

# タイ王国公衆衛生プロジェクト

## 実施協議調査団報告書

平成3年11月

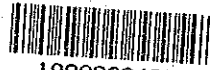
国際協力事業団  
医療協力部

LIBRARY

医 書
CR
81-50



JICA LIBRARY



1099926(6)

24124



タイ王国公衆衛生プロジェクト  
実施協議調査団報告書

平成3年11月

国際協力事業団  
医療協力部

国際協力事業団

24124

## 序 文

タイ国における公衆衛生分野において、過去わが国は、チャンタブリにおける地域保健向上プロジェクト、サラヤにおけるアセアンプライマリーヘルスケア（PHC）訓練センタープロジェクトを実施し成果をあげてきた。

しかしながら、同国の保健医療環境は疾病構造の変化等により過渡期に入っており新たな問題に直面していることから、その対策に対する協力を目的にオファー方式による公衆衛生分野のプロジェクトを形成すべく、平成元年4月から3次にわたり調査団等を派遣し協力の可能性についてタイ側関係者との協議および調査を行ってきた。

その結果、地域の衛生行政、疾病構造等の調査・分析を通じてプライマリーヘルスケアに携わる人材の育成を行うとともに、望ましい保健医療システムを立案するというソフト型の協力がタイ側のニーズであることが判明した。

以上のような経緯を踏まえ、タイ国からわが国に対しプロジェクト方式技術協力に係る正式要請書が提出された。

本要請を受け、当事業団は、本年4月3日から4月11日までの間、実施協議調査団を派遣し、討議議事録（R/D）の署名交換を行なった。

本報告書は、本調査団による調査結果を取りまとめたものである。

ここに本プロジェクト形成に尽力いただいた関係各位、本調査団の団員および調査団の派遣にご協力いただいた関係各位に対し深甚なる謝意を表するとともに、今後の本件プロジェクトの実施・運営にあたり関係各位の一層のご協力をお願いする次第である。

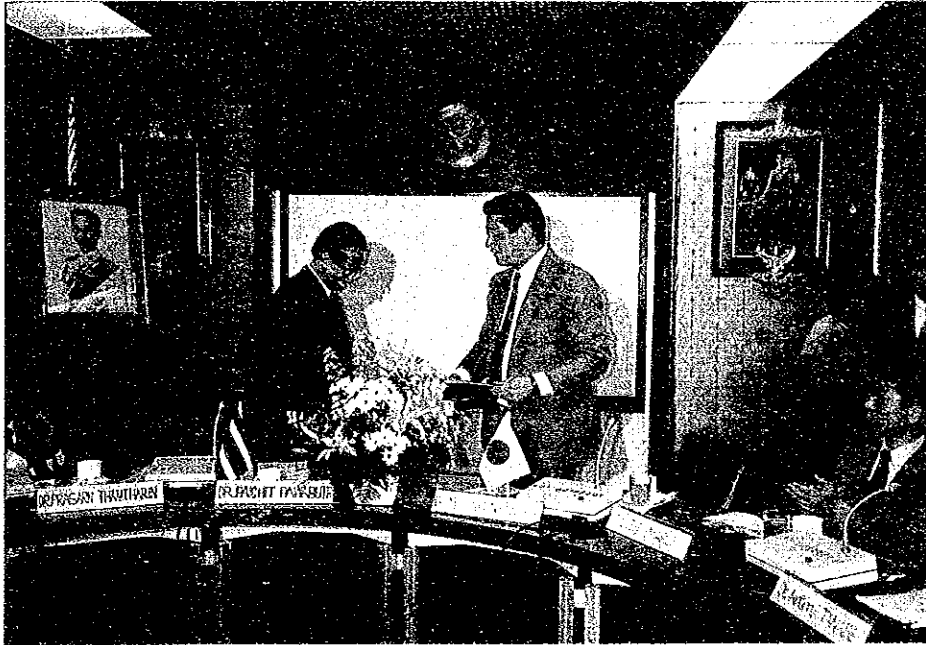
平成3年11月

国際協力事業団

理事 西野 世界







保健省におけるR/D署名（左：Dr. Paichit 右：西山団長）

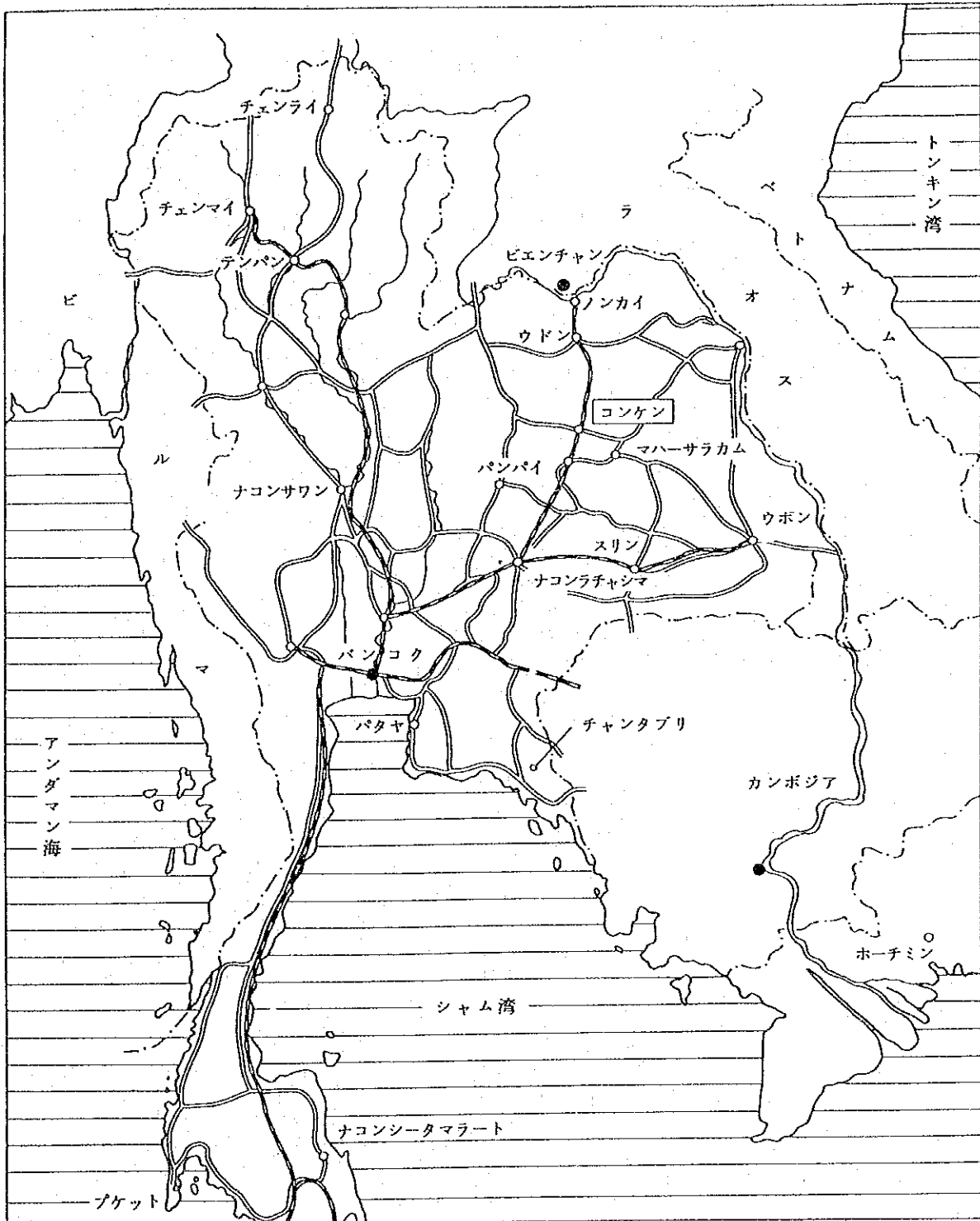


第一次医療機関であるヘルスセンター（コンケン）



タイ王国

地図 1

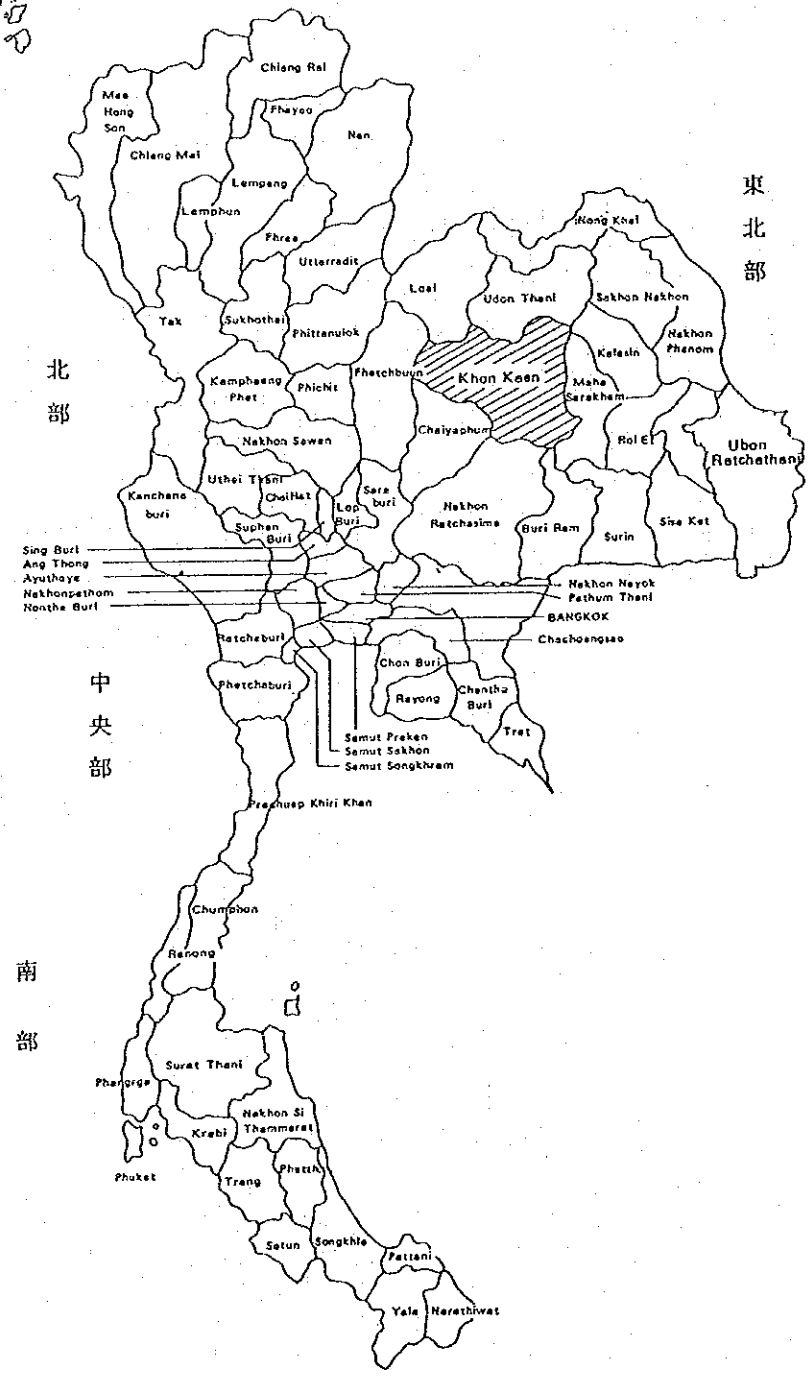




地図 2

タイの行政区分図

( 4 地方 - 73 県 )



