

タイ国家族計画プロジェクト 巡回指導調査団報告書

1986年4月

国際協力事業団

2
12
CS
ARY

医 業
J R
86 - 34

タイ国家族計画プロジェクト
巡回指導調査団報告書

1986年4月

国際協力事業団

JICA LIBRARY



1042246[7]

国際協力事業団		
受入 月日	'86.11.07	122
登録 No.	15652	98.2
		MCS

はじめに

タイ国においては、高い人口増加圧力が経済社会の発展に影響を及ぼし、国民に適切な水準の教育、住宅、食糧及び保健を与えようとする政府の努力を著しく阻害しているため、保健省保健局家族保健部が中心となって人口・家族計画の普及を積極的に推進している。

わが国は、昭和49年3月に派遣した実施協議チームとタイ国関係機関との間で取り決めた討議議事録により家族計画に関するプロジェクト協力を実施してきているが、昭和55年3月に協力期間を昭和59年3月まで延長し、協力内容もモデル地区に重点を置く方式に移行した。

当事業団は、昭和59年3月の協力期間満了に鑑み、タイ側より提出された延長要請に応えるべく新たな協力形態による討議議事録にかかる協議及び署名を目的とした、昭和59年2月に、専門家チームを派遣し、3ヶ年のプロジェクト延長を決定した。本報告書は、昭和60年度の巡回指導の結果をとりまとめたものである。

ここに巡回指導チームの団長はじめ、団員ならびに本チームの派遣にご協力をいただいた関係機関に対し深甚なる謝意を表する次第である。

国際協力事業団

理事 末永昌介



保健省における協議



Yala 母子保健センターでの関係者との打ち合せ



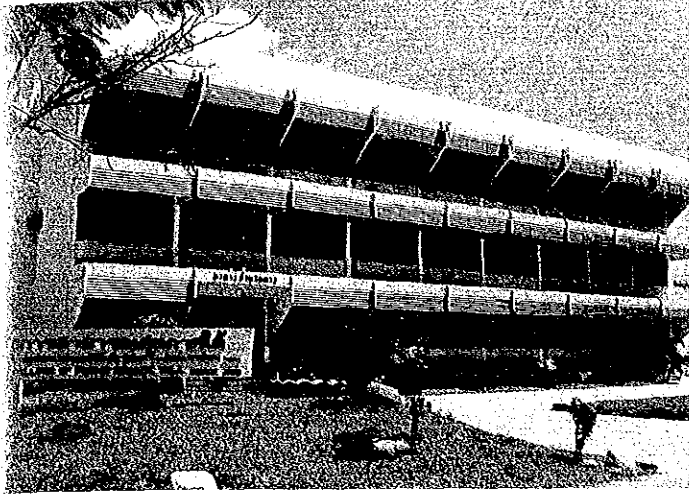
Patani 県での Mobile Unit Team の活動状況



—do—
乳児の体重測定



—do—
母子保健活動



Yala 母子保健センター附属の保健婦養成校



—do—
学生の実習風景



—do—
診察行為の実態

目 次

はしがき

1. 調査の目的	1
2. 調査団の構成・期間及び日程	1
3. 調査結果の概要	2
4. 母子保健・家族計画に対する我国の協力評価	5
5. 母子保健活動の向上と人口問題	8
6. その他参考資料	10
6-1 面会者リスト	10
6-2 タイ側カウンターパート計画 (61年度)	11
6-3 タイ側の機材供与要請 (61年度)	12
6-4 60年度中堅技術者要請対策事業の報告	16
6-5 Summary of Selected Major Finding of the 3rd Contraceptive Prevalence Survey	31
6-6 タイ国の母子保健の現状	55
6-7 60年度調整員報告	62

1. 調査の目的

タイ国家族計画プロジェクトは、昭和49年にR/Dが締結され、その後3回の協力期間の延長がはかられ、現在の協定期間は、昭和64年3月までである。

当然、協力内容も当初の『家族計画サービスを実施するための機材供与』から、『タイ国内で整備されつつある母子保健センターの機能強化を具体的な目標にして、母子保健と統合した家族計画の広報・教育活動への協力』へと変様している。

一方、タイ政府は、1986年10月からスタートする同国の『第6次経済社会開発計画』において、人口増加率を1%に下げざる意欲的な方針を打ち出している。

今回の巡回指導調査団の目的は、a) タイ側関係者との打ち合わせ、母子保健(MCH)センターの視察等により、現在の活動状況を把握し、今後の協力の方向性の確認、b) 61年度の具体的な協力内容の検討の2点である。

2. 調査団の構成・期間及び日程

2-1 調査団の構成

氏名	分野	現職
松山 榮吉	総括	東京厚生年金病院産婦人科部長
西岡 和男	家族計画	福岡市衛生局保健部長
渡辺 正夫	業務調整	国際協力事業団医療協力特別業務室室長代理

2-2 調査日程

1月30日(木)	東京→バンコク	CX-703	
			*渡辺団員は、同日ネパールから、RA-40にて現地合流
31日(金)	10:00-12:00	大使館, JICA 事務所	打ち合わせ
	13:30-16:00	保健省表敬	打ち合わせ, 日程調整
2月1日(土)		日本人専門家(調整員)	との打ち合わせ
2日(日)	バンコク→ハジャイ	TH-418	
	ハジャイ→ヤラ		車両移動
3日(月)	10:00-12:00	ヤラ MCH センター, 附属病院, 保健婦要請学校	視察
	14:00-16:00	パタニ県の Mobile Unit Team	の活動状況視察
		ナラチットへ移動	
	19:00-21:00	ナラチット県の夜間映画会(母子保健・家族計画分野での Motivation Film 中心)	の活動状況視察

4日(火)	ナラチットーハジャイ移動 ハジャイーバンコク TH-347
5日(水)	保健省での打ち合わせ *家族計画・母子保健活動 *61年度の計画打ち合わせ
6日(木)	09:00-10:00 シリラート病院視察 JICA 事務所報告
7日(金)	バンコクー東京 TG-740

3. 調査結果の概要

3-1 南タイ視察の概要

3-1-1 南タイの地域特性

今回の巡回指導調査団は、調査日程でふれた通り、南タイの Yala, Pattani, Naratiwat の3県の母子保健活動にふれる機会を得た。

各々の視察結果にふれる前に、この地域の特性について述べることにする。

当該地域の住民は、90%以上がマレー系であり、かつモスLEMが大多数を占めている。

言葉の面からも、マレー語系の Yawee 語が使用されている。

これらの諸点は当然、タイの他の地域と極だった相違点であり、地域住民に対する母子保健のアプローチの方法論も異なったものとならざるをえない。

この点は、タイ国保健省でも十分認識されており、地域住民の意識調査がすでに実施されている。

その結果は、Summary of Selected Major Findings of 3rd Contraceptive Preventive Survey (CPS3) として、取りまとめられており、この内容を紹介しつつ、問題点を明らかにしたい。

この意識調査を行った背景としては、南タイにおいては、出生率がその他の地域に比較し、かなり高く、又全国レベルに比較し、避妊実行率が低いという認識があったからである。

この分析の前提として、モスLEMは、設置されている県と言言葉の点で、いくつかに分類されている。当然、南タイに住む仏教徒(タイ人)も存在する。

この南タイに住む仏教徒は、全国平均の仏教徒の避妊実行率より低く、逆に出生率が高いことが報告されている。

しかし、仏教徒とモスLEMの避妊実行率には、かなり差異があり、モスLEMの場合仏教徒の約50%のレベルにある。

又、モスLEMの内部でも、Yawee 語使用グループの避妊実行率が最低であり、中間は Thai 語使用グループ、そして最高は、バンコク近郊/中部タイ在住モスLEMグループであった。

南タイの仏教徒の避妊実行率は、全国平均と比較し、特徴的に低い、それでも同地域のモスLEM (Yawee 語使用グループ, Thai 語使用グループ) よりは高い。

これらの点から、仏教徒とモスLEMという2グループの避妊実行率と出生率に差異があることがあきらかになった。

既婚女性1,000人/年の南タイ出生立調査によると仏教徒にくらべ、モスLEMのそれは70%以上高い。しかも、南タイのモスLEMの出生率は、バンコク近郊/中部タイ在住モスLEMグループより高いことも報告されている。

一方、仏教徒とモスLEMの差異は、避妊方法の選択にもあらわれている。

とりわけ、永久避妊法の実行率では、モスLEMは仏教徒にくらべ、特徴的に低い。

ただ、分析によるとモスLEMの間でも、永久避妊法の実行率も言葉、地域により差がある。

宗教と家族計画の関連でも、やはりモスLEMの場合宗教上の問題（家族計画は、宗教と抵触するとの意識）が強い。

以上のことから、言葉、地域、宗教は避妊実行率/出生率に対し、各々“独立関数”として機能していることが明らかになった。

3-1-2 視察結果の概要

a) Yala MCH センター

所長は、Dr. Anan Suraiman である。

Yala MCH センターは、南タイの Region 8,9 をカバーするが、規模的にはかなり小さく、かつ地域特性でのべたいいくつかの問題点を妊んでいる。

一例として、この地域は、モスLEMが人口の90%を占めているが、対照的に政府関係者の90%はタイ系に占められている。

ちなみに、Dr. Anan は、ただ一名のモスLEMの MCH センターの所長である。

b) Midwifery School

生徒数は、110名/年で、2年コース。

この学校の存在理由として、次の説明があった。

南タイでは、現在でも75%以上の出産が Traditional Birth Attendant(TBA) によってなされている。

(全国平均では、約50%)

