

ヴェトナム国リプロダクティブヘルスプロジェクト事前調査団報告書

ヴェトナム国 リプロダクティブヘルスプロジェクト 事前調査団報告書

平成8年11月

JICA LIBRARY



J 1142330 (8)

国際協力事業団
医療協力部

平成8年11月

国際協力事業団



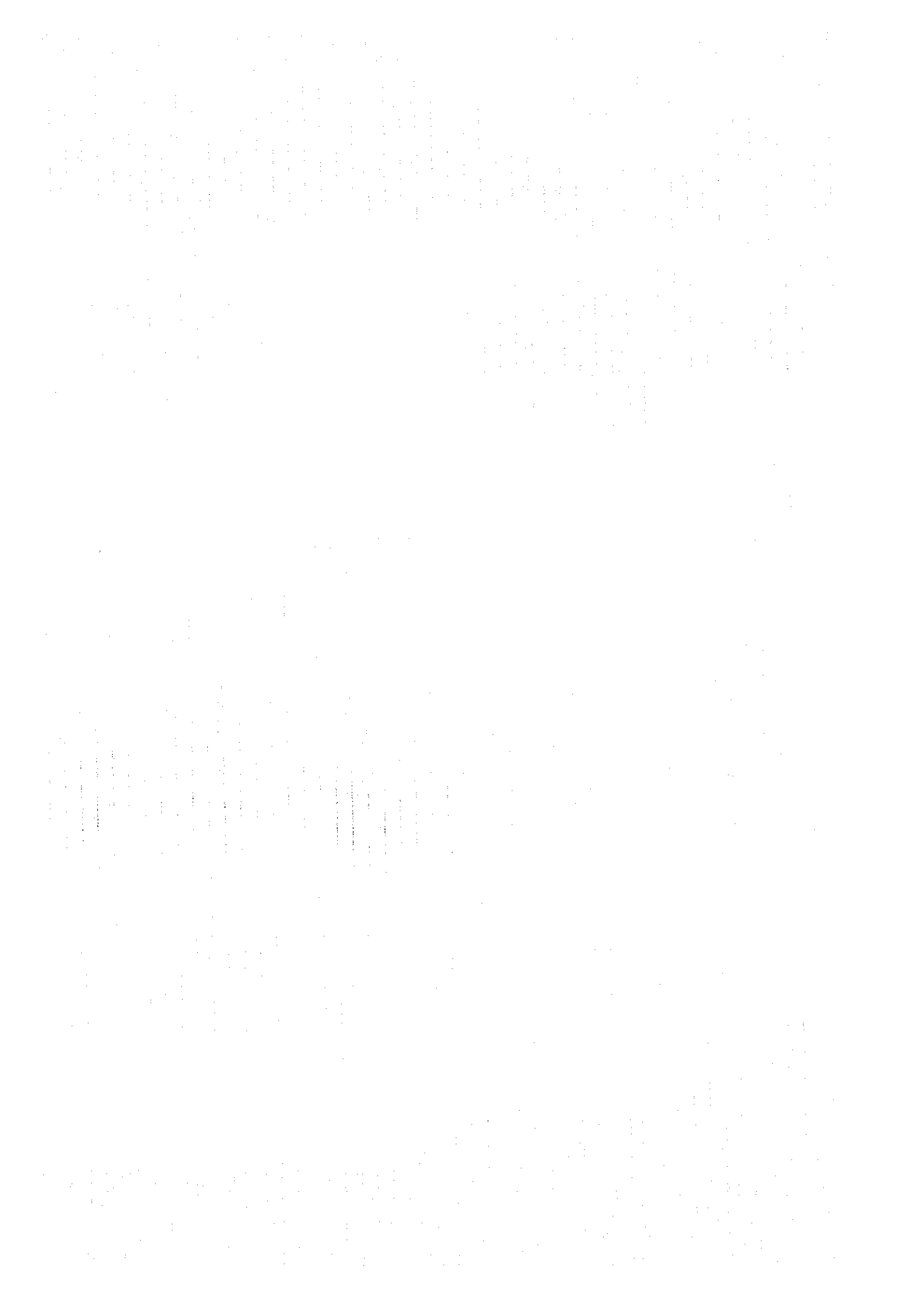
23

187

101

LIBRARY

医協一
J R
96 - 38







ヴェトナム国
リプロダクティブヘルスプロジェクト
事前調査団報告書

平成8年11月

国際協力事業団
医療協力部



1142330 (8)

序 文

ヴェトナム社会主義共和国は 1976 年の南北統一後もカンボディアへの軍事介入（1978 年）、中越戦争（1979 年）など長い準戦時状態が継続し経済状態は低迷していましたが、1986 年 Doi Moi（刷新）政策を取り入れ、開放と市場経済化によって、かなり改善されてきました。

我が国は 1990 年来、各種保健医療調査などを開始し、1995 年 4 月には、我が国初の無償資金協力（1971～1974 年）であったホーチミン市のチョーライ病院に対する技術協力プロジェクトを開始しました。

この度、同国保健省下、UNFPA、UNICEF と協力して 1988 年来、住民参加による社会運動とプライマリーヘルスケアアプローチの組み合わせによる家族計画・寄生虫予防・栄養改善からなるインテグレーション・プロジェクト（IP）を実施している我が国の NGO、家族計画国際協力財団（JOICFP）の活動を評価し、更にその活動を発展させるためのプロジェクト方式技術協力を我が国に対し要請してきました。

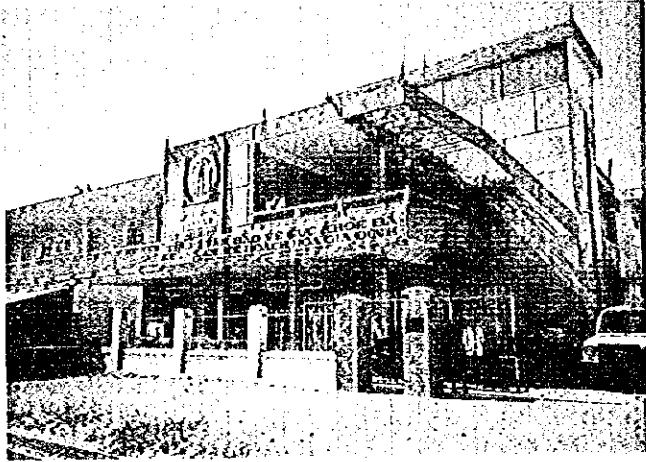
我が国は、ヴェトナム国の正式要請を受け、協力要請内容と実施体制及び協力実施計画等を調査・協議することを目的として、平成 8 年 6 月 30 日から同年 7 月 13 日までの日程で家族計画国際協力財団常任理事・事務局長の近泰男氏を団長として事前調査団を派遣しました。

本報告書は同調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに、本件調査にご協力頂きました関係各位に対し深甚なる謝意を表しますとともに、本プロジェクト実施に向けて、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成 8 年 11 月

