

(6)ATC/PHCの組織と活動のタイ国内に於ける位置付け及びATC/PHC運営上の問題点

①ATC/PHCの組織のタイ国内に於ける位置付け

(イ) ATC/PHCはタイ大学省に属する国立マヒドン大学の一部局である。マヒドン大学は図2. に示すとおり学長事務局 (Rector's Office) と12の学部及び4つの付属機関から成っている。このうち学長事務局には図3. に示すとおり13の部局があり、ATC/PHCはこの中の一部局である。このATC/PHCは図4. に示す内部組織を持っている。

タイの大学制度に於ても学部や付属機関は一定の自治が認められているが、学長事務局内の部局は学長が直接統括しており、この自治的権能が限られている。しかし、ATC/PHCは近い将来 (1986年10月頃) マヒドン大学の付属機関の一つに昇格することになっており、昇格後は付属機関が享受する自治的権能を得ることになるので、独自のイニシアティブに基づき活動出来る範囲が広がる。

なお、昇格後の名称及び機構について現在以下の3つの構想が上っている。

(a) Institute of Health Development

- ASEAN Training Center
- Health Economics and Health Planning Division
- Public Education and Information for Health Development Division
- PHC Information System Division

(b) ASEAN Institute for PHC Development

(divisionについては上記 (a) と同じ)

(c) ASEAN Institute of Health Development

(divisionについては上記 (a) と同じ)

(ロ) なお、ATC/PHCが設置されているマヒドン大学は、現チャクリ王朝のラーマ5世王 (チュラルンコン王) が1886年に創立したシリラート病院 (Siriraj Hospital) が基礎となっている。1889年、同病院に医学校が設置され、1893年にパタヤコーン医学校、1900年にはラジャパタヤライ医学校と名称の返遷を経た後、1917年にチュラルンコン大学の医学部 (後に医学、看護及びシリラート病院学部) となった。

1943年、同医学部はチュラルンコン大学から独立して『医科学大学』となり、保健省に属した。その後総理府、更に国立大学を所管する大学省に移管されて現在に至っている。なお、マヒドン大学の名称は、1969年に現国王が父親であるマヒドン・ソクラ親王の名前をとって命名したものである。

現在マヒドン大学は12学部、4付属機関、3付属病院から成り、毎年約7,000人の学生を受け入れるタイ国最大の医学教育機関となっている。

②ATC/PHCの活動のタイ国内に於ける位置付け

ATC/PHCはその活動の最終裨益者としてタイ国民及びASEAN諸国民を想定している。このようなATC/PHCの活動は、「タイ国内機関としての活動」と「ASEANを対象とする国際機関としての活動」の2つに分けることができる。しかし、ここでは「ATC/PHCの活動のタイ国内に於ける位置付け」を問題にしている関係上、「タイ国内機関としての活動」に絞って記述することとする。

なお、上述のとおりATC/PHCは組織上マヒドン大学の一部局であるが、その活動については、タイ保健省及びわが国の技術協力が深く係っていることは論を持たない。

(イ) ATC/PHCのタイの国内機関としての活動を考えるに当たっては、先ずタイに於けるPHC活動の主たる所管省が保健省であるという点とATC/PHCが大学省に属しているマヒドン大学の中に設置されている点に注目する必要がある。ATC/PHCがマヒドン大学の中に設置されているのは次のような経緯がある。

1981年1月アセアン人造りセンター構想が盛られた鈴木前総理のバンコク宣言が発表された時点で、タイは第5次国家開発計画(1981年10月～86年9月)に於て第4次国家開発計画に引続きPHC活動の推進を重要政策の一つにしていた。このためタイは日本より人造りセンター設置のオファーがあった際、最終的にPHC分野を選択し、その際「人造り」は教育機関が担うとの考えからマヒドン大学が選ばれたものである。

このような経緯もあって、わが国はタイのPHC活動の核となる施設の整備に協力することとし、1982年わが国の無償資金協力によりマヒドン大学にATC/PHCの建物を、次いで保健省の4つのRTC/PHCの建物(1982年～83年)を建設した。こうしてマヒドン大学及び保健省は、それぞれの施設を利用して順次活動を開始した。わが国はこのうちATC/PHCに対し1982年10月より5年間プロジェクト方式による技術協力を実施し、今日に至っている。

(ロ) PHC活動の最終目標は国民の一般的保健水準の向上にあるが、その手法は地域レベルでこの目的のために役立つ全ゆる要素を統合する所にあるので、PHC活動を担うのは限られた機関ではない。先ず最終的な活動の担い手は受益者でもある地域住民自身である。次いでこれら地域住民のPHC活動を指導したり、指導要員の養成を担当しているいくつかの機関がある。RTC/PHCもこのような機関の一つである。そして最後に全国的なPHCの政策や活動方針及び手法の開発・研究等を行なっている機関がある。保健省及びATC/PHCはこのような機関である。

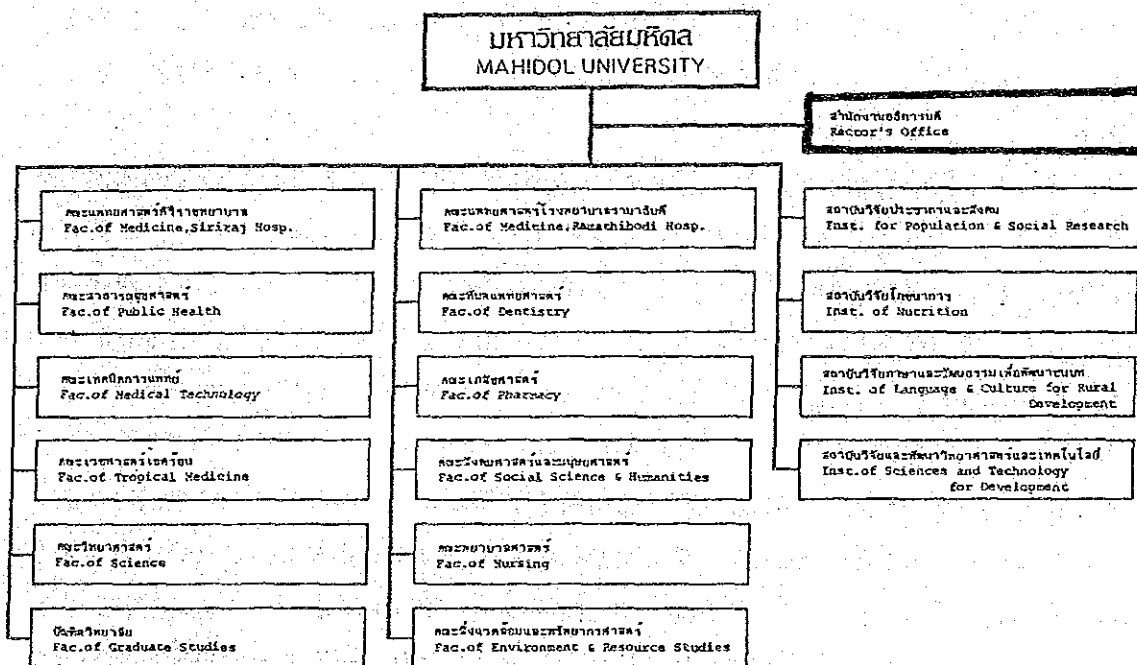
(ハ) このようにPHCの活動を担っている機関は多々あるが、これらのうち言うまでも

なく保健省は最も大きな役割を果たしている。これに次いで同省の活動を支えている重要な機関がATC/PHC及び保健省に属するRTC/PHCの機関である。しかし、組織上大学省に属するマヒドン大学の一部局であるATC/PHCと保健省に属するRTC/PHCの活動の分担が必ずしも明確となっていないことは一つの問題である。この点に関するタイ側関係者の説明は「両者は一体である」とか「保健省の高官の多くはマヒドン大学出身者で占められているので両者の活動はこの人的関係を通じて有機的に統合され、かつ調整される」と言ったものが多かった。

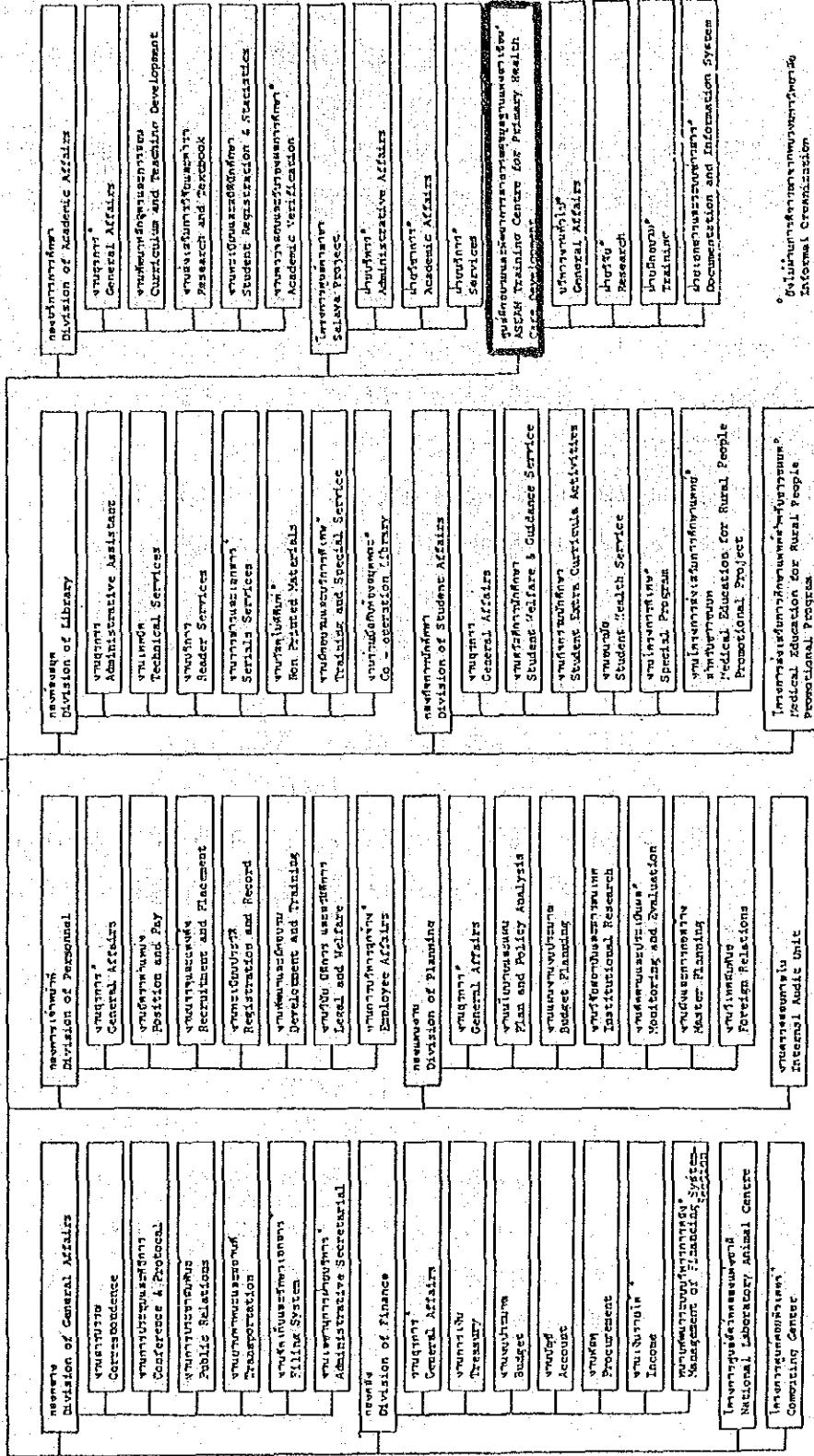
もっとも、形式的には両者の間には図5. に示すとおり上部機構としてATC/PHC執行理事会 (Executive Board) があり、同理事会を介して両者は有機的に統合され、活動の調整も行われているとする説も成り立つ。しかし、この説明については執行理事会が本来このような役割と機能を担う目的で設置されたものであるかにつき若干疑問なしとしない。やはり後々のためにも両者の関係と活動の分担を明確にして置く方が賢明であると思われる。

しかし、この問題はつまるところタイ政府の機構及び各機関の権限の問題であり、究極的にはタイ側の認識と対応に持つ他はないと思われる。

図-2



สำนักงานอธิการบดี
RECTOR'S OFFICE



ASAR Training Centre for Primary Health Care

(ニ) 上述のとおりATC/PHCとRTC/PHCとの活動分担についてはいま一つ明確さを欠いているため、「ATC/PHC活動のタイ国内に於ける位置付け」を明確に行うことは困難な面がある。しかし、今回調査団に参加して聴取したATC/PHC関係者の見解を整理して述べれば次のようになると思う

(a) 全国レベルのPHC活動の政策及び実施方針の策定、各RTC/PHCの活動の統括等は主として保健省が所管しており、またPHC活動に費やしている資源量も同省が最も多い。

これに対しATC/PHCには保健省の活動を支援するため主としてPHCの手法の研究・開発や、RTC/PHCの指導者の訓練等の役割が期待されている。

以上を便宜的に「計画」段階と名付すれば、RTC/PHCから下の活動はPHCの「実施」段階の活動と行うことができよう。

(b) このように活動を「計画」と「実施」の2つに単純化して保健省の担当部分を除きATC/PHCが「計画」活動の中で担っている事項を項目的に述べれば次のとおりとなる。

- RTC/PHCレベルの指導者の養成
- PHC手法の研究・開発
- PHC活動に関する情報の収集、交換、整備、分析等

(ホ) このように活動を便宜的に単純化して「位置付け」を試みても、種々の観点から本来一貫して1つの機関（保健省）で実施されることが効果的である活動が、2つの異なった機関によって担われていることから来るATC/PHCの不安定性を払拭することはできない。特に保健省が将来PHC活動の「計画」から「実施」まで一貫して担うことになれば、マヒドン大学の活動は現在よりも更に学研的なものとなって地から足が離れたものとなるかも知れない。

このような観点からもATC/PHC側関係者が、第6次国家開発計画（1986年10月～1991年9月）ではPHC活動の質的向上を図られなければならないと述べていたことが気にかかる。これが徒らに高度な手法の開発、適用を図ることを意味するならば、上述のような組織上の弱点を持っているATC/PHCがPHC活動の現場から離れた存在となる危険性がある。また、PHC活動は大衆の保健水準の向上を最終目標としているので、その手法は大衆が容易に理解しかつ実行し得るものでなければならない。また、歴史は保健水準が経済水準や教育水準と密接な関連を有していることを示しており、これらの水準を無視した保健水準の向上を目指すことも、長期的にはATC/PHCの活動そのものを非現実的なものとしてしまうおそれがある。

③ATC/PHC運営上の問題点

ATC/PHC運営上の問題点として、客観的なものも考えられない訳ではない。しか

し、いわゆる問題点というものはどちらかと言えば主観的なものが多いと思う。このような前口上を述べた上で、今回の調査団に参加して私自身が感じた主観的な運営上の問題点（各分野の問題点はそれぞれの分野の執筆者に譲ることとしたい）を3点ばかり述べることにする。

(イ) 第一点は上記②でも触れたようにATC/PHC、保健省及びRTC/PHCの関係がやや不明確であるため、これらの機関の活動分担が明確さを欠いていることである。この問題は直接的には運営そのものの問題ではないが、運営に大きな影響を及ぼす問題である。また、この問題は一義的にはタイ側の問題ではあるが、ATC/PHCの地位を明確にして置くことは、わが国の協力の成果を根付かせ、末永く花を咲かせて行くためにも必要なことではないかと思う。

