

中華人民共和国
家庭保健を通じた感染症予防等
健康教育強化プロジェクト
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成 22 年 10 月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
中華人民共和国事務所

中国事
JR
10-11

中華人民共和国
家庭保健を通じた感染症予防等
健康教育強化プロジェクト
詳細計画策定調査・実施協議報告書

平成 22 年 10 月
(2010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

1979年の改革開放以降、中華人民共和国（以下、「中国」と記す）の社会経済は急速に発展を遂げ、人々の生活レベルも改善したものの、沿岸部と地方の国内格差は著しく、特に中西部の農村地域での健康水準は低レベルにとどまっています。近年では、法定感染症（HIV/AIDS、鳥インフルエンザ、肝炎、手足口病等）の罹患率・死亡率の上昇のみならず、生活習慣を原因とする慢性疾患（高血圧、糖尿病等）の罹患率も高まっており、農村地域における予防対策の強化が課題となっています。

中国国家人口・計画生育委員会（以下、「国家人口計生委」あるいは「計生委」と記す）は、県・郷・村の各行政レベルにおいて末端まで有する強固なサービスネットワークを活用し、衛生部門・婦女連合会・教育部門等と連携して、農村地域における予防医療に重点的に取り組んできました。特に中西部20省を対象に実施した「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」（2006～2009年）では、母子・中高年・思春期の各ターゲットグループに対し、健康教育・健康検査・健康相談の3種類のサービスを提供するという「家庭保健サービス」の概念を確立し、地域の家庭保健サービスセンターを通して農村地域の住民の健康増進に寄与してきました。しかしながら、現場におけるこのような家庭保健サービスの実践にはなお多くの課題が残されており、サービスの体系・規範化と末端スタッフの能力強化が求められています。

このような状況下、2009年度要望調査において、新規案件「家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト」がわが国に対して要請されました。同プロジェクトでは家庭保健サービスの質の向上と普及拡大が焦点となっています。今般の詳細計画策定調査はこのような中国政府からの技術協力要請に基づき実施したものです。

本報告書では、2010年7月に実施した詳細計画策定調査の結果、並びにその後の実施協議の結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの展開に活用されることを願うものです。ここに、本調査にご協力を頂いた内外の関係者の方々に深い謝意を表するとともに、プロジェクトの発展に向けて、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成22年10月

独立行政法人国際協力機構
中華人民共和国事務所長 山浦 信幸

目 次

序 文

目 次

地 図

写 真

略語一覧

事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
第2章 詳細計画策定調査結果	6
2-1 団長総括	6
2-2 家庭保健サービスの現状	7
2-3 家庭保健サービスの課題・強化されるべき点	17
2-4 プロジェクト・サイクル・マネジメント (PCM) ワークショップ結果概要	19
2-5 簡易アンケート調査結果	34
2-6 国家人口計生委との協議内容	40
2-7 プロジェクト実施上の留意点	51
2-8 他ドナーとの協議内容	52
第3章 課題と提言	54
3-1 保健医療の観点から (林団員)	54
3-2 地域家庭保健計画の観点から (兵井団員)	55
3-3 公衆衛生の観点から (吉本団員)	57
第4章 実施協議結果	59
4-1 実施協議の経緯	59
4-2 実施協議結果	59
付属資料	
1. 詳細計画策定調査協議議事録 (M/M) (和文・中文)	71
2. 討議議事録 (R/D) 及び付属協議議事録 (M/M) (和文・中文)	117

地 図



※赤丸印のある上記5省はプロジェクト対象候補省であり、これら5省から4省が対象省となる。

< 基本情報 >

	河北省	安徽省	湖北省	河南省	四川省	合計/全国平均
人口 (万人)	6,943	6,118	5,699	9,360	8,127	36,247 (合計)
農村人口 (%)	59.7	61.3	55.7	65.7	64.4	55.1 (全国平均)
地級市・区数	11	17	13	17	21	79 (合計)
県級市・県数	172	105	102	159	181	719 (合計)
郷鎮数	1,961	1,269	943	1,889	4,409	10,471 (合計)
医師数 (1,000人当たり)	1.54	1.09	1.50	1.13	1.37	1.57 (全国平均)
出生率 (%)	13.33	12.75	9.19	11.26	9.21	12.10 (全国平均)
死亡率 (‰)	6.78	6.40	5.96	6.32	6.29	6.93 (全国平均)

写 真



河南省にある家庭保健センターの様子
(健康教育用に住民向け展示スペースを有する)



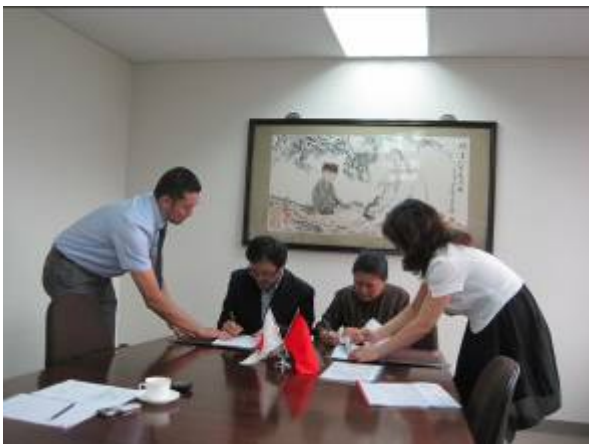
家庭保健センターで健康診断を受診する住民
(バスを借用して集団検診に訪れた)



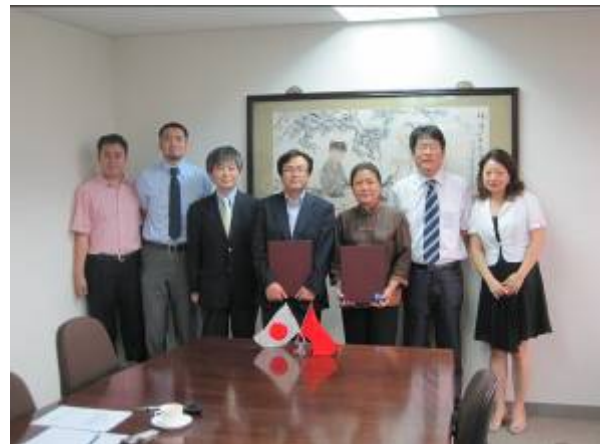
PCMワークショップの様子



PCMワークショップに参加した調査団員
及び中国側専門家



詳細計画策定調査ミニッツ署名の様子
(左：調査団長、右：国際合作司司長代理)



調査団メンバー

略 語 一 覧

略語	正式名	日本語
CDC	Center for Disease Control and Prevention	疾病予防コントロールセンター
C/P	Counterpart	カウンターパート（技術協力の相手）
CTC	China Training Center of Reproductive Health and Family Care	中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群
IUD	Intra-vuterine Device	子宮内避妊器具
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
M/M	Minutes of Meetings	ミニッツ（協議議事録）
M&S	Monitoring and Supervision	モニタリング及び監督管理
NPFPC	National Population and Family Planning Comission of China	中国国家人口・計画生育委員会
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント（計画立案・実施・評価の一連のサイクル）
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operation	活動計画
R/D	Record of Discussion	討議議事録
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome	重症急性呼吸器症候群
STD	Sexually Transmitted Diseases	性感染症
TOT	Training of Trainers	トレーニング・オブ・トレーナーズ
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金

事業事前評価表

1. 案件名

家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト
Project for Strengthening of Health Education for Prevention of
Infectious Diseases through Family Health

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、地域住民の健康ニーズに適切に対応するため、「家庭」を中心に据えた形で、公衆衛生サービスの提供を補完・強化することをめざしたプロジェクトである。具体的には、中華人民共和国（以下、「中国」と記す）中西部地域4省のパイロット地区において、①家庭保健サービス¹の規範（理念・概念・内容・基準等）の整備、②地域家庭保健計画策定能力の強化、③関連人材の実施能力（管理・技術面）の向上、④住民の参加・健康意識の向上を行うことにより、地域のニーズに即した家庭保健サービスのモデル確立を目的とする。

(2) 協力期間

2011年1月～2016年1月まで（5年間）

(3) 協力総額（日本側）

約5億5,000万円

(4) 協力相手先機関

中国国家人口・計画生育委員会（National Population and Family Planning Commission of China : NPFPC）（以下、「国家人口計生委」、あるいは「計生委」と記す）

(5) 国内協力機関

国立保健医療科学院

(6) 裨益対象者及び規模、等

- 国家人口計生委、省・市・県人口計生委（局）、市・県家庭保健サービスセンター（計画生育サービスセンター）、郷・鎮計画生育サービス所、村計画生育サービス室（規模として詳細な数字ではないが、1省当たり6,000～1万人程度の従事者がいる）
- パイロット地区の地域住民（12カ所、約480万人以上）

¹ 家庭保健サービス：母子・中高年・思春期の各ターゲットグループに対し、健康教育・健康検査・健康相談の3種類のサービスを提供するもの。

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状及び問題点

中国政府は1979年以降計画生育政策を実施しており、国家人口計生委のネットワークである計生系統は、その実施機関として同政策の普及と具体的実施に取り組んできた。政策実施から30年が経過し、出生率が目標に沿った形で確実に低下する一方、急速な人口の高齢化や男女性比率の歪みが進み、更に経済発展と地域格差拡大に伴って流動人口が急増するなど、人口問題が量的な問題から、質的問題へと変化してきている。

本来、中国国内の行政上の管理部門では、計生系統は計画生育及び狭義のリプロダクティブヘルスを担当し、母子保健など保健・公衆衛生分野は衛生部傘下の衛生系統の管轄下にある。しかしながら、国策として長年、計画生育政策を推進してきた計生系統は末端レベルまでネットワークが整備されているのに対し、衛生系統では特に農村地域での末端組織が脆弱であり、公衆衛生サービスが行き届かない地域が少なくない。

このような人口問題の変化と組織体制の特徴から、国家人口計生委は、従来の計画生育政策の推進・実施に加え、家庭保健サービスや流動人口への対応など役割を拡大・シフトしている。サービス対象も家庭を中心としたすべての人々に拡大する方向性を模索している段階であり、組織の力点の置き方を変更する時期に差し掛かっている。

かかる状況下、JICAでは中西部20省を対象に「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（2006～2009年）」を実施し、家庭保健サービスの概念を確立するとともに、計生委行政官向けの運営管理研修、サービス従事者向けの技術研修を展開し、農村住民の健康増進に取り組んできた。

しかしながら、家庭保健サービスの具体的なサービス項目、範囲・内容、標準技術などの基準は十分規定されておらず、関係者間でも共通認識の形成を難しくしているほか、住民の健康ニーズや地域の健康課題に基づきサービス提供を行う管理能力も発展途上の段階にある。感染症予防や中高年保健など、技術的に新たな分野へ着手する必要性も認められ、家庭保健サービスのモデル構築に対するニーズは高まっている。

本プロジェクトは前述プロジェクトの成果である人的リソース、教材・マニュアル、研修制度、方法論等を最大限活用しつつ、計生委が抱える上記の各課題に対応するべく実施するものである。本プロジェクトにより、家庭保健サービスのモデル構築が進めば、衛生系統との連携により地域の保健予防活動が強化され、農村住民の健康水準の向上につながることを期待される。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

2009年3月に国務院より発出された「医薬衛生体制改革に関する当面の重点実施法案（2009～2011年）の通知」にある改革の5つの柱のうち、「農村部・末端での保健医療サービスシステムの健全化」及び「基本的な公衆衛生サービスの均等化の段階的促進」と整合する。本プロジェクトによる家庭保健サービスを通し、農村部・末端に対する基本的な公衆衛生サービスが公平にいきわたることが期待される。

また、国家人口計生委の政策・計画文書においては、2009年の「総合改革创新体制機制の深化に対する指導意見」や、同年の「人口計画生育サービス機構の改革に対する指導意見」のなかで、計生系統の役割のシフト、家庭を中心とした健康増進に関する意見が明記されており、本プロジェクトの方向性と合致する。

(3) わが国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ（プログラムにおける位置づけ）

本プロジェクトでは、①新型インフルエンザ等突発公衆衛生事件発生時の流動人口も含めた感染症サーベイランス、②日常的な農村住民への感染症予防教育、③妊娠可能年齢女性に対するヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群（Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome : HIV/AIDS）など一部の性感染症検査等において、感染症予防の取り組みが予定されている。本プロジェクトを通し、このような感染症予防を含む家庭保健サービスが強化されれば、公衆衛生体制の改善につながり、感染症対策に資することとなる。したがって、日本政府による「対中国経済協力計画」を踏まえ設定された援助重点分野のうち、「環境問題など地球規模の問題に対処するための協力」における「感染症対策」に合致するものである。

また、地域住民に対する公平な公衆衛生サービスの提供という観点からは、「改革開放支援」における「健全な社会発展の実現」に通じるものである。さらに、2005年の「保健と開発に関するイニシアティブ」に代表されるような保健医療従事者の育成、保健システムの強化、ミレニアム開発目標達成のための取り組みを目標とする日本の取り組みの方向性とも合致する。

4. 協力の枠組み

〔主な項目〕

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

〔プロジェクト目標〕

パイロット地区において、地域のニーズに即した家庭保健サービスモデル²が確立される。

〔指標〕

- ① プロジェクト対象全省で家庭保健サービスの普及に関する行政令が発出される³。
- ② 家庭保健サービスに対する住民満足度が向上する。
- ③ パイロット地区において家庭保健優先課題の解決に影響するリスクファクター（不健康な行動等）が減少する。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

〔上位目標〕

プロジェクト省において、家庭保健サービスを通じて、体系的な保健予防活動が強化される。

² 家庭保健サービスモデル：プロジェクトで整備する規範（サービス項目、範囲・内容、標準技術等の基準）に沿い、地域のニーズに即した質の高い家庭保健サービスを持続的に提供するための仕組み。計画・実施・モニタリングからなる運営管理手法、研修手法、住民啓発手法等から構成される。

³ 行政令の発出：家庭保健サービスモデルの確立は、パイロット地区外へ家庭保健サービスを普及拡大する基本条件となる。普及拡大には省計生委からの行政令の発出が有効であるが、モデル確立の達成度合いが行政令の発出可否に結びつくため、プロジェクト目標の指標に設定する。

[指標]

- ① プロジェクト省において、家庭保健サービスが展開された県のカバー率（XX%以上）。
- ② 国家人口計生委の政策文書で家庭保健サービスに関する文言が明記される⁴。
- ③ プロジェクト省において家庭保健優先課題の解決に影響するリスクファクター（不健康な行動等）が減少する。

(2) 成果（アウトプット）と活動

[成果1]

家庭保健サービスの規範（理念・概念・内容・基準等）が整備される。

[指標]

- 1-1. 家庭保健サービス規範及びサービス実用ハンドブック（指南）が国家人口計生委の認可を受ける（国際合作司の文書）。
- 1-2. 家庭保健サービス制度の執行・応用に関する提言（施設・人材の質量認定等）の発出有無。
- 1-3. 拡大交流セミナー回数（8回以上）。

[活動]

- 1-1. 既存のサービス実用ハンドブック（指南）等の分析を行う。
- 1-2. 家庭保健サービスの理念を確定し、関連概念を整備する。
- 1-3. 家庭保健サービスに関する各級サービス施設のサービス内容及び技術基準を制定する。
- 1-4. 各級サービス施設の人的資源、機材、施設に関する標準を規定する。
- 1-5. 家庭保健サービスの運営管理制度を整備する。
- 1-6. 上記を踏まえ、サービス実用ハンドブック（指南）を作成・改訂する。
- 1-7. 上記ハンドブック（指南）を用いて、家庭保健サービスの規範を普及する。
- 1-8. 家庭保健ファイル（電子版）を構築する。
- 1-9. 家庭保健サービス規範・実用ハンドブック（指南）の普及状況に対するモニタリングを行う。
- 1-10. パイロット地区において、リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度の実施状況に対する分析を行う。
- 1-11. パイロット地区において、家庭保健サービスの制度の執行・応用に関する提言（機構・人材の資格認定等）を行う。
- 1-12. 全国規模の拡大交流セミナーを実施し、経験・教訓を共有する。

⁴ 国家人口計生委の政策文書：本プロジェクトが成果を生み出せば、計生委の将来方向性に大きな影響を与え、その役割や業務所掌等において家庭保健サービスを国策として採用する可能性がある。上位目標ではパイロット地区外への普及拡大をめざしているが、普及拡大を着実に遂行するためには、国家レベルでの政策的バックアップが不可欠となる。そのため、上位目標の指標として、国家レベルでの政策文書における家庭保健サービスの明記を設定する。

[成果2]

パイロット地区において地域家庭保健計画策定能力が強化される。

[指標]

- 2-1. 指導者グループ及びプロジェクトオフィス設置に関する行政文書が全パイロット地区で発出される。
- 2-2. 全パイロット地区で調査・分析結果に基づく地域家庭保健計画（中期）が策定される。
- 2-3. 全パイロット地区で調査・分析結果に基づく年次実施計画が策定される。

[活動]

- 2-1. パイロット地区を選定する。
- 2-2. パイロット地区の属する各級政府の統括的な指導の下、関係機関（衛生、教育、民政、婦女連合会等）から構成される指導者グループを設置する。
- 2-3. 指導者グループの下にプロジェクトオフィスを設置する。
- 2-4. パイロット地区が属する市（地区）内の各県の計画生育サービス施設の基礎情報を収集・分析する。
- 2-5. パイロット地区が属する市（地区）内の各県の社会経済情報（所得、産業等）、保健医療情報（疾病・死亡統計）を関連分野の統計年鑑により収集・分析する。
- 2-6. 住民ニーズ（家庭の衛生環境、生活習慣、健康知識、受診行動等に関するアセスメント）のサンプル調査を行う。
- 2-7. 市（地区）の全体平均及び周辺県との比較検討により、パイロット地区の家庭保健優先課題を特定する。
- 2-8. 指導者グループが地域家庭保健計画を策定する。
- 2-9. プロジェクトオフィスが家庭保健サービスの年次実施計画を策定する。
- 2-10. 定期的にサービスの質・インパクトを（日本の関連調査を参考にして）評価する。
- 2-11. 上記2-4～2-6に対するエンドライン調査を行う。

[成果3]

家庭保健サービスに従事する人材の実施能力（管理・技術面）が向上する。

[指標]

- 3-1. 一定の研修効果（知識・スキル・伝達能力）を満たした従事者の割合（80%以上）。
- 3-2. パイロット地区から質の高いモニタリング報告書（分析的、明瞭解析）の割合が増加する。
- 3-3. 健康教育・健康検査・健康相談において基準を満たすサービス従事者の割合が増加する。

[活動]

- 3-1. 家庭保健サービスの規範に沿い、県級サービス従事者に対する研修ニーズのアセスメントを行う。
- 3-2. 運営管理方法及び技術研修の計画を策定し、研修教材を作成する。
- 3-3. 行政官及び県級サービス施設長に対し、運営管理方法の研修を行う。
- 3-4. 県級サービス従事者に対し、技術研修〔トレーニング・オブ・トレーナーズ（Training of Trainers : TOT）〕を行う。
- 3-5. 県級サービス従事者が郷鎮以下のサービス従事者に対して伝達講習を行う。

- 3-6. 国家・省級専門家に対し、疫学調査・研究能力向上のための研修を行う。
- 3-7. 上記3-3～3-6の各研修に関する研修効果を測定する（自己評価、受講者による講師・内容評価等）。
- 3-8. 上記2-9の年次実施計画に沿い、家庭保健サービス（健康教育、健康検査、健康相談）を提供し、年次計画を実施する。
- 3-9. サービス活動及び従事者に対するモニタリング及び監督管理（Monitoring and Supervision : M&S）を定期的に行う。
- 3-10. 上記3-9に対するモニタリング監視を行う。

[成果4]

家庭保健サービスに対する住民の参加意識及び健康意識が向上する。

[指標]

- 4-1. 政府及び関係機関の家庭保健サービスへの参加度が増加する。
- 4-2. 参加意識・健康意識が向上した住民の割合が増加する。

[活動]

- 4-1. 各級政府及び関連部門に対するアドボカシー活動を行う。
- 4-2. 家庭保健サービスに関する多様な広報・宣伝活動（コンテスト、健康まつり、家庭訪問、キャンペーン等）を行う。
- 4-3. 住民向け家庭保健冊子、教材、及び、関連ツールを作成する。

(3) 投入（インプット）

1) 日本側（総額 約5億5,000万円）

- 長期専門家（チーフアドバイザー、地域保健、業務調整/研修計画）
- 短期専門家（健康教育・診断・相談、調査方法・疫学、医療人類・社会学、地域保健計画、生活習慣病/中高年保健、モニタリング・評価、研修教授・指導法、保健情報システム、医療政策、ヘルスプロモーション、その他）
- 資機材（車両、PC、プリンター、コピー機、プロジェクター、デジタルカメラ、ビデオカメラ、宣伝教育用機材、研修用資機材、検診用資機材）
- 必要経費（プロジェクト活動経費、長期専門家執務室運営経費、アシスタント備上経費、ローカルコンサルタント委託費）

2) 中国側

- カウンターパート（Counterpart : C/P）人員の配置（中央、省、市・県の各レベル）
- 資機材（研修用資機材、検診用資機材）
- 必要経費〔車両維持管理費・保険料・燃料代、プロジェクト活動経費、長期専門家執務室関連経費（電気代、水道代など）、C/Pの旅費・日当〕

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

[前提条件]

家庭保健サービスに対する他機関からの反対が生じない。

[成果達成のための外部条件]

関係機関との協力・調整に支障が生じない。

パイロット地区の住民に家庭保健サービスが受け入れられる。

[プロジェクト目標達成のための外部条件]

研修を受けた人材が継続的にプロジェクトに参画する。

[上位目標達成のための外部条件]

国家人口計生委の家庭保健サービスに関する政策及び実施体制が大きく変更しない。

5. 評価5項目による評価結果

(1) 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

- 上記3.(2)に記載したとおり、2009年に打ち出された制度改革の柱である「農村部・末端での保健医療サービスシステムの健全化」及び「基本的な公衆衛生サービスの均等化の段階的促進」に対し、本プロジェクトを通じた計生系統による家庭保健サービスの促進は、衛生系統のサービスシステムを補完し、医療資源の最大活用に大きく貢献し得るものになると判断する。
- 家庭保健サービスでは、これまで計画生育の対象としてきた出産可能年齢の女性を主な対象としており、計生系統の強みを十分に生かすアプローチとなっている。一般的に女性、特に一家の主婦は、子どもや高齢者などすべての家族の健康に最も関心があり、食事の改善、衛生的な習慣の定着などの取り組みに大きな役割を果たすことができるため、主婦を中心に据えた家庭保健サービスは、家族の健康の増進に有効と判断する。
- 中国で公衆衛生の公益性を再認識させた重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS）のアウトブレイクや、世界的に懸念が広がっている鳥インフルエンザなど新興・再興感染症の発生により、昨今、感染症サーベイランスの強化や突発公衆衛生事件への対応能力が強く求められている。国家人口計生委は、國務院所属各省庁のなかで唯一、流動人口関連の専門部署となる「流動人口管理サービス司」を有しており、全20数省において「流動人口処」を設置して、居住地を主とした居住地・戸籍地共同管理サービスを提供している。そのため、流動人口に対する計画生育、リプロダクティブヘルス、家庭保健等各種サービスの提供に加え、突発公衆衛生事件の発生時には、流動人口や帰省先の農村部での感染症予防及びサーベイランスを行うことができる。したがって、本プロジェクトは日本政府の対中国政府開発援助（Official Development Assistance : ODA）重点分野である「感染症対策」と整合するものである。
- パイロット地区（12カ所）の選定基準として、ある程度のインパクトを与える人口規模（40万人以上）を有することや、経済・社会・地理的特性において一定の代表性を有すること、異なる条件下にある地域をバランスよく選定することなどが予定されており、将来的な普及に向け、汎用性あるモデルの確立が期待される。

(2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性が十分に期待できる。

- プロジェクト目標設定である「家庭保健サービスモデルの確立」とは、地域のニーズに即した質の高い家庭保健サービスを持続的に提供するための仕組みづくりを指しており、家庭保健サービスの規範整備（成果1）、地域家庭保健計画策定能力の強化（成果2）、関連人材の実施能力（管理・技術面）の向上（成果3）、住民の参加・健康意識の向上（成果4）の4点につき、総合的に取り組む必要がある。家庭保健サービスは比較的新しいサービス形態であり、国家統一基準となるサービス規範は制定途上の段階にある。現場でのサービス提供を混乱なく、円滑かつ効果的に進めるため、まず成果1への取り組みを通じ、家庭保健サービスに対し、関係者が共通理解を形成することが出発点となる。また、規範に沿った実際のサービス提供に際しては、計画策定能力と実施能力（管理・技術面）の双方を強化し、運営管理手法や研修手法の習得を促すことがモデル確立のために不可欠となる。さらに、サービス提供側が能力を身に付け、体制を整備したとしても、サービスの受け手となる住民側に参加する意欲、あるいは健康に対する意識がなければ、サービスの持続的な質向上はなし得ない。そのため、成果4を通じ、地域住民の意識を高め、サービスに対する需要（デマンド）を醸成していくことが肝要となる。これら成果1～4のコンポーネントをサイクルとしてとらえ、段階的に推進していけば、家庭保健サービスモデルの確立を達成することが十分見込まれる。
- 他方、医薬衛生体制改革の主な担い手である衛生部と、国家人口計生委の国レベルの協調については、両者の管轄権限に対する強い意識のため、現在のところ難しい状況にある。そのため、プロジェクトの成果（モデル確立）が保健医療サービスと有効にリンクし、相乗的な効果を上げることは確約されていない。しかしながら、省以下の実務的なレベルにおいて、両者の協調は既に行われている状況であるので、本プロジェクトを通じ、両システムの協調を更に促進し、公衆衛生サービスにおける家庭保健サービスの補完性や有効性を示すことが、プロジェクトの有効性を高めるうえで重要となる。また、協調の過渡期においては、段階を踏んで機能強化を図ることが重要であり、本プロジェクトにおいては、まず、予防活動の技術的支援に集中し、臨床的治療手法には基本的には立ち入らないことを確認することが肝要である。

(3) 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

- 本プロジェクトは、「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（2006～2009年）」のモデル省であった河南省を対象省に含めたことにより、前プロジェクトとの継続性を担保し、人的リソース、教材・マニュアル等成果物、研修制度、方法論等において、十分に前プロジェクトの成果を生かすことができる。
- 計生系統はこれまで30年以上にわたり、計画生育業務遂行のために発展させてきた大規模な県・郷鎮・村の3級ネットワークを有している。特に、村レベルのサービス員は全体で120万人（郷鎮以上は51万人）と非常に裾野の広いネットワークを展開しており、農村

部でのネットワークは、衛生系統のネットワークより整備されている。本プロジェクトを通し、こうしたネットワークを活用することは、国の重要課題の解決に大きく貢献する可能性がある。