この状態の改善が大きな設立の目的である。

この地域では、まだ家族計画を前面に出すことなく、母子保健を中心にすえて、婦人を MCH センターあるいは保健所にひきだすことを当面の目標としている。

c) Mobile Unit Team

機材は、日本からの供与されたものを中心に使用している。

人件費を含む Running Cost は、UNFPA 等からの Fund を利用し、うまく組みあわせている。

活動の中味としては、午前中に Mobile Activity を行なう。

これは、小児の体重測定や Medical Service 等からなっている。

午後は家族計画・母子保健関係の啓蒙を行なう。

この活動の問題点は、言葉である。

Mobile Team（7～8名）は、ほとんどタイ人により構成されている。

しかし、地域住民は、Yawee 語のみを話す場合がほとんどである。

したがって、Team の中に Temporary Staff として、モスレムを備えし訓練の上、通訳や啓蒙活動の説明員として活用している。

なお、使用パンフレット類は、タイ語と Yawee 語を併用していた。

また、JICA から供与した家族計画教育 Kit がこのような遠隔地で有効に使用されていたのが印象的であった。

d) 夜間映写会

JICA から供与した家族計画 3 部作や、UNFPA から供与された古い映画等を中心に行なわれていた。

ここでも、いくつかの問題点が指摘される。

まず、使用 Film の中で人種や風俗は、タイ人のそれであり、この地域の住民にはなじみにくいことである。

言葉の点でも問題があり、Yawee 語の音声がない為、音声をしぼり、同時通訳（画面の説明）を別途おこなっていた。

3-1-3 現地視察の暫定結論

『第6次経済社会開発計画』で人口増加率1%達成の為には、以上のべたような地域特有な問題点を解決するべく、より細かな対策が必要となるであろう。

3-2 タイ側関係者との打ち合わせ結果

3-2-1 61年度計画についての対処方針

調査団は、61年度計画について、下記の対処方針のもとにタイ側と協議を行なった。

	タイ側計画	問題点	対処方針
調査団	61年11月頃に計画打合せチームの派遣要請		タイ側の計画どおり実施予定
専門家	61年11月頃にMCH センターの医療レベルにした機材の調査の専門家（産婦人科，小児科）派遣要請		タイ側の要請は，プロジェクトにとって有効であり，積極的に対応予定
研修員	4名（母子保健，統計，広報 2）が要請されている。時期的には，7～8月，2～3週間	研修員の希望課目に差があり，家族計画，母子保健，行政を重点とする。 JOICEPの研修では，内容的に不利な例が出る。	タイ側の希望研修項目の確認の上，検討
機材供与	医療，視聴覚機材，車両，映画フィルム，事務機器		専門家による調査の結果をふまえて，タイのレベルにみあった機材を供与する。

3-2-2 協議結果

a) 調査団

タイ側の計画どおり，11月を目途として，計画打合せ調査団を派遣する。

b) 専門家（短期）

小児科，産婦人科の分野で，MCH センターの供与機材のレベル設定の為，派遣を検討する。

c) 研修員

タイ側からは，4名の研修員の要請がなされたが，協議時点では，分野等を聞きおおくにとどめた。

*なお，61年度の枠は，2名であることを後ほど通知した。

d) 機材供与

タイ側の説明を受け，61年度の予算額確定後，再度協議することで合意した。

4. 母子保健・家族計画に対するわが国の協力の評価

4-1 タイ国家家族計画プロジェクトの活動について

1970年に開始された国家家族計画プロジェクトは，保健省家族保健課を活動の中心として，現在に至るまで全国的にかなり強力に実施されてきた。その結果タイの人口増加率は，1970年の3.2%より

1982年の1.9%に、そして1984年には1.6%にまで低下したという。

この数字から見ると、本プロジェクトが始まってからわずか15年間に、人口増加率が半減したことになる。ただ後に資料の部でも触れるように、人口動態に関する統計数値の信頼性には問題があり、この人口増加率の低下もどこまで正確かについては疑問がないわけではない。しかしその点を差し引いても、タイがこの分野において目覚ましい成績を取ってきたことは事実であり、世界からも高い評価を受けている。

人口増加に悩む国が、人口抑制政策の一つとして家族計画を奨励することは、多くの発展途上国に共通して行われているものである。しかしその政策をどの程度に強力で押し進めるかにはその国々によって相違があり、中国やシンガポールのように政策を強行している国に比較すれば、タイはそれほどまでは強行できない。それにもかかわらず、それなりの効果を挙げてきたことは評価されてよい。

しかしタイの今後の人口問題は、必ずしも楽観視できるものではない。人口増加率1.6%ということとは、もしその数値がそのまま維持されれば、今後50年もたたないうちに現在の人口が2倍になってしまうことを意味するからである。そこで1986年10月より開始される第6次国家経済社会開発計画において、本計画の終了する1991年までに1.1%までに低下させるよう目標を掲げているという。この目標の達成には、従来にも増して多くの困難があるものと想像されるが、15年の実績を持つタイ政府がさらにその目的を遂げることを期待したい。

4-2 家族計画と母子保健との結合の必要性

発展途上国に共通して見られる現象として、人口抑制政策のための家族計画が先行し、母子保健行政の進歩がそれに追いつかないということが見られる。本来、家族計画（family planning）は母子保健（maternal and child health, MCH）の一分野であり、したがってMCHが進歩すれば、必然的に家族計画のレベルも向上する。多くの先進国はその過程をとってきたが、発展途上国では母子保健が取り残されている。

母子保健を向上させることは、家族計画の普及に比べると、はるかに困難な点が多い。医療施設の拡充など治療医学の面だけでなく、医療行政を含んだ予防医学の面でのレベルの向上が必要であり、さらに公衆衛生面での社会環境の整備が伴わなくてはならない。したがってタイにおいても、母子保健を向上させることは容易ではない。

しかし海外援助の方法としては、家族計画が人口抑制政策に直接結び付くのに比べて、母子保健は国民全体の保健の向上を目指しているために、援助を行う側からも指導を行いやすいし、援助される側からも受け入れやすいという長所がある。

タイの家族計画に対するわが国の援助も、1984年にR/Dを更新したのを機会に、家族計画と母子保健との結合を表面に掲げるようになった。今後はさらに母子保健の面に重点を置いて援助を行うことが望ましい。

4-3 タイの母子保健センターとわが国の援助

タイは大きく9つの行政区画（region）に区分されており、その一つ一つに母子保健センター（MCH Center）が設置され、その地域の母子保健の中心となることになっている。しかし現在のところ、設置されたのは下記のように6箇所であって、3つのregionにはまだ設置されていない。

Region	1	Bangkok MCH Center
"	2	未設置
"	3	"
"	4	Khon Kaen MCH Center
"	5	Chiang Mai MCH Center
"	6	Nakhon Sawan MCH Center
"	7	Ratchaburi MCH Center
"	8	未設置
"	9	Yala MCH Center

なお以上のうち Bangkok MCH Center は、完成後間がなく、主として母子保健教育の施設として利用されており、分娩施設としては用いられていない。

われわれの調査団としては、Yala のみがいままでの視察から漏れていたのが、今回その地区に行き、同センターを視察するとともに、地域における家族計画普及運動の現場にも接する機会をえた。

このregionはマレー半島のタイの南端に位置し、直接マレーシアと国境を接している。住民は種族上マレーシア系で、言語もタイ語とはまったく関係ないマレーシア系のヤウイ語を話し、宗教はイスラム教で、文字はアラビア文字を使用している人種の多い地区であるという。そういった点から、以前はタイ中央政府に必ずしも従順でなく、治安もよくないと聞かされていたが、政府の努力によって最近情勢が非常に改善されたという。

今回同地区を訪れて、やはり治安のよいことを感じた。とくに感心したのは、地区における家族計画活動の現場において、指導員が現地のヤウイ語を用いて民衆を熱心に教育するところを見せてもらったことであった。Yala MCH Center の職員ですら、聞いていてもヤウイ語はまったく分からないという。地域住民の教育用にはアラビア語の教材やポスターもいろいろ作られ、利用されていた。ポスターの人物はイスラム教の服装をしている。そのような配慮が十分になされている。母子保健センターの所長もイスラム教信者とのことであった。タイ中央政府の努力に深く敬意を表した次第である。

タイの母子保健センターは、もともとは助産婦教育用の施設として作ったものとのことであるが、妊産婦管理、分娩施設、小児の健診施設など、地域の母子保健のために幅広い活動を行っており、タイの母子保健向上にとっていまや大きな比重を占めている。わが国の援助も、最近はこの母子保健センターの設備充実を目標の一つとして行ってきたが、どちらかがというと妊産婦管理と新生児が中心であって、乳児には行われていなかった。

小児保健の方向にもわが国の援助を差し向けるとすると、その範囲はあまりにも広いが、今後は考

慮を払わなくてはならない分野であろう。

4-4 タイの母子保健統計

保健省から渡された資料を見ると、出産のさいは個々の例について、母子の状態に関する詳細な報告を、出産に立ち会った医師が中央庁に届け出するための書式ができています。もしすべての出産（死産を含む）がこの届け出用紙によって正確に報告されれば、先進国に勝とも劣らないすばらしい母子保健統計ができるはずである。

しかし現実の統計を見ると、たとえば1984年12月の各 region からの報告では、出産総数12,015件に対し、死産がわずか1件である。そして他の月では死産はほとんど報告がない。したがって、この報告一つ見ても、タイの人口動態統計がどの程度信頼できるかが、大きな疑問を持たざるをえない。

発展途上国では、一般に死産は報告されない例が多いといわれている。したがって、その母子保健のレベルを知るのにもっとも重要な周産期死亡率は、正確な数値はまったく分からないことになってしまう。

以前われわれの援助で、Nakhon Sawan Region をモデル地区に選んださいに、その地域で、あるいはその部分的地区で正確な母子保健統計をとらせようと試みたことがあったが、結局実現できなかった。このような統計をとる場合には、もともとその地区の人口構成やその出入りがはっきりしている必要があり、その不明な場合には統計を算出する根拠に欠け、信用度が低い。

今後タイの母子保健の発展のためにも、人口動態統計の技術的進歩が望まれる。それが無い限り、われわれの母子保健に対する評価に大きな支障がある。

5. 母子保健活動の向上と人口問題

受胎調節を行って、子供の数を減らすには、生まれてきた子供が“生きのこる”ことが必要である。そのため乳児死亡率の向上をはじめとする母子保健施策が欠かせない。タイの母子保健の指標はわが国に比してまだまだ劣悪である。

受胎調節実行率はすでに“かなり高い”ので今後、母子保健向上を優先してゆくのがよいと考える。なお、乳児死亡率が改善して子供が生き伸びると、人口が増加するという考えがあるが、これは、ほとんど無視できるほどに少ないと考えていい。

その試算を次に示す。

(資料の要約と表を次頁以下に示した。)

人口1,000,000 の集団を考える。

出生率 20/人口1,000 対

死亡率 5/人口1,000 対

とすれば増加率は15/人口1,000 対 1.5 %

出生数 $1,000,000 \times 20/1,000 = 20,000$ 人

死亡数 $1,000,000 \times 5/1,000 = 5,000$ 人

増加数 15,000人

増加率 $15,000人 / 1,000,000 \times 100 = 1.5 \%$

乳児死亡率が45/出生1,000 対から30に33%減少するとすれば、生きのびる乳児の数、

つまり人口の増加は、

$$(45-30) \times \frac{20,000 \text{ (出生数)}}{1,000} = 300$$

$$\text{増加率は} 300 \times \frac{1}{1,000,000} \times 100 = 0.003 \%$$

乳児死亡率33%の減少は人口増加0.03%に相当する。従って、人口増加を抑えるには出生率の低下をはかることが最良であるとの結論に達する。

6. その他参考資料

6-1 面会者リスト

在バンコク日本大使館

高山 庚信

一等書記官

JICA バンコク事務所

後藤 教基

事務所長

甲斐 寿治

所員

タイ側関係者

Dr. Puramuhk Chantawimol Deputy Director General, Dept of Health

Dr. Vira Niyomwan Director, Family Health Div., Dept of Health

Ms. Patema Bhiromrut Chief, Public Relation and Information Sec., F.P.D.

