



国際学会体験プログラムの参加を通して学んだタイのヘルスプロモーションに関する一考察

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-04-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 佐藤, 睦子, 眞壁, 美香 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005671

資 料

国際学会体験プログラムの参加を通して学んだ タイのヘルスプロモーションに関する一考察

A Study on Health Promotion in Thailand through Participation of the International Conference Experience Program

佐藤睦子¹⁾・眞壁美香¹⁾

Mutsuko Sato, Mika Makabe

1. はじめに

タイと日本は600年にわたる交流の歴史を持ち、伝統的に友好関係を維持している国である。近年は両国の皇室・王室間の親密な関係を基礎に、政治、経済、文化等において緊密な関係を構築し、産業や人的交流はきわめて活発となっている。外務省によると、70,337人（2016年10月時点）の邦人が長期滞在、永住し、その数は年々増加している。

看護職にとってタイは「プライマリヘルスケア」「ヘルスプロモーション」の国として馴染みが深い国である。1978年に世界保健機関（以下、WHO）がアルマ・アタ宣言を行い、発展途上国の健康問題対策としてプライマリヘルスケアを提唱した。その後、タイではプライマリヘルスセンターを中心とした全国組織の元で、乳児死亡率や平均寿命の指標の改善等、プライマリケアを実践し、効果を得た国として知られている（元村，1999）。また、2005年にタイで開催されたWHOのヘルスプロモーション会議ではバンコク憲章が採択され、ヘルスプロモーションを「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と再定義された。この地で従来の感染症対策から多様な健康への影響要因をもつ生活習慣病対策として、健康の保持・増進を目的とする健康教育と、健康支援環境の強化を求める方向に大きく舵がとられたの

である。看護師へのヘルスプロモーション活動での期待は大きく（Khanittaら，2007）、ヘルスプロモーション発祥の地で最新の看護を学ぶことは貴重な機会であると考えられる。

筆者らは、平成29年度大阪府立大学大学院看護学研究科主催「看護の国際学会体験プログラム」により、The Thailand Nursing and Midwifery Council and the World Academy of Nursing Science International Nursing Conference2017（以下、TNMC & WANSとする）に参加し、国際学会で最新の看護の動向を学んだ。さらにマヒドン大学訪問での現地教員及び大学院生との交流等、事前・事後学習を通じ、タイにおけるヘルスプロモーション活動とその人材を担う看護職について学ぶ機会を得たため、その内容について報告する。

2. 研修目的

- 1) 国際学会の参加を通じて最新の国際的な看護の動向を学ぶ。
- 2) タイの代表的な看護教育機関を視察することにより、タイの看護教育について知見を得る。

3. 方法

- 1) プログラム参加前後におけるタイの概要及び保健医療制度に関する文献等の情報収集
- 2) TNMC & WANS (Thailand Nursing and Midwifery Council & World Academy of Nursing Science) でのシンポジウム, 口頭発表, ポスター発表等の聴講等
- 3) マヒドン大学ラマティボディ校訪問による施設見学と現地教員からの大学概要の説明並びに両大学の教員, 大学院生によるディスカッション

以上により収集した情報をまとめ, 検討を行った.

4. 結果

1) 文献検討

(1) タイの概要について

タイは, 面積51万4,000平方キロメートル (日本の約1.4倍) で国民の多くはタイ族であり, 国民の95%が仏教徒である. 人口約6,572万人のうち48%が都市部に在住し, うち852万人がバンコクに居住する等人口の一極集中化が進んでいる (外務省, 2017, 日本貿易機構, 2016).

タイの保健衛生統計 (WHO, 2012) によると, 合計特殊出生率は 1.4, 15歳以下人口割合は18%, 高齢化率は15%と日本と同様に少子化が進んでいる. 平均寿命は75歳, 健康寿命は66歳であり, 今後の高齢化に対する対応も政策課題となっている. また, HIV/AIDS死亡率が日本の0人に対し31人 (人口10万対) であり, 性感染症対策が主要な課題である. さらに, 妊産婦死亡率は出生10万人中26人, 5歳以下の死亡率 (出生千対) は13人と日本と比較して依然高数値である. (表1) 途上国の健康課題である感染症の時代は過ぎ, 近代化と経済発展に伴うライフスタイルの変化に起因する生活習慣病が主要な健康課題となっており, 2012年の主要死因は, 第一位が虚血性心疾患68.8千人 (13.7%), 第二位が脳卒中51.8千人 (10.3%) である. 心血管疾患や糖尿病の増加が見られ, リスクファクターとしては, 男性の喫煙が48% (WHO加盟の他の地域平均は34%), 20歳以上の女性の肥満が11.8% (WHO加盟の他の地域平均は3.7%) となっている.

