

中国国家衛生・計画生育委員会 協力
国際協力機構 (JICA)
日中技術協力事業家庭保健プロジェクト

家庭保健サービスガイドライン

日中技術協力事業家庭保健プロジェクト専門家チーム 編



中国人口出版社
China Population Publishing House
全国百佳出版社

まえがき

旧中国人口・計画生育委員会と国際協力機構(JICA)は共同で、日中技術協力「中国中西部地区リプロダクティブ・ヘルス、家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」(2006年～2009年)の実施後、日中技術協力「家庭保健サービスの継続強化、並びに伝染病予防などの健康教育に役割を果たす」プロジェクト(2011年1月～2016年1月)が日中協力家庭保健プロジェクトの第2期としてスタートした。

第2期のプロジェクトは、家庭保健の適正化・標準化、並びに「家庭保健サービスガイドライン」、「家庭保健サービスハンドブック」、「家庭保健サービス事例集」などの編集に特に力を入れる。出版により広く利用され普及することを期待する。

目次

第一章 家庭保健サービスの理念と原則.....	1
第一節 家庭保健サービス推進の背景.....	1
第二節 家庭保健サービスの進展.....	2
第三節 家庭保健の定義と枠組み.....	5
第四節 家庭保健サービスと管理の実施の原則.....	6
第二章 家庭保健サービスの規範.....	11
第一節 サービス対象.....	11
第二節 サービス内容.....	13
第三節 サービス方式.....	17
第四節 サービス過程.....	21
第五節 サービスの記録と管理.....	26
第三章 家庭保健サービスの管理と評価.....	31
第一節 家庭保健サービスのPDCAサイクル・マネジメント.....	31
第二節 家庭保健サービスの計画策定.....	33
第三節 家庭保健サービスの実施.....	40
第四節 家庭保健サービスの監督・指導、セルフチェックと評価.....	43
第四章 家庭保健サービスの保障の仕組み.....	48
第一節 家庭保健サービスの質管理.....	48
第二節 家庭保健サービスのトレーニングシステム.....	52
第三節 家庭保健サービス情報の応用システム.....	57
第四節 家庭保健サービスの資金投入保証システム.....	59
第五章 日中協力家庭保健プロジェクトにおける 独特かつ効果的な方法.....	61
第一節 「家庭を中心とした」保健サービス.....	61
第二節 家庭保健サービスの現場指導.....	63
第三節 家庭保健サービスの特定活動.....	66
第四節 住民参加型活動.....	69
添付資料.....	75
添付資料 1-1 プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM; Project Design Matrix）.....	75
添付資料 1-2 PDM（5年計画）計画作成様式.....	82
添付資料 1-3 年次実施計画様式.....	84
添付資料 1-4 年次活動報告様式.....	87
添付資料 2 家庭保健サービスモニタリング（視察）表.....	90
添付資料 3 家庭保健サービス評価指標のシステム.....	99
添付資料 4 プロジェクト県（市、区）トレーニングプラン様式.....	102
添付資料 5 中高年家庭保健サービス普及プラン.....	104

資料 6 青少年家庭保健サービス普及プラン	110
添付資料 7 家庭保健サービス特定活動計画申請書	114
添付資料 8 家庭保健サービス特定活動申請の審査項目および点数	119
添付資料 9 家庭保健サービス特定活動総括報告書	121
あとがき	128

第一章 家庭保健サービスの理念と原則

第一節 家庭保健サービス推進の背景

2006年、「中国共産党中央委員会国務院の人口・計画生育計画業務を全面的な強化と、人口問題の統一的な解決に関する決定」（以下「決定」）では、「人口と家族計画業務は、低出生率、人口問題の統一的な解決、全面的な発展の促進の新たな段階に入った。新たな情勢と任務に直面し、長年にわたる有効な基礎経験を堅持し、思想を解放し、現実を見据えて正しい行動をとり、時代の変化に対応する必要がある。また、新たな状況を研究し、新たな問題を解決し、中国の特色ある人口問題を解決する思考、趣旨、内実、手段を絶えず充実し、発展させなければならない。科学的発展観を全面的に定着させ、人の全面的な発展に優先的に投資し、低出生率の安定化を図り、人の資質を高め、人口構造を改善し、人口の合理的な分布を誘導し、人口の安全を確保する」ことが指摘されている。「決定」では、第4条の「出生人口の資質向上に注力する」という部分で、「出生人口の資質向上に注力し、……計画出産とリプロダクティブ・ヘルス促進計画を実施し、……乳幼児の養育や家庭教育の科学的知識の普及に力を入れる」、「ネットワークの優位性を利用し、健康的、半健康的状態のグループに向けて、周知・教育、技術サービス、情報コンサルティング、避妊薬と避妊具の支給、人員研修などの職務を遂行する。「新農村、新家族計画」と「出産思いやり行動」を実施し、計画出産、リプロダクティブ・ヘルスおよび家庭保健などのサービスを実施する」ことが特に提起されている。

「第11次5ヵ年計画」期間中、統一的戦略をめぐり、旧人口・計画生育部門は公共サービスの内容を充実し、公共サービスグループを拡大し、公共サービスの効果改善に多大な努力を払い、国際協力、とりわけ日中共同の「中国中西部地区のリプロダクティブ・ヘルス、家庭保健能力強化プロジェクト」において、積極的な模索・促進の役割を發揮し、「国家人口発展『第11次5ヵ年計画』最終評価報告」で、これに対し特別な論評を行っている。「第11次5ヵ年計画」期間中に作成、配布した「国家人口・計画生育委員会の総合改革をより一層掘り下げ、制度の体制の枠組み刷新に関する指導意見」（2009年6月）、「国家人口・計画生育委員会の県・郷の人口と計画生育サービス機構管理システム改革の推進に関する指導意見」（2009年8月）、「国家人口・計画生育委員会の「基盤を強化し、質を高める」プロジェクト実施に関する指導意見」（2009年12月）、「人口と計画生育の中長期人材発展計画（2010年～2020年）」などでは、いずれも家庭保健および関連する公共サービスの拡大発展と転換について述べられている。

「中国の国民経済と社会発展のための『第12次5ヵ年計画』要綱」の第三十六章では、「人口に関する業務を包括的かつ適正に行う」ことについて詳述されており、「人口総量の抑制、人口の資質向上、人口構成の最適化、人口の長期的な均衡発展の促進」について再度強調されている。「要綱」では「家庭発展のための能力強化」、「人口と計画出産サービス体系の強化、サービス構築の継続推進」、「子どもの優先的発展の保障」、「高齢化に積極的に対応し、家庭を基本とし、コミュニティを拠点とし、機構を柱とした高齢者向けサービス体系を確立する」、「高齢者向けサービス分野を拡大し、高齢者向けサービスを基本的な生活の世話から医療・健康、補助器具の配備、メンタルケア、法律サービス、緊急援助などまで拡大し、そのヘルスケアの公共サービスに対する要求を実現するものである。

「国家人口発展第12次5ヵ年計画」、「全国『十二五』人口と計画生育事業の発展計画」では家庭保健について明確に述べられている。「十二五」衛生事業発展計画」では「衛生発展の方法の疾病治療重視から健康増進重視への転換、個別サービス重視から家庭や社会の集団サービス重視への転換を推し進める」ことも強調されている。2014年政府業務報告では、医療制度改革、健康改善サービスの推進に及んだ際も、「国民の健康と家庭の幸福のため」であることが強調されている。

2013年、国务院機構改革と機能転換の一部として、国家衛生・計画生育委員会が設置され、衛生部の職責、人口・計画生育委員会の計画生育管理とサービスの職責が整理統合が行われた。この重大な変化および「誰もが健康な生活を送る」、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」戦略は、政策と技術資源などの多方面の優位性をより一層発揮し、健康推進サービスにおける予防、保健、医療関連の連携と統合を強化し、家庭保健サービスを推進するための、より積極的、建設的、協力的な環境を醸成した。また、新たに編成された国家衛生・計画生育委員会に計画生育家庭発展司が設置され、「国家人口発展『十二五』計画」、「全国『十二五』人口・計画生育事業発展計画草案」、「『十二五』衛生事業発展計画」の徹底、実施における家庭の発展戦略に関連した具体的な職能部門を確定し、家庭保健も「誰もが健康な生活を送る」という戦略的主導の下、健康推進サービスと家庭発展の2つの重要な次元からより大きな実行推進の空間を獲得した。2013年8月、国家衛生・計画生育委員会国際協力司と日本国際協力機構中国事務所が締結したプロジェクト中期アプレイザル会談要旨では、関連する業務の司局の協力、政策強化の推進が強調され、2014年2月開催のプロジェクト合同調整委員会において、国家衛生・計画生育委員会国際協力司と日本国際協力機構中国事務所が締結した会談要旨でもまた、関連業務の司局の協力が再度強調され、計画生育家庭発展司と重点的に協力を行うことが明確にされている。2014年4月、「家庭の発展と家庭保健セミナー」を開催し、「家庭保健は家庭発展の重要な部分であり、家庭およびその構成員の健康は家庭発展能力の重要な現れで、家庭保健の推進は、家庭発展業務の重要な側面である」との共通認識に至った。同年5月、国家衛生・計画生育委員会は、「新家族計画—家庭発展のための能力強化」をスタートさせ、全国の72箇所プロジェクトが実施され、「新家族計画—家庭発展のための能力強化」は家庭保健、科学的な育児、高齢者の看護、家庭文化の4つの主要な内容が決定され、具体的な都市・農村の異なる特徴をもつプロジェクト拠点に基づいて、1級トレーニング、2級トレーニングおよび支援活動を実施し、普遍的な進展と顕著な効果が得られた。2015年7月、全国の新家族計画および家庭保健プロジェクトの経験会議を開催し、複数の省、区、市が「新家族計画—家庭発展のための能力強化」プロジェクトの実施範囲を広げ、また計画生育家庭の高齢者介護試行地区、科学的育児試行地区、青少年の健全な成長、医療資源と養老資源を結びつける第1試行地区でも相次ぎ実施された。実施から4年、幸せな家庭をつくる活動においても家庭の健康増進を際立たせた。

第二節 家庭保健サービスの進展

旧人口・計画生育部門は家庭保健の実施において、積極的で成果のあるものを模索し、豊富な経験を積んできた。国際協力プロジェクトの実践では将来を見据え、先導し、模索し、模範的役割を發揮した。中国・国連人口基金（UNFPA）リプロダクティブ・ヘルス計画出産プロジェクトは、とりわけ第5、第6期のプロジェクトで、理念および運用水準が

ら、積極的に人間本位、権利を基礎にしたリプロダクティブ・ヘルスおよび計画出産の優良なサービスを提唱、実行して、標準的なサービス、インフォームド・チョイスを推進した。第7期でも公共サービスの転換を広く開拓し、家庭を中心とした健康増進をプロジェクトの重要な目標と内容にした。

2006年から2009年に実施した日中協力「中国中西部地区リプロダクティブ・ヘルス家庭保健サービス能力強化プロジェクト」（日中協力家庭保健第1期プロジェクト、以下同じ）は、児童・青少年、女性および中高年の健康教育、健康コンサルティング、健康診断に目を向けた「3×3」の枠組みを総括し、中西部の省級職位人20名および山西省、江西省、河南省、湖南省、海南省、重慶市、雲南省、甘粛省の8省（市）のプロジェクト拠点に対し、家庭保健サービスの能力強化を進め、プロジェクト拠点8地点と21の普及地点で、家庭保健サービスの実践が行われた。プロジェクトの実施過程で開発されたトレーニング教材、ガイドラインなどの公文書は、プロジェクトのより広範に及ぶ推進に積極的な役割を果たした。プロジェクトに参加した江西省、河南省、海南省、重慶市などの省（市）の旧人口・計画生育委員会は全省において、系統的、統合的に家庭保健サービスモデルを推進した。「国家人口発展『第11次5ヵ年計画』終期評価報告」では、「中西部の8省市が実施するリプロダクティブ・ヘルス、家庭保健サービス国際協力プロジェクトの試行地区は、新たな時期の人口と計画出産の公共サービスの転換のために、効果的な模索を行った」と評価されている。

2011年にスタートした日中協力「家庭保健サービスの強化ならびに伝染病予防健康教育における役割発揮」プロジェクト（日中協力家庭保健第2期プロジェクト、以下同じ）は、河北省、安徽省、河南省、湖北省、重慶市のプロジェクト12地点で実施され、適正化、標準化する家庭保健サービスを基礎として、系統的に押し広め、制度を刷新し、政策を整備することに注力し、河南省、湖北省および一部のプロジェクト地点では、家庭保健を現地の「第12次5ヵ年計画」に組み入れ、湖北省は「健康湖北」に組み入れ、重慶市は家庭保健サービスがサービス機構の4つの基本職務のうちの1つであることを明文化した。同時期に実施された良質なサービスと性と生殖に関する健康サービスの総合相談強化プロジェクト、エイズ予防とリプロダクティブ・ヘルスサービスを結びつける国際協力プロジェクト、中豪協力の中西部女性リプロダクティブ・ヘルス権プロジェクト、中独流動人口と社会的性プロジェクト、ボランティア活動プロジェクト、日中協力貴州省貧困家庭支援総合プロジェクトなどは、異なる角度やレベルから公共サービスの転換の拡大、家庭を中心とした健康増進について模索が行われた。

プロジェクトの実施と並行して、各方面の家庭の発展、家庭の健康、家庭の保健をめぐる努力は継続的に進展し、前後して配布された「国家人口・計画生育委員会の体制の仕組み刷新の総合改革のさらなる深化に関する指導意見」（2009）、「国家人口・計画生育委員会の県・郷人口と計画生育サービス機構の管理の仕組み改革推進に関する指導意見」（2009）、「国家人口・計画生育委員会の新農村の新家族計画の全面的かつ深く掘り下げた実施に関する意見」（2011）では、「民衆のニーズに基づき、サービス分野を引き続き拡大し、リプロダクティブ・ヘルス家庭保健サービスを積極的に推進する」、「県級人口と計画生育サービス指導センターは、本管轄区域の計画出産、リプロダクティブ・ヘルス、家庭保健サービスセンターであり、計画出産技術サービスと家庭保健サービスを含む本管轄区域の人口と計画出産公共サービスの職務を担当し」、「健康教育、健康診断、健康コンサルティングなどの家庭保健サービスを実施」しなければならない旨が指摘されている。すでに普遍的に実施されている国の妊娠前無料優生学検査は、健康推進サービスと家庭の発展の2つの主要な次元を備えた重要なプロジェクトで、健康診断、健康教育、健康相談のサ

サービス方式を具体的に反映している。「幸福な家庭をつくる全国キャンペーン」では、文化、健康、優性、豊かになる、捧げるの5つの面をめぐり、「提唱・周知、健康増進、富み成長する」の3大活動を実施する。各省の家庭の発展を目的とした関連の行動では家庭保健、家庭の健康の要素を最優先にして、家庭保健サービスを積極的な推進が図られた。例えば、江蘇省では「世代サービス」のシステムをより整ったものにし、サービス機構を計画出産、リプロダクティブ・ヘルス、家庭保健のサービスセンターに改造し、また、「健康家庭増進計画」は、大連の「健康家族計画」、遼寧省の「家庭の健康増進計画」を参考にし、家庭を基本とした健康的、半健康的状態のグループに対し、全面的な計画出産、リプロダクティブ・ヘルス、家庭保健などの系列のサービスを提供した。河北省は「民衆の生活改善プロジェクト」を実施して、長年来の計画出産サービス制度を拠り所として、女性に無料の健康推進サービスを提供し、延べ1千万人が当該サービスを受けた。青海省は民衆のニーズを志向し、家庭を主体として、健康・幸福を主とした「康福家行動」を実施した。上海市は家庭を中心として、多様化した個性的な家族計画でサービスを指導した。天津市、寧波市は本腰を入れて「人口と家庭の公共サービスセンター」を計画し、家庭をとりまくすべての人々を対象に、リプロダクティブ・ヘルスを中心とした健康推進サービスを強く打ち出した。

国家衛生・計画生育委員会の設立後、日中協力家庭保健第2期プロジェクトは、関連の各業務司局との積極的な意思疎通と協調を図った。2013年8月、疾病予防管理局、基層保健司、婦幼健康服務司（女性・児童の健康推進サービス司）、計画生育基幹指導司、計画生育家庭発展司、宣伝司は、プロジェクト中期評価検討会の参加者を派遣し、プロジェクトの進展に対する積極的な評価を行い、参加への意志を表明した。2013年9月、上述の関係業務司局の職員が参加した訪日視察団は視察報告の中で、「健康家庭に総合的に介入する事業の設立」、「国家家庭保健師チームの設立」などを提案した。計画出産・家庭発展司は家庭保健を家庭発展の1つとし、国や地方レベルがプロジェクトと積極的な交流・協力を行い、プロジェクトに関する方法や経験を参考にして推し広めた。2014年5月、国際家族デーにスタートした「新家族計画—家庭発展のための能力強化」は、家庭保健を4大グループの1つ、その他3つは、「家庭文化」、「高齢者の看護」、「科学的育児」として、目標、理念、内容において、日中協力家庭保健プロジェクトとも非常に一貫性があり、日中協力家庭保健プロジェクトの中国人、日本人専門家は、新家族計画の枠組み設計の検討に参加し、新家族計画と日中協力家庭保健プロジェクトは、研修セミナー、経験交流、成果の共有、専門家の参与などの多くの方法で交流協力を実施し、家庭発展司は家庭発展重点目標の人々を対象とする「科学的育児ガイドライン」、「青少年の健全な成長ガイドライン」、「高齢者家庭保健と看護ガイドライン」を積極的に実施した。「新家族計画—家庭発展の能力強化」の家庭保健部分の教材には、家庭保健と健康生活、家庭保健中の非感染症疾患（NCDs）保護、家庭保健のリプロダクティブ・ヘルス、家庭保健と家庭の健康環境の内容が含まれている。活動に関連した次の内容が含まれる。家庭の健康に責任を持つ者、家庭の主たる構成員が適正な食事、NCDs（高血圧、糖尿病、血脂異常）の3つの予防を行う健康教育▽青少年を対象とした性とリプロダクティブ・ヘルスの健康教育と健康相談の実施▽家庭の健康に責任を持つ者と家族構成員の個人の衛生習慣（歯磨き、入浴、ところかまわず痰を吐かないなど）の健康教育実施▽心臓蘇生の特別講座と講習の実施、現場が材料を支給して行う家族構成員の人口呼吸と心臓マッサージの応急措置のスキル向上▽災害から生き延びるなどの関連スキル、煙からの避難、火災避難、地震避難などの訓練と演習の実施、家庭の構成員の緊急避難能力の強化、正しい避難技術の習得。2014年末より、新家族計画は各省の実施状況に対する監督・指導を行い、プロジェクト拠点での家

庭保健の実施に強く賛同し、重視し、推進した。

2015年、全国の「新家族計画」と家庭保健プロジェクトの経験交流会が内モンゴル自治区包頭市で開催された。国家衛生・計画生育委員会の王培安副主任が会議に出席し、新家族計画と日中協力家庭保健プロジェクト拠点の代表がそれぞれ会議で発言し、交流を行った。王培安副主任は会議で、「新家族計画を実施して1年余り、各地の積極的な行動は、各級党委員会と政府が注目し、関連部門が支持する中で、さまざまな訓練およびサービス活動が創造的に実施され、試行地区において、新家族計画のブランドが確立し、国民から称賛されている」、また「日中家庭保健プロジェクトは家庭を中心に予防を基礎として、民衆のニーズを志向とし、「3×3」の枠組みモデルを採用して、家庭の弱者を対象とした一連の健康推進サービスを、能力強化、末端組織の参加、モニタリング・評価に力を入れて実施し、プロジェクト実施地区において大きな成果を得て、理念、内容、業務面のすべてにおいて、家庭発展業務の経験を積んだ」と指摘した。王培安副主任はさらに「家庭保健は、家庭の全構成員に向け、ライフサイクルのすべての健康に配慮しなければならない」と指摘した。その後、「新家族計画」の実施は新たな段階に入り、一部の省では試行地区を拡大し、計画出産家庭の高齢者の世話・看護、科学的教育、青少年の健全な成長にもそれぞれ特別研修を行った。

第三節 家庭保健の定義と枠組み

日中協力家庭保健の第2期プロジェクトはプロジェクトの問題について応用研究を行い、家庭保健サービスの定義について真摯に検討を重ねた上で、次のとおり順序だてて述べている。「家庭保健サービスは家庭を中心とし、家庭の構成員間の相互サポートに特に力を入れ、健康教育、健康診断、健康相談などの方法を通じて、家庭およびその構成員の健康を増進する保健サービスである」。そのまま用いられた日中協力家庭保健第1期プロジェクト実施期間中の、家庭保健サービスの定義の記述「家庭およびその構成員に向け、予防と保健を主な目的とし、普及、提唱、教育、相談を主要な手段として、スクリーニング、簡易治療、保健・リハビリの指導を補助手段としたサービス」と比較して、新たな定義は、「家庭を中心に、家庭の構成員間の互助に注力する」が際立っており、健康教育、健康診断、健康相談などの家庭保健サービスの方法、「家庭およびその構成員の健康増進」の最終目標に特に力を入れている。

プロジェクトが当初決定した「3×3」の枠組みは、児童・青少年、女性、中高年をターゲットにしたグループで、健康教育、健康診断、健康相談のサービス方式を強調している。日中協力家庭保健第2期プロジェクトのうち、ターゲット層の女性を出産可能年齢まで広げ、つまり、児童・思春期保健グループ、出産可能年齢保健グループおよび中高年保健グループをターゲット層とし、プロジェクトの進展とサービス提供の具体的状況によって、まず、青少年、中高年家庭の保健サービスモデル・普及促進案の検討と総括を行った。

プロジェクトで常に重視された健康教育、健康診断、健康相談は予防保健、健康増進に注力するという趣旨を具体的に示しており、相互連携と包括的サービスの過程であり、実施運用の過程で具体的な状況により組合せや設計を行うことが可能である。

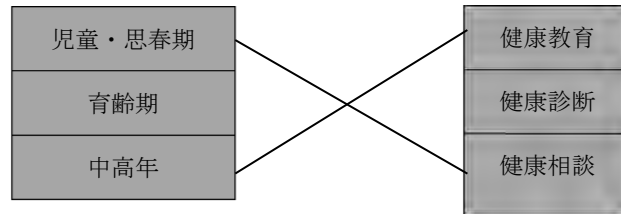


図 1-1 3x3 サービスモデル

第四節 家庭保健サービスと管理の実施の原則

一. 家庭が家庭保健の基本単位として持つ特徴を重視する

健康と家庭生活の質は互いに影響しあう。家庭保健サービスは重点を家庭におき、家庭およびその構成員を対象に保健サービスを提供し、それらの健康の維持、増進に努める。

中国社会は常に延々と続く、伝統的な家庭の血脈と利益を優先とした文化・伝統を維持してきた。しかし、経済の迅速な発展と社会の変化がもたらす生活様式、価値観の多様化に伴い、社会発展の基本単位である「家庭」に複雑な影響を与えている。

このため、プロジェクトが 2012 年から 2013 年までに実施した応用研究では、家庭保健の定義に対して再び検討、論述が行われ、「家庭保健サービスは家庭を中心に、家族構成員間の相互扶助に注力し、健康教育、健康診断、健康相談などの方法を通じて、家庭およびその構成員の健康を増進する保健サービスである」ことが指摘された。

家庭保健サービスの実施には、家庭保健の基本単位としての家庭が持つ特徴を十分に認識する必要がある。

1. 家庭は社会生活の基礎であり中心である。

家庭は人間社会の最も基本的な構成単位である。人類は家庭をつくり、共同で生活し、児童を養育し、その児童は成長して再び新たな家庭をつくる。この意味からすると、家庭はその家庭の構成員の生活を維持し、保障するという保障機能を備えている。家庭は家族構成員の生活を維持するために、生産や労働に従事する機能、児童を養育する機能、その家庭の構成員が病気になり、年老いて再び働くことができなくなるとき、互いに助け合い、世話をする機能を持っている。これら家庭の機能に頼って人類は代々繁栄し、社会の存続を可能にしているのである。

2. 家庭の構成員の相互依存

家庭は複雑で相互依存し合う、必要不可欠な社会の単位である。家庭の中での夫婦、親子、兄弟、祖父母と孫など、その構成員間の相互依存、相互扶助で生活が営まれ、家族構成員の状況は、その本人に影響するだけでなく、家庭全体にも及ぶ。この特徴をもとに家庭保健サービスを計画し、実施するべきである。

3. 家庭の役割と家族関係の変化と伝承

家庭は時間の推移に伴って変化しており、家庭の役割と家族関係も絶えず変化している。例えば、育齢期に結婚した男女が後の代の出生、成長、独立に伴って、家庭の役割や家族関係の変化を数回経験する。この変化には、また生物の遺伝、文化の伝承や文化的行為の影響もある。健康面では、例えば食事の味、衛生習慣、日常生活、スポーツ・レジャーなど人の行為への影響は非常に顕著である

4. 家庭の特徴で決まる家庭保健のニーズの多様性

家庭の特徴は保健の面でも具体的に十分示され、劉筱嫻氏は「社会医学」の中で、これについて「家庭のライフサイクルの各種主要な問題に着目して、保健サービスを実施する」ことを提起している。したがって、家庭保健サービスを実施するには、家庭および家庭の役割、家族関係の現状に配慮するだけでなく、以前の理解に対して、一定の変化があることを予測して、ひとつの全体的な事前対応を行う必要がある。

家庭における生態環境、労働環境、居住環境、食の環境、情報環境、教育環境、文化環境などの社会経済環境が家庭や個人に影響を与える。家庭の場における社会環境の不断の変化が家庭に与える影響力とスピード、とりわけ健康への影響は軽視できない。この変化は居住地域、経済状態、家族構成員の組合せの違いによってもそれぞれ異なる。したがって、各家庭の健康問題も多様化、複雑化しており、人々が期待するのは各家庭の異なるニーズによって、狙いがはっきりとした家庭保健サービスを提供できることである。

5. 家庭は家庭保健サービスの起点であり、主要な場所である。

家庭は家庭保健サービスの起点であり、主要な場所でもある。医療機関のサービスは家庭保健に対し一定の役割をもつが、全体の過程から見ると、家庭保健サービスは家庭というこの主要な場所で発生するため、専門スタッフが提供する保健サービスで対応可能であり、家族構成員のセルフケアでもよく、家庭の起点を強調し、家庭を主要な場所とし、家庭保健における家庭の役割と家族関係に重点を置くことで、保健サービスは持続可能性を備えることができる。

二. 健康教育、健康相談、健康診断を主な方法とする家庭保健サービスの堅持

1. 一貫して予防保健を主とし、最高の予防を最優先に行う。

「予防を主とする」ことは健康推進サービスの原則であり、家庭保健の出発点でもある。家庭保健のサービス対象は、健康状況から見て、健康、半健康的状態、疾患の数種のグループに分けることができ、前2つのサービス対象には予防的ケアが健康推進サービスの主要方式であり、病気で治療を求めるサービス対象にも予防的ケアは必要である。健康と半健康的状態の層をサービスの対象とする家庭保健サービスは、常に予防的ケアに注力しなければならない。

予防活動は一般に第1段階、第2段階、第3段階の予防に分けられる。第1段階の予防は原因的予防と呼ばれ、まだ病気になっていないときに、病気の原因に対して採られる措置で、病気を予防し、コントロールし、消滅させる根本的な措置である。第2段階の予防は潜伏期に病気の発生を止め、または軽くするために採られる措置で、一般的に言う早期発見、早期診断、早期治療である。第3段階の予防は臨床予防で、疾病の臨床期に病気の危険を減らすために採られる措置である。第3段階の予防は後遺障害を防止し、回復機能を促進し、クオリティ・オブ・ライフを高め、延命し、死亡率を低減することができる。第3段階の予防には対症療法やリハビリテーションも含まれる。

家庭保健サービスは、それ自身の特徴、機能、優位性を最も表すとともに、発揮できる健康増進、予防的ケアなどの第1段階の予防分野に重点を置き、危険因子の把握を主な目的とする健康診断を第1段階の予防活動に組み入れるべきである。第2段階の予防における危険因子発見、発見後の追跡、危険因子の減少などに介入することは非常に重要である。家庭保健プロジェクト関連部門は、住民との緊密さ、情報の早さ、周知・教育に長けるといふ優位性から役割を発揮し、第2段階の予防に貢献しなければならない。第2レベルの予防の疾病診断と第3レベルの予防リハビリテーションはすべて、医療技術を基礎とし、

さらに持続的に医療面の追跡を行う必要がある。

2. 健康教育、健康相談、健康診断の家庭保健の総合的サービス方式を堅持する
家庭保健のサービス方式は主に次のとおりである。

(1) 健康教育。健康教育は重要な学習の機会である。知識や情報の普及を通じて、個人と社会の健康を導くほか、健康教育の目的には健康改善のために家庭や個人の健康管理の動機、スキル、自信を呼び起こす必要があることも含まれている。

家庭保健サービスの健康教育は、単にその個人の知識を広めるにとどまるのみならず、家庭が期待する健康意識と行動とを結びつけることに注意を払い、内容と方法を重視し、グループの健康教育活動において、健康教育セミナー、広場イベントなどに加えて、小グループの活動と組み合わせることも検討する必要がある。

(2) 健康相談。健康診断の後、サービス対象と健康診断結果について意思疎通を行い、健康相談、健康指導を行うことが非常に重要である。健康相談は、サービス対象本人のためだけでなく、その家族全体を考慮して、健康相談の方法を模索し、改善して、持続的かつ個別に相談に乗ることに注力する必要がある。家庭保健サービスは、現在提供できるものから、将来的に持続、強化したいサービス分野またはサービス対象にまで、その健康相談の範囲を広げて設定するべきである。

(3) 健康診断。健康診断の主な目的は、疾病の診断にあるのではなく、身体の状態を理解し、疑わしい信号を感じ取り、タイムリーにさらに踏み込んだ診断を促すところにある。健康診断は、家庭保健サービスの効果的な手段であるだけでなく、家庭保健サービス促進の重要な契機でもあり、また、家庭保健サービスの有効性を検証する要でもある。

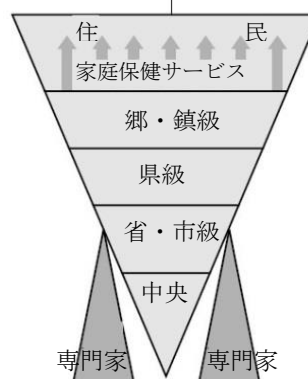
また、健康診断の内容設計には、予見可能性、整合性と持続性を確保し、健康診断活動の実施前に、専門医などへの転院制度を確立し、改善する必要がある。

三. サービス対象を重視する

家庭保健サービスはトップダウンの方法をとってはならず、サービス対象の自由意志で受け入れるという基本のもとに実施するサービスで、サービス対象、すなわち、家庭およびその構成員の意識とニーズを理解して実施する必要がある。そうでなければ、サービスの受容性が制限される。

家庭および地域の多様性を考慮して、「人間本位」を反映させるために、県（市、区）級の家庭保健サービス部門は現地住民のニーズを理解し、適切なサービス計画、内容、方法を確定し、策定したサービス計画を公開して、サービス対象のより多くの理解と協力を得る必要がある。

住民をサポートする衛生・計画生育部門が提供する家庭保健サービスモデル



四. PDCA サイクルを重視する^①

家庭保健サービスを効果的に提供するための計画を策定するためには、必要不可欠な一環である。計画は現状と問題の分析を行うことを基本とし、家庭保健サービスの目的、サービス活動の優先順位、活動効果の評価指標および目標、具体的なサービス活動の内容、目標と年次活動計画などを明確にしなければならない。

五. 家庭保健サービスモデルの総括、普及を重視し、モデル育成、制度化推進を行う

プロジェクトは開始とともに、人口と家庭健康推進サービスの政策推進、制度刷新の目標が定められ、2013 年中期アセスメント後には再度政策推進の方向が定められた。この原則に従いプロジェクトは応用研究を行い、プロジェクト拠点が事例重視の研究開発を奨励し、検討を重ねて、中高年・青少年の家庭保健サービスモデルの総括を行った。プロジェクト拠点は真摯に家庭保健サービスの実施を継続させるとともに、サービスモデルを総括し、改善し、普及を行った。またモデルの育成に本腰を入れ、家庭の発展と健康推進サービスの大きな構図の下で、連携、融合などのさまざまな形式で家庭保健サービスを推進し、すでに進展があることを基礎として一層の制度化を進めた。

六. プロジェクトの核心的役割を發揮し、資源の統合と最適化に力を入れる

家庭保健プロジェクトの関連部門は家庭保健サービスの実施にあたり、プロジェクトの核心、とりわけ旧人口・計画生育部門の優位性を継承し、それを發揮することに注意を払うべきである。これらは主として次の優位性である。①人口問題を全般的に解決する戦略的優位性と政策の優位性、②都市コミュニティと農村の家庭に深く入り、家庭およびその構成員と密接に連携するネットワークの優位性、③長年、主として健康な人を対象として行ってきたサービスで、相対的に病気にかかりにくく、病院の指導もあり、一定のサービスの方式を持つ優位性、④国際協力を実施・拡大して行く中で形成された強調の優位性と経験の優位性。日中協力家庭保健プロジェクトはすでに第2期に入り、国連人口基金第7期などの国際プロジェクトも関連の模索に力を入れている。これら国際協力プロジェクトは、関連経験の模索・集約などを促進し、交流を共有し、整理再編を進めている。

家庭保健サービス実施にもいくつかの課題がある。主に、①能力面、サービス能力だけでなく、政策の開拓と提唱、企画制定、プラン設計などの能力。②管理面。以前はあまり綿密に行なわれず、組織・手配は得意であるが、細かい運用は得意ではない。③家庭保健サービスは既成の、固定したモデルはない。

計画・デザインの統合の下では、プロジェクトの実施は資源の優位性と融合をより一層重視しなければならない。現在国レベルで次の一連の活動が展開されている。家庭発展司と共同で、「家庭発展と家庭保護」のセミナーを開催し、プロジェクト拠点は新家族計画の訓練を受け、新家族計画のプロジェクト拠点は日中協力家庭保健プロジェクトの訓練を受けている▽家庭発展司、宣伝司を招き、国レベルのプロジェクト訓練を行っている▽疾病予防管理局および全国歯科予防基金、宣伝司および中国健康教育センターと協力し、プロジェクトに関連する宣伝用の印刷物を作成している▽基幹保健司、女性・児童の健康サービス司、計画出産基幹指導司と協力して交流を行う。地方の各級機関改革の進展に伴い、

^① PDCA:P (Plan-計画)、D (Do-実行)、C (Check-評価)、A (Act-改善)、第三章で詳述

例えば、プロジェクトと基本的な公衆衛生サービス、新家族計画との組み合わせの模索のように、プロジェクト実施地区の各級も資源の融合を積極的に模索する。

七. 能力強化を重視する

家庭保健サービス実施以来、医学の専門的背景をもつサービスの基幹チームがつくられている。機関の合併後、旧衛生システムもサービスの列に組み込まれ、サービスの能力強化の促進に効果的ある。

能力強化は家庭保健サービスの基本的な前提および保障であり、プロジェクトもまた能力強化を重要な活動としている。自発的訓練、プロジェクトの統一訓練と再訓練、現場指導と交流、モニタリングと評価、通常学習など、さまざまな手段で能力向上を促進する。その訓練のうち、最も重要なのが能力強化の手段である。このため、プロジェクトサイクルの中で、訓練の制度化に重点を置いて注目し、制度で訓練の妥当性、計画性、慣習性、規範性および効率性などの原則の実行を保障する。

また、プロジェクトの能力強化は、家庭保健の技術的サービスの能力自体に限定されるものではなく、サービス管理能力、サービス組織能力とサービス周知・提唱能力なども含まれる。5年間のプロジェクトサイクルの中で、現段階でプロジェクトの12のプロジェクト実施地区の能力強化を中心に、以後、すべての推進地区の能力強化活動を段階的に実施する。

第二章 家庭保健サービスの規範

家庭保健サービスの基本的特徴は「家庭」を中心とし「予防」を重点とするサービスである。サービス対象から見ると、家庭保健サービスの対象は家庭のすべての構成員である。サービス内容においては、家庭保健サービスは家族構成員の全ライフサイクルを網羅しており、内容は非常に充実している。衛生・計画出産サービスシステムの実施において、家庭保健サービスが「すべてを取り仕切る」ことは不可能で、サービス能力、大衆のニーズなどの要素に基づいて選択する。本章ではプロジェクトサイクルの中で実施される家庭保健サービス、サービス対象、サービス内容およびサービス方式などの面から具体的に説明する。

家庭保健サービスの対象には、児童/思春期保健グループ、育年保健グループ（男性を含む）と中高年保健グループが含まれ、サービス方式は健康教育、健康相談、健康診断である。この 3 種類の主要サービス方式は、対象の種類毎にサービスを行う、つまり図 1 に示す「3×3」サービスモデルを採用している。

