

中華人民共和国
中西部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
中間評価調査報告書

平成 20 年 2 月
(2008 年)

独立行政法人 国際協力機構
中華人民共和国事務所

序 文

中華人民共和国(以下「中国」)の人口計画政策では、国家人口・計画生育委員会(以下「国家計生委」)を中心として、1970年代より人口抑制に主眼を置く管理・監督を中心とする政策を継続していました。その結果、人口の加速度的な増加は抑制されるようになり、昨今では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して来ています。こうした政策転換に伴って新たに対応すべき課題が顕在化してきており、日本国政府は、2006年4月から、関連人材の研修を通して中国中西部地域の生産性・健康・家庭保健サービスを向上することを目的として、「中西部地域生産性・健康・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」を開始しました。

独立行政法人国際協力機構(以下「JICA」)及び国家計生委は、3年間の協力期間の中間地点にある本プロジェクトが、期待される成果を発現しつつ順調に実施されているかを包括的に検証するとともに、プロジェクト目標の達成を見据えた協力期間後半の技術協力活動の軌道修正を協議・確認するため、JICA 中国事務所藤本次長並びに国家計生委国際合作司郝林娜司長を団長とする日中合同調査団を結成し、2007年10月7日から2007年10月20日まで中間評価調査を実施しました。調査団は、本プロジェクトの投入実績、活動実績、計画達成度を検証し、JICA 事業評価ガイドラインに基づき、5項目の観点(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)から包括的に評価・分析し、今後の活動の提言を含めた中間評価報告書を取り纏め、本プロジェクトの合同調整委員会に報告しました。また、当該報告書の提言を踏まえて、合同調整委員会では、日中双方の関係者で今後の活動の方向性等を協議し、プロジェクトデザインの修正を行いました。これら中間評価結果やプロジェクトデザインの修正等については、合同調整委員会協議議事録(Minutes of Meeting)として取り纏め、署名交換を行いました。

本報告書が、本プロジェクトの今後の推進に役立つとともに、この技術協力が両国の友好・親善の一層の発展に寄与することを期待します。

最後に、この調査にご協力とご支援をいただいた関係者の皆様に対し、心より感謝申し上げます。

平成20年2月

独立行政法人 国際協力機構

中華人民共和国事務所長 古賀重成

評価調査結果要約表

1. 案件の概要																	
国名: 中華人民共和国(以下「中国」)	案件名: 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																
分野: 保健医療(母子保健・リプロダクティブヘルス)	援助形態: 技術協力(JICA 直営方式)																
所轄部署: JICA 中国事務所	協力金額(評価時点): 1.5 億円																
協力期間	2006 年 4 月～2009 年 3 月																
	先方関係機関: 中国国家人口・計画生育委員会																
	日本側協力機関: 国立保健医療科学院等																
	他の関連協力: 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」																
<p>1-1. 協力の背景と概要</p> <p>中国においては、1970 年代以降人口抑制政策を長年推進してきた結果、低い出生水準が維持されるようになり、人口の加速度的な増加は抑制されるに至った。その後、中国政府は、管理・監督型の人口抑制政策から、住民の健康的な生活、生活の質の向上を重視する政策へと徐々に転換してきている。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政策を転換してきた。</p> <p>一方で、中国の人口・計画生育は、①経済発展の立ち遅れた中西部においてはリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス事業を十分に展開・普及できていないこと、②近年新たに浮上してきた課題(感染症の蔓延、流動人口の増加、急速な高齢化等)への対処が急務であることなど、新たな課題に直面している。国家人口・計画生育委員会(以下「計生委」)は、このような課題を踏まえ、従来の草の根レベルまでのネットワークを活かしつつトップダウン型の手法を用いて、住民へのサービス提供を行うこと計画しており、即ち今までの「計画生育サービスステーション」を「家庭保健サービスセンター」として、活動を計画生育からより幅の広いリプロダクティブヘルス・家庭保健へ拡大している。</p> <p>以上のような状況下、JICA は国家計生委と協力し、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」)における研修等を通して、中西部の対象地域 20 省・自治区・直轄市の家庭保健サービス提供機関が包括的なリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスを提供できるよう能力向上することを目的とし、2006 年 4 月から 3 年間の予定で「中西部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」が実施している。</p>																	
<p>1-2. 協力内容</p> <p>(1) 上位目標</p> <p>中西部地域の住民のリプロダクティブヘルス・家庭保健状況が改善される。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p>CTC の研修機能の強化を通じて、中西部地域のリプロ・家庭保健サービス提供機関の能力が向上する。</p> <p>(3) 成果</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(4) 投入(評価時点)</p> <p>日本側:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>長期専門家派遣</td><td style="text-align: right;">2 名</td></tr> <tr><td>短期専門家派遣</td><td style="text-align: right;">10 名</td></tr> <tr><td>研修員受入</td><td style="text-align: right;">21 名</td></tr> <tr><td>機材供与</td><td style="text-align: right;">2,307,867 元(34,600 千円)</td></tr> <tr><td>ローカルコスト負担</td><td style="text-align: right;">1,771,882 元(26,600 千円)</td></tr> </table> <p>相手国側:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>カウンターパート配置</td><td style="text-align: right;">44 名</td></tr> <tr><td>執務スペース提供</td><td></td></tr> <tr><td>ローカルコスト負担</td><td style="text-align: right;">6,243,780 元(93,700 千円)</td></tr> </table>		長期専門家派遣	2 名	短期専門家派遣	10 名	研修員受入	21 名	機材供与	2,307,867 元(34,600 千円)	ローカルコスト負担	1,771,882 元(26,600 千円)	カウンターパート配置	44 名	執務スペース提供		ローカルコスト負担	6,243,780 元(93,700 千円)
長期専門家派遣	2 名																
短期専門家派遣	10 名																
研修員受入	21 名																
機材供与	2,307,867 元(34,600 千円)																
ローカルコスト負担	1,771,882 元(26,600 千円)																
カウンターパート配置	44 名																
執務スペース提供																	
ローカルコスト負担	6,243,780 元(93,700 千円)																

2. 評価調査団の概要		
調査者	総括： 藤本正也 JICA 中国事務所 次長 家庭保健： 林謙治 国立保健医療科学院 次長 協力計画： 久保倉健 JICA 人間開発部 第3グループ 母子保健チーム 職員 評価計画： 桑内美智子 JICA 中国事務所 所員 評価分析： 喜多桂子 グローバルリンクマネジメント(株)シニアコンサルタント	
調査期間	2007年10月7日～2007年10月20日	評価種類：中間評価
3. 評価結果の概要		
3-1. 実績の確認		
(1)アウトプット1		
<p>「家庭保健」の定義の素案がつけられたこと、および、プロジェクトを通じた技術支援の対象となる家庭保健サービスセンターの基本業務が明確化されたこと、またモデル地区の活動計画を策定したことで、プロジェクトは本アウトプットの達成に向けて前進した。また、カリキュラムや研修要綱を作成したこと、CTC 職員に対する教授法研修を実施したこと、教材や講師データベースの作成に取り掛かるなど、CTC の研修機能は強化されており、円滑に進行している。</p>		
(2)アウトプット2		
<p>ベースライン調査結果及びモデル地区のニーズに照らし合わせて必要機材がモデル地区に供与されている。プロジェクト初年次にはモデル地区家庭保健サービスセンターにて健康教育機材、計画生育系統の一般的な検査機材を整備し、第2年次には、母子保健、中高年保健、思春期保健に関する健康教育・健康検査・健康カウンセリングなど家庭保健サービスの展開に必要な機材が供与される予定である。</p>		
(3)アウトプット3		
<p>本中間評価において収集されたモデル地区におけるリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに関するデータによれば、母子保健、思春期保健、老人保健のサービスの内容が拡大しサービス量も増えている。今後は、サービスの質の向上に努力が必要である。</p>		
(4)アウトプット4		
<p>CTC とモデル地域の相互交流計画策定は当初計画よりも遅れているが、CTC によるホームページ上での情報発信の開始やモデル地区におけるモニタリング・フィードバック活動など、本アウトプットが発現されるための基盤づくりの諸活動は順調に進捗している。</p>		
3-2. 評価結果の要約		
(1)妥当性		
<p>本プロジェクトの上位目標およびプロジェクト目標は、ターゲットグループのニーズに合致し、中国の保健政策と整合しており、日本の開発援助政策に沿っていることから、中間評価時点においてもその妥当性が認められる。プロジェクトデザインについては、①プロジェクト目標としてレベルの異なる2つの目標が1つの目標として設定されていること、②プロジェクト期間に照らして対象地域が多く対象分野も多岐に渡ること、③アウトプット達成からプロジェクト目標達成(さらには上位目標達成)までのロジック等いくつかの課題が見られる。</p>		
(2)有効性		
<p>プロジェクトが目標達成されるためには、プロジェクト目標の前半部分「CTC の研修機能の強化」と、後半部分「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向上」の両方が満たされる必要がある。プロジェクトの論理構成に着眼すると、アウトプット1はプロジェクト目標の前半部分に貢献するアウトプットである。CTC の研修運営能力レベルは確実に向上している。今後は、更なる能力の向上のために CTC のどの機能をどのレベルまで向上させるのかを明確にした上で目標達成までの具体的な活動を定期的なモニタリングとともに進めていくことが重要である。</p> <p>他方、プロジェクト目標の後半部分については、アウトプットはアウトプット2、3、4が関連しているが、これらアウトプットの目標達成への貢献度は部分的なものとなる可能性が高い。これは、プロジェクト目標が対象としている地域は中西部20省であるのに対し、当該アウトプットの対象は8つのモデル地区のみであることに因る。</p>		
(3)効率性		
<p>以下が本プロジェクトのアウトプットの発現に効率的に寄与している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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を CTC の研修機能の強化を通じてカスケード方式で行うアプローチ ・ 本邦研修や短期専門家派遣について国立保健医療科学院の協力が得られたこと 		

(4)インパクト

指標がどの程度改善されたかを分析するために必要となる比較データが現在のところないため、中間評価調査時における上位目標の達成度を PDM に設定された 2 つの指標に基づく実績から予測することは困難である。

中間評価時において確認できた正の波及効果として、①CTC 研修に衛生系および教育系統の人材も参加するようになったこと、②8 モデル地区のうち、自助努力によって省内や県内へのモデル普及に向けた活動を検討あるいは開始しているサイトが見られること、が挙げられる。

本プロジェクトから派生される負の波及効果については、中間評価時点において負の波及効果は報告あるいは観察されていない。

(5)自立発展性

政策的な自立発展性については、本プロジェクトの実施機関であり、中国の人口計画生育分野の最高位の行政機関である、中国国家人口計生委による本プロジェクトへの継続的なコミットメントと支援がみられることから、自立発展性は高いと判断される。

制度的・組織的な自立発展性については、CTC の機能強化および CTC とモデル地区との連携強化がプロジェクトの取り組みとして行われていることに加え、CTC 職員の人事異動があっても組織の能力低下に繋がらないように業務マニュアルの作成を検討中であるなど、自立発展性を高めるための工夫がみられる。

財政的な自立発展性については、各級人口計生委がプロジェクト終了後も予算を立てていることから、確保される可能性が高いと言える。

他方、技術的な自立発展性の確保が今後の課題となるであろう。CTC について言えば、講師は外部委託であるところ、人材データベースの整備等の工夫が必要である。モデル地区(8 県)のカウンターパートに対する効果的・効率的なキャパシティ・ディベロップメントの方策についての具体的な検討を始めることが期待される。

3-3. 効果発現に貢献した要因

(1)計画内容に関すること

- ・ 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」との連携による効果的な成果の発現を目指すものとなっている。
- ・ 「家庭保健サービス」人材の育成の研修実施においてカスケード方式を用いていることで効率的な人材育成が可能となっている。

(2)実施プロセスに関すること

- ・ プロジェクトの実施状況のモニタリングを主な目的として、日本人専門家・中国人専門家によって精力的にモニタリングが実施されている。また、プロジェクトの円滑な実施のために、国家計生委、モデル地区のある 8 省の省級・県級人材による監督・指導も行なわれている。

3-4. 問題点及び問題を惹起した要因

(1)計画内容に関すること

- ・ プロジェクト期間に照らし合わせてプロジェクトの対象範囲が広すぎる。プロジェクト目標は、厳密に言えば「CTC の研修機能の強化」と「中西部地域の RH・家庭保健サービス提供機関の能力向上」というレベルの異なる 2 つの目標が 1 つの目標として設定されており、プロジェクトの対象地域は 20 省と多い。また、プロジェクトが支援する家庭保健の分野は、母子保健、中高年保健、思春期保健と多岐に渡る。
- ・ 本プロジェクトが支援する「家庭保健」に関する定義を明確にしないままにプロジェクトを開始した。
- ・ プロジェクトの展開に関して、家庭保健サービスモデルの構築・までに至る各段階のうち、どの範囲をプロジェクトで支援するか、各段階をどのような順序で行なうかについて日本側と中国側でコンセンサスが確立されていなかった。

(2)実施プロセスに関すること

- ・ 本プロジェクトを通じて日本人専門家が技術支援を行う中国側のカウンターパート(技術的なカウンターパート)が明確でなかった。
- ・ プロジェクトの運営に関して、日本人専門家は最近までは直接 CTC と協議することができず、主要決定者である国家計生委/国際合作司を通すことが求められていた。そのため、決定までのプロセスに時間を要しプロジェクトの実施に少なからず影響を及ぼした。

3-5. 結論

幾つかの主要な活動の遅延が原因で本プロジェクトのアウトプットの発現は現時点では限定的であるが、今後の展開に必要な基盤はほぼ整いつつあると言える。評価 5 項目に沿った評価結果については、妥当性と効率性は比較的高いが、有効性を高めるためにプロジェクト目標達成に至るシナリオの見直しが必要である。自立発展性については技術的な自立発展性の確保が今後の課題である。他方、モデル地区においては、「家庭保健モデル」の構築と平行して、モデルの普及に向けた

具体的な計画を検討、一部活動は既に試行を開始しているサイトもできてきている点がインパクトとして確認された。

3-6. 提言

(1) プロジェクトの位置付けと日本側支援の範囲

本プロジェクトは、リプロダクティブヘルス・家庭保健に関する良質なサービスを提供するためのモデルを建設し、そのモデルを普及させていこうとする国家計生委の政策を、サービス提供能力の向上という点で側面的に支援するものである。家庭保健サービスのモデル構築・普及のためには、①「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の明確化（「家庭保健」の定義、「家庭保健サービス」の項目及び方法の明確化）、②理念に沿った家庭保健サービスシステムの構築・整備（法的整備、施設・機材の整備、人材の確保、予算の確保）、③家庭保健サービスの提供能力の向上、④家庭保健サービスの試行的実施とその経験を総括したモデルの構築（必要に応じて「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の再検討にフィードバック）、⑤家庭保健サービスモデルの展開・普及という各段階があるが、本プロジェクトが支援できるのはその一部である。従って、このようなプロセスにおけるプロジェクトの位置付けと範囲（目標達成水準及び活動の範囲）を明確化することを提言する。

(2) PDM の修正

以下の観点より、PDM の活動や成果、指標を見直すことを提言する。

- ・ プロジェクト実施によって得られたモデル地区の成果を省内へ広げていく方策およびモデル地区の無い 12 省への展開に係る方策について明確なシナリオを設定する必要がある。
- ・ PDM 上に設定されている指標について、上述の提言(1)を踏まえて再整理するとともに、プロジェクトの評価を行うためにプロジェクト終了時における目標値を明示する必要がある。なお、変化を図るために出来る限りプロジェクト開始前の数値が確認できるものを指標として設定することが望ましい。

(3) 実施体制について

プロジェクト実施の効率性を高めるため、国家計生委と日本人専門家チームのコミュニケーションの強化も重要である。

(4) 中国人専門家の活用について

外部協力者である中国人専門家の活用方法について、CTC でのファシリテーター育成のための研修及び省級人材の研修、モデル地区 8 県の現場指導において、日本人専門家はプロジェクト活動の内容に照らし合わせて必要であると判断される場合には、中国人専門家に協力を要請することができる。中国側は中国人専門家の派遣について提案と推薦ができる。また、中国人専門家は現場指導を単独で行うことができる。

3-7. 教訓

- ・ 本プロジェクトでは、プロジェクトの方針の柱である家庭保健の定義を明確にしないままプロジェクトを開始したことでその後のプロジェクトの進捗に影響を与えた。右例は、プロジェクト開始段階にプロジェクトの柱となる定義を明確にし、関係者間でコンセンサスを確立しておくことの重要性を示している。
- ・ プロジェクト期間に照らし合わせたプロジェクトスコープのフィジビリティを十分に検討し、インターベンションの焦点を絞り込むことでプロジェクト期間内に十分な成果をあげることが可能となる。
- ・ プロジェクトによるキャパシティ・ディベロップメントの対象とするカウンターパートと各カウンターパートに求められる能力を明確にしてからプロジェクトを開始することで効率的な支援が可能となる。

