

中華人民共和国
地域公衆衛生サービス提供能力及び
感染症対策能力強化プロジェクト
第一次詳細計画策定調査報告書

平成 23 年 1 月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
11-022

中華人民共和国
地域公衆衛生サービス提供能力及び
感染症対策能力強化プロジェクト
第一次詳細計画策定調査報告書

平成 23 年 1 月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

9億人ともいわれる農村住民に対する基本的医療と公衆衛生サービスの提供は中国保健行政における重点課題と認識されており、農村衛生管理体制の構想と枠組みの確立とともに、2003年からの新型農村合作医療に基づく国を挙げた事業推進策により、末端の郷鎮衛生院や村衛生室の施設整備等、ハード面での整備が進められてきました。

しかし、末端の農村部における衛生管理体制には各地でばらつきがあり、特に近年の中国国内の格差拡大により、公衆衛生サービスの公平性やアクセス向上において多くの課題が認識されています。

このような状況下、中国政府は農村末端部に対して基本的な公衆衛生・医療・薬品サービスを公平に提供することを目的として、「医薬衛生体制改革」（2009年3月）を発表しました。同改革では、保健システムの健全化やサービス均等化、末端医療機関の人材育成等を進める計画であり、本計画に対してわが国に協力が要請されました。

今般、同プロジェクトの立上げ準備のため第一次の詳細計画策定調査団を派遣し、国務院衛生部との協議、及びモデル省候補地の安徽省で現場調査を実施し、安徽省における医薬衛生体制改革の進捗や県以下のサービスネットワークの現状・課題を確認し、プロジェクトで取り組むべき協力焦点及びアプローチを明確にし、協力の基本計画について中国側と協議しました。

本報告書は同調査結果を取りまとめたものです。

最後に、本調査に協力をいただいた国立保健医療科学院の関係者の皆様に深甚なる謝意を表し、引き続きご支援をお願いする次第です。

平成23年1月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

プロジェクト位置図

写 真

第1章 詳細計画策定調査団の概要	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 調査の内容	2
1-4 調査日程	3
1-5 主要面談者	4
第2章 総括報告	6
2-1 総括報告	6
2-2 安徽省の保健行政の課題と改善について	6
2-2-1 郷鎮中心衛生院の視察について	6
2-2-2 村衛生室の視察について	8
2-2-3 視察後の安徽省衛生庁幹部との意見交換から	8
2-2-4 プロジェクトの基本計画案について	9
第3章 中国の公衆衛生状況	11
3-1 概況	11
3-2 コミュニティーレベル（県レベル以下）の公衆衛生	12
3-3 保健医療の制度及び政策	14
3-3-1 中国における保健医療行政	14
3-3-2 関連する国家基本計画及び施策	15
3-4 医療衛生体制改革の現状と今後の課題	19
3-4-1 医療保険制度の改革・整備と現状	19
3-4-2 農村部の医療制度：新型農村合作医療	19
第4章 安徽省の公衆衛生状況	21
4-1 概況	21
4-2 コミュニティーレベルの公衆衛生	33
4-3 保健医療の制度及び政策	37
第5章 調査・協議結果	38
5-1 プロジェクト実施部署の変更	38
5-2 プロジェクトの目標等	39
5-3 実施体制等	41

5-4	プロジェクト対象地域	44
5-5	有償資金協力の現状確認（安徽省）	44

付属資料

1.	協議議事録	49
2.	農民健康ファイル	59
3.	安徽省郷鎮衛生院業績審査評価細則（試行）	65
4.	安徽省村衛生室業績審査評価細則（試行）	73
5.	安徽省社区卫生サービス機構の実績考査評価細則（試行）	76
6.	安徽省末端医療衛生機関職員の考査評価細則（試行）	82
7.	安徽省人民政府の「末端医薬衛生体制総合改革」に関する実施意見	100
7-1.	安徽省郷鎮衛生院改革案	106
7-2.	安徽省コミュニティー衛生サービス機構改革案	110
7-3.	安徽省行政村衛生室改革案	113
7-4.	安徽省郷鎮衛生院機構定員基準	115
7-5.	安徽省郷鎮衛生院（コミュニティー衛生サービスセンター）再配置職員の配置 弁法	117
7-6.	安徽省末端医療衛生機構実績査定弁法	120
7-7.	安徽省末端医療衛生機構運行補償弁法	123
7-8.	安徽省末端医療衛生機構の基本薬物と補充薬品の使用・購入・配達に関する試 行弁法	126
7-9.	「末端医薬衛生体制総合改革」業務手順の規範化に関する指導意見	128
7-10.	「末端医薬衛生体制総合改革」の組織・規律の保障の強化に関する意見	133

プロジェクト位置図



現地調査時の写真



安徽省衛生庁との協議



安徽省涇県衛生局との協議



安徽省涇県郷鎮中心衛生院訪問



同衛生院の看護師



同衛生院での聞き取り調査（産婦人科医）



安徽省涇県村衛生室訪問



安徽省無為縣鄉鎮衛生院訪問
(勤務医一覧を前に)



安徽省無為縣衛生局との協議



安徽省無為縣鄉鎮衛生院訪問 (超音波検査室)



同衛生院訪問
(X線検査室・人物は安徽省衛生庁職員)



安徽省の省都・合肥市の風景

第1章 詳細計画策定調査団の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

9億人ともいわれる農村住民に対する基本的医療と公衆衛生サービスの提供は中国保健行政における重点課題と認識されており、農村衛生管理体制の構想と枠組みの確立とともに、2003年からの新型農村合作医療に基づく国を挙げた事業推進策により、末端の郷鎮衛生院や村衛生室の施設整備など、ハード面での整備が進められてきた。わが国も中国の公衆衛生基盤を整備し、重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS）等感染症対策を強化することが両国にとっても重要であるという認識から有償資金協力を実施した（10省に対して総額約212億円）。協力資金は、10省の各地区級レベルの公衆衛生設備、医療機器の整備、及び関係者の研修プログラムに充当された。

一方、末端の農村部における衛生管理体制には各地でばらつきがあり、特に近年の中国国内の格差拡大により、公衆衛生サービスの公平性やアクセス向上において多くの課題が認識されている。

特に、競争メカニズムの導入によって、県・郷鎮・村の三級サービスネットワークの協力関係が機能せず、医療負担の増加やサービスの公益性を損なう事態が生じているほか、これら末端医療機関による基本的サービスの質を評価し、適切に管理するシステムも欠如しているため、農村住民から信頼・支持を得て、健全な公衆衛生機能を維持することが困難な状況も散見されている。これらは末端医療機関における人材育成面にも密接に関わっており、地域の公衆衛生サービスを計画し、運営管理を担う郷鎮衛生院長などの管理者の指導レベル（管理知識）の低さも問題となっている。また、これら末端医療機関のスタッフ（村医師など）が有する診断・治療技術や農村住民に対する健康教育・管理手法も十分なものではなく、鳥インフルエンザ・手足口病・SARS・HIV/エイズなどの重大感染症や増加する生活習慣病（慢性疾患）への対応が難しくなっている。

このような状況下、中国政府は農村末端部に対して基本的な公衆衛生・医療・薬品サービスを公平に提供することを目的として、「医薬衛生体制改革」（2009年3月）を発表した。同改革では、保健システムの健全化やサービス均等化、末端医療機関の人材育成などを進める計画であり、本案件は上述した課題に対応することで同改革のモデル的位置づけとなることが期待されるとともに、プロジェクトサイト省において、有償資金協力による開発効果をさらに末端まで裨益させ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、協力準備調査を実施する。本調査では衛生部との協議及びインタビューを調査当初に実施し、その後安徽省で現場調査を行う。現場調査では安徽省における医薬衛生体制改革の進捗や県以下のサービスネットワークの現状を確認し、プロジェクトで取り組むべき協力焦点及びアプローチを明確にする。さらに調査終盤にその結果について衛生部に報告し、プロジェクトの内容について意見交換を行い、確認事項につき衛生部と協議議事録（Minutes of Meeting : M/M）に署名する（付属資料1参照）。

1-2 調査団の構成

業 務	氏 名	所 属	期 間
総 括	牛尾 光宏	JICA人間開発技術審議役	2010/12/12～12/21
保健行政	曾根 智史	国立保健医療科学院行政学部長	12/12～12/16
協力計画	加藤 誠治	JICA人間開発部保健三課	12/12～12/21
地域保健	京口 美穂	JICA人間開発部保健三課	12/12～12/21

1-3 調査の内容

(1) 2010年11月に実施されたJICA中国事務所と安徽省衛生庁との事前準備会合を通して収集した情報の整理・確認

- ①プロジェクト実施機関（カウンターパート）の変更について
- ②プロジェクトの目標
- ③プロジェクトの運営方法（衛生部、対象省人民政府）
- ④対象地域（安徽省を前提に、対象地区、県の数）
- ⑤衛生部・安徽省の実施体制（訓練センター含む）
- ⑥衛生部・安徽省の役割・担当業務
- ⑦有償資金協力の現状確認（安徽省）

(2) 基礎情報（政策・ガイドライン、組織体制、サービス施設数・種類、医療従事者配置状況など）の収集・分析と確認

特に、プロジェクト対象省を予定している安徽省の基礎情報の収集・分析を行う。（すでにJICA中国事務所から依頼済み）

(3) プロジェクト協力内容（焦点、アプローチ、目標、成果、活動、投入など）の大枠に関する意見交換

<プロジェクト・サマリー案（要請書から抜粋）>

①プロジェクトの焦点（上位目標）

農村住民の基本衛生サービスへのアクセス・公平性の向上

②アプローチ

人材育成をツールとした「農村衛生管理体制（≒保健システム）の改善」

③プロジェクト目標

農村住民の基本衛生サービスへのアクセス・公平性の向上に向けた「農村衛生管理体制（≒保健システム）の改善」モデルの確立

④成果

- ・農村住民の健康参加意識と感染症予防・治療意識が高まる。
- ・末端医療機関の衛生サービス提供能力が強化される。
- ・農村衛生体制についての政策制定及び執行能力が高まる。
- ・農村衛生体制について、国家衛生政策が制定され同政策が普及される。

⑤活動及び投入など：次回の詳細計画策定調査でワークショップなどを通じ策定する。

(4) 第二次詳細計画策定調査に関する調整

次回の第二次詳細計画策定調査において、ワークショップを通じ、プロジェクト目標、達成すべき成果の確認を行い、及び日中双方の投入（実際の活動、日中双方の分担）、プロジェクト成果指標に関して検討することを中国側実施機関と確認・合意する。

1-4 調査日程

月日	曜	省	予定
2010年 12/12	日		<牛尾、曾根、加藤、京口> 移動（JL023/9:45羽田発→12:50北京着） <牛尾、曾根、加藤、京口、小田、李忠金> 移動（CA1543/15:10北京発→16:55合肥着）
12/13	月	安徽省	9:00～ 安徽省衛生庁協議（中国側プレゼン、意見交換） 移動（合肥→徑県：3時間）
12/14	火		9:00～ 徑県衛生局協議 11:00～ 衛生院、衛生室視察 移動（徑県→無為県：2時間）
12/15	水		9:00～ 無為県衛生局協議 11:00～ 衛生院、衛生室視察 移動（無為県→合肥） 15:00～ 安徽省衛生庁協議（PDM素案提示、協力枠組み検討）
12/16	木		9:00～ 安徽省衛生庁協議 11:00～ 安徽医学高等专科学校視察 <曾根> 移動（CA1836/11:00合肥発→12:40北京着） （JL024/16:40北京発→21:00羽田着）※帰国 <牛尾、加藤、京口、小田、李忠金> 移動（MU5171/17:15合肥発→19:05北京着）
12/17	金		終日 衛生部農村衛生管理司協議 16:00 M/M案先方提示
12/18	土	北京	M/M案修正
12/19	日		M/M案修正
12/20	月		9:30～ 団内協議（JICA中国事務所にて） 16:00～ M/M最終確認（衛生部にて）
12/21	火		11:00～ JICA中国事務所/在中国日本国大使館報告 <牛尾、加藤、京口> 移動（JL024/16:40北京発→21:00羽田着）

1-5 主要面談者

(1) 衛生部

姚建紅	農村衛生管理司衛生サービス計画管理处 処長
張并立	農村衛生管理司衛生サービス計画管理处 副処長
王旭丹	農村衛生管理司衛生サービス計画管理处 処員
戴 維	国際合作司アジア・アフリカ処 処員

(2) 安徽省関係者

高開焰	安徽省衛生庁 庁長
徐恒秋	安徽省衛生庁 副庁長
江 文	安徽省衛生庁農村衛生管理处 処長
馬旭升	安徽省衛生庁農村衛生管理处 副処長
張幫友	安徽省衛生庁外事処 副調員
宋向東	安徽省衛生庁援外処 副主任
周普源	安徽省人口計画生育委員会科学技術処 主任科員
陳建中	安徽医学高等専科学校 副校長
羅 珏	安徽医学高等専科学校 教授

(3) 宣城市涇県関係者

汪 玲	涇県人民政府 副県長
萬伙順	涇県衛生局 局長
王希聖	涇県衛生局
吳申生	涇県衛生局
何徳珍	涇県衛生局
程麗莉	涇県衛生局
邢航宇	涇県衛生局
陳加賓	涇県衛生局
余永明	涇県疾病予防コントロールセンター
王 平	涇県婦幼保健所
胡宝生	涇県人民病院 院長

(4) 巢湖市無為県関係者

侯奎林	無為県衛生局 局長
趙 華	無為県衛生局 副局長
汪士水	無為県衛生局衛生監督所 所長
王 俊	無為県衛生局防保処 処長
夏乾坤	無為県衛生局人事処 副処長
汪開保	無為県人民病院 副院長
甘業雲	無為県中医病院 副院長

李后来	無為県疾病予防コントロールセンター
龔建中	無為県新型農村合作医療管理センター 主任
李 斌	無為県婦幼保健所 副所長
季呂樹	無為県衛生学校 校長

第2章 総括報告

2-1 総括報告

プロジェクト実施場所については、今回の調査で安徽省が妥当と思われる。その理由は、①2010年度上半期にサービス機関・人材の査定・分配制度に関する細則が策定されるなど、改革の進捗が早く、全国モデルとしてプロジェクトを実施する基盤、土台がある。②衛生部と安徽省衛生庁間の関係が良好であり、安徽省の成果を国家レベルでの改革にスムーズにフィードバックできる可能性が高い。③2005年までJICAプロジェクトを実施しており、中国側の一部関係者が今回も関わることから、JICAの協力の理念や手法に精通している。④農村人口が75%と農村が中心となっている典型的な省である。⑤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の対象にも安徽省が含まれており、安徽省衛生庁と事前に協議を行った際に、国家・人口計画生育委員会（以下、「計生」と記す）と密接に連携して進めていくことについて了解を得ている。

しかし、中国の1省といってもその面積も人口も膨大なものであり、中国側としては安徽省内の12箇所をモデル地区として事業を推進したいとの意向を示している。日本側からは北部・中部・南部という単純な地理区分だけではなく、地域特性や改革の進捗状況に基づいたグループ別に優先順位を考慮した選定をするよう中国側に依頼した。

なお、本調査の約1年半先立って安徽省を訪問したときと比較すると、農村衛生改革が急速に進展していることがうかがわれ、特に郷鎮衛生院の建物については従来のもものと比較すると随分立派なものとなっている。ただし、診断機器については十分に整備されているとは言いがたい。

さて、本プロジェクトは郷鎮衛生院レベルにおける医療提供体制を強化するために研修を実施しようとするものであるが、郷鎮衛生院並びに村衛生室に勤務する医療関係者は必ずしも十分な医学教育を受けた者とは言いがたく、どの程度の医療サービスを提供するのか、そのためにはどのような研修を実施すべきかを検討することが今回の調査に課せられた最大の課題であろう。

また、医薬衛生体制改革では、住民個々人の健康ファイルを作成し、それを電子化して生涯にわたる健康管理を行おうという非常に野心的な試みが実施されることとなっている。母子保健や学校保健・産業保健との連携、データの保管・管理、データへのアクセスの制限、データ読み取り機器の整備など検討すべき課題は多い。調査団としては、日本での経験から必ずしも容易ではないので電子化には慎重であるべきとの助言を行ったが、国家としての方針であることから省としても実施せざるを得ないようであり、莫大な投資が無駄にならないようにシステム構築についても助言すべきであろう。

2-2 安徽省の保健行政の課題と改善について

2-2-1 郷鎮中心衛生院の視察について

(1) 安徽省涇県の郷鎮衛生院（中心）

県内11の郷鎮衛生院のうち、治療機能が充実した2つの中心衛生院の1つを視察した。建物は、最近、整備されたばかりである。医師、補助医師、看護師などで運営されており、小児科、内科、外科、産科など一通りの診療科は揃っている。

臨床スタッフと公衆衛生スタッフがいるが、兼務が多い様子であった。住民への健康教育も実施している。

外来患者数は、1日30人程度とのことであった。調査団は午前中に訪問したが、院内は午

前にもかかわらず、閑散としていた。点滴室で患者数名が点滴を受けているのみで、入院患者もほとんどいなかった。

新しい基本薬剤制度などに基づく情報は、整然と公開されていた。また、外来、慢性病、入院患者の氏名、住所、病名、治療期間、要した費用と支払い元などの一覧表が、会計窓口で公開されていた。

(2) 安徽省無為県での郷鎮衛生院（一般）

一般のため臨床機能は限定的である。医師は3人で、他に補助医師など十数名のスタッフがいる。定員は30名だが、全部は埋まっていない。外来患者は1日50人程度とのことであった（対象人口7万人）。

施設は全体的に老朽化しており、暖房はなかった。レントゲン、エコーはあるが、かなり旧式のものであった。血液・尿・結核菌検査は実施している。入院施設はあるが、視察時、入院患者はいなかった。

これらの郷鎮衛生院になぜ患者が来ないのかについて、以下の理由が考えられる。

- 1) 提供できる医療の質が低い、あるいは、低いと住民に認識されている。実際、正規の医師は少ない。
- 2) スタッフのモチベーションが低く、患者を増やそうとする意識・意欲に欠ける。
- 3) 真冬なのに暖房も入っておらず、快適性が低い。

郷鎮衛生院にかかれば、薬剤が薬価の上乗せ分がない原価販売のため、県立病院より窓口負担は多少安くなる。郷鎮衛生院で受診する経済的メリットが住民に十分伝わっていないのか、その程度のメリットでは受療行動に影響しないのか、おそらく後者ではないかと推察される。住民が、軽い疾患でも、郷鎮衛生院に行くより多少遠くても県立病院に行ったほうがよいと考えるのは、1つには医療の質が低い、頼りにならないと認識されているからであろう。スタッフの臨床の技術レベルは不明だが、症例数からいうと、おそらく県立病院には及ばないと考えられる。医療のように広告が難しいサービスは、いわゆる口コミの影響が大きい。郷鎮衛生院が住民にどのように認識されているのかについて、何らかの調査が必要であろう。

中国側の要請にあるように、研修等によって郷鎮衛生院のスタッフの資質を向上させたとして、果たしてどの程度来院患者数が増加するのかについて検討する必要がある。両県の視察後の会合で、安徽省側はスタッフの資質向上で患者数はある程度増えると回答していたが、根拠が明確ではない。

もし、現状を改善したいのであれば、職員の技術向上と併せて、例えば、県立病院への紹介制度を整備し、そこに郷鎮衛生院を組み込むことが考えられる。具体的には、県立病院に受診するためには郷鎮衛生院の紹介状を必須とする、紹介状があると受診の順番を早くしてもらえる、なければ追加料金がかかるなどである。

郷鎮衛生院の患者数が増えず、初期医療機関としての役割を果たせないのであれば、郷鎮衛生院から臨床機能はずして、対人保健の公衆衛生機能のみに特化した機関にすることも考えられる。それは、おそらく日本の市町村保健センターに近いものになるであろう。ただ、一方で臨床機能のない施設に医師が勤務したがるだろうかという問題もある。日本

でも、市町村保健センターで常勤医師がいるところは少ない。

もう1つには、臨床機能については、県立病院を分院化したうえで、公衆衛生機能を重点的に行う機関として整備する方向性も考えられる。そうすれば、地域住民の臨床ニーズも吸収できるうえ、医療と予防・健康増進が連携しやすい体制が組めるであろう。しかし、単に分院化するだけでは、結局、臨床業務が中心となり、公衆衛生活動がおろそかになる危険性もある。

2-2-2 村衛生室の視察について

(1) 安徽省涇県の村衛生室

- ・スタッフは3人で補助医師
- ・ごく簡単な医療サービスと家庭訪問等の保健サービスを提供
- ・外来患者は1日数名
- ・健康ファイルを作成している。ただし、何らかの異常があつて、登録された者のみで、全く健常な者の記録を取る仕組みはない。有病者のフォローアップには有用
- ・記録を元に家庭訪問などで現状を把握しているとの回答

(2) 安徽省無為県の村衛生室

- ・幹線道路沿いの便利な立地
- ・外来患者は1日30～40人
- ・医師1名を含むスタッフ8名程度
- ・診察室、処置室、薬局、事務室のみ
- ・健康ファイルを作成している

各村衛生室は、人員としては必要最小限であるが、それはそれで機能しており、公衆衛生活動の第一線として活用の道のある機関であった。家庭訪問を発展させて、訪問看護や在宅高齢者医療に結びつけばなおよいと考えられた。日本の訪問看護ステーションや地域の開業医のような機能をもたせるのも一案である。

2-2-3 視察後の安徽省衛生庁幹部との意見交換から

医師資格について、中国は日本と異なり、初級、中級、高級の3種類のクラスを設けている。昇格にはかなりの努力と経験が必要で、大病院の医局長クラスは、高級でなければならぬ。研修によって医師の等級が上がるのかと質問したところ、「ない」との回答であった。例えば、初級から中級に上がるためには、学歴と勤務年数の条件を満たしたうえで、数件の論文を出版し、さらに国の試験に合格しなければならない。研修が等級のアップに直接結びつかないとなれば、職員の研修に対するモチベーションはどう担保するのか、技術向上という自己研鑽的な目標だけで研修に対する前向きな姿勢が得られるのか、あるいは、ジョブセキュリティと絡めて研修を提供するのか、いずれにせよ何らかの工夫が必要である。

スタッフのモチベーションについて省幹部に尋ねたところ、技術をもっている人ほど今回の改革で給料が下がってしまい、同時にモチベーションも下がってしまう傾向にある。多少の埋め合わせをしていく方向で考えているとのことであった。

経験を積み、技術を高めるために、わが国では他機関との人事交流や所内でのジョブローテーションが取り入れられているが、郷鎮衛生院では、特定の衛生院の個別ポジションごとの採用になるため、衛生院間の異動、衛生院内でのジョブローテーション、県立病院などとの人事交流は難しいとのことであった。一般的に中国では、幹部管理職以外は人事異動がない。特に技術職では前例がなく、日本のような人材育成方法はなじまないとの意見もあった。

農村部の慢性疾患患者（特に脳血管疾患患者）などの往診は、村医が担っているとのことである。都市部ではコミュニティー衛生サービスセンターが担いつつある。農村部では第二子、第三子が許されており、高齢者ケアはまだ家庭で担えるとのことであった。しかしながら、今後の急激な少子高齢化の進展を考えると、近い将来、地域で脳卒中罹患後の高齢者などへの訪問医療サービスはニーズが出てくるのではないかと考えられた。

県衛生庁内に郷鎮衛生院の担当部局がある。県立病院にも医務課に4、5人の担当者がいる。次回調査の際は、それらの郷鎮衛生院担当者にも個別にヒアリングをすることが望ましい。もし、それぞれの意見にギャップがあれば、計画ではそれを埋める工夫が必要である。

2-2-4 プロジェクトの基本計画案について

M/Mでは、郷鎮衛生院、村衛生室の基本公衆衛生サービス提供機能と基本医療サービス機能の向上について合意している。前者のサービス内容は、それぞれ12項目、8項目と多岐にわたる。とりわけ郷鎮衛生院の基本公衆衛生サービスを完全に実施するには、実地訓練を含めたかなりのトレーニングが必要である。それぞれのサービス規範の確立も考えると、相当のリソースの投入が必要となるであろう。そのうえ、基礎医療サービスの技術向上も図るとすると、パイロット県だけに限定しても、果たして4年間で目に見える成果が出せるか、項目間の優先順位の設定も含め、綿密な実施計画を立てることが不可欠となろう。

郷鎮衛生院のスタッフには、初期治療の技術と上位病院に送る必要性の判断における臨床能力が求められる。「オールラウンドな医師」という表現を用いた県幹部もいたが、実は専門医よりもこのような医師を養成するほうが難しいとの意見もある。しかも対象は小児から高齢者まで様々である。おそらく単発的な研修だけではこのような能力を修得するのは難しいものと考えられる。一定の期間、定期的に講義や実習を受けながら、自分の経験した事例を分析して、報告するという研修課程が必要であろう。

また、基本医療サービス技術向上のためには、県立病院の研修への協力が不可欠である。しかしながら、県立病院やそこで働く医療従事者にどの程度のモチベーションがあるだろうか。2県での会合にも県立病院の幹部が出席していたが、どちらもあまり積極的な発言はなかった。一般的に言って、医療機関（あるいは、その幹部）は自院の患者が減ることを好まない。患者が多すぎるのであれば、もっと病院を建て増して、医師も多く雇って対応すべきだと考えるのが普通である。両県での話し合いの際、県立病院の代表者が、来院者の1~2割は郷鎮衛生院で対処できる患者といていたが、果たして手間暇をかけて、自院の患者を減らす研修に人手を割くであろうか。また、医師個人として考えてみた場合、診療の忙しさを緩和するのは、研究や自分の技術向上への時間を確保する点では歓迎であろうが、そのために研修講師としての業務に自分の時間をどれだけ積極的に提供しようとするであろうか。県立病院の協力を得るには、病院・医師双方にバリアが存在するように思われる。したがって、研修体制を作る際には、病院や医師側のインセンティブやペナルティについて考えておく必要があるだろう。

基礎公衆衛生サービスの提供にあたっては、地域で実際に何が必要とされているのかの精査、いわゆる地域診断が必要であると考えられる。もちろん基本的なサービスは国や省が定めているが、地域の特徴などを明確にするためにも、県の衛生部とも連携しながら、一定の調査を行う必要がある。

いずれにせよ、建物の中で待っている、基本公衆衛生サービスも住民には届かないし、基本医療サービスも今回視察したように、十分には利用されないままである。保健指導や健康教育も郷鎮衛生院や村衛生室に人を集めて行うだけでは、人は集まらないし、定着しない。家庭訪問や地域の会合への出張など活動の方法自体の見直しも必要となろう。

さらに郷鎮衛生院職員の業務評価については、細部にわたる規定が定められているが、このような個人を対象とした成果主義システムは、足の引っ張り合いや情報の囲い込み、同僚との非協力を招きやすい。むしろ業務ごとのチーム評価への転換を図ったほうがよいのではないかと考えられる。

村衛生室では健康ファイル業務を視察した。村民の健康状態を継続的に把握するのはよい試みであり、積極的に推進すべきであるし、M/Mにあるように電子化を進めるメリットも大きいであろう。しかしながら、このようにして集めたデータをどのように活用し、それをどのような形で住民に還元するのかなどの検討がまだ不十分であると感じられた。データ収集・記録はそれ自体が自己目的化しやすい事業である。収集→分析→活用（還元）のサイクルを規範化することが必要である。

郷鎮衛生院に関するベースライン調査を実施予定とのことであるが、単に表面的な事実を捉えるのではなく、職員の意識やモチベーション、研修ニーズ、周辺住民の郷鎮衛生院に対する意識と行動、県立病院の協力に関する意欲とキャパシティもきちんと把握できる調査であることが望ましい。できれば、実際の実施は省・県政府自身ではなく、調査会社などの第三者が行うほうが、実態を正確に把握できるのではないかと考えられる。調査内容についても、日本側が意見を出すことが必要である。

また関連して、郷鎮衛生院、村衛生室、県立病院の受診者に対して受療行動調査を実施し、どのような疾患で、どこから来ているのか、受診に要する時間や労力、金額とそれをどう捉えているのかなどについてベースラインデータを取ることで、プロジェクトの効果を受診行動・意識の変化として評価することが可能になる。わが国でも3年ごとに実施しているので、参考にすることが望ましい。

（厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/09/index.html>）

最後に全体的なことであるが、プロジェクト目標のもう1つ上の上位目標を明確にする必要があると考えられる。プロジェクト目標が達成されると、農村部の地域保健医療システムがどのようなになるのか。その共通認識を、国、省、県とJICA側がもっておく必要がある。将来的に郷鎮衛生院・村衛生室を地域保健医療にどう位置づけたいのかというビジョンの共有である。それについては、中国側の関係者間でも考えが十分すり合わされていないと感じられた。プロジェクトの進行に伴って、関係者間の認識のギャップが拡大することがないように十分話し合っておくことが必要である。

第3章 中国の公衆衛生状況

3-1 概況

中国における健康指標は著明に改善し、平均寿命は1981年の67.9歳からおよそ5歳延びて73歳、乳児死亡率は1989年の50.2‰から2007年の15.3‰（都市：7.7‰、農村：18.6‰）と低下、妊産婦の死亡率は1989年の出生10万対94.7から2007年の36.6（都市：25.2/10万、農村：41.3/10万）と著明に改善した¹。

一方で、新たな問題も出現している。一つは貧富の差が拡大することにより、受けられる保健医療サービスも差が生じていることである。人間開発指標（Human Development Index：HDI）も東部に比較して中西部で低い傾向となっている（図3-1²）。

発展の著しい沿岸地域と中西部地域の医療の状況を比較してみると、その格差は深刻である。貧困地域、特に農村部では栄養不良や感染症、低い公衆衛生サービスなどが重要な課題として残されている。健康水準は全体的には改善してきているものの、乳幼児死亡率では農村部は都市部の約2.4倍、妊産婦死亡率では1.5倍となっている。

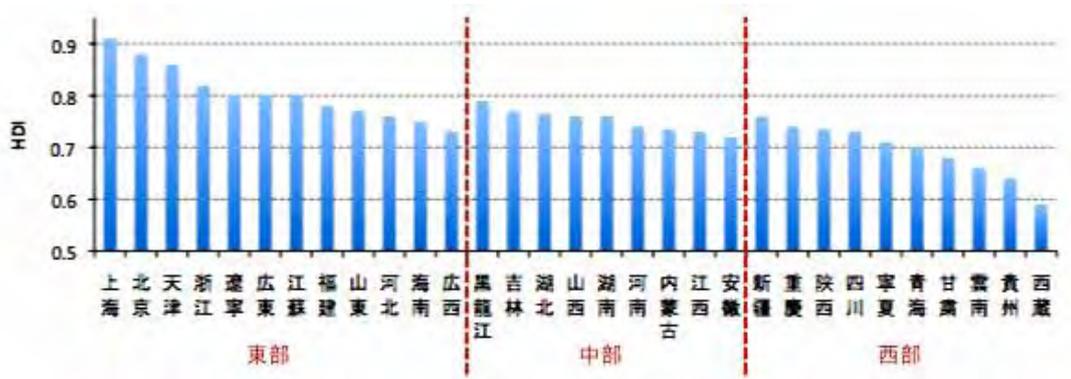


図3-1 省別 HDI (2003年)

図3-2²に示すように、農村部の医師数や医療従事者数は、1978年の改革・開放路線以降、都市部での著明な増加に比して、農村部では減少傾向にある。

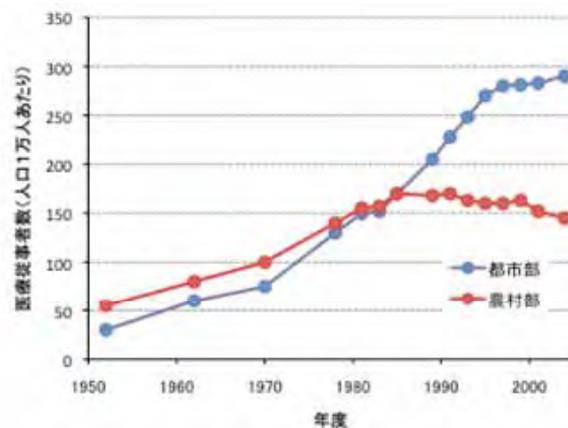


図3-2 都市部と農村部における医療従事者数の推移

¹ 2008年4月、衛生部「2007年衛生事業発展統計公報」、中国人権ネット「改革開放30年中国人権発展重要事件回顧ダイジェスト」

² 中国感染症対策ポジションペーパーより抜粋

表3-1に示すように、人口1,000人当たりの病床数は、病院・衛生院では1980年の2.02床から2007年の2.63床と緩やかに増加しているが、郷鎮衛生院では農業人口1,000人当たり、1980年の0.95床から2007年の0.85床と減少している。また2006年の統計によると、東部大都市では北京の6.79床、上海の6.81床、天津の4.58床といった状況に対し、中部、西部ではそれぞれ2.53床、2.61床と中西部で極めて病床数の少ない状況となっている。

表 3 - 1 人口1,000人対病床数²

年次及び地区	医療機関全体	病院・衛生院			郷鎮衛生院 (対農業人口1,000)
		合計	市	県	
1980年		2.02	4.70	1.48	0.95
1995年		2.39	3.50	1.59	0.81
2000年		2.38	3.49	1.50	0.80
2005年	2.62	2.45	3.59	1.43	0.78
2006年	2.70	2.53	3.69	1.49	0.80
2007年	2.83	2.63	3.80	1.58	0.85
東部	3.27	3.00	3.84	1.66	0.96
中部	2.53	2.37	3.55	1.49	0.79
西部	2.61	2.45	4.07	1.61	0.82

また、別の課題として「流動人口」の問題がある。中国の高度成長を支えていた2億人を超える国内出稼ぎ労働者（農民工）、すなわち「流動人口」は都市部に移っても都市戸籍がないために、医療をはじめとしたあらゆる社会サービスを十分に受けられない。感染症が一旦流行してしまえば、脆弱なグループである「流動人口」の人々の感染症予防やコントロールが困難となる。したがって、「流動人口」を含めた公衆衛生サービスの強化を通じた感染症対策は中国における喫緊の課題である。

3-2 コミュニティーレベル（県レベル以下）の公衆衛生

県レベル以下の医療施設数や医療従事者数をみると、2007年末時点（2007年衛生事業統計）で、1,636の県（県レベルの市は含まない）に、県総合病院が5,879箇所、母子保健施設が1,612箇所、疾病予防コントロールセンターが1,763箇所、衛生監督署が1,333箇所設置されており、上記の機関で業務にあたる職員総数は99.5万人である。

県以下の各郷鎮には衛生院が設置され、衛生院が医療サービスや疾病予防のためのサービスや母子保健サービスを提供している。しかし、農業人口1,000人に対する職員数は1.18人で、病床数は0.84床と郷鎮レベルでも基本的な保健医療サービスの提供体制が十分とはいえない状況にある。さらに行政村レベルになるとまだすべての行政村に村衛生室が設置されてはおらず（現在、約90%に設置されている）、1行政村当たりの衛生員数は1.04と低い。また、行政村はいくつかの自然村が一緒になっており、一人の衛生員が担当する地域も広い。したがって、まだまだ村レベルでは保健医療サービスを受けにくく、提供しにくい状況が現存している（表3-2）。

2003年からの新型農村合作医療の全面的な推進により、コミュニティーレベルの公衆衛生のハード面での整備は比較的進んできているが、ソフト面では村医師の高齢化や人材不足、能力不足などの課題がある。また村衛生室の村医師は就業前の短期研修（6か月程）のみで業務を開始するケースも少なくない。就業後の基本的治療診断技術研修・疾病予防等公衆衛生分野の研修・新制度導入/実施にあたる研修の実施等継続的教育措置が必要である。したがって、わが国の対中協力重点項目である感染症対策を実践するためにも、村医師を指導監督する郷鎮衛生員職員や県レベルの職員の能力強化は、農村部における公衆衛生サービスの向上を図るうえで急務と考えられる。

表3-2 全国農村三級衛生サービスネットワーク³

	2001	2003	2004	2005	2006	2007
県総数	1,660	1,470	1,633	1,633	1,636	1,636
県総合病院（箇所）	2,018	2,057	2,052	2,009	5,673	5,879
病床数（床）	346,493	338,943	346,307	344,064	599,181	631,291
職員数（人）	490,845	476,625	484,838	476,993	783,018	817,009
技術職員数（人）	393,066	382,599	390,996	385,629		
診療延べ人数（億人）	1.5	1.7	1.7	1.8	3.0	3.3
入院者数（万人）	796.2	921.2	996.1	1059.2	1578.5	1,890.5
病床使用率（％）	56.5	59.5	62.0	65.3	63.3	69.7
県母子保健施設（箇所）	1,393	1,687	1,596	1,526	1,625	1,612
職員数（人）	49,678	71,549	69,115	66,665		
技術職員数（人）	41,676	59,592	57,678	55,316		
県疾病コントロールセンター	1,663	1,762	1,823	1,586	1,726	1,763
職員数（人）	88,025	89,868	92,122	79,619		
技術職員数（人）	70,720	70,308	71,658	62,912		
郷鎮総数（万）	4.02	3.80	3.70	3.55	3.47	3.44
郷鎮衛生院（箇所）	48,090	44,279	41,626	40,907	39,975	39,836
病床数（床）	740,060	672,700	668,900	678,240	696,000	747,000
職員数（人）	1,168,932	1,057,463	1,026,099	1,012,006	1,000,000	1,033,000
技術職員数（人）	1,027,941	905,984	881,142	870,500	860,000	863,000
診療延べ人数（億人）	8.2	6.9	6.8	6.8	7.0	7.6
入院人数（万人）	1,700	1,608	1,599	1,622	1,836	2,662
病床使用率（％）	31.3	36.3	37.1	37.7	39.4	48.4
対農業人口1,000衛生院数						
病床数（床）	0.81	0.76	0.76	0.78	0.80	0.84
職員数（人）	1.28	1.19	1.17	1.16	1.15	1.18
行政村総数	71.0	67.9	65.3	61.5	62.4	61.4
衛生室のある行政村の割合（％）	...	77.6	80.7	83.7		
村衛生室数（箇所）	698,966	514,920	551,600	583,209	609,000	605,000
郷村医師と衛生員数（人）	1,290,595	867,778	883,075	916,532	957,000	914,000
村当たりの郷村医師と衛生員数（人）	1.41	0.98	1.37	1.40	1.10	1.04

³ 2005年中国衛生事業発展状況統計公報・2006～2008年衛生統計年鑑よりデータ抜粋（中華人民共和國衛生部ホームページ）

3-3 保健医療の制度及び政策

3-3-1 中国における保健医療行政

中国における保健医療行政は、主に国家衛生部による「衛生系統」と国家・人口計画生育委員会（計画生育、リプロダクティブヘルス）による「計生系統」に実施されている。そのほか、労働社会保障部では都市部の医療保険や労災、養老保険などの事業を実施し、民政部では低所得層に対する医療費補助、児童・障害者・高齢者福祉関連の事業などを実施している（図3-3）。

