

附 属 資 料

安徽省作成資料 1

(安徽省初級衛生保健トレーニングセンターを建てる協力項目に関する申請書)

安徽省作成資料 2

(日本JICAと合作建設計画の安徽省初級衛生保健訓練センターと意向について)

安徽省作成資料 3

(安徽省初級衛生保健育成訓練センター(二部)の状況紹介)

安徽省作成資料 4

(安徽省衛生庁組織図)

安徽省の基本状況

UNICEF入手資料

世界銀行入手資料

在中国日本国大使館入手資料(中国における公衆衛生、社会保障)

① 安徽省作成資料1

(安徽省初級衛生保健トレーニングセンターを建てる協力項目に関する申請書)

安徽省初級衛生保健トレーニングセンターを建てる 協力項目に関する申請書

一、背景

1、安徽省地理概況

安徽省は皖と略称し、中国の東南部にあり、北緯 29° 40′ - 34° 38′、東経 114° 54′ - 119° 37′ の間に位している。面積は 13.96 平方キロメートルで、北部は山東省とつながり、東部は江蘇省、浙江省と、南部は江西省と、西部は河南省、湖北省と隣接し、淮河、長江、新安江などの三大流域を跨る。地勢は北から南へ次第に淮北平野区、江淮丘陵区、皖西山区、長江沿岸平野区と皖南山区です。

2、安徽省の人口及び経済概況

全省には 67 の市（県）があり、1995 年末までは総人口が 6103 万あり、その中 農業人口は 4931 万ある。全省の 1995 年の国内生産総金額は 2003.7 億元で、城鎮居民の年間生活費収入は一人当たり 3406 元で、農民の年間純収入は一人当たり 1301 元である。

3、安徽省の医療関係の概況

1995 年末の統計によると 全省には各レベル、各種類の衛生医療機構 6593 個を有する。その中 県レベル以上の病院は 466 カ所あり、郷、鎮の衛生院は 2762 カ所あり、村の衛生室は 38053 カ所ある。また 県レベル以上の衛生防疫ステーション、特種病気の防治ステーションは 200 カ所あり、婦人と幼児の保健ステーションは 109 カ所あるのです。全省の衛生専門技術員は 150619 人で、病院のベット数は 119846 個ある。

4、安徽省の初級衛生保健を展開する概況

国家衛生部の配置にもとづいて、我が省は 1987 年から点を面に押し広めて 一步一步と農村の初級衛生保健を実施している。相次いで農村居民の衛生サービスの調査、行政指導の協調組織の設立、管理幹部と技術員の育成、初級衛生保健に関する政策の制定、等の活動を展開して 初級衛生保健の事業を展開している。衛生部と安徽省の評定を通じて 1996 年末まで 全省の 69 の県（市あるいは区）は「2000 年には中国農村の人々は衛生保健が受けられる」という目標の基本的な基準に達しました。これは人口からいうと、全省の農業人口の半分以上を占め、全国の中等レベルに立っている。

二、協力項目の目的と意義

1977年、WHOは「2000年には人々は衛生保健が享有される」という全世界的な衛生戦略目標を提出した。中国政府は何回も承諾を表わし、そして九十年代の国民経済と社会発展の計画に納入している。1991年 衛生部、国家計画委員会、農業部、国家環境保護局、全国愛国衛生委員会という5部門は連合して「2000年には 我が国の農村の人々は衛生保健が享有される計画目標」を公布した。1991年 安徽省人民政府も「2000年に安徽省は農村の人々が衛生保健の享有を実現する計画目標」制定し公布した。そのために 省政府は 指導の組織を設立し、全省の初級衛生保健の実施を組織し調整している。この目標を実現するキーポイントは全面的に初級衛生保健を普及することです。我が省の80%以上の人口は農村にあるから 初級衛生保健を普及する重点も農村にある。初級衛生保健を普及する基本的な方法は地域的な衛生保健組織を設立し、そして、それを完全なものにすること、適宜の医療保健技術を押し広めて、居民の健康レベルを高めることです。この協力項目の根本的な目的は全省乃至全国のために 各レベル、各種類の初級衛生保健の管理人材を育成して、初級衛生保健の展開を押し進めることです。項目完成後 全国、安徽省の初級衛生保健の技術トレーニング基地と活動基地になり、衛生行政部門の初級衛生保健計画の実施を協力し、安徽省は 一日も 早く「2000年に人々が衛生保健をうける」という目標の実現を促進して、安徽省農村の衛生事業の発展を速めることができる。

三、初級衛生保健の概況と協力項目の必要性

初級衛生保健事業は我が国で10年近く 実施されて 中国農村の半分以上の人口は初級衛生保健の計画目標に達したが、人々が初級衛生保健サービスをうけることまでには まだ へだたりがあり、初級衛生保健の実施にはまだ いろいろな困難と問題があるのです。たとえば 各地には初級衛生保健を担当する人材が乏しいことは特に突出です。目前 我が国には初級衛生保健に関する専門課目もなく、初級衛生保健人材のトレーニング基地もない。また初級衛生保健の教師も乏しい。この状態を改善するために 国家衛生部、国家科学技術委員会は安徽省が日本政府のJICAと技術協力を通じて 初級衛生保健トレーニングセンターを建てることを同意して、これは中国の初級衛生保健方面の初めてのことです。この協力項目は安徽省人民政府の賛成と大きな支持をも得て、省の衛生庁は庁長を責任者とする項目事務室を設立し、協力項目のことを担当している。初級衛生保健トレー

ニングセンターという項目が遂行されれば 安徽省だけではなくて 全国のためにさし迫った必要な初級衛生保健の管理と技術の人材を育成し、全国の初級衛生保健を深く発展させることを推し進め、中国及びに発展途上国に有益な経験を提供することもできる。

四、安徽省でこの協力項目を行う実行可能性

1、安徽省で初級衛生保健トレーニングセンターを建てることは地理位置も経済的なことも適当だけじゃなくて また 有利の条件も多いことです。

①、安徽省は我が国の内陸にあり、今は 中国の対外開放の重点区域でもあり、代表的な農業大省でもある。経済の方はあまり発達していないが 中国の西部地区に進出する重要な必然的な道ですから、このような省で作り出す初級衛生保健事業の経験は全国に対して 必ず大きな適用価値と参考の意義があるのです。

②、初級衛生保健トレーニングセンターのある合肥市は鉄道、公路、水路、航空路などの運送ルートが多いので、各方面の人間の往来がとても便利です。

③、安徽省は初級衛生保健人材を育成する比較的良好な基礎条件を有することです。安徽医学大学に附属する“衛生管理学院”、また この“衛生管理学院”に管轄される“農村衛生事業管理研究所”は農村に衛生管理と技術人材を育成する所で、全国でも唯一無二です。この学院と研究所には規模と力の比較的に良い教師チームと研究チームがあるのです。

2、安徽省人民政府は初級衛生保健トレーニングセンターという協力項目を十分に支持していることです。1994年 安徽省人民政府の名義をもって、国家科学技術委員会に協力項目の申請を提出し、また 省衛生庁の協力項目に対する努力に積極的に指導をしている。

3、国家衛生部も安徽省で“安徽省初級衛生保健トレーニングセンター”の設立を支持していることです。特に 安徽省のような省で 初級衛生保健トレーニングセンターを設立することは全国の初級衛生保健の事業に対して指導的な意義があると示されている。

五、“初級衛生保健トレーニングセンター”の協力方案

1、安徽省初級衛生保健トレーニングセンターの現状

今 安徽省初級衛生保健トレーニングセンターには建築面積は 2000 m²で、教師と職員は 60 人有り、その中教授は 5 人で、初級講師は 35 人です。また 通常の教学設備が有る。現在 このセンターは 安徽省の末端組織の

衛生技術員に短期的な専門な医療と防治の理論および適当な技術のトレーニングを担当している。

2、初級衛生保健トレーニングセンターの管理体制

中日協力後の“初級衛生保健トレーニングセンター”は国家衛生部、国家科学技術委員会の指導のもとで、安徽省衛生庁に直接管轄され、管理される。

3、日本の専門家と協力して欲しい内容

中日両方は共同して“安徽省初級衛生保健トレーニングセンター”を建設する過程の中で、日本の専門家にこのトレーニングセンターの配置、教授方法及び教授内容について指導を要望する。主な内容は次です。

- ①、まずこの初級衛生保健トレーニングセンターの教師に知識を更新させ、日本の初級衛生保健の技術と管理の方面における先進的な経験と方法を教える。また、必要な設備を増加し、現在のセンターをもっと完璧にさせ、一層有効的にトレーニング基地の役割を果たし、トレーニングの効果を高める。（必要な設備のリストは附属書類1で示す）
 - ②、“安徽省初級衛生保健トレーニングセンター”の周囲に15ヶ所の初級衛生保健トレーニングの分センターを設立することに協力して頂く。省のトレーニングを卒業した教師に分センターで授業を教えさせ、各レベルのトレーニングセンターの輻射作用を発揮する。
 - ③、②の分センターの有る県では郷、鎮の衛生院を完備させ、必要な設備を増加させ、そしてトレーニングを通じて管理を強め、一級甲等の病院の標準に達させることにすることに協力して頂く。（必要な設備のリストは附属書類1で示す）
- 4、初級衛生保健の教師に教える内容は附属書類2で示す。
- 5、日本専門家に日本の初級衛生保健を実施する管理手法、健康教育、社会地域保健と健康回復サービス、婦人小児保健、地方病と職業病の治療及び予防などの先進的な経験を紹介し、またトレーニングセンター管理に指導をして頂く。
- 6、不定期に全国またはアジア太平洋地区の初級衛生保健の討論会を開き、初級衛生保健の実施中の問題点と経験を交流して討議する。

