

**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  
中間レビュー調査報告書**

平成 22 年 5 月  
( 2010 年 )

独立行政法人国際協力機構  
タイ事務所

タイ事
J R
10-138

**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  
中間レビュー調査報告書**

平成 22 年 5 月  
( 2010 年 )

**独立行政法人国際協力機構  
タイ事務所**

## 序 文

タイ王国においては、2001年に高齢者人口（65歳以上人口）が7%に達し、国連の定義による“高齢化社会”に突入しました。また、高齢化のスピードを示す指標である高齢化率が7%から14%にいたるまでの期間（倍加年数）をみると、タイ王国は中位推計で22年で、日本の24年よりも速いスピードで高齢化が進行することが予想されています。タイ王国政府は、このように急速に進む高齢化を同国の社会経済の発展に重大な影響を及ぼす課題としてとらえ、同様に急速な高齢化を経験した日本政府に対し、タイ王国の高齢化問題の解決支援を目的とした技術協力プロジェクトの実施を要請しました。その後、本格的な協力を先立ち、独立行政法人国際協力機構は、2007年6月に事前評価調査団を派遣し、プロジェクトの基本的枠組みについて合意を行いました。そしてその基本的枠組みに基づき、本プロジェクトは2007年11月より4年間の期間で開始されました。

本プロジェクトにおいては、タイ王国内の4つの特色ある地域を対象地域として選定し、それぞれのコミュニティ〔具体的にはタンボン（行政区）レベル〕における保健医療及び福祉の関係者、更にはボランティアや高齢者自身などを巻き込んだ形での活動を展開しています。最終的には、コミュニティが支える高齢者のよりよい暮らしのモデル構築をめざしています。

このたび、プロジェクトの開始から2年弱がたち、4年間の活動の中間地点に達しているため、プロジェクト活動の進捗状況の把握と現時点での成果の発現状況の評価を行い、また残る協力期間の活動方針について関係者と合意を形成することを目的として、中間レビュー調査を実施しました。

本調査報告書は、その結果を取りまとめたもので、今後の本プロジェクトの成果の展開に広く活用されることを願うものです。

終わりに、これまでの本プロジェクトの実施にあたり、ご協力いただいた内外の関係者に対し、心から感謝の意を表します。

平成22年5月

独立行政法人国際協力機構

タイ事務所長 大西 靖典

# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真

略語表・用語対訳表

中間レビュー評価調査結果要約表

第1章 中間レビュー調査の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	1
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 主要面談者	3
1 - 5 中間レビューの方法	5
1 - 5 - 1 評価の方針	5
1 - 5 - 2 評価スコープと主な調査項目	6
1 - 5 - 3 評価グリッド	6
1 - 6 情報・データの収集方法	10
1 - 7 調査・評価上の制約	10
第2章 プロジェクトの概要	11
2 - 1 タイの高齢化概況	11
2 - 2 プロジェクトの概要	12
2 - 3 プロジェクト実施体制	14
第3章 プロジェクトの実績	19
3 - 1 投入実績	19
3 - 2 活動実績	21
3 - 3 成果達成状況	25
3 - 4 プロジェクト目標の達成見込み	28
3 - 5 上位目標の達成見込み	29
3 - 6 実施プロセス	30
第4章 評価5項目によるレビュー結果	32
4 - 1 評価5項目の評価結果	32
4 - 1 - 1 妥当性	32
4 - 1 - 2 有効性(参考)	33
4 - 1 - 3 効率性	34
4 - 1 - 4 インパクト(参考)	36

4 - 1 - 5 持続性（見込み）	37
4 - 2 促進要因・阻害要因	38
4 - 2 - 1 促進要因	38
4 - 2 - 2 阻害要因	39
4 - 3 結論	39
第5章 提言及び教訓	40
5 - 1 提言	40
5 - 2 教訓	40
第6章 団員所感	42
付属資料	
1 . ミニッツ及び中間レビュー調査報告書（英文）	47
ANNEX 1：調査日程	70
ANNEX 2：PDM	71
ANNEX 3：評価グリッド	76
ANNEX 4：タイ側投入実績	79
ANNEX 5：インタビューとアンケート結果	84
ANNEX 6：ステークホルダーリスト	92
2 . PDM（日本語版）	100
3 . 本邦研修参加者リスト	104

地 図



写



キックオフ会議（保健省会議室）



コミュニティ病院外来（チェンライ）



開所を祝う高齢者クリニック（チェンライ）



保健ボランティア認定書を示す男女  
（チェンライ）

真



表彰を受ける高血圧を克服した高齢者たち  
（チェンライ）



コミュニティ病院入院病棟（チェンライ）



高齢者クリニックでの健康増進サービス  
（チェンライ）



チェンライでのステークホルダー会議  
（チェンライ）



プライマリケアユニット（チェンライ）



タンボン自治体事務所（チェンライ）



訪問ケアを受ける 91 歳の高齢者  
（チェンライ）



娘夫婦に介護される寝たきり高齢者の住む家  
（チェンライ）



76 歳の元気な高齢者（ノンタブリ）



高齢者ボランティアたち（ノンタブリ）



タイ側レビューチームのメンバー  
（保健省会議室）



中間レビュー結果のミニッツ調印  
（保健省会議室）

## 略 語 表

略語	正式名	日本語
C/P	Counterpart	カウンターパート
CTOP	Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand	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
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	協議議事録
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
PCM	Project Cycle Management	プロジェクトサイクルマネジメント
PCU	Primary Care Unit	プライマリケアユニット(保健センターに準じる)
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
TAO	Tambon Administrative Organization	タンボン自治体
TICA	Thailand International Development Cooperation Agency	タイ国際開発協力庁

## 用語対訳表

Community Committee	地域委員会
Community Hospital	コミュニティ病院(郡レベルの病院)
Provincial Committee	県委員会
Steering Committee	プロジェクト運営委員会
Tessabaan	市町自治体(テーサバーン)
Weekly Meeting	週例会議
Working Committee	作業委員会

1バーツ = 2.85円 (2009年8月現在) で換算。

## 中間レビュー評価調査結果要約表

<b>1. 案件の概要</b>	
国名：タイ王国	案件名：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の形成プロジェクト
分野：社会福祉	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：タイ事務所	協力金額（評価時点）：約1億9,000万円
協力期間	(R/D)：2007年11月8日～ 2011年11月7日（4年間）
	(延長)：
	(F/U)：
先方関係機関：保健省、社会開発・人間の安全保障省	
日本側協力機関：厚生労働省他	
他の関連協力：	
<p><b>1 - 1 協力の背景と概要</b></p> <p>タイ王国（以下、「タイ」と記す）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。今後増加する高齢者を支える制度的及び財政的受け皿の整備が不十分な状況にあり、こうした状況のなか、高齢化対策に係る技術協力がわが国に要請された。独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）は2006年に「高齢化対策プロジェクト形成調査」を実施してタイの高齢化の基礎的な調査・検討を行い、また2007年の事前調査を通じてプロジェクトの基本的枠組みについて合意し、同年11月より4年間の予定で技術協力プロジェクト「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（Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand：CTOP）」を実施している。</p> <p>本プロジェクトは、タイ保健省（Ministry of Public Health：MOPH）及び社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security：MSDHS）の2省7局をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関とし、それぞれ2省が所管するコミュニティにおける高齢者対象の保健医療と福祉サービスの統合モデルの構築に対する支援を行っている。本プロジェクトでは、パイロットサイトとして、北部のチェンライ、東部のコンケン、中部のノンタブリ、南部のスラタニ4県から、それぞれ1つずつタンボン（行政区）を選定し、各種委員会の立ち上げ、高齢者のニーズ調査を実施してきた。その調査結果を基に、各サイトにおけるモデル活動案を作成し、その試行を進めている段階にある。</p>	
<p><b>1 - 2 協力内容</b></p> <p>(1) 上位目標 「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。</p> <p>(2) 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。</p> <p>(3) 成果 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。 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。 成果3：モデル案が策定され、試行される。 成果4：最終的なモデルが策定される。</p>	

成果5：高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。

(4) 投入（評価時点）

日本側：

長期専門家派遣 延べ2名  
 短期専門家派遣 延べ6名  
 研修員受入 延べ33名  
 ローカルコスト負担 約1,950万円

相手国側：

カウンターパート配置 175名（2省7局の担当者、県保健事務所、県福祉事務所、コミュニティ病院、プライマリケアユニット（Primary Care Unit：PCU）、老人福祉センター、市町村自治体、保健ボランティア・高齢者ボランティアのリーダー、老人クラブリーダー、その他地域団体の代表など）

施設、研修会場などの提供

ローカルコスト負担 1,004万1,456バーツ

2．評価調査団の概要

調査者	担当分野	氏名	所属
	総括	田中 章久	JICAタイ事務所次長
	高齢者福祉政策	江口 隆裕	筑波大学ビジネス科学研究科教授
	協力計画	木下 真理子	JICAタイ事務所所員
	評価分析	駒澤 牧子	(株)アースアンドヒューマンコーポレーション 調査研究部長
調査期間	2009年8月8日～2009年8月18日		評価種類：中間レビュー

3．評価結果の概要

3 - 1 実績の確認

(1) 成果の達成状況

成果1：各対象地域において、作業委員会が設立され、その役割と責任が規定された。実際には各地域の実情に応じて、試行モデル案を形成・試行するために必要なフレキシブルな枠組みが形成され、機能している。また、作業委員会及び関連する組織のメンバーリスト、それぞれの役割と責任に関する文書が完成した。活動計画（Plan of Operation：PO）が各対象地域で作成されプロジェクト運営委員会で発表された。指標に基づくと成果1は達成されているといえる。

成果2：「高齢者調査」と「地域ニーズ及び地域資源調査」が実施され、その分析結果がプロジェクト運営委員会で発表されるとともに、そのデータを活用した試行モデル案の取り組みが始まっている。また、合同調整委員会（Joint Coordinating Committee：JCC）で各対象地域の分析結果が中央の関係者と議論され、その後開催したワークショップで各分析結果について更に深い理解と調査の質の向上を図った。指標に基づくと、当初想定されていた成果2は達成されているといえる。

成果3：現在各対象地域で「試行モデル案」が形成され、適宜試行されている。今後、「モデル案」が決定され承認される予定であり、成果3が2009年中に達成される見込みは高い。

成果4：調査データを基にした「モデル案」が今後承認される可能性は高く、その後、「モ

デル案」の試行と精査が行われ、プロジェクト終了までには「最終モデル」が確定される計画である。以上のような進捗から、プロジェクト終了までに「最終モデル案」が確定される見込みは高く、成果4が達成される見込みは高い。

成果5：「人材育成ガイドライン」につながる基本の方針が示され、本邦研修によって中央レベルから現場レベルまでコアになる人材が育成されてきており、タイ側主導の研修にも弾みとなっている。しかし、「人材育成ガイドライン」の最終版の作成は端緒に終わったばかりであり、タイ側主導で実施されている各種研修の実態把握とその質の向上はこれからの検討課題であるところ、現時点では成果5は部分的な達成といえる。

## (2) プロジェクト目標の達成状況

以下の点から、プロジェクト終了までにプロジェクト達成の見込みは高いが、プロジェクト目標達成に向けて検討されるべき課題が残されているといえる。

- ・現在モデル案が形成され試行されつつあるところで、今後「モデル案」が承認され、プロジェクト終了までには「最終モデル」が確定される見通しは大きい。また、全国レベルでの発表に関する検討状況や取り組み姿勢や現場レベルでの積極的な発信が既に行われていることを推量すると、全国レベルに加えて多様なレベル（県、郡、タンボン）に対する発信が期待される場所である。
- ・一方で、「モデルの全国普及に向けた提案」に関しては、それをどのような形でまとめていくのか、現場の声を踏まえて検討し、文書化することが重要となってくると思われる。

## 3 - 2 評価結果の要約

### (1) 妥当性

以下の点から本プロジェクトの妥当性は高いと判断される。

- ・タイ政府は、「高齢化に係る第1次・第2次国家計画（それぞれ1982～2001、2002～2021）」において政府による社会保障制度の充実や体制、人材整備の方向性について掲げるとともに、それ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年に施行されている。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、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、国家政策・ニーズと合致しているといえる。
- ・タイ側が主体的に選定したモデルサイトは、将来的に普及発展させることを考慮し、異なった特色を有する地域からそれぞれ選定されており、全国展開のモデルをつくるうえで、適切といえる。さらに、ある程度の地元の人的・社会的ポテンシャルの存在と、中央からの交通の利便性もサイト選定にあたり考慮されている。投入の分担については、中央レベルでの人的・財政的なタイ側の負担だけでなく、各対象地域における活動費も基本的にタイ側負担となっており、日本側の投入は比較的小規模にとどまっている。この投入の分担も、タイ側の体力に照らして妥当であるといえる。
- ・外務省の「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ほか、JICA国別援助実施方針においても、重点分野「社会の成熟化に伴う問題への対応」の「高齢化対策プログラム」のなかに、本プロジェクトは位置づけられているため、タイに対するわが国のODAの政策、JICAの援助方針と整合している。
- ・先進諸国のなか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、同様に急速なスピードで高齢化が進みつつあるタイにとっても参考になると考えられる。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方向性や、高齢者保健福祉施策において国と地方の役割分担と連携などの具体的な点においても日本の仕組みは参考になると考えられる。

## (2) 有効性

多くの成果が初期に想定されたレベルを達成完了あるいは今後達成予定であり、プロジェクト目標もプロジェクト終了までに達成される見込みは高い。したがって、以下の課題について適切な取り組みが行われれば、本プロジェクトの有効性は総じて高いと予想される。プロジェクト目標の達成については、最終モデル案の発信の仕方の検討及び他のタンボンレベルで適用可能な実施手順も含む包括的文書の作成が求められている。また、上位目標の指標の検証のための基準の明確化と、そのデータ収集が必要である。

## (3) 効率性

以下の点から本プロジェクトの効率性は高いと判断される。

- ・本プロジェクトはタイ側の強いオーナーシップによって、人、施設、機材、活動費などほぼすべての面においてタイ側の投入によって実施されている。その主な財源はMOPH、MSDHS、基礎自治体の三者にまたがっており、基礎自治体の予算不足や三者での調整不足などの課題はあったものの、質と量を伴う投入がなされている。プロジェクトにおいても「中央と地方の連携メカニズム」を生かし、それを促進することが可能だと思われる。日本側投入は長期専門家2名及び本邦研修など、必要最低限な投入に絞られているのみならず、タイ側の投入フレームワークに合わせた適切な内容とタイミングの日本側投入がなされている。したがって、投入の妥当性の観点から、本プロジェクトの効率性は高いといえる。
- ・また、他機関との連携という観点では、チェンライのモデル活動におけるチュラロンコン大学からの支援やコンケンにおける精密医療機器メーカーからの支援などが確認された。こうした現地のリソースを生かした公的機関以外との連携は、効率性の高さを押し上げているといえる。

## (4) インパクト

予期された正のインパクトとして、上位目標の達成見込みがあるが、「試行モデル案」が各対象地域で形成されつつあり、また他地域へ「発信」する活動も行われつつあることから、上位目標が達成される見込みは高いと判断される。ただし、(2) 有効性に記述したとおり指標の検証のための基準の明確化と、そのデータ収集が必要である。

一方、予期されなかった正のインパクトとして、中央—地方—コミュニティが連携しながら対象地域での活動を進めるというプロジェクト実施体制が功を奏し、これまでみられなかった県福祉事務所長による現場訪問など縦割りの官僚制度のなかに他省庁、他部局と協力する土壌ができてつつある。また、問題発見・マネジメントサイクル手法の開発・実践の動きがみられるなど基礎自治体の行政能力にも向上の兆しがみえている。本プロジェクトを通じ、「根拠に根差した課題解決」や「ニーズに基づくマネジメントサイクル」が行われつつあること、基礎自治体の作成する「3カ年計画総合計画」(ローリングプラン)に、独自に高齢者保健福祉施策を取り込む動きもみられるなどは、当初予期された以上の変化であり、正のインパクトと判断される。

なお、負のインパクトは確認されていない。

## (5) 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、組織面や財政面にやや不安があるものの、中央の2省及びその他ステークホルダー間での調整機能及び地域のエンパワメントを行うメカニズムが確立されれば、総じて高いと予想される。具体的には以下のとおり。

- ・政策面では、(1) 妥当性に記述したとおり、タイ政府の優先順位の高い分野として位置

づけられており、プロジェクトの方向性は、プロジェクト終了後にも政策的に維持、発展される可能性が非常に高い。

- ・組織面においては、プロジェクトの実施体制が多様な組織・ステークホルダーを巻き込んで行うものとなっているため、中央レベルでのリーダーシップのみならず、地域全体のエンパワメントが重要である。プロジェクト終了後にも、リーダーシップと地域全体のエンパワメントに支えられた「統合」をもたらす組織体制が強固に維持されれば、自立発展性は更に高まると予想される。
- ・財政面においては、タンボンレベルでの予算確保に不安が残るものの、中央政府としての高齢者対策を進める方向性と地方自治体の行政力強化を後ろ支えとして、財政的自立発展性は総じて高いと予想される。
- ・技術的側面では、地域における技術スタッフ（地方行政官、サービス提供者など）の人材育成が、日本人専門家からの技術移転や本邦研修を通じ進められており、本邦研修の参加者が他の関係者に本邦研修で学んだことを伝える機会をもったりするなどの動きもある。地域における技術面での人材は着実に育っており、かつ今後、彼らが主体となって継続的に人材育成が進められる可能性も高く、技術的側面での自立発展性も高いと判断される。
- ・地域住民が適切なサポートを高齢者に提供できるようになるためには、既にいくつかの対象地域において確認されているとおり、人材育成、財政面、メカニズムの面において地域全体がエンパワーされることが重要である。プロジェクト終了時の自立発展性確保のために、今後もコミュニティの側面を強調し、すべてのステークホルダーと共有し、地域のエンパワメントを推進していくことが求められる。

### 3 - 3 効果発現に貢献した要因

もっとも重要な促進要因として、中央政府、MOPH、MSDHS、地方自治体、地域住民の各層において認められる、タイ側の高いオーナーシップが挙げられる。特に、中央政府、MOPH、MSDHSにおいては、財源の確保にも現れているようにオーナーシップは非常に高い。

次に挙げられるのが週例会議で、同会議の定期的開催によって、本プロジェクトの実施部隊の調整と意思決定を促し、ほぼ計画どおりの進捗を達成することに貢献したといえる。

3点目に、対象地域において地域の保健・福祉・行政機関及び本省のコーディネーター間に実践的な運営体制が構築され、有機的に機能している点が挙げられる。

4点目は本邦研修であり、同研修によって日本の高齢社会対策を目の当たりにした経験、チームワークの重要性を理解した点などが、「試行モデル案」の開発を推進するとともに、日本人の働きぶりを目の当たりにすることによって仕事に対する態度が変わりモチベーションを高め、プロジェクトの成果の達成をけん引する要因となっている。

### 3 - 4 問題点及び問題を惹起した要因

本プロジェクトの広範で複雑な実施体制（中央の2省・7局にまたがり、中央－地方政府－地域住民まで多種多様なステークホルダーが参画）を動かしていくことはプロジェクトに大きな労力を課すことともなっている。特にプロジェクト初期においては、関係部局間でのコンセンサスづくりが困難を極めたり、地方との調整に時間がかかったりして進捗を遅らせる要因となったが、週例会議の設置はこの阻害要因の軽減に寄与している。

また、現場における財源不足、人材不足も「試行モデル案」を実施・拡大するうえで阻害要因となっている。財源・人材不足は、最終的には自立発展性にかかる要件でもあることから、今後、その対応をプロジェクト活動のなかに組み込んでいく必要がある。

その他、プロジェクト運営上の問題として、現地視察時のインタビューやアンケートの結果

より、中央からの指示・依頼が遅く負荷となっており、これまではなんとか調整を図ってきたが、今後の改善が求められる。

### 3 - 5 結論

現時点までの活動と成果の実績から、本プロジェクトはおおむね当初の計画どおりに進捗しているといえる。今後、本中間レビューで指摘された課題を検討し、プロジェクト終了時までには解決していくことができれば、プロジェクト目標が達成される見込みは高い。また、プロジェクト終了時点で、評価5項目の観点からも高い評価が得られることが予想される。

### 3 - 6 提言

#### (1) モデルについて

- ・より満足度の高いサービスの創出のために「統合モデル」の基本理念のなかに「利用者本位アプローチ」及び「住民参加アプローチ」が包含されるべきである。
- ・「統合モデル」の開発プロセスを関係者が共有しそのモデルを他地域へ普及させていくために、各対象地域において、簡易かつ柔軟な、現場主体のモニタリングメカニズムを開発するべきである。

#### (2) 実施体制について

- ・プロジェクトのゴールを確実に達成するために、タイ側の2省間（MOPH及びMSDHS）・関係部局内でのしっかりとした調整メカニズムの構築と、地方行政・基礎自治体及び地域住民のエンパワメントが更に必要である。
- ・プロジェクトチームは中央から現場まですべてのプレーヤーに対して、中期的活動計画を可能な限り早期かつ詳細に周知させる必要がある。

#### (3) 人材育成

- ・地方行政・基礎自治体、サービス提供者、地域住民のキャパシティ強化を更に進めるべきである。そのために、現在『CTOPプロジェクト：ローカルオーナーシップ強化のために』としてまとめられている人材開発指針を、更に具体化し、最終版『人材育成ガイドライン』として完成させる必要がある。
- ・他地域での経験をお互いに学び合い、「プレーヤー（活動主体）」がモチベーションを高めるために、各対象地域間の「相互スタディツアー」の実施が効果的である。
- ・PDMの指標5-1を実証するために、プロジェクトとしては、タイ側で独自に提供されている研修についても、そのカリキュラムやモニタリングメカニズム（受講者の理解度や満足度の把握などを含む）を把握し、発展させていくべきである。

#### (4) モデル普及に向けて

- ・プロジェクトが終了してからではなく実施中から、モデルの優れた経験を全国的に紹介していく必要がある。そのためには、MOPH及びMSDHSで実施している各種研修の機会、TV・インターネットなどの各種メディア、などさまざまな機会や方法の活用を促進していくことが求められる。
- ・モデルの全国普及をめざすPDMの上位目標の達成を図るために、実証可能な判定基準を確立するべきである。そして終了時評価時までには、その基準に基づくデータを収集することが求められる。

### 3 - 7 教訓

本中間レビュー調査結果より、以下の一般的教訓が導き出された。

- 地域における最終受益者のための“利用者本位のサービス”を開発するためには、「根拠に基づくサイクル型手法（evidence-based cyclical procedure）（問題分析—計画—モニタリング—改善）」を取り入れた住民参加型の活動を行うべきである。そのようなメカニズムを推進していくために、中央政府から現場レベルにおけるすべてのステークホルダー間、並びにすべての関連するセクター間が連携していかなければならない。

# 第1章 中間レビュー調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

中進国化しつつあるタイ王国（以下、「タイ」と記す）では、社会の成熟化と経済社会全般にわたる成長に伴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おり、今後のタイへの技術協力においては、同国が着実に発展し、かつ安定した社会を構築するため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。

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及び財政的受け皿の整備が不十分な状況にあり、こうした状況のなか、高齢化対策に係る技術協力がわが国に要請された。独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）は2006年に「高齢化対策プロジェクト形成調査」を実施し、タイの高齢化の基礎的な調査・検討を行い、また2007年の事前調査を通じてプロジェクトの基本的枠組みについて合意し、同年11月より4年間の予定で技術協力プロジェクト「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（Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand：CTOP）」を実施している。

本プロジェクトは、タイ保健省（Ministry of Public Health：MOPH）及び社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security：MSDHS）の2省7局をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関とし、現在、2名の長期専門家（チーフアドバイザー、業務調整）が派遣されており、それぞれ2省が所管するコミュニティにおける高齢者対象の保健医療と福祉サービスの統合モデルの構築に対する支援を行っている。本プロジェクトでは、パイロットサイトとして、北部のチェンライ、東部のコンケン、中部のノンタブリ、南部のスラタニ4県から、それぞれ1つずつタンボン（行政区）<sup>1</sup>を選定し、各種委員会（中央レベルにおける運営委員会や県レベルのワーキンググループ）の立ち上げ、高齢者のニーズ調査を実施してきた。その調査結果を基に、各サイトにおけるモデル活動案を作成し、その試行を進めている段階にある。

このたび、プロジェクト開始から2年弱がたち、4年間の活動の中間地点に達しているため、1) プロジェクト活動の進捗状況の把握と現時点での評価、2) 残る協力期間の活動方針及び計画について関係者と合意を形成すること、を主な目的として、中間レビュー調査が実施された。

## 1-2 調査団の構成

### (1) 日本側

担当分野	氏名	所属
総括	田中 章久	JICAタイ事務所次長
高齢者福祉政策	江口 隆裕	筑波大学ビジネス科学研究科教授
協力計画	木下 真理子	JICAタイ事務所所員
評価分析	駒澤 牧子	(株)アースアンドヒューマンコーポレーション 調査研究部長

<sup>1</sup> タンボン（行政区）の詳細については、コラム（p.17）参照。

## (2) タイ側

担当分野	氏名	所属
総括	Dr. Narongsakdi Aungkasuvapala	保健省健康局長
団員	Dr. Supakit Sirilak	保健省事務次官室政策戦略部長
団員	Dr. Chanvit Tharathep	保健省健康サービス制度開発部長
団員	Ms. Suntaree Puaves	社会開発・人間の安全保障省高齢者エンパワメント部長
団員	Assoc. Prof. Jiraporn Kespichayawattana	チュラロンコン大学看護学部
団員	Dr. Suvinee Wivatvanit	チュラロンコン大学看護学部
団員	Ms. Romyavadi Sarakshetrin	タイ外務省国際開発協力庁
団員	Ms. Somsuan Howe	タイ外務省国際開発協力庁

## 1 - 3 調査日程

現地調査は2009年8月8日から8月18日までの期間で実施された。

調査日程の概要は、以下のとおりである。

	月日	活動内容	宿泊先
1	8月8日 (土)	本邦団員 日本発、バンコク着 (JL717) 18:00~21:00 日本側打合せ	バンコク
2	8月9日 (日)	10:00~13:00 JICAタイ事務所にて打合せ	バンコク
3	8月10日 (月)	9:00 日本側打合せ 13:30 キックオフ会議(タイ側関係者に対する評価方針の説明・協議) 夕方 チェンライへ移動	チェンライ
4	8月11日 (火)	チェンライ県クンターン郡病院視察 主要ステークホルダー(県保健事務所、県福祉事務所、郡病院、自治体、ボランティア)との協議 夜 バンコクへ移動	バンコク
5	8月12日 (水)	10:00~11:00 日本人団内打合せ 12:00~16:00 ノンタブリ高齢者視察 17:00~19:00 日本人団内打合せ	バンコク
6	8月13日 (木)	9:00~12:00 主要ステークホルダーとの会議 13:00~16:00 合同レビュー会議	バンコク
7	8月14日 (金)	10:30~16:00 合同レビュー会議	バンコク
8	8月15日 (土)	ミニッツ修正作業	バンコク
9	8月16日 (日)	ミニッツ修正作業	バンコク
10	8月17日 (月)	11:00~12:00 ミニッツ確認協議 13:00~14:00 ミニッツ調印式 16:00~17:00 在タイ日本大使館報告	バンコク
11	8月18日 (火)	8:10 調査団員帰国 (JL708)	

## 1 - 4 主要面談者

### (1) 日本側

- 1) 在タイ日本国大使館  
隈丸 優次 特命全権公使  
山下 護 一等書記官
  
- 2) JICAタイ事務所  
大西 靖典 所長
  
- 3) CTOPプロジェクト専門家  
堀江 裕 チーフアドバイザー  
奥井 利幸 業務調整員

### (2) タイ側

- 1) 外務省国際開発協力庁 (Thailand International Development Cooperation Agency : TICA)  
Ms. Romayawadee Sarakasetzin Program officer  
Ms. Somsuan Howe Program officer
  
- 2) 保健省 (MOPH)  
Dr. Narongsakdi Aungkasuvapala Director-General, Department of Health (Project Manager)  
Dr. Wiwat Wiriyakritja Deputy Director General, Department of Medical Services  
Dr. Supakit Siriluck Director, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary  
Dr. Chanvit Tharathep Director, Bureau of Health Service System Development  
Dr. Manoo Vathisunthorn Director, Elderly Health Office, Department of Health  
Dr. Nantasak Thammanawat Director of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services  
Dr. Umporn Benjapolpitak Director, Mental Health Technical Development Bureau, Department of Mental Health  
Ms. Rossukon Kangvallert Assistant Director, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary  
Ms. Suparanee Ratanachatchai Chief of International Affairs and Health Economic, Office of Permanent Secretary  
Dr. Ekachai Phetsriwatchara Medical Doctor, Bureau of Health Promotion, Department of Health

Ms. Kritsana Triyamaneerat	Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services
Ms. Unchalee Katinurak	Bureau of Policy Planning and Strategy
Ms. Patchara Sateanpuetra	Bureau of Health Service System Development, Department of Health Service Support
Ms. Pathraporn Srisoongnoen	Bureau of Health Promotion, Department of Health
Ms. Inthira Padmintra	Mental Health Technical Development Bureau, Department of Mental Health
3) 社会開発・人間の安全保障省 (MSDHS)	
Ms. Anchalee Chootrakul	Acting Director, Bureau of Empowerment for Older Persons, Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups
Ms. Siriwan Aruntippaitune	Bureau of Empowerment for Older Persons, Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups
Ms. Suwanee Horwiwat	Director, Division of Social Welfare Service Standard, Bureau of Social Welfare Services
Ms. Reungrudee Wisaeso	Bureau of Social Welfare Services
4) チェンライ県パイロットサイト関係者	
Mr. Samphan Suwanaphum	Provincial Social Development and Human Security Officer
Ms. Rattana Jitwongpong	Social Worker, Provincial Social Development and Human Security Office
Ms. Pannee Meenhuk	Public Health Officer, Provincial Health Office
Mr. Pibulchai Intana	Chief of District Public Health Officer, District Health Office
Mr. Somprat Mhuanjit	Director, Khun Tan Hospital
Ms. Kritsana Puttawong	Professional Nurse, Khun Tan Hospital
Mr. Wichan Piwong	Vice President, Tessabaan Yang Hom
Mr. Jomchai Tipkamolsen	Officer (Pa-Lat) , Tessabaan Yang Hom
Mr. Kraiwan Tiwong	Community Development Officer, Tessabaan Yang Hom
Ms. Somsri Mongkolkee	Elderly Volunteer and Health Volunteer
Ms. Warailuk Tuadpol	Professional Nurse, Yang Hom Health Center
Ms. Orapin Intayos	Professional Nurse, Ban Nam Prea Health Center

