

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
第二次詳細計画策定調査報告書

平成 23 年 4 月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
11-047

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
第二次詳細計画策定調査報告書

平成 23 年 4 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のために、2010年12月に実施した第一次詳細計画策定調査の結果を踏まえ、安徽省において衛生庁等関係機関とのワークショップや協議を行い、その後、北京において国務院衛生部とも協議し、協力計画の策定を行いました。

本報告書は同調査結果を取りまとめたものです。

最後に、本調査に協力を賜っ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4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

プロジェクトの位置図

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	1
1-3 調査日程	2
1-4 調査の内容	3
1-5 主要面談者	3
第2章 PCMワークショップ	5
2-1 PCMワークショップ	5
2-2 PDMとPO作成プロセス	6
第3章 プロジェクト計画	7
3-1 プロジェクト概要	7
3-2 プロジェクトの枠組み	8
3-3 投入概要と専門家投入分野	10
3-3-1 投入概要	10
3-3-2 想定される日本人専門家の業務内容	11
3-4 前提条件と外部条件	14
3-5 プロジェクトモニタリング評価計画	15
3-6 プロジェクト実施体制	15
3-7 実施上の留意点	15
3-7-1 安徽省衛生庁との対話	16
3-7-2 インセンティブの仕組み	16
3-7-3 関係諸機関との連携	16
3-8 貧困・ジェンダー・環境等への配慮	17
3-9 過去の類似案件からの教訓の活用	17
第4章 詳細計画策定調査結果	18
4-1 団長総括	18
4-2 保健行政の点から	18
4-3 研修計画の点から	20
第5章 医薬衛生管理体制改革と農村衛生管理体制	25
5-1 疾病死亡率と死因構成	25

5-2	医薬衛生体制改革	27
5-3	農村衛生管理体制確立への取り組み	29
第6章	安徽省の農村衛生管理体制	31
6-1	安徽省の概況	31
6-2	省の農村衛生管理体制	31
6-2-1	衛生庁の構成組織と農村衛生管理課の機能	31
6-2-2	医療施設と都市部のサービスネットワーク	33
6-2-3	農村部の3級医療サービスネットワーク	33
6-3	医薬衛生体制改革への取り組み	34
6-3-1	医薬衛生体制改革	34
6-3-2	省における改革と業績細則案リスト	34
第7章	パイロット候補県の農村衛生管理体制	35
7-1	パイロット候補県の概況	35
7-2	県の農村衛生管理体制	36
7-3	県の農村衛生体制の課題に関する認識	42
7-4	県の末端施設の現状に対する認識	44
7-5	人材育成	44
7-5-1	正規医学教育と人材育成	44
7-5-2	研修プログラムの現状	45
7-5-3	保健・公衆衛生人材の課題	48
7-6	3級医療サービスネットワークの維持と強化	51
第8章	末端施設の管理体制と公衆衛生サービス	53
8-1	視察郷鎮衛生院の概況	53
8-1-1	郷鎮衛生院の業務と現状	53
8-1-2	郷鎮衛生院の施設と人員	54
8-1-3	郷鎮衛生院の公衆衛生サービスの現状	56
8-1-4	郷鎮衛生院の課題	59
8-2	村衛生室の概況	60
8-2-1	村衛生室の業務と現状	60
8-2-2	村衛生室の公衆衛生サービス	61
8-2-3	村衛生室の課題	64
8-3	農民	64
第9章	事前評価	65
9-1	妥当性	65
9-2	有効性	66
9-3	効率性	66

9-4	インパクト	66
9-5	自立発展性	66

附属資料

1.	M/M案（日文、中文）	71
2.	ワークショップ結果	113
2-1	問題分析	113
(1)	県レベル問題分析	113
(2)	郷鎮レベル問題分析	113
(3)	村レベル問題分析	115
2-2	目的分析結果	117
(1)	県レベル目的分析	117
(2)	郷鎮レベル目的分析	119
(3)	村レベル目的分析	119

プロジェクト位置図



現地調査時の写真



安徽省でのワークショップ（関係者分析）



安徽省でのワークショップ（問題分析）



安徽省でのワークショップ（目的分析）
小グループ代表の発表



ワークショップを踏まえたPDM案の説明



安徽省衛生庁との協議



衛生部との協議

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

中華人民共和国（以下、「中国」と記す）では、9億人ともいわれる農村の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いる。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た。わが国も中国の公衆衛生基盤を整備し、伝染性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、2003年度有償資金協力「公衆衛生基礎施設整備事業」を実施した。協力資金は、安徽省を含む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。

しかし、近年の中国国内の格差拡大もあり、末端の農村部における衛生管理体制・サービスには各地でばらつきが見られている。また、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。さらに、人材面においても、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等の管理者の指導レベル（管理知識）の低さやこれら末端医療機関のスタッフ（村医師等）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・SARS等の重大感染症や住民に有益な健康教育指導が十分に実施できていない状況にある。

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・医薬・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、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となっている。

しかし、上述のとおりソフト面での末端医療機関スタッフ及び運営管理を担う管理者の育成、末端で行われるサービスの質の評価・管理システムの構築等を行うに十分な技術・経験がないことから、中国政府（衛生部）から技術協力プロジェクトが要請された。また、同時期に安徽省からも類似した要請が提出された。

そのため、2010年12月から第一次詳細計画策定調査を実施し、中国側実施体制、プロジェクトの目的、協力活動の概要等について中国側と合意した。

本調査（第二次詳細計画策定調査）は、第一次調査の結果を踏まえ、安徽省において関係者とのワークショップ、安徽省衛生庁等関係機関との協議を経て、協力計画を策定するとともに、その結果を衛生部に報告し、合意・確認事項につき衛生部と協議議事録（Minutes of Meeting : M/M）を署名する。

1-2 調査団の構成

業務	氏名	所属	期間
総括	加藤 誠治	JICA人間開発部保健第三課 企画役	2011/3/13-3/22
保健行政	兵井 伸行	国立保健医療科学院研修企画部国際協力室 室長	2011/3/13-3/22
研修計画	綿引 信義	国立保健医療科学院研修企画部第一室 室長	2011/3/13-3/22
評価分析	薄田 榮光	有限会社クランベリー	2011/2/27-3/22
協力企画	芳沢 忍	JICA人間開発部保健第三課	2011/3/13-3/22

1-3 調査日程

Date		薄田	兵井、綿引	加藤、芳沢
27-Feb	日	13:50 羽田発→(CA182) → 16:50 北京着		
28-Feb	月	AM JICA 中国事務所と打合せ		
		PM 通訳との打合せ		
1-Mar	火 終日	資料整理/通訳との打合せ		
2-Mar	水	AM 資料整理/通訳との打合せ		
		PM 保健セクター改革の進捗報告会 参加		
3-Mar	木	AM 12:30 北京→(CA1843) → 14:15 合肥		
		PM 16:00 安徽省衛生庁インタビュー 18:00 夕食		
4-Mar	金	AM 徑県へ移動		
		PM 徑県衛生局インタビュー		
5-Mar	土	AM 衛生院/室訪問		
		PM 無為県へ移動		
6-Mar	日	AM 無為県衛生局インタビュー		
		PM 衛生院/室訪問		
7-Mar	月	AM 廬江県へ移動		
		PM 廬江県衛生局インタビュー		
8-Mar	火	AM 衛生院/室訪問		
		PM 霍山県へ移動		
9-Mar	水	AM 霍山県衛生局インタビュー		
		PM 衛生院/室訪問		
10-Mar	木	AM 埇橋区へ移動		
		PM 埇橋区衛生局インタビュー		
11-Mar	金	AM 衛生院/室訪問		
		PM 碭山県へ移動 碭山県衛生局インタビュー		
12-Mar	土	AM 衛生院/室訪問		
		PM 合肥へ移動		
13-Mar	日	AM 資料整理	9:45 羽田発 → (JL023) → 12:50 北京着	
		PM 資料整理 団内打合せ	15:10 北京発 → (CA1543) → 16:55 合肥着 団内打合せ	
14-Mar	月	AM 9:00～ 安徽省衛生庁との協議		
		PM ワークショップ準備		
15-Mar	火 終日	ワークショップ		
16-Mar	水 終日	ワークショップ		
17-Mar	木	AM ワークショップ		
		PM ワークショップ結果整理		
18-Mar	金	AM 9:00～ 安徽省衛生庁との協議		
		PM 15:00～ 安徽省人口・計画生育委員会との協議		
19-Mar	土 終日	11:00 合肥→(CA1836) → 12:40 北京		
20-Mar	日 終日	資料整理/団内打合せ		
21-Mar	月 終日	10:00～ 衛生部との協議		
22-Mar	火	AM 団内打合せ		
		PM 17:35 北京発 → (CA183) → 21:45 羽田着	16:40 北京発 → (JL024) → 21:00 羽田着	資料整理/団内打合せ
23-Mar	水 終日			(別調査に参加)
24-Mar	木	AM		在中国日本大使館、 JICA 中国事務所への報告
		PM		16:40 北京発 → (JL024) → 21:00 羽田着

1-4 調査の内容

- (1) 第一次詳細計画策定調査（2010/12/12-12/21）の結果を踏まえ、中国政府からの協力要請の背景、内容を確認する。
- (2) 中国側関係機関との協議、関係者とのワークショップを経て、協力計画を策定する。
- (3) 当該プロジェクトの事前評価を行うために必要な情報を収集、分析する。

1-5 主要面談者

(1) 衛生部

馮 勇	国際合作司国際組織処 処長
戴 維	国際合作司アジア・アフリカ処 処員
張并立	農村衛生管理司衛生サービス計画管理処 副処長
王旭丹	農村衛生管理司衛生サービス計画管理処 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
武琼宇	安徽省衛生庁 副庁長
江 文	安徽省衛生庁農村衛生管理処 処長
馬旭升	安徽省衛生庁農村衛生管理処 副処長
唐建友	安徽省衛生庁農村衛生管理処 主任科員
陳建中	安徽省衛生庁科学技術処 処員
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
余林夏子	安徽省衛生庁援外処
王潤霞	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
汪長如	安徽医学高等専科学校 副主任
趙 東	安徽省人口計画生育委員会科学技術処 処長

(3) 宿州市埇橋区関係者

馬新安	埇橋区衛生局 副局長
張真理	埇橋区衛生局 主任
于心長	埇橋区疾病予防コントロールセンター（CDC） 副主任
吳申生	埇橋区符離鎮衛生院 院長

(4) 宿州市碭山県関係者

孔 玲	碭山県衛生局 副局長
張 亜	碭山県衛生局弁公室 主任
王元根	碭山県疾病予防コントロールセンター（CDC）計画免疫科 科長
徐振動	碭山県関帝廟鎮衛生院 院長

(5) 宣城市涇県関係者

王希聖	涇県衛生局 副局長
余永明	涇県疾病予防コントロールセンター（CDC） 主任
呉申生	涇県赤十字会 秘書長
張小兵	涇県琴溪鎮衛生院 院長

(6) 巢湖市無為県関係者

候奎林	無為県衛生局 局長
呂江勇	無為県衛生局 股長
李厚来	無為県衛生局 股長

(7) 巢湖市廬江県関係者

吴曉霞	廬江県衛生局 副局長
徐広業	廬江県衛生局 股長
宋紅兵	廬江県疾病予防コントロールセンター（CDC） 主任
王小東	廬江県金牛中心衛生院 院長

(8) 六安市霍山県関係者

陳金琼	霍山県衛生局 副局長
龔本友	霍山県諸佛庵鎮中心衛生院 院長
李光江	霍山県疾病予防コントロールセンター（CDC） 主任
倪昌龍	霍山県衛生局 副股長

(9) 日本側関係者

柴田 拓己	在中国日本大使館 一等書記官
中川 聞夫	JICA中国事務所 所長
倉科 和子	JICA中国事務所 所長代理
小田 遼太郎	JICA中国事務所 所員
劉 然	JICA中国事務所ナショナルスタッフ

第2章 PCMワークショップ

2-1 PCMワークショップ

ワークショップに関する記録は、「PCMワークショップの結果」「PDM」「PO」として添付した。以下はその概要をまとめたものである（付属資料1、2参照）。

(1) 参加者

ワークショップには日本側調査団のほか、安徽省衛生庁農村管理課と医学教育専科学校、パイロット候補県の衛生局や疾病予防コントロールセンター（CDC）、母子保健院などで重要ポストに就く30人が出席した。

(2) 関係者分析

第1日目の午前に関係者分析を行い、午後から問題分析、第2日目に目的分析を行った。関係者分析については、モデレーターが現地調査の結果発表を行い、想定されるプロジェクト関係者の期待や関心、課題（弱みと強みを含め）を組織やグループごとに整理し、それぞれのグループ・組織がプロジェクトの構想にどのように関与するのかを確認した。

(3) 問題分析

問題分析は、安徽省のカウンターパートと話し合い、「3級医療サービスネットワークの公衆衛生サービスの管理体制が十分機能していない」から始めることとした。その後の討論については、県レベル、郷鎮レベル、村レベルの3グループに分かれ、「県の公衆衛生サービスを担当する組織が期待される機能を果たしていない」「郷鎮衛生院が期待される機能を果たしていない」「村衛生室が公衆衛生サービスで求められる機能が果たしていない」を直接原因としたうえで、それぞれのグループに分かれ分析を行った。議論を進める際、施設機材や資金の問題に終始しないように留意した。問題分析の内容は、調査で把握した内容とほぼ一致している。

(4) 目的分析とアプローチの選択

問題分析の段階から県・郷鎮・村にグループ分けされた参加者の一部を入れ替えて、すべてのレベルに参加できるようシフトしていくことを考えていたが、実際には参加者にとって慣れない議論だったこともあり、そのままのグループで続行した。それを補うために、それぞれの分析についてグループ発表を行い、その際に他のグループで議論した内容を共有するという方法をとった。

アプローチの選択については、選定基準に沿ってプロジェクトとして実施すべきカードをグループ内で決定し、さらに他のグループがコメントと意見を追記するという方法をとった。

目的分析で提示された内容はプロジェクト活動の中で組み入れられるかどうか検討する範囲内と判断し、これらを統合する基本計画をPDM案として策定した。先方の保健システムに入り込み、サービスの規範を作成する保健システムへの介入プロジェクトであることから、包括的で柔軟な対応が求められる。

2-2 PDMとPO作成プロセス

今回のように、すでに国の政策（上位プログラム）として、上位目標が決まっている場合、その枠組みから外れることはできない。また保健システムの強化のような介入案件は、線形の原因—結果の関係で分析しにくい。特にこのプロジェクト計画は以下の点に留意する必要がある。

- プロジェクトは国家プロジェクトとして国家の政策に貢献するという点（モデルを国レベルで普及することに期待）から中央の政策レベルから農村レベルの問題まで、縦の論理を軸に置かざるを得ない構造になっている。そのため、成果や活動の中で外部要因を取り込まない戦略や指標の設置が重要になってくる。例えば、成果を見る場合、機材や設備の条件を満たさないところにはプロジェクトとして介入しないこと、定性的な指標と定量的な指標を組み合わせ、数値的な変化だけでなく、たどり着く道筋を明らかにする視点ももつことなどである。
- プロジェクトデザインでは、目標万能志向ではなく、目的をもったプロセスをより重視し、プロジェクトの構想として設定した規範化や研修プログラム開発、公衆衛生サービスの3級医療サービスネットワークのモニタリング評価を保健システムに組み入れていくための計画設計、開発、試行、フィードバックといった方法論を前面にもってきた。ワークショップの目的系図で議論したアプローチは、そのプロセスの中に含まれる活動となる。

第3章 プロジェクト計画

3-1 プロジェクト概要

(1) 案件名

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

(2) 協力概要

このプロジェクトは中国の農村住民9億人に対して中央政府が取り組む農村部の感染症対策や生活習慣病対策、基本保健医療を含む基本公衆衛生サービスの質向上を図るために、安徽省内の6パイロット県における実践を通し、地域特性を踏まえた農村部の基本公衆衛生サービス改善のためのモデルを構築することをめざす。

プロジェクトでは、①農村部の郷鎮衛生院や村衛生室が使いやすい実用的な標準業務マニュアル（技術面/運用面）を整備し、②そこで働く人材育成のための研修管理の仕組みを整備し、③サービスの質の改善に資する評価方法を構築・活用させ、さらに④関係機関との連携を促進することで、パイロット県が農村部の基本公衆衛生サービスの技術・運営に関する段階的・実用的な実施能力を獲得するとともに、その実践を通じた方法論としてのモデルを構築することを目的としている（図3-1参照）。

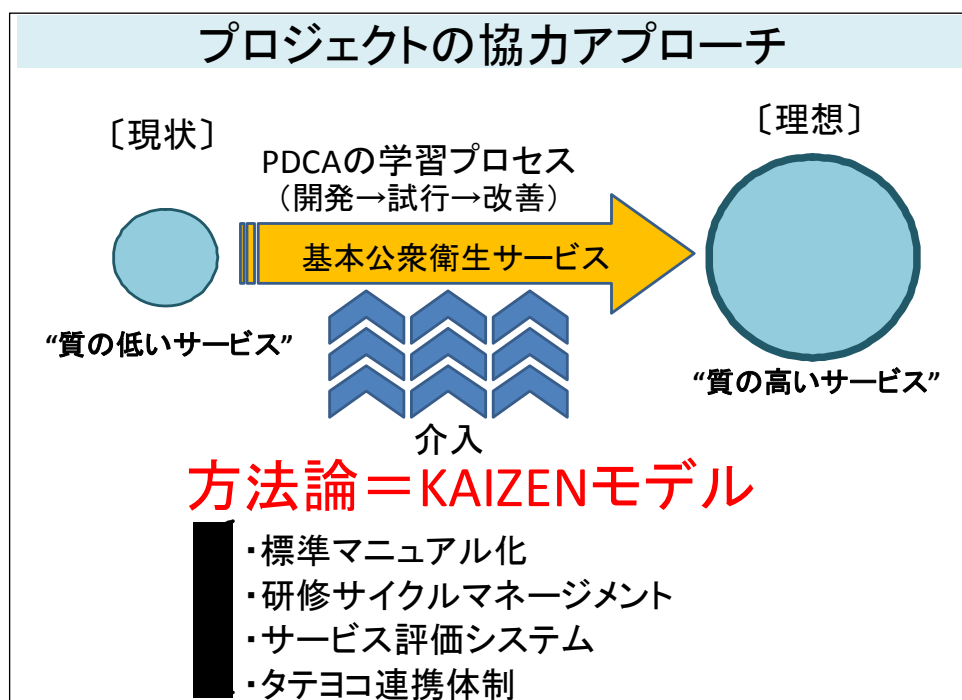


図3-1 プロジェクトの協力アプローチ

(3) 協力期間

2011年X月～2015年X月（4年間）

(4) 協力相手先機関

中国衛生部農村衛生管理司等（詳細は「3-6 プロジェクト実施体制」を参照）

(5) 裨益対象者及び規模等

プロジェクト活動への関与や研修によって直接的な技術移転の対象となる直接裨益者は3級（県、郷鎮、村の3レベル）医療サービスネットワークの管理者・サービス提供者である。また、プロジェクトを通じて、プロジェクトのパイロット県における公共衛生サービスの質が改善されることにより、同パイロット県に居住する農村住民約800万人（8割が農民と想定）に裨益すると想定している。

3-2 プロジェクトの枠組み

(1) プロジェクト目標

目標	指標
地域特性を踏まえた、農村部における基本公衆衛生サービス改善のためのモデルが構築される。	1-1 パイロット県内においてモデルを適用した郷鎮衛生院数 1-2 地域特性に応じたモデルが誰でも入手できる手段で提示されている。 1-3 パイロット県にて同モデルを推進できる人材数

「地域特性を踏まえる」という意味は、疾病構造や公衆衛生サービスの内容、保健医療人材の配置、施設機材の改善度合い、貧困地域へのモデル展開などによって標準的なモデルがそれぞれの地域で異なるかもしれないという議論を反映したものである。安徽省内の6パイロット県において地域特性を踏まえた農村部の基本公衆衛生サービス改善に向けた活動を行い、介入の方法論に関するモデルを構築することをめざす。パッケージとしての基本部分は同じであるが、展開の仕方にそれぞれ地域特性が出てくる可能性がある。

上述のような理由から、パッケージの事前テストを含め、モデルを取り入れる衛生院が次第に増えていくことを想定している。また、モデルの他地域への展開を期待していることから、ネット上でのモデルの提供やそのプロセスを推進できる人材が育成されることも指標として設定している。

(2) 上位目標

目標	指標
全国に改善モデルが参照され、全国における農村衛生管理体制の改革が促進される。	モデルを導入した省の数

プロジェクトにより構築されたモデルをもとに、衛生部がプロジェクト対象地域以外にモデルを導入することを想定している。

(3) アウトプット

アウトプット	指標
【成果1】規範に基づく実用的な標準業務マニュアル（技術面/運用面）が整備される。	1-1 標準業務マニュアルが安徽省衛生庁に承認される。 1-2 パイロット県内の関係施設すべてに標準業務マニュアルが配布される。 1-3 標準業務マニュアル使用者の70%以上が、その実用性を認める。
【成果2】効果的・効率的な研修管理の仕組み（ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む）が整備される。	2-1 研修管理の仕組み（ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む）を繰り返す研修が実施されている（チェックリストで把握） 2-2 研修参加者の数と計画に対する割合（データベースによる） 2-3 研修終了時の研修参加者（学習者）による研修目的、理解度、現場での実効性、研修方法に関する肯定的な評価がxx%以上となる。
【成果3】基本公衆衛生サービスの質の改善に資する実用的な評価方法が構築/活用される。	3-1 評価側と評価される側の意図と指導・支援機能を反映し、かつ実効性があり評価者、被評価者に認められる評価方法の存在（チェックリストで把握） 3-2 無作為無記名でのサンプル調査による評価方法で肯定的な評価を行う人がxx%以上になる。
【成果4】3級医療サービスネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調関係が強化される。	4-1 関係機関間の協力が深まったと関係者のxx%以上が感じる。

(4) 活動計画

活動計画は以下のとおりである。時間的な流れとしては成果1を確定してから、成果2と成果3を開始する。成果4は、成果2と成果3の進捗に合わせて、年に2回程度実施する（付属資料1の別添2参照）。

【成果1】 規範に基づく実用的な標準業務マニュアル（技術面/運用面）が整備される。

- 1-1 既存の規範をレビューする。
- 1-2 既存のデータも活用しつつ、パイロット県におけるベースライン調査（住民ニーズ、受療行動、健康意識、医療従事者の技術レベル、サービスの質アセスメント、パイロット県の疾病現況等）を行う。
- 1-3 標準業務マニュアルの原案を作成する。
- 1-4 標準業務マニュアル原案を試行する。
- 1-5 標準業務マニュアルを評価に基づき改訂する。

【成果2】 効果的・効率的な研修管理の仕組み（ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む）が整備される。

- 2-1 研修のニーズアセスメントを実施する。

- 2-2 県レベルにおける研修実施体制を構築する（研修拠点及び研修データベースを含む）。
- 2-3 各種研修に必要な教材を作成する。
- 2-4 安徽省高等医学専科学校において、各県関係者に対する参加型研修を実施する（TOT）。
- 2-5 郷鎮衛生院の基本公衆衛生サービスに関して、スタッフの研修計画（施設内/施設外研修）を策定/実施する。
- 2-6 村衛生室の基本公衆衛生サービスに関して、スタッフの研修計画を策定/実施する。
- 2-7 研修の効果と効率を評価し、研修実施に必要な改善を加える。

【成果3】基本公衆衛生サービスの質の改善に資する実用的な評価方法が構築/活用される。

- 3-1 基本公衆衛生サービスのモニタリング評価の実施方法のレビューを行う。
- 3-2 モチベーション向上と実践能力向上につながる評価方法を策定し試行する
- 3-3 基本公衆衛生サービスの質の向上につながる評価方法を策定し試行する。
- 3-4 県による郷鎮・村に対するスーパーバイズと支援を行う。
- 3-5 試行結果に基づき、評価方法を改善する。

【成果4】3級医療サービスネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調関係が強化される。

- 4-1 研修計画の立案、健康教育の実施等に関する、3級医療サービスネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調体制の仕組みを検討/構築する。
- 4-2 関係各機関が定期的な会合を持つ。
- 4-3 パイロット県におけるプロジェクトの経験共有のための、パイロット県間の交流会を開催する。
- 4-4 プロジェクトの経験共有のための省内外との交流会を開催する。

3-3 投入概要と専門家投入分野

3-3-1 投入概要

【日本側の投入概略】

- ・日本人専門家
- ・本邦研修
- ・資機材供与
- ・健康教育に関する資機材
- ・TOT研修経費、中国国内研修経費、業務マニュアル、研修教材

【中国側の投入概略】

- ・カウンターパート
- ・プロジェクト事務所
- ・各県の研修拠点
- ・郷鎮・村を対象とした研修経費

なお、本調査において中国側との間で投入に関して合意には至らなかった。詳細は以下のとおり。

項目	合意事項		不合意事項
	日本側負担	中国側負担	
標準業務 マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> ・ ニーズアセスメント結果の反映方法、教材の作成方法に関する技術指導 ・ パイロット県に対する印刷製本配布、(必要に応じ) マニュアル原稿料の経費 	マニュアル作成	
各種研修 経費	<ul style="list-style-type: none"> ・ パイロット県関係者へのTOT ・ 郷鎮衛生院、村衛生室への研修のうち、研修員の旅費(宿泊費、交通費) 	郷鎮衛生院、村衛生室への研修に関するその他経費(会場代等)	日本側負担は順次減少し、最終的にはゼロとする。
スーパー バイズ			<ul style="list-style-type: none"> ・ 省関係者がパイロット県へスーパーバイズする際の旅費等 ・ パイロット県関係者が郷鎮・村にスーパーバイズする際の旅費等
機材	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安徽医学高等专科学校に対する研修用機材(パソコン、プロジェクター、プリンター、コピー機、スキャナー、カメラ等) ・ パイロット県研修センターにおける研修用事務機器(パソコン、プロジェクター、プリンター、コピー機、スキャナー、カメラ) ・ 県衛生局の郷鎮・村へのスーパーバイズ用交通手段 ・ プロジェクトオフィスの事務機器 ・ 健康教育教材(DVD等) 	その他必要な機材	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクトオフィス用7人乗り/20人乗り車 ・ パイロット県内全村衛生室に対するバイク

3-3-2 想定される日本人専門家の業務内容

以下は、想定される日本側の専門分野をもとに、専門家の業務内容を記載した素案である。専門分野をもとにしているため、必ずしも専門家の人数と一致するわけではない。大まかな派遣時期についてはPOに記載した。

(1) チーフアドバイザー

プロジェクト全般を管理する。また、成果4の「3級医療サービスネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調関係が強化される」を担当する。プロジェクトのインパクトを高め、リスクを未然に防ぐために、カウンターパート機関である安徽省はもとより上部機関や他の関係機関、家庭保健を通じた感染症予防と健康教育強化プロジェクトなどとの協

