

タイ王国
コミュニティにおける
高齢者向け保健医療・福祉サービスの
統合型モデル形成プロジェクト
事前評価調査報告書

平成 19 年 9 月
(2007 年)

独立行政法人国際協力機構
タイ事務所

タイ事

JR

07-006

タイ王国
コミュニティにおける
高齢者向け保健医療・福祉サービスの
統合型モデル形成プロジェクト
事前評価調査報告書

平成 19 年 9 月
(2007 年)

独立行政法人国際協力機構
タイ事務所

序 文

日本政府はタイ王国の要請に基づき、同国の高齢化問題の解決支援を目的とする技術協力プロジェクトを実施することを決定し、独立行政法人国際協力機構がこのプロジェクトを実施することといたしました。

当機構では本格的な協力に先立ち、本件プロジェクトを円滑かつ効果的に進めるため、平成19年6月17日から平成19年6月30日までの14日間にわたり事前評価調査団を派遣し調査を実施いたしました。

調査団は本件の背景を確認するとともに、引き続き実施を予定しているプロジェクトに資するためのものです。

終わりに、調査にご協力とご支援いただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成19年9月

独立行政法人国際協力機構

タイ事務所長 小野田 勝次



19/06/2007 13:28

関係者を集めたワークショップ1



19/06/2007 11:03

ワークショップ2



19/06/2007 11:26

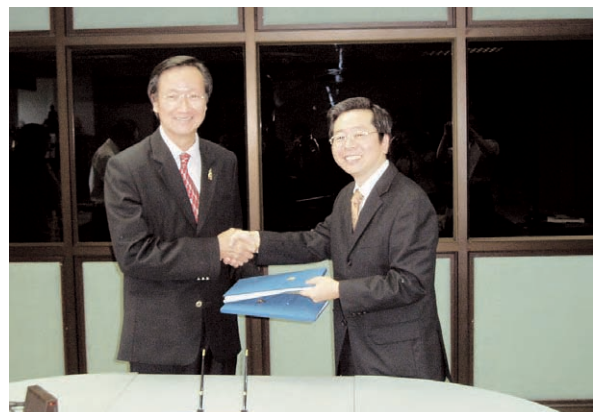
ワークショップ3



保健省、社会開発・人間の安全保障省との
協力内容協議



ミニッツサイン



ミニッツ締結



Map No. 3853 Rev. 1 UNITED NATIONS
January 2004

Department of Peacekeeping Operations
Cartographic Section

略語一覧

HCOP	Voluntary Home Care-givers for Older Persons	高齢者福祉ボランティア
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
M/M	Minutes of Meeting	会議議事録
MOPH	Ministry of Public Health	保健省
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security	社会開発・人間の安全保障省
NCE	The National Commission on the Elderly	国家高齢者対策委員会
NESDB	National Economic and Social Development Board	国家経済社会開発庁
PCU	Primary Care Unit	プライマリー・ケア・ユニット
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operation	活動計画
R/D	Record of Discussion	討議議事録
TICA	Thailand International Development Cooperation Agency	タイ国際開発協力庁

事業事前評価表

1. 案件名

タイ王国「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成」プロジェクト

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標と成果の概要

本プロジェクトは、タンボン¹において、高齢者対象の保健医療・福祉サービスを統合して提供するための標準的なモデルを構築し、同モデルの全国での活用に向けた提案を行うことを目標としている。具体的には、パイロットサイトとして特徴の異なる4県（コンケン、チェンライ、ノンタブリ、スラタニ）の中で対象となるタンボン（以下、対象地域とする）を1カ所ずつ選定し、コミュニティ²による高齢者への保健医療および福祉サービス提供のモデルを構築し、全国での活用・普及に向けて発信をする。プロジェクトの成果として、①各種関係機関が参画して上記統合サービスの提供における計画策定を行う枠組みの構築、②サービスの枠組みと内容を適切に検討するための地方自治体の技術・財政能力、保健医療・福祉サービス提供者、高齢者のサービスに対するニーズ等の状況の把握・分析、③「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル（以下、モデルとする）」の案とその試行結果に基づく改善、④全国的な展開に向けたモデルの策定、⑤関係者の能力向上、がなされる。

なお、モデルとは、高齢者向け保健医療・福祉の統合型サービスに関し、①組織的な枠組み（Structure）、②具体的なサービスの内容（Contents）、③サービスの管理方法（Management）を国家・県・郡・タンボンの各レベルでどのように実施すべきか、また、各レベル間の連携をどのように行うべきかということそれぞれガイドライン（実施要綱）の形にとりまとめたものと想定している。

(2) 協力期間：2007年11月～2011年10月（4年間）

(3) 協力総額（日本側）：約1.9億円

(4) 協力相手先機関

保健省（Ministry of Public Health）

社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security）

(5) 国内協力機関

厚生労働省 他

(6) 裨益対象者および規模、等

直接裨益者 中央・地方レベルで高齢者行政に従事する行政官、対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービス従事者（約300人）

間接裨益者 対象地域の高齢者（注：タイにおける高齢者の定義は60歳以上）

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状および問題点

タイ王国（以下、「タイ」と記す）は2005年に「高齢化社会」³の領域に達し、さらには今後25年の間に大幅に高齢者の数が増加すると予測されている。高齢者人口の増加がきわめて速く、1960年に高齢者人口（65歳以上）の総人口に占める割合が2.9%（77万人）であったのが、2000

1 タンボンは複数の村を束ねた行政単位のこと。全国に7,225ある。英語では"sub-district"と呼ばれることも多い。

2 ここで言うコミュニティとはタンボンより末端の地域社会、共同体を指す。

3 国連データによる。定義は「65歳以上の占める割合が7%を超えた社会」。「65歳以上の占める割合が14%を超えた社会」は「高齢社会」と定義されている。

年には6%（530万人）にまで増加し、さらに2030年までにその比率は15%となり、人数は1,100万を超えると予想されている。また、タイ国における高齢化の進行速度は、他国に比べて非常に速いという特徴もある。例えば、高齢者の人口比率が7%から14%に増加する（「高齢社会」化する）のに、フランスでは115年（1865年～1980年）を要し、米国では72年かかると予測されているが、タイ国では2005年から2027年までのわずか22年と予測されている。⁴

このように急速に高齢化が進むタイ国においては、所得水準が十分に向上しないうちに高齢社会に移行するという困難に直面することが想定されており、それは政府による社会保障や福祉事業関連の財源が限られた状況下で「高齢社会」を迎えることを意味する。また、タイ国家経済社会開発庁の推計（2005年）によると、60歳以上の高齢者が総人口に占める比率は約10%であるのに対し、タイ国の貧困層全体の15%（114万人）が高齢者であり、貧困状態にある高齢者の割合が高いと推測される。また、核家族化、労働者の都市への流出等の社会変化により、家庭における高齢者ケアが難しくなっていること、公的施設における高齢者ケア・サービスの提供が限定的でありながら在宅ケアのシステムも発達していないこと等が課題としてあげられる。

なお、事前評価調査時に中央省庁および対象県の関係者（高齢者クラブの代表を含む）の参加を得てワークショップを開催し、コミュニティにおける高齢者対象の保健医療・福祉サービスに関する問題分析を行ったところ、主な問題点として①関係機関の役割が不明確で連携が行われていない、②サービスを統括して主管する部署が不在である、③高齢者が自分自身の権利について理解していない、④高齢者の多くが経済的に困窮している、⑤介護に従事する人材が不足している、⑥保健医療面でのサービスが十分でない、⑦高齢者に関する情報が関係機関間に分散しており共有できていない、ということがあげられ、保健医療および社会福祉の各分野において、サービス内容、実施体制、人材に課題があることが確認された。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

タイ政府は、急速に進む高齢化を社会経済の発展に重大な影響を及ぼす問題として認識しており、高齢化に関する国家計画を打ち出している。具体的には、「高齢化にかかる第1次国家計画（1982～2001）」において家族によるケアを中心に据えた戦略が策定され、「高齢化にかかる第2次国家計画（2002～2021）」では、個人の備えの重要性と、それを支援する家族、コミュニティ、地方行政の責任についてふれ、政府による社会保障制度の充実や体制・人材の整備の方向性について述べられている。さらに、同第2次国家計画で提案された内容を実施するための法的根拠として「高齢者法（Act on Older Persons）」が2004年に施行された。なお、包括的な開発計画である「第10次国家開発計画（2007～2011）」においても、社会開発戦略の一環として、高齢者を含む社会的弱者に対する福祉サービスに関わる記述があり、サービス提供におけるコミュニティの役割の重要性が強調されている。

(3) わが国援助政策との関連、JICA 国別事業実施計画上の位置づけ（プログラムにおける位置づけ）

対タイ経済協力計画において、高齢化は同国の重要な問題として述べられている。また、少子高齢化は、日本においても先行的試みや経験を有しながら解決を見ていない社会問題であり、両国が共に考え、共に取り組む姿勢の意義は高く、社会の成熟化に備えた制度整備および人材育成に対し、協力を行うとしている。

JICA 国別事業実施計画において、重点分野「社会の成熟化に伴う問題への対応」の「社会保障制度設計プログラム」の中に、本案件は位置づけられている。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル（以下、「モデル」とする）が全国での活用に向けて発信される。

4 日本は1970年から1994年にかけての24年。

指標・目標値：

- A. モデルが国家レベルの会合で発表される。
- B. 国家高齢化対策委員会、保健省、社会開発・人間の安全保障省、内務省に対し、モデルの全国普及に向けた提案がなされる。

2) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値モデルが全国で活用される。

指標・目標値：全国各県の15%以上のタンボンでモデルが活用される。

(2) 成果と活動

[成果1] 対象地域において高齢者に対する保健医療・福祉サービスに関係する機関が計画策定に参加する枠組みが構築される。

指標：

- A. Working Committeeの会合が定期的開催される。
- B. Working Committeeに参加する機関の役割と責任が明記されたリストが作成される。
- C. 各対象地域の活動計画がSteering Committeeで承認される。

活動：

- 1-1. 4県においてモデル案試行の対象地域とするタンボン（以下、対象地域とする）をそれぞれ1つずつ選定する。
- 1-2. 各対象地域においてWorking Committeeを設立する。
- 1-3. Working Committeeに参加する関係機関の役割と責任を明確にする。
- 1-4. 各対象地域においてプロジェクト実施のための計画を策定する。

[成果2] 対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービスの状況が分析される。

指標：

- A. 対象地域における分析結果が中央政府に提出される。
- B. 各対象地域より提出された分析結果が中央レベルにおいて包括的に分析され、取りまとめた文書が作成される。

活動：

- 2-1. 高齢者向け保健医療・福祉サービスに関する情報を収集するための質問票/情報収集シートを作成する。
- 2-2. 関係するスタッフに対しオリエンテーションとトレーニングを行う。
- 2-3. 地方自治体の財政的能力を調査する。
- 2-4. 地方自治体の技術的能力を調査する。
- 2-5. 高齢者および保健医療・福祉サービスに関する情報収集の責任を負うべき機関を決定する。
- 2-6. 各対象地域において高齢者に対する保健医療・福祉サービスを提供するリソースとメカニズムを明確にする。
- 2-7. コミュニティにおける情報共有メカニズムを明確にする。
- 2-8. 各対象地域において保健医療・福祉サービスに関する高齢者のニーズを確認する。
- 2-9. 調査結果を分析する。
- 2-10. モデル案の枠組みを設計する。

[成果3] モデル案が策定され、試行される。

指標：モデル案およびその実施結果、評価がJoint Coordinating Committee (JCC) に提出される。

活動：

- 3-1. Community Committeeを設置し、高齢者支援の活動計画を策定する。
- 3-2. 高齢者に対する保健医療・福祉サービスの内容を具体化する。
- 3-3. 関係機関の役割および連携方法、メカニズム、マネジメントに関するガイドラインを策定し、実施する。
- 3-4. 高齢者向け保健医療・福祉サービスを提供するための方法と手順（県と郡レベルの連携を含む）を明確にする。
- 3-5. コミュニティで提供されている保健医療・福祉サービスの評価をコミュニティのメンバーにより実施する。
- 3-6. 高齢者向け保健医療・福祉サービスに関する情報を関連するコミッティ、組織に発信する。
- 3-7. モデル案を対象地域において試行する。
- 3-8. 試行の状況に関するモニタリングを行い、モデル案を改訂する。

[成果4] 最終的なモデルが策定される。

指標：最終モデルがJCCによって承認される。

活動：

- 4-1. モデル案を評価する。(対象地域における成功例、困難や対応策の分析を含む。)
- 4-2. モデルを完成するための会合を外部有識者の参加を得て開催する。
- 4-3. モデルを完成させる。

