

中華人民共和国
中西部地域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
事前評価調査報告書

JICA LIBRARY



1184407 [3]

平成17年12月

独立行政法人国際協力機構

中華人民共和国事務所

中国事

JR

05-28

序 文

中華人民共和国の家族計画部門においては、1980年代以降、従来の人口水準維持に主眼をおく管理・監督を中心とする政策から、住民の総合的な生活の質の向上までを視野に入れた政策へと徐々に方針転換がなされてきました。その結果、都市部や沿海部においては、住民に対する家族計画サービスが充実し健康的な生活の実現に大きく貢献しましたが、その一方で、経済発展の立ち遅れた中西部地域においては、特に貧困地域住民の衛生環境や健康状態がいまだ改善されず、基礎的なサービスの充実が急務となっています。

かかる背景のもと、中華人民共和国側は、中西部地域の家族計画部門スタッフの住民に対するサービス提供能力強化を目的として、人材育成のための技術協力を要請しました。これは、日本の無償資金協力によって機材が投入された中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（江蘇省太倉市）において、同センターのスタッフへの研修機能を強化すると同時に、中西部地域の現場でスタッフが住民に対してよりよいサービスを提供できるよう、家庭保健センター等のサービス提供機関の強化を図るものです。

中華人民共和国側の要請を受け、国際協力機構（JICA）は、2005年9月12日から10月1日にかけて事前評価調査団を派遣しました。このあと、中華人民共和国事務所が中華人民共和国側実施機関である国家人口計画生育委員会と基本計画やモデル地区選定等に係る協議を行い、同年12月16日、討議議事録（R/D）及び協議議事録（M/M）を締結しました。

本報告書は、事前評価調査とその後のR/D協議に係る結果を取りまとめたものであり、今後の中西部地域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の実施にあたって活用されることを願います。

ここに、本調査にご協力を賜りました内外の関係各位に対し深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成17年12月

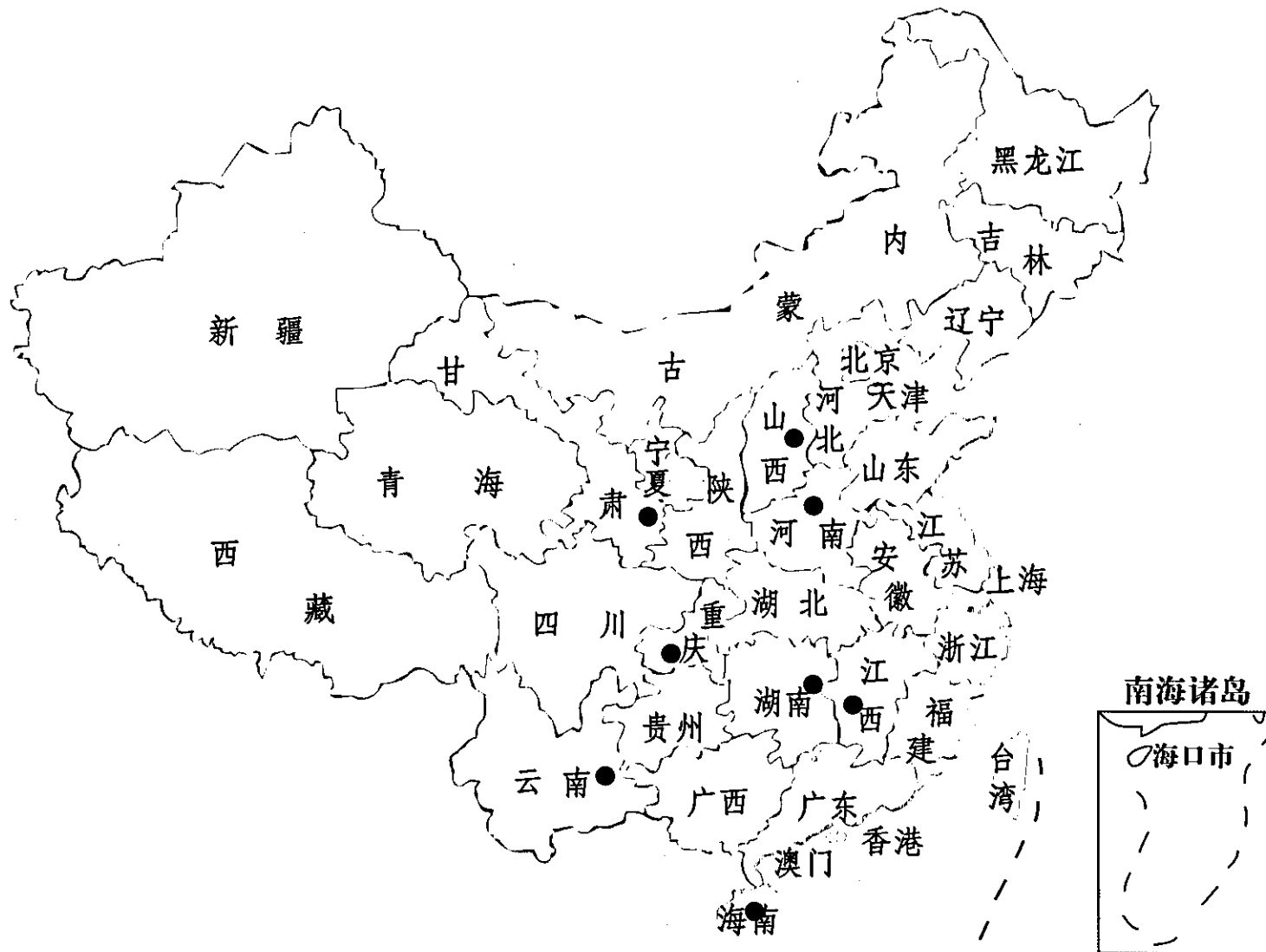
独立行政法人国際協力機構

中華人民共和国事務所長

木村 信雄



1184407 [3]



プロジェクト対象19省・自治区・直轄市
 (赤丸はモデル地区)



雲南省羅平県

羅平県家庭保健サービスセンター
による巡回診療（婦人病について
の啓発活動）



雲南省羅平県

九龍鎮計画生育サービスステーション



雲南省羅平県

衛生教育を受ける児童（阿耶小学校）



海南省琼海市

家庭保健サービスセンター



海南省琼海市

家庭保健サービスセンター
避妊具・避妊薬の陳列棚（インフ
ォームド・チョイスができる）



海南省琼海市

万泉鎮衛生院



海南省儋州市

新坊村の家族計画、衛生に関する
掲示版



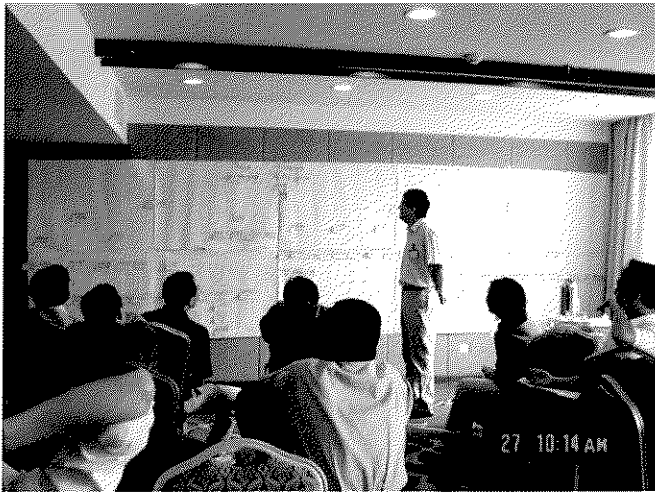
海南省儋州市

家庭保健サービスセンター



海南省儋州市

同センターの検査機器



PCM ワークショップ

副モデレーターを勤めた国家人口
計画生育委員会の宋氏



M/M 協議



署名式

前列左側は国家人口計画生育委員
会国際合作司の汝小美副司長、右
側は藤谷団長

事業事前評価表

1. 案件名

中華人民共和国中西部地域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

2. 協力概要

(1) 協力内容

中国中西部地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス従事者のサービス提供能力を向上させることを目的として、中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（江蘇省太倉市）において当該人材を対象とする研修を行うと同時に、組織運営マニュアルの策定や機材整備等を通じて、対象地域から選定した8つのモデル地区（県レベル）のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供機関の強化を図る。併せて、同センターにおける受講者が中西部地域の所属先において研修の成果を定着させ、質のよいサービスを住民に提供できるよう、センターと現場の連携を強化し研修終了後のフォローアップ体制を構築する。

(2) 協力期間

2006年4月～2009年3月（3年間）

(3) 協力総額（日本側）

約387百万円

(4) 協力相手先機関

中国国家人口計画生育委員会

(5) 裨益対象者及び規模、等

直接受益者：中西部対象地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス従事者（省レベル約500名、県レベル約270名、郷鎮レベル約240名、合計約1,010名）、中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター研修部門（約30～50名）
最終受益者：中西部対象地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスを利用する住民（約2,300万人*）

*（19省×2県（モデル地区以外）+8県（モデル地区））×50万人

3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点

中華人民共和国（以下「中国」）においては、1970年代以降、一人っ子政策に代表される家族計画を30年にわたり推進してきた結果、人口の加速度的な増加は抑制され出生水準も低水準を維持するに至った。

その後、家族計画部門の最高機関である中国国家人口計画生育委員会は、1984年より日本を始めとする様々な機関の支援を受け、家族計画・母子保健・寄生虫予防・栄養改善を包括的に含む健康推進サービス活動を推進してきたが、この背景には、中国の家族計画部門の方針が、従来の人口抑制に主眼を置く管理・監督を中心とする政策から、住民の健康的な生活の質の向上を重視する政策へと徐々に転換されてきたことが挙げられる。約20年間の取り組みを経て、上記活動の対象地域は31省・自治区・直轄市に広がり、従来の人口抑制のみに限定されない住民の包括的な健康の推進に貢献してきたが、その一方で、中国

の家族計画部門は以下のような新たな課題にも直面している。

第一に、上記の包括的な健康推進サービス活動は、経済発展の立ち遅れた中西部地域に関しては対象地域が19省の23県と極めて限定的であり、対象地域のさらなる拡大が求められている点である。貧困から一度抜け出した住民が、病気により再度貧困状態に戻るケースも多く、特に貧困地域の住民に対する基礎的なサービスの提供や、健康教育等を通じた衛生環境や健康状態の改善が急務となっている。

第二に、HIVエイズ等の感染症の蔓延、流動人口の増加、急速な高齢化など、近年新たに浮上してきた問題への対処も同時に求められている点である。すなわち、家族計画部門が提供するサービスも、一般的にリプロダクティブヘルスが対象としている思春期、青年期、壮年期にとどまらず、高齢者や流動人口まで含む幅広い層を視野に入れた家庭保健サービスへと拡充・発展させていく必要性が生じてきた。

上記のような地域的拡大かつ内容的拡充へのニーズに対応するためには、これまでの健康推進サービス活動の成功例を、感染症対策、流動人口対策、高齢化対策といった新たな内容を加えた形で、広く中西部地域の現場にまで波及させていく必要がある。

この際に不可欠となるのが、こうした包括的なリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスの提供に従事する中西部地域の家族計画部門のスタッフの育成であり、また、当該スタッフが現場において住民に対し直接サービスを提供する拠点となる既存の家庭保健サービスセンターの強化である。現時点においては、家庭保健サービスセンターのサービス内容は上記の新しい課題には対応できていないほか、地域によっては、未だ人口抑制のみを主眼とするサービスにとどまっているのが現状である。

本プロジェクトは、こうした状況に鑑み、無償資金協力「中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター機材整備計画」との連携により、中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（CTC：China Training Center of Reproductive Health and Family Care、以下CTC）における当該人材への研修機能の強化を通じて、中西部地域19省（自治区・直轄市）におけるリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスの質の向上を図ることを目的として、2003年に中国政府より要請されたものである。

なお、同センターのある江蘇省太倉市は、冒頭の健康推進サービス活動を最初に実施し成功をおさめた自治体である。同センターは、国家人口計画生育委員会に所属する機関であり、太倉市人民政府が施設建設を実施、日本政府の無償資金協力により機材が整備され、2005年10月下旬に開所した。今後、本プロジェクトの実施を通じて、同センターがリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに従事する人材の育成の拠点として研修機能を強化し、太倉市の成功例をモデルとして全国に広く波及させていくことが期待されている。

(2) 中国政府国家政策上の位置付け

2000年に中国政府が発表した『中国21世紀の人口と発展』白書では、①母子保健の発展を通じた女性と児童の健康水準の向上、リプロダクティブヘルスの強化を通じた育児方法の改善、②農村での健康教育活動の実施を通じた農民の健康意識改革、③住民の年代に応じた健康サービスの強化を通じた生活の質の向上、以上の点を実現すべく引き続き努力していくことが明記されている。また、2002年施行の「人口及び家族計画法」では、社会経済の発展を背景として、人口計画生育委員会の業務が、家族計画から思春期教育を始めとするリプロダクティブヘルス、STI/AIDS予防、新生児スクリーニング、家族計画の奨励策としての社会保障へと拡大されてきている。本件は以上のような中国政府の取り組みを支援するものである。