(ロ) 次に機材、人材の活用が不十分ではないかという印象である。ATC/PHCセンターを訪ずれて最初に感じたことは、バンコク市街の喧騒さに比べてATC/PHCセンターが余りにも静かであり、凡そ活気というものを感じないという事であった。平均して2ヶ月に1回の割合で開かれる訓練コースがたまたま実施されていなかったという事情はあったにしろ、日本人専門家や日本から供与された機材が十分に活用されているとの強い印象を受けなかったのは単に私だけの片寄った印象かも知れない。これらの点はいずれ評価調査団が詳細に検討すべき事項でもある。現状でもATC/PHCは他のASEAN人造りプロジェクトと較べて格段に高い成果を上げているが、それで充分かと言うとそうとは思わない。いわばATC/PHCのより大きな発展のために、改善の余地がある限り何等かの借置を講ずることが必要ではないかと思う。

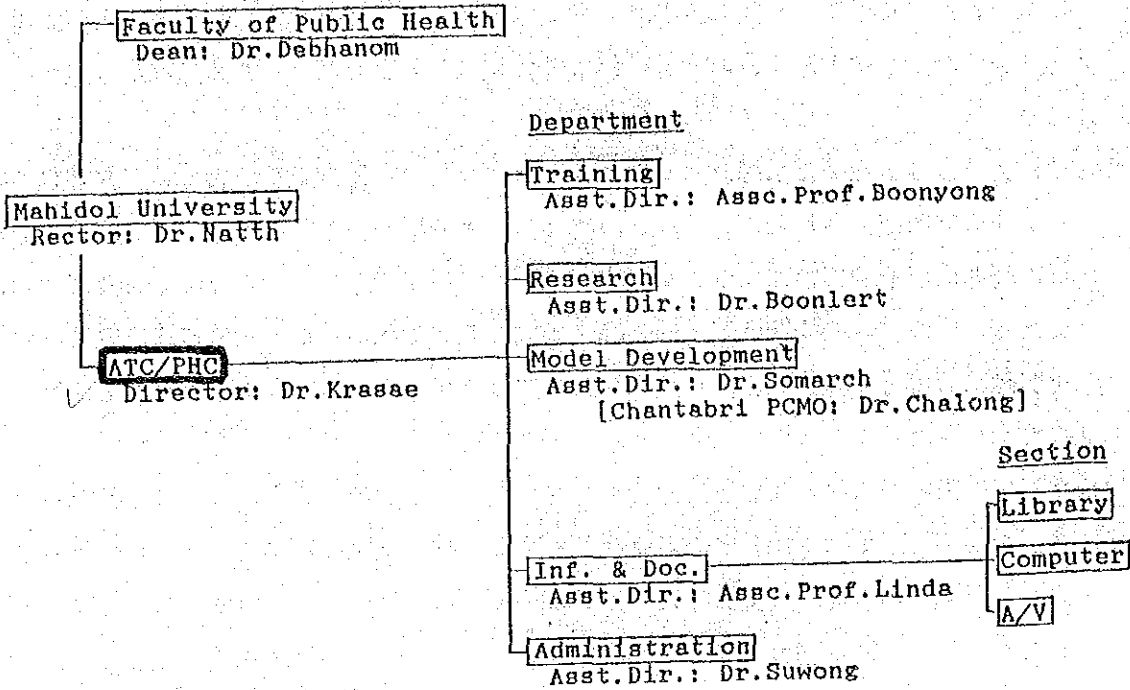
(ハ) 最後に問題点はわが国の協力期間終了後の運営をどのようにして行くかと言う問題である。これは現在の問題ではないにしろ、協力期間が残り2年を切った現在、やはり最大の感心事である。評価調査団の派遣が急がれる所以である。なお、5年の協力期間が切れた後の対応としては以下が考えられる。

- (a) 現在のプロジェクト方式技術協力の協力期間を2年程度延長する。
- (b) ATC/PHCを第3国研修の拠点として協力する。
- (c) 上記(a)及び(b)を組み合わせる。
- (d) 技術協力を打ち切る。

これらのうち最後の(b)は、ATC/PHCに対する従来の協力の経緯とわが国の技術協力の効果の得策とは考えられない。

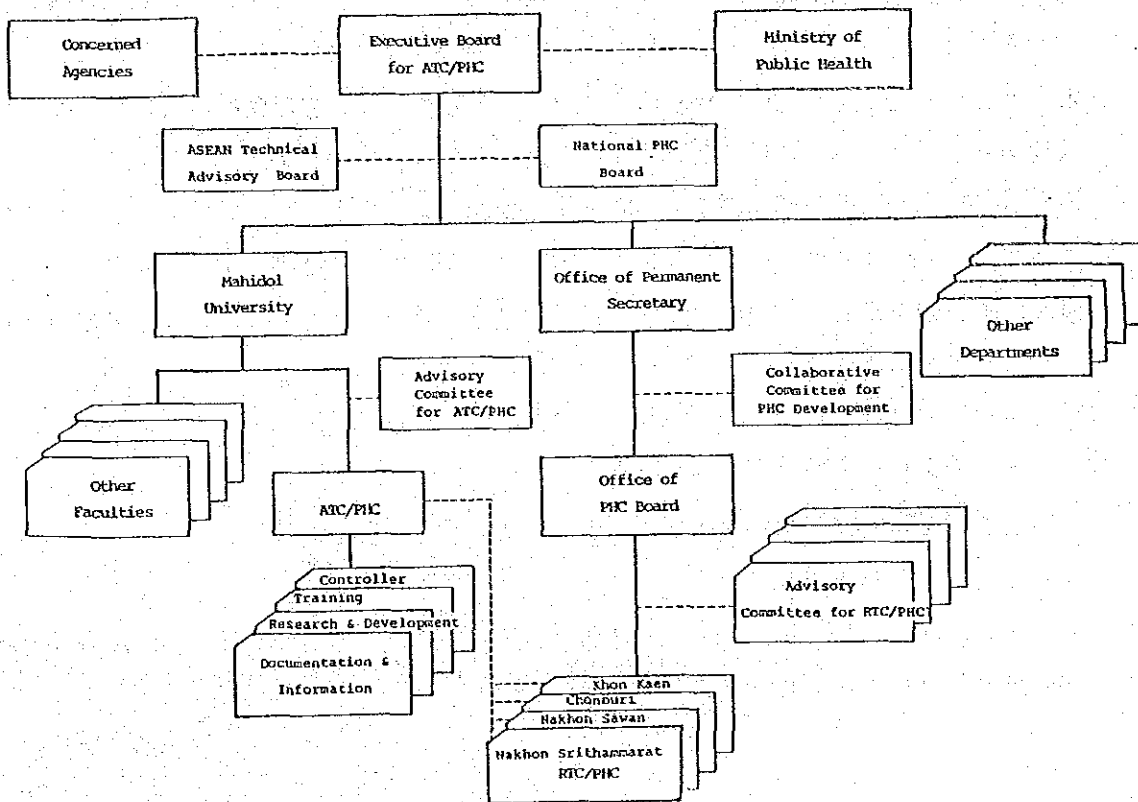
(和田 章男)

☒ - 4



☒ - 5

ORGANIZATION OF THE ASEAN TRAINING CENTER FOR PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT



4. 議事録

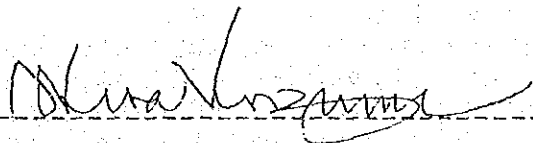
MINUTES OF DISCUSSIONS BETWEEN THE JAPANESE PLANNING
AND CONSULTATION TEAM AND THE AUTHORITIES CONCERNED
OF THE GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF THAILAND ON THE
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROGRAMME FOR THE PRIMARY
HEALTH CARE TRAINING CENTRE PROJECT

The Japanese Planning and Consultation Team (Team) organized and dispatched by the Japan International Cooperation Agency (JICA) and headed by Prof. Akira Koizumi, visited Thailand from November 24 to 30, 1985, in order to review the activities and make a plan for the remaining period of the technical cooperation programme concerning the Primary Health Care Training Centre Project under the scheme of the ASEAN Human Resources Development Project, which was agreed in the Record of Discussions signed on September 29, 1982.

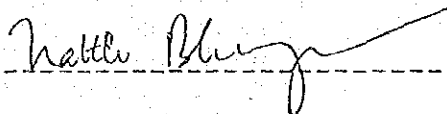
During its stay in the Kingdom of Thailand, the Team had a series of discussions and exchanged views with the Thai authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by both Governments for the successful implementation of the technical cooperation programme for the above-mentioned Project.

As a result of those discussions, the Team and the Thai authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the attachment hereto.

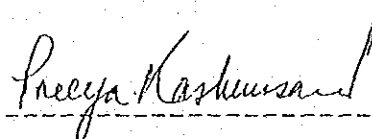
Bangkok, November 27, 1985



Prof. Akira KOIZUMI
Head
Japanese Planning and Consultation
Team



Prof. Natth BHAMARAPRAVATI
Project Director
Mahidol University



Ms. Preeya KASHEMSANT
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Public Health

I. PLAN OF ACTION

The Project's main strategy will be to expand and upgrade its on-going activities in Training and Seminars, Research and Model Development, by which ATC/PHC and RTC/PHC can play a significant role in the promotion of PHC development as well as in improving the quality of life. Information and Documentation activity will enhance and cooperate with the above activities as one of the departments of ATC/PHC although it is not specifically defined in the Record of Discussions. Special emphasis will be placed on strengthening links with RTC/PHC and on the development of Information and Documentation activity.

The purpose of this plan of action is to present a detailed outline of future activities with a tentative schedule for implementation (which is given in ANNEX) and measures to be taken by both Governments under the framework of the Record of Discussions during the remainder of the term of cooperation.

A. TRAINING AND SEMINARS

1. National Training Programme

The National Training Programme will continue with short-term training courses aimed at enhanced utilization of knowledge and experience obtained by trainees in the course of their PHC-related activities.

An annual meeting of ATC/PHC, RTC/PHC and the Office of Primary Health Care, Ministry of Public Health will be held to develop this Programme and to formulate policy and plans for the various training activities.

In the National Training Programme, emphasis will be placed on the following activities:

- (1) follow-up ex-trainees with regard to their current activities, motivation and social situation
- (2) an annual meeting of selected ex-trainees for exchange of ideas and experience and to present new technology and developments in PHC activities
- (3) organizing innovative training courses on subjects such as PHC research and development, PHC leadership development, PHC management development, PHC development for school teachers, PHC development for local politicians, quality of life and PHC and graduate health volunteer development
- (4) organizing a collaborative training course at each RTC/PHC at least once a year
- (5) developing PHC training materials.

2. International Training Programme

The International Training Programme will continue with one short-term training course a year. Such a training course will contribute to enhancing PHC activities in each ASEAN member country through exchange of ideas and experience among participants.

In the International Training Programme, emphasis will be placed on the following activities:

- (1) enhancing PHC personnel's skills and understanding of PHC activities in each ASEAN member country in an international perspective
- (2) a periodic follow-up survey to assess the impact of international training courses on the subsequent activities of trainees.

3. International Seminar

An International Seminar will be held once a year with a view to enhancing the effectiveness of the International Training Programme. The Seminar will contribute to the mutual understanding among ASEAN member countries.

In the International Seminar, emphasis will be placed on the following activities:

- (1) exchange of views on PHC policies and strategies and recommending of areas for possible collaboration among ASEAN member countries
- (2) collecting and disseminating information and data concerning PHC
- (3) evaluating the International Training Programme
- (4) recommending topics for the International Training Programme.

B. RESEARCH

The Research Programme will be implemented in cooperation with and backing up other PHC programmes. Furthermore, it will play a significant role opening up innovative perspectives for each programme.

In the Research Programme, emphasis will be placed on the following activities:

- (1) developing and selecting appropriate research topics and researchers through categorization of subject and geographic areas
- (2) establishing technical-support and collaboration systems (including RTC/PHC, Ministry of Public Health and universities) for research activities in rural areas
- (3) follow-up of researchers in terms of the results and impact of their activities
- (4) publishing of scientific reports or journals in both Thai and English
- (5) establishing methods for the evaluation of the Research Programme and the other Programmes

- (6) developing a research data and information system for use in policy formulation, programme planning and the development of training materials.

C. MODEL DEVELOPMENT

The Model Development Programme will construct and test PHC models which will contribute to and promote PHC activities toward community development. It aims at strengthening collaboration among ATC/PHC, RTC/PHC, Provincial Medical Offices and other related organizations in the delivery of PHC services, as well as experimenting PHC models with the concept of utilizing different categories of personnel in strengthening health activities.

In the Model Development Programme, emphasis will be placed on the following activities:

- (1) implementing the on-going model development activities at Chantaburi, which have an emphasis on training and utilization of graduate health volunteers and strengthening of maternal and child health and essential medical care activities
- (2) exploring the feasibility of applying rural-based model development in other parts of Thailand, such as the South Thai Region, and exploring alternative approaches to model development.

D. INFORMATION AND DOCUMENTATION

The Information and Documentation Programme will integrate and facilitate the Training and Seminars, Research and Model Development Programmes. It will be conducted mainly by the divisions in charge of audio-visual, computer and library activities. It will contribute to the provision of necessary PHC information and documentation of Thailand and other ASEAN member countries.

A committee will be organized to strengthen the activities of the Information and Documentation Programme.

In the Information and Documentation Programme, emphasis will be placed on the following activities:

- (1) establishing a PHC exhibition activity using existing facilities to introduce and publicize the activities which will contribute toward a better health behaviour to the public and other interested persons
- (2) establishing a reference system in ATC/PHC and RTC/PHC
- (3) establishing an information network among ATC/PHC, RTC/PHC and other PHC-related agencies
- (4) upgrading the function of libraries in both ATC/PHC and RTC/PHC
- (5) strengthening AV activities for the production of publicity and educational materials in collaboration with other Programmes
- (6) utilizing available resources from WHO, UNICEF, SEAMIC and other related organizations.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY BOTH GOVERNMENTS

Measures to be taken by both Governments will be the same as those specified in the attached document (numbers I to VII) to the Record of Discussions. Based on the PLAN OF ACTION and TENTATIVE SCHEDULE FOR IMPLEMENTATION, the Team and the Thai authorities concerned identify that the following provisions, among others, would be made:

Japanese side:

- (1) dispatch at least 8 experts per year so as to provide and conduct the Programmes of TRAINING AND SEMINARS, RESEARCH, MODEL DEVELOPMENT and INFORMATION AND DOCUMENTATION.
- (2) accept at least 5 personnel per year connected with the Project for technical training in Japan

Thai side:

identify and select ATC/PHC and RTC/PHC staff members for receiving training and take measures to ensure the utilization of knowledge and experience obtained for ATC/PHC and RTC/PHC operations and development.