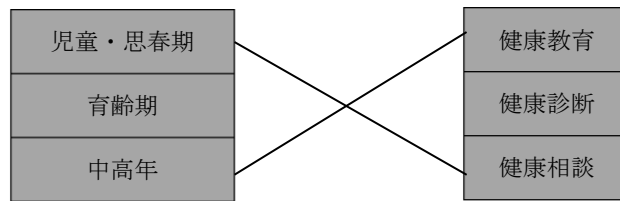


図 2-1 3×3 サービスモデル

第一節 サービス対象

家庭保健サービスの対象には主に 3 つのターゲットグループが含まれ、児童/思春期、育齢期、中高年の各ターゲットグループである。家庭保健プロジェクトの応用研究では、出産適齢期女性は家庭の構成員の健康の重要な介護者の一人で、また、衛生・計画生育委員会の計画出産業務の中心的グループであり、衛生・計画生育委員会は、出産適齢期女性の健康増進を進める業務を主導的に動かす基礎が備わっていることから、家庭保健サービスは出産適齢期女性を重点グループとし、出産適齢期女性を主要な起点として、家庭の全構成員のために保健サービスを提供することを提案する。

一. 児童と青少年

児童および思春期の保健のサービス対象は、胎児から 18 歳までの児童/青少年である。児童の権利に関する国連条約の中で、児童とは、1 歳未満のすべての者をいい、本ガイドラインでは、プロジェクトサービスの提供の視点から、児童を児童（0 歳から満 12 歳未満）と青少年（満 13 歳から満 18 歳）に分けている。児童の成長発育の特徴、異なる発育

段階の主要任務に従って、これをまた細分化して、胎児期、新生児期、嬰兒期、幼児期、就学前期、就学年齢期および思春期の7つの段階に分けている。

- ・胎児期は、妊娠出産期の保健業務の基準に基づいて、妊娠初期（妊娠12週以前）、妊娠中期（妊娠13週～27週）、妊娠後期（妊娠28週およびその後の胎児分娩）に分けることができる。

- ・新生児期 胎児分娩から生後28日

- ・嬰兒期 生後満1歳未満

- ・幼児期 1歳から満3歳未満

- ・就学前期 満3歳から満6歳

- ・就学年齢期 入学から（約満6歳）12歳までの段階を就学年齢期、小学校就学年齢に相当

- ・思春期は、生殖器官が発育、発達して第二次性徴が現れる、最初の繁殖能力期で、児童が徐々に発育して成人となる過度期であり、身体が迅速に発育する重要な時期である。中学校と高校の就学段階の未成年者に相当する。

家庭が核家族化する過程で、児童/青少年が家庭や社会の中で、中高年が老いる、または死亡する状況に接する機会がますます減少し、健康問題と向き合う機会や看護に参加するといった状況が減っている。したがって、青少年に対して自身の健康への配慮に必要な知識を授ける以外に、その家族の健康に関する知識を適時に与え、成人後に家族の健康をサポートする能力を保証する。

二. 育齡期保健グループ

育齡期は、妊娠が可能なおとから妊娠ができなくなるまで、つまり、出産可能な時期を言い、人口学では一般的に15歳から49歳の時期を指す。本ガイドラインのプロジェクト出産可能年齢保健グループに関しては、その婚姻状態がどうであるかにかかわらず、19歳から44歳の男性と女性を指す。

育齡期間には次のいくつかのポイントとなる時期がある。

- ・困婚期・婚姻前後の一定の時期

- ・困孕期・妊娠前から妊娠後7か月

- ・困産期・妊娠満28週から生後1週間

- ・ほ乳期・産後、産婦が自分の乳で乳飲み子を育てる時期を指し、通常1年前後。

- ・出産期間・出産までの間隔がとても長く、出産制限が必要な時期

- ・更年期・男性の睾丸、女性の卵巣の機能が徐々に衰える期間。

育齡期の女性にとって妊娠期は非常に重要であり、第6回全国人口調査のデータは、中国女性の合計特殊出生率が1.18で、新生児の第1子および第2子の割合はそれぞれ62.2%と31.3%であることがと示されている。大部分の中国女性にとっては、1回から2回のみ妊娠になる。そのため、長い出産間隔にはより特別な注意が必要である。

育齡期の男性にとっても、避妊方法の選択に加わることは、望まない妊娠の発生率低下に役立つ。また、育齡期の男性にも生殖器系の問題があり、関心を払う必要がある。一部に見られる性生活障害、前立腺関連の疾病の予防などである。

また、育齡期の男女が直面する更年期の健康や健康的なライフスタイルを習慣づけるなどの健康問題に関心を払う必要がある。

三. 中高年保健グループ

家庭保健サービスの中老年保健グループは 45 歳以上を対象とし、中年期（45 歳～65 歳）、老年期（65 歳以上で、そのうち 80 歳以上の老人を高齢者とも呼ぶ）に分けられる。この年齢層の主な健康問題は生活習慣病で、年齢を重ねるに従い、慢性病の疾患率も増え続ける。疾患率の上昇と疾病負担の視点から見て、サービス従事者はいかにしてその慢性病到来の時期を延ばし、健康寿命を引き延ばすかという点を十分考慮するべきである。

第二節 サービス内容

家庭保健のサービス内容は 3 種類のサービス対象を重点にし、現在の衛生・計画出産サービスシステムの（最大の）サービス提供能力を基に考慮されたものであり、詳細については表 2-1、表 2-2、表 2-3 と表 2-4（表中の「✓」は、サービス内容を選択できる）を参照。各地は現地の人々のニーズとサービス能力に従って、具体的なサービス内容を決めることができる。

表 2-1 児童（0 歳～12 歳）保健サービス一覧表

サービス内容		健康教育	健健相談	健康診断
1 級	2 級			
0～3 歳乳幼児の日常的な世話・指導	新生児の保温および口腔、へその緒、皮膚の保護	✓	✓	✓
	入浴、スキンケア	✓	✓	✓
	乳幼児の健康管理	✓	✓	✓
哺育と栄養指導	6 か月間、母乳で育てる	✓	✓	✓
	6 か月後、離乳食を増やす	✓	✓	✓
	幼児の栄養と食事	✓	✓	✓
事故傷害防止	児童の気道閉塞			
	外 傷	✓	✓	
	中 毒	✓	✓	
	溺 水	✓	✓	
	火 傷	✓	✓	
	動物によるひっかき傷と咬傷	✓	✓	
	微弱電流傷	✓	✓	
	児童の交通事故傷害	✓	✓	
一般的疾病の防止	性的暴行防止	✓	✓	
	新生児の一般的疾病	✓	✓	
	出生異常の早期発見と家族の介入	✓	✓	
	乳幼児の一般的な伝染性疾患	✓	✓	
	乳幼児の栄養障害性疾患と成長・発育障害	✓	✓	✓
	目、耳、口の一般的な疾患	✓	✓	✓

	手、口、足の疾患の予防治療	✓	✓	
能力行動 の育成	生活習慣	✓	✓	
	学習習慣			

注記：表の「✓」はプロジェクトサイクルのうち、そのプロジェクトの内容に対応するサービス方式が部分的に選択されたものである。

表 2-2 青少年（13 歳～18 歳）保健サービス一覧表

サービス内容		健康教育	健康相談	健康診断
1 級	2 級			
思春期の 整理指導	生殖器官の構造と機能の指導	✓	✓	
	思春期の性的発達	✓	✓	
思春期の 心理指導	思春期の心理的成長	✓	✓	
	青少年の性的戸惑い	✓	✓	
思春期の 衛生指導	泌尿生殖器系保健	✓	✓	
	月経期保健	✓	✓	
	乳房ケア	✓	✓	
	夢精	✓	✓	

続き

サービス内容		健康教育	健康相談	健康診断
1 級	2 級			
望まない妊娠 と治療	妊娠生理	✓	✓	
	避妊の原理と常用の方法	✓	✓	
	人口流産と重複流産の回避	✓	✓	
生殖器系関連 疾患の保護	性病・エイズ	✓	✓	
	生殖路感染	✓	✓	
	安全な性行為	✓	✓	
	月経関連の疾病	✓	✓	
健康的行動	生殖器官発育不良性疾患	✓	✓	
	中毒性行為	✓	✓	
	良好な生活習慣の育成	✓	✓	✓
	事故による負傷の予防	✓	✓	
栄養指導	フラストレーション教育	✓	✓	
	思春期の栄養要求の特徴	✓		
	一般的な栄養不良と飲食指導	✓	✓	✓
	体重管理	✓	✓	✓

表 2-3 育齡期グループ（19 歳～44 歳）保健サービス一覧表

サービス内容		健康教育	健康相談	健康診断
1 級	2 級			
望まない妊娠 と治療	生殖生理	✓	✓	
	避妊サービス（インフォーム）	✓	✓	✓

	ド・チョイスを強化)			
	望まない妊娠の診断、治療および中絶後のサービス	✓	✓	✓
生殖器系関連疾患の保護	生殖路感染と性病・エイズ	✓	✓	✓
	不妊	✓	✓	
	生殖器系の癌	✓	✓	✓
	性機能不全	✓	✓	
	その他の一般的な婦人科疾患	✓	✓	
妊娠前と妊娠期の保健	妊娠と妊娠生理	✓	✓	
	少なく産み、よい教育を行うための指導	✓	✓	✓
	胎児期健康アドバイス	✓	✓	✓
	入院分娩家庭看護指導	✓	✓	
生活習慣病予防	高血圧、糖尿病および他の慢性疾患の予防	✓	✓	✓
	生殖器系の非腫瘍性疾患	✓		
	産後ケア指導	✓	✓	
	産後の避妊指導	✓	✓	
	産褥期疾患保護	✓	✓	✓

続き

サービス内容		健康教育	健康相談	健康診断
1 級	2 級			
栄養	栄養基礎知識	✓	✓	
	異なる期間における栄養と食事	✓	✓	
	栄養と関連疾患	✓	✓	
性の健康	性の健康	✓	✓	
	安全で調和のとれた性生活	✓	✓	
	特殊生理期間の性生活指導	✓	✓	
対人コミュニケーションとメンタルヘルス	対人関係とコミュニケーションスキル	✓	✓	
	メンタルヘルス	✓	✓	

表 2-4 中高年（45 歳以上）保健サービス一覧表

サービス内容		健康教育	健康相談	健康診断
1 級	2 級			
リプロダクティブ・ヘルス・サービス	安全で適切な避妊法指導	✓	✓	✓
	性生活指導	✓	✓	
	更年期の保健	✓	✓	
	更年期症候群	✓	✓	✓
一般疾患防護	一般的な婦人科疾患	✓	✓	✓

	男性生殖器系の疾患	✓	✓	
	性病、エイズ	✓	✓	
	高血圧、糖尿病および その他の慢性疾患	✓	✓	✓
	認知機能障害の予防と治療	✓	✓	
	癌性疾患	✓	✓	
健康的な生活 の提唱	運動	✓	✓	
	歯と視力の保護	✓	✓	✓
	飲酒・喫煙の管理	✓	✓	
	ソーシャルイベント	✓	✓	
	メンタルヘルス	✓	✓	
栄養と食事 指導	栄養指導	✓	✓	
	食事指導	✓	✓	
	一般的疾患の食事と栄養指導	✓	✓	
要介護老人 の保健	家庭看護	✓	✓	
	リハビリテーション看護	✓	✓	

一. 児童と青少年

児童保健サービスでは、児童の成長変化の特徴を重視し、サービスは児童本人に対してではなく、育児経験の少ない両親を対象により多く行う必要がある。

現在、衛生・計画生育部門には通常の児童/思春期の健康診断、妊娠出産期の保健業務規定にある妊娠期の検査、先天性欠損症の出生前スクリーニングと検診、新生児検診、産後42日の健康診断、全国児童保健業務規定による児童健康診断などがある。プロジェクト実施地区は児童/思春期保健のサービスにおいて、各機関がもつ資源の現状に基づいて、積極的に教育、共産主義青年団委員会、中華全国婦女連合会、学校および機関などの関連部門・機関と協力して、健康教育と健康相談に重点を置くことを提案する。

思春期保健サービスは、多くの青少年が就学年齢で、学校の管理下にあるため、教育部門との協力は欠かせない。実施の重点を本人に対する健康教育と健康相談に置き、この時期の保健の内容・方法は青少年の自己啓発を促すという原則に基づいて、まもなく育齢期に移っていくという点に十分に注意すべきである。また、学校教育が受けられない青少年も軽視してはならず、それらの青少年が直面する問題は多く、健康リスクはより大きく、衛生・計画生育部門は積極的に差別化したサービスを提供する必要がある。

本ガイドラインの添付資料6に、本プロジェクト実施後期にまとめた「青少年家庭保健サービス普及案」が掲載されており、今後、どのように青少年の家庭保健サービスをより広く普及させるかについて参考となる提案を行っている。

二. 育齢期保健グループ

プロジェクトは、育齢期保健グループのために総合的な家庭保健サービスを提供する必要がある。現在、各プロジェクト実施県が継続的に実施してるリプロダクティブ・ヘルス関連の健康教育、健康相談、健康診断が含まれ、またその家庭の具体的状況に基づいて、実施県が児童および中高年に関連する健康情報を選んで提供することを考慮しなければならない。育齢期の保健サービスは、さらに男性の健康に十分に関心を払う必要がある。

三. 中高年保健グループ

中高年保健サービスは、現在のサービス対象の問題点を見つけることに重点を置くだけでなく、その健康状態の維持、健康増進などの予防活動を重点と見なす必要がある。サービス対象が一旦医療や救助を必要とし、直ちに転院が必要となった場合には、民政部门、人力資源・社会保障部などの関連部門と適時の連携を十分に考慮するべきである。中年期の対象からすると、家庭保健の重点は、定期健康診断、健康を維持するライフスタイル、一般的疾患の保護、後年期保健におき、高齢期の対象からすると、主に慢性疾患の予防治療、要介護老人の家庭看護と終末期ケアである。

本ガイドラインの添付資料5に、本プロジェクト実施後期にまとめた「中高年家庭保健サービス普及案」が掲載されており、今後、どのように中高年の家庭保健サービスをより広く普及させるかについて参考となる提案を行っている。

第三節 サービス方式

家庭保健サービスの方式は、健康教育、健康相談、健康診断を主とし、臨床治療を補助とする。健康診断と健康教育、健康相談を有機的に組み合わせた総合保健サービスで、多くの人の参加をより適切に促し、多くの人が健康診断の意義についての認識を高め、健康診断後の健康指導や講座の内容を理解し、受け入れるのに有利である。

一. 健康教育

1. 目的

家庭保健サービスが家庭を対象として行う健康教育は、家族の健康維持・促進に非常に重要な方法である。健康教育の中心的な目的は、サービス対象およびその家庭が価値ある行動変化を生み出すのを助け、促進することである。

いわゆる価値ある行動変化とは、「直面する健康問題を解決するとき、必要な知識の取得により、自ら必要な判断を行うことができ、積極的に問題に対応する行動能力を身につける」ことをいう。具体的には^①：健康問題は起きないに越したことはないが(病気の予防)、健康問題が起きた場合の早急な対処(病気の早期発見、早期治療)、健康問題の解決が可能(治療)、健康問題の解決後の社会活動への復帰(リハビリテーション)がある。健康なライフスタイルを確立し、健全な社会環境を促進し、さらにサービス対象およびその家庭の行動変化を実現するために、次のいくつかの教育支援を提供する。

- (1) サービス対象は正確な知識を持ち、正確に理解している(知識の学習と掌握)。
- (2) 健康的な行動を実践する意欲を生む、生ませる(態度の変化)。
- (3) 日常生活で実践し、習慣を身につける(行動変化と維持)。

最終目的は、サービス対象に自分自身の健康状態を理解させ、健康状態の維持・促進を図るために、どのようにしたらセルフケア、自己管理が行えるかについて把握することである。

^① 厚生労働省「特定保健指導の実践的指導実施者育成プログラムの開発に関する研究」(2008)

2. 方式

家庭保健の健康教育の形式は多様で、テレビ、ラジオ、新聞、インターネットなどのメディアを通じて行うことができ、健康診断の現場では、黒板新聞、宣伝特別欄、宣伝折込、開設講座などの形式を通じて行うこともできる。健康教育教材制作において、著作権および版権などには注意が必要で、複勝手に踏襲してはならない。

健康教育を通じて住民の保健についての意識を高め、保健のニーズを呼び起こす。一方、健康教育は健康相談、健康診断など家庭保健サービス展開の導き手となる。他方、健康診断を通じてリスクの存在を発見した人に対し、健康教育を行うことは重要である。先週、家庭保健プロジェクトの実践は、健康教育を健康相談、基本的な健康診断と有機的に結びつけて、多くの人の参加をより適切に促し、多くの人が健康診断の意義についての認識を高め、健康診断後の健康指導の内容を理解し、受け入れるのに有利であることが明らかになった。

日本は健康サービスにおいて、健康教育を非常に重視しており、いくつかの実践的経験は、中国がプロジェクトにおいて学び、参考とする価値がある。

例えば、

(1) 関係者との連携。①現地学生と協力して教材を作成。健康教育の中で、現地高校の漫画クラブの助けを借りて、児童のいる家庭に対する禁煙活動を行うための紙芝居を作成し、ボランティア関係者が幼稚園で公演し、親の禁煙を呼びかけた。②ボランティアの参加。食習慣の改善教育で、ボランティアが塩分少なめの味噌汁料理を実演するなど。健康診断実施の現場で、食習慣改善のボランティアが適度な塩分濃度の味噌汁を調理し、皆にふるまって、日常生活の味と比較するなどして、コミュニティ全体に広めていく。

(2) 注目を集める。①アニメーションのイメージ作り。現地の有名漫画家が提供する漫画に基づいて、コスチュームを制作し、大型宣伝活動に使用して宣伝用の印刷物やパンフレットを作成する。②人形劇の上演。担当人員と医学専攻の学生により、パペットなどを使って、活動現場でグループ相談を行う。児童の歯磨き指導を行うとき、歌曲とパペットなどを利用して児童の注目を引き、親子指導を実施する。

(3) 自ら体験する。①妊娠疑似体験。健康教育の現場で、参加者が腹部に砂袋を巻き付けたジャケットを着用し、妊娠中期から後期の妊婦の状態と行動を自ら疑似体験し、妊婦の世話などの方法を学ぶ。②高齢者疑似試験。健康教育の現場で参加者が高齢者の体験服を着用し、視野が狭まったメガネ、音を遮る耳栓、手足の動きを制限する装具と砂袋を通じて、年老いてからの運動機能の低下が生活にもたらす不便、また高齢者の世話に関する方法などを疑似体験する。③体脂肪体験モデル。人体の脂肪の触覚、色、重さを模倣して制作した模型を使用し、観察、手で触れるなどの体験を通じて、脂肪過多が健康にもたらす問題の認識を深める。

ここで、参加者の現場の反応を考慮に入れずに講座を進めたり、単純にビデオ類の視聴覚教材などを流して、一方的に説教めいた話をするのは、良い効果が得られず、それは避けるか或いは他の方法と併用して不足分を補わなければならないことに注意する必要がある。

二. 健康相談

1. 目的

健康相談の趣旨は、解決が必要な健康問題に相談者が直面した際に、自ら問題を見つけ、理解を深めるとともに、それを重視し、積極性を打ち出し、自発的に問題に対処し、か

つそれを実践するという態度を育成することである。

健康相談や健康教育の目的と過程は、多くの類似点をもつが、健康教育との最大の違いは、健康相談は相談者が自発的に相談サービスを求めるところにある。このため、いかにして相談サービスの知名度を高め、かつ相談しやすい環境を作るかが、将来の相談の利用と効果に大きく影響する。

2. 方式

サービス対象がサービス機構を訪問して相談を受けたり、ホットライン、電子メールなどの形式を通じて相談を行えるほか、サービス担当者が村や家庭に入り、相談指導をするといった形式をより多く採用すべきである。健康教育では、個人と家庭の状況によって、きめ細やかな個別指導とサポートを行うことで、健康相談は非常に大きな役割を果たすことができる。衛生・計画生育部門はこの点を認識し、育齡期保健グループ並びに児童/思春期保健グループ、中高年保健グループを対象にした訪問相談サービスを継続する必要がある。

相談サービスの実施には多くの技術と方法がある（相談技術、分析技術、指導技術、教育法、コーチング、指導法、自己効力感の向上、自己効力感技術、集団活動サポート技術など）。健康相談に従事するサービス従事者は相談者の状況に基づいて、これらの技術と方法を習熟し、実践の中で柔軟に運用しなければならない。

一方、相談業務に従事するのは専門家に限らない。ボランティアが一定の教育訓練を受けたあと相談活動に従事できる。専門家のサポートが必要であるが、同様の悩みや経歴を持つ者が自身の経験を例に指導することで、知識上の支援よりも共感を得やすく、ある種の状況下では良い効果がでる。日本の実践ではよく、思春期の仲間同士の相談、患者家族会のような仲間同士の相談方法がよく採用される。

三. 健康行動変容ステージおよび介入

健康相談と健康教育を効果的に進める鍵は、サービス対象の現状と結びつけて、焦点が定まった介入の方法を採用することである。例えば、個体行動の変容ステージでは、通常、次の5段階（図 2-2）を体験する必要がある。新たな段階に向かう前に、まず現在のステージを理解し、この基礎の上に適切な介入方法を選択しなければならない。

行動変容ステージおよび介入方法

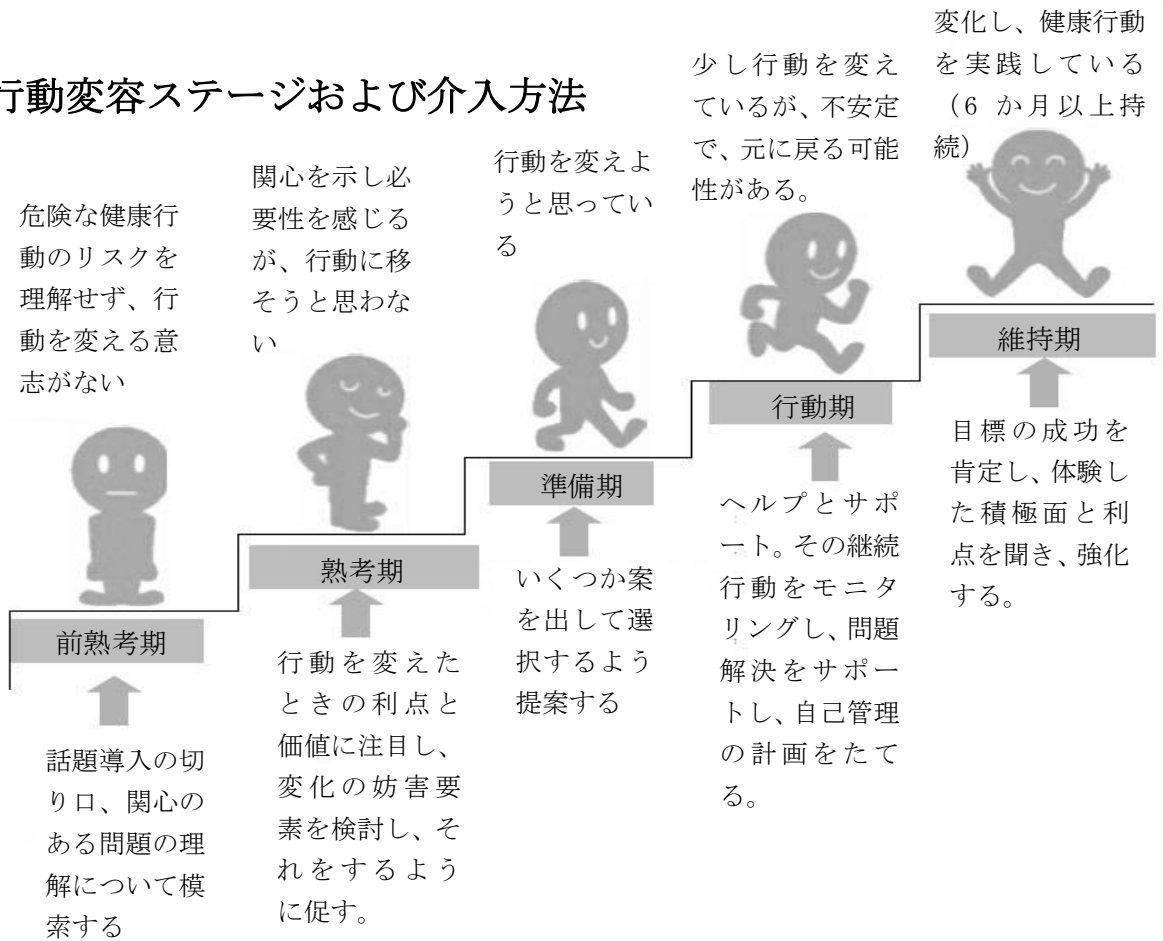


図 2-2 行動変容ステージおよび介入方法^①

四. 健康診断

1. 目的

健康診断は疾病を早期に発見し、速やかに相談・治療や転院、病気の危険性を軽減できるだけでなく、多くの人の健康意識を高め、健康知識を広めることができる。また、その後の適確な健康教育実施の拠り所を提供し、良好な健康行動の育成を促進し、健康な環境をつくり、健康水準の向上が達成できる。

2. 分類

健診組織の状況によって、自己選択と組織的な健康診断に分けることができる。自己選択の健診は個人の希望によって、費用を自己負担する健康診断である。検査の内容、どの医療機関で検査を行うか、検査の方法はすべて自由選択である。組織的な健診は、法令で規定されたもの、または政府補助があるもの、系統立てて行われる検査があり、費用は政府が全額または一部を負担する。組織的な健診は投入産出比状況、対象の選択、検査方法の選択、検査後の指導などを十分に検討する必要がある、綿密な計画をたてる必要もある。本ガイドラインで後述する健診は主に組織的な健康診断である。

健康診断の目的に照らして、健診を大まかに 2 種類に区分することができる。1 つは、健康状態（健康、半健康的状態、不健康かどうか）を評価するための健康診断で、例えば、就学前、就業前の身体検査、妊婦の定期健診などである。もう 1 つは、例えば子宮頸がん

^① 引用：Prochaska J. O. 行動変容ステージモデル

検診、乳がん検診などの病気の早期発見のための健康診査である。これらの検査は技術や設備に対する要求が高くなることが多い。

健診サービスを行う場所には2種類ある。第1はサービスステーション、または身体検査機関が提供するサービスである。第2はアウトリーチサービスで、例えば、農村（訪問サービスを含む）、学校、機関および企業などへ赴くサービスである。

アウトリーチサービスを行う健診活動は、計画出産、母子保健など村や家庭に入っていく技術サービスや訪問観察と結びつけて実施する。子宮頸がん検診、乳がん検診など技術や設備に対する要求が高い健診については、村や家庭に入ったときのサンプル収集を通じて、基幹サービス従事者がサンプル収集し、または住民が県保健センターのサービスステーションに集めて、その後、県保健センターやサービスステーションで集中して検査を行う。

3. 健康診断の内容設計と実施

健康診断の内容を設計する際、地域の健康問題、住民のニーズ、衛生・計画生育部門と関連部門の身体検査実施状況および内容を把握する必要がある、さらに現地衛生・計画出産機関の現在の健康推進サービス水準を考慮する必要がある。健康診断は医療行為であり、実施時には、部門、または関連学会の技術規則を順守しなければならない。サービス従事者の現在の能力がまだ要件を満たしていない場合は、先にトレーニングを行う必要がある。

4. 健康診断結果のフィードバックおよびフォローアップサービス

健康診断は疾病および疾病の危険因子を見つける良い機会であり、問題改善（再検査および治療）の最良の機会を逸することはできない。フィードバックおよびフォローアップサービスのために、健康診断を実施する各機関は、関連するフォローアップサービスの規定（第四節「サービス過程」を参照）を定める必要がある。

例えば次の事項がある。

- ・検査結果のフィードバック時期（検査後××日以内）。
- ・検査結果のフィードバック方法（結果が正常かまたは異常かにより、フィードバック方法が異なる可能性があり、具体的方法は本人が受け取る、郵送または電話で説明するなどが含まれる）。
- ・治療および転院などのフォローアップサービス（訪問観察、相談、健康講座などを含む）。
- ・検査結果の管理方法。
- ・検査結果の統計分析と使用など。

第四節 サービス過程

一. 健康診断サービスの過程

管理の観点からは、健康診断のサービス過程は基本的に計画、実施、結果のフィードバックと実施後総括の順序で行われる。

1. 健康診断の計画策定

(1) 目的を明確にする。最初に行うことは、健康診断実施に参加する各担当人員に今回の健診目的を明確に理解させる。一般的な状況下では、健康診断は法令または上級機関の指示・通知に従って行うものであるが、現地の状況、機関自らが決定して行う検査もある。どのような事情でも、いずれも今回の健康診断が何のためであるか明確にしなければならない。

ない。検査目的が明確になってこそ、計画策定の際に目標を定め、検査の対象、方法、検査後に重点を置いて行う訪問観察対象などを設定することが可能となる。例えば、

- ・妊婦の健康診断：胎児の発育状況および妊婦の健康状態を重点的に理解する。
- ・乳幼児の健康診断：幼児の発育状況および生活習慣、疾病の早期発見、親の育児行動を重点に把握する。
- ・生殖器系のがんの検査：子宮頸がん、乳がん、卵巣がんの早期発見。
- ・中高年の健康診断：慢性非感染性疾患（日本では生活習慣病と呼ばれる）リスクの早期把握。

(2) 健康診断対象グループの選択。検査目的を達成するため、最も適した健診対象を選定する必要がある。設定にあたり、国家衛生・計画生育委員会関連司局の業務規定と学会推薦のガイドラインの要件、さらに実際の業務経験に基づいて行わなければならない。まず、検査対象の年齢と性別を決定する。住民の望みを尊重することは重要であるが、より重要なのは、科学的に有効であり、効果が際立つ対象グループであることである。骨粗しょう症の検査を例に挙げると、骨粗しょう症の有病率は男性と女性では大きく異なる。女性を最初に設定する必要がある、特に閉経前後の女性は優先して検査対象とするべきである。

健康診断対象の最終決定は、健診の目標と方法を考慮する以外に、実施機関の人員状況、技術水準、施設・設備状況、資金・予算なども考慮する必要がある。

(3) 健診方法の選択。必要かつ最小限の方法とプロジェクトが検査目的に達する方法を選択する。健康診断では、一部の検査項目に副反応、偽陽性などが現れる可能性があり、検査項目を十分に理解した上で、検査目的、検査対象の状況、サービス機構のスタッフおよび能力と施設・設備状況などの要素を結び合わせて選択を行わなければならない。例えば、検査対象は多くの場合、血液検査の項目が多いほどよいという要望があるが、検査項目が多くなれば、検査後の結果説明を希望する人も増え、必要な時間もそれに応じて増えるので、最低限の内容に設定するべきである。健康診断の過程で、医者以外の、住民の健康状況および生活習慣の把握も重要で、相談やグループの健康教育を行うために、必要ときにはアンケートを実施して、検査対象の基本状況、生活習慣および既往歴などを理解する必要がある。

(4) 適切な集団健診の人数を考慮する。健康診断を行うとき、検査対象者が集中して現れると、サービス機構の検査能力を超えて混乱をきたす。受診者および担当人員の多くが焦りを感じて、検査精度を低下させたり、一部の検査対象者が途中で帰宅してしまう可能性もある。このため、健康診断は健診の種類別に、1日または半日以内に検査可能な人数を予め設定しておく必要がある。

また健康診断実施時には、事前に見込んだ健診の受診者数と検査時間に基づいて、実施部隊を設け、健診の作業過程に照らして各部門の必要人数を設定する。前半部分に作業が集中する受付や問診の担当人員は、業務量が減ったときに後半部分に移動して、作業量が多くなる指導業務に加わるなどすることにより、業務を円滑に進めなければならない。担当人員の役割は、検査内容に応じて異なる手配をしなければならない。検査人数が設定数を超えた場合は、必ず相応の増員計画が必要である。

(5) 日程の確定。健康診断は多くの状況下では1回で完了しない。通常は同一場所で定期的に検査を実施（例えば、乳幼児の検診など）したり、別の場所で複数回検査を実施することもある（例えば、中高年の生活習慣病の健診など）。検査サービスを請け負う機関は目標の検査対象の状況に従って、選択可能なフレキシブルな時間設定を行い、提供する必要がある。住民が検査を受けない場合は効果が半減するため、住民が参加しやすい時

間を選んで健診日程を設定しなければならない。日程作成時には、検査サービス機構の業務手配を優先してはならず、現地住民の生活のリズムを十分に考慮しなければならない。例えば、農村における健康診断の日程作成の際に、農繁期を避けなければならない、空腹検査が必要な項目は、午後に実施するような設定をしてはならない。同一地区で健康診断を行う場合、受診者数が標準的なチームが受け入れ可能な能力を超えた場合は、同一場所で数回に分けて行う計画をしなければならない。

(6) 住民への通知。住民が進んで参加することが重要である。このため、検査前に重要なのが検査時間、検査場所、内容などの通知である。通知の形式は個別通知、村民委員会への通知、受診対象が所属する組織、またはサービス機構への直接通知などがあるが、それとともに対象者が随時見られる検査日時、検査対象、検査の注意事項に関する通知を書面で行うことが最も望ましい。

2. 健康診断の実施

(1) 事前に名簿を作成する。事前に受診者名簿を作成することが望ましい。項目に氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号などを入れるようにすると、受付が順調に流れ、当日の局面をコントロールでき、担当人員も適時に適切な調整を行え、混乱を避けることができる。また、受診者名簿の作成にはもう1つのメリットがあり、検査終了後すぐに未受診者の状況を把握できる。

(2) 受付業務。検査に参加する対象者に対して、事前に作成した受診者名簿で、一人ずつ照らし合わせて確認する。名簿にない人の参加希望で、検査すべき対象に該当する場合は、名簿への追加が可能である。検査対象外の参加希望者は、原則的には今回の健診の状況を説明して、受診を許可しない。

(3) 問診。事前に作成した問診票、または調査票に基づいて行い、検査対象の健康状況、生活習慣、健康知識、健康行動などの状況を理解する。対象者本人（乳幼児は親が行う）が記入困難なときは、問診を行う担当人員が質問して記入する。

(4) 検査。当日結果が得られる検査項目は、医師の検診の前に行うよう手配しなければならない。例えば、身長体重、血圧、心電図、超音波検査、骨密度検査などである。各検査項目は、国家衛生・計画生育委員会関連司局および関連学会が制定する規定に基づいて行なわなければならない。

(5) 医師による診察。健康診断票および当日受領する検査結果と受診結果に基づいて、対象者に適切な説明を行う。外部の医師に委託して診察を行うときは、事前に今回の健康診断の実施趣旨、参加対象、判断基準などの説明材料を当該医師に配布しなければならない。医師には規定する内容に照らして診察と指導を依頼する。

(6) 保健指導と健康相談。医師は検査結果を見て受診者の問題を理解した後、資料を使って適切な健康指導を行い、受診者から出された問題について解答する。回答できない問題に対しては、予め連絡先を入手しておき、後日相手に解答する。

(7) 環境配備。健康診断を円滑に進めるために重要なことは、受診者に診察室（例えば、問診または診察、検査など）で、長い列をなして待たせないようにすることである。待機人数の多い診察室・検査部分は状況に応じて、事前に適切な調整を行う必要がある。受診者が見て分かる全体のフロー図を貼りだす、検査場の合理的な区分けを行う、人の流れをよくする配置、時間単位毎の受診者数の設定、これらすべては非常に効果的な手段である。待ち時間を有効利用して健康教育を行う、受診者が検査を待つ間の苛立ちを緩和する、といった点も重要である。待機場所は単独の場所を設置するのが最も望ましく、問診と同じ場所は不適切である。また、問診、診察などはプライバシーを保護する必要から、環境要件を考慮して、仕切りやカーテンなどを設置するべきである。

3. 検査後の作業

(1) 検査後の総括会議。可能であれば、健康診断後、担当人員の総括会議を主催して、当日の過程の状況、担当人員の報告、活動中の問題点、当日の受診者で特別な注意が必要な人（例えば、高血圧で治療を受けていない人）、訪問観察日程の手配及び責任者を明確にすることについて情報交換を行う。

当日開催できない場合は、各業務の責任者に業務日誌を作成し、後日開催する総括会議のときに提出するよう求める必要がある。

(2) 受診者の検査結果を通知する。すべての受診者に対し、個別の検査結果をフィードバックするには作業量の問題があることから、受診者のリスク別に対応する必要がある。

検査結果が正常なものは、検査結果を密封し、郵便局または各地の連絡員を通じて送付する。リスクは有るが程度が軽いものは、結果を送る際、疾病と生活習慣改善に関する資料を添付しなければならない。中程度以上のリスクの場合は、関係資料を準備して訪問観察を行い、必要かつ条件が整っている場合、引き続き介入する必要がある。

(3) 未受診の対象者に対する業務。予め用意した参加者名簿と比較して、どの対象者が不参加であったかを確認し、その受診しない理由、現況などをできるだけ把握しておく。受診していない対象者が医療機関へ行き診察を受けたかどうか、健康上の高い危険性を有しているか否かを確認する。必要な場合は、更にその検査を受けるよう説得する必要がある。

(4) 健康診断結果のグループ分析。個別症例の状況を処理した後、統計結果の処理を行い、受診者全体の状況および存在する問題を明らかにする必要がある。必要に応じて、健康診断の対象者および検査の内容、または全体の活動内容に対して、再度細かく見て検討を行う。条件が許せば、健診結果をもとに参照対象者を健康グループ、（ある病気の）ハイリスクグループ、罹患者グループなどに分類し、分類に従って異なる、後続の健康管理のフォローアップと介入を実施する。

