

第5章 プロジェクトの実施妥当性

ここでは、本プロジェクトの実施妥当性について、妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性の5項目から検証する。

5-1 妥当性

(1) 必要性からみた妥当性

中国中西部地域の社会・経済の発展は停滞し、農村の保健衛生システムは、元来、整備が立ち遅れているうえに、市場経済化の負の影響を受け、農民の健康水準の悪化に拍車がかかっている。貧困問題と健康問題は密接に連携しており、「貧しさから病気になり、病気で貧しくなる」という悪循環に陥る住民も多い。このような状況の農村部において、保健衛生サービスは、省から末端の村（自然村）まで行政区分に対応している家族計画サービス提供機関を通じて提供されることが多く、この家族計画サービス機関のネットワークは中西部地域の保健衛生システムを強化・整備する際、きわめて重要な役割を担っている。

しかし、例えば2003年のSARSの大流行では、農村における医療体制と保健衛生サービスの脆弱さが浮き彫りにされた。また、家族計画サービスでは、新しい課題——RHのニーズの高まり、感染症（SARSやHIV/エイズ）予防と対策、サービス提供技術・方法の多角化、高齢化や流動人口対策——などに対応できるだけの人材、技術、知識を備えていないことも明らかとなった。そして、住民の福祉と健康を守り社会を安定させるためには、農村の保健衛生システムを強化・整備していく重要性が認識されるようになった。

一方、CTCはこのような問題に対応するため設立されているが、中西部の実状に適った研修を実施するには技術スタッフや運営管理スタッフ、教材が備わっていない。本プロジェクトでは、中国中西部において、この家族計画ネットワークが提供する保健医療サービスの領域を拡大し、各地の住民ニーズに対応できるようRH・家庭保健サービスとして拡充させていくことになる。これは、貧困人口が多く、保健・医療・衛生分野で整備が立ち遅れて、状況改善が求められている中西部地域の開発課題とニーズに対応しており、また最終的なターゲットグループである住民のニーズに合致するものである。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も大いに貢献できることが期待される。

(2) 優先度からみた妥当性

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、以下の点を実現すべく、引き続き努力していくことを呼びかけている。

- 1) 母子保健事業を発展させ、女性と子どもの健康水準を向上させる。
- 2) RHを強化し、入院分娩や母乳による育児を提唱する。
- 3) 農村で健康教育活動を実施し、農民の健康意識や自己保健能力を向上させる。
- 4) 思春期、妊娠期、周産期、更年期、高齢期の健康サービスを強化し、人々の生活の水準や質を向上させる。

本プロジェクトは、このような中国政府の取り組みを支援するものであり、中国側の開発

政策との整合性を有している。

一方、日本では、外務省が「対中国経済協力計画」(平成13年10月)⁶において、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も、貧困層に裨益するようなものを中心として行うことを述べている。また、人間の安全保障の観点にも合致するものであることから、本案件は我が国の援助政策に沿ったものといえる。

さらに、JICAは対中国援助重点4分野の一つとして、「貧困克服のための支援」を盛り込んでいる。中国の貧困層は78年の2億5000万人から1億600万人(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⁷。この状況に鑑みて、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、本プロジェクトもその一環に位置づけられ、JICAの実施計画との整合性を有している。

(3) 手段の適切さからみた妥当性

今回の調査では、中西部住民が、十分なRH・保健衛生サービスを受けていないことが明らかとなった。そして、サービス従事者への研修の強化、住民へ効果的な健康教育が実施できるようなスタッフの能力の改善、また住民の健康意識が向上することの必要性が指摘された。そのため、本プロジェクトのアプローチは、医療体制と保健サービスの脆弱さが明らかな中国中西部に対して、住民の福祉と健康を守るために、RH・家庭保健サービス従事者のサービス提供能力を強化し、中西部住民のRH・家庭保健状況を改善するものとした。プロジェクト活動の直接的な対象者として、中西部のRH・家庭保健サービス従事者を特定している。

中西部は、中央政府が沿海部との格差の是正に取り組む重点的支援地域であり、またプロジェクトの直接対象者であるRH・家庭保健サービス従事者は、農村部住民にとって最も身近な保健衛生サービス従事者である。そのため、本プロジェクトのアプローチは、中西部地域の保健衛生システムを強化・整備する際、きわめて重要な役割を担っている。

また、直接対象者以外への波及性として、一部であるが、衛生部系統の技術スタッフがCTC研修に参加し、そのRH・家庭保健技能が向上することを通じて、農村部の保健医療人材全体のサービス提供能力が強化されることが見込まれる。住民にとっては、保健医療サービス全般の状況が改善されることが期待できるであろう。

日本の技術の優位性については、まず、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の向上、またソーシャル・マーケティングなどの運営手法の改善において、日本からの技術移転効果が高いと考えられる。さらに高齢者保健、健康教育(ヘルス・プロモーション活動)、学校での衛生・健康教育など個別の分野においても、日本の経験を活用できる。中国の人口問題においては、従来の途上国型課題とともに、先進国に見られる高齢化などの問題も急速に進行しているといわれる。これを踏まえると、日本の過去の経験のみならず、現在の日本の取り組みも活用できる点で、妥当性は高いといえる。

⁶ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kunibetsu/enjoy/china.html>

⁷ <http://www.jica.go.jp/china/activities/01/index.html>

5-2 有効性

(1) 因果関係の有効性

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、RH・家庭保健サービス提供機関の能力の向上については、モデル地区8か所を設け、集中的なプロジェクト活動を実施するので、プロジェクトを効果的に実施するための実施体制が敷かれる。

本プロジェクトでは、CTCの研修機能を強化し、また中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関の能力を向上させることを目指している。この目標を達成するために必要な手段として、①対象地域のニーズに合ったCTC研修実施体制の構築、②モデル地区におけるRH・家庭保健サービス提供機関の機能整備、③モデル地区及びモデル地区外のサービス従事者のCTC研修受講による能力強化、④CTCとモデル地区の相互支援システムづくりがある。これらはプロジェクト目標を実現するために必要な成果として特定されたものである。

中西部の人材向けに研修を行うCTCとモデル地区では、情報交換・相互支援体制をつくり、実情やニーズ合わせた研修を行うことで、研修受講者が現場で研修成果をより波及しやすい仕組みとなっている。また、モデル地区での現場向け研修や実践の結果をCTC研修内容にフィードバックすることで、中西部のモデル地区以外にも、モデル地区の活動から得られた教訓や成果を広めていくことができる。

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、可能性は常に存在する。しかし発生しても、その被害の拡大を抑えるためのリスク管理は、SARS蔓延以後、関係者に認識されている点から、SARS対応において見られた、発生を隠蔽し被害を拡大させたような事態は多少なりとも回避できると期待される。もう一つの外部要因、中央政府の中西部地域に対する保健医療政策の継続性は、中西部開発計画や弱者支援対策の重視が中長期計画として打ち出されており、満たされる可能性は高い。

(2) プロジェクト目標の内容の有効性

本プロジェクトでは、CTCの研修機能を強化し、また中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関の能力を向上させることを目指しているが、対象者はCTCの研修部門スタッフが約30名と中西部対象地域のRH・家庭保健サービス従事者が約800名である。指標は、実際にRH・家庭保健サービスを提供するサービス従事者とサービスを利用する住民に関して設定しており、端的にプロジェクト目標の進捗・達成度が測定できる。指標の具体的数値は、モデル地区選定を待って設定する必要があるが、中国側によるモデル地区選定の際、使用された指標に基づいて指標数値のベースラインが設定できるので、データ入手のための特段のコストは要しない。

なお、指標の一つはサービス提供機関を利用した住民の満足度である。この指標の入手手段は住民へのアンケート調査であるが、定期的に、提供できるサービス内容ごとの満足度を測ることで、量的拡大（対象：サービス分野の増加）と質的充足（対象：各サービスの提供方法への感想）がモニタリングできるようになっている。この際、地域住民の識字率を勘案して、質問票かインタビュー形式か、またインタビュー形式の場合、どの程度のマンパワーをあてるかについては、配置されるスタッフ数などを見ながら決めていく必要がある。

5-3 効率性

(1) 成果（アウトプット）内容と因果関係の効率性

本プロジェクトの成果（アウトプット）は、①CTCで対象地域のニーズに適した研修が実施される、②モデル地区RH・家庭保健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同機関でサービス内容が拡大しサービスの質が向上する、④CTCとモデル地区の相互交流と支援システムが強化される、である。このための投入は、日本人専門家、カウンターパートとその本邦研修、機材供与、執務設備、運営費である。

投入については、協議を通じて、日本側中国側ともに、プロジェクトの活動に必要な投入を行うことへのコミットメントが確認された。日本側投入のうち、研修を通じて技術指導する専門家について、中国側の希望する分野と日本人専門家に期待する指導内容に乖離がないよう逐一確認したほか、プロジェクトの実施後も必要に応じて、新たな指導分野の専門家派遣も可能であり、効果的な専門家投入となるよう対策を講じてある。

外部条件は現在、CTC外部講師陣の流動性について特定されているが、これは講師との契約に3年間講師を続けることを盛り込むなどして満たすことができる。

(2) タイミングとコストの効率性

専門家の投入時期はCTCでの研修実施スケジュールを踏まえて定めていくが、これら専門家は、専門家派遣のコスト対効果を考慮し、長期で滞在するよりも、研修に応じて短期で派遣する。

モデル地区RH・家庭保健サービス提供機関への供与機材については、地域の実情に沿った適正な機材を選定するため、プロジェクト開始後、モデル地区ごとに調査し、供与内容を決定する。また、設置と同時に操作訓練を行うが、これを通じてメンテナンスも含めた維持・管理への対策も講じられている。

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し、R/D締結前に諮って決定する。これはモデル地区の選定と同調するものであり、遅滞なく実施される見込みである。なお、中国側から示されたモデル地区の選定基準には、プロジェクト実施期間中は人員の変動がないことや関連部門との協調や地元政府の財政負担へのコミットメントが含まれており、中国側の投入は中央と現場の乖離がないよう、一体化が図られている。

5-4 インパクト

(1) 因果関係と上位目標内容のインパクト

本プロジェクトは、①対象地域のニーズに合ったCTC研修実施体制の構築、研修受講によるサービス従事者の能力強化とその活動拠点であるRH・家庭保健サービス提供機関の機能整備、CTCとモデル地区の相互支援の仕組みづくり、これらを達成することにより、②CTCの研修機能を強化し、また中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関の能力を向上させ、これを通じて③中西部地域の住民のRH・家庭保健状況が改善されることを目指している。成果、プロジェクト目標、上位目標は、論理的に関連しており、上位目標はプロジェクトの効果として発現することが見込まれる。

外部条件のうち「国家体制の継続」については、2003年に発足した胡錦濤国家主席・温家

宝総理を中心とする新指導部は着実に政局運営を進めていると見なされており、この条件は満たされる可能性は高い。また、もう一つの外部条件「経済状況の大きな悪化がない」についても、中央政府による見通し、また国際的な経済見通しによれば⁸、経済成長が中・長期、続くことが予想され、この条件が満たされる可能性は高いと考えられる。

(2) 波及効果のインパクト

波及効果としては、CTCでの研修に、必要に応じて衛生部系統の技術スタッフが参加できるようになっていることから、将来、衛生部と計画生育サービスネットワークの連携が深まれば、限られた資源（人材、施設等）を有効に活用し、保健・医療・衛生のニーズに対応する場所が1か所に統合され住民の利便性を考えたワン・ストップ・サービスが提供できるようになることが期待される。

プロジェクト対象地域である中西部は、貧困層が多いという特性以外に、少数民族が多く居住する地域であるという特性もある。そのため、汎用性の高い研修用教材の作成は中央のCTCで、地域性の濃い住民用健康教育教材はモデル地区等の現場で作成するよう対応しているため、サービス提供方法はマイノリティへの考慮がなされている。しかし、遊牧や山上や森林地帯での耕作など少数民族の居住形態によっては、サービス提供者がアクセスするのが容易ではないことも想定されるため、普遍的なサービス提供方法については、モデル地区での教訓・成果を対象地域全体に波及できるよう、対策を講じる必要がある。

5-5 自立発展性

(1) 組織面・財政面での自立発展性

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においては最高位の行政機関であり、プロジェクトの直接担当部門である国際協力部は、ドナー別に担当者を配置するなどして、JICAをはじめとする二国間・多国間援助の受入れ・調整・監督機関として経験を有している。また、同機関からは、本プロジェクトを、従来の健康推進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、組織として全力をあげて支援したいとの発言を得ている。

プロジェクトサイトの一つであるCTCは、2005年10月に開所したもので、既存の2つの組織が統合されたというよりは、全く新規の組織と見なせる。研修事業については、国家人口計画生育委員会を中心にしたプロジェクト指導委員会を設けて、CTCに対して直接指導する体制となっており、また、本プロジェクト開始前に別の研修事業を行うことになっているため、本プロジェクト活動を実施していく組織能力は高いと考えられる。また財政面では、研修事業については商務部・外交部などから委託事業を実施するため、委託事業費で人件費や運営費は賄われ、財政面での自立性は高い。このCTCを南南協力の拠点として、アフリカ地域などとの国際協力を展開していく計画も立案されている。

⁸ 例：世界銀行中国駐在事務所2005年8月発表四半期報告
<http://siteresources.worldbank.org/INTCHINA/Resources/318862-1121421293578/cqu08-05.pdf>

(2) 制度・政策面と技術面での自立発展性

プロジェクトでは、CTCでの研修とモデル地区での実践・波及という2つの技術移転方法を採用している。CTCとモデル地区の相互支援体制、及びモデル地区の成果を非モデル地区への波及させるためのCTC研修システムがプロジェクト実施期間中に、構築・運用されようになる。また、モデル地区で作成される健康教育教材、RH・家庭保健サービス提供機関運営マニュアルなどは、将来、モデル地区がある省（自治区・直轄市）で使用できることを目指して、雛形として作成するように位置づけられている。このようにモデル地区から周辺へとプロジェクト終了後、その成果が広がるような取り組みが担保されている。

本プロジェクトでは、RHに加えて、「家庭保健」も活動内容に含まれている。従来、中国では、家族計画分野では男性も活動対象になっている。その一方で、男性の健康全体のニーズにも応じる保健・衛生サービス提供体制は十分であったとはいえない。本プロジェクトでは「RH・家庭保健サービス」として、これまでのRHサービスが、男性の健康ニーズにも対応できるようになり、将来、農村部において、より統合的な保健・衛生サービス体制へと拡充・発展することが期待できる。

第6章 実施協議概要

6-1 協議概要

第2章から第5章に調査結果を記載した事前評価調査（2005年9月）を受け、JICA中国事務所と国家人口計画生育委員会は、プロジェクトの基本計画及び双方がとるべき措置について協議を行い、2005年12月16日、その合意内容を取りまとめたR/D及びM/Mに署名を行った。

協議のポイントは、8つのモデル地区の選定に係るプロセスと結果についてであり、具体的には以下のとおりである。

6-2 モデル地区選定結果

(1) 事前評価調査時の合意内容

プロジェクト活動のうち、中西部地域のRH・家庭保健サービス提供機関の能力向上に関しては、集中的に活動を行う対象として、対象地域のうち8省より1地区のモデル地区（県レベル）を選定することを、2005年9月に実施の事前評価調査において合意した。

具体的には、事前評価調査時に日中双方で協議のうえ決定した選定基準に基づき、11月下旬までに国家人口計画生育委員会が8つの候補地区を選定、当該地区の妥当性についてJICA中国事務所と協議を行ったうえで、最終的なモデル地区を決定することとしていた。

(2) 国家人口計画生育委員会による候補地区の選定

上記の事前評価調査時の合意内容を踏まえ、国家人口計画生育委員会国際合作司において、以下のとおり8つの候補地区が選定された。

- 1) 候補地区は、RH・家庭保健サービスへのニーズの高さ、②地域的バランス、③プロジェクト実施のための人材面でのキャパシティ、以上3点を考慮のうえ、海南省、雲南省、重慶市、河南省、山西省、甘肅省、湖南省、江西省の8省・直轄市を選定した。
- 2) 上記1)の8省・直轄市に対し、それぞれ3地区をモデル地区候補として推薦するよう指示を發出、合計24地区に係る報告・推薦書類を受領した。
- 3) 上記2)の推薦書類を審査、各省・直轄市とも協議のうえ、各省・直轄市各2地区、合計16地区を現地視察サイトとして選定した。
- 4) 上記3)の16地区に対して専門家グループを派遣、実際に現場を視察し、2005年9月に実施の事前評価調査において日中双方が合意した選定基準に基づき、以下の8県・市・区を最終候補地区として決定した。

