

ヴィエトナム社会主義共和国
リプロダクティブヘルスプロジェクト（フェーズ2）
短期調査団および実施協議調査団報告書

平成12年8月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

ヴィエトナム社会主義共和国政府は1986年より「ドイモイ（刷新）」路線を打ち出し、市場経済原理の導入やこれに伴うさまざまな経済的、社会的変化を遂げてきました。

このような状況下で保健・医療分野においては、医療サービスの質の向上および医療サービスのネットワークの拡大が重要課題とされており、同国にとって大きな課題のひとつである地域間格差の解消の観点からこれらの動きに対しわが方技術協力による支援が求められています。

このなかで人口・リプロダクティブヘルス分野についての同国の現状は、低所得国であるにもかかわらず、少ない予算で全国民をカバーする効率的な保健医療政策が行われてきたため、乳児死亡率は32.6（1995）、妊産婦死亡率は10万人に対し100前後と、保健指標は開発途上国の中では中位に位置しております。しかしながら、医療従事者が十分な訓練を受けていないため、妊産婦のケアを行うにあたり必要な知識、技術レベルに達していない状況にありました。

上記を背景にヴィエトナム国の中でも特に貧困で、助産婦数が少ない北中部のゲアン省をモデル地域として妊産婦ケアにかかわる保健行政の強化および村でのサービスの向上を図ることを目的とする内容のプロジェクト方式技術協力を1997年6月1日から3年間実施しました。その結果、ヴィエトナム国政府から実施済みプロジェクトの成果を生かしつつ対象地域を拡大したうえで、妊娠中絶と生殖器感染症という主要課題への取り組みを中心としてさらにリプロダクティブヘルスサービスの強化をめざすプロジェクト方式技術協力を実施してほしいとの要請が提出されました。

国際協力事業団は、2000年4月6日から4月28日まで(財)家族計画国際協力財団（JOICFP）事務局次長/企画開発事業部長石井澄江氏ほか3名の短期調査員を派遣し、上記要請についてヴィエトナム国政府関係機関およびゲアン省との間で協議ならびにワークショップを行い、プロジェクトの背景および内容について調査を行いました。

また、さらにこの調査結果を踏まえ、2000年7月9日から7月16日まで日本大学国際関係学部安藤博文氏を団長とする実施協議調査団を派遣しました。そして2000年9月1日から5年間の協力を実施することについて合意に至り、討議議事録（R/D）の署名交換を行いました。

ここにこれらの調査にあたりまして、ご協力を賜りました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表します。

平成12年8月

国際協力事業団

理 事 阿 部 英 樹

短期調査団写真



グループ討議



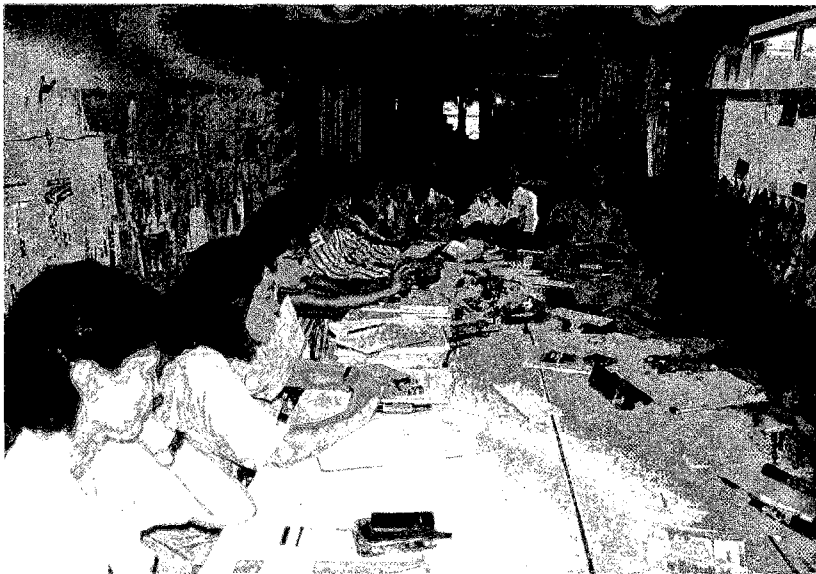
グループ討議



グループ討議



ワークショップ全体会



省運営委員との
PDM作成最終協議



省合同委員会委員長への
PDM説明

実施協議調査団写真



討議議事録署名



討議議事録署名



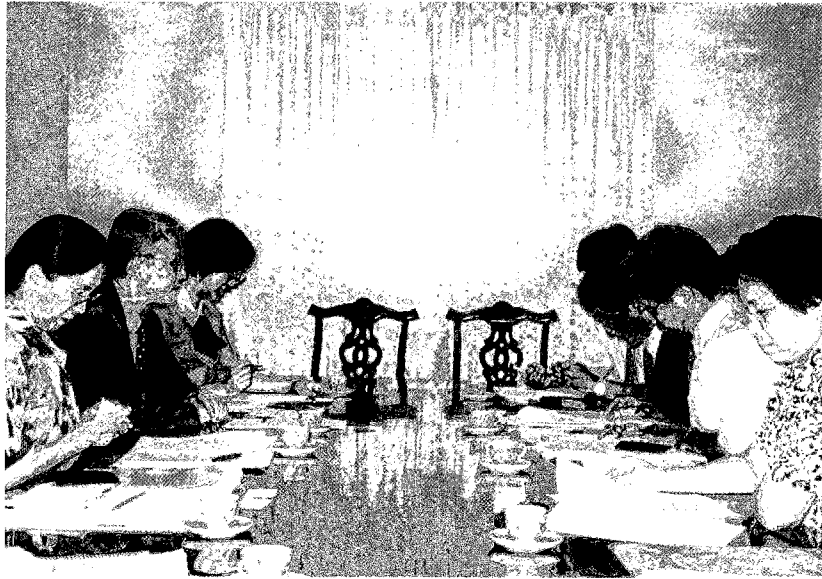
コミュニケーション保健所視察



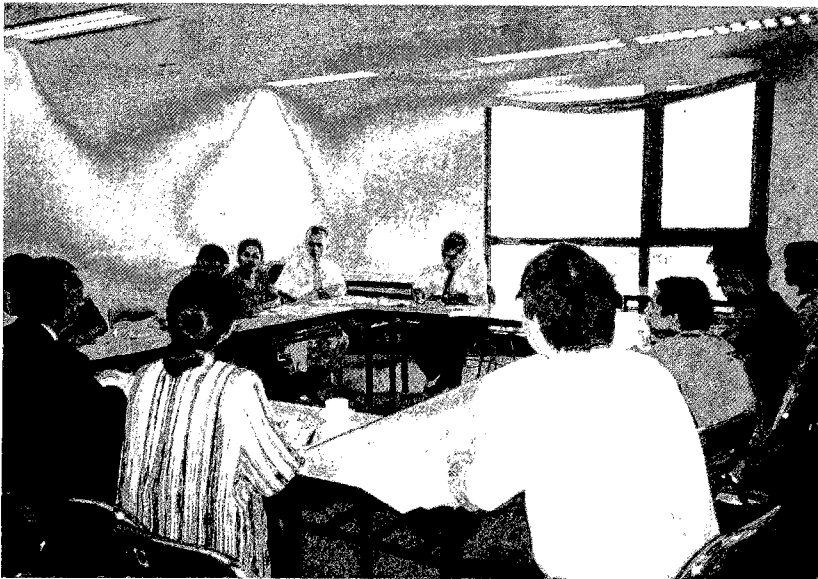
コミュン保健所視察



ゲアン省との協議



計画投資省表敬



関係機関への報告



関係機関への報告

地図：ヴィエトナム社会主義共和国

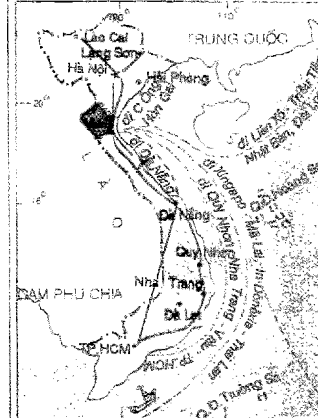


BẢN ĐỒ TỈNH NGHỆ AN MAP OF NGHE AN PROVINCE

TỶ LỆ 1:850000



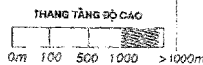
NGHỆ AN - ĐẦU MỐC GIAO THÔNG CHÍNH
NGHE AN - JUNCTION OF MAIN
COMMUNICATION LINES



CHÚ GIẢI - LEGEND

- Ranh giới quốc gia
State Boundary
- Ranh giới tỉnh
Provincial boundary
- Ranh giới huyện
District boundary
- ☆ Thành phố
City
- Thị trấn lớn
Big Town
- TÂN KỲ
Huyện lỵ, tên huyện
District centre, District name
- Đường sắt
Railway
- Đường ô tô
Motorway, number of way
- Cảng, sân bay
Seaport, airport
- Cây, con, quý hiếm
Precious plants and animals

- Vàng - Gold
- Thiếc Tin
- Mangan Manganese
- Than đá Coal
- ▲ Sắt Iron
- Đá vôi Limestone
- ☆ Đá quý - Precious stone



地図：ゲアン省

目 次

序 文

写 真

地 図（全土、ゲアン省）

I．短期調査団報告書

1．短期調査団派遣	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	5
1 - 4 調査日程	6
1 - 5 主要面談者	6
2．調査概要	8
2 - 1 活動・視察内容	8
2 - 2 活動および視察の結果	8
2 - 3 総 括	11
2 - 4 団員所感および提言	14
3．PCMワークショップ実施記録	27
3 - 1 ワークショップ開催日時等	27
3 - 2 日本での事前準備	27
3 - 3 現地踏査とワークショップ準備	28
3 - 4 ワークショップの内容	28
3 - 5 暫定PDMの内容	33
3 - 6 ワークショップの評価と今後の課題	37

附属資料

事前評価表	43
PCMワークショップ添付資料（暫定プロジェクトPDM、他）	47
関係機関報告会資料	98

．実施協議調査団報告書

1．実施協議調査団派遣	115
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	115
(1) 経緯と目的	115
(2) 要請内容	115
1 - 2 調査団の構成	116
1 - 3 調査日程	116
1 - 4 主要面談者	117
2．総 括	119
3．協議の経過	122
4．実施上の留意点	124
4 - 1 実施体制	124
4 - 2 実施計画	126

附属資料

討議議事録 (R/D)	131
暫定実施計画書 (TSI)	139
PDM	143
実施体制組織図	146
関係機関への報告出席者リスト	147
UNFPAの協力に関する資料	148
調査団に関する報道記事 (2000年 7 月15日付 Vietnam News)	164

I . 短期調査団報告書

１．短期調査団派遣

１－１ 調査団派遣の経緯

ヴィエトナム社会主義共和国（以下、ヴィエトナム）は低所得国であるにもかかわらず、少ない予算で全国民をカバーする効率的な保健医療政策が行われてきたため、乳児死亡率は32.6（1995）、妊産婦死亡率は100前後と、保健指標は開発途上国の中では中位に位置している。

医療従事者数は周辺国より多いものの、ヴィエトナム戦争当時に行われた暫定的な人材育成であったことから、医療従事者は十分な訓練を受けていない状況にある。このため特に妊産婦のケアが不十分な状況にあり、公的医療施設においては周産期障害が第一の死亡原因となっており、妊産婦死亡率は1980年代から減少していない状況であった。

このような背景のもと、ヴィエトナムの中でも特に貧困で、助産婦数が少ない北中部のゲアン省をモデル地域として、妊産婦ケアにかかわる保健行政の強化および村でのサービスの向上を図ることを目的とする内容のプロジェクト方式技術協力を1997年6月1日から3年間の予定で実施した。

1999年12月、ヴィエトナム側は実施中プロジェクトが3年間（専門家派遣期間は2年半）という短期間の協力にもかかわらず成果をあげていることを高く評価したうえで、次期プロジェクトを実施してほしいとの要請を行った。

要請書によると、「リプロダクティブヘルスプロジェクト（フェーズ2）」の概要は以下のとおりである。

（１）長期目標：ゲアン省の女性のリプロダクティブヘルスが改善される。

（２）短期目標

- １）ゲアン省母子保健・家族計画センター（MCH/FPセンター）が、郡保健所（DHC）に対しコミュニオン保健所（CHC）のモニタリングとフォローアップが可能なように支援を行う。
- ２）DHCがCHCのモニタリングとフォローアップを行えるよう能力の強化をする。
- ３）CHCでのリプロダクティブヘルスが改善する。
- ４）女性や若者のリプロダクティブヘルスに対する知識が増える。
- ５）ゲアン省での生殖器系感染症（RTI）、人工妊娠中絶および妊婦貧血症に関する調査を行う。
- ６）地域住民組織との協力関係を強化する。
- ７）関係各機関で記録、報告の制度が改善される。

(3) 期待される成果

- 1) CHCでのリプロダクティブヘルスサービスが改善される。
- 2) MCH/FPセンターおよびDHCのリプロダクティブヘルス推進にかかる運営能力が強化され、継続性のあるものとなる。
- 3) ゲアン省内で郡/ コミューン間のリプロダクティブヘルスサービスに関する格差が縮小、改善される。
- 4) コミューンレベルの保健推進ネットワークが強化される。
- 5) ゲアン省で女性、若者のリプロダクティブヘルスに関する知識が向上する。
- 6) 人工妊娠中絶および月経調整 (MR) 数を低減する。
- 7) 妊婦の栄養状態が改善される。

(4) 活動項目

- 1) ゲアン省MCH/FPセンターの運営能力向上のための活動
- 2) DHCのCHCに対する運営能力向上
- 3) コミューンレベルでのリプロダクティブヘルスサービス向上のための活動
- 4) RTI、人工妊娠中絶/MRおよび妊婦貧血症にかかる調査分析 (Nam Dan, Nghi Loc, Dien Chau, Nghia Dan, Yen Thanh, Thanh Chuong, Do Luong, Con Cuongの 8 郡を対象)
- 5) ゲアン省の女性のリプロダクティブヘルスに関する知識、態度および行動の改善のための教育・啓蒙活動の促進
- 6) 記録、報告の制度改善
- 7) コミューンレベルへの薬品、避妊具の十分な供給

(5) 協力期間：2000年 9 月から 5 年間

1 - 2 調査団派遣の目的

上記の要請内容および実施中プロジェクトの調査結果を踏まえ、以下のとおり短期調査を実施する。

(1) 以下の各項目について確認し、現地視察・調査を行い、その結果に基づき先方との協議を行う。

- 1) プロジェクト協力の基本計画の確認・協力の方針、目的・活動内容
- 2) プロジェクト実施体制の確認・カウンターパート配置・予算措置・プロジェクト運営実

施体制

3) プロジェクト開始後の暫定実施計画 (TSI) の策定・専門家派遣計画・研修員受入計画・機材供与計画

4) ローカルコスト支援計画

(2) プロジェクトサイクルマネジメント (PCM) 手法によるワークショップを通じ、参加者分析、問題分析、目的分析、代替分析を行い、日本・ヴィエトナム双方関係者合意のもとに、プロジェクトの基本的な枠組みを構築する。また、補充調査により、プロジェクトデザインマトリックス (PDM) 等の試案を作成する。

なお、本件は2000年度から始まる事前調査と短期調査の一本化の最初のケースとなるが、実施中のプロジェクト専門家が在任中であるという利点を生かし効率的な調査を行うとともに、PDM案およびTSI案等についてもできる限り綿密なものを作成することが期待された。

1 - 3 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	プロジェクト管理	石井(山口)澄江	(財)家族計画国際協力財団 (JOICFP) 企画開発事業部長
団員	保健婦/住民教育	及川みゆき	フェリス女学院大学国際交流学部国際交流学科
団員	助産婦教育	山口 雅子	大阪大学医学部保健学科助教授
団員	PCM手法	薄田 榮光	ICネット株式会社

1 - 4 調査日程

日順	月日	曜日	移 動 お よ び 業 務				宿泊地
			石 井 団 長	山口団員	及川団員	薄田団員	
1	4/ 6	木	全日 東京 ハノイ (CX509/VN791)				ハノイ
2	4/ 7	金	午前 日本大使館表敬 JICA 事務所訪問、打合せ 午後 MPI、保健省訪問				ハノイ
3	4/ 8	土	全日 資料整理				ハノイ
4	4/ 9	日	全日 ハノイ ヱィン移動				ヱィン
5	4/10	月	午前 資料作成、連絡・調整 午後 保健局、人民委員会訪問				ヱィン
6	4/11	火	全日 プロジェクトオフィスにて打合せ	東京 ハノイ (CX509/VN791) ハノイ ヱィン移動			ヱィン
7	4/12	水	全日 プロジェクトオフィスにて日程調整、CHC 訪問準備				ヱィン
8	4/13	木	午前 イエンタイン郡チュンタイン CHC 訪問 午後 プロジェクトオフィスにて CHC 訪問準備				ヱィン
9	4/14	金	全日 タンキー郡ギアタイ CHC 訪問				ヱィン
10	4/15	土	全日 フングエン郡 DHC 訪問、 フォーカスグループインタビュー実施				ヱィン
11	4/16	日	全日 フォーカスグループインタビューの分析				ヱィン
12	4/17	月	全日 プロジェクトオフィスにて PCM ワークショップ準備、資料作成				ヱィン
13	4/18	火	全日 PCM ワークショップ準備				ヱィン
14	4/19	水	全日 PCM ワークショップ				ヱィン
15	4/20	木	全日 PCM ワークショップ				ヱィン
16	4/21	金	全日 PCM ワークショップ				ヱィン
17	4/22	土	全日 PDM 作成・検討				ヱィン
18	4/23	日	全日 PDM 作成・検討		全日 ヱィン ハノイ移動		ヱィン/ ハノイ
19	4/24	月	午前 合同委員会メンバーへの PDM 説明会 省運営委員との共同作業による PDM 修正・完成作業 午後 資料整理		全日 ハノイ 東京 (VN794/CX500)		ヱィン
20	4/25	火	全日 ヱィン ハノイ移動				ハノイ
21	4/26	水	午前 説明会準備 午後 JICA 事務所における政府および 関係援助機関に対する説明会				ハノイ
22	4/27	木	午前 UNFPA との会合 (マルチ・バイスキーム) 午後 日本大使館への報告 JICA 事務所への報告 保健省 MCH/FP 局への報告				ハノイ
23	4/28	金	全日 ハノイ 東京 (VN794/CX500)				-

1 - 5 主要面談者

(1) ヴィエトナム側関係者

1) 計画投資省 (MPI)

Mr. Nguyen Xuan Tien Senior Expert, Foreign Economic Relations Dept.
Ms. Nguyen Binh Duong Expert, Dept. of Labour, Culture and Social Affairs

2) 保健省 (MOH)

Dr. Trinh Bang Hop	Director, International Cooperation Dept.
Dr. Nguyen Phi Tuyen	Senior Expert
Dr. Nguyen Dinh Loan	Director, MCH/FP Dept.
Mr. Nguyen Ngo Quang	WB Project, MOH

3) ゲアン省

Mr. Le Van Hop	Chairperson, People's Committee of Nghe An Province
Mr. Hoang Ky	Vice Chairman, People's Committee of Nghe An Province
Dr. Pham Ung	Director, Provincial Health Service Dept.
Dr. Do Thi Mui	Director, MCH/FP Centre, Nghe An Province

(2) 日本側関係者

1) 在ヴィエトナム日本国大使館

井村 久行	二等書記官
宮川 賢治	二等書記官

2) JICAヴィエトナム事務所

地曳 隆紀	所長
畠山 敬	所員
渡部 晃三	所員
榎本 小弓	所員

(3) 国際機関その他

Mr. Omer Ertur	Representative, UNFPA
Mr. M. I. D. Davidsen	Programme Officer, UNFPA
Ms. Nhuyen Bach Yen	Programme Officer, UNFPA
Ms. Ritu Shroff	Resident Advisor, Alliances for Adolescent RH, UNFPA
Mr. Le Quoc Hung	Programme Officer, FINIDA
Dr. S. Van Laere-Fischer	Consultant on Training in Sexual and RH, GTZ
Ms. Hoang Bich Thuy	Programme Officer, Pathfinder
Dr. Vu Quy Nhan	Senior Advisor, Population Council
Mr. Koichiro Watanabe	Representative, Save the Children of Japan

2 . 調査概要

2 - 1 活動・視察内容

活動は大きく分けて下記のように実施した。

- (1) 日本大使館、JICAヴィエトナム事務所に対する調査団の目的説明と報告。
- (2) ヴィエトナム側関係機関（保健省および計画投資省）においての情報交換、収集、目的説明および報告。
- (3) ゲアン省内のプロジェクト実施地区（イエンタイン郡）とプロジェクト未実施地区（タンキー郡）を訪問し、現行プロジェクトの進捗状況および、プロジェクト未実施地区のニーズ調査の実施。
- (4) PCMワークショップの準備の一環として4回のフォーカスグループインタビューをプロジェクト未実施地区（フングエン郡）で実施。
- (5) 3日間のPCMワークショップの実施。
- (6) 省の運営委員会メンバーとのPDM作成。
- (7) ハノイのJICAヴィエトナム事務所においてのドナー（国連・国際機関・NGO等）およびヴィエトナム側関係各省、局の担当者に対するdebriefing meetingの実施。
- (8) UNFPAとの人口特別機材供与プログラムについての打合せ
- (9) 日本大使館・JICA事務所報告。

2 - 2 活動および視察の結果

- (1) プロジェクト実施地区（イエンタイン郡）とプロジェクト未実施地区（タンキー郡）を訪問し、現行プロジェクトの進捗状況および、プロジェクト未実施地区のニーズ調査
プロジェクト実施地区のうちで最も成果のあがっている郡のひとつであるイエンタイン郡とプロジェクト未実施地区タンキー郡との差は歴然で、イエンタイン郡のCHCはJICAの再研修を受けたスタッフが改築されたCHCで自信をもって活動していることがはっきりうかがえた。CHCの改築についても世界銀行（以下、世銀）からの補助額の2倍にあたる金額を村人が出し合い、規模を拡大していた。また日本政府の草の根無償資金協力によって新築されたトイレ、シャワー室なども適切に使用、維持されていた。
- (2) PCMワークショップの準備の一環として、4回のフォーカスグループインタビューをプロジェクト未実施地区（フングエン郡）で実施
妊婦、出産可能年齢の女性、男性の若者、および女性の若者と4グループに分けてリプロダクティブヘルスニーズの調査を実施。詳細は3章のPCMワークショップ実施記録および

附属資料を参照されたい。プロジェクト未実施地区の住民のニーズ把握を目的としたが、妊婦のインタビュー結果以外は、残念ながらあまり参考にならなかった。JICAのミッションと聞き、郡とコミューン側で事前の準備をしてしまい（ディスカッションの参加者の選択と参加者に対するトピックについての事前の説明や情報の提供など）、住民の率直な意見が出てこなかったことが一因である。それでも幾つか有益な情報としては、人口問題や家族計画の必要性についての情報はかなりいきわたっているものの、母子保健や女性の健康を含む幅広いリプロダクティブヘルスに関する知識・情報はニーズが高いにもかかわらず大幅に欠如している。妊娠中のケアや出産後のケアについての知識、情報が求められている。若者にとってCHCは病人や妊婦が来るところであり、若者が情報やサービスを求めて来られる場所ではない。青年連合が情報提供やサービスの一翼を担うことを求めている。

（３）PCMワークショップの実施

詳細は３章の報告を参照されたい。2000年５月31日で終了する現行プロジェクト（フェーズ１）立ち上げ時のワークショップ（1997年11月実施）と比べると、ワークショップの結果に明らかな違いが認められた。1997年時のPDMにおいての成果（Output）を見ると、単にCHCを中心としたヘルススタッフの質の向上、必要な医療機材や設備の向上、巡回チームの能力向上、リプロダクティブヘルスのIECの向上などがあげられている。このPDMを見ただけでは何のプロジェクトなのかほとんど理解できない。一方、今回のPDMにおいては、プロジェクトの目的（Project Purpose）を達成するのに必要な活動目的が成果（Output）に示されている。PDMによってプロジェクトのめざす内容が明確にわかるものとなっている。これは参加者の多くが1997年のPCMワークショップに参加した経験があること、プロジェクトの実施を通してリプロダクティブヘルスの向上には何をすべきかの目的意識が明確になってきたこと、目的達成のための成果を具体的にイメージできるようになったこと、プロジェクトフェーズ１の最終評価プロセスを通じてPDMの意味を理解し始めたこと、そして日本人専門家もPDM作成にあたってどのようなインプットが必要とされるのかを理解できた等によるものと思われる。

（４）省の運営委員会メンバーとのPDM作成

３日間のワークショップではPDMを完成することは不可能で、PDMを仕上げるため、省の運営委員会メンバーとPCMワークショップの後２日間のミーティングを実施した。上述したように、フェーズ１とフェーズ２のPDMの間ではっきりとした変化が見られたが、この変化の原動力となった意識の変化は省の運営委員会メンバーの間で最も顕著にみられた。省の運営委員会メンバーは全員が省のMCH/FPセンターのスタッフであり、ゲアン省全体の

リプロダクティブヘルスプログラムの実施責任を担うグループであることを考えると、プロジェクトの定着、継続、自立発展性に向けて大きく前進しているといえる。

(5) ハノイのJICAヴィエトナム事務所においてのドナー（国連・国際機関・NGO等）およびヴィエトナム側関係各省、局の担当者に対するdebriefingの実施（附属資料 ）