国際協力事業団
理事 小澤 大二

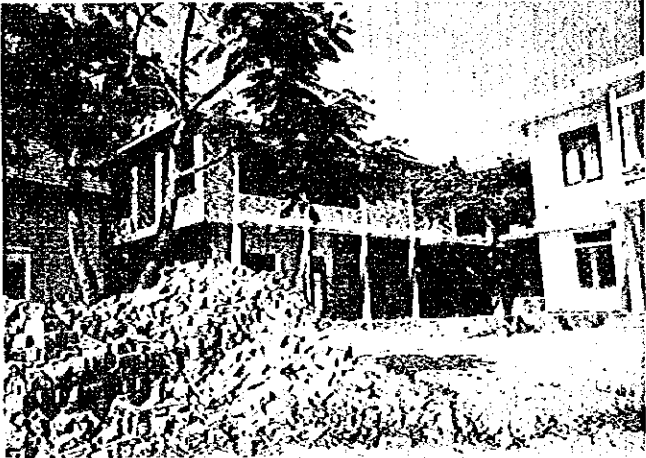
ゲアン省MCH/FPセンター



センター正面



外来病棟

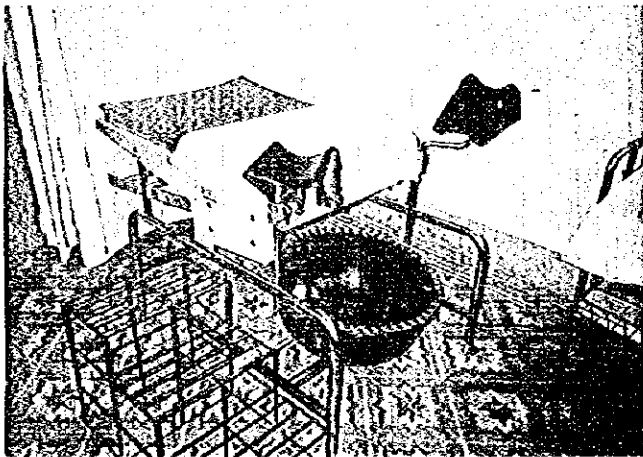


増築中の建物

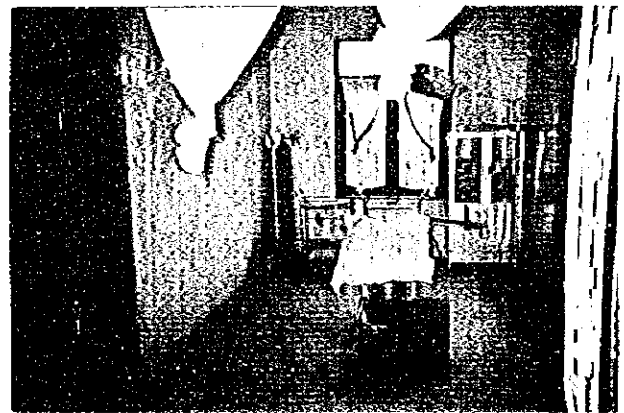
- ・講義室
- ・入院病棟
- ・JICA専門家執務室



外来診療室前

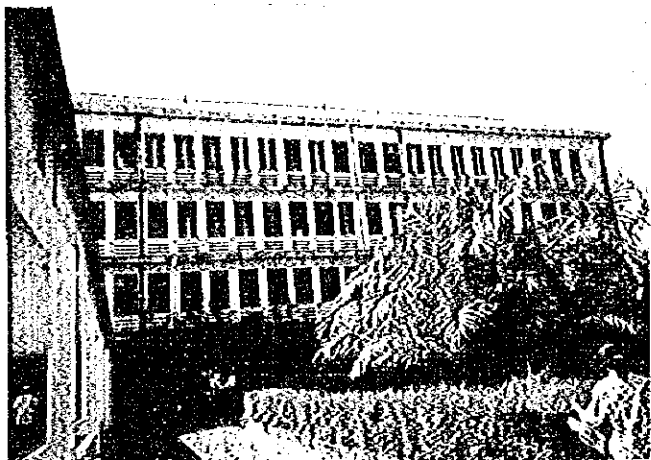


分娩室

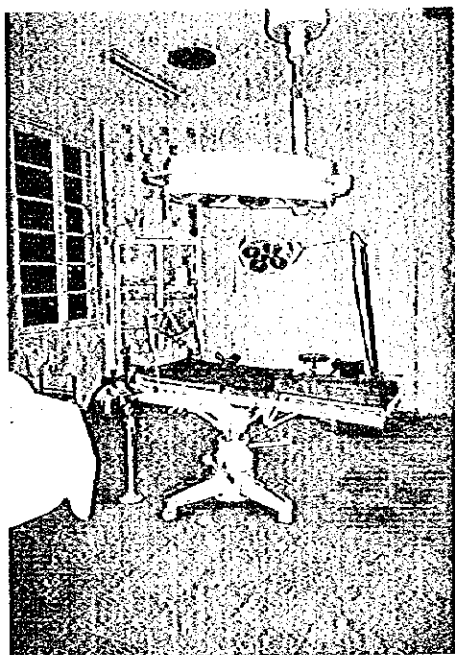


手術室

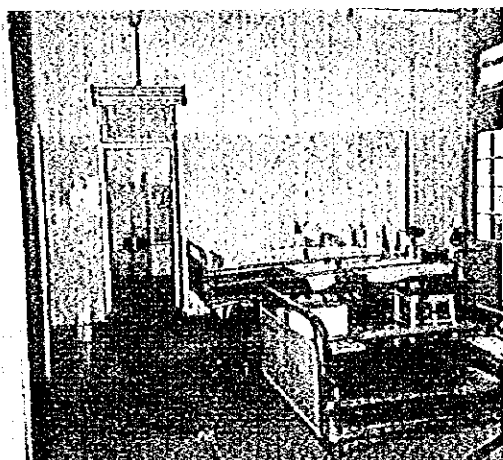
ゲアン省総合病院



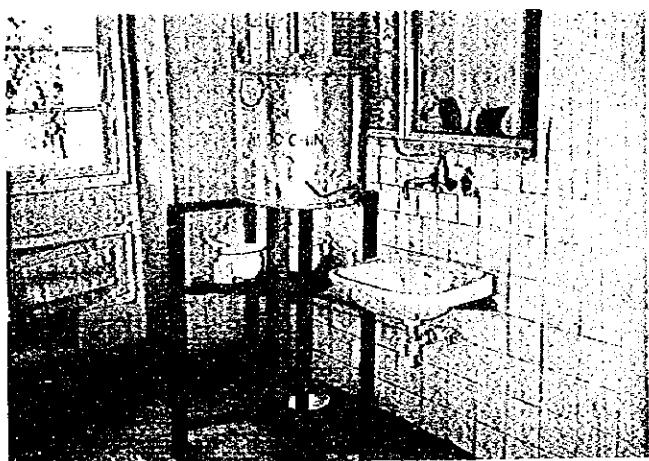
外来受付



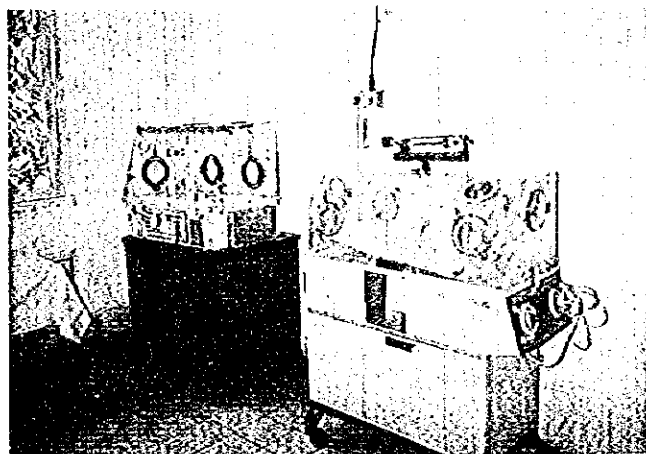
手術室



分娩室



手術室手洗い

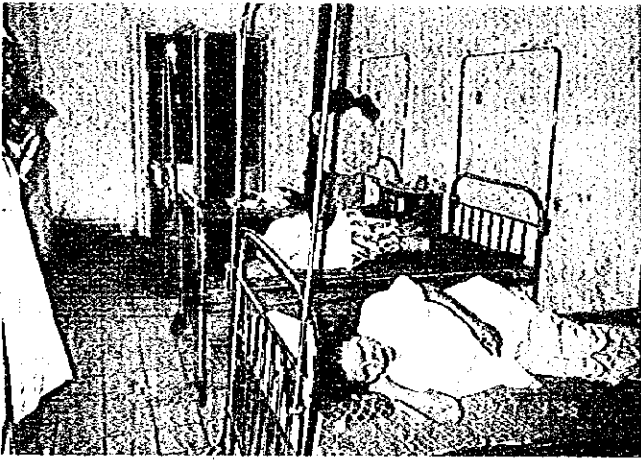


新生児室の保育器

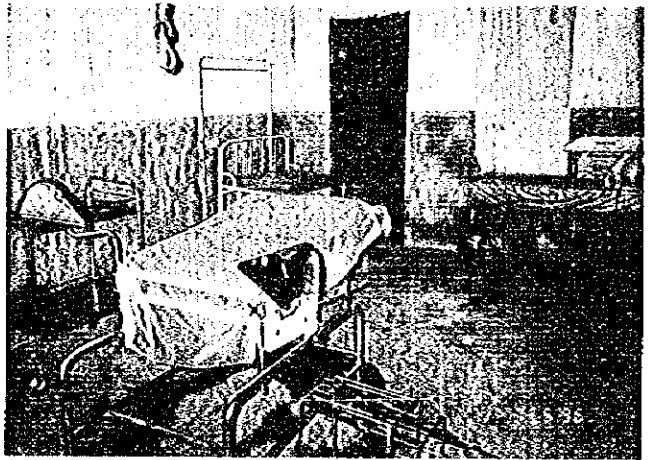
郡病院



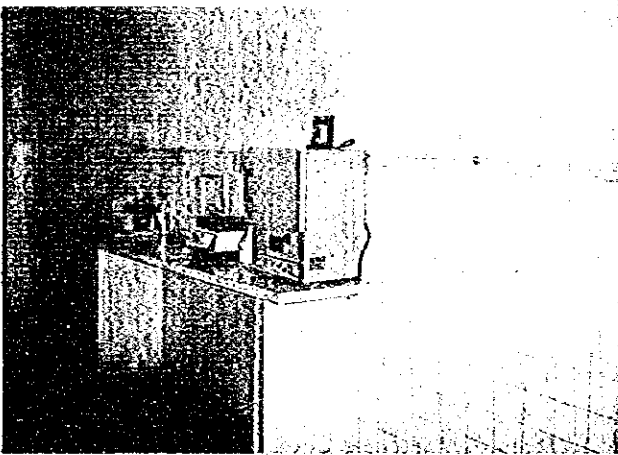
各地で郡病院の建て替えが行われている



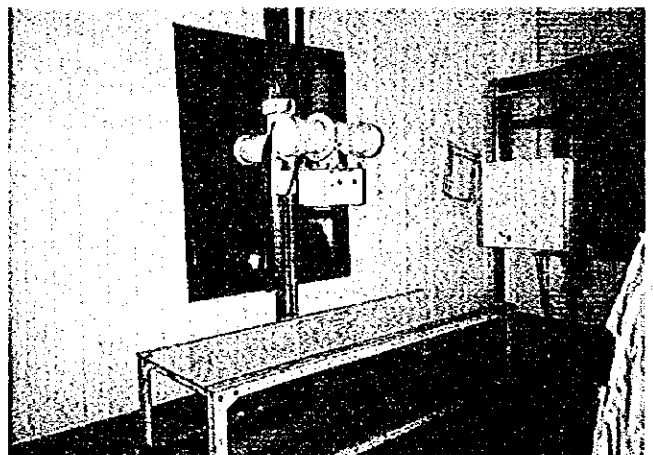
病室



分娩室



検査室

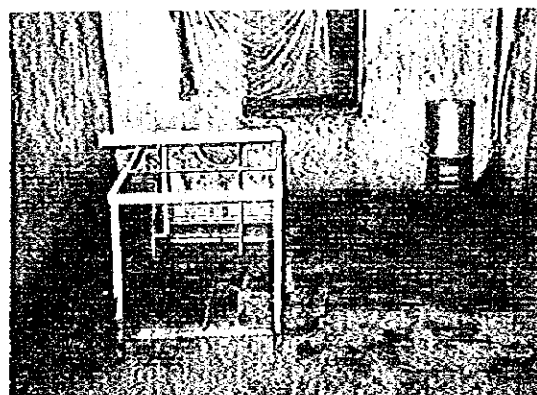


レントゲン室

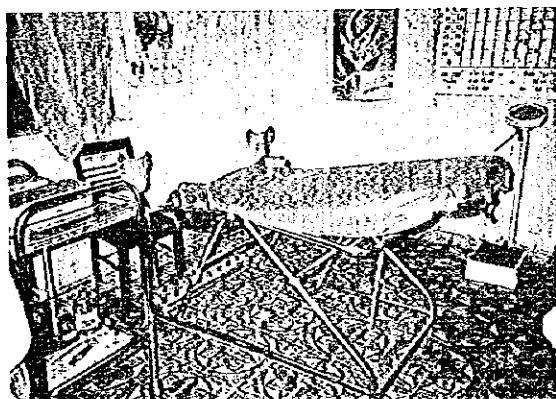
コミュニオンヘルスセンター (村の保健所)



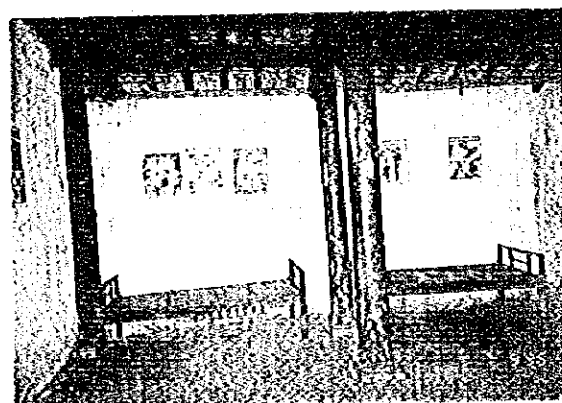
保健所



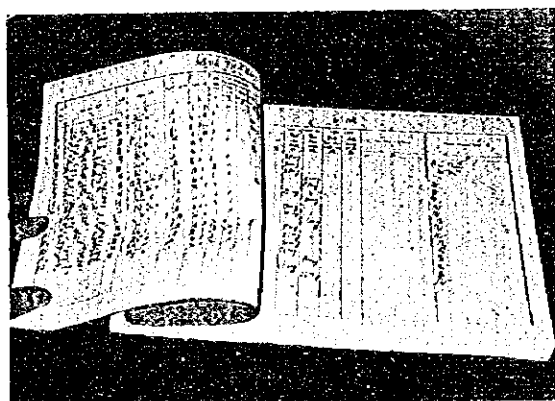
分娩室



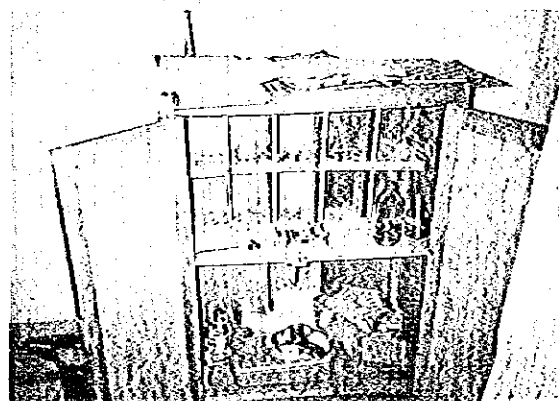
JOICFPが協力した保健所の分娩室



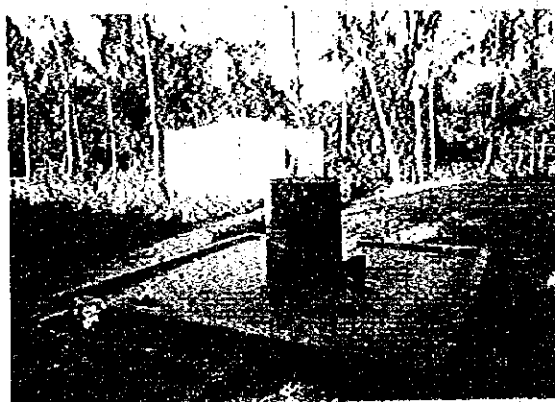
病室



妊婦健診記録

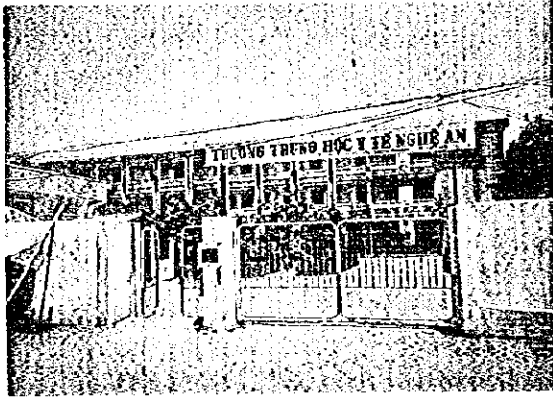


薬品庫

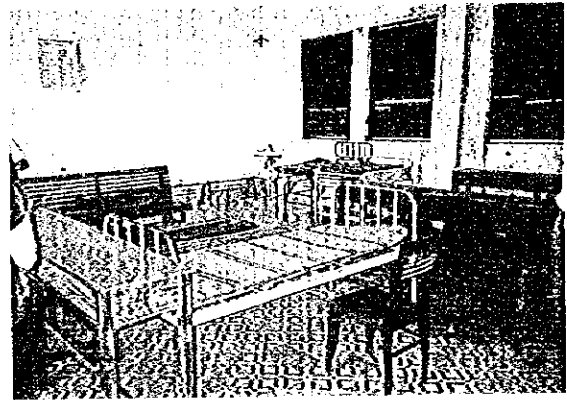


井戸

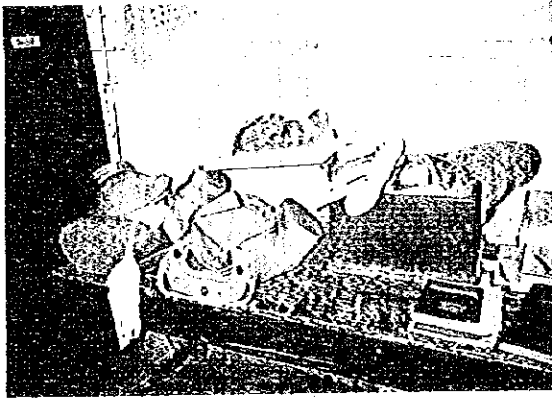
ゲアン中級助産婦学校



助産婦学校正面



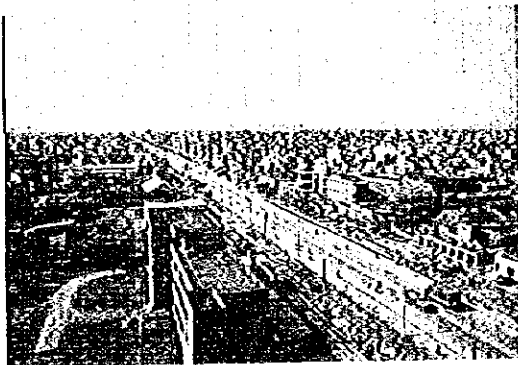
実習室



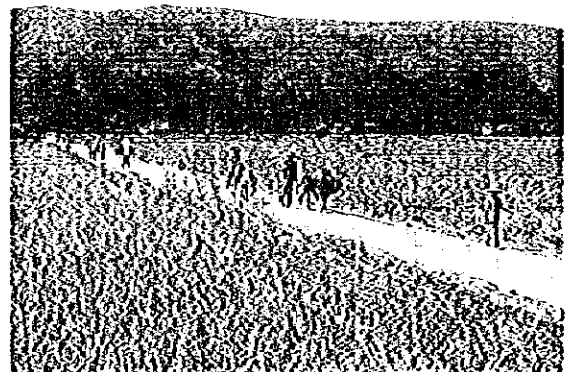
助産婦教育用機材



ヴァイン市内のマリーストップスクリニック (NGO) の分娩室、処置室



ゲアン省の省都ヴァイン市街と国道1号線



ヴァイン市街から数分で田園が広がる



ヴァイン市内の薬局屋

目 次

序 文
写 真
地 図

0. リプロダクティブヘルスとは	1
1. 事前調査団の派遣	3
1-1 調査団派遣の経緯	3
1-2 調査団派遣の目的	4
1-3 調査団の構成	4
1-4 調査日程	5
1-5 主要面談者	6
2. 調査結果概要	8
3. 要請の背景	10
4. プロジェクト実施計画	11
5. ゲアン省概況	13
6. ゲアン省母子保健・家族計画センター概要	14
7. 保健医療分野の人材育成	16
8. 第三国／国際機関の協力の概要	18
9. 日本の他の協力との連携	20
別添資料	
① 協議議事録	23
② 保健省からの要望書	28

附属資料

①	保健省組織図	33
②	MOH 220 号規定 (MCH/F Pサービスの任務と機能)	35
③	MATERNAL AND CHILD CARE AND FAMILY PLANNING IN VIETNAM	43
④	MATERNAL HEALTH CARE (SRVN-UNICEF COUNTRY PROGRAMME から抜粋)	48
⑤	REPORT 5 YEAR IMPLEMENTATION OF P/FP PROGRAM (1991-1995) ORIENTATION, DUTIES OF 5 YEAR PLAN 1996-2000	55
⑥	リプロダクティブヘルス関連組織とその役割	70
⑦	ゲアン省におけるMCH/F P活動とJOICFPのプロジェクトの評価	71
⑧	ゲアン省MCH/F Pセンター主要活動	76
⑨	ゲアン省MCH/F Pセンター新築棟設計図	87
⑩	中級助産婦教育カリキュラム	97
⑪	ゲアン中級助産婦学校概要	125
⑫	各ドナーに対する質問項目	133
⑬	収集資料リスト	135

0. リプロダクティブヘルスとは

リプロダクティブヘルス/ライツの定義としては、世界保健機関 (WHO) の定義したものが多く引用されているが、国際的認知を促すきっかけとなったのは、1994年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (いわゆるカイロ会議) の「行動計画」でその重要性がはっきりうたわれたことであった。それまでの人口会議は人口問題を国家の開発課題の視点で論じていたが、カイロ会議では、国家というマクロのレベルから人口という集団をみるのではなく、個人やカップルにもっと目を向けようという方向に視点が変わった。

日本ではリプロダクティブヘルスは、「性と生殖に関する健康」と一般的には訳されている。生殖だけでなく性という言葉が用いられているのは、リプロダクティブヘルスの内容が性に関するものも広範に含んでいるためである。女性との深い関わりから「からだと性に関する女性の健康」と定義されることも多い。

「リプロダクティブ」は、生殖のシステム及びその機能とプロセスに関わるすべての事象を包括する概念として用いられており、「ヘルス (健康)」はWHOの定義によれば、「単に疾病や障害がないということではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態 (well-being)にあること」とされている。

リプロダクティブヘルスに具体的に含まれる内容

「生殖のシステム及びその機能とプロセスに関わるすべての事象」には、男女を問わず、年少期から老年までのさまざまな問題が含まれる。月経、人工妊娠中絶、不妊、思春期、更年期、性暴力、性感染症 (STD)、HIV/エイズ、買売春、一生涯まない選択をした女性の性、生殖器系のガン、などである。ライフサイクル全体を視野に入れたことで、妊娠・出産・育児の事象に限らず、従来の家族計画・母子保健がカバーしていなかったサービスも提供されることになる。

リプロダクティブヘルスのためのサービス (WHOの表より)

リプロダクティブヘルスの内容に対応したサービスには、家族計画・産前産後のケア・母子保健を始め、思春期における性教育、性に関わるカウンセリング、胎児・乳児への垂直感染も含むSTD/HIVの発見・治療・予防、成人病の早期発見・治療・予防、法的・社会的変革などさまざまなものが含まれる。リプロダクティブヘルス/ライツが国際的に認知されたことにより、従来見落とされがちであった、思春期保健、単身者の性、同性愛者の性、更年期以降の性など少数者へのサービスを含むさまざまなサービスがなされる方向に変化しつつある。

