No. 020

ASEAN人造りプロジェクト
タイ国プライマリ・ヘルスケア
訓練センター予備調査報告書

昭和56年12月

国際協力事業団
医療協力部

医　協
[redacted]
82−09

ASEAN人造りプロジェクト
タイ国プライマリ・ヘルスケア
訓練センター予備調査報告書

JICA LIBRARY
1042245[9]

昭和56年12月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団
受入月日 '84. 8. 23
登録No. 13734
122
98
MCF

はしがき

１９８１年初頭鈴木総理大臣が東南アジア諸国連合（ＡＳＥＡＮ）を歴訪した際，〝人造りプロジェクト〟構想を提唱したのに対し，タイ国政府は，国家事業として取り組んでいるプライマリ・ヘルスケアのための人材養成及びそのサービスの質的向上を図るため「プライマリ・ヘルスケア訓練センタープロジェクト」を取り上げることを決定し，わが国の協力を要請してきた。

これに応え，当事業団はタイ国のプライマリ・ヘルスケア事業の状況及びタイ側の計画規模等につき調査するために，８月に第一次予備調査団を，また１１月に第二次予備調査団を派遣した。本報告書は両調査団の調査結果をとりまとめたものである。

本件プロジェクトに対する技術協力は，今後の事前調査及び実施調査を経て実施の運びとなる予定であるが，効果的な技術協力を展開していくために，関係者各位のより一層のご協力をお願いする次第である。

昭和５６年１２月

国際協力事業団
理事　長谷川　正　男

目　　　次

Ⅰ. ASEAN人造りプロジェクトの背景及び経緯 …… 1

Ⅱ. 第一次予備調査（昭和56年8月）

1. 目　的 …… 5
2. 構　成 …… 5
3. 日　程 …… 5
4. タイにおけるプライマリ・ヘルスケア（PHC）政策の展開と活動の現状 …… 6
5. 協議の概要 …… 11
6. 基本構想の概要 …… 14
7. 総括的考察及び結言 …… 17

Ⅲ. プロジェクト計画書（英語，和訳） …… 21
49

Ⅳ. 第二次予備調査（昭和56年12月）

1. 目　的 …… 75
2. 構　成 …… 75
3. 日　程 …… 75
4. 協議の概要 …… 76
5. 総括的所見及び要検討事項 …… 87

Ⅴ. 資　料

1. PRIMARY HEALTH CARE IN THAILAND …… 93
2. 関係機関組織図 …… 115
   (1) NESDB …… 115
   (2) 公衆衛生省 …… 117
   (3) 国立マヒドン大学 …… 118
3. 関係者名簿 …… 120

I. ASEAN人造りプロジェクトの背景及び経緯

I　ASEAN人造りプロジェクトの背景及び経緯

「人造り援助」構想は，援助相手国の国民の受益層を広げることを狙い，故大平前首相が１９７９年５月のマニラ・UNCTAD（国連貿易開発会議）と東京サミットにおいて明らかにしたものであり，鈴木首相が１９８１年１月にASEAN5か国を歴訪した際，人造りプロジェクトを提唱した。

そこでわが国政府は１９８１年３月末から４月にかけて，東京において「日本・ASEAN人造りプロジェクト準備会議」を開き，人造りプロジェクト構想の趣旨及び基本的枠組につき説明を行い，各国の実情に基づく人造りプロジェクト案の提出を求めた。

同年５月，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続きわが国との間で二国間協議が進められるべきこと，各国におけるプロジェクトの実施については準備が完了次第取り進めること等が申し合わされた。

タイ国は，人造りプロジェクトとして，「天然ガス・石油化学訓練研究センター」，「高地農業開発訓練研究センター」及び「プライマリ・ヘルスケア訓練センター」の３プロジェクトを提案したが，６月外務省技術協力第２課長を団長とするコンタクト・ミッションに対し，タイ側は上記３案件のうち，「プライマリ・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した。

以上の経緯を踏まえ，「プライマリ・ヘルスケア訓練センター」プロジェクトを推進するために，８月に第一次予備調査団，１１月末に第二次予備調査団を派遣することになった。

Ⅱ. 第一次予備調査（昭和５６年８月）

Ⅱ 第一次予備調査

1. 目 的

タイ政府から提出のあったProject Proposalについて詳細を聴取し，計画内容の妥当性等につき調査し，プロジェクトの推進に寄与する。

2. 構 成

団長（総　括）	中 沢 幸 一	国際協力事業団医療協力部長
団員（公衆衛生）	橋 本 正 己	国立公衆衛生院衛生行政学部長
（技術協力）	平 賀 慶 暉	外務省経済協力局技術協力第２課々長補佐
（公衆衛生）	南 沢 孝 夫	厚生省社会局老人保険課々長補佐
（業務調整）	熊 倉 晃	国際協力事業団医療協力部医療協力課

3. 日 程（派遣期間：１９８１年８月３日～８月９日）

８月３日(月)	東京 JL717 バンコック	
４日(火)	１０：００	日本大使館（久保田参事官，伍藤書記官）及びＪＩＣＡバンコック事務所（河西所長，坂牧職員）にて日程等の打合せを行う。
	１５：００	第１回全体会議 NESDB(National Economic and Social Development Board)にてタイ国のPHCの実情に関するオリエンテーションを受けると共に本件プロジェクトのタイ側計画書を受理する。
５日(水)	７：００	PHC の実情把握のためSupanburi（バンコックより約９０Km）及びKhanchanaburi 県（バンコックより約１２０Km）を訪問し，県，郡，村段階におけるＰＨＣ活動を視察する
６日(木)	９：００	マヒドン大学Bahgkok キャンパスにて大学の沿革等につきオリエンテーションを受けると共に本件プロジェクトの実施体制等につき協議する
	１２：００	本件プロジェクトのセンター建設予定地（マヒドン大学Salayaキャンパス，バンコックより約１８Km）を視察する

	14：00	マヒドン大学Raivithiキャンパス（バンコック市内）にて本件プロジェクトのタイ側計画案につき協議する
7日㈮	9：00	第2回全体会議（於：NESDB
	12：00	NESDB長官主催昼食会
	14：00	マヒドン大学Raivithiキャンパスにて本件プロジェクトにつき協議する
	19：00	団長主催夕食会
8日㈯	10：00	公衆衛生省視察
	午　後	資料整理
9日㈰	バンコック —JL466→ 東京	

4. タイにおけるプライマリ・ヘルスケア（PHC）政策の展開と活動の現状

(1) アジア大陸東南部の中央に位する立憲王国タイは，国土面積51.4万平方粁，人口4,606万（1979）を有し，全人口の約10％が首都Bangkok に，約10％がその他の都市に居住するほか，人口の約80％は農村地域の農民である。民族的には90％以上がタイ族でタイ語を話し，仏教徒である。1979年における人口増加率2.4％，零歳平均余命は男子58歳，女子64歳，出生率24.5，粗死亡率5.1，乳児死亡24.8，新生児死亡率9.5，死産率1.4である。また同年におけるGNPは556,779百万バーツ（国民1人当たり12,067バーツ）で，政府予算に占める保健・医療関係予算は6.07％（1978）である。

(2) 1960年代以降，国家経済社会発展計画が進められているが，その中におけるヘルスセクターの推移をみると，第1次5か年計画（1961～66）では保健・医療施設の建設を拡充に重点がおかれ，第2次5か年計画（1967～71），及び第3次5か年計画（1972～76）では農村を対象とする施設整備の促進と，低所得層に重点をおく保健・医療サービスの向上が進められた。さらに第4次5か年計画（1979～81）では，保健・医療サービスの科学的基礎の強化と，農村部特にVillage 部落レベルの人々の保健・医療の改善すなわちPHC活動のための推進策が，積極的に進められている。

(3) タイにおける国民保健の主要な問題は，保健・医療サービスのカバレージが未だ全人口の25～30％に過ぎず，国の保健・医療予算の80％を投じて建設された保健・医療施設も，全国民の20％によって利用されているに過ぎない，というきびしい現実である。また，近年主要な死因として，高速道路整備等による交通事故死が激増している半面，農村部では依然として安全な給水の欠除，感染症の蔓延，栄養不足等が主要な問

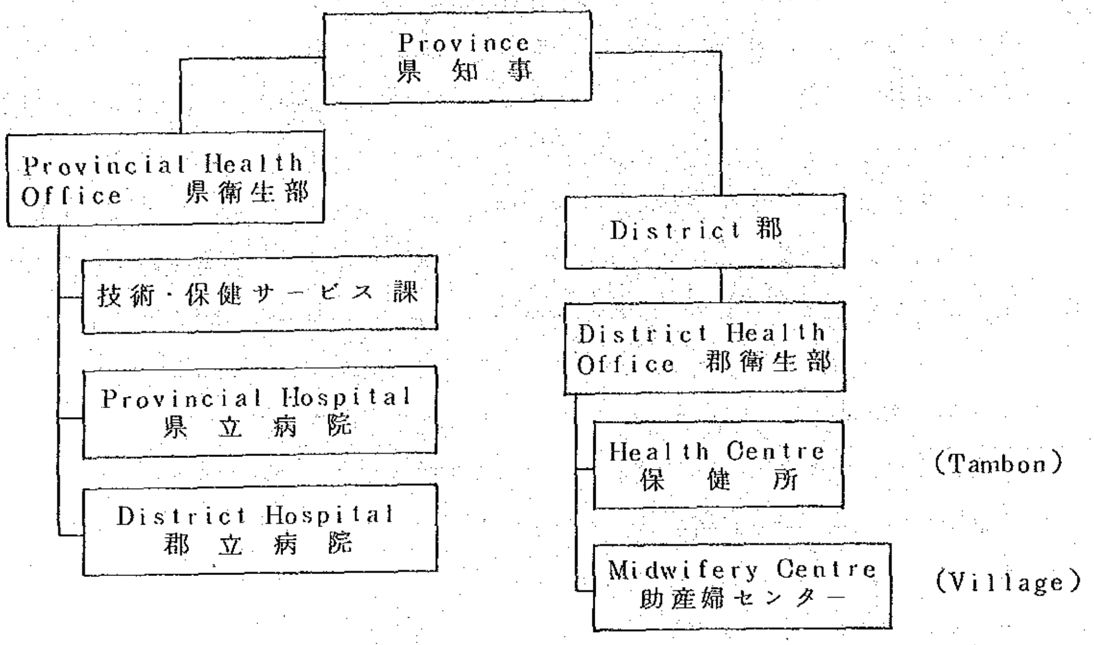
題である。

(4) タイにおけるPHCは，1969年Sarapee Districtにおけるパイロットプロジェクトに始まった。Sardpeeは，タイの北部チエンマイ県の県都チエンマイの中心より東南約9粁に位置し，人口約6万（1975），1969年よりUSAID及びWHOの援助を受けてタイ公衆衛生省が実施した総合地域保健計画の試験的研究プロジェクトであり，家族保健，マラリア対策，栄養改善等に重点をおいたものであるが，1971年にはTambonに保健所が設けられ，このような努力の中から現在タイのPHC活動の重要な要素である保健ボランティアの先駆が育成された。PHCについてはこの他にも幾つかのパイロット・プロジェクトがあるが，よく知られているLampang プロジェクトは，1974年以降USAID，APHA，及びハワイ大学公衆衛生学部の援助を受けて公衆衛生省が実施したものである。このプロジェクトの主眼は，利用可能な社会資源の最大限の活用によって，低コストの包括的地域保健システムを開発するところにあった。Lampang 県はタイ北部の農村地帯で人口約60万，11のdistricts があるが，このプロジェクトはうち6つのdistricts で実施されたのであるが，その進め方は多くの点でWHO／UNICEFによるPHCと共通している。

すなわちタイにおいては，アルマ・アタ宣言に先立ち，Sarapee からLampang に至る自主的な諸プロジェクトの経験を実績の中から，地域のニードに即した保健システム開発の努力がなされ，これに基づいて第4次5か年計画の中にその全国的普及拡充が位置づけられるとともに，1978年9月のWHO／UNICEF主催のアルマ・アタ会議によるPHC宣言によって，いっそうの強化をみることとなったのである。

(5) タイは，社会経済的，文化的に特色のある北，南，中部，北東の4つのRegions に分かれているが，全国的な行政のシステムは，中央政府の下に，1977年現在，71のProvinces(県)，570のDistricts(郡)，5,229のTambons（町村），及び48,847のVillages（部落）によって構成され，行政は高度に中央集権的であり，一般行政はMinistry of Interior（内務省）によって統括されている。保健・医療行政のシステムも前記の構造に即したもので，県レベルの行政機構の現状を要約すると次のとおりである。