北部

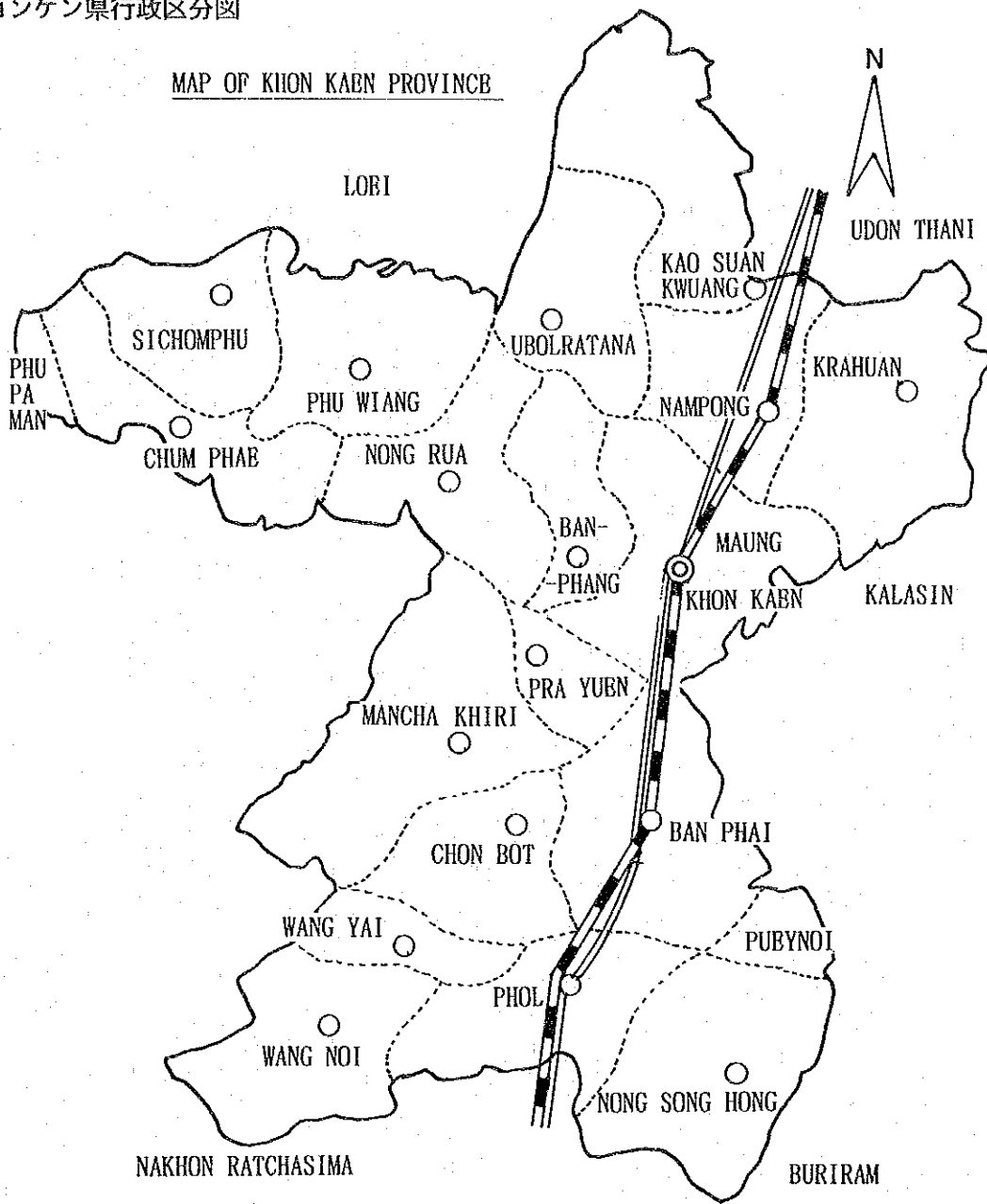
東北部

中央部

南部



コンケン県行政区分図



REMARK

- |           |            |   |           |
|-----------|------------|---|-----------|
| ———       | PROVINCIAL | ⊙ | PROVINCE  |
| - - - - - | DISTRICT   | ○ | DISTRICTS |
| ▬▬▬▬      | RAILWAY    |   |           |
| ====      | ROAD       |   |           |

コンケン県(KHON KAEN PROVINCE)の概要

1. バンコク～コンケン間の距離 445km (⊙東京～米原間に相当)
2. 面積 : 13,404km<sup>2</sup> (⊙東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県 の総面積に相当)
3. 人口 : 1,653,536人 (1989年) (⊙札幌市に相当)
4. 人口密度 123人/km<sup>2</sup> (⊙島根県に相当)
5. 平均収入 (1988年) 16,506 BAHTS/年 (約94,000円)





# 目 次

1. 実施協議調査団派遣	
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 日程表	2
1-4 主要面談者	2
2. 要 約	4
3. 討議議事録の交渉経緯	
3-1 交渉経緯	6
3-2 討議議事録	11
4. プロジェクト実施上の留意点	
4-1 実施体制	21
4-2 実施計画	23
5. その他特記すべき事項	26
附属資料	27



## 1. 実施協議調査団派遣

### 1-1 調査団派遣の経緯と目的

当事業団においては、途上国政府からの要請に基づく協力（いわゆる要請ベース）から、より途上国の状況に適した優良プロジェクトの形成のための施策を海外医療協力委員会の地域保健・公衆衛生協力改善検討部会において検討してきた。

その結果、手続的には従来の要請ベースは維持しつつも、わが方で協力対象国を選定し、わが国の協力可能な分野および協力内容を相手国に提示し、相手国関係者との対話を通して効果的なプロジェクトの形成を行うこととなった（オファー方式）。

その具体化のためにタイにおいて公衆衛生分野のプロジェクトを形成すべく、1989（平成元）年4月から3次にわたり専門家チームを派遣し、協力の可能性につきタイ側関係者との協議および調査を行った。

これらの協議・調査等の結果、1990（平成2）年12月タイ国政府はわが国に対し正式にプロジェクト方式による技術協力を要請してきた。

本調査団は、最終的な協力内容、協力方法、協力対象地域の特定と協力実施計画の策定を行い、討議議事録（R/D）および暫定実施計画（T S I）の署名交換、専門家活動のベースとなるコンケンにおける専門家の執務スペース、住居、生活、環境等について確認することを目的として派遣された。

### 1-2 調査団構成

- ・ 団 長 総括／衛生行政 西山 正徳 厚生省大臣官房厚生科学課  
主任科学技術調整官
- ・ 団 員 公衆衛生 丸井 英二 東京大学医学部国際交流室講師
- ・ 団 員 公衆衛生 田邊 昇 厚生省健康政策局総務課課長補佐
- ・ 団 員 協力計画 森谷 裕司 J I C A医療協力部医療協力特別業務室

1-3 調査日程表 (平成3年4月3日から同年4月11日まで)

日 順	月 日	曜 日	移 動 及 び 業 務
第1日	4/3	水	東京→バンコク
2	4	木	AM JICA事務所にて、加藤次長、宮本所員と調査打合せ 日本大使館表敬、長門二等書記官面会 PM 保健省地域保健課にてR/D協議
3	5	金	AM 保健省保健計画課にてR/D協議 PM 国立衛生研究所 (NIH) 訪問・見学
4	6	土	— 資料整理
5	7	日	— ”
6	8	月	AM バンコク→コンケン移動 PM 現地視察・調査 (コンケン県医務局、県病院、郡病院、保健所) コンケン関係者と協議
7	9	火	AM コンケン→バンコク PM 団内打ち合わせ
8	10	水	AM 総理府技術経済協力部 (DTEC) 表敬 PM R/D署名、日本大使館、JICA事務所に調査結果報告
9	11	木	AM 11時15分 TG-640 バンコク→東京

1-4 主要面談者

タイ保健省 (Ministry of Public Health)

DR. PAICHIT PAWABUTR Deputy Permanent Secretary of Public Health

DR. DAMRONG BOONYOBN Deputy Director-General, Department of Health

DR. CHAKRADHARM DHARMAKTI Director, Rural Health Division

DR. SOMSONG RUKPAO Director, office of Primary Health Care

MISS. PISAMAI CHANAVIMOL Director, International Health Division

DR. PRASARN THAMATHARIN	Provincial chief Medical officer, Khon Kaen province
Dr. Sa-nguan Nittayarumpong	Director, Division of Health Planning
Dr. Suriya Wongkongkathep	Chief, Planning Section, Division of Rural Health
Dr. Pratheep Thanakitjaroen	Deputy Chief, Division of Rural Health
Dr. Pisnet Leelapanmetha	Deputy Provincial Chief Medical Officer Provincial Health Office Khon - Kaen
Dr. Porntep Sipiwanarangsun	Health Planning Division
Dr. Suwit Wibulpolprasert	Director, Northeastern Regional Public Health Collage

総理府経済技術協力局 (Department of Technical and Economical Cooperation)

Ms. Tipsuda Nopmoncol	Japan Sub Division
稲垣 富一	専門家
在タイ日本大使館	
長門 利明	二等書記官
JICAタイ事務所	
阿部 信司	所長
加藤 圭一	次長
宮本 秀夫	所員

## 2. 要 約

タイ国では、6次に亘る国家保健計画の後、1991年より第7次5か年計画が開始されようとしている。本計画の中では、ヘルスサービスの国民への普及と定着、質の向上を重要課題としており、本公衆衛生プロジェクトが十分コミットしうると考えられる。

コンケン県衛生局、県病院並びにタンボンレベルの保健所においても、2、3の点を除けば、本プロジェクトが十分機能するものと考えられる。

もとより、わが国とは、保健制度のみならず医療制度も大きく異なっているため、いきなりわが国の保健医療システムを導入することはできない。

まず、地域住民における健康水準がどの程度であり、どこにどのような問題があるかを科学的もしくは普遍的な方法で把握することが必要である。タイ国では、データ収集システムが未完成で、地域の実態が十分把握されていない。このため、どの分野を最優先に考え公衆衛生活動を行うかという計画が立てられない。

第二に、わが国もそうであったが、国民保健体制が未整備の国において何よりも重要なものは医療である。言い換えれば、医療体制即ち病院・診療所が適正に配置されていなければ公衆衛生システムも適切に作動しない。従って、このような点を考慮し協力実施体制並びに実施計画を考える必要がある。

第三に、タイ政府の部局長レベルの担当官は、指導力と知識、能力を持っているが、地方まで十分に浸透させるまでには至っていない。

本プロジェクトの実施体制については、その目的から公衆衛生全般の知識、実践経歴を持ち合わせた者がふさわしいと考える。特に、その地域の住民の健康状態を適切に把握できる疫学、統計学等の知識を持っていることが最低必要条件である。

なお、本調査団派遣により、タイ政府側と合意にいたったプロジェクト協力の概要は以下のとおりである。

(1) タイ国においては第4次国家保健計画（1977-1982）の実施を通して同国の公衆衛生は大きく進歩した。

しかしながら、同国の保健医療環境は過渡期に入り以下のような新たな問題に直面している。

- ① 感染症から非感染症、および工業化、都市化に伴う疾病構造の変化
- ② 公衆衛生システムと活動の強化の必要性
- ③ 第1次医療における保健サービスの質の向上

(2) 本プロジェクトはタイが抱える上記諸問題に対処する同国の事業に以下の分野で協力する。

- ① 保健医療環境のレベルの低い地域をモデル地域に選定して協力をを行い、その成果を同国の保健医療行政に活用する。

- ② モデル地域においては、現行の保健医療行政、医療サービスの実態と問題点および疾病構造を把握する。
- ③ 望ましい、保健医療システム（医療サービスの均等化、医療と予防の連携等）を策定する。
- ④ これに必要な人材の養成を行う。
- (3) 協力対象地域  
東北タイのコンケン県を協力対象地域とし同県内にモデル地域を選定する。
- (4) タイ側関係機関
- ① 中央政府  
Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary for Public Health  
(ア) Health Planning Division  
(イ) Rural Health Division  
(ウ) Office for the Primary Health Care
- ② 地方政府  
(ア) Provincial Public Health Office (在コンソーカワット拠点予定機関)  
(イ) Kohn Kaen Health Promotion Center
- ③ 大学等の研究機関
- (5) 協力期間：1991年9月から5カ年間
- (6) 協力方法：プロジェクト方式技術協力
- ① 専門家派遣  
(ア) 長期（2年）：医師（プロジェクトリーダー）、保健婦、疫学者、調整員各1名  
(イ) 短期：専門医、コンピューター関係、AV関係、医療技師、衛生行政等  
(必要に応じ)
- ② 研修員受入：3名程度（年）
- ③ 機材供与：ビデオ、スライド等のAV機器、教材。調査に必要な移動用車両、パソコン等OA機器等
- (7) 専門家に対する要請業務
- ・ 医師・看護婦  
医療サービスの質の向上と総合的な保健医療システムの開発および衛生教育
  - ・ 疫学者  
疫学調査における研究手法、オペレーショナルリサーチおよび情報管理

### 3. 討議議事録の交渉経緯

#### 3-1 交渉経緯

- (1) タイ国が現在かかえている保健分野での課題、新たな疾病構造等について意見交換した。
- (2) 本プロジェクトの本省での実施組織（組織図参照）、地方医務局の役割等につき確認した。
- (3) 本省にて、先に派遣された専門家チーム（R/D事前協議）の持ち帰った変更点に従い、双方確認した。

① タイ側署名者は、次官（Dr. Uthai）としたいが、アポイントがとれないため、代わりに次官補（Dr. Paichit）がサインすることとなり「Dr. Paichit Pawabutr for Dr. Uthai Sudsukh ……」とした。

② ATTACHMENT V. 「Target area」について、タイ側にプロジェクト成果をコンケンから周辺県に拡張していきたいとの意向があったため、コンケンのみでなく周辺の他の県も含まれた。

③ ANNEX II. 3. およびANNEX IV. 2. にタイ側の希望により「Health system analysis」という文言を加えた。

④ ANNEX III. 3. 「Basic medical care」では内容が限定されるため、「Basic」の文言を削除した。

⑤ リーダーと調整員の違いにつき質問があった。（→リーダーは、プロジェクト全体の運営・管理の、調整員はリーダーを補佐し、例えば予算の管理その他調整業務等を担当する旨説明。）

⑥ タイ側より第三国へのc/pの派遣の可否と、仮にそれができるならR/Dへ記入してほしい旨の希望あり。（→同分野のJICAプロジェクトの実施されている域内諸国への派遣は可能である旨回答）

⑦ 専門家執務スペースについて

タイ側より本来コンケン医務局事務所が最適であるが、物理的に不可能であると主張があった。コンケンの公衆衛生学校等が執務スペースとして考えられるため、現地で確認することとした。