目次

1. 中間評価調査の概要	1
1-1. 調査の背景.....	1
1-2. 調査の目的及び対処方針.....	1
1-3. 調査の方法.....	1
1-4. 調査関係者.....	2
1-5. 調査日程.....	4
2. プロジェクトの実績と現状	5
2-1. プロジェクトの概要.....	5
2-2. 投入実績.....	7
2-3. 活動の実績.....	8
2-4. アウトプットの達成状況.....	10
2-5. プロジェクト目標の達成状況.....	12
2-6. プロジェクトの実施プロセス.....	13
3. 評価 5 項目による評価結果	15
3-1. 妥当性 (Relevance).....	15
3-2. 有効性 (Effectiveness).....	16
3-3. 効率性 (Efficiency).....	16
3-4. インパクト (Impact).....	17
3-5. 自立発展性 (Sustainability).....	18
3-6. 結論.....	18
4. 提言及び教訓	19
4-1. 提言.....	19
4-2. 教訓.....	19
5. 協議結果等	21
5-1. 合同調整委員会における協議内容.....	21
5-2. 家庭保健分野団員所感：中国における家庭保健について.....	29
5-3. 団長所感.....	31
別添資料	33
別添資料 1: 第二回合同調整委員会協議議事録(2007年10月19日署名).....	35
添付資料 I. 出席者リスト	
添付資料 II. PDM3(2007年10月19日付)	
添付資料 III. プロジェクトの協力範囲	
添付資料 IV. 中間評価報告	
別添 1. PDM2(2006年12月22日付)	
別添 2. PO	
別添 3. 投入実績表	
別添資料 2: 評価グリッド.....	87
別添資料 3: プロジェクト自己評価書(2007年9月12日付).....	92
別添資料 4: インタビュー及び質問票回答.....	101
別添資料 5: 中方専門家によるプロジェクト実績報告書.....	141
別添資料 6: 計画生育系統及び CTC の組織概要.....	150

1. 中間評価調査の概要

1-1. 調査の背景

中華人民共和国(以下「中国」)においては、1970年代以降人口抑制政策を長年推進してきた結果、低い出生水準が維持されるようになり、人口の加速度的な増加は抑制されるに至った。その後、中国政府は、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政策を転換してきた。

一方で、中国の人口・計画生育は、①経済発展の立ち遅れた中西部においてはリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス事業を十分に展開・普及できていないこと、②近年新たに浮上してきた課題(感染症の蔓延、流動人口の増加、急速な高齢化等)への対処が急務であることなど、新たな課題に直面している。国家人口・計画生育委員会(以下「計生委」)は、このような課題を踏まえ、従来の草の根レベルまでのネットワークを活かしつつトップダウン型の手法を用いて、住民へのサービス提供を行うこと計画しており、即ち今までの「計画生育サービスステーション」を「家庭保健サービスセンター」として、活動を計画生育からより幅の広いリプロダクティブヘルス・家庭保健へ拡大している。

以上のような状況下、JICA は国家計生委と協力し、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」)における研修等を通して、中西部の対象地域 20 省・自治区・直轄市の家庭保健サービス提供機関が包括的なリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスを提供できるよう能力向上することを目的とし、2006年4月から3年間の予定で「中西部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」が実施している。

今般プロジェクトの中間段階で、PCM 手法に基づき評価を行い、更にその評価結果を踏まえて、プロジェクト目標の達成に向けた今後の活動方針を日中の関係者で協議・再確認し必要に応じて PDM の改定を行うため、調査を実施した。

1-2. 調査の目的及び対処方針

1-2-1. 調査の目的

プロジェクトの中間に当たる 2007 年 10 月を契機として、以下の目的のため中間評価調査を実施する。

- 1) R/D、PDM 及び PO の記述に沿ったプロジェクトの活動実績や目標達成状況を総合的に検証し、下記の評価 5 項目の各視点から包括的な評価・分析を行う。評価の結果は、「合同評価報告書」として取りまとめる。
- 2) 上述 1)の結果を受け、プロジェクトの計画見直しの必要性、プロジェクト後半の懸案事項の対応方法等について、中国側関係者と協議を行う。協議の結果を議事録として取りまとめ、中国側と署名により確認を行う。

1-2-2. 調査対処方針

実施体制、成果の達成見込み及びそのための活動・実施プロセスなど(効率性)を中心に検証し、プロジェクトの課題を抽出する。その上で、①どのようにプロジェクトを着地させるかプロジェクト目標の達成水準、②またその水準まで達するため必要な活動内容及びその実施プロセスについて、日中合同調査団で協議する。その内容を反映して、PDM の成果及び活動を修正する。

1-3. 調査の方法

1-3-1. 調査項目

本調査は、評価の枠組みとしてプロジェクト・サイクル・マネジメント(Project Cycle Management: PCM)の評価手法を取り入れた。PCM を用いた評価は、①プロジェクトの諸要素を論理的に配置した PDM(本中間評価においては PDM (Version 1、2006 年 10 月 26 日付)に基づき達成度等の評価を行った)に基づいて評価をデザインし、②プロジェクトの実績を中心とした必要情報を収集し、③プロジェクトの実績及び現状を検証するとともに、「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の 5 つの評価の観点(評価 5 項目)から収集データを分析し、④分析結果からの提言・教訓の導出及び報告を行い、⑤PDM を修正するという流れからなっている。

PDM の各項目概要を以下表に示す。

上位目標	達成されたプロジェクト目標が貢献すると期待される長期の開発目標
プロジェクト目標	プロジェクトの終了時までには達成されることが期待される中期的な目標。「ターゲット・グループ」への具体的な便益やインパクト
成果	プロジェクト目標を達成するためにプロジェクトが実現しなければならない短期的かつ直接的な目標
活動	成果を達成するために、投入を効果的に用いて行う具体的な行為

指標	プロジェクトの成果、目標及び上位目標の達成度を測るもので、客観的に検証できる基準
指標データ入手手段	指標を検証するためのデータ・ソース
外部条件	各レベルの目標を達成するために必要な条件であるが、プロジェクトではコントロールできない条件
前提条件	プロジェクトを開始するために必要な条件
投入	プロジェクトの活動を行うのに必要な人員・機材・資金など

また、本評価調査で活用した評価 5 項目の定義は次のとおりである。

妥当性 (Relevance)	プロジェクトの目指している効果が、評価を実施する時点において妥当か分析する。
有効性 (Effectiveness)	プロジェクト目標がプロジェクト終了時までに達成見込みであるかどうか、またプロジェクト活動の成果を出すことがうまくプロジェクト目標達成に貢献しているかどうかを判断する。
効率性 (Efficiency)	実施プロセスを検証し、また成果の達成のために効率的に貢献しているかどうか判断する。
インパクト (Impact)	プロジェクト実施によりもたらされる、より長期的・間接的効果や波及効果の見込みがあるかを分析する。予期していなかった正・負の効果・影響を含む。
自立発展性 (Sustainability)	協力が終了しても、プロジェクトで発現した効果が持続する見込みがあるかを分析する。

1-3-2. 収集データ

(1) 研修関連

- ・ 研修要綱
- ・ 研修カリキュラム
- ・ 研修教材 (マネージメント研修、思春期研修 (性とリプロダクティブ教育及びサービス)、インフォームド・チョイス研修、婦人科疾患研修、母子保健研修 (案))
- ・ 思春期研修 活動報告書 (8 モデル地区、2007 年 1 月)
- ・ サービスマニュアル案 (母子保健)

(2) モデル地区の状況

- ・ ベースライン調査報告書 (ローカルコンサルタント、2007 年 3 月)
- ・ 中間評価調査のための報告書 (中方専門家、2007 年 9 月)
- ・ 活動報告書 (8 モデル地区、2007 年 3 月作成)
- ・ 06 年活動報告書 (8 モデル地区、2007 年 6 月 WS 時作成)
- ・ 活動計画案 (8 モデル地区、2007 年 6 月 WS 時作成)

(3) 相互交流・支援システム

- ・ ホームページ
- ・ ニュースレター

(4) その他

- ・ 事前評価調査協議議事録 (Minutes of Meeting) (2005 年 9 月 30 日締結)
- ・ 討議議事録 (Record of Discussion: R/D) 及び協議議事録 (Minutes of Meeting) (2005 年 12 月 16 日締結)
- ・ 事前評価報告書 (2005 年 12 月)
- ・ 専門家業務完了報告書 (延べ 9 人)
- ・ 実施運営総括表 (2006 年 12 月 27 日、2007 年 7 月 2 日)
- ・ 第一回合同調整委員会協議議事録 (2006 年 12 月 22 日付、同日付修正の PDM (Version 2) を含む)
- ・ プロジェクト自己評価表及び投入実績表 (2007 年 9 月 12 日)

1-4. 調査関係者

1-4-1. 合同評価調査団

(1) 日本側評価調査団

総括	藤本正也	JICA 中国事務所 次長
家庭保健	林謙治	国立保健医療科学院 次長
協力計画	久保倉健	JICA 人間開発部 第 3 グループ 母子保健チーム 職員
評価計画	桑内美智子	JICA 中国事務所 所員
評価分析	喜多桂子	グローバルリンクマネジメント株式会社 シニアコンサルタント

(2) 中国側評価調査団

総括	郝林娜	国家人口計生委 国際合作司 司長
団員	管朝明	国家人口計生委 人事司教育処調研員
団員	李雪婷	国家人口計生委 科技司技術処主任科員
団員	温 勇	南京人口学院教授、院長助理兼人口系主任
団員	劉 奎	山西省人口信息研究中心主任

1-4-2. 訪問先及び主要面談者、関係者

(1) 中国側主要面談者

国家計生委

郝 林娜 国際合作司 司長
 汝 小美 国際合作司 副司長
 宋 冰 国際合作司 副処長
 齊 大遜 国際合作司 プロジェクト官員
 蔡 建華 主任
 毛 雅萍 副主任 (太倉市計生委副主任兼任)
 胡 雲 主任所理
 趙 巧娜 国際合作部 副主任
 連 俊 国際合作部 主任所理
 張 婷 国際合作部 プロジェクト官員
 李 葉萍 弁公室行政人事經理

CTC

太倉市人民政府
 太倉市計生委

盛 蕾 常務副市長
 朱 英 主任
 張 進 副主任
 吳 莉華 副主任

太倉市家庭保健サービスセンター
 江西省計生委

楊 瑞蘭 主任
 李 曉瓊 副主任
 趙 学德 科技処 処長
 祝 饒榮 科技処 副処長

江西省吉安市計生委

曾 春華 主任
 劉 向東 副主任

江西省吉安市吉安県人民政府

楊 丹 県長
 郭 鈺山 県委常委
 陳 小龍 県長所理

江西省吉安市吉安県計生委

李 龍祥 主任
 賀 新娥 副主任

江西省吉安市吉安県家庭保健サービスセンター
 河南省計生委

吳 臻 主任
 王 海吉 副主任
 許 輝華 科技処 処長
 鄭 曉霞 科技処 主任科員

河南省鄭州市計生委

楊 伝文 主任
 趙 宏偉 副主任
 石 書瑩 科技処 処長

河南省鄭州市滎陽市人民政府

楊 福平 書記
 李 喜安 市長
 翟 巧枝 副市長

河南省鄭州市滎陽市計生委

王 慧榮 主任

河南省鄭州市滎陽市計画生育サービスステーション

許 向東 ステーション長

(2) 日本側主要面談者

プロジェクト専門家チーム

小村 陽子 チーフアドバイザー
 藤原 利恵 業務調整員
 村上 友美子 IEC 専門家

1-5. 調査日程

日時		日程	宿泊
10月7日	日	喜多：成田→北京	北京
10月8日	月	JICA 事務所打合せ、国家計生委/国際合作司と協議 喜多：北京→上海虹橋	太倉
10月9日	火	日本人専門家チームと打合せ、CTC からヒアリング、太倉計生委との協議	太倉
10月10日	水	中方専門家との打合せ 喜多：上海虹橋→南昌	江西
10月11日	木	江西省吉安県：視察・協議	江西
10月12日	金	江西省吉安県：視察・協議	江西
10月13日	土	喜多：南昌→南京→鄭州 藤本/桑内：北京→鄭州 林/久保倉：羽田→上海虹橋→鄭州	河南
10月14日	日	河南省滎陽市：視察・協議	河南
10月15日	月	河南省滎陽市：視察・協議 藤本/林/久保倉/喜多/桑内：鄭州→北京	北京
10月16日	火	国家計生委/CTCと協議	北京
10月17日	水	国家計生委/CTCと協議	北京
10月18日	木	国家計生委/CTCとの協議	北京
10月19日	金	合同調整員会	北京
10月20日	土	林/喜多：北京→成田	北京

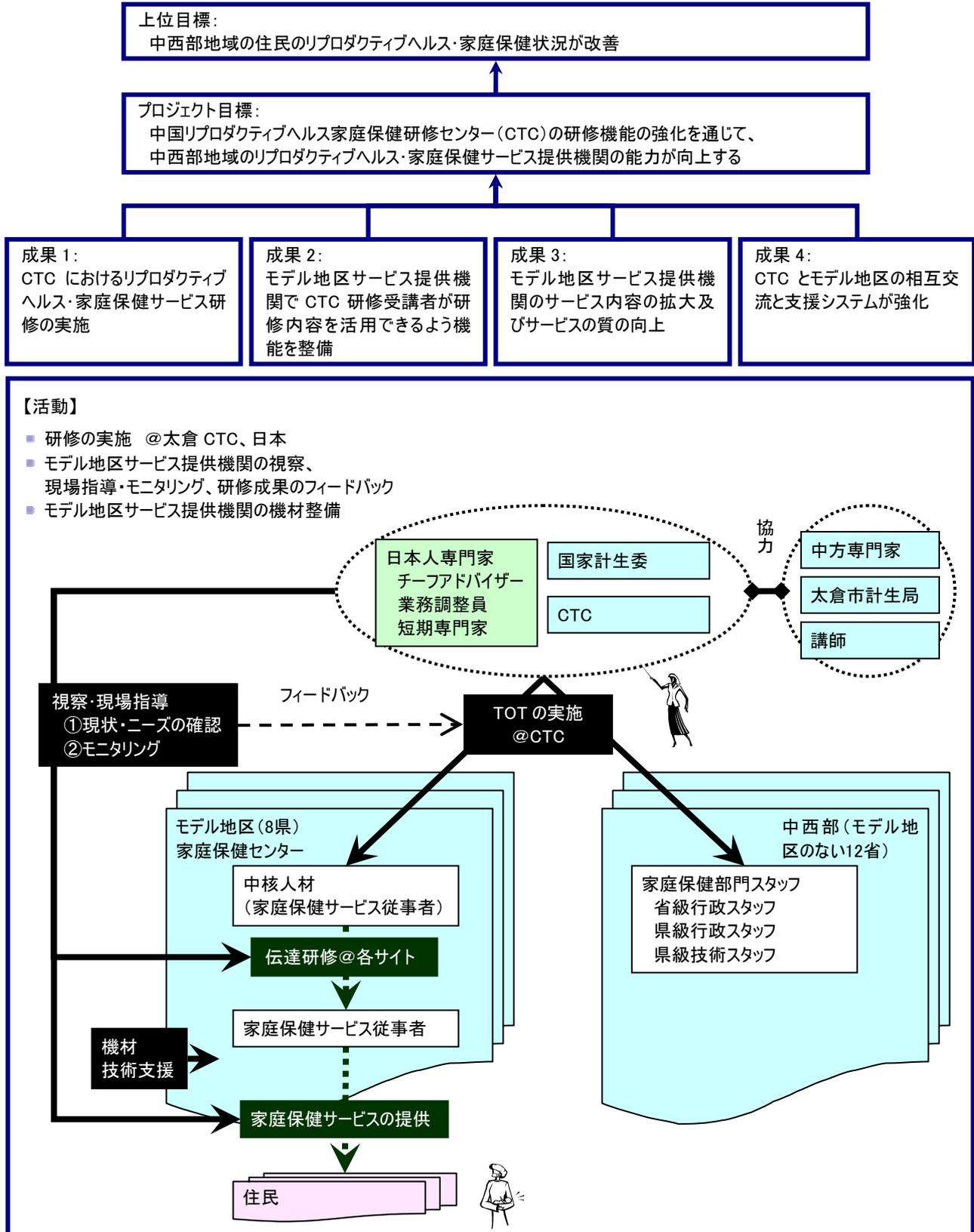
2. プロジェクトの実績と現状

2-1. プロジェクトの概要

2-1-1. プロジェクトデザイン概要

本プロジェクトの概要は以下のとおりである。

図 2-1 プロジェクト概念図



また、プロジェクトにおける具体的な技術移転の分野は以下のとおり。

テーマ	具体的な技術移転内容
優先順位 1: 母子保健 ● 結婚前後の保健 ● 産褥期の保健 ● 授乳期の保健 ○ 成長発育モニタリング ● 育児指導	母親学級 ① 妊娠期の母体及び胎児の変化指導 ② 妊娠期の栄養・衛生指導 ③ 初産分娩者の指導 ④ 妊婦の体操と呼吸法の指導 ⑤ 沐浴指導 ⑥ 母乳栄養指導 両親学級(上述 6 点に関し、父親に対する役割と協力等必要な知識の指導) 乳幼児健診 ① 基本的な乳幼児の身体測定及び発育状況健診の知識と方法 ② 健診後の健康カウンセリングに必要な知識と方法 ③ 乳幼児健診に必要な社会環境の整備に関する知識
優先順位 2: 中高年保健 ● 中高年の健康検査 ● 女性の更年期 ● 男性の更年期	中高年の健康教育 ① 中高年の心身の健康状態に対する社会の特徴 ② 生活習慣病関連の知識、生活習慣病予防に関する知識 ③ 乳癌の早期発見に関する知識と方法 ④ 上述知識・技術技法の伝授・指導 ⑤ 体力測定の知識と方法 ⑥ 老人の筋力増強訓練の指導方法 中高年の健康診断 ① 健康診断の方法と技法 ② 健康診断中の交流(健康カウンセリング)技法
優先順位 3: 思春期保健 ○ 女性の思春期保健 ○ 男性の思春期保健	学校と連携した月経初潮教育 ① 女性の身体的変化、月経生理、月経保健、日常生理衛生 ② 学校における上述内容の指導に必要な知識と技術、教員との協力の必要技法 思春期健康・性教育 ① 思春期の身体的変化、思春期の精神的変化、思春期の社会活動 ② 妊娠生理、避妊知識 ③ 性病予防の知識、自慰行為に関する知識 ④ 学校における上述内容の指導に必要な知識と技術、教員との協力の必要技法
健康教育、宣伝教材の 開発	印刷宣伝資料の政策と運用技術 実習用材の製作技術 簡報の編集技術