六、項目実施の計画

1、協力項目を実施する前の準備

- ①、日本大使館の関係者及び日本の専門家を招き、安徽省の現地でトレーニング基地と農村の初級衛生保健を視察して頂く。
- ②、トレーニングの実施についての企画と計画を制定する。
(トレーニングの内容は附属書類2で示す)
- ③、中日双方が協力項目の協議を打ち合わせる。
- ④、協力項目の管理オフィスを設立する。

2、項目の実施計画(案)

第一年度：トレーニング項目を開始

- ①、省の項目管理指導部は各市(県)とトレーニングの協議書を締結する。
- ②、省の初級衛生保健トレーニングセンターと15ヶ所のけんの衛生学校(トレーニングセンターの分センター)の教学条件を完備させる。
- ③、初級と中級の日本語コースを各1回開設して、60名の管理者と技術者に日本語を教える。
- ④、省の初級衛生保健トレーニングセンターは全国と全省の初級衛生保健管理幹部のトレーニングコースを2回開設し、200名の各級の管理者を育成する。
- ⑤、省の初級衛生保健トレーニングセンターは全国の初級衛生保健技術者トレーニングコースを2回開設して、200名の予防と保健の技術者をトレーニングする。
- ⑥、日本厚生省の関係官員及び社会地域医療保健の専門家2-3名を招き、初級衛生保健管理及び社会地域保健技術のトレーニングコースの開設に協力し、日本の初級衛生保健の展開経験と社会地域医療保健のサービスを教えて頂く。
- ⑦、初級衛生保健の管理者と項目責任者(8名)を日本国に派遣して、日本国の初級衛生保健事業を視察する。
- ⑧、省のセンターは15ヶ所の県衛生学校(トレーニング分センター)に農村の医者のために予防保健技術トレーニングコースの開設を指導して、各県には100名の農村医者をトレーニングさせる。

第二年度：トレーニングは正式に実施する

- ①、省の初級衛生保健トレーニングセンターは続いて初級衛生保健管理幹部と社会地域医療保健技術トレーニングコースを各2回開設し、1コースは3ヶ月間で、管理者と技術者各120名をトレーニングする。
- ②、省のトレーニングセンターは第一回目の全科医学技術中堅のトレーニングコース（12ヶ月）を開設して、120名の県の予防保健技術者を育成する。
- ③、15ヶ所の県衛生学校（トレーニング分センター）は続いて農村医者の予防保健トレーニングコースを開設し、各県は2回で、100名をトレーニングする。
- ④、日本の社会地域医療保健専門家3-4名を招き、安徽省で学術の講義をして頂く。
- ⑤、県の初級衛生保健管理者20名を日本に派遣して、視察、研修させる。
- ⑥、予防保健の技術者8名を日本に派遣して、社会地域の医療保健サービスを研修させる。（3-6ヶ月）

第三年度：トレーニングを継続に実施し、中間評定をする。

- ①、省の初級衛生保健トレーニングセンターは続いて初級衛生保健管理幹部と技術中堅のトレーニングコースを各2回開設して、1コースは3ヶ月間で、管理者と技術者を各120名トレーニングする。
- ②、省のトレーニングセンターは第二回目の全科医学技術中堅のトレーニングコース（12ヶ月）を開設して、120名の県の予防保健技術者を育成する。
- ③、15ヶ所の県衛生学校（トレーニング分センター）は続いて農村医者の予防保健トレーニングコース（六ヶ月）を開設し、各県は2回で、100名をトレーニングする。
- ④、日本の全科医学専門家4名を招き、安徽省で学術の講義をして頂く。
- ⑤、県の衛生保健管理者5名を日本に派遣し、短期に視察、研修させる。
- ⑥、初級衛生保健の技術者6名を日本に派遣して3ヶ月の研修をさせる。
- ⑦、全国の初級衛生保健技術及び管理のセミナーを1回主催する。
- ⑧、日本の専門家と一緒に トレーニング項目について 中間評定を行い、計画を調整する。

第四年度：トレーニング項目を続いて実施する

- ①、第二回目の全国初級衛生保健技術及び管理セミナーを主催し、その時日本の専門家及びアジア太平洋地区の関係者を招聘し参加して貰う。
- ②、省のトレーニングセンターは第三回目の全科医学技術中堅のトレーニングコース（12ヶ月）を開設して、120名をトレーニングする。
- ③、15ヶ所の県衛生学校（トレーニング分センター）は続いて農村医者の予防保健トレーニングコース（六ヶ月）を開設し、各県は100名をトレーニングする。
- ④、県の衛生保健管理者5名を日本に派遣し、短期に視察、研修させる。
- ⑤、予防保健の技術者6名を日本に派遣して3ヶ月の研修をさせる。

第五年度：項目計画を完成し、項目の最後評定を行う

- ①、第三回目の全国初級衛生保健技術及び管理セミナーを主催し、同時に日本の社会地域医療保健の専門家及び厚生省の関係官員2-3名を招聘し、安徽省で学術の講義をして頂く。
- ②、継続に技術者6名を日本に派遣して研修させる。
- ③、省のトレーニングセンターは続いて全科医学技術中堅のトレーニングコース（12ヶ月）を開設して、120名をトレーニングする。
- ④、中日双方の専門家は共同でこの項目について完成の評価を行う。
- ⑤、双方は完成の報告書を作成し、次のトレーニング計画を作る。

安徽省初級衛生保健トレーニングセンターという協力項目は1994年安徽省人民政府が国家科学技術委員会を通じて日本国際協力事業団に項目の申請書を提出した時から既に4年間経った。この協力項目を建てるために、国家科学技術委員会、国家衛生部は大きな支持を与え、そして日本の関係方面からも関心を得ました。この項目の協力を通じて、中日双方の付き合い、交流を一層強め、お互いの理解を深め、両国人民の友誼を増進することが出来る。中日双方の共同努力によって“安徽省初級衛生保健トレーニングセンター”という項目は必ず成功するまで、スムーズに協力し、双方の望みたい効果に達し、人類の健康を促進し、人民に幸せをもたらす、と私達が深く信じている。

附属書類1：

安徽省初級衛生保健トレーニングセンター技術協力項目
需要設備リスト

1、省の初級衛生保健トレーニングセンターの需要設備

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1、ビデオ | 2、テープのコピー機械 |
| 3、卓式テープレコーダ | 4、スライド製造機 |
| 5、テレビ | 6、活動式スクリーン |
| 7、中英文タイプライター | 8、プロジェクター |
| 9、コピー機 | 10、謄写版 |
| 11、スライド機 | 12、コンピューター（プリンターを含め） |
| 13、カメラ | 14、固定式スクリーン |
| 15、スライドコピー機 | 16、1 2にん乗りのマイクロバス |

2、分トレーニングセンターの必要な設備

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1、B型超音波検査機 | 2、心電図機 |
| 3、医用冷蔵庫 | 4、分光光度機 |
| 5、X線検査機 | 6、紫外線消毒ランプ |
| 7、電動式吸引機 | 8、電動式胃洗い機 |
| 9、人工呼吸器 | 10、手術器械盛り台 |
| 11、X線検査後のフィルム観察ランプ | 12、歯医用の器械 |
| 13、スリットランプ | 14、アストラルランプ（九穴） |
| 15、軽便式歯医用椅子 | 16、産婦用別途ベット |
| 17、普通の麻酔機 | 18、歯科用総合治療機 |
| 19、電熱恒温乾燥機 | 20、総合手術ベット |
| 21、卓式普通遠心機 | 22、ダブルス顕微鏡 |
| 23、酸素 ポンプ | 24、高圧消毒機 |
| 25、救急車 | |

附属書類 2 :

初級衛生保健トレーニングの主な内容

- 1、2000年に人々が享有する衛生保健の計画目標および指標
- 2、初級衛生保健を実施する管理プログラム及び関係の政策
- 3、初級衛生保健の統計情報
- 4、都市と農村の衛生組織の完備および管理
- 5、都市と農村の医療保健制度
- 6、健康教育の内容と方法
- 7、伝染病の管理と計画免疫
- 8、地方病の予防治療と管理
- 9、食品衛生、環境衛生、労働衛生と学校衛生
- 10、飲用水の衛生、糞便の管理と除害処理
- 11、婦人、児童の保健と老人保健
- 12、一般の診断技術及び基本的な技術の操作基準
- 13、薬物の基本的な知識と常用薬の概況
- 14、健康回復医学および社会地域保健サービス

② 安徽省作成資料 2

(日本JICAと合作建設計画の安徽省初級衛生保健訓練センターと意向について)

日本 J I C A と合作建設計画の安徽省初級衛生保健訓練センターと意向について。

尊敬する日本の皆様

初級衛生保健センター建設合作計画に基づき、当安徽省に来訪いただき誠に感謝申し上げます次第です。

私は安徽省衛生庁を代表し安徽省初級衛生保健訓練センターを合作のもと建設すること、並びに合作合意の意向についての考え方を紹介します。安徽省は中国の華東地区に位置し、17市(市級行政区を含む)66県(県市級を含む)の行政区があります。

1997年度の全省の総人口は6070万人、農村人口は4979万人です。総人口に占める農村人口の割合は82%にも及びます。農民の年間収入は一人当たり1608元(日本円で26000円)です。

全省の各級各種の衛生機関は6261ヶ所、その中で県及び県級以上に属する病院は488ヶ所、郷鎮衛生院は2762ヶ所、村衛生室は38053ヶ所あります。県及び県級以上に属する予防免疫センター、専門病防治研究所は200ヶ所、婦児保健所は109ヶ所にもおよびます。全省での医療衛生技術者は15.25万人、その内村医者は3.88万人です。