以下に、主な保健医療部門である衛生系統と計生系統の全体的な組織体制を示す（図3-4）。

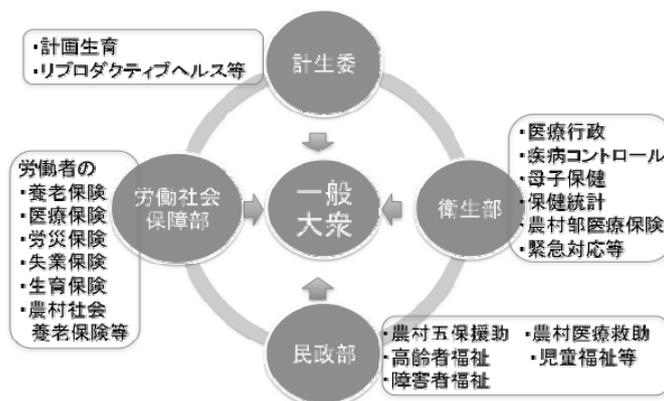


図3-3 主な保健医療関連部門

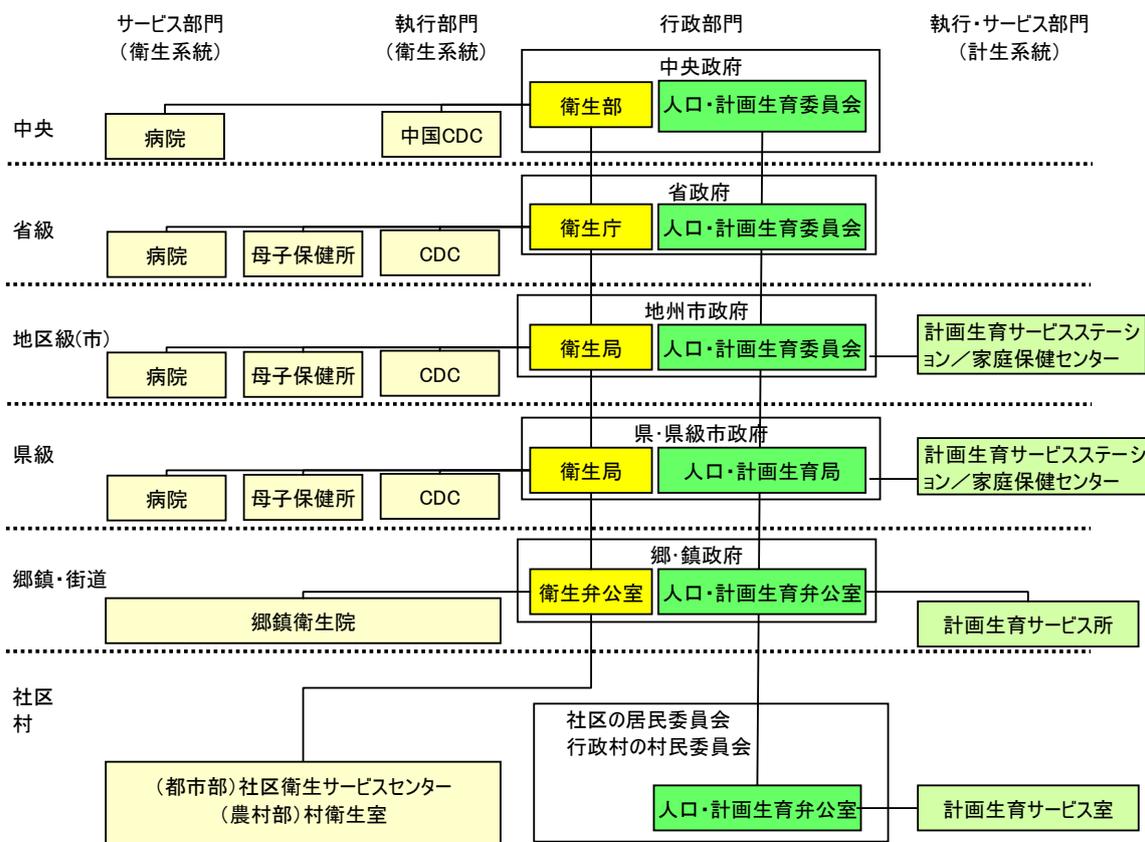


図3-4 主な保健医療部門である衛生系統と計生系統の全体的な組織体制²

【衛生系統】

国家衛生部、地方衛生行政部門（省衛生庁・県衛生局）、疾病予防コントロールセンター、母子保健所（母子保健センター）、衛生監督所

【計生系統】

・計生、地方計画生育行政、計画生育サービスステーション/家庭保健センター

3-3-2 関連する国家基本計画及び施策

(1) 衛生系統

国民健康モデルの再構築、工業化と都市化が加速するなかで、従来からの感染症予防対策に加え、高齢化や慢性疾患や生活習慣病の拡大といった問題にいかに対処するかが大きな課題となっている。今後の保健医療体制改革の不断の推進と新型保健医療体制の構築が、健康目標の達成には不可欠とされている。

【保健医療制度改革】

- 1) 2010年を目標に基本保健医療制度枠組みを構築し、都市・農村の異なる収入層の基本保健医療サービスの格差を緩和する。
- 2) 2020年までに都市・農村住民をカバーする基本保健医療制度を確立し、より整備された公衆衛生と医療サービスシステム、医療保険システム、標準化された薬品供給システム、保健医療機構管理体制と運営メカニズムを構築することをめざす。

中国においては戸籍制度と社会保障制度がリンクしており、対象や地域に合わせた医療保険システムの整備にも力を入れている。すなわち、農村戸籍者は新型農村合作医療、都市戸籍者は都市部従業員基本医療保険や都市部住民基本医療保険がカバーする制度となっており、2008年末までに、新型農村合作医療は農村地域をカバーして、基金管理と制度運営の効率性を高めること、2010年までに都市部従業員基本医療保険を都市部従業員全体にまで普及させ、都市部住民基本医療保険を全面的に展開することをめざしている。

(2) 計生系統

中国政府は1979年以降、計画出産制度を実施、計生はその普及と具体的実施に取り組んできた。制度実施から30年近く経過し、出生率が目に見えて低下する一方、急速な少子高齢化、男女性比率のゆがみ（男子出産の比率が非常に高い）が進み、さらに経済発展と地域格差拡大に伴って流動人口が増大するなど、人口問題が数量的なものから質的なものに変化してきている。2007年、国務院は「人口・計画出産活動の全面的強化、人口問題解決の全面的な計画手配に関する決定」を発表した。これは、低出産レベルを定着させるとともに、先天性異常対策、人口構造調整（男女比率の是正や少子高齢化対策）、流動人口対策などと重点化した政策であり、人口政策も数量コントロール（管理）から人口の質的保障（サービス提供）へシフトしたものといえる。

(3) 施策

2009年3月、中国国務院は医薬衛生体制改革短期的重点实施方案（2009～2011年）を掲げ、次の5つの改革を重点的に進めることを発表した。

1) 基本医療保障制度建設の推進強化

①基本医療保障のカバー拡大

3年以内に都市部被雇用者基本医療保険及び都市部個人基本医療保険、新型農村合作医療が都市・農村全体をカバーし、保険加入率（参加率）をそれぞれ90%以上に引き上げる。2年以内に閉鎖企業・倒産企業の退職者及び困窮企業の被雇用者を都市部被雇用者医療保険に加入させ、それが困難である場合には省級人民政府の承認により都市部個人基本医療保険に加入させる。2009年には都市の個人基本医療保険を全面的にスタートさせる。

②基本医療保障水準の向上

都市部個人基本医療保険及び新型農村合作医療の資金調達基準・補償基準を段階的に向上させる。2010年には各級政府の財政による都市部個人基本医療保険と新型農村合作医療に対する補助基準を一人当たり年間120元に引き上げる。個人の費用納入基準を適切に引き上げ、その具体的な基準は省級人民政府が制定する。

③基本医療保障基金管理の規範化

④都市部・農村部の医療救助制度の改善

救助資金を有効利用し、救助資金の給付審査手順を簡素化する。都市部及び農村部の生活最低保障対象の家庭構成員、五大保障対象者が都市部個人基本医療保険または新型農村合作医療に加入できるよう資金面から支援を行い、経済的困窮家庭の構成者が医療費を自己負担する際の補助基準を段階的に引き上げていく。

⑤基本医療保障管理サービス水準の向上

医療保険取扱い機関及び医薬サービス提供者による協議体制を構築し、費用支払い方式に対する改革への地方の積極的な取り組みを奨励する。医薬品・医療サービス・医療用材料の支払い基準を合理的に設定し、コストを抑制する。医療費の支払い手続きを簡素化する。

2) 国家基本薬物制度の基礎の建設

①国家基本薬物目録選定・調整・管理制度の構築

②基本薬物供給保障システムの初歩的建設

③基本薬物優先選択・合理的使用制度の建設

3) 基層（末端）医療衛生サービスシステムの健全化

①末端医療衛生機関の建設強化

農村の三級医療衛生サービスネットワークを改善する。県級病院の主導的機能を發揮させ、3年以内に約2,000箇所の県級病院（中医病院含む）の建設を中央が重点的に支援し、各県に少なくとも1箇所の県級病院を整備するという基準レベルに基本的に到達する。郷鎮衛生院・社区卫生サービスセンターの建設基準を改善する。2009年、2万9,000箇所の郷鎮衛生院建設任務の支援を中央が計画し、5,000箇所（各県1～3箇所）の中心郷鎮衛生院の改築を再度支援する。辺境地区の村衛生室の建設を支援し、3年以内に、全国各行政村がすべて衛生室を備えるようにする。3年以内に、3,700箇所の都市部社区卫生サービスセンター及び1万1,000箇所の社区卫生サービスステーションを新設・改築する。中央は、困難な地区2,400箇所の都市部社区卫生サービスセンターの建設を支援する。（後略）

②末端医療衛生人材集団の育成強化

農村のために全科医師の養成及び開業医の招聘に係る計画を制定・無料実施する。3年で、郷鎮衛生院・都市部社区卫生サービス機関・村衛生室の医療衛生人員、それぞれ延べ36万人、延べ16万人、延べ137万人の研修を行う。都市病院の農村カウンターパート支援制度を改善する。各地区都市部の三級病院は、約3箇所の県級病院（条件の整った郷鎮衛生院を含む）と長期的なカウンターパートの協力関係を築かなければならない。「1万人医師農村衛生支援プロジェクト」を継続実施する。都市部大病院研修への参加、病院医師規範化研修への参加などによって、県級病院の医師レベルの技術を向上させる。都市部病院・疾病予防コントロール機関の医師が中高級職に昇進する前に1年以上農村サービスに従事するという政策を確実に実行する。医大卒業生は、末端医療機関の業務に従事するよう奨励する。2009年より、中西部地区郷鎮衛生院業務を3年以上自発的に務めた医大卒業生に対して、国家が学費・学費助成借款を代償する。

③末端医療衛生機関保障制度の改革

郷鎮衛生院、都市部社区卫生サービスセンター・サービスステーションの国家規定に基づいた基本建設・設備配置・人員経費・公衆衛生サービス業務経費等を一定額補助する。郷村医師が担当する公衆衛生サービス等の業務に対して、合理的補助、地方人民政府規定に基づいた補助を与える。

④末端医療衛生機関運営制度の改変

末端医療衛生機関は、適切な技術と設備、基本薬物を使用し、民族医薬を含む中医薬を大々的に普及させ、都市部・農村部において安全かつ有効・安価なサービスを提供する。郷鎮衛生院はサービス方式を転換し、医療従事者が郷村で巡回医療を行うようにする。都市部社区卫生サービスセンター・サービスステーションは、行動不便な患者に対して訪問サービス、主動サービスを行う。地方の級別診療基準制定、社区初診制モデルの展開、末端医療機関及び上級病院の双方向診療移転制度の確立を奨励する。全面的に人員雇用制度を実施し、出入り可能な人材資源の管理制度を確立する。収入分配制度を改善し、サービスの質・量を中心とし、職位責任及び行政を基礎とした考査・激励制度を確立する。

4) 基本公衆衛生サービスの均等化の段階的な促進

①基本公衆衛生サービスによる都市・農村住民のカバー

基本公衆衛生サービス項目を制定し、サービス内容を明確化する。2009年から全国統一的な住民健康記録書を順次構築し、規範管理を行う。65歳以上の老人には健康診断を、3歳以下の乳幼児には成長発育検査を、妊産婦には産前健診・産後訪問観察を、高血圧・糖尿病・精神疾病・エイズ・結核等のグループには予防治療指導サービスを定期的に実施する。健康知識を普及し、2009年中央電視台健康チャンネルを開設し、中央・地方メディアは健康知識宣伝教育を強化する。

②国家重大公衆衛生サービスプロジェクトの増加

結核・エイズなどの重大疾病の予防コントロール、国家免疫計画〔予防接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization：EPI）〕、農村婦女入院分娩など重大な公衆衛生プロジェクトを継続的に実施する。2009年から以下のプロジェクトを開始する：15歳以下に対するB型肝炎ワクチン補充接種、石炭焼きガス中毒リスクの排除、農村婦女

妊娠前・妊娠早期の葉酸補充摂取などの欠陥出生予防、貧困白内障患者治療、農村水洗トイレ改善など。

③公衆衛生サービス能力構築

精神衛生改善、婦幼（母子）衛生、計生など專業公衆衛生機関の施設条件を重点的に改善する。重大疾病及び突発公衆衛生事件予測・予警・処理能力を強化する。実用的な中医薬予防保健方法・技術を積極的に広める。感染症病院・鼠害（ペスト）予防機関・住血吸虫病予防機関、その他疾病予防コントロール機関に従事するリスクの高い業務人員の待遇（優遇）政策を着実に実施する。

④公衆衛生サービスの必要経費の保障

專業公衆衛生機関人員経費、発展建設経費、公用経費、業務経費を政府予算に基づいて全額配分し、サービス性収入を財政専門口座に払い込み、もしくは予算管理に組み込む。プロジェクトに基づいて都市住民の基本公衆衛生サービスを無料とする。公衆衛生サービスの経費基準を高め、2009年一人当たりの基本公衆衛生サービス経費基準を最低15元、2011年には最低20元とする。中央財政は困難な地区に補助を行う。

5) 公立病院改革モデルの推進

①公立病院の管理体制、運行制度・監管制度の改革

公立病院は公益性を確保し、社会利益を原則とすることを堅持し、患者を中心とする。行政と事業の分離、管理と実施の分離を実現するための有効な方法を各地が積極的に検討するよう奨励する。衛生行政部門、医療保険期間、社会評価機関、一般代表者、専門家が参与する公立病院品質管理評価制度の確立を検討する。病院の予算及び収支に対する管理を厳格化し、コストの計算・管理を強化する。

②公立病院補償制度改革の推進

公立病院に対する補償を、サービス収益・医薬品費用比率加算収入・財政補助を含む3方式から、サービス収益・財政補助の2方式に転換する。政府は公立病院の基本建設と大型設備の購入、重点学科の発展、国家规定に合致する離職・退職者費用、政策的損失の補填などに対する責任を負い、公立病院が担当することを承諾した公共衛生サービスに対して特別補助を行い、市人民政府指定の緊急救助治療・外部支援・農村支援・辺境地域支援などの公共サービス経費を保障し、中医医院（民族病院）・感染症病院・職業病予防治療院・精神病病院・妊産婦病院・児童病院などに対して政策的傾斜投入を行う。医療と医薬の分離を推進し、医薬品費用比率加算を段階的に撤廃していき、医薬品について値引きを受けてはならない。こうした措置によって病院が被る収入減あるいは損失は、薬事サービス費の設置・一部技術サービス費用の調整、政府資金投入の増加などによって補填する。

③多元的な医療経営形式の形成加速

省級衛生行政部門及びその関連部門は、地域の衛生計画に従って所轄地域内における公立病院の数量・配置・病床数・大型医療設備の配備及び主な機能を明確化する。公立病院の所有制改革に対する政策措置を制定し、国有財産の価値の維持と被雇用者の合理的利益を確保する。民間資本による非営利病院の建設を奨励する。公立病院改革は、2009年から試験的に開始し、2011年から段階的に拡大させる。

3-4 医療衛生体制改革の現状と今後の課題

3-4-1 医療保険制度の改革・整備と現状

中国においては戸籍制度と社会保障制度がリンクしており、対象や地域に合わせた医療保健システムを整備している。すなわち、農村戸籍者は新型農村合作医療、都市戸籍者は都市部従業員基本医療保険や都市部住民基本医療保険がカバーする制度となっている。なお、公務員に対しては別途公務員医療補助制度がある。

3-4-2 農村部の医療制度：新型農村合作医療

農村合作医療は、農民が自ら構築した互助共済の医療保障制度で、農民が基本的衛生サービスを受けられることを保障し、病気により貧困に陥ることを緩和するという点で重要な役割を担っている。

世界銀行は中国政府に対して医療関連支出の拡大、医療サービスの運営主体を県・市から省・国へ移行、さらに国民の基本医療と感染症予防制度に重点を置くべきであることなどを提言している。

(1) 新型農村合作医療の歴史

農村合作医療は50年近い歴史があり、1940年代の萌芽期、50年代の草創期、60～70年代の発展と隆盛期、80年代の衰退期、90年代以降の回復と発展期という経過をたどってきた。過去の合作医療の問題について、衛生部は専門家と地方衛生機関とで検討を重ね、新型農村合作医療の堅実な理論的基礎を構築した。2002年10月、「中国共産党中央委員会・国務院の更なる農村衛生業務強化に関する決定」において“大病を主とする統一した新型農村合作医療の構築”及び“2010年までに新型農村合作医療の全国的実施”、その他中央・地方財政部門からの医療補助金給付について明確に方針を打ち出した。これは中国政府が農民の基本保健医療問題解決のために、歴史上初めて行った大規模な投入である。2003年から多方面の資金調達に基づき、農民の自主的な参加を原則に新型農村合作医療実施モデル地域は増加しつづけ、モデル地域の成功経験を通して、将来新型農村合作医療の全国的展開のため、堅実な理論と実践基礎を築いているところである。

(2) 加入者及び積立金の推移

新型農村合作医療の拡大に伴い、農民の基本保健医療に関するニーズはある程度保障され、“三農”問題⁴の解決、中国の安定した社会の実現を後押しするものである。2007年6月末現在、新型農村合作医療実施県（市・区）が2,429箇所、県（市・区）全体の84.87%に達した。加入者数は農業人口全体の82.83%に当たる7億2000万人に上り、全国の加入率は2004年の75.2%から2007年は85.87%に上昇。衛生部は当初計画より2年早い2008年中に加入率100%とすることをめざしている。

合作医療制度の2007年9月末現在の積立金総額⁵は353億元（中央政府補助金：82億円、地方政府補助金：174億円、加入者納付金：94億円）に達し、2007年1～9月に同制度が負担し

⁴ “三農”問題：農民問題・農村問題・農業問題の総称。農民問題：農民の収入が低く都市部住民との格差が大きい、農民の権利が保障されていない。農村問題：農村の経済発達の立ち遅れ。農業問題：農業でお金が稼げない（農業の産業化の程度の低さ）

⁵ HBSC Global Research 中国経済展望—2008年のマクロ情勢と政策見通しより。

た医療費220億元となった。医療補助を受けた加入者2億6330万人で、支出額の84.7%は入院費であった。

2008年度から中央政府・地方政府補助金が加入者一人当たり各20元から40元に、加入者納付金が10元から20元に増額され、加入者一人当たり100元が基金に積み立てられることになった。（参考：2006年の一人当たりの年間医療費平均191.5元）

地方では特別貧困人口⁶に対して農村合作医療制度と、民政部門の医療救助制度給付⁷を独自に調整しながら利用している地域もある。

前項でも述べたが、中国の医療保険制度は、都市部従業員の基本医療保険と、農村部の農村合作医療保険の2つに分けられる。都市部については、20世紀50年代初期に労働保険医療制度が確立され、正規従業員とその家族に対して実施された。しかし、制度自体の運用上の問題として、不安定な資金源、事業体や就業者間での不均衡、管理上の問題などがあり、医療費の増大も加速させていた。これらの問題を解決するため、1980年代中期から、全国各地でいろいろな形式で公費労働保険医療制度改革がはじまった。1994～1996年、改革試行地域も拡大され、1998年、国務院は「都市部従業員の基本医療保険制度確立に関する国務院の決定」を公布し、全国の各都市で全面的に展開された。加入者数は在職者及び退職者合計で、1999年末は2100万人であったが、その後急増し、2006年末現在では1億6,000万人（在職者：1億2000万人、退職者：4100万人）に達している。

⁶ 特別貧困人口：国家絶対貧困標準（2003年時点で一人当たりの年収637元以下）の農業人口

⁷ 県レベルで管理している「農村医療救助基金」や「農村五保支援業務」から医療費や医療サービスが支援される。対象者は高齢者・障害者・16歳未満の労働能力のない、収入源のない人々と、貧困家庭である。農村五保支援とは、高齢者・障害者・16歳未満の労働能力のない、収入源のない人々に、①食用油・副食品や燃料の提供、②衣服・寝具・生活用品・少額の現金の提供、③住居の提供、④疾病の治療、⑤葬儀の取り行いを支援する。

第4章 安徽省の公衆衛生状況

4-1 概況

華東・東北部に位置する内陸省。省南部は長江、省北部は淮河が貫流している。省中央部に巢湖がある。また南部では長江の支流・青弋江が流れている。北東部は江蘇省、南東部は浙江省、南部は江西省、西南部は湖北省、西北部は河南省と接する。人口は約6700万人（2007年）で、そのうち77.67%が農業人口である。省面積は139,400km²、省都は合肥市。

<安徽省地図及び各種データ>



省都	合肥市
最大都市	合肥市
省委書記	張宝順（前山西省党委書記、元新華社副社長）
省長	王三運（前福建省委副書記、元四川省委副書記、元貴陽市委書記）
面積	139,400km ² （22位）
人口（2007年） —人口密度	66,757,000（8位） 478/km ² （9位）
GDP（2008年） —一人当たり	8,874.2億元（14位） 14,485元（27位）
HDI（2005年）	0.727（中）（25位）
主要民族	漢民族99% 回族0.6%
地級行政区	17個
県級行政区	105個
郷級行政区	1,845個

出典：Wikipedia

<各市別人口>

名称	中国語表記	人口 (万人)	面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)
合肥市	合肥市	438	7,360	595
蕪湖市	芜湖市	218	3,320	657
蚌埠市	蚌埠市	336	5,830	576
淮南市	淮南市	205	2,170	945
馬鞍山市	马鞍山市	118	1,690	698
淮北市	淮北市	196	2,760	710
銅陵市	銅陵市	69	1,110	622
安慶市	安慶市	601	15,400	390
黄山市	黄山市	146	9,820	149
滁州市	滁州市	425	13,300	320
阜陽市	阜阳市	878	9,810	895
宿州市	宿州市	577	9,760	591
巢湖市	巢湖市	449	9,420	477
六安市	六安市	662	18,200	364
亳州市	亳州市	525	8,390	626
池州市	池州市	154	8,270	186
宣城市	宣城市	274	12,200	225

出典：Wikipedia

平均寿命は73歳。新型農村医療制度の加盟率は96%に達し、住民の保健医療に対するニーズが向上している。これまでの投入により設備面での充実はみられるが、医療従事者の絶対的不足が要因となり（12万人：安徽省衛生庁情報）、高まる住民ニーズへの対応能力が十分でないと省衛生庁は主張している。表4-1及び表4-2に安徽省の医療施設状況を示す。

表4-1 2009年医療施設数

施設類別	小計	営利性分類			実施機関		
		非営利性	営利性	その他	政府系	非政府系	個人
合計	24,480	15,193	3,703	5,584	5,882	12,107	6,485
病院	712	639	73	0	321	243	148
総合病院	490	443	47	0	197	204	89
中国医学病院	86	84	2	0	82	2	2
中国西洋医学結合病院	7	7	0	0	2	2	3
専科病院	126	103	23	0	39	34	53
護理院（おそらく美容系）	3	2	1	0	1	1	1
療養院（おそらく老人介護系）	8	8	0	0	3	5	0
コミュニティー衛生サービスセンター （ステーション）	984	915	42	27	353	258	373
コミュニティー衛生サービスセンター	196	192	2	2	123	59	14
コミュニティー衛生サービスステーション	788	723	40	25	230	199	359
衛生院	1,714	1,712	1	1	1,706	6	2
街道衛生院	14	14	0	0	14	0	0
郷鎮衛生院	1,700	1,698	1	1	1,692	6	2
外来クリニック	122	68	52	2	16	51	55
個人クリニック・企業/個人衛生室・医務室（学校、企業 など）	2,973	668	2,274	31	115	684	2,174
村衛生室	17,788	11,010	1,260	5,518	3,202	10,850	3,730
救急センター（ステーション）	10	6	0	4	8	2	0
母子保健院（所、ステーション）	118	118	0	0	115	3	0
内科のみの母子保健院	19	19	0	0	19	0	0
専科疾病予防治療院（県、ステーション）	47	46	0	1	42	4	1
専科疾病予防治療院	5	5	0	0	2	3	0
臨床検査センター（県、ステーション）	4	3	1	0	1	1	2

出典：安徽省衛生庁ホームページ

表4-2 2009年の病院、母子保健院、専科疾病予防治療院等級状況

名称	病院						母子保健院	専科疾病予防治療院
		総合病院	中国医学病院	中国西洋医学結合病院	民族病院	専科病院		
合計	712	490	86	7	0	126	19	5
三級	31	23	4	1	0	3	0	0
三級甲等	24	20	4	0	0	0	0	0
三級乙等	4	3	0	0	0	1	0	0
三級丙等								
その他	3	0	0	1	0	2	0	0
二級	240	143	70	0	0	27	7	3
二級甲等	134	87	34	0	0	13	5	1
二級乙等	71	41	24	0	0	6	1	0
二級丙等	2	2	0	0	0	0	0	0
その他	33	13	12	0	0	8	1	2
一級	250	207	2	2	0	37	8	0
一級甲等	126	115	0	0	0	10	6	0
一級乙等	34	27	0	1	0	6	1	0
一級丙等	2	1	0	0	0	1	0	0
その他	88	64	2	1	0	20	1	0
その他	191	117	10	4	0	59	4	2

出典：安徽省衛生庁ホームページ

表4-3の統計データより算出した安徽省の医療従事者数は人口1万人当たり45.8人。中国都市部平均の医療従事者数約285人、及び農村部平均145人（図3-2参照）と比較してもかなり少ない。また、表4-5の統計データより算出した安徽省の医療機関全体における病床数は人口1,000人当たり2.65。これは中国の平均2.83（表4-1参照）とほぼ同等。これらデータからも設備面の充実はうかがえるが、人材不足が顕著である。省衛生庁より、この状況は特に農村部の末端医療施設において顕著で、医療従事者の能力不足や低い定着率により住民の信頼が得られず、上級医療施設に患者が集中しているので、今後政策的整備が必要との報告を受けた。

表4-3 2009年の衛生施設別人員数

施設種類	合計	衛生技術人員									その他 機材エン 지니어人 員等	管理者 (病院長 等) 人員	総務・ 事務人員
		小計	医師 (助理 医師含)	医師	登録 看護師	薬剤師 (士)	技師 (士)	臨床検 査技師 (士)	その他	見習い 医師			
合計	305,570	208,631	84,802	63,763	11,692	11,009	13,289	8,810	29,563	3,510	11,824	11,692	18,579
1. 病院	142,755	117,734	42,943	38,545	7,450	6,509	7,431	4,688	9,890	2,394	5,855	7,450	11,716
総合病院	110,786	91,553	33,073	29,985	5,644	4,762	5,771	3,649	7,179	1,755	4,578	5,644	9,011
中国医学病院	18,488	15,677	6,324	5,513	793	1,233	1,021	590	1,565	304	703	793	1,315
中国西洋医学 結合病院	976	773	291	242	68	42	50	25	129	38	50	68	85
専科病院	12,443	9,688	3,237	2,790	942	469	587	423	1,016	297	524	942	1,289
口腔医院	463	386	202	176	37	12	13	6	31	8	25	37	15
眼科医院	603	363	119	103	62	24	17	16	35	13	69	62	109
耳鼻咽喉科医院	37	24	10	4	6	3	1	1	1	0	4	6	3
腫瘍医院	1,228	970	310	286	104	45	59	44	91	37	50	104	104
循環器病医院	153	124	35	35	11	4	7	4	10	6	12	11	6
産婦人科医院	582	440	134	110	48	18	31	20	44	4	10	48	84
小児医院	823	749	174	172	38	21	33	28	155	46	16	38	20
精神病医院	3,107	2,408	748	670	235	103	103	88	185	81	116	235	348
伝染病医院	1,715	1,329	438	408	105	79	97	72	152	26	71	105	210
皮膚病医院	25	23	13	13	1	2	2	2	4	0	0	1	1
結核病医院	476	386	114	108	27	11	29	26	41	7	24	27	39
ハンセン病医院	36	20	15	8	4	1	0	0	1	0	3	4	9
整形外科医院	641	513	203	141	67	28	47	20	53	29	19	67	42
リハビリ医院	880	695	239	171	59	29	37	21	127	15	30	59	96
美容整形外科医院	30	26	9	8	1	1	1	1	0	0	1	1	2
その他専科医院	1,644	1,232	474	377	137	88	110	74	86	25	74	137	201
護理院 (おそらく美容系)	62	43	18	15	3	3	2	1	1	0	0	3	16
2. 療養院 (おそらく 老人介護系)	434	270	95	83	49	22	16	14	29	5	23	49	92

施設種類	合計	衛生技術人員									その他 機材エン ジニア人 員等	管理者 (病院長 等) 人員	総務・ 事務人員
		小計	医師 (助理 医師含)	医師	登録 看護師	薬剤師 (士)	技師 (士)	臨床検 査技師 (士)	その他				
									見習い 医師				
3. コミュニティー 衛生サービスセンター (ステーション)	10,114	8,692	4,216	2,991	552	470	414	268	696	70	410	552	460
コミュニティ衛生サー ビスセンター	5,601	4,729	2,212	1,496	275	305	348	218	466	45	260	275	337
コミュニティ衛生サー ビスステーション	4,513	3,963	2,004	1,495	277	165	66	50	230	25	150	277	123
4. 衛生院	61,506	51,855	21,516	11,512	2,164	3,201	3,385	2,026	14,015	749	3,668	2,164	3,819
街道衛生院	547	419	180	101	16	27	23	15	94	3	74	16	38
郷鎮衛生院	60,959	51,436	21,336	11,411	2,148	3,174	3,362	2,011	13,921	746	3,594	2,148	3,781
中心衛生院	28,370	24,363	10,189	5,851	880	1,632	1,693	1,011	5,789	340	1,356	880	1,771
一般衛生院	32,589	27,073	11,147	5,560	1,268	1,542	1,669	1,000	8,132	406	2,238	1,268	2,010
5. 外来クリニック	1,664	1,355	638	502	106	107	115	78	89	24	77	106	126
6. 個人クリニック・企業/ 個人衛生室・医務室 (学校、企業等)	7,672	7,322	3,746	2,829	0	188	92	66	1,180	77	0	0	350
7. 村衛生室	61,093	6,249	5,572	2,209	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. 救急センター (ステーシ ョン)	310	165	83	79	26	2	2	2	16	6	25	26	94
9. 採血バンク/赤十字	1,017	717	93	69	74	3	230	230	147	4	106	74	120
10. 母子保健院 (所、ステー ション)	6,205	5,060	2,212	1,908	413	204	408	314	420	80	264	413	468
母子保健院	3,298	2,710	1,043	946	216	120	184	136	133	32	114	216	258
母子保健所	2,500	2,027	1,000	824	164	77	195	153	243	42	127	164	182
母子保健ステーション	407	323	169	138	33	7	29	25	44	6	23	33	28
11. 専科疾病予防 治療院 (所、ステーシ ョン)	2,678	1,906	914	743	179	63	203	175	244	25	258	179	335
専科疾病予防治療院	840	553	183	176	62	29	44	29	55	0	76	62	149

施設種類	合計	衛生技術人員									その他 機材エン 지니어人 員等	管理者 (病院長 等) 人員	総務・ 事務人員
		小計	医師 (助理 医師含)	医師	登録 看護師	薬剤師 (士)	技師 (士)	臨床検 査技師 (士)	その他				
										見習い 医師			
専科疾病予防治療所 (センター、ステーション)	1,838	1,353	731	567	117	34	159	146	189	25	182	117	186
口腔病予防治療所 (センター、ステーション)	118	96	54	43	5	1	1	1	29	10	3	5	14
12. CDC	5,592	4,286	2,442	2,033	318	66	917	881	567	76	465	318	523
13. 衛生監督所 (センター)	2,606	2,090	0	0	196	0	0	0	2,090	0	127	196	193
14. 医学科学研究機構	464	316	134	108	37	18	19	14	39	0	65	37	46
15. 医学在職教育機構	715	226	113	83	58	10	7	4	68	0	330	58	101
16. 健康教育所 (センター、 ステーション)	20	8	8	7	7	0	0	0	0	0	1	7	4
17. その他衛生機構	725	380	77	62	63	146	50	50	73	0	150	63	132
注：郷鎮村医師及び衛生員 数	54,844												

出典：安徽省衛生庁ホームページ

表 4 - 4 2009年各地区衛生人員数

地区	合計	衛生技術人員								見習い医師	その他 機材エン 지니어人 員等	管理者 (病院長 等) 人員	総務・事 務人員
		小計	医師 (助理医 師含む)	医師	登録看護 師	薬剤師 (士)	技師(士)	臨床検査 技師(士)	その他				
合計	305,570	208,631	84,802	63,763	69,968	11,009	13,289	8,810	29,563	54,844	11,824	11,692	18,579
合肥市	38,231	30,117	10,837	9,252	11,971	1,275	1,752	1,262	4,282	1,888	1,447	2,175	2,604
無湖市	15,586	11,992	4,955	4,199	4,519	588	687	446	1,243	1,101	581	681	1,231
蚌埠市	19,739	12,781	5,368	4,123	4,544	722	728	512	1,419	3,508	497	1,116	1,837
淮南市	13,999	10,429	4,217	3,531	4,180	523	615	442	894	1,262	552	697	1,059
馬鞍山市	8,552	6,621	2,581	2,187	2,749	356	424	317	511	589	395	370	577
淮北市	14,951	11,091	4,437	3,490	4,476	536	650	442	992	1,095	923	652	1,190
銅陵市	5,728	4,476	1,874	1,679	1,807	256	288	216	251	251	134	374	493
安慶市	26,217	16,961	7,148	5,482	5,396	1,171	1,032	688	2,214	6,203	1,021	824	1,208
黄山市	8,160	6,196	2,543	2,035	2,252	353	365	272	683	827	286	285	566
滁州市	18,027	12,265	5,260	3,867	3,747	723	829	484	1,706	3,368	1,010	523	861
阜陽市	30,665	18,130	7,402	5,235	4,785	918	1,189	780	3,836	8,646	1,322	1,070	1,497
宿州市	22,548	13,374	5,821	3,204	3,894	708	957	590	1,994	6,577	1,007	474	1,116
巢湖市	17,764	12,907	5,403	3,585	3,909	733	921	601	1,941	2,658	617	621	961
六安市	27,762	17,840	7,267	5,003	4,609	913	1,191	769	3,860	7,192	743	936	1,051
亳州市	17,452	8,768	3,309	2,149	2,376	470	644	377	1,969	6,479	559	410	1,236
池州市	7,698	5,290	2,335	1,749	1,876	266	364	231	449	1,561	321	168	358
宣城市	12,491	9,393	4,045	2,993	2,878	498	653	381	1,319	1,639	409	316	734

出典：安徽省衛生庁ホームページ

表 4 - 5 2009年各地区医療施設病床数

地 区	合計	医 院						療養院 (おそら く老人介 護系)	コミュニ ティー 衛生サー ビスセン ター (ステー ション)	衛 生 院			外 来 クリニッ ク	母子 保健院 (所/ ステー ション)	専科疾病 予防 治療院 (所/ ステー ション)
		小計	総合病院	中国医 学病院	中国西洋 医学結合 病院	専科病院	護理院 (おそら く美容系)			小計	街道 衛生院	郷鎮 衛生院			
合計	176,724	113,669	86,408	13,642	810	12,641	168	1,574	4,475	51,766	444	51,322	426	2,968	1,846
合肥市	25,928	20,272	14,523	1,640	120	3,989	0	0	688	4,509	0	4,509	24	435	0
無湖市	9,459	7,044	5,934	663	0	447	0	0	407	1,724	20	1,704	30	179	75
蚌埠市	12,020	8,715	6,976	775	0	864	100	150	394	2,535	0	2,535	60	146	20
淮南市	9,825	7,684	6,563	131	0	990	0	157	53	1,141	0	1,141	50	220	520
馬鞍山市	4,068	3,365	3,017	168	0	140	40	0	0	529	0	529	0	154	20
淮北市	9,553	7,328	5,860	515	0	953	0	0	361	1,266	20	1,246	0	200	398
銅陵市	3,712	3,070	2,428	100	0	514	28	0	57	311	0	311	0	214	60
安慶市	13,895	8,899	6,735	1,512	32	620	0	0	245	4,157	12	4,145	0	246	348
黃山市	5,107	3,409	2,672	470	20	247	0	120	131	1,261	0	1,261	119	63	4
滁州市	10,453	5,999	4,231	1,033	355	380	0	0	553	3,662	15	3,647	76	153	10
阜陽市	16,690	9,470	6,287	1,493	250	1,440	0	30	326	6,522	209	6,313	0	332	10
宿州市	9,515	3,808	3,021	587	0	200	0	0	363	5,266	168	5,098	0	58	20
巢湖市	12,045	6,280	4,807	753	0	720	0	1,117	184	4,224	0	4,224	20	60	160
六安市	14,120	6,513	4,505	1,374	0	634	0	0	324	6,967	0	6,967	10	306	0
亳州市	8,306	3,851	2,825	1,006	0	20	0	0	90	4,301	0	4,301	0	64	0
池州市	4,044	2,954	2,400	467	0	87	0	0	5	919	0	919	20	10	136
宣城市	7,984	5,008	3,624	955	33	396	0	0	294	2,472	0	2,472	17	128	65

出典：安徽省衛生庁ホームページ

安徽省における法定伝染病による発症と死亡の状況を表4-6に示す。省衛生庁はHIV/AIDS、結核、住血吸虫症を3大重要伝染病にあげている。これは発症者数が多いということからではなく、衛生当局が注意を払うべき3大疾病という位置づけとのことである。ちなみに、発症数のみであれば手足口病が最も多いが、死亡率は減少している。

表 4 - 6 2009年の安徽省法定伝染病発症及び死亡状況統計

病名	2009年		2008年		前年度比較 (%)	
	発症数	死亡数	発症数	死亡数	発症率増減	死亡率増減
甲乙丙 (ABC) 類伝染病合計	231,583	371	213,910	354	6.4	2.82
甲乙 (AB) 類伝染病小計	119,906	365	134,152	328	-13.35	9.16
ペスト	0	0	0	0	*	*
コレラ	4	0	15	0	-73.47	*
SARS	0	0	0	0	*	*
HIV/AIDS	224	117	191	159	16.94	-26.63
ウイルス性肝炎	39,183	34	40,443	22	-3.38	53.89
A型肝炎	1,065	2	1,561	0	-31.97	*
B型肝炎	32,256	29	33,224	22	-3.18	31.39
C型肝炎	2,126	3	1,587	0	33.59	*
D型肝炎	1,393	0	1,199	0	15.86	*
その他肝炎 (未分型)	2,343	0	2,872	0	-18.64	*
ポリオ	0	0	0	0	*	*
高病原性鳥インフルエンザ	0	0	0	0	*	*
A型H1N1	3,341	6	0	0	*	*
麻疹	4,216	1	4,851	1	-13.33	0
流行性出血熱	111	1	105	3	5.42	-67.35
狂犬病	55	54	39	33	40.66	63.27
流行性B型髄膜炎	213	6	223	5	-4.75	19.51
デング熱	1	0	1	0	0	*
炭疽	0	0	0	0	*	*
アメーバ赤痢	9,774	0	9,324	2	4.54	-100
肺結核	44,265	137	54,147	79	-18.48	72.97
チフス及びパラチフス	196	0	215	1	-9.08	-100
流行性脳脊髄膜炎	136	4	240	18	-43.49	-77.89
百日咳	83	0	117	0	-29.24	*
ジフテリア	0	0	0	0	*	*
破傷風	22	3	29	1	-26.98	184.62

病名	2009年		2008年		前年度比較 (%)	
	発症数	死亡数	発症数	死亡数	発症率増減	死亡率増減
猩紅熱	228	0	374	0	-39.21	*
ブルセラ病	7	0	2	0	245.45	*
淋病	3,519	0	3,827	0	-8.3	*
梅毒	8,302	1	6,397	4	29.42	-75.38
レプトスピラ病	26	0	52	0	-50.12	*
住血吸虫病	82	0	76	0	7.65	*
マラリア	5,918	1	13,484	0	-56.23	*
C類小計	111,677	6	79,758	26	39.63	-76.94
流行性感冒症（風邪）	3,490	2	675	0	415.61	*
流行性耳下腺炎	12,893	0	15,789	0	-18.57	*
風疹	4349	0	3,619	0	19.84	*
急性出血性結膜炎	205	0	458	0	-55.37	*
ハンセン病	6	0	3	0	100	*
発疹チフス	7	0	11	0	-36.67	*
黒熱病（おそらくカラアザール）	0	0	0	0	*	*
包虫病	3	0	0	0	*	*
糸状フィラリア症	0	0	0	0	*	*
その他感染性下痢症	34,027	0	32,749	0	3.62	*
手足口病	56,697	4	26,454	26	113.73	-84.71

出典：安徽省衛生庁ホームページ

4-2 コミュニティーレベルの公衆衛生

安徽省における県レベルでの保健医療サービスの提供は県人民病院が基本医療サービス、疾病予防コントロールセンターが公衆衛生サービスを実施している。県レベルにおいては両者のサービスが明確に2つに分かれている。コミュニティーレベルの保健医療サービスは主に衛生院及び村衛生室が担当している。