2-1-2. プロジェクト位置図

本プロジェクトは、以下図のとおり中西部の 20 省・自治区・直轄市を対象地域とし、また効果的な投入を図るためその中から県レベルの 8 サイトをモデル地区として設定している。

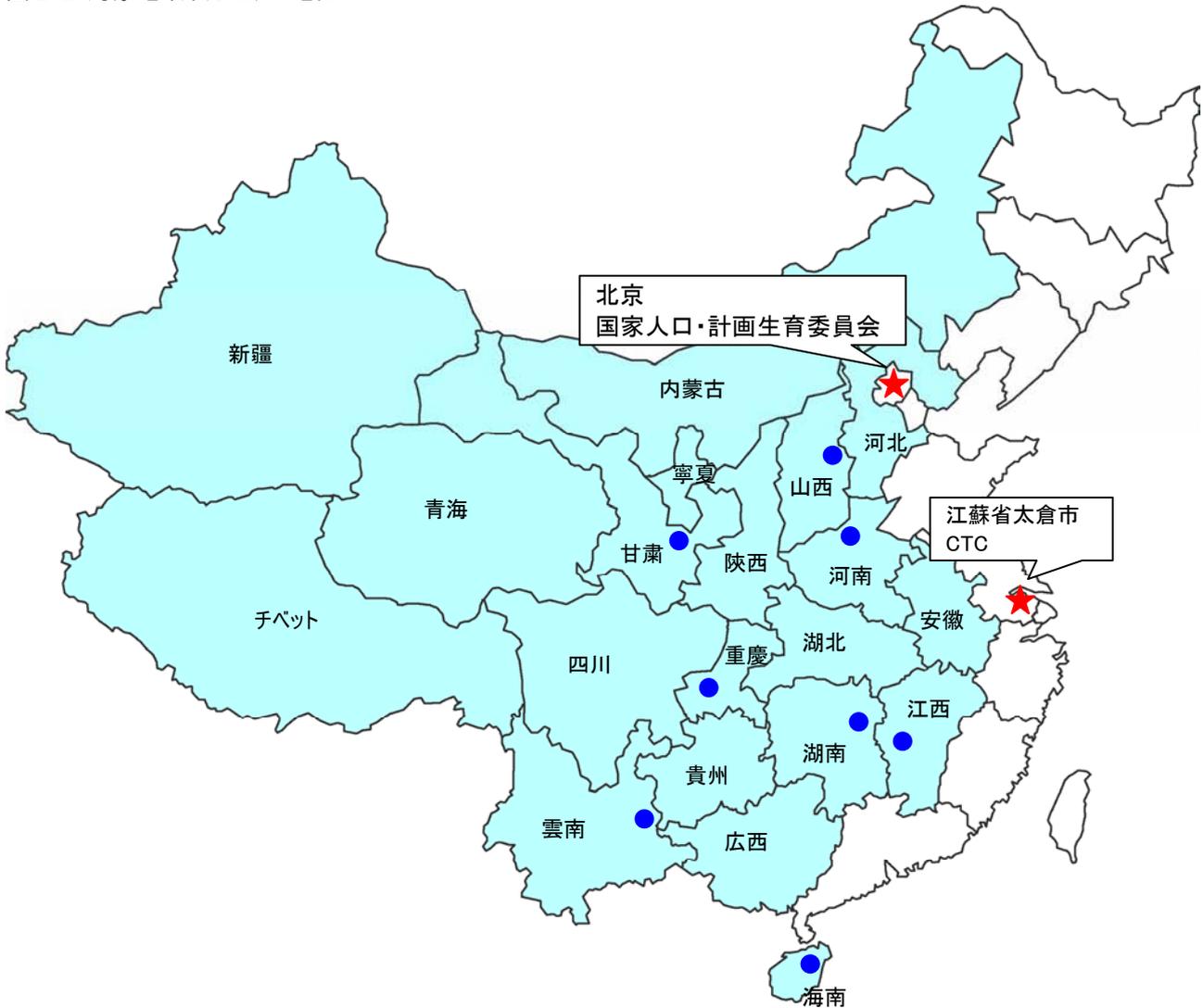
(1) 対象地域 20 省・自治区・直轄市:

安徽省、江西省、山西省、河北省、河南省、湖北省、湖南省、広西壮族自治区、海南省、内蒙古自治区、寧夏回族自治区、陝西省、重慶市、甘肅省、青海省、四川省、貴州省、雲南省、新疆ウイグル自治区、チベット自治区

(2) モデル地区:

山西省晋中市榆次区	江西省吉安市吉安県	河南省鄭州市滎陽市
湖南省益陽市赫山区	海南省澄邁県	重慶市永川市
雲南省曲靖市羅平県	甘肅省天水市秦州区	

図 2-2 対象地域及びモデル地区



2-2. 投入実績

2-2-1. 日本側投入実績

(1) 専門家派遣

本プロジェクトの実施において、中間評価時までには派遣された長期専門家は2名、短期専門家は合計10名が派遣された。派遣分野と派遣期間は、別添資料 IV「合同評価報告書(別添 3 (1))」を参照されたい。

(2) 本邦研修

本プロジェクト期間中に、これまで合計21名のカウンターパートが本邦研修に派遣された。本邦研修の参加者と研修分野については資料 IV「合同評価報告書(別添 3 (2))」を参照されたい。

(3) 機材供与

2007年8月までの日本側の機材供与(医療機材および研修機材)の実績は合計2,307,867元(34,618,005円相当)である。供与機材リストは、別添資料 IV「合同評価報告書(別添 3 (3))」を参照されたい。

(4) ローカルコスト

中間評価調査時点で、在外事業強化費として合計1,771,882元(26,578,230円相当)が投入された。うち研修経費は合計833,145元(12,497,175円相当)であった。詳細は別添資料 IV「合同評価報告書(別添 3 (4))」を参照されたい。

2-2-2. 中国側投入実績

(1) カウンターパートの配置

中間評価調査時点までの中国側のカウンターパートの配置人数は 44 名である。その内訳は、国家計生委 4 名、中国リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス研修センター(CTC)3 名、モデル地区のある各省・県につき 3~5 名となっている。カウンターパート配置リストは、別添資料 IV「合同評価報告書(別添 3 (5))」を参照されたい。

(2) 施設の貸与

中国側は CTC 内にプロジェクトオフィスを設置し、専門家用の執務スペースも提供している。

(3) ローカルコスト

中間評価時点の中国側のローカルコストの費用負担金の合計額は 6,243,780 元(93,656,700 円相当)である。うち、国家計生委による負担は全体の 1/10 弱に相当する 604,380 元、CTC による負担は 285,000 元となっている。モデル地区のある 8 省の省計生委による負担金には差がみられる。重慶市による負担が最も多く 1,550,000 元、最も少ないのは雲南省の 250,000 元である。詳細は別添資料 IV「合同評価報告書(別添 3 (5))」を参照されたい。

2-3. 活動の実績

活動表の計画と実績を照らし合わせて活動の進捗状況を確認したところ、プロジェクト開始当初に計画された活動は全体的に遅れが見られたが、現在はプロジェクト関係者の努力によって比較的順調に進捗している。事前評価時には 2006 年度末までは実施体制の基礎固めに活動の焦点を当て、それ以降の 1 年間でプロジェクト活動を起動に乘せ発展させていくとの計画が示されており、現在の展開はこうした基本計画に沿ったものとなっている。ただし、当初の計画では 4 つのアウトプットは時系列的な展開として想定されたものではなく、プロジェクト立ち上げ期には各アウトプットの下に設定された活動が一斉に始動することが予定されていた²。実際には、アウトプット 3 と 4 の下に設定されていた活動の開始が予定よりも遅れており、中間評価調査時点ではアウトプット 1 と 2 の活動の進捗と比較して 3 と 4 に遅れが見られる³。

以下に PDM 上に設定された活動の進捗状況の概要を示す。

	活動	進捗状況 (計画と照らし合わせての実施状況)
アウト プ ッ ト ー	1. ベースライン調査を行う。	本活動は、第 1 回合同調整委員会 (2005 年 12 月 22 日)の協議の結果追加された活動である。調査は予定よりも 3 ヶ月遅れて 2007 年 1 月に開始され、3 月に終了した。ベースライン調査は、モデル地域の現状とニーズを把握し、その結果を反映させた研修計画の策定に有用であった。
	2. 研修要綱を作成する。	本活動は、第 1 回合同調整委員会 (2005 年 12 月 22 日)の協議の結果追加された活動である。研修要綱の作成はほぼ計画通りに行われ、2007 年 8 月に作成された。この研修要綱を使用しての研修が 2007 年 8 月に開始した。
	3. 研修カリキュラムを作成する。	カリキュラムの作成はほぼ計画通り行われた。
	4. CTC での講師(日中チーム)を組織する。	研修実施ごとに、各分野の専門家を講師チームとして組織している。
	5. 家庭保健サービスセンターでの研修教員を養成する。	2006 年度は基礎的な計画生育に関する研修を行ったが、研修対象者が絞られていなかった。家庭保健サービスの拡大を主眼とした明確な TOT 対象者(教員)の選定や伝達研修計画の策定は数ヶ月遅れて、2007 年 6 月にモデル地区対象の活動計画策定ワークショップを実施した際に行われた。8 月に母子保健研修、9 月に健康教育教材開発研修を実施しており(両研修には伝達技術の指導も含まれている)。現在は各モデル地区において伝達研修が実施されている段階である。
	6. 質の高い研修用教材を開発する。	教材は各講師が作成している。プロジェクトでは研修終了後にそうした教材(パワーポイントを含む各種資料)を纏め、抄録を作成し配布している。
	7. 研修を実施する。	2007 年度はマネジメント、思春期保健、インフォームド・チョイス、婦人病等基礎的な研修を計 4 回実施した。2007 年 5 月家庭保健サービスの内容が確定し、当該分野に合わせて、2007 年 8 月に母子保健研修、9 月に健康教育教材開発研修が行われた。研修の評価については、研修を対象に自己効力感等を含むアンケート調査を実施している。

1 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(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、P24

2 同上、P26

3 PO 計画と実績

	活動	進捗状況（計画と照らし合わせた実施状況）
アウトプット②	1. サービス提供機関が運営計画を策定する。	2006年10月に2006年度の活動計画策定、2007年4-6月に2007年度の活動計画策定が予定されていた。2006年度計画については各モデル地区で独自に計画を作成したが、2007年度計画はプロジェクトの協力方針が2007年5月に決定したことを受け、翌6月のワークショップにおいて各モデル地区が作成し、プロジェクトに対して提出した。
	2. 既存機材の状況を調査する。	既存機材の状況の把握は、主にベースライン調査や専門家によるモデル地区への視察を通じて行なわれた。専門家による視察は4ヶ月近く前倒しで実施されたが、ベースライン調査は予定よりも遅れて2007年3月に終了した。
	3. 必要機材を決定し、設置する。	2006年度は、各モデル地区のニーズを踏まえつつ、一般的な計生生育系統機材の供与を行った。日中間の合意に時間を要したことから必要機材の決定・設置は予定よりやや遅れて着手された。2007年度は、プロジェクトで協力する家庭保健サービスの内容が決定したことを踏まえ、当該分野の健康教育・健康診断機材を中心に供与する予定であるが、現在は最終調整の段階であり、まだ最終決定はしていない。
	4. 使用機材の使用法についての訓練を実施する。	訓練は予定よりも約半年遅れて、2007年8月に開始された。
	5. CTC研修受講者がモデル地域内においてサービス従事者に研修を行う。	モデル地区による報告によれば、これまでに8県において計34の各種伝達研修が実施され、伝達研修受講者数は延べ2,224人に上る。
アウトプット③	1. サービス事業者向けのサービス提供マニュアルを作成する。	2007年度、CTCでの研修において、母子保健、中高年保健、思春期保健のマニュアルを作成する予定である。現在、母子保健マニュアルは草案が作成されており、日中専門家が最終確認・修正のため協議している段階である。今後完成したマニュアルを配布し、各モデル地区は、配布されたマニュアルを参考にしつつ、各地区の地域性を盛り込んで地域にニーズにあったものを作成する予定である。
	2. 住民向け健康教育教材を作成する。	既存教材のスクリーニングおよび住民のニーズを把握するための活動は計画よりも早くに着手され、2007年5月に終了している。教材の作成や教材の使用法の指導、教材の妥当性の調査といったその後の活動は当初計画よりも遅れており、これから開始される予定である。
	3. 様々なグループに対してサービスを提供する。	現在、母子保健、中高年保健、思春期保健に関するサービスの内容を拡大し、サービス量を増加させ始めたばかりである。プロジェクト活動としては、2007年度の各種研修（母子保健、思春期保健、中高年保健）が終了した後、各モデル地区家庭保健サービスセンターが伝達研修を経て新たなサービス活動を本格的に開始し、その状況を日本人専門家がモニタリングすることとしている。中間評価調査時点ではモニタリング活動まで実施していないところ、拡大・増加したサービスがプロジェクトの成果によるものであるか否か判断できていない。
	4. 様々なグループに健康教育を実施する。	本活動は中間評価時には開始されていない。
アウトプット④	1. CTCとモデル地域の相互交流計画を立てる。	2006年12月に予定されていた本活動は中間評価調査時点では未だ実施されていない。
	2. CTCがモデル地域のサービス提供活動にアドバイスをする。	モデル地区を訪問してアドバイスを行うなどの活動を予定よりも約3ヶ月早く2006年8月に開始し、現在継続中である。
	3. モデル地域がCTC地域の情報を提供する。	CTCのホームページ上で研修教材を提供するなど、活動を予定よりも約3ヶ月早く2006年9月に開始し、現在継続中である。
	4. CTCはホームページを作成し、活動内容を広報する。	本活動は、第1回合同調整委員会（2005年12月22日）の協議の結果追加された活動である。活動は予定よりも約3ヶ月早く2006年9月に開始され現在継続中である。
	5. ニュースレターを作成し、活動内容を広報する。	本活動は、第1回合同調整委員会（2005年12月22日）の協議の結果追加された活動である。ニュースレターの作成については、作成者に関して日本人専門家/JICAがCTCを想定していたのに対し、国家計生委国際合作司は中国人専門家が適切であると考えていたことから、その合意に時間を要した。協議の結果、作成者をCTCとすることで合意され、ニュースレターの作成は2007年10月に開始された。

2-4. アウトプットの達成状況

(1) アウトプット 1: CTC で対象地域のニーズに合ったリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス研修が実施される。

「家庭保健」の定義の素案を作成したこと、プロジェクトで技術移転する家庭保健サービスセンターの基本業務が明確化されたこと、またモデル地区の活動計画を策定したことで、プロジェクトは本アウトプットの達成に向けて円滑に進行している。

「家庭保健」の定義はプロジェクト開始時には確定しておらず、「家庭保健」の理念について、プロジェクト関係者に対しては、2006 年 8 月プロジェクト起動式の際「リプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに係る指南」第一案において定義案が提示され、2006 年 11 月に実施されたマネージメント研修において、また 2007 年 3 月には同指南の改定版(コメント聴取用の草案であり未だ確定版ではない)にて定義案が提示され、協議・検討のテーブルに載せられている。最終的な定義は確定されていないが、草案に基づいて 2007 年 5 月に日中で「家庭保健」の定義を議論し、本プロジェクトが支援する家庭保健サービスの内容については、3 分野(母子保健、中高年保健、思春期保健)における 3 つの手段(健康教育、健康診断、健康カウンセリング)とすることで合意した。これらは、2007 年 6 月にモデル地区(8 県)の代表者を集めて実施されたワークショップで紹介され、各サイトはそれに基づいた活動計画を策定した。

