No. 53

タイ王国
公衆衛生プロジェクト
終了時評価報告書

平成 8 年 3 月
(1996年 3 月)

国際協力事業団
医療協力部

タイ王国
公衆衛生プロジェクト
終了時評価報告書

平成 8 年 3 月
(1996年 3 月)

国 際 協 力 事 業 団
医療協力部

序　文

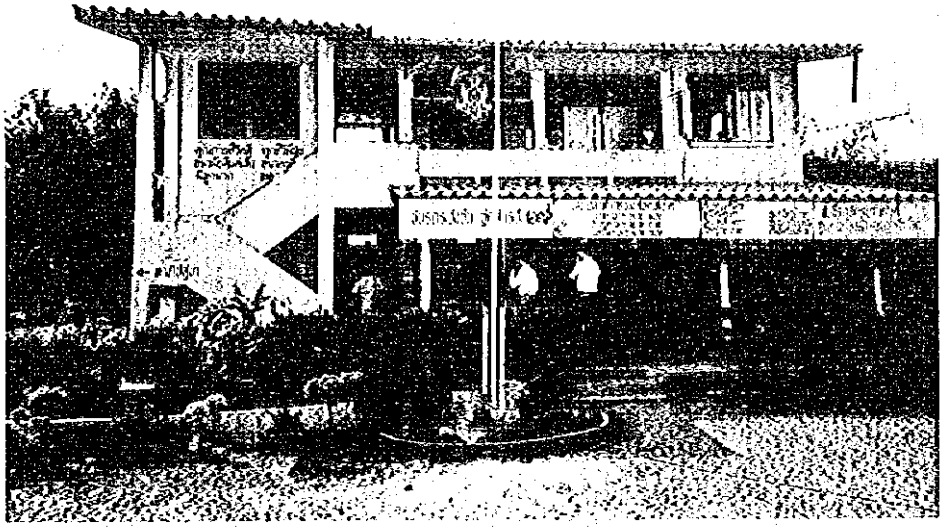
本プロジェクトは、タイ東北部コンケン県をモデル地区とし、アクションリサーチを用いてボトムアップによる保健衛生行政のモデルづくりを支援するとともに、その成果を国レベルの政策に反映させるためのプロポーザル作成をあわせて支援することを目的として、平成３年９月１日から５年間の予定で開始されました。

このたび、国際協力事業団は、本件実施にかかる討議議事録に基づく協力期間が平成８年８月31日をもって終了するのに先立ち、これまでの協力内容等の評価をタイ側と共同で行うため、平成８年３月３日から３月12日まで、昭和大学医学部教授川口　毅氏を団長とする終了時評価調査団を派遣しました。

本報告書は、本調査団が実施した調査および協議の内容と結果などを取りまとめたものです。ここに、本件調査にあたり、ご協力いただきました関係各位に対し深甚なる謝意を表します。

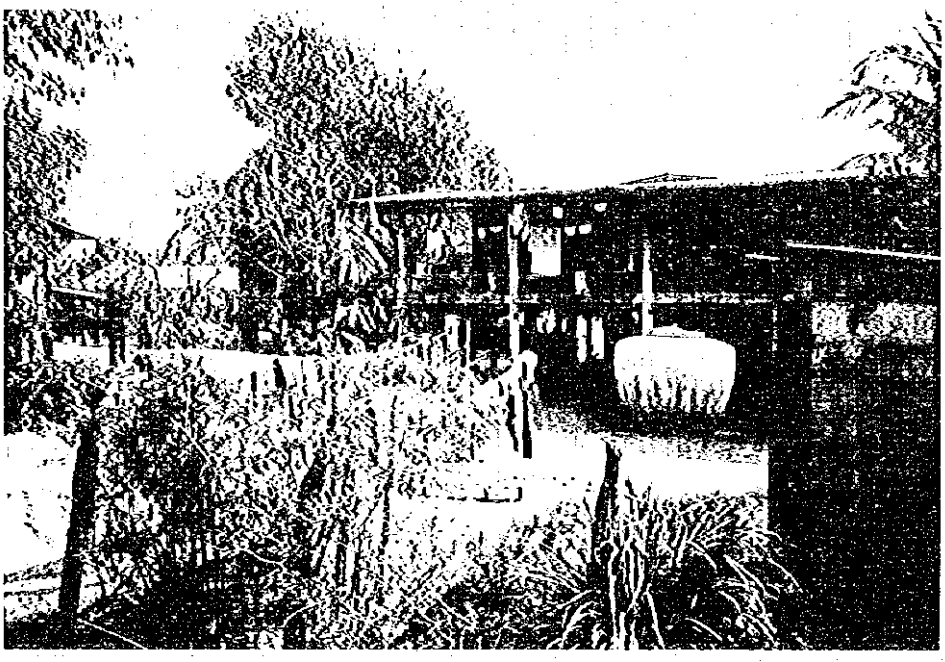
平成８年３月

国際協力事業団
理事　小澤大二

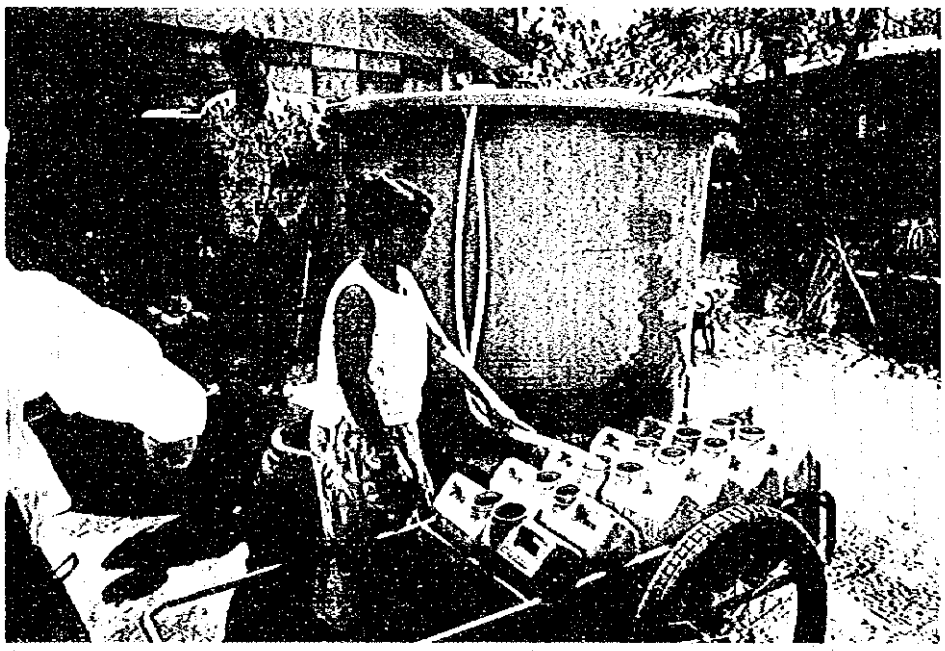


▲ 農村地域のヘルスセンター

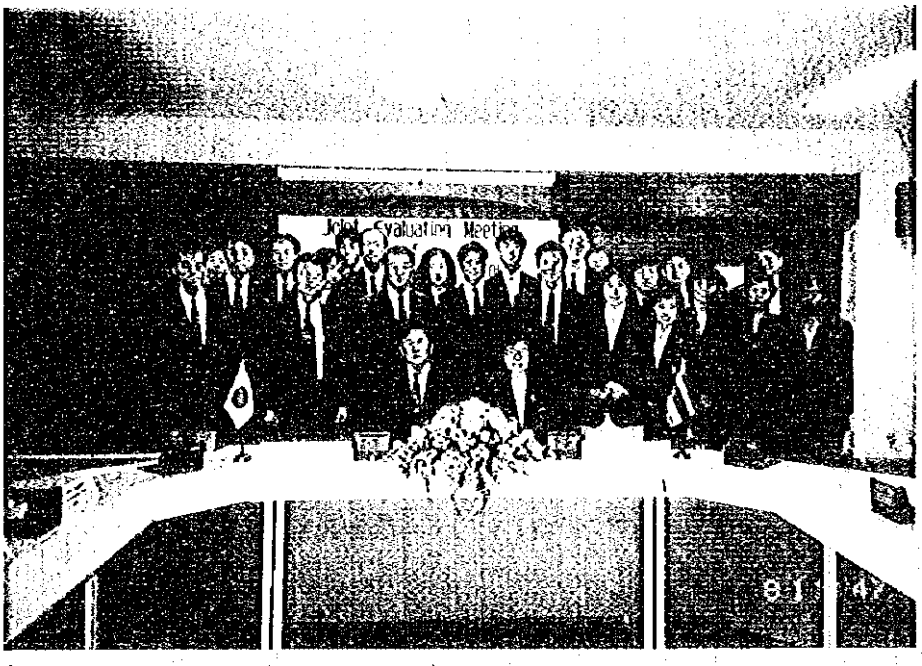
▲ ヘルスセンターのファミリーファイル（家族台帳）保管システム



▲ 農村地域の典型的民家



▲ 都市部のスラム地区の生活用水供給システム



▲ 保健省最終協議

▲ コンケン県衛生局内のプロジェクトオフィス

目　　次

第１章　終了時評価調査団の派遣

1-1　調査団派遣の経緯と目的

本プロジェクトは、1991年４月10日にＲ／Ｄが署名・交換され、同年９月１日から５年間の協力期間で開始された。タイにおける公衆衛生分野において、わが国は、過去にチャンタブリ県における地域保健向上プロジェクト等を実施し、成果をあげてきた。しかし、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り、新たな問題に直面し始めた。そのため、その対策への協力を目的に、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、1989年から数次にわたり調査団を派遣し、協力の可能性についてタイ側関係者と協議および調査を行った。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を育成するとともに、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先方のニーズであると判明し、本プロジェクトが開始された。

協力期間中、タイのカウンターパート16名が日本において研修を受講した。日本からは長期専門家８名、短期専門家27名をタイに派遣し技術指導を行った。また、機材については約１億4000万円相当を供与した。

本調査団は上記のとおり進捗している本プロジェクトに関し、これまでのプロジェクトの進捗状況および現状の把握と評価、諸課題について調査・協議することを目的に派遣したものである。

1-2　調査団の構成

団長・総括	川口　毅	昭和大学医学部公衆衛生学教室教授
公衆衛生	中原　俊隆	国立公衆衛生院公衆衛生行政学部長
ｱｸｼｮﾝﾘｻｰﾁ	丸井　英二	東京大学留学生センター教授
保健情報	仲佐　保	国立国際医療センター派遣協力課
協力計画	鳥居　久	国際協力事業団医療協力第一課

1-3　調査日程

日順	月　日	曜日	スケジュール
1	3月3日	日	11：00　成田発（ＪＬ717） 15：45　バンコク着
2	3月4日	月	9：00　保健省表敬 11：00　ＪＩＣＡタイ事務所にてプロジェクト専門家と評価方針等打合せ 14：30　ＪＩＣＡタイ事務所打合せ 19：40　バンコク発（ＴＧ052） 20：35　コンケン着
3	3月5日	火	9：00　コンケン県衛生部表敬 9：30　コンケン県衛生部協議 10：00　コンケン市役所環境・保健部調査（都市保健ｻﾌﾞﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ） 11：00　コンケン市内スラム２カ所調査（同上） 13：30　ナンポン郡病院、郡保健事務所調査(農村保健ｻﾌﾞﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ他) 15：30　サアド保健所、ポヤイ保健所調査（同上）
4	3月6日	水	9：00　チョンナボット郡保健事務所調査（同上） 9：30　チョンナボット郡病院、ﾎｲｹｰおよびﾅﾝﾊﾞｺﾑ保健所調査(同上) 13：30　コンケン県衛生部にて合同評価会議 18：30　コンケン県衛生部主催夕食会
5	3月7日	木	9：00　コンケン県病院調査（外傷予防サブプロジェクト） 17：20　コンケン発（ＴＧ053） 18：15　バンコク着
6	3月8日	金	全　日　保健省で合同評価調査協議
7	3月9日	土	午　前　合同評価報告書作成
8	3月10日	日	資料整理日（王母葬儀）
9	3月11日	月	11：30　合同評価報告書署名・交換 12：00　団長主催レセプション 15：30　ＪＩＣＡタイ事務所・在タイ日本大使館報告
10	3月12日	火	11：00　バンコク発（ＴＧ640） 19：15　成田着

1-4　主要面談者

＜タイ側関係者＞

タイ保健省

Renu Koysooko, M. D.　　次官代理

Sanguan Nitayarumphong, M. D.	次官補
Damrong Boonyoen, M. D.	感染症対策局長
Prakrom Vuthipongse, M. D.	保健局長
Piya Siriphant, M. D.	国際保健課長
Manit Teeratantikanon, M. D.	コンケン県衛生部長
Kamron Chaisiri, M. D.	コンケン県衛生部次長
Witaya Chadbunchachai, M. D.	コンケン県病院
Piya Fongsarun, M. D.	コンケン市環境・衛生部

＜日本側関係者＞

プロジェクト専門家

吉武　克宏	リーダー
兒玉　　明	業務調整
北島　　勉	公衆衛生
近藤　優子	公衆衛生

在タイ日本大使館

熊本　宣晴	一等書記官

ＪＩＣＡタイ事務所

隅田　栄亮	所長
斎藤　祐巳	次長
小川　正純	所員

1-5　終了時評価の方法

（１）　調査の方法

①　現地調査に入る前に本プロジェクトに関する一連の資料の事前分析を行う。

②　プロジェクトは、事前に技術協力実施計画に基づき事前分析を行う。

③　現地調査において相手側と合同で調査を実施し、各調査項目について、専門家チーム、カウンターパート、相手側実施機関、そのほかプロジェクト関係者より個別または会議形式によりヒアリング調査、関連資料の収集を行う。

④　評価調査結果の骨子について相手側チームと協議し、内容を含む結論についての合意を図る。

⑤　上記（①～④）を含めて、評価結果に基づき日本側およびタイ側の合同により合同評価報告書を作成する。

⑥　帰国後評価結果を取りまとめ、報告書を作成するほか、報告会を開催し、関係機

関に報告を行う。

（2） 調査項目

① 当初計画（目的・目標設定および暫定実施計画）の妥当性

② 協力実績（日本側・タイ側の活動実績）

③ 技術移転状況（問題点・制約条件の把握と対応結果を含む）

④ 管理・運営状況（問題点・制約条件の把握と対応結果を含む）

⑤ 案件の効果（地域への波及可能性を含む）

⑥ 自立発展の見通し（組織的、財政的、物的・技術的、管理運営上）

⑦ 教訓および提言

（3）調査対処方針

先述の目的に即して、表1の諸点を評価基準をもとに評価する。

表1

評価項目	評価基準
A．目標達成度	
案件目標の達成状況	：R／DおよびPDM(Purpose of the Project)
アウトプット目標の達成度	：R／DおよびPDM(Activities of the Project)
インプット目標の達成度	：A-1、A-2/3、A-4フォーム
目標達成あるいは未達成の理由	：現地調査・協議
B．案件の効果	
プロジェクト実施による効果の内容	：現地調査・協議
効果の広がりおよび受益者の範囲	：同上
C．自立発展の見通し	
組織的自立発展の見通し	：現地調査・協議
財務的自立発展の見通し	：同上
物的・技術的発展の見通し	：同上
その他管理運営上の制約要因	：同上
D．フォローアップ等の必要性	
協力期間延長の要否（要の場合）	：現地調査・協議、日本側方針
フォローアップの内容と方法	：同上

以上の評価項目のうち、A、Bがプロジェクトの実施状況に基づく事実に関しての評価項目であり、Cは今後プロジェクトを相手国側に移管して支障がないかどうか、Dはフォローアップ協力を行うべきかの判断を示す評価項目である。

第２章　総括

2-1　概要

1996年３月３日より同年３月12Hまで、タイ公衆衛生プロジェクトの評価調査を行うためタイのバンコクおよびプロジェクト・サイトである東北タイのコンケン県を訪れ、タイ保健省、プロジェクト・サイトのカウンターパートおよびＪＩＣＡ長期派遣専門家とともに本プロジェクトの進捗状況の調査と各事業の効果に関する評価を行った。これらの評価結果についてタイ保健省および合同評価調査会議において協議しタイ保健省との間で議事録の確認を行った。

2-2　プロジェクトの概要と評価

タイ政府は、これまで７次にわたる国家保健計画を展開してきたが、引き続き1996年からは、特に農村保健の向上や都市部住民の健康管理など、保健水準の地域格差の解消等を含んだ第８次国家保健計画を開始することとしている。このような流れのなかで本プロジェクトはアクションリサーチを用いて農村部ならびに都市部の一部スラム地域において、保健医療サービスシステムのモデル作りを行い、そのなかから政策への提言を導き出すことを目的とした。

したがって、本プロジェクトの評価も、この視点に立って地域で実施された各サブプロジェクトが今後、国レベルにおいて展開可能かどうかに重点が置かれた。

同時に、これらのプロジェクトが1996年８月で５年計画の最終年度を迎えた場合に、対象となった地域住民の健康や安全な生活の確保のために、今後も有用なものとして継続されるかどうかについても現地の関係者の意見を聴取した。

その結果、本プロジェクトが、わが国で相手国に対して協力可能な分野と協力内容を提示しプロジェクトの形成を行うという、いわゆるオファー方式という新しい方式を取り入れたにもかかわらず、タイ側の関係者の事業の継続について強い熱意がうかがわれた。

これは本プロジェクトの展開にあたって、システムモデル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していく、いわゆるアクションリサーチ方式を採用し、関係者自身の自己評価と自己改善を行わせることによって資質の向上を図ることに重点を置いた効果によるものと考えられる。

また、本プロジェクトからの政策への提言については、オートバイ運転者に対する「ヘルメット着用キャンペーン」のように、すでに全国レベルで実施されているものもあり、さらにその他の提言のなかには今後、全国レベルで十分採択され得る可能性を持っているものもある。