(3) JICA国別事業実施計画上の位置付け

JICAの対中国援助重点4分野の一つに「貧困克服のための支援」がある。貧困層は78年の2億5千万人から1億6百万人（世界銀行基準：1日1人1ドル以下）まで減少したものの、依然として農村部を中心とする貧困問題は解決しておらず、近年更に沿海都市部の格差が拡大していく傾向にある。JICAは、内陸貧困地区の貧困克服を支援するため、医療衛生・教育環境の改善、農民の収入向上等を支援しているが（<http://www.jica.go.jp/china/activities/01/index.html#top>参照）、本件もその一環に位置付けられる。

4. 協力の枠組み

(1) 協力の目標

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）

中国リプロダクティブヘルス家庭保健研修センター（CTC）の研修機能の強化を通じて、中西部地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供機関の能力が向上する。

〔指標〕

- ① 中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関が提供できるサービス内容の拡大状況
- ② 中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関でサービスを受けた住民の数
- ③ 中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関でサービスを受けた住民の満足度

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）

中西部地域の住民のリプロダクティブヘルス（RH）・家庭保健状況が改善される。

〔指標〕

中西部地域（CTCにおいて直接研修を受講したサービス従事者の所属地域）の住民のRH・家庭保健の健康状況の改善

(2) 成果と活動

1) 成果1：CTCで対象地域（中西部地域）のニーズに合ったRH・家庭保健サービス研修が実施される。

活動概要：研修カリキュラムの作成・改良、教員の養成、研修教材の開発、研修の実施

〔指標〕

- ① 養成された教員の数
- ② 研修の実施回数、参加人数、実施科目
- ③ 研修受講者の研修満足度（研修内容、講義方法、教材）

2) 成果2：モデル地区*サービス提供機関でCTC研修受講者が研修内容を活用できる機能が整備される。

活動概要：サービス提供機関運営計画の策定、機材供与についての調査・設置・操作訓練、サービス従事者向け研修の実施

*モデル地区（県レベル）は、婦人病疾病率等の客観的指標、関連部門の連携状況、プロジェクトへの理解度等を基準として、日中双方で協議した結果、海南省澄邁県、雲南省羅平県、重慶市永川市、河南省荊陽市、山西省榆次区、甘肅省天水市秦州区、湖南省益陽市赫山区、江西省吉安県に決定した。

〔指標〕

- ① 投入した機材の活用状況
 - ② CTC研修受講者がモデル地区で実施した研修回数、参加人数および実施科目
 - ③ 研修参加者の満足度（研修内容、トレーニング方法、教材）
- 3) 成果3：モデル地区サービス提供機関でサービス内容が拡大し、サービスの質が向上する。

活動概要：サービス提供マニュアルの作成、健康教材の作成、住民への健康教育の実施、住民へのRH・家庭保健サービス（カウンセリング、健康診断、レフェレルサービスなど）の実施

〔指標〕

- ① 作成されたサービス提供マニュアルの活用状況
 - ② モデル地区でRH・家庭保健サービスを受けた住民の数
 - ③ モデル地区でRH・家庭保健サービスを受けた住民の満足度
 - ④ モデル地区住民の健康教育教材に対する評価
 - ⑤ 対象者別（流動人口、高齢者等）に提供されるRH・家庭保健サービスの分野数
- 4) 成果4：CTCとモデル地区の相互交流と支援システムが強化される。

活動概要：CTCとモデル地区の相互交流計画の策定、CTCとモデル地区間でのアドバイスや現場情報交換

〔指標〕

- ① 交流に対するCTCとモデル地区の満足度
- ② ニュースレター（発行回数、部数）

(3) 投入

1) 日本側

① 専門家派遣

短期専門家（リプロダクティブヘルス、母子保健、公衆衛生、地域保健行政、感染症予防、健康診断、健康教育、カウンセリング、高齢者保健等）、業務調整員

② 本邦研修

③ 機材（医療機材および研修機材）

④ プロジェクト運営経費（研修実施経費、専門家活動経費）

2) 中国側

① プロジェクト管理機関及びプロジェクトサイト責任機関

② カウンターパート

③ 設備（CTC内のプロジェクト執務スペース等）

④ プロジェクト運営経費

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

1) 事業開始に対して

無償資金協力によって整備されたCTCにおいて、RH・家庭保健サービスの研修センターとしての運営体制が整う。

2) 成果達成に対して

CTC外部講師陣が大きく変わらない。

3) プロジェクト目標達成に対して

- ① 中西部地域で大規模で長期にわたる自然災害や疫病が発生しない。
- ② 中央政府の中西部地域に対する保健医療政策が継続する。

4) 上位目標達成に対して

- ① 国家体制の変革・政変がない。
- ② 経済状況が大きく悪化しない。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

中国中西部は殆どが農村部であるが、沿岸部と較べ社会・経済の発展状況が著しく立ち遅れている。農村部での保健衛生サービス提供の主力は家庭保健サービスセンター等の家族計画サービス提供機関であるが、中国社会の変化に伴って、人々が多様な保健衛生のニーズを持つようになったのに対し、提供側は伝統的な家族計画サービスが主流で、人々の保健衛生上の新たな課題（例：高齢化、SARSやHIV/AIDS等伝染病予防と対策）に的確に対応できていない。

本プロジェクトは、中西部住民にとって最も身近な保健衛生サービスの提供者であるリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス従事者のサービス提供能力の向上と、当該人材の育成にあたるCTC研修部門の研修機能の強化を目指す。

これは、中国中西部地域の開発課題——保健・医療・衛生分野の整備が立ち遅れており、医療体制と保健衛生サービスの強化が求められている——に対応するものであり、地域のニーズや最終受益者である住民のニーズに合致する。特に、中西部地域への集中的な支援は、中国におけるミレニアム開発目標の達成に向けた取り組みに大いに貢献できることが期待される。

また、貧困人口を多く抱える地域の民生向上に向けた協力について、貧困層に裨益するものを中心として行なうことを述べた我が国の援助政策、ひいては人間の安全保障の観点にも合致するものである。さらに本プロジェクトは、地域保健の質の向上や健康教育等、日本が技術的優位性を持つ分野が対象であり、日本の経験の活用が期待できる。

したがって、本プロジェクトは、中国の政策および優先課題、また日本の援助政策に照らして、実施するに妥当であるといえる。

(2) 有効性

本プロジェクトの対象地域は中国中西部の19省（自治区・直轄市）であるが、モデル地区8ヵ所を設け、そこで集中的なプロジェクト活動（日本人専門家の巡回指導、医療機材と研修機材の供与、より幅広い人材をCTC研修へ派遣等）を実施する予定である。また、CTCとモデル地区の間で情報交換・相互支援体制をつくり、CTCで現場のニーズに応じた研修を実施する。モデル地区は、RH・家庭保健サービス提供機関の能力向上の重点地区であり、モデル地区以外の研修受講者がCTC研修に参加することを通じて、モデル地区活動から得られた教訓・成果がモデル地区以外に波及するようになってきているため、成果1から成果4の実現を通じて、プロジェクト目標が達成される可能性は高いといえる。

なお、外部条件の一つである甚大な自然災害や疫病の発生については可能性が常に存在するが、SARS以後、被害の拡大を抑えるためのリスク管理の必要性が認識されている。これらを本プロジェクトの活動にも組み込むことで、不測の事態が起きても、その被害を最小限に抑えるようになることが期待できる。

(3) 効率性

専門家については、日本人専門家を派遣する意義がある分野となるよう日中双方で協議されたほか、プロジェクト開始後も必要に応じて新たな専門分野の専門家を派遣できるようになっている。また派遣期間は、CTCでの研修スケジュールに合わせて短期で派遣し、研修の準備・実施や巡回指導に当たることとしており、専門家派遣に伴う費用対効果が考慮された投入となっており効率性が高いと考えられる。

機材については、供与先は、カウンターパートの活動場所である、モデル地区のRH・家庭保健サービス提供機関である。供与内容は、プロジェクト活動の一環として個別の機材整備状況を調査した後、CTCでの研修成果が最大限に発揮できるよう決定する予定である。また、設置と同時に行う操作訓練では、メンテナンスへの対策も講じられている。プロジェクト実施体制に沿うよう供与先を限定し、また地域の実状に応じた供与内容と保留管理体制となるため、機材供与の内容・形態とも効率性は高いと考えられる。

(4) インパクト

CTC研修には必要に応じて病院・診療所を中心とする衛生部系統のスタッフも参加できるようになっている。現在、RH・家庭保健サービスと医療サービスは、省庁の管轄が異なるため連携することが少ないが、共通の研修を通じて連携が深まれば、長期的には保健・医療・衛生サービスが統合され、保健・医療・衛生サービスを1ヵ所で提供できるようになることが期待される。人材や施設を共有するなど資源を有効に活用し、また住民にとっての利便性も向上すれば、長期的には住民の健康状態の改善に貢献できるであろう。

(5) 自立発展性

本プロジェクトの実施機関である中国国家人口計画生育委員会は、中国の人口家族計画分野の最高位の行政機関であり、本プロジェクトの直接的な担当となる国際協力部は、JICAをはじめとする海外援助を受け入れてきた経験が豊富である。また、同機関からは、本プロジェクトを、従来の健康推進サービス活動とは異なる新しい取り組みとして発展させていきたいと考えており、組織として全力を挙げて支援したいとの発言を得ている。

また、プロジェクトサイトであるCTCは2005年10月に開所したが、国際協力部がプロジェクトを直接監督し、プロジェクト活動を実施していくことが日中双方で確認されているほか、生育委員会からは、同センターに中西部地域に特化した担当者を設置することも検討したいとの発言があり継続的な支援体制の確立が期待できる。

以上の点から、本プロジェクトの自立発展性は高いと考えられる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

本プロジェクトは貧困対策の一環をなすもので、貧困層への配慮は十分になされている。対象地域には少数民族居住地域が多いが、プロジェクト活動で作成する健康教育教材は、少数民族向け教材の材料となることを考慮して作成されることになっている。ジェンダーへの配慮としては、従来の出産可能年齢の女性が主要対象であったリプロダクティブヘルスに対して、本プロジェクトでは、男女住民とも、学童期や思春期から老年期までが対象となるに至るリプロダクティブヘルス・家庭保健活動へと拡大している。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

本案件においては、住民への健康教育を重視しており、また人材の研修・訓練方法として理論と実践の組み合わせ（RH・家庭保健サービス従事者がCTCで研修を受講し、現場でそれを実践する）をその方針としている。これらは「安徽省プライマリ・ヘルスケア技術訓練セ

ンター プロジェクト」の教訓に基づいており、なかでも、実施中に発生したSARSや洪水被害を契機として、健康教育の重要性が認識された点、また、人材育成活動においては、内容や対象者に応じて講義形式と参加型形式を組み合わせると効果的な訓練が可能となると判明した点に鑑みているものである。

また、本案件は、対象を思春期、壮年者、高齢者、及び中国特有の流動人口まで含めており、従来のリプロダクティブヘルスから、より幅広い住民層を念頭におくようにしている。これは、JICAのリプロダクティブヘルス分野への過去の取り組みから導き出された「JICAが重点とすべき取り組み」を踏まえたものであるが、具体的に配慮しているのは次の点である。

- ① 妊産婦や子供の健康の改善、家族計画の推進に加えて、思春期の若者に対するリプロダクティブヘルス・ケアも活動対象とすること。
- ② 関連する教育分野との連携を重視していくこと（例：小学校教育の中で保健・公衆衛生などの知識を伝え、児童を通じて家族全体が基礎的な保健・衛生知識を得るようにする）
- ③ 男性の健康ニーズにも応じる保健・衛生サービス体制としていくこと（中国においては家族計画分野では男性も活動対象になっているが、一方で、男性の健康ニーズに応じる保健・衛生サービス提供体制が不十分であった）。

8. 今後の評価計画

- ・ ベースライン設定 2006年4月

プロジェクト開始直後、中国側によるモデル地区選定の際に使用される指標を入手し、モデル地区毎および事業全体の具体的指標数値を確定する。

- ・ 中間評価 2007年7月頃
- ・ 終了時評価 2008年8月頃
- ・ 事後評価 協力終了時3年後を目途に実施予定

目 次

序 文

地 図

写 真

事業事前評価表

目 次

第1章 要請背景	1
第2章 事前評価調査概要	3
2-1 調査の目的	3
2-2 団員構成	3
2-3 調査日程	3
2-4 主な面談者	5
第3章 事前評価調査結果	7
3-1 協議概要	7
3-2 保健人材育成	8
3-3 家庭保健／リプロダクティブヘルス	11
3-4 ワークショップ実施結果	16
第4章 プロジェクトの基本計画	23
4-1 プロジェクト実施体制	23
4-2 上位目標	25
4-3 プロジェクト目標	25
4-4 成果及び活動	26
4-5 投 入	28
4-6 外部条件とリスクの分析	29
4-7 前提条件	31
第5章 プロジェクトの実施妥当性	32
5-1 妥当性	32
5-2 有効性	34
5-3 効率性	35
5-4 インパクト	35
5-5 自立発展性	36
第6章 実施協議概要	38
6-1 協議概要	38
6-2 モデル地区選定結果	38