[成果5] 高齢者対象の保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。

指標：

- A. トレーニング受講者がトレーニングの内容に満足する。
- B. 人材育成ガイドラインが作成される。

活動：

- 5-1. トレーニングの対象となるグループを確定する(地方行政官、サービス提供者、ケア・コーディネーター、Community Committeeのメンバー等)。
- 5-2. 上記グループのトレーニングのニーズを把握する。
- 5-3. 人材育成ガイドラインを策定する。
- 5-4. 上記グループに対するトレーニングを実施する。

[補足] プロジェクトの実施体制

本プロジェクトは効率的な実施のために下記の委員会を立ち上げる。

[Joint Coordinating Committee (JCC)] 中央レベル

プロジェクトの活動計画を承認し、進捗や成果を確認するとともに、プロジェクトの実施に関する重要な事項について協議するべく会合を年2回以上開催することとする。参加者：保健省、社会開発・人間の安全保障省、国家経済社会開発評議会、タイ国際開発庁、4県の代表、JICA。

[Steering Committee] 中央レベル

プロジェクトの進捗をモニターし、Working Committeeに対する助言を行うべく3か月ごとに開催する。タイ側からは、保健省、社会開発・人間の安全保障省の関係部局、対象4県の代表から構成される見込みであるが、具体的な構成員はプロジェクト開始までにタイ側で検討する。

[Provincial Committees] 県レベル

対象4県のそれぞれにおいて設置される県レベルの委員会。役割や会合頻度、構成については、プロジェクト開始までにタイ側で検討する予定。本プロジェクトのモデル試行はタンボンのレベルで行われるが、県や郡レベルの関係機関との連携が重要になることから、各県ごとに委員会を設置し、県の機関の協力を得る体制を整備することとなった。

[Working Committees] タンボン・レベル

モデル試行の対象となるタンボン(プロジェクト開始後に選定予定)において設置される委員会で、行政やサービスの提供に携わる機関および高齢者クラブの代表等が参加することが想定される。具体的な役割や会合頻度、構成については、プロジェクト開始後早い時期に決定する。Working Committeeが中心となり、それぞれの対象タンボンにおける状況の分析やモデル案の内容の検討を行う予定。

[Community Committees] 村レベル

モデル試行の対象タンボンを構成する各村においても別途委員会を設置し、広くステークホルダーを巻き込んで活動を実施したいとの提案がタイ側よりなされた。詳細はプロジェクト開始後に決定する。

(3) 投入(インプット)

1) 日本側(総額 約1.9億円)

- ・長期専門家2名(チーフアドバイザー/高齢者保健医療・福祉、業務調整員)
- ・短期専門家 2~3名/年(高齢者社会福祉、高齢者保健医療、生活習慣病対策、老人病学、統計・調査等)
- ・本邦研修 8~10名×年1回
- ・現地国内研修開催費用(会場費、通訳、講師等)
- ・在外事業強化費
- ・機材供与(専門家の活動に必要な機材)

・ 中間評価調査団

2) タイ国側

- ・ カウンターパートおよび担当スタッフ
- ・ 専門家用の執務室および付帯設備（保健省および社会開発・人間の安全保障省）、会議室等
- ・ タイ職員出張旅費
- ・ 現地国内研修出席者旅費（交通費・日当・宿泊費）
- ・ 上記ファシリティの維持管理に要する費用
- ・ 他事務経費
- ・ 現地コンサルタント（必要に応じ）

(4) 外部条件

- 1) 活動から成果に至る外部条件
研修参加者がプロジェクトに継続して参加する。
- 2) 成果からプロジェクト目標に至る外部条件
高齢化政策を重視するタイ政府の政策に大きな変更が生じない。
- 3) プロジェクト目標から上位目標に至る外部条件
全国各レベルの関係行政機関でモデルの重要性が認識される。

(5) 前提条件

関係者がプロジェクト実施に合意する。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

- ・ 以下の理由から、本プロジェクトの妥当性は高いと判断される。
- ・ タイ国では高齢化が急速に進んでおり、所得水準の向上、社会保障制度の整備が十分なされないうちに、高齢化率が14%を超える「高齢社会」に移行することが見込まれている。このような状況に対応すべく、政府は「高齢化にかかる国家計画」（1次・2次）を策定し、その実行のための「高齢者法」を施行するとともに、「第10次国家開発計画」においても、高齢者に対する支援の重要性が認識されている。また、タイ政府は「高齢者法」のもと、国家高齢化対策委員会（National Commission on the Elderly）や、高齢者基金を設置するなど、省庁を横断する枠組みを形成した上で高齢化対策を進めようとしており、政策の策定および実施に向けた活動計画や体制作り注力している。
- ・ 対タイ経済協力計画において、高齢化は同国の重要な問題として述べられている。またJICA国別事業実施計画において、重点分野「社会の成熟化に伴う問題への対応」の「社会保障制度設計プログラム」の中に、本案件は位置づけられている。
- ・ 65歳以上の人口比率による高齢化の進行速度（高齢化率が7%から14%に倍加する年数）の国際比較を行うと、欧米先進国に比してタイ国の高齢化はきわめて速く、日本における高齢化のスピードとほぼ同じ速さで進展する。先進諸国の中でも特に急速な高齢化を経験し、これに対処するためにさまざまな対策を講じてきた日本の経験やノウハウはタイにとって参考になると考えられる。具体的には、コミュニティ・ベースの高齢者に対するケア・サービスを重視するタイ国の戦略的方向性は、近年の日本における在宅医療・在宅福祉サービスの重視と健康づくり・介護予防の推進という方向性と軌を一にするものである。また、異なるレベルの関係機関の連携ネットワーク構築という課題については、国と地方の役割分担と連携が明確であり、財政的にも法令や予算に基づき両者が重層的に支えあう日本の仕組みはタイにおける国と地方の関係機関の役割を整理するうえで参考になると考えられる。
- ・ 保健省と社会開発・人間の安全保障省はそれぞれ保健医療分野と福祉分野において高齢化対策の政策・計画立案、公的サービスの供給を所管しており、本プロジェクトの実施機関として適切である。また、本案件の要請時より、両省の連携により本プロジェクトを実施することが想定されており、案件形成の段階から、両省の関係部局参加のもと、案件の内容および実施体制について検討が重ねられた。さらに、事前評価調査時には、両省に加えて、対象県の社会開発・人間の安全保障省事務所、病院、高齢者クラブ等の関係機関が参加して合同ワークショップを実施し、問題分析を参加型で行った。プロジェクトの枠組みは、その結果をふまえて策定

されており、関係機関の問題認識および意向を反映している。

- ・本プロジェクトのモデルサイトとして（コンケーン、チェンライ、スラタニ、ノンタブリ）の4県が選定されたが、プロジェクトで最終的に作成したモデルが全国で普及されるためには、各地域における特色が反映されている必要がある。これらの県は各地域の特色を反映したものであり（社会保障のカバー率が低い、山岳民族（マイノリティ）が多い、イスラム教徒の割合が高い、都市型問題を抱えている等）、またモデルサイトの多様性を確保するように配慮がされている。

(2) 有効性

- ・本プロジェクトの有効性は高いと予測される。
- ・本プロジェクトは、対象県各1カ所のタンボンにおいて、高齢者対象の保健医療・福祉サービスを、関係機関の連携の下で統合的に提供するモデルを構築し、同モデルの全国での活用に向けた提案を行うことを目標としている。この目標達成を測るために設定されている指標として、同モデルの全国での普及に向けた提言が中央省庁のレベルで会合や提案書の形で行われることが明確に示されている。なお、保健省および社会開発・人間の安全保障省は高齢化対策を含む保健医療・福祉分野の政策・計画の策定やサービスの提供を所掌しており、かかる提言を行う適切な立場にある。
- ・本プロジェクトは直接裨益者を中央・地方レベルで高齢者行政に従事する行政官および対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービス従事者と設定し、間接裨益者を対象地域の高齢者と設定している。前者については、関係機関の役割と連携のあり方が明確になる、また優先度の高いターゲット・グループに対してトレーニングが実施されることにより、高齢者対象の保健医療・福祉サービスに関する知識および実施能力の向上が見込まれている。後者については、モデル案の試行により実際にサービスの提供を受けるほか、前者の能力向上により、サービスの質の向上が見込まれる。したがって、本プロジェクトは、直接・間接裨益者に便益をもたらす内容となっている。
- ・本プロジェクトでは、特色の異なる4つの地域から対象タンボンを選定し、それぞれの地域の社会・経済的特徴やリソースの状況をプロジェクトで作成するモデル案に反映させる。同モデル案の試行によりその内容を検証したうえで、コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉の統合型サービスを全国的に展開するうえで基本となる共通モデルや提言を導く。このような方法でモデルの形成を行うことで、地域の状況に適した個別モデルと共通事項を抽出した標準モデルが作成され、プロジェクト対象地域以外で実施する際に標準モデルに併せて参考となる事例や工夫も提示できることが見込まれる。

(3) 効率性

プロジェクトの実施段階において、活動計画の詳細や具体的な投入を確定するため、現段階において効率性の程度を判断することは難しいが、以下の事項に配慮することにより、効率性を高めることができる予測される。

- ・事前評価調査の段階において、モデルの概要（「有効性」に前述）についての認識が中央省庁レベルの関係者間で共有されたが、対象地域における幅広い関係者との認識共有を今後行う必要がある。また、モデルの具体的な構成や精緻さのレベルについては現時点で未定である。さらに、モデル案の策定過程において、関連情報の収集・分析や提供されるべきサービスの内容や実施手順等の検討といった活動が予定されているが、これらの具体的な内容についても、プロジェクト活動を通じて検討することとなっている。本プロジェクトは、これらの事項の検討に関係機関が参画し、協働して活動を実施することでモデルの有効性と自立発展性を高めることを重視していることから、事前評価の段階では各対象地域における活動の詳細を確定しないが、実施段階において、各対象地域のリソースやニーズの分析と並行して、短期専門家の分野や派遣のタイミング、研修の対象者や内容等について検討を行い、適切な投入を行うよう留意する必要がある。
- ・事前評価調査時の協議において、タイ側より、対象地域の調査や調査結果の分析、モデルの内容の検討を行う際には、タイ人のコンサルタントや有識者の参加を得ることとし、その費用はタイ側が負担するとの提案がなされた。個々の対象地域の状況を把握し、タイの社会・経済状況に適したモデルを策定するためには、当該分野に関する知見を有するタイの人的リソースを活用することが効果的かつ効率的であると考えられる。

(4) インパクト

- ・本プロジェクトの実施により、以下のようなインパクトが見込まれる。
- ・タイ側は本モデルを段階的に全国に展開することを計画しており、保健省および社会開発・人間の安全保障省の中で、普及の責任を担う部局が任命され、プロジェクト終了時から目標年次である2014年10月までの3年間で、各県において比較的大きな15%のタンボンでの活用を目指し、以降、他のタンボンへの普及を進める意向である。これらのタンボンが各県における参考事例となり、さらに長期的には、他のタンボンにおいてもモデルが活用され、高齢者対象の保健医療・福祉サービスの質が向上し、より多くの高齢者が受益することが期待される。
- ・モデルの有効性が対象地域において検証されたうえで国家高齢化対策委員会を含む中央の関係省庁に対して提案されることにより、高齢化に関する政策を検討する際にモデルの内容が考慮される可能性があるほか、高齢化対策を課題とする多くの地方自治体に対する参考事例となることも期待される。さらに、現時点において明確でないといわれている高齢者対象の保健医療・福祉サービスの内容や基準、連携体制が整備され、改善につながる可能性がある。

(5) 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は高いと見込まれるが、モデルが本プロジェクトの対象地域以外でも広く活用されるように配慮するなど、自立発展性を高める工夫が必要である。

- ・保健省、社会開発・人間の安全保障省はいずれも各県に事務所を設置しており、モデルの策定および実施にはこれら県レベルの事務所が関わる予定となっている。保健省は現時点でタンボンレベルにおいてもサービスを提供できる機能⁵を有しており、社会開発・人間の安全保障省は、この機能を活用することで、効率的に福祉サービス提供を強化していくことが期待されている。
- ・本プロジェクトでは各対象地域でワーキングコミッティを形成し、高齢化に携わる計画、運営、実施については各地域のコミッティが責任を有するようデザインされている。加えて、対象地域が存在する県レベルではプロビシヤルコミッティ、村⁶レベルではコミュニティコミッティが形成され、それぞれのコミッティが相互に協力する体制が築かれる。これらコミッティの活動はプロジェクト終了後も自らで継続実施することになっており、自立持続性は高いと考えられる。
- ・保健省、社会開発・人間の安全保障省の両省において、高齢化対策に関わる予算が継続的に増加しており、高齢化対策を重視する政策と予算措置には一貫性が見られる。高齢者に対する保健医療サービスの予算は2005年の約92億バーツから2007年には約128億バーツに増加している。また、社会開発・人間の安全保障省の高齢者福祉に関する予算（経常費と事業費の総額）は2003年の8.2百万バーツから2005年には67.7百万バーツ、2007年には85.3百万バーツに伸びており、2008年予算は117百万バーツとなっている。
- ・タイ国では地方分権が進められており、地方自治体に割り当てられる予算や役割が増えつつあるものの、現時点では、地方分権のあり方を模索している段階にある。高齢者に対するサービスを国と地方でどのように分担するかということについては、今後明確にする必要のある課題であるが、地方自治体の財政的・技術的キャパシティが急激に向上することは期待できない。モデル策定の際には、地方自治体の財政基盤に配慮した現実的なモデルを策定し、低コストで実施できる内容を検討するなど、多くの自治体で活用できるようなデザインとすることに留意する必要がある。
- ・策定後のモデルが長期的に全国で活用されるための取り組みとして、保健省、社会開発・人間の安全保障省では、モデル試行対象地域における経験を共有すべく、コミュニティ・郡・県・国のレベルでのワークショップを開催することや他地域からの視察を実施することを計画しているほか、国および地方の各レベルにおける高齢化に関する政策にモデルを反映させていくことを考えている。このように、実施機関ではモデルの全国での活用に向けた取り組みをすでに検討しており、プロジェクトの成果を長期的に活用したいという姿勢が見られる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

