

タイ王国
要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成25年 1月
(2013年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
J R
13-040

タイ王国
要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成25年 1月
(2013年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

目 次
地 図
写 真
略語表
事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成と調査日程	2
1-3 主要面談者	3
第2章 要介護高齢者の現状、課題、対策	5
2-1 タイの高齢化及び要介護高齢者の現状	5
2-2 高齢化に関する政策的対応	6
2-3 要介護高齢者に対する政策的対応	12
第3章 日本の経験から見たタイの現状・今後と可能な貢献	21
3-1 日本の過去の状況との比較	21
3-2 日本の経験を踏まえた現在のタイの政策的対応の評価	22
3-3 日本に可能な貢献	23
第4章 プロジェクトの基本計画	25
4-1 プロジェクトの基本的な考え方	25
4-2 プロジェクト期間	26
4-3 裨益者	26
4-4 プロジェクトの実施体制	26
4-5 プロジェクト・デザイン	29
4-6 投入	31
4-7 評価の時期	32
4-8 協力実施の際の留意点	32
第5章 評価結果	33
5-1 評価5項目の評価結果	33
付属資料	
1. 協議議事録 (M/M)	43
2. PDM (和文)	64

地 图



写 真



保健省での協議



保健省での協議



バンコク都第 48 保健所を訪問



社会開発・人間の安全保障省での協議



協議議事録署名式



署名式後、調査団とタイ側関係者

略 語 表

略語	正式名称	日本語
APO	Annual Plan of Operation	年次活動計画
C/P	Counterpart	カウンターパート
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme	公務員医療給付制度
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
DLA	Department of Local Administration	地方行政局
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JFY	Japanese Fiscal Year	日本の会計年度
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
M/M	Minutes of Meeting	協議議事録
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOL	Ministry of Labor	労働省
MOI	Ministry of Interior	内務省
MOS	Mobile One-stop Service	モバイル・ワンストップ・サービス
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
NESDB	National Economic and Social Development Board	国家経済社会開発庁
NHSO	National Health Security Office	国民医療保障事務局
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PMOPH	Provincial Ministry of Public Health Office	保健省県事務所
PMSDHS	Provincial Ministry of Social Development and Human Security Office	社会開発・人間の安全保障省県事務所
PO	Plan of Operation	活動計画
R/D	Record of Discussion	討議議事録
SAO	Sub-district Administration Organization	市行政
SSF	Social Security Fund	社会保障基金
SSS	Social Security Scheme	被用者社会保険制度
TAI	Typology of the Aged with Illustration	イラストを用いた高齢者区分法

TAO	Tambon Administrative Organization	タンボン自治体
TFY	Thai Fiscal Year	タイの会計年度
TICA	Thailand International Development Cooperation Agency	タイ国際開発協力機構
UC	Universal Coverage	国民医療保障制度
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
WCF	Workers' Compensation Fund	労災基金

事業事前評価表

独立行政法人国際協力機構
人間開発部
高等教育・社会保障グループ
社会保障課

1. 案件名

国名：タイ王国

案件名：要介護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト

Project for the Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and other Vulnerable People

2. 事業の背景と必要性

(1) 当該国における社会保障セクター（高齢者）の現状と課題

タイ王国（以下、「タイ」と記す）の総人口は現在約 6,912 万人で¹、うち 65 歳以上の高齢者は約 614 万人と人口の 8.9%を占めており、東南アジア地域の開発途上国のなかでは最も高齢化が進んでいる状況にある。さらに、タイは高齢化のスピードが速いことも特徴である。タイでは 2001 年に高齢者が 7%以上を占める「高齢化社会」に突入したが、23 年後（2024 年）には同割合が 14%以上の「高齢社会」になると推計されており²、このスピードは日本の 24 年をも凌ぐものである。

要介護高齢者に関する全国データは確認できていないが、たとえば社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security : MSDHS）が所管する高齢者入所施設においては、原則として自立高齢者を受け入れる施設であるにもかかわらず、入所者 1,298 名のうち、343 名が半自立高齢者、294 名が非自立高齢者と自立高齢者は半数に満たず、多数の要介護高齢者の存在がうかがえる。また、入所者全体の 2 割程度が寝たきりや認知症とのデータがあり、タイ国内の高齢者数を考えあわせると、全国的にも相当数の要介護高齢者がいるものと考えられる。高齢者の世帯状況も変化している。子と同居している高齢者の割合は 1986 年の 77%（都市部、農村部ともに同率）から 2007 年には 59%（都市部 65%、農村部 57%）に減少している。同期間の高齢者単身世帯の割合は 4.3~7.6%に、高齢者夫婦のみ世帯の割合は 6.7~16.3%に増加しており、脆弱な高齢者世帯が増加していることがうかがえる。タイにおいて介護は基本的に家族によって行われているが、所帯状況の変化に伴う家族介護力の低下や今後の要介護高齢者の更なる増加により、日本のように家族の介護疲れが社会問題化することも懸念される。

このような状況に対し、タイの各省庁でもさまざまな取り組みを始めている。これまでの主な取り組みとしては、保健省（Ministry of Public Health : MOPH）によるデイケアのモデル実施、医療機関によるリハビリテーション活動等、MSDHS による高齢者ボランティアの養成、高齢者福祉開発センターの設置等が挙げられる。また、国家経済社会開発庁もバンコク

¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) (2011). World Population Prospects : The 2010 Revision.

² UN DESA (2009). World Population Prospects : The 2008 Revision.

にある大学の附属病院とともに高齢者介護のモデル事業を実施したところである。財務省もより広い観点から高齢化の財政的インパクトに関する調査を行っている。

また、本事業に先立ち、わが国の協力により「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」（2007～2011年）（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）が実施された。同プロジェクトは、それまで各機関が個別に対応していたため、非効率に提供されていた各種サービスをコミュニティで関係機関が協力して統合的に提供することにより、高齢者の生活の質を向上させることを目的として実施し、同プロジェクトにより開発されたモデルが対象地域以外に波及するなどの一定の成果を上げている。

しかしながら、家族やボランティアによる介護は、統一的なアセスメントに基づいた体系的なものではなく、介護レベルも十分とは言い難い。ここに要介護高齢者のニーズと実際に提供されている介護のギャップが存在しており、サービスの公平性などの観点から大きな課題となっている。

要介護高齢者は今後も増加することが明らかであり、家族やボランティアによる介護に依存するばかりではなく、制度として整った公的サービスとしての介護が求められつつある。すなわち、要介護高齢者の身体的、精神的状態及び社会的な状況を踏まえた適切なアセスメントに基づき、明確な到達目標を伴った介護が必要とされている。また、CTOPの成果であるコミュニティベースの統合型サービスを生かしつつ、CTOPが対応できなかった要介護高齢者を対象として、財政的にも持続可能な介護制度を提案するものである。

(2) 当該国における社会保障セクター（高齢者）の開発政策と本事業の位置づけ

高齢者福祉に特化した機関としては、MOPH、MSDHS、内務省等複数の省庁によって構成される「国家高齢者委員会」がある。議長は首相が務め、事務局はMSDHSの高齢者エンパワメント局が担っている。同委員会が策定、実施している「第2次国家高齢者計画」（2002～2021年）では「高齢期の保護を確立することはすべての関係者（高齢者、家族、コミュニティ、国家）の参加によって社会を強化するプロセスである」と述べられ、以下の5つの戦略が掲げられている。

- ① 質の高い老後の備え
- ② 健康増進や社会参加等の促進
- ③ 社会的保護の充実
- ④ 関連システムと人材の整備
- ⑤ 政策の検証と施策の実施

このうち、「社会的保護の充実」という戦略の下に、家族・介護者のための施策があり、高齢者の家族との同居生活を極力長期化することや、家族介護者に対して有用な知識と情報を与えることが奨励されている。

もう1つの施策は、サービスシステムと支援ネットワークに関するものである。ここでは「医療と福祉を同時に包含する在宅ケアモデルにより、高齢者がアクセス、利用できるサービス（長期在宅ケアを含む）を確立させること」を目標としており、家族介護を中心に据えつつも、それを支援する体制、具体的には高血圧、糖尿病、脳卒中等の治療やリハビリが在

宅で行われるようにすることをねらいとしており、この関連で MOPH は主要な役割を果たすことが求められている。同様の記述は「第 11 次国家経済社会開発計画」（2012～2016 年）のなかでも見られ、「医療と福祉が統合的な形で発展すべきである」と述べられている。

本事業は、要介護高齢者を対象とする公的サービスのあり方について政策提言を行うものであり、パイロットプロジェクト³では自治体やコミュニティをベースとして医療と福祉の両面からサービスが提供されることになっており、かつ在宅でのケアモデルを基本とする点でも上述の政策と合致するものである。

本事業は、要介護高齢者のための「モデルサービス」⁴提供に関し、可能な範囲でコスト分析し、財政的なインプリケーションを政策提言に含める予定である。この背景には、将来的に財政的にも持続可能な介護制度を検討するうえで、わが国のように保険システムを導入するのか、税を財源とするのか、受益者負担の程度をどう設定するのかなど、介護にかかるコストを誰がどう負担するか検討することは、極めて重要との認識がある。また、適切な介護サービスが導入された場合、その分医療コストがどの程度抑制できるのかなど、医療と福祉の最適化を図ることも重要なポイントとなる。これらの点は、タイ財務省が現在財政的インパクト調査を実施しているように、タイ側でも今後の重要な検討課題であると認識されている。

高齢化は ASEAN 地域でも問題として認識されつつあるが、地域内の開発途上国のなかで高齢化が一番進んでいるのがタイである。タイは、本事業での経験に基づき、高齢化や要介護高齢者対策についてほかの ASEAN 諸国と経験を共有していきたい、との意向をもっている。高齢化対策は、ASEAN 共同体に向けた域内共通課題の 1 つである社会保障の改善にも資することになるところ、間接的ではあるものの、わが国は、本事業を通じて対 ASEAN 支援を実施するという点でも、極めて高い意義がある。

(3) 社会保障セクター（高齢者）に対するわが国及び JICA の援助方針と実績

2012 年 7 月に閣議決定された「日本再生戦略」のなかの「世界における日本のプレゼンス（存在感）の強化」において、少子高齢化社会への対応について「日本の課題は世界が直面していく課題であり、日本が先頭に立って解決していく」とされている。また、これらの取り組みにあたっては、「ODA も戦略的に活用しつつ、わが国は新たな成長と国際貢献のモデルを世界に提示していく」ことが示されている。

わが国の「対タイ経済協力計画」の対タイ協力の方向性において、「タイとの協力経験は今後他のアジア諸国などに対しても、その発展過程で新たな協力関係を構築していくための先行的試みとなり得る」とあり、「先行事例への取り組み」を重視している。東南アジアの近隣諸国でも今後急速に高齢化が進むことが予想されていることから、本プロジェクトの先行事例としての汎用性は高く、対タイ協力の方向性に合致している。

³ 本プロジェクトでは、4～6 の自治体においてパイロットプロジェクトを実施する予定であるが、各パイロットプロジェクトサイトでは「モデルサービス」を開発し、要介護高齢者に同サービスを提供することになる。「モデルサービス」の基本的なサービスの種類としては、センターを訪問した要介護者に対する介護サービス、センターから要介護者宅にスタッフが訪問する在宅介護サービス等を想定している。医療的対応が必要な場合は、タンボン健康増進病院もしくはコミュニティ病院の医師・看護師・理学療法士・作業療法士がサービスに参加する。介護料については有料（低所得者については配慮）を想定している。また家族介護の一時預り（レスパイト）機能に鑑み、デイサービス（宿泊サービス含む）のニーズがあるので、サービスの種類については各サイトで提供できる施設、リソースを見極めて検討することになる。

⁴ 上記脚注 3 のとおり

また、経済協力計画の重点協力分野に「社会の成熟化に伴う問題への対応」が位置づけられており、今後、タイは発展に伴う社会構造の変化に直面し、少子高齢化問題が深刻化していくことが予想され、これら社会の成熟化に備えた制度整備及びこれに関連した人材育成に対し協力を行うことが謳われている。また、国別援助実施方針においても開発課題「高齢化対策」で、高齢化社会に対応するための政府の政策策定を支援するとともに、コミュニティ強化による高齢者へのサービス拡充（ケア）、高齢者の社会活動への参加促進（生活・生き甲斐等）に関する行政の施策実施能力を強化する「高齢化対策プログラム」が設定されており、本プロジェクトは同プログラムのなかの1つに位置づけられる。

また、同プログラム下では、2.(1)の項で述べたとおり、2011年までCTOPが実施されたほか、現在、高齢化対策分野のボランティア〔作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、ソーシャルワーカー（SW）〕が派遣されている。更には、草の根・人間の安全保障無償資金協力として「シンブリ県3世代による高齢者の所得向上・健康増進計画」（2011年）、「チェンマイ県の高齢者のための所得創出・健康増進計画」（2012年）が現地NGOにより実施されている。

(4) 他の援助機関の対応

国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）が、チェンマイ県において国際NGOのHelpAge Internationalを通じて現地NGOである高齢者開発財団（Foundation for Older Persons' Development）やチェンマイ大学看護学部と共同で在宅ケア支援のパイロット事業支援などを実施している。

3. 事業概要

(1) 事業目的（協力プログラムにおける位置づけを含む）

本事業は、①高齢者介護の「モデルサービス」を開発・実施し、②同時に「モデルサービス」を実際に提供する介護従事者を養成し、③これらの経験・エビデンスや日本・タイ両国の知見などを基に政策提言を行うことにより、関係省庁がより効果的で持続的な高齢者介護政策に対する認識を高めることを図り、もって高齢者介護の国家政策の改訂に寄与するものである。

(2) プロジェクトサイト/対象地域名

「モデルサービス」の開発、政策提言の作成などは主にバンコクで実施される。「モデルサービス」、介護従事者の養成はパイロットプロジェクトサイトで実施されるが、対象地域として都市部及び農村部から4～6自治体を選定される。

(3) 本事業の受益者（ターゲットグループ）

高齢者介護に関するMOPHやMSDHS等の中央行政官やパイロットプロジェクトサイトの地方行政官、パイロットプロジェクトサイトで医療・福祉サービスに従事するスタッフ、介護を必要とする高齢者及びその家族。

(4) 事業スケジュール（協力期間）

2013年1月～2017年8月を予定（計56カ月）

（「モデルサービス」の試行については、プロジェクト期間中に3回を予定しているものの、エビデンスの設定、収集、分析の状況については、政策への反映への必要十分な情報が得られているか中間評価調査等の時点で検証を行い、追加的な検討を行うことも念頭に置く。）

(5) 総事業費（日本側）

約4億円

(6) 相手国側実施機関

保健省（MOPH）、社会開発・人間の安全保障省 MSDHS

このほか関係機関として、財務省、内務省、労働省、教育省、国家経済社会開発庁、国民医療保障局、タイ国際開発協力機構、バンコク都等がプロジェクト実施にあたり協力する。

(7) 投入（インプット）

1) 日本側

- ① 長期専門家：チーフアドバイザー、地域介護、業務調整
- ② 短期専門家：プロジェクトの効果的な実施のため、必要に応じて、高齢者福祉行政、介護技術などの分野を含む短期専門家を派遣する予定
- ③ 本邦研修：
「高齢者福祉行政」：中央行政官、パイロットサイト地方行政官、高齢者福祉研究者等から10名程度×4回
「介護技術研修」：MOPH 介護人材育成担当官、パイロットサイト地方行政官、パイロットサイトでケアコーディネーター⁵として勤務するスタッフ等15名程度×4回
- ④ ASEAN 向けセミナー実施費用（コストシェア）
- ⑤ （必要に応じて）パイロットプロジェクト活動に必要な機材

2) タイ国側

- ①カウンターパート人員の配置
 - ・プロジェクト・ディレクター（MOPH 次官）
 - ・共同プロジェクト・ディレクター（MSDHS 次官）
 - ・プロジェクト・マネジャー（MOPH 次官補/局長レベル）
 - ・共同プロジェクト・マネジャー（MSDHS 局長レベル）
 - ・カウンターパート（MOPH 各室・局関係者、MSDHS 各局関係者）
- ②プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供、秘書、アシスタント
- ③プロジェクト運営費用（ASEAN 向けセミナー実施費用（コストシェア）、研究謝金、国内研修費用、パイロットプロジェクト運営費用、研修教材開発費用、国内研修実施費

⁵ ケアコーディネーターは、本プロジェクトにおいて日本のケアマネジャー（要支援または要介護と認定された人が、適切なサービスを受けられるようにするために、介護サービス計画を作成する専門職）と同様の役割を果たす者のことをいう。福祉行政担当官、看護師等医療従事者等から各パイロットサイトで数名選定される。

用など)

④その他 (a)電気・水道などの運用費、(b)その他

(8) 環境社会配慮・貧困削減・社会開発

1) 環境に対する影響/用地取得・住民移転

①カテゴリ分類：C

②カテゴリ分類の根拠：本事業は、「国際協力機構環境社会配慮ガイドライン」（2010年公布）に掲げる影響を及ぼしやすいセクター・特性及び影響を受けやすい地域に該当せず、環境への望ましくない影響は最小限であると判断されるため。

2) ジェンダー・平等推進/平和構築・貧困削減

パイロットプロジェクトの実施において、ジェンダー視点を踏まえた活動を実施するほか、パイロット的に導入する介護サービスが有料となる際に、低所得者に対して補助金が提供されるなどの配慮する予定である。また、（身体的、経済的、社会的要因により）移動手段を欠く高齢者の参加が排除されない点も考慮する予定である。

(9) 関連する援助活動

1) わが国の援助活動

高齢化対策分野のボランティアは、今後も派遣が継続予定となっている。本事業で実施されるパイロットプロジェクトサイトにボランティアを派遣する場合には、緩やかな連携をめざす。

2) 他ドナー等の援助活動

UNFPA が小規模パイロット事業支援を実施している。

4. 協力の枠組み

(1) 協力概要

1) 上位目標：高齢者介護に関する政策提言が国家政策に反映される

指標：

- ・プロジェクト終了後、「国家高齢者計画」等の国家政策が政策提言を反映させて改定される
- ・高齢者介護に関する国家プログラムが政策提言を反映させて実施される

2) プロジェクト目標：高齢者介護に関する政策提言が関係省庁に受理される

指標：

- ・プロジェクト終了時まで、政策提言が（有効性と財政的持続性の観点から）国家政策策定の基礎として有用であると関係省庁に認められる

3) 成果及び活動：

成果1：パイロットプロジェクトによるエビデンスと日本・タイ両国の知見に基づいて、高齢者介護に関する政策提言が作成される

指標：

1-1 「モデルサービス」とコスト分析を含む政策提言が文書にまとめられる

活動：

- 1-0 「政策ディスカッショングループ」を組織する
- 1-1 タイにおける要介護高齢者対応に関して関連法案や計画のレビューを行う
- 1-2 タイの政策担当者、学識経験者が日本を訪問し、日本の介護に関する現状について視察し、議論する
- 1-3 日本の政策担当者、学識経験者がタイを訪問し、介護について議論する
- 1-4 タイの政策担当者、学識経験者を対象として財政面のインプリケーションを含め要介護高齢者への対応に関するセミナーを実施する
- 1-5 「政策ディスカッショングループ」のタイ側メンバーが政策提言の案を作成する
- 1-6 タイの要介護高齢者対応やプロジェクトの経験に関する ASEAN 向けセミナーを開催する

成果 2：パイロットプロジェクトサイトにおいて、「モデルサービス」が開発され、効果的・持続的な形で実施される

指標：

- 2-1 パイロットプロジェクト終了時まで、各パイロットプロジェクトサイトのサービス利用者（高齢者と介護家族）による評価結果が改善する
- 2-2 パイロットプロジェクト終了時まで、各プロジェクトのサービス提供者（ケアワーカー、ケアコーディネーター、地方行政官）による評価結果が改善する
- 2-3 ケアコーディネーターに対する「モデルサービス」のオペレーション・マニュアルが開発され、実際の活動で活用される

活動：

- 2-1 エビデンスを特定し、必要な情報を収集する
- 2-2 パイロットプロジェクトサイトを選定する
- 2-3 各サイトでパイロットプロジェクトの関係者の特定、作業委員会立上げを行う
- 2-4 各サイトでベースライン/サーベイを実施する
- 2-5 タイと日本における介護の現状について研究する
- 2-6 「モデルサービス」案、オペレーション・マニュアル案を作成する
- 2-7 各サイトで「モデルサービス」案に関するワークショップを実施する
- 2-8 スタッフ向け研修を計画・準備する
- 2-9 各サイトでケアワーカー⁶とケアコーディネーターを雇用する
- 2-10 各サイトでモデルサービスセンターを設置する
- 2-11 各サイトでケアワーカーとケアコーディネーターの養成研修を行う
- 2-12 要介護高齢者を対象として「モデルサービス」を提供する
- 2-13 「モデルサービス」の効果をモニタリングする（エビデンスの情報収集を行う）
- 2-14 「モデルサービス」の実施をモニタリングし、オペレーション・マニュアルを改訂する
- 2-15 各パイロットプロジェクトでの経験をもとに「モデルサービス」を確定する

⁶ ケアワーカーは、本プロジェクトにおいては有給で介護サービスを提供する者のことをいう。通常、タイでは介護は家族やボランティアによってなされているが、本プロジェクトでは有給の介護専門スタッフを育成する。

- 2-16 エビデンスをもとに「モデルサービス」の効果进行分析する
- 2-17 「モデルサービス」に関する国内セミナーを実施する

成果3：ケアワーカーとケアコーディネーターの養成プログラムが開発される

指標：

- 3-1 ケアワーカーとケアコーディネーターの養成カリキュラムが開発され、カリキュラムに基づいた研修が実施される
- 3-2 ケアワーカーとケアコーディネーターの養成教材が開発され、研修で活用される