1. 安徽省の初級衛生保健の考えと進む道について。

WHOは西暦2000年に世界中の人々が衛生保健を受けられる事、実現するために初級衛生保健を進める事を基本的な考えにすえ、戦略としています。

中国政府はこの方針に同意し、90年代の国民経済及び社会発展の基本計画に組み込んできました。

中国政府の初級衛生保健の主な内容は以下の通りです。

農村衛生システムの構築と管理、農村衛生技術者人材の養成と活用、農村医療保健制度の導入、健康教育、計画免疫、婦児衛生保健、飲料水及び生活環境衛生整備です。

国家衛生部に所属する我が省は1987年度から一步一步農村初級衛生保健事業を進めてきました。

安徽省は農業省であり農村人口が多く自然災害に頻繁に見舞われて来ました。

初級衛生保健事業を進めることには多くの困難を伴います。全省のいたる行政及びその関連機関は常に初級衛生保健機関を主要な位置に置き、農村衛生システム作りを重要な課題として位置づけ対応してきました。そして事業を一步一步進めてきました。

1997年までに安徽省の85県が農村初級衛生保健を担い、その内50県は初級衛生保健資格に合格しました。残る35県も積極的に初級衛生保健資格に合格するように努力しています。

2. 日本JICAと合作する初級衛生保健センターの必要性について。

中国における安徽省の経済水準は中程度です。農村衛生サービスの技術水準は日本に比べ劣っています。私達が日本を見た印象では、日本の農村衛生事業は大きな成果を上げ、世界の中で見ても初級衛生保健が普及してい、日本国民は全て初級衛生保健サービスを受けています。日本との合作及び交流を強めること、日本の農村衛生事業の経験を学ぶ事は安徽省の農村初級衛生保健事業をより進歩させる事でしょう。安徽省の初級衛生保健事業は大きな成果を遂げてきましたが、まだ解決しなければならない問題点を多く抱えています。

農村の初級衛生保健技術者と管理者が少ないこと、農村医療予防保健サービスの技術者の能力、及び管理者のレベルが低く、高めなければならないこと。

現在安徽省の初級衛生保健訓練センターの教育施設はとても劣り、教師の数と設備面からして、全省数十万人の農村衛生技術者を訓練するにはとても無理な状態です。

中国国家科学技術部及び衛生部は安徽省が中日政府間JICAの技術合作によって初級衛生保健訓練センターを共同で建設することを積極的に支援してきました。

センターの建設は現在の初期衛生保健訓練センターの教育条件を改善し、教師の教育能力を高め、農村衛生技術者及び管理者のレベルを高めることです。このことは農村初級衛生保健サービスの質的向上につながります。

3. 安徽省は日本JICAと合作について有利な条件を持っています。

1) 安徽省政府は従来から農村衛生と初期衛生保健事業を非常に重視してきました。

省政府は三年大発展、五年上台階（三年間速い発展をし、五年間で有るレベルに達する）を政府任期公約として重要事業としています。

専任管理庁長を置き、専任管理秘書長が具体的に管理監督しています。省政府は毎年初級保健事業の研究会議を開催し、専任庁長と秘書長は毎年その事業がどこまで進捗しているかを管理監督をしています。安徽省政府は毎年初級衛生保健に合格した県に対し30万元を拠出し奨励しています。また安徽省は対外開放や国際交流合作を重視しています。

1994年以来、今回の初級衛生保健訓練センター合作建設について省政府は国家科学技術部、衛生部に何度も文書で提出し、合作合意を積極的に進め、省衛生庁はこの合作を成功させるためにたゆまぬ努力をしてきました。

2) 国家科学技術部及び衛生部は安徽省で初級衛生保健センターを建設することに非常に賛成し支援しています。

この2部門の文書の中に『安徽省は全国で地理的条件、交通便利、教師が多く、この様な省で初級衛生保健センターを建設することは、全国的に初級衛生保健事業展開に指導的意義を持つ』と表現しています。国家科学技術部、衛生部の担当幹部は安徽省でセンター建設合作が推進されるように努力してきました。

3) 現在ある安徽省初級衛生保健訓練センターはある程度の基礎教育条件がそろっています。

安徽省の初級衛生保健訓練センターは安徽医科大学の衛生管理学院にあり、国家衛生部の全力指導のもとに建設され、全国で唯一この安徽省に存在します。

センターには5名の教授、9名の助教授、24名の講師及び100名の事務員他が勤務しています。

当センターは安徽省の農村衛生者の訓練を担当するほかに、国家衛生部の命を受け他省の農村衛生者の訓練及び研究などをも担っています。このことから国家衛生部は同時にセンターを中国農村衛生事業管理研究所と命名しました。

センターは建設されて以来、安徽省及び全国の衛生管理者を訓練してきました。又このセンターは第2分部が有り（安徽省衛生幹部進修学校に有る）医療予防保健技術訓練教師がいます。

4) 初級衛生保健訓練センターは安徽省の省都合肥に有ります。
合肥市は全国の改革開放の重要先進的都市として有名です。 鉄道、
道路、水路、航空路などあらゆる交通手段が整備され、国際交流、国
内交流とも非常に便利です。

4. 合作項目の目標と効果

合作の目標は安徽省初級衛生保健訓練センターの設備を完備、教師の
能力を高め、衛生機能が完全に機能し、効果的に初級衛生保健者を育
成訓練するためのセンターを建設することです。このセンターの建設
は全省数十万人の農村衛生技術者及び管理者を長期間に渡り有効に訓
練し続け、安徽省農村衛生サービスのレベルの向上と管理の効率を全
体的に高めるようになります。農村衛生者が少ない現状を根本的に解
決出来る事のです。

又、このセンターは安徽省をベースに全国的、周辺省に対し理論指導、
技術指導サービスを提供できると確信しています。

5. 合作項目の主な内容。

1) J I C Aから資金と設備の援助を受け、現存する訓練センター及
び第二分部の基礎条件を完成する。研修生（毎回100名程度）の研
修期間中の寮の提供、教室、研修機器の充実、センターと基地（農村
）の間を教師研修生が移動できる車両、他必要設備を（表-1）整備
し一步一步機能を充実完成させる。

2) センターに付属する15ヶ所の教育実習の基地、郷鎮衛生院に必
要な基礎的医療及び予防保健設備を備え、訓練により管理レベルを高
め、一級甲等病院レベルにまで上げ、センターからの命で教育実習を
担当、理論と実践が伴う方式で実用者を養成します。（教育実習基地
の必要な設備は表-2）

3) 日本への研修生派遣、日本人専門技術者の安徽省派遣指導等の交
流により、日本の農村衛生サービス技術と管理方法の取得、センター
の教師の理論レベル、教育能力を全体的に高める。

学生は理論を習得、技術能力で現地農村基礎衛生サービスに適応出来
るように教育する。

日本への研修、安徽省への技術者派遣費用はJ I C Aが提供する。

6. 双方の共同努力で目的の効果をあげる。

安徽省初級衛生保健訓練センターを合作で建設後、衛生部と国家科委の指導のもと、安徽省衛生庁は直接センターを管理し、その責任を持ちます。

合作項目を成功させるために、目標と効果を掲げます。

まず資金と設備の管理を高める。安徽省衛生庁はJICA項目専門グループ編成し、JICA項目の財産と審査業務を強め、設備の使用、保管、保養、修理等を専門に担当する人を置きます。

次に合作項目を実施する過程で効果的に監督及び評価することを推進します。

双方が協定した『実施計画書』に対応し計画通りに実施、結果を評価するとともに、JICA専門家の監督と指導を受け取ります。

合作項目の実施計画は中国サイドで初案を作成しますが、日本サイドと協議、問題点について指導を受けます。

安徽省初級衛生保健センターの合作は1994年安徽省人民政府から日本国際協力事業団（JICA）に申請書を提出してから早4年が経過しました。中国国家衛生部と国家科学技術部はこの合作が成功するように積極的に支援してきました。日本国内の関係部門もこの合作に関心を持っています。

我々はこの合作により、中日の交流をより深め互いに理解し合い、両国人民の友情を一層強めるであろうと確信しています。我々は中日双方の努力で安徽省初級衛生保健訓練センターの合作が成功する事を願い、双方の希望する効果を達成する様、WHOが『誰でも衛生保健を受ける地球目標』を実現するために役立ちたいと念願しています。

謝 謝

1998年4月2日

表一： 安徽省初級衛生保健訓練センター－急用設備

設備名称	需要件数
1. ビデオ	2
2. 投影屏幕(OHP)	3
3. 自動通訳機	1
4. コンピューター・プロジェクタ	3
5. コピー機	3
6. 数字謄写機	3
7. 幻燈機(スライド機)および幻燈製作設備	2
8. パソコン	3
9. ワープロ	3
10. ファックス	2
11. ワゴン車	3

表二： 15 教育実習現場の郷村衛生組織急用設備

設備名称	需要件数
1. B 型超音波装置	
2. 医用冷蔵庫	
3. 分光光度計	
4. X 光機(レントゲン機)(200mA 以上)	
5. 電動吸引器	
6. 電動胃洗い機	
7. 人工呼吸機	
8. 口腔および歯科用器具	
9. 細隙燈(スリットランプ)	
10. 無影(手術)燈(九穴)	
11. 軽便歯科用いす	
12. 分娩いす	
13. 麻酔機	
14. 電熱恒温乾燥箱	
15. 総合手術床	
16. 普通遠心機	
17. 双目顕微鏡	
18. 酸素シリンダ	
19. 高圧消毒装置	
20. 救急車	