「家庭保健」の定義と家庭保健サービスセンターの業務内容が決定される以前の 2006 年度には中国側との協議により、計画生育活動の研修(思春期、インフォームド・チョイス、婦人科病)およびマネージメント研修が実施されているが、マネージメント研修(2006 年 11 月)については、その内容がプロジェクトに関する説明であったことから、マネージメントの知識やプロジェクトに関する理解には役立ったが、直接的に家庭保健サービスセンターの質の向上に貢献するものではなかったとの指摘もある。2007 年度に「家庭保健」の定義が暫定的に決定したことおよび家庭保健サービスセンターの業務内容が決定したことを受け、2007 年 6 月に家庭保健サービスの拡大を目指した研修計画が作成された。

指標	実績
1. ベースライン調査報告書	2007 年 3 月に調査が終了し報告書が完成した。調査結果は研修計画策定プロセスに反映された。
2. 研修要綱	2007 年 8 月研修要綱が完成し、2007 年 8 月の母子保健研修以降活用している。
3-1. 改良したカリキュラムの活用頻度	プロジェクト活動方針の母子保健、思春期保健、中高年保健のカリキュラムを作成した。活用頻度については不明。
3-2. 受講生の知識、技術能力試験	CTC 主任によれば、4 回の研修に対して研修後に受講者に対して行った試験の結果は、いずれも平均 85 点以上であった。試験問題は中国人専門家の意見に基づき作成したものである。日本人専門家によれば、研修前に試験を実施していないため、比較検討ができず、この試験結果を以って、受講生の知識・技術が本プロジェクトの研修によってどれ程向上したのか図ることはできないとしている。
4-1. 講師リスト	研修ごとに組織した講師チームをデータベースとして蓄積している。現在、37 名の講師(うち 7 名は日本人専門家、30 名は中国人専門家。中国人専門家のうち 7 名は中国政府高官)がリストアップされている。
4-2. 受講生の満足度	CTC 主任によれば、特に 2007 年 8 月に実施した母子保健研修の内容は研修生から高く評価されている。同研修を受講した江西省吉安県家庭保健サービスセンターの職員によれば、研修内容の 80%は研修受講前から基礎知識があったものであるが実習内容はすべて新しい内容であり、座学・実習を通じて学んだことの 90%以上は日常の業務に活かされていると言う。同サービスセンターのその他の研修受講生に対するインタビュー結果を総合すると、研修内容は受講生のニーズに合ったものであり、参加型手法を用いた研修は評価されている。他方、研修期間を長くすること、座学よりも実習と演習に重点を置くこと等の要望も聞かれた。研修に対するこうした評価は、国家計生委や現地視察を行った先の省計生委の見解とも一致している。
4-3. 受講生の知識、技術能力試験	本指標は上記 3-2 および下記 4-3 と同様の指標である。
5-1. 養成された教員数	養成された教員数 23 人。伝達技術を含んだ教員養成のための研修は母子保健研修(2007 年 8 月)から実施している。
5-2. 計画を作成したセンターの割合	8ヶ所のモデル地域(8センター)が計画書を作成した。
5-3. 研修の回数/参加者数/実施科目	以下のとおり 6 回、延べ 173 人に対して研修を実施している。 (1) マネージメント研修: 06 年 11 月、45 人 (2) 思春期保健研修: 07 年 1 月、27 人 (3) インフォームド・チョイス研修: 07 年 2-3 月、27 人 (4) 婦人病研修: 07 年 3 月、27 人 (5) 母子保健研修: 07 年 8 月、23 人 (6) 健康教材使用研修: 07 年 9 月、24 人

5-4. 新しい技術を習得した職員の割合(1つのモデル地域)	CTCにおいて6回の研修が行われ、延べ173人が受講した。また、各モデル地区においては、計34の各種伝達研修が実施され、伝達研修受講者数は延べ2,224人に上る。しかしながら、伝達研修の結果をモニタリングしていないところ、技術修得した職員の割合を把握する段階まで至っていない。
6. 研修受講者の教材に対する満足度	各研修実施において、教材を作成している。中国人専門家によれば、これまでにCTCが実施した8回の研修において使用した研修教材は製本化されているが、その内容は講義資料を纏めたものであり教材と呼べるものではなく、家庭保健サービス提供者にとって不十分であるため、今後はサービス提供者が現場で活用できる技術的な内容を含んだ教材の作成が必要である。
7-1. 研修回数/参加者数/実施科目	本指標は上記5の③と同様の指標である。
7-2. 受講生の知識、技術能力試験	本指標は上記3-2および4-3と同様の指標である。

(2) アウトプット2: モデル地域サービス機関で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。

ベースライン調査結果およびモデル地区のニーズに照らし合わせて必要機材がモデル地区に供与されている。第1年次はモデル地区家庭保健サービスセンターにて健康教育機材、計画生育系統の一般的な検査機材を整備した。第2年次は、母子保健、中高年保健、思春期保健に関する健康教育・健康検査・健康カウンセリングなど家庭保健サービスの展開に必要な機材を供与し、家庭保健サービスセンターでのサービス従事者への伝達研修を強化する予定である。

指標	実績
1. 運営計画を策定できたモデル地域の割合	2006年度は各モデル地域で運営計画を作成した。2007年度はプロジェクト統一の活動計画フォームに沿って全モデル地域が運営計画を作成した。本中間評価調査時に現場視察を行った江西省吉安市および河南省滎陽市は策定した計画に基づいてプロジェクト活動を実施していることが確認されている。
2. ベースライン調査報告書	2007年3月に報告書が完成した。(本指標はアウトプット1の指標1と同様)
3. 必要機材を設置したモデル地域の割合	すべてのモデル地区に2006年度は計画生育系統機材を中心に供与しており、2007年3月に設置した。本中間評価調査時に行った施設訪問では供与機材が日常業務に有効に活用されていることが確認された。同時に、村の訪問の際に持ち運びしやすい機材の供与を望む声が聞かれた。2007年度は、家庭保健サービスの健康教育・健康診断に関する機材を中心に供与する予定であり、現在調達中である。
4. 使用機材の使用方法についての研修回数	これまでに供与機材を活用して健康教育教材の研修を1回実施している。
5. 研修回数/参加人数/実施科目	モデル地区による報告によれば、これまでに8県において計34の各種伝達研修が実施され、伝達研修受講者数は延べ2,224人に上る。うち、プロジェクト管理分野の研修は11回(伝達研修受講者数は延べ845人)、技術研修は23回(伝達研修受講者数は延べ1,379人)である。技術研修内容は主に婦人病の検査・治療、避妊・バースコントロールインフォームド・チョイス及び青春思春期教育に集中しており、各8回(832人)、6回(727人)、6回(1,282人)行った。

(3) アウトプット3: モデル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。

本中間評価時に中国人専門家によって収集されたモデル地区におけるリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに関するデータによれば、各モデル地区ではプロジェクトで規定された家庭保健サービスおよびその監督のための指導資料の作成に努力しており、母子保健、思春期保健、老人保健のサービスの内容が拡大しサービス量も増えている。ただし、後述する通り、当該データからは、本プロジェクト実施以前にも実施されていた従来型のサービスと本プロジェクトで推進している家庭保健サービスの違いが区別できないことから、拡大したサービスが本プロジェクトの成果によるものかどうかは明確でない。

指標	実績
1-1. マニュアルを使用したサービス機関数	N/A(マニュアルは現在作成中である)
1-2. マニュアル使用者の満足度	N/A(マニュアルは現在作成中である)
2. 住民向けの健康教育教材を作成した機関数	N/A(教材は現在のところ作成されていない。近く健康教育教材開発研修を実施し、作成を開始する予定である)
3. サービスを受けたグループ数	N/A(母子保健、中高年保健、思春期保健のサービスの内容が拡大しサービス量も増加しているが、現在モニタリングまで十分行われていないところ、本プロジェクトの成果によるものか否か判断できていない)

指標	実績
4. 健康教育を受けたグループ数	N/A(日本人専門家によれば、プロジェクト活動としてはまだ拡大したサービスとして健康教育は行われていない)

(4) アウトプット 4: CTC とモデル地域の相互交流と支援システムが強化される。

CTC とモデル地域の相互交流計画策定は当初計画よりも遅れているが(上記活動の進捗状況表参照)、CTC によるホームページ上での情報発信の開始やモデル地区におけるモニタリング・フィードバック活動の開始など、本アウトプットが発現されるための基盤となる諸活動は順調に進捗している。但し、現在の状況から、諸活動の実施がアウトプットレベルの結果を発現するまでにはしばらく時間を要すると判断される。

指標	実績
1-1. 交流会の開催数	2007 年 12 月にモデル地域及びその他対象地域の交流会を行う予定。
1-2. 交流会の満足度	2007 年 12 月にモデル地域及びその他対象地域の交流会を行う予定。
2. アドバイス回数/内容	2006 年 8 月より、モデル地区を述べ●回訪問し、アドバイスをを行っている。
3. 情報提供回数/内容	CTC ホームページ上に研修で使用した PPT 他関連情報を掲載し、発信している。
4. ホームページ作成	CTC および 3ヶ所のモデル地区が現在までにホームページを開設している。こうしたホームページにおける情報発信は、CTC とモデル地区、およびモデル地区間の交流促進に寄与していると思われる。
5. ニュースレター(発行回数/部数)	2007 年 10 月に CTC が作成を開始したばかりである。

2-5. プロジェクト目標の達成状況

PDM 上に設定されているプロジェクト目標の達成度合いを測る指標は 3 つ設定されているが、中間評価時点において、PDM に設定された指標に基づく実績からプロジェクト目標の達成状況を判断することは容易ではない。その理由としては、第一に、現行の指標は測るべきデータの種類のみの設定されており、プロジェクト終了時における目標値が明示されていないため現在の数値から達成度の予測が困難であること、第二に、設定された指標についてプロジェクト開始前の数値が得られていないため、今回実績として得られた数値がプロジェクト活動の結果であるかどうか、すなわち、プロジェクトによってどの程度成果が上がったかという、プロジェクトによる支援と実績との因果関係が明確でない。最後に、本中間評価のために中国人専門家によって収集された、リプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに関するデータからは、本プロジェクト実施以前にも実施されていた従来型のサービスと本プロジェクトで推進している家庭保健サービスとの区別が見えないことが挙げられる。収集された数値上のデータだけを見れば、広くサービスが展開されていることに間違いはないが、これらのサービスが本プロジェクトの目指している家庭保健サービスと同様のサービスであるという確証が評価の時点では得られていない。「家庭保健」の定義に関する素案が初めてモデル地区 8 県に示されたのが 2007 年 6 月であること、および家庭保健サービス内容が未だ明確化していないことを踏まえると、以下に示す収集データのうち従来型サービスの占める割合が高いと判断される。

以下に、中間評価調査時点で確認された、指標に照らし合わせた実績を示す。

指標	実績
1. 中西部地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスの回数	中国人専門家によって中間評価時に実施された、プロジェクトサイトにおけるリプロダクティブヘルス・家庭保健センターのサービス(2006 年 4 月～2007 年 8 月)に関する調査報告書には、以下のサービス内容が報告されている。右調査結果を見る限りは、サービスは広く行われていると言える。しかし、家庭保健サービスの定義の素案がモデル地区に公に始めて伝えられたのが 2007 年 6 月のワークショップによってであること、および(現地での聞き取り調査結果によれば)家庭サービスの内容(何をどのように行うか)が未だ明確になっていないことを踏まえると、以下のサービス内容がどの程度本プロジェクトが目指す家庭保健サービスであるについては明確でない。(以下、人数はすべて延べ人数)
2. 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でサービスを受けた住民の数	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 健康カウンセリングに関するサービスについては、雲南省羅平県を除く 7 県において母子保健、中高年保健、青春期保健分野のカウンセリングをそれぞれ 35,878 人、9,675 人、5,862 人実施している。 ■ 健康診断に関するサービスは各地で広く行われており、母子保健分野については妊娠検査が主で 48,609 人実施、中高年保健分野では疾患検査が主で 13,033 人、思春期保健分野では主に体格検査が計 3,807 人実施されている。

指標	実績
1. 中西部地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスの回数 2. 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でサービスを受けた住民の数	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育に関するサービスについては、8 県において保健教育資料配布活動が広く実施されており、母子保健関連資料は 315,355 部、中高年保健関係資料は 10,474 部、思春期保健関連資料は 15,710 部配布されている。また、羅平県を除く 7 県においていずれかの分野に関する健康教育講座(研修)が実施されている。その内訳は母子保健分野 404 期(受講者数延べ 33,257 人)、中高年保健分野 18 期(受講者数延べ 1,811 人)、思春期保健分野 15 期(受講者数延べ 6,969 人)、で、他 2 分野に比べて母子保健分野の研修実施が顕著である。他方、中高年保健分野の健康教育講座(研修)を実施したのは、海南省澄邁県及び湖南省赫山区のみであった。
3. 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でサービスを受けた住民の満足度	<p>プロジェクトの活動として、プロジェクト開始から約 1 年後の 2007 年 1 月～3 月に実施されたベースライン調査(住民出口調査)によれば、各モデル地区で提供されているサービスに対する満足度は、河南省滎陽市家庭保健サービスセンターにおいて 82%、その他の 7 ヶ所は 100%であった⁴。サービス内容の内訳は示されていない。プロジェクト開始前のデータがない、あるいは本中間評価時に同様の調査を実施していないことから比較分析はできない。また、既に指摘した通り、「家庭保健」の定義に関する素案が初めてモデル地区 8 県に示されたのは 2007 年 6 月であった。これらの点を踏まえると、ベースライン調査の結果を以って、プロジェクトが目指している家庭保健サービスに対する住民の満足度が高いと結論づけるには無理がある。</p>

以上、中間評価時において、指標に基づく実績からプロジェクト目標の達成状況を判断することは容易ではない。代わって、関係者からのヒアリング、サイト訪問、データ収集を通じて定性的にプロジェクト目標の達成度を分析した結果、①CTC の研修機能の強化についてはある程度達成されていること、②モデル地区 8 県に関して収集されたデータを見る限りにおいては本プロジェクトの支援分野である母子保健・中高年保健・思春期保健に関するサービス内容が拡大しサービス量も増えているがサービスの質の向上にまでは至っていないこと、また、③その効果は対象 20 省にまでは波及していないこと、が明らかとなった。以上のことから、現時点ではプロジェクト目標の達成度は限定的であり、プロジェクト終了までにプロジェクト目標の達成度を十分に高めるためには、重点を置く活動を明確にした上で、プロジェクト後半部分に残された活動を効率的に実施していく必要がある。

2-6. プロジェクトの実施プロセス

本プロジェクトは全体的に活動の遅れが見られるが、現在はプロジェクト関係者の努力により改善しつつある。活動の遅れに影響を及ぼした事項及び現在の改善状況を以下に記載する。

2-6-1. プロジェクトの本格始動の遅れ

本プロジェクトは、2006 年 4 月より開始したが、長期専門家の派遣が数ヶ月遅れたため、実質的にプロジェクトが本格始動したのは 2006 年 8 月に起動式を実施してからであった。長期専門家の派遣が遅れた要因は、業務実施契約の公示を行ったが本分野に協力できる民間人材が見つからず、直営方式に切り替えて専門家のリクルートをやり直したためである。

2-6-2. 家庭保健の理念の明確化とプロジェクト協力計画の検討の遅れ

PDM においては①「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の明確化はプロジェクトの枠組みには含まれない事項であり、プロジェクト開始時点で既に確定されているべきものであったにも拘らず、プロジェクト開始時にはまだ「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念が明確になっていなかったため、プロジェクト開始当初具体的な家庭保健サービス内容及びそれを効果的に行うために必要な協力計画(プロジェクトの活動計画)の策定が当初想定よりも時間がかかってしまった。

「家庭保健」の理念について、プロジェクト関係者に対しては、2006 年 8 月プロジェクト起動式の際「リプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに係る指南」第一案において定義案が提示され、2007 年 3 月には同指南の改定版(コメント聴取用のドラフトで未だ確定版ではない)にて改めて定義案が提示され、協議・検討のテーブルに載せられている。なお、国家計生委から「プロジェクトを通じて家庭保健サービスモデルを構築する」旨の発言があったことを踏まえると、中国側は研修・セミナー等に

4 中華人民共和国中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健提供能力強化プロジェクトベースライン調査報告書(2007 年 3 月)

において議論を行いつつ、モデル地区での家庭保健サービスの試行的実施の経験を総括してモデルを構築し、「家庭保健」の理念構築に反映させていくことを想定していたように思われる。即ち、理念の明確化の後にサービスモデルを作り上げていくのではなく、試行的にサービスを行う中で「家庭保健」の理念の肉付けを行っていくという考え方に立っている。一方で、根幹部は共通のモデルであったとしても、各地域で状況・条件に合わせて独自の家庭保健サービスを導入・展開していくという考え方もある。