Dr. Triwit Tamahiwong PCMO, Pattani

Dr. Wattana Prasertkul PCMO, Naratiwat

Dr. Anan Sulaiman Director, Yala MCH Center

Dr. Sutisak Patanaprechakul Director, Yala MCH Hospital

Ms. Chinda Thirapan Director, Yala Midwifery School

Ref.No. SS.0608/ 18001
Cable: THAIHEALTH BANGKOK



Family Health Division
Department of Health
Ministry of Public Health
Bangkok 10200, Thailand.
Tel. 2823140 - 7

August 2, 1985

Mr. Michimoto Goto
Director
Resident - Representative
Bangkok Office
JICA, Bangkok

Dear Mr. Goto,

With respect to Record of Discussion under the Family Planning Project of 1984 - 1989 between the Japanese and Thai governments, the Japanese Government has agreed to annually provide fellowships to the counterpart personnel to be trained in Japan in the areas of family planning and maternal and child health.

For 1986 fiscal year, we would like to nominate the following names as our qualified officers to join the training programme:

1. Ms. Umpa Kanthapang Director of Midwifery School
MCH Centre, Region 6.
2. Mr. Suthon Phanyadilok Chief, Research & Evaluation
Family Health Division
3. Ms. Audcharee Samienchai Senior Communicator, IE&C FHD
4. Ms. Pavaya Ruttanavijit Senior Communicator, IE&C FHD (alternate)

We deeply thank for your kind consideration and further actions on this matter.

Best regards.

Sincerely yours

Morakot Kornkasem, M.D.
Director

cc. Mr. Kai
Mr. Iwayanagi

Somporn/T
Piyachit, 5

6.3 タイ側の機材供与要請(61年度)

1986/87

IV MOTIVATION / EDUCATION FILM (1)

Annex IV

(Figure in bracket indicates priority)

P.1

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY	REMARK
	<p>IV.1 <u>MOTIVATION EDUCATION FILM (1)</u></p> <p>IV.1.1 MOTIVATION EDICATION FILM (1)</p> <p>TITLE : GOOD KASEM : CLEVER MANEE</p> <p>16 mm., approximately 30 minutes,</p> <p>Optical sound, colour,</p> <p><u>Thai version</u></p> <p>Produced by SAKURA MOTION PICTURE, CO. LTD, 1985</p>	<p>100</p>	
	<p>IV.1.2 MOTIVATION EDUCATION FILM (1)</p> <p>TITLE : GOOD KASEM CLEVER MANEE</p> <p><u>English Version</u></p>	<p>10</p>	
IV	<p>IV.2. <u>MOTIVATION/EDUCATION VEDIO CASSETTE TAPE (1)</u></p> <p>IV.2.1 TITLE : "THE GOLDEN YEAR OF HAPPINESS"</p> <p>Colour, Thai version</p> <p>Produced by SAKURA MOTION PICTUEE, CO. LTD., 1981.</p>	<p>100</p>	<p>The vedio cassette tape will be the software provided to MCH Centres, MCH Hospitals,</p>

(Figure in bracket indicates priority)

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY	REMARK
	IV.2.2 TITLE : "COMING INTO THIS WORLD" ½ inch. VHS Vedio cassette tape. Colour, Thai version. Produced by SAKURA MOTION PICTURE, CO. LTD. 1980.	100 100	Provincial and District hospitals and health offices for their in-house health education programmes and also mobile teams. Currently, around 70% of the health unit has already owned the vedio cassette player/ recorder sets. Local purchase is recommended.
	IV.2.3 TITLE : "FOR YOUR BELOVED BABY" ½ inch. VHS Vedio vassette tape. Colour, Thai version Produced by SAKURA MOTION PICTURE, CO. LTD., 1979	100	

VI. OFFICE EQUIPMENT (1)

(Figure in bracket indicates priority)

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY	REMARK
VI.	VI. OFFICE EQUIPMENT (1)		
	VI.1. ELECTRICT TYPEWRITER (1)		
	IBM Duaelectric (Thai&English)		
	or Olympia (Thai & English)	4	The office equipment is necessary for the administrative support of regional MCH Centres, Midwifery schools and FHD central office.
			IBM or OLYMPIA are equally reliable products and widely used in Thailand. Routine maintenance and repair can be easily obtained from any IBM or OLYMPIA sale representatives in the country.
	VI.2. PHOTOCOPY MACHINE (1)		
	RICOH (CURRENT MODEL)	3	Office Equipment of items VI.1 to VI.7 can be locally procured.
	Plain Paper Copier, with reduction and enlargement function, padestal, control II and control counter SOCKET II.		

(Figure in bracket indicates priority)

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY	REMARK
	VI.3 WORD PROCESSOR (1) with PRINTER (Thai & English	1	VI.3 Word Processor is for Family Health Division head quarters.
	VI.4 MIMEOGRAPH (1) GESTETNER 1560 Or current model	5	VI.4 Mideo is for Regional Midwifery Schools.
	VI.5 TABLES AND CHAIRS FOR THE CONFERENCE ROOM (1)	1 set	VI.5 Tables and chairs are to equip FHD/IEC's conference room.
	VI.6 Punch Binder (1) GESTETNER	1	VI.6&V.7 are for FHD headquarters
	VI.7 Calculators (Office Type over 12 digital)	4	

TRAINING OF VILLAGE COMMITTEE IN SUPPORT OF
MATERNAL AND CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING PROGRAMME

1986/87

BACKGROUND

Upon the record of discussion on the improvement of the maternal and child health (MCH) and family planning (FP) programme in Thailand during the year 1984-1989, it is indicated that training of middle level trainee is recommended to increase efficiency of the middle level personnel who serve for MCH/FP information and service in each village

During the last 5 years, the training programmes have been implemented in Nakornsawan, Ubonrajathani and Surin as follows:

<u>Year</u>	<u>Number of trainees</u>	<u>Location</u>
1981/82	340	Nakornsawan
1982/83	267	Nakornsawan
1983/84	582	Nakornsawan
1984/85	400	Ubonrajathanee
1985/86	310	Surin

The programme has contributed a great impact on increasing knowledge, attitude and practices of those trainees which help them to apply their experiences in development of MCH/FP programme in their community. Such a good impact, it is recommended that the training programme should be expanded to the other provinces, particularly where the MCH/FP status are considered lacking behind.

JUSTIFICATION OF THE REQUEST

In Thailand, one of the very critical problem is the shortage of medical personnel particularly physicians and nurses. The Ministry of Public Health had produced other kinds of paramedical personnel to work in each district to serve in the field of preventive medicine and simple treatment for first aid before referring cases to hospitals as well as MCH cares and FP services. However, coverage of those paramedical personnel is still lag behind the standard.

Recently, the concept of primary health care initiated by WHO is accepted. The creation of primary health care activities will hopefully decrease the crisis of the shortage of health services. Under the primary health care programme, the Ministry of Public Health has expanded its infrastructure to village level. From every ten households, a villager is selected to work as village health communicator (VHC) of his group in health aspect. Basic concept of preventive medicine and self-reliance care are oriented for two days by local health staff. A programme instruction on basic primary health care is provided to every communicator to study and make them possible to advise the suitable practice on a good physical hygiene of his ten household members under his responsibility.

Among these communicators, one out of ten communicators is selected to be village health volunteer (VHV) whose primary role is the same as the communicator but in addition the village volunteer is able to prescribe simple drug for villagers. Contraceptive drug, pill for replenishing to pill users can be done by village volunteers.

Village health volunteers and village health communicators receive comprehensive training in some health care aspects. Their knowledge on MCH and FP is still lag behind. Thus the intensive training on this subject should be done to improve their experiences.

The village health volunteers and village health communicators will jointly work with village committees and health staff at sub-district and village levels to provide necessary information and services to the community. Village Committee mainly composed of village headmen, village leaders and some other community development coordinator.

STRATEGY

1. Tak which is a province in the North with around 320,000 population will be selected for the training programme due to its lag of MCH/FP activities.

2. Around 400 of trainees are selected for the programme from Tak. Trainees are included the following

1. Village Health Volunteers
2. Village Health Communicators
3. Representatives from the Village Committee
4. Other Related Personnel

3. District, provincial and Family Health Division staff will join the study tour programme and are resource person and trainers.

4. The training programme will be two days at the province where trainee stay and the study tour will be at a model provinces of better MCH/FP condition. Rachaburi is selected to be a model province.

5. After training programme these trainees will be requested to bring FP/MCH education and information materials, i.e., posters and leaflets to distribute in their areas where they are responsible. They also will help to explain more details of services and information to the community.

OBJECTIVE

To develop and improve skill and knowledge of village volunteers and village communicators and Village Committee in MCH/FP areas in order to be able to contribute their knowledge to their community in complementary to the health personnel.

SPECIFIC OBJECTIVES

1. To train and orientate village health volunteers village health communicators and village committee to enable them to realize local problems and needs in relations to MCH/FP
2. To instruct and advise the village health volunteers, village health communicators and village committee to identify local felt and unmet needs.
3. To determine and conduct field survey in the village to identify target audience of MCH/FP programme.
4. To create effective teamwork between the government officers and local personnel.
5. To generate community self-reliance in MCH/FP and community awareness of current MCH/FP problems.

CURRICULEM

The following subjects are included :

- Maternal and Child Health Problem
- Maternal and Child Health care
- Population Problems
- Family Planning Programme
- Human Reproduction
- Contraceptives
- MCH/FP Services
- Reference System of Service
- Other Related Subjects/programmes
- Setting FP/MCH Target at Village Level
- Programme Planning

TRAINER/COORDINATORS

They are from

1. Tak Provincial Chief Medical Office
2. Provincial Hospital
3. District Hospital
4. Regional MCH Centre
5. Health Centres
6. Community Development Offices
7. Other Provincial Chief Medical Offices
8. Other related agencies.

TRAINING WORKPLAN

The preparation for the training will be commenced immediately after the financial support is approved.