- 計生系統の強い組織力、意思決定伝達システムをもってすれば、プロジェクトの効果的な運営は可能と判断する。サービス従事者の能力向上のための研修やOJTに関し、カスケード方式でも十分にその効果を発揮できるものと判断される。
- 国家人口計生委から表明されたローカルコストへの部分的負担の意向、省・市・県政府からの財政負担について前向きな意見が聞かれたことより、中国側のローカルコスト負担が大きいものと期待され、活動を行うための投入が十分確保されることが期待される。
- 外部条件である「(省レベル以下の) 関係機関との協力・調整に支障が生じない」「パイロット地区の住民に家庭保健サービスが受け入れられる」において、プロジェクト内での十分なコミュニケーション、広報宣伝活動を盛り込んだことにより、外部条件を満たす可能性は高い。
- コミュニティレベルでの住民の参加、健康意識向上のため、青年海外協力隊派遣と本プロジェクトとの連携を視野に入れており、効果的に成果4（住民の参加・健康意識向上）を達成することが期待できる。

(4) インパクト

本プロジェクトは、以下の点において正のインパクトが見込まれる。

- 上位目標で設定したとおり、家庭保健サービスを省内に円滑に普及していくためには、国家人口計生委による政策的バックアップと安定した実施体制の維持が必要となるが、今後しばらくの期間、特に急激な政策・体制変更は予定されておらず、外部条件が満たされる可能性は高い。
- プロジェクトで確立する家庭保健サービスモデルを衛生系統による保健医療サービスと有機的にリンクさせ、上位目標にある体系的な保健予防活動の強化に結びつけるためには、両系統の協調・連携を維持することが求められる。省以下の実務レベルでは日常的に連携メカニズムが存在するため、既存の仕組みを活用し、プロジェクトで意識的に両系統の連携を促進することに加え、国レベルでの対話を心がけることで、上位目標は効果的に達成される見込みが高い。
- 家庭という広範な範囲をカバーすることで、社会的な便益が高い。また、突発公衆衛生事件の対応を強化するという観点においても、その社会的な便益が高い。
- 農村女性の婦人科疾病の罹患率は非常に高いため、本プロジェクトの実施により、農村女性の健康検査や健康教育が進めば、女性の健康水準の向上、生活の質改善へとつながる可能性がある。また、農村女性を通じ、貧困層や少数民族など社会的弱者を対象とした健康増進や生活の質向上を図ることも可能であり、貧困、ジェンダー面での正のインパクトが予測される。

(5) 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、以下の理由で高いと予測される。

- プロジェクト期間が終了するまでに、プロジェクト対象全省で家庭保健サービス普及に関する行政令の発出をめざしていることにより、省内における家庭保健サービスの更なる拡大が期待できる。
- 本プロジェクトの結果に基づき、国家人口計生委は、家庭保健サービスを政策に反映させることを視野に入れている。このことは、国レベルにおいて家族保健サービスの普及のみならず、家庭を単位とした生涯にわたる包括的な地域保健サービス供給体制の確立が期待されることから、自立発展性が見込まれる。
- 各級実施機関のオーナーシップとコミットメントは高いため、プロジェクト終了後も継続して家庭保健サービスの提供を展開することが期待される。
- 上記5.(3)に記載のとおり、中国側のローカルコスト負担の可能性が高いことに加え、地方政府のコミットメントが強く、財政負担において既に実績を有している地域もみられることから、プロジェクト終了後も家庭保健サービスの持続的な提供のために予算が確保されるものと期待される。
- 技術面の普及メカニズムは既存の施設・制度を利用したものであることから汎用性が高く、拡大可能性が見込まれる。ただし、衛生系統との連携をめざし、計生系統の意図、役割を明確に示すことを怠りなく行うことが本プロジェクトの自立発展性における大きな要因になると思われる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

貧困・ジェンダー・環境等において特に負のインパクトは予測されていない。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

(1) 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（2006年4月～2009年3月）

1) 規範化の重要性

家庭保健サービスは中国において新しい概念であるが、いまだ、各級ごとのサービス項目、内容と基準といった詳細を示すサービス規範ができておらず、統一性、具体性に欠けている。そのため、本件では、持続的に家庭保健サービスを展開するための規範づくりを成果の1つに設定して取り組むこととした。

2) モニタリング能力の強化

家庭保健サービスの質担保のためには、計画立案・実施・評価のマネジメントサイクルを通じてサービスの改善を繰り返して行くことが求められる。前プロジェクトでは、特に計画立案段階における研修に重点を置いたが、今後は、適切な評価を実施するための指標の設定やデータ管理等、モニタリング能力を強化するとともに、モニタリングシステムを構築する取り組みが必要であり、本件において運営管理能力の強化をコンポーネントに含めることとした。

3) 思春期保健及び中高年保健分野の今後の展開

家庭保健における現在の思春期保健分野の活動内容は、生殖に関連した内容にフォーカスされている。今後は、思春期保健の概念を広げ、思春期において学ぶ必要のある健康に関する問題を包括的に扱った内容や、学校保健との協同によるアプローチを取り入れるな

ど、新たな展開と発展が求められる。中高年保健分野に関しても、少子高齢化社会の到来に備え、疾病予防及び健康増進に焦点を置き、個々の健康行動を促すための健康教育・検査・相談に関する体制を整備していくことが望まれる。これらを踏まえ、規範整備において、家庭保健サービスの内容・範囲を改めて見直す取り組みを活動に含めることとした。

(2) 貴州省道真県・雷山県住民参加型総合貧困対策モデルプロジェクト（2005年11月～2010年3月）

本プロジェクトは、貧困緩和のために効果的なアプローチを示すためのモデルづくりプロジェクトであったが、このモデルを拡大していくための規範や仕組みづくりが持続可能な発展には重要であることが教訓として挙げられている。そのため、本件では、規範整備を成果に設定するとともに、運営管理手法をモデルの要素に取り入れ、仕組み構築に注力するデザインとした。

8. 今後の評価計画

中間レビュー：プロジェクト開始後2年半後（2013年6月ごろ）

終了時評価：プロジェクト終了の半年前（2015年6月ごろ）

事後評価（予定）：プロジェクト終了の3年後（2019年1月ごろ）

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

1979年の改革開放以降、中華人民共和国（以下、「中国」と記す）の社会経済は急速に発展を遂げ、人々の生活レベルも改善したものの、沿岸部と地方の国内格差は著しく、特に中西部の農村地域での健康水準は低レベルにとどまっている。近年では、法定感染症（HIV/AIDS、鳥インフルエンザ、肝炎、手足口病等）の罹患率・死亡率の上昇のみならず、生活習慣を原因とする慢性疾患（高血圧、糖尿病等）の罹患率も高まっており、農村地域における予防対策の強化が課題となっている。また、中国では「農民工」と呼ばれる1億2,700万人の流動人口（平均6カ月以上の戸籍登録地外滞在人口）を抱えている。これらの人々は健康知識に乏しく、経済的理由から保健医療サービスへのアクセスも限られるため、重大感染症の高リスク群と認識されており、流動人口へのアプローチも課題となっている。

NPFPC（以下、「国家人口計生委」、あるいは「計生委」と記す）は、県・郷・村の各行政レベルにおいて末端まで有する強固なサービスネットワークを活用し、衛生部門・婦女連合会・教育部門等と連携して、農村地域における予防医療に重点的に取り組んできた。特に中西部20省を対象に実施した「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」（2006～2009年）では、母子・中高年・思春期の各ターゲットグループに対し、健康教育・健康検査・健康相談の3種類のサービスを提供するという「家庭保健サービス」の概念を確立し、地域の家庭保健サービスセンターを通して農村地域の住民の健康増進に寄与してきた。しかしながら、現場におけるこのような家庭保健サービスの実践にはなお多くの課題が残されており、サービスの体系・規範化と末端スタッフの能力強化が求められている。

このような状況下、2009年度要望調査において、新規案件「家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト」がわが国に対して要請された。同プロジェクトでは家庭保健サービスの質の向上と普及拡大が焦点となっている。プロジェクトを通して疾病一次予防の仕組みを確立することで、患者発見が促進されるとともに、住民による健康知識の習得や健康増進活動が進み、予防面での公衆衛生サービスの改善につながることを期待される。なお、計生委では家族健康記録の作成・管理、家族計画の指導、セルフケア意識の醸成、生活習慣改善指導等を行う専門職として、「家庭計画指導師」の設置を予定しており、同プロジェクトにおいて、専門資格制度の構築を推進することも期待されている。

今般、JICAは同プロジェクトの準備のため、詳細計画策定調査を実施した。本調査では、①既存資料の整理と分析、②計生委や関連ドナー機関への質問票及び聞き取り調査、③省計生委（対象地域候補の中西部4省）への現場訪問と関係者への聞き取り調査、④プロジェクト関係者を対象としたプロジェクト・サイクル・マネジメント（Project Cycle Management : PCM）ワークショップを行い、評価5項目の観点から情報を整理・分析して事業事前評価表（案）を作成した。

また、整理・分析した結果に基づき、プロジェクトの協力枠組み（目標、対象範囲、成果、活動、投入、指標等）について詳細検討するとともに、プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix : PDM）（案）、活動計画（Plan of Operation : PO）（案）、実施体制図（案）を作成し、わが国側と中国側の双方負担事項について先方政府と合意することを目的とした。

上記を整理すると、調査目的は以下の4項目に集約される。

- (1) 既存資料の収集、プロジェクト関係者への質問票及び聞き取り調査、PCMワークショップ

等を行い、情報を整理・分析する。同結果に基づき、プロジェクトの協力枠組み（目標、対象範囲、成果、活動、投入、指標等）について検討し、先方政府と協議する。

- (2) 上記の協議結果に従い、PDM（案）、PO（案）、実施体制図（案）を作成し、双方の負担事項やプロジェクト実施上の留意点、プロジェクト開始までに双方で必要な作業等につき協議する。
- (3) 評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）に沿い、プロジェクトの事前評価を行う。
- (4) 協議結果を合意文書〔ミニッツ（Minutes of Meetings：M/M）〕にまとめ、先方政府と署名交換を行う。

1-2 調査団の構成

本調査団は以下のとおり7名で構成した。

氏名	担当分野	所属先	派遣期間
加藤 誠治	総括／団長	JICA 人間開発部 保健第三課 企画役	7/7～19
林 謙治	保健医療	国立保健医療科学院長	7/11～17
兵井 伸行	地域保健計画	国立保健医療科学院 国際協力室長	7/10～19
吉本 美紀	公衆衛生	社会福祉法人 七野会「老人保健介護施設ライブリィきぬかけ」 職員	7/10～17
小田 遼太郎	協力企画	JICA 中国事務所員	7/7～19
劉然	業務調整	JICA 中国事務所 ナショナルスタッフ（保健医療班）	7/11～19
興津 暁子	評価分析	株式会社 タック・インターナショナル 主任研究員	6/28～19

1-3 調査日程

本調査団は2010年6月28日～7月19日まで、以下の日程にて執り行った。

月日	曜	省	活動	宿泊
6/28	月	北京	<興津>移動（MU536/14：40福岡発→18：15北京着）	北京
6/29	火		<ul style="list-style-type: none"> • 国家人口計生委インタビュー（国際合作司）（9：30～） 	北京
6/30	水		<ul style="list-style-type: none"> • 国家人口計生委インタビュー（弁公庁・宣伝教育司・科学技術司・人事司・科学技術研究所）（9：00～） • 国連人口基金（UNFPA）中国事務所インタビュー（14：00～） 移動（CA1579/17：10北京発→18：50合肥着）	合肥
7/1	木	安徽省	<ul style="list-style-type: none"> • 安徽省人口計生委インタビュー 移動（合肥→銅陸県） <ul style="list-style-type: none"> • 銅陸県計画生育サービスステーション訪問 	銅陸
7/2	金	安徽省	<ul style="list-style-type: none"> • 安徽省関係者インタビュー 移動（銅陸県→合肥）	合肥

7/3	土		移動（列車/合肥→武漢）	武漢
7/4	日		資料整理	武漢
7/5	月	湖北省	<ul style="list-style-type: none"> 湖北省人口計生委インタビュー 移動（武漢→安陸市） <ul style="list-style-type: none"> 安陸市計画生育サービスステーション訪問 	安陸
7/6	火		<ul style="list-style-type: none"> 湖北省関係者インタビュー 移動（安陸市→武漢）	武漢
7/7	水		<興津>移動（列車/武漢→鄭州） <加藤>移動（JL023/9：30羽田発→12：35北京着） <加藤、小田>移動（CA1481/14：40北京発→16：10鄭州着）	鄭州
7/8	木	河南省	移動（鄭州→荊陽市） <ul style="list-style-type: none"> 河南省人口計生委インタビュー 荊陽市家庭保健センター訪問 河南省関係者インタビュー 	荊陽
7/9	金		移動（荊陽市→鄭州） 移動（CZ3471/14：00鄭州発→15：45成都着）	簡陽
7/10	土		<兵井>移動（JL023/9：30羽田発→12：35北京着） <吉本>移動（NH159/10：00関西発→12：15北京着） <兵井、吉本>移動（CA4116/15：00北京発→17：40成都着） <ul style="list-style-type: none"> PCMワークショップファシリテーター事前講習 	簡陽
7/11	日	四川省	移動（成都→簡陽市） <ul style="list-style-type: none"> 簡陽市計画生育サービスステーション訪問 四川省関係者インタビュー <林>移動（NH1285/10：30羽田発→13：20北京着） <林、劉然>移動（CA1407/16：00北京発→18：45成都着）	簡陽
7/12	月		<ul style="list-style-type: none"> PCMワークショップ（問題分析、目的分析） 	簡陽
7/13	火		<ul style="list-style-type: none"> PCMワークショップ（目的分析、関係者分析） 中国側専門家との協議 	簡陽
7/14	水		移動（CZ6162/12：20成都発→14：50北京着） <ul style="list-style-type: none"> 団内協議、M/M案作成 	北京
7/15	木		<ul style="list-style-type: none"> C/P協議 	北京
7/16	金		<ul style="list-style-type: none"> C/P協議 	北京
7/17	土	北京	<ul style="list-style-type: none"> 団内協議、M/M案作成 <林>移動（NH1286/15：45北京発→20：15羽田着） <吉本>移動（NH160/14：20北京発→18：20関西着）	北京
7/18	日		<ul style="list-style-type: none"> M/M案作成 	北京
7/19	月		<興津>移動（MU535/8：50北京発→13：40福岡着） <ul style="list-style-type: none"> M/M署名 在中国日本国大使館&JICA中国事務所報告 <加藤、兵井>移動（JL024/16：40北京発→21：00羽田着）	—

1-4 主要面談者

(1) 計生委関係者

1) 国家人口計生委

熊 煌	弁公庁 処長
羅 邁	宣伝教育司性別総合治理弁公室 主任
顧法明	宣伝教育司宣伝教育処 処長
朱堯耿	人事司教育処 副処長
汝小美	国際合作司 司長代理
宋 冰	国際合作司 副処長

2) 河南省人口計生委関係者

王勇軍	河南省人口計生委人事処 処長
許輝華	河南省人口計生委科学技術処 処長
余 薇	河南省人口計生委科学技術処 副処長
王明霞	河南省人口計生委国際合作処 副処長
趙宏偉	河南省鄭州市人口計生委 副主任
李国珍	河南省鄭州市人口計生委科学技術処 処長
黒東亮	河南省荊陽市人口計生委 主任
劉玉琴	河南省荊陽市人口計生委 副主任
張寅慧	河南省荊陽市家庭保健センター 副ステーション長

3) 安徽省人口計生委関係者

趙 東	安徽省人口計生委科学技術処 処長
林 茵	安徽省合肥市蜀山区人口計生委 主任
馬建軍	安徽省合肥市肥東県計画生育サービスステーション ステーション長

4) 湖北省人口計生委関係者

鄧亦工	湖北省人口計生委科学技術処 調研員
江伝貴	湖北省松滋市人口計生局 局長
胡承遠	湖北省安陸市計画生育サービスステーション ステーション長

5) 四川省人口計生委関係者

欧力生	四川省人口計生委 副主任
楊 莉	四川省人口計生委科学技術処 副処長
熊 鷹	四川省人口計生委科学技術処 主任研究員
譚德奎	四川省簡陽市人口計生局 局長
魏運順	四川省簡陽市計画生育サービスステーション ステーション長
林家聡	四川省成都市龍泉駅区計画生育サービスステーション ステーション長

(2) 中国側専門家

呉尚純	国家人口計生委科学技術研究所 研究員
温 勇	南京人口管理干部学院 教授
鄒 燕	国家計生委科学技術研究所女性臨床研究室 主任
王 坤	甘肅省人口計生委發展企画処 処長

丁 明	雲南省人口計生委 処長
周建芳	南京人口管理干部学院 副教授
梁 穎	中国人口発展研究センター 編集者
房莉杰	中国社会科学院社会学所社会政策研究室 助理研究員
徐玉明	雲南省羅平県衛生局 副局長
何 楊	重慶市人口計生科学技術研究院 助理研究員

(3) 日本側関係者

若林 健吾	在中国日本国大使館 一等書記官 (当時)
柴田 拓己	在中国日本国大使館 一等書記官

(4) その他関係者

馮明杰	河南省荊陽市人民政府 副書記
王春曉	河南省荊陽市人民政府 副市長
李篠麗	四川省簡陽市人民政府 副市長
Mariam Khan	国連人口基金 (UNFPA) 中国事務所 副所長
彭 炯	国連人口基金 (UNFPA) 中国事務所 助理代表

第2章 詳細計画策定調査結果

2-1 団長総括

(1) プロジェクトの意義

＜計画生育 ⇒ 生殖健康 ⇒ 家庭保健へ＞

中国では、1979年から実施している計画生育政策に関して、出生率が目標に沿った形で確実に低下する一方、急速な人口の高齢化や男女性比率の歪み、経済発展と農村部との地域格差拡大に従って、流動人口が増加するなど、人口問題が量的な問題から質的な問題へと変化してきている。一方、農村地域では衛生部門が脆弱なため、公共衛生サービスが行き届かない地域が少なくない。

そのため、中国政府は、農村部・末端に対する基本的な公衆衛生サービスを公平にいきわたらせるため、「医薬衛生体制改革に関する当面の重点実施法案（2009～2011年）の通知」の改革5本柱のうち「農村部・末端での保健医療サービスシステムの健全化」及び「基本的な公衆衛生サービスの均等化の段階的促進」（2009年3月に国務院より発出）という政策を打ち出している。

計生委においても、2009年の「総合改革創新体制機制の深化に対する指導意見」や、2009年の「人口計画生育サービス機構の改革に対する指導意見」のなかで、計生系統の役割のシフト、すなわち家庭を中心とした健康増進に関する意見が明記されている。

計生系統はこれまで30年以上にわたり、計画生育業務遂行のために発展させてきた大規模な県・郷鎮・村の3級ネットワークを有している。特に、村レベルのサービス員は全体で120万人（郷鎮以上は51万人）と非常に裾野の広いネットワークを展開しており、農村部でのネットワークは、衛生系統のネットワークより整備されている。

したがって、国家人口計生委は、いわゆる「一人っ子政策」の収束も視野に入れ、家庭保健サービスや流動人口への対応などへ役割を拡大・シフトし、サービス対象も家庭を中心としたすべての人々に拡大していく方向性を模索している段階であり、従来の組織・政策の転換点に差し掛かっているといえる。

一方、今回調査対象とした県・市級の市長レベルからも、近年行政は保健衛生分野でさまざまなプロジェクトを行ってきたが、いまだ住民のニーズと地方行政が提供しているサービスにまだギャップがある旨の発言が相次いだ。普通選挙が実施されていない中国の体制において、地方政府から「住民サービスの充実」「住民本位の質の高いサービスの提供」という政策目標が掲げられていることは興味深いものがあるが、これは上記の国家レベルでの政策認識と軌を一にするものといえる。

こうしたことから、本プロジェクトの目的・活動の意義、必要性は極めて高いものと判断している。

(2) 感染症対策への取り組み

計生系統と衛生系統は、SARS発生時の防圧、コントロールに係る協働作業を県、郷鎮レベルで実施している。郷鎮、農村部では衛生部のみでの体制では十分でなく、計生系統との協働作業が必要なのが現実である。

現実の体制から、新興感染症等感染症サーベイランスは現状の衛生系統では不十分であり、

計生系統の農村部での活動の質・領域拡大の充実が、課題である流動人口層も含めた感染症サーベイランスの向上に寄与すると判断される。

本プロジェクトにおいては、家庭保健サービスの活動の1つである思春期若年層を対象とした健康教育で、HIV/AIDSを含めた性感染症（Sexually Transmitted Diseases：STD）等の啓発活動が予定されている。さらに、家庭保健サービス活動の1つ、妊娠可能年齢女性及び妊産婦の健康相談・検査において、HIV/AIDSを含めた血液検査のスクリーニングも予定されている。

中国では、公衆衛生の公益性を再認識させたSARSのアウトブレイクや、世界的に懸念が広がっている鳥インフルエンザなどの発生により、昨今、感染症サーベイランスの強化や突発公衆衛生事件への対応能力が強く求められている。

国家人口計生委は、流動人口分野において國務院所属各省庁のなかで唯一「流動人口管理サービス司」を有しており、全20数省において「流動人口処」を設置して、「居住地を主とした居住地・戸籍地共同管理サービス」を提供しており、流動人口に対する計画生育、リプロダクティブヘルス、家庭保健等各種サービスの提供に加え、突発公衆衛生事件の発生時には、流動人口や帰省先の農村部での感染症予防及びサーベイランスを行うことができる。

したがって、本プロジェクトは日本政府の対中国ODA重点分野である「感染症対策」と整合するものである。

(3) 計生系統と衛生系統の連携について

現在の中国における農村部を含めた地域レベルでの公衆衛生の改善のためには、両系統の連携が必要不可欠である一方、いわゆる縦割り行政の弊害が懸念される場所である。

しかし、中国各省においては、10大疾病に関する指導者グループによる検討会（計生系統含む）が年2回開催されている由であり、また、県級レベルで専門家グループ会合（両系統、民政、労働系統等含む）が常設され、日常的に計生系統と衛生系統の連携が今次調査で確認されたことから、プロジェクトの円滑な実施に支障ないと判断している。

2-2 家庭保健サービスの現状

本詳細計画策定調査の現地調査においては、安徽省（銅陵県）、湖北省（安陸市）、河南省（荊陽市）、四川省（簡陽市）の4省4県（安陸市、荊陽市、簡陽市は、「市」となっているが、レベルとしては「県」レベルであり、上位に「市」が存在する）を訪問し、家庭保健サービスの現状視察及び聞き取り調査を行った。省（県）ごとの調査結果は以下のとおり。

表 2-1 省と県（市）の概略

省/県（市）名	概 略
安徽省	安徽省は17の市、107の区・県（うち県は75）、1,300の郷・鎮、2万の村からなっており、省の人口は6,800万人程度、1つの郷の人口は6~7万人、1つの村の人口は2,000人程度である。妊娠可能人口は1,000万、新生児は年間80万程度。北の地域は平野で人口が多い。南は山岳地帯で人口も北より割的に少ない。郷・鎮レベルのサービスステーションには4~5人が従事、ただし、北部の人口の多い地域では、6~10名のスタッフが従事している。村のサービス室には基本1名のスタッフが常駐。

銅陵県	銅陵県（人口29万人）は、前プロジェクトの拡大県であり、2008年より同県において家庭保健サービスの提供を始めた。銅陵県で一番力を入れているのが思春期教育であり、実施計画・目標を策定し、実施方案をつくり、また、指導者グループを組織して具体的な業務を行っている。
湖北省	省の面積は、18万5,900km ² 、人口6,010万人、13の市と103の県を有する。コメを生産し、観光資源にも恵まれた土地。計生系統の施設には、1,032のサービスステーションがあり、市・県級のサービスステーションは111カ所、郷級のサービスステーションは921カ所である。こうした計生系統の施設の100%が衛生系統からの営業許可書を有し、90%のサービスステーションが医療営業許可書を有している。71の県クラスのサービスステーションは、省クラスの計画生育の質の高いステーションとして表彰されている。45の郷クラスのステーションは、ベスト100に入った。 全省の計生系統で働く従事者は6,402名、うち5,037名が技術者である。県レベルは2,184名、うち82.4%が技術者である。郷レベルの従事者は4,218名、うち77.4%が技術者である。
安陸市	2008年の上半期に安陸市が拡大県となったことにより、県の家庭保健センターがサービス提供拠点として活動を開始。指導者グループが結成され指導にあたっているほか、県政府は150万元のローカルコスト負担を行いサポートしている。
河南省	河南省の人口は、7月11日をもって1億人に到達したと推定されている。18行政都市と158の県を有する規模の大きな省。
荊陽市	荊陽市は、前プロジェクトサイトのモデル県として家庭保健サービスを展開しており、既に4年が経過している。2010年3月に荊陽市において拡大セミナーを行い、48の県レベルの指導者、160名の関係者が参加した。
四川省	四川省の人口は8,725万人に達しており、21の市と181の県を有する。イ族、チベット族、チャン族などの少数民族を抱えるほか、流動人口も多く、重大感染症のリスク地域と認識されている。
簡陽市	55の郷、830の村を含む人口144万人の市。妊娠可能年齢の女性は38万人、既婚者は26万人である。簡陽市は、家庭保健サービスの拡大地域であり、同市家庭保健センターは、国家人口計画委が認定する優質基準に達した優良センターである。

(1) 家庭保健サービスの進捗状況

1) 家庭保健サービス拡大に対する行政からのサポート

調査の対象となったどの県（または県レベルの市）においても、県レベル、省レベルにおいて関係各機関からなる指導者グループが形成され、実施計画を策定し、定期的な会合をもって情報交換を行うなど、積極的に家庭保健サービスの運営・管理に努めている。河南省荊陽市は前プロジェクトのモデル県であったため、家庭保健サービス提供の経験が他の県より長い。そのため荊陽市では、省レベルの行政令が発出され、家庭保健サービスの拡大が進められている。また、どの県（または県レベルの市）においても、上位の市や県レベル政府が、施設や機材整備のための予算を確保し、施設の建て替え及び各施設に必要な機材を配置し、サ

ービスを広げるための努力をしている。

また、家庭保健の将来性を見据える行政側の認識として特に重要と思われるものを、四川省簡陽市の市長から聞くことができた。当市長の意見には、単に家庭保健サービスへの行政からのサポートのみならず、家庭保健サービスと衛生系統が提供する公衆衛生サービスが互いに補完しあう存在であることの認識が強く示された。同市長が、家庭保健サービスを中国の「医薬衛生体制改革」のなかに位置づけ、家庭保健サービスの機構そのものが公衆衛生の枠のなかにあると認識している点は、これからの家庭保健サービスの方向性を決めていく指導者として重要となる認識であろう。

2) 家庭保健サービスセンターの機能強化

家庭保健サービスが導入された時期と同時期に、どの県の家庭保健サービスセンターにおいても、その施設・機材の強化を県（市）政府からの財政サポートで行っている。特に、安陸市、荊陽市、簡陽市の家庭保健サービスセンターは、施設・機材ともに大変充実している。どの県（県レベルの市）レベルの家庭保健センターも同じような状況であるので、安陸市の家庭保健サービスセンターを例にとり、強化の過程を記す。