表1 タイと日本の基本データの比較
(2013年WHO統計資料より作成)

項目	タイ	日本
人口(万人)	6,701	12,714
合計特殊出生率	1.4	1.4
15歳以下人口割合(%)	18	13
65歳以上人口割合(%)	15	32
都市人口割合(%)	48	93
平均寿命	75	84
健康寿命	66	75
乳幼児死亡率(出生千対)	13	3
妊産婦死亡率	26	6
HIV/AIDS死亡率(人口10万対)	86.2	0

(2) タイの保健医療

① 保険医療制度

タイは, 日本と同様に国民皆保険制度が実施されている. 2002年の国民健康保険法制定により, 「公務員医療給付制度 (Civil Servant Medical Benefits Scheme: 以下, CSMBSとする.)」「被用者社会保障制度 (Social Security Scheme: 以下, SSSとする.)」「30パーツ医療保障制度」によって国民は無料で医療機関に受診できる. 独立行政法人国際協力機構 (2002) によると CSMBSは, 公務員が加入し保険料の負担がない税金による制度であり, 福利厚生制度として機能してきた意味合いが強い. SSSは, 大企業勤務の従業員が対象であり, 保険料拠出による社会保険方式として医療だけでなく, 年金や出産給付, 障害年金等の広範囲の社会保障分野を網羅している. 「30パーツ医療保障制度」は, それ以外の無保険者であった国民のために創設された保険制度であり, 発足当時に初診時30パーツの手数料を徴収していたことがその名の由来であるが, 2006年に手数料は廃止されている.

② 保健制度に関する体制

タイの行政区分は, バンコク特別行政区とパタヤ市を除き, 県 (Province), 郡 (District), タンボン (Tambon), 村 (Village) で構成されている. 医療機関は, 機能別に分類され, 高度先進機能を担う広域・総合病院 (Regional/General Hospital) が県レベルに, 地域の中核病院として, 郡レベルには地域病院 (Community Hospital), 身近な医療として一次医療を担う町レベルのタンボンには, Health Promoting Hospital (以下, HPH) が各町に1から2つ設置されている. HPHは, 2011年までコミュニティヘルスセンターと呼ばれていた施設であり, 複数の看護師と歯科

衛生士，マッサージ療法士，事務員が配置されている。ここでは，妊婦健診，各種予防接種，感冒や軽度外傷等の治療を行う一次医療や，健康増進，予防活動を行う。国民は決められた一次医療機関に受診し，必要に応じて高次の医療機関に紹介され受診するシステムになっているが，HPHに医師は常駐していない。（永田，2013）。

③ 看護師に関する制度について

タイの看護教育は全て4年制大学で実施されており，看護師免許取得後，多くは公的医療機関に勤務するため，他の職業よりも看護師の地位は比較的安定している（織田，2010）。保健師免許はなく，大学の看護養成課程にて地域活動を視野に入れた教育がなされている。地域では看護師やナース・プラクショナーが予防から軽度の医療行為を含む健康管理業務を行っている。地域で働くには，看護師資格取得後，「ナース・プラクティショナー」の資格取得コースを4か月受講することが推奨されており，基礎理論や地域病院等における実践を中心とした訓練が行われている（小林，2008）。コミュニティナースの役割は，「地域のニーズ・課題の特定」と「サービスの提供」に分けられ，「地域のニーズ・課題の特定」とは，a 地域ニーズ・課題整理のための調査実施・解析，b 調査結果データの管理・運営，c 調査結果の報告・開示・実践への提言があり，対象者は患者本人に加え，その関係者も含んでいる。「サービスの提供」とは，a ヘルスサービス（訪問看護・施設看護），b ヘルスプロモーション，c 疾患調査と感染症予防対策の提案，d コミュニティエンパワーメント，e コミュニティネットワークとの協働，f サービス機関のサポート・機関同士の連携支援等（永田，2013）である。