二. 健康教育のサービスフロー

健康教育には、健康診断結果をもとに、特定の対象者に対して行うもの、および全体の検査結果と現地の健康問題の現状を結びつけて、不特定多数のグループを対象に行うものが含まれる。健康診断の結果に基づいて行う場合、まず検査結果の分析を行う必要があり、対象をハイリスクグループとハイリスクではないが、健康指導が必要なグループに分類する。対象者の状況と結びつけて、健康教育の目的と内容を検討し、その改善を促すことができる具体的な方法を明らかにする。特定対象者に対しては、それぞれ通知を送り、具体的な活動時期、目的、内容を知らせる。特定対象者に対して行われる健康教育は、活動実施後のフォローアップも非常に重要である。例えば、指導内容に従って食習慣が計画的に改善されているか、運動を積極的に行っているか、具体的効果はどうかなどである。フォローアップを通じて、対象者と共に調整を確認すれば、真の実行に役立てることができる。活動終了後には必ず評価を行い、評価の結果をその後の活動にフィードバックすることを保証する。具体的な方法は、第二章第三節の「サービス方式」を参照。

三. 健康相談のサービス過程

健康相談は原則的には、個人の望みと結びつけて単独で行われる。サービス提供者は、対象者から出された各種の問題に対して、適切で正確な情報を提供しなければならない。

相談内容は分析利用に備えるために必ず記録を取らなければならない。分析を通じて、例えば、思春期の男女が直面するさまざまな問題を理解し、具体的な健康教育内容の応用に役立てることができる。具体的な方法は、第二章第三節の「サービス方式」を参照。

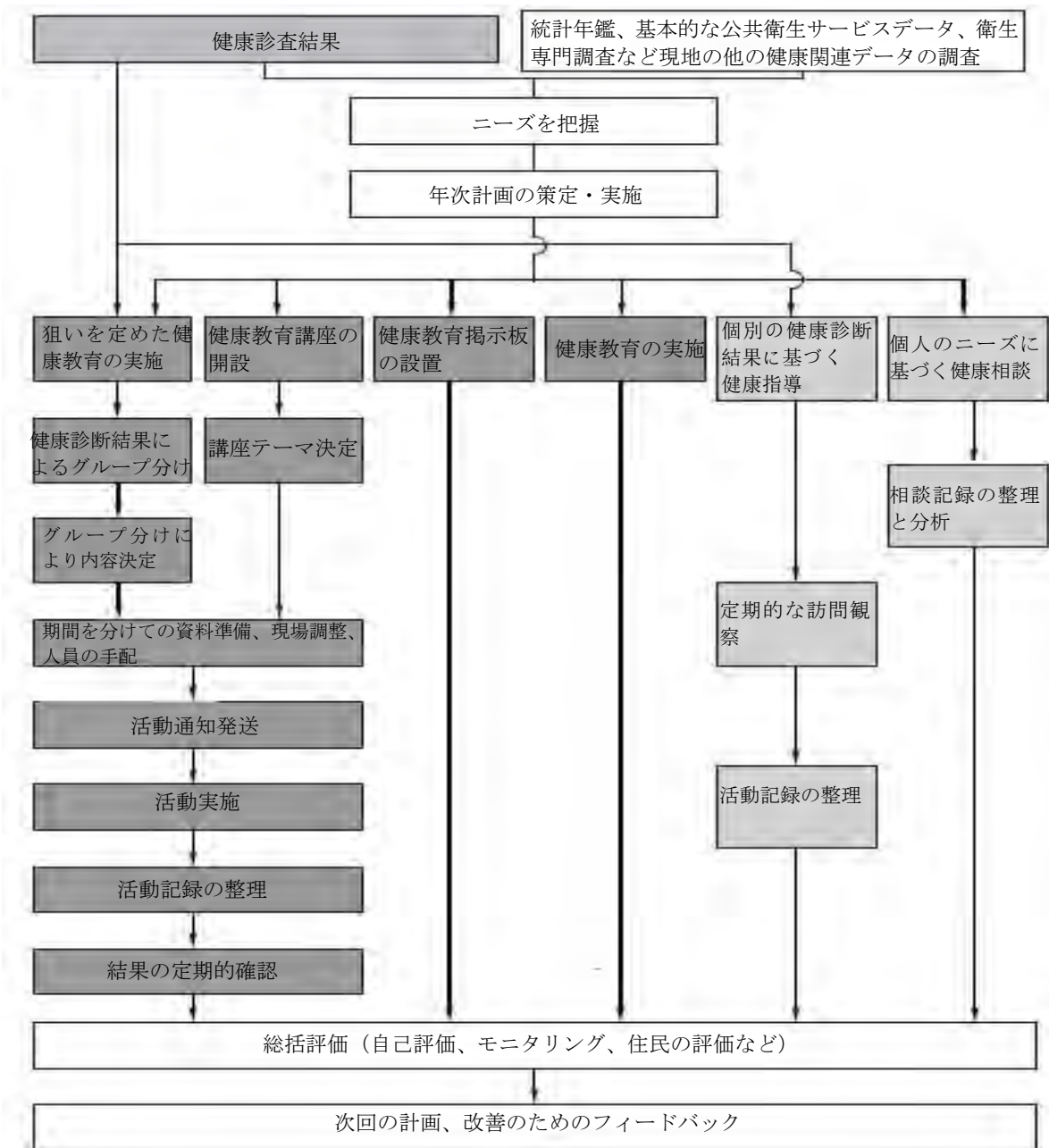


図 2-3 健康教育、健康相談、健康診断の総合サービスフロー

第五節 サービスの記録と管理

より効果的なサービスを提供するために、毎年各種のサービス対象に的を絞って、「年次活動計画」（添付資料1参照）を作成し、「年次活動計画」に従って、毎回の活動実施前に具体的な実施計画を策定する。この部分の内容の詳細は第三章を参照。本節ではサービス記録に重点を置く。サービス（活動）記録はサービス内容によって、家庭保健サービス活動計画と記録票（表2-5）に分けられ、記録票には健康教育記録（表2-6）、相談サービス記録（表2-7）、健康診断サービス記録（表2-8）が含まれる。

表2-5 県・市・区の家計保健サービス活動計画と記録票

活動名称：

計 画	
活動時期	活動場所・範囲
目標グループ	目標グループ数
主催機関	協力機関
責任者	活動形式
活動目標	
活動構想：（活動の内容、参加者、組織の過程、スペースや設備要件などの内容を説明する）	
活動経費予算	
活動記録 1. 活動実施状況 2. 計画に従って実行しているかどうか（変更があれば、原因を説明してください） 3. 活動実施の効果の分析・サービスデータの総括と分析（健康診断） 4. 活動中の典型例（あれば記入） 5. 活動中の問題点および今後の改善方法 6. 保存記録資料を添付してください <input type="checkbox"/> 書面資料 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 印刷物 <input type="checkbox"/> 音声・画像記録 <input type="checkbox"/> 出勤表 <input type="checkbox"/> その他	

機関責任者（署名）：

記入者名：

記入日時： 年 月 日

表 2-6 健康教育活動記録票

活動日時	活動場所
活動形式	
活動テーマ	
主催者	
健康教育従事者受入れ区分	健康教育人数
健康教育資料の発行種類と数量	
活動内容	
活動の総括・評価	
保存記録資料を添付してください	
<input type="checkbox"/> 書面資料 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 印刷物 <input type="checkbox"/> 音声・画像記録 <input type="checkbox"/> 出勤表 <input type="checkbox"/> その他	

記入者（署名）：

責任者（署名）：

記入日： 年 月 日

表 2-7 相談サービス記録

No.	日付	性別	年齢*	電話番号*	相談内容	主な処理	サービス担当者署名
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

注記：*は、サービスの意向を尊重する表示で、サービス対象者が提供すれば記入し、希望しなければ記入する必要はない。

表 2-8 健康診断氏名記録：

氏名： _____ 健診日： _____年 _____月 _____日 分類番号□□ -□□□□□

内容	検査項目				
症状	1 症状なし□ 2 頭痛□ 3 めまい□ 4 動悸□ 5 胸部圧迫感□				
	6 胸痛□ 7 慢性咳□ 8 喀痰□ 9 呼吸困難□ 10 多飲□				
症状	11 多尿□ 12 体重減少□ 13 倦怠感□ 14 関節の腫れ・痛み□ 15 視力障害□				
	16 手足のしびれ□ 17 尿切迫感□ 18 排尿痛□ 19 便秘□ 20 下痢□				
症状	21 悪心嘔吐□ 22 目のかすみ□ 23 耳鳴り□ 24 乳房の腫れと痛み□				
	25 その他				
一般状況	呼吸頻度	回/毎分	脈拍数	回/毎分	
	血圧	/ mmHg			
	身長	cm	体重	kg	
	胸囲	cm	体格指数		
	臀囲	cm	WHR		
	食習慣	1 バランスの取れた食事 2 肉・魚ベース 3 菜食ベース 4 濃い味付を好む 5 油物を好む 6 甘い物を好む □			
	喫煙状況	喫煙状況		1 喫煙なし 2 禁煙している 3 喫煙	
		1日の喫煙量		平均 _____本	
	飲酒状況	飲酒頻度		1 なし 2 時々 3 頻繁に 4 毎日	
		この1年以内に酒酔いしたかどうか		1 した, 計____回 2 していない____□	
肝	口腔	口唇 1 紅潮 2 蒼白 3 発汗 4 あかぎれ 5 ヘルペス			

機能		歯並 1 正常 2 欠損 3 虫歯 4 入れ歯 (義歯) 咽頭部 1 充血なし 2 充血 3 リンパ濾胞増殖症	
	視力	左目 _____ 右目 _____ (矯正視力: 左目 _____ 右目 _____)	
	聴力	1 聞こえる 2 よく聞こえない、または聞こえない	
診断	皮膚	1 正常 2 紅潮 3 蒼白 4 チアノーゼ 5 黄染 6 色素沈着 7 その他 _____	
	強膜	1 正常 2 黄染 3 充血 4 その他 _____	
	リンパ節	1 触知せず 2 鎖骨上 3 わきの下 4 その他 _____	
	肺	樽胸: 1 はい _____ 2 いいえ _____	
		呼吸音: 1 正常 2 異常 _____	
		ラ音: 1 なし 2 乾性ラ音 3 湿性ラ音 4 その他 _____	
	心臓	心拍数: _____ 拍/毎分 心拍: 1 正常 2 不整 3 絶対不整 心雑音: 1 なし 2 有り _____	
	腹部	圧痛: 1 なし 2 有り _____ 腫瘍: 1 なし 2 有り _____ 肝腫大: 1 なし 2 有り _____ 脾腫: 1 なし 2 有り _____ 濁音界移動: 1 なし 2 有り _____	
	下肢の浮腫	1 なし 2 片側 3 両側非対称 4 両側対称 <input type="checkbox"/>	
	乳腺	1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 乳房切除 <input type="checkbox"/> 3 異常乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 4 乳腺しこり <input type="checkbox"/> 5 その他 _____	
	婦 人 科	外陰部	1 異常なし 2 異常 _____ <input type="checkbox"/>
		膣	1 異常なし 2 異常 _____ <input type="checkbox"/>
		子宮頸	1 異常なし 2 異常 _____ <input type="checkbox"/>
子宮体		1 異常なし 2 異常 _____ <input type="checkbox"/>	
付属器		1 異常なし 2 異常 _____ <input type="checkbox"/>	
補助 検 査	空腹時血糖	_____ mmol/L または _____ mg/dL	
	血液通常検査	ヘモグロビン _____ G/L 白血球 _____ /L 血小板 _____ /L	
	尿検査	尿タンパク _____ 尿糖 _____ 尿中ケトン _____ 尿潜血 _____	
	微量アルブミン尿	_____ mg/dL	
	便潜血	1 陰性 2 陽性 <input type="checkbox"/>	
	肝機能	血清 GPT _____ U/L 血清 GOT _____ U/L アルブミン _____ G/L 総ビリルビン _____ μ mol/L 結合ビリルビン _____ μ mol/L	
	腎機能	クレアチニン _____ μ mol/L 血中尿素窒素 _____ mmol/L 血中カリウム濃度 _____ mmol/L 血中ナトリウム濃度 _____ mmol/L	
	血中脂質	総コレステロール _____ mmol/L 中性脂肪 _____ mmol/L LDL コレステロール _____ mmol/L HDL コレステロール _____ mmol/L	
心電図	1 正常 2 異常 _____ <input type="checkbox"/>		

第三章 家庭保健サービスの管理と評価

家庭保健サービスの管理と評価には主に家庭保健サービス計画の策定、サービス活動の実施、サービス活動に対する監督・指導・評価などの段階が含まれる。家庭保健サービスを実施するには、まず科学的かつ現実に則した実施可能なサービス計画を定め、次に各級政府とサービス機構は計画を進める上での責任と役割を真摯に果たすとともに、サービス実施中にはすべての過程を監督し定期的に評価しなければならない。本章が紹介する内容は家庭保健サービスの管理と評価に利用できる上、具体的な活動の設計、実施および評価にも利用できる。

第一節 家庭保健サービスの PDCA サイクル・マネージメント

家庭保健サービスを円滑に実施するために、ここでは広く活用されている PDCA サイクル・マネージメント法を選ぶ。この方法は4つの管理段階から成り、第1段階では従来の経験と今後の予測などに基づいてサービス計画を策定し（計画段階—Plan）、第2段階ではサービス計画に基づいて関連のサービス活動を行い（実行段階—Do）、第3段階ではサービス活動の実施が計画とおりに進んでいるかを確認し（評価段階—Check）、最終段階では計画とおりに実施できなかったサービス活動を調整する（改善段階—Act）。上記の4段階を順に実施し、また最終段階の Act と次のサイクルの Plan をつなげて、螺旋状のサイクルを形成し、絶えず改善し、品質向上を図るという目的を達成する。4つの管理段階の英語の頭文字を取って PDCA サイクルと言う。

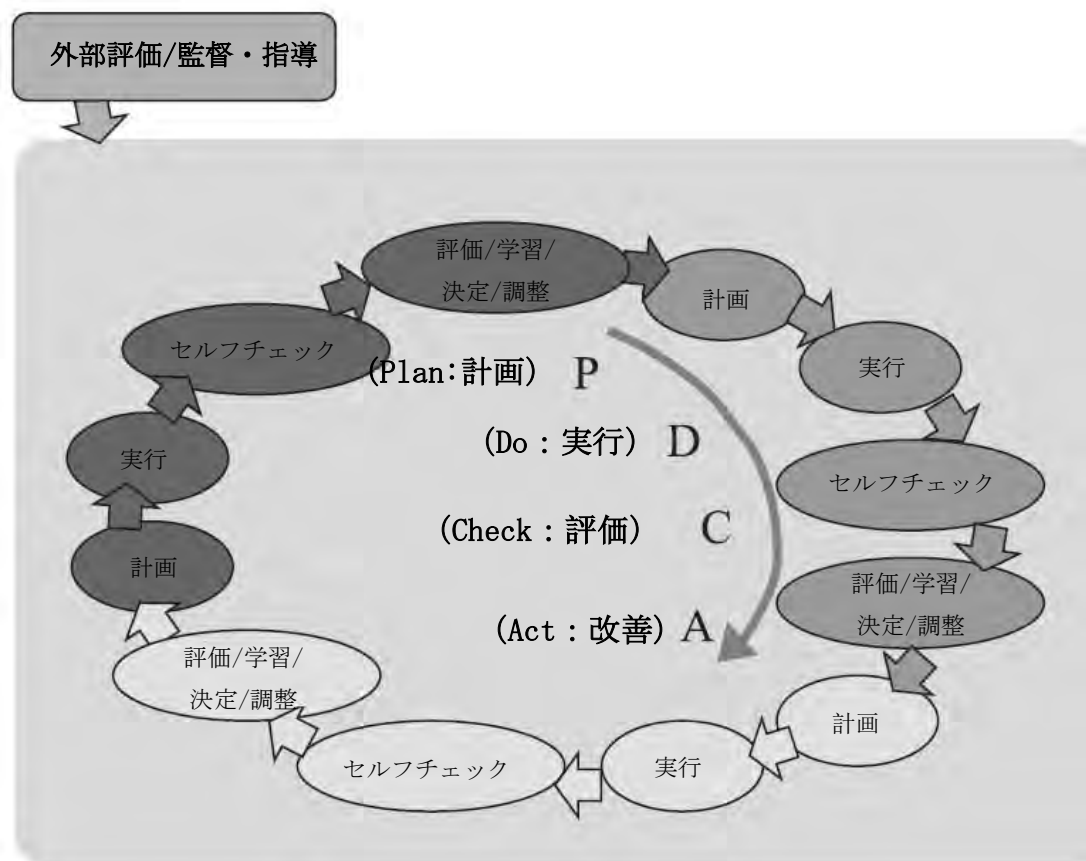


図 3-1 PDCA サイクル・マネジメントのフローチャート

家庭保健サービスの管理とは、PDCA サイクル・マネジメント法を用いてサービスの質を向上させることである。具体的な内容は次のとおり。

一. 計画 (Plan) 段階

日中家庭保健プロジェクトには、5年周期のサービス実施計画、年度サービス計画、サービス項目ごとの活動計画の3種類があり、具体的な内容の様式は添付資料1を参照されたい。それぞれの計画には期間の長さ、具体性に違いはあるものの、これらサービス計画の策定時にはいずれもニーズ分析、関連サービス提供の現状分析、サービス能力などの分析を踏まえた上で、サービス目標を立て、関連するサービス活動を設計する必要がある。例えば、家庭保健プロジェクトの年度サービス計画では、要求される「前年度の問題と利点の分析——当年度活動の方向性——年度目標と指標——年度活動の概要」とはこうした考え方に基づいて進められ、年度計画中の目標と指標とは年度活動がもたらした質と効果を年度末に検査するときのために具体的な内容を定めたもので、本ガイドラインの附属文書3を参考とすることができる。

二. 実行 (Do) 段階

サービス計画とおりに各サービス活動を実施することが求められる。PDCA サイクルの後続検査と検査の依拠提供に便利なよう、家庭保健プロジェクトはプロジェクト実施県に

活動完了後に活動を記録するよう求める。記録する内容には、活動の実施状況、計画とおりに進行したかどうか（変更がある場合は原因を説明する）、活動による効果の分析/サービスデータの総括と分析、代表的な活動例が含まれる。プロジェクト関係者の中には実施中のプロジェクト活動記録はとても繁雑だと考え、適当に記録してお茶を濁す者もいる。しかし、プロジェクト記録はプロジェクト活動完了後に残る活動の痕跡であり、活動の管理と検査のための基礎となるだけでなく、年度総括、プロジェクト監査、今後のプロジェクト設計、その他地区のプロジェクト活動の参考のためにも意義あるオリジナル情報を提供する。

三. 評価 (Check) 段階

家庭保健プロジェクトの評価方式には主に2種類あり、すなわち外部評価/監督・指導とセルフチェック/評価である。プロジェクトのサービス活動に対する監督・指導は各レベルで行われ、国家レベル、省レベル、地級市レベルがあり、国家レベルの監督・指導表は添付資料2のとおりで、各レベルの監督・指導終了後に監督・指導の報告を行い、監督・指導先には監督・指導の結論と提言をフィードバックしなければならない。セルフチェック/評価は各サービス活動の終了後と年度末に実施する。プロジェクトのサービス活動終了後に、プロジェクトチームにサービス活動中の問題を一緒に分析し、今後の改善に向けた戦略と方法を検討するよう要求する。プロジェクトのサービス活動検査内容に「プロジェクト活動計画と記録表」の最後の項目「活動中の問題と今後の改善構想」を記載することを求める。家庭保健プロジェクトは毎年年末に「年次総括および計画会」を開催し、各プロジェクト県は年度報告書をまとめ、年度サービス計画と比較して目標の達成状況を報告し、問題と成功例を分析することが求められており、これも定期的なプロジェクト評価活動の1つである。

四. 改善 (Act) 段階

外部評価/監督・指導とセルフチェック/評価のときに見つかった問題について、直ちに修正しなければならないものもあれば、以後または次年度に徐々に変化すると考えられるものもあり、また、サービス計画自体を調整しなければならない可能性があるものもある。家庭保健プロジェクトの実施中は、外部評価/監督・指導とセルフチェック/評価によって、絶えず振り返り（再考）と学習、（認識の）総括を行い、推進できた経験の適正化、標準化を実現し、発見した問題に対して直ちにプロジェクトのサービス活動を調整または改善する過程を、Act（改善）段階と見なす。

第二節 家庭保健サービスの計画策定

PDCA サイクル・マネージメントの理論に基づき、家庭保健サービスへの管理は計画策定 (Plan) から始め、計画の策定は科学的な意思決定の過程である。何に基づいて計画を策定するのか、どのように計画を策定するのか、計画にはどのような内容が含まれるのか、どのように計画を評価するのかなどは、いずれも科学的な方法と手順がなければならない。家庭保健サービス計画策定の主な依拠は次のとおりである。①一般住民のニーズ：家庭保健サービスを実施する地区は、まずベースライン調査によって一般住民のニーズを把握するとともに、サービス実施中にも一般住民のニーズを理解することに留意しなければなら

ない。②上級機関の要求：上級機関は 国家衛生・計画生育委員会関係司局の公文書、「家庭保健サービスガイドライン」（すなわち本書）、「家庭保健サービスハンドブック」などの内容を具体的に実施するよう要求する。③現状分析：現地住民の健康状態の分析、各種サービス機構のサービス能力の分析、サービス提供状況の分析などを含む。現状分析を行うことで家庭保健サービスの内容に優先順位を付けて選別する。

家庭保健サービス計画の策定方法は多くあり、ここではロジカルフレームワーク・アプローチを紹介する。

一. ロジカルフレームワーク・アプローチの基本知識

1. ロジカルフレームワーク・アプローチの概念

ロジカルフレームワーク・アプローチはプロジェクト設計、プロジェクト計画および評価のために用いるツールであり、目下、プロジェクト設計を開発し、プロジェクト計画を策定し、プロジェクトを評価するのに国際組織が常用するツールである。ロジカルフレームワーク・アプローチは合理的な考え方であり、プロジェクトまたは活動の全体目標、プロジェクト目標、算出（成果）、活動、投入などの目標について垂直方向の論理的関係を明らかにして示すとともに、各目標水準の内容、客観的測定指標、測定手段、リスク・仮説など水平方向の論理的関係も示す。こうした論理的関係はロジカルフレームワーク・マトリックス表を用いて示すことができる（表 3-1 参照）。

表 3-1 ロジカル・フレームワーク・マトリックス表 (PDM)

目標水準と内容	客観的測定指標	測定手段	リスクと仮説
全体目標（マクロ的な目標）			
プロジェクト目標（直接目標）			
産出（成果）			
活動			
投入の保障			

2. 垂直方向の論理的関係

ロジカル・フレームワーク・マトリックス表の行（表 3-1 参照）は、通常はプロジェクトの目標を 5 つのレベルに分ける。

(1) 全体目標（マクロ的な目標）。最高レベルの目標を指し、国、地区、部門または投資組織（一般にプロジェクトを指す）の全体目標である。このレベルの目標の確定と指標の選択は、一般に国、業界部門またはプロジェクト投資組織（プロジェクト投資者）が責任を負う。全体目標は長期的、マクロ的、総合的なもので、プロジェクト期間内に必ずしも遂行できるとは限らず、プロジェクト活動に依存するだけで実現できるとも決まっていなが、プロジェクト活動には全体目標の実現を促進する作用が必ずある。家庭保健プロ

プロジェクトの国レベルの全体目標は、家庭保健サービスを通じて、プロジェクト実施省の体系的な保健予防活動が強化されることである。

(2) プロジェクト目標（直接目標）。プロジェクトの直接の目標、すなわちプロジェクトの直接的な効果と影響をいう。このためプロジェクト目標は「効果」または「目的」とも言う。保健サービス類のプロジェクトにとって、「効果」はしばしば管理スタッフ、サービス従事者またはサービス対象の態度、知識、行為の変化、またはサービス機構の能力、水準などの方面の変化をいう。「効果」は全体目標の実現のために提供すべき支援であり、この水準の目標は計画を策定した部門またはプロジェクト実施機関が定める。家庭保健プロジェクトの国レベルの直接目標は、試行地区において、地域のニーズに即した家庭保健サービスモデルを確立することである。

(3) 産出（成果）。プロジェクトの投入および活動後の直接的な産出または成果をいう。プロジェクト活動の実施後に生じるいくつかの「成果」がすなわち「産出」である。家庭保健プロジェクトが実施した中高年保健の健康教育講座の場合、その「産出」は健康教育を受けた中高年の人数が増加したことである。「産出」は「プロジェクト目標」のためになるものであり、「産出」がある程度蓄積されると、「プロジェクト目標」が達成される。家庭保健プロジェクトの国レベルの「産出（成果）」には、（家庭保健サービスの規範（理念・概念・内容・基準など）、（試行地区において家庭保健計画に対する運営管理が強化される、（家庭保健サービス機構および人材の実施能力（管理・技術）が向上する、家庭保健サービスに対する住民の参加意識および健康意識が向上する、の4つがある。

(4) 活動。プロジェクト目標と所期の産出を実現するために実施する必要がある活動である。家庭保健プロジェクトでは、「活動」は健康促進の目的を中心に実施するもので、例えば、中高年の健康意識を向上させるために実施する中高年健康教育講座、開設した健康相談・診療、疾病の早期発見・早期治療のために中高年向けに行う健康診査などがある。プロジェクト実施地区はプロジェクトの「産出（成果）」に対して一連の活動を手配しなければならない。

(5) 投入の保障。プロジェクト実施中に投入する経費、マンパワー、時間、設備などの資源を指し、さらに政治上または政策上の保障措置も含まれるべきである。これらの「投入」はプロジェクト「活動」の正常な実施を保障する。例えば家庭保健プロジェクトでは、無料の健康診査を実施するために投入した設備、資金、サービス従事者や、サービス機構が法に基づいて健康診査を行うのに必要な業務資格許可証などが該当する。

ここで、ロジカルフレームワーク・マトリックス表の行、すなわち全体目標、プロジェクト目標、産出、活動、投入の間には因果関係があることに注意が必要であり、図 3-1 に示したとおりである。「投入の保障」措置がとられてこそ、必要な「活動」を正常に展開できる。適切な「活動」が行われてこそ、所期の「産出」を得ることができる。所期の「産出」が得られてこそ、望んだ「効果」が得られる。望んだ「効果」が得られて「全体目標」の達成が最終的に可能となる。

日中協力家庭保健プロジェクトは一貫してロジカルフレームワーク・アプローチによってプロジェクト管理を行っており、添付資料 1-1 を参照されたい。

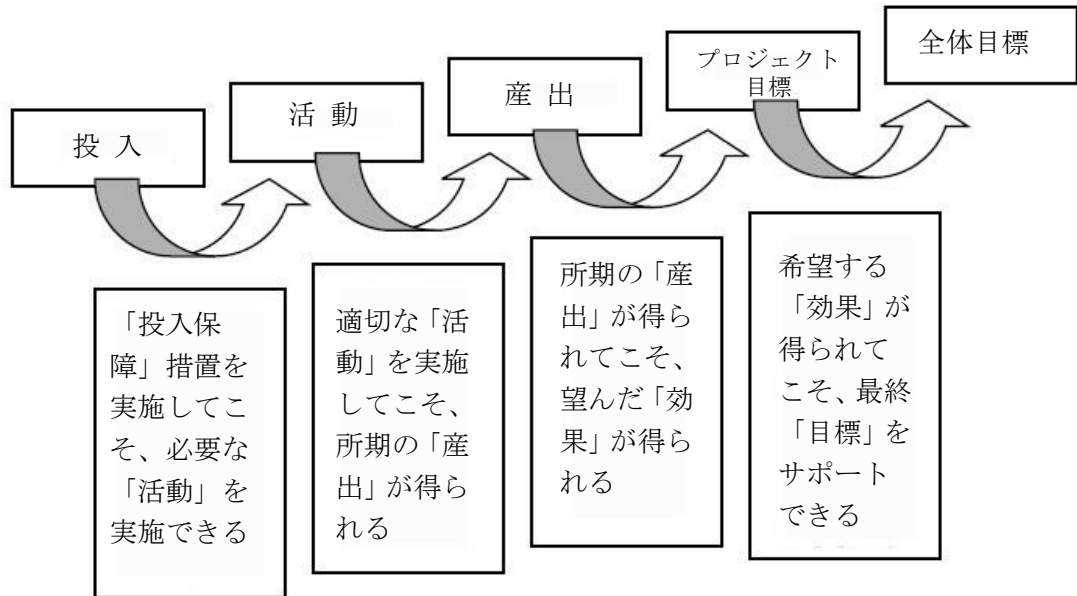


図 3-2 垂直方向の論理的関係における因果関係イメージ図

実際の運用においては、「プロジェクト目標」と「産出（成果）」を合わせて1項目とすることもあり、ロジカルフレームワーク・マトリックス表は、全体目標、プロジェクト目標、活動、投入の4つのレベルのみとなる。「活動」と「投入」を合わせて1項目とすることもあり、ロジカルフレームワーク・マトリックス表は全体目標、プロジェクト目標、産出（成果）、投入の4つのレベルだけとなる。ロジカルフレームワーク・マトリックス表を3つのレベルにのみ分けることもあり、その場合は目標、産出（成果）、投入となる。レベルの数はプロジェクトの規模または活動の複雑さと関係があり、小型プロジェクトの産出（成果）、活動、投入はいずれも比較的簡単で、レベルを少なくしてもよい。一方、大型プロジェクトはレベル層がやや多く、適した部門と人員別に投入と活動を分け、現状に即して責任を負うという点で都合が良い。

3. 水平方向の論理的関係

ロジカルフレームワーク・マトリックス表は各目標水準の水平方向（表 3-1 参照）にも論理的関係があり、目標水準と内容、客観的測定指標、測定手段（データソース）、リスクと仮説から成る。

(1) 目標水準と内容。すなわち各目標水準の具体的な内容を明記する。例えば、「リプロダクティブ・ヘルス家庭保健サービスプロジェクトを実施する」という全体目標は、「住民のリプロダクティブ・ヘルス家庭保健の水準を向上させる」ことを全体目標としてもよいし、「衛生・計画生育サービス機構のリプロダクティブ・ヘルス家庭保健サービス実施の水準と能力を向上させる」ことを全体目標としてもよい。全体目標の下は、さらにプロジェクト目標（効果）、産出（成果）、活動、投入の保障などを段階的に明確にしなければならない。活動段階が異なれば、各目標水準の重点も異なり、目標の優先順位も異なるが、目標は必ず明確にしなければならない。

(2) 客観的な測定指標。すなわち各目標水準の内容を測定する指標として用いられ、例えば、農村における中高年の高血圧症罹患率または糖尿病罹患率によって中高年の健康水準を測定し、常見される婦人病の罹患率によって女性のリプロダクティブ・ヘルスの水準を測定し、衛生・計画生育サービス機構が実施するリプロダクティブ・ヘルス家庭保健

サービスに対する一般住民の満足度によってサービス機構の水準と能力などを測定することができる。内容によっては1つの測定指標だけでは達成度を反映できず、例えば、一般住民のリプロダクティブ・ヘルス家庭保健水準の向上は、幾つかの指標によって総合的に評価する必要がある。

各指標には通常1つの「目標値」と「期限」が定められなければならない。目標値はある時間に達したときを指し、プロジェクト終了後、実際に達成した水準、つまり「実際値」を評価・測定し、もし「実際値」が「目標値」より低かった場合は、所期の目標を達成していないことを意味し、低いものが多いほど、目標との差が大きいことを表す。期限は目標値を測定する時間または目標値を達成した最も遅い時間を指し、通常は「プロジェクト終了時」だが、プロジェクト期間中のある時点、例えば「プロジェクト1年目」とすることもある。

(3) 測定手段。データソースとも言う。各指標の計算方法（計算式など）が含まれ、指標を計算するときに必要なデータ収集方法も含まれる。データ収集方法には定量調査と定性調査がある。データソースにはできるだけ既存の文献資料を用いなければならない。定量データはアンケート調査、プロジェクトの活動記録および統計報告書などから引用してもよい。ここ数年、ヘルス・プロモーション・プロジェクトでも多くの定性調査方法を導入して必要なデータと資料を得ており、例えば、サービス規定の検査、サービス現場の観察、サービス対象の出口調査、技術サービス人員・グループへの取材などがある。

(4) リスクと仮説。主にプロジェクト管理者と実施者が制御不能な外部要件のことを指し、こうしたリスクと仮説はプロジェクト（または活動）の進行および成果に一定の影響を与える可能性があり、プロジェクト設計（または活動計画策定）時には考慮しなければならない。通常は探究的な新プロジェクトはリスクがやや大きく、必要な外部要件も多い一方、比較的確立されている経験を普及するときは、リスクは相対的にやや小さい。例えば、家庭保健サービスで実施する「3×3」サービスには探究的な内容が含まれ、関連政策で衛生・計画生育機構が実施する家庭保健サービスが支援されるかどうかという政策リスク、もともと計画出産サービスを実施していた機構に家庭保健サービスを行う資格と能力があるのかという資質または能力的なリスク、政府が資金を投入し関連の家庭保健サービス・プロモーション活動を行うことを保証できるのかという資金面のリスクにそれぞれ及ぶ。所在地に違いがあることから、他の地域の経験を導入するにあたっては、その経験が現地に適しているかどうか、どのようなリスクがあるのか、どのような要件が必要かを考慮するべきで、こうした点に特に注意が必要である。

家庭保健サービスプロジェクトの実施には通常、衛生、計画生育、教育、民政、婦女連合会、中国共産主義青年団、計画生育協会など各部門と群団組織の共同参加が必要である。このため、各目標水準の内容、および実施しなければならない関係活動および必要な投入には、責任部門または責任者を明確にし、任務の完了時間を明確にしなければならない。比較的詳細なロジカルフレームワーク・マトリックス表（添付資料 1-2：PDM（5年計画）計画策定様式および添付資料 1-3：年度活動計画様式を参照）はサービスの部門別・ステップ別の実施と評価に役立つ。

二. ロジカルフレームワーク・マトリックス表の作成

ロジカルフレームワーク・マトリックス表を活用すると、プロジェクト全体計画が作成できるほか、プロジェクトの年度計画を作成することもできる。プロジェクト計画はロジカルフレームワーク・マトリックス表を作成することで具体化される。ロジカルフレーム

ワーク・マトリックス表の作成は実際にはロジカルフレームワーク・アプローチという科学的な思考法を用いてプロジェクト活動過程の方策を決め、プロジェクト活動における各要素の論理的な因果関係を分析することである。

1. 目標水準の論理的分析

プロジェクト計画の策定は、第1にプロジェクトがプロジェクト期間内または年度内に達成しようとする「目標」を明確にすることで、特に「全体目標」を明確にすることを前提として、現地の実情、一般住民のニーズ、自己の能力を組み合わせ、達成しようとする「プロジェクト目標」（直接目標）とは何かを確定する。第2にこれら「プロジェクト目標」（直接目標）を実現するために、どういった「産出（成果）」を上げなければならないかを考える。第3に予想した「産出（成果）」を得るために、どのような「活動」を行うべきかを考える。第4にこれら「活動」の実施を保障するには、どのような「投入」を行って保障するべきかを考える。上記の考慮すべき内容と、相互の論理的な因果関係に基づき、それらをそれぞれロジカルフレームワーク・マトリックス表の「全体目標」（マクロ的な目標）、「プロジェクト目標」（直接目標）、「産出（成果）」、「活動」、「投入」などの各目標水準に記入する。最後に、異なるレベルの目標を何度も論理的に分析する。プロジェクト活動は一般に比較的具体的で、プロジェクトが要求するもの、一般住民のニーズであり、他のプロジェクト実施地区を参考にしたものであってもよいが、いずれも自己の能力に基づいて、活動の実行可能性を分析しなければならない。活動の実施にあたりどのような「投入」を行って保障するべきかについては、人員、資金、物品の投入だけでなく、リーダーの重視、政策の支援なども含めて考慮する。これら「活動」の実施を通じて、相応の「産出」が得られるかどうかを分析する。これら「産出」が予想したどの「プロジェクト目標」を達成でき、これら「プロジェクト目標」が「全体目標」の達成が支援できるかを考える。

次に某県の「中高年保健サービス」プロジェクト計画を例に、どのように各目標水準を論理的に分析してプロジェクト計画を策定するかを具体的に分析する。

第1ステップ：プロジェクトの「全体目標」を確定する。この県には「中高年保健」の面でサービス能力不足、保健水準の低さといった問題があるため、「中高年保健サービス」実施の「全体目標」（マクロ的な目標）は「全县の中高年保健サービス状況を改善し、中高年保健水準を向上させる」こととした。

第2ステップ：プロジェクトの「プロジェクト目標」（直接目標）を確定する。現地の中高年保健に存在する最大の問題は「一般住民が質の高い中高年保健サービスを得ることができない」という点であるとの分析結果から、同県はプロジェクトの「プロジェクト目標」（直接目標）を「プロジェクト期間の5年間でXX県の中高年グループの健康行動が促進される」こととした。

第3ステップ：プロジェクトの「産出（成果）」を確定する。「中高年グループの健康行動が促進される」ことに影響するという要因から考慮し、同県は上げなければならない「産出」（成果）を次のように列記した。産出1. 当区の衛生・計画生育サービス機構の中高年保健サービス能力を高める。産出2. 中高年の慢性病予防・治療知識、健康的な生活様式が普及し、健康意識が高まる。