Training and Related Programme

Trainee	No.	Course	Training Programme	On the Job Exercise
1. Village Health Volunteer		Training of VH, VHC and VC. to Support MCH/FP Programme	2 days course work 2 days study tour	- Coordinating with local health personnel in conducting group meeting for FP/MCH information
2. Village Health Communicator		"	"	- Fix posters and provision of printed/materials on FP/MCH in their areas.
3. Village Committee		"	"	- Being FP/MCH information provider and motivator in their areas
4. Other Related Personnel		"	"	- Follow up/monitoring to strengthen MCH/FP activities.
<u>TOTAL</u>	400			

Training Workplan

Trainee	Course	Location	Duration by Month												
			(Started from the following month after the budget is released)												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Group I	Training of VHV, VHC, and VC to Support MCH/FP Programme	Tak and study tour place.				X									
Group 2	"	"					X								
Group 3	"	"													
Group 4	"	"							X						
- Planning & Coordinating		NEFP, Tak and Rachaburi								X					
- Preparation for Producing and Training Materials		" "			X										
- Follow-up		Trainee's duty areas									X	X	X	X	

DETAIL OF TRAINING PROGRAMME

- Day 1 Attend the training course at Tak
- Day 2 Attend the training course at Tak
- Day 3 Leave Tak for study tour at Rachaburi
- Day 4 Training and visit MCH/FP and related activities at Rachaburi
- Day 5 Training and visit MCH/FP and related activities at Rachaburi
- Day 6 Leave Rachaburi for tak and back to their residents.

Tentative Agenda

<u>Day 1</u>	8.00- 8.30	Registration
	8.30- 9.15	Open the training programme
	9.15-10.45	MCH/FP national policy and the importance of its implementations for VHC, VHV and VC
	10.45-11.00	Tea break
	11.00-12.00	Review on Contraceptive methods and film show (25 min)
	12.00-13.00	Lunch Break
	13.00-14.00	Techniques of MCH/FP delivery and film show (30 min)
	14.00-15.00	Nutrition Centre for Community and its operation.
	15.00-15.15	Tea break
	15.15-16.30	Primary health care and Drug Cooperative Programmes.
<u>Day 2</u>	8.30- 9.45	Techniques of Information/Education and Communication activities in support of MCH/FP including primary health care programme
	9.45-10.00	Tea break
	10.00-12.00	Micro-planning for MCH/FP programme at village level.
	12.00-13.00	Lunch break
	13.00-15.30	Group practice of applying micro-planning for MCH/FP for VHV, VHC & VC
	15.30-15.45	Tea break
	15.45-16.30	Discussion

<u>Day 3</u>		Leave Tak for Rachaburi
<u>Day 4</u>	8.30- 9.30	Brief on MCH/FP delivery of MCH Centre.
	9.30-10.30	Breif on Primary Health Care and MCH/FP services of the province.
	10.30-10.45	Tea break
	10.45-12.00	Population situation of Thailand and the province
	12.00-13.00	Lunch break
	13.00-16.30	Visit MCH/FP and primary health care activities at health centres.
<u>Day 5</u>	8.30-12.00	Visit MCH/FP activities at health centres.
	12.00-13.00	Lunch break
	13.00-15.00	Roles of VHV, VHC and VC in Relations to MCH/FP programme.
	15.00-16.30	Discussion on summary of the future plan in supporting MCH/FP activities of VHV, VHC and VC.
<u>Day 6</u>		Leave Rachaburi for Tak

BUDGET

SOURCE : JAPANESE GOVERNMENT

a) Personal Cost = 635,800.00 ฿

b) Training Material Cost = 401,400.00 ฿

TOTAL = 1,037,200.00 ฿

If the budget is limited the number of trainees/groups and training material costs will be reduced.

The rate of per diem and travel allowances applied in this training programme is in accordance with the Thai Government regulations on the utilization of foreign cash grant as of December 1982.

Budget Include the Following Items

1. Travel Allowance

Travel allowance for trainees/participants who come from their residents in the villages to the training site and back.

2. Expenditures for production of Training Materials

Expenditures for producing, printing and purchasing text books and other training materials.

3. Materials for Trainings

Expenditures for purchasing consumption goods and materials etc. necessary for experiments and practices carried out by the training organization

4. Travel Allowance for attending the training programme and Study Tour

Travel allowance for trainees/participants to attend the training programme and observe the related projects and/or facilities as a practice in the training course.

5. Travel Allowance of Field Training for Instructors

Travel allowance for instructors of Tak to accompany the trainees/participants on the occasion of training tour.

6. Travel Allowance for Training Programme of Trainers/Coordinator.

Travel allowance for trainers/ coordinator from Family Health Division who accompany the trainees and travel from Bangkok to Tak and from Tak to study tour place, Rachaburi.

7. Special Instructors' Fee

Fee for special instructors who are invited by training organization from Universities and other Institutes.

Budget Details for the Training Programme

A. Personnel Costs

1. Travel allowance for the trainees from their residents in Villages to the training site		
4 trips X 75 ₪ X 400 persons	=	120,000 ₪
4. Travel allowance for the study tour		
4.1 Bus rent for 4 groups		
4 groups X 30,000 ₪	=	120,000 ₪
4.2 Per diem and accommodations for trainees during the tour		
6 days X 120 ₪ X 400 persons	=	288,000 ₪
5. Per diem and accommodations for trainers/instructors during the study tour		
4 days X 400 ₪ X 4 persons X 4 groups	=	25,600 ₪
6. Per diem and accommodations for trainers/coordinators of Family Health Division during the Study tour.		
9 days X 400 ₪ X 4 persons X 4 groups	=	57,600 ₪
7. Special instructor Fee		
7.1 At Tak		
6 hrs X 2 days X 100 ₪ X 4 groups	=	4,800 ₪
7.2 At Study tour place		
6 hrs X 2 days X 100 ₪ X 4 groups	=	4,800 ₪
8. Supervision by Senior Officers of NFPP		
15 days X ₪ 500 X 2 persons	=	<u>15,000 ₪</u>
<u>Sub - total</u>	=	<u>635,800 ₪</u>

B. Expenditures for Training Materials

Descriptions	Number	Unit Price	Total (₪)
<u>Cost of Purchasing or Printing Text Book</u>			
1. MCH Text Book	400	180	72,000.00
2. Contraceptives Review	400	100	40,000.00
3. F.P. Handbook (Self-Study)	400	30	12,000.00
4. Primary Health Care	400	40	16,000.00
5. Principal Drug Manual	400	90	36,000.00
6. Book Case	400	150	60,000.00
7. MCH/FP Note Book for Village Leader	400	20	8,000.00
8. Primary Curative Care for Public	400	120	48,000.00
<u>SUB = TOTAL (1)</u>			340,000.00

B. Expenditures for Training Materials (Contd)

Description	Number	Unit Price	Total Cost (₹)
<u>Cost of Purchasing Training Materials</u>			
1. Pen/Pencil	400	4	1,600.00
2. Paper	50 rim	100	5,000.00
3. Color Paper	400 Pieces	7	2,800.00
4. File	400	11	4,400.00
5. Exercise Book	400	15	6,000.00
6. Transparency	400	20	8,000.00
7. Xerox Paper	80 rim	120	9,600.00
8. Stencil	600	15	9,000.00
9. Type writer Ribbon and corrector	100	150	15,000.00
<u>SUP = TOTAL (2)</u>			<u>61,400.00</u>
<u>TOTAL (1 + 2)</u>			<u>401,400.00</u>

6.5 Summary of Selected Major Findings of the 3rd Contraceptive Prevalence Survey (CPS 3)

Summary of Selected Major Findings
of the Third Contraceptive Prevalence Survey (CPS 3)

April - July, 1984

By Dr. Peerasit Kamnuansilpa

Dr. Apichart Chamrathirong

Dr. John Knodel

March 1, 1985

A. BACKGROUND

The third national Contraceptive Prevalence Survey (CPS3) was undertaken jointly by the Research Center of National Institute of Development Administration (NIDA) and the Institute of Population and Social Research (IPSR) at Mahidol University in collaboration with the Family Health Division of the Ministry of Public Health. Fieldwork took place during the months of April through July of 1984. The sample was designed to improve the ability to obtain results on a regional basis in comparison to previous surveys. In addition a special supplementary sample of Moslems in the southern provinces of Satun and Yala were interviewed in order to enable more complete comparison of the Buddhist and Moslem populations of the Southern region.

B. CONTRACEPTIVE PREVALENCE

Contraceptive prevalence as measured by the percentage of currently married women aged 15-44 (CMW 15-44) who are currently using a contraceptive method increased nationally, from 59 to 65 percent between 1981, when the previous survey (CPS2) was undertaken, and 1984 (See Table 1). The biggest increase in use was in female sterilization which increased from 18.7 percent to 23.5 percent of CMW 15-44 and is now the most common method of contraception in Thailand. Indeed, the increase in female sterilization accounts for 85 percent of the increase in overall prevalence between 1981 and 1984. It is interesting to note that the increase in prevalence of female sterilization occurred at a time when new acceptors had remained fairly constant. This underscores

the fact that prevalence is cumulative and can continue to increase when numbers of new acceptors remain constant or even decline.

Prevalence of the pill, now the second most common method, remained steady at about 20 percent of CMW15-44. Use of vasectomy also remained almost constant and is far less popular than female sterilization with the latter being practiced by five times more couples than is the case with vasectomy. There was also only modest change in the other methods' (IUD, injectables, condoms and all other methods).

Contraceptive prevalence increased by approximately equal amounts in all four regions and Bangkok with the amounts of increase only ranging from 5 percentage points in the Central to 7 percentage points in Bangkok and the South. Female sterilization increased substantially in all regions. Nevertheless, considerable regional differences in prevalence exist with the lowest prevalence, 50 percent, in the South and the highest prevalence, over 70 percent, in Bangkok and the North (See Table 2). There are also considerable regional differences in the method mix with the IUD most popular in the Northeast, female sterilization and injectables most common in the North, vasectomy most common in the Central region, and withdrawal most common in the South. In all regions, however, female sterilization was the most common method.

C. UNMET NEED

In order to determine the potential for increasing prevalence in the future and for recruiting new acceptors to the National Family Planning Program (NFPP), it is important to assess the extent of unmet need for contraceptive services that still exists. In recognition of the fact that not all women who are non-users of contraception have a need for contraception, CPS3 has attempted to classify currently married women in reproductive ages according to characteristics which presumably reflect their status with regards to their need for contraception (See Table 3). Women who are current users are already having their need for contraception met although in some cases a switch from a less efficient to a more efficient method might be beneficial. Among non-users, those who are pregnant, currently in a state of post partum, amenorrhea, infecund, or whose husband is absent are clearly not in need of contraception at the moment. Likewise, women who are uncertain or indifferent about whether they want more children are unlikely to want to use contraception. Among women who want more children, those who wish to have a child soon (within a year) also are not in need of contraception. Among women who want no more children, those having no birth over the last five years despite the fact they are not using contraception are also unlikely to be in need of a method since they are apparently subfecund or infecund. The two remaining groups that have a relatively clear need for contraception are :

- 1) The "potential spacers" defined as non-users who want more children but wish to wait more than a year before giving birth and
- 2) The "potential limiters" defined as non-users who want no more children and are likely to still be fecund as demonstrated by having had a birth or having been married within the last five years.