⑧ プロジェクト開始時期について

なぜ、プロジェクトがすぐに開始でなく9月なのかという質問あり。

（→専門家のタイ語研修等の準備に一定期間が必要な旨説明。）

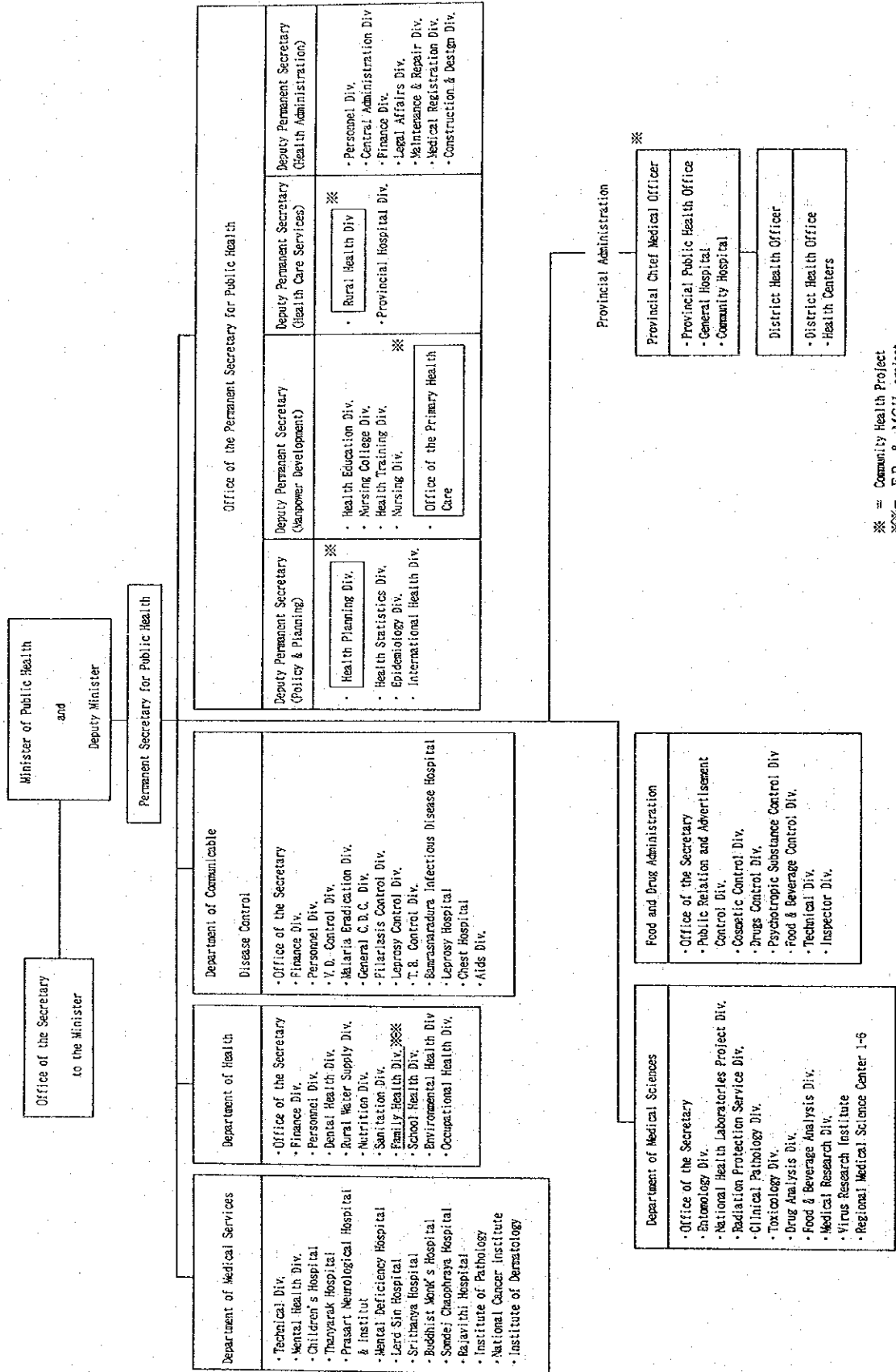
(4) 専門家執務スペースについて

コンケン公衆衛生学校にて、既存施設の一室を暫定的に事務室として借りられることを確認した。また、当学校は現在新築工事を行っており、工事完了後は新築校舎の一室も借りられる



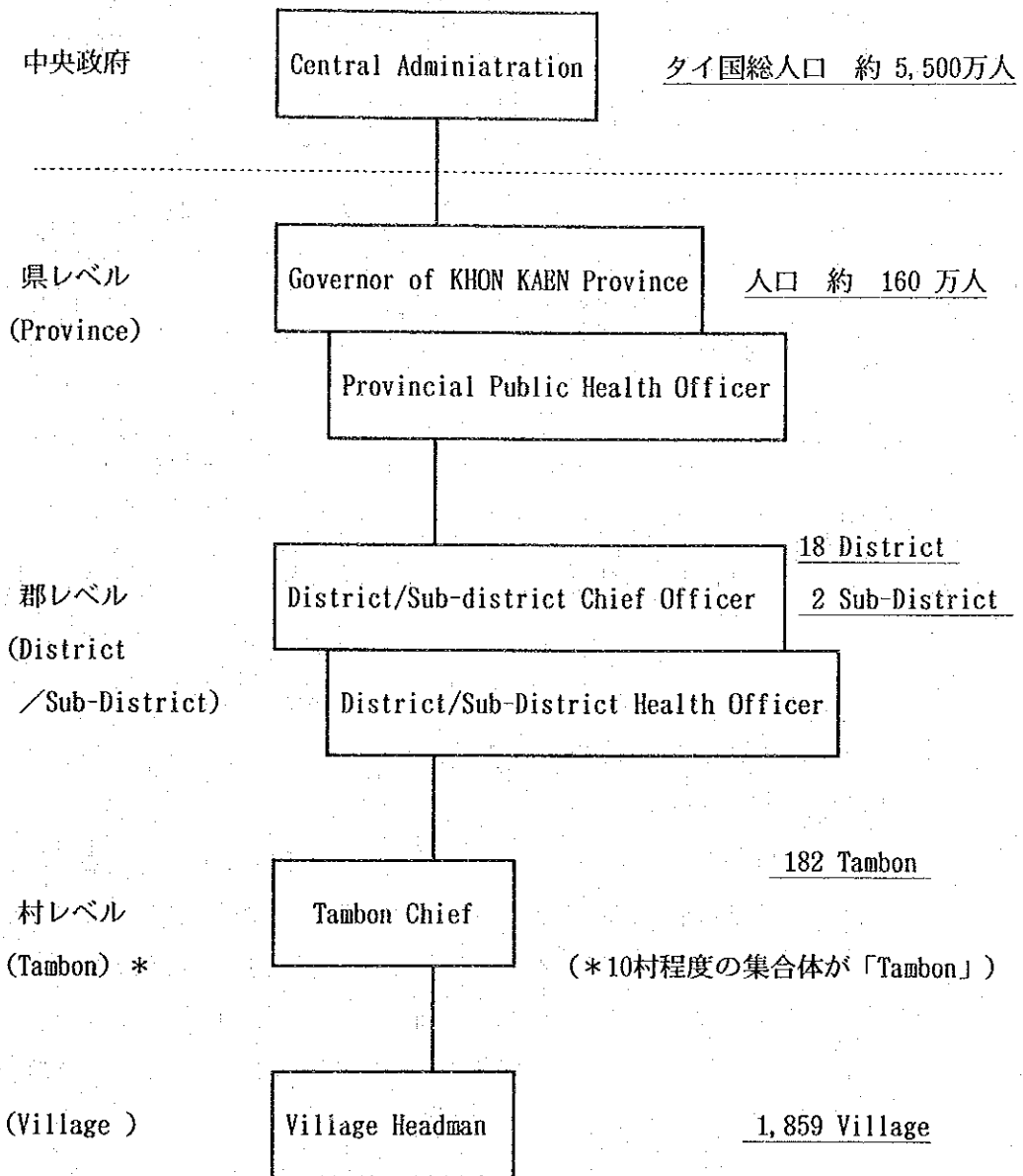
ことを確認。

# Organization of the Ministry of Public Health

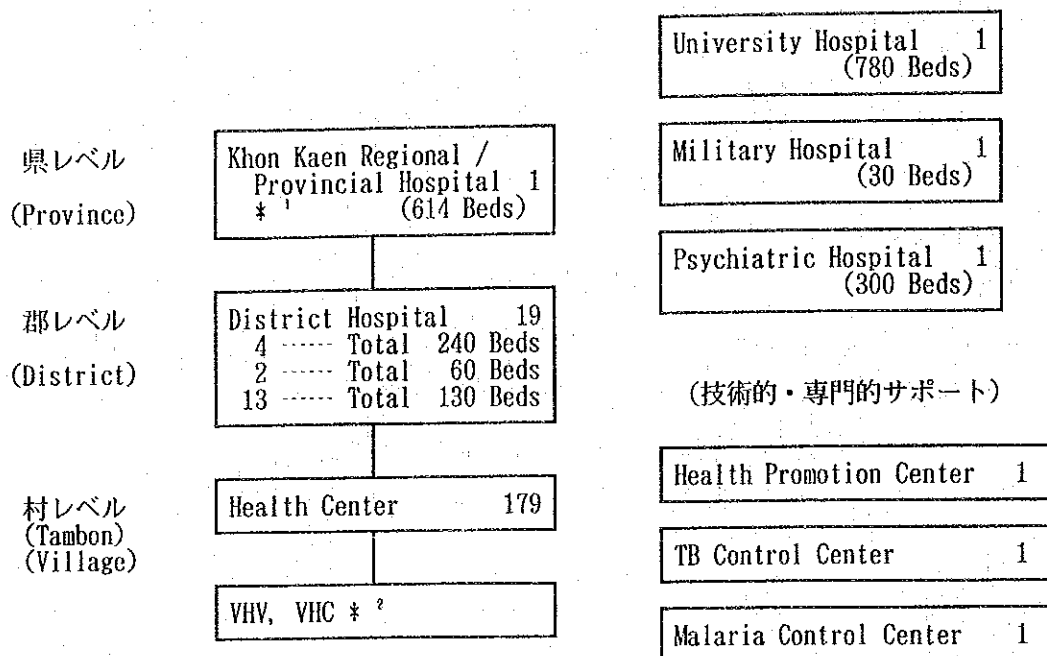


✱ = Community Health Project  
 ✱✱ = F.P. & MCH Project

コンケン県の行政組織



コンケン県 (KHON KAEN PROVINCE) の医療システム



\*<sup>1</sup> コンケン県は、東北タイ地方(Region)の中心でもあるためRegional Hospital も兼ねる

\*<sup>2</sup> VHV : Village Health Volunteers

VHC : Village Health Communicators

原則として、VHVは各村から1名、VHCは10家族から1名、各村の推薦で選ばれ、簡単な初期医療(薬の投与等)や受け持ち地区の住民の死亡、出産等の情報を保健所に伝えること、逆に保健所からの伝達事項を住民に伝えること等に従事する。彼等は1~2週間の研修を受けてから任命される。また、VHV、VHCは無報酬であり、自分の仕事の合間にVHV、VHCとしての業務を行う。(ただし、本人は医療費免除の特権を受けられる。)

3-2. 討議議事録 (R/D) および暫定実施計画 (T S I)

RECORD OF DISCUSSIONS  
BETWEEN THE JAPANESE IMPLEMENTATION SURVEY TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF THAILAND  
ON THE TECHNICAL COOPERATION  
CONCERNING  
THE COMMUNITY HEALTH PROJECT

The Japanese Implementation Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Masanori Nishiyama, Chief Coordinator, Health Sciences Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health and Welfare, visited the Kingdom of Thailand from April 3 to 11, 1991, for the purpose of working out the details of the technical cooperation program concerning the Community Health Project (hereinafter referred to as "the Project").

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

As a result of the discussions and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Co-operation between the Government of Japan and the Government of the Kingdom of Thailand signed at Tokyo on November 5, 1981 (hereinafter referred to as "the Agreement"), both parties agreed to recommend to their respective governments the matters referred to in the document attached hereto.

Bangkok, April 10, 1991

西山正徳

Dr. Masanori Nishiyama  
Leader,  
Japanese Implementation Survey Team,  
Japan International Cooperation Agency,  
Japan

Paichit Pawabutr

Dr. Paichit Pawabutr  
for Dr. Uthai Sudsukh  
Permanent Secretary,  
Ministry of Public Health,  
The Kingdom of Thailand

ATTACHMENT

I. TECHNICAL COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

The Government of Japan and the Government of the Kingdom of Thailand will cooperate with each other in implementing the Project in accordance with the Master Plan in I of the Annex.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provision of Article III of the Agreement, the Government of Japan will take, at its own expense, the following measures through JICA according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

The Government of Japan will provide services of the Japanese experts listed in II of the Annex. The provisions of Article IV, V, VI and VII of the Agreement will apply to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF EQUIPMENT

The Government of Japan will provide such equipment, machinery and other materials (hereinafter referred to as "the equipment") as listed in III of the Annex. The provision of Article VIII of the Agreement will apply to the equipment.

3. TRAINING OF THAI COUNTERPART PERSONNEL IN JAPAN

The Government of Japan will accept the Thai personnel connected with the Project for training in Japan.

4. SPECIAL MEASURES FOR TRAINING OF MIDDLE-LEVEL MANPOWER

(1) The Government of Japan will supplement a portion of the following local expenditures, necessary for the training programs for middle-level manpower conducted in the Kingdom of Thailand.

(a) Travel allowances to and from the place of training for training participants.

(b) Expenditures for preparation of teaching materials.

(c) Travel allowances for field trips for training participants.

(d) Expenditures for the purchase of supplies and equipment necessary for training programs.

(e) Travel allowances for instructors when they accompany training participants on field trips.

(f) Fees for instructors invited from institutions other than ones directly connected with the Project.

(2) Support for the above-mentioned expenditures will be reduced annually. The reduced portion of the expenditures will be replaced by the Thai side.

*Paul R. Runkle*

### III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF THAILAND

In accordance with the laws and regulations in force in the Kingdom of Thailand, the Government of the Kingdom of Thailand will take, at its own expense, the following measures.

#### 1. THAI COUNTERPARTS AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

- (1) In accordance with the provision of Article IV - (b) of the Agreement, the Government of the Kingdom of Thailand will secure the services of suitably qualified Thai counterparts and administrative personnel listed in IV of the Annex.
- (2) Knowledge and experience acquired by Thai counterpart personnel from technical training in Japan will be utilized effectively for implementation of the Project.

