

タイ王国公衆衛生プロジェクト 巡回指導調査団報告書

平成5年12月

国際協力事業団
医療協力部

122
98
MCI

医 -
JR
93-99

タイ王国公衆衛生プロジェクト
巡回指導調査団報告書

JICA LIBRARY



1120277171

27935

平成5年12月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

27935

序 文

タイ国における公衆衛生分野において、過去我が国は、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ることとなった。その具体化のために専門家チーム等を派遣し調査を実施した結果、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わかり、タイ国から我が国に対して正式要請書が提出された。

本要請を受け、当事業団は、平成3年4月に実施協議調査団を派遣し、タイ東北部コンケン県をモデル地域とした公衆衛生プロジェクトの実施に関する討議議事録に署名した。同プロジェクトは同年9月から開始され、協力開始からこれまでの間、日本側は専門家派遣、研修員受入及び機材供与を実施、日本・タイ双方共、地方におけるモデル開発に意欲的に取り組んでいる。

今般、プロジェクト開始から約2年を経た時点で、活動の進捗状況の確認と問題点等の検討、及び今後協力終了時までの実施全体計画の見直しを目的とした巡回指導調査団を、平成5年11月24日から同年12月1日まで派遣した。

本報告書は、上記調査団による調査結果を取りまとめたものである。

ここに本調査の実施にあたり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共に、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5年12月

国際協力事業団

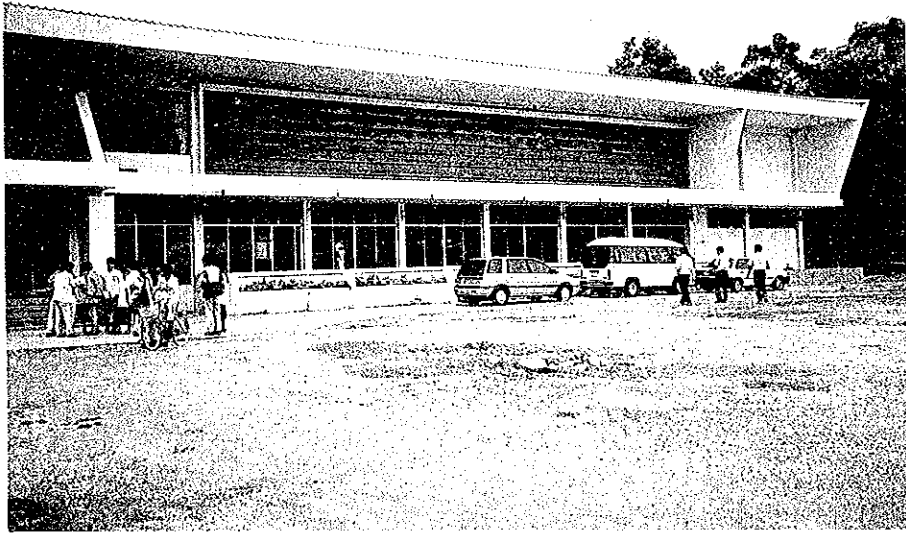
医療協力部長 小早川 隆 敏



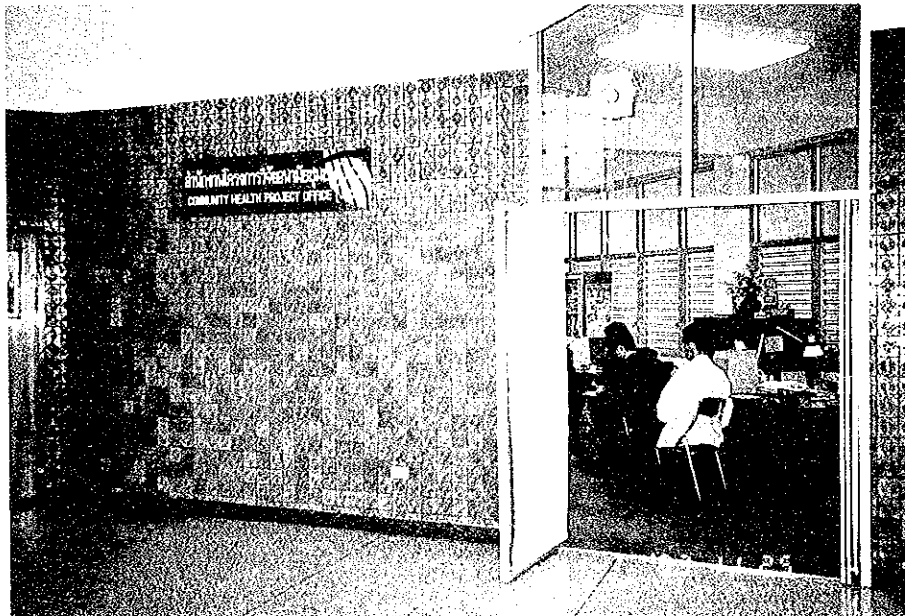
タイ保健省ピシット次官補と安達団長によるミニッツ署名（11月30日）



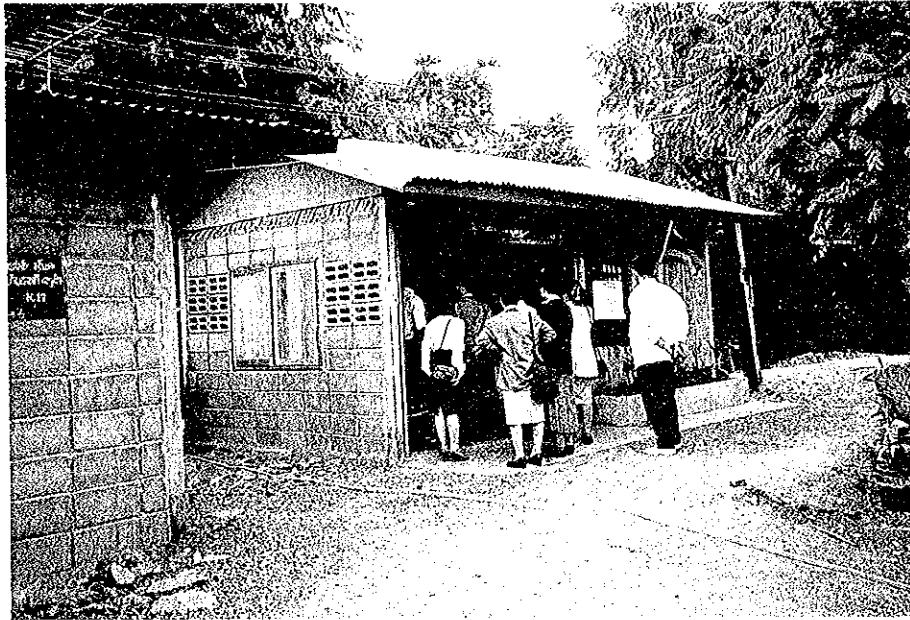
コンケン県衛生局でのプロジェクト活動説明（11月25日）



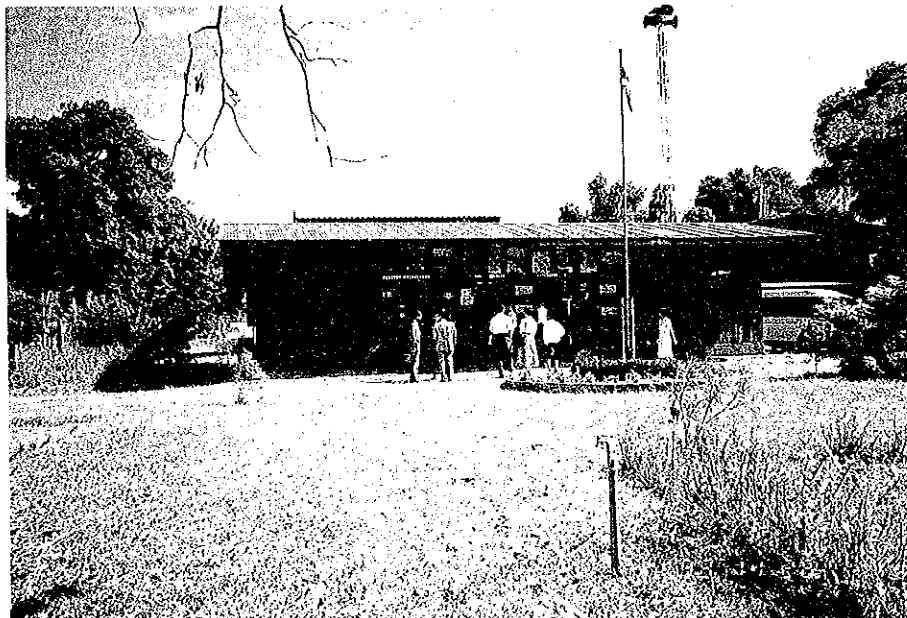
プロジェクト・オフィスのある東北地区公衆衛生学校の講堂（11月25日）



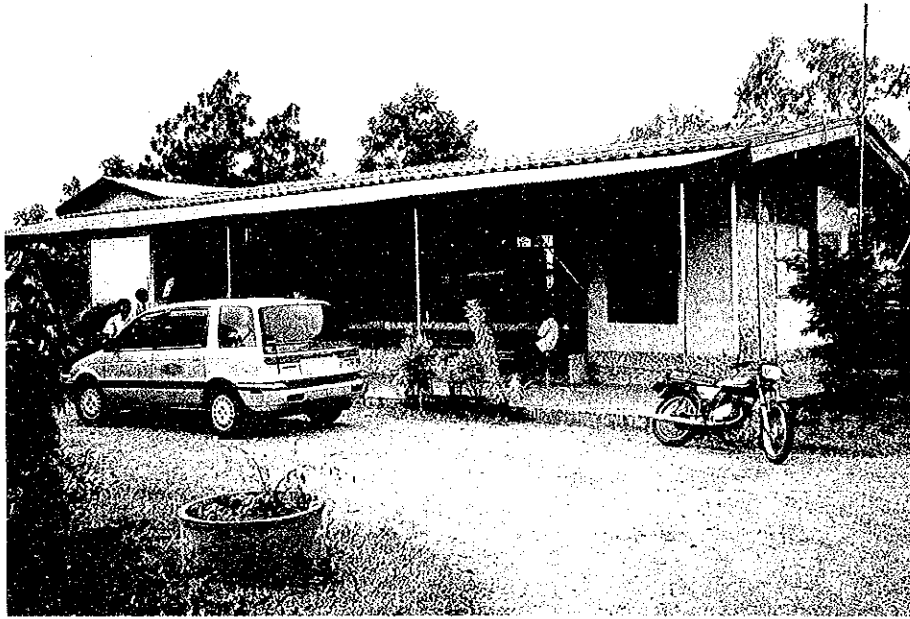
一階左手奥のプロジェクト・オフィス入口（11月25日）



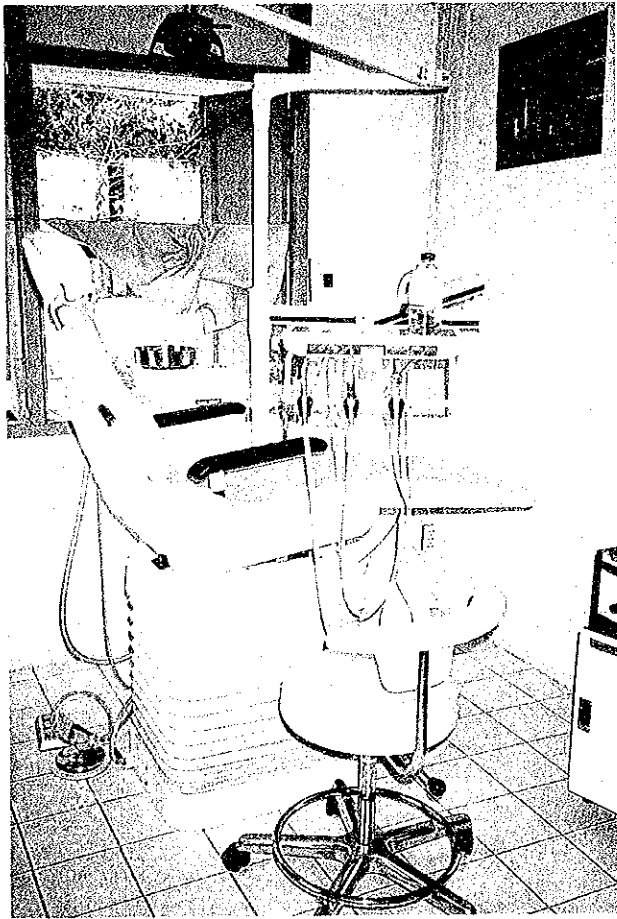
スラム地区内ノンノンワットⅡ保健所（11月25日）
コンケン市の援助により、水道が引かれている。（手前のパイプ）