5) チュラロンコン大学

Assoc. Prof. Dr. Jiraporn Kespichayawattana    Lecturer, Faculty of Nursing,

Dr. Suvinee Wivatvanit

Lecturer, Faculty of Nursing

1 - 5 中間レビューの方法

1 - 5 - 1 評価の方針

本評価調査は、「JICA事業評価ガイドライン（改訂版）」（2004年3月）に基づき実施した。すなわち、「実績の確認」、「実施プロセスの把握」を行ったうえで、「評価5項目による評価」の視点（表-1参照）から包括的な評価・分析を行った。具体的な手順は以下のとおりである。

- (1) プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）（付属資料2参照）に基づき、プロジェクトの実績を確認する。
- (2) 評価5項目（妥当性・有効性・効率性・インパクト・持続性）の観点によるプロジェクトの評価を行う。
- (3) プロジェクトの進捗に貢献した要因・阻害した要因を分析する。
- (4) プロジェクトへの提言及び教訓の抽出を行う。

表 - 1 評価5項目の主な視点

5項目	主な視点
妥当性 (Relevance)	評価時点においてもプロジェクト目標と上位目標が妥当であるかどうかを、政府の政策、受益者のニーズ、日本の援助政策との整合性の観点から検討する。
有効性 (Effectiveness)	各成果の達成の度合いとそれが「プロジェクト目標」の達成度にどの程度結びついているかを検討する。
効率性 (Efficiency)	プロジェクトの「投入」から生み出される「成果」の程度が、タイミング、質、量などの観点から妥当であったかどうかを分析する。
インパクト (Impact)	プロジェクトが実施されたことにより生じる波及効果のプラス・マイナスの効果の見込みを検討する（当初予定されていない効果も含む）。
持続性 (Sustainability)	協力終了後、プロジェクトによってもたらされた成果や開発効果が持続されるか、あるいは拡大されていく可能性があるかどうかを予想するために、組織的側面、財政的側面、技術的側面から実施機関の持続性を見込みを考察する。

なお、通常JICAの評価はプロジェクトの時期によって、事前評価、中間レビュー、終了時評価、事後評価に分けられる。各評価では着目する点が少しずつ異なることから、前出のガイドラインでは表-2のように、評価のタイミングごとに調査・評価項目を整理している。本評価は中間レビューであることから、実績の確認、実施プロセスの把握、妥当性、効率性については実績に基づく検証作業を行い、有効性、インパクト及び持続性についても可能な限り集めた情報に基づき、見込みにより価値判断を行う。

表 - 2 プロジェクト評価の種類と調査・評価項目との関係

	事前評価	モニタリング	中間レビュー	終了時評価	事後評価
実績・実施プロセスの把握	-	●	●	●	△
<評価5項目>					
妥当性	●	-	●	●	△
有効性	○	-	△	●	-
効率性	○	-	●	●	-
インパクト	○	-	△	△	●
持続性	○	-	○	○	●

○：予測、見込みに基づいて検証作業を行う。

●：実績に基づいて検証作業を行う。

△：必要性・可能性に応じて検証作業を行う。

—：本格的な検証作業は時期尚早である、もしくはその前の段階で終了している。

#### 1-5-2 評価スコープと主な調査項目

本中間レビュー調査では、プロジェクトにとってより有益で効率的なレビュー結果を導き出すために、特に着目すべき評価の視点として、「評価スコープ」を設定した。プロジェクト関係者の問題意識を集約し、以下のような「評価スコープ」を設定した。

1. 開発中の「統合型モデル」のおおまかな姿の共有（有効性）
2. プロジェクト終了時のあるべき姿の共通認識の形成（有効性）
3. 多様なステークホルダーの把握、及びそれぞれのキャパシティの向上と課題（有効性）
4. ステークホルダー間の調整機能の現状（有効性、効率性、持続性）
5. プロジェクト活動のモニタリング体制（特に各地方レベル）の課題（有効性、持続性）

#### 1-5-3 評価グリッド

上記「評価スコープ」に鑑み、表-3のような評価グリッドを設定した。

表-3 評価グリッド

	大項目	小項目	評価設問	情報収集方法	収集先
実績の把握	1 実績の検証	1-1 投入実績	日本側・タイ側の投入実績	Project document (以下、PD)	プロジェクト (以下、P)
		1-2 活動実績	PDMの成果ごとの活動実績	PD、インタビュー	P
		1-3 各成果の達成度	各成果の指標に基づく達成度 <ul style="list-style-type: none"> <li>・指標1-1 (できれば開催回数、その他、地域コミッティの開催回数も) (週会議の実績も)</li> <li>・指標1-2 役割とリスト表</li> <li>・指標1-3 各対象地域の活動計画</li> <li>・指標2-1 各対象地域の分析結果報告書</li> <li>・指標2-2 中央レベルでの議論の結果を示す文書とそのフィードバック</li> <li>・指標3-1 各対象地域のモデル案</li> <li>・指標5-1 研修の満足度</li> <li>・指標5-2 ガイドライン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PD、インタビュー</li> <li>・PD</li> <li>・PD</li> <li>・PD</li> <li>・PDとインタビュー</li> <li>・PD</li> <li>・アンケート (特に本邦研修参加者) とインタビュー</li> <li>・PD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・P、サイト</li> <li>・P</li> <li>・P、サイト</li> <li>・P</li> <li>・MOPH、MSDHS</li> <li>・P</li> <li>・P、サイト</li> <li>・P</li> </ul>
		1-4 プロジェクト目標の達成見込み	プロジェクト目標の達成の見込み	上記結果とインタビュー	P、C/P、JCC
		1-5 上位目標の達成見込み	上位目標の達成の見込み	上記結果とインタビュー	P、C/P、JCC
		2 実施プロセスの検証	2-1 進捗の確認	・POとの比較	PD、インタビュー
	2-2 プロジェクト実施体制		・実施体制 (JCC、中央・地方・地域アクターなど) は適切で、順調に進行しているか。	PD、インタビュー視察	P、C/P、JCC、県、タンボン、地域のステークホルダー
	2-3 主要アクターのプロジェクトへの理解・参加度		・主要アクターのプロジェクトへの理解、参加は適切か。	PD、インタビュー、視察	P、C/P、JCC、県、タンボン、地域のステークホルダー
	2-4 モニタリングの実施		・プロジェクト活動のモニタリング体制は十分か。	インタビュー、視察	特に、県、タンボン、地域のステークホルダー
	2-5 特記すべき阻害要因		・その他、阻害要因はないか。	インタビュー	P、JCC、他C/P

評価 5項目	1 妥当性 (事前評価結果の再検証)	1-1 タイの政策との合致	・タイの政策のなかで優先度は高いか。	PD、インタビュー	MOPH、MSDHS JCC
		1-2 協力デザインの適切性	・プロジェクトC/P機関の設定、サイトの選定、対象規模の設定は妥当か。 ・アプローチは適切か。	・インタビュー、視察 ・インタビュー	・P、JCC、主要C/P ・P、JCC、主要C/P
		1-3 JICAの対タイ援助方針との整合性	・日本政府、JICAの援助方針、との整合性はあるか。	・対タイ経済協力計画、 JICA国別事業実施計画	・JICA、P
		1-4 日本の技術、経験の優位性	・日本の高齢化対策の経験・資源の比較優位性はあるか。	・PD、インタビュー	P、JCC
	2 有効性	2-1 プロジェクト目標の共通認識(プロジェクト目標は明確か?)	・プロジェクト終了時にめざすべき姿とは? ・「モデル」についての共通理解はあるか。 ・各成果の共通理解はあるか。	JCC会議、インタビュー、	P、JCC、各レベルのC/P
		2-2 プロジェクト目標の達成見込み	・上記プロジェクト目標は達成される見込みがあるか。	インタビュー、視察、アンケート	P、JCC、各レベルのC/P、 地域のステークホルダー
		2-3 促進・阻害要因	・プロジェクト目標の達成を促進する要因、阻害する要因は何か。 -タイ側のコーディネーションの視点 -日本側の投入・バックアップ体制の視点	PD、アンケート、インタビュー	JCC、C/P
	3 効率性	3-1 投入の妥当性	・日本側の投入(人、機材、運営費)の量、質、タイミングは妥当であるか。 ・タイ側の投入(人、資機材、運営費)は妥当であるか。	(「実績の把握」より判断)	
		3-2 各成果の達成状況	・各成果の達成状況	(「実績の把握」より判断)	
		3-3 実施体制における効率性	・効率的、効果的なプロジェクト運営のための実施体制上の特記すべき点	(「実施プロセス」より判断)	
	4 インパクト	4-1 直接的インパクト	・期待された正のインパクト(上位目標)は、プロジェクト終了後、達成される見込みか。	アンケート、インタビュー	P、JCC、各レベルのC/P、 地域のステークホルダー
		4-2 間接的インパクト	・その他、予測されなかった正負のインパクトはみられるか。	インタビュー、視察	
	5 持続性	5-1 政策的側面	・タイ政府は、本プロジェクトの開発した「モデル」を、活用する意欲をみせているか。その具体的方法は?	インタビュー	JCC

	5-2 組織体制的側面	・プロジェクトが構築する「統合型モデル」を継続、発展、拡大させていくために、組織は形成されているか。	インタビュー、視察	JCC、各レベルのC/P
	5-3 財政的側面	・「統合型モデル」を継続、発展、拡大させていくための、政府、地方行政、地域の財政的投入は確保されるか。	インタビュー	JCC、各レベルのC/P
	5-4 技術的側面	・「統合型モデル」を継続していくための、各C/Pの技術面は十分に開発されているか。	インタビュー、視察	県、タンボン、地域レベルの行政及びサービス提供スタッフなど

#### References

P : The project, PD : Project Document, MOPH : Ministry of Public Health, MSDHS : Ministry of Social Development and Human Security, JCC : Joint Coordinating committee, C/P : counterparts, PO : Plan of operation

## 1 - 6 情報・データの収集方法

### (1) 収集された文書

- ・事前評価調査報告書（2007年9月）、討議議事録（Record of Discussion : R/D）ドラフト（2007年7月）、協議議事録（Minutes of Meeting : M/M）（2007年6月）
- ・PDM（上記M/M 付版）
- ・活動計画（Plan of Operation : PO）と年間活動計画（Annual Plan of Operation : APO）
- ・プロジェクト報告（2007年11月～2008年6月）（日本語）
- ・Reports on the Joint Coordinating Committee Meeting（First:Dec.2007, Second: Jul. 2008, Third: Dec. 2008）
- ・Reports on the Steering Committee Meeting（First:Dec.2007, Second: Jul. 2008, Third: Oct. 2008, Forth: Dec. 2008, Fifth:April 2009）
- ・短期専門家報告書（日本語）

### (2) インタビュー及び協議（詳細結果は付属資料1-ANNEX 5参照）

- ・日本人専門家、MOPH及びMSDHS7局の8名のコーディネーター、週例会議のメンバー

### (3) ステークホルダー・アンケート（配布数56、回収数40、回収率71%）（詳細結果は付属資料1-ANNEX 5参照）

- ・配布先は、MOPH及びMSDHSの7局の担当者、県保健事務所、県福祉事務所、コミュニティ病院、プライマリケアユニット（Primary Care Unit : PCU）、老人福祉センター、タンボン自治体（Tambon Administrative Organization : TAO）・市町自治体（テーサバーン）、保健ボランティア・高齢者ボランティアのリーダー、老人クラブリーダー

### (4) 対象地域での活動視察及び関係者との協議

- ・チェンライにおける活動視察、最終裨益者ヒアリング
- ・チェンライにおけるC/P、サービス提供スタッフとの協議
- ・ノンタブリにおける高齢者ヒアリング

## 1 - 7 調査・評価上の制約

本中間レビュー調査は、全体期間10日間（土日を含む）で行い、プロジェクト対象地域の4県のうち1県のみ実地訪問することとし、他の対象地域については担当者からの質問票調査及びヒアリングによって補完した。

また、本プロジェクトの根をなす成果4の「モデル案」の決定については、2009年9月（本中間レビュー調査実施の月）に実施される予定であることから、本中間レビュー調査時点では日本・タイ国側方で「モデル案」の認識を共有し、各対象地域における準備状況から今後の進展を推測、評価結果に反映させた。実際の「モデル案」は、2009年9月の決定をまつ必要がある。

## 第2章 プロジェクトの概要

プロジェクトに関する理解を促し、今後のプロジェクトの今後の方針についてより適切な提言を導き出すために、評価に先立ち、プロジェクトを取り巻く背景を概観し、プロジェクトの概要を整理しておく。

### 2 - 1 タイの高齢化概況

#### (1) タイの高齢化

タイにおいては、2001年に高齢者人口（65歳以上人口）が7%に達し、国連の定義による“高齢化社会”に突入した。また、高齢化のスピードを示す指標である高齢化率が7%から14%にいたるまでの期間（倍加年数）をみると、タイは中位推計で22年で、日本の24年（1970年～1994年）よりも急速であり、他のアジア諸国のなかでも非常に速いスピードで高齢化が進行していることが特徴である（表-4）。さらに、2000年には高齢者人口（タイの定義では、60歳以上人口）は約560万人であったが、2020年には1,130万人に達すると予想され、実数のうえでも大きなボリュームとなってきている。一方で、それに伴い生産年齢人口（15～64歳）は減少方向にあり、その結果、従属人口指数（年少人口+老年人口/生産年齢人口）は2000年の11.6%から2020年には26.1%と倍増すると見込まれている。

表 - 4 アジアの高齢化のスピード

	高齢化率7%に達した年	高齢化率14%に達する年	倍加年数
タイ	2001	2023*	22
日本	1970	1994	24
香港	1983	2014*	31
中国	2001	2026*	25

注：\*は、中位推計による。データは国連人口推計より作成。

出所：大泉啓一郎（2007）『老いてゆくアジア』（中公新書）より作成。

#### (2) 高齢化に関する国家政策

タイ政府は、このように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次々と打ち出している。「高齢化に係る第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た。さらに、「高齢化に係る第2次国家計画（2002～2021）」では、5つの実施戦略（BOX 1参照）を示し、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触れ、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。

#### BOX 1 5つの実施戦略

- ・ 老後の備え
- ・ 福祉の増進
- ・ 社会保障制度の充実
- ・ 体制・人材整備
- ・ 政策・プログラム開発とモニタリング・評価のための調査研究

出所：JICA（2007）『タイ高齢化対策プロジェクト形成調査報告書』（JICA）

この第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。同法では、高齢者の13の権利が示され、医療・衛生サービスを受ける権利、就業の権利、最低限の衣食住を確保される権利など、高齢者の基本的人権を保障する内容となっている。さらに、2007年に施行された包括的な開発計画である「第10次国家経済社会開発計画 (2007～2011)」においても、高齢化対策が重要課題として取り上げられ、その戦略として、1) 高齢社会突入前の労働生産性の向上、2) 高齢者ケアのためのコミュニティの受け皿機能の強化、を2本柱として掲げている。現在、タイ政府は高齢者法の下で、国家高齢者対策委員会 (National Commission on the Elderly、首相が委員長) 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うえで、具体的な高齢化対策を進めようとしている。

一方で、老齢年金や、介護を含む高齢者医療制度については、制度構築の途上にある。医療保障においては、2002年に「30パーツ医療サービス制度」<sup>2</sup>という、30パーツの窓口負担を条件にそれぞれの居住地に基づく登録した診療所での医療サービスを受けることができる制度を導入した。また、年金制度では、かつては公務員向けの年金制度と国営企業従業員向けの年金、その他政府職員を対象としたものしかなかったが、1999年に民間被用者向けの社会保障基金の1つに年金が加えられ、積立が義務づけられた。当初は10名以上を雇用する企業に適用されていたが、2002年より従業員を1名以上有するすべての事業所が対象となった。しかし、依然としてそれに加わっていない労働者層が大多数を占めている。その他老齢給付金があり、月額500パーツ (2006年12月までは300パーツ) が地方自治体を通じ高齢者に対して支給されている。この制度はもともとは貧困高齢者に対する福祉老齢給付金として1993年に開始され、2009年より高齢者全員を対象に拡大したものである。

こうした国家主体の抜本的な社会保障・医療制度の構築が停滞するなか、タイ政府がとろうとしている課題解決の方向性は、以下の3つの戦略コンセプト (BOX 2) にまとめられる。つまり、地域で支えあう仕組みづくり、高齢者を社会資源として活用する姿勢、既存の社会体制のより効率的運用を、その動力源としようとする戦略である。

#### BOX 2 高齢化社会対応の3つの戦略

- ・ 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
- ・ 高齢者の社会活動への参加の促進
- ・ セクター間の協力ネットワーク構築 (国レベル及び地方レベル)

出所: 「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 (以下、「CTOP事前評価調査報告書」と略す)」 (2007年)。

## 2 - 2 プロジェクトの概要

ここでは、プロジェクトの概要について簡単に整理しておく。プロジェクトの基本情報は以下のとおりである。

プロジェクト名 : 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

<sup>2</sup> 現在は30パーツの窓口負担が免除となり、無料診療が行われている。Universal Coverage Health Care Schemeとも呼ばれる。

R/D署名日 : 2007年7月  
協力期間 : 2007年11月～2011年10月（4年間）  
協力総額 : 約1億9,000万円  
C/P機関 : タイ保健省（MOPH）及び社会開発・人間の安全保障省（MSDHS）  
国内協力機関 : 厚生労働省 他  
対象地域 : モデル4県（チェンライ、コンケン、ノンタブリ、スラタニ）からそれぞれ1カ所ずつ選定されたタンボン（行政区）<sup>3</sup>  
裨益対象者 : 直接裨益者は、高齢者行政に従事する中央レベル及びモデル試行対象4県の対象タンボンにおける高齢者向け保健医療・福祉サービス従事者（約300名）。間接裨益者は、モデル試行対象地域の高齢者（注：タイにおける高齢者の定義は60歳以上）

#### 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）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<sup>4</sup>。

タイでは地方分権が進められているが、地方自治体の財政的・人的キャパシティはまだ脆弱であり、また、地方自治体が担うべき住民サービスのあり方についても明確な指針はない。高齢者に対するサービスについても、保健医療・福祉サービスのメニューが出揃っているわけではなく、また国と地方の役割分担も明確な方針がない。そのような状況下でのモデル策定においては、地方自治体の財政的・人的基盤に配慮し、現実的で、多くの自治体で活用できるようなデザインとすることが求められる。

#### プロジェクトデザインの要約

＜上位目標＞	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）が全国で活用される。
＜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。
成果1	対象地域において高齢者に対する保健医療・福祉サービスに関する機関が計画策定に参加する枠組みが構築される。
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。
成果3	モデル案が策定され、試行される。
成果4	最終的なモデルが策定される。
成果5	高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。

<sup>3</sup> タンボン（行政区）の詳細についてはコラム（P.17）参照。

<sup>4</sup> 「CTOP事前評価調査報告書」による。

## 2 - 3 プロジェクト実施体制

### (1) プロジェクト運営体制

本プロジェクトは、MOPHとMSDHSを合同のC/P機関とし、それぞれの省の複数の局が関係している。以下関係局を列挙する。保健省次官室政策戦略部、保健省健康局、保健省医療サービス局、保健省精神衛生局、保健省医療サービスサポート局、社会開発・人間の安全保障省社会福祉局、社会開発・人間の安全保障省福祉振興・弱者保護・エンパワメント局の合計2省7局となっている。「合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）」が、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は年2回以上開催される。また、JCCの下に、MOPH、MSDHSの関係部局、対象4県の代表から構成される「プロジェクト運営委員会（Steering Committee）」を設置し、3か月ごとに会議を開き、プロジェクトの進捗をモニターしている。JCCには、日本人専門家、JICAタイ事務所、在タイ日本国大使館（オブザーバー）が、またプロジェクト運営委員会には、日本人専門家、JICAタイ事務所がメンバーとして参加している。

また、対象地域においては、県レベルの県委員会（Provincial Committee）、タンボンレベルの作業委員会（Working Committee）、村レベルの地域委員会（Community Committee）と、各行政レベルに委員会を設置し、プロジェクトの活動推進を図っている。以上の運営体制は、図－1のように示される。

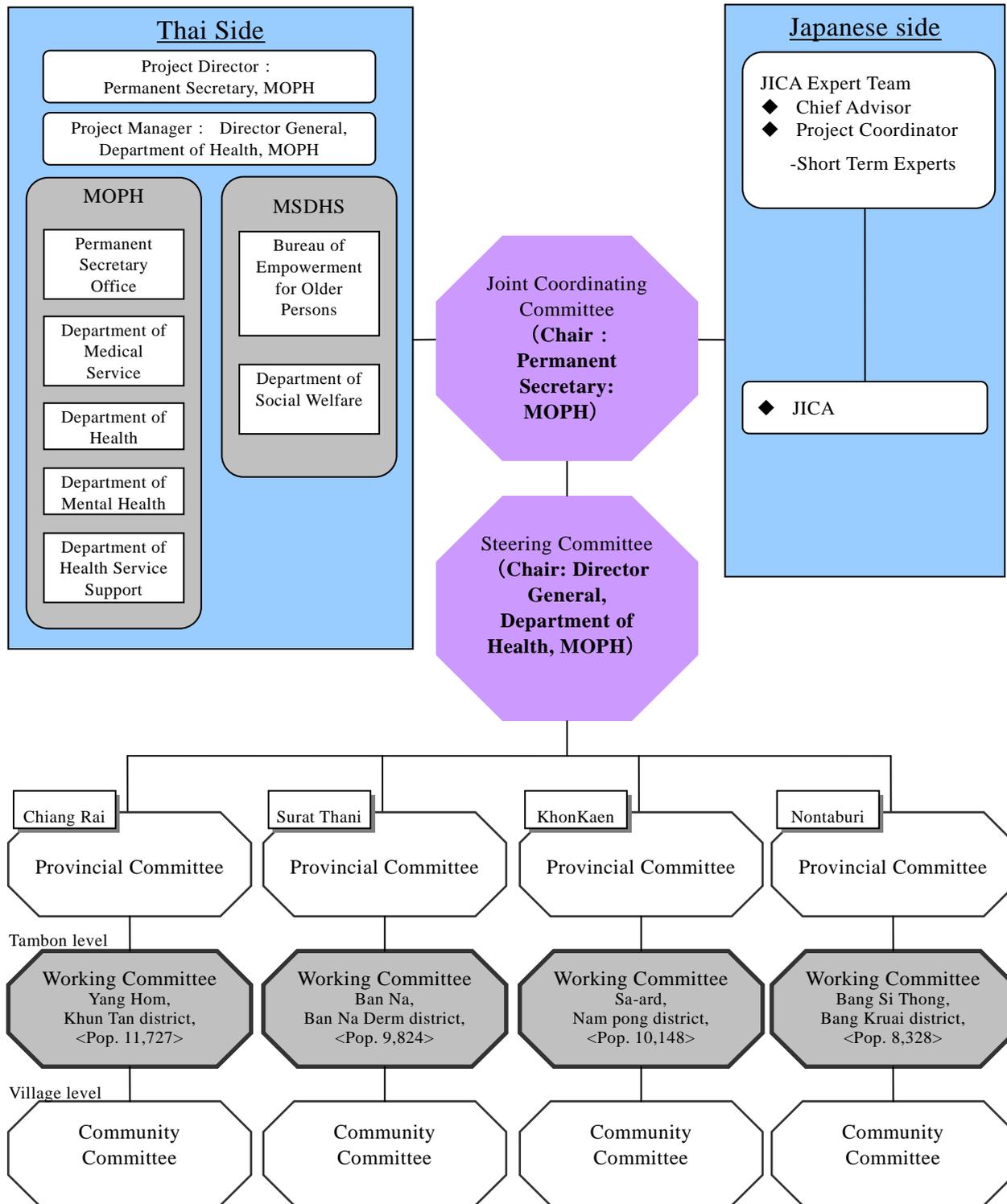


図 - 1 プロジェクト運営体制図

(2) プロジェクト対象地域

本プロジェクトでは、以下の4対象地域において、「試行モデル案」の形成と試行的な実施を行い、全国へ発信できるモデル案をつくることをめざしている。対象地域は、北部のチェンライ県、東北部のコンケン県、中部のノンタブリ県、南部のスラタニ県から、各1タンボン（行政区）を選定している。各タンボンの詳細は以下のとおりである。

表 - 5 対象地域の概要

	チェンライ	コンケン	ノンタブリ	スラタニ
タンボン (行政区名)	ヤンホン (Yang Hom)	サード (Sa-ard)	バンシートン (Bang Si Thong)	バンナ (Bang Na)
特徴	農村型、テーサバーン管轄、域内にコミュニティ病院有り	農村型、TAO管轄、域内にコミュニティ病院なし	都市型、TAO管轄、病院他各種社会資源豊富	農村型と都市型混在、TAOとテーサバーン混轄
人口（人）	11,727	10,148	8,328	9,824
世帯数（1世帯当たり人員）	3,558 (3.30)	2,270 (4.47)	3,319 (2.51)	2,065 (4.76)
面積km <sup>2</sup>	134.8	82.0	5.8	71.1
人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	87.0	123.8	1435.9	138.2
高齢者人口（人）	1,302	920	1,042	1,020

<コラム タイの地方行政機構と地方分権化について><sup>5</sup>

本プロジェクトでは、対象地域を各タンボン（行政区）レベルに設定し、タンボンレベルの地方自治体を巻き込んだ運営を行っている。より深い理解を促すために、タイの地方行政機構と地方分権化について簡単に整理しておく。

1. 地方行政と地方自治行政

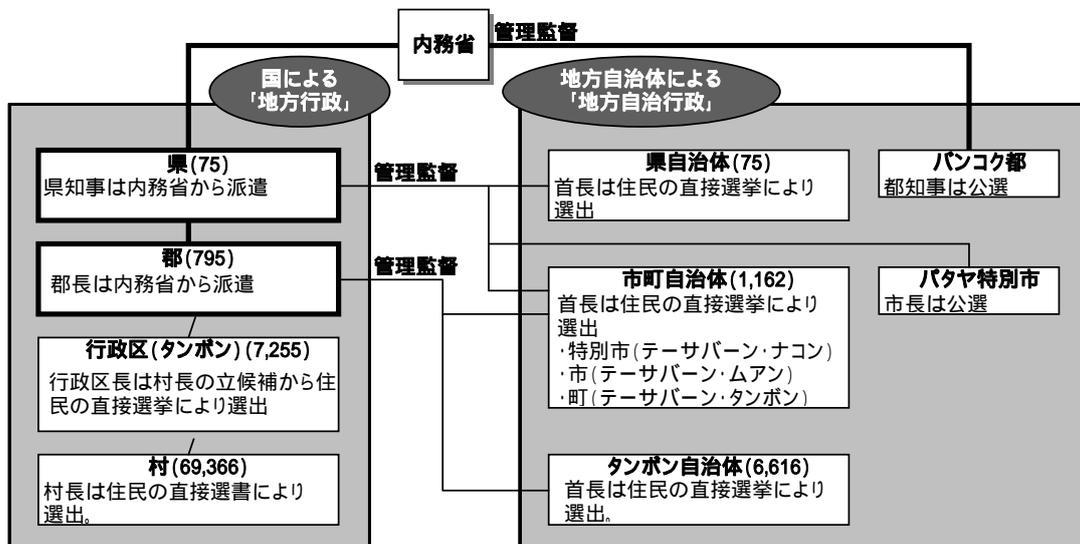
タイの地方行政制度は、大きく、国による「地方行政」（統治ライン）と地方自治体による「地方自治行政」（自治ライン）の2系列が並存していることが特徴である。

国による「地方行政」（統治ライン）は内務省により統治され、①県、②郡、③行政区、④村という4つのレベルに分けられる（図）。他方、地方自治体による「地方自治行政」（自治ライン）は、①県自治体、②市町自治体、③TAOの3つの形態がある。また特殊な形態として、④バンコク都と⑤パタヤ特別市の2都市がある。

国による「地方行政」における県及び郡は、国の出先機関の集合体といった色彩が強く、内務省から派遣される県知事、関係省庁から派遣された各担当官によって成り立っている。郡役所にも、内務省から郡長が派遣され、郡レベルの各省局行政官を統轄する。郡行政は、中央官僚による行政としては住民にもっとも近いものである。さらに、「行政区」（タイ語ではタンボン）は「村」の集合体で、「村」は内務省が区割りをした最小の行政区画である。

他方、「地方自治行政」には、広域自治体として各県域と一致する県自治体（タイ語ではオー・ボ・チャー）と、基礎自治体としての市町村自治体（タイ語ではテーサバーン）、TAOがある。市町村自治体、TAOともに基礎自治体であるが、市町村自治体は、比較的都市部に設置される基礎自治体とされている。

現在は、タイ全土に地方自治体が配置され、2003年以降、すべての地方自治体で、首長と地方議員が直接住民に選出されるスタイルとなった。しかし、現在でも、内務省による各自治体への「管理監督権」は決して小さくない。



出所：JICA（2007）『CTOP事前評価調査報告書』JICA及び伊瀬知強他（2004）『ASEAN諸国の地方行政』財団法人自治体国際化協会より改訂。

図 地方行政機構

<sup>5</sup> 本コラムは、永井史男他（2007）『キャパシティ・ディベロップメントに関する事例分析-タイ地方行政能力向上プログラム』JICA、を主な出典として、伊瀬知強他（2004）『ASEAN諸国の地方行政』（財団法人自治体国際化協会）、橋本卓他（1993）『アジア諸国の地方制度』（財団法人地方自治協会）などを参考に、取りまとめたものである。