- 2,000万元の投資をして県レベル家庭保健サービスセンターの施設を向上させた。改築工事によって、床面積6,000km²、検査室、治療室、リハビリ室を整備したのみならず、講義室、健康教育を兼ねた待合室、青少年のための視聴覚機材を備えた情報室など、機能的で高い水準のセンターとなった。
- 機構改革（県と郷の一体化した管理）に従い、安陸県家庭保健センターは、郷やそれ以下の級に対する技術サービスセンターとなった。県レベルの政府が、郷・鎮レベルの人事管理、財務管理を一括して行えるようになり、資源の活用面でその効率性が向上した。
- 人材養成制度を設け、学歴取得のサポート、技術研修のサポートを積極的に行ってきた。センターの人材養成に関しては、省レベルの医療機関での研修を受けさせており、既に100名が研修を受けた。学歴取得サポートに関しては、既に28名が更なる学歴取得を果たしている。学術活動にも積極的に参加している。
- 同センターでは、医療営業許可、母子保健事業の営業許可等を取得し、2008年1月には、新型農村合作医療のサービス提供機関としての認定を受けることができたため、患者数が確実に増加している。

3) 母子保健分野のサービス

母子保健分野の教育・検査・相談サービスに関しては、どの県の家庭保健サービスセンターにおいても大変活発に行われており、その検査種類も増える一方であることが確認された。母子保健・リプロダクティブヘルス分野は、従来の計生委のマンデートであるため、彼らにとって技術力の向上、機材・施設の整備は大きな困難を伴わず、サービスの範囲を拡大することが比較的容易である。衛生系統からの営業許可も比較的取りやすく、サービスの拡大と提供が最もやりやすい分野といえる。ほとんどの家庭保健サービスセンターには入院施設があり、高度な技術を要しない婦人科疾患の治療については、衛生系統の病院にリファーすることなく、センターで入院治療を行っている。特に現在、各センターで関心が高いのが、子宮頸ガン及び乳腺ガンの検査と治療であり、そのための検査機器をどのセンターでも保有している。こうした疾病に特化した検査や治療について、料金を課しているセンターがほとんどであり、かなりの収入を得ている。例を挙げると、安陸市の家庭保健サービスセンターの

収入は全体800万円の予算のうち、500万元が自己収入である。

こうした母子保健分野のサービスのどこまでを家庭保健サービスの範疇とするのかという線引きについては、いまだ明確にされておらず、これに関して明確に答えられる関係者はいない状況である。今後、規範の設定などで、母子保健分野における家庭保健サービスの範囲を決めていく作業をしない限り、母子保健分野の拡大に家庭保健サービスが引っ張られ、理念や目的が薄れていく可能性もあり留意を要する。

<銅陵県>

- 計生委のサービスの範囲の婦人科検診（妊産婦検診、特定疾患の検診など）、子宮内避妊器具（Intra-uterine Device：IUD）の装着などの育成サービスを行っている。この県レベルサービスステーションでは、計生委からの許可、母子保健所からの許可、衛生系統からの医療許可の3種類の許可を有している。避妊に関しては、全サービスが無料、治療に関しては、一部のサービスが有料、手術類に関しては、料金体系は設定されているが患者から料金は徴収しない。別の財源から賄われている。
- 新生児の健康にも力を入れており、先天性異常を防ぐために、妊娠前に葉酸を配布し、指導を行っている。

注）銅陵県においては、衛生系統の機関において以下のような母子保健活動を行っているが、計生系統の活動が重複していることが分かる。この母子保健の分野は、衛生系統の活動と家庭保健の活動の間でどういう線引きをするのか、または、どういう重なり方をするのかという部分の話し合いが必要であると同時に重要である。例えば、衛生系統においては、流動人口に対してサービスの提供が難しい。その部分に対し計生系統がサービス提供していくことは十分に可能であると思われる。

（衛生系統での母子保健活動）

- 母子保健に関しては、定住人口を対象に、妊婦と3歳未満時に対する無料の検診サービス券を配布して、検診率の向上をめざしている。妊婦に対しては妊婦検診5回分の無料サービス券、3歳未満児に対しては、年に4回の聴力検査、その他の無料サービス券を配布している。これら無料のサービス券は、衛生院、母子保健所、新生児サービス所のどこでも使える。ただし、流動人口に対しては発行していないので、流動人口に対する問題は残ったままである。
- 農村部の妊婦に対し施設分娩奨励金を出して、100%の施設分娩をめざしている。この財政に関しては、県の民政関連の財政から手当てしている。

<安陸市>

- 母子保健の分野でセンターはその機能を強化し、地域の母子保健サービスの提供に寄与している。検査機材も新しく増やし、乳腺ガン、子宮頸ガン検査もできるようになった。その他、治療機材も強化している。安陸市の家庭保健サービスセンターは、衛生局の許可を得て設置された医療・母子保健医療施設であり、新型農村合作医療指定機関になっている。
- HIV/AIDSのスクリーニングや、新生児の先天性異常スクリーニング検査を行い、その検査数は、県内の施設の上位を占める数である。
- 安陸市では、リプロダクティブヘルスに関するパンフレットと無料リプロ健康サービス券を配布した。このリプロ健康サービス券は、一部の検査と治療を無料で受けられ

るようにしたものであり、財源は、市政府予算から出ている。

- 国策である優生検査のモデルサイトの指定を受け、既婚の女性で妊娠前の女性に対し19項目の検診を全員に行った。検診は無料。湖北省のモデルサイトは6県であった。また、ターゲットを絞って子宮頸ガンと乳腺ガンのスクリーニング検査を行っている。
- センターにおける年間の出産数は1,200人に達し、これは県全体のお産の5分の1にあたる。

<荊陽市>

- 2年に1回婦人科検診を行い、累計で9万人に検査を行った。成果として2006年に57%であった婦人科系疾患が2007年には45%に下がった（ただし、この数字の母数が何であるのかなど詳細は不明）。
- IUDの使用者3,450名を対象に検査を行ったところ、650名のIUD使用者が装着から10年以上を経過していることが分かり、IUDの更新を行った。
- 荊陽市においては、衛生系統との協調に重きを置いており、例えば、子宮頸ガンの検査と治療を計生系統独自に担う方向ではなく、計生系統が健康教育を通してニーズを掘り起こし、衛生系統の検査と治療につなげていく方向で進める予定。
- 先天性欠陥に対する公衆衛生面からの介入を進めることを計画している。

<簡陽市>

- 家庭保健サービスセンターにおいて、リプロダクティブヘルス関係の検査に関しては無料で、その他の検査に関しては有料で行っている。妊娠前の既婚女性に関しては、21項目の検診を無料で行っている。
- センターは、計生委からの営業許可、衛生局からの医療営業許可及び都市部職員保険、新型農村合作医療の指定機関となっているため、利用者が増えている。保険加入者は、全体の利用者の80%程度。
- 郷・鎮レベルのサービスステーションでは、家族計画、婦人科検査などのサービス提供に加え、エイズ予防のパンフレット配布や、子宮頸ガン、婦人科疾患に対する啓発を行っている。その他、出生異常に対する介入も行っている。既婚女性に対して、丈夫な子どもを産むための教育や妊娠前の一般的知識について、人口学校などを通じて提供している。
- 村サービス室においては、家族計画・リプロダクティブヘルスに関する情報提供・宣伝、資料の配布を行い、出生記録を取っている。また、出稼ぎの流動人口に対して、計画生育や生活情報の提供を行っている。

4) 思春期保健分野のサービス

現地調査で訪問したどの県（県レベルの市）においても、特に思春期教育が盛んに行われている。以下は県ごとの状況である。ただし、思春期教育の内容としては、リプロダクティブヘルスに関する教育に集中しており、生活習慣に関するものや、栄養、疾病予防に関する健康教育はどの県でもいまだ行われていない。

<銅陵県>

- 銅陵県の家庭保健サービスセンターに、新たに思春期教育・指導のための施設を増設した。衛生・教育部門と連携し、教育教材の開発、テレビ・ラジオでの宣伝を行い、人口学校の施設を利用し健康教育を学生に届けている。高校3校、中学9校が対象で、

学生約2万人を対象に健康教育を行った。必要に応じて、私立病院から研修講師を招いて行うこともある。学生に対するマンツーマンのカウンセリング、電話ホットラインでの相談を提供している。ホットラインについては、これまで100件を超える利用があった。

- 効果として、学校保健のネットワーク構築、健康教育、カウンセリング等の技術が向上し、青少年の性と生殖に関する意識が高まり、住民の満足度が上がった。

<安陸市>

- 活動計画をつくり、思春期を対象に研修を行った。ホットラインも設置し、3,430名の小中学校の生徒を対象に健康診断を行った。

<荊陽市>

- 教育部内で、ワーキンググループを結成し、実施計画をつくった。2006年10月から10校の校長に健康教育の研修を行い、2007年には、市内の学校全部に思春期教育を行った。その際、家庭保健センターの協力を得て、まず教師へのTOTを最初に行い、次に、研修を受けた教師による講習を行った。その結果、学生と教師の間でリプロダクティブヘルスに対する知識が高まった。

<簡陽市>

- 郷・鎮レベルにおいて学校の先生に対するリプロダクティブヘルスに関する教育を行っている。

5) 中高年及び一般住民向けの健康教育・宣伝活動、検査と相談

中高年や一般住民に向けた健康教育・検査・相談は、全体にその目的や方法についてあまり検討されずに活動のみが行われている。中高年向けには計生系統、衛生系統の両方で健康診断を行い、健康ファイルを作成しているが、内容について統一されたファイルとなっていないため、重複しながら1人の個人に対し2つの健康ファイルが作成されている状況である。中高年に対する健康診断についても、何を目的にして、何をどのように検査し診断を行うのか明確な状態ではない。

<銅陵県>

- 街頭での一般住民向けの宣伝活動として血圧測定を行い、ヘルストークなども行う。
- 村の若年層向けに村サービス室に出向いて健康教育を行っている。また、年に1～2回、婦人科検診を村のサービス室に出向いて行っている。
- 銅陵県衛生局においても中高年を対象とした活動を行っている。具体的には、中高年を対象として「健康ファイル」を作成している。これまで10万人の健康ファイルを作成し、7万人の情報が既に電子化されている。この健康ファイルは、2009年9月から開始し、ソフトに関しては外注して作った。目的としては、健康状態の個人情報をもとに病院で使うためのものである。

<安陸市>

- 中高年の全世帯を対象に健康ファイル作りを行っている。ただし、その活用については限定的。

<荊陽市>

- 中高年を対象に健康診断を行い、健康ファイルを作っている。この健康ファイルに関して、衛生系統とのリンクはない。省が基準となる健康ファイルを作り、それを基に

- 市の健康ファイルが作られた。県レベルでは健康ファイルの電子化は限られている。
- 村の中高年に対し、講師を村に送って健康教育を行った。また、人が集まる場所でイベント的に健康相談を行い、ウェブサイトのオンライン相談でも7,000人ほどが利用している。県・郷・鎮のサービス室においても、1対1での健康相談を実施している。

<簡陽市>

- 交通の拠点や市街地にある大型スクリーン等を活用して、宣伝活動を強化している。郷・鎮のサービスステーションでは健康教育DVDを放映し、健康講座にも取り組んでいる。また全市のステーションに健康相談窓口を設置し、専用ホットラインを設けるなど24時間体制でコンサルテーションサービスを提供している。

(2) 下級レベル（郷・鎮、村）へのサービス拡大

調査を行ったどの県（市レベルの県）においても共通していえることは、県から下のレベルへの家庭保健サービスの拡大はあまり進んでいない。郷・鎮レベルのサービスステーションに「家庭保健サービスステーション」の看板はあっても、活動としては極めて限定的であった。理由として考えられる問題の1つは、家庭保健サービスの各級ごとの項目、内容、標準などが明確になっていないため、何を活動として行うのかが明確になっていないためと思われる。

<銅陵県>

- 県レベルの家庭保健サービスセンターが、郷レベル以下に家庭保健サービスを拡大していく責任を負っており、郷レベルのスタッフ向けの研修を行っている。調査団で訪問した郷・鎮レベルのサービスステーションでは、家庭保健サービスの看板を掲げてはいたが、実施にはあまり積極的に活動はされていないように見受けられた。思春期を対象としたホットラインが開設されており、多少の利用があるとの説明であった。村レベルに至っては、ほとんど家庭保健サービスは伝わっていない。

<安陸市>

- 県家庭保健サービスセンターは、郷・鎮レベル、村レベルのサービス員を対象にさまざまな能力強化研修を行っている。村レベルのスタッフには、年に3回のトレーニングを383の村を対象に行った。
- 医薬品に関しても、県内の家庭保健関連の施設に必要量をバルクで一括購入し、価格を抑えることに貢献している。医療廃棄物管理にも力を入れており、この分野で表彰された。
- 郷・鎮レベルの施設の効果を定期的に判定することで、サービスの質の向上に寄与している。（ただし、郷・鎮レベルの施設は訪問できず、家庭保健サービスについての確認はできなかった）

<荊陽市>

- 前プロジェクトのモデル県であったので、省レベルの指導者が育成され、二次研修が行われている。
- 県家庭保健サービスセンターにおいて、下のレベルのサービス員を対象に能力強化研修を行っている。
- 郷・鎮レベルのサービスステーションでは、計画生育・リプロダクティブヘルスに関する

るサービスのほか、健康教育コーナーを設置し、県センターから講師が来て健康教育を実施している。村のサービス室とも連携して健康教育を進めているとの説明であった。

<簡陽市>

- 県家庭保健サービスセンターには、研修を行うための施設が完備されており、郷・鎮レベル、及び村レベルのスタッフを集めて定期的な研修を行っている。また、同センターのスタッフに対する研修は盛んで、毎日、スタッフ向け施設内現任研修がスケジュールを組んで行われている。講師は、同機関の講師のみならず、他の機関から講師を招いて研修を熱心に行っており、センターのサービスの質の向上に努めている。
- 郷・鎮レベル、村レベルの施設においては、やはり計画生育の色彩の強いサービスを行っており、パンフレットなどを通じた健康教育・啓発活動が行われているようであったが、その効果については不明。

(3) サービスステーションの名称・看板

安徽省銅陵県においては県レベル、郷・鎮レベルの計画生育サービスステーションに、計画生育サービスステーションと家庭保健サービスセンターの看板が並べてかけてあった。この家庭保健サービスセンターとして看板を掲げるための許可は誰が出しているのかという質問をしたところ、国家人口計生委に許可を申請し、技術サービス量、スタッフの技術、設備などをみて国家人口計生委が許可を出しているとの説明を受けたが、制度として確立しているとは考えにくい。訪問した他の県（安陸市、荊陽市、簡陽市）においては、県レベルのサービスセンターのみ看板を2つ掲げていたが、郷・鎮レベル以下のサービスステーションでは、「計画生育」の看板のみであった。

河南省においは、荊陽市をモデル市（県レベルの市）とし2010年3月に省内の県を対象に拡大セミナーを開いている。その結果、19の県レベルの計生サービスセンターが、家庭保健サービスセンターとしての看板を掲げている。

(4) リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度

リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度については、2009年に国の制度として承認され、2010年から国家人口計生委と人力資源・社会保障部が共同で実施している資格制度である。この資格については、計生系統のみならず誰でも試験を受けることができる。この制度の目的としては、人事的な差別化というよりは、家庭保健サービスの展開のための土台づくりの方が強い。

しかしながら、本資格制度は2010年上半期に試験が行われたばかりであり、いまだ結果が出ていない状況であるため、資格制度についての詳しい情報は少ない。各県における同認定試験の状況は、以下のとおりである。

<銅陵県>

- 県レベルのTOTのあと、県、郷、村のサービス員に対して研修を行い、140人のサービス員全員がリプロダクティブヘルスカウンセラーの認定に向けて受験している。

<安陸市>

- リプロダクティブヘルスカウンセラーのためのTOTを、県・郷・鎮レベル60名を省の研修施設に送って実施した。また、村レベルのスタッフのうち305人が、リプロダクティ

プヘルスカウンセラーの資格取得のための受験をした（市の予算で25万元を割当て）。

<荊陽市>

- 1年間に8回の研修を開催し、延べ1万5,000人が研修を受けた。そのうち、2,300人が試験申し込みを行い受験した。

(5) 衛生系統との連携

衛生系統との連携に関し、各省及び県にて質問を行った結果は以下のとおり。

<安徽省（銅陵県）>

- 保健計画からの連携については、両者とも県の保健医療の枠組みのなかで、活動を行っている。指導者委員会をつくり、お互いに意見を出し合いながら活動を行っている。
- 保健情報の共有について、人口・出生に関する情報は、衛生局、民政局と月1回紙ベースで共有している。また、インターネット上に情報を出すことで、情報の共有化を図っている。婦人の疾病に関しては、インターネット上に公開しているので、衛生系統はインターネットにアクセスすることで情報を得ることができる。
- 母子保健所と計生委との連携については、インターネットでの情報の公開、及び月に1回フォローアップについてやり取りをしている。

<湖北省（安陸市）>

- 省レベルでは、衛生系統との連携について何も問題がないとの意見であった。特に、人事の面では、両系統の間で人の行き来があり、連携には何ら問題がないとの説明であった。しかしながら、安陸市での実務レベルの行政官に対する聞き取りでは、若干意味合いの違う意見が聞かれた。衛生局からの参加者の業務範囲に対する意見は以下のとおり。

（安陸市衛生局の意見）

- 衛生局は計生委に対し、リプロダクティブヘルスに関する営業許可を出してはいるが、これは、外来のみの治療までを意味し、入院による治療は意味していないはずのもの。衛生系統は、計生系統と同じく3ステップのネットワークを有し、技術面も管理面も計生系統より優れている。
- 衛生局では、省衛生庁長の指導の下今年から全住民の「健康ファイル」を作っているところで、この健康ファイルについては、計生系統の健康ファイルと同じ趣旨のものであり、重複しているほか、住民にとっては混乱の元でしかない。この衛生系統の健康ファイルは、省から1人当たり11元の資金援助、地方政府から4元の資金援助を得て行っている。

（安陸市母子保健所の意見）

- 母子保健所と計生委家庭保健サービスセンターとの統合を要請したらどうかと何度も勧めてきたが、現在のところ、こうした動きは不可能であり、将来的な要望である。衛生系統と計生系統のマンデートとフォーカスについては、1990年代に出された条例308（衛生系統を規定）、条例309（計生系統を規定）によって明確に定められているものの、現実的には、両者のマンデートもフォーカスも一部重複し合う状況。こうした状況ではあるものの、住民にとって良いサービスを両者が推進すればよい。

<河南省（荊陽市）>

- 荊陽市においては、衛生部と共同で5種類の公衆衛生プロジェクトを行っており、関係

は良好であるとの意見が聞かれた。具体的には、計生系統では、子宮頸ガンと乳腺ガンの検査、スクリーニング及び健康教育を行い、衛生系統にリファーをつなげていくことを目的としている。

- 衛生系統からの回答としても、衛生系統、計生系統の間で役割分担に基づき実施しており、両者のフォーカスが違うだけで、目的は同じである。公衆衛生分野で協力して続けていく所存。ただし、いまだ住民ニーズと実際のサービスの間にギャップが存在している。
- 荊陽市政府の指導の下、情報交換のプラットフォームがつくられており、計生、衛生、民政、教育、公安の各機関が月に1回集まって情報交換を行っている。

<四川省（簡陽市）>

- 簡陽市政府が指導し、計生系統のサービスを公衆衛生サービスの一部と位置づけ、具体的には衛生系統と計生系統でつくる健康ファイルについて統一したものを使い、住民に十分裨益するファイル作りとする意向。
- 計生系統の家庭保健サービスの関連部門との連携を強化し、部門間の統合を行い、公衆衛生サービスの系統化を行う。
- SARS発生時に衛生系統のネットワークだけでは対応しきれず、計生系統との連携で対処することができた。計生系統では、特に流動人口に対する検査、サーベイランス、情報伝達など行った。
- HIV/AIDS、他の疾病対策においても衛生系統との連携を取っている。計生系統のネットワークを使って流動人口に対する検査及び衛生系統の医療機関への紹介を行っている。疾病予防コントロールセンター（Center for Disease Control and Prevention：CDC）に対する情報提供や、患者の隔離に対するサポート等を行っている。

(6) モデルの普及・拡大方法

各省が考える本プロジェクトのパイロット県の選定と拡大方法は以下のとおり。パイロット県については成功例を意識するあまり、より良い条件のところを選定する傾向が強い。モデルの汎用性を高めるためには、さまざまな社会経済的な背景をもつ県を代表できる県につき選定することが重要であると思われ、プロジェクト開始後、パイロット県の選定については留意を要する。

<河南省>

- パイロット県については、状況の違う北部、中部、南部からそれぞれ1つ県を選択する。
- 行政的にモデルを普及する。具体的には省から普及のための行政令を出す。
- パイロット県の経験の紹介（セミナー等）、スタディーツアーなどを実施する。
- 拡大にかかる費用は、県行政からと、省からも予算を出す予定である。
- 研修に関しては、科学技術研究所が責任主体となり、必要に応じて指導者を招へいし、研修を行う。
- 機材や交通手段に関しても予算化を行う。現時点においても、婦人対象の機材を整備しているところである。

<湖北省>

- 士気が高いこと。

- 関連機関の協力が良いところ。
- 財政負担ができるところ。
- スタッフが協力的なところ。
- 国レベルのクライテリアにあうところ。例えば、営業許可書の所有率等。
- 住民の意識の高いところ
- 地理的にはあまり変化はないため、地理的条件を考慮する必要はないと思われる。

<河南省>

- 県の士気。
- 計生委の主任、センター長の責任感と能力。
- 計生システムのネットワーク（マンパワー、ハードウェア、技術）などの強さ。
- 現地の衛生部門との良い関係。
- 県関係の心構え（モラルの高さ）。
- 経済的な支援。

2-3 家庭保健サービスの課題・強化されるべき点

現地調査を通じて、家庭保健サービスにおける課題・強化されるべき点が幾つか明確になった。プロジェクトのなかで調査・検討されるべき点を含め、以下に列記する。

(1) 課題・強化されるべき点

1) 家庭保健サービスの規範づくり

家庭保健サービスの3×3の概念は、各省や市・県の関係者の間で広く受け入れられており概念として分かりやすいものであることは確認された。しかしながら、単に「健康教育」「健康検査」「健康相談」といっても、大変幅が広く、項目についてはいくらでも増やしていける性格のものであるので、実際に家庭保健サービスを考えた際、何をどこまで進めるのかといった判断に困っている省や、県も散見された。

家庭保健サービスを地域に合った形で、しかも汎用性高く拡大していくためには、家庭保健サービスの理念と目的、対象者、サービス項目、内容、標準の技術といったものを明確に規定しておく必要がある。今回のプロジェクトのなかで、まず家庭保健サービスの規範づくりから始めることが必要かつ重要であると思われる。

2) 下級レベルのサービスデリバリー機関の強化

現地調査にて確認できたことの1つに、県レベルの家庭保健センターのサービス提供機関としての能力のみならず、研修機関としても能力が大変高いことがある。しかしながら、県から下の郷・鎮及び村レベルの家庭保健サービスの規範が明確でないため、これらの施設の役割、あるべき技術や機材などが明確に示されない結果、サービスについても効果的に提供されている状況とはいえない。今後、郷・鎮レベル、村レベルの家庭保健サービスの目的、役割、項目、内容、技術の標準などを明らかにしつつ、継続した能力強化が行われる必要がある。

3) 活動のモニタリング・評価の強化

現地調査で、一番強く感じられた問題点として、活動のモニタリング・評価の質の低さが挙げられる。活動としてはたくさんの活動がなされているが、その成果が数字としてみえて

いない状況である。問題点は幾つかあると思われるが、まず、モニタリング・評価というものに慣れていないことが挙げられるであろう。計生系統は、これまで家族計画のための避妊や中絶といったサービスを提供し、数字を上げるために集中して活動を進めてきた結果、数と成果、またはヘルスアウトカムに結びつけて考えるという練習がなされてこなかったと考えられる。モニタリング・評価を行うためには、目的と活動との関連性、成果を測るための指標設定など、科学的に物事を考える習慣を身に着ける必要がある。ターゲットの設定、分析、戦略策定、指標設定など、問題解決のための系統だったものの考え方が必要とされる。

4) 衛生系統との連携

現地調査を通じて、現場での計生系統、衛生系統、また他の関連機関との連携について、おおむね良好であり、協調のためのメカニズム（指導者グループ）などの存在も確認することができた。しかしながら、例えば健康ファイルの作成を計生系統、衛生系統で重なる形で行っていたり、また、母子保健分野の検査や治療において、同じ検査・治療を両者が違う料金体系で提供したりと受ける側にとっては混乱を招くような事態も見られた。

四川省簡陽市の市長の言葉にあったように、計生系統のサービスをしっかりと公衆衛生サービスの1つと位置づけ、計生系統と衛生系統が補完しあう形でサービスを提供していけるよう、政府の指導及び両者のコミュニケーションを行うことがプロジェクトの留意事項となる。

5) 中高年への健康増進に関する目標と手段の確立

中高年への健康増進はどこの国でも優先度が低く、なかなか手が回らないのが現状である。中国においても、中高年の健康について何を目標とし、その目標にどうやったら到達できるのか手段がしっかりと考えられないまま、活動だけが走っている印象である。健康ファイルにしても、どの県においても作ってはいるが、その活用に至っては限定的である。理由として、健康ファイルの目的がはっきりしていないため、必要かどうかの判断がつかないデータを集め、そのため使い方も限定的にならざるを得ない。今後、プロジェクトのなかで、こうした中高年への健康増進について、目標づくり、戦略の策定、指標の設定などを行っていくことが期待される。

(2) プロジェクトにおける要調査・検討事項

1) 研修技術及びサービス提供者の技術レベル

今回の現地調査においては、時間の制約があり、現在行われている研修における研修講師の研修技術、またサービス提供者の技術についての詳細な調査はできなかった。しかしながら、関係者からは、こうした技術レベルの面について改善の余地があるという意見が多数聞かれたことより、プロジェクトが開始されたらニーズアセスメントを行い、研修の組み立てに反映させることが望まれる。

2) 県レベル家庭保健サービスセンターの能力アセスメント

現地調査で訪問した各県の家庭保健サービスセンターは、施設設備・機材のどれも充実しており、人材育成にも工夫を凝らした活動が展開されており、サービス提供施設のみならず研修施設としても立派に機能を果たしているとの印象であった。しかしながら、プロジェクトのパイロット県は12カ所に上るため、各県の家庭保健サービスセンターの能力にはばらつきが生じるものと予想される。そのため、各県の家庭保健サービスセンターの施設調査（前

項1)「研修・人材能力アセスメント」も含めて行う)をプロジェクトの開始直後に行うべきと思われる。この研修施設・設備アセスメントを通じて、強化されるべき点を確認し、関係機関の話し合いの下能力強化のプロセスを踏んでいくことが期待される。

3) リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度評価

家庭保健サービス提供者の能力向上、土台づくりを目的としたリプロダクティブヘルスカウンセラー資格制度が始まり、今年上半期に初めての試験が行われた。この資格制度につき、合格者がどの程度出て、その結果、サービスの質にどのように反映できたのか、更に次の段階の資格制度が必要ならば、どのような資格制度なのかといった検討がなされるべきと思われる。

4) 省及び県レベルの計画能力アセスメント

前出の項目(1)3)「モニタリング・評価」に関連するが、省や特に県レベルの保健計画策定及び実施計画策定は、論理に基づく活動づくり、成果の正しい測り方などにつながる部分として重要である。これら省や県レベルの行政官の計画策定能力を測定し、その結果を反映した能力強化研修につなげていくことが重要である。

5) 健康教育能力向上のための継続的な仕組みづくり

家庭保健サービスの3つの項目(健康教育、健康検査、健康相談)の1つである健康教育について、プロジェクト終了後においても、継続的に健康教育のための研修を定期的実施していくための「仕組み」が構築されるべきである。具体的には、研究所や大学と連携を取り、こうした健康教育のためのコースが、県レベルまたは市レベルにおいて、継続的に展開されていかなければならない。プロジェクトでは、こうした仕組み構築のための予算、責任部署、計画などを明らかにしていくことが望まれる。

2-4 プロジェクト・サイクル・マネジメント(PCM)ワークショップ結果概要

本項では詳細計画策定調査において、プロジェクトの主要関係者を招集して実施したPCMワークショップの結果について概要を述べる。

(1) ワークショップ概要

- 1) 実施日時： 2010年7月12～13日(2日間)
- 2) 場 所： 四川省簡陽市
- 3) 参加者： 国家人口計生委 4名、国家人口計生委科学技術研究所 2名
南京人口管理干部学院 2名、その他中国側専門家 6名
調査対象省及び県の関係者 14名
JICA詳細計画策定調査団 7名
モデレーター： 調査団評価分析団員(興津)
副モデレーター： 3名
通 訳： 3名

4) 目 的：

- ① プロジェクトに関係する各ステークホルダーの特徴や、プロジェクト実施における組織・個人がもつ利点や問題点の抽出。
- ② 家庭保健サービス提供に関して、関係各機関による現場が抱える問題についての認識

の共有と各問題の原因を洗い出すための問題分析

③ 目的分析を通じた中国での妥当性の高い解決策・アプローチを探る。

④ 以上をもって、計画の骨子を策定する。

5) 日程：

1日目：7月12日（月）

時 間	内 容
8：30	受付
9：00	開会式
9：15	自己紹介
9：50	プロジェクト概略・調査目的（JICA） ワークショップ趣旨説明（JICA） 現場調査途中結果プレゼンテーション（JICA）
10：50	休憩
11：00	問題分析（全体）
12：00	昼食（調査団はグループ分けをする）
13：00	グループごとに直接原因の分析
15：00	休憩
15：15	グループごとに発表、コメント、質疑応答
16：15	目的分析
17：00	閉会

2日目：7月13日（火）

時 間	内 容
9：00	1日目の作業の復習と2日目の作業の説明
9：15	目的分析のグループワーク
11：00	グループごとに発表、コメント、質疑応答
12：00	昼食
13：00	参加者分析
15：00	PDM案の説明、今後の調査団の作業の説明
16：00	総括・講評

(2) 事前打合せ

PCMワークショップの実施に先立って、7月10日に調査団員、モデレーター、副モデレーター、及び国家人口計生委と事前打合せを行った。目的は、ワークショップのスケジュール確認、役割分担と内容の確認、及び参加者分析の方法につき意見交換を行うことであった。副モデレーターに対しては、スムーズなモデレーションができるよう技術的な復習も行った。

(3) ワークショップ1日目（7月12日）

ワークショップの冒頭、国家人口計生委国際合作司副処長の宋氏より本ワークショップの主旨説明、参加者への積極的な参加を希望する旨のあいさつがあり、続いて、調査団加藤団長より、本調査団の目的、ワークショップへの期待などのあいさつがあった。その後、ワークショップ参加者が自己紹介を行ったあと、実質的なワークショップに入った。

1) 前プロジェクトの概略説明及び詳細計画策定調査の主旨説明

小田団員より「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」（2006～2009年）の概略、及び本件詳細計画策定調査の目的と日程などの説明を行った。

2) 詳細計画策定調査における現地調査の途中結果

興津評価団員より、現地調査の結果につきまとめたものを、最終的なものではないと断ったうえで報告した。この調査結果のまとめを報告することの目的は、問題意識を共有し、参加者の意識をワークショップで取り上げたい問題にフォーカスすることであった。

3) 問題分析

本PCMワークショップでは、参加者分析を最後に行うこととした。理由として、プロジェクトの概要、骨子について全く知識のない関係者に突然参加者分析を求めても、誰が一体プロジェクト関係者なのか明確に分からないため、ある程度プロジェクトの骨子がみえてくるワークショップの最後に行うこととした。そのため、最初に問題分析を行った。

問題分析の方法を説明したあと、自分の地域において家庭保健サービス、及び保健予防活動を実施する際に直面する問題のうち、一番重要な問題と思われるものを1つ、各参加者にカードに書いて出してもらった。因果関係を考慮して問題を整理した結果、①「家庭保健サービスの関連規範が不足している」「家庭保健の理念の理解が乏しい」など、規範や理念に関するグループがまず整理された。この家庭保健サービスの理念と規範に関連するものとして、「政策の欠如」というカードも挙げられたので、規範との因果関係を尋ねたところ、中国では、まず政策をつくるということではなく、モデル事業をある程度動かしたあとで、政策策定につなげていくのが通常であるという説明があった。

次に、②「家庭保健サービスのレベルが低い」というところで、サービス従事者の量と質の問題、財政の問題、機材設備の問題が整理された。次の問題として③「住民の参加意識や健康意識が低い」という家庭保健サービスの受け手側の問題が整理された。そして、これらすべての問題の根底にあるのが、④「ニーズの把握が十分でない」という問題であったので、これを1つ大きな問題として取り上げて問題分析を行うこととした。これら4つの問題の結果として何が問題になっているのかという質問を行い、中心問題を探った。その結果出てきたのが、「ニーズに対する家庭保健サービスが満足に答えられない」というカードが出てきて、これを本件プロジェクトの中心課題とすることで同意が得られた（図2-1参照）。

この問題分析の結果は次ページに示すとおりであるが、直接原因として、①「規範」や「政策」という上流の問題、②「ニーズの把握」という計画策定（管理ツール）における第一歩目の問題、③「サービスの能力強化」という提供側の問題、及び④「住民の意識」という需要側の問題といった具合に、家庭保健サービスの抱える問題が包括的に出てきたことが大変良かった。直接原因に対する問題分析は小グループに分かれて行われたが、大変活発な議論が展開され、長時間の作業にもかかわらず参加者は熱心に分析を行った（図2-2～2-4参照）。

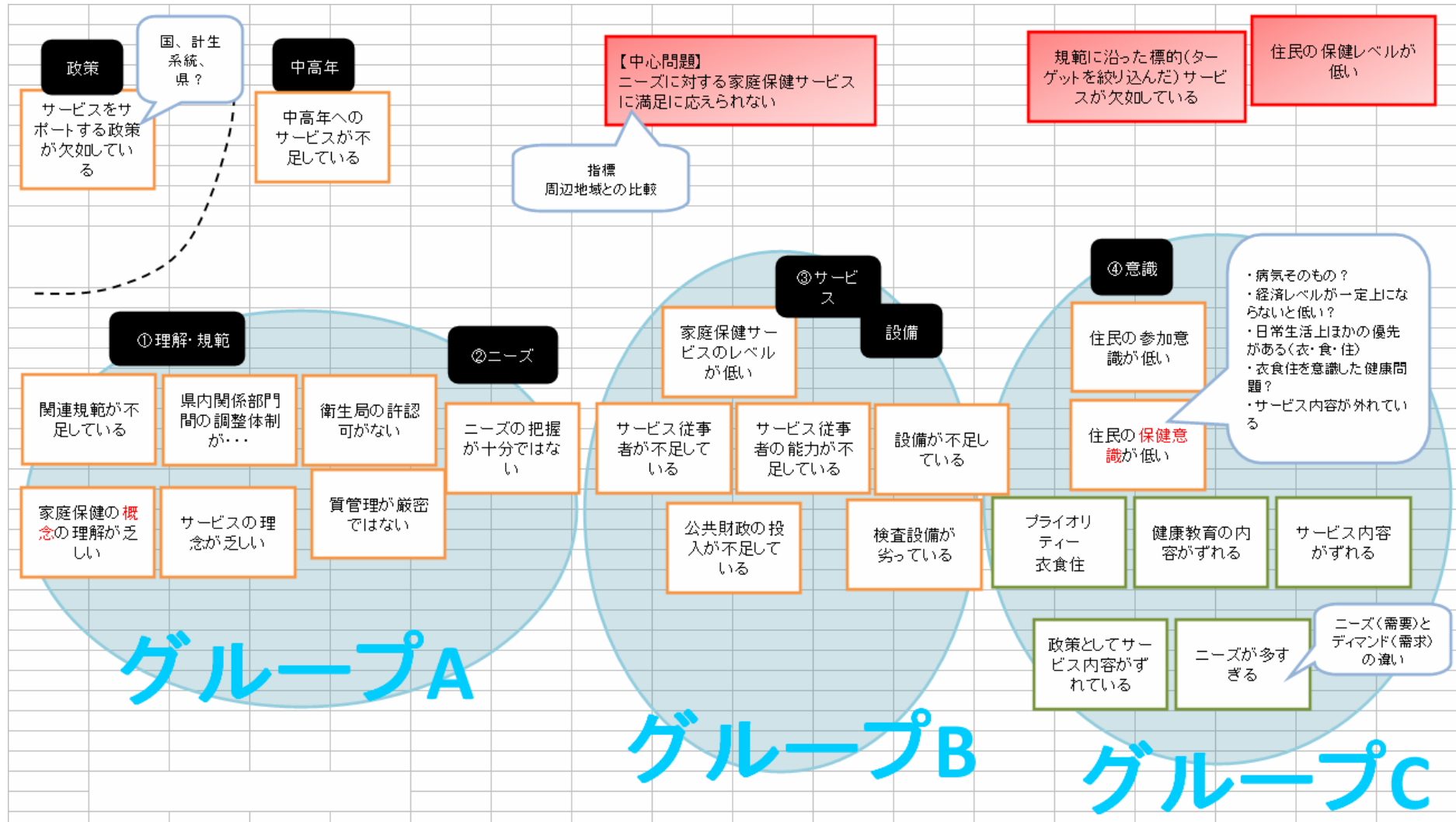


図 2 - 1 問題分析結果 (全体作業)

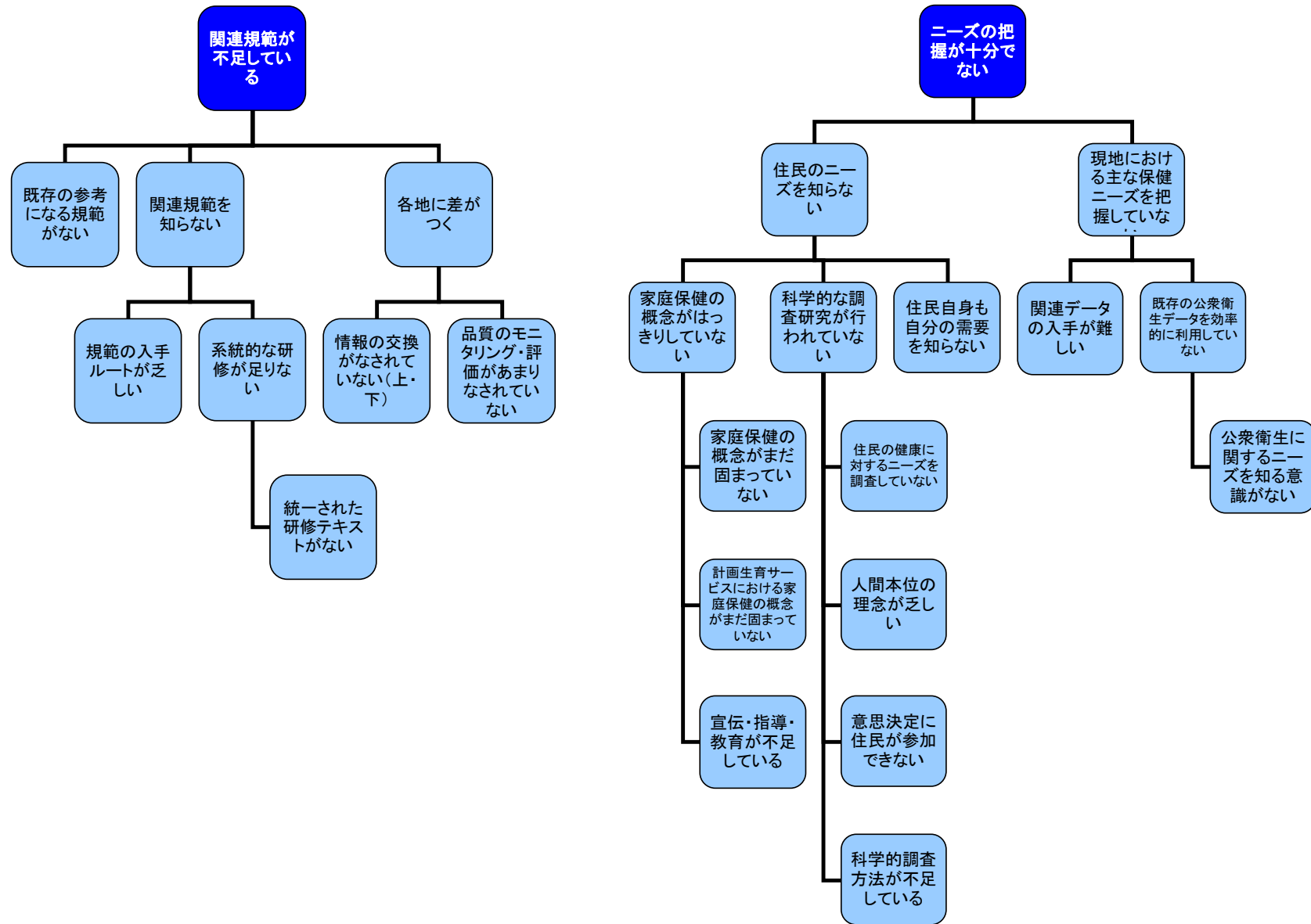


図 2 - 2 問題分析ツリー (グループA : 規範・ニーズ)

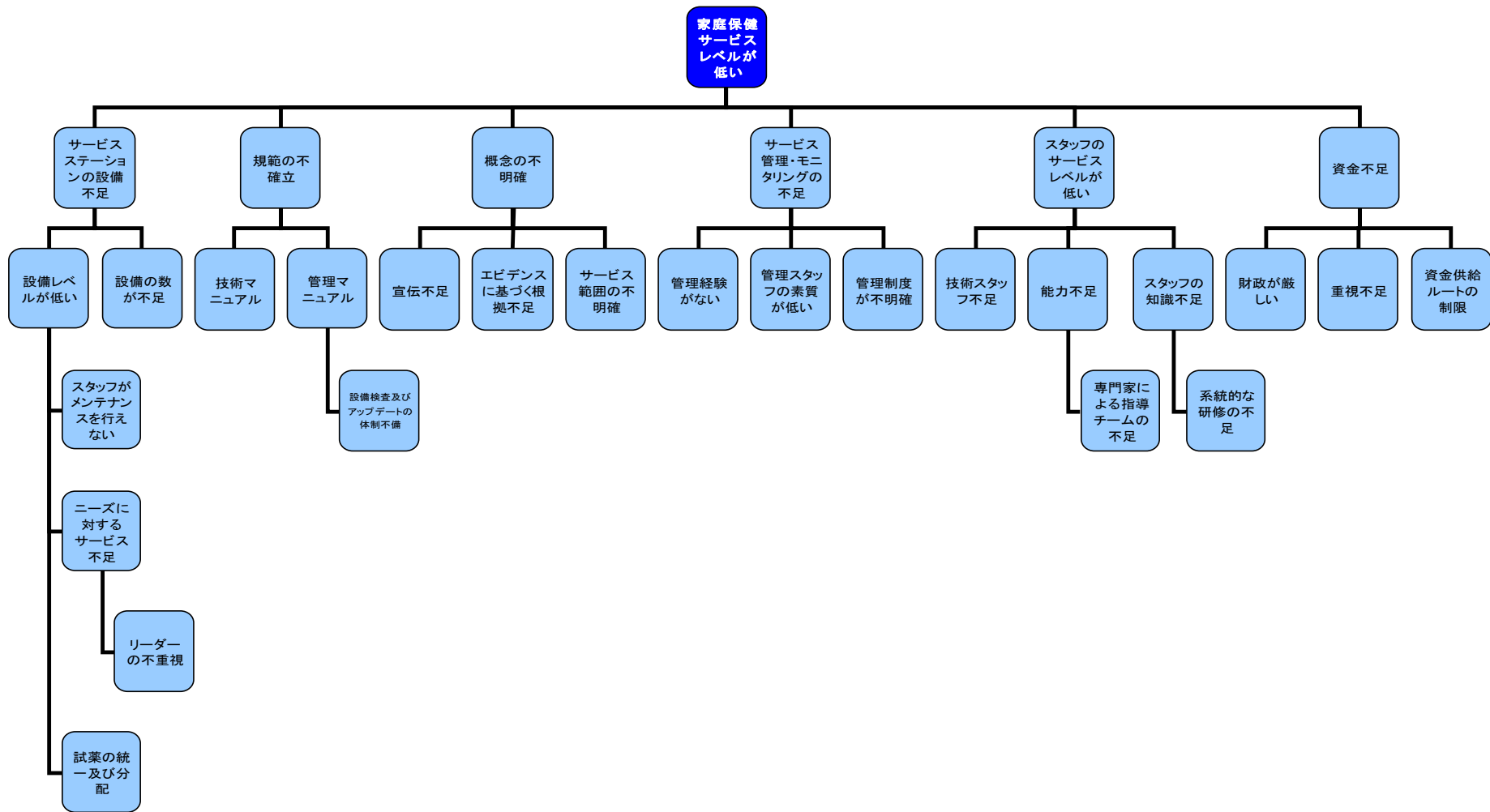


図 2 - 3 問題分析ツリー (グループB : サービス)

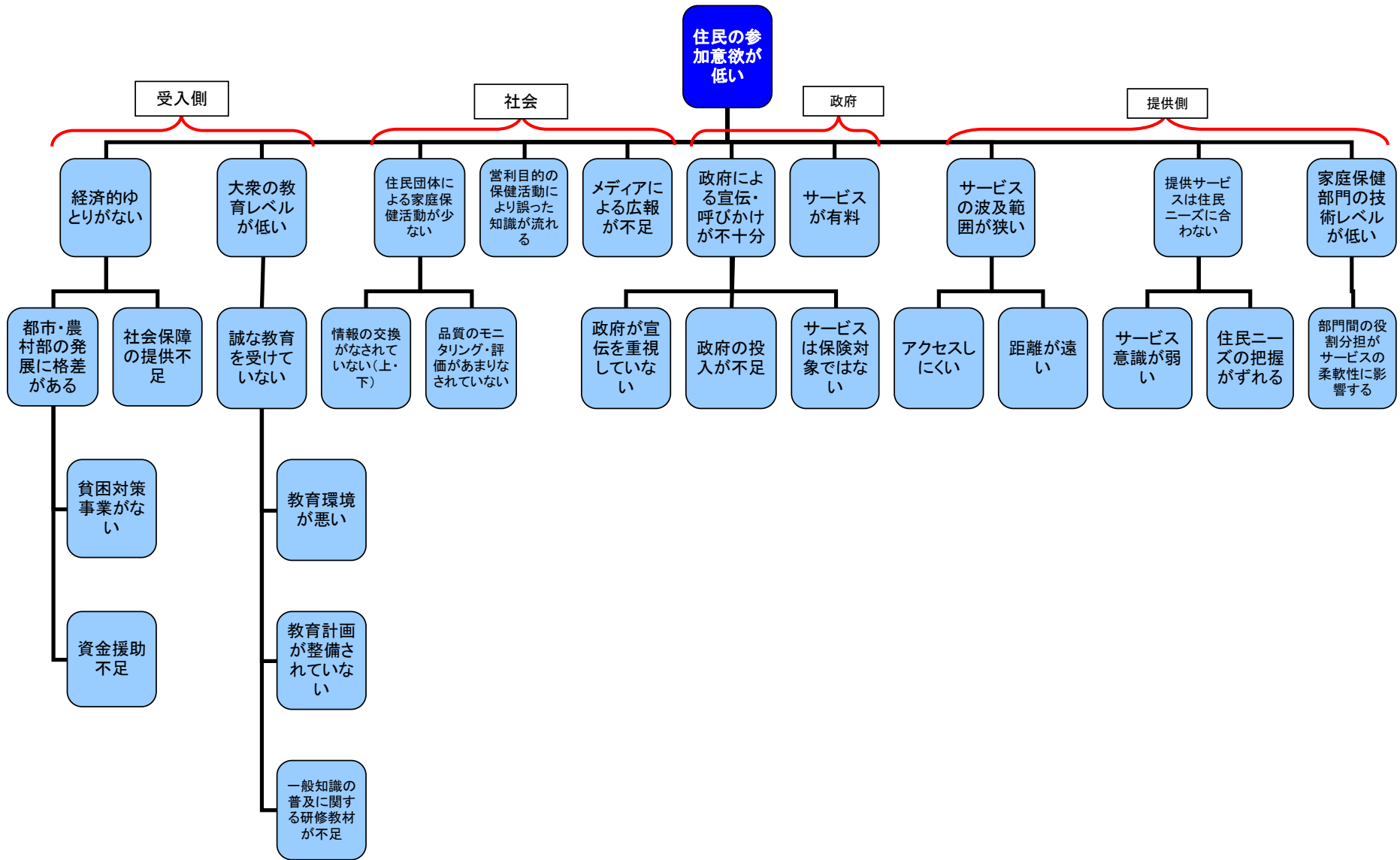


図 2 - 4 問題分析ツリー (グループC : 住民意識)

(4) ワークショップ2日目（7月13日）

1) 目的分析

1日目の問題分析に続いて、目的分析を行った（図2-5～2-7参照）。規範づくりに関しては、「他の規範を整理・選択して参考にする」「実施をすることで更に整備していく」「規範の使用状況も随時調査していく」ことなどが話し合われた。ニーズの把握に関しては、「住民ニーズの把握」と「公衆衛生のニーズの把握」に分けて分析がなされた。この「住民ニーズの把握」の方は、のちに4番目の問題である「住民の参加意識・健康意識の不足」の解決に、また地域保健計画策定に生かされ、「公衆衛生ニーズの把握」は、のちに地域保健計画策定に生かされる結果となった。また、「ニーズ」と「デマンド」の違いに関しても明らかにした。3番目の問題「サービスの量と質の向上」に関しても、単にサービス員の技術向上と機材の配置のみならず、管理面の強化や財政面の強化などが話し合われた。

4番目の「住民の参加意識・健康意識」に関しては、非常に幅広い問題分析と目的分析が行われた。「政府による宣伝」「無料サービスの提供」「ニーズに即したサービス提供」「質の高いサービスにより住民の信用を得る」などの解決策が提示された。この「無料サービスの提供」に関して、衛生系統と計生系統が共同で必要かつ費用対効果の高いサービスに関して資金をプールすることができないか、また、新型農村合作医療において必要かつ費用対効果の高いサービスを保険でカバーすることができないかなどの議論を行った。また、「費用対効果の高いサービスとは」ということを考えてもらうための議論も行い、参加者の間で、どのようなサービスをどのようなメカニズムで広く提供していかなくてはならないのかということを考えるきっかけになったことと思われる。

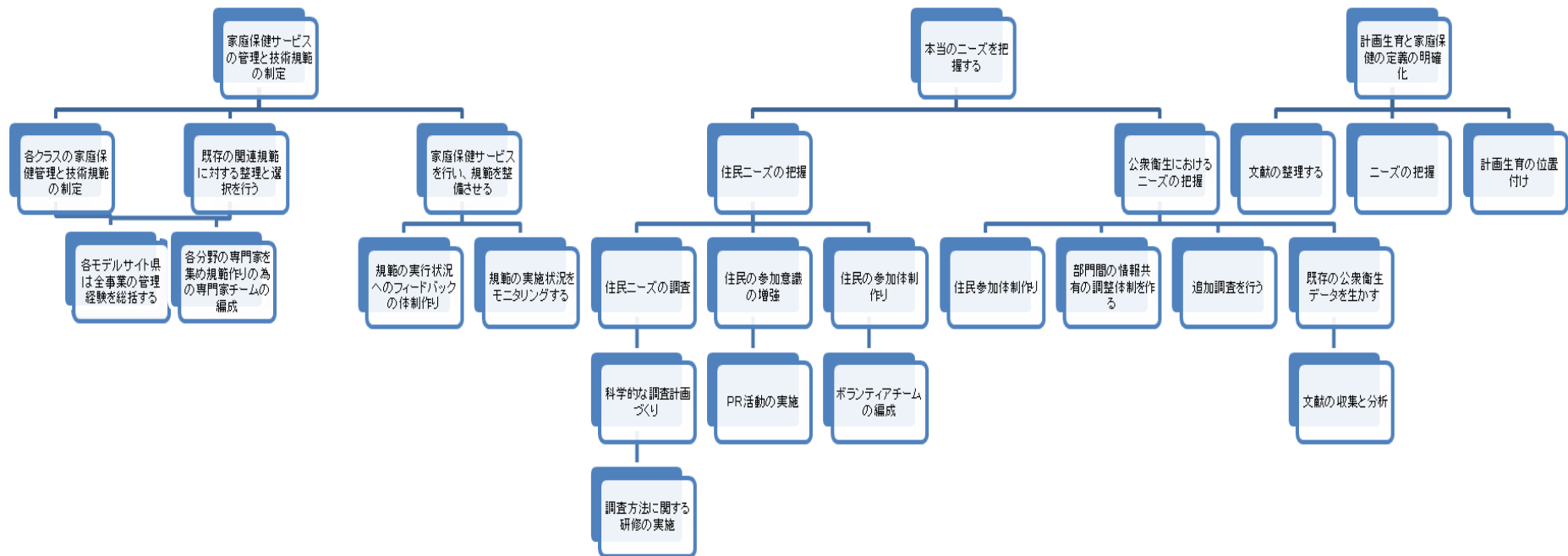


図 2 - 5 目的分析ツリー (グループA : 規範・ニーズ)