力・調整を行う。農村衛生管理体制のみならず、都市部のコミュニティ衛生ネットワークの進展にも留意し、ベストプラクティスの取り込みなどにも視野に入れる。

農村衛生管理体制全般とその進捗・進展を理解しつつ、PDM及びPOに基づいたプロジェクト活動の計画・実施管理、モニタリング、評価を行う。また、プロジェクトの進捗等を勘案し、必要に応じ、PDM及びPOの改訂についても検討を行う。

(2) 組織運営

成果1の「規範に基づく実用的な標準業務マニュアル（技術面/運用面）が整備される」を担当する。関係する省衛生庁関連部署と県レベルの担当部署、郷鎮衛生院の担当部署、村衛生室の技術面/運用面からの役割・機能をカウンターパートとともに明らかにし、サービス提供側のみならず、利用者側からの視点も取り入れたバランスの良いマニュアル作成を支援する。作成に際して3級医療サービスネットワーク間での共有事項、コミュニケーション、コストに留意する。

他の専門家と協力して、規範のレビュー、担当分野の調査企画、マニュアル原案作成、試行、評価法と評価、改訂、普及戦略等を行う。

(3) 研修管理

成果2の「効果的・効率的な研修管理の仕組み（ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む）が整備される」を担当する。成果1での活動により明確になった、関係する省衛生庁関係者と県レベルの担当部署、郷鎮衛生院の担当部署、村衛生室の技術面/運用面からの役割・機能分担や標準業務マニュアル等をもとに、9つの公衆衛生サービスに関する研修ニーズをカウンターパートとともに明らかにする。また、それぞれの県で研修体制を構築するために、整備すべき研修拠点の投入機材をリストアップし、整備する。さらに必要に応じ、研修ニーズの把握と研修対象者等（調査企画）、適切な研修企画と実施、評価、査定とのリンク等を考慮したデータベース案を作成する。

さらに他の専門家と協力して、対象者ごと/テーマ別に優先順位を勘案した研修計画の策定（講師手配等を含む）、教材の作成支援、研修評価方法等の業務を行う。

(4) モニタリング評価

成果3の「基本公衆衛生サービスの質の改善に資する実用的な評価方法が構築/実践される」を担当する。成果1、及び成果2に関する活動結果を踏まえ、各レベルの関連部署や9つの公衆衛生サービスに対する、効果的/効率的/持続可能なモニタリング評価体制案をカウンターパートとともに検討・構築する。そのために、現行の評価制度の課題等を分析したうえで、品質改善と組織改善・強化（フィードバックによる支援方法を含める）に資するモニタリング方法を提案する。

(5) 健康教育

公衆衛生サービスの中で実施すべき「健康教育」に関して、対象ごとのマニュアルの作成、研修内容と教材、研修講師への指導、モニタリング評価法等について、必要となる各種支援・活動を行う。

(6) 生活習慣病

公衆衛生サービスの中で実施すべき「慢性病管理」と「65歳以上の高齢者保健」に関して、対象ごとのマニュアルの作成、研修内容と教材、研修講師への指導、モニタリング評価法等について、必要となる各種支援・活動を行う。

(7) 母子保健

公衆衛生サービスの中で実施すべき「乳幼児保健」と「妊産婦・母性保健」「予防接種」に関して、対象ごとのマニュアルの作成、研修内容と教材、研修講師への指導、モニタリング・評価法等について、必要となる各種支援・活動を行う。

(8) 公衆衛生

公衆衛生サービスの中で実施すべき「感染症の監視」に関して、対象ごとのマニュアルの作成、研修内容と教材、研修講師への指導、モニタリング評価法等について、必要となる各種支援・活動を行う。また、公衆衛生サービスの観点から各レベルでの人員体制・技術レベルや実施体制の効率性・効果等を踏まえ、現実的に可能なサービスを見極め、実際のマニュアルづくりや研修内容の検討、組織体制の整備に活かされるよう、必要となる支援・助言等を行う。

(9) 地域保健

公衆衛生サービスの中で実施すべき「農民健康ファイル」と「重症精神病管理」に関して、対象ごとのマニュアルの作成、研修内容と教材、研修講師への指導、モニタリング評価法等について、必要となる各種支援・活動を行う。

また、地域保健の観点から、各レベルでの人員体制・技術レベルや実施体制の効率性・効果等を踏まえ、現実的に可能なサービスを見極め、実際のマニュアルづくりや研修内容の検討、組織体制の整備に活かされるよう、必要となる支援・助言等を行う。

公衆衛生分野の専門家と協力しながら、農民健康ファイルの対人面、対人口面の活用について検討する。

また、農民の健康概念、健康意識、健康行動と受療行動など、利用者の視点に立った、マニュアル作成、研修の実施に必要な支援・助言等を行う。

(10) 行動変容コミュニケーション（BCC）

公衆衛生サービスの中の「健康教育」「乳幼児保健」「65歳以上の高齢者保健」「慢性病管理」など人々のBCCに関連ある領域において、規範づくり、研修内容の検討・実施に際して、BCCの点から必要となる技術指導・助言等を行う。

(11) 教育工学

プロジェクトで実施する研修内容とプログラムにとどまらず、正規教育や継続教育、再教育、生涯教育などの視点から、郷衛生院と村衛生室の保健医療従事者を対象に教育・学習の効果と教育・学習制度、インセンティブとの関係などについて技術面からの投入と助言を行う。

(12) マルチメディア・情報通信技術 (ICT)

研修管理や健康教育、地域保健などの専門家と協力し、マルチメディアやインターネットなど情報技術を活用した研修方法について検討し、カウンターパートに対して適宜、支援・助言を行う。

3-4 前提条件と外部条件

(1) 前提条件

各パイロット県が、プロジェクト開始前までに研修拠点を定めることが前提条件となる。なお、パイロット候補県における研修拠点候補地の現状は以下のとおりである。

<研修拠点候補の現状>

	研修拠点候補	現況
碭山県	県人民病院 またはCDCの会議室？	<ソフト面> 省・市級の研修を受けていた専門技術者が一定の知識をもっているため、郷・村級スタッフへの研修が行える。 <ハード面> CDCに大きな会議室があり、プロジェクターがある。 鎮レベルにはプロジェクターはない。
埇橋区	なし。衛生局会議室？	<ソフト面> 記載なし。 <ハード面> 衛生局には研修用の広い施設はなく、病院会議室やコミュニティの会議室を使っている。決まったところがあるわけではない。
霍山県	県衛生学校	<ソフト面> 県CDC、県母子保健所、県精神病院、県人民病院、県漢方病院は、研修を行うための人材と経験を有する。 <ハード面> 県衛生学校は自前の研修を行っていない状態だが、ハード面の施設・設備は有している。
廬江県	県衛生学校	<ソフト面> 精神病院、県CDC、母子保健院、県人民病院にて研修を行うための人材はいる。 <ハード面> 衛生学校にて農村衛生人員向け研修は実施可能
無為県	県衛生学校	<ソフト面> 記載なし <ハード面> 衛生学校の内装を改装済み
涇県	母子保健院？	県CDC、母子保健院が、現在も公衆衛生面の研修を担っており、研修場所、講師ともに対応可能

出所：質問票による回答

(2) プロジェクト目標達成のための外部条件

農村部（末端）における医薬衛生体制総合改革施策の基本方針が大きく変わらない。

3-5 プロジェクトモニタリング評価計画

- ・ 中間評価：協力開始後24カ月後を目処に実施
- ・ 終了時評価：協力終了6カ月前を目処に実施

プロジェクトモニタリングが中国の定常組織である県衛生局・衛生院の公衆衛生サービスの業績評価や保健情報システムなどとシンクロナイズするようモニタリング計画を立てる。指標の設定に際してはプロジェクトの各アプトプットが保健システムに組み込まれていくプロセスを見るための定性指標（多くはチェックリストを想定）とそのプロセス間を定量的に計る指標の組み合わせに留意する。

3-6 プロジェクト実施体制

(1) 中央レベル

【衛生部農村衛生管理司】

衛生サービス計画管理処長：プロジェクト・マネージャー

【国際合作司】

副司長：プロジェクト・ディレクター

(2) 安徽省

1) カウンターパート

【安徽省衛生庁】

庁長：プロジェクト・サブマネージャー

農村衛生管理処

母子保健・社区卫生処

科学技術教育処

外事処

疾病予防コントロール局（CDC）

【安徽医学高等专科学校】

【母子保健所】

【安徽省CDC】

2) 関係機関

パイロット県関係者、及び同県内の郷鎮衛生院・村衛生室での保健従事者

3-7 実施上の留意点

今回プロジェクトのコンセプトのもと、プロジェクトの活動が効果を発揮し、中国の医薬衛生体制改革に沿ったサービスの向上を図るためのひとつのモデルとして定着していくためには、以下の点に留意する必要がある。

3-7-1 安徽省衛生庁との対話

PDCAサイクルのもと現場の課題を中心にしたアセスメントを行っていけば、その結果として、安徽省で導入されつつある既存の業績評価制度、3級における医療衛生機関の機構・定員の改革といったシステムの変更にも踏み込まざるを得ないと思われる。安徽省衛生庁としては、システムへの介入ではなく人材育成に特化したいというのが本音と推測されるが、調査結果、関係者が参加して議論したワークショップでの課題分析から、単なる研修等の人材育成のみではサービス向上は図りがたいというのが結論である。

中国の地方行政においては、県・郷鎮等にとって省人民政府の方針、意向は絶対であり、県で独自に決められる仕組み、制度はない。したがって、このプロジェクトの活動の設計、活動開始後のモニタリングの過程で、安徽省衛生庁との絶えざる対話が必要と思われる。

3-7-2 インセンティブの仕組み

現代中国の経済発展に関して、経済活動における国家行政が付与してきたインセンティブ（規制緩和、予算外予算、私有財産の所有等）がうまく機能してきたと考えられる。

一方、元来経済的なインセンティブが働きにくい、公的な保健医療サービスの分野、特に農村部においては現状で医療従事者の業務に対するモチベーションを維持、向上させるインセンティブの仕組みが十分整っていないと思われる。

近年は、人民政府の予算増により3級の医療施設であっても、郷鎮、村衛生室などの施設面での整備は進展しているが、医療従事者、特に医学教育を受けた医師等が3級で勤務するインセンティブの制度がない状況に変わりはない。医薬衛生体制改革の薬価の改正により、地域住民のメリットは出たが、旧来の制度で一定の収入を得ていた村医の意欲は減退しつつあるとの見方が強い。郷鎮衛生院に関しても総じて患者数は少なく、その状況を改善しようという問題意識は省行政サイドにはあっても、現場の県以下の3級医療従事者にとって、採用されたポストにその後人事異動もなく勤務を続ける人事制度等の現行の仕組みでは、現場のスタッフの自主的な改善意欲は生じにくい。

知識を習得し、提供するサービスの質・量を改善する、そのためのトレーニング・研鑽を積む、それを個人・組織の業績評価にどう反映させるか、そういうインセンティブを付与するか、人事上の昇格、昇給、配置転換にどう反映させるか—というような観点を常に念頭に置き、行政側との対話を継続し、プロジェクト運営にあたっていく必要があると思われる。

3-7-3 関係諸機関との連携

日本においても農村部の生活、衛生状況の改善のために、保健医療行政のみでなく生活改良普及員の活動、愛育班活動などさまざまな機関、仕組みが活動・連携して地方での国民の福利厚生向上を図ってきた歴史がある。

広大な中国ではなおさら資源の限られた衛生系統のみで人民の要求を満たすことは困難であると思われる。したがって、今回のプロジェクトで企画されている人口・計画生育委員会の系統（以下、「計生系統」と記す）との連携について、制度化する試みは意義のあるものと思われる。

具体的な方策は、ベースライン調査の分析、関係者との協議を踏まえて策定するが、健康教育、保健指導、家庭訪問等に関して協働作業していくことを念頭に置くべきである。

3-8 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

地域特性を踏まえたモデル構築に際して、貧困層が多く占める困難な地域へのアプローチも実施プロセスの中で検討する必要がある。末端施設である村衛生室で働く村医には男性が多い。サービス内容とその展開においてはジェンダー面での配慮も踏まえた検討が必要となる。

3-9 過去の類似案件からの教訓の活用

中国で先行して実施されている「ワクチン予防可能感染症のサーベイランス及びコントロールプロジェクト」の研修サイクルマネジメント（TCM）手法¹が、本計画の策定に活かされている。

¹ 研修参加者（学習者）が、研修の計画、実施、評価に参加しつつ、かつ職場の実践につなげるという連続的なプロセスを重視する研修管理手法

第4章 詳細計画策定調査結果

4-1 団長総括

中国農村部における従来の基礎医療中心のサービスの考え方（といっても、旧来型の村医は正規の医学教育を受けていないので、医療サービスと定義してよいのか微妙と思われるが）から、農村部での予防も含めた総括的なサービスの提供をめざして、政策の転換が図れているといえる。この政策の方向性は中央政府から実施すべき基本公衆衛生・医療サービスの項目が上位下達で提示されている。しかし、その方策を実現し、内容を伴うものにするための具体的な方策は提示されていない。また、そのための財源も拠出されていないと思われる。したがって、医薬衛生体制改革の具体策、実施は省レベルに委任されているといえる。

一次、二次調査を通じ、中国の末端における保健医療システムに関するさまざまな課題が散見された。人材のレベル、医学教育バックグラウンド、人材の配置、施設の機能・内容など、国が求める提供すべきサービスの基準との乖離を埋めるための取り組みは多大な労力が必要と思われる。

そのギャップを埋めるためにはどのような取り組みがあり得るのか、そのための方策・設計図を、関係者を集めたワークショップでの議論等を通じ取りまとめ、今回提示したこのプロジェクトには意義がある。

特に、現在実施中のワクチン予防プロジェクトの教訓、成果を活かすことにつながる同プロジェクトの研修マネジメントツールの導入、計画生育やリプロダクティブヘルスを担当する計生系統との連携など、うまく実施できれば、保健・医療に限らず、中国末端での行政サービスの向上のための効果的なモデルの構築となる可能性があると思っている。

今回、二次調査において、プロジェクトの内容ではなく、投入計画に関して合意に至らなかったことは残念であるが、安徽省衛生庁の要望した投入を受け入れることは困難であった。今後、安徽省が日本側に期待する投入要素を取り下げれば合意できる可能性があるが、期待は薄いと判断される。

なお、国家人口・計画生育委員会と実施する家庭保健プロジェクトは、安徽省もモデル省となっており、2県（無為県、霍山県）がパイロット県として具体的な活動が予定されている。今回の二次調査のワークショップに同2県の関係者（局長、副局長、郷鎮衛生院長レベル）が参加しており、特に無為県については一次調査で現地調査も実施している。

今回、本プロジェクトに関して衛生庁と合意に至らなかったことが、家庭保健プロジェクトと同プロジェクトで企画されている衛生部の系統と連携した活動に対して、悪影響が出ないように工夫を今後検討していく必要がある。

4-2 保健行政の点から

保健行政の課題については、すでに第一次詳細計画策定調査報告書の第2章「中国の保健行政の課題と改善について」、第3章「中国の公衆衛生状況」、及び第4章「安徽省の公衆衛生状況」に詳述されている。要約すると、「医療衛生体制総合改革施策」に基づいて、特に農村部における3級医療サービスネットワークの実施管理体制の強化とそのための保健医療従事者の適正配置、能力向上といえる。

この点において、本プロジェクトは中国衛生部が策定した「国家基本公共衛生服務規範」にのっとった公衆衛生重視の国家命題に基づいた内容であることに間違いはない。またこの国家政策

にドナーの力を加え、その政策をさらに良くし、省内、国内へ発展することの意義は極めて大きいといえる。

しかしながら最大の課題は、このような背景のなか、現在県・郷鎮・村の3級医療サービスネットワークの施設中心の治療を主としたサービスの質を確保・強化しつつ、施設外も視野に入れた、いわゆる公衆衛生、予防活動サービスをどのような形で導入、展開するかであると考えられる。

この点については、安徽省衛生庁、ならびに各レベル関係者とも明確な方向性を持ち合わせておらず、今回のワークショップでも明確な将来への展望、期待する内容は示されなかった。さらに、基本公衆衛生サービスと位置づけられる9項目についても、郷鎮衛生院・村衛生室が担当することは十分認識されているものの、その具体的な役割分担のあり方や優先度についても明確ではなかった。

そのため、本プロジェクトにおいてこの3級医療サービスネットワークと役割分担のあり方について、いくつかのモデルを縦横のネットワーク軸を十分考慮して考案する必要があるが、そのプロジェクト案をどのように形成し、理解を促し、実行できるプロジェクト体制を組めるかについて関係者の意見は必ずしも共有されているとはいえない。特に3級医療サービスネットワークの実施管理体制の強化には、その中核的な郷鎮衛生院長の理解役割が大きいとの指摘はあったが、採用は実質的に「任命」であり、人事的側面も含め郷鎮衛生院長の能力向上と理解をどのように促すかが、ある意味で本プロジェクトの鍵と考えられる。

中央衛生部には、ベンチマーク（3年間指標・目標）があり、安徽省衛生庁側にも到達目標があるとのことであるが、これはプロジェクトにおけるモデルの類型案（将来のビジョン）と連動しており、早急な検討が望まれる。

基本公衆衛生サービスと位置づけられる9項目の総合的な評価では、特に健康教育、精神衛生の対応が不十分であり、その理由として健康教育については設備・機材の不足、村医の専門知識技術の不足、交通手段の不足などがあげられ、精神衛生については患者自身あるいは社会の理解不足、専門スタッフの不足があげられたが、どのような改善のためのアプローチがあるのかについて具体案は示されなかった。

9項目の方針を決定するのは、安徽省衛生庁の政策関連の窓口となる母子保健・社会衛生課（2011年3月に決定）とのことであるので、基本公衆衛生サービスの質の改善につながる既存規範をもとに、現地に沿ったより実務・実用的な運用の仕方を提示する指針やマニュアルなどを作成するには十分な意見交換と情報共有が重要であると考えられる。そして、これらモデルあるいはプロセスを重視したアプローチに基づいた「研修」「教材」などにその内容を反映させることが望まれる。

また、本プロジェクトの重要な柱である人材育成については、個々の研修ではなく、研修実施体制を持続できるような支援、つまり、省・県レベルの研修教育実施者へのTOTのみを対象とする方針であったが、ワークショップではいわゆる「学歴教育」の必要性が強く指摘された。この「学歴教育」は郷村職員を対象に安徽省高等衛生医科学学校で3年間にわたり、年2カ月研修を受け、3年目に実習を行う。短大卒と同等の資格を得るが、郷村の現施設でしか働けないものである。現在、臨床分野のみの研修に全科・公衆衛生分野のプログラムを組み込むことであるが、対象、内容、時間的にもプロジェクトの範囲を超えるものであると考えられるため、本協力の対象外として整理した。

安徽省側の基本的な考え方は、中国衛生部の「国家基本公共衛生服務規範」にのっとった3級医療サービスネットワークの強化である。その「本来業務」を重視するあまり、現在のところ、本

プロジェクト案が提示した主要成果である指針作成、人材育成のための研修、業務管理評価及び協力連携への係わり方に、将来的に省内、国内へ発展するための具体的かつ明確な共通認識をもっているとは言いがたい。この点について、今後、日中双方での共通認識の形成を行うことが必要と思われる。

4-3 研修計画の点から

農村部においては、「医療衛生体制総合改革施策」に従い、郷鎮衛生院及び村衛生室では、これまでの臨床中心のサービスから9項目の基本公衆衛生サービスを重視する方針になった。しかしながら、いままでの臨床中心のサービスを提供してきた保健医療従事者は、公衆衛生の知識やスキルが不足しており、十分な公衆衛生サービスが農村住民に提供されていない状況といわれている。このような状況下において、農村部住民の保健医療サービスへのアクセスの確保と拡大、そして保健医療水準の向上を図ることが急務とされるなか、9項目の基本公衆衛生サービスを重視する方向へシフトしてきている。しかし、郷鎮衛生院及び村衛生院における9項目の基本公衆衛生サービスは開始されたばかりであり、以下の点を含む多くの問題が含まれているように思われた。

- ・保健医療資源の都市・農村間の格差は大きく、農村部の衛生院や診療所は病床数、医療機器、薬剤、医師の質量ともに低水準になっている。
- ・中国の医師数を見ると、中国の医師は大学医学部卒業者だけでなく、高校卒、中卒後一定期間の研修、実務を経た後、医師（医師、医士）になったものも多い。前回調査時の統計資料によると、医師（助理医師も含む）の学歴は、病院、母子保健院、CDC、郷鎮衛生院の順で大卒以上の医師数の占める割合は小さくなっている。それぞれの医療機関によって医師の資格とサービスの質に格差があると考えられる。

今回の調査を踏まえ、今後の留意点・提言等は以下のとおりである。

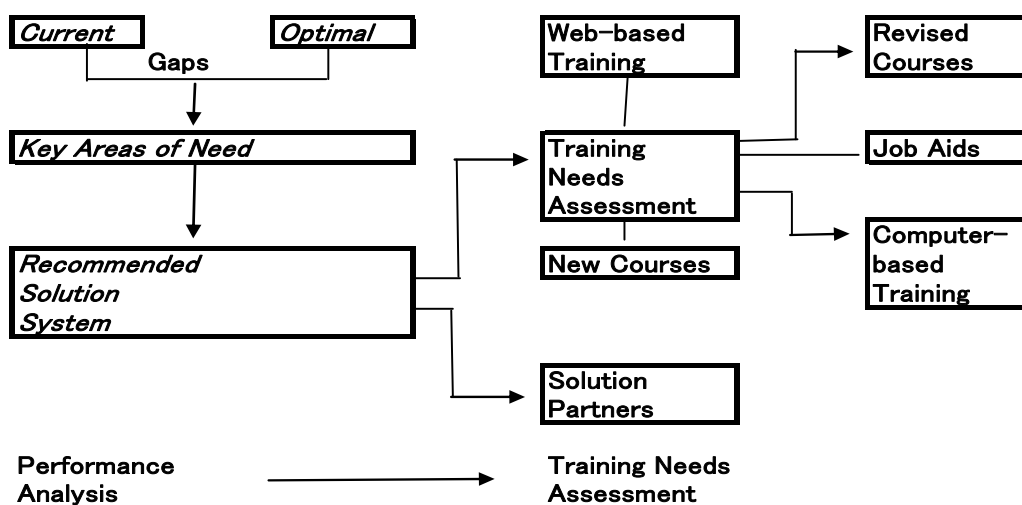
(1) 郷鎮衛生院/村衛生室のスタッフに対する教育・研修

本プロジェクトの目的は、「地域特性を踏まえた農村部における基本公衆衛生サービス改善に資するモデルが構築される」とされている。また、その成果として次の4項目が掲げられている。

- ・成果1：規範に基づく実用的な標準マニュアル（技術面/運用面）が整備される。
- ・成果2：効果的・効率的な研修管理の仕組み（ニーズ・アセスメント、評価、フィードバックを含む）が整備される。
- ・成果3：基本公衆衛生サービスの質の改善に資する実用的な評価方法が構築・活用される。
- ・成果4：3級ネットワークと各関係機関の継続的な連携・協調関係が強化される。

上記のプロジェクト目的、4つの成果及び裨益対象者に基づき、人材マネジメントの視点から教育・研修について検討する。

図4-1はパフォーマンス分析からトレーニング・ニーズ・アセスメントへの流れを示したものである。



出所：First Things Fast, 1999

図4-1 Performance Analysis to Training Needs Assessment

ここでいうパフォーマンスとは「パフォーマンスは行動だけでなく、その結果である成果を含む」を表す。例えば、今回の対象となっている基本公衆衛生サービス提供の現状とあるべき姿の公衆衛生サービスのギャップを見つけ、どの領域（職務責任が明確でない、求められるパフォーマンスを促進するインセンティブがない、管理者のコーチングや激励がない、スタッフの知識やスキルが不足しているなど）におけるサービスに最も問題があるかを見極め決定する。そしてそれらの問題に対するいくつかの問題解決法を選定する。その中で、その問題解決方法が教育・研修であれば、トレーニング・ニーズ・アセスメントを実施する。そこで、今までにない新しい研修コース（Off-the Job Training）を開設するのか、WBT（Web-based Training）を行うのか、既存コースの改正を行うか、あるいは、CBT（Computer-Based Training）を実施することになる。さらには、これらの研修コースを支える業務遂行支援システムの構築が必要となるかもしれない。

これらすべてのことを同時に実行することは、人材、機材、予算、情報及び時間を考慮すると困難かもしれない。しかし、郷鎮衛生院/村衛生室の現状とこれからの戦略を考えて現時点での最適解を選択しながら、あるべき姿を明確にし今後要求されることを達成できるようにしていく必要がある。また、研修方法としてのWBTやCBTの選択とは別に、ウェブベースのパイロット県スタッフに対する業務遂行支援プログラムの開発（人材データベース及び指導者業務マニュアル作成等）も業務として必要ではないかと思われる。

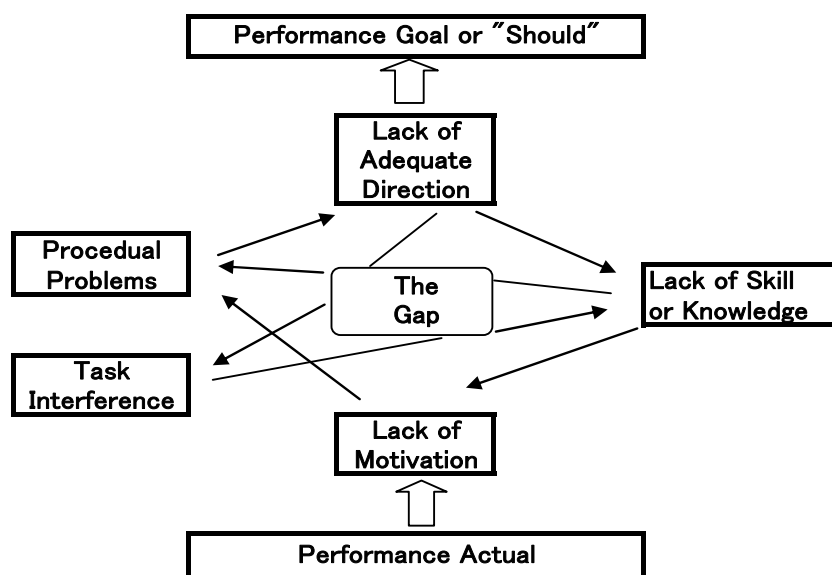
(2) 県研修センター/郷鎮衛生院における研修について

安徽省衛生庁がプロジェクト終了時の基本公衆衛生サービスの質の改善によって描くビジョン（あるべき姿）、ミッション（しなければならこと）及び戦略方針が明らかにされ、それを実行する職務内容が規定されなければならない。これらが明確にならなければ、個人の職

務の役割定義やそれを踏まえた今後の人材育成方針が検討・作成できないことになる。その結果、実際に県研修センター/郷鎮衛生院で実施する研修の効果が薄れる可能性がある。また、研修（OFF-JT）の目的が学習と職務遂行能力支援を通じて個人の職務遂行能力を向上させることであれば、費用対効果の観点からも、求められる人材像の視点からも、研修効果が現場に反映されない可能性が出てくるかもしれない。