#### 2. PROVISION OF BUILDINGS AND INCIDENTAL FACILITIES

In accordance with the provision of Article IV - (a) of the Agreement, the Government of the Kingdom of Thailand will provide buildings and incidental facilities as listed in V of the Annex.

#### 3. SUPPLY AND/OR REPLACEMENT OF EQUIPMENT AND MACHINERY

The Government of the Kingdom of Thailand will supply and/or replace equipment, machinery, vehicles, instruments, tools, spare parts and other materials necessary for the implementation of the Project except for the equipment referred to in II.2 above.

#### 4. ALL RUNNING EXPENSES

The Government of the Kingdom of Thailand will meet all running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### 5. COORDINATING COMMITTEE

The Government of the Kingdom of Thailand will establish the coordinating committee including responsible departments of the Ministry of Public Health for primary health care, health service development and family planning and maternal and child health.

1  
10  
1

*Paul H. Smith*

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

Administration of the Project will be as follows.

1. PERMANENT SECRETARY FOR PUBLIC HEALTH  
Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health will bear overall responsibility for successful implementation of the Project.
2. DEPUTY PERMANENT SECRETARY  
Deputy Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health will be responsible for the administrative and managerial matters of the Project.
3. DEPUTY DIRECTOR-GENERAL OF DEPARTMENT OF COMMUNICABLE DISEASES CONTROL  
DEPUTY DIRECTOR-GENERAL OF DEPARTMENT OF HEALTH  
Deputy Director-General of Department of Communicable Diseases Control and Deputy Director-General of Department of Health will be responsible for coordination with other departments concerned with the Project.
4. DIRECTOR OF HEALTH PLANNING DIVISION  
DIRECTOR OF RURAL HEALTH DIVISION  
DIRECTOR OF PRIMARY HEALTH CARE OFFICE  
Director of Health Planning Division, Director of Rural Health Division and Director of Primary Health Care Office will be responsible for program management and for coordination of matters related to the Project.
5. PROVINCIAL CHIEF MEDICAL OFFICER IN KHON KAEN PROVINCE AND OTHER SELECTED PROVINCES  
Provincial Chief Medical Officer in Khon Kaen province and other selected provinces will be responsible for program implementation.
6. CONTRIBUTION OF JAPANESE EXPERTS
  - (1) The Japanese Team Leader will provide necessary recommendations and advice on technical and administrative matters concerning the implementation of the Project.
  - (2) The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Thai counterpart personnel on matters pertaining to the implementation of the Project.
7. JOINT COORDINATING COMMITTEE  
For effective and successful implementation of the Project, a Joint Coordinating Committee will be established with the functions and composition as described in VI of the Annex.

#### V. TARGET AREA

The target area will be Khon Kaen province and other selected provinces in the northeastern part of Thailand.

#### VI. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between the two governments on any major issues arising from or, in connection with this document.



*Paul H. Harnell*



VII. TERM OF COOPERATION

The duration of technical cooperation for the Project will be five (5) years beginning September 1, 1991.

西子

Pedro Pano

ANNEX

I. MASTER PLAN

1. General objective of the Project

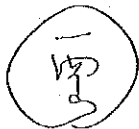
The general objective of the Project is to develop a health service system model in the province of the project site and to generalize the experiences into other provinces, and thus to contribute to the national health policy and to further development of primary health care in Thailand.

2. Activities of the Project

- (1) Strengthening the quality of primary health care activities in the community
- (2) Strengthening the existing district health service system
- (3) Strengthening management system of integrating specific programs such as prevalent communicable diseases control and family planning and maternal and child health into the district health service system
- (4) Development of the program for the emerging health problems in urban area related to industrialization and urbanization
- (5) Promotion of information, education, and communication activities at provincial and district level
- (6) Conducting the above programs through participatory action research
- (7) Promotion of education for personnel in the field of community health care management
- (8) These activities will be implemented in close coordination with the Family Planning and Maternal and Child Health Project which will be started from June 1, 1991 in the northeastern part of Thailand

II. LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Leader
2. Coordinator
3. Experts in the following fields:
  - (1) Primary health care
  - (2) Epidemiology
  - (3) Health system analysis
4. Other related fields mutually agreed upon as necessary



*Paul M. Parvelli*

### III. LIST OF EQUIPMENT

Equipment pertaining to:

1. Surveillance and data analysis
2. IEC (Information, Education, Communication)
3. Medical care
4. Other related fields mutually agreed upon as necessary

### IV. LIST OF THAI COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Chief of the Project
2. Counterpart personnel in the fields of:
  - (1) Primary health care
  - (2) Epidemiology
  - (3) Health system analysis
  - (4) Others mutually agreed upon as necessary
3. Administrative personnel:
  - (1) Secretaries
  - (2) Clerks
  - (3) Typists
  - (4) Drivers
  - (5) Other supporting staff(s) mutually agreed upon as necessary

### V. BUILDINGS AND FACILITIES

1. Sufficient space for implementation of the Project
2. Office for the leader of Japanese experts
3. Offices and necessary facilities for Japanese experts
4. Facilities such as electricity, gas and water supply, sewerage system, telephone and furniture necessary for Project activities.



*Analst Banne*

## VI. JOINT COORDINATING COMMITTEE

### 1. Functions

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever necessity arises, and work:

- (1) To review the overall progress of the Project as well as the achievements of annual work plan.
- (2) To review and exchange views on major issues arising from or in connection with the Project.

### 2. Composition

#### (1) Chairman:

Permanent Secretary for Public Health

#### (2) Thai side:

- (a) Deputy Permanent Secretary
- (b) Deputy Director-General of Department of Health
- (c) Deputy Director-General of Department of Communicable Diseases Control
- (d) Director of Health Planning Division
- (e) Director of Rural Health Division
- (f) Director of Primary Health Care Office
- (g) Provincial Chief Medical Officer in Khon Kaen province and other selected provinces
- (h) Director of Regional Public Health College in Khon Kaen province
- (i) Chief of Clinical Epidemiology of Faculty of Medicine, Khon Kaen University
- (j) Representative of Department of Technical and Economic Cooperation

#### (3) Japanese side:

- (a) Leader of the Japanese expert team
- (b) Coordinator
- (c) Japanese experts
- (d) Resident representative of JICA Thailand office
- (e) Other personnel to be dispatched by JICA

Notes: Official(s) of the Embassy of Japan may attend the Joint Coordinating Committee as observer(s).



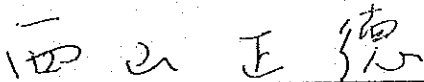
*Harold Amult*

TENTATIVE SCHEDULE OF IMPLEMENTATION  
OF  
COMMUNITY HEALTH PROJECT

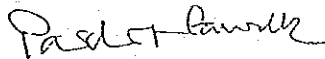
The Japanese Implementation Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") and the Thai authorities concerned have jointly formulated the Tentative Schedule of Implementation of the Project as annexed hereto.

This schedule has been formulated in connection with the Attached Document of the Record of Discussions signed between the Team and the Thai authorities concerned for the Project, on condition that the necessary budget be allocated for the implementation of the Project and that the schedule is subject to change within the framework of the Record of Discussions when necessity arises in the course of implementation of the Project.

Bangkok, April 10, 1991



Dr. Masanori Nishiyama  
Leader,  
Japanese Implementation Survey Team,  
Japan International Cooperation Agency,  
Japan



Dr. Paichit Pawabutr  
for Dr. Uthai Sudsukh  
Permanent Secretary,  
Ministry of Public Health,  
The Kingdom of Thailand

TENTATIVE SCHEDULE OF IMPLEMENTATION  
COMMUNITY HEALTH PROJECT IN THE KINGDOM OF THAILAND

Japanese Fiscal Year (April-March)	1991/92 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	1992/93 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	1993/94 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	1994/95 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	1995/96 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	1996/97 4 5 6 7 8 9 10 11 12
1. Dispatch of Japanese Experts to Thailand	Project Leader					
	Primary Health Care Specialist					
	Epidemiologist					
	Coordinator					
2. Training of Thai Personnel in Japan						
	The number of personnel and fields of training in Japan are subject to further discussion.					
3. Provision of Machinery and Equipment						
4. Dispatch of Japanese Mission to Thailand		Planning and consultation	Advisory		Evaluation	

Note : This schedule is formulated tentatively on the assumption that the necessary budget will be acquired by both sides.  
This schedule is subject to change within the framework of the Record of Discussions when the necessity arises in the course of Project implementation.

(5)

Paul St. Pierre

## 4. プロジェクト実施上の留意点

### 4-1 実施体制

#### (1) 本プロジェクトの成立経緯と特徴

- ① 本プロジェクトは1989年に、JICA海外医療協力委員会（島尾委員長）において提案され、報告された公衆衛生プロジェクトのあり方（いわゆるオファー方式を含む）にそって、将来的にはタイにおける保健医療関連プロジェクト全体をうまく位置づけていくことが出来るような枠組みのなかで、タイ国の保健医療行政全体に対し影響力をもちうるような優良プロジェクトを調査して形成されてきたものである。

そのために、地域保健プロジェクトと新たな家族計画プロジェクトを関連させながら実施するというプランが、1989年12月の調査団とタイ側とによって話し合われた。また、その結果を受けて1990年6月には保健省次官補のパイチャット氏との間にやや具体的なミニッツを結ぶに至った。

これらを受けて、1990年秋にはタイ国保健省官房保健計画課、農村保健課からプロジェクト案が提出された。今回の調査団はこうした背景をもつ、新しい形のプロジェクトのR/D締結を主目的とした。

- ② わが国の衛生行政のノウハウを移転する協力である。

本プロジェクトは、従来とかく考えられがちな個別分野において目に見えて確立している「技術」を移転する種類のものではない。むしろ、わが国の近代の歴史の中できわめてソフトな形で形成され、蓄積されてきた日本の衛生行政、とくに地方衛生行政のノウハウを適切な人材を介して、途上国の現状を改善することに役だてることが可能であろうという基盤の上に成立するものである。したがって、わが国の厚生行政の経験をもつ専門家が派遣専門家の一人として加わることが適切かつ重要である。

- ③ 政策担当部門への協力である。

本プロジェクトは保健医療分野において政策担当部局との協力が成立したものである。今後、他の国々でも模索されることになろう。そうした将来的に生じてくるような新しい形の協力の先駆けの見本として、このプロジェクトに力を注いでいく必要がある。

- ④ タイ国第8次5ヵ年計画への基礎となる

カウンターパートの中心である保健省官房の保健政策課は、タイの国家保健5ヵ年計画の政策立案担当部局である。現在、第6次5ヵ年計画実施中であり、本年10月からは第7次計画にはいる。したがって、本プロジェクトが数年のうちに成果を上げていくことができれば、そこで開発された地域保健計画は全国的な第8次5ヵ年計画に組み込まれていくことになる。保健政策課もそうした展望の中で、このプロジェクトを位置づけている。

- ⑤ 今後、新興工業経済地域諸国への協力にとってひとつのひな型となる。

今回のプロジェクトはソフトな形の協力であるということが出来るが、新興工業経済地域諸国にとって、地域保健医療政策は中央集権的な新興国が苦手とするところであり、西欧的な方法論だけで片付かないことが多く、わが国の経験を生かされる場でもある。このプロジェクトを将来のプロジェクトおよびプロジェクト形成のひとつのひな型として残すことができれば、今後さまざまな段階で役に立つものと思われる。

## (2) タイ側の組織と体制

- ① タイは中央集権が強い。地方自治が弱い。

タイでは、現在のわが国と比較して、はるかに内務省の力が強く、むしろ戦前の日本の姿に近いといわれる。地方自治体制も十分に確立していないために、中央官庁がすべて統轄する形になっている。しかし、現実には地方ではかなりの自由度があり、優秀な人材をえられた地域は活性化するが、それとは逆にむしろ混乱をきたしている面もある。従来から、タイでは地方で開発された方法を中央が取り上げ国家政策としていく例が見られる。今回、プロジェクトが対象とするタイの東北地方は経済的にも問題を多く抱えている地域である。こうした地域で地域の健康問題とそれを解決するための保健システムを開発する方法論を展開していくことは、今後のタイ全体の問題解決のための有用な事例となる。

- ② 保健省の予算の3/4をもつ官房がカウンターパートである。

上に述べたように、強い中央集権のために末端に至るまで国家公務員であり、しかもその人事は農村保健課を中心とした官房に集中している。地方保健システムを考える際に、こうしたカウンターパートと協力できることはその実施上の利点と波及効果の大きさの点で注目に値する。

- ③ プランニングは中央、地方グループが協同して行なっている。

しかし、今回のプロジェクトのプランニングに当っては中央官庁の人々のみが先行するのではなく、むしろ地方衛生部や末端保健所で働く人材を養成する機関が中心となって動いている。このことはコンケン県でプロジェクトを実施していく上で、地方指向の性格を維持することにつながると期待される。

- ④ 実施はコンケンの県衛生部が中心となる。日本チームはコンケンに拠点をおく。

日本チームの拠点はコンケンに置きながら、できる限りバンコクの保健省とも密接な連絡を取りながら進めていくことになる。

## (3) 日本側チームの体制

- ① 確かに、今まで述べたように、従来のタイプのプロジェクトと異なる性格であるともいえるので、かなり創意工夫をしながら運営しなければならないという難しさも生じてくるかもしれない。そのため、チームリーダーおよびコーディネーターの役割は大変に重要である。その意味で、人選は慎重に進めなければならない。また、分りにくいプロジェクトとなるこ



とも予想されるので、I E C部門を強化し、プロジェクト内部だけでなく対外的にも広報、情報を中心とした活動も必要である。

このことは今後、同種のプロジェクトが成立することができるかどうかにも関わる問題であり、そのためにも先駆的な役割として、困難ではあるが重要であるのでぜひ考慮したい。

