

タイにおける住民参加によるプライマリヘルスケア

—特に日本の援助による公衆衛生活動—

樂得 康之* 小早川隆敏* 中原 俊隆^{2*}

開発途上国に対する日本の国際保健協力は、衛生環境の改善、熱帯感染症の予防、最新医療機材を備えた病院の設立、医療専門家の派遣等が中心であり、開発途上国における地域住民の自主的参加による PHC 活動がおおなりにされてきたように思える。保健医療の分野ではこの住民による自主的参加を基本とした地域保健活動でなければその効果を十分に挙げることはできない。つまり、日本の高度な最新医療技術の導入は一部の都市住民には福音となるかもしれないが、多くの地域住民はその恩恵を受ける機会が少なく、地方農村部まで広く普及させることは困難である。

タイ国では、住民参加 (Community Participation) による Primary Health Care (PHC) 活動を1985年より開始した。それは以下の3項目を柱とするものであった。

- (1) Village Health Volunteers (VHV) と Village Health Communicators (VHC) の養成および活動
- (2) Health Center の設立および運営
- (3) Drug Cooperative System (DC) の設立および運営

これ以前日本側の PHC 活動として、1976年よりタイ・チャンタブリ県の農村にてタイ・日本・パートナーシップに基づく「タイ地域保健活動向上計画プロジェクト」を開始した。また、1982年より Japan International Cooperation Agency (JICA) による第三国研修が実施されるようになった。

このタイと日本の両政府の協力のもとで実施したタイ農村における PHC 活動が10年の歳月を経た現在、これまでの反省等を踏まえた上で、今後の PHC 活動がどうあるべきかを再考すべき時ではないかと思われる。

Key words : 住民参加, プライマリヘルスケア, 地域住民保健部隊, タイ地域保健活動向上計画プロジェクト, 第三国研修

I はじめに

タイ国はインドシナ半島の中央に位置し、国土は51万4000 km²、日本の約1.4倍の広さを持ち、熱帯性気候に属しており、暑季 (3月~5月)、雨季 (6月~10月)、涼季 (11月~2月) の3シーズンがある。国土はその地形的および、社会的区分の上からは、中央部、北部、東北部、南部の4エリアに分けられ、行政上は75の県とバンコク特別行政区に分けられている。人口は5,872万人 (1994年)、高齢化率5.0% (1994年)、合計特殊出生率1.85 (1991年) で^{1,2)}多くの民族からなり、そのうちの800万人が首都バンコクに集中してい

ると推定されている。また国民の94%は仏教徒である。政体はラマ9世国王 (プミポン・アデウラヤデート国王) を元首とする立憲君主制の中央集権国家で、1府13省1庁よりなり、内務省の管轄下に地方自治体が置かれ [Province→District→Sub-District (Tambon)→Village] の行政区分となっている³⁾ (図1)。

II Primary Health Care (PHC)