また、全国レベルで実施するためには、さらに条件設定等についてトライアルが必要なものは、本プロジェクトの終了後においてもタイ政府がヨーロッパ連合（ＥＵ）の経済援助のもとにさらに検討を加えていく考えである。日本としては、今後は相手国の要請があれば、これらのプロジェクトの成果を全国的に展開するための国レベルのアドバイザーとして協力を行っていく必要があるものと考える。

2-3　調査結果

（３月４日）　　バンコクのＪＩＣＡ事務所において現地の専門家チームよりプロジェクトの内容と進捗状況について説明を受け、今後の本調査団の活動日程等について打合せを行った。専門家チームのメンバーはいずれも本プロジェクトの実施に十分な熱意を持っており、本プロジェクトの最終日である1996年の８月末までにその成果を形あるものとして残すために最善の努力を払っていた（各プロジェクトの詳細については後述する）。

（３月５日）　　プロジェクト・サイトであるコンケン県に行き、まず、コンケン市内のスラム地区２カ所において展開されている都市保健プロジェクトを視察した。従来から不法居住ということで保健サービスなど公的なサービスが受けにくい環境のため、プロジェクトとしては、コンケン県衛生局、コンケン市環境・衛生部、およびコンケン県病院SocialMedicine課の三者からなる都市保健委員会の活動を強化し、これらの住民に対する保健サービスの向上のためにコミュニティーヘルスセンターを設け、ヘルスボランティアなどの住居組織の育成と幼児デイケアセンターを設立し児童を対象とした託児援助等を行うものである。

本プロジェクトとしてもこれらの活動に対して一部器材の供与を行うとともに、住居組織の育成や保健情報の収集など、アドバイザリーの立場から側面的な援助を行ってきた。これらの活動成果は市当局にも受け入れられ、今後も市当局とで活動が継続されるとともに、これらの活動を通じて得られたいくつかの貴重な提案を政府に対して行っている。

午後には、農村保健プロジェクトのプロジェクト・サイトのひとつであるナンポン郡を訪問し、コミュニティ（郡）病院、郡保健事務所、ヘルスセンター２カ所の活動状況を視察した。

（３月６日）　　農村保健プロジェクトのもう一方のプロジェクト・サイトであるチョンナボット郡を視察した。

この農村保健プロジェクトは、1992年からタイ政府が実施しているヘルスセンター開発10カ年計画を受けて、郡レベルでの保健システム改善をめざしたものである。

本プロジェクトとしては、農村保健プロジェクト全体のシステム改善からヘルスセンター機能の向上のための職員の研修、医療サービスと保健サービスの標準化、ファミリーフ

ァイルの導入とその活用、ならびに健康教育の強化など非常に広範な分野について指導援助を行ってきた。

現在、本プロジェクトの終息に向けて評価のため住民や関係職員を対象にアンケート調査を行ったり、郡病院の外来初診患者の分析等を行い住民の受療の変化を把握するなど、現地の関係者も含めて非常に熱心に取り組んでいるところである。

しかしながら、内容が保健から医療まで幅の広いことから、その具体的な成果・実績について目で見えるようにするためには、さらに時間をかけて経過を観察する必要があり、また具体的に数値等で表しにくいという難点がある。幸い、現地の行政関係者は本プロジェクト終了後も引き続き、これらの事業を地域で実施していくことに強い熱意を持っており、長期的な視野からみた場合、本プロジェクトの成果は非常に大きなものとなる可能性を含んでいる。

なお、コンピューターを利用した保健情報システムの開発についてはまだ十分活用の段階に至っておらず、早急に専門家を派遣し実用化に向けて努める必要がある。

タイにおいても、わが国と同様に患者の大病院志向の傾向が強く、地域住民はたとえ軽症の疾患でも病院での受診を希望している。このため病院はかなり混雑しており、逆に本来、日常的な軽症疾病を取り扱うべきヘルスセンターは、必ずしも医療の面で十分活動しているとは言い難い。そのため、病院とヘルスセンターの機能の分担と連係体制を構築するとともに、ヘルスセンターの機能向上を図る必要がある。

患者の健康教育的側面も含めて病状の継続的な観察の意味からも、本プロジェクトで開発されたヘルスセンターにおける住民のファイリングシステムは非常に重要な成果のひとつといえる。今後、これらの情報が臨床面だけでなく保健予防活動にも十分生かされることが望まれる。現在でもこれらの情報は、形のうえでは利用されることになっているが、実際には時間的な制約や職員等の研修など、いろいろ解決すべき問題があるので実効をあげにくいものと考える。

また、コンケン県のサブディストリクトレベルのヘルスセンターにおいて歯科保健サービスモデルを実施している。この計画は従来、郡病院レベルでしか配置されていなかった歯科保健婦をヘルスセンターに配属し、歯科治療と歯科保健サービスを行おうとするもので、地域の歯科保健の向上のためには非常に有望な計画である。

しかしながら、問題は歯科保健婦の予防に対する教育と治療についての訓練を十分に行うことが大切で、歯科保健婦たちがかなりの不安感を持っているようであった。

この計画も、現在国レベルで展開すべく検討されており、本プロジェクトの大きな成果のひとつといえる。

これら現地での各プロジェクトの実施状況を視察した後、コンケン県衛生局において、

各プロジェクトの現地関係者と日本側の専門家チームとの合同評価会議を開催した。

評価は、別紙に示した評価表を用いて自己評価を行った。それらの結果は、集計され併せて実際に現場レベルでの問題点や今後の展開について種々協議した（総合評価の結果については後述する）。

（3月7日）　コンケン県立病院を訪問し、救急外傷プロジェクトを視察した。これは近年の急速なモータリゼーションに伴って、急増する交通事故等に対処すべく、県レベルでの外傷予防対策のシステム作りを行うプロジェクトである。このプロジェクトには、現地の病院において有能な指導者が熱心に取り組んでおり、プロジェクトの活動のひとつであるヘルメット着用キャンペーンは、国レベルですでに取り入れられている。これも本プロジェクトのあげた大きな成果のひとつである。

本プロジェクトとしては、単にヘルメット着用キャンペーンを推進するだけでなく、外傷予防システムを開発するため、県安全委員会の設置や外傷患者に対する登録システムや外傷患者治療管理業務監査（Trauma Audit）を作成するなど、救急医療システムの開発にかかわる器材の供与や人材の育成など大きな貢献をしてきたものと考える。

（3月8日）　タイ国保健省次官室において、本プロジェクトに関する合同評価調査に関する協議を行った。評価については、先にコンケン県衛生局において各サブプロジェクトの現地関係者と日本側専門家グループ、ならびに本調査団のメンバーによって記載された合同評価報告書（資料1）に基づいて各プロジェクトの現地関係者の代表者から報告された。いずれにしても、本プロジェクトの終息に向けて各活動の成果の取りまとめと、現地関係者による住民サービスの継続について努力されることとなった。

なお、本プロジェクトの成果を国レベルでの展開にどのようにつなげていくかについては、活動内容が広範で多岐にわたっており、今後、保健省において逐次検討していくこととなった。

（3月11日）　前記3月8日に行われた合同評価調査に関する協議の結果に基づき、タイ保健省においてタイ公衆衛生プロジェクト評価調査団団長川口 毅氏とタイ保健省 Deputy Permanent Secretary Dr. Renu Koysooko との間で、タイ公衆衛生プロジェクトの評価調査に関する合意書が交換された。

第3章　プロジェクトの当初計画

3-1　目的

本プロジェクトは、タイ東北部コンケン県をモデル地域に設定し、同県内においてアクションリサーチを用いてボトムアップによる保健衛生行政のモデルづくりを支援するとともに、その成果を国レベルの政策に反映させるためのプロポーザル作成をあわせて支援することを目的として実施されたものである。

3-2　実施計画

前項目的を達成するための期待される成果、および活動計画は以下のとおり（1993年1月22日に日本・タイ双方で合意した内容）である。

（1）　期待される成果-1：コンケン県においてプライマリー・ヘルスケアの質が向上する

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② 住民のニーズ調査

③ 視聴覚機材の供与、視聴覚教育

④ ヘルスワーカーによる個別訪問

（2）　期待される成果-2：郡レベルで既存のヘルスサービスシステムが向上する

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② 歯科保健分野

- 歯科保健婦の教育・養成
- ＫＡＰ調査
- 歯科保健のニーズ調査
- ヘルスセンターにおいて歯科保健婦を活用する新たなモデルの構築

③ 外傷予防分野

- 外傷患者の調査
- 外傷患者の登録
- 郡レベルの人材養成
- 外傷医療サービスネットワーク体制の開発

④ 保健情報システムのコンピューター化

⑤ 郡レベルの保健サービス

・郡および準郡レベルの保健サービスの利用調査

・バイパス行動調査

・ヘルスセンター職員の研修ニーズ調査

・要員の専門技術およびコミュニケーション技術に関するオンザジョブ・トレーニング

（3） 期待される成果-3：感染症対策や家族計画母子保健等、個々の対策を郡レベルのヘルスサービスシステムに統合するマネージメントシステムが向上する

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② 知識や経験の交換

（4） 期待される成果-4：都市化や近代化の進展に伴う新たな問題への対策が開発される

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② 基礎的ニーズ調査

③ 機材供与

（5） 期待される成果-5：県レベルおよび郡レベルで健康教育が推進される

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② 住民のニーズ調査

③ 視聴覚機材の供与、視聴覚教育

④ ヘルスワーカーによる個別訪問

（6） 期待される成果-6：コミュニティヘルスケア分野で管理職教育が推進される

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② セミナー開催

（7） 期待される成果-7：「家族計画母子保健プロジェクト」との連携

（そのための活動）

① アクションリサーチ

② 会合開催

第4章　プロジェクトの実績・評価

4-1　農村保健サブプロジェクト

（1）　背景

① 専門家派遣

30年以上のプライマリー・ヘルスケアの歴史を持つタイの農村医療は、タイ全体の高度経済成長のなかで、確実にその転換期を迎えているといってよい。単に医療を受ければよいというレベルは過ぎ、着実によりよい医療を受けたいという住民意識が増加している。タイ保健省でも、これに答える形で多くのヘルスセンターを、建て替え中である。

このようななかで、よりよい保健医療システムを模索するために、アクションリサーチを手法としてプロジェクトが進められた。

（2）　状況分析

① 保健医療統計分析

1992年に約1年をかけて行われた調査であり、プロジェクト・サイトから県病院、コンケン大学病院等の第三次医療機関に直接受診した患者記録の分析と、一部の患者への面接調査により、受療行動のパターンやバイパスの要因を検討した。ヘルスセンター等の下位医療機関バイパスの主な要因としては、i）物理的距離と交通の便による便利度、ii）ヘルスセンターの医療器材の充実度や、iii）スタッフの医療技術水準が推測された。

② 住民要望調査

1992年に行われた調査で、住民の疾病観、疾病行動、ヘルスセンターへの意見、ヘルスセンターや病院利用に関する要因を明らかにするためのフォーカスグループディスカッション、村民対象の聞き取り調査、ヘルスセンター職員へのインタビューを行った。

ヘルスセンターの機能に関してはおおむね満足しているが、休日夜間診療、人材、薬剤、ベッドとスペースなどの点での改善が必要であるという意見が出された。

③ 医療スタッフの研修ニーズ

コンケン県の5地区の57のヘルスセンターに勤務する170名の職員に対しての調査（KAP＝Knowledge, Attitude, Practice）を行い、プライマリー・ヘルスケア、管理面、感染症以外の疾患に関してのトレーニングが必要と考えられた。

（3）　活動

Namphong およびChannabotの2地域をプロジェクトの実施地域としたが、地域により

抱えている問題点は異なり、活動内容は多少異なるが、以下のようにまとめられる。

① ヘルスセンター機能の向上

政府レベルにおいて、新しい2階建てへの改築が進められるとともに、機能向上のため、基本疾患の診断治療マニュアルの作成、問題解決ならびに質の向上のための定期的な監督指導、郡病院でのヘルスセンタースタッフの研修、医薬品の標準化、会計の標準化も実施された。また、住民の希望である夜間休日診療も開始された。また、基本資機材もＪＩＣＡの機材供与により、より充実したものとなった。

また、患者の診療機能並びに予防機能強化のためのファミリーファイル（世帯健康管理表）の充実を実施した。

② ヘルスセンター、郡保健事務所、郡病院の連携の強化

患者のヘルスセンターをバイパスする現象が指摘されているが、合同会議を開催するとともに、ヘルスセンターから郡病院への派遣なども実施された。さらに適切な定期的な監督指導も行われた。患者紹介監査が行われ、患者紹介システムは見直され、紹介カードなども改善した。

③ 地域住民への健康教育

地域住民の登録をしているファミリーファイル（世帯健康管理表）を充実させ、ヘルスボランティアを媒介として住民とファイル（記載情報）を共有するとともに、住民の健康に関する意識、セルフケア能力を高めるように働きかけた。

④ 保健情報システム改善

保健センター、郡病院、郡保健事務所の保健情報システムの問題点としては、保健センターレベルの医療情報に関する報告書作成の多さ、また、月別報告書、3カ月報告書、6カ月報告書の項目がそれぞれ異なり、互換性がないため、相互利用できないこと、さらにコピーされたソフトウェアの問題などが指摘された。これらを改善するため、使用ソフトの正規ユーザーになること、および郡保健事務所での基本データベースのプログラムの開発が行われた。

（4） 提言

ファミリーファイルのコンケン県の全ヘルスセンターへの導入、患者紹介監査、薬剤リストの作成、保健スタッフの研修の強化などが提言として提出された。

（5） 評価

経済的に転換期を迎えているタイ農村においては、人々の保健医療ニーズも単なる医療を受ければよいといったものから、その質が問われている。そのため、タイのプラマリー・ヘルスケアを担ってきたヘルスセンター、ヘルスボランティアの役目自体も変化してきているなかでの農村保健プロジェクトである。当然、広範囲なすべての点に関し

ての対策を行うわけにはいかないし、地域それぞれにおいての対策も変わってくる。

カウンターパートが計77名と各地域の数多くの保健スタッフがこのプロジェクトを推進してきた。自分たちで問題を考え、自分たちで推進していく姿勢が強く感じられた。ファミリーファイルは、対象の２つの地区ともよく整えられており、これからの諸プログラムの基礎になるものと考えられた。

問題点としては、問題点のなかの各医療施設間ならびに郡保健事務所との連携が弱く、コンケン県全体への波及がこれからの課題と考えられる。

4-2 歯科保健サブプロジェクト

（1） はじめに

タイの農村部においては、歯科医が不足しているため歯科保健サービスへのアクセスが悪く、治療を要する人が治療を受けていないことや、歯科検診結果の悪化傾向がみられることなどが指摘されてきており、公衆衛生プロジェクトにおける取り組みが期待される状況にあった。このため、本プロジェクトのサブプロジェクトとして、サブディストリクトレベルにおける歯科保健サービスモデルを開発することを目的として、歯科保健プロジェクトが計画・施行された。

タイには、日本における歯科医師と歯科衛生士の中間的存在であり、歯科保健の普及向上を担い、かつ小児の歯科治療および緊急時の歯科治療等を行い得る職種として歯科保健婦（デンタルナース）の制度があり、これを保健所に配置し、歯科保健サービスを提供することにより、農村部における歯科保健サービスへのアクセスの向上を図るためのサービスモデルを構築し、検証することがプロジェクトの具体的な内容である。

（2） 歯科保健プロジェクトの概要

このプロジェクトは、タイ保健省の農村保健課の指導のもとに、コンケン県衛生局の歯科保健課が中心となり、チュラロンコン大学、マヒドン大学、コンケン大学およびコンケンに所在する公衆衛生カレッジをアドバイザーとし、コミュニティ病院歯科の協力を得て、公衆衛生カレッジで養成された歯科保健婦をナンポン郡ポーヤイヘルスセンターおよびチョンナボット郡ホイケーヘルスセンターに配置して実施された。

歯科保健婦は、12歳以下の歯科治療・予防・健康増進活動（フッ素塗布や歯磨き指導を含む）、妊婦歯科検診、健康教育、13歳以上の歯科緊急治療（終了後はコミュニティ病院へ紹介するのが原則である）等を行うことができる。

歯科プロジェクト実施に先立ち、対象地域の社会経済状況の把握、対象地域住民の歯科検診と歯科衛生に関する意識調査、対象地域のヘルスセンターにおける歯科保健サービスの実態調査、ヘルスセンターに歯科保健婦を置くことの妥当性に関する調査が行わ

れた。この結果、この地域では歯科保健サービスの提供体制が貧弱であり、歯科保健婦を配置することにより、歯科医療に対するニーズに応えることができ、歯科保健の向上が期待できることが判明した。

歯科保健プロジェクトの具体的内容は、ヘルスセンターに配置される予定の歯科保健婦２名について公衆衛生カレッジで４週間の研修を実施し、また、対象地域で歯科保健婦の配置に先立ち業務内容のＰＲ活動を行った後、歯科保健婦を実際に配置し、コミュニティ病院およびコンケン県衛生局の歯科医師のスーパーバイズ（前者は年４回、後者は年２回）のもとに歯科保健業務を開始した。

（３） 歯科保健プロジェクトの評価

対象地域住民の歯科検診と歯科衛生に関する意識調査、対象地域住民の歯科保健サービスに対する満足度調査、歯科保健婦・ヘルスワーカー・小学校の保健担当教師の意識調査が実施された。その結果、歯科保健サービスへのアクセスが近くなったことが評価されており、歯科治療を受けた人が増え、周辺地域にまでサービス範囲を拡大してほしいとの要望がみられた。