県レベルの保健・医療行政機構



(注) 以上のほかに県と郡の中間に位置づけられる118のMunicipalities市があり，市長は県知事の統轄下で市の衛生行政を行っている。

また，1977年現在，以上の各レベルの行政単位に設けられている保健・医療施設の数，配置職員，サービスのカバレージの状況を要約すると次のとおりである。

保健・医療施設等の現状（1977）

Provinces 県	……	県立及び市立病院97（県の首都にはすべて設立）
Districts 郡	……	郡立病院（医師，サニタリアン，助産婦，看護婦）327 （郡全数の57%に設置）
Tambons 町村	……	Health Centre保健所（助産婦，サニタリアン）3,823 （町村全数の73%に設置）
Villages部落	……	Midwifery Centre助産婦センター（助産婦）1,800 （全部落数の3.7%に設置）

(注) 1. 県立病院はおおむね60床以上，郡立病院は60床以下である。

2. Midwifery Centreは各部落に属し，公的施設ではない。

(6) 次に第3次経済社会発展計画の最終年1976年現在の主要な保健・医療従事者の状態をみると，医師は5,210人で約7,600人の住民に対し1人の割合でその不足はきびしく，歯科医師744人，薬剤師2,074人，正規看護婦13,700人，助産婦

7,304人，准看護婦10,474人，正規サニタリアン63人，である。これに対し，第4次計画（1977～81）期間中のこれら保健・医療従事者の養成のターゲットは次のとおりで，PHCを推進するための重要なワーカーとして，Village Health Volunteers(VHVs)，Village Health Communicators(VHCs)をはじめ，農村部で副医師的な役割を担うため，新しく養成が開始されたNurse Practitoners（NPs）等が特に注目される。

第4次5か年計画（1977～81）中のHealth Manpower 養成のターゲット

職種	教育期間	養成数
医師	6年	2,500
歯科医師	6年	750
薬剤師	5年	1,250
Nurse-Midwife	4年	10,000
Nurse Practitioner	1年	1,400
助産婦	1.5年	2,500
准看護婦	1.5年	7,590
VHVs	2週	22,400
VHCs	1週	224,000

(7) VHCs及びVHVsは，Villaeにおいて実際にPHCを担当する無給のボランティアであり，PHC推進のための必須不可欠の人々である。これらボランティアの配置基準として，VHCについては8－15世帯ごとに1人，VHVについては平均してVillageごとに1人，すなわち住民約50人に1人のVHC，約500人に1人のVHVの配置が目標とされている。すなわち，第4次計画のターゲットが達成されると，全Village の約50％に前記配置基準によるVHCs及びVHVsが実現することとなる。これらボランティアの選衡には慎重な考慮が払われており，その基礎となるのはVHCs の選衡であり，このためにSociometryによる調査とともに，①そのVillageに居住し，働いていること，②村民の信頼が厚いこと，③職業を持ち生活が安定していること，④公務員または村長でないこと，が条件とされている。

(8) VHCs の任務は次のとおりである。

① 担当する住民に保健に関する情報を伝達する。

② 担当する住民から，出生・死亡・移住・妊娠，及び保健に関する問題，ニードについて情報を集める。

③ 次の諸事項について，住民に知識を与え，助言を行なう。

栄養と食物の供給，安全な給水と清掃，母子保健（家族計画を含む），予防接種，地方病の予防，ありふれた傷病の手当，必要な薬品の供与。

VHVsの任務は次のとおりである。

前記のVHCsの任務に加えて，担当する住民に次のようなサービスを提供する。

① 乳幼児に対する補足的な食物の供給

② 就学前の幼児の体重の測定

③ 家庭薬，及び公衆衛生省の許可したその他の薬品の供給

④ 外傷，骨折，火傷の際の応急処置

⑤ 保健職員によって確認された住民への避妊用ピル，またはコンドームの配給

(9) タイにおいては，1979年12月に開催された全国PHC会議によって，PHCの内容として次の11項目が掲げられているが，このうち①～⑧はWHO/UNICEFによって示されたものであり，⑨～⑪は同会議の結果追加されたものである。

① 健康教育

② 地方病の予防

③ 母子保健（家族計画を含む）

④ 予防接種

⑤ 必須薬品の供給

⑥ 日常的な病気の治療

⑦ 栄養改善

⑧ 安全な給水と清掃

⑨ 薬品の濫用防止

⑩ 精神衛生

⑪ 歯科衛生

VHCs及びVHVsの訓練は，それぞれのVillageで行なわれているが，その方式はきわめてinformalであり，小グループ単位でSelf-Teaching-Learning モジュールを基本としている。訓練コースの内容は，健康増進，予防，治療についての諸事項を含んでいるが，第1はTambon Trainers（補助助産婦，サニタリアン，その他Tambonの保健ワーカー）によるVHCs養成のための5日間のコースで，これは35のモジュールについて，それらの利用法，グループへの動きかけ，保健問題のみつけ方等をねらいとしている。第2のコースはVHVs養成のためのTambon trainersによる15日の訓練であり，これには治療等についての25の追加的モジュールが用いられている。

第4次計画のターゲットに即して，1981年までに22,400人のVHVsと224,000

人のVHCsを養成するために，現在公衆衛生省では，3つのレベル，すなわち①中央レベルのtrainer，②Province／Districtレベルのtrainer，及び③Tambonレベルのtrainevを対象として，それぞれのtrainerに対する教育訓練を実施している。

5. 協議の概要

(1) 第1回全体会議（8月4日午後3時，NESDBにて）

出席者

＜タイ側＞

Mr. Prakorb Juangshanich, Deputy Secretary General,
Mr. Visit Boonyakesanond, Director of Population and Manpower Planning Division, Dr. Bunyarak Ninsananda, Chief of International Economic and Foreign Finance Section, Economic and Social Planning Division （以上NESDB）

Mr. Tat Boon-nak, Deputy ASEAN Secretary General （外務省）

Dr. Natth Bhamarapravati, Rector （マヒドン大学）

Dr. Prapon Piyarat, Former Under-Secretary （公衆衛生省）

Mr. San Witatpong, Officer, Mr. Jiroj It-rat, Officer（以上DTEC）

概　要

全体会議ではつぎのような問題が提記された。

o 本プロジェクトの効果的な運営のためには，プロジェクトに関する総合的調整機能の確保が必須であるが，このための組織はどうか。

o 本プロジェクトに関するタイ国側の責任機関はどこか。

o PHC訓練センターがマヒドン大学の敷地内に建設される計画になっているが，大学だけで運営されることにならないか。公衆衛生省との連携をどうするか。

o タイ国側が本プロジェクトの一環として予定している〝Research〟とはどのような内容のものか。PHCの趣旨に沿ったものか。

o 本プロジェクトに関して，タイ国以外のASEAN諸国との協力関係および我国との今後の協力関係をどのように進めるか。

o タイ国が既に各セクションで実施しているPHC訓練との関係はどうなるか。

これらの問題に対するタイ国側の説明の要旨はつぎの通りである。

o タイ国では日本の文部省に相当するものがなく，例えば医科大学なら公衆衛生省と財源的，人材的に交流しながら独自に運営されている。したがって本プロジェクトについても大学と公衆衛生省とが連絡をとりあいながら，共同の責任で運営される

ことになる。なお大学運営の連絡調整機関として首相直属の大学局があり，1人の大学長が局長を兼ねている。

o タイ国側で考えている"Research"とは，PHC訓練を実施するために必要なフィールドにおける調査研究及び衛生統計等の基礎的事項の整備であり，bio-medical researchを指すものではない。したがってPHCの趣旨に沿ったものである。

o 本プロジェクトはASEANプロジェクトであるためASEAN5カ国の技術協力をプログラムに入れる必要があり，セミナー形式等による情報交換の場を提供することは有意義である。

o タイ国では既に各地域レベルにおいて第1線のスタッフの教育を実施している。今回のプロジェクトによるPHC訓練センターでは，これらのスタッフを教育するメンバーを教育することを主眼としている。

以上の討議結果にもとずいて，日本側からタイ国側に対し，8月7日の第2回全体会議までに第2次構想をとりまとめるよう要請した。なお日本側としては，重ねてつぎの3点を強調した。

o 本プロジェクトの運営については，マヒドン大学だけでなく公衆衛生省との連携をよくする必要がある。

o Researchはbio-medicalなものであってはならない。

o Researchの実施に際しては，評価の視点を最初に絞っておく必要がある。

(2) マヒドン大学における協議（8月6日）

ナットマヒドン大学々長は，6日午前，同大学の機構説明の折，PHC訓練センターの設置場所については，同大学のSalyaキャンパスの一角に建設する予定であり，同センターが完成するまでの間，既に建設済の建物を利用して訓練を開始できるとした。そして午後の会議においては，次のような問題が提記された。

o わが方の現行の技術協力システムではランニング・コストの支出が難かしいが，本プロジェクトはPHCを取扱うという性格上，ランニング・コストを支出できるようにする必要がある。

o PHC訓練センターでの研究活動は，PHCシステムのマネージメント，テクノロジーおよびモデリングが柱になるが，モデリングについては，国全体のレベルではなく少数の地域で実施するべきではないか。

o PHC訓練のカリキュラムをどのように設定していくか。

o 訓練の基礎になるのはResearchである。日本側としては，Research方法を設定するための専門家の派遣は可能であるが，日本人自身がResearchに参加することは難かしい。

o Researchを基礎とした訓練活動のために40億円（＝200億円×1/5）という金額が実際に必要か。

これらの問題点に対するタイ国側の説明の要旨はつぎの通りである。

- タイ国ではbio-medical researchの分野はかなり充実しており，今回のプロジェクトではＰＨＣのためのResearchを考えているので，活動の性格上ランニング・コストを切り離して考えられない。
- モデリングについては，できるだけ効率的なＰＨＣ活動が実施できるような方式を策定するために実施する予定であり，国全体で実施するものではない。
- カリキュラムについては，すでに６０のパートからなる手引書ができているので，これをそのまま利用できる。
- タイ国としては，もし日本からの人材派遣が可能なら，（たとえば青年海外協力隊のような）若い人材が一諸にフィールド活動に参加してくれることを望んでいる。
- ４０億円という費用は，どうしても必要なものである。

以上の討議結果にもとずいて，日本側からタイ国側に対し，８月７日の担当者会議までに必要経費の詳細な積算資料をまとめるよう要請した。なお両国の間で，重ねてランニングーコストが不可欠の要素であることを確認した。

(3) 第２回全体会議（８月７日午前９時，ＮＥＳＤＢにて）

出席者

ＮＥＳＤＢ

Mr. Prakorb Juangshanich, Deputy Secretary General, Dr. Bunyarak Ninsananda, Chief of International Economic and Foreign Finance Section, Economic and Social Planning Division （以上ＮＥＳＤＢ）

Mr. Tat Boon-nak, Deputy ASEAN Secretary General （外務省）

Dr. Nattah Bhamaratravati, Rector, Dr. Prawase Wasi, Vice Rector, Dr. Dussanee, Prof. of Faculty of Public Health （以上マヒドン大学）

Dr. Pairote Ningsanond, Deputy Undersecretary, Dr. Damrong Boonyone, Director of Health Planning Div., Dr. Prapom Piyarat, Former Undersecretary （以上公衆衛生省）

ＤＴＥＣ より１名

概　要

タイ側より，プロジェクトを実施するに必要な経費として次のような経費内訳が示された。

1. Building of fixed equipment
2. Audio-visual equipment
3. Equipment for research
4. Transport
5. Administrative cost
6. Research and Development cost
7. National & International Training
8. Field development study
9. National Network of ATC/PHC 4 centers
   Faculties, Transport
10. Expert from Japan and fellows to Japan

この内訳にもとづいて，ただちにプロジェクト経費一覧が作成された。

(4) マヒドン大学における討議（８月７日午後２時）

午前中に提出された経費一覧にもとづき，経費についてより詳細な討議がなされた。

○タイ国側から示された年間の研修計画は

１クラス３０人×１４コース＝４２０人

となっている。なお１コースの研修期間は１カ月間である。

○タイ国以外のＡＳＥＡＮとの関係については，年１回セミナーを開き情報交換を図ることとする。

予定人員３５人　うち５人は日本人の予定である。

○タイ国が日本側に対して特に派遣を希望する専門家は，全般的な広い知識をもつ総括の専門家及びAudio-Visualの専門家である。

6．基本構想の概要及び要検討事項

(1) プロジェクトの概要

1) 背　景

世界保健機構（ＷＨＯ）は「西暦２０００年までに全ての人に健康を」活動目標として設定しているが，健康・保健水準の向上は全世界的課題であり，いわゆる「プライマリー・ヘルスケア」の向上はそのために中心的な要素となる。このプロジェクトは，ＡＳＥＡＮ各国にとっても共通の課題であるプライマリー・ヘルスケアの向

上について，住民レベルに直結した指導員・普及員等を訓練・養成し，あわせてモデル地域での実習・調査を通じた改善手法の開発を図るセンターを設立しようとするものである。

