

タイ王国プライマリーヘルスケア  
訓練センタープロジェクト  
巡回指導調査団報告書

昭和60年3月

国際協力事業団



タイ王国プライマリーヘルスケア  
訓練センタープロジェクト  
巡回指導調査団報告書

昭和60年3月

国際協力事業団

JICA LIBRARY



1042200[4]

国際協力事業団	
受入 月日 '86. 2. 20	122
登録No. 12433	48
	MCF

## はじめに

ASEAN（東南アジア諸国連合）人造りプロジェクトの一環として昭和57年10月1日から開始した本技術協力プロジェクトも協力期間の半ばにさしかかり、昭和59年3月に完成した無償資金協力によるアセアン・プライマリーヘルスケア訓練センター（ATC/PHC）とコンケン地方訓練センター（RTC·Khon·Kaen）を舞台としてプライマリーヘルスケアを促進するための諸活動が実施されている。

国際協力事業団は、プロジェクトの進捗状況について調査し、今後の協力について協議・助言するために東京大学医学部教授小泉 明氏を団長とする巡回指導調査団を昭和59年10月10日から16日まで派遣した。本報告書はその調査結果をとりまとめたものである。

ここに計画打合せ調査団団員各位ならびに調査団派遣に協力を賜った関係機関の各位に対し深甚なる謝意を表する次第である。

昭和60年7月

国際協力事業団

理事 末永昌介

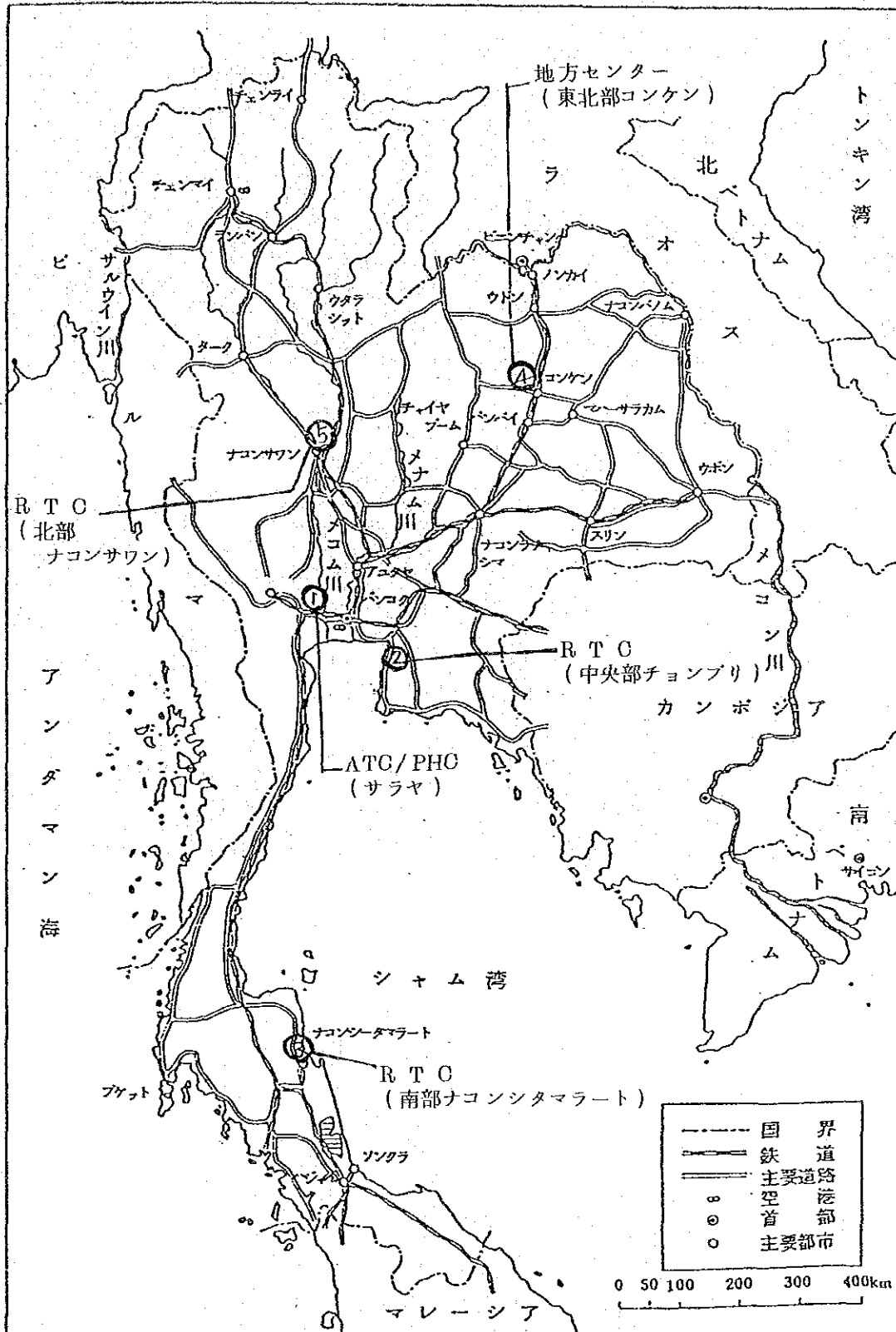






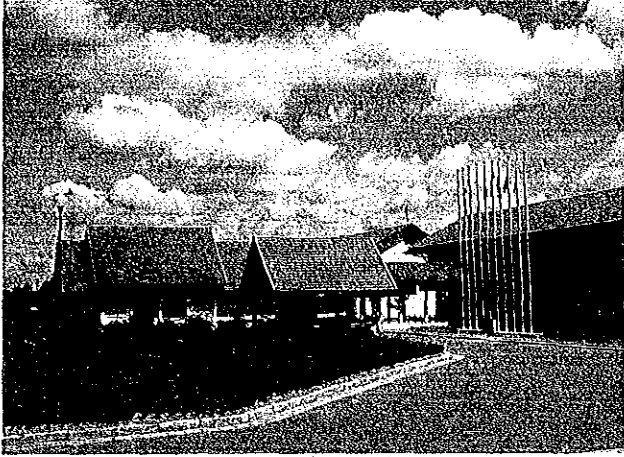


タイ プライマリー・ヘルス・ケア訓練センター位置図



- ① ATC/PHC (サラヤ, バンコク西方約 20 km)
- ② R T C (中央部チョンブリ, バンコク南東約 90 km)
- ③ " (南部ナコンシタマラート, バンコク南方約 1,140 km)
- ④ " (東北部コンケン, バンコク東北約 445 km)
- ⑤ " (北部ナコンサワン, バンコク北方約 240 km)

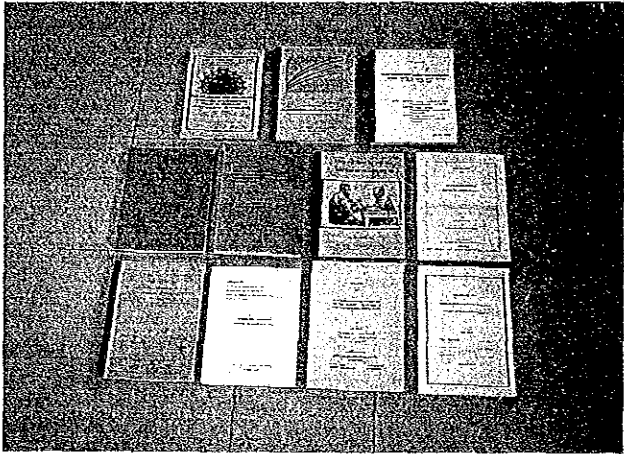




① 昭和 59 年 3 月に完成したアセアンプライマリーヘルスケア訓練センター (ATC/PHC) 正面入口



② 第 1 回国際トレーニング, アセアン各国から参加者

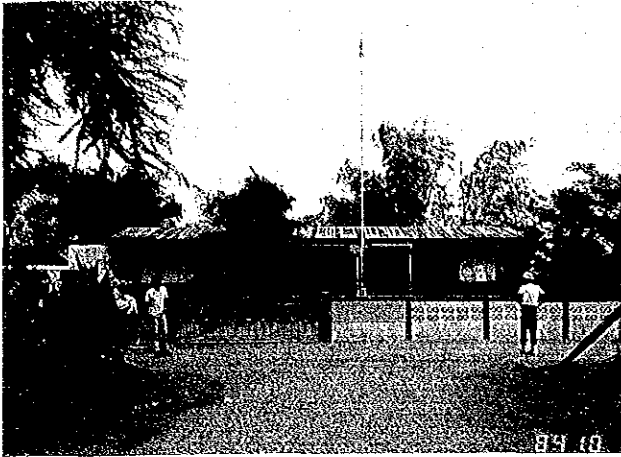


④ コンケン・リージョナル訓練センター (RTC) 正面

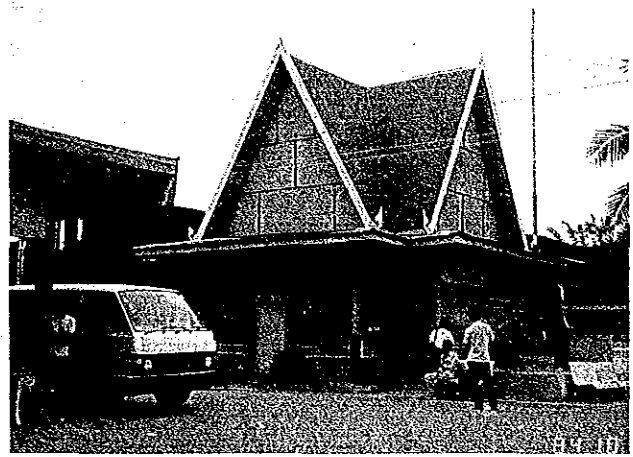


⑤ 同RTC宿泊棟

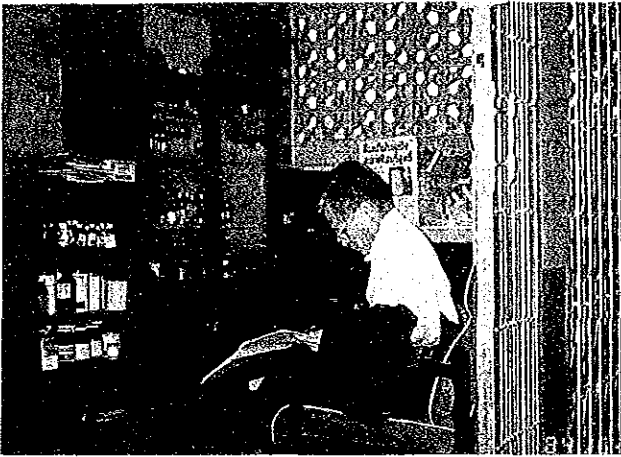




⑥ コンケンR.T.C村の村のヘルスセンター  
(保健婦1人, サニタリアン1人が常駐している)



⑦ コンケンR.T.C近辺の戸数約100の部落  
(Muban)の中央に位置するコミュニティ  
センター



⑧ コミュニティセンター内に設置されたド  
ラッグファンド(必須薬品の利用に関する  
会員制基金)の薬品庫



⑨ VHV(ヴレッジヘルスヴォランティア)  
の案内で農家を訪問



## はじめに

ASEAN（東南アジア諸国連合）人造りプロジェクトの一環として昭和57年10月1日から開始した本技術協力プロジェクトも協力期間の半ばにさしかかり、昭和59年3月に完成した無償資金協力によるアセアン・プライマリーヘルスケア訓練センター（ATC/PHC）とコンケン地方訓練センター（RTC·Khon Kaen）を舞台としてプライマリーヘルスケアを促進するための諸活動が実施されている。

国際協力事業団は、プロジェクトの進捗状況について調査し、今後の協力について協議・助言するために東京大学医学部教授小泉 明氏を団長とする巡回指導調査団を昭和59年10月10日から16日まで派遣した。本報告書はその調査結果をとりまとめたものである。

ここに計画打合せ調査団団員各位ならびに調査団派遣に協力を賜った関係機関の各位に対し深甚なる謝意を表する次第である。

昭和60年7月

国際協力事業団

理事 末永昌介



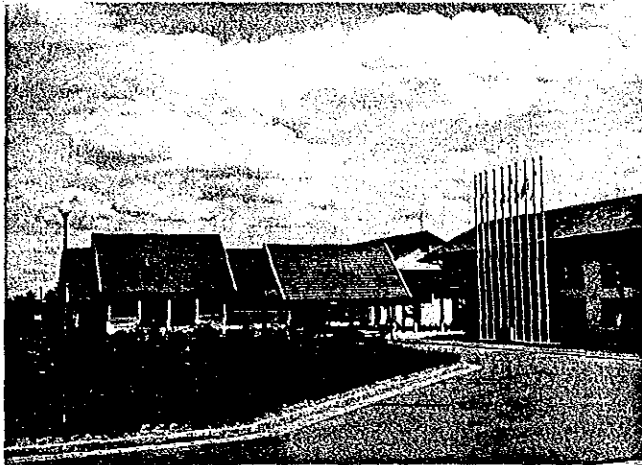








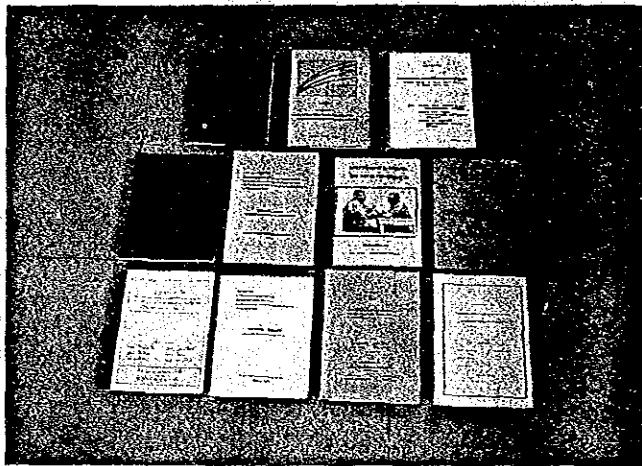




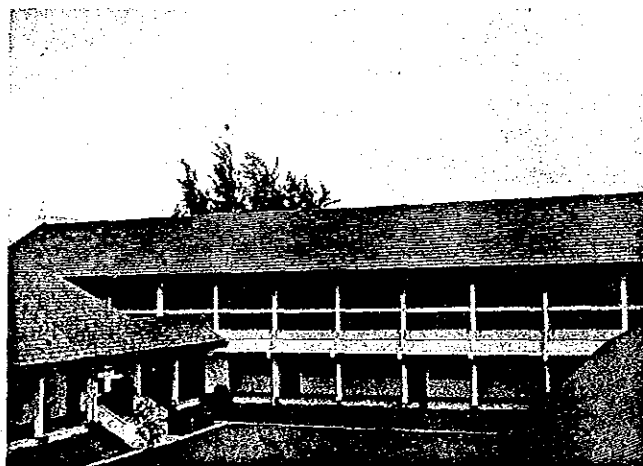
① 昭和 59 年 3 月に完成したアセアンブラ  
イマリーヘルスケア訓練センター(ATC/  
PHC)正面入口



② 第 1 回国際トレーニング, アセアン各国  
から参加者

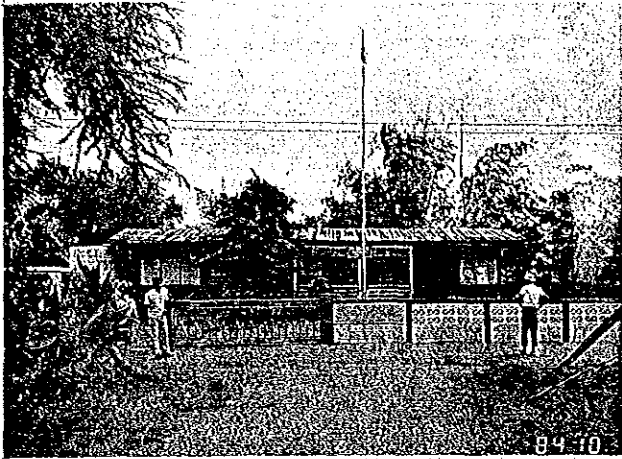


④ コンケン・リージョナル訓練センター  
(RTC)正面

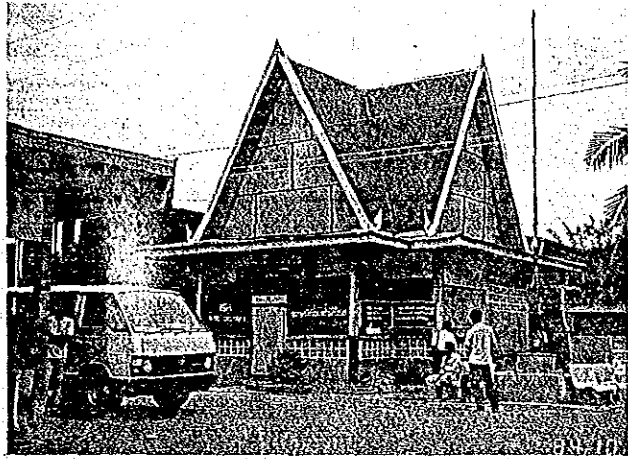


⑤ 同RTC宿泊棟

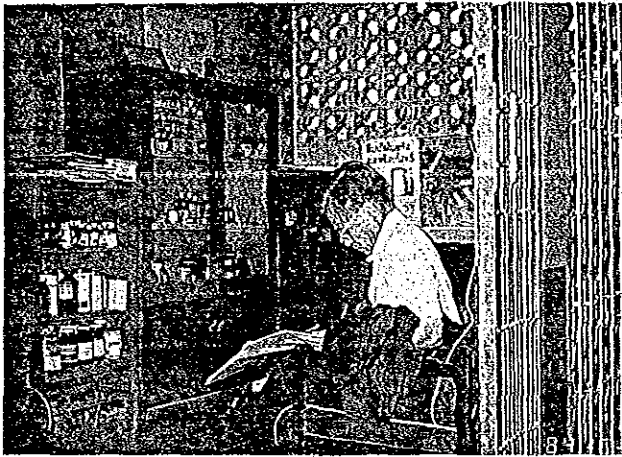




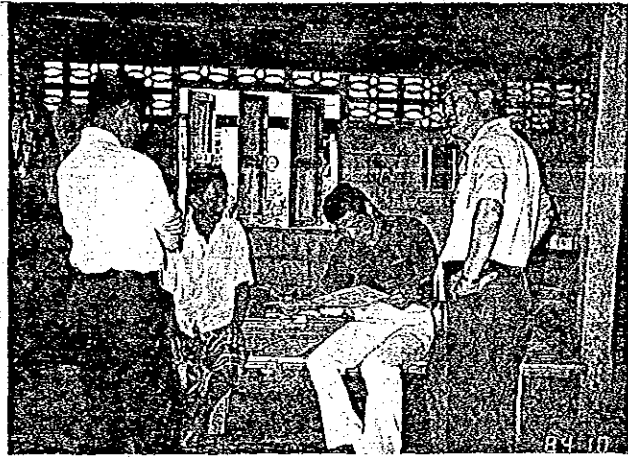
⑥ コンケンR.T.C付の村のヘルスセンター  
(保健婦1人, サニタリアン1人が常駐している)