一方では、ヘルスセンターに配置された歯科保健婦の身分は、ヘルスセンターの定員が確保できなかったため、コミュニティ病院に所属することとされ、結果的に歯科保健婦のヘルスセンターにおける活動が本人の履歴に残らず、業績として評価されないことに対する危惧が生じたこと、ヘルスセンターの他の職員との業務調整が必要となり、歯科保健活動70％・その他の活動30％の業務配分となり、歯科保健に専念できなくなったことが問題点として指摘された。

また、公衆衛生カレッジでの研修が歯科治療に傾き、地域での研修が行われなかったため、この点の改善が必要であること、ヘルスセンターでは実際上１名勤務となるため、歯科保健婦に業務遂行上の不安があることも指摘された。

（４） 保健省への提案

アクションリサーチの結果としてこのプロジェクトの成果をもとに保健省へ提出する提案事項は、① 歯科保健婦の業務内容についてガイドラインの作成等により明確化を図ること、② ヘルスセンターにおける歯科保健婦の地位・身分を確立すること、③ ヘルスセンターの歯科保健婦の業務内容について関係者に周知し、理解させること、④ 歯科保健婦の公衆衛生カレッジにおける教育内容に地域住民とのコミュニケーション技法を取り入れる等の充実を図ること、⑤ 数年間の臨床経験のある歯科保健婦を配置することが望ましいこと、⑥ ヘルスセンター間の紹介システムを充実し、より多くの住民が利用できるようにすること、⑦ 歯科治療に対するニーズの動向と歯科保健婦をヘルスセンターに配置することの妥当性に関する調査を全国レベルで実施すること、⑧

保健所の指導のもとに各県において歯科保健サービスの提供体制の整備を進めること、である。

4-3 外傷予防サブプロジェクト(Trauma Prevention Project)

（1） 背景

1990年以前のタイでは、毎年、交通事故により２万人以上の人々が交通事故により死亡しており、負傷者は200万人を超えている。にもかかわらず、外傷医療サービスは不十分であり、特に予防システムは脆弱である。本プロジェクトは、コンケン県のみならず、タイの全国規模の外傷予防システムの開発および外傷医療サービスの向上を目的として、1992年３月から1996年３月まで実施された。

本プロジェクト自体は、ＪＩＣＡプロジェクト開始前にＷＨＯの支援のもとに開始されており、また、これを主体となって進めてきたDr. Witaya Chadbunchachaiの努力により、効果的に進められた。

（2） 状況分析

① 外傷登録(Trauma Registry)

コンケン県レベルでの活動で、アクションリサーチにおける調査研究の中心をなすものである。コンケン県病院で診察を受けた外傷患者の状況を記録したものであり、このデータをもとに多くの活動が生まれた。1989年よりそのデータが得られており、1991年から1995年まで毎年外傷登録報告書として報告されている。

その主な結果は次のようである。

・全外傷患者症例中、55%は交通事故であり、頭部外傷は33%を占める。

・外傷患者死亡例中、80%が交通事故が原因であり、61%は頭部外傷である。また、頭部外傷死亡例の75%が、他院からのリファー例である。

・コンケン県病院の全入院患者の55%は、外傷患者であり、その19%は、他病院からのリファーであり、リファー例のうち36%がコンケン県以外からのものである。

以上から、外傷の特徴が、交通事故による頭部外傷が多くを占めること、また、その死亡率が高いこと、リファー例の死亡例の高いことが示された。これらの調査結果に基づき、次のアクションが取られた。

（3） 活動

① 統合的外傷医療システムの構築ならびに効果的な実施

ａ．外傷患者治療管理業務監査(Trauma Audit)

県病院内における外傷患者の死亡例に関し、監査会議を行いその原因の分析、これに基づき検査、治療、看護の基準を設定し、業務の改善を図った。

b．患者紹介業務監査(Referral Audit)

県内外の郡病院とコンケン県病院との間で紹介された外傷患者に関し、紹介の妥当性を監査会議によって分析、これに基づき患者紹介の基準が設定された。

c．救急医療システムの確立(Emergency Medical Services Development)

２台の救急車（１台はＪＩＣＡ供与）を最大限に利用しての24時間体制での救急医療体制の整備、さらに外傷現場での初期治療改善のために日本の救急救命士、米国のＥＭＴ(Emergency Medical Technician)に相当するAmbulance Officer(いまだ、タイでは公的に認められたものではない）を同乗させ、初期治療の改善を行っている。

② 予防活動の実施

a．県安全委員会の設立（Provincial Safety Committee)

1992年に県知事を委員長として発足、コンケン県に特異的なもので外傷治療、安全法令、安全教育、災害管理の小委員会で具体的な活動を生み出している。

b．事故地点の地図化（Mapping)

交通事故による外傷患者の事故発生地点を地図化し危険度の高い地点を見いだす。この結果から、歩道橋の設置、コンケン県病院前の中央分離帯へのフェンスの設置、屋台の排除等の具体的対策が取られた。

c．ヘルメット着用キャンペーン（100%Antinock Helmet Campaign)

外傷の過半数を占め、予防活動の優先が一番の頭部外傷に対しての対策。まずはじめは県病院の職員に対して病院長命令でヘルメット着用を義務づけた。また、オートバイメーカーから講師を招いての運転教習、警察官による交通法規の講習等の安全教育も実施した結果、２年度目には着用率が95%まで達した。こうした活動や外傷登録の結果を保健省の会議やセミナー等で発表したことにより、ヘルメットの着用を法律で義務づけることが政府内で検討され、1995年に一部の地域で、1996年１月からは全国で義務づけられた。

d．災害対策ネットワーク（Disaster Control Network)

県衛生局、市役所、公立病院、警察、郡、民間慈善団体、県内36の関係機関からなるネットワークで、毎年、災害訓練を実施している。

e．学校安全教育（Safety Education for School Children)

1992年は小・中・高校の教員を対象に、県病院の保健教育課が教育内容・指導方法等を直接教えていたが、現在は教材等の提供や研修のアレンジを行っている。

f．大型運転免許取得者交通安全教育(Safety Education for Heavy Vehicle Driver)

1992年より、毎月１回免許証の発行日に免許取得者は県病院で講習を受けなくてはならない。講習には交通外傷患者を見せることも含まれている。

g．地域安全活動（Safe Community）

コンケン市内の一般的地域ならびに農村地域を選び参加型アクションリサーチの手法を用いて、住民の行動変容を促している。

（4） 提言

外傷登録、外傷監査、患者紹介監査、安全委員会の設置を全県で行うことやヘルメット着用の法制化、事故地点の地図化などが提言された。

（5） 評価

直接のカウンターパートとして、コンケン県病院の40名、県保健局の３名が本プロジェクトに積極的に参加しており、現地側の主体的な参加は申し分ない。また、ＪＩＣＡのプロジェクトが始まってから、単に外傷登録という調査活動から、救急医療システムの構築、ヘルメット着用を筆頭とする予防活動という具体的かつ効果的なアクションにつながっている。

特にヘルメット着用キャンペーンに関しては、コンケン県のみならず、政府レベルにも認められ、法制化され、全国的に実施されたことは、特筆すべき成果である。また、救急外傷対策という単に医学的な面ではなく、警察などの他の省庁などとの連携が大事であるが、これらのことにも着目し、対策を実施しており、これからもタイ全国レベルへの波及も期待ができる。また、ＪＩＣＡプロジェクト終了後も、プロジェクトの継続性には疑問がない。

4-4 都市保健サブプロジェクト

（1） まず、本プロジェクトでの都市保健の評価のために理解しておくべき前提として、３つの点をあげておきたい。

① 都市健康問題の２つの側面

タイでの都市の健康問題は大きく２つの側面を持っている。

まず、都市化に伴って起きる伝統型の疾病構造から近代型の疾病構造への変化がある。これは感染症、寄生虫症、低栄養などの疾患が中心となる疾病パターンから、ガン、心臓病、脳血管症患などが中心である慢性非感染症への疫学的転換でもある。こうして、途上国は農村部における伝統的疾病パターンと都市部における近代型疾病パターンとの両方を同時に対処していかなければならなくなることになる。この近代型疾病パターンが都市での健康問題の一面である。

次に、都市でのもうひとつの健康問題は、いわゆるスラム問題に起因する。主とし

て急速な市場経済化と都市化に伴い都市周辺地域からの急激な労働人口の流入によって形成される人口過密なスラムでの非衛生的な環境と生活とが、旧来の伝統的な疾病パターンをさらに悪化させたような健康問題を引き起こすことになる。途上国は都市のなかにおいても、両極端に位置する不健康問題に直面している。

こうした現象はもちろんタイだけでなく、急速な「近代化」を強いられているあらゆる国で発生し、東南アジアの国々に共通してみられる。フィリピンでも、インドネシアでも、あるいはマレーシアや香港、シンガポールでも生じている問題である。歴史的には、わが国もその例外ではなかったことはいうまでもない。

しかし、東南アジアでのスラム問題は、単身男性が大部分を占めるわが国でのスラムと異なっている面がある。それは家族ぐるみの移住と長期化する不法居住の問題である。したがって、単に健康問題としてだけでなく、都市の行政問題としての解決も迫られているのである。

② 地方都市の問題

一般的に、われわれはタイにおけるスラム問題というと1000以上のスラムが存在するといわれるバンコクのことだけを考えがちである。しかし、現実には地方の都市も規模こそ違え、同質の問題を抱えている。

たとえばコンケンでも市街人口は14万7000人（３万3000世帯）であり、そのなかに大きなスラムが４カ所あり、それらを合計すると人口1886人（465世帯）を占めている。

③ 地方都市における健康問題の行政管轄

タイの都市については健康問題も含めて本来的に内務省の管轄である。今回のプロジェクトは保健省がカウンターパートであるが、保健省は主として農村を基盤としている。バンコクは独自の行政組織を持っており、地方都市（municipality）は内務省が保健医療問題についても責任と権限とを持っている。

したがって、今回のプロジェクトでの都市保健サブプロジェクトは、保健省と内務省とコンケン市の共同作業という特色を持っていた。すなわち、現実の場ではコンケン県衛生局、コンケン市役所衛生環境部、そしてコンケン県病院衛生環境部とが人材を出し合い実施したものである。

もちろん主体となるのはコンケン市役所であり、Social Medicine課に勤務する新卒の医師がキーパーソンとなった。

（2） 今回のプロジェクトに関連する評価

基本的に人材開発プロジェクトの一種であった。本プロジェクトは機材などのハードを中心とするのではなく、人材やシステムといったソフトな面を中心とした公衆衛生プ

ロジェクトであることが特徴であった。スラムにおいても地域の住民活動の促進ができれば成功と考えられた。

《何が行われたか》

このサブプロジェクトのなかでは、単にスラム住民組織における人材を活用するだけでなく、実施する側についても、共同作業を行った3組織の保健事業の担当者の人材開発でもあった。

とはいえ、住民の自発的活動のあるなしはプロジェクトそのものの成否に大きな影響を与える。スラムにおいて協力する人材の栄枯盛衰が関係することもやむを得ない。コンケンでみられるような、人々の寄せ集めのスラムをコミュニティといえるのかという問題が残る。

実施側では、都市保健委員会を組織し、上記のような由来の異なる3組織が委員会を構成した。これによって内務省下のコンケン市当局は、保健省や病院の具体的な技術支援を日常レベルで受けるようになった。これは住民の側からみて、行政が一本化したという点で従来の枠組みを大きく超えるものである。

一方、住民組織も行政からの働きかけに応える形で、民間団体や個人の寄付などによりコミュニティヘルスセンターが設立するに至った。また、ノンノンワット2では、上水タンクを設置し水道が敷かれた。この収益は幼児デイケアセンターの運営などに使われている。

これとともに、ヘルスボランティアの数もテパラクではプロジェクト以前の3名から10名に、ノンノンワット2でも1名から11名に増加している。

しかし、スラムで中心的に活躍してきた人々が経済的に困難になると、活動が停滞していくことがみられているようである。こうした個人に組織が載っている形は一時的には有効に働くが、今後のスラム現場レベルでの継続性に多少の問題があることは否めない。

とはいえ、ほとんどの県における都市保健活動がどこかの組織に偏っているのに対し、コンケンでの協力体制は他地域にない組織作りとなっている。

(3) 今後の問題

都市問題は途上国に限らず、問題の種類と程度に違いはあるものの、あらゆる国でそれぞれ問題を抱えている。わが国もまたそうした国のひとつである。しかし、途上国が依然として抱えているような都市の健康問題の多くは歴史的な過程のなかで解決されてきたことも多い。そうした国のなかで、タイにおけるスラム問題は他の中進国でも共有している重要な点である。

《タイ国内の他地域の都市で応用可能か》

基本的には可能である。しかし、個々の地域での展開の際にともに将来的な姿を共有して語ることのできる人々を得ることができるかどうかが問題である。また、少なくとも今回のプロジェクトの場合のように少なくとも3組織の間のコーディネートを行う主体があるかどうかが成否の鍵を握ることになろう。そうした意味では、今回のコンケンでのＪＩＣＡの果たした触媒としての役割は認められる。

今回のプロジェクトでは、都市保健の大部分がスラムに向けられたようにみえるが、今後は、すでに本プロジェクトでもみられているように、都市全体の健康問題を取り上げながら、その一部分としてのスラム問題をとらえ直していく契機となることが望ましい。

《東南アジア地域の他の国々でも応用が可能か》

東南アジアの他の国々でもスラムの健康問題は解決にはほど遠い状況である。そうしたなかで、このコンケンモデルが本当に役に立つのであろうか。その点については、まだ疑問が残る。将来的にはきわめて大きな問題であるので、今回の成果に基づき、今後も継続的にタイだけでなく多くの国々においてもこうした取り組みが試みられることが望ましい。

《わが国が歴史的な背景で得てきたことを応用できるか》

わが国の経験が直接的に役立つことはない。スラムの社会的意味も異なる。しかし、わが国あるいはＪＩＣＡが介在すること自体の積極的意味は認められる。

（4） まとめ

本サブプロジェクトは、現在までのところ短中期的には成果をあげているといえよう。しかし、今後、スラム問題そのものへの取り組みなしに健康問題だけを取り上げて解決しようとする試みは、部分の修正にとどまり、場合によっては、むしろ本質的な問題の解決を遅らせることにもなりかねないという側面を持つであろう。もちろん、市当局は国鉄所有地内のスラム地域の占拠状態の有償化などによる合法化を進めているということではあるが、全体的なアプローチと個別の健康問題へのアプローチとが歩調を合わせていくことが必要である。このような多部門間の協調はタイでもきわめて困難であることはいうまでもない。現時点での評価を行うとすれば、短期的には成功であるが長期的評価は今後に待たなければならないというのが結論となろう。

4-5 医療保険サブプロジェクト

（1） はじめに

医療保険プロジェクトは、比較的最近にタイ保健省の要請に基づき公衆衛生プロジェ

クトのサブプロジェクトとして実施されたものである。その目的は、医療保険に関する実態を把握し、医療保険への加入率を向上させる方法を模索することである。

タイの医療保険には、公務員を対象とした保険、社会福祉に基づく保険、労働者補償保険、貧困者および高齢者を対象とした無料医療、民間保険およびヘルスカード保険があり、人口の65%が何らかの医療保険によりカバーされているといわれている。このうち、保健省が普及させようとしているのはヘルスカード保険である。これは、保険者は保健省であり、1世帯がそれぞれ年500バーツでヘルスカードを購入し、公費からも1世帯につき500バーツが支出され、これを財源としてヘルスセンターや保健省の病院での医療が受けられるもので、医療施設に対する支払いは、施設のレベルごと（ヘルスセンター、郡病院、県病院）に設定されているヘルスカード保持者の外来受診および入院1回当たりの支払い金額を基準に設定される。被保険者1人当たりの支出は141バーツで、国庫補助額は68バーツである。ヘルスカードでカバーされている人口は約5%であるといわれている。

（2） 医療保険プロジェクトの概要

このプロジェクトは、保健省の医療保険室の指導のもと、コンケン県衛生局企画評価課が、コンケン大学の協力を得て、チョンナボット郡で調査を実施することにより行われた。

調査は、施設調査および世帯調査が実施された。施設調査は、チョンナボット郡住民の公的医療施設の受診状況と診療費の把握を目的として、9カ所のヘルスセンター、コミュニティ病院、コンケン病院、コンケン大学病院、チョンナボット郡周辺の4カ所のコミュニティ病院を対象として、1995年5月に実施された。また、世帯調査は、チョンナボット郡住民の医療保障制度の加入率、医療保険へのニーズおよび支払いの意志について、標本抽出された629世帯に対して、コンケン大学公衆衛生学部の学生による質問紙を用いた面接調査が実施された。

（3） 調査結果

施設調査の主な結果は以下のとおりである。すなわち、ヘルスセンターの受診者の平均医療費は39.2バーツであるのに対して病院の外来平均医療費は107.1バーツであった。ヘルスセンター受診者では、ヘルスカード所持者の受診回数が最も多く、また医療費も高い傾向にあった。病院の外来では医療保険を所持していない人の受診が56.2%を占め、医療費総額の53.2%にのぼっていた。ただし、医療費は75%が支払い済みとなっていた。

また、病院の入院患者については、60歳以上の高齢者が多い傾向にあり、医療保険を所持しない人の受診が45.8%、医療費総額の38.4%にのぼっていた。

これらの調査結果からチョンナボット郡民1人当たりの1年間の公的医療施設におけ

る医療費は258.4バーツと推計され、公的医療施設での医療を対象とした医療保険の運営のために必要な費用は１人当たり年323.0バーツと推計された。

世帯調査の主な結果は以下のとおりである。すなわち、１世帯当たりの平均月収は5307.7バーツで、70%の人々は何らかの医療保障制度によりカバーされている。世帯の構成員のうち一部または全員が医療保険によりカバーされていない場合、その人数を世帯別にみるとそれぞれ2.2名、2.9名であった。ヘルスカードを購入する意志がないのは、全員が医療保険によりカバーされていない世帯の半数であり、その理由は購入費がない、あまりサービスを利用しない、購入する価値がないであった。民間医療施設においても利用可能なヘルスカードが発行されれば購入するとした世帯は39.9%であった。