2) 実施期間

国立マヒドン大学及び公衆衛生省

3) プロジェクトコスト

４００百万バーツ

4) センター設置場所

マヒドン大学サラヤキャンパス内

5) センターの目的

本センターは，普及員・指導員に対する教育・訓練の実施，プライマリー・ヘルス・ケア向上のための手法の開発を通じタイ国内における保健・衛生水準の全般的向上を図ることを目的とし，実習訓練及び手法開発のためモデル地区を設定して活動を行う。また，成果を広くASEAN各国に資するものとするため，ASEANプログラムをも実施する。

6) センターの業務

① 地域住民レベルと直結したヘルス・ワーカー，ミッド・ワイフ等を対象とする教育・訓練コースを設定し実施する。

訓練コース数：年間１４コース

訓練コース：食物と栄養，安全な給水・衛生，免疫，日常的な病気・外傷の処理，必須薬品，母子衛生・家族計画，伝染病対策，衛生教育（以上８コース），ＰＨＣ教育（４コース），ＰＨＣ管理（２コース）

訓練期間：３０日

訓練人数：３０名／コース　（４２０名／年）

対象者：ＶＨＶ，ＶＨＣの教育者（助産婦，看護婦，衛生士）を中心に，地域リーダー（仏僧，小中学校の校長）及びＶＨＶを対象とする。

② ASEAN各国からの研修員受入れによるASEANプログラムの実施，並びにASEAN及び他の第３国からの専門家招へいによる国際セミナー等の開催。

＜域内訓練コース＞　タイを含め１ケ国２名計１０名を対象とした３ケ月間のコースを年１回実施する。

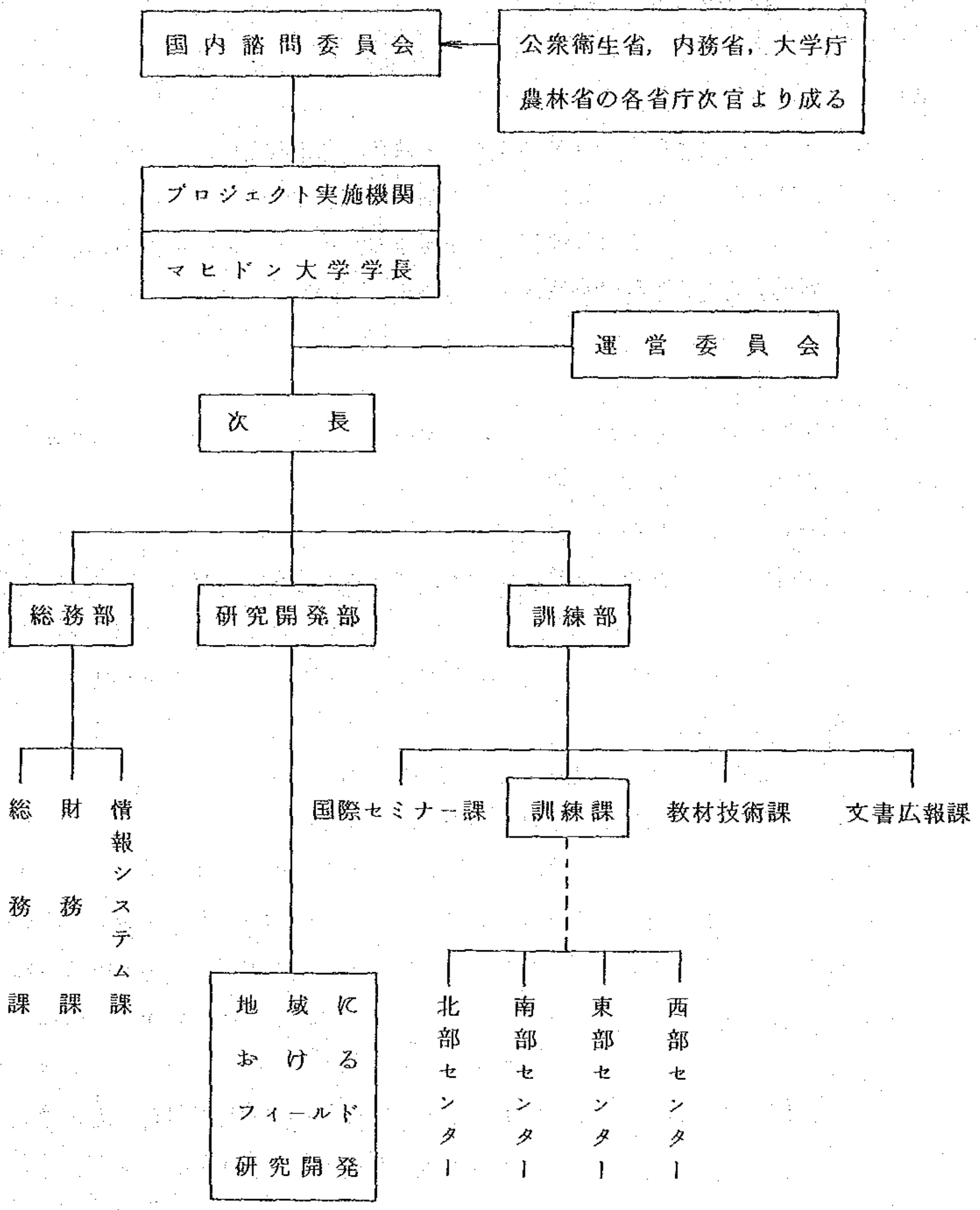
＜国際セミナー＞　ASEAN，日本及び国際機関を対象に，１０日のセミナーを（３５名）を年１回実施する。

③ プライマリ・ヘルスケア向上のためPHC諸要素（食物と栄養等）に関する研究調査及びPHCモデルの開発を実施する。

調査・研究内容：上記①の訓練コースと同様。

方　　　　法：大学及び公衆衛生省の専門家に委託する。

7) センターの組織



7. 総括的所見

(1) タイにおけるＰＨＣは，１９７８年９月のアルマ・アタ宣言に先立ち，すでに1969年以来，自主的，政策的にとり上げられて試行を重ねてきた課題であり，前記宣言を契機に，その全国的推進を図るために，現在の第４次国家保健計画（１９７７～８１）の中に明確に位置づけられ，着実に成果をあげつつある。したがって，ASEAN人造りプロジェクトの一環としてタイより提案され，今回の基本構想調査の対象となったＰＨＣ訓練センターに関するプロジェクトは，その実現によりタイ国自身のためにきわめて時宜を得た見るべき効果が期待されることはもとより，他のＡＳＥＡＮ諸国に対しても，それぞれの社会経済，文化的状況に即して，ＰＨＣの推進が政策的にとり上げられ，現在積極的に進められつつあることからみて，諸国間の経験と情報の交流等を通じて，ＰＨＣの推進に寄与するところが少なくないものと考えられる。

(2) ＰＨＣはすぐれて現実的，実践的な課題であり，本プロジェクトの特色もこれを反映している。すなわち本プロジェクトは，Village レベルのボランティア（VHCs及びVHVs）の活動の進展と質の向上のための trainersの訓練を主眼とするものであるが，このためには訓練の方法，内容の質的向上と，その現実の裏づけとなるフィールドにおける各種の研究調査の実施が必須の要件である。また本プロジェクトの成否にかかわる基本的課題が，ＰＨＣに関する教育訓練，研究調査について実績と能力を有する専門的な機関と，ＰＨＣ推進に関する公的責任を有する国の行政機関との間における永続的かつ効果的なCoordination 調整，Cooperation 協力の機能の確保であり，このための有効な組織態勢の確立にあることは明らかである。

(3) 本調査団の到着後，第１回のＮＥＳＤＢにおける会議の席上配布された本プロジェクトのタイ側の第２次基本計画案においても，これがマヒドン大学とタイ国公衆衛生省との〝Collaborative Project〟であることが冒頭に明記されている。またこの会議におけるタイ側の説明の大部分は，マヒドン大学々長ナッツ博士による本プロジェクトの総合的運営のための組織，機構の構想に関するものであった。

本調査団としては，プロジェクトの最終責任の所在を明確にするため再三タイ側と話しあったが，タイ側のこの点についての考え方は，マヒドン大学が実質的に責任を負い，公衆衛生省がその実施に対して積極的に協力する，ということに終始したのが実情であった。

この点は，マヒドン大学の本プロジェクト実施に対する熱意と，その人的，物的条件，これまでの保健分野における教育と研究の実績からみて，妥当なものであると考えられる。

(4) 前項と関連して，ＰＨＣ訓練センターの施設建設の用地としては，Bangkok市内の

マヒドン大学の主キャンパスより約18粁の地点にあるサラヤ・キャンパス(約800エーカー，すでにキャンパス関係管理の本部ビル，図書館，教養課程教育棟，宿舎等建設ずみ)の，本部に隣接する約20エーカーの土地が準備されている。この用地は，Bangkokよりの高速道路も近く完成予定で，電力及び水の供給にも問題はなく，予定用地の環境条件は基本的にみてきわめて好適なものと認められる。

(5) 本プロジェクトは，その特質上，無償供与と技術協力を組み合わせたものとなるが，訓練センターの施設の完成には2か年(1982－83FY)を要することから，これによる訓練事業の全面的開始は，1984年4月が目途と考えられるが，マヒドン大学々長の意向としては，前記サラヤキャンパスの諸施設には，訓練センター施設完成までの2年間においても，必要な施設等のスペースの余裕があり，1982年4月からの事業開始を目途として早急に具体的な諸準備に着手したい，とのことであった。この点については当方としても，センター施設の建設に先立ち，可及的速かに技術協力プロジェクトを開始し，PHC訓練の具体計画，これに必要な研究調査計画，訓練資材，視聴覚機等について必要な専門家を派遣するとともに，タイ側のカウンターパートの研修の受入れ等についての具体的計画を早急に作成することが必要であると考えられる。また，センター施設完成後における機材供与，専門家派遣，研修員受入等を要する年限については，タイ側としては未だ意見が確定していないが，プロジェクトの特質からみて，3年～5年を要するものと考えられる。

(6) 今回の調査の過程で，NESDB及びマヒドン大学関係者との討議の中で，再三とり上げられた問題に〝Research〟がある。討議の結果，タイ側の第1次，第2次計画案中にあるResearchは，Bio-medical分野の基礎的研究(これはマヒドン大学自体が十分に実施する態勢と実績を有するとのこと)ではなく，コミュニティに密着した，PHCの効果的な展開に必要なModelling を含むHealth Services Researchであることが確認された。この種の研究調査は，PHC訓練の効果的推進のためには必須不可欠であり，現状ではタイ側にこれを実施するための研究費がいちじるしく不足していることから，何らかの方法でこれに予算的な支援を行うことがぜひ必要と考えられる。

(7) 本訓練センターの効率的な運営，管理に必要な常勤のKey Personsは，タイ側の意見では10～12人とされ，これは最低限必要なものと考えられるが，このほか訓練事業の実施に必要となる諸経費については，タイ側での予算化はきわめてきびしい実情にあることが訴えられた。これらの経費は，前記の研究調査のための経費とともに本プロジェクトの運営には必須不可欠のものであり，また本年10月からの82会計年度については，本構想提案との時間的関係もあって，本プロジェクトに対する予算措置が全く講じられておらず，これらいわゆるソフト面の経費は当方としての在来の予算にはなじ

み難いとは思われるが，本プロジェクトの特質上，その実現方について最大の努力を要する事項と考えられる。

(8) 本訓練センターの他のASEAN諸国との具体的な関係については，未だタイ側として十分検討されていない模様であるが，今日PHCの推進はいずれの国においても保健政策の最重要課題のひとつであり，PHC訓練及びこのための研究調査PHC展開のStrategy, Modelling等について，各国からの関係者の参加を得てセミナー，ワークショップ等を開催し，経験と情報の交換，Modelの試行，評価等を行うことはきわめて有益であり，この場合日本の専門家も大いに役立ちうるものと考えられる。

いずれにしても，本件については訓練センター施設の建設に先立ち，タイ側の要望に応えて，可及的速かに技術協力プロジェクトを開始し，その具体的，効果的な実施計画を十分に討議のうえ作成することが当面の重要課題と考えられる。

Ⅲ. プロジェクト計画書（英語，和訳）

ASEAN HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT PROJECT

T H A I L A N D

OCTOBER 1981

TABLE OF CONTENT

I. INTRODUCTION 27

II. PROBLEM AND NEED IDENTIFICATION 29

III. GOALS AND OBJECTIVES, TARGETS 30

IV. STRATEGIES AND METHODS, INCLUDING EVALUATION 31

V. PLAN OF ACTION 33

VI. ORGANIZATION AND MANAGEMENT 33

VII. DESCRIPTION OF PROGRAM BUDGET REQUIREMENTS 36

VIII. APPENDIX 38

THE ASEAN TRAINING CENTER FOR PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT, THAILAND

A Collaborative Project of Mahidol University and the Ministry of Public Health of Thailand with the support of the Government of Japan, 1982 - 1986.