このように、統一的な「家庭保健」の理念を定義することは難しく、実際未だに理念は確定してはいないが、そのドラフトが提示されたことを踏まえて、2007年5月、家庭保健サービスを展開するために必要な協力計画(プロジェクトの活動計画)を日中関係者で協議・決定し、ようやく活動を前進させる基盤が整ったと言える。

2-6-3. コミュニケーション等実施体制に係る課題

コミュニケーション等プロジェクトの実施体制に係る問題として以下の2点が確認された。

(1) 日本人専門家とカウンターパートとのコミュニケーション

プロジェクトの運営に関して、日本人専門家はCTCと協議できる部分が限定されており、主要決定者である国家計生委/国際合作司と協議する必要があった。しかしながら、地理的に離れていることもあり、日本人専門家と国家計生委/国際合作司の間ではコミュニケーションが円滑に行えず、決定までのプロセスに時間を要しプロジェクトの実施に少なからず影響を及ぼした。現在は、日本人専門家と国家計生委/国際合作司あるいはCTCのコミュニケーションは定期的に行われており、その効率性も増している。

(2) 技術支援の対象と手法

プロジェクトの実施体制に係る問題として、本プロジェクトを通じて日本人専門家が技術支援を行う中国側のカウンターパート(技術的なカウンターパート)について、少なくとも技術支援を担う日本人専門家は分かっていなかったことが確認された。これには、事前評価調査時には太倉市家庭保健サービスセンターの一部機能を引き継いだ「家庭保健部」がカウンターパートとしてCTC内に設置されることが想定していたものの現在までに設置されていないことが影響していると思われる。

本プロジェクトでは、CTCでのTOT→育成されたトレーナーによるモデル地区家庭保健サービスセンターでの伝達研修というカスケード方式を採用しており、こうしたシナリオを踏まえれば、技術支援の対象となるカウンターパートとしてはCTCと各モデル地区の省級・県級人材が適切であろう。この点については事前評価時に認識されていたと思われる。CTCにはリプロダクティブヘルス・家庭保健の専門性を持つ人材(講師と成り得る人材)がいないことは事前評価調査時に把握されており、評価調査報告書には、CTC研修部の講師(外部委託)をカウンターパートにできる体制の必要性およびCTCの研修運営スタッフを業務調整員のカウンターパートとして研修運営技術のOJTをする必要性について明記されている⁵が、中間評価調査時点においては実現していない。

技術移転対象者が日本人専門家の周囲にはおらず、各地域に拡散していることは日常的な技術移転のコミュニケーションが効率的に行いにくい状況を生み出している。

また、PDM上には前提条件として「無償資金協力によって整備されたCTCにおいて、リプロダクティブヘルス・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」と設定されているが、中間評価調査時に確認された状況は事前評価調査時に想定されていた状況とは多少異なる様である。即ち、事前評価調査時にはCTCに研修部と家庭保健部(自習部)を備えることが想定されており、家庭保健部については太倉家庭保健サービスセンターの機能を引き継いで、センターにおいて実習を行なうことも期待されていた⁶。しかし実際には、実習場所としての整備は遅れており、CTCで座学を終えた研修生が施設を見学する程度である。太倉家庭保健サービスセンターは、インテグレーション・プロジェクトに関する豊富な経験を有しているものの、本プロジェクトが目指す家庭保健サービスに関する研修実績がなく、適切な講師はみあたらないというのが日本人専門家およびCTC主任の共通した見解である⁷。(中間評価調査では、太倉市家庭保健サービスセンターがプロジェクトの技術移転に貢献すべく組織強化を図っていることが判明し、プロジェクトにおけるその活用方法を検討した。詳細は後述「5-1. 合同調整委員会における協議内容」を参照のこと)

5 同上、P9

6 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(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、P16

7 2007年10月9日に実施した日本人専門家およびCTC主任へのヒアリングより。

3. 評価 5 項目による評価結果

3-1. 妥当性(Relevance)

本プロジェクトの上位目標およびプロジェクト目標は、ターゲットグループのニーズに合致し、中国の保健政策と整合しており、日本の開発援助政策にも沿っていることから、中間評価時点においてもその妥当性が認められる。他方、プロジェクトデザインおよび本プロジェクトで採用された援助アプローチについては改善の余地を残している。

(1) 中国国家政策との整合性

事前評価調査時に確認された通り、本プロジェクトの上位目標およびプロジェクト目標は、2000年に中国政府が発表した「中国 21 世紀の人口と発展」白書と 2002 年試行の「人口及び家族計画法」に示された中国政府の取り組みに沿ったものである。また、第 11 次 5 ヶ年計画(2006-2010)で設定されている 5 つの目標のうちの 1 つである「出生率の安定と良質なサービスの向上」はプロジェクト目標と合致している⁸。以上のことから本プロジェクトは中間評価調査時点においても中国の政策と合致していると言える。

(2) 現地ニーズとの整合性

本中間評価調査時に中国人専門家によって収集されたデータを見ると、上位目標指標に関連する指標として、本プロジェクトのモデル地区における婦人病の疾病率および感染症の感染率はさらなる改善が必要であること、そのために住民への健康教育と健康診断の促進が必要であることが提言されている⁹。また、サイト訪問の際に実施した住民に対するヒアリング結果には、住民の予防や健康に対する自覚は十分とは言えず、プロジェクトが支援対象としている健康教育・健診・カウンセリングを通じて意識を向上させることの必要性が示唆されている¹⁰。以上の点を踏まえれば、中間評価調査時点においても本プロジェクトによる支援に対する現地ニーズがあると判断される。

(3) プロジェクトデザインの適切性

プロジェクト期間内の成果の発現を困難にしている 1 つの要因として、プロジェクト期間(3 年間)に照らし合わせてプロジェクトの対象範囲が広すぎることが指摘できよう。即ち、プロジェクトの対象地域は 20 省と多く、またプロジェクトが支援する家庭保健の分野も母子保健、中高年保健、思春期保健と多岐に渡る。プロジェクトデザインは、事前評価調査時に PCM ワークショップ¹¹および日中による協議を経て最終的に決定された。事前評価調査時の協議において、日本側はプロジェクト目標については「CTC の研修機能の強化」を、モデル地区数については 6 省 6 県を提案したが、中国側の要望に配慮し、前者については「CTC の研修機能の強化」および「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向上」にすること、またモデル地区数については対象地域の 1/3 以上に相当する 8 省 8 県とすることで合意された¹²。対象地域については、事前評価調査時には 19 省で合意されていたが、2006 年 12 月に実施された第 1 回合同調整委員会で現在の 20 省に変更された¹³。本プロジェクトが支援する家庭保健の分野については、事前評価調査時には決定されていなかったが、プロジェクト開始から約 1 年後の 2007 年 5 月、母子保健、中高年保健、思春期保健に関する健康教育、健康診断、健康カウンセリングについて本プロジェクトで支援することを日中で合意した。終了時点でどこまで達成すべきかプロジェクトの範囲を改めて検討する必要があると思われる。

また、プロジェクト目標達成までのシナリオに問題がある。現行の論理構成ではすべてのアウトプットが達成されたとしてもプロジェクト目標の達成には繋がらない。プロジェクト目標が対象としているのは 20 省であるが、アウトプットの対象はモデル地区(8 県)のみであり、モデル地区から省内の他県ひいては他省にどのように成果を拡大していくかについてのシナリオは明確にされていない。その他、指標に関する改善点も挙げられる。現在の指標、特にアウトプット指標の多くは活動指標かつ定量的指標となっている。アウトプットレベルの指標を設定する必要がある。特に、プロジェクトによる支援の焦点であるキャパシティ・ディベロップメントの進捗をはかる指標を追加する必要がある。

(4) 援助アプローチの妥当性

中国では新しい分野となる「家庭保健サービス」を中西部地域に普及させるために本プロジェクトでは、対象 20 省のうち 1/3 に相当する 8 省から各 1 県をモデル地区として選択し、集中的な投入を通じて家庭保健サービス提供を担う人材を育成

8 2007 年 10 月 8 日に実施した国家計生委国際合作司との協議において確認された。

9 本中間評価調査のために 2007 年 9 月に中国人専門家によって作成された報告書より抜粋

10 2007 年 10 月 14 日に河南省滎陽市の村で実施したサイト訪問と住民へのインタビューに参加した中国人専門家によって示された評価。国家計生委国際合作司からは、プロジェクトが推進している 3 つの手法(健康教育、健診、カウンセリング)のうち、健康教育が最も重要であり、住民の行動変容に向けた努力が必要であるとの見解が示された。

11 PCM ワークショップ(2.5 日)では、PCM 手法による計画・立案過程のうち、問題分析、目的分析、プロジェクト選択の段階までを行い、PDM の作成は日本側調査団と中国側実施期間である国家計生委とで行った。(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(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、P16)

12 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(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、P7

13 追加理由については、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第 1 回合同調整委員会議事録の添付 4 を参照されたい。

するというアプローチを採用している。PDM から判断するに、「モデル地区」を設定した意義は 2 つある。1 つは、プロジェクト目標の一部である「CTC 機能の強化」に貢献すること、具体的には、モデル地区での研修のモニタリング結果をフィードバックして CTC 研修の改善に資することである。

もう 1 つは、モデル地区への集中的なインプットを通じて効率的な人材育成を行なうことである。CTC において省級・県級人材の TOT 研修を行い、TOT 研修を受講した人材が同僚の人材を育成する、そして CTC 研修受講者による伝達研修の状況についてもモニタリングするというアプローチによって、モデル地区については効率的な人材育成が可能であると判断される。他方、モデル地区のない 12 省については、省級中核人材が CTC での研修を受講する段階まではプロジェクト活動として実施可能であるが、それ以降の展開については各省に委ねられる形となっている。モデル地区で作り上げたりリソース(育成された人材や開発された仕組み等)を活用して、モデル地区のない 12 省の「家庭保健サービス」提供能力をいかに向上させるかについての戦略を予め立て、それを PDM に反映させればモデル地区を設定した意義がより高まるであろう。

3-2. 有効性(Effectiveness)

プロジェクトが目標達成されるためには、プロジェクト目標の前半部分「CTC の研修機能の強化」と、後半部分「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向上」の両方が満たされる必要がある。上記「2.5 プロジェクト目標の達成状況」で述べた通り、現時点においてはプロジェクト目標の達成度は限定的である。

プロジェクトの論理構成に着眼すると、アウトプット 1 はプロジェクト目標の前半部分に貢献するアウトプットである。他方、プロジェクト目標の後半部分に関連するアウトプットはアウトプット 2、3、4 であるが、これらのアウトプットの目標達成への貢献度は部分的なものとなる可能性が高い。これは、プロジェクト目標が対象としている地域は中西部 20 省であるのに対し、当該アウトプットの対象は 8 つのモデル地区のみであることに因る。従って、プロジェクト目標の達成を確実なものとするためには、モデル地区の家庭保健サービスセンターの能力向上と共に、プロジェクト実施によって得られたモデル地区(県レベル)の成果を省内へ広げていく方策およびモデル地区の無い 12 省への展開に係る方策について明確なシナリオを設定する必要がある。

3-3. 効率性(Efficiency)

プロジェクトのインプットはアウトプットの発現に貢献している。効果的なアウトプットの発現に寄与した要因として主に以下の点が確認された。

(1) 日本の他援助スキームとの連携との協力

本プロジェクトは、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」との連携による効果的な成果の発現を目指すものとなっている。同センターは、国家計生委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により機材が整備され、2005 年 10 月下旬に開所した。事前評価調査時には、本プロジェクト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ていくことが期待されている。

(2) 人材育成アプローチ

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育成の方法として、本プロジェクトでは、CTC で各モデル地区の人材をトレーナーとして育成し、育成されたトレーナーが地元に戻って家庭保健サービスセンターの人材を育成するという、カスケード方式を採用しており、これにより効率的な人材育成が可能となっている。

(3) 国立保健医療科学院の協力

本邦研修や短期専門家派遣について国立保健医療科学院の協力が得られたことは、プロジェクトの円滑な進捗に寄与した。特に、本邦研修についてはこれまでに 21 名のカウンターパートが同院での研修を受講しており¹⁴、本中間評価時にヒアリングした本邦研修参加者はいずれも概して研修が効果的であったと述べている。

(4) 日本側・中国側のインプットに関する要因

日本人専門家の派遣について、長期的な専門家の派遣によってプロジェクト全体の日常的なマネージメントを行い、必要に応じて短期専門家を派遣するというインプットの仕方の効率性は中国側に評価されているところである。但し、中国の内情に詳しい中国人専門家と家庭保健に関する豊富な経験を持つ日本人専門家の協力の相互補完的効果を更に高めるため、日本人短期専門家が CTC で研修する内容を中国の現状に相応しいものとするために、①事前に中国人専門家と相談をすること、②事前に中国人専門家とともにモデル地区を回って現状を把握した上で研修内容を決定すること等が中国人専

14 1名は本邦研修後まもなく離職している。

門家から提案された¹⁵。また、これまでに受講生のニーズに応じた内容を十分に提供できなかった研修もあったとの反省に基づき、今後は CTC のアドバイスを得ながら研修受講者のレベルを揃えることや、短期専門家の TOR を具体化させる必要性が日中関係者間で確認されたことにより¹⁶、今後はより効率性の高い研修実施が期待できよう。

3-4. インパクト(Impact)

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

指標がどの程度改善されたかを分析するために必要となる比較データがないことおよび、収集されたデータの信憑性の観点から、中間評価調査時における上位目標の達成度を PDM2 に設定された 2 つの指標に基づく実績から予測することは困難である。PDM2 に設定された指標に基づく実績は以下の通りである。

指標	実績
1. 中西部地域の婦人病疾病率	中間評価調査時に中国人専門家が実施した調査(調査対象時期: 2006 年 4 月～2007 年 8 月)は、中西部地域では既婚出産適齢期婦女の子宮頸炎及び膣炎の罹患率の高さが顕著で、その他、子宮平滑筋腫、乳腺炎の罹患率も相対的に高いことを結論として挙げている ¹⁷ 。しかし、調査対象はモデル地区(8 県)のみであり、しかも江西省吉安県と河南省滎陽市が婦人病またはリプロダクティブヘルスに関する調査報告を提供できなかったことから、調査結果は 6 県のみデータに基づくものであり、導きだされた結論の正確さは高くないと思われる。
2. 中西部地域の感染症の感染率	同様の調査によれば、モデル地区(8 県)から提供された報告の統計範囲に差異があり、甘肅省秦川区が提供したのは 2006 年度伝染病分析報告、雲南省羅平県、河南省滎陽市、江西省吉安県及び山西省榆次区が提供したのは延べ発病者数であったことから、発病率統計学の比較を行うことができず、海南省澄邁県、湖南省赫山区、雲南省羅平県 3 県の伝染病発病率の比較にとどまっている。それによれば、法定 A、B 類伝染病中、肺結核及び B 型肝炎の発病率が比較的高いことが結論とされている。

(2) 本プロジェクトから派生される正の波及効果

中間評価調査時点において確認できた主な生の波及効果として、①研修に衛生系および教育系統の人材も参加するようになったこと、②8 モデル地区のうち、自助努力によって省内や県内へのモデル普及に向けた活動を検討あるいは開始しているサイトが見られること、が挙げられる。特に後者については、本評価調査時に現地視察を実施した江西省吉安県¹⁸、河南省滎陽市¹⁹はその展開の仕方に差はあるものの²⁰、モデルの構築プロセスと並行して普及に向けた独自の活動が既に開始されていることが確認された。

(3) 本プロジェクトから派生される負の波及効果

中間評価時点において負の波及効果は報告あるいは観察されていない。

15 2007 年 10 月 10 日に実施した中国人専門家へのヒアリングより。

16 2007 年 10 月 9 日に実施した日本人専門家および CTC 主任へのヒアリングより。

17 中西部プロジェクト中間評価調査データ分析に関する報告書(2007 年 9 月)、P12-13

18 2007 年 10 月 11 日に江西省計生委へのインタビューによれば、モデル地区である吉安県では、プロジェクトの開始に際して家庭保健センターを設立、2007 年 2 月には各郷鎮から 1 つの村を家庭保健モデル村に選定し、主に避妊とリプロダクティブヘルスに関するサービスを展開している。今後は、社会主義新農村設立の機会を活かしてスクリーニング、カウンセリングを行なうとともに、健康教育に重点を置く予定である。同インタビューでは、家庭保健サービスモデルの省内の普及についての見解も示されたが、それによれば江西省全 99 県のうち 11 指定地区・市を試行地区とし、吉安県の経験を学びながら試験的にサービスを展開することで、最終的に 11 モデルを構築することが想定されている。