CPS3 results indicate that only 2.5 percent of currently married women aged 15-49 have an unmet need for spacing and only 3.5 percent have an unmet need for limiting. Hence a total of only 6 percent of currently married women in reproductive ages seems to be likely remaining potential targets for the NFPP. This means that only about 450,000 of the approximately 7.5 million currently married women under age 50 are not yet being served by the program or some commercial outlet. Clearly the NFPP has reached the vast majority of potential users already.

It is possible with the information collected by CPS3 to construct a profile of those women who are not using contraception but seem to have a need for it if their desire to space or limit births is to be realized (See Table 4). Both the potential spacers and the potential limiters with an unmet need for contraception tend to be more likely to live in rural areas than currently married women in general. In addition they are more likely than average to be Moslems or be residents of the Northeast or the South. Potential limiters with an unmet need also are far more likely than average to

have less than four years of education although this could reflect their above average age to some extent since older women are more likely to be less educated. Particularly interesting is the finding that rural women with an unmet need for spacing or limiting are about as likely as women on average to live in villages within 5 kilometers of a potential government supply of contraceptive supplies or services. Among rural women in general and among those with an unmet need less than 15 percent live in villages more than 5 kilometers from a hospital or health station. It thus seems unlikely that the remaining unmet need in Thailand is primarily a question of inaccessible supplies.

D. SOURCE OF CONTRACEPTION

The large majority of Thai couples practicing contraception used a government outlet as their most recent source of supply, or service (See Table 5). For the country as a whole, 79 percent of current users of methods requiring a source use a government outlet; for rural couples the equivalent figure is 83 percent and for urban couples 63 percent. The proportion obtaining their contraceptive method from the government varies substantially according to method, especially in urban areas. In both rural and urban areas, the IUD and female sterilization are overwhelmingly obtained through government outlets. Pills in contrast are largely government supplied only in rural areas and not in urban areas where almost two thirds of users buy pills commercially, primarily from drugstores. Even in rural areas almost half of couples relying

on condoms purchase them from the private sector and in urban areas the vast majority obtain condoms commercially, again primarily from drugstores. Overall, however, the government component of the NFPP is clearly the major source of contraception in Thailand.

E. FERTILITY

In an attempt to improve the accuracy of the data collected to estimate fertility, a new approach of obtaining information on recent births was incorporated into the questionnaire. Rather than asking only about the date of the most recent live birth, information on the last two live births was collected and a probe about pregnancies since the last live birth was introduced to attempt to elicit information on recent births that may have died at very early ages and possibly be otherwise unreported. It is likely that the result of the new questionnaire format has been to elicit a more complete set of information on recent births although this cannot be determined exactly. If so, comparison between CPS3 and earlier surveys would tend to minimize the apparent extent of fertility decline. Also because of the more extensive information collected in CPS3 on births, it is possible to estimate fertility during the two years period prior to the survey rather than to limit fertility estimates only to a one year period.

Although CPS2 and CPS3 only surveyed ever-married women, it is possible to estimate total fertility rates (TFR)

if some assumptions are made regarding the marital status distribution of the population and if births to never married women are negligible. For the purpose of calculating TFRs, the proportions married women have been estimated based on the trend between the 1970 and 1980 censuses. Based on births reported as occurring 12 months prior to the surveys, total fertility at the national level declined from 3.68 to 3.47 between CPS2 and CPS3 (See Table 6). It is possible that the actual decline is somewhat larger because births may have been more completely reported in CPS3. It is worth noting that much of the decline in the TER is attributable to the assumed change in marriage patterns implied by the census (with the proportions remaining single increasing) and that marital fertility is only slightly lower for CPS3 than for CPS2.

An additional problem in interpreting results on fertility from CPS3 is the fact that rates based on births reported during 24 months prior to the survey are lower than rates based on births reported during the prior 12 month period. This is the opposite of what would be expected if fertility was declining and is probably the result of some distortion in the reporting or recording pattern. A similar phenomenon has been observed for virtually every fertility survey conducted in Thailand over the last 15 years. It seems likely that the 24 month rate is a more accurate measure of fertility and that the 12 month rate is somewhat artificially inflated. However, when comparing results between CPS2 and CPS3 it is necessary to rely

on the 12 month rate since only a 12 month rate can be computed for CPS2.

Regional estimates of total fertility show considerable differences among regions. The lowest TFR is found in Bangkok although TFR's in the Central Region and in the North are not much higher. In all three cases, TFR is below 3 births per couple. Nevertheless, in all cases fertility is still well above the replacement level which is approximately equal to a TFR of 2.25 given Thailand's current level of mortality. Fertility is considerably higher in the Northeast and even greater in the South. At the present fertility rate, Northeastern women average about one child and Southern women about two children more than women in the remainder of Thailand.

Two other measures of recent fertility that can be obtained from CPS3 are the percent of currently married women who report themselves as pregnant and the average number of months since last birth, typically referred to as the open interval (See Table 7). Both of these measures point towards declining fertility. Between CPS1 and CPS3, the percent of women who reported themselves pregnant declined steadily from 10.1 to 8.6 percent. At the same time the open interval increased steadily from 49 months to 56 months.

The desired family size of recently married women can serve as a useful measure of future interest in fertility control since these women will be among the prime clients of the NFPP in the next decade or so. Results from CPS3 indicate that fertility

Preferences among the new generation of married women are quite modest (See Table 8). The modal number of children desired among women married less than 5 years is two. Indeed over half of recently married women both in rural and urban areas indicated two children as their preferred family size. Moreover, only a small minority of recently married women said they wanted more than three children. At the same time very few women express a desire for less than two children. Even in the North where the average desired family size is only 2.0, the lowest in Thailand, only about one in ten women indicated they wished to have less than two children. Family size preferences are distinctly higher in the Northeast and South but even in these regions the large majority of recently married women express an ideal of two or three children only. It thus appears that the new generation of married couples will wish to make extensive use of contraceptive methods during their reproductive careers if they are to keep their family sizes to the modest numbers they indicate they prefer.

F. MOSLEM-BUDDHIST DIFFERENCES

One goal of CPS3 was to gather information which would permit better documentation of Moslem-Buddhist differences in attitudes and practices relating to contraceptive use and fertility, especially in Southern Thailand where fertility has recently been above other regions and where contraceptive prevalence has remained well below the national average. Towards this end, a supplementary sample of women in predominantly Moslem villages

was interviewed in the provinces of Satun and Yala. When these women are added to the primary sample used to obtain nationally representative results, there are sufficient numbers of Moslem women to permit a more detailed analysis of religious differentials.

For the purpose of this analysis, Moslems have been divided into several categories based on language and region : Southern Moslems have been separated into those who speak Yawee and those who are native Thai speakers. Except for one Moslem in the Northeast, the remaining Moslems interviewed resided in Bangkok or the Central region. Presumably all of these were native Thai speakers. Buddhists, who make up the vast majority of Thailand's population, have also been divided by region to permit a more detailed comparison with the Moslems and also because of concern that Southern Buddhists also have higher fertility and lower contraceptive prevalence than Buddhists elsewhere.

Considerable differences in the level of contraceptive prevalence are apparent between Buddhists and Moslems (See Table 8). For Moslems overall prevalence is only about half as high as among Buddhists. Considerable variation exist, however, among Moslems according to language and region of residence. Among Moslems prevalence is lowest among Southern Yawee speakers, intermediate among Southern Thai speakers, and highest among Bangkok and Central region residents. Among Buddhists, those in the South are characterized by a distinctively lower prevalence level than Buddhists elsewhere although by a level considerably higher than either Yawee or Thai speaking Southern Moslems. Interestingly, prevalence among Southern

Buddhists and Bangkok and Central Moslems is about equal. Apparently language, region and religion each exert an independent influence on contraceptive prevalence.

Another obvious difference in contraceptive use between Moslems and Buddhists is with regards to method mix. In particular, permanent methods of contraception (female and male sterilization) are disproportionately low among Moslems in comparison to Buddhists. Again among Moslems, the levels of sterilization vary sharply according to language and region with only 2 percent of Southern Yawee Moslem couples, 8 percent of Southern Thai speakers and 18 percent of Bangkok and Central Moslems reporting either ligation or vasectomy. Even for the latter group, however, sterilization is below the level reported by Buddhists regardless of region. It is also notable that withdrawal is particularly common among Southern Moslems and Southern Buddhists alike but largely absent outside the South

Fertility levels and preferences differ considerably between Moslems and Buddhists (See Table 10). Marital fertility, as measured by the annual average number of births per 1,000 married women during the two years preceding the survey, is over 70 percent higher for Moslems than for Buddhists. While Central and Bangkok Moslems experience lower fertility than Moslems in the South, their rate was still above Buddhists regardless of region. Among Buddhists those in the South experience higher fertility than those living elsewhere. Fertility preferences are also higher among Moslems than Buddhists. Among women with

two children, only 30 percent of Moslems indicated they wished to stop childbearing compared to 69 percent of Buddhists. Again differences are apparent within each religious grouping. Central and Bangkok Moslems are far more likely to wish to cease childbearing at two children than Southern Moslems while Southern Buddhists with two children are less likely to want no more than Buddhists elsewhere, showing an identical level to that found for Central and Bangkok Moslems.

CPS3 also included a number of questions designed to determine religious attitudes regarding the use of contraception. Generally only a small proportion of Buddhists indicated that they believed any contraceptive method was against their religion. In contrast, Moslems were far more likely to indicate any particular method was against their religion although there was far less opposition expressed concerning temporary methods than against permanent methods. For example, only 38 and 40 percent of Moslems said withdrawal or the pill respectively was against Islam but 83 percent indicated religious opposition to female sterilization. Some variation in attitudes are evident among Moslems, but even among Central and Bangkok Moslems, considerable opposition to contraception and particularly permanent methods was expressed. Interestingly, this widespread religious opposition was expressed despite the rather substantial level of prevalence among Moslems in the Central region and Bangkok.

G. POLICY IMPLICATIONS

1. Given the already high level of contraceptive prevalence and the low level of unmet need, it seems unlikely that a continuation of the steady increases in overall prevalence levels that characterized the last decade and a half will continue into the future. More likely prevalence will start to level off, perhaps close to 70 percent. This implies that the number of new acceptors to the NFPP is unlikely to be a good measure of future performance since the numbers are likely to decline as increases in prevalence become no longer possible. This decline in new acceptors should be viewed as an inevitable sign of a maturing program and not necessarily as a sign of poor program performance. Instead measures of continuing use or overall prevalence would serve better as a means to judge the continuing success of the program.