⑦ コンケンR.T.C近辺の戸数約100の部落  
(Muban)の中央に位置するコミュニティセンター



⑧ コミュニティセンター内に設置されたドラッグファンド(必須薬品の利用に関する会員制基金)の薬品庫



⑨ VHV(グレッジヘルスヴォランティア)の案内で農家を訪問





# 目 次

はじめに

地 図

写 真

I 巡回指導チームの活動概要	1
I-1 巡回指導チーム派遣の経緯	1
I-2 巡回指導チームの団員	2
I-3 活動日程及び面会者リスト	2
I-4 調査結果	4
I-5 モデル開発と協議関係書類	15
(1) モデル開発プロポーザルⅠ(84年4月提出分)	17
(2) モデル開発プロポーザルⅡ(84年10月提出分)	20
(3) モデル開発プロポーザルⅢ(84年11月提出分)	31
(4) A.T.C宿舎料金表	65
(5) Krasae 所長に提出した報告書	66
II 資 料	
1. アセアン人造りセンター構想	
鈴木総理大臣のバンコクにおける政策演説(バンコクスピーチ)邦訳	75
2. タイ国開発政策とBMN(ベーシックミニマムニーズ)	83
(1) Basic Minimum Needs of People as an Approach for Social Development	83
(2) Basic Minimum Needs for Thai People Aimed by 2001 and Indicator	91
3. 組 織 図	105
(1) タイ国保健省(Ministry of Public Health)	105
(2) マヒドン大学(Mahidol University)	106
(3) アセアン・プライマリーヘルスケア訓練センター(ATC/PHC)	107
(4) Executive Board for the ATC/PHC Project メンバー	108
4. ATC/PHCの活動概要	109
(1) 国内訓練(National Training)	109
(2) 国際セミナー(International Consultative Meeting)	111

(3) ASEAN域内訓練 ( International Training )	114
(4) 研究 ( Research )	115
(5) Report on Situation Analysis of 10 Primary Health Care Elements in Thailand 1983	121
(6) Abstract of Reserch Report on Series 1/2525	166
5. コンケン RTC 概要	191
6. 我国の技術協力投入実績	200
(1) 調査団派遣	200
(2) 研修員受入	202
(3) 専門家派遣	204
(4) 機材供与	205
(5) ローカルコスト負担	228
(6) 投入実績表 ( プロジェクトコストを含む )	228
III 調査団派遣以後のプロジェクトの動き	230

## I 巡回指導チームの活動概要

### I-1 巡回指導チーム派遣の経緯

西暦(昭和)年	月	事 項
1981(56)	1	鈴木総理大臣のASEAN 歴訪。バンコクにおける政策演説(資料1)でASEAN 人造りセンター構想を発表。
1981(56)	5	マニラで開催されたASEAN 常任委員会において、各国の関心分野につき引き続きわが国との間で2 国間協議が進められること等申し合わせ。
1981(56)	6	外務省技術協力第二課長を団長とするコンタクトミッションに対してタイ国政府はプライマリーヘルスケア訓練センターを正式に候補案件として議論を進めたい旨提案。
1981(56)	8	国際協力事業団医療協力部長を団長とする第一次予備調査団を派遣。タイ側からプロジェクトの構想と5 年間で4 億2,700 万バートの要求が提出される。
1981(56)	10	ジャカルタで開催されたASEAN 人造りプロジェクト第2 回準備会議において本件プロジェクトの採択に正式に合意。
1981(56)	11	国立公衆衛生院橋本衛生行政学部長を団長とする第2 次予備調査団を派遣。無償資金協力・技術協力に関する計画につき協議。タイ側からの運営費等の資金供与の要求に関して日本側は技協制度上応じられないとして対立。
	12	
1982(57)	3	国立公衆衛生院橋本部長を団長とする技術協力事前調査団を派遣。無償資金協力の事前調査団同行。ATC の年間活動計画に関する協議において、技術協力の一環としてTraining Research & Development に対し経費援助を行うこと、ATC (ASEAN TRAINING CENTER) の他に無償資金協力にて4 つのRTC (Regional Training Center) を建設するよう日本政府に働きかけることに合意。ただし、技協の経費援助の額についてはタイ側要求と日本側の予算案に依然として距離あり。
1982(57)	5	無償資金協力基本設計調査団派遣。ATC 及びコンケン、ナコンサワン、ナコンシタマラート、チョンブリの4 RTC の活動内容と設計について協議。
	6	
1982(57)	9	埼玉県立衛生短期大学橋本学長を団長とする実施協議調査団派遣。

西暦(昭和)年	月	事 項
1983(58)	5	10月1日から5ヶ年間の技術協力に関する討議議事録(R/D)に署名。初年度(昭和57年10月1日~昭和58年3月31日)の実施計画について協議。
	10	
1983(58)	3	第1回国際セミナー(Consultative Meeting)3月28日から31日まで開催。
1983(58)	10	埼玉県立衛生短期大学橋本学長を団長とする計画打合せチームを派遣。タイ側から昭和58年度のTraining及びResearch予算(JICAの)の額について不満が述べられる。JICAの技術協力の予算システム(単年度主義・現金提供をしない)および人造りセンター予算の中の該当する財源の規模と、タイ側の主張する年間2億円の援助との調整に苦慮する。タイ側の5ヶ年間の計画表(予算額を含む)をガイドラインとするミニッツを交換。
1984(59)	3	第2回国際セミナー開催。
1984(59)	2	無償資金協力によるATC, コンケンRTC完成。
1984(59)	7	タイ側が新規に予算要請案を提出してきたModel Developmentについて内容の確認, 計画に対する助言のため, 神戸大学岩村教授および東京大学丸井助手を専門家として派遣。
	8	
1984(59)	9	タイ側から提出されたModel Developmentのプロポーザルに関して, 実施する活動の内容, 実施方法の詳細を確認し意見交換をするために埼玉県立衛生短大橋本学長(国内委員長)とJICA医療協力課伊藤課長を専門家として9月11日から15日まで派遣。詳細決定には至らず。
1984(59)	10	第1回域内研修(International Training)を10月1日から10月31日まで開催。

### I-2 巡回指導チームの団員

団 長	小 泉 明	東京大学医学部公衆衛生学教室教授
団 員	古 市 圭 治	厚生省健康政策局計画課
団 員	豊 川 裕 之	東京大学医学部疫学教室助教授
団 員	北 林 春 美	国際協力事業団医療協力部医療協力課

### I-3 活動日程及び面会者

月日	曜	時 間			
10. 10	水	18:00	GX703にてバンコック着 Ambassador Hotel 泊		
		19:00-22:00	長谷川調整員, 小林専門家と打合せ		
10. 11	木	11:30-13:00	JICAバンコック事務所 河西所長表敬, 打合せ		
		14:45-15:00	ATC訪問 Dr.Krasae 他スタッフと第1回ミーティング		
		15:00-16:30	小泉団長講演(第1回 International Trainingにて) "Topics on Health Development in Japan"		
10. 12	金	8:30-10:00	豊川団員講演 "Basic Nutrition Survey, Community Participation"		
		10:30-12:00	古市団員講演 "Development of Public Health in Japan" ビデオ "Health by the People in Japan"		
		8:30-10:30	小泉団長, 古市団員, 小林専門家は Model Development (同時進行) に関し Dr.Krasae と打合せ		
		9:00-12:00	北林団員 Training 予算に関し Dr.Anchern, Miss Chirapa と打合せ		
		13:00-14:00	ATCスタッフ主催昼食会		
		14:00-15:00	ATC施設見学(オフィス, 講堂, 宿舎, 食堂他)		
		15:00-17:30	ATCスタッフと Model Development に関し協議 Dr.Krasae, Dr.Orapin, Dr. Somarch 他 タイ側から15モデルの実提案提出		
		19:30-21:00	小泉団長主催夕食会 於 Ambassador Hotel		
		10. 13	土	8:00	TH202にて コンケン着
				8:30-11:00	コンケンRTC視察, Director の Mr.Chairat と協議
				12:00-17:00	コンケン近郊の Village 視察 (RTC職員 Mr.Sayut 同行) Ban Koew村, Ban Nohnsawan村 Ban Nohnchad 村
19:00	TH205でバンコク着				
20:00-22:00	小林専門家宅で Model Development に関する意見交換。 長谷川調整員, 高山書記官, Dr.Somarch				
10. 14	日	8:10	小泉団長, 古市団員 JL476で帰国 資料整理		

月日	曜	時 間	
10. 15	月	9:00-15:00	A T C へ Model Development, Training に関する打合せ, Dr. Orapin, Dr. Somarch, 小林・長谷川専門家
		16:30-17:30	JICA バンコック事務所 富本職員, 高山書記官に報告
		19:00-21:00	International Training 関係者レセプション Dr. Natth, Dr. Krasac, A T C スタッフ, Training 参加者, WHO, ESCAP, UNICEF 駐在スタッフ, 小林, 長谷川専門家, 豊川, 北林団員 (席上 Dr. Natth より Model Development はチャンタブリ地区にて1件のみ One big project とする旨発言あり)
10. 16	火	10:50	豊川団員 TG 624 へ帰国
		11:00-13:00	マヒドン大学公衆衛生学部へ Dr. Orapin, 小林, 長谷川専門家と Research の運営について協議, 予算案作成の単価のガイドラインを作成する。
		15:00-17:00	A T C へ Dr. Somarch, 長谷川, 小林専門家と Model Development の善後策につき協議
10. 17	水	8:30-13:00	Dr. Krasac 宛報告書作成
		15:30-16:30	A T C へ Miss Wiraiwan と次年度 Training 要請書の提出に関し打合せ。
10. 18	木	10:30	北林団員 TG 740 へ帰国

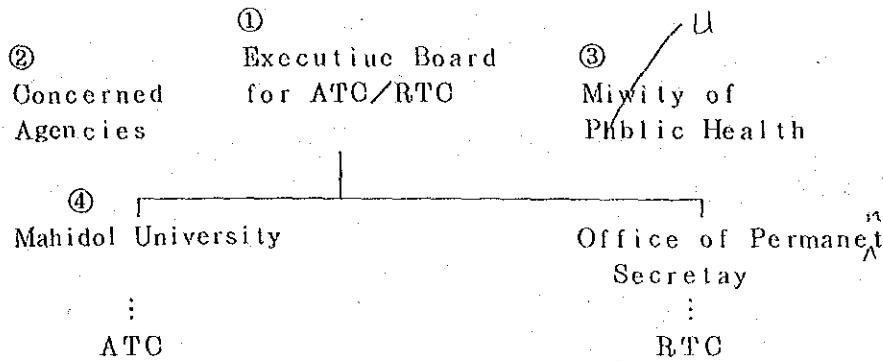
#### I-4 調査結果

(小泉 明)

一昨年(昭和57年)10月1日のインブルメンテーション以来2年余を経たいま、建ち上ったA T C - ハウスを目のあたりにし、第1回の国際訓練コースに加わり講義をおこなうことができ、感無量であった。併せて、コンケン(R T C)を視察するとともに、豊林を訪れて P H C 活動を直接知ることができて、得るところが多かった。

訓練計画ならびにモデル・デベロップメントについてのA T C 側スタッフの説明を開き、質疑をおこないまた助言を与えたが、先方の態勢になお不備な点があること、JICAの予算査定に対する先方の不満などのために、協議は必ずしも円滑に進んだとはいえなかった。

A T C ならびにR T C のそれぞれの活動の現況把握をおこなうことができたことは、今後の技術協力に貴重な示唆になったものと確信する。



1. 組織図では上の如く Ex. Boardで総合調整されることとなっているが、実際は2分され、それぞれの意向に沿って運営されていくであろう。現実的な対応としては、実務者レベルでの連絡調整を公式・非公式を問わず精力的に行うしかない。ATC→RTCという流れにこだわらない方がよい。

2. 殊に③の系統はWHOと検討をはじめているDevelopment of Health for all support Programmeに組み込まれていくのではないか。②にも将来WHOが関与して①に影響を及ぼすことも充分想定されるので、前回国内委員会でも指摘があったように、日本からも、このBoardに関与する方途を講ずる必要があるのではないか。

なお、わが国の海外医療協力の成果として、中日友好病院はBg. lateralで具合悪いとしても、ATCはSemi MultiなのでWHO総会においてPRすべきではないか。

3. 本Projectの目的とされている1)教育訓練 2)調査研究 3)教材作成 4)専門家派遣のなかで(いずれも問題はかかえてはいるが)もう少しの工夫と努力次第では大いに効果が挙るのが教材作成ではなかろうか、教材の利用が不十分でありRTCへの教材提供は勿論、地方における健康教育の徹底まで考えると、相当の力を注ぐ必要があるのではないか、この際、高度の機器が必要なのではなく、素朴なパンフレットの作成でも充分活用されるものと思う。

4. 本ProjectはPHCの入づくりの為の施設、研究調査の支援であり、あくまでタイ国の自主性を尊重していくべきであろう。しかし、予算要求書作成等の実務についてはJICAをClearできるものでなければならない。これまでの行き違いや少しのトラブルは、両国間の慣行の相異と誤解によるものが多いように思われる。

現地の長谷川・小林専門員をはじめ担当者の努力によって、ほぼ双方の理解がえられつつあるが、経理事務の簡素化を図る余地はないであろうか。

- 単価についてタイ国内の予算単価と比較して妥当なものは認める。

- M.Dのみでなく事務担当官の養成、日本への派遣も考慮する。

等により改善されるものと考える。

5. タイ国側の連絡調整の不足（タテ割りのみならず横わりもあり，組織の意向がなく，各人各様の考えを主張する）から現地駐在専門員の苦勞もしのばれるが，全体としてはPHCの推進のために熱意をこめて，地道な努力が続けられており，本プロジェクトは初期の目的を達していくであろう。その中心人物はDr. Somarch であり，彼を全面的に支援していくことが大切であろう。

所詮，仕事は人であり，人材を得ることがプロジェクトの成否を左右する。従ってATC/RTCの専任スタッフの処遇，地位の明確化については，今後とも注目していく必要がある。

6. Model Development について，事業の性格についての両国間の考え方の相違があり，またタイ側の責任者と実務者間での事前検討がなかったことから，長時間の協議がなされたが，最終的に了解が得られたのは結構なことであった。

Khon-Kaen の一村落を見た印象から（現在の乏しい財政，マンパワーを前提としても）充分検討された年次計画で対応すれば，可成りの改善は可能であると思われる。ただ，Ministry → RTCの協力は，期待されない恐れが多分にあるので，Mahidal University - ATCのStaffの能力を超える計画にならないように配慮する必要があるだろう。

（豊川裕之）

## I はじめに

本巡回指導班の主たる任務は，タイ国におけるPHCプロジェクトの進行状況の視察およびその個別セクションの計画促進の支援である。

## II 日 程（略）

## III プロジェクト進行状況

### 1) 第1回 国際トレーニング・上級コース（ATC）

ASEAN Training Center for Primary Health Care Development, 1st International Training Programme Advanced Course in PHC Development, 1~31 October 1984 が開催されており，ブルネイ（新規加入）を除き，ASEAN 5 か国からの参加者およびタイ国からの多数参加者によって実施されていた。そのカリキュラムは概略すると，前半（2週間）はATCにおいて講義・ワークショップを主体とするトレーニング，後半（2週間）はRTC（コンケン）におけるフィールド研修を主体とするトレーニングから成っていた。小泉，古市，豊川が1単元の講義を担当した。豊川（筆者）は，①食事調査事例 ②社会参加の分類について講義した。ATCにおけるトレーニングの状況は，カリキュラムの内容については検討・改善すべき点があるが，運営には手慣れた巧みさを感じた。視聴覚機材の活用，図書の実践・活用，ATCのスタッ



フの充実などが緊急課題である。

## 2) Model Developing セクション

国内トレーニング、研究の2部門については、予算(タイ側の請求額)を技術的にチェックするだけであったが、新しく本年度から実施されるmodel Developing 部門については、その基本的枠組も確定しておらず、実施計画を作製することに大変難渋した。本巡回指導班は、特別に、この問題の解決に尽力した。

### ① その経過について概略を述べると以下のようになる。

10月11日(木)、12日(金)：

Model Developing 部門担当のDr. Orapin (同氏は研究部門担当責任者でもある)の計画案を聴取した。一時、Dr. Krasse も同席したが、その計画案は未定地区も含めて15地区をモデル地区としており、予算もまた、それに基づく高額にのぼっていた。また、モデル地区における研究の方法、目的、費目等が漠然としており、実体のある計画とは考えられなかった。そのため、実行可能性があるかどうかを検討したが、実行可能性に関する心証は得られなかった。

10月13日(土曜日)：Regional Training Centerの中、既に完成したコンケンの施設を視察し、同時に、Dr. Orapin がモデル地区として候補にあげている村を視察した。同村は仏教を基盤とする地区組織が成功しており、適切な選択と思われた。

同地から帰って、バンコックでは、小林専門員宅で、巡回指導班全員、小林、長谷川専門員、Dr. Somarch、高山一等書記官(駐タイ)を囲んで、夜半までModel Development project について検討した。

小泉、古市両班員は明朝の帰国を前にして、9月に、橋本-Natth会談でNatth総長より提示されたチャントブリ地区をモデルとすることにするという案が、Dr. Orapin より出されていないことについて危惧する旨、残留する豊川(筆者)に強調した。そして、Natth案とOrapin案の距離を埋めるよう指示した。

10月14日(日曜日)：小泉、古市両班員帰国。

10月15日(月曜日)：ATCにて、Dr. Orapin と豊川、北林、長谷川、小林およびDr. Somarch model Developing 案について再度協議する。その席でも、Dr. Orapin はチョンブリ、ナコンサワン、コンケン等のRTCを中心とするモデル地区を候補地を挙げたが、チャントブリについてはチョンブリの一部という位置づけであった。もともと、今年度のモデル地区は9地区に縮小してきた点で、妥協的であった。

### ② モデル地区の決定

しかし、夕方には、突然の大転換が起きた。

夕方、第1項で説明した第1回国際トレーニング・上級コース(ATC)のレセプション

ンが開催された。これは、当日朝、ジュネーブより帰国したDr. Natth の主催であり、豊川、北林、長谷川、小林も招待された。その席で、小泉、古市両団員の指示に従って、直接、Dr. Natth に model Developing の計画案を問いただしたところ、「モデル地区はチャンタブリ地区だけである」という意向が明確に表明された。さらに、「その他のモデル地区は考えない」、また、「WHOが支援して、別の地区を1か所選んで、モデル地区とする」、「WHOとJICAの競演になる」などの言質を引き出した。もっと、最後の言質は、豊川から言い出して、それをDr. Natth が認めたものである。なお、チャンタブリにおけるmodel Developing Project の責任者にはDr. Somarch を予定しているとも表明した。

我々は、これによってmodel Developing Project はチャンタブリにおいて実施されることが決定したと判断した。

その夜、我々だけで急拠検討し、Dr. Orapin のこれまでの尽力に対して評価を惜しまぬことを使えるためにも、また、今後の作業を円滑ならしめるためにも、明日、Dr. Orapin に会う必要があると判断した。

10月16日(火曜日)：豊川(筆者)は予定通り、帰国の途についた。それに先立って、北林班員が2日間の滞在延長をすることとし、長谷川、小林両専門員と共に、Dr. Orapin に会って誤解を求め、チャンタブリをモデル地区とする予算等の事務的手続の進歩をはかることとした。

(北林春実)