第4ステップ：実施すべきプロジェクト「活動」を確定する。すなわち上記の2つの「産出」を得るためにはどのような活動が必要かを分析する。同県は「産出1」に必要な活動を次のとおり挙げた。①技術サービス能力研修の開催、②監督・指導・検査の実施、③セルフチェック・評価の実施。「産出2」について実施する活動は次のとおりである。①「中高年に思いやりを、健康についての知識の農村への普及を」シリーズ活動の実施、②中高

年健康診査の実施、③慢性病管理を徹底する、④中高年慢性病予防・治療および健康生活知識講座の開催、⑤「中高年健康体操」の普及。

第5ステップ：必要なプロジェクトへの「投入」を決定する。上記の各活動を着実に実施するには、人員、機構、施設、設備、経費の投入、リーダーの責任、関連政策、部門間の協調機構の確立の投入を確保しなければならない。同プロジェクト県が最終的に決定した主な投入は次のとおりである。①関連の医療機器と研修用機材、②プロジェクト専門の管理者の配置、③事務用スペース提供とサービス場所の機能改善、④無料サービス項目の経費とプロジェクト運営管理費、⑤各種宣伝品の印刷費、⑥研修および交流・学習経費など。

以上の各目標水準の具体的な内容を確定した後、まずフローチャート（図3-3）を用いて、各目標水準の内容をすべて列記する。そして左から右へ、再び右から左へ、2～3回チェックし、それぞれの論理的関係が適切かどうかを分析し、重大な漏れの有無を点検し、間違いが無くなるまで繰り返しチェックと修正を行った後、このフローチャートを逆時計回りに90°回転させる、すなわち横向きのフローチャートを縦向きにして、上から下に「目標、産出、活動、投入」の順になるようにし、フローチャート内の内容を順にロジカルフレームワーク・マトリックス表の「目標、産出、活動、投入」に移すと、ロジカルフレームワーク・マトリックス表の各目標水準とその内容が完成する。

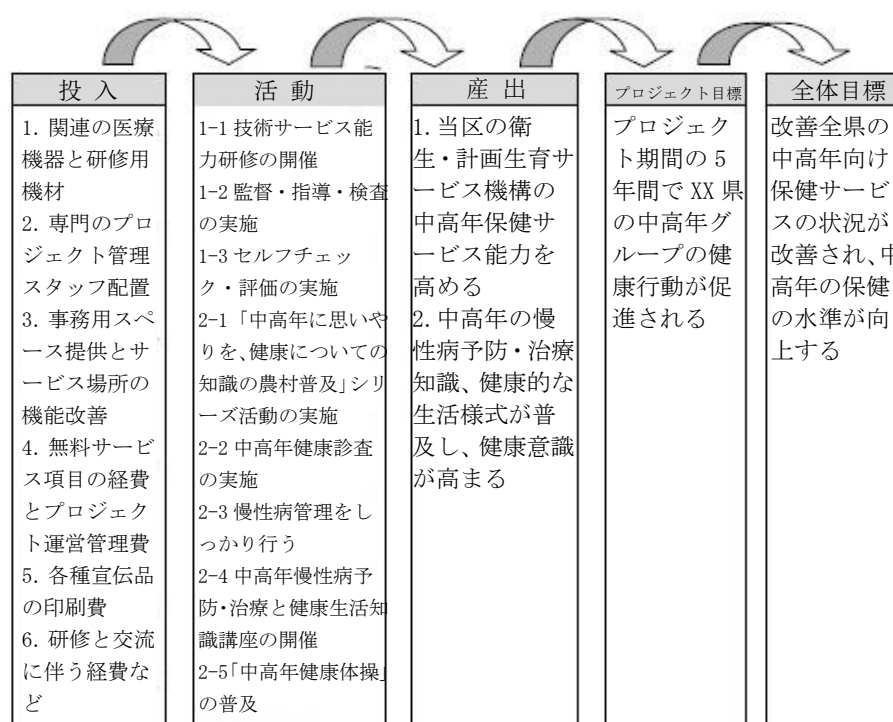


図3-3 某県中高年保健プロジェクトの垂直方向の論理的関係（目標）例

2. 各目標水準の具体的な内容に対する測定指標の決定

各目標水準の具体的な内容を決定した後、各具体的な内容に対応する測定指標を定める。測定指標は相応の目標水準の具体的な内容が実現できたかどうか、実現の程度を測るために用いる。上記の某県を例に挙げると、5つの目標水準、具体的な内容があり、それぞれ具体的な内容には対応する測定指標があり、内容によっては1つの測定指標だけでよいものもあり、複数の測定指標を定めなければならないものあり、あらゆる指標がこのプロジェク

トの指標体系を構成している。この指標体系では、「全体目標」水準には1つの内容があり、指標1「全県における中高年の慢性病罹患率が20%以下に抑制される」と、指標2「全県における中高年の健康診査受診率が60%以上になる」の2つの測定指標を定めた。「プロジェクト目標」(直接目標)水準には1つの内容があり、1つの測定指標「中高年介入者グループの中高年健康保険参加率が累計で70%に達する」を定めた。「産出」(成果)水準には2つの内容があり、全部で5つの指標を定め、「活動」水準には8つの内容があり、8つの測定指標を定めた。投入の保障には6つの内容があり、7つの測定指標を定めた。測定指標は定量指標でもよいし、定性指標でもよいが、いずれも測定できる指標でなければならない。定性指標であっても、この指標を用いて対応する内容をどのように評価するのか明確にするべきで、例えば基準を、とても良い、比較的良い、普通、やや劣る、とても劣るなど異なるレベルに区分し、対応する内容を評価する。定性指標の「転院制度、情報交換など協力システムが構築される」については、とても良い、比較的良い、普通、やや劣る、とても劣るという5つのランクに基づいて点を付けることができる。

各指標に対して指標値を決定する。当該数値を実際と合致させるために、目標の要件に合い、努力により実現可能とするには、まずプロジェクト実施当初の実際的水準を正確に把握しなければならず、これにはベースライン調査を実施して実情を理解する必要がある。これを基に指標値を定める。プロジェクト終了時の評価に便宜を図るために、あらゆる指標についてそれぞれの加重を定めることができる。合計点を100点に決めた場合、各指標の重要度および指標達成の難易度に応じて、100点を各指標に配分することが可能で、このように、指標ごとに指標値があるだけでなく、指標値を達成した場合の満点の点数についても定めることができる。指標の総合加重は、ロジカルフレームワーク・アプローチでは一般に解決しない。なぜならば、ここでの指標は各レベルの目標、各期限、各主体責任者に対するものだからである。

3. 指標の測定手段の確定

各目標水準の具体的内容に対応する測定指標を定めたら、各指標を計算または測定するのに必要なデータをどう入手するかについて決定する。プロジェクト評価でよく見られる測定手段には、年鑑・サービス/活動記録・政策文書などの文献調査、報告の聞き取り・個人インタビュー・出口調査・家庭訪問・グループインタビューなど定性調査、設備/施設点検・サービスの観察など現場の観察、アンケート調査、プロジェクト統計表など定量調査などがある。

測定手段を確定する原則は、簡単で、入手しやすく、正確で、信頼性があり、可能な限りプロジェクトの現有する情報を利用し、従来からのデータを取得し、他の関連部門からも関連データ・資料を入手することである。

ロジカルフレームワーク・マトリックス表を作成したら、プロジェクト活動に対する総括を行わなければならない。適切な時期に計画する。プロジェクトのロジカルフレームワーク・マトリックス表に基づいて形成される年度活動計画様式は添付資料1に示したとおりで、各活動を実施する前に「年度活動計画」に基づいて各プロジェクト活動の実施計画を設計する。

第三節 家庭保健サービスの実施

家庭保健サービスの実施には、各級政府と衛生・計画生育部門および同サービス機構が真摯に職責を履行し、活動上の任務を果たす必要がある。機構改革を背景に、中でも郷鎮級の衛生・計画生育サービス機構の機能を存分に発揮させ、郷鎮級衛生・計画生育サービ

ス機構を家庭保健サービスを展開する上での主力軍とし、家庭保健のプロモーション活動の主体とする。

一. 村（居）級

村（居）級の衛生・計画生育ネットワークが住民に寄り添っている強みを十分に生かし、家庭保健サービス活動を真摯に展開する。

1. 村（居）幹部の任務

村（居）幹部（主に村（居）書記と主任を指す）の家庭保健サービスにおける主な任務は次のとおりである。

(1) 家庭保健サービスを実施するために必要な人的支援、例えば婦女連合会主任または計画生育の専門幹事、村医、村民グループ長、計画生育情報員などを提供する。

(2) 家庭保健サービスを実施する場所を提供する（健康相談、健康診査、健康講座の場が提供可能であることを含む）。

(3) サービス機構がサービスを実施する際、実施とサービス対象者への通知を手伝う。

2. 村（居）級の計画生育部門幹部、村（居）医、情報員の任務

郷鎮（街道）の計画生育事務局および衛生・計画生育サービス機構の指導の下、村（居）級計画生育部門の幹部、村（居）医、情報員は次の家庭保健サービス活動を着実に実施しなければならない。

(1) 村（居）民のサービスのニーズを反映する。

(2) 健康教育用資料を配布する。

(3) 健康教育用掲示板の内容を定期的に更新する。

(4) 村（居）民参加型の健康診査活動を実施する。

(5) 簡単な相談サービスを行う。

(6) 重点的に配慮する家庭をフォローアップする。

二. 郷鎮（街道）級

計画生育委員会と衛生部との組織統合、衛生・計画生育サービス機構の融合を背景に、家庭保健サービスは郷鎮（街道）の上級機関と末端との連携作用を重視し、家庭に寄り添うという強みを発揮させなければならない。

1. 郷鎮（街道）リーダーの職責

県（市、区）人民政府のリーダーと衛生・計画生育部門の指導の下、郷鎮（街道）のリーダーの家庭保健サービスにおける主な職責は次のとおりである。

(1) 村（居）を監督・指導し、定められた家庭保健サービス活動をやり遂げる。

(2) 家庭保健サービスを実施する中で、郷鎮（街道）による提供を必要とするマンパワー、物品、資金、活動場所を確認する。

2. 郷鎮衛生・計画生育サービス機構の職責

(1) 現地住民の健康ニーズと健康問題に関する調査と分析を行う。

(2) 家庭保健サービス年度計画とサービス機構管理制度を策定する。

(3) 健康教育講座を開講する。

(4) 健康相談を実施する。

(5) 村（居）民を対象とした健康診査を実施する。

(6) 村（居）民への健康診査結果のフィードバックと健康指導を行う。

- (7) 村（居）級の家庭保健サービス活動に対する定期的な監督・指導・評価を行う。
- (8) 村（居）級計画生育の幹部およびサービス従事者の業務分担と連携の調整に責任を持つ。

三. 県（市、区）級

県（市、区）級は家庭保健サービスの実施主体であり、資源配置の統括、サービス実施計画の策定、リーダーとしての家庭保健サービス実施という重要な職責を担っており、家庭保健サービスの成功の鍵を握っている。

1. 県（市、区）リーダーの職責
 - (1) 現地での家庭保健サービス実施・普及計画を策定し、政策面から保障する。
 - (2) 家庭保健サービスを実施するに当たり県級による提供を必要とする人、物、資金を提供する。
 - (3) 政府各部門の連携を調整し家庭保健サービスを実施する。
2. 県（市、区）衛生・計画生育委員会およびサービス機構の職責
 - (1) 現地住民の健康ニーズと健康問題の調査、分析、まとめを行う。
 - (2) 県（市、区）家庭保健サービス計画と年度サービス計画を策定する。
 - (3) 国家級の規範と指導の下で現地の家庭保健サービス規範を制定する。
 - (4) 健康教育ツールを開発する。
 - (5) 郷鎮（街道）のサービス従事者を対象に家庭保健サービス技能訓練と再訓練を行う。
 - (6) 郷鎮（街道）の家庭保健プロジェクト活動について定期的に監督・指導・評価を行う。
 - (7) 政府関係部門と共同で総合的な家庭保健プロジェクト活動を行う。
 - (8) 郷鎮の衛生・計画生育サービス機構間の業務分担と連携の調整に責任を持つ。

四. 省（市、地）級

各級のリーダーは家庭保健サービス実施の意義と作用を深く理解しなければならない。家庭保健サービスの全体の方向を把握する。家庭保健サービスの制度化・構築に立脚し、人と財産の保障を具体化し、家庭保健サービスの現地での実施と推進に関する政策を制定する。

省（市、地）の各級衛生・計画生育委員会およびサービス機構の主な職責には次の事項が含まれる。

1. 省（市、地）級の家庭保健サービス普及計画を策定する。
2. 全省（市、地）の家庭保健サービスの実施を指導する。
3. 家庭保健サービス実施地区に人、物、資金の面で支援する。
4. 健康教育ツールの開発を手配する。
5. 家庭保健サービス従事者の技能訓練と研修を手配する。
6. 各地区の家庭保健サービス実施状況について毎年少なくとも 2 回の調査研究、監督・指導、評価を行う。
7. 省級専門家チームを編成し家庭保健サービスにおいて指導の役割を發揮させる。

五. 国家級

日中技術協力家庭保健プロジェクトの実施期間中、国家衛生・計画生育委員会国際合作司は国家衛生・計画生育委員会を代表して家庭保健サービスプロジェクトのマクロ管理に責任を持ち、国家衛生・計画生育委員会の関連司局（家庭発展司など）はプロジェクトに高い関心を寄せるとともに強力な支援を行った。日中プロジェクト専門家チームは指導と推進の上で重要な役割を果たした。今後の家庭保健サービス実施について、国家衛生・計画生育委員会による特別な配慮を提案する。具体的な内容は次のとおりである。

1. 国家レベルで家庭保健サービスの理念と方法を提唱し、関係司局の交流と連携を促す。
2. JICAを含む国際組織との協力を継続し、家庭保健サービスのより広範な普及を推進する。
3. 家庭保健サービス目録、管理ガイドラインとサービスハンドブックを整備し、各地区の家庭保健サービス活動を指導する。
4. 家庭保健サービスを健康中国および家庭発展計画に組み入れ、家庭保健サービスの成果の活用を推進する。
5. 各地区の家庭保健サービス実施状況について調査研究、監督・指導、評価を行う。
6. 家庭保健プロジェクトの国家級専門家チームの指導による効果が引き続き発揮されるようにする。

第四節 家庭保健サービスの監督・指導、セルフチェックと評価

ロジカルフレームワーク・アプローチを応用して家庭保健サービス計画を策定した後に、家庭保健サービスは実施段階に入る。この段階では活動の有効性、効率性、妥当性などの問題に絶えず注目する必要がある。例えば、サービス活動が順調に実施されているか、どのような問題があるか、どのようにより良いサービスを提供するか、サービス計画の微調整が必要かどうかといった問題があり、これらの問題に答えるには、サービス実施の過程で監督・指導とセルフチェック、評価を行わなければならない。このため、家庭保健サービス活動で成果を挙げるには、サービス活動の実施段階における監督・指導、セルフチェックおよび評価が非常に重要な役割を果たす。

一. 監督・指導

1. 監督・指導の定義

監督・指導とは合理的な方法を用いて定期的、継続的に家庭保健サービスの実施中に検査、督促、指導を行い、サービスの実施状況を把握する管理行為をいう。

2. 監督・指導の役割

監督・指導の役割は次のとおり。①サービスの実施状況を検査することで、家庭保健サービスが順調に進展しているか、どのような問題があるかを把握する。②サービス計画の実施を督促し、各活動が計画に沿って行われるよう促す。③サービス実施中の問題の原因を分析するとともにプロジェクト実施拠点の活動を指導する。④サービス計画の実施状況を把握し、サービス目標と活動などの調整が必要か否かを考慮する。

3. 監督・指導の内容

家庭保健サービスの監督・指導内容は主に実施している家庭保健サービス活動で、サービスへの投入とサービス活動の管理状況も含まれる。家庭保健サービスにおいて、監督・

指導の内容に含まれるものは次のとおり。①サービス管理の監督・指導と実地調査。②サービス能力構築の監督・指導と実地調査。③サービスの監督・指導と実地調査など。

4. 監督・指導の方法

監督・指導に採用する方法には定量調査による方法と定性調査による方法とがある。定量調査には主に、サービス活動統計報告、特定項目のアンケート調査、サービスの会計帳簿などがある。定性調査には、文献照会、現場観察、座談会、個別インタビューなどがある。座談会とインタビューの際は、それぞれサービス管理スタッフ、サービス従事者、サービス対象者それぞれに対して行う。

5. 監督・指導の手順

監督・指導は「公開、公正、公平」の原則に従わなければならない。監督・指導の手順に含まれるのは次のとおり。①監督・指導グループ（専門家チーム）を設立する。②監督・指導計画を策定する。③サービス現場の監督・指導を行う。④監督・指導報告書を作成する。⑤監督・指導の結果をプロジェクト実施地区などにフィードバックする。

6. 監督・指導ツール

家庭保健サービスの監督・指導を強化するために、プロジェクトの日中専門家チームは「家庭保健サービス現場監督・指導評価表」（添付資料2参照）を作成し、監督・指導評価表は3枚の表と1部の現場視察報告書から成る。通常のサービス活動への監督・指導に用いることもでき、サービス効果の評価にも利用できる。

1枚目の表は「管理監督・指導考察表」で、サービス管理の状況について行った監督・指導・評価である。関連する監督・指導内容には、家庭保健サービスの制度化の進捗状況、サービス管理活動、サービスの監督・指導、サービス資金と管理、サービス設備管理などが含まれる。

2枚目の表は「サービス能力構築監督・指導考察表」で、主に各プロジェクト実施地区の国家級研修への参加状況と地元に戻った後に実施した再研修の状況を監督・指導する。関連する監督・指導内容には、国家級研修への参加、再研修の開催、能力構築の状況などがある。

3枚目の表は「サービス監督・指導考察表」で、主にサービス実施のためのハードウェアおよびソフトウェアの条件、サービス内容とサービス効果について監督・指導を行う。関連する監督・指導内容には、サービス環境と設備、サービス能力、サービスの提供、サービスによる効果などがある。

監督・指導評価の主な方式には、サービス資料の照会、現場観察、インタビュー、アンケート調査がある。監督・指導・評価グループは現場視察の内容に基づいて3枚の表に点数を記入し総合点を計算する。各表は100点で、3つの表の合計点が300点となる。総合点を計算するときには、表1の加重を35%、表2を20%、表3を45%とする。総得点が60点は基本的に合格、70点は合格、80点は良、90点以上は優とする。

現場で監督・指導・視察を行った後は毎回、「家庭保健サービス現場視察報告」（添付資料2参照）を作成し、主にサービス活動の実施状況を記述し、成績、経験、長所をまとめ、サービスに存在する問題と困難な点を分析するとともに、次の段階の活動のための改善点などを提案する。監督・指導・評価を行った後は、結果を各プロジェクト実施地区にフィードバックし、プロジェクト活動について具体的に実行可能な意見を提起する。

二. セルフチェック

セルフチェックは比較的短い期間について自身で行う評価で、サービス実施中の問題を

できるだけ早く発見し解決するのに役立つ、サービスをより効果的でより効率よく実施できるようにする。

1. セルフチェックの定義

1つのプロジェクトは個人で遂行するものではなく、プロジェクト全体を通して共同で推進するもので、プロジェクトが策定するサービス計画は、その目的と活動、所期の成果のいずれも、誰が担当者であるかにかかわらず包括的に理解し共通認識を持って達成させなければならない。このため、サービスの計画者と実施者がセルフチェックを行い、サービスに関する背景、意図（目的）、過程を各サービス従事者に明確に間違いなく伝えることがとりわけ重要であり、これを実現する方式がセルフチェックである。このほか、相対的に比較的短い周期、例えば四半期ごと、半期ごとまたは1年ごとに評価を行うと、所期の効果を挙げていない活動を速やかに是正または調整できる。

2. セルフチェックの作用

セルフチェックには次の作用がある。

(1) 成果の確認：現場で実施しているサービス活動についてセルフチェックすることで、サービスの進捗状況を確認し、日常のサービス活動が順調に進んでいるか否かを判断するのに役立つ。

(2) 後続活動の調整の必要性：得られた成績と成果の状況を把握するとともに、これを踏まえて今後の計画を調整し、活動の質と効果を絶えず高める。

(3) 部門の義務履行の証拠：行政機関として、実施プロジェクトは業務の1つであり、プロジェクトの実施内容と結果について、広く一般大衆に説明しなければならない。また、所在組織と上級部門にとっても、自身が実施した業務が広く一般大衆に貢献していることを証明する必要があり、セルフチェックはちょうどこうした責任を担うもののために科学的根拠を提供する。

3. セルフチェックの内容

家庭保健サービスのセルフチェックの内容は5年計画（PDM）と年度計画に基づいて実施するプロジェクト活動および成果の状況を確認することである。確認するときは主に次の3つの視点から行う。

(1) 実際の成果の検証：「プロジェクト活動を実施することでどのような目標を達成したか」、「完成した状況は良好か」。

(2) 実施過程の検証：「実施中にどのようなことが起きたか」、「発生した状況は目標達成にどのような影響を与えたか」。

(3) 因果関係の検証：「達成した目標は確かにプロジェクト実施によるものか」。

以上の視点に基づき、家庭保健プロジェクトは評価表の様式（添付資料1-4：年度活動報告の様式を参照）を作成し、次の内容についてセルフチェックを行う。①年度目標および成果の達成度。②年度活動の実施状況。③存在する問題と原因および改善措置。④比較的成功した年度活動と成功のキーポイントの分析。⑤政策的なレベルアップの構想。⑥最初の5年計画と比較した現在の達成状況。⑦今年度の問題と成功した原因の分析に基づく、今後の活動方針の明確化。評価表の様式の設計は、セルフチェックしたときの状況を把握できるとともに、分析を通じて実際の成果と実施過程を検証することを保証している。このほか、5年計画と年度計画はいずれもロジカルフレームワーク・アプローチを基本とする設計で、形式上から活動→成果→目標の因果関係が検証でき、また評価表に上記の検証で得られたセルフチェックの結果を次年度計画に直接反映できる設計になっており、この様式に従ってセルフチェックしさえすれば、PDCA サイクルによるプロジェクト管理が行える。

4. セルフチェックの方法

家庭保健プロジェクトは毎年度末に、上記の「セルフチェックの内容」に従って、決まった様式で当該年度の活動状況と成果の達成状況などを確認する。セルフチェックは少なくとも毎年1回行い、また状況に応じて半年ごとまたは四半期ごとに行っても構わない。

5. セルフチェックの手順

セルフチェックの具体的な手順は次のとおり。①5年計画および年度計画が定める指標について、家庭保健サービス記録とアンケート調査などを通じて収集した活動に関する業績の定量データを、年度活動の実際の成果と対応させて検証する。②プロジェクト関係者による座談会またはシンポジウムを開催し、プロジェクト実施過程の検証および活動と成果との因果関係を検証し、定性データとしてまとめる。③プロジェクトの5年計画の進捗状況を確認するとともに、必要に応じてセルフチェックの結果をフィードバックし、5年計画を調整し、評価結果を具体的に反映させた次年度計画を作成する。

三. 外部評価

外部評価とプロジェクトの監督・指導との違いは次のとおりである。プロジェクトの監督・指導とはプロジェクト実施中に定期的、継続的に行う活動であり、主にプロジェクトが順調に進行しているか否かを把握するものである。各活動の達成状況、直面しているリスクにより、後続の活動を正常に進められるか、どのような調整を行うべきかを分析する。プロジェクト評価はプロジェクト終了時またはプロジェクトを実施して一定の時期に達したとき（年末、プロジェクト中間など）にプロジェクト実施の結果または段階的な成果について検査・検収を行うもので、主にプロジェクトが順調に計画とおりに完了するかどうか、プロジェクト目標がすでに達成されたかどうかを把握する。外部評価には上級機関またはプロジェクトの専門家が直接行う評価（監督・指導とともに行うこともある）と外部機関が実施する第三者評価がある。

1. 上級機関または専門家チームによる評価

上級機関の評価は、上級の衛生・計画生育部門がプロジェクト実施地区における家庭保健プロジェクトの実施状況について全面的に審査と評価を行う方式である。上級の主管部門は評価チームを設立し、主管部門のリーダーおよび部門の主主要責任者、関連の専門家から成り、上級機関がプロジェクト専門家チームに評価を委託する場合は、専門家チームによる評価が行われる。評価時には監督・指導モデル（監督・指導と結び付けたもの）または評価指標体系を用い、定期的（例えば1年ごと）にプロジェクトが実施している活動について監督と評価を行い、存在する問題を記録する。評価終了後に、評価結果を現地にフィードバックし、改善のための意見を提起し、現地のプロジェクト管理者とサービス従事者とともに具体的な改善計画と措置を話し合い、責任者を明確にするとともに、各措置の実施状況を監督、検査する。

2. 第三者評価

第三者評価は衛生・計画生育部門以外の専門家が現地の家庭保健サービスプロジェクト実施状況について全面的に評価する。この評価方式は業界内の人間関係の対立を避けることができ、評価の過程と結論は一般的に客観的で公正である。第三者評価を行うとき、外部の機関および関係者は家庭保健プロジェクトについて具体的な活動内容、評価基準、評価内容などについて恐らくよく理解しているわけではないため、プロジェクトの各方面の資料とデータ、情報を提供する必要がある、その正確性と真実性を保証しなければならない。

四. 住民参加のサービス評価

評価を行うときには、住民の観点と科学的な討論を加味しなければならない。このため、住民代表と専門家が参加するプロジェクト評価委員会を設立する必要がある。委員会は会議を開催し、プロジェクトの実施状況、状態、セルフチェックおよび外部評価の結果に基づいて、住民のニーズ、今後のプロジェクトの方向性を具体化するための意見をまとめる。県（市、区）のプロジェクト事務局はプロジェクト評価委員会の意見、セルフチェックおよび外部評価などを参考に、次期保健計画案を策定し、県（市、区）プロジェクト指導委員会の承認を得た後、次年度の計画案を定めなければならない。

住民参加のプロジェクト評価委員会会議はサービス対象別に評価することが最も好ましいが、こうした評価会議はいくつも開催しなければならない、比較的繁雑なため、複数の異なる対象が参加する評価会議を合同で行い、または家庭保健プロジェクト全体で合同評価委員会の方式をとって討論し、全体評価を行うことを考慮できる。

五. 評価結果の次年度計画への応用

評価の結果は次年度のサービス計画策定にフィードバックさせなければならない、その目的は次年度のサービス機構の家庭保健サービス水準をさらに向上させることで、単に行政内部のプロジェクト評価が終了するものではない。このため、四半期ごとにセルフチェックを行うほか、次年度計画を策定する前、すなわち夏季または秋季に、外部評価および住民代表が参加する評価委員会会議を開催することが最も望ましい。

プロジェクト実施地区（市、区）が所在する省の省級、市級プロジェクト事務局は、保健サービス計画にサービス計画の修正内容などを記入するだけでなく、さらにセルフチェックの結果および監督結果に基づき、当該プロジェクト実施地区（市、区）のプロジェクト実施について適当な時期に指導しなければならない。また、全省、全市が実施する家庭保健サービスの方針、措置について検討し、外部の専門家と住民代表の評価・意見に基づいて、省・市のプロジェクト指導委員会に報告を行うとともに承認を得なければならない。

国家衛生・計画生育委員会はプロジェクト実施省・市の報告およびプロジェクト実施地区（市、区）に対する監督・指導の結果に基づきつつ、専門家から聴取した意見を踏まえて、本ガイドラインをさらに改訂し、全国に普及させる家庭保健サービスにあるべき環境を研究するとともに、環境の管理と整備に努める。

第四章 家庭保健サービスの保障の仕組み

第一節 家庭保健サービスの質管理

家庭保健サービスの質管理（Quality management）は、家庭保健サービスを実施する過程において、より一層サービスの質を高めるための質管理対策である。

一. 健康教育活動の質管理

第一章の第四節で説明したとおり、健康教育は単に知識と情報の伝達だけでなく、その究極の目標は健康に有用な知識、態度および行動を維持することであり、すなわち健康改善のために必要な動機、技術および自信である。

日中協力家庭保健プロジェクトの基本的枠組みは、児童・青少年、育齡期グループ、中高年を対象として健康教育、健康診断、健康相談を実施する3×3の枠組みである。このため、健康教育のターゲット・グループは主として年齢、性別、居住地によって区分される。健康教育はまた、3種の家庭保健サービスの方式のうち、最も多く、かつ最も日常的に使用される方式で、通常は2種類の方法が採られる。1つは総合的な家庭保健の現場サービスの中の健康教育、通常は講座である。もう1つは日常的な健康教育で、通常はさまざまな公共メディアなどを用いる。どのような方式でも健康教育は、家庭や個人の知識、態度および行動の原則を改めたり、設けたりすることの必要性を常に明確にし、さらにこの点から健康教育活動の質管理を考える必要がある。

本ガイドラインの前半部分で家庭保健サービスの流れについて述べ、流れを踏まえて健康教育活動の質管理を考えることを提案する。

健康教育活動のプラン設計は質管理の第一歩であり、このステップでは、まず健康教育活動のターゲット・グループを確定する必要がある。プロジェクトのこれまでの実践に基づき、家庭保健サービスのターゲット・グループでは主として、年齢、性別、居住地によって健康または半健康的状態のグループを確定する。ターゲット・グループを確定した後、健康教育活動のテーマを決めるにおいては、質管理のために、一般的に1回の健康教育講座で1つのテーマを選ぶが、公共メディアを利用して健康教育を行うときにも、1つのテーマに焦点をあてる必要がある。このステップにおける質管理の3つ目の要素は健康教育活動の形式であり、総合的に利用して長所を活かすことで短所を補う必要がある。対象の類型に基づき、それぞれ異なる健康教育サービスの内容とサービス方式を検討する必要がある。

健康教育活動質管理の第2ステップは、指導者人材、教育ソフト、健康教育教材の準備である。この点はこれまでのプロジェクト活動を通じて豊富な経験が積み、いくつかの具体的なやり方は続けて試み、経験を積み上げていくことができる。例えば、可能な状況下での予備テスト、演習、豊富なイラストや分かりやすい文章、講座開催時の現地の方言の使用など。

健康教育活動の実施は、教育活動の質管理の第3ステップである。講座、その他の方式にかかわらず、すべて健康教育活動の質を保証するための適切な環境が必要である。

健康教育活動の質管理の第4ステップは、健康教育活動の効果の評価であり、実際には、第1ステップのプラン作成の過程で評価が含まれているべきである。プロジェクトのこれ

までの健康教育活動では、活動回数、参加人数、資料の配布数など、利用過程の目標に対する質管理に重点が置かれており、有効性を評価するためのアンケートも試みられている。

健康教育活動のターゲット・グループの知識、態度、行動などの変化を調べ、さらに特別調査をいくつか行う必要がある。例えば、プロジェクト実施後の定期的な追跡調査などが考えられる。この評価方法は比較的、知識、態度、行動などの変化をより一層反映できる。健康教育活動の改善調整に評価結果を活用することは、最も効果的な質管理である点を特に重視する必要がある。

日本の中高年の保健サービスを例に、健康教育を理解する。健康診断の結果を基に、健康教育プランを作成するが、結果が異なれば教育方式も異なる。1つ目は、健康情報のみの提供である。2つ目は対面健康指導（対象者の健康意識を刺激する）の実施である。3つ目は、3か月から6か月の継続的な健康指導の実施である。肥満により特に減量と運動が必要なグループを健康教育の特定対象にし、それら対象には1度だけの健康教育実施では、その行動の改善が難しいため、1年間、3か月ごとに1回（健康教育と健康相談の実施）とする継続的な個別健康教育プロジェクトを実施する必要がある。このため、異なる類型の対象者にに基づき、実施の内容面に工夫を凝らさなければならない。

二. 健康診断の質管理

健康診断の質管理の重点には、プロジェクトの目的によって選択する健康診断項目（内容）、精度管理、健診結果のフィードバックとフォローアップなどが含まれる。

1点目は、健康診断を通じて身体機能の基本状況を把握し、スクリーニングは、病気の有無、病気の軽重を判断する助けとなるが、健診の項目（内容）はプロジェクトの目的達成のための必要最低限の範囲内に抑えることが最も望ましい。健診の項目および内容は多いほどよいが、そうすると費用の増大、担当人員の増員の可能性、受診者に対するフィードバック業務量の増加といった多くの問題をもたらす。このほかに最も危惧するのは健診結果の偽陽性による受診者への精神的負担や経済的負担などが増す可能性があることである。したがって、本ガイドラインとサービスハンドブックなどにより、プロジェクト実施地区のプロジェクト事務局が健診項目を決定すべきである。

日本の政府関連の年齢別健康診断の項目を参考のために列挙する。家庭保健プロジェクトの試行地区は、中国の関連学会および地区の状況によって現地の健康診断の内容を決定しなければならない。

(1) 未婚の育齢期の男女：日本には中国の婚前検査および妊娠前検査に類似する制度はない。

(2) 妊娠：婦人科検査、測定（身長、体重、胴囲、子宮底長、血圧）、尿検査（糖、タンパク質）、血液検査（血液型、血球、血糖、肝炎検査、HIV検査、梅毒、風疹抗体、HTLV-1抗体検査、生殖器クラミジア感染症、B群溶血性連鎖球菌）、超音波検査、子宮頸がん細胞検査。

(3) 新生児、乳児、小児期：外来受診、測定（身長、体重、頭囲、胸囲）、新生児の大規模なスクリーニング調査（フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、ガラクトース血症、先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成）、新生児聴力検査（AABR検査）、歯科検査。

(4) 小児・青少年：外来受診、測定（身長、体重、座高、視力、聴力）、尿検査（蛋白、糖）、心電図、寄生虫検査。

(5) 中高年：外来受診、測定（身長、体重、腹囲、血圧）、尿検査（尿蛋白）、血液検

査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、肝機能（AST、ALT、 γ -GT）、空腹時血糖または HBA1C）、心電図（オプション）、血球数測定（オプション）、がん検診（胃、肺、大腸、子宮、乳房など）。

2 点目に、健康診断の精度管理に関しては、一般的には診断と検査方法の精度管理、統一健康診断の判断基準の 2 つの業務に分けることができる。

医師の診断の精度管理に対しては、医師の間の異なる診断結果を回避するために、診断手順の標準的マニュアルおよびその応用トレーニングの実施など、相応の措置をとる必要がある。検査方法の精度管理には、内部精度管理と外部精度管理があり、内部精度管理は、サービス機構内部で行われるものであり、標準手順マニュアルの作成、標準送検体の定期的測定値検査などを通じて実施する管理である。外部精度管理は、その他の医療機関との比較により自身の検査精度を検証するものであり、数か所の健診機構によるか、または行政機関が率先して標準送検体の測定、検査結果の比較を行う。健診機構内部の日常的業務で実施する内部精度管理は当然重要であるとともに健診機構間の相互の外部精度管理も重要である。外部の精度管理が不十分である場合には、たとえ同じ搬送検体を検査しても健診機構が出す結果数値は異なる可能性がある、同じ判断基準を採用しても、依然として異なる診断結果を生み出し、受診者に大きな悪影響を及ぼす。

医師の診断と医療機関内部の精度管理に対しては、サービス実施機関としての各サービスセンター、サービスステーションなどが、プロジェクト実施地区のプロジェクト事務局の協力のもとで行うことができる。必要な場合は、省、市の家庭保健プロジェクト関連部門のサポートを受けることができる。

統一健康診断の判断基準については、原則的に国家衛生・計画生育委員会関連司局、国家級の各協会などが作成するガイドラインに依拠しなければならない。これらの基準は国家衛生・計画生育委員会が統一して選択し、省、市の家庭保健プロジェクト関連部門を通じて、末端のサービス機構へと徹底される。

3 点目は、受診者に健診結果をフィードバックする際、図表などわかり易い方法で行うことである。日本では天気予報の記号を使用し、視覚的に目立つ形式でフィードバックする例もある。フィードバックする際、サービス対象の視点から考えて、検査結果を理解しやすくする工夫が必要である。検査結果をフィードバックした後、それらの検査結果を得た受診者がどのような行動をとるかについてフォローアップする必要がある。検査結果が受診者の精密検査、または治療を求めている場合、受診者がこれらの要求を無視して放置し、精密検査を行わず、治療にも行かないと、健康診断の意義が失われてしまう。このため、健康診断同様、その後のフォローアップ業務も重視する。

健康診断の管理では、さらに検査結果に影響する要素に注意する必要がある。健康診断の一部の肝心な段階への重視が不足していたり、認識のズレがあったり、さまざまな手落ちがあったりすると、健康診断の目的達成が困難となる。例えば、採血時間が非常に遅い場合、身体内の生理的な内分泌ホルモンが影響して、空腹時血糖値と実際との食い違いが生じるため、いくつかの検査項目の時間を重視する。サービス対象が任意に検査項目を変更する場合がある。煩わしさや、または恥ずかしさから肛門指診を放棄することによって、直腸がんなどの直腸疾患の早期診断、早期治療の最善の機会を逸する可能性がある。サービス対象が健診の過程は重視するが、健診結果を軽視し、健診結果をすぐに受け取らず、詳細にチェックせず真面目に実施しない場合は、健康診断の意義が失われることがある。健康診断の管理では、細部に注意し、サービス対象が既定の検査項目をすべて完了し、最終の検査結果が非常に重要である点を促す。