リプロダクティブヘルスの中心課題 (WHO)

いち早くリプロダクティブヘルスを定義したWHOは、1990年代初めに、その重要な柱として次の5つを挙げている。

- ① 人々が子供を産む可能性を持つこと
- ② 安全なセックス
- ③ 安全な妊娠・出産

④ 安全な出生調節（妊娠・出産の調節）

⑤ 子供の健全な発育

WHOの定義したリプロダクティブヘルスは、依然として高い妊産婦死亡率や乳幼児死亡率、エイズやSTDの急激な増加、感染症が原因の予防可能な不妊が多いことなど、人口抑制の視点では対応しきれない数多くの問題が顕在化してきた中で、それらに包括的に取り組む視点を提供するとともに、個の視点に立つことでより受け入れやすく、良質のサービスの提供が求められるようになった。

リプロダクティブライツ

リプロダクティブライツは、「性と生殖に関する権利=からだと性に関する女性の自己決定権」と定義されている。女性の自己決定権としたのは、1995年に北京で開かれた第4回世界女性会議で、リプロダクティブヘルスが女性の人権として位置付けられたことによる。北京会議では更に、「誰とセックスをするかしないか、自分がどのようなセクシュアリティを生きるかを、暴力や強制、差別を受けずに自由に選ぶ権利/セクシュアル・ライツ（性的権利）」の考えも明らかとなった。より分かりやすい言葉でいえば、「（自分）のからだと性について、あるいは産むか産まないかについて、決めるのは自分自身だということ。そして、からだと性の自己管理に必要なヘルスサービスや情報や手段を、一生を通し権利として保障しようということ」である。女性は、産むか産まないかの決定も含んで自分のからだと性に関する「自己決定権」を持ち、それは「人間の権利」であり保障されなければならないとする考えである。

リプロダクティブヘルス/ライツが、女性に深く関わりがあり「女性の健康と権利」と訳される理由として、次の3点がある。

- 1) 生物学的性差のため、女性だけが妊娠や出産のための仕組みを持ち、その仕組みに関連して、月経や妊娠、出産、人工妊娠中絶、子宮筋腫、乳ガンなど女性特有のからだの変化や病気が少なくない。
- 2) 女性の疾患の5分の1近くが、妊娠・出産が原因で起きている（生物学的性差のため男性には起こらない疾患である）。
- 3) 社会的・文化的につくられた性差（ジェンダー）があることで、先進国・途上国を問わず、性暴力や買売春の被害者、女性の不妊に対する不当な差別、子供を産むことの強制といった問題が存在している。加えて、経済・社会的地位の低さ、社会・文化的要因によって、性と生殖に関する女性の自己決定権は保障されていない地域が多い。

*以上は、芦野由利子著「女性のライフサイクルと性・健康・権利、リプロダクティブ・ヘルス/ライツQ&A」、日本家族計画協会編「人間と性シリーズ⑥」を参照・まとめたもので、著者のご厚意で引用・抜粋を多く含んでいる。詳細は原文参照のこと。

1. 事前調査団の派遣

1-1 調査団派遣の経緯

- (1) ヴィエトナム社会主義共和国（以下、ヴィエトナムと略す）における乳児死亡率は出生1,000対32.6（1995年）、妊産婦死亡率は出生10万対100前後と保健衛生指標はそのGNPを考慮すると他の途上国に比し比較的良好である。しかし、婦人科疾患（RTI）の罹患率は50%近く、妊婦の破傷風予防接種率は37%に過ぎない。また、5歳以下の子供のうちの栄養失調児の割合も50%近く、低体重出生児率も高い。これらのことは同国の避妊処理や妊産婦のケアを始めとする家族計画・母子保健活動に改善の余地が大きいことを示している。同国においては、人口抑制が開発計画と並んで重要な計画として位置付けられていると同時に、家族計画・母子保健活動は医療保健計画の5ヵ年計画の中で主要な目的の1つとして取り上げられている。
- (2) ヴィエトナムの家族計画・母子保健分野を担当する行政機関は、「人口と家族計画に関する全国委員会（NCPFP）」と「保健省母子保健/家族計画部（MCH/FP Dept.）」の2機関である。NCPFPが全国人口プログラムの方針と教育活動を率先して進めているのに対し、MCH/FP Dept. は全国に母子保健/家族計画を普及させるサービスを担当している。したがって、人口の80%以上が居住している農村地帯における母子保健・家族計画サービスは、保健省の下部組織であるコミュニケーションヘルスセンター（人口5,000～1万人に対し1ヵ所）で行われている（なお、医療従事者の養成は保健省のDepartment of Sciences and Trainingが管轄している）。
- (3) 我が国のNGOであるJOICFP（家族計画国際協力財団）は1974年以来、日本の戦後の経験に基づいた家族計画・寄生虫予防・栄養改善のインテグレーション・プロジェクト（IP）をアジア・アフリカ・中南米の開発途上諸国で実施してきた。JOICFPはヴィエトナムにおいても、1988年から北・中・南部の各3コミュニケーション、計9コミュニケーションで小規模なプロジェクトを開始した。MOHが実施し、UNFPA、UNICEF、JOICFPの3者が共催したこのプロジェクトは、第三者評価を経てその内容が評価され、4省80地区へと拡大されてきた。
- (4) ヴィエトナム保健省は過去数年間にわたるJOICFPの活動を評価し、その活動を発展させた内容のプロジェクト方式技術協力を我が国に対し要請越した。これを受けて我が国は、技術協力の内容等について協議するため本件調査団を派遣した。

1-2 調査団派遣の目的

調査団の主目的は次の2点である。

- (1) ヴィエトナム政府より提出のあったプロジェクト協力要請書について、要請の背景及び内容をより詳細かつ正確に把握し、プロジェクトのコンポーネント、プロジェクトの国家開発における位置付け、相手国の実施体制等を明確にし、プロジェクトの実施の可能性を確認する。
- (2) 我が国が技術協力として実施するプロジェクトの実施基本方針及び実施計画を策定するため、プロジェクト実施に関する提言、勧告等を行う。

また、本件については、予定しているプロジェクトサイトが中央から離れていること、同分野への協力を行っている援助団体が複数存在していることが事前に明らかであった。そのため、中央（計画・投資省、保健省）及びゲアン省人民委員会双方のレベルにおける協議、同分野への協力を行っている各援助団体との協議を行った。

1-3 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	近 泰男	家族計画国際協力財団常任理事・事務局長
団員	母子保健	喜多 悦子	厚生省国立国際医療センター派遣協力課長
団員	家族計画	石井 澄江	家族計画国際協力財団国際事業部長
団員	協力計画	牧本 小枝	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課職員
団員	通 訳	初鹿野 マイ	日本国際協力センター研修監理員

1-4 調査日程

日順	月日	曜日	移動及び業務		
			近团长、初鹿野团员	石井、牧本团员	喜多团员
第1日	6/30	日	移動 成田 11:00→ホンコン→ハノイ 18:00 (CX-501、CX-791)		
2日	7/1	月	JICA事務所打合せ、日本大使館表敬、MOH、MPI表敬及び情報収集		
3日	7/2	火	NCPFP表敬 UNFPA、UNICEF、GTZ訪問		
4日	7/3	水	ヴィンへ陸路移動 *途中で無償で建設した初等学校へ立ち寄り		
5日	7/4	木	午前 ゲアン省人民委員会、Provincial Hospital、母子保健センター 午後 JOICFPのプロジェクト地域 (ナムダン) District Hsp.、コミュニケーションヘルスセンター視察		
6日	7/5	金	午前 JOICFPの非プロジェクト地域 (ディエンチャオ) District Hsp.、コミュニケーションヘルスセンター視察 午後 JOICFPのプロジェクト地域 (ニーロック) District Hsp.、コミュニケーションヘルスセンター視察		
7日	7/6	土	午前 Secondary Medical School 視察 ゲアン省母子保健センターでの打合せ 午後 国内打合せ ゲアン省関係者との打合せ		
8日	7/7	日	山岳地域 (コンクオン) の調査 District Hsp.、Polyclinic 視察		
9日	7/8	月	午前 ゲアン省関係者との打合せ 移動 ヴィン 16:50→ハノイ 17:40 (VN270)		
10日	7/9	火	午前 MOHでの協議、ミニッツ署名交換 午後 合同報告会 (MOH、MPI、各ドナー)	ホーチミンへ移動	
11日	7/10	水	移動 ハノイ 9:55→ ホンコン→成田 19:50 (CX790、CX500)	MCH/FP Dept.との協議 UNFPAとの協議 ViNaMed 視察	チョーライ病院視察 及び打合せ
12日	7/11	木		バックマイ病院視察 World Population Day セレ モニーへの参加 Science & Training Dept.と の協議 Vimedimex 視察 日本大使館への報告	帰国
13日	7/12	金		ポリオ製造センター視察 JICA事務所報告	
14日	7/13	土		移動 ハノイ 9:55→ホンコ ン (CX790)	

1-5 主要面談者

(1) ヴィエトナム側関係者

1) ゲアン省

Ms.Nguyen Thi Han	Vice Chairperson, People's Committee of Nghe An Province
Mr.Le Dinh Chinh	Deputy Chief of Cabinet, People's Committee of Nghe An Province
Ms.Tran Thi Thien,M.D.	Vice Director, Health Dept., People's Committee of Nghe An Province
Mr.Vu Nguyen Lam,M.D.	Expert, Health Dept.
Mr.Nguyen Hong Tan	Staff in charge of PCFPF, Planning Section, People's Committee of Nghe An Province
Mr.Vo Thuy Phoung,M.D.	Director, MCH/FP Center
Ms.Do Thuy Mui,M.D.	Vice Director, MCH/FP Center
Mr.Pham Van Dien,M.D.	Director, Provincial Hospital
Mr.Nguyen Van Be	Chairperson, People's Committee of Nam Dan District
Mr.Nguyen Van Tua,M.D.	Director, Nam Dan District Hospital
Mr.Cao Dang Vinh	Vice Chairperson,People's Committee of Dien Chau District
Mr.Ngo Tri Thu,M.D.	Director, Dien Chau District Hospital
Mr.Luong Minh Dan	Vice Chairperson, People's Committee of Nghi Loc District
Mr.Tran Ba Khanh,M.D.	Director, Nghi Loc District Hospital

2) 保健省

Mr.Ngo Van Hop,M.D.	Director, Dept. of Int'l Cooperation
Ms.Nguyen Minh Chau,M.D.	Programme Officer, Dept. of Int'l Cooperation
Mr.Do Trong Hieu,M.D.	Director, MCH/FP Dept.
Ms.Pham Thuy Nga,M.D.	Senior Expert, MCH/FP Dept.
Mr.Nghiem Xuan Duc,M.D.	Dept. of Sciences and Training

3) MP I

Mr.Nguyen Xuan Tien	Senior Expert, Foreign Economic Relation Dept.
Mr.Do Wuan Mao	Deputy Director, Labor Cultural and Social Dept.
Ms.Dinh Thi Tu	Senior Expert, Labor Cultural and Social Dept.

4) NCPFP

Mr.Le Dinh Phong	Deputy Director, Int'l Relations Dept.
Ms.Ta Thanh Hang	National Programme Officer, Int'l Relations Dept.
Mr.Kim Ngoc Cam Ly,M.D.	Assistant on MCH/FP, Int'l Relations Dept.
Mr.Hung Nguyen,M.D.	Senior Officer, Dept. of Family Planning

5) 第三国/国際機関

Mr.Nguyen Minh Tuan,M.D.	EPI Officer, UNICEF
Ms.Hoang Viet Nga	Health Project Assistant, UNICEF
Ms.Linda Demers	Representative, UNFPA
Ms.Nguyen Thi Mai Huong	National Programme Officer, UNFPA
Mr.Curt Fischer,M.D.	Senior Advisor/Programme Coordinator, GTZ
Ms.Suzy Van Laere- Fischer,M.D.	Consultant in Public Health, GTZ

(2) 日本側関係者

1) 在ヴェトナム日本国大使館

嘉治 美佐子	参事官
伊藤 康行	二等書記官

2. 調査結果概要

本件調査団は、6月30日から7月13日までベトナムを訪問し、保健省、ゲアン省人民委員会、ゲアン省母子保健・家族計画センター（MCH／FPセンター）他、ベトナム側関係機関との協議、国際機関・NGOとの意見交換、及び関連地域におけるリプロダクティブヘルス活動の現場視察を実施した。

この結果、ベトナム側関係機関等との間で、プロジェクトの目的等につき基本合意を形成し、これを協議議事録（Minutes of Discussions）として取りまとめ、保健省国際局のホップ局長、ゲアン省人民委員会のハン副委員長（代理）、事前調査団近団長の3者間で署名交換を行った（協議議事録：別添資料①）。

(1) 要請内容の確認

本件プロジェクトにかかる要請書の内容について、保健省及びゲアン省人民委員会に対し確認したところ、両機関より協力期間を3年間に変更したい旨の要望があった。その理由は、要請プロジェクトの目標を達成するためには3年間で可能と判断したとのことであった。協力分野については、保健省から追加の要請があったが、ゲアン省からは要請書の内容のとおりで変更はなかった（保健省からの要望書：別添資料②）。

また、プロジェクトの総責任者は保健省でなくゲアン省人民委員会としたいとの申し出があった。その理由としては、手続きの簡素化を考え、既に政府からゲアン省に対してビザ取得のための招へい状発給権限を委譲されていることが挙げられた。

(2) プロジェクトのフィージビリティ

本調査では、ベトナム側からの協力期間変更要請に基づき、3年間で可能な協力内容を検討した。

1) リプロダクティブヘルスに関わる人材の育成、特に中級助産婦の育成、人口家族計画は急務とされており、本件要請内容がベトナム政府の方針と合致し重点事項とされていることが明らかとなった。

2) 要請プロジェクトの実現可能性について調査するため、ゲアン省19ディストリクトのうち4ディストリクトの6コミューンを訪問した（Provincial Hospital: 1、MCH／FPセンター: 1、District Hospital: 4、Polyclinic: 1、コミューンヘルスセンター: 4、Secondary Medical School: 1など）。現地調査結果の概要は次のとおりで協力の必要性が明らかとなった。

① ゲアン省では施設分娩率が高く（特に平野部において）、その約85%がコミューンレベルで行われている。ディストリクトレベル以上で取り扱っているのは異常分娩が中心である。

② リファラルシステムについては、交通網が未整備であるため、緊急なケースに対して十分な役割を果たしていない。

③ 全464コミューンの200以上において初級助産婦がおらず、助産婦のいないコミューンではアシスタントドクターが分娩を介助している。

- ④ 婦人科疾患、低体重児出生率が高く、破傷風予防接種率が他の予防接種率に比し低い。妊婦健康診断から出産後のケアまでの質の改善が必要である。
 - ⑤ 新しい医療従事者の育成は Secondary Medical School で実施されており、既に働いている人材の再教育は MCH/F P センターで一部行われているが、双方ともに技術、知識の水準に改善の余地が大きく、またトレーニング資材が不足しているため、現状では十分なトレーニングは困難である。
 - ⑥ どのレベルの施設においても医薬品等の消耗品、リプロダクティブヘルス関連機材が不足している。特に、コミュニオンヘルスセンターでの資材不足は、省の施設分娩の約 85% が行われていることから問題である。
- 3) 以上から、調査団は、メディカルな側面よりもプライマリーヘルスケアの側面に重点を置き、分娩の大部分を占める、コミュニオンレベルで行われる正常分娩を安全かつ清潔に行えるようにすることを旨とするプロジェクトを提起する。概要は次のとおりである。
- ① 分娩に関わる医療従事者の実践的トレーニング及びそのフォローアップの実施、システム化。特にコミュニオンヘルスセンターで働く医療従事者の再トレーニング（中級助産婦、アシスタントドクター含む）を中心とする。
 - ② 上記の再トレーニングセンターとなる MCH/F P センターのキャパシティビルディング。
 - ③ トレーニング修了者がコミュニオンヘルスセンターで働く際に必要となる基本的な機材等の供与。