活動：

- 3-1 中央行政官、地方行政官、ケアコーディネーターを対象としたケアマネジメント、専門的介護サービス研修を計画・準備する（必要なリソース、講師、カリキュラム、教材等）
- 3-2 中央行政官、地方行政官、ケアコーディネーターを対象としたケアマネジメント、専門的介護サービスに関する本邦研修を実施する
- 3-3 パイロットプロジェクトのケアワーカーを対象とする国内研修を計画・準備する（必要なリソース、講師、カリキュラム、教材等）
- 3-4 パイロットプロジェクトのケアワーカーを対象とする国内研修を実施する

4) プロジェクト実施上の留意点

・複数機関との調整

要介護高齢者対応に関する政策策定・実施には複数の省庁が関係する。主なものは医療と福祉をそれぞれ管轄する MOPH と MSDHS であるが、そのほかにも介護人材養成を行う教育省や労働省、介護に対する財政支援を行う国民医療保障局、自治体、財務調査や予算策定を行う財務省等、多数ある。政策提言を作成するにあたり、MOPH と MSDHS は必要な場面で必要な機関の参加が得られるよう、情報共有と機関間調整を図る。

・政策提言

上位目標の政策提言が「計画に反映され実施される」は、「（補助金的にでも）予算が付き国のプログラムとしていくつか実施される」というレベル、プロジェクト目標の「関係省庁に受理される」は、「使える政策提言として、例えば、予算要求の根拠等にされる」レベル、成果の「作成される」は、「モデルサービス事業の経験・エビデンスの検証も踏まえた政策提言がまとめられる」レベルを想定している。また、プロジェクトで作成される政策提言は、より効果的で財政的にも持続的な施策・サービスに向けた国家政策の改訂をめざすものである。ついては、サービスのコスト分析など、財政面のインプリケーションを含む政策提言とする必要がある。

・指標の具体化

プロジェクト目標として政策提言の有用性を検証する項目や観点については、政策策定に関係する省庁間との共通認識を得たうえで早期に確定する。成果2でパイロットプロジェクトの指標となるサービス提供者、利用者の満足度調査等エビデンスについては、各パイロットプロジェクトの内容とサービス利用者の状況を踏まえつつ、ベースライン/サーベイ調査後、速やかに確定する。また、エビデンス収集におけるインパクトには、家族介護に起因する離職による経済的なロスなどにも注目する。

(2) その他インパクト

高齢化は ASEAN 地域で問題として認識されつつあり、ASEAN 統合を見据え、ASEAN の開発途上国のなかで高齢化が一番進んでいるタイが他 ASEAN 諸国と今後、本事業での経験に基づき、高齢化や要介護高齢者対応に関して経験を共有していくことが期待される。

5. 前提条件・外部条件（リスク・コントロール）

(1) 事業実施のための前提

- ・ MOPH と MSDHS は関係省庁・機関にプロジェクトの内容と各組織のかかわりについて十分に周知する。
- ・ MOPH と MSDHS が、カウンターパート人員の配置やプロジェクト実施に必要な施設設備の提供、並びにタイ側が負担するプロジェクト実施経費を確保する。

(2) 成果達成のための外部条件

- ・ 養成したケアコーディネーター/ケアワーカーが大量に離職しない。

(3) プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・ 特になし。

(4) 上位目標達成のための外部条件

- ・ 要介護高齢者対応に関連する各種国家政策・計画が定期的に改定される。

6. 評価結果

本事業は、タイ国の開発政策、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、また計画の適切性が認められることから、実施の意義は高い。

7. 過去の類似案件の教訓と本事業への活用

(1) 本事業の先行案件ともいえる CTOP からの教訓として、第一に、わが国は高齢化という課題先進国であり、先行的取り組みや経験を有しているものの、現状では引き続きさまざまな問題に直面している。わが国の知見からタイ側が学ぶことも多いが、タイとの協働によりわが国が示唆を得ることも多い。本事業の諸活動においても共に考え、取り組むことにより、両国にとって実り多きものとなり得る。

(2) 第二に、ASEAN 地域において発展を続ける国々もタイと同様の問題（経済発展途上での急速な高齢化等）に直面しているところ、CTOP 及び本事業の経験は、今後 JICA が同地域で推進しようとしている社会保障セクターの協力において、グッドプラクティスとなり得る。

8. 今後の評価計画

(1) 今後の評価に用いる主な指標

4. (1)のとおり。

(2) 今後の評価計画

事業開始 6 カ月以内：ベースライン調査

事業中間時点：中間レビュー

事業終了 6 カ月前：終了時評価

事業終了 3 年後：事後評価

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

1-1-1 要請の背景

タイ王国（以下、「タイ」と記す）では1997年のアジア通貨危機、2008年の世界的な経済危機に影響を受けながらも順調な経済成長のもと、この30年で1人当たりのGDPが3倍に増え、出生時平均寿命が約10年延び、2011年には人間開発指数が全世界平均と同水準に至った（UNDP, 2011）。

一方で、1970年には5.6であった合計特殊出生率が2010年には1.6と大幅に減少しており（UN Data 2012）、近い将来急速な高齢化社会を迎えると見込まれる。人口統計においても既に高齢人口へのシフトが見られ、人口全体の増加率よりも高齢者人口の増加率の方が高くなっている。一般的に高齢者は年齢を重ねるごとに慢性疾患を抱える傾向が強いが、タイでは前期高齢者より後期高齢者の方が日常的に保健サービスを利用している割合が低い。これは健康に問題を抱える多くの高齢者が保健医療・福祉サービスに十分にアクセスできない環境にあることを示唆している。タイ政府にとって、高齢化社会に向けた社会保障制度を整備すると同時に、これまで制度の恩恵を受けることができなかった高齢者を含む支援の必要な人たちに対する公平かつ公正なサービスへのアクセス構築が重要な課題となっている。

このような背景の下、JICAは保健省（Ministry of Public Health : MOPH）、社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security : MSDHS）とともに「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」（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2007～2011年まで実施し、高齢化問題に携わる複数機関の協力体制を通じて「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル」（以下、モデル）の普及をプロジェクトサイト4カ所において図った。モデルが普及したことにより、プロジェクトサイトでは地域保健・福祉活動に対するコミュニティの参加、コミュニティのニーズに沿ったサービスの提供、地域住民とサービス提供者の協働活性化等の活動成果が確認されている。一方、いまだサービスはすべての支援を必要とする高齢者に行き届いておらず、支援体制の整備は追い付いていない。今後はCTOP実施を通じて得られたモデルの知見を活用するとともに、より多くの支援を必要とする人たちが利用できる持続可能な制度整備が必要とされている。

これらの状況を踏まえ、タイ政府は日本の介護保険制度や包括的地域ケアシステム構築の経験を参照に、高齢者に対するアウトリーチ型の公的保健医療・福祉サービス制度の整備を計画し、日本に協力を要請した。

1-1-2 要請背景調査

プロジェクトの要請背景の確認、及びプロジェクト開始にあたっての基礎情報を収集することを目的として実施された。

(1) 以下の事項について、タイ政府関係者による要請背景の確認、及び基礎情報が収集された。

- ・要介護高齢者及びその他の要介護者の現状と課題

- ・要介護高齢者、その他の要介護者、並びに介護家族等に対する支援の現状と課題（自治体、地域住民の役割等を含む）
 - ・高齢化に関するその他の課題
 - ・高齢社会対応に関する各省庁の役割と政策（基本的考え方、文書化された政策、予算措置、モデル的に実施されている事業、課題と今後の方向性）
 - ・高齢社会対応に関する各省庁の役割と政策（基本的考え方、文書化された政策、予算措置、モデル的に実施されている事業、課題と今後の方向性）
- (2) 以下の事項について、事業実施に係る日本・タイ国側双方の役割・体制が確認された。
- ・日本・タイ国側双方の基本的な役割分担の考え方
 - ・プロジェクト成果に関する関係省庁・部局、具体的な関係者、それぞれの役割、関係者間の連携、並びに意思決定のメカニズム等
- (3) プロジェクト終了後のタイ側の取り組みについて、政策面、組織面、財政面から現段階の考え方が確認された。
- (4) 詳細計画策定調査に向けて、更なる検討事項、明確にすべき点、収集すべき情報が明らかとなった。

1-1-3 詳細計画策定調査の目的

今次の調査は、以下のとおり、当該分野の状況を確認するとともに、本プロジェクトに係る範囲・内容についてタイ側と協議し、その結果を協議議事録（Minutes of Meeting : M/M）として取りまとめることを目的とする。

- (1) 本プロジェクトの要請内容を確認し、当該分野の現況について更なる情報を収集する。
- (2) プロジェクト実施の前提条件（実施・責任体制、両国の負担事項等）、協力内容（PDM・PO案）について協議のうえ、取りまとめる。
- (3) 評価5項目の観点から協力内容の評価を行い、タイ側との合意事項を M/M に取りまとめたうえで、日本・タイ国側双方によって署名する。

1-2 調査団の構成と調査日程

1-2-1 調査団の構成

調査団の構成は以下のとおりである。

担当業務	氏名	所属	期間
総括/団長	熊谷 晃子	JICA 人間開発部次長兼高等教育・社会保障グループ長	8/15～8/23
社会保障政策	中村 信太郎	JICA 国際協力専門員（社会保障）	8/15～8/23
高齢社会政策	堀江 裕	厚生労働省健康局生活衛生課課長	8/16～8/22
高齢化対策	高橋 和久	厚生労働省大臣官房企画官（老健局併任）	8/17～8/22
人材育成/研修計画	五十嵐 久美子	厚生労働省大臣官房国際課国際協力室 国際協力専門官	8/16～8/23
評価/分析	野口 純子	FASID 国際開発研究センター主任研究員	8/15～8/23
協力企画	今井 成寿	JICA 人間開発部社会保障課主任調査役	8/15～8/23

1-2-2 調査日程

本詳細計画策定調査は、2012年8月15日から23日まで、以下のとおり実施した。

日	曜	時間	日 程
15	水	PM	バンコク着
16	木	01:00	羽田発 (JL033)
		05:30-	バンコク着 (堀江課長、五十嵐専門官)
		14:00	JICA タイ事務所、竹林専門家打合せ
		15:00-	在タイ日本大使館表敬
17	金	00:30	高橋企画官 羽田発 (NH173)
		05:20	高橋企画官 バンコク着
		午前	合同セッション1
		午後	合同セッション2
18	土	午前	団内協議
		午後	資料整理
19	日	午前	団内協議
		午後	資料整理
20	月	午前	合同セッション3
		13:15	バンコク都第48保健所訪問
21	火	09:00	社会開発・人間の安全保障省との協議
		16:00	保健省との協議
		21:40	堀江課長 バンコク発
		22:25	高橋企画官 バンコク発
22	水	午前	M/M 準備
		13:00	M/M 署名
		17:30	JICA タイ事務所報告
		21:40	バンコク発 (JL034) (五十嵐専門官)
		22:10	バンコク発 (TG640) (その他メンバー)
23	木	午前	日本着

1-3 主要面談者

(1) 日本側

1) 在タイ日本国大使館

小島 誠二	大使
大鷹 正人	公使
石川 義浩	一等書記官

2) JICA タイ事務所

米田 一弘	所長
川端 智之	次長

- 伊藤 賢一 次長
3) 個別専門家
竹林 経治 社会保障アドバイザー

(2) タイ側

1) 保健省 (MOPH)

- Dr. Pajit Warachit Permanent Secretary, Ministry of Public Health
Dr. Suwit Wibulpolprasert Senior Adviser on Disease Control
Dr. Chanvit Tharathep Senior Adviser for Health Service System Development,
Permanent Secretary Office
Dr. Nantasak Thamanavat Director, Institute of Geriatric Medicine
Dr. Ampowa Benjaponpitak Director, Mental Health Technical Development Bureau, Dep. of
Mental Health
Dr. Ekachai Piensriwatchara Chief of Elderly Health Div., Dep. of Health 他

2) 社会開発・人間の安全保障省 (MSDHS)

- Ms. Suwannee Harwiwat Director, Div. of Social Welfare Service Standard
Ms. Natlada Thareephurk Social Development Worker, Div. of Social Welfare Service
Standard, Dep. of Social Development and Welfare
Ms. Wassana Tapohpongse Social Worker, Div. of Social Welfare Service Standard, Dep. of
Social Development and Welfare 他

第2章 要介護高齢者の現状、課題、対策

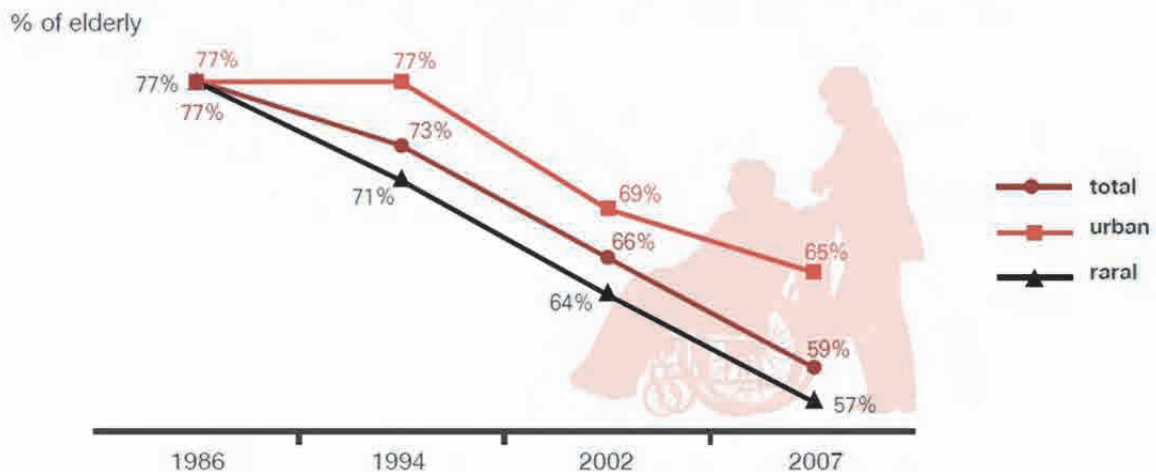
2-1 タイの高齢化及び要介護高齢者の現状

タイの総人口は約 6,912 万人で、うち 65 歳以上の高齢者は約 614 万人と人口の 8.9% を占めている (UN DESA, World Population Prospects, 2011 Revision による 2012 年 7 月 1 日現在人口の推計。以下この節において同じ。)。この率は、日本の 24.1% や韓国の 11.9% よりも低いですが、中国の 8.6%、インドネシアの 5.7%、マレーシアの 5.1%、ベトナムの 4.2% よりも高く、先進国を除いては東アジア・東南アジア地域で最も高齢化が進んでいる状況にある。また、高齢化率 8.9% というのはちょうど日本の 1980 年 (高齢化率 9.1%) ごろの状況にあたる。

このように東アジア・東南アジアの開発途上国では、最も高齢化が進んでいる状況であるが、タイの特徴はそれだけにとどまらず、今後高齢化が非常に速いスピードで進むという点にある。たとえば、「高齢化社会」(65 歳以上人口が総人口の 7% 以上) から「高齢社会」(65 歳以上人口が総人口の 14% 以上) になるまでの倍加年数は、日本が 24 年間であったのに対しタイは 23 年間に過ぎない。欧州先進国よりも急速であった日本の高齢化プロセスよりも更に急速な高齢化である。

また、産業構造近代化、都市化等、社会構造の変化により高齢者の世帯状況も大きく変化しており、子と同居している高齢者の割合は 1986 年の 77% から 2007 年には 59% となるなど、二世帯・三世帯同居の割合は着実に下がってきている。同じ期間に高齢者単身世帯の割合も 4.3~7.6%、高齢者夫婦のみ世帯も 6.7~16.3% に上昇するなど、脆弱な高齢者世帯が増えている。なお、日本における高齢者の子との同居率は 2010 年は 42.3% であるが (国立社会保障人口問題研究所、人口統計資料集)、1980 年時点で 69% であり、これが 6 割を切ったのは 1990 年の 59.7% であることから、子との同居率という点でタイは日本の 1990 年当時の状況にあたる。

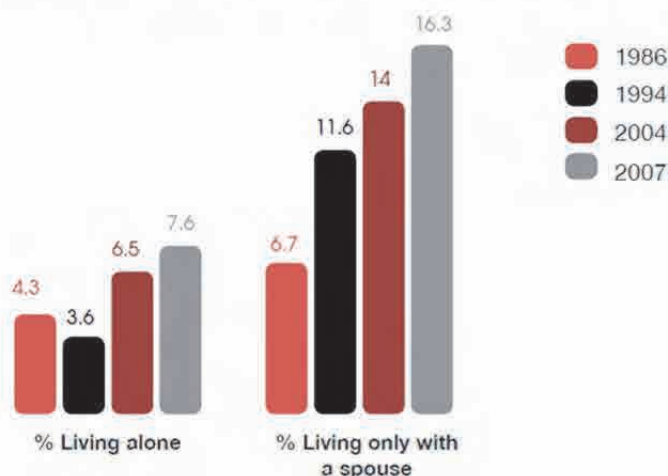
Figure 1.14 Percent of elderly living in the same household as a child 1986-2007



出所 : Napaporn Chayovan “Situation of the elderly in Thailand.” Paper presented at the working meeting on support projects for the elderly in priority areas of the National Plan for the Elderly. Krung Sri River Hotel, Ayuthaya Province, November 20-22, 2008

図-1 タイの高齢者の子との同居率

Figure 1.13 Percent of elderly living alone or only with a spouse: 1986-2007



Sources: Napaporn Chayovan "Situation of the elderly in Thailand" Paper presented at the working meeting on support projects for the elderly in priority areas of the National Plan for the elderly. Krung Sri River Hotel, Ayuthaya Province, November 20-22, 2008

出所：Napaporn Chayovan "Situation of the elderly in Thailand." Paper presented at the working meeting on support projects for the elderly in priority areas of the National Plan for the elderly. Krung Sri River Hotel, Ayuthaya Province, November 20-22, 2008

図－2 タイの高齢者で単身または高齢者夫婦のみ世帯の割合

MSDHS の 12 の高齢者社会福祉開発センター（入所施設）では、基本的に自立老人を受け入れる施設であるにもかかわらず、入所者 1,298 名のうち半自立が 343 名、非自立が 294 名、寝たきり 252 名、認知症も 273 名（寝たきり及び認知症高齢者の数はほかと重複）となっており、非自立・寝たきり・認知症それぞれが入所者の約 2 割にも及ぶとの数字が示された。

要請背景調査時においても、面談した省庁・機関より、①速いスピードで高齢化が進んでいる。②高齢者対策にかかる予算が増え続けている。③いまだ家族介護が一般的である。④社会保障及び医療等の制度の整備が不十分である。⑤介護関連サービスが未整備である。ことについての言及があった。さらに、以下に述べるとおり、各省庁・機関がそれぞれ取り組みを行っていることから、高齢化問題への関心が非常に高いことが看取できる。

2-2 高齢化に関する政策的対応

2-2-1 国家高齢者計画

タイ政府の政策として、「第 11 次国家経済社会開発計画（2012～2016）」のなかの 6 つの戦略の 1 つとして、「公正な社会推進のための戦略」が設定されており、この目的のなかで、①貧しい人々のための公平かつ細かい点まで行き届いた方法による社会サービスへのアクセスの改善、②貧困者の危機管理能力向上、③福祉社会の促進、を挙げている。

省庁横断的な組織として、首相が議長を務め、MOPH、MSDHS、内務省等複数の省庁によって構成される「国家高齢者委員会」が設置されており、「第 2 次国家高齢者計画」（対象年次は 2002～2021 年。2009 年に改訂）の実施、モニタリング等を担っている。事務局機能は MSDHS OPP（Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups）の下にある高齢者エンパワメント局（Bureau of Empowerment for Older Persons）が担っている。「第 2 次国

家高齢者計画」では、必要な対策として以下の5つの分野を掲げており、それぞれの戦略カテゴリーごとに具体的な施策項目、担当官庁、達成すべき指標を掲げ、その進捗状況をモニタリングすることとなっている。

- (1) 質の高い老後の備え高齢期の所得保障（年金への加入と貯蓄の奨励）、高齢者の価値と尊厳を重視する社会意識の醸成等
- (2) 健康増進や社会参加等の促進（高齢者の病気予防策とセルフケアの普及、高齢者を支援する団体の連携強化、高齢者の雇用支援、高齢者の経験知識を生かしたコミュニティ活動への参加奨励、マスメディアを活用した高齢者への情報提供、高齢者の居住環境の整備）
- (3) 社会的保護の充実（貧しい高齢者に対する社会福祉の充実、高齢者向けヘルスケアシステムの質の向上と医療保障制度の活用、高齢者の家族との同居の奨励と家族によるケアに対する支援、公共施設や交通機関のバリアフリー化と高齢者向け低料金等の設定、コミュニティをベースとした高齢者ケアサービスの構築、老人医療・介護施設の設置）
- (4) 関連システムと人材の整備（高齢化対策に向けての体制づくり、高齢者の保健・社会福祉に携わる人材育成）
- (5) 政策の検証・施策の実施（統計整備のための調査研究、政策・プログラム開発、サービスの質向上のための調査研究、モニタリング・評価のための調査研究、高齢化にかかわるデータベースの構築）

MSDHS が事務局を務める国家高齢者委員会が全体の取りまとめを行っている。MOPH は高齢者の健康面でのケアの技術的サポートを、中央・地方の公共・民間団体が実際のサービスをそれぞれ担っている。

また、国家高齢者計画はその「哲学」に関する記述のなかで、「高齢期の保護を確立することは、すべての関係者（1. 自助努力、2. 家族によるケア、3. コミュニティによる支援、4. 社会と国家による支援）としており、これは日本の高齢者福祉の基本的な考え方である「自助、互助、共助、公助の組み合わせ」とほぼ同じであり、基本的な発想は日本とあまり変わらないものと考えられる。