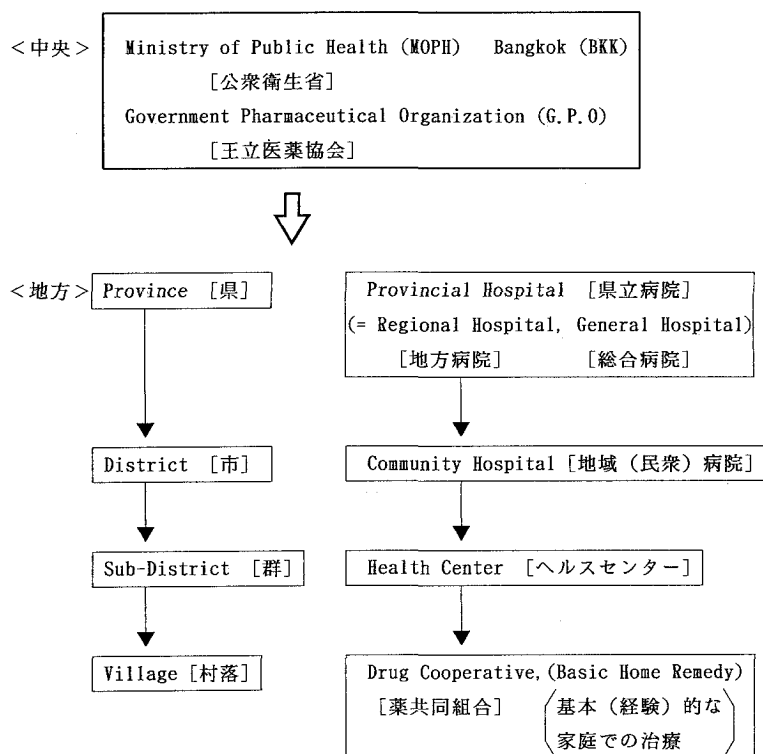
1. WHO における PHC の基本的概念

PHC とは、1978年に WHO と UNICEF が「西暦2000年までにすべての人に健康を」という世界目標を定め、これを遂行する方法として掲げたものである。PHC はアルマ・アタ宣言以来優先度第一に位置づけられ、地域の主要な保健医療衛生分野の体制の実現と、健康水準の維持向上を目指している⁴⁾。その基本概念は、PHC を社会経済発展の一つの要素として組み込むことであり、か

* 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学教室

^{2*} 京都大学医学部公衆衛生学教室
連絡先: 〒162-0054 東京都新宿区河田町 8-1
東京女子医科大学国際環境・熱帯医学教室
樂得康之

図1 村立薬共同組合の管理体系



つ社会の公平と正義のもとで社会経済発展を進めることである。そのためには中央権限の地方への委譲を図り、住民のイニシアティブと保健活動への積極的参加が重要であるとしている⁵⁾。またHFA2,000の中ではPHCの備えるべき条件として次の要素が提示されている^{6,7)}。

① 近接性 (accessibility)

(i) 地域住民が保健や医療のサービスを受用できる時間的、距離的、経済的条件にどれだけ恵まれているかを示す。つまり、診療所が村に隣接し受診者の自己負担が少なく、受診のための交通手段があること。

(ii) 医療提供者とのコミュニケーションが取りやすいこと。

② 包括的 (comprehensiveness)

(i) 疾病の発生時だけでなく継続的に予防活動を行い、健康増進、早期発見、治療、リハビリテーション等、第一次予防から第三次予防までを含む総合的サービスが提供されること。つまり疾病の治療のみならず、環境要因を改善することによ

り、健康障害の発生を予防したり、疾病を早期に発見し、発症以前に治療したり、疾病からの回復促進のためにリハビリテーションをする活動をも重視することである。

(ii) 全科的医療、全人的医療が施されること。家族計画を含む母子保健サービス、主要な伝染病に対する予防接種、地方流行病の予防と対策、食糧の供給と適正な栄養摂取の推進、安全な水の十分な供給と基本的な環境衛生が整備されることが重要である。

③ 協調性 (coordination)

(i) 医療と福祉の連携、病院と診療所の連携等の協力体制。

(ii) 社会医療資源との連携。

④ 継続性 (continuity)

(i) 退院後の在宅における医療継続、生涯にわたる保健、医療サービスの提供体制。

(ii) チーム医療による医療の継続性の保持。

⑤ 責任性 (accountability)

(i) 社会的、技術的に保健チームとして働き、

地域社会で必要とされるヘルスニーズに応えるために受療者に対する十分な説明がなされ、医療の質の保持とともに経済的にみて適正な医療であること。

(ii) 適切に訓練された保健従事者養成のための医療職への生涯教育を施すこと。

以上の①～⑤の要素を含む PHC の基本的なアプローチは、住民参加、適性技術、地域資源の最大限有効活用、各分野の協調と総合および既存の医療制度との調和をもって施行すべきである。

2. タイ国の PHC

タイ国では「People Participation」のスローガンのもと、PHC 活動が1950年以降行われており、これは WHO の「Community Participation」とほぼ同義語である。タイ国における1950年以降の主な PHC のプロジェクトを列挙する。

- ① Community Health Development Project (1956-1959)
- ② Strengthening of Rural Health Service Project (1963-1967)
- ③ Health Development Project (1964-1969) チェンマイ県
- ④ Health Development Project (1974-1981) ランバン県
- ⑤ Drug Cooperative System Project (1978-1980) メーホーソン県