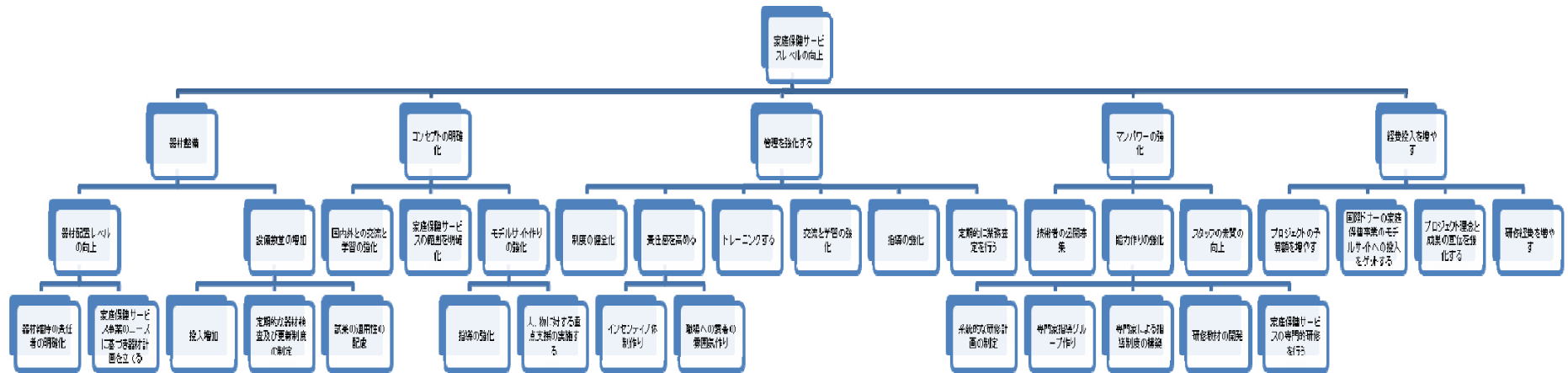


図 2-6 目的分析ツリー（グループB：サービス）

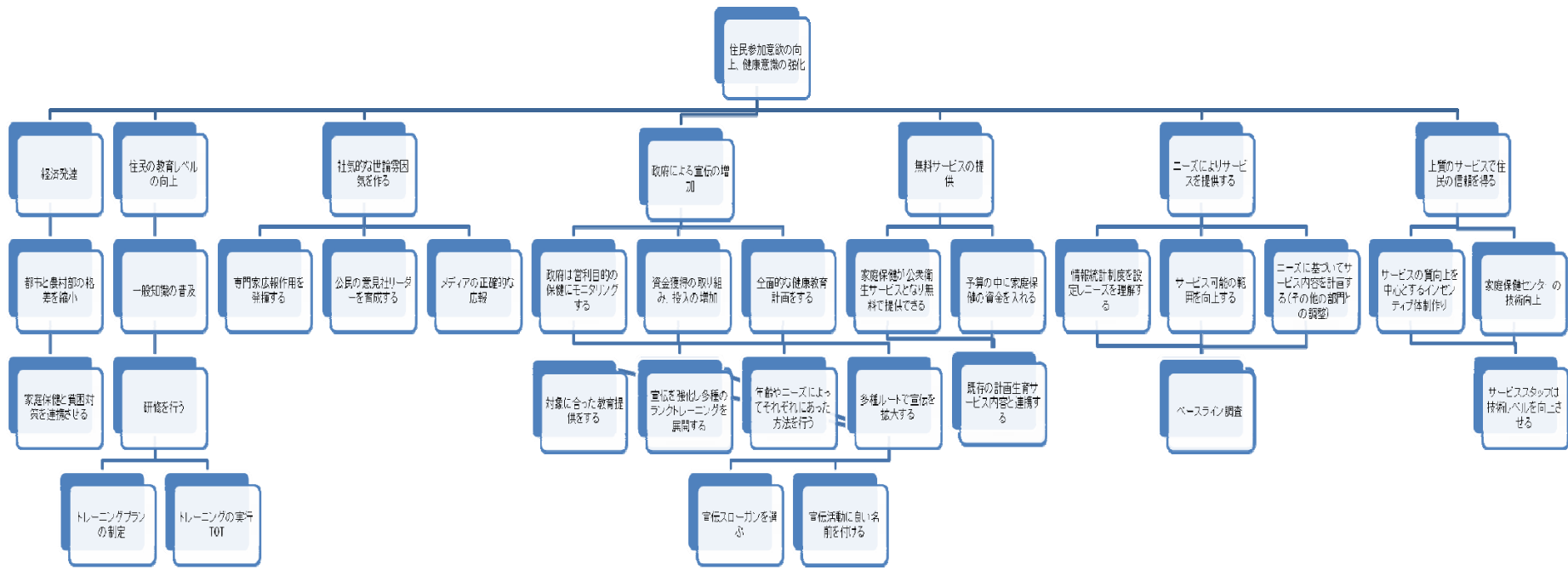


図 2-7 目的分析ツリー（グループC：住民意識）

2) 参加者分析

続いて参加者分析を行った（図2-8参照）。この参加者分析は、プロジェクトの参加者を確認し、関係者のなかから影響の強いグループを幾つか選んで、以下の事柄について詳細に分析を行うこととした。その結果、誰が潜在的な反対者、または、賛成者で、それがどういった原因で反対者となっているのか、また、その影響の強さなどを分析してプロジェクトの策定に反映させることを目的とした。グループ作業では、「家庭保健センター」「政府」「衛生サービス系統」の3つのアクターが詳細分析の対象となった（図2-9～2-11参照）。

<詳細分析の項目>

- ・ グループの特徴（組織、機構、人数、リーダーシップ、強みと弱み、プロジェクトにおける役割、立場、プロジェクトに対する知識等）
- ・ プロジェクトから受ける利益と不利益
- ・ 想定されるプロジェクトに対する反応（好意的/恐れ）
- ・ プロジェクトの阻害要因になるか

この参加者分析では、衛生系統や可能性は低くとも地方政府や計生系統のサービス員自身が存在的な反対者になる可能は否定できないことが挙げられた。理由として、プロジェクトに対する知識や理解が低いこと等が確認された。

決定者	協力者				受益者	潜在的反对者	財政負担者	調整役	実施者
国家人口計生委	発展改革委員会	専門家	研修実施者	宗教指導者	一般大衆	健康食品販売者	財政部門	国・省・市の政府	サービス機構責任者
省人口計生委	財政部門	高齢者委員会	母子保健機構の責任者	保険部門	家庭保健サービスを受ける人	地方政府	JICA		家庭保健センター
市人口計生委	教育局	郷衛生院	教育局の責任者	関連する国際組織	高齢者	民間保健機構			サービスセンターのスタッフ
政府	衛生部門	科学研究機構・関連学校	衛生技術スタッフ		家族	衛生サービスシステム	地域代表(多目的)		監督指導者
政府リーダー	婦人連合会	母子保健院	議員(全人代)		農村住民	サービススタッフ	郷村のリーダー		プロジェクト企画者
市長	民政局	幼稚園	衛生局の責任者		家庭保健センターのスタッフ	薬品販売メーカー	人大・政協委員		村幹部
地方政府のリーダー	民間保健機構	学校	評価する人		政府				
JICA	NGO	CDC	資金支援者		流動人口				
	郷医者	マスコミ(新聞・TV局)							

関係者分析(全員作業結果)

図 2 - 8 参加者分析結果 (全体作業)

プロジェクトにおける役割 ・プロジェクト実施の主体	プロジェクトの障害要因 ・予算不足 ・スタッフ能力の不足 ・設備が不足 ・部門間の調整が難しい	プロジェクトにおける不利益 ・労働強度の増加 ・プレッシャーの増加 ・部門の調整による業務量増加	リーダーシップ ・比較的に強い	強み ・ネットワーク整備されている住民との関係が良い ・サービス内容の多様化 ・主に無料サービスを実施 ・人間本位の意識 ・積極性 ・責任感の強い	組織 ・図Aのとおり	組織 ・県計生局の下の公益性事業組織（国が予算全額発給）	強み ・業務事項が単純すぎる ・施設不足 ・スタッフの学歴が低い	プロジェクトにおける利益 ・スタッフ能力の向上 ・社会におけるイメージアップ ・経済的収益が少しアップ ・研修チャンスが更に増え視野が広がる	想定しているプロジェクト実施における反応 ・住民が大歓迎 ・政府が重視になり、予算が増える事が予想される	人数 ・人口数に合わせて定員決定する。人口60万人-20名 ・10万人ごとに1-2名
-------------------------------------	--	--	---------------------------	--	----------------------	--	--	---	---	---

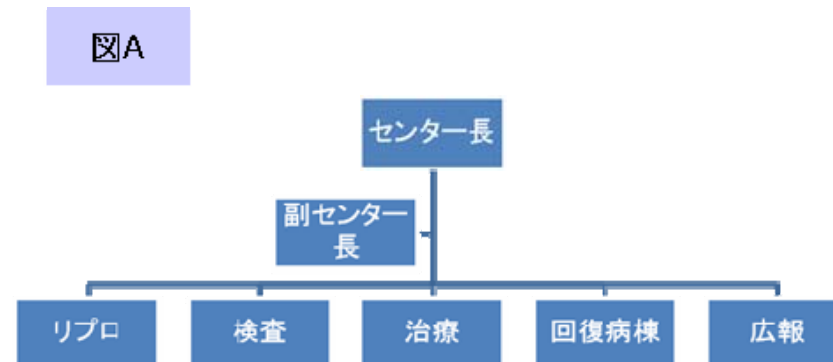


図 2 - 9 家庭保健センターの参加者分析結果

プロジェクトにおける役割	プロジェクトの阻害要因	プロジェクトにおける不利益	リーダーシップ	強み	機構	組織	弱み	プロジェクトにおける利益	想定しているプロジェクト実施における反応	人数
<ul style="list-style-type: none"> • 組織 • 協力 • 資金提供 • 保険 • 政策支持 • リーダー • モニタリング • 推進 	<ul style="list-style-type: none"> • 認知不足 • 財政不足 • 仕事を怠る • オーバーワーク 	<ul style="list-style-type: none"> • 一時的に支出が増える • 仕事の量が増える • 不利益社のプレッシャーを担う 	<ul style="list-style-type: none"> • リーダーの方法 • 各管轄のリーダー能力 	<ul style="list-style-type: none"> • 執行能力が強い • 政策の公布 • 住民の為に政策執行 • 資金援助を提供 • マンパワーの保障 • 部門間の協力 	<ul style="list-style-type: none"> • 県人民政府 • 郷級政府 	<ul style="list-style-type: none"> • プロジェクトのリーダーチーム • 部門 	<ul style="list-style-type: none"> • 専門的なリーダー不足 • 喝達の困難 	<ul style="list-style-type: none"> • 公共衛生試験発生の減少 • 政府のイメージアップの樹立 • 若い社会の確立 • 人々の幸せ指数の増加 • 経済発展の促進 • 公共財政負担の減少 	<ul style="list-style-type: none"> • 支持 	<ul style="list-style-type: none"> • 15名

図 2-10 政府の参加者分析結果

プロジェクトにおける役割	プロジェクトの阻害要因	プロジェクトにおける不利益	リーダーシップ	強み	機構	組織	弱み	プロジェクトにおける利益	想定しているプロジェクト実施における反応	人数
<ul style="list-style-type: none"> • 技術サポート • 転院 	<ul style="list-style-type: none"> • 衛生部門のサポートなし • 仕事量の増加 • 検診者の病院間の争い • 地位優劣 	<ul style="list-style-type: none"> • 過院患者(外来)の減少 • 収入の減少 	<ul style="list-style-type: none"> • スタッフの配置 • 衛生行政管理 	<ul style="list-style-type: none"> • 設備が進んでいる • 既存に基づいたサービス範囲の提供 • スタッフ技術が整う • サービス能力が強い • 疾患治療 	<ul style="list-style-type: none"> • 衛生局 • CDC • 衛生監督所 • 科学研究機構 	<ul style="list-style-type: none"> • 母子保健院 • 病院 • 郷鎮衛生院 • 村衛生院 	<ul style="list-style-type: none"> • 人々への仕事が希薄である • 郷鎮及び村の技術スタッフが少ない 	<ul style="list-style-type: none"> • 収入増加 • 患者数の増加 	<ul style="list-style-type: none"> • 余計なお世話 • 支持 • 不支持 • 資源共有、相互利益 	<ul style="list-style-type: none"> • 3,59/1000 (2006年データ)

図 2-11 衛生サービスシステムの参加者分析結果

3) プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) についての説明

最後に、2日間で行われた作業のまとめとしてPDMの策定を位置づけて、PDMの読み方の説明を行い、これからの作業として国家レベル関係者と調査団でM/M署名までにプロジェクト骨子をPDMに落として作成する旨を説明した。その後、小田団員より、今後のプロジェクト実施までのタイムスケジュールを説明し、ワークショップを閉会した。

4) 所 感

今回の参加者の半数近くは、PCMワークショップへの参加が初めてで、参加型で計画を策定すること自身初めての経験であったのではないと思われる。ワークショップの感想のなかでも、この手法の面白さ（視覚的である点など）、効果についてのポジティブな感想が聞かれた。計生系統の課題である問題の把握と分析、計画策定への流れを経験できたことは、彼らにとっても良い経験ではなかったかと思われる。

また、ディスカッションにおいて、さまざまな面での問題、例えば制度的な問題、貧困の問題、連携の問題など多岐にわたる問題を詳細にディスカッションできたことは、家庭保健サービスの抱える課題を深く知るうえで有益であったと思われる。そのなかでも一番大きな収穫は、家庭保健サービスの抱える今の問題のなかで、一番解決されなくてはならない問題が、「ニーズに即したサービスの展開」であるという大変本質的かつ、包括的な問題と理解された点である。

今回のワークショップは、本プロジェクトの全体像の理解に大きく貢献したのみならず、関係各者のオーナーシップの醸成に大きく貢献できたと考えられる。

2-5 簡易アンケート調査結果

PCMワークショップ参加者の28名に対して、簡易型のアンケート調査を行い、家庭保健サービスに対する現状認識や取り組み状況、プロジェクトに期待すること等について意見・情報を収集した。集計結果は以下のとおり。

(1) 回答者情報

アンケートに回答したのは以下の表のとおり、国家レベルから県レベルに至る計生委行政官及びサービス施設の代表者、大学・研究機関等の中国側専門家など、プロジェクトに関係する多様なアクターから構成される。

	No.	性別	所属	職位/技術職称	担当業務
国家人口計生委	1	男	国家人口計生委弁公庁	処長	総合改革、政務情報
	2	男	国家人口計生委宣伝教育司 性別総合治理弁公室	主任	宣伝・唱導、新農村新家庭建設の促進、性別平等
	3	男	国家人口計生委人事司	副処長	研修
	4	男	国家人口計生委国際合作司	副処長	
中国側専門家	5	女	国家人口計生委科学技術研究所	研究員	計画生育の臨床研究
	6	男	南京人口管理干部学院	教授	人口統計・人口管理等の課程の教授
	7	女	国家計生委科学技術研究所	女性臨床研究室主任、 副主任医師	女性リプロ臨床研究、計画生育技術指導
	8	男	甘肅省人口計生委発展企画処	処長	
	9	女	雲南省人口計生委	処長、副主任医師	財務
	10	女	南京人口管理干部学院	副教授	公衆衛生に関する科学研究と教学
	11	女	中国人口発展研究センター	編集者	国際比較研究、プロジェクト参加
	12	女	中国社会科学院社会学所社会政策研究室	助理研究員	研究、衛生、高齢化社会政策研究、中央政府と関係部門に対する政策提言
	13	男	雲南省羅平県衛生局	副局長	母子保健
	14	女	重慶市人口計生委科学技術研究院	助理研究員	リプロ病学の研究、衛生管理学の研究、プロジェクト調整員
地方参加者	15	女	河南省人口計生委国際合作処	副処長	国際協力プロジェクトの組織、管理、実施
	16	女	河南省荊陽市人口計生委	副主任	科学担当及び中西部プロジェクトの業務
	17	女	河南省荊陽市家庭保健センター	副ステーション長、主治医	計画生育技術サービス、3×3サービス
	18	男	安徽省人口計生委科学技術処	処長	計画生育技術サービスと管理
	19	女	安徽省合肥市蜀山区人口計生委	党書記長、主任	計画生育広報、技術サービス、法に基づく管理
	20	男	安徽省合肥市肥東県 計画生育サービスステーション	ステーション長、主治医	サービスステーションの管理、全県の出産可能な人々に対する優れたサービスの提供
	21	男	湖北省人口計生委科学技術処	調研員	計画生育の良質サービス及びリプロプロジェクト責任者
	22	男	湖北省松滋市人口計生局	局長	行政管理
	23	男	湖北省安陸市計画生育サービスステーション	ステーション長、主治医	ステーション管理、郷鎮サービスステーション管理、臨時業務、研修講習
	24	女	四川省人口計生委科学技術処	副処長	事業管理、計生技術管理サービスと指導
	25	男	四川省成都市龍泉駅区計画生育サービスステーション	副局長、ステーション長	県クラスの事業管理
	26	男	四川省簡陽市人口計生局	局長	全市計生業務
	27	男	四川省簡陽市計画生育サービスステーション	ステーション長	ステーション管理
	28	男	四川省人口計生委科学技術処	主任研究員	省クラスのプロジェクト管理

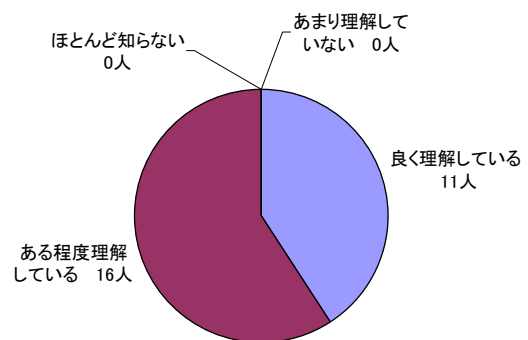
(2) 集計結果

1) 家庭保健サービスに対する理解度

<質問1>

あなたは「家庭保健サービス」の概念及び内容についてどの程度、理解していますか？以下から1つ選択してください。

(選択肢：良く理解している・ある程度理解している・あまり理解していない・ほとんど知らない)



2) 家庭保健サービスの定義

<質問2>

現在、あなたが認識している「家庭保健サービス」の定義を簡潔に記述してください。

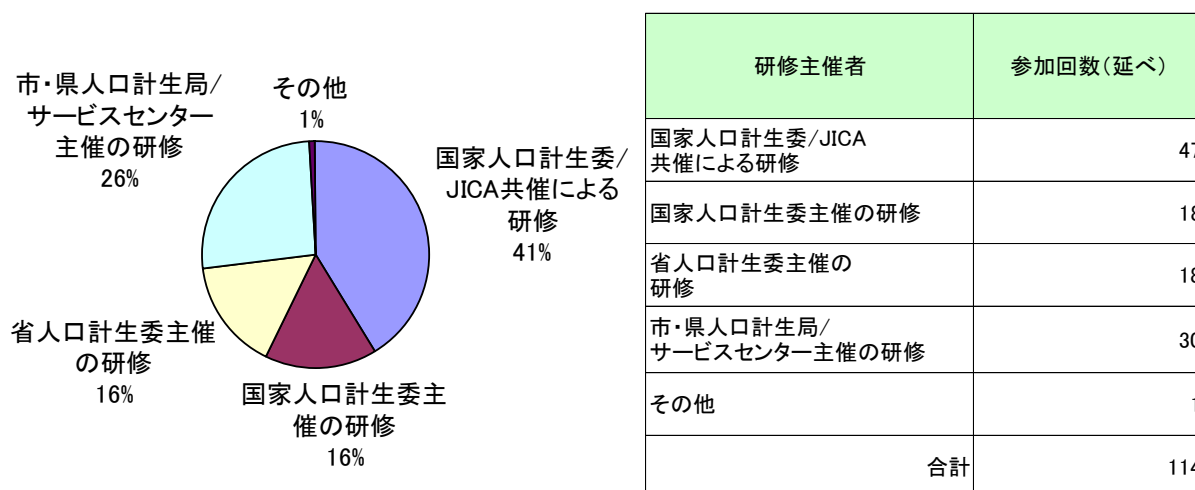
- 家庭を中心に、人の生命全過程において、生殖健康、疾病予防等に関する宣伝・唱導、健康検査と基本的な治療を提供する。
- 政府のリード、多部門参加、社会的動員、全国民参加等を通じて家庭保健能力を高め、同時に家庭保健スタッフの業務レベルを高める。
- 家庭を中心に、人の生命全過程において、保健サービスを提供する。
- 家庭が単位で家族メンバーが主体である。健康教育を通してカウンセリングと検診及びそれに合った技術の提供等のさまざまな方法で健康意識を向上し、健康的な行為を構築させ、家族メンバーの健康レベル向上の目標を達成させる。
- 家庭メンバー（児童、婦女、青年、男性、中高年を含む）を対象として、予防を中心とする保健サービス（健康教育、健康相談、健康検査を含む）を展開する。
- 家族メンバー向けに家族同士の話し合い、助け合い、愛し合いを十分に生かし予防と健康を主とした目的である。伝播、教育及びカウンセリングを主な手段とし、スクリーニング検査、一般治療及び保健指導を補助手段とする。家庭全員の健康を促進し、家庭全員健康レベルを高める。
- 家庭のすべてのメンバーを対象に、生命の全過程において、疾病以外の健康関係問題を解決する。
- サービス機構が家庭メンバーに対する健康教育、検査、相談を通じて、家庭の健康レベルを向上し、疾病を予防する。
- 家庭及びそのメンバーの間の相互支持と助け合いの下、家庭の健康を実現する。
- 家庭の視点を出発として、家庭メンバーに全方面のサービスを提供する。青少年保健、母子保健、中高年保健を含む。健康検査、健康相談、健康教育を提供し、家庭の健康レベルと生活レベルを向上する。
- ①サービス対象：家庭であり機構ではない。②サービス内容：予防保健が重点で疾病治療ではない。③サービス目的：健康レベルを向上し、疾病を予防し、疾病治療ではない。
- 家族メンバーを中心とした健康教育の発展。健康検査、健康相談、できる範囲の治療サービスの提供。
- 家庭を単位とし、家族メンバーをカバーする保健サービス。
- すべての家族メンバーに目を向け、健康教育、健康カウンセリング、健康診断を重要な内容とした、生命プロセスのサービス活動。
- 家庭メンバー向けに予防保健を主とする健康教育、健康検査、健康相談活動である。
- 人々の健康を目標とし家庭を中心とし健康教育、健康相談、健康検査の実施により住民のために関連する保健サービスを提供し最終的に健康レベルの向上を図る。
- 家庭及びメンバー向けに予防と保健を主な目的とし伝播、PR、教育、相談を主な手段とし検査、簡単な治療、リハビリ指導を補助手段とするサービスを提供する。
- 家族メンバーすべてに対し健康カウンセリング、指導及び基本検査と基礎治療に関するサービスの提供。リプロダクティブヘルスの基本的ニーズに応える。

- 家族全員に向けての予防及び保健が主要目的であり、伝播、唱導、教育とする主な手段。
- 家庭を中心に異なるグループを囲んでリプロダクティブヘルスサービスを主な内容とする家庭保健サービスを実施。
- 家族を中心とする。家族メンバーのために母子、青少年、中高年を対象とした健康教育、健康相談、健康検査のサービスを行う。
- 3×3健康教育、検査、相談。
- 家庭を基本として家庭全メンバーのリプロダクティブヘルスと家庭保健サービスモデルに触れる内容など。
- 家族を対象にした疾患予防と健康保健を目的として行い、健康教育、健康相談、健康検査を主にサービスを行う。
- 家庭メンバーを主体とした健康教育、健康相談及び健康検査の提供。人生の各ステージにおける健康保健サービスの提供。
- 出産可能な女性及びすべての家族メンバーが保健水準の向上を目的とする。健康教育、健康相談及び健康検査を重要内容とした各種サービスを行う。

3) 研修受講経験数

<質問3>

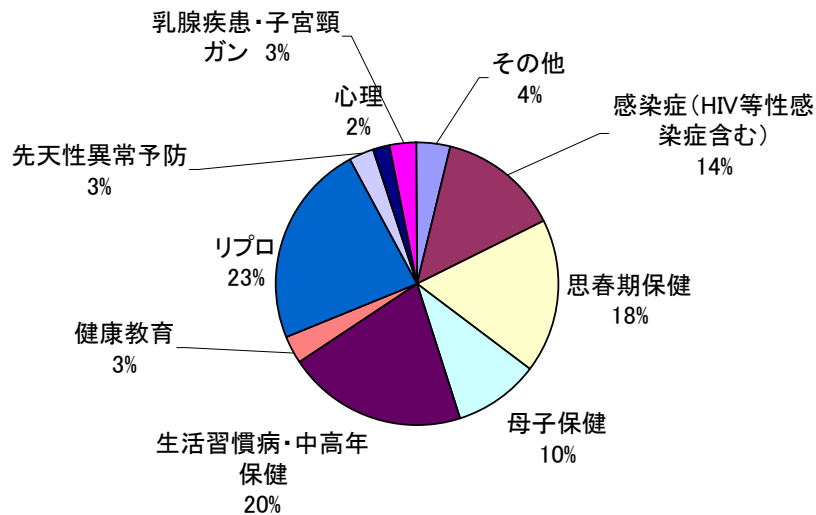
あなたはこれまで「家庭保健サービス」に関する研修をどの程度受講した経験がありますか？それぞれ該当するものに参加回数を記入してください（①国家人口計生委/JICA共催による研修、②国家人口計生委主催の研修、③省人口計生委主催の研修、④市・県人口計生局/サービスセンター主催の研修、⑤その他）。



4) 家庭保健サービス取り組み状況

<質問4>

あなたが担当する地域において特に重要と考える「保健課題上位5つ」を記入し、おのこの保健課題に対し、家庭保健サービスの枠組みにおいてあなたが取り組んでいる「具体的活動」を記述してください。



5) プロジェクトへの期待

<質問5>

あなたが新規プロジェクトに期待することを自由に記述してください。

- 末端サービス者、管理者の能力建設を強化する。プロジェクトの協力を引き続き強化し、協力内容を拡大し、サイト地を適宜に拡大する。
- ①計生委の公共サービスネットワークと各家庭と緊密につながつている優勢を十分に利用して、家庭保健サービスに関する宣伝・唱導を強化し、家庭保健サービスのレベルを高める。②サイト地が多ければ多いほどよい。
- 中国では家庭保健の経験が未熟であり、プロジェクトの実施を通して計生系統の家庭保健サービスの経験を模索し発展することを期待している。また、規範関連を形成し、プロジェクト発展のための指導提供を希望。
- 家庭保健サービスの規範をつくる。家庭保健サービス計画を科学的につくる。家庭保健サービス効果を科学的に評価する。人口計画生育システムによる家庭保健サービスモデルを模索する。全国人口計画生育システムによる家庭保健サービスを提供するモデルになる。
- 前プロジェクトにおいて良い効果が得られた。モデルサイト向上及び拡大プロジェクトに対し、県家庭保健サービスの理念とサービス効果ともに良い働きがある。説得力のあるデータと典型的な症例を得るために、サービスを全国的に展開し、更なるデータを提供していく必要がある。
- 能力向上、人々の健康レベルを改善し、影響を拡大。
- 家庭保健サービスの展開を通じて家庭健康の絶対的なレベルを向上。サービス機構の能力が強化され、同時に現地の計生業務を促進。
- 実施内容をより具体化すること。家庭に焦点をあてる。
- 前プロジェクトが獲得した経験を基に、更に突破、創新するべき。より家庭を主体にすることを強化し、家庭保健サービスのモデルを総括する。家庭保健サービス規範をつくり、農村家庭保健サービスシステムをつくる。