2-2-2 医療

(1) 公的医療保障制度について

タイの公的な医療保障（ファイナンス）の仕組みは、「公務員医療給付制度（CSMBS）」（財務省所管）、民間サラリーマンの仕組みである「被用者社会保険制度（SSS）」（労働省所管）、それ以外の方々の仕組みである「国民医療保障制度（UC）」〔国民医療保障事務局（National Health Security Office : NHSO）所管〕、という3本立てになっている（概要等は表-1のとおり）。いずれの制度においても患者の窓口負担はなかったが、最近になって NHSO 所管の国民医療保障制度は30パーセントの利用者負担が再導入されている。これらの制度は、利用できる医療機関、レファールルの必要性の有無、医療機関への支払い方式などの点で異なっており、たとえば、CSMBS では、サービスを提供する医療機関側

は、医療費を日本と同じように出来高払いで請求できるのに対し、SSS と UC については、基本的に人頭払いとなっている（UC の入院医療費については DRG 払い）こと、所定の医療機関での受療が義務づけられていることなどから、自然と患者の医療へのアクセスは制限されることになっている。

表－1 タイの医療制度の概要

医療保障制度の名称	公務員医療給付制度	社会保険制度（被用者）	国民医療保障制度
対象者（数）	公務員及びその家族 （500 万人）	民間被用者本人のみ （約 943 万人）	左記以外の者 （約 4,843 万人）
受療可能医療機関	制限なし	登録医療機関	登録医療機関
財源	税財源	政労使で給与の各 1.5%	財財源
患者負担	株式会社病院への入院	出産・救急サービスの利用	なし
患者 1 人当たりの医療機関への支出額 （支払い方法）	約 10,000～12,000 バーツ （出来高払い： Fee for Service）	2,436 バーツ （人頭払い：Capitation）	2,546.50 バーツ （人頭払い：Capitation）
所管省庁	財務省	労働省社会保障事務局	独立機関

出所：タイ保健省医療保険制度調査事務室などへのヒアリングや当地報道を基に在タイ日本国大使館経済部で作成。

本調査を通じて高齢者の加入率に関してはタイ側のデータは入手できなかったが、SSS は被用者本人のみが加入する仕組みであるため加入者に占める高齢者の割合は低いと思われるものの、公務員及びその親は生涯を通じて CSMBS でカバーされるため高齢者加入率は高いと思われる（こうしたことから、公務員制度の 1 人当たり医療費の高さを高齢者加入率の高さで説明する意見もある。）。UC もインフォーマル部門に属する高齢者だけでなく、民間被用者の親も加入しているため、一定程度の高齢者加入率が推測される。


SSS と UC の 1 人当たり医療費がほぼ同水準であることについては、さまざまな見方があり得る。財源については前者が基本的に雇用者・被用者からの保険料でファイナンスが成り立っているのに対し、後者は税財源であるため、SSS の加入者には税と保険料の「二重の負担」が発生していると言われており、他方、医療費水準はあまり変わらないので、SSS の加入者の不満も指摘されるが、一般的に高齢者の 1 人当たり医療費は相対的に高いと考えられるため、高齢者をカバーしない SSS と高齢者を多数カバーする UC の 1 人当たり医療費がほぼ同じ水準ということは、SSS の方が医療水準は高い、という考え方も成り立つ。その一方で、本プロジェクトに係るタイ政府からの要請書に紹介されている研究においては、「過去 1 カ月の間に医療機関において受診した割合が、60 代は 29.2%、70 代は 24.7%、80 代は 9.6%」と、年齢層が上がるに連れて受診率が下がることが示唆されている。これは特に農村部においては医療機関への移動の問題や付き添いに係る家族の負担が深刻であることと関連しているとも考えられ、日本とは異なり「高齢になるほど医療費がかかる」とは言えない可能性もある。

(2) 医療供給体制について

タイにおける医療機関の全体像は表－２のとおり（2007年時点）であり、表の上から4番目のヘルスセンターまでは、タイ保健省が管轄する国立施設であり、UCの対象となるほとんどの国民は、基本的にこれら国立医療機関から医療を受けている。この国立の医療機関に関していえば、この表においては4層構造であるが、通常はMOPH、郡病院（表－2ではDistrict HospitalとなっているがCommunity Hospitalと呼ばれることが多い）、州・県レベルの病院、という3層構造と理解されている。

MOPHは日本のそれとは異なり、基本的に診療行為（プライマリケア）を行う医療機関という位置づけである。おおむね基礎自治体区域ごとに設置されており、プライマリケア重視の体制となっている。また、UC制度においていわゆるゲートキーパーとしての役割も果たしており、UC制度の下で医療を希望する患者はまず保健所で受診し、より高度な医療が必要な場合にはそこからより高度な医療機関に紹介される仕組み（レファール）となっている。郡病院は、基本におおむね10の基礎自治体区域からなる「郡区域」（自治体はなく、中央からの統治のための単位）ごとに設置されている。郡病院には、医師、歯科医師や作業療法士（OT）・理学療法士（PT）なども配置され、地域医療の要ともいうべき位置づけである。なお、福祉を担当するMSDHSの地方組織や、自治体の体制が脆弱なため、実際には「地域医療・福祉の要」として機能している場合も多いと考えられる。

表－2 タイにおける医療機関の数



Health service providers

Facilities	units	beds
Regional hospital	25	17,233
Provincial hospital	69	22,585
District hospital	736	28,366
Health Center	10,848	-
University hospital	15	8,792
Private hospital	322	33,678
Private clinics	346	-
Drug stores	17,017	-
Others	1,175	31,560

出所：Thailand Health Profile 2007

医療に係るマンパワー（医師、看護師）の整備状況を他国と比較しているのが表－3であり。これを見ると、人口当たりの医師数・看護師数が、先進諸国との対比においては、さほど経済発展段階が違わないマレーシアとの比較においても低いことが分かる。

プライマリケアを担当する保健所においては、基本的に医師は配置されておらず、看護師が診療行為を行っている。病院においても、人員配置の手薄さを反映してか平均入院日数が非常に短いものになっている。この背景には、人員配置が薄い病院側の事情に加え、入院患者の家族への負担（付き添い）の重さがあるものと考えられる。

なお、タイの医療を語るうえで忘れてはいけないのが、全国に100万人いるといわれる「保健ボランティア」の存在である。タイの各地でコミュニティ病院や保健所を中心に草の根的な保健活動が行われており、そこで大きな役割を果たしているのが保健ボランティアである。保健ボランティアには月600バーツの手当が交通費等として支給されるのみで、基本的にはその名のとおりボランティアであるが、この保健ボランティアが医療マンパワーの不足を補完しているというのがタイの医療体制の特徴といえる。

表－3 医療施設・マンパワーの国際比較

Country	Average Length of Stay (All Age)	Average Length of Stay (All Age, Acute Bed)	Frequency of Annual Outpatient Visits per person (All Age)	No. of beds per 1,000 population	No. of doctors per 100 hospital beds	No. of doctors per 1,000 population	No. of nurses per 100 bed	No. of nurses per 1,000 population
Japan	34.1	19.0	13.6	13.9	14.9 (2006)	2.1 (2006)	66.8 (2006)	9.4
Thailand (2004)	4.2 (2005)	—	2.2 (2005)	2.1	14.2	0.37	71.9	1.5
Malaysia (2008)	4.44 (public hospitals only) (2006)	—	—	1.9	47.3	0.90	102.1	1.95
Germany	10.1	7.8	7.5	8.2	42.5	3.5	120.7	9.9
France	13.2	5.3	6.3	7.1	47.2	3.4	108.2	7.7
U.K.	8.1	7.2	5.0	3.4	72.7	2.5	294.2	10.0
U.S.	6.3	5.5	3.8 (2006)	3.1	77.5	2.4	337.2	10.6

出所：元 CTOP チーフアドバイザー・堀江裕氏作成

2-2-3 年金その他の老齢所得保障

タイでは、社会構造の変化に伴い家族構成が変化してきていることから、伝統的な家族間扶養による対応では解決できず、高齢化社会を迎えるにあたって、高齢者の所得をどのように保障するか（年金をどうするか）が重要な政策課題となっている。現在、多くの高齢者が子からの仕送りを主な収入源としているが、今後の少子化に伴い高齢者をサポートする就労人口の減少も見込まれることから、このような伝統的な仕送りに関しても維持できなくなることが見込まれる。

現在、タイにおける老齢給付としては主に、

- ①公務員を対象とした老齢給付（政府年金基金）
- ②民間被用者を対象とした社会保障制度に基づく給付（SSSの年金部分）
- ③主にインフォーマル層を対象とする国民貯蓄基金（NSF）
- ④税財源による60歳以上の高齢者に支給される高齢者手当

がある。

政府年金基金は、旧来の税方式による政府年金制度を社会保険方式に改革する形で創設された。公務員は給与の3%を拠出し、政府も同率を拠出して加入者の個人勘定に積み立て、退職

時に運用益とともに一時金の形で引き出す。加入者は、2008年現在約117万人である。所管しているのは財務省である。

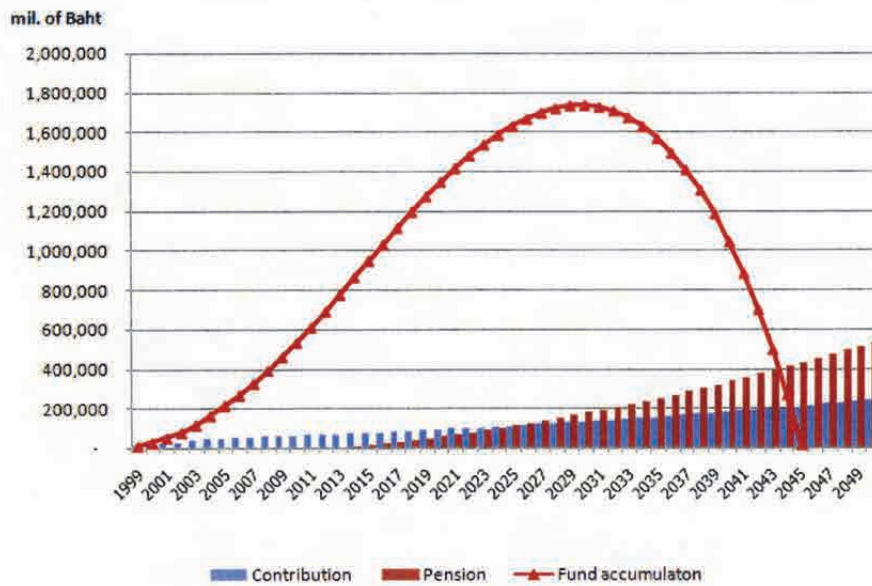
SSSを所管しているのは労働省の社会保障事務局（SSO）である。SSSは民間被用者については強制加入となっており、2011年1月現在約899万人が加入している。医療サービスも同制度から給付されるが、老齢給付も給付される。老齢給付は確定給付型の年金であり、保険料を180カ月以上拠出した被保険者が55歳に達して以降、拠出期間に応じ退職前60カ月の15%以上の額が給付される。そのほかSSSにはインフォーマル部門労働者も加入することができ、その場合には毎月100パーツの拠出に対して政府が50パーツの拠出を行い、60歳時点で老齢給付として一時金の形でそれまでの積立額を引き出すことができる。任意加入者は2012年時点で約76万人である。

国民貯蓄基金は2011年の国民貯蓄基金法を根拠として創設された新たな制度であり、2012年5月より登録業務を開始することになっている。所管は財務省と国民貯蓄基金事務局である。この制度が対象としているのは既存の老齢年金プログラムにカバーされない15歳以上60歳未満のすべての者であり、1回の預け入れにつき最低50パーツを年間13,200パーツまで任意のタイミングで拠出することができる。政府は加入者の年齢ごとに50～100%までの一定の率を一定の上限まで拠出することとなっており、加入者は60歳時点で、個人勘定における積立額を運用益とともに一時金の形で引き出すことになる。

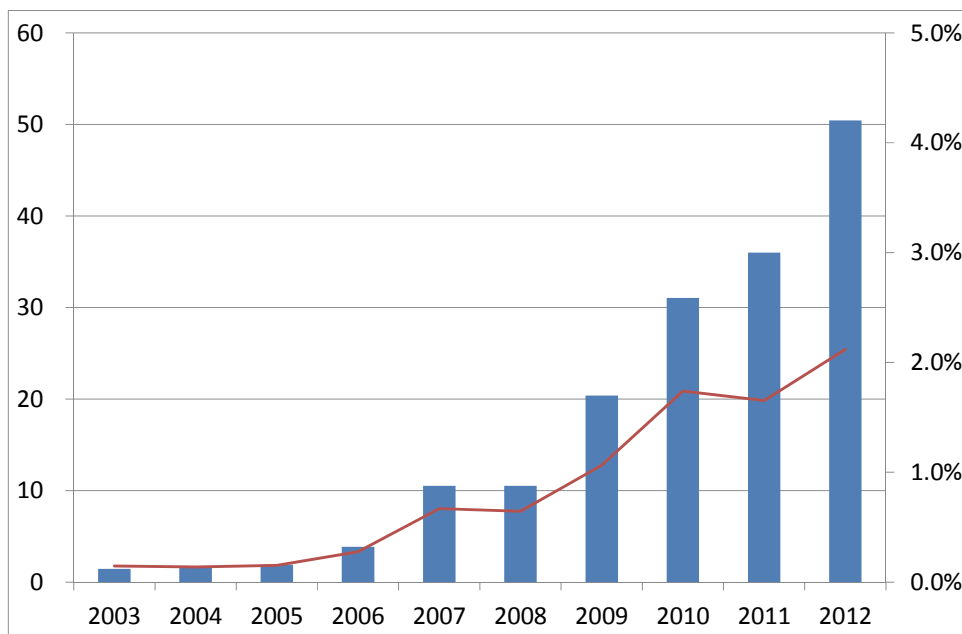
税を財源とする高齢者手当については、公務員であった者を除く60歳以上のすべての高齢者を支給の対象とし、地方政府を通じて月額600～1000パーツ（年齢階層が高くなるにつれ給付水準も上がる）の給付を実施している。しかし、この給付水準は生活を保障するには不十分なものととどまっている。

財政的な持続性の観点から問題となっているのは、社会保険制度（SSS）と高齢者手当である。SSSは1990年の法律で創設された比較的新しい制度であり、老齢年金給付が本格的に始まるのは今後のことになるが、当局の財政シミュレーションによれば、2045年には積立金が枯渇する見通しである。税財源による高齢者手当は対象者の拡大や金額の引き上げとともに近年支出が急増しており、2012年の予算は約505億パーツと、5年前に比べ5倍近くとなっている。同期間の政府歳出の伸び（51.1%）と比べても高く、2012年度政府予算の2.1%が高齢者手当への支出となっている。財務省も、高齢化の財政へのインパクトとして、医療におけるUCへの支出とともにこの高齢者手当への支出を挙げており、現在これらの支出を織り込んだ将来的な支出予測を行っているところである。

Long Term Fund Stability Issue: SSF pension



図－3 社会保険制度（SSS）の財政予測



出所：要請背景調査時に財務省及び内務省より提供された資料に基づき作成

図－4 高齢者手当の予算額（棒グラフ、左軸、単位：10億パーツ）及び各年度政府歳出に占める割合（折れ線グラフ、右軸）

2-3 要介護高齢者に対する政策的対応

2-3-1 国家高齢者計画で示されている方向性

「第2次国家高齢者計画」においては、戦略3「社会的保護の充実」のなかで、いくつかの介護関連施策が掲げられている。

まず、施策の大項目の1つである「3. 家族、介護者のための施策」に、介護に関連すると考

えられる2つの小項目が位置づけられている。

「施策 3.1」として「相互のケアを基礎とする、高齢者との同居の価値についての認識を高めることにより、高齢者の家族（との同居）生活を極力長期化することの奨励」とされ、ここでは介護に関する直接の言及はないものの、高齢者介護に対する家族への期待が表れている。この施策項目の指標（＝目標値）として、「高齢者の家族との同居率 90%以上（2011年）」ということが設定されているが、1986年の77%から2007年には59%にまで下がった同居率を90%以上に引き上げるのは容易でないと思われる。

「施策 3.2」には「家族と家族介護者に対し、役に立つサービスについての知識と情報を与えることにより、高齢者ケアのスキルを獲得させることを推進する」という施策項目が位置づけられている。ここでの「役に立つサービス（useful services）」というのがどういう意味なのか必ずしも明確ではないものの、設定されている指標が「家の外での活動に参加することができない高齢者の家族介護者全体に占める、ケア（栄養の知識、急病時の対応方法）についての教育を受けた家族介護者の比率が、2011年で60%、2016年で80%、2021年で95%」となっていることから、基本的な発想は家族介護を前提として、介護者に教育を提供するというものと思われる。

同じく戦略3の下での施策の大項目として、「4. サービスシステムと支援ネットワーク」というものがあり、そのなかに「4.2」として以下のような記述がなされている。

「医療と福祉を同時に包含する在宅ケアモデルにより、高齢者によるアクセスと利用が可能な医療と福祉のサービス（長期在宅ケアを含む）を確立させること。それは以下のサービスをカバーするものである。1. 長期介護を支援するサービス、2. ナーシングシステム（病状の悪化を防ぐサービス）、3. 高血圧、糖尿病、脳血管疾患等の慢性疾患の治療、4. コミュニティボランティア、5. （家族）介護者が高齢者ケアに関する知識とスキルにアクセスできるように支援すること」。

この施策項目に係る指標として、「直近6カ月の間にコミュニティベースのサービスにアクセスした障害高齢者の比率が、2011年で40%、2016年で60%、2021年で80%」、「こうしたサービスを展開する基礎自治体区域の全国比率が2011年で50%、2016年で70%、2021年で95%」というような内容が設定されている。この施策項目は、家族介護を中心に据えつつも、それを支援する体制を整えることを趣旨としており、これが「公的介護支援」に関する施策項目であると考えられる。この項目の担当官庁は一義的にはMOPHである（その他内務省、バンコク・パタヤ特別市、MSDHSがフォーカルポイントとして位置づけられている）。

2-3-2 高齢者介護小委員会及び「長期介護運営計画」

高齢者介護については、2009年、「国家高齢者委員会」の下に「高齢者介護小委員会」（委員長はMOPH次官）が設けられた。そして現在、この小委員会によって3カ年（2011～2013年）の「長期介護運営計画」“Long-Term Care Operational Plan”が進められており、その内容は以下のとおりである。

1. ローカルレベルでの長期介護の支援・促進

1.1 長期介護のための高齢者アセスメント

「自立」「準要支援」「要支援」の3段階アセスメント手法の普及をめざすもの

1.2 家族介護者の支援

- ・ カウンセリング、精神的なサポート
- ・ 在宅での一時的ケア（詳細不明：ホームヘルプ？）
- ・ デイケア
- ・ コミュニティレベルでの介護機器センターにおける支援

1.3 家族、ボランティアに対する介護訓練

1.4 家族介護の促進（奨励）

2. 中央レベルでの介護運営

2.1 要介護者の評価基準の開発

2.2 老人ホーム（Residential home）、ナーシングホーム（Nursing Home）の運営基準の策定

2.3 公的施設における、デイケアサービス、一時ケアサービスの展開

2.4 要介護高齢者のデータベースの構築

2.5 在宅看護等に関する調査研究

2.6 在宅ケアの促進

2.7 介護人材養成

3. 財政支援

3.1 家族介護者に対する財政支援

3.2 高齢者向けナーシングホームを運営する NGO に対する財政支援/税制控除

3.3 要介護者に係る住宅改修に対する財政支援

本計画は MOPH において進捗管理を行っている。

2-3-3 各省庁の取り組み

要請背景調査時で聞き取った関係機関の取り組み状況は、以下のとおりである。

(1) 保健省（MOPH）

1) 介護人材の養成

①カリキュラムの策定

2009 年策定された 420 時間のカリキュラムで、健康面に焦点を当てており、主に民間介護事業者で働く介護提供者の養成を念頭に置いている。ボランティア経験者については 420 時間のカリキュラムのうち専門的な 70 時間の研修（高齢者介護法、緊急時の対応、薬の与え方等）の後、介護提供者としての認定が受けられる。なお、介護人材養成カリキュラムについては MOPH のほかにも労働省、教育省でそれぞれ策定されているが、重点を置く事項が少しずつ異なっている。

②高齢者クラブへの支援

全国約 3,000 の高齢者クラブがあり、高齢者同士の互助を中心とした活動（話し相手、体操、メンタルケア等）を行うことが期待されている。MOPH としては、必要に応じて、保健省精神保健局より指導人材を派遣している。

2) 介護事業者の質の確保

①民間在宅介護事業者基準の作成

民間在宅介護事業者の基準を地方自治体に対し準則として示したものであり、420 時間の研修受講者を配置することなどが内容となっている。

3) 地域ベースのプログラム

①タンボン介護プログラム

以下の6つの基準を満たしたタンボンが、介護を推進する自治体として認証され、国民医療保障事務局（NHSO）の予算が支給されるプログラムである。基準は、①高齢者情報が整備されていること、②高齢者クラブが設立されていること、③高齢者ボランティアがいること、④在宅ヘルスケアプログラムがあること、⑤ヘルスセンターにおける口腔ケアプログラムがあること、⑥リハビリテーションが行われていること、である。最終的にはすべてのタンボンが認証されることをめざしているが、現在は1県につき2つのタンボンで実施中である。