ナンボン郡ボーヤイ保健所（11月26日）
歯科看護婦の配置後、保健所の利用者が増えたとのことであった。

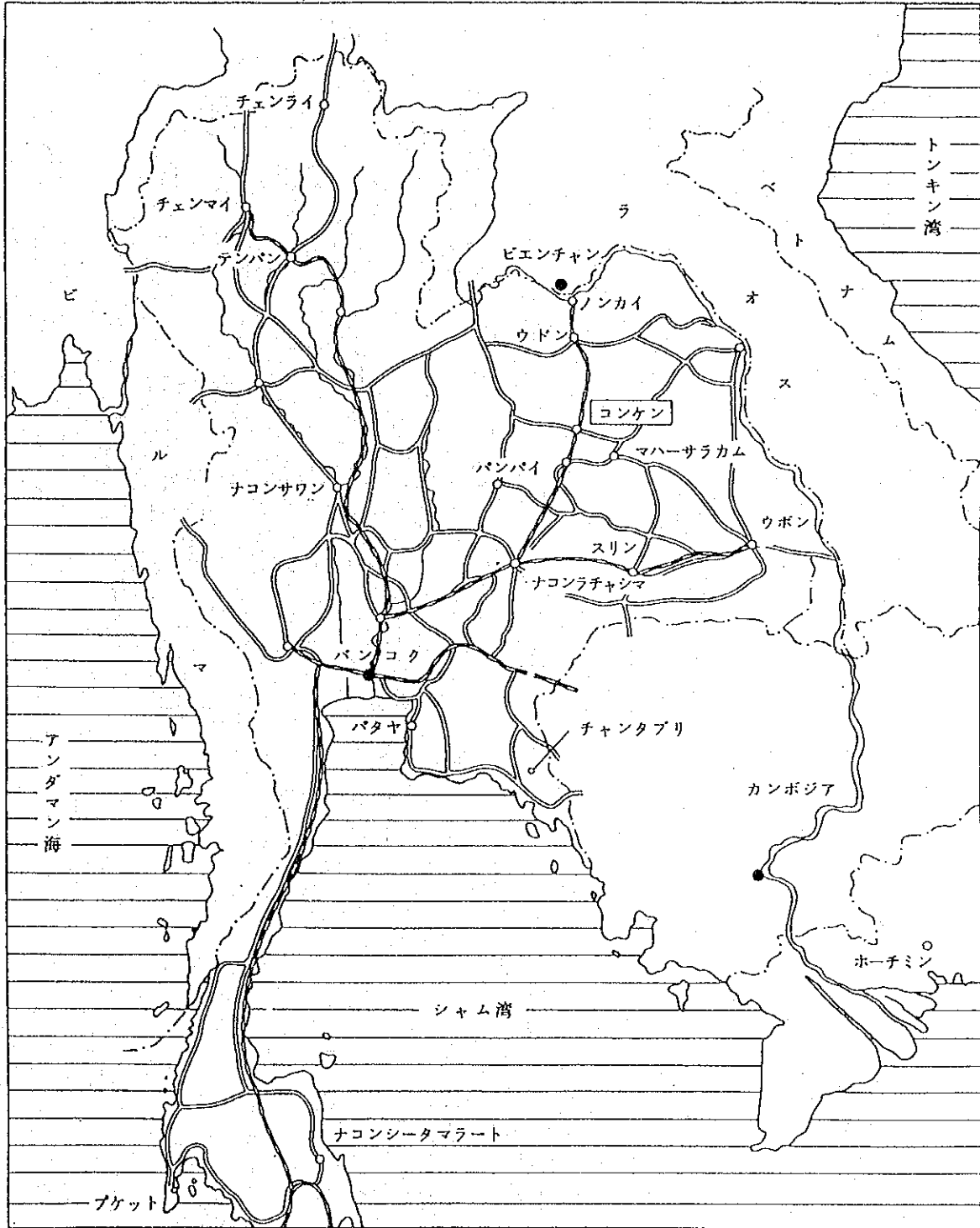


チョンナボット郡ホイケー保健所（11月26日）

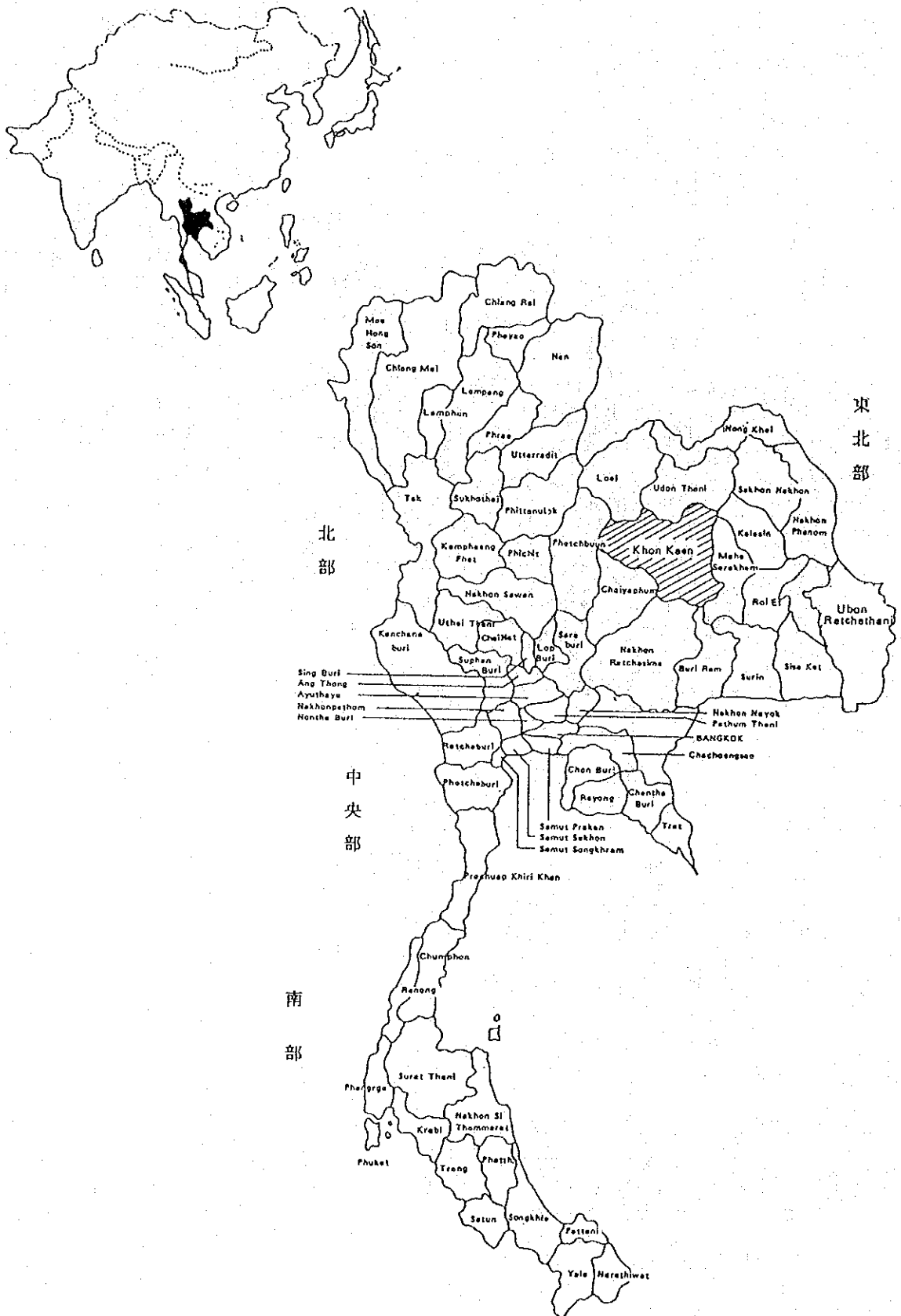


ホイケー保健所内
歯科診療機器
（11月26日）

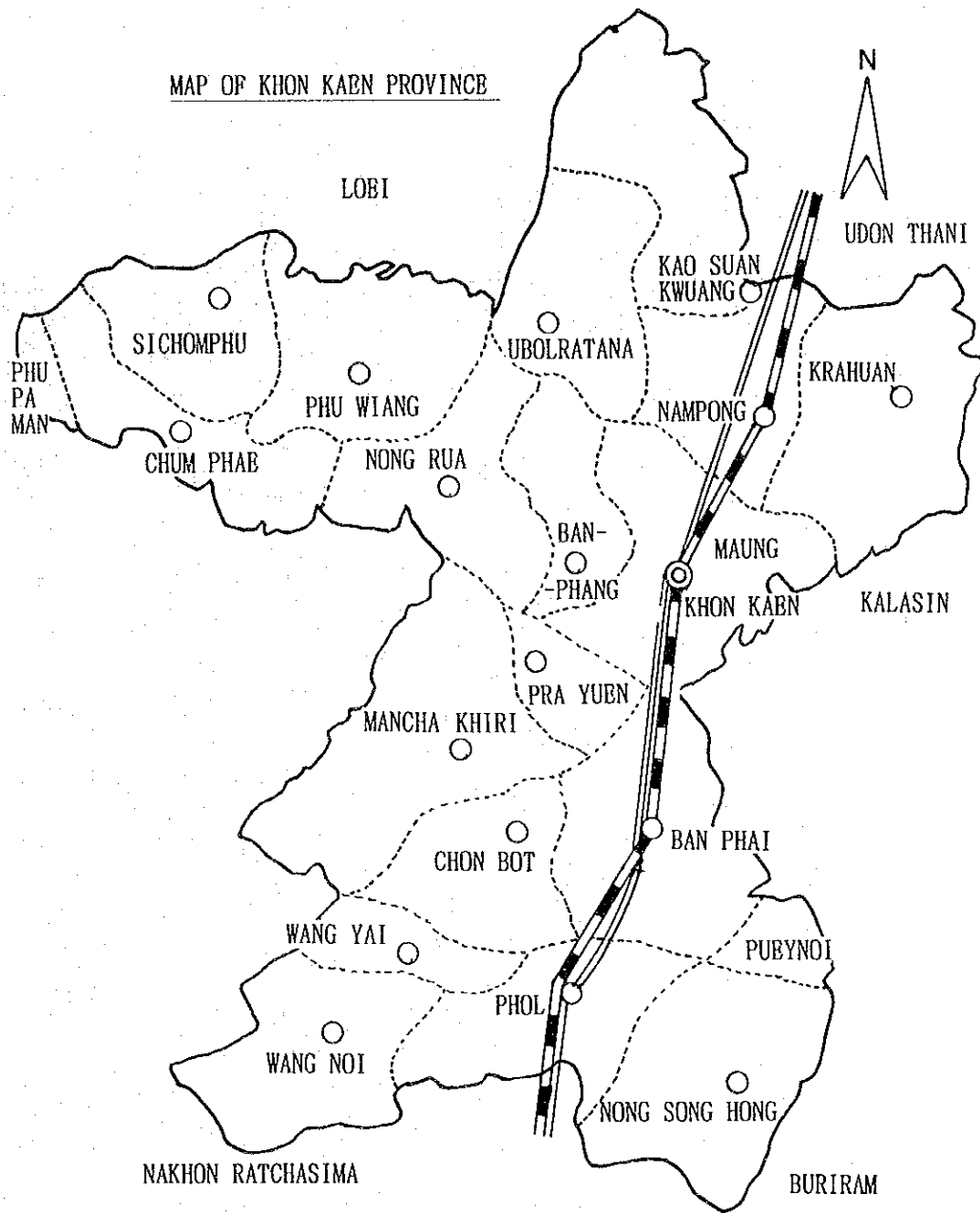
地図1 タイ王国



地図2 タイの行政区分図



地図3 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 : 13,404km² (Ⓢ東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県 of 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/km² (Ⓢ島根県に相当)
5. 平均収入 (1988年) 16,506 BAHTS/年 (約94,000円)