- ①キャパシティ・ディベロップメント：サービススタッフの理解、関連知識、コミュニケーション技術が強化され、プロジェクト終了後、継続的にサービスを提供する能力を養成する。
- ②制度設計：サイト地で協力し、家庭保健の基本的な制度大枠をつくる。資金を集め、サービス、管理等、サイト地の経験に普及価値をもたせる。
- 家庭保健サービス体制の構築、規範的活動、新しい家庭保健サービスのモデルサイトをつくる。
- ①より有効的なスタッフトレーニング、②サービスクオリティーの評価と体制の構築。
- 新プロジェクト目標の明確化を望んでいる。内容の具体化、現地の実情に適合、操作性可能であり、効果は明らかである。
- 新規プロジェクトと前プロジェクトはお互いに補い合えるもので分けられない。前プロジェクトのモデルサイト県として新規プロジェクトの当県での実施を期待し、当県の人材、器材等の強みを生かし、円滑な実施のための役割を果たす。
- 新規プロジェクトの展開により家庭保健の拡大を奥深く発展していき、住民に恩恵をもたらす。当県住民の健康状況の改善に取り組む。
- 技術スタッフのサービス能力と相談スキルが向上し、関連する施設、設備が改善され、サービスの流れとサービス規範の最適化が実現されること。政策決定層と管理層の理念、視野等が改善すること。
- 新規プロジェクトの実施により多くのリプロダクティブヘルスカウンセラー、人口保健師、人口ソーシャルワーカー等の専門スタッフを養成でき、より科学的、規範的、人間本位をモットーとするサービスを提供する。村及び家庭まで出向いて質の高いサービスの提供を行い、住民に貢献し、住民の計生業務への支持率と満足度の向上を図る。
- ①まず調査研究業務を行う、②規範及び制度の整備、③プロジェクトを円滑に行うための資金面の支持に力を入れる、④宣伝を通し、リーダーに重視性を認識してもらうことで各部門との協力関係を構築する。
- 優れたサービス理念の導入、規範化、正当化、持続的な家庭保健の規範をつくり、コミュニティと家庭向けの健康、サブ健康グループ向けの計画生育、リプロダクティブヘルス、家庭保健を主な内容とする健康サービスモデルを構築する。
- デルサイトを増やし、多くの出産適齢女性に恩恵をもたらすこと。
- 新規プロジェクトは市民の健康意識の向上と市民に対してもメリットがある。同時に家庭保健センタースタッフの総合的素質の向上、特にサービス能力向上。センターのサービス能力向上、家庭保健センターの社会イメージの向上を促進する。
- 研修を強化し、家庭保健規範サービスの流れを制定する。モデルサイト県への設備と経費投入を増やす。
- プロジェクトの実施により家庭保健の理念の構築を行い、モデルサイトにおいて見直しと進展が得られ、スタッフの素質能力がトレーニングによって向上され、全市にとって家庭保健サービス能力レベルが更に向上することを期待。
- 新規プロジェクトの成功、同時にプロジェクトの資金、検査、治療、宣伝教育設備、技術スタッフトレーニングの提供。当市において新規プロジェクトで恩恵を受ける住民のカバー率が上がる。
- ①操作規範、方法、体制の改善、②管理及び技術スタッフのトレーニング、③経費の投入、設備配置、サービス能力の向上。

2-6 国家人口計生委との協議内容

(1) プロジェクト名称

本案件は感染症予防に資するプロジェクトではあるものの、感染症以外の疾病予防も含まれ、サービス内容も健康教育に限らないため、より幅広い概念をカバーする名称への見直しを検討した結果、以下のとおり変更案が提案された。

しかしながら、調査団帰国後、JICA内で慎重に検討した結果、採択・通報時の名称はしかるべきルートで中国政府に通知している名称であり、安易な変更は望ましくないとの判断に至った。他方、採択・通報時の中国語名称は文章に近い形態であり、名称としてはふさわしくないため、プロジェクトの実務運営上、正式文書以外の中文においては、通称として以下の名称を使用することとする。

<案件採択・通報時>

【和】家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト

【英】Project for Strengthening of Health Education for Prevention of Infectious Diseases through Family Health

【中】继续加强家庭保健服务并发挥其在传染病预防健康教育中的作用

<変更案>※調査団提案 ⇒適用せず

【和】家庭保健サービス強化による地域住民健康水準増進プロジェクト

【英】Project for Promoting Community Health Level through Strengthening Family Health Services

【中】加强家庭保健服务、增进地区居民健康水平项目

<通称>

【中】家庭保健项目（日本語で「家庭保健プロジェクト」の意味）

※和文、英文では特に通称を設定しない。

(2) プロジェクトの基本原則

プロジェクトの基本原則について、以下4項目について中国側と共有し、合意した。

1) 目標・焦点

本プロジェクトは中国中西部地域の農村部における住民の健康水準向上に向けて、地域のニーズに即した家庭保健サービス（健康教育・健康検査・健康相談）のモデル構築を目標として実施する。そのため、プロジェクトでは、①家庭保健サービスの規範整備、②地域家庭保健計画策定、③実施能力（管理・技術面）向上、④住民の参加・健康意識向上の4点を主眼として活動を展開する。

2) 感染症予防

全国レベルで都市・農村部まで公共管理及びリプロダクティブヘルスのネットワークを有する人口計生系統が、日本・中国協力事業による模索・提唱・推進の下で、更に家庭保健サービスへとその活動を広げていくようになった。本プロジェクトを通じ、県、郷鎮、村レベルにおける能力を強化することは、衛生資源が相対的に不足している中西部農村地域の住民（特に感染症予防において比較的アクセスの難しい流動人口を含む）の感染症予防対策、サーベイランスに資する。これは、中国でSARSが発生した際の防疫活動において、衛生系統と計生系統が協働作業を実施し、効果を上げた経験があることから証明された。さらに、思

春期若年層など各グループを対象とした健康教育には、HIV/AIDSを含めたSTD等の予防活動も含まれる。したがって、本プロジェクトによる家庭保健サービスの強化は、感染症対策も含めた保健予防活動の強化に資するものである。

3) 衛生系統等関係機関との連携

家庭保健サービスは地域における公衆衛生上の健康課題に対し、家庭を単位として保健予防を展開する取り組みである。同サービスの計画・実施・モニタリングの各過程において、衛生系統をはじめとする関係機関との連携を強化し、包括的な公衆衛生体制の整備に留意する。

4) 前プロジェクトの成果活用

「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」(前プロジェクト)の成果(人的リソース、教材・マニュアル等成果物、研修制度、方法論等)を最大限活用して効果的なプロジェクト運営に留意する。

(3) プロジェクトの実施体制

1) 中央レベル

本プロジェクトでは以下の各部署がC/Pとして関与する。対処方針時から、新たに発展企画司、及び財務司が追加された。

部署名	役割・機能
国際合作司	プロジェクト全般の総合的な運営管理を担う。国際合作司は対外援助の受入れを通して、日本の経験・知見等を中国国内の実情に合わせ、モデル化するプロセスを主に担当する。
弁公庁	人口計画生育サービス機構管理体制改革を所管しており、計生委全体の政策立案・管理を担当する。家庭保健サービスに関する政策的バックアップを担当する。
発展企画司	計生委全体の中長期及び年度別の発展戦略を作成し、各種目標や責任執行状況の管理・監督を行う部署。プロジェクト諸活動のモニタリングに従事する。
宣伝教育司	健康教育における技術部門のC/Pとなり、健康教育の教材作成やプログラム運営を担当。
財務司	活動経費の財源確保に協力する。
科学技術サービス司	技術部門における主要なC/Pとなり、家庭保健サービスの規範制定や導入手順の検討、技術研修の講師等でプロジェクトに関与する。
人事司	資格制度構築を所管するほか、行政官を対象とした運営管理に関する国内研修を担当する。

2) 地方レベル

プロジェクト対象省の計生委については、科学技術処(河南省では国際合作処)を担当部署としてC/Pを配置する。プロジェクトでは、パイロット地区を有する省・市・県の計生委(局)の行政官、及び県級サービス施設長に対し、運営管理方法の研修を行い、これら人材がパイロット地区ごとの地域家庭保健計画の策定、年次実施計画の策定、サービス従事者へ

のM&Sを定期的に行う仕組みを構築する。

県級サービス施設は研修拠点としての機能を強化し、県内の郷鎮以下のサービス従事者（医師・看護師・検査技師・相談員等）に対する伝達講習・指導を同施設で実施する。本プロジェクトではそれに先立ち、県級サービス施設に対する技術研修（TOT）を展開することとなる。

なお、関係各機関との調整、財政面での投入、政策実施面での推進に県人民政府が大きな役割を果たすことが判明したため、計生委関係者と合わせて、県人民政府をC/Pに含める。また、衛生系統をはじめとするパイロット地区での関係者を関係機関として明示した。

3) 中国側専門家

前プロジェクトから継続し、南京人口管理干部学院の大学教授らから、プロジェクトの技術的なことに関する諮問機関として支援を受ける体制をとる。その他、国家人口計生委科学技術研究所、人口発展研究センター、中国社会科学院などの専門家が中国側専門家として関与する（国家計生委国際合作司では国内専門家のデータバンクを有している）。

表 2 - 2 C/Pの配置

役職名	配 置
①プロジェクト・ディレクター	国家人口計画委国際合作司 （副） 司長
②プロジェクト・マネジャー	プロジェクト対象省人口計生委 （副） 主任
③プロジェクト・サブマネジャー	パイロット地区人口計生委（局） 主任（局長）
④C/P	国家人口計生委弁公庁 国家人口計生委発展企画司 国家人口計生委宣伝教育司 国家人口計生委財務司 国家人口計生委科学技術サービス司 国家人口計生委国際合作司 国家人口計生委人事司及び関連司（庁） 省人口計生委科学技術処及び関連処室 市人口計生委 県人民政府 県人口計生委（局）
⑤関係機関	パイロット地区の政府、衛生、教育、財政等関係機関

表 2 - 3 合同調整委員会（JCC）のメンバー構成

立 場	構 成 員
中国側	<議長> 国家人口計生委国際合作司（副） 司長 <構成員> プロジェクト省人口計生委（副） 主任 国家人口計生委関連司（庁）

	関連専門家 その他議長が必要と認めた関係者
日本側	日本人専門家 JICA中国事務所の代表 その他JICAが必要と認めた関係者 ※在中国日本国大使館員はオブザーバーとして出席可

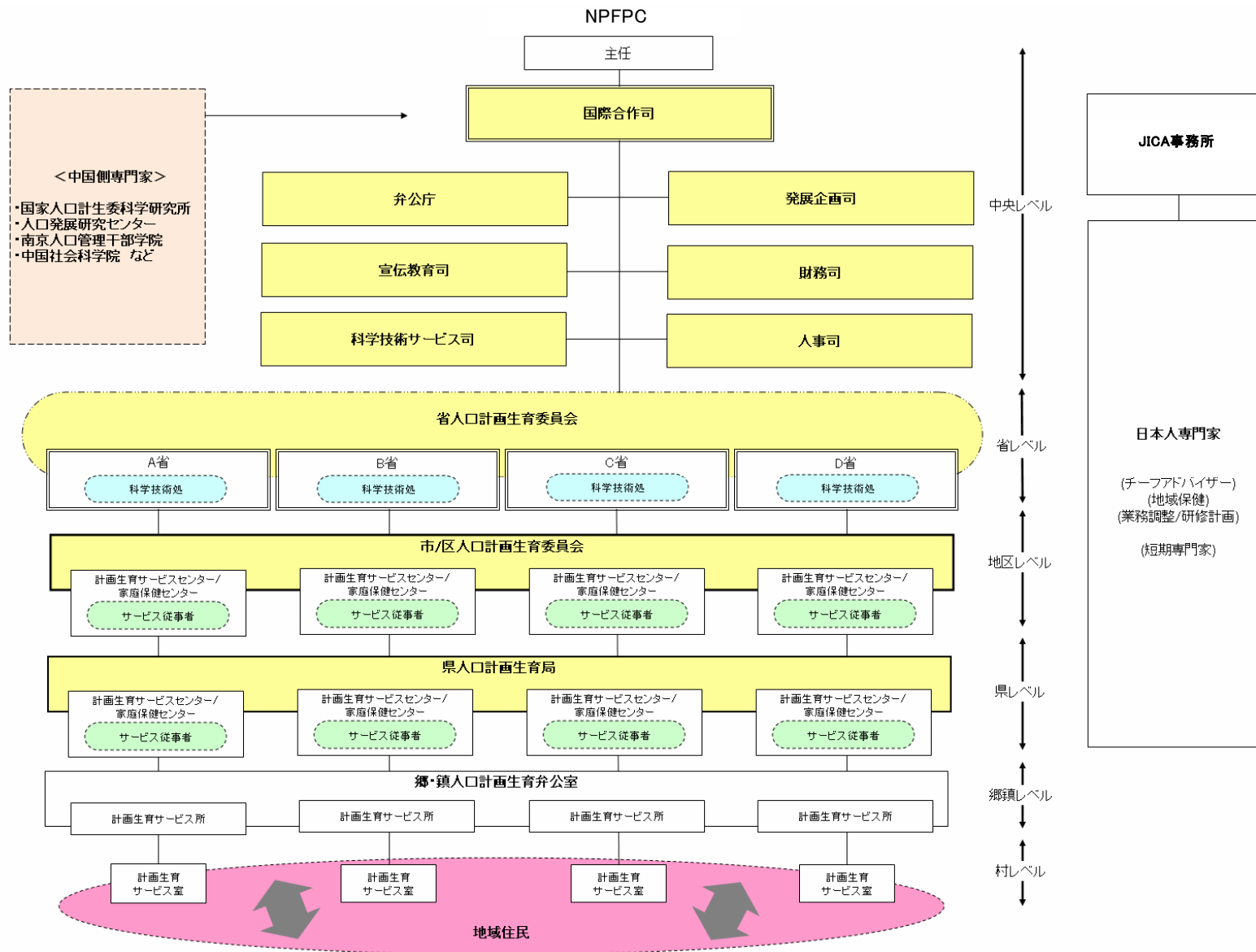


図 2-12 プロジェクト実施体制図

(4) プロジェクトの協力アプローチ

1) プロジェクト基本計画

プロジェクトの基本計画について、日本側で取りまとめたPDM精査案に基づき協議を実施した。PDM（案）に付随して、PO（案）、実施体制図（案）を作成し、M/M添付文書として先方政府と合意した。情報収集・分析結果やPCMワークショップの結果等を踏まえて導き出した主なポイントは以下のとおり。なお、詳細計画策定調査において国家人口計生委と合意したPDM（案）については、「付属資料1：詳細計画策定調査協議議事録（M/M）（和文・中文）」の別添1を参照のこと。

- プロジェクト目標を「パイロット地区において、地域のニーズに即した家庭保健サービスモデルが確立される」とし、プロジェクトの責任範囲をパイロット地区（各省3県×4省＝計12県）に絞り込むのと同時に、計生委の特性を勘案し、保健予防活動につながる家庭保健サービスに焦点を絞りモデル確立をめざすこととした。
- 成果を整理し、①家庭保健サービスの規範整備 ⇒ ②地域家庭保健計画の策定能力強化 ⇒ ③家庭保健サービス従事者の実施能力（管理・技術面）向上の3点をサービス提供者側の成果とした。
- 家庭保健サービスは計生委にとって新しい概念及び業務形態であり、計画生育業務からのシフトを地域で広く認識・浸透させていく必要性が認められる。そのため、住民側の成果として、④住民の参加意識及び健康意識の向上を新たに設定し、コンテスト、健康まつり等の多様な参加型手法を用い、家庭保健サービスの広報・宣伝活動を行うことを位置づけた。

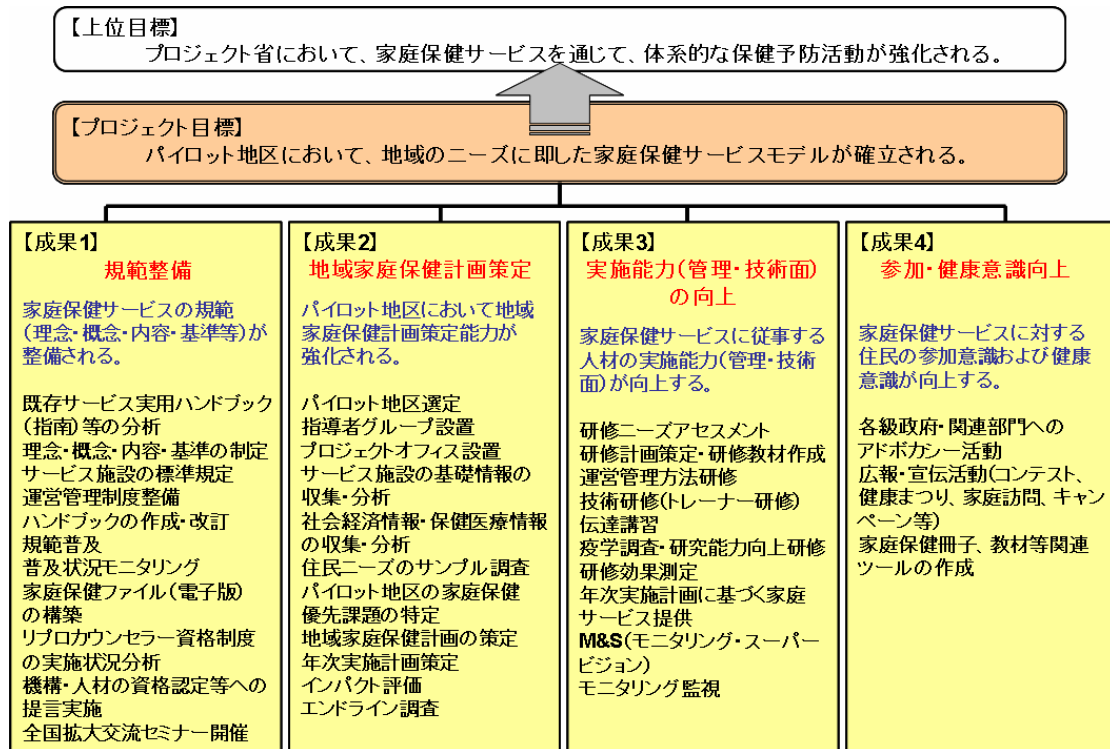


図 2-13 プロジェクト全体像

2) 各成果設定の意図と目的

①成果1：規範整備について

家庭保健サービスは、中国において新しい概念であり、いまだその概念がきちんと文書化され、規範化されている状態ではない。そのため、家庭保健サービスの解釈がまちまちになり、うまく拡大できない阻害原因ともなっている。成果1では、国レベルでタスクチームを組織し、2006年より3年間実施された「中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」の成果や成果物を検討することより、家庭保健サービスの理念、役割、級ごとのサービス項目、内容、標準的技術などを明らかにした規範づくりを目標とする。

また、この新しいサービスの方向性を定めていくのに必要な継続的情報収集のための「家庭保健ファイル（電子版）」の構築も行う。家庭保健サービスの質の向上に貢献すると思われる専門職資格制度についても、現在試行中の「リプロダクティブヘルスカウンセラー」の資格制度を精査することにより、次に必要な資格制度について検討を行い、提言として発出する。あわせて、家庭保健サービスセンターとしての認定制度の構築についても、その是非を含め検討し、提言を導き出すことが期待される。

その他、プロジェクトの成果や課題を共有するための全国規模拡大交流セミナーの実施を計画しており（年2回ペース）、これにより、計生系統の関係者のみならず広く関係各機関の関係者にもプロジェクトの宣伝を行うと同時に、他省への普及基盤を整えることが期待される。

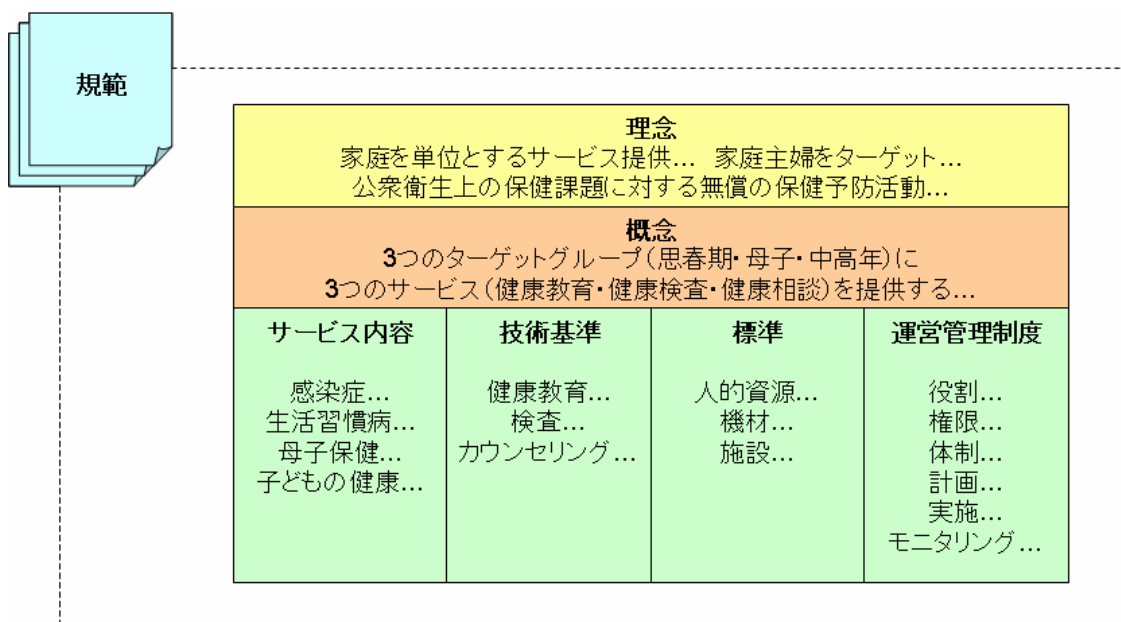


図2-14 規範の構成要素

②成果2：地域家庭保健計画策定について

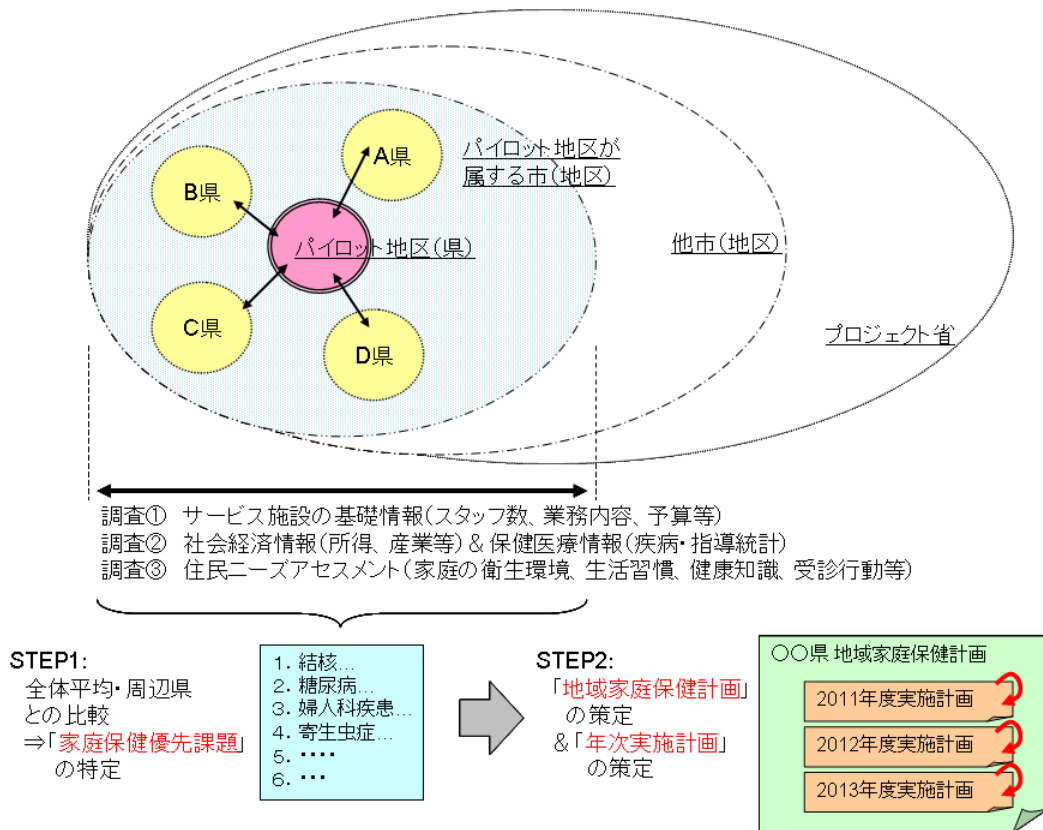


図 2-15 パイロット県における地域家庭保健計画策定の流れ

成果2における活動の対象となるのが、パイロット地区における県や市の行政官であり、目標としては、管理者として必要な能力を向上させることである。実際の成果として「地域家庭保健計画」の策定をめざしており、そのために必要な地域の社会経済情報や保健医療情報など情報の分析能力の向上を行う。成果3には、行政官に対する管理研修コース等が計画されているが、同コースと成果2の実際の計画策定をリンクさせ、研修コース参加と実践の両方を経験することで、管理者の能力を向上させていくことを狙っている。

その他大きな活動の1つに、住民のニーズアセスメントがある。これは、家庭保健サービスが地域住民のニーズに合ったものとなるために必要不可欠な調査であり、インパクト評価の項目を決めるうえでも重要な調査となる。

このニーズ調査の対象となるのは、家庭の主婦であり、それら家庭の主婦の健康に関する知識、健康に関する情報の入手手段、受診行動（受診時期や場所の決定メカニズム）、家計に占める医療費の割合、居住環境（トイレの有無、風呂、採光、スペースほか）、食事の内容、家族の生活習慣等を詳細に調査することを目的としている。この調査により、家庭保健サービスにおける対象疾患とターゲットにしたい危険因子の決定、より効果の高い情報伝達の戦略策定などに反映することができる。プロジェクト最終年には、家庭保健サービス実施による変化を見るためのエンドライン調査を実施し、効果を判定する。

③成果3：実施能力（管理・技術面）の向上について

成果3における活動の対象となるのは、家庭保健サービスを提供しているサービス従事者及び行政官などの管理者であり、これら対象者のそれぞれに求められる能力の向上を目標としている。まず、基礎能力を確認するための研修ニーズアセスメントを行い、結果に従い、運営管理研修及び技術研修の計画を策定し、実施する。