別添資料

別添 1. 医療人材育成制度	43
別添 2. 対象開発課題とその現状	45
別添 3. PCMワークショップの概要及び結果	54
別添 4. 活動計画表 (PO)	66
別添 5. 雲南省調査結果	68
別添 6. 海南省調査結果	76
別添 7. 参考・収集資料リスト	88

付属資料

1. 2005年9月30日締結 協議議事録 (M/M) (和文・中文)	93
2. 2005年12月16日締結 討議議事録 (R/D) (和文・中文)	113
3. 2005年12月16日締結 協議議事録 (M/M) (和文・中文)	135

第1章 要請背景

中華人民共和國（以下、「中国」と記す）においては、1970年代以降、一人っ子政策に代表される家族計画を30年にわたり推進してきた結果、人口の加速度的な増加は抑制され出生水準も低水準を維持するに至った。

その後、家族計画部門の最高機関である中国国家人口計画生育委員会は、1984年より日本をはじめとする様々な機関の支援を受け、家族計画・母子保健・寄生虫予防・栄養改善を包括的に含む健康推進サービス活動を推進してきたが、この背景には、中国の家族計画部門の方針が、従来の人口抑制に主眼をおく管理・監督を中心とする政策から、住民の健康的な生活の質の向上を重視する政策へと徐々に転換されてきたことがあげられる。約20年間の取り組みを経て、上記活動の対象地域は31省・自治区・直轄市に広がり、従来の人口抑制のみに限定されない住民の包括的な健康の推進に貢献してきたが、その一方で、中国の家族計画部門は以下のような新たな課題にも直面している。

第一に、上記の包括的な健康推進サービス活動は、経済発展の立ち遅れた中西部地域に関しては対象地域が19省の23県ときわめて限定的であり、対象地域の更なる拡大が求められている点である。貧困から一度抜け出した住民が、病気により再度貧困状態に戻るケースも多く、特に貧困地域の住民に対する基礎的なサービスの提供や、健康教育等を通じた衛生環境や健康状態の改善が急務となっている。

第二に、HIV/エイズ等の感染症の蔓延、流動人口の増加、急速な高齢化など、近年新たに浮上してきた問題への対処も同時に求められている点である。すなわち、家族計画部門が提供するサービスも、一般的にリプロダクティブヘルス（RH）が対象としている思春期、青年期、壮年期にとどまらず、高齢者や流動人口まで含む幅広い層を視野に入れた家庭保健サービスへと拡充・発展させていく必要性が生じてきた。

上記のような地域的拡大かつ内容的拡充へのニーズに対応するためには、これまでの健康推進サービス活動の成功例を、感染症対策、流動人口対策、高齢化対策といった新たな内容を加えた形で、広く中西部地域の現場にまで波及させていく必要がある。

この際に不可欠となるのが、こうした包括的なRH・家庭保健サービスの提供に従事する中西部地域の家族計画部門のスタッフの育成であり、また、当該スタッフが現場において住民に対し直接サービスを提供する拠点となる既存の家庭保健サービスセンターの強化である。現時点においては、家庭保健サービスセンターのサービス内容は上記の新しい課題には対応できていないほか、地域によっては、いまだ人口抑制のみを主眼とするサービスにとどまっているのが現状である。

本プロジェクトは、こうした状況に鑑み、無償資金協力「中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター機材整備計画」との連携により、中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（China Training Center of Reproductive Health and Family Care：CTC）における当該人材への研修機能の強化を通じて、中西部地域19省（自治区・直轄市）におけるRH・家庭保健サービスの質の向上を図ることを目的として、2003年に中国政府より要請されたものである。

なお、CTCのある江蘇省太倉市は、冒頭の健康推進サービス活動を最初に実施し成功をおさめ

た自治体である。CTCは、国家人口計画生育委員会に所属する機関であり、太倉市人民政府が施設建設を実施、日本政府の無償資金協力により機材が整備され、2005年10月下旬に開所した。今後、本プロジェクトの実施を通じて、CTCがRH・家庭保健サービスに従事する人材の育成の拠点として研修機能を強化し、太倉市の成功例をモデルとして全国に広く波及させていくことが期待されている。

第2章 事前評価調査概要

2-1 調査の目的

プロジェクト実施のためのニーズ調査及び関連情報の収集・整理・分析を行い、プロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）ワークショップを実施、これらの結果も踏まえつつ、中国側と協議のうえ当該プロジェクトの基本計画案（協力内容・協力方法・投入規模等）を策定することを目的として実施した。調査結果は、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）、事業事前評価表に取りまとめるとともに、その内容を討議議事録（R/D）案として整理した。

2-2 団員構成

担当	氏名	所属
総括	藤谷 浩至	JICA中国事務所 次長
保健人材育成	花田 恭	JICA国際協力専門員 人間開発部課題アドバイザー
協力計画	松浦 鈴香	JICA中国事務所 所員
家庭保健/ リプロダクティブヘルス	伊藤 治夫	ICONS国際協力株式会社 保健医療部
評価分析	一宮 尚美	有限会社クランベリー コンサルタント
通訳	汪 泓	北京傑銳諮詢服務有限公司 社長

2-3 調査日程

	月 日	内 容
1	9/12 (月)	【家庭保健／リプロダクティブヘルス、評価分析団員】 移動：東京発→北京着（NH905成田発11:35北京着14:15） 16:30～ JICA中国事務所打ち合わせ、在中国日本大使館報告
2	9/13 (火)	AM 10:30～ 計画生育委員会表敬訪問、情報収集 【家庭保健／リプロダクティブヘルス、評価分析、通訳団員】 PM 移動 北京→雲南省昆明市（CA1431北京発16:20昆明着19:25）
3	9/14 (水)	AM 移動：昆明→雲南省羅平県 （鉄道K366昆明発10:40羅平着14:30） PM 現地調査：羅平県計画生育サービスステーション視察 情報収集：羅平県計画生育委員会関係者
4	9/15 (木)	AM 現地調査：九龍鎮計画生育サービスステーション、甌耶小・江辺小・九龍二中、 計画生育巡回車の活動状況視察 PM 現地調査：魯布格郷衛生院、計画生育サービスステーション、多衣小、大石板 村、大水井郷庄科村
5	9/16 (金)	AM 現地調査：羅平県母子保健院視察 意見交換：羅平県計画生育委員会関係者 PM 移動：羅平→昆明（鉄道K365羅平発11:37昆明着15:34） 情報収集：雲南省計画生育関係者
6	9/17 (土)	AM 情報収集：昆明市計画生育関係者 PM 移動：昆明→海南省海口市（HU7088昆明発14:00海口着15:30） 情報収集：海南省計画生育関係者

7	9/18(日)	<p>【保健人材育成団員】 移動：東京→海口（NH923成田発09:50広州着13:25、CZ6786広州発16:30海口着17:30） 【劉然中国事務所員】 移動：北京→海口（CZ3120北京発13:20海口着16:55） PM 団内打合せ 情報収集：海南省計画生育関係者</p>
8	9/19(月)	<p>AM 移動：海口→琼海市 現地調査：琼海市家庭保健センター 情報収集：琼海市計画生育関係者 PM 現地調査：万泉鎮衛生院、文台村（孟文・行政村） 情報収集：琼海市計画生育関係者</p>
9	9/20(火)	<p>AM 現地調査：長波鎮計画生育サービス所、中心小、新村（文屯・行政村） 意見交換：琼海市計画生育関係者 PM 移動：琼海市→儋州市 情報収集：儋州市計画生育関係者</p>
10	9/21(水)	<p>AM 現地調査：儋州市計画生育サービスステーション（家庭保健センター） 情報収集：儋州市計画生育関係者 PM 現地調査：王五鎮衛生院、橋頭村（流芳・行政村）、茶蘭地村（新坊・行政村） 情報収集：儋州市計画生育関係者</p>
11	9/22(木)	<p>AM 現地調査：僑光村（脚洗水村、那大鎮僑南・行政村） 意見交換：儋州市計画生育関係者 PM 移動：儋州市→海口市 海口→上海（HU7319海口発16:50上海・浦東着19:30）、 上海→太倉</p>
12	9/23(金)	<p>AM 現地調査：太倉市母子保健センター 視察：中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（建設中） PM 現地視察：太倉市沙溪鎮香塘村 情報収集：江蘇省、蘇州市、太倉市の計画生育関係者</p>
13	9/24(土)	<p>AM 情報収集：中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター関係者 PM PCMワークショップ準備、書類整理 情報収集：太倉市計画生育関係者 【協力計画団員】 移動：北京→上海（MU5116北京発15:00上海・虹橋着17:00） 団内打ち合わせ</p>
14	9/25(日)	<p>AM PCMワークショップ準備、団内打ち合わせ PM PCMワークショップ</p>
15	9/26(月)	終日 PCMワークショップ
16	9/27(火)	<p>終日 PCMワークショップ 【総括】 移動：北京→上海（MU5102北京発8:00上海・虹橋着10:00）→太倉 PM 総括会</p>
17	9/28(水)	終日 中国国家計画生育委員会との協議
18	9/29(木)	終日 中国国家計画生育委員会との協議
19	9/30(金)	<p>AM M/M署名 【総括、協力計画、通訳団員】 移動：太倉→上海→北京（MU5109上海・虹橋発12:00北京着14:00） 【保健人材育成、家庭保健／リプロダクティブヘルス、評価分析団員】 移動：太倉→上海 PM 情報収集：上海市計画生育関係者</p>
20	10/1(土)	移動：上海→東京（NH920上海・浦東発13:10成田着16:55）

2-4 主な面談者

(1) 中国側

1) 国家人口計画生育委員会

汝小美	国際合作司	副司長
宋冰	国際合作司	

2) 雲南省

张玉明	雲南省計画生育委員会	主任
和耀方	雲南省計画生育委員会	副主任
史东芝	雲南省計画生育委員会	主任科長
石鄂方	雲南省計画生育委員会	助理調査員
罗明辉	雲南省計画生育委員会科学技术処	副処長

3) 雲南省曲靖市

李敏	曲靖市計画生育委員会	副主任
李远文	曲靖市計画生育委員会	副主任

4) 雲南省曲靖市羅平県

吴彦英	羅平県人民政府	副県長
王绍所	羅平県政協、人口計画生育局	副出席、局長
王昭所	羅平県人口計画生育局	局長(政協副主席)
邓泽林	羅平県人口計画生育局	副局長
龚坤富	羅平県人口計画生育局	副局長
徐玉明	羅平県人口計画生育局	副局長
钱海发	羅平県人口計画生育局	科学教育業務科科長
陆正松	羅平県人口計画生育局	弁公室主任
马春华	羅平県計画生育サービスステーション	ステーション長
张学能	羅平県衛生局	
王琰	羅平県農業局	
罗育让	羅平県教育局	副局長
杨德显	羅平県林業局	副局長
郭福庆	羅平県県疾病対策センター	支部書記
梁芳娟	羅平県県婦人連盟会	副主席
李晶	羅平県共産党青年団委員会	副書記
朱兰芬	羅平県婦人保健院	院長

5) 海南省

周宝成	海南省人口計画生育局	局長
黄少强	海南省人口計画生育局科学技术処	処長

6) 海南省琼海市

雷大宪	琼海市委員会常務委員会、市統戦部	部長
石英莲	琼海市人口計画生育局	局長
曾洋润	琼海市人口計画生育局	副局長
张力	琼海市人口計画生育局	副局長

冯世旺	琼海市人口計画生育局	チーム長
卢传金	琼海市人口計画生育局	秘書長
郭小玲	琼海市人口計画生育局	秘書
符策琴	琼海市計画生育サービスステーション 家庭保健センター	ステーション長、センター主任

7) 海南省儋州市

祝春荣	儋州市人民政府	市長
陈育成	儋州市人民政府弁公室	副秘書長
王敏华	儋州市人口計画生育局	局長
蒲喜临	儋州市人口計画生育局	副局長
许明灿	儋州市人口計画生育局	副局長
林日新	儋州市財政局	副局長
薛林	儋州市衛生局	
许伟志	儋州市衛生防疫ステーション	副ステーション長
李雪娟	儋州市第一人民病院	院長
刘常欣	儋州市母子保健院	院長
邓秋菊	儋州市計画技術サービスステーション	ステーション長