（４） 保健省への提案

このような調査結果から、５人世帯の年間平均医療費は1615バーツであり、ヘルスカードの価格（現行は世帯あたり500バーツ）を見直す必要があること、ヘルスカードの価格は世帯の人数に応じて設定すべきであること、医療保険に加入することの意義を広報し、周知させることが重要であること、民間医療施設を対象に含んだヘルスカードの発行について、実行可能性の調査を実施すべきであることが、保健省への提案事項としてあげられている。

4-6 人材開発

本プロジェクト全体の大きな目標のひとつは、地方における人材の育成と確保であり、プロジェクトの開始時点から人材育成を中心として展開されてきた。アクションリサーチの方法論もまた現場指向の研究方法論であるとともに、その研究を媒介とした人材の開発、育成であるということができる。

本プロジェクトでは、こうした日常的な人材開発のほかに、より規模の大きなトレーニングを通じての人材開発も行われた。

（１） 何を行ってきたか

① トレーニングを通じての人材開発（中堅技術者養成プログラム）

1994年度に保健サービスシステム（バンコクにて、農村保健コース）ならびに都市保健計画管理コース(チェンマイにて、都市保健コース)が実施された。そして、1995年度にはそれぞれ第２年度コースが行われた。

これらの実施のためには保健省が中心となって企画作業がなされ、かなり長い期間の準備があり、実際のコースそのものも各地でかなり時間をかけて実施された。対象としては、約200名の保健担当者が集まり、各地で実践性を重視した訓練方式の研修を行った。

② アクションリサーチによる人材開発

アクションリサーチでは日常的な業務のなかで問題を設定し、問題解決のための方法を模索し実施する。そのうえで評価を行い、再び問題設定に帰る、というループをたどる。このループの実行そのものが、それまで現場では研究的な視点で業務を行ったことのなかった人々にとって新たな目標設定であり、発見となることが期待される。特に通常は計画や企画に携わることなく過ごしていた人々が、全体的な見通しのなかで自分の業務を位置づけ評価することを迫られるという点では人材開発であり、個々人にとっては、それまで埋もれていた潜在的な力を発揮することを保証するための能力開発の機会となることが期待される。

日本側の役割は、人材開発の中心的な役割を果たすことではない。むしろ、タイ側が組織として実施するアクションリサーチの過程で、わが国の行政、特に公衆衛生行政での経験と実績をもとに適切なアドバイスを与えることであった。したがって、すべてのアクションはカウンターパートの責任と権限のもとに実施された。触媒としての日本人専門家の役割がここではきわめて明瞭な形で現れる。

したがって、現地での人材開発のターゲットは行政上層部であるよりはむしろヘルスセンター職員や郡保健事務所の職員あるいはコミュニティ（郡）病院職員などのように、通常は上からの指示に従って業務を行っていた人々となる。彼らが自分の仕事を見直し、仕事の意義を発見し、「やる気」を持つことが地方分権化のために整備すべき必要な人的基盤である。

（2） 結果として得られたこと

これら２つの人材開発についてみると、中堅技術者養成対策による研修は１地域での成果の波及効果を目的としたいわば官製の研修会である。しかし、官製ではあってもコンケンでの経験がこの訓練によって全国に広げられる機会となったということはできる。

さらに、質問に対する参加者からの回答にもあるように、現場での日常業務に応用することが期待されるような形式と内容であったと思われる。

アクションリサーチでは多くの発見と実りある人材の開発があった。

たとえば、ＴＣＤＶの考え方がある。これはＴＣＤＣ（Technology Cooperation between Developing Countries)からの発想であり、Technology Cooperation between Developing Villagesの略称である。コンケン地域保健プロジェクトでは何度かにわたって地域職員が他の地域への見学旅行を行った。この場合、他の地域とは先進地域であり、まさに現地で学ぶための旅行であった。これによって、地域の職員は他地域を見ながらみずからの地域の状況を省みて、戻ってきてからシステムの改善にあたった。これは意欲を育成するのに大きく役立ったと思われる。

また、他の地域からの見学者がコンケンのモデル地区を訪問することもあり、あるいは、本プロジェクトでアクションリサーチの中心として活躍した人々が、他の地域での研修会に講師として招待されるというような機会も増えていった。こうしたことは、本プロジェクトの人材開発・育成にかかわるひとつの評価としてみることができる。

（3） 今後の問題として残されたこと

有効な人材開発を集中的に行うことは短期的には可能である。しかし、それを継続していくためには組織的かつ日常的なレベルで支援体制が組み立てられていなければならない。特に途上国においては、経済水準や教育水準をはじめとして、どのような側面をとってみても、地域間でも社会階層間でも格差が大きいということが避けられない現実である。そうしたなかでの人材開発はきわめて困難である。初等教育の充実したわが国では可能なことであっても、タイで現実化できるとは限らない。時とすると、格差を縮小しまいという意図さえ働くことがある。人材開発は必要であると語られるが実践されにくい理由がここにもある。

本プロジェクトでは、コンケンという地方都市における人材開発プロジェクトとしてはかなりの成功を収めたということができよう。というのも、タイ側に合った政治的意図、すなわち地方分権化に向けての人材確保という必要性と、日本チームのできるだけ直接的な介入を避けてカウンターパート側にすべてを任せていくという態度があったからである。日本側が直接的にかかわることは一見よい結果を生むことになるが、実はその基盤的な部分での変革なしにことが進むことになる点で、何もないよりもむしろ危険でさえある。

今回のプロジェクトのような現地とのかかわり方が、今後は主流となっていくかどうか依然として疑問であるが、少なくとも経済的に進展してきた国々にとって自立した企画と実施は次の段階に進むためにどうしても必須である。国際協力はそのための実質的な支援を行うことに重点が置かれていくことが望ましい。

地方レベルの人材開発がかなり効果的に行われたということを前提としていうならば、今回のプロジェクトの過程で、力をつけ、自信を持つことのできたコンケンの保健行政に携わる人々が、行政の宿命である人材の異動によって各地に広がっていくことを惜しむよりは、むしろ人材開発プロセスそのものの底辺をタイ国内に広げていくことを期待しておきたい。

資　　料

1　合同評価報告書

JOINT EVALUATION REPORT

ON

THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION

FOR

THE COMMUNITY HEALTH PROJECT

IN

THE KINGDOM OF THAILAND

March 11th, 1996
Bangkok
The Kingdom of Thailand

Takeshi Kawaguchi

Dr. Takeshi Kawaguchi
Leader
Japanese Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency

Rema Koysorko

for Dr. Vitura Sangsingkeo
Permanent Secretary
the Ministry of Public Health
The Kingdom of Thailand

Discussions among the Evaluation Team of Japan International Cooperation Agency (JICA), the Ministry of Public Health and the relevant organizations of The Kingdom of Thailand on the evaluation of the Japanese Technical Cooperation for the Community Health Project in Thailand.

Date : March 11th, 1996

Place : Ministry of Public Health, Nonthaburi, The Kingdom of Thailand

Attendants :

JAPANESE PANEL

(1) Evaluation Team

Dr. Takeshi KAWAGUCHI	Team Leader
Dr. Toshitaka NAKAHARA	Public Health Administration
Dr. Eiji MARUI	Action Research
Dr. Tamotsu NAKASA	Public Health
Mr. Hisashi TORII	Coordinator

(2) Project Team

Dr. Katsuhiro YOSHITAKE	Team Leader
Mr. Akira KODAMA	Project Coordinator
Mr. Tsutomu KITAJIMA	Epidemiologist
Ms. Yuko KONDO	Primary Health Care

(3) Embassy of Japan

Mr. Nobuharu KUMAMOTO	First Secretary

(4) JICA Thailand Office

Mr. Yushi SAITO	Deputy Resident Representative
Mr. Masazumi OGAWA	Assistant Resident Representative

THAILAND PANEL

(1) Ministry of Public Health

Dr. Renu KOYSOOKO	Deputy Permanent Secretary
Dr. Damrong BOONYOEN	Director General, Department of Communicable Disease Control
Dr. Twisak PUNPENG	Senior Expert in Public Health (Occupational Health)

T. Kawaguchi

Renu Koysooko.

Dr. Sanguan NITTAYARUMPHONG	Assistant Permanent Secretary
Dr. Nara NAKAWATTANANUKOOL	Director of Bureau of Policy and Planning
Dr. Supachai JEAMJARUS	Director of Rural Health Division
Dr. Piya SIRIPHANT	Director of International Health Division
Mrs. Nantika SUNGOONSHORN	International Health Division
Mrs. Vareeya SINTHUSAKE	Rural Health Division
Ms. Sophit MEKLAI	Rural Health Division
Mrs. Suparat BOONNAK	The Information and Public Relation Office

(2) Khon-Kaen Province Project Team

Dr. Manit TEERATANTIKANONT	Provincial Chief Medical Officer
Dr. Kamron CHAISIRI	Deputy Provincial Chief Medical Officer
Dr. Wittaya CHADBANCHACHAI	Head of Surgery Dep. Khon Kaen Hospital
Dr. Surachai SARANRITTICHAI	Khon-Kaen Province Hospital
Dr. Siriwan TIPPAYARUNGSARIT	Khon-Kaen Province Hospital
Dr. Wiraphan SUPHANCHAIMAT	Deputy Director, Khon-Kaen Provincial Hospital
Dr. Sunanta SUNTORNWAT	Province Medical Officer
Mrs. Yosavadee LARDSRI	Province Medical Officer
Mrs. Urin Kaemlungampol	Province Medical Officer
Ms. Nopporn KARNTAK	Health Planning & Evaluation Section

(3) Department of Technical and Economic Cooperation

Mr. Nipon SIRIVAT	Chief, Japan Sub-division

T. Kawaguchi Renu Koysoko.

I. INTRODUCTION

The Japanese Evaluation Team (hereafter referred to as " the Team") organized by Japan International Cooperation Agency (hereafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Takeshi KAWAGUCHI visited the Kingdom of Thailand from March 3rd to March 12 th, 1996. The Team in collaboration with the Thai Authorities concerned evaluated the past achievements of the Japanese Technical Cooperation for the Community Health Project in Thailand (hereafter referred to as "the Project") on the basis of the Record of Discussions signed on April 10th, 1991.

During its stay in the Kingdom of Thailand, the Team discussed and studied together with the Thai counterparts concerning the progress, performance of commitments, and achievements of the Project.

Through careful studies and discussions, both sides summarized their findings and observations as described in the following chapters.

II. METHODOLOGY OF EVALUATION

1. Materials used as reference

In order to evaluate the past performance and achievements both in quantity and in quality, the following materials are used as the basis of reference :

(1) The Record of Discussions
(2) The Tentative Schedule of Implementation
(3) The Minutes of Discussions agreed upon throughout the course of the implementation of the Project.
(4) The Project Design Matrix (P.D.M.)
(5) The Summary of Action Research on each sub-project
(6) The Summary of the Proposals for the Government of Thailand concerning Public Health issues.
(7) Documents that show evidence of introduction of the Project's experiences in the national policy.
(8) Other publications concerning the Project.

2. Discussion and observation

The team discussed various aspects of the Project and observed the field operation, buildings, machinery, equipment, facilities and utilities made available for the Project.

To recognize the impact and efficiency of the trainings, discussions were also held with counterparts trained in Japan.

III. RESULTS OF EVALUATION

1. Facilities

Facilities necessary for implementation of the Project (including electricity, gas, water supply, sewage system, telephone and furniture) were provided by the Thai side.

2. Staff

Until now, one hundred sixty-five (165) Thai counterparts have been assigned to the Project for the effective implementation of the Project and the successful transfer of technology. The list of Thai counterparts is shown in **ANNEX I**.

3. Management and Administration

All administrative and managerial services are being provided by Thai counterparts.

The Japanese side dispatched a Project Consultation Mission twice during the operation of the Project, and the Thai side held the Joint Coordinating Committee on these occasions according to the Record of Discussions signed on April 10th, 1991.

The Field Operation Committee (F.O.C.) consisting of the persons identified below met at least once a year to ensure smooth implementation of the Project;

(1) Chairman : Assistant Permanent Secretary, Ministry of Public Health
(2) Thai side :
a. Director of the Bureau of Health Policy and Planning and/or its officials in charge of the project;
b. Director of the Rural Health Division and/or its officials in charge of the Project;
c. Provincial Chief Medical Officer of Khon Kaen Province and the officials in charge of the Project;
d. The officials in charge of the Project in the Khon Kean Municipality;
e. The officials in charge of the Project in Khon Kaen Hospital.
3) Japanese side :
a. Team Leader
b. Coordinator
c. Experts

J. Kangeel. Rem Koysoko.

4. Japanese Experts

JICA has dispatched eight (8) long-term and twenty-six (26) short-term experts. Their names and specialties are listed in **ANNEX 2**.

5. Thai Counterpart Training in Japan

Fifteen (15) Thai counterparts have been sent to Japan for either observation visits or technical trainings up to the present. Their names are listed in **ANNEX 3**.

JICA accepted Thai counterparts in the fields as agreed upon by the two parties.

6. Equipment

During 1991 and 1996, the equipment worth about 140 million yen was donated by the Government of Japan. The main equipment and machinery are listed in **ANNEX 4**.

(Remarks)

The above mentioned equipment for the Project provided by the Government of Japan has been used efficiently for the activities of the Project.

7. Budget

A summary of the Project expenditures by the Japanese and Thai sides is shown in **ANNEX 5** and **ANNEX 6**, respectively.

(Remarks)

Both sides have made the best efforts to secure the budget necessary for the implementation of the Project.

8. Scope of Work and Accomplishment

(1) Purpose of the Project

Based on the Record of Discussions signed on April 10th, 1991, the concept and purpose of the project were summarized in the form of the Project Design Matrix, the details of which are shown in **ANNEX7**. The purpose of the project is to submit a proposal for the national health policy formulation with particular reference to the community health service system through Action Research to the Government of Thailand.

(2) Accomplishment

The project accomplishment based on the Project Design Matrix is shown in **ANNEX8** and **ANNEX9**.

(3) Joint Evaluation Sheet

After the joint evaluation work in Khon Kaen Province, the Joint Evaluation Sheet, **ANNEX 10**, was created to show the evaluation results in brief.

J. Kawaguchi Renu Koysoko

IV. CONCLUSION AND RECOMMENDATION

As a result of the joint evaluation, both sides reached the following conclusions :

1. In general, most activities of the Project, which is scheduled to be ended on August 31st, 1996, are progressing very well towards the specified targets.

2. Specifically, the Proposal for the National Health Policy concerning the community health service system has been submitted to the Government of Thailand and some of the project's suggestions have already been put into practice by Government policy.

3. Participatory action research has been implemented as a strategy by the Project to improve Public Health Activities and to promote Human Resource Development.

4. Both sides agree that the fruits of the Project should be taken into consideration by the Ministry so that they could be applied nationwide.

5. Both sides agree that future collaborations between the two countries should be considered for further development of public health system at the national level in Thailand.

6. Thai side expressed a hope that there should be future collaborations between the two countries for health development within the region.

Rum Koysoko.

ANNEX 1

List of Counterpart Personnels

Community Health Project
Year : 1992-1996

Rural Health Project

1. Dr. Khoonthong Katiphan	Provincial Chief Medical Officer	K.K. Provincial Health Office
2. Dr. Prasarn Thammatharin	Provincial Chief Medical Officer	K.K. Provincial Health Office
3. Dr. Manit Teeratantikanont	Provincial Chief Medical Officer	K.K. Provincial Health Office
4. Dr. Pichet Leelapanmetha	Deputy P. C. M. O. Officer	K.K. Provincial Health Office
5. Dr. Kamron Chaisiri	Deputy P. C. M. O. Officer	K.K. Provincial Health Office
6. Mr. Prasert Saradindam	Chief of Planning and Evaluation Section	K.K. Provincial Health Office
7. Mrs.Tharatip Thumnawapeut	Chief of Planning and Evaluation Section	K.K. Provincial Health Office
8. Mrs.Walapa Prangthawat	Sanitation Technical Officer	K.K. Provincial Health Office
9. Ms.Nopporn Kamtak	Register Nurse	K.K. Provincial Health Office
10. Mrs.Sopida Dassodsai	Register Nurse	K.K. Provincial Health Office
11. Mrs.Phetchara Leelapanmetha	C.D.C Technical Officer	K.K. Provincial Health Office
12. Ms.Thipaporn Kamjanarach	Register Nurse	K.K.Public Health College
13. Ms.Duangporn Hengboonyapan	Register Nurse	K.K. Public Health College
14. Mrs.Vongduan Jindavatana	Register Nurse	K.K. Public Health College
15. Dr.Amporn Rattanaparinya	Director of Chonnabot Hospital	Chonnabot Hospital
16. Mrs.Jittra Maneewong	Register Nurse	Chonnabot Hospital
17. Ms.Uschara Chanaboon	Register Nurse	Chonnabot Hospital
18. Mrs.Sompit Konglaem	Register Nurse	Chonnabot Hospital
19. Mrs.Kanchan Tatkaew	Register Nurse	Chonnabot Hospital
20. Mrs.Pavinee Agsornpim	Register Nurse	Chonnabot Hospital
21. Mrs.Ratchadaporn Junsorn	Register Nurse	Chonnabot Hospital
22. Ms.Bumphen Tavongklang	Register Nurse	Chonnabot Hospital
23. Mrs.Piraporn Daungkaew	Health Promotion Technical Officer	Chonnabot Hospital
24. Mr.Supalak Kotdong	Sanitation Technical Officer	Chonnabot Hospital
25. Mr.Rungsun Phonla	Health Officer	Chonnabot Hospital
26. Mr.Sudta Pragirake	Chief of District Health Officer	Chonnabot District H.O.
27. Mr.Narin Saimanee	Public Health Administrative Officer	Chonnabot District H.O.
28. Mrs.Penkha Sricum	Health Officer	Chonnabot District H.O.
29. Mrs.Charnlongtak Pakmaruc	Health Officer	Chonnabot District H.O.
30. Mr.Kiattisak Chontawa	Public Health Technical Officer	Chonnabot District H.O.
31. Mr.Boonsong Leechakam	Health Officer	Chonnabot District H.O.
32. Mrs.Amnuay Sansuttavichit	Health Officer	Chonnabot District H.O.
33. Mr.Kamol Srilom	Health Officer	Wung Sang Health Centre
34. Mr.Sudchai Bunnarak	Health Officer	Nonpayom Health Centre
35. Mr.Sathit Ayuwat	Health Officer	Nonpayom Health Centre
36. Mrs.Sombat Hoapramong	Health Officer	Nonpayom Health Centre
37. Ms.Yupayoung Promprung	Health Officer	Nonpayom Health Centre
38. Mrs.Sommali Chummuangpak	Health Officer	Nonpayom Health Centre
39. Mrs.Maliwan Chulikit	Health Officer	Huai Kae Health Centre
40. Ms.Nilubol Yotha	Health Officer	Huai Kae Health Centre
41. Mr.Songkarn Thola	Health Officer	Huai Kae Health Centre
42. Ms.Mayulee Chantapa	Health Officer	Huai Kae Health Centre
43. Ms.Ratchada Dansai	Health Officer	Huai Kae Health Centre
44. Mr.Suchat Saivaree	Health Officer	Huai Kae Health Centre
45. Mr.Mathee Takong	Health Officer	Huai Kae Health Centre
46. Dr.Wichai Ussavaphark	Director of Namphong Hospital	Namphong Hospital
47. Dr.Rattaphon Triamwichanon	Doctor	Namphong Hospital
48. Mrs.Khemthong Nhosrida	Register Nurse	Namphong Hospital
49. Mrs.Mayuree Kam-or	Register Nurse	Namphong Hospital
50. Ms.Tipthiya Hiengsorn	Register Nurse	Namphong Hospital
51. Mrs.Duangludee Ngew-ngarn	Sanitation Technical Officer	Namphong Hospital
52. Mrs.Lumporn Prasertchareansuk	Register Nurse	Namphong Hospital
53. Mrs.Lamai Puntina	Register Nurse	Namphong Hospital