上述の観点に基づき、健康診断の評価は、単に健診人数、患者数、疾患検出率だけでな

く、精密検査受診率、健診結果が住民にどのような影響を与えるかなどについても評価する必要がある。

出力指標として、受診数、受診率、疾患者検出人数および検出率だけでなく、健診結果の通知時期、精密検査が必要な受診率、治療が必要な受診率などの指標も考慮することができる。最終的効果指標は、中長期に喫煙率、飲酒率、血圧測定頻度などのような行動変化の指標を考慮することができる。

三. 健康相談の質管理

健康相談の質管理の難しさは、家庭保健プロジェクト関連部門が担当する健康相談の業務範囲と、相談に来る住民が期待するものとが合うよう、いかにして調整を行うかという点にある。また、出生した新生児から高齢者までのライフサイクル全過程の異なる時期の、異なる年齢の人を含む家庭構成員の健康状態であるため、彼らに特化した健康相談を行うことも健康相談の質管理の重要な要素である。

健康相談はその内容と業務の深さの違いで異なる。一部相談の対象は、簡単な健康面の疑問であり、これに対しては、相応の情報を提供すれば問題は解決できる。一部の相談は、肥満者の体重管理のように、情報以外に、認識および行動変化と結びつけた保健指導を提供する必要がある。さらに望まない妊娠女性に対処するには、心身への気配りを含む保健指導（心理カウンセリングを含む）などを行う。健康相談は相談サービス提供者とサービス対象者の間の健康問題に対する相互交流で、サービス対象が彼・彼女の問題または懸念を言い表わすのを助け、サービス対象に状況を知らせ、自主決定させる。この過程では、サービス従事者が相応するレベルと能力を備えている必要があり、対応能力がなければ、健康相談は百害あって一利なしである。

まず、既存の従事者の能力、能力向上のトレーニング状況、今後求める健康相談分野とその能力などに対する総合評価が必要である。プロジェクト実施以来、各プロジェクト拠点のサービス従事者の対人コミュニケーション、相談スキル、相談手法などはいくらか進歩が見られた。旧計画生育サービス機構の主要なサービス対象——出産適齢期女性を対象としたリプロダクティブ・ヘルスの相談の実施以外に、児童/思春期保健グループ、中高年保健グループのリプロダクティブ・ヘルスと不健康な生活様式からくる慢性疾患などでも相談を行えるが、その能力および相談を通じてサービス対象の行動を真に変えるという面では、まだ一層の能力向上が必要である。

例えば、サービス機構がこれまで従事してきたのが育齢期の計画出産分野であれば、心身への気配りを含む育齢期保健グループに対する総合健康相談が実施可能である。サービス機構が中高年分野（例えば、老化、認知症介護など）のサービス経験が不足している場合は、すぐに中高年の健康相談プロジェクトを実施するのは困難であり、まずその情報提供を主とした健康相談を行い、その後の計画的なトレーニングを通じてサービス従事者の相談能力を高めなければならない。機関合併の新体制の下、もともと母子保健院であった資源を整理再編し利用して、サービス従事者の総合相談能力を向上させることも大変重要である。

したがって、健康相談の質管理の第1歩は、現在プロジェクト実施地区の家庭保健プロジェクト関連部門（サービスセンター、サービスステーションを含む）が実施し、かつ提供している健康相談業務の範囲およびその能力を評価し、これを基礎に、プロジェクトの目的および既存の能力に基づいて、適宜に健康相談対象と内容を選択することである。既存の能力が不足し、実施できない相談サービスに対しては、簡単に放置せず、適切な相

談機関を選んで提携を行い、相談サービスをこれらの機関まで伸ばす。このとき、相談サービスの対象をサービスが受けられない状態に放置してはならないことに注意が必要である。相談時にはさらに、健康グループに対しては健康的なライフスタイルを導くといったように、個人の健康状態を基に等級をつけ分類して、相談を行うよう注意する。仕事と休みのバランスを維持し、合理的な食事と栄養をとることを提案し、適度な運動を奨励し、情緒不安定を調節し、心理的ストレスを緩和し、健康危険因子には近づかず、塩分や糖分の多い食事は控えるようサポートする。半健康的状態グループに対しては相談を通じて、そのハイリスク因子を重視し、できるだけそれを除去するよう指導して、健康回復を促進する。例えば、不眠症が半健康的状態を招いているグループに対しては、仕事と休みの時間の区別をつけ、夜更かしを減らし、心理状態を調整し、精神的ストレスを減らすよう指導し、必要ときには転院して医療機関で薬物治療を補う。病気にかかっている人には、適当な医療の指導、あるいは上級医療機関への転院を提案する。

健康相談に関しては、評価の観点が変われば、評価の方法も異なる。個人や家庭を対象に実施する健康相談は、相談サービスの結果が理想的でない場合、相談サービスの水準の問題である場合もあれば、内容の選択を間違えた可能性もあり、さらにはサービス対象がまったく協力的でないなど、さまざまな原因である可能性がある。このため、具体的にサービスを提供する過程で、事例に従って入念な検討を行い、「問題が解決に至る理由、問題が解決しない理由、サービスを提供できない理由、他の選択肢の有無」などを考え、検討と蓄積を継続する必要がある（これも一種の自己評価である）。

このような異なる状況を対象とする研究と累積により健康相談プロジェクトの質管理が可能となる。健康相談サービスの評価指標については、指標の投入には整った施設（例：相談室の設置）、相談従事者の配置人数と資質などが考慮でき、指標を生み出すものには、相談の事例数（新規および継続の相談）が考慮できる。上述の指標は、各事例の研究結果の蓄積を反映することはできないが、最終的な効果の指標とするには、各事例の結果のとりまとめが非常に重要である。効果指標には、持続率、完成度、改善率などが考慮できる。相談サービスに対する評価は、相談サービス終了後、直ちに行うのではなく、一定期間が経過した後に、サービスを受けた人および家庭の状況に従って、解決率、持続率などを考慮する。しかし、健康相談サービスを受けた人を対象とした評価だけでは、当該サービスを受けなかった人の関連情報を軽視しやすい。したがって、このような評価は正確とは言いがたい。理想的な評価は、相談サービスの対象者と受けていない者を含むグループに対し、一定間隔で調査を行い、認知度、必要性、期待度などから評価を行うべきである。評価業務は、プロジェクト実施地区の衛生・計画生育部門が責任をもって実施する。評価はある程度の成果の蓄積が必要であり、プロジェクト目標に対する評価結果を基に修正を行い、その時間延長の要素を考慮する必要もある。

第二節 家庭保健サービスのトレーニングシステム

一、家庭保健プロジェクトのトレーニング

家庭保健プロジェクトのトレーニングは家庭保健サービスの目的と要求に基づき、家庭保健活動に従事するサービス従事者と管理者のニーズに対応し、知識、スキル、態度および素質を向上し、業務成績を改善するために行う体系的なトレーニング活動である。トレ

ーニングは国、省市級、県および郷鎮の家庭保健サービスと管理者の下記の能力を向上を主な目的としている。政策の提言と連携、家庭保健サービスの全体計画と具体的なサービス計画の策定、家庭保健サービス・プロジェクト管理、組織力のトレーニング、家庭保健サービスの技術的能力。

二. 家庭保健プロジェクトのトレーニングの管理と過程

家庭保健プロジェクトのトレーニングは主に3種類ある。第1に、国家級が実施するプロジェクトトレーニング、第2に、国家級のトレーニング実施後、各プロジェクト拠点で実施する再トレーニング、第3に、プロジェクト拠点が必要に応じて、自ら実施するトレーニングである。

トレーニングは経費と人材に限りがあり、家庭保健プロジェクトの国レベルのトレーニングは、プロジェクト実施地区すべての従事者に実施することが不可能であるため、一般的に採用されるトレーニング、再トレーニングの方法が用いられる。すなわち、トレーニングに参加した従事者が終了後に教育資格者としてその他のプロジェクト従事者をトレーニングし、トレーニング成果の2級拡大を実現する。プロジェクト実施地区も学習能力、言語表現能力、組織力の能力が高い人員を国家級のトレーニングに派遣し、トレーニング参加者の一定の安定性と継続性を保障する。国家級のトレーニングに参加する人員は真摯に取り組み、十分な交流を行ってトレーニングの内容を習得しなければならない。

より効果的なトレーニングを実施するため、ニーズの調査、トレーニング計画の策定、トレーニングの実施、効果の評価など各方面の管理を強化する必要がある。この管理方法は国家級のトレーニングに適用できるだけでなく、再トレーニングおよびその他各種のトレーニングに適用できる。



図 5-1 トレーニングの過程^①

① JICA 中国ワクチンプロジェクトトレーニングマニュアルより引用

三. 効果的なトレーニング方法

次の内容を含む

1. トレーニングの必要性の調査

トレーニングの必要性を知るには、アンケートあるいは口頭での質問などの形式で、トレーニング対象に向け調査を行う必要がある。現在、どのような問題に直面しているのか、どのような点が不足しているか、どのようなトレーニングが必要かについて明確にするため、トレーニング対象の意見や望みを十分に聴取することが重要である。トレーニング主催者はこれらの必要性調査の結果に基づき、下記の側面からトレーニング実施の必要性に対し、分析と判断を行う。

(1) 現在、知識、スキルレベルの不足からおこる問題に直面しているか。

(2) 対象者の日常業務における悩みは、トレーニングを通じて解決する必要性があるか。

(3) 当該分野は、新たな知識や新たな技術が現れたことにより、専門技術者はトレーニングを通じた学習、把握が必要か。

このような検討を通じて、トレーニングで取り上げる必要がある知識や技術を明確にすることができ、トレーニングがより良い効果を得られる。

2. トレーニングの目的と目標

トレーニング対象者がトレーニングの具体的な目的と目標を明確することは非常に重要である。目的は広すぎず、目標は高すぎず、トレーニング日程と組み合わせで合理的に設計する必要がある。対象者はトレーニングに参加する際、頭の中に明確な問題意識と目標があつてこそ、トレーニングでより良い効果が得られる。

3. トレーニング方法

トレーニング方法には講義、討論、実演、シュミレーション（ロールプレイ）、実践（指導あるいは実践）、オーディオビジュアル、ケーススタディなどのさまざまな形式があり、多種多様である。これらの形式は異なる特徴をもち、それぞれ長所・短所もあるが、重要な点はトレーニングの目的と内容、対象の特徴と資源（人材、物資、財力）などの要素により、適切な選択を行うことである。一般的なのは講義形式であり、この方法は簡単に行うことができ、一度に多数をトレーニングでき、比較的経済的な方法である。だが、一方的に教え込む教育方法は交流が制限されやすく、効果（図 5-2 参照）への影響を免れない。このため、トレーニングを主催するときは、効果から出発してさまざまな手法を組み合わせ形式を採用するべきである。

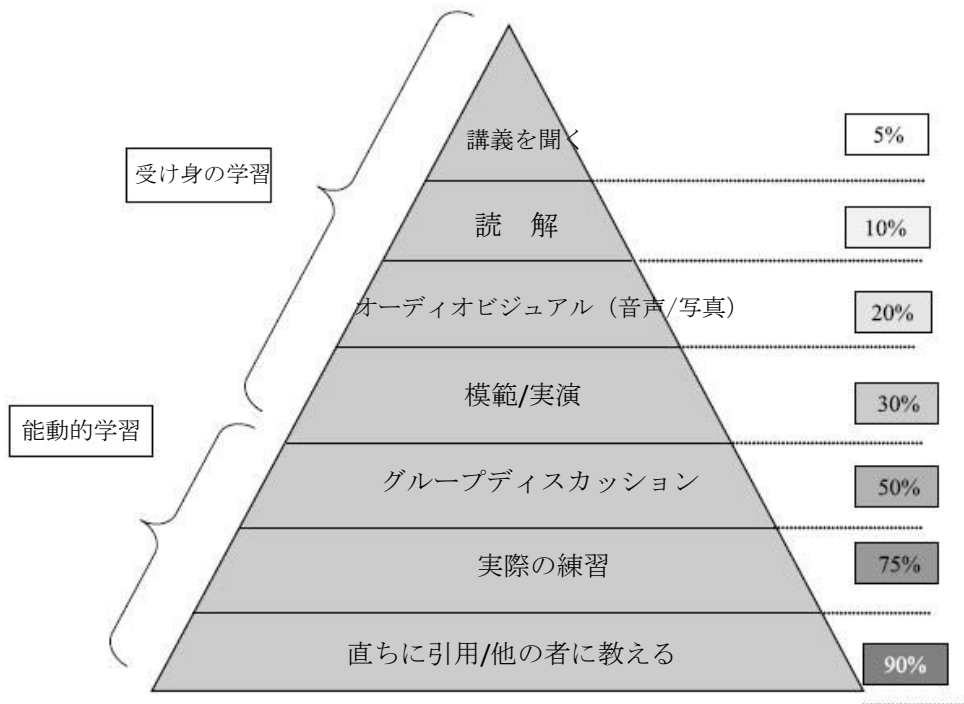


図 5-2 学習ピラミッド^①

「各種形式の学習を通じて、2週間後どのくらい記憶しているか」

プロジェクトにおいて、トレーニングとセミナーを組み合わせた実施は一般的で効果的な方法であり、学習ピラミッドから簡単に確認することができるが、グループディスカッションも常用される効果的な方法の1つである。1グループの適正人数は6～8名にするべきで、人数が過度に少ないとトレーニングが活発さに欠け、過度に多くても意見の不一致が出て混乱が起きやすい。また、グループのメンバーを選出する際、違う背景や立ち場を同時に配慮することができれば、討論が一方的になる傾向を避けられ、より多くの成果が得られる。会議開始前にグループそれぞれの議長、記録係、発表者の人選をしておくことで、より円滑に討論を進めることができる。このほか、すべてのグループメンバーが、各参加メンバーが平等に交流する権利を持つことを意識する、どのような観点をもっていても他のメンバーが発表する意見を阻止したり批判してはならない、グループの自由な討論の雰囲気尊重するなどの点に注意が必要である。

4. トレーニング内容

トレーニング内容の確定は、まずニーズに沿って、トレーニングを通じて解決が望まれる問題、解決の度合いを考慮する必要がある。必要な状況の下では事前アンケート、討論などでニーズを把握することができる。また、トレーニング内容は体系的、論理であることに注意しなければならない。

プロジェクトの実施過程で、最初は主に計画策定に集中し、その後プロジェクトの3×3の枠組みに沿って、異なるターゲット・グループ（児童・思春期、育齡期、中高年）の家庭保健サービスおよび異なる家庭保健サービスの方式（健康教育、健康診断、健康相談）に従って、トレーニングを行い、プロジェクト後期では衛計（衛生部と計画生育委員会）合併の情勢に対応して、サービス能力、家庭保健サービスの持続的発展能力のトレーニン

^①国家トレーニング実験室 米国メイン州 (National Training Laboratories)より引用

グ拡大に重きを置く。

5. トレーニング教員の選択

トレーニング人材の慎重な選択もトレーニングが成功するか否かの重要な部分である。同一ジャンルでは数多くの人選が可能であるが、次の要点を参考に選択、確定することができる。

まず積極的な意思疎通を図ることができ、トレーニングの目的とニーズを把握し、理解できること。次に、教員が実情を把握しており、十分な実戦経験を有していること。第3は、講義経験があること。「高度な知識をわかり易く講義する」ことは必要不可欠なスキルである。第4は、トレーニング内容が講義に偏らず、実演、ロールプレイングなどの形式で、頭と身体を使って理解し、記憶する方法は、受講者に「発見」の機会を与えることができる。

6. トレーニングの評価

今後、効果的なトレーニングを実施するために、トレーニングの効果、対象者の理解度、行動変化の状況を確認し、トレーニング後には総合的評価を行うことが非常に重要である。評価は下記の内容に従って行う。

評価項目	評価内容
トレーニング管理	トレーニング目標は妥当か、実現したか。 トレーニング会場の選択と配置、設備、物資などがトレーニングの具体的な必要性に合致しているか。
トレーニング内容	時間配分は妥当か。 内容のテーマは明確か。 難易度は適切か。
トレーニング教員	講座の内容が参加者にとって魅力的か。 既定の時間内に正確かつ効果的に関連内容を伝えたか。 講座の時間、出された問題を把握・コントロールできているか。 参加者の思考と討論を適正に導くことができるか。
参加者	真面目に聴講しているか、積極的に討論に参加しているか。 知識、スキル、態度、行動に変化はあったか。

評価方法は多くあり、監督査察、アンケート調査、トレーニング後の小テスト、シュミレーション演習、現場視察、インタビューおよびレポート提出などを含み、具体的な状況に基づき、適切な方法を選択する。

評価には、短期評価と長期評価がある。短期評価はトレーニング終了後、トレーニングの内容、知識の把握度などについて評価を行い、トレーニング前との変化や向上の程度を知ることをいう。長期評価はトレーニング終了後、6～12か月後に行い、その目的はトレーニングの目的が成果と合致したか、現地の担当人員に十分に教えたか、プロジェクトに対してトレーニングの実施は助けとなったか、トレーニングの妥当性はどうか、他にトレーニングのニーズはあるかなどを知り、それを以降のトレーニングカリキュラムにフィードバックする。

7. トレーニング終了式

トレーニング終了時に終了式を挙行し、終了証書を発行することもある。このような第3者の客観的な認可を経ない終了証書は、必ずしもある種の資格の効果をもつとは言えないが、参加者の積極性を高めるには有利で、効果的な方法であると言える。また、終了式の形式で、例えば参加者に自身の参加状況を総括、評価させ、皆の前で発表する機会を与

えるなどの創意工夫があれば、参加者に深い印象を残し今後のトレーニング活動に対し、より強い期待が持てるであろう。

四. 日中協力家庭保健プロジェクトのトレーニングと再トレーニングに対する要求

1. 自主トレーニングと国家級トレーニング後の再トレーニングをプロジェクトの年次計画に組み入れる。
2. 毎回の国家級プロジェクトのトレーニング後、1 か月以内に再トレーニングを実施する。
3. 各地で実施するトレーニングと再トレーニングは、詳細なトレーニング計画を策定し、内容には、目標、内容、対象、時期と場所、トレーニング教員、トレーニング日程、後方勤務準備業務の手配、トレーニング経費予算などを含まなければならない。計画の書式については添付資料4を参照。
4. トレーニングと再トレーニングには評価アンケートがあり、学生が記入するものと主催者側が記入するものとの2種類に分かれている。学生は、トレーニングのカリキュラム、内容、教材、時期、後方勤務サービスの手配と教員の質の評価を含むアンケートに記入する。主催者側は、学生の出席率、相互コミュニケーションの極的性、知識習得の状況の評価について記入する。
5. 毎回のトレーニングと再トレーニングの終了後には総括を行わなければならない。その内容には、トレーニングの実施状況、対象者の評価、参加状況、知識の習得状況、困難と課題、経験と教訓などが含まれる。総括レポートは、トレーニング終了後10日以内に家庭保健プロジェクトの中国プロジェクト実施事務室に提出しなければならない。
6. 毎回のトレーニングと再トレーニング後に、プロジェクト情報資料を編集して家庭保健の中国プロジェクト事務局へ送り、プロジェクトのウェブサイトに掲載する。
7. トレーニング計画、トレーニング講義計画、受講対象者名簿、現場写真を含むトレーニングと再トレーニングの記録管理を行う。

第三節 家庭保健サービス情報の応用システム

家庭保健サービスのデータ管理で最も重要なのは、情報ユーティリティと情報保存の間の協調を求めることである。

健康診断の結果を出発点として、各保健サービスの実施結果を時間順に累計し記録して、医療、健康教育、健康相談を受けるときに利用することは、個人に限らず、その家庭の健康管理においても、非常に有用である（以下、この情報データの応用法を「1級応用」と呼ぶ）。1級応用の際、衛生・計画生育部門の応用を考慮するだけでなく、住民が最も関心のある医療機関の応用も考慮する必要があるため、衛生・計画生育委員会の関連部門が実施する関連情報化業務と協調、提携する必要がある。

累積した個人および家庭の健康情報データから、当該地区のすべての住民の健康状態、健康行動などを把握できるだけでなく、家庭保健サービスの評価を行うとともに、住民のニーズに基づき、新たな家庭保健サービスを開拓することもできる（以下、この応用法を「2級応用」と呼ぶ）。

国家衛生・計画生育委員会などは、2013年12月に「国家衛生・計画生育委員会国家漢方薬管理局の人口健康情報化の推進加速に関する指導意見」をまとめ、人口健康情報化の発展の方向性を明らかにした。家庭保健プロジェクトもこの方向性に従い、事業の進展状

況に基づいて、情報の処理・応用などを研究する。

当該指導意見の家庭保健活動との関連性から、電子カルテ確立をどのように統一的に計画するかは、今後、公衆衛生システムと計画出産システムの各自業務に基づく調整に焦点を合わせる必要がある。また、情報セキュリティ防衛システムの構築に関しては、当該指導意見の方針に照らして、相応の措置を講じるべきである。

1. 情報の1級応用

情報の応用に関しては、サービス対象に以前の健康状態およびサービス受け入れ状況を把握させるだけでなく、当該情報のデータをサービス従事者に提供し、必要時には、さらに医療機関関係者に適切な情報を提供することができる。

過去の情報の調査またはサービス情報を他のサービス機構で利用することについては、個人番号制度の制定および情報利用者の承諾が必要となる。方法の一は、住民身分証明書番号(中国では16歳以上の住民はすべて固定した住民証明書番号をもつ)の採用である。情報利用者が身分証明書番号を提示し、過去の情報の調査に対して理解を示した場合には、その使用を許可できる。だが、この状況の下では、サービス場所あるいは他の関係機関が保管する基礎的な新情報データについて、その調査方法は安全で信頼できるものでなければならず、また、今後のIT技術の発展に注目し、継続的に研究を行っていく必要がある。

2. 情報の2級応用

保管する情報データの中から、個人を特定できる情報を削除すれば、情報が流出したとしても個人への影響はなく、また疾病の分布、健康行動の真の状況など、当該地区の全体的な健康評価に対し有益な情報データを得ることができる。既存の基礎データから、識別可能な個人の特定情報(住民身分証番号、生年月日、氏名など)の削除は簡単に行えるため、各県(市、区)は2級情報の応用業務を積極的に行うよう努めなければならない。

各県(市、区)および省、市の衛生・計画生育部門は、現地大学などの研究機関の専門家の協力を得て、時系列分析法および地域間の比較分析など多くの手法を採用できれば、現在の全域の健康状態および健康保健プロジェクトの効果について分析・評価が行え、健康教育の基礎資料としてまとめ、公表することができ、効果は非常に大きいであろう。省、市の衛生・計画生育部門はプロジェクト実施地区(市、区)間の状況に対して比較分析を行うだけでなく、さらに他の地区のデータと結びつけて分析する必要があり、すべての省、市のプロジェクトの拡大発展の実施プランに応用することができる。情報の具体的な利用と分析を行うときには、情報利用の公益性を確保するため、一定の範囲(例えば、各省1箇所)で、住民代表、専門家などが参加する情報利用許可委員会を設けて、情報利用に対して審議を行うなどが採用できる。

3. 各プロジェクトは主体として積極的に取り組む

家庭保健サービスの実施主体はプロジェクト実施地区(市、区)の衛生・計画生育部門であるため、これらの情報データ管理の実施主体も当該部門になる。県(市、区)衛生・計画生育部門は当該地区の家庭保健サービスの情報を適切に管理するだけでなく、情報の応用も積極的に進めなければならない。このため、情報処理の現状を知るだけでなく、情報の記録と保管の基準規則および行動規範の制定に着手しなければならない。このほか、基礎サービス情報と基本調査情報を含む、情報の2級応用業務を徹底して行い、保健計画の変更および住民の健康教育資料の開発において役割を發揮しなければならない。

サービスセンターあるいはサービスステーションは上級機関が定める規範を順守し、サービス情報を正確に記録し、整理、保管すると共に、情報データを県(市、区)の衛生・計画生育部門に伝送しなければならない。

省、市の衛生・計画生育部門は、プロジェクト実施地区（市、区）の情報データ管理を指導するとともに、情報応用委員会を設置して、各県（市、区）が保管する家庭保健関連の情報の応用が正確であるかを判断し、適時に確認する必要がある。当該情報応用委員会の結成には、情報利用者および専門家も含めなければならない。また、専門家のサポートのもと、省内各プロジェクト実施地区（市、区）の間の状況を比較分析するだけでなく、他の地区との比較を通じて、現地家庭保健サービス拡大発展の方針と計画の整備を促進する。

第四節 家庭保健サービスの資金投入保証システム

家庭保健サービスは本質的には政府が提供する公共サービスの範疇に属する。プロジェクト実施の過程で、政策の向上、制度の刷新を強調し、家庭保健サービスの恒常化、主流化、制度化、持続的発展を重要視しており、効果的な資金投入保証システムは家庭保健サービスを持続的に発展させるための必要な保障であり、重要な支援でもあり、政策向上と制度刷新の重要な内容である。

現在の状況に基づくと、資金投入保証システムは次のいくつかのモデルがある

1. 政府の公共財政投入を主とした資金投入保証は、地元政府の衛生・計画出生システムが実施する家庭保健サービスは、需要が高く、投資は少なく、高収益の公共サービスであるという見地から、家庭保健サービスを第12次5ヵ年計画、現地の住民の生活に組み入れて、政府の財政支出を主とした資金を提供して保障するものである。

2006年～2009年に実施した第1期プロジェクトの試行地区である江西省吉安県は、この仕組みの典型的な代表である。吉安市の県政府は、毎年計画を策定し、人口・計画生育部門によって先行して家庭保健サービスを実施し、具体的なサービスの量に基づき、必要な経費を確定した後、県の財政から支払われた。2009年、プロジェクトの実施段階が終了した後にも吉安県は引き続き政府の財政保障を得て、家庭保健サービスを実施している。

また、多くのプロジェクト拠点のプロジェクト実施機関がそれぞれ異なる視点から（良質なサービス、利益志向など）家庭保健サービスを日常業務に組み入れ、第2期プロジェクトの試行地区の曾都、北碚、栄昌など、業務経費から一定の額を家庭保健サービスへまわす。一定の仕組みを通じて関連部門とプロジェクト郷・鎮と調整し、経費の支援を行うといった例がある。

プロジェクト実施地区の各級（省、市、県）を支援プロジェクトとし、すべて一定の付帯経費を提供する。

2. 政府が購入する特別サービス

中国の老齢化に伴い、政府が購入する特別サービスで比較的多く現れているのが、高齢者向けに政府が購入する家庭保健サービスである。多くの地区で政府は政策を発表し、政府資金により毎年60歳になる高齢者、特に計画出生家庭の高齢者には健康診断などの家庭保健サービスを提供している。江蘇省常州市、海南省邁県などは、政府が出資して計画生育サービス機構に委託し、現地の高齢者に家庭保健サービスを提供している。

3. 家庭保健とサービス効率の好循環の資金投入保証

家庭保健サービスはサービス効率の向上を促進して、サービス収益を利用して、健康教育、健康相談、基本的な健康診断の無料サービスを保障する。プロジェクト拠点が家庭保健サービスを実施後、効率はさまざまな程度で上昇し、好循環を生んだ。第1期の重慶市永川区のサービス機構は比較的強力な専門技術の資源を有しており、プロジェクトを実施

し、家庭保健サービスを展開して以来、各グループに向けた健康教育、健康診断、健康相談を通じて、知名度と好感度を上がり、外来診療と入院が明らかに増加し、獲得した収益も家庭保健サービスの持続をサポートできる。第2期の河北清河もこの点で比較的典型的である。

4. 低料金サービスによる収益での資金投入保証システム

現地の衛生・計画生育サービス機構の家庭保健サービスの実施時には、比較的専門的な健康診断、健康指導を提供でき、一部の項目は低料金徴収のモデルを採用して資金保証を行う。健康教育、健康指導は無料、一部健康診断項目は有料、あるいは検査で病気が見つかった場合に有料で治療を行うなどである。

江蘇省常州市計画生育サービスステーションは健康診断センターを開設し、各種の有料検査メニューを提供し、検査項目によって異なる費用を徴収し、費用基準は同級の病院より低めに設定されている。

このほか、プロジェクトについても、可能な限り多くの方式を採用し、プロジェクト実施のために一定の資金投入を保証した。例えば、連続3年実施した家庭保健の特定サービス活動は、サービスの基準化、詳細化を促進するとともに、モデルの総括・普及の促進を図った。プロジェクト拠点のために一定の施設を配備し、多くの国家級トレーニングと訪日研修を主催し、家庭保健サービスの能力が向上した。

国家衛生・計画生育委員会の創設以来、各級の衛生・計画生育行政部門、サービス機構の再編成は家庭保健サービスの資金投入の保証に新たな機会と挑戦をもたらした。一方で、資金投入に関する意志決定と処理過程に変化がある。もう一方で、「誰もが健康な生活を送る」の戦略的な統率で、健康サービスと家庭の発展という2つの重要な次元からより大きな推進の空間を得たため、資金投入保証面でもより大きな空間が現れるであろう。

資金投入に関する意志決定と処理過程に変化が生じることに對し、プロジェクト実施地区の各級は資金投入保証システムにおける連続性と安定性の確保を引き続き積極的に提唱して行く必要がある。「誰もが健康な生活を送る」という戦略的統率下で、健康サービスと家庭発展の2つの重要な次元に於じて出現したより大きな空間に對し、プロジェクト実施地区の各級は強い関心を払い、積極的に交流し、提唱を強化しなければならない。最近、「国家衛生・計画生育委員会の計画出産末端基礎業務の強化に関する指導意見」の(三)村(居住地)の計画出産チーム構築を強化するで、村(居住)の計画出産専属担当人員はトレーニングを経て、新型農村合作医療制度、疾病予防と管理、衛生監督情報員を兼任できることが指摘されている。甘肅省の衛生・計画生育委員会は「より一層農村の慢性疾患の管理徹底に関する通知」の中で、衛生・計画生育の行政部門とサービス従事者は共に、慢性疾患、健康管理に参加する事を強調している。プロジェクト実施地区の各級は計画出産サービスと管理を徹底するとともに、視野を広げ、思考を活性化し、家庭発展の分野および「新家族計画」、「幸せな家庭の創出」に関心を払い、末端ベースでの実施を進展させる。基本的な公衆衛生サービス、慢性疾患の予防と実演、健康促進県(区)、健康促進の場所と健康な家庭づくりの強化活動、中央による地方の健康な素養促進行動プロジェクト補助および中国の基本的な公共衛生サービスの健康教育プロジェクトに関心を払い、母子保健と計画出産技術サービス資源の最適化・統合の過程におけるサービス機能の確定に注目し、重要な全体的意義をもつ医療改革を強化する中で末端サービスシステムを構築するという視点から、家庭保健サービスの意義を認識し、より一層プロジェクトの位置づけを明確にし、一層の資金投入保証を充実させる。

第五章 日中協力家庭保健プロジェクトにおける

独特かつ効果的な方法

日中協力家庭保健プロジェクトでは、プロジェクトの実施レベル向上のために独特で効果的な方法を採用した。

第一節 「家庭を中心とした」保健サービス

家庭保健プロジェクトにおいて、家庭保健サービスは「家庭を中心とした家族間の相互支援を重視し、健康教育・健康診断・健康相談などの方式を通じて家庭とその構成員の健康を増進する保健サービスである」との定義されている。したがって、「家庭を中心とした」保健サービスはプロジェクトの中で一貫して奨励され、模索されているサービスである。

一. 家庭の健康への影響

家庭は家族構成・家族機能・家族関係・家族行動・居住環境などを通じて、家族の健康に次のような影響を及ぼす。

1. 健康に関連した行動の確立への影響

家族の健康に対する信念と生活習慣はしばしば相互に影響する。一部のよくない生活習慣と行動様式はしばしば家族の「通弊」となる。飲食・喫煙・運動などの日常的な行動は家庭の背景の中で形成され、家庭の影響を強く受ける。

2. 児童の発育および社会化への影響

個人の心身の発育の最も重要な段階（0～20歳）のほとんどは家庭内で完成され、家庭は人々が最も長い時間を費やすところで、また最も重要な自然・社会環境であり、児童が整理的、心理的、社会的に成熟するための必要条件である。

3. 疾病発生への影響

多くの疾病は遺伝子を通じて継承される。例えば、血友病・サラセミア・白子症などである。その他、B型肝炎・結核・性病・消化管寄生虫・皮膚感染症は家庭内で感染しやすい。成人については、配偶者を亡くした人・離婚した人・独居者の死亡率が結婚している人より大幅に高く、妻と離婚または死別した男性は特に高く、このことから婚姻と家庭の健康に対する家庭の保護の役割がうかがえる。

二. 「家庭を中心とした」健康サービス方式

家庭を1つの単位とし、または家庭を対象としたヘルスプロモーションサービスは、個人サービスと同様、内容は未病から有病、さらには快復までの全過程に及び、家庭の全ライフサイクルと家族全員にサービスを提供する。しかし、家庭健康保健サービスは特有の「家庭」サービスの要素によって個人のサービスと区別される。主に参考にできる効果的

な方法は次のとおりである。

1. 専門スタッフが家庭で提供するヘルスプロモーションサービス

在宅治療・家庭訪問・家庭看護などがある。①在宅治療。国内ですでに提供されている。一般的にコミュニティの衛生サービスセンターの在宅治療チームに委託して行う。チームはコミュニティの院内の中級・初級の医師・看護師などの衛生技術者で構成され、コミュニティの病院を後ろ盾として、上級病院と双方向の紹介関係を構築する。チームは病人の疾病状況や診療方針に基づき医師の派遣・薬の処方、注射・点滴・酸素吸入、薬の交換、導尿、胸腹腔穿刺、鍼灸・マッサージ、心電図検査などのサービスを行う。②家庭訪問。家庭訪問とは衛生関連担当人員が積極的に家庭内に入って行う健康指導・健康診断サービスをいう。中国の基本的公衆衛生サービスの母子保健において、新生児および産後の訪問があり、高血圧・糖尿病の予防においても家庭訪問がある。③家庭保健看護。在宅治療と家庭訪問を総合し、より全面的に医療衛生サービス部門および社会事業部門が一体となりサービス対象者に医療・看護・リハビリサービスおよび日常生活の世話を提供し、病人が家で可能な限り長く健康的な生活を維持できるよう手助けする。

2. 家庭を1つの単位とするヘルスプロモーションと健康サービス

家庭健康教育、家庭健康記録、家庭を中心とした治療・看護サービス、ホームドクターなどがある。①家庭健康教育。主に2種類のモデルがある。1つは直接家族全員を対象とした健康教育であり、もう1つは家庭保健員の方式、すなわち、家庭における主な健康責任者である家庭保健員が、家族全員に影響を与える。②家庭健康記録。家庭健康記録は家庭を1つの単位として保管する個人健康記録を基に、家庭の基本的状況・家系図・家庭の主要問題などの情報を加え、保健員が家庭に存在する主な健康問題を取りまとめて分析し、問題解決の方法・措置・提案などを含む総合的かつ具体的な家庭健康介入と指導計画を提出する。③家庭を中心とした治療と看護サービス。医師と看護師が健康情報と治療経験を患者の家族に伝え、家族が適切に患者の看護や世話をできるよう指導する。④ホームドクター。ホームドクターとは、総合的な健康推進サービスであり、家庭を1つの単位とするサービス形式に医療の重点を置く。ホームドクターは各専門分野の基本知識を備えていなければならない、内科・外科・小児科・婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・精神科などの疾病と急病など多方面に対応する能力を持つ。

三. 家庭保健プロジェクト「家庭を中心とした」保健サービスの模索

家庭保健サービスにおいて、児童・思春期保健グループ、育齡期保健グループ・中老年保健グループに健康教育・健康相談・健康診断を行って「家庭全生命サイクル」を体現するサービスの特色のほか、各プロジェクトサイトにその他の「家庭を中心とした」保健サービスの創出への試みを奨励している。現在、模索中で比較的的成功をおさめている特色のあるサービスは主に次の2つである。

1. 家庭健康教育

健康教育において、第一目標の個人ばかりでなく、家庭のその他の構成員も対象として行う。例えば、児童の健康教育において、幼児の保護者が児童が歯磨き・手洗いというよい習慣を身につけ、安全意識を持つことに対していかに手助けするか教育し、思春期の児童の健康教育において、学校の保護者教室および「保護者宛てに送る手紙」により、保護者に児童にどのような思春期の悩みがあるのか、また、児童がそれらの問題に対応するのにいかに手助けするかを知らせる。在校生徒の健康的な生活様式についての教育とアドボカシー活動を通じ、また「親子活動」の作業を通じて、保護者とともに生活習慣を身につ

けるよう奨励し、子どもから保護者に大量の飲酒や喫煙などの健康に有害な行動を改めるよう促す。さらに、高齢者や慢性疾患患者の健康教育においては、本人を対象とした慢性疾患予防教育を行うほか、家庭内の主な世話人に対して慢性疾患患者をどのように世話するか、危険な状況をどのように識別して処理するかなどを知らせる。さらにプロジェクト県で「健康波及」計画を実施し、県・省のサービス機構の技術者が村在住の家庭保健サービス従事者を研修し、家庭保健サービス従事者を通じて「家庭のゴールキーパー」である家庭の女性に対して各種形態の健康教育を行う。