2. Given that the likely maximum prevalence level is being approached, concern in improving the impact of the program on reducing fertility should shift from a focus on recruiting new acceptors to improving the quality and efficiency of contraceptive use among continuing users. In part this could mean encouraging shifts to more effective methods. However, given that the prevalence of permanent methods is already quite high and that there is an obvious limit to the extent to which sterilization can continue to increase, greater concern might be fruitfully devoted to improving the efficiency with which temporary methods are used. In particular, encouraging and enabling proper use of

the pill might merit more attention, especially given the fact that a not insignificant proportion of pill users obtain their method from drugstores and may not be given proper instructions on use. Given the lack of knowledge on the use effectiveness of nonprogram methods such as withdrawal and rhythm and their greater acceptability among Moslems, research on the topic could be useful for guiding the program with respect to whether or not it should encourage couples practicing such methods to switch to more modern methods.

3. Given the low proportion of couples with unmet need in combination with the low proportion who appear to have preference for family size above 3 children, there seems to be little basis to search for and design special programs to reach "hardcore" resistance groups. Such groups are difficult to identify. One possible exception are Southern Moslems and particularly Yawee speaking Moslems. It should be recognized however that Southern Moslems represent only a small proportion of the population and thus even if special efforts to increase prevalence and reduce fertility among them are successful, the demographic effect at the national level would be modest at most.

4. Any program designed to reach Moslems needs to recognize that contraceptive use in general is a more sensitive religious issue for them than for the Buddhist majority. In particular, religious objection to permanent methods appears to be widespread and suggests that efforts to promote temporary methods aimed at spacing are likely to be more acceptable.

5. Family size preference among newly married couples reveals considerable consensus on a two child family as the most desirable, Most remaining couples wish to have no more than three children. At the same time very few couples appear to want fewer than two children. Thus there seems little need for a major campaign to lower fertility preferences. However, although the two child family norm already seems well established among the new generation of parents, IEC efforts to reinforce it might increase its popularity even further and are unlikely to offend potential clients of the program.

TABLE 1 : PERCENT OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AGED 15-44 PRACTICING CONTRACEPTION BY METHOD USED, BASED ON CPS1, CPS2 AND CPS3

Method being used	CPS1 1978	CPS2 1981	CPS3 1984
Total	55.4	59.0	64.6
Pill	21.9	20.2	19.8
Female sterilization	13.0	18.7	23.5
Male sterilization	3.5	4.2	4.4
IUD	4.0	4.2	4.9
Injectables	4.7	7.1	7.6
Condom	2.2	1.9	1.8
Other	4.1	2.7	2.6

TABLE 2 : DISTRIBUTION OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AND AGED 15-44 BY METHOD CURRENTLY USED, RURAL-URBAN RESIDENCE AND REGION

Method	Whole Kingdom	Rural-Urban Residence				Region		
		Bangkok	Provincial Urban	Rural	Central	North	North-east	South
Total	64.6	71.8	64.7	63.7	68.8	71.4	60.8	50.4
Pill	19.8	21.5	12.8	20.2	23.2	24.1	17.1	13.3
Condom	1.8	5.3	3.7	1.2	1.4	1.9	0.8	1.9
IUD	4.9	1.9	4.4	5.4	3.0	3.7	8.7	2.5
Female sterilization	23.5	27.3	30.3	22.5	23.8	29.2	21.4	16.3
Male sterilization	4.4	5.7	2.0	4.4	6.2	1.4	5.3	2.9
Injectables	7.6	6.5	7.6	7.7	9.5	10.6	5.6	5.4
Withdrawal	1.3	1.5	1.1	1.2	0.5	0.3	0.8	5.3
Others	1.3	2.0	2.8	1.1	1.4	0.3	1.1	2.9

* The sum of the individual method may differ slightly from the total due to rounding

TABLE 3 : STATUS REGARDING NEED FOR CONTRACEPTION AND SELECTED MEASURES OF UNMET NEED, CURRENTLY MARRIED WOMEN, 15-49 BY RURAL-URBAN RESIDENCE AND REGION

Need status*	Kingdom					Region		
	Total	Rural	Urban	Bangkok	Central	North	North-east	South
1) Current user	63.2	62.1	68.6	71.6	67.2	69.5	59.2	49.5
1a) (efficient method)	(59.1)	(58.7)	(60.8)	(63.3)	(64.1)	(66.9)	(56.7)	(39.9)
1b) (other method)	(4.1)	(3.4)	(7.8)	(8.3)	(3.1)	(2.6)	(2.5)	(9.6)
2) Pregnant	7.6	7.6	7.4	6.5	6.9	6.3	8.6	9.2
3) Amenorrheic	6.3	6.9	3.3	3.0	4.1	6.0	7.0	11.7
4) Infecund	2.5	2.5	2.1	2.2	2.5	2.2	3.3	0.8
5) Husband absent	3.0	3.3	1.7	1.2	3.3	1.8	4.7	1.2
6) Uncertain fertility desire	0.6	0.7	0.3	0.1	0.2	0.6	0.5	1.8
7) Wants child within 1 year	5.8	5.3	8.5	7.0	6.1	5.6	4.3	9.1
8) Wants child but after 1 year	2.5	2.6	2.0	1.7	1.9	1.5	2.9	5.0
9) Wants no more but had no birth in 5 years	5.0	5.2	3.9	3.8	5.9	4.3	4.9	5.7
10) Wants no more but had birth or married in last 5 years	3.5	3.8	2.2	2.8	1.9	2.2	4.7	5.9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Unmet need								
Conservative estimate								
For limiting (10)	3.5	3.8	2.2	2.8	1.9	2.2	4.7	5.9
For spacing (8)	2.5	2.6	2.0	1.7	1.9	1.5	2.9	5.0
Total (8 + 10)	6.0	6.4	4.2	4.5	3.8	3.7	7.6	10.9

* Each category takes precedence over all subsequent categories

TABLE 4 : SELECTED CHARACTERISTICS OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AGED 15-49 ACCORDING TO USE AND NEED STATUS

	ALL currently married women	Contraceptive users			Unmet need status	
		Efficient method	Other method	Potential spacer	Potential limiter	
					Birth or married in last 5 yrs.	No birth in last 5 yrs.
% Rural	83	83	68	86	89	87
Regional distribution (%)						
Bangkok	10	11	21	7	8	8
Central	21	23	16	16	12	25
North	22	25	14	13	13	19
Northeast	35	33	21	40	46	34
South	12	8	30	25	21	14
Educational distribution (%)						
Less than 4 years	12	10	7	12	26	19
4 years	72	75	58	66	68	76
5-10 years	11	11	18	17	4	4
11 + years	5	5	17	6	2	1
% Moslem	6	3	13	16	13	9
% Within 5 kilometer of hospital or health station	87.9	88.0	92.4	89.5	86.1	90.4
Mean values for						
current age	31.7	32.1	30.5	24.9	35.6	41.9
years since 1st marriage	12.0	12.5	10.2	5.8	16.0	22.3
Children ever born	2.97	3.15	2.54	1.64	4.90	4.60
Living children	2.73	2.31	2.36	1.44	4.43	4.20
Expected number of children	3.30	3.26	2.99	2.87	4.43	4.20
Ideal family size	3.01	2.95	2.93	2.95	3.67	3.50

TABLE 5 : SOURCE OF CONTRACEPTION AMONG CURRENT USERS

	Pill	Condom	Injectable	IUD	Ligation	Vasectomy	ALL methods
Rural							
% Government	78	53	74	93	91	77	83
% Private	22	47	26	7	9	23	17
Drugstore	16	43	-	-	-	-	7
Total	100	100	100	100	100	100	100
Urban							
% Government	37	16	69	90	83	53	63
% Private	63	84	31	10	17	47	37
Drugstore		49	81	-	-	-	18
Total	100	100	100	100	100	100	100

TABLE 6 : ESTIMATES OF TOTAL FERTILITY RATES

		TFR Based on Preceding	
		12 months	24 months
CPS2	National	3.68	-
CPS3	National	3.47	3.36
	Bangkok	-	2.75
	Central	-	2.83
	North	-	2.91
	Northeast	-	3.82
	South	-	4.76

TABLE 7 : AGE STANDARDIZED PERCENT CURRENTLY PREGNANT AND MEAN OPEN INTERVAL (IN MONTHS) AMONG CURRENTLY MARRIED WOMEN AGED 15-44 BASED ON CPS1, CPS2 AND CPS3

	CPS1 1978	CPS2 1981	CPS3 1984
Percent currently pregnant	10.1	9.1	8.6
Open interval	49	51	56

Notes : Results are standardized directly using, the age distribution of currently married from the 1970 census as a standard population.

TABLE 8 : PERCENTAGE DISTRIBUTION OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AGED 15-44 MARRIED LESS THAN 5 YEARS ACCORDING TO IDEAL NUMBER OF CHILDREN BY RURAL-URBAN RESIDENCE AND REGION

Ideal number of children	Residence					Region			
	Total	Rural	Urban	Bangkok	Central	North	North-east	South	
0	0.1	0.0	0.5	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1	7.4	6.8	9.6	15.6	6.5	10.8	3.1	6.1	
2	56.8	55.5	61.3	58.2	68.3	76.3	43.4	36.8	
3	25.6	26.6	21.9	20.9	21.4	10.7	36.3	36.1	
4 or more	10.1	11.0	6.6	4.4	3.7	2.1	17.2	21.0	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	
Mean	2.4	2.4	2.3	2.1	2.2	2.0	2.7	2.8	

TABLE 9 : PERCENT OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AGED 15-44 CURRENTLY USING CONTRACEPTIVE METHODS BY METHOD, RELIGION, REGION AND LANGUAGE

Method	Moslems						Buddhists		
	South			Cent. and Bangkok Moslems	All * South Moslems	Cent. and Bangkok	North and NE	All Buddhists	
	Yawee	Thai							
Pill	6	17	23	11	12	22	22	20	
Condom	1	1	2	1	2	3	1	2	
IUD	1	0	4	1	3	3	6	4	
Ligation	2	6	15	5	20	25	24	24	
Vasectomy	0	2	3	1	4	6	3	5	
Injectables	4	8	5	6	6	8	10	8	
Withdrawal	5	9	2	6	6	1	0	1	
Others	3	1	2	3	3	2	1	2	
Any method	23	44	56	34	57	70	67	67	
An efficient method	14	33	50	24	46	63	65	61	