衛生院は都市部に設置される街道衛生院（省内14施設）及び農村部に設置される郷鎮衛生院（省内1,714施設）に大別され、農村部での末端保健医療サービスは郷鎮衛生院が担っている。郷鎮衛生院は公衆衛生サービスに加え、基本医療サービスも実施している。郷鎮衛生院はさらに中心衛生院及び一般衛生院に区別され、中心衛生院ではレントゲン・超音波検査機器・生化学検査機器などの設備も整っており、帝王切開など外科的手術も実施している。さらに、その下のレベルにある村衛生室が所管区内の村民の基本公衆衛生サービスと一般疾患の一次診断・診療を実施している（表4-7、表4-8参照）。

表 4 - 7 郷鎮衛生院の機能

公衆衛生サービスの提供
1. 農村住民の健康ファイル管理とサービスの徹底
2. 保健医療に関する一般的知識の普及、ターゲットグループ及び地域向けの健康教育の実施、住民の健康維持と増進に資するライフスタイルを提唱、「愛国衛生運動（環境整備）」の展開指導
3. 予防接種サービスの規範化及び実行
4. 所管区内の感染症症例及び疑い症例のタイムリーな発見・登録・報告、現場処理
5. 新生児へのフォローアップ及び小児保健分野の管理（成長・発育のモニタリング・評価及び健康指導）
6. 妊産婦管理（産後フォローアップ、妊産婦健診、妊娠期の栄養・心理面の健康指導などの実施）
7. 65歳以上の高齢者管理（登録管理・健康リスクファクター調査・身体検査・健康指導などの実施）
8. 高血圧・糖尿病等慢性病のハイリスクグループ向けの指導の実施、及び確定診断後の症例の登録管理・定期的なフォローアップ・健康指導などの実施
9. 重症な精神病患者の登録管理・治療・フォローアップ・リハビリ指導などの実施
10. 公衆衛生に関する緊急事態への対応
11. 県衛生部門の委託のもと、所管区内における感染症の予防治療・学校衛生・飲料水安全・労働衛生及び村の予防保健業務に関する指導・トレーニング・評価・監督などの実施
12. 県またはそれ以上の衛生部門に定められるその他公衆衛生サービスの実施
基本医療サービスの提供
1. 農村における多発する疾患に対し、農村で可能な医療技術及び中医薬技術を用いた診断・診療の規範化を図り、難治性患者への適切な処置と転院の実施、さらに郷・村での緊急救助、転院サービス、リハビリサービスの実施
2. 臨床診療科における重点的に内科・外科・産婦人科・小児科・漢方科を設置、及び緊急外来と救急業務などの整備強化
3. 適切な臨床診断及び診療に関する技術規範の執行、無菌操作規定の遵守、医薬品の品質管理強化、さらに医療廃棄物の処理、汚水・汚物の無害化処理などの徹底
4. 「国家基本薬物制度」の執行（薬品の集中購入と一括配達及び「ゼロ差率販売（定価販売）」などの実行）
5. 県級と県級以上の衛生部門に定められた公衆衛生サービスの実行
その他の機能
1. 適切な「新型農村合作医療政策」規定の執行、定点医療施設における職責の履行、さらに関連する政策宣伝・モニタリング・サービスなどの徹底
2. 郷・村保健医療サービスの更なる一体化管理、村衛生室向けの「五統一、二独立」を基本内容とした規範化管理、さらに村衛生室向けの技術的指導及び郷・村医者向けのトレーニングなどの管理業務

出典：安徽省衛生庁ホームページ

表 4 - 8 村衛生室の役割

1. 感染症の疫学的状況と突発的公衆衛生事件の登録及び報告
2. 妊産婦及び小児の保健分野における管理への協力
3. 健康教育や村民向けの保健医療知識に関する広報活動
4. 農民の健康書類の作成・更新、さらに郷鎮衛生院による高血圧・糖尿病・精神病など、慢性非伝染性疾患のフォローアップ・記録への協力
5. 小児EPI事業に定められる予防接種、高齢者保健、結核・エイズなど感染症の予防治療、「村級愛国衛生運動（環境整備大衆運動）」などへの協力
6. 「新型農業合作医療政策」の広報活動、被験者の医薬費の請求・給付に関する定期的公示業務への協力
7. 適宜な技術と国家基本薬物を用いた、よく見られる疾患の診断・診療、急性・重症患者の一次救助とケア、即時な転院、在宅リハビリ指導などの実施
8. 県級の衛生部門に定められた、その他の「基本医療衛生サービス」の実施

出典：安徽省衛生庁ホームページ

中国における医師は、国家資格を保有している医師から専門教育を受けていない者まで幅広く存在し、助理医師・主治医師・主任医師に大別される。助理医師は初級レベル、主治医師は中級レベル、主任医師は高級レベルと認識されている。またさらに、学歴に加え学術誌への研究発表なども考慮されたなど級（12階級）によっても区別され、大卒者でも卒直後は12級よりスタートし、1年の実務経験を経て国家試験の受験資格が得られる。高級及び中級の医師は国家資格を保有している。

省衛生部によると、郷鎮レベルにおける医療従事者の学歴は約2%以下が大卒、約65%が中等専科学校卒（高校卒業後2年間）。省衛生部はこの状況を問題視しており、郷鎮レベルにおける医療従事者の質が不十分であるために、本来必要のない症状であっても住民が県病院などの上位医療施設を受診すると捉えている。

表4-9及び表4-10に村衛生室の状況を示す。

表 4 - 9 各市2009年村衛生室数（中医現状調査）

	合計	村民委員会系	郷鎮衛生院系	共同経営系	個人系	その他
合計	17,788	8,245	3,202	1,249	3,730	1,362
合肥市	783	87	434	30	193	39
蕪湖市	560	394	63	6	89	8
蚌埠市	1,308	763	102	24	407	12
淮南市	661	49	197	30	92	293
馬鞍山市	248	108	38	0	102	0
淮北市	389	211	17	3	152	6
銅陵市	201	154	36	0	0	11
安慶市	1,825	1,154	53	112	186	320
黄山市	722	196	23	129	372	43
滁州市	982	588	164	133	30	67
阜陽市	1,579	1,050	106	66	23	334
宿州市	1,767	719	164	165	715	4
巢湖市	1,081	283	271	62	343	122
六安市	2,465	668	1,230	325	197	45
亳州市	1,293	874	249	142	1	27
池州市	641	368	11	10	209	43
宣城市	1,283	579	44	12	619	29

出典：安徽省衛生庁ホームページ

表 4 - 10 2009年村衛生室人員数

職種	医師 (助理医師含む)	登録看護師	郷鎮村医師及び衛生員		
			合計	郷鎮村医師	衛生員
合計	10,964	1,553	54,844	52,601	2,243
合肥市	338	39	1,888	1,773	115
蕪湖市	373	32	1,101	1,079	22
蚌埠市	892	219	3,508	3,345	163
淮南市	209	121	1,262	1,161	101
馬鞍山市	108	31	589	573	16
淮北市	198	168	1,095	1,088	7
銅陵市	118	6	251	249	2
安慶市	1,453	76	6,203	6,038	165
黄山市	265	15	827	817	10
滁州市	672	31	3,368	3,131	237
阜陽市	1,187	159	8,646	8,223	423
宿州市	1,435	266	6,577	6,144	433
巢湖市	866	71	2,658	2,574	84
六安市	1,292	83	7,192	7,023	169
亳州市	427	89	6,479	6,266	213
池州市	409	11	1,561	1,539	22
宣城市	504	48	1,639	1,578	61

出典：安徽省衛生庁ホームページ

4-3 保健医療の制度及び政策

安徽省衛生庁は庁長1名及び副庁長4名を含めた計86名が、それぞれ事務室、人事課、財務課、政策法規課、緊急時対応室、疾病予防コントロール局、農村衛生管理課、母子保健及びコミュニティー衛生課、医政及び医療サービス管理課、食品安全総合協調及び衛生監督課、薬物政策及び基本薬物制度課、科学技術教育課、中国医薬（漢方薬）管理局、国際交流課、管理者のための健康管理課、退職者対応課、庁内共産委員会、規律検査及び監査室の役目を担っている。

農村における保健医療を担当しているのは主に農村衛生管理課であり、以下にその役割を示す。

- ①農村衛生に関する政策研究及び策定
- ②農村衛生に関するシステムの構築及び施設建設管理
- ③モニタリング及び評価管理
- ④母性保健事業の調整、指導、実施、評価
- ⑤農村医療保障制度改革に関する政策研究、新型農村合作医療管理
- ⑥郷鎮村医師勤務管理及び郷鎮村医師資格の登録管理
- ⑦農村衛生プロジェクトの実施及び管理
- ⑧農村健康教育及び健康促進活動、農民健康ファイル（付属資料2）の管理
- ⑨人材教育
- ⑩省農村合作医療管理室への対応

省衛生部では管理体制改革、人事制度改革（付属資料3～6参照）、分配制度改革、基本薬物制度改革、保障制度改革、一体化管理改革等の制度の見直しを実施している。参考資料として安徽省人民政府の「末端医薬衛生体制総合改革」に関する実施意見を添付する（付属資料7）。

【分配制度改革】

郷鎮衛生院及び村衛生室の収支を県財政局で管理。収入を県国庫にすべて預け、予算は地方政府から分配される。さらにパフォーマンスベースで追加の補助金が出される。

【基本薬物制度改革】

2010年9月1日より全省内において実施。インターネットを通して各施設における基本薬品の需要に合わせ省が集中入札により一括購入。住民には仕入れ値で販売。衛生院以下の施設対象（村衛生室は郷鎮衛生院と一体化管理体制の施設のみ）。県病院以上は対象外（個人負担が10%高い）。10月の農民の診療に係る費用が2009年対比で26%低下、入院に係る費用が16%低下。

【保障制度改革】

改革を導入した組織に対して保障を実施する。

【一体化管理改革】

郷鎮衛生院と村衛生室との一体化管理の実施。政府主体で経営。人事配置の見直し（ニーズに合致したポジションを設定するため、一旦解雇し再雇用する。不要なスタッフのリストラ）。

第5章 調査・協議結果

5-1 プロジェクト実施部署の変更

(1) 経緯

2008年から2009年にかけて実施されたプロジェクト形成調査を通じ、中国側から医薬衛生体制改革に係る協力に対する強い希望が寄せられ、衛生部農村衛生司及び中国疾病予防コントロールセンター母子保健センターを窓口として、要請内容が検討された。

一方、同時期に、安徽省衛生庁からも前プライマリ・ヘルス・ケアプロジェクトを基礎とし、農村部での医薬衛生体制改革を推進するための人材養成を中心とした新規要請が衛生部に提出された。

プロジェクト形成調査団としては、中央政府との対話をメインとした協力を行うべく、中国疾病予防コントロールセンター母子保健センターを実施機関とする国家プロジェクトを形成することを優先し、現場の対象サイトの候補に安徽省を含める方向で要請を取り付けることとなった。

最終的に、2009年度の要望調査において、衛生部国際合作司を通じ中国疾病予防コントロールセンター母子保健センターを実施部署として「地域公衆衛生サービス提供能力及び感染症対策能力強化プロジェクト」が要請され、検討の結果採択された。

(2) 実施部署の変更

詳細計画策定調査に関する受入れ準備など本案件の実施にあたり、JICA事務所が中国衛生部関係者と協議した結果、以下のことが明らかとなった。

- ・ 疾病予防コントロールセンター（CDC）はプロジェクトベースで業務を動かしており、カウンターパートの旅費を支出するための共通予算は存在しない。予防接種、HIVなどは財政部にテーマ別の国家予算を申請しており、同予算が潤沢にあるためローカルコスト負担は問題ないが、農村衛生においてこのような予算は存在しない。また、今後申請の見込みもない。要請提出以降、これまでこの点は曖昧だったため、衛生部としても気付かなかった。
- ・ プロジェクトで管理費が支出できない場合、CDC母子保健センター内にプロジェクトオフィスを設置し、実施部隊を設置することは不可能。CDCはプロジェクトから外すことにしたい。
- ・ 農村衛生司には4名しか職員がいないので、農村衛生司においても体制的に実施部隊を設置することは不可能である。省衛生庁内の担当者を特定するので、プロジェクトは省レベルで直接進めてほしい。省レベルではプロジェクトのカウンターパートファンドを用意することが十分可能。
- ・ 省レベルと直接プロジェクトを実施する場合、衛生部の関与は「指導」という極めて限定的なものにならざるを得ないが、プロジェクト成果の報告を受け、医薬衛生体制改革へのフィードバックは可能。医薬衛生体制改革に限らず、一般的に衛生部では大局的な政策検討しか対応していないため、実質的なプロジェクト活動を省以下の現場に委ねることに変わりはない。

これを受け、本部内及び対処方針会議等で検討した結果、本プロジェクトの目的は、末端農村部で提供されるサービスの質・量の改善を医薬衛生体制改革の一環で図ろうとする中国側に協力することであり、衛生部内の部署がCDCから農村衛生司に変更したとしてもプロジェクトの目的、目標に変更は生じないこと、農村部中心の活動を展開するには農村衛生司ラインのほうが望ましいことも考えられること、政策へのフィードバックという中央の関与が一応担保されたこと、及び現場となるモデル省は安徽省が候補であることに変わりないことから、プロジェクト自体の目的、協力の意義も変わりはないものと判断し、農村衛生司を中国側カウンターパート機関として案件の計画立案を進めることとした。

5-2 プロジェクトの目標等

(1) プロジェクトの基本計画等

今回調査での協議を通じ、JICAと衛生部（国際合作司・農村衛生司）及び安徽省衛生庁はプロジェクトの基本原則について、以下のとおり合意した。

- ・本プロジェクトは「末端における医薬衛生体制総合改革施策」に沿い、農村部で提供される感染症を含む公衆衛生サービスの改善をめざし、郷鎮・村を中心とする3級医療衛生サービスネットワークにおける実施管理体制を強化するモデルを構築する。
- ・同モデルを中央レベル及び他省における地域公衆衛生の政策策定へ反映させることをめざす。

JICAと衛生部及び安徽省はプロジェクト基本計画について、以下のとおり合意した。

1) プロジェクト目標

農村住民に対する基本公衆衛生サービス及び基本医療サービスの質の向上のため、農村衛生管理体制の改善モデルを確立する。

2) めざす成果

- ①末端（郷鎮衛生院、村衛生室）で提供されるサービスの規範（マニュアル）の確立
- ②規範に基づき提供されるサービスの質を改善するための研修計画の策定と実施
- ③公衆衛生サービスの質の維持・改善を目的とした評価・モニタリングシステムの確立

3) 主な活動

①の成果達成のための活動

- ・ベースライン調査（住民ニーズ、医療従事者の技術レベル、パイロット県の疾病現況等）
- ・サービス規範の改定（郷鎮衛生院の公衆衛生サービス・基本医療サービスの一部、及び村衛生室の公衆衛生サービス）
- ・健康ファイルの電子化とネットワーク化の確立、及び運用細則の作成

②の成果達成のための活動

- ・村衛生室の8項目のサービスに関して、スタッフの研修計画の策定
- ・郷鎮衛生院の公衆衛生サービス（12項目）に関しての研修計画の策定
- ・郷鎮衛生院の基礎医療サービスの一部に関しての研修計画の策定
- ・安徽省訓練センターの整備と各県中堅行政官・医師等を中心とした研修の実施（TOT）
- ・パイロット県訓練センターの整備と末端（郷鎮・村）医療衛生従事者に対する研修の実施

- ・各種研修に必要な教材の改定及び作成
 - ・農村衛生管理体制モデルのプロジェクト経験交流会の実施
- ③の成果達成のための活動
- ・安徽省「実績査定評価細則」の施行状況の確認
 - ・郷鎮衛生院内における効果的な業績評価システムの検討
 - ・実績査定評価システムの見直しへの提言

なお、詳細な活動項目は、2011年3月を目途にJICAが派遣する予定の第二次計画策定調査の際に、本プロジェクト・サマリーを確認するとともに、詳細な活動項目・計画を協議する。同活動項目・計画に基づきJICA側は投入計画を策定する。

<参考>

【村衛生室の8項目のサービス】

1. 感染症の疫学的状況と突発的公衆衛生事件の登録、報告を担当する。
2. 妊産婦及び小児の保健分野における管理の徹底へ協力する。
3. 健康教育や村民向けの保健医療知識の宣伝を行う。
4. 農民の健康書類の作成・更新に加わり、郷鎮衛生院による高血圧・糖尿病・精神病等、慢性非伝染性疾患のフォローアップ・記録の徹底作業へ協力する。
5. 小児EPI事業に定められる予防接種、高齢者保健、結核・エイズ等感染症の予防治療、「村級愛国衛生運動（環境整備大衆運動）」などの徹底実行へ協力する。
6. 積極的に「新型農村合作医療政策」の宣伝に取り組み、被験者の医薬費の請求・給付に関する定期的公示業務の徹底実行へ協力する。
7. 適切な技術と国家基本薬物を用いて、よく見られる疾患の診断・治療、急性・重症患者の一次救助とケア、速やかな転院、在宅リハビリ指導などを適切に行う。
8. 県級の衛生部門に定められた、その他の「基本医療衛生サービス」を行う。

【郷鎮衛生院の公衆衛生サービス（12項目）】

1. 農村住民の健康ファイル管理とサービスの徹底を図る。
2. 保健医療常識を普及し、重点グループと重点場所向けの健康教育を行い、住民の健康の維持と増進に資するライフスタイルを手伝い、「愛国衛生運動（環境整備）」の展開を指導する。
3. 予防接種サービスの規範化を図り、国家EPIを実行する。
4. 所管区内の感染症症例とその疑いのある症例をタイムリーに発見・登録・報告し、現場の疫学的状況の処理に参加する。
5. 新生児へのフォローアップ及び小児の保健分野における管理を展開し、身体検査と生長・発育へのモニタリング・評価を行い、健康指導を展開する。
6. 妊産婦への保健分野における管理、産後フォローアップ、通常的身體検査、妊娠期の栄養・心理面の健康指導等を行う。
7. 所管区内の65歳及びそれ以上の高齢者を対象に、登録管理・健康リスクファクター調査・通常的身體検査・健康指導等を行う。

8. 高血圧・糖尿病等慢性病のハイリスクグループ向けの指導を行い、その確定診断をした症例への登録管理・定期的なフォローアップ・健康指導等を行う。
9. 所管区内の重症な精神病患者の登録管理・治療・フォローアップ・リハビリ指導等を行う。
10. 所管区内の突発的公衆衛生事件の処理に協力する。
11. 県級衛生部門の委託を受け、所管区内における感染症の予防治療・学校衛生・飲料水安全・労働衛生及び村級の予防保健業務への指導・トレーニング・査定・監督などを行う。
12. 県級またはそれ以上の衛生部門に定められるその他の公衆衛生サービスを行う。

(2) プロジェクト実施期間

おおむね4年を目途とし、第二次計画策定調査において作成されるプラン・オブ・オペレーション（PO）に基づき決定する。

5-3 実施体制等

(1) 実施体制

1) 中央レベル

- ・衛生部国際合作司：プロジェクトの円滑な進行のための両国諸機関の調整。プロジェクト・ダイレクターの役割及び合同調整委員会の運営・実施
- ・衛生部農村衛生管理司：プロジェクト活動全般への助言・指導及び連絡・調整。プロジェクト・マネジャーの役割
- ・地方主体としつつも、衛生部がプロジェクトに対する指導・監督の責務を果たす。
- ・合節目となる活動イベントへの同席・参加
- ・活動定期報告の受領と助言・指導
- ・活動成果の政策へのフィードバック（医薬衛生体制改革との整合性など、企画段階からの関与を含む）

2) 安徽省衛生庁

- ・安徽省で実施される活動の責任部署。プロジェクトの活動を開始するにあたり指導者グループを形成する。プロジェクト・サブマネジャーを配置する。
- ・衛生庁カウンターパートの人的費及び出張旅費、プロジェクトオフィス設置経費について、安徽省衛生庁が負担
- ・日常的なコミュニケーションのため、専任カウンターパートを外部備上（備上に要する人的費も中国側負担が可能との由）。
- ・衛生庁長をヘッドとする関係6部署（農村衛生管理処、外事処、疾控処、母子保健・社区卫生処、科教処、安徽医学高等専科学校）からなる「プロジェクトチーム」を組織する予定

3) パイロット県衛生局

- ・郷鎮・村レベルを対象とした活動の責任部署

4) 技術訓練の拠点について

- ①省レベル：合肥市に医学高等専科学校があり、医師、看護師等の医療従事者の養成拠点となっている。先方としては同校に省レベル訓練センター機能をもたせる構想である。調査

団は同校を訪問し、確認したところ、敷地、教員の分野・数とも十分であり、JICAの研修等により日本で研修を受けた教員も勤務している。ここを省レベルの訓練センターとし、県レベルのトレーナーの研修施設として活用することは可能と判断される。

<参考>

【安徽医学高等専門（科）学校の視察結果】

省内医療教育施設数：大学4校、高等専門学校3校、中等専門学校13校

- ・面積：60～70ha
- ・職員数：500人（うち専任400名）
- ・コースの種類：医師（2種）、看護（2種）、管理、薬学（5種）、技師類（作業療法士、理学療法士）、歯学、口腔技術、エコー
- ・生徒数：1万人以上（うち医師コース1,350人、看護コース3,000人）
- ・規模：小規模（通常的高等専門学校は今回の視察対象校の約2.5倍、大規模校は約5倍）
- ・その他：2002年より中等専門学校から高等専門学校に変更

②県レベル：各県の人民病院には附属衛生学校が設置されている。無為県の場合は、人民病院の医師10名が衛生学校の講師として登録され、教育にあたっている由である。ただし、病院勤務との兼務であるため、プロジェクトの活動が本格的に動き出した場合に、この10名の兼務体制で円滑に活動が進むかどうか、他の方法も検討する必要があると思われる。一方、涇県においては人民病院附属衛生学校を利用する以外の選択肢として、現在同県で新庁舎ビルを建設する計画（敷地6.3ha、2011年末竣工予定）とのことであり、同ビル内に研修センター機能を担う部署を設置することも必要に応じ検討する旨の発言もあった。

<参考>

涇県及び無為県の調査による基礎データ

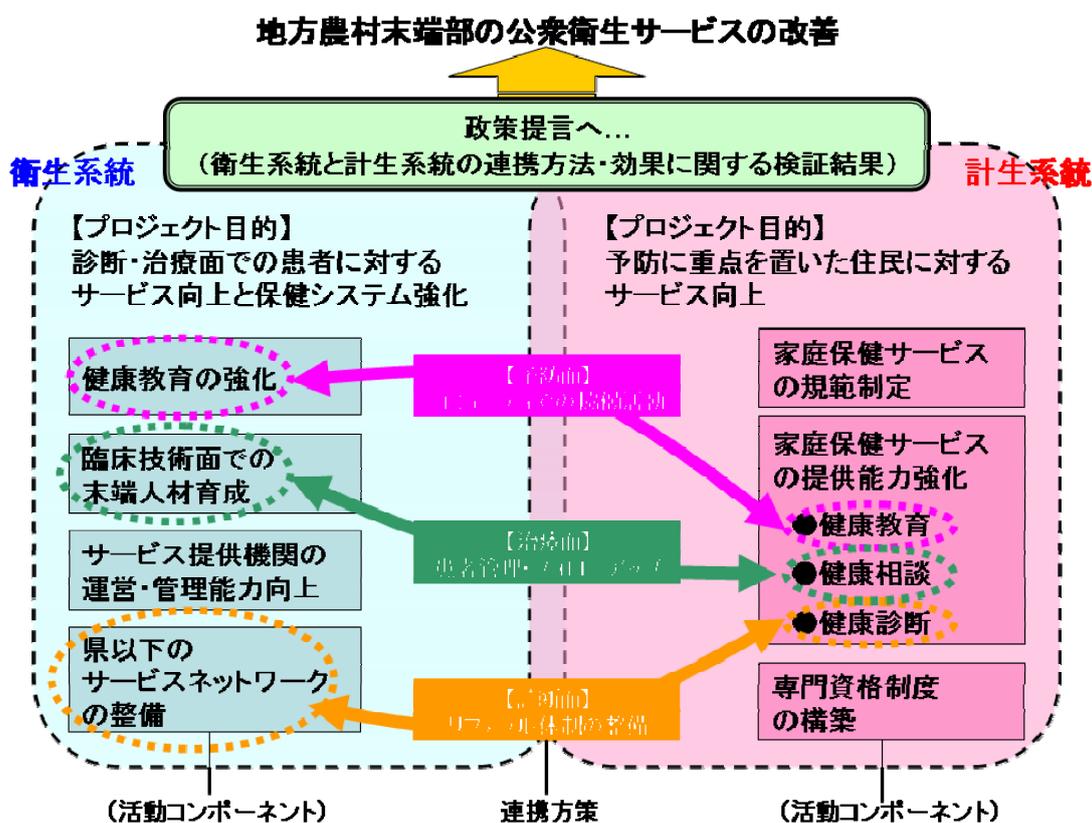
	涇県		無為県	
面積	2,054.5km ²		2,413km ²	
人口	35.5万人		142.4万人	
郷鎮	11		23	
行政村	132		312	
医療衛生施設	9		191	
郷鎮中心衛生院	5		10	
郷鎮一般衛生院	11		14	
コミュニティー衛生サービスセンター	10		1	
行政村衛生室	132		312	
	中心衛生院	村衛生室	一般衛生院	村衛生室
対象人口・世帯	未確認	2,800人・800世帯	70,000人	5,000人

スタッフ数（現状）	32名（大卒者3名、短大卒者10名、中等専科学校卒13名、登録看護師8名）	4名（助理医師3名、登録看護師1名）	20名（助理医師等の医師9名、登録看護師3名、薬剤師1名、その他職員7名）	7名（助理医師等の医師2名、その他職員5名）
スタッフ数（定員）	42名	未確認	60名	未確認
平均外来患者数（1日当たり）	30～40名	7～8名	50人	40～50人
病床数	30床	0床	10床	0床
検査機器	生化学検査機器・心電図・超音波・レントゲン	血圧計	生化学検査機器・超音波・レントゲン	血圧計
訪問健康教育活動・往診	月1回	15日（1カ月当たり）	未確認	未確認
その他	・ANCサービス1日4～5人 ・健康教育活動は計生系統担当者と連携			

(2) 国家・人口計画生育委員会との連携

今次調査での安徽省衛生庁との協議を通じ、パイロット県の選定においては計生の実施するプロジェクトと重複するよう配慮し、とりわけ農村地区における健康教育、健康相談、健康診断の活動実施においては連携し、効果的な活動の展開を図ることで合意した。

想定する連携のイメージは以下のとおり。



5-4 プロジェクト対象地域

(1) プロジェクト対象省

以下の5点から、安徽省をプロジェクトサイトとすることを妥当と判断した。

- ①2010年度上半期にサービス機関・人材の査定・分配制度に関する細則が策定されるなど、改革の進捗が早く、全国のモデルとしてプロジェクトを実施する基盤、土台がある。
- ②衛生部と安徽省衛生庁間の関係が良好であり、安徽省の成果を国家レベルで改革にスムーズにフィードバックできる可能性が高い。
- ③2005年までJICAプロジェクトを実施しており、一部関係者が今回も関係することから、JICA協力の理念や手法に精通している。
- ④農村人口が75%程度であり、農村が中心となっている典型的な省である。
- ⑤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の対象にも安徽省が含まれており、安徽省衛生庁と事前に協議を行った際には、計生と密接に連携して進めていくことについて了解を得ている。

(2) パイロット県の選定

安徽省は省内の北部、中部、南部から、それぞれ4県、合計12県を要望した。調査団より同12県に関して、第二次計画策定調査団が派遣される3月までに優先順位を付すよう依頼し同意された。パイロット県は最終的に12県以内とするよう調整する。

パイロット県については、第二次計画策定調査の際に双方協議のうえ、決定することとする。

5-5 有償資金協力の現状確認（安徽省）

(1) 経緯

中国では1985年から1990年にかけて全体の法定感染症の発病数は激減していたものの、エイズなどの新興感染症や未だ感染症発生率の高い農村地域の公衆衛生の問題などは同国の保健医療セクターにおいて引き続き重要な課題となっていた。2002年11月に同国広東省で始まったといわれるSARSは全世界で猛威を振るい、とりわけ同国は最も被害が大きく、患者累計5,327人、死者349人にのぼり、感染症対策を含めた同国の脆弱な公衆衛生基盤が露呈された。

同国政府は第10次5カ年計画において、都市部での救急・疾病予防体制を強化することにより感染症、風土病等の抑制、モニタリングを図ると定めているものの、同国各省に共通している課題として、①医療施設の未整備、②機器の不足、老朽化、医療従事者の不足、能力不足、③情報ネットワークの未整備、④救急体制の未整備、⑤投資資金の不足などがあげられた。

これらの課題に対処するため、公衆衛生基礎施設の整備、設備機器の設置、感染症対策関係者の能力強化を目的として、総額約262億円の円借款供与が2003年度の円借款案件として貸与契約が締結された。

本事業は、SARS禍により露呈された同国における脆弱な公衆衛生基盤を改善するため、同国国内で最も人口が多く特に譲許的資金を必要としている内陸部10省（河南省、湖北省、湖南省、江西省、安徽省、山西省、吉林省、黒龍江省、河北省、遼寧省）を対象とし、省レベ

ルと地級市（省の一段階下の行政単位）レベルの公衆衛生のための設備機器の配備、感染症対策関係者の能力強化のための研修等を行うことで同地域の感染症対策強化を図り、地域住民の健康状態の向上に寄与することを目的としている。

借款資金は①疾病予防コントロールセンター、感染症病院（または総合病院感染症科）、救急センターにおける設備機器の調達資金、②感染症対策関係者に対する研修プログラム（中国側関係者の日本国内関連機関派遣、日本側専門家の中国への招聘等含む）などに充当される。

安徽省向けには25億4800万円が貸し付けられ、上記のプログラムに充当された。

(2) 安徽省衛生庁における円借案件の概況説明

安徽省衛生庁での2010年12月13日の最初の協議において、中国側から安徽省の公衆衛生の現状、医薬衛生体制確認の進捗状況、今後の政策の方向性と日本に協力を求めることなどについてのプレゼンテーションが行われた。

同プレゼンにおいて、前述円借事業の現状と成果についての説明があった。ポイントは以下のとおり。

- ・安徽省では、医療機器・設備は疾病予防コントロールセンター、省、市の中核感染症対応の医療機関の整備に充当され、2010年度に配備が終了した。
- ・貸与資金のうち、人材育成経費に関しては、省・市レベルの医療従事者の中国国内及び本邦での研修実施に充当した。本邦での研修は、高知県（高知市と安徽省蕪湖市は姉妹都市関係）で受け入れてもらい、非常に良い研修が実施できたと評価されている。
- ・本事業は安徽省の公衆衛生に関する省・市レベルの対処能力を向上させた事業として高く評価されている。

付 属 資 料

1. 協議議事録
2. 農民健康ファイル
3. 安徽省郷鎮衛生院業績審査評価細則（試行）
4. 安徽省村衛生室業績審査評価細則（試行）
5. 安徽省社区卫生サービス機構の実績考査評価細則（試行）
6. 安徽省末端医療衛生機関職員の考査評価細則（試行）
7. 安徽省人民政府の「末端医薬衛生体制総合改革」に関する実施意見
 - 7-1. 安徽省郷鎮衛生院改革案
 - 7-2. 安徽省コミュニティ衛生サービス機構改革案
 - 7-3. 安徽省行政村衛生室改革案
 - 7-4. 安徽省郷鎮衛生院機構定員基準
 - 7-5. 安徽省郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）再配置職員の配置弁法
 - 7-6. 安徽省末端医療衛生機構実績査定弁法
 - 7-7. 安徽省末端医療衛生機構運行補償弁法
 - 7-8. 安徽省末端医療衛生機構の基本薬物と補充薬品の使用・購入・配達に関する試行弁法
 - 7-9. 「末端医薬衛生体制総合改革」業務手順の規範化に関する指導意見
 - 7-10. 「末端医薬衛生体制総合改革」の組織・規律の保障の強化に関する意見

中華人民共和国
地域公衆衛生サービス提供能力及び感染症対策能力強化プロジェクトの
協力枠組みに関する協議議事録

独立行政法人国際協力機構（以下「JICA」という。）により組織された、牛尾光宏 JICA 人間開発部技術審議役を団長とする第一次詳細計画策定調査団（以下「調査団」という。）は、中華人民共和国衛生部（以下「衛生部」という。）と、「地域公衆衛生サービス提供能力及び感染症対策能力強化プロジェクト」（以下「プロジェクト」という。）の基本計画等について一連の協議を行い、日中双方で協議結果を附属文書に記載した内容のとおりであることを確認した。

協議議事録は、等しく正文である中国語、日本語による各 2 通を作成した。

北京市 2010 年 12 月 21 日

牛尾 光宏

日本国
独立行政法人国際協力機構
第一次詳細計画策定調査団長

王 立基

中華人民共和国
衛生部国際合作司 副司長

附属文書

1. プロジェクト基本原則

JICAと衛生部はプロジェクト基本原則について、以下のとおり合意した。

- (1) 本プロジェクトは「末端における医薬衛生体制総合改革施策」に沿い、農村部で提供される感染症を含む公衆衛生サービスの改善を目指し、郷鎮・村を中心とする3級医療衛生サービスネットワークにおける実施管理体制を強化するモデルを構築する。
- (2) 同モデルを中央レベル及び他省における地域公衆衛生の政策策定へ反映させることを目指す。

2. プロジェクト基本計画

JICAと衛生部はプロジェクト基本計画について、以下のとおり合意した。

(1) プロジェクト・サマリー

1) プロジェクト目標

農村住民に対する基本公衆衛生サービス及び基本医療サービスの質の向上のため、農村衛生管理体制の改善モデルを確立する。

2) 目指す成果

- ① 末端（郷鎮衛生院、村衛生室）で提供されるサービスの規範（マニュアル）の確立。
- ② 規範に基づき提供されるサービスの質を改善するための研修計画の策定と実施。
- ③ 公衆衛生サービスの質の維持・改善を目的とした評価・モニタリングシステムの確立。

3) 主な活動

① の成果達成のための活動

- ・ ベースライン調査（住民ニーズ、医療従事者の技術レベル、パイロット県の疾病現況等）
- ・ サービス規範の改定（郷鎮衛生院の公衆衛生サービス・基本医療サービスの一部、及び村衛生室の公衆衛生サービス）
- ・ 健康ファイルの電子化とネットワーク化を確立すること、および運用細則を作成する。

② の成果達成のための活動

- ・ 村衛生室の 8 項目ⁱのサービスに関して、スタッフの研修計画の策定。
- ・ 郷鎮衛生院の公衆衛生サービス (12 項目ⁱⁱ) に関しての研修計画の策定。
- ・ 郷鎮衛生院の基礎医療サービスの一部に関しての研修計画の策定。
- ・ 安徽省訓練センターの整備と各県中堅行政官・医師等を中心とした研修の実施 (TOT)。
- ・ パイロット県訓練センターの整備と末端 (郷鎮・村) 医療衛生従事者に対する研修の実施。
- ・ 各種研修に必要な教材の改定及び作成。
- ・ 農村衛生管理体制モデルのプロジェクト経験交流会の実施。

③ の成果達成のための活動

- ・ 安徽省「実績査定評価細則」の施行状況の確認。
- ・ 郷鎮衛生院内における効果的な業績評価システムの検討。
- ・ 実績査定評価システムの見直しへの提言。

なお、詳細な活動項目は、2011 年 3 月を目途に JICA が派遣する予定の第二次計画策定調査の際に、本プロジェクト・サマリーを確認すると共に、詳細な活動項目・計画を協議する。

同活動項目・計画に基づき JICA 側は投入計画を策定する。

(2) プロジェクト実施期間

概ね 4 年を目途とし、第二次計画策定調査において作成されるプラン・オブ・オペレーション (以下「PO」) に基づき決定する。

(3) 実施体制

1) 中央レベル

- ・ 衛生部国際合作司: プロジェクトの円滑な進行のための両国諸機関の調整。プロジェクト・ダイレクターの役割及び合同調整委員会の運営・実施。
- ・ 衛生部農村衛生管理司: プロジェクト活動全般への助言・指導及び連絡・調整。プロジェクト・マネジャーの役割。

2) 安徽省衛生庁: 安徽省で実施される活動の責任部署。プロジェクトの活動を開始するに当たり指導者グループを形成する。プロジェクト・サブマネジャーを配置する。

3) パイロット県衛生局: 郷鎮・村レベルを対象とした活動の責任部署。

(4) パイロット県の選定

安徽省は省内の北部、中部、南部から、それぞれ 4 県、合計 12 県を要望した。調査団より同 12 県に関して、第二次計画策定調査団が派遣される 3 月までに優先順位を付すよう依頼を行い同意された。パイロット県は最終的に 12 県以内とする

よう調整する。

パイロット県については、第二次計画策定調査の際に双方協議の上、決定することとする。

(5) 国家人口計画生育委員会との連携

パイロット県の選定において、国家人口計画生育委員会の実施するプロジェクトと重複するよう配慮し、とりわけ、農村地区における健康教育、健康相談、健康診断の活動実施においては連携を行い、効果的な活動の展開を図る。

3. その他

(1) 安徽省衛生庁は、第二次計画策定調査団が派遣される前までに、省の具体的な計画の提出に同意した。

(2) 本プロジェクトは、第二次詳細計画策定調査後に、JICA中国事務所長及び中国側代表のR/Dへの署名をもって正式に発効する。

以上

i

1. 感染症の疫学的状況と突発的公衆衛生事件の登録、報告を担当する。
2. 妊産婦及び小児の保健分野における管理の徹底へ協力する。
3. 健康教育や村民向けの保健医療知識の宣伝を行う。
4. 農民の健康書類の作成・更新に加わり、郷鎮衛生院による高血圧・糖尿病・精神病等、慢性非伝染性疾患のフォローアップ・記録の徹底作業へ協力する。
5. 小児EPI事業に定められる予防接種、高齢者保健、結核・エイズ等感染症の予防治療、「村級愛国衛生運動（環境整備大衆運動）」などの徹底実行へ協力する。
6. 積極的に「新型農村合作医療政策」の宣伝に取り組み、被験者の医薬費の請求・給付に関する定期的公示業務の徹底実行へ協力する。
7. 適切な技術と国家基本薬物を用いて、よく見られる疾患の診断・治療、急性・重症患者の一次救助とケア、速やかな転院、在宅リハビリ指導などを適切に行う。
8. 県級の衛生部門に定められた、その他の「基本医療衛生サービス」を行う。

ii

1. 農村住民の健康ファイル管理とサービスの徹底を図る。
2. 保健医療常識を普及し、重点グループと重点場所向けの健康教育を行い、住民の健康の維持と増進に資するライフスタイルを手伝い、「愛国衛生運動（環境整備）」の展開を指導する。
3. 予防接種サービスの規範化を図り、国家EPIを実行する。
4. 所管区内の感染症症例とその疑いのある症例をタイムリーに発見・登録・報告し、現場の疫学的状況の処理に参加する。
5. 新生児へのフォローアップ及び小児の保健分野における管理を展開し、身体検査と生長・発育へのモニタリング・評価を行い、健康指導を展開する。
6. 妊産婦への保健分野における管理、産後フォローアップ、通常の身体検査、妊娠期の栄養・心理面の健康指導等を行う。
7. 所管区内の65歳及びそれ以上の高齢者を対象に、登録管理・健康リスクファクター調査・通常の身体検査・健康指導等を行う。
8. 高血圧・糖尿病等慢性病のハイリスクグループ向けの指導を行い、その確定診断をした症例への登録管理・定期的なフォローアップ・健康指導等を行う。

-
9. 所管区内の重症な精神病患者の登録管理・治療・フォローアップ・リハビリ指導等を行う。
 10. 所管区内の突発的公衆衛生事件の処理に協力する。
 11. 県級衛生部門の委託を受け、所管区内における感染症の予防治療・学校衛生・飲料水安全・労働衛生及び村級の予防保健業務への指導・トレーニング・査定・監督などを行う。
 12. 県級またはそれ以上の衛生部門に定められるその他の公衆衛生サービスを行う。

关于「中国农村基层公共卫生能力和传染病对策能力建设项目」合作框架的
会谈纪要

由日本国际协力机构（以下简称「JICA」）组织的以JICA人力资源开发部技术审议官牛尾光宏为团长的第一次详细计划制定调查团（以下称「调查团」）与中华人民共和国卫生部（以下称「卫生部」）就“中国农村基层公共卫生能力和传染病对策能力建设项目”（以下称「项目」）的基本计划等进行了一些列磋商，中日双方对附件内容进行了确认。