8) 江蘇省太倉市ほか

盛蕾	太倉市人民政府	副市長
倪雪华	太倉市人口計画生育委員会	主任
张进	太倉市人口計画生育委員会	副主任
蔡建华	中国生殖健康家庭保健訓練センター	主任
周灝	中国生殖健康家庭保健訓練センター 訓練部	經理
田茵	中国生殖健康家庭保健訓練センター 総合弁公室	主任
胡云	中国生殖健康家庭保健訓練センター 国際合作部	主任
宗敏	上海市人口計画生育委員会	外事秘書

第3章 事前評価調査結果

3-1 協議概要

(1) 協力の枠組み

本プロジェクトは、中国中西部地域のRH・家庭保健サービス従事者のサービス提供能力を向上させることを目的として、CTCにおいて当該人材を対象とする研修を行うと同時に、対象地域から選定した8つのモデル地区（県レベル）のRH・家庭保健サービス提供機関の強化を図るものであることを、協力の枠組みとして合意した。あわせて、CTCにおける受講者が中西部地域の所属先において研修の成果を定着させ、質のよいサービスを住民に提供できるよう、CTCと現場の連携を強化し研修終了後のフォローアップ体制を構築することの重要性についても双方合意した。

(2) プロジェクト目標

日本側案では、PDMのプロジェクト目標を「中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（CTC）における中西部地域人材を対象とする研修機能の強化」としていたが、中国側より、今回のプロジェクトが目指すところはあくまで地方の現場におけるサービスの質の強化にあるとの発言があり、協議の結果、これを「CTCの研修機能の強化を通じた、中西部地域のサービス提供機関の能力の向上」に変更することで合意した。

(3) 活動内容

中国側の提案を踏まえ、PDMの活動内容に「様々なグループ（流動人口や高齢者を想定）に対する健康教育の実施及びサービスの提供」を加えた。この背景には、これまで家族計画国際協力財団（以下、「ジョイセフ」と記す）とともに実施してきた従来のインテグレーションプロジェクト（Integration Project : IP）〔詳細は後述3-2の(3)参照〕をそのまま踏襲するのではなく、新たなニーズも踏まえ、本プロジェクトをこれまでとは違った内容にしたいという先方の強い意向があることが感じられた。

(4) モデル地区数

日本側より、対象地域である19省（自治区・直轄市）から6省各1つのモデル県（合計6県）を選定し、同モデル地区において集中的にプロジェクト目標達成のための活動を行うことを提案したが、これについて中国側より、プロジェクト全体に与えるインパクトを考慮すればモデル県は8省8県（対象地域の3分の1以上）としたい旨の要望があり、日本側もこれを妥当と判断し合意した。

(5) モデル地区選定プロセス

上記のモデル地区を選定する際には、まず国家人口計画生育委員会国際合作司が8つの省（自治区・直轄市）を選定、各省に3つの地区を推薦させ、その中から競争性・公平性に留意しつつあらかじめ定めた基準により各省1地区の合計8地区を候補として抽出、日本側と協議のうえ最終的に決定することで合意した。なお、各省から推薦する3地区のうち1地区はIP実施地区を含めるが、最終モデル地区は公平に選定したい旨中国側より申し出があり、

日本側もこれを承認した。

最終的な選定プロセス及び選定結果については、第6章のとおり。

(6) CTCの中西部地域対応強化

現地調査の結果も踏まえ、日本側より、CTCに関しては中西部地域に特化した機能の強化が必要であるとの提言を行ったところ、中西部地域担当スタッフの配置等を検討したい旨、中国側の具体的な合意が得られたことは大変有意義であった。

(7) 衛生部門人材の研修

日本側の提言を踏まえ、計画生育部門の要望があれば、計画生育部門とともにプロジェクトに携わる衛生部門の人材についても、CTCにおける研修の受講を可能とすることで合意した。これは、根強い縦割り行政を緩和し、部門を超えた連携体制を構築するうえでの布石ともなるものであり、ぜひプロジェクトでの実現を期待したい。

3-2 保健人材育成

(1) 研修のニーズ

資格制度の詳細は中国年鑑（2005）及び別添資料1によるが、基本的に医師、看護師、助産師、薬剤師、臨床検査技師について、高等教育を受けた者、中等教育を受けた者に加えて、初級の補助者というべき者がおり、下級の者は経験年数と試験により、上の資格を得ることができる。しかし、中等及び初等教育課程では医療が主で公衆衛生はほとんど履修していない。また、高等教育でも一般的に公衆衛生には興味を持つ者は少ない。県レベルでの中堅技術職員、郷鎮レベルでの幹部職員はIPモデル県においても中級レベルの者が多い。また、近年は上級の者は農村部での就職を避ける傾向がある。したがって、RH及び家庭保健の研修のニーズは高い。

2002年施行の「人口及び家族計画法」により、また、社会経済の発展を背景として、人口計画生育委員会の業務が家族計画から、思春期教育をはじめとするRH、STI/AIDS予防、新生児スクリーニング、家族計画の奨励策としての社会保障へと拡大されてきているので、このような分野での研修の必要性が高い。また、PCMワークショップで省レベルの出席者からは、健康教育について特に強い研修ニーズが表明された。

(2) これまでのIPでの研修

従来の太倉市家庭保健サービスセンターはIPの成功例ではあるが、太倉市でのモデル地区での活動のための研修のみを実施しており、家族計画、バイオガストイレと井戸の設置、寄生虫検査が科目であり、頻度も年に1回程度であった。日本からの専門家派遣は寄生虫分野のみである。家族計画の実施技術については、エマーゼンシー・ピルや新型のIUDを認可しているなど中国のほうが進んでおり、日本からの派遣は必要ない。バイオガストイレや井戸についても中国側の技術である。また、寄生虫予防そのものについては、後述の南南協力の交流としての専門家を別にすれば中国側の専門家が育っており必要性はない。

これまでのジョイセフのIPは、資金協力が主体であり技術協力の面は少なかったといえよう。IPでは、20年間にわたりモデル地区を変えながら実施されてきたが、モデル地区での実

施やモデル地区からの拡大は、それぞれの省の委員会に任されていたところが大きい。したがって、モデルが完成したらその全面普及というよりは、モデル地区を変えながら展開していくということであった。最初のモデル地区が通常2郷鎮程度と小さいこともあり、この20年間で拡大地域は5倍から10倍の地域になっているが、それでも面的展開とまではいえない。中国は広く人口も大きいこともあって、行政自体が資金を小地域に投入するモデル行政の面があるのではないかと思われる。研修教材もその時々講師の資料により行われており、標準化された教材整備がなされてきていない。そして何よりも国家レベルの研修センターがなく、TOT研修が行われてこなかったことが、面的展開に至らなかった理由の一つであろう。

(3) 新センター（CTC）での研修

CTCは国家レベルの研修センターであり、これまでの太倉市家庭保健サービスセンターが発展したものというよりは、全く新しい研修センターと考えたほうがよい。CTCは、研修部と家庭保健部（実習部）に分かれている。家庭保健部では婦人病や新生児スクリーニング、家族計画の実施、産前検診など臨床で実習ができるよう常勤の専門スタッフがいる。研修部では研修の必要に応じて外部講師を依頼するのが基本方針であり、研修の管理スタッフが常勤である。したがって、研修部については日本側の短期専門家と外部講師陣のネットワークをプロジェクトでは構成し、中国側外部講師と短期専門家の共同作業により教材の整備、教授法の開発など、外部講師陣をカウンターパートにできる体制が必要である。家庭保健部では専門スタッフがいるのでカウンターパートが特定でき、無償資金協力で供与した機材を活用した研修が実施できよう。また、研修部には研修運営のスタッフがあり、カリキュラム制作、教材整備などにあたる。したがって、現在要請されている長期のプロジェクト業務調整員は、研修運営スタッフをカウンターパートとして、研修運営の技術移転をOJTでするとともに、モデル地域とのネットワーク等のモデル地域活動も担当すべきである。

衛生部の末端施設は予防接種の実施を別にすれば、もともと治療が主体であり、民活化や効率の悪いところから撤退している傾向があり、予防医学の重要性が増している。予防医学ないし公衆衛生は、人口計画生育委員会の業務となっており、この点からいうと、設立が進められようとしている家庭保健センターは、日本の保健所のように、RHを含む公衆衛生の地域の拠点となる構想である。したがって、CTCの将来像は、日本の国立保健医療科学院の研修部門に相当するであろう。ワークショップで述べられた新たな研修部分野のニーズも、保健医療科学院で実施されている研修に相当するものが多い。

なお、プロジェクトで研修を行う科目のうち、検診結果による衛生部管轄の医療施設へのリファール等、衛生部系列の職員、学校保健のように教育部系列の職員等、関係他部の職員の参加も必要なものがある場合には、他部との調整のうえ、参加者に加えるのが適当である。

さらに、UNFPA及びフォード財団が実施しているプロジェクト地域の人口計画生育委員会職員が、本プロジェクトで強化されたCTCで研修を受けることは他ドナーとの連携として奨励される。

(4) 新分野の研修

PCMワークショップと中国側との討議では、人材の研修の必要性が討議され、ここから考

慮するならば、ニーズの高い分野であり日本側の投入にふさわしい分野として、以下のものが候補として考えられよう。パブリック・プライベート・パートナーシップなどの民間活用
の公衆衛生行政、リボルビング・ファンド、ソーシャル・マーケティングなどの運営手法、
トータル・クオリティ・マネージメントなどの地域保健の質保証、学校保健、思春期教育、
IEC、新生児スクリーニング、STI/AIDS予防教育、流動人口保健、高齢者保健、嫌煙運動を
はじめとするヘルスプロモーション、生活習慣病の食事療法、社会保険等が考えられる。ま
た、これらの分野では、理論に偏らず実践的な研修が望ましい。それぞれの省県での活動の
経験交換のワークショップや、アクションプランの作成を取り入れることが考えられる。

本邦でのカウンターパート研修では、国立保健医療科学院とともに、農村部の保健所や国
保診療所を含むべきである。

(5) モデル地域での研修

CTCでは基本的には省と県レベルまでのTOT研修になろう。郷鎮や村レベルのスタッフは、
TOT研修を受けた省と県のスタッフがあたることになる。それにより、中西部での面的展開
が可能となる。モデル地域では、CTCのスタッフを派遣し、県内での研修のモニタリングを
し、フィードバックを得て、CTCでの研修の改善に資する体制とする。中西部は広く多様な
習慣・文化・経済・社会環境にある。それぞれの地域に適応した研修にする指導には、中国
側カウンターパートがあたることになる。CTCでは内容としては全国対応の研修を実施し、
各モデル省県ではその中から選択的に現場で実践することが望ましい。

モデル地域でのプロジェクトの実施のリソースの多くは、機材供与とカウンターパート研
修を別にすれば、各省県人口生育委員会の事前のリソースが投入される。すなわち、本プロ
ジェクトの日本側投入は、CTCへの投入が大きな部分を占めるのが適当である。

(6) 南南協力

CTCでは既に商務部の委託により、アフリカ地域への南南協力の研修が企画されている。
本プロジェクトについても、成果が出始めた時期にアジア地域セミナーを開催する、タイで
実施した寄生虫予防のASIPACプロジェクトのカウンターを第三国専門家で派遣するなど、南
南協力を組み込むことが奨励される。また、第三国研修などを並行して行うことが考えられ
る。

(7) CTC講師と日本人専門家

CTCでの研修は国家人口計画生育委員会をはじめ、ドナー、他の政府機関からの受託によ
る。前述のように家庭保健部には専門のスタッフがいるが、研修部の講師は外部委託である。
したがって、本プロジェクトにおいては、講師陣のネットワークを構築し、日本人専門家が
来訪している間はカウンターパートとしてCTCで業務を行う体制とする必要がある。また、
日本人短期専門家についても、分野が多岐にわたるため、受託組織内ですべてを用意するこ
とは不可能であり、専門家のネットワークを構築する必要がある。専門家は国立保健医療科
学院、大学研究機関、専門家経験者から選定することになる。