実施の手順としては、まず県レベルのTOTを行い、その後、県レベル家庭保健センターを研修拠点として、県レベル指導者により傘下の郷・鎮レベルや村レベルへの伝達講習を行う。その際、こういった伝達講習を行うのが効果の高い方法であるか検討が十分になされる必要がある。さらに、実際にサービスを提供している現場におけるM&Sが定期的に行われる必要がある。これによって、サービスの質の継続的な向上が期待される。国家レベルまたは省レベルによるモニタリング監視を併せて行う。

さらに成果3においては、国・省レベルの研究者を対象に疫学調査・研究能力向上のための研修及び研究を行う。家庭保健サービスの効果判定には、人口ベースで行う疾病と介入の関係性を測るための疫学研究が不可欠である。そのための能力向上を目的とした活動を行う予定である。

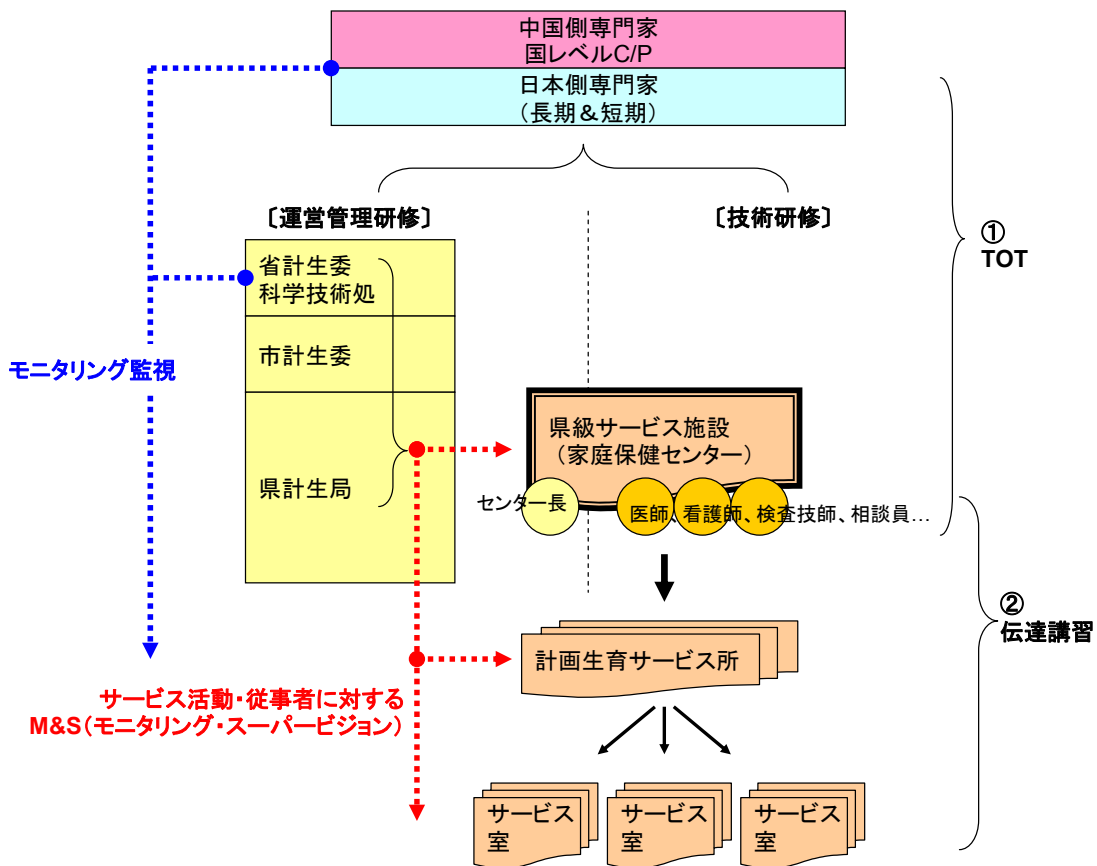


図 2-16 研修方式及びモニタリング実施体制

④成果4：参加・健康意識向上について

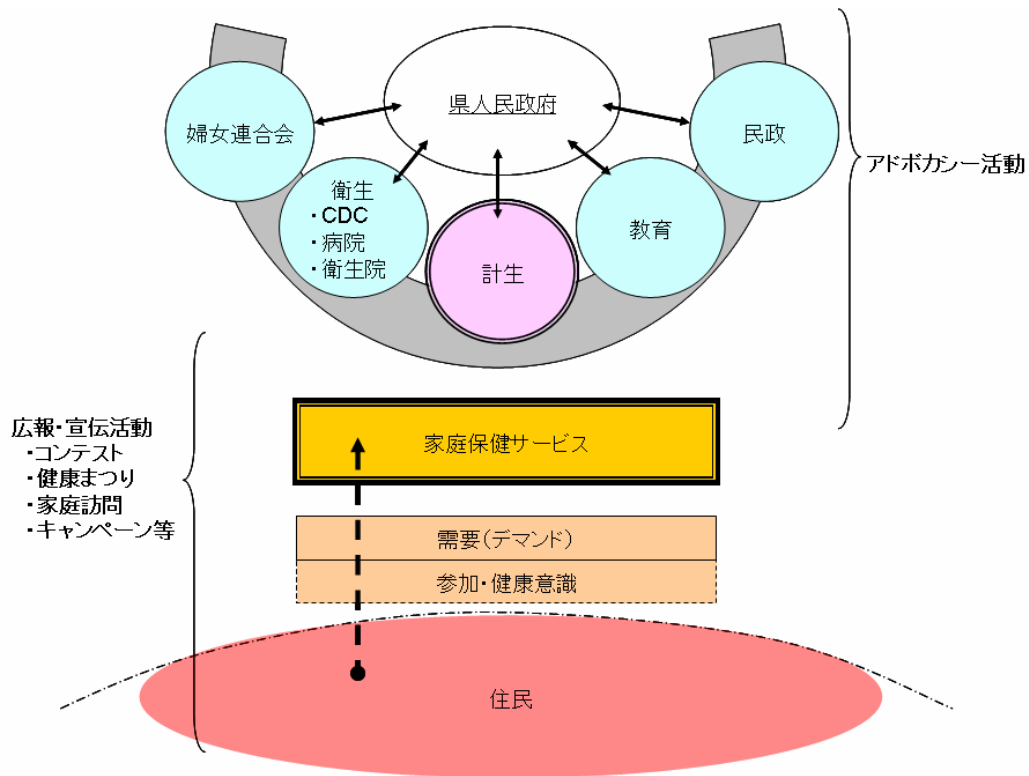


図 2-17 成果4のイメージ

成果4における活動の対象は、地域に住む住民である。家庭保健サービスの体制、質などが向上したとしても、住民側に全く参加の意欲がなかったり、そもそも健康の向上に対する意識が低かったりすれば、プロジェクト目標である家庭保健サービスのモデル化はあり得ない。

そのため、成果4においては、地域住民の需要（デマンド）を醸成していくことを目的とした活動を行う。例えば、人々の家庭保健サービスに対する興味を喚起するための健康に関するコンテスト、健康まつり、各種イベントを行い、家庭保健宣伝用の冊子作りや配布のための活動などが計画されている。こうした各種イベントのみならず、地域における簡単な検査と健康教育を結びつけての活動なども期待される。

そのほかに重要な活動としては、政府及び関係機関へのアドボカシー活動である。本プロジェクトの計画策定段階においてプロジェクトのリスク、または阻害要因になり得るものと判断された「他機関との協力関係」について、こうした家庭保健の定期的なアドボカシーを行っていくことで理解を深め、スムーズな協力関係が構築できると期待される。

(5) プロジェクトの協力期間

今般、調査結果を踏まえ策定したPDM（案）に基づき、協力期間について以下のとおり合意し、PO（案）を作成した。詳細計画策定調査において国家人口計生委と合意したPO（案）については、「付属資料1：詳細計画策定調査協議議事録（M/M）（和文・中文）」の別添2を参照のこと。

- 地域家庭保健計画の策定と年次実施計画の実施サイクルを中心としてスケジュールを検討した結果、プロジェクトの終了時評価までにパイロット地区で3年次（3サイクル）にわたり年次実施計画に基づくサービス提供とインパクト評価を行うことを勘案し、プロジェクトの協力期間を5年間に設定することが望ましいとの判断に至った。
- 規範整備や初回TOTを経て、2012年1月から第1年次の年次実施計画を適用するために、2011年1月ごろのプロジェクト開始が望ましい。ただし、これは日本側専門家の人選・着任スケジュールにより変更の可能性があるため、討議議事録（Record of Discussion：R/D）（案）では日本側専門家の着任日をプロジェクト開始日と設定した。
- プロジェクト1年目は立ち上げのため、パイロット地区の選定、プロジェクトオフィスの設置のほか、家庭保健サービスの規範整備、地域家庭保健計画策定のためのパイロット地区における各種調査業務に従事する。
- 年度後半では、運営管理研修と技術研修を開始し、運営管理研修内で地域家庭保健計画の策定を支援する。2011年11月ごろまでに各パイロット地区の年次実施計画を策定し、2012年度予算請求に反映する。
- 上記計画に基づき、関係機関へのアドボカシーや住民対象の広報・宣伝活動を展開し、住民の参加意識や健康意識向上のための活動をプロジェクト全期間にわたり実施する。
- 2年目より、地域家庭保健計画及び年次実施計画に基づくパイロット地区におけるサービス提供を開始し、四半期にM&Sを繰り返す。研修実施後、3カ月以内をめどに研修効果の測定を行い、次期研修にフィードバックする。また、毎年8～9月ごろにインパクト評価を行い、年次実施計画をレビューし、2010年度の年次実施計画に反映する。
- プロジェクト中盤の2013年6月に中間レビューを行い、家庭保健サービスの規範を見直す。2014年10月頃よりエンドライン調査を行い、ベースラインとの比較分析を通して、パイロット地区の成果発現状況を確認する。2015年6月に終了時評価を行い、エンドライン調査結果に基づきプロジェクト目標の達成状況を確認する。

(6) プロジェクトの協力対象地域

プロジェクト対象地域として、安徽省、湖北省、河南省、四川省、河北省の5省を候補地とすることとした。これら5省から4省をR/D署名までに選定し、対象省それぞれに3カ所ずつパイロット地区を県レベルに設置する。前プロジェクトのモデル省8省からは河南省が選出された。また、安徽省は別途、採択通報済みの衛生部案件「地域公衆衛生提供能力及び感染症対策能力強化プロジェクト」の対象候補地であり、両プロジェクトを通し、計生系統と衛生系統の連携方策を検証していく。

(7) プロジェクトに対する双方負担事項

日本・中国双方の負担事項について、以下のとおり先方政府と合意した。

1) 日本側投入

<人的投入>

長期専門家：チーフアドバイザー、地域保健、業務調整/研修計画

短期専門家：

1. 健康教育・診断・相談
2. 調査方法・疫学
3. 医療人類・社会学

- | | |
|---------------|------------------|
| 4. 地域保健計画 | 5. 生活習慣病予防/中高年保健 |
| 6. モニタリング・評価 | 7. 研修教授・指導法 |
| 8. 保健情報システム | 9. 医療政策 |
| 10.ヘルスプロモーション | 11.その他 |

<資機材>

- ・車両 ・PC ・プリンター ・コピー機
- ・プロジェクター ・デジタルカメラ ・ビデオカメラ ・宣伝教育用機材
- ・研修用資機材 ・検診用資機材

<必要経費>

- ・プロジェクト活動経費 ・長期専門家執務室運営経費
- ・アシスタント備上経費 ・ローカルコンサルタント委託費

2) 中国側投入

<人的投入>

- ・国家人口計生委国際合作司 ・国家人口計生委弁公庁
- ・国家人口計生委発展企画司 ・国家人口計生委財務司
- ・国家人口計生委宣伝教育司 ・国家人口計生委科学技術サービス司
- ・国家人口計生委人事司 ・省人口計生委科学技術処（国際合作処）
- ・市・県人口計生委（局）

<資機材>

- ・研修用資機材 ・検診用資機材

<必要経費>

- ・車両維持管理費、保険料、燃料代
- ・プロジェクト活動経費
- ・長期専門家執務室関連経費（電気代、水道代など）
- ・C/Pの旅費、日当

2-7 プロジェクト実施上の留意点

プロジェクト実施上の留意点につき、中国側とM/Mで確認した事項は以下のとおり。

(1) パイロット地区の選定基準

プロジェクト開始前までに日本・中国双方で協議・調整し、パイロット地区候補地を確定する。パイロット地区は経済状況、地理的条件の異なる地域からバランス良く選定することが望ましい。その他、暫定的な選定基準は以下のとおり。

- 1) 家庭保健サービスを推進する強い意欲を有すること
- 2) 所在する省が明確かつ具体的な普及計画を有すること
- 3) 経済、社会、地理的特性において一定の代表性を有すること
- 4) ある程度の人口規模（40万人以上）と影響力を有すること

(2) サービス施設の資機材・施設

本プロジェクトで制定する規範において規定された各級サービス施設の機材、施設について

ては、基準を満たすよう、県政府等の協力を得つつ、中国側主体で整備する。不足する部分については、日本側が補充する。

(3) 前プロジェクトのレビュー

前プロジェクトの終了時評価以降の家庭保健サービスの現状・進捗を調査し、成果・問題点を明確にするためのレビューを日本側の協力を得つつ、中国側主導で行う。レビュー結果は報告書にまとめ、プロジェクト開始前までにJICA中国事務所に提出する。

(4) 青年海外協力隊（ボランティア事業）との連携

JICAは家庭保健サービスに関する住民の参加・健康意識向上のため、宣伝教育及びその他交流活動を企画・支援する青年海外協力隊の派遣を検討する。

2-8 他ドナーとの協議内容

本プロジェクトの実施機関である国家人口計生委と最も関係の深いドナーであるUNFPAと、本プロジェクトについて意見交換を行った。以下に協議の概要を示す。

(1) UNFPAより第7次カントリープログラムの説明

UNFPAの第7次カントリープログラムについての内容説明をお願いし、以下の説明を受けた。

- UNFPAは、過去30年間にわたり中国の人口家族計画分野に協力をしてきており、リプロダクティブヘルス及び家族計画といったUNFPAのマンデートの枠のなかでの協力を行ってきた。
- 第7次カントリープログラムは、2011～2015年の5カ年を期間とし、リプロダクティブヘルス、戦略策定、宣伝教育に重点を置いているが、サービスの提供にはあまり重きを置いていない。

日本側から、国家人口計生委との話し合いのなか、第7次カントリープログラムのなかで「家族保健サービスのための資金提供を期待している」という発言があったが、カントリープログラムのなかで家庭保健サービスの位置づけについて質問を行ったところ、UNFPAのマンデートに家族保健サービスというものは入っておらず、そのため、カントリープログラムに位置づけることはできないとの回答であった。

(2) 日本側から、前プロジェクトと本件プロジェクトの説明

小田団員より前プロジェクトの概要と、本件プロジェクトの大枠の説明等を行った。UNFPA側からは、前プロジェクト実施中、何度か専門家がUNFPAを訪問しており、特に健康教育マニュアルの作成にUNFPAからインプットも行ったことが言及され、前プロジェクトの終了時評価報告書や策定に関与した健康教育マニュアルについて、共有してもらうことが可能かどうかの打診があった。日本側から了解の旨を伝えた。

(3) ディスカッション

1) 前プロジェクトの評価結果

UNFPA側から、前プロジェクトの評価結果について説明を求められた。日本側から、①評

価としてプロジェクトの目標達成が確認されたこと、②特に中国リプロダクティブヘルス・家庭保健研修センター（China Training Center of Reproductive Health and Family Care : CTC）の能力強化に成果がみられたこと、③TOT及び二次研修の有効性が確認されたことなどの説明を行った。

2) 本プロジェクトについて、計生委のマンデートとの整合性

本件プロジェクトの名称となっている「感染症予防等健康教育強化」について、UNFPA側から、計生系統に課せられたマンデートとの整合性につき検討が行われたのかという質問があった。日本側より、感染症予防を地域ごとの地域保健計画に沿った形で活動の1つとして扱うことで、国家人口計生委と同意を得ていることを説明した。また、国家人口計生委との話し合いのなかでは、なかなか公衆衛生という大きな枠のなかでの家族保健の位置づけや、地域に存在する医療資源について、関係各機関の連携による有効活用や最大活用といった話が行いづらい状況ではあるが、現場レベルにおいては、関係部局との協調や医療資源の最大活用といった話し合いが日常的に行われている状況であるので、今後、プロジェクトを通して、国レベルの視野を広げていく努力をしたい旨の説明を行った。

3) 末端サービスデリバリーを担うサービス員の技術レベル

UNFPAが課題と思う点の1つに、末端でのサービスデリバリーを担うサービス員の技術レベルの低さがあるとの指摘だった。本件プロジェクトのなかで能力強化を予定している旨を説明し、この問題の解決の一助としたいことを伝えた。

4) 新しい専門職のニーズアセスメント

国家人口計生委から本プロジェクトに期待されていることの1つに、新しい専門職制度の構築がある旨を説明し、UNFPA側から見た新たな専門職制度構築の妥当性について質問した。UNFPAは、現在実施が進んでいるリプロダクティブヘルスカウンセラーを含む専門職について、一度、ニーズのアセスメントをプロジェクトのなかで実施することが重要であるとの示唆があった。日本側として、同じく専門職のニーズについて検証することの重要性を認識している旨を伝えた。

5) プロジェクト期間中、中国における変化の速さ

最後に特記しておきたいこととしてUNFPAが指摘していたことは、中国における変化の速さである。プロジェクト期間が5年とやや中期的な長さであるため、その間、中国における社会の変化、特に経済的变化やそれに呼応した社会の変化は目覚ましいものがあることが予見される。こうした変化は、時としてプロジェクトの外部条件として働くことがあるため、随時、こうした社会や経済の動きに留意する必要があるだろう。

第3章 課題と提言

現地調査を経て得られた情報に基づき、各団員が導き出した「課題と提言」は以下のとおり。今後、プロジェクト実施上、留意していく必要がある。

3-1 保健医療の観点から（林団員）

計画策定の手順については他の分担者より詳細に述べられる予定になっているので、ここでは策定プロセスのなかで新たに浮かび上がってきた中国側の認識及び日本側の対応を述べたい。

従来議論してきたことと関連するが、家庭保健が中心なのか、感染症が中心なのか、あるいはプロジェクト・タイトルにあるように両者の結びつきが重要なのかという問題である。地方末端の行政官隅々まで「家庭保健」の概念が浸透しているとは言い難いが、少なくとも中央政府及び過去のプロジェクトを経験した大部分の地方政府は理解していると指摘できよう。すなわち「家庭保健」とは3×3マトリックスにまとめられた内容を核に主婦が家族メンバーの健康の担い手として活動できるよう「地域家庭保健センター」が支援するということである。疾病予防という観点から当然感染症が含まれる。

今回の計画策定のなかで気づいたことは中国における農村地区の感染症予防は上述の消極的意義ではなく、計画生育委員会のネットワークなしに成り立たないことが判明した。

中国の流動人口（都会への出稼ぎ者）は臨時転出・帰郷の登録が必要であり、その情報については計画生育委員会のネットワークを通じて全国的に把握されている。したがって感染症（結核、HIV、インフルエンザ等）伝播の追跡が可能であり、新たに構築される家庭保健ファイルと組み合わせれば、疫学調査や予防対策を立てるうえで極めて重要なシステムということができる。その有用性は既にSARS流行時に実証されているとの証言が得られた。他方衛生部系統のネットワークは鎮レベルの病院までカバーされているものの、膨大人口を抱える農村部まで及ばないために感染症予防という面からいえば大きな制約がある。将来的には地方レベルにおいて両系統のネットワークシステムがリンクすれば感染症・非感染症を問わず予防、治療双方において強力なツールになるに違いない。そういう意味ではネットワーク化に関する研修、疫学調査などのトレーニングは日本側の投入として大きなインパクトをもたらす。中国側はハードの整備を進めている最中であり、この方面での投入は日本側として控えてよいと思われる。

もうひとつ議論的となっていたのは計生系統と衛生系統の連携問題がある。この問題を中央レベルに上げれば完全に管轄権争いに火をつけるようなものであり、地方においては実務的に連携せざるを得ないところは既に実質的に協力し合っている。計生系統の末端ステーションは全国津々浦々に張り巡らされており、合計120万人が業務に就いている。衛生系統がこれから同等な施設数を建設し、マンパワーを確保することはおそらく不可能といってよからう。計生系統の末端ステーションの業務内容が充実するようになれば、いずれ両者は協力連携の道を取らざるを得ないと推察される。しかも計生系統の最末端従事人口の70万人は既に公務員の身分でなく公益事業団の職員となっており、運営面では一定度の営利事業が認められており、活動の自由度が高い。以上のことを考慮すれば計画生育委員会が進める保健事業が将来医療と一本化の方が効率的か、あるいは高齢化の進展が著しい状況のなかで介護など福祉部門と抱き合わせた保健福祉分野で新たな柱を立てた方が社会のニーズに合致するのか日本・中国双方で研究を進めることは大きな意義がある。保健・医療・福祉の連携問題は実は日本にとっても大きな課題である。

3-2 地域家庭保健計画の観点から（兵井団員）

家庭保健サービス提供に関するさまざまな条件が満たされていない現状のなかで、いかに、住民ニーズ、地域特性を把握し、科学的な情報、根拠に基づき計画を策定するかが大きな課題である。いわゆるPlan-Do-See-Checkのサイクルでの計画策定が基本となるが、そのためには、「規範」である国の基本計画、省の基本計画、パイロット地区（県）の基本計画がそれぞれ関連性を保ちつつ策定される必要がある。

特に、現状把握・評価、健康課題の選定、目標の設定、対象者や関係者の分析と利用可能な社会資源の検討が計画策定段階において幅広く参加型で慎重に行われるよう県人民政府や衛生系統をはじめとした関係者の理解と調整が特に求められよう。

同時に、国、省、パイロット地区（県）の各段階でのPlan-Do-See-Checkのそれぞれの役割を枠組み（マトリックス）として重層的に整理することも基本方針の1つとして重要と考えられる。

表3-1 各レベルでの役割の枠組み（例）

	計画策定 (Plan)	実施 (Do)	モニタリング・評価 (See, Check)
国	<ul style="list-style-type: none"> • 全国レベルでの戦略的基本政策設定 • 規範の通達 • 地域計画策定支援 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 全国レベルでの家庭保健の推進 • 省の支援 • 政策的なアドボカシー 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 全国レベルでの戦略的基本計画の評価と見直し 等
省	<ul style="list-style-type: none"> • 省レベルでの計画策定 —現状把握・評価—健康課題の選定 —数値目標の設定 —対象者や関係者の分析 • 県の計画策定支援 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 省レベルでの家庭保健の推進 • 県の支援 —人材育成 —関係機関との調整 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 省レベルでの計画の評価と見直し • 県レベルのモニタリング評価支援 等
県	<ul style="list-style-type: none"> • 省の計画を参考にした独自の戦略的基本計画と年次実施計画の策定 —地域の現状把握 —住民参加による —地域ニーズを反映した計画策定 —健康課題の特定・優先度決定 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 県レベルでの家庭保健の推進 • 郷鎮の支援 —住民参加の推進 —リーダー育成 —関係グループの支援 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 県レベルでの計画の評価と見直し 等

そして、計画策定にあたっては、専門家が現状分析から選定した課題に対して地域住民を含む関係者が解決策を探る「課題解決型アプローチ」を中心に進めていくのか、あるいは、めざす方向性を地域住民と関係者がともに考えることから始め、目的である理想の姿を共有する「目的設定型アプローチ」を中心に進めていくのかも方法論の選択という点だけからでなくプロジェクト

の根源的なかかわり方として留意する必要がある。特にパイロット地区（県）レベルでは、端的に言えば、国家人口計画生育委員会側が考える「家庭保健サービスの課題」を中心に計画策定を進めていくのか、地域住民にとっての「家庭保健サービスの課題」を軸として計画策定を進めていくのかによって、かなり方向性が異なる計画になる可能性がある。

いずれにしても、現状把握・評価、健康課題の選定、目標の設定、対象者や関係者の分析と利用可能な社会資源の検討に関して、PDMに示される成果2「パイロット地区における地域家庭保健計画策定能力が強化される」及び付随する活動2-4「パイロット地区が属する市（地区）内の各県の計画生育サービス施設の基礎情報等を収集・分析する」、2-5「パイロット地区が属する市（地区）内の各県の社会経済情報（所得、産業等）、保健医療情報（疾病・死亡統計）を関連分野の統計年鑑により収集・分析する」、2-6「住民ニーズ（家庭の衛生環境、生活習慣、健康知識、受診行動等に関するアセスメント）のサンプル調査を行う」が具体的かつ標準化された形で実施されることが不可欠となる。

この一連の作業を関係者の地域家庭保健計画策定能力の強化のための研修教育として明確に位置づけ、必要とされる計画生育サービス施設の基礎情報、各県の社会経済情報（所得、産業等）、保健医療情報（疾病・死亡統計）を関連分野の統計情報などを各定義や算出方法とともに理解し、実際に現場で収集・分析し、これら収集・分析した基礎情報・データを持ち寄り、更にその分析活用方法について深く習得し、更に現場へ持ち帰り検討し、伝授するといった反復形式を進めることが有効と考えられる。これは、成果3「家庭保健サービスに従事する人材の実施能力（管理・技術面）が向上する」に至る具体的活動である3-4「県級サービス従事者に対し、技術研修（TOT）を行う」、3-5「県級サービス従事者が郷鎮以下のサービス従事者に対して伝達講習を行う」と同じ形式である。

地域家庭保健計画策定や成果1「家庭保健サービスの規範（理念・概念・内容・基準等）が整備される」ための準備として、2007年1～3月に実施された「中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」のためのベースライン調査報告書に基づき、現状把握・評価のための調査項目や調査方法について関係者と事前に検討する必要がある。「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」のためのベースライン調査報告書の内容は多岐にわたり、今回のプロジェクトにおいても十分活用できる情報が含まれている。計画生育サービスセンター/家庭保健センターの概要（職員数・職種・学歴、機材設備、予算、業務量など）についての詳細な基礎情報とともに職員の研修概要（実施研修の評価、内容、ニーズ）、利用者の満足度など、本報告書にある情報を参考に規範やベースライン調査の内容を検討することが強く望まれる。さらに、計画策定についても「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」で経験を積んだ人材を継続的発展的に本プロジェクトで活用するよう働きかけることも望まれる。

地域の健康課題の特定に関し、地域ニーズの把握と優先度の決定において、適切な指標の設定とデータ収集と分析、結果のフィードバックが求められることは既に述べたとおりであるが、パイロット地区の特性を社会経済や人口、保健分野の項目で分かりやすい形、汎用性のある形で類型化するなどして提示することが求められる。例えば、パイロット地区の3×3を基本とした家庭保健サービスの段階「優」「良」「可」に対応して、平均所得、農村人口割合、人口規模、出生率、高齢化率、アクセス、政策・政治的コミットメント及びサービス内容やセンターの特徴や強・弱点など簡単な表に色分けして示すなど、今後、専門部会で検討し、研修教育などでその方法を検