このうち、特に③は現在の PHC の原型となり、住民参加が地域医療の不可欠な要因であることを明確にし、④は Village Health Volunteers (以下 VHV)、Village Health Communicators (以下 VHC) の重要性を初めて位置付けたプロジェクトであった。歴史的にみると、「VHV、VHC の存在」および「Drug Cooperative System in Village」(村立薬共同組合)は特徴的な PHC 活動であったと言える。また、JICA (国際協力事業団)による「タイ地域保健活動向上プロジェクト (1976-1984)」⁸⁾は、タイ国の PHC 活動に大きく貢献したプロジェクトであった。

Ⅲ Village Health Volunteers (VHV) と Village Health Communicators (VHC)

公衆衛生を担当する地方機関としては、各県に県保健事務所が設置され、この下に郡保健事務所、そして準郡の保健所が設置されている。保健

所は初期医療を担う機関として全国で約9,000ヵ所が設置されており、5,000～10,000人の住民を管轄している。ここでは簡単な外来診療や予防対策が行われている。保健所には医師はおらず、看護婦、助産婦等が勤務している。また、これとは別に VHV や VHC というボランティアが養成されており、地域住民への家族計画の普及や健康教育等の初期医療を行っている。これらのボランティアの養成、監督などは保健所において行われているが、近年、これらのボランティアの活動拠点として地域の初期医療センターともいべき PHC ステーションが設置されている¹⁾。PHC ステーションとは村の保健ボランティアが寄り集まる場所で、血圧計、尿検査テープ、必須医薬品等を備え、村人に簡単な医療サービスを提供するとともに、健康教育活動や情報発信地となることが期待されていた。

1970年代のタイ国における PHC 活動は VHV と VHC の養成であった。これらは同国における最初の地域住民保健部隊 (保健ボランティア) として位置付けられ、これよりさまざまな PHC 実践活動が展開されるようになった。VHV は原則的に一村一人制で、保健ボランティアリーダーとしての活動を期待されている。主な仕事は政府の行政末端機関である地域の Health Center のスタッフに協力し、

- ① 予防接種
- ② 小児の身長、体重測定
- ③ 住民への公衆衛生教育
- ④ 便所や水瓶作り
- ⑤ 村立薬共同組合

の中心的役割を果たすことである。つまり VHV は PHC の確立に不可欠な必須医薬品の供給と住民参加を喚起するためのタイ独自の制度であるといえる。

一方、VHC の主な任務は地域と Health Center との連絡である。つまり VHV、VHC は PHC 活動の近接性を高め、地域格差にかかわらず、安心して保健・医療サービスが利用できる公正さの確保が優先的な課題となる。こうした開発途上国の全体的な保健システムの近接性実現のため、地域と行政組織の橋渡しとして働く保健ボランティア (VHV、VHC) が望まれた。このように VHV と VHC は、大きな期待のもとに導入さ

れたが、第7次国家保健開発機構(1992~1996)のレビュー以降、次の問題点が指摘された。

①VHV, VHCの選出はHealth Centerと村委員会の意向で決定され、採用基準が明確でなく、地域住民の投票等によるものでない。

②保健ボランティアの行動は常にHealth Centerに管理され、左右され、地域住民の意見はHealth Centerにより統制されている。

③タイ政府からはHealth Centerの決定事項以外の予算は下りず、保健ボランティアは時間的拘束と自費を必要とされることが多い。特に農村地域では農繁期は農作業に忙しく、農閑期はバンコクへの出稼ぎに行く等の問題があり、継続的なPHC活動が困難である。