3-3 家庭保健／リプロダクティブヘルス

3-3-1 問題点と開発課題（詳細は別添資料2参照）

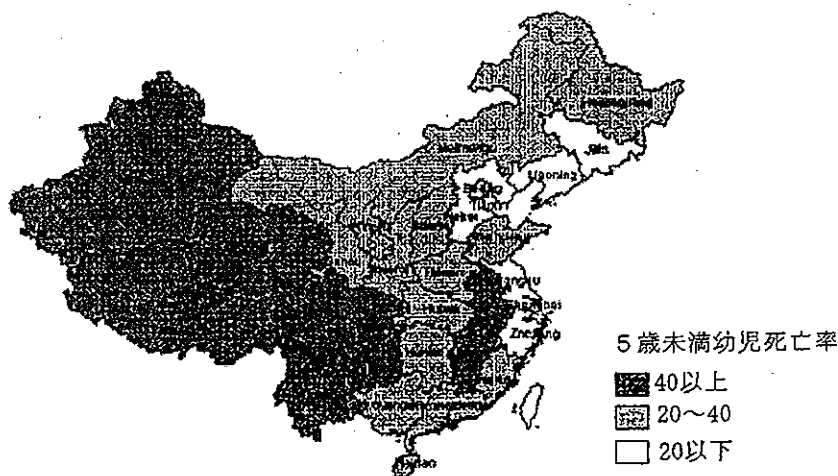
1978年の改革開放政策実施以降、経済発展は促進されたが、一方で医療分野においても市場経済化が進み、農村地域における医療ネットワークは破綻し、都市・農村の格差の拡大、公衆衛生への投入不足、草の根レベルの医療施設の民営化などにより、農村の保健衛生システムが経済転換の招いた市場化の衝撃に対応できず、農村部の保健医療問題が深刻化している。中国では保健医療資源の80%が都市部に集中し、その3分の2が大病院に投入されていると指摘されている。

2002年の妊産婦死亡率は、都市部で出産10万対22.3であるのに対し、農村部では58.2件と農村部における死亡率が高くなっている。本事前調査においても雲南省における2003年の妊産婦死亡率は出産10万対73.6と地域によっては非常に高くなっていることが確認された。また、5歳未満の乳児死亡率は、図3-1に示すように農村部及び農村人口を多く抱えている中西部地域において依然高く、同地域への保健医療体制の強化が望まれる。

農民の79%が何ら保険に加入しておらず（都市部は44%が未加入）、中西部地域の農村では「貧しさから病気になり、病気で貧しくなる」状況を呈している。さらに、HIV/エイズやSARSなどの予防が必要な疾病に対する認識の低さが、主に中西部農民の健康を脅かす脅威となっている。

本事前調査による雲南省、海南省での現地調査及び中西部地域の人口計画生育スタッフを対象としたPCMワークショップの問題分析からも、①農村部の住民の健康意識（予防意識）は依然として低く検診率が低い、②住民の医療負担が困難である、③医療サービス提供機関の技術レベルが低く施設整備も遅れており住民のニーズに合わせた医療サービスの提供が困難であるといった問題点が指摘された。

計画出産による母子の健康促進、家計負担の減少という考えに基づき、家族計画のサービス範囲をこれまでの避妊サービスから、より幅広い家庭保健、RH分野に拡大し、ユーザーフレンドリーな質のよいサービスに転換し、衛生部門との協力により農民の健康ニーズに対応したサービスを提供していくことが求められている。



出典：WHO China 「Country Cooperation Strategy」

図3-1 地域別の5歳未満幼児死亡率（2000年）

3-3-2 人口計画生育・保健医療政策

(1) 国家政策

中国政府は2000年に中国人口白書である「中国21世紀の人口と発展」を発表し、人口の抑制のみならず、経済、社会、文化などとともに人間的な発展、総合的な政策を実施していくことを目標とした。また、①母子保健事業の発展による女性と児童の健康水準の向上、②妊娠・出産期保健の強化、入院分娩、母乳による育児の提唱、③農村での健康教育活動の実施による健康意識、自己防衛能力の向上、④思春期・妊娠期・周産期・更年期・高齢期の健康サービスの強化による生活の水準、質の向上を行動計画として提起している。

さらに、人口白書には「西部大開発」の実施が行動計画として提起されており、経済・社会の発展には西部地域の開発が不可欠との認識から、中国政府は西部開発推進室を國務院内に設置し、中国西部の12の省・自治区・直轄市での中央及び沿岸地域との地域間格差の緩和、少数民族の団結、社会安全保障実現のための取り組みを実施している。

一方、農村部の貧弱な医療体制を踏まえ、今後は農村部住民の保健衛生サービスへのアクセスの拡大及び保健医療水準の向上を目的とし、2002年には「農村初級衛生保健発展綱要（2001～2010）」が策定され、乳児死亡率、妊産婦死亡率等の引き下げ、平均寿命の向上を含めた目標が掲げられた。

(2) 国際機関、他ドナーの援助動向

現在、国際機関、他ドナーによって実施されている家族計画、家庭保健、RH分野における援助は下記のとおりである。

表 3-1 国際機関・他ドナーの援助動向

政府・機関		内 容
UNICEF	国連児童基金	母子保健、栄養、HIV/エイズ
UNFPA	国連人口基金	家族計画、母子保健、リプロダクティブヘルス、HIV/エイズ
UNAIDS	国連合同エイズ計画	HIV/エイズ
ILO	国際労働機関	労働衛生・医療保険
AUSAID	オーストラリア国際開発庁	PHC、予防接種、HIV/エイズ、地域保健
CIDA	カナダ国際開発庁	結核、急性感染症
DFID	英国国際開発省	結核、HIV/エイズ、SARS、医療体制
	ルクセンブルク政府	予防接種
	ニュージーランド政府	急性感染症、医療体制
SIDA	スウェーデン国際開発協力庁	HIV/エイズ
US HHS	米国保健福祉省	予防接種、HIV/エイズ、急性感染症、サーベイランス、先天性異常
World Bank	世界銀行	地域保健、医療体制、健康促進、予防接種、結核
WHO	世界保健機関	家族計画、リプロダクティブヘルス、健康促進、予防接種、結核、医療人材開発、HIV/エイズ、感染症対策、喫煙対策
Ford Foundation	フォード財団	家族計画、リプロダクティブヘルス

出典：Country Cooperation Strategy (WHO China)、国家人口計画生育委員会

(3) インテグレーションプロジェクト (IP)

IPとは、ジョイセフが日本における戦後の経験を活かして、開発途上国における人口・家族計画を推進するための手法として提唱しているものである。中国におけるIPは、ジョイセフと中央の国家人口計画生育委員会、NGOである中国計画生育協会、国際計画生育連合会が協同し、1984年から「国際協力計画生育インテグレーションプロジェクト」の名称で活動が開始された。これまで8期（1期＝3年）にわたりプロジェクトが実施され、対象地域は中国全国31省（自治区、特別市）、42県（市）に及んだ。活動の特徴としては、中国側がプロジェクトのオーナーシップを有し、主体的に取り組んでいること、成果把握のためのベースライン調査を含む多面的な評価を実施していることがあげられる。

IPにおける主な活動内容は以下のとおりである。

- 1) 行政、農民委員会、小学校関係者等への研修活動
- 2) 学校保健での寄生虫予防教育
- 3) 児童やアウトリーチによる家庭保健教育
- 4) ニーズに基づく安全な飲料水確保のための給水塔の設置
- 5) 衛生トイレの普及(トイレの浄化槽内のメタンガスを活用したバイオガスによる電灯、炊事用コンロの開発と普及)
- 6) 女性グループを支援し家畜の飼育・植林や飲食業開業などによる生計向上とそれによる女性の地位向上

(4) 我が国の他の保健医療分野支援と本プロジェクトとの関連

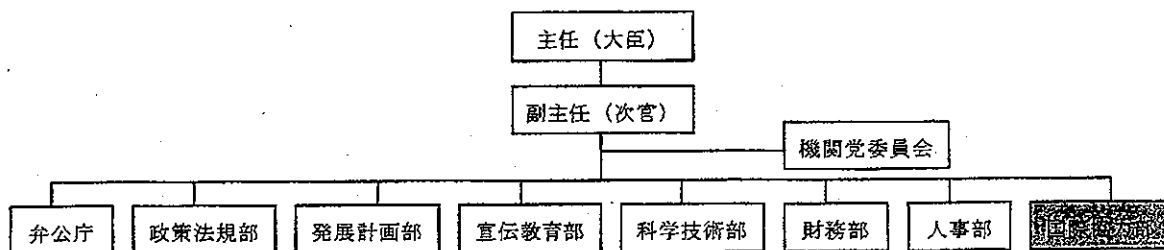
本プロジェクトとの関連では、CTCへの我が国の無償資金協力による機材整備があげられる。本プロジェクトにおいては、CTCに対する研修機能の強化支援を計画しており、無償資金協力により調達された研修用機材の有効活用が可能となり、中西部地域への研修活動との相乗効果が期待される。

また、関連技術協力プロジェクトとしては、生活改善、家庭保健、生態農業促進等を含む総括的なアプローチによる総合貧困対策モデルプロジェクトの形成を目的として、JICA中国事務所が中国計画生育協会、ジョイセフと連携し、貴州省三都県の村落レベルで実施した「貴州省三都県貧困対策モデルプロジェクト」（2002年3月～2005年2月）がある。

3-3-3 プロジェクト実施機関

(1) 国家人口計画生育委員会

本プロジェクトの実施機関となる国家人口計画生育委員会は、全国の人口家族計画活動を担当する最高行政機関として設立され、現在では更に人口発展の戦略研究を強化し、人口と計画出産の総合的な調整と整備を推進することを任務として、①安定した低出生率、②出生児の素質の向上、③性別比率の偏りの抑制、④高齢者人口、流動人口、就業人口の増加による問題への対応、⑤優良な人口環境の構築、を主な業務としている。また、国際協力部は国際援助の窓口となり、UNFPA、ジョイセフ等のプロジェクト調整業務を担当している。



出典：国家人口計画生育委員会

図 3-2 国家人口計画生育委員会

(2) 地域の拠点となる家庭保健サービス機関

中国における家族計画実施の中心組織は、国家人口計画生育委員会を頂点として各地方自治体に組織された、人口計画生育委員会のネットワークである。当該組織は中国の人口計画に係る行政機関であり、家族計画、家庭保健、RHに係る業務も監理している。

具体的な保健サービス及び啓発活動は、各地域に置かれた人口計画生育委員会直轄の計画生育サービスステーション（県レベル）や計画生育サービス所（郷鎮レベル）といった家庭保健サービス機関が中心となり、村民に対する保健サービス、宣伝教育、避妊具・避妊薬の配布・訓練などの業務を実施している。また、県レベルの家庭保健サービスステーションは、超音波診断装置、X線、生化学分析装置、顕微鏡などの医療機材を所有しており、これらの機材の使用が可能なスタッフが配置されている。

1999年時点で、県レベルでは90%の県に計画出産サービスステーションが設置され、郷鎮レベルでは88%の郷鎮に計画出産サービス所が設置された。また国家人口計画生育委員会、財務部、発展改革委員会が共同で中西部のすべての県に計画生育サービス巡回車を提供し、計画出産に関する技術サービス、避妊、不妊手術、女性生殖器官感染症（RTI）、予防治療、不妊症、出産前検診などのサービスを提供している。一方、衛生部が主管する衛生院や母子保健センター、防疫センターといった関連する他組織・機関を統合し、新たに家庭保健サービスセンターを設立、それを保健サービス提供の中心とする地域もあるなど、地域における活動拠点にもいろいろな形式がある。

表3-2 各行政レベルにおける人口計画生育組織と家庭保健サービス機関の機能・役割

行政レベル	計画生育行政組織	家庭保健サービス機関	サービス機関の機能・役割
中央	国家人口計画生育委員会	—	—
省	省計画生育委員会	省科学研究所	家族計画、リプロダクティブヘルスに関する調査、研究、地方技術者への研修
地区	地区計画生育委員会	地区科学研究所	家族計画、リプロダクティブヘルスに関する調査、研究、地方技術者への研修
		計画生育サービスステーション	啓発教育、保健サービス提供者への研修、婦人病検査、避妊手術、寄生虫検査、避妊具・避妊薬の配布
県	県計画生育委員会	家庭保健サービスセンター 計画生育サービスステーション	啓発教育、保健サービス提供者への研修、婦人病検査、避妊手術、寄生虫検査、巡回車による診断・教育、避妊具・避妊薬の配布
郷・鎮	郷鎮計画生育弁公室	計画生育サービス所	婦人病検査、寄生虫検査、避妊措置、村民リーダーへの研修
村	村計画生育弁公室	計画生育室	村民への啓発活動