2) 学会参加における情報収集

本学会の目的は，（1）世界規模の健康問題に関連した看護研究，実践，管理，教育の進歩をすること。（2）国際保健における看護研究における国際協力，ネットワーク及びパートナーシップの育成と継続に貢献すること。（3）多様な学術的及び臨床的な環境の学術研究者の経験や研究成果を共有すること。（4）講師，看護師，学生のグローバルヘルスに関連した看護の問題と動向を議論するためのフォーラムを提供すること，であった。

学会での研究発表の内容では，ASEAN Post-2015 Health Development Agenda等の各種報告や研究発表によって，タイの健康指標の状況や死

亡原因がかつての感染症から日本と同様の癌，心疾患，脳血管疾患，糖尿病等の生活習慣病に起因した疾患に移行していることが示された。その背景として，肥満率や高血圧罹患率，喫煙率の高さ，糖分を多く摂取する生活習慣等が挙げられており，それらに対する予防，看護介入等の報告がおこなわれていた。さらに，日本と同様に少子高齢化が進展しており，仏教徒の多い国民性や信仰心の厚さ等の文化的背景を踏まえた終末期ケアや緩和ケアの取り組み報告，看護介入等の報告がみられた。他にも，大学院生向けのセッションや研究法等のフォーラムでは，看護職が研究に組み込み，政策に関与することで国民の健康に寄与していく必要性が発表されていた。

基調講演のテーマは「グローバルヘルス：国連ミレニアム開発目標（以下，MDGsとする）から持続可能な開発目標（以下，SDGsとする）への教訓」であった。MDGsとは2000年に国連ミレニアムサミットで採択された国際社会共通の開発目標であり，極度の貧困と飢餓の撲滅等2015年までに達成すべき8つの目標を掲げていた。開発途上国を対象としていたMDGsに対し，後継となったSDGsではすべての国々が対象とされ，17の目標が掲げられた。このうち第3の目標では「すべての人に健康と福祉を」が掲げられ，妊産婦や新生児および5歳未満の子どもの死亡率減少，エイズや結核・マラリア等の感染症を鎮圧すること，非感染性疾患による早期死亡の減少，ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ等がターゲットとして挙げられている。すべての人の健康的な生活と幸福を確保するための目標を広げ，すべての年齢層においてMDGsで達成できなかった事業に取り組むものである。タイではMDGsをいち早く達成をしたと評価を受けたが，農村部と都市部での医療機関への受診率，所得格差の問題や衛生状態に関する課題等が残っているということであった。

また，ポスター発表のフロアではKhon Koen Universityの「Primary Health Care Partnership with Community」の取り組みが興味深かった。専門職の関与は看護師と歯科衛生士のみであるが，プライマリヘルスケアの理念である「自助と自決」の精神に則り，専門職とサービスの受託側である住民との主体的に参画された健康的なまちづくりの実践報告であった。キーワードは，「地域の人とのコミュニケーションを維持すること」「partnershipとownership」である。住民自身が具体的かつ持続可能な方法で継続，発展させている例として，タイ（バンコク）の法定最低賃金

300パーツ/日（日本貿易振興機構，2016）から考えて負担のない金額である1か月2パーツ（約6円）の会費を負担し，ヘルスプロモーション病院を設立，地域に必要な救急，健康づくりのシステムを整備し，看護師奨学金制度の創設等を行い，次世代が村に戻り，また地域の人材となるシステムをつくる等の大きな成果をあげていると報告していた。

3) 受動喫煙対策の実際

学会では，タイの健康リスクとして喫煙率の高さが指摘されており，Healthy nurseというキャラクターが会場でタバコ対策のPRをしていた。また，SDGsの目標3においてもすべての国においてWHOの「タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約（WHO Framework Convention on Tobacco Control：以下，FCTC）とする」の強化が挙げられている。日本では，喫煙率は減少しているものの受動喫煙対策の遅れが国際的に指摘されている。一方で，タイは受動喫煙対策等のタバコ対策を推進している国として知られている。

