研究機関の保健医療分野における検査活動の歴史は比較的新しいが、各県立病院には臨床検査部があり、微生物、寄生虫、生化学、血液など、日常の診断に必要な検査は可能である。地域医学センターが全国に10施設あり、臨床病理検査、食品及び医薬品の安全性に関する検査並びに毒物検査を実施している。なお、Chiangmai、Nakorn Raychasi、Songkla、Chon Buri、各地域医学センターの概要について本編で紹介する。

試験研究機関の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 国立の試験研究施設のほとんどは過剰な試験室検査業務により研究活動が制約されている。
- ② 現在の地域医学センターでは、施設及び人員が不十分なため、十分な検査サービスが実施できない。
- ③ 地域、施設によっては、疾病診断に必要な試験室検査が不十分なため、不明疾患として処理されるケースが多い。

第4編 医療施設では、医療施設の状況及び問題点を紹介する。

チュラロンコン大学医学部付属病院は、1947年に他の大学 (University of Medical Sciences) 内に設立されたが、1967年に同大学に移設された。設立当時からチュラロンコン大学の協力を得て、タイ赤十字社の中核的医学研究所として指導的立場にある。

サラブリ総合病院 (Saraburi General Hospital / Provincial Hospital) は、外科を主体とした医療施設として1951年に開設された。17診療科、約900人が勤務する県立病院である。

サラブリ県立プラブッタバート病院 (Prabuddhabath Hospital) は1956年に設立され、400床、14病棟、4床の集中治療室がある。

郡立プラブッタバート病院は、サラブリ県立プラブッタバート病院の管轄下にある。疾病予防及び衛生、医療サービス、看護、歯科、総務等のセクションで構成されており、主にPHC及び母子保健、外傷等に対する処置を中心に活動している。

郡立病院のさらに下位レベルの施設として、ヘルスセンターがある。同センターはPHC及び母子保健活動を中心としており、常時3人の助産婦が駐在している。

救急医療体制はバンコックとその他の都市では大きく異なる。バンコックでは警察が災害救助も含めた医療体制を整備しており、警察総合病院 (Police General Hospital) が中心的な役割を担っている。同病院は首都圏救急の情報収集を行う司令センター (Medical Evacuation Center) を持ち、救急患者発生時には、同病院もしくは首都圏内の公立、私立病院のベッドを確保し、受入れ体制を整えている。

民間医療施設は1990年現在、408施設 (14,761床)、14伝統医学病院 (167床)、13,149診療所、950伝統医学診療所がある。また民間医療施設に勤務する医師は983人で、医師全体の約10%である。しかし、その中には日常は国公立医療施設に勤務し、時間外に民間医療施設に勤務する医師も含まれている。

医療施設に関する問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 都市部と地方の設備、医療従事者等の地域格差

- ② 国公立施設と民間施設との連携不足
- ③ 伝統医学病院の未整備
- ④ 地方医療施設の予算不足

第5編 医薬品、医療用具、衛生材料では、同国の医薬品、医療用具、衛生材料の状況及び問題点を紹介する。

国内には190の医薬品製造業者があり、総需要の50%の医薬品を製造している。また、国立の製造公社として国立医薬品公社（Government Pharmaceutical Organization）がある。公社は1966年に設立され、主な機能としては、医薬品製造、国産の原材料等の研究、医薬品の原材料となるものの調査、質が高くコストの安い医薬品の研究、災害、緊急事態用医薬品の備蓄等がある。ワクチンは、1986年の状況では、国立医薬品公社とタイ赤十字社が製造しているが、国内の総需要に対し、BCGが50%、DTPが80%の製造能力しかない。またウイルスワクチンは製造していない。医薬品の輸入は411業者が、国内の総需要の50%を輸入しており、医薬品の輸入関税については、抗マラリア薬、ワクチンが非課税であるほかは、通常輸入価格の10～30%の課税率である。国内で製造された医薬品及び最終製品として輸入された医薬品の市場流通額は、1986年の統計で約86億バーツといわれている。なお地方における医薬品の流通については、1986年当時、全国50,000カ村の約50%の村で、村民が株主となり、市場より安く、必須医薬品を入手できるシステムを採用している。

1990年現在、国内には2種類（タイプI及びタイプII）の薬局がある。タイプIは全国に3,691カ所あり、薬剤師が常勤している。タイプIIでは、薬剤師は常勤しておらず、全国に5,560カ所ある。医薬品の品質管理は保健省食品医薬品局医薬品管理課及び監視課が担当している。

医療用具、衛生材料に関しては、高度な医療機材を除き、医療消耗品、ベッド等は国内で製造している。また日本製医療機材の代理店も数多くあるが、同国内で使用されている医療機材はアメリカ製もしくはヨーロッパ製が多い。

医薬品・医療用具、衛生材料の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 国内で必要とする医薬品の50%を輸入に依存している。
- ② ウイルスワクチンをすべて輸入に依存している。
- ③ 高度な医療機材は製造できず、海外製品に依存している。

第6編 医療従事者では、医療従事者の状況（数、配置等）、養成制度の動向及び問題点を紹介する。

1990年の医師総数は11,260人（国公立医療施設に9,729人、民間医療施設に1,531人）である。地域別にみると、都市部が9,777人、地方が1,483人である。また、1986年の統計では、バンコクの医師一人当たり人口が1,407人、他の地域では8,799人で、首都圏に集中しているのが特徴である。歯科医師総数は1,670人（国公立医療施設に1,430人、民間医療施設に240人）である。薬剤師総数は3,681人（国公立医療施設に2,099人、民間医療施設に1,582人）である。薬剤師助手は、1990年統計では1,601人（国公立医療施設に1,298人、民

間医療施設に303人)である。看護婦総数は、51,091人(国公立医療施設に47,226人、民間医療施設に3,865人)である。助産婦総数は10,606人(国公立医療施設に9,991人、民間医療施設に615人)である。看護助手総数は18,144人(国公立医療施設に15,871人、民間医療施設に2,273人)である。その他の医療従事有資格者は14,502人で、国公立医療施設に14,366人、民間医療施設に136人。また都市部に4,872人、地方に9,630人が従事している。

現在の医療従事者の養成制度は1988年より開始された。現在の医師及び歯科医師の養成は6年制で、3年間のプレメディカル課程終了後、3年間の臨床教育が行われる。薬剤師は5年間、看護婦は4年間、准看護婦及びその他の医療従事者は2年間の教育である。医療従事者の問題点は他の開発途上国にも共通していえることであるが、人材不足のため適切な配置ができないこと、特に地方に満足できる配置ができないこと等が上げられる。

第7編 その他の医療事情では、医療関連基盤、疾病発生状況、家族計画、栄養、伝統医学、医療情報の収集・供給体制及び問題点について紹介する。

保健省は上水道及びトイレの普及率を各々1991年末までに95%及び90%まで引き上げるという目標を策定している。1988年、全国48河川中、中部を流れる6河川の244ケースのサンプリング検査の結果、著しく汚染されていることが判明し、その原因は家庭からの排水による汚染75%、産業用排液による汚染25%によるものとされている。大気汚染はバンコックが特に甚しく、自動車の排気ガス、工場排煙が原因とされている。

医療廃棄物については、国公立医療施設の80%以上は、3種類(浄化槽、抜気槽、嫌気性フィルター)の医療廃液用システムを採用しており、保健省はこれらシステムを1991年末までに総合病院及び地域病院に配備し、また、町レベルの医療施設には1996年末までに配備する予定としている。また、医療廃棄物焼却用として3種類の焼却炉を各医療施設に提供し、1996年末までに全医療施設に配備する計画である。

疾病発生状況については、1962年当時、死亡率の第1位は結核であったが、1988年には循環器系疾患となった。開発途上国特有の各種感染症が、引き続きまん延している一方で、先進国型の疾病が増加している。

ジフテリアの発生は、1984-1988年間に著しく減少し、1988年の罹患率、人口10万対0.4人は、1984年の5分の1である。

百日咳は1983年の罹患率同9.8人をピークに減少する傾向にあり、1988年には同3.06人となった。

破傷風の罹患率はここ数年変化しておらず、1988年で新生児10万対0.32人、全年齢については人口10万対1.47人である。

灰白髄炎(ポリオ)は最も顕著に罹患率が減少した疾病で、1988年には人口10万対0.02人と、1977年当時と比較し、100分の1に減少している。

麻疹の罹患率が最も高かったのは1984年で、報告症例47,205人、同93.67人であった。次いで1987年の同78.05人であるが、予防接種の実施により、今後はかなり減少すると予想される。

デング熱が最初に発見されたのは1960年で、現在ではタイ全域の風土病とみなされている。対策プログラムは、1990年までに罹患率を人口10万対85人に抑えることを目的として1974年に開始され、罹患者は徐々に減少していったが、1987年には猛威を振るい、罹患率は同325.13人となった。

寄生虫症は特に地方に多い。1989年に実施された南部14県における調査によると、寄生虫症罹患者は、調査対象住民の77.56%にのぼった。複数の寄生虫症に罹患している者が多いが、蠕虫症が最も多く、マレー糸状虫症は南部、またバンクロフト糸状虫症は西部に多くみられる。

赤痢、コレラ、食中毒、腸炎等の下痢症疾患は、5歳以下の乳幼児に多くみられる。30年来、罹患率は第2位であったが、現在では、国家下痢症対策プログラム（NCDDP）が保健省の伝染病管理局一般伝染病管理課の管理下で策定され、罹患率は第7位となっている。

急性呼吸器疾患は乳幼児に多くみられる疾患で、保健省の統計では1歳未満の乳児死亡原因の25%を占める。5歳以下の乳幼児の疾病では下痢症疾患に次いで罹患率が高い。

結核は1940年当時、死亡率が人口10万対85.2人であり、最重要疾患として位置付けられていたが、1988年には、同8.2人となっている。

ハンセン病の対策は1955年より開始され、当時全国で163,224人の患者がいたが、その後、145,930人が治癒した。罹患率は1955年当時、人口千対5人であったが、現在では、同0.31人に減少している。

性病は、保健省の伝染病管理局性病管理課が性病管理プログラムにより、罹患率を人口千対6人以下に抑えることを目標としている。1989年統計資料では、淋病55%、非淋菌性尿道炎24%、軟性下疳10%、鼠径部リンパ肉芽腫症6%、梅毒5%となっている。

狂犬病は保健省の伝染病管理局で管理しており、民間団体の協力を得て1991年までに死亡率を人口10万対0.27人に減少させることを目標とする対策プロジェクトを推進している。死亡率は1979年同0.65人から1988年0.39人に減少した。

エイズが発見されたのは1984年9月で、保健省は翌1985年に早期発見及び感染予防のために伝染病リストにエイズを含めた。1990年3月現在のエイズの罹患率は同0.06人である。

循環器疾患は1986年から、他の非感染症4疾患とともに第6次国家経済社会開発5カ年計画（1987年-1991年）に沿って対策プロジェクトが開始された。

ガンは最も対策優先順位の高い疾患である。国立ガンセンターは1968年12月に設立され、ガン撲滅のための各種のプロジェクトを実施している。男性は肝臓及び肺ガンが多く、女性は子宮及び乳ガンが多い。

麻薬中毒患者は、バンコック周辺に最も多く、全体の50～60%を占めており、中部地域が20～24%、北部地域が11～12%と続く。また、各地域でもスラム街に多く、年齢的には20代前半の若年層に多い。麻薬の種類はヘロインが最も多く、アヘンは北部及び東北部地域に多く、マリファナは中部及び東北部地域に多い。

感染症を含む疾病対策は1977年、保健省策定の国家EPIプロジェクトに始まる。1977年当時、結核を除く（1984年に開始）百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹の予防接種が開始された。その他各疾病について、保健省伝染病管理局一般伝染病管理課を中心に、疾病別に各々

の対策を策定し、実施している。

家族計画は1970年より開始された。1990年の統計では総人口は56,340,000人（男性28,197,000人／50.04%、女性28,143,000人／49.96%）である。年齢別人口は15歳以下が33.4%、15歳以上60歳以下が60.5%、60歳以上6.1%である。人口増加率は、1970年当時、3%であったが、1985年には1.7%と減少した。また、出生数は1962年に女性一人当たり6.5人であったが、1984年には同3.4人と減少している。一方、死亡率は20世紀前半、人口千対30人であったが、1984年には同5人と大幅に減少した。乳幼児死亡率は1960年当時、正常出生数千対84.3人であったが、1984年には同45人となっている。死亡率の減少は平均寿命を大幅に延ばし、1937年当時の36歳が、1990年には男性61.75歳、女性67.50歳となった。最近の避妊に関する調査では、避妊実施中の妊娠可能な女性（15歳～44歳）は、1984年には全体で64.4%であったが、1987年には70.6%と増加している。第6次計画で実施された家族計画に関する目標は、1991年までに人口増加率を1.3%に減少させ、既婚の妊娠可能な女性（15歳～44歳）を対象に、1991年末までに5.69百万人に避妊を実施させることとしている。

栄養プログラムは、1986年に国家食品・栄養委員会で承認され、保健省衛生局栄養課（Department of Health, Nutrition Division）の管轄下で第6次計画が実施され、1987年から1989年の3年間で栄養状態に改善傾向がみられ、特に第2級及び第3級栄養失調が激減していることがわかる。主な栄養障害はヨウ素欠乏障害、鉄分欠乏、栄養過多があげられ、特にバンコック市内では、脂肪、炭水化物等を必要以上に摂取することで肥満症となり、糖尿病、心臓病等を引き起こす例がみられる。

伝統医学は、国公立医療施設の14伝統医学病院（167床）及び950伝統医学診療所で実施されており、また伝統医薬品については国立衛生研究所で、駆虫剤、赤痢治療薬、下痢、皮膚感染症治療薬、糖尿病治療薬等の製剤化の研究が行われている。

現在の医療情報の収集は、保健省が医療情報（保健医療計画及び各プロジェクトの実施状況、保健医療予算、疾病状況、医療従事者及び施設状況、健康保健情報）の収集を実施している。これら医療情報は月次報告、四半期報告、年次報告の3種類の報告方法がある。本編の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 工業化による衛生環境の悪化
- ② マラリア、結核等途上国特有の疾病と、ガン、循環系疾患等先進国に多くみられる成人病疾患の混在
- ③ 地方の栄養失調と都市部の栄養過多など地域格差の拡大

第8編 関連法令では、同国薬事法及び社会保険制度法の概要について紹介する。

第 2 編 衛生行政

第2編 衛生行政

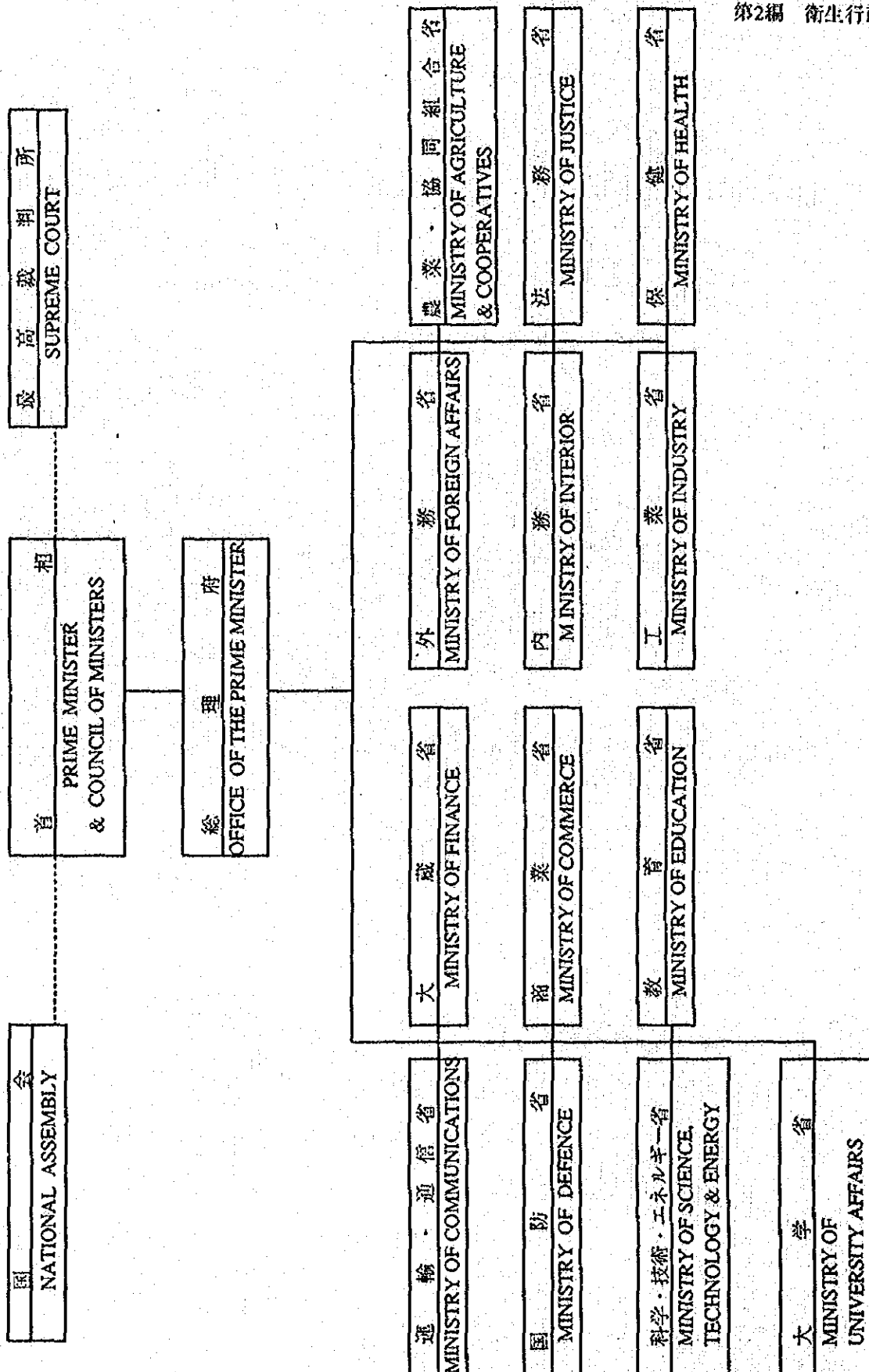
2-1 行政組織

1) 中央行政組織及び組織図

タイ王国（以下、同国という）は、国王（ラーマ9世王）を元首とした立憲君主国である。立法を司る2院制の国会（National Assembly）、司法を司る最高裁判所（Supreme Court）、行政を司る内閣（13省）からなり、中央行政の中心は総理府である。同国政府機構図を図2-1に示す。