- ・タイの高齢者の約15%は貧困層に属すとされており、高齢化と貧困は密接に関係した問題である。事前評価調査時に開催されたワークショップにおいても、経済的に困窮している高齢者が多

5 保健省は各地域でヘルスセンターやPCUと呼ばれる簡易な医療施設を有する。

6 地方行政における最も小さな単位。全国に71,864の村がある。

いという問題が指摘された。コミュニティにおいて提供する高齢者向け保健医療・福祉サービスの内容や方法を検討する際には、経済的に厳しい状況に置かれている高齢者に対し、どのような支援を行うべきか、また、そのような高齢者を誰がどのようにして見つけるのか等の観点からの配慮が必要である。さらに、配偶者に先立たれた女性の高齢者の中には、職や技術を有しておらず、特に困窮しているケースも多いとされており、注意が必要である。

- ・高齢化にともない、身体的機能の低下や各種障害を生じる可能性が高くなり、高齢者の中に占める障害者の割合は人口全体における割合に比して高いことが予測される。視覚や聴覚障害等により、公的サービスに関する情報にアクセスするのが困難な場合や、認知症等により、情報の内容が理解できない場合、さらに、物理的バリアのためにサービス提供施設にアクセスすることが困難な場合等が想定される。保健省と社会開発・人間の安全保障省は、障害者の登録を協力して実施しており、県レベルの病院において診断と登録を行い、その記録が社会開発・人間の安全保障省のデータベースに統合され、地方レベルの行政機関において障害者に対するサービスの提供が行われることとなっている。本プロジェクトにおいても、両省および地方レベルの行政機関のネットワークを活用するとともに、サービスへの情報面、物理面のアクセスを制限する要因を取り除く工夫を行い、障害を有する高齢者が非障害者と同様に便益を受けるように配慮する必要がある。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

高齢者支援に関する協力実績は少なく、少数の集団研修以外には、「チリ国高齢者福祉行政プロジェクト（2004.10～2007.9）」と「中国農村部社会養老保険制度の刷新と管理の規範化に関する研究開発調査（2006～2008）」を実施しているのみである。これら2件の協力事業では、日本の高齢者福祉や年金制度に関する政策や具体的な取り組みについて、それぞれの国にとって参考となると思われる事例の紹介や応用を模索している。いずれの分野も日本において未解決の課題が多く、日本が抱える課題や失敗を共有することも大切であると考えられる。本プロジェクトについても、日本の経験や知識の中から、タイでの取り組みに参考になるものは何であるかを検討するとともに、タイから日本が学ぶ姿勢を持つことも必要であろう。

8. 今後の評価計画

中間評価：プロジェクト中間時期（2009年10月ころを予定時期とする。）

終了時評価：プロジェクト終了時の6カ月前（2011年5月ころを予定時期とする。）

事後評価：プロジェクト終了後3年目（2014～2015年ころを予定時期とする。）

目 次

序 文

写 真

地 図

略語一覧

事業事前評価表

第1章 事前評価調査の概要	1
1-1 調査の背景	1
1-2 調査目的	1
1-3 調査期間	2
1-4 調査団構成	2
1-5 調査日程	2
1-6 主要面談者	3
第2章 協力分野の現状と課題	5
2-1 高齢化の状況	5
(1) 進むタイの高齢化	5
(2) 地方で進む高齢化	6
2-2 高齢化に関する国家政策	6
(1) 1997年憲法	6
(2) 高齢化にかかる第1次国家計画（1982～2001）	6
(3) 「高齢化にかかる第2次国家計画（2002～2021）」	7
(4) 高齢者法 "Act on Older Persons B.E. 2546（2003）", 2004年1月施行	8
(5) 第10次国家開発計画（2007～2011）	8
2-3 高齢化行政の体制と課題	9
(1) 国家高齢者対策委員会	9
(2) 高齢化に関する各省の役割	9
(3) 中央省庁と地方行政・地方自治体との関係	10
(4) 地方分権化の特徴	10
(5) 高齢者に対する保健医療・社会福祉サービスに関する政策、計画	11

2-4	パイロット・プロジェクト対象県 (チェンライ、コンケーン、スラタニ、ノンタブリ) の状況	14
(1)	各県における高齢者に対する保健医療・社会福祉サービスの状況	14
(2)	社会・経済的な各地域の特性と高齢化に関する課題	14
第3章	プロジェクトの基本計画	16
3-1	プロジェクトの方針	16
3-2	アプローチ	16
3-3	プロジェクト期間	16
3-4	裨益者	16
3-5	プロジェクトの実施体制	17
3-6	上位目標	19
3-7	プロジェクト目標	19
3-8	成果、指標、活動	19
3-9	投入	22
(1)	日本側投入	22
(2)	タイ側投入	23
(3)	評価の時期	24
3-10	協力実施の際の留意点	24
(1)	幅広い関係者との協働	24
(2)	国家高齢者対策委員会と本プロジェクトとの関係	24
(3)	地方分権化	24
(4)	貧困、女性、障害に関する配慮	25
第4章	高齢化対策に関する日本の経験・資源の活用	26
4-1	日本の経験・資源の活用	26
4-2	コミュニティによる福祉支援の視座	29
(1)	日本の協力の役割と意義	29
(2)	プロジェクトの特徴と日本の比較優位	29
(3)	プロジェクトの留意点	30
(4)	プロジェクトのモニタリングと評価	31
第5章	団長所感	32

添付資料

1. 要請書	37
2. Minutes of Meetings (M/M)	51
3. PDM (日本語版)	98
4. PO (日本語版)	102
5. 収集資料リスト	106
6. 高齢化にかかる第2次国家計画 (2002～2021)	107

第1章 事前評価調査の概要

1-1 調査の背景

中進国化しつつあるタイ王国（以下、「タイ」と記す）では、社会の成熟化・経済社会全般にわたる成長にともなって発生する新たな開発課題への対応や、発展レベルに相応した人々の健全な生活を構築するための取り組みが必要となっている。特に発展の恩恵を人々が適切に享受するための社会保障制度の設計が求められている。今後のタイへの技術協力においては、同国の着実な発展を遂げるなかで安定した社会を構築するために、社会保障制度分野での協力を積極的に推進していく必要性が認識されている。

なかでも、タイにおいては、わが国が経験した以上の速さで高齢化が進んでいるが、今後増加する高齢者を支える制度的、財政的受け皿および社会保障制度全般の整備が不十分な状況にあり、こうした状況のなか、タイ政府の複数の省庁（国家経済社会開発庁、保健省、社会開発・人間の安全保障省）より、平成18年度および19年度向け要望調査において合計9件の高齢化対策にかかる技術協力がわが国に要請された。

わが国は、外務省の「対タイ経済協力計画」において、少子高齢化や都市への人口流入の進行など、一定の発展段階に達したがゆえの社会構造の変化を反映した「中進国型」問題を取り上げている。同協力計画では、少子高齢化問題のように、わが国においても多くの先行的試みや経験を有していながら、依然として完全には解決をみていないものについて、「共に考え、共に取り組む」ことを対タイ協力の方向性・基本姿勢としている。

こうした状況を踏まえ、タイ政府による経済発展と統合的な社会構築に向けた取り組みを支援するため、「高齢化対策プロジェクト形成調査」（平成18年10月～11月）を実施し、高齢化対策に資する案件形成のための調査・検討を行った結果、タイ政府が重視している3つの戦略的コンセプト、すなわち、

- (1) コミュニティベースの高齢者に対するケアサービス重視、
 - (2) 高齢者の社会活動への参加の促進、
 - (3) セクター間の協力ネットワーク構築（国レベルおよび地方レベル）、
- につながる事業を優先的に実施すべきとの結論に至った。

今回の調査は、これまで具体的な案件の内容および実施体制等が明確でなかったことから、先方政府および関連機関と協議をし、プロジェクトの方向性と内容について合意することを目的とし実施をした。

1-2 調査目的

- (1) 標記プロジェクトの内容および実施体制等についてタイ側関係者と協議を行い、プロジェ

クト・デザイン・マトリックス（PDM）、活動計画（PO）を含む討議議事録（案）（R/D）を添付し、合意事項、今後のスケジュールについて取りまとめた協議議事録（M/M）に署名する。

- (2) 評価5項目の観点（妥当性・有効性・効率性・インパクト・自立発展性）から事前評価を行い、結果を事前評価表にとりまとめる。

1-3 調査期間

平成19年6月17日（日）～6月30日（土）

1-4 調査団構成

担 当	氏 名	所 属
総括／団長	小川 正純	JICAタイ事務所 次長
協力政策	山口 高志	厚生労働省大臣官房国際課 課長補佐
高齢化分析	大泉 啓一郎	(株)日本総合研究所 主任研究員
プログラム計画	合澤 栄美	JICA人間開発部 第二グループ 社会保障チーム
協力企画	木下 真人	JICAタイ事務所 企画調査員

1-5 調査日程

Date	Activities	Stay
17/June/2007 (Sunday)	Leaving Japan for Thailand (TG641)	Bangkok
18/June/2007 (Monday)	Meeting with JICA Thailand Office and EOJ Courtesy call on the Ministry of Public Health	Bangkok
19/June/2007 (Tuesday)	Workshop at Ministry of Public Health	Bangkok
20/June/2007 (Wednesday)	Meeting with the Ministry of Public Health and Ministry of Social Development and Human Security	Bangkok
21/June/2007 (Thursday)	Meeting with the Ministry of Public Health and Ministry of Social Development and Human Security	Bangkok
22/June/2007 (Friday)	Meeting with the Ministry of Public Health and Ministry of Social Development and Human Security	Bangkok
23/June/2007 (Saturday)	Internal Meeting	Bangkok

24/June/2007 (Sunday)	Internal Meeting	Bangkok
25/June/2007 (Monday)	Workshop at the Ministry of Social Development and Human Security	Bangkok
26/June/2007 (Tuesday)	Meeting with Ministry of Labour	Bangkok
27/June/2007 (Wednesday)	Confirmation and revision of the draft M/M	Bangkok
28/June/2007 (Thursday)	Signing the M/M	Bangkok
29/June/2007 (Friday)	Report to TICA Report to JICA Thailand Office Leaving Thailand for Japan (TG642)	
30/June/2007 (Saturday)	Arrive at Narita	

1-6 主要面談者

1. 在タイ日本国大使館

小野 俊樹 一等書記官

中野 響 一等書記官

2. JICAタイ事務所

小野田 勝次 所長

3. 外務省国際開発協力庁 (TICA)

Ms. Somusuan Howe Program officer

4. 保健省

Dr. Narongsakdi Aungkasuvapala Director General, Health Department

Dr. Supakit Siriluck Director of Bureau of Policy and Strategy

Dr. Somsak Patterakukawanich Director, Bureau of Health Promotion

Dr. Chanvit Tharathep Director, Bureau of Health Service System Development

Dr. Manou Vathisunthorn Director, Elderly Health Office

Dr. Nanthasak Dharmmanawatir Director, Institute of Geriatric Medicine

Ms. Rossukon Kangvallert Director, Bureau of Public Health Policy

	Bureau of Policy and Strategy
Ms. Unchalee Katianurak	Public Health Policy, Bureau of Policy and Strategy
5. 社会開発・人間の安全保障省	
Mr. Opas Pimolwitthayakit	Director of Bureau of Empowerment for Older Persons
Ms. Siriwan Aruntippaitune	Social Worker, Bureau of Empowerment for Older Persons
Ms. Jiraporn Arunpoonsab	Social Worker, Bureau of Empowerment for Older Persons
Ms. Suwanee Horiwat	Social Worker, Bureau of Social Welfare Services
Ms. Pattanaporn Thaipiboon	Social Worker, Bureau of Social Welfare Services
6. 労働省	
Ms. Narumon Poonsub	Chief, Employment Insurance Project Office
Ms. Somboon Runghairan	Employment Insurance Project Office
Ms. Pajaree Boonlong	Employment Insurance Project Office
Ms. Dararat Kesontham	Employment Insurance Project Office
Ms. Piengphap Witchyachumnarnkul	Chief, Information and Planning Division
Ms. Typaval Ouvichean	Employment Promotion Division
Ms. Utaiwan Ratanaleela	Employment Promotion Division
Ms. Rachaneephan Pansuwan	Employment Service System Development Division
Ms. Chutarat Chanwikoon	Bureau of Policy and Strategy
7. 国家経済社会開発庁 (NESDB)	
Ms. Oraphan Topaopong	Quality of Life and Social Development Office
Ms. Aungkana Chayviriya	Quality of Life and Social Development Office