日本の喫煙に対する法的整備は，1900年の未成年者喫煙防止法，2003年の健康増進法による受動喫煙対策があげられる。さらに，2004年にFCTCに批准し，受動喫煙対策や公共の場での全面禁煙を進めようとしており，神奈川県や北海道千歳市等，各自治体レベルでの受動喫煙対策の条例化が進んでいる。

タイは日本と同じFCTC批准国である。ホテル，大学，ショッピングセンター，飲食店等の公共の場所では完全禁煙であった。実際に滞在中，そのような場でタバコの臭いを感じることはなく，タバコの吸い殻や喫煙者の姿を目にすること

がなかった。タイのヘルスプロモーションに関する計画大綱において，タバコ対策は15の重点課題のうち7番目に位置づけられており，その取り組みの歴史は，1986年から1996年に行われた「禁煙キャンペーンプロジェクト」がきっかけであった（Khanittaら，2007）とされている。受動喫煙防止と非喫煙者の健康保護を目的とした非喫煙者健康保護法が1992年に制定され，公共の場での喫煙の規制が開始し，歩きタバコやポイ捨て等には罰金が課される等，罰則が強化された。また，喫煙による健康被害の拡大防止を目的にタバコ製品の販売規制を定めるタバコ製品管理法が整備されている。（中央労働災害防止協会，2008）この法律の制定により，タバコ広告と自動販売機による販売の禁止，タバコ製品の成分表示等が課せられている。さらに，FCTCでは，喫煙と受動喫煙の害に関する健康警告として，タバコのパッケージにビジュアルで理解できる図柄・絵・写真・デザインを用いることを積極的に推奨しており，すでにカナダ，オーストラリア，アフリカ，シンガポール，EU等で義務付けられている（戸次ら，2015）。これによって，タイにおいても，テレビ，ラジオ，新聞等のメディアを通じたタバコ広告が全面的に禁止されるとともに，タバコのパッケージにショッキングな写真と警告文が掲載されることとなったことである（図1）。現地でタバコの購入を体験したところ，コンビニエンスストアではカウンター越しに蓋のある棚から客の注文に応じ店員がタバコを取り出すという方法で，人々が簡単にタバコを目にした購入できないようなしくみになっていた。しかし，このような対策が行われている中でも，タイの喫煙率は日本よりも依然として高い状況にある。



タイのタバコのパッケージ（図1）

4) Mahidol University Ramathibodi School of Nursing 訪問

(1) 大学の概要

訪問した大学は、1969年にマヒドン大学医学部病院の1部門として、ロックフェラー財団からの支援で設立された歴史ある名門大学である。設立目的は国際レベルのリーダーとなる看護師の養成であり、看護教育と看護研究と学術的な活動のバランスよい看護師を育成すること、質の高い学問の提供が人間にとって最大の利益をもたらすという理念に基づき、運営がなされている。学には、学部と大学院(修士、博士課程)が設置されている。学部教育では、1, 2年生で基本的な科目の履修を行い、3, 4年で看護実践と看護理論を重点的に履修する。看護倫理や管理の概念を伴う生涯学習に焦点を当てており、そのための教育方法として、「問題解決技法」「事例検討」「医療機関や地域を想定したシミュレーション学習」等の実践的学習を重視しているとのことだった。そのため、学内の「training room」には、医療施設さながらの医療機器が設置されていた。ロールプレイ用の部屋は、マジックミラーがつき、クリティカルな状況を再現できるモデル人形を用いて、ロールプレイを行う部屋、教員が確認する部屋、他の学生が待機する部屋となっており、ロールプレイ終了後、学生間でディスカッションがなされるとのことだった。タイでは、縫合等の医療行為が看護師でも実施可能であることをふまえ、吸引、採血、静脈注射、分娩、縫合等の学習も重視されていた。

大学院教育は、小児看護、成人看護、地域看護、精神看護、助産のコースが設置され、タイのプログラム以外に国際基準の教育を行うインターナショナルプログラムがあり、近隣諸国の学生を受け入れていた。