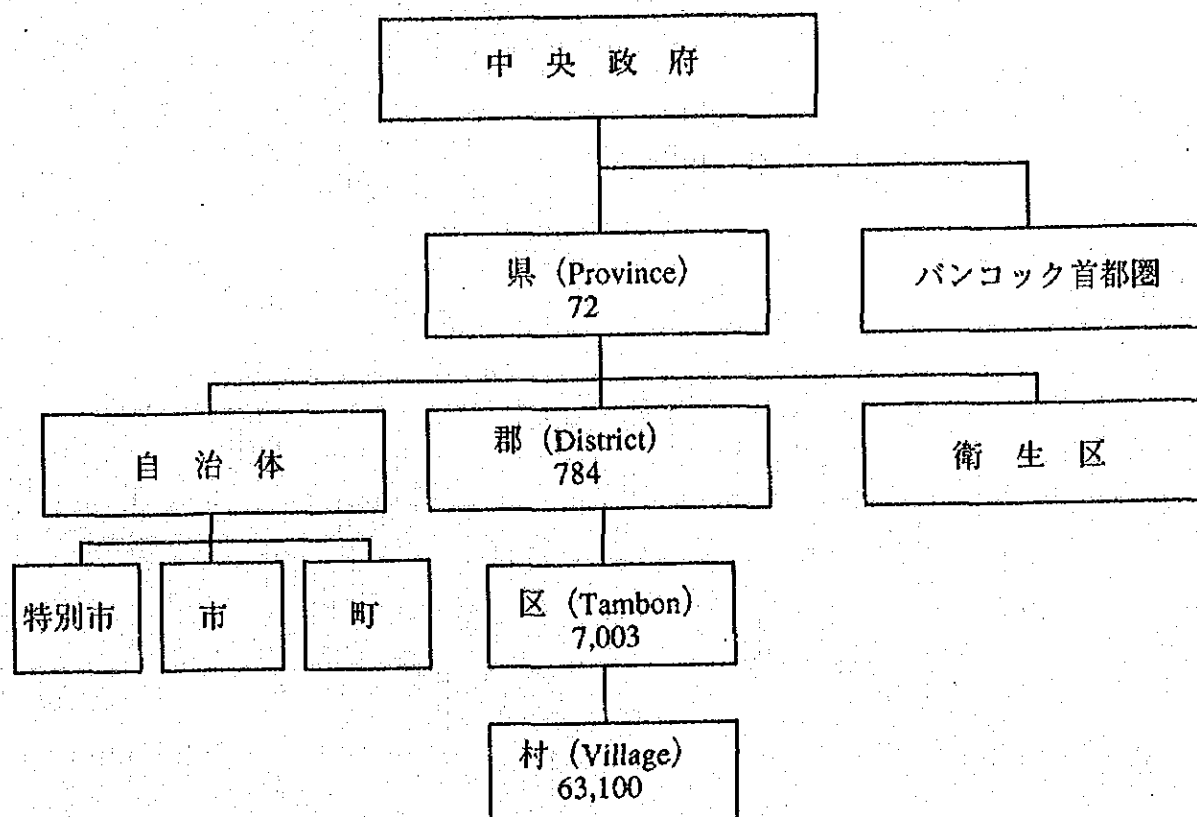
2) 地方行政組織及び組織図

1991年現在の同国の地方行政区分は、4地域（Region）に区分けされ、さらに73県（Province）、784郡（District）、7,003区（Tambon）、63,100村（Village）からなる。人口密集地区には、特別市、市、町の3種の地方自治体が設けられている。県知事と郡長は、内務省（Ministry of Interior）で推薦され、内閣の承認後、国王によって任命される。ただし、バンコック首都圏知事は公選（1985年より）により選出される。同国地方行政組織を図2-2に示す。



出典：開発途上国の行政・省庁組織図 第1分冊アジア・オセアニア地域 平成元年 国際協力事業団

図2-1 タイ国政府機構図 (1988年)



出典：THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

図2-2 タイ国地方行政組織 (1991年)

2-2 衛生行政組織

1) 中央衛生行政組織及び組織図

同国保健省 (Ministry of Public Health) の組織は、保健大臣の下に副大臣、次官及び大臣秘書室がおかれ、次官室及び医療サービス局、衛生局、伝染病管理局、医科学局、食品医薬品局の5局が各々の所管事項を担当している。保健省組織を図2-3 (1) 及び2-3 (2) 保健省組織図 (和文/英文) に示す。

次官室は4局17課1室あり、次官の下に4次官補があり、それぞれ政策計画、人材開発、衛生管理サービス、管理の4局を担当し、次官は大臣及び副大臣を補佐するとともに、次官室以外の5局の調整を行っている。さらに、次官は、72県の衛生行政を、各県保健衛生事務所長の協力を得て監督管理している。

医療サービス局は非伝染病に対する保健医療サービスを提供しているとともに、理学診療分野及び精神障害診療分野でのサービスの提供、医学教育及び博士号の授与、海外研修員の派遣等を担当している。

衛生局は全国レベルでの予防医学、治療医学を中心に、栄養、家族計画、学校保健、歯科、公衆衛生、上下水道、食品衛生及び労働衛生を担当している。

伝染病管理局はエイズ、性病、マラリア、ハンセン病、結核及びフィラリアといった伝染病の予防、管理及び予防接種の実施も担当している。

医科学局は全国9カ所にある地域医学センターを管理するとともに、同国における医療施設に付帯する検査部門を含め、予防、治療に必要な検査サービス及び医学研究の指導、管理を実施している。

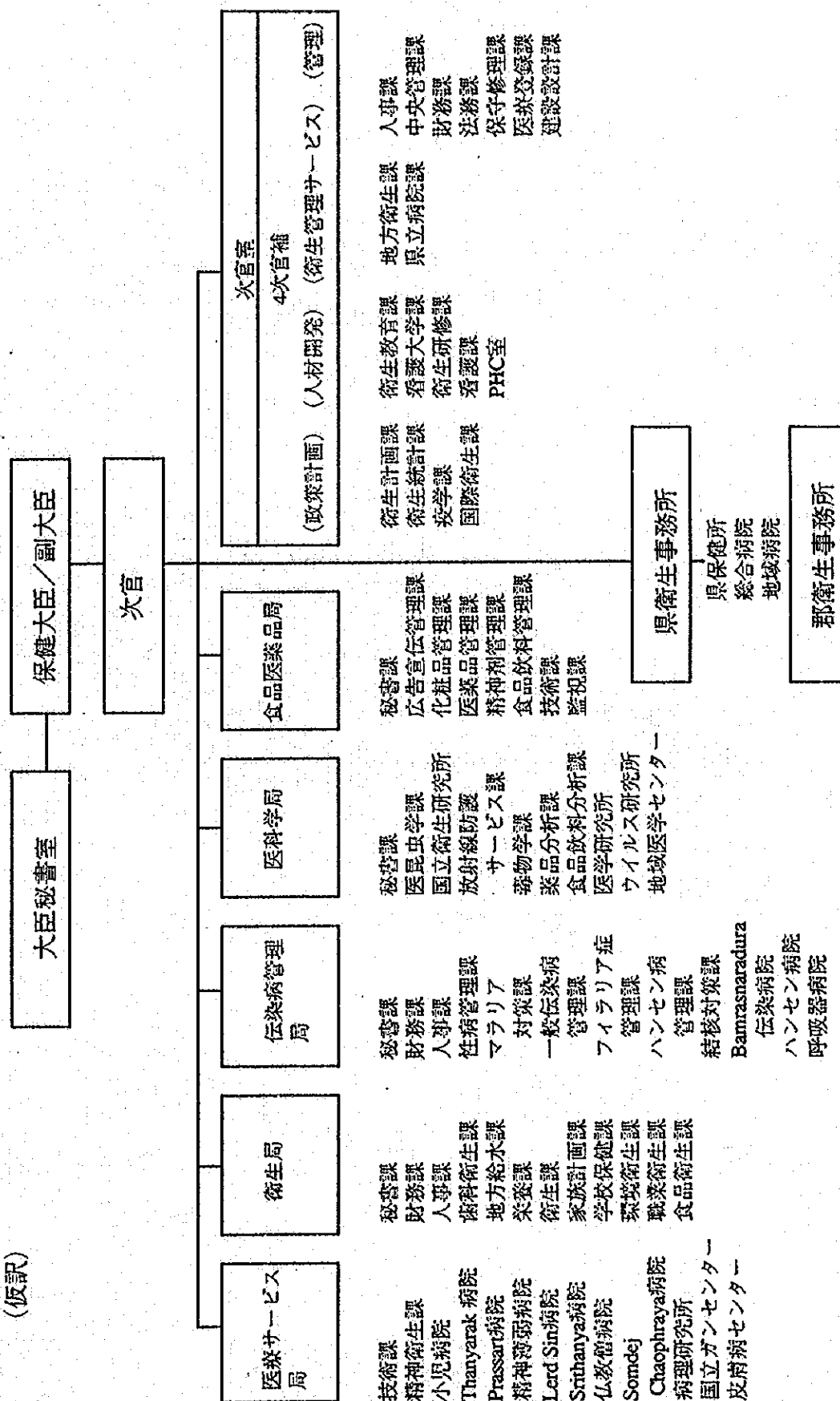
食品医薬品局は食品、医薬品、化粧品、毒物、医療用具等の取締りを実施している。なお、これら各局は、県衛生事務所の各部門の下部組織と連携し、技術的な援助を実施している。

さらに、保健省は国立医薬品工場を有し、民間医薬品製造会社と競合しながら、医薬品を製造及び供給している。

なお、PHCについては、保健省内の各部門と協力して実施しており、また、上下水道などの環境衛生分野は他の省庁との協力で実施している。

環境行政については、1957年に国家環境保全法を制定し、同法に基づき、環境庁 (ONEB) を設立し、本格的な取組みを開始したが、近年の著しい都市化、工業化が引き起こす環境問題は、現在の環境庁の人的、物的体制では的確に対応できない状況にあり、1983年、環境研究研修センター設立計画を策定し、わが国に対して、無償資金協力及びプロジェクト方式技術協力の要請をしている。

(仮記)



出典：HEALTH IN THAILAND, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

図2-3 (1) タイ国保健省組織図 (1991年)

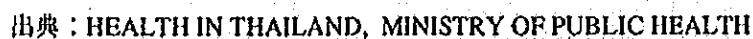


図2.3 (2) タイ国保健省組織図 (1991年)

2) 地方衛生行政組織及び組織図

72県に県衛生事務所 (Provincial Health Office : PHO) があり、事務所長として県知事により任命された県首席医務官 (Provincial Chief Medical Officer : PCMO) が県立病院、医療施設等の県レベルの地方衛生行政を司る。

各郡の衛生行政は郡衛生事務所 (District Health Office : DHO) が司る。各県知事が管理、監督し、実務は郡衛生事務所長が行なっている。さらに7,003区のほとんど全ての区にヘルスセンター (Health Center) が1カ所あり、助産婦及び看護婦が最低各1人常駐し、病気、怪我の診断治療、出産介助、予防接種、栄養指導、家族計画、環境衛生等の業務を行う。また郡立病院もしくは県立病院と連携し、PHCプログラムを実施し、地方医療の中心的存在となっている。

3) 学校衛生行政

同国の学校衛生対策プログラムは保健省が管轄しており、学校衛生、衛生教育及び教育環境の整備等の活動を行っている。学校保健衛生対策プログラムの内容は、学童の健康診断、予防接種、衛生教育、学校の衛生設備の整備及び学校給食である。現在の学校保健衛生の問題は、貧困と衛生知識の低さに起因しており、虫歯、栄養失調、皮膚病、寄生虫症、耳炎等が多い。これら学校衛生に関する問題は、子供の健康管理のみならず、教育システム全体にもかかわっている。

1990年現在、31,394の小学校 (児童数670万人) と、1,776の中学校 (学生数160万人) があり、各地方の保健事務所が学校衛生行政を担当し、小学校の98%、中学校の89%を網羅しているが、未だ各種疾病の罹患率が高い。

1990年、国家初等教育委員会 (National Primary Education Commission : ONPEC) は、保健省と連携して、全国の小学校児童を対象に、県立病院、郡立病院及びヘルスセンターで児童に対する医療サービスを実施している。

第6次国家保健医療5カ年計画 (1987年-1991年) 終了時の1991年の学校衛生対策は、次の通りである。

1. 小学校、中学校の学校衛生サービスの改善及び拡大
2. 栄養失調の児童及び学生に対する栄養補給
3. 保健省の医療ネットワークと国家初等教育委員会 (National Primary Education Commission : ONPEC) が協力し、小学生に対する無料の医療サービスの提供

4) 労働衛生行政

保健省は、現在の経済社会の成長を維持するのに必要な労働者の健康の増進及び健康管理を目的とした保健医療プログラムを、1987年から1991年にかけて25県を対象に実施した。この労働者保健医療プログラムは、労働者2,950万人を対象に、労働者の健康の増進及び労働災害による疾病、負傷の予防を目的としている。2,950万人の内訳は、66%が農業従事者、11%が工業従事者、残りの23%が公務員及びその他である。1985年から1988年の保健省の調査では、工場や建設現場での手足の負傷、皮膚炎、マラリア、聴覚障害等が多く

みられる。また、農業従事者には殺虫剤による影響が出ている。

労働災害で最も多い負傷は、指の負傷であり、また、産業別では製造業が全体の80%以上を占める。1988年の労働災害による箇所別負傷状況を表2-1に、また、1988年の労働災害による産業別負傷状況を表2-2に示す。

現在、保健省は地方衛生行政レベルでの労働保健医療プログラムを策定し、第1プロジェクトは36県2,000社を対象に実施し、第2プロジェクトは東北部の17県を対象に実施する。労働保健医療プログラムの方針は、次の通りである。

1. 労働保健衛生に関する研究の推進を強化する。
2. 殺虫剤汚染、騒音、粉塵、事故等の監視体制プログラムを推進する。
3. 経営者、従業員の衛生教育を実施する。
4. 労働災害の啓蒙を行う。
5. 地方の中小企業、農民に対する労働保健医療プログラムを拡大する。
6. PHCの考え方に基づいて、労働者が自らの健康を守るための活動により深く関与するように仕向ける。
7. 政府及び民間の協力体制を強化する。

2-3 国家開発計画

1) 国家開発計画の概要

1962年に開始された第1次国家経済社会開発5カ年計画（1962年-1967年）に引き続き、5カ年ごとに順次開発計画が策定されている。第6次国家経済社会開発5カ年計画（1986年-1991年）策定後は、順調な経済成長を背景に、1988年6月現在の経済成長率は、当初目標の5%を大幅に上回り、7%に達した。現行の第7次5カ年計画（1991年10月-1996年9月）では、安定的経済成長の継続、地域間経済格差や貧困の差を緩和するための公平な所得の配分、人材の育成、生活の質の向上、さらに、環境及び天然資源の開発が主要原則として掲げられている。

2) 保健医療計画

1962年以降、30年間にわたる累次の国家経済社会開発5カ年計画は、国民の生活、健康面など多方面で大きな影響を与えた。保健省は、従来からの目標であったHEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000（HFA/2000—西暦2000年までに全ての人に健康を）の目標年度を西暦1996年に変更し、1992年から開始される第7次国家保健医療5カ年計画（1992年-1996年）を策定した。なお、第7次国家保健医療5カ年計画（1992年-1996年）を策定するにあたり、この30年間で変化した国内の保健医療の現状を再確認する意味で、次の8項目にわたって問題を提起している。

1. 人口統計上の変化

人口政策と家族計画プログラムの実施の結果、人口増加率が減少し、年齢3区分人口構成において、年少人口が減少し、生産年齢人口、老年人口が増加する変化が生じた。また、地方の、特に農業従事者が都市へ流入して、近代的な産業への就業に

移行するなど、人口の地域間移動の傾向がある。

2. 社会、経済、文化、政治及び環境面での変化

同国はこの20年間で急速な経済成長を遂げたが、富裕層と貧困層、都市部と地方の所得格差は逆に広がっている。また、消費行動、競争社会、核家族化等、社会的変化により、暴行、精神障害、麻薬、犯罪等の社会問題を引き起こしている。一方、交通事故、エイズ、公衆衛生対策、労働衛生対策及び消費者保護といった複雑な問題に取り組む必要性も生じている。環境面では、都市部での環境汚染、農村部での有害化学物質による健康への影響、森林の減少等の問題が生じている。

3. 国民の健康状態の変化

各保健医療統計によると、都市部と地方の地域格差に大きな問題が生じている。バンコック及び中部地域では幼児及び妊産婦の死亡率が低下している一方で、北部及び東北部では、依然として幼児死亡率が高い。しかし、平均寿命は上昇しており、同国国民の健康状態が改善されていることを示している。過去10年間の疾病発生の傾向は、伝染病、栄養障害といった貧困者にみられる疾病が減少した反面、心臓病、高血圧、ガン、精神障害等が増加している。さらに、今後注目すべき問題として交通事故、自殺、麻薬中毒、エイズがあげられる。

4. 国民の公衆衛生への参加と自助努力

過去10年来、国民のPHCへの参加が期待されてきたが、参加の度合は依然として低い。今後は、国及び地方レベルでの保健医療分野におけるNGOの活動を活発化する必要がある。自助の観点から伝統医学等のヘルスケアを見直す必要がある。