計画投資省、保健省、GTZをはじめとする二国間援助機関、世銀、UNFPA等の国連国際機関、そしてポピュレーションカウンスル（PC）等国际NGOが参加。JICA側は今回の調査団代表として石井団長が、また現行プロジェクトの日本人専門家として勝部チーフアドバイザーと渡邊専門家の2人が、そしてゲアン省からはMCH/FPセンター所長であり、省の運営委員会の委員長であるムイ医師が参加した。このミーティングの目的は、ヴィエトナム側政府関係者に対する調査団報告とドナー間の情報交換による援助協力の調整にある。

計画投資省および保健省からは内容的に特に目立ったコメントはなかった。保健省の国際局のホップ局長からフェーズ2のプロジェクト期間が5年は長いのではないかとコメントがあったが、ゲアン省側の要請であること、すでにこのプロジェクトプロポーザルは首相府の了承を得ている（by計画投資省）ことを説明した。ゲアン省にプロジェクトをもつ世銀、GTZそしてフィンランドの大使館からは、今後も情報と意見交換を密接に実施することを確認。世銀とは改めて世銀、ゲアン省、JICAの間で調整会議を開くこと、GTZが2001年から新しいプロジェクトを実施する予定であることを前提に、GTZとは今後も密接な情報交換をすることで同意をした。UNFPAとは今後もお互いにプロジェクトで開発した教材、資料などの相互の有効活用を図ること、技術協力の可能性を検討することなどで同意した。PCには調査報告書（特にRTI調査）や関連情報の提供を依頼し、了承を得た。

(6) UNFPAとの人口特別機材についての打合せ

UNFPAヴィエトナムの代表が1999年11月に交代したこと、および従来UNFPAのリプロダクティブヘルスプロジェクトで中心的な役割を10年以上担っていたシニアスタッフが交代したことなどの理由から、日本大使館井村書記官、JICA渡部職員およびJICAリプロダクティブヘルスプロジェクト勝部チーフアドバイザーとともにUNFPAを訪問し、人口特別機材供与のスキームについて説明するとともに今後2年間の要望調査を実施した。UNFPA代表のオマール・エルツール氏は現在のところ、今後2年間継続してコンドーム供与を希望している。またエルツール代表より調達にあたってヴィエトナム産のコンドーム調達の希望が出されたところ、渡部職員よりJICAがすでに実施している旨の説明があった。エルツール代表は補足としてコンドームの供与は他のドナーにも幅広く依頼をしているため、他のドナーからの供与で予測される需要量が賄える見通しが立った場合、日本の人口特別機材供与

のスキームでは初年度（1998年度）のような教材の供与を希望していると述べた。UNFPAは2001年より新しいプログラムサイクルに入るため新規のプロジェクト地区（省）を選定している。また、UNFPAはゲアン省のKy Son郡で国連麻薬撲滅プログラム（UNDCP）に協力し、一部のコミュニティでリプロダクティブヘルス関連プロジェクトを実施している。このプロジェクトに対しJICAのリプロダクティブヘルスプロジェクトが人材養成、機材供与などですでに協力を実施しており、フェーズ2においても協力を継続・強化することで合意した。

2 - 3 総 括

（1）プロジェクトフェーズ2に対するゲアン省側の要望と実施戦略

ゲアン省側は、プロジェクトフェーズ2においてゲアン省全体をカバーすることを強く望んでいる。ゲアン省側の要望に応えるためには、次のような戦略が必要だと考える。

- 1）フェーズ1においてプロジェクトを実施した8郡のうち、特によい成果があがっている2～3郡をモデル郡として選定し、モデル郡を中心にゲアン省内での南南協力を実施する。このマイクロレベルの南南協力を実施するために、MCH/FPセンターとゲアン省保健局の調整、運営管理、技術指導等の能力を強化する。また、モデル郡の技術指導およびモニタリング能力の強化を図る。
- 2）プロジェクトをゲアン省全体に拡大する場合、フェーズ1とは異なり、日本人専門家がすべてのプロジェクト地区を訪問し、技術協力の直接対象とすることは不可能である。上述のようにマイクロレベルの南南協力を実施しながら、日本人専門家が直接的に技術協力の対象とするのは、フェーズ1でモデルとなる2～3郡と、フェーズ2で新しくモデルとして育てる2～3郡、合計4～6郡とすることを助言したい。モデル郡の選択は、日本人専門家とゲアン省の運営委員会との共同作業によって実施する。
- 3）またモデル郡を前面に出し、日本人専門家はそのモデル郡を後方支援するマイクロレベルの南南協力を実施することにより、プロジェクトのオーナーシップをさらに高め、フェーズ2終了後のプロジェクトの持続性と自立発展性の確立をめざす。
- 4）拡大地域に対する協力の内容、活動を明確にする。フェーズ1において実施した協力内容のうち、CHCに対するパッケージ協力（スタッフの再教育、医療機材の供与および施設の改善）とDHCに対する運営管理、モニタリング能力強化プログラムは最もニーズが高い。CHCに対するパッケージ協力のうちCHCの施設の改善に関しては日本大使館の草の根無償協力資金を2年間供与されて実現している。最終評価においても高い評価を得た草の根無償協力資金による施設の改善は今後も継続して実施したい。日本大使館の協力をお願いしたい。

(2) フェーズ 2 における新しい要素

1) 新たに加わる活動

フェーズ 2 では、今までリプロダクティブヘルスを向上するのに必要であっても、時間的な制約のなかで実施できなかったコンポーネントが加わっている。

ひとつは人工妊娠中絶を減らすための指導技術とカウンセリング技術の向上であり、他のコンポーネントはRTIを減らすために必要な調査と保健医療スタッフの計画立案・実施能力の向上である。ヴェトナムで第 3 位の人口をもつゲアン省においてこの 2 つのコンポーネントが実施され、蓄積された情報と経験を提供できることになれば、ヴェトナムのリプロダクティブヘルス向上に大きな貢献が可能になる。ハノイで実施したドナー機関およびヴェトナム政府関係機関に対するdebriefingにおいても、参加者からこの 2 つのコンポーネントの必要性が指摘され、実施によって得られる情報、経験の提供を求められた。

2) 省内の多様性に対する配慮

プロジェクトの拡大地域には多くの少数民族の居住区がある。少数民族については日本人専門家が直接技術協力の対象とするのではなく、MCH/FPセンターを中心にゲアン省内のマイクロ南南協力を推進しながら、リプロダクティブヘルス推進を図る計画である。また、ヴェトナムにおいて少数民族を対象に活動している NGO 等の経験も学びながら、少数民族のニーズに配慮したリプロダクティブヘルス推進アプローチの開発とトレーニングが今後必要とされる。

(3) 住民に直接届く国際協力

1) ヴィエトナムのリプロダクティブヘルスプロジェクトは、日本における人口・リプロダクティブヘルス分野において最大の国際協力 NGO である JOICFP が JICA に全面的に協力して、実施されている。25 年以上にわたる JOICFP のノウハウを最大限に活用し、フェーズ 2 ではより住民に近い国際協力をめざすべきである。フェーズ 1 において住民に対する健康教育のニーズが高いことが、過去実施された調査団および短期専門家から指摘されている。住民に直接届く質のよい健康教育を実施するために、下記のような日本の戦後の住民参加による保健活動の経験を活用すべきである。

2) 今回の PDM 作成のプロセスで「IEC (広報教育) 」と「Guidance and Counseling (指導とカウンセリング) 」の実施主体の違いが明らかになった。「IEC」は女性連合、青年連合等の大衆団体が、「Guidance and Counseling」は保健スタッフが実施主体となる。ヴェトナムにおいては従来「IEC」の必要性が強調されがちだが、フェーズ 2 の PDM は女性連合に対する IEC の強化を図りながらも、保健スタッフの「Guidance and Counse-

ling」能力向上をめざしている。フェーズ2においては、保健スタッフの指導技術を向上させることで、ゲアン省のカウンターパートから要望の強い「両親学級」をはじめとする住民 特に女性 の健康教育を推進することをめざしている。

- 3) また、上記の日本人専門家が直接技術協力を実施する郡を決定した後、フェーズ1でプロジェクトを実施していたモデル郡については、フェーズ1において岡本、芦沢両専門家より日本の地区組織として紹介のあった「愛育班」活動の導入を図る。「愛育班」活動の普及は、フェーズ1のプロジェクト郡から実施に向けての強い要望があったこと、ゲアン省の女性連合をはじめとする地区組織が「愛育班」を導入しやすい環境にあること、および「愛育班」の活動を通してフェーズ1では届かなかったコミューンの下部組織であるハムレットまでプロジェクト活動を拡大することが目的である。

(4) 実施体制

1) 合同委員会

合同委員会においてフェーズ1とフェーズ2の違いは委員長の交代である。ゲアン省人民委員会の教育・保健担当副委員長を3期(15年)にわたって務めたグエン・ティー・ハン氏が定年退職し、代わってホアン・キー氏が選出された。ホアン・キー氏は省人民委員会の副委員長としてすでにこのプロジェクトの推進にあたっているが、なるべく早い時機にカウンターパート研修で訪日する機会をつくる必要がある。

2) プロジェクト運営委員会(省・郡・コミューン)

プロジェクトの実施にあたっては、プロジェクトの合同委員会のもとにフェーズ1において組織された省、郡そしてコミューンレベルの運営委員会を、フェーズ1の地域では継続、フェーズ2の拡大地域においては新設する。運営委員会は各地域レベルにおいてJICAプロジェクトの運営に関する最高責任を負い、またプロジェクト推進の原動力となる。リプロダクティブヘルスの草の根プロジェクトを実施するにあたって最も重要な組織である。

3) 草の根組織(女性連合・青年連合)

女性連合は、フェーズ2においてさらに重要な役割を果たすことになる。フェーズ1において各コミューンから5人の女性連合のメンバーが選ばれ、研修を受けた後JICAプロジェクトをコミューンレベルで推進している。この方式はプロジェクトの拡大地域にも適用されるべきである。フェーズ2において住民教育を推進するには女性連合の協力が不可欠になる。また、自立発展性を考慮し、リプロダクティブヘルス推進に向けての女性連合独自の企画も奨励しながら、協力を推進すべきである。

その一方でフェーズ1においてはあまり連携をもたなかった青年連合との協力を積極的

に推進する必要がある。現在ベトナムは若者の人工妊娠中絶数の増加に苦慮しており、政府の関係者からもこの問題に対する関心が数多く表明されている。フェーズ2において人工妊娠中絶数を減らすことがプロジェクトアウトプットのひとつとなっていることに鑑み、青年連合との協力関係のあり方等も含め、再度草の根組織との連携戦略を見直し、必要であれば修正する必要がある。

4) 日本人専門家協力（地理的・活動内容）

フェーズ2においては日本人専門家が直接関与する地区を限定する。フェーズ1のモデルとなる数郡とフェーズ2においてモデルとするべき数郡を選定し、フェーズ1のモデル郡については住民の健康教育推進コンポーネントのパイロットプロジェクトを実施し、フェーズ2のモデルとすべき郡についてはフェーズ1の成果を南南協力によって定着させるべく後方支援を行う。フェーズ1、フェーズ2、それぞれのモデル郡選定にあたっては省の運営委員会、郡運営委員会そして日本人専門家との協議で実施する。

（5）拡大へ向けての戦略

ゲアン省の経験をさらに広く生かすために、フェーズ2においてはゲアン省の経験を広く他の省にも提供することを考えていくべきである。考えられる方法を以下にあげる。

- 1) 保健省のMCH/FP局と合同で、ゲアン省においてベトナム北部のMCH/FP局主催の会議を実施。そのなかでゲアンのケースを紹介する
- 2) ゲアン省において近隣の省を招待し、ワークショップを開催する
- 3) ドナー会議等を通じ積極的にゲアンの成果を広報する
- 4) 他のプロジェクトやNGOも含む実施機関と積極的な情報交換を図る

2 - 4 団員所感および提言

（1）助産婦教育領域（山口雅子 大阪大学医学部保健学科）

1) 活動内容および所感

フィールド視察・調査

PCMワークショップの開催に先立って、プロジェクト実施地区とプロジェクト未実施地区のCHCやDHCを訪問し、施設状況、データ情報管理、技術レベル等の相違点や問題点を把握した。MCH/FPセンターでは、Dr.ムイが日本でカウンターパート研修を受け、父親母親になるための準備教育の必要性を実感し、帰国後、両親学級が設けられていた。妊婦健診の受診率が低いベトナムにおいて、母親だけでなく父親も妊娠・出産・育児等について学ぶために両親学級に参加するということは、画期的なことと思われた。

プロジェクト実施地区のDHCの手術室には、JICAの援助により空調設備（クーラー）が設置され、窓を閉めての手術が可能となっていた。空調設備により手術室にカビが生えたり、虫が入る心配もなくなっていた。手術室用の手洗い装置も設置されていた。またCHCでは、再教育を受けた助産婦が自信をもち、生き生きと働いているように感じられた。3日ほどの分娩入院の後、分娩時外陰部裂傷で縫合術を受けるなど何らかの異常があった者は、およそ分娩後7日目に母子ともにCHCを受診し、それ以外の異常なく分娩経過した者の所には家庭訪問し、褥婦と新生児のケアを実施しているとのことであった。分娩室等の手洗い水も確保され、臍帯切断面の処置も清潔になされているようであった。分娩直後から新生児に母乳を含ませていた。

次にプロジェクト未実施地区の調査の結果について述べる。妊婦健診は3～4回受診のことという通達により、プロジェクト未実施地区でも妊婦には妊婦健診が勧められている。しかしながら健診の内容は、腹囲、子宮底の計測のみであった。妊娠中毒症の3徴候である浮腫（むくみ）、高血圧、尿蛋白は調べられていなかった。貧血も検査されていなかった。妊婦に貧血があると分娩時に異常出血を来しやすく、感染の危険性が増えるといわれている。さらに胎児は出生後3カ月くらいの間に必要な鉄分を体内であらかじめ保存しておく必要があり、妊婦が貧血でないということは母子にとって重要なことである。体重測定も確実に行われているようではなかった。浮腫については触診でわかることであり、助産婦の知識さえあれば、妊婦健診に取り入れられる項目である。血圧についても血圧計がCHCにも備え付けてあり、助産婦が血圧測定の必要性和血圧の測定法を習得すれば妊婦健診で血圧測定が行える。聴診器は破損していたので修理が必要である。貧血も顔面蒼白、心悸亢進、疲労感、めまいなど自覚症状や視診である程度把握できるものと思われる。体重計も設置されており体重測定は可能である。助産婦もコミュニケーションヘルスワーカーもやる気の感じられる人々であった。知識のなさから、何が妊婦にとって必要なことか、自分たちが何をする必要があるのかが理解されていないように思われる。出産時の児の体重は、CHCでは測定されていたが、コミュニケーションヘルスワーカーが介助するお産では、測定されていなかった。CHCの計測値も児体重が3500gや4000gなど大雑把な数字で記録されてあった。これは体重計に母親と児と一緒に乗り測定し、母親の体重をその後引くというものであることと、児が着物を着て測定することが原因と思われる。

昨年の出生児数を尋ねたのであるが、台帳と1割近くも違いがあった。そのことを問うと記入漏れとのことであった。以前から指摘されていることであるが、報告書の形態が複雑で種類が多く統一性がないこと、統計の重要性が理解されていないことがよくわかった。

分娩時の外陰部消毒や臍帯断面の消毒など実際に十分行われているのか不明である。消毒液はあったが、有効期限がすでに切れているように思われる（有効期限が表示されていない）。臍帯尖剪などの器具は煮沸消毒を20分行っているとのことであったが、実際の場面は見えていない。分娩介助に使用する器具の消毒法について、コミュニケーションヘルスワーカーはアルコールで消毒していると答えた。

DHCは、CHCに対して現状を把握し、管理したり指導するという考えをもっていないように感じられた。聴診器の修理などもCHCが自分たちの予算で修理する必要があるらしい。DHCでは、出生児の体重測定は行われていたが、児を秤の皿に乗せるとき落ちる危険がある体重計であった。手術室は、カビが生えており、清潔とはいえない状況であった。

フィールドを視察することで、プロジェクト実施地区とプロジェクト未実施地区においてスタッフの意識や施設状況等に格差があることが明らかになった。

フォーカスグループインタビュー

ワークショップでは補えないCHCに対する要望や問題等を把握する目的で、受益者（妊婦、Women in Reproductive Age (WRA)、若者）を対象としたフォーカスグループ討議をそれぞれのグループを対象として行った。日本側は、モデレーターのタム氏とあらかじめ打ち合わせておき、タム氏は、質問項目に沿ってインタビューを行った。妊婦グループからは、どこの国の妊婦でも変わらないと思われる自分と胎児の健康を気遣う声が聞こえた。妊娠中避けることとして過労、喫煙、飲酒、抗生物質、殺虫剤や化学薬品などもあげられた。殺虫剤や化学薬品は日本では妊婦の関心事項としてあまり取り上げられないように思う。農村部ということで、田んぼへ化学薬品を噴霧する姿はあちこちで見受けられたが、ヴェトナム戦争における枯葉剤による胎児への影響などを身近に見聞したことからくる化学薬品に対する心配が大きいのではないかと考えられた。妊娠中のセルフケアであるが、休養、栄養や殺虫剤を浴びない（農家の主婦なので）ことなどに気をつけているようであるが、本人の努力だけでは実際実行できないようであった。母体の清潔についても知識があり、清潔を心がけているようであった。CHCに対して肯定的にとらえているものだけが集められたとも考えられるが、参加者たちは、CHCの妊婦健診その他の業務を好意的にとらえていた。要望としては、妊婦健診時の指導など母子ケアのさらなる充実があげられた。異常産になるとDHC等に転送する必要もあり、分娩費用もかさむことも話題に出た。

リプロダクティブエイジの女性に対するインタビューでは、望まない妊娠を避けたいということが、健康に関する関心事として取り上げられ、IUDについての広報活動がいきわたっていることがわかった。CHCに対する要望は少ないが、清潔で安全なお産と子

供に対する体重測定や予防接種、ビタミン剤の配布、RTIや異常産にも対応できるようにCHCの設備の充実があげられた。

独身20代男性グループに対するインタビューからは、性に関する情報は、テレビ・ラジオの健康教育番組やDHCの家族計画スタッフから得ていることがわかった。性感染症（STD）や性に関するより多くの情報を欲しているようであった。婚前に性交渉をもつことはよくないと答えながらも、コンドームが既婚男性だけでなく未婚の男性にも手に入ることを希望していた。独身の20代女性のインタビューにおいても、性に関する情報源は、マスメディア（テレビやラジオ）であった。本や友人や教師からも情報を得ていた。CHCやDHCから情報や指導を望んでいた。彼らは、CHCから配布された本でインタビュー前夜に性に関して勉強したそうである。

参加者は事前に性に関するパンフレットを読んで勉強するなど情報にバイアスがかかったことは、街頭インタビューでもないので、やむを得ないと思われる。少々偏った情報源ではあるが、フォーカスグループ討議でのみ把握できるような受益者からの貴重な情報が得られた。

PCMワークショップ

省実施者グループ、プロジェクト実施者グループ、プロジェクト未実施者グループの3グループに分かれて検討を進めた。報告者は未実施者グループに入った。ワークショップの結果は、3グループによる大きな違いはなく「ゲアン省のWRAにおけるリプロダクティブヘルス状況はよくない」ということが確認された。また、直接原因については、RTI、子供の数、栄養、妊娠関連の疾患、人工妊娠中絶へと集約された。中心目的は「ゲアン省のWRAにおけるリプロダクティブヘルス状況が改善される」となった。その後3グループに分かれて協議を行った。各グループのアプローチは以下に示す。

< 省実施者グループ >

妊娠・出産管理の推進アプローチ（以下アプローチを省略）

保健医療従事者の再訓練

人工妊娠中絶に対するIEC活動

RTIの低減

栄養教育

< プロジェクト実施者グループ >

保健医療従事者、人民委員会、女性連合によるIECとカウンセリングの向上

CHCスタッフの技術能力の向上

CHCにおける衛生環境と衛生の実践

< プロジェクト未実施者グループ >

妊産婦に対するIEC

CHC、DHCの保健医療スタッフの知識・技術の訓練

リプロダクティブヘルスガイダンス

WRAの衛生環境の改善

妊産婦健診の推進

翌日カウンターパート機関であるMCH/FPセンタースタッフと日本側との合同ワークショップでアプローチの選択を行った。省実施者グループで確認された妊娠・出産管理の推進、保健医療従事者の再訓練、人工妊娠中絶に対するIEC活動、RTIの低減、栄養教育アプローチに、おおむねプロジェクト実施者グループと未実施者グループのアプローチも含まれていた。そこで上記の5つのアプローチについて、13のクライテリアを使って評価・検討を行った。その結果、栄養教育アプローチは客観的にも他のアプローチに比べ、課題が大きいことが認識された。このアプローチは、低栄養の妊婦に食料の配布をするなどJICAが手を引いた後の継続性は低いと思われた。なお栄養教育アプローチは、実施、未実施者グループは、取り上げていなかった。

プロジェクト目標は「ゲアン省のリプロダクティブヘルスサービスが向上する」となった。プロジェクトのめざす方向がより鮮明になった。報告者は、帰国のためハノイへ出発し、その後、残りのメンバーによりPDM案が作成された。最終的に栄養教育アプローチは、プロジェクトの成果に含めないことになった。

PCM手法によるワークショップは、結果的には省実施者グループ、プロジェクト実施者グループ、プロジェクト未実施者グループの3グループ間で大きな違いは認められなかった。省実施者グループあるいは運営委員会のメンバーと日本側関係者でプロジェクトの基本的枠組みを構成しても3グループ参加によるものと大差はないワークショップの結果になっただろう。しかし、たとえ結果が同じであっても、3グループが分かれてPCMワークショップを実施したことは、次期プロジェクトにより効果をもたらすと思う。PCMの参加型すなわち次期プロジェクトに関係するであろう省レベルから初級助産婦、女性連合メンバーなどが参加したことで自分たちがPDM作成に参加したという自覚が次期プロジェクトに主体的な参加を促すと考える。日本人も同様であるが、省レベルの人と未実施者グループの人が同じ1つのグループのメンバーであれば、未実施者グループの人は、積極的に自分たちがPCMに参加することなく、省レベルの人に同意するだけであったことが容易に推測できる。PCM本来の特長である、さまざまな立場の人の意見を平等に取り上げることにはならなかっただろう。未実施者グループに入ってワークショップに参加し感じたことは、問題分析から目的分析などの変換は一生

懸命考えられるが、論理的に何が問題なのかなど答えのないことを考えることが難しいように思われた。彼らは、皆で話し合っただけで考える経験や自分の意見を述べるという経験が、学校教育や社会生活を通じて少ないようで、ワークショップは簡単には進まなかった。しかし参加者にとっても、今回のワークショップに参加したことは、よい経験になったのではないだろうか。

2) 提言

1997年から開始されたリプロダクティブヘルスプロジェクト（フェーズ1）の専門家の協力により、効率的な調査が行われた。PCMワークショップの参加者は、本来ならば、このようなPCMワークショップに慣れた適切な人選が必要ではある。しかしながら、プロジェクト未実施地区をはじめ適切な人材が少ないのが現実であり、さまざまな立場の代表者から平等に意見を聞くことは難しい。今回のPCMが成功したとするならば、適切な人材がいらないか、参加者の人選やグループ分けなどに尽力された現専門家によるところが大きい。

次期プロジェクトにあげられているRTIに関しては、まず対象地域のRTIの現状を知ることが先決であると思われる。実際、どれくらいの感染者がいるのか、症状の程度やどのような菌による感染なのかを知らなければ対策も講じられないし、プロジェクトの結果の指標も立てられない。IUD挿入により子宮内の炎症が起こり、この炎症作用により受精卵の着床が妨げられ、避妊効果をもたらすとも考えられている。単にIUD挿入により炎症が起こっていることをRTIと考えているなら、RTIの問題はさほど大きな問題ではないだろう。分娩、人工妊娠中絶やIUD挿入を安全で清潔に行うことと産後や中絶手術後の清潔の保持や安静で、感染は防げる部分も大きいのではないだろうか。RTIのなかでもSTDに関しては、コンドームの使用を進める必要があるだろう。売春などを容認する社会では、エイズの蔓延も今後大きな問題となることが懸念される。女性用のコンドームについても検討することが必要だろう。少なくとも買春行為を行うときは、コンドームを使用することを徹底させねばならないだろう。STDは、カップルで治療する必要性についての啓蒙活動も必要であろう。

人工妊娠中絶に対するIEC活動に関しては、フォーカスグループインタビューの結果より、テレビの教育番組での啓蒙活動が大きな力になることがわかった。テレビ局との協力も効果的な活動になるだろう。テレビ局や高校等の学校教育の場に講師を派遣したり、プログラム作りや教材の提供などの活動も考えていくとよいと思う。IUDが広く勧められているようであるが、RTIの低減アプローチともつながるのであるが、IUDを挿入していても感染予防のためにコンドームの使用を勧めることが必要であろう。IUDによる不正性器出血、疼痛や骨盤内感染症など副作用が出た場合は、コンドーム、ピルやペッサリーなど

代替の避妊法に関するアドバイスが必要であろう。フォーカスグループインタビューで青年グループが、未婚者に対する避妊、STD予防のためコンドームの簡単な入手を望んでいることがわかった。コンドームの入手方法について青年団などと協議し、確実にたやすく必要な者の手に入る方法の検討が必要であろう。男性の不妊手術に関する誤った偏見をとる啓蒙活動も必要であろう。男児願望などは地域の文化や意識などの影響が大きく、容易に変えられる問題ではないが、マスコミを使ったキャンペーンなども行う価値はあるかもしれない。