Note : Results in this table unweighted
 * Including one moslem in the orthcast

TABLE 10 : MARITAL FERTILITY, FERTILITY DESIRES, AND ATTITUDES
ABOUT CONTRACEPTIVE METHODS BY RELIGION

	Marital fertility	% with 2 children, Who want no more	Of those who know the method, % believing method is against religion		
			Withdrawal	Pill	Ligation
All Moslems	<u>277</u>	<u>30</u>	<u>38</u>	<u>40</u>	<u>83</u>
Southern, Yawee	276	22	38	28	83
Southern, Thai	315	31	46	65	90
Central, Bangkok	220	56	23	44	73
All Buddhists	<u>161</u>	<u>69</u>	<u>8</u>	<u>12</u>	<u>14</u>
Southern	195	56	4	7	10
Central, Bangkok	155	69	6	12	12
North, Northeast	158	72	12	15	17

6-6 タイ国の母子保健の現状

粗出生率	22.4 (人口1,000対) 1981年
粗死亡率	5.0 (") "
したがって人口増加率	17.4 (") 1.74%
妊産婦死亡率	0.8 (出生1,000対) 1981年
乳児死亡率	45.0 (") 1984年

母子の人口は、タイ総人口の3分の1にあたる。このグループに疾病、死亡がきわめて多く、母子保健の向上が即、タイ国民の健康増進となる。

妊産婦死亡の3分の2は妊婦・分娩の合併症、例えば出血、中絶の合併、妊娠中毒症など、である。乳児死亡の主なもの、肺炎、下痢、感染症によるけいれん、栄養不良、ジフテリア、インフルエンザ、マラリアなどである。

乳児・妊産婦死亡の危険因子は、

- ・初産および多産 (5~6回目以上のお産)
- ・高胎出産
- ・短い間隔で子供を産む (としご) 場合
- ・妊婦検診をうけていない
- ・低栄養

したがって生まれた子供の

- ・未熟性あるいは低体重

(政府の病院における未熟児の割合は1982年、10.3%)

予防接種の普及に力が入られている。

妊婦・乳児への接種率は、BCG (結核) 78%、DPT (ジフテリア・百日咳・破傷風) 21%などである。

母子保健向上のための施策

1983年 モデルマザープロジェクトなど

以後 VHV s (村のヘルスポランテニア), VHC s (村のヘルス連絡員), TBA s (とりあげ婆さん) などにも教育を拡げている。

目標 (第5次開発5ヶ年計画の終わり、1986年まで)

- ・妊婦の70%が少くとも2回、専門家により妊婦検診をうける。
- ・妊婦の50%が専門家もしくは訓練をうけた TBA s (とりあげ婆さん) にお産の介助をうける。
- ・産婦・乳児の60%が検診をうける。

なお参考のため表を添付する。

- 表 1 出生率・死亡率・妊産婦死亡率・死産率
- 2 乳児死亡率
 - 3 医療・保健専門家数（ヘルスマンパワー）
 - 7 ヤラとスコタイにおける母子保健レベル
 - 9 地域分母子保健レベル
 - 10 第6次5ヶ年計画（1987-1991）

The Sixth Five-Year MCH Plan (1987 - 1991)

Goals:

- 1) To reduce maternal mortality rate in 1986 to 0.5/1000
- 2) To reduce infant mortality rate in 1986 to 36/1000
- 3) To improve health of mothers and children under five years of age
- 4) To improve MCH administrative pattern by increasing community participation.

Objectives: By the end of 1991

1. Mothers

- 1.1 At least 70 % of pregnant women receive four or more prenatal care sessions by health personnel.
- 1.2 At least 70% of total deliveries are attended by health personnel or trained TSAs.
- 1.3 At least 70% of mothers receive three or more postnatal care sessions by health personnel or trained TSAs.
- 1.4 At least 90% of pregnant women receive complete tetanus vaccination.*
- 1.5 At least 70% of total villages conduct Model Mother Activities by the communities themselves.

* The BPI target.

2. Children Under five years of age

- 2.1 At least 70% of newborns receive three or more care sessions by health personnel or trained TSAs
- 2.2 At least 60% of newborns have birth weights of 3000 grams or more.
- 2.3 At least 90% of children under five years of age receive general care, basic immunization and diarrheal surveillance**

** The Communicable Disease Control Program target

- 2.4 To reduce the percentage of second and third degree malnutrition in children under five years of age to two percent or less.**

Strategies

1. Expand and strengthen the MCH services to cover the majority of the target population
2. Develop and up-grade the capability of existing health personnel in MCH activities
3. Strengthen and increase the coverage of IEC for MCH
4. Support the research and evaluation of related activities
5. Promote community participation in MCH activities
6. Support and coordinate with related organizations in both the government and private sector.

** The Nutritional Program target.

受胎調節実施状況

実行率は、15歳から44歳（再生産年齢）の結婚している女性のうち受胎実行している人の割合で示される。

(CMW 15-44, currently married women 15-44)

1984年には、65%である。（日本でもほぼ同率）

女性の不妊手術の伸びが最大で現在タイでの最も多い方法となっている。

受胎調節サービスのうち、79%は政府のサービスによる。都市では63%、農村では83%、合計特殊出生率（TFR、おおざっぱに考えるといわゆる1家庭あたりの子供の数）は、3.47である。タイでのおきかえレベル（親と子の世代が同じ数になる）は、2.25であるので、まだ人口が安定するには時間がかかる。

モスLEMにおける実行率は低くTFRも高いけれど、人口の大きさからみて、タイ全体の実行率や人口増に及ぼす影響は少ない。

Summary of Selected Major Findings of the Third Contraceptive Prevalence
Survey(CPS3)

April-July 1984

by Dr Peerasit K. et al

資料として添付するもの

表1 方法別、年別、実行率

2 " , 地域別、 "

TABLE 1 : PERCENT OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AGED 15-44
PRACTICING CONTRACEPTION BY METHOD USED, BASED
ON CPS1, CPS2 AND CPS3

Method being used	CPS1 1978	CPS2 1981	CPS3 1984
Total	55.4	59.0	64.6
Pill ピル	21.9	20.2	19.8
Female sterilization 女性不妊術	13.0	18.7	23.5
Male sterilization 男性不妊術	3.5	4.2	4.4
IUD リング	4.0	4.2	4.9
Injectables 注射	4.7	7.1	7.6
Condom コンドーム	2.2	1.9	1.8
Other	4.1	2.7	2.6

TABLE 2 : DISTRIBUTION OF CURRENTLY MARRIED WOMEN AND AGED 15-44 BY METHOD CURRENTLY USED, RURAL-URBAN RESIDENCE AND REGION

Method	Rural-Urban Residence				Region			
	Whole Kingdom	Bangkok	Provincial Urban	Rural	Central	North	North-east	South
Total	64.6	71.8	64.7	63.7	68.8	71.4	60.8	50.4
Pill ピル	19.8	21.5	12.8	20.2	23.2	24.1	17.1	13.3
Condom コンドム	1.8	5.3	3.7	1.2	1.4	1.9	0.8	1.9
IUD リング	4.9	1.9	4.4	5.4	3.0	3.7	8.7	2.5
Female sterilization 女性不妊術	23.5	27.3	30.3	22.5	23.8	29.2	21.4	16.3
Male sterilization 男性不妊術	4.4	5.7	2.0	4.4	6.2	1.4	5.3	2.9
Injectables 注射法	7.6	6.5	7.6	7.7	9.5	10.6	5.6	5.4
Withdrawal 性交中絶法	1.3	1.5	1.1	1.2	0.5	0.3	0.8	5.3
Others	1.3	2.0	2.8	1.1	1.4	0.3	1.1	2.9

* The sum of the individual method may differ slightly from the total due to rounding

6-7 60年度調査員報告

国際協力事業団
医療協力部長
長谷川 豊 殿

タイ家族計画プロジェクト

調査員 岩 柳 信 也

昭和60年度年次報告を次の項目により提出

記

はじめに

昭和60年度実績

昭和61年度実施計画

まとめ

別添資料

はじめに

1970年に開始された国家家族計画は保健省家族保健課を中心に全国的に行われてきた。その結果タイの人口増加率は1970年の3.2%より1982年には1.9%に低下し1984年末には1.6%まで低下したと推定される。

1982年10月より始まった第5次国家経済社会開発5ヶ年計画において1986年末までに人口増加率1.5%という目標が掲げられ南部タイ東北タイ等一部地域を除き達成される見込みである。また来年度1986年10月より始まる第6次国家経済社会開発計画ではタイ国が現在および将来直面する経済社会発展の重要な障害の一つとして人口増加があげられ新計画終了時(1991年)までに1.1%という目標があげられた。その背景には、今後毎年100万人の労働力供給増加が予想される一方、政府部門の雇用は減少、農業部門の雇用増大は限界、工業部門の緩慢等雇用機会の減少、失業者の増加がある。

タイ国における母子保健統計はまだ存在していないようである。地域的には簡単な統計はできているがそれが正確かどうかは、はなはだ疑問である。村落においては出生死亡届は村の herd man に届けることになっているが実際には家庭分娩における死産等は多くの場合とどけられていない。

母子保健レベルをみると医師、助産婦の数が不足しているためこれらの取り扱う分娩数は全体の60%程度(東北タイ40%)でTBA(Traditional birth attendant)とよばれる者によるものが大部分である。また乳幼児死亡原因の第1位を下痢腸炎が占めている等母子保健レベルはまだかなり低い。

日本の協力(現状及び問題点)

タイ国家家族計画に対する日本の協力は1974年度より始まり今年で12年目の技術協力である。現行の協力期間は1984年～1989年3月までであり今年度は延長R/Dが結ばれてから2年目の年である。

1. 昭和60年度実績

(1) 調査団派遣

a 機材修理班 S60年6月9日～6月23日

チェンマイ、コンケン、ヤラの各センターにおいて医療用酸素供給配管工事を行った。この工事については各センターから非常に感謝され独自の予算で増設の動きがみられる。

b 巡回指導チーム

昭和61年1月下旬派遣予定

(2) 専門家派遣

専門家の分野は母子保健衛生教育企画調査員、業務調査員である。

a 母子保健衛生教育専門家

12月現在派遣専門家実績なし、この分野における長期専門家の派遣は本プロジェクトの懸案時効であるが、医療専門家はタイ国内の法律「タイの国家試験にパスしないかぎりタイ国内において医療行為を行うことができない」など問題もあり難しい。又、家族計画について、タイの専門