したがって、現時点では、郷鎮衛生院/村衛生室のスタッフが9項目の基本公衆衛生サービスの中ですでに提供しているサービスで優先順位が高いものからサービス改善のためスタッフの職務遂行能力の向上に向けた研修プログラムから取りかかるのが最も効果的ではないかと思われる。

図4-2にパフォーマンス（達成された結果・成果）への問題を引き起こす要因を示したものである。



出所：The ASTD Training Development Handbook, 1996

図4-2 Normal Complex of Performance Problems

現状のパフォーマンスと期待される成果のギャップは

- 1) 知識、スキルの不足（教育・研修、業務支援、コーチングで対応）
- 2) モチベーションの不足（インセンティブ、報酬、価値感）
- 3) タスク遂行への障害（スタッフの意識改革、組織文化）
- 4) 業務遂行プロセスの問題（業務の標準化、ICT）
- 5) 方向性が明確でない（戦略の明確化）

などの要因の相互関連によって生じる。

例えば、Thomas F. Gilbertは、人のパフォーマンスに影響する要因として、職場環境（①情報、②機器・ツール、③インセンティブ）、人の要因（④知識、⑤能力、⑥意欲）を挙げている。したがって、研修だけでなく職場環境の改善を考えたパフォーマンスが向上する組織の仕組みづくりをしていくことも必要である。

人材を育成していく場合、新しい知識・スキルを習得するための教育・研修（OFF-JT）は

有効な方法の1つである。このOFF-JTを効果的にするためには、Jack J. PhillipsがKirkpatrickの唱えた4つのレベルの研修効果測定に、ROI（Return on Investment：投資収益率）の考え方を加えた研修システムをデザインすることも考慮する必要があると思われる。

この研修効果測定は表4-1に示されているようにレベル1からレベル5までとなっている。

表4-1 研修効果測定レベル1~5

レベル	レベル名	内容
1	Reaction(反応)	研修受講者の反応を測定する (受講者の教育・研修に対する満足度の評価)
2	Learning(学習)	知識・スキル・態度の変容を測定する (研修前後のテスト、レポートによる学習到達度の評価)
3	Behavior(行動)	実際の職務における行動の変化と研修課題の具体的な場面での応用を測定する (受講者自身への面接や他者評価による行動変容の評価)
4	Results(結果)	研修受講者の職場での成果を測定する
5	ROI	研修の成果と研修プログラムのコストの金銭的価値を測定する

研修評価は図4-3で示したPDCAサイクルの継続的改善が前提となるが、研修が自分に有用であったか、十分な成果を得たかなどの研修内容や運営の仕方に対する満足度については、多くの研修で実施されている。しかしながら、研修の効果測定であるレベル2からレベル5までは、レベルが上がるにつれ、その実施率は低くなっているのが現状である。

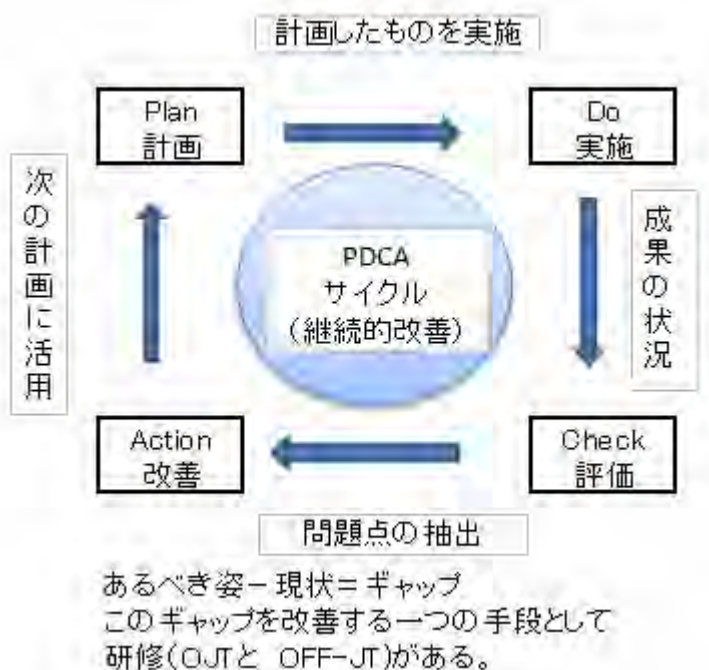


図4-3 PDCA Training Cycle

研修の効果測定とは、研修が受講者に与えた効果（レベル2、3）、研修を受講した職員が組織に与えた効果ということができる。レベル5は、公共性のある自治体にはあまりなじまない

かもしれない。したがって、レベル1からレベル4までは自治体における研修の効果測定には必要といわれている。この点を考慮することによって、研修効果を上げることが期待できる。

最後に、一次予防に重点をシフトさせていくうえで、必要な公衆衛生従事者の育成をコンピテンシー（特定の職務や状況下において期待される成果に結びつけることができる行動様式や思考特性）に基づく教育・研修の視点から述べる。

<コンピテンシーからカリキュラムへ>

- ① 学習者を特定する
- ② 学習獲得目標を決定する
- ③ 学習期間を評価する
- ④ どのように学習効果を測定するのかを決める
- ⑤ 学習の期待レベルを決める
- ⑥ 内容とその有用性を決定する
- ⑦ 学習者に適する教授方法を選ぶ
- ⑧ カリキュラムを開発する
- ⑨ 学習者を評価する

<コンピテンシーからカリキュラムそして研修へ>

- ① 期待されるパフォーマンスは何か
- ② 公衆衛生活動を実施する公衆衛生従事者に必要とされるコンピテンシーは何か
- ③ 個々のコンピテンシーを決める指標（量的、質的あるいは行動的で測定可能なもの）は何か（通常は、〇〇できる、〇〇する、というようなAction Verbで表現される）。職務で期待される成果を達成するためコンピテンシーのレベル（例えば5段階レベル）を決める
- ④ 個々のコンピテンシーを実行するために学習しなければならない特定の知識、スキル及び態度（Knowledge, Skills & Attitude）は何か

以上のことから、研修によって実際の現場で職務遂行能力が向上し、期待される成果が達成されることに貢献できる。また、県研修センター/郷鎮衛生院における研修効果をさらに上げるため、職務に必要なコンピテンシー項目の開発とその評価に加えて、パイロット県の郷鎮衛生院/村衛生室におけるモデリング、コーチング、メンタリング及び自己学習の職場における仕組みづくりをしていくことも重要と考えられる。

以上の点をまとめると、組織/職場における学習を促進・支援して現場で活かすためには、1.人はどのように学んでいくのか（学び方で効果は変わるのか、やる気を出させる方法、役に立つ研修をいかにつくるかなど）、2.学びの場（職場の学習環境デザイン）をどのようにつくりだすか、及び3.学びの効果をどのように確かめるのか、の3つの視点が重要である。

第5章 医薬衛生管理体制改革と農村衛生管理体制

5-1 疾病死亡率と死因構成

表5-1は農村の上位10位の疾病死亡率及び死因構成（2008年）を示したものである。中国農村の上位10位の死因は、1位が悪性腫瘍、2位が脳血管病、3位が呼吸器病、4位が心臓病、5位が損傷と中毒という順位で、1～5位までが疾患の87%を占める。女性の第1位は脳血管病であるが、その他の死亡原因の順位と、1～5位まで占める疾患の割合において男女の差はあまりない。

表5-1 農村の上位10位の疾病死亡率及び死因構成（2008年）

順位	死亡原因	死亡率 (1/10万)	構成%	死亡原因	死亡率 (1/10万)	構成%	死亡原因	死亡率 (1/10万)	構成%
	10種類の死因合計		93.5	男性の10種類の死因合計		94.5	女性の10種類の死因合計		92.6
1	悪性腫瘍	156.7	25.4	悪性腫瘍	204.6	29.3	脳血管病	127.3	23.9
2	脳血管病	134.2	21.7	脳血管病	140.8	20.2	悪性腫瘍	107.1	20.1
3	呼吸器病	104.2	16.9	呼吸器病	110.5	15.8	呼吸器病	97.7	18.3
4	心臓病	87.1	14.1	心臓病	88.2	12.6	心臓病	86.0	16.1
5	損傷と中毒	53.0	8.6	損傷と中毒	67.6	9.7	損傷と中毒	37.9	7.1
6	消化器系の病気	16.3	2.7	消化器系の病気	20.6	3.0	内分泌の栄養と代謝及び免疫の疾病	12.4	2.3
7	内分泌の栄養と代謝及び免疫の疾病	11.1	1.8	内分泌の栄養と代謝及び免疫の疾病	9.7	1.4	消化器系の病気	11.9	2.2
8	泌尿、生殖器官系の病気	5.7	0.9	泌尿、生殖器官系の病気	6.6	1.0	精神障害	4.9	0.9
9	神経系の病気	4.4	0.7	伝染病（呼吸道結核は含まない）	6.1	0.9	泌尿、生殖器官系の病気	4.7	0.9
10	伝染病（呼吸道結核は含まない）	4.7	0.8	神経系の病気	4.4	0.6	神経系の病気	4.3	0.8

出所：独立行政法人科学技術振興機構Science Portal China 2009年統計

表5-2は法定伝染病の分類（2002年まで35種、その後39種となる）は、中国の法定伝染病（日本では1999年から感染症法により「感染症」に一元化）39種について分類した一覧表である。2002年11月から2003年7月のWHOによる終息宣言までの約8カ月間に起ったSARSのアウトブレイクを契機に、2004年8月、第10期全国人民代表大会常務委員会第11回会議で、「伝染病予防治療法」（中国語は「伝染病防治法」）が全面的に改正された。その後、2006年にヒト感染高病原性鳥インフルエンザが、2009年に新型インフルエンザ（H1N1）が乙類に加わった。また2008年に手足口病が丙類に加わった。

表5-2 法定伝染病の分類（2002年まで35種、その後39種となる）

伝染病の分類	伝染病名
甲類伝染病 (2種)	ペスト、コレラ
乙類伝染病 (25種)	ウイルス性肝炎、細菌性・アメーバ性赤痢、チフス・パラチフス、HIV、淋病、梅毒、ポリオ、麻疹、百日咳、ジフテリア、流行性脳脊髄膜炎、猩紅熱、流行性出血熱、狂犬病、レプトスピラ症、ブルセラ症、炭疽、流行性及び地方性発疹チフス、日本脳炎、カラアザール、マラリア、デング熱（22種） 伝染性重症急性呼吸器症候群（SARS）（2004年より）、ヒト感染高病原性鳥インフルエンザ（2006年より）、H1N1インフルエンザ（2009年より）
丙類伝染病 (12種)	肺結核、住血吸虫症、フィラリア症、包虫症、らい病、インフルエンザ、流行性耳下腺炎、風疹、新生児破傷風、急性出血性結膜炎、コレラ・マラリア・チフス・パラチフス以外の感染性下痢（11種） 手足口病（2008年より）

表5-3は、中国が定める伝染病（39種）の中で中国全国の重要感染症上位10位を示したものである。

表5-3 甲、乙類法定報告伝染病の発病率上位10位とその死亡率、病死率（2008年）

	病名	発病率 (1/100000)	死亡率 (1/100000)	病死率 (%)
1	ウイルス性肝炎	106.54	0.08	0.07
2	肺結核	88.52	0.21	0.24
3	細菌性、アメーバ性伝染病	23.65		0.02
4	梅毒	19.49		0.02
5	新生児破傷風	10	0.01	10.69
6	はしか	9.95	0.01	0.08
7	淋病	9.9		
8	しょう紅熱	2.1		
9	ブルセラ症	2.1		
10	マラリア	1.99		0.08

出所：独立行政法人科学技術振興機構Science Portal China 2009年統計

表5-4はモニタリング地区の5歳未満児と妊婦の死亡率を示したものである²。乳児死亡率は1991年の50.2‰から2008年の14.9‰（都市：6.5‰ 農村：18.4‰）と低下。妊産婦の死亡率は1991年の出生10万に対して80から2008年の34.2（都市：29.2/10万、農村：36.1/10万）と著明に改善した。しかし、都市と農村の新生児死亡率と妊産婦死亡率の格差はいくぶん緩和されたものの、依然その格差は大きい。

² 中国衛生部の指標は、モニタリング地区の数値が用いられている。

表5-4 モニタリング地区の5歳未満児と妊婦の死亡率

年	新生児死亡率(‰)			乳児死亡率(‰)			5歳未満児死亡率〔‰〕			妊産婦の死亡率(1/10万)		
	合計	都市	農村	合計	都市	農村	合計	都市	農村	合計	都市	農村
1991	33.1	12.5	37.9	50.2	17.3	58	61	20.9	71.1	80	46.3	100
1996	24	12.2	26.7	36	14.8	40.9	45	16.9	51.4	63.9	29.2	86.4
2001	21.4	10.6	23.9	30	13.6	33.8	35.9	16.3	40.4	50.2	33.1	61.9
2006	12	6.8	13.4	17.2	8	19.7	20.6	9.6	23.6	41.1	24.8	45.5
2007	10.7	5.5	12.8	15.3	7.7	18.6	18.1	9	21.8	36.6	25.2	41.3
2008	10.2	5	12.3	14.9	6.5	18.4	18.5	7.9	22.7	34.2	29.2	36.1

出所：独立行政法人科学技術振興機構Science Portal China 2009年統計

新農村合作医療保険事業による医療保険加入率は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、高まる住民の医療ニーズへの対応能力が十分でないといわれる。

5-2 医薬衛生体制改革

中国の保健医療システムは、都市・農村の健康指標の格差や市場メカニズムに委ねた医療サービスへの国民不信、農村医療保険の崩壊などを招き、2000年のWHO健康報告書では、そのパフォーマンスは世界144位と低い評価を受けた。パフォーマンスとは、保健指標、医療費負担の公平性と経済的なリスクからの医療費の保護（保険など）、応需性（治療以外のシステムに対する満足度）で構成するシステムの有効性を示す指標である。

他方、SARSをはじめとする感染症の脅威が依然として存在する。また、結核やエイズに加えて、その後も鳥インフルエンザや新型インフルエンザなど新しい脅威にさらされている。

その後、経済のめざましい発展とともに、平均寿命や乳児死亡率、妊産婦死亡率などの健康指標が著しく改善された。しかし、地域間と都市・農村部の際立った健康格差を縮めることができず、保健システムの構造的問題は依然として深刻である。

中国政府は第11次五カ年計画（2006-2010）で、国民健康モデルを再構築するために保健改革を推し進める計画を発表した。その基軸は都市・農村部の基本保健医療サービスの格差を緩和するために、医療サービス体制、標準医薬品の供給体制、健康保険体制、公衆衛生サービス体制を改善し、各保健医療組織が包括的に機能するメカニズムを構築することにあつた。

こうしたなか、改革の歩みをさらに早めるために、中国国務院は2009年、医薬衛生体制改革短期的重点実施方案2009～2011年（以下、「医薬衛生管理体制改革」と記す）を掲げ、以下の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の強化
- ② 国家基本薬物制度の基礎の構築
- ③ 基層（末端）医療衛生サービスシステムの健全化
- ④ 基本公衆衛生サービスの均等化の段階的な促進
- ⑤ 公立病院改革モデルの推進

2011年3月、衛生部はこの医薬衛生管理体制改革によって新農村合作医療保険制度のカバレッジが95%以上に達したことや必須医薬品に対する定額販売が着実に浸透したこと、病院の改革

モデルが構築されつつあることなど、医療サービスの健全化に一定の成果を上げたことを発表した³。しかし、その一方で、農村部のプライマリーケアや公衆衛生サービスの改革は着手したばかりで、どのような業績を上げたのか評価が定まっていない。そして、2011年の重要課題（Major Task）として以下の内容が発表された。

<2011年の医薬衛生管理体制改革の重要課題（概略）>

（Ⅰ）基本健康保険体制の構築を促進する

- 1.国民皆保険制度を実現するために基本健康保険事業のカバー率拡大と統合—新農村合作医療保険事業のカバー率を90%以上に保つ。
- 2.基本健康保険の給付内容を改善する。
- 3.医療費支払いの決済を容易にするために、基本健康保険事業に関する運用と管理を向上する。

（Ⅱ）国家必須医薬品体制を構築する

- 4.末端レベルでの完全実施に向けて国家必須医薬品事業を拡大する。
- 5.末端レベルでの医薬品調達と配給を確立し、規制する。
- 6.プライマリーヘルスケア⁴の包括的改革を進め、新しい運営体制を築く。

（Ⅲ）プライマリーヘルスケアのためのサービスを適正化する

- 7.プライマリーケアの提供能力を改善するためにプライマリーヘルスケア施設の建設を継続的に強化する。
- 8.地域の状況に合った人材を育成するために、一般医の研修を中心とした草の根レベルの保健医療従事者の開発計画を強化する。
- 9.プライマリーヘルス施設はその提供するサービスの品質と効果を改善する様式に転換する。

（Ⅳ）基本公衆衛生サービスへのアクセスを着実に拡大する。

- 10.9つの基本公衆衛生サービス事業を遂行する。
 - ・適切な質の公衆衛生サービスをより多くの人々がアクセスできるようにする。1人当たりの基本公衆衛生サービスに対する支出を25元にする。
 - ・9つの基本公衆衛生サービス⁵に対する基準と指導、その考査が改善され、実施されること。50%の都市・農村住民が標準的な電子健康ファイルを持つこと。母子保健サービスの品質が向上すること。移動人口層により良い保健医療サービスが提供されること。65歳以上の高齢者にリスク要因テストや健診が提供されること。それぞれの4500万人の高血圧と1500万人の糖尿病患者の管理が行われること。重い精神障害を抱える患者が管理下に置かれこと。
 - ・ヘルスプロモーションのための末端施設レベルのネットワークが改善されること。すべての人々の健康向上を目的にインターネットなどを利用した健康教育、啓発、健康

³ 衛生部発表による2011年の医薬衛生管理体制改革の重要課題（2011年3月）Major Tasks for Five Priorities of Health Care Reform in 2011

⁴ ここで使われている「プライマリーヘルスケア」の意味は、都市部のコミュニティ衛生ネットワークと農村の3級医療サービスネットワークと同等と思われる。

⁵ 健康ファイルの整備、健康教育、乳幼児保健、妊産婦保健、老年保健、予防接種、慢性病（糖尿病、高血圧）対策、重症精神病対策、感染症管理（報告・登録）

知識、健康的な生活スタイルの擁護を行う。

11.大規模の公衆衛生事業を完結させ、予防を中心とした指針を満たす。

- ・626万人の15歳以下の子どもに対するB型肝炎ワクチンの接種を完了すること。400万の子宮頸がんと40万の乳がんのスクリーニング実施。病院での出産95%以上。葉酸の投与カバレッジを増やす。農村部の貧困層に対する白内障手術45万件を無料で実施する。163万世帯の石炭かまどの改善。1100万世帯の衛生トイレ設置。母子感染予防(PMTCT)の実施。

12.公衆衛生に従事する人材の能力強化と公衆衛生サービスへのアクセス改善

- ・2,100県の保健監視機構が中央と西部に必要。精神保健計画の実施。430の精神保健施設を建設。800県に緊急外来を設置する。

(IV) 更なる公立病院改革の推進

13.病院改革の経験を一般化するためにパイロットとして実施されている公立病院の体制改革を継続的に進め、深める。

14.医療システムの全体的な効率性を高めるために公立病院と第一次保健医療施設の連携と調整メカニズムを強化する。

15.公立病院に対して、患者を中心とした組織内部の業務運営メカニズムを改善し、医療を探し求める人々により良い便益をもたらす。

16.保健医療従事者の人材育成を強化し、保健医療従事者のやる気を喚起する。

17.医療施設に対する社会資本の投資と管理運営を改革に沿って方向づけ、奨励する。

5-3 農村衛生管理体制確立への取り組み

中国の保健行政は、中央の衛生部を頂点として省級・地区級から県級へと連なる衛生系統のほか、中央の人口・計画生育委員会を頂点として、省級・地区級・県級・郷鎮・村へと連なる計生系統がある。母子保健においてはパラレルな行政管理と類似サービスが存在する。

農村衛生管理体制を所管するのは中央の衛生部の農村衛生管理司である。2011年3月、「国の保健改革政策と2011年度の優先課題」と題された衛生部長の発表によると、5つの改革の柱のうち、インフラや人材育成は改革が進み、新農村合作医療事業（農村医療保険）は期待どおりの成果を達成したという。その結果、保険投資にかかる費用が増え、公平性は増したと評価している。農村医療保険の基金は、8億3500万元に達し、対象農民の96%が加入した。政府は農村医療保険の補助は1人当たり120元に増加した。必須医薬品を定価で供給する事業は60%の政府保健医療施設で実施されるようになった（安徽省は100%）。これにより患者の薬品購入価格が30%減少した。インフラ整備に400億元を投入し、1,877の地方病院、5,169の郷鎮施設、2,382の都市サービスセンター、11,000の村衛生室が整備された。人材育成に関しても全国で6万人の一般医が研修を受け、5,000人の医学生が郷鎮施設に従事した。

9つの基本的な公衆衛生サービスでは、農村部では38.1%の農民が健康ファイルを持ち（都市部では48.7%）、3500万人の高血圧患者、900万の糖尿病患者、170万人の精神病患者が末端の保健施設でケアを受けたという。予防接種では新たにHBワクチンが6000万人に接種され、乳がん検診が600万人、葉酸の補助投与を1000万人の妊産婦が受けた。

これからの課題として、農村医療保険のための規則を強化し、効果的な指導・監督を行うこと、慢性病対策を中心として、農村末端施設でのサービスが都市に比較して遅れていることが挙げられた。また、短期的な保健システムに関する鍵となる課題と業務計画として以下が挙げられた。

基本医療サービスと公衆衛生サービスの展開

- ・ 農村医療保険カバー率90%以上の維持
- ・ 医療費の個人負担の抑制と1人当たりの医療費に対する政府補助額の120元から200元への増額
- ・ 必須医薬品の原価販売のすべての末端施設への普及
- ・ 末端施設で働く一般医の給与体系の見直し

中国政府は、農村衛生管理体制の改革を促進するために農村への投資を強化しつつ、末端施設と呼ばれる郷鎮衛生院と村衛生室が基本的な予防と保健、医療を包括的に行う基礎医療・公衆衛生サービス体制の構築・展開が課題になっている。公衆衛生サービスの提供は、これまでなかった業務とサービスを末端施設が行うものであり、中央の衛生部農村衛生管理司は、全国に展開可能な農村衛生管理体制モデルの構築を期待している。

第6章 安徽省の農村衛生管理体制

6-1 安徽省の概況

安徽省は17の地級行政で構成され、県級行政区と郷鎮行政区はそれぞれ105と1,845を数える(2007)。人口は約6675.7万人(2007年)で、うち77.67%が農業人口である。省面積は139,400km²で、人口密度は487人/km²。省都は合肥市で農民1人当たりの所得は4,202元である(次頁の表6-1参照のこと)。

表6-2は安徽省：甲、乙類法定報告伝染病の発病率上位10位とその死亡率(2009年)を示したものである。中国全土のデータ(表5-3)と比較すると、マラリアが5位にあること、A型H1N1インフルエンザが8位に登場したこと、HIV/AIDSが10位の位置にあることが特徴である。

表6-2 安徽省：甲、乙類法定報告伝染病の発病率上位10位とその死亡率(2009年)

		発病率 (1/100000)	死亡率 (1/100000)
1.	肺結核	66.31	0.21
2.	ウイルス性肝炎	58.70	0.05
3.	アメーバ赤痢	14.64	0.00
4.	梅毒	12.44	0.00
5.	マラリア	8.86	0.00
6.	はしか	6.32	0.00
7.	淋病	5.27	0.00
8.	A型H1N1	5.00	0.01
9.	しょう紅熱	0.34	0.00
10.	HIV/AIDS	0.34	0.18

出所：第一次調査時データ

母子保健や成人の疾病に関するデータを収集することができなかったが、傾向として生活習慣病やガンなどが増加傾向にあると推測される。

6-2 省の農村衛生管理体制

6-2-1 衛生庁の構成組織と農村衛生管理課の機能

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に配置されている。

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、以下の役割を担う。

- 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

表6-1 安徽省「地級市」別人口と面積、人口密度

名称	中国語表記	人口 (万人)	面積 (km ²)	人口密度 (km ²)	日中友好姉妹都市	区 の 数	市 の 数	県 の 数	県名					
合肥市	合肥市	438	7,360	595	久米市(福岡)	4		3	長豊県	肥東県	肥西県			
蕪湖市	芜湖市	218	3,320	657	高知市	4		3	蕪湖県	南陵県	繁昌県			
蚌埠市	蚌埠市	336	5,830	576	摂津市(大阪府)	4		3	懷遠県	固鎮県	五河県			
淮南市	淮南市	205	2,170	945		4		1	鳳台県					
馬鞍山市	马鞍山市	118	1,690	698		3		1	当塗県					
淮北市	淮北市	196	2,760	710		3		1	涇県					
銅陵市	銅陵市	69	1,110	622		3		1	銅陵県					
安慶市	安慶市	601	15,400	390	茨城市	3	1	6	樅陽県	太湖県	懷寧県	岳西県	望江県	潜山県
黄山市	黄山市	146	9,820	149		3		4	休寧県	歙県	祁門県	黟県		
滁州市	滁州市	425	13,300	320		2	2	4	全椒県	来安県	定遠県	鳳陽県		
阜陽市	阜阳市	878	9,810	895		3	1	4	臨泉県	潁上県	阜南県	太和県		
宿州市	宿州市	577	9,760	591		1		4	蕭県	泗県	碭山県	靈璧県		
巢湖市	湖市	449	9,420	477		1		3	無為県	廬江県	和县			
六安市	六安市	662	18,200	364		2		4	寿県	霍山県	霍邱県	舒城県	金寨県	
亳州市	亳州市	525	8,390	626	四万十市、京丹後市	1		3	利辛県	渦陽県	蒙城県			
池州市	池州市	154	8,270	186		1		3	東至県	石台県	青陽県			
宣城市	宣城市	274	12,200	225		1	1	5	広徳県	郎溪県	涇県	旌徳県	績溪県	

出所：第一次詳細計画策定調査（2010年12月）、ウィキペディア（姉妹都市、地級市などの情報）

- 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、新農村合作医療保険管理
- 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、農民健康ファイルの管理
- ⑨ 人材教育
- ⑩ 省農村合作医療管理室への対応

6-2-2 医療施設と都市部のサービスネットワーク

医療サービスを担う病院は、総合病院と中国医学病院（漢方）、専門的な治療を行う専科病院などそれぞれ9つの階級に分けられ、安徽省全体で709施設ある。このほかに予防医学を担う19の母子保健院がある。

都市部の基礎医療と公衆衛生サービスを担うのはコミュニティ衛生サービスネットワーク（社区卫生サービス機構とも記載）である。安徽省のコミュニティ衛生サービスネットワークは196のコミュニティ衛生サービスセンターと788のコミュニティ衛生ステーションで構成される。コミュニティ衛生サービスネットワークは、予防接種、母子の健康管理、高齢者の健康相談・健診や障害者のリハビリ、健康教育、計画出産などを含むもので、農村部を対象とした3級医療サービスネットワークに相当する。