栄養教育アプローチに関しては、日本では低所得の妊産婦および栄養強化を必要とする乳幼児に対して栄養食品（牛乳など）を配布している。しかしながら対象者の選定などの問題もベトナムでは難しく、日本の援助がなくなったときの継続性の面からも栄養不足の妊婦に食品を配布するアプローチは不可能であろう。妊娠・出産管理の推進アプローチのひとつに栄養教育も含めて考えるならば、妊婦の体重測定を実施し、体重増加量の少ない者に対しては、本人に指導することができる。フォーカスグループインタビューやPCMワークショップに参加して感じたことは、女性連合の幹部など力をもっている人の意見に他の者は従う傾向にあるということである。このことをプラスにとれば、力のある人の協力が得られれば物事は進めやすい状況であると考えられる。そこでコミュニケーションで力をもつ婦人連合等の方から、家族に妊婦が十分な栄養をとることと過重な労働を避ける必要性を理解してもらうように要請してもらうのもひとつの手かもしれない。両親学級を押し広げ、夫や舅姑に妊婦が必要な栄養を摂取し、妊婦に過大な労働をさせないで十分な休養をとらせることを啓蒙するのもひとつの方策かもしれない。妊婦のインタビューやPCMワークショップでも貧血対策に鉄剤の配布を望む声が聞かれた。鉄剤よりも食物から栄養をとればよいこと、鉄剤は万能薬ではないことを妊婦や助産婦に知らせる必要があると思われた。また貧血は鉄欠乏性だけでなく、腸管寄生虫による貧血も考慮することが必要であろう。

フォーカスグループインタビューについては、人選などでバイアスがかかることはやむを得ないが、比較的妊婦からは生の声が聞けたように思う。万国共通、胎児と自分の健康を気遣う妊婦たちであった。プロジェクト未実施地区のCHC見学やPCMワークショップではプロジェクト未実施者グループに参加したことで、そこで働く助産婦たちの助産に関する能力の一端を知ることができた。CHCの役割のひとつに異常の早期発見があると思うのだが、早産などの兆候である子宮の収縮について理解されていないようであった。出血があれば異常と考えているとのことであった。助産婦の知識が向上し、適切な判断ができれば、頻回あるいは強い子宮収縮があれば休養をとらせることで早産が未然に防げることもあろうし、DHCなど時期を逸せず受診させることもできると思われた。妊婦の死亡

や未熟児出産に結びつく妊娠中毒症についても理解されていないようであった。CHCで働く助産婦等の知識と技術の向上のための再教育は、次期フェーズでも中心に置いて続けていく必要がある。

記録や報告の制度について、すでに問題が指摘されているが、実際プロジェクト未実施地区の出産台帳などを見て、そのとおりだということがわかった。何も記録を残していないわけではなく、それぞれが煩雑な記録を行っているのだが、それが正しく集計されていない。統計処理するための基準をきっちり決め、その基準を皆に周知させることが必要である。たとえば出産数に死産を含めるのか、生産だけをとるのかなどである。また児の体重、特に低出生体重児を報告する必要性についても周知させることが必要だろう。児を裸で計ることも必要であろう。計測用計りの正確性のチェックも必要である。市場では米屋も魚屋も乾物屋もきっちり計り売りをしており、医療関係者が計測の必要性を理解すれば、体重などはすぐに測定できるであろう。未実施地区のCHCの助産婦は、出生時に体重を計測していなくても予防接種や乳児健診時に測定するからよいと考えていた。プロジェクト未実施地区のCHCでは、CHCの近くに住む産婦も自宅でコミュニケーションヘルプワーカーの介助でお産をしている。CHCの分娩室には分娩台が備え付けられてあるだけで、安全面や清潔面などに自宅分娩との違いが感じられないのだと思われる。初級助産婦の知識や技術が向上し、施設や分娩介助物品も整備され、同じ分娩介助でもCHCはサービスの質が違うというようにならなければいけないだろう。そうでなければ家族に囲まれて住み慣れた自宅でお産をするほうが精神的なメリットも多い。妊産婦死亡率を下げるという最終的な目標に向けて、国をあげて妊婦健診回数を増やしている。次には健診サービスの内容の向上が問われていると思う。腹囲、子宮底の測定、体重測定、血圧測定や浮腫を健診で調べる。できることなら、血圧や浮腫のひどい者にはテストテープを使った簡便な尿検査がCHCで実施できれば望ましいと思う。異常の早期発見に努め、妊娠中毒症や早産を未然に防ぐ。分娩は清潔に取り扱い、産褥熱の発生を抑える。新生児の臍帯切断には特に注意し、清潔な鋏の使用と切断面の消毒に留意し、新生児破傷風を防ぐ。保健指導を実施する。助産婦などの能力が向上し、CHCにおける妊婦健診の質を高め、安全で清潔なお産ができるようになり、異常の早期発見さらに患者を速やかにDHCなどにリファーできるようになれば、CHCに対する信頼が高まり、住民がCHCの提供するIEC活動などのプログラムに積極的に参加するようになり、さらにリプロダクティブヘルスの改善が図れると思う。

信頼性のある客観的な数値を出し、プロジェクトのモニタリングやアプローチを実施したことに対する評価の指標を設定する必要がある。しかしながらプロジェクトの活動、成果、目標および上位目標の達成度を測る指標の設定をすることは、とても難しい問題であ

る。このような保健分野で目に見えた成果を短期間で上げることは困難であり、実際にプロジェクトの結果、早産が減り、低体重児の出生が減り、乳児死亡や妊産婦死亡が減ったとしても、早産率や低出生体重児数や乳児死亡数、妊産婦死亡数が把握されていない現状では、指標としてこれらの増減が使えない。たとえプロジェクトが成功しても数字となった結果を示すことは、リプロダクティブヘルスの分野では難しい。本来はベトナムの国として統一した母子保健関係の統計の指標をつくり、集計方法を一本化することが必要である。これができない現状では、省内だけでも統一した統計の基準をつくることが急務であろう。これらの統計が、保健や医療や福祉に関する行政の重要な基礎資料として役立つことを示し、将来的には国の統計行政に反映させていくという意気込みをもって作成することが必要であろう。このような保健に関する基礎資料が整備されていない所で、保健分野の評価の指標づくりは、個々のプロジェクトには荷が重過ぎるように思う。多くの国のプロジェクトにも応用できるようなプロジェクト評価のための基準づくりをJICA本部で検討はできないものかと思った。

プロジェクト地区の医療レベルは、いくらベトナムの要請があっても保育器を使用し未熟児を救うことに力を注ぐという段階でなく、清潔で安全なお産をし、産褥期を健康に過ごすことができ、その結果母乳の分泌も良好で新生児が健やかに育つことをめざす状態であることが、フィールド調査やPCMワークショップなど今回の短期派遣により、よく理解できた。

プロジェクト実施地区と未実施地区とを比較検討することで、現プロジェクトがベトナムゲアン省における妊産婦ケアに果たした役割の大きさがわかった。フェーズ2において、さらに対象地区を増やすためには、日本人専門家を補佐する現地カウンターパートの人数を増やすことが必要であろう。彼らが今後は主体となって初級助産婦等を対象にした再教育プログラムやその後のモニタリングを継続していつてくれるだろう。そのためにはカウンターパートの人員だけでなく、彼らの指導能力のさらなる向上が必要だと思える。再教育プログラム専属のスタッフがいればよいと思った。ベトナム縦割り社会では、大変難しいことではあろうが、5年の間には現地の中級助産婦養成施設の教員が再教育プログラムに参加するなどの交流などがもてればよいと思う。青年海外協力隊員（栄養）との情報の交換など、何らかの交流も図れれば望ましいと思った。

現在、長期専門家の大変なご苦労のなか、モニタリングにより再教育プログラムによる知識や技術の定着を図り、誤った知識や技術の訂正が行われている。せっかくの再教育で得た知識と技術を定着させ、さらなる向上につなげたい。CHCはアシスタントドクターと助産婦1人などの少人数の構成であることから、先輩から後輩への技術や知識の移転、後輩から先輩への新しい知識の移転などが大変難しい。再教育プログラム参加者が、自主

的に勉強会を開くことができれば大変望ましいことである。しかし今までの彼らの学校教育等の経験から、自主的に立ち上がることは難しいだろう。そこでDHCが音頭をとって、月に1度でも復習や補足、新しい知識や技術の紹介などができればよいと思う。MCH/FPセンターあるいは短期長期専門家が講師として出向く、または勉強会のプログラムを提供するなどできないだろうか。フィリピンでは、同窓会のような集まりがもたれ、1人が中央で学んだ知識を皆に提供していた。DHCがCHCの監督・指導が自分たちの業務であるという自覚をもち、CHCのモニタリングとフォローアップが行えるよう能力の強化をすることも必要である。

CHCの分娩室、トイレやシャワー等の施設を設置したり、改善や改修に現プロジェクトや世銀が支援しているが、コミュニンの人はさらに自己資金を投入し工事を行っていた。プライマリー・ヘルスケアの本来の思想である住民参加が行われている。これは現プロジェクトの成果だと思う。次期プロジェクトでは、自分たちのCHCを自分たちの手でよくしていこうという気持ちをさらに発展させていくような住民との対話や情報提供などの方策が必要であろう。

(2) 地域保健/住民参加領域(及川みゆき フェリス女学院大学 国際交流学部)

1) 活動内容および所感

現地視察・調査～プロジェクト実施地区と未実施地区～

<CHCの状況>

設備投資・人材教育の行われているプロジェクト実施地区と、プロジェクト未実施地区の医療サービス格差は大きかった。

ヴェトナムでは、CHCでの分娩が奨励されている。視察したプロジェクト実施地区のCHCでは、施設分娩が100%であった。プロジェクト未実施地区では、2000年に入ってから分娩数だけ見るとCHCでの分娩15件に対して、自宅分娩は31件であった。このCHCに所属するハムレットナース(集落レベル保健要員)11名はすべて自宅分娩での介助を行っている。この地域に限っていえば、CHCへのアクセスはそれほど困難ではないようだった。またこのCHCでは60%の妊婦が3回妊婦健診を受けていたが、CHCでの分娩は全体の30%程度だ。妊婦健診をCHCで受けていながらも、CHCで出産することにメリットを感じなかった結果、自宅分娩を選択したと考えることもできる。

プロジェクト実施地区では、再教育を受けた助産婦により産後の健診や、訪問指導を取り入れており、継続した看護ケアが行われ始めていた。産前産後を通してかかわることのできる医療スタッフがいることは、医療サービスの質の向上につながってい

る。こうした新しい活動を業務のなかに位置づけ、人が代わっても継続されるシステムをつくる必要があると思う。

識字率の高いヴィエトナムにおいて、看護サービスの最低基準の確保のために、看護マニュアル、看護基準のような資料が各CHCにあると、研修を受けてきた助産婦が、CHCスタッフ内での技術を共有させる根拠にもなり、役立つ。また、反復して確認することは技術を定着させるうえで大切である。

CHCの設備については、コミュニケーションレベルでの予算確保が困難なのが現状のように、現にプロジェクト未実施地区では、壊れた聴診器での血圧測定や、大人の体重計を使用しての新生児の体重測定が行われており、妊婦健診用の尿検査のテストテープが購入できない、医療材料の不足なども、保健サービスの質に影響を与えている。

< ハムレットナースの役割 >

ハムレットナースは、CHCに所属しており、ハムレットレベルでも、13項目の国家保健計画に従って地区の保健統計をCHCの定期会合で報告している。またハムレットナースは、CHCスタッフに比べ、研修の機会や物品設備の面で不十分にもかかわらず、自宅分娩介助、IEC活動、衛生活動、予防接種、発熱などへの対応とその役割は多岐にわたっている。

CHCの機能が強化されることによって、CHCとハムレットナースの役割分担が明確になることが望ましいと思う。

< 台帳管理・地区の把握 >

事前に数字の信憑性は低いと聞いていた。DHC～CHC～ハムレットにおいて、13項目の国家保健計画に基づく台帳が存在し、統計管理のシステムは確立している。しかし、その数字が事実を反映していないのでは、労力からいってもとてももったいないことだ。特に、医療整備が不十分で、自宅分娩が多かったCHCでは、自宅で出産した児の多くが出生時に体重を測定されていなかった。これでは、2500g以下の低体重児がいたとしても、数字に出ることはなく、統計上は事実と反し、低体重児出生の低い地域と理解される可能性も出てくる。

正しく統計を取っていくという技術はとても重要なことだと思う。台帳の管理については、プロジェクト実施地区、プロジェクト未実施地区ともに雑然としており、整理・管理は不十分であった。

数字から地区の状況を読み取り、分析する訓練を通して、地区の保健問題を把握する試みは、地域に根ざした保健サービスをするには必要な業務である。また、地区の保健問題をコミュニケーションの健康にかかわる人民委員会、女性連合、ハムレットに提起することは、医療専門職としての自覚と責任を向上させる。

視察したプロジェクト実施地区では、月に1回DHC管轄内の助産婦のミーティングを実施していた。今後、そういう場を利用して、DHCが積極的にかかわってほしい指導分野である。

< 地域との連携 >

地域保健の実施主体であるコミュニケーションレベルで人民委員会、婦人連合、CHC、ハムレットと、地域組織が確立されているヴィエトナムにおいて、今後リプロダクティブヘルス向上のため中心的役割を担うのは知識、技術の面からもCHCであると思われる。家庭訪問をした地区の婦人連合では、会合の議題の半分は保健に関することだと言っていたことから、住民の健康への関心は高いと思われる。今までの伝統的な知識に加え、生活改善や、健康増進につながる正しい知識を住民に伝えることは、CHCの役割であると思う。

< 愛育班活動 >

プロジェクト実施地区のDHCとの話し合いのなかで、コミュニケーションで、モデル的に愛育班活動をやってみたいという意見が出ていた。岡本暁専門家による啓蒙・紹介活動と、芦沢はる江専門家による愛育班の経験の紹介、住民参加・地域組織支援の交流セミナー、意見交換により、「愛育班」という地区組織活動の有用性をヴィエトナム側が感じての発言であると思う。

愛育班活動は、母子保健を入り口に家族の健康管理全般にかかわるもので、人々の日常生活のなかでの気づきや知恵を重視した活動である。その点では、既存組織である「女性連合」の組織内で行うことが妥当だと思う。

現地視察・調査～フォーカスグループディスカッション～

妊娠中の女性、リプロダクティブエイジの女性、青年連合の男性、女性の4つのグループに対して行われた。このなかで、妊婦がグループで話し合える場の提供と、医療従事者の指導態度の向上を望む声があった。たとえば、妊婦健診の日にちを決めて、個人指導にプラスしてMCH/FPセンターでDr.ムイが行っている母親教室のような集団指導の場を設定することは、CHCレベルでも可能だと思われる。

保健医療サービスは、施設や検査の充実はもちろんであるが、やはり医療従事者の質の向上が大切である。これは、技術的な質だけではなく、それを相手にわかりやすく伝えるコミュニケーション能力も含まれている。

PCMワークショップに参加

今回のPCM手法によるワークショップでは、私は、プロジェクト未実施地区のワークショップに参加した。プロジェクト未実施地区の参加者も、このようなワークショップは初めての経験ながら、積極的に意見を出していた。その結果、今までのプロジェク

トアプローチに加え、妊娠・出産管理の推進、人工妊娠中絶に対するIEC活動、RTIの低減が新たな課題としてあがった。

2) 提言

プロジェクト実施地区、プロジェクト未実施地区の現地視察をすることで、フェーズ1で行われたDHC、CHCを中心とした助産婦再教育は、一次医療圏であるCHCの医療サービスを向上させ、医療サービスを受ける受益者にも有益であったと理解した。また、この成果は、省内におけるCHCの医療格差を生じさせているため、フェーズ2では、この格差を是正していく必要がある。

今回新たに加わったアプローチ、妊娠・出産管理の推進、人工妊娠中絶に対するIEC活動、RTI低減については、指導対象は主に住民である。一人一人の住民が、自分の健康問題に対する認識を意図した、あるいは促す進め方ができるような指導がCHCスタッフに求められる。

また、プロジェクト実施地区のDHC、CHCスタッフによるプロジェクト未実施地区への指導力、支援が期待される。

3 . PCMワークショップ実施記録

3 - 1 ワークショップ開催日時等

(1) 日時

4月19日(水) 手法説明、参加者分析、問題分析前半(8:00～17:00)

4月20日(木) 問題分析後半、目的分析前半(8:00～17:00)

4月21日(金) 目的分析後半、代替分析前半(8:00～17:00)

4月22日(土) 代替分析後半とPDM作成(8:00～17:00)

(2) 場所

ゲアン省ヴィン市フンギ(Huu Nghi) ホテルホール

(3) 出席者

日 本 側 : 調査団員4名、プロジェクトチーム4名、JICA現地事務所2名
(専門家等健康管理員を含む)

ヴェトナム側 : 30名

通 訳 等 : 9名

3 - 2 日本での事前準備

(1) 事前ワークショップ

PCMワークショップに初めて参加する短期調査員やワークショップの課題整理のために、短期調査団員、JICA担当職員、派遣専門家間でワークショップを対処方針会議の前にJICAで行っている。事前ワークショップでは、日本語によるPCM手法概要の説明とプロジェクト地区を対象としたリプロダクティブヘルスについて、参加者分析と問題分析を行った。

この事前ワークショップの結果は附属資料 (以下、資料) 資料 参加者分析(事前ワークショップ)と資料 問題分析(事前ワークショップ)に整理してある。

(2) メールによるワークショップ参加者の検討

PCMワークショップの参加者やその進め方について、ヴェトナムの現地プロジェクトチームと短期調査参加者によるメール交信による検討と調整を行った。特に新規の郡は、ニーズやその特性においてこれまでにプロジェクトを実施した郡と違いがあることや、今までのプロジェクトとの継続性や新たな課題への対応(組織強化や情報・データ収集の利用)が求められていること等から参加者の構成とグルーピングについて意見の交換を行った。そ

の結果、次のような方針でワークショップの参加者とグルーピングを行うこととした。

- ・プロジェクト実施地区からの参加者とプロジェクト未実施地区からの参加者、プロジェクトの実施機関からの参加者にグループ分けする
- ・可能な限り受益者の代表となる出産可能な年齢の女性に参加してもらう
- ・日本側からの短期調査員と現プロジェクトチームは各グループに分散して参加する

3 - 3 現地踏査とワークショップ準備

(1) 現地踏査とフォーカスグループ討議

ワークショップの開催に先立って、プロジェクト実施地区とプロジェクト未実施地区のCHCや郡病院を訪問し、施設状況、データ情報管理、技術レベル等の問題点を把握した。スタッフの意識や施設状況等に明らかな格差があった。

また、ワークショップでは補えない問題等を把握する目的で受益者（妊産婦、WRA、若者）を対象としたフォーカスグループ討議をそれぞれのグループを対象として行った。

フォーカスグループ討議でのみ把握できるような貴重な情報もあったが、参加者は事前にパンフレットを当局から読まされているなど、儀礼的な側面も強かった。

(2) 現地ワークショップ事前準備

ワークショップでは、省実施者グループ、プロジェクト実施グループ、プロジェクト未実施グループの3グループに分かれて討議を行う方針をとるため、副モデレーター、日本側とのコミュニケーションを支援する通訳、ヴィエトナム語 英語で書かれたカードを翻訳する者がそれぞれのグループで必要となる（資料 Role Assignment of Interpreter）。これら、副モデレーターと通訳者、翻訳者へのオリエンテーションを実際のワークショップを実施する前に1日かけて行った。副モデレーターは、前回でのPCM経験者が担当し、主モデレーターは全体を統括することを確認した。

3 - 4 ワークショップの内容

(1) 参加型計画の説明（ワークショップの初日）

1) ワークショップ会場のセッティング

会場のホテル・ホールには、針金を壁面に沿って張り、クラフト紙をクリップでつり下げて臨時のボードがつくられた。プレゼンテーション用のビデオプロジェクター、マイク・スピーカー、ホワイトボードを用意した。このほか、PCMワークショップ用の資機材に加えて名札、ヴィエトナム語のPCMテキストを用意した。

2) 参加者の構成 (資料 Participants of PCM Workshop)

ワークショップのヴィエトナム側の男女構成は男性12人、女性18人であった。このうち、12人が保健医療職で、残りは郡の人民委員会代表や女性連合代表が占めた。医師資格をもつ参加者は10人で、半分は省グループが占めた。あらかじめ用意された名簿には32人がリストアップされていたが、2人が欠席であった。

省レベルからは省人民委員会や女性連合、MCH/FPセンターから9人が出席したが、人民委員会副委員長と人民委員会保健医療担当の両メンバーは初日だけの参加であった。プロジェクト実施地区代表として4郡 (Thanh Chung, Nghia Dan, Con Cuong, Nam Dan) から14人が出席し、プロジェクト未実施地区代表としては1つの郡 (Anh Son) から7人が出席した。

3) プレゼンテーション

PCM手法の概要説明には、親しみやすいよう家づくりをプロジェクト例とした漫画仕立ての参加型計画 (資料 Participation Planning part 1) と通常のPCMにおける参加型計画 (資料 Participation Planning in PCM part 2) の2種類についてビデオプロジェクターを使って発表した。参加者のほとんどはワークショップの経験は初めてであったため、このようなアプローチをとった。

実際の手法についてはそれぞれの分析段階の前に、ホワイトボードにカードを貼り付けながら説明を行った。

(2) 参加者分析 (ワークショップ初日)

参加者分析デモンストレーション (参加者全体)

参加者分析は参加型計画の第1段階で、想定されるプロジェクトに関連するグループの特徴を分類し、プロジェクトにおけるグループの立場や役割、便益を明らかにするものである。

フェーズ1や日本での事前ワークショップで参加者分析の検討が行われており、時間を節約する意味からもあらかじめ準備したカードを貼り付けるデモンストレーションを行う方法を採用した。その後、参加者全員でつけ加えるべきカテゴリーや参加者グループの検討を行った。

想定されるプロジェクトによって便益を受けるグループの中から、ターゲット・グループとして、WRAと妊産婦が確認された (資料 Participation Analysis)。

(3) 問題分析(ワークショップ初日と2日目前半)

1) グループごとの中心問題の決定と問題系図の作成

問題分析の方法について事例を使った簡単なデモンストレーションを行い、その後、参加者それぞれに最低3つの問題を出してもらい、省実施者グループ、プロジェクト実施グループ、プロジェクト未実施グループの各々が中心問題を決定する方法をとった。

問題の焦点が拡散しないよう討議の主題を「ゲアン省において妊娠可能な年齢の女性のリプロダクティブヘルスについて」とした。

討議の結果、各グループにおいて、微妙な表現の違いはあるものの、「ゲアン省のWRAにおけるリプロダクティブヘルス状況はよくない」ということが確認された。以下はそれぞれのグループが作成した問題系図の中で、中心問題カードと直接原因カード、直接結果カードのみを抽出したものである¹。オリジナルの問題系図はそれぞれカードが70枚から200枚程度である。各グループの問題系図は資料 ~ として添付されている。

プロジェクト未実施地区のグループ(資料 Problem analysis of non-project group)

プロジェクト実施地区のグループ(資料 Problem analysis of project group)

プロジェクトの実施管理を担う省グループ(資料 Problem analysis of provincial group)

直接原因については、RTI、子供の数、栄養、妊娠関連の疾患、人工妊娠中絶へと集約され、それぞれのグループによる違いはあまりなかった。

(4) 目的分析(2日目後半と3日目前半)

1) 目的系図の作成

目的分析のデモンストレーションの後、グループごとの中心問題について協議を行い、3グループ合同で全体の中心問題を確認した。次にその中心問題を望ましい状態に置き換えた中心目的を設定した。

各グループは合同で確認した「ゲアン省のWRAにおけるリプロダクティブヘルス状況が改善される」を共通の中心目的として、今度はグループごとにそれぞれの直接原因について、望ましい状況や上位目的の手段へと書き換える作業と協議を行った。

1 オリジナルの問題系図は英語とベトナム語で作成された。報告者が目的系図を写しとり、英語を日本語に翻訳した。()内は、意味を理解しやすくするために報告者がつけ加えたもの。

省グループはプロジェクトを実施してきた経験もあり、論理性や目的系図の展開において、他グループよりやや視野が広く、カード数も多かった。

以下はそれぞれのグループが作成した目的系図の中で、中心目的カードと直接手段カード、直接目的カードのみを抽出したものである²。オリジナルの目的系図はそれぞれカードが70枚から200枚程度である。各グループの問題系図は資料 〓 として添付されている。

プロジェクト未実施地区のグループ（資料 Objective analysis of non-project group）

プロジェクト実施地区のグループ（資料 Objective analysis of project group）

プロジェクトの実施運営を担う省グループ（資料 Objective analysis of provincial group）

（５）代替分析（３日目後半）

アプローチの確認とグループ・プレゼンテーション

アプローチの確認に先立って、現実的なアプローチの選択になるようフェーズ１との一貫性や投入における制約、プロジェクト終了後の持続性について説明を行った。特に投入面において、日本とベトナム双方の投入資源（人的資源、費用、機材等）を年ごとに表した棒グラフの図を示して、投入面における制約とプロジェクト終了後の継続性と運営費用を印象づけた。アプローチの確認はグループごとに５～６件までとした。それぞれのグループにおいて確認されたアプローチをグループの代表が合同会議で発表した。

確認されたアプローチは次のとおりである。各グループのアプローチについては、その名称と含まれるカードの範囲が資料 〓 に示されている。

省実施者グループ（資料 Objective analysis of provincial group）

- ・妊娠・出産管理の推進アプローチ（以下、アプローチを省略）
- ・保健医療従事者の再訓練
- ・人工妊娠中絶に対するIEC活動
- ・RTIの低減
- ・栄養教育

2 オリジナルの問題系図は英語とベトナム語で作成された。報告者が目的系図を写しとり英語を日本語に翻訳した。（ ）内は、意味を理解しやすくするために報告者がつけ加えたもの。