## 2. 基礎自治体<sup>6</sup>の役割とキャパシティ

次に、本プロジェクトの対象地域として設定されているタンボン（行政区）レベルの基礎自治体の役割とキャパシティについて整理する。タイにおいては、日本の「地方自治法」のような統括的な法律は存在せず、自治体ごとに「組織設置法」やその他関連する法律（保健法や環境法など）などによっている。その「組織設置法」によると、「やらなければならない業務」と「やってもよい業務」に分けられており、その規定も具体的ではないため、後者に関しては、自治体は財政的制約から実施したがる傾向にある。例えば、TAOには9つの「やらなければならない業務」と13の「やってもよい業務」があり、高齢者に関係する業務は「女性、児童、青少年、高齢者及び身体障害者の発展促進」として前者に相当している。これが原因となって、自治体間の行政サービス内容の大きな隔たりが生まれている。またキャパシティについてみると、職員数は2006年7月時点において全国の市町村自治体で2万9,795人、TAOが4万2,991人とされており、単純に各自治体数で割ると、1自治体あたりそれぞれわずか25.6人と6.5人となり、雇員や派遣職員を含めても、それぞれ83.3人、15.0人と少ない。財政的な制約もあり、自治体独自で職員数を増やすことは困難というのが現状である。財政面では、地方自治体の主な歳入は、自主税収、許可手数料、政府からの交付税及び補助金からなっているが、全地方自治体（2006年度）でみると、自主税収は8.9%、政府が徴収後に地方に再配分する交付税が52.6%、国からの補助金が38.5%と、国からの財源が9割以上を占める。しかし、国からの財源は基礎自治体に委譲された業務に見合ったものとは言い難いというのが現状である。

このように、多くの基礎自治体が人員、財源の両面において制約を抱えており、基礎自治体による地域の受け皿が十分に整備されないままに、分権化で業務移譲が行われている。しかし、分権化そのものは、より住民に近いTAOに住民サービスの軸足を移す意向の表れであり、今後の基礎自治体の体力強化と行政能力の向上がまたれるところである。

<sup>6</sup> 名称上混乱しやすいが、一行政区内に複数のTAOが存在する場合もあり、行政区とTAOのエリアは必ずしも一致しない〔1タンボン（行政区）にテーサパーンとTAOが並存することもある〕。

### 第3章 プロジェクトの実績

本章では、本中間レビュー調査時点におけるプロジェクトの実績（投入、活動、成果、プロジェクト目標の達成度）を確認し、実施プロセスを把握する。

#### 3-1 投入実績

プロジェクト開始から本中間レビュー調査時点までの投入実績は以下のとおりである。

##### (1) 日本側

##### 1) 専門家派遣

- ・長期専門家（敬称略）

日本側は、プロジェクト開始時点から本中間レビュー調査時点までに、チーフアドバイザー1名、業務調整員1名を派遣している。詳細は、以下のとおりである。

担当分野	氏名	派遣期間
チーフアドバイザー	堀江 裕	2007年11月8日～現在
業務調整員	奥井 利幸	2007年11月8日～現在

- ・短期専門家（敬称略）

日本側は、本中間レビュー調査時点までに、延べ6名（重複あり）の短期専門家を派遣している。詳細は以下のとおりである。

<2007年度>

担当分野	氏名	派遣期間
・データ収集・分析	渡邊 良久	2008年3月12日～21日

<2008年度>

担当分野	氏名	派遣期間
・高齢者関連活動の情報収集と分析	岩名 礼介（第1回）	2008年8月6日～19日
・タンボン自治体のキャパシティ、地域資源の分析	岩名 礼介（第2回）	2008年9月15日～26日
・高齢者ニーズ分析	松本 邦愛	2009年1月11日～28日
・ドラフトモデルの形成	高橋 泰	2009年2月15日～28日

<2009年度>

担当分野	氏名	派遣期間
・地域活動のためのモデルプロジェクト管理	岩名 礼介（第1回）	2009年5月24日～6月13日

##### 2) 日本におけるカウンターパート研修

日本側は、本中間レビュー調査時点までに、計2回の本邦C/P研修を実施している。実績は以下のとおりである（詳細は、付属資料3参照）。

2008年度：「コアチーム形成研修」、2008年11月16日～12月5日、19名参加

2009年度：「プロフェッショナル・ケア技能研修」、2009年6月29日～7月14日、14名参加

### 3) 機材供与

2007年度：プロジェクト事務所機器

2008年度：4プロジェクト対象地域の活動拠点へ、コンピュータ、ビデオレコーダー、プロジェクターなど、計13セット

### 4) 在外事業強化費

日本側は、在外事業強化費として、中間レビュー調査時点までに、総額684万4,611パーツ（約1,950万円）<sup>7</sup>を拠出している（年度別実績は、表-6参照）。

表 - 6 在外事業強化費

年度	投入実績	(円換算)
2007年度	1,474,931パーツ	約420万円
2008年度	4,381,740パーツ	約1,250万円
2009年度（7月末時点）	987,940パーツ	約280万円
計	6,844,611パーツ	約1,950万円

## (2) タイ側

### 1) カウンターパート（ステークホルダー）の配置

本プロジェクトでは、中央政府からコミュニティまで多様なステークホルダーが関与し、時に応じて直接・間接に裨益している。そのため、通常のプロジェクトのように「カウンターパート」という形で特定していないが、特に中間レビュー調査時点で関与の度合いの高い人たちを「ステークホルダー」としてまとめている（付属資料1-ANNEX 6参照）。中央レベルでは39名、チェンライ県で32名、コンケン県で38名、ノンタブリ県で30名、スラタニ県で36名、計175名となっている。主な構成メンバーは、2省7局の担当者、県保健事務所、県福祉事務所、コミュニティ病院、PCU、老人福祉センター、市町村自治体（テーサバーン、TAO）、保健ボランティア・高齢者ボランティアのリーダー、老人クラブリーダー、その他地域団体の代表などである。

その他、プロジェクト秘書2名をタイ側が雇用し配置している。

### 2) 施設など

タイ側は、本プロジェクトの拠点となるプロジェクト事務所をMOPH内に開設し、基本的な施設、備品などを提供している。また、4対象地域では、適宜必要に応じて、会議・研修会場などを提供している。

### 3) 運営費・活動経費

プロジェクトの運営費〔タイ側旅費（日当・宿泊費含）、会議費、通信連絡費、など〕、及び4対象地域におけるプロジェクト活動を実施するにあたり必要な活動経費は、基本的にタイ側が負担している。財源が多岐にわたるうえに、プロジェクト経費と区分できない財

<sup>7</sup> 1パーツ=2.85円（2009年8月現在）で換算。

源も多数あり、その全貌を把握することは困難であるが、参考までに本中間レビュー調査で把握されたこれまでの支出総額は1,004万1,456バーツ（約2,861万8,150円）であった（付属資料1-ANNEX 4参照）。

### 3 - 2 活動実績

PDMに基づく活動の実績は、以下のとおりである。

#### (1) 成果1に関する活動

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。
活動1-1	4県においてモデル案試行の対象サイトとするタンボン（以下、対象地域とする）が、2007年12月にそれぞれ1つずつ選定された。
活動1-2	チェンライ、コンケン、ノンタブリにおいて2008年3月までに、またスラタニにおいても2008年5月に作業委員会（Working Committee）が設立された。この他、県委員会（Provincial Committee）が各地域で設立され、地域委員会（Community Committee）がコンケンにおいて設立されその他地域では同等の機能をもつ地域会合が不定期に開催されている。
活動1-3	作業委員会に参加する関係機関の役割と責任が、2008年3月から5月にかけて、規定された。
活動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した。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ JCCのメンバーが選定され、その会議がこれまでに4回、開催された</li> <li>・ プロジェクト運営委員会（Project Steering Committee）のメンバーが選定され、およそ3カ月に1回の割合で開催された（計6回）。</li> <li>・ 2007年12月に、中央レベルにおいて「週例会議」が設置され、ほぼ毎週開催され、その記録も残されている（計55回）。</li> <li>・ 日本人専門家によって、アドボカシー活動が行われた。例えば、タイで開催された第三国研修への参加、高齢者デーの式典への参加、日本のテレビでの紹介（東京12チャンネルの外務省広報番組）。</li> <li>・ アドボカシー・啓発のための広報ツール（ロゴ、ジャケット、シャツなど）が制作され、対象地域に配布された。</li> </ul>

#### (2) 成果2に関する活動

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。
活動2-1	<p>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/情報収集シートが作成された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2008年3月に派遣された短期専門家の指導の下、作業が開始され、その後タイ側によって2008年7月のプロジェクト運営委員会後に完成した。</li> </ul>
活動2-2	<p>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った。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2008年3月に派遣された短期専門家によって調査手法のオリエンテーションとトレーニングが実施された。</li> <li>・ 2008年6月に「高齢者調査」のワークショップが開催された。</li> </ul>
活動2-3	<p>地方自治体の財政的能力が調査された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期専門家の派遣期間中の2008年8月～9月に実施された。</li> </ul>
活動2-4	<p>地方自治体の技術的能力が調査された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期専門家の派遣期間中の2008年8月～9月に調査が実施された。</li> </ul>

活動2-5	高齢者及び保健医療・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した。 ・短期専門家の派遣期間中の2008年8月～9月に決定された。
活動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した。 ・短期専門家の派遣期間中の2008年8月～9月に実施された。
活動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した。 ・短期専門家の派遣期間中の2008年8月～9月の調査によって概要が把握された。
活動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した。 ・「高齢者調査」が2008年7月～9月に実施された。そして、データ入力、基礎的分析がタイ側により行われた。 ・活動2-9のとおり、最終分析が完了し、高齢者のニーズが確認された。
活動2-9	調査結果を分析した。 ・2009年1月に短期専門家の指導の下、最終分析が完了し、高齢者のニーズが確認された。
活動2-10	モデル案の枠組みが検討され、各対象地域の試行モデル案（ドラフトモデル）が検討されつつある。 ・2009年5月～6月、短期専門家の指導の下、各対象地域で試行モデル案（ドラフトモデル）が議論され、現在、計画を詰めている段階である。2009年9月にCTOPとしての「モデル案」が確定する予定である。

### (3) 成果3に関する活動

成果3	モデル案が策定され、試行される。
活動3-1	地域委員会（Community Committee）の設置、またはそれと同様の機能をもつ会合が不定期に実施された。 ・コンケンにおいて、2008年11月に正式な地域委員会が設置された。 ・他の3地域では正式な地域委員会は設置されていないが、有機的な地域会合によって同様の活動が進められている。
活動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については以下のとおり。 ・各地域で「地域計画」が議論され、2009年4月にプロジェクト運営委員会で発表された。その後、試行モデル案の形成を行っている段階である。
活動3-3	各対象地域において、関係機関の役割と責任、及び他機関との連携方法を明記した規定（ガイドライン）については以下のとおり。 ・2009年5月～6月に、各対象地域において試行モデル案の実施方法などについて、議論が始められた。 ・2009年9月に、これらを取りまとめた「ガイドライン案」が作成され、プロジェクト運営委員会で発表される予定である。
活動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）を明確にするために、短期専門家の派遣期間中の2009年5月から議論が始められている。その内容は、上記3-3にある「ガイドライン案」に盛り込まれる予定である。
活動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については以下のとおり。 ・いずれの対象地域においても、試行モデル案の実施にあたり、評価を開始し始めている。一例はチェンライでの高血圧プロジェクトに関する満足度調査など。 ・詳細な情報は2009年8月時点ではまとめられていない。

活動3-6	<p>高齢者向け保健医療・福祉サービスに関する情報発信については以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「エリア・ワークショップ」が、コンケン及びスラタニにおいて、2009年5月～6月に開催され、「高齢者調査」の結果や試行モデル案に関する進捗について、地域住民に対して発信された。また、チェンライ、ノンタブリにおける「エリア・ワークショップ」の開催が、2009年8月～9月に予定されている。</li> <li>・試行モデル案に係るワークショップが2009年9月に各対象地域において予定されている。</li> <li>・中間レビュー時のアンケート調査によると、チェンライ、コンケン、ノンタブリの関係者間において、それぞれの地域での実践の他地域への発信（視察受け入れ、情報交換、講師として派遣など）が随時行われている。</li> </ul>
活動3-7	<p>最終的な「試行モデル案」は決定されていないものの、中間レビュー調査時点において、各対象地域ではさまざまな活動が試行的に実施されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調査団が視察したチェンライでは、高血圧プロジェクトが実施され、活動実施後には「サービス満足度調査」を実施し、サービスの改善を導こうとしている。これには、既存の保健ボランティア、高齢者ボランティア、コミュニティ病院などが連携している。また、同時に県福祉事務所を中心とするグループは「高齢者調査」のデータをデータベース化し、今後、高齢者サービス提供のための一元的データベースに発展させていきたい意向である。また、テーサバーン自治体ではこれらの実態を基に「3カ年総合計画」を策定した。</li> <li>・コンケンでは「高齢者調査」の結果より、目の疾患に悩む高齢者が多いことが分かったことから、コミュニティ病院・精密医療機器メーカーと協力して、アクションリサーチを実施し、医療と福祉の観点からニーズを取りまとめ、現在、「Eye-on-Eyeプロジェクト」を進行中である。この活動の資金は県福祉事務所が提供し、TAOが検査場所や高齢者の移送手段を、また病院と精密医療機器メーカーが検査の技術的、ハード的支援をしている。県赤十字も支援（メガネの供与など）を検討している。</li> <li>・ノンタブリに関しては、「高齢者調査」を踏まえTAOが「3カ年総合計画」を策定し、14の事業を盛り込んでいるという。いずれの事業も7つのステップ（調査、分析、計画、実施、評価、フィードバック、グランドモデル作成）を踏むよう規定されている。14事業の1つには、例えば、近隣の世帯同士が助け合う「ファミリー事業」がある。またTAOの活動とは別に、県と共同で、ケア支援者養成研修（計140時間）を実施しており、将来は国のホームヘルパー事業への発展をめざしている。また、各種地域施設でも活発な活動が行われており、CTOPモデル案への統合が期待される。例えば、ある高齢者福祉センターでは、TAO、高齢者クラブが中核となって、高齢者のための活動（旅行会、ダンス会、健康教室など）が提供されている。</li> <li>・スラタニについては、地域住民が積極的に関与していること、「One-stop-mobile-service」の案などが出されているとの報告もあり、9月（来月）予定されている「エリア・ワークショップ」での実績収集がまたれる。</li> </ul>
活動3-8	<p>中間レビュー調査時点では、試行モデル案の試行の過程で、一部の地域（チェンライ、コンケン）において試行モデル案のモニタリングとフィードバックが既に行われていることが確認された。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・視察したチェンライにおいては、高血圧プロジェクトに関して、チュラロンコン大学の技術支援を得て、利用者満足度調査を実施し、その結果を次の計画策定に生かすなど「利用者本位のサービス形成に向けたマネジメントサイクル」が既に実施されている。これは、今後のモデル案形成のよいヒントとなる。</li> </ul>

(4) 成果4に関する活動

成果4	最終的なモデルが策定される。
活動4-1 活動4-2 活動4-3	現在は、上記の成果3に記したように、各対象地域で「試行モデル案」が形成されている段階である。今後、CTOPとしての「モデル案」が決定され、その後、プロジェクト終了時まで「最終モデル」が確定される予定である。

(5) 成果5に関する活動

成果5	高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。
活動5-1	<p>研修の対象となるグループ（地方行政官、サービス提供者、ケア・コーディネーター、地域委員会のメンバーなど）を確定した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2008年に実施された本邦研修に向けて、2008年8月～10月に研修の目標と対象者について議論され、2008年10月のプロジェクト運営委員会において決定された。</li> <li>・2008年9月に、第1回本邦研修「コアチーム形成研修」の参加要件が決定された。</li> <li>・2008年の11月～12月にかけて研修ガイドラインについて議論され、同12月に“How to Enhance Local Ownership at CTOP Project”という形で基本方針がまとめられた。</li> <li>・2009年5月に、第2回本邦研修「プロフェッショナル・ケア技能研修」の参加要件が決定された。</li> </ul>
活動5-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種調査によって、地域のニーズを分析し、「自立した保健サービスを必要としない高齢者」、「自立しているが保健サービスを必要とする高齢者」、「社会的には自立している保健サービスを必要とする高齢者」、「社会的にも保健サービスの必要も支援が必要な高齢者」の4群に区分した。また、行政や地域のキャパシティ、ステークホルダーが把握された。また、それらを踏まえ人材開発ニーズが整理された。</li> </ul>
活動5-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記5-1の“How to Enhance Local Ownership at CTOP Project”の方針及び5-2のニーズ把握によって、最終的な「人材育成ガイドライン」がプロジェクト終了までのできるだけ早い時期に完成される予定である。</li> </ul>
活動5-4	<p>上記5-1、5-2の分析に基づき、随時研修が実施されている。これまでに実施された研修は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクトで直接企画・実施したものとしては、2回の本邦研修がある。2008年度は「コアチーム形成研修」で19名が参加、2009年度は「プロフェッショナル・ケア技能研修」で14名が参加した。さらに、各短期専門家派遣時の各種ワークショップ（テーマは、統計、高齢者調査の手法、結果分析、試行モデルの紹介など）を実施した。</li> <li>・また、各対象地域の体験を共有する「エリア・ワークショップ」が2009年に2カ所で実施され、今後他2カ所でも開催予定である。</li> <li>・その他、タイ側自主的に対象地域において各種研修が実施されているが、詳細は本中間レビューでは把握できなかった。</li> <li>・今後、本邦研修「プロフェッショナル・ケア技能研修」の受講者によって2009年度中に「コミュニティ・ケア研修」が8タンボンで実施される予定である。</li> </ul>

### 3 - 3 成果達成状況

PDMの指標に基づく成果の達成状況は、以下のとおりである。

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

成果1の指標	結 果
<p>1-1 作業委員会（Working Committee）の会合が定期的に開催される。</p>	<p>各対象地域において、作業委員会が設立され、その役割と責任が規定された。その他、県委員会、地域委員会も設置されている。実際には各地域の実情に応じて、試行モデル案を形成・試行するために必要なフレキシブルな枠組みが形成され、機能している。具体的には、以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・チェンライでは、作業委員会と関係者の共同作業により、試行モデル案の開発と実施に必要な機能を果たしている。しかし、中央や県の関係者と共有できるような、委員会の会合に関する正式な記録や活動記録が残されていないのが今後の課題である。</li> <li>・コンケンでは、県委員会が毎月開催されており、記録も残されている。また、適宜県知事も出席している。タンボンレベルでは、関係者間で試行モデル案の実施に関する頻繁に会議が開催されている。</li> <li>・ノンタブリでは、中央の担当者によると、県委員会が月例会議を開催し、記録も残しているとのことであるが、レビューチームとしては確認できなかった。タンボンレベルでは、活動を実施するための不定期な会合は開かれているということであるが、記録の有無は確認できなかった。</li> <li>・スラタニでは、県においてはこれまで1～2回の会合が開かれたのみである。タンボンレベルでは、毎月会合が開かれ、作業委員会の委員も参加している。しかし、意思決定層が参加していないため、活動の進捗は緩慢である（アンケート結果より）。記録の有無は確認できなかった。</li> </ul>
<p>1-2 作業委員会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。</p>	<p>作業委員会及び関連する組織のメンバーリスト、それぞれの役割と責任に関する文書が、チェンライ、コンケン、ノンタブリで2007年12月、またスラタニで2008年6月に完成した。そして、2009年4月の第5回プロジェクト運営委員会で関連文書が発表され、共有された。</p> <p>いずれの対象地域においても、委員会の記録を残し、委員会の活動をモニタリングできるメカニズムを、関係者の負担にならない程度の柔軟な形で構築することの必要性が指摘された。</p>
<p>1-3 各対象地域の活動計画がプロジェクト運営委員会（Steering Committee）で承認される。</p>	<p>活動計画（地域によっては「地域計画」と呼称）が各対象地域で、2009年3月～4月に作成され、第5回プロジェクト運営委員会で発表された。しかし、一部の地域のもは従来から実施されている事業のリストのようにも見受けられ、CTOPでめざす「モデル案」としていくためには、CTOPの独自性である保健医療と福祉の統合、という点を更に強化し、プレゼンテーションの質を高めていくことが必要とされた。アンケート結果において、現場の一部（特にタンボンレベル、住民レベル）関係者に、プロジェクトの目標や進め方の方法・手順が認識されていないとの指摘があったこともあり、プロジェクトとして今後末端の関係者まで十分巻き込んでいく努力が求められる。</p>

以上のように、PDMの指標に基づくと、当初想定されていた成果1は達成されているといえる。

しかしながら、現場では実質的で実効的な枠組みが形成されているものの、その実態を把握し、プロジェクト関係者と共有していく仕組みが十分とはいえず、今後も引き続きモニタリングを行い関係者の能力向上を図っていくことが必要である。また、各対象地域にて作成されている活動計画についても、その目的や内容、期待される成果などがより明確化され共有されるために、文書の形として残していくことが必要である。

他方、プロジェクトでは当初計画されていなかった「週例会議」を中央レベルに設置し、毎週会議を開き、プロジェクト進捗の共有と課題解決に向けた意思決定を行っている。これが、日本の行政的な会議の持ち方や時間軸を議論を通じ定めていくことをC/Pに教えることにつながっており、多岐にわたる関係者を結び調整するメカニズムを強化することにつながった。プロジェクト期間中だけでなくプロジェクト終了後にもこのようなメカニズムを継続的に確立することは有意義であろう。

(2) 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。

成果2の指標	結 果
2-1 対象地域における分析結果が中央政府に提出される。	<p>日本人専門家の技術的支援を受け、主にタイ側によって「高齢者調査」と「地域ニーズ及び地域資源調査」が実施された。その結果は、タイ側が入力、基礎的データ分析を行い、日本人短期専門家の支援を受け最終的な分析結果がまとめられ、2008年12月の第4回プロジェクト運営委員会で発表された。</p> <p>各対象地域ではこれらのデータを活用し、試行モデル案を開発している。例えば、チェンライの作業委員会では包括的な地域高齢者データベースに発展させており、現在、高齢者ケアサービス関係者が利用できるような一元的なデータベース化をめざしている。コンケンでは、高齢者調査結果に基づき特に問題の発見された「目」に関するアクションリサーチ（約100名対象）を独自に実施し、その結果を基に現在“Eye-on-eye- project”を実施中である。</p> <p>一部のプロジェクトの現場では、このようなエビデンス・ベースの発想で活動を進めていくうちに、初期の実態調査だけでは不十分で、ユーザーニーズを計る継続的なモニタリングプロセスが必要であると認識するようになっている。</p>
2-2 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る。	<p>2008年12月の第3回JCCにおいて、各対象地域の分析結果が中央の関係者と合同で議論された。さらに、2009年1月に派遣された短期専門家によってワークショップが開催され、各分析結果について更に深い理解を促すとともに、調査の質の向上に関する助言が与えられた。</p>

以上の進捗を踏まえると、PDMの指標に基づく当初想定されていた成果2は達成されているといえる。

ただし、ここでタイ側から、初期の実態調査だけでは不十分で、継続的なモニタリングとそのフィードバックによる試行モデルの質の向上が必要という認識が強調された。

(3) 成果3：モデル案が策定され、試行される。

成果3の指標	結果
3-1 モデル案がJCCによって承認される。	現在、各対象地域で「試行モデル案」が形成され、適宜試行されている。また、中間レビュー時において、「最終モデル案」の定義が設定された。今後、これに基づいて、2009年9月（来月）に「モデル案」が決定される予定である。その後、試行・改定され、2009年12月のJCCで承認される予定である。

活動計画に基づき、現在、各対象地域で「試行モデル案」が形成され、現在、試行的に実施されている。そして、2009年9月には「モデル案」が決定され、同12月のJCCで承認される予定である。したがって、成果3が今年中に達成される見込みは高い。

(4) 成果4：最終的なモデルが策定される。

成果4の指標	結果
4-1 最終モデル案がJCCによって承認される。	成果3で述べたように、「モデル案」が2009年12月のJCCで承認される可能性は高く、その後、「モデル案」の試行と精査が行われ、プロジェクト終了までには「最終モデル」が確定される計画である。

以上のような進捗から、プロジェクト終了までに、「最終モデル案」が確定される見込みは高く、従って、成果4が達成される見込みは高い。

(5) 成果5：高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。

成果5の指標	結果
5-1 トレーニング受講者がトレーニングの内容に満足する。	<p>2008年度と2009年度に、2回の本邦研修が実施され、計33名が参加した。参加者へのインタビュー及びアンケート結果から、研修内容やタイの地域への適用可能性について高い満足度が示された。特に、日本の自治体における多彩なサービス（健康増進プログラム、長期介護システムなど）や、事業の標準化の必要性等、学ぶ点が多く、自分達の現場へ応用できるものが多数あるとの声が聞かれた。</p> <p>更に高く評価される点として挙げられるのが、これら本邦研修受講者によって学んだことが現場に還元されていることである。これは、受講者の研修に対する深い理解と高い満足度や有効性を反映したものと考えられる。</p> <p>一方、タイ側は独自にさまざまな研修を実施している。しかし、その参加者の満足度を含む詳細については、CTOPプロジェクトとして把握できていない。今後、詳細を把握するとともに、その内容や成果を検証し、改善点があれば指導していく必要がある。</p>

5-2 人材育成ガイドラインが作成される。	人材育成に関する基本方針である「How to Enhance Local Ownership at CTOP Project」は2008年12月にまとめられているが、最終的な「人材育成ガイドライン」は、現在、検討中である。本中間レビュー調査のなかで、タイ側主導のさまざまな研修の質を担保するためのモニタリング・評価方法などの方策も、5-2の「人材育成ガイドライン」に盛り込まれる必要性が指摘された。また、アンケート結果から、特にサービスを提供するボランティアやその指導者への研修のニーズが高いことが把握された。さらに、一部では標準化した研修カリキュラムを求める声もあった。今後CTOPとしてこれらの多様な要望にどこまで応えていくか、検討が必要であろう。
-----------------------	--

人材育成については、「人材育成ガイドライン」につながる基本方針が示され、本邦研修によって中央レベルから現場レベルまでコアになる人材が育成されてきており、タイ側主導の研修にも弾みとなっているように見える。しかし、具体的な内容を盛り込んだ最終版「人材育成ガイドライン」の作成はまだ端緒にすぎたばかりである。また、タイ側主導で実施されている各種研修の実態把握とその質の向上に向けた協力も、これからのCTOPの検討課題である。このような状況を勘案すると、現時点では成果5は部分的な達成といえる。

### 3 - 4 プロジェクト目標の達成見込み

#### (1) 指標に基づいた評価

本プロジェクトのプロジェクト目標は「モデルが全国での活用に向けて発信される」である。また、その指標は、①モデルが国家レベルの会合で発表される、②国家高齢化対策委員会、MOPH、MSDHS、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、の2つである。

指標①について、現在、モデル案が形成され試行されつつあるところで、2009年12月のJCCで「モデル案」が承認され、プロジェクト終了までには「最終モデル」が確定される見通しは大きい。また、全国レベルで「発表される」点については、タイ側でもその方策を検討しており、前向きに取り組んでいく姿勢が示された。さらに、現在「エリア・ワークショップ」を通じて試行モデル案が発信されていることや、中間レビュー調査で実施したアンケートでもタンボンレベルで周辺地域への発信が既に行われていることが報告されている。このように現場レベルでの積極的な発信が既に行われていることを推量すると、JCCにとどまらず、多様なレベル（県、郡、タンボン）に対しての「発信」が期待されることである。

次に指標②については、これからの重要な検討課題が含まれている。それは、「モデルの全国普及に向けた提案」がどのような形でまとめられるかである。中間レビュー調査で実施したアンケート結果から、7割近くの関係者がモデルの普及の可能性を認めている。しかしそのためには、具体的なモデルの説明、その実施方法など包括的かつ具体的な文書に取りまとめ公表していくこと、更には国家政策に盛り込んでいくことの必要性が多く指摘されている。したがって、今後CTOPとして、全国普及に向けた提案をどのような形でまとめていくのか、現場の声を踏まえて検討し、文書化することが重要となってくるであろう。この提案が文書化されれば、全国への「発信活動」（普及活動）に弾みがつくものと思われる。

以上より、プロジェクト終了までにプロジェクト達成の見込みは高いものの、プロジェクト目標達成に向けて今後検討されるべき重要な課題が残されているといえる。

## (2) プロジェクト目標に係る共通認識の醸成

上述のとおり、PDMの指標に基づくと、プロジェクト終了までにプロジェクト達成の見込みは高いと判断されるものの、本中間レビュー調査では更に一步進めて、プロジェクト目標に係る共通認識をタイ側と確認するプロセスをとった。前述のとおり中間レビューにおいて「評価の範囲」を設定し、その1として「統合モデルのおおまかな姿」を、その2として「プロジェクト終了時のあるべき姿」を共有するということが掲げられた。ここでは、本中間レビュー調査期間中の関係者間の議論によって形成された共通認識について、整理しておきたい。

最初に、プロジェクト目標で完成をめざす「統合モデルのおおまかな姿」が共有された。それによると各対象地域で行われる個別の「試行モデル案（事業）」を意味する「狭義のモデル」と、その総体を表す「広義のモデル」の2つがあるとされた。

「狭義のモデル」については「統合（integration）」がその条件（criteria）となる。そして、図-2に示すように、統合は「プレーヤー（活動主体）」、「コンテンツ（サービス内容）」、「情報マネジメント」の3つのいずれかの側面で行われることとされている。

- ① プレーヤー（活動主体）：プロジェクト実施に参加する者の統合、すなわち福祉と保健医療分野の関係者及び地方自治体関係者、地域住民との連携
- ② コンテンツ（サービス内容）：福祉と保健医療分野、地方の独自のサービス間の連携と協調
- ③ 情報マネジメント：保健医療、福祉サービス提供に係る情報の一元化である。