19 河南省滎陽市は「家庭保健サービス」モデルを構築するために何をどのようにするべきかが明確化しており、プロジェクトで推進している。「3(母子保健、思春期保健、中高年保健)×3(健康教育、健康診断、カウンセリング)」に基づいて計画的に活動を展開している段階で、サービスの提供能力もある程度身につけているというのが日中専門家の共通した評価である。2007 年 10 月 14 日に滎陽市のプロジェクト事務所スタッフが合同評価調査団に対して行ったプレゼンテーションによれば、同モデル地区では、社会主義新農村建設拠点からプロジェクトの試行村を選定する、サービスの対象者として社会的弱者グループを選定する、活動にあたっては他部門との連携を推進する等独自の工夫を行っており、現場レベルでは衛生部門との協力に向けた努力が行なわれている。

20 両モデル地区の違いとして、日本人専門家は、江西省吉安県は本プロジェクトで示された、「3×3」の活動実施に重点を置いているのに対し、河南省滎陽市は「家庭保健サービス」モデルの構築プロセスに重点を置いていると分析している。また、江西省吉安県のモデル構築のための取り組みは河南省滎陽市の様に明確なビジョンに基づく計画的なものではないと指摘している。

3-5. 自立発展性(Sustainability)

政策的な自立発展性については、本プロジェクトの実施機関であり、中国の人口家族計画分野の最高位の行政機関である中国国家計生委による本プロジェクトへの継続的なコミットメントと支援がみられることから、自立発展性は高いと判断される。また、制度的・組織的な自立発展性については、CTCの機能強化およびCTCとモデル地区との連携強化がプロジェクトの取り組みとして行われていることに加え、CTC職員の人事異動があっても組織の能力低下に繋がらないように業務マニュアルの作成を検討中であるなど、自立発展性を高めるための工夫がみられる。財政的な自立発展性については、各級計生委がプロジェクト終了後も予算を立てている²¹ことから、確保される可能性が高いと言える。

他方、技術的な自立発展性の確保が今後の課題となるであろう。CTCについて言えば、講師は外部委託であるところ、人材データベースの作成等の工夫が必要である。モデル地域(8県)のカウンターパートに対する効果的・効率的なキャパシティ・ディベロップメントの方策についての具体的な検討を始めることが期待される。

3-6. 結論

幾つかの主要な活動の遅延が原因で本プロジェクトのアウトプットの発現は現時点では限定的であるが、今後の展開に必要となる基盤はほぼ整いつつあると言える。

評価 5 項目に沿った評価結果については、妥当性と効率性は比較的高いが、有効性を高めるためにプロジェクト目標達成に至るシナリオの見直しが必要である。自立発展性については技術的な自立発展性の確保が今後の課題である。他方、モデル地区においては、「家庭保健サービスモデル」の構築と平行して、モデルの普及に向けた具体的な計画を検討、一部活動は既に試行を開始しているサイトもでてきている点がインパクトとして確認された。

21 現在 1 人当たり 9.7 元の国家予算が割り当てられているが、2010 年には 1 人当たり 30 元に増加することが決定されている。

4. 提言及び教訓

4-1. 提言

(1) プロジェクトの位置付けと日本側支援の範囲

本プロジェクトの方向性は、国家計生委の政策と基本的に合致している。即ち、リプロダクティブヘルス・家庭保健に関する良質なサービスを提供するためのモデルを建設し、そのモデルを普及させていこうとする国家計生委の政策を、本プロジェクトはサービス提供能力の向上という点で側面的に支援するものである。

しかしながら、家庭保健サービスのモデル構築・普及のためには、①「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の明確化（「家庭保健」の定義、「家庭保健サービス」の項目及び方法の明確化）、②理念に沿った家庭保健サービスシステムの構築・整備（法的整備、施設・機材の整備、人材の確保、予算の確保）、③家庭保健サービスの提供能力の向上、④家庭保健サービスの試行的実施とその経験を総括したモデルの構築（必要に応じて「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の再検討にフィードバック）、⑤家庭保健サービスモデルの展開・普及といったようにさまざまな段階があり、プロジェクトはその一部分を支援することしかできない。従って、このようなプロセスにおけるプロジェクトの位置付けと範囲（目標達成水準及び活動の範囲）を明確化することを提言する。

(2) PDM の修正

以下の観点より、PDM の活動や成果、指標を見直すことを提言する。

- 1) プロジェクト実施によって得られたモデル地区の成果を省内へ広げていく方策およびモデル地区の無い 12 省への展開に係る方策について明確なシナリオを設定する必要がある。
- 2) PDM 上に設定されている指標について、上述の提言(1)を踏まえて再整理するとともに、プロジェクトの評価を行うためにプロジェクト終了時における目標値を明示する必要がある。なお、変化を図るために出来る限りプロジェクト開始前の数値が確認できるものを指標として設定することが望ましい。

(3) 実施体制について

プロジェクト実施の効率性を高めるため、国家計生委と日本人専門家チームとのコミュニケーションの強化が重要である。

(4) 中国人専門家との協力について

協力者である中国人専門家を十分に活用することにつき、明確化することを提言する。具体的な提言は以下の通りである。

CTC でのファシリテーター育成のための研修及び省級人材の研修、モデル地区 8 県の現場指導において、日本人専門家は必要に応じて中国人専門家に協力を要請することが出来る。中国側も、プロジェクトのニーズに基づき、中国人専門家への協力要請について、日本側に対し提案ができる。中国人専門家に協力を依頼する際には、日本人専門家は業務内容や専門条件等を提示し、国家計生委及び CTC と相談しつつ人選を行なう。選出された中国人専門家には、事前に業務内容を口頭で説明した上で文書で確認をする。また、業務終了後には、中国人専門家は日本人専門家に報告書を提出し、日本人専門家はその業務内容及び成果を確認するものとする。なお、必要に応じて中国人専門家は現場指導を単独で行なうことがある。

(5) CTC の自立発展に向けて

CTC は、リプロダクティブヘルス・家庭保健分野の人材育成の拠点となることが期待されており、そのためには研修のニーズ分析、研修プログラム・カリキュラムの作成、講師陣の組織化、研修のアセスメント等、研修を自律的に企画・実施する能力・体制を早期に確立する必要がある。こうしたあるべき姿の実現に向けて、CTC は引き続き職員的能力向上、組織強化および外部講師や研修教材のデータベースの整備等に努め、国家計生委は引き続きこうした CTC の自立発展に向けての取り組みを支援・促進することを提言する。以上の充実化を目指すためには、研修事業に関する研修機能を CTC に付与することが望ましい。

(6) 太倉市人口・計画生育局及び家庭保健サービスセンターについて

家庭保健の理念を推進し、家庭保健サービスモデルを普及する体制をより強化するため、太倉市計生委、太倉市家庭保健サービスセンターを CTC での研修において積極的に活用するなど、連携強化を模索することが重要である。このような認識の下、本プロジェクトにおいても、太倉市計生委、太倉市課程保健サービスセンターを技術協力移転の対象としないものの、協力者として活用を検討することを提言する。

4-2. 教訓

- 1) 本プロジェクトでは、プロジェクトの方針の柱である家庭保健の定義を明確にしないままプロジェクトを開始したことでその後

のプロジェクトの進捗に影響を与えた。右例は、プロジェクト開始段階にプロジェクトの柱となる定義を明確にし、関係者間でコンセンサスを確立しておくことの重要性を示している。

- 2) プロジェクト期間に照らし合わせたプロジェクトスコープのフィジビリティを十分に検討し、支援の焦点を絞り込むことでプロジェクト期間内に十分な成果をあげることが可能となる。
- 3) プロジェクトによるキャパシティ・ディベロップメントの対象とするカウンターパートと各カウンターパートに求められる能力を明確にしてからプロジェクトを開始することで効率的な支援が可能となる。

5. 協議結果等

5-1. 合同調整委員会における協議内容

5-1-1. プロジェクトの位置付けと協力範囲

プロジェクト開始後、日中間で、中国の政策（家庭保健サービスの展開・普及の推進）において本プロジェクトがどのように位置づけられ、またどこまで協力するのかといったプロジェクトの展開に関する考え方の相違が表面化したところ、本中間評価調査において、以下のとおり協議し、整理した。

(1) プロジェクトの支援範囲

家庭保健サービスの展開・普及を行うという中国の政策に対して、本プロジェクトは方向性は合致しているものの、時間的・規模的制約から部分的な支援に留まらざるを得ず、しかしながら、プロジェクトがどこまで支援するのかその範囲が日中関係車間で見解が異なっていた。即ち、本プロジェクトにおいて中国側の中核となる人材の能力向上まで支援するのか、または実際の家庭保健サービスの提供・普及まで支援するのか、さらにモデル地区のある 8 省とプロジェクト対象地域ではあるがモデル地区のないその他 12 省に対するプロジェクトの活動内容について、日中関係者の認識が異なっていたのである。そこで、本中間評価において、今後中国の家庭保健サービスを展開・普及という政策推進において、本プロジェクトがどこまで支援するのかその達成範囲を整理し、明確化した。

	達成すべき水準
CTC	<p>母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングに関する研修の適切な実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングに関する研修がカリキュラムに沿って実施されている。 母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングの TOT 研修の回数と受講者数 各分野(母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリング)の TOT 研修受講者の X%以上が必要とされる知識と技能を習得している。
モデル地区 8 県(県級)	<p>母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングのサービス実施に必要な体制の整備(本プロジェクトで達成すべき水準としてはサービスのための体制整備までで、実際のサービス展開という段階まで含まない。実際のサービス展開については、プロジェクトと連動しつつ、中国側の独自の活動として目指すものである)</p> <ul style="list-style-type: none"> モデル地区 8 県のサービス機関において必要な機材・健康教材が設置され、マニュアルに沿った活用がされている。 モデル地区 8 県のサービス機関が母子保健、中高年保健、思春期保健に関するサービス提供のための運営計画の策定ができるようになる。 CTC の研修修了者による各モデル地区での伝達研修が年間最低 X 回実施され、プロジェクト終了までに最低 X 名以上の職員が伝達研修を受講する。 伝達研修受講者の X%以上が各分野(母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリング)の内容を理解している。
モデル地区のある 8 省(省級)	<p>モデル地区で投入した家庭保健サービスモデルを普及するための省級人材の能力向上(本プロジェクトで達成すべき水準としてはサービスが普及され始めるという段階まで含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象 8 省の省級人材の X%以上が家庭保健および家庭保健サービスの概念を理解している。 対象 8 省の省級人材がモデル地区の経験が共有し、省内で家庭保健サービスを展開するための方法を習得する。 モデル地区のある 8 省の省級人材の X%以上が家庭保健サービス普及のための計画策定およびモニタリング・評価に必要な能力を習得している。 対象 8 省の省級人材が定期的に家庭保健サービスに関する指導およびモニタリング・評価を実施する。 プロジェクト終了までに、モデル地区のある 8 省のうち、プロジェクトサイト以外の各省に少なくとも 1 つの県サービス機関が母子保健、中高年保健、思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングのいずれかの家庭保健サービスを導入する。
モデル地区のない 12 省(省級)	<p>モデル地区で投入した家庭保健サービスモデルを普及するための省級人材の能力向上(本プロジェクトで達成すべき水準としてはサービスが普及されるという段階まで含まない)</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象 12 省の省級人材の X%以上が家庭保健および家庭保健サービスの概念を理解している。 対象 12 省の省級人材がモデル地区の経験が共有し、省内で家庭保健サービスを展開するための方法を習得する。

達成すべき水準	
モデル地区のない 12 省(省級)	<ul style="list-style-type: none"> ■ モデル地区のない 12 省の省級人材の X%以上が家庭保健サービス普及のための計画策定およびモニタリング・評価に必要な能力を習得している。 ■ プロジェクト終了までに、省級人材の指導によって、12 省の少なくとも X つの県サービス機関が母子保健、中高年保健、思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングのいずれかの家庭保健サービス導入のための計画を策定する。

(2) 中国側が独自に行うべき活動と日本側が支援可能な活動

日本側と中国側は、プロジェクトの展開、特に「家庭保健」の理念及び家庭保健サービスのモデルの構築の方法についても見解の統一が出来ていなかったと思われる。中国で顕在化してきた新たな公衆衛生課題に対応するための新しい家庭保健サービスを展開するためには、後述囲みに示すプロセスを経る必要がある。本プロジェクトのPDMでは、このうち③家庭保健サービスの提供能力の向上(研修による人材育成及びサービスの試行的実施を通じた組織的能力強化等のキャパシティ・ディベロップメント)を中心的な支援範囲と設定していた。しかしながら、新たな家庭保健サービスの展開のために、中国側は、①「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の明確化から⑤家庭保健サービスモデルの展開・普及までの全段階を網羅しなければならず、その多くを本プロジェクトの協力で対応することを期待していたと思われる。

家庭保健サービスの展開・普及までの段階
①「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念が明確化される。 ②理念に沿った家庭保健サービスシステムが構築・整備される(法的西部、施設・機材の整備、人材・予算の確保等)。 ③家庭保健サービスの提供能力が向上する(人材の育成)。 ④家庭保健サービスが試行的に実施され、その経験を総括した家庭保健サービスモデルが構築される。 ⑤家庭保健サービスモデルが展開・普及される。

そこで、本中間評価調査において、以下表のとおり家庭保健サービスの展開・普及までのプロセスを確認した上で日中それぞれの役割を明確化した。

活動		
中国政府が家庭保健サービスを展開・普及するプロセス	左記のプロセスにおいて実施すべき事項 (中国側実施事項)	プロジェクトの範囲 (日本側支援事項) ²²
1) 「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念の明確化	国家計生委は、可及的速やかに「家庭保健」とは何かその理念を定義し、「家庭保健サービス」の項目及び方法を明確化し、省級以下の計画生育系統関係者に周知する。	日本側は、国家計生委が提示した「家庭保健」の定義及び「家庭保健サービス」の項目及び方法を踏まえて、サービス展開の標準化を行うため、日本の各国の公衆衛生・地域保健の経験を紹介するとともに、「健康教育」「健康診断」「健康カウンセリング」のマニュアルを作成するなど技術的観点から提言を述べることが出来る。
2) 理念に沿った家庭保健サービスシステムの構築・整備	省級・地区級・県級の計生委(局)は、国家計生委が提示した「家庭保健」及び「家庭保健サービス」の理念に基づき、法的整備、施設・機材の整備、人材の確保、予算の確保を行う。	日本側は、中国側の要請に基づき、モデル地区 8 県の家庭保健サービスセンターに対して、「母子保健」「中高年保健」「思春期保健」に関する「健康教育」「健康診断」「健康カウンセリング」の展開に必要な機材の整備を支援する。
3) 家庭保健サービスの提供能力の向上	①ファシリテーターの育成 CTC は、ファシリテーターとしてモデル地区 8 県の行政・技術スタッフを対象に、以下のとおり研修を実施する。原則的には太倉市 CTC で研修を実施するが、必要に応じてモデル地区において実施することも検討する。 <ul style="list-style-type: none"> ■ ファシリテーターが家庭保健サービスの理念を理解し、その理念を伝達・周知のための手法を習得すること。 	日本側は左記研修を技術的・資金的に支援する。なお、日方専門家の人的投入量の限界を鑑み、日本側は必要に応じて中方専門家若しくは太倉市家庭保健サービスセンターの協力を要請する。