Renu Koysook

54. Mr.Viboon Waltanamkul	Pharmacist	Namphong Hospital
55. Mr.Udon Hinthaw	Chief of District Health Officer	Namphong District H.O.
56. Mr.Pitag Sirivichai	Public Health Technical Officer	Namphong District H.O.
57. Mr.Boonsri Sirisom	Public Health Administrative Officer	Namphong District H.O.
58. Mr.Sombat Kampakdee	Health Officer	Namphong District H.O.
59. Mrs.Prapai Kotta	Health Officer	Namphong District H.O.
60. Mrs.Thanyalak Pralapraksa	Health Officer	Namphong District H.O.
61. Mr.Sitthidol Tadang	Health Officer	Namphong District H.O.
62. Mrs.Montha Tayida	Health Officer	Namphong District H.O.
63. Ms.Waraporn Ratanabutr	Health Officer	Sai Moon Health Centre
64. Mrs.Somboon Sirivichai	Health Officer	Takraserm Health Centre
65. Mrs.Orawan Pimdee	Health Officer	Bua-Yai Health Centre
66. Mrs.Watcharee Pakdeekul	Health Officer	Bua-Yai Health Centre
67. Mr.Wuttiphong Pakdeekul	Health Officer	Bua-Yai Health Centre
68. Mr.Tongchai Srithon	Health Officer	Bua-Yai Health Centre
69. Mrs.Somjit Pholsawang	Health Officer	Bua-Yai Health Centre
70. Ms.Sangkha Sata	Health Officer	Bua-Yai Health Centre
71. Mr.Boonluan Donkasin	Health Officer	Sa-Ad Health Centre
72. Mrs.Nunean Donkasin	Health Officer	Sa-Ad Health Centre
73. Mrs.Kittinun Pangjan	Health Officer	Sa-Ad Health Centre
74. Ms.Busaba Poonperm	Health Officer	Sa-Ad Health Centre
75. Mr.Songpon Kamsuporm	Health Officer	Sa-Ad Health Centre
76. Ms.Niparat Sommart	Health Officer	Sa-Ad Health Centre
77. Mr.Samret Apiratanawong	Health Officer	Sa-Ad Health Centre

Urban Health Project

1. Dr.Paskorn Chaiyaseth	Deputy P.C.M.O.	K.K. Provincial Health Office
2. Dr.Suphan Srithamma	Deputy P.C.M.O.	K.K. Provincial Health Office
3. Mrs.Urintr Kemarerg-ampon	Public Health Administrative Officer	K.K. Provincial Health Office
4. Ms.Chutima Koohatong	Register Nurse	K.K. Provincial Health Office
5. Ms.Sirikul Kulleab	Chief of non-C.D.C. Section	K.K. Provincial Health Office
6. Mrs.Orawan Somsap	Chief of PHC Section	K.K. Provincial Health Office
7. Dr.Weeraphan Suphanchaiyamat	Deputy Director	Khon Kaen Hospital
8. Dr.Sompit Raksaree	Doctor	Khon Kaen Hospital
9. Mr.Suthisith Kam-or	Chief of Muang District Health Office	Chief of Muang District H.O.
10. Mr.Greangsak Largkulanon	Public Health Technical Officer	Muang District Health Office
11. Mrs.Benja Koonklang	Direct of Health and Environmental Depart	Khon Kaen Municipality
12. Ms.Pissamai Hongha	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
13. Dr.Piya Fongsaran	Doctor	Khon Kaen Municipality
14. Mrs.Pasavadee Aerbandit	Register Nurse	Khon Kaen Municipality
15. Mrs.Chaweewan Anuchart	Chief of Health Promotion Section	Khon Kaen Municipality
16. Ms.Somporn Chai-ayut	Register Nurse	Khon Kaen Municipality
17. Mr.Soontorn Larha	Public Health Administrative Officer	Khon Kaen Municipality
18. Mrs.Varaporn Prasatkul	Technical Officer	Khon Kaen Municipality
19. Mrs.Rujira Weangperm	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
20. Ms.Wanida Wirakul	Public Health Technical Officer	Primary Health Care Center
21. Mrs.Yosavadee Lertsri	Health Promotion Technical Officer	Khon Kaen Hospital
22. Mr.Suwan Pitaktha	Public Health Administrative Officer	Khon Kaen Hospital
23. Mrs.Kitsana Rattana	Chief Asst. of Health and Environtal Dept.	Khon Kaen Hospital
24. Ms.Thiparat Sukarat	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
25. Mrs.Sahachai Radaket	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
26. Mrs.Wanee Sanmahachai	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
27. Mrs.Suparp Ratanaprasert	Chief of Control and Prevention Disease	Khon Kaen Municipality
28. Ms.Sirikalaya Phochan	Register Nurse	Khon Kaen Municipality
29. Ms.Busabong Chaiwongsa	Register Nurse	Khon Kaen Municipality
30. Mrs.Somnuk Karunyavanich	Register Nurse	Khon Kaen Municipality
31. Mrs.Mullica Apiromyanon	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
32. Mrs.Parichat Nonghanpitak	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
33. Mrs.Sompit Rornyapal	Community Developer	Muang District Office

34. Mrs.Surang Panoi	Technical Officer	Khon Kaen Hospital
35. Mr.Sanit Palasan	Technical Officer	Khon Kaen Hospital
36. Mrs.Buahong Wanachai	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
37. Mrs.Chatchanee Kumpibal	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
38. Mrs.Suwan Kotchum	C.D.C. Technical Officer	Khon Kaen Hospital
39. Ms.Wilasinee Koonklang	Register Nurse	Khon Kaen Hospital

Dental Health Project

1. Dr.Siriwan Pitayarangsarit	Dentist	K.K Province Health Office
2. Dr.Jinda Vorapukjaru	Dentist	Banfang Hospital
3. Dr.Siriwan Thanapaisal	Dentist	Namphong Hospital
4. Dr.Lalita Pewklieng	Dentist	Chonnabot Hospital
5. Ms.Junya Kanjakul	Dental Nurse	Huai Kae Health Centre
6. Ms.Arada Hayagvong	Dental Nurse	Bua Yai Health Centre

Trauma Health Project

1. Dr.Boonlert Tansitipat	Doctor	Khon Kaen Hospital
2. Dr.Kitja Somnarak	Doctor	Khon Kaen Hospital
3. Dr.Manit Mayakoonupatam	Doctor	Khon Kaen Hospital
4. Dr.Sa-ad Tripongkaruna	Doctor	Khon Kaen Hospital
5. Dr.Somboon Tangkuboriboon	Doctor	Khon Kaen Hospital
6. Dr.Sommai Srimahavong	Doctor	Khon Kaen Hospital
7. Dr.Sriri Sririjongvatana	Doctor	Khon Kaen Hospital
8. Dr.Surachai Saranritchai	Doctor	Khon Kaen Hospital
9. Dr.Surachai Sriripom-adulsin	Doctor	Khon Kaen Hospital
10. Dr.Wittaya Chatbanchachai	Doctor	Khon Kaen Hospital
11. Mr.Anuwat Pilapol	Medical Media Officer	Khon Kaen Hospital
12. Mr.Aumpha Hongka	Medical Statistics Officer	Khon Kaen Hospital
13. Mr.Chertchai Kosolvithayanun	Medical Media Officer	Khon Kaen Hospital
14. Mr.Manot Klangka	Medical Statistics Officer	Khon Kaen Hospital
15. Mr.Nichit Senchai	Public Health Technical Officer	Khon Kaen Hospital
16. Mr.Paisal Chotlom	Public Health Technical Officer	Khon Kaen Hospital
17. Mr.Pat Chatcharat	Medical Media Officer	Khon Kaen Hospital
18. Mr.Pornchai Campergjai	Medical Media Officer	Khon Kaen Hospital
19. Mr.Santi Prasomruk	Public Health Technical Officer	Khon Kaen Hospital
20. Mr.Surasit Vatcharasukpho	Pharmacist	Khon Kaen Hospital
21. Mr.Vasan Tansura	Medical Statistics Officer	Khon Kaen Hospital
22. Mr.Boonsan Ketsiri	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
23. Mrs.Mayurin Benjakarn	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
24. Mrs.Payungtong Udomsab	Medical Media Officer	Khon Kaen Hospital
25. Mrs.Penprapa Pornsrimet	Medical Statistics Officer	Khon Kaen Hospital
26. Mrs.Siriwan Pangkatong	Officer	Khon Kaen Hospital
27. Mrs.Somsak Chamnanpon	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
28. Mrs.Sririkorn Posri	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
29. Mrs.Suksan Chansri	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
30. Mrs.Tasanee Kaewsri	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
31. Mrs.Usa Vatanagul	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
32. Mrs.Vatchara Sriharat	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
33. Mrs.Wilaiwan Kosolvitayanun	Officer	Khon Kaen Hospital
34. Ms.Aunchalee Sophon	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
35. Ms.Burarat Deepan	Medical Statistics Nurse	Khon Kaen Hospital
36. Ms.Nalinee Pongchavan	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
37. Ms.Romchat Tosayanon	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
38. Ms.Siripom Ketdao	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
39. Ms.Sudavadee Honju	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
40. Ms.Vatchara Phumprabu	Register Nurse	Khon Kaen Hospital
41. Mrs.Nitayaporn Srihabua	Register Nurse	K.K Provincial Health Office
42. Mrs.Somying Teaprapong	Register Nurse	K.K Provincial Health Office
43. Mrs.Arpapan Kongsong	Register Nurse	K.K Provincial Health Office

T. Kowngey. Renu Koysooko.

Health Financing Project

1. Dr. Kamron Chaisiri	Deputy P.C.M.O.	K.K. Provincial Health Office
2. Mrs. Tharatip Thumnawapeut	Chief of Planning & Evaluation Section	K.K. Provincial Health Office
3. Mrs. Waraporn Chookanhaom	Register Nurse	K.K. Provincial Health Office
4. Dr. Amporn Rattanaparinya	Director of Chonnabot Hospital	Chonnabot Hospital
5. Mr. Sudta Pragirake	Chief of District Health Officer	Chonnabot District H.O.
6. Mr. Boonsong Leechakam	Technical Officer	Chonnabot District H.O.
7. Ms. Maliwan Choolikit	Health Officer	Huai Kae Health Center
8. Ms. Ratchada Dansai	Health Officer	Huai Kae Health Center
9. Mr. Suchart Saivaree	Health Officer	Huai Kae Health Center
10. Mr. Mathee Takong	Health Officer	Huai Kae Health Center

T. Fujiwara Renu Koysoko

ANNEX 2

List of Japanese Experts

Community Health Project

NAME	FIELD	DURATION
Long Term Experts		
1. Dr. Akira HASHIZUME	Leader / Public Health Administration	Nov. 04. 1991 - Jun. 30. 1993
2. Ms. Ryoko OSAKA	Primary Health Care	Nov. 04. 1991 - May. 03. 1993
3. Mr. Makoto KAWANAKA	Coordinator	Nov. 04. 1991 - Nov. 03. 1993
4. Dr. Kishio ONO	Leader / Public Health Administration	Jun. 22. 1993 - Mar. 31. 1995
5. Mr. Akira KODAMA	Coordinator	Oct. 01. 1993 - Aug. 31 1996
6. Mr. Tsutomu KITAJIMA	Epidemiology	Apr. 18. 1994 - Apr. 17. 1996
7. Ms. Yuko KONDO	Primary Health Care	Sep. 26. 1994 - Aug. 31. 1996
8. Dr. Katsuhiro YOSHITAKE	Leader / Public Health Administration	Apr. 16. 1995 - Aug. 31. 1996
Short Term Experts		
1. Dr. Yasumasa FUKUSHIMA	Provincial Health Development	Feb. 28. 1992 - Mar. 08 1992
2. Dr. Hideyuki KAMIJO	Provincial Health Development	Feb. 28. 1992 - Mar. 08 1992
3. Dr. Toshitaka NAKAHARA	Provincial Health Administration	Nov. 23. 1992 - Dec. 06. 1992
4. Dr. Eiji MARUI	Provincial Health Administration	Nov. 23. 1992 - Dec. 06. 1992
5. Dr. Yoshinori SAKUNO	Provincial Health Administration	Nov. 23. 1992 - Dec. 06. 1992
6. Dr. Mitsuhiro KOJIMA	Health Statistics Administration	Dec. 20. 1992 - Dec. 27. 1992
7. Dr. Kazuo NISHIOKA	Health Statistics Administration	Dec. 20. 1992 - Dec. 27. 1992
8. Dr. Nobukatsu ISHIKAWA	Action Research	Feb. 14. 1993 - Feb. 20. 1993
9. Ms. Ikuko MORIGUCHI	Action Research	Feb. 14. 1993 - Feb. 20. 1993
10. Dr. Masao HAYASHI	Action Research	Feb. 14. 1993 - Feb. 20. 1993
11. Dr. Tsuyoshi KAWAKAMI	Urban Health Development	Dec. 12. 1993 - Dec. 21. 1993
12. Dr. Shigeo SUZUMURA	Rural Health Development	Mar. 13. 1994 - Mar. 23. 1994
13. Dr. Masashi YAMAUCHI	Dental Health Development	Mar. 13. 1994 - Mar. 23. 1994
14. Mr. Atsushi IKARI	Health Information Management	Mar. 13. 1994 - Mar. 23. 1994
15. Dr. Junichi YAMAGUSHI	Accident Prevention and Management	Mar. 13. 1994 - Mar. 23. 1994
16. Dr. Akira SHIMOUCHI	Primary Health Development (Rural Health)	Mar. 05. 1995 - Mar. 12. 1995
17. Dr. Etsuji OKAMOTO	Action Research (Public Health)	Mar. 05. 1995 - Mar. 12. 1995
18. Ms. Michiko YOSHIDA	Urban Health	Mar. 05. 1995 - Mar. 12. 1995
19. Dr. Yasuhito KINOSHITA	Action Research (Social Psychology)	Mar. 05. 1995 - Mar. 12. 1995
20. Dr. Katsuhiro YOSHITAKE	Public Health Administration	Mar. 05. 1995 - Mar. 12. 1995
21. Dr. Nobukatsu ISHIKAWA	Regional Health System	Jul. 30. 1995 - Aug. 09. 1995
22. Dr. Eiji MARUI	Action Research	Jul. 30. 1995 - Aug. 09. 1995
23. Dr. Tokuaki SHOBAYASHI	Regional Health System	Jul. 30. 1995 - Aug. 09. 1995
24. Dr. Yasuhito KINOSHITA	Action Research (Social Psychology)	Sep. 10. 1995 - Sep. 17. 1995
25. Dr. Yasuki KOBAYASHI	Insurance System	Dec. 10. 1995 - Dec. 16. 1995
26. Dr. Kencho MATSUURA	Health Information System	Dec. 17. 1995 - Jan. 14. 1996