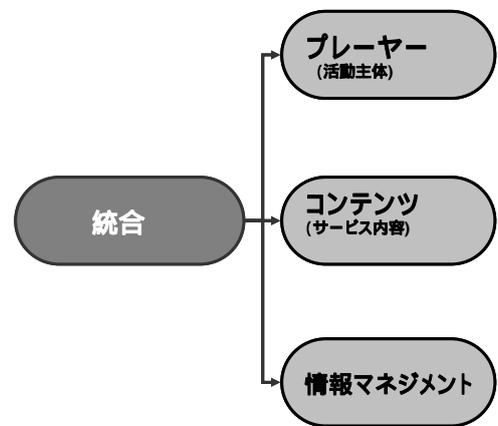


図-2 狭義のモデルの3つの特質

また、本中間レビュー調査を通じ、タイ側が「プロジェクト終了後のあるべき姿」として極めてボトムアップ的な発想をもっていることが確認された。より具体的には、狭義のモデルは、地域の最終受益者である高齢者の視点に立った「利用者本位のサービス」でなければならないという点がタイ側により強調された。そのために必要不可欠なものとして、地域リーダーやボランティア、更には高齢者及びその家族も含む、地域住民の参加が重要であるとした。これら多くの地域住民の理解と参加によって地域で支え合う仕組み、すなわち「地域のエンパワメント」をめざす方向性が示された。また、利用者本位のサービスを開発するためには、「根拠に基づくサイクル型手法（evidence-based cyclical procedure）（問題分析—計画策定—モニタリング—改善のサイクルを繰り返す）」を取り入れる必要がある点が、新たに着目された。このような利用者本位のサービスが各コミュニティで実施され、発展していくという方向性をプロジェクト終了後にもめざしていくということが確認された。

### 3 - 5 上位目標の達成見込み

本プロジェクトの上位目標は「“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”が全国で活用される」で、その指標は「2014年10月までに、全国各県の15%以上の

タンボンでモデルが活用される」である。

これまで述べてきたように、各対象地域でそれぞれ「試行モデル案」が実施されており、また現場レベルでは周辺地域への「発信」活動も行われつつある。これらの実績に加えて、タイ政府における高齢化対策拡充の緊急性と地方自治体の意思決定層における高齢者プログラムへの高い関心を勘案すると、「最終モデル」の全国普及の可能性は高く、上位目標の達成される見込みは高い。

しかしながら本中間レビュー調査において、上位目標の達成度を計る基準の検討を要することが指摘された。具体的には、どのような基準で「モデルが活用された」タンボンを判定するか、またどのようにしてそのデータを収集するかといった問題である。

また、数値目標の達成見込みについてより具体的に考察してみると、現在の全国のタンボン（行政区）数は7,255であり、上位目標の目標値の15%とは1,088になる（表-7）。プロジェクトの対象4県内のタンボン数は計506で、仮にこれらがすべてモデル案を活用したとすると、目標値の47%が達成されたことになる。これは、県委員会の役割のなかにモデル案の県内への普及・拡大を盛り込めば、実現可能と考えられる。しかし、残りの53%に対してどのようにアプローチしていくか、現時点では白紙であり、今後のプロジェクトの戦略づくりの重要ポイントとなるであろう。

表 - 7 上位目標のターゲットとなるタンボン（行政区）数

	チェンライ	コンケン	ノンタブリ	スラタニ	計		全国の15%
人口	1,274,214	1,767,643	905,197	920,283		—	—
タンボン（行政区）	124	199	52	131	506	—	1,088
市町自治体	25	31	9	21	86		—
タンボン自治体	120	194	37	119	470	556	1,011

CTOPのモデルとは、4-1-2で詳述するように、「統合」を基本概念としさまざまな形態に発展する可能性があり、また地域のニーズとリソースによってそのテーマも千差万別になることが想定されるため、CTOPモデルのどの部分あるいはどの程度を活用したら「モデルを活用した」と判定されるのか、その検証の仕方について、終了後評価時までには明確にしていく必要がある。また、その判定基準に従ってデータを収集しておく必要がある。

### 3 - 6 実施プロセス

#### (1) 進捗プロセスの確認

プロジェクトの活動計画とその進捗状況の概略は以下のとおりである。

	実施時期	活動内容
約1年		
計画	2007年11月～08年11月	対象地域の情報収集・分析、人材養成の計画策定
実績	2008年3月～10月	高齢者調査の実施と分析
	2008年8月～9月	タンボンの高齢者関連活動と地域資源分析

約2年目		
計画	2008年11月～09年12月	「モデル案」の決定と承認
実績	2008年11月	人材育成（本邦研修、中核チーム形成研修）
	2008年12月	人材育成の基本方針の策定
	2009年1月	地域ニーズの分析
	2009年6～7月	人材育成（本邦研修、プロフェッショナル・ケア技能研修）
	2009年5～8月	「試行モデル案」の模索・試行、エリア・ワークショップによる「発信」
	2009年9月	各対象地域の「モデル案」の決定と「実施ガイドライン」の策定（予定）
	2009年12月	「モデル案」の承認（予定）
約3年目		
計画	2010年1月～10年12月	「モデル案」の対象地域における試行
約4年目		
計画	2010年11月～11年10月	試行結果を踏まえた「最終モデル」の確定 「最終モデル」の全国への「発信」

2省・7局にまたがり、また中央から地域住民まで巻き込む壮大な枠組みを有するプロジェクトであるため、軌道に乗るまでにやや時間を要したが、中央のリーダーシップ、中間レベルの運営力、現場での努力などによって、現在ではほぼ当初予定どおりに進捗している。

## (2) プロジェクトの実施体制

繰り返し述べてきたように、本プロジェクトは2省・7局を中央のC/P機関とし、4つの対象地域を抱える広範で複雑な実施体制を有する。しかし、中間レビュー調査時に実施した本省の各地域担当者へのインタビューやアンケートなどによると、中央と4つの各対象地域を結ぶコミュニケーションは、電話、メール、公式レター、直接協議などにより適宜行われ、ほぼスムーズに行われており問題がないという。

また、対象地域内で設置された、県レベルの県委員会、タンボンレベルの作業委員会、村レベルの地域委員会の運営はばらつきがあり、必ずしも正式な形で開催されていない地域もみられるものの、それぞれの地域で現場の事情に合わせた実効性のあるグループが形成され、プロジェクト活動を行ううえで必要な会合・コミュニケーションをもっており、有機的に機能していることが確認された。本中間レビューチームとしては、プロジェクトが規定した形態にこだわらず、むしろ各地の実情や活動の必要性に応じて実施体制が構築される方がよいと判断した。しかしながら、今後は「モデル案」の形成プロセスや改善プロセスの把握と教訓の整理が重要となってくることから、中央・他地域が把握できるような、簡易でかつ柔軟な実施体制のモニタリングメカニズムを開発する必要性を指摘した。会議の記録を文書で残すことなどを検討する必要があるだろう。

上記の当初想定されていた実施体制に加え、日本人専門家の発案で中央レベルにおける「週例会議」を設置したことは、上記の実施体制内のコミュニケーションを深め、意思決定を迅速にし、プロジェクトのスムーズな進捗に寄与している。

## 第4章 評価5項目によるレビュー結果

実績と実施プロセスの調査結果を踏まえ、評価5項目に基づき分析した。今回の評価は中間レビューであることから、妥当性、効率性の2つの項目については実績に基づいて評価した。また参考として有効性、インパクト、持続性（見込み）についても、可能な限り情報収集を行い、評価を実施した。

### 4 - 1 評価5項目の評価結果

#### 4 - 1 - 1 妥当性

妥当性とは、被援助国のニーズとの整合性、日本の援助としての妥当性を検討する評価項目である。本プロジェクトの妥当性は高いと評価できる。その根拠を以下に示す。

##### (1) タイの政策・ニーズとの合致

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、「高齢化に係る第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、「高齢化に係る第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。加えて、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かかわる記述があり、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。

現在、タイ政府は高齢者法の下で、国家高齢化対策委員会（National Commission in the Elderly）を設置するなど、省庁を横断する枠組みを形成したうえで、具体的な高齢化対策を進めようとしている。

このようなタイの背景と現状において、高齢化先進国である日本が、本プロジェクトを実施し、技術支援する妥当性は極めて高い。

##### (2) サイト選定・投入分担の適切性

モデルサイトの選定については、基本的にはタイ側が主体的に選定を行ったが、将来的に普及発展させることを考慮し、北部、東北部、中部、南部の各地域から1県ずつ選ばれている。いずれも、異なった特色を有する地域であり、全国展開のモデルをつくるうえで、適切な選定となっている。さらに、ある程度の地元の人的・社会的ポテンシャルの存在と、中央からの交通の利便性もサイト選定にあたっては考慮されたとのことである。

さらに、投入の分担についてみると、タイは中進国への仲間入りをめざす段階にある国であり、中央レベルにおける人的・財政的キャパシティはある程度のレベルに達しているため、プロジェクト運営に係るタイ側の経費や、各対象地域におけるモデルの活動費は基本的にタイ側の負担となっている。他方、日本側は長期専門家2名、年2～3名程度の短期専門家、本邦研修の他は、一部の現地研修・ワークショップ開催費用など基本的なプロジェクト運営にかかわる経費のみの負担となっている。この投入の分担も、タイ側の体力に照

らして妥当であるといえる。

### (3) 日本政府及びJICAの対タイ援助方針との整合性

日本は、外務省の「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国別援助実施方針においても、重点分野「社会の成熟化に伴う問題への対応」の「高齢化対策プログラム」のなかに、本案件は位置づけられている。これらにより、本プロジェクトは、タイに対するわが国のODAの政策、JICAの援助方針と整合している。

### (4) 日本の技術、経験の優位性

欧米先進国に比してタイの高齢化のスピードは極めて速い。先進諸国のなか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も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、高齢者保健福祉施策において国と地方の役割分担と連携が明確で、財政的にも法令や基準に基づき分配されている日本の仕組みは、地方分権の大きな流れの下、暗中模索しながら高齢者保健福祉サービスの基盤を創ろうとしているタイにおいても参考になるものと考えられる。このような観点から、本プロジェクトの妥当性は高い。

## 4-1-2 有効性（参考）

有効性とは、プロジェクトの実施によって期待された効果（プロジェクト目標の達成）が得られたかどうか、また、それらは各成果の達成によってもたらされたかどうかを検討する評価項目である。

これまでの状況を総括すると、多くの成果が初期に想定されたレベルを達成完了あるいは今後達成予定であり、プロジェクト目標もプロジェクト終了までに達成される見込みは高い。しかし、プロジェクト目標及び上位目標の達成に向けて、今後の課題がいくつか指摘されている。

### (1) 各成果の達成状況とプロジェクト目標達成に向けての課題

3-3「成果の達成状況」や3-4の「プロジェクト目標の達成見込み」で確認した達成状況とそれらがプロジェクト目標の達成に結びつくための今後の課題について、図-3に整理した。

成果1と成果2は当初想定されていた成果を達成している。ただし、プロジェクト目標の達成さらにプロジェクト終了後の自立発展を見据えると、図-3に示したようにそれぞれの課題が今回の中間レビュー調査の議論のなかで指摘された。成果3については、2009年12月に達成される予定であるが、その後のモデル案の試行と精査によって、成果4の達成につながる。成果4は、遅くともプロジェクト終了までに達成予定であるが、その後のモデルの「発信」に向けた包括的な文書化の作業も必要であり、その時間を確保するために、可能な限り早いタイミングで成果4を達成することが必要であろう。成果5は、最終版の人材育成ガイドラインの完成が重要である。また現在タイ側主導で実施されている各種研修の把握と質の向上に向けた協力が期待されている。このように成果5については重要な課題が残

されており、これまでのところ部分的な達成となっている。

プロジェクト目標の達成に向けては、指標を詳細に解釈していくと、最終モデル案をどのような形（及び機会）で発信していくのかということの検討と、その際に提示するモデルを他のタンボンレベルで適用していく際の実施手順も含んだ包括的な文書の作成が求められている<sup>8</sup>。さらに、上位目標の達成に向けては、指標のための基準（“活用”の判定基準）の設定が求められている。また、15%のタンボンに普及させていくための具体的な戦略も現段階では決定されておらず、プロジェクト終了までに、その方法を検討し、実施していく必要がある。

以上、PDMにおける指標の達成以外に、今後解決すべき課題が明らかになってきた。これらの課題は、本中間レビュー調査の提言としても合意された。

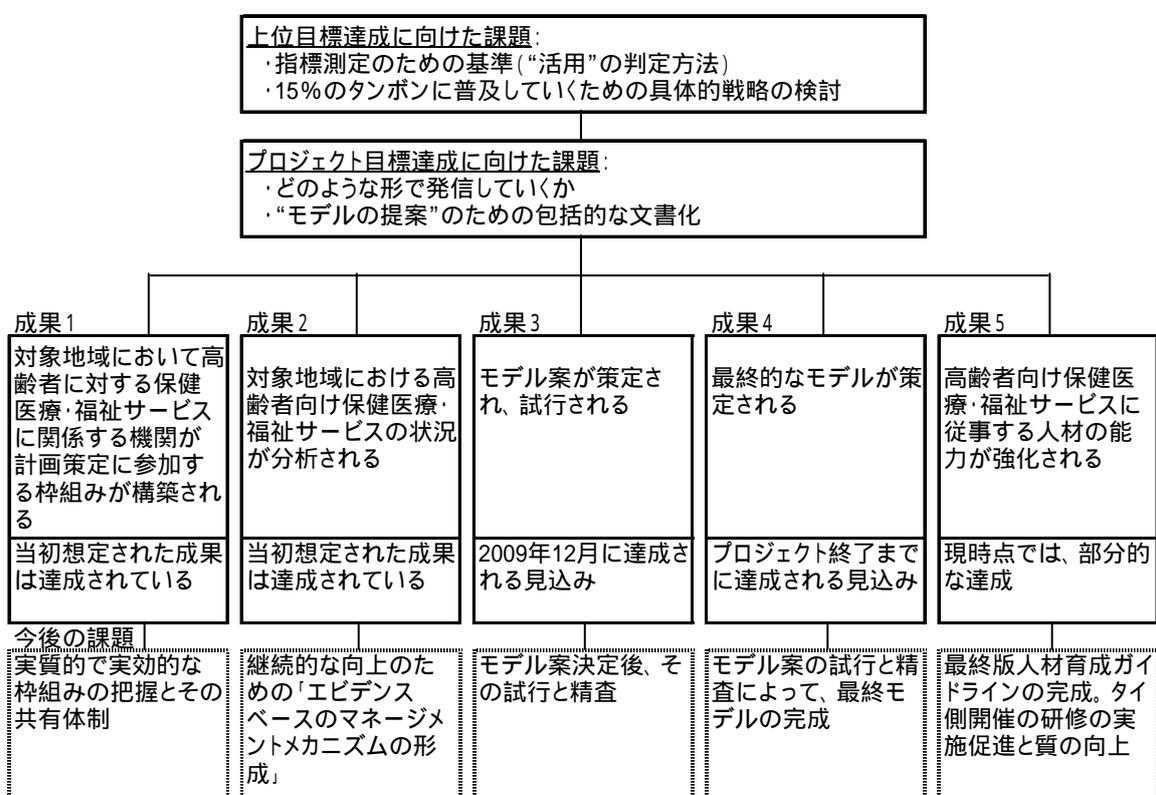


図 - 3 各成果の達成状況と今後の課題

#### 4-1-3 効率性

効率性とは、投入された資源量に見合った成果が実現しているか、プロジェクトが効率的に運営されているかを検討する評価項目である。本プロジェクトの効率性は高いと総括できる。その根拠を以下に示す。

<sup>8</sup> 今回実施したアンケート調査 (N=40) でも、回答者の68%近くがモデルの維持、拡大が可能と回答しているが、その際、25%はなんらかの指針あるいは政策化が必要と指摘している。

## (1) 投入の妥当性

本プロジェクトはタイ側の強いオーナーシップによって、人、施設、機材、活動費などほぼすべての面においてタイ側の投入によって実施されている。特に、初年度（2007）においては、MOPH、MSDHS、更には地方レベルの協力体制が混沌としているなかで、タイ側の強いオーナーシップと全面的な資金と人材の投入によって、高齢者調査を実施できたことは、タイ側の投入の量・質の高さを示す好例である。

しかし財源については、中間レビュー調査で実施したアンケート調査結果から、2つの問題点が浮かび上がった。現在、試行モデル案の実施にかかる費用はすべてタイ側が支出しているが、その主な財源は、MOPH、MSDHS、基礎自治体からの財源であり、タンボンレベルの財源の絶対的不足、特に基礎自治体からの財源不足が指摘された。2点目は、財源は各種あるものの、省庁・地方行政・地方自治体間での調整不足や、縦割り行政からくる施策及び財源の重層化・重複化により非効率であったり、中央と地方自治体間での財政運用に関する複雑な手続きのために執行が遅れたりするなどの問題である。前者については、現在「地方分権推進法」によって、基礎自治体への財源移譲が進められていることから、今後改善が期待される。また基礎自治体の活動に必要な予算が確保できない背景には基礎自治体におけるローリングプランの策定と予算執行に関する行政能力の未成熟さもあるが、この点は本プロジェクトで支援していくことも可能であろう。後者については、地方分権化の過渡期にあり地方自治制度そのものの未熟さによるもので問題は根深い。したがって、この解決についてCTOPでできることはそれほど多くはないが、プロジェクトの「中央と地方の連携のメカニズム」を生かして、予算編成の事前調整を行う、予算拠出元に働きかけるなどの取り組みが可能かと思われる。

他方、日本側の投入は、長期専門家（チーフアドバイザーと業務調整員の2名体制）、短期専門家（延べ6名）、2回の本邦研修（計33名）、事務所用機材、在外事業強化費（約1,950万円、表－6参照）となっており、特に長期専門家の投入は最小限となっている。一方、プロジェクトが対象とするのは、2省7局、4対象地域、中央から地域まで垂直的にカバーし直接裨益者約300名、4対象地域の間接裨益者約4,284名（表－5参照）と、多岐かつ広範囲にわたる。これは、本プロジェクトが従来の日本人専門家がマンツーマンでC/Pに技術移転をする技術協力プロジェクトとは異なり、タイ側のフレームワークに対してアプローチする方式のプロジェクトであることによる特徴で、このような協力形態はタイのような中進国入りをめざす段階にある国に対しては有効なアプローチであり、効率性を高めることに大きく寄与している。

更に特筆すべき点として、長期専門家チームの努力によって、短期専門家の投入が適切な専門性と適切なタイミングで実施されている点がある。短い滞在期間ながら、集中した現地活動、タイ側の目線に立った指導活動を行っており、タイ側の満足度も高い。この点も本プロジェクトの効率性を押し上げている。ただし、日本側による短期専門家派遣時期の調整がぎりぎりになってしまうことがあり、対象地域の訪問日程決定が直前になってしまうという問題が現場からは指摘された。

## (2) 他機関との連携

中間レビューチームが把握した範囲でも、現場において各種関係機関との連携事例があ

った。例えば、チェンライではチェラロンコン大学の支援を受け、「高血圧プロジェクト」の満足度調査を実施している。また、コンケンにおいては、「Eye-on-Eyeプロジェクト」において精密医療機器メーカーが検査機器を提供するなどの連携がみられる。

このように、現地のリソースを生かし、公的機関以外との連携もみられることなどは、効率性の高さを押し上げているといえる。

#### 4-1-4 インパクト（参考）

インパクトとは、プロジェクト実施によって間接的・直接的波及効果があったかどうかを検討する評価項目である。予期された正負のインパクトと、予期されなかった正負のインパクトがある。上位目標は予期された正のインパクトの1つである。

##### (1) 上位目標の達成の見込み

上位目標については、3-5の「上位目標の達成の見込み」で詳述したように、「試行モデル案」が各対象地域で形成されつつあり、また「発信」活動も行われつつあることから、上位目標が達成される見込みは高い。しかしながら、今後、上位目標の指標の検証のための基準（「モデルを活用した」ことを判定する基準）について明確にすること、またそのデータの収集の必要性が指摘された。

##### (2) 予期されなかった正のインパクト

プロジェクトは、中央—地方—コミュニティが一丸となって、タンボン（行政区）における高齢者サービス体制構築をめざして始められた。その活動を展開するなかで、縦割りの官僚制度のなかに他省庁、他部局と協力する土壌ができつつある。またチェンライにおいては、これまでまったく現場に訪れることがなかった県福祉事務所長がプロジェクトの活動をきっかけに現場を訪れ、現場とのつながりの重要性を実感した事例も聞かれた。関係者のなかには、この有用性を実感している者が少なからず存在し、プロジェクト関連業務だけでなく他の業務にも取り入れていきたいとの声も聞かれた。これらの現象はまだ個人レベルでの変化にとどまっていると思われるが、プロジェクトの活動を通じて中央・地方における縦割り体質に少なからず風穴をあける効果があるとみられる。これは予期されなかった正のインパクトといえる。

その他、基礎自治体の行政能力向上にインパクトの芽がみられた。成果5のもとで、ターサバーンやTAO（以下、基礎自治体）の行政官及びサービス提供者の能力強化も、そのターゲットの1つとなっている。2-2のプロジェクトの背景で概観したように、基礎自治体への権限移譲は始まったばかりで、まだまだその体力は脆弱である。また、基礎自治体における高齢者保健福祉施策への取り組みも明確に道筋が示されていない。そのような状況下で、本プロジェクトの複数の対象地域において、「エビデンス・ベース」の問題発見手法や、「ニーズに基づくマネジメントサイクル」の手法を開発し、実践しようとしている。また、「3カ年計画総合計画」（ローリングプラン）に、独自に高齢者保健福祉施策を取り込む動きもみられた。このような動きは、脆弱と指摘される基礎自治体において「自分自身で持続的に自己開発し続ける能力（=Self-enhancement ability）」が生まれていることを表しており、他の基礎自治体に対してもよい刺激となるであろう。このことは予期された以上

の変化であり、正のインパクトと判断される。

### (3) 負のインパクト

負のインパクトは、特に確認されなかった。

## 4-1-5 持続性（見込み）

持続性とは、プロジェクトの成果が維持されるかどうかを検討する評価項目である。本プロジェクトの持続性は、組織面や財政面にやや不安があるものの、中央の2省及びその他ステークホルダー間での調整機能及び地域のエンパワメントを行うメカニズムが確立できれば、総じて高いと予想される。

### (1) 政策面

「高齢化に係る第2次国家計画」や「高齢者法」に定められているように、高齢化対策はタイにおける喫緊の政策課題であり、これはすべての政策決定層の共通の認識となっている。したがって、本プロジェクトのめざす取り組みは、プロジェクト終了後においても政策的に維持、発展されることは間違いがなく、政策的側面からの持続性は非常に高い。

### (2) 組織面

中間レビュー調査時点までは、タイ側と日本側の中央における強いリーダーシップによって調整、牽引されてきたといえる<sup>9</sup>。また、多様な機関・ステークホルダーが参画する組織体制は、リーダーシップのみならず後述(5)のような地域全体のエンパワメントによって支えられるものと考えられる。プロジェクト終了後にも、リーダーシップと地域全体のエンパワメントに支えられた「統合」をもたらす組織体制が強固に維持されれば、持続性は更に高まると予想される。

### (3) 財政的側面

プロジェクト実施中の現時点においても、試行モデル案の形成、実施にかかる費用はすべてタイ側が支出している。その主な財源は、MOPH、MSDHS、TAOやテーサーバーンなど基礎自治体の財源である。タンボンレベルでの予算確保については不安が残るものの、時間をかければ自治体の行政能力が強化され、予算配分及び効率的な運用が促進される可能性は高い。また、地域のステークホルダーのなかには、公的セクター以外（民間企業、NGOなど）からの資金・資機材の提供を受けようとする試みも行われている。このように、中央政府としての高齢者対策を進める方向性と地方自治体の行政力強化を後ろ支えとして、財政的持続性は高いと予想される。

### (4) 技術的側面

人材開発の重要なターゲットの1つは、地域における技術スタッフ（地方行政官、サービス提供者など）である。総じて、日本人長期・短期専門家からの技術移転、本邦研修にお

<sup>9</sup> 2009年9月をもって、CTOPのプロジェクト形成からかわり、その理論的・実践的支柱となってきたプロジェクトマネージャー（保健省健康局長）が退官する。同マネージャーが去ったあと、牽引力をもった組織体制の構築が当面の課題である。

ける研修は、これらの技術スタッフの知識や能力向上に寄与している。特に、2年次の本邦研修「プロフェッショナル・ケア研修」を受講した技術スタッフが「コミュニティ・ケア研修」を企画し、日本で学んだことを伝える機会をもったりするなど、本邦研修が弾みとなって、研修の機会が拡大している。このような動きをみると、地域における技術面での人材は着実に育っており、かつ今後、彼らが主体となって継続的に人材育成が進められる可能性も高い。これらより、技術的側面での持続性も高いと考えられる。

#### (5) コミュニティの側面

前述 (2) (3) のとおり、本プロジェクトがめざしているモデルには、多くのステークホルダーが参画している点、財政的にも中央の予算のみならず基礎自治体の財源確保が必要である点が特徴として挙げられる。したがって、地域における高齢者を地域で支える仕組みづくりのための、地域住民のエンパワメントと参加促進の重要性が認識された。地域住民が適切なサポートを高齢者に提供できるようになるためには、既にいくつかの対象地域において確認されているとおり、人材育成、財政面、メカニズムの面において地域全体がエンパワーされることが重要である。中間レビュー時のアンケート結果やサイト視察でも、地域リーダーの問題意識の高さ、地域住民の高齢者支援に対する住民参加の重要性への目覚め、ボランティア団体の活動の活発化・そのサービスの質の向上などが確認されている。プロジェクトとしては、今後更にこの視点を強調し、すべてのステークホルダーと共有し、地域のエンパワメントを推進していくことが求められる。

### 4 - 2 促進要因・阻害要因

ここでは、プロジェクトの効果の発現を促進した要因と阻害した要因について、検討する。

#### 4 - 2 - 1 促進要因

もっとも重要な促進要因として、タイ側の高いオーナーシップが挙げられる。これは、中央政府、MOPH、MSDHS、地方自治体、地域住民の各層において認められる。特に、中央政府、MOPH、MSDHSにおいては、財源の確保にも現れているようにオーナーシップは非常に高い。

次に挙げられるのが週例会議である。同会議の定期的開催によって、ややもすれば動きが鈍くなりがちな「重厚長大」な本プロジェクトの実施部隊の調整と意思決定を促し、ほぼ計画どおりの進捗を達成することに貢献したといえる。

3点目に、対象地域において地域の保健・福祉・行政機関及び本省のコーディネーター間に実践的な運営体制が構築され、有機的に機能している点が挙げられる。

4点目は、本邦研修である。本邦研修によって日本の高齢社会対策を目の当たりにした経験、チームワークの重要性を理解した点などが、「試行モデル案」の開発を推進している。さらに、本邦研修や日本人専門家を通じて学んだことは単なる知識にとどまらず、日本人の働きぶりを目の当たりにすることによって、仕事に対する態度が変わり、モチベーションを高めることにつながっているということがタイ側より指摘された。これらも、プロジェクトの成果の達成をけん引する要因となっている。

#### 4-2-2 阻害要因

本プロジェクトの広範で複雑な実施体制（中央の2省・7局にまたがり、中央—地方政府—地域住民まで多種多様なステークホルダーが参画）を動かしていくことは、プロジェクトの重要な活動の1つではあるが、プロジェクトに大きな労力を課すことともなっている。また、省庁間の役割分担が不明瞭なため、調整がより困難になっている側面もある。特にプロジェクト初期においては、関係部局間でのコンセンサスづくりが困難を極めたり、地方との調整に時間がかかったりした。このように、多くのステークホルダーが関わる実施体制は予想以上に大変で、プロジェクトの初期において進捗を遅らせる要因となった。しかし、前述したように週例会議の設置はこの阻害要因の軽減に寄与している。

また、現場における財源不足、人材不足も「試行モデル案」を実施・拡大するうえで阻害要因となっている。持続性の(3) 財政的側面で若干触れたが、試行モデル案を実施するために必要な財源の不足、特に基礎自治体における財源不足が問題となっている。また、アンケート調査では、回答者の4分の1が、試行モデル案を実施・拡大するための地域における量的・質的人材不足を指摘している。財源・人材不足は、最終的には持続性に係る要件でもあることから、今後、その対応をプロジェクト活動のなかに組み込んでいく必要がある。

プロジェクト運営上の問題として、現地視察時のインタビューやアンケートの結果より、中央からの指示・依頼（特に会議の召集や日本人専門家の現地訪問時に関するスケジュールの決定）がしばしば直前になるまで伝達されず、現場の日程調整や受け入れ準備に大きな負荷となっている点が指摘された。これまでは、現場の努力によってなんとか調整してきたが、プロジェクトの円滑な運営のためにも、また現場に必要以上の負担をかけないためにも、可能な限り計画の早期策定と早期伝達が求められる。

#### 4-3 結論

現時点までの活動と成果の実績から、本プロジェクトは、おおむね当初の計画どおりに進捗しているといえる。今後、本中間レビュー調査で指摘された課題をきちんと検討し、プロジェクト終了時までには解決していくことができれば、プロジェクト目標が達成される見込みは高い。また、プロジェクト終了時点で、評価5項目の観点からも高い評価が得られることが予想される。

## 第5章 提言及び教訓

### 5 - 1 提言

#### (1) モデルについて

- ・より満足度の高いサービスの創出のために「統合モデル」の基本理念のなかに「利用者本位アプローチ」及び「住民参加アプローチ」が包含されるべきである。
- ・「統合モデル」の開発プロセスを関係者が共有しそのモデルを他地域へ普及させていくために、各対象地域において、簡易かつ柔軟な、現場主体のモニタリングメカニズムを開発するべきである。

#### (2) 実施体制について

- ・プロジェクトのゴールを確実に達成するために、タイ側の2省間（MOPH及びMSDHS）・関係部局内でのしっかりとした調整メカニズムの構築と、地方行政・基礎自治体及び地域住民のエンパワメントが更に必要である。
- ・プロジェクトチームは中央から現場まですべてのプレイヤーに対して、中期的活動計画を可能な限り早期かつ詳細に周知させる必要がある。

#### (3) 人材育成

- ・地方行政・基礎自治体、サービス提供者、地域住民のキャパシティ強化を更に進めるべきである。そのために、現在『CTOPプロジェクト：ローカルオーナーシップ強化のために』としてまとめられている人材開発指針を、更に具体化し、最終版『人材育成ガイドライン』として完成させる必要がある。
- ・他地域での経験をお互いに学び合い、「プレイヤー（活動主体）」がモチベーションを高めるために、各対象地域間の「相互スタディツアー」の実施が効果的である。
- ・PDMの指標5-1を実証するために、プロジェクトとしては、タイ側で独自に提供されている研修についても、そのカリキュラムやモニタリングメカニズム（受講者の理解度や満足度の把握などを含む）を把握し、発展させていくべきである。