Annex

Tentative Schedule for Implementation
from December 1985 to September 1987

Activity	'85	'86	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	'87	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
A. TRAINING AND SEMINARS																									
I. National Training																									
1. ATC/PHC																									
2. ATC/PHC and RTC/PHC																									
II. International Training (1 month each)																									
III. International Seminar (4-5 days each)																									
B. RESEARCH																									
1. Research development, management including follow-up and evaluation																									
2. Technical support for funded research projects especially projects funded under joint ATC/PHC & RTC/PHC project																									
3. Publishing research reports and journals																									
C. MODEL DEVELOPMENT																									
Activities included: area selection, recruiting and training of GHVs, situation analysis, MCH & EMC intervention, etc.																									
D. INFORMATION AND DOCUMENTATION																									
1. Committee meeting (half day each)																									
2. Activities																									
* EVALUATION																									
1. Progress evaluation																									
2. Report making																									
3. Planning for future activities																									

ATC/PHC プロジェクト概況
(小林基弘専門家帰国報告)

派遣期間
(自 昭和58年 8月 1日)
(至 昭和60年 7月31日)

目 次

I.	ATC/PHC Development Project 概要	93
II.	教育・訓練, 事業実施状況	97
	1. 国内訓練	97
	2. 域内訓練	102
III.	1985年度事業計画	104
	1. 国内訓練	104
	2. 域内訓練	106
	3. モデル開発	111
IV.	コーン・ケンRTCの研修事業	119
V.	コーン・ケンRTCのモデル開発	121
VI.	ATCとRTCの関係	124
VII.	タイ国のプライマリー・ヘルス・ケア	128
	(実践活動)	
VIII.	THE HEALTH CARD PROGRAM	137

I. ASEAN TRAINING CENTER FOR PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT PROJECT (ATC/PHC DEVELOPMENT PROJECT) 概要

1. 背景

1970年代に入り、タイ国政府は、全人口の80%が住む農村を対象とする保健医療施設の整備と保健医療サービスの向上を目指してきた。

しかしながら、同施設については、全人口の20%又、サービスに関しても25%~30%をカバーするに過ぎず、依然として、安全な水の供給設備の不足、感染症の蔓延、栄養不足等の問題を抱えている。

かかる状況から、同国政府は、第4次(1977年-1981年)、第5次(1982年-1986年)国家保健計画において、PHC事業を上記問題解決のための最優先政策の一つとして推進してきており、第5次国家保健計画終了時には、全国約50,000の村全てにPHCワーカー(VHV, VHC)が配属される予定である。

このような状況において、国家の要請に応えるべく、PHCに関連する幅広い活動をするPHCの総合センターの設立が望まれた。

2. 日本政府の協力の経緯

1981年1月鈴木総理大臣がASEAN各国を歴訪しASEAN各国に於ける人造りプロジェクトの発足を提唱した。(総額1億ドル)

タイ国は、これを受けて、同年6月PHC訓練センタープロジェクトを実施したい旨、日本側に表明した。

JICAは、PHC訓練センター計画の無償協力(建物及び機材)と技術協力にかかる協議をタイ側と進め、無償協力については、1982年6月又、技術協力については、1982年9月にその内容について、タイ側と合意に至った。

技術協力の協力期間は、1982年10月より5ケ年間となった。

3. プロジェクトの概要

(1) 目的

本プロジェクトは、“Health for All by the Year 2000”の標語のもとにPHCに関連する指導者、普及員に対する教育訓練、PHC手法の開発等を通じて、タイ国内の保健衛生水準の向上を計るとともに、その成果をタイ国のみならず、広くASEAN各国に資することを目的とする。

(2) 活動内容

本プロジェクトは、次の6つの活動からなる。

- 1) National Training...タイのPHC関係者を対象としたPHCに関する理論、政策等の教育、訓練を行なう。
1982年度は、6コースに対し193名、1983年度は、8コースに対し、483名、又、1984年度は、9コースに対して317名の参加者を見た。
- 2) International Training...ASEAN各国からの代表者を対象としたPHCの教育、訓練を行なう。
1984年度第1回が実施され、日本からのオブザーバーを含めASEAN6ヶ国より13名が参加した。
- 3) Research...PHCの11の要素に関連する研究を行なう。
これにより、若手研究者の養成をはかると共に、その結果を地域社会のPHC活動に資する。
1982年度は21、1983年度は19、1984年度は22の研究課題で実施され、1985年度は28課題の実施が予定されている。
- 4) Model Development..PHCのモデル開発をチャンタブリ県の6ヶ村で開発することを目的として、1984年度より計画が実行に移された。
- 5) International Consultative Meeting...ASEAN各国より2名ずつの代表を招き、PHCに関する問題等について討議をする。
1982年度(16人、6カ国)、1983年度は、(14人、6カ国)、1984年度(20人、6カ国)、1985年度は、6カ国より12名の参加者が予定されている。
- 6) Information and Documentation..PHCに関連した資料をタイ国内、及びASEAN各国より収集し又、提供する。

4. 日本の協力内容

(1) 無償協力

無償資金協力によりATCをMahidol大学Salayaキャンパスに又、RTC(Regional Training Center)を保健省の管轄のもとに、コンケン、チョンブリ、ナコンシタマラート、ナコンサワンの4ヶ所に建設することになった。

第1期工事として、1983年2月より、ATC及びコンケンのRTCの建設が開始され、1984年3月に完成した。

又、第二期工事として、1984年4月より、チョンブリ、ナコンサワン、ナコンシタマラートでRTCの建設が始まり、1985年3月に完成した。

(ATC及びRTC4ヶ所の建設及び機材に要する費用は27.4億円)

(2) 技術協力

1982年9月のプロジェクト開始以来、1985年6月末迄の協力実績は、次のとおり。

- 1) 専門家派遣... 長期専門家3名(チームリーダー、コーディネーター、公衆衛生)、短期専門家13名(視聴覚教育1、技術協力2、公衆衛生10)が派遣された。
- 2) 調査団派遣... 予備調査2回(1981年8月、1981年12月)、事前調査(1982年3月)、実施調査(1982年9月)、巡回指導2回(1983年10月、1984年10月)を実施した。
- 3) 研修員受入... 1982年度4名、1983年度5名、1984年度5名、1985年度5名(予定)の研修員が日本で研修を行なった。
- 4) 機材供与... 1982年度(4,200万円)、1983年度(1,800万円)、1984年度(1,700万円)、1985年度(1,500万円予定)の予算で、プロジェクトに必要な機材をATC及びRTCに供与した。
- 5) ローカルコスト負担... 3.(2)1)~5)にかかる費用の一部をJICAが負担した。

1982年度(3,800万円)、1983年度(3,700万円)、1984年度(4,400万円)、1985年度(6,650万円予定)

II. 教育・訓練，事業実施状況

1. 国内訓練

1. 実施状況

1984年度の国内訓練は，当初計画のとおり計9コースを実施した。(第15回～第23回研修コース)しかし，各コースについては予定どおり実施したものと，テーマ・開催日数等を変更したものがあり，その実施状況は次のとおりである。

1) 計画どおり実施したもの

テーマ	開催日数	計 画	実 績
・ PHC Development(1)	12日間	30人	39人
・ PHC Development(2)	12日間	30人	32人
・ PHC Development(3)	12日間	30人	24人
・ Cooperatives & PHC Development	5日間	30人	30人
・ National Seminar on PHC	3日間	60人	46人
・ BMN and PHC	5日間	60人	66人

2) 変更したもの (テーマ及び開催日数)

BMN and PHC (2コース)	5日間	30人と60人	(計画)
・ →The Preparation of BMN'S Questionnaires	3日間	23人	(実績)
・ →Rural Development Fund	2日間	25人	(実績)
Role of NGO to PHC(1コース)	5日間	30人	(計画)
・ Role of Mass Media & Entertainment	1日間	32人	(実績)

以上のとおり，9コースのうち6コースは当初計画どおり実施し，予定した以上の参加者数を得たコースも少なくない。変更した3コースについても，テーマの枠組みについては年度当初の計画に沿っているが，開催日数の短縮と年度末に近づいてからの変更が目立つ。その理由は，地域におけるPHC活動の進捗状況とも関連して納得できるものもあるが，年度末になって安易に事業を消化したという印象もぬぐい切れない。事前に日本人専門家に相談もなかった。

2. 実施内容

A T Cの研修事業のメイン・テーマともなるPHC Development 3コースは，2週間のう

ち1週間はA T Cで講義とグループ討議を通して、PHC活動のポイントを修得し活動意欲を培うものである。後半の1週間は、フィールド・トレーニングとして現場の問題把握及び具体的な実現可能な計画策定を通して、体験学習をねらっている。このコースの参加者は、県レベルの行政官や大学の教員を対象としており、平素は村の生活実態に触れる機会の少ない人々なので、かなり成果を上げているものと思える。

Cooperative and PHC Development (1コース)は、郡レベルの各分野の行政官(保健・農業・教育・内務・地域開発等)を対象にして、PHCの理念を通していかに現場の行政や地域活動を統合するかという課題で展開され、モデル地区の視察も含まれる。

National Seminar on PHCは、各大学や保健省のトップに位置する人々を対象に、Health for AllのためPHC活動をどう展開するか、行政・人材養成・研究活動等のため立場から検討が行なわれた。

「BMN (Basic Minimum Needs) and PHC」のコースでは、県及び郡レベルにおける各分野の行政官を対象に、県知事をはじめBMNの実践に意欲を燃やしているチャイナート県全域をフィールドとして(6 District) BMNの方向性を探る研修が行なわれた。

BMNの実践については、1982年にコラート県の21ヶ村で初めて試行が行なわれ、この数年間に急速にその理念が全国に普及し始めているものである。保健省を中心としたPHCから発展して、総合的な地域開発の戦略として、内務省を中心に、農業・教育・労働・保健省など各省庁が関係したタイ政府の重要施策になりつつある。

しかし、年3コース予定したこの研修は、1回目の結果から現状把握の手法や展開方法に不備な点も少なからず指摘されて、残る2コースは昨年度の研修計画に向けての準備会議的なものに変更せざるを得なかった。そのうちのひとつが、「Rural Development Fund」で、PHC活動の進展とともに、住民の相互扶助と地域活動をねらった最初の組織(Cooperative Fund)である薬生協から次々と新しいFundが組織されるようになって、一つの村における各種のFundをどう統合していくか、村のレベルからさらに地区(Tambom)のレベルにどう広げていくかを課題とした研修コースが行なわれた。(対象は4主管省、大学、NESDB関係者)

NGOの役割と活動をテーマにした研修では、マスコミや芸能人を対象に絞って、セミナー形式で行なわれたが、有名人や多忙な人達が対象であるためか、当初計画の5日間を1日短縮した実施した。

3. 3年間の推移

1982年10月から開始された国内研修コースは、通算23回となり、計993名の参加者を得たが、年ごとにテーマ・参加対象者は少しずつ変化をみせている。

1982年度(6ヶ月) 6 44 193

1983年度	8	53	483
1984年度	9	55	317
計	23コース	152日	993人

1) テーマ

最も多いテーマは「PHC Development」(2週間コース)の7コースであるが、第2年度4コース、第3年度3コース実施されたものであり、ATCにおけるPHC研修のメインとなっている。次いで多いのは、「Regional Development of PHC」の4コースで、第2年度に各RTC建設予定地で開催されたものである。

「Role of Cooperatives and PHC」のテーマで毎年1コースずつ開催されている他は、年ごとに多彩なテーマを1～2回ずつ取り上げている。特に第3年度は、PHCからBMNを指向し、Mass Mediaなども含めて、地域の総合開発という政策課題の幅広さを反映してきている。

2) 対象者

研修参加者については、テーマと密接なかかわりがあるが、初年度は4主管省と大学関係者を別個にした研修コースであったが、第2年度以降は保健省と大学関係者の合同研修が多くなっている。また、初年度・第2年度に多く見られる県・郡レベルの各省庁行政関係者を対象とした地方での研修コースが第3年度には無くなったことにより、それらの参加者数は減少している。これは、ATCやRTCの建物が完成したことにより、内務省・保健省サイドで独自にそれぞれの地方において実施されたことが、コーン・ケンRTCの実績からうかがえるので、研修事業の底辺拡大の傾向として、全体的には望ましいものといえる。

参加者の所属別では、保健省関係者が最も多く、次いで農業省・内務省関係者である。これは各省庁関係者は前述のとおり、初年度・第2年度に多い。大学関係者も意外に多いが、全国の保健・医療関係学部だけでなく、教員養成大学・看護学校・助産婦学校・サニタリアン・歯科衛生士養成専門学校等の教官も含まれている。

所属別参加者数 (1982年度～1984年度)

1. Ministry of Public Health	385
2. Ministry of Interior	165
3. Ministry of Educations	86
4. Ministry of Agriculture and Cooperatives	170
5. The Office of University Affairs	154
6. Private Sectors and Others	33
Total	993人

4. 運営面での現状と課題

1) 事前計画

A T Cの行なう国内研修事業については、その実施計画について、本プロジェクトの予備調査の段階から再三にわたって協議・確認が行なわれている。その協議の経過の概要は次のとおりである。

○第1次予備調査団（1981年6月）

（タイ側の基本構想の提示）

- ・年間14コース（PHC各項について8コース、PHC教育4コースPHC管理・運営2コース）
- ・各コース 30名（年間420名）
- ・各コース 30日間
- ・対象者は、VHV・VHCの指導者である助産婦・看護婦、衛生士を中心に、地域リーダー（仏教僧・小中学校の校長）及びVHVとする。

○第二次予備調査団（1981年12月）

（初年度の研修コースについて）

- ・年間6コース（日本の会計年度に合わせて6ヶ月となるため）
- ・各コース 35名
- ・各コース 2週間
- ・対象者は、県・郡レベルの病院長及び保健・農業・教育内務省轄下の行政官
- ・合わせて、中央各省の局長を対象とする2～3日の研修コース

昭和56年12月

（以上、A T C / P H C 予備調査報告書による。）

○事前調査団（1982年6月）

ア. 初年度研修計画

第二次予備調査団協議結果の確認として、計画事項（6コース、35名／コース、2週間／コース、対象者は県・郡レベルの病院及び主要4省の行政関係者、日程等）として記録されている。しかし、なぜか中央各省の首脳を対象とした2～3日の研修コースについては記録されていない。

イ. 第2年度研修計画

初年度計画と同様のコースを年間12回実施すること。

ウ. 第3年度研修計画(ATCの完成後となる)

タイ側の基本構想として、最初に示された案(1981年6月)に従って、実施すること。

(年間14コース, 30人/コース, 30日間/コース)

このことについては、タイ側はコース数・講師の負担等の点で実施について危惧の念を表明したが、橋本団長の示唆により、隔月ごとに同時に2コースを実施し、1ヶ月の準備期間を設けながら、年間にコースを実施、その間隙を利用して国際セミナー・国際訓練も実施することで、双方に合意に達した、と記録されている。(14コースと12コースの矛盾はあるが)

(ATC/PHC事前調査報告書, 昭和57年6月)

2) 事前計画と実際との比較

事前調査団(1982年6月)によってタイ側と協議・確認された研修計画のワク組は、初年度の実施計画から変更されている。すなわち、事前計画どおり6コースが計画されて実施したが、2週間のコースは2コースのみで、残る4コースについては当初計画段階で5日間に短縮されている。

第2年度は、事前計画どおり年度当初に14コースが計画されたが、途中で大幅な変更があり、8コースの実施となった。そのうち、2週間のコースは3コースだけであり、4コースは各RTC予定地で開催された3日間のコースであり、期間も大幅に短縮されている。この変更の大きな理由は、マネージメントと参加者の確保の2点が上げられた。

第3年度は、ATCの建物も完成しスタッフも整いつつあったが、前年度までの経験から9コースとし、2週間コースは3コースで、他のコースは5日間と3日間で計画された。6コースは計画どおり順調に実施されたが、3コースは、年度末になって1~3日間に短縮して、ようやく9コースを完遂する状況も起こった。