1. INTRODUCTION

1.1 Background and rationale

The member countries of the Association of South East Asian Nations (ASEAN) are continuously searching for ways of inter - country cooperation to promote peaceful development in the region. The ASEAN countries have participated with the other member states of the World Health Organization (WHO) both developing and developed, in setting a common social goal of achieving the minimum level of health in all countries for all people which is required for them to be able to work productively and participate actively in the social life of the community in which they live. This is the social goal of the member states of WHO popularly known as "Health for All By The Year 2000". Access for all to Primary Health Care (PHC) and through it to the health care system has been identified as a key strategy through which an acceptable level of health of the people throughout the world can be achieved. There is a common understanding that Primary Health Care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self reliance and self determination. To assure that Primary Health Care contributes to a decent and desirable way of life it must be developed in a careful way according to particular social and economic conditions, health status and morbidity patterns, and state of development of health systems. Primary Health Care must be developed to more fully and effectively use available resources, and to relate to other levels of health care and over all development activities. As the principles of PHC are progressively improved and extended in various forms in the countries of the region and throughout the world lessons must be learned and shared for the benefit of all. It will be important to know more about community participation and behaviour, joint action with other sectors,

appropriate technology, training and supervision of community health workers including their continuing education and development, means of support and referral, and methods of communication between PHC and other levels of the health system. Much is to be learned by doing and through organized research closely linked to development of essential service components of primary health care. The development of primary health care models with a common care but leaving options open for generating a family of models capable of different applications is a necessary stop. To be fruitful such research and development experience must be carried further and incorporated into PHC teaching and learning models for the education and training of teachers and managers of PHC development project, and PHC workers at the community level. Facilities, materials, technology and methods development will be required.

The ASEAN Training Center for Primary Health Care Development (ATC/PHC) in Thailand is an opportunity for ASEAN countries to mutually support their own development through sharing expertise, information, and experience in primary health care development programs, and through sharing of facilities for training and technology development on a regional basis.

Mahidol University of Thailand which is a health sciences oriented University in the ASEAN region is willing to develop, coordinate, and administer the ATC/PHC as outlined in this proposal in close collaboration with the Ministry of Public Health.

1.2 Policy basis

The Thai concept and principles of Primary Health Care which are basically in accord with the declaration of the international Conference on Primary Health Care, Alma Ata, September 1978, became official government policy by cabinet adoption in March 1979. Moreover the principle of socially equitable access for all citizens to effective means for promoting, protecting, and preserving health within a reasonable time frame has been incorporated into the long term and mid term national development policies and plans. The ATC/PHC project which will be implemented during the period of the Fifth National Social and Economic Development Plan will be planned according to the national guidelines. The project concept is in harmony with the recommendations of the committee of ASEAN experts on Health and Nutrition Development and with the policy guidelines approved by the Meeting of ASEAN Health Ministers, Manila, 22 - 24 July 1980.

1.3 Hierarchy of purposes of the Project

The highest purpose of the ATC/PHC project is the cooperative development of the human resources of the member countries of the ASEAN region. The promotion and protection of "health for all" is both an essential component and a major contributing factor to that purpose. Primary Health Care has been developed as a key strategy for attaining the social goal of health for all.

Full development of primary health care is a long term, progressive, and evolutionary process for each country. However, certain factors emerge from experiences in different settings and countries which can be developed into models for teaching and learning, research and development, training, and implementation on a large scale. Therefore the development, testing and promotion of primary health care training and implementation models on both a national and regional basis is the specific selected purpose of the ATC/PHC project.

A research and development program and a training program which include both the technical and managerial dimensions are key contributing purposes.

Tahiland alone will have to spend several billions of bahts to launch PHC in 50,000 villages in the next 5 years. In order to spend this amount of money in the best possible way, Thailand should spend some 5 - 10 % of this amount of money on research, and development so that lessons learned could be translated into plans of action and training programs. The same situations can be foreseen for other Asean countries where PHC are b ing contemplated. The proposed ASEAN/PHC research development and training center will serve as the technical R & D arm of the national PHC programs.

II. PROBLEM AND NEED IDENTIFICATION

Primary Health Care as envisaged above is still in its evolutionary phase particularly in the developing countries of the ASEAN region. Research and development of implementation and training models including all levels of administration, the essential service component areas of PHC, the differing rural and urban settings, and the managerial dimension including intersectoral coordination and community participation will be an ongoing need. This long term development requires considerable financial resource investment now which may exceed the present capability for commitment of the ASEAN countries

individually or as a group. The role of the developed countries in providing financial and technical support will be extremely helpful.

The basic problem is to provide essential health care to all the population. Although each country will have to plan its own strategy, there is a need to share experience on solving such common problems as decentralized community planning, new technologies and ways of applying them, training and research materials, methods and capabilities. The ASEAN Training Center for Primary Health Care will be designed to meet these meeds.

III. GOALS AND OBJECTIVES, TARGETS

The goals of the ATC/PHC project have been described under 1.3. The general objectives of the project are:

1) to develop training and service or implementation models for primary health care in both rural and urban settings;
2) to develop facilities, technologies, materials, methods and programs to meet the developmental training needs of both country and ASEAN region target groups;
3) to share experience and information and to conduct training in primary health care for participants from ASEAN member countries.

Targets of the ATC/PHC project will be set in the two major areas of research and development of primary health care training and service models, and in training, outputs including production of PHC trainees methods, materials and trainees. Training targets will be developed in accordance with the national PHC plan and program, and for the ASEAN member countries in accord with their needs to promote, develop, and maintain training for PHC in their respective countries.

The target date for project start is April 1, 1982. A siz month start - up information gathering, assessment, detailed planning and organization phase is anticipated. Full implementation of the plan of action should begin October 1, 1982, the beginning of the annual national fiscal year. The project will be scheduled to achieve its objectives within the four year period upto October 1, 1986. A six month period for evaluation and forward planning will be included at the termination of the project.

IV. *STRATEGIES AND METHODS, INCLUDING EVALUATION*

Strategies and methods to achieve project objectives will be developed as follows:

Research and development of primary health care models:

1) Field action research projects at the community level in urban and differing rural settings, in the eight essential PHC technical service component areas: food and nutrition, safe water and sanitation, immunization, mother and child health, control of endemic diseases, treatment of common illnesses and injuries, provision of essential drugs, and health education. Field action research projects will also be solicited to focus on community and organization development and the behavioral aspects of PHC development.

   Research projects will be prepared in such a way that research contracts can be given to prospective investigators in the universities and the Ministry of Public Health to undertake the studies.

2) PHC models development, testing and improvement by innovations in purposefully selected settings both rural and urban. The models will gest integrated development approaches, community participation, model effectiveness, self - reliance, and replicability. In the course of the project attention will be given to improvement of occupational health through the PHC approach.

   Certain villages in different regions of the country will be selected for this testing of the various alternatives in the PHC program.

Training in PHC development:

1) establishment of a network of regional training centers on a collaborative basis between Universities and Ministries with a central ATC/PHC facility for coordination and direction:

2) development, production, and dissemination of training materials, methods, and technology;

3) development of country training program in PHC for all levels of teachers, trainers, and workers;

4) conducting PHC training courses, seminars, study tours, and meetings for participating ASEAN member countries.

The target group of people who will be trained will include members of the Ministry of Health or Universities who would serve as trainers of the trainers of PHC workers, Managers of PHC activities, selected PHC workers, medical students, nursing students and other allied health students.

Research Fellows and Consultants and Scholars from ASEAN countries and Japan and other developed countries will be invited and encouraged to spend time at the Center. International Conference, workshops and symposium will be held at the center on a regular basis.

A system approaches to health services and manpower development for a PHC oriented health system will be applied to the - planning of research and development studies and their application to preparation of training programs, manuals, and technology. The strategies will be planned and implemented on a collaborative and intersectoral basis.

Evaluation of the project will be facilitated by setting measures of effectiveness or conditions that will indicate successful achievement of purposes identified in the detailed planning of the plan of action. Evaluation mechanisms will also be built into all individual research and development or training component projects which are contracted separately. Periodic evaluation will be carried out for control and replanning with annual evaluation for improvement. Final evaluation is for effectiveness and efficiency of the whole project. Both internal and external evaluators will be used.

V. PLAN OF ACTION

The project activity can be divided into three phases:

1) Preparatory phase for detailed planning and start - up of operations: April 1 to September 30, 1982.

2) Implementation of Research and Development and Training activities: October 1, 1982 - September 30, 1986.

3) Evaluation and phase in of ongoing program: October 1, 1982 - December 31, 1982.

VI. ORGANIZATION AND MANAGEMENT

The ATC/PHC project will be planned and carried out by Mahidol University in close collaboration with the Ministry of Public Health and with the participation of other related Universities, Ministries, Non - governmental and private organizations and resources at both the Central and peripheral levels of the project operations. The Rector of Mahidol University will be Project Director. Deputy Under - Secretaries of the Ministries of Public Health, Agriculture, Interior, and Education will be Project Co - Directors and 'ex officio' members of the Policy, Planning, and Evaluation Steering Committee of the ATC/PHC project.

The collaborative relationship between the Universities and the Ministry of Public Health will provide enhanced effectiveness of the project through joint planning and decision making, pooling and exchange of resources toward common objectives, specifying relationships and links between the program elements of field research and development and training, and frequent interactions and information exchange. Practical methods and mechanisms for an effective collaborative relationship between Mahidol University and the Ministry of Public Health will be developed as an important preparation for project implementation.

The organization of the project will be based upon the objectives network developed for the project in the detailed planning phase. Management will be by objective and work break - down structure in which every manager

in the project line is responsible for performance of work assigned to his unit or contracted for performance by other institutions or agencies under his units supervision. A program progress reporting system will be organized, and a management information system for financial scheduling, cost flow, variance reporting and work completion and accounting will be developed.

The proposed project organization can be shown as follows:

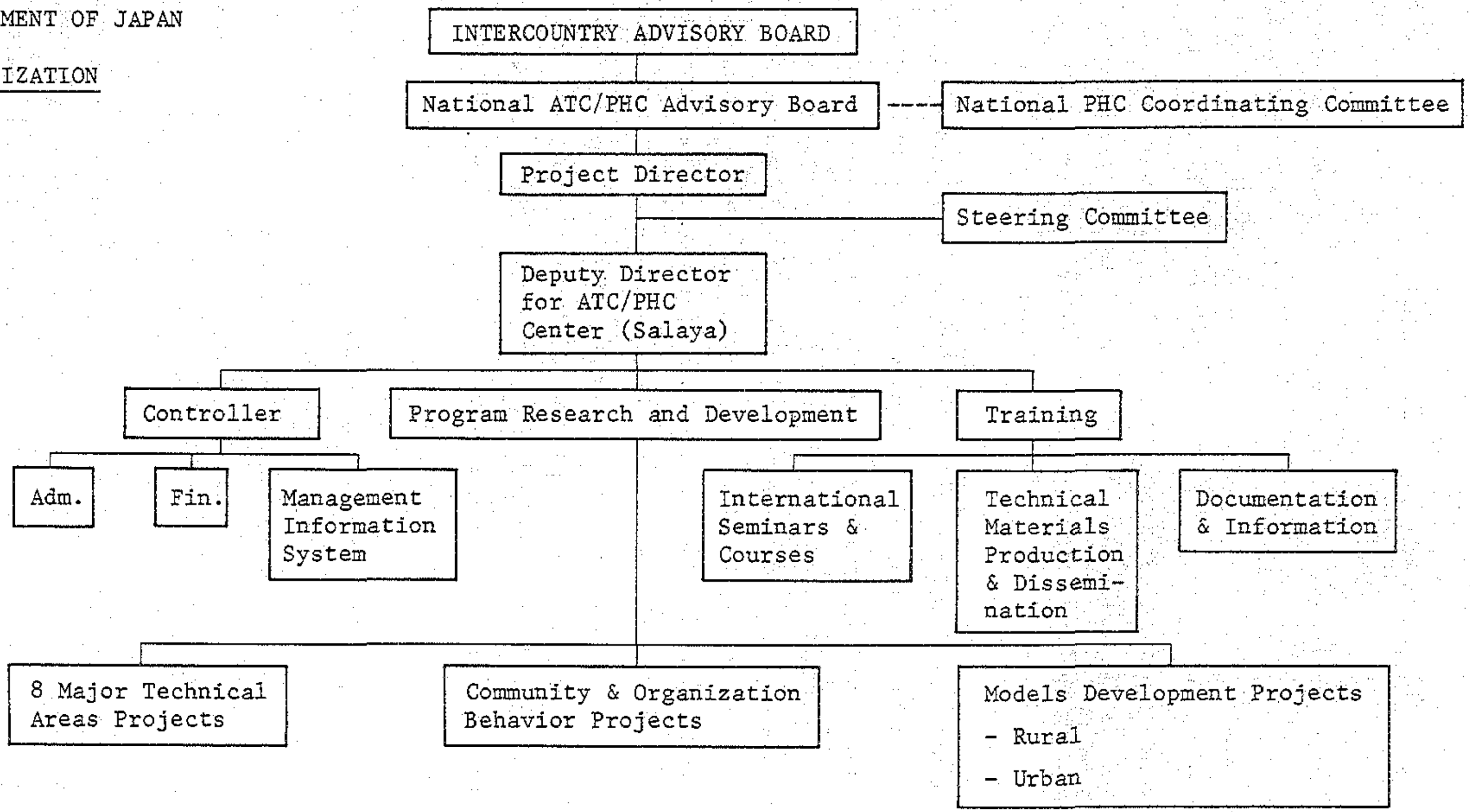
A.S.E.A.N. TRAINING CENTER FOR P.H.C. DEVELOPMENT (A.T.C./P.H.C.)