家はこれまでの経験から自信と自負があり特に日本人の専門家を必要としないと考えていることもある。

b 企画調査員

現在業務調査員が業務しているが専門的な助言が与えられる専門家の派遣が望ましい。次年度計画作成のためにも11月ごろ1週間程度の派遣を望む。

c 業務調査員

長期 1名 S60.1～S62.1

d 他の援助機関にみる専門家派遣

USAID UNFPA にしても企画調査員、評価ミッションが短期間派遣された他専門家派遣はない。

(3) 研修員受入

今年度はすでに3人の研修員が以下のとおり実施された。

名前	分野	期間
Dr Ulit Leeyavanija 保健局次長	母子保健家族計画	30/oct ~17/nov
Dr Sopon Chalapati MCHセンター所長	"	"
Mr Niyom Siriwat 広報技官	MCH/FP+IEC	"

帰国研修員の定着率は現在も派遣前と同じか昇進している。(別添参照)

なお、今年度は超音波診断装置の購入にあたり同機材の日本研修をチェンマイ、コンケン、ラブリ、ヤラ各センターより1名計4名、2週間業者負担にて実施した。

(4) 機材供与

S60年度機材要請内容は、

- ① 超音波診断装置他医療機材
- ② 助産婦学校用教材モデル標本
- ③ 映画フィルム、ビデオ
- ④ 視聴覚機材
- ⑤ 車両、オートバイ
- ⑥ 事務機器

そのうち現地調達は別紙のとおり実施された。

現地調達についてタイ側は取り付け工事アフターケア早期調達が可能になった等高く評価し今後も現地調達は増える見込みである。

またタイ側の機材に対する運営管理体制は、

- ① 要請書の早期提出

② 早急な引き取り受け入れ先への早急な供与（別紙参照）

③ ローカルコスト負担（例 S60年度医療用酸素供給配管工事に伴う危険防止柵工事，超音波診断装置設置に伴う電圧安定器，空調整備等）きわめて適切である。

(5) ローカルコスト負担

a 中堅技術者要請対策事業費

東北タイ スリン県より約400人の村落保健普及員等を対象に母子保健，家族計画活動の強化を目的として，2日間の公衆4日間の研修旅行（2日間は移動日）を1月～2月にわたって計4回実施する予定である。

※ 中堅技術者要請対策費の支出費目に研修地における日当及び宿泊料が含まれないため新しい企画がたてられない。たとえば全国から県衛生部広報課長クラスを集めての国家家族政策の理解，避妊方法等家族計画に係る知識の習得，広報技術の向上を目的とした中堅コースの実施などは研修地における日当宿泊料のタイ側負担が望めない現状では実施は不可能である。

b 技術交換プログラム

中国との技術交換を3月に予定

c 技術広報普及プログラム

12月実施予定

2. 昭和61年度実施計画（一覧表別紙）

(1) 調査団派遣

昭和61年度は本プロジェクトの3年目にあたりこれまでの評価，今後の事業計画に関し，タイ側と協議のため計画打合せチームの派遣を11月ごろ予定。

(2) 専門家派遣

過去各MCHセンターに対し超音波診断装置，保育器等多くの医療用機材を供与しているがそれぞれの機材が各MCHセンターの医療レベルに適して設置しているかどうかを調査し，今後の医療機材設置に関しタイ側と協議，医療機材の供与計画を立てる。そのため産婦人科，小児科の専門家各1名短期専門家として3～4週間の派遣を考えた。

なお，両専門家には医療機材の使用に対する技術指導も考えている。

(3) 研修員受入

昭和61年度研修員についてはタイ側より以下の4名に内定している旨連絡があった。なお4名の研修員はあくまでタイ側の希望である。

① Ms. Umpa Kanthapang

助産婦学校長
(ナコンサワンMCHセンター)

② Mr. Suthon Phanyadilok

統計課主任

③ Ms. Audcharee Samienchai

広報担当官

④ Mr. Pavaya Ruttanavijit

広報担当官

期間は7月か8月2～3週間程度研修内容については具体化していない。

(4) 供与機材

昭和61年度の機材要請内容は昭和59, 60年度と同じく医療機材視聴覚機材, 車両, 映画フィルム, 事務機器である。現在タイ側と調整中であり, リストアップは12月までに終了予定である。

(5) 中堅技術者要請対策事業

昭和61年度の本事業は昭和59, 60年度と同じく村の保健普及員約400人を対象にした研修を予定。

ま と め

タイ国に対する家族計画プロジェクトは USAID, UNFPA がローカルコスト負担を主としているのに対しローカルコスト負担に制限のある日本は機材供与中心にならざるをえない。機材供与中心の協力はプロジェクト方式の考えになじまないかもしれないが、タイ国家族計画プロジェクトにおいて重要な役割を果たしておりタイ国はこれら三大機関の援助を統合した形で日本の供与機材 USAID UNFPA 及びタイ独自の予算をもってさまざまな研修, MCH/FP のキャンペーン南タイプロジェクト, 北部山岳民族プロジェクト等を実施している。

日本のタイ国家族計画プロジェクトに対する協力の評価をする場合、日本の協力はあくまで統合したインプットの一部でありその他 USAID UNFPA 等のインプットを国家家族計画プロジェクトとして統合しインパクトを与えその結果として人口増加率の低下 (1984年1.6%) 避妊実行者数の増加としてアウトプットされたのであって日本の協力がいかなるインパクトを与えたかはとらえにくい。

したがって日本の協力を評価する場合プロジェクトの評価というより供与された機材がいかに使用されているかという評価となる。その点タイはランニングコストの確保, 機材設置に伴う施設整備ができないなどということがなく高く評価できる。

出生 死亡 妊産婦死亡 死産

Table 1. Rates of Livebirths, Deaths, Maternal Deaths, Stillbirths,
1977-1981.

Year	Rate of			
	(出生率) Livebirth	(死亡率) Death	(妊産婦死亡率) Maternal Death	(死産率) Stillbirth
1977	24.6	5.4	1.3	1.7
1978	23.1	5.4	1.3	1.5
1979	23.3	5.2	1.0	1.4
1980	23.2	5.3	1.0	1.1
1981	22.4	5.0	0.8	1.1

Source: Public Health Statistics AD 1977-1981, Division of Health Statistics,
MOH Thailand.

(乳児死亡率)

Table 2. Infant Mortality Rate by year

	1965 ^①	1975 ^②	1984 ^③
IMR (per 1000 livebirths)	84.3	51.3	45.0
(乳児死亡率), 出生1,000対			

Sources: ① National Statistical Office, Survey of Population Change,
1964-65

② National Statistical Office, Survey of Population Change,
1974-76

③ Chamrathirong A. and Pejcharananda C., Levels, Trends
and Differentials in Mortality in Thailand, November 1964.

Table 3.

ヘルスマンパワー（医療，保健専門家），数と人口比
NUMBER OF HEALTH MANPOWER AND HEALTH

MANPOWER/POPULATION RATIO (1983)

バンコク人口比 バンコク外人口比

CATEGORY	TOTAL OF PERSONNEL 数	PERSONNEL/POPULATION (49.2 mill) 人口比	TOTAL OF PERSONNEL IN MOPH 保健省内	MOPH PERSONNEL/ POPULATION 人口比	PERSONNEL/ POP. IN BANGKOK (1.5 mill.)	PERSONNEL/ POP. IN PROVINCE (43.7 mill)
PHYSICIAN 医師	8,644	1:5,695	3,148	1:15,638	1:1,092	1:12,222
NURSE 看護婦	24,419	1:2,010	11,705	1:4,206	1: 386	1: 4,327
MIDWIFE 助産婦	11,216	1:4,389	9,302	1:5,292	1:4,146	1: 4,422
(HEALTH WORKER ワーカー	10,403	1:4,730	8,932	1:4,729	1:9,593	1: 4,447
VHV ボランティア	43,025	1:1,143	-	-	-	-
VHC コミュニケーター	419,304	1: 117	-	-	-	1: 104
TBA (とりあげ婆さん)	16,000					

Source: Division of Health STATISTICS 1983.

Table 7 Some MCH Information in Yala and Sukothai Provinces.
 ヤラとスコタイにおける母子保健レベル

MCH Information	Province	
	Yala(N = 1,297) ¹	Sukothai (N = 5,353) ²
1. Percent of LBW babies 未熟児出生率(低体重)	12.0	8.7
Percent of small for date babies SFD. (未熟児の一つの型)	9.0	-
percent of Premature babies 未熟	3.0	-
2. Average birth weight (grams) 平均出生体重	2,995.0	3004
3. Average maternal age (yrs) 平均母親年齢	25.2	25.2
4. Parity 分娩		
% primipara 初産	48.9	47.0
% multipara (4 or more) 多産4, 5回以上	14.8	-
5. Birth spacing 分娩間隔		
less than 12 months 12ヵ月以上	23.3	7.9
more than 24 months 24ヵ月以上	56.5	-
6. Prenatal care 妊婦検診		
never 0	11.0	28.9
attend at least one time 少くとも1回	89.0	71.1
7. First prenatal visit 初回の妊婦検診		
first trimester 妊娠のはじめの1/3期間	26.0	-
second trimester 中の1/3 "	40.6	-
third trimester おわりの1/3 "	33.4	-

Sources: (1) Family Health Division, Study of Factors Affecting Rural
 Low Birth Weight, Thailand, 1981.

(2) Family Health Division, Maternal Care Monitoring Project,
 Sukothai Province, 1983.

Percent Distribution of

Table 9 Some MCH Information by Region, 1982 - 1984

MCH Information	Region				Total
	Central	Northern	Northeastern	Southern	
1. Prenatal Care 妊婦検診					
yes	80.0	74.3	68.3	65.4	72.0
No	20.0	25.7	31.7	34.6	28.0
2. Place of Delivery 分娩場所					
Govt. health center/ (政府) hospital	71.5	54.8	24.6	44.9	49.0
(私立) Private clinic/hospital	10.6	8.1	1.6	6.6	6.7
(自宅) Home	17.9	37.0	73.7	48.5	44.3
3. Birth attendant 分娩介助					
専門家 Health personnel	64.6	67.2	38.3	58.0	61.9
Trained TBA 訓練を受けたTBA	3.5	5.1	6.7	21.0	9.1
Untrained TBA うけていない	7.5	20.6	47.5	20.1	23.9
Others	5.0	7.1	7.4	0.9	5.1
4. Child care 乳児検診					
yes, one time	12.1	12.1	19.8	11.0	13.7
yes, two or more times	57.4	66.1	49.1	60.0	58.2
Never	30.5	21.8	31.0	29.0	28.1
5. Breast feeding 母乳					
yes	85.7	93.7	98.3	80.8	89.6
No	14.2	6.3	1.7	19.2	10.4
6. Family planning practice					
Know and practice	71.3	70.8	53.2	44.2	59.9
Knowbut do not practice	26.3	24.3	44.9	44.8	35.1
Don't know	2.4	4.9	1.9	11.0	5.0

Source : Isaranurug, S., Some MCH Information, Preliminary Report, 1985.

JICA