本会谈纪要正本由中日两种文本组成，两种文本具有同等效力。

北京市 2010年12月21日

王立基

中华人民共和国
卫生部国际合作司副司长

牛尾 光宏

日本国
日本国际协力机构
第一次详细计划制定调查团团长

附件

1. 项目基本原则

J I C A 与卫生部就项目基本原则达成如下共识。

- (1) 本项目根据「基层医药卫生体制综合改革措施」，为改善农村地区包括传染病在内的公共卫生服务，建立“以加强乡镇、村为重点的三级医疗卫生服务网络实施管理体制”的模式。
- (2) 该模式对国家以及其他省制定地区公共卫生政策起到参考作用。

2. 项目基本计划

J I C A 与卫生部就项目基本计划达成如下共识。

(1) 项目概要

1) 项目目标

为提高农村居民基本公共卫生服务以及基本医疗服务的质量，建立农村卫生管理体制的模式。

2) 成果

- ① 制定基层（乡镇卫生院、村卫生室）提供服务的规范（手册）。
- ② 根据该规范，制定并实施培训计划，以改善所提供服务的数量。
- ③ 建立以维持、改善公共卫生服务质量为目的的评价、督導體系。

3) 主要活动

① 为完成该成果的活动

- 开展基线调查（居民需求、医务人员技术水平、试点县疾病状况等）。
- 修改服务规范（部分乡镇卫生院的公共卫生服务、基本医疗服务以及村卫生室的公共卫生服务）。
- 实现健康档案的电子化和网络化管理，编写操作细则。

② 为完成该成果的活动

- 制定针对村卫生室 8 项服务内容（详见注解 1）的培训计划。
- 制定针对乡镇卫生院 12 项公共卫生服务内容（详见注解 2）的培训计划。
- 制定针对部分乡镇卫生院基本医疗服务内容的培训计划。
- 加强安徽省培训中心的能力建设，开展以县级骨干行政人员、医生为主的培训（师资培训）。
- 加强试点县培训中心的能力建设，开展针对基层（乡镇·村）医务人员的培训活动。

- 修改、编写各种培训所需教材。
- 召开有关农村卫生管理体制模式的项目经验交流会。

③ 完成该成果的活动

- 确认安徽省颁布的《绩效考核细则》的执行情况。
- 研究乡镇卫生院内部的有效的绩效考核体系。
- 对安徽省修改绩效考核体系提出建议。

另外，具体活动内容，将在 2011 年 3 月 JICA 派遣第二次详细计划制定调查团时，在确认本项目活动概要的同时，商讨具体的活动项目和计划。

根据该活动项目和计划确定 JICA 的投入计划。

(2) 项目实施时间

大约为 4 年，具体情况将在实施第二次计划制定调查时，根据制定的计划日程（以下称「P0」）而定。

(3) 实施体制

1) 中央级

卫生部国际合作司：为顺利实施该项目，负责与两国相关机构进行协调，起到项目总负责人的作用。

卫生部农卫管理司：对项目整体活动进行指导或提出建议以及负责联络、协调等工作，起到项目管理者的作用。

2) 安徽省卫生厅：在安徽省开展活动的负责部门。开展项目活动时，成立项目领导小组。配置省级项目管理者。

3) 试点县卫生局：负责开展针对乡镇、村级的相关活动。

(4) 选择试点县

安徽省提出在省内的北部、中部、南部各选 4 县、共 12 个试点县。调查团希望中方在明年 3 月日方派遣“第二次计划制定调查团”以前，对 12 个候选县予以排位，中方表示同意。试点县最终将不超过 12 个县。

有关选择试点县的具体事宜，将在第二次计划制定调查团来访时，经双方协商决定。

(5) 与国家人口计划生育委员会的合作

在试点县的选择上，考虑选择国家人口计划生育委员会实施项目的同一试点县，尤其在农村地区开展健康教育、健康咨询、健康诊断活动时进行合作，开展有效的活动。

3. 其他

- (1) 安徽省卫生厅同意在“第二次制定计划调查团”来访前，提出具体计划
- (2) 本项目在实施“第二次详细计划调查”时，在J I C A中国事物所所长与中方代表签署项目协议书后正式生效。

注解 1：行政村卫生室的工作任务

1. 负责传染病疫情和突发公共卫生事件的登记、报告。
2. 协助做好孕产妇保健系统管理和儿童保健系统管理。
3. 开展健康教育，向村民宣传卫生保健知识。
4. 参与农民健康档案的建立与更新，配合乡镇卫生院做好高血压、糖尿病、精神疾病等慢性非传染病的随访与记录。
5. 协助做好儿童免疫规划预防接种，老年人保健，结核病、艾滋病等传染病防治，村级爱国卫生运动实施。
6. 积极宣传新农合政策，协助做好参合农民医药费用报销补偿情况的定期公示工作。
7. 使用适宜技术和国家基本药物，做好常见病、多发病的一般诊治、急重病人的初级救护、及时转诊和家庭康复指导。
8. 县级卫生部门规定的其他基本医疗卫生服务。

注解 2：乡镇卫生院的工作职能

1. 落实农村居民健康档案管理及服务。
2. 普及卫生保健常识，实施重点人群及重点场所健康教育，帮助居民形成有利于维护和增进健康的行为方式；指导开展爱国卫生工作。
3. 规范预防接种服务，执行国家免疫规划。
4. 及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例，参与现场疫情处理。

5. 开展新生儿访视及儿童保健系统管理，进行体格检查和生长发育监测及评价，开展健康指导。
6. 开展孕产妇保健系统管理和产后访视，进行一般体格检查及孕期营养、心理等健康指导。
7. 对辖区 65 岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，开展健康指导。
8. 对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行指导，对确诊高血压、糖尿病等慢性病病例进行登记管理、定期随访和健康指导。
9. 对辖区重性精神疾病患者进行登记管理、治疗随访和康复指导。
10. 协助处理辖区内突发公共卫生事件。
11. 接受县级卫生部门委托，对辖区内传染病防治、学校卫生、饮水卫生、职业卫生，以及村级预防保健工作进行指导、培训、考核与监督。
12. 县级及县级以上卫生部门规定的其他公共卫生服务。

编号 □□□□□□□-□□□□-□□□□-□□□□□□

居民健康档案

姓名：_____

现住址：_____

户籍地址：_____

联系电话：_____

乡镇(街道)名称：_____

村(居)委会名称：_____

建档单位：_____

建档人：_____

责任医生：_____

建档日期：_____年____月____日

个人基本信息表

姓名:

编号 □□□-□□□□□

性 别	0未知的性别 1男 2女 9未说明的性别 <input type="checkbox"/>		出生日期	□□□□ □□ □□	
身份证号			工作单位		
本人电话	联系人姓名		联系人电话		
常住类型	1户籍 2非户籍 <input type="checkbox"/>		民 族	1汉族 2少数民族 <input type="checkbox"/>	
血 型	1 A型 2 B型 3 O型 4 AB型 5 不详 / RH阴性: 1否 2是 3不详 <input type="checkbox"/> /□				
文化 程 度	1文盲及半文盲 2小学 3初中 4高中/技校/中专 5大学专科及以上 6不详 <input type="checkbox"/>				
职 业	1国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 2专业技术人员 3办事人员和有关人员 4商业、服务业人员 5农、林、牧、渔、水利业生产人员 6生产、运输设备操作人员及有关人员 7军人 8不便分类的其他从业人员 <input type="checkbox"/>				
婚 姻 状 况	1未婚 2已婚 3丧偶 4离婚 5未说明的婚姻状况 <input type="checkbox"/>				
医 疗 费 用 支 付 方 式	1城镇职工基本医疗保险 2城镇居民基本医疗保险 3新型农村合作医疗 4贫困救助 5商业医疗保险 6全公费 7全自费 8其他 <input type="checkbox"/> /□/□				
药 物 过 敏 史	1无 有: 2青霉素 3磺胺 4链霉素 5其他 <input type="checkbox"/> /□/□/□				
既 往 疾 病 史	疾 病	1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 6恶性肿瘤 7脑卒中 8重性精神疾病 9结核病 10肝炎 11其他法定传染病 12其他 <input type="checkbox"/>			
		□ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月 □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月			
	手 术	1无 2有: 名称1 _____ 时间 _____ / 名称2 _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
	外 伤	1无 2有: 名称1 _____ 时间 _____ / 名称2 _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
	输 血	1无 2有: 原因1 _____ 时间 _____ / 原因2 _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
家 族 史	父 亲	□/□/□/□/□/□ _____		母 亲	□/□/□/□/□/□ _____
	兄 弟 姐 妹	□/□/□/□/□/□ _____		子 女	□/□/□/□/□/□ _____
	1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 6恶性肿瘤 7脑卒中 8重性精神疾病 9结核病 10肝炎 11先天畸形 12其他				
遗 传 病 史	1无 2有: 疾病名称 _____ <input type="checkbox"/>				
残 疾 情 况	1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6 智力残疾 7 精神残疾 8 其他残疾 _____ <input type="checkbox"/> /□/□/□/□/□				

健康体检表

姓名: _____

编号 □□□-□□□□□

体检日期	年 月 日	责任医生			
内 容	检 查 项 目				
症 状	1无症状 2头痛 3头晕 4心悸 5胸闷 6胸痛 7慢性咳嗽 8咳痰 9呼吸困难 10多饮 11多尿 12体重下降 13乏力 14关节肿痛 15视力模糊 16手脚麻木 17尿急 18尿痛 19便秘 20腹泻 21恶心呕吐 22眼花 23耳鸣 24乳房胀痛 25其他 □/□/□/□/□/□/□/□/□/□				
一 般 状 况	体 温	℃	脉 率	次/分钟	
	呼 吸 频 率	次/分钟	血 压	左 侧	/ mmHg
				右 侧	/ mmHg
	身 高	cm	体 重	kg	
	腰 围	cm	体 质 指 数		
	臀 围	cm	腰臀围比值		
	老年人 认知功能*	1 粗筛阴性 <input type="checkbox"/> 2 粗筛阳性, 简易智力状态检查, 总分_____			
老年人 情感状态*	1 粗筛阴性 <input type="checkbox"/> 2 粗筛阳性, 老年人抑郁评分检查, 总分_____				
生 活 方 式	体 育 锻 炼	锻 炼 频 率	1 每天 2 每周一次以上 3 偶尔 4 不锻炼 <input type="checkbox"/>		
		每 次 锻 炼 时 间	分 钟	坚 持 锻 炼 时 间	年
		锻 炼 方 式			
	饮 食 习 惯	1 荤素均衡 2 荤食为主 3 素食为主 4 嗜盐 5 嗜油 6 嗜糖 □/□/□			
	吸 烟 情 况	吸 烟 状 况	1 从不吸烟 2 已戒烟 3 吸烟 <input type="checkbox"/>		
		日 吸 烟 量	平均 支		
		开 始 吸 烟 年 龄	岁	戒 烟 年 龄	岁
	饮 酒 情 况	饮 酒 频 率	1 从不 2 偶尔 3 经常 4 每天 <input type="checkbox"/>		
		日 饮 酒 量	平均 两		
		是 否 戒 酒	1 未戒酒 2 已戒酒, 戒酒年龄: _____岁 <input type="checkbox"/>		
开 始 饮 酒 年 龄		岁	近 一 年 内 是 否 曾 醉 酒	1 是 2 否 <input type="checkbox"/>	
饮 酒 种 类		1 白酒 2 啤酒 3 红酒 4 黄酒 5 其他_____ □/□			
职 业 暴 露 情 况	1 无 2 有 (具体职业_____ 从业时间_____年) <input type="checkbox"/> 毒物种类 化学品 _____ 防护措施1无 2有_____ <input type="checkbox"/> 毒 物 _____ 防护措施1无 2有_____ <input type="checkbox"/> 射 线 _____ 防护措施1无 2有_____ <input type="checkbox"/>				

脏器功能	口腔	口唇 1红润 2苍白 3发干 4皲裂 5疱疹 <input type="checkbox"/>
		齿列 1正常 2缺齿 <input type="checkbox"/> 3龋齿 <input type="checkbox"/> 4义齿(假牙) <input type="checkbox"/>
		咽部 1无充血 2充血 3淋巴滤泡增生 <input type="checkbox"/>
	视力	左眼 _____ 右眼 _____ (矫正视力: 左眼 _____ 右眼 _____)
	听力	1听见 2听不清或无法听见 <input type="checkbox"/>
	运动功能	1可顺利完成 2无法独立完成其中任何一个动作 <input type="checkbox"/>
查体	皮肤	1正常 2潮红 3苍白 4发绀 5黄染 6色素沉着 7其他 _____ <input type="checkbox"/>
	巩膜	1正常 2黄染 3充血 4其他 _____ <input type="checkbox"/>
	淋巴结	1未触及 2锁骨上 3腋窝 4其他 _____ <input type="checkbox"/>
	肺	桶状胸: 1否 2是 <input type="checkbox"/>
		呼吸音: 1正常 2异常 _____ <input type="checkbox"/>
		罗音: 1无 2干罗音 3湿罗音 4其他 _____ <input type="checkbox"/>
	心脏	心率 _____ 次/分钟 心律: 1齐 2不齐 3绝对不齐 <input type="checkbox"/> 杂音: 1无 2有 _____ <input type="checkbox"/>
	腹部	压痛: 1无 2有 _____ <input type="checkbox"/>
		包块: 1无 2有 _____ <input type="checkbox"/>
		肝大: 1无 2有 _____ <input type="checkbox"/>
		脾大: 1无 2有 _____ <input type="checkbox"/>
		移动性浊音: 1无 2有 _____ <input type="checkbox"/>
	下肢水肿	1无 2单侧 3双侧不对称 4双侧对称 <input type="checkbox"/>
	足背动脉搏动	1未触及 2触及双侧对称 3触及左侧弱或消失 4触及右侧弱或消失 <input type="checkbox"/>
	肛门指诊*	1未及异常 2触痛 3包块 4前列腺异常 5其他 _____ <input type="checkbox"/>
妇科	乳腺*	1未见异常 2乳房切除 3异常泌乳 4乳腺包块 5其他 _____ <input type="checkbox"/>
	外阴*	1未见异常 2异常 _____ <input type="checkbox"/>
	阴道*	1未见异常 2异常 _____ <input type="checkbox"/>
	宫颈*	1未见异常 2异常 _____ <input type="checkbox"/>
	宫体*	1未见异常 2异常 _____ <input type="checkbox"/>
	附件*	1未见异常 2异常 _____ <input type="checkbox"/>
	其他*	

辅 助 检 查	空腹血糖*	_____ mmol/L 或 _____ mg/dL	
	血常规*	血红蛋白_____ g/L 白细胞_____/L 血小板_____/L 其他_____	
	尿常规*	尿蛋白_____ 尿糖_____ 尿酮体_____ 尿潜血_____ 其他_____	
	尿微量白蛋白*	_____ mg/dL	
	大便潜血*	1阴性 2阳性	<input type="checkbox"/>
	肝功能*	血清谷丙转氨酶_____ U/L 血清谷草转氨酶 _____ U/L 白蛋白 _____ g/L 总胆红素 _____ μ mol/L 结合胆红素 _____ μ mol/L	
	肾功能*	血清肌酐_____ μ mol/L 血尿素氮_____ mmol/L 血钾浓度_____ mmol/L 血钠浓度_____ mmol/L	
	血脂*	总胆固醇_____ mmol/L 甘油三酯_____ mmol/L 血清低密度脂蛋白胆固醇_____ mmol/L 血清高密度脂蛋白胆固醇_____ mmol/L	
	糖化血红蛋白*	_____ %	
	乙型肝炎 表面抗原*	1阴性 2阳性	<input type="checkbox"/>
	眼底*	1正常 2异常_____	<input type="checkbox"/>
	心电图*	1正常 2异常_____	<input type="checkbox"/>
	胸部X线片*	1正常 2异常_____	<input type="checkbox"/>
	B超*	1正常 2异常_____	<input type="checkbox"/>
宫颈涂片*	1正常 2异常_____	<input type="checkbox"/>	
其他*			
中 医 体 质 辨 识 *	平和质	1是 2基本是	<input type="checkbox"/>
	气虚质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
	阳虚质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
	阴虚质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
	痰湿质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
	湿热质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
	血瘀质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
	气郁质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>
特禀质	1是 2倾向是	<input type="checkbox"/>	

现存主要健康问题	脑血管疾病	1未发现 2缺血性卒中 3脑出血 4蛛网膜下腔出血 5短暂性脑缺血发作 6其他 _____ □/□/□/□/□			
	肾脏疾病	1未发现 2糖尿病肾病 3肾功能衰竭 4急性肾炎 5慢性肾炎 6其他 _____ □/□/□/□/□			
	心脏疾病	1未发现 2心肌梗死 3心绞痛 4冠状动脉血运重建 5充血性心力衰竭 6心前区疼痛 7其他 _____ □/□/□/□/□			
	血管疾病	1未发现 2夹层动脉瘤 3动脉闭塞性疾病 4其他 _____ □/□/□			
	眼部疾病	1未发现 2视网膜出血或渗出 3视乳头水肿 4白内障 5其他 _____ □/□/□			
	神经系统疾病	1未发现 2有 _____ <input type="checkbox"/>			
	其他系统疾病	1未发现 2有 _____ <input type="checkbox"/>			
住院治疗情况	住院史	入/出院日期	原因	医疗机构名称	病案号
		/			
	家庭病床史	建/撤床日期	原因	医疗机构名称	病案号
		/			
主要用药情况	药物名称	用法	用量	用药时间	服药依从性 1规律 2间断 3不服药
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
非免疫规划预防接种史	名称	接种日期	接种机构		
	1				
	2				
	3				
健康评价	1体检无异常 <input type="checkbox"/>				
	2有异常				
	异常1 _____				
	异常2 _____				
	异常3 _____				
健康指导	1定期随访		危险因素控制: □/□/□/□/□/□		
	2纳入慢性病患者健康管理		1戒烟 2健康饮酒 3饮食 4锻炼		
健康指导	3建议复查		5减体重(目标 _____)		
	4建议转诊		6建议疫苗接种 _____		
		7其他 _____ □/□/□/□			

安徽省郷鎮衛生院業績審査評価細則（試行）

審査指標と採点	審査内容	考査基準	採点基準
基本サービス 医療の質 サービス （6点） （28点）	診療の通常規定及び実施規程を厳格に実行し、カルテ記述の標準化、病院の感染管理の標準化、医療廃棄物処理の標準化などの関連の法制度を遵守し、処方箋の質、カルテの質、看護書類の質、病院の感染管理、カルテの管理が要件に合致している。	処方箋記述の合格率は 100%、外来診察のカルテと入院のカルテ、看護書類記述の合格率は 95%。感染管理のための組織が確立されており、整備された制度の下で対策が行われ、院内感染事故の発生はない。医療事故もなく、医療紛争の賠償は一定限度内にコントロールされている。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 聞き取り検査を通じ、外来診察カルテがない場合はマイナス 0.5 点、外来診察観察記録がない場合はマイナス 0.5 点、院内処方権限授与書類、薬局の署名がない場合はそれぞれマイナス 0.3 点。 2. 100 枚の処方箋につき、項目は揃っているか、薬品の名称・規格・分量の記述が基準に合っているかを抜き取り検査する。5%下がるごとにマイナス 0.2 点、処方箋評価集計資料及び分析がない場合はマイナス 0.5 点。 3. 20 部の看護書類を抜き取り検査し、記入合格率が 5%下がるごとにマイナス 0.5 点。 4. 入院カルテの記入が基準に合っており、20 部のカルテを抜き取り検査し、甲級カルテ>80%で、丙級カルテが全く見られない。甲級カルテが 5%減るごとにマイナス 0.5 点、外部の病院のカルテ用紙と表を使用している場合はマイナス 1 点、丙級カルテは 1 例ごとにマイナス 1 点。 5. 院内感染のための組織がない場合はマイナス 0.5 点、定期的総合評定検査及び集計分析の改善意見のない場合はマイナス 0.5 点、審査結果の処理意見のない場合はマイナス 0.5 点。 6. 医療事故及び紛争処理の試案及び対策がない場合はマイナス 1 点、対策はあるが実施されていない場合はマイナス 0.5 点、過誤の登録をしていないか、または報告していない場合はマイナス 0.5 点、速やかに適切な処理をせずにクレームの申し立てがあった場合はマイナス 1 点、性質が未定、責任者が未定、処罰措置が未実施の場合はそれぞれマイナス 0.5 点。医師と患者のコミュニケーションの記録が

				ない場合はマイナス0.5点。医療事故の発生は1件ごとにマイナス2点、Bモードエコー性別鑑定が発生した場合はマイナス6点。
サービスの数量(6点)	外来(救急)診察延べ人数、往診延べ人数、補助検査の総延べ人数と回数、入院の人数と回数、入院のベッド日数または観察室の点滴患者数。	過去3年間の郷鎮診療所の前述の審査指標の平均値をそれぞれ計算し、合理的な追加要素を適切に考慮し、その年の審査の基準データを確定する。外来(救急)診察延べ人数、往診延べ人数、補助検査総人数と回数の増減幅が一定の範囲内にコントロールされ、入院人数・回数、入院ベッド数・日数または観察室の点滴患者数がある程度減少しているか、または比較的少ない日数を維持している。		その部門の過去3年間の平均値を基数とし、外来・救急診察延べ人数、往診延べ人数、外来診察観察延べ人数、補助検査延べ人数、退院患者数の平均値が90%以上に達している場合はそれぞれ1点、2%下がるごとにそれぞれマイナス0.5点。退院患者の平均入院日が1日延長するごとにマイナス0.5点、ゼロになるまで減点する。
医療費(6点)	入院と外来診察費。	前年と比較し、1回当たりの平均入院費及び外来診察費の伸び幅が全省の平均レベルを上回らない。料金限度額に基づいて支払いの行われる病種及び全額前払いが年々増加している。		地元の同クラス同カテゴリーの医療機関の平均レベルを基数とし、1回当たりの平均外来・救急診察費、1回当たりの平均入院費が2%上がるごとにそれぞれマイナス0.1点、ゼロになるまで減点する。単病種費用支払い限度額制度を実施し、しかも病種数が年々増加している場合、及び全額前払いをしている場合(2点)、未実施または病種数が増えていない、総額をあらかじめ制限していない場合はそれぞれマイナス1点。
基本薬物制度を実施(10点)	基本薬物を配備・使用し、基準に合った薬局を設けている。基本薬物臨床応用ガイドライン、基本薬物処方集と「処方管理規則」の要件に従い規	規定に基づき基本薬物を配備。薬局が標準化の要件に達している。外来診察における抗生物質の2回以上の連続処方のパーセンテージが20%を上回らない。すべての薬品でゼロスリップ販売を実施している。		<ol style="list-style-type: none"> 1. 国の基本薬物と本省の補充薬品をすべて配備し正しく使用し、毎月配備使用する国の基本薬物の仕入金額の総仕入額に占める比率が$\geq 70\%$で、使用比率が1%下がるごとにマイナス1点。 2. 薬局が標準化の要件に達し、食品薬品监督管理局の要件により執行されている(2.5点)。 <ol style="list-style-type: none"> ①薬品棚の薬品が雑然と置かれ、床面が不潔な場合はマイナス0.5点。 ②薬局の温度と湿度が要件に達しない場合はマイナス0.5点。

		<p>範化されており、合理的に使用している。薬品のゼロスリップ販売を実施している。</p>		<p>③薬品の領収書に価格が明確に表示されていない場合はマイナス0.5点。 ④期限切れ薬品が棚に置かれている場合はマイナス0.5点。 ⑤カビや変質した薬品、ニセ薬、低品質薬が棚に置かれている場合はマイナス0.5点。</p> <p>3. 100枚の外來処方箋を抜き取り検査し、外來診察において抗生物質を2回以上使う処方が20%を上回らない(2.5点)。規定通りに行わずに「処方管理規則」の要件を超えた場合は1回につきマイナス2.5点。 4. すべての薬品でゼロスリップ販売を行っている。ゼロスリップ販売を行っていない場合は1品につきマイナス5点。 5. 省の「調達リスト」とネット購入薬品関連の規定を実行し、規定に合致していない場合は1品目ごとにマイナス5点。</p>
<p>公 共 衛 生 サ ー ビ ス (28 点)</p>	<p>農村住民保健記録 (3点)</p>	<p>農村住民保健記録の確立及びその使用と管理。</p>	<p>衛生部「都市と農村の住民保健記録管理基準」の要件に基づき、任意参加をベースとした所轄域内住民のために住民保健記録を確立し、適時それを更新し、徐々にコンピュータ管理を実施していく。農村住民保健記録の2010年の記録作成率が20%、2011年には30%に達する。農村住民保健記録の合格率が70%、リアルレートが100%、使用率が50%に達している。</p>	<p>記録作成率が5%下がるごとにマイナス1点。合格率が5%下がるごとにマイナス0.5点。使用率が5%下がるごとにマイナス0.5点。リアルレートが5%下がるごとにマイナス0.5点。</p>
	<p>健康教育 (2点)</p>	<p>健康教育と健康相談の提供状況。</p>	<p>健康教育宣伝掲示板を設置し、毎年少なくとも12回以上それを更新するほか、少なくとも12種以上の健康教育資料を配布し、健康教育講座を12回以上実施し、健康教育と健康促進のための特別イベントを少なくとも6回以上実施する。サービス対象の健康教育に対する満足度が60%以上に達している。</p>	<p>宣伝掲示板12回(0.6点)、1回不足するごとにマイナス0.05点。健康教育講座と相談活動の実施6回(0.6点)、1回不足するごとにマイナス0.1点。国が規定した衛生宣伝デー活動10回(0.8点)、1回不足するごとにマイナス0.1点。</p>

<p>免疫計画 (3点)</p>	<p>国家免疫計画の実施及びその管理状況。</p>	<p>予防接種外来の設置と運営管理を規範化する。適齢児童のために無料の国家免疫計画のワクチン接種サービスを提供し、予防接種反応の疑いのある場合は、速やかにそれを発見報告し、その処理に協力する。2010年に郷・鎮を単位とした適齢児童のB型肝炎ワクチン、BCG、ポリオワクチン、百日咳ワクチン、はしかワクチン（「5種類のワクチン」）の接種率が90%以上に達し、国家免疫計画のワクチン指定範囲と対象者群の接種率を80%以上に上げ、2015年には国家免疫計画の拡大により11種のワクチンすべてで90%以上を実現し、コールドチェーンの管理と温度記録が正常である。</p>	<p>接種外来診察の設置が基準に合っていない場合はマイナス1点。各種ワクチン接種率が1%下がるごとにマイナス0.2点。コールドチェーンの管理が基準に合っていない場合はマイナス0.5点。「一類ワクチン」の接種で規定に違反して料金徴収した場合はマイナス3点。</p>
<p>感染症の予防と治療 (2点)</p>	<p>感染症発生状況の報告及び処理状況。</p>	<p>感染症発生状況ネットワークの報告システムの正常な運用が保障され、所轄域内の感染症発生状況が適宜発見・記録・報告され、感染症発生状況の報告率と適時性がいずれも95%以上に達する。県レベル以上の疾病予防管理機関に協力し、現場の疫病処理に参画し、非入院の結核患者やエイズ患者に対し治療管理を行っている。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制度が整備されている（報告管理制度、記録制度、教育研修制度、賞罰制度）場合は1点。未実施の制度1項目につきマイナス0.5点。 2. 報告率、整備率、適時性が95%に達している。1%下がるごとにマイナス0.5点。
<p>児童保健 (3点)</p>	<p>児童保健、成長発育と児童保健知識の宣伝と相談、情報管理</p>	<p>児童保健外来診察を基準通りに確立されている。2010年の児童保健のカバー率が60%、系統的管理率が40%に達し、以後年々逡増する。成長発育と児童保健の宣伝教育活動が年間少なくとも6回以上実施。正確かつタイムリーに情報を発信している。</p>	<p>基準に合わない児童保健外来診察についてはマイナス1点。児童保健のカバー率、系統的管理率が5%下がるごとにマイナス0.5点。宣伝教育は1回不足するごとにマイナス0.2点。情報の遺漏は1回につきマイナス0.5点、情報のジックエラーについては1回につきマイナス0.1点。</p>

妊産婦保健 (3点)	妊産婦保健、妊産婦保健知識の宣伝と相談、情報管理。	規範化された妊産婦保健外来診察を確立している。2010年の妊産婦保健のカバー率は90%、系統的管理率が60%に達し、その後は年々逡増する。妊産婦保健の宣伝と教育活動が年間6回以上行う。正確かつタイムリーに情報を発信している。	規範化されていない妊産婦保健外来診察についてはマイナス1点、妊産婦保健のカバー率と系統的管理率は5%下がるとにマイナス0.5点。宣伝教育は1回不足するとにマイナス0.2点。情報の遺漏は1回につきマイナス0.5点、情報のジックエラーについては1回につきマイナス0.1点。
高齢者保健 (2点)	高齢者健康検査、健康記録管理状況。	毎年定期的に65歳以上の高齢者のために一般健康診断を行い、健康に対する危険因子についての調査を行い、高齢者に対し自己保健、傷害予防、自己救護などの健康指導を行っている。高齢者の健康記録管理率が2010年には25%、2011年には50%に達する。	高齢者健康記録の管理率が年度要件より低い場合は比率に基づき減点し、記録未作成の場合はマイナス2点。
慢性疾患管理 (3点)	高血圧や糖尿病などの慢性非感染症の予防と治療及び管理状況。	高血圧や糖尿病と診断された患者に対する記録と管理を行い、毎年定期的に健康診断を行い、村の診療所スタッフに対し定期的に訪問して病状聴取を行い、薬品の使用や飲食などについての指導を行うように指導している。高血圧と糖尿病の2種の患者グループの健康管理率が2010年には35%、2011年には50%を上回る。	35歳以上の人については初診では血圧を測定し、登録されている高血圧・糖尿病患者に対し定期的に訪問指導する。健康管理率が年度要件より低い場合は比率に基づき減点する。
重度精神疾患患者の管理 (2点)	重度精神疾患患者の訪問指導、回復指導及び記録管理状況。	所轄域内の重度精神疾患と診断された患者に対し登録管理を行う。専門機関の指導の下で、在宅の重度精神疾患患者に対して治療と訪問指導及び回復のための指導を行っている、2011年に重度精神疾患患者の管理率が30%に達し、その後は年々増加する。	重度精神疾患患者の管理率、患者の規範的管理率、好転率が年度要件より低い場合は比率に基づき減点する。

主な公共衛生サービス項目 (2点)	主な公共衛生サービス項目に関連する事業の実施状況。	主な公共衛生サービス項目の実施計画に基づき、農村妊産婦の入院分娩補助、農村出産適齢女性の妊娠出産前と妊娠初期の葉酸補給などの主な公共衛生サービス項目に関連する事業を真摯に行っている。	農村妊産婦の入院分娩補助が行われている場合は1点、100%で1点、10%下がるごとにマイナス0.1点。農村女性の妊娠前と妊娠初期の葉酸補給の服用率が80%で1点、10%下がるごとにマイナス0.1点。
	緊急治療、衛生監督など (3点)	公共衛生緊急事態の応急処置、衛生監督管理など。	比較的高い応急処理能力があり、食品・公共施設・学校・職場などの衛生指導と管理活動を十分に行っている。
新農村協同医療 (11点)	新農村協同医療の政策宣伝 (3点)。	新農村協同医療補償政策を宣伝し、診療実費精算の流れについて公表し、医療サービスと薬品価格を公示している。	新農村協同医療の特別宣伝掲示板がない場合はマイナス1点。診療実費精算の流れについて公表していない場合はマイナス1点。医療サービスと常用薬品価格を公示していない場合はマイナス1点。
	新農村協同医療の監督。 (4点)	協同医療加入農民の補償状況を公示し、クレームホットラインを公表する。クレーム率がゼロ、クレームによる金銭詐取の発生と確認された事例がゼロ。	協同医療加入の補償状況とクレームホットラインが適時公表されていない場合はそれぞれマイナス1点。クレームが事実と確認された場合は、1件につきマイナス1点。金銭詐取の発生が確認された場合はマイナス4点。
	新農村協同医療サービス。 (4点)	即時結果報告を実施し、入院患者の協同医療加入資格を識別し、即時・正確・全面的に医療サービス情報をアップロードしている。	即時結果報告を実施していない場合はマイナス2点。結果に関する情報の報告が即時でない場合はマイナス2点。
農村保健サービスの統合管理 (10点)	農村部医療機関のインフラ状況。(5点)	「安徽省農村郷鎮診療所建設指導基準」「安徽省農村村診療室建設指導基準」に基づき、標準化された建設を実現している。	この数年の民生プロジェクトで建設された郷鎮診療所、村診療室を抜き取り検査し、建設が標準化の要件に達していない場合は、情状を酌量してマイナス0.5~2点。その年の民生プロジェクトの年度建設課題が期限通りに完成していない場合はマイナス3点。
	郷鎮診療所の村診療室に対	省の統合管理指導意見の要件に基づき、郷鎮診療所は村診療室に対し「5つの統	「5つの統一、2つの独立」が実施されていない場合はマイナス5点、標準化されていない場合は1項目につきマイナス1

	<p>する管理状況。 (5点)</p>	<p>一、2つの独立」を基本内容とする標準化管理を実施している。</p>	<p>点。</p>
<p>人事財務管理 (7点)</p>	<p>人員配置状況。 (3点)</p>	<p>人員の配置が合理的で、きちんと配置が行われ、衛生の専門技術者は相応する部署の就業資格を備えている。</p>	<p>人員が管理職、専門技術職、一般技能職の3種類に分類され合理的に設置され、人事編成管理を行っている。部門の専門技術者が総人数の80%以上を占め、そのうち公共衛生サービススタッフが20~40%占める。5%下がるごとにマイナス0.5点。就業資格のないスタッフが業務に従事している場合は1人につきマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。就業資格のないスタッフが上述の業務に従事している場合は1人につきマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。</p>
	<p>財務管理、分配制度の確立と実施状況。 (4点)</p>	<p>各財務管理制度を厳格に実施し、会計資料は信憑性があり、かつ遺漏がなく、会計計算が規定に合致している。内部分配管理システムはサービスの質と量、職位の責任と業績を反映し、職位と業績による賃金制を実施している。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. その部門の財務管理制度が未確立な場合はマイナス1点、制度はあるが、それを壁に掲示していない場合はマイナス0.5点。合計1点。 2. その部門の財務制度のうち1項目が実施されていない場合はマイナス0.1点、点数がゼロになるまで減点する。合計1点。 3. 郷鎮診療所は少なくとも1名の専任会計スタッフを配置するという要件を満たしていない場合はマイナス1点。合計1点。 4. 会計帳簿が未整備の場合は、1項目不足するごとにマイナス0.5点、規定に基づき会計証明書を作成していない場合はマイナス0.5点、点数がゼロになるまで減点する。合計1点。 5. 業績審査関連の文書資料がなく、職位業績効果賃金制を実施していない場合はマイナス1点、1項目不足するごとにマイナス0.5点。合計1点。 6. 業績審査計画にサービスの量（医療統計関連データ）、職位責任、業績成果がない場合は1項目不足するごとにマイナス0.25点、点数がゼロになるまで減点する。合計1点。

			7. 薬品代金上納の支払い状況。規定された期限内の上納額が不足している場合はマイナス1点。
所内環境と管理 (6点)	診療所の外観と管理制度。(6点)	管理・後方支援・研修訓練などの制度が確立され実行されている。郷鎮診療所の名称が規範化され、表示が明確で、診療所の外観が清潔で整っている。職場環境及び患者の休息環境が清潔で快適、健康宣伝スローガンや掲示板が人目を引き規範化されており、医療スタッフは生き生きと親切態度でサービスを行っている。	所内の空地を調査し、衛生的な死角があり、診療所の外観がきちんとしていない場合はマイナス3点。室内の床面が清潔で、吸い殻や紙屑、痰を吐いた跡がなく、トイレは清潔、衛生的で異臭がない。このうち不合格項目1項目につきマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
利用者の評価と監督 (10点)	医師と患者のコミュニケーション状況、利用者の満足度。(10度)	所内に利用者意見箱があり、定期的に患者と利用者の座談会を開き、アンケートを実施し、利用者と患者による評価結果がある。利用者の満足度(10名以上を抽出)は80%以上。	サービス公示制度、従業員身分の公開、料金基準の公開、承諾規定の公開、レファレンス料金の公開、公開ホットラインの壁面掲示を検査するほか、サービス措置について検査する。1項目につきマイナス0.5点。「患者が医者を選択」、「医療・看護グループを選択」、「誠実と信用、安心な病院」という原則が実施されていない場合はマイナス1点。「末端診療ステーション」活動における利用者の評価で満足度が80%以上に達していない場合はマイナス3点。

安徽省村衛生室業績審査評価細則（試行）

審査指標と採点		審査内容	審査基準	採点基準
公共衛生サービス (40点)	感染症の予防 (7点)	感染症予防情報の伝達、予防薬物の配布及び使用指導の実施状況。	予防接種の情報を速やかに収集・伝達する。感染症の発生状況と公衆衛生緊急事態の記録、報告をしっかりと行っている。結核やエイズなどの感染症の予防薬物を要件に従って配布し、予防薬物の使用に関する指導、監督業務を行っている。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 感染症発生状況の報告をしっかりと行い、記録の状況が衛生サービスの要件に合致している場合はプラス3点。 2. 報告率と適時率が95%に達している。報告遺漏1件につきマイナス1点、報告遅延1件につきマイナス1点。 3. 感染症患者を留め置き、疫病の拡散と蔓延を招いた場合はマイナス7点。
	妊産婦、児童保健 (7点)	妊産婦、児童保健事業の実施状況。	妊娠前と妊娠早期の葉酸補給に関する政策の宣伝、薬物の配布、使用に関する指導業務、0～3歳児の保健活動への参加をしっかりと行っている。今次の女性・児童衛生情報の収集・整理・申告業務をしっかりと行っている。	葉酸の宣伝資料がある場合はプラス1点、葉酸の配布率が80%に達している場合はプラス2点、5%下がるとにマイナス0.2点、0～3歳児の保健活動に参加した場合はプラス1点、0～3歳児定期健康診断の宣伝と動員に関する報告を検査し、規範化され適時情報を発信している場合はプラス1点、規範化されておらず、適時行われていない場合は情状を酌量して減点する。
	健康教育 (7点)	健康教育サービスの提供状況。	健康教育宣伝掲示板を設け、毎年健康に関する知識、疾病の予防と治療、正しい出産と育児などの基本知識を少なくとも6回以上掲載している。健康教育宣伝資料を適時配布している。	宣伝資料を適時配布する。適時配布していないことが確認された場合は1回につきマイナス2点。年間6回の健康教育を適時実施する。1回不足するごとにマイナス1点。
	農村住民健康記録 (7点)	農村住民健康記録の確立及び更新状況。	住民健康記録確立の意義を宣伝し、農村住民の基本状況の自主的な記録作成、主な健康問題及び衛生サービスの記録などの情報を適時・正確・全面的に収集し、国の基準に基づきそれを確	記録作成率が5%下がるとにマイナス1点。3ヵ月ごとに健康記録内容が更新されていない場合はマイナス2点。

		立し、健康記録を更新している。	
慢性疾患の予防と治療 (6点)	高血圧、糖尿病の予防治療業務の実施状況。	35歳以上の住民は毎年初診の際に血圧を測定する。高血圧、糖尿病と診断された患者に対しては定期的に訪問指導し、病状を尋ね、薬の使用、飲食などについての健康指導を行っている。	規定に従って血圧測定を行い、適時報告書を提出する。血圧を測定していないことが確認された場合は1人につきマイナス1点、最大マイナス6点とする。
高齢者保健 (6点)	高齢者保健基本業務の実施状況。	所在する村の高齢者人口に関する情報を全面的に収集し、郷鎮診療所の指導の下で健康危害要素の調査と評価、健康指導、健康管理と訪問指導などの業務をしっかりとっている。	高齢者情報を全面的に収集し、規定に基づきそれを上部に報告する。1人不足するごとにマイナス1点、最大点数がゼロになるまで減点する。
基本医療 (25点)	基本医療管理制度の実施状況。(10点)	外来患者の記録が行われ、薬品処方の記載が基準の要件に合致している。	聞き取り調査を通じて、外来診察日誌の内容と記録が不十分な場合はマイナス2点、外来診察観察記録がない場合はマイナス2点。100枚の処方箋を抜き取り検査し、薬品の名称・規格・使用法・使用量などの記述が処方箋管理基準に合っていること、5%下がるごとにマイナス0.5点。医療業務上過失事故が1件でもある場合は即不合格とする。
	基本的薬物が配備、使用、規範化されており、合理的に使用され、抗生物質やホルモンが濫用されていない。薬局は標準化要件を満たしている。ゼロスリップ販売を実施している。(15点)	外来診察において抗生物質を2回以上の連続処方するパーセンテージが20%を上回らない。国の基本薬物と本省の補充薬品のすべてが配備され正しく使用され、ゼロスリップ販売が行われている。薬局が標準化要件を満たしている。	100枚の処方箋を抜き取り検査し、外来診察における抗生物質の2回以上の連続処方が10%を超えるごとにマイナス1点、最大マイナス3点。 薬局が検収基準を満たしていなし場合は、状況に基づきマイナス2~4点。 基本薬品と補充薬品リスト以外の製品規格の使用が確認されたか、またはゼロスリップ販売を行っていない品種が1種類確認された場合はマイナス8点。毎月配備・使用する国の基本薬物の仕入金額の総仕入金額に占める比率は $\geq 90\%$ とし、1%下がるごとにマイナ