#### Khon Kaen Regional Training Center 視察

コンケンRTCは、他の3RTCに先がけて、昭和59年3月に完成し、Ministry of Public Health (MOPH) のOffice of Primary Health Care から任命されたChairat 所長の下、21人のスタッフ(うちテクニカルスタッフ6人)が配置され、訓練を始めとする各種の活動を行っている。視察を行った日は土曜でタイの官公庁は休日であったが、所長の他Male Nurse, Sanitarianの2名の職員が対応に出てくれた。所長のMr. Chairat はバンコックに家族を置いて単身赴任しており、当日は家族をコンケンに呼寄せて休日を過ごしていた。コンケンRTCはProvincial Health Officeに隣接して建てられ、緊密な連絡をとりながら運営されている様子であった。当日面会した2人のスタッフもChief Medical Officerの指示によりProvincial Health Officeから出向してRTCの仕事に従事しているとのことである。また、Sanitarian 養成校にも敷地を接しており、訓練コースの講師等に協力を得やすい恵まれた立地であると思われる。

昭和59年3月の完成とほぼ同時に活動を開始しているためすでに8つの訓練コースを実施

している。(資料5参照)うち6コースはM P Hの予算による直営であり、2コースはA T Cの実施するコースのフィールドトレーニングを委託を受けて実施したものである。

R T Cは組織上はM O P Hに属し、運営予算もM O P Hから直接に交付されている。マヒドン大学の下にあるA T Cとは、理念の上ではつながりを有するが、直接の組織的な関係はない。実際の事業については、上記の訓練コースの実施(一週間のフィールド訓練を、A T Cから宿泊費その他の経費を含め約6万バーツで委託をうけて行なう — Chairat 所長談)の他、J I O Aの援助による研究プログラムの1テーマ“タンボンドクターの役割”を実施した。今後とも近隣の大学、M O P H等と共同で研究を実施したいとのことであった。

建物、施設に関しては、管理棟、教室、宿舍、食堂等は訓練の参加者のみならず保健省、大学関係者等により活用されているようであった。(休日のため訓練風景は見学できなかった。)視聴覚教育用にはUマティック(3/4インチ)ビデオデッキ、ポータブルカメラ、モニターが整備されており、職員が撮影した訓練コース風景(宗教上のリーダー—僧侶—を対象とした講習)を見た。R T Cのビデオは、A T Cとの互換性を備えた3/4インチタイプに統一されているが、近隣の大学等で使用されている家庭用(1/2インチ)タイプとの互換性の点で不便な点があるとのこと。今のところ訓練の中にどのようにビデオを利用していくのかがはっきりしていないが、A T Cとの教材作成協力を行ったり、A T Cスタジオで編集されたビデオを訓練に使用するのであれば特に問題もなく、画像のすぐれた3/4インチビデオの方が効果的であろう。一方、1/2インチビデオを使用している近隣の機関にR T Cで作成した教材を提供するのであれば、将来1/2インチビデオデッキを追加して現有の機器と接続して使用する必要がある。(ただし画像は劣る)

図書室は未だ備えられた書籍・雑誌等が非常に少なく、今後の資料の整備が課題と思われる。A T CではJ I O Aのローカルコスト援助により各訓練コースの教材、研究・訓練の報告書を作成しているので、これらをすべてR T Cに配布するだけでもP H Cについての情報サービス活動の一環として効果が期待できるのではないか。

全体としてR T Cの活動はM O P Hの現行の行政に密着した訓練を郡、タンボン等のレベルの行政官・P H C従事者・住民を対象に行っており、施設の利用度ではA T Cを上まわっている。近隣の農村地域におけるフィールドワークや、実務に携わる医師・保健婦らとの共同事業という点でも大学に拠点をおくA T Cにはない地域レベルの保健活動との密接な関係を有している。今後はA T Cの国・県レベルの指導者訓練およびP H Cの各要素に関する研究の成果をR T Cの活動に反映させるとともに、R T Cにおいて現場から集取した情報や問題点をA T Cに集積するという双方の働きかけを共同活動が強化されるべきであろう。(なお、Chairat 所長によれば、約1ヶ月に1回の割合でA T Cと打合せを行っている由である。)

### A T C / P H C の組織と活動

昭和 59 年 2 月に完成しタイ国政府に引渡された A T C は、マヒドン (Mahidol) 大学サラヤキャンパス (市内から約 30 分) 敷地内にあり、組織上は学長 (Rector's Office) 直属となっている。サラヤキャンパスには社会科学系、人文系学部が敷地を接しているが医学部・公衆衛生学部はバンコク市内の旧キャンパス内にある。

人員、内部組織は資料 3.(3) のとおりであり、所長の Dr. Krasae を含めて約 50 人の職員が配属されている。ただし、各部 (Division) の責任者であるところの Director 達は Mahidol 大学の教員の兼務であり、それも 6 ヶ月毎の契約による (無報酬) とのことである。例えばトレーニング担当の Director である Dr. Anchern は医学部の生理学助教授、リサーチ担当の Dr. Orapin は公衆衛生学部母子保健助教授である。所長以外の Director 達はすべて非常勤で、A T C のオフィスへは週に 1 ~ 2 回来るのみである。従って A T C 内の Director や他のスタッフ間の連絡が十分でなく、日本人専門家も責任者と緊密な連絡を取るために苦慮している。A T C 内の決定事項すら周知徹底しないこともあり、上級職員の常勤化が強く望まれる。また、Director 達を含めて職員が administration の経験に乏しいため、業務を計画に沿って円滑に進めていくのが不得手で、技術協力の事務手続も遅れがちである。或る程度責任を持つ地位で実務を行う職員を指導しうる Senior Administrator (常勤) が今後の A T C の運営のためには是非とも必要である。

A T C のマヒドン大学内における位置づけについては学長直属の Center ということである。A T C を公衆衛生学部の下部組織にすることが最近検討されたという報告が日本人専門家から提出されたが、その後本件については特に動きはないようである。マヒドン大学の他の学部 (Faculties) 及びその付属研究所 (Institutes) と比較すると、A T C は研究機関としてではなく事務 (Administration) 機関として規定され、所長以下全職員が研究者としてではなく行政官として任命されている。この事実はタイ国政府とマヒドン大学が A T C に期待する役割を考える上で興味深い。

タイ国の国家計画としてのプライマリー・ヘルスケアと、それを担う既存の各組織 (保健省、内務省、農業省、教育省、大学) の活動の蓄積の上にさらに A T C / P H C を設立することによってつけ加えられ、強化される要素とは何であろうか。専門職の育成に関しては各大学医学部、看護学部、公衆衛生学部と保健省傘下の看護カレッジ、助産婦養成校、サニタリオン養成校が地域保健 (Community health) を指向するカリキュラムにより有資格者の養成と卒後の再教育を行っている。これらの有資格者が実務に従事する際には保健省、内務省の管轄になる県衛生部 (Provincial Public Health Office)、県病院、郡衛生部、郡病院、ヘルスセンター等において活動することとなる。さらに村落ごとに任命されるヴィレッジヘルスヴォランティア (V H V) と十数世帯ごとのヴィレッジヘルスコミュニケーター (V H C) が住

民へのサービスの提供、保健衛生に関する情報の提供および住民の疾病、出生死亡等に関する情報の集収を行っている。

A T Oの実施する国内訓練は郡 ( District ) レベル以上の参加者を対象として実施されており、参加者は職場においてプライマリーヘルスケアに関する教育、行政などのリーダーとしての役割を期待されている。資料 4 ( 1 ) にあるように各トレーニングコースは特定の職種 ( 医師、看護婦等 ) を対象として何らかの「技術」を習得することを目的としているのではない。(ここでいう「技術」とは生物医学的な検査や治療のテクニックのことである。) A T Oの訓練のねらいはむしろ、異なる職種の参加者を集めて、それぞれの立場からナショナルプロジェクトとしてのプライマリーヘルスケアに対する理解を深め、プライマリーヘルスケア全体の中で専門職、教育者、行政官及び地域社会の指導者がいかに貢献するかについて自覚を促し、リーダーとして必要な知識を得させ、意見・交換の機会を作ることにある。このような目的に沿って研修のカリキュラムは農村開発、社会経済開発、マネージメント、コミュニケーションなどのテーマを含む座学と、農村地区での地区診断→対応策の発見→実施→評価といった実習から構成されている。比較的短期間の研修が多いのは、各地から集まる研修参加者が上級公務員で長期間職場を離れることができないことや、研修の内容がセミナー形式の短期集中型プログラムであることが理由かと思われる。昭和 57 年度・58 年度の 2 年間で延べ 675 人の研修員数 ( 資料 4 - ( 1 ) ) は評価すべき実績であるが、さらに研修の効果測定、プログラム評価の手法、新しいカリキュラムの開発等を実施し、その成果を R T O や保健省の訓練に資する迄に A T O の機能を強化することが強く望まれる。

リサーチ ( 研究活動 ) は、A T O の Research Committee が全国の大学・保健省関係機関に対し公募を行い、研究者からの申請を審査して年間 20 教件を承認している。公募の案内先は 71 県の Provincial Chief Medical Officer、各 Provincial Hospital と District Hospital の院長、保健省各 Division の Director、マヒドン大学 13 学部の学部長及び公衆衛生学部各学科の長、チュラロンコン、コンケン、チェンマイ、ソククラ大学医学部・公衆衛生学部とのことである。Research Committee のメンバーは以下のとおり。

1. Dr. Pramuk Chandhavemot (Chairman)

Principal Medical Officer  
Department of Medical Service  
Ministry of Public Health

2. Prof. Dr. Kraisit Tantisirin

Lecturer  
Faculty of Medicine  
Ramathibodi Hospital

3. Assoc. Prof. Dr. Thaveethong Hongwirat  
 Director, Health Planning Center  
 Faculty of Social Services  
 Mahidol University
4. Assoc. Prof. Dr. Saniat Sermsri  
 Lecturer  
 Faculty of Social Sciences  
 Mahidol University
5. Dr. Somarch Wongkhamthong  
 Lecturer  
 Dept. of Public Health Administration  
 Faculty of Public Health  
 Mahidol University
6. Dr. Sawad Rambutr  
 Doctor  
 Division of Gerat Communicable Diseases  
 Department of Communicable Disease Control  
 Ministry of Public Health
7. Dr. Chawalit Sankikij-rung-rueng  
 Doctor  
 Nutrition Division  
 Department of Health  
 Ministry of Public Health
8. Dr. Prakram Wuthipangee  
 Director  
 Office of Primary Health Care  
 Ministry of Public Health
9. Assoc. Prof. Dr. Orapin Singhadej (Secretariat)  
 Lecturer  
 Dept. of Maternal and Child Health Care  
 Faculty of Public Health  
 Mahidol University

Committee は、研究申請のスクリーニングの他各研究者に対するガイダンス、研究報告会

の開催等を実施する。このようなサブコントラクト方式の研究についてはタイ側はPHCの各要素に関する研究成果の他に各地方在住の研究者を育成するという側面を強調している。研究成果は各研究者を集めた報告会にて発表、討論される他、タイ語報告書が各研究ごとに作成されることになっている。

各研究のテーマと主任研究者は資料4-(4)のとおりである。このうち初年度に実施したシチュエーションアナリシスレポートとその他の研究のアブストラクトは資料4-(5)(6)のとおりである。今後の課題としては、ATCが各研究の実施方法・結果についてエヴァリュエーションを行うとともに、研究によって得られた情報をタイ国内の他機関へ普及・発表し、さらにはATCの行う他の事業に反映させる役割を果たしていくことが必要である。

モデル開発事業については、タイ側から実施経費の要求が提出された(59年7月5日)が、実施計画の内容が不明のため、岩村、丸井専門家を派遣してタイ側計画の詳細を調査するとともに、詳細計画策定のための助言を行った。さらに9月には橋本国内委員長と伊藤医療協力課長を派遣してマヒドン大学Natth学長、ATC Krasae 所長と協議を重ねた。本件は58年10月の計画打合せチーム以来の懸案でもあり、是非とも59年度内に開始すべく日本側としても実施計画のツメに力を注いだ次第である。ATCからは、全国4地域(region)、各地域3地区のモデルを設定して活動を実施したい旨の計画を提出していたが、各地区でどのような内容の活動を、どのような組織・実施体制で行うかが明確にされていなかった。またモデルの実施主体も研究と同じ委託(サブコントラクト)方式を予定していたため、日本側からATCの主体的なかわりを強調した実施体制をとることを申し入れた。また初年度から15地区一斉に実施することは現在の進捗状況では困難と思われるため、とりあえず1~2ヶ所の地区でATC主導の活動を行うように助言した。

この結果をふまえて今回のチームが協議にのぞんだのであるが、前述のとおり滞在中にタイ側が方針を変更したため実施計画を確定するに至らなかった。今後はチャンタブリ地区を対象とするモデル開発の詳細をできるだけ早急に策定して、どこで誰が如何なる方法で何の活動を行うか明らかにした上で実際の活動に着手しなければならない。モデル開発を行う際には訓練・研究等これまでの活動によって得られた成果を取り込んだものとし、これら3つの活動が相互に関連を持ち合いながら実施されていくことが望まれる。

#### ローカルコスト負担に関する打合せ

ATCの研修(国内・国際・域内)；研究活動はプロジェクトR/D(討議議事録)の申し合わせ事項に基づいてJICAからの技術者養成対策費・プロジェクト運営費援助によって実施されている。タイ側からは昭和59年度JICAからの援助額が要求額を大幅に下まわっていることに対して不満が述べられた。(訓練予算：要求額4,436,819バーツ→援助額31,006,000円)

研究予算：要求額 1,752,718 バーツ→援助額 14,050,000 円）トレーニング担当 Dr. Anchern, Miss Chirapa, リサーチ担当 Dr. Orapiu との打合せでもこの点に話が集中した。研修については 58 年度の 25,868,510 円に比較して金額では上まわっているが、A T C の建物・宿舍の完成を理由に研修員滞在費単価を減額したものである。研究については第 1 プライオリティ 22 テーマ、第 2 プライオリティ 5 テーマの要求に対して前年度の実績を検討して第 1 プライオリティ分のみを援助することとしたものである。JICA としても過去の実績に基づいた予算の査定を行うので、大幅な増大はむずかしいこと、JICA から援助できる費用とできない費用（例、revolving fund、研究者給料）があること等を説明した。さらに各トレーニングコース、研究の予算要求書に事業の概要を記したものを添付すること、終了した訓練・研修の英文実施報告書（業務内容及び経理）を提出することを重ねて申し入れた。タイ側からは A T C 宿舍の宿泊料金表を示して宿泊費の減額を撤回するよう要請越したので DTTC の判定した基準を参考にして、JICA の負担しうる費用について基準単価を設定して相互の業務・手続を円滑化することとした。この話合の結果は、帰国前に Krasae 所長宛に報告書として提出した。



I-5 モデル開発と協議関係書類



840327 Sda  
from. Urapon

ANNEX IV

ASEAN TRAINING CENTER FOR PRIMARY HEALTH CARE  
DEVELOPMENT ( ATC/PHC )

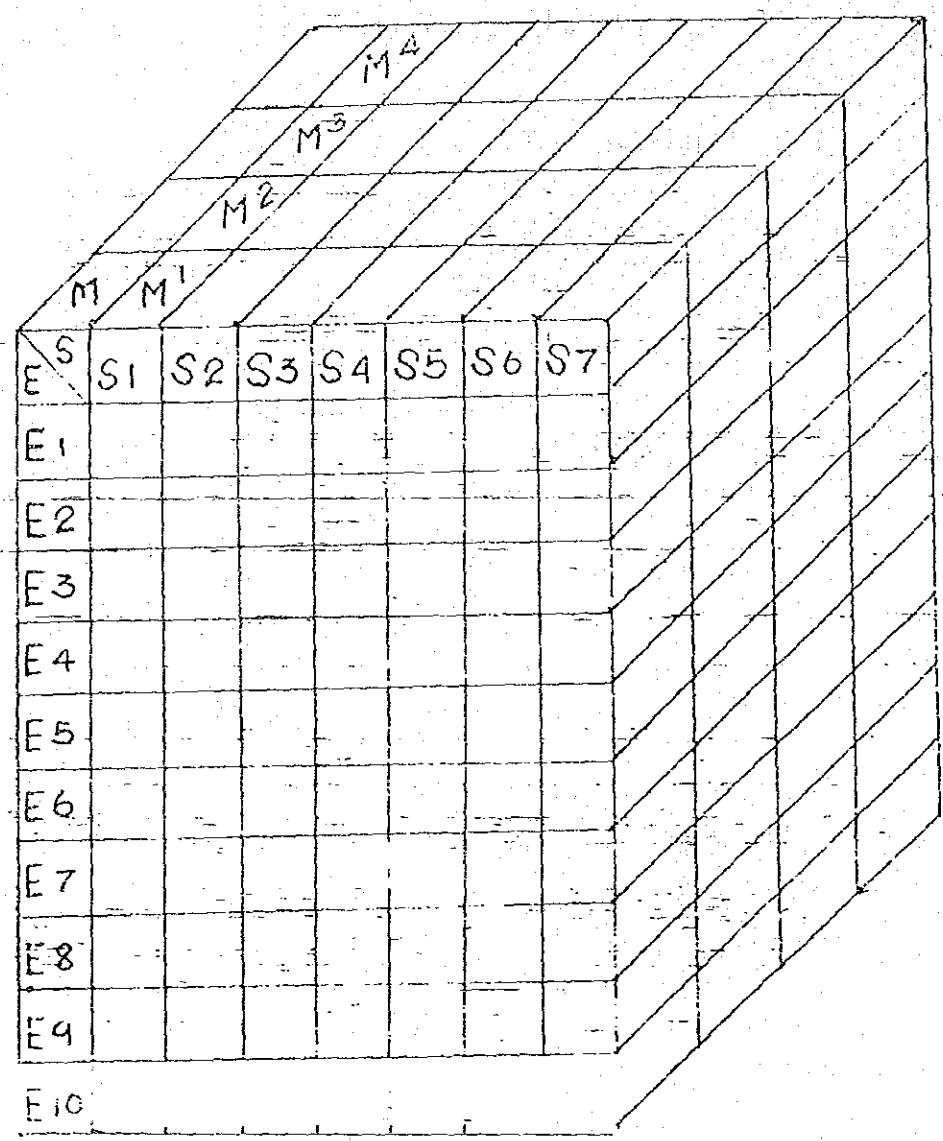
MODEL DEVELOPMENT PLAN

The ASEAN Training Center For Primary Health Care Development (ATC/PHC) has a role of promotion and support research and development programmes in Thailand. Besides it acts as an international collaborative agency.

As is well known, the principal of PHC is to provide essential health care to the population. In this context, role of the population is not merely a consumer of health services, but also essential supporter and promoter of PHC in the communities where they live and work

The supportive strategies of PHC such as: community participation, effective management system, appropriate technology, research, man-power development, utilization of resources, and integration among various organizations; those are taken into consideration. The association between eight of ten PHC elements and seven supportive strategies leads to several development plans (see Figure I ). Henceforth the field-trial models which are initiated must be assessed in order to illustrate their appropriateness with the community development plan as a whole.

Figure I : Three Dimensions of PHC Structure



E = PHC element  
 S = Supportive strategy  
 M = Model

## Work Plan

In order to assess the effectiveness and impact of the model development program the indicators such as Basic Minimum Need (BMN) or others must be applied. In this case it needs about three years to see the changes. Therefore the program must be started as early as the beginning of Japanese fiscal year 1984. Hence by the end of the year 1987 one can evaluate the total process of the program.