(2) 卒業生および教員との情報交換

昨年度大阪府立大学大学院の交換留学生として来日し、今年よりRamathibodi Hospitalのコミュニティナースとして勤務する看護師から、地域看護活動について話を聞くことができた。彼女が所属している部署は4人のコミュニティナースで8地区を担当しており、1地区には約1,000人の住民がいる。単純に計算するとコミュニティナース一人あたりの受け持ち住民数は約2,000人であり、日本の都市部における保健師の受け持ち住民数と比較すると、かなり手厚く配置されている。対象者は、乳幼児から高齢者まで全ての個人と家族であり、訪問看護等の医療ケアから予防や健康増進

等のヘルスプロモーション活動も行っているとのことだった。日本の地域における母子保健活動の中核ともいえる乳幼児健診等のタイにおける実施方法について質問したが、日本の各自治体が実施する集団乳幼児健診のような内容ではなく、すべて病院にて個別に実施されるとの事であった。また、保健活動の予算は基本的に税金や保険料等で賄われ、住民の自己負担はないとのことだった。

マヒドン大学の教育プログラムを説明して下さった教員の話では、大学院の地域看護課程修了後は、政府や行政機関等で働くことも可能だが、求人が多くないため、病院の地域部門でコミュニティナースとして勤務することが多いということだった。また、日本の保健師のように公衆衛生看護に関する独立した国家資格の必要性については、現在は資格よりもコミュニティナースの活動の充実、発展、研究が重要であると述べていた。

5. 考察

1) タイのヘルスプロモーション活動について

ASEAN Post-2015 Health Development Agenda等の各種報告や研究発表によって、現在のタイの高齢化問題や主要な健康課題が日本等の先進国と同様に生活習慣病関連に移行していることや健康リスクとしての喫煙や糖分の過剰摂取等の課題があることを学んだ。健康には、遺伝子や生活習慣等の影響だけではなく、個人の収入や人とのつながり等、複数の社会的決定要因が影響しているという考えが普及してきている。イの健康状態に関する報告と共に農村部と都市部での医療、所得格差や衛生状態に関する課題等を学び、改めて学会会場の周囲や町の状況を見てみると、都市や人々の生活ぶりの目覚ましい発展が感じられる一方で、発展から取り残されたような地域も見受けられ、その地域に住む経済下層の人々と都市部の格差の存在と貧困が関連する問題が感じられた。その対策としては、SDGsでも掲げられているとおり、人々の環境を整備し、健康の社会的決定要因に対する予防施策を行っていくことが重要であると考え。さらにタイにおける経済発展や農村から都市部への人口流入等の人々の生活環境の変化の影には、個人の職業や収入、教育背景等からくる格差の問題だけでなく、加入している保険による格差が問題である(元村, 1999)と指摘がある。タイは、日本と同様に国民皆保険制度が実施されているが、加入している保険の種類により内容は異なる。経済的に恵まれていると考え

られる公務員や大企業に勤務する人達にメリットが多いということは、国の制度として格差を助長していると考えられ、改めて皆保険制度のあり方について考えさせられた。

さらに、Primary Health Care Partnership with communityの報告から、住民がその地域の医療体制整備に大きく関与している事例を学んだ。住民自身が専門職とのコミュニケーションにより自身の課題としてその事業の必要性を認識し、自分事として可能な範囲で活動を行うと共に周囲との関係性を構築しながら地域づくりに寄与していく日本の保健推進員の活動（松井，2018）と共通性がある。しかし、日本の地域づくり活動では、まだ行政主体や専門職主導のところが多いとの意見もある。今後、日本が推進している地域包括ケアシステムの構築にあたり、各地域の実情に応じたシステムとそれを支える自助、互助、共助、公助のバランスを図る事例として参考になると考える。また、この地域の健康指標については把握することはできなかったが、社会的決定要因の1つとして人と人とのつながりの豊かさが健康に寄与する可能性が指摘されている（相田ら，2014）。このような健康の社会的決定要因である人と人とのつながりを活かし、地域住民が自ら地域社会の健康づくりに共に取り組めるような体制を構築していくことが、健康寿命の延伸等の健康づくりにつながると考える。