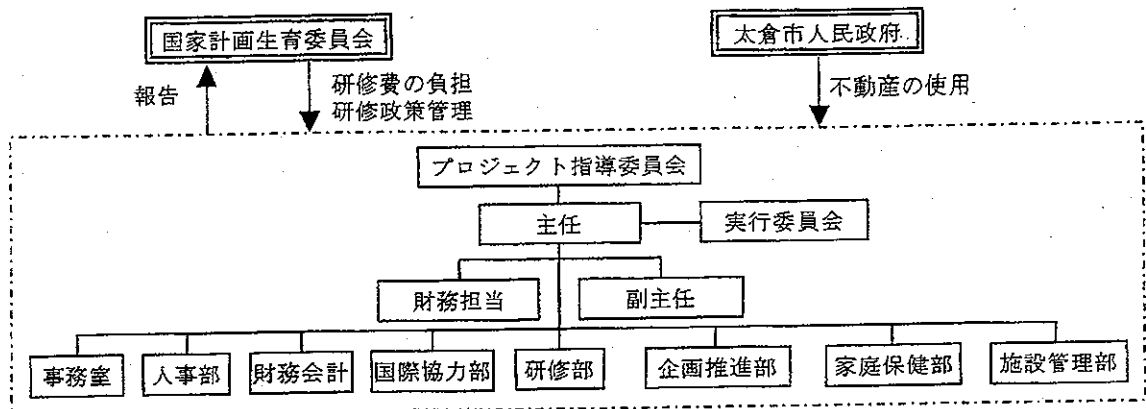
*本事前調査の結果、陝西省では家庭保健サービスセンターにおいて分娩、帝王切開等を実施しており、活動内容はそれぞれの家庭保健サービス機関によっても異なることが確認できた。人口計画生育管轄機関においても、人材の技術レベルや設備について衛生部による審査を受け認定資格を得ることで、分娩、帝王切開などのサービス実施が可能となる。

(3) プロジェクト実施拠点としてのCTC

CTCは国家人口計画生育委員会の所属機関であり、中国政府、江蘇省、蘇州市の協力のもと、太倉市政府が施設建設を実施、日本政府の無償資金協力により機材が整備され、2005年10月下旬に開所した。約2万m²の敷地には研修施設、会議場、ホテル、レストラン、保健医療サービスのプラットフォームが融合している。

太倉市人民政府がCTCの不動産と不動産の処分権を有しており、太倉市人民政府はCTCの経営管理部門に不動産の使用権と収益権を授与している。CTCの運営管理はCTC内の6名のスタッフにより構成されている経営管理部門に委任され、研修委託費、宿泊サービス、医療サービスからの収入により独立採算で運営される計画となっている。また、新たに国家人口計画生育委員会、江蘇省計画生育委員会、太倉市政府などから選出された専門家により組織されたプロジェクト指導委員会が、最高政策決定機関としてCTCにおける発展計画、活動、任務、目標を設定し、CTCに対して直接指導を行うこととなっている。

CTCには事務室、人事部、財務会計部、国際協力部、研修部、家庭保健部、プロジェクト推進部と施設管理部などの8つの部門が組織されており、国際協力部が本プロジェクトの調整窓口となるほか、研修部及び家庭保健部において日本人専門家が活動することが計画されている。



出典：CTC

図 3-3 CTC組織

1) 研修部

研修部は研修の必要に応じて外部講師を依頼するのが基本方針であり、研修管理スタッフのみが常勤として配属されている。過去に北京、上海、蘇州などからの医学専門家を招待して、人口計画生育部門の幹部に対して20余りの特別保健テーマに関する講座を実施した。また、研修指導員への教育実施者となる国内外の専門家リストの作成を予定しており、今後は家族計画、家庭保健、RHに関するプロジェクト効果の普及を目指し、中西部を対象として、プロジェクトの理念・戦略、新生児・幼児保健、婦人保健・児童保健、寄生虫予防と治療、パソコンによる統計管理などの研修及び教材作成を計画している。また、ICTを用いた遠隔研修を計画しているほか、商務部の委託を受けてアプリカ向け人口セミナーを開催するなど南南協力の拠点として、国家人口計画生育委員会、商務部、外交部、科学技術部などの研修を受託する計画である。

2) 家庭保健部（実習部）

家庭保健部は現在の家庭保健サービスセンターの機能を引き継ぎ、太倉市の住民及び現在約20万人（人口の3分の1）に達している太倉市の流動人口への家族計画、家庭保健、RHにかかわる保健サービスの提供を行う。また、CTCでの研修受講者がCTCにおける日常の診療や検査の現場に立会い、CTCの医師や検査技師もしくは専門家による指導を受けつつ実地訓練を行うといったように、研修内容は座学と実習から構成されている。

3-4 ワークショップ実施結果

2005年9月25日から27日まで、中西部のRH・家庭保健サービスのニーズを把握し、プロジェクト基本計画案の骨子を定めるために、太倉市において2.5日間のPCMワークショップを開催した。なお、本ワークショップでは、PCM手法による計画・立案過程のうち、プロジェクト選択段階までを行い、PDM作成は調査団と中国側実施機関である国家人口計画生育委員会とで行った。

(1) 開催趣旨

本ワークショップは、以下の3点を主な趣旨として開催した。

- ① 中国中西部のRH・家庭保健サービス関係者により、当該分野に係る問題を分析すること。
- ② 問題分析を通じて、各地に共通する問題と各地で固有の問題を関係者間で認識すること。

③ PDM暫定案の骨子となるプロジェクトのアプローチを決めること。

(2) 対象者

ワークショップ参加者の人選は国家人口計画生育委員会があらかじめ行い、中西部のRH・家庭保健サービスにかかわる中央、省、県各レベルの従事者及び当該分野の専門家が選出された（詳細は別添資料3参照）。

(3) 実施方法

今回の参加者は勤務する地域の実情や行政レベルが異なるため、参加者間の情報や認識の共有化を促進するため、グループに分けずに分析作業を進めた。

また、以下のような議論の枠組みで、現状及び問題点、及び可能な対策について分析した。

議論の枠組み：中国中西部のRH・家庭保健サービスの現状について

- ① 関係者分析：中国中西部のRH・家庭保健サービスに直接・間接にかかわる人たちは誰か？
- ② 問題分析：中国中西部のRH・家庭保健サービスについて、問題はあるか？ あったらどんな問題か？
- ③ 目的分析：その問題を解決するには、どんな方法があるのか？
- ④ プロジェクト選択：どの解決方法が最適なのか？

対象地域については、具体的なモデル地区が未選定であることから、中国中西部と設定するにとどめた。また、最終的な受益者については地域住民とした。これは、参加者間では既に存在した共通認識、すなわち、どのような事業活動であっても最終的な受益者はRH・家庭保健サービス提供対象の地域住民であるという認識に沿っている。

一方、モデレーターは、調査団員（評価分析）がメイン・モデレーター、国家人口計画生育委員会の職員が通訳兼サブ・モデレーターとなり、ワークショップを進めた。

ワークショップの具体的なスケジュールは、別添資料3参照。

(4) 実施結果

1) 関係者分析（暫定的ターゲットグループ：一般住民）

まず関係者を7つのカテゴリー（受益者、プロジェクト実施者、政策決定者、財政負担者、協力者、潜在の反対者、被不利益者）に分類した。

次いで、受益者のカテゴリーにある①一般住民、②計画生育系統の技術スタッフ、③計画生育系統外の技術スタッフについて、詳細参加者分析を行った。

その結果、一般住民を暫定的ターゲットグループと特定した（関係者分析、詳細関係者分析については別添資料3参照）。

	①一般住民	②計画生育系統の技術スタッフ	③計画生育系統外の技術スタッフ
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての人を含む ・地元の村民 ・流入人口 ・主な労働力 ・地域内の再生産可能年齢の人たち 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを直接提供する人材である ・IPの主な実施者である ・管理する立場である 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医師、助理医師、郷・鎮医師、村医者がいる ・保健知識をわかっている人わかっていない人がある ・サービス提供者と管理者がいる ・保健医療分野の専門家と認められる ・関連知識をわかって協力者となれる
問題点	<ul style="list-style-type: none"> ・RH状況はよくない ・基本的な知識や条件に欠けている ・家庭保健サービスを受けていない ・大多数は経済状況が良くない ・過度な治療を受けている 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理方法が古い ・技術やサービス能力が弱く、知っている新技術が少ない ・良いサービスを提供する意識に欠ける ・人材資源が不足している ・理解している部分と理解していない部分がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門知識があるが、不足な部分がある。 ・計画生育事業のニーズを知らない ・計画生育サービスの体系をわかっていない ・自らサービスする意識が弱い ・RH・家庭保健に対する理解が足りない

2) 問題分析〔中心問題：(住民の) RH・家庭保健の状況が悪い〕

一般住民について問題分析を行い、下記のように中心問題と直接原因を特定した。

中心問題	直接原因 (レベル1)	その原因 (レベル2)
住民のRH・家庭保健の状況が悪い	1. (住民が) 家庭保健サービスを得られない	1-1 (家庭保健) サービス能力が強くない
		1-2 どこからサービスを受けるか知らない
		1-3 交通が困難である
		1-4 医療スポットが遠い
		1-5 医療の負担が重い
	2. (住民の) 保健の意識が低い	2-1 保健の情報が不足している
		2-2 保健の情報が正しくない

当初、直接原因として6つの問題があげられ、原因⇔結果の論理で分析作業を進めたが、最終的に、直接原因は2つに集約された(問題分析図は別添資料3参照)。

直接原因「1. (住民が) 家庭保健サービスを得られない」では具体的サービスを提供する際の諸問題について、また直接原因「2. (住民の) 保健の意識が低い」では保健知識を普及していく際の諸問題について、それぞれ分析した。

分析においては、サービスや保健知識を広めていくことに直接・間接に関係する問題が、社会・経済情勢の急速な変化とそれに対する行政側の対応の不備からサービス提供方法のあり方にわたって幅広く取り上げられた。現状は必ずしも同じではなく、参加者の勤務地

ごとに異なる様相もあるものの、現場での活動に共通する問題について再確認・共有化が行われた。

また、中心問題の上位にある問題・直接結果は以下のとおりである。

・社会の負担を増加する	・生育の質に影響する	・平均寿命が短縮する
・生活レベルが低い	・貧困	
・家族が困る	・労働能力が弱まる	

上位にある諸問題は、分析の結果、すべて同列の直接結果となった。これら諸問題はすべて現実の問題であるが、家族メンバーの誰が最初に健康を害するかによって諸問題の発現する順序が異なってくる点が、議論から明らかになり、原因⇔結果の関係で分析せず、すべて直接結果とした。

3) 目的分析 (中心目的: RH・家庭保健の状況が改善される)

上記問題分析を踏まえて目的分析を行い、下記のように中心目的と直接手段を特定した (目的分析図は別添資料3参照)。

中心目的	直接手段	その手段
住民のRH・家庭保健の状況が改善される。	1. (住民が) 家庭保健サービスが得られる。	サービス能力を高める
		家庭保健サービスネットワークを宣伝する
		交通状況を改善する
		医療施設への距離を短縮する
		医療負担を軽減する
	2. (住民の) 保健の意識が高まる	十分な保健情報を提供する
		正しい情報を提供する

中心問題「住民のRH・家庭保健の状況が悪い」を望ましい状態にしたものが、中心目的「住民のRH・家庭保健の状況が改善される」である、また中心目的を実現するために必要な、直接手段「1. (住民が) 家庭保健サービスが得られる」、直接手段「2. (住民の) 保健の意識が高まる」が特定された。さらに、直接手段を具体的活動で示した諸手段を特定した。

また目的⇔手段の論理関係を使って、これら手段を実施すれば直接手段が実現できるか、2つの直接手段群が実現できれば中心目的が達成できるかという検証作業も行った。この検証作業では、問題分析時には認識されなかった事柄も明らかになり、問題カードの書き換えや追加、それに対応する手段カードの作成を行った。

4) プロジェクト選択 (選択アプローチ: 健康教育とサービス能力向上)

目的分析系図に基づいてアプローチをつくり、次いで3つのアプローチを比較検討した (プロジェクト選択表は別添資料3参照)。

アプローチ名	健康教育アプローチ	サービス能力向上アプローチ	情報の提供能力向上アプローチ
概要 選択基準	主対象：計画生育スタッフ 内容：宣伝資料の作成、マスコミによる宣伝の強化、RH宣伝設備の増設	主対象：計画生育スタッフ 内容：予防保健能力や管理水準の向上、家庭保健サービスネットワークの宣伝	主対象：計画生育スタッフ 内容：情報提供能力の強化、正確な情報の提供
期間内で中心目的を達成する程度(3年)	大	中	中
コスト (人件費、資機材、施設)	大 (設備、資料、研修)	大	中
実現可能性	中	大	中
省計画との整合性	大	大	大
少数民族への配慮	大	大	大
総合	1	1	3

選択基準は、上記のように5項目を設けた。この5項目は、調査団にとってはプロジェクト計画骨子を定める際に確認しておきたい項目であり、あらかじめ選定基準案として用意しておいた。これらをワークショップ参加者に諮ったところ、妥当な選定基準であると賛同を得たので、アプローチの選定基準として採用した(詳細は別添資料3参照)。検討結果は、大・中・小と標記した。「大」は良い評価となるが、唯一、コストについては「大」とはコストが多いことを意味する。

これら5項目の検討を踏まえて、3つのアプローチについて総合判断を行った結果、健康教育アプローチとサービス能力向上アプローチが、最適なアプローチであると判断された。いずれも、各項目ごとの評価は同じである。