目 次

序 文	
写 真	
地 図	
1. 巡回指導調査団派遣	
1-1. 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2. 調査団構成	1
1-3. 調査日程表	2
1-4. 主要面談者	2
2. 総括	
2-1. 調査概要	4
2-2. プロジェクト概要	4
2-3. 調査結果	4
3. プロジェクト視察調査報告	
3-1. 農村保健について	6
3-2. 歯科保健について	11
3-3. 都市保健について	14
3-4. 外傷（救急）保健について	17
3-5. まとめ	18
4. 関連施設調査報告	
4-1. ヘルスシステム研究所（HSRI）	19
4-2. マヒドン大学アセアン健康開発研究所（AIHD）	19
5. 保健省との協議結果	21
附属資料	
ミニッツ	25
Field Operating Committeeメンバーリスト	30
協力分野別進捗表	31
保健省組織図	32
コンケン県の行政組織	33
コンケン県の医療システム	34

1. 巡回指導調査団派遣

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、我が方で協力対象国を選定し、我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。

本協議に基づき、1990（平成2）年12月タイ政府は、タイ東北部コンケン県をモデル地域と設定し同地域内において現行の保健医療行政等の実態と問題点を調査し、システムを立案することにより同国の国家保健計画策定に資することを目的として、我が国に対しプロジェクト方式による技術協力を要請した。本要請を受け、我が国は1991（平成3）年4月実施協議調査団を派遣、タイ側との間で本件協力に係る討議議事録（R/D）に署名し、同年11月からプロジェクト協力を開始した。

本年度は協力開始から2年目に当たり、コンケン県において保健所モデル開発、技術支援モデル開発に意欲的に取り組んでいる。また、本年度は日本からの長期派遣専門家3名の内、リーダーの交代（7月）及び調整員の交代（11月）があった。

かかる状況の下、本巡回指導調査団は、これまでの協力の進捗状況の確認、協力実施上の問題点の把握と解決策の検討、及び今後協力終了時までの実施協力計画の見直し等を目的として派遣されたものである。

1-2. 調査団構成

- | | | | |
|-----|------|-------|---------------------------|
| ・団長 | 総括 | 安達 一彦 | 厚生省大臣官房厚生科学課
主任科学技術調整官 |
| ・団員 | 協力計画 | 鈴木 英明 | JICA 医療協力部医療協力第一課長 |
| ・団員 | 公衆衛生 | 丸井 英二 | 東京大学留学生センター教授 |
| ・団員 | 衛生行政 | 神ノ田昌博 | 厚生省保健医療局疾病対策課 |
| ・団員 | 協力企画 | 富田 明子 | JICA 医療協力部医療協力第一課 |

1-3. 調査日程表（平成5年11月24日から同年12月1日まで）

日 順	月 日	曜 日	移 動 及 び 業 務
第1日	11/24	水	東京→バンコク→コンケン
2	25	木	AM 公衆衛生プロジェクト事務所視察 コンケン県衛生局にてプロジェクト活動説明 PM コンケン市役所衛生課表敬 都市保健サブプロジェクト活動地域（スラム地区）視察
3	26	金	AM 保健所システム開発サブプロジェクト活動地域視察 コンケン県ナンボン郡 PM " チュンナポット郡 家族計画・母子保健プロジェクトとの懇談会
4	27	土	コンケン→バンコク
5	28	日	収集資料整理
6	29	月	AM Health Systems Research Institute 訪問 保健省地域計画課、保健計画部との協議 PM ASEAN Institute for Health Development 訪問
7	30	火	合同調整委員会（JCC）開催、M/D署名 JICA事務所、日本大使館への報告
8	12/1	水	AM バンコク→東京

1-4. 主要面談者

タイ保健省 (Ministry of Public Health)

Dr. Phisit Phantumachinda Deputy Permanent Secretary for Public Health
 Dr. Sanguan Nitayarumphong Assistant Permanent Secretary for Public Health
 Dr. Nitas Raiyawa Director, Rural Health Division
 Dr. Churat Koosakulrat Rural Health Division
 Ms. Sucharee Kumtue "
 Dr. Banpot Thontirawong Director, Bureau of Policy and Planning
 Dr. Supattra Srivanitchakorn Bureau of Policy and Planning
 Ms. Patamavadee Kasikam "

コンケン県衛生局 (Khon Kaen Provincial Health Office)

Dr. Manit Teeratantikanont	Provincial Chief Medical Officer
Dr. Kamron Chaisiri	Deputy Provincial Chief Medical Officer
Dr. Weraphan Suphanchaimart	Khon Kaen Provincial Hospital
Dr. Witaya Chadbanchachai	"
Dr. Wichai Ussavaphark	Director, Namg Pong District Hospital
Mr. Sudta Pakirake	Chonnabot District Health Officer
Dr. Amporn Rattanaprinya	Director, Chonnabot District Hospital

その他の関係機関

Dr. Somsak Chunharas	Director, Health Systems Research Institute
Dr. Som-Arch Wongkhomthong	Deputy Director, ASEAN Institute for Health Development
Dr. Adisak Sattam	School of Health Science, Sukhothai Thammatirat Open University

在タイ日本大使館

熊本 宣晴	一等書記官
-------	-------

JICA タイ事務所

表 伸一郎	所長
中 島 靖久	所員

公衆衛生プロジェクト専門家

小 野 喜志雄	リーダー
尾 坂 良子	公衆衛生専門家
児 玉 明	調整員

家族計画・母子保健プロジェクト専門家

杉 山 亭造	リーダー
大 槻 静子	家族計画・母子保健専門家
岩 柳 信也	調整員

2. 総 括

2-1. 調査概要

平成5年11月24日より同年12月1日まで巡回指導調査のためタイ王国バンコク首都圏及びプロジェクトサイトである東北タイのコンケン県を訪れ、当プロジェクトの進捗状況の調査並びにタイ政府保健省、プロジェクトサイトのカウンターパート及びJICA長期派遣専門家と今後のプロジェクトの進め方等について協議し、その結果をタイ保健省との間で議事録確認した。

2-2. プロジェクト概要

タイ国では、ヘルスサービスの国民への普及と定着、質の向上を目指して、7次にわたる国家保健計画を実施しており、1996年からは第8次国家保健計画の開始が予定されている。このような中で、コンケン県における保健医療水準の向上に寄与するとともに、第8次国家保健計画の一翼を担えるようなプログラムの開発を目的として本プロジェクトは開始された。

第7次国家保健計画においては、タイにおける今後の保健医療システムの備えるべき条件として、普及性 (coverage)、継続性 (continuity)、包括性 (comprehensiveness)、住民参加 (community involvement) が挙げられているが、タイの保健行政システムは、中央政府の直轄によるサービス供給体制が取られていることもあり、住民を巻き込んだ形での地域保健活動を展開していくことに関してあまり経験を有していない。

このため、本プロジェクトでは、地域保健活動に重点をおいた日本の衛生行政の経験を活かし、タイの実情に即した保健医療サービスシステムのモデルを提供できるよう、農村保健、歯科保健、都市 (スラム) 保健等の分野において、モデル地域における保健医療システムの策定支援及びこれに必要な人材の育成を行っている。

今回の調査において、当初の離陸期間ともいうべき時期を終了し、分野毎の遅速はあるものの、それぞれの分野において着実にプロジェクトの進められていること、及びタイ側スタッフや保健省関係者の熱意の強いことが確認された。

しかしながら、本プロジェクトはモデルシステムの開発とともに、日常業務の改善を担当者自身が目標設定しながら実施 (アクションリサーチ) していけるような関係者の資質の向上を目的としており、本質的にいわゆる「成果の見えにくい」プロジェクトである。このため、今後ともアクションリサーチの評価方法の検討を進めるとともに、AV等を活用して関係者に対するプロジェクトの成果の啓発に努める必要がある。

2-3. 調査結果

2-3-1. タイ側スタッフからの説明

11月25日、コンケンにおいてプロジェクトの進捗状況の説明を受けるとともに質疑応答を行っ

た。農村保健、歯科保健、都市保健、外傷（救急）保健について説明を受け、プロジェクトが確実に実施されていることを確認した。（詳細は後述）

2-3-2. プロジェクトサイトの視察

翌日、農村保健及び都市（スラム）保健に係る4つのヘルスセンター及び2つの郡病院を視察した。

郡病院への患者集中緩和システム、保健所歯科保健システム、スラム地区の保健衛生システム、外傷保健情報システム等のプログラムが、初期段階を脱して着実に進められているようであった。特に、いくつかのヘルスセンターでは、関係者の熱意及び担当者の資質の向上により確実に成果のあがっている模様であった。（詳細は後述）

2-3-3. 家族計画・母子保健プロジェクトとの意見交換

コンケンにおいて、標記チームの杉山リーダー等と今後の両プロジェクトの連携の可能性について意見交換を行った。この結果、両プロジェクトともようやく初期段階を脱したところであること等の理由により、当面は情報交換に努め、今後の協力体制についてはその可能性を引き続き検討することとなった。

2-3-4. 保健省との協議

プロジェクトサイトよりバンコクに戻り、1) これまでのプロジェクト進捗状況、2) 合同調整委員会のメンバーの確認、3) 今後の協力計画、特に1994年度の計画、4) ミニッツの案文等について保健省の関係者と協議を行った。

タイ側（サングアン官房審議官）より、歯科保健プログラムについて現在のプロジェクトサイト以外にも範囲を広げたい旨要望が出されたが、ソフトの提供体制が確定していない等の理由により時期尚早であると考えられるため、次年度以降の検討課題とした。

また、中堅技術者養成プログラムの実施及び都市（スラム）保健の一環としてヘルスセンターの整備に関する要望が出されたため持ち帰り検討することとした。

この他、さしたるトラブルもなく、今後の計画等についてもミニッツ付属書2、3の通り合意し、協議はなごやかなうちに終了した。

2-3-5. ミニッツ署名交換

11月30日、日本側安達団長とタイ側ピソット次官補（パイチャット次官の代理）の官でミニッツの署名交換を行った。

3. プロジェクト視察調査報告

調査団では、農村保健、歯科保健、都市（スラム）保健、外傷（救急）保健のそれぞれのサブプロジェクトについて進捗状況報告を受けた後、各現場における活動の視察を行った。