4) 直接的なサービスの提供

①デイケアモデル事業

非自立高齢者を中心としたデイケアサービスで、全国4カ所で試験的に実施している。

②家族介護者への支援

MOPHの指導の下、保健ボランティアが家族に対して指導している。

③高齢者へのカウンセリング

認知症やうつ病の高齢者をスクリーニングし、カウンセリングを提供している。

(2) 社会開発・人間の安全保障省（MSDHS）

1) 介護人材の養成

①高齢者ボランティアの養成

2006年からプロジェクトベースで行われている事業であり、50歳以上で、高齢者の日常生活支援や行政等との連絡を行う者として、高齢者ボランティアの養成を行う。ボランティアには月300バーツの報酬が支払われるが、この措置は2011年度までであり、2012年度からは報酬が支払われるかどうかは市町村の判断によることとなった。2006～2011年までの間に高齢者ボランティアは3万7,000人養成された。

2) 直接的なサービスの提供

①高齢者ホーム

身寄りのない高齢者を入所させ、生活上の世話をを行う施設であり、もともとMSDHSが運営していたが現在は市町村に移管されている。全国で13カ所あり、入所者は1,092名（うち半自立は363名、非自立は190名）である。

②高齢者社会福祉開発センター

身寄りのない高齢者を入所させ、生活上の世話をを行うMSDHSの施設であり、その他情報センター機能、相談機能も有する。全国で12カ所（うち1カ所は通所施設）あり、入所者は1,298名（うち半自立は343名、非自立は294名。寝たきりは252名、認知症は273名。）である。

③参加型サービスセンター

2011年から始まったプロジェクトで、来訪者に対して必要なサービスを紹介し、関係機関につなぐセンターである。対象者は高齢者に限定せず、子ども、婦人、身体障害者を含むが、市町村の要望にあわせ、高齢者や子どもに特化して運営することも可能である。これまで400カ所以上整備してきており、今後年間200カ所ずつ整備予定である。資金はMSDHSと労働省が共同で拠出した基金と市町村の予算、民間からの拠出で賄っ

ている。

④高齢者へのサービス提供

食事提供、身体的・精神的ケア提供を通じ社会復帰をめざす。各県 MSDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施している。

⑤住宅改善

高齢者の住宅のバリアフリー化や危険除去のための改修。タンボン行政当局が中心となって実施している。

3) 啓発活動

①コミュニティへの啓発

高齢者及び家族に対する啓発活動であり、各県 MSDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施している。

②経験伝達

高齢者の伝統的知識を若年層に伝達する活動。各県 MSDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施している。

③貯蓄促進

住民による基金造成に対し、国・自治体が運営支援をしている。各 MSDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施している。

(3) 労働省 (MOL)

1) 介護人材の養成

①カリキュラムの策定

10 年前に策定された 420 時間のカリキュラムで、MOPH や教育省の同種のものとは異なり、海外で働ける (英語を話す) 人材を育てることに焦点が置かれている。

(4) 教育省 (MOE)

1) 介護人材の養成

①カリキュラムの策定

20 年以上前に策定された 420 時間のカリキュラムで、通信教育ができるが内容は現状に適合していないとの指摘もある。なお、新規教育機関設立時には、教育省が承認を出すこととなっているため、同省のカリキュラムを使うことが多い。

(5) 国民医療保障事務局 (NHSO)

1) 介護に対する財政的支援

①国民医療保障制度 (UC) における在宅医療・リハビリテーション

UC の対象病院より、要介護者へのリハビリテーションや医学的管理のため、PT・OT や医師の往診を行い、費用はリハビリテーション基金 (後述) から支出している。

②タンボン健康基金

タンボンでの健康増進活動に支出するため、タンボンからの申請に応じ UC の予算のなかから住民 1 人当たり年間 40 バーツを拠出している。タンボンも同額を拠出し、NHSO からの拠出と一体的に自らの裁量で健康増進、予防活動に支出できていることになっている。

現在 9,000 以上のタンボンに拠出しており、年間拠出額 20～30 億パーツである。

③リハビリテーション基金

医療機関が行う健康に関する事業に支出するため、医療機関からの申請に応じ、UC 予算から医療機関サービス提供対象者 1 人当たり年間 12 パーツを拠出している。サービス提供対象者 1 万人以上の医療機関が対象であり、現在約 1,000 医療機関に拠出している。年間拠出額 5～6 億パーツである。

(6) 国家経済社会開発庁 (National Economic and Social Development Board : NESDB)

1) 直接的なサービスの提供

①デイケア・サービス・モデル事業 (プロジェクトは既に終了したが、規模を縮小して病院独自で実施中。)

マヒドン大学附属シリラート病院が周辺地域の高齢者を対象として、週 2 回のデイサービスを行い、機能訓練 (認知機能訓練を含む)、必要に応じて ADL 支援 (食事や排せつ介助) を提供している。自力での通所が困難な高齢者には送迎も実施。ただし 1 家族につき支援期間は 6 カ月間。

(7) 地方自治体 (内務省)

1) サービス提供やその調整

地方自治体の事務は法律によって定められており、高齢者などに対する社会福祉の提供は、県及びテッサバンにおいては必須事務に、タンボンにおいては任意事務と位置づけられている。

表-4 地方自治体の事務

(City Municipality は、人口 5 万人以上で法定事務執行のための十分な税収があり経済社会開発の潜在的可能性が大きい自治体、Town Municipality は、人口 1 万人以上で法定事務執行のための十分な税収がある自治体、Sub-district Municipality は、人口 7,000 人以上で税収が 1,200 万パーツ以上の自治体)

	事務内容	タンボン	テッサバン (Sub-district Municipality)	テッサバン (Town Municipality)	テッサバン (City Municipality)	県
1	地方開発計画策定	必須	必須	必須	必須	必須
2	道路・上下水道の提供・維持	必須	必須	必須	必須	必須
3	市場・港・駐車場の提供・維持	任意	任意	任意	任意	必須
4	公益施設の提供	任意	任意	必須	必須	必須
5	公共施設の提供	任意	任意	任意	任意	必須
6	住民の就労・職業訓練の促進	任意	任意	任意	任意	必須
7	商業の振興・投資の促進	任意	任意	任意	任意	必須
8	観光の振興	任意	任意	任意	任意	必須
9	教育の振興	任意	必須	必須	必須	必須

10	児童・女性・高齢者その他の弱者に対する社会福祉の提供	任意	必須	必須	必須	必須
11	地域の伝統・文化の保存	必須	必須	必須	必須	必須
12	人口集中地域の改善及び住居の提供	任意	任意	任意	任意	必須
13	余暇施設の提供・維持	任意	任意	任意	任意	必須
14	スポーツの振興	任意	任意	任意	任意	必須
15	民主主義・公平・自由の拡大	任意	任意	任意	任意	必須
16	住民の地方開発への参加拡大	任意	任意	任意	任意	必須
17	町の清潔・秩序の維持	必須	必須	必須	必須	必須
18	廃棄物・排水の処理	必須	必須	必須	必須	必須
19	公衆衛生及び病院の提供	任意	任意	-	-	-
20	墓地及び火葬場の提供	任意	任意	任意	任意	-
21	家畜のコントロール	任意	任意	任意	任意	-
22	屠畜の提供及びコントロール	任意	任意	任意	-	-
23	劇場等の公共スペースの清潔・秩序・衛生の管理	任意	任意	任意	-	-

以上、各省庁によって既に行われている取り組みをまとめると以下のとおりとなる(表-5)。

表-5 要介護者を対象として実施した/している事業(調査を含む)

取り組み	内 容	備考(箇所数、実施機関、時期等)
保健省(MOPH)		
高齢者介護運営計画	国家高齢者委員会の高齢者介護小委員会事務局として、高齢者介護運営計画(2012~2014)を実施。具体的な活動内容は下欄掲載。(介護人材カリキュラム策定まで)	
高齢者へのカウンセリング	高齢者をスクリーニングし、認知症やうつ病の高齢者に対するカウンセリングを実施。	
デイケアモデル事業	非自立高齢者を対象としたデイケアサービス	4カ所において保健所(タンボン健康増進病院)が中心となりパイロット的に実施。
家族介護者支援	MOPHの指導の下、ヘルスポランティアが指導。	
高齢者クラブ支援	高齢者同士の互助を中心とした活動(話し相手、体操、メンタルケア等)。必要に応じて、保健省精神保健局より指導人材を派遣。	高齢者クラブは全国で3,000程度。
介護事業者基準作成	民間在宅介護事業者の基準。地方自治体に対し準則として示したもの。420時間の研修受講者を配置することなどが内容。	
介護人材カリキュラム策定	総計420時間。民間養成機関で行う介護人材養成のために使用。ボランティアは専門的な70時間の研修で可。	2009年作成。他に労働省(海外で働こうとする者を対象)、教育省(20年前に策定され内容は古い)、教育機関では使用)のカリキュラムあり。

タンボン介護プログラム	一定の基準を満たしたタンボンに対し、介護を推進するタンボンとして認証。基準は、高齢者情報の整備、高齢者クラブ、高齢者ボランティア、在宅ヘルスケアプログラム、保健所における口腔ケアプログラムの存在、リハビリテーションの実施。	現在のところ 1 県につき 2 つのタンボンを認証。
-------------	---	----------------------------

社会開発・人間の安全保障省 (MSDHS)

第 2 次国家高齢者計画	国家高齢者委員会事務局として、第 2 次国家高齢者計画 (2002~2021) の実施状況をモニタリング。	
高齢者手当の支給	60 歳以上の高齢者 (公的年金受給者を除く。) に月 600~1,000 バーツ (年齢によって額が異なる) を支給。所得制限は無い。	2012 年現在対象者約 630 万人。予算総額約 504 億バーツ。
高齢者へのサービス提供	TAI 理論を活用。食事提供、身体的・精神的ケア提供を通じ社会復帰をめざす。	各県 SDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施。
コミュニティへの啓発	高齢者及び家族に対する啓発活動。	各県 SDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施。
住宅改善	高齢者の住宅のバリアフリー化や危険除去のための改修。	タンボン行政当局が中心となって実施。
貯蓄促進	住民による 基金造成に対し、国・自治体が運営支援。	各 SDHS 部局と高齢者社会福祉開発センターで実施。
経験伝達	高齢者の伝統的知識を若年層に伝達。	各県 SDHS 部と高齢者社会福祉開発センターで実施。
高齢者ホーム	身寄りのない高齢者を入所させ、生活上の世話をを行う。もともと MSDHS の施設であったが現在は 町村に移譲。	全国で 13 カ所。入所者 1,092 名 (うち半自立は 363 名、非自立は 190 名。)
高齢者社会福祉開発センター	身寄りのない高齢者を入所させ、生活上の世話をを行う。その他情報センター、相談機能も有する。	全国で 12 カ所 (うち 1 カ所は通所施設)。入所者 1,298 名 (うち半自立は 343 名、非自立は 294 名。寝たきりは 252 名、認知症は 273 名。)
高齢者ボランティア	高齢者ボランティアによる高齢者日常生活支援及び行政等との連絡。ボランティアには月 300 バーツの報酬。	高齢者ボランティア (50 歳以上) は 2006~2011 年で 3 万 7,000 人養成。高齢者向けボランティアは更に多くの人数が存在。報酬は 2011 年度まで。2012 年度からは市町村の判断。
参加型サービスセンター	来訪者に対して必要なサービスを紹介し、関係機関につなぐ。高齢者に限定せず、子ども、婦人、身体障害者を含む。市町村の要望にあわせ、高齢者や子どもに特化して運営可能。	2011 年からのプロジェクト。現在 400 カ所以上。年間 200 カ所ずつ整備予定。資金は MSDHS と労働省が共同で拠出した基金と市町村の予算、民間からの拠出で賄っている。
高齢者ホームのモニタリング	地方自治体に権限を移した高齢者ホームに関するモニタリング	

財務省財政局 (FPO)

高齢化の財政インパクト調査	省内部にて調査実施中。現在の支出構造を前提とし、将来の高齢者人口の伸びを織り込むことにより予測。	
---------------	--	--

国民医療保障事務局 (NHSO)

UC 制度における在宅医療	要介護者へのリハビリや医学的管理のため、PT や OT の派遣、医師の往診等	PT や OT 派遣費用はリハビリテーション基金から支出。
---------------	--	-------------------------------

特定疾患患者の支援ニーズ研究	末期がんの患者について退院後どのような支援が必要か事例研究を実施中。	末期がんのほかにも肝臓疾患、HIV/ADIS につき同様の研究を行う予定。
タンボン健康基金	タンボンでの健康増進活動に使うため、タンボンからの申請に応じ UC の予算のなかから住民 1 人当たり年間 40 パーツを拠出。タンボンもマッチング拠出。	9,000 以上のタンボンに拠出。年間拠出額 20～30 億パーツ。基金はタンボンが自らの裁量で健康増進・予防活動に支出。
リハビリテーション基金	医療機関が行う健康に関する事業に支出するため、医療機関からの申請に応じ、UC 予算から医療機関サービス提供対象者 1 人当たり年間 12 パーツを拠出。	サービス提供対象者 1 万人以上の医療機関が対象。現在約 1,000 医療機関に拠出。年間拠出額 5～6 億パーツ。
県リハビリテーション基金	県が行う健康に関する事業に支出するため、UC 予算から一定額を拠出。県もマッチング拠出。	近く開始予定。NHSO 地方事務局も関与。
高齢者患者グループ	同じ疾患を持つ高齢者が集まり支えあう。ADL 支援や医療ケアも若干実施。	Heart to Heart Foundation への拠出。協力病院もあり。
高齢化への対応に関する調査	UC 制度において高齢者医療にどのように対応すべきか、外部に委託し調査中。	中間報告の段階では高齢者とそれ以外との医療利用状況に明確な差は発見できず。

国家経済社会開発庁 (NESDB)

デイケアサービスモデル事業	病院を中心としてボランティア、ヘルスワーカー、PT 等の研修を実施。	マヒドン大学付属シリラート病院が中心となり、病院周辺で実施。
高齢者へのケアに関する調査		5 年前と 2 年前に実施。

地方自治体 (内務省)

高齢者等への社会福祉	法律により、県及びテッサバンでは必須事務、タンボンでは任意事務とされている。	
------------	--	--

2-3-4 要介護高齢者対策についてのタイ政府自身による評価

要介護高齢者対策について、本件要請書のなかでタイ政府は以下のように述べている。

虚弱な高齢者など最も脆弱な人々の保健・福祉ニーズに対し、地域において利用できるサービスとの間にギャップがある。このギャップは既存の資源を利用する CTOP 型のアプローチで一定程度対応できるものの、フォーマルな (専門的な) サービスに対する追加的な資源配分が不可避免的に必要なになる。一方で政府の高齢者関係支出は急速に増大しており、より有効かつ効率的なサービスを持続的な財政メカニズムによって提供する必要がある。限られた資源をできるだけ効率的に使い、真に必要なサービスを提供するために、ケアマネジメントの概念に基づき地域でサービスを提供する必要がある。

このように、タイ政府は、重度の介護が必要な高齢者に対し現行のサービスでは十分に対処できず専門的サービスに対する追加的資源配分が必要である認識をもっており、その場合、財政的な制約もあるなかで、できるだけ効率的にサービスが提供できるよう、サービスの調整が重要、との考えである。

第3章 日本の経験から見たタイの現状・今後と可能な貢献

3-1 日本の過去の状況との比較

現在のタイの高齢化率は8.9%であり、既に「高齢化社会」となっている。これは日本の1980年ごろと同じである。また、今後タイは日本以上のスピードで高齢化が進むと見込まれており、2024年の高齢化率は14.4%（UN DESA、World Population Prospects, 2011 Revision 中位推計）と、あと10年余りで高齢社会に突入することになる。

ちょうど同じような高齢化の状況にあった1980年代から1990年代前半の日本の状況は次のとおりであった。既に国の補助事業として行われていた低所得の要介護高齢者に対するホームヘルプサービスに加え、1978年以降ショートステイ（寝たきり老人短期保護事業）やデイサービス（通所サービス事業）が国の補助事業となるなど、政府は次第に在宅福祉事業に取り組みつつあった。また、介護人材の質を確保するため、1987年には福祉専門職（社会福祉士、介護福祉士）が法制度化された。しかし、当時、行財政改革の流れと相まって、「個人の自助努力と家庭や近隣・地域社会の連帯を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な公的福祉を重点的に保障する。いわば日本型ともいふべき新しい福祉社会」（1979年8月10日閣議決定、新経済社会7カ年計画）をめざすものとされ、「1978年版厚生白書」にも、老親との同居について、「わが国のいわば『福祉における含み資産』ともいふべき制度」という記述がみられるなど、高齢者介護は家庭の役割とされ、公的な支援は極力限定的なものとされた。しかし、その結果起こったことは「老人病院」の急増であった。老人病院は1984～1990年までの間から1,165施設に、その病床数は約7万5,000床から約14万9,000床と、いずれも2倍近くとなった（厚生労働省、医療施設調査・病院報告）。家庭で介護ができず、公的サービスも利用できない家族にとってのやむにやまれぬ選択肢が老人病院への入院であったが、老人病院は設備基準・人員基準とも一般病院よりも低く、十分な介護や医療が行われないなど、高齢者の人権、自立の観点からは非常に問題の大きい施設であった。また、このような高齢者の入院（社会的入院）による医療費増大も問題であった。そこで1980年代後半に入ると、「医療と福祉の狭間に落ちた」高齢者の問題を解決するため、厚生省に高齢者の保健施策と福祉施策を一体的に実施する組織として「老人保健福祉部」が設置される（1988年7月）とともに、翌1989年には厚生省内に「介護対策検討会」が設置され、要介護者の生活の質の重視、家族介護に関する発想の転換（「在宅サービスなしにお互い無理を重ねる家族介護」から「在宅サービスを適切に活用する家族介護」）、利用者の立場の重視、介護環境の整備（住環境整備や街づくり）といった介護対策の基本的な考え方が示された。同じく1989年には高齢者保健福祉十カ年戦略（「ゴールドプラン」）示され、このような方針転換をサービス面で裏打ちするための政策も打ち出された。1990年代は急速な介護基盤整備の時代であり1994年には「ゴールドプラン」の数値目標を大幅に上方修正した「新ゴールドプラン」が策定され介護基盤の整備に一層拍車がかかると同時に、厚生省の検討会「高齢者介護・自立支援システム検討会」から社会保険方式による新たな公的介護システムの考え方が示され、のちの介護保険制度創設（1997年。施行は2000年から。）につながった。つまり、日本で高齢化率が10%を超え14%に達するまでの10年間は、高齢者介護が社会問題となり、政府が正面から介護問題に取り組み始め、政策の転換が一気に行われた時期であった。

タイの現在の状況は必ずしも日本の1980年ころとは同じではない。たとえば、日本は1975年当時65歳以上の居る世帯のうちの21.7%が単独または夫婦のみの世帯であり1985年になるとそ

の割合が 31.1%にまで高まるなど家族の介護力が既に相当弱まっていたのに対し、タイでは 2009 年の段階でも 60 歳以上の世帯のうち高齢者のみの世帯は約 2 割であるなど、2 世代、3 世代同居がまだ一般的であり、家族の介護力がまだ残っている状況にある。しかし、日本の 1980 年の平均世帯人員は 3.25 人であったが、タイの平均世帯人員は、2010 年現在 3.2 人（National Statistical Office, Thailand, The 2010 Population and Housing Census）と、1980 年当時の日本とほぼ同じであり、要介護度が高くなった場合、家族介護が困難な状況が相当数あるものと推測できる。今回の調査においても、面会した職員の個人的な経験として、姉と交代で親の介護をしており毎週末実家に帰っているとの体験が語られた。政府はできるだけ同居を進めようとしているものの、2 世代、3 世代同居の率も急速に下がってきている。日本に比べてタイは医療サービス提供が少ないことから、日本の「老人病院」のような問題はあまりみられないが、家庭で適切な介護が提供されているかどうかは疑問であり、「放置」されている例もあるのではないかと推測できる。

経済水準の差〔1990 年代当時日本の 1 人当たり GDP（名目）は約 2 万 5,000 ドルであったのに対し、現在のタイの 1 人当たり GDP（名目）は約 6,000 ドル〕や家族構造の違いを考えると、現在のタイの政策的対応を、1980 年代の日本の状況と比較することは必ずしもフェアではない。しかし、今後高齢化が急速に進むなかで、日本で以前起こったことは多かれ少なかれタイでも起こる可能性があり、こうした視点から現行のタイの政策的対応は、以下のように評価できる。

3-2 日本の経験を踏まえた現在のタイの政策的対応の評価

(1) 要介護高齢者対策の基本的な方向性は示されている

要介護高齢者対策については、家族による介護を基本に据えつつも、それを支援する医療・福祉サービスを整備していくというのが政府の基本的方向性であり、これは既に「第 2 次国家高齢者計画」にも明確に示されている。また、政府の高齢者介護小委員会で定めている「長期介護運営計画」でも家族への介護技術指導やデイサービスなどのレスパイト支援を行うことが内容になっており、基本的方向性に沿ったものとなっている。

(2) 各省庁で取り組みが始まっており、特に直接介護人材養成は不十分ながら既になされている

MOPH、MSDHS を中心として、教育省、労働省、国家経済社会開発委員会などの省庁で具体的な取り組みが始まっており、特に直接介護人材養成については MOPH、教育省、労働省がそれぞれ 420 時間の研修カリキュラムを策定し、また、MOPH は保健ボランティアへの指導、MSDHS は高齢者ボランティア養成を通じ、直接介護サービスを提供する人材の養成も行っている。

(3) しかし、寝たきりなど重度の要介護者、認知症の高齢者への視点が欠けている

今後、医療水準が発達するにつれて寝たきりなどの重度の要介護者が増えるとともに、後期高齢者の増大につれて認知症の高齢者も増えると予想される。このような者への介護は、介助項目、介助に要する技術、介護が必要な時間、精神的なストレス、医療的ケアと ADL 支援の緊密な連携などの点で特別な困難さがあり、家族で介護する場合非常に負担が大きい。しかしながら、「長期介護運営計画」にもこのように特別の困難さを有する要介護高齢者の視点は盛り込まれておらず、各省庁の対策もリハビリなどの医療的支援、話し相手や身の