The milestone of work plan in the first year and budget items are stated in the attached papers. For the later 2 years the work plan must be adapted to meet the need of each studies area.

(2) モデル開発 プロポーザル ( 84年10月提出分 )

The STEPs of Model Development Plan in the first year

STEP 1 Identification and Selection of Area

- 1) To visit and look around, then make a list of Tambons to select.
- 2) To visit local committees, Tambon councils.
- 3) To consider the feasibility of implementation.
- 4) To select a suitable Tambon in a definite district.
- 5) Consultant will be dispatched from Ministry of Public Health, ATC/PHC, and/or Faculty of Public Health, Mahidol University.

STEP 2 Community Preparation

- 1) Before starting, let the villagers, especially local leaders, aware what will go on in this plan.
- 2) Let them initiate the plan and cooperating.
- 3) Discussing with local leaders about Model Development

STEP 3 Orientation and Workshop

- 1) After discussing with leaders, workshops will be set up.
- 2) Participants are community workers, community leaders, local health personnel and so on.
- 3) Workshop will be held in order to develop definite plan in a model area.
- 4) Consultants will assemble from Ministries, ATC/PHC, Faculty of Public Health, Provincial office and so on.

STEP 4 Development of Tools and System

- 1) Communicating and organizing village people to educate and to develop model or materials.
- 2) To record seminars, discussion or any kind of group working in Tambon.
- 3) To provide radio, cassette recorder, A.V. materials, and/or

teaching materials in order to develop volunteer leaders.

4) Consultant should be dispatched from sections which are responsible for producing A.V. materials.

STEP 5            Community Assessment

1) To do survey in order to get base line data in a Tambon. The items are according to BMN criteria. For example, toilet, Number of malnourish children, practice of birth control and so on.

2) To do this survey, many interviewers will be needed.

3) Base line data will be compared with the condition after the program.

STEP 6            Mobilization of Community Resources

1) Consultants and supervisors look around such groups as mother club - agricultural group or any kind of co-operatives.

2) To use and promote community resources as possible.

3) Consultants, especially local consultants will be dispatched from RTC.

STEP 7            Supportive System Development

1) To develop permanent models, equipments or materials, such as rain-water container, biogas, public library, community kitchen and so on.

2) At this stage, sanitarians, nutritionists etc. will be gathered from Regional Center as consultants.

3) Leadership  
4) Management system . etc .

STEP 8            Evaluation

1) To prepare the evaluation form in each area.

2) In the first year, the evaluation will be carried out concerning the performance at every step.

*Immediate*

*Intermediate*

*Long term impact*

For example, at the end of the first month, to finish selecting 15 study areas or not.

3) Later on, the impact of this plan will be measured in the second and/or the third year at the various stages.



## Types of Modelling village

### A. Approaches on Community Participation and Management

The Ministry of Public Health has invented several strategies to promote PHC activities at grass root level. One of those has been through a concept of "revolving fund" such as : essential drugs fund, sanitation fund, nutrition fund and health card fund. A single purpose health fund may have advantages over a multipurpose fund but there are some limitations to their success. The major obstacle we are phasing is that there are too many kinds of funds in the village. All of the funds need community participation and managerial skills. Therefore the most effective way to promote PHC activities at village level in different region of Thailand is our main concern.

Proposed Models on the approach of community participation and management.

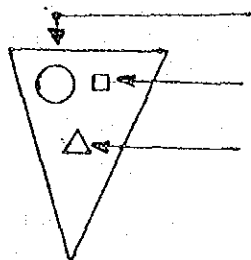
Model I : Model I should deal with delivering each PHC elements to the villagers by the most suitable managerial strategy of single purpose health funds. Therefore a minor but important modification of single purpose health fund should be tried at several circumstances. (See the enclosed schematized representation)

Model II : Model II will deal with delivering a cluster of PHC elements to the villagers through a "community health card fund". Therefore, one community health card fund can promote essential drugs, nutrition, supplementary foods, immunization MCH, basic sanitation and other health activities to the villagers, and at the same time will provide health insurance to the villagers too.

Model III: Model III will deal with delivering all health care activities plus other essential village activities (mainly agricultural activities) in one single "common community fund" or "village co-operatives". This will require " certain degree of managerial skill, but will co-ordinate all village essential activities in one single manner.

The schematized representation of each model will be illustrated as follows.

Model I



Modification of each single purpose health fund at the village level.



village



essential drugs fund

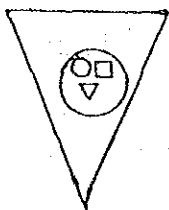


sanitation fund



nutrition fund

Model II

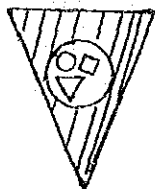


Clustering of each single purpose health fund under a community health card fund



community health card fund

Model III



Fusion of health funds and others in to one single "common community fund" or "Village co-operatives"

## B. Approaches on Man-power development and utilization of resources.

Thailand has achieved considerable degree of progress in PHC development in recent years. From the report of Ministry of Public Health and the NESDB (National Economic and Social Development Board), nearly 40,000 village health volunteers (VHV) and 400,000 village health communicators (VHC) were recruited and trained to participate and promote PHC activities in approximately 35,000 villages.

However, the assessments for the VHV's and VHC's roles and efficiency were under the expectations. The analyses of factors influencing their roles and efficiency has paved the way to initiate some modifications in order to improve man-power development and utilization of resources. Models IV, V and VI are taken into consideration at present.

- Model IV : Model IV deals with recruitment and training of VHV and VHC. They will be trained to really play active roles on some not all PHC activities. The groups of VHV and VHC will be identified according to their interest. Besides, other kinds of volunteer such as the post graduates may be introduced to work with the villagers.
- Model V : Model V deals with utilization of existed and potential man-power resources. The modelling mothers, members<sup>of</sup> women's club, and etc., will be utilized in order to promote PHC activities. Besides, the potential leaders will be identified and promoted.
- Model VI : Model VI deals with utilization of resources available from "Chantaburi Project". The Rural Health Laboratory (RHL) and the surveillance, system of epidemic diseases will be emphasized.
- Model VII : Model VII deals with integration among various organization such as income generating by the Ministry of Interior, Food and Nutrition production by the Ministry of Agriculture and co-operative and etc.

Selected studied areas

I , Northern region : at Nakorn-Swan Province

- 2 slum areas in the city
- 1 tambon in Bunpote - Pisai District
- 1 tambon in Bunpote - Pisai District

Project Director : Dr. Sunthorn Thong-Kong PCMO

Associate researchers : - Dr. Thawat

- Dr. Tanyamas

- Dr. Veera

- Mr. Sunthorn

- Ms. ....

- Mr. ....

director of RTC no. 1 (not yet app)

II Central region : Chantaburi and Cholburi Provinces.

3 Tambons

Project Director : -Dr. *Amnuay .. Utthangbam*

*PCMO, Cholburi Pro*

-Dr. *Toneyyai Sawaditka*

*Demu Chantaburi Pro*

-Mr. ....

director fo RTC no.II

*(not yet app)*

III Northeastern region : Khon-Khen Province

1 Tambon in Muang District

2 Tambons in Muang District

Project Director : Dr. *Prokiet Chawonapricha*

PCNO

Associate Researchers : Mr. Chairatana *Patanacharoen*  
Director of RTC no. III

IV Southern region : Nakorn-Sri-Dhamraj Province

- 1 Tambon in Muang District
- 1 Tambon in Lan-Ska District
- 1 Tambon in Toong-yai District

Project Director : - Dr. Seree Somsate

PCMO

- Dr. Yuthana Silaparasmee

Director : Technical and Health Promotion Office

- Mr.....

director of RTC no.IV

*(not yet appointed.)*

Urban studied area in Bangkok

2 congested population areas namely :  
Soi - Uthairatana , Pradipat Rd. and  
Soi - Saena II , Phahol - Yothin Rd.

Project Director : Dr. Pralom Sakuntanak  
Deputy director of Health division, Bangkok Metropolitan  
Administration.

Associate Researchers : - Dr. Sithimalya  
- Dr. Supoporn  
- Dr. Somjai  
- Mrs.....



PROJECT OUTLINE

- I. Introduction
  - II. Project Goals and Objectives
    - A. General Framework
    - B. Areas of Concern
  - III. Discussion of Research Issues and Rationale
    - A. Issues
    - B. Rationale and Hypotheses
  - IV. Project Development
    - A. Project Management and Operation
    - B. Project Time-Table
    - C. Research Methodology
  - V. Analysis and Interpretation
    - A. General Indicators
    - B. Analysis of Facilitating and Restraining
    - C. Evaluation Dimensions
    - D. Community Development Indicators
- 
- Annex 1 - Organization chart of the Project
  - Annex 2 - Proposal for Graduate Health Volunteer
  - Annex 3 - Budget Plan
  - Annex 4 - Types of Model Village
  - Annex 5 - The Steps of Model Development Plan in 1984 - 1987

FRAME WORK  
OF A PROPOSAL FOR COMMUNITY-BASED  
ACTION-RESEARCH IN PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT

---

I INTRODUCTION

Over the past decade, Thai and Japanese research teams have been involved cooperatively in an extensive series of studies in Chantaburi Province. These undertakings, the results of which have been annually published, are part of the Cooperative Project, on the "Promotion of Provincial Health Services."

The specific studies undertaken covered a wide range of public health projects, providing valuable data and insights on general public health topics such as surveys of health centre activities as well as more specialized investigations in virology, bacteriology, parasitology and clinical problems which have led to the planning and implementation of appropriate services at the local level.

In 1982 a new element was added to the Thai-Japanese cooperative activity with the establishment of the ASEAN Training Centre for Primary Health Care Project as a multi-institutional and multi-disciplinary network of 5 training centres in Thailand linking with similar institutions in ASEAN countries and Japan. The Centre is now a functioning organization, developing research, training and service functions on a national and regional basis. Through the required collaboration of the Ministry of Public Health and health related agencies. Mahidol University is initiating a new form of cooperative management between the University and the MOPH in this Project.

As the second decade of Thai-Japanese collaborative actions is approaching, it is proposed to use the ATC/PHC field research and training component as a broad framework for a new phase of the Promotion of Provincial Health Services Project.

The action-research effort of the ATC/PHC experiments with alternative methods and innovations for primary health care which can be tested and assessed. From such an experimental approach under field conditions models for primary health care which meet the basic PHC criteria in an effective and efficient manner with measurable impact on the major indicators of individual and community health status are expected to emerge.

The new phase of the Provincial Health Service project will be organized cooperatively by ATC and the Provincial Health Service and will also utilize this action-research concept in a collaborative manner.

The major characteristic of this concept is that of bringing together planners, implementors and researchers into a single cohesive team. This action-research team will work together in repeated cycles of planning, acting, evaluating and replanning, etc. In this way new information and insights gained from the continuing research will be immediately put to use in replanning and redesigning of program actions.

The involvement of the ATC in field based research and action in a PHC context will bring to both the centre and the provincial service added benefits and resources which neither could have operating independently. Such a process will, in itself, serve as model for the much needed collaboration between academic institutions and the operating units at the front line of service.

## II PROJECT GOALS AND OBJECTIVES

### A. General Framework

The project is designed to provide data and new insights which can be utilized to construct an alternative, relevant primary health care development "model" in the area of Provincial Health Services Promotion.

We will, in this context, seek primarily to address questions related to the psychological, social, cultural, managerial, financial, and technical feasibility of developing integrated strategies for PHC service delivery which will optimize the PHC contribution to community development. A special concern will focus on the utilization of recent University Graduates as health volunteers in primary health care development. The proposal for Graduate Volunteers in Annex II.

### B. Major areas of concern

The broad areas of concern from which the specific research will develop and the kinds of questions which illustrate the long range concern are as follows:

1. Basic services - Can basic services be reconceptualized and delivered in integrated rather than fragmented ways which are more consistent with the basic philosophy and purpose of PHC and elements of PHC with emphasis on MCH & Essential Medical Care ?

2. New approaches to the utilization of volunteers - Can we find ways to enhance and extend the use of volunteers in ways which add to the scope significance of their contribution to PHC development ?

3. Social - cultural factors - Can we find ways to better understand and utilize the social & cultural factors which have an impact on individual, community and health practitioner behavior ?

4. Community participation and education - Can we achieve a better understanding of the value, concepts and methods which must be part of the provider's approach to effective PHC ? Can we develop appropriate training and support to help practitioners in all sectors achieve these competencies ?

### III DISCUSSION OF RESEARCH ISSUES AND RATIONALE

#### A. Issues

The effective achievement of primary health care goals require alternative models and concepts, each of which may be utilized in whole or part in different places at different times.

From an analysis of experience to data in Thailand and other places, it has been concluded that new approaches need to be tested which can better implement the essential philosophy of PHC and offer specific means to achieve health and social development goals. The broad areas which need exploration as part of a model development were presented in the introduction of this proposal. From these broad areas, it is interesting to focus special attention on:

- 1) Developing integrated rather than specialized "delivery" processes. To do this we propose to focus on outcomes (the goals) rather than in-puts (the services) as a way of organizing PHC.
- 2) Create a whole new group of volunteer workers drawn from the pool of recent University graduates. Design and test roles and functions for these graduates.
- 3) Create and test new ways in which PHC can be understood and implemented as part of a community development process, which emphasizes long term individual social and economic, as well as physical, health.
- 4) Identify and test the changing roles required of health workers at different levels of the health system to assure a broader scope of PHC.

5) To develop procedures through which the results of the research and development process can be promptly made available and continuously retested in On-going implementation analysis.

#### B. Research Rationale

The conceptualization and design of the overall research effort is based on the following rationale which requires field testing. These can be grouped into six categories as follows :

##### 1) Community Participation

To measure the extent of community participation:

a. in terms of decision-making in respect of

1. Problem Identification

2. Planning

3. Implementation

4. Evaluation

b. in terms of support by community in the form of

1. Manpower resources

2. Materials & Funds

##### 2) Socio-cultural Factors

To study and eventually utilize in Primary Health Care Project the following factors:

- a. Leadership Patterns
  - eg. "Kum" or cluster of household leaders
- b. Multiplicity of community "Funds"
  - eg. Can there be combined into one community fund :
- c. Disease promoting behavior
  - eg. Malaria
  - Smoking, alcohol
  - other communicable diseases
- d. Traditional Practitioner
  - eg. TBA
  - Traditional healers, may be utilized as possible resources
- e. Health promoting behavior
  - eg. diet, cleanliness, sanitation, meditation

### 3. Graduate Health Volunteer programme

The experience from utilizing graduate volunteer from Thammasart University in Community development activities indicates that Graduate volunteers could be better linkages between Government sectors and community. However, this needs to be systematically field tested. Further, Graduate Health Volunteers are more likely to succeed in broad multisectoral type of integrated PHC development programs as compared with the current use of non-graduates.



A large pool of Graduates are already available to be used as volunteers during their "field training" period.

ATC/PHC desires to give orientation and prepare graduates in community development activities. Such graduates would find jobs in Government more readily.

4. Integrated intersectoral Primary Health Care Programme

The other previous efforts to formulate inter-sectoral co-ordination seem to have had little success. On the other hand ATC/PHC has a number of well known "community development oriented professionals" who are ready to undertake these activities.

In Chonburi province the RTC will be used to provide additional support (both facilities as well as staff).

In Chanthaburi, fortunately, public health officials have had at least 5 years of working experience in collaborative joint research project between Thai and Japanese Government agencies, and future work will be based on this valuable experience.

5. Re-orientation of Existing Services

- a) re-orient the tasks of health centers, hospital to include provision of support to community for PHC Development

- b) re-orient the direction of health services toward a more prevention orientation eg. laboratory to be used more for communicable diseases control
- c) re-orient the direction of health services towards support of community participation
- d) re-orient hospital towards community orientation

#### 6. Impact Studies

Most PHC projects have not included impact studies. The proposed action-research project will include impact studies to measure the degree of success of the inputs that will be included.

For the continuing assessment of PHC development impact, the following indicators will be used:

- 1) Mortality - eg. infant mortality
- 2) Morbidity - eg. malaria, diarrhoeal disease
- 3) Utilization of services - eg. MCH services
  - antenatal care
  - "safe" delivery
- 4) Accessibility - eg. geographical, economic, cultural
- 5) Community participation

#### IV PROJECT DEVELOPMENT

##### A. Project Management and Operation

The Project will strive for an integrated management for the overall ATC/PHC programme and inputs.

1) The proposed framework for the management and operation will place overall responsibility in the ATC/PHC Executive Board Chaired by H.E. Minister of Public Health, including Permanent Secretary of MOPH, Rector of Mahidol University and representatives of selected departments chairman of National Committee for ATC/PHC (JICA) and organizations with which the ATC/PHC will serve as executive secretary of this board. The function of Executive Board will be: to decide on the content, scope and methods of the activities; to follow-up its implementation; to learn from the process and outcomes; and to monitor and control the resources involved.

2) The current management of the project will be carried out by a Management Committee, consisting of the representative of the Rector of Mahidol University and representatives from the MOPH and JICA/ATC Coordinator. The ATC/PHC Director will serve as Secretariat. A field manager/co-manager will ensure implementation of the committee's decisions. The management committee will report to the ATC/PHC Executive Board.

3) The ATC/PHC, will act as focal point for research, which will be conducted in conjunction with selected staff from the Ministry of Public Health. Multi-disciplinary research teams will be set up consisting of ATC/PHC and Ministry staff, as well as individuals and institutions from Mahidol and other Universities experienced in the relevant health, social, economic, cultural, behavioral and managerial disciplines.

The respective tasks of the groups and individuals involved will be operationally defined as an early step in the implementing process.

JICA and WHO will provide expertise as required in the areas to be researched.

4) The RTC at Cholburi will be the key field location in the model development.

The ATC/PHC Centre Director, with the support of the Field Manager, will guide the RTC in these activities.

5) The Project will be authorized to make sub-contracts with various faculties, institutions and other bodies for specific items of research required to reach the overall objectives.

#### B. Project Time-Table

1) The project is planned for a three year period where in the research activities will be completed in a representative sample of communities in three districts of Chanthaburi Province. Two villages will be sampled from each district to be the studied and control sites of two designs. Therefore 6 villages will be implemented.

2) The post-research follow-up will involve the promotion of the positive aspects of the Graduate Health Volunteers among other organizations.

### C. Research Framework

The proposed research is of an action-oriented type which has the following characteristics :

- 1) Focused on being part of a social problem solving process.
- 2) Involve the researchers, planners and implementors in a collaborative process.
- 3) Is accomplished through a continuously repeated cycle of planning, acting, assessing, replanning, further acting (testing), further assessing, etc.
- 4) Is based on an experimental approach in which the purpose is problem-solving rather than documentation.
- 5) The analysis of findings and implications are jointly conducted by researchers and practitioners.
- 6) An on-going routine system of monitoring using selected indicators be developed. These will be based on the list of standardized indicators developed for Thailand.

The research will be conducted within the context of the overall purpose through a series of interrelated inquiries drawn from the framework and rationale spelled out above. Researchers conducting the various individual inquiries will be in continuous contact and inter communication to assure unity of the total investigation .

As an initial step in the research process each inquiry will develop appropriate data gathering instruments and methods. These detailed instruments and method will be attached as an appendix to this proposal, once the project, a series of initial and subsequent situation analyses will be undertaken to provide broad "before" during and "after" data.