3-1. 農村保健について

農村保健のモデル策定にあたり、住民及び地域保健従事者の意識、現行の保健医療行政、医療サービスの実態と問題点について調査が進められてきた。これらの調査は単にプロジェクトの方向性を定めるための情報収集ということにとどまらず、各種調査・分析のプロセスを通じて、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という目的も持ち合わせている。今回、その調査の結果が報告されたので、以下にその概要を示す。

3-1-1. 地域住民の保健サービスに対する意識調査

（調査目的）

地域住民の①保健追及行動、②保健サービスに対する要望、③保健従事者や保健所に対する意識、④プライオリティーの高い健康問題、⑤保健所の利用状況を左右する要因等を調査するとともに、保健従事者については、⑥保健活動に対する満足度等を把握することを目的とした。また、保健従事者の調査への積極的な参加を促し、問題意識を向上させることも目的のひとつであった。

（調査方法）

調査方法は以下の4つに分類される。

- ① 保健従事者を交えたデータ解析→調査実施内容の検討
- ② 集中グループディスカッションによる調査
- ③ 作成したアンケートによる調査
- ④ 保健従事者への詳細な聞き取り調査

（調査結果）

1) 保健従事者を交えたデータ解析の結果

保健従事者を交えたデータ解析の結果は、集中グループディスカッションやアンケートによる調査の基礎資料として活用された。また、そのデータ解析の過程において調査の方法論を体得できたことは、保健従事者や調査実施者にとって大きな収穫であった。

データ解析の結果、保健サービスの利用状況を左右する要因としては、以下の3つのものが考えられた。

- ① 自覚症候の重症度
- ② 交通手段の利便性
- ③ 保健従事者や保健施設の満足度

2) 作成したアンケートによる調査結果

アンケートによる聞き取り調査は、1992年10月に、402名の出産可能年齢の女性に対して行われた。これらの調査対象者はナンボン郡及びチョンナボット郡の15村よりランダムサンプリングされたが、そのほとんどが農作業のかたわら手工業や出稼ぎを行うことにより生計を立てていた。平均的な家族収入は約24,500バーツ（10万円程度）であり、5人家族というのが最も一般的な家族構成であった。文盲率は6.0%であったが、テレビ、ラジオ、拡声塔等により、情報の入手状況は良好であった。

調査前1か月間の罹病状況は、37.5%が何らかの健康上の問題があったと回答している。その内容は、①風邪、②頭痛、③関節痛及び腰痛といった軽度のものが上位を占めていた。

また、重症であり怖れられている病気としては、①肝臓病、②出血熱、③糖尿病、④粘血便、等が挙げられた。肝臓病が筆頭に挙げられている背景としては、コンケンでは、魚の生食により肝吸虫症が多く認められ胆管がんの発生が非常に多いということが考えられる。

健康上の問題が生じた時の対処の方法は、①保健所の保健従事者に診てもらふ、②薬を購入し自分で治療する、③病院の医師に診てもらふ、④様子をみた後に保健所の保健従事者に診てもらふ、といったものが上位を占めた。

保健所利用者の満足度については、以下の5つの項目に整理できる。

- ① サービスの利便性
- ② サービスの費用
- ③ 保健従事者の患者への接し方
- ④ 保健従事者からの保健情報
- ⑤ サービスの質

調査の結果、①サービスの利便性、③保健従事者の患者への接し方、④保健従事者からの保健情報、については、50%以上の保健所利用者が満足していることが分かった。一方、⑤サービスの質、については、ほとんどの保健所利用者が不満を抱いていた。総合的には、59.6%の保健所利用者が満足していると回答した。

また、89.6%の回答者が、保健従事者の増員、医療設備の薬剤の充実、増床、スペース拡大といった方法により、保健サービスを改善すべきであると考えていることが明らかになった。

保健従事者に対する要望としては、訪問指導の回数を増やして欲しいという意見が最も多かった。その他には、知識を高めて欲しい、責任感を持って欲しい、礼儀正しくして欲しい、土曜、日曜にも保健所にいて欲しい、といった要望もあった。

3) 集中グループディスカッションの調査結果

114人の情報提供者による集中グループディスカッションを行った結果、地域住民の意識について、以下のことが明らかになった。

健康上の問題の原因として住民が挙げたものは、①きつい仕事及び不十分な休息、②不適切

な食習慣、③大気汚染、④経済的な困窮、であった。

健康上の問題が生じた時の対処の方法は、①薬を購入し自分で治療した後に保健従事者や医師に診てもらい、②保健従事者に診てもらった後に病院や診療所の医師に診てもらい、③病院や診療所の医師に診てもらい、④伝統民間療法により治療を行う、という4パターンがあることが分かった。

地域住民の保健所や保健従事者に対する評価は決して悪いものではなく、むしろ、サービスの迅速さ、適切なアドバイス、親切な対応といった点で、評価されていることが分かった。ただし、一部には、サービスや薬の費用が高い、保健従事者が保健所にいないことが多い、といった不満の意見もあった。

保健所における保健サービスに対する要望としては、①保健従事者を増やす、②医療設備を充実させる、③保健所を広くしてベッドをもっと多くする、④保健所の保健従事者を24時間配置する、等の意見があった。

健康教育に関しては、拡声塔、テレビ、ラジオ等のメディアを用いた情報提供を積極的に行って欲しいとの要望があった。

4) 保健従事者への詳細な聞き取り調査の結果

保健従事者の仕事の満足度を聞き取り調査により調べた結果、ほとんどが、保健所の仕事をきつと感じてはいたものの、割り当てられた仕事には満足していることが分かった。保健従事者の満足度に影響を与える要素としては、①同僚に熱意があり仕事を助け合う環境が整っていること、②仕事場が自宅から近いところにあること、③薬を処方することにより臨時収入が得られること、が挙げられていた。

また、保健従事者の数を増やし訪問指導の回数を増やせるようにすべきであるとの意見もあった。

保健所に配置された歯科看護婦に対しては、①地域保健活動をするにあたっての基本的な知識や心構えを身に付けて欲しい、②何らかの仕事を引き受けるなどして他の保健従事者に積極的に協力して欲しい等の意見が出された。

(今後の対策)

地域住民の要望に沿って保健サービスの利用度を高めるために、調査実施者が提案する対策は以下の通りである。

- ① 保健従事者の態度を改善し、サービス提供者と利用者との相互理解を深める必要がある。
- ② 公務時間中以外にも保健サービスを提供できるように、保健従事者の勤務時間について見直す必要がある。その際には、保健従事者の手当てとして、政府からは財政的な援助が割り当てられるべきである。
- ③ 保健サービス及び薬剤の価格の見直しが必要である。特に、個々の保健所により費用がまちまちであり、利用者に不信感を抱かせているところがあるため、保健所における料金体系

の画一化が必要であると考える。

- ④ サービスを提供するために必要な専門的な知識や技術を高める必要がある。
- ⑤ テレビ、拡声塔、ラジオ等により地域住民に働きかけ、健康教育プログラムを根付かせる必要がある。

3-1-2. 保健従事者の研修ニーズ調査

(調査目的)

①一次医療、②健康増進、③伝染性疾患、④非伝染性疾患、⑤利用者保護、⑥管理、⑦企画・評価、⑧教育・指導、⑨一次保健・農村開発・特別プロジェクトのサポート等の保健所のそれぞれの機能について、保健従事者養成の必要性を把握することを目的とする。

(調査方法)

コンケン県の5地域より調査対象をサンプリングし、以下の4つの方法によりデータの収集を行った。

- ① 専門知識に関するテスト実施（保健所職員を対象）
- ② 保健所での業務に関するアンケート調査（保健所職員を対象）
- ③ 保健所での業務に関するアンケート調査（地域保健調整委員会を対象）
- ④ 集中グループディスカッション

調査は1992年7月から9月にかけて実施され、コンピュータによる解析が行われた。

(調査結果)

1) 専門知識に関するテストの結果について

- ・平均点は63.15%であった。
- ・9つの業務内容のうちで成績の悪かったものは、利用者保護（43.0%）、管理（46.8%）、伝染性疾患及び非伝染性疾患（50.7%）であった。

2) 保健所での業務に関するアンケート調査の結果について

保健所職員を対象にして行ったアンケート調査の結果、保健所職員が必要と考える知識及び経験は、①IUD（27.2%）、②調査（26.4%）、③救急医療（16.0%）、④実験（15.2%）、⑤遺伝性の非伝染性疾患（14.4%）であった。

地域保健調整委員会に対するアンケート調査では、保健従事者が必要とする研修として、一次保健・農村開発・特別プロジェクトのサポート（93.0%）、教育・指導（91.6%）、管理（91.6%）、非伝染性疾患（90.0%）、一次医療（89.3%）が挙げられていた。

3-1-3. 病院及び保健所視察について

タイにおける保健所は医療サービス提供機関としての機能と保健サービス提供機関としての機能の両方を有している。保健所で提供される医療サービスは、保健婦による簡単な治療、助産等の1次レベルのものにとどまるが、地域住民に対するアンケート調査でも明らかなように、地域住民の健康問題で頻度の高いものは、風邪、関節痛、腰痛、頭痛といった軽度のものがほとんどを占めていることから、十分に、その果たすべき役割は残されている。しかしながら、保健所では予防、健康増進といった保健サービスと比較して医療サービスのレベルが低く、保健所を経由せずに直接、病院を受診してしまう患者が非常に多い。また、保健サービスについても病院志向の傾向が生まれつつある。ワクチン接種を例にとると、全体で78%の接種率であるものの、ある保健所では30~40%の接種しか行っておらず、残りは病院で接種を受けているとのことであった。

表1 ナンボン郡基礎情報 (1993年)

郡地区	12	村	141
病院	1	保健所	13
総人口	93,320人		
主な職業	農業、日雇い労働		
0~1才乳幼児	1,369人		
*health communicator	872人		
*health volunteer	131人		

*コンケン県の医療システム (p.34) 参照

表2 ナンボン病院診療内訳 (1993年)

外 来	26,449人/51,516件
平均	180人/日
入 院	6,653人/15,343日
占床率	140%
時間外診療	17,482件
救 急	1,365件
大手術	334件
その他の手術	2,512件

表3 ナンボン病院医療要員構成 (1993年)

医 師	4
歯科医師	1
薬剤師	2
看護婦	35
事務職員	20
臨時職員 (給食、清掃、車輛運転等)	51
合 計	113

ナンボン郡及びチョンナボット郡における病院と保健所の視察を行った。ナンボン病院は30床規模の小さなものであったが、外来には多くの患者が溢れ、病室も男女1部屋ずつの大部屋が満床となっていた。また、レントゲン設備や手術室、出産室、歯科設備等も整っていた。予算の範囲内での増床が認められており、実際には45床程度で運用していたが、近いうちに60床に増床されることとなっている。それに対して、保健所はというと、狭いスペースに診察用のベットや歯科設備、薬剤等が一式そろっているのみで、患者も2～3人待っているのみであった。

それでも、保健従事者のレベルが高い保健所では住民が利用する機会も多くなっているとの説明を受けた。後述のとおり、ナンボン郡のボーヤイ保健所では夜間休日でも保健婦を待機させるようにしたこと、及び歯科看護婦を配置したことにより利用者が増加しているということであり、保健所の機能を左右する要因として保健従事者の知識や経験、態度が大きなウエートを占めていることが示された。そのような意味でも研修事業を進める意義は大きく、今回の調査をもとに効果的な人材養成プログラムを組み立てていくことが望まれる。

3-2. 歯科保健について

タイにおいて推進されている第7次5ヶ年計画では、全国7,500保健所の内の20%の保健所において職員を現在の2人から5人に増員し、保健所機能を充実させることとしている。この増員する職員に歯科看護婦が1名含まれており、保健所に新たな機能を付加することにより、住民にとって魅力あるものにしていくことを狙っている。歯科看護婦は簡単な治療行為もできることになっており、日本でいえば歯科医師と歯科衛生士の間程度と考えられる。