THAILAND

REGIONAL AND INTERNATIONAL COOPERATION - ASEAN MINISTERS OF HEALTH/HEALTH AND SOCIAL PROJECTS SUB - COMMITTEES

DONOR - GOVERNMENT OF JAPAN

NATIONAL ORGANIZATION



VII. DESCRIPTION OF PROGRAM BUDGET REQUIREMENTS

The major capital and operational cost requirements of the ATC/PHC program have been estimated and allocated over the five year period. Cost estimates for the major annual activities of the project in field research and development and training have been detailed for the first two years of operation and estimated increases in activities projected for the following three years (see appendix 1). Descriptions of field research and development, activities along general lines as the basis for cost estimates are given in appendix 2.

7.1 A basis requirement for the ATC/PHC program will be the physical facilities, technical equipment, and communications capability to make possible the achievement of program research and development, materials production, training and information exchange output targets. Therefore the construction and furnishing of a PHC training center with offices, conference rooms, audio - visual production and exhibition areas, data processing and documentation units, dormitory and feeding facilities is proposed. The Central Training and Coordinating facility for both international and national program activities is planned for a new suburban campus of Mahidol University now under development within convenient commuting distance of Bangkok. PHC development and training centers in other regions of Thailand will also be strengthened and equipped to implement field studies, training activities, and development projects in collaboration with the Ministry of Public Health.

7.2 The program will be able to get underway with the technical cooperation of the government of Japan in the form of experts and fellowships. In addition to technical cooperation in program planning, management and evaluation it is estimated that technical experts in audio - visual materials production and use, and in data processing will be useful.

7.3 A most critical requirement for the implementation of the ATC/PHC program is budget for administrative and supporting services. The ATC/PHC Center will provide a technical basis for national primary health care program development and for technical collaboration among the ASEAN countries and Japan in this key area of human resource development. However, the present financial situation of Thailand does not make it possible for the Thai government to provide the necessary large resources for research and development at

this time. As an intercountry cooperative center three will be multi - lingual requirements in the information and training materials and training and conference activites. Highly qualified and experienced Thai professional staff will have to be recruited and attracted to join the program to assure success. The best available national consultants, advisors, and specialists must also be recruited to assist the program on a part time basis. Facilities, supplies, clerical and other supporting costs of these additional developmental activities must be provided. Although the timing of the national budget cycle does not make it possible for the Thai government to allocate support for the center program until fiscal year 1983, it is expected that approximately mid - way through the program time frame of five years, the government budget can begin to absorb an increasing share of the operational costs of maintaining the ATC/PHC program.

7.4 In the basic area of field research and development necessary for innovative improvement in PHC development, four cost areas have been identified. Since these research projects and sub - projects will be handled on a contractual basis, the formula proposed is 1) contract development cost 10 % 2) operational cost 80 % 3) evaluation and 4) application and dissemination of results costs, together 10 %. The priority areas for research are listed in appendix 2. In addition concepts, techniques, management and operational principles will be formulated into models for testing in both rural and urban settings. Approximately fifty communities from five regions of the country including urban and sub - urban settings will be selected for testing of primary health care models. The cost per community project is estimated at 50,000 baht for a one year project.

7.5 Training and seminar activities are in two areas: national and international. It is proposed to held 14 training courses each year for national trainees. There will be courses in the essential service components of PHC (8) , training and education techniques (4), and PHC management (2). Two courses per year will be held outside the ATC/PHC. There will be approximately thirty trainees per course for a period of thirty days. It is expected that the training can be done for approximately 10,000 baht per trainee.

International seminars and courses are proposed as follows: ASEAN fellowships: one international training course per year to which each ASEAN country may send two trainees. The comprehensive course will be for a three month period. There will be also one international seminar each year for

thirty - five participants from ASEAN and Japan to cover a ten day period.

7.6 Two evaluation procedures are scheduled, the first at the end of the second year of program operation, and the final evaluation.

7.7 Contingency funds are required to meet extraordinary needs of the program not anticipated in the present planning.

Attachment:

Appendix 1 : Estimated Program Cost : Summary and detail.

Appendix 2 : List of field research projects and cost estimates.

Appendix 1

Project Cost
(Million bahts)

Categories	TOTAL	ATC/PHC (Center to be established at Salaya)						NAT/PHC (This will be given to the existing 4 PHC areas of Thailand)					
		1st	2nd	3rd	4th	5th	Sub Total	1st	2nd	3rd	4th	5th	Sub Total
	427	75.5	79.5	59	61	66.5	341.5	19	19	17.5	15	15	85.5
1. Grant in Aid	*	37	37	11	10.5	8.5	104	13	13	10.5	7	7	50.5
1.1 Building and construaction		28.7	29.7	5	5	3	71.4	10	10	5.5	3	3	31.5
1.2 Equipment		5	5	5	3	3	21	2	2	2	2	2	10
1.3 Transportation		3.3	2.3	1	2.5	2.5	11.6	1	1	3	2	2	9
2. Technical Cooperation	*	13	13	14	13	13	66	-	-	-	-	-	-
2.1 Expert/Fellowship to Japan		4	6	6	6	6	28	-	-	-	-	-	-
2.2 A/V Production		4	4	5	5	5	23	-	-	-	-	-	-
2.3 Data Processing		5	3	3	2	2	15	-	-	-	-	-	-
3. Administration and supporting service	*	5	5	8	10	11	41	6	6	7	8	8	35
4. Field research and development	*	7.5	7.5	9	10	11	45	-	-	-	-	-	-
4.1 Research		4	4	5	5.5	6	24.5	-	-	-	-	-	-
4.2 Development		3.5	3.5	4	4.5	5	20.5	-	-	-	-	-	-
5. Training and seminar	*	8	8	12	12.5	14	54.5	-	-	-	-	-	-
5.1 National		5	5	6.5	7	8	31.5	-	-	-	-	-	-
5.2 International		3	3	5.5	5.5	6	23	-	-	-	-	-	-
6. Evaluation	*	-	2	-	-	4	6	-	-	-	-	-	-
7. Contingency	*	5	5	5	5	5	25	-	-	-	-	-	-

Dollar cost is fixed: rate of calculation is one dollar = twenty bahts

Project cost in detail for the first and second year of ATC/PHC (million bahts)

1. Grant in Aid (74 million bahts)

1.1 Building and Construction (58.4 million bahts)

Items		Sq.m.	Cost (Bahts)
General office		300	2.25
Expert/Senior staff office		200	1.50
Administrative conference room		75	0.60
Large conference room		400	3.00
Small conference rooms		450	3.35
Public exhibition area		450	3.35
Theater (auditorium)		300	2.25
Museum		700	5.25
Library and documentation room		300	2.25
A/V Production room		250	1.85
Data processing room		150	1.15
Dormitory and feeding		2,500	18.75
Common room		250	1.85
Furniture Telephone system Solar Air - conditioning system			11.00
	Total	6,325 m^3	58.4

1.2 Equipment (10 million bahts)

1.3 Transportation (5.6 million bahts)

Items	Number	Cost
Office car	6	0.6
Microbus	7	1.75
Bus	2	2
Jeep	4	1.2
Motorcycle	3	0.05
	TOTAL	5.6

2. Technical Cooperation (26 million bahts)

2.1 Expert/Fellowship to Japan (10 million bahts)

2.2 A/V Production (8 million bahts)

2.3 Data Processing (8 million bahts)

3. Administration and Supporting Service (12 million bahts)

4. Field Research and Development (15 million bahts)

4.1 Research contract (8 million bahts)

Items	Cost	
	1st yr.	2nd yr.
Contract development cost	0.5	0.5
Contract operational cost	3	3
Contract evaluation & dissemination cost	0.5	0.5
Sub Total	4	4
TOTAL	8	

4.2 Model Development (7 million bahts)

10 village from 5 areas = 50 villages

Items	Cost	
	1st yr.	2nd yr.
Honorarium Transport Material Design Supervision Media Evaluation	0.07	0.07
Total for one village	0.07	0.07
Total for 50 villages	3.5	3.5
TOTAL	7	

5. Training & Seminar (16 million bahts)

5.1 National training (10 million bahts)

Fourteen courses (8 for PHC elements, 4 for PHC education, and 2 for PHC management) will be conducted each year. Thirty participants for 30 days duration are designed for each courses.

Items	Cost	
	1st yr.	2nd yr.
Honorarium	0.035	0.035
Perdiem (900 man/day x 250 bahts)	0.225	0.225
Transportaion (30 men x 2,000 bahts)	0.06	0.06
Material (30 men x 300 bahts)	0.009	0.009
Overhead	0.029	0.029
Total for 1 course	0.358	0.358
Total for 14 courses	5	5
TOTAL	10	

5.2 International Training and Seminar (6 million bahts)

5.2.1 International training (3.6 million bahts)

International exchange which two participants from each of the five ASEAN countries will be accepted for 3 months.

ASEAN Fellowship	Cost	
	1st yr.	2nd yr.
Air - fare round trip	0.022	0.022
Perdiem (90 days x 1,400 bahts)	0.126	0.126
Local transport	0.007	0.007
Incidental & overhead	0.025	0.025
Total for one participant	0.18	0.18
Total for 10 participants	1.8	1.8
TOTAL	3.6	

5.2.2 International seminar (2.4 million bahts)

One international seminar will be conducted each year. Thirty - five persons from ASEAN countries and Japan will participate the meeting for 10 days duration.

Items	Cost	
	1st yr.	2nd yr.
Air - fare round trip	0.55	0.55
Perdiem (350 man/day x 1,400 bahats)	0.49	0.49
Meeting expense	0.16	0.16
Total	1.2	1.2
TOTAL	2.4	

6. Evaluation (2 million bahts)

7. Contingency (10 million bahts)

Appendix 2

Eleven major areas of research and many research subprojects of high priority to the PHC have been identified in each of the major areas, as follows:

1. Research on Food and Nutrition

   1.1 Food and pesticide residue and food additive, hazards to the health of the people (x 4)

   1.2 Family and community food production for nutrition supplement (x 5)

   1.3 Food habits and nutrition education (x 4)

   1.4 Management of village nutrition services (x 2)

   1.5 Appropriate technology for nutrition surveillance (x 2)

   1.6 Fortification of special nutrient at village level (x 6)

   Total 23 subprojects

2. Health Education

   2.1 Effective health education innovation at village community level in the support of PHC program (x 7)

   2.2 Comparison of different education media for PHC information transfer (x 4)

   2.3 Culture, language and value variables in the perception of PHC by village community (x 4)

   Total 15 subprojects

3. Adequate and safe water - supply

   3.1 Daily utilization of water at village level (x 4)

   3.2 Appropriate standard of quality of water in village (x 2)

   3.3 Appropriate water storage and purification system (x 4)

   3.4 Appropriate water - water disposal (x 4)

   Total 14 subprojects

4. <u>Expanded immunization</u>

4.1 Evaluation of basic immunization (x 4)

4.2 Evaluation of vaccine efficacy under field condition (x 2)

4.3 Innovative delivery of immunization services (x 4)

4.4 Development of special vaccination program for specific endemic disease (x 4)

Total 14 subprojects

5. <u>Simple treatment of diseases and injuries</u>

5.1 Appropriate technology for Diagnosis of common illnesses and injuries (x 4)

5.2 Development of appropriate materials in the treatment of common illnesses and injuries by Village Health Volunteers (x 2)

5.3 Improvement in the treatment of snake - bites and other poisonous animals and plants (x 4)

5.4 Appropriate method of diarrheal treatment by Village Health Volunteers (x 4)

Total 14 subprojects

6. <u>Essential drugs</u>

6.1 List and usage of essential drugs from modern sources (x 4)

6.2 Development of essential drugs from traditional services (x 2)

6.3 Alternative drug service system (x 8)

6.4 Pilot study of community and family garden plot of medicinal plants (x 4)

6.5 Pilot production of essential drugs of local level VS central (x 4)

Total 22 subprojects

7. <u>Maternal and child health and family planning</u>

7.1 Appropriate technology for measuring nutrition growth and development (x 2)

7.2 Improvement care of pregnancy and post - partum individually by Village Health Volunteers (x 4)

7.3 Improvement in dietary management of pregnant and lactating women by health volunteers (x 4)

7.4 Changing attitudes and values of birth control measure among villagers (x 8)

7.5 Surveillance of mortality and morbidity of infant at village level (x 8)

7.6 Role of women as health promotion at family and community (x 4)

Total 30 subprojects

8. Sanitation

8.1 Development of composit sanitation for individual village health assessment (x 2)

8.2 Appropirate latrine system at village level (x 4)

8.3 Alternative waste - disposal system (x 4)

8.4 Appropriate family food sanitation system (x 4)

Total 14 subprojects

9. Educational research in PHC training and evaluation (x 4)

Total 4 subprojects

10. Policy and managerial research in PHC

10.1 Policy development and intersectoral link (x 2)

10.2 Operations research on management of PHC (both urban and rural) (x 6)

Total 8 subprojects

11. Occupational Health

11.1 Primary health care research in industrial community

11.1.1 A study of Industrial health care delivery model with supporting health manpower and materials of district based level in a heavy industrialized area of unplanned character.