ケアなどボランティアでできる比較的簡易な支援が中心である。国家経済社会開発委員会がシリラート病院と連携して行ったデイケア事業が重度の介護を取り扱った例であるが、このような視点は政府のなかでは一般的になっておらず、MOPH や MSDHS の取り組みのなかではまだ本格的な取り組みは始まっていない。重介護者や認知症を家族だけで介護する場合家族の負担が極度に大きくなるばかりでなく、虐待や放置など高齢者の人権侵害につながる可能性も大きくなることから、早急に政策的支援が必要である。

- (4) 各省庁の取り組みはほとんどがプロジェクトベースの事業であり、また、制度化への道筋は明らかではない

MOPH の保健ボランティア事業、MSDHS の高齢者施設運営を除きいずれもプロジェクトベースの事業であり、たとえば、MSDHS が行ってきた「高齢者ボランティア事業」は本年度（2012）から省の予算が打ち切れ、2011 年から新たに始まった「参加型サービスセンター」事業もプロジェクトベースの事業である。また、国家経済社会開発委員会がシリラート病院と連携したデイケア事業も既に終了しており病院独自の予算を縮小して続けられている状況である。高齢者介護・介護支援は長期的なサービス提供が必要であり、プロジェクトベースではなく恒久的な制度としてサービスが提供されることが望ましいが、さまざまな事業の恒久化への道筋は明らかではない。

3-3 日本に可能な貢献

- (1) 高齢化により発生する新たなニーズに関する知見の共有

高齢化は、他の要因（産業化や家族構造の変化など）と相まって社会に大きな変化をもたらす。生産年齢人口の減少に伴う労働力の縮小や資本蓄積の減少などマクロ的な変化のほか、退職年齢以後の生活維持のための所得、高齢者特有の疾病や身体の状態に対応した医療、高齢者の介護予防、虚弱や認知症など要介護高齢者に対する介護、介護サービスと医療サービスとの連携・調整、高齢者の自立や要介護高齢者の介護のための機器や用具、高齢者の自立や要介護高齢者の介護に適した環境（住居など）、高齢者の社会参加を容易にする都市インフラ、などの新たなニーズの発生や増大が見られるようになる。これらは高齢化の過程において多かれ少なかれ見られる現象であり、日本も過去 20 年足らずの間にそのような変化をすべて経験してきている。タイのように今後ますます急速に高齢化が進む国にとって、このような変化が実際にどのように起こり、どのようなインパクトを社会に与えたかを共有することは、今後のタイ政府の政策対応にあたって大きな教訓になると思われる。

- (2) 高齢社会における政策対応に関する知見の共有

日本は上記の事態に直面してそのつど政策的対応をしてきており、いまや高齢化への対応は日本にとって最も重要な政策課題となっている。労働市場への新規参入促進や年金制度の充実・見直し、高齢者医療のための新たな支払い方式や新たな保険制度の導入、介護サービスの充実や介護保険の創設、介護予防活動の推進、高齢者の自立や介護のための用具・機器の研究開発及び普及促進、民間事業者など多様な提供主体の導入、住宅のバリアフリー化に関する研究や基準作成・普及促進、高齢者サービス付き住宅に関する研究や普及促進、公共的施設や公共交通機関のバリアフリー化などである。これらはすべて成功しているとはいえ

ないが、成功しなかった対応とその背景も含め日本の経験を共有することは、今後タイが政策的対応を行うにあたって大きな教訓となる。

(3) 要介護高齢者支援の考え方や介護技術の共有

先に述べたように、日本も 1980 年代前半までは介護は家族が行うものとの考え方が一般的であり、「日本型福祉社会」、「同居は福祉の含み資産」という言葉さえ語られた。しかし、家族規模の縮小や地縁的紐帯の弱まりに伴い、特に「寝たきり老人」や認知症の者を長期間にわたり介護する家族の負担や老人病院など施設での劣悪な処遇が社会的問題となり、1980 年代後半には介護を社会的に支援するという考え方へと大きく方向転換し、その後 1990 年代を通じて「ゴールドプラン」、「新ゴールドプラン」によりサービス基盤整備を進め、2000 年から施行の介護保険法によりサービス提供の枠組み及び財政の枠組みを整えた。

タイでは国家高齢者計画に「介護を社会で支える」と明記されているが、まだまだ介護は家族が担うという考え方が一般的であり、介護を社会で支えるために必要なサービスを公的に提供するという取り組みは始まったばかりである。

また、日本は当初要介護老人を大規模施設に収容し介護を提供していたが、近年では在宅を中心として、さまざまな通所・訪問サービスを組み合わせることで介護を提供している。高齢者の状況をアセスメントし、適切なサービスを組み合わせるケアマネジメントの仕組みを介護保険に組み込むことにより制度化し、市町村が中心となって地域で介護を提供している。その代表的なものが「小規模多機能施設」や「地域包括ケア」である。

タイは家族の介護力がまだ多少は残っていると考えられ、また、経済水準の点からも日本と同じレベルの公的介護支援を行うことは現実的ではないが、国の方針として施設ではなく在宅に重点を置いた介護を進めるとしていることから、在宅サービス提供に関する日本の考え方は、タイでも親和性が高いと考えられ、タイにおける地縁的紐帯の強さを考えるとかえって日本よりも効果的な在宅サービス提供ができる可能性もある。

ただし、身体機能の自立が困難になったり、認知症が進んだりすると専門的な介護技術が必要となる。たとえば排せつにおける自立は高齢者の尊厳を維持するうえで最も重要な事項の 1 つであるが、トイレでの排せつには尿意や便意が知覚できるかといった認知機能、尿意や便意を伝えられるかといった意思疎通機能、トイレに移動できるか、衣服に着脱ができるかといった運動機能・身体機能、トイレに移動しやすい住居の構造となっているかといった住環境、排せつにあたってどの程度介助が得られるかといったサービス条件、身体機能の点で排尿や排便に支障はないかといった医学的な条件などさまざまな条件が関わっており、それらを 1 つひとつ解きほぐし、排せつ自立を達成するためには、専門的なアセスメントや専門的な介護技術、密接に連携したサービス提供が必要になる。このような考え方や技術は、まだタイでは一般的ではなく、こうした考え方や技術をタイに伝え、人材を養成し制度を仕組むことにより、タイに適合的な介護が実現することが考えられる。

第4章 プロジェクトの基本計画

4-1 プロジェクトの基本的な考え方

先に述べたように、高齢者等の介護についてタイ政府も取り組みを進めてきているが、依然として問題を抱えている。簡単にまとめると以下のとおりである。

(1) 高齢者の介護は現実の問題となっている。

タイは65歳以上が総人口の7%以上を占める「高齢化社会」に突入しており、たとえば原則として自立高齢者のみを受け入れる施設においても既に認知症、寝たきり高齢者がそれぞれ2割以上を占めるなど、要介護高齢者が発生している。また、平均世帯人員数は2004年の段階で既に3.4人、2009年の段階で60歳以上の高齢者のいる714世帯のうち2割以上の156万世帯が高齢者のみの世帯となっているなど、家族の介護力も弱体化しつつある。

(2) 高齢者介護につき基本政策は示され、各省庁の取り組みも始まっている。

国家高齢者委員会（首相が委員長）が策定している「第2次国家高齢者計画」では「在宅ケアモデルに重点を置いたアクセシブルで利用しやすい地域に根差した介護を整備する」と定められ、2009年に高齢者介護小委員会（MOPH 事務次官が委員長）が設置され、高齢者介護運営計画が実施されているなど、政府レベルでの取り組みが始まっている。各省庁の主な取り組みは、MOPHによるデイケアのモデル実施、医療機関によるリハビリテーション活動、MSDHSによる高齢者ボランティアの養成、高齢者福祉開発センターの設置などである。また、国家経済社会開発委員会もバンコクにある大学の附属病院とともに高齢者介護のモデル事業を実施している。財務省もより広い観点から高齢化の財政的インパクトに関する調査を行っている。

(3) しかし、基本政策と現実の取り組みとの間にギャップがあり、基本政策を実現するための道筋が明らかになっていないとともに、重度者の介護に対する取り組みがなされていない。

現在のところ高齢者介護に対する取り組みはいずれも各省庁がバラバラにかつ小規模に行っているにすぎず、基本政策を現実にもどのように達成するかの道筋は必ずしも明らかになっていない。また、民間介護事業者向けのカリキュラム策定や少数の高齢者施設の設置を除き、主に医療関係者による医療ケアやボランティアによる支援が中心であることもあり、寝たきりや認知症などの要介護高齢者への介護については、まだ本格的な取り組みがなされていない。

したがって、本プロジェクトにおいては、介護を要する高齢者などに対して主に地域や在宅で包括的に介護サービスを提供するモデル（モデルサービス）を開発するとともに、日本・タイの政策担当者や学識経験者による政策対話のなかで、介護を中心とする高齢化に関する政策課題や、開発したモデルサービスの政策化について検討を行い、政策提言を行うこととする。提言された政策は高齢者介護小委員会や国家高齢者委員会で議論され、基本政策を実現するための施策として各省庁の施策に反映されることが期待される。

なお、ここで「地域や在宅で包括的に介護サービスを提供する」とは、要介護者の状況や家族の状況のアセスメントを行い、ニーズに応じて、①地域レベルでの在宅医療・リハビリの機能強化、②福祉（ADL・IADL 支援）の強化、③ケアマネジメントの導入、④ボランテ

アの力の活用、を通じて、種々のサービスを連携して提供することを想定している。また、「モデル」とは、そのような取り組みに必要な組織枠組み、具体的なサービス内容、サービスの管理方法をガイドラインの形で取りまとめ、全国での汎用性を確保したものを想定している。

4-2 プロジェクト期間

2013年1月～2017年8月を予定（計56カ月）

モデルサービスを通じて収集する予定のエビデンスは、政策に反映させ得る程度の精度の高いレベルが求められている。については、十分なエビデンスの設定、収集、分析期間の確保が必要であり、かつモデルサービスの検証には少なくとも3クール程度の実施が必要である。したがって、（立ち上げ専門家派遣期間を含め）少なくとも5年間が必要である。

4-3 裨益者

「高齢者介護に関する中央・地方行政官、パイロットプロジェクトサイトで医療・福祉サービスに従事するスタッフ、介護を必要とする高齢者及びその家族」ということで整理した。モデルサービス提供対象は、要介護高齢者（寝たきり、認知症等）を主とするが、必要に応じて高齢者に限らず同様な状況にある者（=vulnerable people）も含むこととしている。

4-4 プロジェクトの実施体制

MOPHを責任官庁とし、MSDHSも共同責任官庁となる予定（MSDHSは、プロジェクトの実施機関の1つとしているが、M/M署名前日にMSDHS課長級との協議を行ったところ、局長、次官級の確認が更に必要とのことで、M/Mへの署名ができなかった。しかしながら、R/D締結前にMSDHSの実施機関としてのプロジェクト参加が確約され、2013年1月のR/D署名には参加した）。

その他の関係機関として財務省、内務省、労働省、教育省、国家経済社会開発庁、国民医療保障局、タイ国際開発協力機構、バンコク都等が協働することになる。

また、上述関係機関のほか、モデルサービス実施自治体、有識者、必要に応じメディア（オピニオンリーダー）、等が、MOPHとMSDHSの取りまとめの下、政策提言のためのグループ、モデルサービス実施グループを形成する。

さらに、カウンターパートの配置及び合同調整委員会（Joint Coordination Committee : JCC）、Steering Committeeの設置に加え、以下（4）から（6）の各種委員会等を設置し、各レベルにおいて関係機関の参加を得ながらプロジェクトの計画策定及び活動実施を進めることとする。

(1) カウンターパート

- ・プロジェクト・ディレクター：MOPH事務次官、MSDHS事務次官
- ・プロジェクト・マネジャー：MOPH次官補、MSDHS局長レベル

(2) 合同調整委員会（JCC）

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

構成は以下のとおりである。

[タイ側]

議長：MOPH 事務次官、MSDHS 事務次官
副議長：MOPH 次官補、MSDHS 局長レベル
メンバー：国家経済社会開発庁代表
内務省代表
タイ国際開発協力機構代表
MOPH 医療サービス局長
MOPH 精神保健局長
MOPH 医療サービス支援局長
MOPH 政策戦略室長
MSDHS 社会福祉局長
対象県代表

[日本側]

メンバー：チーフアドバイザー
業務調整
JICA により派遣されるその他の日本人専門家
JICA タイ事務所

[備考]

在タイ日本大使館からオブザーバー参加も可能。

(3) Steering Committee (SC)

3カ月ごとに開催し、プロジェクトの進捗をモニターしプロジェクトに対する助言を行う。MOPH、MSDHS の担当部局、対象県の代表から構成される見込みであるが、具体的な構成員はプロジェクト開始までにタイ側で検討する。日本側からは JICA 専門家、JICA タイ事務所がメンバーとして参加し、在タイ日本国大使館からはオブザーバー参加とする。

(4) Policy Discussion Group

介護サービスをはじめとする要介護高齢者に関する政策課題や議論し、政策提言を作成する。タイ側関係省庁・学識経験者、日本側関係省庁・学識経験者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日本・タイ国側双方でそれぞれ検討する。JICA 専門家はメンバーとして参加し、JICA タイ事務所、在タイ日本国大使館からはオブザーバー参加とする。

(5) Model Development and Pilot Project Implementation Team

高齢者介護モデルの開発と実施マニュアルの作成や改訂、パイロットプロジェクト地域の選定と調整、ケアコーディネーターの養成研修教材の作成、ケアワーカーの研修に関する調整、エビデンスの収集など、介護モデル開発とパイロットプロジェクト実施に係る業務を行う。また、開発した介護モデルを上記 Policy Discussion Group に報告し、政策提言に係る議論に供する。タイ側関係省庁の課長クラス職員及び JICA 長期専門家から構成され、JICA 短期専門家も必要に応じメンバーとして加わる。JICA タイ事務所、在タイ日本国大使館からは

オブザーバー参加とする。

(6) Working Committees

モデル試行地域となるタンボン及びテッサバンそれぞれにおいて設置される委員会であり、パイロットプロジェクトにかかわる現場レベルでの調整を担当する。県及びタンボンまたはテッサバンの関係者がメンバーとなる。

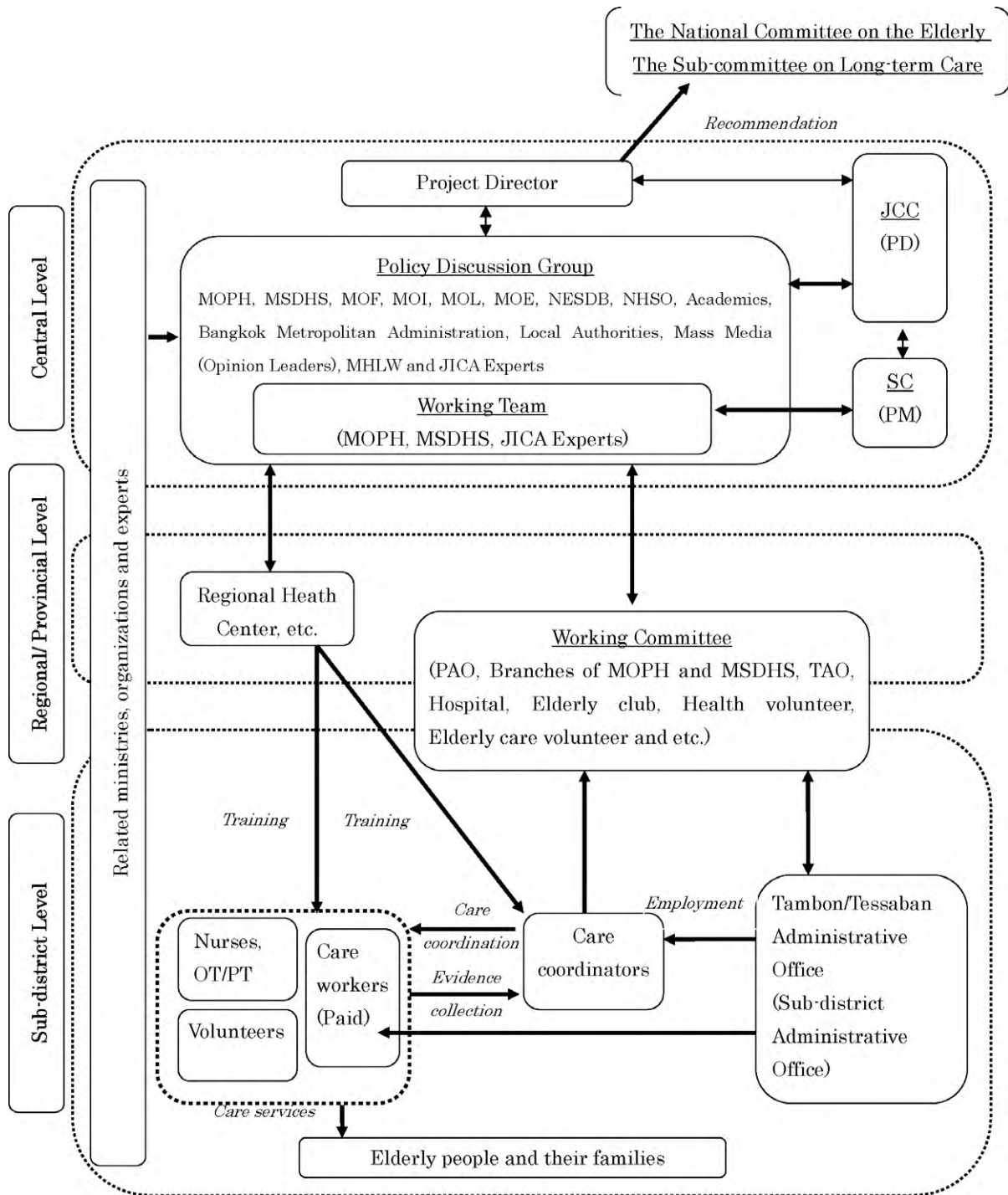


図-5 想定されるプロジェクト実施体制

4-5 プロジェクト・デザイン

上位目標： 高齢者の介護に関する政策提言が国家政策に反映される
プロジェクト目標： 高齢者の介護に関する政策提言が関係省庁に受理される
成果： 1：パイロットプロジェクトによるエビデンスと日本・タイ両国の知見に基づいて、高齢者介護に関する政策提言が作成される 2：パイロットプロジェクトサイトにおいて、「モデルサービス」が開発され、効果的・持続的な形で実施される 3：ケアワーカーとケアコーディネーターの養成プログラムが開発される
活動： 1-0 「政策ディスカッショングループ」を組織する 1-1 タイにおける要介護高齢者対応に関する関連法案や計画のレビューを行う 1-2 タイの政策担当者、学識経験者が日本を訪問し、日本の介護に関する現状について視察し、議論する 1-3 日本の政策担当者、学識経験者がタイを訪問し、介護について議論する 1-4 タイの政策担当者、学識経験者を対象として財政面のインプリケーションを含め要介護高齢者への対応に関するセミナーを実施する 1-5 「政策ディスカッショングループ」のタイ側メンバーが政策提言の案を作成する 1-6 タイの要介護高齢者対応やプロジェクトの経験に関する ASEAN 向けセミナーを開催する 2-1 エビデンスを特定し、必要な情報を収集する 2-2 パイロットプロジェクトサイトを選定する 2-3 各サイトでパイロットプロジェクトの関係者特定、作業委員会立ち上げを行う 2-4 各サイトでベースライン/サーベイを実施する 2-5 タイと日本における介護の現状につき研究する 2-6 「モデルサービス」案、オペレーションマニュアル案を作成する 2-7 各サイトで「モデルサービス」案に関するワークショップを実施する 2-8 スタッフ向け研修を計画・準備する 2-9 各サイトでケアワーカーとケアコーディネーターを雇用する 2-10 各サイトでモデルサービスセンターを設置する 2-11 各サイトでケアワーカーとケアコーディネーターの養成研修を行う 2-12 要介護高齢者を対象として「モデルサービス」を提供する 2-13 「モデルサービス」の効果をモニタリングする（エビデンスの情報収集を行う） 2-14 「モデルサービス」の実施をモニタリングし、オペレーションマニュアルを改訂する 2-15 各パイロットプロジェクトでの経験を基に「モデルサービス」を確定する 2-16 エビデンスを基に「モデルサービス」の効果を分析する

2-17 「モデルサービス」に関する国内セミナーを実施する

- 3-1 中央行政官、地方行政官、ケアコーディネーターを対象としたケアマネジメント、専門的介護サービス研修を計画・準備する（必要なリソース、講師、カリキュラム、教材等）
- 3-2 中央行政官、地方行政官、ケアコーディネーターを対象としたケアマネジメント、専門的介護サービスに関する本邦研修を実施する
- 3-3 パイロットプロジェクトのケアワーカーを対象とする国内研修を計画・準備する（必要なリソース、講師、カリキュラム、教材等）
- 3-4 パイロットプロジェクトのケアワーカーを対象とする国内研修を実施する

(1) 政策提言作成

- ・上位目標の政策提言が「計画に反映され実施される」は、「（補助金的にでも）予算が付き国のプログラムとしていくつか実施される」というレベル、プロジェクト目標の「関係省庁に受理される」は、「使える政策提言として、例えば、予算要求の根拠などにされる」レベル、成果の「作成される」は、「モデルサービス事業の経験・エビデンスの検証も踏まえた政策提言がまとめられる（書き物ができる）」レベルを想定している。
- ・プロジェクトで作成する政策提言は、より効果的で財政的にも持続的な施策、サービスに向けた国家政策の改訂をめざすものである。ついては、サービスの費用積算に加えて、費用対効果や現在の老齢給付（各種基金、手当）の財源見通しについて可能な範囲で分析し、財政面のインプリケーションを含む政策提言とする必要がある。