5. 医療資源

保健予算は高い伸び率を示しているが、これに対して保健支出も急激に増大している。また、医療従事者数も都市部と地方の格差が増大する一方である。これは医療従事者が流出する民間医療施設の多くが都市部にあるためである。

6. 保健医療サービス

過去20年間にわたって、保健医療サービスの分野におけるインフラストラクチャー全国を同レベルにするべく整備がすすめられている。しかし、ヘルスセンター及び郡立病院の医療レベルは決して満足のいくものではない。さらに、レファラルシステムとして必要な国公立医療施設と民間医療施設の連携も十分ではない等の問題がある。最近の動きとして、社会保険制度法 (Social Security Law) を導入した。この法律は200万人の労働者を対象に医療保険制度を実施するもので、将来的には約3,100万人 (国民の56%に相当) にまで対象拡大しようとするものである。

7. 衛生行政

衛生行政には解決すべき数多くの問題がある。例えば、疾病予防対策と健康増進策の連携が取れていないこと、保健医療情報システムがうまく機能していないことにより、地方の状況が把握できず、適切な対策がとれていない。特に県レベルでは、命令系統が確立されておらず、さらに保健省と他の省庁との連携が取れていないことにより、環境衛生、エイズ対策等が効果的に実施されていない。また、法律面に

においても逐次変化する社会状況に合った改善がなされていない。

8.医療技術

地域格差の問題は医療技術の面でも顕著であり、都市部と地方の格差は非常に大きい。高コストの医療技術は医療費の高額化につながり、また、輸入された技術の利用は医療の営利事業化、過剰診療の流れを強める。医療技術のアセスメント、適正技術の利用が国民の利益を守るために必要である。

以上の問題点を踏まえ、次の第7次国家保健医療5カ年計画（1992年-1996年）では、特にPHCを重要視し、次の7項目について達成方針を掲げている。

1. 国民が最低限必要な生活レベルの向上を図るために、研修により全てのレベルにおける医療従事者の保健医療に関する知識及び医療技術のレベルを上げる。
2. PHCの質の向上を目指す上で公的医療施設及び民間医療施設の各責任者が協力し参加することで国民健康保健の現状、問題点を把握し、解決する。
3. 政府及び地域の責任者が研修及び各種プログラムを通じて意志の疎通を図り、PHCの問題点を解決する。
4. 村及び地域レベルの責任者が意見交換等を行い、地域住民の健康保健に関する問題点を解決する。
5. PHCの実施に必要なボランティア、主婦への研修プログラムを実施し、知識及び技術を向上させる。
6. 地域の病院、学校、寺等、将来PHCの実施機関となりうる組織に対し援助を行い、また地域の責任者への研修を行うなど、地域主導の研修体制を整備する。
7. 地域で効果のある伝統医薬品、技術を活用し、PHCに組み込む。

2—4 保健医療の援助要請と受入れ体制

(1) 援助要請機構

i) 無償資金協力、技術協力

総理府技術経済協力局（Department of Technical and Economic Cooperation, the Prime Minister's Office : DTEC）が援助要請案件の取りまとめを行っている。DTECは、委員会（Sub-Committee on Technical Cooperation Plan）に諮った後、援助国に正式要請を行う。なお、研修員派遣及び専門家受入れの要請は、委員会に諮ることなく、DTECにより直接要請できることになっている。わが国の対タイ技術協力及び無償資金協力の新規案件は、毎年バンコック、東京の交互で開催されている年次協議において決定される。

ii) 借款

国家経済社会開発庁（National Economic and Social Development Board : NESDB）が借款要請の取りまとめを行っている。大蔵省が援助国政府または援助機関に対し要請を行い、借款条件等の交渉を行う。また、各年度に借り入れる借款金額は大蔵省が中心となって取りまとめるが、その決定は、大蔵大臣を議長とする対外借入委員会（Foreign Loan

Committee)で行われる。対外借入委員会の構成メンバーは、大蔵大臣、同副大臣、同次官、同担当局長、NESDB長官、予算庁長官、中央銀行総裁である。

2) 日本を除く諸外国、国際機関、NGOの援助動向

(1) 国際機関 (以下、金額単位は米ドル)

i) WHO

WHOに加盟したのは1947年9月であり、WHOの協力は1947年に、医療従事者8人に対する奨学金援助及びマラリア対策への助言から開始された。

1981年以降、地方分権政策により地方自治体へ保健予算の配分を開始したことに対応して、WHOはHEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000 (HFA /2000 (西暦2000年までに全ての人に健康を)) を目標とした地方分散化運営システム (Decentralized Management System : DMS) を策定し、WHOの技術協力の再構築を行った。また、WHOの代表が委員になっているRTG/WHO執行委員会は、各医療関連プロジェクトを運営する責務と、DMSに沿って各地方プロジェクトに予算を与える権限を有している。

なお、WHOの援助額は1986年-1987年450万ドル、1988年-1989年500万ドル、1990年-1991年530万ドルに上っており、エイズ、マラリア等各感染症の対策、家族計画、EPI等ワクチンの普及等、保健医療のあらゆる分野で協力している。

ii) UNFPA

UNFPAは1987年から1990年までに、無償資金協力分野で総額約200万ドルの援助を行っている。

iii) UNICEF

UNICEFは1987年から1990年までに、無償資金協力によるPHC、EPIプログラム、地方上水道整備プログラム及び栄養改善プログラムの各分野で総額約200万ドルの援助を行っている。

(2) 諸外国

i) アメリカ

アメリカは、1950年に締結した第1回経済技術協力協定に基づき世銀グループと共に援助活動を開始したが、1950年当時はアメリカが中心となって援助しており、1960年代の同国の経済発展は、アメリカの援助の主要項目であった道路網の整備、発電能力の拡充などインフラストラクチャー整備の進展によって支えられてきたといえる。アメリカの援助形態は無償資金協力及び技術協力の割合が高く、借款の比率が低い。1981年-1986年のUSAIDの援助の重点項目は貧困及び地域格差の是正におかれ、医療分野では農村地域の家族計画及び医療サービスの向上に関するプロジェクトの実施である。

ii) 旧西ドイツ

旧西ドイツの援助は、技術協力と無償資金協力による贈与が中心となっている。大規模援助プロジェクトは農業及び人的資源開発を重点としており、保健・人口、計画・行政分野に対する援助が行なわれている。なお、1987年には、農村、医療支援を目的として5,200万ドルの援助を実施している。

iii) その他

オーストラリアが無償資金協力を中心に援助を実施しているほか、ベルギー、デンマーク、フランス、イスラエル、オランダ、シンガポール、イギリスが、援助を実施している。

3) 日本の援助動向

緊密な歴史的関係と経済的・地理的重要性により、同国は、わが国の最重要援助国の一つに位置付けられている。無償資金協力は減少の傾向にあるが、有償資金協力及び技術協力の進展により、支出純額の合計は増加している。1991年のわが国のODA実績を表2-3に示す。

(1) 無償資金協力

わが国の無償資金協力は1970年に開始され、それ以降、1973年を除いて、継続的に協力が行われている。1983年には交換公文ベースで144.20億円を供与し、援助国中第1位の供与額となっていたが、近年は減少している。1989年には95.41億円（第4位）を供与し、1989年までの累計は1,400.27億円となった。同国はバングラデッシュに次いで第2位の受取国となっている。

(2) 技術協力

技術協力の実績（JICAベース）は、1989年までの累計で研修員受入れ8,179人、専門家派遣3,523人、調査団派遣7,063人、青年海外協力隊派遣144人、プロジェクト方式技術協力52件、開発調査138件である。経費総額の累計は841.52億円となり、第2位の供与額となっている。

(3) 有償資金協力

同国はインドネシア、インド、中国、フィリピンと並ぶ大口の受取国であり、1989年までの累計は8,330.11億円で第5位である。エネルギー、運輸、通信等の経済インフラストラクチャー及び農業など生産セクターへの協力を重視している。

(4) 国立衛生研究所及び公衆衛生プロジェクト

i) 国立衛生研究所プロジェクト

- 1.R/D署名日 : 1985.4.19 (延長) 1990.7.31
- 2.協力期間 : (R/D) 1985.8.1~1990.7.31

- (延長R/D) 1990.8.1～1992.7.31
- 3.所在地 : ノンタブリ県、ノンタブリ
- 4.先方関係機関 : 保健省医科学局、国立衛生研究所
Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health (DMS)
- 5.わが方協力機関 : 国立予防衛生研究所、大阪大学微生物病研究所
(財団法人) 阪大微生物病研究会
- 6.要請の背景 : タイ国に流行する各種感染症、胃腸疾患、寄生虫症に対処するため、同国は衛生研究活動を行う研究機関の設立を計画し、わが国に無償資金協力及び技術協力を要請した。無償資金協力により建物(1986年末完成)、機材を供与。技術協力は1985年8月から5年間実施し、初期の目標はほぼ達成したが、研究者の研究をさらに推進するために、更なる日本側の協力が必要との認識から、協力期間を延長するに至った。
- 7.目的・内容 : 1) タイ国に流行する感染症に係る研究能力の向上。
2) 感染症制圧に必要な生物製剤の研究開発。
3) 各部門間共同利用施設の体制強化。
- 8.他の経済協力との関係(無償・有償・個別専門家派遣・その他)
: NIHの建物(無償: 1984年度24.5億円、1985年度14.6億円)
- 9.評価 : 協力期間5年を終了し、ウイルス、細菌、真菌、マイコプラズマ等の各部門の研究は定着し始めている。特にロタ・RSウイルス分離と組織培養の基礎基盤技術は確立した。風疹、狂犬病、百日咳、JEワクチンの分野における基礎技術の導入は確実に進展している。

ii) 公衆衛生プロジェクト

- 1.R/D署名日 : 1991.4.10
- 2.協力期間 : 1991.9.1～1996.8.31
- 3.所在地 : 東北タイ(コンケン県)
- 4.先方関係機関 : 保健省次官室健康政策課、農村保健課PHC室
(Ministry of Public Health, Office of Permanent Secretary Health Planning Division/Rural Health Division)
- 5.わが方協力機関 : 厚生省
- 6.要請の背景 : タイ国公衆衛生分野への協力は、1976年から1984年まで、地域の保健活動の向上を目的としてチャントブリ県においてプロジェクト方式技術協力を実施した。一方、1982年から1989年まで、バンコック郊外に無償資金協力で建設したプライマリーヘルスケア訓練センターを拠点として、人材養成を目的としたプロジェクト方式技術協力を実施した。しかしながら、同国の保健医療環境は疾病構造の変化等により新たな問題に直面している。これら問題の解決のために、

JICAからオフー方式による公衆衛生プロジェクトを形成すべく、平成元年から3次にわたり調査団等を派遣し、国別援助実施指針等をも踏まえ、協力の可能性につきタイ国側関係者との協議及び調査を続け、平成3年4月にR/Dを締結し、同年9月から協力を実施することとなった。

7.目的・内容 : 東北タイにモデル地域を設定し、同地域内の現行の保健医療サービスの実態と問題点、及び疾病構造を把握し、望ましい保健医療システムを立案することにより、第8次国家保健計画（1997年～2000年）の策定に資するために以下の活動を行う。

- 1) PHC活動の質の向上
- 2) 地域保健サービスの強化
- 3) FP/MCH活動、感染症等の連携プログラムの運営強化
- 4) アクションリサーチの実施
- 5) 上記分野の人材育成等

8.他の経済協力との関係（無償・有償・個別専門家派遣・その他）：なし

9.評価 :

2-5 問題点

同国保健省は、1992年から開始される第7次国家保健医療5カ年計画（1992年～1996年）で、この30年間に变化した国内の保健医療の現状を再確認する意味で、次の8項目にわたる問題点を提起している。概要は本編2-3の通りであるが、本章では問題点の要点を紹介する。

- ① 生産年齢人口、老年人口の増加及び都市部への人口の流入
- ② 富裕層と貧困層への分化、都市と地方の所得格差の拡大、犯罪等社会問題及び環境の悪化
- ③ 都市部における成人病の増大、地方に残る感染症
- ④ 国民の保健医療に対する関心の低さ及び伝統医学関連医療サービス体制の未整備
- ⑤ 保健予算の増大による国家予算への影響、医療従事者の民間医療施設への流出
- ⑥ 地方の保健医療サービス分野のインフラストラクチャー（電気、給排水）の未整備
- ⑦ 各プロジェクトの連携不足、保健医療情報システムの未整備、保健省と他省の連携不足など保健医療行政上の問題
- ⑧ 医療技術の地域格差

第2編 参考資料一覧表

章	資料名
2-1	開発途上国の行政・省庁組織図 第1分冊アジア・オセアニア地域 平成元年 国際協力事業団 東南アジア要覧1991年度 1991年8月 東南アジア調査会 THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
2-2	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
2-3	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
2-4	東南アジア要覧1991年度 1991年8月 東南アジア調査会 わが国の政府開発援助 下巻 (国別実績) 1991年 外務省 経済協力局 保健医療協力プロジェクト 概要表 平成4年1月1日 国際協力事業団 医療協力部 THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
2-5	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

第3編 試験研究機関

第3編 試験研究機関

3-1 試験研究機関

同国の試験研究機関の管理は従来、保健省医科学局が行っており、中央及び国内各地において食品、医薬品、毒物の試験、検査、検定及び医療に必要な試験、検査に責任を持ち、微生物学、薬用植物学、医昆虫学の研究を行っている。また、生物学的製剤の管理及び放射線障害防止サービスも担当している。

医科学局の施設の中から、国立衛生研究所 (National Institute for Health : NIH)、ウイルス研究所 (Virus Research Institute)、放射線防護サービス課 (Radiation Protection Service Div.)、医昆虫学課 (Medical Entomology Div.)、毒物学課 (Toxicology Div.)、食品飲料分析課 (Food & Beverage Analysis Div.)、薬品分析課 (Drug Analysis Div.) について紹介する。

1) 国立衛生研究所 (National Institute for Health : NIH)

本研究所はまん延している各種感染症、胃腸疾患、寄生虫症に対処する目的で、わが国に無償資金協力及び技術協力を要請し、これを受けて1986年に完成した国立衛生研究施設である。本研究所の目的及び内容は次の通りである。

1. 感染症に係る研究能力の向上
2. 感染症制圧に必要な生物学的製剤の研究開発

本研究所は11研究部門 (ウイルス学、細菌学、真菌学、寄生虫学、免疫学、生物学的製剤開発と管理、医昆虫学、薬用植物学、環境衛生学、食品の医学生物学的研究、薬理学) と4施設 (科学機器センター、RIセンター、バイオハザード、動物実験センター) よりなる。免疫学、環境衛生学、動物実験センターは新設機関で、細菌学、真菌学、寄生虫学は旧臨床病理部より独立した。

2) ウイルス研究所 (Virus Research Institute)

本研究所は1963年に設立された。中心となる業務はウイルスの基礎研究と応用研究である。具体的には次の通りである。

1. 臨床より得た資料を分析研究し、予防、診断、治療に役立つ情報の提供
2. ウイルス病の疫学的研究
3. 地方研究機関との連携
4. 簡単な検査キット及びワクチンの開発
5. 国立WHOインフルエンザセンター、国立WHOウイルス性肝炎研究所、国立WHO狂犬病ウイルス協力センター及び国立WHOポリオセンターとしての機能

現在はデング熱、狂犬病、ポリオ等の各種検査・研究、及び検査技師の研修を実施するとともに風疹、デング熱等のテストキットの生産も行っている。

3) 放射線防護サービス課 (Radiation Protection Service Div.)

放射線防護サービス課は、同国保健省管轄下で唯一の放射線防護に関する機関である。1973年に東南アジア地域の第2級線量検査所WHO協力センターに指定され、国際エネルギー委員会の会員として、次の業務を行っている。

1. 放射線機器の登録業務
2. 診断用放射線機器の稼働評価
3. 放射線施設の設計
4. 放射線治療機器の検査
5. フィルムバッジのモニタリングサービス
6. 線量調整サービス及び調整証明書の発行
7. 放射線治療機器の熱ルミネッセンス線量計 (TLD) による線量当量測定
8. 放射線治療に必要なラジオアイソトープの品質管理

また、研究活動は、次の通りである。

1. 医用高エネルギープロトン、電子線ビームの調整
2. 同国電圧規格の放射線機器へのTLD線量当量測定
3. 放射線治療計画プログラムの開発
4. コンピューターによるTLDのデータ解析

その他、放射線医師、放射線技師を対象とした研修も実施している。

4) 医昆虫学課 (Medical Entomology Div.)

医昆虫学課は1968年に創設され、主要業務は疾病媒介昆虫及び関連分野の研究で、試験・検査業務は少ない。疾病媒介昆虫の生態学的・生物学的研究、昆虫の薬剤耐性の調査、殺虫剤の試験及び開発、化学的及び生物学的昆虫防除法等の研究を行っている。研究対象としては蚊が最も多いが、ノミ、シラミ、ダニ、ゴキブリ等についても研究している。

1985年現在、人員は49人（医師1人、昆虫学者12人、技術者3人、昆虫採集者21人、その他12人）である。

5) 毒物学課 (Toxicology Div.)

毒物学局は1974年に独立した課として昇格した。主な業務は次の通りである。

1. 中毒事故発生時、医師の診断あるいは法医学的検証のための化学的、物理学的、微

生物学的方法による毒物の検査

2. 化粧品、家庭用品あるいは玩具等の有害物質や有害微生物の検査
3. 動植物中に含まれる毒物の検査
4. 有害物質の検査方法の研究
5. 検査方法の標準化、医学関係試験室の技術者の養成訓練

1985年現在、人員は30人（化学者11人、薬学者7人、技術者3人、その他9人）である。

6) 食品飲料分析課 (Food & Beverage Analysis Div.)