11.1.2 A study of industrial health care delivery model with supporting health manpower and materials of provincial (prefectural) based level in a heavy industrialized area of unplanned character.

11.1.3 A study of industrial health care delivery model with supporting health manpower and materials of district based level in an industrializing area of a planned character.

11.1.4 A study of industrial health care delivery model with supporting health manpower and materials of provincial (prefectural) based level in an industrializing area of a planned character.

11.2 Primary health care research in agricultural community.

11.2.1 An exploration of primary health care delivery model with necessary health manpower training materials development and implementation to serve needs of labour force population in agricultural transformation area at the district based level.

11.2.2 An exploration of primary health care delivery model with necessary health manpower training materials development and implementation to serve needs of labour force population in agricultural transformation area at the provincial (prefectural) based level.

11.3 Primary health care research in mining community

11.3.1 An exploration of primary health care delivery model with necessary health manpower training materials development and implementation to serve needs of labour force population in mining areas.

11.4 Primary health care research in special groups of labour force

11.4.1 A trial programs for promoting health care active participation of working women in union activities : Problems identification and necessary programs development.

The programs include:

a) Educational programs
b) Welfare programs
c) Recreational programs
d) Programs for promoting necessary legislation
e) Programs for building public information and opinion
f) Programs for evolving necessary information based on research and documentation.

11.4.2 A study of working - youth (children labour force) phenomenon and its impacts on health and social disasters, with measures on prevention of discrimination and protection of minorities.

11.4.3 Formulation of basic health and safety program for managerial modernization of smaller enterprises in certain designated industrial categories aiming at long - term goal.

11.5 Special research topic

11.5.1 A national industrial hygiene standards development of first priority categories necessary for primary health care program.

11.5.2 A national industrial toxicological standards development of first priority categories necessary for primary health care program.

11.5.3 A national industrial safety standards development of first priority categories.

Total 13 subprojects

（仮　　訳）

ASEAN人的資源開発（人造り）プロジェクト

タ　イ　国

1981年10月

目　　　次

1. 序　　論 …… 53

2. 問題とニーズの確認 …… 55

3. 目標並びに目的 …… 55

4. 戦略と評価を含む方法 …… 56

5. 行動計画 …… 57

6. 組織化と管理 …… 57

7. 計画予算所要額の説明 …… 58

8. 付　　録 …… 62

タイ国に於ける，プライマリ・ヘルスケア開発のためのＡＳＥＡＮ訓練センター

１９８２年以降１９８６年までの，日本政府の支援によるマヒドン大学とタイ国公衆衛生省の協力事業。

1. 序　論

1.1 背景と理論的根拠

東南アジア諸国連合（ASEAN）加盟諸国は，地域の平和的発展を促進するため，絶えず国家間協力の方法を探求している。ASEAN諸国は，開発途上国，先進国を問わず世界保健機構（WHO）加盟国と共に，すべての国民が生産的に働き，彼等が生活するコミュニティの社会生活に積極的に参加できるようにするのに必要な，すべての国に於ける最低保健水準を達成する共通の社会目標の設定にたずさわった。これは，「2000年までに全ての人に健康を」として一般に知られているＷＨＯ加盟国の社会目標である。全国民のプライマリ・ヘルスケア（ＰＨＣ）への到達と，ＰＨＣを通してヘルスケアシステムへの到達は，世界中の国民の許容できる保健水準を達成しうる中核的な戦略であることが確認された。プライマリ・ヘルスケアは，コミュニティに於ける個人と世帯に，完全な参加を通じ，あまねく利用できるようにされた実際的で，科学的に健全な，社会的に許容される方法とテクノロジーにもとづく，本質的なヘルスケアで，国とコミュニティが，独立独行と自己決定の精神で，あらゆる発展段階において，維持することのできる費用を以ってするものであると云う共通理解がある。プライマリ・ヘルスケアを，見苦しくない望ましい生活方式に貢献できるようにするには，社会経済状態，保健状態，疾病率パターン，および保健システムの発展状況に従って，十分注意して発展させなければならない。プライマリ・ヘルスケアは，利用できる資源をいっそう完全かつ効果的に利用し，ほかのヘルスケアのレベルや全般的開発事業に関連づけて，発展させなければならない。ＰＨＣの原理は地域や世界の国々に於いて改善され，色々な形式で普及されるから，教訓を学びとり，すべての国のために分かち合わなければならない。コミュニティの参加と行動，ほかの分野との共同事業，適切なテクノロジー，コミュニティの保健従事者の継続的教育開発を含む訓練と監督，支援と紹介の手段，ＰＨＣとほかの保健システム諸レベルとの連絡方法を，十分に認識することが重要となろう。実践により，また，プライマリ・ヘルスケアの本質的なサービス分野の開発と密接に関連する組織的な研究を通じて，学ぶべきことが多々ある筈である。一般的配慮を以ってし，かつ違った応用のできる一群のモデルを造り出すため選択の途を残したプライマリ・ヘルスケア

の開発が，必要な第一歩である。このような研究開発を実りあるものにするため，経験を更に積み重ね，PHC開発プロジェクトの教師と管理者並びにコミュニティレベルのPHC従事者たちの教育と訓練のためのPHC教育学習モデルに組込まなければならない。

施設，資料，テクノロジーおよび方法の開発が必要となる。

タイに於けるプライマリ・ヘルスケア開発のためのASEAN訓練センター（ATC／PHC）は，ASEAN諸国が，プライマリ・ヘルスケア開発計画に於ける専門知識，情報および経験を通して，また，ASEAN地域ベースで訓練とテクノロジー開発のための施設を分かち合う1つの機会である。

タイのマヒドン大学は，ASEAN地域に於ける保健学を指向する大学であるが，公衆衛生省と緊密に協力して，この提言にのべるATC／PHCを，積極的に開発し，調整し，管理するものである。

1.2　政策根拠

プライマリ・ヘルスケアに関するタイ国の概念と原理とは，基本的には1978年9月に，アルマ・アタに於いて開催された，プライマリ・ヘルスケアに関する国際会議の宣言に遵拠しているが，1979年に，内閣が採択した結果，公式に政府の政策になった。

更に，全市民が，合理的期間内に，健康を増進し，守り，維持するため，効果的手段に対し，社会的に公平に利用する原理が，長期的，中期的開発政策と計画に組入れられた。

ATC／PHCプロジェクトは，第5次国家社会経済開発計画期間中に実施されるが，国家的ガイドラインに従って，立案されることになっている。このプロジェクトの概念は，健康と栄養増進のASEAN専門家委員会の勧告と，1980年7月22日から24日にかけてマニラに於いて開催されたASEAN保健相会議に於いて承認された政策ガイドラインと調和している。

1.3　プロジェクトの階層的目的

ATC／PHCの最高の目的は，ASEAN地域の加盟国の人的資源の共同開発である。

「全ての人に健康を」の促進と保護は，この目的にとって，本質的な構成要素であると共に，重大な貢献要因である。

プライマリ・ヘルスケアは，全国民に対する保健の社会的目標を達成するための重要な戦略として開発された。

プライマリ・ヘルスケアを完全に開発することは，各国にとり，長期的で漸進的な，

発展的プロセスである。しかし，異る状況や国に於ける経験から或る種の要因が現れており，それらは大規模な教育学習，研究開発，訓練および実施のためのモデルにまで発展させることができる。従って，国家的及びＡＳＥＡＮ地域的な根拠に基づくプライマリ・ヘルスケアの開発，試験，および促進は，ＡＴＣ／ＰＨＣプロジェクトの特定の選択された目的である。

研究開発計画と，技術面および管理面の両次元を含む訓練計画とは，目的に重大な貢献をする。

向う５年間に，５０,０００の村落で，ＰＨＣを発足させるため，タイ国だけで，数十億バーツを要するであろう。この金額を，できるだけ効果的に使うには，学んだ教訓が，行動計画や訓練計画に反映できるように，この金額の５％乃至１０％を，研究開発に使わなければならない。ＰＨＣを熟慮しつつあるほかのＡＳＥＡＮ諸国についても，これと同じ状況が予想できる。提言されたＡＳＥＡＮ／ＰＨＣ研究開発訓練センターは，ＰＨＣ国家計画の技術的な研究開発のより所としての役割を果すことになる。

2. 問題とニーズの確認

上記のプライマリ・ヘルスケアは，特にＡＳＥＡＮ地域の開発途上国では，今なお，発展段階にある。ＰＨＣの管理の全レベル，本質的な業務構成分野，農村と都市の異る状況，および横断的調整を含むマネージメント次元を含む実施訓練モデルの研究開発とコミュニティの参加についての必要がいっそう高まるであろう。この長期的発展には，現在，かなりの資金源が必要とされており，ＡＳＥＡＮ諸国の公約に対し，単独たると集団たるとを問わず，その財政能力を上廻わる可能性がある。先進国が，資金面及び技術面の支援を与える役割は，極めて有益であろう。

基本的な問題は，全人口に本質的なヘルスケアを提供することである。各国は，それぞれ自らの戦略をたてなければならないが，地方分権されたコミュニティ計画，新しいテクノロジー，これの応用方法，訓練研究資料，方法および能力などの共通問題の解決に関し，経験を分かち合わなければならない。プライマリ・ヘルスケアのＡＳＥＡＮ訓練センターは，これらの要求を満すため，企画される予定である。

3. 目標と目的（ターゲット）

ＡＴＣ／ＰＨＣプロジェクトの目標は，1.3項に，すでにのべた。

このプロジェクトの一般目的は，次の通りである。

1）農村並びに都市の両方の状況に於けるプライマリ・ヘルスケアのための訓練，サービス或いは実施モデルの開発。

2）タイ国とＡＳＥＡＮ地域の両目標群の発展的訓練ニーズを満すための施設，テクノロジー，資材，方法および計画の開発。

3）経験と情報を交換し，ＡＳＥＡＮ加盟国の参加者のために，プライマリ・ヘルスケアの訓練を実施する。

ＡＴＣ／ＰＨＣプロジェクトのターゲットは，プライマリ・ヘルスケア訓練とサービスモデルの研究開発の２大分野並びに訓練における，ＰＨＣトレイニー方法の確立，資料（教材）の作成，トレイニーの養成である。訓練のターゲットは，ＰＨＣ国家計画に従って作成され，ＡＳＥＡＮ加盟国のために，各国に於けるＰＨＣのための訓練を促進し，開発し，維持する要求に従って，作成されよう。

本プロジェクト発足の目標日は，１９８２年４月１日とする。発足後６ケ月間の情報収集，評価，詳細な計画組織化段階が予想される。行動計画の完全実施は，国の会計年度がはじまる１９８２年１０月１日に発足させるべきである。本プロジェクトは，１９８６年１０月１日まで，４ケ年以内に，目標を達成する計画とする。プロジェクトの終了時に，評価と将来の計画のための６ケ月間を含める。

4．戦略と評価を含む方法

プロジェクトの目的を達成するための戦略と方法は以下の通り。

ペライマリ・ヘルスケアモデルの研究開発

1）都市及び異った農村の状況に於けるコミュニティレベルでの，次の８つの基本的ＰＨＣ技術サービス分野に於ける現場行動的研究プロジェクト。食物と栄養，安全な水の供給と汚物処理，予防接種，母子保健，地方流行病の予防と治療，日常的な疾病と傷害の処置，必須医薬品の提供および健康教育，現場行動的研究プロジェクトは，コミュニティ及び組織的発展並びに，ＰＨＣ発展の行動分野に焦点を合わせるよう懇請する。