22 以下日本側支援事項について技術的な支援範囲は「母子保健」「中高年保健」「思春期保健」に関する「健康教育」「健康診断」「健康カウンセリング」である。

活動		
中国政府が家庭保健サービスを展開・普及するプロセス	左記のプロセスにおいて実施すべき事項 (中国側実施事項)	プロジェクトの範囲 (日本側支援事項) ²²
3) 家庭保健サービスの提供能力の向上	<ul style="list-style-type: none"> ■ ファシリテーターが3つの強化分野(「母子保健」「中高年保健」「思春期保健」)各々の理念、業務内容、展開の手法を理解し、それらを家庭保健サービスセンター職員に伝達する技術を習得すること。 ■ ファシリテーターが、家庭保健サービスセンター職員がサービス展開に必要な専門技術を強化するための人材養成計画を作成する能力を養うこと。 <p>②ファシリテーターによる研修の実施 ファシリテーター(モデル地区 8 県の行政・技術スタッフ)は、所属の省において、県以下の家庭保健サービスセンターの技術スタッフを対象に、以下のとおり研修を実施する。その際、各省は、必要に応じて省内の衛生系統や計画生育系統その他の臨床機関、研究所等(病院、計画生育科学研究所等)の協力を仰ぐものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CTC における研修で習得した家庭保健サービスの理念、3 つの強化分野各々の理念、業務内容、展開の手法に関する伝達研修。 ■ 専門技術を強化するための研修・実習。 	日本側は、「母子保健」「中高年保健」「思春期保健」に関する「健康教育」「健康診断」「健康カウンセリング」に関して、モデル地区 8 県の能力向上の度合い(伝達研修の実施状況)のモニタリングを技術的に支援する。その際、日本側は必要に応じて中方専門家に協力を要請する。
4) 家庭保健サービスの試行的実施とその経験を総括したモデルの構築	<p>①家庭保健サービスの試行的実施 1)で提示された家庭保健サービスの理念・項目・方法を踏まえて、モデル地区 8 県の家庭保健サービスセンターは、家庭保健サービスのモデルの構築を目指して、所属の県において試行的にサービスの展開を行う。国家計生委及び各県を管轄する省級・地区級の計生委は、その活動を指導・モニタリングする。</p> <p>②家庭保健サービスの試行経験の総括 また、国家計生委/CTC は、モデル地区の一つで、8 県の代表者を招いてワークショップを実施し、各モデル地区で試行的に実施した家庭保健サービス展開の経験を総括し、家庭保健サービスモデルのあるべき姿を検討する。</p>	<p>日本側は、「母子保健」「中高年保健」「思春期保健」に関する「健康教育」「健康診断」「健康カウンセリング」に関して、モデル地区 8 県における伝達研修のモニタリングの機会を利用して、試行的サービス展開の状況について上級機関が実施する現場指導を技術的に支援する。その際、日本側は必要に応じて中方専門家に協力を要請する。</p> <p>日本側は、左記ワークショップの開催を技術的・資金的に支援する。</p>
5) 家庭保健サービスモデルの展開・普及	<p>中西部各省計生委が中心となって、国家計生委の指導の下、(4)で構築した家庭保健サービスモデルを省内に展開・普及させる。そのために必要なシステムの構築・整備(法的整備、施設・機材の整備、人材の確保、予算の確保)、各級の関係行政スタッフ・技術スタッフの能力向上も、各省計生委が組織して行うこととする。</p> <p>CTCは、中西部20省の省級人材を対象とし、家庭保健サービスモデルを省内に展開・普及するために必要な能力の開発を支援するため、太倉市 CTC において以下のとおり研修を実施する。</p>	<p>日本側は、家庭保健サービスモデル展開・普及のための基盤づくりのために、左記研修を技術的・資金的に支援する。その際、日本側は必要に応じて中方専門家若しくは太倉市家庭保健サービスセンターの協力を要請する。</p> <p>日本側は、モデル地区のある8省の省級人材に対しては、家庭保健サービスの実施状況をモニタリング・評価する方法を指導する。なお、日本側は必要に応じて中方専門家の協力を要請する。</p>

活動		
中国政府が家庭保健サービスを展開・普及するプロセス	左記のプロセスにおいて実施すべき事項 (中国側実施事項)	プロジェクトの範囲 (日本側支援事項) ²²
5) 家庭保健サービスモデルの展開・普及	<ul style="list-style-type: none"> ■ ファシリテーターが家庭保健サービスの理念を理解し、その理念を伝達・周知のための手法を習得すること。 ■ 各省の現状・ニーズを分析し、8モデル地区の活動を参考にして各省内で家庭保健サービスを展開するための計画を策定し、そのサービスの展開及びモニタリング・指導を実施するための計画策定能力を習得すること。 	

5-1-2. PDMの修正内容

PDMの修正にあたって考慮した点は主に3点ある。第一は、プロジェクト目標達成に至るシナリオの見直しである。具体的には、アウトプットがモデル地区のみを対象としたものであるため、すべてのアウトプットが達成されたとしても、20省を対象にしたプロジェクト目標の達成には至らないという、プロジェクト目標とアウトプットの間に見られる論理構成上のギャップを埋めるため、モデル地区の無い12省も対象にしたアウトプットと活動を追加した。その際に、上述5-1-1で確認したとおり、本プロジェクトではモデル普及の基盤づくりまでを行なうという基本方針に留意した。論理構成に関連してもう一点考慮した点はプロジェクト目標から上位目標に至る外部条件の設定である。プロジェクト目標達成から上位目標の達成に繋げるためには、モデル地区で構築された「家庭保健サービス」モデルの省内および他省への普及が必要であるが、本プロジェクトでは普及のための基盤づくりまでを行なうとの上記基本方針に則った場合、普及のための措置は中国側の責任の下で行なわれるべきである。従って外部条件として、「国家計生委の指導の下、中西部各省計生委を中心として家庭保健サービスモデルが中西部地域に普及される」を設定した。第3点目は指標の再設定である。プロジェクトの焦点が保健人材のキャパシティ・ディベロップメントにあることに特に留意しつつ、上述5-1-1で確認したプロジェクトの支援範囲、達成すべき水準をPDMの指標として整理しなおした。なお、現行のアウトプットの指標の多くは活動指標になっていたため、アウトプットレベルの指標に変更するとともに、現行の指標は主に測るべきデータの種類のみが設定されていたため、各指標につき、測るべきデータの種類、量、質、時期、地域等の要素を入れて、「誰の何がいつまでにどのようになっている」とする目標標準をできるだけ明確に設定した。ただし、具体的な目標値については中間評価調査終了後に日中プロジェクト関係者間の協議を通じて設定することとなった。

以下に、PDMの「プロジェクト概要」部分につき具体的な変更点を示す。

(1) 上位目標及びその指標

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
上位目標	中西部地域の住民のリプロダクティブヘルス・家庭保健状況が改善される	中西部地域の住民のリプロダクティブヘルス・家庭保健状況が改善される	修正なし
指標	①中西部地域において主要な性感染症の感染率が減少する。 ②中西部地域において5歳未満の乳幼児、出産可能年齢期の女性、更年期層(男女)の各対象層について主要疾病の疾病率が減少する。 ※具体的な疾病は後日決定	①中西部地域の婦人病疾病率 ②中西部地域の感染症の感染率	主に母子保健・中高年保健・思春期保健サービスを受けた結果としての住民の健康状態の改善を目標達成レベルと明確化し、補足追記した。

(2) プロジェクト目標及びその指標

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
プロ目	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。	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。	修正なし

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
指標	<p>①プロジェクト終了までに、モデル地区のある8省のうち、プロジェクトサイト以外の各省に少なくとも1つの県サービス機関が母子保健、中高年保健、思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングのいずれかの家庭保健サービスを導入する。</p> <p>②プロジェクト終了までに、省級人材の指導によって、12省の少なくともXつの県サービス機関が母子保健、中高年保健、思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングのいずれかの家庭保健サービス導入のための計画を策定する。</p> <p>※具体的な疾病は後日決定</p>	<p>①中西部地域のリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスの回数</p> <p>②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でサービスを受けた住民の数</p> <p>③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でサービスを受けた住民の満足度</p>	モデル地区のある8省とない12省の差を明らかにした上で、母子保健・中高年保健・思春期保健サービスの導入を目標達成レベルと明確化した。

(3) アウトプット及びその指標と活動

PDM2のアウトプット2及び3を、PDM3では一つにまとめてアウトプット2とし、以下番号を振りなおした。また、PDM3では、8モデル地域での成果を対象地域20省全体に普及させる仕組みとして新しいアウトプットを一つ追加した(アウトプット4)。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
	1. CTCで対象地域のニーズにあったリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス研修が適切に実施される。	1. CTCで対象地域のニーズにあったリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス研修が実施される。	「適切に」を追加し、その基準を指標として設定した。
	2. モデル地区のサービス提供機関においてサービス提供のための実施体制が強化される。	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。	モデル地区を対象とするアウトプットとして、PDM2の2と3の内容を1つに纏めた。
	3. CTCの支援を得て、モデル地区の経験がプロジェクト対象省と共有される。	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。	モデル地区の経験共有を行うための基盤づくりのためのアウトプットに変更。アウトプットの対象をPDM2の8省から20省に拡大した。
	4. 中西部20省の省級人材が当該省家庭保健サービス提供機関に対して家庭保健サービス普及のための指導を行えるようになる。	—	モデル地域での家庭保健サービスモデルを対象20省に普及の基盤づくりのためのアウトプットとして追加。

1) アウトプット1: CTCで対象地域のニーズにあったリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス研修が適切に実施される。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
指標	<p>1-1. 母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングに関する研修がカリキュラムに沿って実施されている。(これまでに実施された研修に対するカリキュラム使用による研修の割合)</p> <p>1-2. 母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリングのTOT研修の回数と受講者数</p>	<p>1-1 ベースライン調査報告書</p> <p>1-2 研修要綱</p> <p>1-3 改良したカリキュラムの活用頻度、受講生の知識、技術能力試験</p> <p>1-4 講師リスト、受講生の満足度、受講生の知識、技術能力試験</p> <p>1-5 養成された教員数、計画を作成したセンターの割合、研修の回数/参加者数/実施科目、新しい技術を習得した職員の割合(一つのモデル地区)</p>	「適切な」研修実施の意味として、カリキュラムの利用、TOT研修の回数と受講者数、及び受講者のうち知識・技術の修得割合を指標として設定した。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
指標	1-3. 各分野(母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリング)のTOT 研修受講者の X% 以上が必要とされる知識と技能を習得している。 ※モデル地区 8 県の数値目標は後日設定	1-6 研修受講者の教材に対する満足度 1-7 研修回数/参加者数/実施科目、受講生の知識、技術能力試験	
活動	1-1. ベースライン調査を行う。	1-1. ベースライン調査を行う	修正無し
	1-2. 研修要綱を作成する。	1-2. 研修要綱を作成する	修正無し
	1-3. 研修カリキュラムおよび研修プログラムを作成する。	1-3. 研修カリキュラムを作成する	研修プログラムの作成を追加。
	1-4. CTC での研修講師チームをつくる。	1-4. CTC での研修の講師チームを作る	修正無し
	1-5. 研修教材を開発する。	1-6. 質の高い研修用教材を開発する	PDM2 の 1-6 を PDM3 の 1-5 に移動。
	1-6. CTC は、家庭保健サービス(母子保健、中高年保健、思春期保健に関する健康教育、健康カウンセリング、健康診断)について、モデル地区の家庭保健サービスセンターの職員を対象として指導者研修(TOT)を実施する。	1-5. 家庭保健サービスセンターでの研修教員を養成する(TOT)	PDM2 の 1-5 を PDM3 の 1-6 に移動し、TOT の分野及び対象者を明確化した。
—	1-7. 研修を実施する	PDM2 の活動 1-7 を削除した。	

2) アウトプット 2: モデル地区のサービス提供機関においてサービス提供のための実施体制が強化される。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
指標	2-1. モデル地区 8 県のサービス機関において必要な機材・健康教材が設置され、マニュアルに沿った活用がされている。 2-2. モデル地区 8 県のサービス機関が母子保健、中高年保健、思春期保健に関するサービス提供のための運営計画の策定ができるようになる。 2-3. CTC の研修修了者による各モデル地区での伝達研修が年間最低 X 回実施され、プロジェクト終了までに最低 X 名以上の職員が伝達研修を受講する。	2-1 運営計画を策定できたモデル地区の割合 2-2 ベースライン調査報告書 2-3 必要機材を設置したモデル地区の割合 2-4 使用機材の使用方法についての研修回数 2-5 研修回数/参加人数/実施科目 3-1 マニュアルを使用したサービス機関数、マニュアル使用者の満足度 3-2 住民向けの健康教育教材を作成した機関数	PDM2 のアウトプット 2 & 3 の指標を纏めるとともに、サービス提供のための実施体制の強化を達成レベルとし、機材・健康教材及びそのマニュアルの整備、運営計画の策定、人材の育成を指標として設定した。なお、サービスの導入自体に関する指標はプロジェクト目標の指標として整理しなおし、アウトプットレベルの指標からは外している。
指標	2-4. 伝達研修受講者の X% 以上が各分野(母子保健・中高年保健・思春期保健分野の健康教育・健康診断・健康カウンセリング)の内容を理解している。	3-3 サービスを受けたグループ数 3-4 健康教育を受けたグループ数	
活動	2-1. ベースライン調査結果と各モデル地区のニーズに基づき必要機材を設置する。	2-2. 既存機材の状況について調査する(ベースライン調査) 2-3. 必要機材を決定し、設置する	PDM2 の活動 2-2 及び活動 2-3 を 1 つに纏めて、PDM3 の活動 2-1 とした。
	2-2. CTC で機材の使用方法について研修を受けた研修生が正確に操作し、他の使用するスタッフに正確な使用法を指導する。	2-4. 使用機材の使用法についての訓練を実施する	PDM2 の活動 2-4 を PDM3 の活動 2-2 とし、内容を補足した。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
活動	2-3. サービス提供機関がプロジェクトの指導で運営計画を策定する。	2-1. サービス提供機関が運営計画を策定する	PDM2 の活動 2-1 を PDM3 の活動 2-3 に移動し、プロジェクトの役割を明確化した。
	2-4. サービス機関従事者向けの家庭保健(母子保健、中高年保健、思春期保健)サービス提供マニュアルを作成する。	3-1. サービス機関従事者向けのサービス提供マニュアルを作成する	PDM2 の活動 3-1 を PDM3 の活動 2-4 とし、マニュアルのサービス内容を明確化した。
	2-5. プロジェクトが作成した標準化された健康教育教材に基づき、各モデル地区のサービス提供機関は、住民のニーズに合わせて住民向け健康教育教材を作成する。	3-2. 住民向け健康教育教材を作成する	PDM2 の活動 3-2 を PDM3 の活動 2-5 とし、活動の主体を明確化した。
	2-6. 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伝達研修を行う。	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	PDM2 の活動 2-5 を PDM3 の活動 2-6 とし、研修が伝達研修であることを明示した。
	2-7. サービス提供機関が母子保健、中高年保健、思春期保健に関する健康教育、健康カウンセリング、健康診断を実施する。	3-3. 様々なグループに対してサービスを提供する 3-4. 様々なグループに健康教育を実施する	PDM2 の活動 3-3 及び活動 3-4 を PDM3 の活動 2-7 とし、サービス内容(分野と手法)を明記した。
	2-8. モニタリングの機会を利用して、モデル地区における試行的サービス展開状況を指導する。	—	伝達研修の状況をモニタリングするとともに、その機会を利用して併せてサービス展開状況に対して指導を行うことを新たに追記した。

3) アウトプット 3: CTC の支援を得て、モデル地区の経験がプロジェクト対象省と共有される。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
指標	3-1. プロジェクト終了までに、8 モデル地区の経験を共有するためのワークショップが 20 省(省級)を対象に実施され、参加者が省内で家庭保健サービスを展開するための方法を習得する。	4-1 交流会の開催数、交流会の満足度 4-2 アドバイス回数/内容 4-3 情報提供回数/内容 4-4 ホームページ作成 4-5 ニュースレター(発行回数/部数)	モデル地区の経験共有を主眼として、指標はワークショップの開催、ホームページ及びニュースレターを通じた情報共有に絞って整理しなおした。
	3-2. CTC ホームページの内容が定期的に更新されている。(更新回数)		
	3-3. CTC 作成のニュースレターが定期的に発行・配布されている。(ニュースレターの発行回数と発行部数)		
活動	3-1. モデル地区の経験を共有し効果的に活用するため、CTC は各モデル地区のサービス活動を把握する。	4-3. モデル地区が CTC に地域の情報を提供する	PDM2 の活動 4-3 を PDM3 の活動 3-1 とし、活動の主体と目的を明確化した。
	3-2. 家庭保健サービスモデル構築に係る年次ワークショップを 8 省の県級人材を対象に実施する。	4-1. CTC とモデル地区の相互交流計画を立てる(モデル地区の交流会を開く)	PDM2 の活動 4-1 を PDM3 の活動 3-2 とし、表現をより明確化した。また、「交流会」ではなく「年次ワークショップ」とすることで単に活動を行なうことではなく、成果に留意することの重要性を反映させた。
	3-3. モデル地区の経験を共有するための年次ワークショップを 20 省の省級人材を対象に実施する。	—	20 省までプロジェクトの成果を普及させるため 20 省対象のワークショップ開催を PDM3 の活動 3-3 として追加。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
活動	3-4. プロジェクトの活動方法の広報・能力強化を支援するため、CTC はホームページを作成する。	4-4. CTC はホームページを作成し、活動内容を広報する	PDM2 の活動 4-4 を PDM3 の活動 3-4 とし、活動の主体と目的を明確化した。
	3-5. プロジェクトの活動方法の広報・能力強化を支援するため、CTC はニュースレターを作成する。	4-5. ニュースレターを作成し、活動内容を広報する	PDM2 の活動 4-5 を PDM3 の活動 3-5 とし、活動の主体と目的を明確化した。
	—	4-2. CTC がモデル地区のサービス提供活動にアドバイスする	CTC には家庭保健サービス提供に関する専門家がいなかったため PDM2 の活動 4-2 を削除。