第一次詳細計画策定調査によると、安徽省の医療従事者数は人口1万人当たり45.8人で、中国都市部平均の285人、さらに農村部平均145人と比較してもかなり少ない。保健医療への投資において、設備面の充実はうかがえるものの人材不足が顕著である。省衛生庁は、特に農村部の末端医療施設において、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と認識している。

6-2-3 農村部の3級医療サービスネットワーク

農村衛生管理体制を構成するのは県級（区を含む）の衛生局を要として県・郷鎮（郷鎮衛生院等）・村（村衛生室）をつなぐ3級医療サービスネットワークであり、基本的な医療サービスと予防や保健、健康教育などの公衆衛生サービスを包括的に提供する保健システムの中核でもある。同サービスは、主に郷鎮衛生院、及び村衛生室が担当しており、省全体では1,714（このうち14は街道衛生院）の郷鎮衛生院と17,788の村衛生室がある。村衛生室には個人経営のものもあるがほとんどは政府系である。

6-3 医薬衛生体制改革への取り組み

6-3-1 医薬衛生体制改革

安徽省衛生庁は、2009年の医薬衛生体制改革を受け、安徽省人民政府の「末端医薬衛生体制総合改革」に関する実施意見書を作成した。（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 添付資料6参照）。

安徽省衛生庁は、安徽省における管理体制改革、人事制度改革（第一次詳細計画策定調査 添付資料2-5参照）、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検討を行った。

6-3-2 省における改革と業績細則案リスト

安徽省衛生庁は、医薬衛生管理体制改革にそった農村衛生管理体制を具体化するための規範化の試みとして、機関と個人に対する細則案を定めた。この詳細は第一次詳細計画策定調査報告書を参照のこと。

- ・安徽省郷鎮衛生院業績審査評価細則（試行）
- ・安徽省村衛生室業績審査評価細則（試行）
- ・安徽省社区卫生サービス機構の実績考査評価細則（試行）
- ・安徽省末端医療衛生機関職員の考査評価細則（試行）
- ・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
- ・安徽省郷鎮衛生院改革案
- ・安徽省コミュニティ衛生サービス機構改革案
- ・安徽省行政村衛生室改革案
- ・安徽省郷鎮衛生院機構定員基準
- ・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
- ・安徽省末端医療衛生機構実績査定弁法
- ・安徽省末端医療衛生機構運行補償弁法
- ・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
- ・「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」の組織・規律の保障の強化に関する意見

第7章 パイロット候補県の農村衛生管理体制

7-1 パイロット候補県の概況

(1) 人口と地勢

プロジェクトのパイロット地域の候補県—碭山県、埇橋区、霍山県、廬江県、無為県、涇県を視察し、質問票と聞き取りによる調査を行った。表7-1はパイロット候補県の人口と面積、世帯数を示したものである。

碭山県は安徽省の最北部に位置し、人口99万人で人口密度が830人/km²と非常に高い。域内は黄淮平原に属する平野である。現在、郷鎮の合併を進め、鎮のみとなった。

埇橋区は安徽省の北部に位置し、碭山県と同じ宿州市に属し、人口は183万人で中国の中でも大きな人口を抱える市轄区（県級行政区）である。農村人口も多いとされる。

霍山県は安徽省の六安市に属し、人口37万人で山地が多い。西部にもっとも標高が高い大別山1,777mを抱える。

廬江県は巢湖市に属し、丘陵が多いものの穀倉地帯となっている。人口は117万人でその域内を揚子江が流れる。

無為県は平原で全省の中でも経済的活動がさかんで工場が多い。人口は142万人である。

涇県は宣城市に属し、低山地帯で経済は全省で最も低いとされる。人口は36万人でパイロット候補県の中では最も小さい。

表7-1 パイロット候補県の人口と面積、世帯数

県級が所属する地級行政区の名称	パイロット候補の県級行政区の名称	中国語表記	人口(万人)	面積(km ²)	人口密度(人/km ²)	世帯数
宿州市(しゆくしゆう-し)	碭山県(とうざん-けん)	碭山县	99	1,193	830	-
宿州市(しゆくしゆう-し)	埇橋区(ようきょう-く)	埇桥区	183	2,868	638	481,600
六安市(ろくあん-し)	霍山県(かくざん-けん)	霍山县	37	2,042	181	108,600
巢湖市(そうこ-し)	廬江県(ろこう-けん)	庐江县	117	2,348	500	350,000
巢湖市(そうこ-し)	無為県(むい-けん)	无为县	142	2,433	585	356,000
宣城市(せんじょう-し)	涇県(けい-けん)	泾县	36	2,059	172	94,000

出所：調査票による回答とウキペディア（2011）
 碭山県公式ホームページ：<http://www.dangshan.gov.cn/>
 涇県公式ホームページ：<http://www.ahjx.gov.cn/welcome/>

(2) 疾病構造

パイロット候補県の質問票への回答によると、すべての県で感染症の発病率が減少し、高齢者の増加とともに慢性疾患（循環器系、呼吸系、悪性腫瘍）が増えるとの疫学転換が起っ

ている。例えば、涇県では、心臓病、悪性腫瘍、呼吸器病、心臓病の順位に死亡率が高い。埇橋区の場合、心臓病、高血圧、糖尿病、慢性気管支炎などがよく見られる病気として挙げられた。

感染症に関しては涇県で聞き取りを行った。重要伝染病（甲乙類）の発生率（2010年）は、結核が1位で67/10万と前年より9.6%上昇。第2位がウイルス性肝炎で44.7/10万で、前年と比較して2.8%下降した。丙のクラス分けまで入れると、感染性の下痢が166.9/10万で54%を占め、最も多い。手足口病も多い。

パイロット候補県でどのような健康指標を収集しているのか明らかにできなかった。霍山県の聞き取りによると、EPI接種率は95%。結核のDOTSは100%、施設分娩100%とサービスのカバー率は高い。

7-2 県の農村衛生管理体制

(1) 保健医療資源

表7-2はパイロット候補県の保健医療施設の配置状況を示したものである。1県当たりの郷鎮衛生院数は最小である涇県の11から最大の埇橋区の27までとなっている。埇橋区では郷鎮の合併が進められ、減少傾向にある。1郷鎮衛生院当たりのカバー人口は、22,000人（霍山県）から69,000人（廬江県）。また1衛生室当たりのカバー人口は、2,700人（涇県）から5,600人（埇橋区）となっている。

表7-2 パイロット候補県の保健医療施設

名称	病院	中国医学			母子 保健院	専科疾病 予防治療 院	コミュニ ティ衛生 サービス センター	郷鎮衛生院		村衛生室 数
		人民病院	中国医学 病院	専科病院				中心衛生 院	一般衛生 院	
碭山県	31	1	1	2	1	1	-	5	13	218
埇橋区	2	1	1	1	1	1	8	11	16	327
霍山県	-	1	1		1	1	-	5	12	130
廬江県	5	1	1	3	1	1	2	8	9	220
無為県	10	1	1	2	1	2	-	10	14	312
涇県	1	1	1		1	1	-	6	5	132

出所：調査票による回答

霍山県からの聞き取りによると施設整備に求められる大規模な投資は国や地方のほか、民間からの投資も受けているとのことである。県の病院にはCTやMRI、全自動検査機器などが、郷鎮衛生院には救急車が配置されている。

表7-3の施設別人員数は、省の施設別人員数のカテゴリー分けに基づいて、パイロット県の保健医療従事者に関する質問票回答をまとめたものである。碭山県と無為県、涇県の「その他（大卒、短大、中等専門学校）」の人数は、県レベルの施設に従事している人数と思われる。

霍山県の場合、県全体のスタッフ数は1,134名で、そのうち1,022名（90%）が技術系スタッフである。高級が44名（3.9%）、中級258名（22.8%）、初級711名（61.7%）となっている。学歴の上では781名（61.8%）が高等技術専門学校、632名（31.9%）が中等技術専門学校卒である。村医は425名でその4分の1が助理医師の資格をもつ。

表 7 - 3 施設別人員数

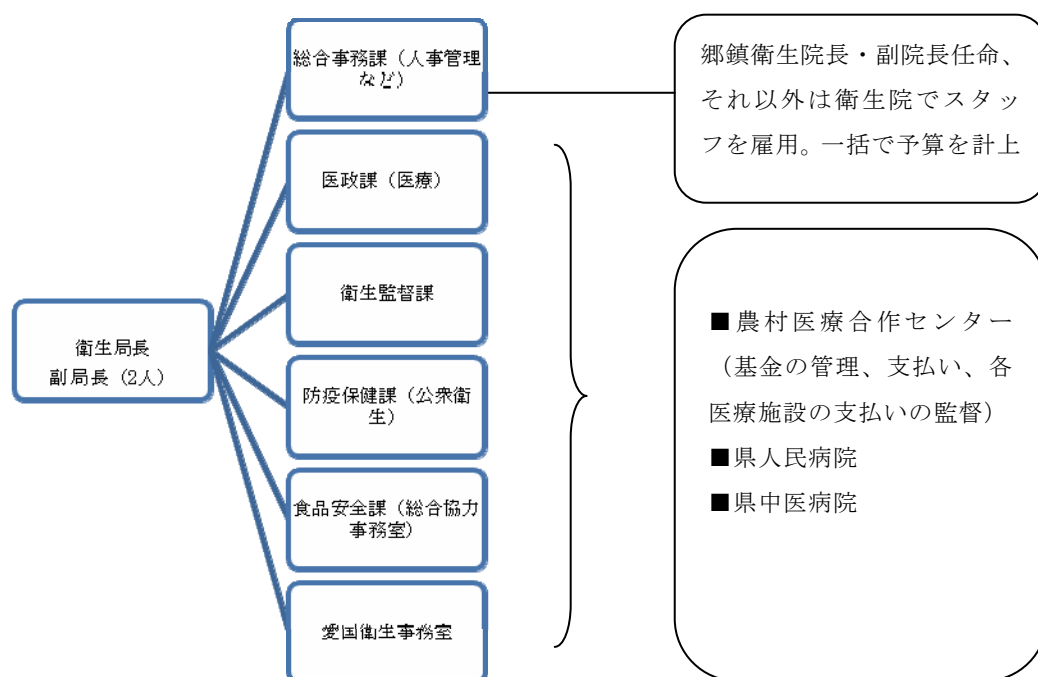
施設種類	衛生技術人員											その他 機材エンジニア 人員等	管理者 (病院長 等) 人員	総務・事 務 人員
	医師				登録 看護師	薬剤師 (士)	技師 (士)	臨床検査 技師(士)	その他					
	医師	助産師	見習い医師	大卒					短大卒 (高等技 術専門学 校卒)	中等専 科学校 卒				
碓氷県*	357	272	77	8	397	54	68	41	63	21	15	19	37	81
埴橋区	559	316	228	15	432	32	11	24	353	485	290		118	203
碓氷県	1022	-	-	-	-	-	-	-	-	711	781	-	-	-
碓氷県	1390	946	318	126	926	132	30	109	481	942	1087	-	-	-
碓氷県*	435	230	199	6	412	46	37	31	41	61	9	10	43	102
碓氷県*	475	248	227		274	7	39	32	11	9	4	10	25	120
碓氷県(定員)		248	72		304	49	66	39	103	20	12	16	37	52
埴橋区(定員)		297	207		393	30	105	23	334	431	290		112	196
碓氷県(定員)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
碓氷県(定員)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
碓氷県(定員)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
碓氷県(定員)		255	260	50	350	15	50	50	-	-	-	-	-	-

出所：質問票による回答

(2) 県保健行政

図7-1は保健局と疾病予防コントロールセンター(CDC)の組織図を示したものである。県衛生局は県の総合病院や専門病院の管理のみならず、農村医療保険の基金を預かり、その支払いを管理する農村医療合作センターも管理する。また農村衛生管理体制の要として、郷鎮衛生院の院長と副院長の任命権をもち、その予算と支出を管理する。CDCは上位組織である市や省のCDCと技術的なネットワークをもちつつも、行政的には県衛生局と密接な関係にある。

(霍山県)



県CDC (霍山県)

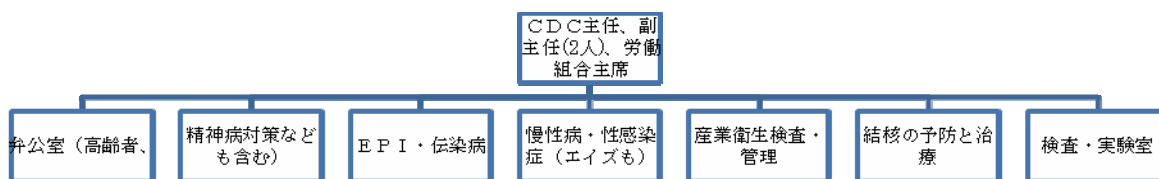
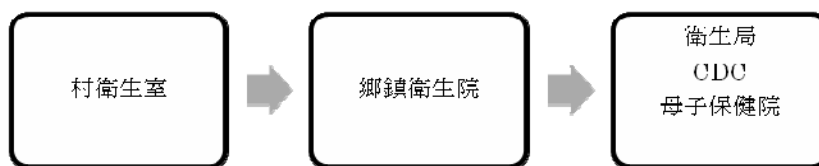


図7-1 保健局とCDCの組織図

図7-2は公衆衛生サービスに関わる情報の流れと行き先を示したものである。農村衛生管理に関わるさまざまな末端の業務・保健情報が村衛生室から郷鎮衛生院を経て県の機関に伝えられる。しかし、すべての記録情報が県保健局に集まるわけではなく、碭山県の場合、公衆衛生サービス9項目のうち5項目（農民健康ファイル、EPI、伝染病、65歳以上の高齢者、高血圧・糖尿病などのハイリスク）はCDCが担当し、母子保健院が2項目（新生児、妊産婦）、精神病を県の精神病院が担当している。健康教育は衛生局が担当している。

情報の流れ



情報の行き先

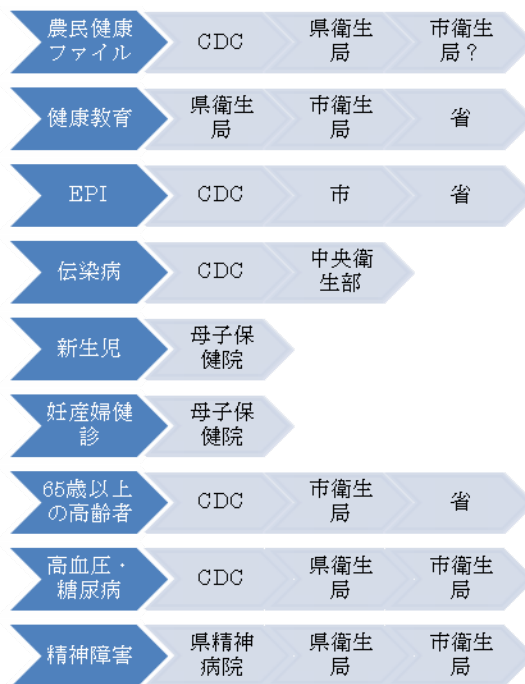


図 7-2 公衆衛生サービスに関わる情報の流れと行き先

碓氷県の関係者によると2009年の医薬衛生管理体制改革以来、公衆衛生サービス全般に関する組織体制を新しく構築する必要があり、CDC、母子保健センター、精神病院でそれぞれ業務を振り分け、やるべき役割を明確化した文書を作成し、あわせて、2009～2011年の3年間で前期と後期に分けた実施計画を作成した。この中には、衛生局が実施すべき郷鎮衛生院のモニタリング内容についての記述が含まれている。具体的には、モニタリングは年4回行い、そのうち2回は評価を行う（半年に1回）。1度のモニタリングですべてを巡ることはできないので、標本として鎮の中の2つの村を抽出し訪問することとなっている。

(3) 病院サービスとレファラル

複数の県が病院管理に関する改善運動を通じて、病院管理は向上したと回答している。患者の満足度を満たすための体制—苦情処理に対応するシステムもつくった。そのことにより、病院サービスの質は向上したとのことである。改革以来、「軽症は郷内、重症は県内で解決する」ことを原則に、難易度が高い患者は郷鎮衛生院から病院に転送し、末端施設で対処できると判断された時点で再転院する制度ができた。しかし、このような相互転院制度が必ずしも徹底的に実行されていないと、一部県衛生局からの聞き取りの際に指摘があった。

(4) 県の保健財政

中国統計年鑑によると、中国全体の保健医療費は年々増加している。2007年の1人当たりで換算した保健医療総支出は約854元である。政府予算が占める医療支出は2000年には15.5%であったが、2007年には20.3%（1人当たりで換算すると170元）まで増加した。しかし、医療支出の中で最も多く占めるのは現在も個人支出で、その45%を占めている（2000年は59%）。2011年現在、新農村合作医療保険事業や医薬品の定価販売⁶によって、状況はやや改善されていると思われる。

無為県の場合、2010年度の保健医療予算は3.2億元で、県全体予算の12%を占め、1人当たり約225元となる。この予算には医療衛生機構の補助金、新農村合作制度基金への拠出も含まれ、毎年増加傾向にあるという。県予算の支出の内訳は人件費、運営費、国家事業（新農村合作医療事業など）、村衛生室の施設建設が主なものである。国家事業である新農村合作医療保険基金の割合が最も多く、公衆衛生サービスへの投入額も年々増えている。2011年の医薬衛生体制改革の重要課題にもあったように公衆衛生サービスに関しては1人当たり25元が2011年度の予算として保証されている。

(5) 新農村合作医療保険制度

新農村合作医療保険制度の導入により、疾患に伴う個人の危機的な医療支出の緩和をもたらすとともに、人々の足を末端施設に向けるようになった。国レベルのデータではあるが、末端施設の利用率は開放政策以来下がり続けたが、この6年間は反転し徐々に回復している。農村郷鎮衛生院の平均病床使用率は1981年には53.5%であったが、その後1990年代まで下がり続け、2001年には31.3%まで下がった。しかし、2002年から上昇に転じ、2008年には55.8%までになった。特に2004年の農村医療保険の導入後4年間で20%近く上昇した。病床使用率に比較してやや伸びが低いものの、延べ診療回数も2004年には6.81億回であったが、その後徐々に増え、2008年には8.27億回となっている。

政府が進めている医療保険制度には都市部職員医療保険と都市部住民医療保険、新農村合作医療保険の三種類があり、それぞれの給付率が異なる⁷。新農村合作医療保険の個人負担率は都市部の保険制度より低く、一般に優遇されている。無為県の場合、図7-3に示すとおり、2010年の新農村合作医療保険の個人保険費は1人当たりで年間20元、治療の際の個人負担率は外来で40%、入院で20~30%の負担となっている。貧困層と身体障害者は、30元の個人保険費が免除され、治療にかかる費用の個人負担もない。

⁶ 仕入れ価格で販売すること。翻訳では「定価販売」と記述されている場合が多いが、本来は仕入れ価格での販売である。医薬品に利益をつけて販売することはできない制度である。

⁷ 礪山県の場合、村衛生室で受診すれば個人負担率は25%、県病院受診の場合は70%である。涇陽区は個人負担率49%で、霍山県の個人負担は20~30%である。廬江県の場合、郷鎮衛生院で受診した場合、100元を超えた医療費について個人負担率は25%、県レベルでは施設によって異なるが、個人負担率40%、省・市レベルの施設になると個人負担率45%、省外で受診した場合、個人負担率は55%になる。無為県の場合、個人負担率は55%、涇県の個人負担率は30%である。

(無為県の場合)

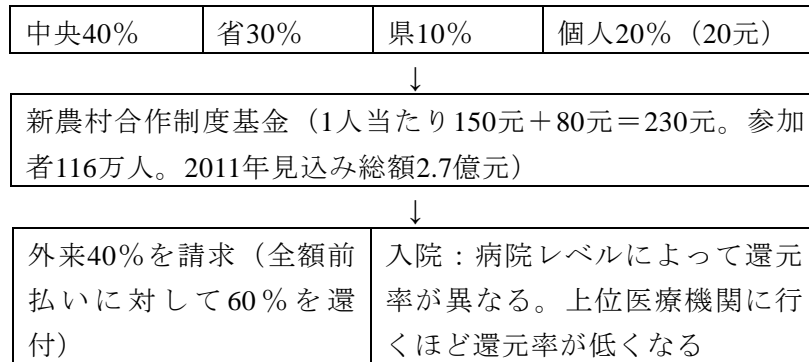


図 7-3 新農村合作医療保険制度

安徽省では他省が行っているような新農村合作医療保険基金から一部を予防に向ける統合基金や健康診断基金、リスク対応基金などへの転嫁を行っていない。また「家庭口座基金」を廃止した。医療サービスを利用しなかった農民にも10元を家庭口座に入れることが不公平と見なされたこと、医療費の全額を払ったあとで還元する前の手続きに相当な時間と労力を奪われることに農民の不満があったためである。現在、インターネットでのオンライン化が図られ、村衛生室を含め、どの末端施設でも支払い手続きが可能となっている。

2011年1人当たりの新農村合作医療保険基金が80元アップし、230元になった。また、白血病と小児の先天性心疾患は30%の負担で済むことになった。同じ治療ならば、村→郷鎮→県病院で支払いに対する還元率は5%程度低くなる。

(6) 医薬品の定価販売

基本医薬品のリストと定価は施設ごとに表示され、医薬品販売による利益が得られないようになっている。どの末端施設でも医薬品の定価販売価格と以前の売価、差額が薬局の前に掲げられていた。保健改革後、医薬品と医療用品の購入は、国家基本医薬品制度に基づいて行われる。末端施設の場合、ネット上の集中発注によって医薬品を調達し、配達業者が配達する。ただし、医療用品は医薬品のような集中発注に従う必要はなく、自由に調達できる。

(7) 突発事故・緊急への対応

SARSなど39種の法定伝染病の突発的な発生に対して2時間以内に対応できるようインターネットを使ったネットワーク（伝染病ネット直報システム）が全県で構築されている。廬江県の場合、廬江県人民病院へ直接報告を行う中心衛生院の監視ポイントが99カ所ある。この報告システムは中央の衛生部に直接報告するシステムになっているが、県病院や県CDC、省CDCが常に監視している。

突発的な事故や緊急対応の研修も行われている。涇県では医療関係者のスタッフを対象に、自分を守る、薬品を用意する、緊急物品を用意する、交通機関を重点に監視役を置く、上部機関に報告するとの手順について、2009年に研修を行った。こういった日常業務の危機管理や物流管理、応急措置への即応体制が整備されていると複数の県が回答した。

埇橋区のCDCを視察したところ、CDCの実験室（ラボ）で検査できるのは細菌検査とHIV簡易検査までで、A型インフルエンザなどウイルス診断は地級レベル（宿州市の病院）で可能

となっている。埴橋区関係者からの聞き取りによると、監視ポイント（ネットで入力できる郷鎮衛生院など）は53カ所あるとのことである。HIV検査を希望する農民は郷鎮レベルの施設で相談を受けてから、県のCDCに送ることになる。2010年度10カ月間の実績では252名の検査に対してエイズ患者は6人だった。結核はCDCの下部組織に結核専門外来をもつ10の施設があり、レントゲン、喀痰検査を行っているが、実際の施設利用者は少なく、直接病院に行くケースが多いとのことである。

(8) 健康教育・健康促進

一般に県の愛国衛生弁公室やCDCの健康教育課、県の衛生局が健康教育・健康促進の計画・実施指導に関わる。しかし、主として県は、省の通達や省が作成した統一の健康教育の材料（印刷部や掲示用ポスターなど）を配布するのみで県独自で教材を作成することはない。郷鎮衛生院は健康教育・健康促進の教材を掲示すべき壁のスペースの規格が決められており、2カ月に1回内容を更新しなければならない。

郷鎮衛生院が独自で作成する教材もあり、埴橋区では郷鎮衛生院が2カ月に1回、一般住民またはハイリスクグループ向けの健康教育講座を行っている。

(9) 衛生監督所

衛生監督所は衛生局の下部組織で、郷鎮、県、省レベルにあり、主に環境整備面で法や規則に従っているか監視する業務を担う。

7-3 県の農村衛生体制の課題に関する認識

(1) 公衆衛生行政に関する問題

表7-4は、パイロット候補県への質問票の回答から得られた公衆衛生の問題認識をまとめたものである。いずれの県も公衆衛生の専門人材が不足しており、能力が不十分であることを問題として挙げている。また、サービス向上を可能にする資源として、CDCの施設整備を挙げている県が比較的多かった（埴橋、霍山、無為）。実施体制の点では碭山県と霍山県が部門間の連携体制が不十分であることを挙げた。

表7-4 公衆衛生行政の問題

	碭山	埴橋	霍山	廬江	無為	涇
経費不足が深刻である	○					
専門人材の不足が深刻で、その能力も不十分である	○	○	○	○	○	○
部門間の連携体制が不健全である	○		○			
公衆衛生サービスを重視しておらず、実行度が不十分である	○					
県CDC事務棟の拡張（改築、新築）が急務である		○	○		○	
山岳地帯と平野地帯の経済格差が大きい			○			
末端医療機関が公衆衛生サービスに使う検査・健康教育機材が不足している				○		
流動人口が多い						○

出所：調査票による回答

(2) 公衆衛生サービスに関する問題

各県では表7-5の公衆衛生・基本医療サービスに関する問題（質、効率性及び公平性の観点から）に示したような問題が生じている。6県のうち4県がサービスの質が良くないことを挙げ、3県がニーズと実際のサービスに落差があるとしている。また都市と農村のサービスの格差についても2県が挙げている。

表7-5 公衆衛生・基本医療サービスに関する問題（質、効率性及び公平性の観点から）

	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
サービスの質が良くない	○		○	○	○	
既存の衛生資源は県民ニーズとの間に落差がある。公衆衛生への理解が不十分	○	○				○
都市部と農村部のサービス格差がある			○			○
専門性が低い（学歴も含む）			○			
対象域が広い					○	

出所：調査票による回答

(3) 医療から予防への橋渡しに関する問題

新農村合作医療保険制度と医薬品の原価販売を実施して以来、住民の健康へのニーズが高まりつつある。しかし、末端衛生施設のサービス提供能力が高くないために、郷・村内で比較的軽症の患者をみるという原則は機能していない。さらには公衆衛生サービスのニーズを生み出すには至っていない。表7-6の農民が抱えている問題にあるように、人口の高齢化によって農民に慢性疾患が増加しているにもかかわらず、予防面での知識が低く、早期発見と早期治療の意識が不足している。また、県関係者への聞き取りでも病気になれば病院に行くが、予防には関心が薄いこと、行政側の働きかけにもかかわらず、末端医療施設のスタッフの公衆衛生に関する認識が低いこと、検査資機材がないことなどの問題が挙げられた。

表7-6 農民が抱えている問題

	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
人口の高齢化による慢性疾患の増加	○	○				
早期発見と早期治療の意識が不足している	○		○		○	
受身的に検診と予防を受けている	○					
大病に罹った場合、市内で受診する必要がある、経済的負担が重くなる		○				
健康意識、知識が低い				○	○	
医療重視、予防軽視				○		
不良な生活習慣と飲食習慣				○		