## V ANALYSIS INTERPRETATION

Each of the separate inquiring components will have its integral process of analysis consistent with the scope and method of research.

In addition, several overall analytic components will be undertaken. These include:

### A. General Indicators

As a general framework for the situation and continuing assessment of PHC development impact, elements of a standardized list of indicators which have been developed in Thailand will be utilized.

Examples of these are:

- 1) Community participation
- 2) the literacy rate
- 3) Maternal and Child Health:
  - percentage of pregnant women receiving antenatal care at least once during pregnancy.
  - percentage of pregnant women having heard of the importance of preventing malaria and means and ways of doing it;
  - percentage of deliveries attended by trained staff including VHV/VHC;
  - infant mortality rate
  - birth weight

- life expectancy at birth
  - percentage of communities having a community development committee or similar body with a clear understanding of and policy regarding MCH/FP.
- 4) Essential Medical Care:
- diarrhoeal disease morbidity rate;
  - diarrhoeal disease mortality rate;
  - proportion of health posts by geographical location from which OR packets are available;
  - percentage of cases of Children with diarrhoea treated with OR therapy;
  - percentage of reported diarrhoeal out breaks receiving appropriate response within 48 hours of report;
  - percentage of the population receiving a message without proper use and maintenance of water supplies and proper excreta disposal practices.
- 5) Provincial Health Services Supports.

B. Analysis of Facilitating and Restraining Factors :

The various research components will be brought together in an overall examination of facilitating and restraining "forces" in the development of appropriate PHC models.

This "force-field" analysis will provide insights into the scope and nature of the "forces" which will move us toward desired PHC outcomes.

Such analysis will provide opportunities for further research of mechanisms to increase the facilitating factors, or decrease the obstacles.

#### C. Evaluative Dimensions

The various data gathered will be utilized to assess progress in achieving PHC and development goals. The analysis will be constructed to examine progress or shortcomings in relation to:

- a. Structure-Patterns of organization, management, resource utilization.
- b. Process-The Scope quality of the activities; the nature of the health care environment; the interpersonal relationships.
- c. Outcomes-Significant changes in health or community development status.

#### D. Community Development Indicators

To determine the extent to which the PHC moves toward a community development concept, data will be obtained on the basis of which judgements can be made in determining the nature of "people centered" planning and action. Criteria to be utilized are illustrated by the following:



STRATEGIES IN COMMUNITY ORGANIZATION  
AND PROGRAM DEVELOPMENT

Project - Centered

People - Centered

Goals:

- |  |   |
|--|---|
| - Completing specific material projects.           | - Improving social organization in the community. |
| - Defined by professional or others for community. | - Defined by community.                           |

Relationship between Professional and Community:

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| - Doing to and for. | - Doing with. |
|---------------------|---------------|

Values:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| - Focus on material welfare of the group. | - Focus on dignity of the individual. |
|---|---------------------------------------|

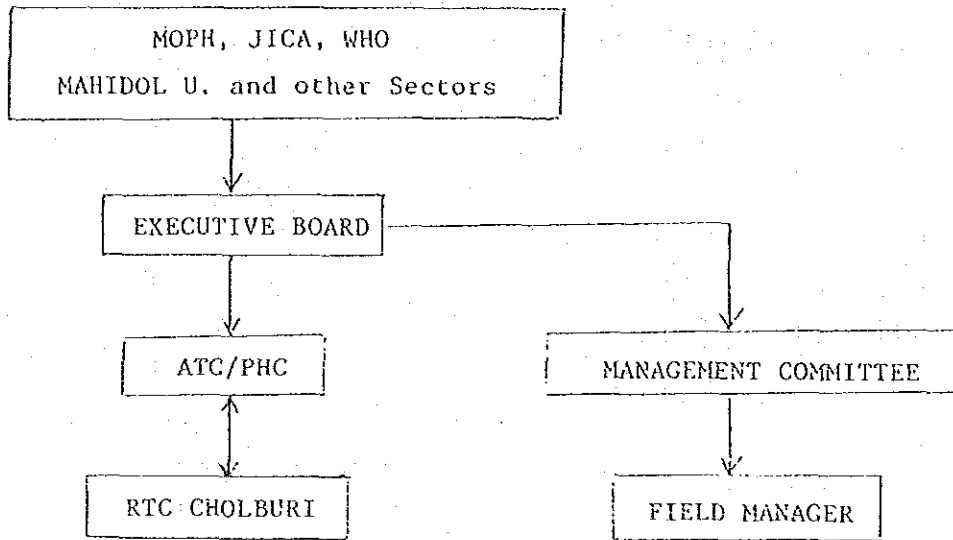
Implicit Definition of Community :

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| - Collection of things. | - Collection of People. |
|-------------------------|-------------------------|

Communication between Professional and Community:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| - Unidirectional.                   | - Reciprocal  |
| - Persuading, advising re-projects. | - Encouraging people to make their own decisions re-projects. |
| - Telling people                    | - Listening to people.  |

ANNEX I



ANNEX II

PROPOSAL FOR DEVELOPMENT OF  
A COMMUNITY HEALTH DEVELOPMENT CADRE OF  
RECENT UNIVERSITY GRADUATES

---

This is a proposal for the establishment of a Community Health development cadre to be composed of recent graduates who will serve for a period of one year in rural primary health care development.

The program will be established as part of the Mahidol University ASEAN Training Center for Primary Health Care.

Recent graduates who meet certain criteria will be selected for a 3 month period of training and subsequently assigned to community work in the province of Chantaburi where they will be part of a cooperative study and action program between ATC and the Provincial health system.

Rationale for the Proposal

The concept underlying the proposal has two interdependent elements:

One is to provide what appears to be a "missing link" in the development of Community-based primary health care -- workers who can serve: to provide continual support resources to the communicators and volunteers; to assist community leaders in accepting active roles in primary health care development; to develop an environment for the acceptance of health information and the development of appropriate non-formal educational activities.

The second element is the need to interest and involve the country's young adults in the problems and challenges of rural development and in orienting them to career development possibilities.

#### 1. Recruitment and Training

Candidates will be selected from among recent graduates of Thai Universities who are motivated to devote a year of service to rural development.

The selected group - of about 30 men and women - will be provided a modest stipend by the ATC and enrolled for a three month training course at the center's facilities in Salaya. The training will involve introduction to the primary health care concept; orientation to basic services; an understanding of social and cultural factors; and an opportunity to develop a meaningful personal philosophy of integrated rural development.

The specific competencies for which training will be provided will focus on "change agent" skills in facilitating primary health care development. An example of such skills include:

- 1) Diagnosing : Knowing how to keep people identify problems: analyze data draw conclusions from data, use simple evaluation methods;
- 2) Consulting: Know how to provide help to community leaders, volunteers and health staff in getting proper information, securing needed resources, gaining access to training;
- 3) Linking: Undertake activities to "link" community health service and other sections province with resources outside province.
- 4) Educating: Conduct sample training arranging for more sophisticated training; working with community leaders in improving participation skills.

The skill training will involve the students in a wide variety of experience based teaching - learning methods and field visits.

## 2. Field Assignments

Upon completion of training, the workers will be assigned to specific primary health centers in close coordination with joint ATC/Provincial services. Preparation for these assignments will have been made by the ATC staff. Continuous Consultation will be provided particularly in orientation places.

### 3. Mid - Assignment and Final Seminar

Mid assignment and final seminar will be conducted at ATC for all of the workers. The seminars will assess the application of the concept, providing data and insights for the training of subsequent candidate. Additional skill training and consultation will also be a part of the mid-assignment seminar.

### 4. Follow-up of Trainers

Career development consultation will be an important part of the proposal. Each of the volunteers will be given help in developing his or her career plan and assist in feasible and appropriate further academic training or job opportunities. In very outstanding cases opportunities for further study abroad may be possible.

### Project Administration

The project will be administered by the ATC/PHC, Mahidol University and Ministry of Public Health. Candidates will be provided with modest stipends during the training and field assignment. Room and meal will be provided at ATC during the training period.

## Evaluation

Continuing evaluation of the project will be a critical element of the entire enterprise. The form of analyses will be in terms of:

- 1) The roles and skills required for facilitation of community primary health care development and;
- 2) The experience on the values and career plans of the recent graduates.

ANNEX 3  
 Programme Development  
 November 1984 - March 1985

A. Graduate Health Volunteer

1.	Volunteer Programme Development Concept, Development of Task, Description (10 persons, 3 meetings)		
1.1	400 x 10 x 3		12,000
1.2	Documentation		3,000
1.3	Miscellaneous		3,000
		Sub-total	18,000
2.	Working Sessions (Consultants, Experts and relative personnel) (MOPH & Provincial Staff) (30 persons, 3 days)		
2.1	Perdiem		
2.1.1	Participants 400 x 30 x 3		36,000
2.1.2	Facilitators 400 x 10 x 3		12,000
2.1.3	Drivers 250 x 2 x 3		1,500
2.2	Documentation (Stationery, Printing, Teaching Material)		20,000
2.3	Transportation		2,000
2.4	Miscellaneous		5,000
		Sub-total	76,500
3.	Survey of Field Placement Possibilities and Selection of working Locations (5 staffs, driver, for 6 days)		
3.1	Perdiem		
3.1.1	staff 400 x 5 x 6		12,000
3.1.2	driver 250 x 5 x 6		7,500
3.2	Transportation Allowance		6,000
3.3	Local administrative costs		10,000
		Sub-total	35,500



4.	Gathering Data (Developing Means to Support Progress)		
	(5 staffs, one driver for 10 days)		
4.1	Perdiem		
	4.1.1 staff	400 x 5 x 10	20,000
	4.1.2 driver	250 x 1 x 10	2,500
4.2	Transportation		9,000
4.3	Local Administrative costs		20,000
		Sub-total	51,500
5.	Development of Criteria for selection of Volunteer and Details of Recruitment & Selection process		
5.1	Printing of Forms and stationery		20,000
	Envelopes, writing materials, textbooks		
5.2	Translation		3,000
		Sub-total	23,000
6.	Publicity, Recruitment of Volunteer		
6.1	Advertisement		10,000
6.2	Allowance for recruitment		2,000
		Sub-total	12,000
7.	Development of Training Programme & Materials		
	(5 faculties, 5 consultants for 3 days)		
7.1	Perdiem		
	7.1.1 Consultants	500 x 5 x 3	7,500
	7.1.2 Faculties	400 x 5 x 3	6,000
7.2	Transportation		1,500
		Sub-total	15,000

8.	Organization Logistics & Management Training (30 persons, 5 faculties for 3 days)		
8.1	Perdiem		
8.1.1	Faculties 500 x 5 x 3	7,500	
8.1.2	Participants 400 x 30 x 3	36,000	
8.2	Transportation	1,500	
8.3	Miscellaneous	5,000	
8.4	Documentation	20,000	
	Sub-total		70,000
9.	<u>Preparation for Initial Operation Phase of Graduate Volunteers Programmes</u>		
9.1	Field work of organizers		
9.1.1	Perdiem (40 men/days)	20,000	
9.1.2	Transportation	5,000	
9.2	Local administrative costs	10,000	
	Sub-total		<u>35,000</u>
	Total		<u>336,500</u>

B. Budget for the preparation of Model Development 6 areas

December 1984 to March 1985, Step one to three

Step 1. Identification and selection of area

1.1 Personnel

Perdiem for consultant 24,000  
(2p x 5d x 400B x 6 areas)

1.2 Travel Expenses

Gasoline 14,040

(11.7 B/l x 250km/5km x 4 times  
x 1 car x 6 areas)

Daily allowance for drivers 7,500  
(1p x 5d x 250B x 6 areas)

Sub-total 45,540

Step 2. Community Preparation

2.1 Personnel

Perdiem for consultants 24,000

(2p x 5d x 400B x 6 areas)

Perdiem for supervisors 13,500

(3p x 5d x 150B x 6 areas)

(for local supervisors)

2.2 Travel Expenses

Gasoline 14,040

(11.7 B/l x 250km/5km x 4 times  
x 1 car x 6 areas)

Daily allowance for drivers 7,500

(1p x 5d x 250B x 6 areas)

2.3 Stationery

Roneo paper 50ream x 80B x 6 areas, 24,000

Stencil paper 10 Boxes x 220B 13,200

x 6 areas

Miscellaneous 4,800

Sub-total

101,040

Step 3. Orientation and workshop

3.1 Personnel

Perdiem for consultants 39,600

(3p x 4d x 400B x 6 areas)

(3p x 3d x 200B x 6 areas)

for local consultants

Perdiem for supervisors 8,100

(3p x 3d x 150B x 6 areas)

3.2 Travel Expenses

Gasoline 32,292

(11.7 B/l x 250km/5km x 2 times  
x 1 car x 6 areas)

(11.7 B/l x 150km/5km x 6 times  
x 2 cars x 6 areas)

Daily allowance for drivers	7,800	
(1p x 4d x 250B x 6 areas)		
(1p x 3d x 100B x 6 areas)		
for local drivers		
3.3 Stationery		
Transparency	4,200	
(100 sheets x 7B x 6 areas)		
Background paper	9,000	
(30 copies x 50B x 6 areas)		
File	3,600	
(30 pieces x 20B x 6 areas)		
Sub-total		<u>104,592</u>
Total		<u>251,172</u>
Grand Total(A + B)		<u>587,672</u>

## ANNEX 4

### Types of Model Village

#### A. Approaches on Community Participation and Management

The Ministry of Public Health has invented several strategies to promote PHC activities at grass root level. One of those has been through a concept of "revolving fund" such as : essential drugs fund, sanitation fund, nutrition fund and health card fund. A single purpose health fund may have advantages over a multipurpose fund but there are some limitations to their success. The major obstacle we are facing is that there are too many kinds of funds in the village. All of the funds need community participation and managerial skills. Therefore, the most effective way to promote PHC activities at village level in different region of Thailand is our main concern.

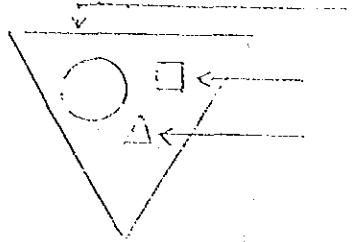
Proposed Models on the approach of community participation and management.

Model I : Model I should deal with delivering each PHC elements especially MCH to the villagers by the most suitable managerial strategy of single purpose health funds. Therefore a minor but important modification of single purpose health fund should be tried at several circumstances (See the enclosed schematized representation)

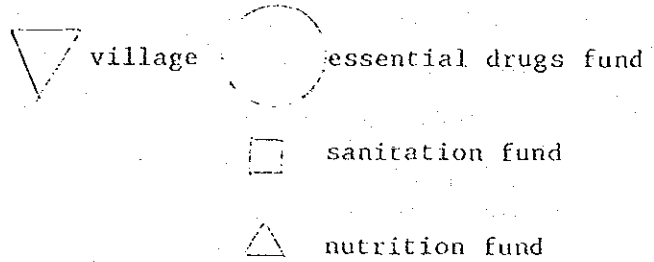
Model II: Model II will deal with delivering a cluster of PHC elements to the villagers through a "community health card fund". Therefore, one community health card fund can promote essential drugs, nutrition, supplementary foods, immunization, MCH, basic sanitation and other health activities to the villagers, and at the same time provide health insurance to the villagers too.

The schematized representation of each model will be illustrated as follows:

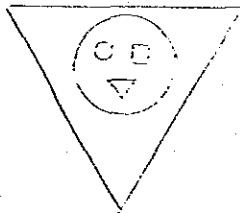
Model I



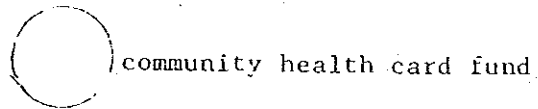
Modification of each single purpose health fund at the village level.



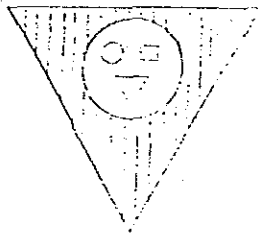
Model II



Clustering of each single purpose health fund under a community health card fund



Model III



Fusion of health funds and others in to one single "common community fund" or "village co-operatives"

Model III : Model III will deal with delivering all health care activities plus other essential village activities (mainly agricultural activities) in one single "common community fund" or "village co-operatives". This will require certain degree of managerial skill but will co-ordinate all village essential activities in one single manner.

B. Approaches on Man-power development and utilization of resources.

Thailand has achieved considerable degree of progress in PHC development in recent years. From the report of Ministry of Public Health and the NESDB (National Economic and Social Development Board), nearly 40,000 village health volunteers (VHV) and 400,000 village health communicators (VHC) were recruited and trained to participate and promote PHC activities in approximately 35,000 villages.

However, the assessments of the VHV's and VHC's roles and efficiency were under the expectations. The analyses of factors influencing their roles and efficiency has paved the way to initiate some modifications in order to improve man-power development and utilization of resources, Models IV, and VI are taken into consideration at present.

Model IV : Model IV deals with the establishment of a Community Health Cadre to be composed of recent graduates who will be trained to actively play a role in carrying out PHC activities and reinforce the existing VHV and VHC (Please refer to Annex 2)

Model V : Model V deals with utilization of existed and potential man-power resources. The modelling mothers, members of women's club, and etc., will be utilized in order to promote PHC activities. Besides, the potential leaders will be identified and promoted.

Model VI : Model VI deals with integration among various organization such as income generating by the Ministry of Interior, Food and Nutrition production by the Ministry of Agriculture and Co-operative and etc.



## ANNEX 5

### The Steps of Model Development Plan in 1984 - 1987

#### Step 1 Identification and Selection of Area

Consultants from the Ministry of Public Health, ATC/PHC, and Faculty of Public Health, Mahidol University will be dispatched to;

1. Visit and look around and make a list of Tambons to select from
2. Visit local committees and Tambon councils.
3. Consider the feasibility of implementation.
4. Select a suitable Tambon in a definite district.

#### Step 2 Community Participation

Let the villagers especially local leaders;

1. Be aware of what will go on this plan.
2. Initiate the plan;
3. Discuss about Model Development.

#### Step 3 Orientation and Workshop

After discussing with leaders, consultants will assemble to set up:

1. Workshops participated by community leaders, local health personnel and others to develop definite plan in a model area.

#### Step 4 Development of Tools and Systems

Consultants should be dispatched to :

1. Produce audio-visual materials,
2. Communicate and organize village people to educate and to develop model or materials,
3. Record seminars, discussion or any kind of group work in the Tambon.
4. Provide radio, cassette recorder, AV materials, and teaching materials in order to develop volunteer leaders.

Step 5      Community Assessment

Interviewers will :

1. do a survey in order to get base line data in a Tambon. The items are according to BMN criteria. For example, toilet, number of malnourished children, practice of birth control, MCH, Medical Care, etc...
2. Compare base line data to the conditions after the program.

Step 6      Mobilizing Community Resources

Local Consultants from RTC will be dispatched to:

1. Look around for groups as mother club - agricultural group or any kind of cooperatives,
2. Use and promote community resources as possible.

Step 7      Supportive System Development

Sanitarians, Nutritionists, and others will be gathered from Regional Centre as consultants to:

1. Develop permanent module, equipments or materials, such as rain-water tanks, biogas, public library, community kitchen and others.
2. Develop modules on leadership and management system.