(2) モデルサービスの開発・実施

- ・モデルサービスセンターを自治体レベルのタンボン健康増進病院（保健所）、高齢者福祉センター等に設置する。
- ・センターのスタッフは、ケアコーディネーター、ケアワーカー、保健ボランティア、高齢者ボランティアを想定し、ケアコーディネーター、ケアワーカーは地方自治体に雇用される（あるいは、既にされている）者を想定している。
- ・基本的なサービスの種類としては、センターに訪問した要介護者に対する介護サービス、センターから要介護者宅にスタッフが訪問する在宅介護サービスなどを想定。医療的対応が必要な場合は、タンボン健康増進病院もしくはコミュニティ病院の医師・看護師・理学療法士（PT）・作業療法士（OT）がサービスに参加。介護料については有料（低所得者については配慮）を想定している。また家族介護のレスパイト機能に鑑み、デイサービス（お泊りサービス含む）のニーズがあるので、サービスの種類については各サイトで提供できる施設、リソースを見極めて検討すること予定である。
- ・パイロットプロジェクトの指標となるサービス提供者、利用者の満足度調査等エビデンスについては、各パイロットプロジェクトの内容とサービス利用者の状況を踏まえつつ、ベースライン/サーベイ後、速やかに確定する必要がある。エビデンス収集におけるインパクトには、家族介護に起因する離職による経済的なロスなどにも注目する。
- ・モデルサービスは、他自治体への波及・展開を想定していることから、高齢者をとりまく環境や自治体の能力などの差異が出るよう、農村部・都市部、行政能力の比較的高い

自治体・そうでない自治体から4～6カ所選定される予定である。CTOPのモデルサイトでコミュニティベースの包括型サービスという基盤を利用して本プロジェクトとの相乗効果を上げることも重要である。現時点の候補は、バンコク、ノンタブリ（CTOP サイト）、ナコンラチャシマ、コンケン（CTOP サイト）、スラタニ（CTOP サイト）、チェンライ（CTOP サイト）。これらの自治体については、自治体による予算確保に問題がないか、コンケンのように自治体の財政が厳しい場合は中央政府による当面の予算措置も含め確認のうえ、早期にサイトを決定する予定である。

(3) 介護人材の育成

- ・既存の人材養成の仕組みとしては、高卒レベルが対象となる私立の専門学校 27 校で、420 時間のカリキュラム、かつほぼ各校同様な教材で行われている。しかし、正式な資格もなく、卒業生が病院等で何らかの介護的業務に就くのも一般的ではない状況である。
- ・本プロジェクトは、既存の資料で活用できるものは活用しつつ、ケアコーディネーター、ケアワーカーの研修に必要なプログラムと教材を取りまとめる。研修教材は、MOPH 等関係者が本邦研修等で本邦の制度を参考にしながら、タイに合う形を長期・短期専門家とともに検討する。
- ・研修実施場所は、本邦研修のほか、MOPH 管轄の Regional Health Center などを活用し実施する予定（またそれら Center が存在しないケースなど、場所によっては MSDHS の高齢者福祉センター等を活用することもあり得る）である。

4-6 投入

タイ側には、高所得中進国として一層のコストシェアを申し入れ、MOPH からは本邦研修経費（一部人数分の負担等）やセミナー経費などのコストシェアにつき、基本的に理解を得た。

日本・タイ国側双方の現時点での投入計画は以下のとおり。

(1) 日本側

- ①長期専門家：チーフアドバイザー、地域介護、業務調整
- ②短期専門家：プロジェクトの効果的な実施のため、必要に応じて、高齢者福祉行政、介護技術、介護教育などの分野を含む短期専門家を派遣する予定
- ③本邦研修：
 - ・「高齢者福祉行政」：10名程度×4回
 - ・「介護技術研修」：10名程度×4回
- ④ASEAN 向け地域セミナー実施費用（コストシェア）

(2) タイ国側

- ①カウンターパート人員の配置
 - プロジェクト・ディレクター（MOPH 次官）
 - 共同プロジェクト・ディレクター（MSDHS 次官）
 - プロジェクト・マネジャー（MOPH 次官補/局長レベル）
 - 共同プロジェクト・マネジャー（MSDHS 局長レベル）
 - カウンターパート（MOPH 各室・局関係者、MSDHS 各局関係者）

- ②プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供、秘書、アシスタント
- ③プロジェクト運営費用（セミナー実施費用（コストシェア）、研究謝金、国内研修費用、パイロットプロジェクト運営費用、研修教材開発費用、国内研修実施費用など）
- ④その他（a）電気・水道などの運用費、（b）その他

4-7 評価の時期

本プロジェクトの評価については、以下のタイミングで実施することを予定している。

- 事業中間時点：中間レビュー
- 事業終了6カ月前：終了時評価
- 事業終了3年後：事後評価

4-8 協力実施の際の留意点

(1) MSDHS のコミットメント

MOPH による関係機関に対するプロジェクト実施体制に係る了解取りつけ（特に MSDHS における本プロジェクトを実施するにあたっての体制、各種コミットメントについての同省上層部からの確認）について、JICA タイ事務所にフォローを依頼した（詳細計画策定調査時点。後に確認が取れ、同省も R/D に署名）。

(2) 複数機関との調整

要介護高齢者対応に関する政策策定・実施には複数の省庁が関係する。主に医療と福祉をそれぞれ管轄する MOPH と MSDHS であるが、そのほかにも介護人材養成を行う教育省や労働省、介護に対する財政支援を行う NHSO、自治体、財務調査や予算策定を行う財務省等、多数ある。政策提言を作成するにあたり、MOPH と MSDHS は必要な場面で必要な機関の参加が得られるよう、情報共有と機関間調整を図る。

第5章 評価結果

5-1 評価5項目の評価結果

5-1-1 妥当性

本プロジェクトは以下に述べるとおり、タイの開発政策、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、課題解決の手段としても適切である。よって、妥当性が高いと見込まれる。

(1) タイ国の開発政策との整合性

タイ政府の「第11次国家経済社会開発計画」（2012～2016年）では、高齢者介護の施策が独立した項目として述べられているわけではないが、高齢者がより生産的な労働力となるよう、その安全保障や価値を高めることであり、そのための手段として、多様なステークホルダーの参加の下、医療と社会福祉が統合的な形で発展すべきであり、高齢者介護のコミュニティモデルの好例が他地域と共有されるべきである、と述べられている。

高齢者福祉に特化した機構としては、MOPH、MSDHS、内務省等複数の省庁によって構成される「国家高齢者委員会」がある。議長は首相が務め、事務局はMSDHSの高齢者エンパワメント局が担っている。同委員会が策定・実施している「第2次国家高齢者計画」（2002～2021年）では「高齢期の保護を確立することはすべての関係者（高齢者、家族、コミュニティ、国家）の参加によって社会を強化するプロセスである」と述べられ、以下の5つの戦略が掲げられている。①質の高い老後の備え、②健康増進や社会参加等の促進、③社会的保護の充実、④関連システム・人材の整備、⑤政策の検証・施策の実施。このうち、「③社会的保護の充実」という戦略の下に、家族・介護者のための施策があり、高齢者の家族との同居生活を極力長期化することや、家族介護者に対して有用な知識と情報を与えることが奨励されている。また、別の施策として、サービスシステムと支援ネットワークに関するものがある。これは「医療と福祉を同時に包含する在宅ケアモデルにより、高齢者がアクセス・利用できるサービス（長期在宅ケアを含む）を確立させること」を目標としており、家族介護を中心に据えつつも、それを支援する体制、具体的には高血圧、糖尿病、脳卒中等の治療が在宅で行われるようにすることをねらいとしている。

(2) タイの開発ニーズとの合致度

タイの総人口は現在約6,912万人で、うち65歳以上の高齢者は約614万人と人口の8.9%を占める。東アジア地域、東南アジア地域のなかでは日本と韓国を除いて最も高齢化が進んでいる状況にある。さらに、タイにおける高齢化の特徴はこれだけにとどまらず、高齢化の加速度が大きいことも指摘されている。タイでは2001年に高齢者が7%以上を占める「高齢化社会」に突入したが、23年後（2024年）には同割合が14%以上となる「高齢社会」となると推定されている。この高齢化のスピードは日本（24年間）をも凌ぐものである。

要介護高齢者に関する全国データは確認できていないが、MSDHSが所管する入所施設は原則として自立高齢者を受け入れる施設であるにもかかわらず、入所者1,298名のうち、343名が半自立高齢者、294名が非自立高齢者である。また、入所者全体の2割程度が寝たきりや認知症を患っているとのことである。これらのことから、要介護高齢者は一定数

いと推察できる。国連の人口推計の数値をベースに推計すると、2025年には65歳以上の要介護者高齢者数は100万人以上に達するものと考えられる。

高齢者の世帯状況も変化している。子と同居している高齢者の割合は1986年の77%（都市部、農村部ともに同率）から2007年には59%（都市部65%、農村部57%）に減少している。同期間の高齢者単身世帯の割合は4.3～7.6%に、高齢者夫婦のみ世帯の割合は6.7～16.3%に増加しており、家族介護が一般的であるとされる社会において脆弱な高齢者世帯が増加していることがうかがえる。家族介護も効率的には行われておらず、介護技術も十分でないとされる。介護する側の家族に関しても、介護疲れのケースが少なからず報告されており、要介護高齢者が今後も増加するであろう状況に鑑みれば、日本のように介護疲れが社会問題化することも懸念される。タイの関連省庁もさまざまな取り組み（MOPHによるデイケアのモデル実施、医療機関によるリハビリテーション活動等、MSDHSによる高齢者ボランティアの養成や高齢者福祉開発センターの設置（ただし、地方自治体に権限移譲予定）等）を始めているが、要介護高齢者のニーズと実際に提供されている介護のギャップが存在しており、サービスの公平性等の観点から大きな課題となっている。

(3) 日本の援助政策

2012年7月に閣議決定された「日本再生戦略」では、「世界における日本のプレゼンス（存在感）の強化」という項目において「人口減少・少子高齢化社会への対応等日本の課題は世界が直面していく課題であり、日本が先頭に立って解決していく」としている。また、これらの取り組みにあたっては、「ODAも戦略的に活用しつつ、わが国は新たな成長・国際貢献のモデルを世界に提示していく」ことが示されている。

日本の「対タイ国別援助計画」の対タイ協力の方向性において、「タイとの協力経験は今後他のアジア諸国等に対しても、その発展過程で新たな協力関係を構築していくための先行的試みとなり得る」とあり、「先行事例への取り組み」を重視している。東南アジアの近隣諸国でも今後急速に高齢化が進むことが予想されていることから、本プロジェクトの先行事例としての汎用性は高く、対タイ協力の方向性に合致している。

また、同計画の重点協力分野に「社会の成熟化に伴う問題への対応」が位置づけられており、今後、タイは発展に伴う社会構造の変化に直面し、少子高齢化問題が深刻化していくことが予想され、これら社会の成熟化に備えた制度整備及びこれに関連した人材育成に対し協力を行うことがうたわれている。また、国別事業実施計画においても開発課題「高齢化対策」で、高齢化社会に対応するための政府の政策策定を支援するとともに、コミュニティ強化による高齢者へのサービス拡充（ケア）、高齢者の社会活動への参加促進（生活、生き甲斐等）に関する行政の施策実施能力を強化する「高齢化対策プログラム」が設定されており、本プロジェクトは同プログラムのなかの1つに位置づけられている。

(4) 課題解決としての手段の適切性

第一に、期限付きのパイロットプロジェクト実施にとどまらず、政策レベルへのインパクトをねらったアプローチである。パイロットプロジェクトを3年間（3つのPDCAサイクル）実施して得られる経験をモデルとしてまとめ、財務分析を併せて行うことで、エビデンスに基づく政策提言が可能となる。また、タイの社会文化・経済的状况を汲んだ内容

とすること、介護人材養成プログラムを加えることで、より実効性の高い提言となり得る。本プロジェクトで取り組むのは、タイ政府にとって初めての公的介護サービスとなるが、国家政策に反映させることで国家プログラムとして全国へ展開されることが望まれる。

第二に、日本の経験や実績を十分に生かすことができる。日本も 1980 年代に急激な高齢化を経験した後、医療と福祉が一体となって介護対策が行われるようになった。1990 年代には介護基盤整備が進み、介護保険制度が導入されるまでに至った。この間、生産年齢人口の減少に伴う労働力の縮小、退職年齢以後の生活維持のための所得補償、高齢者特有の疾病に対応する医療・介護予防、介護・医療サービスの連携・調整等、高齢化に伴うさまざまな課題に直面してきた。今後タイにおいても多少の差はあるが、同様の課題に直面すると思われる。実際に日本でどのような課題や変化があったのか、政府はどのように対応してきたのかという日本の経験を共有することは、単に介護に関する知識・技術の紹介を行うだけでなく、タイにおける今後の公的介護サービスのあり方について共に議論し、政策提言としてまとめるにあたり極めて有用である。

5-1-2 有効性

以下の理由により、有効性は高いと見込まれる。

(1) プロジェクト目標と成果の因果関係

要介護高齢者への対応に関する政策提言が関係省庁に受理されるためには（プロジェクト目標）、その政策提言の内容が効果的で持続的な公的介護サービスの提供につながるものである必要がある。そのために本プロジェクトでは、地域性や行政能力が異なる複数の自治体においてパイロットプロジェクトとして公的介護のモデルサービスを試行・開発する（成果 2）。これらのパイロットプロジェクトを通じて、サービスの費用対効果の検証を行うほか、今後の費用負担や財源確保を含むサービス運営のあり方について示唆が得られる見込みである。これらをエビデンスとして、タイ・日本両国の政策担当者や有識者が双方の経験をもとに議論・分析することで（成果 1）、タイの社会文化・経済的状况に応じた政策提言を作成することが可能となる。また、介護人材についてもパイロットプロジェクトでの試行を通じて、人材養成カリキュラム・教材案が作成され（成果 3）、公的介護サービスを支える重要な要素として提言に含まれる。このように各成果が有機的につながった結果として、関係省庁に有用と認められる（＝受理される）政策提言が作成されることが見込まれる。

(2) プロジェクト目標達成の検証の留意点

プロジェクト目標の指標は「プロジェクト終了時まで、政策提言が（有効性と財政的持続性の観点から）国家政策策定の基礎として有用であると関係省庁に認められる」となっている。有効性を検証する項目に関して、政策策定にかかわる関係省庁との共通認識を得たうえで早期に確定し（活動 2-1）、情報収集を行う必要がある。同様に財政的持続性についても、関係省庁との協議を通じて、費用負担や財源負担の検討が可能となる情報を早期に特定することが重要である。

5-1-3 効率性

以下の理由により、効率的なプロジェクト実施が見込まれる。

(1) 成果達成の見込み

政策提言作成（成果 1）にあたって、タイ・日本両国の政策担当者や有識者が双方の経験・現状を十分に把握する。介護人材養成（成果 3）を含むパイロットプロジェクト実施（成果 2）からもフィードバックが行われる計画となっている。各成果の産出に十分な活動が計画されており、また、各活動が有機的に実施されるよう順序も適切に検討されている。

(2) 既存リソースの活用

第一に、CTOP のリソース、ノウハウを含めて経験を活用できる。CTOP で本邦研修やタイ国内研修で知識・経験を得た人員（実施機関や対象地域の行政官等）が引き続き本プロジェクトにかかわることが想定される。また、CTOP で導入した協働モデルが本プロジェクトでもサービス提供のベースとして活用できる。例えば、病院から退院した高齢者を対象とした通所施設（リハビリテーションセンター、ノンタブリ県）、高齢者の居住する地区を巡回する際の医療・福祉行政の連携（スラタニ県）等の取り組みアプローチは本プロジェクトでも共通するものであり、大いに経験を活用できる。

第二に、現在、MOPH に個別派遣専門家が派遣されており、前任者も含めて本プロジェクトの形成段階から MOPH を支援している。同専門家は本プロジェクト開始後にチーフアドバイザーとして着任する予定である。プロジェクト形成の経緯を理解している同専門家が支援すること、また、CTOP 専門家を含めて同専門家により MOPH との良好な関係が構築されていることから、効率的なプロジェクトの開始・運営が期待できる。

第三に、現在、高齢化対策分野のボランティア〔作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、ソーシャルワーカー（SW）〕が派遣されており、今後も派遣継続の予定である。本プロジェクトで実施されるパイロットプロジェクトサイトにボランティアが派遣されている可能性もある。緩やかな連携の下、効率的な活動実施が可能になり、相乗効果が期待される。

(3) タイ側とのコストシェア

中進国化しつつあるタイとコストシェアにより本プロジェクトを実施する。通常日本側の投入となるセミナー開催の一部をタイ側も負担する予定となっている。

(4) 成果産出に影響する外部要因

成果の産出に影響する重要な外部要因は現時点では指摘されていない。ただし、プロジェクトがコントロールすべき内部要因（リスク）の 1 つとして、研修を受けた人材の退職・異動が考えられる。プロジェクト開始後、この要因の発生を防ぐ、または発生時の他の活動への影響を最小化するための手段を明確にしたうえでモニタリングをしていく必要がある。

また、本プロジェクトの実施機関として、責任官庁は MOPH、共同責任官庁は MSDHS である。介護サービスの実施にあたり医療と福祉の連携は必須であることから、両機関の

連携も必須である。MSDHS については、本詳細計画策定調査では局長・次官級との議論ができず、M/M への署名を得られなかった。プロジェクトの実施にあたっては細やかな情報共有と両者による意思決定が不可欠である。

(5) 成果検証の留意点

パイロットプロジェクトの指標となるサービス提供者・利用者の満足度調査については、各パイロットプロジェクトの内容とサービス利用者の状況を踏まえつつ、ベースライン/サーベイ後、速やかに確定する必要がある。また、マニュアルや教材の完成をもって達成を検証する指標は、それぞれのユーザーの使いやすさを補完的に確認することで検証の精度が高まる。

5-1-4 インパクト

正のインパクトが以下のとおり見込まれる。現時点では負の影響は予想されない。

(1) 上位目標の達成の見込み

国家政策策定の基礎となる政策提言が関係省庁に受理されることにより、これを反映した国家政策の改定（上位目標）が期待できる。ただし、プロジェクト目標の指標にもなっているが、国家政策への反映に着実につながる政策提言である必要がある。そのためには指標で規定されているように、国家施策として全国に展開する意義が認められるよう、強固なエビデンスに基づいてモデルサービスの有効性を示すこと、実行可能で持続的な財政的インプリケーションを含むことが重要である。

なお、外部条件に設定されているが、「国家高齢者計画」等の国家計画が定期的に改定されることが必要であり、計画改定の準備・進捗状況をモニタリングし、提言発表のタイミングを的確に図ることが重要である。

(2) その他の正のインパクト

本プロジェクトでパイロットプロジェクトとして実施されるは国内 4~6 の自治体であるが、この経験が将来的に国家プログラムとして展開される際には、他自治体においても公的介護サービスの導入、改善が期待できる。

また、高齢化は ASEAN 諸国で共通してみられる傾向であり、ASEAN でも議論されているテーマである。タイはケアマネジメントに関するワーキンググループの担当であり、将来的に同地域のケアマネジャー（本プロジェクトのケアコーディネーターに相当）養成を主導したいとのことである。ASEAN 統合を見据え、同地域で最も高齢化が進んでいるタイが、本プロジェクトのケアコーディネーター養成のノウハウを基に、他国の高齢化や要介護高齢者対応に関してリーダーシップを発揮することが見込まれる。

(3) 負の影響を生まないための留意点

現時点では負の影響は予想されない。

プロジェクトによる公平な受益を担保するため、パイロットプロジェクトの実施において、ジェンダー視点を踏まえた活動を実施するほか、パイロット的に導入する介護サービ

スが有料となる際に低所得者に対して補助金が提供されるなどの配慮が必要となる。また、身体的、経済的、社会的要因によりアクセスが制限される高齢者の参加が排除されない点も考慮する予定である。

5-1-5 持続性

以下の状況・条件が継続することにより、プロジェクト終了後も本事業の効果は相手国政府により継続されるものと見込まれる。

(1) 政策・制度面

5-1-1(1)の項で述べたとおり本プロジェクトはタイ政府の上位政策と整合している。「第11次国家経済社会開発計画」は2016年までの計画であるが、高齢化や少子化が進行している状況からも、「高齢者がより生産的な労働力となるよう、その安全保障や価値を高めることであり、そのための手段として、多様なステークホルダーの参加の下、医療と社会福祉が統合的な形で発展すべきであり、高齢者介護のコミュニティモデルの好例が他地域と共有されるべきである」という理念は次期計画に引継がれるものと思われる。また、「第2次国家高齢者計画」は2021年までの計画であり、本プロジェクト終了時でも高齢者の家族との同居生活を極力長期化することや、家族介護者に対して有用な知識と情報を与えることが奨励されている。

高齢者への公的介護サービスは制度として未整備であるが、この部分はモデルサービス試行や財務分析を通じて政策提言を行っていくものであり、この成否によるところが大きい。

(2) 組織・財政面

介護サービスの提供にあたり主要機関となるのは、今後もMOPHとMSDHSである。高齢者介護に関連する業務を所管するのは、MOPHでは保健局（Department of Health）、医療サービス局（Department of Medical Services）、精神衛生局（Department of Mental Health）、事務次官室（Permanent Secretary Office）である。MSDHSでは社会開発・福祉局（Department of Social Development and Welfare）と社会的弱者の福祉推進・保護エンパワメント局（Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups : OPP）である。各省内では定期的または必要に応じて情報共有が行われている。なお、要介護者を対象とした事業は第2章で述べたとおりであり、MOPHとMSDHS以外も含めて複数の省庁が直接的・間接的なサービスを行っているが、国家高齢者委員会（MSDHSが事務局）で国家戦略・目標が共有され、進捗状況が共有されている。多数の機関がかかわるサービス実施においてはこの機能が継続することが不可欠である。

本プロジェクトの実施機関に限って言えば、MOPHは2009年以降、省全体の予算は増加している（2012年、200,530.40百万バーツ）。他方、MSDHSは2008～2011年まで同額であったが、2012年にわずかに減少した（同年、176,591,900百万バーツ）。MSDHSは本省から地方の支所を通して所管施設に予算が移譲されているが、コミュニティのレベルでは予算が減少しているとのことである。本プロジェクトでパイロットプロジェクトを実施する自治体のうち財政状況が厳しい自治体に対しては、中央政府から予算措置がなされ

る。これら自治体はパイロットプロジェクト終了後の予算計画をどのように行うか、また、将来、本プロジェクトのモデルが他自治体に展開する際、同様の状況にある自治体はどのように対応するかなどについて、本プロジェクト終了時までに対応策を明らかにする必要がある。

(3) 技術面

本プロジェクトは、タイ政府にとって初めての公的介護サービスを導入するものであるが、全く新しいものが適用されるわけではない。パイロットプロジェクトでは各自治体のニーズと能力に基づいてサービス内容や方法が決定される。また、日本・タイ両国の行政官と有識者が日本の経験やタイの現状ニーズを共に把握・分析することにより、タイ政府にとって適用可能な公的サービスのあり方が提言されることになっている。

また、本プロジェクトではモデルサービスの効果分析や財務分析を行う。財務省が財務分析を実施しているほか、タイ国内には高齢者介護に関する研究を行う大学や研究機関があり（マヒドン大学、タマサート大学、チュラロンコン大学等）、MOPHとMSDHSはこれまでも研究委託の実績がある。これらの機関との連携・情報共有を継続することで、政策策定に必要な情報データのアップデートが期待できる。

付 属 資 料

1. 協議議事録 (M/M)
2. PDM (和文)

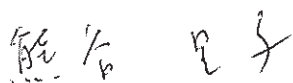
MINUTES OF MEETINGS
ON
DETAILED PLANNING SURVEY FOR THE PROJECT OF LONG-TERM CARE
SERVICE DEVELOPMENT FOR THE FRAIL ELDERLY
AND OTHER VULNERABLE PEOPLE
BETWEEN THE GOVERNMENT OF THE KINGDOM OF THAILAND
AND JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

The Japanese Detailed Planning Survey Team (hereinafter referred to as “the Team”) organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Mitsuko KUMAGAI visited Thailand from 15 August, 2012 to 22 August, 2012 for the purpose of working out the details of the technical cooperation program based on the application proposed by The Government of the Kingdom of Thailand (hereinafter referred to as “GOT”) for the Long-term care service development for the frail elderly and other vulnerable people (hereinafter referred to as “the Project”).