プロジェクト実施グループ（資料 Objective analysis of project group）

- ・保健医療従事者、人民委員会、女性連合のIEC、カウンセリングの向上
- ・CHCスタッフの技術能力の向上
- ・CHCにおける衛生環境と衛生の実践

プロジェクト未実施グループ（資料 Objective analysis of non-project group）

- ・妊産婦のIEC
- ・CHCおよびDHC保健医療スタッフの知識・技術の訓練
- ・リプロダクティブヘルスガイダンス
- ・WRAの衛生環境の改善
- ・妊産婦健診の推進

（６）アプローチの選択と暫定PDM案の作成（４日目）

アプローチ³の選択と暫定PDM案の作成についてはカウンターパート機関であるMCH/FPセンターと日本側との合同ワークショップで行った。21日には、ワークショップでグループごとに同定されたアプローチに加え、それらのコンビネーションによる新たなアプローチを検討する方法をとった。しかしながら、ヴィエトナム側は包括的なアプローチを政策的に望んでいることやグループごとに同定されたアプローチに際だった差異がみられなかったことから、省実施者グループが同定したアプローチをすべて検討することで同意した。

日本側としては、対象地区や投入における際限のない拡大や栄養教育サブセクターを含めることへの躊躇があったことから、省実施者グループが同定した5つのアプローチについて、13のクライテリアを使った評価・検討を行うことにした（同資料 Alternative criteria）。栄養教育アプローチは客観的にも他のアプローチに比べ、課題が大きいことが双方によって認識されたものの、栄養教育に対するヴィエトナム側の主張が変わらなかったため、すべてのアプローチを採択した暫定PDM案を作成することになった。

なお、PDM作成に関する方法への合意に時間がとられ完成できなかったことから、活動と指標の一部はヴィエトナム側カウンターパートの了解を得て日本側で完成させることとなった。また、栄養教育アプローチの採択の可否は、4月24日の人民委員会との会議に委ねることになった。

3 一般にPDMを作成する際に、アプローチの最上位のカードが成果となる。

3 - 5 暫定PDMの内容

4月24日、MCH/FPセンター会議室で、暫定PDM案について省人民委員会と省プロジェクト運営委員会（MCH/FPセンター）およびプロジェクト・チーム、石井調査団長による会議をもった結果、暫定PDM案はおおむね了承された。暫定PDM案との主な変更点は次のとおりである。

- ・栄養教育はプロジェクトの成果に含めない。
- ・参考として提出されたヴィエトナム語版PDMと暫定PDM（英語版）において意味の摺り合わせが十分に行われていなかったため、指摘された部分の確認と修正を行った。
- ・上位目標の達成指標を一部追加した。

以下は暫定PDMの項目別にまとめたものである（資料 PDM 24-April-2000）。日本語訳（資料 日本語版PDM 24-April-2000）は、報告者が参考のために作成したものである。

（１）プロジェクト目標

ワークショップの各分析段階で微妙に修正されながら、最終的には次のようなプロジェクト目標が設定された。

- ・ Reproductive Health Service is improved in Nghe An Province
- ・ ゲアン省のリプロダクティブヘルスサービスが向上する

なお、プロジェクトの内容に照らし合わせ、「サービス」を挿入し、より対象が明確化された。

（２）上位目標

- ・ Reproductive Health of Women in Reproductive Age in Nghe An Province is improved.
- ・ ゲアン省において女性のリプロダクティブヘルスが向上する

（３）成果

プロジェクト実施期間内に求められる成果として、以下の５項目が暫定PDMに組み込まれた。

0. Steering Committee at all levels are established
0. すべてのレベルにおいて運営委員会が設立される
1. Management and guidance/counseling capacity of MCH/FP Center and DHC is improved
1. 母子保健・家族計画センター（MCH/FPセンター）と郡保健センター（DHC）の管理、指導、カウンセリング能力が向上する
2. Safe and hygienic delivery is promoted at the commune level

2. コミュニオンレベルで安全で清潔な出産が推進される
3. Guidance and counseling skill of MCH/FP Center staff is improved to reduce the number of abortion
3. 人工妊娠中絶を減らすために、MCH/FPセンター職員のガイダンスとカウンセリング技術が向上する
4. Capacity for reducing RTI is improved at MCH/FP Center and selected districts
4. MCH/FPセンターと選ばれた郡で生殖器系感染症（RTI）の減少のための能力が向上する

（４）活動

暫定PDMの活動欄に各成果に対応する活動が時系列で記載されている。

0. すべてのレベルにおいて運営委員会が構築される
 - 0.1 すべてのレベルで運営委員会の機能と責任をレビューし、再定義する
 - 0.2 運営委員会のメンバー検討（８郡）
 - 0.3 新規にプロジェクト対象地区となる郡とコミュニオンにおける運営委員会の設立
 - 0.4 新規プロジェクト対象地区の運営委員会に対するオリエンテーションを実施する
 - 0.5 新規プロジェクト地区とプロジェクトが実施された地区との経験の交流を実施する
 - 0.6 郡運営委員会とコミュニオン運営委員会が定期的な会議を実施する（毎月）
 - 0.7 省と郡運営委員会が定期的な会議を実施する（毎月、隔月、四半期）
1. MCH/FPセンターとDHCの管理、指導、カウンセリング能力が向上する
 - 1.1 MCH/FPセンター職員の受容能力を調査する
 - 1.2 必要に応じて職員の役割と責任の再割り当てを行う
 - 1.3 MCH/FPセンターにおいて管理とガイダンス技術に関する訓練・研修ニーズの自己評価を行う
 - 1.4 管理とガイダンス技術訓練のための計画を作成する
 - 1.5 DHCにおいてモニタリングチームを結成する
 - 1.6 モニタリングとガイダンス訓練を実施する
 - 1.7 MCH/FPセンターへ輸送手段を提供する
 - 1.8 計画に沿ってモニタリングとガイダンスを実施する
 - 1.9 MCH/FPセンターでデータとレポートの整理方法を確立する
2. コミュニオンレベルで安全で清潔な出産が推進される
 - 2.1 提供機材の利用と効果の査定を実施する
 - 2.2 機材リストを作成する

- 2.3 機材提供の計画を策定する
- 2.4 出産を介助する助産婦と産婦人科の準医師の再訓練を行う（10コース）
- 2.5 DHCの産科部門とCHCにおける機材の質を改善する
- 2.6 CHCの分娩室や家族計画サービス・カウンセリング室、シャワー室、トイレを改善する
- 2.7 女性連合メンバーへのIEC訓練を実施する
- 2.8 コミューンの女性連合メンバーへのIEC教材を提供する
- 2.9 女性連合メンバーが清潔なお産に関するIECを実施する
- 2.10 選ばれた郡とコミュニティの運営委員会が愛育班活動を採用する
- 2.11 DHCモニタリングチームがCHCに対して定期的なモニタリングを実施する
- 2.12 DHCに対して教育計画と教授法の指導者研修を行う
- 3. 人工妊娠中絶の減少についてMCH/FPセンター職員のガイダンスとカウンセリング技術が向上する
 - 3.1 MCH/FPセンターと選ばれた郡を対象に人工妊娠中絶に関する調査を行う
 - 3.2 ガイダンスとカウンセリングの戦略を開発する
 - 3.3 ガイダンスとカウンセリングに必要な教材を開発し、作成する
 - 3.4 MCH/FPセンターと選ばれた郡のDHC職員に対するガイダンスとカウンセリング研修を実施する
 - 3.5 必要な避妊具の供給を確保する
- 4. MCH/FPセンターと選ばれた郡でRTIの減少のための能力が向上する
 - 4.1 RTIのカウンターパートを確定する
 - 4.2 プロジェクト地域におけるRTIサーベイの実効性を検討する
 - 4.3 RTIの計画を策定する
 - 4.4 RTIのための特別委員会を構築する
 - 4.5 RTIサーベイを実施する
 - 4.6 RTIの予防のための戦略を策定する
 - 4.7 RTIのガイダンスとカウンセリングのために必要な教材を開発し、作成する
 - 4.8 RTI予防に対するガイダンスとカウンセリング教育を実施する

（５）指標

上位目標として、ゲアン省においてリプロダクティブヘルスが向上することが想定されている。リプロダクティブヘルスの水準を測る指標として以下の３項目があげられた。妊産婦死亡率と人工妊娠中絶数は、その精度や収集プロセスに課題があるものの定期的に収集され

る指標である。しかし、RTIは情報収集のための調査が必要となる。

1. 妊産婦死亡が減少する
2. 人工妊娠中絶数が減少する
3. RTI感染者数が減少する

プロジェクト目標にはサービスの量的な方向の指標となるサービス範囲の拡大と質的な指標となる標準センターの認定が組み込まれた。

1. リプロダクティブヘルスサービスの範囲が拡大する
2. 省保健サービスセンターとMCH/FPセンターによって、いくつかのCHCがリプロダクティブヘルスサービスの標準センターとして認定される

成果の達成度を示す単一の指標が存在しない、または得られにくい等の事情から、複数の事象の変化や活動が完結した状態を指標として用いている。以下は成果に対する指標群である。

0. すべてのレベルにおいて運営委員会が構築される
 - 0.1 すべてのレベルで運営委員会のメンバーが継続的に充足される
 - 0.2 すべてのレベルで運営委員会が定期的開催される
 - 0.3 すべてのレベルで運営委員会のメンバーが継続的に充足される
1. MCH/FPセンターとDHCの管理、指導、カウンセリング能力が向上する
 - 1.1 CHCのモニタリングのための標準チェックリストが開発される
 - 1.2 省保健サービスとMCH/FPセンターが設定した標準モニタリングの訓練を受ける職員数
 - 1.3 モニタリングが計画どおり実行される
 - 1.4 リプロダクティブヘルスサービスの達成水準が省保健サービス局とMCH/FPセンターによって設定される
 - 1.5 DHCで両親学級が適用され、継続的に組織化される
2. コミュニティレベルで安全で清潔な出産が推進される
 - 2.1 自宅分娩が減少する
 - 2.2 研修終了時の試験で少なくとも90%以上が合格する
 - 2.3 CHCにおけるパルトグラフの利用パーセントが増加する
 - 2.4 妊産婦の産前健診平均受診回数が3回以上になる
 - 2.5 CHCと自宅からの適切な時機のレファラルによる妊産婦死亡の減少
 - 2.6 ゲアン省のすべてのCHC（467）において、安全で清潔な出産にかかわる4つの施

- 設（分娩室、トイレ、シャワー室、井戸）が改善される
- 2.7 ゲアン省の辺境地域において、出産の90%以上が安全で清潔な環境が確保されたなかで行われる
- 2.8 ゲアン省のすべてのCHC（467）が、必須とされる妊産婦健診の項目を提供する能力を有する
- 3. 人工妊娠中絶の減少についてMCH/FPセンター職員のガイダンスとカウンセリング技術が向上する
 - 3.1 カウンセリングマニュアルが開発される
 - 3.2 カウンセリングおよびガイダンスにおいて適切な能力を有する職員数が増える
 - 3.3 MCH/FPセンターにおいて質の高いカウンセリングシステムが構築される
 - 3.4 人工妊娠中絶を繰り返す患者数の減少
- 4. MCH/FPセンターと選ばれた郡でRTIの減少のための能力が向上する
 - 4.1 サーベイ報告書の完成
 - 4.2 RTIの予防と減少のための戦略が開発される

（6）指標データ入手手段

上位目標における指標データ入手手段以外は、プロジェクトの実施活動のなかで、CHCやDHC、MCH/FPセンターからの報告書を入手先としている。

（7）外部条件

WRAの健康問題として栄養状況の問題があげられていたにもかかわらず、プロジェクト内で扱わないことから、外部条件としてモニターする必要があった。また、経済状況やヴィエトナム政府の政策、行政制度においてプロジェクトの目的達成に影響を及ぼす可能性をもつ要因が記載された。

3 - 6 ワークショップの評価と今後の課題

（1）モデレーターによる評価

ワークショップにおける参加グループの形態と参加の程度、分析過程の論理性、各分析内容は細かい点において課題があったものの、おおむね有効であり、評価できる。

ワークショップでもグループ内の女性連合リーダー格の意見が強く、他の女性の意見が押さえ込まれているように思われたり、カードを書くことに集中するあまり、他の意見を聞いていなかったりする場面があった。

しかしながら、どのグループでも各分析段階で100～200枚のカードを貼り付けるために、

書き直し、並べ替え、翻訳する作業を行わねばならず、作業のみを考えても容易なことではなかった。ましてや英語とヴィエトナム語の表現の意味がまったく異なって理解されているため、しばしば紛糾することもあった。これらも本来のグループダイナミズムが具現化しているからこそ起こるものであり、傍観しているというものではなかった。時間的な制約で問題分析と目的分析の下方のカードを十分検討する時間はなかったものの、中心問題と中心目的にある周辺のカードにおいては、どのグループも比較的時間を割いてその関連性と論理性について十分検討を行った。

カード数が議論の内容を表出するものではないが、各グループの各分析に貼られたカード数は次のとおりである。

	問題分析	目的分析
プロジェクト実施地区グループ	83	103
プロジェクト未実施地区グループ	72	72
省実施者グループ	191	195

問題分析と目的分析がそれぞれに対応する原因と手段の検討に時間が集中したため、プロジェクトによってもたらされる影響への検討は、次の2つにとどまっている。

(2) 参加者等による評価

代替分析の終了後（ワークショップ3日目）に、ワークショップについて参加者からカードへの自由記述による感想を求めたが、ワークショップへの理解が進み、参加者がより積極的になったこともあり、ワークショップの評価を実施する時間がほとんどなかった。したがって比較的早く終えた「プロジェクト未実施地区グループ」からのフィードバックのみになった。参加者グループ全員がワークショップに対して「科学的な方法で利用価値がある」や「参加者を能動的にした」など好意的な感想をもっているものの、積極的に参加したと自信をもって答えたのは7人のうち2人とどまっている。

MCH/FPセンター幹部らのPCMワークショップに対する反応は、非常によく、その重要性和手法への信頼が話の節々から聞こえてきた。ワークショップでは議論の際に熱くなったこともあったが、最も積極的に参加したグループでもあった。また、省人民委員会もPCM手法について「科学的な方法で利用価値がある」との認識を示し、ワークショップの成果品である暫定PDM案に対して、「枝振りをちょっと直す必要はあるが、木全体について問題はない」という表現でこのワークショップの成果を評価している。

(3) 今後の課題と暫定PDMについて

暫定PDMはプロジェクトの枠組みを構築するという面において当初の目的を達成した。

しかし、活動や指標、投入においてはまだ荒削りのところがあり、モニタリングと評価に利用され得るには漸次ブラッシュアップすることが望まれる。

附 属 資 料

事前評価表

PCMワークショップ添付資料（暫定プロジェクトPDM、他）

関係機関報告会資料

① 事前評価表

事前評価表 (プロジェクト方式技術協力)

1. 対象事業名
ヴィエトナム リプロダクティブヘルス プロジェクト フェーズII
2. 我が国が援助することの必要性・妥当性
<p>(1) フェーズI (年 月 ~ 年 月) における成果と課題</p> <p>ヴィエトナムにおける医療協力分野では唯一の地方展開プロジェクトであり、日本の NGO である (財) 家族計画国際協力財団 (ジョイセフ) の全面的な協力により実施した NGO との連携プロジェクトである。</p> <p>日本人専門家が派遣されて以来わずか2年7ヶ月という短期間にもかかわらず、</p> <ul style="list-style-type: none"> - 258人の助産婦・準医師に対する1ヶ月研修(11コース)の実施と日本人専門家による140以上の村に対する直接訪問によるモニタリングと郡のモニタリングチームによるフォローアップの実施。フォローアップの結果を受けて郡レベルにおける助産婦・準医師に対するリフレッシュコースの開催 - 延べ6000人以上の女性連合メンバーと村の指導者を中心とする村人に対する研修の実施 <ul style="list-style-type: none"> 郡と村の運営委員会メンバーに対する研修(プロジェクトの開始時に背景、目的、内容、JICAの協力等について説明): 839人(9回: JICA 専門家・母子保健/家族計画(MCH/FP) センター) 郡と村の運営委員会メンバーに対する研修(日本の地区組織活動事例紹介): 770人(8回: JICA 専門家・MCH/FP センター) 村の女性連合メンバーに対する広報教育(IEC): 4525人(3回、計72コース: 一部はJICA 専門家が直接指導、残りは指導者訓練(TOT)) その他 - 244の村にある保健センター(CHC) 全てに対し、機材の供与、施設の改善(日本政府草の根無償資金協力による)を完了した <p>これにより244ヵ村(人口155万人)の全てのCHCにおける安全で清潔なお産の環境を整えることが出来た。これは毎年25,000人近い妊婦に安全で清潔なお産を保証することを意味する。</p> <p>ゲアン省側はこの成果を高く評価し、ゲアン省全土にプロジェクトを拡大したい意向から、ヴィエトナム政府を通じ、日本側にプロジェクトのフェーズIIを要請してきた。</p> <p>(2) 日本政府のODA政策との関係</p> <ul style="list-style-type: none"> - 日本政府は人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)を1994年に発表し、人口、リプロダクティブヘルス(RH)をODAの重点課題の一つとして位置付けている。 - ODAに関する中期政策において人口・エイズは地球規模問題として取り組むべき重要課題となっている。 - OECD/DACの新開発戦略において2015年までにRHに係る保健・医療サービスの普及が目標の一つに掲げられている。

(3) ヴィエトナム政府（保健省）のプライオリティプログラムとの関係

－ヴィエトナム保健省は現在2010年までのRHケアに関する国家戦略の概要を作成中であるが、保健省の事業においてRHは重要課題の一つとなっている。人口増加率の抑制に成功しつつある現在、避妊サービスに比べ、女性（特に妊婦）の健康管理、母子保健、若者等に対するRH教育、サービスの欠落が指摘されている。

妊産婦死亡率： 137/100,000

乳児死亡率： 37/1,000

人工妊娠中絶率：アジアで最も高い（世界で5番目に高い）_推計年間100万件

生殖器系感染症・性感染症（RTI・STD）の感染率高い_推計女性の40%，農村では60－70%にものぼるところがある。

保健スタッフの人材不足（特に助産婦）と教育・再教育の不備

(4) プロジェクト地区における高いRHニーズ

－プロジェクト対象地区となるゲアン省はヴィエトナムにおいて人口が多い（ホーチミン市、タインホアに次ぎ国内で3番目に高い一約290万人）

－またゲアン省は経済的に貧しく、村で働く助産婦は十分な医学教育を受けていない初級助産婦が圧倒的である。

－村における保健サービスは施設、機材の老朽化、保健スタッフの医療技術の低さ、薬を含む消耗品の欠如等により、住民特に女性にとってアクセスが困難な状態にある。

(5) NGO との協力によって住民に直接裨益するプロジェクト

－NGOであるジョイセフが全面的に協力することにより、ジョイセフの25年以上の地域に根ざした人口・RH活動の手法と、ジョイセフがUNFPA/UNICEF/ベトナム保健省と協力し実施したベトナムでのプロジェクト経験に基づいたノウハウを活かし、プロジェクト活動の対象を直接コミュニティ（村）とすることで、住民（特に女性）に直接裨益するプロジェクトである。

(6) 日本の経験の活用

－ゲアン省においては大衆組織（女性連合、青年連合、農民連合等）の活動が活発であり、戦後日本が築き上げた母子保健推進の地区組織活動（PHCアプローチ、愛育班活動）の経験が充分生かせる状況にある。

3. 事業の目的等

ゲアン省におけるRHサービスが向上する

4. 事業の内容

(1) 基本的なアプローチ：

－PHCアプローチ（予防、教育に焦点をあてる）

－パッケージアプローチ（再教育、機材の供与、施設改善の3つのコンポーネントをパッケージにして全てのCHCに供与）

－ゲアン省内での南南協力の実施（フェーズIのプロジェクト地区のうちモデルになれる地区を選定し、新プロジェクト地区に対する技術、知識、経験の委譲を図る）

－日本の経験の活用（日本の母子保健推進において大きな貢献をした地区組織活動、愛育班、の経験の委譲や指導技術、両親学級、の移転）

(2) 事業内容：

プロジェクト対象地区の拡大

対象とするコミューンの数（244から467へ）

8郡（人口155万人）からゲアン全土（人口290万人）へ

フェーズⅠにおいて実施した事業の継続と定着（223の拡大コミューンに対し）

CHC（コミューン保健センター）スタッフの再教育（1ヶ月）

再教育対象者予定：223人（10回コース）

CHCに対する基本的医療機材の供与

1コミューンあたり約\$2,300相当の医療機材（プロ技機材供与費）×223

CHCの4つの施設の改善に対する協力（分娩室、井戸、トイレ、浴室）

1コミューンあたり約\$850相当のタイル、鉄材、セメント等（草の根無償）×223

再教育後のモニタリングとフォローアップ（すべてのコミューン対象）

モニタリング：日本人長期専門家との共同で作成したモニタリングリストによって郡のモニタリングチームが再教育の成果とその問題点をCHCを順次訪問し、確認する。このモニタリング時には村の運営委員会のメンバーも同席する。（一部の地域は日本人専門家も同行）モニタリングの結果はその場で全員に知らされ、改善すべき点が指摘される。

フォローアップ：モニタリングにおいて指摘された問題点がどの程度解決されているかをフォローアップする。郡のモニタリングチームが実施する。

モニタリング・フォローアップとも結果は省の運営委員会に報告される。

女性連合を中心とするIEC（広報教育）の普及

各コミューンで5人の女性連合メンバー（計2,335人）が選出され、年に1_2回の研修を受ける。（この女性連合のメンバーをJICAボランティアと言う人もいる）

5人 × 467コミューン × 1_2回 × 4年 = 9,340_18,680人（延べ人数）

フェーズⅠの実施によって明らかにされたニーズへの対応

人工妊娠中絶（MR－月経調節含む）数の低減

MCH/FPセンターの指導およびカウンセリング技術を向上させることにより、個人のニーズによりあった家族計画を奨励し、中絶を繰り返すケースを減らす。MCH/FPセンターで十分な経験をつんだのち、限られた数のモデル郡（フェーズⅡ開始後に決定）に対する指導およびカウンセリング技術の向上をはかる。

（参考：1998年1年間でMCH/FPセンターが扱った人工妊娠中絶数：3,550件、うち47%が繰り返しのケース。ゲアン省全体での人工妊娠中絶数は1998年で17,000件を超えている）

RTIの調査と予防に関する対策の策定

調査に時間がかかるため予防対策の実施まで移れるか否かは不明

上記の内容を実施するためにプロジェクトの運営委員会を省、郡、コミューンすべてのレベルに設置する。

省運営委員会（1）：メンバー 5人

郡レベル運営委員会（19）：4人×19＝76人

コミューン運営委員会（467）：3人×467＝1,401人 総合計：1,482人

(フェーズⅠで省、8郡、244コミューンには設置済み)

参考：ゲアン省

(総人口：2,858,700－ベトナムで3番目の人口、収入：平均一人あたり収入は国の平均の70%
省都はヴィン市、ハノイの南約300キロに位置する。またゲアン省は故ホーチミン国家主席を
はじめとしてヴェトナムの頭脳といわれるほど多くの政府要人を輩出している。)

5. 成果の目標

- (1) ゲアン省のMCH/FPセンターおよび全ての郡のDHCのスタッフの運営管理、指導、カウンセリング能力の強化

JICAプロジェクト終了後の活動・成果の継続・拡大に向けて組織的なスタッフの能力強化が必要とされる。対象となるのは：

MCH/FPセンター指導者及びスタッフ： 約70名

郡の運営委員会、及び郡のモニタリングチームのメンバー： 約130名

(モニタリングチームの人数は郡によってバラつきがある)

- (2) ゲアン省全てのコミューン(467)における安全で清潔なお産の推進

プロジェクト終了時にはゲアン省の農村で出産するすべての妊婦に対する清潔で安全なお産ができる環境が整うことを目標にする(同省でのお産の件数：推計約：40,000件/年)。

目標達成のため： プロジェクト終了時まで；

467すべてのCHCの助産婦または補助医師の再教育、モニタリング、フォローアップを行い、定期的な業務指導、監督ができる体制を整える。

467すべてのCHCに対する医療資機材の供与が完了する。

467すべてのCHCの施設が改善される。

各コミューンから5人ずつ選ばれている女性連合メンバー(JICAボランティア)

計2,335人に対する定期的な研修の実施

プロジェクト終了時まで延べ人数で10,000-15,000人が研修される。

- (3) 人工妊娠中絶の減少にむけてMCH/FPセンターの指導、カウンセリング能力の強化

年間推計で17,000件ある人工妊娠中絶でも特に後期中絶及び繰り返しの中絶のケースを減らす。(数値的なコミットメントは困難)