Step 8      Evaluation

1. Evaluation form in each area will be prepared,
2. The evaluation will be carried out concerning the performance at every step:
  - a) Immediate
  - b) Intermediate
  - c) Long term Impact
3. At the end of the first month, 15 study areas must be selected.
4. The impact of this plan will be measured in the second and third year at the various stages.

(4) A T C 宿舍料金表



ประกาศ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาชาดชาวต่างประเทศ มูลฐานอาเซีย มหาวิทยาลัยมหิดล

ว่าด้วย อัตราเงินค่าธรรมเนียมการเข้าพักอาศัยในหอพัก (Room Rate)

พ.ศ. ๒๕๒๗

.....

เพื่อให้การบริหารงาน เกี่ยวกับอัตราเงินค่าธรรมเนียมการเข้าพักอาศัยในหอพัก

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาชาดชาวต่างประเทศ มูลฐานอาเซีย มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ ศูนย์ฯ จึงได้จัดวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

1. ผู้เข้าพักต้องชำระเงินค่าธรรมเนียมการเข้าพัก
2. เงินค่าธรรมเนียมที่ได้รับตามประกาศนี้ให้ถือเป็น เงินรายได้ของมหาวิทยาลัย

๓. อัตราค่าห้องพักดังนี้ (Air Condition Room)		Thai	Foreign People
๓.๑ ห้องปรับอากาศ (๒ เตียง)		ชาวไทย	ชาวต่างประเทศ
3.1.1	ห้กคู่ (Double)	400 บาท	500 บาท
3.1.2	ห้กเดี่ยว (Single)	300 บาท	400 บาท
3.2 ห้องพัดลม (๒ เตียง)			
3.2.1	ห้กคู่ (Double)	250 บาท	300 บาท
3.2.2	ห้กเดี่ยว (Single)	200 บาท	250 บาท

ทั้งนี้ให้เริ่มปฏิบัติตั้งแต่วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๒๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๒๗

*[Signature]*

(นายกระแสด ทนวงศ์)

ผู้อำนวยการ

(5) Krasae 所長に提出した報告書

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA)

P. O. BOX 216 MITSUI BLDG  
2-1, NISHI-SHINJUKU, SHINJUKU-KU, TOKYO  
160 JAPAN

---

October 17, 1984

Dr. Frank J. Benjamin, Jr.  
Director  
ATC Training Center  
for Primary Health Care Development

Dear Dr. Krasae,

I would like to make a report on my activities as a member of the Japanese Consultative Survey Team from October 10 to 18, 1984 for your reference.

Through a series of discussion on training activities with Dr. Ancharn and Miss Shirapa, on research activities with Dr. Orapin bases for calculation and tentative proposal forms as attached are agreed on to facilitate administrative procedures of budget allocation. I hope they will be of your convenience for drafting proposals from now on.

I asked Dr. Ancharn and Dr. Orapin that ATC will kindly let us know the result of the activities by sending to JICA, by the end of March, the settlement of budget ( following the same items as proposals for each course/research ) and the English version of abstracts or final reports each course/research. I also asked them to publish the annual reports of the previous years which contain the evaluation of training and research activities. These reports will be the essential part of ATC's information and documentation activities.

As for the model development we could not reach the final implementation plan during the stay of the team. I would like to ask you to let JICA be informed of the authorized implementation plan including the objective, target community, operational flow-chart and steps of activities to be taken for whole period of the project until September 1987. In order to start the model development within the fiscal year of 1984 in Japan (April, 1984 - March, 1985) financing procedures are to be finished by December, 1984. Your high consideration is strongly requested to send JICA the above mentioned plan together with budget proposal for fiscal 1984 and 1985 by the end of October, 1984, for financing procedures of JICA take nearly two months after receiving proposals. I am afraid that the delay of this proposal would cause postponement of implementation until April, 1985.

As this is the time of the year when we are to prepare for next year's activities, please allow me to mention once again that your proposals for training and research are expected to arrive by coming February so that JICA can discuss with Mr. Ken Hasegawa who will attend the team leader's meeting in Tokyo. JICA would be prepared to announce approximate budget of the activities for fiscal 1985 ( e.i. how many courses/researches would be financed ) on that occasion. Number of participants for training/observation in Japan will be announced, too. Budget for equipment is announced, and it is about ¥ 15,000,000 for fiscal 1985. Please start your listing up the items with priority and specification.

Concerning training/observation in Japan for fiscal 1984, I am pleased to inform you that we are expecting four members of the project to visit Japan from the end of November. Official announcement will soon be made through the diplomatic formalities. Training for Mr. Hirst, the AV staff of ABC will start in January, 1985.

The new long-term expert from Japan, Dr. Hiroaki Terao, ph. D. is going to take up his duty at the end of november. His speciality is Public Health ( Health Education and Medical Statistics ).

Finally, I would like to thank you for your kindness and devoted cooperation and I hope that we could make another step toward the successful implementation of the AIC/PHC project.

Sincerely,



Harumi Kitabayashi

Medical Cooperation Department  
Japan International Cooperation  
Agency

c.c. Dr. Ancharn  
Dr. Orapin  
Dr. Somarch  
Mr. Ken Hasegawa

Basis for Calculation of Training

1. Travel Expense for Participation

1. Transportation Train Ticket Fare ( Khon Buri - Bangkok as standard )
2. Perdiem  $\text{฿ } 150/\text{Day}$
3. Lodging Allowance  $\text{฿ } 250/\text{Day}$

2. Perdiem for Trainees during the Course

1. Perdiem  $\text{฿ } 150/\text{Day}$
2. Lodging Allowance  $\text{฿ } 250/\text{Day}$

3. Teaching Materials

1. Printing of Textbooks  
 $\text{฿ } 50 \times 2 \text{ Kinds} \times 300 \text{ Copies}$

4. Travel Expense for Field Study

1. Transportation ( Train ) Ticket Fare
2. Transportation ( Gasoline )  
 $\text{฿ } 11.7 \times \text{ km}/5\text{km} \times \text{ Days}$
3. Perdiem for Trainers  
 $\text{฿ } 150/\text{Day}$
4. Lodging Allowance for Trainers  
 $\text{฿ } 250/\text{Day}$

5. Evaluation and Reportmaking

1. Translation  $\text{฿ } 100/\text{Page}$
2. Printing Final Report  
 $\text{฿ } 50 \times 300 \text{ Copies} \quad \text{฿ } 15,000$

6. Training Materials ( Consumables for A-V, Stationery etc. )

1. Purchasing Materials

$$\text{฿ ( Unit Price )} \times \text{ Units}$$

7. Honorarium

1. Lecturer  $\text{฿ } 200 \times 6 \text{ H} \times \text{ Days}$
2. Discussion Leader  $\text{฿ } 100 \times 6 \text{ H} \times \text{ Days}$
3. Lecturer During Field Study  
 $\text{฿ } 200 \times \text{ Hours}$

Basis for Research Budget

1. Honorarium and Payment

1. Honorarium for Resourse Person at the Evaluation Meeting

₱ 200 X 2 H X \_\_\_ Days

2. Payment for Temporary Workers

A. Typist ₱2,500 X \_\_\_ Months

B. Laboratory Assistant ₱ 3,000 X \_\_\_ Months

2. Research Materials ( consumables )

Stationery, printing questionnaire, experimental materials (Reagents etc.)

₱ X units

3. Travel Allowance

1. Gasoline ₱ 11.7 X km/5km X times

2. Transportation Fee by Train, Bus, and Airplane

from to by Ticket Price X Times

3. Hiring Car ₱ X Times

4. Perdiem

A. Researcher and Consultant (Overnight) ₱ 400/Day

B. same as above (Daytime) ₱ 150/Day

C. Assistant and Interviewer ₱ 150/Day

D. Trainees in Training Research ₱ 100/Day

F. VHV ₱ 50/Day

G. Driver (Overnight) ₱ 250/Day

H. Driver (Daytime) ₱ 100/Day

4. Data Analysis Unit Price and Detailed items X Units

5. Final Report Making

1. Printing Report ₱ 70 X 50 Copies = ₱ 3,500

2. Translating Abstract ₱ 100/Page X 10 Pages = 1,000





Tentative Proposal Form  
for Research Activities

---

---

1. Research Number
2. Research Title (Theme)
3. Researcher's name and position
4. Specific Name of the Site and /or the Institute of Research
5. Outline of Research  
Objective, Hypothesis, Method, Human Resource, Organization, Facilities,  
Criteria of Evaluation etc.

## II 資 料



## 1. アセアン人作り構想

鈴木総理大臣のバンコクにおける政策演説（バンコク・スピーチ）

（1981年1月19日、バンコク）

プレム総理大臣閣下、並びにご列席の皆様

### 1. 私が総理となって最初の外国訪問である東南アジア歴訪の旅もほぼ終りに近づきました。

厳寒の東京を飛び立って、フィリピンのマニラに第一歩を印して以来10日間、私は、東南アジア諸国連合（ASEAN）各国の指導者の方々と胸襟を開いて語り合い、また、各国の国民が経済の発展に、生活の向上に、真剣に努力しておられる姿を目のあたりにすることができました。

旅の終わりにあたり、本日、ASEANの重要な一員であり、また、わが国との交流の歴史も長いタイ国において、誠意と友情にあふれるプレム総理大臣閣下のご出席のもと、所信を述べる機会を与えられましたことは、私にとって非常な喜びであります。

タイ国は、インドシナ半島の西南に位置し、毎日の生活圏が、いわば戦場に隣接する中で、政治的安定を全うし、民生の向上と経済開発をすすめておられますが、私は、タイ国民の国民的努力に深い敬意を表するものであります。

一昨日私及び妻は、英邁かつ仁慈あふれる国王陛下並びに王妃陛下に拝謁を賜わり深く感激いたしました。

### 2. ご列席の皆様

皆様もご承知のとおり、今日、世界はきわめて流動的な様相を呈しております。第2次大戦後形成された秩序は1970代に入って大きな試練に見舞われており、国際社会は新たな秩序を模索していると言えます。

1967年、あたかもこのことを予測するかのように、東南アジア5カ国は、まさにこのバンコクの地で、各国の連帯による地域の平和と発展を求めて、ASEANの設立を宣言されました。

その当初において、人種、言語、宗教、文化をかくも異にするこれらの国々が、果して有効な地域協力を行いうるものかと危ぶむ声があったのは事実であります。

しかしながら、ASEAN諸国は、この困難に挑戦し10年余の間に、国情のちがいを越えて、よくその連帯を強めてこられました。議論を尽し、相互理解につとめ、常により高い目標の実現に向けて着実に、かつ理性的に努力してこられました。

私は、この努力、すなわち「ASEANの挑戦」とこそ、今日ASEAN諸国が、国際緊張の激化の中で、地域の平和と安定を保ち、また引き続く世界経済の不況下に、年々高い成長率を達成しつつ、経済と国民生活を大きく改善し、国際的地位を高めてこられた最大の要因であると思います。

私がこのたび、総理就任以来最初の外国訪問にあたってASEAN諸国を訪れることになりましたのは、同じアジア・太平洋地域に位置する国家として、わが国が、この地域の平和と安定を重視しているためばかりでなく、異質なものの間に連帯を強めようとするこのASEANのねばり強い努力が、国際社会の未来の秩序を構築するにあたって、世界が範とするに足るものであると考えたからにはなりません。このたびの訪問は、この私の考えを確信に変えるものでありました。

各国を歴訪いたしまして、私が最も心強く感じましたのは、各国ともに、旺盛な自主自立の精神が湧きあがっているということであります。各国首脳が、国民の一体性（ナショナル・アイデンティティー）や国の強靱性（ナショナル・レジリアンス）を説かれるとき、私は、その基盤に、この自主自立の精神があることを感得いたしました。それはまさに、この百年来、政治、経済、社会の近代化を願望するすべてのアジア諸国を衝き動かして来た原動力であります。私はASEAN各国にひとしくみなぎっているこの精神が、各国間の政治的紐帯の緊密化を実現するテコとなっている事実及び、これによって達成されたASEANの連帯と幾多の業績が、各国の自主自立の精神を強化し、高揚させているダイナミズムにも深い感銘を覚えたのであります。

いま世界には、アフガニスタン、カンボディアの例にも見るごとく、直接武力を行使して他国の国民を意のままにしようとする動きを復活してきました。また中近東地域、ポーランド、「アフリカの角」など、世界を見渡すと、国家間の紛争や国内政情の不安定がしばしば発生するような事態に進みつつあります。

このような動きと対比して、私は、ASEAN各国が保っている平和と安定に今更ながら敬服の念を抱くものであります。石油価格の高騰、世界景気の停滞がもたらした経済運営の困難を、勤勉ならびに時宜を得た政策により克服し、同時に所得配分の公平化などの社会政策に着々と取組もうとしているこれら諸国の現実はまさに一陣の涼風とも言えまじう。

### 3. プレム総理大臣閣下、並びにご列席の皆様

私は、今日、世界のGNPの1割、世界貿易の1割を占めるにいたったわが国が、国際平和の維持と世界経済の発展のため、その国力にふさわしい貢献を求められていることをよく承知いたしております。国際社会に対するこの責任をいかに果たすかは、80年代におけるわが国の重大な課題であります。アジアの一員としてのわが国が、まず、アジアの平和と繁栄のために努力しなければならぬことは言うまでもありません。

この点に関連してまず申し述べたいのは、わが国が軍事大国への道を選ばないとの決意は不変であるということであります。確かに、昨今の厳しい国際情勢の推移に照らし、自らの安全を確保するという見地から、わが国としても自衛力の増強に努めております。ま

た、国民の安全保障問題に対する関心にも高まりが見られます。

しかしながら、わが国としては「わが国の国防の基本はあくまでも専守防衛である」との方針を堅持します。これはわが国として過去の選択の重大な誤りに深く思いを致した結果であります。日本が他国を脅かすような軍事大国にはならないということは、わが国の国民の総意であり、何びとといえどもこれを覆すことはできません。わが国に対して国際社会における軍事的役割を期待することは誤りであり、またわが国の軍事大国化への憂慮は、全く当を得たものではありません。

今後、わが国に期待されることは、わが国の国際的地位にふさわしい平和の為の政治的役割であります。私は、後に述べますように、農村、エネルギー、人造り、中小企業分野における国際協力に取り組むとともに、わが国の政治的役割のあり方について真剣に考え、わが国の国際的責務を誠実に果たしてまいりたいと思っております。

4. わが国としてアジアの平和と繁栄に貢献する途はず、わが国とアジア諸国との友好協力関係を強化することであると信じます。なかんずく、ASEAN 諸国との友好関係を深めることはわが国対外政策の基本の一つであり、その協力関係は、政治、経済、文化等、広範な分野において、日一日と深まりを見せております。

わが国は、政府開発援助を1978年以來3年間に倍増するという中期目標をかかげ、その拡充に努力してまいりましたが、昨年、目標をかなり上回ってこれを達成いたしました。そのうち、ASEAN 5カ国に対する協力の規模は、他の地域に対するものを大きく上回っており、わが国がASEAN 諸国における経済の発展と民生の安定のため実質的に貢献していることをご理解いただけるものと信じます。わが国は、本年、政府開発援助の新たな中期目標を設定するとともに、今後ともその量、質両面における拡充をはかり、東南アジア地域の安定と発展にひきつづき寄与していく考えであります。

では、今後ASEAN 地域への経済協力を推進するにあたり、いかなる分野に重点を置くべきでありましょうか。私は、ここに、次の重要な要素をあげたいと思います。

まず第1は、農村の開発及び農業の振興についてであります。私は、農業の発展と農民の生活の安定と向上なくしては、一国の経済体質の強化は望めぬものと考えております。

われわれは、農業をなおざりにして重工業化を急いだために経済運営が破綻し、国民生活に不安定をもたらした例を知っております。更に、近代化即工業化の合言葉の下に展開された工業化政策が、数年後には見直され、農業生産の拡大が近代化の重要な柱であることが再認識された例もあります。また、農業生産が不十分なために、国民の創意と勤勉の結果、孜孜として取得した外貨が食糧の輸入にあたら支出されている現実も散見します。わが国には、「急がば回れ」という諺がありますが、近代化への大道は、先ずその国の農業と農民生活の基盤整備から着手することにあると言えましょう。

もとより、経済社会開発のプライオリティーは、各国の自主性に任せられるべきであります。わが国としては、ASEAN 各国から求められるならば、例えば農村の灌漑、排水施設、道路、電化等の基盤整備、地域保健衛生、医療等の生活環境整備、さらに農業技術の導入による農業生産性の向上などを通じて、協力を進めたいと思います。このような考えについてASEAN 諸国の賛同が得られれば、私は早急に政府レベルの協議を開始し、力を合わせて農業の振興及び農村開発を推進することを提案したいと思います。

第2に、エネルギー開発についてあります。第2次石油危機以降、エネルギー開発は焦眉の急務となりました。わが国としては、石油、石炭、天然ガス開発、水力発電等在来型エネルギーのうち、政府ベースの協力になじむものについては、今後とも従来の協力を拡充してまいります。一方、豊かな太陽と広い未開墾地に恵まれているASEAN 諸国においては、太陽熱、地熱、バイオマス等の「新・再生可能エネルギー」開発の可能性も高く、ASEAN の要望も高まっていると承知しております。私は、この分野においても、今後ASEAN 諸国との協力を進めていきたいと思っております。

第3に、かかる農村・農業開発、エネルギー開発や、更には、工業化を進めるにあたっては、これ等の開発の担い手を育成する「人作り」の推進が不可欠であります。特にASEAN 諸国は近年目ざましい経済発展を遂げており、今後「人作り」の必要性は一層高まっていくと思われますので私は現在ASEAN 「人作り」プロジェクトの構想を抱いております。

この構想の基本的枠組はASEAN 各国の賛同を得て、各国に一つずつASEAN 「人作り」センターを設定し、各国のセンターはASEAN 域内に開放され、これに対し、わが方は応分の無償資金協力と技術協力をを行うというものであります。

他方わが国も沖縄に国際協力事業団(JICA)の業務の一環としてセンターを設置しASEAN 向けの研修、ASEAN との人的交流をはかる他、これらの各国プロジェクトとのリエゾン・オフィスの機能を与えること等を考えております。

いずれにせよこの構想については早急にASEAN 各国の政府関係者との会議を開き具体化していくことを提案したく考えており、また、この構想全体に1億ドル程度の協力を考えております。

第4は、中小企業の振興であります。ASEAN 諸国は総じて多くの人口を擁し、一方で豊富な労働の供給が可能であると同時に、他方で、多数の潜在的失業者を抱えるという社会問題にも直面しています。このような事情に照らし、主として消費財を生産する労働集約的な中小企業群を地道に育成することこそ、各国の社会の安定に資すると同時に、大規模工業プロジェクトたる基礎資材産業との補完関係が形成されることにより国民経済の有機的发展に連がるものと考えます。わが国としてはかかる観点からわが国の中小企業施策



の経験と蓄積をASEAN協力の中で生かしてまいりたいと思います。

更にASEAN諸国の工業化への真な努力に対してわが国がこれまで同様、引き続き協力していくことは勿論であります。当面の急務は、「ASEAN工業プロジェクト」に対する総額10億ドルの資金協力を1日も早く実施に移すことであると考えます。この点インドネシア及びマレーシアの工業プロジェクトが今般わが方の資金協力を得て実施に移されることとなったことは誠に喜ばしいと考えます。また残るプロジェクトについても早期の実現のため協力していく所存であります。