- ① 山西省 晋中市榆次区
- ② 江西省 吉安市吉安県
- ③ 河南省 鄭州市荊陽市
- ④ 湖南省 益陽市赫山区
- ⑤ 海南省 澄邁県
- ⑥ 重慶市 永川市
- ⑦ 雲南省 曲靖市羅平県
- ⑧ 甘肅省 天水市秦州区

(3) 日中双方によるモデル地区の決定

上記の候補地区選定に係るプロセス及び最終候補地区の状況について、国家人口計画生育委員会国際合作司よりJICA中国事務所に報告、日中双方で協議の結果、いずれも妥当と判断されたため、上記の8県・市・区をモデル地区として決定することで合意した。

別添資料

別添1. 医療人材育成制度

別添2. 対象開発課題とその現状

別添3. PCMワークショップの概要及び結果

別添4. 活動計画表 (PO)

別添5. 雲南省調査結果

別添6. 海南省調査結果

別添7. 参考・収集資料リスト

別添 1. 医療人材育成制度

医療人材育成制度

中国における医療人材は同じ職種であってもその知識、学歴に大きな差がある、例えば医師の場合大学の医学部を卒業し世界的な業績を上げているものもあれば、高校卒、中卒後一定の期間の研修実務を経ることで医師になった者が特に農村部では村民への医療保健を提供する等、大きな格差がある。2003 年末の全国農村衛生院衛生技術者は 90.6 万人で、そのうち大学で医学教育を受けたものは 1.6%、大専学歴者は 17.1%、中専学歴者は 59.5%、高中およびそれ以下の学歴者が 21.8%であった。医大卒もしくは大専学歴者は経済的に発展している病院に集中しており、農村地域には勤務したがないのが現状である。そのため医大卒業生には何年かの農村衛生院勤務を義務付ける、都市部の医師を農村衛生院に派遣するもしくは農村部への巡回診療を義務付ける等の措置が実施されている。

医生（医師）

医生（医師）については国家資格制度を有していないが、西医（西洋医学）、中医（中国伝統医学）、中西医結合医に区分され、西医、中医についてはそれぞれ医師（高等医学教育修了者）、医士（中等修了者）に分類される。

看護師

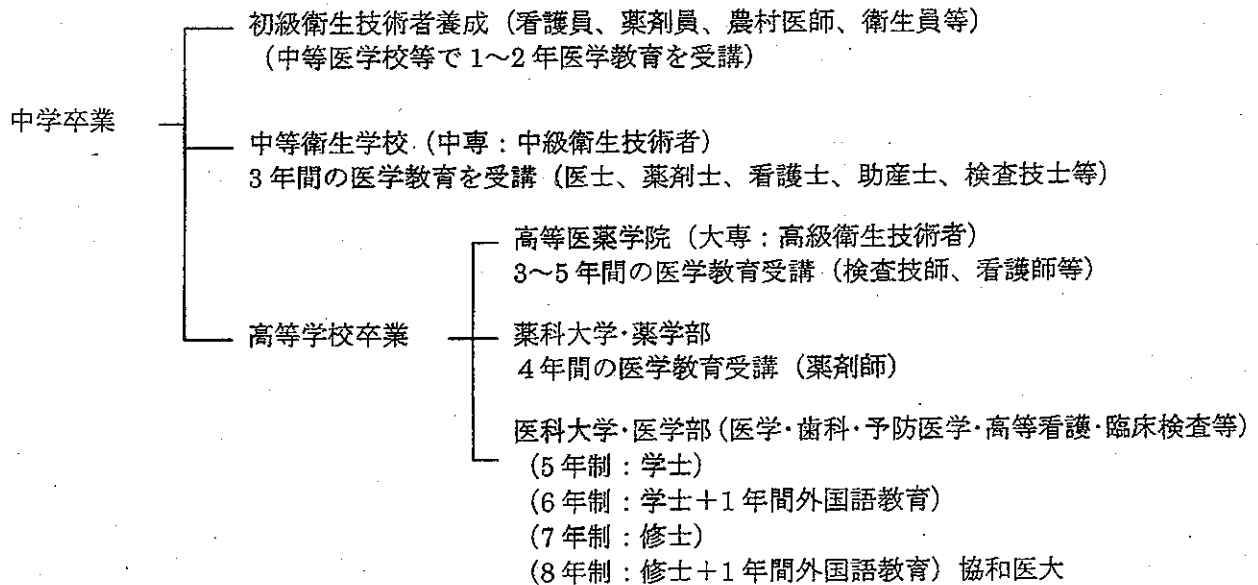
看護婦については「看護管理法」に基づく国家資格があり、1994 年に第 1 回看護師国家試験が実施された。保健医療機関に所属する看護師は、看護師（高等看護教育修了者）、看護士（中等看護教育修了者で中国の看護師の 90%）に区分される。また看護員という看護補助者がいる。

薬剤（調剤）職員

保健医療機関で業務している薬剤職員については、西薬（西洋薬）と中薬（漢方薬）に区分され、それぞれ薬師（高等薬学教育修了者）、薬剤士（中等薬学教育修了者）、薬剤員（調剤補助員）に区分される。

検査技師

検査業務に従事する検査技師（臨床検査、衛生検査）については、検査技師（高等医学教育修了者）、検査士（中等医学教育修了者）、検査員（検査補助員）に区分される。



出典：中国における公衆衛生、社会保障 (1998)

8年制医学生養成 (中国年鑑 2005)

中国協和医科大学は古くから8年制医学教育過程を実施している。また北京大学医学部も8年制となっている。2004年からこの2校の8年制医学教育課程(博士号授与)を基礎として他の5校について8年生医学教育を導入した。将来的には現在の3年生の大専をなくして5年制とし、さらに5年制も2020年までには廃止し、8年制の医療教育を標準にするよう改革していく方針を打ち出し、優秀な人材の養成を目的として将来の国際競争力の強化を目指している。

別添2. 対象開発課題とその現状

対象開発課題とその現状

1) 人口

中国の総人口は2005年1月に13億人を突破し、2003年に発表された中国の出生率は12.8%、死亡率は6.4%で年間に800万人ずつ人口が増加している。

中華人民共和国成立以降、経済発展には労働力が重要であるという考えに基づき出産を奨励する国策が実施された。この時期には人工中絶の制限、子供への手当が支給され、また西洋医療および医薬品等の普及により人口が増加することとなった。1970年代に入ってから、「文化大革命」などの政治的不安定要因もあり出生率、死亡率共にやや減少し、人口の増加および農村部の人口比率の減少に歯止めがかかった。しかし総人口は、1980年に10億人に達しようとしていた。これを踏まえ国務院は「今世紀中の総人口を12億人以内とする」方針を示し、改革生育政策「一人っ子政策」が実施された。中国政府はこの政策によりこの30数年間で出生数を3億人少なくし、中国人口を13億、世界人口を60億に到達する時期を4年遅らせたとしている。また78年から26年間で、国内総生産は8.4倍に増え、一方で人口は35%しか増えなかったので一人当たりのGDPは6.2倍となり、人口抑制は社会経済の発展と生活向上に寄与したとしている。中国政府は小健社会（ゆとりのある生活を送れる社会）の達成のために、総人口を2010年までに14億人以下、2020年までに15億人以下に抑える目標をおいている。

2) 計画生育政策

国家人口計画生育委員会は、晩婚や一人っ子出産（計画出産）の奨励により、人口増加を国家が制定した人口抑制目標や人口発展中長期計画、経済社会発展計画などに適合させようとする計画生育政策を実施している。計画出産を奨励し、これを遵守するものに対して優遇措置を講じると共に、計画外出産の場合は国民に対して社会扶養金の支払いを求めるなどの罰則を設けている。しかし社会福祉制度がまだ不十分な中国においては、子供に老後の生活を頼る必要があり、一人っ子の家庭の老後の問題は非常に厳しい。この問題を解決するために2004年「奨励扶助」政策が試行され、一部の農村地域において、政策どおり計画出産を実施した60歳過ぎの老人（1人）に対して、月に50元の補助を提供することで高齢者の最低限の生活レベルを保障しており、今後、中国全土に広げていくという方針である。また最近では計画出産を罰則金などの権力的な方法で推進することは、戸籍を持たない計画出産外児童を増やし、政策の形骸化につながることを懸念されることから、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公衆衛生、母子保健、寄生虫予防などを実施し、人々が進んで家族計画を行う政策に移行してきた。

表 一人っ子政策における賞罰制度

計画出産に対する優遇措置 (各地域の規定により異なる)	計画外出産に対する制裁措置
<ul style="list-style-type: none"> 計画出産を実施する夫婦への避妊サービス等の提供 結婚休暇、産休、育児休暇の延長 奨励金の支給 年金の加算、老後生活保護金の支給など 	<ul style="list-style-type: none"> 社会扶養費 (託児所および学校経費の徴収) 医療費、出産入院費の自己負担 保育費などの自己負担、奨励金の返還など
出産に関わる国民のその他の義務	
<ul style="list-style-type: none"> 婚前検診の受診 (*2003年より婚姻登記条例の改正により義務から推奨へ変更) 胎児の性別鑑定および中絶の禁止 女兒を出産した女性への差別、虐待の禁止、女兒への差別、虐待、遺棄の禁止 第2子出産時の関係機関への申請、承認 	

出典：ジョイセフ「別冊 21 世紀の中国の人口・家族計画に関する参考文献資料」を基に作成

3) 疾病別死亡 (上位 10 疾病)

疾病別死亡順位は 2004 年の統計によると、都市部では先進国型の疾病構造である悪性腫瘍、脳血管疾病、心臓病、呼吸器疾病が上位を占めており、死亡率は増加の傾向にある。一方、新生児病および肺結核は上位 10 疾病から姿を消し、その代わりに神経病が新たに加わってきており、先進国型への構造変化の傾向がより一層強くなってきている。また全体的には都市部において結核、感染性疾患が減少しているが、農村部においては感染性疾患、非感染症疾患双方の課題が残されている。

表 疾病別死亡順位 (2004 年)

順位	都市部		農村部	
	死亡原因	構成(%)	死亡原因	構成(%)
1	悪性腫瘍	23.92	悪性腫瘍	23.7
2	脳血管疾病	19.09	脳血管疾病	14.85
3	心臓病	18.8	呼吸器疾患	13.3
4	呼吸器疾患	13.12	心臓病	12.54
5	損傷と中毒	5.89	損傷と中毒	6.63
6	消化器疾患	3.24	消化器疾患	2.81
7	内分泌・栄養代謝疾患	2.82	内分泌・栄養代謝疾患	2.52
8	非尿生殖疾患	1.81	非尿生殖疾患	1.61
9	神経病	0.86	周産期病 (10万出産当り)	0.68
10	周産期病 (10万出産当り)	0.52	肺結核	0.64
総死亡率に占める割合		90.07	79.28	

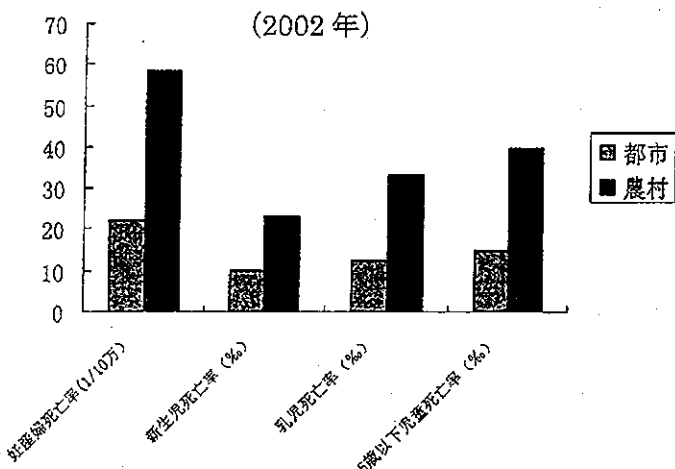
出典：中国衛生年鑑

4) 妊産婦死亡

中国年鑑 2005 によると、中国の平均帝王切開率は 40% になり、帝王切開率の高い米国と比較しても高頻度である。また 2003 年の入院分娩率は都市部で 89.9%、農村部 72.6% であり、2002 年の妊産婦死亡率は 10 年前と比べ都市部、農村部共に半減したが、

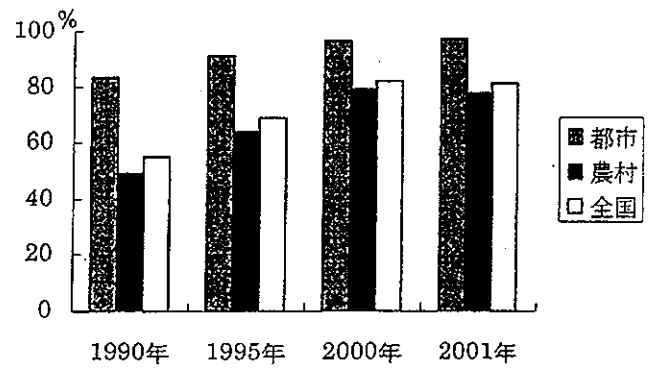
それでも都市部で出産 10 万対 22.3、農村部で出産 10 万対 58.2 と農村部における死亡率が高くなっている。本事前調査においても雲南省における 2003 年の妊産婦死亡率は 10 万出産当り 73.6 件と地域によっては非常に高くなっていることが確認された。特に内陸地方では、十分な衛生状況の改善および検診体制、栄養等が不足していると思われる。一方、死因については出産時の出血、妊娠高血圧合併症、羊水栓塞、心臓病等によるものが多く、出産時の出血は死亡全体の 41.3%を占めている。これは妊婦の家族環境、経済状況および保健衛生に対する知識が少ないことに加えて、出産前検診体制の不備、保健婦・助産婦等の医療従事者の技術・知識の不足、医療機関へのアクセスによるものが大きいと考えられる。

図 都市・農村の妊産婦・新生児・乳幼児死亡率



出典：中国衛生年鑑

図 都市・農村の出産前検査受診者の割合



5) 乳幼児および 5 歳以下の死亡

2002 年の統計 (中国衛生年鑑 2003-2004) では、乳児死亡率が 22.7 ‰となり、死因については、肺炎および出生性窒息、早産、下痢症が高くなっている。都市部での乳児死亡率は、1991 年の 17.3 ‰から 2002 年の 12.2 ‰と約 5 ポイントの減少となっている。一方、農村部では 58 ‰から 33.1 ‰と大きく減少しているが、都市部の死亡率に対して約 3 倍の率を示しておりその格差が大きい。また 2002 年度の 5 歳児以下幼児死亡率は 27.1 ‰となり、都市部で 1991 年の 20.9 ‰から 2002 年の 14.6 ‰へ、農村部で 71.1 ‰から 39.6 ‰に減少している。これらの死亡率減少の要因としては食糧事情の好転および公衆衛生・医療技術の向上・知識の普及、また近年では「計画生育計画」による出生率の減少、乳幼児する医療活動の充実・拡大が主な要因と考えられる。

一方で乳児死亡率は図に示すように、農村部およ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。

6) 感染症

2003年の統計では、感染症疾患はウイルス性肝炎、細菌性赤痢、淋病、肺結核マラリアが上位を占めている。これらの感染症の発生率は近年減少傾向にあるもののウイルス性肝炎、肺結核、細菌性赤痢は他の感染症と比較し、発病率が高く中国における3大感染症となっている。また淋病および梅毒などの性疾患は増加の傾向も見られる。

予防接種はBCG、ポリオ、三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風）、麻疹、B型肝炎が実施されている。2003年のWHOおよびUNICEFの推定統計によればBCGの接種率が93%、ポリオ91%、三種混合90%、麻疹84%、B型肝炎70%となっている。また麻疹の発病率は西部地域で沿岸部地域の10～20倍であることがWHOにより報告されており、同地域への予防接種に関するモニタリング、サービス体制の強化が求められている。

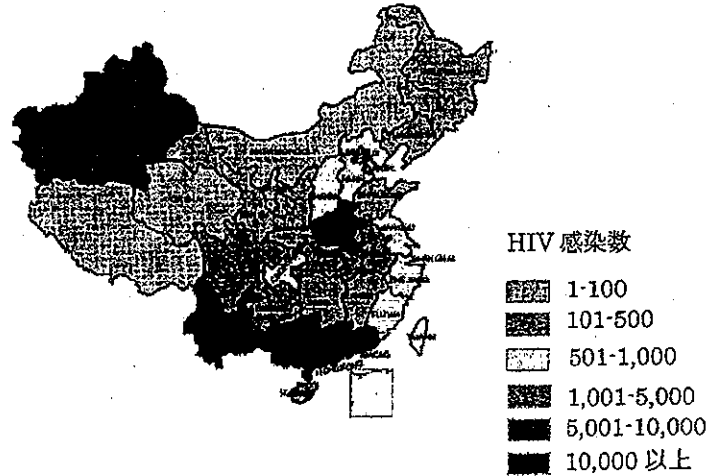
寄生虫などの原因となる農村部のし尿処理および安全な飲料水の確保の状況は、し尿無害化処理トイレの農村での普及率が55.3%（2003年）、水道水の普及率が58.2%となっており、今後寄生虫、感染症対策としてこれらの整備をさらに進める必要がある。