本プロジェクトでは歯科看護婦が保健所において果たすべき役割について、ひとつの指針を示すことを目的としている。既に方法論の策定、状況調査、歯科看護婦の活動計画を経て、1992年10月より2人の歯科看護婦をナンボン郡及びチョンナボット郡の保健所に配置し活動を開始して

いる。

今回の調査団では、以下のような説明を受けた。

3-2-1. プロジェクトの目的について

(全体的な目的)

保健所に歯科看護婦を配置することにより、保健所における歯科保健活動のモデルを策定する。

(具体的な目的)

- 1) 歯科保健活動のモデルについては、①歯科看護婦の適切な役割、②援助・監督・追跡システム、③情報伝達システム、④歯科保健問題解決等について分析する。
- 2) 地域住民の歯科保健サービスの利用状況及び利用者、歯科看護婦、関係する保健従事者の満足度について調査する。
- 3) 歯科診療体系における歯科保健活動の位置付けに関連して、①患者紹介システム、②サポートシステムについて調査する。

3-2-2. 歯科看護婦の役割について

1) 歯科診療

- ① 1～14歳：充填、抜歯、歯石除去、フッ素処理等
- ② 成人：救急歯科治療、抜歯、充填、歯石除去、口腔内検査

2) 予防プログラムの推進

- ① 妊婦に対する歯科保健教育
- ② 0～4歳児に対するフッ素処理
- ③ 学校教育前プログラム
- ④ 小学校における歯科検査

3) 研修活動

- ① ヘルスポランティア
- ② 教師
- ③ 主婦

4) その他

3-2-3. 保健所視察

今回、ナンボン郡及びビョンナボット郡の保健所を視察したが、歯科看護婦も配置後1年あまりたち、徐々にその能力を発揮しつつあるようであった。特にボーヤイ保健所では、歯科看護婦を配置後に保健所の利用者が増えたというデータも示されており、地域住民にも歯科保健サービスが受け入れられていることが伺える。ただし、ホイケー保健所では、まだ十分には歯科看護婦

図1 歯科診療受診率

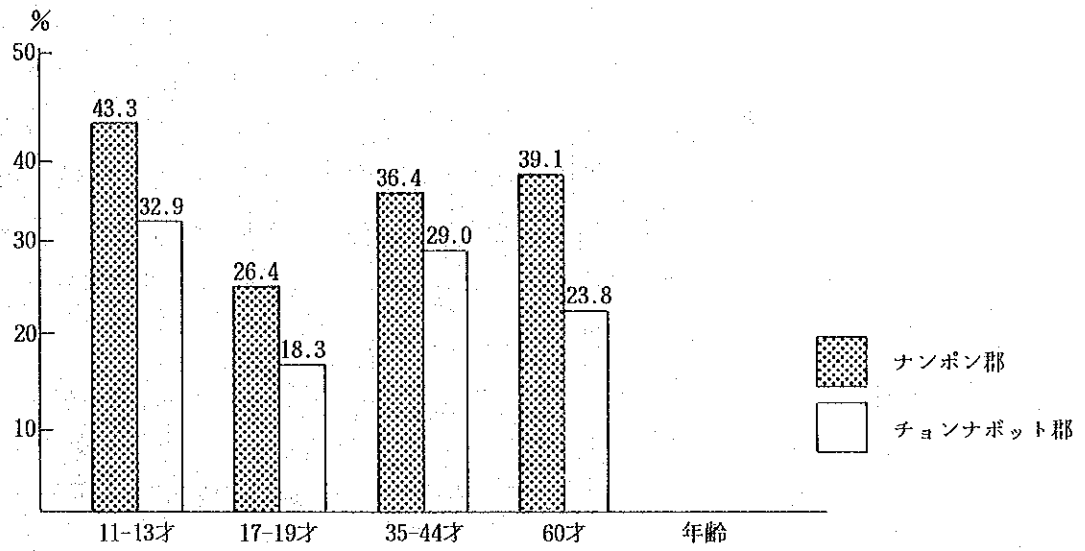
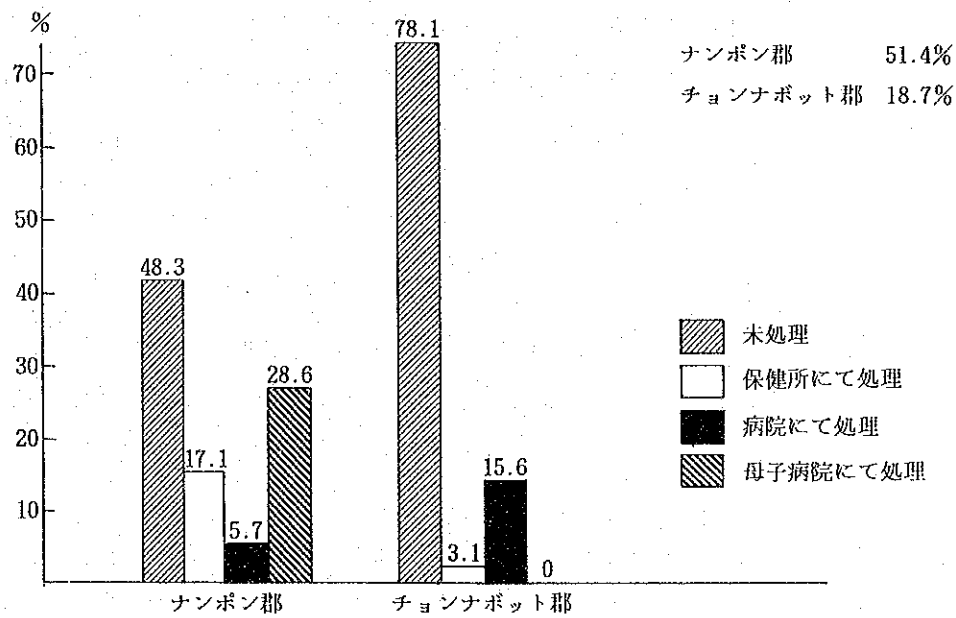


図2 0-2才児のフッ素処理状況 (施設別)



としての役割を果たし切れていないとのことであった。説明によると、それぞれの保健所の立地条件等に違いがあるということではなく、むしろ配置された歯科看護婦の能力に因るところが大きいとのことであった。積極的に地域住民に働きかけ歯科保健活動を展開するという新たな試みであるだけに、両保健所の進捗状況に大きな開きができたものと思われる。今後、歯科保健活動を全国的に広げていくことが本プロジェクトの最終目的であり、ある程度の知識と技術をもった歯科看護婦であれば事業を遂行していけるように、業務マニュアルを作成することが求められる。そのためにも、本プロジェクトの評価・見直しを常に行い、理想とする歯科保健モデルに近付ける努力を重ねなければならないであろう。

特に、歯科医が絶対的に不足している現状では、フッ素処理やブラッシング指導等の予防活動により虫歯の本数自体を少なくしていくことが求められる。虫歯予防は母子保健や学校保健との連携を持ちつつ進めることが不可欠であり、この分野における歯科看護婦の指導的な役割が望まれる。

歯科診療ユニットが未整備であることが歯科看護婦の活躍の場を制限しているという見方があるが、歯科診療ユニットが整備されていない保健所であっても歯科看護婦を配置する意味は大きいと思われる。本プロジェクトにより歯科保健指導のモデルを示すことができれば、まず虫歯予防活動推進のために歯科看護婦を配置し、漸次、歯科診療ユニットを整備していくという二段階方式も考えられるのではないだろうか。

いずれにしても、保健所への歯科保健機能の付加は、新たな試みであるだけに本プロジェクトのもつ意味は大きい。歯科看護婦を地域保健活動及び学校保健活動の体系にうまく組み込み、有機的な活動を展開できるようなシステムを作っていくことこそが、本プロジェクトに課せられた指命であり、今後の成果が期待される。

3-3. 都市保健について

タイの都市部では、内務省管轄のもと市役所が保健医療施策を推進しているため、保健省の管轄する農村部とは保健医療体系が大きく異なっている。都市部では一次保健医療活動を担うべき保健所が整備されておらず、そのために農村部と比較して保健医療サービスについては立ち遅れが目立っている。

都市部では先端医療機器を整備した私立病院がいくつも作られており、富裕層にとっては高度な医療が益々身近なものになっている一方で、スラム居住者のように全く保健医療体系から見離された都市住民が増えているという歪みが生じている。

本プロジェクトはこのような問題を抱えるスラム地区を中心とした都市部において、如何に一次保健医療サービスを根付かせるかということを目的として推進されており、既に、2つのスラム地区において保健所の設置が進められている。

調査団では担当者より概括的な説明を受けた後に、ノンノンワットⅡ及びテパラックにおける

スラム地区保健所を視察した。以下にその概要を示す。

3-3-1. スラム地区の保健医療状況

本プロジェクトでは、テバラック、チャイナロン、ノンノンワットⅡ、ノンワンⅡの4つのスラム地区をフィールドとして選定した。これらの地区では40の自治体が存在し496世帯で構成されている。全く教育を受けていない者が5.4%存在するなど、教育レベルはかなり低い。また、日雇い労働者として生計を立てている者がほとんどであり、失業中の者が29%、借金を抱える者が47.8%も占めている。

健康問題への対処方法としては、自身で薬を購入し病気を治療するという者が最も多い(37.2%)。しかしながら、薬局は必要以上の薬を処方したり、ラベルや注意書きを付けずに処方したりする等、問題点も多く、改善の必要があるとのことであった。次に多いのが診療所を受診するという者であるが、保健所を利用している者はわずか3.8%とのことであった。職員のレベルが低く、設備を充実していないことが、住民側が保健所を避ける主な理由のようである。病院を受診した者の内69.4%の者が軽症患者であるとのことであり、スラム地区でも農村地区同様に保健所をバイパスし病院に患者が集中するという問題が存在するようである。

3-3-2. スラム地区保健所視察

本プロジェクトを実施している4つのスラム地区の内、ノンノンワットⅡ及びテバラックの2つの地区の視察を行った。どちらの地区にも既に保健所が開設され、そこを拠点として活動を展開しているところであったが、進捗状況には若干の開きがあった。

テバラック地区では、リーダー格のボランティアが非常に熱心に活動に打ち込んでおり、スラム地区内はもちろん、スラムの外からも患者からも患者が集まって来ているとのことであった。スラム住民も保健所の必要性について十分に認識しているようであり、貧しいながらも少しずつ金を出し合い自分たちで保健所を運営しようという意欲が感じられた。保健所内には薬一式と診療用ベッドが揃っているのみであったが、市の保健婦や医師が当番制で週3回1日2時間程度、顔を出すことになっており、保健所の提供する保健医療サービスに対する住民の信頼度は高いように思われた。また、現在、保健所の隣に拡声塔を建設中であり、情報提供システムとして活用していくとの話であった。健康教育の成果か否かは分からないが、スラム住民に衛生観念が徐々に定着しつつあり、ゴミの収集や清浄水の配給等が自主的に行われるようになったとのことである。