During its stay in Thailand the Team exchanged views and had a series of discussions with GOT with respect to desirable measures to be taken by JICA and GOT for the successful implementation of the Project.

As a result of the discussions, the Team and GOT agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

Nonthaburi, 22 August, 2012



Ms. Mitsuko KUMAGAI
Leader
Japanese Detailed Planning Survey Team,
Japan International Cooperation Agency



Dr. Chanvit Tharathep
For Permanent Secretary
Ministry of Public Health,
The Kingdom of Thailand

THE ATTACHED DOCUMENT

1. Participants of the discussions

(1) Japanese side

Ms. Mitsuko Kumagai (JICA), Mr. Shintaro Nakamura (JICA), Dr. Yutaka Horie (Ministry of Health, Labor and Welfare (hereinafter referred to as "MHLW")), Mr. Kazuhisa Takahashi (MHLW), Ms. Kumiko Igarashi (MHLW), Mr. Seiju Imai (JICA) and Ms. Junko Noguchi (FASID)

(2) Thai side

Dr. Chanvit Tharathep (Senior Advisor for Health Service System Development, Permanent Secretary Office, Ministry of Public Health (hereinafter referred to as "MOPH")), Ms. Suwanee Horwiwat (Director of Social Welfare Service Standard Division, Department of Social Development and Welfare, Ministry of Social Development and Human Security (hereinafter referred to as "MSDHS")) and other persons

2. Framework of the Project

As a result of the discussions, both sides shared the common view on the framework of the Project as shown in ANNEX II and ANNEX III.

3. Input

(1) Input by JICA

JICA will take, at its own expense, the following measures under the technical cooperation scheme.

(a) Dispatch of Japanese experts

JICA will provide the services of the Japanese experts.

(b) Training of Thai personnel in Japan

JICA will receive the Thai personnel concerned with the Project for technical training in Japan. MOPH expressed their understanding of the necessity for the "cost-sharing."

(c) Cost to conduct seminars (shared with Thai side)

(d) Other necessary cost for operation of the pilot projects (equipment, if necessary)

(2) Input by GOT

GOT will take necessary measures to provide at its own expense:

- (a) Services of GOT's counterpart personnel and administrative personnel as referred to in 4.;
- (b) Suitable office space with necessary equipment;
- (c) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the equipment provided by JICA;
- (d) Means of transport and travel allowances for the JICA Experts for official travel within Thailand;
- (e) Suitable furnished accommodation for the JICA Experts and their families;
- (f) Information as well as support in obtaining medical service;
- (g) Credentials or identification cards;
- (h) Available data (including maps and photographs) and information related to the Project;
- (i) Running expenses necessary for the implementation of the Project;
- (j) Expenses necessary for transportation within Thailand of the equipment as well as for the installation, operation and maintenance thereof;
- (k) Necessary facilities to the JICA Experts for the remittance as well as utilization of the funds introduced into Thailand from Japan in connection with the implementation of the Project;
- (l) Secretaries and assistants to JICA Experts;
- (m) Cost to conduct seminars (shared with Japanese side);
- (n) Cost for research activities by Thai academics;
- (o) Cost for operation of the pilot projects (including human resource cost for care coordinators, care workers and administrative cost for the operation of the Model Services Center) ;
- (p) Cost to develop training materials;
- (q) Cost to conduct in-country trainings (at the pilot project sites); and
- (r) Other necessary cost for operation of the pilot projects.

※JICA and GOT will consult each other whenever any major issues arise in the course of Project implementation.

4. Implementation Structure

The Project organization chart is given in the Annex IV. The roles and assignments of relevant organizations are as follows:

(1) Implementation Agency

(a) Project Director

Permanent Secretary of MOPH as the Project Director and Permanent Secretary of MSDHS as the Project Co-Director will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.

The Project Director will also be in charge of convening, organizing and presiding over the Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") in collaboration with the JICA Experts of the Project.

(b) Project Manager

Deputy Permanent Secretary or Director General of MOPH assigned by the Project Director as the Project Manager and Director General of (a certain: to be determined) Department, MSDHS as the Project Co-Manager will be responsible for the management of the Project.

The Project Manager will assign the administrative personnel of the Project as the counterparts to ensure necessary coordination and monitoring among the related stakeholders according to the necessity.

The Project Manager will also be in charge of convening, organizing and presiding over the Steering Committee (hereinafter referred to as "SC") in collaboration with JICA Experts of the Project.

(2) Related Organization

Ministry of Finance (hereinafter referred to as "MOF"), Ministry of Interior (hereinafter referred to as "MOI"), Ministry of Labor (hereinafter referred to as "MOL"), Ministry of Education (hereinafter referred to as "MOE"), National Economic and Social Development Board (hereinafter referred to as "NESDB"), National Health Security Office (hereinafter referred to as "NHSO"), Thailand International Development Cooperation Agency (hereinafter referred to as "TICA") and Bangkok Metropolitan Administration.

(3) The Japanese Experts

The JICA Experts will give necessary technical guidance, advice and recommendations to GOT on any matters pertaining to the implementation of the Project.

(4) Joint Coordinating Committee

JCC will be established in order to facilitate inter-organizational coordination. JCC will be held at least twice a year and whenever deems it necessary.

JCC will approve an annual work plan, review overall progress, conduct monitoring and evaluation of the Project, and exchange opinions on major issues that arise during the implementation of the Project.

A list of proposed members of JCC and other related committees are shown in the Annex V.

5. Undertakings of GOT

GOT will take necessary measures to:

- (1) ensure that the technologies and knowledge acquired by the Thailand nationals as a result of Japanese technical cooperation contributes to the economic and social development of Thailand, and that the knowledge and experience acquired by the personnel of Thailand from technical training as well as the equipment provided by JICA will be utilized effectively in the implementation of the Project;
- (2) grant privileges, exemptions and benefits to the JICA Experts and their families, which are no less favorable than those granted to experts and members of the missions and their families of third countries or international organizations performing similar missions in Thailand.
- (3) Other privileges, exemptions and benefits will be provided in accordance with the Agreement of Technical Cooperation signed on November 5th 1981 between the Government of Japan and GOT.

ANNEX I	MAIN POINTS DISCUSSED
ANNEX II	PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)
ANNEX III	PLAN OF OPERATION (PO)
ANNEX IV	PROJECT ORGANIZATION CHART
ANNEX V	JOINT COORDINATING COMMITTEE AND OTHER COMMITTEES
ANNEX VI	LIST OF THAI COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
ANNEX VII	IMAGE OF "MODEL SERVICES"



ANNEX I

MAIN POINTS DISCUSSED

1. Current situation and challenges on long-term care
 - (1) Through the Project on the Development of a Community-based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model (known as "CTOP") and other experiences, MOPH and MSDHS found that there are many elderly persons who need long-term care such as bed ridden people.
 - (2) For such elderly persons, appropriate long-term care with clear individual goals based on an accurate assessment of their physical, mental and social conditions is needed. In other words, a systematic approach is necessary for such elderly persons.
 - (3) However, these elderly persons are usually cared by family members and volunteers in the community, who are not able to take a systematic approach. Thus, the care level is not high as expected. This gap between necessary care and actual situation makes problems in the equality of the long-term care provision and the quality of lives of elderly persons.
 - (4) In economic and social term, there is also a loss from not providing social support for long-term care. There are many people who have to leave their work due to their parents' long-term care. There is economic gain from social support on long-term care, which creates employment opportunities of care workers.
 - (5) Based on this recognition, Thai government has set the basic concept for long-term care, in which social supports such as temporary service at home or day-services will be provided for family care givers based on accurate assessment of individual situation.
 - (6) However, there is a gap between the basic concept and its realization. Thai concerned ministries and local governments have not found effective and feasible way, and development of appropriate care system needs to be shared nationwide to avoid the inequality of care services provision and the deterioration of elderly's quality of life.
 - (7) To fill such gaps, policy recommendations with solid evidences are needed on the issues including;
 - Economic and social implications of the lack of social support on long-term care as well as providing social supports on long-term care
 - Necessary and feasible long-term care service systems
 - Cost/benefit implications of the service systems
 - Human resource development implications of the service systems
 - Fiscal implications of service systems, and

Chit Pr

- Living environment (housing conditions) and other issues related to long-term care

2. Commitment by Thai Side

- (1) MOPH mentioned that the sites for the “Model Services” of the Project almost have been selected as follows; Bangkok, Nonthaburi, KhonKaen, NakhonRatchasima, ChiangRai and SuratThani (the sites will be determined later).
- (2) MOPH stated that MOPH should obtain the consent of the above-mentioned local governments (Municipality, Provinces) in terms of participation in the “Model Services”
- (3) MOPH stated above-mentioned local governments (Municipality, Provinces) which participate in the “Model Services” project secure the budget to provide the long-term care services (including the related fee for employment of care coordinators / care workers). If the local governments have difficulty to secure the budget on their own, the MOPH will bear that.
- (4) MOPH expressed that their understanding of the necessity for the “cost-sharing” in order to implementation of the Project and further contribution as the upper middle-income country.
- (5) MOPH expressed that MOPH examine the sustainability (including financial aspect) to provide the long-term care nationwide through the Project.
- (6) MOPH explained that the National Committee on the Elderly is held one to three times a year, and they will submit the policy recommendations to the Committee, by applying the empirical evidence obtained through the Project.
- (7) MOPH is responsible for making the related organizations such as MOF, MOI, MOL, MOE, NESDB, NHSO, TICA and related local authorities (Provincial Administrative Offices and Sub-district Administrative Offices) be fully informed of the Project and assure their participation in JCC and Policy Discussion Group.
- (8) MOPH stated that Regional Health Centers of MOPH (and Elderly Welfare Centers of MSDHS) could be possible resources for the training of care coordinators and care workers.

※The commitments mentioned above will be affirmed also by MSDHS before signing of the Record of Discussions of the Project.

3. Commitment by Japanese Side

MHLW of Japan expressed the cooperation for the Project through provision of their experience in Japan and mobilization Japanese resource persons related long-term care.

4. Duration of the Project

Thai side stressed that the duration of the Project should be five years. Because long-term care system is newly developed in Thailand, in order to verify the feasibility of the "Model Services" certain period of the implementation of the "Model Services" has to be repeated several times with necessary modification and improvement.

Japanese side understood the above-mentioned importance, but at the same time expressed the recent tendency of the necessity to produce the good result of the Project earlier, and the possibility of the shortening of the requested Project period.

5. Other Issues

MOPH explained that MOPH examine the validity and appropriateness of the setting up the licensing system for the care coordinator and care worker.

cut Th

⑤

Project Design Matrix (TENTATIVE) as of 22 August 2012

ANNEX II

Project Title: Project on Long-term Care Service for the Frail Elderly and other Vulnerable People*1

Project Period: October 2012 to August 2017 (tentative)

Target Group: Government officers concerned, service providers engaged in medical/welfare services for the elderly in pilot project sites*2, elderly people who need long-term care services and their family members in pilot project sites.

Narrative Summary	Objectivity Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>OVERALL GOAL</p> <p>Policy recommendations on the long-term care for the elderly are reflected in the Thai government policies.</p>	<p>1. National policies such as the National Plan for the Older Persons are revised, reflecting the policy recommendations.</p> <p>2. National programs on the long-term care for the elderly are implemented, reflecting the policy recommendations.</p>	<p>1. Revised national policies.</p> <p>2. National programs implemented.</p>	
<p>PROJECT PURPOSE</p> <p>Policy recommendations on the long-term care for the elderly are accepted by the relevant ministries and organizations.</p>	<p>By the end of the Project, policy recommendations are found useful (in terms of effectiveness and fiscal sustainability) as a basis of the national policy planning by the relevant ministries.</p>	<p>Record of the meeting with the relevant ministries.</p>	<p>National policies such as the National Plan for the Older Person are revised regularly as planned.</p>
<p>OUTPUTS</p> <p>1. Policy recommendations on the long-term care for the elderly are developed, based on the evidence from the pilot projects and Thai and Japanese knowledge and experiences.</p> <p>2. "Model Services" are developed and implemented in an effective and sustainable manner at pilot project sites.</p> <p>3. Training programs of the care workers*4 and coordinators are developed.</p>	<p>1. Policy recommendations are documented, which include "Model Services" with their financial arrangements.</p> <p>2-1. By the end of the pilot projects, evaluation results*3 of the pilot projects by the service users (the elderly persons and their family members) are improved.</p> <p>2-2. By the end of the pilot projects, evaluation results*3 of the pilot projects by the service providers (care workers, coordinators, local government officers in charge) are improved.</p> <p>2-3. Operation manual for "Model Services" is developed.</p> <p>3-1. Training curricula for the care workers and coordinators are developed.</p> <p>3-2. Training materials for the care workers and coordinators are developed.</p>	<p>1. Documented policy recommendations.</p> <p>2-1. Evaluation results.</p> <p>2-2. Evaluation results.</p> <p>2-3. Documented operation manual.</p> <p>3-1. Developed training curricula.</p> <p>3-2. Documented training materials.</p>	

[Handwritten signature]

D

out for

ACTIVITIES	Input	
	Japanese Side	Thai Side
<p>1: Policy Recommendations</p> <p>1-0. Organize the Policy Discussion Group.</p> <p>1-1. Review implementation status of related laws and plans in terms of the long-term care in Thailand.</p> <p>1-2. Thai policy makers and academics visit Japan to observe and discuss about the long-term care in Japan.</p> <p>1-3. Japanese policy makers and academics visit Thailand to discuss current situations on the long-term care.</p> <p>1-4. Conduct seminars on the long-term care and related issues for Thai policy makers and academics, including financial arrangements, with participation of Japanese and Thai resource persons.</p> <p>1-5. Based on the result of the above discussions, field visits, and seminars as well as the pilot projects for the development of "Model Services," Thai members of the Policy Discussion Group draft policy recommendations.</p> <p>1-6. Conduct seminar(s) on the long-term care in Thailand and experiences of the Project for neighboring countries.</p>	<p>1. Long-term experts: (1) Chief Advisor (2) Project Coordinator, etc.</p> <p>2. Short-term experts: (1) Related to Output 1: MHLW, its related organizations, local governments and academics, etc. (2) Related to Outputs 2 and 3: MHLW, its related organizations, academics, care institutions, local governments, etc.</p> <p>3. Cost to conduct visits and training in Japan (shared with Thai side): (1) Policy on elderly who need Long-term care (2) Training on care management</p> <p>4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side)</p> <p>5. Other necessary cost for operation of the pilot projects (equipment, if necessary)</p>	<p>1. Project Director (MOPH) and Co-Director (MSDHS)</p> <p>2. Project Manager (MOPH) and Co-Manager (MSDHS)</p> <p>3. Project counterparts (Relevant departments of MOPH, Relevant departments of MSDHS)</p> <p>4. Related organizations (MOF, MOI, MOL, MOE, NESDB, NHSO, TICA, and Bangkok Metropolitan Administration)</p> <p>5. Project office room for JICA experts and counterparts, secretaries and assistants to JICA experts, and meeting room</p> <p>6. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side).</p> <p>7. Cost for research activities by Thai academics</p> <p>8. Cost for operation of the pilot projects (including human resource cost for care coordinators, care workers and administrative cost for the operation of the Model Services Center)</p> <p>9. Cost to develop training materials</p> <p>10. Cost to conduct in-country trainings (at the pilot project sites)</p> <p>11. Other necessary cost for operation of the pilot projects</p>
<p>2: Pilot Projects for "Model Services"</p> <p>2-1. Identify evidences and necessary information to be collected. <C>*5</p> <p>2-2. Select pilot project sites. <C with L></p> <p>2-3. Identify pilot project participants and set up the Working Committee at each site. <L with C></p> <p>2-4. Conduct baseline survey at each site. <C with L></p> <p>2-5. Study detailed situations of long-term care services in Thailand and Japan. <C></p> <p>2-6. Develop a draft of "Model Services" and a draft operation manual. <C></p> <p>2-7. Conduct workshops at community level on the draft model at each site. <C with L></p> <p>2-8. Design and prepare the training for care workers and coordinators (necessary resources, lecturers, curricula, training materials, etc.) <C with L> *This activity consists of Activity 3-1 and 3-3.</p> <p>2-9. Employ care workers and coordinators at each site. <L></p>		

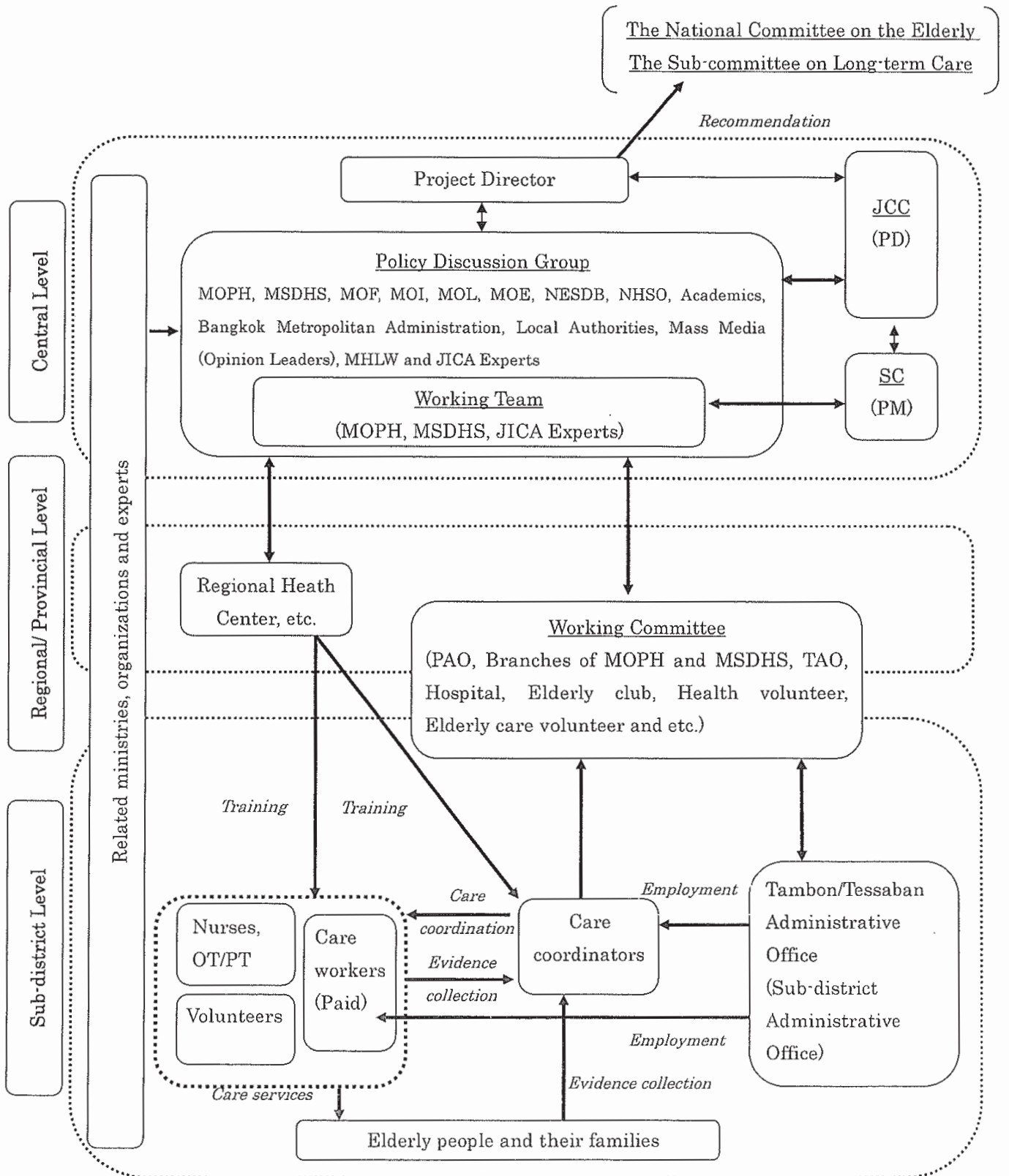
①

<p>2-10. Prepare for the Model Services Center at each site. <L with C> 2-11. Conduct trainings for care workers and coordinators of each project site. <C with L> 2-12. Provide “Model Services” to the elderly who need long-term care. <L with C> 2-13. Monitor the effects of the “Model Services” to collect necessary information for evidence development. <C with L> 2-14. Monitor the implementation of the “Model Services” to revise the operation manual. <C with L> 2-15. Finalize “Model Services,” based on the experiences of all pilot projects. <C with L> 2-16. Analyze the effects of the “Model Services” based on the collected information as solid evidence. <C with L> 2-17. Conduct domestic seminar(s) on the “Model Services.” <C></p>			
<p>3: Human Resource Development 3-1. Design and prepare training on care management and professional care services (necessary resources, lecturers, curricula, training materials, etc.) 3-2. Conduct trainings in Japan on care management and professional care services for staff of the ministries concerned, local authorities, care coordinators of the pilot project sites, etc. 3-3. Design and prepare the training for care workers (necessary resources, lecturers, curricula, training materials, etc.) 3-4. Conduct in-country training/workshops on care skills for care workers of the pilot project sites. <C></p>			<p style="text-align: center;">Pre-Conditions</p> <p>MOPH and MSDHS fully inform related ministries and organizations (MOF, MOI, MOL, MOE, NESDB, NHSO, TICA, and Bangkok Metropolitan Administration) on the Project and their expected roles within the Project.</p>

- *1 In the Project Title, “vulnerable people” means those who are in the condition similar to the frail elderly who need long-term care.
- *2 Four to six pilot project sites in rural and urban areas will be determined.
- *3 As indicators for Output 2, the contents and target of evaluation of the pilot projects will be specified in the early stage of the Project.
- *4 Care givers such as family members of the elderly and volunteers who provide care services for the elderly may participate in some activities of the Project.
- *5 “C” represents ministries and organizations at the central level and “L” represents organizations at the local level. <C with L> means that the ministries and organizations at the central level conduct the activity with the help of organizations at the local level.