7) HIV/エイズ

衛生部の発表では、2005年4月までに確認されたHIV感染者数は84万人。エイズ患者は8万人。1985年に中国国内で初めてエイズ患者が確認されてから、これまでに約16万人が亡くなっているという。このようなエイズ患者の増加を背景に、「中国エイズ対策中長期計画（1998-2010）」および「HIV/エイズ対策5カ年計画（2001-2005）」が策定され、HIV/エイズの全国的な疫学調査が実施、HIV/エイズの予防に向けた取り組みとしてHIV/エイズの感染と予防についての理解のためのポスター、啓発活動、キャンペーンなどによる知識の普及が複数の省庁およびドナーの協力の下に展開されている。

2004年7月にはリスクの高い行動をとる人口層へのコンドーム使用の促進のため、6つの省庁による「全国コンドーム促進戦略」が発表された。薬物注射使用者の感染予防対策に関しては、メタドン治療や注射針交換プログラムも導入するなど戦略がとられており、またホモセクシャル、若年男性労働者を中心とした流動人口層に対する予防措置や血液供給の安全確保の面での改善策がとられている。

図 地域別 HIV 感染率



出典：A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China (2004)

8) 流動人口

2000年の第5回人口センサスによると省内外への流動人口（一定期間内に常住戸籍以外に宿泊居住する人口）は全国で1.2億となり、その内省外への流動人口は4,242万人となっており経済水準の低い省から経済水準の高い省への流入が続いている。2004年にJICA中国事務所の資金援助のもと行われた中国人口計画生育委員会による「中国流動人口の性と生殖健康状況調査」によると、流動人口はリスクの高い性行動をとり易い青年・壮年層に集中しており、性・リプロダクティブヘルスに関する基本知識が低く、性感染症や望まない出産に伴う中絶が発生しやすいことが指摘されている。また出稼ぎ者が流入先において戸籍を得ておらず、社会保障制度等の対象に組み込まれていないため衛生サービスが不十分であり、2003年に発生したSARS（重症急性呼吸器症候群）に対する対策において流動人口に対する保健衛生サービスの提供が大きな課題となった。このようなことを背景に、国家人口計画生育委員会は流動人口の管理システムを構築し、地域間の流動人口に関する情報を提供すると同時に、他の分野と協力して流出先での保健サービスの提供、流動人口に対する保健知識の提供などのサービスを提供している。本事前調査においても、雲南省羅平県および江蘇省太倉市において、県人口計画生育委員会が労働社会保障局と連携し、パンフレットの配布、啓発活動などによる流動人口への健康サービスの実施状況が確認できた。

表 既婚、未婚者の避妊方法の知識と行動

	未婚		既婚	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)
緊急避妊について聞いたことがある	379	21.1	829	26.8
安全期について知っている	270	15.0	1024	33.0
流入地で手軽にコンドームを入手できる	148	87.1	512	78.5
性生活時に必ずコンドームを使用する	54	31.8	229	35.3

出典：中国流動人口の性と生殖健康状況調査

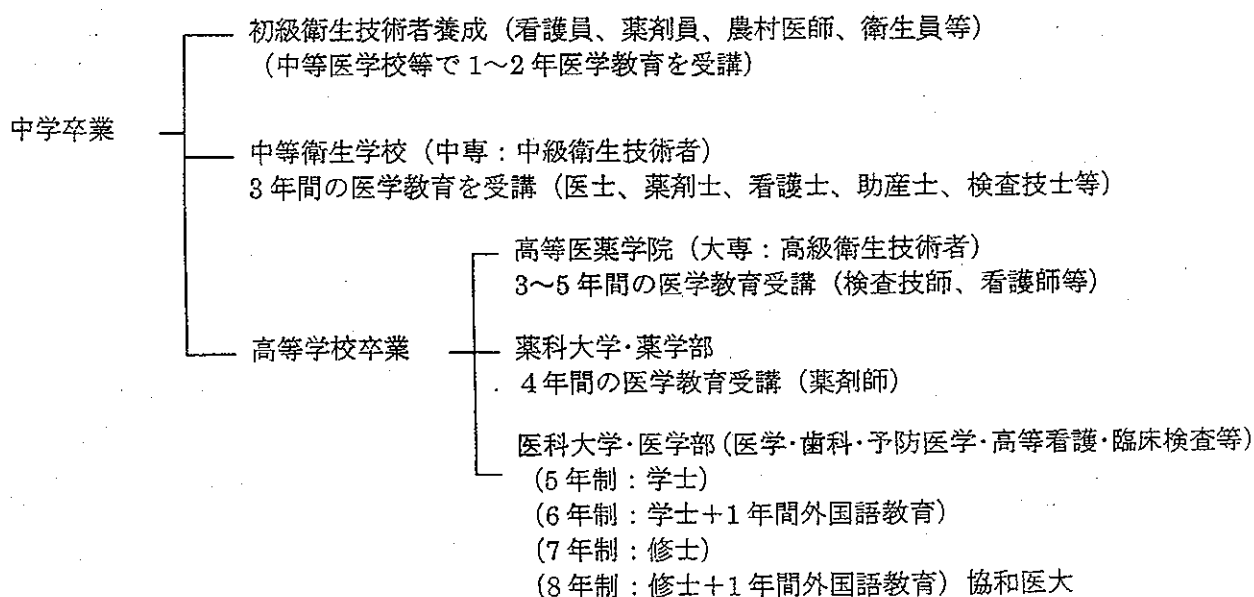
9) 高齢化

中国の65歳以上人口比率は2003年の統計によると約7.5%(9,692万人)となり、2050年には高齢化率がピークの26.1%に達するとみられている。医療費は現役世代よりも退職者世代の方が3~4倍高い構造になっているので、高齢化の進展とともに医療保険支出が増加することが予想される。また都市部における退職者世代の疾病構造をみると、死亡人数に占める三大成人病の人口割合は63.4%(悪性腫瘍24.4%、脳血管病21.3%、心臓病17.7%)に達しており、先進国型の疾病構造となっている。一方、農村部からの青年・壮年人口の流出が増加しており、高齢者扶養を主に家庭内で行っている農村部での高齢化に伴い、高齢者の生活保障や健康状況などの問題が深刻化する可能性がある。

中国医療保健制度

1) 医療人材育成制度

中国における医療人材は同じ職種であってもその知識、学歴に大きな差がある、例えば医師の場合大学の医学部を卒業し世界的な業績を上げているものもあれば、高校卒、中卒後一定の期間の研修実務を経ることで医師になった者が特に農村部では村民への医療保健を提供する等、大きな格差がある。中国年鑑によれば、2003年末の全国農村衛生院衛生技術者は90.6万人で、そのうち大学で医学教育を受けたものは1.6%、大專学歴者は17.1%、中專学歴者は59.5%、それ以下の学歴者が21.8%であった。医大卒もしくは大專学歴者は経済的に発展している地域の病院に集中しており、農村部には勤務しながらなのが現状である。そのため医大卒業者には何年かの農村衛生院勤務を義務付け、都市部の医師を農村衛生院に派遣するもしくは農村部への巡回診療を義務付ける等の措置が実施されている。

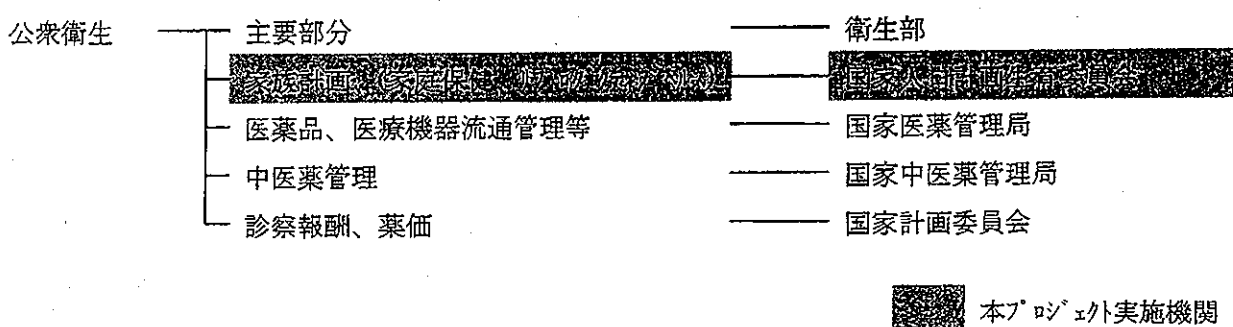


出典：中国における公衆衛生、社会保障 (1998)

2) 国家公衆衛生組織

公衆衛生分野を主に担当する機関は衛生部であるが、その他いくつかの分野の国家機関が関与している。農村部では1980年代以降の市場経済化による農村部における衛生施設の弱体化および人口計画生育活動の緊急性の高まりの結果、専門的な計画生育サービス施設が設立され、国家人口計画生育委員会管轄の施設が広報教育・技術サービス・避妊薬（具）の配布・技術トレーニングと言った家族計画のみでなく、農村部における家庭保健、リプロダクティブヘルスなどの分野を担当している。

図 国家公衆衛生組織



3) 衛生部管轄の医療機関

衛生部の医療機関は省、地区、県、郷・鎮、村の各レベルにおいて担当機関が整備されている。しかし90年代の衛生部系統の医療機関が設置する診療所の合理化、病院経営の独立採算制の導入により保健医療機関の減少が進み、特に農村部の全般的に経費不足が深刻となっている。また保有する機材も老朽化し、中には医療スタッフへの賃金も遅滞しているといわれている。こうした状況の中、小規模な農村部の衛生院、母子保健院、防疫センター等は医療スタッフの知識・技術水準も低く、住民への医療サービスの提供に支障をきたしている。一方、農村地域に強いネットワークを持つ人口計画生育系統の医療機関が農村部の家庭保健、リプロダクティブヘルスに関して補完的に役割を果たしている。

表 東部および中西部地域のベッド数および保健医療人材（2004年）

	千人当たりの ベッド数	千人当たりの 医師数	千人当たりの 看護師数
東部	2.72	1.7	1.24
中西部	2.21	1.38	0.90
全国平均	2.4	1.5	1.03

出典：中国衛生年鑑

・病院、衛生院

県には県病院、中医病院、専門病院が、郷・鎮には衛生院、村には衛生室がある。衛

生院はベッド数 0~5 床から 100 床以上の施設もあり、平均ベッド数は 15.3 床である。無床の衛生院は 6,562 院で全体の 13%を占める。現在は農村部の医療、衛生、保健は県病院を中心とした県・郷・村の農村三級医療、衛生、保健機構によって支えられている。

・衛生防疫機構

県には防疫センターと専門疫病予防治療所（結核、精神病、地方病）、郷鎮には衛生院に防疫ステーションがある。村には衛生室に衛生防疫担当の郷村医師または衛生院があり、伝染病、寄生虫病の予防と治療、さらに環境衛生、労働衛生、学校衛生、食品衛生の監督、指導を担当している。また主要な防疫センターは SARS の発生以降、疾病予防コントロールセンターとして昇格され、その役割を強化している。

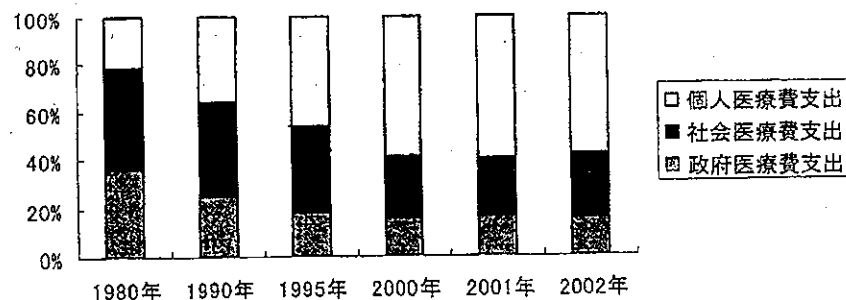
・母子保健機構

県には母子保健所があり、郷鎮の衛生院には母子保健担当の医師がいる。村の衛生室には母子保健担当の女性の郷村医師または衛生員があり、乳幼児の保健指導を担当している。また農村接生員が助産婦の役割を果たしている。

4) 医療予算

中国の医療費予算は中央政府の負担金、企業等の負担金および国民の自己負担金から構成されている。2003 年の統計では中央政府の負担金が 865 億元で、全体の 15.2%を占めている。また企業などの負担金は 1,504 億元で 26.5%、国民の自己負担金が 3,317 億元で 58.3%、総額で 5684.6 億元となっている。これを 1980 年と比較すると中央政府が 36%、企業などが 42.6%、個人負担が 21.2%、総額で 143 億元となり医療予算の大幅な増加が確認できる。しかし一方で国民の負担が増大していることが判る。また 2002 年度の 1 人当りの医療予算は 442.6 元であるが、都市部における 1 人当りの医療予算は 932.9 元、農村部が 268.6 元と 3 倍以上の格差がある。これは都市部に集中した病院などの運営経費に多くの予算が配分されている結果である。

図 保健医療費支出の構成



出典：中国衛生年鑑

5) 医療保障制度（新型農村合作医療）

中国の医療制度には現在、基本医療（新医療保険制度）、合作医療、公費医療、労保医療、その他の社保、商業保健がある。医療保険に加入していない自費負担者は 1998 年の 76.4%から 2003 年の 70.3%と減少したものの、なお約 70%の国民はなんら社会保障がない状態にある。都市住民の加入者が 55.2%であるのに対して、農村住民が 21.0%となっており、都市部と農村部の医療保険加入状況には大きな格差が認められる。これを受けて国務院弁公庁は、衛生省、財務省、農業省との連名で 2010 年までに全国に農村部での医療保険（合作医療）を普及させることを目標とした「新型農村合作医療制度に関する意見」を交付し、農村の医療保障制度改革に乗り出し 2004 年より 9,504 万人を対象として全国 30 省で試行しており、今後、全国に展開する方針である。しかし医療サービスの価額上昇で合作医療に加入しても自費負担分の医療費が払えない、また農村医療保健サービスの質の低下を要因とした保険制度離れも指摘されている。

別添3. PCM ワークショップの概要及び結果

PCM ワークショップの概要及び結果

1. 参加者

(1) 中国側

汝小美	国家人口計画生育委員会	国際合作司	副司長
张明华	国家人口計画生育委員会	科学技術司	助理調査員
张宁宁	国家人口計画生育委員会	人事司	
宋冰	国家人口計画生育委員会	国際合作司	
武昆	湖南省	人口計画生育委員会	科学技術処 副処長
廖为真	安徽省	人口計画生育委員会	人事処 処長
王有华	重慶市	人口計画生育委員会	科学技術処 処長
黄少强	海南省	人口計画生育委員会	科学技術処 処長
丁明	雲南省	人口計画生育委員会	科学技術処 処長
王坤	甘肅省	人口計画生育委員会	科学技術処 処長
李全胜	安徽省	東至県計画生育委員会	主任
符策琴	海南省	琼海市家庭保健サービスセンター	主任
徐玉明	雲南省	羅平県計画生育局	副局長
薛颖	陝西省	韓城県計画生育局	副局長
孙晓明	南京人口管理幹部学院		副院長
温勇	南京人口管理幹部学院		院長助理
安琳	北京医科大学公衆衛生学院		教授
蔡建华	中国リプロダクティブヘルス家庭保健研修センター		主任
张进	江蘇省	太倉市計画生育委員会	副主任

(2) 日本側 (事前評価調査団)

一宮 尚美	評価分析担当、メイン・モデレーター	(有限会社クランベリー)
花田 恭	保健人材育成担当	(JICA 国際協力専門員)
松浦 鈴香	協力計画担当	(JICA 中国事務所所員)
伊藤 治夫	家庭保健・リプロダクティブヘルス担当	(ICONS 国際協力株式会社)
汪 泓	通訳	(北京傑銳諮詢服務有限公司)
藤谷 浩至	総括	(JICA 中国事務所次長) *クロージングのみ参加