Renn Koyasoka

ANNEX 3

List of Counterpart Personnel Training in Japan

Community Health Project

NAME	FIELD	DURATION
1. Dr. Suriya WONGKONGKATHEP	Seminar on Human Resources Development in Public Health	Jan. 15. 1992 - Feb. 15. 1992
2. Dr. Weraphan SUPHANCHAIMAT	Seminar on Human Resources Development in Public Health	Jan. 15. 1992 - Feb. 15. 1992
3. Dr. Pichet LEELAPANMETHA	Health Service System	Mar. 28. 1993 - May. 02. 1993
4. Dr. Wichai USSAVAPHARK	Health Service System	Mar. 28. 1993 - May. 02. 1993
5. Ms. Wallapa PRANGTHAWAT	Health Service System	Mar. 28. 1993 - May. 02. 1993
6. Dr. Amporn RATTANAPRINYA	Counter-Measure for Improvement of Infant Motality Rate	Aug. 23. 1993 - Oct. 04. 1993
7. Dr. Prateep DHANAKIJCHROEC	Seminar on the Control of Health Hazards in the Modernizing Process of Agriculture and Rural Area	Oct. 04. 1993 - Dec. 06. 1993
8. Dr. Siriwan PITAYARANGSARIT	Clinical Dentistry	Apr. 04. 1993 - Aug. 01. 1993
9. Mr. Sudta PRAGIRAKE	Health Service System	Oct. 04. 1994 - Nov. 09. 1994
10. Ms. Patamavadee KASIKAM	Health Service System	Oct. 04. 1994 - Nov. 09. 1994
11. Dr. Wittaya CHADBUNCHACHAI	Emargency Medicine	Mar. 14. 1995 - Mar. 29. 1995
12. Dr. Siriwan TMANAPAISARN	Clinical Dentistry	Apr. 11. 1995 - Aug. 21. 1995
13. Dr. Manit TEERATANTIKANONT	Public Health Administration	Nov. 20. 1995 - Dec. 12. 1995
14. Dr. Kamron CHAISIRI	Public Health Administration	Jan. 17. 1996 - Feb. 11. 1996
15. Dr. Piya FONGSARUN	Public Health Administration	Jan. 17. 1996 - Feb. 11. 1996

T. Kawaguchi Renu Koiyoorka

List of Donated Equipment

ANNEX 4

Ministry of Public Health		X.K. Provincial Health Office		Connabot District Hospital		Chonnabot District Health Offic		Huai Kae Health Center	
1991		1991		1991		1991			
(Rural Hospital Division)		Net Work System	1	Standard Computer	1	Standard Computer	1		
Net Work System	1	File Server	1	Standard Printer	1	Standard Printer	1		
File Server	1	Standard Computer	5	Modem	1	Modem	1		
Standard Computer	1	Laser Printer	1	U.P.S.	1	U.P.S.	1		
Graphic Computer	1	Standard Printer	2						
Portable Computer	1	Tape Back Up	1						
Laser Printer	1	Modem	1						
Standard Printer	1	U.P.S.	6						
Scanner	1	Copying Machine	1						
U.P.S.	1	Van type Car	1						
1992		1992		1992		1992		1992	
(Bureau of Policy & Planning)		Graphic Computer	1	Motorcycle	1	Motorcycle	1	Motorcycle	1
Graphic Computer	1	Laser Printer	1	Transceiver	1	Transceiver	1	Transceiver	1
Laser Printer	1	Color Printer	1			Electric Typewriter	1	Basic Medical Equipment Set	1
Portable Computer	1	Scanner	1			Stencil Machine	1	Centrifuge	1
		Copying Machine	1			Slide Projector	1	Microscope	1
		Video Camera	1			O.H.P.	1	Calculator	1
		Fax Machine	1			Megaphone	1	Dental Master Unit	1
		Portable Computer	1			Copying Machine	1		
		1993		1993		1993		1993	
		Van type Car	1	Dental Mobile Unit	1	Pick up Type Car	1	Ultrasonic Scaler	1
		Mini Bus	1					O.H.P.	1
		Dental Master Unit	1					Slide Projector	1
		Dental Mobile Unit	1					Video Player	1
		Standard Computer	18					Television Set	1
		Standard Printer	15						
		U.P.S.	18						
		1994		1994		1994		1994	
		Direct Projector	1	Copying Machine	1	Video Camera	1	Standard Computer	1
		Video Projector	1	Pick up type Car		Compact Camera	1	Standard Printer	1
		Stencil Machine	1	Dental Ultrasonic Unit	1			U.P.S.	1
		Slide Multi-Vision	1	Root Canal Meter	1			Light Cure Unit	1
		Camera	1						
		DME Switcher	1						
		Transceiver	2						
		Dental Ultrasonic Unit	1						
		Phase Difference Microscope	1						
		Root Canal Meter	1						
		1995		1995		1995			
		Mini Bus	1	Slide Multi vision Set	1	Fax Machine	1		
		Standard Computer	2	Digital Stencil Duplicator	1				
		Laser Printer	3	Fax Machine	1				
		U.P.S.	2	Standard Printer	1				
		Copying Machine	1	Ultrasonic Cleanser	1				
		Video Projector	1	Transfer Face Bow	1				
		Copying White Board	1	Fully Adjustable Articulator	1				
		O.H.P.	1	Plain Line Articulator	1				
		Ultrasonic Cleanser	1	Electric Pulp Tester	1				
		Transfer Face Bow	1	Fiber Optic Light	1				
		Electric Pulp Tester	1	Master Dental Unit	1				
		Standard Printer	1						

T. Kawazoe. Renn Koysooka

List of Donated Equipment

Non Phayom Health Center	Nam Phong District Hospital	Nam Phong District Health Offic	Bua Yai Health Center	Sa ad Health Center
	1991 Standard Computer 1 Standard Printer 1 Modem 1 U.P.S. 1	1991 Standard Computer 1 Standard Printer 1 Modem 1 U.P.S. 1		
1992 Motorcycle 1 Transceiver 1 Basic Medical Equipment 1 Calculator 1	1992 Motorcycle 1 Transceiver 1	1992 Motorcycle 1 Transceiver 1 Electric Typewriter 1 Stencil Machine 1 Slide Projector 1 O.H.P. 1 Megaphone 1 Copying Machine 1	1992 Motorcycle 1 Transceiver 1 Basic Medical Equipment 1 Centrifuge 1 Microscope 1 Calculator 1 Dental Master Unit 1	1992 Motor cycle 1 Transceiver 1 Basic Medical Equipment 1 Calculator 1
1993 Centrifuge 1 Microscope 1 O.H.P. 1 Slide Projector 1 Video Player 1 Television Set 1	1993 Dental Mobile Unit 1	1993 Pick-up Car 1	1993 Ultrasonic Scaler 1 O.H.P. 1 Slide Projector 1 Video Player 1 Television Set 1	1993 Centrifuge 1 Microscope 1 O.H.P. 1 Slide Projector 1 Video Player 1 Television Set 1
1994 Standard Computer 1 Standard Printer 1 U.P.S. 1	1994 Copying Machine 1 Pick-up type Car 1 Autoclave 1 Dental Ultrasonic Unit 1 Dental Master Unit 1 Root Canal Meter 1	1994 Video Camera 1 Compact Camera 1	1994 Standard Computer 1 Standard Printer 1 U.P.S. 1 Light Cure Unit 1	1994 Standard Computer 1 Standard Printer 1 U.P.S. 1
	1995 Slide Multivision Set 1 Digital Stencil Duplicator 1 Fax Machine 1 Standard Printer 1 Ultrasonic Cleanser 1 Transfer Face Bow 1 Fully Adjustable Articulator 1 Plain Line Articulator 1 Electric Pulp Tester 1	1995 Fax Machine 1		

T. Kawazoe Pennkoysoko.

List of Donated Equipment

K.K. Municipal Medical Center	4 Communities	K.K. Hospital	Public Health College
			1991 Bus 1 Copying Machine 1 Van Type Car 1
1992 Motor cycle 2 Standard Computer 2 Printer 2 Compact Camera 2 O.H.P. 2 Slide Projector 2 Tape Recorder 2 Megaphone 2 Resuscitator 2 Calculator 2	1992 Obstacle Bed 2 Height & Weight Scale 2 Refrigerator 2 Examination Lamp 2 Electric Autoclave 2 Mobile Table 2 Electric Sterilizer 2	1992 Ambulance Car 1 Graphic Computer 1 Laser Printer 1 Color Printer 1 Scanner 1	1992 Fax Machine 1
1993 Obstacle Bed 1 Height & Weight scale 1 Examination Lamp 1 Refrigerator 1 Electric Autoclave 1 Mobile Table 1 Resuscitator 1 Electric Sterilizer 1	1993 Video Player 2 Television Set 2	1993 Defibrillator 1 Infusion Pump 1 Ventilatory System 1	1993 Ultrasonic Scaler 1 Centrifuge 1 Microscope 1 O.H.P. 1 Slide Projector 1 Video Player 1 Television Set 1
1994 Television Set 2 Tape Recorder 1 Megaphone 1 Transceiver 2 Hematocrit Centrifuge 1 Centrifuge 1 Digital Glucose Meter 1 Microscope 1 Fetal Heart Monitor 1 Laryngoscope 1 Suction Machine 1 Minor Surgery Set 1 Standard Computer 2 Standard Printer 2 U.P.S. 2 Refrigerator 1 Copying Machine 1 Fax Machine 1 Electric Typewriter 1 Washing Machine 1	1994 Transceiver 2 Infant Weight Scale 4 Basic Medical Bag 4	1994 Transceiver 2 Dental Ultrasonic Unit 1 Root Canal Meter 1 Film Recorder 1 O.H.P. 1 Video Camera 1 Defibrillator 1 Standard Computer 2 Standard Printer 1 U.P.S. 1 Copying Machine 1	
1995 Copying Machine 1 Pick up Type Car 1		1995 Full Manikin with Light Controller 1 Child Manikin 1 Alcohol Breath Tester 1 Graphic Computer Accessory 1 Accessory Equipments for Sound Lab 1	1995 Audio Visual Projection System 1

T. Rangge Renu Koysorlea.

Summary of Project Expenditures by JICA ANNEX 5

Financial Year	1991	1992	1993	1994	1995	Total
Felt Needs Study		260,285	71,459			331,744
Training Needs Study		115,432				115,432
Rural Health		480,056	381,640	928,589	* 618,800	2,409,085
Urban Health		354,780	443,657	361,521	* 391,200	1,551,158
Dental Health		129,724	141,611	179,841	41,200	492,376
Trauma Prevention		229,743	368,841	299,450	* 390,000	1,288,034
Health Financing					* 184,940	184,940
Middle Level Manpower Training				1,619,375	* 1,064,100	2,683,475
Secretariart Office		57,782	170,943	114,912	85,344	428,981
NGO Supporting					* 730,000	730,000
Seminar / F.O.C.	187,950	15,000	9,100	129,302		341,352
Study Trip Abroad		205,494	193,474	234,592		633,560
Total	187,950	1,848,296	1,780,725	3,867,582	3,505,584	11,190,137

Note: The amount marked with * is the requested annual budget for F/Y 1995.

T. Kawaguchi. Renn Koysorko.

Summary of Project Expenditure by The Thai Government

Sub-Project	Salary	Equipment	Project management	Construction	Total
Rural Project	33,867,000	7,600,000	16,912,000	9,355,000	67,734,000
Urban Project	26,100,000	-	22,811,460	409,000	49,320,460
Trauma Project	24,600,000	-	3,590,000	-	28,190,000
Dental Project	3,720,000	-	150,000	-	3,870,000
Budget support Community Health Project By Thai Government	-	-	-	-	3,385,626
Total	88,287,000	7,600,000	43,463,460	9,764,000	152,500,086

Details of Budget Support provided by The Thai Government

Detail	Thai Government Fiscal Year					
	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Salary for Temporary Employee		348,271	342,427	348,219	183,713	4,362,630
House Rent for Japanese Experts		259,600	288,000	296,000	128,000	971,600
Miscellaneous cost for Japanese Experts		31,617	38,670	48,357	16,473	135,117
Total	326,790	639,488	669,097	692,576	328,186	2,656,137

Remarks:

1. The cost of heavy articles , building and other expenses in Khon Kaen Area is excluded.
2. The 1996 Budget only considers the expenses for four month (between October,1995-January,1996).

Renu Koysooko.

T. Kawaguchi.

ANNEX 7

PROJECT DESIGN MATRIX FOR THE COMMUNITY HEALTH PROJECT

for easy evaluation of the project

Narrative Summary	Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
OVERALL GOAL Proposal from the project is taken to the nation Health Policy.	The Proposal from the Project is taken into the 8th Five-year National Health Plan or Cabinet's Resolution or Ministerial National Policy concerning the Community Health Service.	The 8 th Five Year National Health Plan (drafted one) or Ministerial Circular Notice .	The National Health Policy goes into effect.
PROJECT PURPOSE Proposal for a National Health Policy concerning the Community Health Service System is submitted from the project.	Proposal for a National Health Policy concerning the Community Health Service System is submitted from the project.	Copy of the submitted proposal to Ministry of Public Health.	The authority takes up the proposal on at the committee for the 8th Five-Year National Health Plan or Cabinet's Meeting.
OUTPUTS 1 Participatory Action Research is done in each of the following sub-project. 1-1 Rural Community Health Services 1-2 Dental Health Care in Rural Communityies 1-3 Trauma Prevention Project. 1-4 Urban Community Health Service s 2 System Research about Health Insurance is done. 3 Human Resource Development in Community Health Service is achieved.	1-1 Report and Proposal from the Action Research about Rural Health Service are submitted. 1-2 Report and Proposal from the Action Research about Dental Health Care are submitted. 1-3 Report and Proposal from the Action Research about the Trauma Prevention Project are submitted. 1-4 Report and Proposal from the Action Research about Urban Community Health Services are submitted. 2 Report and Proposal from the System Research about Health Insurance System are submitted. 3 Report and Proposal about Human Resource Development in each project are submitted.	Action Research Work Sheets are submitted from each sub-project to the Project Office	The authority supervises and encourages the project to submit the proposal.
ACTIVITIES 1-1-1 Research Study about Rural Health Service 1-1-2 Problem Analysis of the Study 1-1-3 Action Plan from the Study 1-1-4 Taking Action based on the Plan 1-1-5 Evaluation of the Action Plan 1-2-1 Research Study about Dental Health Care in Rural Communities 1-2-2 Problem Analysis of the Study 1-2-3 Action Plan from the study 1-2-4 Taking Action based on the Plan 1-2-5 Evaluation of the Action Plan 1-3-1 Research Study about Trauma Prevention Project 1-3-2 Problem Analysis of the Study 1-3-3 Action Plan from the Study 1-3-4 Taking Action based on the plan 1-3-5 Evaluation of the Action Plan 1-4-1 Participatory Action Research in Urban Health 1-4-2 Problem Analysis of the Study 1-4-3 Action Plan from the Study 1-4-4 Taking Action based on the Plan 1-4-5 Evaluation of the Action Plan 2-1 Research study about Health Insurance in rural communities 2-2 Problem Analysis in the Study 2-3 Proposal for future plans 3-1 Human Resource Development Through Participatory Action Research in each sub-project Level training for rural and urban health personnel 3-3 Evaluation of Human Resource Development in the Project through interviews	INPUTS FROM JAPAN (JICA) 1 Dispatch of Japanese Experts 2 Training of Thai counterparts in Japan 3 Provision of Equipment Pertaining to : (1) surveillance and data analysis (2) IEC (information, education, communication) (3) Medical care (4) others 4 Middle level training for rural health and urban health personnel INPUTS FROM THAILAND 1 Thai counterpart and administrative personnel 2 Provision of buildings and incidental facilities 3 Supply and/or replacement of equipment and machinery 4 Expenses necessary for the implementation and of the running project.		1 Input should be assured, both quantitatively and quantitatively. 2 Activities of the counterparts will be coordinated and correlated. PRE-CONDITIONS 1 The concept of the project, especially about Participatory Action Research is fully understood and accepted by the people concerned with the project. 2 Input is executed properly 3 Provision of counterparts is done properly.

Tokunaga Remi Koyasako

ANNEX 8

Summary of Proposals

Community Health Project

1. Rural Health Project
2. Dental Health Project
3. Urban Health Project
4. Trauma Prevention Project
5. Systems Research on Health Insurance

Rural Health Project
Summary of proposal

1.The District Health Coordinating Committee should be revitalized.

Health facilities at the district level should improve themselves by clarifying and strengthening their roles and functions with each other. For that reason, the District Health Coordinating Committee should be revitalized. This will allow the health facilities to improve communication, share problems which are discovered by the supervision of all staff, and to make a guideline of activities, including problem solving that allows the health services system to develop appropriately.

2.The Family File system should be introduced to each health center to provide comprehensive and continuous health services to the community.

The Family File system, which reflects the concept of Holistic Care, is a file which is filled not only with the information of health services, but the structure, environmental and socio-economic situations of families in the community. Health center staff feel that the file is an effective means for health administration, health promotion, and community diagnosis. By sharing the file, the health centers will be able to get up-to-date information on the community, and the community people will be able to learn self-care. Health statistics formats should be modified to be compatible with the Family File system. Computers should be installed to file the data, which not only reduce office work at the health centers, but also provide a data base of health information.

3. Referral audits should be established at the district level.

The referral audit, which is a kind of case conference, should be set up and held regularly in the district. Discussions of cases which had been referred from health centers to the community hospital give health center staff a chance to reconsider their diagnoses and treatments. Learning treatments of other staff people stimulates and motivates them to provide better primary medical services for the community.

4. Drug lists should be created at the district level.

Obtainable, simply and frequently used drugs should be designated as standardized drugs in the district, and distributed to all health centers within the district. A list of the drugs should be made, and reviewed at times depending on the condition of the community. Using these drugs makes health services standardized for the community. The list is also useful for setting up a drug supply system at the district level.

5.Training systems for health center staff should be developed.

Going on study tours to learn successful practices in other places gives the staff a chance to share experiences and ideas with health personnel in other areas. Attending technical meetings and training courses reflecting the concept of PBL (Problem Based Learning) motivates them to increase skills and knowledge, and also to consider their way of thinking. These things allow the staff to have greater confidence in providing health services.

T. Kawaguchi Rerm Koysooko

6. Health center staff should be trained how to care for chronically ill patients.

Health services should be changed by the health needs of the community. Recently, the number of chronically ill patients in the community has increased. Health center staff need to gain knowledge and skills on how to care for chronically ill patients, therefore responding to the changing health care needs of the community.

7. An appropriate health service system should be developed at the district level.

The needs and problems of health service systems may be different from district to district. Each district should develop the system according to its own needs and conditions. Action research would be an appropriate method for improving the health service system.