証活用することも求められよう。

また、地域特性やプロジェクト活動のモニタリングにおいては、指標を用いた比較、介入の前後での比較、介入の有無での比較、全国や省の平均値との比較、ベンチマーク（水準点、計測指標）との比較など事前にその比較検討方法と妥当性を考慮しておく必要がある。

表 3-2 パイロット地区類型化（例）

地区	家庭保健サービス	平均所得	農村人口割合	人口規模	出生率	高齢化率	アクセス	政策・政治的コミットメント	など
1	良	黄	緑	緑	黄	赤	黄	黄	
2	優	黄	緑	黄	緑	黄	緑	緑	
3	可	黄	赤	黄	黄	黄	赤	赤	
4	可	赤	赤	赤	黄	赤	赤	黄	

また、計画策定にあたり、専門的技術（技術・管理面）を必要とする研修や活動については、適切な専門部署や関連機関の協力の下その内容や方法について開発普及する必要があり、モニタリング・評価方法についても事前準備が不可欠である。

特に個人の保健データの共有化、活用のための試みが本プロジェクトのなかで試験的にでも行われるとすれば、なおさら、その「情報」のもつ政策的意味は大きく、実際のプログラムやサービス提供の優先度や効果判定の有力な根拠となろう。

家庭保健サービスに関する「良い経験」を「良い実践」へつなげ、更に「良い根拠」とすべく一貫性のある論理的な計画策定がなされることが期待される。

3-3 公衆衛生の観点から（吉本団員）

農村部の末端まで網羅された計生委のネットワークを利用し、家庭を1つの単位としてとらえた疾病予防・健康増進を目的とする基本的公衆衛生サービス提供の実現は、現在中国が進めている医薬衛生体制改革の重点項目において、衛生部門が業務量的にも人員的にも実施困難な現状を補う有効的な手段と考える。

2006年4月より開始された「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」以降、地域によりその提供するサービスの質・量の差はあるものの、対象とする各年代へ健康教育・健康検査・健康相談を実施し、計生委はその経験を重ねてきている。しかしサービス実施の対象・内容とも膨大で、その地域や対象自身のニーズ把握が不十分なまま実施されているのが現状のようである。

よって今後の課題として、①公衆衛生サービスのなかでの計生委が担う範囲を明確にし、現地衛生部門のサービスとの重複を避けること、②サービス提供は計生委独自ののものであっても、現地衛生部門との日常的な連携・協力体制を構築していくこと、③現地の特性（農村・都市・人口構成・経済的背景など）や公衆衛生上の課題を明確にし、そこに重点を置く家庭保健サービスが

展開できること、④計生委の業務に携わるスタッフにおいても、前プロジェクト対象地域や拡大地域を除けば、家庭保健サービスへの認識がまだまだ不十分であり、なおさら政府関係部門や対象である住民においてはその認知度が低いことが挙げられる。

①に関しては、現状でも不足している物的・人的資源の有効利用のため重要であり、その実現のためにも②で挙げた衛生部門とのサービスの連携・調整が必要となる。これまでもSARSなど突発的衛生重大事件発生時には、政府主導の下、衛生部門と計生委のみならず政府関係部門全体が事態の終息に向け連携している。今後、医薬衛生体制改革実現のためにも、政府主導でサービス提供される側のメリットとなるような、衛生部門と計生委の関係構築を期待したい。現場の実務レベルでは、既に連携を取りながらサービス提供（合同での健康診断の開催：衛生部門が身体諸計測や胸部レントゲン・血液検査、計生委が婦人科検診・治療薬配布など）をしている地域もあり、計生委と衛生部門との連携は、県レベルにおいて十分実現可能と思われる。そのほか、感染症予防対策・疾病の治療に関しては衛生部門が専門とするところであるため、その点においても2部門の連携は欠かせないと考える。

③に関しては、家庭保健サービスの対象・内容自体が広範であり、現地の施設や設備・提供できるサービススタッフには限りがあるため、その地域の特性・ニーズによって、対象やサービス内容の絞り込みも必要と考える。本年国家レベルの資格試験も実施され、家庭保健サービス提供スタッフの知識・技術向上への取り組みも行われているが、今後サービスの展開に伴い、求められる知識・技術も多様化してくることが予想される。今年実施された資格試験のその後の動向、資格取得者のサービス提供状況を見ながら、必要とされる人材の養成・技術向上に向けての取り組みが必要と考える。

④に関しては、プロジェクトパイロット地区において、現地の特性・公衆衛生上の課題に即したモデル（都市型・農村型・流動人口重点型・青少年重点型など、家庭の主婦が中心ではあるが、そのタイプや重点対象によってはピアエデュケーションも導入：高校生や大学生、留守宅主婦、現役退職者ボランティアへなど）を構築しながら、現地政府や関連部門に対するアドボカシー活動を十分に行い、政府・関連部門の支持・参加を得ながら住民参加型での広報・宣伝活動、及び具体的なサービスを展開していくことが必要と考える。プロジェクトパイロット地区においてこれが実現すれば、計生委の指導力・動員力を考えると、類似している地域への普及も容易であり、その波及効果も期待できると考える。

第4章 実施協議結果

4-1 実施協議の経緯

詳細計画策定調査での結果を踏まえ、JICA中国事務所にて、先方政府との合意形成を進めた。その後、実施協議を経て、2010年9月29日に国家人口計生委国際合作司司長代理とJICA中国事務所長との間でR/D及び付属M/Mの署名を交換し、プロジェクトの正式実施が決定した。

詳細計画策定調査時に先方政府と合意した内容からプロジェクトの基本計画に大きな変更はないものの、プロジェクト対象地域については、安徽省、湖北省、河南省、四川省、河北省の5省を候補地とし、これら5省から4省をR/D署名までに選定する予定となっていた。しかしながら、中国側の都合によりR/D署名までには対象地域の選定には至らなかったため、継続して日本・中国双方が協議し、プロジェクト開始までに対象地域を確定する旨を付属M/Mに記載することとなった。

なお、その他の点では修正・加筆箇所は生じず、円滑にR/D署名を執り行った。同R/D本体は「付属資料2：討議議事録（R/D）及び付属協議議事録（M/M）（和文・中文）」を参照のこと。

4-2 実施協議結果

本項では実施協議の結果、先方政府と合意したプロジェクトの基本計画について述べる。以下に詳述する内容は、「付属資料2：討議議事録（R/D）及び付属協議議事録（M/M）（和文・中文）」において確認したものに基いている。

(1) 概要

プロジェクト名： 家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト
プロジェクト期間：2011年1月～2016年1月（5年間）
プロジェクト候補地： 安徽省、湖北省、河南省、四川省、河北省のうち4省 パイロット地区候補地：各省3県×4省＝計12県
ターゲットグループ： 国家人口計生委、省・市・県人口計生委（局）、市・県家庭保健サービスセンター（計画生育サービスセンター）郷鎮計画生育サービス所、村計画生育サービス室、地域住民
上位目標： プロジェクト省において、家庭保健サービスを通じて、体系的な保健予防活動が強化される。
プロジェクト目標： パイロット地区において、地域のニーズに即した家庭保健サービスモデルが確立される。
成果： 1. 家庭保健サービスの規範（理念・概念・内容・基準等）が整備される。 2. パイロット地区において地域家庭保健計画策定能力が強化される。 3. 家庭保健サービスに従事する人材の実施能力（管理・技術面）が向上する。 4. 家庭保健サービスに対する住民の参加意識及び健康意識が向上する。

活動：

- 1-1. 既存のサービス実用ハンドブック（指南）等の分析を行う。
- 1-2. 家庭保健サービスの理念を確定し、関連概念を整備する。
- 1-3. 家庭保健サービスに関する各級サービス施設のサービス内容及び技術基準を制定する。
- 1-4. 各級サービス施設の人的資源、機材、施設に関する標準を規定する。
- 1-5. 家庭保健サービスの運営管理制度を整備する。
- 1-6. 上記を踏まえ、サービス実用ハンドブック（指南）を作成・改訂する。
- 1-7. 上記ハンドブック（指南）を用いて、家庭保健サービスの規範を普及する。
- 1-8. 家庭保健ファイル（電子版）を構築する。
- 1-9. 家庭保健サービス規範・実用ハンドブック（指南）の普及状況に対するモニタリングを行う。
- 1-10. パイロット地区において、リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度の実施状況に対する分析を行う。
- 1-11. パイロット地区において、家庭保健サービスの制度の執行・応用に関する提言（機構・人材の資格認定等）を行う。
- 1-12. 全国規模の拡大交流セミナーを実施し、経験・教訓を共有する。

- 2-1. パイロット地区を選定する。
- 2-2. パイロット地区の属する各級政府の統括的な指導の下、関係機関（衛生、教育、民政、婦女連合会等）から構成される指導者グループを設置する。
- 2-3. 指導者グループの下にプロジェクトオフィスを設置する。
- 2-4. パイロット地区が属する市（地区）内の各県の計画生育サービス施設の基礎情報を収集・分析する。
- 2-5. パイロット地区が属する市（地区）内の各県の社会経済情報（所得、産業等）、保健医療情報（疾病・死亡統計）を関連分野の統計年鑑により収集・分析する。
- 2-6. 住民ニーズ（家庭の衛生環境、生活習慣、健康知識、受診行動等に関するアセスメント）のサンプル調査を行う。
- 2-7. 市（地区）の全体平均及び周辺県との比較検討により、パイロット地区の家庭保健優先課題を特定する。
- 2-8. 指導者グループが地域家庭保健計画を策定する。
- 2-9. プロジェクトオフィスが家庭保健サービスの年次実施計画を策定する。
- 2-10. 定期的にサービスの質・インパクトを（日本の関連調査を参考にして）評価する。
- 2-11. 上記2-4～2-6に対するエンドライン調査を行う。

- 3-1. 家庭保健サービスの規範に沿い、県級サービス従事者に対する研修ニーズのアセスメントを行う。
- 3-2. 運営管理方法及び技術研修の計画を策定し、研修教材を作成する。

- 3-3. 行政官及び県級サービス施設長に対し、運営管理方法の研修を行う。
- 3-4. 県級サービス従事者に対し、技術研修（TOT）を行う。
- 3-5. 県級サービス従事者が郷鎮以下のサービス従事者に対して伝達講習を行う。
- 3-6. 国家・省級専門家に対し、疫学調査・研究能力向上のための研修を行う。
- 3-7. 上記3-3～3-6の各研修に関する研修効果を測定する（自己評価、受講者による講師・内容評価等）。
- 3-8. 上記2-9の年次実施計画に沿い、家庭保健サービス（健康教育、健康検査、健康相談）を提供し、年次計画を実施する。
- 3-9. サービス活動及び従事者に対するM&Sを定期的に行う。
- 3-10. 上記3-9に対するモニタリング監視を行う。

- 4-1. 各級政府及び関連部門に対するアドボカシー活動を行う。
- 4-2. 家庭保健サービスに関する多様な広報・宣伝活動（コンテスト、健康まつり、家庭訪問、キャンペーン等）を行う。
- 4-3. 住民向け家庭保健冊子、教材、及び、関連ツールを作成する。

(2) プロジェクト目標

プロジェクト目標は、プロジェクトの実施により、その終了時に達成が期待される目標を指す。本プロジェクトの実施期間は、2011年1月～2016年1月までの5年間である。プロジェクト目標とその達成度を測る指標は次のとおりである。

プロジェクト目標	指 標
パイロット地区において、地域のニーズに即した家庭保健サービスモデルが確立される。	1. プロジェクト対象全省で家庭保健サービスの普及に関する行政令が発出される。
	2. 家庭保健サービスに対する住民満足度が向上する。
	3. パイロット地区において家庭保健優先課題の解決に影響するリスクファクター（不健康な行動等）が減少する。

プロジェクト目標は、これまで家庭保健サービスの提供が、地域住民のニーズに合致しているかどうかを考慮せず行われてきたことによる非効率性や効果の低さを是正することをめざして設定された。また、家庭保健サービスにおける「モデルの確立」については、単に提供されたサービスが地域のニーズに合っているかどうかだけをみるのがモデルかどうかの条件ではなく、ニーズに合った質の高い家庭保健サービスを持続的に提供するために必要な計画策定・モニタリング・評価等を含む管理の仕組み、サービスの質の向上のための規範設定、研修、M&Sといった一連の能力向上のための仕組み、患者の発見から医療機関へのリファラル、バックリファラル及びコミュニティでのフォローアップといった医療機関との連携、地域住民のニーズや公衆衛生学的地域のニーズをアセスメントするための情報へのアクセスと

分析能力の向上といった家庭保健サービスのための包括的な仕組みが、汎用性の高いものとして機能しているかがモデルであるかどうかの条件となる。

こうした家庭保健サービスのモデルを構築するために、成果には①家庭保健サービスの規範の設定、②家庭保健サービス運営管理のための地域保健家庭計画の策定、③家庭保健サービスを提供する人材の能力向上、及び、④家庭保健サービスの需要側のニーズの掘り起こしといった必要かつ十分な活動を設定している。

指標に関しては、モデルが確立された際には、発出が行われるであろう拡大のため行政令の有無、また、モデルの質的な評価をするための指標を2つ設定した。1つは、「家庭保健サービスに対する住民満足度の向上」である。ニーズに則した家庭保健サービスが提供されるようになると、そのサービスに対する住民の満足度が向上するはずであるので、「住民の満足度」を指標の1つとした。ほかの質的な指標として、「家族の健康を阻害する要因となっているリスクファクター（危険因子）の減少」を挙げた。これらリスクファクターとしては、肺ガンを引き起こすことにつながる危険性の高い「喫煙習慣」、脳卒中の原因となる高血圧と密接に関係のある「塩分」、またHIV/AIDSを含む性感染症と関係の深い「無防備な性行為」など、ある特定の疾病に寄与する危険な行動特性や、要素などが含まれる。ニーズに則した家庭保健サービスを提供することで、人々の危険な行動特性を正したり、要素を取り除いたりすることができるため、このリスクファクターの減少を指標の1つとした。

(3) 上位目標

上位目標は、プロジェクトを実施することによって期待される長期的な効果であり、正のインパクトを示す。本プロジェクトの上位目標と指標は次のとおりである。

上位目標	指 標
プロジェクト省において、家庭保健サービスを通じて、体系的な保健予防活動が強化される。	1. プロジェクト省において、家庭保健サービスが展開された県のカバー率（XX%以上）。
	2. 国家人口計生委の政策文書で家庭保健サービスに関する文言が明記される。
	3. プロジェクト省において家庭保健優先課題の解決に影響するリスクファクター（不健康な行動等）が減少する。

プロジェクト目標である「地域のニーズに即した家庭保健サービス」が供給されるようになれば、疾病予防や母子保健活動等地域での保健予防活動への需要（デマンド）が増え、より効率的に保健予防活動が行われるようになることが期待される。ただし、保健予防的サービスや医療サービスは衛生系統によって供給されているという中国の事情により、衛生系統と計生委系統の体系的な連携が強化されないと、せっかく家庭保健サービスによって作り出された需要がうまく保健予防活動に結びつかない結果となる。そのために、プロジェクト実施を通じて両者の協調を強化し、体系的な保健予防活動が行われることをめざすことはもちろんのことだが、ある時点において政策的な決定がなされ、両者の協調が上から求められるようになることが上位目標を達成するうえで重要な要因となる。国家人口計生委は、家庭保健サービスのモデル化を進めると同時に、将来的には衛生系統との協議を経て、政策への

反映を視野に入れていることが確認されたので、上位目標の達成可能性はかなり高いと思われる。

一方、上位目標達成のための外部条件である「国家人口計生委の家庭保健サービスに関する政策及び実施体制が大きく変更しない」に関しては、これから5年間に大きく変更される可能性は高くないと判断されるが、プロジェクト期間中において国家人口計生委の動きを十分注意深く見ていく必要がある。

指標には、家庭保健サービスの質的・量的な評価をするための指標及び、家庭保健サービスの政策的な位置づけのための文書の発出を指標とした。

(4) 成果及び活動

成果1	指 標
家庭保健サービスの規範（理念・概念・内容・基準等）が整備される。	1-1. 家庭保健サービス規範及びサービス実用ハンドブック（指南）が国家人口計生委の認可を受ける（国際合作司の文書）。
	1-2. 家庭保健サービス制度の執行・応用に関する提言（施設・人材の質量認定等）の発出有無。
	1-3. 拡大交流セミナー回数（8回以上）。

成果1（規範整備）の活動は下記のとおりである。

- 1-1. 既存のサービス実用ハンドブック（指南）等の分析を行う。
- 1-2. 家庭保健サービスの理念を確定し、関連概念を整備する。
- 1-3. 家庭保健サービスに関する各級サービス施設のサービス内容及び技術基準を制定する。
- 1-4. 各級サービス施設の人的資源、機材、施設に関する標準を規定する。
- 1-5. 家庭保健サービスの運営管理制度を整備する。
- 1-6. 上記を踏まえ、サービス実用ハンドブック（指南）を作成・改訂する。
- 1-7. 上記ハンドブック（指南）を用いて、家庭保健サービスの規範を普及する。
- 1-8. 家庭保健ファイル（電子版）を構築する。
- 1-9. 家庭保健サービス規範・実用ハンドブック（指南）の普及状況に対するモニタリングを行う。
- 1-10. パイロット地区において、リプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度の実施状況に対する分析を行う。
- 1-11. パイロット地区において、家庭保健サービスの制度の執行・応用に関する提言（機構・人材の資格認定等）を行う。
- 1-12. 全国規模の拡大交流セミナーを実施し、経験・教訓を共有する。

家庭保健サービスは、中国において新しい概念であり、いまだその概念がきちんと文書化され、規範化されているわけではない。そのため、家庭保健サービスの解釈がまちまちになり、うまく拡大ができない原因ともなっている。成果1は、国レベルでタスクチームを組織し、2006年より3年間実施された「中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」の成果や成果物を検討することにより、家庭保健サービスの理念、役割、級ごとのサービス項目、内容、標準的技術などを明らかにした規範づくりを目標として

いる。また、この新しいサービスの方向性を定めていくのに必要な継続的情報収集のための「家庭保健ファイル」の構築も行う。家庭保健サービスの質の向上に貢献すると思われる専門職資格制度についても、現在試行中のリプロダクティブヘルスカウンセラーの資格制度を精査することにより、次に必要な資格制度について検討を行い、提言として出す。そのほかに大きな活動としてプロジェクトの成果や課題を共有するための全国規模拡大交流セミナーの実施を計画しており、これにより、計生委系統の関係者のみならず広く関係各機関の関係者にもプロジェクトの宣伝を行うことが期待される。

成果2	指 標
パイロット地区において地域家庭保健計画策定能力が強化される。	2-1. 指導者グループ及びプロジェクトオフィス設置に関する行政文書が全パイロット地区で発出される。
	2-2. 全パイロット地区で調査・分析結果に基づく地域家庭保健計画（中期）が策定される。
	2-3. 全パイロット地区で調査・分析結果に基づく年次実施計画が策定される。

成果2（地域家庭保健計画策定）の活動は下記のとおりである。

- 2-1. パイロット地区を選定する。
- 2-2. パイロット地区の属する各級政府の統括的な指導の下、関係機関（衛生、教育、民政、婦女連合会等）から構成される指導者グループを設置する。
- 2-3. 指導者グループの下にプロジェクトオフィスを設置する。
- 2-4. パイロット地区が属する市（地区）内の各県の計画生育サービス施設の基礎情報を収集・分析する。
- 2-5. パイロット地区が属する市（地区）内の各県の社会経済情報（所得、産業等）、保健医療情報（疾病・死亡統計）を関連分野の統計年鑑により収集・分析する。
- 2-6. 住民ニーズ（家庭の衛生環境、生活習慣、健康知識、受診行動等に関するアセスメント）のサンプル調査を行う。
- 2-7. 市（地区）の全体平均及び周辺県との比較検討により、パイロット地区の家庭保健優先課題を特定する。
- 2-8. 指導者グループが地域家庭保健計画を策定する。
- 2-9. プロジェクトオフィスが家庭保健サービスの年次実施計画を策定する。
- 2-10. 定期的にサービスの質・インパクトを（日本の関連調査を参考にして）評価する。
- 2-11. 上記2-4～2-6に対するエンドライン調査を行う。

成果2における活動の対象となるのが、パイロット地区における県や市の行政官であり、目標としては、管理者として必要な能力を向上させることである。実際の成果として「地域家庭保健計画」の策定をめざしており、そのために必要な地域の社会経済的情報や保健医療情報など情報の分析能力の向上をまず行う。成果3には、行政官に対する管理研修コース等が計画されているが、そのコースと、成果2の実際の計画策定をリンクさせ、研修コース参加と実践の両方を経験することで、管理者の能力を向上させていくことを狙っている。その他大き

な活動の1つに、住民のニーズアセスメントがある。これは、家庭保健サービスが地域住民のニーズに合ったものとなるために必要不可欠な調査であり、インパクト評価の項目を決めるうえでも重要な調査となる。このニーズ調査の対象となるのは、家庭の主婦であり、それら家庭の主婦の健康に関する知識、健康に関する情報の入手手段、受診行動（受診時期や場所の決定メカニズム）、家計に占める医療費の割合、居住環境（トイレの有無、風呂、採光、スペース、ほか）、食事の内容、家族の生活習慣等を詳細に調査することを目的としている。この調査により、家庭保健サービスにおける対象の疾患とターゲットにしたい危険因子の決定、より効果の高い情報伝達の戦略策定などに反映することができる。プロジェクト最終年には、家庭保健サービス実施による変化を見るためのエンドライン調査を、活動2-4～2-6で行った調査から項目を選んで実施し、効果を判定する。

成果3	指 標
家庭保健サービスに従事する人材の実施能力（管理・技術面）が向上する。	3-1. 一定の研修効果（知識・スキル・伝達能力）を満たした従事者の割合（80%以上）。
	3-2. パイロット地区から質の高いモニタリング報告書（分析的、明瞭解析）の割合が増加する。
	3-3. 健康教育・健康検査・健康相談において基準を満たすサービス従事者の割合が増加する。

成果3（実施能力【管理・技術面】の向上）の活動は下記のとおりである。

- 3-1. 家庭保健サービスの規範に沿い、県級サービス従事者に対する研修ニーズのアセスメントを行う。
- 3-2. 運営管理方法及び技術研修の計画を策定し、研修教材を作成する。
- 3-3. 行政官及び県級サービス施設長に対し、運営管理方法の研修を行う。
- 3-4. 県級サービス従事者に対し、技術研修（TOT）を行う。
- 3-5. 県級サービス従事者が郷鎮以下のサービス従事者に対して伝達講習を行う。
- 3-6. 国家・省級専門家に対し、疫学調査・研究能力向上のための研修を行う。
- 3-7. 上記3-3～3-6の各研修に関する研修効果を測定する（自己評価、受講者による講師・内容評価等）。
- 3-8. 上記2-9の年次実施計画に沿い、家庭保健サービス（健康教育、健康検査、健康相談）を提供し、年次計画を実施する。
- 3-9. サービス活動及び従事者に対するM&Sを定期的に行う。
- 3-10. 上記3-9に対するモニタリング監視を行う。

成果3における活動の対象となるのは、家庭保健サービスを供給をしているサービス員及び行政官などの管理者であり、これら対象者のそれぞれに求められている能力の向上を目標としている。まず、ベースの能力をアセスするための研修ニーズアセスメントを行い、運営管理研修及び技術研修を策定し実施する。実施の手順として、まず、県レベルのTOTを行い、その後、県レベル家庭保健センターを研修拠点として、県レベル指導者により下の郷・鎮レベルや村レベルへの二次研修を行う。その際、こういった二次研修を行うのが効果の高いやり

方であるかといった検討が十分にされる必要がある。さらに、実際にサービスを提供している現場におけるM&Sが定期的に行われる必要がある。これによって、サービスの質の継続的な向上が期待される。国家レベルまたは、省レベルによるモニタリング監視を併せて行う。

この成果3のなかで、国・省レベルの研究者を対象に疫学調査・研究能力向上のための研修及び研究を行う。家庭保健サービスの効果判定には、人口ベースで行う疾病と介入の関係を測るための疫学研究が不可欠である。そのための能力向上を目的にこうした活動を行う予定である。

成果4	指 標
家庭保健サービスに対する住民の参加意識及び健康意識が向上する。	4-1. 政府及び関係機関の家庭保健サービスへの参加度が増加する。
	4-2. 参加意識・健康意識が向上した住民の割合が増加する。

成果4（住民の参加・健康意識の向上）の活動は下記のとおりである。

- 4-1. 各級政府及び関連部門に対するアドボカシー活動を行う。
- 4-2. 家庭保健サービスに関する多様な広報・宣伝活動（コンテスト、健康まつり、家庭訪問、キャンペーン等）を行う。
- 4-3. 住民向け家庭保健冊子、教材、及び、関連ツールを作成する。

成果4における活動の対象は、地域に住む住民である。家庭保健サービスの体制、質などが向上したとしても、住民側に全く参加の意欲がなかったり、そもそも健康の向上に対する意識が低かったりすれば、プロジェクト目標である家庭保健サービスのモデル化はあり得ない。そのため、成果4においては、地域住民のデマンドを醸成していくことを目的とした活動を行う。例えば、人々の家庭保健サービスに対する興味を喚起するための健康に関するコンテスト、健康まつり、各種イベントを行い、家庭保健宣伝用の冊子作りや配布のための活動などが計画されている。こうした各種イベントのみならず、地域における簡単な検査と健康教育を結びつけての活動なども期待される。そのほかに重要な活動としては、政府及び関係機関へのアドボカシー活動である。本プロジェクトの計画策定段階においてプロジェクトのリスク、または阻害要因になり得るものと判断された「他機関との協力関係」について、こうした家庭保健の定期的なアドボカシーを行っていくことで理解を深め、スムーズな協力関係が構築できると期待される。

(5) 前提条件と外部条件

1) 前提条件

このプロジェクトの前提条件は、「家庭保健サービスに対する他機関からの反対が生じない」である。家庭保健サービスについて、現在のところ他機関からの反対の声は聞こえてこないが、プロジェクト開始までの間、更に家庭保健サービスに関する情報の伝達、連携の強化を図ることによりこの前提条件は満たされるものと思われる。

2) 外部条件

プロジェクトの外部条件とは、プロジェクトではコントロールできないが、プロジェクト

の成否に影響を与える外部要因を指す。

活動から成果の外部条件は、「関係機関との協力・調整に支障が生じない」であり、省や県レベルの指導者グループの結成や地域家庭保健計画の策定における関係機関の協調によりこの外部条件が満たされる可能性は高いと判断される。

成果からプロジェクト目達成に必要な外部条件は、「研修を受けた人材が継続的にプロジェクトに参画する」であり、この点に関しては問題のレベルとはならないだろうとの予測ではあるが、プロジェクト実施中、継続して人事面を観察していくことが重要である。もし、この点で問題が発生したら速やかに省・市レベルの計生委との話し合いが行われなくてはならない。

なお、プロジェクト目標から上位目標に達成されるための外部条件に関しては、既に上位目標の項で述べた。