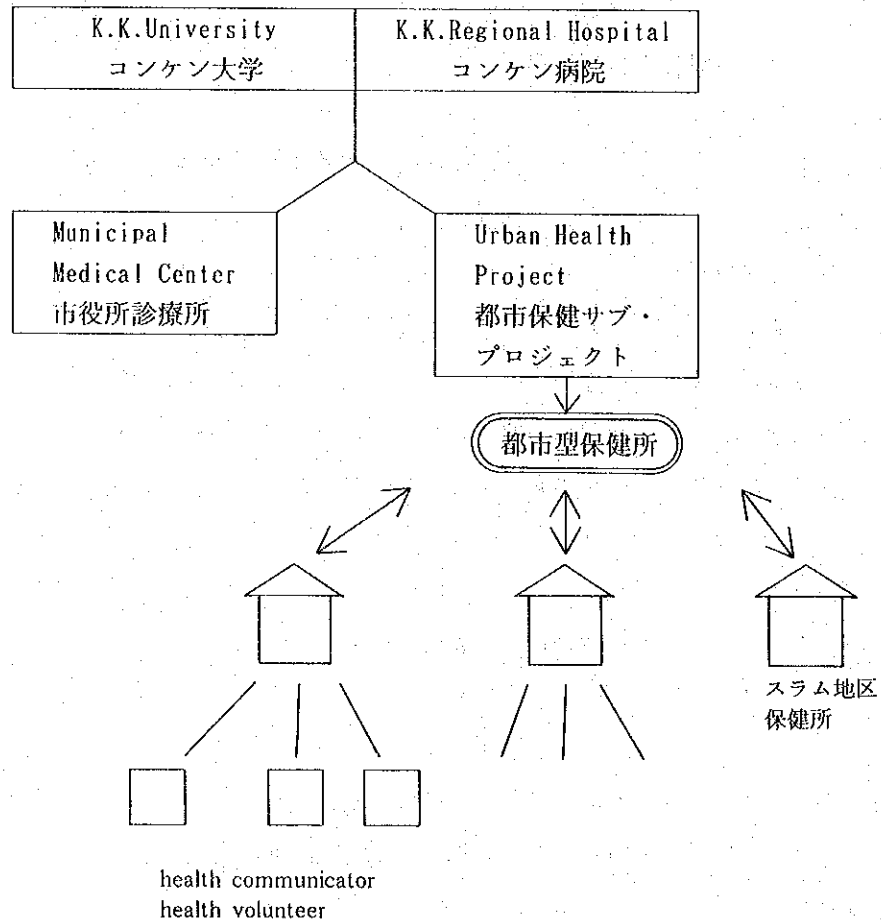
対するノンノンワットⅡ地区では核となって保健所を支える人物が存在せず、むしろ、行政がトップダウンで運営しているような印象を受けた。設備はテバラック地区の保健所と同様のものが揃っており、市の職員が不要となったものを寄付したというものが数点あった。地域住民が自分たちの金を出し合って自主的に保健所を運営していこうという意欲はあまり感じられなかった

ものの、この地区も保健婦や医師が定期的に巡回しており、また清浄水については行政の援助で水道が引かれ、拡声塔についてもノンノンワットⅡ地区同様に建設中とのことであった。当地区における基盤整備は着実に進められており、今後の課題としては住民参加というソフトの充実が求められる。

3-3-3. 都市型保健所の建設計画について (図3)

市の清掃処理施設の敷地に、市役所の支所を兼ねた保健所の建設計画がある。本プロジェクトが直接関与する事業ではないが、説明によるとスラム地区のボランティアが運営する保健所の活動を統括する機関として構想が練られているようである。しかしながら、具体的にどのような機能を持たせるかということに関しては不明な点が多い。十分な設備及びマンパワーを注ぐ覚悟でなければ、中途半端なもので終わってしまう恐れもある。将来的に、スラム地区保健所といかなる連携を図るかというような課題が持ち上がってくる可能性は十分あるため、その成り行きを見守る必要があるだろう。

図3 都市型保健所計画



3-4. 外傷（救急）保健について

コンケン県は人口約170万人の県であり、東北タイの中心として、近年では目覚ましい勢いで都市化・工業化が進んでいる。それに伴い、交通事故の発生は年々増加し、早急に、交通事故防止や救急システム構築等の対策を講ずることが求められている。

このような動向に応じて、コンケン病院では1988年よりWHOの助成金により交通事故防止及び外傷サービスプログラムを実施している。本プロジェクトでは、その事業を受け継ぐ形で1992年3月より外傷（救急）保健を実施している。

調査団では、本プロジェクトのこれまでの進捗状況について説明を受けた。

3-4-1. 外傷（救急）保健の目的

外傷（救急）保健の目的は以下の5つである。

- ① 外傷登録の効果的なデータ収集システムの構築
- ② 学校教育や運転免許取得者を対象とする安全教育方法の開発
- ③ バイク運転時ヘルメット着用の推進
- ④ 医療機関の外傷医療技術の向上
- ⑤ 行政的な施策へのフィードバック

3-4-2. 外傷（救急）保健の進捗状況について

外傷登録については、ICD-10への移行に併せ、過去に実施してきた登録フォーマットに改良が加えられた。また、コンケン病院にLANシステムを導入しデータベースの改善が進められている。

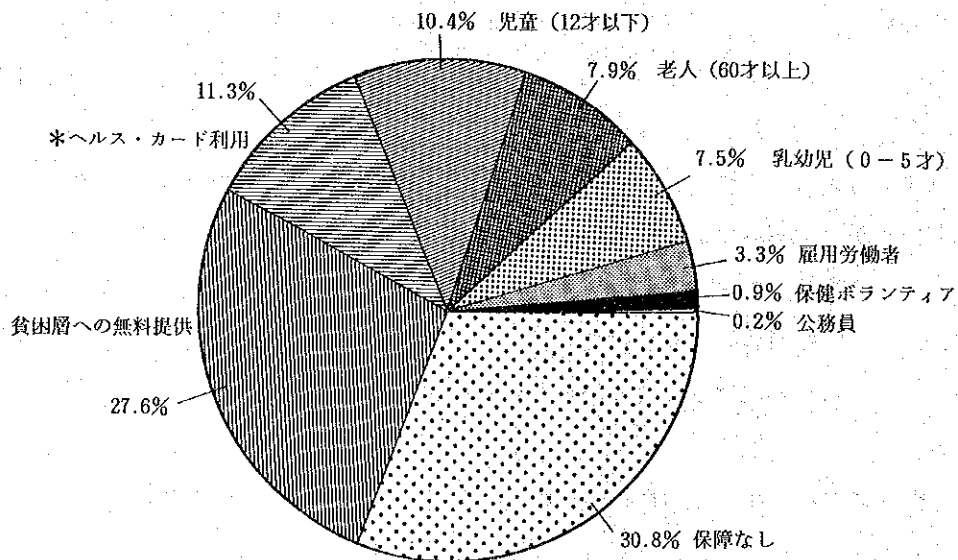
交通事故防止に関しては、ヘルメット着用キャンペーンを行政の協力のもと実施するなど、積極的な働きかけを行っているようであった。タイにおいては、ヘルメットの着用が法律で義務づけられているのはバンコクのみであるとのことであり、現状では、キャンペーンにより交通安全を訴えたり、学校教育や運転免許の教習プログラムに盛り込むといった方法以外に術はないようである。今後も、外傷登録により得られたデータをもとに行政当局への更なる働きかけが求められる。

救急医療においては、如何に迅速に患者を病院へ搬送するかということが、救命率を改善する上でのポイントになる。本プロジェクトにより整備された救急車は大いに活用されているようであるが、未だ搬送能力は十分とはいえない。また、事故情報の流れに問題がないか、もう一度見直す必要があるであろう。本プロジェクトの目的のひとつとして、「コンケン病院周辺の医療施設、保健所の救急救命技術の向上」が掲げられており、今後、それらの医療施設を救急医療体系に組み込んでいくためには、適切な情報伝達システムを構築していくことが求められる。

3-5. まとめ

タイにおける病院と保健所が抱える問題点は、ちょうど日本において病診連携がうまく機能していないのと類似している。これは推測の域を出ないが、タイにおいても住民意識の中で医療がより身近なものになり、より高度な医療を志向する傾向が生まれてきたということが言えるのではないだろうか。タイ保健省では医療保険制度を整備する構想を持っているようだが、貧しい人でも気軽に医療を受けることができる体制を整えば、日本における大病院志向と同様の問題を抱えるようになることが予測される。このような患者の流れを再び保健所に向けさせるためには、保健所と病院の連携を強め、それぞれの役割分担を明確にしていくことが望まれる。病院機能をマヒさせる原因となっている軽症患者の集中については、保健所において一手に引き受け、より高度な医療が必要な時には病院への適切な紹介がなされるシステムの確立が望まれる。その前提としては、保健所の設備充実とともに保健従事者の知識及び技術の向上が不可欠であり、本プロジェクトの成果が待たれるところである。保健所がプライマリーヘルスケアの機能を果たすことができるようになれば、病院本来の指命である高度医療の実践も可能となり、併せて、保健所における治療の標準化や保健所職員の研修等の分野で病院が指導的な役割を果たすことも可能になるだろう。

図4 ナンボン郡住民の医療保障状況（1993年）



*タイでは、公務員や大企業被雇用者を除く大半の低所得層と農家を含む自営層が医療保険を持っていないため、これらの人々を対象に、政府が年間1家族500バーツ（約2,500円）でヘルス・カードを販売している。診療の際にはこのヘルス・カードを持参すれば無料になり、原則として全国共通である。

4. 関連施設調査報告

4-1. ヘルスシステム研究所 (HSRI)

11月29日午前保健省内にあるHSRI (Health Systems Research Institute) を訪問し、所長のDr. Somsak Chunharas氏と約1時間にわたって話し合いをもった。

今後のプロジェクト展開の中でいっそう重要となると考えられるアクションリサーチの評価方法の開発について相談することを目的とした訪問である。所長のソムサク氏は保健省統計課の前課長であり、しかも保健政策に関する論文も発表している専門家である。

この研究所は保健省からは独立した機関として1992年に設立された政府の研究機関である。しかし、現状では大部分の研究員が保健省から出向の形となっている。わが国の国立公衆衛生院の政策研究部門と類似した機能をもつ。所長はすでにわれわれのプロジェクトについてかなりの理解を有していた。だれが、何を目的として、何を行っているかを承知しており、今後の必要な協力関係について積極的な姿勢を示した。

本プロジェクトでの方法の一つであるアクションリサーチは、日常業務の改善を担当者自身が目標設定しながら実施していくプロセスをとるために、一般的な研究評価で用いられるアウトプットの量と質を評価する方法を援用することはできない。むしろ、プロセスの評価を中心とし、衛生行政担当者や衛生行政組織の置かれた文化的背景などを考慮した評価方法を開発する必要がある。この評価法開発の部分もまた本プロジェクトの機能として重要な部分となる。とくにモデルの開発後に、他の地域での利用段階で評価を組み込んでおくことは不可欠となる。

今後の方針として、この研究所に必要なに応じてアクションリサーチの評価に関する調査・研究を委託することを考慮してもよいものと考えられた。

4-2. マヒドン大学アセアン健康開発研究所 (AIHD)

11月29日午後、バンコク市郊外のマヒドン大学サラヤ・キャンパスにあるAIHD (ASEAN Institute for Health Development) を訪問し、主としてソムアツ副所長 (Dr. Som-arch Wonkhomthong) とプロジェクトの紹介ビデオ制作の委託の可能性について話し合った。その後、施設を見学した。

この研究所は1982年からわが国の無償協力によって建設されたアセアン・プライマリー・ヘルスケア・センターを母体とし、その後のJICAの技術協力によって内容的にも充実がはかられた。現在ではPHCの分野での修士コースがあり、これにはJICAの第三国研修の協力が続けられている。AV部門はチェンマイ大学の修士号をもつウィラ氏が主任として、各種AV教材やビデオなどの作成に当たっている。ここの機材の基本的な部分はJICAの供与によるものである。

コンケンにおける本プロジェクトは衛生行政のノウハウの移転を一つの目的とするために、日本側およびタイ側への内容紹介を視聴覚を通じて行なう必要があると考えられた。ビデオを作成