安徽省初級衛生保健訓練センター合作実施計画書

1. 合作実施事前準備。

- 1) 日本大使館関係者並びに日本国政府関係専門家を安徽省に招聘、訓練現場及び農村衛生保健現場を視察。
- 2) 訓練実施計画書策定。
- 3) 中日双方合作内容協議。
- 4) 合作項目管理事務所開設。

2. 合作項目実施計画。

第1年度： 訓練項目開始。

- 1) 省合作管理リーダーグループは各市県と訓練協議書を締結。
- 2) 省初級衛生保健訓練センター及び15県衛生学校（訓練支センター）の教育条件を決める。
- 3) 初級、中級日本語教室を各1教室開講。日本語が分かる技術者と管理者を60名養成。
- 4) 省訓練センターは全国に赴き、初級衛生保健管理幹部訓練教室（12カ月）を2回開催、合計200名の各級管理者を訓練。
- 5) 省訓練センターは全国初級衛生保健技術者訓練教室（6カ月）を2回開講、合計200名の予防保健技術者を訓練。
- 6) 日本厚生省衛生官員2～3名及び社区（地区）医療保健専門技術者を安徽省に招聘、初級衛生保健管理経験及び社区（地区）医療保健サービス講義。
- 7) 初級衛生保健管理者及び合作項目責任管理者8名を日本に派遣、日本の初級衛生保健実態を視察研修。
- 8) 15県衛生学校（訓練支センター）は指導を受け、郷村医者予防保健技術者訓練教育（6カ月）を実施、各県100名を訓練。

第2年目：正式訓練実施。

- 1) 省訓練センターは初級衛生保健管理幹部及び社区医療保健技術者訓練教室を2回開催、期間3カ月、合計120名の管理者と技術者を

訓練。

- 2) 訓練センターは第1期全科医学技術幹部訓練教室を開催(期間12ヵ月)、合計120名の県級の予防保健技術者を訓練。(教育計画は附表による)
- 3) 15県衛生学校(訓練支センター)は郷村医者予防保健技術者訓練教室(6ヵ月)を継続開催、各県2回開催、100名を訓練。
- 4) 日本の社区(地区)衛生保健技術者を2~3名安徽省に招聘、講座開催。
- 5) 県級初級衛生保健管理者を20名日本に派遣研修。
- 6) 予防保健技術者8名を日本に派遣(3~6ヵ月)社区(地区)医療保健サービス研修。

第3年度：訓練の実施継続と合作項目中期評価。

- 1) 省訓練センターは初級衛生保健管理幹部と技術幹部訓練教室(3ヵ月)継続開催、各120名を訓練。
- 2) 省訓練センターは第2期全科医学技術幹部訓練教室(12ヵ月)を開催、120名の県級予防保健者を訓練。
- 3) 15県衛生学校(訓練支センター)は2回郷村衛生予防保健者訓練教室(6ヵ月)継続開催、各県2回合計120名を訓練。
- 4) 日本の全科医学技術専門家を4名安徽省に招聘、講義を開催。
- 5) 県級衛生管理者5名を日本に研修派遣、短期間日本研修訓練を実施。
- 6) 初級衛生保健技術者6名日本に3ヵ月研修派遣、
- 7) 全国初級衛生保健技術及び管理検討教室を1回開催。
- 8) 訓練項目を中期で評価、訓練計画項目の検討修正。

第4年度：訓練項目実施継続。

- 1) 第2期全国初級衛生保健技術及び管理研修教室を開催、開催時、日本の専門家及びアジア地域の関係者を招待参加を要請。
- 2) 訓練センターは第3期全科医学技術幹部者訓練教室(12ヵ月)開催、120名訓練。
- 3) 15県衛生学校(訓練支センター)は郷村医者予防保健訓練教室(6ヵ月)継続開催。毎県120名訓練。
- 4) 県級衛生管理者5名日本に研修派遣。
- 5) 予防保健技術者6名日本に研修派遣(3ヵ月)

第5年度：項目計画を終了、項目終期評価。

- 1) 第3期全国初級衛生保健技術及び管理の検討教室開催、2～3名の日本社区（地区）医療保健専門家及び厚生省官員を招聘講座を開催。
- 2) 技術者6名日本研修派遣。
- 3) 省訓練センターは全科医学訓練教室（12カ月）継続開催。120名県級予防保健者を訓練。
- 4) 中日双方の専門家は項目の終期を評価。
- 5) 総括報告、以降の訓練計画を制定する。

以上

③ 安徽省作成資料3

(安徽省初級衛生保健育成訓練センター(二部)の状況紹介)

安徽省初級衛生保健育成訓練センター(二部)の状況紹介

1 基本的な状況

1.1 従属と機能

安徽省初級衛生保健育成訓練センター(二部)(あとは育成訓練センターと略称する)は安徽省衛生廳によって直接管轄と管理を受けられる初級衛生保健機構である。育成訓練センターの業務管理は安徽省衛生幹部進修学校によって責任を負われる。また教員と教學施設などでは二つの部門は共に享受しています。

大規模的な育成訓練を行なうために、近くで育成訓練をするという原則をとって、育成訓練支部は15設けている。それらは肥西縣衛校、六安衛校、芜湖衛校、安慶衛校、桐城縣衛校、巢湖衛校、庐江縣衛校、滁州衛校、定遠縣衛校、懷遠縣衛校、泗縣衛校、阜陽衛校、阜南衛校、黄山衛校、祁門縣衛校などである。

これらの支部は育成訓練センターによって指導され、歩調を合わせられます。その教員は育成訓練センターによって育成され、教員の足りない部分は育成訓練センターによって指定され派遣されます。また育成訓練計畫や教材も育成訓練センターを主として編纂します。支部の育成訓練のしごとは育成訓練センターによって監督されます。

1.2 育成訓練センターの建物の状況

育成訓練センターの主な建物の状況は次のようである。

育成訓練ビルの建築面積は2800平方メートルである。

授業ビルの建築面積は4200平方メートルである。それには標準教室は27軒あり、多機能ホールは一つあり、階級教室は二つあります。

実験ビルの建築面積は3000平方メートルである。それにはいろいろな実験室は26軒あります。

図書館の建築面積は760平方メートルである。書類の総数は5萬冊ぐらいであります。

1.3 育成訓練のやり方

育成訓練センターの育成訓練のやり方は二つあります。

長期育成訓練(>1年): 學歷教育と非學歷教育であります。

短期育成訓練(<1年): 鄉鎮病院の11種類の衛生技術職業育成訓練と、専門の技術育成訓練やシンポジウムなどあります。

1.4 教學實驗の設備

1.5 人的状況

教職員は139人です。そのなかには先生は78人で、補助的な人は18人です。そのほかには固定的な客員先生は20人です。

先生数では修士が全体の7.8%をしめ、大学卒業の人が全体の92.2%をしめります。先生数では高級職名のあるものは全体の33.3%をしめ、中級職名のあるものは全体の46.0%をしめります。

補助的な人ではカレジャンとその以上の学歴のある者は全体の70.0%を占め、中等専門学校の卒業の人は全体の30.0%を占めります。

1.6 實習の基地

安徽省立病院，安徽醫科大學附屬病院，合肥市第一人民病院，安徽省建委病院，蚌埠市第三病院，銅陵市第一病院，安慶市第一病院などです。

2 主な育成訓練成果と科学研究成果

2.1.1 長期育成訓練

学歴の教育を受けている人は1700人で、初級衛生保健育成訓練を受けている人は869人です。学生たちは全省のやく1/3の郷村衛生機構から來ました。

2.1.2 短期育成訓練

育成訓練センターの育成訓練している項目には中西部貧困地区協力医療方案設計の育成訓練や、郷鎮病院院長の育成訓練や、預防医学教員の育成訓練や 初級衛生保健と看護職業技術の育成訓練や、検査職業技術の育成訓練や、婦女子の保健などです。

- ・ 中西部貧困地区協力医療の育成訓練
- ・ 初級衛生保健と郷鎮病院院長の育成訓練
- ・ 預防医学教員の育成訓練
- ・ 婦産人科職業育成訓練
- ・ 全部の医科の育成訓練
- ・ そのほかの育成訓練項目

2.2 主な科学研究の成果

2.2.1 「中國農村協力醫療實施方法の概論」（《中国农村合作医疗实施方法概论》）の編纂と出版に参与しました。

2.2.2 「農村衛生管理者の職業育成訓練のための計畫と綱要」（《农村卫生管理人员岗位培训计划和大綱》）の編纂に参与しました。

2.2.3 「郷鎮病院院長の育成訓練のための教材」（《乡镇卫生院院长培训教材》）の開発と編纂に参与しました。

2.2.4 「郷鎮病院衛生技術職業育成訓練と授業のための計畫と綱要」（《乡镇卫生院卫生技术岗位培训教学计划及大綱》）の編纂に参与しました。

2.2.5 「安徽省衛生人力現狀とその發展戰略」（《安徽省衛生人力現狀及發展戰略》）の研究に参与しました。

3 主な問題点

3.1 設備を更新し補充する必要があります。

3.2 教員の力が比較的に十分ですが、現代醫學の新進展と新知識と新技術などを身につけるために、教員に教育と育成訓練とを続ける必要があります。

3.3 科学研究のしごとをさらに上げる必要があります。

3.4 支部が多いので、業務のための自動車がほしい。

3.5 育成訓練のしごとが多いので、一定のお金をつぎこむ必要があります。

4 こんごのしごとの手配

4.1 設備を買い入れる

4.2 育成訓練センターのローカル・エリアネットワーク(local area network)の建設を完成させる。さらにINTERNETによって各支部とのテレコミを完成させて、しごとの能率を上げる。