第2章 協力分野の現状と課題

2-1 高齢化の状況

(1) 進むタイの高齢化

近年、世界レベルでの出生率低下、平均寿命の伸長により、地球レベルで高齢化（global ageing）が進んでいるが、先進国と開発途上国では高齢化のインパクトの出方が異なると考えられている。一般的に開発途上国では、人材不足、資金不足、制度未整備といった制約要因を抱えており、高齢化対策にはより困難をとまなうと予測されている。

タイ国は2005年に「高齢化社会」の領域に達し¹、さらに今後25年間で大幅に高齢者数が増加すると見込まれている。その増加の速度はきわめて速く、1960年に高齢者人口（65歳以上）の総人口に占める割合が2.9%（77万人）であったのが、2000年には6%（530万人）にまで増加し、さらに2030年までにその比率は15%、人数は1,100万を超えると予測されている。

また、タイにおける高齢化の進行速度は、他国に比べて非常に速いという特徴も有している。例えば、高齢者の人口比率が7%から14%に増加する（「高齢社会」化する）のに、至る期間（倍加年数）を用いることが多いが、フランスでは115年（1865年～1980年）を要し、米国では72年（1941年～2013年）を要する。一方、日本は高齢社会に至るまでに24年しか要しなかったため、世界で最も早く高齢化が進んだ国としてとらえられているが、タイ国は中位推計で22年（2005年～2027年）、低位推計では20年（2005年～2025年）と日本が経験したよりも速く高齢化が進むと予測されている²。

タイの高齢化率（65歳以上の高齢者の人口比率）は2005年時点で7.1%であったが、今後中位推計では2010年に8.0%、2020年には11.2%へ上昇する。この中位推計は合計特殊出生率が1.85で安定的に推移することを前提としたものであるが、タイの出生率はすでに1.8の水準にあり、低下傾向に歯止めがかかっていない。そのため今後も出生率が低下するとすれば、高齢化率は前述よりも高い水準となり、より速いスピードで高齢化が進むと考えられる。

さらに2000年以降年率5%で成長をしたとしても、高齢社会に突入する2027年に予測される1人当たりGDPは15,540米ドルと低く³、タイは所得水準が低いままに高齢社会を迎えることになる。

1 国連データによる。定義は「65歳以上の占める割合が7%を超えた社会」。「65歳以上の占める割合が14%を超えた社会」は「高齢社会」と定義されている。

2 日本は1970年から1994年にかけての24年。

3 日本が高齢社会に突入した1994年の1人当たりGDPは41,963米ドル。

(2) 地方で進む高齢化

また、より注目すべき問題として、高齢化が地方・農村部でより鋭く表れることがあげられる。表2-1はマヒドン大学の人口シミュレーションによるものであるが、バンコク周辺と比較し他地域の高齢化率は高く、今後もこの状況が続く。他方、所得水準でみるとバンコクと他地域の所得格差は大きく、所得水準の低い地方・農村部で生じる高齢化は、今後人間の安全保障の問題に発展する可能性がある。

表2-1 地域別高齢化率推移

(単位：%、パーツ)

	2005	2010	2015	2020	2025	1人当たり GDP
全国	7.0	8.1	9.2	11.3	13.5	114,233
バンコク	5.7	6.4	7.1	9.2	12.0	316,040
中部	7.3	8.0	8.7	9.9	11.8	207,192
北部	8.3	9.5	10.8	14.5	15.9	54,447
東北部	6.4	7.6	9.4	12.0	14.8	34,983
南部	7.1	9.1	9.0	10.0	12.2	84,136

(出所) Mahidol University (2006)

2-2 高齢化に関する国家政策

(1) 1997年憲法

タイでは1990年代に民主化運動が拡大し、この動きを受け制定された1997年憲法では、「人間の尊厳」が重視され、社会的弱者に対する保護のあり方が強調された。高齢者に関しては、「60歳以上で十分な収入がないものは、法律の規定に従い政府の支援を受ける権利を有する」(第54条)と規定されている。また政府側には、第80条で「政府は、高齢者、貧困者、障害者、その他の社会的弱者に対し、生活の質を維持し、自立を促す支援を講じなければならない」と規定している。この憲法の制定は、タイにおいて高齢化への対応が本格化する契機となった。

(2) 高齢化にかかる第1次国家計画(1982～2001)

「高齢化にかかる第1次国家計画」は文字どおり、高齢者に関する初めての長期計画である。1982年に内務省公共福祉局を中心とする「国家高齢者委員会」が設立され、高齢化にかかる第1次国家計画が作成された。この計画の柱は①衛生・健康と栄養の改善、②社会福祉の整備、③職業・所得の安定確保、④文化、教育、精神面のケア、⑤調査の実施を中心とす

るものであった。

(3) 「高齢化にかかる第2次国家計画（2002～2021）」

2001年にチュラロンコン大学のスティチャイ教授を中心に、高齢化に対応する指針の枠組みとして「高齢化にかかる第2次国家計画（2002～2021）」が策定された。同計画は、「高齢者の保障は社会の保障を意味する」とし、高齢化を社会問題として位置づけた。

この第2次計画は以下の5つのSectionからなる実施戦略をあげ、その下に高齢化に関わる事柄を幅広く網羅している。

Section 1： 豊かな高齢者社会への準備

- 高齢期の所得保障（年金への加入と貯蓄の奨励）
- 良い老後を迎えるための啓発
- 高齢者の価値と尊厳を重視する社会意識の醸成

Section 2： 高齢者向け福祉の促進

- 高齢者の病気予防策とセルフケアの普及
- 高齢者を支援する団体の連携強化
- 高齢者の雇用支援
- 高齢者の経験知識を生かしたコミュニティ活動への参加奨励
- マスメディアを活用した高齢者への情報提供
- 高齢者の居住環境の整備

Section 3： 高齢者向け社会保障制度の充実

- 貧しい高齢者に対する社会福祉の充実
- 高齢者向けヘルスケア・システムの質の向上と医療保障制度の活用
- 高齢者の家族との同居の奨励と家族によるケアに対する支援
- 公共施設や交通機関のバリアフリー化と高齢者向け低料金等の設定
- コミュニティをベースとした高齢者ケア・サービスの構築
- 老人医療・介護施設の設置

Section 4： 国家レベルの管理制度と人材の整備

- 高齢化対策に向けての体制づくり
- 高齢者の保健・社会福祉に携わる人材育成

Section 5: 開発戦略・政策のための調査と計画のモニタリング

- 統計整備のための調査研究
- 政策・プログラム開発、サービスの質向上のための調査研究
- モニタリング・評価のための調査研究
- 高齢化に関わるデータベースの構築

(4) 高齢者法 "Act on Older Persons B.E. 2546 (2003)", 2004年1月施行

高齢者法は、「高齢化にかかる第2次国家計画」で提案された内容を実施することを目的としてつくられた。同法の主要な内容は以下のとおりである。

1) 高齢者に関わる事柄に対処する国レベルの仕組み

国家高齢者対策委員会 (2-3.1参照) の設立。社会開発・人間の安全保障省の高齢者エンパワーメント部⁴が事務局。

2) 高齢者基金 (Older Persons' Fund)

3,000万バーツ (2005年), 6,000万バーツ (2006年)。基金は管理委員会 (Older Persons' Fund Management Board) によって管理され、6種類の目的に合致した事柄に支出される⁵。

3) 高齢者が社会福祉サービス、その他の公共施設にアクセスする権利の保障

9省がアクセス確保の担当として指名された⁶。

4) 所得税の控除⁷: 財務省の担当

(5) 第10次国家開発計画 (2007～2011)

第10次国家開発計画 (2007～2011) は国家経済社会開発庁 (National Economic and Social Development Board : NESDB) によって作成された。この第10次国家開発計画の "Article 2: Social Development Strategies" には、高齢者を含む社会的弱者に対する福祉サービスに関わ

4 高齢者エンパワーメント部は福祉振興・弱者保護・エンパワーメント局 (Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups) の下にある。

5 支援の対象となる6種の目的: (1) 高齢者を対象とした教育、宗教、有益な情報、適切な職業や職業訓練、自己啓発、社会活動への参加、ネットワーク作りや団体の結成、(2) 虐待や違法行為の犠牲となった高齢者、放置された高齢者の支援、(3) 高齢者の家業に対するローンの提供、(4) 高齢者に関わる事件や家庭問題解決に関する助言・相談、その他の対応を提供する機関・企業に対する支援、(5) Older Persons' Fundの運営に必要な支出、(6) 高齢者委員会 (NCE) が定めた高齢者の保護やその他の奨励策に対する補助。

6 以下の9省。社会開発・人間の安全保障省、運輸通信省、労働省、観光・スポーツ省、教育省、保健省、文化省、内務省、法務省。

7 所得のない高齢な両親を扶養する者は所得税控除の対象となる。また、高齢者基金に寄付または資産の拠出をした場合は所得税控除の対象となる。

る記述があり、サービスの実施におけるコミュニティの役割の重要性を強調している。

2-3 高齢化行政の体制と課題

(1) 国家高齢者対策委員会

国家高齢者対策委員会（The National Commission on the Elderly：NCE）は前述の「高齢者法」により設立されることとなった。対外的な活動も含め、高齢者に関わる事柄を扱う組織の調整役となるものと高齢者法で規定されている。首相がNCEの議長をつとめる。社会開発・人間の安全保障省の高齢者エンパワーメント部の部長はNCEのメンバーであるとともに事務局長となる。高齢者エンパワーメント部はNCEの事務局であると同時に国全体の高齢者対策をとりまとめる役割も与えられている。

(2) 高齢化に関する各省の役割

高齢化に関わる関係省庁の役割は以下のとおり。

1) NESDB

- ① 国家の経済社会に関わる各種開発計画の立案
- ② 国家開発5カ年計画の作成

2) 社会開発・人間の安全保障省

- ① 高齢化対策を含む、社会福祉政策・計画の作成
- ② 高齢者に対する社会福祉サービスの供給
- ③ 高齢者に関する社会調査と政策に関する調査研究
- ④ 高齢者に関する社会統計の整備と社会福祉に関する情報の普及

3) 保健省

- ① 高齢化対策を含む保健政策・計画の作成
- ② 高齢者に対する保健サービスの供給と健康状況に関する調査の実施
- ③ 高齢者向け保健医療に関する調査研究
- ④ 高齢者に関する保健統計の整備と保健医療に関する情報の普及

4) 労働省

- ① 高齢化対策を含む労働政策・計画の作成
- ② 高齢者向け雇用促進事業の実施、職業訓練の提供、労働者保護
- ③ 高齢者に関する労働統計の整備と雇用に関する情報の普及
- ④ 民間企業の被雇用者に対する社会保障基金の管理（年金を含む）

5) 財務省

- ① 高齢者とその介護者である子供の課税控除方法の研究・開発

② 政府年金の管理および国家年金基金の設計

③ コミュニティにおける年金を含む福祉基金の設計

6) 内務省

貧しく、身寄りがいない高齢者に対する補助金の支給（500バーツ／月）

7) その他

上記に加え、各省庁がさまざまな形で高齢者に対するサービスを提供している。例えば、教育省は高齢者に対し生涯教育の一環としてインフォーマルな教育機会を提供している他、運輸省は各交通機関の割引制度を有している。

(3) 中央省庁と地方行政・地方自治体との関係

タイでは1999年に「地方分権計画および手順規定法」、2000年に「地方分権計画」が策定されたことを受け、中央省庁50局が管轄していた245事業の地方自治体への事務移譲が段階的に進められている⁸。

一方、タイの地方行政制度の特色として、地方の自立強化という方向性を担保する制度のみならず、中央政府からの統治も明確に制度として存在している。具体的には、図2-1に示されているように、統治ラインと自治ラインの2つが併存している状態にある。統治ラインとは、中央省庁および、それらの県レベル・郡レベルの出先機関がタイ全国をカバーしているもので、中央から地方を統治する地方制度である。一方、自治ラインは、統治ラインと並列した地方自治体組織であり、首長と議員が住民による直接選挙で選出されている。