以上わが国のASEAN諸国に対する経済協力について申し述べた次第ですが、このような政府レベルの協力と並んで私は民間レベルの協力関係の重要性を特に強調したいと思います。日本経済の発展は民間部門の創意と活力なしでは語れないことでもありますし、日本・ASEAN関係においても、従来以上に民間同士の交流と協力が前進するよう、関係者を指導、奨励してまいりたいと思います。

5. 経済面の協力関係とともに、今後ASEAN諸国の人々との文化、学術面における協力関係を一層進展させていかなければなりません。その一環として私は、ここに学術協力に関する新規事業として、ASEAN地域に関する研究振興計画を提案したいと思います。これは、私が、「ASEANの挑戦」と呼んだ異質のものの結びつきの探求にあたり、その学術的ベースを深めることをめざすものであります。

幸いにして、ご賛同が得られるならば、私は実施についての具体的な検討を進めてまいりたいと考えます。

#### 6. ご列席の皆様

わが国とASEAN諸国は今日良好かつ緊密な関係にあります。これからの日本とASEANとは成熟(マチュア)した関係を目指すものであり、その将来は、一層大きな協力の可能性を秘めています。われわれの課題は、「ともに考え、ともに努力して」、この可能性を現実のものとするところにあると思います。相互の交流が深まるにつれ、立場の相違が明らかになるかも知れません。しかしながら、われわれはそれを心配する段階を過ぎました。親しい友人同士として、もはやわれわれは率直に自分の意見を言い合うことができるのであります。不断の対話と協議を重ねるならば、また、ともに考えて、ともに努力する経験を積み重ねるならば、いかなる問題も解決できるであります。

アジア諸国の伝統文化の中には異質なものの間の矛盾や対立を巧みに調和統合させる知恵が内在しております。わが国にも古来“和をもって尊しとなす”の思想があり、私はこの和の思想がアジアにおける現代生活の中、国際関係の中にも息づいていると思います。

#### 7. 御列席の皆様

ここバンコクの東方約200キロの地点には、100万を超えるカンボディアの民衆が戦火

と飢えに直面しております。

わが国とASEAN諸国の関係が「ともに考え、ともに努力する」というものであるならば、私としては、この席でインドシナ地域の平和の問題について言及しないわけには参りません。私は今回の旅行を通じ、このインドシナの問題について、ASEAN各国の首脳と等しく強い懸念と憂慮の念をもって語り合いました。

このような状況が何年も続くことはカンボディア民族にとって悲劇であるばかりでなく、またその周辺に及ぼす悪影響を考えると決して容認されるべきではないと信じます。

カンボディアに対するヴィエトナムの軍事介入は、東南アジア地域の恒久的平和と安定を求めるASEAN諸国の願望に暗雲を投げかけています。カンボディア問題を平和的に解決し、この地域が当面する最大の不安定要因を除去することは、国際社会全体の共通の願いであります。

カンボディアにおいて戦闘が続き、荒廃した国土で国民が飢えと病いに苦しんでおり、安全と食糧を求めて数十万の難民が隣国に逃れるという不幸な事態はカンボディア人自身が作り出したものではなく、ベトナムが軍事介入した結果に他なりません。

カンボジアに平和を回復し、問題を根本的に解決するためには、ベトナム軍が撤退し、カンボジア国民が自らの将来を自由に選択できるような環境が作られなければなりません。

わが国は、ASEAN諸国の努力により国連総会に提出されたカンボジア情勢に関する決議を支持しました。それは、わが国が、カンボジアにおける全紛争当事者及びその他の関係者を参加せしめる国際会議において、外国軍隊の全面的撤退、国連監視下の自由選挙の実現について話し合うべきであるとの確信をASEAN諸国と共有するからであります。日本とASEANは他のところさしを同じくする国々とともに、一致協力してこの未曾有の苦難に喘いでいるカンボジアに平和と安らぎを取り戻し、東南アジア地域全体の安定を確保するよう、国際世論に訴え、国連における決議は圧倒的多数で採択されたのであります。

わが国は、このような国際社会の圧倒的多数の訴えに応えて、国際連合が右決議の実現に向けて積極的に取り組むことを強く期待し、事務総長が会議召集のため早急に必要な措置をとることを要請するものであります。わが国は安保理事会の非常任理事国として事務総長のこのための努力に対し全面的に協力する用意があります。

私は、今こそ、ベトナムが国際社会の呼びかけに積極的に応え、平和の回復のため話し合いの席につくことをこの場を借りて改めて訴えるものであります。

そして、インドシナ地域に恒久的な平和が実現した暁には、わが国としては、その復興のため、できるだけの協力を行う所存であります。

#### 8. プレム総理大臣閣下、並びにご列席の皆様

私はASEAN 5カ国が異質な国情を越えて素晴らしい連帯の実を挙げ自助と協調により着

実な国造りに努められていることをもって「ASEANの挑戦」という讃辞を呈しました。そしてわが国としてその「ASEANの挑戦」に協力することを誓いました。またそうすることがわが国の国際責任を果たす一つの重要な方策であるとも申しました。

日本の外交において、わが国は、軍事的影響力を行使する意思は毛頭ありません。わが国はその経済的力を平和な国際環境造りに一層役立たせたいと念頭しており、同時に、国際の平和、なかんづくアジアの安定のための政治的役割を着実に担っていきたいと考えています。そのためには、経験の蓄積が必要でありましょうし、勇気と英知も求められます。この点についても、ASEANとともに考え、ともに努力していきたいと思います。

私は、政治、経済共に調和のとれた東南アジアが安定し、発展することこそが、20世紀最後の20年を通じ世界に平和をもたらす一つの重要な鍵となるものと信じます。そしてその東南アジア、なかんづくASEAN諸国こそ「太平洋の時代」といわれる21世紀において世界経済の原動力として大きく飛躍するものと信じます。そして、その時もわが国は、ASEANにとって平和と発展を分かち合う良きパートナーであり続けたいと念願するものであります。

出典：外務省「わが外交の近況」昭和56年版（第25号）



2. タイ国開発政策とベーシックミニマムニーズ

- (1) BASIC MINIMUM NEEDS OF PEOPLE  
AS AN APPROACH FOR SOCIAL DEVELOPMENT

NATIONAL SOCIAL DEVELOPMENT PROJECT  
NATIONAL ECONOMIC AND SOCIAL DEVELOPMENT BOARD

OCTOBER 1983

In establishing goals, targets and indicators of social development, the National Social Development Project has carried out studies, seminars and consultations dealing with analysis of national economic and social situation and development planning during the past 20 years.

Highlights of the work can be summed up as the following:-

#### 1. Problem Analysis

Having reviewed the data used as the basis of formulating the Fifth National Development Plan for the purpose of a long-term social planning, it may be concluded that while Thailand has made a very satisfactory economic growth in terms of GNP and national income through development plans of the last 20 years a certain number of social problems has emerged. One of the most important among them is the problem of undesirable changes in social structure resulting in :-

- marked income disparity among groups of different professions and between urban and rural people ;
- maldistribution of basic social services such as education, health and nutrition to the rural poor; and
- other social blights including pollution, drug abuse with a marked increase in crime rate and degradation of culture and morale (spirit).

Causes of these problems are related to the planning as well as implementation of social development in the past. In conclusion, they include:-

- lack of an integrated social goal common to all development sectors as well as a long-term social development plan resulting in each sector trying to solve only its own immediate problems and without tools necessary for intersectoral coordination;
- inadequate support from the government in particular of political nature for social development planning;
- absence of social development indicators to measure impact of development; and
- lack of adequate participation of people in social planning and implementation of development activities.

## 2. Long-term Goals

For long-term social development, it is felt necessary that a clear-cut goal is to be formulated. In this connection, "Desirable Characteristics of Thai Society and People" have been developed and regarded as standards of goal to be achieved in the future. This is to put emphasis on development of quality of people, an important national resource, so that

each individual would be qualified in terms of knowledge, skills and responsibility to contribute to the progress of society. The net result would then be a parallel growth of people and society.

The formulated characteristics of Thai society and people were based upon those generally acceptable to people and they are not only wide in scope but also mutually supportive between the level of society and people. The basic components from which desirable characteristics have been developed include the following:-

- derived from basic human needs
- existence of democratic political system under monarchy
- upholding of justice, equality, rights and freedom
- existence of right and efficient administrative system
- practices based upon appropriate culture, norms, disciplinary and ethical codes of conducts.
- application of appropriate science and technology
- appropriate number of population and family size.

### 3. Basic Minimum Needs of Thai People

Basic minimum needs or BMNs in short are defined as levels of needs essential for existence to be achieved by each individual in the society at each period of time intervals. It can be said that this introduction of the concept is not a new endeavour but an adaptation of that already



existed long ago as embodied in "The Four Necessities of Life" of Buddhist teaching which are made up of food, clothing, medicines and shelters.

At global level, there was proposal put forwarded at the ILO's Conference in 1976 to utilize basic human needs for equality in distributing of resources and basic social services to the rural poor. However, so far there has been no attempt in any other country to apply the concept quantitatively for social development planning and real life situation.

Nine items of BWNs have been formulated by the National Social Development Project as follows:-

- (1) Members of families consume sufficient healthful food to maintain healthy bodies.
- (2) Members of families have proper shelter and living environment
- (3) People of working age have work in a proper environment
- (4) People have the right and benefit of basic social services to maintain living and working
- (5) People have security of life and property.
- (6) Families produce adequately for their living.
- (7) Families are able to plan the number and spacing their offsprings as needed.

- (8) Families take part in local politics and administration, sustaining livelihood, developing and preserving national heritage, natural resources and environment of community.
- (9) People have well developed mind and soul.

Based upon the nine items, indicators are developed together with the strategies them for both the people themselves and government agencies to attain their set levels of success

#### 4. Conditions for application of BMNs

To apply BMNs for development, two major conditions must be met. They include:-

- acceptance of BMNs and cooperation from all concerned--policy makers, academicians, administrators and all people;
- the most beneficial use of existing organizations for development at all levels in particular at the village level in order to stimulate the people to participate actively in the developmental activities.

#### 5. Guidelines for BMNs application

Conceivably, the set of BMNs may be applied in the following:-

- (1) As a tool for identification of projects and resource allocations to meet basic minimum needs of people by government Ministries/ Departments. In particular, it will help to eradicate more efficiently "poverty" as aimed by the Development Program for Rural Poverty Areas.
- (2) As a tool to identify problems/needs, solutions and projects of each village by the people through their village and tambol level community organizations.
- (3) As a framework of 5-year development plans/projects for social development by NESDB and concerned sectors or Ministries.

5. How BMNs can help the Development Program for Rural Poverty Areas

As already mentioned, the application of BMNs can help to eradicate "poverty" under the Development Program for Rural Poverty Areas. Specifically, it will assist in the following aspects;-

- (1) To make clearer the targets and indicators of rural development. In particular, in poverty areas, it will indicate clearly the basic level of well-being of the people.
- (2) To enable each concerned Ministry to be informed of people needs in each area so that mobilization and allocation of

resources can be made more correctly. In this regard, there will be no need in the beginning to obtain additional budget. However, later it may be necessary to formulate new projects in response to the people needs.

(3) To enable the 4 Ministries to intersectorally coordinate their implementation in rural poverty areas.

Basic Minimum Needs for Thai People

Aimed by 2001

and

Indicator

Social Development Project

Office of National Economic & Social Development Committee

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
1. People in the family have to have good and enough nutrition for their life.	1.1 Be take care of the nutrition for babies and pre-school children and without lack of nutrition which will be harmful for their health.	The Percentages of malnutrition normal 51.98% first degree 34.3% second degree 11.8% third degree 1.9% (villages)	2nd degree not over 7% 3rd degree nothing (17,500 villages)	2nd degree not over 4% 3rd degree nothing (37,500 villages)	2nd degree not over 2% 3rd degree nothing every area	2nd degree nothing 3rd degree nothing every area	1.1 weight and height as specify compare with the standardization .
	1.2 The 5-14 years old children have to receive enough nutrition as required need.	more than 84%	more than 87%	more than 92%	more than 96%	100%	1.2 weight and height as specify compare with the standardization.
	1.3 The pregnant women have enough and proper food in order to have a baby whose birth weight is not less than 3000 grams.		not less than 50%	not less than 60%	not less than 60%	not less than 70%	1.3 New born baby's weight not less than 3000 grams.
	1.4 The member of family eat food which has no germs, "toxin" and "foreign body". They are harmful for health.		not less	not less than 20%	not less than 25%	not less than 30%	1.4 The Quantity level of toxin and foreign body is not more than the standardization.

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year					Indicators
			1986	1991	1996	2001		
2. People have a suitable house and environment to live.	2.1 The materials for building house ( roof, wall) have to be qualified for staying permanently, permanent materials.	1980, 82.2% of houses made of permanent materials.	84%	86%	88%	90%	2.1 According to the standard.	
	2.2 Tidy arrangement in the house for good health in the family.	10%	30%	40%	50%	60%	2.2 A. The area and inside of the house is clean and tidy. B. Arrange the kitchen properly and clean. C. Clean toilet. D. Keep and arrange the equipments which cause harm in the right and safty place.	
	2.3 The rubbish and the dirty water has to be destroyed in the house area.	25%	30%	not less than 40%	not less than 50%	not less than 60%		
	2.4 There is a good and clean toilet to use in the house.	42.85%	50%	50%	70%	80%	2.4 According to the standard	
	2.5 There is clean water (rain, filtered, pipe water from the good well	30%	50%	70%	80%	90%		

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
2.6 The members of family have an opportunity to exercise and relax themselves.			40%	not less than 50%	not less than 60%	70%	2.6 It is necessary to have a public utility such as the place for resting or exercise in every community according to the standard.
3. People, in working age, have a job and work in a good environment.	2. People, in working age, have to work even though they can not earn the money.	1983, both of the workers who can earn and can't earn the money are 98.1% (the one who work in full time 78.8%)		Strategy and goals will be considered clarify later.			
4. People have a right to get social basic services need for living and working.	4.1 Bring up child before required educational level. A. The newborn-5 years old children are brought up properly by their father and mother. B. The 2-3 years old children can get a chance to be brought up properly when their parents have to work outside.					not less than 90%	not less than 90%



Basic Minimum Needs	Objectives	Present cohort 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
	C. Pre-school child (4-5) are serviced primarily both in and out of school system.	In school system 16% Out of school system 6%	In school system 50% Out of sch system 30%	In school system 60% Out of sch system 50%	In school system 70% Out of sch system 60%	In school system 86% Out of sch system 70%	
	4.2 Study in basic						
	A. Groups of the 6-11 year children are required educational level.	Enter school 96% Graduated Grade 6 61.2%	En. school Graduated G. 6 70%	En. school Graduated G. 6 80%	En. school Graduated G. 6 85%	En. school Graduated G. 6 90%	From knowledge testing in sample group.
	B. Groups of the youth age 12-14 are studying in first high school level.	In school system 32% Out of school	In school system 44% Out of sch. system 2%	In school system 55% Out of sch. system 3%	In school system 65% Out of sch. system 4%	In school system 75% Out of sch. system 6%	There are first high school level in every district.
	4.3 Unliterate people in age more than 12 are decreased. ( National level)	unliterate 12.8% ( about 5.4-6 million)	unliterate 11.8%	unliterate 10.8%	unliterate 9.0%	unliterate 8.0%	

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
4.4 Occupational Education	A. The youth age 12-25 are trained to work and are able to gain money (income) for themselves and their family.					not less than 90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Able to test knowledge from the ample group.</li> <li>-Joining groups of the youth in order to earn for living and able to test the knowledge.</li> <li>-The youth have jobs and their income for year to year.</li> </ul>
	B. People have an opportunity to know news and any messages concerned with occupation and living.					not less than 90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Places or resources where people can find enough books every area at least one for each area.</li> <li>The types of the books are               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Occupational Books</li> <li>-Living and Intellectual Books</li> </ul> </li> <li>-People can know the news or messages through the many types of communications all the times.</li> </ul>

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
	<p>4.5 Education for gaining the quality of life.</p> <p>A. There is at least one member of family who knew health well and is able to help himself and others in protection, health encouragement, basic cure, accident protection and recovering.</p> <p>B. Resting Education People know how to exercise</p> <p>C. Education for parents Parents know how to bring up their children properly.</p> <p>D. People have a chance to know the law in daily life and are helped when required in everywhere.</p>	10%	40%	50%	75%	100%	<p>Able to test knowledge in a sample group.</p> <p>The news and messages about law in daily are publicized to every villages (by service -Law services in every district.</p>

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
	<p>4.6 Children, the pregnant women, the old malseif-help are taken of</p> <p>A. Less than 1 year child has to receive immunization such as</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-diphtheria,</li> <li>-Tuberculosis</li> <li>-tetanus</li> <li>-Pertusis</li> <li>-Polomyelitis and Measles.</li> </ul> <p>B. Repeating immunization in diphtheria, I.B., Tetanus, and typhoid for the school-age child.</p> <p>C. Tetanus protection for the pregnant women.</p> <p>D. Taking care of the pregnant</p> <p>The pregnant is taken care of before delivery at least 4 times by the public health officer.</p> <p>The public health officer or the trained (old style) midwife help the pregnant one to deliver her newborn baby.</p>	42.66%	43%	45%	50%	55%	
		38.83%	40%	45%	50%	55%	
		48.4%	not less than 40%	not less than 50%	not less than 60%	not less than 70%	
		59.4%	not less than 60%	not less than 60%	not less than 60%	not less than 70%	

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
5. People's life and property are stable and safe.	- Post-delivery, the mother and her newborn are taken care of for 6 weeks. 4.7 The old are taken care of by their family.	not less than 50%	not less than 60%	not less than 60%	not less than 60%	not less than 70%	
	5. The types and the amount of violent crime are decreased or at least not more than the average crime of community (average of the last 10 years in each community)	<p>the rate of crime to 1 million population capital crime 35.8</p> <p>life and body 72.4</p> <p>property 100</p> <p>the rate of arrest capital crime 26.3</p> <p>life and body 55.5</p> <p>property 51.3</p>	<p>the rate of crime to 1 million population capital crime 33</p> <p>life and body 71</p> <p>property 95</p> <p>the rate of the arrest (the percentage of the case) capital crime 32</p> <p>life and body 60</p> <p>property 61</p>	<p>the rate of crime to 1 million population capital crime 31</p> <p>life and body 67</p> <p>property 90</p> <p>the rate of the arrest (the percentage of the case) capital crime 34</p> <p>life and body 65</p> <p>property 64</p>	<p>5. The amount of violence and the type of crime happening to people are not over the average of the community.</p>		

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
Family have enough production for living.	6. Family have enough production for living.		The details of the objectives and the strategy will be assigned by Agriculture Ministry and Office of National Economic and Social Development Committee.				
7. Family are able to control the period of time and the number of children and they want to have.	7. It is not more than 2 children in the family and the parents know and choose the method of family control planning more than one method.	51.8%	60%	70%	70%	*0%	
8. The members of the family are concerned to rule in local level and cooperating to earn a living, develop and conserve natural resources and environment in their own community.	8.1 The family are concerned to rule their community and following the law. A. There are people going to elect the representatives, the leader of the community such as Kamnan (for district (tambon)) the head man of villages, the member of the province council.	In 1983 the 50.7% of the people went to elect the representatives.	51%	50%	55%	60%	

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
B. There is administrative organization for people in the community which is able to plan and cooperate to develop public useful.	C. The women have a right to administer the community in the same men's position. (equal men)	There are villages committee organization about 75% of 54,370 villages	VCO			100%	-The village development committee cooperate to plan district development and use resources in their area including the budget. - There is at least one woman working as committee in the villages development committee.
			100%				
			22%	25%	30%	35%	
			85%	90%	95%	100%	
D. The people are following the law as assigned law.	- People have an identification card as assigned law.	85%	85%	90%	95%	100%	
			65%	75%	90%	100%	
8.2 The members of the family gather to earn a living and understand basic of living together.	- People should have a responsibility to pay land tax, if they have their own land as the law assigned.	39%	40%	50%	65%	75%	8.2 There are occupational group and economical group in the villages.