- (4) RTI(生殖器系感染症)の減少に向けてMCH/FPセンターの能力強化

ヴェトナムにおいてRTIの感染率の高さはRH上の重要問題と政府(保健省)が述べているにもかかわらず、現在まで信頼にたすスケールの科学的な調査は実施されていない。

ゲアン省の農村での調査はただ単にJICAプロジェクトのみならず、国家プログラムである保健省のRHの取り組みに対する大きな貢献が可能となる。

6. 外部要因リスク

保健スタッフの給料が現在の水準より下がらないこと。大きな自然災害が起こらないこと。

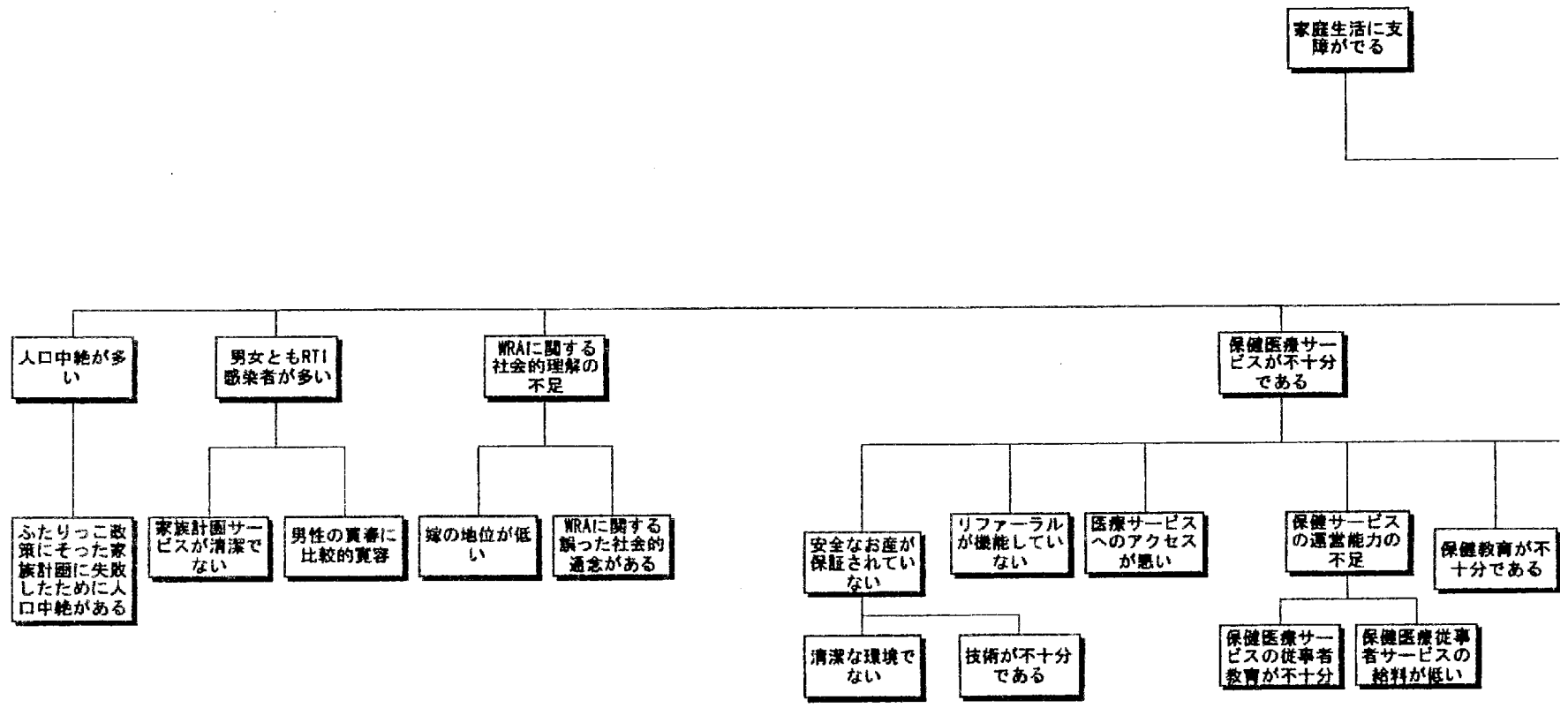
7. 今後の評価計画

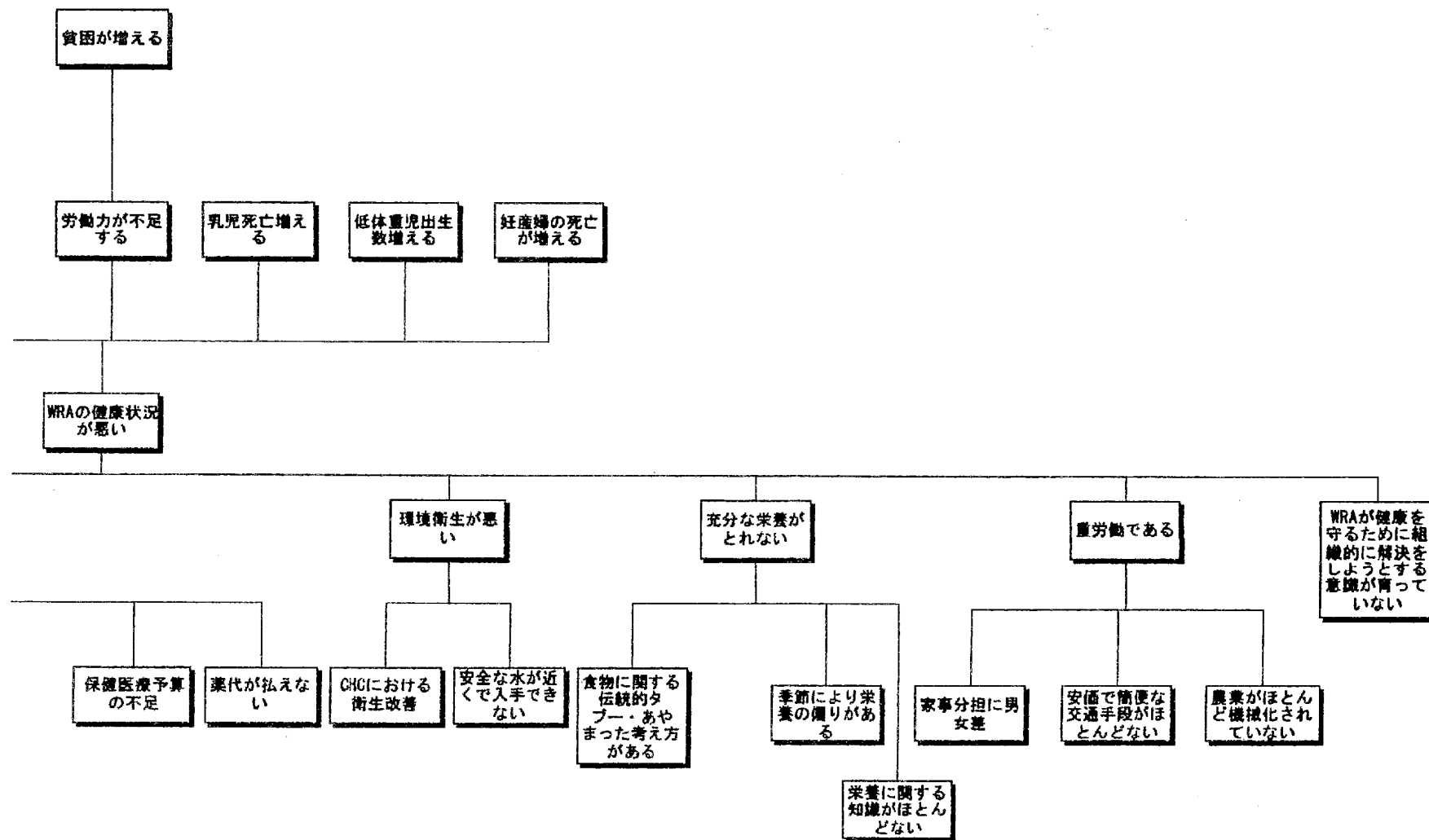
中間評価、最終評価

② PCM ワークショップ添付資料（暫定プロジェクト PDM、他）

- 資料① 参加者分析（事前ワークショップ）
- 資料② 問題分析（事前ワークショップ）
- 資料③ Role of Assignment of Interpreter
- 資料④ Participants of PCM Workshop
- 資料⑤ Participatory Planning part 1
- 資料⑥ Participatory Planning in PCM part2
- 資料⑦ Participants Analysis
- 資料⑧ Problem analysis of non-project group
- 資料⑨ Problem analysis of project group
- 資料⑩ Problem analysis of provincial group
- 資料⑪ Objective analysis of non-project group
- 資料⑫ Objective analysis of project group
- 資料⑬ Objective analysis of provincial group
- 資料⑭ Alternative criteria
- 資料⑮ PDM 24 April 2000 英語
- 資料⑯ PDM 24 April 2000 日本語版

受益者(新規)	受益者(8郡)	潜在的反対者	実施者	決定者	協力者	財政負担者
準医師 助産婦 CWV(コミュニン女性連立乳幼児	助産婦 妊婦 乳幼児	妊婦 宗教的指導者(カソリック 夫	ゲアン省人民委員会 ゲアン省MCH/FPセンター 女性連立	ゲアン省人民委員会 JICA 省MCH/FPセンター ゲアン省人口・家族 計画委員会 Provincial Steering Committee (MCH/FPセンター 内)	農民連立 青年同盟 ヘルスボランティア	JICA ゲアン省人民委員会 ゲアン省保健局
DHC	WRAの夫		助産婦		JOCV	プロジェクト地区人民委員会
CHC 妊婦 乳幼児 WRAの夫 若者(14-30)	若者(14-30) 妊婦 WRA 対象地域の住民 CHCスタッフ ディストリクトのMCH・ FPモバイルチームの メンバー		プロジェクト事務所 ゲアン省保健局 看護婦 助産婦 準医師 ディストリクトのMCH・ FPモバイルチームの メンバー		NGO UNFPA 世銀 医薬品小売業 村落委員?	MCH・FPセンター プロジェクト地区コミュニン人民委員会 草の根無償 サービス利用者(in kind or labor)
妊婦 WRA 対象地域の住民 CHCスタッフ ディストリクトのMCH・FP モバイルチームのメン バー	DHC 省MCH・FPセンター 新生児				GTZ UNICEF Finland Save the Children Japan	
省MCH・FPセンター 新生児					Save the Children France World Food Programme Ministry of Planning and Investment Ministry of Health Ministry of Finance Ministry of Foreign Affairs Department of Planning and Investment in Nghe An Province Department of Foreign Affairs in Nghe An Province	





JICA Reproductive Health Project

PCM Workshop
19 (Wed) – 21 (Fri), April, 08:00 – 17:00 daily

Role Assignment

Moderator: Mr. Eimitsu Usuda Interpreter: Ms. Thuy

Group 1: Provincial participants

Sub-moderator: Dr. Nga
Interpreter: Mr. Long
Assistant to interpreter: Ms. Lan

Group 2: Districts in Project Area

Sub-moderator: Mr. Kadoi
Interpreter: Ms. Thuy
Assistant to interpreter: Ms. Huong

Group 3: Anh Son (non-project area)

Sub-moderator: Ms. Van
Interpreter: Dr. Le
Assistant to interpreter: Ms. Nhung

JICA Reproductive Health Project

Participants of PCM Workshop
19 (Wed) – 21 (Fri), April, 08:00 – 17:00 daily

1) Provincial level (Total 7 people)

Provincial Health Service:

Dr. Pham Ung, Director, Health Service

MCH/FP Center:

Dr. Do Thi Mui, Director, MCH/FP Center

Dr. Nguyen Ba Tan, Vice Director, MCH/FP Center

Dr. Bui Dinh Long, Vice Director, MCH/FP Center

Women's Union:

Mrs. Nguyen Thi Chau, Chairperson, Provincial Women's Union

Mrs. Hoai, Standing Member, Provincial Women's Union

Mrs. Tan, Standing Member, Provincial Women's Union

2) Participants from Project Districts (Total 14 people)

Nghia Dan: Dr. Vi Van Dinh, Director, DHC

Dr. Nguyen Hoai Chuong, OB/GYN Department, DHC

One CHC staff participated in CHC re-training

Con Cuong: Dr. Le Thi Lien, Director, DHC

Dr. Nguyen Dinh Son, Vice Director, DHC

One CHC staff participated in CHC re-training

Thanh Chuong: Mr. Tran Duy Ngoan, Chairperson, People's Committee

Ms. Nguyen Thi Huong, Chairperson, Women's Union

One commune women in reproductive age

One commune youth, unmarried

Nam Dan:

Mr. Nguyen Vuong Loc, Vice-Chairperson, People's Committee

Ms. Nguyen Thi Hong, Vice-Chairperson, Provincial Women's Union

One commune women in reproductive age

One commune youth, unmarried

3) Participants from Non-Project District (Total 7 people)

Anh Son: One representative from People's Committee

One DHC representative

One representative from Women's Union

One CHC staff who is in charge of pregnancy care

Two commune women in reproductive age

One commune youth, unmarried

Members of PCM Workshop

Date: April 19 - 21, 2000

Place: Huu Nghi Hotel

No.	Name	Position	Organization
1	Mr. Hoang Ky	Vice - Chairperson	Nghe An People's Committee
2	Dr. (Mr.) Nguyen Xuan Hong	Expert on Health	Nghe An People's Committee
3	Ms. Nguyen Thi Chau	Chairperson	Women Union, Nghe An
4	Ms. Pham Thi Hoai	Standing Member	Women Union, Nghe An
5	Ms. Nguyen Thi Than	Standing Member	Women Union, Nghe An
6	Dr. (Mr.) Pham Ung	Director	Depart. of Health, Nghe An
7	Dr. (Ms.) Do Thi Mui	Director	MCH/FP Center
8	Dr. (Mr.) Nguyen Ba Tan	Vice-director	MCH/FP Center
9	Dr. (Mr.) Bui Dinh Long	Vice-director	MCH/FP Center
10	Mr. Nguyen Huu Nhi	Chairperson	Anh Son District
11	Dr. (Mr.) Nguyen Canh Cuc	Director	Anh Son DHC
12	Ms. Duong Thi Dan	Chairperson	Anh Son Women's Union
13	Ms. Lu Thi Huong	Midwife	Anh Son CHC
14	Ms. Ha Thi Hien	Commune Women's Union	Anh Son District
15	Ms. Pham Thi Yen	Commune Women's Union	Anh Son District
16	Ms. Pham Thi Hoa	Commune Youth's Union	Anh Son District
17	Mr. Tran Duy Ngoan	Chairperson	Thanh Chuong District
18	Ms. Nguyen Thi Huong	Chairperson	Thanh Chuong Women's Union
19	Ms. Nguyen Thi Thao	Commune Women's Union	Thanh Chuong District
20	Mr. Nguyen Van Khuong	Commune Youth's Union	Thanh Chuong District
21	Dr. (Mr.) Nguyen Dinh Van	Director	Nghia Dan DHC
22	Dr. (Ms.) Le Hoai Chung	Head of Ob/Gyn	Nghia Dan DHC
23	Ms. Hoang Thi Huong	CHC Midwife	Nghia Dan District
24	Dr. (Ms.) La Thi Lien	Director	Con Cuong DHC
25	Dr. (Mr.) Nguyen Dinh Son	Vice - Director	Con Cuong DHC
26	Ms. Vi Thi Yen	CHC Midwife	Con Cuong District
27	Mr. Vuong Dinh Loc	Vice- Chairperson	Nam Dan People's Committee
28	Ms. Nguyen Thi Hong	Vice - Chairperson	Nam Dan Women's Union
29	Ms. Bui Thi Thu	Commune Women's Union	Nam Dan District
30	Ms. Nguyen Thi Sy	Commune Youth's Union	Nam Dan District

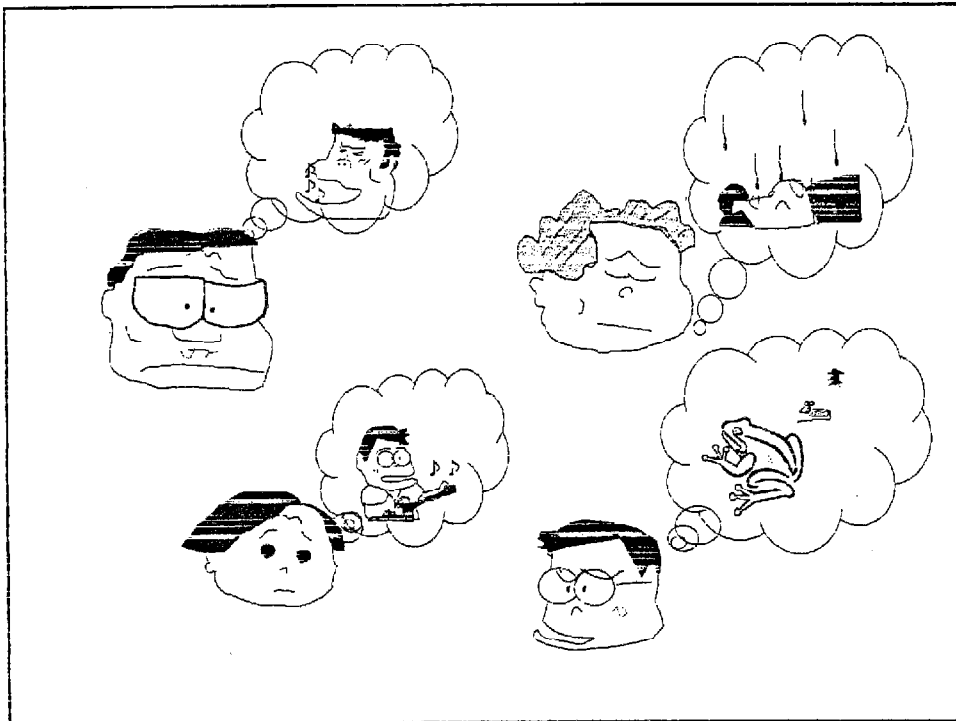
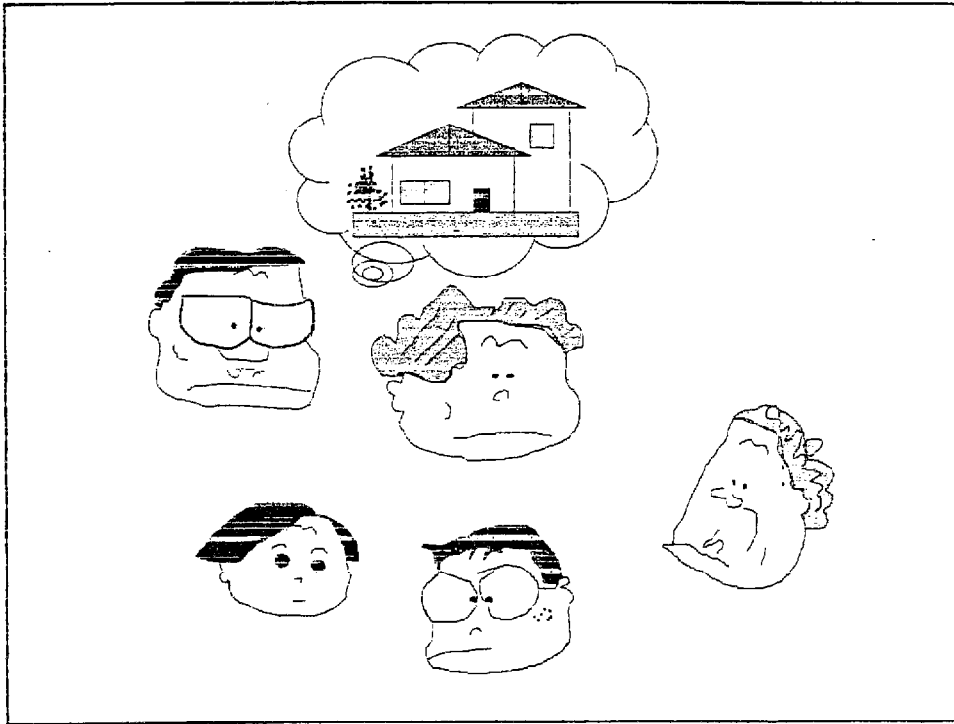
Participatory Planning

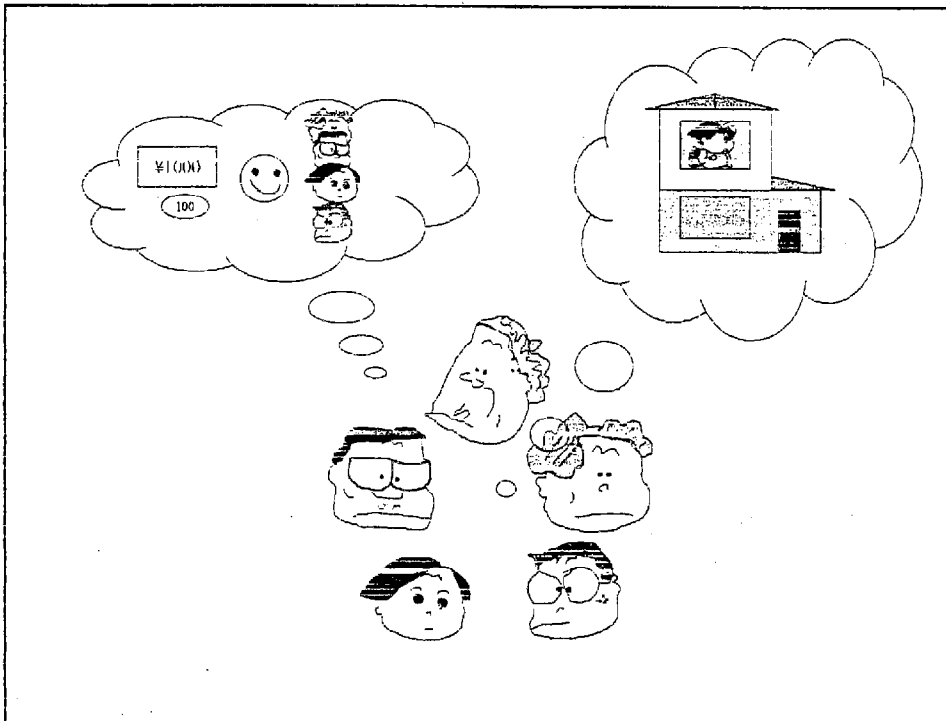
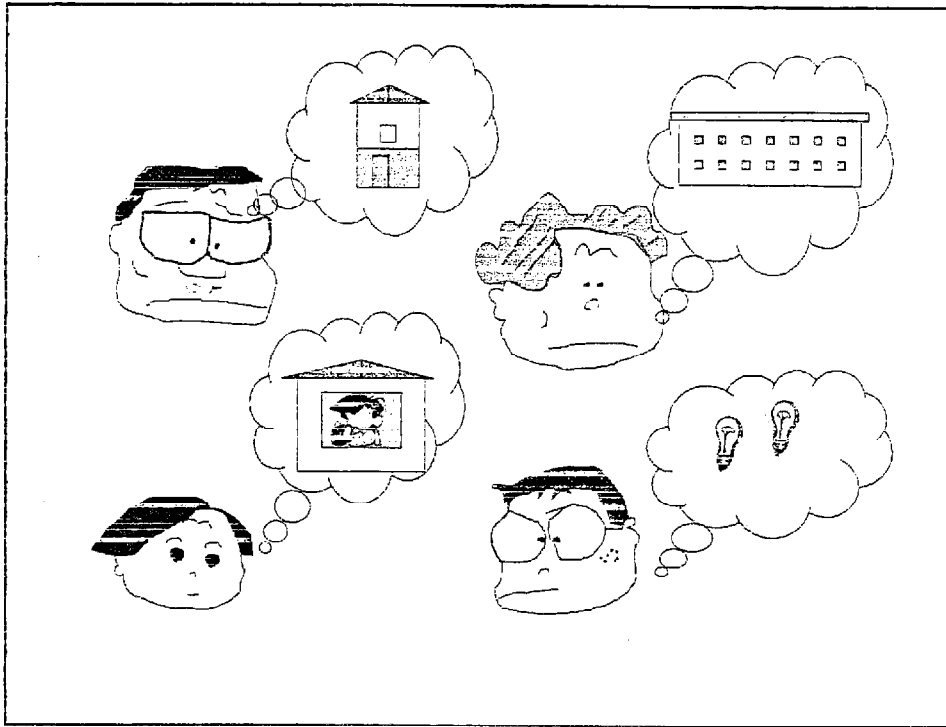
Part I

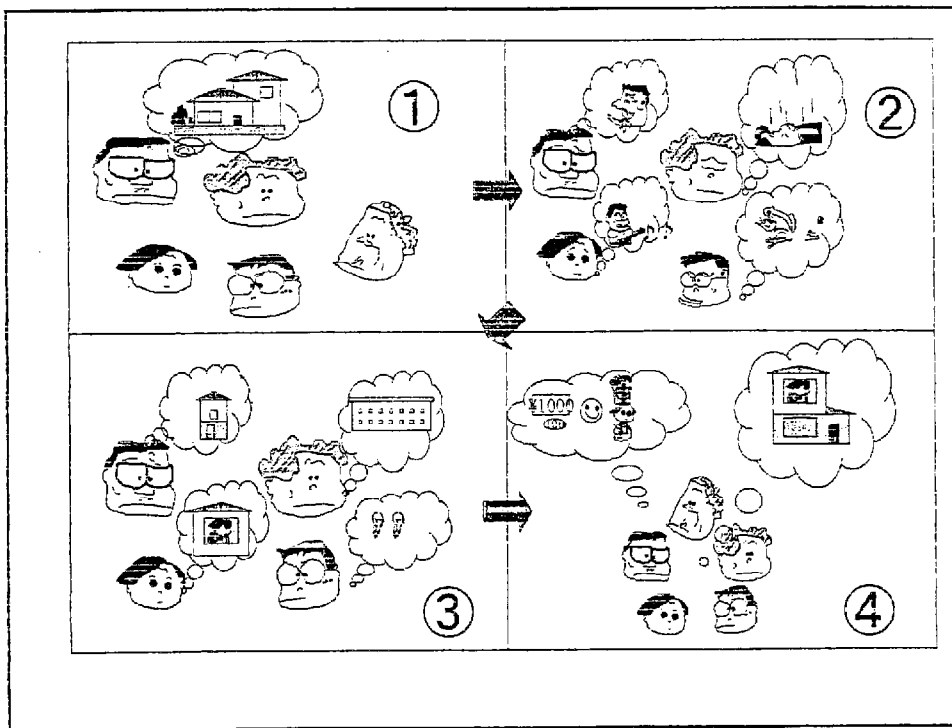


Nghe An Province
Viet Nam April 2000.