(3) 中国側地方参加者の選出基準

- ・省レベル：日本や UNFPA の支援による国際協力プロジェクトの実施経験がある地域。
スタッフ研修を担当する人事担当者。
- ・県レベル：①他地域に先駆けて「家庭保健センター」が設立された地域(例：海南省琼海市)
②IP プロジェクトの実施成果が高い地域 (例：雲南省羅平県)
③計画生育部門の状況が良くなっている地域 (例：安徽省東至県)
④IP 以外の海外資金事業を実施した地域 (例：陝西省韓城県)

2. スケジュール

月 日	時間	内 容
9月25日 (日)	13:30～14:00	参加者受付
	14:00～14:20	オープニング
	14:20～15:00	WS参加者紹介
	15:00～16:00	PCM説明と日程確認
	16:00～16:20	休憩
	16:20～18:30	関係者分析
	18:30～18:40	明日の説明&振り返り
9月26日 (月)	8:30～8:40	昨日の振り返り
	8:40～10:00	問題分析
	10:00～10:20	休憩
	10:20～11:30	問題分析
	11:30～12:30	CTC見学
	12:30～13:30	昼食
	14:00～14:30	参加者による発表-活動地の現状と課題について
	14:30～17:00	問題分析
	17:00～17:20	休憩
17:20～18:40	問題分析	
9月27日 (火)	8:30～8:40	ウォーミングアップと昨日の振り返り
	8:40～10:30	目的分析
	10:30～10:50	休憩
	10:50～12:30	プロジェクト選択
	12:30～13:30	昼食
	14:30～15:00	分析結果に対する意見・コメント
	15:00～15:50	花田団員によるJICAリプロダクティブヘルス事業等紹介
	15:50～16:40	参加者によるディスカッション-必要とされる研修について
	16:40～17:00	クロージング

3. 関係者分析

(1) 関係者分析、詳細関係者分析

受益者	計画生育部門の技術者	計画生育部門以外の関係者	計画生育部門	計画生育部門以外の関係者	プロジェクト実施者	政策決定者	財政負担者	協力者	構造的な対立者	不利益者
一般住民	計画生育委員会のスタッフ	計画生育部門以外の関係者	計画生育部門	計画生育部門以外の関係者	政府	政府	政府	出版社		
家族のメンバー	計画生育委員会のスタッフ	母子保健医師	計画生育機構	衛生部門	計画生育ポットロウタススタッフ	地方自治体	地方自治体	予防センター		テレビのオーナー
父親	計画生育委員会のスタッフ	予期接種の従事者	省計画生育委員会	県政府	本島保健センター	政府の財政部門	政府の財政部門	メディアの従事者		旅館業者
母親	計画生育委員会のスタッフ	医師	省計画生育委員会	衛生局	計画生育委員会スタッフ	JICA	JICA	テレビ局		性暴力被害者(殺人保護官(保護官))
既婚の男女	計画生育委員会のスタッフ	個人経営の医師	県計画生育局	保健局	家庭保健センタースタッフ	財政局	財政局	保健局		
児童	計画生育委員会のスタッフ	母子保健分野のスタッフ		衛生行政管理部門	計画生育の幹部	人口計画生育委員会	人口計画生育委員会	メディア		
子供	計画生育委員会のスタッフ	医師、看護士、検査士	自然村	自然村	未練の幹部	奨励委員会	奨励委員会	メディア宣伝機構		
女性	計画生育委員会のスタッフ	郷・村の助産婦	老人協会	老人協会	郷サービスセンター	投資事業(奨励財)	投資事業(奨励財)	公安局		
住民	計画生育委員会のスタッフ	郷・村の医師	NGO	NGO	村のサービスセンター	社会保険機構	社会保険機構	民営委託委員会		
青少年	計画生育委員会のスタッフ	校医			研修の教師			民営委託委員会		
新婚夫婦	計画生育委員会のスタッフ	青年技術者			JICA			民営委託委員会		
出張運輸場の女性	計画生育委員会のスタッフ	青年技術者			村民委員会			民営委託委員会		
流動人口	計画生育委員会のスタッフ	青年技術者						民営委託委員会		
コミュニティの住民	計画生育委員会のスタッフ	青年技術者						民営委託委員会		
村民	計画生育委員会のスタッフ	青年技術者						民営委託委員会		
関係者	計画生育委員会のスタッフ	青年技術者						民営委託委員会		

詳細分析
一般住民

基本情報	問題	強み	弱み	可能性	グループのニーズ	可能な対策
すべての人を含む	リプロダクティブヘルプス状況はよくない	支度が得られるという希望がある	衛生習慣がよくない	生活レベルの向上	保健とRHの支援を受けること	宣伝用印刷物を開発する
地元の村民	基本的な知識や条件に欠けている	健康願望がある	貧困で治療するお金がない	健康になり生活を改善する	健康	育成訓練を展開する
流入人口	家庭保健サービスを受けていない	改善を望んでいる	基礎教育レベルに差があり、経済力が弱い	健康になり収入が上がる	より多くの関心と配慮を得る	医療水準を上げる
主な労働力	適切な治療を受けている	家庭保健サービスを望んでいる	家庭保健サービスを知らない	健康が得られるための健康診断に関心がある	豊になる	機嫌をつくり、設備を配置し、能力を強化する
地域内の出産適齢期の人たち	家庭保健サービスを得ることが難しい	家族の健康を望んでいる	健康観念の問題がある	より良く働くことができる	政府が無料で保健サービスを提供することを希望	健康検査を実施する
	婦人病の感染率が高い	生活レベルの改善を望んでいる	健康意識に差がある		家庭保健サービスとRHサービスを受けたいことを希望	サービス機構を設け、サービス人員を育成する
	知識が欠けている		生活習慣が悪い		健康知識を得る	健康診断を実施する
	資源が不足している					宣伝教育
	疾病から貧困を引き起こす					全面的な治療
	標準的なサービスに欠ける					健康教育
	サービス提供後のフォローが得られない					
	健康診断を受けたことがない					
	保健意識に欠ける					
	中国の人々の大多数は経済状況がよくない					
	能力が足りない					

詳細分析

計画生育系列の技術者

基本情報	問題	強み	弱み	可能性	グループのニーズ	可能な対策
サービスを直接提供する人材である	管理方法が古い	住民のニーズを知っている	学歴が低く、トレーニング不足	能力をあげ、住民に保健サービスを提供する	トレーニングを受け、サービス能力を高める	トレーニングを受ける
IPの主な実施者である	技術やサービスの能力が弱く、知っている新技術が少ない	人々に近い	中核となる技術が足りない	業務実施資格を法に基づいて得る		
管理する立場である	質の高いサービスの提供する意識に欠ける	骨身を惜しまず働く				
	人材資源が不足している	知識欲が強い				

詳細分析

計画生育部門以外の機関

基本情報	問題	強み	弱み	可能性	グループのニーズ	可能な対策
理解している部分と理解していない部分がある	専門知識があるが、不足している	都市部には資源が多い	農村部では能力が低い	サービスを提供することができ	技能を向上させたいと思っている	専門トレーニングを実施する
専門医師、助手医師、保健知識を分かっている人、分かっている人がいる	計画生育事業のニーズを知らない	家庭保健の知識が十分にある	個人請負者の多い	保健知識がトレーニングを提供することができ	一定の利益を得たい	協力者又は受益者として、取り入れる
サービス提供者と管理者がいる	計画生育サービスのシステムを分かっている	地区住民のニーズを理解している	専門知識が足りない	住民に対しリプログラムタイプヘルスサービスを提供できる	サービス体系を知りたいと思っている	衛生保健知識を伝授する
保健医療分野の専門家を担当することができ	自発的にサービスする意識が弱い	正規のトレーニングを受けている	協力する意識が弱い	自らの健康が改善できない	関係サービスを提供しない	
関連知識を理解して、協力者となれる	家庭RHに対する理解が足りない	一定の技術を持っている	専門知識が不足している			
		一定の保健知識を持つている				
		専門知識がある				

(2) ターゲットグループに関する補足説明

① 一般住民

一般住民は様々なグループを含む幅広いカテゴリーであるため、この中から、さらにターゲットグループを絞り込むことを検討した。しかし、RH・家庭保健サービス自体が住民全体を対象者とし、特定グループのみをサービス提供対象者としていないため、今回は「一般住民」のまま、暫定的ターゲットグループとした。

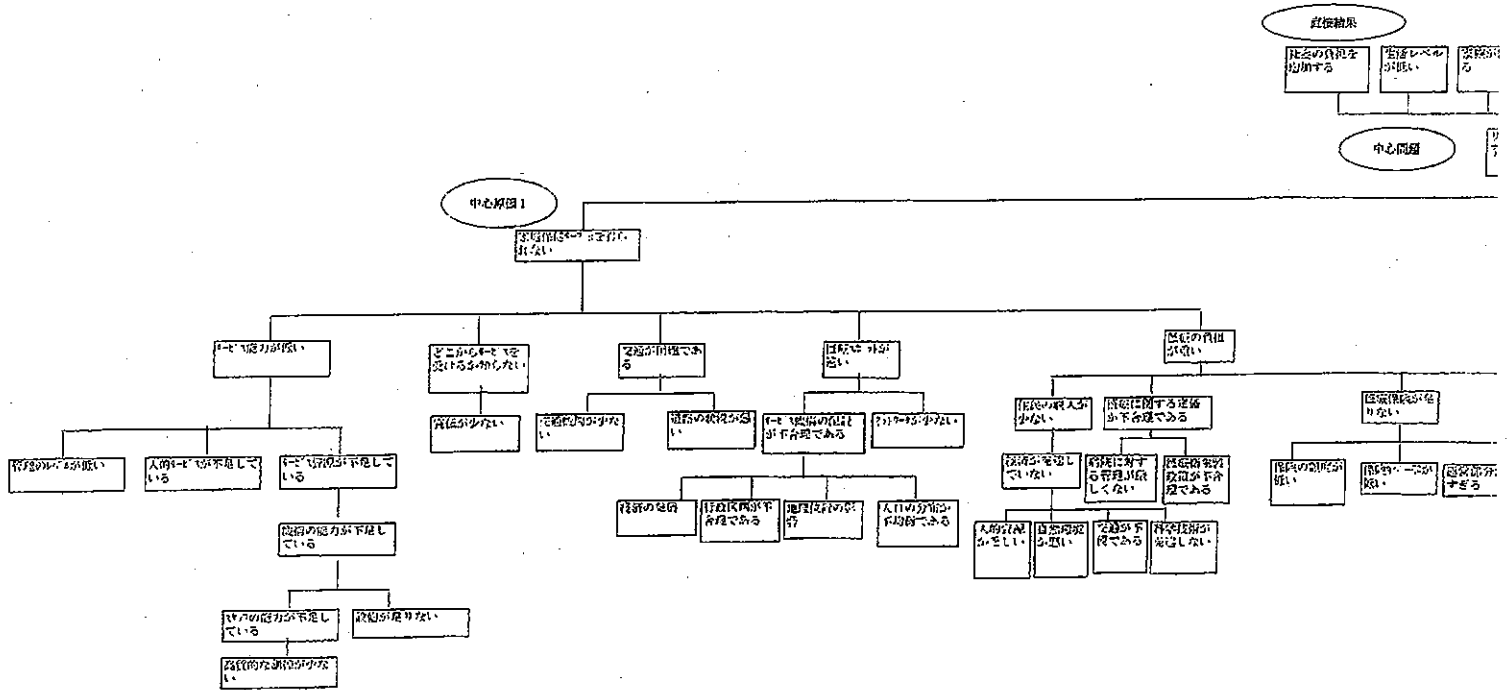
② 計画生育系統の技術スタッフと③ 計画生育系統外の技術スタッフ

この二つのグループについては、i カテゴリーが「受益者」でよいか、ii ③ 計画生育系統外の技術スタッフは② 計画生育系統の技術スタッフと同列でよいか、と議論された。

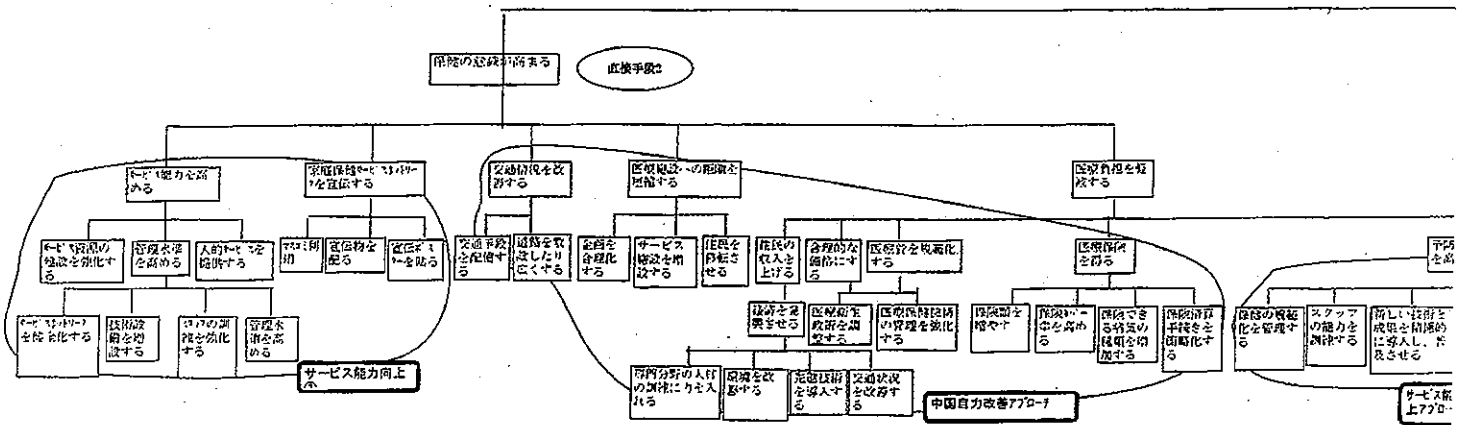
まず出た意見は、次のとおりである—① 一般住民が RH・家庭保健サービスを受ける側として受身的・静的な立場にあるのに対し、②と③のグループは自ら行動して状況を変化させることができる能動的な存在である。この相違から、②についてはプロジェクト実施者、③については協力者もしくはプロジェクト実施者として分類すべきである。

しかし、i RH・家庭保健サービスについて何らかプロジェクトを行うなら、まずスタッフの能力向上研修が不可欠であり、研修を受けて資質を高めることができるという点で、スタッフもまた受益者である、ii 計画生育委員会が所管する領域であっても、現場においては、衛生部が管轄する計画生育系統外の技術スタッフとの協力・連携が不可欠で、彼らにも何らかの研修は必要であるというコンセンサスが成立した。これを踏まえて、② 計画生育系統の技術スタッフと③ 計画生育系統外の技術スタッフも、受益者のカテゴリーに分類した。

4. 問題分析



5. 目的分析



6. プロジェクト選択

(1)プロジェクト選択表

	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
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

(2)プロジェクト選択基準

①期間内で中心目的を達成する程度（3年）：中国においては活動期間3年間のRH事業が多く、参加者にとって具体的イメージを想定しやすいことから、事業期間3年間として、中心目的達成度を検討した。

②コスト：各アプローチを実施するのに必要な総額の多寡を検討した。討議前半では、参加者から、実際の援助額が分からないと（中国側）コストが算出できない、或いは、見積が必要であり直ぐに算出できないという意見が繰り返し出された。これに対し、ここで具体的金額を云々すると議論できない、ここでは、各アプローチが何を行うかを考え、それが経費を多く要するものか、そうでないかだけを検討してはどうか、という提案があった。この提案が受け入れられ、総計費用の多寡を検討することになった。

③実現可能性：各アプローチの実施しやすさを検討した。暫定的ターゲットグループである一般住民からの反対はないと判断され、コスト面などからの検討を行った。

④省計画との整合性：中国では地域ごとの状況が大きく異なるため、省・自治区・直轄市は、中央政府の方針に沿いながらも、実情に合わせて弾力的に施策を定めている。そのため、ここでは地方政府の計画と齟齬を来たさないかどうかと検討した。

⑤少数民族への配慮：中国中西部地域には、少数民族が多く居住することから、社会的配慮としてこの点を検討した。

別添4. 活動計画表 (PO)