## ② 国内支援体制の確立が必要。

本プロジェクトは調査と活動と評価が主たるサイクルとなるであろう。そのため、現地ではそうした調査研究的活動のために、ややレベルの高い、大学院卒程度で日本チームに内容的にも協力できる研究者レベルの人材を得る必要がある。そうすることにより、日本人専門家チームがその実力を発揮することが可能となる。

また、それと平行して日本国内において、現地日本チームを支援することのできる体制が必要である。

## 4-2 実施計画

### (1) 協力内容の概要

先にも記したように本プロジェクトでの協力は、モデル地域を選定し、現行の保健医療行政、医療サービスの問題点および疾病構造を把握し、望ましい保健医療システムを策定することである。そのためには、地域の保健に関する基礎情報を有効に活用するための保健情報システムの確立もひとつの協力分野となるだろう。しかし、もっとも重要な点は、これら協力活動を通じての人材育成である。すなわち、各種調査・分析（地区診断）のプロセスをとおして、地域保健従事者の保健問題に関する自己解決能力を育成することである。我が国の保健行政の中では自然な形で無意識に実践されてきた点である。

今後の詳細な協力計画は、派遣される専門家によるフィールドの調査によって具体的なスケジュール調整が行われる予定であるが、1～2年のコンケンにおける調査・活動の成果を周辺の県へ拡大してほしいとのタイ国D T E C等からの強い要望（R/Dにも記載）もあり、コンケンでの活動期間中にも周辺県の調査や周辺県のカウンターパートとの関係も必要であろう。

### (2) Health Center を中心とする組織強化について

タイ国の衛生行政は本邦とは異なりきわめて中央集権的な体制をひいている。従って中央政府—地方医務局—県 (province) 医務局—地域 (regional) 病院/Health Center の縦の流れは比較的スムーズであるが、横のつながりは十分とは言えないと考えられる。公衆衛生プロジェクトの推進に当たってEpidemic break out等への対処を考えると、少なくとも地域レベルでの連絡会等の存在が必要と考えられる。実際の定期連絡会議の運営等で困難があれば本プロジェクトの一環として、問題点の把握目的で、関連地域 Health Centerの担当者の集談会を行うことは有意義であると考えられる。

このことにより、Health Center レベルの情報を県医務局に集める一助となると考えられる。

また、プロジェクトが周辺県に拡大した際には、各県医務局レベルの情報を、電話回線を用いたネットワーク化によって、イサン地方の中心であるコンケンの地区医務局経の情報集中を図ることも考えられる。

また、上記集談会の議事録等は英文及びタイ語に翻訳し、関係医務局やHealth Center に配布することにより関係者の意識の高揚や教育効果を狙うことも考えられる。

すなわち、概括的には次の3つを目標として個々の案件を検討して行くことになると考えられる。

1. データ集積システムの樹立
2. Reference システムの樹立
3. 保健・衛生関係人的資源の卒後教育システムの完成

(3) 個々の基本テーマへの対応

先にも述べたように本プロジェクトは当面個々の技術を移転することには主眼を置かないが、最終的には効率的な衛生行政システムにより以下に記すテーマが効果的に実施されていくことこそが地域の保健問題の解決となるため対応について述べたい。

タイ国政府側のPrimary Health Care 基本テーマは以下の通りである

- ①. 健康教育。②. 栄養改善。③. 家族計画を含む母子保健。④. 安全な水の供給と衛生。
- ⑤. 予防接種。⑥. 風土病の予防。⑦. 日常的な疾病及び外傷の予防（治療）。
- ⑧. 薬物問題。⑨. 精神保健。⑩. 歯科保健。

以下、個々の項目についての対応について述べる。

①：健康教育について

地域病院とHealth Center とが一緒になって病院内、在宅等で行われている。特に病院内では、糖尿病等の疾病中心の内容であり、病院外では学童に対する一般的内容の健康教育を行っている。

評価を十分に行っていない点ではわが国の保健所と同じである。プロジェクトの一環としてinterventional studyを行うことも有意義と考えられる。

②：栄養改善について

身長・体重等の基本指標がある、しかし、食塩摂取量、ビタミン摂取量等のデータがどの程度かは不明である。タイ北部（イサン地方）は干ばつや土壌中の塩濃度が高いことによる凶作等が頻繁に生じており、栄養改善は公衆衛生的知識の普及や啓蒙活動のみでは対処困難であろう。

③：母子衛生・保健について

別のMCHプロジェクトがあり、今回は対象外とする。

④：安全な水の供給

コンケン周辺の村 (villeg)では天水および貯水池よりの上水道供給 (pipe water) が行

われている。生活排水は農地へと排水されているとのことであるが貯水池の水質基準については不明である。(pipe waterについては衛生検査所にて水質検査を行っているとのことであった)。

#### ⑤：予防接種

結核については新規登録者及びその家族に対する健診等システムがある程度できているといえる。しかし、長期療養者や見落とし者、脱落者対策が十分機能しているかどうか検討する必要がある。

特に結核対策は、そのシステムがわが国に於いては完成されているため、モデル地域を定めてプロジェクトを行うと良いと考えられる。

他の感染症、例えばコレラ等の集団発生の際の対応はある程度できているとかがえられる。しかし、菌の同定はNIH及び地域病院との連携が必要である。

#### ⑥：風土病対策

コンケン県病院の医師の説明によると、デング出血熱は同病院の死亡原因順位で第6位になる重要疾患である。vectorである蚊の撲滅に関しては、本邦保健所はある程度のノウハウを持っていると思われるが、生息部位が本邦産の蚊とは異なると考えられるので、感染症専門家派遣とともに検討すべき課題であると思われる。

#### ⑦：日常疾病及び外傷の治療

コンケン県病院に於ける説明によれば、交通事故の防止等はタイ国に於いては保健省マターであり、かなり重点を於いているようであったが、本邦とは行政担当部署が明らかに異なることもあり、全面的な協力は不可能と考えられる。

#### ⑧：薬物問題

AIDSとの関連でタイ国に於いても薬物常用者の問題は非常に重要な課題であると認識されている。しかし、本邦に於いては有効な方策を有して居らず、AIDSそのものへの対策と共に協力は無理と考えられる。

#### ⑨：精神保健

一応確立した精神病院が各県に存在し、地域病院でも抗精神薬の投与が行われているが、早期発見、早期治療に向けての取り組みがどの程度行われているか疑問である。しかし、Health Center レベルの地域との密着度は高く、情報の流れをよくすればかなりの的確な実態把握が可能になると考えられる。

なお、アルコール依存症は殆ど問題になっていないようで、依存症の場合は県にある精神病院が対応しているようである。しかし、reference systemがこの問題についてどの程度利用されているか不明である。

#### ⑩ 歯科保健

コンケンの衛生技術者養成短大にもdental nurseのコースがあり、歯科衛生に関してはか

なり充実していると思われる。学童レベルの嗜好品の摂取内容は本邦とかなり異なると考えられる。

#### (4) 目標の設定と評価システム

当然のことながら目標の設定と評価システムが必要と考えられるが、あくまでも評価はタイ国側の指標を中心に行うことが必要であると考えられる。前述のごとく本公衆衛生プロジェクトはタイ国の第7次 National Health Plan にcommitした形で行われることが期待されており、タイ国の目標とする健康指標（参考：「Health in Thailand 1990」pp20）による、プロジェクト実施前後の数値変化の評価が必要であろう。

### 5. その他特記すべき事項

本プロジェクトは、オファー方式であることから、事業実施にあたっては、わが方が相手国と協議を行い、相手国の要望等に詳細に調べ十分に調整をとりつつ実施することはもちろんのことであるが、事前に十分に、協力にかかる方針を立てた上で行うことが肝要である。

また、特徴としては衛生行政をどのように効果的に運営していくかといったソフト支援型の協力であり、この観点からも現地に派遣される専門家チームのみならず日本国内の実施体制も含めて、調査団その他機会のある毎に先方政府との密接な政策対話を実施していく必要がある。

さらに、今後、保健医療協力の分野で、タイのような中進国にレベルアップしてきた国々に対しての新たな協力のあり方を考えるうえで、本プロジェクトの経験はきわめて貴重なものとなるだろう。

附 属 資 料



〈タイ公衆衛生プロジェクトと家族計画プロジェクトの形成経緯〉

- 1989年 4月 公衆衛生プロジェクトコンタクトミッション派遣  
構成：島尾 忠男（結核予防会常任理事）  
庵原 宏義（医療協力部管理課長）
- 12月 公衆衛生プロジェクト専門家チーム派遣  
構成：池田 嘉弥（東京インターナショナル 所長事務代理）  
石川 信克（結核研究所国際協力部長）  
織田 正昭（東京大学医学部母子保健学教室）  
丸井 英二（東京大学医学部国際交流室）  
小池 芳一（医療協力部特別業務室）
- 1990年5月～6月 公衆衛生プロジェクト専門家チーム派遣  
構成：丸井 英二（東京大学医学部国際交流室）  
川上 剛（労働省産業医学総合研究所）  
須知 雅史（東海大学大学院医学研究所）
- 6月 対タイ年次協議において公衆衛生プロジェクトを取り上げることに合意
- 10月 家族計画・母子保健プロジェクト事前調査団派遣
- 12月 タイ政府より公衆衛生プロジェクトのプロジェクト方式技術協力要請書  
接到
- 1991年 1月 家族計画・母子保健プロジェクト実施協議調査団派遣
- 3月 公衆衛生プロジェクト専門家チーム派遣  
構成：中川 和夫（医療協力部特別業務室長）  
松田 正己（結核研究所）
- 4月 公衆衛生プロジェクト実施協議調査団派遣  
構成：西山 正徳（厚生省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官）  
丸井 英二（東京大学医学部国際交流室講師）  
田邊 昇（厚生省健康政策局総務課課長補佐）  
森谷 裕司（医療協力部医療特別業務室）
- 6月1日 家族計画・母子保健プロジェクト協力開始（5カ年間）
- 9月1日 公衆衛生プロジェクト協力開始（5カ年間）

（所属・職位は派遣当時）

タイ王国における公衆衛生分野プロジェクト方式技術協力・無償資金協力

区分	名称	年	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	
プロ協	地域保健活動向上計画 (チャクワ州)								( 1976. 4. 1 ~ 1984. 3. 31 )															
プロ協 無償	ライオン・ヘルスケア 訓練センター (バンコク市郊外、サヤ)																							
プロ協	公衆衛生 (コンクワ州)																							

( 1982. 10. 1 ~ 1989. 9. 30 )

(無償資金協力 30 億円)

( 1991. 9. 1 ~ 1996. 8. 31 )



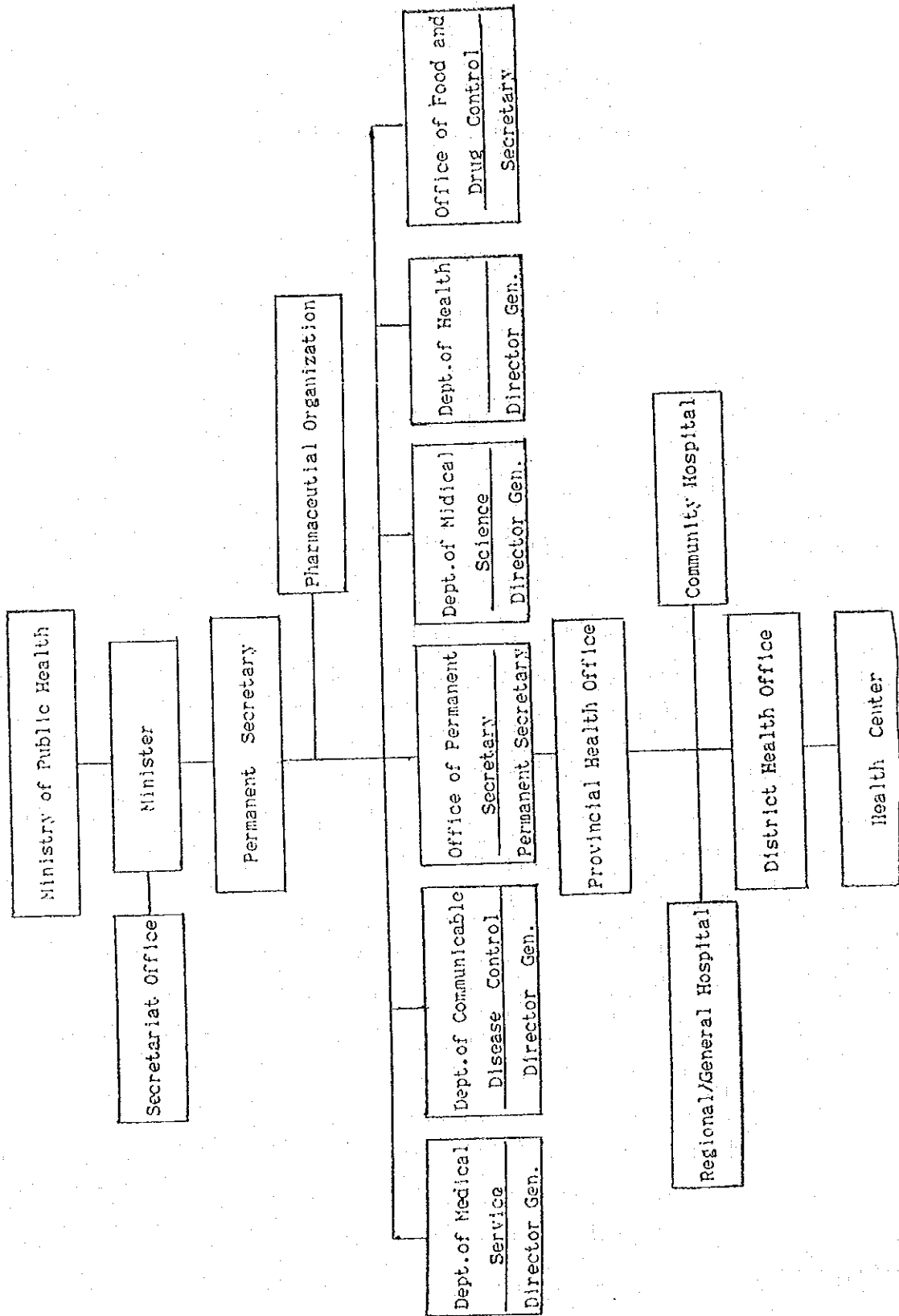
RURAL HEALTH DIVISION  
OFFICE OF PERMANENT SECRETARY  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