これらの問題点により、VHV, VHC制度は凍結され現在に至っている。つまり、保健ボランティア(VHV, VHC)は大多数が農民であり、農繁期、農閑期を通して、直接自身の現金収入に結び付かないボランティアの仕事に貴重な時間を割くことは、極めて困難である。保健ボランティア活動では奉仕した時間に対しての現金報酬という形はとらない。しかし、ボランティア時間中は本人にとっての通常の経済的生産活動(会社勤務、農業、出稼ぎ)を中断する必要が生じる。そこで無償のボランティア活動に費やした時間を生産活動に振り向けた場合の稼ぎに換算して損失(Loss)とする考え方、Opportunity Costが保健ボランティアの間に次第に広まった。このことが脱落の大きな原因となり、仕事に対する情熱と集中力を欠如させる結果となった。さらに、Health Centerの職員と保健ボランティアの人間関係も重要な原因である。地域に根差しき細かい対応を求められるHealth Centerの人間が思いやりがなく、傲慢で仕事に怠慢な場合、保健ボランティアからの信頼がなくなり、それに伴い住民からの支持が得られなくなる。このため住民が他のTambonのHealth Centerに通うという事態も生じ、PHC活動における地域住民参加の意義が薄れた。このように地域に根差したVHV, VHCの基盤作成には多くの保健行政の関連組織を巻き込んで調整する必要があり、タイ国のように縦割り行政の強い国ではその過程において多大なる困難を伴うものと予想される。

IV Drug Cooperative System in Village(村立薬共同組合)

1978年にメーホーンソン県で最初のDrug Cooperative System(以下DC)が開始されたが、1980年代には飛躍的な発展を遂げた。もちろんこのDCはタイ政府の指導による設立であり、地域住民が自主的に設立したものではない。DCの設立にあたり、その基本的概念として示されたものは以下の通りである⁹⁾。

- ①保健省の代理者として地方自治体、地域リーダーおよび村による住民参加
- ②薬の配給と管理のための村薬委員会の設立
- ③共同組合の出資者の募集
- ④毎日営業
- ⑤地方の保健行政局の監督の下に設立

またDCの管理体系は図1のように、また、タイ国における薬の供給体系は図2のように形成されており、村レベルでのBasic Home RemedyがDCの基盤となっている。しかしこのDCの顛末として以下のことがあった。

①マスメディア(TV, ラジオ等)を媒介とする商品流通の浸透により、住民はDCより市販薬を選択するようになった。

②地域住民の半数以上がDCの株(一株10バーツ、約48円、為替相場は1997年3月現在)を購入し、基金を募る住民参加形式であったが、VHVの薬品管理および会計管理が杜撰であった。

③VHVの基金使い込み、掛売り金の未回収等の問題が生じ、地域住民がDC管理者であるVHVに不信感を抱く結果となった。

このような状況の中で、VHV, VHCが凍結され、DCは倒産、廃業の憂き目を見、バンコクの民間薬局の支店に駆逐される結果となった。すなわちDCの地域住民の自主管理型マネジメントには、自立性の促進、運営の柔軟性が確保されるという利点はあったものの統一性を欠くものである。医薬品回転資金システム(Revolving Drug Fund: RDF)の目的が不明瞭、モニタリングが困難、財政的責任の所在が不明確、非専門家による処方管理、不適切な処方による副作用等に関しては、今後の検討すべき課題である。また、RDFが途上国の農村部という最も教育が普及し

図2 タイ国における薬の供給体系



*: 医師, 薬剤師の処方箋なしに一般住民が自身の経験や親・兄弟などの体験に基づき服用または自己治療をする。

ていない地域での住民活動であり, 信用売りなどの地域の社会・文化的背景に強く根差したものは短期的な解決策は期待できない。VHV, VHCを中心とする地域住民側から「問題の提言・解決と将来計画」が主体的, 自発的に実行されることが必要であるが, RDFの運営上の諸問題を住民独自で解決する必要な能力を未だ地域住民は十分に備えているとは思えない。つまりRDFはその運営理論自体は単純であるが, 途上国の地域住民には普遍的な効率よく持続性の高い運営は容易ではない。しかし, 1980年代半ばには18,000のDCが設立されたことにより, 必須医薬品が地方へ普及したという点は成功したと評価に値する。

V 日本の援助による公衆衛生およびPHC活動

1. タイ地域保健活動向上計画プロジェクト

タイ地域保健活動向上計画プロジェクトは1976年4月より1984年3月までの8年に渡り, チャンタブリ県において展開された。同プロジェクトに派遣された我が国の専門家は30人でその内訳は①チーム・リーダー②副チームリーダー③衛生検査専門家④細菌学専門家⑤寄生虫学専門家⑥疫学専門家⑦ウイルス学専門家⑧衛生昆虫学専門家⑨食品科学専門家⑩他の必要関連分野の専門家⑪調整員である。また, 供与機材総額は4億円を超え, 来日したタイ国研究者も42人と大型のプロジェクトであった。しかもJICAとして最初に取り組ん