Project is a series of work to be
done within given inputs and
period of time in order to achieve
the objective







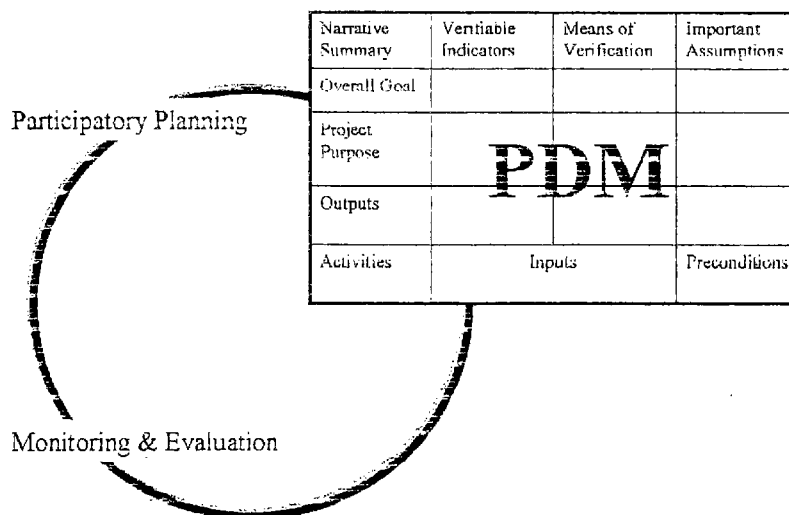
PCM: Project Cycle Management

Participatory Planning in PCM

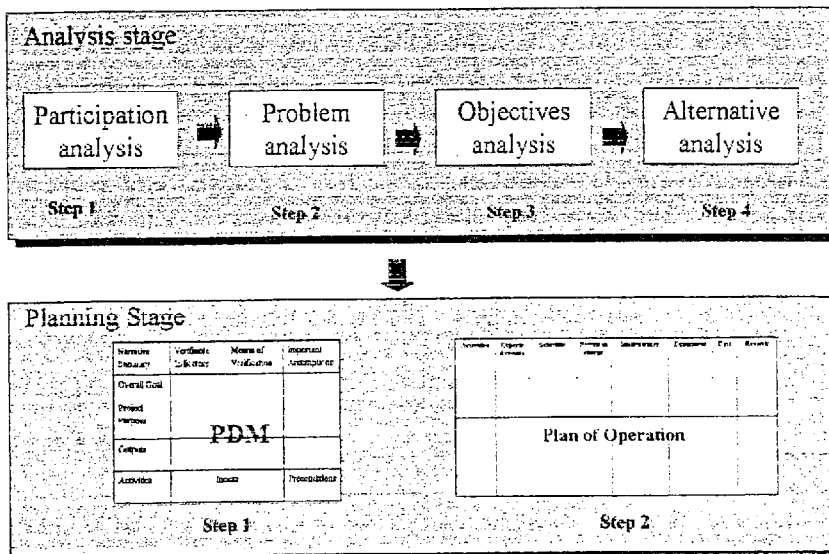
Part II

Nghe An Province
Viet Nam April 2000

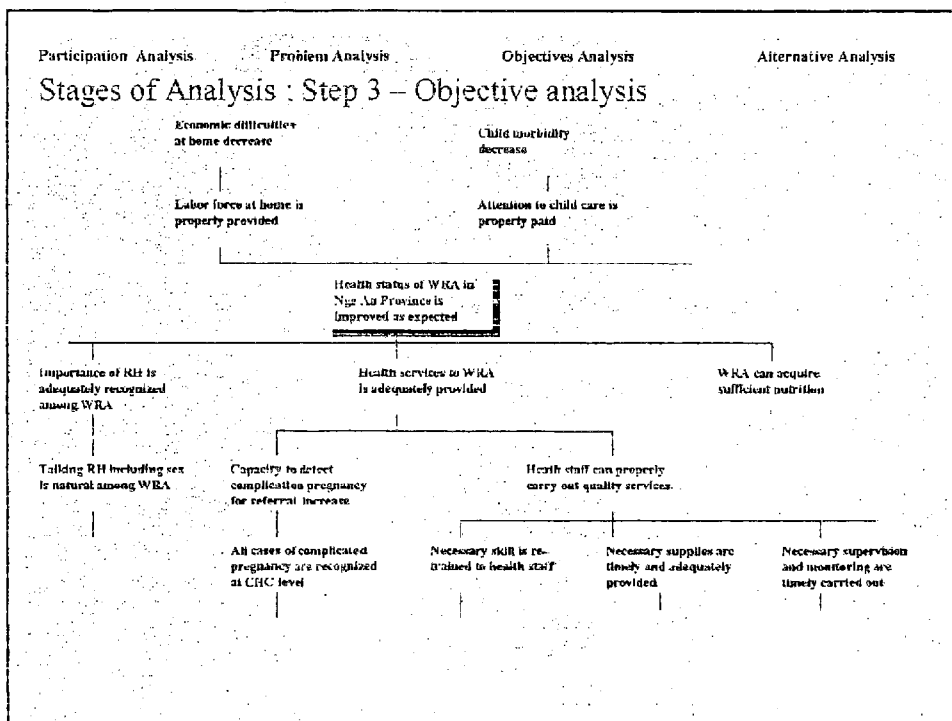
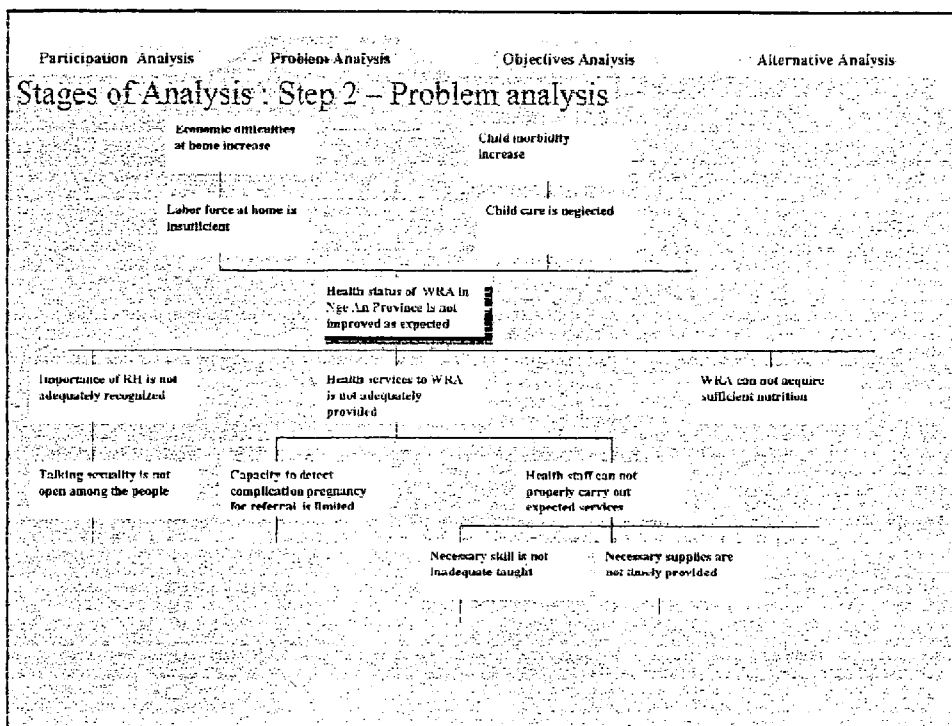
Project Cycle Management (PCM) Method

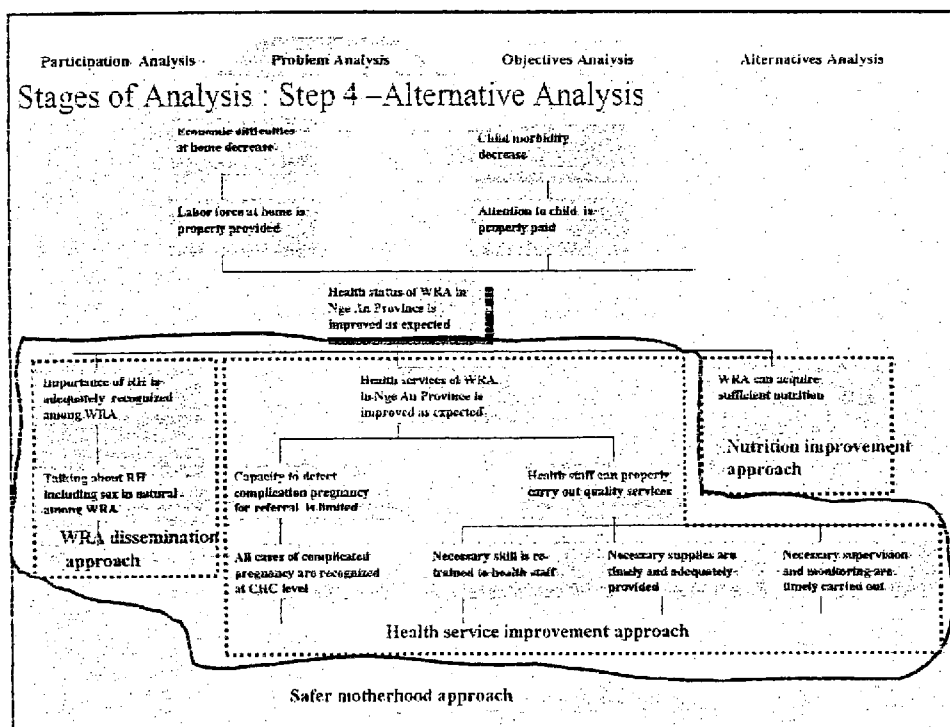


Two main stages of Participatory Planning



Participation Analysis	Problem Analysis	Objectives Analysis	Alternatives Analysis	
Stages of Analysis : Step 1 – Participation Analysis				
Beneficiaries	Potential opponents	Implementing agencies	Decision-makers	Funding agencies
Women in reproductive age	Mother in law	Nge An MCH/TP Center	Nge An Province People's Committee	JICA
Young persons	Catholic leader			Nge An Province People's Committee
Medical Assistant				Commune People's Committee
Infants(12 months)				





Planning Stages: Project Design Matrix

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal			
Project Purpose			
Outputs			
Activities	Inputs		Preconditions

Planning Stages : Plan of Operation

Activities	Expected results	Schedule	Person in charge	Implementer	Equipment	Cost	Remark

Project

A planned undertaking intended to achieve prescribed objectives within a given budget and specified period of time

Project cycle

The entire process of an undertaking, including project identification, formulation, appraisal, implementation, monitoring and evaluation and feedback. The results of the evaluation are fed back and incorporated into future project planning.

Overall Goal

The effect of a development project expected to be attained as a result of the Project Purpose being achieved.

Project Purpose

An objective that is expected to be achieved as a result of project implementation and which is revealed in the form of specific benefits or impacts for the target group.

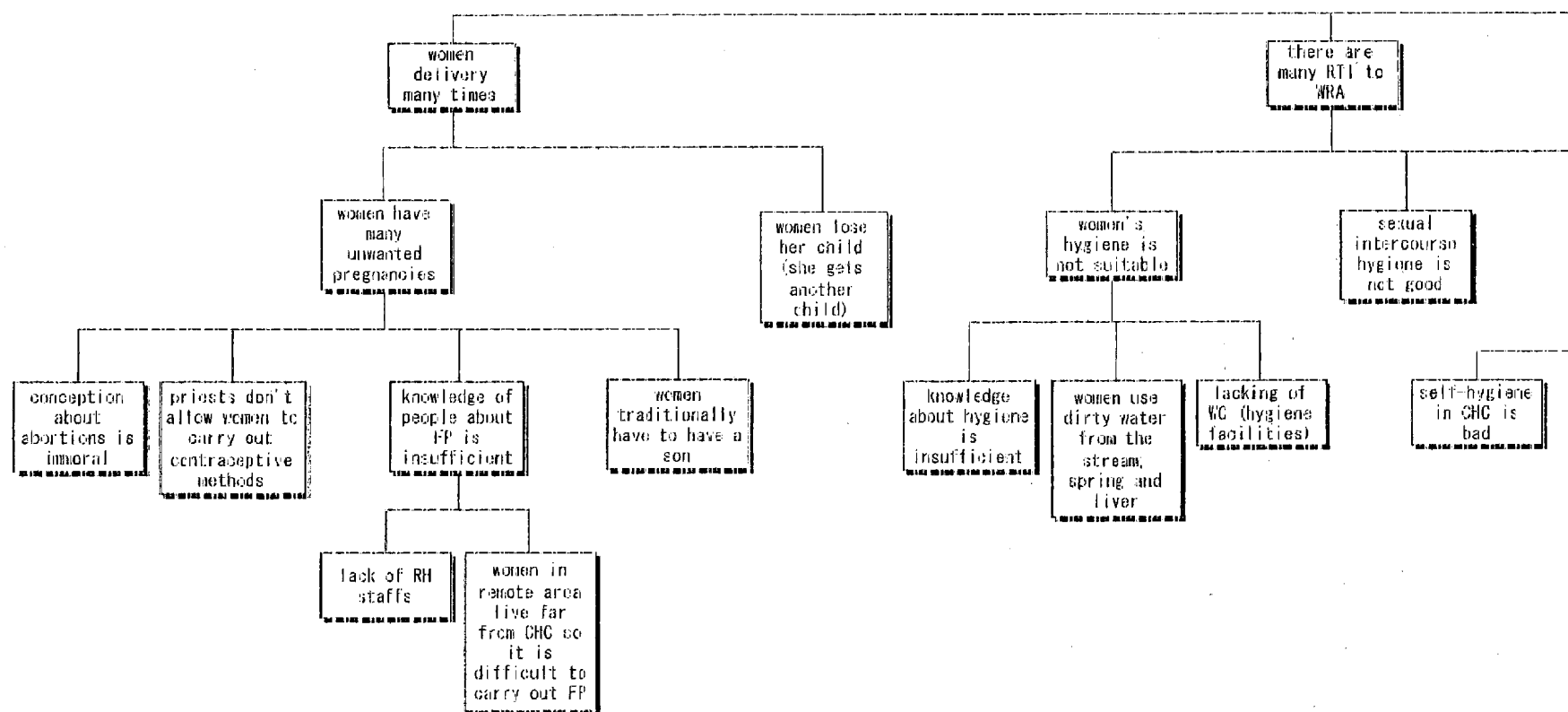
Outputs

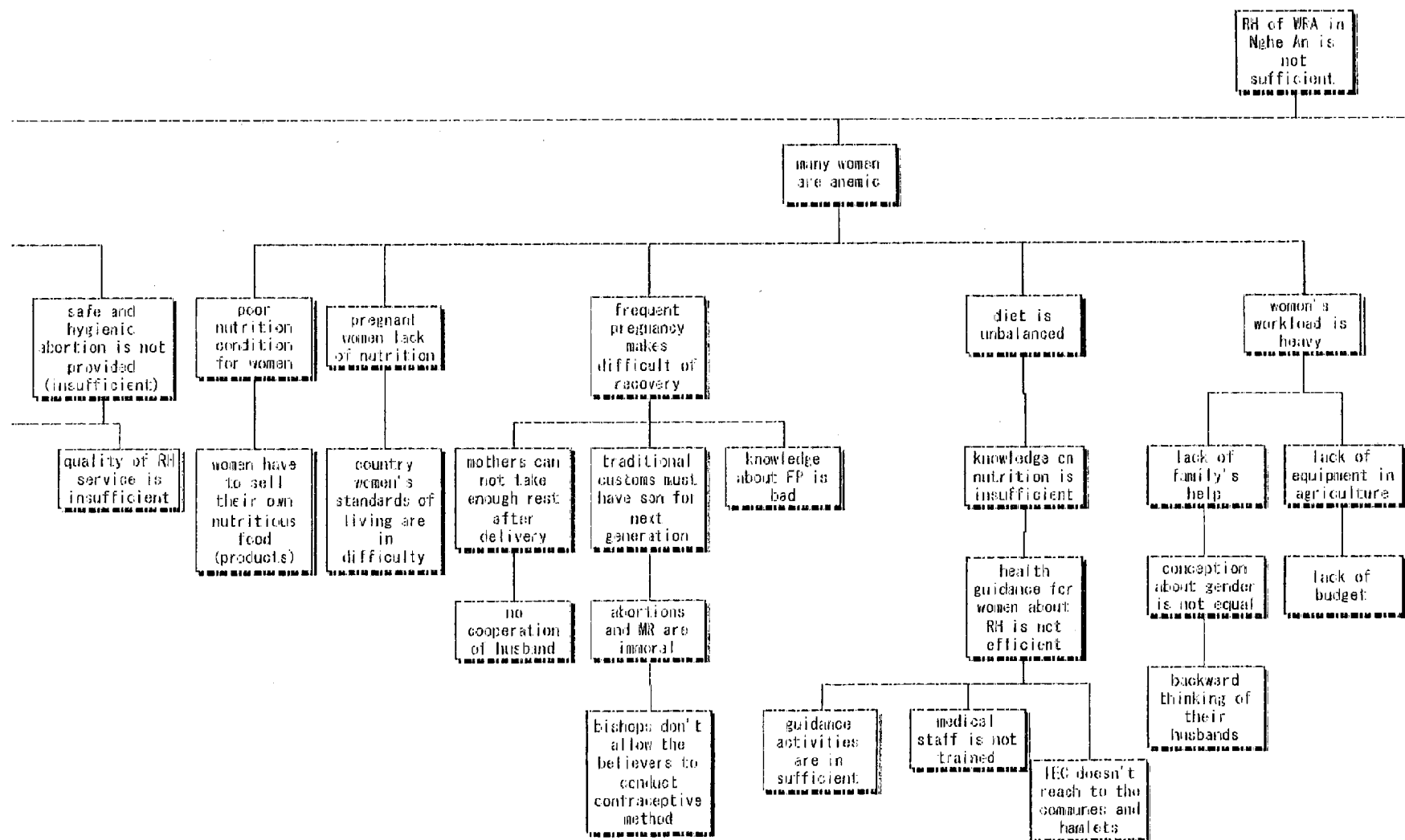
Several objectives that must be achieved for the Project Purpose to be attained. Outputs are expected to be achieved by implementing Project Activities.

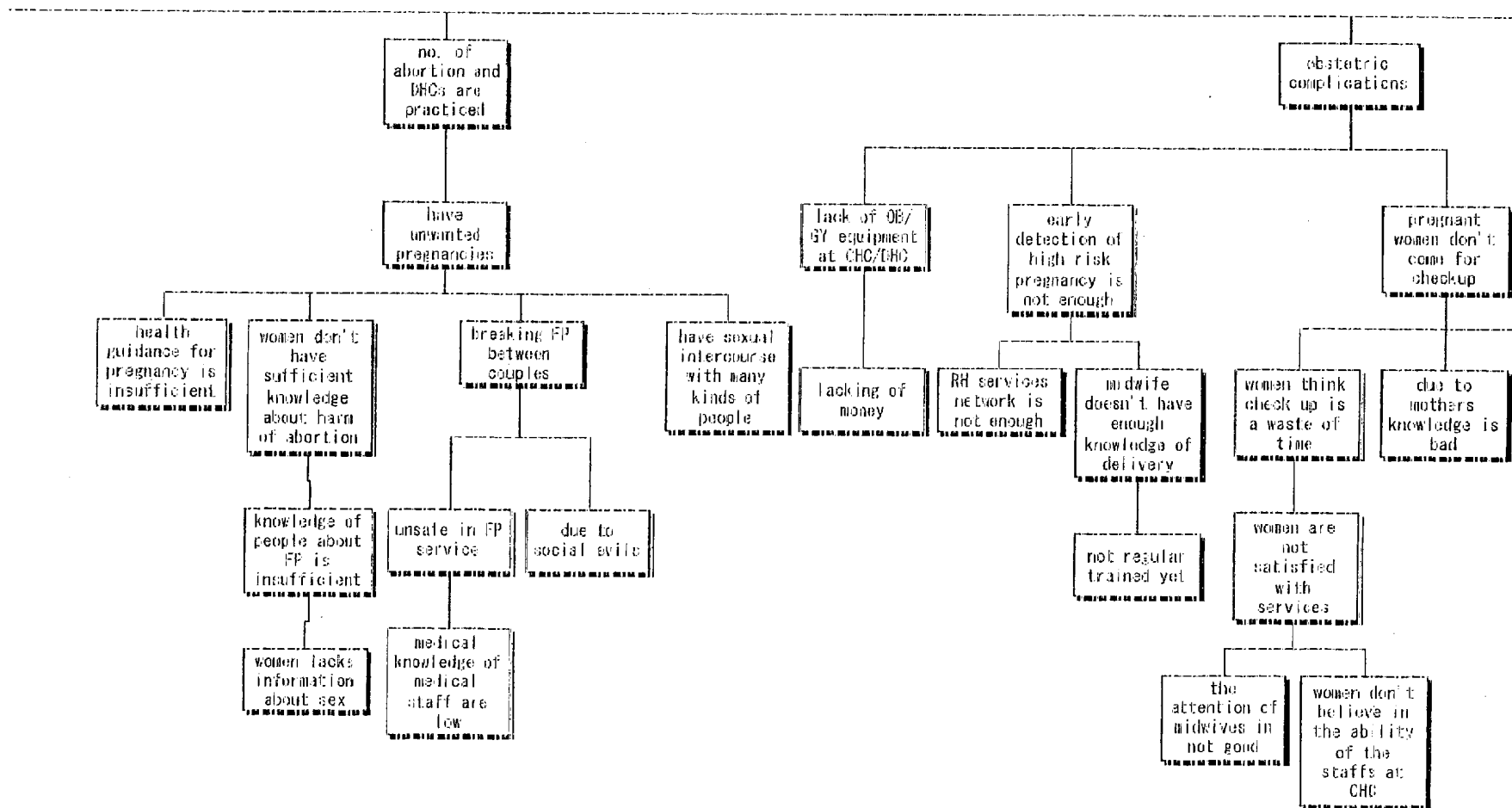
Activities

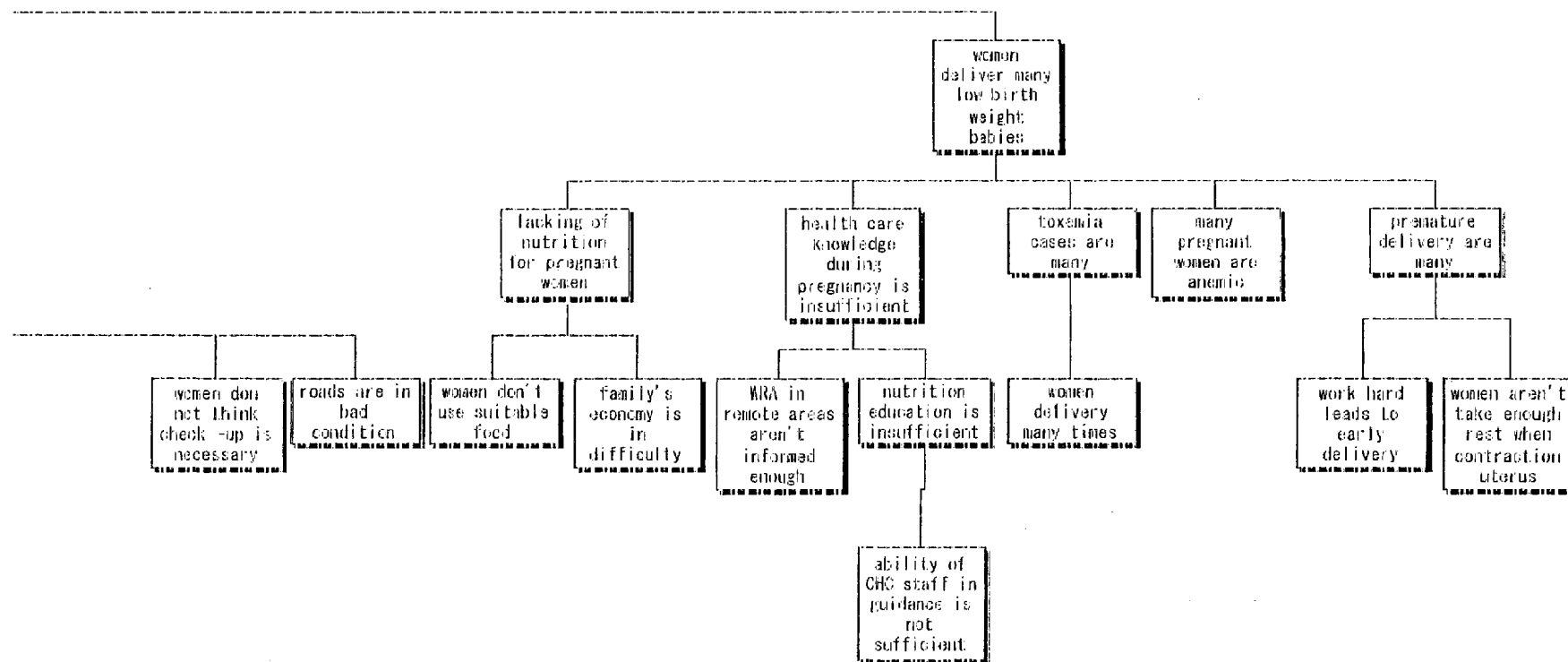
Participants Analysis

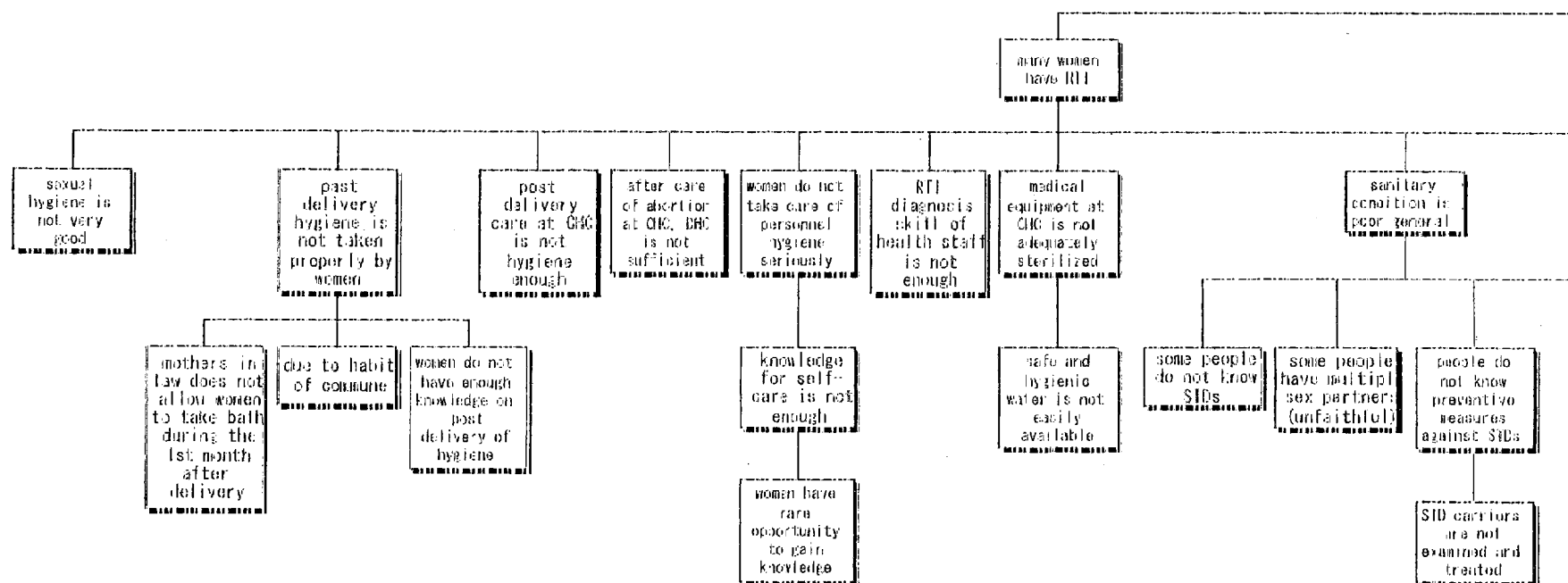
beneficiaries	potential opponents	implementing agencies	decision makers	funding agencies	supporting group
pregnant women	husband	Japanese experts	Vietnamese Government	steering committee	people's committee
women in reproductive age	parents in law	FP station	Japanese Government	JOICEF	JICA
children under 5 years	ethnic people	secretaries of the project	People's committee	JICA	Vietnamese Government
newborn baby	Christian	OB/GYN assistant doctors	joint committee	ODA project	youth union
children	buddhist	pediatric doctors	women's union	provincial people committee	Japanese Government
infertile couples	awkward age	midwife	population cooperators	people's committee	commune people
wife	disabled people	DHC		community people	oldest people of hamlet
unmarried women	priest	CHC		Vietnamese government	head of hamlet
baby under 2500g				Japanese Government	religious organizations
midwife				WHO	basic trade union
health staff				NGOs	women's union of hamlet level
ethnic people				Population committees	women union
christians					schools
MCH/FP center staff					secondary medical schools
DHC staff					health post workers
CHC staff					
breast feeding women					