研究プロジェクトは，調査を行なうため，大学や公衆衛生省の将来性のある研究員（prospective investigator）に，研究契約が与えられるような方式で作成する。

2）都市と農村の両者から目的に照して選んだ状況におけるＰＨＣモデルの開発 試行および改革的な改善これらのモデルで，総合的な開発方法，コミュニティの参加，モデルの有効性，独立性および複製能力を試験する。プロジェクトの中でＰＨＣ方式による職業的保健の改善に注意を払う。

国内の各種の地域の若干の村落を，ＰＨＣ計画に於ける各種の代替案の試験のために選ぶ。

ＰＨＣ開発の訓練

1）調整と方向づけのための中央ＡＴＣ／ＰＨＣ施設と共に，大学と各省間の協力による地

域訓練センター網の設置。

2）訓練教材，方法，テクノロジーの開発作成および普及

3）全レベルの教師，トレーナおよび従事者のための，PHCの国の訓練計画の作成。

4）ASEAN加盟国の参加のための，PHC訓練コース，セミナー，学習旅行，会議を実施する。

訓練を受ける人々のターゲットグループには，PHC従事者のトレーナのトレーナとして働く公衆衛生省や大学の職員，PHC事業のマネジャー，選択されたPHC従事者，医学生，看護学生その他関連する保健学生を含む。

ASEAN諸国や日本その他先進国の大学の特別研究員やコンサルタント，並びに学者を招へいし，センターで研究等を参画するよう促す。

センターに於いて，定期的に，国際会議，ワークショップ，シンポジュウムを，開催する。

PHC指向の保健システムのための保健サービスや要員を開発するための組織的方法を，研究及び開発計画に適用するとともに訓練計画マニュアル，およびテクノロジーの準備にそれらを適用する。戦略を協同的，横断的に立案し，実施する。

行動計画の詳細な立案の中で確認される目的の完全な達成を示す有効性や条件の判定基準を定めて，プロジェクトの評価を容易にする。

別々に契約する一切の個々の研究開発や訓練要素プロジェクトの中にも，評価メカニズムを組み込む。最終評価は内部及び外部の専門家によりプロジェクト全体の有効性や効率に対しておこなう。

5. 行動計画

プロジェクトの活動は，次の3段階に分けることができる。

1）事業の詳細を立案と発足のための準備段階，1982年4月1日から9月30日まで。

2）研究開発と訓練事業の実施。1982年10月1日から1986年9月30日まで。

3）計画の評価と事業継続の段階。1986年10月1日から12月31日まで。

6. 組織化と管理

マヒドン大学は，公衆衛生省と緊密に協力して，ATC／PHCプロジェクトを立案し，実施し，その他の関係大学，省庁，非政府およびプロジェクト事業の中央及び第一線の非政府並びに民間機関が参加する。マヒドン大学学長は，プロジェクトディレクターになる。公衆衛生，農業，内務，教育各省の次官補は，プロジェクトの共同ディレクターとなり，また，政策，立案，評価運営委員会の職務上の委員になる。

大学と公衆衛生省との間の協力関係が共同立案と意志決定，共通の目的に対する資源のプ

ールと交換，現場の研究開発と訓練の計画要素間の関係と連絡の明記，頻繁な相互接触と情報交換を通じて，プロジェクトの有効性を向上させる。マヒドン大学と公衆衛生省との協力関係を効果的にするための実際上の方法とメカニズムを，プロジェクト実施の重要な準備として開発する。

プロジェクトの組織化は，詳細な計画段階に於いてプロジェクトのために開発された目的的ネットワークにもとづくものとする。

管理は，目的と仕事の構造の分割によりおこない，プロジェクトのどのマネージャーも，自分の部署に割当てられた，或いは自己の部署の監督にもとずく，ほかの研究所や機関が履行契約を締結した仕事の履行に責任を負う。計画の進渉報告システムを組織化し，資金調達計画，コストフロー，変更報告と事業完成並びに会計のための管理情報組織を開発する。

計画プロジェクトの機構は，次ページのように提示できる。

7. 計画予算所要額の説明

ＡＴＣ／ＰＨＣ計画の主な投資及び運営費所要額を見積り，５年間に割り当てた。現場の研究開発および訓練に於けるプロジェクトの年間主事業の費用見積り額を，当初２年間について詳記し，その後の３年間の計画事業の増加を見積った。（別添１）一般的な線に沿った現場の研究開発と事業を，費用見積りの根拠として別添２に記載した。

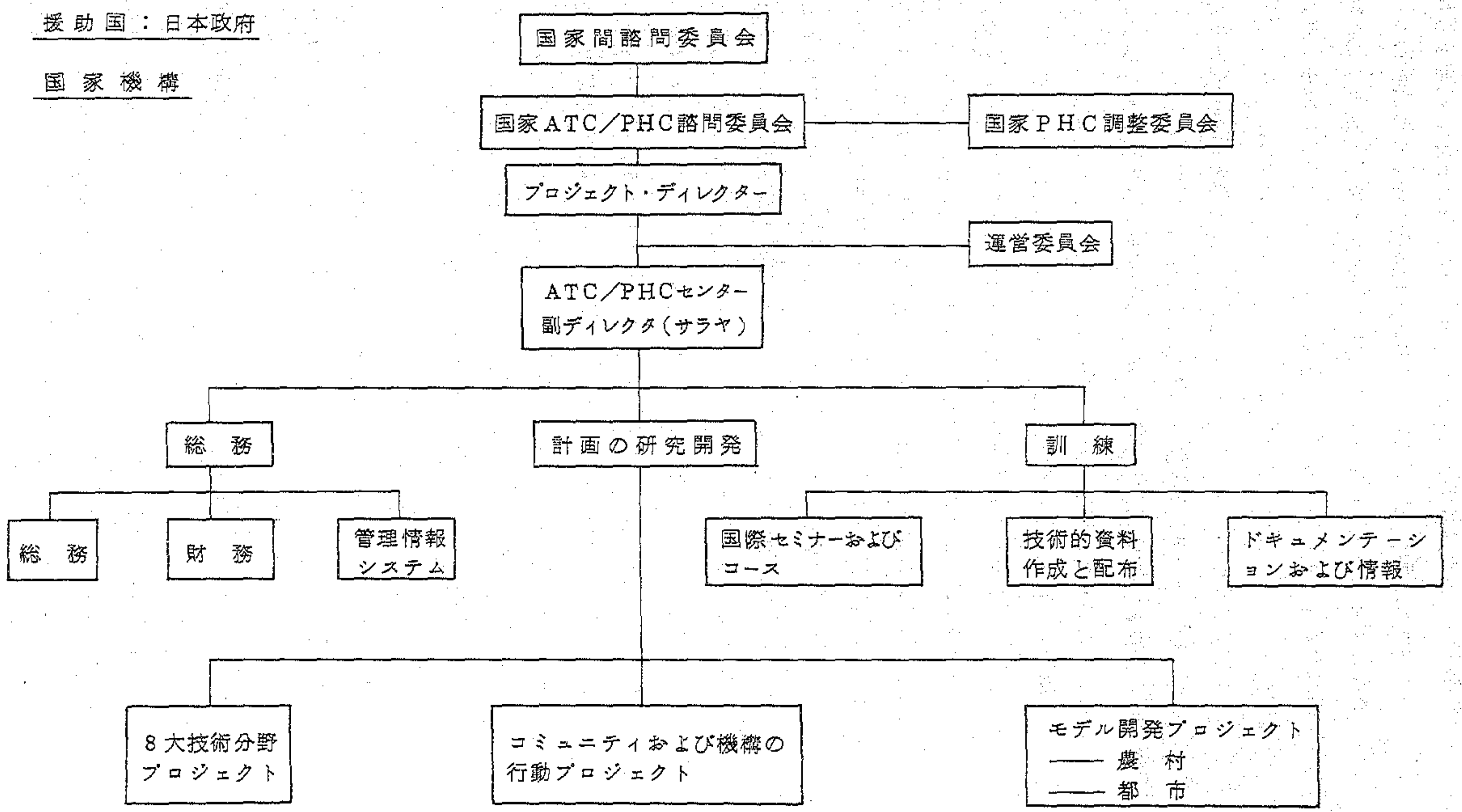
P.H.C. 開発のためのASEAN訓練センター（A.T.C./P.H.C.）

タ イ 国

地域および国際協力　　ASEAN保健相／保健社会プロジェクト小委員会

援助国：日本政府

国家機構



7.1　ＡＴＣ／ＰＨＣ計画の基本的な必要事項は，研究開発，資料の作成，訓練並びに情報交換等の目標を達成できるようにするための，物的施設，技術的設備およびコミュニケーション能力である。従って，事務室，会議室，視聴覚資料作成及び展示場，データ処理及びドキメンテーション部門，寄宿給食施設の建設を提言する。国際的及び国内的計画事業のための中央の訓練，調整施設はバンコックへの便利な通勤距離以内に現在開発中のマヒドン大学の新設郊外キャンパスに計画されている。タイ国のほかの地域に於けるＰＨＣ開発訓練センターをも強化し，公衆衛生省と協力して，現場研究訓練事業並びに開発プロジェクトを実施するため設備をする。

7.2　本計画は，専門家や大学の特別研究員の形での日本政府の技術協力により，実施できる。計画の立案，管理，評価の技術協力に加えて，視聴覚資料の作成と使用並びにデータ処理の技術専門家が役立つと思われる。

7.3　ＡＴＣ／ＰＨＣ計画を実施するための最も切実な要求事項は，管理及び支援業務のための予算である。ＡＴＣ／ＰＨＣセンターは，国家のプライマリ・ヘルスケヤ計画開発と，人的資源開発のこの重要な分野に於けるＡＳＥＡＮ諸国と日本との間の技術協力に対し，技術的基盤となる。しかしながら，タイに於ける現在の財政情勢から見てタイ国政府が研究開発に必要な大規模な財政措置をすることは，目下のところ可能ではない。

各国間の協力センターとして，情報及び訓練教師と訓練並びに会議には，多国語の使解読能力が必要である。この計画を成功せしめるために，高度の資格のある経験豊かなタイの専門スタッフを募集すると共に勧誘して参加させなければならない。国内の最も有能なコンサルタント，アドバイザーおよび専門家を，パートタイムで募集し，計画を支援して貰らわなければならない。これらの追加開発事業の施設，補給品，事務その他支援の費用も提供しなければならない。国家予算サイクルのタイミング上タイ政府は，１９８３会計年度まで，センター計画に対する支援を割当てるのは不可能であるが，５年の計画期間のなかばには，政府予算は，ＡＴＣ／ＰＨＣ維持の運営費割当額を徐々に措置しはじめられると思われる。

7.4　ＰＨＣ開発に於ける革新的な改善に必要な現場の研究開発基本分野には，４つの費用分野がある。これらの研究プロジェクトと小プロジェクトは，契約ベースで処理されるが，提案される公式は，(1)　契約開発費，１０％　(2)　運営費　８０％　(3)　結果の評価，及び，(4)　結果の応用，普及費用総額１０％である。研究の優先分野は，別添２に記載されている。

更に，概念，技術，管理，運営の原則を公式化して，農村と都市の両方の状況に於いて試験するためモデルにまとめる。都市並びに郊外地を含む国内５地域から約５０のコミュニティプロジェクト当り費用は，年間５0,０００バーツと見積られる。

7.5　訓練・セミナー事業には，国内的及び国際的の２つの分野がある。国内のトレーニーのために，毎年，１４の訓練コースの開催を提言する。ＰＨＣ　(8)，訓練教育技術(4)，およびＰＨＣ管理(2)などの本質的なサービス部分としてのコースが考えられる。ＡＴＣ／ＰＨＣの外部で，毎年２コースを開催する。１コース，３０日間当り，トレーニー約３０人とする。訓練は，トレーニー１人当り，約１０,０００バーツで実施できると思われる。

次のような国際的セミナーとコースを提言する。ＡＳＥＮ特別研究員：年間当り１国際訓練コース。ＡＳＥＡＮ各国は，トレーニー２名を派遣できる。総合的コースは３ケ月間とする。ＡＳＥＡＮ並びに日本からの３５名の参加者のために，毎年１０日間の国際セミナー１回を開催する。