			ス 0.5 点。
公共衛生管理業務への参与 (20点)	新農村協同医療、農村衛生サービスの統合管理への参画。(15点)	新農村協同医療の宣伝、資金調達、外来診察の実費精算に積極的に参画し、農村協同医療加入農民の医薬費用実費精算の補償状況に関する定期公示業務をしっかりと行っている。統合管理を積極的に支援・参画している。	資金詐取が確認された場合は1件でも不合格とする。新農村協同医療特別テーマ宣伝掲示板がない場合はマイナス1点。診察費実費精算の流れを公表していない場合はマイナス1点。医療サービスと薬品価格を公示していない場合はマイナス1点、規定に基づき外来診察の一本化と薬品のゼロスリップ販売においてカード支払い行っていない場合はマイナス1~2点、農村協同医療加入の補償状況とクレーム処理を適時公開していない場合はマイナス1点。報告結果情報を速やかにアップロードしていない場合はマイナス2点。 設置、人員、業務、薬品/医療機器、財務などの「5つの統一」管理が規範化されていない場合は事情を酌量してマイナス2~7点。
	業務研修への参加。(3点)	期限通りに省・市・県及び郷鎮診療所の業務研修に参加している。	研修未参加者1人につきマイナス1~3点。
	上部から指示されたその他の業務の遂行(2点)	同左	指令的任務を遂行していない場合はマイナス2点。公共衛生サービス任務を拒否した場合は1件でも不合格とする。
利用者の満足度(15点)	診療環境、サービス態度、患者に対する関心、問題解決のための能力。(15点)	利用者の満足度(最低10名)が80%以上。	住民の満足度が80%以上に達していること。10%下がるごとにマイナス2点。

安徽省社区卫生服务机构の実績考査評価細則（試行）

考査指標と点数		考査内容	考査基準	採点基準
基本医療サービス サービスの質 (37点)	(10点)	外来での抗生物質2種及びそれ以上の組合せ処方比率、外来処方使用合格率、一人1回平均外来費用、平均入院費用、院内感染のコントロール、医療事故発生数。	外来での抗生物質2種及びそれ以上の組合せ処方の比率が20%を超えていない。外来処方箋記入合格率が100%に達している。一人1回平均外来費用は50元、平均入院費用は2800元を超えない。病院の感染管理のための組織の設立、制度の健全化、対策の徹底、通年で医療事故が起きていない。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 50枚の処方箋を調べ、外来での抗生物質2種及びそれ以上の組合せ処方が20%を超えていない。1%超えるごとにマイナス0.1点、ゼロになるまで減点する。(1.5点) 2. 50枚の処方箋を抽出検査し、項目が揃っているかを見る。薬品名・規格・用量等の記入が規範化されているか、外来処方箋記入合格率が100%に達しているかを見る。不合格のもの1枚につきマイナス0.1点、ゼロになるまで減点する。(1.5点) 3. 外来の一人1回平均費用が50元を超えない。2元超えるごとにマイナス0.1点、ゼロになるまで減点する(1.5点) 4. 平均入院費用が2800元を超えない。100元超えるごとにマイナス0.1点、ゼロになるまで減点する。(1.5点) 5. 感染管理のための組織が未設立、制度不備、対策が不徹底の場合はマイナス1点。(1点) 6. 医療事故及びクレーム処理に関する対応策と措置がない場合はマイナス1点。医療事故が発生するごとにマイナス3点、Bモードエコー性別鑑定が発生した場合はマイナス10点。 本項目はマイナス10点までとする。
	(10点)	外来(救急)延べ人数、往診延べ人数、補助検査延べ総数(回数)、入院ベッド日数または観察室点滴患者数。	過去3年の同じカテゴリーの地域保健サービス機関の前述の考査指標の平均値をそれぞれ計算し、人口の増加と合理的な成長要素を適切に考慮し、その年の考査の基準データを確定する。外来(急診)延べ人数、往診延べ人数、補	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急診外来延べ人数、各従業員の平均急診外来延べ回数が同クラスの医療機関の平均レベルに達している(2点)、平均レベルに80%以上が達した場合プラス1点、1%下がるごとにマイナス0.1点、5%下がるごとにマイナス0.1点、点数がゼロになるまで減点する。 2. 往診延べ人数、各職員の平均往診延べ回数が同クラスの医療機関の平均レベルに達している(2点)、平均レベルに80%が達した場合プラス1点、1%下がるごとにマ

			<p>助検査延べ総数の増減幅を一定範囲に抑える、入院日数または観察室点滴患者数が比較的減少または比較的短い日数を維持している。</p>	<p>マイナス0.1点、点数がゼロになるまで減点する。</p> <p>3. 補助検査延べ総数、各職員の平均補助検査延べ回数と同クラスの医療機関の平均レベルに達している(2点)、平均レベルに80%が達した場合プラス1点、1%下がるとにマイナス0.1点、点数がゼロになるまで減点する。</p> <p>4. 点滴患者数、各職員の平均点滴患者延べ人数が同クラスの医療機関の平均レベルに達している(2点)、平均レベルに80%が達した場合プラス1点、1%下がるとにマイナス0.1点、点数がゼロになるまで減点する。</p> <p>5. 各退院者の平均入院日数が同クラスの医療機関の平均レベルにある(2点)、1日増えるごとにマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。</p>
基本薬物制度と薬品のゼロスリップ販売の執行状況(9点)	基本薬物の配備・使用、ゼロスリップ販売・薬局の規範化建設の執行状況。	基本薬物を全て配備・使用し、かつゼロスリップ販売を行っている。基本薬物臨床応用ガイド、基本薬物処方集及び「処方管理弁法」の要件に従い基本薬物の規範化及び合理的な使用を図る。薬局が規範化要件に達している。	<p>1. 薬物を配備・使用する。基本薬物使用率が1ポイント下がるごとにマイナス2点。</p> <p>2. 薬局が規範化要件に達し、食品薬品监督管理局の要求通りに執行している。(2点)</p> <p>①薬品棚の薬品が雑然と置かれ、床面が不潔な場合はマイナス0.4点。</p> <p>②薬局の温度と湿度が要件に達しない場合はマイナス0.4点。</p> <p>③薬品のコード価格が不明確の場合はマイナス0.4点。</p> <p>④期限切れ薬品が棚に置かれていた場合はマイナス0.4点。</p> <p>⑤カビ、ニセ薬が棚に置かれていた場合はマイナス0.4点。</p> <p>3. 全ての薬品がゼロスリップ販売を執行する。執行していない場合は、1規格品ごとにマイナス3点。</p> <p>4. 省の「購買リスト」及びネット購入薬品の関連規定を執行する。規定に合わない場合は規格品ごとにマイナス2点。</p>	

				本項目はマイナス7点までとする。
	住民満足度 (8点)	住民の地域保健サービス機構が提供する基本医療サービスに対する満足度。	基本医療サービスを受けた人の中からランダムに10人を抽出し、サービスに対する満足状況を問う。住民満足度が70%以上に達している。	住民満足度は70%以上に達していなければならない、10%下がるごとにマイナス2点、点数がゼロになるまで減点する。
公共衛生サービス (45点)	住民健康ファイル (センター3点、施設7点)	健康ファイルのファイル作成率・合格率・使用率・信憑性。	健康ファイルの作成率は2010年には40%、2011年に50%に達し、以後年々増やしていく。合格率は70%、使用率は50%、信憑性は100%に達する。	ファイル作成率は5%低下するごとにマイナス1点、合格率は5%下がるごとにマイナス1点、信憑性は5%下がるごとにマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	健康教育 (センター5点 施設7点)	健康教育及び健康相談に応じる	健康教育宣伝コラムを設け、毎年12回以上更新する。健康教育関連の資料を10種以上配布し、健康教育講座を12回以上開催し、健康教育と健康促進特集活動を6回以上行う。サービス対象の健康教育相談の満足度が60%以上に達する。	宣伝コラムがない場合はマイナス0.5点、1期少なくなるとにマイナス0.1点、健康教育関連資料が1種少ないごとにマイナス0.1点、健康教育講座・相動が1回少ないごとにマイナス0.1点、健康教育と促進のための特別活動は、1回少ないごとにマイナス0.1点。サービス対象の健康教育・相談の満足度が60%以下の場合にはマイナス0.5点。
	予防接種 (センターに限定、4点)	カード(証明書)作成率、5種ワクチン接種率、新たに拡大した予防接種計画のワクチン接種率。	規定通りにワクチンを仕入れ、ワクチンを保存・輸送する。適時期限切れワクチンを整理する。毎日冷蔵庫の温度を2回調べ記録する。適時ワクチンの入出荷と廃棄・破損状況を記録し、ワクチンの保存数量と記録を一致させる。適齢児童の接種率が基準を満	接種外来の設置が規範化されていない場合マイナス1点。接種率がワクチンごとに1%下がるごとにマイナス0.2点。コールドチェーンの管理が規範化されていない場合はマイナス0.5点。ワクチン接種が規則に違反して費用徴収した場合はマイナス4点。

			たすようにする。	
伝染病予防対策 (センター3点、施設5点)	伝染病発生状況報告率、伝染病発生状況報告の適時性・正確性、疾病対策部門に協力し疾病の発生状況の調査処理を行う。	伝染病発生状況報告率、伝染病発生状況報告の適時性、伝染病発生状況報告の正確性が95%以上に達する。重点伝染病の個別事例調査率が95%に達する。流行調査の処理率が100%に達する。	記録が完全で、規範化されている場合はプラス1点、報告率・適時率・正確率がいずれも95%に達している場合はプラス1点。	
児童保険 (センター限定4点)	0-3歳の児童を組織して保健システムの管理、新生児訪問、成長発育と児童保健知識に関する宣伝相談、情報管理に参加させる。	2010の年新生児訪問率が70%に達する。児童保健カバー率が65%に達し、以後年々増加する。成長発育と児童保健宣伝教育活動を年間6回以上実施する。適宜情報を報告する。	新生児訪問・児童保健カバー率は5%下がるごとにマイナス0.5点。情報の報告漏れは1回につきマイナス0.5点、宣伝教育は1回少ないごとにマイナス0.2点。情報の報告漏れは1回につきマイナス0.5点、情報のロジックエラーは1回につきマイナス0.1点。	
妊産婦保健 (センター限定4点)	妊産婦を組織してシステム保健の管理、出産前検査、出産後の訪問、妊産婦保健知識に関する宣伝相談に参加させる。情報管理。	産後訪問率が70%に達する。妊産婦保健カバー率が90%に達し、以後年々増加する。妊産婦保健宣伝教育活動が年間6回以上。適宜情報を報告する。	産後訪問率・産前検査率が5%下がるごとにマイナス0.5点。宣伝教育が1回減るごとにマイナス0.2点。情報の報告で遺漏1回につきマイナス0.5点、情報ロジックエラーは1回につきマイナス0.1点。	
老人保健 (センター4点、施設6点)	老人健康登録管理率、老人健康標準化管理率、健康チェックリストの整備率。	毎年1回老人保健健康診断・健康相談・指導等を行う。2010年の健康登録管理率は40%、健康標準化管理率は50%超、健康チェックリスト整備率は80%に達し、以後年々高めていく。	1. 老人健康身体検査を行っていない場合はマイナス2点。 2. 健康登録管理率が5%下がるごとにマイナス2点。 3. 健康チェックリスト内の項目が10%不足するごとにマイナス1点。	
慢性病管理 (センター5点、施設5点)	35歳以上の住民の初診血圧測定率・高血圧患者登録管理率・標準	35歳以上の住民の初診血圧測定率が90%に達する。毎年1回少なくとも高血圧・2型糖尿	1. 35歳以上の住民の初診血圧測定率が90%を達しない場合はマイナス1点。 2. 高血圧・2型糖尿病患者に毎年1回比較的全面的な健	

	施設 7 点)	化管理率・2型糖尿病患者登録管理率・標準化管理率。	病患者に対し比較的全面的な健康診断を行い、4回の対面フォローアップ調査を行う。高血圧患者と糖尿病患者の登録管理率は2010年に30%に達し、高血圧患者と糖尿病患者の標準化管理率は2010年に50%に達し、以後年々高めていく。	康診断を行う(2点)。5%低下するごとにマイナス0.5点。フローアップ調査完了率100%に対し10%下がるとにマイナス0.5点。 3. 登録管理率が5%下がるとにマイナス2点。
	重度精神疾患患者の管理 (センター3点、施設5点)	重度精神疾患患者登録管理率。	2010年の重度精神疾患患者登録管理率は30%以上に達し、以後年々高めていく。	重度精神疾患患者30%、これを達成するまで5%下がるとにマイナス1点。
	住民満足度(8点)	地域保健サービス機関が提供する基本公共衛生サービスに対する住民の満足状況。	基本公共衛生サービスを受けている人からそれぞれ2人を抽出し、電話でサービス等に対する満足度を問い合わせる。住民満足度が70%以上に達する。	住民満足度は70%以上に達するものとし、10%下がるとにマイナス2点。
地域サービスと管理 (18点)	財務管理 (4点)	財務担当者、帳簿。	センターには専従の財務担当者があり、会計制度に財務諸表を作成する。施設には少なくとも兼職の財務担当者がある。帳簿が明確である。	1. センター及び施設に専従の財務担当者がある(1点)。担当者がいない場合はマイナス1点。 2. 財務及び統計諸表を作成する(1点)。財務諸表・統計諸表の1項目が欠けているごとにマイナス0.5点。 3. センター及び施設の補助帳簿が揃っている(当座預金明細書、銀行通帳、現金出納帳、固定資産明細書)(1点)、1項目欠けるごとにマイナス0.25点。 4. 実績考査プラン(1点)。実績考査プランがなく、実

				<p>績考査分配制度が確立していない。1項目欠けるごとにマイナス0.5点。</p>
<p>人員配置 (4点)</p>	<p>基準に基づき人数・持ち場・一般開業医・コミュニティの看護師を査定する。</p>	<p>人員は作成基準に従い査定する。持ち場の設置が要件に合致している。センターには少なくとも一般開業医6名、コミュニティの看護師9名がいる。施設には少なくとも一般開業医2名、登録看護師2名がいる。</p>	<p>基準を満たしていない場合は、1人足りないごとにマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。</p>	
<p>地域保健サービス 利用状況 (5点)</p>	<p>地域保健サービスの周知度と利用率。</p>	<p>付近の住民10-20名をアトラダムに訪問し、地域保健サービスの周知度と利用状況を計算する。周知度が70%以上、利用率30%以上である。</p>	<p>周知度が5%下がるごとにマイナス1点、利用率が5%下がるごとにマイナス0.5点。</p>	
<p>相互紹介 (5点)</p>	<p>相互紹介制度の確立、上に移送する患者数、下に移送する患者数。</p>	<p>カウンターパートの大病院と相互紹介関係契約を結び、相互紹介の具体的な規定を定める。上への移送と下への移送条件を明確にし、年間に一定数の相互紹介患者がいる。</p>	<p>年内に相互紹介契約が未締結の場合はマイナス1点、相互紹介の具体的な規定が制定されていない場合はマイナス1点。移送患者が前年比で10%減るごとにマイナス0.5点、点数がゼロになるまで減点する。</p>	

安徽省末端医療衛生機関職員の考査評価細則（試行）

1. 公共考査項目

指標と 点数	考査内容と点数	採点基準
労働規律 と医療倫 理 (35点)	1. 皆勤、無遅刻・無早退。（4点）	出勤は出勤簿へのサインを証拠とする。理由のない遅刻または早退は、1回につきマイナス0.5点、理由のない無断欠勤は1日当たりマイナス1.5点
	2. 勤務時に持ち場をしっかりと守り、サボタージュ・職場放棄・私用・ゲーム等をしない。（5点）	勤務時に勝手な職場放棄、サボタージュ・私用を行う等が1回発見されるごとにマイナス0.5点、クレーム1回につきマイナス1.5点。
	3. 勤務時には清潔できちんとした服装をし、スリッパを履かず、名札を付けて勤務する。（4点）	1回発見されるごとにマイナス0.5点。
	4. 衛生に関する法令及び病院の管理制度を遵守する。（4点）	違反した場合は1回につきマイナス1点。
	5. 機関が行う政治及び業務の学習、各種活動に積極的に参加する。（5点）	通知、受け付けのサインを証拠とする。理由なく参加しなかった場合は1回につきマイナス1点。
	6. 「10項目の禁止」規定を厳格に執行し、クリーンな医療を堅持する。（6点）	謝礼やバックマージンの受け取り、虚偽の証明書の発行等、1回につきマイナス3点、規則に違反し無断で外部医療行為を行った場合は1回につきマイナス3点。
	7. 部署内で勝手に電器及びその他の可燃可爆品を使用しない。（3点）	違反1回につきマイナス0.5点。
	8. 地域のサービス対象の満足度調査が90%を超える。（4点）	5%下がるごとにマイナス1点、4点がなくなるまで減点する。
	9. 医療責任事故・計画出産・社会治安総合整備・不正請求・ベッドの不正確保・胎児性別鑑定等一票否決制を実行する。	1回違反するごとにマイナス100点、かつその年の優秀者としての資格を取り消す。

2. 医師、看護師、医療技術者、管理者、後方勤務者の考査項目

(1) 外来 担当医の 考査指標 (65点)	1. 初診責任制をとり、担当した延べ数が査定した外来患者の延べ平均人数より多い。(10点)	患者を他人に押し付けた場合は1回につきマイナス1点、担当患者の延べ人数が1ポイント下がるごとにマイナス1点。
	2. 外来患者の病状に応じ合理的に入院治療をする。濫りに入院治療を行ってはならない。(10点)	1回発見されるごとにマイナス1点。
	3. 外来登録及び外来カルテの全ての項目を記入する。丁寧に書き、文字がはっきりとしていて診断と用語が規範化されている。伝染病の手続きは、詳細かつ速やかに伝染病報告カードに記入する。35歳以上の受診者は初診血圧制度を行い、高血圧等の慢性非伝染性疾病を速やかに発見し、直ちに健康ファイルを作成し、巡回治療及びフォローアップを行う。(10点)	外来登録と外来カルテの検査では、規範違反1項目につきマイナス0.5点、伝染病未報告1件につきマイナス1点、報告遅れ1件につきマイナス0.5点、未報告によって疫病を拡散させた場合はマイナス10点、ファイル作成率が5%下がるごとにマイナス1点。
	4. 処方箋記入合格率95%以上。(5点)	毎月20枚の処方箋を抜き取り検査し、不合格が発見された場合は1枚につきマイナス0.5点。
	5. 基本薬物制度を執行し、抗生物質を合理的に使用する。(10点)	20枚の処方箋を抜き取り検査し、抗生物質2種及びそれ以上の組合せ処方が20%を超えない。1%高くなるごとにマイナス0.5点。
	6. 医療診療技術規範を真摯に執行する。(3点)	規範的でないものを発見するごとにマイナス1点。
	7. 医療ミス及び訴訟の発生がない。(5点)	1回発生するごとにマイナス5点。
	8. 患者との交流とコミュニケーションを強化し、自覚的に監督を受け、穏やかな医師と患者の関係を構築する。(3点)	実施していないことが発見されるごとにマイナス1点。
	9. 「新農業協同医療」の各規則制度を厳格に執行し、一人1回平均診察費用を厳しく抑制する。(4点)	1回違反するごとにマイナス1点、一人1回平均診察費用を55元以下に抑える。1元高くなるごとにマイナス0.5点。
	10. 合理的な検査、機器検査陽性率が70%以上に達する。(5点)	記録を調べ、20例を抜き取り検査し、1%低くなるごとにマイナス5点。
(2) 入院 担当医の	1. 診療技術規範を真摯に執行し、入院患者の延べ数が査定した入院患者の平均延べ人数より多い。(10点)	入院患者の延べ数が1ポイント下がるごとにマイナス1点。

考査指標 (65点)	2. 初診責任制度・医師の病棟回診制度・難病の討論・術前討論制度等の医療品質管理核心制度を実施する。(10点)	規定違反を1度発見するごとにマイナス2点。
	3. Aクラスカルテ(85点以上)が85%以上に達し、Cクラスカルテ(70点以下)をなくす。伝染病登録が規範化されており、速やかに伝染病カードを記入する。(10点)	10部のカルテを抜き取り検査し、不合格が1部あるごとにマイナス5点、Cクラスカルテが1部あるごとにマイナス5点、伝染病の未報告が1例あるごとにマイナス1点、報告遅れが1例あるごとにマイナス1点、未報告によって疫病を拡散させた場合は全点数を減点する。
	4. 病人の入退院診断適合率95%以上。(5点)	10部のカルテを抜き取り検査し、不適合が1部あるごとにマイナス1点。
	5. 処方箋の記入合格率が95%以上。(5点)	20部のカルテを抜き取り検査し、不合格が1部あるごとにマイナス0.5点。
	6. 基本薬物制度を執行し、抗生物質を合理的に使用する。(10点)	20枚の処方箋を抜き取り検査し、抗生物質2種及びそれ以上を組み合わせた処方が20%を超えない。1%高くなるごとにマイナス0.5点。
	7. 医療ミス及びクレームの発生がない。(5点)	1回発生するごとにマイナス5点。
	8. 患者との交流とコミュニケーションを強化し、自覚的に監督を受け、穏やかな医者と患者の関係を構築する。(5点)	実施していないことが発見されるごとにマイナス1点。
	9. 「新農業協同医療」の各規則制度・単一病種抑制価格・入院費総量規制を厳格に執行し、一人1回平均診察費用を同等病院の平均値内に抑える。(5点)	1回違反するごとに、マイナス2点、一人平均入院費用が1%高くなるごとにマイナス0.5点。
	(3) 手術室麻酔医の各指標 (65点)	1. 各手術を手術審査許可制度に厳格に則り執行する。(10点)
2. 各手術前後の麻酔文書の記入が規範化されており、字ははっきりと整っている。手術中の麻酔記録は速やかかつ正確に全項目を記入する。(10点)		手術文書の記録を調べ、規範化されていないか、記録不全の項目が1つでもあればマイナス1点。
3. 医療技術操作規範を熟知し、一次救命措置等の救急技術をマスターする。(10点)		マスターしていない場合はマイナス10点、抜き取り検査またはトレーニングで規範化されていない事を発見した場合は、延べ一人1回当たりマイナス5点。
4. 麻酔投薬処方合格率98%以上。(10点)		20部の処方箋を調査し、不合格1部につきマイナス1点。
5. 過誤及び訴訟がない。(10点)		1度の過誤につきマイナス10点。

	6. 手術室を清潔に保ち、各種機器・物品は定期的に消毒する。消毒液は定期的に交換し、記録する。(8点)	室内が散らばり、埃がある場合はマイナス1点、消毒記録が1項目欠けるごとにマイナス1点。
	7. 手術室は定期的に紫外線空気消毒を行い、定期的に照明ランプを拭き、記録する。(7点)	照明ランプに埃がある場合はマイナス1点、消毒の記録がない場合はマイナス2点。
(4) 看護人の各指標 (65点)	1. 看護ルーチンオペレーションを真摯に執行し、基礎看護をしっかりと行う。(10点)	できていない項目があるごとにマイナス2点。
	2. 臨床分級看護と看護サービス内容を規範化し、看護の質を保障し、分級看護に応じて病室を見回る。(10点)	病人の氏名・性別・年齢・病状診断・注意事項等の基本状況を掌握し、病室見回りを強化し、かつ記録を付ける。できていない項目があるごとにマイナス2点。
	3. 「三査七対」(操作前・操作中・操作後にチェックし、ベッド・氏名・薬名・薬量・時間・濃度・用法を照合する)、交代勤務制度を厳格に執行する。(8点)	できていない項目があるごとにマイナス4点。
	4. 各種看護標識、5種の看護文書の記入を規範化する。カルテは整然と並べる。(8点)	項目を全て記入し、内容が規範化されている。字は整然とはっきりしている。不適合が1項目あるごとにマイナス1点。
	5. 院内感染を抑える。「一人一針一管一用一消毒一破壊」を実行する。破壊消毒と処理について記録する。(8点)	消毒液の使用、有効期限等を掌握する。使い捨てプラスチック用品の使用後は破壊・消毒かつ記録をとり、医療廃棄物として分別保管等ができていないごとにマイナス2点。
	6. 厳格に看護技術操作規程に従う。治療室を定期的に紫外線空気消毒し、定期的に照明ランプを拭き、記録をとる。(6点)	規範通りでないものが発見されるごとにマイナス1点、照明ランプに埃がついている場合はマイナス1点、消毒の記録がない場合はマイナス2点。
	7. 十分な急診・救急のための器機と薬品を配備する。「五定」(スタッフ・責任・任務・時間・重点を定める)をしっかりと行い、引き継ぎ記録があり、ミスによる事故がないことを担保する。(10点)	1つでも欠けている場合はマイナス1点、管理が行き届いていない場合はマイナス2点、過誤や事故が1度発生するごとにマイナス10点。
	8. 患者との交流コミュニケーションを強化し、病人の考え方や生活の状況を理解し、患者の看護に対する意見を求める。(5点)	できていないものを発見するごとにマイナス1点。
(5) 医療技術者(放射線、Bモ)	1. 各報告書の配布が速やかで正確である、検査準備率が98%以上に達している。関連部署または個人が申請した検査陽性率を毎月統計する。(10点)	記録を調べ、できていないものがあるごとにマイナス1点、準備率が1%下がるごとにマイナス1点、未統計の場合はマイナス2点。

一ドエコー、心電図、化学検査等)各指標(65点)	2. 各検査登録項目が揃い内容が規範化されている。伝染病の登録が詳細で速やかに伝染病報告カードに記入報告する。(10点)	登録簿を調べ、できていないものがあるごとにマイナス1点、伝染病の未報告がある場合は1例ごとにマイナス1点、報告遅れは1例ごとにマイナス1点、未報告により疫病を拡散させた場合はマイナス10点。
	3. 材料費は比率通りに消費する。(8点)	1ポイントを超えるごとにマイナス1点。
	4. 勝手な費用徴収や情実による未徴収をなくす。(10点)	1回発見されるごとにマイナス10点。
	5. 専門技術操作規範を執行する。(10点)	例えばBモードエコー室はダブルロックし、妊婦検査は2人がサインする等、規範通りでないものを発見するごとにマイナス2点。
	6. 過誤による事故及びクレームの発生がない。(10点)	過誤が発生するごとにマイナス10点。
	7. 計器設備の点検保守をきちんと行い、規定通りに使用し、記録する。(7点)	人為事故が発生するごとにマイナス3点。
(6)薬剤師の各考查指標(65点)	1. 薬局の処方調合、薬品倉庫の薬品購入が適時かつ正確である。ネット購入の手順が規範化されている。(15点)	100枚の処方箋を抜き取り調査し、不合格1枚につきマイナス0.5点、できていないことまたは規範化されていないことが発見されるごとにマイナス2点。
	2. 麻酔薬及び精神薬の管理、配布を規範化する。(12点)	記録と処方箋を調べ、規範化されていないものが発見されるごとにマイナス2点。
	3. 薬品を適切に保管する。薬品は分類して整然と並べる。ラベルは目立つようにする。(10点)	担当者を抜き取り検査し、薬品のカビ、期限切れ、雑然と置かれているのが発見された場合は、1回につきマイナス2点。
	4. 過誤による事故及びクレームの発生がない。(10点)	1回過誤が発生するごとにマイナス5点。
	5. 薬局と薬品倉庫は支払いの先延ばし行為をなくす(8点)。	1回につきマイナス2点。
	6. 薬局と薬品倉庫の薬品は速やかに調達・補充し、請求書台帳をつける。(10点)	薬品不足によるクレーム等1回につき担当者はマイナス2点、責任者はマイナス1点。
(7)口腔科医師の	1. 外来登録と外来カルテの項目を全てかつ整然と記入し、文字ははっきりと、診断と用語を規範化する。(10点)	外来登録と外来カルテを調べ、規範化されていない場合は1項目につきマイナス1点。

各 考 査 指 標 (65 点)	2. 無菌技術操作規程を厳格に執行し、患者の口腔内に入る全ての診療機器は「一人一針一管一用一消毒」を実践し、消毒登録を行わなければならない (10 点)	無登録はマイナス 2 点、規範化されていない場合はマイナス 2 点。
	3. 口腔科は清潔に保ち、規定された手順で口腔診療器機に対し器機の保守と手入れ、消毒または滅菌・保存等、消毒液の定期交換、を行い記録する (洗浄を含む)。口腔診療器機の洗浄、消毒または滅菌を行う作業員は作業中の個人の防護をしっかりと行わなければならない。 (10 点)	室内が乱れ、埃がたまっている場合はマイナス 1 点、消毒記録がない場合は 1 件につきマイナス 1 点、防護が適切でない場合は 1 回につきマイナス 10 点。
	4. 歯科の全設備・器械は経常的に検査をし、油をさし、手入れをする。かつ定期的に数を検査し、破損または遺失を防止する。 (10 点)	操作が正しくなかったために破損した場合は、1 件につきマイナス 3 点、紛失は 1 件につきマイナス 5 点。
	5. 処方箋記入合格率が 95%以上。 (8 点)	20 枚の処方箋を調べ、不合格 1 枚につきマイナス 0.5 点。
	6. 基本薬物制度を執行し、合理的に抗生物質を使用する (7 点)	20 枚の処方箋を調査し、2 種及びそれ上を組み合わせた処方が 20%を超えない。1%高くなるごとにマイナス 0, 5 点
	7. 麻酔投薬処方合格率 98%以上。 (10 点)	20 枚に処方箋を調べ、不合格が 1 枚あるごとにマイナス 1 点。
	(8) 管理者の各指標 (65 点)	1. 各業務は速やかに月度計画、週の調整を定め、直ちに総括する。規定通りに検査と考査を行う。 (10 点)
2. 行政・医療・人事・財務等管理及び持ち場設置規範が合理的である。 (6 点)		規範化されていない管理項目が 1 回発見されるごとにマイナス 3 点、管理責任事故 1 回につきマイナス 6 点。
3. 期限通りに衛生局及び関連部門が通達した各作業任務を完了する。 (9 点)		未完了 (月)の業務 1 回ごとにマイナス 2 点、1 回 (四半期)要求への不適合がある場合はマイナス 3 点。
4. 期限通りに各種人事・医療・財務等の報告書を上に報告する。 (10 点)		1 回遅れるごとにマイナス 2 点。
5. 各種医療物資、薬品材料・事務用品等の購買供給が適時でサービスが行き届いている。 (10 点)		適時でない事が 1 回あるごとにマイナス 2 点、正常業務に影響した場合はマイナス 5 点。

	6. 各種行政文書・会計帳簿・公共物台帳の作成が規範化されており、秩序立っている。(10点)	記録文書・台帳を調べ、規範化されていない場合はマイナス1点、未記録や台帳がない場合はマイナス2点。
	7. 基本薬物制度を厳格に執行する。(10点)	勝手に省の「購入リスト」外の薬品を購入または勝手にネットで薬品購入した場合は、規制品1品目につきマイナス5点、規定通りに薬価を上納または支払わなかった場合は、毎回マイナス5点、基本薬物使用比率が1ポイント下がるごとにマイナス1点、薬品のゼロスリップ価格販売を行わなかった場合はマイナス100点。
(9) 費用徴収者の各指標 (65点)	1. 費用の徴収が速やかかつ正確であり、期日通りに預金し清算する。(20点)	速やかでなかった場合は1回につきマイナス2点、清算が遅れた場合は1回につきマイナス3点、公金流用はマイナス100点。
	2. 農業保険の外来・入院ネットワークの現金レポートが便利で早い。(15点)	遅れが確認された場合は1回につきマイナス5点、清算が遅れた場合は1回につきマイナス2点。
	3. 費用徴収管理制度と基準を執行し、釣銭が正確でミスがない。(20点)	1回のミスにつきマイナス5点。
	4. コンピュータ設備の使用と保守が規範化されている。(10点)	操作ミスで正常な使用ができなくなった場合はマイナス2点。
(10) 配管工・電気工事士の各指標 (65点)	1. 病院全体の各部署の水と電気の安全な使用を保証し、保守の記録を残す。(20点)	事故が起きたときに速やかに修理ができない場合はマイナス5点。
	2. 突然の停電が起きたときは、速やかに発電して各部署の正常な業務が保証できる。(10点)	30分以上業務に支障をきたした場合は1回につきマイナス5点。
	3. 病院全体に対し定期的に検査保守を行う(居住区の水道電気を含む)。(10点)	保守検査記録を調べ、出きていない場合は1回につきマイナス2点。
	4. 組織が臨時に通達したその他の業務任務を期限通りに完了させる。(10点)	未完了の場合は1回1項目につきマイナス3点。
	5. 毎月ミスや責任事故が発生しない。(15点)	1回のミスにつきマイナス5点、責任事故の場合は1回につきマイナス30点。
(11) 救急車運転手	1. 車両の運転管理をしっかり行い、他者に運転させてはならない。(10点)	1回あるごとにマイナス5点。

の各指標 (65点)	2. 常に待機している。急診・救急及び突発的公共衛生事件等の通知を受けたときは、15分以内に出動することを保証する。(15点)	遅れた場合は1回につきマイナス5点、遅れによって業務に支障をきたした場合はマイナス15点。
	3. 出動には許可と記録が必要。(10点)	出動記録が1回欠けるごとにマイナス1点、勝手な出動は1回につきマイナス5点。
	4. 車両の保管と保守を強化し、平時は車庫内に止め、適宜拭き掃除・検査修理・手入れ・必要な消毒を行い使用に備える。(10点)	保守や手入れをせずに故障した場合は1回につきマイナス2点。
	5. 組織が任せるその他の業務任務を決められた時間内に完了させる。(10点)	未完了があった場合は1項目1回につきマイナス2点。
	6. 交通ルールを厳しく守り、安全運転をし、過積載やスピードを出しすぎてはならず、規則違反の運転を厳禁し、ガソリンの節約に注意し、浪費を厳しく防ぐ。(10点)	1回のミスでマイナス10点、責任事故1回につきマイナス30点。

3. 公共衛生現場考査項目

指標と 評定点	考査内容と評定点	評定基準
(1) 農村 住民健康 ファイル (100点)	1. 具体的な実施プランを策定し、資料収集チーム・住民衛生調査チーム・総統計チーム・品質維持チームを立ち上げ、各チームの職責と分担がはっきりしている。(10点)	実施プランがない場合はマイナス5点、プランが具体的でない場合はマイナス1点、作業チームの分業が明確でない場合はマイナス1点、人員が研修を受けていない場合はマイナス3点。
	2. 実際の必要に応じて、健康ファイルの作成にかかわる人員に対し業務研修を行う。実施プランがあり記録が残され、出欠確認ができることで、業務品質を確保している。(10点)	プラン・記録・出欠簿がない場合はそれぞれマイナス2点。
	3. 鎮全体の住民の状況を把握し、登録を行い、村ごとに0-36ヶ月、4-6歳、7-15歳、16-34歳、35-64歳、65歳以上と年齢別にまとめる。(10点)	登録及び統計率が5%下がるごとにマイナス1点。
	4. 衛生部の「都市農村住民健康ファイル管理規範」に基づき、本人の同意を経て所轄域内の常住者の健康ファイルを作成する。変更等があれば速やかに更新を行い、徐々にコンピュータによる管理に移行する。(15点)	健康ファイルの作成率が5%下がるごとにマイナス2点。合格率が5%下がるごとにマイナス2点。使用率が5%下がるごとにマイナス2点。真実性が5%下がるごとにマイナス2点。コンピュータ入力による管理を行う。
	5. 重点グループ(0-36ヶ月の幼児、妊産婦、65歳以上の高齢者、高血圧/糖尿病等の慢性疾患患者、結核患者、障害者、精神病患者等)の健康ファイルを作成し、きちんとしたデータの作成率が50%に達している。(30点)	健康ファイル作成率が5%下がるごとにマイナス2点。合格率が5%下がるごとにマイナス2点。使用率が5%下がるごとにマイナス2点。真実性が5%下がるごとにマイナス2点。コンピュータ入力率が10%下がるごとにマイナス2点。
	6. 実際の必要に応じ、健康ファイルの本人に訪問指導を行い、データを速やかに更新する。毎年少なくとも40%の健康ファイルを更新している。(15点)	10世帯の健康ファイルを抜き取り検査し、内容が適時更新されているか調べる。更新率が5%下がるごとにマイナス1点。
	7. 日常の情報統計：人口とその分類の特徴：出生、死亡、婚姻、妊娠等の統計、コミュニティ衛生サービス(診察記録、往診記録、入院記録等)、健康教育、疾病予防、妊婦と幼児の保健、計画出産等の情報統計報告書の合格率が95%に達し、かつ期日通りに報告する。(10点)	人口や分類特徴に不備がある場合は1項目につきマイナス1点。妊産婦の死亡報告に漏れがある場合は1件につきマイナス1点。関連の報告書の合格率が5%下がるごとにマイナス1点。報告が遅れた場合は1回につきマイナス2点。

(2) 健康教育 (100点)	1. 健康教育資料の配布。住民に健康教育に関する冊子、処方、手帳等の広報資料を無料で配布する。内容：バランスの取れた食事、体重制限、適度な運動、心のバランス、睡眠改善、減塩、禁煙、飲酒制限、薬物依存の防止等。(15点)	各郷鎮の衛生院、村の衛生室、コミュニティの衛生サービスセンター(ステーション)の待合室、診察室、相談コーナー等に配布する。毎年少なくとも3大カテゴリー12の内容の資料を配布すること。
	2. 映像資料の配布。ビデオ、VCD、DVD等の映像資料によって診察に来た住民に健康管理を促す。内容：高血圧、糖尿病、冠状動脈心臓病、喘息、乳癌、子宮頸癌、結核、肝炎、エイズ、インフルエンザ、手足口病、狂犬病、ブルセラ病等の重大疾患についての知識。(15点)	各郷鎮の衛生院、コミュニティの衛生サービスセンターの待合室、観察室、健康教育室等や広報活動の現場で放映する。毎年最低6種類以上の映像資料を放映すること。
	3. 健康増進教育広報欄の設置。各医療機関の屋外、健康教育室、待合室、点滴室、会計ロビー等の目立つ場所に健康教育広報欄を設け、健康増進のための知識を広める。(15点)	各郷鎮の衛生院とコミュニティ衛生サービスセンターは広報欄を2カ所以上設ける。村の衛生室とコミュニティ衛生サービスステーションは広報欄を1カ所以上設ける。広報欄の面積は2㎡以上、高さ1.5~1.6メートルの位置に設置。最低4カ月に1度は掲載内容を更新すること。
	4. 公共健康相談サービスの展開。各種健康テーマデーに沿った内容やその地域が抱える健康問題に特化した健康相談サービスを行い、広報資料を配布する。内容：青少年、女性、高齢者、障害者、0-36ヶ月の幼児を持つ親を対象とする。(15点)	各郷鎮の衛生院、コミュニティ衛生サービスセンターは、毎年少なくとも6回の公共健康相談サービスを行うこと。
	5. 健康セミナーの開催。定期的に健康セミナーを開き、健康についての知識や必要な技能の向上を図り、住民の心身の健康を増進する。内容：「中国公民健康素養——基本知識と技能」等。(15点)	各郷鎮の衛生院とコミュニティの衛生サービスセンターは最低1月に1回は健康セミナーを開催すること。村の衛生室とコミュニティの衛生サービスステーションは最低2カ月に1回は健康セミナーを開催すること。
	6. 業務計画の作成。コミュニティの健康教育年度業務計画と実施プランを作成し総括を行う。(15点)	計画・実施プラン・総括に不備がある場合は1項目につきマイナス5点。活動については参加部門、人数、資料、写真等、活動の記録をまとめ整理すること。
	7. キャパシティ・ビルディング。コミュニティの健康教育従事者は毎年最低2回は上級の研修を受けること。(5点)	研修内容は健康教育についての業務計画・実施・評価・方法について。研修は通知を行い、研修教材があり総括ができること。
	8. 指導と評価。4カ月に1度は村の衛生室を検査し、健康教育の実施指導を行う。年1回所轄域内の住民への健康教育活動の効果を評価する。(5点)	住民の健康知識周知率が2010年に60%に達している。