食品分析は1941年頃に開始され、当時は油脂類、保存剤、水の化学的検査等が行われていた。1951年当時は保健省医科学局で食品添加物、乳製品、飲料等の検査及びバンコックとトンブリ両市の水道水の安全性検査等が行われていたが、1973年に同局の発足に伴い、検査対象は食品全般に拡大され、食品の品質と安全性を保証するための検査及び研究が行われるようになった。1985年現在は、最新の機器と技術を導入して添加物、異物あるいは有害物質の検索、研究を実施している。国際機関や外国の技術援助により、最近、技術者の能力も著しく向上した。食品検査に関するReference Laboratoryの役割をもち、国内の試験検査室の管理指導を行い、全国的に同じ水準の検査ができるように努力している。また、地方機関の技術者、食品製造業者、輸出業者等に対し食品の取扱い及び安全性確保のための技術研修も行っている。その他外国の研修生の受入れ、国際機関との協力も行っている。

1985年現在、人員は121人（食品分析技師80人、試験室補助者8人、その他事務職員11人を含めて33人）である。

7) 薬品分析課 (Drug Analysis Div.)

1952年に設立された。主要業務は次の通りである。

1. 国内のすべての医薬品、医療材料、無菌製剤容器、麻酔剤及び向精神薬の分析
2. 国内製薬会社の品質管理の指導監督
3. 全国の試験所、検査室における薬品分析法を標準化するための指導
4. 同国薬局方の制定
5. 医薬品、麻酔剤及び向精神薬に関連する法的取扱指針の設定
6. 医薬品分析に従事する技術者の訓練
7. 医薬品分析に関連ある国内及び国際機関への協力

同課は、UNDPとWHOによるASEAN標準品設定のための情報協力センターの役割も果たしている。

1985年現在、人員は129人（薬品分析技師86人、技術者9人、電気技師1人、試験室補助者4人、その他29人）である。

3-2 地方試験研究機関

地方における保健医療分野の検査活動の歴史は比較的新しいが、現在では各県立病院に臨床検査部があり、微生物、寄生虫、生化学、血液など日常の診断に必要な検査は可能である。日本の地方衛生研究所に匹敵する（ただし、研究活動はほとんど行っていない。）地域医学センターが全国に10施設あり、各地域の臨床試験・検査を実施している。

1) 地域医学センター

1977年、東北地域のNakorn Ratchasima 地域医学センターが保健省医科学局の管轄下で設立された。当初はNakorn Ratchasima 県立病院の検査室において、共同で業務を行っていた。その後1983年に機構が改められ、正式に地域医学センターとして独立した。1984年には、5施設（南部、北部2か所、東部、東北部）が新設され、その後、さらに4施設が設立され、1990年現在、10施設の地域医学センターがある。

現在の業務は臨床病理検査、食品及び医薬品の安全性に関する検査、並びに毒物検査の実施である。10施設の地域医学センターのうち、4つの地域医学センターの概要を紹介する。

i) Chiangmai 地域医学センター（北部）

本センターは、1975年から地方衛生部庁舎を利用して細菌学的検査を実施しており、1982年から薬品分析、1983年から食品分析を開始した。1985年当時、独立した庁舎を持っていたのはここだけである。新庁舎の検査室は約800m²と広いが、検査機器の整備が遅れており、また、人員も欠員が多く、検査室の3分の1が空室のままである。1983年10月から1984年11月までの検査実績は、臨床病理8,423件、食品分析519件、薬品分析176件、毒物検査212件である。

ii) Nakorn Ratchasima 地域医学センター（東北部）

本センターは最も早く発足したセンターで、Maharaj Hospital（地域病院）の一部を利用している。1982年まで臨床病理科は同病院の臨床病理部と同居していたが、病院の新築完成に伴って分離した。1985年当時、病院の旧庁舎を利用していたために、検査室は狭く、食品分析、薬品分析及び毒物分析を1室で実施している状況であった。なお、地域医学センター中、注射剤の発熱試験を実施しているのはこの施設だけであるが、温度管理など改善の必要がある。1982年から1984年までの同センターの検査実績では臨床病理検査が最も多く、その他薬品分析、食品分析及び毒物検査を実施している。同センターの検査実績（1982年-1984年）を表3-1に示す。

iii) Songkhla 地域医学センター（南部）

本センターはSongkla県立病院の庁舎の一部を利用している関係で、臨床病理科は病院の臨床病理と同居している。職員数は、技術系17人で、そのうち12人は病院の臨床病理に属している。また、食品及び薬品分析は現在病院の施設内にあるが、近い将来、独立した

検査室をもつ予定である。1983年10月から1984年9月までの同センターの検査実績は、総検査275,794件中、血液検査が最も多く、102,324件で、全体の37%を占め、尿検査が54,044件（19%）、血液化学的検査が45,021件（16%）と続いており、その他寄生虫検査、血清学的検査を実施している。同センターの検査実績を表3-2に示す。

iv) Chonburi 地域医学センター（東部）

本センターはChonburi県立病院の庁舎の一部を利用しているが、1985年現在、臨床病理科以外の部門は業務を開始していない。他のセンターと同じく臨床病理科は病院の臨床病理と同居している。職員数は38人である。職員の中には日本で研修を受けた者もあり、微生物学検査では、かなり高水準の技術をもっている。

3-3 問題点

同国では、都市部における成人病の増大と地方に多く発生する感染症が大きな問題であり、試験研究機関の役割は非常に重要である。しかしながら、予算、人員及び試験・研究機材等の不足で、最近の環境変化に対応できない状況にある。

同国の試験研究機関の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 国立の試験研究施設のほとんどは、過剰な試験検査業務により研究活動が制約されている。
- ② 現在の地域医学センターでは、施設及び人員が不十分のため、十分な検査サービスが実施できない。
- ③ 地域、施設によっては、疾病診断に必要な試験室検査が不十分で、不明疾患として処理されるケースが多い。

第3編 参考資料一覧表

章	資料名
3-1	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月 国際協力事業団
3-2	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月 国際協力事業団
3-3	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月 国際協力事業団

第 4 編 医療施設

第4編 医療施設

4-1 医療施設

1990年現在の同国の国公立医療施設は8,706施設（59,722床）ある。同国の国公立医療施設を表4-1に示す。バンコック首都圏における国公立医療施設としては、1,000～2,300床を有する大学付属病院が5施設、150～500床を有する専門病院が22施設、さらに300～1,000床を有する総合病院が32施設設置されている。代表的な施設としてチュラロンコン大学医学部付属病院の概要を次に紹介する。

1) チュラロンコン大学医学部付属病院

同付属病院の前身は、1947年に他の大学（University of Medical Sciences）内に設立された施設で、1967年に同大学に移設され、付属病院となった。現在は1,200床の総合病院である。同付属病院を管轄する同大学医学部の組織は図4-1の通りで、学部長の下に国際部、企画及び開発部、総務部、教育部、研究部、学生部、また、20の教育部門で構成されている。

4-2 地方医療施設

同国の4地域には、600-1,000床を有する大学付属病院が4施設、500-1,000床を有する17地域病院（Regional Hospital）があり、さらに、72県に150-500床のベッドを有する県立病院（Provincial Hospital）、784郡のうち680郡に10-60床（ただし、90床を有する病院が数カ所ある。）を有する郡立病院（District Hospital）がある。

また、区レベルでは7,874ヘルスセンターがあり、助産婦及び看護婦が通常各1人常駐し、病気、怪我の診断・治療、出産介助、予防接種、栄養指導、家族計画、環境衛生の整備等の業務を行う。

なお、4地方医療施設の概要を次に紹介する。

1) サラブリ総合病院（Saraburi General Hospital/Provincial Hospital）

同国の北部及び東北部地域の入口に位置する同病院は、外科を主体とした医療施設として1951年に開設され、1954年以降、数回にわたる改築がなされた。現在、17診療科で728床、医師48人、歯科医師7人、薬剤師7人、看護婦73人及びその他の職員を合わせ約900人の職員が勤務している県立病院である。CTや超音波診断装置等も十分に稼働しているが、全般的に設備も機材も老朽化しており、特に放射線関係機材では既に使用不可能となっている機材もあった。同総合病院の組織を図4-2に示す。

1991年の統計によると、年間の外来患者は201,516人（705人/日）、入院患者は31,938人で、病床占有率は74.47%である。また、手術件数は年間約8,000件、出産件数は約4,500件を越えている。来院患者で最も多い症状は消化器系疾患で、外来患者全体の24%を占めており、次に腎臓疾患、呼吸器疾患と続く。また、入院患者の傾向は出産が最も多いが、次に交通事故、労働災害事故による患者が多いのが特徴である。原因は同病院が担当する

地域には、岩の採掘場やその他産業の工場があり、交通量も多く、したがって交通事故及び労働災害が多いためである。従来、同病院には満足な設備がなく、それらの対応も不十分な状態であったが、1991年に救急センターが同病院内に建設された。しかし、今も人材及び設備を整備する予算は不足している。さらに、工業地域であることから、近い将来、工場排液及び排煙の有害廃棄物から新たな公害病が現れる恐れがある。

2) サラブリ県立プラブッタバート病院 (Prabutthabath Hospital)

同病院はサラブリ県の県立病院として1956年に設立され、同県内の9区94村を対象として医療活動を実施している。規模は400床で、14病棟、集中治療室(4床)がある。1991年度の平均外来患者数は422人/日、入院患者数が286人/日で、入院患者の滞在日数が平均5日間、病床占有率が72%である。さらに、付属看護学校があり、同校の実習生が同病院で研修を受けている。スタッフ数は次の通りである。なお、同病院の組織を図4-3に示す。

1. 医師	24人
2. 歯科医師	4人
3. 薬剤師	6人
4. 正看護婦	119人
5. 準看護婦	79人
6. 臨床検査技師	2人
7. 栄養士	1人
8. 事務官	8人
9. その他	281人
合計	524人

3) 郡立プラブッタバート病院 (District Hospital)

郡立病院の具体例として、前述のサラブリ県立プラブッタバート病院の管轄下にある病院を紹介する。同病院の組織を図4-4に示す。疾病予防及び衛生、医療サービス、看護、歯科、総務等のセクションで構成されており、主にPHC及び母子保健、外傷等に対する処置を中心に活動しており、複雑な処置を要する患者は県立病院へ移送する体制になっている。その場合には事前に連絡できるよう無線機が備え付けられている。PHC活動を中心としているため、機材は一般放射線撮影装置以外は極めて単純な物に限られている。また予算は国からの予算と、村の協同組合からの予算とで成り立っている。スタッフは医師2人、看護婦8人、それ以外は助産婦がほとんどである。また、助産婦等に対する研修、指導等も実施している。

4) ヘルスセンター (Health Center)

郡立病院下位レベルの施設としてヘルスセンターがある。同センターはPHC及び母子保健活動を中心としており、常時3人の助産婦が駐在している。これらの助産婦は交代で担

当の農家を戸別訪問し、PHCの普及に努めているが、負傷その他の疾病に対する処置が必要な場合には、郡立病院、もしくは県立病院へ連絡する義務がある。すぐに連絡できるよう無線機が備え付けられており、使用状態は良好である。

4-3 医療施設相互の機能の連携

保健省の次官室が管理、監督する72県の県衛生事務所（Provincial Health Office：PHO）の事務所長（Provincial Chief Medical Officer：PCMO）が、県立病院、医療施設を管理し、県レベルでの地方衛生行政を司る。

一方、各郡レベルでは通常、県衛生事務所の事務所長が郡衛生事務所（District Health Office：DHO）を管理、監督する。郡衛生事務所は、郡立病院、7,003区のヘルスセンターを管理、監督する。

このようなレファレルシステムに基づき、県立病院と郡立病院は連携し、PHCプログラムを実施し、地方医療の中心的な役割を果たしている。

4-4 救急医療体制

救急医療体制はバンコックとその他の都市では大きく異なる。バンコックでは警察が災害救助も含めた医療体制を整備しており、警察総合病院（Police General Hospital）が中心的な役割を果たしている。同病院は首都圏救急の情報収集を行う司令センター（Medical Evacuation Center）を持ち、救急患者発生時には同病院もしくは首都圏内の公立・私立病院のベッドを確保し、受入れ体制を整えている。

一方、首都圏以外では内務省地方行政局保安部（Civil Defence Division）が救急医療を担当している。各地方の市民保安部はボランティアを登録しており、必要に応じて医療チームの派遣を行う。

4-5 民間医療施設

1990年現在、民間医療施設は408病院（14,761床）、14伝統医学病院（167床）、13,149診療所、950伝統医学診療所がある。また、民間医療施設に勤務する医師は983人で、医師総数の約10%である。しかし、その中には日常は国公立医療施設に勤務し、時間外に民間医療施設に勤務する医師も含まれている。1988年の同国保健省による国公立と民間の病院数、ベッド数比較調査では、国公立病院数762／ベッド数79,277、民間病院数220／ベッド数9,075と報告されている。国公立と民間の病院数及びベッド数の比率は全体を100%としたときに、それぞれ77.6%対22.4%と89.7%対10.3%となる。同国の医療サービスには民間医療施設より国公立医療機関が主要な位置をしめている。

民間医療施設（1990年現在）を表4-2に示す。

4-6 問題点

同国の医療施設の問題点は、施設が都市部に集中し、地方に少ないことである。また、民間医療施設が比較的整備されているにもかかわらず、国公立病院との連携が取れていないためにレファレルシステムが十分に機能していない。

医療施設に関する問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 都市部と地方の医療施設の設備、医療従事者等の地域格差
- ② 国公立医療施設と民間医療施設との連携不足
- ③ 伝統医学病院の未整備
- ④ 地方医療施設の予算不足

第4編 参考資料一覧表

章	資料名
4-1	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH (財) 国際協力サービス・センター現地調査資料、平成4年3月
4-2	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH (財) 国際協力サービス・センター現地調査資料、平成4年3月
4-3	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH (財) 国際協力サービス・センター現地調査資料、平成4年3月
4-4	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
4-5	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
4-6	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

第5編 医薬品、医療器具、衛生材料

第5編 医薬品、医療用具、衛生材料

5-1 医薬品の供給

1) 製造

国内には190の医薬品製造業者があり、総需要の50%の医薬品を製造している。また、国立の製造公社として国立医薬品公社（Government Pharmaceutical Organization）がある。同公社は1966年に設立され、主な機能は次の通りである。

1. 医薬品製造
2. 国産の原材料等の研究、医薬品の原材料となるものの調査
3. 質が高くコストの安い医薬品の研究
4. 災害・緊急事態用医薬品の備蓄

なお、ワクチンは、1986年の状況では、国立医薬品公社とタイ赤十字社が製造しているが、国内の総需要に対し、BCGで50%、DTPで80%の製造能力しかない。またウイルスワクチンは製造していない。なお、同国の医薬品の分類については第8編で紹介する。

2) 輸入

医薬品輸入は411業者が行い、総需要の50%を輸入している。輸入関税は、抗マラリア薬、ワクチンが非課税であるほかは、通常輸入価格の10~30%の課税率である。

3) 流通

国内で製造された医薬品及び最終製品として輸入された医薬品の市場流通額は、1986年の統計で約86億バーツといわれている。なお、地方における医薬品の流通については1986年当時、全国50,000村の約50%の村で村民が株主となり、500バーツ支払えば必須医薬品を入手できる協同組合方式を採用している。1986年当時の必須医薬品はアスピリン、パラセタモール、スルファジアジン、クロロキン、経口補水塩液等63種類ある。

4) 薬局

1990年現在、国内には2種類（タイプI及びタイプII）の薬局がある。タイプIは全国に3,691カ所あり、薬剤師が常勤している。タイプIIでは、薬剤師は常勤しておらず、全国に5,560カ所ある。

5) 品質管理体制

医薬品の品質管理は国家レベルにおいて保健省食品医薬品局（以下、FDAという）が管理責任を負う。FDAは443人（1988年現在）の職員で構成されており、そのうち約60%の職員が薬剤師であり、約20%が栄養士、その他は法律家及び事務官である。実際の医薬品の品質管理についてはFDAの医薬品管理課及び監視課が担当している。

FDA医薬品管理課は医薬品の製造、輸入及び販売など医薬品全般の管理を行っている。医薬品製造業者は医薬品を製造する際、法律により許認可を得ることが義務付けられており、医薬品管理課が登録及び許可を担当しており、品質管理についても監視計画を策定し、それに基づき国内に流通する医薬品の監視業務にあたっている。

FDA監視課は医薬品製造工場への定期的な立入り検査や市場に流通している医薬品の抜き取り検査を実施しており、医薬品製造基準に沿った製造ができるよう監督・指導している。

5-2 医療用具、衛生材料

医療用具、衛生材料に関する詳細な資料はないが、高度な医療機材を除き、医療消耗品、ベッド等は国内で製造している。また、日本製医療機材の代理店も数多くあるが、国内で使用されている医療機材はアメリカ製もしくはヨーロッパ製が多い。

5-3 問題点

医薬品、医療用具、衛生材料の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 国内で必要とする医薬品の50%を輸入に依存している。
- ② ウイルスワクチンをすべて輸入に依存している。
- ③ 高度な医療機材を製造しておらず、海外製品に依存している。

第5編 参考資料一覧表

章	資料名
5-1	アジア薬事事情 -よりよい相互理解を求めて- 国際厚生事業団 1990年3月 THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
5-2	アジア薬事事情 -よりよい相互理解を求めて- 国際厚生事業団 1990年3月 THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
5-3	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

第 6 編 医療従事者

第6編 医療従事者

6-1 医師数及び配置

1990年の医師総数は11,260人（国公立医療施設9,729人、民間医療施設1,531人）である。また、地域別にみると、都市部が9,777人、地方が1,483人となっている。1986年の統計では、バンコックの医師一人当たり人口は1,407人に対して他の地域は8,799人となっている。首都圏に集中しているのが特徴である。その他の医療従事者の現況を含めた医療従事者数（1990年）を表6-1に、また、各医療従事者一人当たりの人口（1984年-1988年）を表6-2に示す。

6-2 歯科医師数及び配置

1990年の歯科医師総数は1,670人（国公立医療施設に1,430人、民間医療施設に240人）である。また、都市部1,554人、地方116人となっている。1986年のバンコックの歯科医師一人当たり人口は6,598人、他の地域は99,461人で、医師同様、地域格差がある。