(4) 地方分権化の特徴

統治ラインの県知事や郡長は自治ラインに対しても大きな権限を持っている。具体的には自治体の5カ年計画、年次計画および予算の承認、自治体議会の解散、自治体議員の罷免などが含まれており、その権限は小さくない。

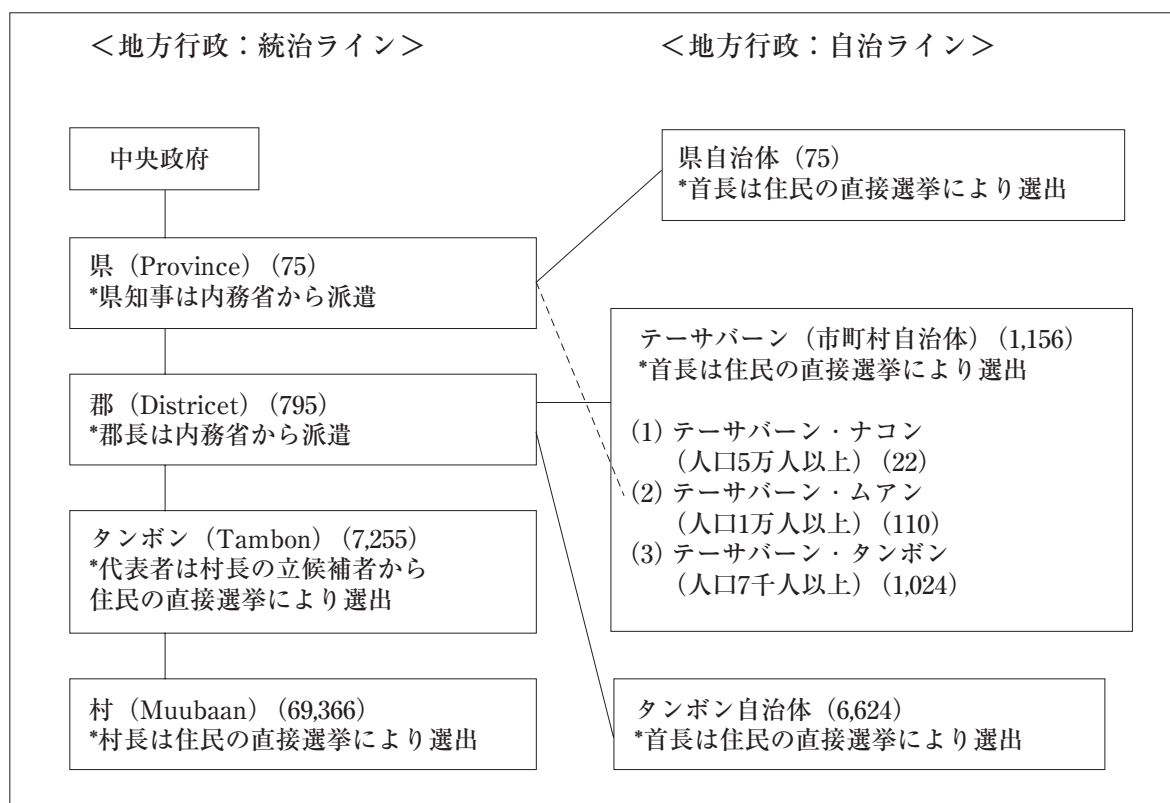
統治ラインの県・郡・タンボン⁹は1897年に制定された地方統治法に基づき設置されたものである。1914年の地方統治法改訂により、県・郡の長を内務省から派遣する中央統制的なシステムが確立された。一方、自治ラインでは県自治体が県自治体法の制定に基づき1955年、テーサバーンが1953年のテーサバーン法改訂により制定、さらにタンボン自治体が1995年に発足した。

1997年制定の憲法は、自治ラインの各自治体では、地方議会議員は住民の選挙に基づく

8 2006年8月時点で245事業のうち180事業を権限委譲している。

9 タンボンは8つ以上の村を束ねた行政単位のこと。全国に7,255ある。英語では"sub-district"と呼ばれることも多い。一定の歳入条件を満たすことでタンボン自治体に格上げができる。

図2-1 タイの地方自治制度



ともに、自治体執行部または首長は住民の直接選挙または地方議会の同意によって選出されるべきと規定し、首長や執行部の常勤給与官僚、政府機関・政府系企業との兼職を一切禁止した。このように、自治ラインは1997年憲法によって自治体としての一定の形を持つことになったが、その後の権限の中央から地方への移譲に関しては自治体の受け皿能力を高めながら段階的に進められている。これはタイの地方分権がトップダウンの政治的決断によって進められているのではなく、手続きを重視して進められていることによる。この手続きとは1999年地方分権計画および手順規定法に基づくものであり、この法律は首相（または首相が委任する副首相）のもとに常設の「地方分権委員会」を設置し、そこで地方分権化計画と実施計画を策定すると定めている。

(5) 高齢者に対する保健医療・社会福祉サービスに関する政策、計画

1) 30パーツ医療保障制度

2002年4月から、それまでの医療保険制度の対象にならなかった自営業者や農業従事者等を対象に、30パーツの窓口負担を条件に年間1人平均約1,659パーツ（2006年9月時点）の

医療サービスを受けることができる制度を導入した（低所得者、12歳までの年少者と60歳以上の高齢者は30パーツ負担を免除）¹⁰。また2006年10月31日より、同制度は廃止され、無料で医療サービスが受けられるようになった。これにともない、国民1人当たりの医療制度の予算は2,089パーツ必要になる見込みである。同制度は国民医療保障局が管轄している。

2) 年金制度

タイの年金制度は、ごく最近まで公務員向けの年金制度と国営企業従業員の年金、その他政府職員を対象としたものしかなかった。1999年に民間企業の被雇用者向けの社会保障基金の1つに年金を加え、積立を義務づけた。当時は10名以上を雇用する企業に適用されていたが、2002年にすべての登録企業の従業員（900万人）に対象を広げた。しかし依然として2,400万人の人々は年金制度の外にある。

これに対しNESDBは制度外にある者には、制度内への取り込みを急がず、当面は自助的な組織を形成することで対応する姿勢を提示し、財務省は2004年以降、コミュニティにおける拠出運動の可能性を模索している。

3) 貧困高齢者に対する福祉老齢給付金（Monthly Subsistent Allowance）：

低所得高齢者に対する現金給付が1993年より実施されている¹¹。1993年当時は、タイの正月に特別手当として給付され、新年にあわせた臨時的な措置として位置づけられたが、現在は恒常的に給付が行われている。この制度は、主に貧困層で家族のいない高齢者に対して月額500パーツ（2006年12月までは300パーツ）を福祉老齢給付として支給するものである。2005年の受給者は約40万人であり、60歳以上の高齢者（670万人）のうち6%が対象となっている。これに対しNESDBは制度外にある者には、制度内への取り込みを急がず、当面は自助的な組織を形成することで対応する姿勢を提示し、財務省は2004年以降、コミュニティにおける拠出運動の可能性を模索している。

4) コミュニティレベルのケア・システム構築

社会開発・人間の安全保障省では、パイロット事業として2002年よりホームケア・サービスを実施している。そのパイロットサイトは、全国75県ごとに1～2カ所ずつ選ばれたタンボン（行政村）である。このホームケア・サービスの担い手となっているのが高齢者福祉ボランティア（Voluntary Home Care-givers for Older Persons：HCOP）である。

社会開発・人間の安全保障省、高齢者エンパワーメント部は、HCOP養成を目的とした人材育成事業を8つのパイロット県で2004年に開始した。このプロジェクトの目的は、コミュ

10 タイの医療保険制度および医療関連施策は2002年4月以降、自営業者や農業従事者等を対象とする30パーツ制度、被用者社会保障制度（Social Security Scheme：SSS）、公務員医療給付制度（Civil Servant Medical Benefit Scheme：CSMBS）の3制度を中心に構成されている。これら公的な制度に加えて民間保険がある。

11 2002年に社会開発・人間の安全保障省より内務省自治体振興局へ業務が委譲された。

ニティで高齢者に対するケアを提供できるようにすることにあり、そのためHCOPになることを希望する地域住民に対して高齢者ケアに必要な基礎的な実用技術と知識を習得するための3日間のトレーニングを行っている。2005年には3,700万バーツの予算がつき、当初の8県に加え、新たに15県が参加するようになった。社会開発・人間の安全保障省、社会開発・福祉局では、同じ研修内容を使って60歳以上の高齢者を対象としたHCOP養成事業を2005年より開始している。

現在までにトレーニングを受けたHCOPは3,000名以上に及ぶ。なお、HCOPには交通費等の手当として月額300バーツが支給される。

5) Healthy Thailand Roadmap (2005～2025) :

"Healthy Thailand" はタイ国民の病気の予防と健康増進のための指標をまとめたものであり、保健省から2004年に提案された。この提案は、保健省にかぎらず国全体のアジェンダとなり、すべての省庁に担当者が置かれている。保健省施設内に半独立の組織として設置されたNational Coordination Office for Healthy Thailandが全体の調整とモニタリングを行っている。

Healthy Thailandは、保健省にとってもアクションプランという性格があり、その基本的な考え方は、

- ① コミュニティレベルでできる予防と健康増進により不必要な通院等による患者・病院双方の負担をできるだけ少なくし、
 - ② そのうえで県レベルで対応すべき事柄を実施し、
 - ③ その結果、国全体の健康増進を実現する、
- というものである。

なお、保健省の中で医療サービス局が高齢者への対応において中心的役割を担っている。高齢者に対する保健医療サービスには、以下の3つの形態がある。

- ① 病院におけるサービス
- ② アウトリーチ・サービス（病院スタッフが院外に定期的に出張するサービス）
- ③ ヴィレッジ・ケア・サービス（ヘルスケア・ボランティア¹²とプライマリー・ケア・ユニット（Primary Care Unit：PCU）¹³による予防と健康増進を中心としたコミュニティ（タンボン）レベルの保健サービス）。

12 ヘルスケア・ボランティアは保健省から指名された村の健康相談員のこと。無償でサービスを提供している。

13 プライマリー・ケア・ユニット（Primary Care Unit：PCU）はタンボン（行政村）ごとに設置された保健所。2003年の行政改革まではHealth Centerという名称だった。

2-4 パイロット・プロジェクト対象県¹⁴（チェンライ、コンケーン、スラタニ、ノンタブリ） の状況

(1) 各県における高齢者に対する保健医療・社会福祉サービスの状況

保健省は、各対象県において、PCUによる初期診断、初期治療やRegional Hospital, Provincial Hospital, District Hospital（Community Hospital）といった各レベルの病院におけるサービスの提供、ボランティアによる病院での各種サービスや在宅ケア、病院から医師が派遣されて診断を行うモバイル・ユニット等のサービスを提供している。また、社会開発・人間の安全保障省は、ボランティアによる在宅ケアをパイロット・プロジェクトとして各県1～2カ所で実施している。また対象県別に異なるサービスを見ると、コンケーンにおいて高齢者サービスセンター¹⁵によるサービスが提供されているほか、チェンライにおいてプレイバンクサービス¹⁶が提供されている。

また、全対象県において、高齢者クラブ¹⁷の活動が活発に行われており、高齢者クラブの存在がさまざまな面で高齢者の生活向上に役立っている。高齢者は、高齢者クラブの体操、運動といった活動を通じて健康増進に努めるとともに、若者に伝統芸能や伝統工芸品の作り方を教えたり、昔話や童話の読み聞かせを行うことで、若年層への伝統文化の継承を行っている。また、高齢者クラブでの友人との交友関係を通じ、相互に交流・健康状態の確認をする機会の増加にも役立っているほか、伝統工芸品を生産販売するなどの生計向上活動も行っている。これらの活動を通じ、高齢者自身も生きがいを感じている。高齢者クラブはさらに予防・健康増進を普及させる際のプラットフォーム（受け皿）にもなっており、重要な役割を担っている。

また、タイのコミュニティにおいては、寺院が高齢者クラブや健康増進運動の活動場所を提供したり、僧侶が高齢者のメンタルケアに重要な役割を担ったりもしている。スラタニ県では、高齢者の健康診断を寺院で行っているケースも見られた。これら高齢者クラブや寺院は高齢者対策を推進するにあたって、重要な役割を果たすと考えられる。

(2) 社会・経済的な各地域の特性と高齢化に関する課題

対象県は、地質学上、北部、東北部、南部、中央部に位置し、それぞれに特色がある。北部、東北部では貧困層が多く、労働可能な世代の都市部への出稼ぎによる高齢者の孤独問題