今回ワークショップではPDM作成を行わず、RH・家庭保健サービス関係者によるニーズの在り処を把握することが主眼であるので、アプローチ間の優先順位が明らかになった時点で所期の目的は達成できたと判断し、アプローチを一つに絞り込むことは行わなかった。

5) PCMワークショップ結果から

問題分析においては、原因として社会・経済状況から自然環境までが分析された。

例えば、「1-5 医療の負担が重い」では、さらに次のように問題が分析されている。

直接原因 (レベル1)	その原因 (レベル2)	原因レベル3
1. 住民が家庭保健サービスを得られない	1-5 医療の負担が重い	i 住民の収入が少ない
		ii 医療に関する定価が不合理である
		iii 医療保険が乏しい
		iv 予防保健が不足している

1978年に実施された改革開放経済政策により保健医療分野でも市場経済化が進み、高い医療費収入が期待できない農村部では、医療施設の機能低下やサービスの縮小が顕著にな

った¹。i から iii は農民を取り巻く社会・経済面からの問題分析であるが、一方で、iv のように病気を予防することの重要性が住民に認識されていない、あるいは重要性が認識されるような予防保健サービスを行ってこなかったという、サービス提供のあり方についても分析された²。

このサービスを提供することについては、問題分析系図中、数箇所「〇〇能力が弱い／強くない」という問題があげられている。それらを下表の網掛け部分に示した。

直接原因 (レベル1)	その原因 (レベル2)	原因レベル3	原因レベル4
1. 住民が家庭保健サービスを得られない	1-1 (家庭保健) サービス能力が弱い	i 管理のレベルが低い ii 人的サービスが不足している iii サービス資源が不足している	(省略)
2. 住民の保健の意識が低い	2-1 保健の情報が不足している	ii 健康教育が不足している※1	ii ⑤情報提供能力が弱い
	2-2 保健の情報が正しくない	iii ③情報提供する能力が弱い	(省略)

※1：この直下の原因として全部で2点あげられたうち、1点のみ記載。

※2：この詳細原因としては全部で5点あげられたうち、1点のみ記載。

※3：この直下の原因として全部で4点あげられたうち、1点のみ記載。

このうち、直接原因2「住民の保健の意識が低い」の中では、同一問題（情報提供能力の弱さ）が異なるレベルで指摘された。レベルは異なっても、情報提供能力が弱いことの原因の構成は同じであると、議論を通じて確認し、次のように詳細に分析された。

原因レベル4	原因レベル5
ii ⑤情報提供能力が弱い	ア) サービス対象の需要に対する把握が不足している イ) ニーズの開発が不足している ウ) 専門の技術員が不足している エ) 郷村でのカウンセリング能力が弱い オ) 情報を提供する機構が不足している

情報提供能力の弱さは、サービスを提供する人員・施設の多寡に由来する原因（上記原因レベル5のウとオ）と、提供するサービスの内容に由来する原因（同ア、イ、エ）に大別できる。

¹ 農民、特に内陸部農民は、都市部住民に比べ、改革開放路線のメリットを享受できずに収入の伸びが低い。その結果の一つとして医療価格の相対的上昇や医療保険への低い加入率となって現れている。農民の状況については、現地調査中、各地で同じ説明を受けた。すなわち「少しの不調なら我慢し、病院にやってくる頃には既に手遅れの状態」である。また、その原因を尋ねたところ、医療費が高いから、保険医療機関が遠いから、農繁期だから、健康への意識が低いから、と理由があげられた。

² 「予防保健が不足している」。主な原因は、「予防保健サービスが不足している」と「受けた予防保険が足りない」

中国中西部RH・家庭保健サービスの提供能力の向上方法を検討する際、個別の問題が異なっても、サービスを提供する人員・施設の多寡に由来する原因と、提供するサービスの内容に由来する原因への対策は欠かせないであろう。

第4章 プロジェクトの基本計画

本章では、事前評価調査協議議事録（付属資料M/M参照）に添付のPDM暫定案に沿って説明する。このPDM案は、中西部RH・家庭保健サービスの関係者によるPCMワークショップ（関係者分析、問題分析、目的分析、プロジェクト選択の各分析作業を実施）を踏まえて、中国側実施機関と調査団によって、作成されたものである。

なお、プロジェクトの基本情報は以下のとおりである。

プロジェクト名称：中西部地域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
プロジェクト目標：中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（CTC）の研修機能の強化を通じて、中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関の能力が向上する。
プロジェクト期間：2006年2月～2009年1月（3年間）
実施機関：国家人口計画生育委員会
対象地域：中西部19省（自治区・直轄市）
直接受益者：中西部対象地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス従事者 中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター研修部門
最終受益者：中西部対象地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスを利用する住民

4-1 プロジェクト実施体制

4-1-1 実施体制

本プロジェクトの実施体制は、M/Mに添付の実施体制図にあるとおりである。プロジェクト対象地域は19省（自治区・直轄市）であるが、プロジェクトサイトとしてCTC及びモデル地区8か所（8省に県レベルのモデル地区を各1か所）を設けた。

CTCでは中西部のRH・家庭保健サービス従事者向けに研修を実施する。その対象は19省（自治区・直轄市）の省レベルのサービス従事者、県レベルに対しては、モデル地区のサービス従事者、並びに一部モデル地区以外のサービス従事者である。このCTCは、国家レベルの研修センターとして2005年10月に開所した。そのうち、研修部と家庭保健部がプロジェクト実施の主要部門である（第3章「3-2 保健人材育成」「3-3 家庭保健／リプロダクティブヘルス」参照）。CTCでは、既に、中西部向けに講義と実習を組み合わせた研修を計画している。この研修に対しては、モデル地区からのフィードバックを受けて、中西部地域の当該分野のニーズに対応するよう随時、研修カリキュラムを拡充していく。研修受講者は、それぞれが下のレベルにCTC研修で得た成果を波及していくことが期待され（省レベル人材→県レベル人材、県レベル人材→郷・鎮レベル人材）、波及活動に必要な研修も開催する予定である。

一方、モデル地区に対しては、プロジェクトを効果的に実施するため、プロジェクト活動を集中的に行う。プロジェクト初期の段階では、優先的に人材を育成する予定である。モデル地区は所定の選定基準とプロセスによって決定されるが（付属資料3のM/M本文「(2) モデル地区の選定のプロセスと基準」参照）、PDM中の各指標の具体的数値は、このモデル地区の状況

を踏まえながら設定していくことになる。

非モデル地区に対しては、省レベルあるいは一部の県レベルの人材がCTCで研修を受けることを通じた人材育成が中心となる。CTC研修は、上記で述べたように、モデル地区で得られた教訓を踏まえて常時カリキュラムが改善されていくので、非モデル地区人材にも、モデル地区での成果を伝えていくことができるようになっていく。

4-1-2 プロジェクト活動

プロジェクト対象地域で行うプロジェクト活動は、まとめると次のようになる。具体的な投入については、「4-5 投入」で述べる。

活動場所 活動内容	プロジェクトサイト		11省 (自治区・直轄市)
	CTC (プロジェクト・オフィス設置) 研修部と家庭保健部	8モデル地区/8省 (県レベル) RH・家庭保健サービスの従事者/提供機関	
CTC研修の受講対象			
省レベル向け	該当せず	○	○
県レベル向け	該当せず	○	一部
郷・鎮以下レベル向け	該当せず	未定	未定
専門家派遣			
短期専門家の派遣	○ (研修実施)	○ (巡回指導)	未定
業務調整員の配置/巡回	○ (配置)	○ (巡回)	該当せず
カウンターパート本邦研修対象	○	○	未定
機材供与 (提供機関向け)	該当せず	○	該当せず
モデル地区サービス提供機関でCTC研修受講者が主催する研修			
開催の有無	該当せず	○	未定
衛生部門人材の参加の可否			
CTCでの研修	該当せず	○ (計画生育部門の要望に応じて)	○ (計画生育部門の要望に応じて)
モデル地区等でCTC研修受講者が主催する研修	該当せず	○	未定

またプロジェクト実施期間は3年間であるが、年次数では4年となる。この間は、次のような目安をもって、プロジェクトを実施していくことが望まれる。

初年次	2か月 (2006年2～3月)	プロジェクトを立上げる。
2年次	12か月 (2006年4月～2007年3月)	プロジェクト実施体制の基礎を固める。
3年次	12か月 (2007年3月～2008年3月)	プロジェクトを軌道に乗せ発展させる。
4年次	10か月 (2008年4月～2009年1月)	プロジェクトを自助努力により発展させる。同時に評価を行う。

4-2 上位目標

上位目標は、本プロジェクトがプロジェクト目標を達成した結果、発現が期待される開発効果であり、本プロジェクトでは次のように表現している。

上位目標

中西部地域の住民のリプロダクティブヘルス（RH）・家庭保健状況が改善される。

本プロジェクトでは、中西部のRH・家庭保健サービスについて、RH・家庭保健分野の研修の拡充と従事者の能力強化を通じて、RH・家庭保健サービス提供能力が向上することを目指す。そのため、プロジェクト上位目標として、提供能力が向上したことによって、中西部地域住民でRH・家庭保健サービスを受ける人数や受ける機会が増え、婦人病疾病率が低下する、感染率が低下するなど住民のRH・家庭保健状況が改善されることが期待される。また、プロジェクトの最終裨益者は、提供能力が向上したRH・家庭保健サービスを享受できるであろう、プロジェクト対象地域である中西部地域の住民となった。

上位目標の指標として、中西部地域（CTCにおいて直接研修を受講したサービス従事者の所属地域）の住民のRH・家庭保健の健康状況の改善があげられ、そのデータ入手手段は、中西部地域の保健医療統計とプロジェクト活動報告書としている。

4-3 プロジェクト目標

本プロジェクトが期間内に達成すべき目標は、次のように表現している。

プロジェクト目標

中国リプロダクティブヘルス家庭保健研修センター（CTC）の研修機能の強化を通じて、中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関の能力が向上する。

本プロジェクトでは、CTCにおいて適正な研修を受けたRH・家庭保健サービス従事者が、適正な資機材を備えた現場施設において、研修内容を効果的に実践・展開していくことを目指す。

CTCでは、研修受講者が現場で実践・展開できるよう、適正な研修を実施していくことを目指す。このなかには、研修受講者による現場での実践結果を研修カリキュラムにフィードバックしていき、研修の実用度を高めていくことが含まれる。本プロジェクトを通じて、CTC研修部門は、その研修機能を強化することができる点で、プロジェクトの直接受益者となる。

また、中西部のRH・家庭保健サービスでは、サービス従事者がCTCでの研修成果を現場施設で実践し、また周囲に広め、その現場施設がサービス提供機関としての能力を向上させていくことを目指す。この中には、研修受講者が研修成果を実践できるよう、一部の現場施設の機能を向上させることが含まれる。対象地域である中西部のRH・家庭保健サービス従事者はCTCで研修を受け技能を向上できる点で、プロジェクトの直接受益者である。

プロジェクト目標の達成度を測る指標として、①中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関が提供できるサービス内容の拡大状況、②中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関でサービスを受けた住民の数、③中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関でサービスを受けた住民の満足度があげられる。またその入手手段は、①と②がプロジェクト活動報告書、③住民へのアン

ケート調査である。

4-4 成果及び活動

成果は、プロジェクトが目標を達成するための戦略であり、本プロジェクトでは4項目を設定した。

成 果

1. CTCで対象地域のニーズに合ったRH・家庭保健サービス研修が実施される。
2. モデル地区サービス提供機関でCTC研修受講者が研修内容を活用できる機能が整備される。
3. モデル地区サービス提供機関でサービス内容が拡大し、サービスの質が向上する。
4. CTCとモデル地区の相互交流と支援システムが強化される。

これら成果は、活動場所・活動主体で3種類に分けられる。

成果1はCTCを活動主体とし、成果2及び成果3はモデル地区での活動であり、成果4はCTCとモデル地区がともに活動主体である。また、各成果は時系列に沿ったものではない。すなわち、成果1が達成されたら成果2へ、成果2が達成されたら成果3へ、という構成ではない。プロジェクト立ち上げ期には、各成果についての活動が一斉に始動することが予定されている。

各成果は、①研修カリキュラムや指導マニュアル及びモデル地区サービス提供機関運営マニュアル等は立ち上げ期に第1版を作成する、②次年度にかけて第1版を使用しながら実用性を検証し改訂・改良する、③第2版を使用しさらに実用性を検証する、という趣旨で進められる。

成果を実現するための具体的行為である活動は、それぞれ次のようになっている。

(1) 成果1について

成果1とその活動は、CTCで中西部地域のニーズにあったRH・家庭保健サービス研修を実施することを目指している。

成果1. CTCで対象地域のニーズに合ったRH・家庭保健サービス研修が実施される。

- 1-1 研修カリキュラムを作成・改良する。
- 1-2 教員を養成する。
- 1-3 質の高い研修用教材を開発する。
- 1-4 研修を実施する。

また成果1の指標は、①養成された教員の数、②研修の実施回数、参加人数実施科目、③研修受講者の研修満足度（研修内容、講義方法、教材）であり、その入手手段は①と②がプロジェクト活動報告書、③が研修受講者へのアンケート調査としている。