以上のとおり、事前計画に比べるとかなりダウンした実施結果となっている。その理由はいろいろと考えられるが、ATCのマネージメントの弱さが一番大きいと思われる。わずか7名のスタッフで運営されているコーン・ケンRTCでは、1984年度(初年度)に、自ら企画・実施した研修は28コース, 79日間で、1,140名の参加者を得ている。その他の理由としては、ATCの研修対象者は全国的に広範囲で、各省庁や各大学などとの調整に手間がかかり、参加者側の意向を尊重しなければならないことや、PHCからBMNを主要テーマに移行しつつあり、単にATC(大学)と保健省の関係だけでなく内務省の意向が強く反映され各県知事との意見調整に手間どる、という

一面も見られる。

しかし、何といてもATCの位置づけ（単なる大学の中だけではなく）やポリシーを明確にすること。ATCのマネジメントの効率と能力の向上をはかることが、当面の大きな課題であるといえよう。これは、ATCの全事業に共通することであるが、本プロジェクトのメイン事業である国内研修事業は国家政策のひとつの重点施策になりつつからである。BMN推進事業の中にしっかりと位置づけるために、より協調すべきことといえよう。

研修の効果については、容易に判断はできないものがあり、時間を追って成果が現れてくるものであろう。実施された個々の研修事業については、参加者もおおむね満足しており、まずまず評価できるものと思われる。しかし、今後はPHCからBMNへ研修の目的も拡大・移行していく中で、より具体的な成果が上げられるような方法論も求められている。

2. 域内訓練 (International Training Course)

1. 実施に至る経過

アセアン域内のためPHC研修(International Training Course)は、本プロジェクトの基本構想の段階から上がっており、事前調査団協議の中で、アセアン各国から2名を招待して、3ヶ月間のPHC研修を実施する計画となっていた。

カリキュラム等具体的な実施計画については、第2回国際セミナーの分科会で検討され、3ヶ月の期間は長すぎるので短縮することになった。1984年度に第1回国際研修を実施するに当たり、当初計画では6週間とされていたが、実行委員会で検討を重ねる中で、10月1日から31日までの1ヶ月間とされた。

2. 実施結果

アセアン各国から13名の参加を得て、別添資料3のカリキュラムによって実施した。

- | | |
|---------|------------------------|
| 1) 期 間 | 1984年10月1日～31日 |
| 2) 参加者 | 13名 (各国から保健担当者1名、大学1名) |
| (内訳) | |
| ・インドネシア | 2名 |
| ・フィリピン | 2名 |
| ・マレーシア | 1名 |
| ・シンガポール | 1名 |
| ・ブルネイ | 0名 (2名の申し込みあるも欠席) |
| ・パキスタン | 1名 (予定外の飛び込み) |

・タイ	6名
オブザーバー（タイ）	6名

3) 内容と方法

前半の2週間は、各国のPHC活動への取り組み状況の報告PHC推進のための大学の役割、保健担当者のPHC推進のポリシー（いずれもタイ国）およびPHC各項目の展開について、タイの代表的な学者やポリシー・メーカーが講義した。たまたま来タイした国内委員の先生方も3人（小泉・豊川・古市）マネジメントの中で日本の公衆衛生の経験を紹介した。方法は講義と討議。

第3週は、国内訓練と同じ手法により、フィールド・トレーニングとして、コーン・ケンの農村に宿泊して、地域の実情把握を行なった。最後の第4週は、3グループによるレポート作成のためのグループ討議を中心に行なった。

4) 評価と今後の方向

初めての試みであり、評価はいろいろと意見のあるところであろうが、まずは成功といえよう。アセアン諸国は似たような保健問題を抱えているとはいえ、地域の実態はかなり異なり、それぞれの抱えている問題を1ヶ月間の交流の中で共有しあったことは大きい。

効果測定として、研修前後の研修参加者の変化をみると（別添資料4）PHCの特質については、総合的なアプローチと基本的な保健サービスを強調するようになり、地域資源の動員や自立はむしろ減少している。住民参加の重要な要因としてリーダー・シップを強調するようになっている。研修の方法論については、グループ・ディスカッションが、もっと必要であると答えている。研修中、フィールド・スタディを楽しみにしているという声もきかれたが、終了後あまりコメントされていない。

総体的に今回の研修で得られたものが、仕事に生かせるのかという質問には、8名が現在の仕事に生かせる、2名が将来に生かせる、と答えている。

初めての試みとして行なわれた国際研修コースは、参加者の置かれている背景が異なり、その内容や方論が難しいところであり、タイ国内、国際期間の関係者からいろいろな意見も出されている。その大勢は、国内トレーニングのように単に何を修得することよりも各国から経験とアイデアを持ち寄って、PHC推進のためのアセアン共通の計画づくりといった、創造性にポイントをおいたトレーニング・コースにした方が良いというもので、その方向で1985年度に開催される第2回コースの運営が検討されている。

Ⅲ. 1985年度事業計画

1. 国内訓練 (National Training)

今年度の事業計画は計7コースで、新しい試みであるコミュニティーリーダーを対象としたPHC大会(6日間)を含めると8コースとなる。

全体に研修計画は、従来とは変化してきており、内容とともにコース数、1コース当たりの開催日数も減少し、3日間コースが中心である。参加者数の増加でカバーするとは言っているが、全体の事業量ダウンの印象はぬぐえない。

メインであった「PHC Development」は3コースから1コースとなり、期間も2週間から3日間に減少した。代って、4主管省関係者を対象としたBMNについてのコースが、5コース予定され、(4コースは各RTCにおいて、Regionのポリシー・メーカーである幹部クラスを対象)残る1コースは、昨年初めて実施したマスコミ関係者を対象としたものが予定されている。

○National Training Program: (1985年度計画)

1. BMN of Thai and Quality of Life Development(4 Courses at 4 RTCs)

・対象者 各地方における内務・保健・農業・教育省関係の幹部クラスで地域の総合開発にかかわる政策立案者

・当初計画 4コース × 14日間 × 80人

・変更後の計画 4コース × 5日間 × 80人

2. Mass Media and Entertainment Sector and Primary Health Care

・対象者 マスコミ・芸能関係者

・当初計画 1コース × 5日間 × 30人

・変更後の計画 1コース × 3日間 × 30人

3. Primary Health Care Development

・対象者 県・郡レベルの保健行政・病院関係者及び保健・医療関係の人材養成機関の教官(大学・専門学校)

・当初計画 1コース × 5日間 × 30人

・変更後の計画 1コース × 3日間 × 30人

4. The Achievement of BMN of Community by Coordinate the Activities With the Four Major Ministries

・対象者 県・郡レベルにおける内務・保健・農業・教育省等の行政実務関係者

・当初計画 1コース × 5日間 × 30人

・変更後の計画 1コース × 3日間 × 30人

5. Community Leader and Primary Health Care (全国PHC大会)

- ・対象者 タンボン(区), 村の開発委員会メンバー, 村のCooperative Fundの役員, 及びVHV, VHC等
- ・当初計画 1回 × 8日間 × 300人
- ・変更後の計画 1回 × 5日間 × 300人

以上にみるとおり, 今年度の当初計画においても研修事業の総枠は前年度までに比べて減少しているが, (予算要求書作成時) それ以後2転・3転して, 変更後の計画では各コースの開催日数が更に減少している。

その主な理由は, 研修テーマがBMN指向となって単に保健省のみならず他の主要省庁, 特に内務省の意向が強く反映されるようになって, ATCの根回し不足も重なり各地方行政機関の幹部クラスを長期間一堂に集めることが難しい, とされている。

テーマが, PHCからBMNに移行することについては, 総合的な地域開発を進める上で, PHCの理念が基盤となっており, これまでの保健省を中心とした主要4省庁の協力が協調される過程で生まれてきたもので, 発展の方向を示すものとして十分に評価できる。BMNの達成目標は, 1987年度からの第6次国家経済社会開発の重点事項として盛り込まれることが, ほぼ間違いなく早くから研修委員会メンバーの間でも, ATCの研修はBMNを目指したものにすべきだ, と話し合われてきた。

しかし, 今年度の研修計画を実行する段階になって, 内務省関係でも, 各地方における多数の県知事との意見調整が不調に終わり, 当初6月から実施予定であったものが, 8月以降にずれ込むことになり, 前述の理由により日数も減少することとなった。当初計画に対する県知事レベルの反対理由は, 明確にはされていないが, (前述のひとつだけ) ①BMNに対する取り組みは県知事に責任が負わされていること。②BMNは政策目標であり活動の指標であるが, 現段階ではどのようにしてその目標を達成するかまだ暗中摸索の段階であり, 各県・各地域によって具体策は大きく異なること。③従って, 研修内容として一般的な理念しか容易できないはずであり, しかも幹部クラスを対象とするのでは, 多くの日数は必要ない, というところにあるらしい。

BMNに関する研修については, 以上の理由により計画変更は止む得ないとしても, ATCが行なう研修計画全体を考えると, 従来のPHCに関する研修日程を短縮する必要もなく, 対象となり得る全ての人材の研修が終了した訳でもないので, コース数を増やして当初計画の代替とするなども考えられるが, ただ短縮の方向では, RDに盛り込まれた研修計画を引き合いに出すまでもなく先細りの感はぬぐえなく, 研修事業に対するATC幹部の姿勢が問われよう。

そして, この変更については日本人専門家の誰ひとりにも何ら相談はなく, しかも当初計

画で要求したとおりの予定は欲しいとっている。参加者数を増やし、教材により多く費用をかけるので必要であるというが、極めて大ざっぱな話で、現段階では予算上の問題も残る。

いろいろな問題の根幹に触れるところは明言を避けるので、なかなか本当の実情は握めないが、従来のPHCに関する研修については、ATCと保健省（主に各RTC）との間で、参加対象者の線引きにつばぜりあいがあるらしい。このことは、現在のATCと保健省との全体的な係わりの影響もあり、本プロジェクト開始当初ほどの良い関係にはない。BMNに関する研修4コースを各RTCで行なうことも、双方の事業実績にするための妥協の結果という感じもする。

いずれにしても、研修事業は大学、ATCのみでなく、各省庁国際機関・NGOにおいても関連したものが行なわれているので、PHC・BMNを進める国家政策の一連のものとして、ATCの行なう研修をどう位置づけていくのか、関係機関との調整を図りながら、広範なコンセンサスが得られるよう、鋭意努力が必要である。

2. 域内訓練 (International Training)

昨年、第1回International Training Coursesを開催したが、今年度も10月1日～31日の1ヶ月間、“New Health System in ASEAN: Meeting the Challenge of the 21st Century”というテーマで開催を予定している。

(次頁別添資料)

今年度の域内研修は、昨年第1回の経験と反省に立って、テーマ、内容をかなり変えている。すなわち、参加者がカリキュラムに従って直接学ぶというよりも、アセアン各国の経験を持ち寄って、21世紀に向けて新しいヘルス・サービス・システムを開発するワーク・ショップ的なものを考えている。

このような大きなテーマを掲げても、各国から派遣される人材及び1ヶ月間という制約の中で、十分な成果を得られるだろうかという疑問も内部から出されているが、4月のWHO東京会議等の影響も受けて、このインターナショナル・トレーニング・コース及び国際セミナーをPHCに関するアセアンのシンク・タンクとして、21世紀に向けての提言を出して行こうという、意気込みがあり、これは大いに評価し、積極的に援助して行なうべきものと思われる。

プログラムの細部については、国際トレーニング委員会で検討が進められている段階で、これまでに2回の会合がもたれた。メンバーには、アドバイザーとしてWHO関係者も入っている。

THE ASEAN TRAINING CENTER FOR PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT

through the cooperation of.....

MAHIDOL UNIVERSITY

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, THAILAND

JAPANESE GOVERNMENT thru JICA

is pleased to announce.....

THE SECOND INTERNATIONAL TRAINING PROGRAMME

ON

ASEAN HEALTH SYSTEM : TRENDS TOWARD THE 21st CENTURY

ATC/PHC.....AN OVERVIEW

The ASEAN Training Center for Primary Health Care Development was established under the joint effort of the Japanese Government, Mahidol University and the Ministry of Public Health, Thailand.

As a regional training center, the ATC/PHC serve as a focal point for the development of a primary health care network in the ASEAN region in the context of technical cooperation among developing countries (TCDC). The Center holds periodic seminars and training geared toward PHC development not only in Thailand but also among ASEAN countries.

The ATC/PHC operates programmes of research and PHC service models for rural and urban settings. It provides training facilities, technology, material and courses to meet the training needs of target groups in Thailand and other ASEAN countries.

Training facilities include an auditorium, conference and workshop rooms, and a library. Audio-visual equipments include a video-tape recording system, multi-magazine slide projector, overhead projector and sound recording facilities.

Recreational facilities include an indoor stadium, a multi-purpose games court and table tennis.

Participants share double rooms in dormitory accommodation-meals are provided in a communal dining hall.

ASEAN HEALTH SYSTEM : TRENDS TOWARD THE 21st CENTURY

The ATC/PHC strongly believes in the experience and expertise of all participants in the health field.....This is why we feel that there's no better way of learning than by sharing each other's ideas.

Knowledge and experience.

ATC/PHC has faith in the capacity of each participant to contribute towards the promotion of primary health care development and a regional collaboration among ASEAN countries toward a better health system through STRATEGIO PLANNING.....

The goal of the Training Course is to put together ASEAN health specialists to form the "THINK-TANK" group and strategically plan an ASEAN Health System after the 20th Century. Each participant will present his country's health system to help form the health system of 21st Century in the ASEAN region.

The training program coincides with a National Community Leaders Seminar. The 300 participants from the rural communities of Thailand expects to learn from the ASEAN participants. They will observe the activities of the program and more significantly, look and observe at the process of development in other ASEAN countries and see how these can be considered in their respective communities.

The participation of all ASEAN member countries will go along way toward a better ASEAN HEALTH SYSTEM. WELCOME!!

GENERAL Plan of the Course :

The course shall deliberate on the following:

- member countries' health system
- organization / formulation of plans
- village work
- evaluation

.....OTHER DETAILS.....

The ASEAN Training Center for Primary Health Care Development (ATC/PHC) shall sponsor two participants from each of the ASEAN countries one from a health oriented university and one from the Ministry of Public Health.

The Training programme fee is US \$ 1,500 for each participant.

This amount includes US \$ 1,000 for tuition and US \$ 500 for room and board. Per diem shall be provided.

A certificate will be given to the participants upon completion of the training program.

CONTACTING ADDRESS

Dr. Krasae Chanawongse

Director

ASEAM TRAINING CENTER for PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT

25/5 Phuttamonton 4, Salaya Nakhon Chaisri, Nakorn Pathom THAILAND.