14 本プロジェクトではパイロットサイトとしてチェンライ、コンケーン、スラタニ、ノンタブリの各県において1タンポンを選定することになっている。

15 緊急時における高齢者への宿泊提供、理学療法や生計向上につながる活動の促進等のサービスが提供されている。

16 すでに退職し、知識や技能を持つ人をデータベースに登録し、コミュニティの必要に応じ、資格に合致する人材を派遣し技術の伝達・指導を行うもの。

17 高齢者クラブは保健省の管轄となる。

が見られた。また家族からの仕送りがされていない高齢者が増加傾向にあり、生活に支障が表れてきている。北部は、所得の低い山岳民族（マイノリティ）が多数居住していることが大きな特徴で、NGOによってマイノリティ支援とあわせ高齢者支援が活発に行われている。南部は北部、東北部と比較すると所得が高く、ゴム栽培などの産業を中心として雇用の吸収力が高い。ノンタブリはバンコクに隣接しており、他地域と比べ所得が高く、子、孫と一緒に住んでいる高齢者も多いが、都市型の生活様式が浸透してきており孤独を感じている高齢者も多い。農村部と比較しコミュニティのつながりが弱く、緊急時のセーフティネットは公的サービスに頼らざるを得ないケースも多い。高齢者のおかれている環境も多様で、在宅ケアが必要な人、社会貢献が可能な人、友人とのネットワークが必要な人など、さまざまなタイプが見られる。コミュニティにおける高齢者ケアを検討する際には、これらの地域の特性を考慮に入れる必要がある。

第3章 プロジェクトの基本計画

3-1 プロジェクトの方針

本プロジェクトは、タンボンにおいて、高齢者対象の保健医療・福祉サービスを、関係機関の連携の下で統合的に提供するモデル（コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスモデル、以下「モデル」とする）を構築し、同モデルの全国での活用に向けた提案を行うことを目標とする。なお、モデルとは、高齢者向け保健医療・福祉の統合型サービスに関し、①組織的な枠組み（Structure）、②具体的なサービスの内容（Contents）、③サービスの管理方法（Management）を国家・県・郡・タンボンの各レベルでどのように実施すべきか、また、各レベル間の連携をどのように行うべきかということそれぞれガイドライン（実施要綱）の形に取りまとめたものと想定している。

3-2 アプローチ

モデル策定のアプローチとして、特徴の異なる4つの県よりタンボンを1つずつモデル試行の対象地域として選定し、それぞれの地域における高齢者のニーズや保健医療・福祉サービスを提供するリソース、地方自治体の技術的・財政的能力を分析し、モデル案を策定、試行する。その結果を踏まえて、モデルを改訂し、最終的なモデルを完成させることとしている。なお、これらの活動に並行して、関係者の能力向上のためのトレーニングを実施することを予定している

3-3 プロジェクト期間

プロジェクトの実施期間は4年である。おおまかな流れは以下のとおりである。

- ・対象地域の情報収集・分析： 約1年（2007年11月～2008年11月）
- ・モデル案の策定： 約1年（2008年11月～2009年12月）
- ・モデル案の対象地域における試行： 約1年（2010年1月～2010年12月）
- ・試行結果を踏まえたモデルの改訂と完成： 約1年（2010年11月～2011年10月）

3-4 裨益者

本プロジェクトの直接裨益者は中央・地方レベルで高齢者の保健医療・福祉分野の行政に従事する行政官および対象地域において高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事している関係者である。間接裨益者は対象地域の裨益者である。なお、長期的には、モデルが本プロジェクトの対象地域以外においても活用され、裨益する高齢者が増えることが期待されている。

3-5 プロジェクトの実施体制

保健省と社会開発・人間の安全保障省が合同で本プロジェクトの実施責任を負うこととする。カウンターパートの配置およびJoint Coordinating Committee (JCC)、Steering Committeeの設置に加え、タイ側の提案により、以下(3)から(5)の各種委員会を設置し、各レベルにおいて関係機関の参加を得ながらプロジェクトの計画策定および活動実施を進めることとした。

(1) カウンターパート

プロジェクト・ディレクター 保健省次官
プロジェクト・マネージャー 保健省保健局長
その他のカウンターパート (3-5 (2) 参照)

(2) Joint Coordinating Committee (JCC)

プロジェクトの活動計画を承認し、進捗や成果を確認するとともに、プロジェクトの実施に関する重要な事項について協議するJCCを年2回以上開催することとする。

構成は以下のとおりである。

[タイ側]

議長 保健省事務次官
副議長 保健省保健局長
副議長 社会開発・人間の安全保障省 福祉振興・弱者保護・エンパワーメント局長
メンバー 国家経済社会開発庁代表
タイ国際開発協力庁代表
保健省医療サービス局長
保健省メンタル・ヘルス局長
保健省医療サービス・サポート局長
保健省政策戦略室長
社会開発・人間の安全保障省社会福祉局長
社会開発・人間の安全保障省高齢者エンパワーメント部長
対象4県（コンケーン、チェンライ、ノンタブリ、スラタニ）代表

[日本側]

チーフアドバイザー／高齢者向け保健医療・福祉
業務調整
JICAにより派遣されるその他の日本人専門家および関係者
JICAタイ事務所

[備考]

日本大使館からオブザーバー参加も可能。

議長の推薦により、国家高齢者対策委員会、内務省等からの参加を得ることも可とする。

(3) Steering Committee

3カ月ごとに開催し、プロジェクトの進捗をモニターし、Working Committee（後述）に対する助言を行う。保健省、社会開発・人間の安全保障省の関係部局、対象4県の代表から構成される見込みであるが、具体的な構成員はプロジェクト開始までにタイ側で検討する。日本側からは、JICA専門家、JICAタイ事務所がメンバーとして参加し、タイ日本国大使館からはオブザーバー参加とする。

(4) Provincial Committees

対象4県のそれぞれにおいて設置される県レベルの委員会。役割や会合頻度、構成については、プロジェクト開始までにタイ側で検討する予定。県によっては、県知事が議長を務める可能性もある。本プロジェクトのモデル試行はタンボンのレベルで行われるが、県や郡レベルの関係機関との連携が重要になることから、各県ごとに委員会を設置し、県の機関の協力を得る体制を整備することとなった。

(5) Working Committees

モデル試行の対象となるタンボン（プロジェクト開始後に選定予定）において設置される委員会で、行政やサービス提供に携わる機関および高齢者クラブの代表等が参加することが想定される。具体的な役割や会合頻度、構成については、プロジェクト開始後早い時期に決定する予定となっている。本Working Committeeが中心となり、それぞれの対象タンボンにおける状況の分析やモデル案の内容の検討を行う予定となっている。

(6) Community Committees

タイ側からモデル試行の対象タンボンを構成する各村においても別途委員会を設置し、広くステークホルダーを巻き込んで活動を実施したいとの提案がなされた。役割や会合頻度、構成はプロジェクト開始後1年後を目処に決定される予定となっている。

3-6 上位目標

上位目標	(プロジェクト終了3年後の2014年10月までに) コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル(以下、「モデル」とする)が全国で活用される。
指 標	全国の各県の15%以上のタンボンでモデルが活用される。

上位目標は、各県において15%以上のタンボンがモデルを活用することと設定した。タイ側は本モデルを段階的に全国に展開することを計画しており、プロジェクト終了時から目標年次である2014年10月までの3年間に、各県において比較的能力が高い15%のタンボンでの活用を目指し、それ以降、他のタンボンへの普及を進める意向である。中間評価の際に、何をもってモデルが活用されていると判断するのかという点についてタイ側と再度検討を行う必要がある。

3-7 プロジェクト目標

プロジェクト目標	モデルが全国での活用に向けて発信される。
指 標	A. モデルが国家レベルの会合で発表される。 B. 国家高齢者対策委員会、保健省、社会開発・人間の安全保障省、内務省に対しモデルの全国普及に向けた提案がなされる。

本プロジェクトの目標として、試行の結果を踏まえて改訂・完成したモデルを全国での活用に向けて中央の関係機関に対して提案することと設定した。指標の達成はモデルを発表する会合の開催および中央の関係機関に対する提案書により諮られる。

3-8 成果、指標、活動

成果1	対象地域において高齢者に対する保健医療・福祉サービスに関係する機関が計画策定に参加する枠組みが構築される。
指 標	A. Working Committeeの会合が定期的で開催される。 B. Working Committeeに参加する機関の役割と責任が明記されたリストが作成される。 C. 各対象地域の活動計画がSteering Committeeで承認される。
活 動	1-1. 4県においてモデル案試行の対象地域とするタンボン(以下、対象地域とする)をそれぞれ1つずつ選定する。 1-2. 各対象地域においてWorking Committeeを設立する。 1-3. Working Committeeに参加する関係機関の役割と責任を明確にする。 1-4. 各対象地域においてプロジェクト実施のための計画を策定する。

成果1では、モデル案を試行するタンボンを対象各県より1カ所ずつ選定し、それぞれにおいて高齢者向け保健医療および福祉の行政に携わる機関（保健省、社会開発・人間の安全保障省の出先機関、タンボン等）、サービスの提供主体、サービスの受け手の代表から成るWorking Committeeを設立し、これら関係者が協働してプロジェクト目標の達成に向け取り組む枠組みを構築することを目指している。同Working Committeeは、成果2以降に関連する対象地域レベルの各種活動を実施する中心となることが期待されている。プロジェクト開始後の早い段階において、Working Committeeを設立し、参加する関係機関の役割と責任を明確にしたうえで、対象地域におけるプロジェクトの実施計画を策定することとする。

なお、対象とするタンボンの選定は、タイ側が主体となっていくが、保健省、社会開発・人間の安全保障省がパイロット的に実施している高齢者ケアに関する各種取り組み（ボランティア事業、ブレイン・バンク、高齢者サービス・センター等）の存在、両省の出先機関のキャパシティ、タンボンの長を含む地方行政関係者の協力等が選定の要件となることが考えられる。選定にあたっては、選定要件を明確にし、それぞれのタンボンが選定された理由を説明できるよう留意する必要がある。

成果2	対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービスの状況が分析される。
指 標	A. 対象地域における分析結果が中央政府に提出される。 B. 各対象地域より提出された分析結果が中央レベルにおいて包括的に分析され、取りまとめた文書が作成される。
活 動	2-1. 高齢者向け保健医療・福祉サービスに関する情報を収集するための質問票／情報収集シートを作成する。 2-2. 関係するスタッフに対しオリエンテーションとトレーニングを行う。 2-3. 地方自治体の財政的能力を調査する。 2-4. 地方自治体の技術的能力を調査する。 2-5. 高齢者および保健医療・福祉サービスに関する情報収集の責任を負うべき機関を決定する。 2-6. 各対象地域において高齢者に対する保健医療・福祉サービスを提供するリソースとメカニズムを明確にする。 2-7. コミュニティにおける情報共有メカニズムを明確にする。 2-8. 各対象地域において保健医療・福祉サービスに関する高齢者のニーズを確認する。 2-9. 調査結果を分析する。 2-10. モデル案の枠組みを設計する。

成果2を達成するために、対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービスに関するリソースおよびニーズを確認するための質問票等を準備し、情報収集を行う職員に対する指導を行ったうえで、調査を実施する。地域の状況に適したモデル案の枠組みを設計すべく、調査結果の分析を行う。現在、必要な情報が収集されていない、各機関がそれぞれ収集した情報が散在し共有されていないという問題が指摘されており、活用可能なリソースや高齢者のニーズが適切に把握されていないと考えられている。一連の活動を通して、対象地域の状況把握に加え、①必要な情報の明確化、②各関係機関の情報収集に関する役割の整理、③情報共有のメカニズムの明確化、を目指す。

成果3	モデル案が策定され、試行される。
指 標	モデル案およびその実施結果、評価がJCCに提出される。
活 動	<ul style="list-style-type: none"> 3-1. Community Committeeを設置し、高齢者支援の活動計画を策定する。 3-2. 高齢者に対する保健医療・福祉サービスの内容を具体化する。 3-3. 関係機関の役割および連携方法、メカニズム、マネジメントに関するガイドラインを策定し、実施する。 3-4. 高齢者向け保健医療・福祉サービスを提供するための方法と手順（県と郡レベルの連携を含む）を明確にする。 3-5. コミュニティのメンバーによる保健医療・福祉サービスの評価を実施する。 3-6. 高齢者向け保健医療・福祉サービスに関する情報を対象地域に発信する。 3-7. モデル案を対象地域において試行する。 3-8. 試行の状況に関するモニタリングを行い、モデル案を改訂する。

成果3では、これまでの活動を通じて把握したコミュニティにおけるリソース並びにニーズに基づき、モデル案を策定する。また、モデル案を各対象地域において試行し、その状況をモニタリングしながら、適宜改善を加えて改訂する。

成果4	最終的なモデルが策定される。
指 標	最終モデルがJCCによって承認される。
活 動	<ul style="list-style-type: none"> 4-1. モデル案を評価する。（対象地域における成功例、困難や対応策の分析を含む。） 4-2. モデルを完成するための会合を外部有識者の参加を得て開催する。 4-3. モデルを完成させる。