(3) 免疫計画 (100点)	1. 本年度の業務計画と前年度の業務総括。掲示物、免疫計画業務制度、コールドチェーン管理制度、村の数、人口、前年度免疫ワクチン接種率。無料の一类ワクチンの種類、二类ワクチンの種類と価格の公示。	不備は一項目につきマイナス2点。
	2. 毎月所轄域内の対象年齢児童を把握し登録する。カードの作成率が95%以上に達している。(10点)	カードの作成率が5%下がるごとにマイナス2点。
	3. 予防接種の管理をしっかりと行い、対象年齢児童に国の免疫計画ワクチンを無料で接種する。予防接種診察窓口を常設し、対象年齢児童の予防接種の予約・通知・接種・登録等の業務を行う。対象年齢児童のB型肝炎ワクチン・結核ワクチン・ポリオワクチン・三種混合ワクチン・はしかワクチン(5ワクチン)の接種率と新たに拡大された国の免疫計画ワクチン範囲の対象者の接種率が90%以上に達している。(25点)	接種率が1%下がるごとにマイナス1点。診察記録に漏れや不備がある場合はマイナス2点。一类ワクチンの料金を徴収した場合はマイナス25点。
	4. 毎月5日までに前月の通常接種月間報告表を提出する。(10点)	報告書の提出がない場合は1回につきマイナス3点。提出が遅れた場合は1回につきマイナス2点。不正確、つじつまが合わない場合は1件につきマイナス1点。
	5. 予防接種で疑似症や異常反応が見られた場合は、直ちに上級の疾病予防コントロール機関に報告し、調査・処理に協力する。(10点)	疑似症患者を報告しないか、または報告が遅れた場合はマイナス1点。予防接種事故の発生は10点全点減点。
	6. 第一類、第二類ワクチンの管理をしっかりと行い記録をつける。接種日には各種ワクチンの使用記録をつけ、出庫・入庫・廃棄・破損状況を迅速に記録し、毎月在庫整理を行う。ワクチンの保存数と記録に食い違いがないようにし、ワクチンの使用状況と使用計画表を速やかに報告する。(15点)	1. ワクチン受領記録。2. 診察、接種記録。3. ワクチン申請計画。4. 保冷库温度記録。5. ワクチン輸送記録。6. ワクチン台帳。7. 廃棄・破損等は1項目につきマイナス1点。
	7. 必要に応じ予防接種に関する知識の普及宣伝を随時行う。「4.25 全国予防接種デー」に健康相談活動を行う。(5点)	4.25 全国予防接種デーに活動を行わなかった場合はマイナス3点。資料を冊子にまとめファイリングしていない場合はマイナス2点。
	8. 児童の情報化カバー率が100%、リアルタイムでの情報入力率90%以上。(10点)	5%下がるごとにマイナス2点。
(4) 感染症管理	1. 指導チームを立ち上げ業務プランと業務制度を策定する。毎月1回自己チェックを行う。(15点)	組織が健全であり、登録制度、研修制度、賞罰制度が整っていること。組織がない場合はマイナス2点、プランがない

(100点)		場合はマイナス2点。感染症報告制度と院内感染自己チェック賞罰制度を定めて実施する。不備があれば1項目につきマイナス2点。月1回自主チェックを実施し、実施を怠った場合は1回につきマイナス1点。
	2. 感染症に関する記録は規定通りに行い不備がないようにする。感染症報告カードは正確かつ不備のないように速やかに記入する。感染症の発生が疑われる場合は直ちに上級機関に報告する。法定感染症は直ちに報告する。感染症報告用コンピュータが正常に機能し、ID、パスワードがしっかり管理されている。感染症自己調査記録をしっかりとつける。年度感染症観察データのバックアップを速やかに行う。(20点)	感染症の記録に不備があるか、または規定通りでない場合は1件につきマイナス0.5点。感染症報告カードの記入に不備があるか、または正確でないか、或いは規定通りでない場合は1枚につきマイナス0.5点。感染症発生の疑いを直ちに報告しなかった場合はマイナス3点。感染症の報告漏れは1件につきマイナス1点、報告が遅れた場合は1件につきマイナス1点。感染症報告用コンピュータが正常に機能していない場合はマイナス2点、ID、パスワードの管理が規定通りでない場合はマイナス1点。感染症自己検査記録がない場合はマイナス2点、記録に不備がある場合はマイナス1点。年度感染症観察データのバックアップをしていない場合はマイナス2点。
	3. 疾病コントローセンターに協力し感染症の病状観察、調査、報告漏れ調査を行う。5 - 10月 は下痢の外来診察を通常通り開設し、施設・設備・人員が全て揃っていること。下痢患者の登録をしっかりと行い、感染が疑われる患者は直ちに検体検査を行う。(10点)	業務を行っていない場合はマイナス5点。項目に不備がある場合は1項目につきマイナス1点。
	4. 公共衛生応急機関に協力し、突発的な公共衛生事件の調査と病状観察を行う。(6点)	業務を行っていない場合はマイナス3点。協力しない場合は1回につきマイナス1点。
	5. 政府部門や関係機関と協力し結核病の予防・治療を行う。(6点)	業務を行っていない場合はマイナス4点。
	6. 結核が疑われる患者は登録をし、速やかに専門医療機関に移送し治療を行う。報告率100%、専門医療機関への移送率100%、移送先受け入れ率90%以上、追跡率85%以上とする。(6点)	感染が疑われる患者の移送が行われなかった場合は1件につきマイナス0.5点、各項目のパーセンテージが5%下がるとにマイナス1点。
	7. 結核病予防治療医療機関の指導により、管轄区の非入院結核患者に対し適切な治療を行う。その管理率は100%とする。(6点)	管理率は5%下がるとにマイナス1点。点数がゼロになるまで減点する。
	8. 発熱患者の血液検査結果を毎月1回報告する。(6点)	報告がない場合は1回につきマイナス0.5点。

	9. 「3.24 結核デー」と「12.1 世界エイズデー」に合わせ、結核とエイズの予防と治療知識の普及活動を行い上級機関と協力し業務に当たる。(10点)	普及活動を行わない場合はマイナス5点、資料の不備は1項目につきマイナス1点。
	10. 感染症の流行特徴より少なくとも4カ月に1度は広報欄の内容を更新する。新たに配属された職員や医療従事者に対し「伝染病防治法」等の関連知識の研修を実施する。研修率は90%に達すること。(10点)	広報欄の更新がない場合は1回につきマイナス2点。研修率は5%下がるごとにマイナス1点。資料を冊子にまとめファイリングしていない場合はマイナス2点。
	11. 愛国衛生運動、コミュニティの病原体ベクターのコントロール、環境衛生改善業務などに協力する。(5点)	協力しなかった場合は1回につきマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
(5) 女性、幼児の健康 (100点)	1. 女性と幼児のための保健事業実施プランを作り業務の総括を随時行う。(10点)	プランと総括がない場合はマイナス2点。
	2. 妊産婦の保健事業をしっかりと進め、所轄域内の妊産婦の名簿を作成し、妊産婦の初回健康診断を実施する。また出産前に医療機関で定期健診を受けるよう促し、ハイリスク妊婦は個別にリストを作成し管理する。名簿作成率は90%以上、妊娠初期の名簿作成、検診率80%以上、管理率60%以上、ハイリスク妊婦リスト作成管理率95%以上とする。(15点)	資料の不備や妊産婦に対する検診の勧めに漏れがあった場合は1件につきマイナス1点。妊産婦に対する保健サービス実施率は5%下がるごとにマイナス1点、ハイリスク妊婦のリスト作成管理率は5%下がるごとにマイナス1点、保健手帳がきちんと記入されていない場合は1項目につきマイナス0.2点、保健サービスの内容がサービス券の内容に一致していない場合は1項目につきマイナス0.2点。
	3. 産後の母子に対し訪問指導を行い、産後保健サービスを提供する。訪問指導の合格率は95%以上、42日目の検診率は90%以上とする。(10点)	資料の不備はマイナス0.25点、合格率が5%下がるごとにマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	4. 更年期の女性に心と体のケアについての指導や相談サービスを提供する。(5点)	抜き取り検査で虚偽の報告が見つかった場合1件につきマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	5. 幼児の保健事業を規定通りきちんと行う。所轄域内の5歳以下の幼児の名簿と14歳未満の死亡児童の名簿を作成する。(12点)	漏れがある場合は1件につきマイナス0.2点、点数がゼロになるまで減点する。対象幼児の保健サービスカバー率は60%とし、5%下がるごとにマイナス1点。保健サービスの内容がサービス券の内容に一致していない場合は1項目につきマイナス0.2点。
	6. 75%の新生児家庭に対し訪問指導を行い、母乳育児を勧め新生児ケアの方法の指導を行う。産後家庭訪問の合格率は95%以上とする。(10点)	訪問指導率が5%下がるごとにマイナス0.5点。

	7. 関連規定に基づき幼児の健康診断を実施する。2010年の幼児保健管理カバー率は60%以上とする。(10点)	管理カバー率が5%下がるごとにマイナス0.5点、点数がゼロになるまで減点する。
	8. 貧血・くる病・虚弱体質児童の手帳(カード)の作成と管理。個別管理率95%以上とする。(6点)	抜き取り検査で事実と異なる記載がある場合は1ケースにつきマイナス0.5点。点数がゼロになるまで減点する。
	9. 出生医学証明をきちんと受理・発給し、証明発給情報を速やかに届ける。(6点)	規定に反し証明書を発給した場合は全点減点。
	10. 学校・保育所・村の衛生室等で女性と児童を対象とした健康教育を少なくとも年に1回は行う。(6点)	健康教育を実施しなかった場合はマイナス1点。計画・資料・図表・まとめ等の資料に不備がある場合はマイナス0.5点。資料を冊子にまとめてファイリングしていない場合はマイナス2点。
	11. 重大公共衛生サービス項目実施プランに基づき、農村の妊産婦の入院出産補助、農村の女性に妊娠前や妊娠初期段階に葉酸を摂取させる等、重大な公共衛生サービス項目に関する業務をきちんと行う。(10点)	農村の妊産婦の入院出産補助率が100%の場合はプラス5点、5%下がるごとにマイナス1点。農村女性の妊娠前と妊娠初期の葉酸サプリメントの摂取率が80%に達している場合はプラス5点、10%下がるごとにマイナス1点。
(6) 高齢者の健康 (100点)	1. 高齢者の保健項目業務計画を策定して業務の総括を随時行う。(15点)	計画がない場合はマイナス5点、総括を行っていない場合はマイナス5点。
	2. 所轄域内の65歳以上の高齢者を統計した上で登録し、健康ファイル作り個別管理する。健康ファイルの作成はブレイクダウンした業務の90%を完了すること。(30点)	達成率が5%低下がるごとにマイナス2点。抜き取り検査で登録データに不備があった場合は1件につきマイナス2点、点数がゼロになるまで減点する。
	3. 健康ファイルを作成した高血圧・糖尿病患者に対し年に4回以上健康指導や家庭訪問を定期的に行う。(25点)	10人を抜き取り検査し、訪問指導が1回不足の場合はマイナス1点、訪問指導の資料に不備がある場合はマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	4. 高齢者を対象にした健康診断を年1回行う。ブレイクダウンした業務の90%を完了すること。(15点)	健康診断を行っていない場合は得点なし。項目に不備がある場合はマイナス1点。完了率が5%下がるごとにマイナス1点。
	5. 65歳以上の高齢者を対象に健康阻害要因の調査を行う。また高齢者を対象とした自分でできる健康法やケガの予防、応急処置等の健康指導に関する広報やセミナーを年1回は実施する。(15点)	広報やセミナー等を実施していない場合は得点なし。資料に不備がある場合はマイナス3点(計画・資料・写真・出席簿・総括等)、資料を冊子にまとめてファイリングしていない場合はマイナス2点。

(7) 慢性 病の管理 (100点)	1. 高血圧・糖尿病等の慢性病管理項目業務計画を策定して業務の総括を随時行う。(10点)	計画がない場合はマイナス5点、総括を行っていない場合はマイナス5点。
	2. 所轄域内の医療従事者が35歳以上の初診患者に対して血圧測定を行うよう監督する。(6点)	10人分を抜き取り検査し、血圧測定をしていない患者1人につきマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	3. 高血圧・糖尿病患者の病状を調査・把握した上で登録し、ファイルを作成する。ファイルの作成率はブレイクダウンした業務の90%を完了すること。(10点)	患者の病状の調査登録を行っていない場合は得点なし。項目に不備がある場合はマイナス1点。達成率が5%下がるとにマイナス1点。
	4. 65歳以上の高血圧患者の管理はブレイクダウンした業務の90%を完了すること。(10点)	達成率は5%下がるとにマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	5. 年に少なくとも6回は訪問指導を実施する。病状のヒアリングや血圧測定を行い、薬と食事の摂取状況を把握し、病状に応じた健康指導を行う。また、半年に1回眼底検査・尿検査・心電図検査を行い、訪問検査の結果と治療行為を訪問カードに記録する。(15点)	10人分を抜き取り検査し、記録に不備があるか、または回数が足りない場合はマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	6. 半年に1回と年1回高血圧患者の病状管理とコントロール状況の統計・分析・評価を行う。(6点)	統計・分析・評価を行っていない場合は6点全点減点。1回欠いた場合はマイナス0.5点。評価に科学的根拠がない場合はマイナス0.5点、点数がゼロになるまで減点する。
	7. 65歳以上の糖尿病患者の管理。ブレイクダウンした業務の90%を達成すること。(10点)	達成率は5%下がるとにマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	8. 毎年最低6回は訪問指導を行い、病状のヒアリングや血糖値の測定を行い、薬と食事の摂取状況を把握して病状に合った健康指導を行う。また半年に1回眼底検査・尿検査・心電図検査を行い、検査結果と治療行為を訪問カードに記録する。(15点)	10人分を抜き取り検査し、記録の不備や回数が足りない場合はマイナス1点、点数がゼロになるまで減点する。
	9. 半年に1回と年1回糖尿病患者の病状管理とコントロール状況の統計・分析・評価を行う。(6点)	統計・分析・評価を行っていない場合は6点全点減点。1回欠いた場合はマイナス0.5点。評価に科学的根拠がない場合はマイナス0.5点、点数がゼロになるまで減点する。
	10. その他の慢性病の管理(脳卒中・悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患等)(6点)	管理を行っていない場合は得点なし。4種類以上の病気の患者を管理している場合はプラス10点。

	11. 広報欄や壁新聞または相談窓口を設立することで高血圧や糖尿病の予防と治療についての情報や知識を普及させる。年に最低4回は実施。(6点)	高血圧デーや糖尿病デーに健康相談を最低2回は行う。計画・資料・図表・総括等をしっかり行う。回数は1回不足するごとにマイナス2点、項目に不備がある場合は1項目につきマイナス0.2点。資料を冊子にまとめファイリングしていない場合はマイナス2点。
(8) 重度の精神病患者の管理 (100点)	1. 所轄域内の重度の精神病患者管理項目業務計画を策定し、業務の総括を随時行う。(20点)	計画を策定していない場合はマイナス15点、総括がない場合はマイナス5点。
	2. 所轄域内の重度の精神疾患と診断された患者に対し詳細な調査を行い、状況を把握した上で登録を行う。またファイルを作成し、ブレイクダウンした業務の90%を達成すること。(30点)	調査や登録を行っていない場合は得点なし。抜き取り検査で登録項目に不備があった場合は1件につきマイナス2点。ファイル作成率が5%下がるごとにマイナス5点。
	3. 管理対象である在宅の重度の精神病患者に対し、専門機関の指導の下、毎年4回訪問治療とリハビリ指導を行う。ブレイクダウンした業務の90%を達成すること。(40点)	達成率が5%下がるごとにマイナス5点。抜き取り検査で訪問指導の回数が規定を満たしていない場合は1件につきマイナス1点。
	4. 年に最低1回はコミュニティ健康PR活動と指導を行う。(10点)	患者への訪問指導と合わせ、計画的に記録・資料・図表・総括を行う。1項目欠くごとにマイナス2点。
(9) 衛生監督 (100点)	1. 年間計画と月間作業割振りを作成し、総括を行う。(10点)	年間計画・月間作業割振り・総括がない場合はマイナス1点。
	2. 毎年3月末までに監督対象となる機関の状況を把握した上で登録し、速やかに報告を行う。また毎月状況を随時補足する。(15点)	報告が遅れた場合はマイナス5点、報告漏れは1件につきマイナス0.2点。
	3. 監督対象機関が規定通りに健康診断、証明書の受理を行っているか監督する。健康診断と証明書の受領率は95%以上とする。受理した健康診断と証明手続きは20業務日以内に証明書を発行する。学生の性病予防のための健康診断業務の監督を強化する。(20点)	健康診断と証明書受理率が5%下がるごとにマイナス2点。クレー報告が遅れた場合は1人につきマイナス2点。学生の健康診断を実施していない場合はマイナス5点。
	4. 日頃の監督業務をしっかり行い、カバー率が95%になるようにする。営業許可証のない違法な経営については、速やかに上級機関に報告して監督部門と協力し処罰する。(20点)	5件分を抜き取り検査し、監督を怠った場合は1回につきマイナス1点。違法経営者が見つかった場合は1件につきマイナス2点。未報告はマイナス5点。処罰に協力しない場合はマイナス5点。

	5. 臨機応変な対応力を身につけ、公共の場・学校・職場等の衛生指導と管理業務をしっかりと行う。(15点)	緊急事態への備えがない場合はマイナス5点。公共の場・学校・職場等における衛生指導と監督管理の頻度が1回減るごとにマイナス2点。記録がない場合は1回につきマイナス2点。
	6. 県レベルの衛生監督部門や食品・薬品監督部門等の要請に応じ臨時的かつ突発的な業務を行う。(10点)	上級の監督部門の要請に応じて臨時的かつ突発的な監督業務を行う。業務を遂行できない場合はマイナス2点。
	7. 衛生関連法令及び関連知識の普及及び研修活動を行う。(10点)	普及・研修活動は年に少なくとも4回は行う。普及・研修活動の書類を調べ、回数が1回減るごとにマイナス2点。
(10) 町村衛生サービスの一元化管理 (100点)	1. 郷鎮の衛生サービス一元化業務管理プラン、基本薬物と職業検査計画、村の医師への研修計画等を策定する。業務を随時総括報告し、職責をはっきりさせ関連制度の掲示を行う。(15点)	1項目欠けるごとにマイナス2点。
	2. 「安徽省農村郷鎮衛生院建設指導標準」「安徽省村衛生室建設指導標準」に基づき標準的な建設を行う。(12点)	郷鎮の衛生院と村の衛生室の建設が基準を満たしていない場合はマイナス3点。器材・設備に不備がある場合はマイナス2点。人員の配置が規定通りでない場合はマイナス3点。村の衛生室が6つの部屋に分かれていない場合はマイナス2点。
	3. 少なくとも4か月に1度は村の衛生室を検査し記録をとる。検査で規定に反する点があれば、速やかに報告し、改善案を提出し改善がなされるように監督する。(12点)	回数が1回不足するごとにマイナス2点。規定に反する問題点を速やかに報告しなかった場合は、1回につきマイナス3点。
	4. 村の医師に対する管理を強化し、少なくとも年に6回は会議・研修を実施する。「職業医師法」「献血法」「感染症予防治療法」等の知識を積極的に普及させる。上級機関と協力して資料や図案を使用し記録が残る形で村の医師の研修を行うようにし、出欠を取りテストも実施する。(17点)	回数が1回不足するごとにマイナス2点。資料の不備は1項目につきマイナス0.5点。通知が不十分な場合は1人につきマイナス0.5点。
	5. 関連法令や文書に基づき全鎮の医薬市場に対する検査・管理を強化する。公平で正常な市場となるように整備し、証書・資格を所持していない者による違法な医療行為を取り締まる。年に4回は検査を行う。(12点)	検査が不十分な場合は1回につきマイナス2点。速やかに問題を処理・報告しなかった場合はマイナス2点。

<p>6. 省一元化管理指導意見に基づき郷鎮衛生院は村の衛生室に対し「5つの統一、2つの独立」を基本内容とする管理を行う。薬品のゼロスリップ販売をしっかりと進め、インターネットによる統計報告作業を行う。(32点)</p>	<p>5つの統一管理の全てが実行されていない場合は全点減点。管理が規定通りでない場合は1項目につきマイナス6点。</p>
--	--

7. 安徽省人民政府の「末端医薬衛生体制総合改革」に関する実施意見

安徽省人民政府の「末端医薬衛生体制総合改革」に関する実施意見

皖政〔2010〕66号

各市、県人民政府、省政府の各部門、各直轄機構：

「末端医薬衛生体制総合改革」の推進は、国家基本薬物制度の実施に伴う重大な改革であり、改めて末端医薬衛生体制・メカニズムを構築するための重大な革新実践である。この改革は、基本医療保障、基本薬物制度、末端医療衛生サービス体系、基本公衆衛生サービスの均等化等の改革任務と有機的に結合させ、まず末端で基本医療衛生制度を構築し、それを公共製品として大衆へ提供し、徐々に全国民に基本的医療衛生サービスを受けさせるために重要な意義を持ち、また公立医院の改革の推進のためにも重要な参考になる。引き続き32モデル県（市、区）の総合改革成果を固める上、省政府は、全省で全面的に「末端医薬衛生体制総合改革」を展開することとした。

一、改革の指導思想、目標と実施範囲

指導思想：鄧小平理論と「三つの代表」の重要思想を指針とし、「科学発展観」を徹底し、国と省の医薬衛生体制改革の深化を図る精神に基づき、「基本の確保、末端の強化、メカニズムの構築」の要求を中心に、断固として「以薬補医（薬品販売により、医療収入不足を補う）」メカニズムを打ち破り、末端医療衛生機構管理体制と運行メカニズムの総合改革を推進し、「公益性を堅持し、積極性を引き出し、持続的発展を保障する活力に満ちる新しい体制、メカニズムの構築」を加速し、公衆衛生サービスと基本医療サービス能力を高め、大衆の基本的医療衛生サービスへのニーズを満たす必要がある。

目標：管理体制、人事、分配、薬品、保障制度などの総合改革を推進することにより、末端医療衛生機構の公益性管理体制と新しい運行メカニズムを全面的に構築する；基本公衆衛生サービスと基本医療サービス能力が顕著に強化される；大衆の基本的公衆衛生と基本的医療サービスへのニーズが満たされ、また薬価ダウンとサービス改善の中から明らかな恩恵を受けられる；医務従事者チームの構成が明らかに良くなる；末端医療衛生機構の運行効率明らかに向上する。

実施範囲：全省の県（市、区）と淮南毛集実験区、六安葉集実験区、池州九華山観光地にある政府主催の郷鎮衛生院とコミュニティー衛生サービス機構（以下は末端医療衛生機構と称す）。

二、改革の主要任務

（一）管理体制の改革を推進し、政府主催の末端医療衛生機構の公益性管理体制を構築する。

政府主催の郷鎮衛生院、コミュニティー衛生サービス機構は、末端医療衛生サービス体系の重要な構成部分であり、公益性事業体である。主に基本的公衆衛生サービスと基本的医療サービスを提供し、所在する県（市、区）の衛生部門に一括管理される。

郷鎮衛生院、コミュニティー衛生サービスセンターの担っている業務任務に基づき、サービス人口及び現地の自然、経済、社会条件などを踏まえ、合理的に必要な定員数を確定し、定員管理部門によって、総量制御、集中管理、統括的な運用が行われる。

郷鎮衛生院の定員数は、郷鎮戸籍人口の1‰の割合に比例して、総量制御が行われ、分類ごとに確定される。医薬衛生類の専門技術者の定員数は、定員総数の80%を下回ってはならない。コミュニティー衛生サービスセンターの定員数は、「安徽省都市コミュニティー衛生サービス機構設置と定員基準実施意見」（皖編弁〔2007〕26号）に準ずる。郷鎮衛生院、コミュニティー衛生サービスセンターに認定された定員は、当該施設の職員の招聘や経費支払い時の根拠とされる。

政府主催の郷鎮衛生院、コミュニティー衛生サービス機構に対して、適切にその機能と任務を明確にし、定員・収支範囲・基準を確定し、運行メカニズムを転換させると同時に、施設の正常な運行を図るために、政府は、国の規定に基づき、確定されたインフラ整備、機材購入、職員経費および、施設の担っている公衆衛生サービスのための業務経費などを保障しなければならない。

(二) 人事制度改革を推進し、競争によるポジションの獲得、全員招聘、転入転出可能、昇進降格可能な雇用メカニズムを構築する。

県級衛生部門は、関連部門と共同で「公開、平等、競争、優秀者選択」の原則に基づき、テスト或いは民主推薦の方式により、郷鎮衛生院の院長、コミュニティー衛生サービスセンターの主任を招聘する。その院長と主任に対して、「任期目標責任制」を取り入れ、任期が切れたら、査定を行い、不合格な場合は、改めて招聘する。

郷鎮衛生院、コミュニティー衛生サービスセンターは、確定された定員範囲内に、管理ポジション、専門技術ポジション、総務技能ポジションの三類に沿って、科学的、合理的にポジションを設置し、医薬衛生系の専門技術ポジションが総ポジション数の80%を下回ってはならない。衛生専門技術者の資格認定制度を導入し、操業（従業）資格のない職員は、衛生専門技術ポジションに務めてはならない。

招聘資格を持つすべての職員は、県級衛生部門が関連部門と共同で「公開、平等、競争、優秀者選択」の原則に基づき、テスト・査定等の方式を経て、競争によって、ポジションをゲットし、ポジションに応じて職員を招聘し、雇用契約を管理し、定期的にテストを実施し、適任者を残し、不適任者を淘汰し、柔軟な雇用・招聘制度を取り入れる。

転出配置（再配置）政策範囲に適する職員に対して、多様な方式により、適切に配置する。

(三) 分配制度の改革を推進し、科学的、公平、インセンティブを示せる査定分配メカニズムを構築する。

郷鎮衛生院、コミュニティー衛生サービス機構の責務の位置づけに基づき、科学的に、その担っている業務任務内容を確定する。基本的公衆衛生サービス任務は、その担っている公衆衛生サービスの対象人口数・サービス質・サービス半径によって、確定される；基本的医療サービス任務は、過去三年間、医療サービスを受けていた平均人数および収入状況に基づき、また総合的に医療サービス任務に影響する特殊因子を配慮の上、確定される。

サービスの数、質、効果、居民満足度などを中心とし、公開透明で即時更新可能、操作しやすい業務任務査定メカニズムを構築する。衛生部門は、末端医療衛生機構への実績査定を実施し、財政、人力資源社会保障等の部門は、その査定結果に対して、審議を行い、査定結果を経費補助額とリンクさせる。

「ポジションに見合った給与、実績に見合った報酬を支払う内部分配インセンティブメカニズム」を構築する。末端医療衛生機構は、公衆衛生サービス、基本医療サービス、公衆衛生管理職任務、インセンティブ給与制度の要求に基づき、「内部分配管理弁法」を制定し、定期的に職員向けの実績査定を行い、査定結果を職員個人の収入とリンクさせる。インセンティブ給与の支給開始時間は、2009年10月1日から実施される。

このほか、更に末端医療衛生機構向けの賞罰メカニズムを模索するよう、各地を激励している。

(四) 基本薬物制度の改革を推進し、薬品の値上げを無くし、「ゼロ差率販売（定価販売）」を導入する。

政府主催の末端医療衛生機構は、国家基本薬物制度を導入し、国と省に確定された基本薬物と補充薬品に関する規定を遵守しなければならない。基本薬物と補充薬品が省により、ネットでの集中入札を経て、一括に購入・定価され、統括的に末端医療衛生機構へ配達さ

れ、薬品の値上げをなくし、基本薬物と補充薬品の「ゼロ差率販売（定価販売）」を実行する。

末端医療衛生機構は、すべての在庫薬品を仕入れ値で販売し、国の指導価格と省の購入価格を超えてはならない。

政府主催の末端医療衛生機構は、いずれも国家基本薬物を配置・使用する。確実に他の薬品を配置・使用する必要が生じた場合、規定に基づき、当省で確定された補充薬品の範囲内から選択しなければならない。

（五）保障制度の改革を推進し、科学的、合理的な補償メカニズムを構築する。

政府主催の末端医療衛生機構のインフラ整備と機材購入等、発展のための支出は、末端医療衛生機構発展建設計画に基づき、県（市、区）政府により、統括的に行われる。政府主催の末端医療衛生機構の職員経費と業務経費等、ランニングコストは、サービス費と政府補助金に賄われる。政府補助金は、「確定任務・確定収支・実績査定補助」などの方法によって、確定される。同時に、医療保険基金の末端医療衛生機構への補償作用を模索し、サービスを購入する方式により、多経路の補償メカニズムの構築を図る。

政府主催の末端医療衛生機構の医務従事者の給与水準は、現地事業体の平均給与とリンクする。国の規定を満たす退職者の退職金については、事業体年金保険制度を改革する前は、国の関連規定に基づき、現地財政部門に確認された上、補助される。

政府主催の末端医療衛生機構の全収支は、県級財政給付センターに一括管理される。

末端医療衛生機構の年次業務収入の1%を超えない割合の医療リスク基金が抽出される。

（六）一体化した管理を行っている村衛生室の改革を推進し、持続的発展、健康的、長期的、効果的なメカニズムの構築を図る。

全面的に郷鎮衛生院の所属する行政村衛生室に対する職員、業務、薬剤、機器、財務、資産等の一体化した管理を強化し、次第に厳格な村医サービスの資格制度を構築し、チーム構成の最適化を図り、業務研修を強化し、サービス水準を高めなければならない。

一体化した管理を行っている行政村の衛生室は、基本薬物制度を導入し、いずれも国家基本薬物、省に確定された補充薬品を配置・使用し、薬品の値上げを無くし、「ゼロ差率販売（定価販売）」を行わなければならない。

政府は、一体化した管理を行っている村衛生室に提供される基本的公衆衛生サービスおよび「薬品ゼロ差率販売（定価販売）」を対象に、補助金を給付する。行政村農業戸籍人口数に基づき、補助基準を決め、即ち1200人の農業人口ごとに、毎年行政村衛生室へ8000元を補助し、その補助金は、省財政から県へ一括給付され、また県から村衛生室へ振り込まれる。各市、県は、省財政補助に加えて、実情を踏まえ、適切に補助額を増やしてもよい。

三、改革の実施ステップ

各県（市、区）政府は、確実に改革実施主体の責任を負い、真剣に組織し、着実に段取りよく改革を推進していく必要がある。

（一）学習・研修を行い、実施案を制定する。各地の各関連部門は、改革に関する書類を真剣に学習し、時間・精力を集中して、政策研究に取り組み、正確に政策の主旨を捉える必要がある。総合改革任務の徹底実施を中心に、多次元・多様な研修活動を展開する。その上に、改革の在り方と方法を整理し、改革のキーとなるステップと重点部位を把握し、現地の実情を踏まえ、確実に実施可能な改革案を制定しなければならない。

（二）在庫品を整理し、薬価の値上げを無くす。衛生部門は、早急に末端医療衛生機構と一体化した管理を行っている行政村衛生室の在庫薬品の整理作業を組織・手配し、2010年

9月1日から薬価の値上げを無くし、すべての薬品が「ゼロ差率販売（定価販売）」を開始しなければならない。

（三）定員・ポジションを確定し、競争により、ポジションをゲットする。各級の定員管理部門は、関連規定に基づき、県（市、区）ごとに、衛生院ごとに、定員数を確定・許可しなければならない。衛生部門は、関連部門と共同で規定に基づき、郷鎮衛生院の院長、コミュニティー衛生サービスセンターの主任を招聘する。院長（主任）は、規定と実際のニーズに基づき、ポジションの設置と申込を行い、衛生部門は、関連部門と共同で競争によるポジションの獲得に関する各業務の展開を組織・実施し、2010年10月までに、当業務を終えなければならない。

（四）適切に転出者を配置し、社会の安定を確保する。各県（市、区）は、末端医療衛生機構の再配置政策に適する転出者に対して、政策規定に基づき、一人ずつに、審査・確認を行い、人力資源社会保障部門が関連手続きを受理し、適切に転出者の再配置を行い、2010年12月末までに、当該業務を終えなければならない。

（五）収支状況を確認の上、確実にその補助金を給付する。各県（市、区）の財政部門は、衛生部門と共同で末端医療衛生機構の担っている業務量と定員状況に基づき、合理に末端医療衛生機構の収入と支出を確認・確定し、それを県級財政給付センターへ組み入れて、一括管理され、また正常な運行を保障するために、あらかじめ月ごとに、運行経費を支払わなければならない。

（六）実績を査定し、実質の奨罰を行う。各県（市、区）の衛生部門は、末端医療衛生機構の業務達成状況の査定に責任を負い、査定結果を財政補助とリンクさせる。末端医療衛生機構は、部内職員向けの実績査定を行い、査定結果を給与とリンクさせる。

（七）総括・評価を行い、検査・検証する。本改革任務を終えた後、各地は、早速総括を行い、総括報告書を取りまとめ、順次で上部機関へ提出していく。「省深化医薬衛生体制改革指導チーム」は、施設ごとに査定・検証を行い、2011年1月までに本業務を終えなければならない。

以上の改革ステップに関して、各地は、現地の実情を踏まえ、同時進行してもよいし、逐次進行しても良い。

四、改革の保障措置

「末端医薬衛生体制総合改革」の波及面が幅広く、政策性が強く、時間が迫っていて、任務が重いこと、各市、県（市、区）は、政治的な次元から全局の立場に立って、改革の重大意義を認識し、緻密に部署を行い、統括的に配置し、着実に各項目の改革政策を徹底的に実行する必要がある。本実施意見と添付書類の要求に基づき、実際状況を踏まえ、創造的に改革任務を徹底するよう、各地を励ます。

（一）組織指導を強化し、協力作業の徹底を図る。

「省深化医薬衛生体制改革指導チーム」は、「末端医薬衛生体制総合改革」の業務を統括的に組織・調整する。各市、県（市、区）政府は、当該事業を大いに重視し、その指導力を強化し、力強い指導機構と専門作業班を設置しなければならない。各級の定員、発展改革、衛生、財政、人力資源社会保障（人事・労働）、物価、薬品監督、紀律検査（檢察）、組織、組合等の部門は、部門間の協力を強化し、密接に連携を取りながら、改革の円滑な進行を確保しなければならない。各県（市、区）は、関連部門を組織して、共同事務室を設置し、定員、ポジション設置、競争によるポジションの獲得、転出者の再配置等を認定・

確定する過程において、審査・許可する必要がある事項に対して、集中的に審査・許可を行い、その作業速度を加速しなければならない。

(二) 財力保障と資金管理を強化する。

各級政府は、確実に改革に必要な資金を保障し、各項目への補助経費の即時、かつ全額投入を確保しなければならない。各県（市、区）の財政部門は、確実に資金調達と経費保障業務を保障し、県級財政給付センターの業務手順を規範化させ、それを公開し、また資金給付の流れの最適化を図り、確実に監督管理を強化し、受理時限を明確にし、業務の効率性を高めなければならない。更に末端医療衛生機構の財務公開制度を構築・整備し、資金運用効率を高め、資金の分配使用における規範化、安全、有効の確保を図り、決してそれを占領・横領・流用してはならない。

(三) 監督検査を強化し、規範化された運行を確保する。

各級の「深化医薬衛生体制改革指導チーム」の会員部門は、末端へ出向いて、各ステップへの検査指導を強化する必要がある。各県（市、区）は、「請負・保障責任制」を導入し、末端医療衛生機構ごとに、県の副局長級以上の幹部一人に、「請負責任」を負わせ、各項目の改革任務の規定業務手順と時間の要求通りの着実な推進、また政策の徹底実施、体制・メカニズムの円滑な転換、社会の安定などを確保しなければならない。

摘発制度を構築し、摘発電話・摘発箱を設置し、大衆の改革の各ステップ、特に「競争によるポジションの獲得、再配置等」の方面への監督を歓迎する。

各級の紀律検査（監査）機関は、職能作用を十分に生かし、関連部門と協力して、改革の各項目の政策の執行状況のモニタリング検査を強化し、全過程における参加・フォローアップ・モニタリングを行う必要がある。大衆からの摘発とクレームを真摯に受け止め、受理し、規則・規律違反行為の即時な発見、快速な改正、厳正な処理などを行わなければならない。

(四) 業務責任を強化し、社会の安定を確保する。

各県（市、区）政府の主要責任者は、社会の安定を確保する為の第一責任者である。各級の各関連部門は、安定業務を重視し、中央と省の政策を徹底し、安定業務責任制を強化し、全過程におけるフォローアップ・モニタリングを行い、問題を発見したら、即時に解決し、不安定要素を根本から無くさなければならない。改革の円滑な実施を確保するために、以下のような、改革による不安定状況を起こしてはならない。1、正常な医療業務秩序に影響を与えた。2、薬品の品切れ。3、招聘事業の不公開、不透明。4、再配置政策の不徹底・不履行。5、資金給付の不即時。6、宣伝の誤り。

(五) 末端共産党組織作りを強化し、「創先争優（先進部門・優秀人物の発掘）活動」を展開する。

十分に末端医療衛生機構における共産党組織の砦の役割を發揮し、共産党員の改革への認識を教育・啓発し、改革に取り組む能動性と自発性を増強させ、共産党員の模範作用を發揮しなければならない。

各県（市、区）の衛生部門は、「創先争優活動」を「末端医薬衛生体制総合改革」の徹底と密接にリンクさせ、改革の主要任務を取り囲んで、「創先争優活動」の具体的な要求を提出しなければならない。末端医療衛生機構の共産党組織は、当施設の実情と党員のポジション上の特徴を踏まえ、積極的に「創先争優活動」を推し進め、「医德医風（医療活動における職業モラル）を改善し、サービスの質を高めなければならない。

(六) 政策宣伝を強化し、良好な環境作りを図る。

「末端医薬衛生体制総合改革」は、数多くの人民大衆と末端医務従事者の切なる利益に波及しており、また末端医療衛生事業の長期的発展や社会の調和・安定にも関わっている。各級政府、各関連部門は、改革に関する宣伝・動員を大いに重視し、多様な方式を通じて、政策宣伝の強化・思想の統一・認識の向上などを図り、きめ細かく踏み込んだ宣伝活動を行い、良好な世論雰囲気醸し出さなければならない。

- 添付書類：1. 安徽省郷鎮衛生院改革案
2. 安徽省コミュニティー衛生サービス機構改革案
3. 安徽省行政村衛生室改革案
4. 安徽省郷鎮衛生院機構定員基準
5. 安徽省郷鎮衛生院（コミュニティー衛生サービスセンター）再配置職員の配置弁法
6. 安徽省末端医療衛生機構実績査定弁法
7. 安徽省末端医療衛生機構運行補償弁法
8. 安徽省末端医療衛生機構の基本薬物と補充薬品の使用・購入・配達に関する試行弁法
9. 「末端医薬衛生体制総合改革」業務手順の規範化に関する指導意見
10. 「末端医薬衛生体制総合改革」の組織・規律の保障の強化に関する意見

二〇一〇年八月九日

7-1. 安徽省郷鎮衛生院改革案

安徽省郷鎮衛生院改革案

《安徽省人民政府の末端医薬衛生体制総合改革実施意見》の徹底的実行、政府系の郷鎮衛生院管理体制と運行機序の改革の更なる推進、公益性質の強化、公衆衛生サービスと基本医療サービス能力の向上、より良く農村住民の為の安全・有効・便利・廉価な基本的医療衛生サービスの提供等を図る為に、当案を制定することとする。

一、郷鎮衛生院の設置

郷鎮ごとに、政府系の衛生院が一つ設置され、所在する県（市、区）の衛生部門に一括管理される。

郷鎮衛生院は、機能により、中心衛生院と普通衛生院に分けられる。郷鎮衛生院の中で、比較的に独立した公衆衛生サービス部門が設置され、所在する地区の公衆衛生サービスを担当する。