だ「公衆衛生」プロジェクトでもあった⁸⁾。すなわち, このプロジェクトの目標は従来の研究型プロジェクトではなく, 実際の地域保健活動に注目した「公衆衛生, 特にPHC活動を核とする総合プロジェクト」であった。換言すれば, 「HFA2000の中で示されたPHC活動の備えるべき条件①近接性②包括性③協調性④継続性⑤責任制を具体的にタイの地域住民の参加という形を取り, 予防医学の普及が臨床医学の強化につながる」ということを明確にし, 住民参加の地域保健活動を重視したものであった。具体的には以下の五つの基本的理念が目標とされた。①チャンタブリの検査室 (Provincial Health Laboratory: PHL) および地区検査室 (Side Room Laboratory: SRL) の強化②本計画に関連ある医科学局 (Department of Medical Science: DMS) 諸課, 地方検査室 (Regional Health Laboratory: RHL) の機能強化③疫学的サーベイランス体制の強化④教育訓練⑤オペレーショナル・リサーチ等である。

タイ国は, 形式的な縦割り行政組織が強く, したがって政府中央機関の影響が強いため, 同プロジェクトの主要拠点は「地域保健活動」の特徴を十分に発揮させる目的で, バンコク行政特別区ではなく, チャンタブリ県に置かれた。同県は, 首都バンコクより東約330 kmに位置し, 東北部においてカンボジアと国境を接し, 南部はタイ湾に海岸線を持つ人口約3万9千人 (1996年現在) の小県で, 経済的にも15位程度で地域保健活動の実

施には最適の県であったと思われる。

同プロジェクトにおけるタイ国側からの反省点は、公衆衛生の進展を計る上で必要不可欠であった寄生虫対策が行われず、また基礎的な統計資料、データの蓄積が少なく、コンピューターを十分に活用することができなかったことがあげられている。しかしながら、同プロジェクトに関する研究、調査報告論文の投稿者が、我が国152人、タイ国354人に上っており、両国の同プロジェクトに懸ける意気込みが感じられた。従来、タイ国の研究者等はその業績を論文として発表することが少なかった。この理由は、主に発表の場が限られていたことであるが、タイ国における、地方のPHC活動に対する関心度が低かったことも大きな理由であろう。同プロジェクトが彼らに自分の業績を取りまとめて発表する機会と場を提供し、またそれにより逆に地方のPHC活動に関心を持ったということは否めない。またタイ国の保健ボランティアスタッフが自主的に投稿した論文も多かった。このプロジェクトの総合的な評価会議は1984年2月29日にバンコクの医科学局(DMS)においてタイ国の学識経験者、タイ・日のプロジェクト委員会のメンバー、日本の国内委員らにより開催された。目標とする①～⑤の達成度をそれぞれ個別に五段階評価により判定し、すべての項目で平均4.0以上(Fairly Well)の評価を得、日本の協力がタイのPHC活動の促進に結び付いたことがタイ・日両国で確認された。

8年間という長期間、タイ・日両国の関係機関の協力のもとにチャンタブリ県を拠点に、PHC活動の展開を目的とした公衆衛生関連の大型プロジェクトが展開されたことは特筆に値するのではあるまいか。

2. 「プライマリヘルスケア」に関する研修

マヒドン大学のアセアン保健開発研究所(AIHD)では、「プライマリヘルスケア」という研修プログラムが実施されている。この研修はJICAとDTEC(タイ国技術経済協力局)が協力して毎年開催されているものであり、その会場となるAIHDは1982年に日本の無償資金協力により設置されたものである。この研修は、JICAにより第三国研修と位置づけられているが、第三国研修とは開発途上国が別の開発途上国から研修員を受け入れるにあたり、先進国がその研修に必要

な経費等を負担する技術協力のシステムのことで、先進国と受入れ側の開発途上国とで経費と人材とを分けて負担するのが特徴である¹⁰⁾。

このようにタイと日本はPHCの活動で友好関係にあり、1994年8月には「タイ・日本 パートナーシップ・プログラム」¹¹⁾が締結され、「第8次国際経済社会開発5カ年計画(1996年10月～)」によるPHC活動が我が国の援助のもとに展開されている。また両国は以下の点で合意に達している。