成果4では、モデル案試行を通じて抽出された成功例、困難や対応策の分析を行い、モデルの有効性を評価し、外部有識者の参加も得てモデルを完成させる。

成果5	高齢者対象の保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。
指 標	A. トレーニング受講者がトレーニングの内容に満足する。 B. 人材育成ガイドラインが作成される。
活 動	5-1. トレーニングの対象となるグループを確定する（地方行政官、サービス提供者、ケア・コーディネーター、Community Committeeのメンバー等）。 5-2. 上記グループのトレーニングのニーズを把握する。 5-3. 人材育成ガイドラインを策定する。 5-4. 上記グループに対するトレーニングを実施する。

成果5では、高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する行政官やサービス提供者を含む関係者の能力向上を目指す。具体的なトレーニングの対象者や内容については、プロジェクト実施段階で検討のうえ決定することとするが、行政官が高齢化対策に関する政策について十分に理解していないこと、ボランティアを含むサービス提供者に対するトレーニングが不足していること等が問題点として指摘されている。幅広い関係者の中から、本プロジェクトでターゲットとすべきグループを選定し、トレーニングの内容を検討する必要がある。

3-9 投入

(1) 日本側投入

1) 長期専門家

「チーフ・アドバイザー／高齢者向け保健医療・福祉」および「業務調整」の長期専門家2名をプロジェクトの全期間にとおして派遣する。

2) 短期専門家

短期専門家を年間2～3名派遣することを計画する。現段階において、以下の専門分野が候補として考えられるが、それ以外の専門家の分野や派遣時期については、長期専門家派遣後、状況に応じ、タイ側と協議のうえ決定する。

- ・ 高齢者社会福祉
- ・ 高齢者保健医療
- ・ 生活習慣病対策
- ・ 老人病学
- ・ 統計・調査

3) 日本での研修の実施

日本におけるカウンターパート研修を年間8名～10名を対象に4回実施することを計画する。研修の対象者、内容、期間等はプロジェクト開始後に決定する。なお、2007年度については、国別研修「高齢化社会政策」および「求職者、高齢者の雇用促進」を実施するため、本プロジェクトのカウンターパート研修は実施しない。

(2) タイ側投入

1) カウンターパート

タイ側は以下のカウンターパートおよび担当者を配置する。

[Project Director] Dr. Prat Boonyawongvirot, 保健省事務次官

[Project Manager] Dr. Narongsakudi Aungkassupala, 保健省保健局長

[Project Co-Manager] Mr. Kiti Samanthai, 社会開発・人間の安全保障省福祉振興・弱者保護・エンパワーメント局長

[その他カウンターパート]

保健省保健局保健促進課長

保健省医療サービス局老人病学課長

保健省医療サービス・サポート局保健サービス・システム開発室長

保健省メンタル・ヘルス局メンタル・ヘルス開発課長

保健省政策・戦略室長

社会開発・人間の安全保障省高齢者エンパワーメント部長

社会開発・人間の安全保障省社会福祉サービス室長

4県における保健省医療従事職員長、社会開発・人間の安全保障省社会開発・福祉事務所

[担当者]

保健省政策・戦略室保健政策グループ課長

保健省政策・戦略室保健政策グループ職員

保健省事務次官室医療保険課職員

社会開発・人間の安全保障省メカニズム開発課長

社会開発・人間の安全保障省高齢者エンパワーメント部職員

2) タイ側関係者の経費

タイ側関係者の人件費、交通費、日当、宿泊費はタイ側が負担する。また、タイ人のコンサルタントを備上する際の経費についてもタイ側が負担することとした。

3) 事務所スペース

専門家の執務室を保健省、社会開発・人間の安全保障省の双方に設けることとし、執務室の維持管理にかかる経費はタイ側が負担することとした。

(3) 評価の時期

本プロジェクトの評価を以下のタイミングで実施することを予定している。

中間評価：プロジェクト中期（2009年10月ころ）

終了時評価：プロジェクト終了の6カ月前（2011年5月ころ）

事後評価：プロジェクト終了後3年目（2014～2015年ころ）

中間評価の結果によっては、必要に応じて日本とタイ側とで協議のうえ、以降の計画内容の修正を行い、JCCにおいて修正を承認することとする。

3-10 協力実施の際の留意点

(1) 幅広い関係者との協働

本プロジェクトは、国・県・郡・タンボン・村レベルで幅広いステークホルダーを持っているが、これら関係者がプロジェクトの目標とアプローチについて共通の理解を有し、協働して目標達成に取り組むことが不可欠である。タイ側は、異なるレベルにおいて委員会を設置し、関係者の参加と協力を得るための枠組みを形成したい意向である。複数の委員会の役割と関係を明確にし、プロジェクト実施の枠組みが複雑になりすぎないように配慮する必要がある。

(2) 国家高齢者対策委員会と本プロジェクトとの関係

高齢者に関わる事柄に対処する国レベルの取り組みである国家高齢者対策委員会が本プロジェクトを重要な取り組みと位置づけ、その成果が政策に反映されることにより、本プロジェクトのインパクトが拡大される。社会開発・人間の安全保障省高齢者エンパワーメント部長は国家高齢化対策委員会の事務局員であると同時に国全体の高齢化対策を取りまとめる役割を与えられていることから、同部長を通じて本プロジェクトの実施計画や成果について同委員会への報告を行うことが適当かつ重要である。

(3) 地方分権化

タイでは地方分権が進められており、地方自治体に割り当てられる予算や役割が増えつつあるものの、新たな取り組みでもあり、地方分権のあり方を模索している段階にある。高齢者に対するケアを国と地方でどのように分担するかということについては、今後明確にする

必要のある課題であるが、地方自治体の財政的・技術的キャパシティが急激に向上することは期待できない。モデル策定の際には、地方自治体の財政基盤に配慮した現実的なモデルを策定し、低コストで実施できる内容を検討するなど、多くの自治体で活用できるようなデザインとすることに留意する必要がある。

(4) 貧困、女性、障害に関する配慮

タイの高齢者の約15%が貧困層に属すとされており、高齢化と貧困は密接に関係した問題である。事前評価調査時に開催されたワークショップにおいても、経済的に困窮している高齢者が多いという問題が指摘された。コミュニティにおいて提供する高齢者向け保健医療・福祉サービスの内容や方法を検討する際には、経済的に厳しい状況におかれている高齢者に対し、どのような支援を行うべきか、また、そのような高齢者を誰がどのようにして見つけるのか等の観点からの配慮が必要である。さらに、配偶者に先立たれた女性の高齢者の中には、職や技術を有しておらず、特に困窮しているケースも多いとされており、注意が必要である。

加齢にともない、身体的機能の低下や各種障害の生じる可能性が高くなり、高齢者の中に占める障害者の割合は全体的な人口における割合に比して高いことが予測される。視覚や聴覚障害等により、公的サービスに関する情報にアクセスするのが困難な場合や、認知症等により、情報の内容が理解できない場合、さらに、物理的バリアのためにサービス提供施設にアクセスすることが困難な場合等が想定される。保健省と社会開発・人間の安全保障省は、障害者の登録を協力して実施しており、県レベルの病院において診断と登録を行い、その記録が社会開発・人間の安全保障省のデータベースに統合され、地方レベルの行政機関において障害者に対するサービス提供が行われることとなっている。本プロジェクトにおいても、両省および地方レベルの行政機関のネットワークを活用するとともに、サービスへの情報面、物理面のアクセスを制限する要因を取り除く工夫を行い、障害を有する高齢者が非障害者と同様に便益を受けよう配慮する必要がある。

第4章 高齢化対策に関する日本の経験・資源の活用

4-1 日本の経験・資源の活用

わが国は、1950年代以降の急速な経済成長と相まって、先進諸国の中でも特に急速な高齢化を経験してきた。そして、この日本が通ってきた道を、他のアジア諸国と同様、タイも辿りつつある。こうした現実直面し、タイ政府の行政官たちは大きな危機感を抱いており、日本がいかにして高齢化に対応してきたかを積極的に学ぼうとしている。今回のプロジェクトの要請は、まさにこうした姿勢が発現したものといえる。

こうしたタイ側の問題意識に対し、日本は具体的にどのような経験をもとにどのような協力を行うことができるか、この点について、PDMにおけるプロジェクトの「成果 (output)」として期待されている事項ごとに整理すると、およそ以下のようなになる。

成果1；高齢者に対する保健医療・福祉サービスに関係する機関が計画策定に参加する枠組みが構築される。

このプロジェクトの発想の出発点は、現在まで個々に行われている保健医療サービスと福祉サービスそれぞれの提供主体が有機的に連携することにより、ケアを必要としている高齢者に対し、必要なサービスを、より効率的に提供するための仕組みを創設するというところにある。したがって、まずは実際のサービス提供場面におけるこのプロジェクトの関係機関—具体的には保健医療や福祉サービス提供主体のほか、保健省や社会開発・人間の安全保障省の出先機関、地方行政機関であるタンボン、さらにはサービスの受け手であると同時にボランティアとしての役割も期待されている地域住民の代表等—が、それぞれ果たすべき役割を認識し、プロジェクト目標に向かって統一的な意思のもとに協働していくことが不可欠となる。そして、その協働のための枠組みとして、これらすべての関係機関が参加する合議制の意思決定機関である「Working Committee」が想定されており、このWorking Committeeを円滑に運営していくことこそ、プロジェクト成功のための条件となるものである。

ただし、この点について日本ができる貢献は限られている。なぜなら、Working Committeeの円滑な運営のために最も必要な要素は、構成員の意思統一やプロジェクトに対する理解と意欲、さらには構成員同士の人間関係といったところに求められるからである。これについては、一義的には、このプロジェクトを主導する保健省や社会開発・人間の安全保障省による啓発活動やリーダーシップに期待することになる。

このことを踏まえたうえで、構成や運営方法について日本の経験に基づいた技術的な助言をする際には、例えば、多くの市町村が介護保険事業計画などを審議する場として任意に設置している介護保険運営協議会の例が参考になる。介護保険運営協議会は、典型的には、市

民、サービス提供者、保険者（市町村）、学識経験者等、多様な関係者によって構成され、介護保険事業計画などを審議する任務を負っている。この介護保険運営協議会と、本プロジェクトにおける Working Committee をまったく同等にとらえることはできないが、現場レベルで直面したさまざまな困難や成功例が抽出できれば、Working Committee の組織や運営上の留意事項として活用することも期待できる。

成果 2；対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービスの状況が分析される。

本プロジェクトに際しては、まず、タイ側が事業を実施する現場において、どのようなリソースが存在し、それらがどれだけの能力を有しているか、また支援を必要としている高齢者にどのようなニーズがあるか、といった基礎的な情報を収集することとしている。タイにおいては、これまで、保健医療分野を所管する保健省と福祉分野を所管する社会開発・人間の安全保障省における出先機関、それに県・郡・タンボンといった地方行政とが別々に行政を実施してきたため、それぞれの有するリソースや能力に関する情報が共有されてこなかった。今回のプロジェクトにおいては、これらの機関が連携していくことが期待され、協働の前提として、まずはこうした情報を一元的に収集し、分析することとされた。また、本プロジェクトでは、高齢者のニーズ調査も行い、こうした調査によって収集された情報をもとに、各モデル地域において整備していくことが必要なサービスの種類や量が認識される。さらに、こうしたデータ整備により、プロジェクトのどのような点が高齢者のケアや効率的なサービス提供に効果を上げたかを実施後のデータとの比較、測定する際にも活用されうる。

タイにおいては、保健医療・福祉を統合した介護分野のデータ収集を一元的に行うという事は初めての試みであり、収集すべきデータの種類や評価のための指標設定について、日本からの助言に期待がされる。日本としては、介護保険実施前に行った高齢者へのニーズ調査・分析や要介護高齢者の推計方法、さらには介護保険制度において構築された市町村によるデータ収集方法、市町村から都道府県、都道府県から国への制度化された情報提供の流れ等についての知見があり、これをタイ側に示すことは、このプロジェクトにおいて実際に情報を収集する場面や、情報収集システムをデザインしていく場面で、大いに役立つと考えられる。

成果 3・4；モデル案が策定され、試行される。／最終的なモデルが策定される。

基礎的な情報の収集・分析が終わると、これらの情報をもとに、4つのタンボンにおいて実施するモデル案の策定に着手をする。このモデル案には、関係機関の連携方法、高齢者に対し提供すべきサービスの内容や手順などが含まれる。このモデル案の策定は、基本的には中央レベルの行政機関である保健省や社会開発・人間の安全保障省の職員と日本からの長

期・短期の専門家が、現場の意見を聞きながら行っていくことになる。その際、専門家には、日本における保健医療・福祉を統合して提供している実態を踏まえた助言が求められる。ただし、ここでは単なる日本の制度の紹介ではなく、タイの状況を理解したうえで、その現状にふさわしい制度を想定した助言であることが重要である。