#### (4) モデル普及に向けて

- ・プロジェクトが終了してからではなく実施中から、モデルの優れた経験を全国的に紹介していく必要がある。そのためには、MOPH及びMSDHSで実施している各種研修の機会、TV・インターネットなどの各種メディア、などさまざまな機会や方法の活用を促進していくことが求められる。
- ・モデルの全国普及をめざすPDMの上位目標の達成を図るために、実証可能な判定基準を確立するべきである。そして終了時評価時までには、その基準に基づくデータを収集することが求められる。

### 5 - 2 教訓

本中間レビュー調査結果より、以下の一般的教訓が導き出された。

- ・地域における最終受益者のための「利用者本位のサービス」を開発するためには、「根拠に基

づくサイクル型手法（問題分析 計画 モニタリング 改善）」を取り入れた住民参加型の活動を行うべきである。そのようなメカニズムを推進していくために、中央政府から現場レベルにおけるすべてのステークホルダー間、並びにすべての関連するセクター間が連携していかなければならない。

## 第6章 団員所感

今般、高齢者福祉分野の有識者として中間レビュー調査団に参团された江口隆裕筑波大学ビジネス科学研究科教授の所感を以下に紹介する。

今回の「タイ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」(CTOPプロジェクト)中間レビュー調査に参加した所感は、以下のとおりである。まず、全体の日程が短く、かなり窮屈なレビューとなってしまった。

このプロジェクトでは、タイの北部、東北部、中部、南部からそれぞれ1地域ずつ、計4つのパイロット地域を選んで事業を行っているが、今回のレビュー期間は、土日を除けば実質6日間しかなかったため(実際には、土日も作業を行ったが)、我々評価チームは、北部のチェンライ県クンタン地区しか訪問することができなかった。せめて、もう1地域を視察できるような日程的余裕が欲しかったように思う。

しかし、それにもかかわらずというべきか、それゆえにというべきか、予想以上の成果をみることもできた。

チェンライ県クンタン地区で行っているのはマップ付きデータベース事業であり、地区の60歳以上の高齢者1万3,000人を対象としたデータベースを作成し、これを支援の必要度に応じて4段階に区分し、支援が必要な重度の人に対しては、地域のボランティアが支援するシステムを構築しようとしていた。

地区の医療センターの会議室で、パワー・ポインターを使って事業の進捗状況の説明を受けた。地区内のある地域の地図をクリックすると、その地域に住んでいる高齢者の氏名と写真が出てくる。そこを更にクリックすると、その身体状態や生活状況などが一目でわかるように工夫されたデータが表示される。これを使えば、その地区内の高齢者の状況が一目で把握でき、どのような支援を必要としているかがすぐに分かるのである。しかも、このデータを基に、支援の必要度に応じて、近隣のボランティアが支援を行うというシステムはすでに一部動きだしていた。

このほか、高齢者の健康診断を行い、高血圧と診断された者に対してはボランティアが中心となって行う高血圧の予防活動が実施されていた。今後は、お寺の空きスペースを利用して多目的センターを建設し、そこでボランティアの研修や高齢者の通所介護などを行うことを計画中だという。

これらの事業で特筆すべき点は、まず、事業決定前に地域の高齢者に対してアンケートを行い、そのニーズを踏まえて事業内容を決めたという点にある。福祉の基本である、利用者を基本としたボトムアップ・アプローチが実践されているのである。このため、全国4つのパイロット地域で行われている事業は、それぞれに異なった内容となっている。

さらに、事業の実施に際しては、その地域の保健・福祉サービス資源で対応可能なシステムを構築しようとしている点も、評価に値する。もちろん、社会資源の整備が十分ではないため、日本の介護保険のようなサービスは期待できないが、その代わりに、地域のボランティアを最大限活用しつつ、在宅介護を支援する体制を構築しようとしている。これは、事業の持続可能性という点で欠かせない視点である。

このような予想以上の成果が生み出された理由としては、以下のことが考えられる。

第一に、縦割り行政の排除によるサービスの統合である。タイでは、局あって省なしといわれ

るほど縦割り行政の壁が厚いとのことであった。例えば、同じ省内でも他の局に資料を渡すためには、局長まで了解を取らなければならないほどである。今回のプロジェクトは、MOPHとMSDHSの2省、7局にまたがっているため、省間、局間の壁をいかに取り除くかがポイントであった。このため、チーフ・アドバイザーの堀江裕氏を中心となっていて、関係部長などが参加する会議を毎週開き、関係者間の縦割り意識を排除するように努めたとのことであり、このような日常的な努力の積み重ねによって、縦割り行政の排除という考え方が現場にまで浸透し、行政横断的な取り組みが実を結びつつあるように感じた。

第二に、タイ側が日本の経験をうまく利用していることがある。そもそもこのプロジェクトは、高齢先進国日本の経験に学びたいとするタイ政府の要望を受けてスタートした。また、プロジェクトでは、政府や地方自治体の職員だけでなく、地域の現場で活動している人々も日本に派遣し、研修を行っている。その際、日本の介護保険や保健福祉サービスの学習だけでなく、地方自治体を訪問し、現場での具体的な取り組みを見学することにより、実践的な取り組みを実感できるようにしている。こういった、日本の先進的経験を活用しようとするタイ側の姿勢がプロジェクト成功の一因であるように思われる。同時に、タイでも、政府全体として地方分権を進めており、このような政策の方向性とプロジェクトのコンセプトが合致したことも要因の1つに挙げられよう。

第三に、タイの人々の能力の高さである。このプロジェクトでは、省を超えたサービスの統合、高齢者のニーズと地域特性を踏まえた事業内容の決定を方針として示し、後はそれぞれのパイロット地域で決めることを基本方針としたとのことであった。その結果は、前述のとおりである。クンタン地区の会議で、多目的センターのアイデアは日本での研修がヒントになったという関係者の発言があったが、ことから分かるように、日本の経験をそのまま活用するのではなく、タイ流にアレンジして事業展開を図っているところに、タイの人々の能力の高さがうかがえる。

さらに、タイ政府関係者の人格と見識の高さを挙げるができる。特に、タイ側のプロジェクト・マネジャーであったナロンサック氏は、その温厚な人柄と指導力によって、このプロジェクトをけん引してきたことが容易に想像できる人物であり、堀江氏とともに、彼の力が大きく寄与したと思われる。ナロンサック氏が近々退職するとのことであり、その後任者が誰になるかが1つの鍵となろう。

もちろん、課題も多い。チェンライ県の例でいえば、ボランティアを中心とした支援で重度の要介護者を在宅で本当に支えられるのか、ボランティアの質の向上が必要ではないか、高齢者のプライバシーにもっと配慮すべきではないかなどが挙げられる。また、プロジェクト全体としても、このプロジェクトが終了した後も、持続的な行政的・財政的支援は可能なのか、それとの関連で、タイの地方分権施策との関係について、本プロジェクトの位置づけをより明確にすべきではないかといったことが挙げられる。

しかし、高齢化率が現在のタイと同じ7%だった日本の1970年代には、高齢者のための保健サービスは存在せず、措置制度の下で施設中心の上からの福祉を行っていたことを考えれば、チェンライ県の取り組みの方がはるかに進んでいるといえよう。だが、日本は高度経済成長を達成し、1973年の福祉元年には、懸案となっていた社会保障の給付改善も実現した。他方、現在のタイでは、年金制度は公務員や一部の被用者にのみ存在し、多くの高齢者は月500バーツ（約1,500円）の手当を受給するだけのようである。また、医療については、公費による地域医療体制が構築されつつあるものの、医療機関の整備は必ずしも十分ではないように見受けられる。さらに、今後、

経済面で、かつての日本のような高度成長が見込めるかどうかどうも明らかではない。

それにもかかわらず、タイでは今後急速に高齢化が進み、2023年には高齢社会の目安とされる14%を超えると見込まれている。しかも、高齢化率が7%から14%に達するまでの期間は22年と日本の24年より短く、高齢化のスピードはわが国よりも早い。このようなタイの厳しい社会・経済環境の下で、高齢者が安心して老いることができるようにするために、今回のプロジェクトの果たす役割には大きなものがあることを関係者は改めて認識する必要があるだろう。

## 付 属 資 料

- 1 . ミニッツ及び中間レビュー調査報告書（英文）
  - ANNEX 1：調査日程
  - ANNEX 2：PDM
  - ANNEX 3：評価グリッド
  - ANNEX 4：タイ側投入実績
  - ANNEX 5：インタビューとアンケート結果
  - ANNEX 6：ステークホルダーリスト
- 2 . PDM（日本語版）
- 3 . 本邦研修参加者リスト

1. ミニッツ及び中間レビュー調査報告書 (英文)

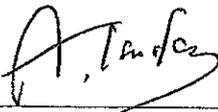
MINUTES OF MEETING BETWEEN  
THE JAPANESE MIDTERM REVIEW TEAM AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE KINGDOM OF THAILAND ON  
THE PROJECT ON THE DEVELOPMENT OF  
A COMMUNITY BASED INTEGRATED  
HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE SERVICES MODEL  
FOR OLDER PERSONS

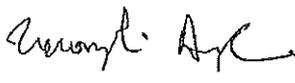
The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") dispatched the Midterm Review Team (hereinafter referred to as "the Team"), headed by Mr. Akihisa TANAKA, to the Kingdom of Thailand from August 9th to August 17th, 2009, for the purpose of reviewing and discussing the activities and plans of the technical cooperation program concerning the Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand (hereinafter referred to as "the Project").

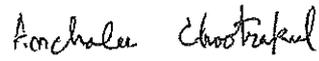
During its study, the Team exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of the Kingdom of Thailand regarding the Midterm review and the future implementation plan of the Project.

As a result of the discussions and consultations, the both sides agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

August 17, 2009  
Nonthaburi, Kingdom of Thailand

  
Mr. Akihisa Tanaka  
Team Leader  
Japanese Midterm Review  
Team  
Japan International Cooperation  
Agency

  
Dr. Prat Boonyawongvirod  
Permanent Secretary,  
Ministry of Public Health

  
Ms. Anchalee Chootrakul  
Acting Director,  
Bureau of Empowerment for  
Older Persons  
Ministry of Social Development  
and Human Security

ATTACHED DOCUMENT

**JOINT MIDTERM REVIEW REPORT**  
**ON**  
**THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION**  
**OF**  
**THE PROJECT ON THE DEVELOPMENT OF A COMMUNITY**  
**BASED INTEGRATED HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE**  
**SERVICES MODEL FOR OLDER PERSONS**  
**IN**  
**THE KINGDOM OF THAILAND,**  
**CTOP Project**

17 August, 2009

**Ministry of Public Health,  
Ministry of Social Development and Human Security,  
The Kingdom of Thailand**

**Japan International Cooperation Agency (JICA)**

## Table of Contents

<b>1. Outline of the Midterm Review</b> .....	<b>3</b>
1.1 Background and Summary of the Project .....	3
1.2 Purpose of the Midterm Review .....	5
1.3 Member of the Midterm Review Team .....	5
<b>2. Methodology of the Midterm Review</b> .....	<b>6</b>
2.1 Process of the Midterm Review .....	6
2.2 Sources of Information Used for the Review .....	6
<b>3. Performance of the Project</b> .....	<b>7</b>
3.1 Inputs .....	7
3.2 Performance of Activities .....	8
3.3 Performance of Outputs .....	11
3.4 Prospect of Achievement of the Project Purpose .....	14
3.5 Prospect of Achievement of the Overall Goal .....	15
3.6 Implementation Process of the Project .....	15
<b>4. Review by the Five Evaluation Criteria</b> .....	<b>15</b>
4.1 Relevance .....	15
4.2 Effectiveness .....	16
4.3 Efficiency .....	17
4.4 Impact .....	18
4.5 Sustainability .....	18
<b>5. Promoting Factors and Inhabiting Factors</b> .....	<b>19</b>
5.1 Promoting Factors .....	19
5.2 Inhibiting Factors .....	20
<b>6. Conclusion</b> .....	<b>20</b>
<b>7. Recommendations</b> .....	<b>20</b>
<b>8. Lessons Learnt</b> .....	<b>21</b>

---

### Annex

Annex 1 Schedule of the Midterm Review

Annex 2 Project Design Matrix

Annex 3 Evaluation Grid

Annex 4 List of budget by the Thai side

Annex 5 Results of Interview and Questionnaires

Annex 6 List of Stakeholder

13  
ne-  
Am

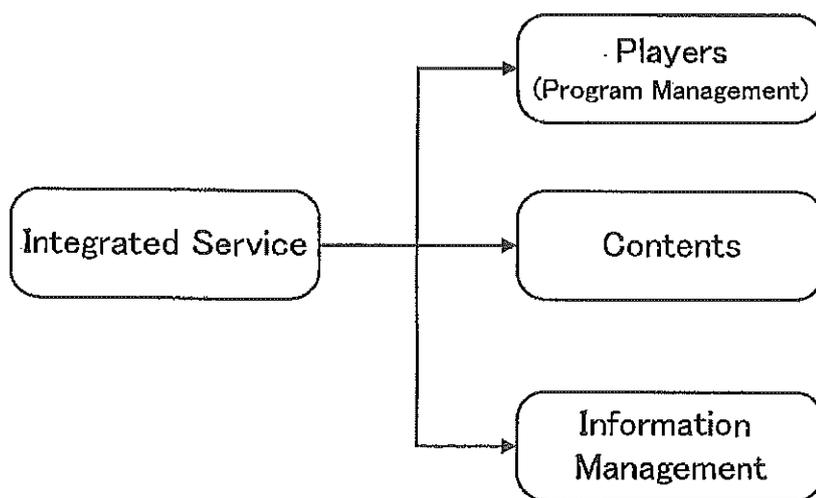
## Abbreviation

ABBREVIATIONS	ENGLISH NAME
APO	Annual Plan of Operation
CTOP	Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
M/M	Minutes of Meeting
MOPH	Ministry of Public Health
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security
PCM	Project Cycle Management
PDM	Project Design Matrix
PO	Plan of Operation
R/D	Record of Discussion
TAO	Tambon Administrative Organization
TICA	Thailand International Development Cooperation Agency

### Definition of the "Model"

Two kinds of definitions of the "Model" are conceivable; one is narrower, equivalent of "individual project to be carried out as CTOP project." The other is broader, aggregation of individual projects in each project site.

The former, narrower one, "integration" is the Criteria of Models, and needs to be integrated by at least one of the 3 dimensions, namely "Players," "Contents," or "Information Management."



*Handwritten initials/signature*

## 1. Outline of the Midterm Review

### 1.1 Background and Summary of the Project

#### (1) Background

Thailand will experience a fast growing ageing population in the short future. Recently, demographic shift from younger to older population has occurred. Trend in the growth rates and size of elderly population in Thailand are higher than the growth of the whole population. In 2000 the number of older people (60 years old or over) is approximately 5.6 million and will reach 11.3 million by 2020. At the same time, the working age population is decreasing. Therefore, dependency ratio of elderly people will increase from 11.6 in 2000 to 26.1 in 2020. Due to longer life expectancy in women, there will be twice or triple number of women than men in elderly people aged 75 and above. This group is prone to chronic illness and need some kinds of assistance in every-day-life.

In addition, a national survey in 1999 revealed that 73 percent of the sample has one kind of chronic improper condition, 25 percent having short and long term impairment, 19 percent having long-term impairment, 7 percent being dependent in self-care, and 4 percent having cognitive impairment. It shows a significant problem in the future as ageing population rise rapidly.

The Thai government has strongly highlighted quality of human and society. Regarding the older population, it emphasizes the principle of active and valued ageing. In addition, the Second National Plan for Older Persons (2002-2021) sets out five key strategies for elderly care: 1) preparation for quality ageing, 2) promoting well-being in older persons, 3) social security for older persons, 4) management systems and personnel development, and 5) conducting research for policy and program formulation, monitoring and evaluation of the second plan.

According to the Second National Plan for Older Persons, the focal authority for policy and guidelines development is the National Commission on the Elderly with the secretariat office which is responsible by the Bureau of Empowerment for older Persons under the Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups, Ministry of Social Development and Human Security.

Thailand has enacted the Older Persons Act 2003, this act will be used as a mandate for all agencies to work for the elderly in comprehensive approaches. In order to improve the effective cooperation among various key organizations and agencies, MOPH and MSDHS together with JICA have jointly started "The Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Models for Older Persons in the Kingdom of Thailand" ("CTOP Project") since November, 2007. The project will further facilitate and strengthen local cooperation and develop a standard for local health services by launching a pilot study and learn from best practice as a showcase for further development so as to benefit and appropriate respond to the needs of local older people.

#### (2) Summary of the Project

[Project Duration]

4 years from November 2007 to November 2011.

[Target Areas]

Selected areas of four provinces (one tambon each in Chiang Rai, Khon Kaen, Nonthaburi, and Sura Thani)

Handwritten initials: B, K, A

[Target Groups]

The direct beneficiaries of the Project are central and local government officers and service providers engaged in health care and social welfare services for older persons in the target areas. The indirect beneficiaries are older persons in the 4 target areas (tambon).

[Overall Goal]

The Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons (hereinafter referred to as "Model") is utilized nationwide.

[Project purpose]

The Model is disseminated for the purpose of nationwide implementation.

[Outputs]

1. A framework for the institutions and organizations concerned with health care and social welfare services for older persons to participate in the planning process is established in respective target areas.
2. Situation of the target areas concerning health care and social welfare services for older persons is analyzed
3. The draft Model is developed and tested
4. The Model is finalized
5. The capacity of the human resources concerned with health care and social welfare services for older persons is strengthened.

[Activities]

<Output-1>

- 1-1. Select target areas (one tambon in each province) in the four provinces.
- 1-2. Set up and prepare Working Committees in respective target areas.
- 1-3. Define the roles and responsibilities of the institutions and organizations participating in Working Committees.
- 1-4. Develop plans for the project implementation in respective target areas.

<Output-2>

- 2-1. Prepare questionnaires/data collection sheets for identification of resources providing health care and social welfare services for older persons.
- 2-2. Provide orientation and training to staff involved.
- 2-3. Identify financial strength of local authorities.
- 2-4. Identify technical strength of local authorities.
- 2-5. Identify the institutions and organizations responsible for collecting the information on older persons and health care and social welfare services.
- 2-6. Identify resources and mechanisms for providing health care and social welfare services for older persons in respective target areas.
- 2-7. Identify community information sharing mechanism.
- 2-8. Identify older persons' needs for health care and social welfare in respective target areas.
- 2-9. Analyze the results of identification.
- 2-10. Discuss and design the draft Model for target areas.

<Output-3>

- 3-1. Set up Community Committee and empower them to develop action plan for supporting older persons
- 3-2. Specify the contents of health care and social welfare services for older persons
- 3-3. Develop and implement guidelines on the roles of and collaboration among the institutions and organizations concerned including mechanism and management.

22  
13  
An

- 3-4. Define the methods and procedures for providing health care and social welfare services for older persons, including how to link with different levels at district and provincial levels
- 3-5. Conduct the assessment of the health care and social welfare services by the community members.
- 3-6. Disseminate the information on health care and social welfare services for older persons.
- 3-7. Conduct trial of the draft Model in the target areas.
- 3-8. Conduct monitoring and revision of the draft Model

<Output-4>

- 4-1. Evaluate the draft Model including the analysis of best practices, difficulties faced in respective target areas and the countermeasures.
- 4-2. Conduct a meeting for finalizing the Model with the participation of external resource persons.
- 4-3. Finalize the model.

<Output-5>

- 5-1. Identify target groups for training. (local administrators, service providers, care coordinators, Community Committees, etc.)
- 5-2. Assess the training needs of the above target groups.
- 5-3. Develop guidelines for human resources development.
- 5-4. Conduct training of the target groups.

### 1.2 Purpose of the Midterm Review

The midterm review should be conducted in midterm of the project period. The purposes of the review are as follows:

- 1) To confirm the performance and implementation process of the Project through reviewing project documents and interviews with the various stakeholders
- 2) To jointly review the project by fine evaluation criteria at this moments and make a joint midterm review report
- 3) To make recommendations and draw lessons from the results of the review for the remaining project period

### 1.3 Member of the Midterm Review Team

#### (1) The Thai Team

No.	Name	Function	Title	Period
1.	Dr. Narongsakdi Aungkasuvapala	Team Leader	Director-General, Dept. of Health, MOPH	10-17 August, 2009
2.	Dr. Supakit Sirilak	Member	Director, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, MOPH	10-17 August, 2009
3.	Dr. Chanvit Tharathep	Member	Director, Bureau of Health Service System Development, Dept. of Health Service Support, MOPH	10-17 August, 2009
4.	Ms. Suntaree Puaves	Member	Director, Bureau of Empowerment for Older Persons, MSDHS	10-17 August, 2009
5.	Assoc. Prof. Jiraporn Kespichayawattana	Member	Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	10-17 August, 2009

Handwritten initials and numbers: "13", "R", "Am"

6.	Dr. Suvinee Wivatvanit	Member	Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn Univ.	10-17 August, 2009
7.	Ms. Romyavadi Sarakshetrin	Member	Technical and Evaluation Unit, Office of DG, TICA	10-17 August, 2009
8.	Ms. Somsuan Howe	Member	Countries Partnership Branch, TICA	10-17 August, 2009

## (2) The Japanese Team

No.	Name	Function	Title	Period
1.	Mr. Akihisa Tanaka	Team Leader	Senior Representative, JICA Thailand Office	9-17 August, 2009
2.	Professor Takahiro Eguchi (Mr.)	Social welfare policy for elderly	Professor, Tsukuba University	9-17 August, 2009
3.	Ms. Mariko Kinoshita	Cooperation Planning	Assistant representative, JICA Thailand Office	9-17 August, 2009
4.	Ms. Makiko Komasa	Evaluation Analysis	Chief researcher, Earth and Human Corporation	9-17 August, 2009

## 2. Methodology of the Midterm Review

### 2.1 Process of the Midterm Review

Project Cycle Management (PCM) is applied to this midterm review. According to JICA Evaluation Guideline (2004), the inputs, the activities, and the outputs of the Project are verified based on the Project Design Matrix (PDM). Then the Project is analyzed according to the five criteria of evaluation shown in the box below.

- 1) Confirm the performance of the Project according to the indicators in the PDM
- 2) Analyze positive and negative factors of the Project related to the achievement of the Project purpose and other outputs.
- 3) Evaluate the Project using the Five Criteria of evaluation.
- 4) Make recommendations and draw lessons learnt

Relevance	Assess the relevance of the purpose and the overall goal of the Project through confirming Thai government policies, needs of the beneficiaries, and the assistance policies of Japan.
Effectiveness	Check the achievement of the outputs and examine the relationship between the outputs and the project purpose.
Efficiency	Analyze the outputs produced from the inputs of the Project considering the timing, the quality and the quantity of the inputs.
Impact	Consider potential positive and negative impacts which are caused by the project implementation.
Sustainability	Examine institutional, financial and technical sustainability of the results and effects of the Project after the termination of the assistance.

### 2.2 Sources of Information Used for the Review

The following information/data used for the Midterm Review.

#### 1) Documents to be collected

- Report on the Preparatory Study of the Project (September 2007), Draft of R/D (Record of

JK - B3  
An

Discussion dated July, 2007) and M/M (Minutes of Meeting dated June 28th, 2007)

- PDM : Project Design Matrix
  - Plan of operation (PO) and Annual plan of operation (APO)
  - Project report (November 2007 – June 2008) (in Japanese)
  - Report on the Joint Coordinating Committee Meeting (First: Dec. 2007, Second: Jul. 2008, Third: Dec. 2008, Forth: July 2009)
  - Reports on the Steering Committee Meeting (First: Dec. 2007, Second: Jul. 2008, Third: Oct. 2008, Forth: Dec. 2008, Fifth; April 2009, Sixth: July 2009)
  - Reports by Japanese short-term experts
- 2) Interviews
- Japanese experts and 8 coordinators of 7 related departments of MOPH and MSDHS, and together with “Weekly Meeting” members.
- 3) Questionnaire (56 persons) to both central and local stakeholders in such organizations or with such status as;
- Related Central functions of MOPH and MSDHS
  - Health and Welfare Provincial Office
  - Community Hospital; Primary Care Unit, and Welfare Center for the Elderly
  - Local Authority (TAO or Municipality (Tessabaan))
  - Health Volunteer, Elderly Volunteer leader
  - Elderly Club leader
- 4) Observation on activities of the Project and related meetings
- In Chiang Rai

### 3. Performance of the Project

Project performance with regard to Inputs, Output, Project Purpose and Overall Goal at the midterm point in time is summarized below.

#### 3.1 Inputs

##### (1) Inputs from the Thai Side

- Government and provincial staff as Project counterparts and their salary
- Office space, facilities, basic furniture and equipment
- Administrative and operational costs for the Project
- Land, buildings and other facilities necessary for the implementation of the Project
- Budget (see ANNEX 4 for the details)

##### (2) Inputs from the Japanese Side

- Long-term experts

Name	From	To	Subject
Dr. Yutaka Horie	Nov. 2007	Present	Chief Advisor
Mr. Toshiyuki Okui	Nov. 2007	Present	Coordinator

- Short-term experts

< JFY 2007 >

Name	From	To	Subject
Prof. Toshihisa Watanabe	12Mar2008	21Mar2008	Data Collection and Analysis

26-13  
A

< JFY 2008 >

Name	From	To	Subject
Mr. Reisuke Iwana	6Aug2008 15Sep2008	19Aug2008 26Sep2008	Survey on Capacity of Local Authority and Available Services and Information Network
Dr. Kunichika Matsumoto	11Jan2009	28Jan2009	Elderly Needs Analysis
Prof. Tai Takahashi	15Feb2009	28Feb2009	Draft Model Formulation

< JFY 2009 >

Name	From	To	Subject
Mr. Reisuke Iwana	24May2009	13June2009	Model Project Management for Community Activity

- Counterpart training in Japan  
 JFY 2008: 19 participants in 16 November–5 December, 2008, “Core Team Training”  
 JFY 2009: 14 participants in 29 June-14 July, 2009, “Professional Care Skill Training”
- Provision of equipment  
 JFY 2007: Office equipment  
 JFY 2008: 13 sets of Computers, Video Recorders, and Projector at 4 project sites
- Activity costs (including General Cost, Travel Cost, Personnel Cost, Translation Cost, Honorarium, and Other)  
 JFY 2007: 1,474,931 Baht  
 JFY 2008: 4,381,740 Baht  
 JFY 2009 (up to July 2009): 987,940 Baht

### 3.2 Performance of Activities

#### (1) Activities of Output 1

Activities related to Output 1 were summarized below.

Activities	
1-1.	Selected target areas (one Tambon in each province) in December 2007
1-2.	Set up and prepared Working Committees in respective target areas in the three provinces until March and in Surat Thani in May 2008.
1-3.	Defined the roles and responsibilities of the institutions and organizations participating in Working Committees during March and May in four provinces.
1-4.	Have been developed plans for the project implementation in respective target areas but still need to be improved.
Others	<ul style="list-style-type: none"> <li>-The members of the joint coordination committee were selected and its meetings were held 4 times.</li> <li>-The members of the steering committee were selected and meetings were held out half a year basis (6 times up to now).</li> <li>-Has been set up the Weekly Meeting at central level in December 2007 and held every week (around 55 times up to now)</li> <li>-Advocacy activities were carried out by Japanese team, such as attending the third country training, cerebation of elderly day, presenting by Japanese TV program, and so on.</li> <li>-Project promotion materials were produced and distributed (Logo, Jacket, &amp; shorts)</li> </ul>

#### (2) Activities of Output 2

Activities related to Output 2 were summarized below.

Activities	
2-1.	Prepared questionnaires/data collection sheets for identification of resources

2a-13  
An

	<p>providing health care and social welfare services for older persons</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Started March 2008 at the time of short-term expert dispatch</li> <li>➤ Completed July 2008 around Steering Committee</li> </ul>
2-2.	<p>Provided orientation and training to staff involved</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Started March 2008 at the short-term expert dispatch</li> <li>➤ Workshop June 2008 about Elderly Questionnaire</li> </ul>
2-3.	<p>Identified financial strength of local authorities</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conducted August-September 2008 at the short-term expert dispatch</li> </ul>
2-4.	<p>Identified technical strength of local authorities</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conducted August-September 2008 at the short-term expert dispatch</li> </ul>
2-5.	<p>Identified the institutions and organizations responsible for collecting the information on older persons and health care and social welfare services</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conducted August-September 2008 at the short-term expert dispatch</li> </ul>
2-6.	<p>Identified resources and mechanisms for providing health care and social welfare services for older persons in respective target areas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conducted August-September 2008 at the short-term expert dispatch</li> </ul>
2-7.	<p>Identified community information sharing mechanism</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conducted August-September 2008 at the short-term expert dispatch</li> </ul>
2-8.	<p>To identify older persons' needs for health care and social welfare in respective target areas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elderly Questionnaire was conducted in four sites July-September 2008 and data-entry and initial analysis was done by the Thai side</li> <li>➤ Final analysis was done and Elderly needs were identified January 2009 at the short-term expert dispatch.</li> </ul>
2-9.	<p>Analyzed and finalized the results of identification</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Final analysis was done and Elderly needs were identified January 2009 at the short-term expert dispatch.</li> </ul>
2-10.	<p>Discussed and design the draft Model for target areas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Community Plans were compiled and presented March-April 2009 at Steering Committee</li> <li>➤ Draft Models have been discussed and are scheduled to be finalized May-September 2009 at the short-term expert dispatch and Steering Committee September 2009.</li> </ul>

### (3) Activities of Output 3

Activities related to Output 3 were summarized below.