4.3 教員の育成訓練

4.4 技術的な援助を受け入れる

日本国の専門家が授業と講演をなさってきてくださりたいです。

4.5 教材の開発

4.6 初級衛生保健の研究

4.7 初級衛生保健の應用技術の開発

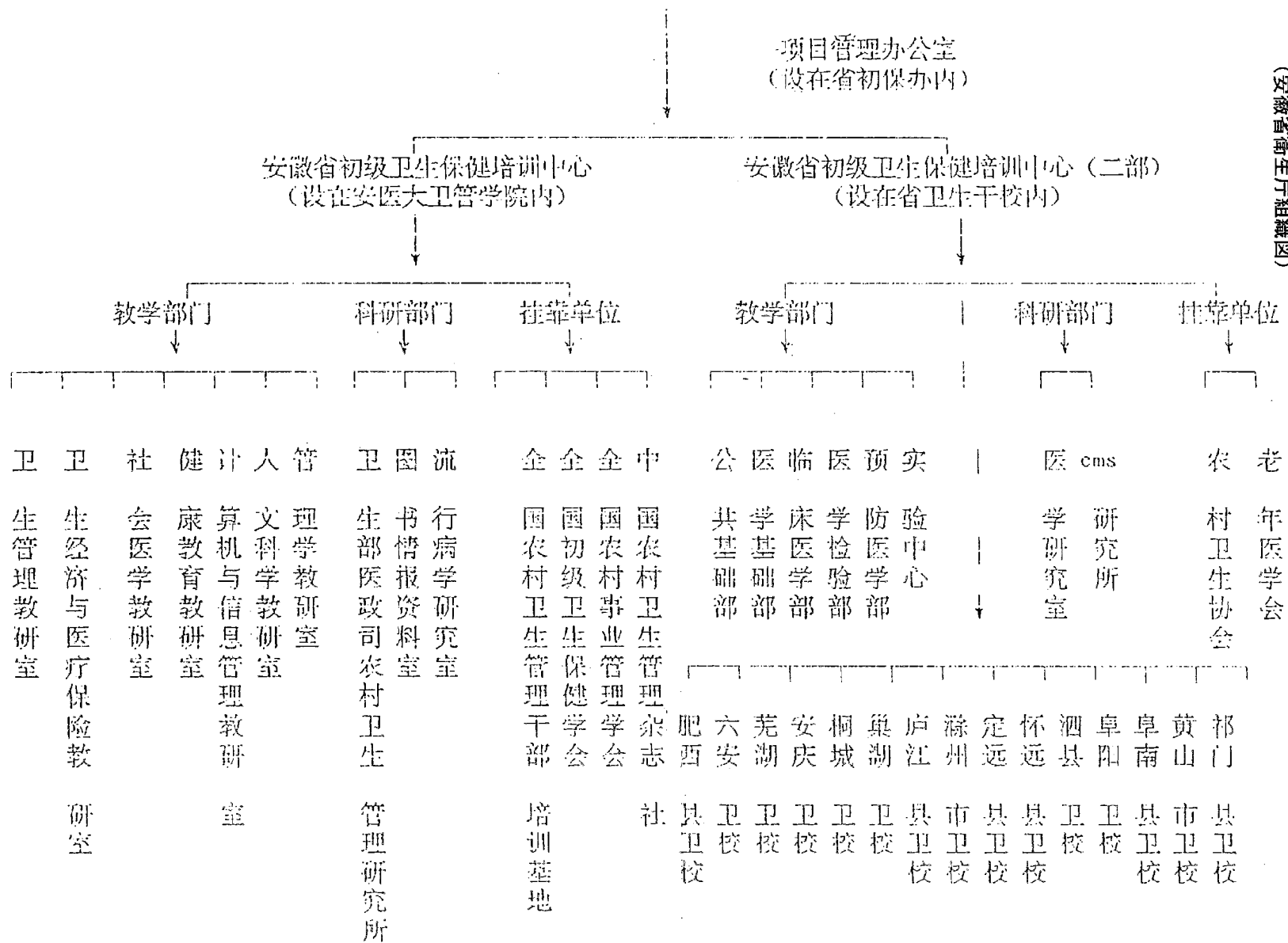
4.8 計畫によつてのしごとをやりとげる

育成訓練センターは主に中等專業學校學歷とその以上の育成訓練をしています。支部は中等醫學專業證明書とそのほかの一つ一つの育成訓練をしています。

5年の計畫によつて次の目標があります。育成訓練センターは毎年200-300人を育成訓練できます。その主な対象は支部の教員と郷鎮病院の管理者などである。支部は毎年100-200人を育成訓練できます。その主な対象は郷鎮病院の衛生技術員である。

ほかの人は項目ができあがってから、育成訓練を受け續けます。

④ 安徽省作成資料 4
(安徽省衛生庁組織図)



⑤ 安徽省の基本状況

安徽省の基本状況 (1996年)

		数量	対前年 増加数	対前年 増加率 (%)			数量	対前年 増加数	対前年 増加率 (%)
衛生機関 (個)		6,251	-332	-5.3	衛生従事者 (人)		186,897	2,013	1.1
病 院 (個)		488	7	1.5	衛生技術者 (人)		152,486	1,867	1.2
ベッド数 (床)		120,776	930	0.8	郷村医 (人)		38,841	5,192	15.4
病院ベッド数 (床)		71,538	2,573	3.4	個人開業者 (人)		6,140	-6	-0.1
人口千人当りの 平均病院ベッド 数 (床)		1.86	0.03	1.54	人口千人当りの 平均衛生技術者 数 (人)		2.52	0.01	0.04
人 口	総数 (万人)	6,054			衛 生 費 用	衛生事業費 (万元)	57,489		
	出生率 (‰)	16.00				衛生事業費対前年増加率 (%)	11.1		
	死亡率 (‰)	6.50				衛生事業費が財政支出に占める 割合 (%)	3.23		
	自然増加率 (‰)	9.50				衛生部門固定資産 (万元)	269,954		
医 療 サ ー ビ ス	診療総人数 (万)	8,159.56			衛生部門基本建設投資 (万元)				
	外来人数 (万)	7,541.70			外来一回にかかる平均医療費 (元)	20.32			
	救急診療人数 (万)	230.33			一退院患者にかかる平均医療費 (元)	516			
	入院総人数 (万)	275.12							
	退院総人数 (万)	276.68							

<農村衛生事業>

農村初級衛生保健

- ・農村初級衛生保健は普及段階にある。
- ・全省で合格基準に達したのは18県(市・区)、基本的合格基準に達したのは14県(市・区)にすぎない。
- ・初級衛生保健合格県累計数は38、基本的合格累計数は31で、全省の農村人口の78%をカバーしている。
- ・縦陽、寧国、合肥郊外で、合作医療モデル地区事業を実施した。行政村の村立衛生室の発展、郷村衛生組織の一体化管理を推進。

農村衛生「三項建設」

- ・農村衛生「三項建設(三種施設整備事業)」を推進し、郷鎮衛生院101か所、防疫センター4か所、母子保健所3か所の建屋改築を行った。
- ・郷鎮衛生院153か所、防疫センター17か所、母子保健所20か所に医療機器を設置した。
- ・郷鎮衛生院25か所、母子保健所2か所の技術者のトレーニングを実施した。
- ・郷鎮衛生院、県(市)防疫センター、県(市)母子保健所の設置基準を制定した。

郷村医の養成

- ・「郷村医教育事業実施意見」を策定し、全省を対象に郷村医中等専門レベル試験を実施した。
- ・Ⅳ項衛生借款と組み合わせて中等衛生学校 17 校、県衛生学校 65 校を設立し、専門研修や短期研修等の多様な方法により、末端の衛生技術者の技術レベルおよび郷鎮衛生院長の管理レベルを向上させた。
- ・規模の比較的大きい医療機関 17 か所が、無料で貧困県の医療職 108 人の受け入れ研修を行い、県病院 10 か所の二級病院の審査合格を支援した。

<予防保健>

予防接種

- ・4種ワクチン（麻疹、ポリオ、BCG、DPT）の基礎免疫接種を受けた児童はのべ800万人、4種ワクチン強化免疫および流行性脳炎・日本脳炎等の予防接種を受けた児童はのべ2,500万人にのぼる。
- ・郷鎮を単位とした4種ワクチン接種率は99.54%に達した。
- ・全省を対象とするポリオ根絶に向けたNIDを継続的に実施し、450万人近くの児童に2ラウンドのワクチン接種を行った。過去5年間野生株による症例は発見されていない。

伝染病の予防

- ・96年度はわずか10市・県が省のフィラリア根絶基準をクリアしたに過ぎなかった。
- ・全省のマラリア発病率は95年を34.25%下回り、過去5年省内で悪性マラリアの症例は発見されていない。
- ・7地区・市、20県（市）が悪性マラリア根絶基準に達し、12県（市）がマラリア根絶基準に基本的に達成した。
- ・ハンセン病発病率は0.5/10万以下に抑えられている。
- ・結核所轄部門管理事業を34市・県（市）で徹底し、「結核根絶の強化・促進プロジェクト」を推進。
- ・衛生部の指示により、エイズの血清学疫学調査を実施。

風土病の予防

- ・慢性住血吸虫症患者数を95年度より6.5%減少、末期住血吸虫症患者数を5%減少させた。
- ・ヨード化塩等の方法を中心に、ヨード欠乏症を予防。
- ・フッ素病の予防においては、国家指定観測地点の水質等をモニタリングし、7県において水のフッ素低減改良モデル事業の調査を実施。