さらに、タイはFCTC批准国として、タバコのパッケージや受動喫煙対策等の積極的な対策を行うなど優れた受動喫煙対策を実施しているが、依然として喫煙率は高く、個人の喫煙率の低下というアウトカムには至っていない実情がある。喫煙は、低所得ほど喫煙率が高いなど多くの社会的な要因が関係している（厚生労働省，2014）と言われており、取り組みの難しさを実感した。W. Green (1991) はヘルスプロモーションを「健康的な行動や生活習慣が実践できるように教育的かつ環境的なサポートを組み合わせることである」と定義している。タイではこのような環境的サポートは整備されてきているが、教育面での取り組み等は把握できていない。禁煙対策が進んでいくために個人の行動変容にどのような取り組みが効果的であるかという観点から、今後のタイの動向に注視するとともに、禁煙支援や子どもへの教育等についても併せて着目する必要がある。

健康課題や健康格差についてはタイだけの問題ではなく、2013年から開始している健康日本21（第二次）においても、健康寿命の延伸と合わせて健

康格差の縮小が盛り込まれている等、世界的な課題である。さらにSDGsではすべての国々を対象とした開発目標であることから、グローバルヘルスの課題として自国のことのみでなく、広い視点で健康に関する動向や看護問題を把握していく必要性がある。

2) タイのコミュニティナースと日本と保健師の役割

タイでは、看護の基礎教育において地域看護の理念も含めて教育されており、日本のような看護職の一専門分野として保健師という独立した国家資格はない。しかし、看護の基礎教育において地域看護を学び、保健師という職名はなくとも、学会で学んだPrimary Health Care Partnership with Communityにおける住民主体の健康的なまちづくり事例のようなヘルスプロモーション活動をコミュニティナースが地域で展開している。一方、日本では保健師が看護の一専門分野として独立した国家資格となっており、地域、産業、学校の場でヘルスプロモーション活動を展開している。このような専門的な国家資格制度をもつ国は、世界に3カ国（アイルランド・英国・南アフリカ）と少数であり（日本看護協会，2008年）、さらに日本では2018年に10校が保健師教育を大学院に移行する等、より高度で専門性を高めるような流れにある。また、日本では、就業保健師の約73.5%が行政に勤務し（厚生労働省，2017）、対人保健サービスに従事するだけでなく、政策に関わる保健師も少なくない。

ラマティボディ校の地域看護分野の教員によると、タイでは医療機関においてコミュニティナースとして働くことが多く、資格の有無よりも保健師としての活動の充実、発展、研究が重要である、という意見もあった。ヘルスプロモーションは、健康だけでなく多岐にわたる分野に関わる公共性の高い仕事であり、星（2014）らはWHOのヘルスプロモーション憲章で述べられている「すべての政策を健康の視点から見直そうとする」視点と行政に勤務する保健師への期待を述べている。公衆衛生看護の専門職として国家資格をもつ保健師が、対人保健サービスを充実していくことはもちろんであるが、政策に直接かかわる業務に従事し、健康の視点から衛生行政に関わることが可能であることは、日本の保健師の強みである。我が国における保健師が国家資格制度のもつ意味を自覚し、より専門性を高め、活動や研究を積み重ねていくことが必要であると考えられる。

6. おわりに

短時間の訪問ではあったが、このプログラムの参加を通じて学会参加や現地の学生や教員との交流を行い、タイが経済発展を成し遂げる一方で、健康課題に対する保健医療政策の整備や看護研究、実践、管理、教育に関する取り組みを推進し、国としての成長を目指していること、そこに関わる看護実践者や研究者のパワーとハングリーさを感じることができた。このように、最新の看護を学ぶだけでなく、他国の看護活動や生活に関する見聞を広め、自国や自身の看護について考える大きな機会となった。そのため、今後も協定校であるマヒドン大学との交流等を通して、多くの学生がこのような体験を通じて学びを得る貴重な機会となってほしいと実感した。

謝辞

今回の「看護の国際学会体験プログラム」により、TNMC & WANS International Nursing Conference 2017に参加、マヒドン大学訪問の機会を与えてくださった先生方、現地の先生方、学生の皆様に心より感謝いたします。