Activities	
3-1.	<p>Set up Community Committees</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formal Community Committee was set up November 2008, in Khon Kaen.</li> <li>➤ Other areas have not set up formal Community Committees but developed community plans through local meetings.</li> </ul> <p>Developed action plans for supporting older persons</p>
3-2.	<p>Specify the contents of health care and social welfare services for older persons</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Community Plans were discussed and compiled February-April at short-term expert in February and Steering Committee in April 2009</li> </ul>
3-3.	<p>Develop draft guidelines on the roles of and collaboration among the institutions and organizations concerned including mechanism and management in 4 sites</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Draft guidelines started to be discussed May-June 2009 at short-term expert dispatch.</li> <li>➤ Draft guidelines are scheduled to be prepared September 2009 at short-term</li> </ul>

llc B  
A

	expert dispatch and Steering Committee.
3-4.	Define the methods and procedures for providing health care and social welfare services for older persons, including how to link with different levels at district and provincial levels ➤ Discussed together with guidelines May-September 2009
3-5.	Conducted the assessment of the health care and social welfare services by the community members ➤ Each area has started assessment of some of the Models May-June 2009 ➤ Information is not comprehensive as of August, 2009
3-6.	Disseminate the information on health care and social welfare services for older persons ➤ Area Workshops were held in Surat Thani and Khon Kaen May-June at short-term expert dispatch ➤ Area Workshops are scheduled in Nonthaburi and Chiang Rai August and September 2009 ➤ Workshops about Draft Models are scheduled to be held at each project site September 2009 at short-term expert dispatch
3-7.	Even though the final draft Models in the target areas are not finalized at the midterm review, various trial models have been developed and scheduled to be finalized in September, 2009. Reviewers had the opportunities to visit one of four project site in Chiang Rai and noticed innovative achievements, such as satisfaction survey when improving their "Hypertension Project" and creating comprehensive "Database Program" based on the results of Elderly Questionnaire. Through additional discussion with Central coordinators of each project site, reviewers have found each project site has made efforts in trying to integrate every health, welfare and local authority sectors and to reflect the conclusion of the local meetings.
3-8.	Even though the draft models are not yet finalized at the midterm review, various efforts to monitor or revise the trial models have already been observed. Reviewers have learned through discussions with Central coordinators of each project site, some project sites have already succeeded in extending research project (part of the management cycle, see the Effectiveness part in detail) into the combined project of research, treatment and necessary welfare programs.

#### (4) Activities of Output 4

Regarding activities related to Output 4, various activities are conducting based on the trial models and refined the contents. It is scheduled that these contents and experiences will be compiled and finalized in the next steering committee in September.

#### (5) Activities of Output 5

Activities related to Output 5 were summarized below.

Activities	
5-1.	Identify target groups for training. (local administrators, service providers, care coordinators, Community Committees, etc.) ➤ Training target of Japan Training were discussed August-October 2008 and finalized at Steering Committee, October 2008 ➤ Qualification of Trainees of Japan Training "Core Team Training" was finalized September 2008 ➤ Training guideline was discussed and finalized November-December 2008 in the form of "Enhancing Local Ownership"

20 13  
Am

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Qualification of Trainees of Japan Training “Professional Care Skill Training” was finalized May 2009</li> </ul>
5-2.	<p>Assess the training needs of the above target groups</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Training target of Japan Training were discussed August-October 2008 and finalized at Steering Committee, October 2008</li> <li>➤ Qualification of Trainees of Japan Training “Core Team Training” was finalized September 2008</li> <li>➤ General training guideline for human resource development was discussed since November 2008 and finalized in December 2008 in the form of the conceptual paper named “How to Enhance Local Ownership at CTOP Project.”</li> <li>➤ Qualification of Trainees of Japan Training “Professional Care Skill Training” was finalized May 2009</li> </ul>
5-3.	<p>Develop guidelines for human resources development</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ General training guideline for human resource development was discussed since November 2008 and finalized in December 2008 in the form of the conceptual paper named “How to Enhance Local Ownership at CTOP Project” and has been discussed among the steering committee until now.</li> </ul>
5-4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conduct trainings of the target groups</li> <li>➤ Japan Training “Core Team Training” was conducted November-December 2008</li> <li>➤ Japan Training “Professional Care Skill Training” was conducted June- July 2009</li> <li>➤ Workshops were conducted for particular subjects, such as statistics, TAI method, and analysis of the elderly survey, and concepts of the integrated-approach</li> <li>➤ Local trainings have been already provided with either TAO, MOPH or MSDHS taking initiatives.</li> <li>➤ Community Care Trainings are scheduled in JFY 2009; 8 local trainings in Tambon</li> </ul>

### 3.3 Performance of Outputs

#### (1) Output 1

Output 1 is "Framework for the institutions and organizations concerned with health care and social welfare services for older persons to participate in the planning process is established".

Selection of stakeholders at central, provincial, district, and Tambon levels has been completed and their roles and responsibilities were defined by them. However, their functions and capabilities at some district and Tambon levels need to be carefully monitored and encouraged to be developed. Action plans or community plans have been made in each target site, but still need to be improved for more practical with purposes, contents and expected results to be more clearly written down.

In addition, it is worth mentioning that establishment of the Weekly Meeting January 2008, contributed to share the crucial project issues and show the counterparts the idea of Japanese administrative meeting, or discussion with time-frame. It stimulated the counterparts' capabilities for management and communication with other stakeholders.

The followings are results of indicators of the PDM.

Indicators for Output 1	Results
1-1. Regular meetings of the Working Committees are conducted	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Each project site set up kinds of provincial, working and community committees based on their situations as follows.</li> <li>➤ In Chiang Rai, the working community and community committee seem to be working together and functioning well for implementing the model activities, but they need to record the results of</li> </ul>

48  
13  
Am

	<p>meetings or any record related to the activities to share the progress of activities with the upper-levels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ In Khon Kaen, the provincial committee is holding the monthly meeting with the governor's commitment and they keep record. At the tambon level, the stakeholders have a frequent meetings for activity implementation and such casual function works well.</li> <li>➤ In Nonthaburi, the provincial committee makes a monthly meeting with the record. In community level, irregular meetings are holding for activities implementation and well coordinating, without official records.</li> <li>➤ In Surat Thani, at the provincial level, there have been 1-2 meetings held so far. At the district level, monthly meeting are holding. The member of working group attended. However, since top-decision makers have not attended, integration process tends to be slower.</li> </ul>
1-2. Lists of roles and responsibilities of institutions and organizations participating in the Working Committees are developed.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lists of members of the working committees and other related organization and their roles and responsibilities in 3 areas, Chiang Rai, KhonKaen and Nonthaburi set up in December 2007, and Surat Thani in June 2008. And at the Sixth steering committee in April 2009, all documents were shared (see the report of the steering committee).</li> </ul>
1-3. Action plans in each target area are approved by the Steering Committee.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Action plans or Community Plans were developed in each area in March-April 2009 and presented at the Sixth steering committee. They need to developed from the view points of contents of integration model and way of presentation.</li> </ul>

## (2) Output 2

Output 2 is "Situation of the target areas concerning health care and social welfare services for older persons is analyzed".

Up to now, the Elder Survey and the Local Need and Resource Surveys were conducted by the Thai side with Japanese experts' technical supports. The results were analyzed and shared with all counterparts through the JCC and the Steering Committees in December 2008 and a workshop held in January 2009. Based on the results of the analysis; trial draft models for target areas have been developed and will be finalized in September 2009. Therefore, Output 2 is scheduled to be achieved in September 2009.

The followings are results of indicators of the PDM.

Indicators for Output 2	Results
2-1. Analysis results of each target area are submitted to the central government.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elder Survey and the Local Need and Resource Surveys were conducted by the Thai side with Japanese experts' technical supports. And results of the each target area analyzed and presented at the third JCC and the forth steering committee in December 2008.</li> </ul>

Handwritten signature and initials.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Each target area used the results and developed their models based on their situations and needs. For example, the Chiang Rai working committee developed the comprehensive database from the data and try to utilize it to deliver user-oriented services. In Khon Kaen, based on the results they conducted action research for developing “Eye-on-eye project” which developed based on the high demands of elderly eye problems.</li> <li>➤ After these activities, the project stakeholders recognized that the only initial survey was not enough and continuous monitoring process of user-needs is needed.</li> </ul>
2-2. Integrated analysis of the results from each area is done at the central level.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ At the third JCC in December 2008, analysis results of each target area were discussed and jointly analyzed at the central level. Furthermore, the short-term expert facilitated the comprehensive understanding of the results of each areas’ situation at the workshop held in January 2009 and made the report with some suggestions to improve quality of the survey.</li> </ul>

### (3) Output 3

Output 3 is “The draft Model is developed and tested.”

As illustrated in (3) Activities of Output 3, the trial draft models were developed in each target site and the various models are monitoring and up-grading. Then, it is scheduled that the models in each site will be finalized in September 2009 at the timing of dispatch of the next Japanese short-term expert. Thus, Output 3 will be achieved as planned.

The followings are results of indicators of the PDM.

Indicators for Output 3	Results
3-1. The draft Model is approved by the JCC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ At the midterm review, trial draft models have been developed and up-grated under the concept of the definition of “Model” or “models” in each site. Then, it is scheduled that the models in each site will be finalized in September 2009 at the timing of dispatch of the Japanese short-term expert and presented at the Steering Committee in September 2009, and will be approved at the next JCC in December 2009.</li> </ul>

### (4) Output 4

Output 4 is “The Model is finalized.”

At the time of the midterm review, trial draft models were reported and their model activities have been conducted and up-graded. And the concept and definition of the “Model” is refining now. Considering performances achieved up to now, it is expected that the final “Model” will be set and Output 4 will be achieved by the project termination.

Handwritten initials: 22-13 Am

The followings are results of indicators of the PDM.

Indicators for Output 4	Results
4-1. The finalized Model is approved by the JCC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ At the time of the midterm review, trial draft models were reported and their model activities have been conducting and up-grading. And the concept and definition of the "Model" is refining now. The draft "Model" will be presented at the next steering committee in September 2009 and after that draft models will be improved and become the final "Model."</li> </ul>

### (5) Output 5

Output 5 is "The capacity of the human resources concerned with health care and social welfare services for older persons is strengthened."

Japan trainings in JFY2008 and 2009 have been conducted. Several local trainings initiated by the Thai side have been carried out in each Tambon. Workshops were also held for understanding methods and techniques of statistics and surveys by the Japanese short-term experts and for sharing the survey results and experiences in implementing draft models in Khon Karn and Surat Thani. To promote human resource development, the "Human Resources Development Guidelines" has been developed in the form of "Enhancing Local Ownership" in December 2008. Therefore, Output 5 has been partially made.

The followings are results of indicators of the PDM.

Indicators for Output 5	Results
5-1. Trainees are satisfied with the contents of training.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Japan trainings in JFY2008 and 2009 have been conducted. According to the interview and questionnaire, the trainees of Japan training show the high satisfaction in terms of contents and applicability. Especially applicable contents were highly appreciated, such as universal municipality's elderly programs, health promotion program, long-term care system, according to interviews and the questionnaires.</li> <li>➤ It is also highly appreciated that the project conducted dissemination workshops which the trainees reported their acquired knowledge and experiences to other players.</li> <li>➤ On the other hand, comprehensive training curriculums and monitoring mechanism of trainings conducted by the Thai side have not been developed according to the comments from the questionnaires.</li> </ul>
5-2. Human Resources Development Guidelines developed	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A conceptual paper of the training guideline was prepared under the name of "How to Enhance Local Ownership at CTOP Project" in December 2008. It is under discussion for finalization.</li> </ul>

### 3.4 Prospect of Achievement of the Project Purpose

The project purpose is "The Model is disseminated for the purpose of nationwide implementation." The Model was defined as described on the first page of this report. The review team noted some trial models have been already developed and implemented in each site

20-13  
Am

as mentioned in Activity 3-7 and 3-8. And these trial models will be finalized and shared at the next steering committee in September 2009. Once the sharing the experiences with officers at central level at the meeting, it will become the first dissemination occasion. At the same time, "Area Workshops" were conducted in Surat Thani and Khon Kaen in May and June 2009 and scheduled to be held in Nonthaburi and Chiang Rai in August and September 2009. The Area Workshops have an intention to be held as occasions to disseminate knowledge and experiences of project sites to area-wide; North, North-Eastern, Central and South area. It seems like following dissemination opportunity can be easily set-up due to strong interests of decision-makers at the central level. Thus, it is expected that there is high possibility of achievement of the project purpose.

### **3.5 Prospect of Achievement of the Overall Goal**

The Overall Goal is "The Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons ("Model") is utilized nationwide" and its indicator is "At least 15% tambons in each province utilized the Model." As we mentioned above, there are certain progress in developing the draft models and disseminating them. In addition, coping with the aging society is urgent issue for the Thai government and decision-makers have high interests in elderly programs in local municipalities. Therefore, there is high possibility of the dissemination of the models nationwide.

The reviewers had a chance to visit one of four project sites and learned the project members there have already started to extend their achievements to other sites in the same Province. These activities may be spread in four project sites. Thus, possibility of the overall goal is pretty high.

However, the framework for the measurement of utilization of models has not been defined. Therefore, setting verifiable measurement of the Overall Goal and collecting its data is necessary before the terminal evaluation.

### **3.6 Implementation Process of the Project**

The project activities have been almost implemented according to the plan of operation.

Combination of top leadership, middle management and bottom-up efforts made steady progress even among widely spread stakeholders. Main structure of the project implementation has been established at central, provincial, tambon and community levels. In addition, setting-up of weekly meetings in Central enabled to strengthen this structure tightly.

However, functions of tambon and community have not been systematic enough and needs to be carefully monitored and developed. Furthermore, sharing of their experiences among the four project sites has not been clearly formed yet.

## **4. Review by the Five Evaluation Criteria**

The Project was reviewed along with the Five Evaluation Criteria (Relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability). Evaluation results are described as follows.

### **4.1 Relevance**

For the following view points, the Project is judged to be high in relevance.

#### **4.1.1 Relevance of the Overall Goal**

The Overall Goal of the Project is consistent with national policies such as the Tenth National Development Plan(2006-2011), the Second National Plan for Older Persons (2002-2021), and the Elderly Law.

#### **4.1.2 Appropriateness of cooperation**

The overall goal and the project purpose are consistent with the Japanese cooperation policies

Handwritten signature and initials: "ll-13" and "Am".

and JICA's cooperation policy for Thailand. The aging issue is described in one of the three priority areas of the above mentioned JICA's policy.

#### **4.1.3 Advantage of Japanese Technique and Experiences in This Field**

Since Japan has the highest Elderly ratio in the world and Japan has a rich experiences in developing policies and strategies for coping with the aging society. This advantage of Japanese experiences in this filed is definitely high.

### **4.2 Effectiveness**

For the following view points, it is expected that the Project will achieve the Project purpose by the end of the Project. Thus, the effectiveness will be quite high by the end of the Project.

#### **4.2.1 Common Understanding of the "Model" in the Project Purpose**

The principle of the "Model" is "integration." The detailed definition of the Model is shown on the first page of this report. This definition has been discussed at the series of meetings and shared at the steering committee by the effort of the Japanese short-term expert.

Three dimensions which the Model should include at least one of them are;

- 1) players; integration of Project participants by health, welfare and local authority representatives, as well as community members,
- 2) contents; models to be integrated in health, welfare and local authority, and
- 3) information management.; information such as crucial Elderly Data to be shared and utilized jointly by health, welfare and local authority representatives.

In addition to the three dimeusions, various kinds of Models are categorized into two types, namely "Intervention model (or Service provision model)" and "Comprehensive management model."

Based on the common definition, the Project has made outstanding progress in the pilot sites up to the midterm review period.

#### **4.2.2 Prospect of Achievement of the Project Purpose**

Prospect of achievement of the Project purpose was reviewed by the following aspects.

##### **1) Players**

In terms of integration of "players", the Project accelerated involvement of various players, between 2 ministries and related departments within the ministries and players among central, local and community levels in all sites. It is pointed out that the joint participation from the various levels, and from the health, social welfare and local authorities in the "Japan Trainings" in 2008 and 2009 have successfully stimulated this players' integration.

##### **2) Contents**

In terms of integration of "contents," each site has been trying to design integrated contents with intensive discussion between health, welfare, local authority representatives, and community members.

Through discussion with the central coordinators of each project site, the review team has learned that there were some attempts to integrate component of health, welfare services with collaboration of local authorities, health professionals, community leaders, and private companies by TAO's budgeting and transportation arrangement.

The reviewers also had a chance to visit one of the four project sites and found that one of the models has already created "user-oriented approach" and tried to improve the quality of

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

services. Another point to be noted is some of the models have been prepared based on technical supports from academics.

It is also worth mentioning that some models have already adopted the evidence-based “Cyclical Implementation Mechanism” (consisting of a necessary study, making an action plan, conducting project, monitoring and feedback for next actions) for improving services.

### 3) Information management

In terms of “Information Management,” it is observed joint activities of Elderly Questionnaire have made it possible for health, welfare and local authority representatives to work together and to utilize the Data, or the results of Elderly Questionnaire in joint efforts. When Elderly Questionnaire was prepared, one Workshop was held at the final stage in Chiang Rai, June 2008, which had already invited health, welfare and local authority representatives of four projects sites as well as technical support from related academic institutions. The content of the Workshop included preparation of questionnaire sheets and trainings on conducting the survey.

The reviewers learned through the local visit that Database model has been developed with the local initiative of the welfare side both in budget and the development of the database by their staff. After making the basic database, all health, welfare and local authority representatives aimed to develop a hands-on database for user-oriented service operation and to be updated by their players cooperation.

Based on the above observations and understanding of the Project schedule of finalization of models in each target site in September 2009, there is no doubt that developing models in each site can be achieved soon. Considering the consistent commitments of both central and local representatives, their willing to spread out the concepts of the “Model,” and some Project’s trial activities to disseminate the models outside the target areas up to today, the review team concluded that the dissemination activities of the “Model” nationwide will surely be carried out and many of local authorities may utilizes some of the models with their adjustment. Thus, the Project purpose can be achieved by the end of the Project.

## 4.3 Efficiency

For the following viewpoints, the Project is judged to be very high in efficiency up to the midterm review period with some issues to be kept in record.

### 4.3.1 Appropriateness of Inputs

The Thai side has fulfilled stable ownership of inputs, in terms of personnel, facility, equipment, operational cost. Especially at the first year, when the way of cooperation between MOPH, MSDHS and JICA as well as local authorities was not really clear, the Thai side made their abundant efforts for such activities as preparation of Elderly Questionnaire. It is highly appreciated regarding quantity and quality.

One issue to be mentioned for future is, it is actually not really clear about precise record of the Thai side contribution. CTOP Project does not often have specific item of budget in MOPH and MSDHS at the beginning of fiscal year but they have managed very well. Planning in advance and keeping record may be appreciable.

The Japanese side’s inputs in terms of personnel, equipment, operational cost, were also appropriate. Minimum input of the long-term experts has contributed a lot to the joint efforts of the 2 ministries.

And timing and qualification of short-term experts were appropriate and it has greatly contributed to moving the project’s forward. It always takes a lot of attention for the appropriate

arrangement of short-term experts, within the limited period stays and with intensive field work. Both Thai and Japan sides work very hard for the fix of schedule. However, reportedly input of resources from the Japan side, especially the scheduling dispatch of short-term experts, is sometimes too short noticed for local authorities to prepare and desired to be improved.

#### **4.3.2 Progress of Achievement of Outputs**

About Output 1, the framework for the institutions and organization concerned with health care and social welfare services for elderly was informally formed. However, it is still need to be improved more practically. Output 2, related to the conducting surveys, has been achieved and continuous efforts to grasp elderly demands have been made. About Output 3, the review team recognized that there are various trials models developed, such as a few “comprehensive management models” and many “service provision models” in 4 sites. Considering this situation, Output 3 can be achieved by September 2009 as planned. Based on the Output 3 performance and some dissemination activities by the Project players, Output 4 is expected to be achieved soon. About Output 5, a draft guideline named “How to Enhance Local Ownership at CTOP project” has been prepared and discussed. Based on this draft guideline, various trainings have been carried out by both the Thai side and the project side. It can be pointed out that the Japan trainings were epoch-making events in improving knowledge and created necessary human network for participated counterparts.

The Thai side has remarkably appreciated the JICA’s technical support which enables them to create the evidence-based, needs-oriented management cycle (consisting of problem finding-planning- budgeting), which is highly efficient and effective.

In conclusion, some degrees of achievements of each output will contribute achievement of the Project purpose.

#### **4.3.3 Efficiency of Implementation Mechanism**

At the beginning of the Project, the decision making process was not clear. However, after setting-up the “Weekly Meeting,” it has become a casual and practical communication and decision making process. Holding the Weekly meetings has enabled regular communication among central departments and shared with each other the progress reports about each of 4 Project sites. Furthermore, once Weekly meeting specifies whatever crucial issues, the Thai and Japan sides can promptly consult with the Project Manager for speedy decisions.

On the other hand, holding Weekly meetings needs to be constantly monitored for considering efficiency because frequent and long meetings sometimes make attendants from the departments feel too much burden.

#### **4.4 Impact**

The review team examined both expected positive/negative impacts and unexpected positive/negative impacts. There are some positive impacts occurred.

Regarding the Overall goal, as one of the expected positive impact, there are certain progress in developing the draft models and disseminating activities among field players as illustrated earlier.

In the efforts to overcome the inefficient “bureaucratic constitution,” it can be observed that the Project delivered has made a considerable breakthrough in the way of administrative operation at the central and local levels. Furthermore, although capacity development of local authorities and local program officers is one of the targeted human resource development, it is still highly appreciated that their self-enhancement ability enabled the creating the “evidence-based, needs-oriented management cycle.”

#### **4.5 Sustainability**

For the following viewpoints, the sustainability is anticipated to be high if the powerful

*Li*  
*Ar*  
*3*

coordination and empowerment mechanism continues to be established between the two ministries (MOPH and MSDHS) and among all stakeholders.

#### **4.5.1 Policy Aspect**

Coping with the aging society is the urgent issue for the Thai government, which is highlighted by the Second Nation Plan for Older Persons and the Older Persons Act 2003 and shared with all policy makers. Therefore, it is no doubt that sustainability of policy aspect is surely high.

#### **4.5.2 Organizational Aspect**

At this moment, coordination and stimulation tend to rely on the leadership of both the Thai and Japanese sides. Mechanism of Core Team, if continuously strengthened through the implementation of the project, will make the project sustainability even more solid.

#### **4.5.3 Financial Aspect**

Most budgets for Model implementation were secured by the Thai side, such as MOPH, MSDHS and local authorities even during the project period. The Local Authority Act makes financial mechanism more stable for local authorities.

Furthermore, the community "players" tend to search for extra financial resources from the outside of the public sector, such as the private sector and NGOs by utilizing their network. Such behaviors also prove the financial sustainability is high.

#### **4.5.4 Technical Aspect**

One of the important components of human resource development is technical staff development. In general, learning from the Japanese long-term and short-term experts, and the Japan Training enriched the technical abilities. In addition, the momentum of the Japan training in JFY2009 for core technical staff promoted the developing technical staff training program and disseminated what they learned to other stakeholders. Since those learners show the self-enhancement behaviors, sustainability of the technical aspect is high.

#### **4.5.5 Community Aspect**

For the sustainable "Model," the essential strategy of the Project is to empower community members and encourage them to participate in developing and implementing elderly services to create a community support system for older persons in their community. To do so, community empowerment from the view point of human resource, finance and mechanism is necessary. In this aspect, small development of community empowerment in project sites can already be found. But it still needs to be secured by emphasizing importance of this aspect, sharing with all stakeholders and strengthening the community empowers in the fields.

### **5. Promoting Factors and Inhabiting Factors**

#### **5.1 Promoting Factors**

Significant aspect of the promotion factor is the ownership of the Thai side (including the government, MOPH and MSDHS, local authorities and community members) with adequate amount of financial inputs. Second, "Weekly Meeting" has been a great vehicle at central to make the Project progress in expected timeframe. Third, in local, practical communication between health, welfare and local authority representatives together with central coordinators is well functioning. Forth, Japanese abundant experiences in aging society strategies contributed to the promotion of the model projects.

It was frequently mentioned by the Thai side that learning Japanese experiences through the

long-term and the short-term experts as well as the Japan Trainings have contributed a lot to expand knowledge in conducting model projects among the Thai sides and even to change stakeholder's attitudes and encourage their motivation for better works.

## 5.2 Inhibiting Factors

On the other hand, unique structure of CTOP Project, to be composed by various stakeholders, 7 departments in the 2 ministries (MOPH and MSDHS), several tiers of local authorities and community members, has given the Project challenge and sometimes caused delay or even certain conflicts among related parties. Even among the ministries, demarcation of responsibility has been sometimes not clear and difficult to be settled. Sometimes one ministry provides the budget but not personnel, while the other provides personnel but not budget. The Project has repeatedly needed efforts to overcome the difficulty in coordination of different resources.

Furthermore, according to the stakeholder's questionnaires, although activity costs should be covered by local authority's budget, most of the respondents of officials from local authorities pointed out that they often faced the shortage of budget. Half of them also mentioned that quantitative/qualitative shortage of human resources in the local level.

## 6. Conclusion

The review team concluded that the Project will successfully achieve the Project purpose by the end of the Project. Furthermore, the team foresaw that most evaluation criteria will be evaluated quite high at the project termination.

## 7. Recommendations

- (1) Ensuring achievement of the Project's goals, establishment of stable coordination mechanism and empowerment local authorities and community members in the Thai side are needed even more sustainable integration of the two ministries (MOPH and MSDHS) and the various departments within the ministry
- (2) User-oriented and community participation approach needs to be included as an essential philosophy of the Models for making highly satisfactory services.
- (3) For aiming to share the process of developing models and to extend the models into other areas, a simple, flexible and field-oriented monitoring mechanism should be prepared in each site.
- (4) In order to learn the other's experiences each other and to improve the motivation of players in the sites, mutual site visiting study tour can be effective.
- (5) Strengthening capacity of local authorities, service providers and community members should be accelerated. To do so, "Human development guideline", which was written at first version in the document "Enhancing Local Ownership," needs to be enriched and finalized on the possible occasions.
- (6) Using every possible opportunity, such as trainings by the MOPH and MSDHS and utilization of media including TV, Internet and etc., the project counterparts (especially central), are recommended to try to introduce good practices of the models even before the project termination.
- (7) The project team needs to make midterm operational plans for the project as early and clearly as possible to negotiate with every "players" from the central to the fields.
- (8) Curriculums and monitoring mechanism for trainings provided by the Thai side should be developed by the Project in order to verify the indicator 5-1 of PDM.
- (9) Verifiable indicators or a way to measurement for the Overall Goal should be improved and its data should be monitored by the terminal evaluation.

20-13  
An

## 8. Lessons Learnt

To develop user-oriented services for end-beneficiaries in communities, community participatory mechanism with a evidence-based cyclical procedure (“problem finding”-“planning”-“monitoring”-“improvement”) should be applied. For promoting such mechanism, all stakeholders from the central government to fields and among sectors related to issues should be integrated.

U. B.  
Am

## Schedule of Mid-term Review

Date	Schedule	Place
Saturday 8 <sup>th</sup> August	15:05: Arrive Bangkok by JL717 Dinner among the team	
Sunday 9 <sup>th</sup> August	10.00-12.00: Japan side Internal Meeting	JICA Thailand Office
Monday 10 <sup>th</sup> August	9.00-11.00: JICA Thailand Office (Japan Team) 13.00-16.00 : Kick off Meeting 18.20: Bangkok to Chiang Rai (TG140)	MOPH
Tuesday 11 <sup>th</sup> August	Observe Activities 20.20: Chiang Rai to Bangkok (TG 141)	Chiang Rai
Wednesday 12 <sup>th</sup> August	10.00-11.00: Japan side Internal Meeting 12.00-14.00: Informal Observation of the elderly situations in Nonthaburi (Japan Team) 17.00-19.00: Japan side Internal Meeting	Nonthaburi
Thursday 13 <sup>th</sup> August	9.00-12.00: Meeting with Counterparts 13.00-16.00: Meeting about the Result of the Review	MOPH
Friday 14 <sup>th</sup> August	10.30-16.00: Meeting about the Result of the Review	MOPH
Saturday 15 <sup>th</sup> August	(Finalizing the Evaluation Report)	
Sunday 16 <sup>th</sup> August	(Finalizing the Evaluation Report)	
Monday 17 <sup>th</sup> August	11.00: Meeting for Final Confirmation of Minute 13.00: Signing the Minute Report to Dr. Prat Boonawongvirot, Permanent Secretary of MOPH 16.00: Report to Ambassador of Japan	MOPH  Embassy of Japan
Tuesday 18 <sup>th</sup> August	8:10: Leave for Japan by JL708	

Project Design Matrix (PDM)

**Project Title:** Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand

**Target Areas:** Selected areas of four model provinces (one tambon each in Chiang Rai, Khon Kaen, Nonthaburi, Srat Thani)

**Target Group:**

- Direct beneficiaries - central and local government officers and service providers engaged in health care and social welfare services for the elderly in the target areas (approx. 300 persons)
- Indirect beneficiaries - older persons in the 4 model provinces (approx. 488,000 persons)

**Project Duration:** 4 years (from November 2007 to October 2011)

Narrative Summary	Indicators	Sources	Important Assumptions
<p><b>Overall Goal</b> The Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons ( "Model" ) is utilized nationwide.</p>	<p>&lt;until October 2014&gt;  At least 15% tambons in each province utilize the Model.</p>		
<p><b>Project Purpose</b> The Model is disseminated for the purpose of nationwide implementation.</p>	<p>&lt;By the end of the Project&gt; 1. The Meeting to present Model at the national level is held. 2. Model is proposed to the National Commission of Elderly, Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and Ministry of Interior for the purpose of developing nationwide implementation plan.</p>	<p>Records of the Meeting  Statement of the proposal to NGE, MOPH, MSDHS, and MOI.</p>	<p>The importance of the Model is recognized by the organizations concerned with ageing issues at different levels.</p>

Outputs			
<p>1. A framework for the institutions and organizations concerned with health care and social welfare services for older persons to participate in the planning process is established in respective target areas (4 Tambons).</p> <p>2. Situation of the target areas concerning health care and social welfare services for older persons is analyzed.</p> <p>3. The draft Model is developed and tested.</p> <p>4. The Model is finalized.</p> <p>5. The capacity of the human resources concerned with health care and social welfare services for older persons is strengthened.</p>	<p>1-1. Regular meetings of the Working Committees are conducted.</p> <p>1-2. Lists of roles and responsibilities of institutions and organizations participating in the Working Committees are developed.</p> <p>1-3. <u>Action plans</u> in each target area are approved by the Steering Committee.</p> <p>2-1. Analysis results of each target area are submitted to the central government.</p> <p>2-2. Integrated analysis of the results from each area is done at the central level.</p> <p>3-1. The draft Model is approved by the JCC.</p> <p>4-1. The finalized Model is approved by the JCC</p> <p>5-1. Trainees are satisfied with the contents of training.</p> <p>5-2. Human Resources Development Guidelines developed</p>	<p>Member List/Meeting Record (Summary)</p> <p>Documents and records of the project/ Monitoring Report .</p> <p>Action Plan</p> <p>Documents and records of the project</p> <p>Documents and records of the project</p> <p>JCC meeting record</p> <p>JCC meeting record</p> <p>Questionnaire for the trainees</p> <p>Documents and records of the project</p>	<p>The Thai government' s policy to place importance on ageing issues does not change.</p>

<u>Activities</u>	<u>Inputs from the Japanese Side</u>	<u>Inputs from the Thai Side</u>	Training participants will keep working with project.
0-1. Select the members of the Joint Coordinating Committee (JCC). 0-2. Select the members of the Steering Committee. 0-3. Draft the roles and responsibilities of the institutions and organizations concerned. 0-4. Decide the functions and composition of the Provincial Committees. 0-5. Organize meetings among counterparts of both Ministries at central and provincial levels to understand the purpose of this project.	1. Experts a. Long-term experts: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chief Advisor / Health Care and Social Welfare for Older Persons</li> <li>• Project Coordination / Monitoring</li> </ul> b. Short-term experts: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Social Welfare</li> <li>• Health care for older persons</li> <li>• Life style-related Diseases</li> <li>• Statistics/Survey</li> <li>• Geriatrics</li> <li>• Others</li> </ul> 2. Training in Japan 3. Training in Thailand 4. Equipment As necessary	1. Counterpart staff  2. Facilities and equipment <ul style="list-style-type: none"> <li>• Project offices at MOPH and MSDHS</li> <li>• Meeting room</li> </ul> 1. Other costs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thai Personnel (Travel expenses, Accommodation and daily allowance)</li> <li>• Training in Thailand (participants Travel expenses, Accommodation and daily allowance)</li> <li>• Maintenance fee of the facility</li> <li>• Local Consultant (As necessary)</li> <li>• Office expenses</li> </ul>	Pre-conditions Consensus on the implementation of the project is obtained from the parties concerned.
1-1. Select target areas (one tambon in each province) in the four provinces. 1-2. Set up and prepare Working Committees in respective target areas. 1-3. Define the roles and responsibilities of the institutions and organizations participating in Working Committees. 1-4. Develop plans for the project implementation in respective target areas.  2-1. Prepare questionnaires/data collection sheets for identification of resources providing health care and social welfare services for older persons. 2-2. Provide orientation and training to staff involved. 2-3. Identify financial strength of local authorities. 2-4. Identify technical strength of local authorities. 2-5. Identify the institutions and organizations responsible for collecting the information on older persons and health care and social welfare services.			