活動計画表 (PO) : 実施スケジュール
 プロジェクト期間 : 2006年4月 - 2009年3月 (3年) 作成日 : 2005年12月6日

年度	第2年度												2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3															
成果1. CIC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 研修教材の開発・改良する。																											
1-1-1 既存教材を再確認する。																											
1-1-2 必要とされる研修科目と内容を追加・作成する。																											
1-2 教員を養成する																											
1-2-1 既存の教員配置状況を把握する。																											
1-2-2 教員養成計画を定める。																											
1-2-3 教員用の教授法教材を作成する。																											
1-2-3-1 既存の教授法教材をスキャンする。																											
1-2-3-2 教授法教材を作成する。																											
1-2-3-3 教授法教材の実用性を調査する。																											
1-2-3-4 調査結果に基づいて改良する(教授法教材第2版)。																											
1-2-3-5 教授法教材第2版の改良効果を調査する。																											
1-2-4 教員に対して、教授法に関するセミナーを実施する。																											
1-2-5 教員の教授方法をモニタリングする。																											
1-3 質の高い研修用教材を開発する。																											
1-3-1 既存の教材をスキャンする。																											
1-3-2 研修用教材を作成する。																											
1-3-3 研修用教材の実用性を調査する。																											
1-3-4 調査結果に基づいて改良する(研修用教材第2版)。																											
1-3-5 研修用教材第2版の改良効果を調査する。																											
1-4 研修を実施する。																											
1-4-1 研修実施計画を立てる。																											
1-4-2 研修を実施する。																											
1-4-3 研修計画の妥当性を調査する。																											
1-4-4 不特定の健康課題を発掘し対応するための研修について検討する。																											

<p>成果2. 行¹地区サビ¹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。</p>	<p>2-1サビ¹提供機関の運営計画を策定する。</p> <p>2-2既存機材の状況について調査する。</p> <p>2-3必要機材を設置する。</p> <p>2-4使用機材の使用法についての訓練を実施する。</p> <p>2-5CTC研修受講者が行¹地区内においてサビ¹従事者に研修を行う。</p>	<p>成果3. 行¹地区サビ¹提供機関でサビ¹内容が拡大し、サビ¹の質が向上する。</p>	<p>3-1サビ¹提供マニュアルを作成する。</p> <p>3-1-1サビ¹提供マニュアル(第1版)を作成する。</p> <p>3-1-2サビ¹提供マニュアル第1版の妥当性を調査する。</p> <p>3-1-3調査結果に基づいて改良する(サビ¹提供マニュアル第2版)。</p> <p>3-1-4サビ¹提供マニュアル第2版の改良効果を調査する。</p> <p>3-2健康教育教材を作成する。</p> <p>3-2-1既存の健康教育教材をクリエーションする。</p> <p>3-2-2健康教育用教材(第1版)を作成する。</p> <p>3-2-3健康教育用教材(第1版)の妥当性を調査する。</p> <p>3-2-4調査結果に基づいて改良する(健康教育用教材第2版)。</p> <p>3-2-5健康教育用教材(第2版)の改良効果を調査する。</p> <p>3-3様々なグループに対して健康教育を実施する。</p> <p>3-4様々なグループに対して、カウンセリング、健康診断、ワイルドサビ¹などのRH-家庭保健サビ¹を提供する。</p>	<p>成果4. CTCと行¹地区の相互交流と支援が強化される。</p>	<p>4-1CTCと行¹地区の相互交流計画を策定する。</p> <p>4-2CTCが行¹地区のサビ¹提供活動に対してアドバイスを提供する。</p> <p>4-3行¹地区がCTCに関連情報をフィードバックする。</p>
--	---	---	---	--	--

雲南省における調査結果

雲南省の概要

雲南省はベトナム、ラオス、ミャンマーの三カ国と接し総面積は39.4万km²であり、その94%が山岳地帯となっている。25の少数民族を有し、そのうちの15の民族は雲南省のみに存在している。また少数民族の人口は省全体の3分の1を占めている。16の地区、129の県があり、2003年度の人口は4,375万人のうち674万人が貧困層となっており、その割合は16%で中国全土に占める貧困層の10%を占めている。合計特殊出生率は1.7、人口増加率9.8%、平均寿命67.55歳、妊産婦死亡率は10万件当たり73.61件である。また省全体のGDPは2458.8億元となっている。

雲南省の人口・計画生育委員会は2室、7局あり、弁公室、規律検査監督室、政策法規局、計画財務局、人事局、発展企画局、科学技術局（対外合作局）、宣伝教育局、流動人口管理またスタッフは35人となっている。直属機関としては省計画生育協会（スタッフ数：8人）、省科学研究所（48人）、省宣伝教育研修センター（30人）、薬具ステーション（17人）がある。

県レベルの計画生育サービスステーションは80年代から建設が始まり2003年には127ヶ所となり、総スタッフ数は2,378人でそのうち1,936人（81.41%）が医療スタッフとなっている。県レベルの医療スタッフの職級は高級34人、中級580人、初級衛生技術者（助手）1217、無資格105人となっている。

郷、鎮レベルの計画生育サービス所は1,300あり、総人口の82.8%である3,436万人を管轄している。独立したサービス所が1,250、衛生院との共同の施設が50所あり総スタッフ数は4,503人うち医療スタッフは80%の3,607人となっている。また省の中には計画生育協会が16,251ヶ所（省1、州・市16、県・市129、郷・鎮・村16,105）ある。

県計画生育サービスステーションの機能

県、郷、村それぞれのレベルに家族計画スタッフを配備し、各レベルの役割を定めた。県、郷、村の家族計画ネットワークの建設は、家族計画事業の継続的発展の促進に寄与している。また県計画生育サービスステーション、計画生育行政管理部門、計画生育協会の協力により、①人口増加率の削減、②啓発教育、③住民のRHの意識の向上、④サービスを提供する医療スタッフの育成を実施している。

過去に実施した具体的な内容は下記の通りである。

- ① 計画生育関連の手術（主に避妊手術）の80%が県・郷のサービス施設において実施され、

2000～2003 の 4 年間で実施された避妊手術は 456 万件であった。

- ② 省全体で計画生育政策、RH の知識、新しい結婚生育理念の普及を行った。
- ③ 80%の県・郷サービス所において婦人感染症予防を実施している。60%の県のサービスステーションで不妊症の治療、また約 50%の再生産年齢の女性に対して RH の保健サービスを提供した。さらに農村を重点として先天性疾患の予防、遺伝・優生（いい質の子供を産む）、婚前教育・検査、妊産期のケア、出産前検査などを行った。
- ④ 人事改革として競争概念の導入、契約雇用制度、スタッフに対する研修を実施した。

省における問題点およびニーズ

- ・ 持続的発展のための技術サービスを提供するスタッフのレベルアップ
- ・ 住民の健康意識の向上
- ・ RH サービスの提供、また計画生育の範囲の拡大したことに伴い、学歴レベルが比較的低いスタッフの技術能力の強化
- ・ 思春期保健、老年期保健、家庭保健などの新しいニーズへの対応

羅平県の概要

雲南省、広西省、貴州省の 3 つの省に隣接する羅平県は雲南省東部、曲靖市南部に位置し総面積は 3,006km²で、年間平均気温は 15℃、年間降水量 1,700mm 雲南省でも降水量の多い地域の 1 つである。

2004 年末現在、全県には 6 つの鎮、7 の郷、154 の行政村（集落の集合体、郡）、1,330 自然村（村落、集落）がある。民族は漢民族、イ族、プイ族、回族、ミャオ族など 22 の民族が住居し、総人口は 536,352 人、再生産年齢の女性は 10,4453 人である。

県の GDP は 329,986 万元、地方財政収入は 1.39 億元、住民 1 人当たりの収入は 1,980 元/年となっている。

羅平県の計画生育の組織・機構

県の計画生育局の職員は 22 名、その下には 13 の郷・鎮レベルの計画生育弁公室があり、職員は 57 名、165 名の村レベルの計画生育宣伝員（計画生育協会の会員、婦女連のメンバー）がいる。専任の技術協カスタッフは 94 人（サービスステーション 30 名、サービス所 64 名、）また現在、羅平県の人口計画生育委員会は他の部門との協力を強化し、PH、家庭保健、HIV 対策、流動人口対策、高齢者対策を実施している。次に各部署との主な連携内容を示す。

表 羅平県における人口計画生育委員会と他部署との協力

協力部署	活動内容
衛生局	衛生環境の整備 (トイレ、水) 婦人病の予防 HIV の総合的な行動管理、ハリスグループへの予防教育の実施 性病の治療費の軽減
教育局	小中学生に対する健康教育 衛生習慣、思春期教育、 寄生虫、HIV に関する知識の普及 トイレ、手洗い場の改善
林業局	メカガスによる衛生環境の改善
労働と社会保障局	農村部の養老保険 流動人口の就職センターでの登録時の計画生育の啓発資料の配布 (流入先、流出元における)
中華全国婦女連合会 中国共産党青年団	村レベルでの家族計画、家庭保健、PH に関わる啓蒙活動

羅平県における IP 実施状況

羅平県は IP の第 6 期目の実施県であり、九龍鎮および魯布格郷の 2 つ地域で 2000~2004 年に実施された。プロジェクト開始時の 2 つの郷・鎮の人口は 62,340 人 (2004 年末は 66,077 人) 再生産年齢の女性は 12,136 人 (2004 年は 12,889 人)、学生数 11,022 (うち小学生は 8,091 人) となっていた。IP による主な成果は以下のとおりである。

① プロジェクトサイトの住民の健康意識が向上

プロジェクトサイトの 90% の住民、また住民へ研修を実施する関係者の 95% に対して啓発・研修を実施した。

表 啓発・研修実施状況

啓発・研修方法	場所・対象者	実施回数 (参加人数)
ラジオ・テレビ	全ての住民	200,000 人
配布物	全ての世帯、学校	3 万部
黒板掲示	学校、計画生育協会の活動室、人口学校	24 回
スローガン (垂れ幕など)	住宅地、集落	85 部
露天の広告	道路の沿線	5 部
思春期教育	中学校	5 回
プロジェクト研修・健康教育	村の幹部、教師、ボランティア	11 回 (757 人)
村民会議	村民、村民代表	50 回
演芸、出し物、劇	農村住民	8 回
IP 活動作文コンクール	プロジェクトサイトの小学生	800 人
寄生虫予防教育	小学生	一学期 2 時間

② 母子保健事業の進歩

県、郷、村の各レベルの衛生機関は、家族計画部門と協力して家族計画サービスを行い、3,806件の家族計画手術を成功させた。羅平県は予防接種に重点を置き、基礎免疫と免疫強化の予防接種率は共に平均96%以上となった。また省の防疫センターの指導協力の下、県内の一部の地域の人々に対して寄生虫感染状況調査を実施し、陽性者に対し駆除治療、予防治療措置を行った。

表 母子保健分野における成果

項目	IP 実施前 (2000年)	IP 実施後 (2004年)
出産前検査率	83.25%	97.25%
消毒を用いた出産	57.75%	98.25%
施設出産率	41.10%	76.67%
新生児死亡率 (千人当たり)	21.86 件	19.85 件
幼児死亡率 (千人当たり)	43.7 件	25.95 件
予防接種率	84.62%	98.18%
婦人病発病率	76.51%	32.38%

③ 寄生虫感染率の減少

表 寄生虫分野における成果

項目	IP 実施前 (2000年)	IP 実施後 (2004年)
寄生虫感染率	70.6%	13.12%
トイレの改善件率	31.1%	51.52%
衛生的な飲料水の利用率	53.7%	75.17%
学生の検査数	—	延べ検査件数 18,381 人 延べ駆虫人数 10,478 人
メタンガス施設件数	—	900 施設 (投入金額 3 万元)

④ 計画生育事業の改革と発展

県サービスステーションおよび2つのプロジェクトサイトの郷・鎮のサービス所に対して、B型超音波、婦人科治療器、内視鏡、顕微鏡などの医療機材の整備、また外来・病棟のリノベーションを102万元投入し実施した。プロジェクトサイトの再生産年齢の女性の避妊率はプロジェクト開始年の86.19%からプロジェクト修了の2004年には90.47%まで向上した。また同じく合計特殊出生率は1.7から1.4に減少し、人口自然増加率は11.77%から9.69%となった。

⑤ IP活動の発展と普及

プロジェクト実施後、IP活動が11の非プロジェクトサイトの郷・鎮(19村36,100人)に普及した。

問題点

- ・ スタッフの人数の不足、学歴、技術レベルが低い。スタッフの学歴は大学0人、3年の

短大 20 人 33.33%、2 年短大卒 40 人 66.67%、またスタッフの職級は高級 0 人、中級 8 人 13.33%、初級 52 人 86.67%となっている。また設備の不足が指摘されており、県のサービスステーションにおける 1 万元以上の機材は 8 機材、郷レベルのサービス所には比較的機材が整備されている施設で超音波診断装置を所有しているが、7 つの郷のサービス所には最も基本的な検査機材もそろっていない。

- ・ 一部の住民の安全な飲用水、衛生的なトイレに対する健康意識が低く、寄生虫の重複感染、婦人病の発生率が高い。
- ・ 収入が低く住民の生活環境の改善が進まない。プロジェクトの有償サービスによる自己資金の回収が困難。

将来計画

- ・ サービスの提供能力の向上（研修、医療施設と設備の改善）
- ・ 健康教育と健康促進の強化、啓蒙ネットワークの管理、学校、計画生育協会の活用、健康教育を実施するボランティア、村の幹部に対する研修
- ・ 生活の質の向上、避妊方法の選択、一人っ子政策の奨励による農村の生活レベルの改善

羅平県の計画生育サービスステーション

1986 年に設立され、現在の建物は 1993 年に建設され、2000 年 IP プロジェクトの実施によって 23 万元を投入して内装工事を実施し、2003 年には X 線検査室の改装を行った。60 床、検査室、診断室、事務室などがある。IP プロジェクト実施によりジョイセフの援助により B 型超音波診断装置、X 線診断装置、尿検査分析器、ドップラー診断器（40 万元）が整備された。スタッフは 31 人、そのうち医療スタッフは 23 人（中級 8 人、初級 15 人）となっており、技術とサービスレベルの向上のため省・市の病院への研修を実施している。

主な活動項目は下記の通り。

- ・ プロジェクトの運営管理制度の整備
- ・ 避妊方法のインフォームドチョイスの実施
- ・ RH サービスの村での展開、婦人病と RH サービスの提供
- ・ 避妊手術の実施時の事前説明の実施
- ・ 小学生への寄生虫検査と駆虫

将来計画

- ・ サービスステーションの業務を県全体もしくは周辺地域への普及するための中心的な役割を果たす施設とするため、医療・啓蒙設備の整備、研修実施者の育成を実施する
- ・ 県全体の女性が人間を基本とした RH サービスを受けられるようにする
- ・ 計画生育のサービス提供と避妊手術のインフォームドチョイスの実施

九龍鎮計画生育サービス所

九龍鎮の下には 12 の行政村、123 の自然村があり、総人口は 47,526 人であり再生産年齢の女性は 9,366 人、一人当たりの年間収入は 1,858 元、避妊率は 91.79%、一人っ子の世帯数は 460 世帯（全体 11,579 世帯）。また農村の女性の RH 検査、婦人病検査は無料となっている。

表 寄生虫検査実施状況

	2000 年	2004 年
寄生虫検査	66.8%	11.3%
検査実施件数		3,463
駆虫薬配布件数		1100

郷のサービス所は多くの住民に医学的な監視保護、避妊薬と用具、IUD の挿入や摘出、中絶、婦人病の治療と RH サービスを提供した。一方、施設の設備と技術を用いて、子供を丈夫に育てることや避妊の知識についての講義を行い、再生産年齢の夫婦の自発的な家族計画を向上させた。また郷、村の衛生機関は、家族計画部門と協力して家族計画サービスを行った。家族計画サービス所の専門スタッフは 4 人となり、12ヶ所の村役場では家族計画の広報スタッフが配備され、郷村の家族計画ネットワークの整備が行われた。さらには郷村の両レベルで、家族計画統計管理台帳を作り、基本データの記録システムを整備し定期的に集計・報告を行っている。

問題点

- ・ 財政が厳しく必要経費が賄えない
- ・ 村民の健康意識とプロジェクトの目標に差があり、全体の村への普及が困難
- ・ 農村の収入が低く、有償サービスの実施が困難で婦人病の患者が依然と多い (31.78%)

将来計画

- ・ 学生の寄生虫予防と治療の実施
- ・ 婦人病の検査と治療
- ・ 住民の生活レベル、健康レベルの向上

阿耶小学校

教師数：34 名 学生：586 名

2001 年に IP プロジェクトによりトイレ、飲用水の改善および寄生虫予防教育を実施。将来は引き続き努力を行い、資金を集めて井戸、教員の宿舎、運動場の整備をする予定。