2. 特殊家庭の保健サービス

一部の家庭はその家庭構造の特殊性から家族が大きな健康リスクに直面している。プロジェクト県は資金に限りがある状況の下、広い範囲を網羅しきれないサービスのうち、一部を暫定的に特殊家庭のハイリスクグループを優先的に選択してサービスを行う。そのうち、比較的多く試行されたのが中高年の保健サービスであり、老人ホームで生活する身寄りのない老人や計画出産の奨励扶助や特別扶助の対象家庭の高齢者を優先的に選択し、健康診断や診断後の相談サービスを行う。あるプロジェクト県では、病児や障害児のいる家庭に注目し、再出産のサービスのニーズや存在する再出産のリスクに対して、全面的に無料の妊娠前・妊娠期の障害児出産予防サービスを提供する。またあるプロジェクト県は出稼ぎ家庭の児童家庭に注目し、児童に対して健康診断を行い、健康リスクに早く気付くよう手助けし、後見人に対しては後見人向けの健康教育を行う。

第二節 家庭保健サービスの現場指導

プロジェクトは研修とモニタリング強化を展開するとともに、1つのテーマについてプロジェクトサイトを現場として全過程を観察し、プロジェクト関係者は互いに協力し合っ現場指導を行う。専門家グループとプロジェクト県のスタッフは計画中の家庭保健総合サービス活動（健康診断・相談・教育を含む）について実施案の起草・検討・修正・整備および現場での実施・見学、実施後の中間総括・研究討論交流などの一連の現場指導活動を行い、サービスの過程で頻繁に見られる問題と合わせて研修を行う。

一. 現場指導実施の背景

プロジェクト拠点は引き続きプロジェクトの3×3の枠組みと年次計画に基づき、児童・思春期保健グループ、育齡期保健グループ、中高年保健グループに家庭保健サービス活動を実施し、サービス対象者から好評を得ている。しかし、プロジェクト開始の際、国レベルのプロジェクトモニタリングにおいてはプロジェクトのサービス活動に系統性と計画性が欠け、活動の実施に有効なチーム協力が欠け、データの収集と利用に問題があり、活動記録が形式に流れるなど、共通した問題があることもわかった。

二. 現場指導の具体的方法

現場指導は基本的に1つのモデルに基づいて行われる。すなわち、省を1単位として1つのプロジェクト県を選んで現場指導地点とし（実施県）、その他のプロジェクト県（非実施県）は主要なプロジェクトスタッフ（管理者とサービス従事者を含む）を派遣してともに参加する。現場指導の手順と内容は基本的に第一次総合サービス活動の過程に基づい

て設定するが、専門家の指導とその他のプロジェクト県スタッフの交流と評価の段階を追加する。具体的な内容は添付資料1を参照。主に含まれるのは次のとおりである。

1. 活動案の作成と初期修正

現場指導の約10日前に、実施県は現場指導サービス活動案を提出する。内容には、活動目標と内容、活動時間、活動地点・範囲、ターゲットグループおよび数、主催機関と協力機関、責任者と関係者、活動形態、組織フロー、活動場所と設備の要求、経費予算、注意事項など含む。プロジェクトの専門家は活動案の初稿を閲読後、第一次指導意見を提出し、実施県は初期修正を行い、第一次修正稿を作成し、それに基づき関連の活動準備を始める。

2. 現場活動関連知識の研修

プロジェクトの専門家は非実施県のプロジェクトスタッフが実施県に到着後、まず1日研修を行い、専門家は存在する問題と結びつけて関連活動の管理理論内容を講義する。主に活動案作成の詳解・アンケートの作成・サービスのデータ収集・データ分析を含む。目的は関係者に活動計画・実施・総括の内容・方法・ノウハウの理解をより深めさせることである。

3. 活動案講評と再修正

専門家の講義内容と経験と合わせ、プロジェクトサイトのスタッフが第一次修正に対して自己評価を行い、プロジェクト拠点以外のスタッフも第一次修正稿に対してそれぞれ評価を行う。その間、主宰スタッフは内容の評価について互いに討論するよう促し、最後に専門家グループが活動案に対する補足修正提案をする。実施県チームがすべての修正案をまとめた後、再修正を行い、第二次修正稿とする。

4. 活動準備と実施

プロジェクトサイトは第二次修正稿に基づきサービス活動実施前の再準備を行い、翌日の午前、現場でのサービスを実施する。プロジェクト拠点以外のスタッフとプロジェクト専門家(オブザーバー)は現場でサービス過程を視察する。すべての関係者に全過程の観察を求めるが、可能な限り現場でのサービス実施に介入することは避けてもらう。活動中、現場での健康診断結果を記録し、サービス内容と合わせて、サービス対象者に対してアンケート調査を行う。アンケート調査は健康教育・健康診断・診断後相談実施の後に行い、主に対象者の関連知識の理解とサービスに対する評価を把握する。

5. 活動交流とデータ入力・分析

まず、プロジェクト拠点のサービス従事者と管理者が現場のサービス実施中に体験、遭遇した典型的な事例について意見交換を行う。次にオブザーバーから現場のサービスの印象が強かった点を交流、共有し、現場のサービスが成功している部分とそうでない部分について評価する。プロジェクト拠点の統計スタッフはこれとともにアンケートのデータと健康診断の結果のデータの入力と統計解析を行う。

6. 活動案の再整備のための討論と活動の中間総括

サービス実施と現場視察の結果に基づき、すべての現場活動関係者が活動案のさらに修正が必要な内容について討論し、再度活動案を整備し、第三次修正稿を作成する。プロジェクトサイトの家庭保健サービス活動の責任者は活動交流内容とデータ分析の結果に基づいて活動中間報告を作成し、報告する。内容には活動展開状況、活動実施効果分析、サービスデータの総括と分析(健康診断)・活動における典型事例、活動に存在する問題および今後の構想が含まれる。

三. 現場指導活動のプロモーション使用提案

1. 現場指導方法の適用状態

まず、現場指導の目的はある技能の掌握を主とし、周知・提唱、理論知識の掌握または問題解決を主としない。つまりそれを応用する基本前提として、その技能を向上させなければならない。次に、現場指導方法の応用は事前の理論研修の基礎の下に打ち立てなければならない。事前の理論研修を通じて、参加対象者にまず関連理論知識とサービスの管理要求を理解させる。例えば、その指導中、参加対象者は事前に活動案の作成とデータ分析の基本理論の知識を理解し、家庭保健サービスの内容を熟知しなければならない。さらには事前にプロジェクトにおける活動管理に関連する要求を理解しなければならない。最後に、活動全体を通じて、参加者は一貫して平等な討論交流の機会を持ち、全参加対象者が自らのサービス提供中に担う役割や経験をもとに、十分な時間をもって平等に交流し、自らの見解を発表することができる。

2. 現場指導における「専門家」の役割

現場指導において、日中専門家グループが1つのチームとして事前に準備を重ね、繰り返し話し、活動案を作成し、現場指導とサービス実施状況に基づいて、繰り返し改良を行う。現場指導の応用にあたり、少なくとも1名の「専門家」が全過程に参加する必要があることが研究によって示されている。専門家にかぎ括弧を用いる理由は、必ずしも科学研究院の専門家という意味ではなく、ある方面に長け、精通し、比較的高い技能を持ち、指導能力がある者を指し、その者は科学研究院の専門家であってもよく、また第一線の技術者や管理者であってもよい。「専門家」として、現場指導におけるその役割は主に次の面に体现される。①事前に実践中の問題と難点を分析、理解する。②それらの問題と難点に対応した現場指導の活動とフローを構想する。③現場指導活動全体、とりわけそのうちの交流討論部分を取り仕切る。④現場指導全体の中で、全参加対象者に答えを教え込むのではなく、自ら考えさせる。すべての人に平等に意見交換の機会を与える。⑤必要時には、参加者が気付いていない問題を速やかに指摘し、理解されていない知識を補い、間違った理解もしくは応用した理論を修正する。

3. 現場指導における参加者の役割

現場指導において、各参加者は単に研修生であるばかりでなく、教師でもあり、専門家とともに現場指導を行うことは必要不可欠である。その任務と役割は主に次に具体的に体现される。①研修生として、実際の作業中の問題を報告する。現場での業務過程において、常に疑問を投げかけ、または自分の考えを表明し、専門家に存在し得る問題に気付かせる。問題を常に明らかにすることにより、専門家により焦点を絞った指導が行えるようニーズを把握させる。②教師として、問題を提起し解決する。各参加者の理論の理解度と具体的に理解している内容は異なる。現場の指導をチームで行い、主体的に考え、相互に啓発することで、参加者は討論や交流において、自ら存在する問題に気付き、理論を比較的理解している参加者または経験豊富な参加者は、問題解決の対策を提起することができ、しかもそれらの問題の提起や対策はしばしば専門家よりもその土地に適し、より地域に密接にかかわり、より受け入れられやすい。

4. 現場指導における参加者の選択と人数の制限

全参加者が積極的に参加し、平等に意見を交換できるよう保証することは、参加者選択の基本原則である。①人数について。参加者数は少なすぎではない。過度に少ないと衆知を集めて有益な意見を広く吸収するという効果が達成できず、現場指導の効率も高くない。一般的な状況下では、参加者は少なくとも5名以上で、15名以下に抑えることが最も望ましい。当然、人数は絶対的なものではなく、具体的な状況に応じてある程度変わ

るが、主宰役の専門家としては、指導過程で人数や討論の形式に基づいて指導し、すべての人が参加し問題を明らかにできるよう保証する。②参加者の選択について。指導活動に直接関係する人員を選択するには、直接このような活動に従事している人員が最も適しており、すでに関連の理論研修を受けたことがあり（このような理論研修は現場指導活動の前に設定することもできる）、また言語表現力とコミュニケーション能力が高いことも求められる。

5. 現場でのサービスの実施

現場でのサービスの実施は現場指導の前半部分の効果を検証するだけでなく、指導を深めるための拠りどころとなる。したがって、現場でのサービスにおいては次の点に注意しなければならない。①現場でのサービスの選択。最もよく把握している、または最も理想的と思われるサービスを選択せず、日常的な状況の下でのサービスを選択しなければならない。このような指導の成果は適用性がより大きい。②参加者の視察が及ぼす影響をできる限り減らす。「部外者」の視察により、サービス対象者とサービス従事者に影響を及ぼし、さらには妨害を及ぼすこともある。例えば、プライバシーを保護できなかったり、場所が混雑したり、サービス従事者が不自然に行動したりする。したがって、参加者は完全に「外部の視察者」として関与するのではなく、できる限り「サービス対象者」の役でその中に参加し、大きな問題または明確で直ちに是正しなければならない過ちがない限り、通常は現場で思いつくままに指導意見を言っってはならない。③現場でのサービス実施後、必ず総括を行い、活動案の再整備について討論しなければならない。

第三節 家庭保健サービスの特定活動

家庭保健サービス活動のさらなる進展を推進し、各プロジェクト実施地区の模索と創出を奨励するため、家庭保健プロジェクトは各プロジェクト実施地区の保健サービスの特徴やサービス対象のニーズに焦点を当て、当該地域に適した「家庭保健サービス特定活動」を正式プロジェクトとして立ち上げる。

一. 家庭保健サービス特定活動の目的

家庭保健サービス特定活動を展開する目的は、プロジェクト実施地区にプロジェクト資金と技術の支援を受け、一定の期間内にプロジェクトの実施方式で、ある特殊なグループの特殊な問題を対象とした効果的な家庭保健サービス活動を実施させることである。具体的に次の事項が含まれる。

1. プロジェクト実施地区がプロジェクトの要求に応じて、科学的に、規範に合った、効果的に家庭保健サービスを展開し、サービスを通じてレベルを向上させ、サービス提供能力を強化する。
2. 家庭を起点としたサービス活動をより強化し、当該地域特有の家庭保健サービスモデルを形成する。
3. プロジェクト実施地区の事例開発とモデル研修を促進する。
4. 活動の申請と報告の過程を通じて、プロジェクト実施地区のスタッフの計画設定・活動案作成・文章作成能力を養い、向上させる。
5. プロジェクト実施地区がプロジェクトの枠組みの下で実施するサービスの状況とサービスの進展に対する各上級機関と専門家の理解を深める。

二. 特定活動の過程

家庭保健サービス特定活動の過程は、次のフローチャートで表すことができる。(図 5-3 参照)

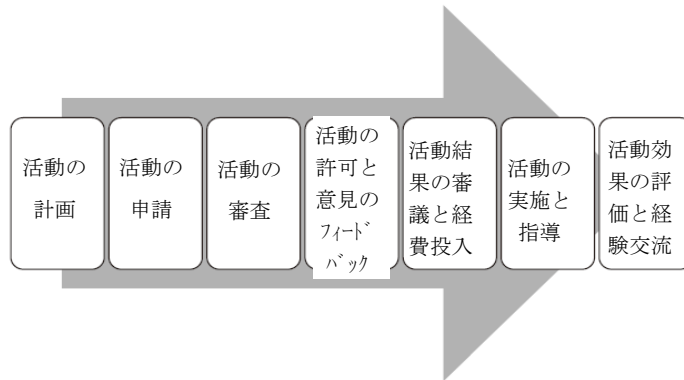


図 5-3 家庭保健サービス特定活動過程

三. 特定活動計画

プロジェクト専門家は家庭保健サービス特定活動の実施について詳細に討論し、計画を設定する。このため、プロジェクトは『家庭保健サービス特定活動』申請実施案の文書を作成し、それぞれのプロジェクト実施地区に配布し、家庭保健サービス特定活動の順調な実施を細部にわたり責任を持ち、それとともに規範に沿った特定活動案・特定活動申請書・活動審査細則・資金分配案・活動進捗要求・活動モニタリング案・活動総括報告・経験交流と総括などの計画を設定する。

四. 特定活動の申請

「家庭保健サービス特定活動」は各プロジェクト実施地区が申請し、「家庭保健サービス特定実施計画書(案)」、すなわち特定活動申請表(添付資料7参照)を記入し、各級順に許認可書類に署名し、最終的にプロジェクト事務局に報告される。

五. 活動の審査

各プロジェクト実施地区は特定活動の申請をまず上級の衛生・計画生育部門もしくは人口計生(人口・計画生育)行政部門に提出し、その後各省(市)衛生・計画生育部門もしくは人口計生部門がまとめて国家プロジェクト事務局に提出し、専門家が共同で審査を行う。科学的であること・論理的であること・実行可能性について重点的に審査し、審査結果に基づき採点基準(添付資料8:家庭保健サービス特定活動申請審査項目および得点参照)と照らして採点し、さらに平均値の計算を行う。

審査は専門家が共同で行い、主に各プロジェクト実施地区が提出した特定活動申請書に

対して詳細な点検を行い、記述が不完全であったり、計画が詳細でない部分があれば、プロジェクト実施地区に修正意見と提案を提出する。各プロジェクト実施地区は専門家のフィードバックに照らして申請内容を修正する。修正稿は再度国家プロジェクト事務局に提出し、専門家は修正意見を提出する。

六. 活動の許可と意見のフィードバック

専門家グループの各プロジェクト実施地区の家庭保健サービス特定活動の申請に対する採点に基づき、最終的にプロジェクトグループが状況に基づきその特定活動の経費の支援金額を確定する。

これとともに、プロジェクト事務局は各プロジェクト実施地区が当該地域の特定活動申請案に存在する問題を終始明確にすることを保証し、次の活動申請時に同様の問題が継続して発生することを防ぐために、各プロジェクト実施地区に専門家の二次審査の意見をフィードバックする。

七. 活動の実施と指導

「家庭保健サービス特定活動」は1年間実施し、その間、プロジェクト実施地区は修正後の申請内容に基づき、家庭保健サービス活動を実施する。日中技術協力家庭保健の12のプロジェクト実施地区は、地域の実際の状況に基づき、児童または思春期保健グループ・育齢期保健グループ・中高年保健グループのうちの特殊グループを選び、1年間の健康教育・健康相談・健康診断の各家庭保健活動を実施し、活動において「家庭」の概念を貫くことができるよう努め、プロジェクト活動のモデル化運営を実現する。(表5-2 参照)

表5-2 2012～2014年実施の家庭保健サービス特定活動一覧表(活動の一部)

対象者グループ	家庭保健サービス特定活動の名称	年	実施地区
児童グループ	幼児健康生活習慣アドボカシー活動 幼稚園にて——「親子双方向」総合家庭保健サービス推進活動	2012	湖北曾部
	「児童健康 まず私から」——学校活動	2014	河南内黄
	「良い習慣は私とともに、健康は私とともに」——幼児健康行動習慣アドボカシー活動 総合家庭保健サービス	2014	湖北京山
思春期保健グループ	「青春時代の健康 まず私から」思春期心身健康指導総合介入サービス	2013	湖北安陸
	「虹色の青春、健康的な人生」——思春期総合家庭保健サービス 学校活動	2014	湖北曾部
	思春期の出稼ぎ家庭の児童に配慮・健康で楽しくあなたとともに	2014	安徽無為
育齢期保健グループ	育齢期保健グループの健康教育とヘルスマナーセッション	2012	安徽霍山
	「一人の女性の健康、1つの家庭の幸福」健康生活理念アドボカシー活動	2013	河北遷西

対象者グループ	家庭保健サービス特定活動の名称	年	実施地区
	「女性に配慮、健康保護」家庭総合サービス活動	2014	河南荊陽
中高年保健保健グループ	「情で誰もが結ばれるヘルスプロモーション」無料高齢者健康診断総合サービス	2013	重慶北碚
	「健康家庭」慢性疾患防止知識および中高年健康生活理念アドボカシー活動	2014	河北遷西
	情で中高年を温かく 共に家庭の健康を	2014	河南南樂
2グループ以上の総合グループ	「命を大切に 健康に配慮」高血圧・糖尿病健康総合介入サービス	2012	湖北安陸
	情が母子の健康を結ぶ 科学的生活アドボカシー活動	2013	河南内黄
	「家庭の健康に関心を持つ」家族全員総動員保健サービス活動	2014	河北清河

八. 活動の効果の評価

各プロジェクト実施地区は家庭保健サービス特定活動終了後 2 週間以内に使用規定の様式で文書で報告し、市・省級の管理機関が評価する。これとともにプロジェクト事務局に「家庭保健サービス特定活動総括報告書」（添付資料 9 参照）を提出する。その報告書は年次特定活動の全体総括であるとともに、プロジェクト活動の効果の評価の根拠として、非常に重要である。証拠を十分にするため、各プロジェクト実施地区は総括報告の中に各種証明材料を加える。例えば、健康教育を実施・宣伝時の各種動画資料・技術スタッフの教育用コンテンツ、健康相談時の各種相談記録、健康診断時の各種記録や分析報告などがある。

第四節 住民参加型活動

地域の保健政策に基づいて展開する住民向けの保健活動の過程において、非常に重要な点はまず住民に自分の健康状態を真に理解させることである。それをもとに住民の自ら考え、実践する能力を身に付ける。現地のサービス従事者は住民が展開する活動を支援することに重きを置く。健康問題を解決する鍵となるのは本人の認識と態度が変化に必要であるということである。一方的に知識や方法・効果を教え込むことには限界がある。したがって、一人ひとりの実際の状況を十分に理解し、段階の違いに応じて相応の知識や情報を提供し、住民とともに具体的な実践方法を考える過程を大切にする。

この過程において、サービス従事者は相応の健康教育と健康相談活動を行わなければならない。しかし、実際単にそのような活動を通じて住民の間に自然に活動グループが形成されることは少ない。サービス従事者が誠意をもって計画し、継続して上手く推進してこそ順調な運営が可能となる。

住民を主体とした自主的班活動が持続的に展開されれば、公衆衛生の観点から現地の住民のカバー率を効果的に高めることができる。一方で、行政部門が提供するサービスに頼

って保健活動を推進できるだけでなく、経費の節約にも役立つ。最も重要なのは住民参加自体に喜びがあることである。それは、権利を与えて能力を伸ばすという効果が実現するという意味である。したがって、班のメンバー間の交流、班のメンバーと住民の交流、および班同士の交流は地域全体の意識を高め、地域の活性化に役立つ。

一. 住民組織づくりのための要点

初期の準備段階には次の内容が含まれる。

サービス従事者の役割	初期準備
地域の健康課題の把握	調査を通じて当該地域が必要とする住民活動班を見極める
グループのリーダーの発掘	健康教育教室または研修を通じて適任者を発掘し、選択する
活動場所の提供と組織づくり	討論・おしゃべりの場や活動を実施する場を用意する 簡単な規則・ルールを提案する
活動内容の支援	活動の継続実施を促進する

二. 活動の展開と持続を促進するための要点

すでに形成された活動班の持続的活動を推進するため、最も効果的なことは、活動班のメンバーに「楽しい」、「だんだん元気が出た」、「新しい友達ができた」など、参加して得られる利点を実際に感じてもらうことである。そのような感覚を生むのに重要な点は、一人ひとりが自分の活動における定位置を見つけて自分の役割を果たし、相互に助け合って班の帰属意識を見つけ出し、班活動に自分の力で貢献するとともに、活動参加の積極性をさらに高めることである。サービス従事者はこの点をはっきりと認識し、住民の自主性を尊重し、住民のパートナーとして活動が順調に実施されるよう常に支援しなければならない。

事例1 河北省遷西県家庭保健スタッフ

1. 家庭サービス従事者（計生班長）の役割

遷西県は1,256名の出産適齢期女性グループ長を有する。一般に当該地域で一定の影響のある人物である。彼女たちの顔は広く、話にも重みがあり、また育齢期グループの人々の先進的人物で、誰もが認めるよい姑であり、よい嫁である。

彼女たちはみな現場の一線で働いている。計生業務の重点は現場であり、優位にあるのも現場である。計生業務の効果を十分に発揮し、基層の協会づくりを適切に強化し、「組織が健全で、活動が日常的で、サービスが行き届いていて、それを習慣とする」計生業務の基準を実現するには、出産適齢期女性グループのグループ長に役割を果たさせる必要がある。出産適齢期女性グループのグループ長は農村で最も基層で直接育齢期グループの人々と接触する計生協会のネットワークの末端であり、直接党や政府の計生政策を伝達し、人々に徹底させるかなめである。民主的で法に基づき、誠実で友好的で、活みなぎる、安定して秩序のある、人と自然の調和がとれた社会主義調和社会の建設において、その役割は計り知れず、掛け替えのないものである。会員は彼女たちに頼って組織に赴き、活動は彼女らによって実施され、大衆的な仕事、「自ら管理し、自ら学び、自ら教育し、自ら

サービスし、自ら監督する」ことは彼女たちによって実現される。したがって、よい班長になってその役割を果たすことが村級の協会の建設を強化する鍵であり、基層の協会業務の基盤であり、保障でもある。

計画出産は大衆的な仕事であり、人々の身近な利益・心身の健康・家庭の幸福に直接関係する。班長が大衆の中から選ばれ、彼女たちは人々の気持ちを察し、民意を反映し、人々の力を集中させ、貧困対策や教育対策について助け合って豊かになる活動を展開し、国策と民心の良好な共鳴に尽力する。彼女たち組織会員は率先して田畑を耕し、苗を育て、刈り入れをし、野菜を収穫し、輸送するといった面で助け合い、経済的に困窮している家庭にサービスを提供する。

家庭は社会の最小単位であり、家庭が円満で、近所付き合いも上手くいっていることが社会全体の調和の基礎である。班長は家庭の団結と近所との調和を促進することにおいて、非常にプラスの作用を果たす。彼女たちは妻として、母として、嫁として各社会的役割を果たしながら、常に姑と仲良くし、老人をいたわり、近所と助け合うなど多くの他の仕事をしている。

2. 計生班長の機能の転換

2011年、遷西県は国家人口計生委員会によって日中技術協力家庭保健プロジェクトのモデル県に確定した。家庭保健プロジェクトの関連サービスの実施を通じて、遷西県の住民自身の保健意識を高め、健康的な生活を提唱し、疾病や半健康状態の人の比率を減少させ、健康寿命を延ばすことは、住民の健康水準と幸福指数を高めるために非常に重要な意義がある。家庭保健プロジェクトの円滑な実施に向け、県の人口計生局（人口・計画生育局）の研究を経て、全県1,256の出産適齢期女性グループのグループ長に家庭保健プロジェクトの家庭サービス従事者を兼任させることを決定した。報酬ははすべて財政予算に組み入れ、県の予算から人口計生局に一括で支給し、県の人口計生局は出産適齢期女性グループのグループ長に対する評価結果（評価システムを完備し、評価が目標に達しなければ班長の職を罷免する）に基づき、報酬を郷鎮・街道の計生事務所に支給し、郷鎮・街道の計生事務所から出産適齢期女性グループのグループ長に支給する。これとともに、彼女たちに対して家庭保健強化研修を行い、プロジェクトの展開のために強固に組織保障と人材保障を提供する。村級の家庭サービス従事者に対しては、340回研修を実施し、研修後、家庭サービス従事者の研修知識習得率は92%に達した。事業の展開に伴い、計生班長は計生政策宣伝員・優生優育指導員・薬品器具給付管理員・幸福家庭サービス従事者・健康生活保証員となり、さらに健康的な家庭・健康的な農村の重要な担い手となった。

事例2 湖北省安陸草の根宣伝隊の育成

1. 背景

(1) サービスニーズ分析：2011年ベースライン調査結果データ

① 当市の中老年保健グループの健康教育は知識習得率が全般的に比較的低い。現在、当市の慢性疾患患者数は増加の傾向にあり、関連健康知識習得率は全般的に比較的低く、そのうち、健康教育を受けた割合に照らして得点が高い順に並べると、健康教育を受けたことのない人の割合は46%を占め、慢性疾患の予防教育を受けた人は37.7%であった。当市の健康教育を受けたことのない割合は比較的高く、健康教育の実施を必ず成し遂げなければならない。

② よくない生活習慣の改善をする必要がある。よくない生活習慣を変えられるかどうかという問題について、当市の中老年保健グループは、変えられるなら変えるが無理はしな

いという人が 50%、必ず変えられるという人が 35.7%である。

③当市の中高年は日常的に運動に参加する頻度が比較的低い。運動に参加したことがない人が 89.7%、運動に参加している人が 10.3%を占める。そのうち、散歩が 61.9%、ダンスが 3.7%、ランニングが 7.4%、球技が 1.9%である。このことから当市の農村は肉体労働に参加することを主としていて、大多数は運動に参加せず、健康を目的とした運動はまだ習慣として身につけていない。

④農村と都市の広場活動参加の差が比較的大きい。現地視察によると、安陸市市内は広場活動が豊富で、人気が高く、人々の運動グループへの参加が急速に発展している。プロジェクト活動実施以前、16の郷鎮事務所、村・コミュニティ1級のうち、3～4の郷鎮・街道にのみにダンスグループがあり、それぞれの活動地点に10～20名程度だった。住民が家から出て集団運動に参加したくないと思う理由で多い方から4つは、農村の人々は農業をしていれば運動する必要がないと思っていること、運動する雰囲気にならず、周囲の人に笑われることを恐れていること、先頭に立つ人がいないこと、場所や施設を提供する人がいないことであった。

⑤「健康湖北」全住民行動と要求が図らずも一致する。「健康湖北」全住民行動は、各村・コミュニティに健康広場を建設し、全住民の健康と体力づくりを提唱している。

(2) サービス提供の分析

①場所の保証。新農村建設において、各村が党员大衆サービスセンターを建設し、村民委員会はそれぞれ広い活動広場を確保している。

②村の計生担当は健康づくりの中堅になり得る。計画生育ネットワークが完備され、村ごとに女性計生担当が配置されている。彼女たちは女性にかかわる仕事することに慣れており、率先してその村のサービス対象者を動かす。さらにサービス対象者が家族を動かす。

③広場でのダンス活動は現地化した活動であり、普及しやすい。家庭保健健康教育が網羅する内容を拡大し、健康教育効果を高め、健康教育の現地化を実現し、より多くの人々の参加を促すため、安陸市家庭保健センターは2012年から全市16の郷鎮事務所にモデル村を設立し、基層の人々に寄り添った健康教育と宣伝の中堅グループをの育成の模索を試みた。草の根宣伝隊の考え方は時運に乗って現れたものである。

2. 具体的方法

(1) 政策奨励。モデル村において草の根宣伝隊を早急に成立させるため、市計生局は「三送」優遇政策を発表し、設備・衣服・専門教師を農村へ送った。「三送」活動を通じて場所があっても設備がなく、リーダーがいない困難を解決し、人々の積極的な参加を促した。

(2) 人選。草の根宣伝隊員は民間のボランティアであり、村の班ごとに1宣伝隊をつくり、リーダー1～2名を選ぶ。リーダーは村の公益活動に熱心で、組織力の高い人が自ら志願して応募し、郷鎮の計生事務所の選考を経て、宣伝隊ごとに20～40名が採用される。

(3) 研修。第1に市の家庭を中心に毎年1～2回系統的な家庭保健知識と技能の研修を行う。第2に郷鎮の計生事務所の月例会の機会を存分に活用する。鎮家庭保健サービス従事者が速やかに家庭保健サービスの理念とボランティアによる宣伝隊を発展させる具体的な方法を伝える。第3に関連知識の冊子を配布し、ボランティアに自主的に学習するよう指導し、周囲の人の健康知識への理解を促す。

(4) 活動の実施。普段の活動は広場でのダンスを主として、草の根宣伝隊に倣い周辺の人々に健康的な生活の行動に参加させる。これとともに、草の根宣伝隊はさら余暇に知

人を訪問する機会を利用して、自発的に健康知識の交流を行う。

(5) 制度の設立。旧市人口計生局を先頭に、郷鎮政府・計生事務所が参加し、草の根宣伝隊活動実施案を作成し、人選から研修・活動の組織・審査方法・機関化の奨励などを明確に規定する。

(6) 厳格な審査。市の衛計局が四半期ごとに郷鎮の計生事務所の草の根宣伝隊活動に対して審査を行い、結果は年末の責任目標に取り入れられる。人々の積極的な参加と各種のコンテストの実施を促し、コンテストにおいてよい成績をおさめた宣伝隊は市の衛生・計画生育委員会から相応の褒賞が与えられる。

3. 活動効果

(1) 参加人数は増加し続けている。当初に 16 の郷鎮に 1 つのモデル村であったのが、現在 381 の行政村にまで広がった。スタッフが比較的集中している郷鎮・コミュニティは活動地点を通じて率先的役割を果たし、周囲のより多くの人の参加を促し、当初 1 か所だった活動地点が 3~8 か所にまで増加し、1 活動地点に当初は 10~50 名だったのが現在 30~50 名まで増加した。

(2) 運動方法が多様である。プロジェクト初期、草の根宣伝隊は広場でのダンスのみに集中していたが、3 年のプロジェクト活動実施を経て、健康ボランティアの指導の下、人々が異なる趣味・身体状況・年齢構造・性別ごとに次第に分かれて活動を展開し、健康を目的とした多様な運動方法にたどり着いた。例えば、ウォーキング・ランニング・健康体操・太極拳・民間舞踊・球技・ヨガなどである。

(3) 健康ボランティアの人数が増加している。ここ数年で研修を受けた中堅が累計で 1,000 名余りに上る。今年 3 月、市家庭保健センターと市婦女連合会が共同で全市計生担当 450 名余りを組織し、健康ボランティアの選抜・研修に関するデータ収集と管理の研修会議を行い、日本で学習した成功経験について、全市の婦女連合会幹部と共有した。現在ボランティアが 1 モデル村に 1 人から 5~10 名に増加し、健康公益事業に従事し、留守老人の外出を手助けし、新しい物事を受け入れ、自発的にネット上でまたはダンスのコーチに頼んで新しい運動方法を習っている。

(4) ボランティアの役割が高まり続けている。ボランティアは単純な広場でのダンス活動から次第に心の健康・合理的な飲食・適度の運動・禁煙・飲酒の制限などに活動の範囲を拡大している。ボランティアは日常的な訪問時や余暇の時間に互いに健康関連の情報を伝え合う。例えば、糖尿病・高血圧予防広報資料を配布し、より多くの中高年に自身のよくない生活習慣に潜む健康リスクについて明確に認識させ、また塩や油の標準スケール使用により、活動に参加する住民に減塩・減油が慢性疾患要望に重要であることを明確に認識させる。広場でのダンスは住民に受け入れられる運動であるばかりでなく、より重要なのは出稼ぎ家庭の老人および保守的な考え方の中高年も外出し、集団活動に参加し、心身ともに楽しく健康に感じるようになったことである。

(5) 健康的な生活習慣が徐々に養われている。3 年間、ボランティアは健康知識を広めることを通じて、周囲の人々の健康意識を高め、毎日広場でのダンスに通い続けている住民の身体状況は以前より明らかによくになり、より多くの人の参加を促し、次第に健康的な生活習慣が養われ、健康水準も向上したことが見て取れる。開発区の胡さんは時廟村の草の根宣伝隊の中堅で、中堅研修の参加を通じて、より多くの健康知識を理解し、さらに自ら学んだことを周囲の女性たちと共有し、頻繁に関連の健康生活の話題で交流する。全体的により明るくなったばかりでなく、体形もほっそりとし、体重も 60 キロから 55 キロに減少した。胡さんは「今は 1 日でも活動に参加しないと気がめいってしまう」と言う。

4. 今後の展開

(1) 規範に合う民間健康ボランティア協会を設立し、活動の秩序だった実施を保証する。ボランティア協会はまだ正式成立への移行期にあり、各村・コミュニティの計生担当が先頭に立ち、村・コミュニティを1つの単位とし、速やかに健康生活理念を伝達し、当該村・コミュニティの活動の頻度や参加人数を報告し、健康ボランティアの中堅を育成し、引き続き当市の住民の延命、高齢者の生活の質向上を図る。

(2) 長期効果審査システムを構築する。草の根宣伝隊の成立の初期段階において、政府主導で各計生事務所が責任者を派遣し、管理・調整を行う。審査システムを各村・コミュニティに対する年末の審査評議責任目標に取り入れ、引き続き草の根宣伝隊の発展を図る。

(3) 民間団体と共同でコンテストを展開する。「踊る安陸」集団ダンスコンテスト・太極拳協会周年祝賀会・高齢者芸術団体招聘公演・体力作りセンター広場活動などの活動を結びつけ、すべてを利用できる機会を利用して、住民全体の健康的な生活様式の提唱を導く。

添付資料

添付資料 1-1 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM; Project Design Matrix)

Ver. 4 作成日 2015 年 3 月 20 日

プロジェクト名：家庭保健サービスの継続強化、感染症予防健康教育における役割発揮

期間：5 年（2011 年 1 月～2016 年 1 月）

プロジェクト省：河北省、安徽省、河南省、湖北省、重慶市（5 省・市）

プロジェクト実施地区：河北省邢台市清河县、河北省唐山市遷西県、安徽省蕪湖市無為県、安徽省六安市霍山県、河南省濮陽市南楽県、河南省鄭州市荊陽市、河南省安陽市黄県、湖北省荊門市京山県、湖北省孝感市安陸市、湖北省隨州市曾都区、重慶市北碚区の計 12 県

ターゲットグループ：国家衛生・計画生育委員会、省・市・県衛生・計画生育または人口・計画生育委員会（局）、市・県家庭保健サービスセンター（計画生育サービスセンター）郷鎮衛生サービス所または計画生育サービス所、村衛生室または計画生育サービス室、地域住民

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
<p>全体目標</p> <p>プロジェクト省において、家庭保健サービスを通じて体系的な保健予防活動を強化する。</p>	<p>プロジェクト終了後 5 年後までに</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国家衛生・計画生育委員会の政策文書で家庭保健サービスに関する文言を明記。 2. 家庭保健サービスが実施される県の数が対象となるすべての県に占める割合が 40%以上。 3. プロジェクト省において健康に対する素養を高める（家庭保健活動の優先的 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 国家衛生・計画生育委員会関連文書 2. プロジェクト省関連報告書 3. プロジェクト省関連報告書 	

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
	に解決が必要な課題に対して発生する影響) 住民の割合の増加。		
<p>プロジェクト目標</p> <p>プロジェクト実施地区において、地域のニーズに即した家庭保健サービスモデルを確立する。</p> <p>モデルとは、地域分析を基にした家庭保健サービスの3×3の枠組みで関連部門との協力を強化し、普及推進可能な計画、実施、評価(PDCA循環)の体系を確立することをいう。</p>	<p>プロジェクト終了までに</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. プロジェクトの対象全省で家庭保健サービスの普及に関する行政文書を発行。 2. 家庭保健サービスに対する住民満足度の向上。 3. プロジェクト省において健康素養を高める(家庭保健活動の優先的に解決が必要な課題に対して発生する影響) 住民割合の増加。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 省衛生・計画生育委員会関連文書 2. 基礎調査およびエンドライン調査結果 3. 基礎調査およびエンドライン調査結果 	<p>国家衛生・計画生育委員会の家庭保健サービスに関する政策に大きな変動がない。</p>
<p>成果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭サービスの規範(理念・概念・内容・基準など)が整備される。 2. プロジェクト実施地区において地域家庭保健計画策定能力が強化される。 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. 家庭保健サービス規範およびサービス実施ハンドブック(指南)が国家衛生・計画生育委員会の認可を受ける。 1-2. 応用研究の結果に基づく家庭保健サービス制度の執行・応用の状況に関する提案(施設・人材の資質認定など)を行うか。 1-3. 普及交流セミナー回数。(年1回) 2-1. 指導者グループおよびプロジェクト事務局設置に関する行政文書を全プロジェクト実施地区で発行。 2-2. 全プロジェクト実施地区で調査・ 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. 国家衛生・計画生育委員会関連文書 1-2. 連合協調委員会会談紀要 1-3. プロジェクト報告書 2-1. プロジェクト実施地区関連文書 	<p>国家衛生・計画生育委員会再編後、新体制の中でプロジェクト実施体制をできる限り早く整備する。</p> <p>研修を受けた人材が継続的にプロジェクトに参画する。</p>