T. Kawaguchi Reiko Koyasako.

Dental Health Project
Summary of proposal

1. Roles and responsibilities of a dental nurse at the health centers should be modified.

It was difficult for the dental nurses to only provide dental health services at the health center. The dental nurse were expected to share some of the public health responsibilities. It is recommended that a dental nurse should spend 70% of their work time for dental health services and the remaining 30% for other public health activities at the health center. Dr. Siriwan Pitayarangsarit, the leader of the Sub-Project, has been assigned to the committee that will develop a new guideline for the dental nurse.

2. Position of a dental nurse at the health centers should be established.

There is no existing position for a dental nurse at the health centers. To promote the policy of providing dental services at the health centers by a dental nurse, the Ministry should establish the position for a dental nurse at the health centers in a prompt manner. This should be established by either of the two ways: (1) creating a position for a dental nurse at the health centers or (2) allowing a dental nurse to work in the position of a public health officer.

3. Public health officers at various levels should be well informed about the roles and responsibilities of a dental nurse at the health centers.

It is still relatively new for many officers to have a dental nurse at a health center. Clear understanding among the officers concerned about the roles and responsibilities of a dental nurse would be a prerequisite for a dental nurse to function well at a health center. It is, therefore, necessary to inform the officers of those matters when a dental nurse is to be placed at a health center.

4. Curriculum of a dental nurse at the public health colleges began to include opportunities to learn about communication skills.

Dental nurses at the health centers provide promotive and preventive services to the communities. To provide those services effectively, dental nurses should be trained to have good communication skills with the community people. Dr. Siripa Kongsri, one of the members of the Sub-Project, was invited to the committee to improve the curriculum of the dental nurse courses at public health colleges.

5. Dental nurse with a few years of experience should be put at the health center.

Dental nurses at health centers often have to respond to various dental health needs by themselves. They also have to work with various groups of people including other health workers at the health center, primary school teachers, and community people. Dental nurses with some experiences would function better than the new ones in these circumstances. It is, therefore, recommended that a dental nurse with at least a few years of experience should be put at the health center.

S. Kongsri Renu Koysooko.

6. Referral system between health centers should be developed to make dental service accessible to more people.

A referral system between health centers should be developed to make dental curative services available to the people in a catchment area of a health center without a dental nurse. Referred patients, if they have a Health Card, should be allowed to use the card when they receive the service.

7. The changes in the dental treatment need at the national level should be estimated by the system simulation model.

Ministry of Public Health started conducting the research on the estimation of changes in the dental treatment need at the national level by the system simulation model. Dr. Suwit Udompanich, one of the reserachers of the Sub-Project, was assigned to the research to estimate the manpower need for dental care services.

8. Ministry of Public Health should encourage each province to develop a dental health service system by action research.

The problem of a dental health service system may be different from province to province. Each province should develop the system according to its need for dental health service. Action research would be an appropriate method toward the goal.

Urban Health Project
Summary of Proposal

1. Every municipality should have an Urban Health Committee consisting of three organizations: the Provincial Health Office, the Municipal Government and Provincial Hospital, and higher-level representatives of each organization should attend meetings regularly.

The Urban Health Committee had already been formed when the Urban Health Project was started, but the committee was just a nominal one and did not function effectively in terms of urban health administration. Therefore, it is recommended to have regular committee meetings attended by the higher-level representatives of each organization so that the committee can have more authority in decision making.

2. The Provincial Health Office, Municipal Government, and Provincial Hospital should clarify their roles in urban health.

In studying the health service system in other urban areas, it was found that the roles of organizations differ from place to place. In some urban areas, the provincial health office takes the initiative to provide health services, but in some other areas, the provincial hospital does it. Despite regulations of the health care administrative system set out by the government, it is difficult, in a practical sense, for a municipality alone to provide health services in an area. In reality, the cooperation of the three organizations is essential for urban health, and clear definition of roles should be made.

3. An Urban Health Information Center should be established in each urban area.

Although information and data is essential for policy making, there was no proper information system concerning urban health when the project was started. Therefore, the urban health project established an information center in 1994 at Khon Kaen Hospital. The information and data are collected by each organization and processed in the center. Regular discussion among the three organizations for prioritizing and analyzing problems based on the information and data collected in this center is recommended for fruitful cooperation.

4. The central government should supervise the field of urban health continually.

Urban heath is a new and increasingly important issue in public health, and the central government health administrator should recognize the reality of this issue in the field. Therefore, it is recommended to make regular visits to the field in order to supervise the urban health work, and also to give higher priority to urban health issues.

T. Kawagoe, Renu Koysooko.

5. Every municipality should have an adequate number of urban health centers.

The Ministry of Public Health has established health centers in rural areas, one for almost each Tambon. On the other hand, urban areas have secondary and tertiary health facilities only, but no primary health care facilities. Before having more urban health centers, a network of health services which has clear structural and functional organization should be established first.

6. Community organization development with administrative support is necessary in slum areas for public health services to reach the slum population.

Slum society is composed of people who have migrated from different places and tend to live in the slum area temporarily and individually. Because of these circumstances, it is very difficult to supply public health services. Therefore, community organizations should be enhanced with the Village Health Volunteers' (VHV) participation. On the other hand, laws and acts regulated by the local administration system should be promptly revised in order to facilitate the existence of a civil society and stronger feelings of community.

Remu Koysoko.

Trauma Prevention Project
Summary of Proposal

1. Trauma Registry should be made in all the Provincial Hospitals

The Trauma Registry is the base line data for action research and very useful for finding problems, action planning, and evaluation.

2. Trauma Auditing should be performed in all the Provincial Hospitals

In reviewing the death cases of traumatic patients in the provincial hospital, many problems were found in each of the following steps: diagnosis, treatment, surgical procedure, and post operative management. Trauma auditing has created the standard for traumatic treatment and improved the services in the hospital.

3. Referral Auditing should be performed between provincial hospitals and community hospitals.

When the Referral Auditing was performed, it was found that many inappropriate cases were referred from community hospitals to provincial hospital, which caused over-crowding in the provincial hospital. Referral Auditing created the standard for referring patients from community hospitals to the provincial hospital.

4. Pre-Hospital Service (Ambulance System) should be established by every provincial hospital.

From Trauma Registration and Trauma Auditing, it was found that pre-hospital care is essential for saving the life of traumatic patients. In this Ambulance System, ambulance officers who can give first aid to the patients should be trained and assigned to provincial hospitals, in addition to the ambulance drivers.

5. Law enforcement is needed to make motorcyclists wear helmets

From the Trauma Registration, it was found that more than half of traumatic patients were injured in their heads, and more than half of the traumatic patients were injured by traffic accident. Therefore, wearing helmets may save a great number of people from head injuries. However, law enforcement is necessary to make people wear helmets.

6. A Provincial Safety committee should be established in every province.

From Trauma Registration, it was found that more than half of the traumatic patients were injured by traffic accident, causing so much health, social, and economic loss to the society. Development of a strategy to prevent accident is much better than simply waiting for the injury to happen. A Provincial Safety committee should be established to deal with this problem.

Reun Koysooko.

7. A Mass casualty control network should be set up in every provincial area

Due to the accident situation in the country, mass casualties often happen. Every hospital should be prepared to deal with the large amount of the injured. Although each hospital could be well prepared, but they still can not cope with a situation when too many patients arrive at the same time. A network of health departments and non-health rescue-departments should be set up to coordinate and assist each other, sharing personnel and resources to manage the situation.

8. Mapping of hazardous locations should be set up in every provincial area

The hazardous points for traffic accidents in the municipality of each province should be located and treated by technical and engineering means to reduce the number of accidents and injuries at each point.

9. A Trauma Center should be established in each region with comprehensive functions, including service, coordination, training, and research.

The capacity of the present provincial hospitals is not enough to cope with the increasing number of the traumatic patients coming in these days. Therefore, a Trauma Center is needed to help provide comprehensive health services for the people.

10. The injury situation caused by traffic accident should have higher priority in the Eighth National Health Plan.

From the Trauma Registration, it was found that 55% of the traumatic cases were caused by traffic accident. Therefore, the Ministry should give higher priority to dealing with this situation, and a national action plan for injury prevention should be developed nationwide.

Reun Koysooko.

Systems Research on Health Insurance
Summary of Proposal

1. The price of the current health card (500 baht) should be revised.

The price of the current Health Card should be increased to recover the charge for the medical services at public health facilities. From the study, it was estimated that the price of a Health Card for a family of 5 people would be at least 1,615 baht/year. Therefore, the price of the card should be revised.

2. Price of a Health Card should be adjusted according to the number of people to be covered.

The average number of the members of the households where every member was uninsured was 2.9 persons per household. The average number of the uninsured members among the households in which some members had insurance coverage was 2.2 persons per household. If they want to have insurance coverage for their uninsured member, they have to buy a Health Card that costs them 500 baht and covers up to 5 people. It might not be reasonable for them to pay for the coverage of 5 persons when they need the coverage for 2 or 3 persons only. It is, therefore, envisaged more households could afford to buy a Health Card for their uninsured members if the price of the Health Card can be adjusted according to the number of people to be covered.

3. Information, Education, and Communication (IEC) on health insurance should be promoted.

One of the leading reasons for not buying a Health Card was "do not use the services often." An idea of health insurance is risk-sharing among a group of people when they become ill. This idea may not be well understood among the target population. Thus, IEC on health insurance should be promoted to have a better understanding of health insurance among them and to expand the coverage further.

4. Feasibility study of expanding the benefit of the Health Card in private health facilities should be conducted.

About 40% of the illness episodes were consulted at private health facilities. About 40% of the respondents showed interest in buying an insurance program that covers medical services at private clinics and hospitals. It would be necessary to add the benefit of a Health Card to the services at private health facilities to make the Health Card more marketable. Thus, studies should be conducted to look into its feasibility.

Rum Koysoko.

ANNEX 9

Summary of Action Research

Community Health Project

1. Rural Health Project
2. Dental Health Project
3. Urban Health Project
4. Trauma Prevention Project
5. Systems Research on Health Insurance

Reun Koysoko.

Rural Health Project
Summary of Action Research

1.Purpose

To develop an appropriate model of a health service system at the district level.

2.Duration

From May 1992 to Present

3.Responsible organizations

- Khon Kaen Provincial Public Health Office.
- Namphong Community Hospital.
- Namphong District Health Office.
- Sa-ad and Bua-yai Health Center.
- Chonnabot Community Hospital.
- Chonnabot District Health Office.
- Huai-kae and Nonpayom Health Center.

4.Research

4.1 Health statistics analysis at the district level

4.1.1 Purpose: To analyze present health conditions at the district level

4.1.2 Subject: All health statistics in 2 districts

4.1.3 Duration: June 1992 - May 1993

4.1.4 Methodology: Data analysis, interviews and questionnaires

4.1.5 Results of the study

-Public health facilities were not readily accessible for people in the catchment area.

-Referral system was not working properly.

-The roles and functions of the community hospital and the health centers were overlapping.

4.2 Community people felt study needed

4.2.1 Purposes: To study the health care seeking behavior of community people and their awareness of personal health problems

4.2.2 Subject: Villagers in 4 sub-districts

4.2.3 Duration: June 1992 - May 1993

4.2.4 Methodology: Focus-group discussions and questionnaires

4.2.5 Results of the study

-The community people perceived that their major health problems were leg joint and back pain, headaches, and dental problems.

-The community people thought that causes of the above health problems were working hard without sufficient rest, food habits, and air pollution.

-The 3 types of health care seeking behavior were as follows:

a) Doing self care and then going to a health center or hospital.

b) Directly going to see a medical doctor at a hospital or a private clinic.

c) Using herbal medicines or going to see a traditional healer.

-These behaviors were dependent on the kind of disease.

-The factors that affected community people to select a certain health care facility when they were sick were;

convenience of access to that specific health care facility, the satisfaction with health personnel, the services of the health care facilities, and the kind of treatment provided by the facility.

Remu Koysooko.

-The community felt that health service could be improved at the health centers by: increasing the number of health personnel, increasing the quality of medical equipment, opening the facility 24hrs including weekends, and improving their knowledge and skills about health services.

4.3 Health center staff training study needed

4.3.1 Purposes: To clarify the knowledge, attitudes and practices(KAP) of health center staff referring to the Decade of Health Center Development Project

4.3.2 Subject: Health center staff in 5 districts in the Khon Kaen Province

4.3.3.Duration: June 1992 - May 1993

4.3.4 Methodology: Tests and questionnaires

4.3.5 Results of the study

-The average points of the knowledge test was 63.13(SD 6.58 /full score 100).

-In the test, the job knowledge categories with lower scores were consumer protection(43.0), management(46.8), and communicable disease control(CDC) & non-CDC(50.7).

-The percentage of the District Health Coordinating Committee that thought that the health center staff should have improved training in PHC(93%), management(91.6%), non-CDC(90%), and primary medical care(89.3%).

5.Action

5.1 To improve the functions of health centers

5.1.1 To develop the knowledge and skills of health center staff

-To supervise their activities.

-To do referral audits.

-To hold technical meetings.

-To have technical trainings at hospital.

-To make a guideline of health center activities.

-To reconsider drug list and to develop an appropriate drug supply system.

5.1.2 To introduce the Family File system

-To go on study tours to learn successful practices in areas where the Family File system has been introduced.

-To research the living conditions of community people.

-To use the file for activities reflecting the concept of Holistic Care.

-To try to file the data by computer.

-To try to modify the formats of reports at the provincial level.

5.1.3 To develop the PBL(Problem Based Learning) method for health center staff

-To give them training opportunities.

-To enable them to do community diagnosis by using primary data which they have collected themselves.

-To enable them to plan their health services to be appropriate for the community.

5.1.4 To open clinics at health centers 24hrs including weekends

5.1.5 To install essential equipment for primary medical care

5.2 To clarify and strengthen the role and the function of the community hospital, the district health office and health centers, and to improve the relation between all of them.

5.2.1 To improve communication between the community hospital, the district health office and health centers

-To regularly hold meetings of the District Health Coordinating Committee.

-To install a transceiver system.

5.2.2 To develop an appropriate referral system

-To adjust the catchment area.

-To improve the referral card.

-To supervise the activities of health centers.

-To establish referral audits.

-To start diabetes mellitus/hypertension clinics at health centers.

5.2.3 To start Home Health Care

5.3 To involve community people in health care activities with the help of village health volunteers
5.3.1 To train village health volunteers on how to work in their community
5.3.2 To promote self-care and a health insurance system for community people
5.3.3 To involve the community in using the Family File system

6.Evaluation

6.1 Study of the satisfaction of community people with health center services
6.1.1 Duration: December 1995
6.1.2 Subject: Villagers in 4 sub-districts
6.1.3 Methodology: Questionnaires
6.1.4 Results of the study
-61.9% of community people were satisfied with health services at health centers.
-79.6% of them felt that attitudes of the health center's staff toward them was appropriate.
-63.9% of them felt that the facilities of the health centers had improved in the last 2 years.
-58.8% of them felt that the quality of health services at health centers had improved in the last 2 years.

6.2 Recognition of the present condition of health center staff
6.2.1 Duration: September 1995
6.2.2 Subject: All staff in 4 health centers
6.2.3 Methodology: Focus group discussions
6.2.4 Results of the study
-Health center staff recognized the present problems in their ordinary jobs. They had worked out countermeasures for these problems.
-They thought that they had to give a higher level of health services to the community people in order to gain confidence from them, and that they had to increase their capability of not only providing primary medical care but also health promotion and preventive medicine.
-They said that it was very important for them to receive training and to go on study tours for gaining new ideas and knowledge.
-They felt that the quality of health services at health centers had been improved by their newly gained knowledge and the full use of equipment which was recently installed. As a result, the satisfaction and confidence of community people was improved more than before. It has also allowed the staff to have greater job confidence.
-They felt that they could increase their capabilities through the project.

Y. Kawaguchi Renu Kongsoko.

Dental Health Project
Summary of Action Research

1. Purpose

To develop a dental health care model at subdistrict level by having dental nurse in health centers.

2. Duration

From March 1992 to March 1995.

3. Responsible organizations

- Khon Kaen Provincial Health Office
- Department of Community Dental Care, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University
- Department of Dental Nursing, Sirinthon Public Health College, Northeastern Region.

4. Situation analysis

4.1 Situation analysis on the dental health status and KAP study (knowledge, attitude, and practice)

4.1.1 Subject: The residents of Huai Kae Subdistrict and Bua Yai Subdistrict

4.1.2 Duration: From August 1992 to March 1993

4.1.3 Result:

- 77.3% of the 3 year-old group had decayed teeth. The average number of the teeth decayed, extracted, and filled (dmft) was 6.57 per person.
- 93.6% of the 6 year-old group had decayed teeth and dmft was 8.72 per person.
- DMFT in the permanent teeth of the 12 year-old group was 0.57 per person. The mean calculus index was 0.69 sextant per person.
- When the people get older, the severity of periodontal disease with symptoms of bleeding, calculus, loose of teeth and the presence of abscess will increase.
- 2% of the 11-13 age group knew the causes of dental caries and 6% of them knew the causes of periodontal disease.
- 52% of the 11-13 age group brushed their teeth every day. Higher percentage of the older people brushed their teeth every day.
- 41% of the 11-13 age group, 31.1% of the 35-44 age group had received dental treatment in the past 1 year.

4.2 Situation analysis on the dental health care service system at the subdistrict level.

4.2.1 Subject: Huai Kae Health Center and Bua Yai Health Center.

4.2.2 Duration: From August 1992 to March 1993.

4.2.3 Result of the study

- Two staff members at each health center were trained to use an ultrasonic scaler for scaling.
- Both health centers promoted dental activities in the primary schools such as after lunch brushing, Sodium fluoride mouth rinsing, and Refering for dental treatment.
- Both health centers checked the oral health of pregnant women, provided health education to them as well as the mothers attending at the well baby clinic, and gave fluoride to the children.
- Both health centers removed calculus and filled temporary materials for students, but did not provide other essential treatment such as extractions and fillings.