TELEPHONE NUMBER : 4132936,4132931-5 Ext. 393

CABLE ADDRESS : UMAHIDOL

Telex Number : 84770 UNIDOL TH

3. モデル開発

計画段階で2転・3転したモデル開発事業も、Dr.ソムアツが総責任者となって、1985年1月からようやく動き始め、別添スケジュール表に従ってGraduate Health Volunteer(GHV)が地域活動を開始するところまで来ている。(1985年8月)

1) 事業概要

(別添資料のとおり)

2) 経 過

- 1985年1月 ・チャンタブリ県で会議，地域踏査
県関係者は，新規プロジェクトには消極的で，保健省がやれと言えは受けるが，過去の経験から出来ればやりたくない旨と表明。(ATC、保健省、チャンタブリ)
- 2月 ・大学と保健省のトップ会談で，ATCのモデル開発はチャンタブリで行うことを再確認。
・ATCにて，どのような方法・内容ならば実施可能か，原案づくりの会談(ATC，保健省・チャンタブリ)
- 4月 ・委員会で原案承認
・チャンタブリで，関係者打合せ会議
・各チーム・メンバーおよび対象地区を決定
- 5月 ・GHVの募集・選考
就職難のためか，15名の募集に600名が応募。
- 6月 男子2名，女子13名を決定
- 7月 ・ATCにて，GHVの研修を1ヶ月間行なう。
- 8月 ・GTV，チャンタブリの現地で研修

Master Program Activities of Chanthaburi Model Development

[January 85 - March 86]

Activities	1985					1986					Japanese Budget Year End						
	1 Jan.	2 Feb.	3 Mar.	4 Apr.	5 May.	6 June.	7 July.	8 Aug.	9 Sep.	10 Oct.	11 Nov.	12 Dec.	1 Jan.	2 Feb.	3 Mar.	4 Apr.	5 May.
·Field visit	7-8	14-16				20-23											
·Consultative meeting		26-27		10-12													
·GHV Application + Exam				25Apr. - 3June.													
·GHV Training																	
·Situation Analysis																	
·GHV Field Work																	
·GHV Workshop																	
·Data Procession																	
·Final evaluation																	
·Report																	

A PROPOSAL FOR COMMUNITY-BASED
ACTION-RESEARCH IN PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT
IN CHANTABURI PROVINCE

I INTRODUCTION : THE CURRENT PHASE IN THAI-JAPANESE COOPERATION IN
PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT RESEARCH

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

The specific studies undertaken have covered a wide range of public health projects, providing valuable data and insights on general public health topics ranging from the results of surveys of health centre activities to those of 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 dimension was added to the Thai-Japanese research activity with the establishment of the ASEAN Training Centre for Primary Health Care (ATC/PHC) which operates a multi-institutional and multi-disciplinary network of 5 training centres in Thailand linking up with similar institutions within ASEAN and Japan. The Centre is now a functioning organization involved with the development of research, training and service functions relating to PHC, at the national and regional levels. Through the required collaboration of the Ministry of Public Health (MOPH) and other health related agencies, Mahidol University has also initiated a new form of cooperative management between the University and the MOPH in PHC development activities coordinated through the ATC/PHC.

As the second decade of Thai-Japanese collaborative undertakings approaches, it is proposed to locate within the ATC/PHC field research and training component, the next Model Development phase in the Promotion of Provincial Health Services Project. This R&D project will be jointly organized by the ATC/PHC and the Provincial Health Services through the MOPH.

The Model Development Project is concerned with formulating alternative models for, or innovations in primary health care which can be activities and testing and assessing the out comes of these in specific field situation.

From such an experimental and investigative action-based approach relevant models for primary health care which can, both, meet the basic PHO criteria and demonstrate measurable improvements in the major indicators of individual and community health status are expected to emerge. As part of the action-oriented mode of inquiry, new informations or insights gained during each stage of the project will serve as a reference for modifying or redesigning the priorities of the research as necessary.

The involvement of the ATC in field based research and action in a PHC context will bring to both the Centre and the Provincial Services increased expertise and resources which neither could have obtained operating independently.

In itself, this could serve as the basis of a model on the much needed process of collaboration in problem-identification between academic institutions and the operating units at the front line of national and regional PHC services.

II BROAD PROJECT GOALS AND LONGER-RANGE OBJECTIVES

The Model Development R&D project is designed to generate data and new insights to be used as the basis of constructing alternative , or more relevant development "models" for the promotion of PHC in Provincial Health Services. Proposed models (see page__) will be evaluated in relation to investigations or of servations of the specific patterns or processes resulting from their initial and tentative application in the field. Wider considerations which will also repair some clarification in follow-up studies, will address, social, cultural, managerial, financial, and technical feasibility of developing and replicating integrated intersectoral strategies for PHC service delivery as an intrinsic part of community development. Simultaneous with Model Development research, perhaps at a later stage, will be the analysis of the impact, and the signfticance or consequence of this, of particular model outcomes. Most PHC projects have not included impact studies as an on-going method of evaluation or monitoring.

The broad areas of investigation from which specific studies and research proposals will

develop have concrete bearing on the re-orientation of existing PHC services at the provincial level, particularly in : the tasks of health centers or hospital to include provisions of support to their referent community for PHC Development; the direction of health services toward a more preventive orientation eg. increased reliance on Laboratories and public education for Communicable Diseases Control programmes; the direction of health services towards support and encouragement of community participation, and that of hospitals towards & broader community-orientation.

The longer-range objectives are to develop models for community development which situate PHC delivery systems and activities as a necessary and fundamental process and pre-requisite of human development at any level, as well as a basic community right. With reference to the PHC Model Development project, some of the immediate questions which relate to this developmental issue concern:

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 specific reference to Mother and Child Health & Essential Medical Care?

2. Approaches to the utilization of volunteers - Can we find ways to enhance and extend the use of health volunteers or coordinators in ways which enhance the scope and significance of their contribution to PHC development as part of the process of community development?

3. Social-cultural factors-Can we find ways to better understand, control or utilize the social-cultural factors which influence individual, community and health-practitioner behavior?

4. Community participation and education-Can we achieve a better understanding of the value, concepts and methods which should constitute the provision of effective PHC? Can we develop appropriate training and support to help practitioners in relevant sectors achieve these competencies?

Addressed to these longer-range objectives, the project goals during this initial state of model development and action-oriented research will aim at:

- 1) Developing integrated rather than specialized "delivery" processes. To do this we propose to focus on preferred outcomes (the goals rather than in-puts (the services) as a way of organizing PHC systems.

- 2) Creating a whole new group of volunteer workers drawn from the pool of recent University graduates. Designing and evaluating the roles for, and functions of these

graduates.

3) Creating and monitoring ways in which PHC can be understood and implemented as part of an overall community development process which emphasizes longer term individual, social, economic, as well as physical, health.

4) Identifying the changing roles required of health workers at different levels of the national health system to assure a broader scope of PHC services.

5) To develop procedures through which the results of the action-oriented research and Model Development process can be promptly made available and continuously retested in on-going impact and implementation analysis.

MODEL DEVELOPMENT PROJECT IN CHANTABURI PROVINCE BACKGROUND AND SPECIFIC OBJECTIVES

While considerable progress has been achieved in recent years in PHC development in Thailand, it is generally acknowledged that the success of strategies aimed at integrative intersectoral activities for Maternal and Child Health (MCH), Medical Care (MC) and Communicable Diseases Control (CDC) within revolving PHC systems of the respective provinces remains unsatisfactory or partial. To rectify this failure the ATC/PHC and the MOPH have decided to initiate a Model Development research project addressed to the need for improvements in these 3 areas as part of PHC development in Thailand. With support from WHO, one such R&D project will be located in Nakornsawan Province focussing on developing an appropriate model for provision relating to CDC and MC. The second project, with support from JICA, will be conducted in Chantaburi Province, geared towards developing models for improvements in MCH and MC.

These efforts to strengthen MCH, MC and CDC activities are not envisioned in isolation, as has been elaborated earlier on, but, in relation to developments in other aspects of PHC and, more importantly, as part of the dynamics underlying viable and stable strategies for community development. In the context of this wider goal, the project in Chantaburi Province will also include a Graduate Health Workers (GHW) Scheme for the promotion of PHC activities in conjunction with community development programmes, particularly those of the agricultural extension, education and rural development sectors.

Specific Objectives of the Model Development Project

- 1) To formulate appropriate models for promoting MCH & MC in PHC activities within the framework of community development.
- 2) To assess the feasibility of establishing a 'Health Card Fund' (HCF) as a mechanism facilitating access to MCH and MC.
- 3) To assess and define the role of GHWs in promoting PHC development.
- 4) To study the possibility of using GHW's to coordinate or initiate intersectoral activities linking PHC to rural development.

FUNCTIONAL ORGANIZATION OF THE CHANTABURI R&D PROJECT

4 research teams will carry out a PHC situation analysis at the beginning and end of the project, formulate models for MCH & MC activities, train the GHW's and assess their performance, and set up an information management system respectively. In outline, research work will be divided between the teams as follows:

TEAM 1-PHC situation Analysis and Community Development Assessment:

This team will analyze the PHC situation and the efficiency of the local health center before and after the utilization of the GHW's.

It will also analyze the intersectoral coordinating role of the GHW's in community development efforts.

TERM 2-MCH & Medical Care:

This team will examine the viability of the proposed "Health Card Fund" as a mechanism to develop MCH & MC activities. It will analyze the situation of MCH & MC at the beginning and the end of the operating year.

TEAM 3-Graduate Health Worker Training and Evaluation :

This team will recruit and train GHWs, design the GHW training curriculum and evaluate GHW performance before, during and after their duties in the field.

TRAM 4-Information Management Team:

This team will set up an Information System for the project. It will decide on the sources, quantity and quality of the information to be kept stored as a research resource of the project. They will also be responsible for channeling relevant findings or information to the various levels of research management for their action.

PROPOSED MODELS FOR MODEL DEVELOPMENT

Derived from the specific objectives of the R&D project in Chantaburi, 6 models will be operationalised for Model Development.

They are:

Model I : The development of MCH & MC model with the support of GHW (MCH + GHW).

Model II : The development of MCH & MC model without GHW (MCH + MC)

Model III : The promotion of Health Card Fund with the support of GHW. (HCF + GHW)

Model IV : The promotion of Health Card Fund without GHW (HCF)

Model V : The promotion of PHC activities and community development with the support of GHW (PHC + CD + GHW).

Model VI : The promotion of PHC activities and community development without GHW. (PHC + CD).

Model performance will be monitored by comparisons of the PHC situation in the respective areas at intervals over a specified period and in the case of Model VI, by comparisons to PHC situations in areas of non intervention.

Ⅳ. コーン・ケンRTCの研修事業

(1984年4月～1985年3月)

コーン・ケンRTCにおいて、昨年1年間(初年度)に実施された研修事業は、計30コース、延115日間であり、1,700余名の参加があった。そのうち、RTCが主催・共催したものは、18コース、79日間で1,140名の参加があり、「会場借し」は12コース、36日間で561名の参加があった。「会場借し」の場合にも、その機会を利用して、PHCの思想普及に努めたということである。

また、研修コース以外にも、地域活動等に関連した会議が6回、8日間行なわれ194名の出席者があった他、PHC活動やRTCを紹介するための展示会も2回、11日間にわたって行なわれており、施設の利用度は極めて高いと言える。

研修および会場利用状況は、次のとおりである。

1. RTCが主催または共催した研修

1) 地域のボランティア等を対象 (RTC/PCMO主催)

(予算はRTCのために保健省PHC課で確保されたもの)

ア、タンボン・ドクターを対象	1回	5日間	25人
イ、タンボン及び村の開発委員を対象	3回	10日間	159人
ウ、僧侶を対象	(未実施、次のコースに変更)		
エ、電力公社のヘルス・ボランティア養成 (公社からの依頼による)	1回	14日間	40人

2) 専門職・行政職の専門研修 (RTC/PCMO主催)

ア、教員を対象(歯科保健)	1回	2日間	不明
イ、各職種と対象にPHC再訓練	1回	1日間	116人
ウ、歯科保健担当者を対象(歯科)	2回	6日間	200人
エ、郡病院の運営事務とPHC	1回	3日間	60人

3) Trainer's Training for PHC (RTC/各PCMO主催)

ア、県レベルのワーカーを対象 (うち2回はPHC活動の運営、1回はヘルス・カード・システム)	3回	13日間	240人
イ、郡レベルのワーカーを対象 (内容はPHC活動のすすめ方)	2回	8日間	120人
ウ、ATCのフィールド・トレーニング (うち1回は、インターナショナル・トレーニング・コース)	3回	20日間	105人

計 18回 79日間 1,140人+α人

+ 2

2. 会場借し (RTCは一部援助)

1) 警察官を対象 (Public Relations)	1回	6日間	60人
2) 麻薬防止のための各関係機関担当者	3回	11日間	110人
3) 保育園関係者 (子供の保育)	2回	6日間	120人
4) 農業開発指導者 (農業指導)	3回	6日間	115人
5) 肝吸虫予防プロジェクト関係者 (熱帯医学研究所による)	1回	2日間	70人
6) 税務担当者 (税金事務)	1回	1日間	60人
7) 行政無線従事者 (保健ワーカー)	1回	4日間	26人

(保健省行政無線修理サービス班による, 取扱いと修理)

計 12回 36日間 561人

3. Exhibition

1) シルク・フェアに合わせたPHC活動の紹介	1回	10日間	
2) "子供の日"におけるPHCおよびRTCの紹介	1回	1日間	

計 2回 11日間

4. 会議

1) 地域医師会の会議	3回	3日間	80人
2) ヘルス・カード・システムについての会議	1回	1日間	50人
3) モデル開発についての会議	1回	1日間	9人
4) 東北タイ地域婦人会の会議	1回	3日間	55人

計 6回 8日間 194人

5. RTCの研修事業について

コーン・ケンRTCの主要事業である研修については、保健省の各部局で予算化され、PCMO及びRTCに示達されて実施しているが、所長以下7名のスタッフで年間18コース、79日間の研修事業を行なうためには、コーン・ケンPCMOの相当な援助・協力があるようである。7名のスタッフのうち、2名はPCMOから派遣されており、事業運営に当たっては、さらに人的な応援をするなど、Dr. バッカード (コーン・ケンPCMO) の積極的な姿勢が随所にみられる。

しかし、RTCの主管課である保健省PHC課が確保した、RTCで行なう研修予算は、地域ボランティア育成研修として次の4種類のみであり、計画と実施結果の比較において、参加

者数は約半分に終わっている。

その主な理由について、Mr. チャイラートRTC所長によると、予算確保については、どの分野においても難かしいが特にPHC研修予算は従来から保健省各部局で対応しているので、新設のPHC課で予算を確保することは困難である。参加者数が少なくなったことについては、研修スケジュール（PCMO経由の予算による）が立て込んで、各対象ごとの2回目のコース設定が出来なかったことと、モデル開発としてのSichompoプロジェクトの準備に追われたためである。

（PHC課による研修予算・再掲）

	計画	実施
1) タンボン・ドクターを対象	50人	25人
2) 村の開発委員、クスリ生協の役員を対象		125人
		159人
3) タンボンおよび村の開発委員を対象		125人
4) 宗教的指導者（僧侶）を対象	125人（未実施）	
（電力公社のヘルス・ボランティア養成に変更）		40人

また、内務省、教育省、農業省関係の研修については、「会場借し」の場合であっても、RTCは企画・運営面でサポートし、機会を利用してPHCの思想普及、協力体制づくりに努めているので、これにもかなり労力を費やすということである。

RTCの研修事業について、内容の評価は容易に出来ないが、開催日数、参加者数でもみる限り、ATCの年間9コース、55日間、317人と比較しても、少ないスタッフで相当ハードなスケジュールをこなしているといえる。

ただし、RTCの設立目的であるRegionにおけるTrainer's Trainingに的を絞ると、コーン・ケンRTCが所轄する東北タイ各県からの参加者を対象とした研修コースは、3分の1以下となる。これは、見方を変えると、地元であるコーン・ケンPCMOの援助・協力を得て研修事業を実施しているとはいうものの、従来は、PCMOがやっていた事業をRTCが下請けでやるようになったともいえる。（RTCの事業を増やすためか？）