出所：調査票による回答

県はこういった農民の問題、ニーズ、関心については、新農村合作医療保険センターからの請求額、医療施設での外来患者数と請求額によって監視できるとしている。

7-4 県の末端施設の現状に対する認識

各県は医薬衛生改革の方向に沿って公衆衛生サービスに関する9項目を実施（無為県、廬江県、霍山県、埇橋区）していると回答している。しかし、表7-7に示されているように、鎮衛生院や村衛生室など末端施設が抱えている問題として、スタッフの能力が十分ではない、公衆衛生サービスに対するモチベーションが低い（待遇などの改善を含む）、機材不足などサービスを提供すべき十分な環境が整っていないことなど、複数の県に共通する制約要因として挙げられた。

表7-7 郷鎮衛生院・村衛生室が抱えている人材に関する課題

	碭山	埇橋	霍山	廬江	無為	涇
スタッフの能力が低い	○		○		○	○
職員の高齢化	○					
職員の知識更新が住民ニーズに追いつかない	○					
公衆衛生業務経費も医療収入に依存している	○					
公衆衛生サービスに対する（職員待遇の改善を含む）モチベーションが低い		○	○	○		
受診環境と条件の改善（機材の老朽化など）			○	○	○	
村医保障体制が不健全				○		
サービスが低い						○

出所：調査票による回答

7-5 人材育成

7-5-1 正規医学教育と人材育成

医師には大学卒の医師（本科大学5年間）と医学高等専科学校（専科大学3年間）を卒業した助理医師がいる。助理医師は省内でのみ有効な国の統一試験によって与えられるが、登録を行うのは省であり、助理医師は登録外の省で働くことができない。通常、医師の職位は以下のような5つのカテゴリーで分けられ、昇級のためにはそれぞれに必要な学歴と就業年数を満たし、試験に合格しなければならない⁸。

医士—補助的な業務、初級レベル

医師—初級レベル

主治医師—中級レベル

副主任医師—高級レベル

主任医師—最高級レベル

⁸ 中国の教育制度については、平成22年度版、中国の高等教育の現状と動向 www.spc.jst.go.jp/export/sites/default/investigation/.../r_201102_01.pdfに詳しい。職位については、http://www.ybinvest.gov.cn/APP_CODE/UI/japanese/J_YBGK/J_ZWPD_RYZP.ASPXに、職位と基本条件の表がある。

郷鎮衛生院で働く大学卒の医師は少なく、助理医師が多い。また、村衛生室で働くのは正規資格を持たない村医（または郷村医）である。村医は中学卒業後、県の衛生学校（または郷鎮衛生院）で数カ月から1年の技術訓練を受けたもの、または3年間の中等医学校（中等専門学校）に通って医学を学んだものである。また、村医に対して省の医学高等専科学校に入学させ、助理医師資格を取得する定向学生（契約学生）制度が設けられているが、非常に狭き門で、多くの村医は学歴と学習の向上を図る機会が限られている。

薬剤師や検査技師、看護師についても中学校卒業後、3年間の中等専門学校経由と大学本科と専科大学経由があるとの情報を得た。

7-5-2 研修プログラムの現状

表7-8は県レベルで行われている人材育成プログラムについて質問票からの回答をまとめたものである。医師などの医療技術者は5年を経過すると1年の長期研修を上位の医療機関で受けることができる（OJT）。しかし、公衆衛生に特化した研修プログラムは非常に少なく、大部分は臨床技術を目的にしたものである。県はおおよそその人材育成の年次計画を策定したうえで、講師の手配や予算を決めているようであるが、予算が少なく研修ニーズを満たしていない。研修評価は研修前後のテストが多く、資格や昇級などと明確な形でリンクしていない。

碓氷県では、CDCと母子保健院、衛生局は月1回会議をもち、公衆衛生サービスについて互いに問題を共有して解決するための学習機会をもっている。

埴橋区では、郷鎮衛生院の技術職を対象にした研修を県レベルの施設で行っている。研修はテーマごとに行い、該当する職員を参加者として選定する。また、村医に対して感染症や慢性病の診断治療と予防についての研修を約3カ月に1回、郷鎮衛生院で行っている。

霍山県では上部の命令により年度ごとの研修計画を策定している。以前は衛生学校を研修拠点として使っていたが、現在は県衛生局の施設を利用して実施している。県レベルのスタッフは省レベルへ、郷鎮レベルのスタッフは県レベルまたは省レベルへ、村レベルは郷鎮または県レベルで研修する。CDCに公衆衛生の専門技術者が10名程度しかいないので、研修講師ができる人材を育成する必要があるという。

廬江県では、県レベルのスタッフは省で実施、郷鎮衛生院スタッフは県のCDC、母子保健院、県人民病院で研修、村医は鎮の衛生院で研修を実施する。郷鎮の中級（主治医）は5年に1年は県の医療施設で研修しなければならないことになっている。

無為県では、末端施設の村医と助理医師を対象に2年ごとに、県の衛生学校で基本理論の研修を行う。また、不定期で郷鎮の看護師を対象に衛生学校で研修を行っている。村衛生室にある農村医療合作制度用のネットワークパソコンの研修はパソコン専門学校で研修を実施したとのことである。

涇県では、郷鎮衛生院の候補者を決めて県中医病院と県人民病院で1カ月の理論学習、9カ月の実習（年間20～30名、10カ月）、村衛生室スタッフの病院での研修（230名）を行った。現在、県人民病院2コース、県中医病院4コースの研修を計画しているが、テーマはよく見られる病気の診断と治療であって予防医学は含まれていない。

表7-8 県レベルで行われている人材育成プログラム

	年間の研修コース数と参加者数	参加者募集の方法	講師の選任方法	参加者の評価方法とその後の追跡	県が実施する人材育成(学位を与える正規の教育を除く)に関する予算と運営方法
碓氷県	3回、300人(村レベルスタッフへの研修を含む)	郷鎮衛生院が要求に基づき、受講者を選定のうえ、短期、複数回の研修を実施する。	市・省主催の研修会を受けていた経験者から選定する。	開講前のアンケート調査、終了時のテストを行うことにより、参加者のレベルを評価する。モニタリングする際に具体的な問題を回答してもらうことにより、参加者の専門技能の獲得状況をチェックする。	予算:国家プロジェクトの専用経費。 運営方法:計画的、段階的に運営を行う。
埴橋区	17コース、1,952名	県人民病院は、年に1回募集を行う。それ以外は適宜募集している。	区CDC、区母子保健所、市第一人民病院の専門家から選定する。省・市の医科大学の教授を講師として招聘することもある。	研修前と研修後のテストをするが、研修効果へのモニタリング評価を行っていない。	予算:国家プロジェクトの専用経費
霍山県	長期:上部医療施設への職員派遣を主とし、6カ月以上で、年に延べ100人程度 短期:業務活動とリンクして実施する。約1,000人以上	長期研修の場合は、各施設の専門人材が不足する分野から、素質の高い、若い人を選定する。短期の場合は研修内容に合わせて選出する。	長期研修の場合は、研修生を上部施設(県外)へ送り込み、その施設に委ねる。短期研修の場合は、県内の各病院の技術職の高い、経験豊富な専門家を講師対象とする。医療・看護・公衆衛生などの専門家を含む。必要時に省・市級の専門家を招聘する場合もある。	研修中、完了時にテストを実施する。各職場へ戻ってから、その職場による考査と評価が行われる。	長期研修は研修先と契約のうえ、研修費用を予算へ組み入れる。短期の場合は各ドナーの助成金または自費により行われる。
廬江県	2コース、96名	テーマごとに参加者を募集する。	主治医以上の専門人材が上部施設の研修を受けてから講師となる。	研修前と後のテストを実施する。	記載なし。
無為県	40コース、延べ1,100人	県衛生局は年次計画に基づき、一括して手配する。	衛生学校がニーズ調査をし、県病院から自己推薦・選抜・査定を考慮して、選定する。	研修前と後のテスト、考査を実施する。	年間予算は約10万元、不足のため、研修も不足している。

<p>涇県</p>	<p>研修は、年に1回、郷衛生院職員20名 県級医療施設による研修は、年に2回、参加者200名 各郷鎮の主催する研修は、約10名</p>	<p>集中研修、レベルごと・地域ごとの研修、通信教育による研修、会議・研修の共催、研修の点数化管理により、自発的な学習を促す。</p>	<p>中級以上の技術職で、かつ10年以上の勤務経験を持つ者から選定する。</p>	<p>効果的な評価とフォローアップがなく、受講者の自己総括またはテスト方式により、モニタリングする。</p>	<p>経費が限られている。上部施設が助成する研修事業に依存する。 郷鎮衛生院の専門技術者向けの研修予算は年間4,000元(20人分)である。</p>
-----------	--	---	--	--	---

出所：質問票への回答

7-5-3 保健・公衆衛生人材の課題

郷鎮衛生院では、衛生院の人材配置は個別ポジションごとの採用になるため⁹、衛生院間の異動、衛生院内でのジョブローテーション、県立病院等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。

医薬衛生改革開始後、ポジション配置、役割分担、実績査定が徹底的に行われ、院長責任請負制が導入された。院長1名、副院長1～2名は県と契約しポジションに就任する。

表7-9は、人材育成の課題についてまとめたものである。専門的な技術研修ニーズに関するものから、人事査定や資格取得の一部として認証制度、モチベーション向上、昇進とのリンクなどさまざまな課題が挙げられた。

表7-9 人材育成の課題

	碭 山	埇 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
半年以上の研修計画があまりない。定期的な研修を行うべき	○					○
賞罰制度が不健全である	○					○
予算管理上の制約により、各医療施設の研修の自立性が図られていない	○					
末端組織のスタッフのモチベーションが低い	○	○				
健康教育等の活動が、資格取得や昇進とリンクしていない				○		○
衛生院職員全員を対象とする招聘制度を導入したがうまくいっていない（＝定着率が低い）			○	○		
専門的な研修（超音波、心電図）が必要である						○

出所：質問票への回答より

表7-10の技術職の研修ニーズは、郷鎮衛生院・村落衛生室で働くスタッフの能力強化をめざした研修を行う場合、優先すべき技術職（例：医師、看護師など）とその研修すべき内容はどのようなものかという質問に対する回答をまとめたものである。鍵となるのは公衆衛生業務に関わる行政職員と予防・保健・健康促進に関わる講師や医師への研修であることが示唆される。

⁹ 院長は県が採用する。

表 7-10 技術職の研修ニーズ

職名	内容	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
医師・公衆衛生職員	公衆衛生サービスに関する内容	○	○	○	○	○	○
県レベル講師	公衆衛生に関する知識の系統的な研修、 研修のやり方	○					○
県母子センター医師	母子保健に関する知識と技能研修	○	○				
	健康教育		○				
	医療技術			○		○	
看護師	看護・救急・無菌操作研修				○	○	
技師	専門性の高い研修				○		
医師	外科、画像、内科、産婦人科						○
中医	小児科、中医診断						○
助理医師	継続教育一年間72時間が課せられている						○
薬剤師	漢方薬、西洋薬知識						○
村医	助理医師資格の獲得のための能力アップ						○

出所：質問票への回答より

表 7-11 医療技術以外の業務職（管理）県の公衆衛生行政と郷鎮衛生院の院長に対して、プロジェクト管理の知識と技能が一般的に求められていることがわかった。ここでいうプロジェクト管理とは、施設運営管理とサービス事業のプログラム管理を指すと思われる。

表 7-11 医療技術以外の業務職（管理）の研修ニーズ

職名	内容	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
県レベル管理者	プロジェクト管理の知識と技能	○	○			○	○
郷鎮レベル管理者 （院長など）	プロジェクト管理の知識と技能 （公衆衛生を含む）	○	○	○			○
IT係	専門知識と技能	○					
主管衛生医師	慢性疾患管理、重症精神疾患管理				○		
衛生医師	健康教育、妊産婦や児童へのフォローアップ				○		
事務スタッフ	IT・機器の維持管理、財務研修						○

出所：質問票への回答より

表7-12 必要と思われる研修内容について聞き取り調査の結果をまとめたものである。複数の県に共通するものとしては、実際の業務に活用できる内容、公衆衛生サービスの9項目に関連した内容、よく見られる病気の診断技術に関するものであった。そのほか、新しい知識や理論や衛生管理レベルの向上等が挙げられた。

表7-12 必要と思われる研修内容

	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
臨床に実用的な知識と技能（よく見られる病気診断を含む）	○		○			○
実際業務に活用できる現実性のある内容	○	○	○			○
小児保健、妊産婦保健、重症精神病管理、慢性病（高血圧、糖尿病）などの管理知識や健康教育の方法とテクニック、基本公衆衛生管理技能等	○	○		○	○	
健康教育、医療技術における新知識、新理論、新方法					○	
衛生管理レベルの向上			○			

表7-13 現在の研修における課題を聞き取りからまとめたものである。

表7-13 現在の研修における課題

	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
適切な教材はなく、講師がその都度用意					○	○
講師の能力が不十分である	○	○			○	○
教育手法が画一的である					○	
中央の研修に派遣されるスタッフは限定されている						○
公衆衛生の知識・技能を獲得する機会が限定されている						○
村衛生室で働く高年齢スタッフの研修は困難					○	
マネジメント能力、人員の質により、中心衛生院と一般衛生院における9項目サービス内容に格差が出ている				○		
自分たち（県レベル）の理論・経験が足りない		○				
県レベルで重症精神病を管理する人材がない		○				
健康教育を実施しているとしても十分な知識を持っていないので深く浸透しない		○				
研修時間が短すぎて目的が達成されていない	○					

7-6 3級医療サービスネットワークの維持と強化

公衆衛生サービスのモニタリング評価に限らず、3級医療サービスネットワークを維持し強化するために、どのような組織施設間の調整と管理のメカニズムがあるのか、モニタリング評価法の現状を確認した。

表7-14 医薬衛生体制改革のモニタリング評価方法について調査票と聞き取りをもとにまとめたものである。新農村合作医療保険事業が国家プロジェクトとして始まり、現在では制度として通常業務に組み入れられるようになったものの、モニタリングに関して、統一的な様式はないようである。情報の収集に関しても週報や月報で義務づけているところから、聞き取り調査やベースライン調査を実施している県、モニタリングシートを作成している県などさまざまである。モニタリング結果の分析においても専門部署が担当する県もあれば、それぞれのテーマごとにリーダーを決めて、その方針を決めるところもある。また、分析の内容にもよるが、岡山県のように分析情報を現場でフィードバックする場合や涇県のようにニューズレターに分析内容を載せて情報の共有化を行っている県もある。管理者は技術者からの抜擢が多く、管理に関する専門的な研修がされていない兼職者も多いので、業務の細分化が難しいという意見もあった。

母子保健については県母子保健所が四半期ごとに各郷鎮から母子保健情報を収集する。妊産婦に関しては産婦人数、産婦の保健状況、ハイリスク妊産婦、施設分娩情報、帝王切開数、妊産婦死者数、死亡原因、新生児破傷風の発病数・死亡数などが収集されている。小児保健については7歳未満児数、体格検査実施者数、5歳未満児の発育状況、栄養状況、サービス提供状況が収集されている。その他、避妊の数と質（術後感染及び身体的な損傷者数などを含む）、婦人病検査状況、婚前健診状況、出生時の先天性異常のモニタリング、妊産婦死亡のモニタリング、5歳未満児死亡のモニタリングを行うことになっている。

その他、EPI、感染症、精神病、高血圧、糖尿病、高齢者保健などの情報を収集している。

表7-14 医薬衛生体制改革のモニタリング評価方法

	(1) 収集する情報と収集タイミング、方法	(2) 分析方法とモニタリング評価人員、体制	(3) 活用・フィードバックの方法
碓山	現場での聞き取り調査により、医療従事者と農民から四半期ごとに情報を収集している。	統計係による情報分析、専門職員による評価といったモニタリング体制が構築されている。	定期的なモニタリング評価のうえ、問題解決のための助言を行い、即時に現場へフィードバックする。その場で改善できないものについては期限を決めて解決するよう要求する。
桶橋	必要に応じて、情報収集を行う。末端医療機関は不定期に情報を提供し、週、月ごとに報告する。	パソコンで収集した情報を総合的に分析する。医薬衛生改革グループの主管リーダー及び医薬衛生改革の各担当者はその情報に対する評価を行う。	問題を発見したら、管理者へ報告し、改善するよう要求する。期限内に改善できない場合、関係者の責任を問う。
霍山	まず、ベースライン調査による現状の把握を行う。その後、実施中に関連規定に基づき、定期・不定期な情報収集を行う。さらに、一部の活動を実施した後に、総合的な収集をする。もしくは、年次活動終了後、年次ごとの情報を収集している。情報の収集方法は、各種報告表の提出（順次上部機関へ）により行っている。	収集した情報を前情報と比較するなどにより業務進捗等を把握する。また、年次活動終了後、または一部の活動終了後にその活動状況を分析する。それ以外にも、上部機関の要求に基づき、課題別の分析を不定期に実施している。モニタリング評価業務は、県衛生局自身あるいはCDC、保健センターなどに委託して定期、不定期に実施される。	順次上部機関に報告し、把握する情報を踏まえて、下部機関への業務指導を行う。県衛生局（医政股、監督股）は、品質管理のために、県直轄の衛生施設に、モニタリングと業務指導を委託している。
廬江	各施設は毎月品質管理情報シートを作成し報告する。	分析方法：月ごとの情報を比較のうえ、存在する問題点の発見や各指標を分析する。 メンバーの構成：医政、予防・保健、財務、人事などの部門の責任者	衛生院を査定評価するための重要な指標・関連情報を会議やWEBサイトを通してフィードバックする。
無為	関連規定に基づき、日常的に関連情報を収集・報告する。指導者チームは、その収集作業をモニタリングし、週・月ごとに報告する。	県内に改革指導者チームリーダー23人（県直轄機関の課長補佐以上）が責任者としてリーダー職務にあたる。医療サービス管理規範の制定、モニタリング能力の強化、実績査定の徹底を行う。	問題を発見し次第、改正し、情報の共有化を強化する。
涇	週報・月報、モニタリング評価、リサーチなどにより、情報収集を行う。	半年ごと・年次ごとの考課、実績査定などを通して、品質管理を行う。 メンバー構成：県衛生局・人事局・県発展改革委員会・定員管理弁公室・監察などの部門関係者。	ニューズレターにより、定期的にフィードバックする。

出所：質問票による回答

第8章 末端施設の管理体制と公衆衛生サービス

8-1 視察郷鎮衛生院の概況

表8-1はそれぞれ県の中心から視察郷鎮衛生院との距離をまとめたものである。桶橋区の符離集鎮衛生院（中心衛生院）のように人口12万人を対象とする衛生院もある一方で、涇県の琴溪鎮衛生院のように人口2万人を対象とする比較的小さな衛生院もある。行政村の数と村衛生室の数はほぼ一致する。

表8-1 視察郷鎮衛生院の概況

県級行政区の名称	鎮衛生院名	距離	人口 (万人)	面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)	世帯数	行政村 数	鎮の位置 緯度	経度
碭山県	関帝廟鎮衛生院	県中心から10km	9.8	255	384		12	34.3519	116.3953
桶橋区	符離集鎮衛生院	県中心から15km	12.0	136	882	22,941	20	33.76259	116.9852
霍山県	諸仏庵鎮衛生院	県中心から20km	3.5	179	196	8,597	13	34.41724	116.1739
廬江県	龍橋鎮衛生院	県中心から7km	5.8	105	552	16,000	13	34.1432	117.4414
無為県	泥汊鎮衛生院	県中心から20km	6.9	119	580	19,385	15	31.17345	117.9935
涇県	琴溪鎮衛生院	県中心から9km	2.0			5,936	8	30.71752	118.4916

出所：質問票による回答、Google Mapによる位置確認（緯度、経度）

8-1-1 郷鎮衛生院の業務と現状

表8-2は、省が期待する郷鎮衛生院での公衆衛生サービスについて優先順位をつけてもらった表である。国の政策として進める以上、どの項目も同様に重視するべきであると指摘した廬江県の例もあるが、おおむねこれまで実施してきた乳幼児・妊産婦に対する保健事業が重要だという認識が高かった。その上で、高血圧・糖尿病等慢性病のハイリスクグループは年々増え続けることから、こういった疾患とグループを登録管理し定期的なフォローアップ・健康指導等を行うサービスを優先するという意見が多かった。農民健康ファイル作成の優先順位を高くした県は、農村健康ファイルをそのための基礎資料とするためという理由を記載している。

表 8 - 2 省が期待する郷鎮衛生院での公衆衛生サービスの優先順位

		碭山	桶橋	霍山	廬江	無為	涇
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。	6	1	2	1	8	1
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形成を手伝い、「愛国衛生運動（環境整備）」の展開を指導する。	5		6	1	1	1
3.	予防接種サービスの規範化を図り、国家EPIを実行する。	1	2	1	1	2	
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。	2	3	7	1		
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、身体検査と成長・発育へのモニタリング・評価を行い、健康指導を展開する。	3	8	5	1	4	
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。	4	9		1	3	
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。	7	5	4	1	5	
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。	8	6	3	1	6	
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。		7		1	7	
10.	所管区内の突発的公衆衛生事件の処理に協力する。		4		1	9	
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。		10		1	10	
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。		11		1	11	

出所：質問票への回答より

8 - 1 - 2 郷鎮衛生院の施設と人員

(1) 郷鎮衛生院の施設

郷鎮衛生院では基礎医療サービスと公衆衛生サービスを包括的に実施することが期待されているが、郷鎮衛生院の中には大きな入院棟を備え、いくつもの診療室をもつものもある。



写真 1 符離鎮中心衛生院の入院棟（左）と外来（右）

廬江県の龍橋鎮衛生院の場合、30床の入院施設をもち、内科、外科、小児科、耳鼻咽喉科、産婦人科、歯科の診察室のほか、稼働式胃透視レントゲン装置をもつレントゲン室（1日10名ほどの検査）、薬局（調剤可）、検査室（血球計算、生化学、尿検査、顕微鏡検査）、超音波室、小児検診室（予防接種）、母子休養室、出産室、婦人検査室、処置室、手術室などを備える。事務棟には公衆衛生室（最近設置された）、村衛生室からのスタッフ控室、院長室、副院長室、会議集会室などがある。



写真2 龍橋鎮衛生院の会議室



写真3 関帝廟鎮衛生院のレントゲン装置

訪問した衛生院間の施設規模に多少のバラツキがあったが、提供するサービス内容に大きな違いはない。また、龍橋鎮衛生院は、施設規模と内容においても標準的なものである。

(2) 医薬品の定価販売

廬江県龍橋中心衛生院の場合、定価販売の基本薬品リストは307種で、リストは壁に掲示されている（写真4）。龍橋中心衛生院には漢方の薬局もあり、400種以上が処方されているとのこと。



写真4 諸仏庵衛生院の薬局と掲げられた基礎医薬品リスト

(3) 郷鎮衛生院の公衆衛生サービス人材

表8-3は郷鎮衛生院の施設別職種別人員数をまとめたものである。公衆衛生サービスのスタッフ数は衛生院総人数の20%以上という規定がある。涇県の琴溪鎮衛生院のように医師総数と登録看護師を足しても9人しかいない場合、9項目の公衆衛生サービスについて

専任人員を確保することが難しいことがわかる。埇橋区の符離集鎮衛生院の総スタッフ数は85人であるが、公衆衛生サービスに関わる人員は15名で、すべて専任を配置しているとのことである。しかし、彼らは公衆衛生の専門がなく、臨床から配置転換されたものばかりで、求められているようなレベルになっていないとのことである。

表 8 - 3 郷鎮衛生院の施設別職種別人員数

施設種類	衛生技術人員							管理者 (病院長 等) 人員	総務・事 務人員
	医師総 数			登録 看護師	薬剤師 (士)	技師 (士)	そのほか		
		医師	助理医師						
関帝廟鎮衛生院	25	10	15	18	2	7	13	2	1
符離集鎮衛生院	42	19	23	27	4	8		3	3
諸仏庵鎮衛生院	14	8	6	10	5		9	3	3
龍橋鎮衛生院	19	13	6	14	2	3	3	5	2
泥汊鎮衛生院	9	5	4	3	1		8	2	1
琴溪鎮衛生院	8	4	4	1			9		

出所：質問票による回答

(4) 公衆衛生サービスの予算

村衛生院の公衆衛生サービスの予算は人口規模に比例して国から配分され、郷鎮衛生院が管理する。人口1,200人ごとに18,000元の政府からの補助金（1人15元）が公衆衛生サービスのための予算として計上されている。なお、2011年度より1人当たり25元に引き上げられた。

(5) 郷鎮衛生院が行う村衛生室のモニタリング評価体制

衛生院と村衛生室との調整・管理メカニズムのひとつとして、衛生院・村衛生室代表の定期的な合同会議がある。村衛生室代表が、管轄の郷鎮衛生院の会議室で月1回の報告を行う。また、不定期だが、健康教育や高齢者の健診など施設外活動の機会を捉えて、村衛生室の村医と共同で活動を行う。具体的な内容と方法は不明。

8 - 1 - 3 郷鎮衛生院の公衆衛生サービスの現状

末端施設での公衆衛生サービスの内容については、第一次詳細調査に添付されている「安徽省郷鎮衛生院業績審査評価細則（試行）」から、その期待する業務を知ることができる。しかし、これは評価を目的として作成されたもので、そもそも現状はどうか、改善のためにどのようなステップを踏むべきなのか、どのような業務を標準とすることが可能なのか、なぜそのような業務が必要なのか、何を当面めざすのか、あるいは中長期で何をめざすのかといった戦略がないように思われる。

今回の調査で医薬衛生改革では9つの基本的な公衆衛生サービスに関する衛生部の指針があることがわかった。したがって、ここでは9つの公衆衛生サービスの現状について、各施設の視察と聞き取りで得た情報をもとにまとめる。なお、9つの公衆衛生サービスとは①農民健康ファイルの作成、②健康教育、③予防接種、④感染症の監視、⑤乳幼児保健、⑥妊産婦・母性保健、⑦65歳以上の高齢者保健、⑧慢性病管理、⑨重度精神病管理を指す。

(1) 農民健康ファイル

国民健康ファイル（農村の場合は農民健康ファイル）は、医療情報資源を構成する基本データとして、保健医療従事者が患者の病歴と健康状況を常時、総合的に把握できる有効的な診察に役立てることを目的としている。また、国家の衛生主管部門がデータベース化することによって対象人口の健康状態、傾向などを把握するための主要なツールとして使うことも目的としている¹⁰。カルテのような訪問者に限定した対人の診療記録のみならず、健康診断や予防情報も記録し、全人口を対象としている。なお、農村健康ファイルは村衛生室が作成・管理する。

涇県の場合、郷鎮衛生院内にある予防医学科が村衛生室の村医に対して農民管理ファイルの作成指導・監督とその集計を行っている。霍山県では、農民健康ファイルは県全体の20%を完了したとのことである。碭山県では、県全体の約33%の農民ファイルを完了したという。

(2) 健康教育

涇県の場合、郷鎮衛生院の予防健康科が健康教育を担当し、鎮衛生院訪問者に対して疾病予防教育を対人で実施している。また、施設外活動として年12回の巡回健康教育を4人のチームを組んで実施している。あらかじめ決めた行き先の村衛生室の村医から管轄する村の担当者に電話で知らせ、担当者が農民に召集をかける。健康教育の施設外活動に標準的なものではなく、無為県の泥汙鎮衛生院では3カ月に1回、村人を集めて実施している。