CLM MP

PROJECT ORGANIZATION CHART



clt th



ANNEX V

JOINT COORDINATING COMMITTEE AND OTHER COMMITTEES

1. Joint Coordinating Committee: JCC

(1) Frequency:

At least twice a year and whenever the necessity arises.

(2) Function:

- To review and approve the annual work plan of the Project with the Project Design Matrix and the Plan of Operations.
- To review the annual progress of Project activities.
- To provide advice and support for furthering the Project activities and resolving problems occurred of the Project.
- To exchange views on major issues that may arise during the implementation of the Project, and so on.

(3) Members:

- Chairpersons: Permanent Secretary of MOPH (Project Director)
Permanent Secretary of MSDHS (Project Co-Director)

- Members:

Thai Side:

- Deputy Permanent Secretary or Director General of MOPH assigned by the Project Director (Project Manager)
- Director General of (a certain: to be determined) Department, MSDHS (Project Co-Manager)
- Representative of MOF
- Representative of MOI
- Representative of MOL
- Representative of MOE
- Representative of NESDB
- Representative of NHSO
- Representative of TICA
- Representative of Bangkok Metropolitan Administration
- Representative of Provincial Administrative Office (Pilot Project sites)
- Representative of Sub-district Administrative Office (Pilot Project sites)
- Deputy Permanent Secretary, MOPH
- Director General of Department of Health, MOPH
- Director General of Department of Mental Health, MOPH

clt TP

Q

- Director General of Department of Medical Services, MOPH
- Director General of Bureau of Empowerment for Older Persons, MSDHS
- Director General of Department of Social Development and Welfare, MSDHS

Japanese Side:

- JICA Experts
- Chief Representative of JICA Thailand Office
- Other officers nominated by JICA
(Observer: Embassy of Japan in Thailand)

2. Steering Committee: SC

(1) Frequency:

At least every three month and whenever the necessity arises.

(2) Function:

- To be a supplemental and administrative committee to JCC.
- To monitor the progress of the Project based on the Project Design Matrix and the Plan of Operations.
- To exchange to each other good practices of the Project.
- To discuss the issue and exchange the opinions for finding the measures to resolve the problems of the Project.

(3) Members:

- Chairpersons: Deputy Permanent Secretary or Director General of MOPH assigned by the Project Director (Project Manager)
Director General of (a certain: to be determined) Department, MSDHS (Project Co-Manager)
- Members:

Thai Side:

- Director of Bureau of Health Administration, Permanent Secretary Office, MOPH
- Director of Bureau of Policy and Strategy, Permanent Secretary Office, MOPH
- Director of Bureau of Health Promotion, Department of Health, MOPH
- Director of Bureau of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, MOPH

clt MP

- Director of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, MOPH
- Director of (a certain: to be determined) Division, Bureau of Empowerment for Older Persons, MSDHS
- Director of (a certain: to be determined) Division, Department of Social Development and Welfare, MSDHS
- Representative of Bangkok Metropolitan Administration
- Representative of Provincial Administrative Office (Pilot Project sites)
- Representative of Sub-district Administrative Office (Pilot Project sites)

Japanese Side:

- JICA Experts
 - Officer, JICA Thailand Office
 - Other officers nominated by JICA
- (Observer: Embassy of Japan in Thailand)

3. Policy Discussion Group: PDG

(1) Function:

- To discuss policies on long-term care for the elderly.
- (Thai Side) To make policy recommendations.
- (Japanese Side) To provide necessary information.

(2) Members:

- Chairpersons: Deputy Permanent Secretary or Director General of MOPH assigned by the Project Director (Project Manager)
Director General of (a certain: to be determined) Department, MSDHS (Project Co-Manager)

- Members:

Thai Side:

- Deputy Permanent Secretary, MOPH
- Director General of Department of Health, MOPH
- Director General of Department of Mental Health, MOPH
- Director General of Department of Medical Services, MOPH
- Director General of Bureau of Empowerment for Older Persons, MSDHS
- Director General of Department of Social Development and Welfare, MSDHS

cut 1/4

- Representatives of related Ministries and organizations
- Representatives of Academics
- (-Representatives of Provincial Administrative Office (Pilot Project sites))
- (-Representatives of Sub-district Administrative Office (Pilot Project sites))

Japanese Side:

- JICA Experts
- Representatives of MHLW
- (-Representatives of related ministries and organizations)
- (-Representatives of Academics)
- (Observer: Embassy of Japan in Thailand, JICA Thailand Office)

4. Working Team :WT

(1) Function:

- To coordinate and implement the activities of the Project
- To play the secretariat role for PDG.

(2) Members:

Thai Side:

- Director of Bureau of Health Administration, Permanent Secretary Office, MOPH
- Director of Bureau of Policy and Strategy, Permanent Secretary Office, MOPH
- Director of Bureau of Health Promotion, Department of Health, MOPH
- Director of Bureau of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, MOPH
- Director of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, MOPH
- Director of (a certain: to be determined) Division, Bureau of Empowerment for Older Persons, MSDHS
- Director of (a certain: to be determined) Division, Department of Social Development and Welfare, MSDHS
- (-Representatives of Provincial Administrative Office (Pilot Project sites))
- (-Representatives of Sub-district Administrative Office (Pilot Project sites))
- Other related personnel

Japanese Side:

-JICA Experts

5. Working Committee (WC)

(1) Function:

- To be set up in the each Pilot Project site.
- To be in charge of the Pilot Project implementation.

(2) Members:

- Representatives from Branches of MOPH and MSDHS
- Representatives of Provincial Administrative Office (Pilot Project sites))
- Representatives of Sub-district Administrative Office (Pilot Project sites))
- Other related resources (Hospital, Elderly club, Health volunteer, Elderly care volunteer, etc.)

The members of above mentioned Committees, Group and Team shall be discussed and decided at the beginning of the Project.

claf Tr

ANNEX VI

LIST OF THAI COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

The Government of Thailand will assign necessary personnel to ensure the smooth operation of the Project as follows;

1. Project Director:
Permanent Secretary of MOPH
2. Project Co-Director:
Permanent Secretary of MSDHS
3. Project Manager:
Deputy Permanent Secretary or Director General of MOPH assigned by the Project Director
4. Project Co-Manager:
Director General of (a certain: to be determined) Department, MSDHS
5. Counterparts:
 - Permanent Secretary Office, MOPH
 - Department of Health, MOPH
 - Department of Mental Health, MOPH
 - Department of Medical Services, MOPH
 - Bureau of Empowerment for Older Persons, MSDHS
 - Department of Social Development and Welfare, MSDHS

clear *Thy*



ANNEX VII

Image of "Model Services"

Model Services Center

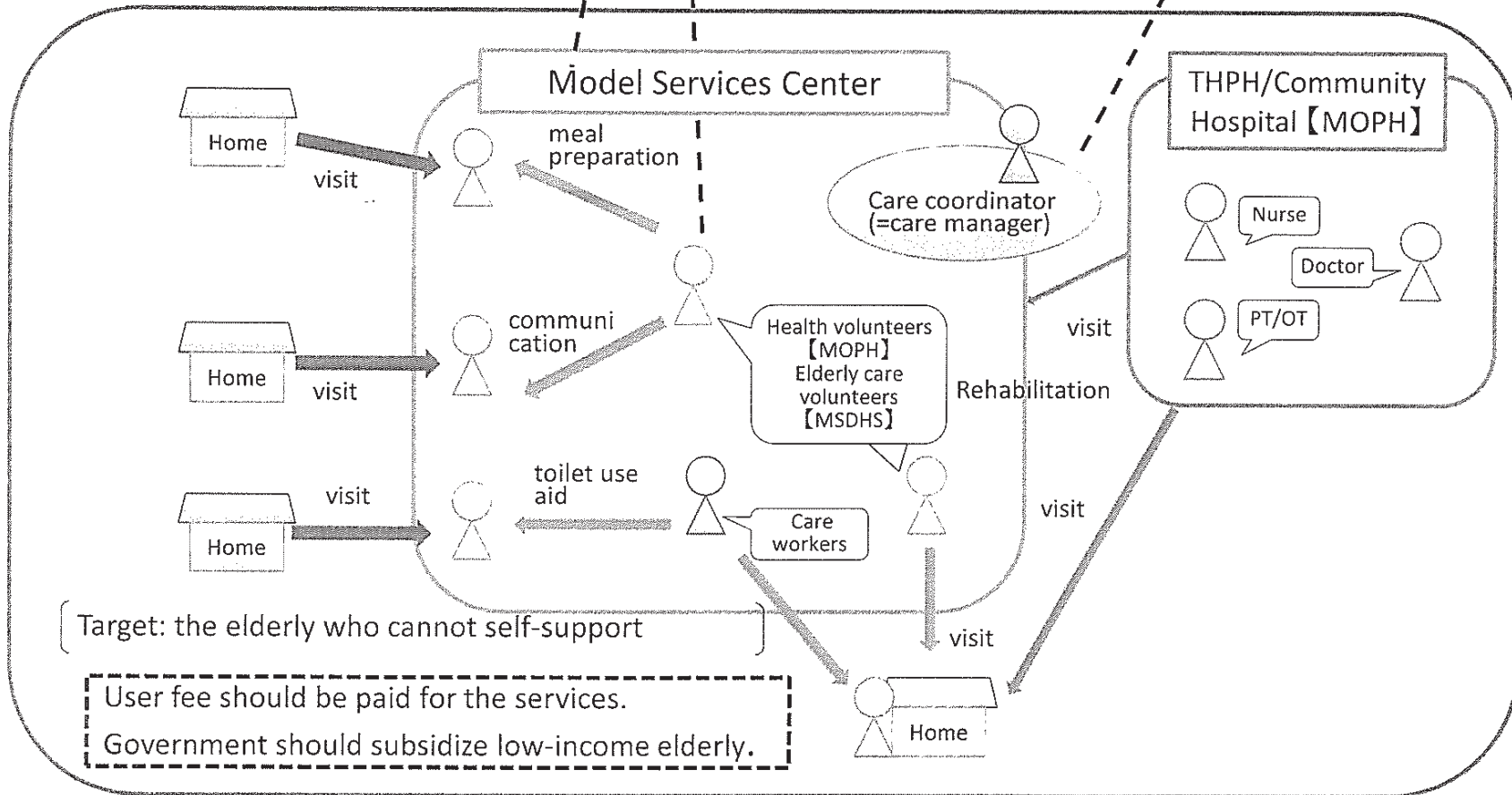
- Should be established and managed by SAO
- Should be located at convenient places in the community; temples, THPH, elderly center etc.
- Cost can be covered by NHSO Tambon health fund (matched by SAO's own contribution.)

Health volunteers [MOPH]

Elderly care volunteers [MSDHS]

Care coordinator

- Should be hired by SAO.
- Medical professional can play this role (at least in this pilot project).



care flow

PDM 案 (2012 年 10 月 1 日事前評価表)

プロジェクト名：要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト^{*1}

期間：2012 年 10 月～2017 年 8 月 (仮)

ターゲットグループ：関係行政官、パイロットプロジェクトサイトで医療・福祉サービスに従事するスタッフ^{*2}、要介護高齢者及びその家族

プロジェクトの要約	指 標	入手手段	外部条件
上位目標 高齢者介護に関する政策提言が国家政策に反映される	1. プロジェクト終了後、「国家高齢者計画」等の国家政策が政策提言を反映させて改定される 2. 要介護高齢者への対応に関する国家プログラムが政策提言を反映させて実施される	1. 改定された国家政策 2. 実施された国家プログラム	
プロジェクト目標 高齢者介護に関する政策提言が関係省庁に受理される	プロジェクト終了時まで、政策提言が（有効性と財政的持続性の観点から）国家政策策定の基礎として有用であると関係省庁に認められる	関係省庁との会議事録	各種国家計画が定期的に改定される
成果 1. パイロットプロジェクトによるエビデンスと日本・タイ両国の知見に基づいて、高齢者介護に関する政策提言が作成される 2. パイロットプロジェクトサイトにおいて、「モデルサービス」が開発され、効果的・持続的な形で実施される 3. ケアワーカー ^{*4} とケアコーディネーターの養成プログラムが開発される	1. 「モデルサービス」とコスト分析を含む政策提言が文書にまとめられる 2-1. パイロットプロジェクト終了時まで、各パイロットプロジェクトのサービス利用者（高齢者と介護家族）による評価結果 ^{*3} が改善する 2-2. パイロットプロジェクト終了時まで、各プロジェクトのサービス提供者（ケアワーカー、ケアコーディネーター、地方行政官）による評価結果 ^{*3} が改善する 2-3. ケアコーディネーター等に対する「モデルサービス」のオペレーションマニュアルが開発され、実際の活動で活用される 3-1. ケアワーカーとケアコーディネーターの養成カリキュラムが開発され、カリキュラムに基づいた研修が実施される 3-2. ケアワーカーとケアコーディネーターの養成教材が開発され、研修で活用される	1. 文書化された政策提言 2-1. 評価結果 2-2. 評価結果 2-3. 文書化されたオペレーションマニュアル 3-1. 研修カリキュラム 3-2. 製本された研修教材	養成したケアコーディネーター/ケアワーカーが大量に離職しない。

活動	投入	
	日本側	タイ側
<p>1: 政策提言</p> <p>1-0 「政策ディスカッショングループ」を組織する</p> <p>1-1 タイにおける要介護高齢者対応に関して関連法案や計画のレビューを行う</p> <p>1-2 タイの政策担当者、学識経験者が日本を訪問し、日本の介護に関する現状について視察し、議論する</p> <p>1-3 日本の政策担当者、学識経験者がタイを訪問し、介護について議論する</p> <p>1-4 タイの政策担当者、学識経験を対象として財政面のインプリケーションを含め要介護高齢者への対応に関するセミナーを実施する</p> <p>1-5 「政策ディスカッショングループ」のタイ側メンバーが政策提言の案を作成する</p> <p>1-6 タイの要介護高齢者対応やプロジェクトの経験に関する近隣諸国向けセミナーを開催する</p>	<p>1. 長期専門家</p> <p>(1) チーフアドバイザー</p> <p>(2) 業務調整員</p> <p>(3) 地域介護</p> <p>2. 短期専門家</p> <p>(1) 政策提言コンポーネント (成果 1) : 厚生労働省・関係機関、地方自治体、学識経験者等</p> <p>(2) 「モデルサービス」開発、介護人材育成コンポーネント (成果 2、3) : 厚生労働省・関係機関、地方自治体、学識経験者、介護施設等</p> <p>3. 本邦研修 (コストシェア)</p> <p>(1) 要介護高齢者政策</p> <p>(2) ケアマネジメント研修</p> <p>4. セミナー実施費用 (コストシェア)</p> <p>5. その他パイロットプロジェクト実施に必要経費 (資機材等)</p>	<p>1. プロジェクト・ディレクター (MOPH)、共同ディレクター (MSDHS)</p> <p>2. プロジェクト・マネジャー (MOPH)、共同マネジャー (MSDHS)</p> <p>3. カウンターパート (MOPH 関係部局、MSDHS 関係部局)</p> <p>4. 関係機関 (MOF、MOI、MOL、MOE、NESDB、NHSO、TICA、バンコク都)</p> <p>5. JICA 専門家・カウンターパートの執務室及び会議室、秘書、アシスタント</p> <p>6. セミナー実施費用 (コストシェア)</p> <p>7. タイ学識経験者向け研究謝金</p> <p>8. パイロットプロジェクト運営費用 (ケアコーディネーター、ケアワーカーの人件費、モデルサービスセンターの管理費等)</p> <p>9. 研修教材作成費</p> <p>10. 国内研修実施費用 (プロジェクトサイト)</p> <p>11. その他パイロットプロジェクト実施に関する必要経費</p>
<p>2: 「モデルサービス」開発</p> <p>2-1 エビデンスを特定し、必要な情報を収集する <C>⁴⁵</p> <p>2-2 パイロットプロジェクトサイトを選定する <C with L></p> <p>2-3 各サイトでパイロットプロジェクトの関係者特定、作業委員会立上げを行う <C with L></p> <p>2-4 各サイトでベースライン/サーベイを実施する <C with L></p> <p>2-5 タイと日本における介護の現状について研究する <C></p> <p>2-6 「モデルサービス」案、オペレーションマニュアル案を作成する <C></p> <p>2-7 各サイトで「モデルサービス」案に関するワークショップを実施する <C with L></p> <p>2-8 スタッフ向け研修を計画・準備する <C with L> (=活動 3-1 と 3-3)</p> <p>2-9 各サイトでケアワーカー とケアコーディネーターを雇用する <L></p> <p>2-10 各サイトでモデルサービスセンターを設置する <L with C></p> <p>2-11 各サイトでケアワーカーとケアコーディネーターの養成研修を行う <C with L></p>		

<p>2-12 要介護高齢者を対象として「モデルサービス」を提供する<L with C> 2-13 「モデルサービス」の効果をモニタリングする（エビデンスの情報収集を行う） <C with L> 2-14 「モデルサービス」の実施をモニタリングし、オペレーションマニュアルを改訂する<C with L> 2-15 各パイロットプロジェクトでの経験を基に「モデルサービス」を確定する<C with L> 2-16 エビデンスを基に「モデルサービス」の効果を分析する<C with L> 2-17 「モデルサービス」に関する国内セミナーを実施する<C></p>			
<p>3：介護人材育成 3-1 中央行政官、地方行政官、ケアコーディネーターを対象としたケアマネジメント、専門的介護サービス研修を計画・準備する（必要なリソース、講師、カリキュラム、教材等） 3-2 中央行政官、地方行政官、ケアコーディネーターを対象としたケアマネジメント、専門的介護サービスに関する本邦研修を実施する 3-3 パイロットプロジェクトのケアワーカーを対象とする国内研修を計画・準備する（必要なリソース、講師、カリキュラム、教材等） 3-4 パイロットプロジェクトのケアワーカーを対象とする国内研修を実施する<C></p>			<p>事業実施のための前提</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ MOPH と MSDHS は関係省庁・機関（MOF、MOI、MOL、MOE、NESDB、NHSO、TICA、バンコク都）にプロジェクトの内容と各組織のかかわりについて十分に周知する。 ・ MOPH と MSDHS が、カウンターパート人員の配置やプロジェクト実施に必要な施設設備の提供、並びにタイ側が負担するプロジェクト運営費用を確保する。

*1 プロジェクト名にある「弱者」とは長期介護を必要とする脆弱な高齢者と同様の状況にある人々を意味する。

*2 パイロットプロジェクトサイト（自治体）は都市部・農村部から計4～6カ所選定される予定である。

*3 パイロットプロジェクトの評価（成果2）については、その内容と到達目標についてプロジェクト開始後早い段階で確定させる。

*4 高齢者の家族やボランティア等の介護提供者が本プロジェクトの一部の活動に参加することがある。

*5 “C”は中央レベルの象徴、“L”は地方レベルの組織を表す。例えば、<C with L>は中央レベルの省庁が地方レベルの組織の協力を得て活動を実施することを意味する。