7.6　計画運営の第２年末に１回と最終評価の２回の評価手続きが予定されている。

7.7　現在の立案では予想されない計画想外の要求を満すため，臨時費が必要である。

添　付　書　類

別　添　1　：　見積り計画費用　：
　　　　　　　　　　　　　　要約と細目
別　添　2　：　現場研究プロジェクトのリストと費用見積額

Appendix 1

プロジェクトコスト

（単位百万バーツ）

経費内訳	合計	ATC/PHC（サラヤに建設予定のセンター） 1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	小計	NAT/PHC（地方センター） 1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	小計
	427	75.5	79.5	59	61	66.5	341.5	19	19	17.5	15	15	85.5
1. 無償資金協力	☆	37	37	11	10.5	8.5	104	13	13	10.5	7	7	50.5
1.1 建物および工事		28.7	29.7	5	5	3	71.4	10	10	5.5	3	3	31.5
1.2 機　材材		5	5	5	3	3	21	2	2	2	2	2	10
1.3 輸　送送		3.3	2.3	1	2.5	2.5	11.6	1	1	3	2	2	9
2. 技術協力	☆	13	13	14	13	13	66	—	—	—	—	—	—
2.1 日本への専門家／大学特別研究員の派遣		4	6	6	6	6	28	—	—	—	—	—	—
2.2 視聴覚教材の作成		4	4	5	5	5	23	—	—	—	—	—	—
3.3 データ処理		5	3	3	2	2	15	—	—	—	—	—	—
3. 管理支援費	☆	5	7	8	10	11	41	6	6	7	8	8	35
4. 現場研究開発		7.5	7.5	9	10	11	45	—	—	—	—	—	—
4.1 研　究		4	4	5	5.5	6	24.5	—	—	—	—	—	—
4.2 開　発		3.5	3.5	4	4.5	5	20.5	—	—	—	—	—	—
5. 訓練およびセミナー	☆	8	8	12	12.5	14	54.5	—	—	—	—	—	—
5.1 国内的		5	5	6.5	7	8	31.5	—	—	—	—	—	—
5.2 国際的		3	3	5.5	5.5	6	23	—	—	—	—	—	—
6. 評　価	☆	—	2	—	—	4	6	—	—	—	—	—	—
7. 臨時費	☆	5	5	5	5	5	25	—	—	—	—	—	—

㊀ 決定ドル費用：計算レートは，1ドル＝20バーツとする。

別添1　プロジェクトコスト

（単位，百万バーツ）

㋑ ATC／PHC（サラヤに設着されるセンター）

㋺ NAT／PHC（現行のタイ4 PHC地域に設置される）

㋩

1. 無償資金協力
   1.1 建物および工事
   1.2 機　材
   1.3 輸　送
2. 技術協力
   2.1 日本への専門家／大学特別研究員の派遣
   2.2 視聴覚教材の作成
   2.3 データ処理
3. 管理支援覚
4. 現場研究開発
   4.1 研　究
   4.2 開　発
5. 訓練およびセミナー
   5.1 国　内
   5.2 国　際
6. 評　価
7. 臨時費

㋥ 決定ドル費用：計算レートは，1ドル　＝　20バーツとする。

ＡＴＣ／ ＨＣ初年度および第２年度
プロジェクト費用細目　　（単位，１００万バーツ）

1.　資金協力（7,４００万バーツ）

1.1　建物および工事（5,８４０万バーツ）

項　　　目	平方m	費用（バーツ）
一般事務所	３００	2.２５
専門家／大学特別研究員室	２００	1.５０
管理会議室	７５	0.６０
大会議室	４００	3.００
小会議室	４５０	3.３５
公共展示場	４５０	3.３５
講　堂	３００	2.２５
博 物 館	７００	5.２５
図書館およびドキュメンテーション室	３００	2.２５
視聴覚資料作成室	２５０	1.８５
データ処理室	１５０	1.１５
寄宿給食施設	2,５００	１8.７５
共 同 室	２５０	1.８５
備　品		
電話設備		１1.００
ソーラー空調システム		
	合　計	５8.4

1.2　機　材（８００万バーツ）

1.3　輸　送（５６０万バーツ）

	台　数（6,３２５㎡）	価　格
事務所自動車	6	0.6
マイクロバス	7	1.7５
バ　ス	2	2
ジープ	4	1.2
オートバイ	3	0.0５
	合　計	5.6

2. 技術協力（2,600万バーツ）

2.1 日本からの専門家／日本への派遣（1,000万バーツ）

2.2 視聴覚資料作成（800万バーツ）

2.3 データ処理　（800万バーツ）

3. 管理支援費　（1,200万バーツ）

4. 現場研究開発　（1,500万バーツ）

4.1 研究契約　（800万バーツ）

	費用	
	初年度	2年度
契約開発費	0.5	0.5
契約運送費	3	3
契約評価普及費	0.5	0.5
小　　計	4	4
合　　計	8	

4.2 開　発（700万バーツ）

5地域から各10ケ村　＝　50ケ村

	費用	
	初年度	2年度
謝礼金 輸送費 資料費 設計費 監督料 メディヤ料 評価費	0.07	0.07
1　村当り合計額	0.07	0.07
50　村　合計額	3.5	3.5
合　　計	7	

5. 訓練およびセミナー（1,600万バーツ）

5.1 国内訓練（1,000万バーツ）

毎年14コース（PHC要素8コース，PHC教育4コース，PHC管理2コース）を実施する。各コースとも，30日間に30人の参加者を計画している。

項　　目	費　用	
	初年度	第２年
謝　礼　金	0.035	0.035
日　　当（９００人／日×２５０バーツ）	0.225	0.225
輸　　送（３０人×2,０００バーツ）	0.06	0.06
資　　料（３０人×３００バーツ）	0.29	0.29
１コース当り合計額	0.358	0.358
１４コース　合計額	5	5
合　　計	10	

5.2　国際訓練およびセミナー（６００万バーツ）

5.2.1　国際的訓練（３６０万バーツ）

国際交換。ＡＳＥＡＮ５ケ国それぞれから参加者２名を，３ケ月間受入れる。

項　　目	費　用	
	初年度	第２年
往復旅行航空料金	0.022	0.022
日　　当（９０日×1,４００バーツ）	0.126	0.126
地方輸送	0.007	0.005
臨時費および間接費	0.025	0.025
参加者１人当り合計	0.18	0.18
参加者１０人　合計	1.8	1.8
総　　計	3.6	

5.2.2　国際セミナー（２４０万バーツ）

毎年，国際セミナーを１回実施する。

ＡＳＥＡＮ諸国と日本とから３５名が，１０日間の会議に参加する。

項　　目	費　用	
	初年度	第２年
往復航空料金	0.55	0.55
日　　当（３５０人／日×1,４００バーツ）	0.49	0.49
会　議　費	0.16	0.16
合　　計	1.2	1.2
合　　計	2.4	

6.　評　　価（２００万バーツ）

7.　臨　時　費（1,０００万バーツ）

別　　添　　2

研究の１１大分野とＰＨＣに対し優先度の高い多くの研究小プロジェクトが，各大分野に於いて，次のように確認された。

1. 食物および栄養の研究

1.1　食品および殺虫剤残留物，食品添加物，健康危険物質　（×４）

1.2　栄養補給のための家庭並びにコミュニティの食料生産　（×５）

1.3　食品，住宅および栄養教育　（×４）

1.4　町村の栄養供給管理　（×２）

1.5　栄養サベイランスのための適切な技術　（×２）

1.6　町村レベルに於ける特殊栄養品の強化　（×６）

合　計　２３　小プロジェクト

2. 健　康　教　育

2.1　ＰＨＣ計画の支援に於ける町村コミュニティレベルでの有効な健康教育革新　（×７）

2.2　ＰＨＣ情報伝達のための異る教育媒体の比較　（×４）

2.3　町村コミュニティによるＰＨＣ認識に於ける文化，言語，価値の変数　（×４）

合　計　１５　小プロジェクト

3. 適切かつ安全な給水

3.1　村落レベルに於ける日常の水の利用　（×４）

3.2　村落に於ける適切な水質基準　（×２）

3.3　適切な貯水，浄水装置　（×４）

3.4　適切な廃水処理　（×４）

合　計　１４　小プロジェクト

4. 予防接種の拡充

4.1　基本予防接種の評価　（×４）

4.2　現場状況に於けるワクチン効力の評価　（×２）

4.3　予防接種サービスの革新的実施　（×４）

4.4　特定の地方流行病に対する特殊予防接種計画の開発　（×４）

合　計　１４　小プロジェクト

5. 病気と怪我の簡単な処置

5.1 普通の病気と怪我の診断のための適切な技術

5.2 村の保健ボランティアによる普通の病気と怪我を処置するための適切な材料の開発 （ ×2 ）

5.3 毒蛇その他有毒動植物の処置の改善 （ ×4 ）

5.4 村の保健ボライティアによる下痢処置の適切な方法 （ ×4 ）

合 計 14 小プロジェクト

6. 必須医薬品

6.1 近代改供給元からの必須医薬品のリストと利用 （ ×4 ）

6.2 伝統的事業からの必須医薬品の開発 （ ×2 ）

6.3 医薬品供給組織の代替案 （ ×8 ）

6.4 コミュニティおよび家庭薬用植物園のパイロット研究 （ ×4 ）

6.5 地方対中央の必須医薬品の試験的生産 （ ×4 ）

合 計 22 小プロジェクト

7. 母子保健と家族計画

7.1 栄養の成長発展を測定するための適切なテクノロジー （ ×2 ）

7.2 村の保健ボランティアによる，妊娠と産後ケアの改善 （ ×4 ）

7.3 妊婦と授乳婦の食事管理の改善 （ ×4 ）

7.4 村落レベルの産児制限手段の行為と価値の変化 （ ×8 ）

7.5 村落レベルでの幼児の死亡率と疾病率のサベーランス

7.6 家庭とコミュニティーに於ける健康増進としての婦人の役割 （ ×8 ）

合 計 30 小プロジェクト

8. 下 水 設 備

8.1 個々の村落保健評価のための共同下水の開発 （ ×2 ）

8.2 村落レベルでの適切な便所組織の開発 （ ×4 ）

8.3 廃棄物処理システムの代替案 （ ×4 ）

8.4 適切な家庭食品衛生システム （ ×4 ）

合 計 14 小プロジェクト

9. PHC訓練評価に於ける教育研究

合　計　4　小プロジェクト

10. PHCに於ける政策管理研究

10.1 政策開発と各分野間の連絡 （ ×2）

10.2 PHC管理の運営研究 （都市と農村） （ ×6）

合　計　8　小プロジェクト

11. 産　業　衛　生

11.1 産業社会に於けるプライマリ・ヘルスケア研究

11.1.1 非計画的な重工業化地域に於ける地区ベースの保健要員と資料の支援による産業ヘルスケア実施モデル調査

11.1.2 非計画的な重工業化地域に於ける県ベースの保健要員と資料の支援による産業ヘルスケア実施モデルの調査

11.1.3 非計画的な工業化地域に於ける地区ベースの保健要員と資料の支援による産業ヘルスケア実施モデルの調査

11.1.4 非計画的な工業化地域に於ける県ベースの保健要員と資料の支援による産業ヘルスケア実施モデルの調査

11.2 農業社会に於けるプライマリ・ヘルスケア研究

11.2.1 地区ベースでの，農業変革地域に於ける労働力所要人口を供給するのに必要な保健要員訓練資料の開発と導入によるプライマリ・ヘルスケア実施モデルの研究

11.2.2 県ベースでの，農業変革地域に於ける労働力所要人口を供給するのに必要な保健要員訓練資料の開発と導入によるプライマリ・ヘルスケア実施モデルの探究

11.3 鉱業社会に於けるプライマリ・ヘルスケア研究

11.3.1 鉱山地域に於ける労働力所要人口を供給するのに必要な保健要員訓練資料の開発と導入によるプライマリ・ヘルスケア実施モデルの探究

11.4 特殊労働力集団に於けるプライマリ・ヘルスケア研究

11.4.1 組合活動に於ける働く女性のヘルスケアの積極的参加を促進するための試行計画問題の確認と必要な計画の案出

この計画には，次の事項が含まれる。

a） 教育計画

b） 福祉計画

c） レクレーション計画

d) 必要な立法促進のための計画

e) 公共情報並びに意見を確立するための計画

f) 研究並びに文書作製にもとづき，必要な情報を引き出すための計画

11.4.2 動く若者　（子どもの労働力）の現象とその健康と社会的災害に及ぼす影響並びに，差別の防止と少数者保護の手段の研究

11.4.3 長期的な目標を達成するため，指定された産業カテゴリーに於ける中小企業の経営を近代化するための基本的保健安全計画の立案

11.5 特殊研究課題

11.5.1 プライマリ・ヘルスケア計画に必要な第一優先項目に対する国内の産業衛生規準の設定

11.5.2 プラロマリ・ヘルスケア計画に必要な第一優先項目に対する国内の産業毒物規準の設定

11.5.3 第一優先項目の国内の産業安全規準の設定

合　計　13　小プロジェクト