そのほか、施設内の健康教育・啓発活動として県級、省から送られてくる宣伝ポスターを2m×1mの壁掛け掲示版に提示している。これは月ごとに内容を更新することが義務づけられている。

健康教育の場合、例えばEPIのように定まった記録・報告様式がないため、健康教育の掲示版の写真や村医を集めた研修の様子を写した写真、健康教育の計画文書などを県の衛生局に報告している。

桶橋区は「健康学級」をつくり、独自の健康教育を展開しようとしている。「健康学級」とは鎮衛生院の会議室を利用し、健康教育の宣伝資料の展示や健康相談を2カ月に1度行うもので、高血圧や問題のある患者に対する相談業務が中心である。グループを対象としてプロジェクターやDVD、テレビなどの機材を使うこともある。限られた日時のみ活動になっているのは、担当スタッフが別部署の業務を兼任しているからである。

廬江県の龍橋鎮衛生院は、衛生院が直接、患者や住民に行うのではなく、月に1度、村医を集めて健康教育講座を開いている。

碭山県の関帝廟鎮衛生院の場合、村衛生室に対する健康教育の指導・監督と鎮衛生院の臨床との連携による健康教育を行っている。1カ月に1回、鎮衛生院から村に直接入って、健康教育と健康診断を行っている。この訪問には村医を通じて各村の担当に働きかけるが、そのとき村委員会や鎮政府担当が健康教育の開催に協力する。県のCDCスタッフがモニタリングのため出席することもある。

¹⁰ 中智医誌2009年8月10日記事 <http://www.ciic-medicalnews.com/kiji/090810.html>



写真5 涇県の琴溪鎮衛生院に貼られた健康教育用宣伝ポスター

(3) 予防接種

国が定めたワクチン接種スケジュールに沿って、郷鎮衛生院が予防接種を行う。村衛生室の村医は、予防接種日や呼びかけに協力するのみで予防接種は行わない。

霍山県の諸仏庵鎮衛生院の場合、小児は予防接種カード、妊産婦は妊産婦手帳を携帯し、予防接種後、衛生院の担当が記入する。同時にその結果をパソコンに入力して管理している。郷鎮衛生院の予防接種率は85%であった。パソコンは農村合作医療保険事業と同じものを使っているが、母子保健の情報はネットではつながっていないという。

(4) 感染症の監視

医師が感染症（中国語では伝染病）を診断し、登録報告する。衛生院では丙カテゴリーの感染症を扱う。それ以外の甲乙カテゴリーの確定診断は、県以上の病院で行う。感染症39種を報告するためにネットを通じた「伝染病ネット直報システム」が基幹衛生院に設置され、それぞれにIDとパスワードが振り分けられている。

衛生院側からは上部からの指示や感染症に関する最近の動向をネットで見ることができ、39種以外の感染症の扱いは不明。



写真6 龍橋鎮衛生院の伝染病ネット直報システム端末

(5) 乳幼児保健

郷鎮衛生院の小児保健科が、新生児の登録と管理、小児の健康指導を行う。廬江県龍橋鎮衛生院の場合、小児保健科の専任スタッフが決められた日に村医とともに月40人程度の巡回検診を行っているという。成長観察はこの部署が行う。小学校の場合、入学時のみ健康診断が義務づけられている。

(6) 妊産婦・母性保健

郷鎮衛生院の妊産婦保健科が、妊産婦の登録と管理、妊産婦の健康指導を行っている。妊産婦保健科の専任スタッフが妊産婦の検診を決められた日に村医とともに巡回検診行う。霍山県の関帝廟鎮衛生院の例では、巡回検診数は月30～40人程度である。

(7) 65歳以上の高齢者保健

郷鎮衛生院は65歳の以上の高齢者数を村衛生室からの報告を通じて把握している。霍山県の関帝廟鎮衛生院の例では、高齢者へのサービス・健康指導として血圧、聴診、血糖測定、栄養評価を行っている。

(8) 慢性病管理

霍山県の関帝廟鎮衛生院からの聞き取りによると、慢性病の管理については村医の指導を主に行っている。年に何回か定期的に村医の協力を得て検診（血圧、視力、体重、身長、血糖値）を測定している。村衛生室の中には検査のため採血して血液を送ってくる場所もある。

(9) 重度精神病管理

碭山県の関帝廟鎮衛生院によると、県の精神病院と協力して管轄村全体の重症精神病患者を把握している。衛生院では治療の必要があれば、県の精神病院へ送り、退院した患者で問題があれば報告する。

8-1-4 郷鎮衛生院の課題

郷鎮衛生院で共通の問題として挙げられたのは、公衆衛生サービスを担当する人員が不足しているということである（表8-4）。臨床と兼務しているスタッフも多いなか、彼らに求められる能力を形成する研修機会が不十分である。また、たとえ能力をつけたとしても必要なスペースや健診機材、移動手段に制約がある。

表 8-4 郷鎮衛生院が抱えている問題への認識

	碭山	埇橋	霍山	廬江	無為	涇
人員が足りない（公衆得性サービス業務で兼務、新人が多い）	○	○	○	—	○	○
必要な研修が不十分、研修機会が少ない		○		—		
公衆衛生サービスに関するスタッフの能力が足りない	○			—	○	○
健診など施設外活動の移動手段（車）が足りない	○			—		○
公衆衛生サービスを実施する場所（施設）が足りない				—		○
機材が足りない（心電計や血糖検査用の機器、超音波機器、生化学検査機器が古い）	○			—	○	
郷鎮衛生院・村衛生室に仕事が集中				—	○	

出所：衛生院関係者への聞き取り（なお、碭山＝関帝廟鎮衛生院、埇橋＝符離集鎮衛生院、霍山＝諸仏庵鎮衛生院、廬江＝龍橋鎮衛生院、無為＝泥汊鎮衛生院、涇＝琴溪鎮衛生院）

表 8-5 は、郷鎮衛生院の支援ニーズについてまとめたものである（埒橋、涇を除く）。各衛生院が実施すべき公衆衛生サービスに必要な技術や村衛生室の指導法などが挙げられた。

表 8-5 郷鎮衛生院のニーズ

	埒 山	埒 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
健康教育に対するスキルアップ		—			○	—
高齢者の管理・指導に関する能力向上	○	—	○			—
妊産婦のケアに関する知識、機材、緊急対応技術		—	○	○		—
精神病患者の登録・ケア専門スタッフの配置		—	○			—
テーマごとの研修参加、知識レベルの向上	○	—				—
村衛生室・村医に対する指導能力	○	—		○		—

出所：衛生院関係者への聞き取り（なお、埒山＝関帝廟鎮衛生院、埒橋＝符離集鎮衛生院、霍山＝諸仏庵鎮衛生院、廬江＝龍橋鎮衛生院、無為＝泥汊鎮衛生院、涇＝琴溪鎮衛生院）

公衆衛生サービスは郷鎮衛生院と村衛生室が一体化して実施することになっている。しかしながら、郷鎮衛生院は村衛生室側にも多くの問題があると考えている。埒橋区の符離集鎮衛生院は以下のような村衛生室の問題を指摘する。

- ・ 農民健康ファイルは手書きでわずらわしく負担になっている
- ・ 村衛生院のスタッフの知識・能力レベルが低い
- ・ 公衆衛生サービスが新しい仕事なので慣れていない
- ・ 鎮衛生院と目的意識が共有されていない、チームとして一体化していない

8-2 村衛生室の概況

8-2-1 村衛生室の業務と現状

表 8-6 は、調査団が視察した村衛生室の概況を表にまとめたものである。

表 8-6 村衛生室の概況

管轄する郷鎮衛生院の名称	村衛生室名	距離	人口	面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)	世帯数	村の位置	
							緯度	経度
埒山県関帝廟鎮衛生院	徐廟村衛生室	関帝廟鎮衛生院まで3km、総合病院まで7km	2997	14.6	205	768	34.37773	116.3802
埒橋区符離集鎮衛生院	符離鎮衛生室	符離集鎮衛生院まで4km	3638	5.0	728	961		
霍山県諸仏庵鎮衛生院	獅山村衛生室	諸仏庵鎮衛生院4km、最も遠い村7km	3034	17.5	173	900		
廬江県龍橋鎮衛生院	高山村衛生室	龍橋鎮衛生院8km	4074	4.0	1019	1,098	31.12574	117.4126
無為県泥汊鎮衛生院	三溪村衛生室	泥汊鎮衛生院10km	5581	4.8	1163	1,206		
涇県琴溪鎮衛生院	新元村標準化衛生室	琴溪鎮衛生院まで2.5km	3230	12	269	29	30.72575	118.5085

出所：質問票による回答+Google Mapによる位置確認（緯度、経度）

村衛生室の基本施設としては、診察室、待合室・点滴室、医薬品販売室、観察室（2～3のベッドあり）、資料室、その他の多目的室などがある。



写真7 無為県三溪村衛生室概観



写真8 霍山県獅山村衛生室概観

表8-7は、村衛生室の人員状況をまとめたものである。村衛生室としては、人口に対して一定の人員が配置されているようだが、高山村衛生室のように2人しか配置されていない衛生室もある。配置されているのは、中等技術学校を卒業した郷村医と呼ばれている村医である。施設への訪問者数は月30人程度だが、10人以下のところもあった。

表8-7 村衛生室の人員

村衛生室名	人数	最終学歴		1日平均利用者数
		大卒	中等技術学校	
徐廟村衛生室	5		5	-
符離鎮衛生室	4		4	20
獅山村衛生室	4			10
高山村衛生室	2		2	10-20
三溪村衛生室	-			30-40
新元村標準化衛生室	4	1	2	30-40

出所：視察時の質問から

8-2-2 村衛生室の公衆衛生サービス

(1) 期待される公衆衛生サービス

表8-8は、村衛生室が行う公衆衛生サービスの優先順位をまとめたものである。村衛生室が独自で実施する業務は感染症の登録・報告、健康教育、よく見られる疾患の診断・治療、速やかな転院、在宅リハビリ指導となっている。左記以外の業務—妊産婦と小児の保健、農民健康ファイルの作成と更新とフォローアップ、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、予防接種、高齢者保健、結核・エイズ等感染症の予防治療、新農村合作医療保険制度の徹底と実施は、郷鎮衛生院と一体化で取り組むことが求

められている。

基本医療に高い優先順位をつけた理由に、基本医薬品を用いてよく見られる病気を治療してもらうことが農民のニーズの根底にあり、その上で徐々に住民の自発的な疾病予防を実現すべきという意見を複数の県が挙げた。

表 8 - 8 村衛生室が行う公衆衛生サービスの優先順位

	碓 山	埴 橋	霍 山	廬 江	無 為	涇
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。	7	1		1	3	
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。	5	6		1	4	
3. 健康教育や村民向けの保健医療知識の宣伝を行う。	6	7	2	1	2	1
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。	1	3	4	1	6	
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。	2	2	3	1	5	
6. 積極的に「新農村合作医療保険制度」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。	4	5		1	7	
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。	3	4	1	1	1	1
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		8		1	8	

出所：県関係者への質問票回答より

今回の調査で国家医薬体制改革では9つの公衆衛生サービスが末端施設で求められていることが明らかになった。したがって、ここでは基礎医療サービスと9つの公衆衛生サービスの現状について、各村衛生室の視察と聞き取りで得た情報をもとにまとめる。

(2) 基礎医療サービス

医薬衛生管理体制改革の成果としてすべての村衛生室を訪問しても、農村合作医療保険事業と医薬品の定価販売が実施されていることが確認できた。

新農村合作医療保険を支えるコンピューターネットワークはすべての村衛生室に整備され、治療や薬、県病院での入院費も含め、医療費の個人負担分を村衛生室で支払うことができる。パソコンの普及により、学習のためにインターネットを閲覧するところや妊産婦の記録を入力すると答えた村衛生室があった。

すべての村衛生室にも必須医薬品のリストが壁に貼られていた。リストには定価販売の価格、定価販売制度を導入する前の価格、差額が記載されている。扱う必須医薬品のリストは県ごとに異なるようである。涇県の新元村標準化衛生室の場合は約200種、無為県の三溪村衛生室の場合は約300種が掲示されていた。



写真9 廬江県高山村衛生室の医薬品リスト



写真10 無為県三溪村衛生室の農村合作医療保険事業用コンピューター端末

(3) 農民健康ファイル

農民健康ファイルはどの村衛生室でも作成されていることが調査でわかった。各県の衛生局もキャビネットやファイル閉じを配布し支援している。

埇橋区の符離鎮衛生室では人口3,638人のうち、800ファイルが作成された。村医によると、小児と妊産婦、高齢者、重点グループの高血圧、糖尿病、精神疾患患者を優先して健康管理ファイルを作成しているとのことである。農村健康ファイル作成のために村衛生室訪問者だけでなく、管轄下の11の自然村にもでかける。出稼ぎなどで出ている若い人には、春節の時期に出かけファイルを作成する予定とのことである。埇橋区では農村健康ファイルと統一の番号をもつ診察カード「住民健康ファイル情報カード」をつくり、農村管理ファイル番号を参照することができる。

霍山県の獅山村衛生室では人口4,000人のうち817ファイルを作成したとのことである。



写真11 碭山県徐廟村衛生室の農村健康ファイル

(4) 健康教育

健康教育については鎮衛生院が実施する施設外活動の際、対象者を集めるための連絡調整を行う役割を担っている。また、郷鎮衛生院と同じように、鎮や県、国から配布されるポスターを掲げることになっている。廬江県の高山村衛生室は健康教育のためのパンフレットとしてコピー用紙を3つ折りにしたものを置いていたが、他村衛生室ではポスターのみが多かった。



写真12 廬江県高山村衛生室の健康教育掲示版（左）とパンフレット（右）

(5) 県衛生局への報告

村衛生室は衛生院を通じて県衛生局に報告すべきものとして、①伝達文書、②患者転送記録、③妊産婦死亡登録、④母子保健の3カ月ごとの報告、⑤7歳児以上の流入・流出登録、⑥結核DOTS、⑦死亡報告、⑧薬物不良事件（強い副作用）がある。涇県では、試験的に2011年度より「公共衛生情報登録ノート」として上記ファイルを1冊にまとめたものを使用しており、報告は月に1回、この1冊を提出するのみでいいことになった。

8-2-3 村衛生室の課題

村衛生室は基本医療サービスに加えて公衆衛生サービスに対する一定の役割・機能が期待されている。公衆衛生は新しい業務でありながら、体系的に業務を学習する機会が非常に限られていること、基礎医療が治療や薬剤投与によって個人の欲求を満たし理解されやすいのに対し、予防や保健、健康増進の便益は個人にしても公共にしても観念的なものであり、理解されにくいという課題がある。さらに、村衛生室で行う公衆衛生サービスの業務負荷が業務実績とリンクしていないこと、モチベーションをどう上げるかということも課題になる。

郷鎮衛生院の場合、上位の総合病院で研修や臨床の経験を積む機会が制度的に組み込まれているのに対し、村衛生室の村医の資格では、衛生院でOJTを実施するなどが制度上できない。

8-3 農民

新農村合作医療保険制度と医薬品の定価販売を実施して以来、住民の健康へのニーズが高まりつつある。しかし、末端衛生施設のサービス能力が高くないために、比較的軽症の疾患は郷・村内で対処するという原則は守られていない。さらには、公衆衛生サービスのニーズを生み出すには至っていない。県関係者への聞き取りでも病気が重くなってから病院にくるが、予防には関心が薄いこと、行政側の働きかけにもかかわらず、公衆衛生に関する認知が低いこと、検査資機材がないことなどの問題があり、早期発見と早期治療が実現していない、ということだった。

今回の調査で6~7人の農民に対するインタビューを行ったが、上位機関の幹部がいる前でのインタビューでは農民は安心して自由な発言ができないと思われる。安徽省の郷鎮衛生院と村衛生室に対する業績審査評価細則（試行）には、利用者の満足度を調査または意見箱を設置して把握するという案があった。なぜ、住民の意見を取り込む必要があるのかを理解されない限り、有効に機能しないと思われる。

第9章 事前評価

9-1 妥当性

このプロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断する。

(1) 直接裨益者のニーズ

以下の点から直接裨益者のニーズに合致している。

- ・ 県衛生局の公衆衛生サービス担当にとって、公衆衛生は新しい分野であり、実務に対する知識・経験が足りないこと、郷鎮衛生院に対する指導力や規範を示せないという課題を抱えており、健康教育や生活習慣病などの学習機会に対する関心がある。
- ・ 郷鎮衛生院・村衛生室のスタッフは、学歴や資格獲得を伴う経済的なモチベーションは高いものの、予防や保健への関心は治療に比較して低い。
- ・ 省衛生庁は、新興・再興感染症に対して脆弱な農村部での感染症監視体制を強化し、増えつつある糖尿病や高血圧症の防ぐために、公衆衛生サービスの強化を切望している。
- ・ 鎮衛生院と村衛生室は、9つの公衆衛生サービスについて目的意識を共有し、チームとして一体化した活動が求められている。

(2) 日本の援助政策との整合性

本プロジェクトは、日本政府の「対中国経済協力計画」の重点分野のうち、「地球的な規模の問題に対処するための協力」に位置づけられる。また、同計画において、モデルアプローチの推進が挙げられており、その点も合致する。

(3) 先方政府の戦略

2009年3月に国务院より出された「医薬衛生体制改革に関する当面の重点実施法案（2009～2011年）の通知」にある改革の5つの柱（①公的医療保険制度の整備、②薬品調達販売制度の見直し、③農村部・末端での保健医療サービスシステムの健全化、④基本的な公衆衛生サービスの均等化の段階的促進、⑤公立病院の改革などを通じて、国民の基礎医療・公衆衛生サービスへのアクセスの保証、高額医療費負担の緩和、保健システムへの信頼に対する改善を図る）のうち、③「農村部・末端での保健医療サービスシステムの健全化」及び④「基本的な公衆衛生サービスの均等化の段階的促進」と整合する。

(4) アプローチ・計画の適切さ

安徽省でのモデル構築は以下の点から適切と判断される。

- ① 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がある。
- ② 衛生部と安徽省衛生庁間の関係が良好であり、その成果を他の省へ展開できる可能性が高い。
- ③ JICAプロジェクトの経験がある。
- ④ 農村人口が75%と農村としての典型的な省である。
- 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省にも安徽省が含まれており、国家人口・計画生育委員会と密接に連携して進めていくことが可能である。

また、有効なモデル構築のために、パイロット県間での交流会を定期的に行い情報共有の場を設けている点や、モデルとしての他地域への普及を図るべく、プロジェクト終了前に対象地域外の関係者を交えた交流会が組み込まれている点もモデル構築・推進を図るうえで適切なアプローチであると判断される。

9-2 有効性

このプロジェクトは以下の理由から有効性が見込める。

- ・プロジェクトでは、各パイロット県において、求められる基本公衆衛生サービス9項目について、各地域特性を踏まえたニーズとギャップを分析し、優先順位や求められる技術レベル等を設定する。その後、実用的な標準マニュアル、持続可能な公衆衛生サービスのための研修実施管理体制の構築、各施設の運営とサービスの質改善に資する評価モニタリング方法の構築・活用等を通じて、各地域のニーズに応じた公共衛生サービスの改善が図られることとなる。さらに、この各パイロット県での取り組みに関し、パイロット県間での交流会やパイロット県外の関係者との交流会を通して情報共有・意見交換を行うことで、他地域での展開を図るうえでの方法論としてのモデルを構築することができると判断されるため、プロジェクト目標の達成は可能と予測する。
- ・規範の設定、それをもとにした研修、それらの成果を確実にするためのモニタリング支援とプロジェクトを達成するための道筋が明確である。

9-3 効率性

このプロジェクトは以下の理由から効率性が確保できると予測する。

- ・省レベルのプロジェクト経験者を教育者とし、各パイロット県のTOTを育成することによって、効率的な研修実施体制を築くことが可能である。
- ・各パイロット県同士の横の交流とプロジェクト地域以外との関係者や上位の関係者を招くことによって、モデルの普及を効率的に展開することが可能である。
- ・プロジェクトは既存の施設や体制を活用し、その機能強化と組織間のコミュニケーションに集約することで、過剰な投入を防いでいる。
- ・JICAの安徽省プライマリーヘルスケア技術訓練センタープロジェクトで作成されたテキストを標準マニュアルに部分的に活用することで、投入負荷を軽減することができる。

9-4 インパクト

このプロジェクトのインパクトを以下のように予測する。

上位目標の「安徽省の農村部における基本公衆衛生サービスの質が向上する」は、省内の各県が3級医療サービスネットワークの施設機材面の整備とともにプロジェクトで作成した標準マニュアルを配布し、各レベルでニーズに基づいたモデル構築に取り組むならば、プロジェクト終了後3~4年で上位目標は達成できると予測する。また、安徽省の改善モデルが全国の省によって参照されるならば、全国の農村衛生管理体制の改革が促進される、と予測する。

9-5 自立発展性

このプロジェクトは以下の理由から自立発展性が確保できると予測する。

(1) 組織・制度面の持続性

- ・ 県レベルでは、9つの基本公衆衛生サービスの行政を担当するそれぞれの部署が、県衛生局と母子保健センター、CDCに分かれているものの、それぞれの役割と機能は、中央の衛生部によって決められている。
- ・ 郷鎮衛生院の技術スタッフのうち、20%を公衆衛生サービス担当のスタッフが占めなければならないなど、人的資源確保のための枠組みが設定されている。
- ・ 基本公衆衛生サービスの郷鎮衛生院と村衛生室の役割・機能の指針が設定されている。
- ・ 郷鎮衛生院が村衛生室の村医に対する研修は郷鎮衛生院にある既存の会議室などを使い、定期的に郷鎮衛生院で行われる村医の集会などを活用できる。
- ・ 健康教育や妊産婦・高齢者の検診など郷鎮衛生院と村衛生室が協力して実施すべき内容の大枠は示されている。

以上をまとめると、プロジェクトは、独立の目標を持つプロジェクトではなく、既存の保健システムにプロジェクトの成果を組み入れていくプロセスであり、組織制度強化そのものである。

(2) 技術普及び展開面の持続性

- ・ 標準マニュアルや研修の実施方法、モニタリング評価法は、中国側が主体となって構築することを想定しており、受け入れやすいことを前提にしている。
- ・ 地域特性に即した多様な教育法・学習法、運営管理方法などを確立することにより、他地域において部分的または包括的な展開が可能である。
- ・ 農村部での公衆衛生サービスの体系的な展開は中央レベルでも関心が高いため、普及に関して強力な指導力を期待できる。
- ・ 郷鎮衛生院のみならず、村衛生室まで「新農村合作基金制度」用のネット端末が置かれているなど、ネットを通じた双方向のコミュニケーション展開の可能性はある。

(3) 資金面での持続性

基本公衆衛生サービスに対する一人当たりの政府の年間支出は2009年の施策導入以来、年々増加している。

プロジェクトの日本側の経費負担を順次削減していき、中国側の経費負担を可能な限り通常予算の中に組み込む計画であり、資金面の持続性を高めるようにしている。

付 属 資 料

1. M/M案（日文、中文）
2. ワークショップ結果
 - 2-1 問題分析
 - (1) 県レベル問題分析
 - (2) 郷鎮レベル問題分析
 - (3) 村レベル問題分析
 - 2-2 目的分析結果
 - (1) 県レベル目的分析
 - (2) 郷鎮レベル目的分析
 - (3) 村レベル目的分析

1. M/M 案（日文、中文）

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、加藤誠治 JICA 人間開発部企画役を団長とする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、等しく正文である日本語、中国語による各 2 通を作成した。

北京市 2011 年 3 月 24 日

加藤 誠治

日本国
独立行政法人国際協力機構
詳細計画策定調査団長

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」に沿って実施されるものであり、農村末端部における基本公衆衛生サービスの質の向上に有効な介入方法を検討するものである。
- (2) 本プロジェクトは地域特性を踏まえた、農村部における公衆衛生サービス改善のためのモデルが構築されることを目標として実施する。そのため、プロジェクトでは、①規範に基づく利用し易い標準業務マニュアルの整備、②効果的・効率的な研修管理の仕組み（ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む）の整備、③基本公衆衛生サービスの評価方法の整備、④関係各機関の連携・協調関係の促進、の4点を主眼として活動を展開する。

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・デザイン・マトリックス

本プロジェクトの基本計画は別添1のプロジェクト・デザイン・マトリックス（以下、「PDM」という。）案に要約するとおりである。PDM案のうち、「指標」とその「入手手段」については、プロジェクト開始後に日中双方のプロジェクト関係者による調査・協議を通じて提案され、プロジェクト開始後6ヶ月以内に、合同調整委員会の承認により確定する。

(2) プラン・オブ・オペレーション

PDM案に基づき、別添2のプラン・オブ・オペレーション（以下、「PO」という）案のとおり、プロジェクトの活動計画スケジュールを設定する。本プロジェクトの協力期間は日本人専門家の派遣される日から4年間を予定とする。

(3) 実施体制

本プロジェクトの中国側実施機関は衛生部とする。日中双方は別添3の実施体制図案のとおり、プロジェクトの実施体制を組織する。

(4) 対象地域

本プロジェクトの対象地域は安徽省である。また、同省内の6県をパイロット県とする。具体的なパイロット県は、県の意欲、経費負担状況等を踏まえ、R/D締結までに日中双方で検討し、選定するものとする。

3. プロジェクトの協力枠組み

プロジェクトの協力枠組みに関し、本調査時に双方により協議・合意・提言されたR/D案は別添4のとおりである。今後このR/D案を基にした双方政府の最終調整・修正を経て、日本側および中国側代表との間でR/Dが署名される。

4. プロジェクト実施上の留意点

JICA と衛生部は本調査を踏まえ明らかとなった以下の諸点につき、プロジェクト実施上の留意点として確認した。

(1) モデルの定義

本プロジェクトで構築するモデルとは、基本公衆衛生サービスの質の向上に有効な方法論であり、開発→試行→フィードバック→改善の学習プロセスを伴うものである。

(2) 日中双方の投入の範囲についての留意点

PDM、PO 記載の日中双方の投入に関する留意点は以下のとおり。

- ① 標準業務マニュアルについては、同マニュアルの執筆者は中国側を中心とする。日本側はニーズアセスメント結果の反映方法、教材の作成方法、及びパイロット県に対する印刷製本配布等の支援を行う。
- ② 各種研修経費に関して、日本側は、安徽医学高等専科学校でのパイロット県関係者に対する TOT 研修の経費負担を行う。県による郷鎮衛生院、村衛生室の関係者に対する研修にかかる研修経費については、日本側は研修員の旅費（宿泊費、交通費）を負担し、研修会場の確保等の経費については中国側で負担する。プロジェクトの持続性の観点から日本側の負担は順次削減していき、中国側の負担を増やしていく。プロジェクト開始後に、日本側及び中国側の経費負担比率の割合については、日中双方協議の上決定する。
- ③ 日本側が投入する機材は、パイロット県研修センターにおける研修用事務機器（パソコン、プリンター、コピー機、プロジェクター（既存機材がある場合は供与対象外とする）、健康教育教材、及び県衛生局の郷鎮・村へのスーパーバイズ活動用交通手段とし、それ以外に必要な機材は中国側にて負担する。
- ④ プロジェクトオフィスの事務機器は日本側にて整備する。