(3) 国際機関等との連携の可能性の調査

UNICEF、GTZ、UNFPA、Population Council (NGO)、Marie Stopes International (NGO) に対し、プロジェクトの趣旨を説明し、関連情報を聴取したところ、十分な情報交換により協力の重複を避け相互に協力することが可能である感触を得た。上記団体、World Bank、Women's Union 等との情報交換、協力の打診については今後も引き続き行う。

(4) 今後のスケジュール

プロジェクト実施に向けての今後のスケジュールを次のとおりとすることでベトナム側の原則了解を取り付けた。

1996年9～11月	長期調査
1996年12月～1997年1月	実施協議調査 (R/D署名交換)
1997年4～6月	プロジェクト開始

3. 要請の背景

1994年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (International Conference on Population and Development : ICPD) において採択された行動計画 (Programme of Action) に基づき、ベトナムにおいても、従来の保健省 (MOH) の家族計画サービスのネットワークを基礎に、リプロダクティブヘルス^{*1}の推進が図られている。

しかしながら、国民の51%が貧困ライン以下の生活を強いられている^{*2}状況において家族計画サービスに対するニーズさえ、十分に満たされない現状にある。

一方で、ベトナムは人口増加抑制を1991年の5ヵ年計画以来強化してきており、国家開発計画の最重要課題の1つに位置付けている。ベトナムは2000年までの人口・家族計画の目標を総人口は8,200万人以下に押さえること、そしてその目標を達成するためにTFR (Total Fertility Rate—合計特殊出生率) を2.9以下にすることを目指している。

JOICFPは1988年から1990年にかけて、MOH—UNICEF—UNFPAと共同でベトナムの北部、中部、南部の3省、9コミューン (対象人口6万人) において家族計画、母子保健、寄生虫予防、環境改善のインテグレーション・プロジェクト (IP) を実施した。このIPは1991年の4月から5月にかけて行われた第三者評価を経て、4省80コミューン (対象人口60万人) へと拡大され、継続されている。ベトナムにおけるIPはNGO、政府、国連機関の参加を得て、地域に根差した、参加型アプローチをとったことに特色がある。コミューンの人民委員会の委員長 (日本では村長に当たる)、女性連合の会長、コミューンの保健センターの所長を中心に村の保健センターの改善等、村全体で取り組む活動へと発展させ、その一方で家族計画・母子保健サービスの向上を図るため保健センターの医療機材と必須医薬品の供与並びに保健スタッフの研修を行った。この住民参加による社会運動とプライマリーヘルスケアアプローチの組み合わせによるコミューンレベルの保健サービスの向上は、ベトナム政府の国家保健計画の方針と完全に一致するものであった。

このIPの成果を評価した保健省とプロジェクト地域の1つであるゲアン省は、そのIP活動を発展させた内容のプロジェクト方式技術協力を我が国に対し要請越した。

*1 リプロダクティブヘルスの定義については報告書第0章を参照

*2 ヴィエトナム生活水準調査 (VNLISS : Vietnam Living Standard Survey) by General Statistical Office and World Bank

4. プロジェクト実施計画

(1) プロジェクトの最終目標

ベトナムにおける女性と子供の健康の向上に寄与すること

(2) プロジェクトの活動

- 1) 助産婦やアシスタントドクター等、リプロダクティブヘルス関係の医療従事者の訓練（特に
コミュニオンヘルスセンターのスタッフ）

MCH/FPセンターにおいて短期間の再トレーニングを実施し、一定期間後、各ディスト
リクトホームバイルチーム等がでかけて行って、フォローアップする。

- 2) MCH/FPセンター及びコミュニオンヘルスセンターのキャパシティービルディング

MCH/FPセンターは、トレーニング用機材及び医療機材の供与、マネジメント能力の向
上等。コミュニオンヘルスセンターは、トレーニングを受けたスタッフが活動するのに必要な分
娩関連機材等の供与、トレーニングを通じてのケアの質の向上等。

- 3) Secondary Medical School、省病院産婦人科、県病院の産婦人科及び母子保健・家族計画モ
ーバイルチーム等への協力については、今後の調査・協議を経て検討する。

※活動内容の詳細は、R/D締結の段階で最終合意するが、これに先立ち、詳細な現状調査と
プロジェクト・デザイン・マトリックス作成のため、我が方から長期調査員を派遣し、ヴィ
エトナム側専門家とともに、プロジェクト活動にかかるより具体的な調査を実施する。

(3) プロジェクト対象地域

本件プロジェクトは、ゲアン省を対象地域とする。

(4) プロジェクト実施のためのベトナム側の組織体制

- ① プロジェクトの総括：ゲアン省人民委員会

- ② 実施機関：ゲアン省保健局

- ③ 保健省（MCH/FP Dept.）は技術的な助言を行い、可能な限りプロジェクトの成果を国家
保健政策に反映することを努力する。

- ④ ゲアン省はMCH/FPセンター内に助産婦の再教育用の教室及びプロジェクトオフィ
ス用の部屋を含む、新棟を建設中（8月に完成見込み）である。そのため、プロジェクトの
拠点は、MCH/FPセンターとなる予定である。

(5) 合同委員会の設置

R/Dに基づく年次計画の策定、進捗の監理、活動のレビュー・評価、課題・問題点についての協議等を行うため、合同委員会 (Joint Coordinating Committee) を設置する。メンバーはR/D締結時に最終合意するが、現在案は次のとおりである。

ベトナム側：ゲアン省人民委員会、ゲアン省保健局、ゲアン省MCH/FPセンター、保健省、MPI

日本側：JICA派遣専門家、JICAベトナム事務所長、在ベトナム日本国大使館 (オブザーバー)

(6) プロジェクトの運営委員会

合同委員会の下部機関として、運営委員会 (Steering Committee) を設置する予定である。また、実施するトレーニングのトレーナーチーム3～5名程度をベトナム側で選出する予定である。

5. ゲアン省概況

面積	: 16,442 平方キロメートル
そのうち山岳・丘陵地域	: 13,704 平方キロメートル (83.3%)
平野・海岸地域	: 2,738 平方キロメートル (16.7%)
人口	: 2,738,000 人 (1994 年、ヴェトナムで第 3 位の人口数)
男性	: 1,315,000 人 (48.0%)
女性	: 1,423,000 人 (52.0%)
生殖可能女性数	: 667,810 人 (女性の 46.9%)
うち結婚している女性の数	: 443,215 人 (生殖可能女性数の 66.4%)
0～14 歳までの子供の数	: 1,131,108 人 (人口の 41.3%)
粗出生率	: 30.07 (人口 1,000 対)
粗死亡率	: 7.8 (人口 : 1,000 対)
合計特殊出生率 (TFR)	: 3.6
乳児死亡率	: 46 (出生 1,000 対)
妊産婦死亡率	: 160 (出生 100,000 対)
低体重児出生率 (2,500 グラム以下)	: 19.5%
5 歳以下の子供の栄養不良率	: 52%
人工妊娠中絶	: 全出生の 30.51%
妊産婦の破傷風予防接種率	: 36.5%
EPI	: 85%

6. ゲアン省母子保健・家族計画センター概要

(1) 設立 1991年7月9日

(2) 役割

- ① MCH/FPサービスの指導
- ② 避妊用具等の供給
- ③ 不妊手術、IUD挿入等のクリニカルな避妊サービスの提供と、ディストリクトへのそれらの指導
- ④ 産婦人科医、助産婦の再教育
- ⑤ 地域に適した避妊方法の研究
- ⑥ 国家プログラム、国際協力の実施

(3) スタッフ 65名

MD 13名、中級助産婦7名、アシスタントドクター (OB/GYN/Pediatrics) 16名、その他アシスタントドクター10名、中級助産婦2名、検査技師2名、中級薬剤師2名、事務2名、統計1名、患者への雑務4名、ドライバー4名等

(4) 診療科

① 計画科

Planning : 年間、月間の計画立案

Count : 計画、地方・中央予算の分配

Material : 中央、ドナーから得た資材をディストリクトに分配

Administration

② MCH科

婦人科 : RTIの診察と治療、不妊症等の診察と治療

産科 : ANC、PNC、教育のための分娩 (年間分娩数10件)

小児科 : 診察は少ない。近隣の診療所に赴き、診察する。

センターでは健診のみ。治療は近隣の病院で。

③ FP科

医療チームとモバイルチームを持つ。1年ごとにスタッフを交替。

医療チームは家族計画サービスを指導し、モバイルチームはコミュニケーションレベルまで知識普及を図るとともに避妊のためのサービスを行う。

④ その他

人口増加対策のための避妊手術を行うモバイルチームと、婦人科疾患対策のための検査部を最近設置した。

(5) JOICFP/UNFPAのインテグレーション・プロジェクトとの関連について。

このセンターが常任管理機関であり、プロジェクト開始前のベースラインサーベイと開始後の追跡調査を行った。

- 1) 4ヵ月、6ヵ月、1年ごとの計画を立案。
- 2) 助産婦の再トレーニングを一部実施（講師は日本人あるいはベトナム人）。
- 3) 供与される医薬品の管理、配布を担当。
- 4) 1995年10月に行ったワークショップでは、1996年11月までの目標はほとんど達成し、機材配布はほとんど終わっていること、20 コミュニティの助産婦教育も順調であることが明らかになった。
- 5) 成果を導いた要因として、①プロビンスーディストリクトーコミュニティの強いコミットメントがあった、②普及方法が良かった、③MCH/FPの担当者がよく活動した、④ドナーの支援があった、⑤国家プログラムとドナー支援の統合により相乗効果を得たことが挙げられた。
- 6) これからの予定としては、7月には2つのトレーニングコース（IEC、女性の職業の多様化）を実施する。また、1996年末には、プロビンス同士で意見交換会を考えている。
- 7) プロジェクトの評価は、3ヵ月ごとに各ディストリクトがコミュニティを評価し、6ヵ月ごとにセンターがディストリクトを評価している。

(6) その他視察結果

- 1) オートクレーブ（中国製）は毎日出かける医療チームの滅菌をするには容量が小さい。
- 2) 電力はスタビライザーがないため不安定。
- 3) 医薬品は、政府から予算を受け取り、自分達で購入する。基本的にはベトナム製（手術室の20薬品のうち、外国製は1薬品のみ）。
- 4) コンピューターは1台のみ（コンピューター室にエアコンなし）。
- 5) HIV血液検査は検査室で集め、毎日夕方、疫病検査センター（VINH）に持って行く。1ヵ月分まとめて検査結果をフィードバックされる（25日締）。もしエイズの場合は、その前に報告があるようである。3月20日からスタート。5月末で一杯になり、6月は1ヵ月、血液採集をしなかった。5月は110検体収集。記録簿には、氏名、年齢、職業、住所、子供の数を記録。血液採集はディスポーザブルの極細針で行うので出血しない。採集後は特に消毒ガーズで処理しない。
- 6) 産婦人科診療室は産科1、婦人科1、IUD室1の合計3室。古いがハサミ等は比較的多い。検診台は10年前にUNICEFから供与されたもの。室内の機材配置は部屋によって異なる。
- 7) 婦人科医は産婦人科医長、副院長兼任、フエ医大に研修中（超音波、3ヵ月）の医者の3名。
- 8) MDが治療、ADがアシスタントという役割分担になっている。
- 9) MCH/FPセンターでは1993年2月から分娩を行うことを許可された。帝王切開はしていない。
- 10) 手術は避妊手術が主。IUD挿入によるトラブルのための開腹手術もあり。
- 11) 新棟を建設中。1階は助産婦教室、2階は産科の予定。

7. 保健医療分野の人材育成

本プロジェクトで重点を置いた方が良いのは中級助産婦とアシスタントドクター等、コミュニンレベルで働くスタッフである。中級助産婦は3年間の教育、アシスタントドクターは2年半の医学全般の教育の後、専門分野について半年間教育を受ける制度になっている。

ヴィエトナム保健省は、中級助産婦を大量に養成し、2000年にはすべてのコミュニンヘルスセンターに配置することを目指している。それに伴い、現在が欠員のコミュニンにおいて助産婦の代わりを務めているアシスタントドクターの仕事はどうなるのか、財政的に破綻しないかという懸念が生じるが、Dept. of Sciences and Trainingによると、アシスタントドクターは3年間の再教育により、Public Health Doctor へ格上げしていく予定であるようである。試験によって選抜する（約10倍の難関）。アシスタントドクターの再教育は数年前から開始されており、全国の5施設（ハイフォン、タイビン、バクタイ、フエ、ホーチミン）で実施している。現在、約1,800名のPublic Health Doctorがコミュニンレベルで働いているが、2000年までには400%にすることを目標としている。

本プロジェクトに関わる可能性の高い教育機関は次の3つである。

(1) MCH/F Pセンター

既に働いているコミュニンヘルスセンターのスタッフ、特に助産婦に対する再トレーニングを、JOICFPとのプロジェクトの中で一部開始している。しかし、トレーニングを行う側の能力の程度、トレーニングを行うための機材の不足、トレーニング後に使用する機材、試薬の不足が問題である。

(2) Secondary Medical School

- ① アシスタントドクターの新規養成
- ② Secondary Nurse の新規養成
- ③ 中級助産婦の新規養成
- ④ 医療スタッフの再訓練

1996年9月からの新学期生徒数

	1年生	2年生	3年生
アシスタントドクター	50	100	100+50 (山岳民族)
Secondary Nurse	50	100	50
中級助産婦	150	50	50

中級助産婦については、政府の方針に合わせ定員を増やした。1年生150名のうち、100名は平野部、残り50名は山岳部の出身である。当校では毎年平均700名の生徒が在籍している。13クラスあり、300人収容できる宿舎を持つ。年間予算は教育省がまとめて財務省と交渉し、保健省を通じて学校に送られる。

1996年予算：US\$350×700人＝US\$245,000 そのうち30%は職員の給料、40%は教育費、20%は寮費、残りは雑費。

新卒者のみでなく、現場で働くスタッフの再訓練も実施している。現職のドクターのためには、ハノイ大学の教授を招き、再訓練を行う。

生徒数の増減についてはMOH（科学教育局）に通知、カリキュラムの内容変更についてはMOH（科学教育局）の許可を得た後、教育省に通知する。

(3) National Medical High School

① Nurse（学士）の養成 100～150名/年

② 助産婦（学士）の養成 100～150名/年

③ Medical Technician（学士）の養成

全国に2校（ナムハ、タンホワ）

Secondary Medical Schoolの教師のトレーニングの場にもなっている。

8. 第三国／国際機関の協力の概要

ゲアン省だけでなく、全国でも、同分野、同地域にまたがる協力があり、ドナー間の調整が重要になっている。現在はまだ話し合いのレベルに留まっている。

リプロダクティブヘルスについてはUNFPAが調整を実施している。その他については、UNDPが調整をすることが多い。

(1) UNICEF

1996年から2000年までUNICEFはヴィエトナム53省のうち、全省にまたがる61の貧しいディストリクトを選んでArea Focused Project (AFP) を実施。2000年には142のディストリクトに拡大予定である。ゲアン省ではアンソン、ナムダンの2ディストリクトで実施している。AFPの内容はPHC、母性保健、貧血、栄養、教育(初等、ノンフォーマル)、ジェンダー等の縦割りのプログラムをAFP地域に集中させるというもの。詳細については今後のフォローアップが必要である。