モデル案を策定した後は、これを実際に4つのタンボンで1年間試行することになる。この間は、4つのタンボンの状況を同時並行で適宜モニタリングし、また、必要に応じ修正しながら、モデル案の試行状況を見守っていくこととなる。専門家も、頻繁に現場に赴き、自らの目で実施状況を確認し、必要に応じ直接助言・指導していく場面が多くなると考えられる。

1年間に及ぶモデルの試行が終了した後は、蓄積された情報を分析し、それに基づき最終的なモデルを策定していく。このモデルは、試行事業を実施した4つのタンボンにおいて通用するモデルというだけでは不十分であり、全国7,000余りのタンボンで実施することを念頭に置いた、ユニバーサルなモデルである必要がある。タンボンは、その規模や財政力・技術力等において多様であり、専門家は、最終的なモデル策定の議論に入る前提として、タイの地方の多様な現状について、正しい相場観を養っておく必要がある。専門家は、こうした知識を前提に、モデルを仕上げるための最終的な助言を行うこととなる。

成果5；高齢者向け保健医療・福祉サービスに関係する人材の能力が強化される。

これまで見てきた時系列のプロセスと同時並行で行う必要があるものとして、関係者の能力強化（人材育成）がある。タイにおいては、保健医療・福祉サービスに従事している職員については、それぞれの分野における一定の専門知識は有しているものの、それぞれが分野横断的に連携し、サービスを提供することについては慣れていない。また、タイにおいては、保健医療・福祉の両面において、多くの一般市民がボランティアとして活動している現状がある。そこでまず、職員同士の分野をまたいだ連携の円滑な実施のためのトレーニング、あるいは、ボランティアとして働いている一般市民のスキルアップのためのトレーニングが考えられる。また、当然これらの流れを現場レベルで統括すべき存在である地方行政機関の行政官に対するトレーニングも必要になるだろう。

しかし、保健医療・福祉サービスの統合型モデルを標榜する以上、これだけのトレーニングでは不十分である。これらのサービスを、支援を必要としている高齢者に対して、効率的かつ効果的に提供していくためには、これらのサービス全体を見渡し、個々の高齢者に、いつ、どんなサービスを受けるべきか助言するコーディネーターの存在が必要となる。つまり、このコーディネーターの役割を担うべき者を特定し、これらの者に対してコーディネーターとなるためのトレーニングを実施する必要がある。これには、まさに日本におけるケアマネ

ジャー育成の経験が役立つと思われる。

上記ではプロジェクトにおける成果ごとに、現段階で考えうる日本の投入を整理してみたが、幅広い分野について適時適切な助言をしていくために、派遣される専門家には、保健医療・福祉分野の専門知識だけでなく、これまでの職業経験において培ってきた先見性・柔軟性・指導力等々、さまざまな資質が求められる。そして、実際にプロジェクトを開始すれば、ここに想定されたことを超えるような困難を生じる可能性もあり、プロジェクトとして臨機応変に対応をしていくことが期待される。

4-2 コミュニティによる福祉支援の視座

(1) 日本の協力の役割と意義

開発途上国は、先進国と比較し、人材不足、資金不足、関連制度の未整備が顕著であることから高齢化対策における制約が強く、先進国からの支援が期待される分野である。また事前の対策を怠ると、将来的に高齢化問題と貧困問題とが重なり、人間の安全保障の問題に発展する危険性も有する。その意味で、開発途上国の高齢化対策支援は、将来の危機を回避するという予防的性格を有している。

もちろん、日本を含め、いずれの先進国においても自国の高齢化問題に対する抜本的な解決策を見出せているわけではない。しかし、高齢化が進む中で蓄積された経験、教訓、知恵を整理し、開発途上国の高齢化に対する支援プログラムを策定することは可能である。

地域別では、東アジア全体で高齢化が加速する。その中で最も高齢化が進んでいる日本に対する期待は大きく、韓国や台湾、中国から日本の高齢化対策を学ぶ視察も増えている。日本が同分野で主導的や役割を果たすことは、「共に考え、共に歩む」というわが国の東アジア共同体形成に向けた精神と合致するものであり、アジア地域の繁栄に資する政策である。

本プロジェクトは、タイ向けのプロジェクトではあるが、わが国にとって開発途上国の高齢化対策への具体的支援の第一歩であり重要な意義を有する。

(2) プロジェクトの特徴と日本の比較優位

「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト」は、高齢者医療技術や福祉サービス、保険制度や所得保障（老齢年金を含む）、に加え、コミュニティの相互扶助の役割を含む包括的な内容を有している。タイは1997年憲法の制定以降、高齢化対策に積極的に取り組んでおり、医療面では一応国民皆制度を構築したものの、年金については国民皆制度構築に頓挫している。現在では、コミュニティにおけるファンド、職種別のファンド等を形成し、多くの国民から福祉関連資金の積立を強制する立

場を取っている。このような対応に対し福祉に対する政府の役割が小さいとの批判もあるが、開発途上国であるタイにとって政府が抱えることができない難しさが存在する。

このような観点から、近年コミュニティを中心とした福祉サービスの充実が強調されるようになった。コミュニティの福祉サービスには限界があることはいうまでもないが、所得水準が低いゆえに先進国型福祉サービスが望めない現実を考えると、コミュニティの役割を重視することは現実的な対処である。今回の取り組みは、タイだけでなく、今後高齢化が進むと予想される中国やインドネシア、ベトナムなど他地域での高齢化対策にも転用できる可能性を有している。

日本は、医療・介護保険や年金、高齢者医療技術・サービスなど制度構築や技術移転の面に加えて、地方自治体が福祉サービス（地域福祉）に取り組んできた歴史がある。また現在、その取り組みは年々活発化している。今後、これらのリソースを整理し、開発途上国へ移転可能なものは何かを検討することが重要である。

(3) プロジェクトの留意点

本プロジェクトは、上記のような意義を持つ一方で、計画立案は省庁を横断し、また実施ラインは中央―県―郡―タンボンを連携させるという性格から、その施行過程において、さまざまな困難が生じることが予想される。

例えば、従来から指摘されているように、タイの縦割り行政がプロジェクトの進行を阻害するかもしれない。ただし、本プロジェクトのカウンターパートである保健省が、この問題を認識しており、コミットメントに強い意思を示していることは高く評価できる。また、同省は、高齢者の医療保健について最も詳細な情報を有し、地方レベルでの事務所を有している点はカウンターパートとしては適切であろう。また、2002年の省庁再編で高齢者福祉の担当を担うこととなった社会開発・人間の安全保障省との連携で本プロジェクトを進めることとした選択も現実的である。また社会開発・人間の安全保障省の職員の多くが保健省出身であることもプロジェクトとしては幸いである。

他方、地方行政の担当省は内務省であり、実際に地方レベルの福祉予算は内務省の管轄化にある。今後、内務省との連携をどのように図っていくか、プロジェクトの全過程において軽視することができない課題である。

また今後、想定される困難として、中央―県―郡―タンボンの連携があげられる。中央から地方へ行くほど、その行政能力が低くなることは現実である。そのため実際の地方の行政能力を見据えながら、役割の移転を行うことが肝要となる。また、権限・責任と資金の移転を中心とした地方分権の動きに足並みをそろえていくことが必要である。

(4) プロジェクトのモニタリングと評価

今回の事前調査では、タイ側の強いオーナーシップの下でPDM、POが作成されたが、本プロジェクトはタイ自身はじめての省庁を跨いだプロジェクトであり、その手順やスケジュールについては、日本からの専門家との協議による調整や、上記のような課題、予想外の問題の発生により調整の必要性が出てくる可能性は多分にある。このような設計やスケジュールの変更の原因を客観的にとらえ、考察し、その打開策を検討するという、継続的な取り組みこそが、将来の高齢化に対処する経験や知恵、知識の蓄積になるととらえるべきである。本プロジェクトについては、PDMやPOに示された成果のほかに、各担当局・担当者が困難に直面してもコミットメントを継続させることについても成果をとらえ、日本の支援はコミットメントの継続を促すことにも注力すべきであろう。

わが国が開発途上国の高齢化対策支援については歴史が浅く、日本側もそのプロジェクトのモニタリングとともに、その過程での問題発生過程を蓄積し、その事実を日本としてどう理解し、蓄積するかという2つの作業が必要と思われる。

第5章 団長所感

タイでは、高齢化率が2005年時点で7.1%となり、すでに「高齢化社会」を迎えている。現在、さらに急速に高齢化が進んでおり、所得水準の向上、社会保障制度の整備が十分に行われないうちに、日本より速い速度で、高齢化率が14%を超える「高齢社会」に突入していくことが予想されている。しかも、タイにおいては、高齢化が全国的に起きており、首都バンコクよりも所得が低い地方で高齢化率が高くなっている状況が見られる。

タイの高齢化対策は、急速な高齢化率の変化に鑑み、政府だけでは財政的な負担を支えることができず、「第2次国家高齢者計画（2002～2021年）」の中で家族を高齢者政策の担い手とし、コミュニティや地方行政機関がその支援を行うこととしている。また、これまで高齢者対策においても、保健医療分野を所管する保健省と福祉分野を所管する社会開発・人間の安全保障省、地方の行政機関がそれぞれ個別に行政サービスを実施していたが、本プロジェクトにおいては、統合モデルを策定するべく、前述の2つの省と地方行政が県、郡、タンボンのレベルまで連携して高齢化対策を推進していくことになり、それぞれの有する各種リソースが有機的かつ最大限に共有、活用されていくことが期待される。したがって、タイにおいて、本プロジェクトが目指すコミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合的モデル形成を行う妥当性はきわめて高い。

また、行政と地域住民、民間団体が連携しながら、地域社会の中で高齢者が自立した生活を維持できるような仕組みを構築しようとする日本の「地域福祉」の経験は、タイの高齢者対策の取り組みに大きく寄与できるものである。世界で最も速いスピードで高齢化が進んだ国といわれ、「地域福祉」の法的整備が進み、地方自治体レベルで実施され、大きな成果をあげつつある日本が、本プロジェクトに支援する妥当性は高い。

今回事前評価調査において、タイ保健省、社会開発・人間の安全保障省と協議を行い、本プロジェクトは、「タンボン・レベルの高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデルを策定し、全国で活用できるように提案を行うこと」を目的とすることで、タイ側と合意した。タイ側が言うコミュニティとは、村のことであるが、モデルは、約10のコミュニティの集合体であるタンボンを単位として策定されることになる。

プロジェクトのパイロットサイトは、北部（チェンライ県）、東北部（コンケン県）、南部（スラタニ県）、中部（ノンタブリ県）のそれぞれ地域的特長を持った4県から、対象となるタンボンを1カ所ずつ選定することになっている。

タイ側が現在考えているモデル案は、(1) 関係機関で構成される各種委員会の設立やコミュニティにおける問題、ニーズの特定、サービスの改善に関するキャパシティの向上（structure and Mechanism）、(2) 予防、ヘルスケア、福祉、生計向上などのサービス内容（Contents）、(3) そ

れらサービスを提供する垂直的、水平的連携体制（Management and Coordination）で構成されている。これらをプロジェクトの実施を通じ、全国に普及できるモデル案としてまとめ、試行、完成させていくことになる。

本プロジェクトの主なカウンターパート機関は、中央レベルだけでも保健省の5つの部局（政策戦略室、保健局、医療サービス局、保健省メンタル・ヘルス局、医療サービス・サポート局）、社会開発・人間の安全保障省の2つの部局（社会開発・福祉局、高齢者エンパワーメント部）の合計7つの部局から構成され、地方レベルでは、4つのパイロットサイトがある各県の県レベル、タンボン・レベル、村レベルのさまざまなステークホルダーが参加することになっており、相手国側実施体制としては、おそらくこれまでJICAの技術協力プロジェクトでは経験したことがない巨大な体制となる。これら広範にわたる実施体制をタイ側が組んでいることは、本プロジェクトに対するタイ側の並々ならぬ高齢化問題に対する深刻さ、熱意を示すものであるが、プロジェクトの実施・運営管理にはJICAとしても細心の注意を払う必要がある。タイ側の広範な実施体制は、保健省保健局局长のDr.Narongsakdiがプロジェクト・マネージャーとして強力なリーダーシップを持ってまとめることが期待されるが、Dr.Narongsakdiが後2年で定年退職となるため、その後プロジェクト後半にあたる2年間で、タイ側でDr.Narongsakdiの後任としてしっかりまとめることができる人材を、プロジェクトを通して育成していく必要がある。

タイのみならず、他のアジアの国々においても、急速な高齢化が進展しつつある。そのような状況において、タイにおいてコミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデルが構築されれば、他のアジア諸国にとっても参考になる点が多いと考えられ、本プロジェクトの成果が将来的にタイ国内にとどまらず、他のアジア諸国にも裨益することが期待される。