6-3 薬剤師数及び配置

1990年の薬剤師総数は3,681人（国公立医療施設に2,099人、民間医療施設に1,582人）である。また、都市部3,492人、地方189人となっている。1986年のバンコックの薬剤師一人当たり人口2,109人に対して、他の地域は78,968人であり、薬剤師数にも地域格差がある。なお、薬剤師助手は1990年の統計で1,601人（国公立医療施設に1,298人、民間医療施設に303人）である。

6-4 看護婦等の数及び配置

1) 看護婦

1990年の看護婦総数は51,091人（国公立医療施設に47,226人、民間医療施設に3,865人）である。また、都市部38,684人、地方12,407人が従事している。1986年のバンコックの看護婦一人当たり人口443人に対して、他の地域は1,684人と地域格差がある。

2) 助産婦

1990年の助産婦総数は10,606人（国公立医療施設に9,991人、民間医療施設に615人）である。都市部2,109人、地方8,497人で、医療従事者の中では、助産婦のみが地方に多い。

3) 看護助手

1990年の看護助手総数は18,144人（国公立医療施設に15,871人、民間医療施設に2,273人）である。都市部に16,234人、地方に1,910人いる。

6-5 その他の医療従事者

1990年の医療に従事するその他の有資格者は14,502人（国公立医療施設に14,366人、民

間医療施設に136人)である。都市部に4,872人、地方に9,630人いる。

6—6 医療従事者の養成制度及び動向

現行の医療従事者養成制度は1988年から開始された。医師及び歯科医師の養成は6年制で、3年間のプレメディカル課程終了後、3年間の臨床教育が行われる。薬剤師は5年間、看護婦は4年間、准看護婦及びその他の医療従事者は2年間の教育である。医療従事者養成状況を表6-3に示す通り、医療従事者養成施設は、保健省の他、次の省が所管している。

MOUA	: Ministry of University Affairs	(大学省)
MOD	: Ministry of Defense	(国防省)
MOI	: Ministry of Interior	(内務省)

なお、医療従事者を目指すすべての者が果たすべき役割として、医療技術の習得のみならず、各地域のPHCの実施を目標としている。各医療従事者養成機関を卒業後、ほとんどが国公立医療施設で医療活動に従事する。

医療技術の向上を図る目的で卒後教育としての再教育プログラムがある。研修期間の違いにより、次の2通りのプログラムとなっている。

1. 医療施設内の短期研修プログラムで、1987年から開始され、年間800プログラムが実施されている。この短期研修プログラムは、4カ月以内の期間で行われる。特に1980年から、保健省は、医療施設の管理者を対象に幹部教育を実施している。
2. 長期研修プログラムは1987年から開始され、医療従事者の生涯教育として長期的な研修プログラムを策定し、1989年までに10,780人に対して研修を実施している。

6—7 問題点

同国の医療従事者の問題点は、他の開発途上国同様、人材不足のため適切な配置ができないこと、特に地方において満足な配置ができないこと等があげられる。

第6編 参考資料一覧表

章	資料名
6-1	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH
6-2	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH
6-3	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH
6-4	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH
6-5	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH
6-6	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH
	タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月 国際協力事業団
6-7	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HELATH

第7編 その他の医療事情

第7編 その他の医療事情

7-1 医療関連基盤

1) 飲料水

1988年の報告では、WHOの飲料水水質基準（1984年）に準拠すれば、調査対象とした飲料水の63%が物理的、化学的に満足できるとされているが、細菌学的には、僅かに26%が基準を満たしているだけである。特に地方の飲料水の水質に問題がある。しかしながら、その後の1989年の調査では、地方の住民の78.25%は安全な飲料水を使用しているとされており、同国保健省は1991年末までにさらに95%に引き上げることを目標としている。1988年現在の飲料水供給方法を表7-1に示す。

2) 衛生設備

1989年9月現在のトイレの普及率は69.57%であり、現在、地方レベルで予算を設け、衛生設備の施工業者の訓練、衛生教育等を実施することで、1991年までに普及率を90%まで引き上げる目標を策定している。

3) 河川

河川の水は、特に地方においては飲料水に使用されるのをはじめ産業用、漁業等にとって重要な水源である。1988年、全国48河川中、中部を流れる6河川の244ケースのサンプリング検査の結果、著しく汚染されていることが判明した。その原因は家庭からの排水による汚染70%、産業用排液による汚染25%によるものとされている。

4) 大気

1989年の大気の状態の調査で、バンコックの大気汚染は特に甚しく、自動車の排気ガス、工場排煙が原因とされている。その他、都市部においての大気汚染の原因は浮遊粒子状物質及び塵である。

5) 健康障害要因

一般大衆の健康障害要因は、1989年の調査では、第1位が大気汚染で61.3%、第2位が下水道で15.9%、第3位が騒音で15.6%となっている。現在保健省は、1941年制定の法律により、健康障害要因及び大気汚染対策を実施している。

6) 医療廃棄物

国公立医療施設684の80%以上の医療施設で、次の3種類の医療廃液用システムを採用している。

1. 浄化槽
2. 抜気槽
3. 嫌気性フィルター

なお、保健省は、1991年末までに総合病院及び地域病院への配備を、また、町レベルの医療施設には1996年末の配備を予定している。

また、医療廃棄物焼却用として1時間当たり処理能力25、50、100～150kgの3種の焼却炉を各医療施設に提供しているが、1973年から1989年までに僅か19施設が使用しているのみであった。保健省は1996年末までに廃液用システムとこれら焼却炉を全医療施設に配備する計画を強力に推進するとしている。

7-2 疾病発生状況

1962年当時、結核が死亡率の第1位を占めていたが、1988年の死亡率の第1位は、循環器系疾患で、先進国型の疾病が増加している。これは現在、同国経済が高度成長期にあり、国情がより豊かになったことを示すが、一方で今なお開発途上国特有の各種感染症が引き続き、まん延していることも事実である。主要死因及び死亡率（人口10万対）（1962年-1988年）を表7-2に示す。

1) 予防接種を必要とする感染症

i) ジフテリア

1988年当時の最近5年間で、ジフテリアは著しく減少し、罹患率は人口10万対0.4人と1984年当時の5分の1に減少した。

ii) 百日咳

百日咳の罹患率は1983年の人口10万対9.8人をピークに減少し、1988年には同3.06人となった。

iii) 破傷風

破傷風の罹患率はここ数年変化しておらず、1988年、人口10万対1.47人である。

iv) 灰白髄炎（ポリオ）

灰白髄炎は、保健省策定のEPI（Expanded Programme on Immunization）関連疾患グループの中で最も顕著に減少した疾病で、1988年には人口10万対0.02人と、1977年当時と比較して100分の1に減少している。

v) 麻疹

麻疹の第1次のピークは1984年で、報告症例47,205人、人口10万対93.67人であった。第2次ピークは1987年の同78.05人である。第3次のピークは1990年以降と思われるが、予防接種の実施により、かなり減少すると考えられる。

2) デング熱

デング熱が発見されたのは1960年である。現在ではタイ全域の風土病とみなされている。

デング熱対策プログラムは1974年に開始され、1990年までに罹患率を人口10万対85人未満に抑えることを目標としている。同対策プロジェクトは全国の12伝染病センターの協力を得て実施されている。保健省の調査ではデング熱は徐々に減少していたが、1987年に爆発的な猛威を振るった。1987年当時、特に北部地域に多く発生し、罹患率は人口10万対368人であり、一方、中部地域では同312人、南部地域では同188人であった。年齢別では15歳未満の若年層に多く、全体の80%を占めている。発生時期は6月から8月の雨期に多い。デング熱患者数及び罹患率（人口10万対）（1984年-1989年）を表7-3に示す。

3) マラリア

マラリア対策は保健省マラリア局で実施している。1943年に人口10万対350人の死亡、人口10万対300人の患者発生が報告されたのを機会に、パイロットプロジェクトとして発足し、1954年に国家対策プロジェクトとなった。その後、1964年に予算の裏付けのもとにマラリア研究が本格的に開始された。以前は罹患率及び死亡率ともに深刻な疾病であったが、1984年に報告されたマラリア罹患率及び死亡率は人口10万人に対しそれぞれ6.3人、4.4人であり、1988年の報告では罹患率及び死亡率がそれぞれ同6.7人、同2.7人である。これは各マラリア対策により状況が改善されたことを示し、現在ではマラリアは10大疾病の6位となっている。報告されたマラリア罹患率（人口千対）及び死亡率（人口10万対）（1984年-1989年）を表7-4に示す。

なお、現在の長期的なマラリア対策は特に山岳及び森林地区を管理地域に指定し、その地域に住む1,280万人を対象に実施されている。また、残りの地域を根絶地域として、39.6百万人を対象にマラリアの伝染を防ぐ対策プロジェクトを実施している。

マラリア対策プロジェクトの目標は次の通りである。

1. 罹患率を人口千対5.5人以下とする。
2. 人口1万対1件以下の患者発生件数を目標とし、根絶地域でのマラリア再発生を防ぐ。
3. 死亡率を人口10万対5.5人とする。

また、具体的なマラリア対策は次の通りである。

1. 1949年以降、DDT等の殺虫剤散布は最も一般的な蚊駆除の方法となっていたが、その他の方法として、現在では、蚊の幼虫を捕食する魚や殺虫剤スプレー等の方法が採られている。
2. 近年、全国にマラリア診療所480が整備され、また、移動マラリア診療所も稼働している。全国の35,913村にマラリア対策を実行するボランティア38,988人が配置されている。
3. 一般大衆に対するマラリア教育は、学校、村及び各地区のリーダーに対して実施されている。

4) 寄生虫症

i) 蠕虫症

蠕虫症は同国の寄生虫症で最も多い疾病で、特に地方に多くみられる。蠕虫症の対策プ

プログラムは保健省一般伝染病管理局で実施している。1981年のサンプリング調査の結果、調査対象住民の54.65%が寄生虫症に罹患し、そのうち十二指腸虫によるものが40.56%に上った。最近の調査は、1989年に南部14県を対象に実施され、罹患率は、十二指腸虫(68.7%)、回虫(10.38%)、トリクーリス(33.72%)という結果が出ている。南部地域にこれらの蠕虫症が多くみられる原因としては、高温多湿であること及び十分に加熱しない魚を食べることがあげられる。

蠕虫症の対策は保健省及び県衛生事務所の連携により次の通り実施されている。

1. 蠕虫管理プログラム

十二指腸虫をはじめとして各種蠕虫症の罹患率を減少させる目的で、特に7歳から13歳までの学童を対象に実施される。しかし、検査による方法はコストがかかるため、全国の学童に年1回、駆除剤を投与する方法を採用している。

2. タイ肝吸虫管理プログラム

東北部に多い寄生虫を対象にした特別対策プログラムで、1984年に開始された。プログラムは各地域の保健事務所において実施されており、患者は検査料及び治療費を自己負担する。

3. 十二指腸虫管理プログラム

1989年より南部の14県を対象に実施されている。特に便所の整備等を主要な対策項目としている。

ii) フィラリア

マレー糸状虫症。南部地域に多くみられ、バンクロフト糸状虫症は西部地域からタイ／ミャンマー国境地域に多くみられる。1961年から1981年まで北部、南部及び中部地域の1,580百万人を対象に調査が実施された。1989年には南部地域で調査が実施され、血液検査を84,218人に実施し、265人(0.31%)のマレー糸状虫症患者が発見されている。その後、動物の調査も実施され、猫にマレー糸状虫症が多く発生していることも確認されている。

なお、最近ではタイ／ミャンマー国境地域で30,000匹の蚊を採集し、解剖する研究も行われており、森林地帯及び竹やぶの多い地域での対策が必要であることがわかっている。

フィラリア対策は次の通りである。

1. 地域住民に対する夜間の血液検査の実施及びすべての罹患者への十分な治療
2. 罹患後2年を経過した後、3カ月から6カ月の定期的な検査
3. 発生地域での2年から10年までのフォローアップ調査

5) 下痢症

下痢症疾患には赤痢、コレラ、食中毒、腸炎を含む。下痢症疾患は長年、主要疾患とされており、現在では5歳以下の乳幼児に多くみられる。ここ30年間は、第2位の罹患率を示しており、特に地方で多くみられる7大疾患の一つである。国家下痢症対策プログラム(NCDDP)は保健省の伝染病管理局一般伝染病管理課で策定され、その目標は次の通り

である。

1. PHCを通じて、特に5歳以下の乳幼児の急性下痢症については、経口補水塩液療法により治療するとともに、全体的な罹患率を減少させる。
2. 母子保健事業を通じて、5歳以下の乳幼児に対する食事の摂取方法、安全な飲料水の使用等の教育を実施する。

一方、県レベルでは県衛生事務所の事務所長が中心となり、本プログラムを実施する。県レベル以下では各地区の保健事務所がプログラムを実施する。1980年から1989年にかけて発生のピークがあり、罹患率は5歳以下の乳幼児のみならず、すべての年齢で増加したが、死亡率は減少している。下痢症疾患の人口10万対罹患率及び死亡率（1985年-1989年）を表7-5に示す。なお、1989年6月から7月にカンボディア難民キャンプで爆発的な発生があった。1987年から1989年までの下痢症発生件数は、表7-6に示す通り急性下痢症が最も多い。

下痢症疾患の治療法は次の通りである。

1. 経口補水塩液療法

従来、静脈注射による治療法が一般的であったが、コストが高くしかも多数の患者を対象とした治療には適していないため、現在では、簡単に使用でき、コストも比較的安く、より効果的である経口補水塩液療法が最も一般的である。

2. 薬物治療

テトラサイクリンは重症の下痢症に効果があり、コトリモキサゾールは細菌性赤痢に効果がある。

下痢症の対策としては、一般的に上下水道の整備、衛生教育等があるが、各対策については引続きケーススタディが必要である。

6) 急性呼吸器疾患

急性呼吸器疾患は乳幼児に多くみられる疾患で、保健省の統計では1歳未満の乳児の死亡の25%を占めるといわれている。また、急性呼吸器疾患に罹患しても報告する義務がないために明確ではないが、総合病院へ来院する乳幼児の30%から50%が急性呼吸器疾患に罹患しており、そのうち10%が入院の必要がある。5歳以下の乳幼児の疾病では下痢症疾患に次いで罹患率が高い。

1987年当時、急性呼吸器疾患対策は結核対策プログラムの中に含まれていた。急性呼吸器疾患対策の目標は、5歳以下の乳幼児の肺炎の罹患及び死亡率を減少させることにある。急性呼吸器疾患は肺炎を含め、乳幼児の罹患、特に死亡率が非常に高い。1985年では5歳以下の乳幼児の急性呼吸器疾患罹患率（5歳以下の乳幼児人口千対）は84.2人であり、特に都市部と比べて、地方の罹患率が高い。なお、急性呼吸器疾患に罹患する乳幼児のほとんどは貧しい階層に生まれ、栄養障害がある。

1985年の5歳以下の乳幼児主要疾病状況（5歳以下の乳幼児人口千対）を表7-7に示す。

7) 結核

1940年当時、結核は死亡率が人口10万対85.2人の最重要疾患として位置付けられていた。1952年に保健省伝染病管理局結核対策課が国家結核対策プログラムを策定し、結核対策を開始した。1967年から全国の12地域結核センターの協力を得て、地域別に結核対策が実施されていたが、1982年より保健省が中心となり、中央政府主導の結核対策が再構築された。この活動により、1987年の0歳から14歳までの子供のツベルクリン反応検査の結核感染伝播率について見てみると、5.18%であり、年間縮小率は10.21%と着実に下降傾向をみせた。その後の対策により、1977年に人口10万対結核罹患患者が245人いたが、1983年には同115人、1987年には同95人と減少した。1988年には、死亡率は人口10万対8.2人となっている。

1990年のBCG接種、衛生教育、診断・治療等による結核対策の目標は次の通りである。

1. 結核感染の伝播率を0.2%以下に抑える。
2. 14歳以下の子供の結核感染伝播率を5%以下に抑える。
3. 結核の死亡率を人口10万対9人に抑える。

8) ハンセン病

ハンセン病の対策は1955年より開始され、当時、全体で163,224人の患者がいたが、その後145,930人が治癒した。1955年当時、罹患率が人口千対5人であったが、現在では、同0.31人と減少している。1955年以来、ハンセン病対策は数回にわたり改善され、現在に至る。改善点は次の通りである。

1. 1971年から、1976年にかけて従来の中央政府指導による集中的なハンセン病管理プログラムから、より底辺に近いレベルでのプログラム実施に変更された。
2. 従来の治療方法 (Dapsone Monotherapy) から、Multidrug Therapy (MDT) に変更し、PHC上でのハンセン病対策を講じた。

また、諸外国の援助プロジェクトでは、1991年から5年間に3プロジェクトが実施される。これらのプロジェクトの内容は、ハンセン病のフィールド調査、ハンセン病患者への診断、治療及びリハビリテーション及び免疫学、動物実験等による研究等が主な内容である。

現在、政府と契約を締結している団体は、ILEP (International Federation of Antileprosy) のメンバーである次の団体である。

1. NSL (the Netherlands Leprosy Relief Association)
2. GLRA/HF (the German Leprosy Relief Association and Hartdegen Fund)
3. SMHF (the Sasagawa Memorial Health Foundation of Japan)

9) 性病

保健省の伝染病管理局性病管理課は、性病の罹患率を減少させる目的で、同省内の各部門との協力体制をとっている。同国の性病は、梅毒、淋病、軟性下疳、鼠径部リンパ肉芽腫症、非淋菌性尿道炎及び陰部伝染性軟属腫、エイズ等をいう。

性病管理プログラムは、性病罹患率を人口千対6人以下に抑えることを目標としている。

性病人口千対指標を表7-8に示す。性病の特徴は、ここ数十年、淋病が全性病件数の60%を占めていたが、1989年には全性病件数に占める各症例の割合はそれぞれ、淋病55%、非淋菌性尿道炎24%、軟性下疳10%、鼠径部リンパ肉芽腫症6%、梅毒5%となっている。治療薬は、1977年からペニシリンを使用していたが、その後の研究により、ノルフロキサシン等が使用されている。