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
<p>3. 家庭保健サービスに従事する人材の実施能力（管理・技術面）が向上する。</p> <p>4. 家庭保健サービスに対する住民の参加意識および健康意識が向上する。</p>	<p>分析結果に基づく地域家庭保健計画を策定。</p> <p>2-3. 全プロジェクト実施地区で調査・分析結果に基づく年次実施計画を策定。</p> <p>2-4. プロジェクト実施地区から提出された質の高い年次実施報告書（分析的、明瞭解析）の割合の増加。</p> <p>2-5. モニタリング合格（サービスの提供の項目）の割合。（80%以上）</p> <p>3-1. 一定の研修効果（知識・スキル・伝達能力）を満たした従事者の割合。（80%以上）</p> <p>3-2. プロジェクト実施地区の再研修前後の評価の割合。（80%以上）</p> <p>3-3. モニタリング合格（再研修項目）のプロジェクト実施地区の割合。（80%以上）</p> <p>4-1. 政府および関係機関の家庭保健サービスへの参加の増加。</p> <p>4-2. プロジェクト実施地区の家庭保健サービス実施地域で参加意識・健康意識が向上した住民の割合の増加。</p>	<p>2-2. プロジェクト実施地区の家庭保健計画</p> <p>2-3. プロジェクト実施地区の年次実施計画</p> <p>2-4. プロジェクト実施地区の年次実施報告書</p> <p>2-5. モニタリング報告書</p> <p>3-1. 研修効果測定結果</p> <p>3-2. プロジェクト実施地区の年次実施報告書</p> <p>3-3. モニタリング報告書</p> <p>4-1. インタビュー調査</p> <p>4-2. 住民ニーズ調査およびコントロール地区調査結果</p>	

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
<p>活動 (規範の整備)</p> <p>1-1 既存のサービス実用ハンドブック(指南)などの分析を行う。</p> <p>1-2 家庭保健サービスの理念を確定し、関連概念を整備する。</p> <p>1-3 各級家庭保健サービス施設のサービス内容および技術基準を制定する。</p> <p>1-4 各級サービス施設の人的資源、機材、施設に関する基準を規定する。</p> <p>1-5 家庭保健サービスの運営・管理・モニタリング制度を整備する。</p> <p>1-6 上記を踏まえ、家庭保健ガイドラインおよびリプロダクティブヘルス家庭保健サービスハンドブックを作成、改訂する。</p> <p>1-7 上記のガイドラインおよびハンドブックを用いて、家庭保健サービスの規範の普及を図る。</p> <p>1-8 家庭保健サービス規範、ガイドラインおよびハンドブックの普及状況に対するモニタリングを行う。</p> <p>1-9 プロジェクト実施地区において、リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度の実施状況に対する分析を行う。</p> <p>1-10 プロジェクト実施地区において、家</p>	<p>中国側の投入</p> <p><人的投入></p> <ul style="list-style-type: none"> • 国家衛生・計画生育委員会国際合作司および関連業務司局 • 省衛生・計画生育委員会プロジェクト責任处室 • 市・県衛生・計画生育委員会または人口・計画生育委員会(局) • 中国側専門家グループ • 中国側プロジェクト事務局スタッフ <p><資機材></p> <ul style="list-style-type: none"> • 研修用資機材 • 検診用資機材 <p><必要経費></p> <ul style="list-style-type: none"> • プロジェクト活動経費 	<p>日本側の投入</p> <p><人的投入></p> <p>長期専門家： チーフアドバイザー 地域保健 業務調整・研修計画</p> <p>短期専門家： 1. 健康教育・診断・相談 2. 調査方法・疫学 3. 地域保健計画 4. 生活習慣病予防・中高年保健 5. モニタリング・評価 6. 研修方法・指導方法 7. 衛生政策 8. ヘルスプロモーション 9. その他</p>	<p>関係機関との協力・調整に支障が生じない。</p> <p>プロジェクト実施地区の住民に家庭保健サービスが受け入れられる。</p>

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
<p>庭保健サービスの制度の執行・応用に関する提言（機構・人材の資格認定など）を行う。</p> <p>1-11 プロジェクト実施の経験を総括し、家庭保健サービス事例集などのプロジェクト結果資料を作成する。</p> <p>1-12 全国規模の普及交流セミナーを実施し、経験・教訓を共有する。</p> <p>1-13 プロジェクト省はプロジェクト実施地区が実施した活動に対する評価・検証を行い、省内の普及拡大の管理システムを確立する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 長期専門家執務室関連経費（電気代、水道代など） • カウンターパートの旅費・日当 		
<p>（地域家庭保健計画策定）</p> <p>2-1 プロジェクト実施地区を選定する。</p> <p>2-2 プロジェクト実施地区の属する各級政府の統括的な指導のもと、関係機関（衛生・計画生育、教育、民政、婦女連合会など）で構成される指導者グループを設置する。</p> <p>2-3 指導者グループの下にプロジェクト事務局を設置する。</p> <p>2-4 プロジェクト実施地区およびコントロール地区の計画生育サービス施設の基礎情報を収集・分析する。</p> <p>2-5 プロジェクト実施地区および対照地区の社会経済情報（所得、産業など）、保健医療情報（疾病・死亡統計）を関連分野の統</p>		<p><資機材></p> <ul style="list-style-type: none"> • PC • プリンター • コピー機 • プロジェクター • デジタルカメラ • ビデオカメラ • 宣伝教育用機材 • 研修用資機材 • 検診用資機材 	

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
<p>計年鑑により収集・分析する。</p> <p>2-6 住民ニーズ（家庭の衛生環境、生活習慣、健康知識、受診行動に関するアセスメント）のサンプリング調査を行う。</p> <p>2-7 上記2-4～2-6の結果を踏まえモデル県の家庭保健優先課題を特定する。</p> <p>2-8 指導者グループが地域家庭保健計画を策定する。</p> <p>2-9 プロジェクト事務局が家庭保健サービスの年次実施計画を策定する。</p> <p>2-10 上記の2-9の年次実施計画をもとに、家庭保健サービス（健康教育、健康診断、健康相談）を提供し、年次計画を実施する。</p> <p>2-11 サービス活動および従事者に対するM&S（モニタリング・スーパービジョン）を定期的に行う。</p> <p>2-12 上記の2-11のモニタリング結果のサンプリング調査を行う。</p> <p>2-13 定期的にサービスの質・インパクトを（日本の関連調査を参考にして）評価する。</p> <p>2-14 上記2-4～2-6に対するエンドライン調査を行う。（（管理・技術）能力を高める）</p>			<p>前提条件</p> <p>家庭保健サービスの実施状況に対する他機関または個人からの反対が生じない。</p>

プロジェクト概要	指標	指標入手手段	外部要件
<p>3-1 家庭保健サービスの規範に沿い、県級サービス従事者に対する研修ニーズのアセスメントを行う。</p> <p>3-2 運営管理方法および技術研修の計画を策定し、研修教材を作成する。</p> <p>3-3 行政官および県級サービス施設長に対し、運営管理の方法の研修を行う。</p> <p>3-4 県級サービス従事者に対し、技術研修（トレーナー研修）を行う。</p> <p>3-5 県級サービス従事者が省級以下のサービス従事者に対して伝達講習を行う。</p> <p>3-6 国家・省級専門家に対し、疫学調査・研究能力向上のための研修を行う。</p> <p>3-7 上記3-3～3-6の各研修に関する研修効果を測定する。（自己評価、受講者による講師・内容評価など） （参加・健康意識向上）</p> <p>4-1 各級政府および関連部門に対するアドボカシー活動を行う。</p> <p>4-2 家庭保健サービスに関する多様な広報・宣伝活動（コンテスト、健康祭、家庭訪問など）を行う。</p> <p>4-3 住民向け家庭保健冊子、教材および関連ツールを作成する。</p>		<p><必要経費></p> <ul style="list-style-type: none"> • プロジェクト活動経費 • 長期専門家執務室運営経費 • アシスタント備上経費 • ローカルコンサルタント委託費 	

添付資料 1-2 PDM (5年計画) 計画作成様式

日中協力家庭保健プロジェクト _____ 県 (市・区) _____ グループ

家庭保健計画 (PDM)

作成日: _____ 年 月 日

一. サービスニーズ分析

当該地の人口特徴と健康状況;

サービス対象者の知識・態度・行動の状況;

サービス対象者のサービスニーズ;

(※ここでは本プロジェクトのベースライン調査および事前に実施したサービスにおいて得た健康状況、知識・態度・行動の状況、サービスニーズなどの状況)

二. サービス提供分析

健康教育・健康診断および関連サービス提供状況;

利用可能な資源の詳細 (既存のもの、開発可能なもの・人的資源・物的資源など);

(※ここではサービス提供の実数を記述。)

三. 上級部門の政策

指導者の要求、法律法規を記入する。5年計画の方向性と上級部門の要求が一致するかについて分析し、異なる場合はいかに計画を修正するかを記入する。

四. プロジェクト PDM (次ページ様式参照)

プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM; Project Design Matrix)

Ver. _____ 作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ グループ家庭保健計画

期間: _____ 年 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

プロジェクト実施地区:

対象者: 直接対象群 _____

間接対象者 _____

級別目標と内容	指標	データソース	外部要件
全体目標	プロジェクト終了後5年以内 1. 2.		
プロジェクト目標	プロジェクト終了時 1. 2.		
産出 (成果)			
1.	1-1 1-2	1-1 1-2	
2.	2-1	2-1	

日中協力家庭保健プロジェクト

_____ 県（市・区） _____ グループ _____ 年度実施計画
 計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

一. 5年プロジェクト目標とプロジェクト産出（PDMより抜粋）

目標水準	目標	指標（目標値）
プロジェクト目標		
産出（成果）	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	x.	

二. 前年度の問題および優位性分析・本年度の活動目標

（前年度の年次報告における「6. 今年度の問題および優位性をもとに今後の活動目標を明確にする」を記入）の内容。

三. 本年度実施計画

(1) プロジェクト年次目標・産出・指標・目標水準・目標指標（目標値）プロジェクト目標

目標水準	目標	指標（目標値）
プロジェクト目標	（PDM目標と同じか、またはPDM目標の中で今年度完成させるべき中間目標）	（PDM目標と同じか、またはPDM目標の中の今年度完成させるべき中間目標またはPDMの中間目標の指標）
産出（成果）	1. 「プロジェクト目標」に同じ	「プロジェクト目標」2. に同じ
	3.	
	4.	
	x.	

(二) 各活動の概要
 <概要>

産出(成果)	活動名称	実施時間	実施場所	実施対象	責任者(実施機関)	協力機関	予算(元)
産出1. (三 一)の 産出の 内容を 記載)	1-1. (産出(左 枠の内容))に貢 献した実施計画 の名称)			対象グル ープまた はプロジ ェクトサ イト・人 数など規 模の内容			
	1-2.						
	1-3.						
	1-x.						
産出2.	2-1.						
	2-2.						
	2-3.						
	2-x.						
産出3..	3-1.						
	3-2.						
	3-3.						
	3-x.						
産出x.	x-1.						
	x-2.						
	x-x.						
上記の 産出以 外の活 動	9-1.						
	9-2.						
	9-x.						

<<各活動の実施方法および内容>>

活動名称	活動内容
1-1. (上記の 概要に記載の 活動名称)	実施方法: 活動内容(関連疾病またはテーマ/回数): (フローを詳細に記載する必要はない。活動の準備から最後の総括会議 などの内容を簡単に記載する。場所・方法・回数・関連疾病・活動の形 式を含む(例:糖尿病の健康教育について)スペースが足りない場合は、 別紙に記載。)
1-2.	実施方法: 活動内容(関連疾病またはテーマ/回数)
1-3.	

活動名称	活動内容
1-x.	
2-1.	実施方法： 活動内容（関連疾病またはテーマ/回数）
2-2.	
2-3.	
2-x.	
3-1.	
3-2.	
3-3.	
3-x.	
x-1.	
3-2.	
3-3.	
3-x.	
x-1.	
x-2.	
x-x.	
9-1.	
9-2.	
9-3.	
9-x.	

日中協力家庭保健プロジェクト

県（市・区） _____ グループ _____ 年次報告

一. 年次目標および成果完成度

目標水準	目標	指標（目標値）	指標（実測値）
プロジェクト目標	（本年度計画中の年次目標）	（年次計画の指標と目標値）	（左枠の「指標と目標値」に対応する現在の状況）
産出 （成果）	1.（本年度計画中の産出）	（年次計画の指標と目標値）	（左枠の「指標と目標値」に対応する現在の状況）
	2.		
	3.		
	4.		
	x.		

二. 年次活動の実施状況

産出（成果）	活動名称	実施対象（計画）	実施対象（実際）	実施状況
産出 1. （年次計画の産出）	1-1.（年次計画の活動名称）	（計画の実施対象および人数）	（活動に実際に介入した人数）	実施時間： 活動場所： 実施機関： 実施方法： 活動内容（関連疾病またはテーマ/回数）： 効果：特によい/よい/ふつう/あまりよくない/よくない 効果があった場合、具体的にどのような効果が見られるか。（フローを詳細に記載する必要はない。活動の準備から最後の総括会議などの内容を簡単に記載する。場所・方法・回数・関連疾病・活動の形式を含む（例：糖尿病の健康教育について）スベ

産出(成果)	活動名称	実施対象 (計画)	実施対象 (実際)	実施状況
				ースが足りない場合は、別紙に記載。)
	1-2.			実施時間： 活動場所： 実施機関： 実施方法： 活動内容（関連疾病またはテーマ/回数）： 効果：特によい/よい/ふつう/ あまりよくない/よくない 効果があった場合、どんなところから具体的効果がわかるか。
	1-3.			実施時間： 活動場所： 実施機関： 実施方法： 活動内容（関連疾病またはテーマ/回数）： 効果：特によい/よい/ふつう/ あまりよくない/よくない 効果があった場合、どんなところから具体的効果がわかるか。
	1-x.			
産出 2.	2-1.			実施時間： 活動場所： 実施機関： 実施方法： 活動内容（関連疾病またはテーマ/回数）： 効果：特によい/よい/ふつう/ あまりよくない/よくない 効果があった場合、どんなところから具体的効果がわかるか。
	2-2.			
	2-3.			
	2-x.			
産出 3.	3-1.			
	3-2.			
	3-3.			
	3-x.			
産出 x.	x-1.			

産出(成果)	活動名称	実施対象 (計画)	実施対象 (実際)	実施状況
	x-2.			
	x-x.			
上記の 産出以 外の活 動	9-1.			
	9-2.			
	9-x.			

三. 存在する問題・原因および改善措置

(「一. 年次目標および成果の完成度」および「二. 年次活動の実施状況」に基づき、何が目標とおり完了できなかったのか、具体的な問題とその原因を分析する。分析した原因をもとに、今後の改善措置を研究する。)

存在する問題	原因	今後の改善措置

四. 比較的成功した年次活動および成功の鍵となった要因の分析

(「1. 年次目標および成果の完成度」、「2. 年次活動の実施状況」に基づき、比較的成功した場合、具体例と結びつけて成功の原因を分析する。)

五. 政策昇格の構想

六. 今年の問題および成功の原因の分析に基づき、今後の活動目標を明確にする

(「三. 存在する問題・原因および改善措置」、「四. 比較的成功した年次活動および成功の鍵となった要因の分析」をもとにする。)

活動記録資料添付 (映像・写真・広報資料など)

添付資料 2 家庭保健サービスモニタリング（視察）表

プロジェクトの規範に沿う管理を強化し、プロジェクト実施により期待される成果を得て、プロジェクト目標を達成するため、本表「家庭保健サービスモニタリング（考察）表」を制定する。

サービスのモニタリング（視察）業務は、各級プロジェクト指導委員会およびプロジェクト専門家によって完成される。モニタリング（視察）の際は、公平・公正、客観、透明の原則に従わなければならない。

「家庭保健サービスモニタリング（視察）表」は3つの表とモニタリング（視察）報告書からなる。モニタリング（考察）グループは3つの表の採点を完成させ、各票のウエイトに基づいて総合得点を計算し、現場のモニタリング（視察）報告書を作成する。各表の点数は100点とする。一括する際、表1のウエイトを0.35、表2のウエイトを0.2、表3のウエイトを0.45とする。モニタリング（視察）の時間には限りがあり、抛りどころとしなければならない表の内容に基づき、重点的にモニタリング（視察）を行う。

モニタリング（視察）の主な方法には、プロジェクトの文献検索・現場視察・スタッフのインタビュー・アンケート調査が含まれる。プロジェクト実施地区はモニタリング（視察）表に基づいて、真摯に、着実に準備しなければならない。

国・省・市の現場モニタリング（視察）活動ごとに、1か月以内に各プロジェクト実施地区に結果をフィードバックしなければならない。プロジェクト業務に対して具体的で実行可能な指導意見を提起しなければならない。各プロジェクト実施地区はモニタリング（視察）の意見に対して、1か月以内にフィードバックを行わなければならない。

省・市はモニタリングを行う際、本表を参考にする。

表1 サービス管理 (ウエイト 0.35)

種別	内容	現場および対象	資料の出典と入手	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
1. プロジェクトの制度化と進展	省・市・県級のプロジェク ト指導者グループ (プロジェクト指導委 員会)・プロジェクト管 理事務局 (プロジェク トサイトの衛計委・局) プロジェクト関連文献 と制度	省・市・県のプロジ ェクト指導グルー プ・事務局	プロジェクト文書 の調査	プロジェクト実施のために配布した 専門文献を有すること 部門が調整して共同で文書を発行 し、実施した具体的なサービスを有 すること プロジェクト推進会議と文献を有す ること プロジェクト業務を目標に組み入れ る責任制の審査内容を有すること プロジェクトの実施機関 (プロジェ クト指導委員会・プロジェクト事務 局) を速やかに調整し、強化できる 文献を有すること	25	
2. プロジェク ト管理活動	プロジェクト案・計画	県プロジェクト事 務局	プロジェクト文書 の調査	プロジェクト実施案・年次業務計画 を有すること	10	
	県(市・区)級指導者 の重視	県プロジェクト指 導者グループ	プロジェクト文書 の調査、報告の聴取	県級の指導は毎年少なくとも1~2回 会議を招集し、プロジェクト業務を 特定して研究し、プロジェクト実施 において存在する問題を解決するこ と	10	
	プロジェクト文書管理	県プロジェクト事 務局	プロジェクト文書 の調査	プロジェクトのすべての文書・管理 規範を有すること； プロジェクトの活動ごとの活動案と 記録表を有すること； 毎年要求と一致したプロジェクト年 次総括報告を作成すること	15	

種別	内容	現場および対象	資料の出典と入手	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
3. プロジェクトモニタリング	省・市のプロジェクト 県に対するモニタリング	省・市・県プロジェクト事務局	プロジェクト文書の調査、プロジェクト管理者のインタビュー	省・市級のモニタリングが実施され、モニタリング報告とフィードバックを有すること	10	
	県の郷に対する日常的なモニタリング	県プロジェクト事務局	プロジェクト文書の調査、プロジェクト管理者のインタビュー	県級が毎年プロジェクトを実施する郷鎮のモニタリングを行い、モニタリング報告書を有すること	10	
4. プロジェクトの投入の保障	プロジェクトの経費と資金管理の投入； スタッフの配置	県プロジェクト事務局	担当する文献・領収書・財務記録の調査、管理担当者のインタビュー	プロジェクトの経費を実際に拠出すること 経費を用途に合わせて支給し、帳簿を明確にすること プロジェクトスタッフを配置すること	15	
5. プロジェクトの設備管理	援助設備の管理・使用・補修	県プロジェクト事務局・県・郷サービス機構	設備の接收・使用記録の調査、設備状況の現場視察	援助設備の管理、使用および補修が規定と一致すること	5	
合計					100	

表2 サービス提供能力づくり（ウエイト0.2）

分類	内容	現場と対象	資料の出典と入手	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
1. 国家級のプロジェクト研修参加	研修員の確保	研修現場 研修員	研修記録	研修参加者の数・資質が要望と合致し、連続していること	5	
	研修員の態度	研修現場 研修員	研修記録	研修員が時間とおりに研修に参加し、出勤状況が良いこと 研修に積極的に参加し、態度が良いこと	5	
	研修効果	研修現場 研修員	研修記録・アンケート	研修員が研修会の学習要求を満たし、真面目に交流することができること 積極的に協力し、研修内容を十分に理解していること	5	
2. 再研修の組み立て	再研修計画の作成	県プロジェクト事務局	プロジェクト文書の調査	各再研修の計画と案を有すること	5	
	再研修の初期準備	県プロジェクト事務局	プロジェクト文書の調査	再研修教材・教師（主に国家級の研修に参加したことがある者が担当）・経費などの確保	10	
	再研修実施組み立て	県プロジェクト事務局	プロジェクト文書の調査	再研修記録・総括などを有すること	15	
	再研修の効果	県プロジェクト事務局	プロジェクト文書の調査(アンケートを含む)、インタビュー	参加人数・研修内容・再研修評定の成績	15	
3. 能力づくりの状況	能力づくり計画	県衛計行政部門・ 県サービス機構	文献調査； 関係者のインタビュー	サービス機構発展計画および実施案（人材育成計画と実施案を含む）	10	
	日常業務研修の実施	県・郷の衛計行政 部門とサービス機 構	関連資料の調査 関係者のインタビュー	主にプロジェクトの実施に責任を持つサービス機構が研修計画、研修記録、総括を有し研修内容が年々更新され衛・計業務のニーズなどに沿っている 県のサービス機構が郷鎮サービス機構に対して行う研修計画・研修記録・総括を有する	20	

分類	内容	現場と対象	資料の出典と入手	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
	スタッフの研修と日常業務訓練の組み立て	県・省の衛計行政部門とサービス機構	関連資料の調査 関係者のインタビュー	研修計画・計画実施記録・総括を有すること 日常業務訓練計画・計画実施記録・総括を有すること	10	
合計					100	

表3 家庭保健3×3サービス（ウエイト0.45）

種別	内容		現場および対象	資料の出所と入手方法	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
1. サービス環境と設備	3×3 サービスパターンの要求を反映する関連管理事務室。サービス実施に必要な設備		県郷サービス機構	現場モニタリング、実験室の登録本調査、サービス従事者インタビュー	関連管理事務室、面積が合理的、レイアウトが要求に合致、室内が静か、清潔、風通しがよい、快適、温度が適切、居心地の良い環境、静か、必要な設備が揃っていて、全部が機能する状態にある。	5	
2. サービス能力	基本知識	関連サービス分野の基本理論と知識	サービス従事者	現場モニタリング、サービス従事者インタビュー	各級サービス従事者の3×3サービスの関連する基本理念と知識の習熟と習得	5	
	基本スキル	関連サービス分野の基本スキル	サービス従事者、検査従事者	現場モニタリング、サービス従事者インタビュー	各級サービス従事者の3×3サービスの基本スキル	5	
3. サービス提供	サービス対象を中心として、突出した家庭		サービス従事者、サービス対象者	現場モニタリング、インタビュー	人間本位の、個性化サービスを提供でき、サービス対象の各権利を尊重することができる	5	
	管理制度と通常検査	サービス関連制度	県郷サービス機構	関連文書査閲	各サービス管理制度が揃っており、製本されている	5	
		フロー図		現場モニタリング、関連文書査閲料	サービスフロー図があり、サービス場所に掲示されている	5	
	児童保健サービス	健康教育	サービス従事者、サービス対象、県郷サービス機構	現場モニタリング サービス記録査閲	健康教育計画とサービス記録がある。「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的健康教育が提供される。健康教育のカバーと効果に力を入れる	10	
健康相談		「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的な健康相談が提供される。サービス記録がある。			5		

種別	内容	現場および対象	資料の出所と入手方法	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
	健康診断	郷サービス機構	ビス対象インタビュー	ニーズと自身のサービス能力に依拠し、「ガイドライン」と「ハンドブック」の要求に従い、標準的な健康診断を実施し、健診結果のフィードバックに注	5	
思春期 保健サ ービス	健康教育			健康教育計画とサービス記録がある。「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的健康教育が提供される。健康教育のカバーと効果に力を入れ	10	
	健康相談			「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的な健康相談が提供される。サービス記録がある。	5	
	健康診断			ニーズと自身のサービス能力に依拠し、「ガイドライン」と「ハンドブック」の要求に従い、標準的な健康診断を実施し、健診結果のフィードバックに注	5	
育齢期 保健サ ービス	健康教育			健康教育計画とサービス記録がある。「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的健康教育が提供される。健康教育のカバーと効果に注力する。	7	
	健康相談			「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的な健康相談が提供される。サービス記録がある。	5	
	健康診断			ニーズと自身のサービス能力に依拠し、「ガイドライン」と「ハンドブック」の要求に従い、標準的な健康診断を実施し、健診結果のフィードバックに注	8	
中高年 保健サ ービス	健康教育			健康教育計画とサービス記録がある。「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的健康教育が提供される。健康教育のカバーと効果に注力する。	8	

種別	内容	現場および対象	資料の出所と入手方法	プロジェクトの要求	満点	実際の得点
	健康相談			「ガイドライン」と「ハンドブック」に従い、標準的な健康相談が提供される。サービス記録がある。	5	
	健康診断			ニーズと自身のサービス能力に依拠し、「ガイドライン」と「ハンドブック」の要求に従い、標準的な健康診断を実施し、健診結果のフィードバックに注	7	
	サービスの特徴	サービス従事者、サービス対象、県郷サービス機構	現場モニタリング、サービス記録査閲、サービス対象インタビュー	健康教育、健康相談と健康診断の総合サービスの特徴を具体的に示すことができる；家庭を基本としたサービスを実施する特徴を具体的に示すことができる。	5	
4、サービスの効果	サービス効果の評価	服务对象	サービス対象インタビュー 活動記録（活動時のアンケート調査を含む）、サービス記録	問アンケート調査はサービス対象の健康知識と認識度が向上し、健康的態度と行動が変化したことを明確に示している。 サービス全体評価：サービス対象の満足度	5	
合計					100	

注：個々のプロジェクトのプロジェクト実施地区は、少なくとも3つのグループを選択して、サービスを実施する。4つのグループすべてを選んだ場合は、そのうちの比較的良い3つのグループを選んで、総得点を計算する。

家庭保健サービス現場の監督・指導（視察）報告

報告記入者氏名： _____ 報告提出日： _____

一. 監督・指導（視察）日時： 年 月 日 - 年 月 日

二. 監督・指導（視察）場所： 省（自治区/直轄市） 県（市/区）

三. 監督・指導（視察）組その他の従事者（氏名、組織、職務）

四. 監督・指導内容

五. 省・市・県（市）級の主要な参加者

六. 監督・指導（視察）過程の概要、監督・指導（視察）方法（座談会、現場視察、家庭の訪問インタビューなど）を含む。

七. 監督・指導（視察）時に気付いたこと

（一）サービス実施状況（どんな活動を実施し、具体的にどのようなように行ったか）

（二）主な成果（経験、優れた点）

（三）存在する問題（プロジェクト実施地区の困難な問題を含む）

（四）提案（改善意見）

八. 監督・指導（視察）評価結果（監督・指導評価シートの計算による）

添付資料3 家庭保健サービス評価指標のシステム

一. 家庭保健プロジェクトの要求 (添付表参照)

1. 全体要求は、3×3 家庭保健シリーズサービスの全面实施

サービス対象：児童/青少年、育齢期グループ、中高年グループ

サービス方式：健康教育、健康相談(指導)、健康診断

2. 「児童/思春期」保健サービスに対する要求

現地のニーズ(基本調査を参考)に基づき、「児童/思春期」保健1級サービスリストで3つ以上、2級サービスリストで6つ以上の内容を選択してサービスを提供し、サービスの郷鎮での実施割合とグループがサービスを受け入れる割合が年々上昇し、プロジェクトが5年のサイクル終了時には基本的にすべてを網羅する。

3. 「育齢期グループ」の保健サービスに対する要求

現地のニーズ(基本調査を参考)に基づき、「育齢期グループ」保健1級サービスリストで4つ以上、2級サービスリストで8つ以上の内容を選択してサービスを提供し、サービスの郷鎮での実施割合とグループがサービスを受け入れる割合が年々上昇し、プロジェクトが5年のサイクル終了時には基本的にすべてを網羅する。

4. 「中高年」の保健サービスに対する要求

現地のニーズ(基本調査を参考)に基づき、「中高年」保健1級サービスリストで3つ以上、2級サービスリストで6つ以上の内容を選択してサービスを提供し、サービスの郷鎮での実施割合とグループがサービスを受け入れる割合が年々上昇し、プロジェクトが5年のサイクル終了時には基本的にすべてを網羅する。

二. 家庭保健サービス評価指標システム

(一) 保障性指標

1. 政府が発する家庭保健サービス実施の政策関連文書

国、省、市がプロジェクト実施期間にプロジェクトに対して監督・指導、評価を行う際は、関連文書の査閲、政府の制度、政策、資金投入などの実質的なサポートを実地調査する。職能の拡大、連携体制の確立などがある。

2. 各級政府が要求に基づき承諾したサービスの付帯経費の支給率

$$\text{付帯経費支給率} = \frac{\text{実際に口座に振り込まれた付帯経費額}}{\text{省(市、県)政府が承諾したプロジェクトの付帯経費額}} \times 100\%$$

3. 家庭保健サービス期間の制度確立および実施状況

国、省、市のプロジェクト監督・指導、評価は、検査サービス機構の制度が健全か否か、実行制度が効果的か否かについて行う。

(二) 過程の指標

1. 家庭保健各グループのサービスの郷鎮(村、町)カバー率、グループの受け入れ率、協力機関(添付表参照)。

2. 既定するサービス過程、メニュー、記録であるか。

3. サービス資料の利用状況の整理・分析(注:分析レポートを調査)

4. 郷鎮、町内サービス機構が行う健康教育講座の回数と参加人数

5. 県サービス機構がラジオ、テレビ、インターネット、携帯電話などを利用して行う健康教育の回数

6. 外来の健康相談実施の種類と人数

7. 末端機関が実施する健康相談活動の回数

8. 健康相談の電話を受ける人数

9. 県サービス機構が発行する健康教育資料の種類と数
10. 県サービス機構が放送する健康教育視聴覚資料の回数と時間
11. 健康教育の掲示板設置と内容更新状況（郷鎮街組織、村住民委員会が実施）

（三）結果指標

1. 健康教育カバー率
2. 各グループが受ける健康モニタリングの割合
3. 健康保管資料のファイリング率
4. 保健知識の認知度
5. 健康行動の割合
6. 家庭保健サービスに対する満足度

注：基本調査結果に基づいて、具体的な目標値を設定する。

添付表 家庭保健サービス定量化要件（参考）

サービスグループ(プロジェクト)	サービス方式	郷鎮(村、街)カバー率(%)					郷鎮(村、街)グループサービス受容率				
		2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
児童/思春期 (1級ディレクター \geq 3) (2級ディレクター \geq 6)	健康教育						50	60	70	80	90
	健康相談	30	50	70	85	95	-	-	-	-	-
	健康診断						-	-	-	-	-
育齢期グループ (1級ディレクター \geq 4) (2級ディレクター \geq 8)	健康教育						50	60	70	80	90
	健康相談	40	60	80	90	95	-	-	-	-	-
	健康診断						60	80	90	95	95
中高年 (1級ディレクター \geq 3) (2級ディレクター \geq 6)	健康教育						50	60	70	80	90
	健康カウンセリング	30	50	70	85	95	-	-	-	-	-
	健康診断						50	60	70	80	90

注：各プロジェクト実施地区の具体的な指標は基本調査結果を踏まえて確定する。

添付資料4 プロジェクト県（市、区）トレーニングプラン様式

_____ 県（市、区）家庭保健プロジェクト _____ トレーニングプラン

日中技術協力家庭保健プロジェクトの要求とプロジェクトの年次計画に基づき計画し、年 _____ 月 _____ 日から _____ 日まで、 _____（場所）においてトレーニングを実施する。

具体的な内容は次のとおりである。

- 一. トレーニングの目的
- 二. トレーニング内容
- 三. トレーニング形式
- 四. トレーニングの対象
- 五. トレーニング教員
- 六. トレーニング評価方法
- 七. 使用教材および参考資料など
- 八. トレーニング日程

_____ 県（市、区）家庭保健プロジェクト _____ トレーニング日程

時期		時間	内容	トレーニング方法	講師	備考
月日 ()	午前					
	午後					
月日 ()	午前					
	午後					
月日 ()	午前					

時期		時間	内容	トレーニング方法	講師	備考
	午後					

九. 経費予算

今回のトレーニング経費の総予算は_____円で、具体的な予算は次のとおりとする。

県（市、区）家庭保健プロジェクト_____トレーニング経費予算表

項目	単価	数量	合計	備考
宿泊費				
講師料				
食費				
コピー代				
交通費				
その他1_____				
その他2_____				
その他3_____				
合計				

十. 後方勤務

日中協力家庭保健プロジェクトの中高年家庭保健サービス普及モデル・プラン

一. 背景

中国は世界で老年人口が最も多い国であり、高齢化のスピードが最も速い国の1つでもある。中国の人口高齢化は「豊かになる前に老いる」そして「備える前に老いる」という2つの特徴をもつ。2013年の60歳以上の人口は2億を超え、総人口の14.9%を占める。そのうち、1億5千万人近くが慢性病患者で、4,416万人が高齢障害者で、3,750万人が要介護者である。老年人口の健康サービス需要は、明らかに全人口の平均水準より高く、現在はその需要を全く満たすことができない。日中協力家庭保健プロジェクトの実施場所の省も同様の人口学的特性を示し、このグループの慢性病患者の疾患率は高く、健康知識、健康サービスは著しく不足している。例えば、2011年のプロジェクトの基本調査の結果は、40%の中高年が少なくとも1種類の慢性病を患っており、そのうち半分近くが高血圧である。60%近くの中高年は健康教育を受けたことがなく、75%以上が高血圧に対する認識が足りず、約1/3の人が糖尿病に対して認識不足で、約75%の中高年が1年以内に健康診断を受けておらず、調査対象は、「慢性病のスクリーニング」は健康診断の一番に選ぶ項目だと考えている。80%近い中高年がこの1年、健康相談を受けていない。

旧人口・計画生育システムの各級行政とサービス機構は、過去数年の人口問題の統一的な解決、家庭発展促進の観点から、老人介護を重点の1つとし、家庭を中心とした総合サービス活動を実施して、初期の進展を遂げた。2006年に開始した日中協力家庭保健プロジェクトの第1期では健康教育、健康診断、健康相談をサービス方式とし、児童・青少年、育齡期グループ、中高年をサービスターゲット・グループの3×3家庭保健モデルとし、プロジェクトの「ハンドブック」、「ガイドライン」を開発して、高齢者家庭保健サービスの初級的な模索を行った。2011年にスタートした日中協力家庭保健プロジェクトの第2期は5つの省と市、12のプロジェクト拠点で、中高年の家庭保健サービス活動の規範性とシステム性を強化し、中高年家庭保健サービスを利益誘導などの関連システムに組み入れ、一定の経験を蓄積した。

2013年の機構改革で、新たに組織された国家衛生・計画生育委員会は健康的な高齢化を強化する計画と配置により一層力を注いでいる。2014年3月、国家衛生・計画生育委員会は衛生・計画生育高齢者業務指導グループを成立させ、事務局を家庭発展司に設け、「国家衛生・計画生育委員会が介護サービス業の発展加速に関する国务院の若干意見を着実に実施するための重点任務分業計画案」を発表し、医療介護一体化の関連内容を「全国医療衛生サービスシステム計画要綱（2015～2020）」に組み入れ、「介護サービス業の人材育成推進の強化に関する意見」、「健康と老人介護サービスプロジェクト構築の推進加速に関する通知」を共同で下部組織に配布した。実施には、家庭保健、科学的育児、高齢者介護、文化育成の四つの分野の「新家庭計画」が含まれる。全国老齡工作委员会事務局と共同で「衛生・計画生育分野で全国的に「敬老文明号（敬老に特に業績がある団体の選出一一訳注）」を展開する通知」を下部組織へ通知し、「高齢者のための便利、優先的、優遇される医療衛生と保健サービスの積極的な提供」、「高齢者が医療、健康診断、健康相談などを受けるときの特別ルートの開設」、「広範な高齢者への健康教育、健康相談の提供」を提起した。計画出産家庭の高齢者介護の試行、医療介護一体化の試行が開始され、日中協力家庭保健のプロジェクト拠点である北碚および清河、南楽、京山の邢台、濮陽、荊門が試

行地区に入った。

日中協力家庭保健プロジェクトはより具体性をもつ政策を得て、より現実的かつ緊急の標準化サービス、普及拡大、モデルの総括という要求にも直面した。日中協力家庭保健プロジェクトが実施する中高年家庭保健サービスの実践に対し、整理、集約、総括を行うため、2013年10月からプロジェクトは現場指導と国家級トレーニングなど多様な機会を利用して、前後して4回、湖北省京山、南京、北京において、各方面の専門家（プロジェクトの日中専門家以外に、中国社会科学院、北京大学、人民大学、南開大学、北京医院、中国人口学会など）、プロジェクト拠点従事者とマルチ多様性研究、双方向研究を行い、このモデルの枠組みを次第に明確にし、内容が徐々に豊富になった。

二. 日中協力家庭保健プロジェクト中高年家庭保健サービスの原則

1. 積極的な高齢者、健康な高齢者を中高年家庭保健サービスの出発点と帰結点とし、サービスの過程で具体的に貫き、反映することを堅持する。政府主導、部門連携の原則を堅持する。