- - - - -

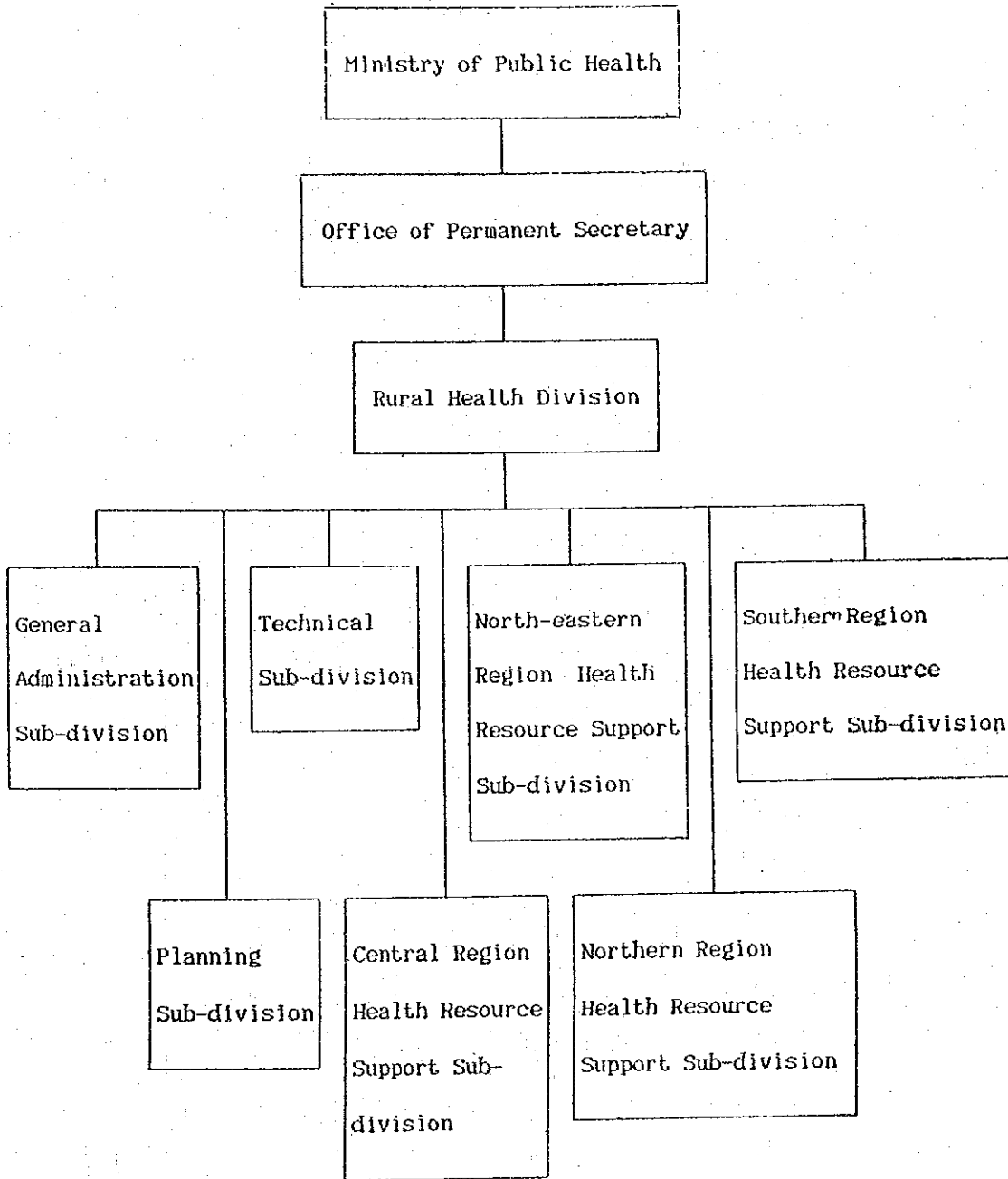
The Division is divided into 7 Sub-divisions, each headed by a chief of sub-division. The 7 sub-divisions are :

- 1.1 General Administration Sub-division - which is in charge of general administration activities of the division, i.e., clerical activities, financial and accounting, supplies and transportation, and building and construction administration.
- 1.2 Planning Sub-division - which is responsible for project / programme planning, monitoring, evaluation, as well as health information and statistics collecting, processing and reporting.
- 1.3 Technical Sub-division - which is in charge of health research and development, health manpower development and Technical cooperation.
- 1.4 Central Region Health Resource Support Sub-division - which takes charge of all kind of health resource support to health services, health administration and special projects to every level of health agencies in central region of the country.
- 1.5 North-eastern Region Health Resource Support Sub-division - which takes charge of health resource support to the north-eastern provinces in health services, health administration and special projects.
- 1.6 Northern Region Health Resource Support Sub-division - which is in charge of health services, health administration and special project support to every province in northern region of the country.
- 1.7 Southern Region Health Resource Support Sub-division - which is responsible for health resource support to the southern region province in health services, health administration and special projects.

(1) Organization Chart of the Ministry (in general)



(i) Organization Chart of the Agency (in general)



(ii) Authorities and Duties of the Agency

(1) The duties are in accordance with the different sub-divisions as described above.

(2) The Division is authorized to issue all directive pertinent to rural health services and administration support to every Provincial Health Office, District Health Office, Community Hospital, Health Center and Community Health Station.

(iii) Personnel

The staffs of Rural Health Division are as follows :

Section	Total	Officials	Permanent Employee
- Director	1	1	
- Expert in Health Development	1	1	
- General Administration Sub-division	80	56	24
- Planning Sub-division	29	23	6
- Technical Sub-division	29	26	3
- Central Region Health Resource Support Sub-division	29	26	3
- North-eastern Region Health Resource Support Sub-division	27	24	3

Section	Total	Officials	Permanent Employee
- Northern Region Health Resource Support Sub-division	25	22	3
- Southern Region Health Resource Support Sub-division	24	21	3
<b>Grand Total</b>	<b>245</b>	<b>200</b>	<b>45</b>

(iv) Budget (Revenue and Expenditure)

<u>Fiscal Year</u>	<u>Annual Budget</u> *	
	<u>Bath</u>	<u>US \$</u> **
1986	4,172,285,300	160,472,512
1987	4,235,174,700	162,891,335
1988	4,452,231,800	171,239,685
1989	5,045,310,300	194,030,396
1990	6,988,975,000	268,806,731
1991	8,811,747,700	338,913,367

\* Almost 100% of the annual budget has to be allocated to the rural health agencies.

\*\* Exchange rate : US \$:1 = Bht 26.00

TABLE 2.  
BUDGET OF MOPH BY DEPARTMENTS FY 2534

Unit: Baht

DEPARTMENTS	BUDGET (FY 2534)
Office of the Permanent Secretary for Public Health	15,291,860,600
Department of Medical Services	1,585,885,200
Department of Medical Sciences	190,681,900
Department of Health	1,895,219,900
Department of Communicable Disease Control	1,508,669,200
Food and Drug Administration	96,303,900
<b>BUDGET OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</b>	<b>20,568,620,700</b>

TABLE 3.  
BUDGET OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
FY 2520-2534

YEAR	Budget Allocation Ministry of Public Health * (Baht)	Change of Budget Allocation over the previous year (Baht)	Percentage of change of budget allocation over the previous year
2520	3,520,608,110		
2521	3,405,773,940	(114,834,170)	-3.26
2522	3,976,909,300	571,135,360	16.77
2523	4,494,575,450	517,666,150	13.02
2524	5,571,798,360	1,077,222,910	23.97
2525	6,652,317,700	1,080,519,340	19.39
2526	7,902,409,500	1,250,091,800	18.79
2527	8,617,602,800	715,193,300	9.05
2528	9,044,322,555	426,719,755	4.95
2529	9,274,695,500	230,372,945	2.55
2530	9,525,114,900	250,419,400	2.70
2531	10,372,508,200	847,393,300	8.90
2532	11,733,064,100	1,360,555,900	13.12
2533	16,225,047,200	4,491,983,100	38.28
2534	20,588,620,700	4,343,573,500	26.77

( ) = Decrease

\* Actuals. Not adjusted for prices.

TABLE 4.

BUDGET OF MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
IN COMPARISION WITH THE BUDGET OF THE WHOLE KINGDOM  
FY 2520 -2534

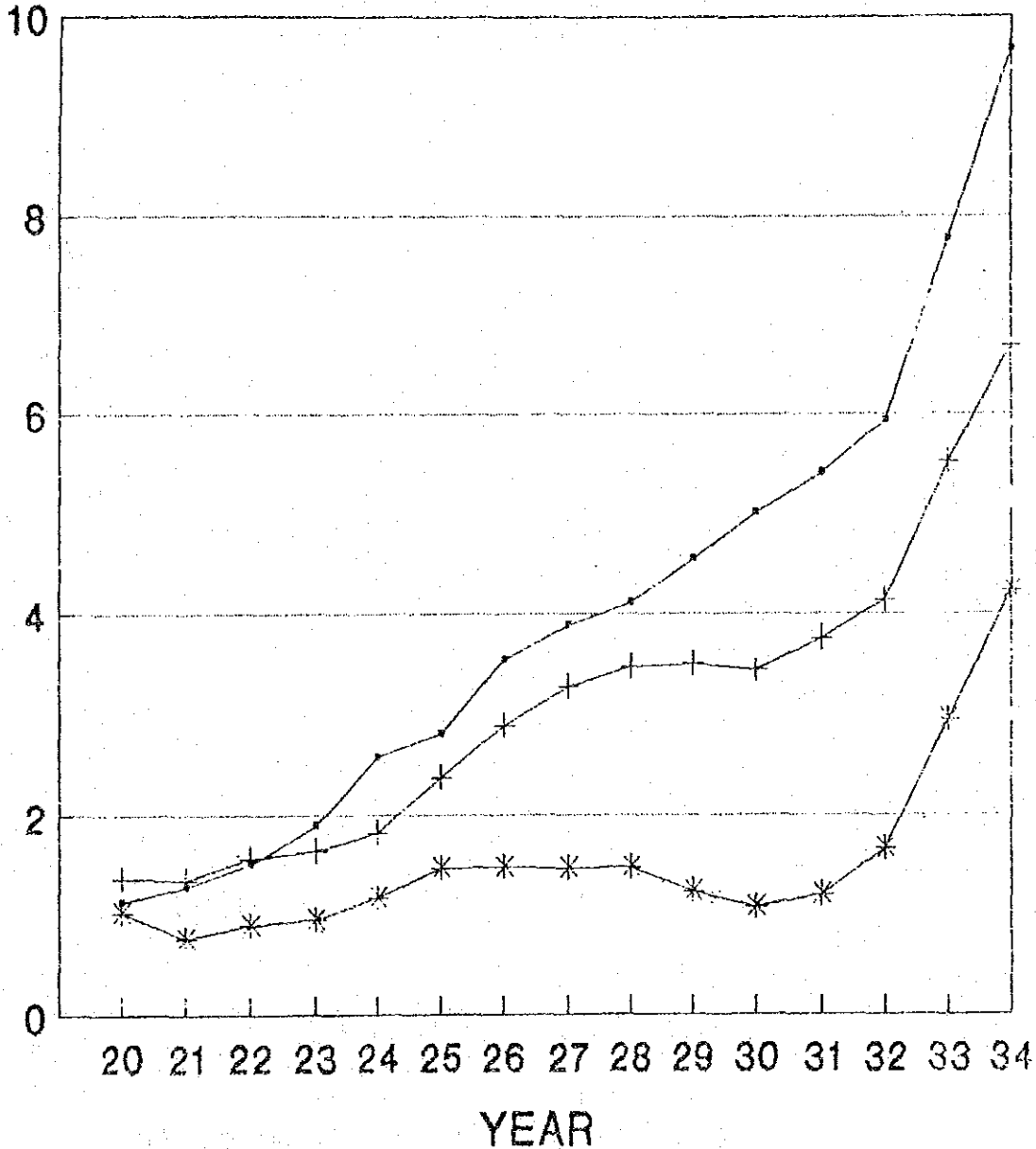
Unit: Baht

YEAR	The Whole Kingdom	Ministry of Public Health	Percent
2520	68,790,000,000	3,520,608,110	5.12%
2521	81,000,000,000	3,405,773,940	4.20%
2522	92,000,000,000	3,976,909,300	4.32%
2523	109,000,000,000	4,494,575,450	4.12%
2524	140,000,000,000	5,571,798,360	3.98%
2525	161,000,000,000	6,652,317,700	4.13%
2526	177,000,000,000	7,902,409,500	4.46%
2527	192,000,000,000	8,617,602,800	4.49%
2528	209,000,000,000	9,044,322,555	4.33%
2529	211,650,000,000	9,274,695,500	4.38%
2530	227,500,000,000	9,525,114,900	4.19%
2531	243,500,000,000	10,372,508,200	4.26%
2532	285,500,000,000	11,733,064,100	4.11%
2533	335,000,000,000	16,225,047,200	4.84%
2534	387,500,000,000	20,568,620,700	5.31%