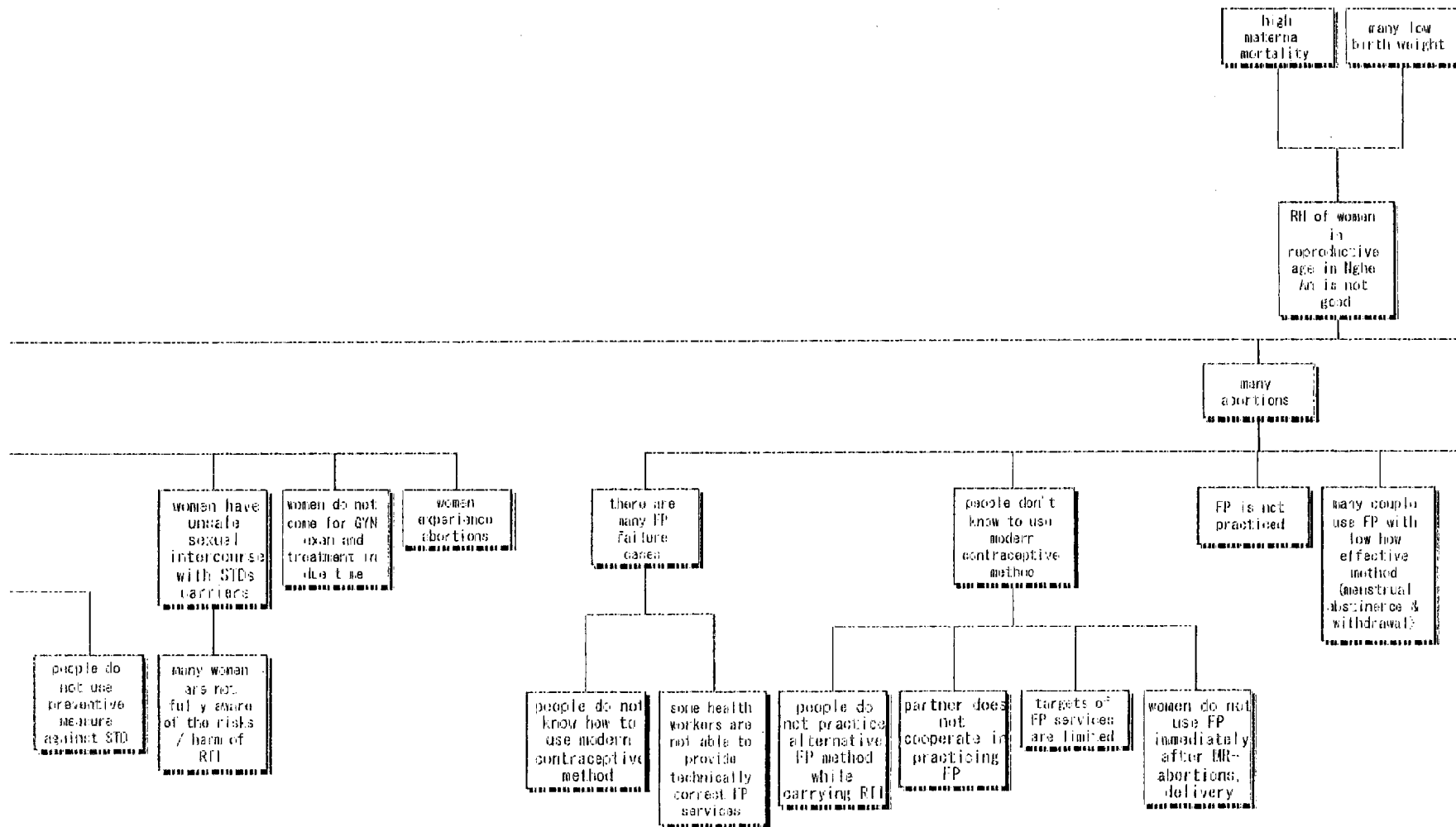


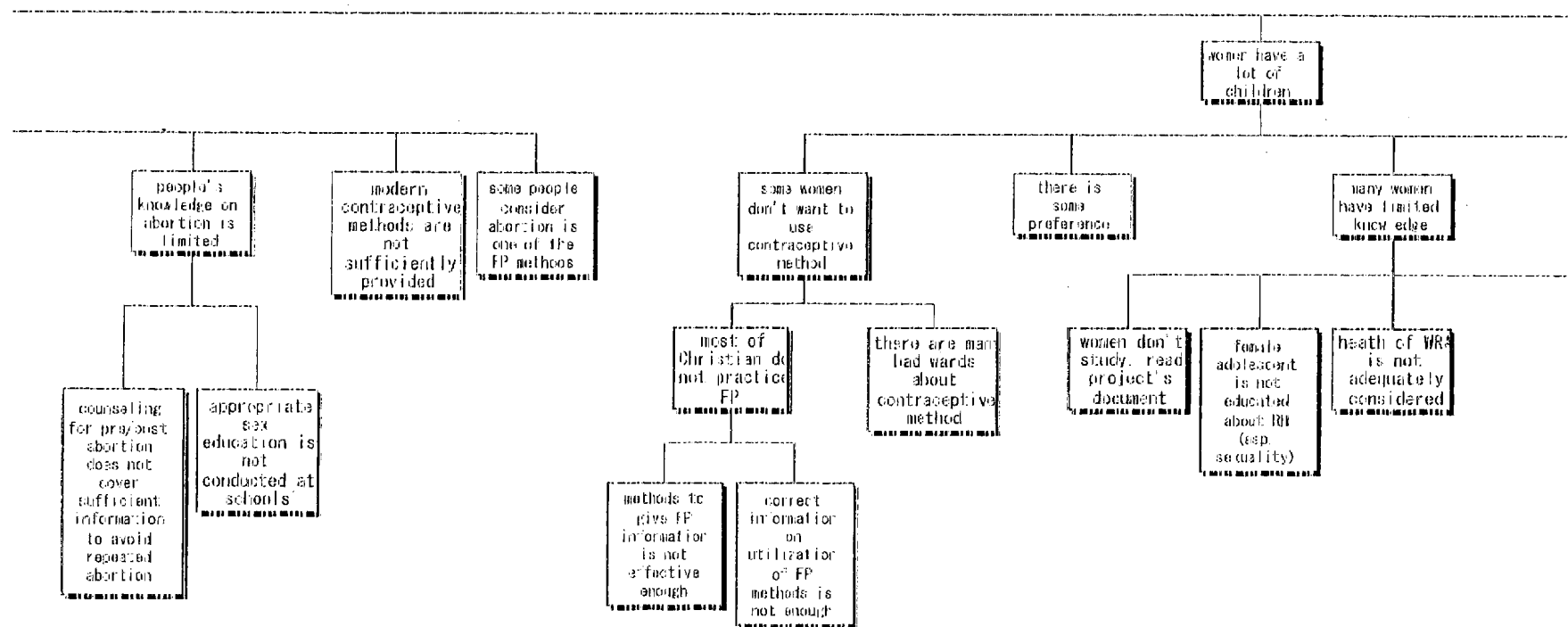


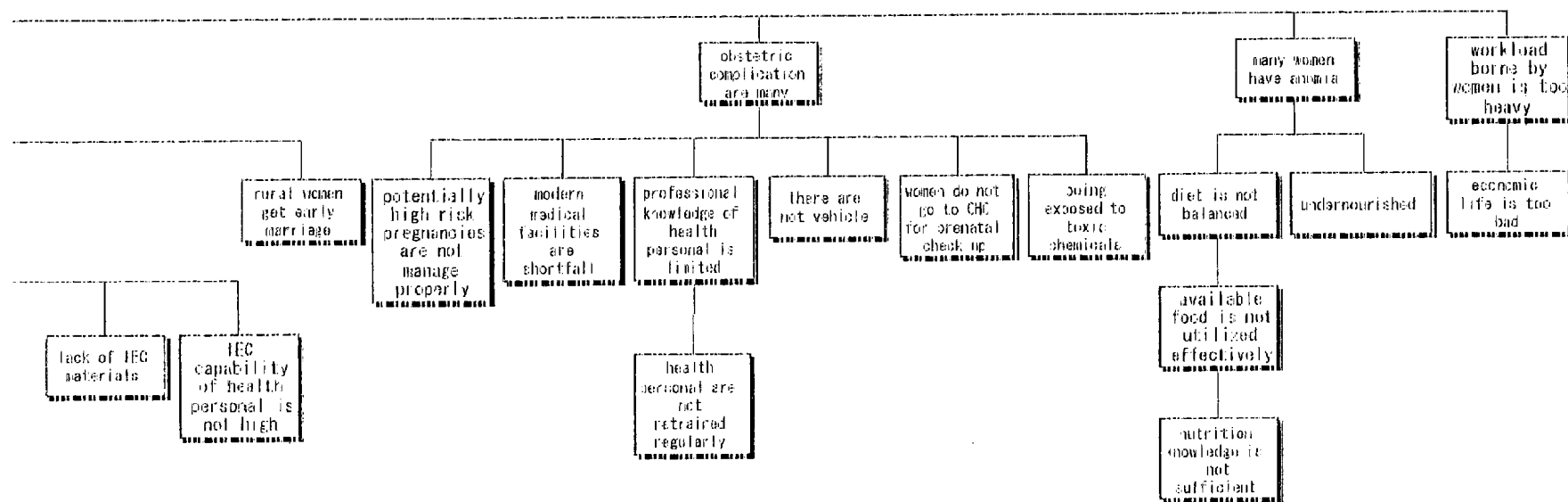


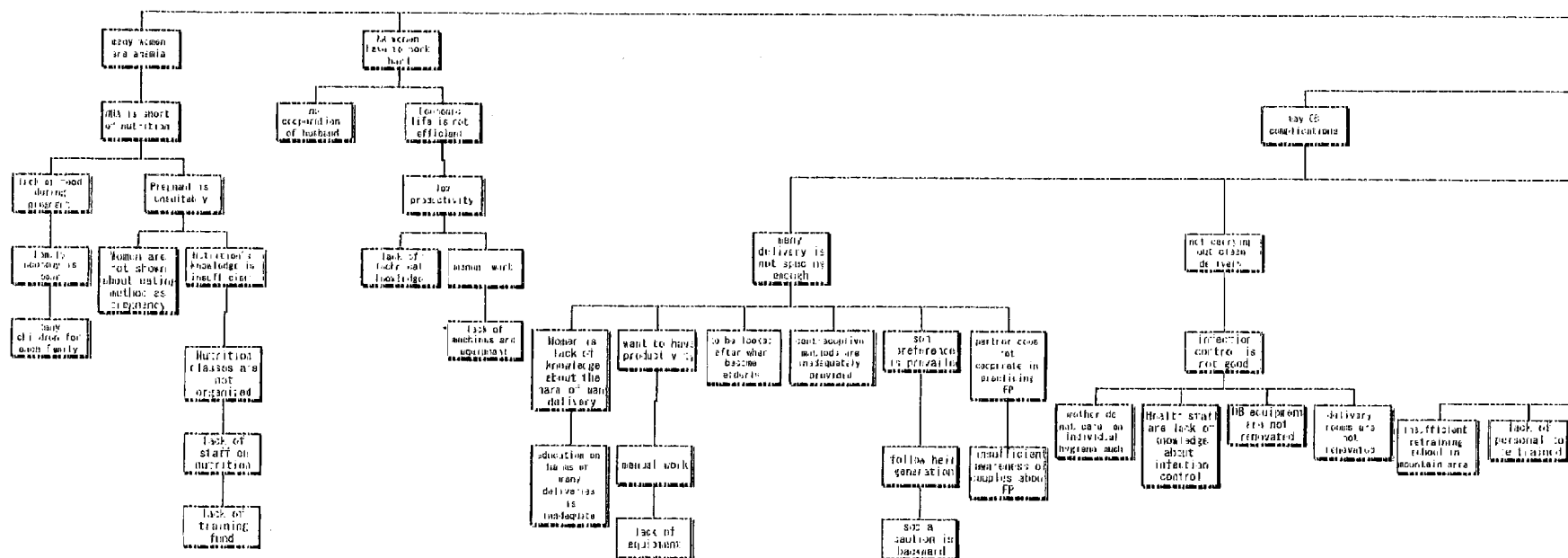


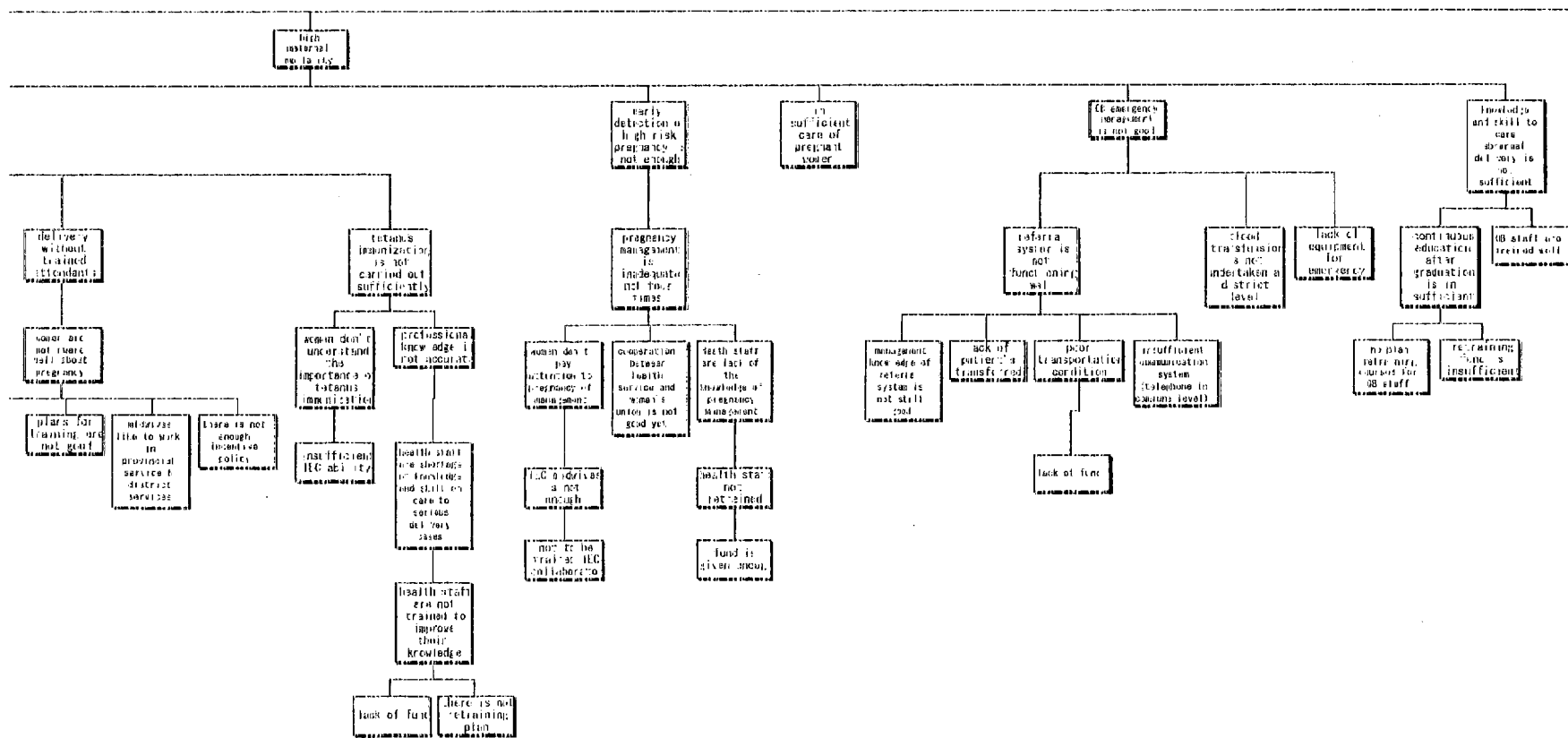












MA women's
plan on WHA is
not
sufficient

many women
not aware
of WHA

dissemination
of WHA is not
timely

lack of
knowledge
about WHA

individual
hygiene is
not still
good

health
services for
women is not
good

women are
not tested
regularly

education
for women
about reproductive
health is not good

no voice on
WHC WHA
reproduction

lack of
clean water

community
instruction
by health
staff

equipment is
not enough

facilities
at WHC are
still poor

health staff
is shortage
of women's
health WHC

know more
about WHC is
limited

WHC staff's
awareness is
limited

lack of WHC
equipment

WHC staff are
not at the level
of stream
service

lack of
clean water

health staff
is short of
knowledge &
skill
instruction

health staff