地方における性病対策は各県衛生事務所の伝染病部で、次の通り実施されている。

1. 血液検査
2. 診断、治療
3. 患者のフォローアップ
4. 風俗営業関係者への衛生教育
5. 移動検診
6. マスメディアを通じての一般大衆への啓蒙

10) 狂犬病

狂犬病は保健省の伝染病管理局一般伝染病管理課で管理しており、民間団体、NGOの協力を得て対策プロジェクトを推進している。プロジェクトの目的は1991年までに狂犬病による死亡率を人口10万対0.27人に減少させることである。1979年から1988年の間に死亡率は同0.65人から0.39人へ減少した。狂犬病罹患者の50%は5歳から14歳の子供で、男女比は2:1である。地域的に中部地域に多く、年間200人ほどの患者が発生するが、南部地域では年間50人ほどの患者が発生する程度である。現在、全国患者数は年間80,000人ほどである。

狂犬病対策には、国内の犬の80%に対する予防接種および犬の不妊手術等による管理が実施されている。

11) AIDS

国内で初めてエイズが発見されたのは1984年9月で、保健省は翌1985年に早期発見及び感染予防のために伝染病リストに記載した。同年、保健セクター及び非保健セクターからのメンバーによる国家レベルでの委員会が設置され、その後、バンコック市内パッボンにエイズ専門の診療所が検査及び相談施設として設立された。これは当時、この地域にかなりのエイズ患者が発生したためである。1986年、エイズ患者の追跡調査、特定病院での専門病棟の設置、検査施設の整備等が実施された。1987年8月、国会は国家エイズ管理プログラムを承認し、保健省伝染病管理局一般伝染病管理課にエイズ予防監視センターの設立を承認した。国家エイズプログラム・フローチャートを図7-1に示す。

1988年には、WHOの援助の下に短期計画が策定された。中学校でエイズ教育を実施するために教育担当者を派遣することを目的としている。1989年にWHOの援助により中期計画が策定され、政府系機関及び民間団体を対象にエイズ教育プログラムが策定された。1989年2月、国連及び諸外国援助機関の協力を得て保健省事務次官の管理の下にエイズ管理委員会が設立され、7つの小委員会で各種の専門的なプログラムを担当している。保健

省エイズプログラム・フローチャートを図7-2で示す。1990年3月、43症例及び関連する142症例が保健省で確認され、エイズ患者は17,313人に上った。

1990年3月現在のエイズの罹患率は人口10万対0.06人である。当初のエイズの特徴は、1984年から1986年にかけて同性愛者もしくは麻薬患者に多く発生しており、1988年にはエイズ患者全体の42%を占めていた。その後次第に男女間の性交渉による患者も増加しており、特に売春婦の患者の増加が著しい。1988年には男性と女性の罹患率は7:1であったが、1990年には5:1と、女性患者が大幅に増加している。年齢別では15歳から39歳に多くみられる。

1 2) 循環器疾患

1986年より、他の非感染症4疾患とともに第6次国家経済社会開発計画（1987年-1991年）で対策プロジェクトが開始された。同年、保健省では循環器疾患の予防及び管理を目的とした委員会を設置し、その対策を策定した。その後1987年11月、WHOの援助を得て循環器疾患に関するセミナーを開催し、30歳以上を対象に循環器疾患、高血圧症を減少させる目的で、5県を選定し、循環器疾患対策のパイロットプランを実施することとした。高血圧症を減少させることは、循環器疾患を減少させる上で効果的であることが確認され、地方の各保健事務所が高血圧患者の調査、監視を実施し、県立病院がその診断、治療を担当することになっている。

1 3) ガン

ガン対策は同国で最も優先順位が高い疾患の一つである。国立ガンセンターが1968年12月に設立され、ガン撲滅にあたって各種のプロジェクトを実施している。1988年のガンで死亡した者は人口10万対33.5人で、死亡原因の第2位である。男性では肝臓及び肺ガンが多く、女性は子宮及び乳ガンが多い。ガン対策はWHOの協力を得て総合的な管理対策の下に次の予防策が講じられている。

1. マスメディア、衛生教育等により、全国レベルでの啓蒙活動を実施する。
2. 1993年までに国立ガンセンターで、ガンの早期発見プロジェクトが確立される予定である。また、肝臓ガン対策はIARC (International Agency for Research on Cancer) の協力を得て実施される。
3. 6地域 (Ubon, Udorn, Chonburi, Lopburi, Lampang, Surattani) のガンセンターの医療従事者、機材及び予算を整備する。なお、このプロジェクトは国立ガンセンター及び各地域病院とが連携を取り、1992年から開始される第7次国家経済社会開発計画 (1992年-1996年) で実施される。

1 4) 麻薬

麻薬中毒患者はバンコック周辺に多い (全体の50~60%を占める)。中部地域では20~24%、北部地域は11~12%である。ヘロイン中毒が最も多く、各地域のスラム街に多い。麻薬中毒になるきっかけは、好奇心から始める者が全体の49.1%を占めており、仲間から

の紹介が19.4%である。年齢的には20歳前半の若年層に多い。アヘンは北部及び東北部地域に多く、マリファナは中部及び東北部地域に多い。

1 5) 感染症対策

感染症を含む疾病対策は1977年、保健省策定の国家EPIプロジェクトに始まる。1977年当時、結核を除く(1984年に開始)百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹の予防接種が開始された。1988年に各県保健所、バンコック首都圏当局(Bangkok Metropolitan Authority)、保健省伝染病管理局一般伝染病管理課より得られた予防接種の普及率(1988年)を表7-9(1)、(2)に示す。表7-9(1)において、都市部、バンコック首都圏の数値が表7-9(2)の同地域の数値より低いのは、民間医療施設からのデータが欠如しているからである。その他、各疾病について、保健省伝染病管理局一般伝染病管理課等を中心に、疾病別に各々の対策を策定し実施している。

7-3 家族計画

家族計画は1970年より開始され、社会的・経済的対策とともに実施された。1990年の統計では、総人口は56,340,000人(男性28,197,000人/50.04%、女性28,143,000人/49.96%)である。年齢別人口は15歳以下33.4%、15歳以上60歳以下60.5%、60歳以上6.1%である。また、人口密度は109人/km²である。1974年から2000年(推定)までの人口統計を表7-10に示す。

人口増加率は1970年当時、3%であったが、1980年には2.1%、1985年には1.7%と減少した。また、特殊出生率は1962年に6.5人であったが、1974年には4.0人、1984年には3.4人と同じく減少している。一方、死亡率は20世紀前半、人口千対30人台であったが、1984年には同5人と大幅に減少した。乳児死亡率も1964~1965年当時、出生千対84.3人であったが、1984年には同45人と減少した。このような死亡率の低下により平均寿命は大幅に伸び、1937年当時36歳であったが、1990年には男性61.75歳、女性67.50歳となった。平均寿命を表7-11で示す。

最近の避妊に関する調査では避妊実施中の妊娠可能な女性(15歳~44歳)は1984年に全体で64.4%であったが、1987年には70.6%と増加している。第6次国家経済社会開発計画(1987年~1991年)で実施された家族計画に関する目標は1991年までに人口増加率を1.3%に減少させることとし、既婚の妊娠可能な女性(15歳~44歳)を対象に1991年末までに、5.69百万人に避妊を実施させることとしている。なお、その対策は次の通りである。

1. 北部及び南部地域は出生率が高く、避妊率が低いため、特にこれらの地域に重点的に対策を講じる。
2. 医療従事者の教育を強化し、保健医療分野での基盤を確立する。
3. 避妊法を正確に教育し、「1家族に2子」を奨励する。
4. 家族計画分野での方針を確立し、調査、情報収集、評価及び管理面での強化を図る。
5. 地域、特に村レベルでの家族計画を実施する。
6. 家族計画を総合的、効果的に進めるため、公的医療施設と民間医療施設相互の情報

交換、技術協力、作業協力等を推進する機構を設立する。

7. 避妊実施者に対する費用援助、税金控除等、法制上の整備を実施する。

7-4 栄養

栄養プログラム（以下、同プログラムという）は1986年に国家食品栄養委員会で承認され、第6次国家経済社会開発計画（1987年—1991年）で実施された。同プログラムは保健省衛生局栄養課（Department of Health, Nutrition Division）の管轄下であり、目標は、次の通りである。

1. 国内すべての村を対象に栄養状態の監視を行う。
2. 第1級栄養失調を10%以下、第2級栄養失調を1%以下に押え、また、5才以下の乳幼児に対して、第3級栄養失調を皆無とする。
3. 妊産婦を対象に鉄分欠乏による貧血を20%以下に減少させる。
4. 北部及ぶ北西部の郡を対象に学童のヨウ素欠乏障害を10%以下に減少させる。
5. 都市部の成人及び学童の栄養過多の監視及び管理を実施する。

なお、同プログラムに従い、1987年から実施された栄養調査報告を表7-12に示す。この報告によると、1987年から1989年の3年間で、栄養状態に改善傾向がみられ、特に第2級及び第3級栄養失調が激減していることがわかる。

1) ヨウ素欠乏障害

ヨウ素欠乏障害は学童の健康診断時に発見される。保健省は、住民に対する甲状腺腫障害者の割合が10%を越えた地域についてはヨウ素欠乏障害を保健医療の問題としており、同国の北部及び東北部には風土病として捉えられた地域が多くみられる。このため、保健省はヨウ素欠乏障害の対策として沃素を含む塩・魚醬の配給、飲料水へのヨウ素添加等のヨウ素欠乏抑制措置を講じている。

2) 鉄分欠乏

鉄分欠乏による貧血は同国において最も多い栄養問題であり、特に東北部及び南部地域の学童、妊産婦に多くみられる。1986年に実施した国民栄養調査による5歳以下の乳幼児の貧血状況を表7-13に示す。WHOの基準からみると5歳以下の乳幼児の30%に貧血がみられる。1986年にアンテ・ナータルケアセンターを訪れた妊産婦の貧血状況を表7-14に示す。20～30%の妊産婦に貧血がみられる。

3) 栄養過多

栄養過多は、西洋式食習慣の普及、特に都市部の青少年のファーストフード嗜好が普及したことにより生じた。脂肪、炭水化物等を必要以上に摂取した結果、肥満症となり、糖尿病、心臓病等を引き起こしている。表7-15バンコック市内の20歳から59歳までの肥満状況より、肥満指標（kg/m²）が25.0以上の肥満者で最も多いのは50歳から59歳の層で37.0%を占める。

7-5 伝統医学

伝統医学は国公立医療施設の14伝統医学病院（167床）及び950伝統医学診療所で実施されており、また伝統医薬品については国立衛生研究所で、駆虫剤、赤痢、下痢症、皮膚感染症、糖尿病各治療薬製剤化の研究が行われている。急性毒性、慢性毒性の調査は、病理組織学的研究の分野で、他の医療施設との共同研究を推進している。

7-6 医療情報の収集、供給体制

医療情報の収集は、保健省が保健医療の方針を策定するにあたり極めて重要であり、村レベルに至るまでの医療情報の収集及び記録を、次の5項目について実施している。

1. 保健医療計画及び各プロジェクトの実施状況
2. 保健医療予算
3. 疾病状況
4. 医療従事者及び医療施設状況
5. 健康保険情報

上記の情報には、次の3種類の報告方法がある。

1. 月次報告
翌月15日までに次の7種類の報告を行う。
 - ・保健医療予算執行状況報告
 - ・出生／死亡報告
 - ・死亡／死因報告
 - ・乳幼児死亡／死因報告
 - ・17グループの疾病状況／外来患者数報告
 - ・67グループの疾病状況／入院患者数報告
 - ・施設外出産数報告
2. 四半期報告
会計年度（10月1日～翌年9月30日）単位で、年4回、3種類の報告を保健省中部保健情報センターへ行う。第1回目は、10月1日～翌年2月28日間の内容について報告する。
 - ・保健活動報告
 - ・各地方行政単位の保健活動報告
 - ・政府策定の保健政策活動報告
3. 年次報告
会計年度（10月1日～翌年9月30日）と暦年（1月1日～12月31日）の2つの報告制度がある。保健衛生に関する情報は、会計年度終了後、15日以内（10月15日）に保健省へ報告する義務がある。一方、次の各情報については、暦年終了後、15日以内（1月15日）に報告する義務がある。
 - ・医療従事者及び施設に関する報告
 - ・地方衛生行政に関する報告

・医療施設の新設等、建設状況に関する報告

なお、保健衛生活動全般を監視し、評価するにあたり、国家保健医療5カ年計画に従った保健医療プログラムと各プロジェクトの成果に関する報告及び期間毎の政府方針に関する追加報告がある。保健医療活動に関する統計資料及び情報は、全国の県衛生事務所で収集された月次報告から編集され、四半期毎に定期的に保健省へ送付される。

具体的な罹患率等、基本的な保健医療状況に関する情報は次の3種類の方法より収集される。

1. 罹患率は、病院等医療施設の外来及び入院患者をWHO作成の疾病分類（The Basic Tabulation List of the 9th edition of the International Classification of Diseases）に従い調査される。
2. 疫学データは、特に伝染病等が発生した際、直ちに情報が収集される。
3. 出生率、死亡率及び死因等各種統計は、人口動態登録制度から収集される。

7-7 問題点

同国の医療環境は、経済の高度成長により富裕層と貧困層及び都市部と地方の格差がさらに大きくなり、結果として、途上国特有のマラリア、結核等の疾病が未解決であると同時に、先進国にみられる成人病も増加しているなど、数多くの問題点をかかえている。また最近では、工業化による環境衛生の悪化も大きな問題となっている。

本編の問題点を要約すると、次の通りである。

- ① 工業化による環境衛生の悪化
- ② マラリア、結核等の途上国特有の疾病と、ガン、循環器疾患等、先進国に多く見られる成人病疾患の混在
- ③ 地方の栄養失調と都市部の栄養過多等の地域格差の拡大

第7編 文献資料

章	資料名
7-1	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH タイ国マラリア抑制計画フォローアップ調査報告書 1986年9月 国際協力事業団
7-2	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
7-3	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
7-4	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
7-5	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
7-6	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月 国際協力事業団
7-7	THAILAND HEALTH PROFILE 1990, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

第 8 編 関連法令

第8編 関連法令

8-1 薬事法

1) 薬事法制概要

医薬品法では、医薬品、麻薬、向精神薬をカバーしている。同法の主要規則項目は次の通りである。

1. 医薬品分類
2. 用語
3. 医薬品委員会
4. 医薬品製造、輸入、販売許可
5. 国営製造施設に対する規制除外規定
6. 医薬品製造業、輸入業、販売業における許可営業者及び専門職の義務
7. 偽薬及び不適格品
8. 医薬品製造、輸入、販売における登録手続き
9. 医薬品広告の規制
10. 当局職員の権限
11. 許可の停止、取消
12. 罰則
13. その他（経過措置等）

2) 医薬品の分類

医薬品法によれば、医薬品は次のように分類されている。

3) 製造等の規制

偽薬、粗悪医薬品、劣化医薬品、未登録医薬品及び保健大臣が禁止した処方医薬品については、製造、輸入、販売が禁止される。

4) 医薬品リスト等の公表

下記のリスト等については保健大臣が官報で告示することとなっている。

1. 処方薬リスト
2. 危険薬リスト
3. 特記表示用件を課す医薬品（有効期限、警告等）
4. 広告が禁止される疾病、症候名

5) 医薬品登録

医薬品を輸入、製造しようとする場合には、法により登録を義務付けている。登録された医薬品の変更についても、医薬品管理当局の承認、許可が必要。

6) 医薬品の広告

広報・広告管理課を通じたFDAの承認が必要。なお、危険薬及び処方薬の一般公衆への広告は禁止されている。

7) 罰則

保健大臣には、本法違反者に対する許可の停止、廃止、並びに有害と判明した医薬品や不適格医薬品の登録の停止、廃止の権限が与えられている。

8-2 社会保険制度法 (Social Security Law)