江辺小学校

教師数：27名 学生：550名、クラス数：12

2001年にトイレ、飲用水の改善および寄生虫予防教育を実施。寄生虫感染率は75%から2004年には11%に減少した。

九龍第2中学校

教師数：66名 学生：1,135名 クラス数：18

2003年にトイレ、手洗い場の改善および思春期教育を実施。2005年末に新たにトイレの建設を計画。

魯布格ブイ族、ミャオ族郷

総面積249km²はであり、9つの行政村、62の自然村、3,752世帯、人口17,558人を有する。また少数民族の人口割合88%で一人当たりのGDP1,363元、一人当たりの年間収入は960元となっている。再生産年齢の女性は3,523人で避妊措置を取っている女性その内は3,064人、避妊率は86.97%となっている。IP開始年に1,400人の生徒に対して寄生虫検査を実施した結果、感染者は861人、感染率は61.5%であり、792人に駆虫薬を投入した。一方、プロジェクト終了の2004年に4つの学校の679人の生徒に検査を実施、感染が確認されたのは104人、感染率は15.3%となった。また累計婦人病検査人数は2,240人、うち発病者は799人(35.7%)、743人が治療を受けた。

村におけるIPの実施項目

- ・ 組織作りの実施
- ・ 宣伝教育活動
- ・ 寄生虫の予防
- ・ 婦人病の検査と治療
- ・ トイレと飲用水の改善
- ・ 施設と設備の整備

IPの成果

- ・ 住民の衛生と保健に関する意識が変わった
- ・ 計画生育改革を促進した
- ・ 経済の発展の促進
- ・ 教育・衛生などの社会事業のリーダーシップ

問題点

- ・ 寄生虫検査、婦人病検査、飲用水とトイレの改善の効果は確認できたが、需要を満たしていない。

- ・ 住民の健康意識が目標との間で差がある
- ・ 住民の計画出産に対する理解が不十分である
- ・ 現在のプロジェクト成果の普及、維持のための郷の財力の不足

将来計画

- ・ 計画生育と貧困対策を結びつける
- ・ 村民自治によって計画生育の推進を行う
- ・ RH サービスの提供を行う

大石板村

ミャオ族の村 18 世帯、78 人、一人当たりの収入は 980 元、計画生育協会の会員数は 15 名、再生産年齢の女性が 17 人、うち 16 人が避妊措置を取っている。プロジェクトによって全世帯がメタンガスの施設と衛生トイレ、舗装道路、貯水槽、村民活動室を整備した。

IP の成果

- ・ 意識の向上、メタンガスの利用によって生活環境、自然環境が改善された。豚、羊の肥育の推進による収入が増加した
- ・ 避妊措置を積極的に実施する体制が整備された

多依小学校

教師数：16 名 学生：320 名

2001 年にトイレ、飲用水の改善および健康教育と寄生虫予防教育を実施。年に 1 回寄生虫検査と駆虫を実施した。検査累計は 1,326 人で駆虫した生徒は 1,193 人、寄生虫感染率は 61.5%から 2004 年には 15.3%に減少した。

別添6. 海南省調査結果

海南省における調査結果

海南省人口計画生育委員会

海南省の総面積は 3.54 万 km² であり 18 の市・県（うち 8 の市、10 の県）201 の郷鎮、2,947 の村がある。人口は 817.83 万人（漢民族 676.43 万人、少数民族 141.4 万人）、主要な少数民族はリー族で、合計特殊出生率は 1.47 人、人口自然増加率 8.98 となっている。

省、地区、県レベルの計画生育技術サービス機関は 22 施設（省 2、地区 2、県 18）、郷・鎮の計画サービス機関 187（計画生育サービス所 111、衛生院と共同のサービス室 76）あり、省全体の郷・鎮レベル以上の計画生育行政管理スタッフは 1,112 人、村レベルの計画生育員は 3,401 人、うち医療スタッフ 592 人、（4 年の短大卒 22%、3 年短大卒 76%）となっている。

海南省では 2006 年より優良な避妊サービスの提供、新生児のケア、感染症対策を中心とした“3 大プロジェクト”の実施を計画しており、実施のための設備および人材の育成、管理能力の向上をめざしている。

海南省の人口計画生育局には弁公室、政策法規局、発展企画局、科学技術局、宣伝教育局、流動人口管理処、また直属機関としては省計画生育センター、省科学研究所がある。

琼海市

琼海市の総面積は 1,692km²、12 の鎮、6 の国営農場、203 の村があり、総人口は 46 万人、再生産年齢の女性 88,759 人、農民一人当たりの年間平均収入 3,010 元となっている。

IP の成果

- ・ IP プロジェクトサイトが順調に普及した。
IP 実施サイトは 2 つの郷鎮であったが、2001 年には 16 の郷鎮まで普及した。
- ・ 人口計画生育事業の展開を促進した。
特殊合計出生率は 1.7% から 1.2%（2004 年）に減少、人口自然増加率は 10.03 から 6.93 に減少、総合避妊率は 80.5% から 89.6% となった。
- ・ 安全な飲用水とトイレの改善の実施、衛生トイレが普及した。
- ・ IP 実施サイトの 2 つの郷鎮が IP 普及のためのモデル的な役割を果たした。
8 の市・県の計画生育局長および儋州市、貴州省の三都県の代表がプロジェクト実施地域を見学した。また文昌市の UNFPA のプロジェクトの実施前に見学団が来た。
- ・ 家庭保健センターを設立した。
計画生育サービスと IP を結びつけて実施するようになった。

表 IPにおける寄生虫予防の成果

項目	IP 実施前 (1995 年)	IP 実施後 (2000 年)
寄生虫感染率	93.3%	68.4%
トイレの改善件率	14.5%	38.3%
衛生的な飲料水の利用率	69.4%	96.5%

表 琼海市家庭保健サービスセンターでのサービス実施状況

項目	
巡回検査回数	156 回
婦人検査件数	12,615 件
疾病が確認された患者数	4,966
小学校での検便件数	2,151
駆虫薬の配布人数	916

IP プロジェクト実施上の経験と教訓 (留意点)

- ・ 問題に対して柔軟な対応を行い、自律発展を求め、持続的な IP プロジェクトの実施を
保証する。
- ・ 現場 (農村) において保健サービスの提供を行う。
- ・ 啓蒙、啓発教育を行い住民の衛生意識を向上させ、住民自らの参加を促進させる。
- ・ 有償サービスの実施によってサービスの効果を保証する。地方財政の不足を解決し、住
民の健康に投資するといった考え方を高める。(琼海市は有料サービスを実施している)
- ・ 部門間の調整を行いサービス活動の順調な展開を保証する。

表 有料サービス料金表

項目	診療費
検便	1 元
駆虫薬	2 元
超音波検査	10 元
心電図	10 元
赤外線乳腺検査	10 元
婦人科検査	3 元

将来計画

- ・ 啓蒙教育の強化を行い、住民の健康管理能力を高める
- ・ 研修スタッフの育成、設備整備を行いサービスの向上を図る
- ・ 有償サービスの比率を高め、将来の自己資金とする
- ・ 監督、評価、奨励、処罰制度を整えスタッフの積極性を高める

琼海市家庭保健センター

1997 年に設立し、スタッフ 11 名 (うち医療スタッフ 10 名)、医療部門は婦人科検査、

リプロダクティブヘルス、婦人相談、超音波検査、一般検査、避妊薬の配布、病棟、啓蒙教育室がある。家庭保健センターとしての家庭保健・リプロダクティブヘルス分野の機能と計画生育サービスセンターの機能が共有されている。

表 琼海市家庭保健センターのサービス実施状況

項目	
啓発教育活動回数	1,000回
参加住民数	10,000人以上
検査・治療を受けた人	14,090人
巡回啓発・検査サービス	56回
巡回サービスによって検査・治療を受けた人数	5,000人

表 琼海市京海家庭保健センターの既存機材リスト

機材名称	日本の援助 (ジョイセフ)	中国側購入	使用状況
半自動血球分析装置	○		使用不可
心電図	○		良好
冷蔵庫	○		使用不可
胎児心拍計	○		未使用
赤外線乳腺診断装置	○		使用不可
顕微鏡	○		使用不可
婦人検査台	○		使用不可
超音波	○		使用不可
蒸気式滅菌器		○	良好
半自動生化学分析装置		○	良好
半自動尿分析装置		○	良好
凝固計		○	良好
赤外光治療装置		○	良好
コルポスコープ		○	良好
超音波診断装置		○	良好
乳腺診断装置		○	良好

琼海市万泉鎮

万泉鎮には17の村があり、総人口は28,252人、世帯数7,236世帯、再生産年齢の女性は5,198人、2004年の一人当たりの平均収入は3,100元となっている。

表 万泉鎮におけるIPの状況

項目	2004
合計特殊出生率	1.32
予防接種率	100%
トイレの改善件数	5,600件
メタンガスの設置	1,300施設
検便検査実施人数	22,790人
駆虫薬投与人数	8,712人
婦人科検査	4,710人

1995～1999のIPの実施により下記の成果があった。

① プロジェクトサイトの住民の健康意識が向上した

表 万泉鎮のIP活動による成果

項目	IP実施前(1995年)	IP実施後(2000年)
トイレの改善件率	15%	62%
衛生的な飲料水の利用率	58%	100%
施設分娩率	—	100%

表 住民への啓発活動の状況

啓発方法	場所・対象者
ラジオ・テレビ	全ての住民
配布物	全ての世帯、学校
黒板掲示	学校、計画生育協会の活動室、人口学校
スローガン(垂れ幕など)	住宅地、集落
村民会議	村民、村民代表
村民による見学	村民、村民代表
IP活動作文コンクール	プロジェクトサイトの小学生
寄生虫予防教育	小学生

② IPの活動が発展、普及した

プロジェクト実施後、11の非プロジェクトサイトの郷・鎮(19村 36,100人)にIPが普及した。

将来計画

- ・ 3結合の事業を生態村建設、環境衛生改善、健康改善と結び付けて実施し、他の村に普及する
- ・ 婦人病検査の実施 17の村を対象に、3ヶ月に1回定期検査し、超音波診断を村で実施する
- ・ 飲用水、トイレ、メタンガスの改善を引き続き実施し、生活条件を改善する
- ・ 幼児の予防接種の実施

万泉鎮文台村(行政村) 新村村(自然村)

新村村は人口80人、16世帯、再生産年齢の女性18人、平均収入3,000元となっている。

プロジェクト実施内容

- ・ 環境整備(村道の舗装、緑化)
- ・ 寄生虫予防(水、トイレ改善100%実施)

- ・ 女性を対象とした婦人病検査と治療
- ・ 衛生習慣の教育（検便、駆虫薬の配布）

琼海市長坡鎮

長坡鎮は 21 の村、総人口 4.8 万人、世帯数 10,139 世帯、再生産年齢の女性が 9,133 人、2004 年の一人当たりの平均収入は 3,000 元、GDP は 5.9 億元となっている。1995 年には全ての村で計画外出産があったが、2004 年には計画外出産があった村は 7 村にまで減った。

表 長坡鎮の IP 状況

項目	2000
合計特殊出生率	1.27
トイレの改善件数	6,906
安全な水の改善	8,416
婦人科検査および知識の普及率	7,537 人(85%)

琼海市長坡鎮孟文村（行政村）文屯村（自然村）

文屯村の人口は 337 人、58 世帯、再生産年齢の女性は 55 人、また平均収入は 3,000 元となっている。

プロジェクト実施内容

- ・ 村道の舗装
- ・ 周辺環境の整備（緑化、池）
- ・ 街灯の設置
- ・ ゴミ捨て場の設置
- ・ 寄生虫予防（水 100%、トイレ改善 70%実施）
- ・ 結婚と出産に対する教育
- ・ 村民を対象とした検便、駆虫薬の配布

儋州市

儋州市の総面積は 3,343km²、下には 17 に鎮、10 の国営農場、262 の村があり、2004 末の総人口は 84.99 万人となっている。2002 年より IP を王五鎮（9 の村、88 の自然村、総人口 2.59 万人）と光村鎮（12 の村、68 の自然村、総人口は 2.73 万人）で実施した。

具体的なプロジェクト実施内容

- ・ 組織作り
 - 市レベルでの IP 指導委員会および鎮レベルでプロジェクト指導グループを組織し、また家庭保健サービスセンターを設立した。
- ・ 研修業務の強化

王五鎮と光村鎮で管理者対象に4回、医療スタッフ対象に7回の研修を実施した。

- ・ 啓蒙活動
チラシ6.8万部、地方劇、学校での健康教育科目の設置および黒板による啓蒙、新聞での宣伝を行った。
- ・ 寄生虫の予防をエントリーポイントとした保健サービスを提供
婦人病検査を受けた女性は2,500人、うち婦人病が確認された人数は219人となった。
- ・ トイレと飲用水の改善
2002年からトイレ1,618ヶ所、メタンガス設備は424ヶ所整備した。また小学校のトイレの整備を実施した。

IPの成果

- ・ 計画生育と母子保健のサービス提供のネットワークを整備した
- ・ 住民の健康意識が強化された
- ・ 寄生虫予防は効果が高かった。
- ・ 村の生活環境が改善された（道路の舗装、緑化）

表 儋州市 IP プロジェクトの成果

項目	2001	2004
寄生虫検査数	4,784人 (小学校1～3年)	2,181人 (小学校3～5年)
陽性の人数	4,295人	1,065人
陽性率	89.78%	48.83%
回虫感染者数	3,355人	672人
回虫感染率	70.10%	30.81%
鞭虫感染者数	3,242人	809人
鞭虫感染率	67.79%	37.09%
鉤虫感染者数	238人	0人
鉤虫感染率	5%	0%

問題点

- ・ 資金不足
- ・ 母子保健の宣伝とサービスが不十分
- ・ スタッフの技術能力が依然として低い

将来計画

- ・ 家庭保健サービスを展開し、住民の健康管理能力を高める
- ・ 資金の調達を行い、プロジェクトの順調な実施を保障する（有償サービスの展開）
- ・ 宣伝教育、啓蒙活動を強化する
- ・ 経験をまとめ、IPを市全体に普及する

儋州市およびプロジェクト実施鎮の状況

表 人口、行政区分、面積、人口動態、国民収入、教育

項目	全県	プロジェクト実施鎮		プロジェクト実施鎮合計
		王五鎮	光村鎮	
人口数	849,937	25,974	27,368	53,342
面積	3,343	145	171	316
郷鎮数	17	1	1	2
行政村数	262	9	12	21
自然村数	1,455	88	68	156
出生数	11,517	352	446	798
出生率	13.55	13.55	16.30	14.96
死亡数	3,597	151	128	279
死亡率	4.23	5.81	4.68	5.23
自然増加数	7,920	201	318	519
自然増加率	9.32	7.74	11.62	9.73
GDP	8,412	4,466	4,312	4,387
一人当りの平均収入	3,136	2,745	2,547	2,648
小学校				
施設数	645	15	22	37
学生数	109,040	4,350	5,781	10,131
中学校				
施設数	31	1	1	2
学生数	36,744	918	1,458	2,376
高校				
施設数	7	0	0	0
学生数	9,219	0	0	0

表 計画生育状況統計

項目	全県	プロジェクト実施鎮		プロジェクト実施鎮合計
		王五鎮	光村鎮	
再生産年齢の女性数	256,260	7,112	7,881	14,993
既婚の再生産年齢の女性	150,645	4,412	4,512	8,924
避妊措置実施件数	125,831	3,867	3,639	7,506
パイプカット	1,009	11	12	23
卵管結さつ	94,992	3,359	3,269	6,628
IUD	27,758	479	357	836
ピル、注射	240	0	0	0
コンドーム	1,348	9	1	10
ペッサリー	9	0	0	0
外用薬	353	2	0	2
その他	122	7	0	7
総合避妊率(%)	83.53	87.65	80.65	84.11
女性の晩婚率(%)	35.45	24.36	22.62	23.75
第一子数	6,527	193	230	423
第二子数	4,111	146	160	306
第三子以上	879	13	56	69
小計	11,517	352	446	798

表 母子保健状況

項目	全県	プロジェクト実施鎮		プロジェクト実施鎮合計
		王五鎮	光村鎮	
産婦数 (2004 年)	9,070	342	416	758
出産前検査を受けた産婦数	7,217	285	327	612
出産前検査を受けた産婦率(%)	79.57	83.33	78.61	80.74
分娩総数	9,070	342	416	758
新方法での分娩数 (消毒薬を使用)	8,845	303	405	708
新方法での分娩率 (消毒薬を使用) (%)	97.52	88.60	97.36	93.40
施設分娩数	8,484	282	382	664
施設分娩率(%)	93.54	82.46	91.83	87.6
妊産婦死亡数	6	0	1	1
産後検査実施件数	3,809	189	99	288
産後検査実施件率(%)	42.00	55.26	23.80	37.99
流産件数 (人工中絶)	3,181	-	-	-
婦人病検査対象人数	10,190	-	-	-
婦人病検査数	2,089	-	-	-
婦人病検査診断率(%)	20.50	-	-	-
婦人病の患者数	526	-	-	-
婦人病の疾病率(%)	25.18	-	-	-
婦人病の治療人数	442	-	-	-
婦人病の治療率(%)	84.03	-	-	-