<p>2-6. Identify resources and mechanisms for <i>providing health care and social welfare services</i> for older persons in respective target areas.</p> <p>2-7. Identify community information sharing mechanism.</p> <p>2-8. Identify older persons' needs for health care and social welfare services in respective target areas.</p> <p>2-9. Analyze the results of identification.</p> <p>2-10. Discuss and design the draft Model for target areas.</p> <p>3-1. Set up Community Committee and empower them to develop action plan for supporting older persons.</p> <p>3-2. Specify the contents of health care and social welfare services for older persons.</p> <p>3-3. Develop and implement guidelines on the roles of and collaboration among the institutions and organizations concerned including mechanism and management.</p> <p>3-4. Define the methods and procedures for providing health care and social welfare services for older persons, including how to link with different levels at district and provincial levels.</p> <p>3-5. Conduct the assessment of the health care and social welfare services by the community members.</p> <p>3-6. Disseminate the information on health care and social welfare services for older persons.</p> <p>3-7. Conduct trial of the draft Model in the target areas.</p> <p>3-8. Conduct monitoring and revision of the draft Model.</p>	<p>Joint Coordinating Committee (JCC): central level To meet at least twice a year to review the progress of the Project and discuss major issues that may arise during the implementation of the Project. Members: MOPH, MSDHS, NESDB, TIGA, four target provinces, JICA.</p> <p>Steering Committee: central level To meet every three months to monitor the progress of the Project to give advice to the Working Committees. Expected members: MOPH, MSDHS, four target provinces, JICA.</p> <p>Provincial Committees: provincial level (four provinces) To be established in each of the four target provinces in order to ensure the linkage among organizations concerned with health care and social welfare services for older persons at different levels including the district and the provincial levels.</p> <p>Working Committees: tambon level (one tambon each in the four provinces) To be established in each of the four target tambons with the participation of representatives from such stakeholders as local government authorities, service providers and elderly groups in order to analyze the situation of respective target areas and to develop the draft Model.</p> <p>Community Committees: village level (villages composing the target tambons) To be established in each of the villages which compose the target tambons in order to ensure the participation of wide stakeholders at the village level in health care and social welfare services for older persons.</p>
---	--

<p>4-1. Evaluate the draft Model including the analysis of best practices, difficulties faced in respective target areas and the countermeasures.</p> <p>4-2. Conduct a meeting for finalizing the Model with the participation of external resource persons.</p> <p>4-3. Finalize the Model.</p> <p>5-1. Identify target groups for training. (local administrators, service providers, care coordinators, Community Committees, etc.)</p> <p>5-2. Assess the training needs of the above target groups.</p> <p>5-3. Develop guidelines for human resources development.</p> <p>5-4. Conduct training of the target groups.</p>			
--	--	--	--

PROJECT ON THE DEVELOPMENT OF A COMMUNITY BASED INTEGRATED HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE SERVICES MODEL  
FOR OLDER PERSONS

## Evaluation Grid for Midterm Review

&lt;Prepared on 2009.0810&gt;

Category	Evaluation Question	Sub-Question	Detail of investigation items	Sources	
1. Understanding of Performance	1 Verification of Performance	1-1 Achievement of inputs	-Actual inputs by the Thai and Japanese sides (Personnel, facility, equipment, operational cost, so on)	-Project document (PD)	-Project (P)
		1-2 Achievement of Activities	-Actual performance of activities by output	-PD, Interviews	-P
		1-3 Achievement of outputs	-Actual achievement of each output based on the PDM indicators:	-PD, Interviews with various stakeholders, Questionnaire (for local stakeholders and participants of the Japanese trainings) and Observations	-P, MOPH, MSDHS, 4 sites
		1-4 Prospect of achievement of the project purpose	-Is it expected that the project purpose will be accomplished at the end of the project?	-The results above and Interviews	-P, C/P & others stakeholders
		1-5 Prospect of achievement of overall goal	-Is it expected that the overall goal will be accomplished three- five years after the project termination?	-The results above and Interviews	-P, C/P & others stakeholders
	2 Review of the implementation process	2-1 Understanding of the progress of the project	-Comparison with the PO	-PD, Interviews	-P, C/P & others stakeholders
		2-2 Project Implementation structure	-Is the project implementation structure appropriate (JCC, and the central, province, district, tambon, and community levels) well and is it functioned well?	-PD, Interviews, Observation	-P, C/P & others stakeholders (at provincial, tambon, community level)
		2-3 Degree of perception of the project by main actors and their involvement	-Are the main actor's perception of the project and their involvement appropriate?	-PD, Interviews, and Observation	-P, C/P & others stakeholders (at provincial, tambon, community level)
		2-4 Implementation of monitoring	-Are there any monitoring system for the project implementation? - Is the monitoring structure functioned well?	-PD, Interviews, observation -Interview, questionnaire, observation	-C/P & others stakeholders (at central, provincial, tambon, community level)
		2-5 Other factors of promotion and obstacles to be specified	-Are there any other obstacles?	-Interviews, observation	-P, C/P & all others stakeholders

2. Five Evaluation Criteria	1 Relevance (Re-examination of the results of pre-evaluation)	1-1 Consistency with the Thai government policies	-Is this field he issues prioritized in the Thai government?	-PD, interviews	-MOPH, MSDHS, JCC
		1-2 Appropriateness of cooperation (project) design	-Is selections of project C/P organization, project sits, size of target beneficiaries appropriate? -Is the approach of the project appropriate?	-Interviews, observation -Interviews, questionnaire	-P, C/P & other main stakeholders -P, C/P & other main stakeholders
		1-3 Consistency with the JICA cooperation policies and JICA's plan for country-specific program	-Is the project consist with the Japanese government's foreign aid policy and the JICA's plan for cooperation country-specific program implementation?	-Foreign aid policy toward Thailand -JICA's Plan for country-specific program implementation	-JICA
		1-4 Advantage of Japanese technique and experiences in this field	-Are there advantage of Japanese experiences and resources in the filed of policies or strategies for aging society?	-PD, Interviews	-P, C/P & other main stakeholders
	2 Effectiveness	2-1 Common understanding of the project purpose (Is the project purpose clear enough?)	-How can we illustrate final "models" by the project stakeholder? -What is a whole picture of "models" and related to systems which all stakeholders expect when the project termination? -What is common understanding of each output?	- Results of JCC meetings, interviews	-P, C/P & other stakeholders at each level (central, provincial, tambon and community)
		2-2 Prospect of achievement of the project purpose	-Can the project purpose be achieved at the project termination?	-Interviews, questionnaire, observations	-P, C/P & other stakeholders at each level (central, provincial, tambon and community)
		2-3 Factors of promotion and obstacles	-Are there any facilitate factors or obstacles for the achievement of the project purpose? -Aspect of coordination by the Thai side -Aspect of inputs and back-up system by the Japanese side	-PD, Interviews, questionnaire	-P, C/P & other stakeholders at each level (central, provincial, tambon and community)
	3 Efficiency	3-1 Appropriateness of inputs	-Are Japanese inputs (Personnel, equipment, operational cost) appropriate in terms of quantity, quality and timing? -Are Thai inputs (Personnel, facility, equipment, operational cost) appropriate in terms of quantity, quality and timing?	(Judgment based on the results of "Verification of Performance") (Judgment based on the results of "Verification of Performance")	-P, main C/P
		3-2 Progress of achievement of outputs	-What are degrees of each output achievement?		-P, main C/P

	3-3	Efficiency of implementation mechanism	-Are there any specific points for effective and efficient project implementation?	(Judgment based on the results of "Review of the implementation process")	-P, main C/P
4	4-1	Direct impacts	-Are there prospects that the overall goal, as a expected impact, will be produced as an effect of the project at the time of project termination?	-Questionnaire and interviews	-P, main C/P
	4-2	Indirect impacts	-Are there any un-expected impacts both in positive and negative sense?	-Interviews, observation	-P, C/P & other stakeholders at each level (central, provincial, tambon and community)
5	5-1	Policy aspect	-Does the Thai government show will of utilization "models" which the project is going to develop? Are there in any specified way in its mind ?	-Interviews	-JCC
	5-2	Organizational aspect	-Has an organizational structure established in order to sustain, expand and develop the "integrated model"?	-Interviews, observation	-JCC, C/P & other stakeholders at each level (central, provincial, tambon and community)
	5-3	Financial aspect	-Have financial inputs secured at the central, provincial, and Tambon (TAO/Tesbaan) levels in order to sustain, expand and develop the "integrated model"?	-Interviews	-JCC, C/P & other stakeholders at each level (central, provincial, tambon and community)
	5-4	Technical aspect	-Have the capacities of counterparts / stakeholders, including administrators or medical/welfare service providers, developed adequately in order to sustain, expand and develop the "integrated model"?	-Interviews, observation	-Main stakeholders at each level (Central, provincial, tambon and community), such as administrators or medical/welfare service providers

References

P: The project, PD: Project Document, MOPH: Ministry of Public Health, MSDHS: Ministry of Social Development and Human Security, JCC: Joint Coordinating committee, C/P: counterparts, PO: Plan of operation

**List of Budget Contribution from The Thai Side**  
 "Tentative; subject to revision up to request"

**Ministry of Public Health**

**1. Bureau of Policy and Strategy**

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Items	Budget (Baht)
1. Budget allocated to Provincial Public Health Offices: Nonthaburi 100,000 THB Khon Kaen 150,000 THB Chiang Rai 150,000 THB Surat Thani 150,000 THB	450,000
2. Budget for Meeting Fee ( 1 <sup>st</sup> and 2 <sup>nd</sup> JCC and Steering) 26 De 2007, 8 July 2008	48,000
3. Budget for Weekly Meeting 30 times	22,500
4. Budget for meeting between MOPH and MSDHS for Core Data Set Questionnaire 8 times	21,000
5. Budget for transportation and per diem fee to attend the workshop at 3 pilot sites (Khon Kaen 3 times, Surat 3 times, Chiang Rai 3 times)	154,050
6. Budget for hiring coordinator for CTOP Project (December2007 – September 2008)	100,000
<b>Total</b>	<b>795,550</b>

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- July 2009)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Items	Budget (Baht)
1. Budget allocated to Provincial Public Health Offices: Nonthaburi :150,000 THB Khon Kaen 200,000 THB Chiang Rai 200,000 THB Surat Thani 200,000 THB	750,000
2. Budget for Meeting Fee (JCC and Steering Meeting)	66,000
3. Budget for Weekly Meeting 30 times	12,000
4. Budget for meeting between MOPH and MSDHS for Core Data Set Questionnaire 8 times	16,800
5. Budget for transportation and per diem fee to attend the workshop at 3 pilot sites	120,820
6. Budget prepared for Mid-term Review 10 – 17 Aug 2009 and Official Trip to Chiang Rai	75,000
5. Budget for hiring coordinator for CTOP Project (December2007 – September 2008)	100,000
<b>Total</b>	<b>1,140,620</b>

## 2. Department of Medical Services

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Item	Budget (THB)
Budget for CTOP Project (clarify the details and background of CTOP project to the local (together with field visit)	92,070
Budget for Pre-Workshop at Provincial and District Level	75,610
Budget for the meeting regarding BFT program and Planning services to provide to the elderly	78,288
Budget for Brain Storming Program to improve the questionnaire	181,392
Budget for the committee at the district level's meetings to report 6 plan months	60,000
Budget for working committee meeting about collecting data to clarify about the questionnaire and how to collect data	
Budget for collecting basic data of the elderly in the area	90,138
Budget for meeting regarding Local Authority Strength Survey and Health and Welfare Services	60,978
	<b>638,476</b>

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- July 2009)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Item	Budget
Budget for organizing meeting regarding Activities Plan for CTOP Project	105,900
Budget for organizing meeting for Typology of the Aged with Illustration- TAEW กับ Prof.Tai TAKAHASHI	19,420
Budget for meeting at District and Villages level in order to report the progress and plan of the project	45,530
Budget for Study Trip visit to Mae Saruay Hospital and Mae Laos Hospital regarding the elderly care	74,660
Behavior Modification project (hypertension project)	245,142
Budget for Behavior Modification Camp ( workshop 4 times)	114,350
Budget for Study Trip to Trad and Chinburi	Not Know
Budget for Area Workshop and Short term Expert's workshop (Mr. Reisuke IWANA)	Not Know
	<b>605,002</b>

## 3. Department of Health Service Support

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Source of budget	Items	Budget (Baht)
Health Service Support Department	- All Meeting in Khon Kaen : Sa-ard	437,520 (237,520+ 200,000)
	- Transportation for central officer	
	- Document and printing	(67,286)
	- Eye on Eye Project	
Health Department	- Data collection and analysis	200,000
	- Meeting	

	- Transportation for JCC & Steering Meeting	
	- Workshop : Short Term Expert : Mr. Reisuke IWANA	92,900
<b>Strategic and Plan Bureau Permanent Secretary office</b>	- Meeting : Transportation for JCC & Steering Meeting	150,000
<b>Grand total</b>		<b>880,420</b>

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- July 2009)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Source of budget	Items	Budget (Baht)
<b>Health Service Support Department</b>	- All Meeting in KhonKaen : Saard - Transportation for central officer - Transportation for Exercise instruments for Sa-ard people - Elderly Data base : Sa-ard Tumbon - Document and printing - Oral Problem solving Project	608,600 (348,600+ 260,000)     (200,000)
	- Study tour for settle the Elderly with biological agriculture club under the concept of food for family produce by the Elderly - Seminar for the Elderly with chronic disease at Wang Num Keew - 2 Meetings settle by KK Provincial Health Office - Supporting Multimedia : Eye Health for the Elderly in Khon kaen Hospital	200,000
<b>Strategic and Plan Bureau Permanent Secretary office</b>	- Meeting : Transportation for JCC & Steering Meeting	200,000
	- Seminar for Quality of life of the Elderly	(63,000 )
	- Yung club and volunteer activities for the Elderly	(20,000)
	- Training Skill for the Elderly with chronic disease	(17,600 )
<b>Grand total</b>		<b>1,008,600</b>

#### 4. Department of Health

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Thai Fiscal Year 2008

Items	Budget (Baht)
1. For Official to visiting Khon Kaen( To observe the other pilot sites) * First year 4 site use the budget of Department of health	88,160
2.For Official to visiting Surat Thani( To observe the other pilot sites) * First year 4 site use the budget of Department of health	76,820
3. Follow up the project and meeting	94,056
4. To support the analysis questionnaire for 4 pilot sites	800,000
5. To follow up the implementation of project	26,405
Total	1,085,441

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- July 2009)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Thai Fiscal Year 2009

Items	Budget (Baht)
1. The Workshop for sharing experience and learning about the concept and process to work with the CTOP project at Nonthaburi Palace Hotel on 25-26 February 2009	74,912
2. The Field Visiting at CTOP activities at Surat Thani on 26-29 May 2009	273,840
3. Integrated community and action plan meeting on 8 June 2009 at department of health	3,100 Pay only for break and lunch
Total	351,852

### 5. Department of Mental Health

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Not Available

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- September 2009: Plan)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Items	Budget
1. Pay for Making the elderly database : Banna Surat Thani	30,000
2. The workshop for staff who work with elderly in CTOP Project : on mental health promotion	54,230
3. Payment for the Elderly Analysis of Banna Tambon	20,000
4. Pay for making the Elderly questionnaire summarized handbook	20,000
5. The Workshop to review the elderly services in community	53,690
6. The Workshop to making the elderly care plan in community	45,035
7. The Workshop for develop the mental health in elderly care system in community	234,976
8. The Workshop to making elderly care concept in community	43,975
9. Workshop at Wan Nam Kiow in Nakhon Ratchasima	231,235
10. The Workshop to follow up CTOP project	84,714
11. The training for elderly care to staff in community 2 round	267,640
12. The Workshop to finalized the draft model ( Plan)	50,000

### Ministry of Social Development and Human Security

#### 1. Bureau of Empowerment for Older Persons

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Not Available

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- September 2009: Plan)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

Items	Budget (Baht)
1. Budget supported for Chiang Rai Provincial Social Development and Human Security for the Project on Community Based Integrated Services of Health Care and Social Welfare for Thai Older Persons	600,000
2. Budget supported for Khon Kaen Provincial Social Development and Human Security for the Project on Community Based Integrated Services of Health Care and Social Welfare for Thai Older Persons	600,000
3. Budget supported for Nonthaburi Provincial Social Development and Human Security for the Project on Community Based Integrated Services of Health Care and Social Welfare for Thai Older Persons	600,000
4. Budget supported for Surat Thani Provincial Social Development and Human Security for the Project on Community Based Integrated Services of Health Care and Social Welfare for Thai Older Persons	600,000

## 2. Bureau of Social Welfare Services

-Thai Fiscal Year 2551 ( From November 2007- September 2008)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

**Not available**

-Thai Fiscal Year 2552 ( From October 2008- July 2009)

Amount of Budget for CTOP Activities (with details)

**Not Available**

Results of Interviews and Questionnaires (tentative)

Result of Interview with Central Coordinators, CTOP  
(Draft)

2009.8.10

Interviews were conducted in accordance with the document "Preparation for the Midterm (Interim) Review" submitted and approved at Steering Committee on July 27th.

Comments are summarized in this paper in the way not to identify the interviewees just to avoid any inconvenience. As a result, some of the comments look contradictory with each other since they may reflect different views of interviewees.

Contents of this paper are up to revision based on the requests of the interviewees. Cooperation of the interviewees is noted to be highly appreciated.

Interviewer; Ms. Mariko Kinoshita, Representative, JICA Thailand office,  
Midterm Reviewer

Interviewee; 8 officers from related departments as below;

MOPH; Office of the Permanent Secretary

Dept. of Health

Dept. of Medical Services

Dept. of Mental Health

Dept. of Health Service Support

MSDHS; Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of  
Vulnerable Groups

Dept. of Social Development and Welfare

**1. About Communication and Decision Making Process**

(1) Overall coordination

- In general, the Project is going well with both sides' commitments although there was a certain difference between the Japan side and the Thai side in working style, culture and so on.
- The management tends to be top-down. There are two aspects of the top-down management; in one aspect, we can ensure strong leadership, on the other hand, there is a risk to damage sustainability. In order to ensure sustainability, we have to make it bottom-up approach.
- The leadership from the Japan side is strong enough, but it seems the Thai side needs more strong leadership under Project Manager.

(2) Communication in Central Level

- The obstacle is the language. For example, although Weekly Meeting is conducted in English, most of the attendants do not fully understand English. The meeting in Thai language is preferable.

- There is a difference in working style between MOPH and MSDHS. MOPH has experiences to carry out medical services in the local level. MSDHS, on the other hand, has limited activities in the local level, compared with MOPH, such as allocating benefits or giving stuffs.
- In the local level, there is not so much problem in communication. In the Central Level, there is more problem in communication. We should note that the some of the attendants are sometimes only observers, not really participants.
- Japanese experts should encourage more active participation from MSDHS. Although they attend the meetings time to time, they seem to feel hesitating to speak out in front of many medical doctors and medical staff.
- One idea is MSDHS appoints coordinators for each project site and enables them to work closely with coordinators of MOPH.
- MSDHS and MOPH has good relationship as both two Ministries had experiences to work together even before the start of the Project.
- The big difference between the two Ministries is the flow of budget. MSDHS can allocate certain amount of budget directly to the Province, however, MOPH has to allocate budget through each Dept., which makes the budget flow complicated.
- MSDHS and MOPH should participate in the Project on an equal basis, though, it is necessary to encourage the participation from MSDHS.
- Communication needs to be made sure among project members in the same Departments. Sometimes communication between Director and coordinator seems problematic.

### (3) Communication in Local Level

- There was a good impact brought by the Project to strengthen the tie in the local level, such as Provincial Welfare Office and Community Hospital, which was rarely found before the Project.
- The tie in the local level was strengthened significantly, thanks to the Japan training. Now, Central Government has direct communication with Provincial Health Office, Provincial Welfare Office, Social Welfare Development Center and TAO.
- The communication among Central Government has no problem. On the other hand, it is sometimes difficult in the Provincial Level as the Provincial Health Office is busy.
- In order to know the needs of elderly people, we have to communicate with them carefully. For example, they are not always as talkative to talk much about their problems and needs, so we, as coordinators, have to show options and let them choose the one they like.
- In order to work with the local stakeholders, it is advised that we respect their schedule for the first priority. For example, visit during agricultural season should be avoided, meetings should be conducted after their work.
- To make the Project implementation smooth, it is a good way to involve Provincial Governor at the first stage.

#### (4) Weekly meeting

- Weekly Meeting plays an important role to get people concerned together and the agenda is good.
- Weekly Meeting can be conducted once in every two weeks, as many people are busy.
- Weekly Meeting's chair can be rotated among three parties; JICA, MOPH and MSDHS. The meeting place should be also considered.

#### (5) Committee's role

- There is no regular meeting in local level in Surat Thani, however, there is smooth coordination by a nurse from Community Hospital.
- The expected committees are not really working in Nonthaburi. It's better to confirm the necessity and the process.
- In Khon Kaen, the Community Committee was established at the early stage of the Project with the participation of the TAO chief, village representatives, principal of elderly club, school representatives and monks.

#### (6) Others

- MOU between MOPH and MSDHS in order to assign an exclusive staff in Provincial Health Office should be considered. This idea will lead to the concept of the care management in Japan.

### **2. Relevance**

- The size and selection of the target group is just appropriate for the Project.
- The selection was carried out appropriately. At the implementation stage, we have to respect each site's culture and characteristic.
- The sites of Surat Thani and Chiang Rai are located in remote areas, so it is not easy to access.

### **3. Effectiveness**

- PDM is difficult to understand for some people. It is better to translate it into Thai language, and explain to the stakeholders.
- This project is not the traditional technical transfer or financial assistance, so it was difficult to make all stakeholders to understand the Project.
- The capacity of volunteers (Health and Elderly) should be enhanced. If possible, it is better to conduct training for them by the Project.
- TAO's capacity should be enhanced.
- The commitment from Gamnan (Chief of Tambon) and village leader should be strengthened. In order to do so, please consider the possibility to invite them to Japan training.
- In order to promote the understanding of local stakeholders, utilization of photos or videos of Japanese current practice would be a good way.

#### **4. Efficiency**

##### (1) Draft model

- As the draft models have just started, the outcome will come later. In the site, the model was discussed by local stakeholders and has a certain input from local stakeholders.
- Considering the local needs and draft model in each site, the needed expertise or techniques are different. It is better for the Japan side to consider appropriate expertise for each area. Also the outstanding symptom in each site should be carefully examined. If one site finds more problem in the eye compared with other sites, there should be specific reason for it.

##### (2) TAO's roles

- The role of TAO (Tambon Administrative Organization) is very important. The good thing of this Project is to give a chance for them to participate in the Japan training, which was motivated by Dr. Horie. It made their commitment to the Project and their relationship with other stakeholders such as Central Government and Provincial Government stronger.
- TAO's role is to facilitate the collaboration between medical services and welfare services.

##### (3) Input

- The duration of the short-term expert is too short. It is better for them to stay at each pilot site at least 2-3 days in order to communicate various stakeholders not only educated one.

#### **5. Impact**

- There is a certain impact towards the change of TAO's attitudes for elderly issues. Before the Project started, TAO tended to invest for infrastructure. Now they are allocating more money to the elderly issues.

#### **6. Sustainability**

- As the draft model requires inputs both in financial and personnel, the sustainability of the model is not sure.

END

Results of Questionnaires  
"Preliminary Summary of the Results"  
(First Version)

2009.8.17

On the occasion of Mid-term Review, questionnaire was prepared and sent to 56 persons in accordance with the document "Preparation for the Midterm (Interim) Review" submitted and approved at Steering Committee on July 27th.

Comments are summarized in this paper in the way not to identify the respondents just to avoid any inconvenience. As a result, some of the comments look contradictory with each other since they may reflect different views of respondents.

Contents of this paper are up to revision based on the requests of the respondents. Cooperation of the respondents is noted to be highly appreciated.

Fifty six persons including both central and local stakeholders were asked to cooperate; in such organizations or with such status as;

- Related Central functions of MOPH and MSDHS
- Health and Welfare Provincial Office
- Community Hospital, Primary Care Unit, and Welfare Center for the Elderly
- Local Authority (TAO or Municipality (Tessabaan))
- Health Volunteer, Elderly Volunteer leader
- Elderly Club leader

Out of 56 stakeholders from the central to the locals, 33 were collected. However, only 18 were translated into English and analyzed at the period of midterm review. Preliminary results are briefly summarized as follows.

**(1) Characteristics of the respondents (18 respondents)**

- 17 from locals, 1 from the central.
- Among the 17 locals, 3 from provincial, 2 from district, 7 from TAO (or Tessabaan), 1 from hospital officer, 4 from community leaders

**(2) Findings**

**1) About communication and decision making process**

- In general, in each target site, the stakeholders set up practical working groups for implementing activities, not exactly the same as the official formation approved by the steering committee.

- However, coordination among the community and working committee level is quite good because the members of community level committee are really working for draft model activities with understanding of the concepts of the model.
- In community, the stakeholders really understand the concept of the model consisting of aspect of integration in the fields and players, local participation, and elderly oriented services.
- One officer from local authority suggested the central ministry can collect information or results of meeting from the 4 sites, compile them and deliver them to all stakeholders as soon as possible by using FAX in addition to sending official letter.

## **2) Relevance**

- Most the respondents think the target areas are appropriate.

## **3) Effectiveness**

- Many of the respondents answered the project goal and strategy are good and they found good progress in their area. It seems like they are working more in way of integration and community participation.
- It is amazed that 4 community leaders, mostly elderly, have great confidence for supporting elderly in the community and they contributed to their community.

## **4) Efficiency**

- Two officers from provincial level out of 3 and 5 officials from sub-districts out of 7 pointed out that they were facing the shortage of budget, especially from their municipality.
- Five out of 18 responded that they need more human resources from the view points of both quantitative and qualitative. For this situation, some of them asked the project to provide more training, one from the Provincial MOPH officer requested the developing a universal training module for various types of workforce and volunteers. Some also asked provision of lecturers in specific subjects.
- One elderly volunteer club leader requested provision of activity cost, because they work as voluntary but still some activities, telephone, transportation or refreshment food or so on cost them.

## **5) Impact**

- Thanks to the Project, some of the respondents mentioned that impacts of this project were to develop a system of evidence-based implementation (“data collection” -“analyzing” -“implementation”), team work building, or integration with the central to the filed).

#### **6) Sustainability**

- Due to high demand of the elderly support system including user-oriented services in the communities, most respondents judged that sustainability of their activities (draft models) is surely high.

#### **7) About “Draft Model”**

- Some of them pointed out that the principle of the draft models is good, such as working as a team, coordination with various stakeholders or how to find a problem and find its solution.
- Others mentioned that even the concepts and approach are good, implementation itself is rather difficult at this moment.
- An officer from the provincial MOPH wrote down “We should give the clear definition for the word “Draft Model,” the operation group of how wide is the word, whether it is conceptual framework or the layout for separation of responsibilities of each authority in the system or for the Project.”