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
	8.3 The members of family cooperate to develop and conserve the natural resources and the environment in their own community.	not less than 80%	80%	85%	90%	95%	<p>8.3 A. Basic necessities of life in production and activities for public benefit such as street, canal, school temple, irrigation, dam.</p> <p>B. The members are concerned to this activities at least one a year in order to develop their community such as arranging the clean and tidy house or some activities for public benefit or making basic necessities of life in production.</p>
9. People's psychology are developed.	9.1 People know and understand well in Principle of religion and moral principles in honest, work hard, endeavor and kindness. They respect it and apply to use in daily life.					not less than 90%	<p>9.1 People have a chance to share in religious on every priest day or the the important religious day.</p> <p>-- The activity is held in the temple in order to encourage</p>



Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
	9.2 People are proudly of national unique in Language, literature, tradition, arts, music and kindness.						<p>psychological development and people's behavior in community.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- There is at least 1 priest trained in development curriculum by religious committee in every temple.</li> <li>- School have religious curriculum or activities for religious practise.</li> <li>- There are private offices or organization to support and publicize in primary religious practise.</li> <li>- People in the villages decreased to commit a sin.</li> <li>( The amount of cases and the amount of criminal)</li> <li>9.2 People speak and write correct grammar at least not less than</li> <li>-School have arts and music curriculum or activities.</li> <li>-There are private organization</li> </ul>

Basic Minimum Needs	Objectives	Present condition 1982	Objectives by specific year				Indicators
			1986	1991	1996	2001	
							to support, persuade, public arts and music. - Traditional activities are held in every village.

3 組織図

Organization of the Ministry of Public Health

(1) タイ国保健省



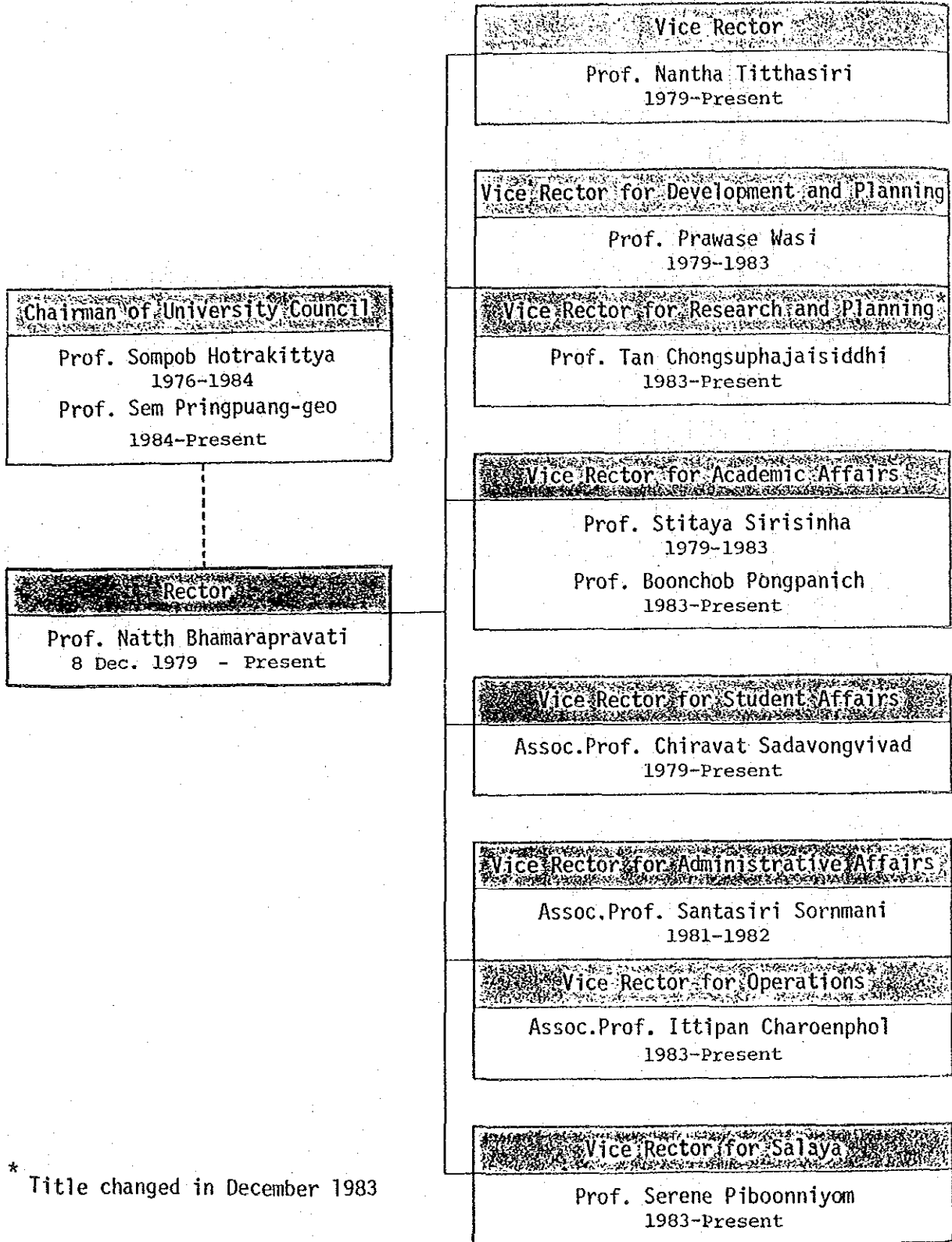
Permanent Secretary for Public Health

Office of the Permanent Secretary for Public Health		
Deputy Permanent Secretary (Planning and Evaluation)	Deputy Permanent Secretary (Directing)	Deputy Permanent Secretary (Administrative Support)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Health Planning Div.</li> <li>- Health Statistics Div.</li> <li>- Epidemiology Div.</li> <li>- Inspector General</li> <li>- Nursing Div.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing College Div.</li> <li>- Health Training Div.</li> <li>- Rural Health Div.</li> <li>- Provincial Hospital Div.</li> <li>- Health Education Div.</li> <li>- Primary Health Care Office</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Central Administration Div.</li> <li>- Finance Div.</li> <li>- Personnel Div.</li> <li>- Medical Registration Div.</li> <li>- International Health Div.</li> <li>- Maintenance &amp; Repair Div.</li> <li>- Legal Affairs Div.</li> <li>- Construction &amp; Design Div.</li> </ul>

<p>Department of Medical Services</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Office of the Secretary</li> <li>- Financial Div.</li> <li>- Personnel Div.</li> <li>- Technical Div.</li> <li>- Mental Health Div.</li> <li>- Children's Hospital</li> <li>- Thanayarak Hospital</li> <li>- Prasart Neurological Hospital &amp; Institute</li> <li>- Mental Deficiency Hospital</li> <li>- Lerd Sin Hospital</li> <li>- Srithanya Hospital</li> <li>- Buddhist Monk's Hospital</li> <li>- Somdej Chaophaya Hospital</li> <li>- Rajawithi Hospital</li> <li>- Institute of Pathology</li> <li>- National Cancer Institute</li> <li>- Institute of Dermatology</li> </ul>	<p>Department of Health</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Office of the Secretary</li> <li>- Financial Div.</li> <li>- Personnel Div.</li> <li>- Dental Health Div.</li> <li>- Rural Water Supply Div.</li> <li>- Nutrition Div.</li> <li>- Sanitation Div.</li> <li>- Family Health Div.</li> <li>- School Health Div.</li> <li>- Environmental Health Div.</li> <li>- Occupational Health Div.</li> </ul>	<p>Rural Administration</p> <p>Provincial Chief Medical Officer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provincial Public Health Office</li> <li>- Provincial and District Hospitals</li> <li>- Medical and Health Centers</li> </ul> <p>District Health Officer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- District Health Office</li> <li>- Health Centers</li> <li>- Midwifery Centers</li> </ul>	<p>Department of Communicable Diseases Control</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Office of the Secretary</li> <li>- Financial Div.</li> <li>- Personnel Div.</li> <li>- V.D. Control Div.</li> <li>- Malaria Eradication Div.</li> <li>- General C.D.C. Div.</li> <li>- Filariasis Control Div.</li> <li>- Leprosy Control Div.</li> <li>- T.B. Control Div.</li> <li>- Banrasaradura I.D. Hospital</li> <li>- Leprosy Hospital</li> <li>- Chest Hospital</li> </ul>	<p>Department of Medical Sciences</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Office of the Secretary</li> <li>- Entomology Div.</li> <li>- National Health Laboratories</li> <li>- Project Div.</li> <li>- Radiation Protection Service Div.</li> <li>- Clinical Pathology Div.</li> <li>- Toxicology Div.</li> <li>- Drug Analysis Div.</li> <li>- Food &amp; Beverage Analysis Div.</li> <li>- Medical Research Div.</li> <li>- Virus Research Institute</li> <li>- Regional Medical Science Center 1-6</li> </ul>	<p>Office of Food &amp; Drugs Committees</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Office of the Secretary</li> <li>- Public Relation and Advertisement Control Div.</li> <li>- Cosmetic Control Div.</li> <li>- Drugs Control Div.</li> <li>- Psychotropic Substance Control Div.</li> <li>- Food &amp; Beverage Control Div.</li> <li>- Technical Div.</li> <li>- Inspector Div.</li> </ul>
---	--	---	---	--	--

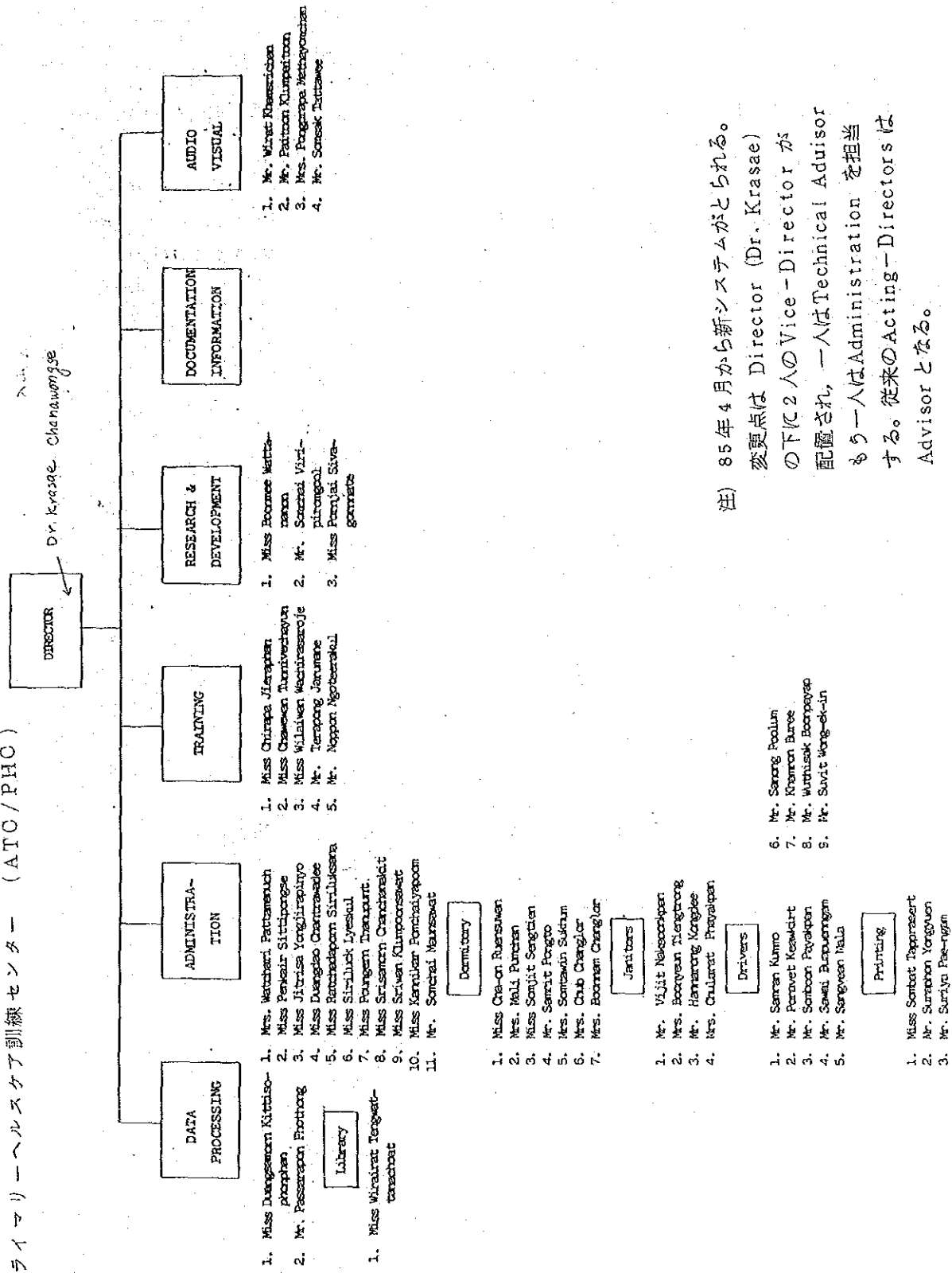
No./25/T.44/C.44  
14 September 1984

Mahidol University Administration  
(During the Establishment of the ATC/PHC to Present)



\* Title changed in December 1983

(3) ASEANブライマリーヘルスケア訓練センター (ATC/PHO)



注) 85年4月から新システムがとられる。  
 変更点は Director (Dr. Krasae) の下に2人の Vice-Director が配属され、一人は Technical Advisor もう一人は Administration を担当する。従来の Acting-Directors は Advisor となる。

(4)

Executive Board for the ATC/PHC Project  
(1982 - Present)

1. Minister of Public Health	Chairman
2. Permanent Secretary for Public Health	First Vice-Chairman
3. Rector of Mahidol University	Second Vice-Chairman
4. Deputy Permanent Secretary for Public Health	Member
5. Representative of the National Economic & Social Development Board	Member
6. Representative of the Ministry of Education	Member
7. Representative of the Ministry of Interior	Member
8. Representative of the Ministry of Agriculture & Cooperatives	Member
9. Director-General of ASEAN-Thailand	Member
10. Director-General of the Public Relations Department	Member
11. Director-General of the Department of Technical & Economic Cooperation	Member
12. Professor Dr. Prawase Wasi	Member
13. Associate Professor Dr. Debhanom Muangman	Member
14. Dr. Damrong Boonyoen	Member
15. Dr. Samlee Plienbangchange	Member
16. Dr. Pricha Deesawadi	Member
17. Director of the ASEAN Training Center for Primary Health Care Development	Member & Secretary

4. A T C / P H C の活動概要

(1) 国内訓練 National Training

Title	Place	Date	Fieldtrip (Province)	No. of Participants	No. of Resources Persons	No. of Organizers
<b>Fiscal Year 1982</b>						
1. Primary Health Care Development	Faculty of Medicine Srinraj Hospital	Oct. 25-29, 1982	Nonthaburi	31	10	14
2. Techniques of Developing Leaders for Rural Development	Faculty of Public Health	Dec. 6-17, 1982	Khon Kaen	29	15	14
3. Techniques of Developing Leaders for Rural Development		Jan. 3-14, 1983	Prachuap Kirikhan	17	15	13
4. Cooperatives and Primary Health Care Development		Feb. 7-11, 1983	Sing Buri	53	15	13
5. Role of Teaching Staff in Health Personnel Producing Institutes on Primary Health Care Development		Mar. 14-18, 1983	Chonburi	32	15	11
6. Role of Teaching Staff in Health Personnel Producing Institutes on Primary Health Care Development		Mar. 21-25, 1983	Chonburi	32	16	11
<b>Fiscal Year 1983</b>						
7. Cooperatives and Primary Health Care Development	ATC/PHC	Jun. 27-Jul. 1, 1983	Phetchaburi	30	10	12
8. Primary Health Care Development	ATC/PHC	Jul. 4-15, 1983	Chaiyaphum	30	12	11
9. Primary Health Care Development (Regional Training)	ATC/PHC	Jul. 26-28, 1983	Khon Kaen	96	15	10
10. Primary Health Care Development	ATC/PHC	Aug. 8-19, 1983	Phitsanulok	31	11	10
11. Primary Health Care Development (Regional Training)	Nakhon Sawan	Aug. 24-26, 1983	Nakhon Sawan	88	15	10
12. Primary Health Care Development (Regional Training)	Pattaya	Oct. 26-28, 1983	Chonburi	92	15	10
13. Primary Health Care Development	Lopburi	Dec. 12-23, 1983	Lopburi	33	12	13
14. Primary Health Care Development (Regional Training)	Nakhon Srithammarat	Jan. 9-11, 1984	Nakhon Srithammarat	81	15	11
<b>Fiscal Year 1984</b>						
15. Primary Health Care Development	ATC/PHC	Jun. 11-22, 1984	Khon Kaen	39	13	12
16. Cooperatives and Primary Health Care Development	ATC/PHC	Jul. 16-20, 1984	Phetchaburi	30	11	13
17. Primary Health Care Development	ATC/PHC	Jul. 30-Aug. 10, 1984	Khon Kaen	32	12	13
18. Primary Health Care Development	ATC/PHC	Dec. 11-22, 1984	Nakhon Sawan	25	12	10
19. Basic Minimum Needs and Primary Health Care	ATC/PHC	Jan. 14-18, 1984	Chainat	64	31	13
20. National Seminar on Primary Health Care Development towards Health for All	ATC/PHC	Jan. 28-30, 1984	Nakhon Pathom	60	14	10
21. Role of Mass Media and Entertainment Business in Primary Health Care	ATC/PHC	Feb. 4-5, 1984	Nakhon Sawan	40	10	11

注) 各コースの受講者は以下のとおりである。

- |      |            |   |
|------|------------|---|
| FY84 | 1.         | Multi-level: personnel from 4 sectors and University, teaching staff.   |
|      | 2,3        | Provincial and district level personnel from 4 sectors.   |
|      | 4.         | Provincial and district level cooperative officers, health personnel and Mahidol University teaching staff.             |
|      | 5,6        | Teaching staff from training institutions and University.   |
| FY83 | 7.         | Provincial and district level cooperative officers.   |
|      | 8,10,13    | Participants from Ministry of Public Health and regional University.  |
|      | 9,11,12,14 | Participants from Ministry of Public Health, Interior, Cooperatives and Agriculture, Education and Regional University. |
| FY84 | 15,17,18   | Participants from Ministry of Public Health and Regional University.  |
|      | 16.        | Provincial and district level cooperatives officers.  |
|      | 19.        | Participants consisting of provincial and district officers from four ministries concerned.                             |
|      | 20.        | Administrators and primary health care implementators at central level.   |