(2) UNFPA

1997年から2000年までのUNFPAの次の4年計画を考慮する際の問題点の1つとして、MOHのhuman resourceの弱さが挙げられる。UNFPAとしては、今後は今までのようなプロジェクトごとの人材養成ではなく、MOHに対する系統だったトレーニングを実施する予定である(政策、計画、モニタリング、評価等)。

1997年から開始するUNFPAの4年計画は、全予算の50~60%はリプロダクティブヘルスプログラムに当てられる予定である。

避妊器具・薬品の供給のためUNFPAが全国に流通システムを作った。

UNFPAがゲアン省で実施しているプログラムは、UNFPA-JOICFPで実施しているプロジェクト以外はない。

Q: ディストリクトレベルで帝王切開は可能か。

A: 可能。

Q: プロビンスレベルのヘルススタッフにどのようなトレーニングが必要か。

A: Maternal Health, General health, Quality of care, Management training and training methodology など。

(3) GTZ

1) 5プロビンスで2期に分けて実施中。詳細は次のとおりである。

カウンターパート NCPFP

サイト Ninh Binh, Nghe An, Ha Tinh, Quang Binh, Binh Dinh
フェーズ2で人口の60%をカバーする。

期 間	フェーズ1：1994年10月～1997年3月 フェーズ2：1997年4月～2000年7月
予 算	フェーズ1：3.5百万ドル（専門家派遣経費を除くと2.8百万ドル） フェーズ2：4.2百万ドル（専門家派遣経費を除くと3.5百万ドル）
対象レベル	プロビンス、ディストリクト、コミューンの Committee of Population and Family Planning
ゲアン省	フェーズ1：5ディストリクト（ナムグン県を含む海沿いの県中心） フェーズ2：7ディストリクト（フェーズ1に加えて2ディストリクト）
活動内容	フェーズ1、2ともに同じ ・ NCPFP/Women's Union/Youth Union/Farmers' Union 等と協力する 家族計画関係者に対するトレーニング (Health Management, Communication, Counseling, Reporting etc.) ・ Policy formulation ・ IEC

2) お互いの活動の重複は避け、相互補完的に協力したいとの意見が一致した。そのためにはどうしたら良いか意見を求めたところ、次のコメントを得た。

- ① GTZはNCPFPと組んでおり、医療サービスはすべてMOHの管轄であるため、MOHと組むのも良いであろう。
 - ② Family Planning/リプロダクティブヘルスに分野をしぼる方がよい。
- 3) ドイツのKFWから5プロビンスに2.8百万ドルの機材が供与されている。ゲアン省に対してはその5分の1、約0.56百万ドルが供与されている。その80%がドイツ製の機材である。
- 4) GTZは2国間の協力をするだけでなく、World Bank 等への協力も考えている。

(4) Population Council

Population Council がヴィエトナムで活動を開始したのは1989年である。それ以来、主に避妊方法を含む研究とトレーニングを行った。活動当初はほとんど保健省がカウンターパートだったが、最近ではNCPFPが関心を示している。今まではNational levelの仕事が多かったが、これからはもっとlocal levelの調査研究をしていく。日本と何か共同でできることがあれば積極的に考えていきたい。今までの研究の成果も含め、ある情報は提供するので日本側で使ってもらいたい。

9. 日本の他の協力との連携

(1) ナムダン農村総合開発

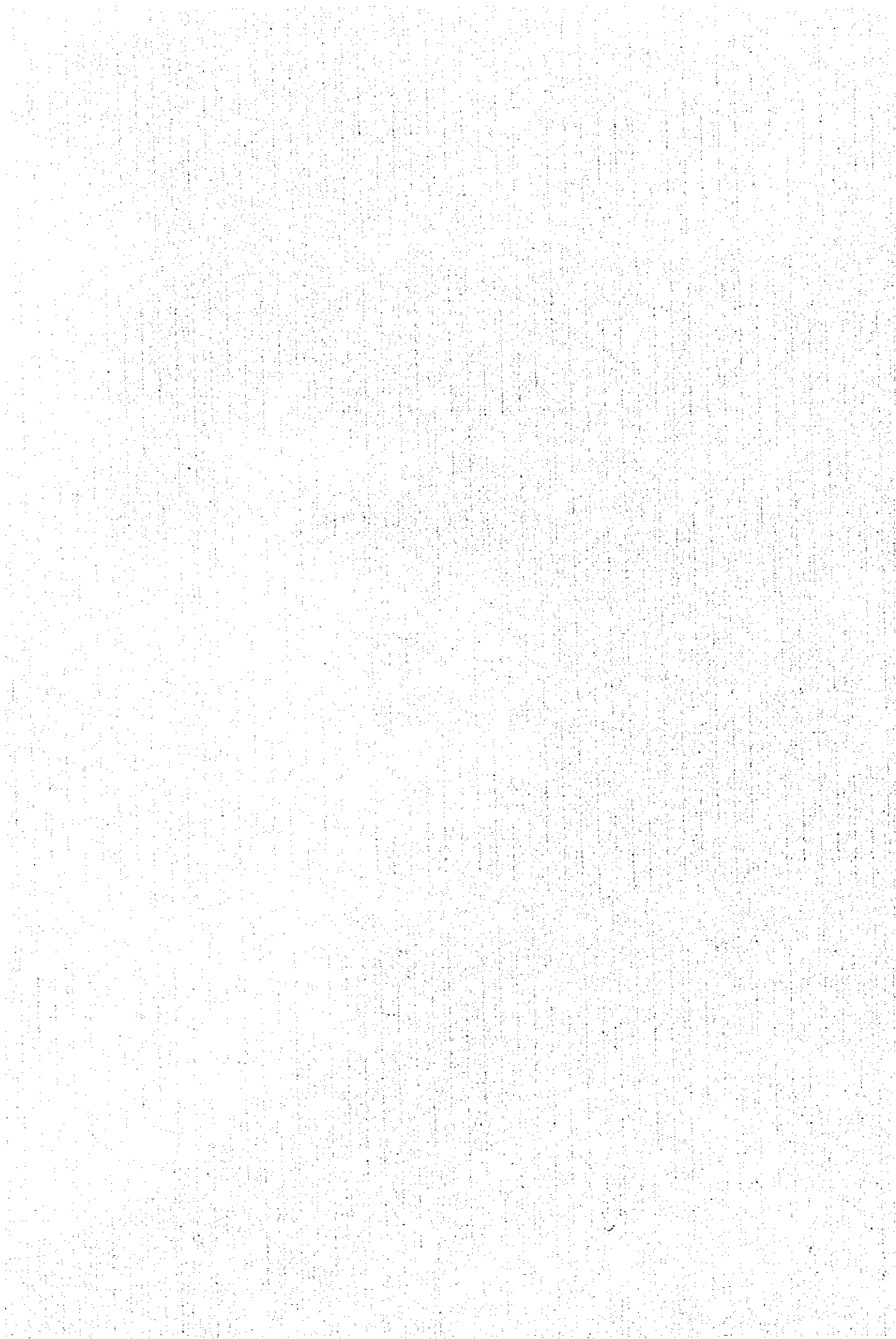
- 1) ナムダン県の District Hospital とキムリエン・コミュニティヘルスセンターを視察。
- 2) 施設、機材は他の District Hospital、コミュニティヘルスセンターに比べて十二分に揃っている。
- 3) したがって、ナムダン県での協力は、機材供与は最小限とし、スタッフのトレーニングに絞ることが望ましい。

(2) 無償資金協力による初等学校建設

- 1) JICA ヴィエトナム事務所長からのアドバイスにより、Nam Ha Province の Nhat Tuu District の初等学校を視察したところ、衛生教育等で協力できる可能性がある。

別添資料

- ① 協議議事録
- ② 保健省からの要望書



① 協議議事録

MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIET NAM
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE REPRODUCTIVE AND FAMILY HEALTH PROJECT
IN NGHE AN PROVINCE

The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japanese International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Mr. Yasuo Kon, Executive Director of Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning, visited Viet Nam for the purpose of making a study on the request by the Government of Socialist Republic of Viet Nam for Japanese technical cooperation concerning the Reproductive and Family Health Project in Nghe An Province (hereinafter referred to as "the Project").

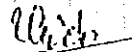
During its stay in Viet Nam, the Team had a series of discussions with the Vietnamese authorities concerned on the matters related to the Project and conducted site visits.

As the result of the discussions, both sides agreed to record the matters in the document attached hereto.

Hanoi, July 9th, 1996

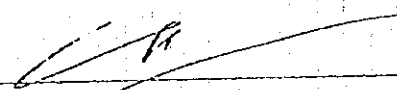


Mr. Yasuo Kon
Leader,
Preliminary Study Team for Reproductive and
Family Health Project in Nghe An Province,
The Socialist Republic of Viet Nam
Japan



TRẦN THỊ HẠN

Ms. Nguyen Thi Han
Vice Chairperson,
People's Committee of Nghe An Province,
The Socialist Republic of Viet Nam



Mr. Ngo Van Hop, M. D.
Director,
International Cooperation Department,
Ministry of Health,
The Socialist Republic of Viet Nam

Yk

1. TITLE OF THE PROJECT

Reproductive and Family Health Project in Nghe An Province

2. OVERALL GOAL

To contribute to the improvement of health status of women and children of Viet Nam through the promotion of Reproductive and Family Health Project in Nghe An Province

3. SPECIFIC OBJECTIVES

3-1. To train health personnel in charge of reproductive and family health with special focus on commune health center staff.

3-2. To support and build the capacity of the Provincial MCH/FP Center and Commune Health Centers.

3-3. Both sides will continue to discuss the possibility to support the following facilities;

(1) the Provincial Secondary Medical School,

(2) the Obstetrics and Gynecology Division of the Provincial Hospital,

(3) the Obstetrics and Gynecology Section and MCH/FP mobile team of District Hospitals,

and

(4) other necessary sections of facilities.

4. ACTIVITIES OF THE PROJECT

The main focus of the Project activities will be to support the Provincial MCH/FP Center to provide practical training to commune health center personnel in charge of reproductive health. The outline and framework of activities of the Project will be finalized in the Record of Discussions.

5. SITE OF THE PROJECT

The Project will be carried out in Nghe An Province.

Y 16

Cluck

6. DURATION OF THE PROJECT

The Vietnamese side made a request to make the duration of the Project three years. It will be finalized in the Record of Discussions.

7. INPUT FROM JAPANESE SIDE

The Team explained to the Vietnamese side that the input of Japanese Technical Cooperation under the Project will be made through the following three basic components;

- (1) dispatch of Japanese experts,
- (2) training of Vietnamese personnel in Japan, and
- 3) provision of equipment necessary for the Project.

8. MEASURES TO BE TAKEN BY THE VIETNAMESE SIDE

The Vietnamese side should take the following measures for the successful implementation of the Project.

- (1) To provide an adequate number of personnel necessary for implementing the Project including administrative staff and secretaries.
- (2) To provide working facilities necessary for implementing the Project and assistance in accommodating Japanese experts.
- (3) To make necessary arrangements to secure an adequate budget for implementing the Project.

Expenses necessary for transportation of the equipment within Viet Nam as well as installation, operation and maintenance

- Running expenses necessary for the implementation of the Project

- (4) To make necessary arrangement to exempt, or to be paid by the recipient agency, customs duties, internal taxes, and any other duties imposed in Viet Nam on the equipment provided by JICA.
- (5) To make clear each responsibility for the Project taken by Ministry of Health and People's Committee of Nghe An Province.
- (6) To make necessary arrangement to grant exemption from customs duties, internal taxes, and any other duties imposed on the equipment for the Project activities and especially vehicle.

v le

Chich

9. THE VIETNAMESE ORGANIZATION RESPONSIBLE FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT

- (1) The People's Committee of Nghe An Province will take overall responsibility of the Project.
- (2) The Health Service of Nghe An Province will be the implementing agency of the Project.
- (3) Ministry of Health (MCH/FP Department) will provide technical guidance and advice to the Project and try to apply the result of the Project to the National Health Policy whereas possible.

10. JOINT COORDINATING COMMITTEE

A joint coordinating committee is expected to be established at the initiation of the Project.

(1) Terms of Reference of the Committee

To review and authorize the annual plan of the Project within the framework of the Record of Discussions

- To monitor the progress of the Project
- To evaluate the activities of the Project
- To discuss other matters relevant to the Project

(2) Composition of the Committee

- Chairperson: Vice Chairperson, People's Committee of Nghe An Province
- Members:

Vietnamese side:

Representatives of

- Health Service of Nghe An Province
- MCH/FP Center of Nghe An Province
- Ministry of Health
- Ministry of Planning and Investment

Other members of a Joint Coordinating Committee will be decided through further discussion.

Japanese side:

- Chief Advisor
- Coordinator
- Japanese experts
- Other personnel to be dispatched by JICA
- Resident representative of JICA in the Viet Nam

Note: Official(s) of the Embassy of Japan may attend the joint coordinating committee as observer(s).

Y.K

Uiet.

11. STEERING COMMITTEE

For the implementation of the Project, a Steering Committee will be formulated. Members of the Steering Committee will be decided through further discussion.

12. FOLLOW UP ACTIVITIES OF THE TEAM

- (1) The Japanese side will send several specialists for Supplementary Study to prepare a draft design of the Project through the discussion with and the observation of people and places concerned.
- (2) The Japanese side will send an Implementation Study Team to finalize the Record of Discussions of the Project.

Y.K.

Uchida
—
or

② 保健省からの要望書

MINISTRY OF HEALTH

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM

Hanoi, July 2, 1995

Mr. MASARU TODOROKI
Resident Representative
JICA VIETNAM OFFICE

Dear Sir,

Reference is made to the Draft Reproductive and Family Health Project for Nghe An province which is now under the preliminary survey phase. Following are some amendments from our side to the proposed project for your further consideration:

1. We would like to propose that the specific objectives will be rewritten as follows:

3.1. Renovation of facilities and training, equipment supplies for the whole MCH/FP system of Nghe An province as follows:

- (1) Provincial MCH/FP center
- (2) OBGYN departments of the provincial hospital
- (3) OBGYN departments of district hospitals
- (4) MCH/FP mobile teams; and
- (5) Commune Health Centers.

3.2. IEC activities will be strengthened through the whole MCH/FP system of the province.

3.3. The Adolescent health program will be developed

3.4. Reproductive infection, STD including HIV/AIDS prevention and treatment approach will be integrated into MCH/FP system

3.5. Sexuality education.

2. Concerning the project duration, we propose a 3 year implementation instead of 5 years as we estimate that with the total fund available for the project and with consideration to the project objectives, a 3 year implementation of the project is more rational.

3. Concerning the executing agency from the Vietnamese side, as the People's Committee of Nghe An had been assigned by our Government to take care of this project, the People's Committee of Nghe An will be in good position to enter into the project agreement with the Japanese side. So there will be some amendments as follows:

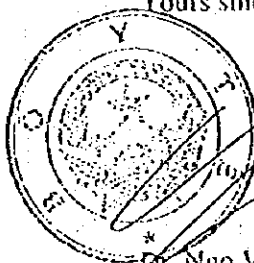
(1) The People's Committee of Nghe An will hold the overall responsibility of the project.

(2) The Provincial Health Service of Nghe An will be the implementing agency of the project.

(3) The Ministry of Health (MCH/FP Department) will be responsible for provision of technical guidance and advice to the project.

With best regards.

Yours sincerely,



*
Dr. Ngo Van Hop
Director,
Int'l Cooperation Department
MINISTRY OF HEALTH

c.c. Mr. Kon Yasuo, Executive Director of JOICFP
Team Leader of the JICA preliminary survey team

ỦY BAN NHÂN DÂN
TỈNH NGHỆ AN

-:-

Số : 1277 VP.UB

V/V ủy quyền cho bà
Trần Thị Thiện ký kết
bản ghi nhớ với đoàn
JICA.