Reun Koysooko.

4.3 Estimation of changes by system simulation model

4.3.1 Subject: The residents of Bua Yai Subdistrict

4.3.2. Duration: From June 1992 to May 1994.

4.3.3 Result of the study:

- It was estimated that the dental treatment need of the people in Bua Yai Subdistrict would increase from 89.82 to 120.92 minutes person from 1992 to 2006 if the present dental care service at Health Center continues.
- It was also estimated that the dental treatment need of them would decrease to 43.65 minutes per person in the year 2006 if a dental nurse provides services as she did from1992 to 1993.

5. Actions introduced

5.1 Preparation for dental nurses at health centers

- Two dental nurses were selected from the new graduates of Sirinthon Public Health College.
- Dental equipment and materials were provided to the health centers.
- Orientation and pre-training courses were conducted for the dental nurses.
- A meeting was held to inform officers concerned about the roles and functions of the dental nurses.
- PR of the work of the dental nurse to the communities in the catchment area of health centers.

5.2 Actions for the dental health service development at health centers.

- The dental nurses were stationed at Bua Yai Health Center and Huai Kae Health Center.
- The dental nurses conducted activities according to the roles and responsibilities specified.

5.3 Monitoring and supervision were conducted by dentists of community hospitals and a dental officer of the Provincial Health Office.

6. Evaluation of changes

6.1 Activities of the dental nurses

- The dental nurses spent 82% and 71% of their work time for dental health work and18% and 29% for other public health work respectively.
- The breakdowns of the work time for dental health work are as follows: 46% and 38% for dental treatment, 15% and 12% for training and academic development,14% and 12% for community dental work, 7% and 8% for administration, management, and coordination work.

6.2 Performance of the dental nurses

- The dental nurses performed according to the roles and responsibilities specified.
- 957 clients came for dental care services to Bua Yai Health Center.
- 328 clients were 5-14 year-old children and 629 clients were from general population. The coverage of dental treatment among the 12-13 year old group, for example, was increased from 40% in 1992 to 70.5% in 1994.
- The number of clients from the general population decreased in 1994, whereas the number of those from 5-14 year- old group increased.
- Huai Kae Health Center received fewer clients than did Bua Yai Health Center. The number of clients increased at Huai Kae Health Center from 1993 to 1994.

6.3 Dental health status and KAP Study

- DMFT of deciduous teeth of the 3 year old group decreased from 6.57 to 3.44 teeth per person
- DMFT of permanent teeth of the 12 year old group increased from 0.57 to 1.18 per person.

The children in this age group received more filling services: 0.09 to 0.31 teeth per person on the average. The general population also received more treatment than before.

- The children had increased their general knowledge about dental health care but in some specific areas, the proper beliefs and attitudes decreased. There were no changes in their behaviors in dental

T. Kanagaki Rerm Koysoolco.

health.

- The parents who attended the well baby clinic had more knowledge than they had in the past. They also obtained fluoride for their children more than in the past. Eighty percent of them cleaned their children's mouths, but 26% of them still let the babies keep sucking a milk bottle during the night.

6.4 Levels of satisfaction and opinions

- The community people were satisfied with dental services at health centers.
- Health officers suggested that a dental nurse should be assigned at a large health center that is responsible for several subdistricts.
- The dental nurses felt that the curriculum of the Public Health College should include courses that teach them the skills to work with the community.
- The dental nurses did not want to continue working at health centers.

T. Kanagaj. Renu Koysoko.

Urban Health Project
Summary of Action Research

1. **Purpose**
   To develop a public health service system for deprived groups in slum areas in the Khon Kaen Municipality.

2. **Duration**
   From March 1992 to March 1996

3. **Responsible Organizations**
   -Khon Kaen Provincial Health Office,
   -Social Medicine Department, Khon Kaen Provincial Hospital
   -Department of Environment and Health, Khon Kaen Municipality

4. **Research**

4.1. Situational analysis of the deprived groups in slum areas
4.1.1. Subject: All the people living in the 2 slum areas i.e., Teparak community and Nonnong Wat 2 community.
4.1. 2. Duration: From March 1992 to April 1993
4.1.3. Results of the study:
- The people are poorer than the national average.
- People's general health status is lower than the provincial and the national average.
- The people are less educated than the national average.
- The number of health volunteers is insufficient for the population.
- There is no substantial community organization.
- The people do not use many of the health services of the Khon Kaen Municipal Health Center.
- The people tend to buy medicine from pharmacies or go to private clinics instead of going to public health facilities in spite of their poverty.

4.2. Analysis of the Municipal Health Center
4.2.1. Subject: All the health staff in the Municipal Health Center
4.2.2. Material: The Municipal Health Center Facility
4.2.3. Duration: From 1993 to 1994
4.2.4. Results of the study:
- The role of Khon Kaen Municipal Health Center is not well recognized by the population and the number of patients that visit the center is rather small.
- The number of health staff is not enough for the population of the Municipality.
- Most of the equipment in the Center is too old and some necessary equipment is not available.
- Crucial staff-types, for instance medical doctors, have not been allocated regularly, causing a problem with continuing service and standard of medical care.
- The working hours of the health staff is occupied with many administrative duties, so they cannot dedicate their time to performing health services.
- Lack of authority among health-staff, compared to other departments within the municipality.

5. Action

5.1 Action for Development of Organization within the Communities.

- Two community health centers were established in the slum areas.
- A water bank was founded in each community.
- A day care center was founded in each community.
- A revolving fund was started in each community.
- The number of health volunteers was increased and they were trained.
- The community organizations started to have regular meetings.
- The health staff of the Khon Kaen Municipality and Khon Kaen Hospital have started to provide health services at established community health centers once a week.
- Expansion of health services performed by community organizations and health officers.

5.2 Action for Improvement of the Urban Health Administration System

- The Urban Health Committee, which consists of the Provincial Health Office, Khon Kaen Hospital, and the Khon Kaen Municipality has been enhanced and has started to have regular meetings.
- The Information Center has been established in Khon Kaen Hospital and has started supplying information to the Urban Health Committee.
- Monthly supervision has been started to supervise the works of each organization concerned.
- Other health related organizations, such as Khon Kaen University, NGO's, and UNICEF, have easier access to the Khon Kaen Municipality and Slum Communities.

5.3 Action for Improvement of the Municipal Health Center's Health Services.

- Khon Kaen Municipality and Khon Kaen Hospital appointed some medical staff to give medical services in Community Health Centers once a week.
- The center requested the necessary equipment from the authorities and from JICA, and obtained it.
- The municipality registered 32 communities and started Mobile Clinic Services.
- Khon Kaen Hospital adopted a certain number of communities in order to carry out health and community development activities.
- K.K.Municipal Office established new health centers to reach all target populations in the communities.

6. Evaluation

6.1 Evaluation of Activities for the Development of Organization within Communities

6.1.1 Community participation was evaluated by the following (results are not yet available) :

-Number of the people who came to utilize the community health center's services per month;
-Number of children in both day care centers;
-The results of the Operating Committee's management of the Water Bank in NNW 2 Community.

6.1.2 Evaluation of Community Organizations :

-Coverage of health volunteers and effectiveness of services provided by health volunteers.
-Knowledge & attitude of health volunteers and community committees.

6.2 Evaluation of Activities for Improving the Urban Health Administration System

6.2.1 Structure of the Urban Health Administration System :

-Review reports from monthly meetings of the Urban Health Operating Committee, which consists of PHO, KKH and KKM.
-Assessment of Urban health personnel development activities : seminars, training courses, study trips and further job training.

6.2.2 Urban Health Information System

-Review of meeting reports held by the Urban Health Information Operating committees which runs

J. Kanazawa Renn Koysako.

the Urban Health Information Center in Khon Kaen Hospital.
-Evaluation of the data collection system and the annual report.

6.2.3 Urban Health Management
-Evaluation of certain Urban Health Policies.
-Review of the Urban Health Master Plan produced by representatives from each related organization.
-Monthly supervision of Urban Health Activities by administration officers from PHO, KKH, KKM and a supervision report.

6.3 Evaluation of Activities for the Improvement of the Municipal Health Center's Health Services

6.3.1 Specify certain catchment areas of the health center and evaluate health coverage.

6.3.2 Assess capability of health services provided by the KKM Health Center which received necessary equipment from JICA.

6.3.3 Assessment of patient satisfaction with the KKM health center by
-No. of patients/month
-Surveys

6.4 General Evaluation
-Problems and some experiences in urban health development were discussed among our team members in order to produce Guidelines or a Manual for Urban Health Workers in other areas.

T. Kawazoe, Renn Koisoako.

Trauma Prevention Project
Summary of Action Research

1. Purpose

To develop a system for trauma prevention and control of factors leading to trauma, and improve traumatic care.

2. Duration

From March 1992 to March 1996

3. Responsible Organization

Khon Kaen Regional Hospital

4. Research

4.1. Situational analysis on the traumatic patients in Khon Kaen Hospital (Trauma Registry)

4.1.1. Subject: All traumatic patients received by Khon Kaen Hospital

4.1.2. Duration: From March 1992 to March 1996

4.1.3. Result of the study:

- 58% of the death cases in the hospital are caused by head injury.
- 2.8% of all the traumatic cases in the hospital ended in death.
- 30% of traumatic cases were admitted.
- 33% of traumatic admitted patients were injured in their head.
- 19% of all the traumatic cases were referred from other hospitals.
- 55% of all the admitted patients were traumatic cases.
- 36% of all the traumatic referral cases were referred from out side of K.K.province.
- 75% of traumatic death cases were referral cases.
- 75% of head injury death cases were referral cases.
- 61% of referral cases were injured in their head.
- 55% of all the traumatic cases were caused by traffic accident.
- 80% of all the traumatic death cases were caused by traffic accident.

5. Action

5.1. Trauma Audit for Improvement of Hospital Care.

Duration: April 1st 1994 - December 31st 1995

- All traumatic death cases were reviewed for the cause of death.
- Trauma audit filter was implemented into the process of treatment.
- The traumatic death cases continued to be reviewed after the trauma audit filter was implemented.

5.2. Audit of Inter-Hospital Screening and Referral Criteria.

Duration: April 1st 1994 - December 31st 1995

- All trauma referral were reviewed for problems in the referral process.
- A Referral audit filter was implemented into the process of referral by holding a seminar between the director of the district hospital in Khon Kaen and a referral audit committee.
- The traumatic referral system was again reviewed for the pitfalls.

5.3. Helmet Wearing Campaign

Duration: March 1st 1992 - February 28th 1994

- All the motorcyclists working in the Khon Kaen Provincial Hospital were directed by the hospital to wear a helmet.

5.4 Mapping of Hazardous Locations of Traffic Accidents in the Khon Kaen Municipality

Duration: January 1st 1993 - December 31st 1995

- The traffic accident sites of each patient carried into Khon Kaen Hospital were recorded on a map.

6. Evaluation

6.1 Trauma Audit for Hospital Care Improvement

Preventable death cases have been reduced from 37.8% before the implementation of the trauma audit filter to 35% after the implementation of it.

6.2 Audit of Inter-Hospital Screening and Referral

Most indicators improved after the implementation of referral criteria, as shown in the following table.

Category	General Hospital		District Hospital outside K.K.		District Hospital in K.K.	
	before	after	before	after	before	after
1.Miss Diagnosis	7.1%	7.0%	12.5%	9.0%	6.8%	6.0%
2. Mal Treatment at First Aid	14.3%	12.1%	15.0%	17.2%	8.4%	8.0%
3. Wrong Management	10.7%	13.1%	22.5%	19.5%	16.9%	12.2%
4. Inappropriate Treatment during referral	10.7%	7.4%	15.0%	11.3%	8.5%	7.5%

6.3 Helmet Wearing Campaign

The number of the motorcyclist who wear the helmet has greatly increased.

The percentage of the motorcyclists who wear helmets is as follows :

before the campaign (1992) = 20%
1 year after (1993) = 60%
2 years after (1994) = 95%

6.4 Mapping of Hazardous Locations of Traffic Accidents in the Khon Kaen Municipality

The hazardous locations have been recognized, and these findings were reported to the Provincial Safety Committee. With this report, the Safety Committee made some improvements of the top three hazardous points. As a result of these improvements, the rating of the hazardous points changed as follows:

before the implementation	after the implementation
1. In front of K.K.Hospital	1. Raja Garden cross road
2. MCH Center cross road	2. MCH center cross road
3. Provincial Health Office cross road	3. In front of K.K.Hospital
4. Kaen Inn Hotel cross road	4. Klang Muang road beyond Nong Wang temple
5. Raja Garden cross road	5. In front of Khon Kaen Provincial Stadium

Systems Research on Health Insurance
Summary of Research

1. Purpose

To find out the present situation of health insurance coverage and utilization of medical services by the residents of a rural district.

2. Duration:

From May 1994 to March 1996

3. Responsible organization

- Khon Kaen Provincial Health Office
- Faculty of Public Health, Khon Kaen University

4. Research

4.1 Utilization of medical services and their medical charges at public health facilities by the residents of Chonnabot District.

4.1.1 Subject: Nine health centers in Chonnabot District, Chonnabot Community Hospital, 4 community hospitals located in the districts around Chonnabot, Khon Kaen Regional Hospital, Khon Kaen University Hospital.

4.1.2 Duration: May 1995

4.1 3 Results

- 3,665 outpatient (OPD) visits were made at health centers.
- 3,247 OPD visits were made at hospitals.
- 177 cases were admitted to hospitals.
- OPD utilization rate was estimated to be 2.0 times/person/year.
- Admission rate was estimated to be 0.05 times/person/year.
- The average charge per OPD visit at health centers was 39.3 baht.
- The average charge per OPD visit at hospitals was 107.1 baht.
- The average charge per admission at hospitals was 2,231 baht.
- The Health Card holders made 19.5% of the OPD visits at health centers.(the highest among the medical welfare categories)
- The patients without any medical welfare entitlement or health insurance composed of the highest proportion of the OPD visits at the hospitals, 56.2%.
- The patients without any medical welfare entitlement or health insurance composed of the highest proportion of the admitted cases at the hospitals, 45.8%.
- The average admission charge of the medical welfare for the aged was 4,040.3 baht, the highest of all programs.
- It was estimated that a contribution for a medical insurance program that covers medical services at public health facilities would be 323 baht per person per year if everyone in Chonnabot district joins the program.

4.2 Health insurance coverage, need and willingness to pay for a health insurance program.

4.2.1 Subject: The randomly selected 629 households (2,620 persons) in Chonnabot District.

4.2.2 Duration: From August to September 1995

4.2.3 Results

- The average household income was estimated to be 5,307.7 baht per month.
- 1966 episodes of illness were reported during the 4 weeks before the interview.
- 928 episodes of them resulted in OPD visits at health facilities.

J. Kongsri. Rum Koysoko.

Joint Evaluation Sheet for the Community Health Project

ANNEX 10

	Achievement	Comment
1. Rural Health Project Action Research Proposal	 86 79	Health personnel at various levels are now working together to develop an appropriate model of health service system at district levels through Action Research. Action Research has promoted their self-reliance. Although not supported strongly by quantitative data, the proposals are practical and effective.
2. Dental Health Project Action Research Proposal	 85 88	The participants of this sub-project learned the methodology of Action Research well. Problems caused by the introduction of dental nurses at health centers were clarified and some of them have been already solved through Action Research. The project created a Rural Dental Health Service model, which could be implemented nationwide.
3. Urban Health Project Action Research Proposal	 78 81	Action Research has been performed with good cooperation among three organizations : the Provincial Health Office, the Municipal Office, and the Provincial Hospital. The Regional Training Center for Public Health (RTC) also assisted with the technical research. This sub-project mobilized many people from those organizations and established close relationship among them. However, more statistical data is required to support the feasibility of the proposals.
4. Trauma Prevention Project Action Research Proposal	 93 95	The Trauma Registry has been in operation for years, and is acting as information sources for Action Research. From the Trauma Registration, the participants were able to realize the severity of their problems and started many actions to cope with it. Most of these actions have had clear strategies and successful performances. The project has also published many reports on their actions and these reports were presented in many meetings and seminars.. After reporting the results to the government, some of the proposals were taken into national policies. Therefore, it is hoped that the government will consider the feasibility of these new proposals.

90-100= excellent, 80-89 = good, 70-79 = fair, 60-69 = enough, 59- = poor

	Achievement	Comment
5.Health Insurance System Research Research Proposal	 80 80	Research was conducted in collaboration with the Provincial Health Office, the District Health Office, and Khon Kaen University. The participants were able to learn from each other in the process of research. Research was conducted objectively. The proposals from this project are practical and could be easily accepted by the Ministry.
6.Human Resource Development Middle Level Manpower Training Through Action Research in each sub-project	 87 78	Middle Level Manpower Training Program has been conducted by the Ministry. Around two hundred public health officers were trained with its unique training methodology which emphasizes practicality. The theories which the trainees learned in the courses were applied to their routine activities. The project's experience in Khon Kaen has been disseminated to other provinces through this training program. Follow-up of the trainees is desirable. Participants of the project have learned the methods of finding problems, planning, implementation and evaluation.
7. Project Management	77	The Provincial Health Office has established a project secretary office and assigned one full time officer to coordinate the project. The counterparts in the provincial level paid good attention and did their responsibilities very well despite that they were busy with routine work.
8. Sustainability of the whole project	86	Most of the activities of the project have been implemented into the routine work of the community health service system. Both sides are confident that the activities will go on.
9. Project as a whole	85	The project has achieved its target satisfactory. The people who carried out Action Research have improved the quality of their work through this project. The project is like a catalyst to activate the performance of health service development.

90-100= excellent, 80-89 = good, 70-79 = fair, 60-69 = enough, 59- = poor

JICA