表 児童保健状況

項目	全県	プロジェクト実施鎮		プロジェクト実施鎮合計
		王五鎮	光村鎮	
出生人数 (2004 年)	9,050	342	408	750
生後 0-6 日の新生児死亡件数	55	1	0	1
生後 28 日以内の新生児死亡件数	89	1	5	6
1 歳以内の新生児死亡件数	117	2	8	10
胎児死亡と死産	39	0	8	8
早期新生児死亡率(%)	6.08	2.92	0	1.33
新生児死亡率(%)	9.83	2.92	12.25	8.00
乳児死亡率(%)	12.93	5.85	19.61	13.33
周産期死亡率(%)	4.31	-	19.61	10.67
0-4 歳的人数	56,883	1,589	2,726	4,315
0-4 歳の検診件数	24,358	656	1,509	2,165
0-4 歳の検診件率(%)	42.82	41.28	55.36	50.17
4 種類の予防接種を受ける対象人数	9,951	308	396	704
既に 4 種類の予防接種を受けた人数	9,105	266	378	644
児童予防接種率(%)	91.5	86.36	95.45	91.48

表 寄生虫予防および環境衛生状況

項目		全県	プロジェクト実施鎮		プロジェクト実施鎮合計
			王五鎮	光村鎮	
検査対象人数		-	2,601	2,509	5,110
検査実施人数		-	909	1,272	2,181
陽性	人数	-	452	613	1,065
	陽性率(%)	-	49.72	48.19	48.83
回虫	人数	-	331	341	672
	陽性率(%)	-	36.41	26.81	30.81
鞭中	人数	-	339	470	809
	陽性率(%)	-	37.29	36.95	37.09
駆虫人数		-	452	613	1,065
検査費用	無料	-	1,818	2,544	4,362
	有料	-	0	0	0
駆虫費用	無料	-	792	980.8	1772.8
	有料	-	0	0	0
安全な飲用水の使用状況	上水道(人数)	292,926	12,993	11,072	24,065
	井戸水	276,117	10,643	14,730	25,373
	その他	61,826	0	0	0
	比率(%)	90.20	100	100	100
糞尿の無害化処理状況	処理(世帯数)	73,257	3,041	2,426	5,467
	未処理	53,094	2,473	2,423	4,896
	不明	0	0	0	0
	比率(%)	57.98	55.15	50.03	52.75

表 プロジェクト研修と宣伝教育

項目		プロジェクト実施1年 目(2002年)	プロジェクト実施2年 目(2003年)	プロジェクト実施3年 目(2004年)
技術研修人数(回)	寄生虫予防	82	71	40
	母子保健	62	80	57
	計画生育	154	137	121
	その他	19	0	0
	小計	317	288	218
ボランティア研修人数(人)	計画生育協会の会員	179	366	280
	婦女連合会	4	6	4
	青年団	0	0	0
	教師	281	289	137
	その他	0	0	8
	小計	464	661	429
啓蒙方法別のプロジェクト外関連の知識を得た住民の人数(人)	人口学校での教育	1,672	3,700	3,200
	PTA	1,262	1,321	1,360
	テレビ・ビデオ	0	0	0
	ラジオ	7,800	8,250	0
	黒板、壁新聞	4	4	4
	講演会、報告会、会議	12	21	16
	思春期教育を受けた学生数	720	1,560	1,351

	カウンセリングまたはホットライン	25	57	2,500
	月経カードを使用している女学生の人数	0	0	0
	各種イベントに参加した人数	620	7,520	6,773

表 プロジェクト関連の財務状況

項目		プロジェクト修了年 2004 年の予算 (元)	
プロジェクトの収入	県・市・区政府	180,000	
プロジェクトの支出	計画生育業務予算	114,000	
	母子保健業務実施予算	18,000	
	寄生虫予防技術サービス	検便	4,000
		駆虫	3,000
		飲用水の改善	7,000
		トイレの改善	15,000
		その他	1,500
	研修活動	5,000	
	啓蒙教育活動	10,000	
その他	2,500		
収支		0	

儋州市計画生育サービスステーション

計画サービスステーションは 1983 年に設立され、スタッフ数は 21 人うち医療スタッフ 19 人、(中級が 4 人、初級 15 人)、避妊薬配布室、婦人科診断室、外科、外来治療室、検査室、超音波室、X 線室、手術室、術後後遺症治療室がある。2002 年に家庭保健サービスセンターとして機能を拡大し、再生産年齢の女性に家庭保健検診および青少年を対象とした思春期教育、寄生虫の予防を実施している。

業務内容

- ・ 男女の避妊手術
- ・ IUD
- ・ 避妊薬の配布
- ・ 術後後遺症のケア
- ・ 計画生育
- ・ リプロダクティブヘルス
- ・ 母子保健知識の宣伝と相談

表 計画生育サービスステーション既存機材リスト

機材名	数量 (台)	調達年	稼動状況
顕微鏡	2	2001	良好
車両	1	2002	良好
蒸気式滅菌器	1	2003	良好
精子分析器	1	2003	良好
半自動生化学分析装置	1	2004	良好
尿分析装置	1	2004	良好
半自動凝固分析装置	1	2004	良好
冷凍冷蔵庫	2	2004	良好
半自動血球分析装置	1	2004	良好
顕微鏡	4	2004	良好
カメラ	1	2004	良好
コルポスコープ	1	2004	良好
膀胱鏡	1	2004	良好
ノートパソコン	3	2005	良好
ディスクトップパソコン	1	2005	良好
デジタルビデオカメラ	1	2005	良好
デジタルカメラ	1	2005	良好
X 診断装置	1	2005	良好
心電モニター	1	2005	良好
空気清浄機	1	2005	良好
無影灯	2	2005	良好
心電計	1	2005	良好

王五鎮流方村 (行政村) 橋頭村 (自然村)

橋頭村の人口は178人 (男性94、女性84)、21世帯、再生産年齢の女性は31人、平均収入は2,900元となっている。

プロジェクト実施内容

- ・ 環境整備 (村道の舗装、排水溝、ゴミ捨て場、緑化)
- ・ 寄生虫予防 (水、トイレ改善)
- ・ メタンガス施設の設置

王五鎮新坊村 (行政村) 茶蘭地村 (自然村)

茶蘭地村の人口は189人 (男性97、女性92) 25世帯、再生産年齢の女性は25人、平均収入3,000元となっている。

プロジェクト実施内容

- ・ 環境整備 (村道の舗装、排水溝、ゴミ捨て場、緑化)
- ・ 寄生虫予防 (水、トイレ改善)
- ・ メタンガス施設の設置

那大鎮僑南村（行政村）

僑南村の人口は 1,791 人（男性 920、女性 871）401 世帯、再生産年齢の女性は 328 人、平均収入は 4,526 元となっている。

プロジェクト実施内容

- ・ 環境整備（村道の舗装、緑化）
- ・ 寄生虫予防（水、トイレ改善）
- ・ メタンガス施設の設置

別添7. 参考・収集資料リスト

日本語

- ・財団法人 家族計画国際協力財団『中国プロジェクト評価調査報告書 海南省全琼海市・陝西省大荔県プロジェクト 平成11年度日本政府開発援助海外技術協力推進民間団体補助金による人口・家族計画モデルプロジェクト推進事業』2000年3月、(財)家族計画国際協力財団
- ・同 『中国プロジェクト基礎調査報告書 雲南省羅平県・黒龍江省寧安市プロジェクト 平成12年度日本政府開発援助海外技術協力推進民間団体補助金による人口・家族計画モデルプロジェクト推進事業』2001年3月、(財)家族計画国際協力財団
- ・牧野松代 『開発途上大国 中国の地域開発—経済成長・地域格差・貧困—』2001年3月 大学教育出版
- ・財団法人家族計画国際協力財団(ジョイセフ) 『中国IP評価論文報告集』 2002年2月、(財)家族計画国際協力財団
- ・若林敬子研究室 『中国人口統計に関する最新資料—2000年人口センサス結果を中心に』 2003年 東京農工大学大学院農学研究科 若林敬子研究室
- ・JICA・インテムコンサルティング株式会社 『中華人民共和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 基本設計調査報告書』2004年 JICA
- ・岩崎雅美(編) 『中国・シルクロードの女性と生活』2004年8月 東方出版
- ・JICA 『開発課題に対する効果的アプローチリプロダクティブヘルス』2004年8月 JICA国際協力総合研修所
- ・中国研究所 『中国年鑑2004年版』2004年9月 創土社
- ・外務省 「最近の中国情勢と日中関係」2004年12月
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/china/kankei.html>
- ・中国研究所 『中国年鑑2005年版』2005年9月 創土社
- ・若林敬子 『中国の人口問題と社会的現実』2005年2月 ミネルヴァ書房
- ・在中華人民共和国日本国大使館 「社会保障制度の背景となる主な社会状況」(大使館書記官作成資料の一部、JICA事務所より) 発行年不明
- ・JICA中華人民共和国事務所資料 「中国流動人口の性と生殖健康状況調査プロジェクト報告書」発行年不明

中国語

- ・中国国家人口和計画生育委員会国際合作司『国際合作計画生育結合項目 調研報告及相關媒体報道』2002年6月
- ・中国共産党羅平県委員会・羅平県人民政府 『羅平風向 奇山・秀水・花潮』発行年不明

- 胡道昌『羅平風向』2002年 香港天馬圖書出版有限公司
- 中国国家人口和計画生育委員会『人口計画生育常用統計』2004年
- 中国国家人口和計画生育委員会国際合作司『中国人口与計画生育』発行年不明

英語

- Japan Organization for International Cooperation in Family Planning/JOICFP (1994 March), *A Grassroots Movement to Improve the Quality of Life Integrating family planning with health care and community development activities* -JOICFP Documentary Series 19., JOICFP
- World Bank Office, Beijing(2005 August) *Quarterly Update*, (<http://www.worldbank.org.cn/english/content/cqu08-05.pdf>)
- State Council AIDS Working Committee Office and UN Theme Group on HIV/AIDS in China, (2004 December), *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China (2004)*, (<http://www.unchina.org/un aids/JAREng04.pdf>)
- UNITED NATIONS POPULATION FUND(2002 July), *DP/FPA/CPO/CHN/5*12 Country programme outline for China*, (<http://www.unfpa.org/cp/chn/chn0305.doc>)
- Elizabeth Loughnan(2005) *FOR EVERY CHILD - Progress Report for UNICEF China 2003/2004*, The United Nations Children' s Fund (http://www.unicef.org/china/Progress_Report_ENG.pdf)

付 属 資 料

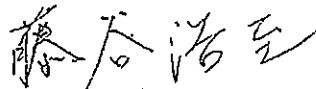
1. 2005年9月30日締結 協議議事録 (M/M) (和文・中文)
2. 2005年12月16日締結 討議議事録 (R/D) (和文・中文)
3. 2005年12月16日締結 協議議事録 (M/M) (和文・中文)

中華人民共和國
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に関する
日本側事前評価調査団と中国側実施機関との
協議議事録

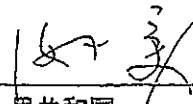
独立行政法人国際協力機構（以下、JICA）により組織された、JICA 中華人民共和國事務所藤谷浩至次長を団長とする「中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」（以下、プロジェクト）にかかる事前評価調査団は、2005年9月12日から9月30日までの期間、中華人民共和國国家人口計画生育委員会とプロジェクトの基本計画について一連の協議を行い、日中双方で協議結果を別添に記載のとおりであることを確認した。

なお、本協議議事録は等しく正文である日本語、中国語を各2通作成した。

2005年9月30日 太倉市



日本国
独立行政法人国際協力機構
事前評価調査団
団長 藤谷 浩至



中華人民共和國
国家人口計画生育委員会
国際合作司
副司長 汝 小美

I. プロジェクト基本計画

双方はプロジェクトの基本計画について協議を行い、基本的に以下のとおり合意した。プロジェクトの基本計画は、今後の実施協議議事録（R/D）により双方で最終的に確認される。

1. プロジェクト名

日中双方は、プロジェクト名を以下のとおりとすることを確認した。これは、当プロジェクトと連携する無償資金協力の案件名称「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」と整合するものである。

和文：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向上プロジェクト

中文：加强中国中西部地区生殖健康家庭保健服务能力建设项目

英文：Project for Capacity Building of Reproductive Health and Family Care Service in Central and Western Region, China

2. プロジェクト実施期間

プロジェクト実施期間は、2006年2月から2009年1月までの3年間とすることを日中双方で確認した。

3. プロジェクト受益者

日中双方は、プロジェクトの直接受益者を「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」、最終受益者を「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」とすることで合意した。

4. 上位目標、プロジェクト目標、活動

日中双方は、上位目標、プロジェクト目標、活動を別紙2のPDM（暫定案）のとおりにすることで合意した。

5. 特記事項

日中双方は、プロジェクトの内容に関し、以下のとおり合意した。

(1) 基本方針

プロジェクト対象地域が19省（自治区・直轄市）と広範であることから、中西部地域

大. 子

1/4

におけるリプロダクティブヘルス（以下、RH）及び家庭保健サービス提供機関の能力向上に関しては、プロジェクトを効果的に実施するため、対象地区のうち8省より各省1地区のモデル地区（県レベル）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とする。一方、中国リプロダクティブヘルス家庭保健研修センター（以下、CTC）における研修については、19省（自治区・直轄市）の省レベルの関係者、上記モデル地区のサービス従事者、モデル地区以外の一部県レベルのサービス従事者を対象とする。

(2) モデル地区の選定のプロセスと基準

1) プロセス

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下記2)の7つの基準により各省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。

2) 基準

- ① 客観的な指標（婦人病疾病率、幼児死亡率等）を総合的に分析した結果、サービスに対するニーズが高いと判断されること。
- ② RH 家庭保健サービスセンターを設立する基本的条件(基礎的な施設・設備・専門技術者・郷鎮村にネットワークを有していること等)が整っており、関連するサービスを展開できる医療業務許可を既に有していること。
- ③ 人口計画生育委員会の指導者グループがプロジェクトの理念、意義、内容を十分に理解しており、また、プロジェクト実施にかかる十分なリーダーシップ、向上心が備わっているほか、適切な人材が配置されメンバーの異動がなく安定していること。
- ④ 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ており、組織間の協調能力が高いこと。
- ⑤ モデル地区の所在する県（市）、省の政府及び関連部門がプロジェクトを重視しており、必要な経費を投入できること。
- ⑥ 原則として人口規模が40万人以上であり、プロジェクトの直接的な支援が終了した後も、自力で持続的に発展し、モデルとしての機能を発揮できること。
- ⑦ 交通が便利であること。

(3) CTCにおける研修対象者

日中双方は、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。

大. 承

15

Ⅱ プロジェクト実施体制

日中双方は、プロジェクト実施体制を別紙 8 のとおりとすることで合意した。

Ⅲ 日中双方の投入

1. 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

日中双方は、プロジェクトの全般的な管理を行うプロジェクト管理機関を国家人口計画生育委員会国際合作司、実務的な取り纏めを担うプロジェクトサイト責任機関を CTC 及びモデル地区政府とすることで合意した。

(2) カウンターパート

中国側は、プロジェクトの実施に必要なカウンターパートを CTC 及びモデル地区より適宜選出すること、また、11 月下旬までに主要なカウンターパートのリストを日本側に提出することに同意した。

(3) 設備

日中双方は、日本人専門家が使用するプロジェクト事務のための執務スペース及び必要な設備を CTC の中に設けることを確認した。

(4) プロジェクト運営経費

日本側は、プロジェクト運営経費に関しては以下の経費が中国側負担となることを説明し、中国側の合意を得た。

- 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

2. 日本側

(1) 専門家派遣

日中双方は、プロジェクト実施に必要な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 (HIV エイズ対策・寄生虫予防等)、健康診断、

大元

15

健康教育、カウンセリング、高齢者保健の各分野の短期専門家の派遣、及びプロジェクト業務調整員の配置が必要であることを確認した。なお、上記以外の分野の専門家についても、必要に応じて日中双方で協議のうえ派遣できることで日中双方は合意した。