第2編に記述のある通り、200万人の労働者を対象に医療保険制度を実施するもので、将来3,100万人を追加し、56%以上の国民を対象とするものである。

第8編 参考資料一覧表

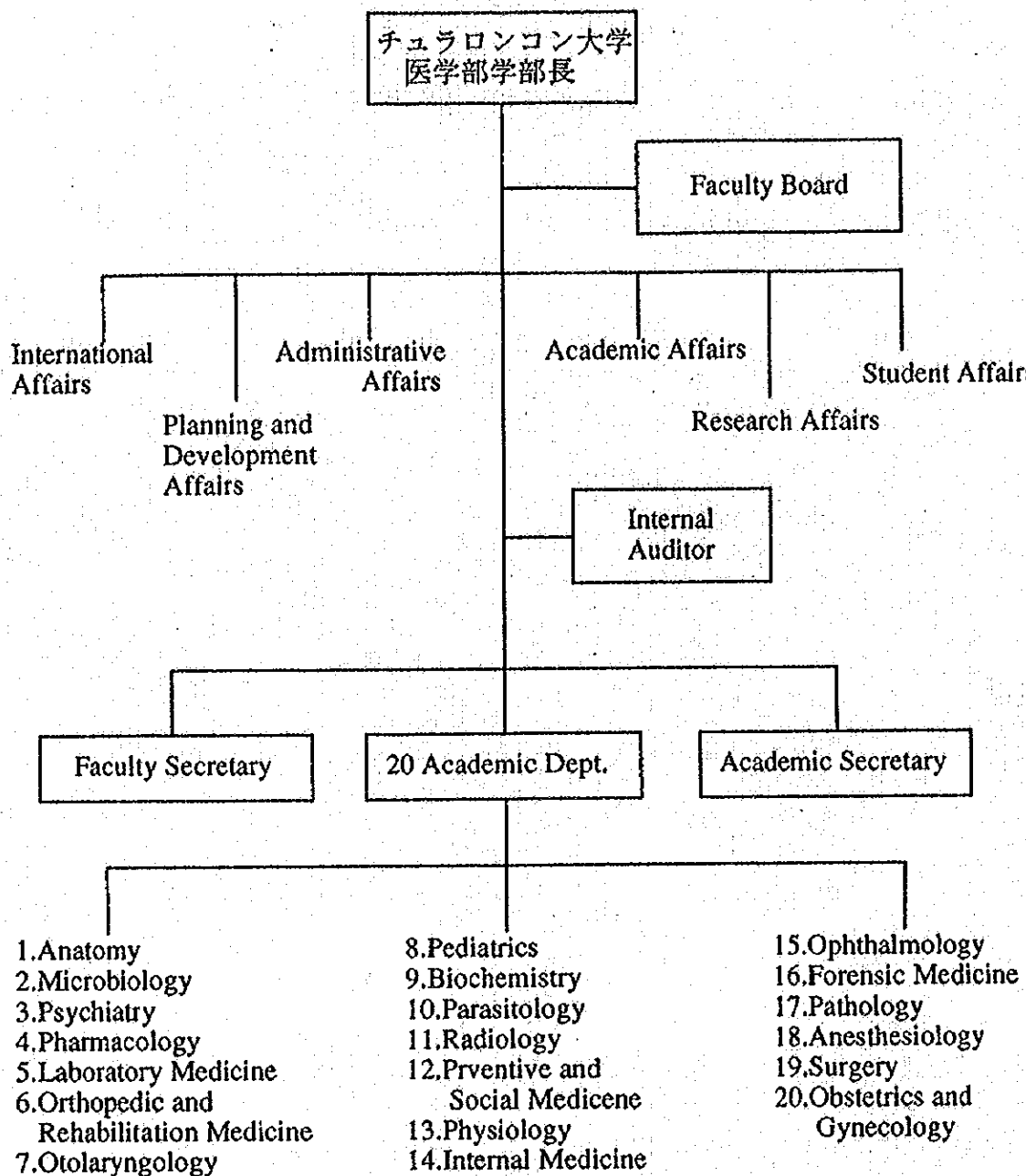
章

資料名

アジア薬事事情 -よりよい相互理解を求めて- 国際厚生事業団 1990年3月

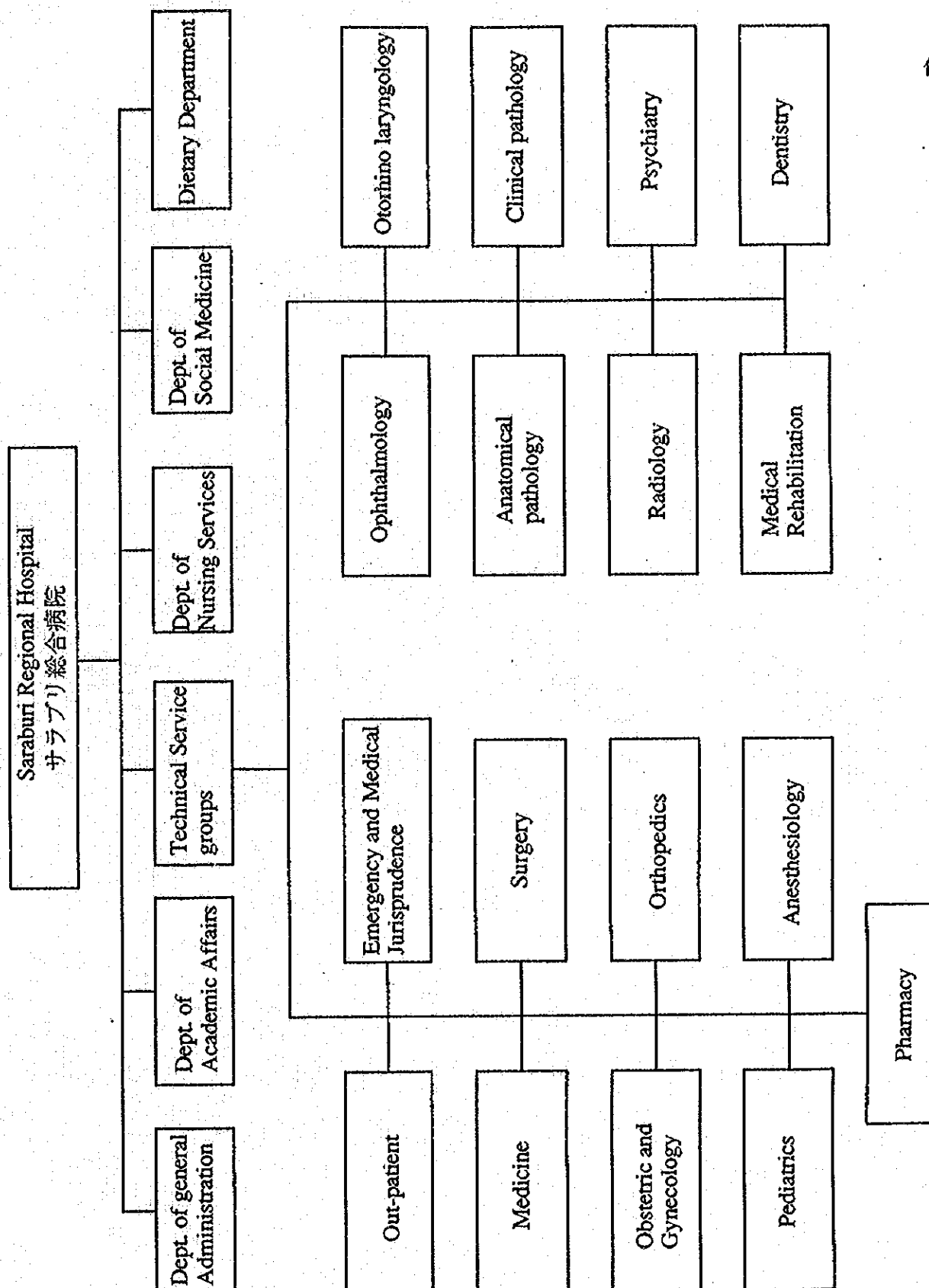
HEALTH IN THAILAND 1991, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

付録 1. 付 図



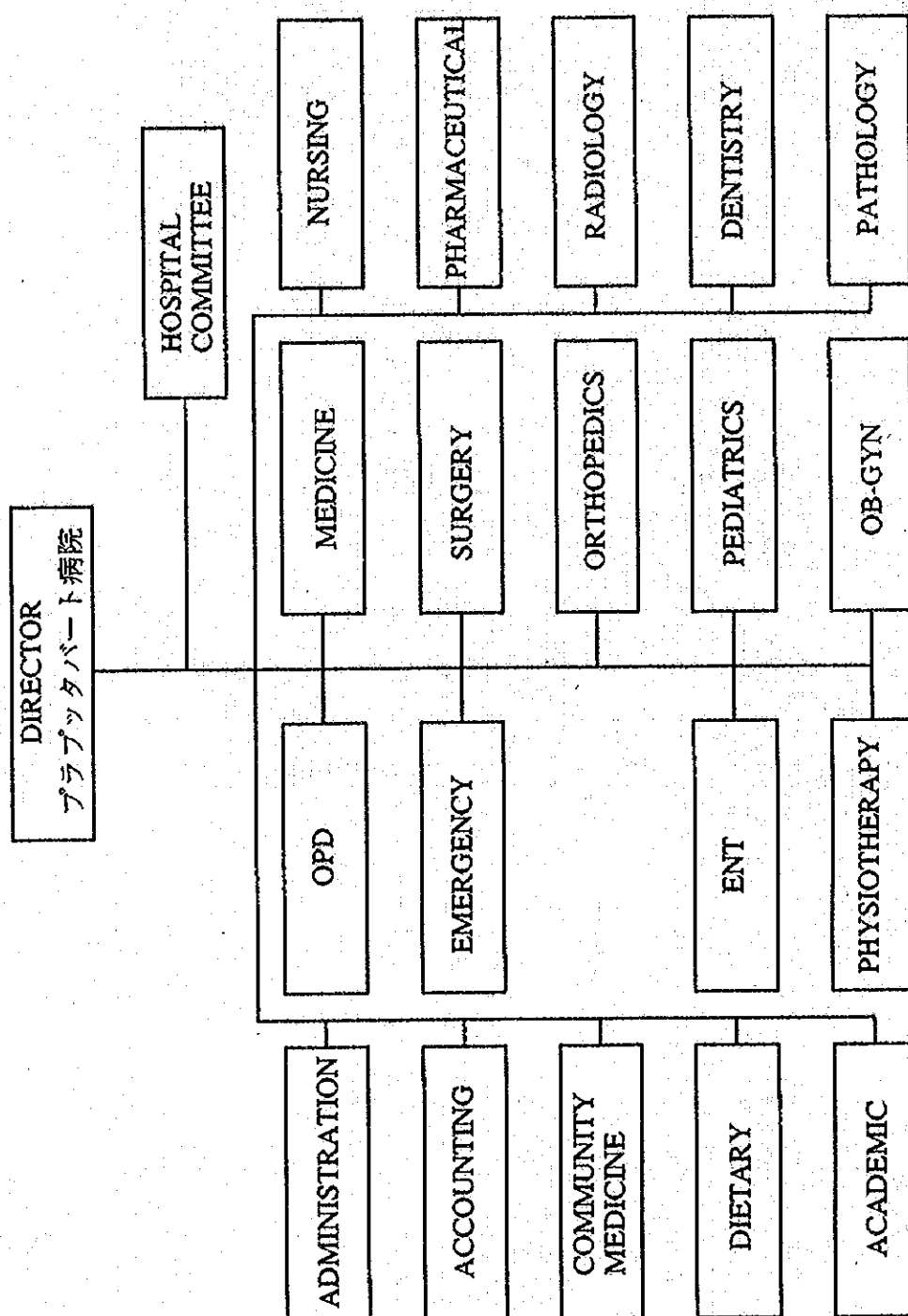
出典：Chulalongkorn University Faculty of Medicine 提供資料、1992年3月

図4-1 チュラロンコン大学医学部組織図（1992年）



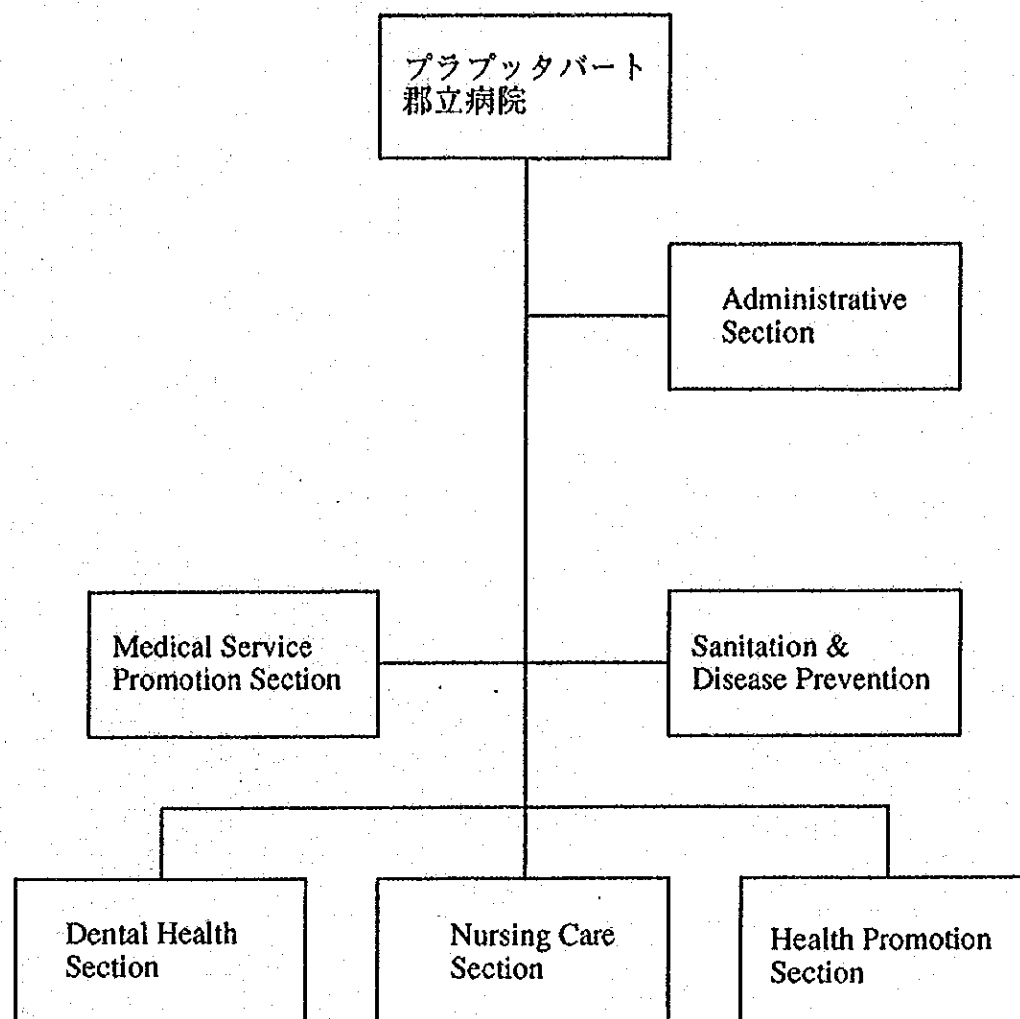
出典：Saraburi Regional Hospital 提供資料、1992年3月

図4-2 サラブリ総合病院組織図（1992年）



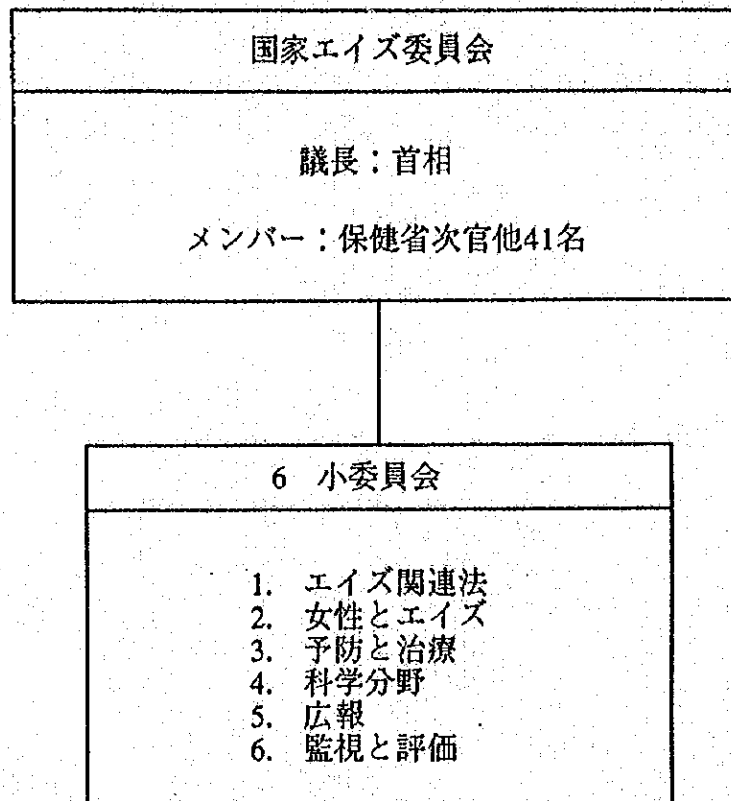
出典：Phrabutthabath Provincial Hospital 提供資料、1992年3月

図4-3 サラブリ県立プラプッタバート病院組織図（1992年）



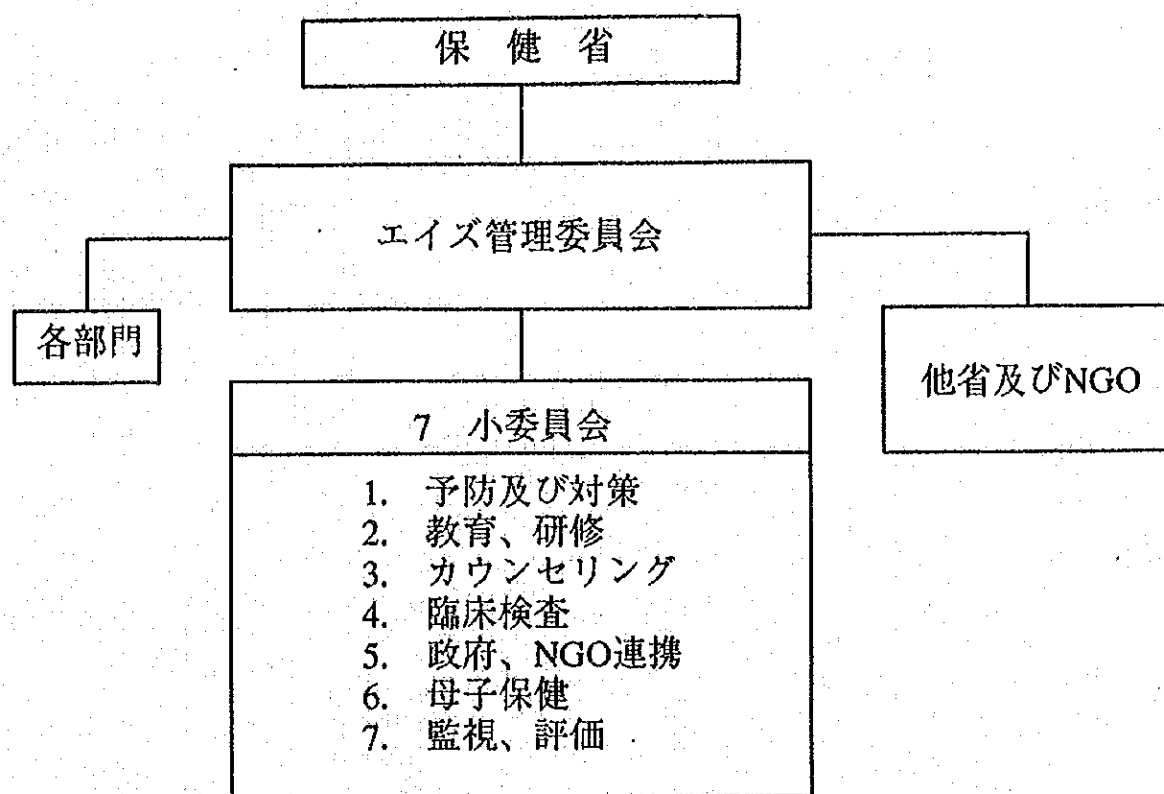
出典：District Hospital 提供資料、1992年3月

図4-4 サラブリ県プラプッタバート郡立病院組織図（1992年）



出典：AN EXTERNAL REVIEW OF THAILAND'S NATIONAL MEDIUM PROGRAMME
FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF AIDS, 1991