<母子保健>

- ・様々な方法で普及宣伝活動を展開し、レベル別に中堅技術者を養成した。
- ・各種証書、「新生児出生医学証明」の発行に関する業務を重点的に強化。
- ・「安徽省における『母子保健法』の実施方法」を12月1日より施行した。
- ・合肥市、馬鞍山市、蕪湖市で母子保健地域総合サービスモデル事業を実施。

<愛国衛生運動>

- ・農村においては飲料水とトイレの改良を重点的に実施。
- ・全省の改良水受益人口普及率は88.46%、無害化衛生トイレ普及率は20.56%に達した。

<医療制度改革>

- ・全省83の地区・市および県・市のうち75都市において、「国、雇用先、個人が共同で医療費を負担する」制度を実施した。その実施率は90%に達し、国が定めた省の96年度目標（88%）を上回った。
- ・公費医療医薬品管理を強化。「安徽省公費医療における医薬品費負担範囲」を定め、公費医療に対する検査・監督を強化した。
- ・蕪湖、銅陵、淮北市を「国務院拡大医療保障制度改革モデル都市」に指定。

⑥ UNICEF入手資料



联合国儿童基金会驻中国及蒙古区域办事处
北京三里屯路12号
邮政编码 100600

电话：(86-010) 65323131-38, 65322351
电传：22695 CFOCB CN
传真：(86-010) 65323107

United Nations Children's Fund
Fonds Des Nations Unies pour l'enfance

UNICEF Area Office for China & Mongolia
12 Sanlitun Lu
Beijing 100600
People's Republic of China

Phone : (86-010) 65323131-38, 65322351
Telex : 22695 CFOCB CN
Fax : (86-010) 65323107
Cable : UNICEF Beijing

联合国儿童基金会

Ref:-OCB/PROG/98-029

26 March 1998

Dear Mr. Matsuzawa,

Thank you for your note of 25 March. I regret that you could not reach Mr. Rodrigues, who is on a field mission which is part of the mid-term review of our programmes.

I am enclosing copies of the following documents:

- Chapters 2 and 3 of a UNICEF Situation Analysis on Children and Women of China (June, 1995).
- Section of our Master Plan of Operations (1996-2000 programme of cooperation) on Health.
- Programme plan of operations for Health (general plus project plans for MCH and Breastfeeding).
- Excerpts from our 1997 Annual Report (Draft--Not for quotation).

We are presently involved in a major "mid-term review" of our country programme of cooperation, including the health programme and projects. As field visits and desk reviews are still underway, however, it will be some time before results of this review will be available.

I hope the above will be useful, and we look forward to hearing more and sharing ideas about plans of work for women and children.

With best regards,

Alan M Brody
Senior Programme and Planning Officer

Mr. Norio Matsuzawa
Resident Representative
JICA China Office
Room #1111, Beijing Fortune Building
5, Dong San Huan Bei-Lu
Chao Yang District
Beijing

MPO 1996 - 2000

Health and Nutrition

Programme Goal

57. To facilitate achievement of the health and nutrition goals of the NPA in all parts of China. The main NPA goals are:

1. Reduce the infant mortality rate and under-five mortality rate to less than 33 and 41 per thousand live births respectively.
2. Reduce the maternal mortality ratio to less than 45 per 100,000 live births.
3. Reduce prevalence rate of moderate and severe malnutrition to less than 8 per cent and 2 per cent respectively among children under five years of age as indicated by weight for age.

Programme Objectives

58. Specifically, the health and nutrition programme will aim at achieving the following objectives by the year 2000:

1. Reduction of ARI mortality to less than 8 per 1000 live births;
2. Reduction of under five diarrhoeal disease mortality to less than 3 per 1000 live births;

3. Achieving and sustaining over 90 per cent coverage of EPI at the township level including TT for child-bearing age women;
 4. Reduction of deaths due to obstetric hemorrhage to less than 22 per 100,000 live births;
 5. A breast feeding rate of 80 per cent up to at least 4 months of age, and an exclusive breast feeding rate of at least 40 per cent up to 4 months of age;
 6. Virtual elimination of IDD;
 7. Adequate maternity care coverage of 85 per cent in each province;
 8. Development of approaches to community prevention of injuries and to raising awareness among community leaders of the importance of injury control; and
 9. Development of approaches to improve the quality of family planning services through integration with other MCH services.
59. Supplementary objectives beyond the NPA goals will include:
1. Development of a rapid reporting and case investigation system for measles in preparation for measles eradication.
 2. Elimination of severe malnutrition in children under 5, and reduction in micronutrient deficiencies especially iron deficiency anemia and Vitamin A deficiency in pregnant women and children under 5.
 3. Over 60 per cent coverage of hepatitis B vaccine in infants nationally.
 4. Development of approaches to prevent children and young adults from smoking, and programmes for health worker and public awareness raising regarding smoking cessation; and
 5. Development of target audience specific communication strategies to prevent HIV/AIDS.

ARTICLE 5: COUNTRY PROGRAMME STRATEGIES

74. Within the overall country programme framework, and based on the goals and specific programme objectives, the following major sectoral strategies have been developed.

Health and Nutrition

75. A balanced approach will incorporate strategies that focus on geographic areas with major needs (eg. poverty and high mortality) and activities with nationwide reach. Geographically focused activities will include a built-in mechanism for fast expansion of successful strategies and approaches to make the attainment of NPA goals possible. While a focus on high mortality areas of the country will continue to be the main strategy, selected problems such as ARI, neonatal care and injury control will require nationwide support to achieve NPA goals for the reduction of mortality. Similarly, disease elimination programmes for polio, neonatal tetanus and IDD need continuing national support to maintain their mid-decade goal achievements. In addition, support will be provided for national activities such as advocacy, communication to the general public, mobilization of professional organizations (eg. OBGYN Association and Pediatrics Association) and mobilization of professional decision makers (eg. hospital administrators). In this context, effective communication strategies as well as advocacy and social mobilization strategies will need to be expanded. These activities will be critical in mobilizing political, professional and community support for the NPA goals as well as empowering families to adopt healthy and life-saving practices. Finally, to make effective basic health services accessible to everybody, participation in discussions on health care policy, especially financing of these services, must be continued with all levels of the government.

76. An important aim of the programme will be to ensure that families have access to basic health service packages in sufficient quantity and quality. These can best be categorized as follows:

1. A well child package involving services for children when they are well to promote their healthy development. The package would include breast feeding promotion, nutrition assessment and interventions, micronutrient deficiency assessment and prevention, EPI, health education, promotion of sanitary latrines and hygienic practices and promotion of healthy life styles. This component would also have links to counseling and services for women such as family planning and tetanus toxoid vaccination.

2. A sick child package involving services for children when they are ill, with special emphasis on ARI and diarrhoeal diseases. The package would include correct case management of the diseases, appropriate referral, adequate referral services as well as activities empowering families to make decisions about when to seek help and when to provide appropriate home care.

3. A safe motherhood and neonatal care package involving services during pregnancy, delivery and post partum for women, including family planning, as well as care for the newborn.

4. A nutrition package which is an integral part of well child, sick child and safe motherhood/neonatal care services. Key components of nutrition such as breast feeding promotion, supplementary feeding of infants and young children, nutritional assessment, analysis and action at community and family level, nutrition during pregnancy and the lactating period, nutrition during and after illness and appropriate supplementation of critical micronutrients need to be built into all service packages. In addition, nutrition surveillance, including surveillance of micronutrient deficiencies, surveillance-based nutrition policy formulation and contribution to the promotion and monitoring of the Nutrition Programme of Action of China will be part of the nutrition activities.

77. Many of the above approaches and strategies overlap several departments in the MOH. This will require high levels of collaboration and coordination. Such coordination involves the strategies and approaches used, messages for training and IEC as well as geographic convergence whenever appropriate. Small inter-departmental groups on well child, sick child, safe motherhood and neonatal care and nutrition will be set up within the MOH to provide a mechanism for collaboration and coordination. In addition, clear plans and mechanisms for linkages with other sectors are needed, mainly in the areas of communication as well as advocacy and social mobilization.

HEALTH AND NUTRITION

PROGRAMME PLAN OF OPERATIONS

Executive Summary

1. China faces a major challenge if it is to achieve the World Summit for Children (WSC) and NPA goals related to the health of women and children by the end of this decade. The Government and society have already shown great determination in moving towards the achievement of these goals through strong political will and mobilization at all levels. Infant and child mortality rates have almost reached developed country levels in big cities and coastal provinces. One of the most important challenges facing China now is to lower mortality rates in rural areas and reduce them markedly in the 25 per cent of the country where they are still quite high. To do this will require efforts on many fronts. Foremost is the need to strengthen primary health care services, particularly preventive health care for women and children and improving access to these services. Special effort will be needed to extend services to populations which are currently underserved such as the "floating population". Strengthening of the capacity of the health care system at all levels and the empowering of families and communities to address their needs as much as possible at the local level are equally important strategies.

2. The high rates of diarrhoeal disease, ARI, growth retardation and micronutrient deficiencies in most rural areas of China can be improved with appropriate basic services focused on children and women coupled with education of families at the community level. The timely achievement of the WSC/NPA goals will ultimately depend on the decisions made at the community level by millions of family members. Communication activities through both mass media and interpersonal and group communication aimed at improving knowledge and promoting appropriate choices related to these goals are an essential part of many of the health and nutrition projects and will be linked with other sector projects involving communication and social mobilization.