①教育、エイズを中心とする社会センター支援＝「第8次国際経済社会開発5カ年計画」の核となる「人間中心の開発」の推進。

②環境保全＝環境保全を優先し、円借款、開発調査を通じた協力。

③地方・農村開発＝地方・農村のインフラ整備および地域振興。

④経済基盤整備＝経済インフラ整備のための人材育成および輸出振興。

⑤地域協力支援＝「タイ・日本 パートナーシップ・プログラム」に基づくインドシナ周辺諸国開発支援の協力。

VI 考 察

タイ国におけるPHC活動が10年を経た現在、開発途上国に共通する保健医療行政問題を今一度、再考する必要がある。開発途上国は疾病の種類、患者数が多いのにもかかわらず、保健医療従事者数も不十分で医療設備も乏しい。しかも医療制度の極端な都市部への偏在、手薄な保健行政という問題を抱えている。このような状況では、先進国の高度な近代医療制度がそのまま地域に受容されることは困難である。地域独自の文化・習慣が無視されることなく、住民がその代表者であるVHV、VHCと協力し、自助努力によりHealth Centerと密接に結び付けるような協力体制作りがPHC活動には必要である。

また、タイ国におけるPHC活動の一端であるDCは開発途上国の保健行政の中で地域ファイナンスの代表的手法として注目され、後に近隣のラオス共和国の手本ともされたが、より高いレベルでの医薬品配布の持続的供給と効率的流通システムを確立すべきである。

日本が今日まで行ってきた協力は主に衛生環境

改善, 感染症の予防, 近代病院の増設, 医療機器の提供, 医療専門家の派遣という Primary Medical Care (PMC) であった。

しかし, 開発途上国の医療, 保健行政問題の解決策として, 地域にすでに取り入れられている先進国の医療体制を廃止し, 新たに人材や保健行政の予算の大幅な増加を認めることは困難である。このようなジレンマを抱える開発途上国の PHC 活動に最も期待されるのは, その国の文化・歴史を尊重し, 自助努力を促し, 地域独自の住民による自発性, 主体性を向上させる土台作りである。

VII おわりに

タイ国は国際機関 (WHO, UNICEF, ADB) の援助をはじめとして日本, 米国, シンガポール, 台湾, ドイツ, 英国などによる外資導入, ASEAN 諸国との協調等, 自助努力により経済中心の工業化政策を推し進め, めざましい経済成長を続けてきた。しかし経済発展を達成する一方で, タイ国内では首都バンコクと地方との地域格差の拡大, 急速な都市化や工業化に伴う大気汚染, 交通渋滞等の生活環境の悪化等の様々な課題に直面している。ことに, タイ国内各地から人はもちろんのこと, あらゆるすべてのものが, 首都バンコクに集中し過ぎた結果, バンコク行政特別区以外の県には, 開発の遅れた貧しい地域が広がる。豊かさを求めて都会へと出稼ぎに行き, かの地でエイズに感染した人々が故郷に帰り, 二次感染を引き起こす。エイズ問題は地域住民の貧困問題と密接な関係があると言える。このようにエイズ問題に関しても, 今後タイ国では予防医学としての PHC と密接に関連した PMC の積極的推進が望まれる。また, 一方では, タイ国では一層の地域住民参加の PHC 活動が必要とされる。残念ながら, タイ独自の VHV, VHC, DC は実質的には凍結し, 満足のいく結果にはならなかった。しかし近年, 同国はラオス, カンボジア, ベトナム, ミャンマー等のインドシナ諸国との協力関係を強化し, この反省のもと, さらなる PHC 活動を展開しようとしている。我が国はタイ国の PHC 活動強化のため AIHD の支援や「タイ・日パートナーシップ・プログラム」を通じて, タイ

・日協調によりインドシナ諸国でも地域住民重視の PHC 活動が実施されるように尽力している。今後ますます予防医学を重視した PHC 活動になると思われるが, 同国の PHC 活動が他の開発途上国の指針となることを期待したい。