図7-1 国家エイズプログラム・フローチャート（1990年）



出典：AN EXTERNAL REVIEW OF THAILAND'S NATIONAL MEDIUM PROGRAMME
FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF AIDS, 1991

図7-2 保健省エイズプログラム・フローチャート (1990年)

付録 2. 付 表

表2-1 労働災害による箇所別負傷状況（1988年）

怪我の箇所	総計	死亡	身体障害 (全身)	身体障害 (一部)	全治	
					3日以内	3日以上
総計	49,874	352	37	1,468	21,428	26,589
頭	1,539	58	1	15	564	901
目	7,478	-	-	28	1,103	6,347
鼻	171	-	-	1	55	115
耳	140	-	-	-	33	107
顔	1,191	3	-	7	353	828
顎		-	-	-	-	-
肩	473	-	-	3	231	239
腕	2,707	-	1	33	1,081	1,592
手	3,438	3	1	79	1,552	1,803
指	14,351	1	14	1,120	7,536	5,680
胴体	87	-	-	1	32	54
背中	1,487	-	2	5	595	885
足（くるぶし以上）	1,906	1	3	28	968	906
足（くるぶし以下）	4,412	1	-	25	2,021	2,365
爪先	2,527	4	-	45	1,296	1,182
2カ所以上	2,900	211	6	42	1,616	1,025
その他	5,067	70	9	36	2,392	2,560

出典：THAILAND HEALTH PROFILE 1991

表2-2 労働災害による産業別負傷状況（1988年）

産業別	総計	死亡	身体障害 (全身)	身体障害 (一部)	全治	
					3日以内	3日以上
総計	49,874	352	37	1,468	21,428	26,589
農業	155	10	-	14	63	68
鉱業	438	21	-	12	267	138
製造業	40,418	140	17	1,184	17,313	21,764
飲食業	8,394	45	5	118	3,483	4,743
繊維業	5,345	9	-	98	2,745	2,493
木工業	4,932	25	1	257	2,535	2,114
製紙業	953	8	-	21	389	535
化学工業	3,455	9	1	93	1,512	1,840
非化学工業	2,003	13	-	52	874	1,064
金属製造業	2,730	8	1	45	1,262	1,414
機械製造業	12,377	17	9	461	4,438	7,452
他製造業	229	6	-	39	75	109
電気・上下水道	361	23	4	32	223	79
建設業	3,451	52	7	93	1,237	2,062
総合・ホテル業	2,561	40	1	36	1,016	1,468
運輸・倉庫業	1,212	44	5	45	719	399
サービス業	1,278	22	3	52	590	611

出典：THAILAND HEALTH PROFILE 1991

表2-3 わが国のODA実績 (1991年)

(支出純額、単位：百万ドル)

暦 年	贈 与			政府借款		合 計
	無償資金	技術協力	計	支出総額	支出純額	
85	76.5 (12.0)	40.7 (7.4)	117.2 (9.9)	181.8 (9.7)	146.9(10.7)	264.1(10.3)
86	71.6 (8.4)	54.2 (6.4)	125.8 (7.4)	192.5 (6.5)	134.7 (6.3)	260.4 (6.8)
87	62.9 (5.5)	72.6 (6.8)	135.6 (6.1)	235.2 (6.0)	166.9 (5.5)	302.4 (5.8)
88	44.2 (3.0)	94.3 (6.6)	138.4 (4.8)	298.5 (6.3)	222.2 (6.3)	360.6 (5.6)
89	107.8 (6.9)	96.7 (6.5)	204.5 (6.7)	360.8 (7.5)	284.4 (7.6)	488.9 (7.2)
累計	638.5 (6.7)	608.5 (7.2)	1,247.1(7.0)	2,439.6(6.8)	2,001.3(7.2)	3,248.4(7.1)

(注) () 内は、わが国二国間のODA各形態別統計に占める割合 (%)。

出典：わが国の政府開発援助 下巻 (国別実績) 外務省経済協力局編 1991年10月

表3-1 Nakorn Ratchasima (東北部) 地域医学センター検査実績 (1982年-1984年)

検査	1982年	1983年	1984年
臨床病理	575,596 (*)	221,261	115,171
薬品分析	2,049	609	686
食品分析	461	946	781
毒物検査	907	3,799	858

(*) 病院検査室分も含まれる。

出典：タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月国際協力事業団

表3-2 Songkhla (南部) 地域医学センター検査実績 (1983年10月-1984年9月)

検査	件数
薬品分析	181
食品分析	851
毒物分析	875
細菌学的検査	34,576
細菌薬剤感受性試験	2,648
血清学的検査	11,330
寄生虫検査	14,800
真菌検査	3,383
血液検査	102,324
血液化学的検査	45,021
髄液検査	1,263
尿検査	54,044
特殊検査	3,633
その他 (梅毒等)	865

出典：タイ国立衛生研究所プロジェクト長期調査員報告書 昭和60年2月国際協力事業団

表4-1 国公立医療施設（1990年）

管理区分	医療施設	施設数	ベッド数
バンコック首都圏	大学付属病院	5	1,000～2,300
	専門病院	22	150～500
	総合病院	32	300～1,000
4地域	大学付属病院	4	600～1,000
	地域病院	17	500～1,000
72県	総合病院	72	150～500
784郡	郡病院	680	10～90
7,003区	ヘルスセンター	7,874	-
63,100村	薬共同組合 (薬供給所)	33,602	-

出典：HEALTH IN THAILAND 1991

表4-2 民間医療施設 (1990年)

民間医療施設	施設数	ベッド数	医師
総合病院	258	13,304	829
専門病院	43	702	136
産科病院	107	755	18
小計	408	14,761	983
伝統医学病院	13	163	-
伝統医学産科病院	1	4	-
診療所	8,643	-	-
歯科診療所	2,679	-	-
産科診療所	1,827	-	-
伝統医学診療所	939	-	-
伝統医学産科診療所	11	-	-
薬局 (タイプI/薬剤師常駐)	3,691	-	-
薬局 (タイプII)	5,560	-	-

出典：HEALTH IN THAILAND 1991

表6-1 医療従事者数 (1990年)

表6-1 医療従事者数(1976年)

		国 公 立				民 間				合計
		都 市 部		地 方		都 市 部		地 方		
		施設内	施設外	施設内	施設外	施設内	施設外	施設内	施設外	
1	医師	8,056	190	1,483	-	1,498	33	-	-	11,260
2	歯科医師	1,126	188	116	-	236	4	-	-	1,670
3	薬剤師	1,164	746	189	-	245	1,337	-	-	3,681
4	看護婦	31,600	3,219	10,928	1,479	3,815	50	-	-	51,091
5	助産婦	154	1,340	531	7,966	615	-	-	-	10,606
6	歯科助手	43	294	393	-	1	-	-	-	931
7	薬剤師助手	881	173	244	-	269	34	-	-	1,601
8	公衆衛生官	95	599	240	-	7	-	-	-	941
9	その他	1,478	3,258	1,706	7,924	136	-	-	-	14,502
10	看護助手	13,144	817	1,120	790	2,262	11	-	-	18,144

出典：タイ保健省

表6-2 各医療従事者一人当たりの人口（1984年-1988年）

医療従事者	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年
医師（全国）	6,254	5,987	5,564	5,595	4,832
（バンコック首都圏）	1,512	1,453	1,407	1,418	1,165
（他地域）	10,740	9,706	8,799	8,871	7,618
小計	18,506	17,146	15,770	15,884	13,615
歯科医師（全国）	38,006	35,668	37,745	36,515	32,585
（バンコック首都圏）	7,432	6,679	6,598	6,801	6,264
（他地域）	84,070	76,806	99,461	80,733	63,647
小計	129,508	119,153	143,804	124,049	102,496
薬剤師（全国）	15,216	15,309	15,690	14,799	14,783
（バンコック首都圏）	2,144	2,056	2,109	2,095	2,149
（他地域）	80,860	81,139	78,968	61,700	46,565
小計	98,220	98,504	96,767	78,594	63,497
看護婦（全国）	1,583	1,336	1,286	1,190	1,065
（バンコック首都圏）	501	523	443	460	410
（他地域）	2,224	1,663	1,684	1,436	1,308
小計	4,308	3,522	3,413	3,086	2,783
助産婦（全国）	5,878	7,003	8,262	5,959	4,893
（バンコック首都圏）	7,536	8,031	15,015	5,469	9,105
（他地域）	5,711	6,906	7,824	6,027	4,643
小計	19,125	21,940	31,101	17,455	18,641

出典：Division of Health Statistics, Ministry of Public Health

表6-3 医療従事者養成状況 (1988年)

医療従事者	学歴	期間	養成機関	定員
医師	M6	6年間	MOUA	665名
			MOD	33名
小計				698名
歯科医師	M6	6年間	MOUA	187名
薬剤師	M6	5年間	MOUA	407名
看護婦	M6	4年間	MOPH	1,500名
			MOUA	780名
			MOD	185名
			MOI	250名
			Private	290名
			Thai Red Cross	150名
小計				3,155名
準看護婦	M6	2年間	MOUA	940名
			MOD	175名
小計				1,115名
検査技師	M6	2年間	MOUA	207名
			MOPH	160名
小計				367名
放射線技師	M6	2～4年間	MOUA	76名
			MOPH	30名
小計				106名
準ヘルス ワーカー	M6	2年間	MOPH	800名
歯科衛生士	M6	2年間	MOPH	100名
準薬剤師	M6	2年間	MOPH	200名
助産婦	M6	2年間	MOPH	400名

出典：THE 6TH NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN, MOPH THAILAND

表7-1 飲料水供給方法（1989年）

飲料水供給方法	普及率（％）
雨水	47.2
上水道	26.4
その他	26.4

出典：Thailand Country Profile on Drinking Water Supply and Sanitation, March 1989

表7-2 主要死因及び死亡率（人口10万対）（1962年-1988年）

死亡原因	1962年	1967年	1972年	1977年	1982年	1988年
循環器系疾患	19.9	16.5	22.0	15.9	34.1	44.4
ガン	10.2	12.0	13.0	19.0	26.1	33.5
事故（薬物事故を含む）	19.1	26.2	28.9	34.6	33.5	30.2
結核	31.8	28.1	19.7	16.0	12.0	8.2
呼吸器系疾患	28.9	19.6	21.8	12.8	9.6	6.3
下痢症	34.0	27.6	21.3	13.2	5.8	3.1
マラリア	24.3	12.9	10.8	10.9	7.8	2.7
消化器系疾患	3.8	5.1	6.3	7.5	4.0	2.1
栄養失調	-	-	9.4	2.4	1.6	0.5
分娩時死亡	13.1	10.1	6.9	3.2	1.5	0.5

出典：タイ国保健省

表7-3 デング熱患者数及び罹患率（人口10万対）（1984年-1989年）

年度	発生件数	人口10万対
1984年	60,101	137.27
1985年	80,076	154.94
1986年	27,837	52.88
1987年	174,285	325.13
1988年	27,608	50.63
1989年	69,427	125.83

出典：タイ国保健省

表7-4 マラリア罹患率（人口千対）及び死亡率（人口10万対）（1984年-1989年）

年度	患者数	人口千対 罹患率	死亡数	人口10万対 死亡率
1984年	306,569	6.3	2,221	4.4
1985年	273,360	5.6	1,829	3.9
1986年	252,070	5.0	1,540	2.9
1987年	321,508	6.3	1,635	3.1
1988年	344,268	6.7	1,464	2.7
1989年	281,645	5.4	データなし	データなし

出典：Thailand Health Profile 1990, Ministry of Public Health

表7-5 下痢症疾患の人口10万対罹患率及び死亡率（1985年-1989年）

年度	罹患率（人口10万対）		死亡率（人口10万対）	
	5歳以下	全年齢	5歳以下	全年齢
1985年	2,400	699	9.81	3.41
1986年	3,573	973	11.68	3.62
1987年	4,223	1,250	14.60	4.87
1988年	4,611	1,318	9.30	3.11
1989年	データなし	1,280	データなし	データなし

出典：タイ国保健省統計局

表7-6 下痢症発生報告件数（1987年-1989年）

年度	重症下痢症	急性下痢症	食中毒	赤痢
1987年	5,311	670,238	52,060	132,979
1988年	2,599	718,861	55,398	121,885
1989年	3,206	621,689	49,985	86,284

出典：Thailand Health Profile 1990, Ministry of Public Health

表7-7 5歳以下の乳幼児主要疾病状況（5歳以下の乳幼児人口千対）（1985年）

疾病	都市部	地方	全国
下痢症疾患	88.7	141.3	130.9
急性呼吸器疾患	51.7	92.0	84.2
その他感染症	15.9	30.5	27.8
消化器疾患	1.3	3.5	3.0
皮膚病	9.3	8.3	8.5
事故、負傷	-	5.9	4.8
その他	26.5	33.3	32.2
サンプル数	755	2,881	3,636

出典：タイ国保健省

表7-8 性病人口千対罹患率（1985年-1989年）

年度	性病					
	梅毒	淋病	軟性下疳	鼠径部リン パ肉芽腫症	非淋菌性 尿道炎	合計
1985年	0.32	4.45	0.93	0.32	1.78	7.80
1986年	0.36	4.50	0.89	0.34	1.76	7.85
1987年	0.41	4.36	0.85	0.37	1.70	7.69
1988年	0.40	3.97	0.73	0.37	1.57	7.04
1989年	0.41	3.55	0.63	0.32	1.59	6.50

出典：タイ国保健省伝染病管理局性病管理課

表7-9 (1) 予防接種の普及率 (1988年)

予防接種	全国	地方	都市部	バンコック
1歳以下の乳児	979,465	761,271	77,713	140,481
DPT3	689,605	636,265	21,095	36,216
(%)	70.41	83.58	27.14	25.78
OPV3	694,014	635,722	15,098	36,155
(%)	69.84	83.51	19.43	25.74
BCG	774,583	766,595	5,204	3,024
(%)	79.08	100.70	6.70	2.15
MEASLES	543,795	529,288	12,259	26,787
(%)	55.52	66.90	15.77	19.07
妊産婦	978,005	760,582	77,597	139,826
T2+TBooster	542,953	529,265	6,580	7,666
(%)	55.52	69.59	8.48	5.48

出典：タイ国保健省一般伝染病管理局

表7-9 (2) 予防接種の普及率 (バンコック市内6地区及び24県／合計30地域)
(1988年)

Target／vaccine	A	B	C
Children 1 year			
BCG	94.14	97.72	97.9
DTP	84.22	87.50	90.3
OPV3	83.22	87.20	89.7
Measles	61.40	61.76	66.6
Pregnant women			
T2+TBooster	75.86	75.46	-

A：24県 (バンコック首都圏を除く。)

B：9県 (バンコック首都圏を除く。)

C：バンコック首都圏6地区

出典：タイ国保健省一般伝染病管理局

表7-10 人口統計 (1974年-2000年)

項目	1947年	1960年	1970年	1980年	1984年	1990年	2000年
人 口 (千人)	17,433	26,260	34,397	44,825	50,583	56,340	64,389
男 性	8,772	13,154	17,124	22,329	25,449	28,197	32,206
女 性	8,721	13,104	17,274	22,496	25,134	28,143	32,183
15歲以下 (%)	-	43.3	45.1	38.3	-	33.4	27.5
15歲-60歲 (%)	-	52.2	49.8	56.4	-	60.5	65.0
60歲以上 (%)	-	4.5	5.1	5.3	-	6.1	7.5
都市部人口 (%)	-	12.5	13.2	17.0	17.5	18.7	20.5
人 口 密 度	34	51	70	87	98	109	125

出典：Health in Thailand 1991

表7-11 平均寿命 (1980年-1995年)

年度	男性	女性
1980年-1985年	60.25歳	66.25歳
1986年-1990年	61.75歳	67.50歳
1991年-1995年	63.50歳	68.75歳

出典：Health in Thailand 1991

表7-12 栄養調査報告（1987年-1989年）

	サンプル数 (%)		栄 養 状 態					
	村数 (%)	子供数 (%)	正常 (%)	第1級 (%)	第2級		第3級	
					人数	%	人数	%
1987年	94.85	79.58	77.11	20.53	54,133	2.3	1,306	0.06
1988年	97.77	84.32	78.91	19.47	39,196	1.6	488	0.01
1989年	99.10	88.72	80.21	18.87	23,742	0.91	135	0.01

出典：タイ国保健省栄養部門

表7-13 5歳以下の乳幼児の貧血状況（1986年）

地 域	%
東北部	27.2
北部	28.2
中部	26.7
南部	35.1
全地域	29.17

出典：THAILAND HEALTH PROFILE 1991

表7-14 妊産婦の貧血状況（1986年）

地域	%
東北部	26.61
北部	20.69
中部	29.95
南部	30.58
全地域	27.32

出典：Thailand Health Profile 1991

表7-15 首都バンコック市内の20歳から59歳までの肥満状況（1988年）

年齢	サンプル数	肥満（%）
20-29歳	220	4.1
30-39歳	459	13.3
40-49歳	167	27.5
50-59歳	73	37.0

出典：Thailand Health Profile 1991

11

11