3. Assisting China reach its year 2000 goals is the top priority of the 1996-2000 UNICEF programme of cooperation. To do this, the programme will provide support to projects focused in high mortality areas such as the Maternal and Child Health (MCH)/FP project, and programmes with national service delivery or impact such as epidemic prevention immunization (EPI), breast feeding promotion and IDD. The bulk of resources will continue to be, as before, in further improving and sustaining achievements in immunizations and basic maternal and child health care. Child nutrition especially during the weaning period, a continued emphasis on breast feeding and an expanded effort in iodine deficiency disorders (IDD) and other micronutrients highlight UNICEF's support in the nutrition area. The rising prevalence of smoking in China has indicated the need to design effective smoking prevention and cessation programmes for children. Sexually transmitted diseases, HIV/AIDS and injuries are other important health problems that will be addressed during this programme cycle. Another new initiative will promote development of creative financing packages for provision of both preventive and curative maternal and child health care. Basic to all these efforts will be the health education inputs needed to change the knowledge and practices of families and communities. Special efforts will be made to

coordinate strategies within the health and nutrition sector and to develop linkages with other relevant sectors.

4. This programme of cooperation has the potential to make significant contributions to China's efforts to improve the health of its women and children and achieve the WSC/NPA goals before the year 2000. The programme consists of the extension and expansion of successful approaches initiated before 1996 and it also includes selected well targeted new components. total funding will be sourced from general resources (US\$31.6 million) and supplemental funds (US\$21.5 million).

Situation Analysis

Infant, Child and Maternal Mortality

5. After a steady and impressive decline in the infant mortality rate (IMR) since 1949, progress appears to have levelled off during the 1980s at an IMR of between 40 and 50 per 1000 live births. Under five child mortality (U5MR) also changed very little during the 1980s, hovering between 50 and 65 per 1000 live births. However, there is considerable variation in these rates between provinces and between counties within most provinces. Although the national IMR/1,000 live births was 44 in 1990, the rates varied from 11 in Beijing to 68 in Guizhou, 74 in Yunnan, and 78 in Qinghai. Some counties in these provinces reported IMRs over 100. The Maternal Mortality Ratio (MMR) was 81/100,000 births in 1991 but there was wide variation within the country, from ratios equivalent to developed countries in major cities to ratios as high as 400-700 in provinces such as Guizhou, Tibet, and Qinghai. Data from the 300 counties project have shown that, in these counties, 53 per cent of maternal deaths occur at home and 45 per cent of women who died had not had contact with a medical care provider. Sixty-three per cent of women in these counties had not received prenatal care and 64 per cent of deliveries occurred without a trained birth attendant. The Ministry of Health estimates that these problems reflect the situation for a population of almost 250 million people in China.

6. The major causes for infant deaths are ARI, problems of the newborn, neonatal tetanus, diarrhoeal diseases and injuries. The most important causes of child mortality between one and four years of age are pneumonia, diarrhoeal diseases and injuries. Noticeably, except for neonatal tetanus, vaccine-preventable deaths are almost eliminated as a national mortality problem, another indication of the success of the universal child immunization programme that has been implemented in the country.

7. Pneumonia in particular needs special attention. It kills 340,000 children under 5 annually. Currently there is a lack of understanding by families of the symptoms and signs of early pneumonia requiring quick action in seeking care, coupled with lack of access to services that can provide adequate case management.

8. At present, an estimated 140,000 children under 5 years die annually of diarrhoeal diseases in China, mostly in remote rural areas. With inclusion of traditional practices of giving fluids and food, especially thin rice porridge to children with diarrhoea, ORT use rate may be over 50 per cent in China. This is to be increased to 80 per cent by the end of 1995. Improvements in case management by health care providers are also needed. Training on

case management should be strengthened. A national diarrhoea training unit is being established with the aim of improving case management and reducing inappropriate treatment such as intravenous injections and antibiotics. Finally, to reduce the incidence of diarrhoea, which is still high in children under two, major changes in sanitation practices, personal hygiene and feeding practices must be encouraged.

9. The high contribution of neonatal mortality to infant mortality, especially in disadvantaged areas, highlights the need to focus intervention on this critical period. The neonatal mortality rate was 45.3/1000 live births from baseline data from the 300 project counties in 1989 where the infant mortality rate was 68/1000 live births. Encouraging hospital deliveries, clean delivery techniques, basic care of the newborn including keeping the baby warm after delivery and promoting breast feeding are needed.

10. Obstetrical haemorrhage is the leading cause of maternal mortality, contributing to almost 50 per cent of the deaths. China is attempting to reduce the major causes of maternal mortality through promoting hospital deliveries on the one hand, and continuing refresher training of village birth attendants on the other. In rural areas, maternal care is frequently inadequate. The routine reporting system shows that only limited numbers of rural women received at least one antenatal visit and/or one postnatal visit; and information on access to referral services in case of obstetric emergencies is not readily available. Complications related to family planning operations and contraceptive use contribute to maternal mortality and morbidity. Quality of care improvements have a potential to improve maternal health.

Immunization preventable diseases

11. The 1993 coverage for EPI vaccines has been reported by the MOH as BCG 93 per cent, DPT3 95 per cent, OPV3 95 per cent and Measles 94 per cent. Although the national rates continue to be high, the MOH suspects that there are increasing number of areas with problems in coverage. Factors contributing to lower performance include weakening of the rural health care network, especially preventive care at village and even at higher levels as a side-effect of the economic reforms, as well as the increasing mobility of the population. The MPH is raising the problem of weakening EPI performance with central and provincial governments. This is expected to raise the level of government concern and commitment to reaching NPA goals. Increase and maintenance of coverage will be required to achieve polio elimination by 1995 and sustain it thereafter, along with possible measles elimination in the future. To date, the success of the polio elimination effort is exemplified by the rapid drop in the number of cases from a recent high of 4000-5000 per year during an outbreak in 1989-1990 to about 500 in 1993, the lowest number of cases ever reported in one year in China.

12. Neonatal tetanus currently causes almost 100,000 deaths a year. A mid-decade goal is to reduce this to less than 20,000 (or less than 1 per thousand births). Constant efforts will be required to fully eliminate and maintain elimination, including raising the awareness of the need and acceptance by families and the health system of tetanus toxoid (TT) vaccine as an important corollary strategy to clean delivery practices. Estimates for coverage of TT vaccine for pregnant and child-bearing age women are as low as 2-3 per cent before recent efforts to increase coverage of this vaccine.

Nutrition

13. The results of a 1982 national nutrition survey showed that basically people were well fed and clothed and their nutritional status has improved. However, since development in different areas of the country has not been uniform, there are still millions of people in poor, remote and mountainous areas whose food and clothing problems have yet to be solved.

14. Two large surveys conducted in 1975 and 1985 demonstrated that the nutritional status of children had considerably improved over that time period. The average body weight and height of children were better than those of a similar group of children surveyed in 1975, although still lower than the standards established by WHO. While the prevalence of low birth weight appears relatively limited (about 10 per cent) and there is little severe malnutrition, the proportion of children with at least moderate malnutrition is still significant. Currently about 16 per cent of all children under five are at least moderately underweight for their age, a classification used by the United Nations system worldwide as an indicator of malnutrition, either chronic or acute. The percentage of children found to be stunted is about double this proportion demonstrating that child malnutrition in China probably develops slowly over time. The average growth curve indicates that the malnutrition process starts around six months of age and progresses until about two years of age when its effects level off. All of these indicators are significantly worse in rural areas than in urban areas. A sample survey in 9 provinces in 1987 found that over 24 per cent children between ages 4 and 5 years were underweight based on the WHO standards for this age while 39 per cent of the same group were stunted. In rural Sichuan and Yunnan, 63 per cent and 65 per cent of children had height for age values less than 2SD of the WHO median.

15. Comparison data collected in 1987 and 1990 in five provinces found a much greater improvement in the growth and development of urban children than in rural children during the last half of the 1980s. In fact, the average body weight of rural children had only slightly increased and there was no improvement at all in height during this period. More worrying was the fact that while the growth improvement in the urban population seemed relatively homogenous, there was an increasing disparity in rural areas.

16. The results of dietary surveys in 18 rural study sites from 1985-1989 as well as 1990 baseline studies from 100 relatively poor counties showed that both the quality and quantity of the weaning food of infants were very poor, with mostly rice meal, wheat flour and sugar being used. It is felt that inappropriate feeding practices, with bulky low calorie foods, during the weaning period of children is one of the most important causes of poor growth of the children in China, and needs to be improved urgently. Children need to be fed calorie dense foods during the critical weaning period.

17. Micronutrient deficiencies remain a major problem, especially iodine and iron. Iodine deficiency is the single greatest cause of preventable intellectual handicap in the world. It results in an increased rate of stillbirths, neonatal and infant deaths, and leaves entire populations with lowered intelligence and impaired motor function. Iodine deficiency is found throughout China, with over 425 million people living in iodine deficient areas and therefore being at risk of IDD. It is now recognized in China that these are an important development issue and not just a health problem defined in terms of cretinism and goitre. In China, currently 40 per cent of salt for human consumption is iodized and it is targeted

to defined endemic areas. In 1993 there was a commitment from the Government to iodize all salt for human and animal consumption by 1995-1996 as an important intermediate step towards achieving IDD elimination by the year 2000.

18. Vitamin A deficiency in clinical terms is not a national problem in China. However, studies show that Vitamin A supplementation has beneficial effects in populations in poor areas where low serum Vitamin A levels exist. Various studies indicate that up to 50 per cent of children are at least mildly anaemic. Anaemia is common among women during pregnancy and contributes to the high mortality from post partum haemorrhage. Supplementation with folate prior to and during the first trimester of pregnancy may lower the incidence of neural tube defects which have a high rate in areas studied in northern China (6-7/1000 births).