2. 家庭保健総合サービスを堅持する。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、健康高齢化戦略の指導の下、健康教育、健康診断、健康相談を融合した健康指導の総合サービスを実施する。健康診断を疎かにせず、健診受診の拡大を切り口として、健康問題を見つけ出し、健康教育、健康相談の健康指導を牽引して、健康的な生活、知識、態度、行動を特に強化し、よく見られる中高年の慢性疾患の日常的保健に注意を払う。

3. システム計画と資源の最適化を堅持する。現地の人々の生計・生活計画を枠組みにおいて、中高年の家庭保健サービスのシステム計画、部門連携、資源調整を着実にを行い、新家庭計画、計画出産家庭の高齢者介護の試行地区と積極的な相互交流を行い、制度化を促進する。

4. プロジェクト管理のモデルパターンを堅持する。プロジェクトの要求に基づき、計画の策定、プラン設計、サービスの実施（質管理、フォローアップを含む）、監督・指導、評価を着実にを行う。

5. 家庭やコミュニティを拠りどころにする。家庭保健サービスの過程における家庭の構成員の相互のサポート、コミュニティとコミュニティ資源の依存融合、権益保護、ジェンダーセンシティブを重視する。

6. 具体的な状況に基づいて介護に拡大し、重点を家庭の介護能力の増強に置く。

三. 日中協力家庭保健プロジェクトの中高年家庭保健サービスのターゲット・グループと目標、指標

（一）ターゲット・グループ

1 級ターゲット・グループ（サービスの需要者）

1. 一般対象

45歳以上の中高年グループを対象とする。プロジェクトは最初に確定した3×3の枠組みで、中高年をターゲット・グループにした。旧人口・計画生育の伝統的なサービス対象である育齢期グループとリンクさせる一方で、既存の基本的公共サービスが65歳に集中しているが、実際には年齢と関係する健康問題は、65歳以上になって関心を払う必要があるというものではないことを考慮した。研究では、中年グループは生理的な面から起こる変化が著しく、多方面の健康問題が発生しやすいので、特徴に応じた区分を行い、家庭保健サービスを実施しなければならない。

2. 特定対象

(1) 計画出産家庭、計画出産貧困家庭の中高年（老人のみの家庭/出稼ぎ家庭）。政策環境と経費の現実を考慮して、計画出産家庭、計画出産貧困家庭の中高年から着手し、家庭保健サービスを実施し、経験を積んで、影響を広めた後、さらに政策と経費の支援を勝ち取って、普遍的な中高年家庭保健サービスを実施する。

(2) 福祉施設に入居する高齢者。弱者に感心を払い、医療と介護を組み合わせ、生活関連行政事務部門と連携する優位性を促す。

2 級ターゲット・グループ（サービス提供者）

関連サービス機構のサービス従事者で、旧人口・計画出産サービス従事者、家庭の中の「健康責任者」、コミュニティ関連機関の人員、ボランティアが含まれる。

(二) 目標および指標

全体目標:プロジェクト実施地区中高年の健康水準および中高年の家庭保健サービス能力を高める。

具体的目標と指標:

1. 中高年の家庭保健サービス（健康診断、健康教育、健康相談の指導）のカバー率を向上し、プロジェクト終了時まで、現地基本調査と比べ少なくとも 15 ポイント向上させる。指標の測定形式は関連プロジェクト計画、統計などとする。

2. 中高年が関連する健康の知識、態度、行動の確立を促進する。主に生活様式（栄養のある食事、スポーツ・フィットネス）、安全と事故防止、慢性疾患の治療と医師による診察、この 4 つの面の正確な健康知識の認知度、健康的な姿勢や健康行動の割合で、それぞれ別々に 1~2 個の健康知識を反映する指標と健康的姿勢や行動を反映する指標を設け、プロジェクト終了時まで、健康知識の認知度、健康的姿勢、健康行動の割合を基本調査に比べ、少なくとも 10 個と 5 ポイント向上させる。それぞれ、1~2 個、計 4~8 個の指標を設け、プロジェクト終了時に、現地の基本調査データと比べ、少なくとも 10 ポイント向上させ、測定形式はアンケート調査とする。ただし、基本調査の安全と事故防止、医師による診察の 2 つ面のデータ不足は、プロジェクトの指導の下、一部のプロジェクト拠点で小規模な調査を行い補充する。

3. 中高年の慢性疾患に対する日常の健康管理を促進する。高血圧、糖尿病の日常の健康管理を対象に、基本調査データの中から、時間とおりに医師の指示によって服薬し、常に血圧、血糖の 2 つの指標を測定し、プロジェクト終了時には、現地基本調査のデータより少なくとも 10 ポイント向上させ、測定形式はアンケートとする。

4. 家庭構成員の中高年家庭保健サービスに対する参加を促進し、それぞれのプロジェクト拠点は 2~3 村を選択して試験的に行う。重点は、家庭構成員、特に家庭の健康責任者が共同で参加する総合家庭保健サービス、とりわけ健康教育を提供し、家庭構成員間の健康管理についての交流、活動の実施を促す。測定方式はサービス記録に相応の指標を加え、インタビュー形式とする。

5. 関係者のサービス能力とサービス評価を向上させる。中高年を対象に、家庭保健サービス能力の自己評価を基本調査と比較して、10 ポイント以上上昇させ、評価を 10 ポイント以上上昇させ、関連トレーニングの頻度とカバー人数を増加する。測定形式はアンケート、統計レポートとする。

6. 中高年の家庭保健サービス制度化に関して。測定形式は、文書、会議記録、プロジェクト資料の査閲とする。

四. 日中協力家庭保健プロジェクトの中高年家庭保健サービス活動

活動 1 ターゲット・グループの家庭保健サービスおよびサービス提供方式に対するニ

ーズの特徴を知り、分析し、当地区の中老年家庭保健サービスの全体計画を作成する。プロジェクトの基本調査データ、現地関連業務部門（衛生・計画生育、民政部、人力資源・社会保障部など）のデータ、例えば家庭発展調査の結果を利用して、詳細な分析を行い、当地区の中老年家庭保健サービスの全体目標、具体目標、年次目標および測定指標、サービス内容点の重点と切り口を確定する。

活動 2 上記のニーズの分析結果に従い、現地の党と政府の指導者と関連部門に向け根拠に基づく提唱を行い、政策と経費の支援を獲得して、部門連携の業務システムを構築し、文書形式で政策、経費、部門連携の業務システムを確定する。

活動 3 中老年家庭保健サービス活動の年次計画を作成し、当年のサービス活動の時期、場所、人数、内容と経費の準備を明確にする。初回のサービス活動のプランを設計する。サービス活動のプラン設計に、家庭が友好的で、家庭が優遇され、家庭が便利であることを反映させることに注意する。

活動 4 中老年の総合的家庭保健サービスの活動を展開する。サービス活動には健康教育講座、健康診断（基本的な検査項目を保証する必要がある）、健康相談（健康診断結果の通知、説明、提案を含まなければならない）が含まれる。それぞれの活動は標準プロセスがなければならない。効果的な質管理を行う。サービス地点は一般的には県あるいは郷鎮のサービス機構である。利益誘導業務と結びつけ、計画出産家庭のために優先的に家庭保健サービスを実施する。サービスに家庭単位を反映することに特に力を入れる。例えば、夫婦が同時に中老年の総合的家庭保健サービスを受けるよう奨励するなどである。計画出産家庭、計画出産貧困家庭の中老年のために、家庭の構成員が共用できる保健サービスカードを提供し、中老年の家庭構成員が健康教育、健康相談へ参加するよう奨励する。村級サービス従事者に、総合サービスの健康教育に参加し、中老年の健康診断結果を理解し、中老年家庭を対象とする後続の健康知識を共有し、交流を行うよう求める。家庭の健康記録の中の高齢者健康記録を作成し、利用する。

活動 5 家庭保健サービス活動と結びつけて、百歳体操および現地特有の身体運動を実施し、家庭、コミュニティを単位とする運動を提唱する。活動の持続性と継続性に注意を払い、特徴と模範的意義が反映された効果のモニタリングとデータ収集に注意する。

活動 6 重陽節、高血圧の日などの特別な日を利用して、関連の中老年家庭保健健康教育・健康相談を実施し、各種のルートを利用して健康教材を配布し、さまざまなメディアおよび形式を利用して、中老年家庭保健の健康教育活動を実施し、家庭の構成員がさまざまな柔軟性ある形式で中老年家庭保健の健康教育、健康相談に共同で参加し、家庭の中で健康知識をを分かちあい、保健のルールを定めることを奨励する。活動後の効果フォローアップおよびサービス対象の活動に対する評価に気を配る。

活動 7 計画出産、母子保健のフォローアップ家庭訪問、コミュニティ衛生サービスの契約したかかりつけ医師などとのサービス活動を組み合わせて、健康相談と健康指導を実施する。

活動 8 関連する中老年家庭保健の文書を交付する。

活動 9 プロジェクトの国家級トレーニングに参加し、再トレーニングを行い、高齢者に提供する家庭保健サービスの健康教育、健康診断、健康相談能力を強化する。

活動 10 監督・指導、自己評価と指導。サービスを業績管理に組み入れ、家庭保健サービスネットワークの複数機関のシステム構築に注力する。

活動 11 普及

五. 日中協力家庭保健プロジェクト中老年家庭保健サービス活動の効果

1. 政策制度水準で積極的な傾向が現れる。
2. 比較的説得力のある、相対的に豊富な事案が、各方面からの高い評価を得た。
3. 各プロジェクト拠点のレポートデータにおいて、中高年家庭保健サービスのカバー率拡大が支持されている。
4. 定量的データ（アンケートの自己評価）サービスのサポート能力はある程度向上したが、より客観的かつ説得力のある健康教育、健康診断、健康相談の健康指導能力のデータが必要である。
5. サービス効果に対して評価を行うには、なお完全な系統的定量データが不足しており、相応するデータを確定する必要がある。

六. サービスモデルの評価、改善および普及

1. 既存の政策と比較的によく合い、関連性を持ち、積極的な政策誘導効果が現れ、新規性が次の面に反映している。公共衛生、家庭発展の2つの面から中高年家庭保健を推し進めている。家庭および家庭構成員の役割を強調している。利益誘導などのシステムと結びついている。
2. 実践的意義は是認されており、普及の可能性を持ち、持続可能である。

関連事例

事例1

2012年9月、南楽県張果屯郷魏行村を巡回サービス中に、61歳の李さんが高血圧を患っているのを発見し、初回に測った血圧が160/96mmhgで、医師は3日間連続で毎朝村の保健室へ行き、血圧を測定することを提案し、最終的に高血圧症と診断した。李さんは「もし村の保健室で検査しなかったら、自分が病気だとは思わなかっただろう。少し気分が悪くなることはあったが、よく眠れないせいだろうと思っていた。血圧を測ることなど思いもしなかった」と話した。訪問観察で、李さんに対し一対一の健康指導を行い、定時に血圧降下の薬を飲み、喫煙せず、飲酒は控えめにし、食事は薄味にし、よく散歩するよう指導した。2013年2月の巡回サービスのときに、李さんの血圧を測定したところ、138/82mmhgとなっており、効果的に彼の高血圧を抑えていた。血圧が下がり、李さんは、う人に会うたびに「前は食べたいものを食べ、食事には気をつかっていなかったが、今ではタバコも吸わず、肉もあまり食べず、血圧が安定して、身体が楽になった。国の政策は良いよ、われわれ庶民の健康に関心を払ってくれて、お金はいらぬし、計画出産の人たちがやることも変わったよ」と話した。

事例2

北碚区水土鎮の肖氏、男性、現在63歳、4年余り前に脳血管疾患のため麻痺して寝たきりとなり、自分の世話がまったくできなかった。2012年に「重度の障害」として、区の財政から毎月、介護補助金400元が支給された。また、肖さんにより良い家庭保健と介護サービスを提供するために、区の人口・計画生育委員会はサービスステーションに「リプロダクティブヘルス家庭保健サービスハンドブック」の関連内容に基づいて、障害老人家庭の日常生活介護研修を行う段取りをした。その後肖さんに家族のヘルスケアサービスを実施し、家族が床ずれを防ぐために、肖さんに寝返りをさせ、清潔衛生に注意し、筋萎縮症を防止するためにマッサージを多くし、栄養に注意し、新鮮な野菜や果物を多く食べさせ、事故による怪我の発生にも気を配った。肖さんと頻りに話しかけ、新聞を読んで聞かせ、毎日の出来事を話し、楽しい気持ちを維持してもらうようにした。肖さんとその家族は非常に感謝している。

事例 3

北碚区住民、劉氏、57 歳、真実クラブ会員。長期的に下腹に不快感があり、特に性生活後の腹痛が激化して、何度も診察を受けたが病名が分からなかった。今年初め、北碚区家庭保健センターは真実クラブのメンバーに健康診断および健康教育を実施した。劉さんは超音波検査を受けた際、子宮腔内に強いエコーの影が確認され、病歴を聞かれて再検査を行い、子宮内に避妊リングが残留していることが確認された。区の家家庭保健センターが無料で治療を行い、手術で順調に約 1 cm の金属リングを摘出した。術後、劉さんは回復が速く、下腹の痛みが消え、大変喜んで、家庭保健プロジェクトの実施は素晴らしいと感じた。身体の痛みを取り除くだけでなく、健康診断の重要性を認識させ、さらには、いかにして健康的な生活を送るかを学び、1 首の詩を書いて心情を発表した。

添付資料（提案参考資料）

- 一．中国老人健康基準(2013)
- 二．中国老人健康ガイドライン
- 三．「老人家庭保健と介護ガイドライン」
- 四．「日中協力家庭保健プロジェクトサービスハンドブック—中高年保健」

日中協力家庭保健プロジェクト青少年家庭保健サービス普及プラン

一. 背景

第6回人口調査は、中国の10歳～19歳の青少年人口が1億7,500万人で、総人口の13.1%を占めていることを明らかにした。彼らはちょうど思春期の生理とメンタルの発育期にあり、その健康状態は常に家庭と社会の関心を受け、中国の衛生部門、教育部門、共産主義青年団、中国計画生育協会など非政府組織および他の関連組織と個人はすべて青少年の健康のためにサービスを提供している。だが、国内調査は、青少年は依然として近視、肥満、睡眠障害、望まない妊娠および感染症など、多くの健康問題に直面しており、青少年の健康に関する知識の理解度は低く、一定の比率で、朝食を取らない、睡眠不足、喫煙、インターネット中毒など不健康な生活をしていることを示している。

中西部家庭保健プロジェクト実施地区では、すでに10の県・区の衛生・計画生育委員会聯合教育部門は青少年、特に在校学生の健康教育、相談、健診のサービスを成功裏に実施した。一部地区の調査データと事例は、プロジェクト活動は青少年の健康保健の知識水準を効果的に高め、その健康意識の確立を促進し、一部青少年の健康問題も早期に発見したことを示している。中国・国連人口基金第7期のリプロダクティブヘルス・人口と開発計画および中国計画生育協会の青少年リプロダクティブヘルスサービスも成功を納めた。機構改革以降の衛生・計画生育委員会には、より良い技術的資源とネットワークリソースがあり、青少年健康維持において一層大きな役割を果たすべきである。このため、家庭保健プロジェクトは、2014年～2015年の普及サイクルで、プロジェクトが調査したサービスの方法を基に、人口基金青少年プロジェクト、中国計画生育協会青少年プロジェクトと国家衛生・計画生育委員会「科学的育児と青少年の健康発展の試行」業務の経験を参考に、プロジェクトの省は、青少年の家庭保健活動を継続し、普及する。

二. 目標と意義

全体目標はプロジェクト地域の青少年の健康水準を高めること。

健康な青少年は、家庭を和やかにし、社会発展の重要な基礎である。「家庭を中心とする」青少年家庭保健活動の実施を通じて、青少年自身の健康維持能力を高めるだけでなく、青少年が身を置く家庭の健康サポート能力の向上も促進し、青少年が平穏で順調に思春期を過ごし、より健康な状態を確保し、将来の健康のために良好な基礎固めができるようにする。

三. 日中協力家庭保健プロジェクト青少年家庭保健サービスの実施原則

1. 政府主導、多方面が共同で行う、青少年のための健康サービスである。青少年保健サービスは、衛生・計画生育部門だけに頼ることではなく、衛生・計画生育サービス機構は単に青少年健康サービスの一部の資源であり、プロジェクトの助けを借りて、政府主導の下、教育部門、学校、コミュニティおよび一部の社会機構と共同で青少年およびその家庭に保健サービスのシステムを提供する。

2. ニーズに基づき、サービス活動をシステム設計する。青少年はちょうど発育段階にあり、生理とメンタルの変化は著しく、それぞれの年齢段階や場所にいる青少年が異なる健康問題とサービスのニーズを有している。中学生の段階にある青少年は自己の身体的変化により関心を示し、高校生の段階にある青少年は異性との交流により関心を抱き、社会

の青少年は、望まない妊娠の予防知識などがより必要である。このため、プロジェクトでは、異なる類型の青少年の特徴を理解して、そのニーズに対して活動計画を体系的、科学的に設計しなければならない。

3. 青少年の「プロ・グリーン (Pro- Green)」家庭保健サービスへの主体的な参加を促進する。青少年に受動的にプロジェクトサービス活動を受け入れさせるのではなく、青少年にプロジェクトのニーズ調査、活動設計、サービス提供、サービス評価の全過程に参加させ、青少年が好むサービス環境で、青少年に受け入れられるサービス方式を運用し、青少年の健康問題を解決する。このような参加のしかたは、設計および「プロ・グリーン」家庭保健サービスの提供に役立ち、その受容性を高める上でより有利である。

4. 家庭を中心に、親と青少年の相互の健康サポート能力を増進する。親の健康教育を通じて、親に青少年の生理と精神の発育の特徴をより理解させ、青少年の健康行動に注意を払い、青少年の健康のために良好な家庭のサポートの雰囲気づくりを行う。これとともに、青少年も健康理念を家族に伝達し、健康的な生活様式で家族に良い影響を与える。

四. 日中協力家庭保健プロジェクト青少年家庭保健サービス活動の対象と目標

1 級ターゲット・グループ：プロジェクト実施地区の青少年（12 歳～18 歳）。青少年の大多数は学校に通い、彼らには満たされない健康への欲求を多く抱えており、保健サービス活動も相対的に組織しやすく実施できる。このため、プロジェクト実施地区は在校学生グループへの介入を優先して考慮し、条件が整ったときに働く青少年、無職の青少年、流動する青少年など多方面に配慮できる。

2 級ターゲット・グループ：プロジェクト実施地区の青少年の親、衛生・計画出産サービス従事者、学校保健の教員など、その他の青少年の利害関係者。

全体目標：プロジェクト実施地区の青少年の健康水準を向上する。

プロジェクト目標

・青少年の知識水準を高め、青少年の科学的健康概念を養う。指標：調査を受ける青少年の中で、青少年の健康知識の正答率がベースラインに比べ〇〇%以上向上。

・青少年が思春期の変化がもたらすストレスを緩和し、徐々に積極性、健康的な自己意識および態度を確立する。指標：調査される青少年のうち、自己の健康行動の信念形成率が〇〇%以上に上る。

・青少年の良好な、責任ある健康的な生活様式を、成人後の健康のために基礎を固める。指標：調査される青少年のうち、健康的な生活様式の割合が、基準ベースより〇〇%以上。

説明：上述の目標の指標の測定形式は、すべてアンケート調査、基本調査と最終評価調査で、具体的な指標は現地の状況に基づいて自ら決定する。

五. 日中協力家庭保健プロジェクトの青少年家庭保健サービス活動

活動 1：全社会が関心を持つ青少年家庭保健サービスを提唱する衛生・計画生育行政部門は基本調査データ、プロジェクトサービスデータ（事例を含む）を利用し、合同会議、調査報告、講座、広場活動、展示パネルなどの形式で、政府幹部、教育部門、学校と教師、親などに対し、青少年の保健サービスの提唱を行う。（毎年少なくとも 1 回）

活動 2：青少年家庭保健サービスの長期計画と計画の策定は、ターゲット・グループのニーズに基づき、プロジェクト実施地区のサービス資源と能力を組み合わせ、現地青少年家庭保健サービスの全体計画を策定し、サービスのプロジェクトの目標と指標を明確にして、主要な手段と活動を実施する。策定された全体計画に基づいて、毎年年末に次年度の実施計画を策定し、当年の各サービス活動の時期、場所、対象、サービスを提供する責

任者、実施内容と資金の手配などを明確にする。

活動3. 青少年の保護者の思春期健康教育と相談

1. 衛生・計画生育サービス機構と学校が連携し、あるいは出産適齢期女性の計画生育・リプロダクティブヘルスサービスと組に合わせて、毎年少なくとも1回、それぞれの親に、教室の健康教育内容と関連する健康教育を行い、形式は講座、折込ページあるいは親のハンドブックなどでもよい。

2. 衛生・計画生育サービス機構は現地の状況に基づき、青少年の親に思春期健康教育外来患者相談、電話相談、QQ相談、またはウェブページ相談などのサービスを提供する。

活動4: 健康教育のモデル授業を実施する

県・区の衛生・計画生育サービス機構は、学校の教師のニーズに基づき、健康教育モデル授業の計画を設計し、専門家を手配して学校教師のために健康教育モデル授業の講座を開設する。(毎年2回)

活動5: 「青少年家庭の健康」コミュニティ活動

県・区の衛生・計画生育委員会、衛生・計画生育機関はコミュニティと連携して、青少年家庭を対象とするコミュニティ健康促進活動を行い、青少年の父母と青少年が共同で参加する「家庭の健康」をテーマにしたゲーム、読書、コンテストなどの活動を通じて、青少年家庭の全メンバーが健康に対する関心と相互間の健康サポートを促進する。

活動6 青少年の健康教育サービス

1. 学校教師が現地健康教育大綱に従って、各学年の小中学生に健康教育と健康相談サービスを提供する。

2. 衛生・計画生育サービス機構が現地の比較的深刻なあるいは影響面が大きい青少年健康問題を対象に、折り込み式、掲示板、新聞、テレビなどの形式の健康教育を実施する。(毎年少なくとも2回)

3. 衛生・計画生育サービス機構は学校と連携して、各種の「家庭の健康」を主題とする青少年家庭親子活動を開催し、親子間の健康交流と討論を促進し、互いの健康上の懸念の理解を促進し、共同でいくつかの健康問題を解決する。(毎年少なくとも2回)

活動7: 青少年健康相談サービスの学校教師と衛生・計画生育サービス機構は、各地の条件に基づき、青少年のために学校健康相談、衛生・計画生育サービス機構の外来患者相談、ホットラインとウェブページ相談、QQと微信(WeChat)と相談プラットフォームなどのサービスを実施する。

活動8: 学校健康診断サービス

現地の政策規定に従って、教育委員会、学校、病院は衛生・計画生育サービス機構と連携して、小中学生に標準的な健康診断サービスを提供し、健診の項目は教育部門の要求と現地のサービス能力を踏まえて決定する。学生の健康記録を設け、学生と父母へ健診健康結果をフィードバックし、青少年の家庭により踏み込んだ健康指導を行う。

活動9: 衛生・計画生育サービス機構のサービス従事者と学校教師に訓練を行う。

衛生・計画生育行政部門は教員トレーニング計画に基づき、少なくとも毎年1回、衛生・計画生育サービス機構の関連サービス従事者と学校教師に青少年保健サービス特別トレーニングを行い、トレーニング期間は少なくとも2日以上とする。

活動10: 監督と指導

衛生・計画生育と教育行政部門は、プロジェクトの監督・指導の要求に基づき、青少年家庭保健サービスの監督・指導システムを構築し、定期または不定期に監督・指導を行う。

活動11: モデルの中間総括と政策の普及

プロジェクト活動実施1年後に、現地に適合する青少年保健サービスモデルを改善する

中間総括を行い、青少年保健政策を上昇させ、青少年および関連グループのために経常的な活動を展開し、サービスを提供する。

注：各地が現地の青少年保健プロジェクト活動を設計する際は、このモデル設計を基礎に、日中家庭保健プロジェクトの「家庭保健サービスハンドブック」と「家庭保健サービス管理ガイドライン」、教育部の「小・中学校健康教育指導大綱」（中発[2007]7号）と国家衛生・計画生育委員会の科学的育児と青少年健康発展モデルプロジェクトの「青少年健康発展ガイドライン」を参考にし、異なるタイプの青少年のサービス内容、サービス方式と活動評価手段を選択し、標準的なサービスおよび活動に対する監督・指導と管理を実施する。

添付資料 7 家庭保健サービス特定活動計画申請書

特定活動申請書番号：

「家庭保健サービス特定活動」計画申請書（案）

活動名称： _____

申請経費： _____ 元

開始終了時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請機関： _____

プロジェクト責任者： _____

住所： _____

郵便番号： _____

電話番号： _____

F A X： _____

E アドレス： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

家庭保健プロジェクト事務局作成

年次プロジェクト活動目標	(年次計画中に対応するグループの年次プロジェクト目標の記入)		
前期実施したサービスおよび当面の関連サービス計画	(前期実施し、当面実施を計画しているものと今回の活動との関連を簡単に説明)		
現状分析および特定活動の実施方針	<p>(まず現状分析を行って問題を見つける。家庭保健サービスの特定活動を実施する条件と能力、前期実施したサービスおよび当面の関連するサービス計画、知識、態度、行為の変化を促進する考え方などに対して描写を行う前提条件の下で、今回の家庭保健サービス特定活動の実施方針を列挙する。)</p> <p>現状分析：</p> <p>問題を探す：</p> <p>特定活動の対象グループの選択：</p> <p>活動実施方針：</p>		
家庭保健活動のモデル化特性	<p>(「家庭保健」を主題とする本活動にどのような特徴があるか。他の活動と比べてどの面でより効果があるか。ここでは、本活動の特性について説明を加える。活動の今後について普及させるか否かについても自分の意見を提出する。)</p>		
特定活動対象グループ	<p>(ここでは、上述した「現状分析および特定活動の実施方針」の「特定活動の対象グループを選択する」で確定した、特定活動対象グループおよびその規模を記入する。)</p>		
特定活動目標	(今回の特定活動を通じて達成しなければならない目標)		
特定活動目標の評価指標	評価形式 (アンケートを別添)	活動前 (現状)	活動後 (目標値)
1. 文字と数字で客観的に特定活動の目標の指標を表記	<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他 ()	できるだけ数字を用いて説明する。	できるだけ数字を用いて説明する。

続き

特定活動目標の 評価指標	評価形式 (アンケート調査別添)	活動前 (現状)	活動後 (目標値)
2.	<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他()		
3.	<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他()		
X.	<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他()		

具体的活動 内容	具体的活動	対応指標
	具体的活動 1: 特定活動目標を達成するために実施 する活動内容、対象およびその数量を 含む。	(活動と関連指標の対応関係)
	具体的活動 2 :	
	具体的活動 3 :	
	具体的活動 X:	

進捗状況	進捗状況 (活動進捗度の別添可)			
プロジェクト の主要な実施 者	氏名	所属機関	職務/職称	分業

活動経費予算表

単位：人民元

項目	計算根拠	金額	中国負担	日本負担
1. 航空運賃				
	小計(1)			
2. 出張諸経費（航空運賃を除く）				
鉄道運賃				
ガソリン代など				
	小計(2)			
3. 宿泊費				
	小計(3)			
4. 講師料				
	小計(4)			
5. 食事代				
	小計(5)			
6. その他				
会場使用料				
バナー費など				
	小計(6)			
	合計			
申請機関意見	(機関押印)			
	署名：		年 月 日	

各級機関の承諾および計画に対する提案・意見

機関	提案・意見
市人口・計画生育委員会	<input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 計画に対する提案・意見 署名： 年 月 日
省衛生・計画生育委員会	<input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 計画に対する提案・意見 署名： 年 月 日
国家衛生・計画生育委員会および日中専門家チーム	<input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 計画に対する提案・意見 署名： 年 月 日

家庭保健サービス特定活動申請審査項目および点数

審査項目	審査ポイント	配点
前期実施したサービスおよび当面の関連サービス計画	以前実施した活動を簡単に分析（プロジェクト活動と特定活動）および今回の活動との関連性	5
現状分析、問題探しおよび特定活動の実施方針	分析	
	関連部門のデータを有効利用できる	5
	この特定活動を申請して、既存の家庭保健（健康診断、健康教育、健康相談）サービスの結果に対する分析を利用して、具体的に示すことができる。	
	問題を探す	
	問題の重大性、カバレッジ、解決の可能性に依拠して判断を行い、解決しなければならない問題を明確にする。	5
	特定活動の対象グループを選択	
	問題点に対して総合的な判断を行った後、特定活動の対象グループを決定する	5
	上述の分析と労働力、予算などの要素を根拠に対象グループの規模を確定する	
	活動の実施方針	
効果が著しいもの、家庭を起点とする活動を含めた活動を実施方針とするべきである	5	
地区の特徴を表し、政策的含意を持つ		
家庭保健活動のモデル家庭保健サービス特性	本活動の「家庭保健」を主題とする活動として、どのような特徴をもつか。他の活動と比べて、どの面が効果的か。ここに、本活動の特性について説明する。また、活動に対して今後、普及させるか、普及の方法についても自分の意見を提起する。	10
特定活動目標	上記問題を解決するために、ある具体的な目標を設定する。	10
	特定活動は年次活動目標を実現するために、一定の貢献をしなければならない。	
	特定活動目標の完成水準を測定するために、申請において具体的な指標と指標値を確定しなければならない。	

審査項目	審査ポイント	配点
	実行可能で、適当な指標を獲得する方法（評価方法）	
	具体的活動内容と活動目標の関係	
	家庭の構成員の間で生まれる健康促進作用を実現し、または家庭を基本として実施するなど、家庭	
	イノベーションの活動を体現できる	
	健康教育に関して、活動対象に対する分析を基礎に、活動対象の特徴にあった健康教育法を計画す 健康診断に関して、活動目標の実現と密接に係る健康診断項目を選択する。	
	健康指導および健康相談に関して、現状とニーズに対する分析の基礎の上に、効果的な活動を計画 健康教育、健康診断、健康相談の総合性、系統性、ロジック性を体現する	
	他の部門との協力、資源の最適化を通じて、活動の費用対効果が高くなる。	
	実現可能な日程の段取り	
	業務経費が実際の見積もりに合致する（活動と直接関連のある見積もり）	
	市の上級部門の提案・意見がある。	
	省衛生・計画生育委員会の提案・意見がある	
合計		100

家庭保健サービス特定活動総括報告書

プロジェクト活動番号 _____

プロジェクト活動名称 _____

承認された経費予算 _____ (万元)

実施機関 (押印) _____

プロジェクト責任者 (署名) _____

記入日： 年 月 日

家庭保健プロジェクト事務室作成

特定活動目標	(活動計画申請書の内容をここに記入。評価の観点から活動を見るため、全体目標の達成状況は、報告書で再度活動の全体目標を記入する。)
特定活動対象グループ	(活動計画申請書の内容をここに記入。)
活動完成状況	具体的活動 1
	実施する活動内容 (活動対象、数量、活動内容) (具体的な目標の内容に従って、それぞれ実施する活動内容を記入する。目標と具体的活動の関係を明確にできる。)
	具体的活動 2
	実施する活動内容 (活動対象、数量、活動内容)
	具体的活動 3
	実施する活動内容 (活動対象、数量、活動内容)
	具体的活動 X
	実施する活動内容 (活動対象、数量、活動内容)

	具体的目標達成状況	評価指標	評価形式 (アンケート調査別 添可)	活動前 (現状)	目標値	活動後 (実際値)
所期の具体的目標、完成状況	1. —(活動計画の具体的目標をここに記入) 達成状況：(計画中の具体的目標に従って実際の達成状況を確認する。) (プロジェクトが到達する具体的目標あるいは具体的事実で、当初の目標未達成の原因を説明し、記述して下さい。)	(活動計画の具体的目標をここに記入)	<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他()	(活動計画の具体的目標をここに記入)	(活動計画の具体的目標をここに記入)	(活動後増加した実際データの内容)
	2. — 達成状況：		<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他()			
	3. — 達成状況：		<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他()			

	X. — 達成状況：		<input type="checkbox"/> アンケート調査 <input type="checkbox"/> 前期/後期検査 <input type="checkbox"/> インタビュー調査 <input type="checkbox"/> 現場調査 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
--	---------------	--	---	--	--	--

その他の活動成果	(上記以外、その他の成果があればここに記入)
家庭保健活動のモデル化の特性	(事実を根拠として本活動が備える「家庭保健活動モデル」とすることができる特徴に対する分析を行う。家庭を起点とする本活動はどの面で顕著な効果が見られたか。家庭の構成員の間の相互促進作用が活動の効果を高めたか否かなどの内容により、本活動のどの面でより高い効果が得られたかについて、過去に実施された活動との比較を行った上で具体的に記述する。)
今後普及の可能性 有る問題と提案	(ここに記述した本活動の実施結果からみて、本活動の普及の可能性はどうか。普及が困難であるなら、どのような改善をしなければならないか。そのほか、普及の可能性がある場合、今後の普及の方法を記入する。)
存在する問題と提案	問題 1 : (特定活動を振り返り、どのような問題があるか、具体的に記入する。)
	提言 : (各問題に対して分析を行い、自ら提案する。記述は当事者の観点から記入する。)
	問題 2 :
	提案 :
	問題 3 :
	提案 :
	問題 X :
	提案 :

活動の感想	(活動を体得し、自由に発揮)
添付資料目次	(活動過程の文書、技術資料、写真などは分類して順を追って番号を付し、すべての資料はCD作成後に添付資料として最終報告書に添付して、上級に報告し、それぞれの文書、写真のファイル名、内容を明確にしてください。)
経費予算	詳細は「活動経費決算書」参照。
<p>報告機関の管理者の 審査意見（各行政級 に責任者の方は具体 的な意見を記入して ください。）</p>	<p>県： 審査意見</p> <p style="text-align: right;">署名： 年 月 日</p> <p>市： 審査意見</p> <p style="text-align: right;">署名： 年 月 日</p> <p>省： 審査意見</p> <p style="text-align: right;">署名： 年 月 日</p>

活動経費予算表

活動機関： _____

活動場所： _____

単位：人民元

項目	計算根拠	金額	当現地負担	プロジェクト負担
1. 航空運賃				
	小計(1)			
2. 出張諸経費（航空運賃は除く）				
	小計(2)			
3. 宿泊費				
	小計((3)			
4. 講師料				
	小計((4)			
5. 食事代				
	小計((5)			
6. その他				
	小計((6)			
	合計			

あとがき

本ガイドラインは日中技術協力家庭保健プロジェクト第2期の初めに書き始め、4年の間に修正や書き足しの作業を行い、日中プロジェクトの専門家、プロジェクト実施地区従事者および管理者と幾度にもわたり討論を重ねてきた。したがって、これは家庭保健プロジェクトおよび家庭保健サービス参加者の共同の成果である。

ガイドラインの第1稿は2012年の年末に完成し、主な執筆者はプロジェクトの日本初代首席顧問の家保英隆氏、プロジェクト中国専門家チームリーダー汝小美博士、サブチームリーダー温勇教授、構成員の周建芳副教授、プロジェクト管理官の宋冰氏などであり、家保英隆氏と温勇教授が纏め、日本の長期専門家の吉本美紀氏がガイドライン編集の討論と文言修正に加わった。2013年の年初より、ガイドラインは12のプロジェクト拠点で試用が開始され、同年下半期にプロジェクト実施地区のガイドライン使用状況ならびにガイドラインに対する修正意見と提案を収集し始めた。2013年10月～12月に前後して2度のプロジェクト専門家、プロジェクト省・市・県の職員が参加するシンポジウムを主催し、その後、ガイドラインの第1回修正を開始した。その間、2014年4月の「家庭発展と家庭保健」のシンポジウムでは、「新家庭計画」プロジェクトの関係者が討論を行った。本稿は2014年8月、汝小美博士により通読し、修正が行われた。機構改革の不断の推進がもたらす変化など客観的なニーズを考慮して、2014年下半期に再度、ガイドラインの修正に対する意見と提案を集め、2回目の修正を行った。プロジェクトの経験に対して行った総括と改善を基礎に、2015年上半期にプロジェクト専門家の参加によるガイドライン修正シンポジウムを2度召集し、3回目の修正、補足作業が始められ、構成の微調整が行われた。内容は適切に補充され、交替で判読する、交互に修正するという方式で、多方面にわたる討論を重ね改善された。この段階で、プロジェクトの日本側の二代目の首席顧問である本間由紀夫氏、日本の長期専門家の藤本氏、内山智尋氏、中国のプロジェクト専門家の舒星宇博士、鄒燕研究員、呉尚純研究員などが続々とガイドライン執筆と討論に参加した。

現在の確定稿のガイドラインの各章と添付資料の主要な執筆者は、第一章 汝小美、家保英隆、周建芳 第二章 周建芳、家保英隆 第三章 温勇、家保英隆、藤本美智子、本間由紀夫、第四章 家保英隆、周建芳、内山智尋、汝小美 第五章 舒星宇、周建芳、鄒燕、内山智尋、本間由紀夫 添付資料 汝小美、温勇、本間由紀夫、藤本美智子、内山智尋、周建芳などである（敬称略）。全書の最終的な原稿の纏めと編集は、本間由紀夫氏により完成し、温勇教授が協力した。

2015年10月8日