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Vinh, ngày 08 tháng 7 năm 1996

Kính gửi : - Bộ Y tế,
- Vụ Hợp tác quốc tế Bộ Y tế

Được sự quan tâm của Chính phủ và Bộ y tế về việc hướng
Chương trình viện trợ đến với tỉnh Nghệ An. Vừa qua từ ngày 04-
08 tháng 7 năm 1996. Ủy ban Nhân dân tỉnh, Sở Y tế Nghệ An đã
tiếp đón và làm việc với Đoàn JICA thuộc dự án Bảo vệ sức khỏe
Bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình do ông KOH-YASUO làm
trưởng đoàn. Sau khi đoàn đi khảo sát thực tế và làm việc với
Ủy ban Nhân dân tỉnh, Sở Y tế về dự án sức khỏe sinh sản và
sức khỏe gia đình tại Nghệ An. Cơ bản Ủy ban Nhân dân tỉnh
Nghệ An nhất trí với bản ghi nhớ (dự thảo) về những vấn đề
đã bàn bạc thống nhất tại Nghệ An, trừ những vấn đề thuộc thẩm
quyền Bộ Y tế và các ngành liên quan khác ở TW. Theo đề nghị
của Bộ Y tế đại diện chính quyền UBND tỉnh Nghệ An sẽ ra Hà Nội
ký kết bản ghi nhớ cùng các bên liên quan. Nhưng vì lý do công
tác đặc biệt. Ủy ban Nhân dân tỉnh ủy quyền cho bà Trần Thị
Thiện, Phó giám đốc Sở Y tế thay mặt cho phía Nghệ An ký kết
bản ghi nhớ. Mong Bộ y tế và các bên liên quan chấp nhận và
tạo điều kiện. Về phía UBND tỉnh Nghệ An sẽ tổ chức thực hiện
nghiêm túc đầy đủ các nội dung sau khi bản ghi nhớ đã được
ký kết ./.

TM/ ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH NGHỆ AN

KT/ CHỦ TỊCH

PHÓ CHỦ TỊCH



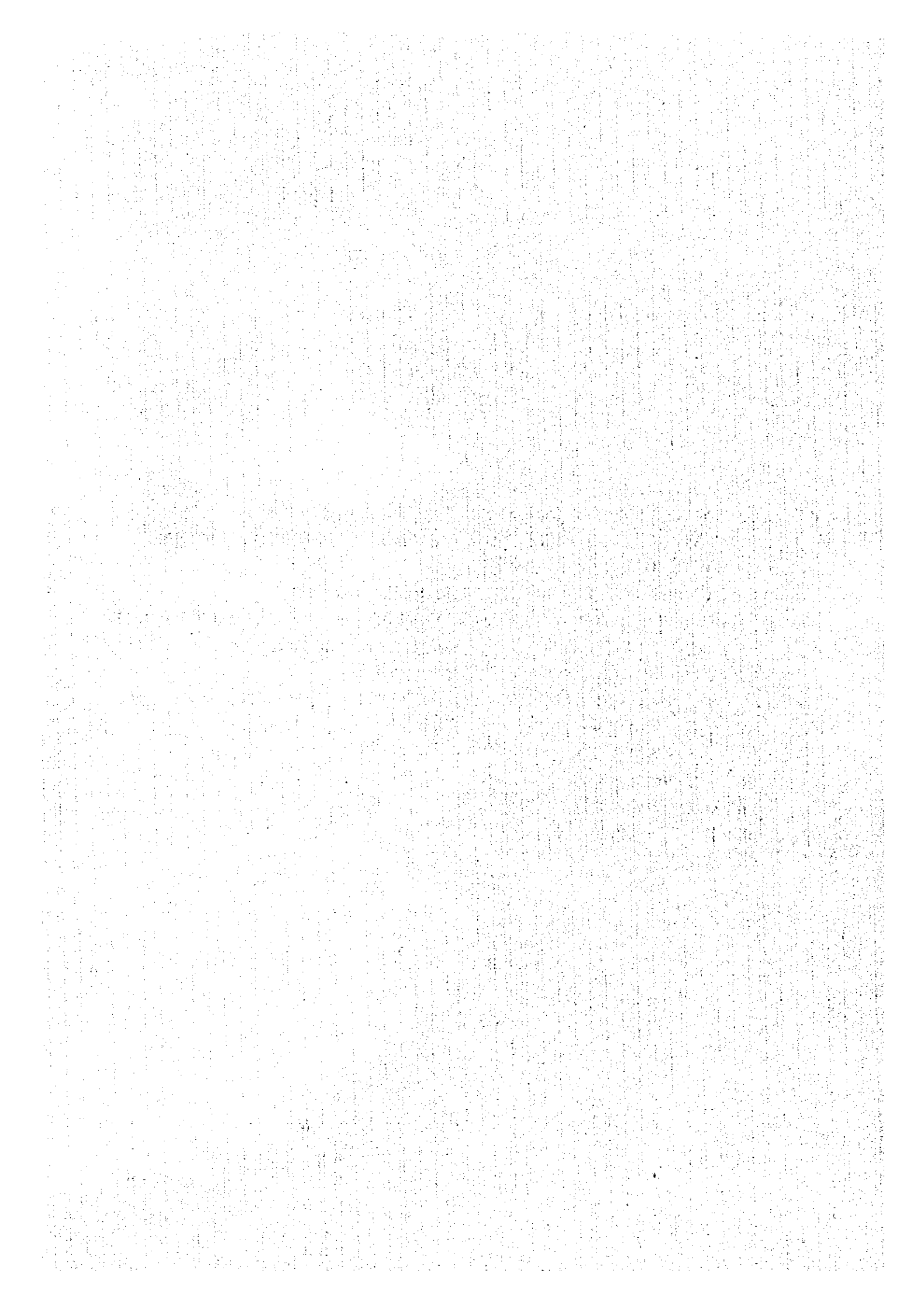
Nguyễn Thị Han

Nơi nhận :

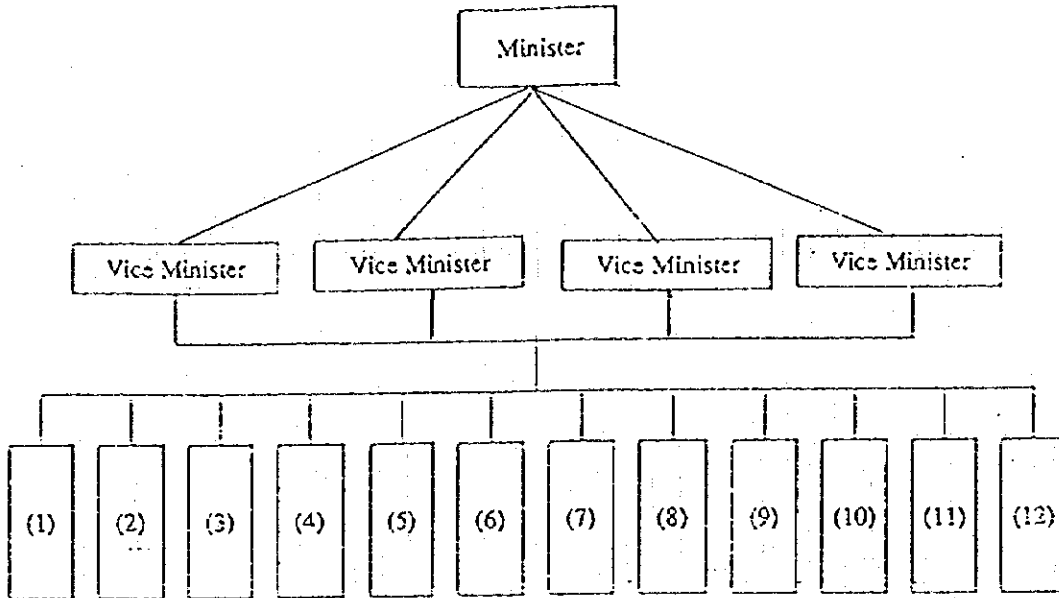
- Như trên
- Sở Y tế
- Lưu VP.UB

附 属 資 料

- ① 保健省組織図
- ② MOH 220 号規定 (MCH/F Pサービスの任務と機能)
- ③ MATERNAL AND CHILD CARE AND FAMILY PLANNING IN VIETNAM
- ④ MATERNAL HEALTH CARE
(SRVN-UNICEF COUNTRY PROGRAMME から抜粋)
- ⑤ REPORT 5 YEAR IMPLEMENTATION OF P/FP PROGRAM (1991-1995)
ORIENTATION, DUTIES OF 5 YEAR PLAN 1996-2000
- ⑥ リプロダクティブヘルス関連組織とその役割
- ⑦ ゲアン省におけるMCH/F P活動とJOICFPのプロジェクトの評価
- ⑧ ゲアン省MCH/F Pセンター主要活動
- ⑨ ゲアン省MCH/F Pセンター新築棟設計図
- ⑩ 中級助産婦教育カリキュラム
- ⑪ ゲアン中級助産婦学校概要
- ⑫ 各ドナーに対する質問項目
- ⑬ 収集資料リスト



① 保健省組織図



The functioning Department in the Ministry of Health

- (1) Dept. of Labor and Health Personnel
- (2) Dept. of Planning and finance
- (3) Dept. of Therapy
- (4) Dept. of Hygiene and Epidemiology
- (5) Dept. of Traditional Medicine
- (6) Dept. of Science and Education
- (7) Dept. of MCH/FP
- (8) Dept. of Pharmacy
- (9) Dept. of International Cooperation
- (10) Dept. of Medical Equipment and Construction
- (11) Cabinet
- (12) Division of Health Inspection

Fig. 1 Organization Chart of Ministry of Health

Department of Training & Science

Director

Deputy Director

Deputy Director

14 staff (full-time)

+ Technical collaborators

(from hospitals, institutions, colleges...
depending on category programs of training
& science research)

* budget allocation by the MOH, within its allocated budgets.

② MOH 220号規定 (MCH/FPサービスの任務と機能)

*Dr. NGUYEN DINH LOAN
MCH/FP Dept.
MOH.*

MINISTRY OF HEALTH
No 220/BYT/QĐ

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom - Happiness

Hanoi, February 22, 1993

DECISION OF THE MINISTER OF HEALTH
regarding tasks and functions on MCH/FP service at all levels
of local health service system

The Minister of Health

- Based on the Decision No 153/CP on 5/10/1961 of the Government council stipulating responsibilities and right of the Ministry of Health and the Decision No 196/HĐBT on 11/12/1989 of the Council of Ministers stipulating function and state management responsibilities of Ministries
- Considering the proposal of the Director of the Department of MCH/FP

DECIDES:

- Point 1: Issuing together with this decision the stipulation of technical responsibilities in MCH/FP tasks at local health service system.
- Point 2: The decision comes into force since its issuing day, every previous decision, the contents of which are not in line with the contents of this decision, are all abrogated.
- Point 3: Director of the Ministry of Health Cabinet, the Department of Personnel, the Department of MCH/FP, the Inspection Department, of various departments of the Ministry of Health, of every health establishments belonging directly to the Ministry of Health, of different Provincial Health Offices, of various branches, of different MCH/FP centers, are responsible for putting this decision into implementation.

Minister of Health

Professor Nguyen Trong Nhan

STIPULATION OF TECHNICAL OF RESPONSIBILITIES IN MCH/FP TASKS
AT LOCAL HEALTH SERVICE SYSTEM

(Issued with the attached decision No 220/BYT/QD on 22/2/1993)

The local health service system composed of from provincial down to district, communal, hamlet levels and their technical responsibilities in MCH/FP tasks include both managerial and professional-technical responsibilities.

I. Hamlet health post (which was previously agricultural cooperative of production unit health team).

1.1. Management:

1.1.1. Soon pregnancy detection, mobilizing pregnancy women to receive antenatal care, delivery care at communal health centers.

1.1.2. Women hygiene mobilization and propaganda.

1.1.3. FP: distribution of condoms and from the 2nd time upward of pills

1.1.4. Management of child health according to child health taking care programmes, in integration with CHCs.

1.1.5. Breast feeding mobilization and monitoring. Giving guidance to how to give breast feeding and food supplement, knowing how to utilize traditional medicines, applying at home traditional treatment experiences to treat coughing, fever, common diarrhoea (not utilizing antibiotics).

1.1.6. Earlier detection of infants suffered from malnutrition, getting CHC informed of the situation, guiding mothers on how to scale and to use growth chart monitoring of children under 5.

1.1.7. Making the list of infants, mobilizing mothers to take their infants to vaccination against 6 childhood diseases, selecting the number of full immunized children and monitoring the situation and following of complications if there are any after vaccination.

1.1.8. Grasping well the number of birth, of infant deaths, mother deaths.

1.2. As far as profession is concerned: health workers at hamlet level should have professional capacity from medic's upward.

1.2.1. Detection and preliminary intervention common urgent cases in obstetrics, paediatrics, side-effect of contraceptive methods, referring them immediately to higher levels without any delay.

1.2.2. Taking care and monitoring of mothers' health after giving birth to their babies and being back home.

1.2.3. Giving treatment to patients to prescriptions of the higher levels.

II. Tasks at communal health level:

2.1. Management:

- Grasping well the number of birth, deaths (crud number), maternal deaths within the commune.
- Monitoring of such objects as: women of reproductive age (15 - 49), married women, pregnant women, enfants and children from 0 to 15 years of age.
- Statistic data are registered to 10 MCH/FP indicators, making work plan of the comune, periodic report and file keeping.
- Information, education communication (IEC), propaganda and monitoring of FP acceptors (users).
- IEC on pregnancy taking care and promoting pregnant women to have at least 3 pregnancy examinations during pregnant period.
- Implementation of foreign assistance projects if there are any like FAO, CDD, ARI etc...
- Implementation of priority contents posed for child health protection tasks.

2.2. Professional tasks:

2.2.1. Pregnant women and delivery mothers:

- Pregnancy examination: 3 times for each pregnant woman. Using "Home Base mother record" for monitoring of each mother health
- Listing and giving tetanus toxoid vaccine to pregnant women.
- Assisting normal delivery, grade 1 perineum cutting and sewing.
- Giving guidance on breast feeding half an hour after delivery
- Filling the partograph
- Exploring the uterine cavity to prevent post-partum haemorrhage.
- Mobilizing mothers for exclusive breastfeeding and keeping a long time, breastfeeding according to the baby's needs.
- Early detection of risk pregnancies to refer to higher levels as follow cases:

Diagnosis:

- * Abnormal presentations of the foetus: shoulder, breech, brow, face presentation.
 - * Placenta praevia
 - * Threat of uterine rupture
 - * 6 hours or more precocious rupture of placental membranes
 - * Parity more than 5.
 - * The mother suffered from such internal diseases like: cardio-vascular diseases, hepatitis, nephritis, hypertension, tuberculosis, anaemia, malaria, malnutrition etc...
 - * Narrow, inclined, deformed pelvis or pelvis with limited diameters.
 - * Aged primiparous mother.
 - * Less than 140 - 145 cm height or less than 40 kg weight
 - * In history mother had caesarian section or baby died after delivery.
- Being allowed to utilize essential drugs reserved for communal level to treatment flow charts: emergency care by oxytocin or ergometrine to treat haemorrhage in cases of post-partum or post-abortion
 - Monitoring and taking care of post-partum mothers at communal health center and at home.
 - Examination and treatment of common gynaecological diseases: vaginitis, vulvitis, placing medicine to patients to prescription of higher level

2.2.2. Family planning:

- IUD inserting and removing out are allowed to be done at places where there are bachelor or secondary midwives, obstetrical assistant medical doctors and equipments are provided enough.
- Designation and provision of contraceptives: oral pills, condoms, IUDs.
- Menstrual regulation by Karman syringe is done at places staffed with secondary midwives, obstetrical assistant medical doctors or they have been trained on the technique.