文献

- 相田潤, 近藤克則 (2014) : ソーシャル・キャピタルと健康格差. 医療と社会, 24(1), 57-70
- 中央労働災害防止協会 (2008) : 平成19年度受動喫煙の健康への影響及び防止対策に関する調査研究委員会報告書.
- 福田洋 (2016) : 第22回IUHPE国際会議の概要とNPWP (北部西太平洋地域) の動向. 日本健康教育雑誌, 24(3), 160-168, 229
- 外務省 (2017) : 海外在留邦人数調査統計 (平成29年要約版). (検索日2018年9月20日) <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000260884.pdf>
- Green Lawrence W. and Marshall W. Kreuter (1991) : Health Promotion Planning An Educational and Environmental approach. Mayfield Publishing, Mountain View, (p4) California, 2nd.
- 星旦二, 麻原きよみ (2014) : 保健医療福祉行政論第2版, 日本看護協会出版会, 東京
- Khanitta Nuntaboot, 麻原きよみ (2007) : タイにおけるヘルスプロモーションとコミュニティナースの役割および機能. 日本地域看護学会誌, 10(1), 21-25.
- Khon koen University (2017), Primary Health care Partnership with community. International Nursing Research Conference.
- 小林真朝 (2008) : タイにおける地域看護職の活動と教育 - Community Health Nurse に要点をあてて -. 保健の科学, 50(3), 165-169.
- 公益社団法人日本看護協会 (2008) : 諸外国の看護基礎教育と規制について. (検索日2018年11月16日) <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/kyoikukisei.pdf>

- 厚生労働省 (2017) : 平成28年衛生行政報告例の概況. (検索日2018年11月15日) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/gaikyo.pdf>
- 厚生労働省. 最新タバコ情報: (検索日2018年9月20日) <http://www.health-net.or.jp/tobacco/oversea/ov950802.html>
- 厚生労働省 (2016) : 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書
- 喫煙の健康影響に関する検討会編 (検索日2019年1月4日) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>
- 厚生労働省 (2014) : 平成26年「国民健康・栄養調査」の結果 (検索日2019年1月4日) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000106405.html>
- 国際協力事業団 (2002) : タイ王国における医療保険制度運用システムに関する調査報告書]. JICA 国民健康保険制度構築支援プロジェクト事前評価調査団, 4-6. (検索日2018年9月20日)
- 松井理恵, 佐藤由美, 石丸美奈ら (2018) : 地域の健康づくりにかかわる保健推進員のエンパワメントの様相. 千葉看護学会会誌, 23(2), 11-20.
- 元村直靖 (1999) : タイの医療制度 - プライマリヘルスケアを中心に -. 大阪教育大学紀要第Ⅲ部門, 48(1), 59-67.
- 永田智子, 成瀬昂, 鈴木 美穂他 (2013) : キーワードは「連続性」Health Promoting Hospitalを基盤にしたタイ・コンケン地方の保健医療システム. 保健師ジャーナル, 69(08), 620-625.
- 日本貿易振興機構海外調査部 (2016) : アジアオセアニア主要都市・地域の投資関連コスト比較. (検索日2017年11月27日) https://www.jetro.go.jp/ext_images/_Reports/01/42952cecdce53c3/20160032.pdf
- 織田由紀子 (2010) : タイの看護師と看護教育: 国際ジェンダー学会誌, vol. 8, 67-80
- Tassana Boontong (2017) : Culture, Co-creation, and Collaboration for Global Health. International Nursing Research Conference
- 竹山亜未, 角 真理, 上野美由紀他 (2016) : タイの母子保健をめぐる研修報告 - マヒドン大学公衆衛生学部との交流を通して -. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 第12巻, 73-79
- 戸次加奈江, 稲葉洋平, 内山茂久他 : FCTC 第11条たばこ製品の包装及びラベル上の警告表示に関する国際的動向. 保健医療科学, 64(5), 460-468. http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/appendix_II.pdf?ua=1
- WHO (2015) : WHO statistical profile (検索日2018年9月20日) <http://www.who.int/gho/countries/tha.pdf?ua=1>
- WHO (2015) : WHO statistical profile (検索日2018年9月20日) <http://www.who.int/gho/countries/jpn.pdf?ua=1>
- WHO report on the global tobacco epidemic 2017 : Report appendices Global tobacco control policy data APPENDIX II TABACCO USE PREVALENCE (検索日2018年9月20日) https://www.who.int/tobacco/global_report/en/