保健省PHC課の研修予算（前述）に見られるように、RTCが新設されて多くの研修事業が行なわれているが、新規の研修はむしろ少なく、予算獲得の困難さを関係者は訴えている。

V. コーン・ケンRTCのモデル開発

RTCを中心としたモデル開発事業は、すでに保健省とWHOによるナコンサワン・プロジェクト（北部RTC）およびATCによるチョンブリ・プロジェクト（東部RTCも関与）がスタートしているが、コーン・ケン県においてもシーチョポー・プロジェクト（東北部RT

Cが中心となって)が行なわれている。

Sichompoo Project

1. 背景と目的

これまでのPHC活動の成果として、各種のCommunity Cooperative Fundsが組織・運営されるようになり、ひとつの村において、12種類のFundsが組織されている村もある。

今後の課題として、各種のFundsを村レベルでひとつの組織に統合して、より強化すること(Revolving)、さらに村レベルからタンボン・レベルに拡大することにより、BMNの達成を目指して、方法論の確立を探る。

2. 実施主体

Khorn-Ken RTC

Sichompoo District Hospital

Sichompoo District Health Office

3. 援助団体

Thai-Australia Project 注)(ADESによる資金援助)

Khorn-Ken PCMO (技術援助)

4. 対象地区

Sichompoo District (コーン・ケン市から西へ120km)

5. 実施期間

1985年1月～1986年4月 (1年4ヶ月)

継続の可能性あり

6. 予算

600,000バーツ (ADEBによる全額援助)

7. 実施内容

1) トレーニング

安全な飲料水の確保、ヘルス・カード・システム、Cooperative Fundsの統合、BMNを含めた総合的なPHC活動の展開をはかるため、タンボンや村の開発委員、VHV、VHCその他地域の関係者を対象にした研修を行なう。

2) 調査活動

効果的な方法論策定のため、また事業評価のために、地域の実態調査を行なう。調査方法はBMN調査票を用いる。

3) インフォメーション

利用者である村人に対する教育、協力体制づくりや活動内容の周知徹底をはかるための情報伝達の手段を確立する。

注) Thai-Australia Project

ADEB(Australia Development Economic Board, J I C Aのような政府援助機関)によって、東北タイと北部タイにおいて“安全な水の確保”を主目的に組織されたTAVWS (Thai-Australia Villeges Water Supply Project)を指す。

今回のSichompoo Projectは、このTAVMSの全面的な資金援助によって、コーン・ケンRTCのモデル開発事業がようやく実施されることになった。RTCにとっては、資金援助が受けられればTAVWSに限らず、相手はどこでもよかった、という印象である。

ちなみに、コーン・ケンRTC所長、Mr. チャイラートは4月末から6月末までの2ヶ月間、ADEBの招待によりオーストラリア各地の給水事業の視察に出掛けたが、地域事情の違いにより、オーストラリアでは地下水の汲み上げによる給水事業であるため、あまり参考にはならなかった、という感想をもらしている。

Cooperative Fundの例
(Ban Phamor, Khonkaen)

1. Buffalo Bank 1軒 50バーツずつ毎年出し合って、共同で子牛を買い入れる。
85戸が加入しており、1985年は12頭を買った。
2. Fertilizer Bank 肥料の共同購入グループ
3. Drug Bank 薬生協
4. Marketing Demonstration Center 村の雑貨屋を共同で建てる。村の集会所も兼ねる。
5. Weaving Group 機織りのため、糸の共同購入と布の共同出荷
6. Nutritional Group 低栄養児を防ぐための補給食品普及グループ
7. Educational Fund for Poor Children 教育資金の積み立て
8. Electricity Supplementary Fund 村に電気を引くための組合
9. Children Day Fund 1月第2土曜日の“子供の日”行事のための積み立て
10. Rice Bank 収穫時前の相互扶助
11. Sanitary Fund Jar-Latrine 雨水タンク・ジャーを作るため基金を積み立てる。
年 100バーツトイレづくりのため基金を積み立てる。

やはり、この村でも最初のCooperative Fundは「薬生協」であり、1980に組織され、1982年までは唯一のFundであった。この数年の間に次々と上記のFundが組織され、1

2種類を教えるに至った。

・村の概要

250戸 1,272人(男606人,女666人)

VHV 1人, VHC 13人

・子供の栄養状態

0~5才児 95人のうち

0度 (ノーマル) ……52人

I度 (低栄養) ……32人

II度 ……11人

III度 (最も低栄養) ……0人

・予防注射

DPT, OPV, BCG, Measleのいずれも, 約95%の実施率

・トイレットの普及

現在は90%であるが, 今年中に100%になる見込み

・家族計画・MCH

VHVがPillを配布している他, HCでトレーニングを受けた産婆(村人)が, 出産後の家族計画に一役かっている。

VI. ATCとRTCの関係

(コーン・ケンRTC所長, Mr. チャイラートの意見から)

ATCとRTCは, 組織上は所属が異なってはいても, 同じプロジェクトの一環として, 密接な連携を保って業務を進め, PHCの推進に寄与することが期待されている。しかし, ATCは資金面でも技術面でもRTCをSupportしてくれない。RTCとしては, これまでATCの求めに応じてフィールド・トレーニング等に精一杯の協力をしてきたつもりであるが, ATCはRTCに協力を求めるだけである。

昨年10月の国際研修のフィールド・トレーニングの実施方法をめぐり意見の相違から, 以後8ヶ月間, ATCとは直接に何の連絡もとっていない。

現在のATCの対応が続く限り, RTCは独自の道を歩むしかなく, これはコーン・ケンRTCだけでなく, 他の3ヶ所のRTCの所長達やPHC課関係者の意見でもある。

ATCの対応についての不満の理由として, 次の3項目をあげた。

1. フィールド・トレーニングについて

国際研修のフィールド・トレーニングの実施に際して, ATCの考えは国内研修と同様に

一週間の村での滞在を通して、PHC推進のあるべき方向を探ろうとした。しかし、外国人の研修生にとっては、一週間で地域の実情と把握することは困難であり、せいぜい村の訪問にとどめて、RTCに宿泊して村の状況を念頭におきながら、グループ討議を中心に行なうべきだ、というのがRTCの意見であった。

結局、ATCの意向に押されて、RTCは協力する立場であるので妥協したが、結果的には研修生からフィールド・トレーニングの意味があいまいである、という指摘があったように中途半端なものになり、企画的に失敗であったと思う。企画・運営のまずさは、ATC関係者が地域の実態をよく理解していないことにも一因があると思われる。

2. ATCとRTCの連絡調整がまずいこと

ATCとRTCの連絡調整については、RTCを所轄する保健省PHC課が、その任に当たるべきであるが、ATCとRTC課との連絡調整がうまく機能していない。その理由として、Mr. チャイラートは次の項目をあげている。

1) 人の問題

大学と保健省のトップ・レベルにおいては、意志の疎通がよく行なわれており、問題は無いが、実務責任者および担当者レベルにおいては連絡がうまく行なわれておらず、ATC側のコーディネーターが不在である。

ATC (大学)	保健省
Dr. ナット (プロジェクト・ダイレクター, 学長)	Dr. アモン (事務次官)
Dr. クラッセー (ATC所長)	Dr. プラコム (PHC課長)
(該当者不明)	Mr. オガ (〃担当者)
	および各RTC所長

2) 電話事情の悪さ

ATCに電話が極めて通じにくい。バンコク市郊外にあるATCは、現在のタイの電話事情として止むを得ない面もあるが、連絡がとりにくい一因となっている。

保健省サイドでは、全国のPCMOおよび各RTCとの間に行政無線網が確立しており、遠隔地であっても問題はない。ATCにも、この行政無線が設置されると電話事情の悪さはかなり改善されるが、JICAの援助で出来ないだろうか。

(この件については、保健省と大学の許可されている無線周波数が異なるため、ATCが保健省の割り当て周波数を利用できるよう、政府の許可が必要となる)

3. RTCに対するATCのサポートが無いこと

RTCの業務もATCに準じて、トレーニング、リサーチ、モデル開発、インフォメー

ション等をより地域に密着して行なうことになっている。しかし、現在のところATCの行なう研修のフィールド・トレーニングについてのみ、協力して一緒に行なってきたが、その他については連携がとれておらず、RTCが期待する技術的指導や物的・財政的援助が受けにくい。

例えば、RTCの事業項目について

- ・ Training 独自に体制は整ってきた。
- ・ Reserch
- ・ M.D not Contactであり
- ・ Information

リサーチについては、1982年度（初年度）にPHC課が主体となった研究費の割り当てを受けただけで、1983年度以降はRTCの活動が開始されても、一度も研究費をもらっていない。研究課題の決定について、RTCの研究活動を育てようという配慮が見られない。従って、リサーチ部門は今だに何も出来ないでいる。

JICAに対する、PHC課を通じて出したRTCの備品要求もATCでカットされ、その理由説明もない。1982・1983年度分の図書を引き渡すよう、再三にわたって要求しているが、今だにわたしてもらえない。

M. Dについては、Thai-Australia Projectの資金援助によって、ようやく動き出したが、リサーチとインフォメーション部門については、1年後の現在も展望が持てず、所長として責任を感じているが、タイ政府の予算を獲得することは極めて困難な状況であり、ATCやJICAの援助が欲しい。

〔今後の要望として〕

- 1) ATCの責任者とPHC課長、担当者および各RTC所長が、一度じっくりと基本的な事情について話し合う必要がある。そして、その結果を双方のスタッフに徹底させて、ATCとRTCの良い協力関係が保てるようにしたい。
- 2) JICAへの備品要求については、ATCはRTCの現状を十分に認識して、優先順位の高いものは落とさないように願いたい。特に図書とミニ・コンピューター（リサーチ用として十分に使いこなせる）
- 3) 日本への研修派遣者の選定について、若手の実務者を送って欲しい。ATCと保健省サイドでよく協議し、その選定過程をクリアーにしないと、どうしても年配者になりがちである。

以上が、コーン・ケンRTC所長、Mr. チャイラートの意見である。

〔まとめ〕

Mr. チャイラートの意見は、RTCの業務が開始されて1年が経過し、その間のATCに対するいろいろな不満の現われとも言え、ATC側の反論もあるだろうから一方的には聞き入れられないかも知れないが、彼の意見には理にかなっていることも多く、ATC側に原因があることも少なくない。その原因を集約すると、

- 1) ATCの組織体制の弱さがあり、保健省やRTC対応のまずさがある。例えば、
 - ・ 交渉相手が特定しにくいことにより、十分な意志の疎通がはかりにくい。
 - ・ JICA援助による備品の引き渡し事務が遅く、当地到着後1年以上保留したのものもあり、不信感を持たせた。
- 2) ATCが同じ業務内容をもつRTCに、積極的な技術援助を行わず、フィールドとしてのみ協力を求め、RTC側の期待に答えていない。

さらに、ATCの責任でもないが、JICAの援助として建物・備品だけで、事業費は援助しないことをよく承知していても、新しい施設が出来たからといって、タイ政府の予算獲得は容易ではないので、ATCが受ける援助の中から事業を通して、RTCの活動を援助し、育てていく配慮があって当然ではないかという期待があるようだ。

いずれにしても、本プロジェクトの全体枠の中で、ATCとRTCの位置づけ・連携のとり方について基本的事項をクリアーにするため、関係者がじっくり話し合う必要があり、援助をする立場のJICAとしても、タイ側問題と単純に片付けられないだろう。

Ⅶ タイ国のプライマリー・ヘルス・ケア

小林 基弘

○東北タイの農村で

荒涼とした乾期の平原を、車は砂塵を巻き上げて走って行った。いつしか雑木林の小道に入り、炭焼き小屋が現れ水牛の群れが道を横切っていく。バラックのような高床式家屋は、めぼしい家財道具も少なく、ガランとしている。が、村人達と雑談を始めると次々と日本の商品名が飛び出してきた。

水牛を追って野に出る少年の手にはラジカセ、トイレも無い家々にテレビのアンテナ、道を行くのは牛車に混じって農用発動機をつけた改造トラックやバイク等々、村で見かける工業製品はほとんどが日本製である。

普及率めざましいテレビは、この4年間に全国平均で56%も伸び、都市部が40%に対して農村部は71%という。電気の無い村にもバッテリーとセットで売られている。日本の歌謡曲やマンガも流され、「おしん」は大変な人気である。

その一方で、マユや綿を紡いで機を織り、魚醬とわずかな野菜だけで米を食べ、カメに貯えた雨水が最上の飲み水、乾期後半は寺院横の沼だけが頼りという、自給自足の不安定な生活がある。年間の現金収入は3~5万円程度、6年間の義務教育は就学率85%だが卒業率は47%と、4年生終了頃から口減らしのため町に出て行くので、村では小さな子供ばかりが目についた。

タイは本来、食うだけには困らない自然の恵み豊かな国と思われるが、急速に商品経済が村に入ってきたことにより、貧困の深刻さが一層増している。どの村でも経済的問題を「困っていること」の第1位にあげ、貴重な蛋白源である小魚、カエル、昆虫類までもわずかな金に換えられ、乳幼児に最もそのしわ寄せがいくため、毎年全国で5万5千人もの子どもが栄養失調で死んでいるという。最近、空腹を満たすために子どもが土を食べている、という記事がマスコミをにぎわせたりもした。

○なぜプライマリー・ヘルス・ケアか

日本の約1.4倍の国土に、約半分の人工が住んでいるタイ国は、国際都市バンコクと地方ではこれでも同じ国かと思えるほどの違いがある。全人口の82.4%が住む農村部では、今日なお日本の戦前か明治時代の様な生活で、水不足、農業不振、貧困、低い教育、栄養不足、病気の多発、などの悪循環をくり返している。感染症や熱帯病の蔓延とともに、ガン、脳血管疾患、心臓病など先進国が抱える慢性病も少なくない。近年では交通自己が急増し、地方の病院では外傷患者が、1~2位を占めている。

病気の種類も病人も多いといえるが、医療施設や従事者は少なく（対人口比は日本の約10

分の1)、しかも極端な都市偏在である。(表1, 図1) 近代医学が取り入れられて約100年になるが、未だに全国民の20~30%しかカバーしていない現状である。途上国ゆえに、高価につく施設整備や従事者養成は容易に進まず、このままでは農村に住む大部分の住民はいつまでたっても近代医学の恩恵が受けられない。(図2参照)

そこで、「医療を住民の手に」だけでなく「医療も住民の手で」という、途上国の実情に適した新しい次元の保健医療を考える原点に立って、農村の厳しい現実の中で保健医療問題を克服するための戦略として上がってきたのが、プライマリ・ヘルス・ケア(以下、PHCと略す)である。WHOのいうPHCの概念である①住民参加、②適正技術、③資源の最大限有効活用、④各分野の強調と統合、⑤既存の医療制度との調和、等の原則を掲げ、近代医療制度とはむしろ逆の方向——住民による手づくりの制度を目指している、ともいえる。

○プライマリ・ヘルス・ケアの実践活動

PHCの考え方はWHOの提唱によるもので、途上国、先進国を問わず共通する部分も多いが、その実践活動は各国、各地域の実情によりかなり異なる。

タイ国が国家政策として「PHCの推進」を取り上げたのは、第4次国家5ヶ年計画(1977~1981年)からで、それまでの経験の蓄積に立って、最初に手がけたことはVHC・VHV(Village Health communicator・Volunteer)の養成であった。PHCはあくまでも住民の自助努力による活動であり、地域活動を展開する上で「核」となる人材がどうしても必要になるからである。