二、郷鎮衛生院の職能

（一）公衆衛生サービスの提供

1. 農村住民の健康ファイル管理とサービスの徹底を図る。
2. 保健医療常識を普及し、重点グループと重点場所向けの健康教育を行い、住民の健康の維持と増進に資するライフスタイルを手伝い、「愛国衛生運動（環境整備）」の展開を指導する。
3. 予防接種サービスの規範化を図り、国家EPIを実行する。
4. 所管区内の感染症症例とその疑いのある症例をタイムリーに発見・登録・報告し、現場の疫情勢の処理に参加する。
5. 新生児へのフォローアップ及び小児保健システム管理を展開し、身体検査と生長・発育へのモニタリング・評価を行い、健康指導を展開する。
6. 妊産婦への系統的な保健管理、産後フォローアップ、通常の身体検査、妊娠期の栄養・心理面の健康指導等を行う。
7. 所管区内の65歳及びそれ以上の高齢者を対象に、登録管理・健康リスクファクター調査・通常の身体検査・健康指導等を行う。
8. 高血圧・糖尿病等慢性病のハイリスクグループ向けの指導を行い、その確定診断をした症例への登録管理・定期的なフォローアップ・健康指導等を行う。
9. 所管区内の重症な精神病患者の登録管理・治療・フォローアップ・リハビリ指導等を行う。
10. 所管区内の突発的公衆衛生事件の処理に協力する。
11. 県級衛生部門の委託を受け、所管区内における感染症の予防治療・学校衛生・飲水安全・労働衛生及び村級の予防保健業務への指導・トレーニング・査定・監督などを行う。
12. 県級またはそれ以上の衛生部門に定められるその他の公衆衛生サービスを行う。

（二）基本医療サービスの提供

1. 農村に見合った医療技術と中薬技術を用いて、村民によく見られる疾患、多発性疾患の診断・診療の規範化を図り、難儀性患者への適切な処置と転院を行う。郷・村の現場での緊急救助、転院サービス、リハビリサービスを担当する。
2. 臨床診療科は、重点的に内科・外科・産婦人科・小児科・漢方科等を設置し、緊急外来と救急業務等の整備を強化する。
3. 適切に臨床診断診療の技術規範を執行し、無菌操作規定を遵守し、医療の品質管理を強化する。医療廃棄物の処理、汚水・汚物の無害化処理等の徹底を図る。
4. 「国家基本薬物制度」を真剣に執行し、薬品の集中購入と一括配達および「ゼロ差率販売（定価販売）」等を行う。
5. 県級と県級以上の衛生部門に定められるその他の公衆衛生サービスを行う。

（三）その他の機能

1. 適切に「新型農村合作医療政策」の規定を執行し、定点医療施設の職責を履行し、関連する政策宣伝・モニタリング・サービス等の徹底を行う。

2. 更に郷・村保健医療サービスの一体化管理を推進し、村衛生室向けの「五統一、二独立」を基本内容とする規範化管理を行う。村衛生室向けの技術的指導および郷・村医者向けのトレーニング等の業務を担当する。

三、郷鎮衛生院の改革任務

(一) 管理体制の改革

1. 管理体制を改革する。郷鎮衛生院の管理体制の改革を推進し、政府系の郷鎮衛生院の公益性管理体制を構築する。
2. スタッフ定員を確認・確定する。《安徽省郷鎮衛生院機構定員基準》に準ずる。確認・確定された定員は、郷鎮衛生院のスタッフ招聘と経費給付時の根拠とされる。

(二) 人事制度の改革

1. 科学的にポジションを設置する。定員内に管理ポジション・専門技術ポジション・事務系ポジションの3分類に基づき、科学的かつ合理的にポジションを設置する。専門技術ポジションの設置は、医療・薬剤・看護・技師等のポジションを主とし、業務の需要に基づき、非衛生専門技術のポジションを適切に設置する。医薬衛生系の専門技術ポジションが、総ポジション数の80%を下回ってはならない。

2. 郷鎮衛生院の院長を公開招聘する。県（市、区）の衛生部門は、人力資源労働社会保障等の部門と共同で、「公開・平等・競争・優秀者選択」という原則に基づき、テストと民主推薦の方式により、郷鎮衛生院の院長を招聘する。院長の任期は、3年間とし、最初の一年間が試用期とされる。原則的に中心衛生院の院長は、短大以上の学歴と中級以上の技術職が必要で、普通衛生院の院長は、初級以上の技術職が必要とされる。

3. スタッフは、競争により、ポジションをゲットする。郷鎮衛生院の院長が選定された後、直ちにスタッフ募集に取り組む必要がある。

(1) 招聘対象

定員内スタッフと一時雇用したスタッフ中に、医療資格または医薬衛生系の専門学校以上の学歴者を含め、2008年12月31日前に、郷鎮衛生院で就職したスタッフおよび2010年及び前年度の省衛生庁・人事庁・財政庁の「医薬衛生系専門卒業生の郷鎮衛生院への公開招聘に関する通知」の規定に基づき、郷鎮衛生院で就職した短大学歴以上のスタッフおよび「三支一扶者（業務支援と扶助政策の為に、上部機関に派遣された人）」は、今回の招聘対象となりえる。

具体的な招聘資格については、各県（市、区）の医療改革連合弁公室は、上述の要求に基づき、また現地の定員・スタッフ構成状況等を踏まえ、合理的に確定してよい。

(2) 実施ステップ

①ポジション設置案を確定する。郷鎮衛生院は、確定した定員数と職責任務に基づき、当施設のポジション設置案を作成する。設置案は、県（市、区）の衛生部門の審査および人力資源労働社会保障部門の承認を経て、市人力資源労働社会保障部門へ報告し、記録に留める。

②招聘資格を持つスタッフを確定する。県（市、区）の医療改革連合弁公室は、郷鎮衛生院から報告が上がった全候補者を規定に基づき、審査・確認する。

③招聘作業に取り組む。県（市、区）の衛生部門は、人力資源労働社会保障部門、紀律検査（監察）等の部門と共同で、ポジション職責と勤務条件に基づき、テスト・査定等により、郷鎮衛生院の招聘作業に取り組む。

各県（市、区）は、実際を踏まえ、招聘に関する具体的な実施細則を制定する。

(3) 資格の承認

資格承認制度を取り入れ、勤務（従業）資格を持たない人は、衛生専門技術ポジションに務めてはならない。

事業体の業務の外注化を励行し、既に外注した作業系業務について、今後その系のポジションを改

めて設置しない。

4. 統括的な調整

勤務（従業）資格を持つ衛生専門技術者は、部内でその資格に見合ったポジションがない場合、その資格より低いポジションへ応募するか、または別のポジションへ応募して良い。招聘されなかったスタッフ中の衛生専門技術者に対して、衛生部門は、人力資源労働社会保障部門と共同で、状況に応じて、当県（市、区）の衛生系統内で、改めて競争により、ポジションをゲットさせるよう、統括的に配置してよい。

5. 全員招聘制の実施

郷鎮衛生院で全員招聘制が取り入れられ、省の関連規定に基づき、契約書を締結し、契約期間は3年間とし、契約書への管理が行われる。契約書には双方の責任・権限・義務・待遇・雇用期間等の内容が明記され、契約書が完全・規範なものでなければならない。県級的人力資源労働社会保障部門と衛生部門は、規定に基づき、郷鎮衛生院のポジション設置、募集業務、契約書の締結情况等への承認を行う。政策規定に適し、規範化されたポジション設置と募集業務を終えた場合、そのポジションに見合った給料・待遇などを確定する。

今後、郷鎮衛生院は、欠員ポジションのスタッフを補充する時、規定に基づき、定員部門に確定され、人力資源労働社会保障部門に承認されたポジション設置案および年次招聘計画内に、社会向けに公開募集を行い、情報公開・資格審査・テスト考課・競争による優秀者選択等の規範化された手順を通じて、新スタッフ全員向けの募集制度の導入が必要とされる。

6. 転出スタッフ（リストラされたスタッフ）を配置する。「安徽省郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）転出スタッフの為の配置弁法」に準ずる。

（三）分配制度の改革

郷鎮衛生院への実績査定は、「安徽省末端保健医療施設の実績査定弁法」に基づき、行われ、またインセンティブ的な給料制度を真剣に執行する。県級の衛生部門は、所管区内の郷鎮衛生院向けの査定を行い、財政、人力資源労働社会保障等の部門は、査定結果を審査し、郷鎮衛生院は、県級の衛生等の部門の監督指導のもとで、スタッフ向けの査定を行う。

郷鎮衛生院の査定結果は、政府の補助金給付時の根拠とされる。査定に合格した場合、政府が現地の事業体スタッフの平均給料とリンクする原則で査定を行い、不合格な場合、政府が、「合格時の補助水準×査定得点比」に基づき、補助基準を確定する。郷鎮衛生院は、スタッフへの査定結果を査定周期におけるインセンティブ給料分配の主要根拠および昇格・奨励・招聘・再雇用と解雇時の重要な参考根拠とする。

（四）基本薬物制度と「ゼロ差率販売（定価販売）」の実施

基本薬物と補充薬品の使用範囲を確定する。郷鎮衛生院は、国の基本薬物の使用に当たって、確実にその他の薬品を使用する必要性が生じた場合、規定に基づき、当省の補充薬品範囲内から選択・使用し、その為の購入額は、毎月の総購入額に占める割合が、 $\leq 30\%$ でなければならない。

基本薬物と補充薬品の「ゼロ差率販売」を実行する。基本薬物と補充薬品が省により、ネット上の集中入札・購入、そして一括定価・配達され、郷鎮衛生院の使用分に関しては、一律に「ゼロ差率販売（定価販売）」を行わなければならない。

末端医療衛生施設は、すべての在庫薬品を仕入れ値で販売し、国の指導価格と省の購入価格を超えてはならない。

（五）経費保障制度の改革

政府は、郷鎮衛生院の機能と任務を見極め、その定員・収支範囲と基準を確定し、運行機序の転換を図るとともに、その正常な運行を保障する為に、国に定められたインフラ整備、機材購入、人件費、および郷鎮衛生院の担っている公衆衛生サービスに必要なランニングコストなどを負担する。医務従事者の給料は、現地の事業体スタッフの平均給料レベルとリンクして、決めれば良いが、退職者の年

金に関しては、国の規定に符合した場合、「事業体年金制度改革前」までは、国の関連規定に基づき、財政によって確定・補助される。郷鎮衛生院の年次事業収入の1%を超えない割合で、医療リスク予備金が抽出され、郷鎮衛生院の医療リスク発生時の支出または実際医療事故発生時の賠償金に専用される。

郷鎮衛生院の事業活動収入は、確定した経常支出をカバーし切れない時の差額部分については、現地政府の予算の中から全額が賄われる。確定した年次収支予算額に基づき、同級財政により、毎月「たて払い金」が振り込まれ、また業務（任務）の達成状況や患者の満足度等への実績査定を加減した上、年一度の査定結果に基づき、請求が行われる。

郷鎮衛生院の収支は、「県級国庫給付センター」に組み入れられ、一括管理される。「県級国庫給付センター」の作業手順の規範化・透明化や資金給付の流れの最適化などを図り、確実にモニタリングを強化し、受理時限を明確にし、作業の効率性を高めなければならない。更に末端医療衛生施設の財務公開制度を構築・整備し、資金運用効率を高め、資金の分配使用における規範・安全・有効の確保を図り、決してそれを占領・横領・流用してはならない。

当案についての説明責任は、省の衛生庁にある。

7-2. 安徽省コミュニティ衛生サービス機構改革案

安徽省コミュニティ衛生サービス施設の改革案

《安徽省人民政府の末端医薬衛生体制総合改革実行意見》の徹底実行、政府系のコミュニティ衛生サービス施設と「街道（町内会）所管内に、政府系のコミュニティ衛生サービス施設がない場合、国有企業や病院等、社会化経営している一つのコミュニティ衛生サービス施設を改革の対象とする」管理体制と運行機序の更なる改革の推進、公益性質の確保、公衆衛生サービスと基本医療サービス能力の向上などを図るために、当案を制定することとする。

一、コミュニティ衛生サービス施設の設置

原則的に都市部の街道（町内会に近い）事務所の所管区ごとに、一つの「コミュニティ衛生サービスセンター」を設置し、需要に応じて、その下に、更にいくつかの「コミュニティ衛生サービスステーション」を設置してよい。政府系の「コミュニティ衛生サービス施設」は、公益性格を持つ事業体である。その他の社会化経営している、公衆衛生サービス等の公益性格を果たすコミュニティ衛生サービス施設は、政府の関連政策の支持を受けられる。

二、コミュニティの衛生サービス施設の職能

（一）公衆衛生サービスの提供。

1. 都市住民の健康書類管理及びサービスの徹底を図る。
2. 保健医療常識を普及し、重点グループと重点場所向けの健康教育を行い、住民の健康の維持と増進に資するライフスタイル作りを手伝う。
3. 予防接種サービスの規範化を図り、国家EPIを実行する。
4. 所管区内の感染症症例とその疑いのある症例をタイムリーに発見・登録・報告し、現場の疫情勢の処理に参加する。
5. 新生児へのフォローアップ及び小児保健システム管理を展開し、身体検査と生長・発育へのモニタリング・評価を行い、健康指導を展開する。
6. 妊産婦への系統的な保健管理、産後フォローアップ、通常の身体検査、妊娠期の栄養・心理の健康指導等を行う。
7. 所管区内の65歳及びそれ以上の高齢者を対象に、登録管理・健康リスクファクター調査・通常の身体検査・健康指導等を行う。
8. 高血圧・糖尿病等慢性病のハイリスクグループ向けの指導を行い、その確定診断をした症例への登録管理・定期的なフォローアップ・健康指導等を行う。
9. 所管区内の重症な精神病患者の登録管理・治療・フォローアップ・リハビリ指導等を行う。
10. 所管区内の突発的公衆衛生事件の処理に協力する。
11. 政府の衛生部門に定められるその他の公衆衛生サービスを行う。

（二）基本医療サービスの提供

1. よく見られる疾患、多発性疾患の診断・治療・ケア及び確定診断を下した慢性病の治療。
2. コミュニティ現場での緊急救助。
3. 往診、在宅ケア、在宅病床等の在宅医療サービス。
4. 転院サービス。
5. リハビリサービス。
6. 政府の衛生部門に許可されたその他の医療サービス。

（三）その他の職能

1. 双方向（上部医療施設と下部医療施設）の転診制度を構築する。
2. 都市部スタッフ医療保険、都市部住民の「定点医療保険施設」としての職能を履行する。

三、コミュニティ衛生サービス施設の改革における任務

(一) 管理体制の改革

1. 管理体制を改革する。コミュニティ衛生サービス施設の管理体制の改革を推進し、政府系のコミュニティ衛生サービス施設の公益性管理体制を構築する。
2. 定員数を確定する。政府系のコミュニティ衛生サービスセンターの定員数は、《安徽省都市部コミュニティ衛生サービス施設の設置と定員基準に関する実施意見》に準ずる。確定された定員は、コミュニティ衛生サービスセンターのスタッフ募集と経費給付時の根拠とされる。

(二) 人事制度の改革

1. 科学的にポジションを設置する。コミュニティ衛生サービスセンターポジションは、管理ポジション、専門技術ポジション、事務系ポジションに分けられる。管理ポジションが主任・副主任（兼任）の一人ずつ；専門技術ポジションが全科医師（オールラウンドドクター）、漢方医師、公衆衛生医師、技師（薬剤師、検査技師）、看護師など数名を設置してよいが、事務系ポジションは、業務上の需要に応じて、柔軟に設置して良い。「コミュニティ衛生サービスステーション」は、全科医師または数名の漢方医・保健師・技師・看護師を設置してよい。
2. スタッフは、競争によってポジションをゲットする。具体的に「安徽省郷鎮衛生院改革案」に準ずる。
3. 転出スタッフを適当に配置する。具体的に「安徽省郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）転出スタッフ配置弁法」に準ずる。

(三) 分配制度の改革

コミュニティ衛生サービス施設への実績査定は、「安徽省末端医療衛生施設実績査定弁法」に準ずる。区の衛生部門は、所管区内のコミュニティ衛生サービス施設を査定し、財政、人力資源労働社会保障等の部門は、その査定結果を審査する。コミュニティ衛生サービス施設は、区の衛生等の部門の監督指導のもとで、スタッフの査定を行う。

コミュニティ衛生サービス施設への査定結果は、政府の補助金給付時の根拠とされる。査定に合格した場合、政府が現地の事業体スタッフの平均給料とリンクする原則で査定を行い、不合格な場合、政府が、「合格時の補助水準×査定得点比」に基づき、補助基準を確定する。コミュニティ衛生サービス施設は、スタッフへの査定結果をインセンティブ給料分配の主要根拠および昇格・奨励・招聘・再雇用と解雇時の重要な参考根拠とする。

(四) 基本薬物制度と「ゼロ差率販売（定価販売）」の実施

基本薬物と補充薬品の使用範囲を確定する。政府系のコミュニティ衛生サービス施設は、国家基本薬物の使用に当たって、確実にその他の薬品を使用する必要性が生じた場合、規定に基づき、当省の補充薬品範囲内から選択・使用し、その為の購入額は、毎月の総購入額に占める割合が、 $\leq 30\%$ で、コミュニティ衛生サービスステーションが、 $\leq 10\%$ でなければならない。

基本薬物と補充薬品の「ゼロ差率販売」を実行する。基本薬物と補充薬品が省により、ネット上の集中入札・購入、そして一括定価・配達され、コミュニティ衛生サービス施設の使用分に関しては、一律に「ゼロ差率販売（定価販売）」を行い、現存する在庫薬品は、すべて仕入れ値で販売し、国の指導価格と省の購入価格を超えてはならない。

(五) 経費保障制度の改革

政府は、コミュニティ衛生サービス施設の機能と任務を見極め、その定員、収支範囲、基準などを確定し、運行機序の切り替えを図るとともに、施設の正常な運行を保障する為に、国に定められたインフラ整備、機材購入、人件費、および郷鎮衛生院の担っている公衆衛生サービスに必要なランニングコストなどを負担する。医療従事者の給料は、現地の事業体スタッフの平均給料レベルとリンクして、決めれば良いが、退職者の年金については、国の規定条件を満たした場合、「事業体年金制度改革前」は、国の関連規定に基づき、財政に査定・補助される。コミュニティ衛生サービス施設の年次事業活動収入の1%以下の比例で医療リスク基金が抽出され、コミュニティ衛生サービス施設の医療リスク発生時の支出または実際医療事故発生時の賠償金に専用される。

コミュニティ衛生サービス施設の事業活動収入は、その支出をカバーし切れない時の差額部分については、現地政府の全額予算に賄われる。確定した年次収支予算額に基づき、同級財政により、毎月に「たて払い金」が支給され、また業務（任務）の達成状況や患者満足度等への実績査定を加減した上、年一度の査定結果に基づき、請求が行われる。

コミュニティ衛生サービス施設の収支は、「区国庫給付センター」に組み入れられ、一括管理される。「区国庫給付センター」の作業手順の規範化・透明化や資金給付の流れの最適化などを図り、確実にモニタリングを強化し、受理時限を明確にし、作業の効率性を高めなければならない。更に末端医療衛生施設の財務公開制度の構築・整備に取り組み、資金運用効率を高め、資金の分配運用における規範・安全・有効の確保を図り、決して横領・転用・騙し取りなどを行ってはならない。

当案についての説明責任は、省の衛生庁にある。

7-3. 安徽省行政村衛生室改革案

安徽省の行政村衛生室の改革案

《安徽省人民政府の末端医薬衛生体制総合改革に関する実施意見》を徹底的に実行し、郷・村衛生サービスを一体化させた管理の推進を加速し、基本薬物と補充薬品の「ゼロ差率販売」を実行する為、当案を制定した。

一、村衛生室の設置

政府の支援のもとで、行政村ごとに基準化された村衛生室一つが設置される。行政村衛生室は、必要とされるインフラ、医務従事者、基本的設備と薬品などを整備し、村民の為に規範・有効な医療衛生サービスを提供し、そのスタッフは、勤務（従業）資格を備えなければならない。具体的な設置基準が「安徽省における村衛生室作りに関する指導基準」に準ずる。政府が村衛生室へ配置した各資産は、国有資産に属しており、所在地の郷鎮衛生院に一括管理される。

二、村衛生室の役割

行政村衛生室は、主に所管区内の村民の基本公衆衛生サービスと一般疾患の一次診断・診療に当たる。

1. 感染症の疫情勢と突発的公衆衛生事件の登録、報告を担当する。
2. 妊産婦の保健システム管理と小児保健システム管理の徹底へ協力する。
3. 健康教育や村民向けの保健医療知識の宣伝を行う。
4. 農民の健康書類の作成・更新に加わり、郷鎮衛生院による高血圧・糖尿病・精神病等、慢性非伝染性疾患のフォローアップ・記録の徹底作業へ協力する。
5. 小児EPI事業に定められる予防接種、高齢者保健、結核症・エイズ等感染症の予防治療、「村級愛国衛生運動（環境整備大衆運動）」などの徹底実行へ協力する。
6. 積極的に「新型農業合作医療政策」の宣伝に取り組み、被験者の医薬費の請求・給付に関する定期的公示業務の徹底実行へ協力する。
7. 適宜な技術と国家基本薬物を用いて、よく見られる疾患、多発性疾患の診断・診療、急性・重症患者の一次救助とケア、即時な転院、在宅リハビリ指導などを適切に行う。
8. 県級の衛生部門に定められた、その他の「基本医療衛生サービス」を行う。

三、郷・村衛生サービスの一体化した管理を推進し、基本薬物の「ゼロ差率販売」を実施する

2011年末前に、全省では全行政村衛生室が基準化建設任務を終え、また郷・村衛生サービスの一体化した管理を行う。村衛生室は、自主的な法的責任と財務制度のもとで運行する。徐々に村医サービスへの承認制度を構築し、チーム構成の最適化、サービスレベルの向上を図る。

すでに一体化管理となっている全村衛生室では、「国家基本薬物」が配置・使用され、「ゼロ差率販売」の導入が必要で、その他の薬品の配置・使用が必要とされた場合、規定に基づき、当省の補充薬品目次範囲内から選定しなければならない。補充薬品の購入額は、毎月の総購入額に占める割合は、 $\leq 10\%$ とされる。村衛生室の在庫している薬品を仕入れ値で販売し、尚国の推薦価格と省の購入価格を超えてはならない。

四、行政村衛生室の収入源および補助政策

「一体化管理」となっている村衛生室の収入は、主に政府の補助金と基本医療サービスによる収入に分けられる。政府は、「一体化管理」となっている村衛生室の担っている基本公衆衛生サービスと「薬品ゼロ差率販売」への補助を行い、村の在籍人口数に基づき、基本公衆サービスと基本医療経費補助基準を確定し、即ち1200人ごとに、村衛生室へ年間8000元の補助金を付け、その補助金は省財政から統括的に県財政へ、また県財政から村衛生室へ支給する。各市、県は、現地の実情を踏まえ、妥当な範囲内で補助額を増やしても良い。

「一体化管理」となっている村衛生室は、全部「新型農業合作医療保険制度」の定点施設として、当制度に定められる請求可能な外来診察費の診療サービス項目に応じて、関連する給付政策が適応される。村衛生室スタッフの年金は、国と省の関連規定に基づき、一括に「新型農村年金保険制度」の中に組み入れられる必要がある。

「一体化管理」を導入していない村衛生室の収入源は、「基本公衆衛生サービスへの助成金」と「基本医療サービスによる収益」と「薬価引き上げによる収益」である。

五、村衛生室への実績査定の導入

「一体化管理」となっている村衛生室は、「安徽省末端医療衛生施設実績査定弁法」に準じて、県級の衛生部門の指導のもとで、所属する郷鎮衛生院によって査定される。県級の衛生部門は、「一体化管理」を導入していない村衛生室向けの査定基準・方法の作成に当たり、それに基づき、査定するよう、所在地の郷鎮衛生院に業務依頼を行い、その査定状況をモニタリングし、郷鎮衛生院による査定結果が県級の衛生部門へ報告しなければならない。

当案についての説明責任は、省の衛生庁にある。

7-4. 安徽省郷鎮衛生院機構定員基準

安徽省郷鎮衛生院定員基準

全省郷鎮衛生院の定員管理の強化、農村衛生事業の健康的発展の促進を図る為に、「安徽省人民政府の医療衛生体制改革の深化に関する実施意見」に基づき、当基準を制定した。

一、政府系の郷鎮衛生院は、郷・鎮ごとに一軒ずつ設置され、末端における公益性医療衛生事業体に属しており、県級の衛生部門に管理される。その名称が「某県（市、区）、某郷（鎮）衛生院」、あるいは「某県（市、区）、某郷（鎮）中心衛生院」へと、統一される。

二、郷鎮衛生院の主な役割は、予防、保健等の基本公衆衛生サービスと良く見られる疾患、多発性疾患の基本医療サービスに当たり、県級の衛生部門および所在地の郷（鎮）政府の委託を受け、所管区内の公衆衛生管理にも当たる。

三、全省の郷鎮衛生院の定員は、原則的に郷・鎮戸籍人口の1‰に基づき、総量制御を行う。地理条件、経済社会の発展状況、医療衛生サービスの需要等の要素を踏まえ、類別ごとに試算する。平野地区0.8‰—1.1‰、丘陵地区0.9‰—1.3‰、山岳地帯1.0‰—1.5‰の基準により、配置される（具体的な基準は添付表を参照する）。

各県（市、区）の定員管理部門は、所管区の郷鎮衛生院の定員に対する総量制御を行い、医療衛生資源の配置状況または医療衛生サービスの需要に応じて、統括的に調整・運用して良い。都市・農村結合部に位置する鎮の交通の利便性および県級の医療衛生施設の波及能力等の要素を総合的に考慮し、都市・農村結合部にある鎮衛生院が規定された定員基準より、25%の減員を行ってよい。一定の地区範囲内の予防・保健・医療などの技術的指導の役割を果たす「中心郷鎮衛生院」は、需要に応じて、規定された定員基準より10—20%の増員を行ってよい（サービス半径内の一般郷鎮衛生院から、その増員枠を入れ替える）。サービス人口の少ない郷鎮衛生院の定員数が基準に基づき、10名以下に確定された場合でも、最低10名の定員枠をキープしてよい。

四、郷鎮衛生院の担っている主要職能に基づき、公衆衛生サービスに携わるスタッフ数は、総定員数の20%—40%を占めなければならない。

五、郷鎮衛生院の医療衛生系の専門技術者（医師、薬剤、医学工学、看護等）の定員数は、総数の80%を下回ってはならない。郷鎮衛生院の院長1名、副院長2名の体制により、運営される。

六、郷鎮衛生院は、定員数を確定した後、その枠内でスタッフ募集に取りかかり、全員募集と契約管理体制が導入される。

七、一回で郷鎮衛生院の定員数を決め、順次でスタッフ募集の方法を用いて、衛生院ごとに定員数を確定する。当基準に基づき、確定された定員は、郷鎮衛生院のポジション設置、スタッフ募集、業務査定、収支認定、経費給付時の根拠とされる。

八、政府系の郷鎮衛生院は、当基準に基づき、承認された定員が財政補助の対象となる。

九、郷鎮衛生院の定員は、定員管理部門に一括管理される。省の定員管理部門は、基準管理と定員総量制御の責任を負い、県（市、区）の定員管理部門は、当基準に基づき、当行政区内の郷鎮衛生院の設置や定員数の承認に責任を負う。

十、郷鎮衛生院の旧定員基準は、当該基準と一致しない場合、当該基準に準ずる。別の国家规定があった場合、その規定に準ずる。

当該基準についての説明責任は、省定員管理弁公室にある。

郷鎮衛生院の定員基準表

地域タイプ	定員基準 (‰)	
	人以上	‰
平野	30001-50000 人	0.9-1.0
	30000 人以下	1.0-1.1
丘陵	30001-50000 人	1.0-1.1
	30000 人以下	1.1-1.3
山岳地帯	50001 人以上	1.0-1.1
	30001-50000 人	1.1-1.2
	30000 人以下	1.2-1.5

7-5. 安徽省郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）再配置職員の配置弁法

安徽省郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター） 転出スタッフの配置弁法

「安徽省人民政府の末端医療衛生体制総合改革に関する実施意見」に基づき、改革による郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）の転出スタッフを適切に配置する為、当方法を制定した。

一、主旨と基本原則

主旨：

「科学発展観」を指針とし、国と省の医療衛生体制改革の深化を図る精神に基づき、衛生人材資源配置の最適化や衛生サービスの質の向上を中核とし、競争機序の導入、柔軟な人事異動、インセンティブ的、有効な人事管理制度の構築・整備、末端医療衛生チーム作りの強化、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）管理体制と運行機序の改革の推進、当省の末端医療衛生事業の科学的発展の促進などを図る。

基本原則：

改革深化の堅持、チーム作りの強化を目指す。「公開・平等・競争・優秀者選択」の原則を厳守し、スタッフ募集制度、ポジション管理制度、資格承認制度を導入し、チーム構成の最適化、スタッフの質の向上、末端の医療衛生チーム作りの強化を図る。

法律・政策の規定の厳守。国の法律、法規、政策に定められた事項を厳守し、操作手順の規範化を図り、転出・再配置業務の円滑な実施を確保する。

「人間本位」の堅持、調和・安定の維持。大衆の根本的利益の維持、数多くのスタッフの合法的権益の保障、社会的調和と安定の確保などを図る。

二、範囲・対象

「転出スタッフ」とは、2008年12月31日前に郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）で勤務した二類スタッフのことを指す。1.、ポジションに応募したが、招聘されなかった定員内スタッフ（政策的に設置したスタッフを含める）。2.、上記のスタッフと募集対象外スタッフを含める、一時的に採用した定員外スタッフ（非常勤）。

2010年12月31日前に、国に定められた退職条件を満たす定員内スタッフ（正社員）は、応募開始前に退職手続きを行い、2008年12月31日後に郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）に入った定員外スタッフ（2004年23号書類に定められた公開募集大学生と「三支一扶」スタッフを除く）に対し、統合、辞退、事前に労使契約の解除などを行わなければならない。

三、配置措置

（一）定員内の転出スタッフ

1. 繰り上げた退職を許可する。2010年12月31日までに、法定退職年齢まで5年未満かつ勤務年数満20年のスタッフ、または勤務年数満30年の転出スタッフ本人は、繰り上げた退職を申請すれば、関連規定に基づき、退職手続きを行ってよい。疾患原因の退職条件を満たすスタッフは、現行する政策に基づき、関連手続きを行ってよい。

2. 3年間の移行期間が設けられる。この期間中、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）に、空きポジションが出た場合、募集条件を満たすスタッフは、同等条件下で優先的に採用される。転出スタッフの待遇は、1年目が基本給の80%を支給し、職務手当が最低基準に適用され、「物価変動手当」が支給される。2年目が現地の最低給料基準に適応され、「物価変動手当」が変らない。3年目から、現地政府に定められた最低生活保護基準に適応され、法定退職年齢までの連続勤務年数が加算されず、規定に基づき、退職手続きを行う。

3. 本人の転職努力を励行する。転出スタッフの転職努力、自営業、創業などを支援する。転出スタッフは、所属先と労使契約を解除した後、1回限りで本人3年分の基本給に相当する補償金が支給さ

れ、その上連続勤務年数も加算され、1年ごとに月給分（基礎給）に当たる補償金（労使契約解除時まで）が支給され、引き続き企業職員基本年金保険への加入が認められる。

4. 学習・業務研修（継続教育）を支援する。所属施設との労使契約を解除した40歳未満（2010年12月31日まで）の転出スタッフは、本人の申請と施設の承認を経て、国家試験に合格し、短大以上の正規教育を受ける場合、上記3の政策的支援のほか、1回限りで一定の割合の学費補助を受けられる。学習終了後、再び本人の就職に関する手配を行わないが、学習により本人の能力が向上し、短大以上の学歴（国家資格）または相応する資格を取得し、本勤務先（郷衛生院・コミュニティ衛生サービスセンター）に、その資格に見合ったポジションがあれば、優先的に採用してよい。そうでない場合は、本人の専門性に適し、ポジションが空いている末端医療衛生施設・村衛生室・コミュニティ衛生サービスステーションなどへ推薦してよい。

上述の所属施設と労使契約を解除した転出スタッフは、企業職員基本年金保険に加入する場合、解約前が国の政策の規定に基づき、それまでの勤務年数が累積加算され、「年金納付年数」と見なされる。失業保険等の条件を満たすスタッフは、規定に基づき、関連待遇を受けられる。

（二） 定員外の転出スタッフ

元の勤務先と労使契約を解除した場合、以下の待遇を受けられる。

1. 経済補償。当施設での勤務年数に基づき、1年につき、月給分相当の補償金が支給され、その額が労使関係解除前の一年間の平均月給とされ、半年以上、1年未満なら、1年と見なし、半年未満なら、半月分給料相当の補償金が支給される。
2. 関連保険への加入を保障する。規定に基づき、企業年金保険に参加し、失業保険等の条件を満たす人は、規定に基づき、関連待遇を受けられる。
3. ケース・バイ・ケースで推薦・採用する。郷鎮衛生院は、資格のある保健医療専門技術者を村衛生室へ推薦してよい。

四、組織実施

1. 組織指導を強化する。転出スタッフの配置事業では、波及面が広く、政策的意味が強く、社会から高い注目度が寄せられ、各県（市、区）の共産党委員会と政府は、大いに重視し、指導力を強化し、緻密に手配を行い、適切に推し進める必要がある。各県（市、区）の衛生部門は、人力資源労働社会保障、財政部門と共同で、「転出スタッフの再配置に関する実施案」の制定を加速し、規定に基づき、転出スタッフを適切に再配置しなければならない。転出スタッフの再配置業務は、県（市、区）の衛生部門により、具体的に組織・実施され、人力資源労働社会保障、財政、紀律検査（監察）等の部門は、審査・確認、政策の執行、モニタリング指導などを担当する。

2. 実施ステップの明確化を図る。すべての転出スタッフは、「郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）転出スタッフの配置に関する願書」を記入し、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）の初審および県（市、区）医療改革連合弁公室の審査・確認を経て、人力資源労働社会保障部門により、関連手続きが行われる。同時にその転出者リストを県級の財政部門および市級の衛生、人力資源労働社会保障などの部門に報告する。疾病原因による退職者が、県級以上の人民病院により、規定に基づき、「勤務（労働）能力完全喪失」の関連証明書が発行されて始めて、受理される。先行して募集対象外の転出スタッフの再配置作業を行ってよい。転出スタッフへの再配置作業は、募集作業終了後の3ヶ月以内に完成しなければならない。

3. 経費支出を保障する。転出スタッフの転出移行期間における給料・待遇について、規定に基づき、関連する社会保険、経済補償、継続教育期間の学費補助、早期退職者および病気原因による退職者の待遇等の為の支出が、財政部門の予算の中に組み入れられ、統括的に賄われる。

4. 人事代行権を行使する。人力資源労働社会保障部門の下部公衆サービス機構は、積極的に転出者の為に書類管理、移送、職位昇進の審査等の手続き（3年内代理費無料）と「党団（共産党とその予備軍）組織関係書類の受け渡し」等を行わなければならない。

5. 紀律を厳守する。適切に関連する政策規定を執行し、人事紀律を厳守し、「思想不散（認識一致）、秩序不乱（秩序の乱れがない）、業務不断（業務一貫性の保持）、国有資産の流失がなく、医療衛生サービスの質が低下しない」などを旨とする。転出スタッフ再配置の際、隠蔽・嘘をしたり、政策違反をしたりする人の責任を追及し、厳正に調査・処理する必要がある。

6. 民主監督を強化する。各地は、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）スタッフ向けに、転出者の再配置に関する政策・措置を自発的に広報し、範囲対象・政策規定・方法手順等を開示し、関連作業の透明度を高め、自覚的に社会と大衆からの監督を受けなければならない。

7. 調和・安定を維持する。転出者の再配置業務は、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）の多くのスタッフ自身の切なる利益に及んでおり、各地がその責任を果たし、一人一人の理解を得られるよう、適切に再配置業務の徹底に取りかからなければならない。そのための宣伝・引導を強化し、周到に「思想政治業務（意思疎通）」の徹底を図り、政治・生活面において、転出者へ関心を寄せ、彼らの改革への理解と支持を得られるよう努め、再配置業務の円滑・順調さを確保し、社会の調和・安定を維持しなければならない。

当弁法についての説明責任は、省人力資源労働社会保障庁にある。

7-6. 安徽省末端医療衛生機構実績査定弁法

安徽省末端医療衛生施設の実績査定方法

「安徽省人民政府の末端医療機構体制の総合改革に関する実施意見」を貫徹し、実績査定と実績給（インセンティブ給与）を真剣に執行し、末端医療衛生スタッフの働く意欲を十分に刺激し、末端医療衛生施設のサービスの質と効率を向上させるために、当該方法を制定した。

一、査定原則：

実績査定と社会効果との結合を堅持し、末端医療衛生施設の公益性を突出させる。公平・公正・公開な査定方式と総合的評価を堅持し、合理的で量化した査定方法を堅持する。基本公衆衛生サービスと基本医療サービスを査定の重点とし、末端医療衛生施設の責務の全面的履行を促進する。定期的査定と不定期モニタリングとの結合を堅持する。末端医療衛生施設及びそのスタッフへの二級査定体系を構築する。査定結果は、末端医療衛生施設の財政補助、スタッフの収入・待遇との結合を堅持する。

二、査定内容

（一）末端医療衛生施設の査定内容

1. 郷鎮衛生院の査定内容

- (1) 基本医療サービス：サービスの量、質、医療費用、薬局建設の規範化と薬品の「ゼロ差率販売（定価販売）」の執行状況を重点的に査定する。
- (2) 公衆衛生サービス：主に国家の基本と重大な公衆衛生サービスプロジェクトの実施状況、緊急処理、衛生監督などの業務状況などを査定する。
- (3) 新型農村合作医療の実施状況。
- (4) 郷・村衛生サービスの「一体化管理」の展開状況。
- (5) 人事・財務の管理状況。
- (6) 病院内の建設と管理。
- (7) 大衆からの評価と監督。

詳細は「安徽省郷鎮衛生院実績査定評価細則」を参照する。

2. 村衛生室の査定内容。

家の基本と重大な公衆衛生サービスプロジェクトの実施状況、公衆衛生管理の参加、薬剤の適正使用、薬局建設の規範化、住民満足度および一体化管理などの業務執行状況などを査定する。詳細は「安徽省村衛生室実績査定評価細則」を参照する。

3. コミュニティ衛生サービス施設の査定内容。

- (1) 基本医療サービス：良く見られる疾患、多発性疾患の診断・治療・ケア、検診、往診、在宅ケア、在宅病床などのサービス量、医療安全、医療業務の効率、診療費用、薬品使用、薬局の規範化建設、基本薬物制度と薬品ゼロ差率販売の執行状況及び大衆の満足度などの内容を査定する。
- (2) 公衆衛生サービス：公衆衛生サービス項目とカバー人口数、サービス質及び大衆の満足度などの内容を主に査定する
- (3) コミュニティサービスと管理：財務管理、人員とポジション設置、双方向転院などの内容を主に査定する。

詳細は「安徽省コミュニティ衛生サービス施設実績査定評価細則」を参照する。

（二）末端医療衛生施設スタッフの査定内容。

末端医療衛生施設スタッフの査定内容は、業務の量、質、労働規律、「医德医風（職業モラル）」などを含める。

三、査定主体

(一) 末端医療衛生施設スタッフの査定

県級の衛生部門は、関係する査定基準に基づき、所管区内の郷鎮衛生院、コミュニティ-衛生サービスセンターへの査定を行う。一体化管理となっている村衛生室と政府系のコミュニティ-衛生サービスステーション、県級の衛生部門の委託や所管下の郷鎮衛生院、コミュニティ-衛生サービスセンターの査定を行う。

(二) 末端医療衛生施設スタッフの査定

郷鎮衛生院、コミュニティ-衛生サービスセンターは、県級の衛生部門の監督指導のもとで、部内スタッフの査定を行う。一体化管理となっている行政村衛生室と政府系のコミュニティ-衛生サービスステーションのスタッフに対して、所属する郷鎮衛生院、コミュニティ-衛生サービスセンターによって、査定が行われる。

四、査定方法と手順

(一) 末端医療衛生施設の査定方法と手順。

1. 県級の衛生部門は、「安徽省郷鎮衛生院実績審査評価細則」、「安徽省コミュニティ-衛生サービス施設実績査定評価細則」に基づき、資料閲覧、現地調査、現地アンケート調査などの手段を通し、毎年12月末に末端医療衛生施設に対し、一回の集中査定を行う。同級の財政、人力資源労働社会保障部門は、その査定結果を審査し、また審査結果（実績の配点を含む）を市級の関連部門に報告する。県級の衛生部門は、「安徽省村衛生室実績査定評価細則」、「安徽省コミュニティ-衛生サービス施設実績査定評価細則」に基づき、更に査定基準を再分化・量化し、また所属する郷鎮衛生院、コミュニティ-サービスセンターに、毎年7月上旬、12月末に一体化管理となっている村衛生室と政府系のコミュニティ-サービスセンターに対し、2回の査定を行うよう業務委託する。査定結果（実績の配点を含む）は、県級の衛生部門の審査を経て、同級の財政、人力資源労働社会保障部門に報告される。
2. 市級の衛生部署は、関係部門と共同で適時に再審を実施し、省級の関連部門が不定期にモニタリングを行う。