(2) 本邦研修の実施

日本側は、本プロジェクトカウンターパートの本邦研修を実施する。本邦研修の参加者は、上記Ⅲ1. (2)のカウンターパートの中から日中双方で選出すること、また本邦研修参加者の人数及び研修期間については、毎年のプロジェクト実施計画に基づき決定することで、日中双方は合意した。

(3) 機材

中国側の要請を踏まえ、日本側は、対象地区から選定されたモデル地区の家庭保健サービス提供機関に対する医療機材及び研修機材の供与を検討することを表明した。なお、具体的な供与機材の選定は、モデル地区決定後、プロジェクト活動の一環として同地区の家庭保健サービス提供機関の現状を調査し決定することで、日中双方は合意した。

(4) プロジェクト運営経費

日本側はプロジェクト活動に関し以下の経費を負担する旨表明した。

- 1) 研修・セミナー等の実施にかかる経費の一部
- 2) 専門家の活動に直接必要な経費

IV 今後のスケジュール

日中双方は、今後のスケジュールを以下のとおりとすることで合意した。

(1) モデル地区の選定

中国側は、11月中旬までにモデル地区の候補を選定、JICA 中国事務所と協議のうえ最終的にモデル地区を決定する。

(2) R/D 案の協議

日本側は、今回の中国側との協議結果を踏まえて11月下旬までにR/D (Record of Discussion) 案を中国側に提出、その後、同案についてJICA 中国事務所と中国側による協議を行う。

2.7

15

(3) R/D の署名

R/D の内容を確定後、12月上旬を目処に署名を行う。

(4) プロジェクト開始

プロジェクトの開始（専門家及びプロジェクト調整員の派遣開始）は 2006 年 2 月頃を予定している。

以上

キ.フ

15

出席者リスト

● 中国側

汝 小美	中国国家人口計画生育委員会 国際合作司 副司長
宋 冰	中国国家人口計画生育委員会 国際合作司 对外連絡処
温 勇	南京人口管理幹部学院 院長助理

● 日本側 (JICA 事前評価調査団)

藤谷 浩至	団長	(JICA 中華人民共和国事務所 次長)
花田 恭	保健人材育成	(JICA 国際協力専門員)
松浦 鈴香	協力計画	(JICA 中華人民共和国事務所 所員)
伊藤 治夫	家庭保健/リプロダクティブヘルス	(ICONS 国際協力株式会社 保健医療部)
一宮 尚美	評価分析	(有限会社クランベリー コンサルタント)
汪 泓	通訳	(北京傑銳諮詢服務有限公司 社長)

* 7

15

PDM (Project Design Matrix) 暫定案

別紙2

プロジェクト名称: 中西部地域リプログラム強化プロジェクト
 プロジェクト期間: 2006年2月~2009年1月(3年間)
 対象地域: 中西部19省(自治区・直轄市)
 実施機関: 国家人口計画生育委員会
 直接受益者: 中西部対象地域のRH・家庭保健サービス従事者、
 中国RH・RH・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RH・家庭保健サービスを利用する住民

作成日及び作成者: 2005年9月30日

プロジェクト概要	指標	データ入手手段	外部条件
上位目標 Overall Goal 中西部地域の住民のRH・家庭保健状況が改善される。	1. 中西部地域の住民のRH・家庭保健健康状況	1-1 プロジェクト活動報告書 1-2 中西部地域の保健医療統計	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 Project Purpose 中国RH・RH・家庭保健研修センター(CIC)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。	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	1~2 プロジェクト活動報告書 3. 住民へのアンケート調査	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 Output 1. CIC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. 地域サービス提供機関でCIC研修講師が研修内容を活用できる機能が整備される。 3. 地域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。	1-1 養成された教員の数 1-2 研修の実施回数、参加人数 1-3 研修受講者の研修満足度(研修内容、講義方法、教材) 2-1 投入した教材の活用状況 2-2 CIC研修受講者が実施した研修回数、参加人数、実施科目 2-3 研修参加者の満足度(研修内容、トレーニング方法、教材) 3-1 作成されたサービス提供サービスの活用状況 3-2 地域でRH・家庭保健サービスを受けた住民の数	1-1~1-2 プロジェクト活動報告書 1-3 研修受講者アンケート調査 2-1 教材管理台帳 2-2 プロジェクト活動報告書 2-3 研修参加者アンケート調査 3-1 サービス提供ツール使用者へのアンケート 3-2 プロジェクト活動報告書	1. CIC外部講師陣が大きく変わらない。

(続き) 成果 Output

4. CTC とモリ地区の相互交流と支援システムが強化される。

活動 Activities

- 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。
- 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 研修受講者がモリ地区内においてサービス従事者に研修を行う。
- 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、ウェルネスなどの RH 家庭保健サービスを提供する。
- 4-1 CTC とモリ地区の相互交流計画を策定する。
- 4-2 CTC がモリ地区のサービス提供活動に対してアドバイザーを提供する。
- 4-3 モリ地区が CTC に関連情報をフィードバックする。

- 3-3 モリ地区で RH 家庭保健サービスを受けた住民の満足度
- 3-4 モリ地区住民の健康教育教材に対する評価
- 3-5 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
- 4-1 交流に対する満足度
- 4-2 ニュースレター（発行回数、部数）

投入
日本側

- 1. 専門家派遣
(1)短期専門家
・アット・ライアーズ
・母子保健
・公衆衛生
・地域保健行政
・感染症予防(例:HIV イス対策、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、研修機材
- 4. サービス運営経費
(1)研修実施経費
(2)専門家活動経費

- 3-3~3-4 モリ地区住民へのアンケート調査
- 3-5 サービス活動報告書
- 4-1 CTC とモリ地区へのアンケート調査
- 4-2 サービス活動報告書

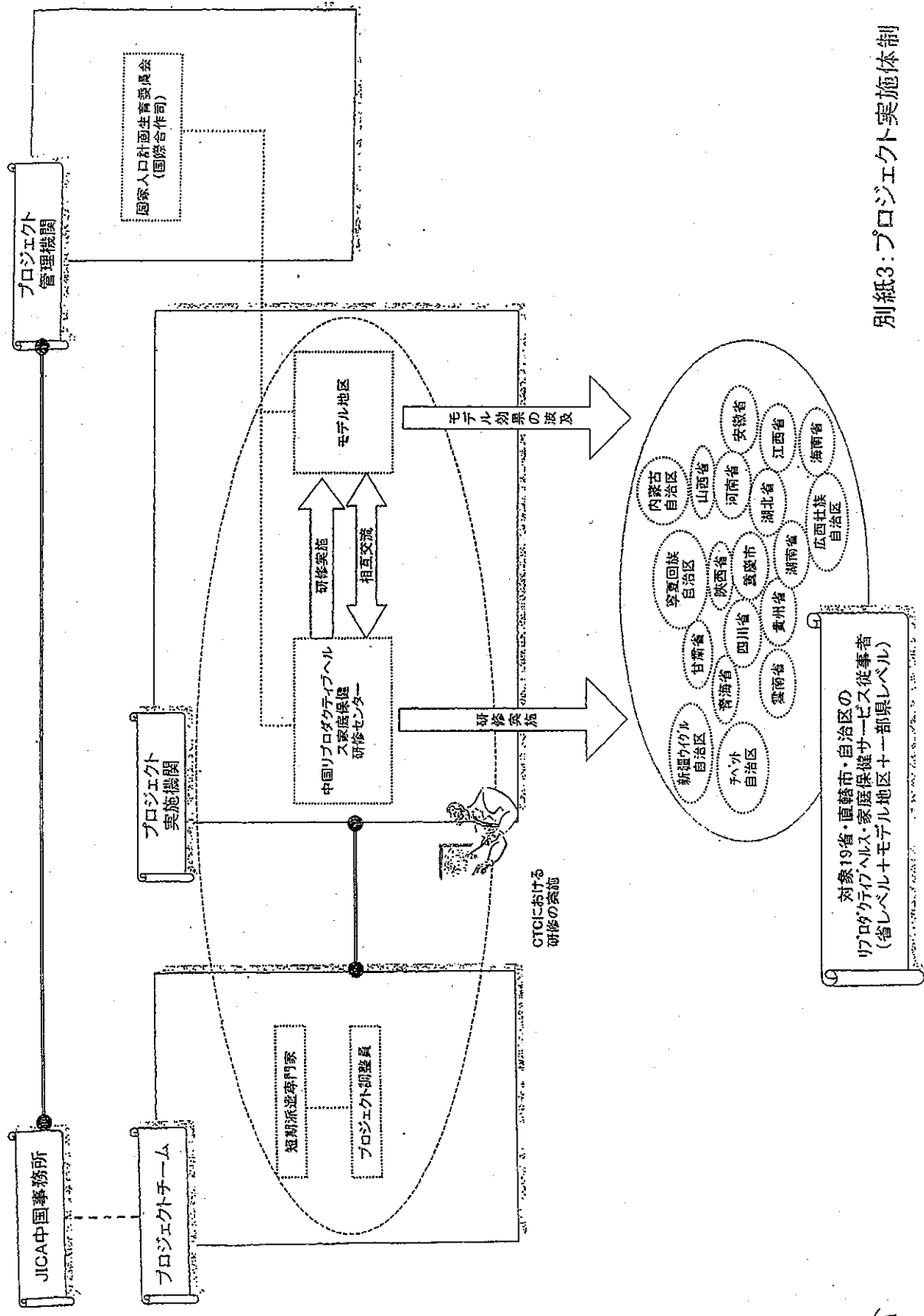
中国側

- 1. サービス管理機関及びサービスサイト責任機関
- 2. カウンパニート
- 3. 設備
(CTC 内のプロジェクト執務スペース等)
- 4. サービス運営経費

前提 Preconditions

- 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。

以上



別紙3:プロジェクト実施体制

2.7

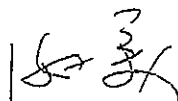
AF

日本前期评估调查团与中方实施机构
就加强中华人民共和国
中西部地区生殖健康家庭保健服务能力建设项目的
协议备忘录

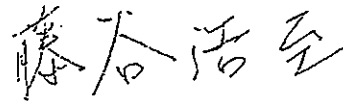
独立行政法人国际协力机构（以下称“JICA”）组成的由 JICA 中华人民共和国事务所藤谷浩至副所长为团长的“中西部地区生殖健康、家庭保健服务能力建设项目（以下称“项目”）前期评估调查团，在 2005 年 9 月 12 日至 9 月 30 日期间，与中华人民共和国国家人口和计划生育委员会就项目的基本计划等进行了一系列的协商，中日双方确认了附件中记载的内容为协商结果。

本备忘录由中文版、日文版构成，一式二份，同为正本。

2005 年 9 月 30 日 於太仓市



中华人民共和国
国家人口和计划生育委员会
国际合作司
副司长 汝小美



日本国
独立行政法人国际协力机构
前期评估调查团
团长 藤谷 浩至

I 项目基本计划

中日双方对项目基本计划进行了协商，基本上达成了下列共识。项目基本计划将通过今后签署的项目实施会谈纪要（R/D）由中日双方最终确认。

1. 项目名称

中日双方确认了使用下列项目名称。此名称与本项目相关的无偿资金援助项目名称“完善生殖健康、家庭保健培训中心器材计划”相一致。

中文名称：加强中国中西部地区生殖健康家庭保健服务能力建设项目

日文名称：中西部地域の reproductive health・家庭保健サービス提供能力向上プロジェクト

英文名称：Project for Capacity Building of Reproductive Health and Family Care Service in Central and Western Region, China

2. 项目实施期

中日双方确认了项目实施期为3年，即2006年2月至2009年1月。

3. 项目的受益者

中日双方一致同意项目的直接受益者为“中西部项目地区的生殖健康家庭保健服务的工作人员、中国生殖健康家庭保健培训中心培训部门”，最终受益者为“中西部项目地区接受生殖健康家庭保健服务的居民”。

4. 最终目标、项目目标、活动

关于最终目标、项目目标、活动，中日双方确认以附件2的PDM(草案)为准。

5. 特别记录事项

关于项目内容，中日双方达成了如下的一致意见。

(1) 基本方针

在提高中西部地区生殖健康（以下称“RH”）和家庭保健服务机构的能力方面，由于项目地区涉及到19个省（区、市），范围较广，为了使项目得以有效实施，从中确定8个省，每省选出一个示范地区（县级），在该示范地区集中开展完成项目目标的各项活动。另外，关于中国生殖健康家庭保健培训中心（以下称“CTC”）的培训对象，确定为19个省（区、市）的省级相关人员、上述示范地区的服务人员、示范地区以外部分县级服务人员。

(2) 示范地区的选择程序和标准

1) 程序

国家人口和计划生育委员会国际合作司选出 8 个省(区、市), 由 8 个省各推荐 3 个地区, 采取公平竞争的方法, 按照下列 7 个标准从 8 个省中各选出 1 个地区作为候选地(共计 8 个地区), 与日方协商后做出最终决定。

2) 标准

- ① 对客观指标(妇女病发病率、婴幼儿死亡率等)进行综合分析, 示范地区对 RH 家庭保健的服务有较强的需求。
- ② 示范地区具备建立 RH 家庭保健服务中心的基本条件(具备基本设施、设备、专业技术人员、乡(镇)村服务网络等), 具备开展相关服务的医疗执业许可。
- ③ 示范地区人口计生委领导班子对项目理念、意义、内容认识清晰到位, 对实施项目有较强的领导能力, 事业心强, 知识结构合理, 人员稳定。
- ④ 示范地区人口计生委应与卫生、教育等相关部门有良好的工作关系, 组织协调能力强。
- ⑤ 示范地区所在县(市)、省的政府及相关部门对项目高度重视, 必须按要求配备必要的经费。
- ⑥ 人口规模一般应在 40 万以上, 项目直接援助结束后, 能依靠自身力量持续发展, 并起到示范作用。
- ⑦ 示范地区应交通便利。

(3) CTC 的培训对象

中日双方同意, 人口计生部门可提出要求并安排参与项目合作的卫生部门人员在 CTC 接受培训。

II 项目实施体制

中日双方同意附件 3 所示的项目实施体制。

III 中日双方的投入

1. 中方

(1) 项目管理人及项目点负责人

中日双方同意由国家人口和计划生育委员会国际合作司担任整个项目的管理人, CTC 及示范地区政府担任项目点负责人, 负责具体事务。

15

大

(2) 对口人员

中方同意在 CTC 及示范地区合理的配备项目实施所需的对口人员，并在 11 月下旬将主要对口人员的名单提供给日方。

(3) 办公设施

中日双方确认，由 CTC 提供项目办公地点及必要设施供日方专家使用。

(4) 项目运行经费

日方说明了由中方负担的项目运行经费包括以下内容，并得到了中方的认可。

- 1) 为日本专家因公出差提供交通方便以及市内交通费
- 2) 援助器材在中国国内的运输、安装、操作以及维护所需的经费
- 3) 中国对援助器材征收的关税、国内税以及其他税金
- 4) 本项目实施所需的运行经费

2. 日方

(1) 派遣专家

中日双方确认了项目实施时需要派遣生殖健康、妇幼保健、公共卫生、地方保健行政、传染病预防（HIV 艾滋病对策、寄生虫防治等）、健康检查、健康教育、咨询、老年人保健的各领域短期专家，并需要配置项目的业务协调员。中日双方同意就以上领域以外的专家，根据需要由中日双方协商后派遣。

(2) 实施赴日培训

中日双方同意日方负责本项目对口人员的赴日培训。赴日培训的参加人员由中日双方从上述 III.1.(2) 的对口人员中选出，关于赴日培训的参加人数及培训时间将根据每年的项目实施计划决定。

(3) 器材

日方表示，根据中方的申请，日方将研究对选自于项目实施地区的示范地区家庭保健服务机构提供医疗器材以及培训器材。中日双方同意关于具体的器材选定，将在示范地区决定后，对作为项目活动一部分的该地区家庭保健服务机构的现状进行调查后再做决定。

(4) 项目运行经费

日方表明将承担以下项目活动经费。

15

15

- 1) 开展培训、召开研讨会等的部分经费
- 2) 专家开展活动所需的直接必要经费

IV 今后的日程

中日双方一致同意按下列日程开展工作。

(1) 示范地区的选择

11月中旬中方确定示范地区的候选地区，与JICA中国事务所协商后决定最终的示范地区。

(2) R/D 草案的协商

日方根据本次与中方的协商结果，于11月下旬向中方提交R/D (Record of Discussion) 草案，之后由JICA中国事务所与中方就该草案进行协商。

(2) R/D 的签署

确定了R/D的内容之后，预定在12月上旬签署。

(3) 项目开始

预定于2006年2月前后开始实施项目（开始派遣专家及项目协调员）。

完

15

水. 7