2.2.3. Paediatrics:

- Taking care of newborn either they are normal or premature birth weighing from 2 kg upward and without any diseases. Giving guidance on how to give breastfeeding, food supplement, how to make Oresol solution at home in case of needing it, recognising dehydration signs to refer timely to higher levels.
- Treatment and reanimation of asphyxia, artificial respiration, referring to higher levels if the evolution seemed not to be good.

- Giving injection and oral vaccines against 6 childhood diseases: tuberculosis, whooping cough, diphtheria, polio, measles and tetanus.
- Primary treatment of every kind of intoxication especially commonly found intoxication: food, chemical (insecticide...)
- Mobilizing and guiding breastfeeding
- Using growth charts monitoring for children under 5, knowing how to detect risk cases.
- Prevention and treatment of minor malnutrition.
- Prevention and treatment of minor rachitis.
- Prevention and treatment of Vitamin A deficiency.
- Prevention and treatment of diarrhoea by oresol.
- Prevention and treatment of acute respiratory infection.
- Treatment of common diseases, if there is not any improvement after 3 days, then, referring patients to higher level is a must
- Apart from the above mentioned responsibilities, health tasks at communal level are, of course, included what hamlet level is supposed to do.

III. Inter-communal MCH/FP centres (ICM)

- It must be integrated with ICP (inter-communal polyclinic)
 - If ICM center will be set up, it should be located inside the ICP for a convenient collaboration
- 3.1. ICM center is allowed to perform technical services of communal and hamlet levels.
- 3.2. Professional aspect: obstetrical and FP activities.
- Manual curettage of abortion under 3 months, menstrual regulation (MR) aspiration.
 - Manual curettage of placenta remained
 - Making partograph
 - Serum transfusion
 - Utilization of antibiotics according to the list of essential drugs.
 - Utilization of oxytocin, ergometrine, after placenta moving and after abortion for the treatment of haemorrhage.
 - Giving the staffs of emergency cases relating to obstetrical complications then referring to higher levels.

3.3. Paediatric aspect:

- Preliminary treatment of urgencies before referring to higher level.
- Outpatient treatment of common diseases; chronic diseases may be to prescriptions of higher level.

IV. District health center (MCH/FP brigade, obstetrical, paediatric sections - District hospital).

4.1. Regarding management:

- Organization of MCH/FP network to communal, hamlet levels.
- Monitoring, guiding, supervising professional, technical activities of lower level.
- On the job training and retraining of health workers working at lower levels (after is to be paid to what considered as common shortcomings).
- Providing IE and C on MCH/FP to the people.
- Monitoring of 10 evaluation indicators and periodic report making to be sent to the provincial MCH/FP center.
- Monitoring of the population variations within the whole district.
- Summing up, analysis and evaluation of FP users within the district.
- Making annual plan of action on MCH/FP.

4.2. Professional aspect: Mother health protection.

In order to bring down the mortality and morbidity of the mothers, the system of MCH/FP services at district level should be the first referral level of hard deliveries to the following essential functions and responsibilities:

4.2.1. Carrying out obstetrician operations at health units staffed with specialized gynaecological - obstetrician doctors:

- Caesarean for the first time, emergency operation for partly cutting off of the uterus in case of post delivery haemorrhage and internal treatment is impossible.
- Treatment of infectious cases.
- Uterine rupture operation (if emergency care facilities are not enough, higher level will be invited to assist). Ectopic pregnancy operation....

4.2.2 Carrying out anaesthesia and reanimation techniques.

- 4.2.3. Treatment of obstetrician complication and diseases like: obstetrics shock; obstetrician infection, eclampsia,, anaemia. Treatment of medical diseases of the heart, lung, kidney, and hypertension.
- 4.2.4. Blood, serum transfusion, safe and rational use of drugs.
- 4.2.5. Manual/assessment gynaecological, obstetrician techniques: forceps, haustorium, abnormal foetus positions.
- 4.2.6. Abnormal foetus position intervention.
- 4.2.7. Provision of FP services: male and female sterilization, IUD inserting and removing, injectable , provision of contraceptive services, manual curettage of abortion under 3 month, menstrual regulation aspiration.
- 4.2.8. Monitoring of high risk pregnancy through lower health level.
- 4.2.9. Neonatal special care: Premature delivery weighing 1,800 gr upward, newborn suffered from such diseases as diarrhoea, ARI, asphyxia...

4.3. Child health protection:

* Treatment or urgent care of the following diseases:

- Food and drugs intoxication (including insecticides)
- Moderate and severe dehydration caused by diarrhoea.
- Pneumonia (grade 1 - 2 respiration deficiency)
- Bronchitis
- Acute kidney inflammation, normal form or having minor complications.
- Minor urethra inflammation
- Rheumatism without heart complications.
- Polyarthrititis in evolution phase
- Intestine worms and their complications
- Treatment of emergency care and referring to higher level such diseases as: brain haemorrhage, neonatal tetanus, acute malária, acute encephalon syndromes

* Treatment of commonly found chronic diseases:

- Minor and moderate malnutrition, vitamins deficiency
- Minor and moderate rachitis.

- Anaemia caused by food taking
- Treatment and control the evolution of social diseases like tuberculosis, malaria, goitre, epilepsy, mental disorder, trachoma, leprosy.
- Examination and management of normal child health, soon detection of common and social diseases.
- Treatment and giving information regarding 6 child diseases can be prevented by vaccines

4.4. The district center is allowed to deliver all MCH/FP services belonging to intercommunal polyclinic responsibilities.

Remark:

All the above mentioned cases (obstetrical and paediatric cases) have to be referred to higher level if there is not any improvement after 7 days of treatment.

V. Health service at provincial and city levels:

1. With regard to obstetrical and paediatric departments of General provincial hospital or Ob/Gyn provincial hospital:

- Carrying out all professional technical services regarding obstetrical, gynaecological and paediatric diseases, except cases beyond the reach of the hospital.
- Doing scientific research, training of staff, giving guidance to lower levels, treatment of FP services and of gynaecological, obstetrical complications transferred from lower levels.

2. Regarding the provincial MCH/FP center:

Under the direct guidance of the provincial or city health office, the MCH/FP center is responsible for every MCH/FP responsibility within the province or city. The center, as enough to train and guide its lower levels. It has also to assume the responsibility of doing scientific researches regarding FP services.

- Carrying out techniques related to FP as: induced abortion, IUD insertion and removing techniques, Norplant implantation, male and female sterilization (scalpel or non-scalpel sterilization)
- Treatment of medical and Ob/Gyn diseases.
- Carrying out MCH/FP techniques: taking care of delivery mothers, of normal and abnormal deliveries...

Minister of Health

Professor Nguyen Trong Nhan

③ MATERNAL AND CHILD CARE AND FAMILY PLANNING IN VIETNAM

MATERNAL AND CHILD CARE AND FAMILY PLANNING IN VIETNAM

I. INTRODUCTION:

Maternal health care is an important component of Primary Health Care. During the last 15 years, since the declaration of Alma Ata (9/1978) about health for all by the year 2000. Maternal Health Care has been regarding more and more comprehensive and has become the concern of the whole society.

In Vietnam, Maternal and Child Health and Family Planning (MCH/FP) is one of 7 National health programmes. It accounts for 70 - 80 % of all activities and also 70 - 80 % of the Government health budget and foreign financial assistance. The National MCH/FP program was implemented in the mid-eighties. It is described that there is a strong link between Maternal and Child Health and Family Planning: high population growth rate affects Maternal and Child Health, therefore Family Planning contributes to better Maternal and Child Health.

With a high population growth rate (2.2%/year), in Vietnam there are two or three millions pregnant or childbearing women. Vietnam is one among countries with a high maternal mortality rate.

Thank to the National MCH/FP program, in Vietnam the women health care, especially Maternal Health care are improved during the last few years. But it is still a lot of problems such as poor providing of health care for the mother who living in the rural or mountainous areas, complications due to delivery are still common, several diseases such as malnutrition, anaemia, malaria, parasite disease have a high prevalence and at a severe level.

II. MCH/FP PROGRAMME IN VIETNAM:

1. Main problems and constrains:

The taking care of pregnant women health is still less than what expected, the average number of pregnancy examination low 1.2, so is the percentage of pregnant women get anti-tetanus vaccine, the low quality of pregnancy care: only 7% was weighted and measured, 7.8% had their proteinuria tested, 28.6% had their blood pressure checked, not to say that aseptic practices in obstetrics have not yet been ensured there cleanness: clean midwives' hands, clean environment, clean umbilical bandages.

Courses of which can be seen in the fact that investment to MCH/FP low: less than 1 USD/1 married women, shortage of midwives: more than 3000 communes have not yet staffed by midwives, shortage of health workers engaged in MCH/FP services, MCH/FP equipment is in short supply: 6000 communes need their MCH/FP equipment replaced lack of annual retraining for the improvement of MCH/FP health worker's knowledge and skill, not yet having counselling system and IEC on MCH/FP, low salaries for communal health workers and impacts of economic reform and door opening policies to health system.

2. Objectives set first for the MCH/FP programme by the year 1995 and 2000:

- Family happiness with small family size from 1 to 2 children.
- Annual increase of CPR 2% to decrease TFR and the rate of abortion and MR.
- Decrease maternal mortality rate by 50/100.000 by the year 2000
- Decrease infant mortality rate by 30%o 1995 and 25%o by the year 2000.
- Bringing down children under 5 suffered from malnutrition to 25% by the year 2000.

3. Strategies to achieve the above mentioned objectives:

- Consolidating the MCH/FP network from central to district and communal levels for a better delivery of health services.
- Improving the quality of maternal and child care and FP services in order to bring the services nearer and make services affordable.
- Ensuring an appropriate provision of contraceptives with high quality and cafeteria approach.
- Monitoring and evaluation of mother's health, demands of health care and the possibility of responding to those demands by the MCH/FP network, the effectiveness of MCH services.
- Enhancement of IEC tasks.

4. Main activities:

- 4.1. Provision of medical equipment enough to health units providing MCH/FP services.
- 4.2. Supplementary training given to localities not yet been staffed with midwives of general assistant doctors or of secondary nurses to be able to provide MCH/FP services with quality of care.
- 4.3. Retraining of MCH/FP health workers on the spot on refresher training basic to improve their skills and knowledge thus ensuring save motherhood and expansion of on the job training by supervision.
- 4.4. Improvement of the quality of maternal health care and FP services by:
 - + Ensuring three times of pregnancy examination up to more than 50% of pregnant women by the year 1995 with high quality.
 - + Giving 2 injections of tetanus toxoid to prevent neonatal tetanus.
 - + Deliveries are serviced by health workers.
 - + Ensuring three cleanness and asepsis to deliveries.
 - + Earlier detection of high risk pregnant women refer them to appropriate level of care for safety and obstetrical complications prevention.
 - + Good distribution of anti-anaemia tablets composed of iron and folic acid.
 - + Permission and Decentralization of MCH/FP services to communal level like IUD insertion, manual placenta removing, prevention of post delivery haemorrhage by ergometrine.
 - + Encouraging immediately breast feeding after delivery and exclusive breast feeding.
- 4.5. Setting up regulations and stipulations on: Identifying of MCH/FP services to each level of care from provincial down to district and communal levels by functions, responsibilities and job description assessment.
 - + Issuing National technical standards concerning MCH/FP services.
- 4.6. Establishing the consultancy and IEC system on MCH/FP to provide mothers with needed information
- 4.7. Encouraging made taking part in MCH/FP tasks.

III. CONCLUSION

1. Advantages of MCH/FP Programmes in Vietnam

- 1.1. High political commitment of the Government.
- 1.2. High literacy rate among women 80% for the whole country.
- 1.3. The MCH/FP network is strong throughout the country.
- 1.4. The close and the total integration between maternal and child health care and FP is the common policy of all levels from central to grassroots.

2. Disadvantages

- 2.1. Investment for MCH/FP is extremely low: 1 USD per woman this year. However it is the highest ever reached.
- 2.2. No midwife in 30% of the communal health centers.
- 2.3. Big shortage of updated information and skillful practice on modern contraceptive methods among providers. No appropriate system of FP counselling and I.E and C in the field of MCH/FP.

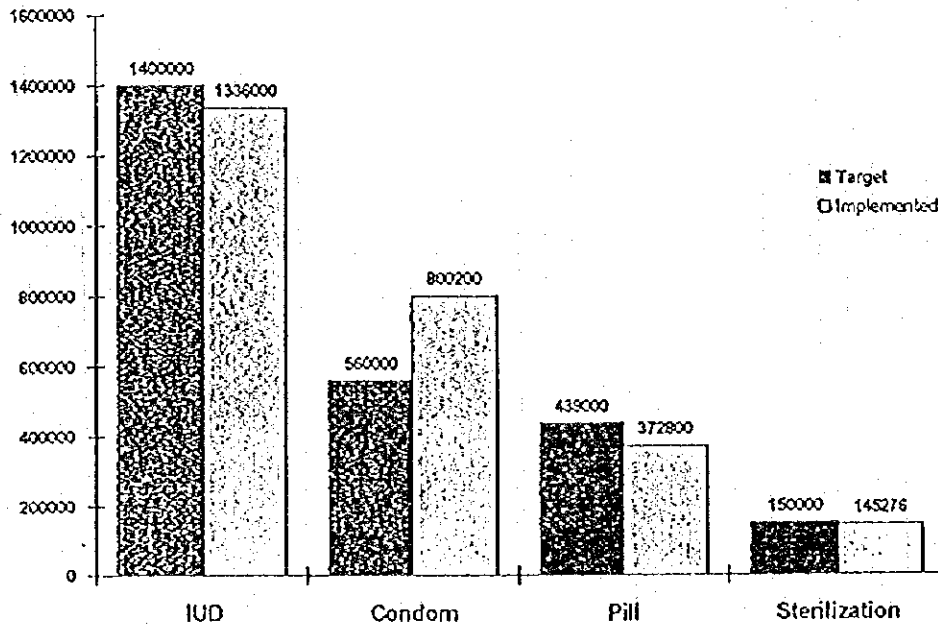
3. Urgent Problems that Need Assistance

- 3.1. Training (in-country, in the job and overseas) to improve the quality of care of providers. There are so many MCH/FP personnels working for decades without any refresher training. Updating their knowledge and skills are of most importance.
- 3.2. Supplies/purchases of modern contraceptives, which can not be produced locally. We aim to provide users with information and free choice of all contraceptives like implants, injectables, spermicides, jelly with diaphragm, sterilization (male and female), etc...
- 3.3. Renovation of medical equipment, especially those for MCH/FP activities in the communal centers.

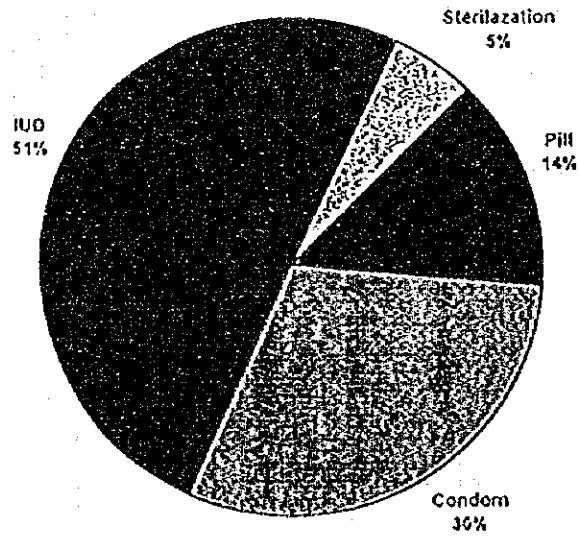
It is a problem of emergency because at the present time about 6000 communal centers (60%) were provided with medical instruments a long time ago (10 years). This equipment can no longer be used.