(二) 末端医療衛生施設のスタッフに対する査定方法と手順

郷鎮衛生院、コミュニティ-衛生サービスセンターは、県級の衛生部門の指導のもとで、「安徽省末端衛生施設スタッフ実績査定評価細則」に基づき、所属するスタッフへの査定を行い、その査定結果を個人収入とリンクさせる。

郷鎮衛生院、コミュニティ-サービスセンターが査定方法を制定する時、十分に民意を尊重し、幅広くスタッフの意見を聴取する必要がある。査定方法は、本施設の指導層の研究により、またスタッフ代表大会に可決され、県級の衛生部門の承認を受けた後、本施設で公開される。

五、査定結果の運用

(一) 末端衛生施設における査定結果の運用

1. 査定の結果。査定において、百点満点がとし、末端医療衛生施設の査定結果は、ニランクに分けられる。得点80点及びそれ以上の得点は合格、80点以下は不合格とされる。不合格な末端医療衛生施設の得点比を確定し、その比率は実際得点を80で割る。

2. 査定結果の運用

(1) 政府補助の根拠とする。

政府給付の補助額について、査定に合格した政府系の郷鎮衛生院、コミュニティ-衛生サービス施設が現地の事業体スタッフの平均給与水準とリンクした上、確定され、不合格した施設が、合格時の補助水準に査定得点比を掛けて、確定される。

一体化管理となっている行政村衛生室が査定に合格した場合、確定された基準に基づき、補助金を給付するが、合格しなかった場合、合格時の補助基準に査定得点比を掛けて、確定される。

(2) 出来の良い施設を奨励し、出来の悪い施設を罰する。

査定に合格し、且全県（市、区）上位3位までの末端医療衛生施設を対象に、実績査定した後の残金状況を踏まえ、且奨励金を授与し、当該施設及び責任者に対して、書類通達による表彰を与えてよい。連続三回で査定に合格し、且つ全県の上位3位に位置する施設の責任者に対して、優先的に昇進・抜擢の対象とし、査定に合格せず、得点が全県（市、区）下位2～3位の施設の責任者に対しては、書類通達による注意を行い、期限限定に是正するよう命ずる。連続三回で全県（市、区）下位2～3位に位置し、業務状況をなかなか是正していない末端医療衛生施設の責任者を免職する。

(二) 末端医療衛生施設スタッフの査定結果の運用。

1. 実績給支給時の主要根拠とする。末端医療衛生施設の実績給与が基礎給と奨励給に分けられる。実績給の内部分配率は、原則的に県級の行政区域でのバランスが保たれ、各県（市、区）が現地の状況とリンクした上、確定し、また実績査定結果に基づき、支給してよい。

2. 分類査定を行い、適切に分配差をつける。郷鎮衛生院、コミュニティーサービスセンターは、内部査定制度の整備に取り組み、専門技術、管理、事務などのポジションの特徴に基づき、分類査定を行う。その査定結果に基づき、「働いた分だけ収入が多くなり、働きぶりに見合った報酬を支給する」分配原則を堅持し、重点を公衆衛生サービスと臨床現場のポジションに置いておく。

3. 査定結果と普段の働きぶりは、スタッフの昇進、奨励、雇用、再雇用、辞退時の重要な参考根拠とされる。

六、業務要求

県級の衛生部門は、財政、人力資源労働社会保障などの部門と共同で、現地の実状を踏まえ、更に査定基準の細分化・定量化、査定方法の整備、査定方式の革新、実施現実性の増強、査定の質の向上などを図らなければならない。

各地は、認識を高め、確実に指導力を強化し、改革案の重要措置として、実績査定業務を徹底的に行わなければならない。専門機構と専任者を設置する。査定の客観性、公正さを確保する為に、査定規則を厳守し、査定資料の捏造・改竄、個人利益追求の為の査定業務の悪用、隠蔽・嘘の行為、報復行為などを厳禁する。隠蔽・嘘、資金の転用・騙し取りなどを行う部門と個人を見つけたら、それを通報し、関連経費を取戻し、法律に基づき、関連責任を追及する。

当該方法についての説明責任は、省衛生庁および省財政庁・省人力資源労働社会保障庁にある。

7-7. 安徽省末端医療衛生機構運行補償弁法

安徽省末端醫療衛生施設運行補償方法

「安徽省人民政府の末端医薬衛生体制総合改革に関する実施意見」の貫徹、積極的、安定的に末端医療衛生施設への補償機序の改革の推進を図る為に、当該方法を制定した。

一、補償方式

(一) 補償範囲。

政府は、郷鎮衛生院の機能と任務を見極め、その定員・収支範囲・基準を確定し、運行機序の転換を図るとともに、その正常な運行を保障する為に、国に定められたインフラ整備、機材購入、人件費、および郷鎮衛生院の担っている公衆衛生サービスに必要なランニングコストなどを負担する。

村衛生室作りを支援し、村医の担っている公衆衛生サービスなどの任務に対して、合理的な補助を行い、民営化となっている末端医療衛生施設の担っている公衆衛生サービスに対しては、規定に基づき、政府補償を行う。同時に、家屋建築、機材購入、人材育成などの面で一定の扶助を行う。

(二) 補償経路。

政府系の末端医療衛生施設の人件費・活動費などランニングコストは、サービス収入、政府の補助金・補償金などに賄われる。政府の補助金は、「任務・収支の査定結果、実績査定補助」の方法によって確定される。同時に、医療保険基金の末端医療衛生施設への補償作用を探っており、サービスの買い付けなど多様な方法により、様々な経路の補償機序の構築を図ろうとする。

政府は、一体化管理となっている行政村衛生室の担っている基本公衆衛生サービスと「薬品ゼロ差率販売（定価販売）」向けの補助を行い、行政村の在籍人口数に基づき、基本的公衆サービスと基本的医療経費補助基準を確定し、即ち1200人ごとに、村衛生室へ年間8000元の補助金を給付し、その補助金は、省財政から統括的に県財政へ、また県財政から村衛生室へ振り込まれる。各市、県は、各地の実情を踏まえ、適切に補助額を増やしても良い。

二、任務の確定

末端医療衛生施設は、主に「基本公衆衛生サービス」と「基本医療サービス」を提供する。

(一) 基本医療サービス。

主要内容：よく見られる疾患、多発性疾患の一次診断・治療および確定診断を下した慢性非伝染性疾患のケア、緊急外来、緊急救助、転院治療などのサービスを提供する。

(二) 公衆衛生サービス。

基本公衆衛生サービスの提供。具体的に住民健康ファイルの作成、健康教育、予防接種、感染症の予防・治療、高血圧・糖尿病などの慢性病管理、重症精神病患者への管理、小児保健、妊産婦保健、高齢者保健などが挙げられる。また突発的公衆衛生事件の処理に協力し、村衛生室・コミュニティサービスステーションスタッフへの研修、技術指導などを行う。

三、収支の確定

(一) 収入とその確定

1. 末端医療衛生施設の収入構成。(1) 事業活動収入では医療サービス・基本公衆衛生サービスによる収入が含まれる。(2) 財政専用助成金ではインフラ整備費・機材装備費・担当する突発的公衆衛生事件の処理にかかる補助費、人員育成、人材招聘費および国の政策規定を満たす退職引当金などが含まれる。(3) その他の収入では主管部門と上部施設の非財政補助収入および上述した規定範囲外の営業収入・寄付金収入・基本資産運用収入（預金利子）などが含まれる。

2. 末端医療機構の収入の確定。

(1) 事業活動収入の確定。医療サービスの収入は、過去三年間の医療サービス平均収入に基づき、物価、社会的平均収入水準などの関連要素を総合的に分析し、また「基本薬品制度」の導入による「基

本医療サービス収入」への影響を考慮して、合理的に確定する。中の薬品収入については、薬品の仕入れ値と適正な薬剤使用量によって確定される。「基本公衆衛生サービス収入」は、サービス対象人口、一人当たりの「トータル・サービス・コスト」および公衆衛生サービス任務の量、質によって確定される。

(2) 財政専用助成金収入の確定。インフラ整備、機材購入など事業拡大の為の支出について、「末端医療衛生施設発展建設計画」に基づき、政府に統括的に支給され、その担っている突発的公衆衛生事件の処理にかかる補助費について、サービスコストに基づき、確定した上、補助する。スタッフ育成、人材招聘経費について、財政部門が「スタッフ育成・人材招聘計画」に基づき、合理的に支給する。国家政策規定を満たす退職引当金は、「事業体定年保険制度改革」の前に、国家関連規定に基づき、財政部門の確定を経て、補助され、「事業体定年保険制度改革」の後に、関連規定に準ずる。

(3) その他の収入については、財政部門は、前年度の収入水準を踏まえ、またその収入への影響要因などを総合的に考慮して確定する。

(二) 支出とその確定。

1. 末端医療機構の支出構成。

- (1) 事業活動支出では人件費・事業費などランニングコストが含まれる。
- (2) 財政専用補助支出では末端医療機構のインフラ整備・機材購入・突発的公衆衛生事件の処理・スタッフ育成・人材招聘、および規定に符合した退職者への支出などが含まれる。
- (3) その他の支出では、寄付金・義援金など末端医療機構の上述項目以外の支出が含まれる。

2. 末端医療機構支出の確定。

(1) 事業活動支出。人件費は、定員・定額の方式により確定され、給料水準の確定が現地事業体スタッフの平均給料水準とリンクし、実績給が国家の関係規定に準ずる。事業費は、確定した「基本医療サービス」と「基本公衆衛生サービス」の任務の量、質とコスト定額（人件費を除く）などによって、総合的に確定され、中でも薬品支出が薬品の仕入れ値と適正な薬剤使用量などによって確定される。

(2) 財政特別補助支出の確定。インフラ整備、機材購入、スタッフ養成、人材招聘、突発的公衆衛生事件の処理など指定業務の達成した量、進捗、質、収益などの要素によって、確定される。

(3) その他の支出の確定。前年度の支出水準を踏まえ、また支出の影響要因を総合的に考慮し、合理的に確定する。

末端医療衛生施設の年次事業収入の1%を超えない割合で、医療リスク基金が抽出され、当機構の医療リスク発生時の支出または実際医療事故発生時の賠償金に専用される。

四、実績査定補助

末端医療衛生施設の確定した事業活動収入は、事業活動支出をカバーし切れない時の差額部分については、その全額は現地政府の予算に賄われる。また業務（任務）の達成状況や患者の満足度、住民の健康改善状況等に対して、総合的な実績査定を行い、その査定結果に基づき、同級財政に立て払いされる。

各級の財政部門は、確定された年度収支予算額に基づき、月ごとに「たて払い方式」により、資金を支給し、年末に実績査定結果とリンクして決算を行う。

実績査定を行う中、更に公衆衛生サービスを担っているスタッフおよび臨床現場スタッフへのインセンティブ給与の支給程度に、重みを置いておく。これに加え、更に末端医療衛生施設への奨励機序を探っていく。

五、各級財政の投入に対する合理的な役割分担

(一) 公衆衛生サービスにおける投入責任。

公衆衛生サービス均等化の要求に照らし、基本公衆衛生サービスにかかる費用は、主に中央と省の財政に賄われる。

突発的公衆衛生事件の処理費は、同級の財政に賄われる。重大な突発的公衆衛生事件の処理費については、中央と省級財政により、ある程度の補助が行われる。

(二) 基本医療サービスにおける投入責任。

末端医療衛生施設の事業活動収支補助、退職者の経費は、原則的に規定に基づき、同級の財政に補助される。

末端医療衛生施設における「実績給制度」の導入に伴う経費は、同級財政に保障され、省級財政により、統括的に支給される。

末端医療衛生施設のインフラ整備、機材購入、人員養成と人材招聘などについては、同級財政によって保障され、中央・省級財政によって、特別補助が行われる。

六、末端医療衛生施設における収支の管理監督の強化

(一) 県級の財政部門は、末端医療衛生施設の収支を県級国庫給付センターに組み入れ、統括的管理を行い、県級国庫給付センターの業務手順の規範化・公開化、資金給付手順の最適化、監督管理の強化、受理時限の明確化、業務効率の向上などを図る。末端医療衛生施設の収支予算の管理を徹底し、収支分析を強化し、発展改革、衛生、人力資源労働社会保障などの部門と共同で、末端医療衛生施設の実績査定制度を構築・整備し、確実に資金運用効率の向上を図らなければならない。

(二) 各級の衛生部門は、末端医療衛生施設財務への監督を強化し、財務会計制度の厳正な執行を督促し、規定通りに確定された収支計画を完成させ、また財政専用口座・国庫へ納入する必要のある資金の即時な納入を確保し、更に関係部門と共同で実績査定指標体系を構築し、末端医療衛生施設への実績査定業務の実施を組織しなければならない。

(三) 末端医療衛生施設は、内部管理を強化・整備し、サービスの質を中核とし、「ポジション責任請負制」と「実績査定」を基礎とする査定とインセンティブな制度を構築する。国の政策規定に基づき、法律に則って、収入を組織し、正確に実際発生した各項目の費用を収集し、確実に収支管理を強化し、制度に決められた支出範囲と支出基準を厳格に執行し、全面的に収支任務の完成を確保する。

当該方法についての説明責任は、省財政庁にある。

7-8. 安徽省末端医療衛生機構の基本薬物と補充薬品の使用・購入・配達に関する試行弁法

安徽省末端医療衛生施設の基本薬物・補充薬物の使用・購入・配達の試行弁法

「安徽省人民政府の末端医薬衛生体系総合改革に関する実施意見」の貫徹実行や基本薬物制度の構築を加速するため、当該試行弁法を制定した。

一、基本薬物と補充薬物の確定・使用

1. 当省の末端医療衛生施設の薬品は、「国家基本薬物」を主体とする。同時に末端臨床における薬品投与を保障するため、当省の「新型農村合作医療薬品目次」と「医療保険目次」の上、補充薬品を適当に増加する。

2. 政府系の末端医療衛生施設と一体化管理となっている行政村衛生室では、「国家基本薬物制度」が導入され、いずれも「国家基本薬物」が配置・使用される。その他の薬品を確実に配置する必要が生じた場合、規定に基づき、当省で確定した補充薬品範囲内から選択・使用しなければならない。一体化管理となっている行政村衛生室と政府系の都市部コミュニティ-衛生サービスステーションでは補充薬品の配置・使用額は、毎月の総購入額に占める割合が、 $\leq 10\%$ 、郷鎮衛生院とコミュニティ-サービスセンターでは $\leq 30\%$ でなければならない。

3. 政府系の末端医療衛生施設と一体化管理となっている行政村衛生室に配置・使用される「基本薬物・補充薬物」の値上げを無くし、「基本薬物・補充薬物」の「ゼロ差率（定価）販売」を行う。すべての在庫薬品は、仕入れ値で販売し、国の指導価格と省の購入価格を超えてはならない。

二、基本薬物と補充薬物の購入方式

1. 政府系の末端医療衛生施設と一体化管理となっている行政村衛生室に必要とされる「基本薬物・補充薬物」は、政府主導のもとで、全省でネットでの集中入札による一括購入を行う。

2. 2010年9月1日前に、「国家基本薬物」の集中入札購入を完了させる。2010年までに、「補充薬品」の省内における集中入札購入を完了させる。2010年9月1日から2010年末までに、末端医療衛生施設と一体化管理となっている村衛生室の所要する補充薬品は、皖政〔2009〕122号書類に定められた「薬品の集中入札購入・配達における試行弁法」に基づき、県級の衛生部門の入札により、購入され、製薬会社が薬品供給の責任を持つ。

三、基本薬物と補充薬物の購入手順

1. 需要計画を制定する。末端医療衛生施設は、薬品の需要状況に基づき、「国家基本薬品目次」と「省補充薬品目次」から、当施設に必要とされる薬品品種、数、規格、薬品タイプ、メーカー（国家基本薬物と当省補充薬物を別々に並べる）などを選択し、インターネット経由で、「省医薬集中購入サービスセンター」へ提出し、当センターの審査・とりまとめたを経て、全省の国家基本薬物と補充薬物の購入計画を制定する。コミュニティ-衛生サービスステーションと一体化管理となっている行政村衛生室の基本薬物と補充薬物の購入計画は、所属するコミュニティ-衛生サービスステーションと郷鎮衛生院によって、集中的に提出される。

2. 集中的に薬品を購入する。末端医療衛生施設は、「省医薬集中購入サービスセンター」と授權契約を交わし、薬品購入に関する委託を当センターに委ねる。当センターが「国家基本薬品」と「省補充薬品」の購入計画に基づき、末端医療衛生施設の代表として、関連薬品の集中購入を行う。

3. 薬品代金の決算と給付。薬品が送達された後、末端医療衛生施設は、即時に検品・倉庫入れ・ネットでの確認を完成し、また薬品代金請求書を提出する。県（市、区）級の国庫給付センターは、その請求書と省薬品購入センターの発行した「ネット購入数量証明書」を受け取った後、即時に薬品代金の清算と給付を行う。納品検品から代金給付までの時間が30日以内に収まらなければならない。具体的な方法は、改めて制定する。

四、基本薬物と補充薬物の配送

1 製薬会社は、直接に基本薬物と補充薬物を配送してもよいし、法定資格条件を満たす薬品販売会社による委託配送を行ってもよい。委託配送する場合、製薬会社と受託薬品販売会社は、「省薬品購入センター」向けに「授権委託書」と「配送承諾書」を提出しなければならない。

2. 落札した薬品会社は、売買契約書通りに薬品供給を保障し、また即時に医療衛生施設の購入需要を満たし、薬品を末端医療衛生施設へ配送しなければならない。一体化管理となっている行政村衛生室の基本薬物と補充薬物の配送については、所属する郷鎮衛生院の責任により、配送される。配送薬品の余剰有効期限が全有効期限の三分の二以上を占めなければならない。

五、基本薬品と省補充薬品の購入・配送における監督管理

1. 各県（市、区）の衛生部門は、基本薬品の購入・使用への管理を強化しなければならない。末端医療衛生施設は、「処方箋管理方法」、「臨床基本薬物応用ガイドブック」、「基本薬物処方箋集」などを真剣に執行し、「薬物と治療チーム」を発足させ、「基本薬物使用管理弁法」の制定、インセンティブまたは規制機序の構築、基本薬物処方箋サマリー制度の構築などを図る必要がある。薬品の検品・保管・配分などのステップの管理を強化し、薬品の倉庫入れ・台帳登録（国家基本薬品と省補充薬品をそれぞれに並べる）および検品と証拠取りなどの制度を構築し、全面的に「規範化した薬局作り」を推し進め、「ゼロ差率制度」を厳守し、即時に薬品収入を県級（市、区）国庫給付センターに収めなければならない。

2. 薬品関連企業は、薬品の質と供給、配達管理などを強化し、国の「薬品生産品質管理規範」、「薬品経営品質管理規範」の規定に基づき、薬品の生産・供給・配達を行い、当省の基本薬物制度、薬品集中購入に関する関連規定を真剣に執行し、入札コミットメントと薬品売買契約を履行し、即時に薬品調達に取りかかり、合格な薬品の供給・配達に取り組み、末端医療衛生施設の薬剤投与の安全を保障しなければならない。

3. 省、市、県の衛生部門は、主体として、現地区内の末端医療衛生施設の基本薬物と補充薬物の使用・購入・配達への監督管理を行う。各級の衛生、発展改革委員会、監査、風紀是正、財政、人力資源労働社会保障、物価、工商、FDAなどの部門と「基本医療保障担当機構」、「薬品集中購入担当機構」は、それぞれの役割を果たし、それぞれの責任を負い、協力し合い、管理を強化し、厳しく規則違反・違法行為を調査・処理し、責任追及制を取り入れなければならない。不可抗力など非常事態を除いて、当該弁法に基づく薬品の購入・使用を行っていない末端医療衛生施設および薬品の供給・配達を行っている製薬・販売会社に対して、「薬品集中購入監督管理方法」および関連法律法規に基づき、厳正な処理を行う。

当該試行弁法についての説明責任は、省衛生庁を始め、省財政庁・省物価局にある。

7-9. 「末端医薬衛生体制総合改革」業務手順の規範化に関する指導意見

末端医薬衛生体制総合改革業務手順の規範化に関する指導意見

「安徽省人民政府の末端医薬衛生体制総合改革に関する実施意見」の貫徹実行、キーとなるステップの把握、業務手順の規範化、業務効率の向上、改革の円滑な実施の確保などを図るため、当該意見を制定した。

一、管理体制の改革の推進

(一) 改革範囲対象の明確

対象範囲：全省の県（市、区）と淮南毛集テスト区、六安葉集モデル区、池州九華山風景区の行政郷（鎮）ごとに設置した1カ所政府系の郷鎮衛生院と都市のコミュニティごとに設置した1カ所コミュニティ衛生サービスセンター（コミュニティの所管範囲内に、政府系のコミュニティ衛生サービスセンターのない場合、一か所の国有企業或いは病院或いは民営コミュニティ衛生サービスセンターを改革に取り入れても良い）。

(二) 科学的に定員を確定する。

1. 総量推定を行う。2009年末の郷鎮戸籍人口数と郷鎮地域タイプに基づき、また「安徽省郷鎮衛生院機構定員基準」に決められた地域タイプと確定した定員比率下限に基づき（以下は「基準」と称す）、分類による推定を経て、現地郷鎮衛生院の定員総量を提出する。コミュニティ衛生サービスセンターの定員数は、2009年末までのサービス人口に基づき、「安徽省の城市コミュニティ衛生サービス施設の設置と定員基準に関する実行意見」に定められた定員比率に基づき、確定される。

2. 手順に基づき、上部施設へ報告する。各県（市、区）の機構定員部門は、推定した末端医療衛生施設定員数を省定員弁公室へ報告し、当該施設の審査を経て、伝達される。

3. 病院ごとの定員数を確定する。郷鎮衛生院機構定員総量は、省定員弁公室の審査を経て、伝達される。その後、各県（市、区）機構定員部門は現地の医療サービス需要、末端医療衛生施設の現有スタッフ状況及び今後の発展動向などを踏まえ、「基準」に定められた定員調整方式と調整比率に基づき、病院ごとの定員と構成比率を伝達する。この業務は、各県（市、区）の五日業務日以内の完成が求められる。

4. 定員の動態管理を行う。各県（市、区）は、末端医療衛生施設に対して病院ごとの定員を確定した後、現在の郷鎮衛生院とコミュニティ衛生サービスセンターの職能の位置づけと配置調整業務を踏まえ、適時に定員の動的調整と統括的応用を徹底し、現地の大衆の基本公衆衛生サービスと基本医療におけるニーズを満たすことを確保する。

(三) 公益性事業体の中に取り入れて管理する。

「基準」に基づき、定員数を確定した末端医療衛生施設は、基本公衆衛生サービスと基本医療サービスの職能を担っており、所在する県（市、区）の公益性事業体の管理配列の中に取り入れられ、県（市、区）機構定員管理部門の責任のもとで、機構定員の日常管理が行われる。

二、人事制度改革の推進

人事制度改革業務で時間が迫っており、任務が重く、手順が多い故、県（市、区）は、統括的な計画を立て、順次進行または同時進行のどちらでもよければ、同時進行した方がよい；時限要求があった場合、その時限内に完成しなければならない。

(一) 院長（主任）の招聘

郷鎮衛生院院長とコミュニティ衛生サービスセンター主任は、先に選定してよい。県（市、区）衛生部門は、人力資源労働社会保障等の部門と共同で、幹部選抜手順に基づき、統括的に選定に取り組み、競争により、優秀者を招聘する。この業務は、一週間以内に完成しなければならない。

(二) スタッフ統合を行う。

スタッフ数を把握した上、政府系の郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）が2009年に採用した医薬衛生類大学生と「三支一扶スタッフ」中の法定退職年齢を超え、今回の医薬改革におけるポジション応募や再配置政策の対象外となっているスタッフ全員を登録し、郷鎮衛生院、コミュニティ衛生サービスセンター自身によって、統合再編成・辞退される。この業務は、五日間の業務日以内の完成が求められる。

(三) 合理的にポジションを設置する。

ポジション設置案を制定・確定する。郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）は、確定した定員数と責務任務に基づき、県（市、区）医療改革連合弁公室の指導のもとで、選任した院長（主任）が赴任した後に、いち早くポジションの配置とその案の報告、批准業務を完成する。専門技術者の占有率は総ポジションの80%以上を確保し、医療・薬剤・看護・技師などのポジションは主体となり、管理と事務系ポジションは、合理的な比例を保持する。ポジション配置案は、関係部門の審査、確定を経て、規定に基づき、市級人力資源労働社会保障部門に報告して、記録に留める。「郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）ポジション設置確定表」を公布・実施する。この業務は十日間業務日以内の完成が求められる。

(四) 募集対象の確定。

1. 「ポジション応募申請書」を記入する。自己判断でポジションに応募する人は、規定の要求に基づき、「ポジション応募申請書」を記入しなければならない。

2. 一人一人に審査・確認を行う。県（市、区）医療改革連合弁公室は、書類に定められた対象範囲に合わせて、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）のポジション応募申請者に対して、一人ずつに審査・確認を行い、その重点が入社手続き、給料支給記録、学歴（技術職）証書、労使契約書及び年度査定記録など提出資料の内容である。審査完了後、その結果を市級衛生、人力資源労働社会保障部門にそれぞれ報告して、記録に留める。応募申請書を提出し、かつ募集条件を満たす者に対して、県（市、区）関係部門に審査・確定された募集対象資格の審査結論が発行され、応募したい人は、これにより、初めて応募できる。この業務は十日間業務日以内の完成が求められる。

(五) 競争により、ポジションをゲットする。

応募業務及びスタッフ招聘業務について、県（市、区）衛生が人力資源労働社会保障（人事）紀律検査（監察）などの部門と共同で実施する。

1. 応募者を組織する。市級人力資源労働社会保障部門に承認された「郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）ポジション設置査定表」に基づき、県（市、区）衛生部門は、人力資源労働社会保障（人事）部門と共同でテスト・査定により、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）スタッフの招聘作業を行い、内定者が一週間掲示され、その間住民からの摘発があったら、直ちに再確認を行い、その摘発が事実なら、内定者の資格を取り消す。掲示内容に異議がない場合、その招聘結果が県（市、区）医療改革連合弁公室による審査・承認が行われる。その上、市級の衛生、人力資源労働社会保障などの関係部門に報告する。この業務は、十日間（営業日）以内に完成しなければならない。

2. 系統内の調整・招聘。県（市、区）衛生部門は、統括的に招聘事業を行い、所管する末端医療機構など系統内施設では、人力資源労働社会保障部門と共同で採用されていない専門技術者向けの二次招聘を行い、本施設内部で本人の職位（資格）より低いポジション、またはその専門以外のポジションへと、招聘してもよい。

3. 招聘契約書を交わす。招聘契約書は郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）法人またはその代理者と被招聘者の間で書面契約書が締結される「契約書様式は[2006]87号書類を参照する」。招聘期間が三年間とする。招聘契約書には下記の条項を盛り込ませる必要がある。即ち招聘契約期限、

ポジションとその職責上の要求、ポジションに関連する規則・勤務条件・報酬待遇、招聘契約書の変更・終止条件、契約違反時の責任。

(六) 転出者の配置について。

1. 転出者全員が「転出意向調査票」を記入しなければならない
2. 一人ずつの審査・確認を行う。県（市、区）医療改革連合弁公室は、郷鎮衛生院（コミュニティ衛生サービスセンター）の転出政策条件を満たし、調査票を提出したスタッフを対象に、政策規定に基づき、一人ずつ審査を行い、共同確認した後、本人の承認署名を経て、一週間ほど公示する。その間、住民からの摘発があったら、随時に確認作業を行い、その摘発内容が事実なら、政策に基づき、対処する。特に異議のない場合、県（市、区）人力資源労働社会保障部門により、規定に基づき、関連手続きが行われ、その結果を県級の財政部門および市級の衛生、人力資源労働社会保障など関連部門に報告し、記録に留める。
3. 即時に間連待遇または経済補償を実行する。関連部門は、転出に決まったスタッフに対して、即時に規定に基づき、関連待遇或は経済補償を実行しなければならない。政策に定められる対象外スタッフの転出配置を防止し、転出再配置における虚構・虚偽行為を厳禁する。
応募対象となっていない転出者を先行して配置して良い。転出配置作業は、募集業務終了後の三か月以内に完成しなければならない。

三、分配制度の改革の推進

(一) 科学的に任務を確定する。

末端医療衛生施設のサービス対象人口数に基づき、その担当している公衆衛生サービスと基本医療サービスの任務を科学的に確定する。この業務は、改革書類公布後の15日（作業日）内に完成しなければならない。

(二) 「実績査定実施弁法」の制定。

県級の衛生部門は、積極的に財政、人力資源労働社会保障などの部門と共同して「省査定弁法」に基づき、現状を踏まえ、具体的な査定実施弁法の制定を行い、更に郷鎮衛生院、村衛生室、コミュニティ衛生サービス施設への査定評価基準を細分化・量化し、実績査定の具体的な方式、方法及び査定結果の運用を明確にする。この作業は、査定書類公布後の15日（作業日）内に完成しなければならない。

(三) 実績査定の実施。

県級の衛生部門は、査定実施弁法に基づき、毎年12月末に所管区内の政府系の郷鎮衛生院、コミュニティ衛生サービスセンター向けの実績査定を行い、郷鎮衛生院院長（コミュニティ衛生サービスセンター主任）は、当該弁法に基づき、施設内のスタッフ向けの実績査定を行う。原則的に四半期ごとに行う。政府系のコミュニティ衛生サービスステーションと一体化管理となっている行政村衛生室向けの実績査定は、県級の衛生部門の所管する郷鎮衛生院、コミュニティ衛生サービスセンター（受託される）によって、毎年7月上旬と12月末に2回行われる。

(四) 実績給（インセンティブ給与）の導入

1. 「実績給実施弁法」を制定・報告する。各県（市、区）人力資源労働社会保障、財政、衛生等の部門は、〔2010〕24号書類精神に基づき、現地の公衆衛生と末端医療衛生事業体向けの「実績給実施弁法」を制定する。当弁法は、現地の党委、政府の同意を経て、市級の衛生、人力資源労働社会保障、財政などの部門に報告し、その審査と承認に委ねる。この作業は、15日（作業日）内に完成しなければならない。

2. 「実績給実施弁法」の審査・承認。各市の人力資源労働社会保障、財政、衛生部門は、〔2010〕24号書類精神に基づき、所管する県（市、区）の実施弁法を審査・承認する。この作業は、五日間（作業日）内に完成しなければならない。

3. 実績給総量の確定。各県（市、区）の実施弁法は、市級の人材資源労働社会保障、財政、衛生部門の同意を経た後、県級の人材資源労働社会保障、財政部門が〔2010〕24号書類精神に基づき、実績給総量を同級の衛生部門へ伝達する。この作業は、五日間（作業日）内に完成しなければならない。

4. 実績給の支給。各県（市、区）の衛生部門は、同級の人材資源労働社会保障、財政部門に決められた実績給総量範囲内に、末端医療衛生事業体への査定結果および施設タイプ、スタッフ構成、ポジション配置、事業発展性、経費出所などの要素を総合的に考慮して、所管する末端医療衛生事業体の実績給総量と具体的分配計画を確定する。この作業は、実績査定作業終了一カ月以内の実現しなければならない。

四、薬品の購入配達制度の改革を推進する

（一）在庫薬品の整理。

8月末までに、各県（市、区）衛生部門は、末端医療衛生施設を組織し、在庫薬品の整理作業を完成する。

（二）「ゼロ差率販売」の実施

9月1日より「ゼロ差率販売」を全面的に実施し、在庫薬品を全て仕入れ値で販売し、また末端医療衛生施設の掲示板で「ゼロ差率販売」前後の薬価を公開する。

（三）薬品代金の決算と支給。

県級（市、区）の国庫給付センターは、末端医療衛生施設からの代金使用計画書と「省薬品購入センター」のネット上の購入数量証明書を受取ったら、即時に薬品代金の決算と支給を行い、薬品の納品・検品から代金支給までの時間は、30日以内に収まらなければならない。

五、保障制度の改革の推進

（一）財務整理の実施。

各県（市、区）の財政部門は、衛生部門と共同して政府系の郷鎮衛生院、コミュニティ衛生サービス施設など末端医療衛生施設の2010年1-8月の収入、支出、残高及び口座設置、債権債務などに対する特別検査を行い、全面的に基礎データを把握する。この作業は、8月20日前に完成しなければならない。

（二）国庫による集中収支の実施。

2010年8月31日前に各県の（市、区）財政部門は、衛生部門と共同で、〔2009〕1593号付きの「安徽省末端医療衛生施設における国庫集中収支管理暫定弁法」の規定に依り、実施細則の制定を検討し、2010年9月1日から末端医療衛生施設の収支を全部県級国庫へ取り入れて、集中管理を行うこととする。

（三）収支の確定、予算の作成。

2010年8月31日までに、各県の（市、区）財政部門は、衛生部門と共同で「末端医療衛生施設運行補償方法」の要求に基づき、科学的に業務内容を確定し、末端医療衛生施設の事業活動収支、財政専用補助収支、その他の収支及び事業活動収支の差額補助などを合理的に確定する。また実績給制度の導入などの要素を踏まえ、末端医療衛生施設の2010年9-12月間の予算を科学的に作成する。同時に2011年の末端医療衛生施設の予算作成の関連準備作業を備えなければならない。

（四）資金調達と経費保障の徹底を図る。

末端医療衛生施設への国庫集中収支管理を導入した後、各県（市、区）の財政部門は、資金調達と経費保障の徹底を図らなければならない。全員招聘作業終了前、2010年1-8月間の平均事業活動収支数を参考に、合理的に支出を配置し、現地スタッフの平均給料水準がダウンしないことと施設の正常運行を確保しなければならない。職員募集作業終了後、「運行補償方法」などの関係規定に基づく支出が行われ、村医への補助政策も真剣に履行される。

上記の業務ステップと手順は、関連し合い、密接な関係を持ち、同時進行する部分もあれば、お互いの連携を強化する部分もある。改革を推し進める中、各地は、現状を踏まえ、統括的に作業を進め、創造的に改革任務の実現に工夫を凝らし、「定員確定、ポジション配置、競争によるポジション獲得、転出配置」などの段階において、審査・承認が必要とされる業務に対して、各県（市、区）が関係部門を組織して、集中的に作業を行い、審査・承認のスピードアップを図り、2010年10月までに、「定員確定、ポジション配置、競争によるポジション獲得、任務確定、収支確定、薬品のゼロ差率販売」など主要改革任務の実現を保証し、末端医療衛生施設体制機序の転換を全面的に実現しなければならない。スタッフ転出配置作業は、2010年12月末前に全部終了しなければならない。

7-10. 「末端医薬衛生体制総合改革」の組織・規律の保障の強化に関する意見

末端医薬衛生体制総合改革における組織と規律保障の強化に関する意見

末端医薬衛生体制総合改革は、全省の末端医薬衛生施設のスタッフの「競争によるポジション獲得、転出再配置」に及んでおり、重大な利益分配の為の調整である。共産党組織の「戦闘堡壘（確固たる組織力）作用」と党員のリーダーシップを十分に発揮し、党と政府の規律監督を強化し、改革の円滑な実施を保障しなければならない。「中国共産党と国家機関の末端組織業務条例」と党紀・政紀の規定に基づき、末端医薬衛生体制総合改革における組織と規律保障の強化について、以下の意見を提出した。

一、党の政治業務での長所を生かし、総合改革のために組織保障を提供する。

（一）末端の党組織の整備および党組織の「戦闘堡壘（確固たる組織力）作用」を強化する。末端医療衛生施設の党組織は、党の末端における「戦闘堡壘」であり、改革の円滑な推進の保障の為の基礎組織である。総合改革事業を進める中、末端医療衛生施設の党組織は、「党性原則」を堅持し、省共産党委員会、省政府との高度な一致性を保ち、改革路線への動揺がなく、スタッフの思想動向に留意し、矛盾と問題を発見したら、有効な措置を講じなければならない。複雑な所、激しい対立の所に党組織の作用が働くよう努力し、党員の作用を十分に発揮し、党員への教育を強化し、党員の改革への認識を高め、党員の改革に取り組む積極性を十分に動かさなければならない。

（二）党員チーム作りを強化し、党員のリーダーシップを発揮する。末端医療衛生施設の党員は、末端医薬衛生改革を進める中、全体観・政治観を重要視し、党組織との一致性を保ち、党員の義務を真剣に履行し、党組織の決定を執行し、改革に取り組む自主性と自覚性の増強を図らなければならない。リーダーシップを発揮し、党員の基準で、厳しく自分を自律する。人民大衆の利益を第一に考え、正確に「利益分配の調整」や「募集転出制度」を取り扱い、改革に不利益な談話を発表せず、不利益なことを行わない。一生懸命に業務に専念し、大衆の良いモデルとなるよう心がける。

（三）更に「創先争優」（先進部門・優秀人物の発掘）活動に取りかかり、末端の党組織と党員を牽引して、活動の展開を行う。中央政府と省政府の決議事項に基づき、党の末端組織と党員は、「創先争優」活動に取り組んでいる。当活動の本質が末端医薬衛生改革の方向性と一致しており、各県（市、区）の衛生部門が当活動の展開を末端の医薬衛生体制改革業務の徹底と緊密にリンクさせ、念入りに活動担体を設計し、改革の主要業務を中心に、当活動についての具体的な要求を提出する。末端医療衛生施設の党組織は、当施設の現状と党員のポジションにおける特徴を踏まえ、「創先争優」活動を積極に行い、「医德医風（医療モラル）」の改善、サービス質の向上を図らなければならない。

二、規律監察の職能作用を発揮し、総合改革の為に規律保障を提供する。

（一）規律意識を強化する。各県（市、区）の改革に加わる部門と各末端医療衛生施設は、規律意識を強化し、法律と法規に基づき、業務遂行を行い、改革への自覚性と信念を確実に増強し、忠実に最大限に政策のあるべき機能を発揮させる。透明的な操作に心がけ、「闇の中での操作、不正行為」の発生を断固として許さない。厳しく責任を追及し、施設の定員制度、資金管理、招聘制度、転出再配置措置、実績査定などの諸規定を違反し、また不良な影響を及んだ者に対して、関連者に限らず、現地の担当指導者の責任をも追及する。厳しい規律を保障することにより、総合改革の順調な実施を確保する。

（二）摘発制度を構築する。省、市及び各県（市、区）では、摘発電話、電子メールアドレスが設けられ、また摘発受理部門が明確化にされ、住民、末端医務人員、社会各界からのクレーム、摘発を受け入れる。不合理なポジション設置、「ゼロ差率販売」をしない薬価、薬品供給の品切れ、招聘業務における不透明、不公正、実績査定の不公平及び虚偽行為、規定違法などの摘発を受理したら、各級の紀検監察機関と関係部門は、役割分担に基づき、適切に処理・回答を行う必要がある。獲得した情報を即時に分析・選別・確認し、規則違反をした人を厳しく処理する。

(三) 監督検査の強化。各級の紀検監察は、職能作用を十分に発揮し、関係部門と共同で総合改革の各項目の政策措置の実施状況をモニタリングする。全過程における参与とフォローアップを行う。科学的、合理的なモニタリング機序を構築しなければならない。末端医療衛生施設改革の実施状況、基本薬物制度の徹底状況、薬品の集中入札購入と配達状況、政府補助金の徹底状況などのモニタリング検査を重点に置き、各作業が秩序よく、規範化された運行、現れた問題の是正などを確保しなければならない。

(四) 規則・紀律を違反した行為を厳しく処理する。各級の紀検監察機関は、大衆の末端医薬衛生体制総合改革への摘発とクレームを真剣に受理しなければならない。規定・紀律を違反する案件の発見、調査、処理に心がける。以下のような行為を発見したら、厳しく処理しなければならない。深刻な結果を招いて、悪影響を及んだ典型的事例を公開させる。

一、部内利益を優先させ、改革の阻害となり、規則があるものの、それを遵守しない、自己勝手に行動を取ったり、総合改革政策措置を実施せず、自分に都合のいいように解釈する。

二、業務態度が悪く、ごまかし・多羅回し・職場放棄・水掛け論・末端医薬衛生体制総合改革の進捗と実施に深刻に影響する。

三、招聘業務、転出再配置、実績査定などの時、嘘・隠ぺい・虚偽などの行動を行う。

四、医薬改革関連資金を転用・流用・汚職する。

五、指導者は、手元の権限を利用して、末端医薬衛生体制総合改革を進める中、自分の為の利益を図る。

各級の紀検監察機関は、問題発生の原因を分析し、地方の関連部門に対して、色々と教訓の共有を図り、真剣に改善を行い、関連の管理制度を確実に整備し、また徹底するよう督促する。