#### **8) About Japan trainings (8 relevant respondents)**

- Two respondents participated to JFY2008 training and 6 participated to JFY2009 training. Out of them, 4 commented that the training was very good and useful. One mentioned only what the respondent learned, and 2 did not give any comments. A hospital officer mentioned they the respondent could apply the gained knowledge into project area.

END

List of CTOP Stakeholders  
 "Tentative; as of August 10, 2009"

Name	Sex	Title	Organization	Place
Dr. Prat Boonyawongvirot	Male	Permanent Secretary / Project Director	Ministry of Public Health	Central
Mr. Wanlop Phloytabtim	Male	Permanent Secretary	Ministry of Social Development and Human Security	Central
Dr. Narongsakdi Aungkasuvapala	Male	Director-General / Project Manager	Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Mr. Kitti Samanthai	Male	Director-General/Co- Project Manager	Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Ms. Panita Kambhu	Female	Director-General	Department of Social Development and Welfare, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Ms. Nonhinee Petpaisit	Female	Deputy Director General	Department of Social Development and Human security, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Dr. Supakit Sirilak	Male	Director	Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Dr. Somsak Patharakulwanich	Male	Director of Health Promoting Office,	Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Ms. Suntaree Puaves	Female	Director of Bureau of Empowerment for Older persons	Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups/Bureau of Empowerment for Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Dr. Amporn Benjapolpitak	Female	Director	Mental Health Development, Ministry of Public Health	Central
Dr. Manoo Vathisunthron	Male	Director of Elderly Health Promotion Group	Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Dr. Nanthasak Thammanavat	Male	Director	Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Central
Dr. Chanvit Tharathep	Male	Director	Bureau of Health Service System Development, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	Central
Dr. Khwanchai Visithanon	Male	Deputy Director	Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Mrs. Suwanee Horwiwat	Female	Director	Division of Social Welfare Service Standard, Bureau of Social Welfare Service, Department of Social Development and Welfare, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Ms. Pojjana Thammarattanapruek	Female	Director of Measure and Mechanism Development	Bureau of Empowerment for Older Persons, Office of	Central

			Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups, Ministry of Social Development and Human Security	
Dr. Kanitta Boonthamcharoen	Female	Project Researcher/Policy Analyst	International Health Policy Program Thailand (IHPP), Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Dr. Winai Srisaard	Male	Medical Doctor	Department of Medical Services	Central
Dr. Orasa Kovidha	Female	Policy and Planning Analyst	Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Ms. Rossukon Kangvallert	Female	Health Policy and Planning Analyst / Assistant Director / Project Coordinator	Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Mrs. Suparane Ratanachatchai	Female	Policy and Planning Analyst / Project Coordinator / Chief of International affairs and Health Economic Unit	Health Insurance Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Ms. Inthira Padmindra	Female	Public Health Officer	Mental Health Technical Development Bureau, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Central
Ms. Siriwan Aruntippaitume	Female	Senior Social Worker	Bureau of Empowerment for Older Persons, Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Ms. Unchalee Katianurug	Female	Policy and Planning Analyst	Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Dr. Ekachai Piensriwatchara	Male	Medical Doctor	Senior Professional Level, Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Ms. Reungrudee Wisaesoo	Female	Social Worker	Bureau of Social Welfare and Service, Department of Social Development and Welfare, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Mrs. Patchara Sateanpuetra	Female	Secretary to Dr. Chanvit/ Public Officer	Bureau of Health Service System Development; Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	Central
Ms. Kamatas Tongmeesit	Female	Secretary to Dr. Nantasak/ Public Health Officer	Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Central
Ms. Krisana Triyamanirat	Female	Public Health Officer	Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Central
Ms. Vimol Banpoan	Female	Public Health Officer	Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Ms. Pathrapom Srisoongnoen	Female	Public Health Officer	Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health	Central

Ms.	Benjamapom Sirichalerm	Female	Public Health Officer	Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Ms.	Khajitrat Choonprasert	Female	Social Worker	Bureau of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Central
Ms	Chitnapa Vanichvarotm	Female	Public Health Officer	Institute of Geriatric Medicine ,Department of Medical Services ,Ministry of Public Health	Central
Ms	Kobkul Kwangsuan	Female	Social Development Technical Officer	Bureau of Empowerment for Older Persons, Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups, Department of Social Welfare Service, Ministry of Social Development and Human Security	Central
Ms.	Oravee Romyasamit	Female	Senior Social Worker	Bureau of Health Promotion. Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Asst Prof	Kusol Soonthornhdada	Female	Lecturer	Institute for Population and Social Research Mahidol University	Central
Ass oc. Prof / Dr	Jiraporn Kespichayawattana	Female	Lecturer	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	Central
Dr.	Suvinee Wivatvanit	Female	Lecturer	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	Central
Dr.	Thepnaruemit Methanawin	Male	Provincial Chief Medical Officer	Chiang Rai Provincial Public Health Office	Chiang Rai
Mr.	Samrit Sawamiphak	Male	District Chief Officer	Khun Tan District ,Chiang Rai, Ministry of Interior	Chiang Rai
Mr.	Samphan Suwanthab	Male	Provincial Social Development and Human Security Officer	Provincial Social Development and Human Security Office in Chiang Rai	Chiang Rai
Ms.	Panee Menuck	Female	Head of Health Promotion Division	Chiang Rai Provincial Public Health Office	Chiang Rai
Ms.	Krissana Puttawong	Female	Nurse Officer / Project Coordinator	Khun Tan Community Hospital	Chiang Rai
Ms.	Rattana Jitwongpong	Female	Social Worker / Project Coordinator	Chiang Rai Provincial Social Development and Human Security Office	Chiang Rai
Mr.	Dunlayaphap Pankrang	Male	Head of Health Center	Yang Hom Tambon Health Center	Chiang Rai
Ms.	Thaniitha Mungham	Female	Nurse Officer	Khun Tan Community Hospital	Chiang Rai
Mr.	Kraiwan Tiwong	Male	Community Development Officer	Khun Tan District	Chiang Rai
Mr.	Prapun Inthachai	Male	Chief Executive (Nayok)	Yang Hom Municipality	Chiang Rai
Ms.	Rattikarn Phromsen	Female	Deputy Chief Administrator (Long Palad)	Ta Sai Tambon Administration Organization (TAO)	Chiang Rai
Mr.	Jomchai Tipkamolsen	Male	Municipality District Deputy (Palat)	Yang Hom Municipality	Chiang Rai
Ms.	Kam Suksaeng	Female	Deputy Chief Executive (Long Nayok)	Yang Hom Municipality	Chiang Rai
Mrs	Somsri Mongkonkli	Female	President of Health Volunteer, Elderly Care Volunteer, Huaisak	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Ms	Thanit Larbpananurak	Female	Municipality Member District	Yang Hom Municipality	Chiang Rai

Mr. Sriwai Jaijakra	Male	President of Yang Hom Tambon Elderly Club	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Boonyoung Chaichana	Male	Village Head HuaiSak Moo15	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Kamsai Inthanon	Male	President of Yang Hom Elderly Club	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Ngoen Wannasorn	Male	President of Huay Sak Village Elderly Club	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Cherd Yensuwan	Male	Elderly Committee, Huay Sak Moo 15	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Tun Luangchana	Male	Head of the Elderly Clu, Huaisak Moo 15	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Kamma Teeprajai	Male	Village Treasurer Huaisak Moo 9	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Ronnchai Balya	Male	Vice President of Health Volunteer Club Huaisak Moo 15	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mrs Thongbai Kongraj	Female	Village Head Assistant at Huaisak Moo 15	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Ms Jamriang Uthiya	Female	Village Head Assistant at Huaisak Moo 9	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mrs Arunrat Inthima	Female	Huaisak School Teacher	Huaisak Teacherr	Chiang Rai
Ms Pimjai Saetung	Female	Elderly Volunteer	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Ms Phannipa Arthomprachachit	Female	Elderly Volunteer	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Srila Promthitinan	Male	Head of the Village Moo. 11	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Ms Samai Promthitinan	Female	Head of Health Volunteer	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Ms Amnuay Promthi	Female	Elderly Volunteer	Tambon Yang Hom	Chiang Rai
Mr. Warasarit Pingmueng	Male	Vice President of Chiang Rai Rajabhat University	Chiang Rai Rajabhat University	Chiang Rai
Mr. Wichai	Male	Director	Nampong Hospital	Khon Kaen
Mr. Wetchayan Unnoporn	Male	Director	Khon Kaen Provincial Social Development And Human Security	Khon Kaen
Mr. Uros Singngam	Male	Doctor/Senior Professor Level	Nampong Hospital	Khon Kaen
Ms. Kammala Wattanayingchairoen	Female	Public Health Officer / Project Coordinator	Khon Kaen Provincial Public Health Office	Khon Kaen
Ms. Pinpak Deehorn	Female	Public Health Officer of Ban Kam Bong Primary Care Unit	Ban Kam Bong Primary Care Unit (Sa Ard Tambon)	Khon Kaen
Ms. Siranee Srihapark	Female	Nurse Officer	Nam Pong Community Hospital	Khon Kaen
Ms. Sasritorn Nontramolee	Female	Nurse Officer	Nampong Community Hospital	Khon Kaen
Ms. Wanaporn Watthakul	Female	Medical Doctor	Khon Kaen Hospital	Khon Kaen
Ms Weerawan Laowittawas	Female	Public Health Officer	Provincial Public Health Office	Khon Kaen
Ms. Khemthong Tobang	Female	Public Health Administration Officer	District Public Health Office	Khon Kaen
Ms Paungpayom Junwiset	Female	Planning Policy and Analysis Officer	Center for Social Development and Welfare of the elderly	Khon Kaen
Mr. Maetee Buachan	Male	Health Administration Officer	Ban Kam Bong Primary Care Center (Sa Ard Tambon)	Khon Kaen
Mr. Narongkiat Sitthivej	Male	General Administration Officer 6/ Provincial-level Project Coordinator	Khon Kaen Provincial Social Development and Human Security Office	Khon Kaen
Ms Ploenjit Jaiorn	Female	Social Worker	Social Development Center for the Elderly in Khon Kaen	Khon Kaen
Ms. Siripom Luangudom	Female	Nurse Officer	Nam Pong Community Hospital	Khon Kaen
Mr. Kiattipon Warusuparat	Male	Community Health Care Officer	Ban Kam Bong Primary Care Center (Sa Ard Tambon)	Khon Kaen

Ms. Patinya Attakoat	Female	Nurse Officer	Ban Na Si Primary Care Unit (Sa Ard Tambon)	Khon Kaen
Ms. Amaorn Hemmakun	Female	Social and Development Officer	Sa Ard Administration Organization	Khon Kaen
Mr. Winai Lasorn	Male	Chief Administrator (Pa Lat)	Sa Ard Tambon Administration Organization (TAO)	Khon Kaen
Mr. Sommai Chatoom	Male	Chief Executive (Nayok) of TAO	Sa Ard Tambon Administration Organization (TAO)	Khon Kaen
Mr. Jarusak Kaewpirom	Male	Deputy Chief Executive (Long Nayok) of Sa-ard TAO	Sa Ard TAO	Khon Kaen
Ms. Kaesorn Kongpanya	Female	Assistant to Social Development Officer	Sa Ard Tambon Administration Organization	Khon Kaen
Mr. Samai Wienpae	Male	Tambon headman (Kamnan)	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Ms. Orathai Mayurarat	Female	President of Health Care Volunteers of Sa-ard Tambon	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Ms. Boonlert Polkeng	Female	Leader of Exercise Group in Sa-ard Tambon (assisting Ms. Kambound)/ Elderly care volunteer	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mrs Mali Mahasena	Female	Volunteer for Disability, Health Volunteer, Elderly Volunteer, Village Committee Moo 10	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Ms Wanich Luchakam	Female	President of Health Volunteer (Kambong)	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Ampai Tang-oath	Male	President of Sa-ard Tambon's Elderly Club	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Ms. Kambound Pantanoo	Female	Advisor of Community Network in Sa-ard Tambon	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Winai Sripakdee	Male	Head of the Village Moo. 1	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Ms. Boosadee Chankan	Female	Member of Housewives Group/ Elderly care volunteer	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Pra Kru Rattanasaratham	Male	Abbot of Wat Sa Kaew/ Monk Dean of Sa-ard Tambon, Zone 1	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Pan Jampaburi	Male	Head of the Village's Consultant, Moo 3	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mrs Buapan Thongton	Female	Head of the Village's Consultant, Moo3	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mrs Daojom Somnongao	Female	Elderly Volunteer, Health Volunteer, Village Committee	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Tawan Moonchawee	Male	Head of the Village, Moo 10	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Prayuth Pannaakam	Male	Head of the Village Moo 8	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Sawat Ditcharoen	Male	Community leader in elderly works	Sa Ard Tambon	Khon Kaen
Mr. Somsak Nukunudompanich	Male	Deputy Provincial Chief Medical Officer	Nonthaburi Provincial Public Health Office	Nonthaburi
Mr. Atasart Vatanakhiri	Male	Senior Social Development Officer	The Office of Social Development and Human Security	Nonthaburi
Mrs Amporn Warin	Female	Public Health Technical Specialist/Provincial Level Coordinator	Nonthaburi Provincial Public Health Office	Nonthaburi
Ms. Patcharin Aumbangtralard	Female	Social Worker	Nonthaburi Provincial Social Development and Human Security Office	Nonthaburi
Ms. Yupa Sutthimanut	Female	Nurse Officer	Phra Nang Klao Hospital	Nonthaburi
Ms. Wipaporn Kerdnark	Female	Public Health Officer	Bang Si Thong Tambon Health Center	Nonthaburi

Ms	Sarunya Panpeeb	Female	Nurse	Nonthaburi Provincial Public Health Office	Nonthaburi
Ms.	Jirakorn Eakadoonpan	Female	Head of Bang Si Thong Tambon's Health Center	Bang Si Thong Tambon's Health Center	Nonthaburi
Ms.	Kanyarat Satratyotin	Female	Public Health Officer	Bang Kruai District Public Health Office	Nonthaburi
Ms.	Sujitra Chaypamornrat	Female	Registered Nurse	Bang Kruai Community Hospital	Nonthaburi
Mr.	Chalard Sisuka	Male	Director	Social Development Center Unit 23 Nonthaburi Province, Department of Social Development and Welfare	Nonthaburi
Mr.	Wanchai Wanchanwet	Male	Chief Executive (Nayok) o	Bang Si Thong Tambon Administration Organization (TAO)	Nonthaburi
Mr.	Yodsak Sookrojane	Male	Deputy Chief Executive(Long Nayok)	Bang Si Thong Tambon Administration Organization	Nonthaburi
Ms.	Prapapak Nuanmance	Female	Chief Administrator (Palad)	Bang Si Thong Tambon Administration Organization (TAO)	Nonthaburi
Mr.	Pornthep Chomchoo	Male	Head of Health and Environment Section(Long Palad)	Bang Si Thong Tambon Administration Organization (TAO)	Nonthaburi
Ms.	Chanchanok Muannoom	Female	Assistant to Community Development Officer	Bang Si Thong Tambon Administration Organization (TAO)	Nonthaburi
Ms	Prepapon Wongtongklem	Female	Chief	Quality of life Development Division, Nonthaburi Provincial Administrative Organization(PAO)	Nonthaburi
Ms.	Youvaluk Awanchanwed	Female	President	Elderly Club of Bang Si Thong Tambon	Nonthaburi
Mr.	Supot Thawatchon	Male	Vice President	Bang Si Thong Elderly Club	Nonthaburi
Ms.	Somporn Thawatchon	Female	Staff	Bang Si Thong Elderly Center/Bang Si Thong Elderly Club	Nonthaburi
Ms.	Amornrat Laisang	Female	Nurse Officer	Bang Si Thong Tambon's Health Center	Nonthaburi
Ms	Janthima Wanchanvej	Female	President	Bang Si Thong's Women Development Group	Nonthaburi
Ms	Sumon Naksuk	Female	President	Bang Si Thong Tambon Health Volunteer	Nonthaburi
Ms.	Nattawan Buawanngam	Female	President	Bang Si Thong Tambon Elderly Care Volunteers	Nonthaburi
Ms.	Suree Sukanjana	Female	Public Relation Staff of Elderly Care Volunteers	Bang Si Thong Tambon	Nonthaburi
Ms.	Juraiwan Tadprem	Female	Elderly Care Volunteer	Bang Si Thong Tambon	Nonthaburi
Ms.	Arunee Numchaoum	Female	Elderly Care Volunteer	Bang Si Thong Tambon	Nonthaburi
Mr.	Prayong Sripum	Male	President the elderly club coordinating Center ( Bang Bua Thong Branch)	Elderly Club Coordinating Center ( Bang Bua Thong Branch)	Nonthaburi
Mr.	Somsak Kulpradit	Male	The President of co-operation for the elderly center	Prakred Co-operation for the elderly center	Nonthaburi
Mr.	Samkhan Noppakhun	Male	President of Elderly Development Center	Elderly Development Center	Nonthaburi
Mr.	Manas Chumthaworn	Male	Chief of Surat Thani Provincial Development and Human Security	Surat Thani Provincial Development and Human Security	Surat Thani
Dr..	Kusak Kukreadkul	Male	Director	Ban Na Derm Community Hospital	Surat Thani
Ms.	Jirapom Namintraporn	Female	Planning and Analysis Officer	Surat Thani Provincial Public Health Office	Surat Thani
Ms.	Cheepsumon Charenpon	Female	Nurse Officer	Ban Na Derm Community	Surat

			Hospital	Thani
Ms. Rampon Uoarpai	Female	Nurse Officer	Ban Na Derm Community Hospital	Surat Thani
Ms. Suwadee Komolsukarn	Female	Nurse Officer	Ban Na Derm Community Hospital	Surat Thani
Ms. Pattira Kanjanakeerana	Female	Public Health Officer	Surat Thani Provincial Public Health Office	Surat Thani
Ms. Prapaphun Ketkeaw	Female	Social Worker / Project Coordinator	Surat Thani Provincial Social Development and Human Security Office	Surat Thani
Ms. Kumaree Liamsoe	Female	Community Public Health Officer	Department of Family and Community Planning, Ban Na Derm Community Hospital	Surat Thani
Mr. Trerasak Paepong	Male	Head of Huay Yai Public Health Center (Public Health Administration Officer)	Huay Yai Public Health Center, Ban Na Tambon, Ban Na Derm District	Surat Thani
Mr. Jaratpong Sukree	Male	Deputy Public Health Chief Officer	Surat Thani Provincial Public Health Office	Surat Thani
Dr. Weera Churujiporn	Male	Medical Doctor Psychiatrist	Mental Health Center No 11	Surat Thani
Ms. Suvapan Thongtae	Female	Public Health Officer		Surat Thani
Mr. Jitti Soksai	Male	Minister (Nayok) of TAO	Ban Na Tambon Administration Organization (TAO)	Surat Thani
Mr. Opart Anchan	Male	Chief Administrator (PaLad )	Ban Na Tambon Administration Organization (TAO)	Surat Thani
Mr. Chakree Saiyarin	Male	Deputy Chief of Ban Na TAO (Long Nayok)	Ban Na Tambon Administration Organization (TAO)	Surat Thani
Mr. Winai	Male	Chief Administration	Ban Na Municipality	Surat Thani
Mr. Thongchai Wongsong	Male	President	Ban Na Municipality	Surat Thani
Ms. Chittra Kulsiri	Female	Registration Officer	Ban Na Municipality	Surat Thani
Mr. Somporn Chaipaan	Male	President	Elderly Club of Ban Huai Yai Village, Ban Na Tambon (6 Villages)	Surat Thani
Mr. Krang KreawPureg	Male	President	Elderly Club of Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Jatree Meesuk	Female	President	Health Volunteers under Huay Yai HC (Moo 1, 3, 4, 8, 9, and 10)/ Elderly Care Volunteer	Surat Thani
Ms. Ratre Boonsong	Female	President	Health Care Volunteers of Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Ratsuda Saepua	Female	President	Health Volunteers under Ban Na Derm Hospital / President of Elderly Care Volunteers in Ban Na Tambon/ Assistant of Village Headman	Surat Thani
Ms. Pansa Preecha	Female	Elderly Care Volunteer/ Health Volunteer under Community Hospital	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Nitima Boonpob	Female	Elderly care volunteer/ health volunteer	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Suthisa Sornprasom	Female	Elderly Care Volunteer/ Health Volunteer	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Watthana Saelim	Female	Elderly/Health Volunteer	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Kanlaya Tipnoi	Female	Elderly Care Volunteer/ Health Volunteer	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Kamolthip Chaicharoen	Female	Elderly Care Volunteer/ Health Volunteer	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Somboon Buabood	Female	Vice President	Health Volunteers under Huay	Surat

			Yai HC (Moo 1, 3, 4, 8, 9, and 10)/ Elderly Care Volunteer	Thani
Ms. Bu-nga Buakaew	Female	Committee Member of Elderly Club under Huay Yai PCU	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Jaem Nutrawat	Female	Committee Member of Elderly Club under Ban Huay Yai PCU	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Ratee Buabood	Female	Member of Elderly Club under Ban Huay Yai PCU	Ban Na Tambon	Surat Thani
Ms. Prajeeb Buakaew	Female	Vice-president of Elderly Club under Ban Huay Yai PCU	Ban Na Tambon	Surat Thani
Mr. Samarn Kulrat	Male	Head of the Elderly Group in Ban Na Municipality	Ban Na Tambon	Surat Thani

**プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)**

プロジェクト名：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の形成プロジェクト

ターゲットグループ：

[直接裨益者] 高齢者行政に従事する中央レベル及びモデル試行対象4県の行政官及びモデル試行対象4県における高齢者向け保健医療・福祉サービス従事者(300名)

[間接受益者] モデル試行対象地域の高齢者(注：タイにおける高齢者の定義は60歳以上)

ターゲット地域：モデル県(4県：コンケン、チェンライ、ノンタブリ、スラタニ)のそれぞれより1カ所ずつ選定されるタンボン

プロジェクト期間：4年間(2007年11月から2011年10月)

プロジェクト要約	評価指標	入手手段	外部条件
<b>上位目標</b>  「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。	2014年10月までに  全国各県の15%以上のタンボンでモデルが活用される。		
<b>プロジェクト目標</b>  モデルが全国での活用に向けて発信される。	プロジェクト終了時まで  1. モデルが国家レベルの会合で発表される。  2. 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。	1. 会議議事録  2. 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、内務省への提案書	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。
<b>成果</b>  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。  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。	1-1. Working Committeeの会合が定期的に開催される。 1-2. 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。 1-3. 各対象地域の活動計画がSteering Committeeで承認される。  2-1. 対象地域における分析結果が中央政府に提出される。	1-1. Working Committeeメンバーのリスト、議事録 1-2. プロジェクトにおいて作成される文書、記録、モニタリングレポート 1-3. 活動計画書、Steering Committeeの議事録  2-1. プロジェクトにおいて作成される文書、記録	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。

<p>3. モデル案が策定され、試行される。</p> <p>4. 最終的なモデルが策定される。</p> <p>5. 高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力が強化される。</p>	<p>2-2. 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る。</p> <p>3-1. モデル案がJCCによって承認される。</p> <p>4-1. 最終モデルがJCCによって承認される。</p> <p>5-1. トレーニング受講者がトレーニングの内容に満足する。</p> <p>5-2. 人材育成ガイドラインが作成される。</p>	<p>2-2. プロジェクトにおいて作成される文書、記録</p> <p>3-1. JCC 議事録</p> <p>4-1. JCC 議事録</p> <p>5-1. トレーニング受講者に対する質問票</p> <p>5-2. プロジェクトにおいて作成される文書、記録</p>	
<p><b>活動</b></p> <p>0-1. JCC メンバーを選定する。</p> <p>0-2. Steering Committee のメンバーを選定する。</p> <p>0-3. 関係機関の責任と役割案を作成する。</p> <p>0-4. Provincial Committee の機能と構成を決定する。</p> <p>0-5. 中央と県レベルの行政官に対し、本プロジェクトに関する理解を深めるための説明を行う。 (上記活動はタイ側がプロジェクト開始に先立ち実施する。)</p> <p>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。</p> <p>1-2. 各対象地域において Working Committee を設立する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>インプット (日本側)</p> <p>1. 専門家 a. 長期専門家: チーフアドバイザー/高齢者保健医療・福祉 1名 業務調整員/モニタリング 1名 b. 短期専門家: ・社会福祉 ・保健医療 ・生活習慣病対策 ・統計・調査 ・老人病学</p> <p>2. 研修員受入</p> <p>b. 現地国内研修開催費用 (会場費、通訳、講師等)</p> <p>3. 機材供与 専門家の活動に必要な機材</p>	<p>(タイ側)</p> <p>1. 人材 カウンターパート及び担当スタッフ</p> <p>2. 必要なファシリティ ・専門家用の執務室及び付帯設備 (保健省及び社会開発・人間の安全保障省) ・会議室など</p> <p>3. 他コスト ・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) サイト実施、モニタリング</p>	<p>トレーニングを受講した人材が継続的にプロジェクトにかかわる。</p> <hr/> <p>前提条件 関係者の同意が得られる。</p>

- 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表/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. 高齢者及び保健医療・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。
  
- 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. 関係機関の役割及び連携方法、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普発信する。

<p>3-7. モデル案を対象地域において試行する。</p> <p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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。</p> <p>4-3. 「モデル」を完成する。</p> <p>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のメンバーなど)。</p> <p>5-2. 上記グループのトレーニングのニーズを把握する。</p> <p>5-3. 人材育成ガイドラインを策定する。</p> <p>5-4. 上記グループに対するトレーニングを実施する。</p>			
--	--	--	--

各種委員会の概要：

[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

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に対する助言を行う。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及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。

JFY2008

Name	Sex	Title	Organization	Place
Mrs. Patchara Sateanpuetra	Female	Secretary to Dr.Chanvit/ Public Officer 7	Bureau of Health Service System Development, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	Central
Ms. Kamalas Tongmeesit	Female	Secretary to Dr.Nantasak/ Public Health Officer	Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Central
Ms. Pathraporn Srisoongnoen	Female	Public Health Officer	Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Dr. Kanitta Boonthamcharoen	Female	Project Researcher/Policy Analyst	International Health Policy Program Thailand (IHPP), Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Central
Ms. Inthira Padmintra	Female	Public Health Officer	Mental Health Technical Development Bureau, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Central
Ms. Suntaree Puaves	Female	Director of Bureau of Empowerment for Older persons	Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups/Bureau of Empowerment for Older Persons	Central
Mr. Jomchai Tipkamolsen	Male	Municipality District Deputy (Palat)	Yang Hom Tambon Administration Organization (TAO)	ChiangRai
Ms. Krissana Puttawong	Female	Nurse Officer / Project Coordinator	Khun Tan Community Hospital	ChiangRai
Mr Samphan Suwanthab	Male	Provincial Social Development and Human Security Officer	Provincial Social Development and Human Security Office in Chiang Rai	ChiangRai
Somsak Pantae	Male	Director Of Khon Kaen Social Welfare Development Center for Older Persons	Center for Social Development and Welfare of the elderly	KhonKaen
Mr. Sommai Chatoom	Male	Chief Executive (Na Yok) of TAO	Sa-ard Tambon Administration Organization (TAO)	KhonKaen
Ms. Kammala Wattanayingchairoen	Female	Public Health Officer / Project Coordinator	Khon Kaen Provincial Public Health Office	KhonKaen
Mr. Wetchayan Unnopporn	Male	Director	Khon Kaen Provincial Social Development And Human Security	KhonKaen
Mr. Yodsak Sookrojane	Male	Deputy Chief Executive of TAO	Bang Si Thong Tambon Administration Organization	Nonthaburi
Mr. Atasart Vatanakhiri	Male	Senior Social Development Officer	The Office of Social Development and Human Security	Nonthaburi
Mrs Amporn Warin	Female	Public Health Technical Specialist/Provincial Level Coordinator	Nonthaburi Provincial Public Health Office	Nonthaburi
Mr. Chakree Saiyarin	Male	Deputy Chief of Ban Na TAO (Long Na Yok)	Ban Na Tambon Administration Organization (TAO)	SuratThani
MD. Kusak Kukreadkul	Male	Director	Ban Na Derm Community Hospital	SuratThani
Mr. Manas Chumthaworn	Male	Chief of Surat Thani Provincial Development and Human Security	Surat Thani Provincial Development and Human Security	SuratThani

JFY2009

Name	Genda	Title	Organization	Place
Ms. Chitnapa Vanichvarotm	Female	Public Health Officer	Institute of Geriatric Medicine ,Department of Medical Services ,Ministry of Public Health	Central
Dr. Ekachai Peinsripachara	Male	Medical Doctor	Department of Health, Ministry of Public Health	Central
Mr. Kraiwan Tiwong	Male	Community Development Officer	Khun Tan Municipality	ChiangRai
Ms. Rattana Jitwongpong	Female	Social Worker / Project Coordinator	Chiang Rai Provincial Social Development and Human Security Office	ChiangRai
Mr. Winai Lasorn	Male	Chief Administrator (Pa Lat)	Sa - Ard Tambon Administration Organization (TAO)	KhonKaen
Mr. Narongkiat Sithhivej	Male	General Administration Officer 6/ Provincial-level Project Coordinator	Khon Kaen Provincial Social Development and Human Security Office	KhonKaen
Ms. Pinpak Deehorm	Female	Public Health Officer of Ban Kam Bong Primary Care Unit	Ban Kam Bong Primary Care Unit (Sa-ard Tambon)	KhonKaen
Mr. Uros Singngam	Male	Doctor/Senior Professor Level	Nampong Hospital	KhonKaen
Mr. Pornthep Chomchoo	Male	Head of Health and Environment Section	Bang Si Thong Tambon Administration Organization (TAO)	Nonthaburi
Ms. Patcharin Aumbangtralard	Female	Social Worker	Nonthaburi Provincial Social Development and Human Security Office	Nonthaburi
Ms. Wipaporn Kerdnark	Female	Public Health Officer	Bang Si Thong Tambon Health Center	Nonthaburi
Mr. Winai	Male	Chief Administration	Ban - na Municipality	SuratThani
Ms. Cheepsumon Charenpon	Female	Nurse Officer	Ban Na Derm Community Hospital	SuratThani
Ms. Prapaphun Ketkeaw	Female	Social Worker / Project Coordinator	Surat Thani Provincial Social Development and Human Security Office	SuratThani