(3) 安徽省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。

(4) チェックリスト

活動開始時に研修管理およびサービス評価方法に関する成果指標を入手するため、チェックリストを双方合意の上策定する。

5. その他

本プロジェクトは、JICA 中国事務所長および中国側代表の R/D への署名をもって正式に発効する。

- 別添 1 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) 案
- 別添 2 プラン・オブ・オペレーション (PO) 案
- 別添 3 実施体制図案
- 別添 4 討議議事録 (R/D) 案

PDM (プロジェクト・デザイン・マトリックス)

2011年3月24日

事業名：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

実施期間：2011年x月～2015年x-1月(4年間)

協力相手先実施機関：中国衛生部農村衛生管理司、安徽省衛生庁

対象地域：安徽省内パイロット県(6県)

ターゲットグループ：3級公衆衛生サービスネットワークのサービス従事者・管理者 受益者：農村住民

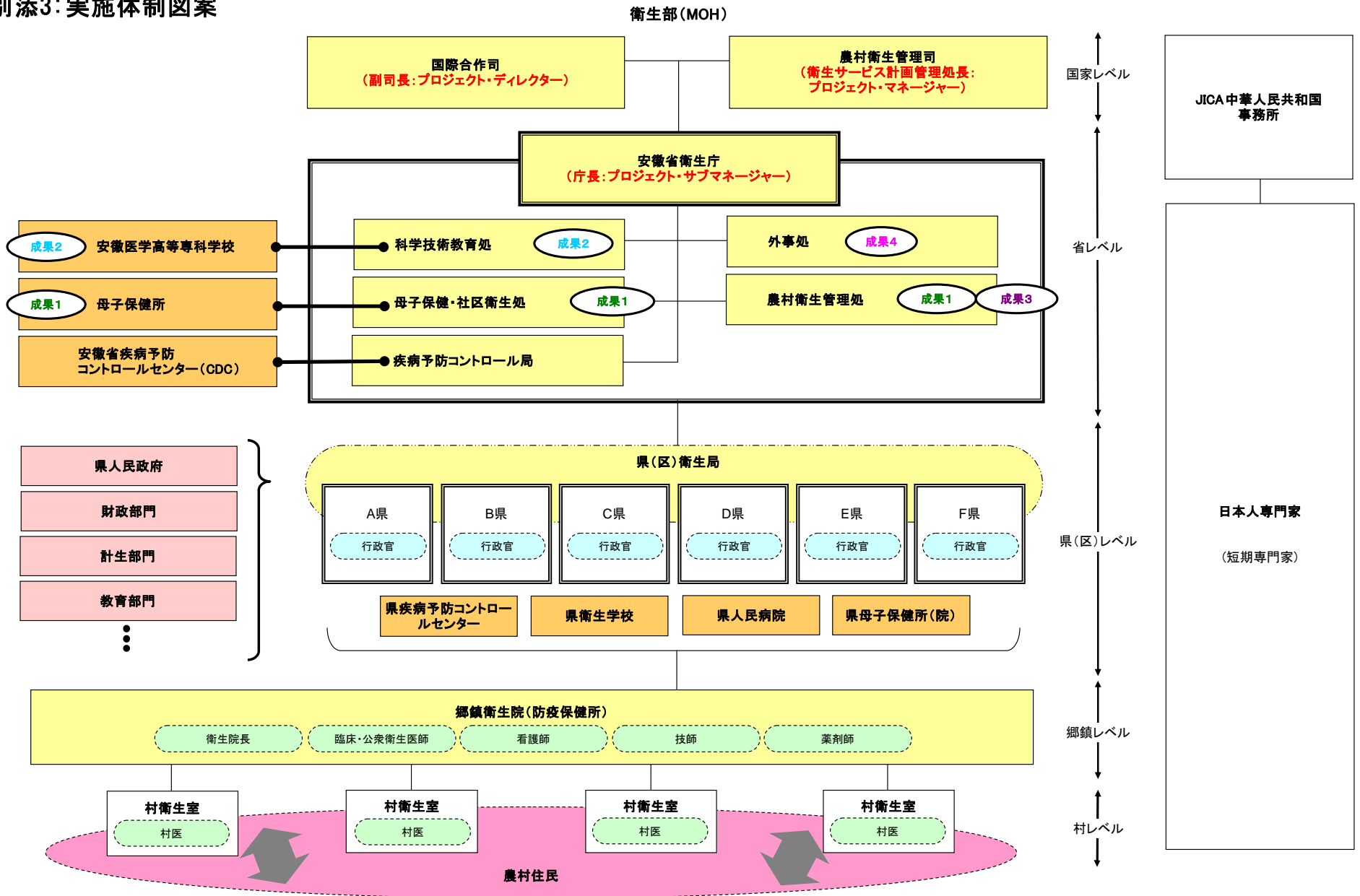
プロジェクト要約 (Narrative Summary)	指標 (Objectively Verifiable Indicators)	指標データ入手手段 (Means of Verification)	外部条件 (Important Assumptions)
スーパーゴール： 全国に改善モデルが参照され、全国における農村衛生管理体制の改革が促進される。	モデルを導入した省の数	衛生部農村衛生管理司	
上位目標： 安徽省の農村部における基本公衆衛生サービスの質が向上する。	基本公衆衛生サービスの質に関する評価指標が向上する。	導入された評価方法	
プロジェクト目標： 1 地域特性を踏まえた、農村部における基本公衆衛生サービス改善のためのモデルが構築される。	プロジェクト終了時に 1-1 パイロット県内においてモデルを適用した郷鎮衛生院数 1-2 地域特性に応じたモデルが誰でも入手できる手段で提示されている。 1-3 パイロット県にて同モデルを推進できる人材数	1-1 プロジェクト報告書 1-2 プロジェクト報告書 1-3 関係者へのインタビュー	
成果： 1. 規範に基づく実用的な標準業務マニュアル(技術面/運用面)が整備される。 2. 効果的・効率的な研修管理の仕組み(ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む)が整備される。	1-1 標準業務マニュアルが安徽省衛生庁に承認される。 1-2 (定性運用)パイロット県内の関係施設全てに標準業務マニュアルが配布される。 1-3 (定量評価)標準業務マニュアル使用者の70%以上が実用性があると認める。 2-1 (定性運用)研修管理の仕組み(ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む)	1-1 安徽省衛生庁 1-2 プロジェクト報告書 1-3 業務マニュアル使用者への無記名アンケート 2-1 パイロット県からの研修実施レポート	末端における医薬衛生体制総合改革施策の基本方針が大きく変わらない。

<p>3. 基本公衆衛生サービスの質の改善に資する実用的な評価方法が構築／活用される。</p> <p>4 3 級ネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調関係が強化される。</p>	<p>を経た研修が実施されている（チェックリストで把握）</p> <p>2-2 （定量運用）研修参加者の数と計画に対する割合（データベースによる）</p> <p>2-3 （定性運用）研修終了時の研修参加者（学習者）による研修目的、理解度、現場での実効性、研修方法に関する肯定的な評価が ** % 以上となる。</p> <p>3-1 （定性運用）評価側と評価される側の意図と指導・支援機能を反映し、かつ実効性があり評価者、被評価者に認められる評価方法の存在（チェックリストで把握）</p> <p>3-2 （定量運用）無作為無記名でのサンプル調査による評価方法に肯定的な評価を行う人が ** % 以上になる。</p> <p>4-1 関係機関間の協力が深まったと関係者の ** % 以上が感じる。</p>	<p>2-2 研修者データベース</p> <p>2-3 研修参加者の研修後アンケート</p> <p>3-1 プロジェクトによるチェックリスト書式</p> <p>3-2 無作為無記名サンプル調査</p> <p>4-1 関係者へのインタビュー</p>					
<p>活動：</p> <p>1-1 既存の規範をレビューする。</p> <p>1-2 既存のデータも活用しつつ、パイロット県におけるベースライン調査（住民ニーズ、受療行動、健康意識、医療従事者の技術レベル、サービスの質アセスメント、パイロット県の疾病現況等）を行う。</p> <p>1-3 標準業務マニュアルの原案を作成する。</p> <p>1-4 標準業務マニュアル原案を試行する。</p> <p>1-5 標準業務マニュアルを評価に基づき改訂する。</p> <p>2-1 研修のニーズアセスメントを実施する。</p> <p>2-2 県レベルにおける研修実施体制を構築</p>	<p style="text-align: center;">投入</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">日本側</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">中国側</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日本人専門家 チーフアドバイザー、組織運営、研修管理、公衆衛生、地域保健、母子保健、感染症、生活習慣病、健康教育、マルチメディア / ICT（Information Communication Technology）、教育工学、BCC（行動変容コミュニケーション）、モニタリング評価、その他必要な分野の専門家</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		日本側	中国側	日本人専門家 チーフアドバイザー、組織運営、研修管理、公衆衛生、地域保健、母子保健、感染症、生活習慣病、健康教育、マルチメディア / ICT（Information Communication Technology）、教育工学、BCC（行動変容コミュニケーション）、モニタリング評価、その他必要な分野の専門家		
日本側	中国側						
日本人専門家 チーフアドバイザー、組織運営、研修管理、公衆衛生、地域保健、母子保健、感染症、生活習慣病、健康教育、マルチメディア / ICT（Information Communication Technology）、教育工学、BCC（行動変容コミュニケーション）、モニタリング評価、その他必要な分野の専門家							

<p>する(研修拠点及び研修データベースを含む)。</p> <p>2-3 各種研修に必要な教材を作成する。</p> <p>2-4 安徽医学高等专科学校において、各県関係者に対する参加型研修を実施する(TOT)。</p> <p>2-5 郷鎮衛生院の基本公衆衛生サービスに関して、スタッフの研修計画(施設内/施設外研修)を策定/実施する。</p> <p>2-6 村衛生室の基本公衆衛生サービスに関して、スタッフの研修計画を策定/実施する。</p> <p>2-7 研修の効果と効率を評価し、研修実施に必要な改善を加える。</p> <p>3-1 基本公衆衛生サービスのモニタリング評価の実施方法のレビューを行う。</p> <p>3-2 モチベーション向上と実践能力向上につながる評価方法を策定し試行する</p> <p>3-3 基本公衆衛生サービスの質の向上につながる評価方法を策定し試行する。</p> <p>3-4 県による郷鎮・村に対するスーパーバイズと支援を行う。</p> <p>3-5 試行結果に基づき、評価方法を改善する。</p> <p>4-1 研修計画の立案、健康教育の実施等に関する、3級ネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調体制の仕組みを検討/構築する。</p> <p>4-2 関係各機関が定期的な会合を持つ。</p> <p>4-3 パイロット県におけるプロジェクトの経験共有のための、パイロット県間の交流会を開催する。</p> <p>4-4 プロジェクトの経験共有のための省内外との交流会を開催する。</p>	<p>本邦研修</p> <p>資機材供与</p> <p>TOT 研修経費、及び中国国内研修経費</p>		<p><u>前提条件:</u> 各パイロット県において、研修拠点を定める。</p>
---	---	--	---

* 「モデル」とは、サービスの質向上に有効な方法論であり、開発→試行→フィードバック→改善の学習プロセスを伴うものである。

別添3: 実施体制図案



(案)

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に係る
日本の技術協力に関する独立行政法人国際協力機構と
中華人民共和国国家衛生部との討議議事録

独立行政法人国際協力機構（以下、「JICA」という。）中華人民共和国事務所と中華人民共和国国家衛生部（以下、「衛生部」という）は、「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」の有効な実施のため、双方が取るべき措置について一連の討議を行った。

討議の結果、双方はそれぞれの政府に対し附属文書に記載する諸事項について勧告することに同意した。

等しく正文である日本語、中国語による本書各々2通を作成し、双方の合意のもとに署名した。

北京市 2011年XX月XX日

中川 聞夫

日本国
独立行政法人国際協力機構
中華人民共和国事務所 所長

* * *

中華人民共和国
衛生部
国際合作司 副司長

附属文書

I. JICA と中華人民共和国政府の協力

1. JICA と中華人民共和国政府は、「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、「当該プロジェクト」という。）の実施につき相互に協力をを行う。
2. 当該プロジェクトは、附表 I の基本計画に基づいて実施される。

II. JICA の取るべき措置

日本国において施行されている法律および規則に従い、JICA は、JICA の経費負担により日本の技術協力計画の通常手続きに基づき、以下の措置を取る。

1. 日本人専門家の派遣
JICA は、附表 II に掲げる日本人専門家の役務を提供する。
2. 機材供与
JICA は、附表 III に掲げる当該プロジェクトの実施に必要な資機材（以下、「機材」という。）を供与する。機材は、陸揚げ港あるいは空港にて中華人民共和国側関係機関へ CIF 建てにて引き渡されることにより、中華人民共和国政府の所有となる。
3. 研修員受入れ
JICA は、日本における技術研修のため、当該プロジェクトに関係する中国側人員を受け入れる。

III. 中華人民共和国政府の取るべき措置

1. 中華人民共和国政府は、全ての関係者、受益者グループおよび団体を当該プロジェクトに積極的に参加させることにより、日本の技術協力期間中および終了後、当該プロジェクトの自立的運営が持続されることを確保するために、必要な措置を取る。
2. 中華人民共和国政府は、日本の技術協力の成果として中国国民が獲得する技術および知識が、中国の経済および社会発展に貢献することを確保する。
3. 中華人民共和国政府は、上記 II-1 にいう日本人専門家およびその家族に対して、附表 IV に掲げる特別措置、免税および便宜を与えるとともに、同様の任務を遂行する第三国または国際機関の専門家に劣らない特別待遇、免税および便宜を与える。
4. 中華人民共和国政府は、上記 II-2 にいう機材が附表 II に掲げる日本人専門家との協議のもとに、当該プロジェクト実施のために有効に使用されること

を確保する。

5. 中華人民共和国政府は、中国人が日本における技術研修から得た知識および経験が、当該プロジェクト実施のために有効に用いられることを確保するために必要な措置を取る。
6. 中華人民共和国において施行されている法律および規則に従い、中華人民共和国政府は中華人民共和国側の負担において、当該プロジェクトへ以下のものを提供するために必要な措置を取る。
 - (1) 附表 V に掲げる中国人カウンターパートおよび事務職員の配置
 - (2) 附表 VI に掲げる土地、事務室、附帯施設
 - (3) 上記 11-2 のいう JICA によって供与される機材以外の、当該プロジェクト実施に必要な機械、装置、器具、車両、工具、予備部品およびその他の物品の提供もしくは更新
 - (4) 中華人民共和国における日本人専門家の公務出張に対する交通の便宜および市内交通費
7. 中華人民共和国において施行されている法律および規制に従い、以下の必要な措置を取る。
 - (1) 上記 11-2 に掲げる機材の中華人民共和国内における輸送、据付、操作および維持に必要な経費
 - (2) 上記 11-2 に掲げる機材に対し、中華人民共和国において課せられる関税、国内税およびその他の課徴金
 - (3) 当該プロジェクト実施に必要な運営費

IV. 当該プロジェクトの管理

1. 衛生部国際合作司副司長は、プロジェクトディレクターとして、当該プロジェクトの円滑のための両国諸機関の調整について全責任を負う。
2. 衛生部農村衛生管理司衛生サービス計画管理处長は、プロジェクトマネージャーとして、当該プロジェクト活動全般への助言・指導および連絡調整について責任を負う。
3. 安徽省衛生庁長は、プロジェクトサブマネージャーとして安徽省で実施される活動の実施・運営・管理について責任を負う。
4. 日本人チーフアドバイザーは、当該プロジェクトの実施に関する事項に関し、当該プロジェクトの長に対し、必要な提言および助言を与える。

5. 日本人専門家は、中国人カウンターパートに対して当該プロジェクトの実施に関する技術的事項において、必要な技術的提言および助言を与える。
6. 当該プロジェクトを効果的かつ成功裏に実施するために、附表 VII に記述される機能および構成による合同調整委員会が設置される。

V. 合同評価

当該プロジェクトの評価は、協力期間の中間時および終了前 6 ヶ月の間に、達成レベルを検討するために JICA と中華人民共和国関係機関により行われる。

VI. 日本人専門家に対する請求

中華人民共和国政府は、日本人専門家の中華人民共和国内における職務の遂行に起因し、またはその遂行中もしくはその遂行に関連して、日本人専門家に対する請求事由が発生した場合には、日本人専門家の故意または重大な過失による場合を除き、その請求に関する責任を負う。

VII. 相互協議

両国政府は、本附属文書から生ずる、あるいは本附属文書に関連する主要事項について相互に協議を行う。

VIII. 当該プロジェクトに関する理解および支援の促進

中華人民共和国政府は、当該プロジェクトに対する中華人民共和国内における理解および支援の促進のため、当該プロジェクトを中華人民共和国人民に知らしめるために適切な措置を取る。

IX. 協力期間

この附属文書における当該プロジェクトのための技術協力期間は、日本人専門家の派遣される日から 4 年間とする。

附表 I	基本計画
附表 II	日本人専門家
附表 III	機材および機器
附表 IV	日本人専門家に対する特別措置、免除および便宜
附表 V	カウンターパートおよび事務職員リスト
附表 VI	土地、建物および附帯施設
附表 VII	合同調整委員会

附表Ⅰ 基本計画

スーパーゴール

全国に改善モデルが参照され、全国における農村衛生管理体制の改革が促進される。

上位目標

安徽省の農村部における基本公衆衛生サービスの質が向上する。

プロジェクト目標

地域特性を踏まえた、農村部における基本公衆衛生サービス改善のためのモデルが構築される。

成果

1. 規範に基づく実用的な標準業務マニュアル（技術面／運用面）が整備される。
2. 効果的・効率的な研修管理の仕組み（ニーズアセスメント、評価、フィードバックを含む）が整備される。
3. 基本公衆衛生サービスの質の改善に資する実用的な評価方法が構築／活用される。
4. 3級ネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調関係が強化される。

活動

（標準業務マニュアル整備）

1-1 既存の規範をレビューする。

1-2 既存のデータも活用しつつ、パイロット県におけるベースライン調査（住民ニーズ、受療行動、健康意識、医療従事者の技術レベル、サービスの質アセスメント、パイロット県の疾病現況等）を行う。

1-3 標準業務マニュアルの原案を作成する。

1-4 標準業務マニュアル原案を試行する。

1-5 標準業務マニュアルを評価に基づき改訂する。

（効果的・効率的な研修管理の仕組みの構築）

2-1 研修のニーズアセスメントを実施する。

2-2 県レベルにおける研修実施体制を構築する（研修拠点及び研修データベースを含む）。

2-3 各種研修に必要な教材を作成する。

2-4 安徽省高等医学専科学校において、各県関係者に対する参加型研修を実施する（TOT）。

2-5 郷鎮衛生院の基本公衆衛生サービスに関して、スタッフの研修計画（施設内／施設外研修）を策定／実施する。

2-6 村衛生室の基本公衆衛生サービスに関して、スタッフの研修計画を策定／実施する。

2-7 研修の効果と効率を評価し、研修実施に必要な改善を加える。

（実用的評価方法の構築）

3-1 基本公衆衛生サービスのモニタリング評価の実施方法のレビューを行う。

3-2 モチベーション向上と実践能力向上につながる評価方法を策定し試行する

3-3 基本公衆衛生サービスの質の向上につながる評価方法を策定し試行する。

3-4 県による郷鎮・村に対するスーパーバイズと支援を行う。

3-5 試行結果に基づき、評価方法を改善する。

（関係機関との連携・協調関係の構築）

4-1 研修計画の立案、健康教育の実施等に関する、3級ネットワークと各関係機関の持続的な連携・協調体制の仕組みを検討／構築する。

4-2 関係各機関が定期的な会合を持つ。

4-3 パイロット県におけるプロジェクトの経験共有のための、パイロット県間の交流会を開催する。

4-4 プロジェクトの経験共有のための省内外との交流会を開催する。

附表 II 日本人専門家

1. 短期専門家

チーフアドバイザー、組織運営、研修管理、公衆衛生、地域保健、母子保健、感染症、生活習慣病、健康教育、マルチメディア／ICT (Information and Communication Technology)、教育工学、BCC (行動変容コミュニケーション)、モニタリング評価など

附表 III

供与機材

研修用事務機器（パソコン、プリンター、コピー機、プロジェクター）、
パイロット県衛生局の郷鎮・村へのスーパーバイズ用交通手段

附表 IV 日本人専門家に対する特別待遇、免税および便宜

1. 中華人民共和国政府は、海外から日本人専門家に送金される報酬またはこれに関連して課せられる所得税およびその他課徴金を免除する。
2. 中華人民共和国政府は、日本人専門家およびその家族の持ち込む個人的私用品および業務に関連する機材に対して、関税を免除する。
3. 中華人民共和国政府は、日本人専門家およびその家族に対して、医療の便宜を提供する。

附表Ⅴ カウンターパートおよび事務職員リスト

1. プロジェクトディレクター
衛生部国際合作司（副）司長
2. プロジェクトマネージャー
衛生部農村衛生管理司衛生サービス計画管理処長
3. プロジェクトサブマネージャー
安徽省衛生庁長
4. カウンターパート
安徽省衛生庁外事処
安徽省衛生庁農村衛生管理処
安徽省衛生庁科学技術教育処
安徽省衛生庁母子保健・社区衛生処
安徽省衛生庁疾病予防コントロール局
安徽医学高等専科学校
安徽省疾病予防コントロールセンター（CDC）
安徽省母子保健所
パイロット県衛生局
5. 関係機関
パイロット県人民政府の衛生、教育、財政等関係機関
パイロット県疾病予防コントロールセンター（CDC）
パイロット県衛生学校
パイロット県母子保健所（院）
パイロット県人民病院

附表 VI 土地、建物および附帯施設

1. 専門家のための適切な事務室および必要施設
2. その他プロジェクト活動の実施に必要な土地、建物および附帯施設

1. 機能

合同調整委員会は、少なくとも年一回、または必要が生じたときに開催し、次の機能を持つものとする。

- (1) 討議議事録に沿って策定される当該プロジェクトの年次活動計画を承認する。
- (2) 上記の年次計画により遂行される技術協力活動の全体の進捗に関する検討を行う。
- (3) 技術協力活動から生ずる、あるいは技術協力計画に関連する主要事項につき検討し、意見交換を行う。

2. 構成

(1) 議長

衛生部国際合作司（副） 司長

(2) 中国側構成員

衛生部農村衛生管理司衛生サービス計画管理处長
安徽省衛生庁関係者
関連専門家
その他議長が必要と認めた関係者

(3) 日本側構成員

日本人専門家
JICA 中国事務所の代表
その他 JICA が必要と認めた関係者

注記：在中国日本大使館員はオブザーバーとして出席できる。

中国农村基层公共卫生能力建设和传染病对策能力建设项目

会谈纪要

由日本国际协力机构（以下简称「JICA」）组织的以 JICA 人间开发部规划负责人加藤诚治为团长的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建设和传染对策能力建设项目”（以下称「项目」）的基本计划等进行了一些列磋商，中日双方对磋商结果进行了确认，具体内容如附件所示。

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 2011 年 03 月 24 日

加藤诚治

日本国
日本国际协力机构
详细计划制定调查团团长

中华人民共和国
卫生部
国际合作司副司长

附件

1. 项目基本原则

JICA 与卫生部就项目基本原则达成如下共识。

- (1) 本项目是根据「基层医药卫生体制综合改革措施」而实施，主要探讨提高农村地区基本公共卫生服务的质量所需的有效干预方法。
- (2) 本项目以建立符合区域特点的、以改善农村地区基本公共卫生服务质量为目的。本项目将主要开展以下 4 项活动。①完善根据规范制定的实用性标准工作手册。②完善高效的培训管理体系（包括需求调查、评价、反馈）。③完善基本公共卫生服务的评价方法。④促进各单位间的合作和协调关系。

2. 项目基本计划

JICA 与卫生部就项目基本计划达成如下共识。

(1) 项目计划表

本项目的基本计划如附件 1 项目设计表（以下称 PDM 方案）概要所示。在 PDM 方案中，关于“指标”和“指标获得办法”将在项目开始后，由中日双方项目有关人员经过调查、协商后提出建议，在项目开始的 6 个月内，经联合协调委员会批准予以确定。

(2) 项目时间表

根据 PDM 方案，如附件 2 项目时间表（以下称 P0）方案所示，制定了项目的活动计划日程。本项目的合作时间预定为 4 年，从派遣日本专家之日起开始计算。

(3) 实施体制

本项目的中方实施机构为中国卫生部。中日双方、如附件 3 实施体制图所示，组成了实施组织。

(4) 对象地区

本项目的对象地区为安徽省。省内 6 县为试点县。在具体选择试点县时，将根据县里的意愿、经费负担状况等，在 R/D 协议签署前由中日双方讨论选定。

3. 项目的合作框架

项目合作框架，是在实施本次调查时，双方根据协商、共识、提议提出了 R/D 草案，具体内容如附件 4 所示。今后依据本 R/D 方案，经双方政府间的最终协调和修改，由双方代表签署 R/D 协议。

4. 实施项目时的注意事项

就中国卫生部与 JICA 通过本次调查明确的以下几点事项，双方同意在实施项目时加以注意。

(1) 试点的定义

本项目中所说的模式，指通过不断的“研发→实践→反馈→改善”的循环过程，最终达到提高基本公共卫生服务质量目的的一种有效的方法。

(2) 中日双方在投入范围上的注意事项

PDM、PO 中的注意事项如下。

- ① 编写标准工作手册的工作以中方为主进行，日方就需求调查结果的应用方法、教材的编写方法及向试点县发放印刷制品等进行支援。
- ② 日方承担在安徽医学高等专科学校进行的、针对试点县有关人员的师资（TOT）培训的经费。在县级培训机构对乡卫生院和村卫生室有关人员的培训上，日方负担进修人员的旅费（住宿费、交通费），中方负责用于租借培训场地等的费用。为了保持项目的可持续性发展，日方逐渐减少培训经费，中方逐渐增加培训经费。在项目开始实施后，经双方协商决定有关中日双方的经费负担比例。
- ③ 日方投入的器材包括：试点县培训中心用于培训的办公器材[电脑、投影仪、打印机、复印机（已有器材除外）]、健康教育教材以及县对乡村开展督导检查时需要的交通工具，其他必要的器材由中方负担。
- ④ 项目办公室的办公器材由日方提供。

(3) 与安徽省人口计划生育委员会的协作

在试点县的选择上，注意选择国家人口和计划生育委员会正在实施的项目县，特别是农村地区开展健康教育、健康诊断等活动时与计生委联合开展，以开展高效的活动的。

(4) 确认表

为了在活动开始时获得有关培训管理及服务评价方法的成果指标，在双方取得共识的基础上制作确认表。

5. 其他

本项目在 JICA 中国事务所所长与中方代表签署 R/D 协议后正式生效。

- 附件 1 项目·设计·表（PDM）案
- 附件 2 活动日程安排（PO）案
- 附件 3 实施体制图方案
- 附件 4 会谈备忘录（R/D）方案

PDM (项目·设计·表)

2011年3月24日

项目名称：中国农村基层公共卫生能力建设和传染病对策能力建设项目

实施期间：2011年x月~2015年x月(4年)