し紹介を行なうためには、a) 日本から視聴覚分野の専門家を派遣する、b) 日本のビデオ制作会社に委託する、c) タイのビデオ制作会社に委託する、といった方法が一般的である。そうした点を考慮した上で、今回はタイにおけるかつてのJICAプロジェクトを活用して委託するという可能性を模索することとしたものである。

AIHD側は委託を受ける方法で検討することになった。しかし、問題は本プロジェクトが従来の進行過程でビデオなどの蓄積を行なっていないために、すべてのシーンを撮り下ろす必要がある点である。もちろん、一部は写真で代用することも可能であるものの、編集だけでなく新たな撮影を今後行なわなければならないことが明らかになった。AIHDでは紹介ビデオの内容に関する資料、および基本方針と粗筋を日本側が用意すれば、こうした実際の作業に取り掛かることができるということであった。

プロジェクトの紹介という機能を考慮すると、出来るだけ早い時期にビデオが完成することが望ましい。したがって、今後、プロジェクト側としては委託およびビデオの基本的内容について早い機会に検討し、着手する必要がある。

5. 保健省との協議結果

平成5年11月29日タイ保健省にて、プロジェクト関係者と協議を行った。タイ側主要出席者は、保健省よりサングアン官房審議官、スパトラ保健計画部員、パタマワディー同部員、ニタス地域保健課長、チュラート同課員。アディサック スコタイ・タマティラート大学保健科学教授。ソムサク・ヘルスシステム研究所長。コンケン県衛生局よりカムロン衛生局次長及びウェラバン・コンケン病院医師。

協議による合意事項はミニッツに記載されているとおりであるが、協議の中で問題となった点についてここで補足する。

5-1. 都市型保健所の設置について

都市保健サブプロジェクトにおいて、コンケン市内の清掃処理施設の敷地に、コンケン市役所衛生課の支所と都市型保健所としての機能を兼ね備えたヘルス・サービス・センターを設置したいとの提案が、コンケン県衛生局側よりなされた。

同サブプロジェクトでは、第一段階として4スラム地区住民の経済・教育・保健状況等に関する現状調査、分析が終了し、特に乳幼児の予防接種率、栄養状態が農村地域の乳幼児のそれに比べて劣ることが明らかになった。スラム地区における保健衛生行政システム及びサービス・システムの欠落に起因すると考えられる。そこで、第二段階として、保健衛生行政とサービスの機能を持った都市型保健所の設立が提案されたものである。

しかしながら、明確な機能・対象者について、タイ側内部でも統一見解が見い出せないまま、今回の協議では提案者よりの構想説明に終始した。

5-2. 中堅技術者養成協力事業について

都市保健に関する中堅技術者養成については、平成5年1月の計画打合せ調査団派遣時にも協議され、調査団よりタイ側に迅速な要請書提出を要望したところであるが、今回は農村保健、都市保健の両分野での中堅技術者養成計画（3年間）が提示された。

コース内容については、本プロジェクトの調査研究費によりスコタイ・タマティラート大学保健科学アディサック教授にカリキュラム研究・教材開発委託されており、平成6年3月には完成予定とのことであった。コースは平成6年5月開始が予定されている。

調査団より、中堅技術者養成協力事業の実施について、中堅技術者養成対策費の支出費目を説明し、また、JICA側負担経費が年次逡減されることをタイ側と確認した上、JICAとしても予算措置の諸手続きが必要であるため要請書を速やかに提出するよう重ねて要望した。

なお、本事業についてはR/Dに既に記載されているため、ミニッツには記載しないことで日・タイ双方了承した。

5-3. 今後のプロジェクト活動の展開について

調査団派遣に先立って行われた小野リーダーとサングアン官房審議官との協議で、保健システム開発を目的とした同種のプロジェクトが、東北タイ数か所で進行中であること、また、タイ側は本プロジェクトに対して活動地域拡大を要望していることが判明した。これに対し、今回の協議で、本プロジェクトとしては平成6、7年度にそれらプロジェクトとのセミナーを開催し、相互の情報交換、研究交流を図ることで対応していく計画であることを述べた。(附属資料ミニッツ ANNEX II 参照)

しかし、タイ側は、R/Dに「対象地域はコンケン県と他の東北タイの選定された県」と記載されていること、更に、前コンケン県衛生局次長ピシェ氏が人事異動で東北タイのナコンパノム県に移動したことから、同地での保健衛生システム開発に係るアクション・リサーチに対して本プロジェクトの協力を要望してきた。

本プロジェクトの保健システム開発はコンケン県をモデルとして行われるものであり、開発されたモデルの他の地域における適応性に関するテストとしてであるならば、協力の検討もあり得ると考えられるが、協議の場では具体的協力内容・方法が明らかにはされなかったため、別添ミニッツのとおり「本プロジェクトで得た知識と技術の早期普及が望ましく、また、他の地域に応用されること」という表現にとどめることで合意した。

5-4. コンケン県衛生局カウンターパートの新任について

前述のように、本年10月にコンケン県衛生局において人事異動があり、後任カウンターパートを文書上明確にするため、附属資料ミニッツに記載のとおり日・タイ双方確認した。また、フィールド・オペレーティング・コミッティーの構成員についても、タイ側に新たな選任を督促し、協議の翌日、構成員リストを入手した。(附属資料参照)

附 属 资 料

MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE ADVISORY SURVEY TEAM
AND THE AUTHORITIES OF THE
GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF THAILAND
ON TECHNICAL COOPERATION CONCERNING
THE COMMUNITY HEALTH PROJECT

The Japanese Advisory Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Kazuhiko Adachi, Chief Coordinator, Health Sciences Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health and Welfare, visited the Kingdom of Thailand from November 24 to December 1, 1993 to review the activities performed and discuss future plans concerning the Community Health Project (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in the Kingdom of Thailand, the Team observed the overall progress and had a series of discussions with the Thai authorities concerning evaluation and more desirable implementation of the Project.

As a result of the discussions, both sides agreed on the items which are described in the attachment.

Bangkok, November 30, 1993

阿達 一 幸

Dr. Kazuhiko Adachi
Leader,
Japanese Advisory Survey Team,
Japan International Cooperation Agency,
Japan

Phisit Phantumachinda

Dr. Phisit Phantumachinda
for Dr. Paichit Pawabutr
Permanent Secretary,
Ministry of Public Health,
The Kingdom of Thailand

ATTACHMENT

1. COOPERATION ACTIVITIES IN FY1993

The cooperation programme under the Project in FY1993 has been carried out satisfactorily in general in accordance with the Tentative Schedule of Implementation (TSI) signed on April 10, 1991. The cooperation activities are shown in Annex I.

2. ANNUAL WORK PLAN FOR FY1994

Past records and future tentative plans of the Project are shown in Annex II.

The both sides will make efforts for the cooperation activities in FY1994 to be carried out in line with the Annual Work Plan shown in Annex III.

3. THE THAI COUNTERPARTS IN KHON KAEN PROVINCE

According to reorganization of personnel in Khon Kaen Province, the Thai counterparts were newly designated as follows:

Dr. Manit Teeratantikanont, Provincial Chief Medical Officer
Dr. Kamron Chaisiri, Deputy Provincial Chief Medical Officer
Dr. Weraphan Suphanchaimat, Khon Kaen Provincial Hospital

4. DISSEMINATION OF KNOWLEDGE AND SKILLS

The both sides agreed that early dissemination of knowledge and skills gained by this Project should be recommended and be applied in other areas for further development of health service system throughout the country.

Flint Phanthumachinda

Handwritten mark

ANNEX I : COOPERATION ACTIVITIES IN FY1993

Note: * provisional

1. Dispatch of Japanese Experts

(1) Long-term experts

Dr. Akira Hashizume	Team Leader	1991.11. 4 - 1993. 6.30
Dr. Kishio Ono	" "	1993. 6.22 - 1995. 6.21
Ms. Ryoko Osaka	Primary Health Care	1991.11. 4 - 1994. 5. 3
Mr. Makoto Kawanaka	Coordinator	1991.11. 4 - 1993.11. 3
Mr. Akira Kodama	"	1993.10. 1 - 1995. 9.30

(2) Short-term experts

- * Urban Health Development (Dr. Tsuyoshi Kawakami) 1993. 12.12 - 12.21
- * Rural Health Development
- * Dental Health Development
- * Accident Prevention and Management
- * Health Information Management

2. Counterpart Training in Japan

Dr. Siriwan Pitayarangsarit	1993. 4.19 - 8. 1
(Group training course on clinical dentistry)	
Dr. Amporn Rattanaparinya	1993. 8.23 - 10. 4
(Group training course on countermeasures for improvement of infant mortality rate)	
Dr. Prateep Dhanakijchroen	1993.10. 4 - 12. 6
(Group training course on the control of health hazards in the modernizing process in rural areas)	

3. Provision of Equipment

FY 1992 5,879,650 Baht

(description)	(quantity)	(model)
Dental unit	2	SELENE
Medical equipment	52 (17 items)	
Ambulance	1	ISUZU
Computer notebook	2	Acer Any Ware 3BGs
Graphic computer	2	Apple Macintosh
Copier machine	3	Konika U-BIX 1515
Electric typewriter	2	Olympia 200BT
Electric stencil duplicator	2	Cyklos M211
Fax machine	2	Murata M-1600
Slide projector	4	KODAK PRO 3000
Over head projector	4	SIAM
FM transceiver	8	YAESU FT-415
Video camera	1	SONY
Motorcycle	10	HONDA Cela-L

Handwritten signature

Phanthumachinda

ANNEX II : Tentative Schedule

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Rural Health Project		Situation Analysis (Felt Needs & Training Needs)	Implementation & Evaluation (To improve Health care system, Referral system, and Health information system)			
Dental Health Project		Situation Analysis	Implementation & Evaluation			
Urban Health Project		Situation Analysis	Implementation & Evaluation (Health care system, Service system, Health information system, & Community organization)			
Trauma Prevention		Trauma Registry & Trauma Prevention				
Job Training			To set up a curriculum.	Implementation & Evaluation		
Seminar			Preparation for Seminar	Seminar	Preparation for Seminar	Seminar
IEC (Newsletters and Video Production)						Implementation

174

Print Phanthumachinda

ANNEX III : ANNUAL WORK PLAN FOR FY1994

Note: * provisional

1. Dispatch of Japanese Experts

(1) Long-term experts

Team Leader	Dr. Ono	1993. 6. 22 - 1995. 6. 21
Primary Health Care	Ms. Osaka	1991. 11. 4 - 1994. 5. 3
Coordinator	Mr. Kodama	1993. 10. 1 - 1995. 9. 30
*Epidemiology	Mr. Kitajima	1994. 4 - 1995. 3.

(2) Short-term experts

Action Research 3 experts

Experts in other fields may be dispatched as necessary.

2. Counterpart Training in Japan

*Dr Witaya Chadbanchachai (Emergency Medicine)
*Mr Sudta Pakirake (Public Health and Statistics)
*Miss Patamavadee Kasikam (Urban Health and Traditional Medicine)

3. Provision of Equipment

The equipment would be provided for the project activities within the the budgetary limitation of JICA.