Breast Feeding

19. It is commonly recognized that breast feeding was almost universal 30 to 40 years ago and that it was prolonged. Though accurate nationwide data are not available on breast feeding trends, there is evidence of a decline in both the proportion of infants ever breast fed as well as the duration of breast feeding in most areas studied. This is of concern since, in rural areas, evidence suggests that malnutrition is strongly related to lack of breast feeding during the first year of life. The decline in breast feeding can be traced to a number of factors including lack of support from the health system, a breakdown of traditional practices associated with the perception that bottle feeding is more scientific and modern, aggressive marketing practices of infant formula manufacturers and lack of positive breast feeding support in the work place for working mothers.

20. The decline in breast feeding is most marked in urban areas. Preliminary data from the 1992 National Survey on the Situation of Children indicate that breast feeding initiation rates in 1992 in most parts of China were the lowest yet described. The percentage of infants never breast fed in urban Beijing reached the high level of 36.1 per cent in 1992, followed by the urban areas of Qinghai (18.0 per cent), Shanghai (16.7 per cent) and Tianjin (13.5 per cent). The rural areas of Beijing municipality also had the highest percentage of infants never breast fed (18.4 per cent) followed far behind by Shanghai (7 per cent). Over 96 per cent infants in rural areas were breast fed in all provinces except Jiangsu and Shanxi. Despite these high rates of initiation of breast feeding in rural areas, mixed feeding is extremely common with the result that only about 20 per cent of rural infants and 5 per cent of urban infants aged 0-3 months were exclusively breast fed in 1992.

21. During the 1960's the prevalence of breast feeding during the first 6 months in urban and rural areas was above 80 per cent. Between 1970 and 1980, this rate declined in urban areas. A national study in 1983-1985 documented that the percentage of infants currently breast fed at 4 months of age was about 70 per cent in rural areas and 40 per cent in urban areas with a national average of around 65 per cent. Urban Beijing had the lowest percentage of infants 0-5 months currently breast fed (45.1 per cent) in 1992, followed closely by Shanghai (49.7 per cent). There is no data in China on trends in age at weaning or complete cessation of breast feeding.

22. In order to improve the support for breast feeding in the health sector, the Baby Friendly Hospital Initiative was introduced nationwide in 1992-1993. To date, over 200 hospitals have been certified as "Baby Friendly, and the initiative has brought about a commitment to reach over 1000 hospitals by 1995 and all hospitals with more than 1500 births per year by the year 2000. Clearly though, major changes in the multiple factors affecting the practice of breast feeding will be needed to achieve the WSC goal of 80 per cent of infants between 0-4 months being exclusively breast fed.

Other health issues: STDs/HIV/AIDS, injuries and smoking

23. With the potential for the global epidemic of HIV/AIDS to block achievement of mortality reduction goals in many countries, China is taking the threat of AIDS seriously. Even though China currently has one of the lowest HIV infection rates in the world, the potential for rapid spread of the epidemic in this country is enormous. There is a huge population at greatest risk of developing HIV/AIDS, i.e. persons in the most sexually active age group of 15 - 29 years, an estimated 300 million people in China. The reasons behind this include the increased demand for sexual services and the rapid increase in the prostitution trade in response to that demand; the rapid increase in persons with sexually transmitted diseases (STDs); the increased mobility of the population with migrants travelling outside China in search of work opportunities and, of greater importance, the approximately 50-120 million people travelling within China in search of work. It is estimated that nationwide, 60 per cent of the transient population are women, and in Guangdong province, 90 per cent are women. Finally, the continuing problem of IV drug use along China's southwest border and the generally low or non-existent awareness of HIV/AIDS even in high risk populations, contribute to the potential for a rapid anticipated increase in HIV/AIDS infections in China.

24. Reported rates of STDs have doubled every 3 years since 1982 and true rates are undoubtedly much higher since only 20 per cent persons with STDs are symptomatic, and not all of them seek treatment. Most asymptomatic cases of STDs are women. There is increasing evidence that certain untreated STDs, particularly those causing genital ulceration, can significantly facilitate both the acquisition and subsequent further transmission of HIV. They may also contribute to neonatal pneumonia.

25. China is both the biggest producer and, due to its large population, also the largest consumer of cigarettes in the world. There is increasing awareness in the medical profession and more recently amongst government leaders, of the dangers of cigarette smoking. In 1992, it was reported that nearly 400 million people in China smoked including 24 million women. This household based survey from the State Statistical Bureau showed increasing rates of smoking for both males and females from a similar survey in 1986. Thirty five per cent of persons over 15 years of age smoked with marked differences between males and females: 68.3 per cent of males and 4.1 per cent females were current smokers. The prevalence of smoking was higher in rural (36 per cent) compared to urban areas (31 per cent). A quarter of males aged 16-20 smoked. The highest rate of smoking was among 36-40 year olds where 78.5 per cent males smoked. It was also reported that half of the smokers began smoking before they were 20 years of age and 85 per cent began smoking before 25 years. With present smoking patterns, it has been estimated that deaths from lung cancer in China will increase to 900,000 by the year 2025, from a figure of 30,000 in 1975,

and that total cigarette-related deaths will reach almost 2 million a year. Of particular concern is the fact that among new smokers, many are middle school students. A survey in the Chaoyang district in Beijing in 1988 showed that more than one third of the male middle school students smoked. This represented a large increase from 1982.

26. In addition to the direct adverse effects on health from smoking, there are effects from passive smoking especially on the incidence of respiratory disease in children. A study in Shanghai in 1988 reported a significant dose response relationship of passive smoking to hospitalization for respiratory illness during the first 18 months of life with the most marked affect in the first 6 months. With the short term and long term adverse effects on health, China needs to develop workable, sustainable models for smoking prevention targeting children (to prevent them from starting to smoke as well as acting as messengers regarding the dangers of smoking to their parents), as well as adults.

27. Injuries are responsible for 11 per cent of all deaths under 5 years of age and 22 per cent of deaths among children from 1 to 5 years of age. This may be underestimated. In addition, injuries cause significant morbidity. Thus, prevention of injuries is needed if China is to reach its goal of reduction of under-five mortality by one-third. The baseline survey of the MCH project and other data suggest that the major causes of injury deaths are drowning and suffocation.

Lessons Learned

28. During the past decade, several UNICEF supported initiatives in the health and nutrition field have had nationwide impact. These are the EPI programme and the related polio eradication initiative, a comprehensive MCH project to improve the coverage and quality of services related to pregnancy, childhood diseases and family planning as well as the management capacity of the MCH system, the BFHI and the IDD Elimination Programme. In evaluating the experiences related to successful national impact, several factors appear to be important.

29. First, projects with a certain "critical mass" seem to have a much better chance of influencing the improvement of services widely throughout China by extension into non-project areas, and by attracting substantial counterpart funding.

30. Second, mobilization of government leaders at all levels, often combined with involvement of other relevant sectors, provides the high level and broad-based support needed for national expansion. The involvement of national and provincial leaders and multiple relevant sectors by the EPI programme and the IDD Elimination programme as well as the involvement of province, prefecture and county political leaders by the MCH project are good examples.

31. Third, close partnership between UN organizations is a powerful tool in supporting the government counterparts to develop policies and strategies that have nationwide impact. In the past, collaboration among UNICEF and UNFPA, WHO and UNDP have been close in connection with the MCH-FP project, the EPI programme and the IDD Elimination programme. Recently, collaboration with the World Bank is increasing in the areas of MCH

services and IDD Elimination. It is important to increase and improve collaboration in all the specific areas in which different organizations are involved.

32. Previous experience also demonstrates the need to keep projects relatively simple without too many components so that they are not unduly complex. Programmes or projects with too many objectives and components run the risk of failing to achieve their targets and thereby jeopardizing the resources available to them. The programme or project must be matched by both the capacity of the system to implement it and OCB's capacity to support it technically and managerially.

33. During the past country programme, the need both to strengthen management skills to improve the quality of services and to guide programmes has been felt at all levels of China's administrative structure from the national to the counties. The understanding of skills needed has also increased. This has partly been due to introductory workshops and experience exchange activities supported by UNICEF. Support to activities that will allow health service management staff to obtain the necessary skills, such as supervision skills and skills in analysis, interpretation and presentation of information, should also be increased.

34. Several UNICEF supported projects in the health and nutrition sector have been planned as "pilot" projects in which new models for improved health and nutrition services are to be developed. It is important that in the design of the project and in the selection of counterparts, eventual replicability on a large scale be given full consideration.

35. Through cooperation with projects, especially in poor and remote areas during the past decade, UNICEF has improved its understanding about health and nutrition policy, strategy and financing-related issues in these disadvantaged areas. Support to studies and discussions that have an impact on these policy issues nationally was initiated. Continued involvement in policy discussions will be needed to support China to develop further a health service system which will provide basic services for all children and women.

36. Although most problems would benefit from involvement of several technical line departments within the health sector as well as collaboration with other sectors, this is difficult to achieve due to the vertical nature of programme management. Discussions with project managers have brought out the need to develop and agree upon coordination and collaboration plans and mechanisms from the project planning stage. During the past country programme, cross-sectoral activities especially in the area of communication have been successful and have brought about cost-efficient use of resources. Opportunities for coordination and collaboration around concrete activities should be further explored. Mechanisms to allow development of joint strategies in problem solving need to be encouraged and supported.

37. Experience from the project to strengthen MCH/FP services at the grassroots level (and other projects) has shown that capacity must be built at the community level so people can identify the health needs of their family members and to seek out and use the services that are provided. This extends to care of the well child, sick child and care of the mother during and after pregnancy.