合作单位：中国卫生部农村卫生管理司、安徽省卫生厅

项目地区：安徽省内试点县

对象人群：跟三级网络服务有关的管理者及从业者 受益人群：农村居民

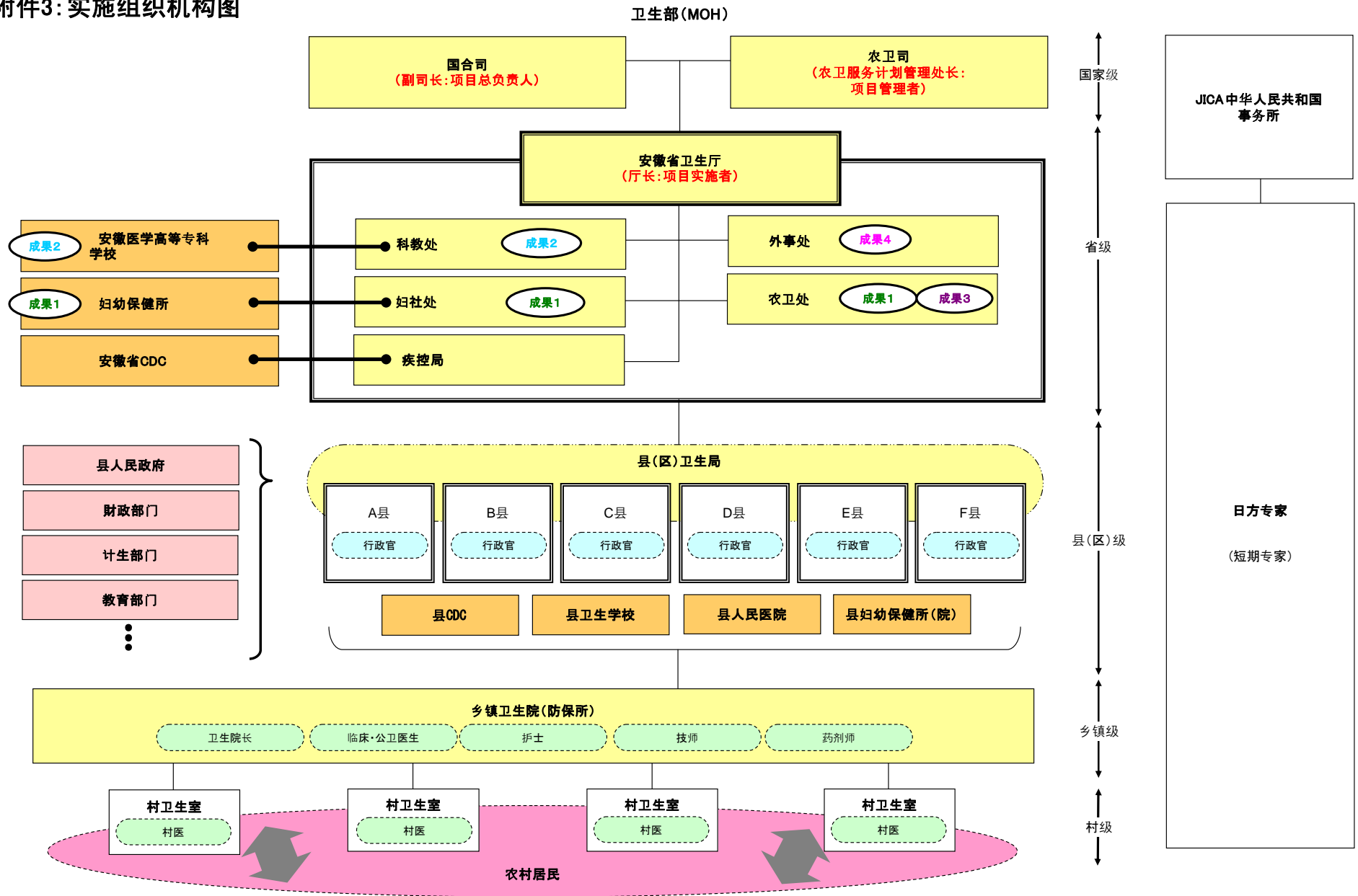
项目概要 (Narrative Summary)	指标 (Objectively Verifiable Indicators)	获得数据来源 (Means of Verification)	外部条件 (Important Assumptions)
终极目标： 改善模式被全国借鉴、促进全国农村卫生管理体制的改革。	引进该模式的省份数	卫生部农村卫生管理司	
总目标： 提高安徽省农村地区基本公共卫生服务的质量。	提高基本公共卫生服务质量的评价指标。	引进的评价方法	
项目目标： 建立符合区域特点的、以改善农村地区基本公共卫生服务质量为目的的模式。	到项目结束时 1-1 在试点县内引进该模式的乡镇卫生院的数量。 1-2 公开符合区域特点的模式,任何人都可得到该信息。 1-3 在试点县可以推广该模式的人才数。	1-1 项目报告书 1-2 项目报告书 1-3 对有关人员的访谈	基层医药卫生体制综合改革措施的基本方针不发生重大变化。

<p>成果:</p> <p>1. 完善基于规范制定的实用性标准工作手册（技术面、运用面）。</p> <p>2. 完善高效率的培训管理制度(包括需求调查、评价、反馈)。</p> <p>3. 建立并活用有利于改善基本公共卫生服务质量的实用的评价方法。</p> <p>4 促进农村地区三级网络和各部门间的长久合作和协调关系。</p>	<p>1-1 标准工作手册得到安徽省卫生厅的认可。</p> <p>1-2 在试点县内的相关单位分发该标准工作手册。</p> <p>1-3 使用该手册的 70%的人认可其实用性。</p> <p>2-1 充分发挥不断改良的机制(反复地进行需求调查、评价、反馈)来开展培训（通过确认表掌握）。</p> <p>2-2 参加培训人数及参训人员比例(根据数据库)</p> <p>2-3 培训结束时，参训者（学员）对培训目的理解程度、实用性、对培训方法的正面评价达到%以上。</p> <p>3-1 充分反映出评价者和被评价者的意图和指导、支援功能，且该评价方法得到双方的一致认可（通过确认表来掌握）。</p> <p>3-2 通过随机无记名抽样调查，认可评价方法的人达到**%以上。</p> <p>4-1 认为相关部门间的合作关系加深了人达到**%以上。</p>	<p>1-1 安徽省卫生厅</p> <p>1-2 项目报告书</p> <p>1-3 对使用手册的人员的无记名问卷调查</p> <p>2-1 试点县的培训实施报告</p> <p>2-2 参训人员数据库</p> <p>2-3 参训人员接受培训后的问卷调查</p> <p>3-1 确认表</p> <p>3-2 随机无记名抽样调查</p> <p>4-1 对有关人员的访谈</p>	
<p>活动:</p> <p>1-1 评价现有规范。</p> <p>1-2 充分活用现有数据，对试点县进行基线调查（居民需求、就医行为、健康意识、医务人员技术水平、服务质量考察、试点县的疾病状况等）</p> <p>1-3 编写标准工作手册草案。</p> <p>1-4 试行该草案。</p> <p>1-5 根据评价结果修订该手册。</p> <p>2-1 开展培训需求评估。</p> <p>2-2 建立县级培训实施体制(包括培训基地及培训数据库)。</p> <p>2-3 编写各种培训所需教材。</p> <p>2-4 安徽医学高等专科学校对各县有关人员</p>	<p>投入</p>		
	<p>日方</p>	<p>中方</p>	
	<p>日本专家 首席专家、运营管理、培训管理、公共卫生、地区保健、妇幼保健、传染病、慢性病、健康教育、传媒/ICT(Information and Communication Technology)、教育工学、BCC（行为改变沟通）、督导评价 其他领域需要的专家</p>		

<p>进行参与型的师资培训 (TOT)。</p> <p>2-5 制定并实施针对乡镇卫生院基本公共卫生服务内容的培训计划 (单位内 / 外培训)。</p> <p>2-6 制定并实施针对村卫生室基本公共卫生服务内容的培训计划。</p> <p>2-7 评价培训的效果和效率, 对培训实施进行必要的改善。</p> <p>3-1 对基本公共卫生服务督导评价的实施方法进行考核。</p> <p>3-2 制定、试行可提高员工积极性及实施能力的评价办法。</p> <p>3-3 制定并试行可提高基本公共卫生服务质量的实施办法。</p> <p>3-4 县对乡、村两级进行督导。</p> <p>3-5 根据试行结果, 改善评价方法。</p> <p>4-1 探讨建立相关部门间共同制定培训计划、共同开展健康教育的三级网络以及建立长久合作与协调的机制。</p> <p>4-2 有关部门定期会面。</p> <p>4-3 为共享试点县取得的经验, 召开由各试点县人员参加的经验交流会。</p> <p>4-4 为共享项目取得的经验, 召开由省内外有关人员参加的经验交流会。</p>	<p>赴日研修</p> <p>提供器材</p> <p>师资培训经费和国内培训经费</p>		<p><u>前提条件:</u> 在各个试点县确定培训基地。</p>
---	--	--	---------------------------------------

所谓的模式, 指为了提高基本公共卫生服质量的一种有效的方法, 即不断地进行““研发→实践→反馈→改善”的”的整个学习过程。

附件3: 实施组织机构图



附件 4

中华人民共和国卫生部与日本国际协力机构
中国农村基层公共卫生能力建设和传染病对策能力建设项目

实施协议会谈纪要（草案）

中华人民共和国卫生部[简称卫生部]和日本国际协力机构[简称 JICA]中华人民共和国事务所为顺利实施中国农村基层公共卫生能力建设和传染病对策能力建设项目，就双方应采取的必要措施进行了一系列协商。

协商结果，双方一致同意按附件所列内容向各自政府提出建议。

本纪要由中、日两种文字写成，正本各一式两份，两种文本具同等效力，经双方同意签署。

2011 年 XX 月 XX 日 于北京

中川 闻夫

中华人民共和国卫生部
国际合作司 副司长

日本国际协力机构
中华人民共和国事务所所长

附件

一 中国政府与 JICA 的合作

1. 中国政府与 JICA 就实施“中国农村基层公共卫生能力建设和传染病对策能力建设”项目（以下称“项目”）进行合作。
2. 该项目依照附表 1 的基本计划实施。

二 JICA 应采取的措施

根据日本国现行法律和法规，按照 JICA 技术合作计划的一般程序，由 JICA 负担经费、采取以下措施。

1. 派遣日本专家

提供附表 2 所列日本专家的服务。

2. 提供器材

提供附表 3 所列的实施项目所需仪器、设备及其他材料（简称器材）。器材在卸货口岸或机场以到岸价格（CIF）交付中国政府有关部门，并归中国政府所有。

3. 接受培训人员

接受与该项目有关的中方人员赴日进行技术培训。

三 中国政府应采取的措施

1. 所有相关人员、受益人群及机构积极参与本项目，以确保项目在实施期间及结束后的可持续性发展。
2. 应确保中国有关人员在合作项目中所掌握的技术、知识作为中日技术合作的成果，贡献于中国经济和社会的发展。

3. 为上述二之 1 中的日本专家及其家属提供附表 4 所列的在中国境内享有的特殊待遇、免税及方便，提供不低于其他国家或国际机构派遣的、执行同样任务的专家所享有的特殊待遇、免税及方便。
4. 在与附表 2 所列的日本专家协商的基础上，确保上述二之 2 所列器材在实施项目时得到有效利用。
5. 为确保中方接受培训人员在日方提供的技术培训中获得的知识和经验有效地应用于项目实施而采取必要的措施。
6. 按照中国现行法律和法规，由中方负担费用，为项目实施采取以下必要的措施：
 - (1) 配备附表 5 所列的中方对口人员及办事人员
 - (2) 配备附表 6 所列的土地、办公地点及附属设施
 - (3) 除上述二之 2 中 JICA 提供的器材以外，提供或更换项目中所必要的机器、设备、器具、车辆、工具、备件及其他物品
 - (4) 为日本专家提供公务出差时的交通方便及项目所在地的市内交通费
7. 按照中国现行法律和法规，中国政府采取以下必要的措施：
 - (1) 负担上述二之 2 中的器材在中国境内的运输、安装、操作及维护所必需的费用
 - (2) 负担上述二之 2 中的器材在中国境内所需缴纳的关税、国内税及其他税费
 - (3) 负担项目实施所需的运营费用

四 项目管理

1. 卫生部国际合作司副司长作为项目总负责人，对项目的实施负全责。
2. 卫生部农村卫生管理司服务计划管理处处长作为项目管理者，负责对项目整体活动提出建议、指导和联络协调工作。

3. 安徽省卫生厅长作为项目实施者，负责在安徽省项目活动的具体实施、运营和管理。
4. 日本首席顾问对实施项目的有关事项向项目总负责人提出必要的意见及建议。
5. 日本专家就项目实施的有关技术事项对中方对口人员提供必要的技术指导并提出建议。
6. 为了有效且成功地实施该项目，按附表 7 所述职能和组织机构设立联合协调委员会。

五 联合评估

为确认项目的进展程度，在项目实施中期及结束前 6 个月，由中国有关部门和 JICA 共同对项目进行评估。

六 对日本专家的要求

中国对日本专家在华期间因履行本职工作、或工作中、或履行与工作有关事项时出现的索赔要求时，中国政府承担有关赔偿责任。但若系日本专家故意或因其重大过失而产生的赔偿要求不在此规定之内。

七 相互协商

中国政府和 JICA 对由本附件产生的或与本附件相关的主要事项进行协商。

八 促进对项目的理解和支持

为促进对项目的理解和支持，中国政府将采取适当的措施，使项目为中国人民广泛了解。

九 合作期限

本附属文件中所述的本项目技术合作期限从派出日本专家之日起，为期四年。

附表 1 基本计划

附表 2 日本专家

附表 3 设备与器材

附表 4 日本专家享有的权益及方便

附表 5 对口人员及工作人员表

附表 6 土地、建筑物及配套设施表

附表 7 联合协调委员会

附表1 基本计划

终极目标

改善模式被全国借鉴、促进全国农村卫生管理体制的改革。

总体目标

提高安徽省农村地区基本公共卫生服务的质量。

项目目标

建立符合区域特点的、以改善农村地区基本公共卫生服务质量为目的的模式。

项目成果

1. 完善基于规范制定的实用性标准工作手册（技术面、运用面）。
2. 完善高效率的培训管理制度（包括需求调查、评价、反馈）。
3. 建立并活用有利于改善基本公共卫生服务质量的实用的评价方法。
4. 促进三级网络和各部门间的长久合作和协调关系。

活动

（评价现有规范）

1-1 充分活用现有数据

1-2 对试点县进行基线调查（居民需求、就医行为、健康意识、医务人员技术水平、服务质量考察、试点县的疾病状况等）

1-3 编写标准工作手册草案。

1-4 试行该草案。

1-5 根据评价结果修订该手册。

（完善高效率的培训管理制度（包括需求调查、评价、反馈）

2-1 开展培训需求评估。

2-2 建立县级培训实施体制(包括培训基地及培训数据库)。

2-3 编写各种培训所需教材。

- 2-4 安徽医学高等专科学校对各县有关人员进行参与型的师资培训（TOT）。
- 2-5 制定并实施针对乡镇卫生院基本公共卫生服务内容的培训计划（单位内 / 外培训）。
- 2-6 制定并实施针对村卫生室基本公共卫生服务内容的培训计划。
- 2-7 评价培训的效果和效率，对培训实施进行必要的改善。

（建立并活用有利于改善基本公共卫生服务质量的实用的评价方法）

- 3-1 对基本公共卫生服务督导评价的实施方法进行考核。
- 3-2 制定、试行可提高员工积极性及实施能力的评价办法。
- 3-3 制定并试行可提高基本公共卫生服务质量的实施办法。
- 3-4 县对乡、村两级进行督导。
- 3-5 根据试行结果，改善评价方法。

（促进三级网络和各部门间的长久合作和协调关系）

- 4-1 探讨建立相关部门间共同制定培训计划、共同开展健康教育的三级网络以及建立长久合作与协调的机制。
- 4-2 有关部门定期会面。
- 4-3 为共享试点县取得的经验，召开由各试点县人员参加的经验交流会。
- 4-4 为共享项目取得的经验，召开由省内外有关人员参加的经验交流会。

附表 2 日本专家

短期专家:

首席专家、运营管理、培训管理、公共卫生、地区保健、妇幼保健、传染病、慢性病、健康教育、传媒/ICT(Information and Communication Technology)、教育工学、BCC(行为改变沟通)、督导评价等

附表 3 设备与器材

用于培训的办公器材（打印机、投影仪、复印机、电脑）
试点县卫生局对乡村进行督导时使用的交通工具。

附表 4 日本专家享有的权益及方便

1. 中国政府免征日本专家及其家属从国外汇来的报酬需要缴的所得税及其他税金。
2. 中国政府免征日本专家及其家属携带的个人用品及与业务有关的器材的关税。
3. 中国政府为日本专家及其家属提供医疗上的方便。

附表 5 对口人员及工作人员表

1. 项目总负责人

卫生部国际合作司（副）司长

2. 项目管理者

卫生部农村卫生管理司卫生服务计划管理处处长

3. 项目实施者

安徽省卫生厅厅长

4. 对口人员

安徽省卫生厅外事处

安徽省卫生厅农村卫生管理处

安徽省卫生厅科学技术教育处

安徽省卫生厅妇幼保健社区卫生处

安徽省卫生厅疾病控制局

安徽医学高等专科学校

安徽省疾病预防控制中心（CDC）

安徽省妇幼保健所（院）

试点县卫生局

5. 相关机构

试点县人民政府的卫生、教育、财政等相关部门

试点县 CDC

试点县妇幼保健所（院）

试点县人民医院

附表 6 土地、建筑物及配套设施表

1. 适当提供专家办公室及必要设施
2. 项目开展活动所需其他必要的土地、建筑物以及附属设施

附表7 联合协调委员会

1. 职能

联合协调委员会一年至少召开一次会议，或在必要时召开，具有以下职能：

- (1) 根据实施协议会谈纪要, 审核批准项目的年度实施计划。
- (2) 根据上述年度实施计划, 探讨技术合作整体进展情况。
- (3) 针对技术合作计划中发生的、或与技术合作计划有关的主要事项进行研究, 交换意见。

2. 构成

(1) 主席

卫生部国际合作司（副）司长

(2) 中方成员

卫生部农村卫生管理司卫生服务计划管理处处长

安徽省卫生厅有关人员

相关专家

主席认为需要参加的有关人员

(3) 日方成员

日本专家

JICA 中国事务所代表

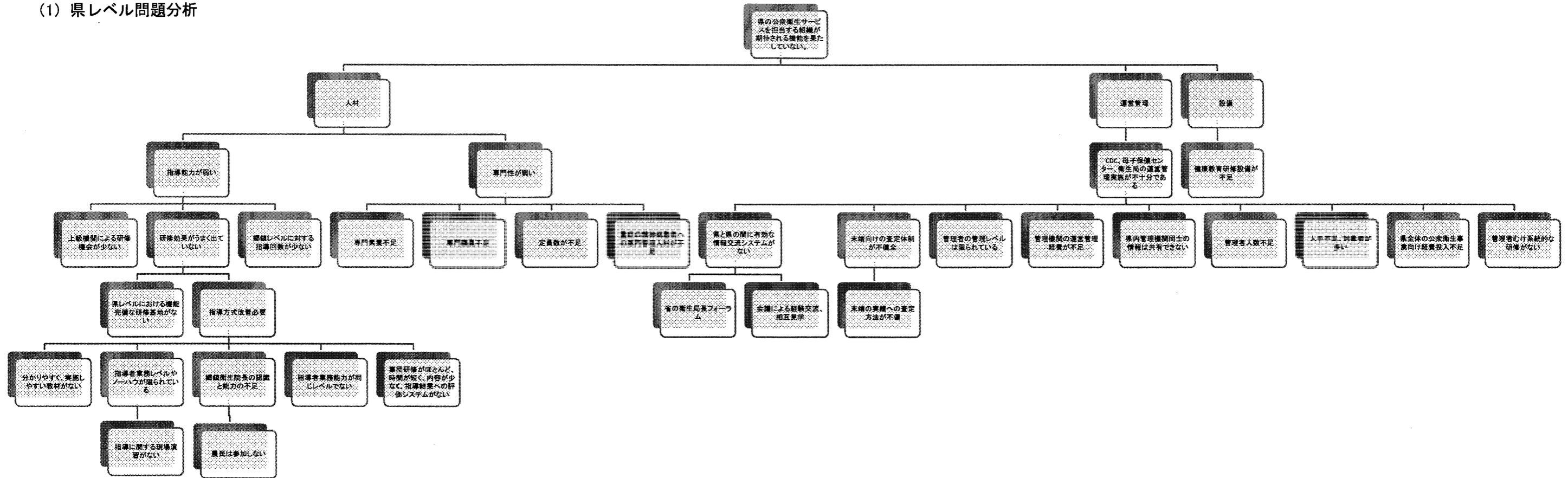
根据需要 JICA 认为的必要人员

注：日本驻中国大使馆官员可以观察员身份列席会议。

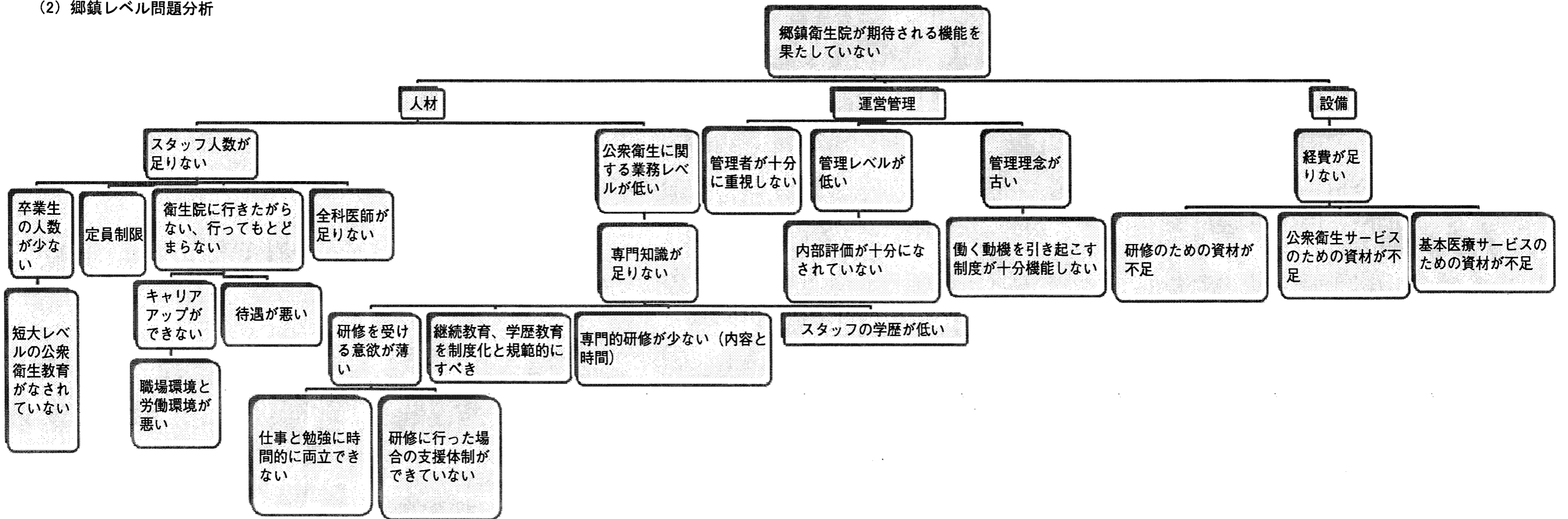
2. ワークショップ結果

2-1 問題分析

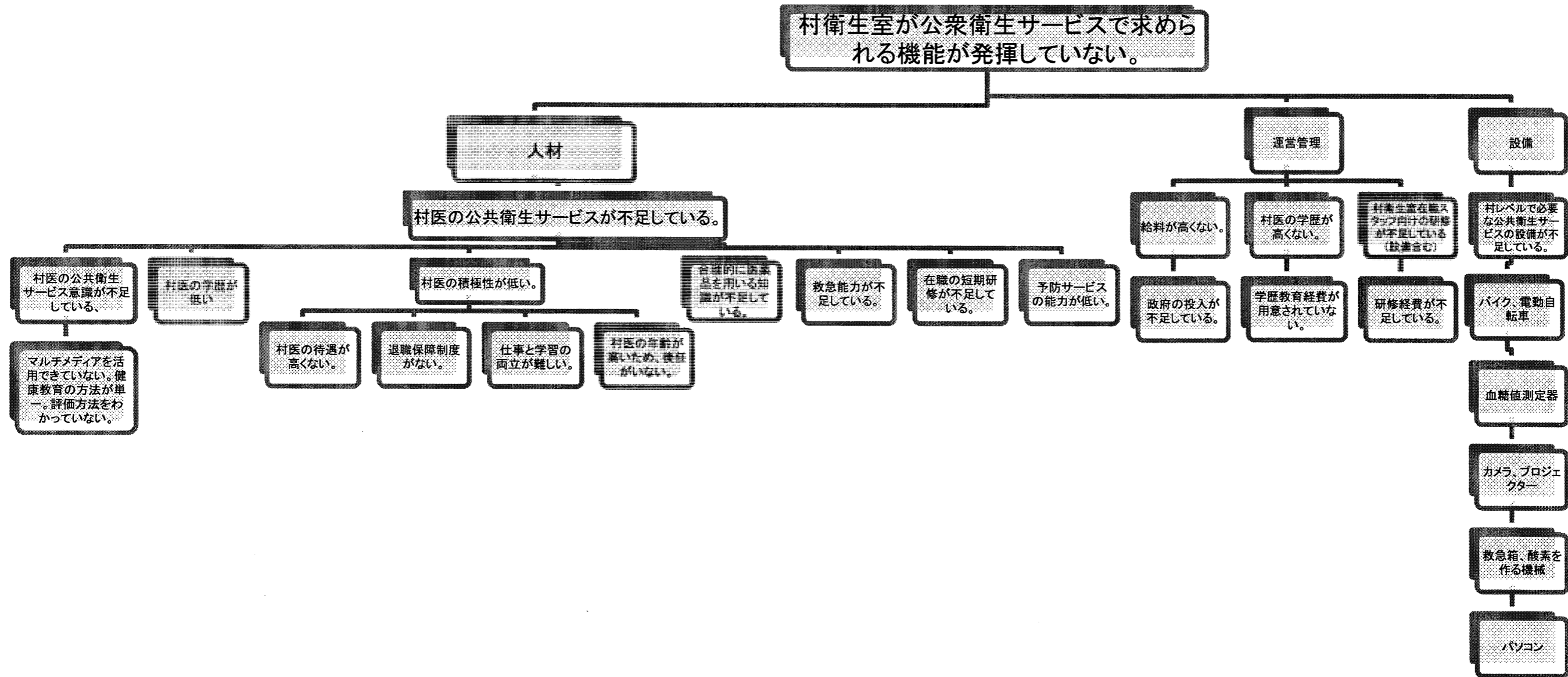
(1) 県レベル問題分析



(2) 郷鎮レベル問題分析



(3) 村レベル問題分析



2-2 目的分析結果
 (1) 県レベル目的分析