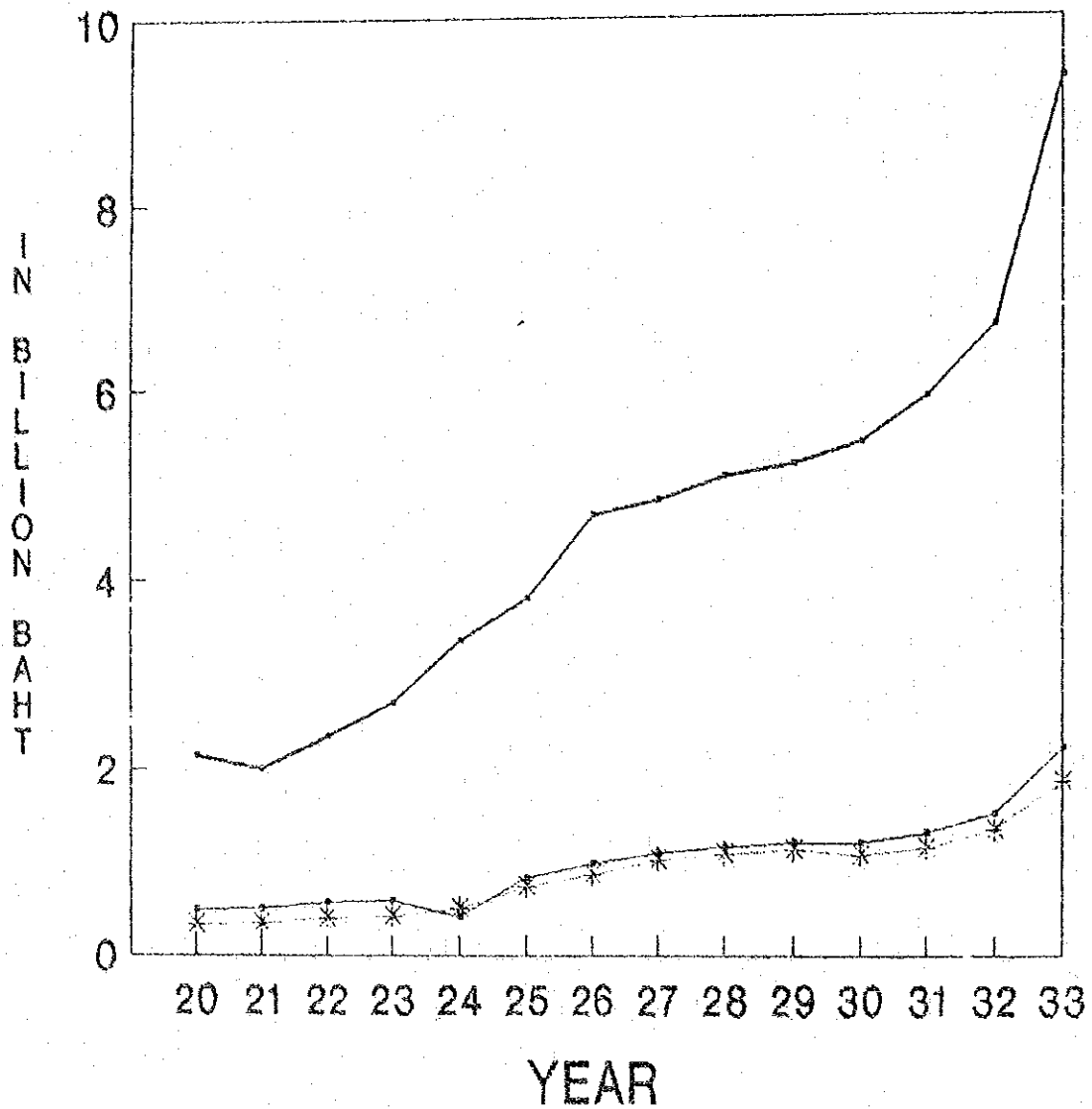
FIGURE 12.  
 BUDGET OF MOPH  
 BY CURRENT AND CAPITAL EXPENDITURES  
 FY 2520-2534

in billion baht



—●— SALARIES                      —+— OPERATING COST  
 —\*— CAPITAL EXPENDITURES

FIGURE 18.  
 BUDGET OF MOPH  
 BY TYPE OF SERVICES  
 FY 2520-2533



— TREATMENT                      \* PROMOTION  
 — PREVENTION

FIGURE 20.  
**BUDGET OF MOPH  
 BY LEVEL OF SERVICE  
 FY 2520-2533**

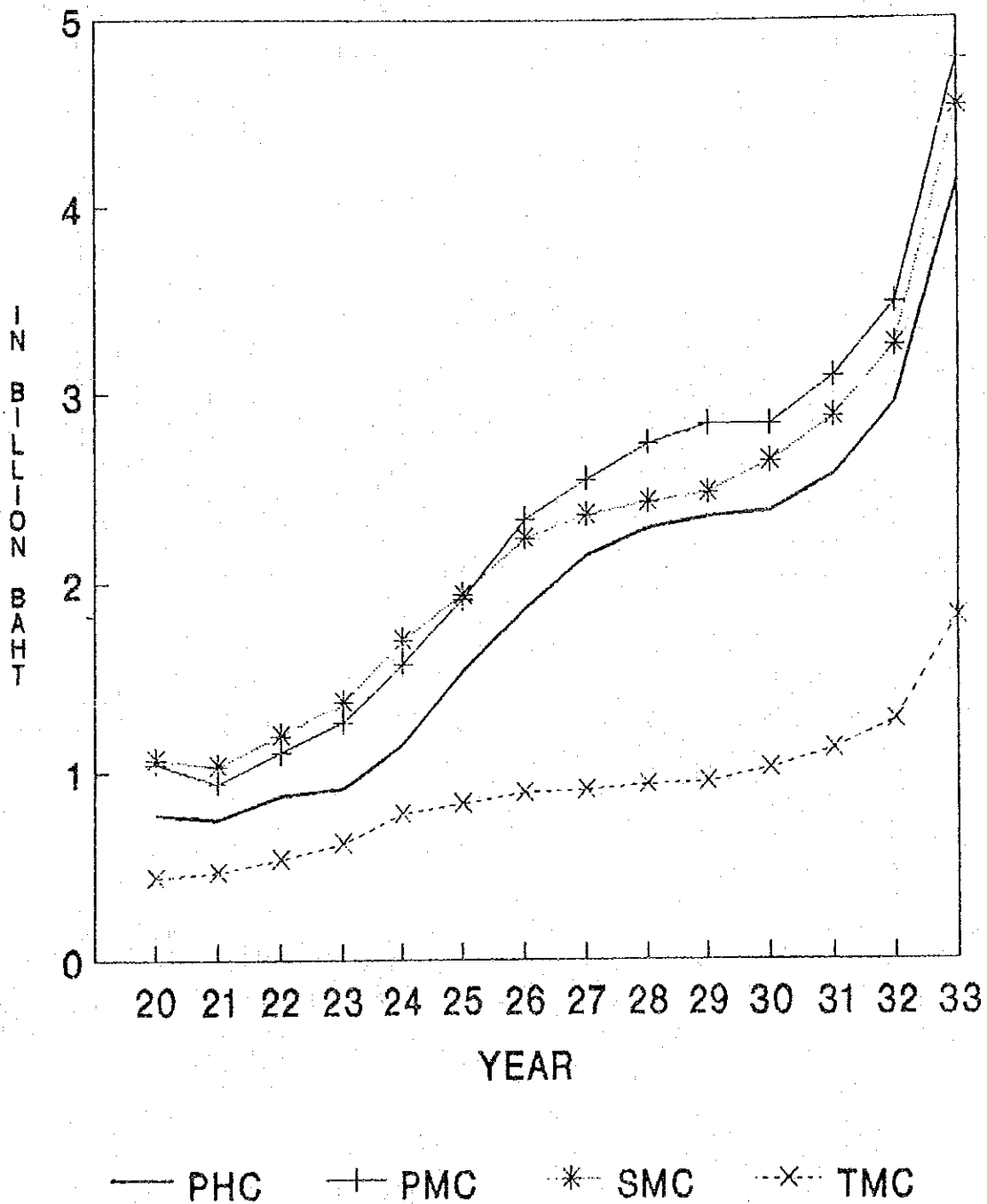
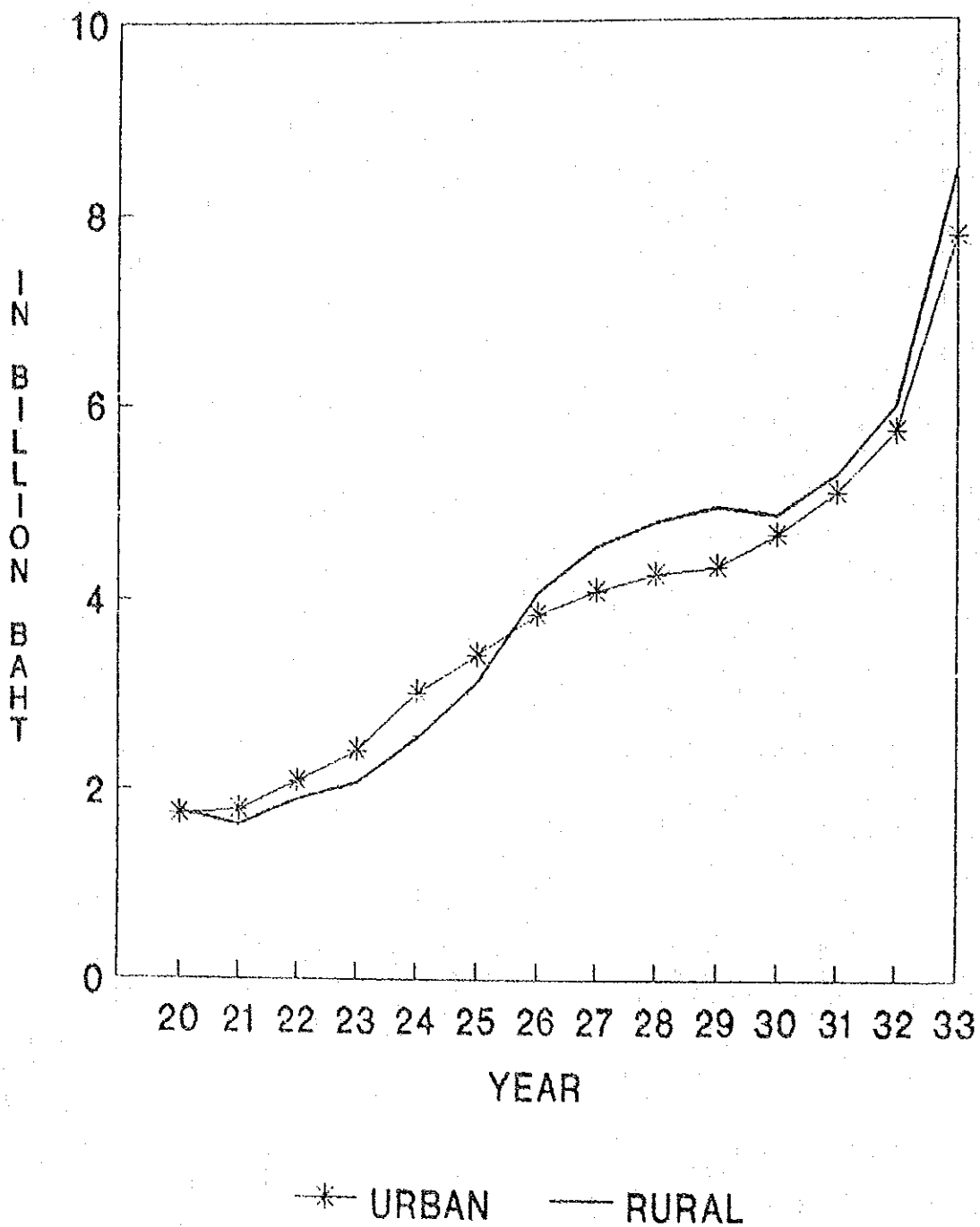