(2) 成果2について

成果2とその活動の対象はモデル地区にあるRH・家庭保健サービス提供機関である。CTCで研修を受講した従事者が、機能が整備されたサービス提供機関で、その研修内容を効果的

に実践するようになることを目指している。

成果2. モデル地区サービス提供機関でCTC研修受講者が研修内容を活用できる機能が整備される。

- 2-1 サービス提供機関の運営計画を策定する。
- 2-2 既存機材の状況について調査する。
- 2-3 必要機材を設置する。
- 2-4 使用機材の使用法についての訓練を実施する。
- 2-5 CTC研修受講者がモデル地区内においてサービス従事者に研修を行う。

このサービス提供機関としては、家庭保健サービスセンターが想定される。この施設は、CTCの研修を地方で波及していく拠点として、地域研修センターのような位置づけとなる。必要機材の詳細は、今回調査した機材設置状況を踏まえ、プロジェクト活動の一環として調査・特定していく。

成果2の指標は、①投入した機材の活用状況、②CTC研修受講者がモデル地区で実施した研修回数、参加人数及び実施科目、③研修参加者の満足度（研修内容、トレーニング方法、教材）であり、その入手手段は、①が機材管理台帳、②がプロジェクト活動報告書、③が研修参加者へのアンケート調査としている。

(3) 成果3について

成果3とその活動も、対象はモデル地区である。ただし、成果2の活動群では、サービス提供機関の諸機能のうち、地方で活動するサービス従事者への研修実施場所としての機能整備が主眼である。一方、成果3の活動群は、住民に対するRH・家庭保健サービス提供場所—公衆衛生の地域の拠点—として、サービス提供の方法や内容についての拡充を目指している。

成果3. モデル地区サービス提供機関でサービス内容が拡大し、サービスの質が向上する。

- 3-1 サービス提供マニュアルを作成する。
- 3-2 健康教育教材を作成する。
- 3-3 様々なグループに対して健康教育を実施する。
- 3-4 様々なグループに対して、カウンセリング、健康診断、レフェレルサービスなどのRH・家庭保健サービスを提供する。

サービス提供機関で提供するサービスの内容は、住民のニーズに応じて拡充していき、またこれに伴って、健康教育教材も追加されるようになる。

成果3の指標は、①作成されたサービス提供マニュアルの活用状況、②モデル地区でRH・家庭保健サービスを受けた住民の数、③モデル地区でRH・家庭保健サービスを受けた住民の満足度、④モデル地区住民の健康教育教材に対する評価、⑤対象者別（流動人口、高齢者等）に提供されるRH・家庭保健サービスの分野数であり、その入手手段は、①がサービス提供マニュアル使用者へのアセスメント、②がプロジェクト活動報告書、③と④がモデル地区住民へのアンケート調査、⑤がプロジェクト活動報告書としている。

(4) 成果4について

成果4とその活動は、CTCとモデル地区が緊密に連携することで、モデル地区以外の中西部にもプロジェクト活動を波及させることを目指している。

成果4. CTCとモデル地区の相互交流と支援システムが強化される。

4-1 CTCとモデル地区の相互交流計画を策定する。

4-2 CTCがモデル地区のサービス提供活動に対してアドバイスを提供する。

4-3 モデル地区がCTCに関連情報をフィードバックする。

モデル地区におけるCTC研修受講者の研修実践状況や結果について、CTCとモデル地区が相互に支援・情報交換しあい、その成果・教訓をCTCの研修に反映させる。このCTCとモデル地区間の相互交流は、CTC-モデル地区の間だけではなく、モデル地区同士でも情報や経験を交換していくことを含む。現場からのフィードバックを得て、CTCでは研修を拡充させるが、この研修はモデル地区以外のサービス従事者も対象であるので、モデル地区での実践効果は中西部全体に波及していく。

成果4の指標は、①交流に対するCTCとモデル地区の満足度、②ニュースレター（発行回数、部数）であり、その入手手段は、①がCTCとモデル地区へのアンケート調査、②がプロジェクト活動報告書としている。

なお、各活動の実施時期や活動に要する期間については、詳細な活動項目を含めて、プロジェクト活動計画表（PO）案に示したとおりである（別添資料4参照）。このPO案は事前評価段階で想定される活動とその詳細項目の概要を示したものであるため、プロジェクト実施に合わせて見直し、詳細な計画を策定する予定である。

4-5 投入

プロジェクトに必要な人材・資機材・施設は、日本側・中国側双方が投入する。

まず日本側の投入は、次のように予定している。

1. 専門家派遣

(1) 短期専門家：RH、母子保健、公衆衛生、地域保健行政、感染症予防（例：HIV/エイズ対策、寄生虫予防等）、健康診断、健康教育、カウンセリング、高齢者保健

(2) 業務調整員

2. 本邦研修

3. 機材

医療機材及び研修機材

4. プロジェクト運営経費

(1) 研修実施経費

(2) 専門家活動経費

短期専門家は、CTCにおいて技術研修を実施するほか、モデル地区への巡回指導も行う予定である。指導分野は上記のように特定されているが、RH・家庭保健サービスの内容の拡充に応じて、日本側中国側が協議して、上記以外の分野についても派遣することは可能としている。また投入

時期は、CTCでの研修実施スケジュールを踏まえて定めていく。業務調整員は、CTCを活動拠点としプロジェクトの運営・管理にあたるほか、短期専門家が研修をスムーズに実施できるようCTCとモデル地区に対して、研修運営方法に関するサポートを行っていくことになる。

本邦研修については、日中双方でカウンターパートの中から参加者を選出し、また研修参加人数や研修期間は、毎年のプロジェクト実施計画に基づいて決定する予定である。研修内容の一例としては、CTCの将来像のモデルとして、国立保健医療科学院研修部門について学ぶことが想定される。

機材については、CTCに対しては医療機材及び研修機材の供与を検討する予定である。また、モデル地区の家庭保健サービス提供機関に対し必要機材を調査・特定・設置していくが、具体的な機材の検討等はプロジェクト活動の一環として行う予定である〔4-4の(2)参照〕。

プロジェクト運営経費は、研修・セミナー等の実施に要する経費の一部や専門家の活動に直接必要な経費を想定している。

一方、中国側の投入は以下のとおりとしている。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. プロジェクト管理機関及びプロジェクトサイト責任機関2. カウンターパート3. 設備
CTC内のプロジェクト執務スペース等4. プロジェクト運営経費 |
|---|

プロジェクト管理機関はプロジェクトの全般的な管理を行い、プロジェクトサイト責任機関は実務的な取りまとめを行う。それぞれ、前者には国家人口計画生育委員会国際合作司長が、後者にはCTC主任及びモデル地区責任者が就くことになる。

カウンターパートは、中国側がプロジェクト実施に必要な人材としてCTC及びモデル地区から選出する。

設備は、主に業務調整員がプロジェクト事務を執り行うのに必要なスペース及び設備であるが、CTCの中に設けられる。

プロジェクト運営経費の中国側負担分としては、①日本人専門家の公務出張に対する交通の便宜及び市内交通費、②供与機材の中国国内における輸送・据付・操作及び維持に必要な経費、③供与機材に対して中国において課せられる関税・国内税及びその他課徴金、④当該計画実施に必要な運営経費を予定している。

4-6 外部条件とリスクの分析

外部条件は、プロジェクトを成功させるために重要であるが、プロジェクトによって管理できず、また発生するか否か不確かな条件をいい、上位目標、プロジェクト目標、成果、活動を達成するためには、それぞれのレベルで特定された外部条件を満たす必要がある。本プロジェクトでは、各レベルの外部条件は次のように特定している。

レベル	外部条件
上位目標	1. 国家体制の変革・政変がない。 2. 経済状況が大きく悪化しない。
プロジェクト目標	1. 中西部地域で大規模で長期にわたる自然災害や疫病が発生しない。 2. 中央政府の中西部地域に対する保健医療政策が継続する。
成果	1. CTC外部講師陣が大きく変わらない。

(1) 上位目標の外部条件

まず上位目標の外部条件1であるが、中国では、2003年に、胡錦濤国家主席・温家宝総理を中心とする新指導部が成立した。新しい国家指導体制では、基本的に前・江沢民政権の政策方針を踏襲し、着実な政策運営にあたっている³。現状からは、国家体制を大きく揺るがす変革・政変が発生する可能性は低いと考えられる。

上位目標外部条件2であるが、経済状況が住民の健康状態に大きく影響することは、例えばPCMワークショップでの関係者分析でも明らかである。しかし、中国経済は、改革開放路線により一貫して成長しており、この傾向は中長期にわたって続くと見られる⁴。また中西部住民の大多数を占める農民に関連しては、新指導部は、農村問題、失業者対策、西部・東北問題への取り組み等、社会的弱者対策を重視している。これらから、経済状況が大きく悪化すること可能性は低いと考えられる。

(2) プロジェクト目標の外部条件

次いで、プロジェクト目標の外部条件1であるが、例えば2003年に起きたSARSのように、疾病や自然災害そのものが発生する可能性は否定できない。一方で、SARS蔓延時、農村部の医療体制と保健衛生サービスの脆弱さが浮き彫りとなり、公衆衛生や家庭保健を普及させる重要性が認識された経緯がある。これを踏まえると、自然災害・疫病が発生した場合、被害の拡大を抑えることができるようRH・家庭保健サービスの提供内容や方法を整備しておく必要がある、この点は既に、プロジェクト関係者には十分に認識されている。

プロジェクト目標の外部条件2であるが、中西部は貧困人口が集中している地域であり、中国では貧困の解消と計画出産は結びつけられている。「中国農村扶貧開発要綱」(2001年発表)は、基本方針として「…貧困扶助は計画出産と結びつけて、貧困地域の過度の人口増加を防ぐことによって資源、人口、環境の良い循環を実現させ、持続可能な発展力を高める」と規定し⁵、要綱の実施期間は2001～2010年である。また前述のように、現指導部は社会的弱者対策を重視している。これらを踏まえると、中西部地域に対するRH・家庭保健サービスなどの保健医療政策は、当面、継続されると考えられる。

(3) 成果の外部条件

成果の外部条件1は、プロジェクトサイトの一つであるCTCの人員の流動性に関連したも

³ 2004年秋に、内陸部で民衆の抗議活動が続発しているという香港メディアの報道があったが、これも拡大・発展していない。「外務省ホームページ、最近の中国の情勢」(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/arca/china/kankei.html>)

⁴ 例えば、2002年11月第16回党大会では「2020年のGDPを2000年の4倍増とする」という目標が示された。

⁵ 若林敬子、2005年、pp. 426 (『中国の人口問題と社会的現実』ミネルヴァ書房)

のである。CTC研修部では、外部所属の講師陣が研修を実施するが、彼らは日本側短期専門家のカウンターパートでもある。CTCが中西部向け研修機能を強化していくには、外部講師が継続して研修を実施することが必要となる。外部人材にはCTCの拘束力が及ばないことも想定されるので、例えば、講師として契約を交わす際、契約内容に、①今後3年間は講師を務める、②務められない場合は信頼できる代理を推薦する、④毎回報告書を作成・提出し、指導内容・教材・研修実施方法等が第三者にも明らかになるようにするといった事項を盛り込むなどの対策を講じておく必要がある。

人員の流動性についてはモデル地区人材についても検討された。しかし、モデル地区選定基準の中に、既にプロジェクト期間中は人員を変更しないことが盛り込まれていることから、モデル地区人員の流動への懸念は皆無に等しいと考えられる。

(4) 活動の外部条件

また、活動に対する外部条件は、本調査段階では特定していない。これは、人口計画生育委員会と衛生・教育部門といった関連部門が良好な連携関係を有し組織間の協調能力が高いこと、所在地の地方政府がプロジェクトを重視し必要な経費を投入できることなど、モデル地区として選定される過程で、様々な対策が講じられているためである。

4-7 前提条件

前提条件はプロジェクトを実施するに先立って満たされるべき事柄であるが、本プロジェクトでは以下のとおりである。

前提条件

1. 無償資金協力によって整備されたCTCにおいて、RH・家庭保健サービスの研修センターとしての運営体制が整う。

本プロジェクトに先立ち、CTCには無償資金協力案件「リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター機材整備計画」が実施されたが、本プロジェクトとこの整備計画は、連携して、中国中西部のRH・家庭保健サービスの質を向上することを目的としている。

事前評価調査時（2005年9月下旬）には完成直前であったが、組織運営体制も既に始動しており、2005年10月下旬には開所式を迎えた。プロジェクト開始時には、CTCの研修センターとしての運営体制は整うものと考えられる。