4) アウトプット 4: 中西部 20 省の省級人材が当該省家庭保健サービス提供機関に対して家庭保健サービス普及のための指導を行えるようになる。

	修正後(PDM3)	修正前(PDM2)	変更内容・理由
指標	<p>4-1. 対象 20 省の省級人材の X% 以上が家庭保健および家庭保健サービスの概念を理解している。</p> <p>4-2. モデル地区のある 8 省の省級人材の X% 以上、モデル地区のない 12 省の省級人材の X% 以上が家庭保健サービス普及のための計画策定およびモニタリング・評価に必要な能力を習得している。</p> <p>4-3. 対象 8 省の省級人材が定期的に家庭保健サービスに関する指導およびモニタリング・評価を実施する。</p>	—	モデル地域での家庭保健サービスモデルを対象 20 省に普及するための基盤づくりとして、モデル地域のある 8 省とない 12 省の差を明確化した上で、達成レベルを設定した。
活動	<p>4-1. CTC は対象地域 20 省の省級人材を対象として、家庭保健サービスの理念およびサービスの展開・普及に必要な事柄に関する研修(マネージメント研修)を実施する。</p> <p>4-2. プロジェクトは、家庭保健サービス(母子保健・中高年保健・思春期保健)の実施状況を効果的にモニタリング・評価する方法をモデル地区のある 8 省の省級人材に対して指導する。</p>	—	<p>20 省の省級人材を対象とする活動を追記。</p> <p>特にモデル地区のある 8 省の省級人材を対象とした活動を追記。</p>

5-1-3. 技術移転対象者の確認と協力者の活用

事前評価調査当初、CTC にはすでにある「研修部」のほかに、太倉市家庭保健サービスセンターの機能を引き継ぐ「家庭保健部」が設置され、「家庭保健部」を研修における講義・実習の講師を務める部署として想定していた。しかしながら、プロジェクト開始後、CTC 内に「家庭保健部」が設置されることはなく、CTC 内にリプロダクティブヘルス・家庭保健分野の専門性を有する職員がいないことから、外部講師(日方専門家、中方専門家他)を講師として招いて研修を行ってきた。中方専門家は、国家計生委に協力している外部専門家であり、計画生育系統の専門性はあるが、母子保健を含む新しい分野である家庭保健サービスの専門性は高くないという問題がある。太倉市計生委及び同委員会に属する太倉市家庭保健サービスセンターについては、2006 年 12 月に実施された第 1 回合同調整委員会の中でプロジェクトの外部協力機関に位置づけることで一先ず整理した。また、プロジェクトの協力対象地域は、8 県のモデル地区を有しつつも中西部地域計 20 省となっていることから、プロジェクトの技術移転対象者(直接裨益者)をどこに絞り込むか明確になっていないという状況が表面化した。

したがって、本中間評価調査において、技術移転対象者の再確認と外部協力者の活用について協議を行い、下記事項について日中双方で合意された。

- 技術移転対象者(直接裨益者)は、CTC職員、8県のモデル地区のファシリテーター及び20省の省級中核人材である。
- 日方専門家がプロジェクト活動内容に照らし合わせて必要であると判断した場合、CTCでのファシリテーター育成研修、省級人材の研修、ワークショップ及びモデル地区の現場指導において、中方専門家を外部協力者として積極的に活用する。中方専門家に協力を依頼する際には、日方専門家は業務内容、専門性に係る条件等を提示し、国家計生委及びCTCと相談しつつ人選を進め、選出された中方専門家とは業務内容や条件等について文書で確認を行う。中方専門家は業務完了後、日方専門家に報告書を提出し、日方専門家はその業務内容及び成果を確認する。
- 日中双方は家庭保健の理念を推し進め、課程保健サービスモデルを普及する体制をより強化するため、太倉市計生委及び太倉市家庭保健サービスセンターを外部協力機関としてCTCでの研修において積極的に活用するなど、連携強化を模索することとした。

5-1-4. プロジェクトで実施する家庭保健活動

2007年2月、国家計生委は中方専門家の協力を得て、家庭保健サービスのTOR等を記載したリプロダクティブヘルス・家庭保健サービスに係るガイドライン「指南」を作成した。しかしながら、「指南」はリプロダクティブヘルスを取り巻く国際的潮流及び日本国内で用いられているリプロダクティブヘルス分野に係る施策と乖離した事項(生前の先天性欠陥に関する妊婦カウンセリング・診断、遺伝登記、人口妊娠中絶等)が含まれることから、2007年4月、JICA中国事務所は、「指南」の中で日本国内の施策と乖離のある事項についてはプロジェクトで協力できないこと、並びに「指南」の活用・普及についてはプロジェクトの協力の枠外で中国側の責任下で行うよう国家計生委に申し入れを行った。

本中間評価調査では、日中双方であらためてプロジェクトで実施する家庭保健活動が優性に関わる内容に波及することがないよう確認を行った。

5-2. 家庭保健分野団員所感：中国における家庭保健について

(国立保健医療科学院／林次長による記述)

国立保健医療科学院と本プロジェクトとの関わりは本邦研修の受け入れ機関であると同時に専門家の派遣を通しての技術指導に当たってきた。筆者は科学院の代表として今まで院内の協力体制の業務調整を担当した関係上、昨年の技術指導・現地視察に引き続き今回は中間評価に専門家として訪中した。昨年はCTCにおける技術指導およびプロジェクトサイトの1つである海南省を視察した。また、昨年と本年にかけて2度にわたり中国側の研修生グループを本院に迎えた。今回訪中に当たりJICA本部および中国事務所の関係者・専門家ともテレビ会議等を通して事前に綿密に打ち合わせ、意見交換を行い、さらに現地では河南省滎陽市担当者との意見交換・現地視察を踏まえ、北京での中間評価会に臨んだ。

これら一連の活動を通してプロジェクトの進捗状況・成果について理解が深まり、そして今後、目的を達するためにいかなる課題が残されているかある程度の輪郭が得られたと思う。プロジェクトの進捗状況・成果については担当者や専門家から詳しい報告が予定されているので過去の経緯を踏まえながら筆者なりの理解の仕方と今後の課題を中心に報告したい。

本プロジェクトにおける当初のPDMデザインをみると技術研修を通じてリプロダクティブヘルス・家庭保健サービス活動を中国中西部に波及させることを目的としている。このこと自体現在でも変わらないが、プロジェクト開始時において中国側は国内事情及びそれを反映した協力要請内容を具体的に表現しきれなかったのではないと思われる。そのために日本側にも戸惑いが生じ、若干コミュニケーションギャップがあったようである。その影響もあり、科学院の受け入れ態勢にも不十分の面があったことが反省される。しかしながら今回の中間評価のなかで問題点がかなり鮮明になってきたので改善の方向が明らかになってきたこと自体プロジェクトにとって大変有意義であった。プロジェクトの意味についての基本的理解のために中国の国家計生委の現在置かれている立場を今一度ふり返ってみたい。

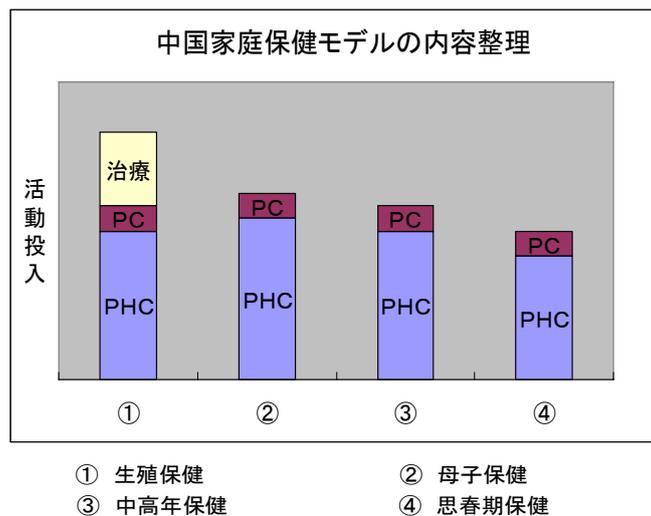
中国が国策として掲げてきた少子化に向けた取り組みは地域によっては未だ問題を残しているものの、全国の合計特殊出生率は3年前にすでに1.8まで下降し全体としてはほぼ目標が達成されたと言えよう。したがって、今後の焦点は数の問題であるよりは「質」の問題を重視するようになった。これについては後で詳しく触れるが、要するに国家計生委は中国国内の議論にもみられるように歴史的役割をすでに果たしたと考えられているため、政策の転換期を迎えたということである。他方、近年の急速な経済発展から生じた貧富格差の問題を抱えており、今後持続的な安定成長を図るためにもまさに民生部門の強化が求められる局面を迎えている。

民生部門強化の重要な要素として健康サービス事業が挙げられており、先に述べた人口の「質」の問題とリンクした形で健康サービス事業を位置づけようとしている。そこで人口の「質」の問題を解決するための健康サービス事業とはなにかを問われたときに国家計生委は新しい業務形態の枠組み作りを迫られることになった。本年、国务院発表の「人口・計画生産活動の全面的な強化、人口問題解決の全面的な計画手配に関する決定」を受けて国家計生委はいわゆる「指南」と呼ばれる「リプロダクティブヘルス実用ハンドブック」を作成し、今後の活動の方向性を示した。そういう意味で現在まさに転換期のまただ中にあり、具体的事業形態を模索している過程であるために対外的に説明が不明瞭になりがちであることは否めない。そうであるだけに日本側から有益な助言を真摯に求めていることも確かであり、その窮状を理解してあげる必要がある。

先に挙げた国務院発表や国家計生委の「指南」のなかで述べられている人口の「質」の問題と内容であるが、1 つには出生前診断、遺伝疾患登録、これに関連する中絶問題を含む優生の側面および母子保健、思春期保健、中高年保健の推進を目的とする生涯保健のことを指している。全体をまとめて言えば要するに「受精の瞬間から死ぬまで」人の一生の健康をカバーする活動である。こうした整理は過去の中国の人口政策からみて特に矛盾はないが、リプロダクティブヘルスの内容として優生に関連する部分は国際的にも大変微妙であり、日本国内でも政策として取られていないので「リプロダクティブヘルス」というタイトルでそれを含めてしまうことは論議を呼ぶところである。したがって、今回中間評価の協議議事録にプロジェクトで実施する家庭保健活動は「優生」に関わる内容に波及しないことを改めて確認した次第である。

家庭保健という言葉の定義に関する問題であるが、プロジェクトの内容と実施方法に係わることであり、日中間に誤解があったところと思われるので専門家の立場として詳しく述べたい。前項に言う「受精の瞬間から死ぬまで」の人の一生の健康をカバーする活動を中国側は漠然と「家庭保健」と言ってきた。それでは家庭保健は具体的に誰を対象に、どのような場で、何をするのかについて中国側は必ずしも明らかにしていない。家庭保健の用語は国際的に用いられているのと異なる意味に用いているようにも受け取ることができ、日本側は大いに混乱した経緯があった。その理由の 1 つとして国家計生委は生殖に関わる部分以外の母子保健、思春期保健、中高年保健についての経験が乏しいことによると考えられる。そもそも英語で言う「Family Health」とは診療所をベースとした疾病予防および初期医療を含む活動を指しており、アメリカで言う PC (Primary Care) にほぼ相当する。これと対比して WHO で言う PHC (Primary Health Care) はフィールド活動を中心として、地域の利用可能な資源をすべて取り入れ、地域保健活動として展開する意味合いで使われている。

中国側の説明でようやく理解したところであるが、彼らが実行したいモデルは下図のように整理できよう。日本では生殖保健(狭義のリプロダクティブヘルス)は母子保健に含まれるが、中国では国策としての人口政策があるために両者は分離され、所轄官庁も別である。国家計生委では PHC をはじめ PC、そして高度医療も合わせて実施してきた。しかしながら、母子保健、思春期保健、中高年保健の 3 分野については国家計生委からすればほとんど手つかずの状態であったと言えよう。これらの分野は本来衛生部系統の所轄であるが、衛生部系統の末端組織(サービスステーションなど)が脆弱なため事実上放置されている地域が少なくない。



サービスを受けられない住民は特に中西部の農村地域において顕著である。なぜそうなったかと言えば、国家計生委系統のサービス組織は早い時期から整備されたのに比べると衛生部系統はいわば後発部隊であり、現在でもその状態が継続していると言えよう。したがって、末端組織では国家計生委系統のほうが充実している一方、母子保健、思春期保健、中高年保健の 3 分野は行政管轄としては衛生部系統であるというねじれ現象がおきている。そこに政策転換を図ろうとしている国家計生委系統の進出の余地がでてきたのであり、国務院からこの度お墨付きを得た次第である。ただし、地域によって衛生部系統がしっかりやっているので、県レベルでサービスが行き届かない場合において衛生部は予防保健分野に限り計生系統に活動許可を与えているのが現状である。計生委はすでに活動許可を得ているサービスステーションに対して従来の看板として掲げている「計生育サービスセンター」から「家庭保健サービスセンター」に掛け替えるよう積極的に働きかけている。

国家計生委はインフラ整備のために中西部の市・県・郷の行政レベルに応じた「家庭保健サービスセンター」の設計図を用意しており、財政的に困難なところには補助金を提供していると聞く。建物のインフラ整備という面では自ら積極的に対応しているように見受けられる。問題となるのはむしろ運営面・活動面に関わるソフトウェアである。先に示した図のなかで生殖保健を一応母子保健に含めてこれを最重点としており、次いで中高年保健、思春期保健の順に 3 分野の優先順位を決めている。そして活動内容を健康教育、健康カウンセリング、健康診断を中心とした活動を合わせていわゆる 3×3 項目と表現している。しかし伝統的にやってきた生殖保健の分野ではかなり高度の医療も行うことができる。一方各サービスセンターの安定経営のためにある程度の財政基盤の確保も視野に入れている。生殖保健分野についてはすでに一定収入があるが、ニーズ面からみると先細りである。他の分野については活動内容のノウハウが乏しく、財政収入の目途もたっていない。

以上の状況の中で国家計生委は今後 5 ないし 10 年の間かなり緊迫した状況が続くものと思われる。いずれ大きな転機が

訪れると予期されるが、どのような活動体制に転換するにせよ間違いなく言えることは末端を含む膨大なネットワークは残るであろうし、ヘルスサービス機能の重要な役割を果たして行くであろう。この先をにらんだうえで、本プロジェクトの残された短い期間に最優先に実施すべき課題について提案したい。

プロジェクトは人材育成を通しての技術移転である。中国側が希求しているのは「サービスセンター」レベルの活動形態と運営方法である。いわゆる3×3項目を順調に立ち上げるには中国の県レベルの保健計画とサービスセンターレベルの活動計画の作成が必要である。暗中模索の中国にとっては1980年代日本において高齢化社会が意識されはじめ、保健医療の分野では母子保健から老人保健に移行しつつある時期の活動形態が参考となろう。当時においては母子保健のなかに思春期保健が重要テーマとして浮上ったことが思い出される。特にそのころの二次医療圏レベルの地域保健計画や保健所単位の保健所活動計画をひな形に中国版を設計してみるのはいかに役立つはずである。国立保健医療科学院は地域保健計画や保健所活動計画に関する専門家派遣が可能であるし、本邦の集団研修においても講義・実習のプログラムを提供することができる。さらに中国側から数ヶ月程度の研修が可能ならリーダー的存在の方を派遣して頂くことができれば大いに実効があるものと思われる。

中国の人口政策の転換は大局的にみれば歓迎すべきことであると考ええる。現在窮状にある保健サービス活動に転機を与えることができる技術を持っているのはおそらく現在の日本の専門家であろう。なぜならば中国の現在欠けている技術は日本が1980年に磨き上げたものであり、それを経験した保健技術者は現在リーダー的立場にいる人たちである。

5-3. 団長所感

他団員の報告と一部重複する部分もあるが、中間評価を行うに際して理解しておくべき本案件の状況として、ひとつはプロジェクト名にも使われている「家庭保健」の概念設計が中国国内の事情等により未だに確定し切れていない状況のもと、概念整理を先行させるべきという考え方(主に日本側)と国内の諸事情もあり広範なプロジェクト対象地域における実質的な活動をいち早く推進したいという中国側の意向とが並存してきていることが挙げられる。二点目として、本案件は中国側のオーナーシップの強さが特に顕著であり、これは自立発展性という観点からは望ましいことである一方で、事業計画・実施のプロセスにおいて日本人専門家の意向やアイデアが常に中国側から採用されるわけではなく、日中関係者の考え方を一致させるために双方が多大なエネルギーを必要とする場面が見られる点が挙げられる(日中関係者が北京市と太倉市に離れて執務している点も無縁ではない)。

また、本案件はその協力期間や専門家体制に比べて取り組むべき課題・地域が広範にわたっており、事業を一定のスピード感をもって進めていこうとすると日中双方の関係者に相当のプレッシャーがかかる点も理解しておかなければならない。今回の評価調査はそうした状況を日中双方が認識し、また今後より効果的・効率的に事業を展開していくための道筋を日中双方で確認できたという点で、大きな意味を持つものであり、それぞれの立場で日々真摯に活動に取り組んでおられる日中双方関係者の引き続きのご努力によりプロジェクト目標の達成に向かって推移していくものと考えられる。

また今回の評価調査結果のひとつとして特筆すべき点として、今後のプロジェクト活動の方向性に関する議論を通じて、「家庭保健」の概念整理を日中双方の関係者で推進する結果となったことが挙げられる。これは当初中間評価調査の成果として企図したものではなかったが、主として国立保健医療科学院より参団いただいた林先生のご助言により成し得たものであり、今後国家人口・計画生育委員会が様々な事業を推進していく際にも貴重な成果であったと思われる。