- 3.4. Transport is one of the biggest difficulties in the country. About 50% of districts do not have transport facilities to refer emergency patients to appropriate higher levels of treatment.

MODERN CONTRACEPTIVE USERS IN 1994

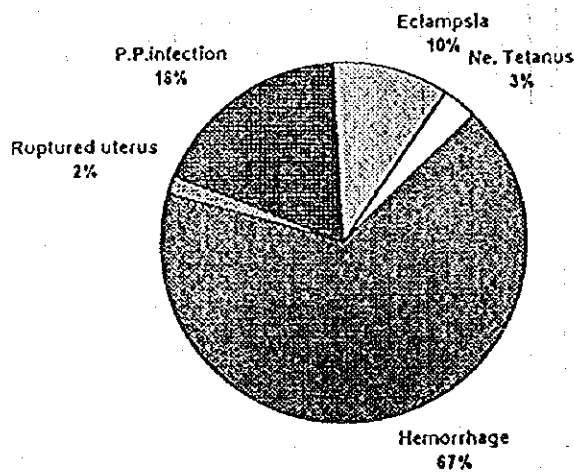
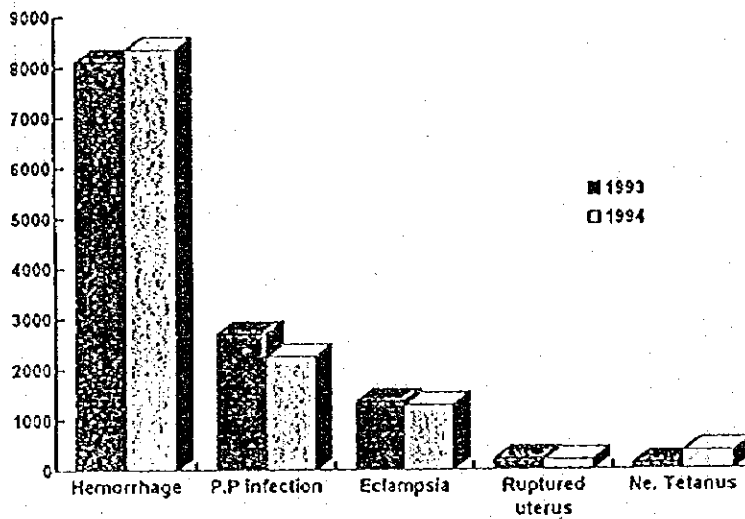


IMPLEMENTED CONTRACEPTIVE METHOD MIX 1994



CASES OF 5 OBSTETRIC COMPLICATIONS

Complications	1993		1994	
	Cases	Death	Cases	Death
1. Hémorrhage	8,107	112	8,348	53
2. P.P infection	2,701	18	2,250	31
3. Eclampsia	1,356	44	1,290	29
4. Ruptured uterus	220	30	196	16
5. Ne. Tetanus	123	79	366	102
Total	12,507	283	12,450	231



CASES OF 5 OBSTETRIC COMPLICATIONS 1994

④ MATERNAL HEALTH CARE
(SRVN-UNICEF COUNTRY PROGRAMME から抜粋)

6.2 Maternal Health Care

6.2.1' Review of past collaboration:

UNICEF assistance to maternal and neonatal health care was initiated in 1991 with the general objectives of progressive increase in utilization of ante-natal care services so that at least 90% of pregnant women in the selected communes receive ante-natal care at least three times during a pregnancy; and to increase the percentage of births attended by trained personnel to at least 90% in the same communes of concentration.

Within this framework the project had as its specific objectives the upgrading of CHC staff knowledge and skills, the assurance of early referral of all at-risk pregnant women in the selected communes to the appropriate level and the reduction of maternal and child deaths due to perinatal tetanus. In addition, the project aimed to improve the communication and education techniques of health staff in the commune health centres to enable them to carry out educational tasks for the appropriate nutrition of pregnant women and child spacing and the improvement of the basic knowledge of mothers and girls on maternal health including pregnancy, family spacing and related care.

The project's primary focus on service delivery and high targets stemmed from the fact that at the time UNICEF assistance was directed at the delta provinces and the three main cities of Hanoi, Ho Chi Minh and Hai Phong where health facilities are very easily accessible, where previous UNICEF assistance had been provided to upgrade the health infrastructure and where further consolidation of UNICEF assistance was planned. However, considering that at the time UNICEF was to support 2,000 communes spread-out over 25 provinces without district-level links and considering the fact that few of the communes had trained supervisors/trainers to provide technical back-stopping and that there were no readily available training and health education materials specific for maternal and neonatal health care, the above project objectives were

ambitious. Assistance in this period, therefore, focused on laying the groundwork for services at the commune level. These included development of MH policy, development of training materials, training of trainers, supplies of basic MCH equipment and drugs, and development of MCH information system. The principal constraints result from the lack of defined MH care policies, the lack of baseline data and routine management information system, and the lack of an established network for MCH.

After discussions with the Ministry of Health's MCH/FP and Training Departments, and UNFPA on the division of labour in commune health centres, the tasks required of midwives and assistant doctors for MCH/FP and the skills development required for adequate care at commune level, a shift was made in the planned UNICEF assistance towards greater support to MCH/FP policy and strategy development. The existing training material was revised with UNICEF support to focus on maternal and neonatal care, and a series of training-of-trainer courses were undertaken.

UNICEF is supporting the development of training and supervisory capacity at provincial level in 35 provinces and 42 districts. The current UNICEF-supported project has also upgraded the technical skills for maternal and neonatal care of health workers in these 42 demonstration districts, and provided the minimum set of essential drug kits and basic commune level equipment in the communes in the demonstration districts. Due to financial reasons UNICEF support was concentrated on the development of commune and community level care, deferring the upgrading of District Hospitals for the Seven Essential Obstetric Emergency Care Services to later stages of programme development.

In addition, efforts are currently being made to develop a health education and communication strategy to support preventive maternal and neonatal health care at community level. Training curriculum and related training materials for traditional birth attendants (TBAs) were also developed.

Overall the project reorientation in the 1991-1995 Country Programme of Cooperation provided a strong base on which to build the 1996-2000 programme objectives and implementation strategies.

6.2.2 Problem statement

The national maternal mortality rate (MMR) was officially estimated to be 110/100,000 live births in 1990. However, a study conducted by the Ministry of Health in 1992 estimated the national MMR for 1990 to be 220/100,000 and revealed large regional differentials (see Table 4 below).

Table 4: Regional Differentials in Reported Maternal Mortality (the situation in select provinces)

No.	MOH Regions	Province	1990 MMR	1991 MMR
1.	Northern Mountains Zone	Cao Bang	326/100,000	298/100,000
2.	Red River Delta Zone	Hai Phong	120/100,000	107/100,000
3.	North Central Coastal Zone	Nghe An	281/100,000	260/100,000
4.	South Central Coastal Zone	Quang Tri	230/100,000	206/100,000
5.	Central Highlands	Gia Lai	412/100,000	418/100,000
6.	South Eastern Zone	Ba Ria Vung Tau	146/100,000	130/100,000
7.	Mekong River Delta	Soc Trang	232/100,000	211/100,000

As the mountainous and highland areas lack access to adequate health care, the data for these areas may be under-estimates. From 40-60% of pregnant women in these places deliver at home, many without trained birth attendants or with trained attendants operating privately without formal links with the health system, thus lacking essential elements for management of obstetric emergencies. Within provinces there are marked urban rural differences as between 70 and 90% of the maternal deaths originate from rural areas. Provincial hospitals and better equipped district hospitals are the only centers with adequate emergency obstetric care services but they are mostly urban-based.

The distribution of public health facilities, health staff and the technical capability of the staff is not uniform throughout the country, a factor which also greatly affects maternal and child health care and the outcome of pregnancies. A health human resources survey revealed that 30% of CHCs do not have midwives and that maternal and child health care responsibilities in these cases fall upon Assistant Doctors (ADs) trained in generic MCH/FP care but who lack midwifery skills. Extensive field travel by UNICEF and MOH staff consistently revealed that remote mountainous areas where provincial incomes are the least, have the least rehabilitated commune and district health centres, the least staffing level, the least re-trained health workers and the highest maternal and infant mortality rates.

Limited service delivery capacity is compounded by low uptake of maternal health care services and the fact that services are principally facility-based. It is estimated that 2,305,817 pregnancies were brought to term in 1993. However, only 616,722 pregnant women (or about 26.7% of the estimated number) were reported to receive antenatal care in 1993 by the public health care system and only 1,044,454 pregnancies (or 45.3% of the estimate number) were reported to have taken place in public health facilities that year. In the same year, public health facilities reported to have performed 1,199,873 abortions and menstrual regulations.

The Ministry of Health considers that 35% of all maternal deaths are definitely preventable and about 53% possibly preventable. Identified factors include delay in referral, delay in diagnosis, delay in treatment and incorrect treatment.

6.2.3 Project objectives

The proposed UNICEF MCH project will operate within the framework of a National Safe Motherhood Initiative (SMI) Programme and within the context of the NPA and as such the project has the following objectives:

(i) *General objectives:*

- ▶ **Capacity-building:** To assist the Government of Viet Nam strengthen the MH Project's capacity to plan, implement and monitor the upgrading of training at the national, provincial and district level;
- ▶ **Service delivery:** To strengthen the MH Project's capacity through provision of minimum sets of equipment and drugs, required to provide an acceptable working environment at district, commune and village levels;
- ▶ **Empowerment:** To strengthen the MH Project's health education and communication strategy development capacity to sustain progress towards the MMR Reduction Goal by the year 2000;
- ▶ **Research objective:** To assist in strengthening the MH Project's planning, monitoring and evaluation research capacity for progress towards the MMR Reduction Goal.

(ii) *Specific Objectives:*

- ▶ By the year 2000, to provide 90% of all pregnant women in 142 UNICEF-assisted districts with pregnancy monitoring and correct antenatal care and risk management through facility-based and outreach services.
- ▶ By the year 2000, to provide 90% of all pregnant women in 142 UNICEF-assisted districts with home-based maternal health records, iron supplementation and TT2 vaccination through facility based and outreach services.
- ▶ By the year 2000, to achieve and maintain 90% delivery with trained attendant and clean delivery practices in 142 UNICEF-assisted districts through facility based and outreach services.
- ▶ By the year 2000, to provide 90% of all pregnant women in 142 UNICEF-assisted districts with correct post-partum care and to concurrently provide correct neonatal care and counselling to mothers with infants.

- ▶ To promote the practice of family planning services among 90% of eligible couples in 142 UNICEF-assisted districts through community-based family planning service delivery and to reduce induced abortion rates by at least 40% in the same districts by the year 2000.

6.2.4 Project Strategies and activities

(i) *Strategies for Capacity-Building:*

- ▶ In 1996, to strengthen the capacity of the MOH's MCH/FP and Planning Departments and their regional representatives in Hanoi and HCMC to plan, promote and monitor the implementation of MCH/FP programme policies, strategies, and guidelines at all levels.
- ▶ In 1996, to strengthen the capacity of the MOH's MCH/FP and Training Departments and the National Institute for the Protection and Care of Mother and Newborn (IPMN) to plan, implement and monitor training.
- ▶ In 1996, to develop the capacity of MCH/FP and Health Education Programme Managers at Central and Provincial levels, to plan, manage, supervise and report on the implementation of health education activities within and outside the health sector for coherent strategy development and improved targeting of health education activities in support of maternal health.
- ▶ In 1997, to supply sufficient quantities of MCH/FP health education materials to be provided to pregnant and post partum women, family planning users and couples eligible for family planning, and to other groups concerned with MCH/FP care at the household and community level. This activity will be done in conjunction with the UNICEF-supported Gender and Development and PHC Strengthening Programmes' preventive health care and community participation activities.
- ▶ In 1997 to train the District MCH/FP brigade and District Hospital Team in each of the 142 districts proposed for UNICEF support, in the revised technical and managerial guidelines for MCH/FP programme planning, implementation and monitoring and provide the teams with refresher training in the updated technical norms for curative and preventive maternal and neonatal care.
- ▶ In 1997, to provide to all 53 provinces, sufficient copies of curricula and training materials and detailed guidelines to enable provinces to replicate the training undertaken in the UNICEF-supported districts in other districts either with Government or donor support.

- ▶ In 1998, to provide refresher training for at least two commune health workers in each CHC of the 142 districts that are already receiving UNICEF support on the revised managerial guidelines for MCH/FP programme needs assessment, implementation, monitoring and reporting at commune and village level and in-service training on pregnancy, delivery and post-partum monitoring and care for mother and child counselling.
- ▶ In 1988, to develop district-level capacity to support, undertake and maintain in-service and on-the-job training for CHWs and village-based traditional birth attendants in districts already selected for support.

(ii) *Strategies for service delivery:*

- ▶ Provision of health education on risk factors and risk behavior to maternal and neonatal health to households in the 142 districts.
- ▶ Provision of clean deliveries and clean cord care to all deliveries in the 142 districts and in the identified 210 high-risk NNT districts.
- ▶ Facilitate wider availability of contraceptives so as to raise total contraceptive prevalence rate in the 142 districts proposed for UNICEF support and reduce the expected number of abortions and menstrual regulations in the same districts by at least 40%. UNICEF will provide basic equipment while UNFPA provides contraceptives.
- ▶ Provision of antenatal care services (ANC) including routine provision of TT2 vaccination, a three-month course of iron folate and anti-malarial prophylaxis for the prevention of NNT, anaemia in pregnancy and complications of malaria in pregnancy, to 90% of pregnant women in the 142 districts.
- ▶ Promotion of delivery by a trained health attendant including TBA.
- ▶ Work with the PHC Committees at all levels to set up rapid referral mechanisms for obstetric emergencies.

(iii) *Strategies for empowerment:*

- ▶ Development of PHC Committees for community self-monitoring and participation in conjunction with the UNICEF-supported Women in Development and PHC Strengthening Projects.

6.2.5 Project Institutional and Management Framework

This project will be managed at the national level by the Ministry of Health's MCH/FP Department. The project will seek to develop strong links with other Ministry of Health Technical arms on a need basis such as the assistance of the Training Department in matters relating to training. It will also set up a project steering committee at the national level which will include the Planning Department as the line group responsible to report to the State Planning Committee (SPC) within the Ministry of Health, a member from the CPCC who is responsible for reporting of progress towards the Goals for the 1990s and the Department of International Cooperation (MOH) in view of required coordination of international assistance.

At the provincial and district levels the project will be managed by the MCH/FP Centres with technical support by the provincial and district hospital's obstetric and gynecology departments. They will report and provide technical advice to their PHC committees. Similar structures will be set up at the commune level.

At the village level, progress of MCH/FP activities will be monitored by the village representative to the commune PHC/development committees, the head of the village women's union, the village Red Cross Association and technical matters will be handled and reported by the elected representative of village trained TBAs.

6.2.6 Budget

Table 5: Maternal Health Project budget (\$'000)

		1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
UNICEF	GR	250	200	150	100	50	750
	SF	100	350	500	500	300	1750
	TOTAL	350	550	650	600	350	2,500
GOVERNMENT		500	500	500	500	500	2,500
OTHERS		300	300	300	300	300	1,500
GRAND TOTAL		1,150	1,350	1,450	1,400	1,150	6,500

6.3 Expanded Programme of Immunization (EPI)

6.3.1 Review of past cooperation

Since the Expanded Programme on Immunization (EPI) was initiated in Viet Nam in 1981, it has become a national priority health programme and has been placed under the direct