この稿を終えるにあたり, タイ国王立マヒドン大学に留学の機会を与えて下さった東京女子医科大学国際環境熱帯医学教室小早川隆敏教授, 貴重な資料を快く提供して下さいました。シェア (国際保健協力市民の会) 代表の本田徹, 沢田貴志両先生, バンコクで終始助言, 激励下さったマヒドン大学公衆衛生学部オラッサ・スティンクル助教授および筑波大学社会医学系助手の田中政宏先生に深謝致します。

(受付 '97. 7. 29)
(採用 '98. 4. 13)

文 献

- 1) 厚生省. 厚生白書 (平成9年版) タイ. 東京: ぎょうせい, 1997; 283-285.
- 2) National Statistical Office (Thailand). Statistical Year Book. Thailand 1994; 31-39.
- 3) ソムアツ・ウオンコムトオン, 小林基弘. プライマリヘルスケアは開発途上国の「医療革新」となるか (PHC の実践活動). 公衆衛生 1986; 50 66-71.
- 4) 小早川隆敏. 我が国の二国間・多国間医療協力の現状と課題. 東大医大誌 1996; 66: 172-180.
- 5) 梅内拓生. 国際保健協力. 日本公衛誌 1996; 43: 263-266.
- 6) 甲斐一郎. 包括的保健・医療. 田中平三, 編. 公衆衛生学. 東京: 南江堂, 1996; 13-14.
- 7) 佐藤 勲. 健康戦略. 厚生省大臣官房国際課監修. WHOと地球'95. 東京: メジカルフレンド社, 1995; 30-33.
- 8) 長谷川恩. 公衆衛生プロジェクトの選択と形成における問題点. 国際協力研究 1985; Vol. 1. No. 2: 69-82.
- 9) Romsai Klasoontorn. The Use of the Drug Cooperation as a Focal Point for Community Participation in the Delivery of Primary Health Care in Thailand. Journal of Public Health (Thailand) 1996; 39-52.
- 10) 和田 巖. 第三国研修—経営診断コース—. 国際協力研究 1992; Vol. 8. No. 2: 73-83.
- 11) 外務省経済協力局調査計画課. 転換期を迎えたタイへの経済協力 国際プラザニュース & データ. 1996; 4. vol. 22: 6.

PRIMARY HEALTH CARE IN THAILAND WITH COMMUNITY PARTICIPATION SPECIAL REFERENCE TO JAPANESE ASSISTANCE

Yasuyuki RAKUE*, Takatoshi KOBAYAKAWA*, Toshitaka NAKAHARA^{2*}

Key words: Community participation, Primary health care, Local inhabitant health unit, Thailand local health activities improvement project, The third country training

The international health cooperation of Japan for developing countries has been mostly concentrated on matters such as improvement of hygienic environment, prevention of tropical infectious diseases, establishment of hospitals with modern medical instruments and devices, and dispatch of medical experts. PHC (Primary Health Care) activities based on voluntary participation of local inhabitants in developing countries have been largely neglected. In the field of health and medical care, sufficient effect may not be achieved unless the local health activity is based on voluntary participation of the inhabitants. The introduction of highly advanced modern medical techniques may be beneficial to some of the inhabitants, while most of the local inhabitants may not have the chance to receive such benefits, and additionally it is difficult to propagate modern medical care and technique widely to rural areas in Thailand.

In Thailand, PHC activity based on community participation was started in 1985, with the following three items as main themes:

- (1) Training of Village Health Volunteers (VHV) and Village Health Communicators (VHC), and development of their activities.
- (2) Establishment and operation of Health Centers.
- (3) Establishment and operation of Drug Cooperative System (DC).

Earlier, as one of PHC activities developed by Japan, "Thailand Local Health Activity Improvement Project" based on the program of Thailand—Japan Partnership was initiated in 1976 in rural areas of Chanthaburi Prefecture. From 1982, third country training programs have been carried out by Japan International Cooperation Agency (JICA).

Since 10 years have elapsed the initiation of PHC activity in rural areas in Thailand under the cooperation of the Governments of Thailand and Japan, it seems to be time to reconsider and study again how PHC activity should be developed in future based on candid evaluation of achievements and results.

* Department of International Affairs and Tropical Medicine, Tokyo Women's Medical College

^{2*} Department of Public Health, Kyoto University Medical School