1. VHCとVHV

VHCは、8~15軒に1人の割合で地域から選ばれた人達で、5日間のPHC訓練を受けた後、村の保健活動を自主的に展開する地区指導者となり、PHC活動の推進に努める。日本の保健推進員・指導員、衛生委員などと呼ばれる人達に近いものといえる。

VHVは、VHCの中から1人が選ばれて、さらに臨床訓練も含めた15日間の集中教育を受けた、村の保健医療活動の総責任者である。日本では見られないタイプのボランティアといえ、主な任務は①VHCや住民を指導し、②村の保健情報をとりまとめてヘルスセンター(注1)に報告し、③村のクスリ生協(後述)の医薬品を管理し、④簡単な医療活動も行なう。医療内容は、発熱、マラリア熱、下痢、寄生虫、咳などの治療や、骨折、熱傷、ヘビ等の咬傷、毒物の誤飲などの応急手当及びピルの投与など、第一次医療である。手に負えない患者は、ヘルス・センターや郡病院に送る。

1977年から始まったこれらの人材養成は比較的順調に進み、現在では約3万7千人のVHVと約37万人のVHCが全国の×64%の村々で活躍している。VHVやVHCは、タイ国では最初の「民衆保健部隊」であり、この人材養成だけでも、広範な健康教育の推進に大きく寄与したといえるが、さらに、この保健部隊を中心に、様々なPHC活動が展開されるようになった。

2. 村のクスリ生協 (Drug Couperative)

近くに医療施設もなく交通不便なタイ農村においては、日常的に必要な薬を確保することは極めて重要である。しかし、ほとんどの村では薬の入手が困難であり、たまにやって来る行商人が売りつける薬はインチキであったり、法外な値であったりする。

そこで、安全で値も安い必須医薬品を確保しておくための知恵として、「クスリ生協」の運動がおこっている。×2, 000パーツ(約2万円)の資金があればある程度の医薬品が備えられるので、VHVやVHCが中心となって負担にならない程度の出資金(1株50~200円)を村人から募る。その資金で医薬品を買っておく訳であるが、全戸数の70%の加入を達成すると政府から700パーツ(約7千円)相当の医薬品が無料提供されるし、製薬公社の薬は政府医療機関等から正価の7割で仕入れることが出来る、など政府の対応も整ってきた。

運営は委員会組織によるが、VHVが直接責任者となって「村の薬局」を管理し、薬の用法を村人に指導する。薬は正価で売って(10~20円が多い)、3割の利益は運営費や基金にまわす。薬の種類は、消化剤、下剤、下熱、鎮痛剤、鎮咳剤、サルファ剤、抗マラリア剤、抗ヒスタミン剤、ビタミン剤、皮膚疾患治療薬などである。また、「伝統医療」が見直される中で、薬草の栽培・利用も試みられている。

各地での試行後、1982年から政府の施策として全国的な普及が進められ、現在では全国の約3分の1の村々でこのクスリ生協を組織している。そして、これが原形となって、各種のCommunity Cooperative Fundsが生まれて来ている。

3. 村の栄養改善基金 (Nutrition Fund)

そのひとつとして、広く普及しているのが「村の栄養改善基金」組織である。その目的は、①村人に栄養知識を普及し、②低栄養児の早期発見と子どもの発育管理を村人自身で行い、(注2)③その土地に合った栄養価の高い作物を普及すること、などである。運営はクスリ生協と似ており、VHVやVHCの指導により栄養改善委員会を組織し、村人からの出資金と政府提供物資(約3万円相当のナベ、カマ、粉碎機と材料など)により、保健省推せんの栄養補給食(注3)(米、大豆、ゴマ等を混合して粉にしたもの)を作るための道具や材料を整える。

特に、低栄養児の解消を目指しており、定期的に0才~5才児の体重を測定し、栄養補給食や豆乳を村人と一緒に作り、材料費程度で分配したり、極度な低栄養児には無料配布したりしている。この栄養改善基金は、クスリ生協とほぼ同数の村々に普及していると想定されている。

4. 環境衛生整備基金 (Sanitation Fund)

保健衛生の向上には、環境衛生の整備が重要な意味をもつが、タイ国の現状ではトイレの普及と安全な飲料水を年間を通じて十分に確保すること、の2点が特に重視される。トイレ普及率は41%、安全な飲料水の確保は30%未満という現状である(1984年)。

そこで、施設整備のため村人の1人を10日間の「技術訓練コース」に送って、Village

Sanitary Craftman (VSC) を養成する。VSC は、まずVHVや村の開発委員(注4)の協力を得て、政府提供資金によりトイレ、雨水溜めタンクのモデルを造る。そして、村人から出資を募り、政府援助金と合わせて基金にし、施設材料費をローンで貸し出す。一種の頼母子講である。

工事はVSCの技術指導により、村人の労力で行うので材料費だけで済む。水洗トイレは1,000パーツ(約1万円)、3,000ℓの貯水タンクは約3万円、1,600ℓの巨大水ガメは約1万円、簡易濾過器は約5千円、ゴミ焼却炉は約5千円の方法費である。安上がりという利点だけでなく、自分達の共同作業で行うことや技術の普及・蓄積にも意味がある。

これらのPHC的発想から展開された村の相互扶助組織は、小規模ながらも村民の生活向上を目指す各分野に広がり始め、種籾基金、水牛銀行、肥料銀行、日用品生協、義務教育就学基金、織布生産組合、電気利用組合などを生み出している村もある。

5. ヘルス・カード基金 (Health Card Fund)

これまで紹介した人材養成や基金組織は、PHC実施項目として健康教育、必須医薬品の配備、簡単な病気の治療、栄養改善、環境衛生整備と10項目(注5)のうち5項目をカバーしている。次いで、母子保健や予防注射等の普及を目指して、全国各県の約200ヶ村で試行しているのが「ヘルス・カード基金」である。

まず、村のヘルス・カード委員会を組織し、VHCを通じてヘルス・カードを売る(メンバーを募る)。母子用と一般家族用の2種類のカードがあり、母子用で100パーツ(約千円)、家族用は100パーツほど高い。集められた村のヘルス基金から、保健活動費や治療費が支払われる訳であるが、疾病保健ではなく、あくまでも地域保健活動の向上を目指すものである。

加入者のメリットとして、母子カードの場合は、出産前・中・後の母子の健康管理、治療、子どもの予防注射等が無料で受けられる。しかし、条件もあり①治療は年8回まで無料、②受診は末端のVHVからヘルス・センター→郡病院→県病院と順に受けねばならない。③その代わり、紹介状があれば病院の特別の窓口で待たずに受診できる。④カードは1年間有効で、受診利用が少なければ翌年度は何割か安くなる、等で家族用の場合もほぼ同様である。

このヘルス・カード・システムは、母子保健活動や予防注射の普及率を強化し、住民の健康自覚をうながし、必要な人を治療ルートにのせ、各レベルの施設利用の適正化など多くのねらいがあるが、さらに重要なことは、単独の各種基金をこれと統合して発展させ、村のPHC活動全体をカバーし、強化する可能性が出てきたことである。この基金の用途配分は、治療費と保健サービス活動費を半々にすることがひとつの目安とされているが、各地の試行例の中にはこの目安を達成しつつある。

6. PHCとBMN (Basic Minimum Needs)

保健医療問題は生活から独立しては存在し得ず、途上国では特に社会開発との関連性が強い。

この5～6年間に急速な展開をみせているタイ国のPHC推進運動の中から、農村の総合開発を目指して、Basic Human Needs (人間生活の基本条件)を満たそうという新しい運動が起こってきている。

それは、BMN (Basic Minimum Needs)と呼ばれ、保健・農業・教育・内務など各分野間の真の協調 (Intersectoral Collaboration)をはかり、地域の実情に応じた総合的な方策を立ててBMNを達成しようというもので、中間目標と最終目標(2001年)が設定されている。

BMNの内容は、栄養、住宅と生活環境、就労、教育と医療、犯罪、文化活動、経済的生産活動、家族計画、政治的および地域開発的活動と、生活全般にわたる9項目とさらに52の細項目の指標にまとめられている。そして、各省の末端行政機関(注6)の職員と住民代表の開発委員等が、その指標を用いて毎年地域の実態を調査する。その結果と各項目ごとの達成目標とを照らし合わせ、家族や村レベルで解決できる問題、郡・県レベルと政府援助を必要とする問題に整理して、それぞれの対策を考える。

BMN達成運動の特徴は、明確な目標が設定してあるので、①個々の目標と現状とのギャップを村人が認識し易い、②どのレベル、どの分野で対策を立てるべきか分かり易い、③1年ごとに活動の成果を確認し易い、ことや村の基本的な生活全般を扱っているので、農村開発を総合的に進め易い、ということが出来る。

現在、このBMN達成運動は、PHC活動を取り巻く形で急速に全国に広がり初めており、NESDB (National Economics and Social Development Board)は国家政策として、PHCとともにBMNを新たに第6次国家経済・社会開発5ヶ年計画(1987～1991年)に盛り込もうと考えている。

○今後の課題と人づくり

タイ国におけるPHC推進運動は、WHOの理念から出発して、その具体的な方法論を摸索する中で、地域の相互扶助組織である基金づくりと農村の総合開発を目指すBMNの手法を生み出してきたといえる。が、着実に実践を積んできたこれらの事例にしても、まだ幼稚な段階に過ぎず、開発すべき余地は多く残されている。

当面の課題となっているのは、①村落レベルにおける単一目的の組織や基金を統合して、PHC活動を総合化すること、②さらに、区郡レベルに統合の輪を広げて活動を強化すること、③まだ効果的な方策が定まっていないPHC実施項目の方法論を開発すること、④都市スラムも含めた、都市化地域のPHC活動を進めること、⑤PHC活動とBMN達成運動を統合し発展させること、などがある。

そして、これらの活動展開に最も重要なことは、中央から地域に至る各レベルの人材開発であろう。現在、日本の援助によるアセアン人作りプロジェクトの一環として、タイ国ではPHC訓練センター・プロジェクト(注7)が進行中である。これは、PHC推進のための研修・研究・情報サービス等を中心としたもので、1982年10月に発足した。中央研修センター

(マヒドン大学内)と4ヶ所の地方研修センターが設置され、中央センターではこの3年間に約1,000名の現任訓練を行い、東北部の地方センターは昨年1年間で約1,700名の研修を行っている。中央の研修会は、近年における急速なPHCやBMNの全国的な普及に貢献し、地方の研修会は行政・医療関係者と共に地域に強い影響力を持つ教員、警察官、僧侶、村長、村の開発委員、タンボン・ドクター(非医師)等の協力体制づくりを促進しつつある。

数々の困難がある中で、多くの人々の知恵と善意の協力により、タイ国のPHC活動は相互扶助と地区組織化活動の手法を通して、WHOの掲げる標語“西暦2,000年までにすべての人々に健康を”のもとに、着実にその根を地域の中に伸ばし始めている。

(注1) タイ国のヘルス・センターは、約10ヶ村をまとめたタンボン(行政区)ごとに1ヶ所設置されているもので、近年ようやく全国的な整備がはかられつつある。通常はサニタリアン1名とミッド・ワイフ1~2名が約1万人の住民に対して、75%の保健サービスと25%の医療活動を目安として働いている。

(注2) 乳幼児の低栄養状態を示す指標として体重を測定し、年齢と体重によって設定された発育曲線に基づいて、100~90パーセントタイル値にある者を正常、90~75パーセントタイル値にある者をⅠ度栄養失調、75~60パーセントタイル値にある者をⅡ度栄養失調、60パーセントタイル値以下にある者をⅢ度栄養失調と判定する。簡略なので広く村レベルで用いられている。

(注3) 乳幼児の低栄養問題を改善するために保健省が開発した栄養補給食で、主に米、大豆、緑豆、ゴマ等の材料をナベで炒った後、粉碎機で粉にひき混合する。その割合は数種類あるが、例えば、米、大豆、ゴマを60:20:15の割合で混合すると、100g中に13.2gずつの蛋白質と脂肪および451Calの熱量が得られる。

混合した粉は、「キナ粉」に似ており、砂糖を混ぜたり、水で練ったり、または菓子にして食べる。

(注4) タイの農村社会には、自主的な地区組織は極めて少なく、結びつきも弱いものである。村長を中心に長老、呪術師、僧侶などが村の自治に参加してきたが、近年、政府の指導により農村開発を進める自治組織として、村の開発委員会が組織されるようになった。人数は約10名ぐらいで、各自役割分担を持って、村長を中心に村全体のことを協議する、日本の自治会役員に当たる、といえよう。

(注5) WHOのいうPHCの概念では、PHC実践上の課題として8項目の分野を掲げているが、タイ国政府はさらに歯科衛生、精神衛生を加えた10項目を重点課題としており、身体障害者福祉、公害の予防を追加して12項目とする場合もある。

(注6) タイ国のPHC推進活動では、保健、農業、内務、教育の4主管省の協力を強調し

ているが、このBMN運動はその4主管省関係者の協力をより実効あるものにしようという目的もある。ここでいう末端行政機関とは、郡役所レベルのCommunity Development Office, Agricultural Office, Educational Office, Health Office及び行政区レベルのHealth Centerを指す。

(注7) 正式名称は、ASEAN Training Center for Primary Health Care Development (ATC/PHC) Projectといい、日本の援助(国際協力事業団)により、タイ国保健省とマヒドン大学のジョイント・プロジェクトとして発足した。マヒドン大学傘下の中央研修センター(ATC/PHC)は、タイ国内ばかりでなくアセアン諸国を対象とした国際セミナー、研修等も行っている。保健省傘下の4ヶ所の地方研修センター(Regional Training Center, RTC)は、中央センターと同様にPHCに関する研修、研究、モデル開発、情報サービス、教材開発等を行っている。

表1. タイ国の保健医療従事者の配分

(1981年)