FIGURE 22.  
 BUDGET OF MOPH  
 BY URBAN AND RURAL AREAS  
 FY 2520-2533



**BACKGROUND INFORMATION**

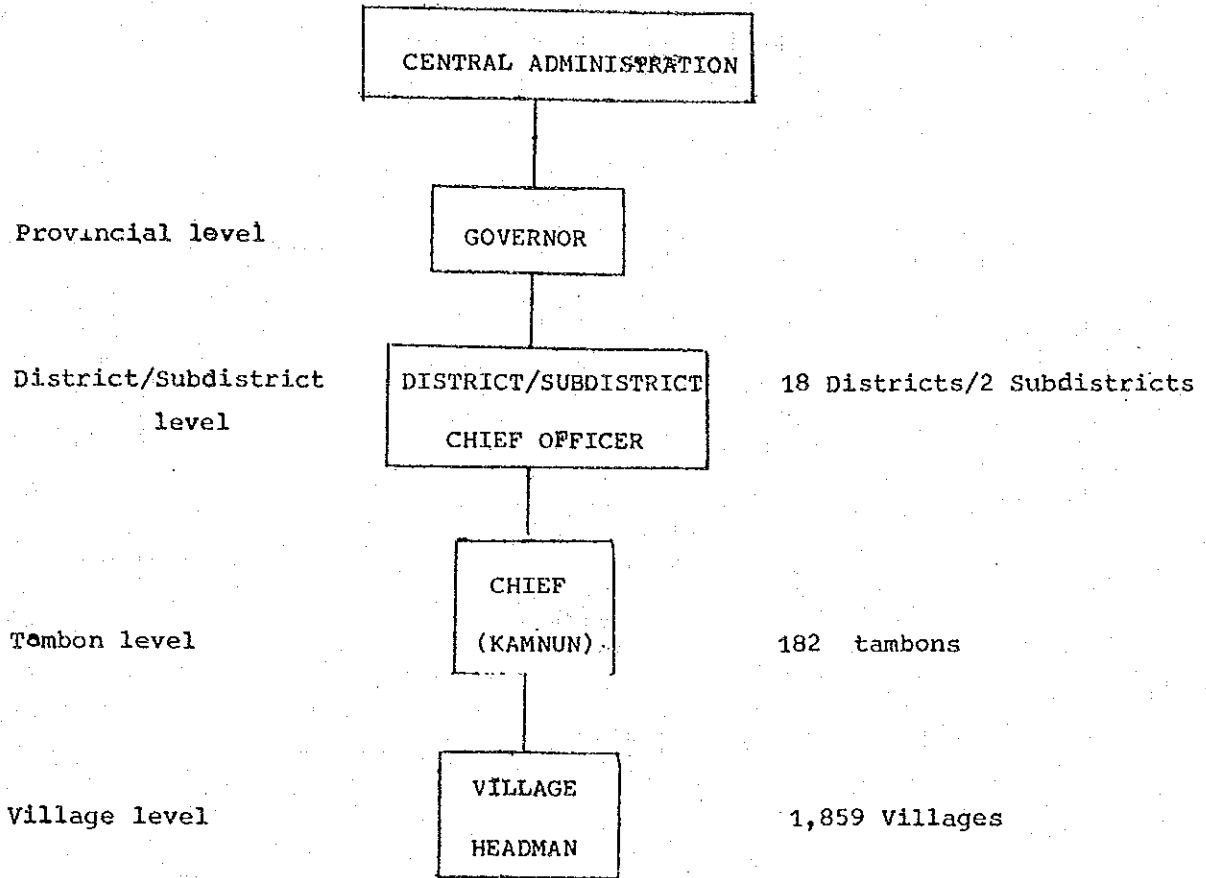
**KHON KAEN REGIONAL HOSPITAL**

**1990**

TABLE OF CONTENT

- PART 1 : INTRODUCTION TO KHON KAEN PROVINCE
- PART 2 : HEALTH RESOURCE IN KHON KAEN PROVINCE
- PART 3 : INTRODUCTION TO KHON KAEN REGIONAL HOSPITAL
- PART 4 : SELECTED ACTIVITIES

ADMINISTRATIVE STRUCTURE OF KHON KAEN PROVINCE



PART 2 : HEALTH RESOURCE IN KHON KAEN PROVINCE

2.1 MEDICAL AND HEALTH ESTABLISHMENTS IN KHON KAEN PROVINCE, FISCAL YEAR 1990

ADMINISTRATIVE LEVEL	ESTABLISHMENTS	NUMBER	BEDS
PROVINCE	REGIONAL HOSPITAL	1	614
	UNIVERSITY HOSPITAL	1	780
	PSYCHIATRIC HOSPITAL	1	300
	MATERNAL AND CHILD HOSPITAL	1	200
	LEPROSY SANITARIUM	1	170
	MILITARY HOSPITAL	1	30
	MALARIA CONTROL CENTER	1	-
	T B CONTROL CENTER	1	-
	LEPROSY CONTROL CENTER	1	-
	VD CONTROL CENTER	1	-
	NCH CENTER	1	-
	ENVIRONMENTAL HEALTH CENTER	1	-
	MEDICAL SCIENCE CENTER	1	-
	KHON KAEN SKIN CLINIC	1	-
DISTRICTS	60 - BED COMMUNITY HOSPITAL	4	240
	30 - BED COMMUNITY HOSPITAL	2	60
	10 - BED COMMUNITY HOSPITAL	13	130
TAMBON	HEALTH CENTER	179	-



ADMINISTRATIVE LEVEL	ESTABLISHMENTS	NUMBER	BEDS
PRIVATE SECTOR	PRIVATE HOSPITAL	5	150
	PRIVATE CLINIC	153	--
	PRIVATE DENTAL CLINIC	35	--

TOTAL

2,674

REMARK

POPULATION PER BED 618

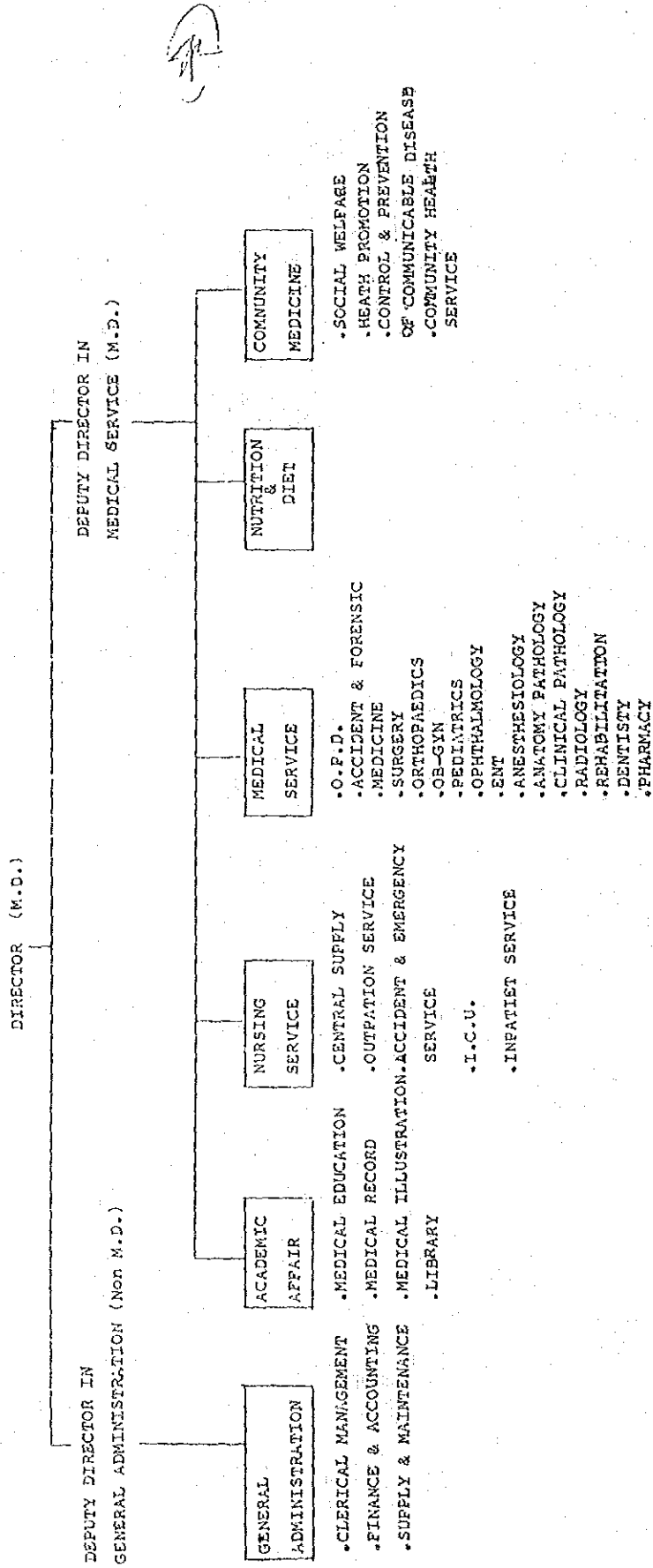
2.2 NUMBER OF SELECTED HEALTH PERSONNEL IN KHON KAEN (FISCAL YEAR 1990)

TYPES OF PERSONNEL	NUMBER	POPULATION/HEALTH PERSONNEL
PHYSICIAN	410	1 : 4,033
DENTIST	62	1 : 26,670
PHARMACIST	69	1 : 23,964
PROFESSIONAL NURSE	1,066	1 : 1,551
TECHNICAL NURSE	436	1 : 3,793
ASSISTANT NURSE	543	1 : 3,045
MIDWIFE	396	1 : 4,176
JUNIOR HEALTH WORKER	231	1 : 7,158
DENTAL NURSE	36	1 : 45,932

### PART 3 : INTRODUCTION TO KHON KAEN REGIONAL HOSPITAL

Khon Kaen Hospital was founded in 1951 with only two doctors, three nurses and the facilities for 26 beds. At present, it is a regional hospital and medical center with 614 beds. It offers conventional and many specialized care to the people in this region. It serves as a referral and supporting center for community and general hospitals in the area. It participates in many teaching, training and research programs. The medical and nursing students from Khon Kaen University receive their teaching and training at the hospital.

3.1 ORGANIZATION STRUCTURE OF KHON KEAN REGIONAL HOSPITAL



3.2 NUMBER OF SELECTED MEDICAL AND ALLIED HEALTH PERSONNEL IN  
KHON KAEN REGIONAL HOSPITAL (PISCAL YEAR 1990)

TYPES OF PERSONNEL	MANPOWER FRAME	ACTUAL NUMBER	% OF MANPOWER FRAME
PHYSICIAN	128	48	37.5
RESIDENT	24	24	100.0
DENTIST	9	4	44.4
PHARMACIST	14	7	50.0
MEDICAL TECHNICIAN	7	6	85.7
OCCUPATIONAL THERAPIST	3	1	33.3
PHYSICAL THERAPIST	5	3	60.0
NURSE (ALL KIND)	625	429	68.6

REMARK TOTAL PERSONNEL 1,085

3.3 FINANCIAL STATUS (FISCAL YEAR 1989)

	GOVERNMENT BUDGET (BAHTS)	HOSPITAL EARNINGS (BAHTS)	TOTAL (BAHTS)
1. SALARIES	35,923,483.91	-	35,923,483.91
2. WAGES	14,183,580.00	2,880,255	17,063,835.00
3. ORDINARY EXPENSES	17,394,591.01	31,715,101.82	49,109,692.83
4. BUILDING AND CONSTRUCTION	1,714,900.00	7,561,502.00	9,276,402.00
5. PUBLIC UTILITIES	3,750,800.00	3,150,850.41	6,901,650.41
6. SUBSIDIES	8,701,000.00	-	8,701,000.00
7. OTHERS	141,890.00	232,311.50	374,201.50
TOTAL	81,810,244.92	45,540,020.73	127,350,265.60

PART 4 : SELECTED ACTIVITIES

4.1 SELECTED MEDICAL SERVICE (FISCAL YEAR 1989)

TOTAL BEDS	614
BED OCCUPANCY RATE (%)	96.5
BED PER PHYSICIAN RATIO	9.2
BED PER NURSE RATIO	1.4
OUTPATIENT NUMBER	
RATE PER YEAR	181,126
RATE PER DAY	633
INPATIENT NUMBER	
RATE PER YEAR	30,505
RATE PER DAY	593
DEATH RATE (PER 1,000 ADMISSION)	25.8
AVERAGE HOSPITAL STAY (DAYS)	7.09

#### 4.2 TEN LEADING CAUSES OF ILLNESS IN OUTPATIENTS

RANK	CAUSES	NUMBER	% OF TOTAL OUTPATIENTS
1.	DIGESTIVE DISEASE	30,921	17.1
2.	RESPIRATORY DISEASE	18,969	10.5
3.	ACCIDENT & POISONING	15,821	8.7
4.	NERVOUS SYSTEM	13,598	7.5
5.	ILL DEFINED CONDITION	12,245	6.8
6.	GENITO URINARY SYSTEM	11,895	6.6
7.	MUSCULOSKELETAL SYSTEM	11,757	6.5
8.	ENDOCRINE & METABOLISM	8,760	4.8
9.	INFECTIOUS DISEASES	8,533	4.7
10.	SKIN DISEASES	6,915	3.8
TOTAL FOR 1-10		139,414	77.0
ALL OTHER CAUSES		41,712	23.0



#### 4.3 TEN LEADING CAUSES OF HOSPITAL ADMISSION

CAUSES	NUMBER	% OF TOTAL ADMISSION
1. ALL OTHER ACCIDENT	2,353	7.7
2. MALIGNANCY	1,587	5.2
3. DELIVERIES & COMPLICATIONS OF PREGNANCY	1,572	5.1
4. TRAFFIC ACCIDENT	1,406	4.6
5. ILL DEFINED CONDITION	1,282	4.2
6. HEMORRHAGIC FEVER	945	3.1
7. ACUTE APPENDICITIS	780	2.6
8. ANEMIA	693	2.3
9. ENTERITIS & DIARRHEAL DISEASES	633	2.1
10. BENIGN TUMOR	566	1.9
TOTAL FOR 1-10	11,817	38.7
ALL OTHER CAUSES	18,688	61.3

#### 4.4 COMMON CAUSES OF DEATH IN HOSPITALS

DISEASE	NUMBER	% OF TOTAL DEATHS
1. HEART DISEASE	131	16.6
2. MOTOR VEHICLE ACCIDENT	93	11.8
3. ALL OTHER ACCIDENT	79	10.0
4. SEPTICEMIA	52	6.6
5. MALIGNANT NEOPLASM	50	6.4
6. PNEUMONIA	42	5.3
7. CEREBROVASCULAR DISEASE	34	4.3
8. TUBERCULOSIS	23	2.9
9. RENAL FAILURE	22	2.8
10. GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE	18	2.3
TOTAL FOR 1-10	544	69.1
ALL OTHER CAUSES	243	30.9