Phantuma Chinda

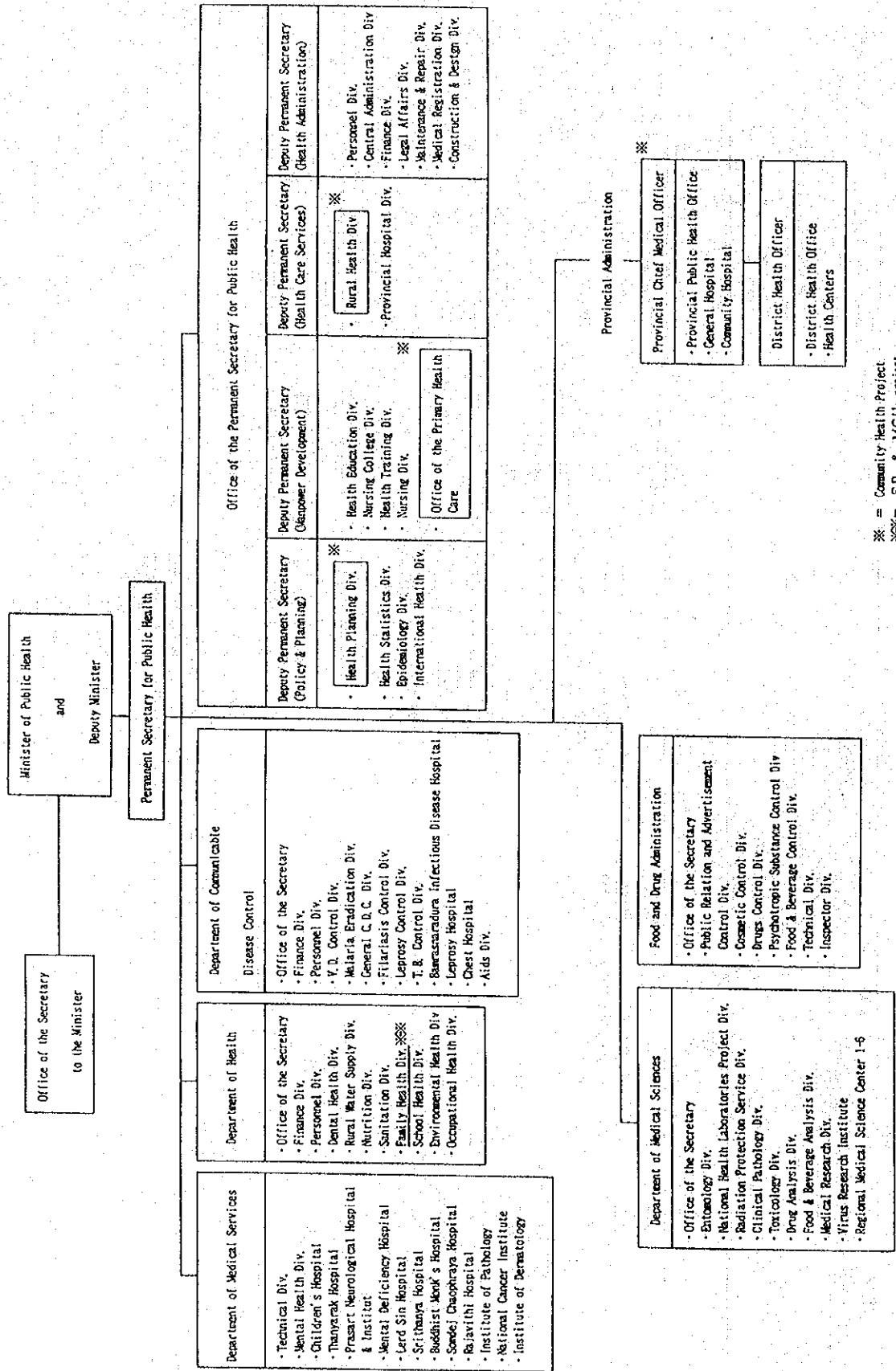
Field Operating Committee

1. Chief of Provincial Medical Officer
2. Dr. Churat Koosakulrat Rural Health Division
3. Miss Sucharee Kuntue Rural Health Division
4. Dr. Supattra Srivanitchakorn Bureau of Policy and Planning
5. Miss Patamavadee Kasikam Bureau of Policy and Planning
6. Dr. Weraphan Suphanchaimat Khon - Kaen Hospital
7. Dr. Vittaya Chartbanchachai Khon - Kaen Hospital
8. Dr. Pichet Leelapanmata Provencial Health office
Nakorn Phrsnum
9. Dr. Supan Sritamma Provencial Health office
Khon - Kaen
10. Miss Siriwan Pitayarungsarit Provencial Health office
Khon - Kaen
11. MRS. Benya Koonkrang
12. Dr. Kamron Chaisiri Provencial Health office
Khon - Kaen
13. MRS. Valrapa Panglavat Provencial Health office
Khon - Kaen

保健センタープロジェクト進捗報告 (平成5年5月31日現在)

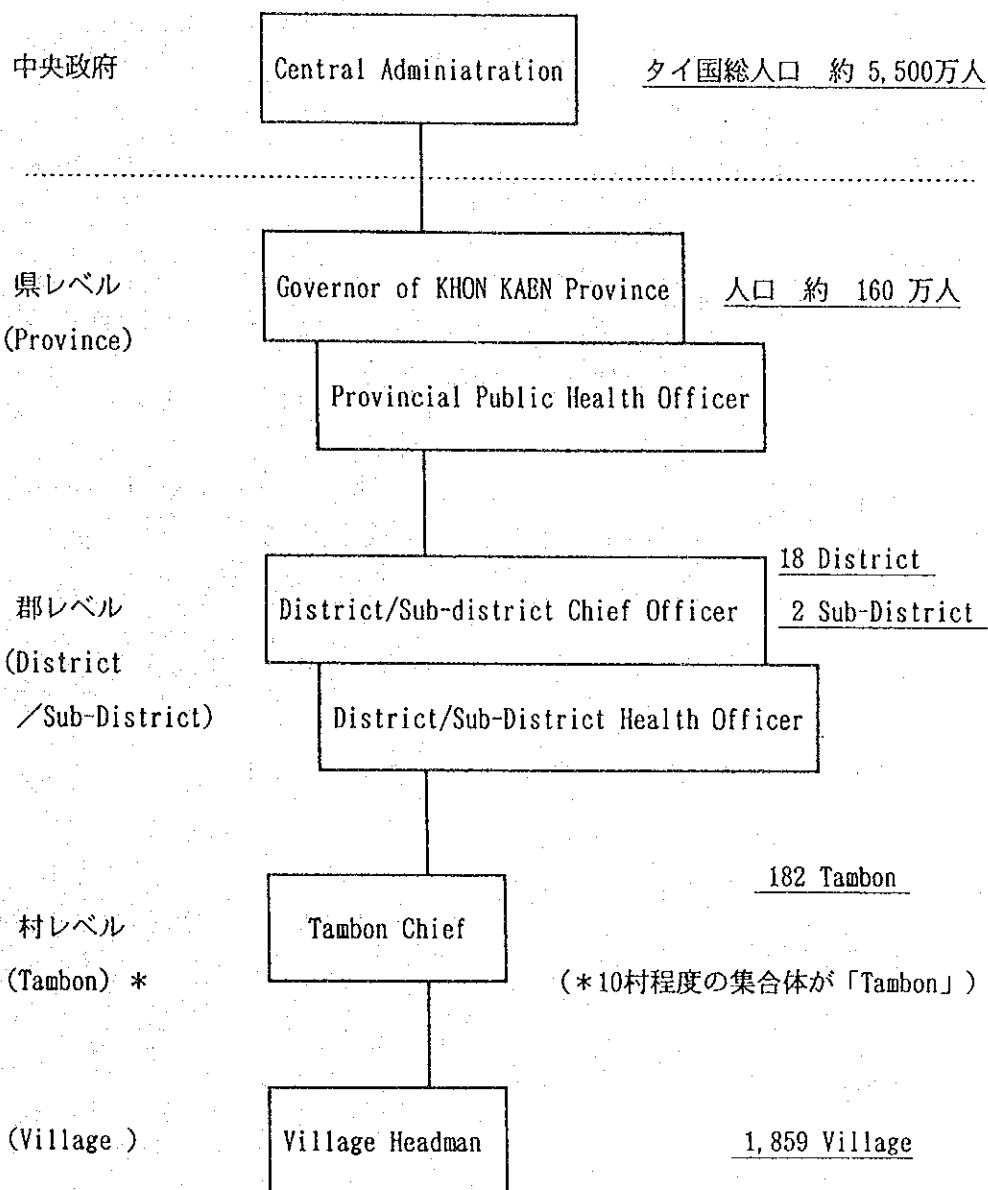
分野	保健センター のリーダー	保健センター のメンバー	保健センター のアドバイザー	保健センター の協力機関	保健センター の活動内容	保健センター の進捗状況	保健センター の今後の計画	保健センター の今後の課題	保健センター の今後の展望
全体総括	Field Operating Committee (FOC) (14) 新しき人選で再任が必要。	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)	保健センター (Action Research)
1. 保健所・郡保健センターA開発	次長 Dr. Kamron 及び 委員 (3) 郡保健センターを再任し、郡保健センター委員 (16) A.R.委員 (16)	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA
2. 郡保健センター	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA
3. 研修センター	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA
4. 住民健康調査	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA	保健所・郡保健センターA

Organization of the Ministry of Public Health

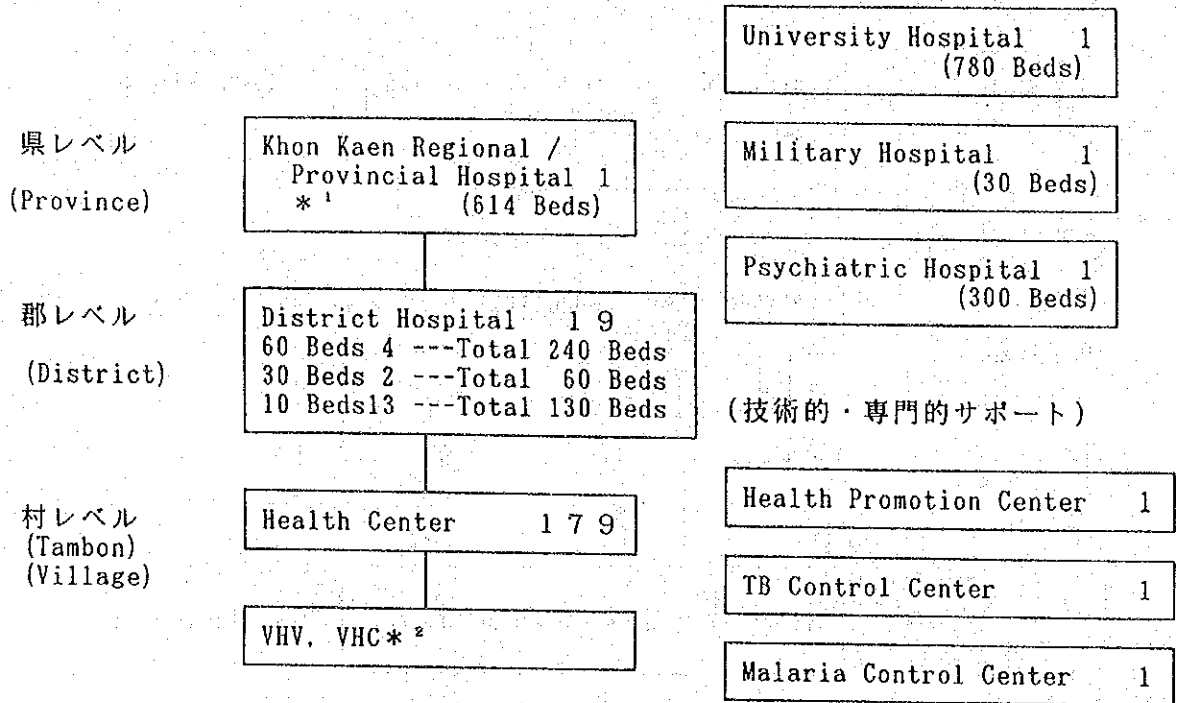


※ = Community Health Project
 ※※ = F.P. & MCH project

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



*¹ 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

*² 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。)

JICA