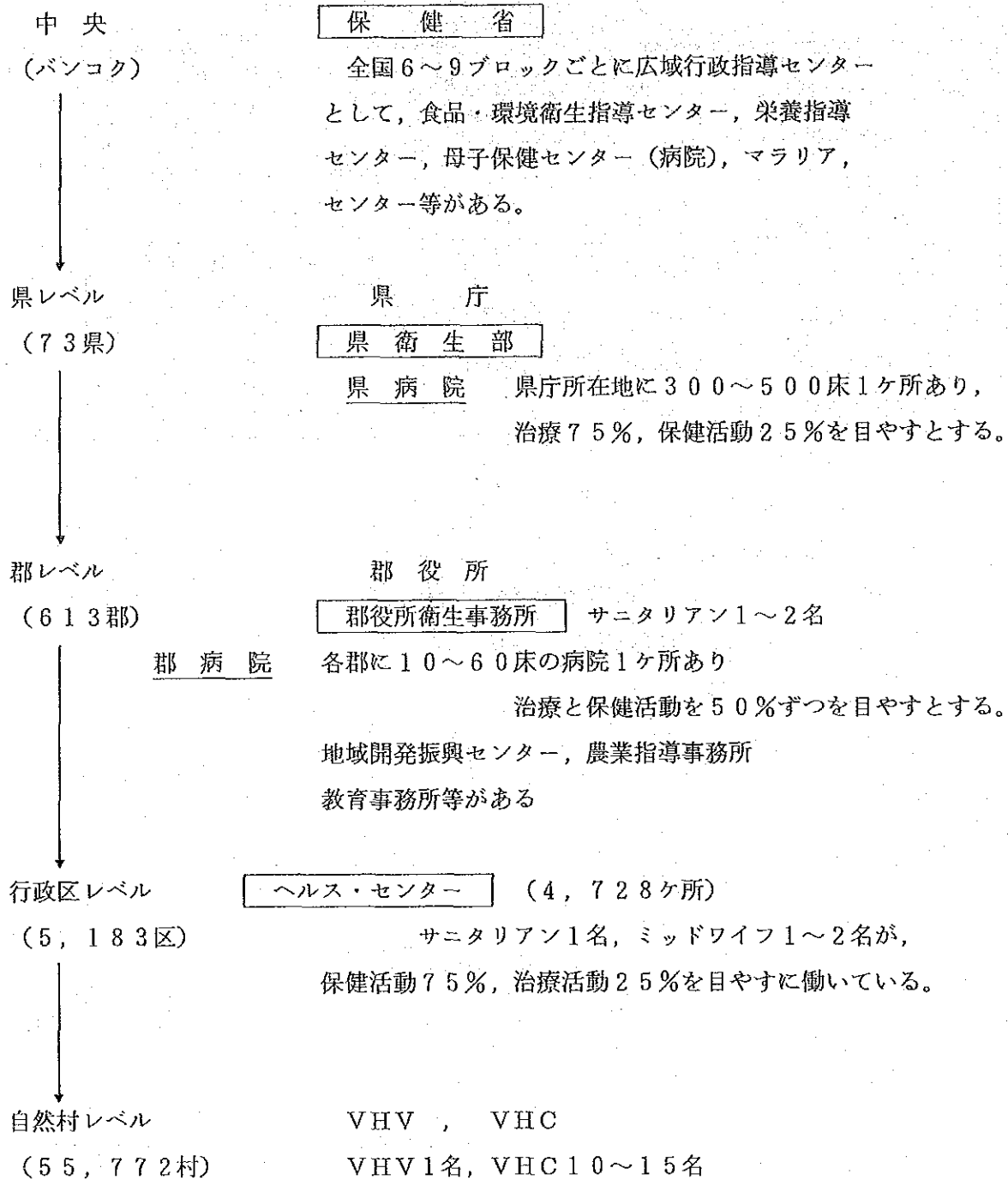
職 種	人 数	各職種1人当たりの対人口比		
		全 国	バンコク	バンコク以外
医 師	6,931	6,851.5	1,362.3	14,027.3
歯 科 医 師	1,057	44,927.1	7,914.2	110,598.4
薬 剤 師	2,680	17,719.4	2,331.1	109,449.3
保 健 婦	7,788	5,685.4		
看 護 婦	19,599	2,422.9	494.2	4,803.1
ミッドウイフ※	8,577	5,536.6	7,708.9	5,345.4

Source: Public Health Statistics (1977~1981)

Division of Health Statistics, Ministry of Health, Thailand

※ ミッドウイフは、近年では、高卒後2年間の専門教育を受けた助産婦で、ヘルス・センターや病院で出産を中心とした母子保健の分野で働いている。

図1. タイ国における保健医療行政組織の概要



〔注〕 本稿Ⅶは、タイ国プライマリーヘルスケア訓練センタープロジェクトの紹介の目的で、「国際協力」(1985年9月号)に発表されたものの転載である。

VIII THE HEALTH CARD PROGRAM

In the past, the concept of public health service emphasized on giving all the health service by the government through the government health officer. This caused unsuccessful health development because they ignored the role of community participation. Nowadays, the concept has been changed, we should encouraged the people to initiate their own public health development in the community under the supervision of the government health officer. The government health service will involve only in the things that need higher technology. So, that's why " The Health Card Program"

begins : just to help them to develop themselves.

The Health Card is the card which certified the relationship between the holder of the card, the developmental funds of the village, and the government health organization. There are two kinds of cards.

- 1.The red card (cost B 200,-) : For general medical care
- 2.The blue card (cost B 100,-) : For maternal and child health care and immunization.

The holder of the card will receive not only the better medical care, but also the benefit from the welfare and the cooperative through the Developmental fund of the village. This fund was raised up from the money they have got the Health Card.

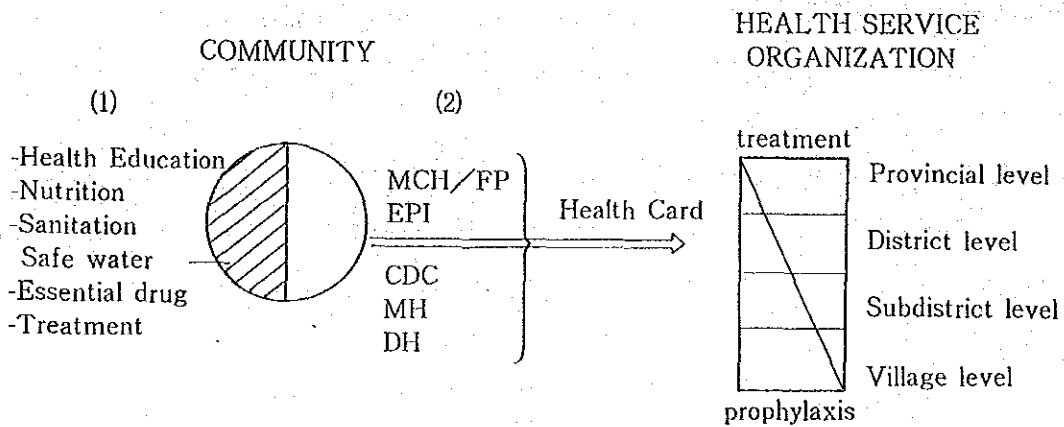
THE ELEMENTS OF PRIMARY HEALTH CARE

Concerning the " Health For All program " the Ministry of Public Health has introduced the concept of Primary Health Care as the guidelines for developing the community health. The elements of Primary Health Care can be divided into two categories.

- 1.Can be done in the community by the people themselves such as :
 - Health education
 - Nutrition
 - Sanitation and safe water supply
 - Essential drugs
 - Treatment
- 2.Can not be completely done by themselves, but need support and/or service from the government organization, such as :

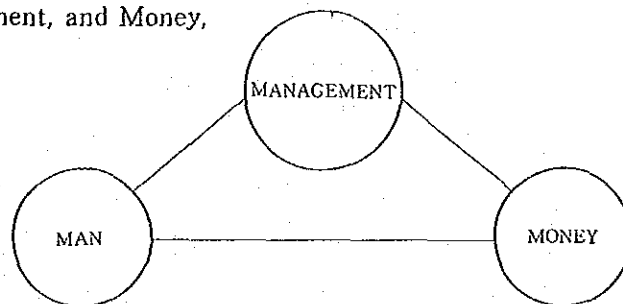
- Maternal & Child Health service and Family Planning (MCH / FP)
- Expanded Program of Immunization (EPI)
- Communicable Disease Control (CDC)
- Mental Health (MH)
- Dental Health (DH)

The " Health Card Program " concerns more on the second category, and it can not be done without government support.



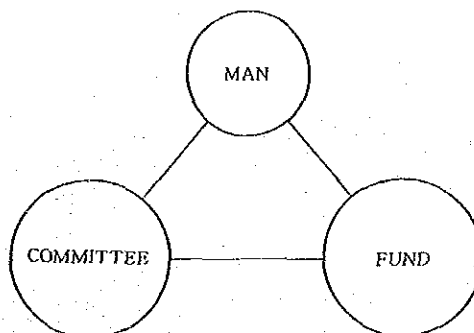
CONCEPT OF COMMUNITY DEVELOPMENT

The successful community development requires 3 M's;
Man, Management, and Money,



In the Health Card Program-

- Management = Cooperative(Village committee)
- Man = Volunteer(Health volunteer,Health communicator)
- Money = Developmental Fund of the village



CONCEPT OF MEDICAL SERVICE

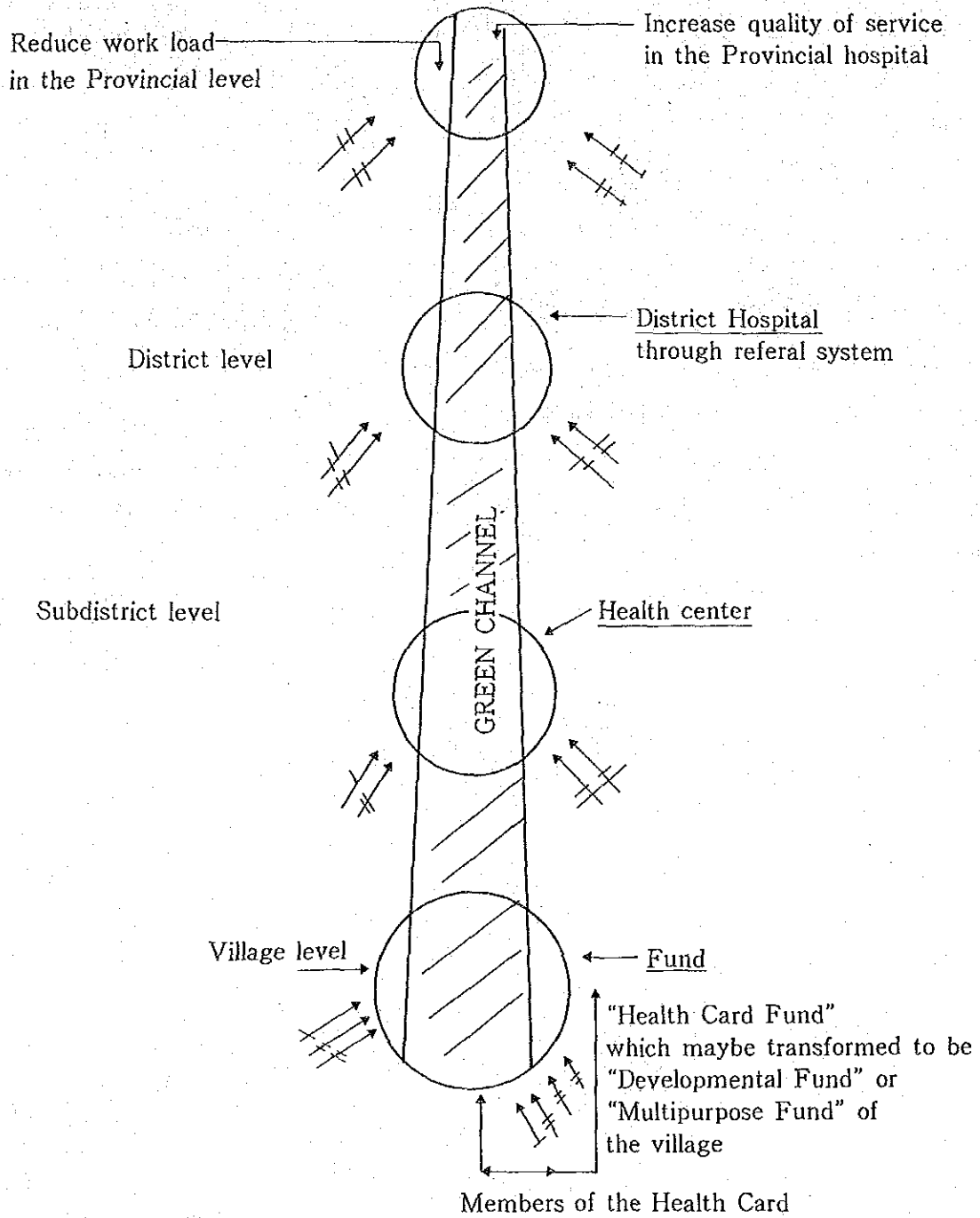
The actual situation in the public health service is that we have too many patient in the O. P. D. of the big Hospital. Though most of them have common diseases that can be managed by themselves or by the health center in the subdistrict level, they have to waste their time and money to go to the Hospital that usually far away from their village.

To create the village Health Fund and the Referral System can help solving this problem.

CONCEPT OF REFERAL SYSTEM

We are trying to distribute the patient from the O. P. D. of the hospital to the drug cooperative in the village and the health center in the subdistrict level. The patient will be reassured that they can be treated at the Health center in the subdistrict. If the disease is complicated, they will be sent to the hospital through the special pathway called " Green Channel ". This would help to screen the patient of the subdistrict level.

The " Green Channel " is the convenient pathway for the holder of the card to recieve faster and free medical care, if he was sent to the hospital from the lower level of medical services.



Limitation and Agreement

A. The Red Card for medical treatment.

(1) Family card cover.

1. 1 Father, Mother, and their children below the age of 15
1. 2 Children in a family over the age of 15, all together not more than 4 people, have to buy one more card.
1. 3 People in the same house, whose are rotatives all together not more than 4 people, have to buy one more card.

(2) Free medical service is only for

2. 1 The person whose name was specified on the card.
2. 2 Not more than eight continuous treatment in one year.
2. 3 Must go to the selected Hospital specified on the card.
2. 4 Before going to receive medical service
2. 4. 1 Have to contact the fund of the village to get the referal letter to each level of medical service.

(Except in the case of emergency, the referal letter can be brought later)

2. 4. 2 In case of no referal letter from the Fund, the patient have to pay for all the medical expence, but 10 % discount will be offered,

(3) Free medioal service do not include

3. 1 Chronic disease eg. DM, Hypertension, Heart diseases
3. 2 Malignancy
3. 3 Avoidable disease eg. Chronic alcoholism, Venereal discese
3. 4 Other certain disease that maybe specified later by the doctor.

(4) Accidental case

4. 1 Free medical service cover not more than 2,000 Baht or ten times the cost of the card.
4. 2 The patient have to pay for the rest (but 10 % discount will be offered), if the medical expense is more than 2,000 Baht.

- (5) If the card has not been used in one year, it can be renew free of charge each year for another 2 years.

B. The Blue Card for Maternal and Child Care

(1) The MCH. Card cover

1. 1 Pregnant mother

1. 2 New member from this delivery.
- (2) The Card is free for
 2. 1 Ante natal care, 4 visits
 2. 2 Delivery
 2. 3 Post natal check - up
 2. 4 Complete immunization for the child eg : BCG., DPT.,OPV, M. etc.

Money management

All the money of the Health card sole in the village is called " Health Card Fund of the village " The Fund would be divided into 2 parts. The first part (about 40 %) is for Revolving Health Development Fund of the village, eg. Drug Co - operation Nutrition Fund, Sanitation and Safe water supply Fund and Multipurpose Fund.

The second part is for the Health Center and Hospital's Expense substitutes, incentives for service personnels and managerial expenses for the village committee.

The Health Card Program Expansion Plan

By the end of this year (1984), each province in Thailand will have the Health Card Program settle down in at least one subdistrict. It is suggested to begin first in the subdistrict that already has its well organized cooperative. This is to reduce management problems of the fund.

In order to expand this program throughout the country, the training course have been held here in Rajburi Province. The trainee will be trained so that they can be trainer at their Province. The training courses are divided into two levels.

A) Regional level

B) Provincial level

The trainee are from the : the Provincial Health Office, the director of the Provincial Hospital, the head of the department in the hospital, the director of the District Hospital etc.

We hope that this "Health Card Program" would be one of the most important things to help us to achieve the goal "Health For All" before the Year 2000.

CENTER

MATERNAL AND CHILD HEALTH

REGION 7,

RAJBURI PROVINCE,

THAILAND. 70000.

SEPTEMBER 11th, 1984

JICA