at 3 levels
are not
trained

women are
provided
with
information
on WHC timely

WHC staff is
not
trained

poor natural
condition
leads to lack
of water
service

lack of funds

health staff
are not
trained
consequence
and
instruction
skill

retraining
activities
is not
carried out
yet yearly

lack of fund

common
knowledge
limited

women is not
provided
about
information

lack of fund

lack of
school

lack of
teachers

WHC staff
is not
trained

lack of
materials

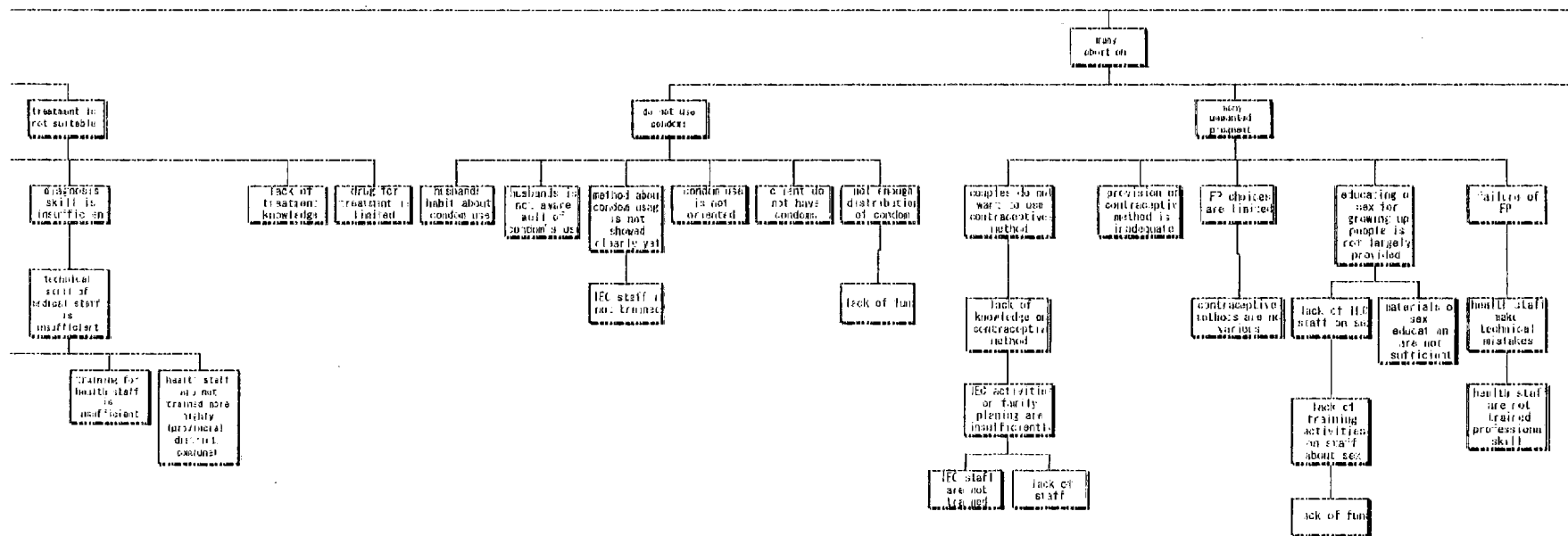
lack of
WHC
equipment

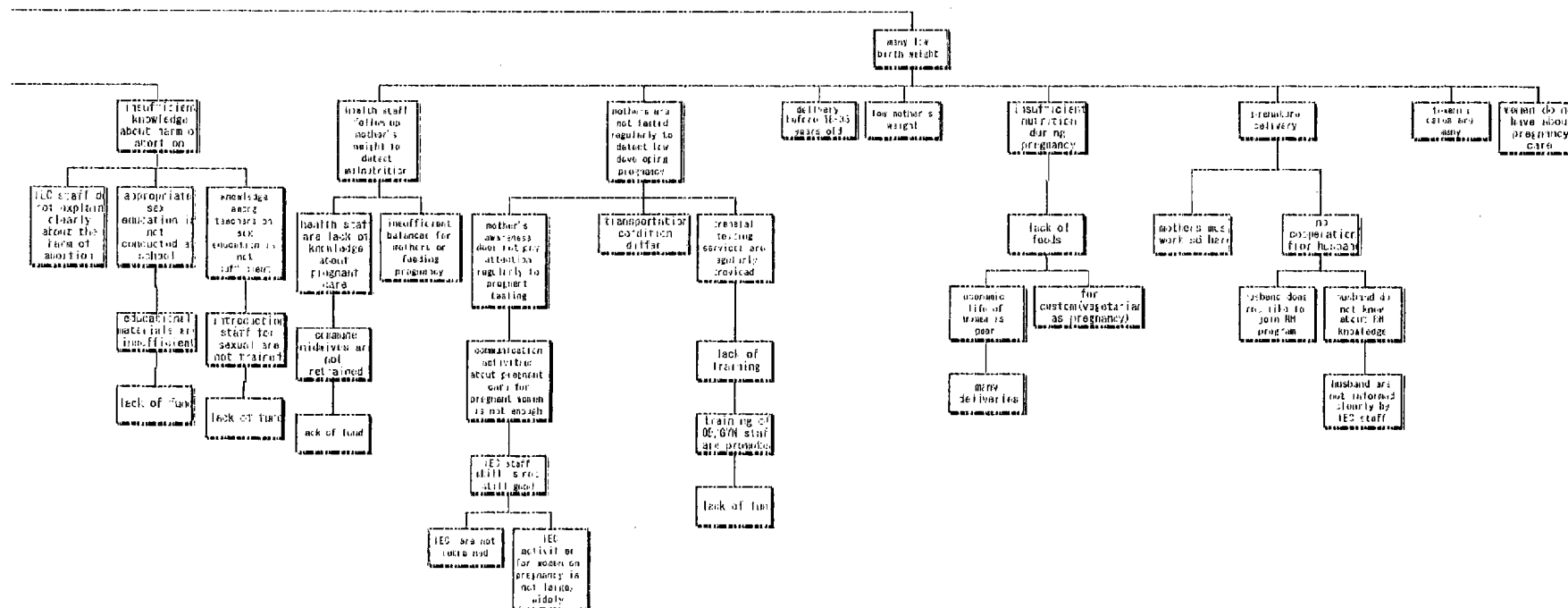
WHC staff
not being
trained

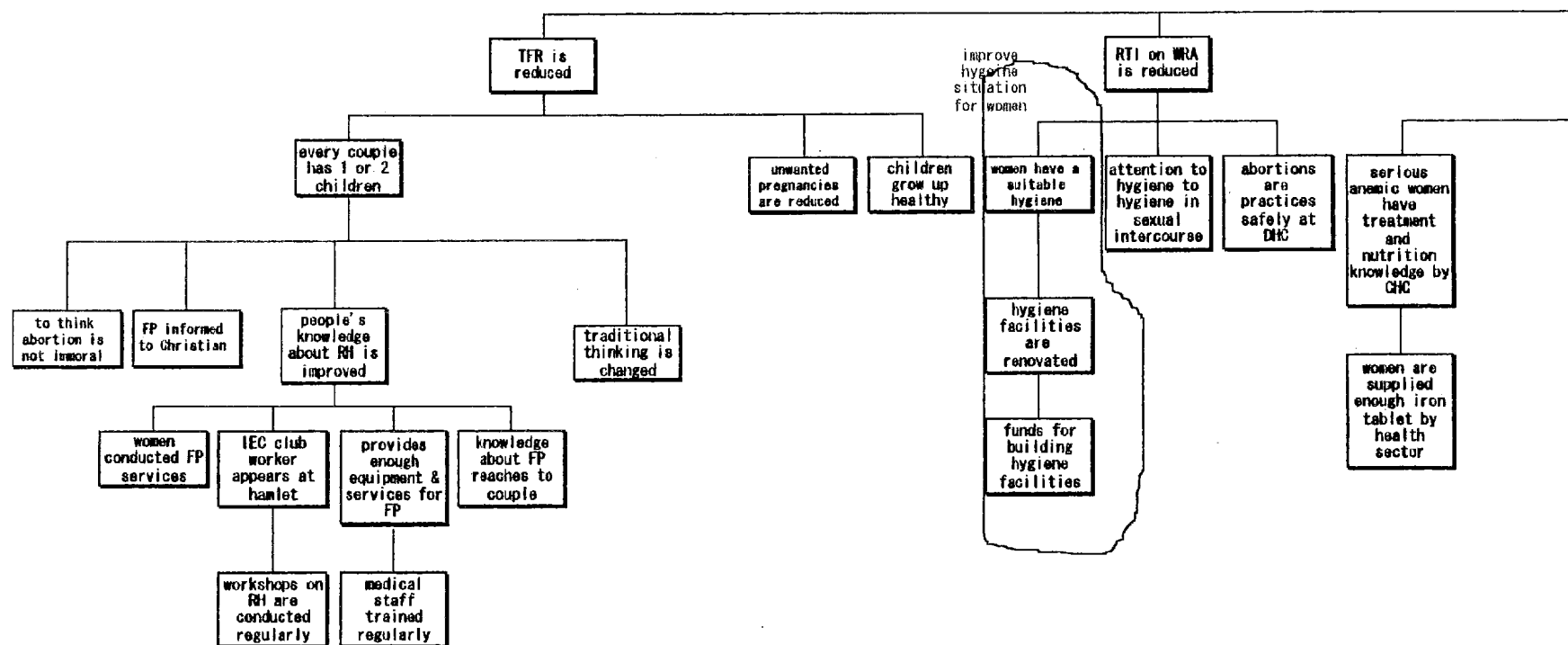
lack of fund

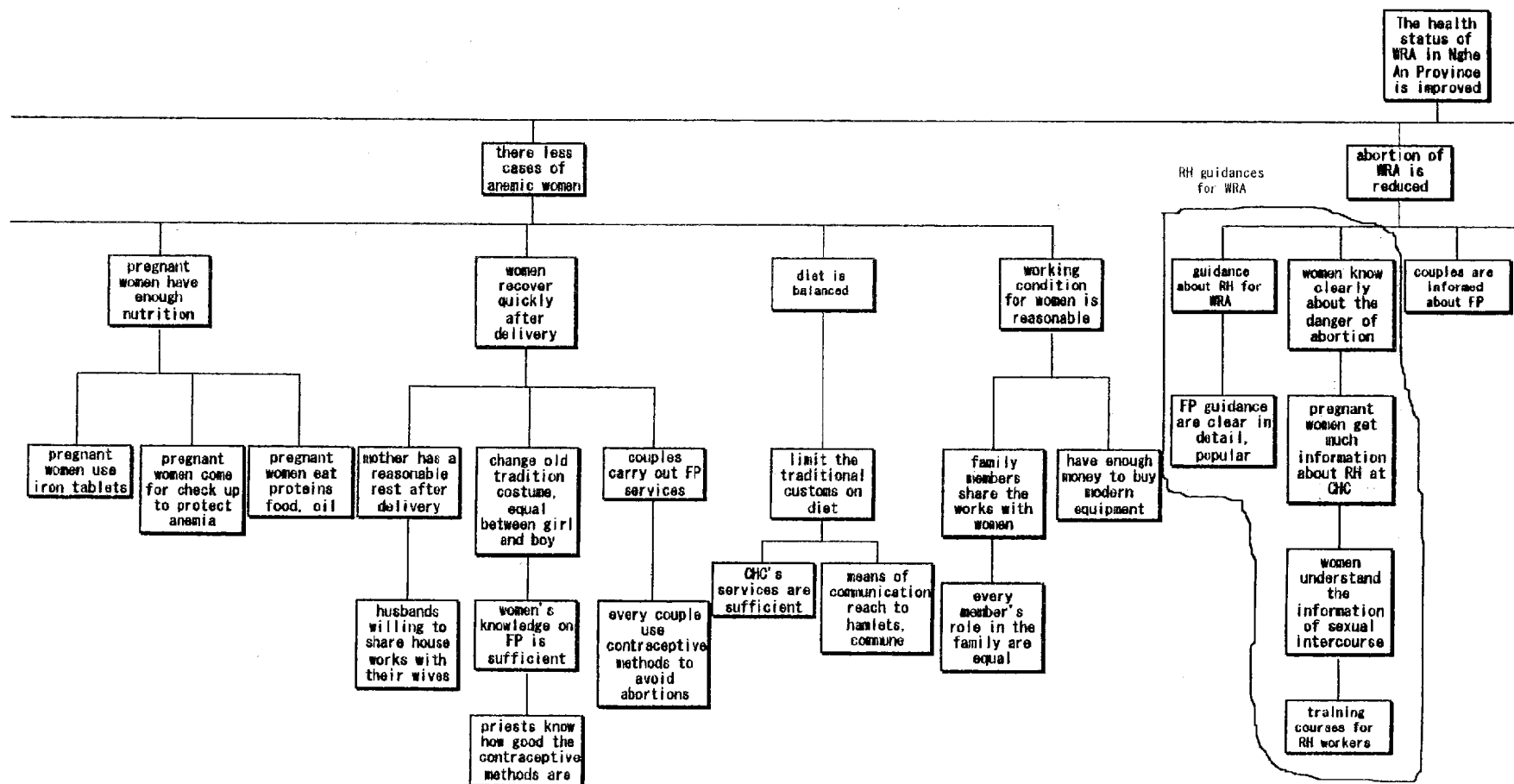
lack of fund

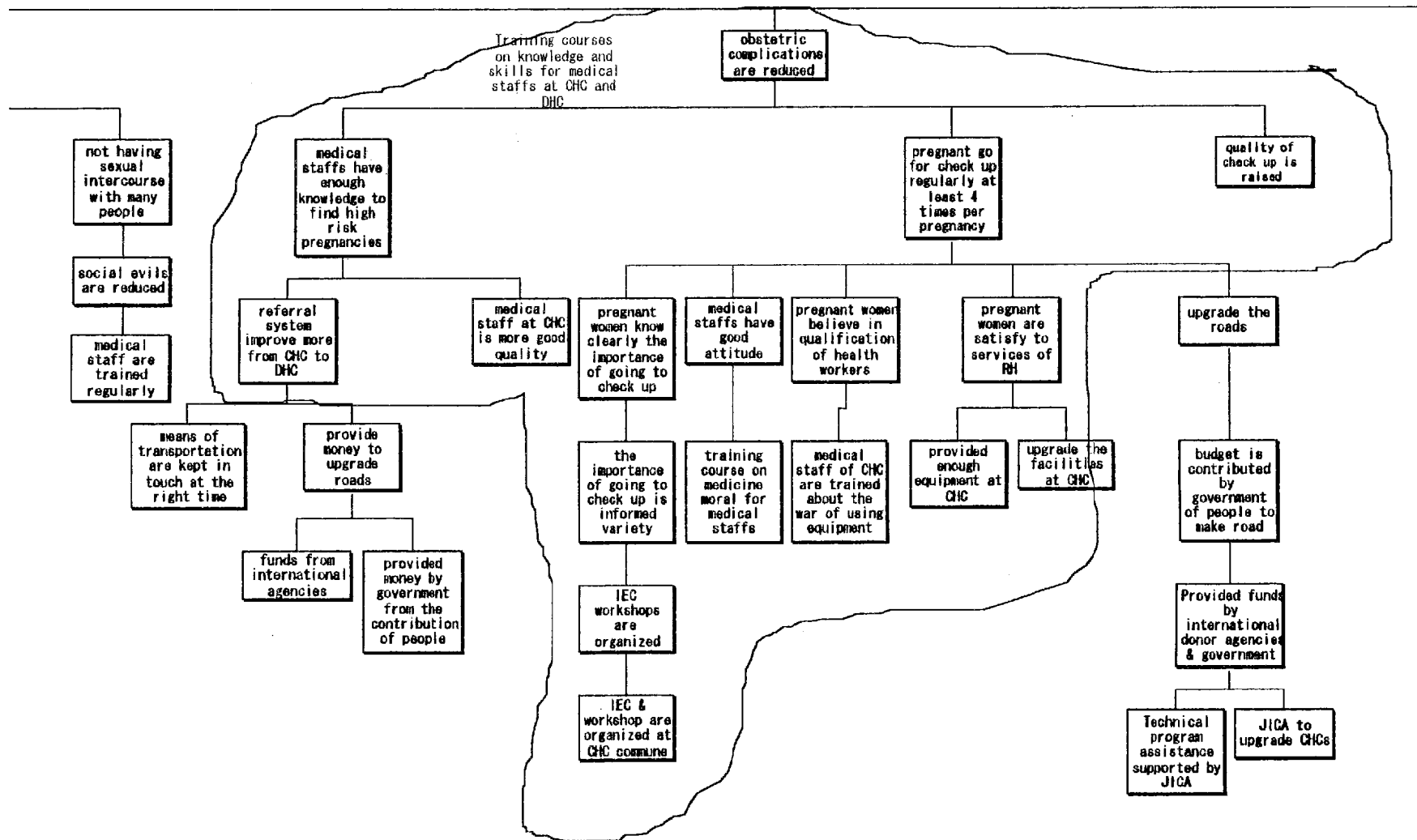
no plans for
training

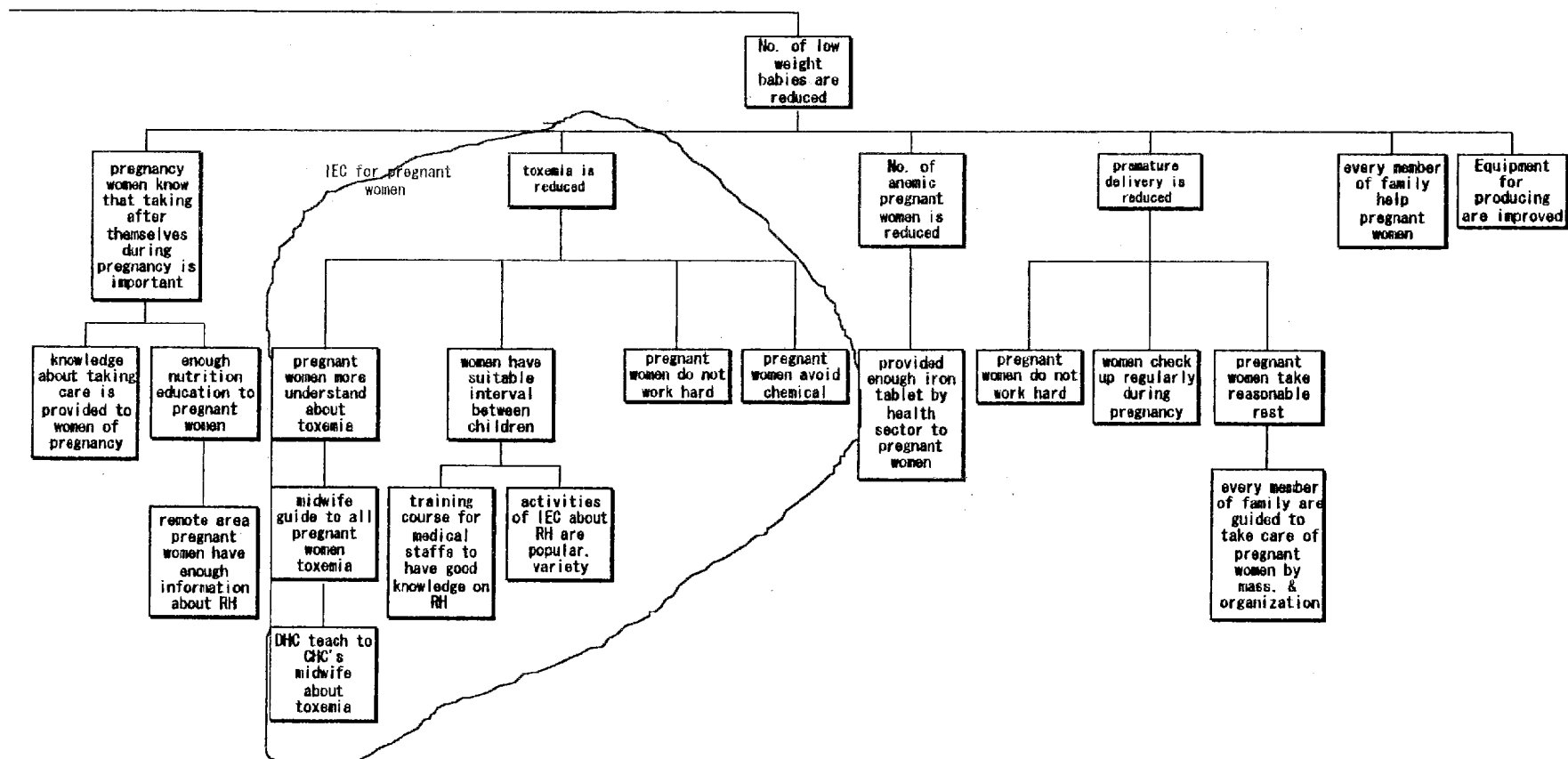


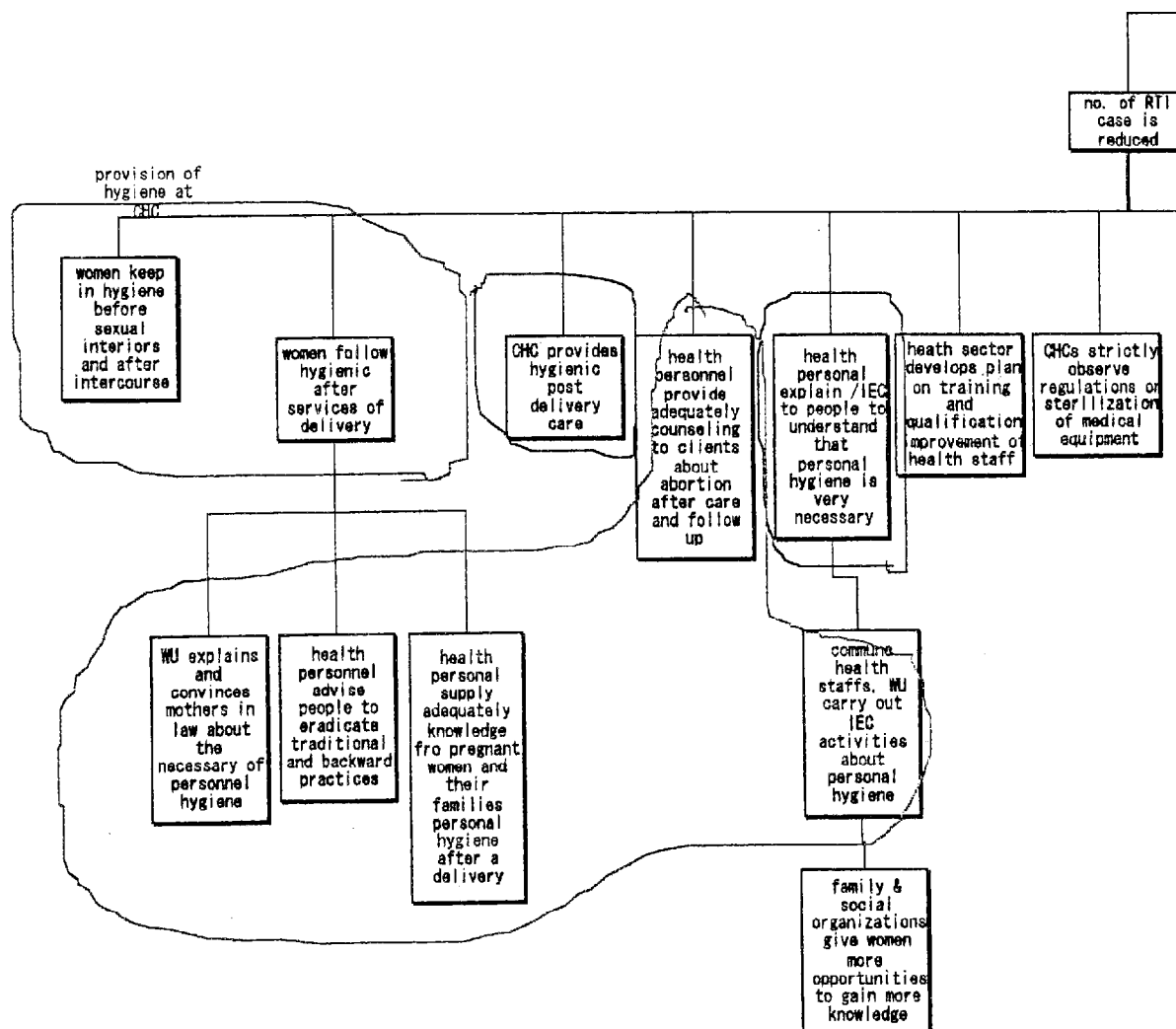


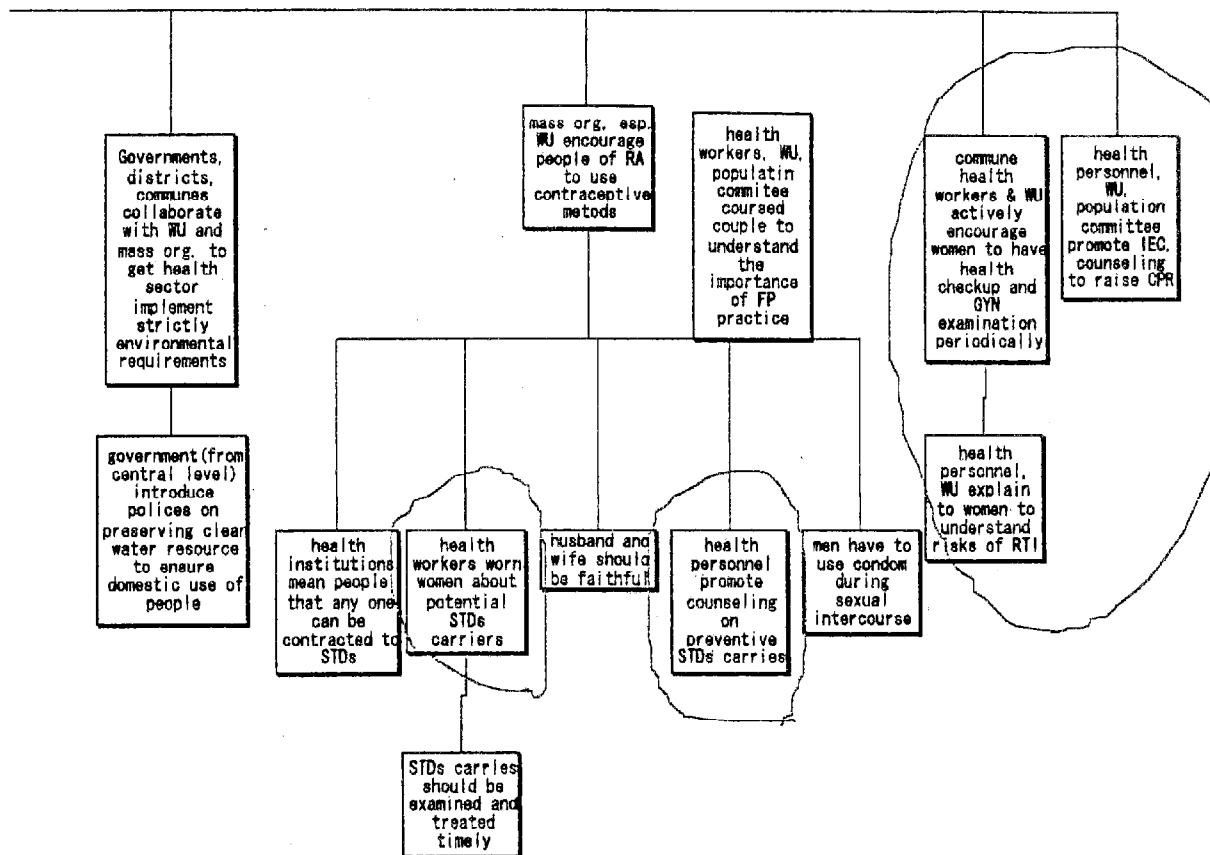


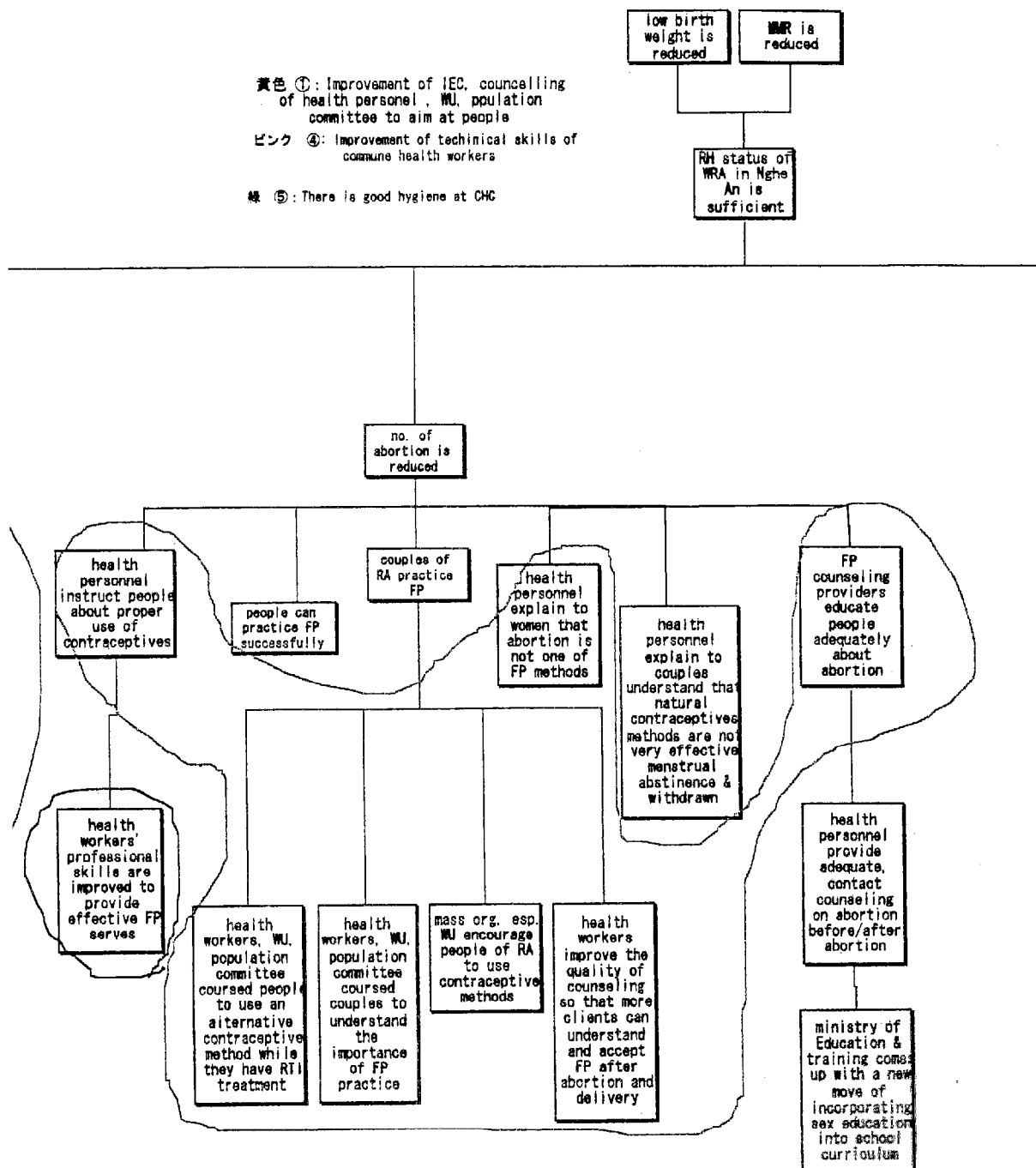


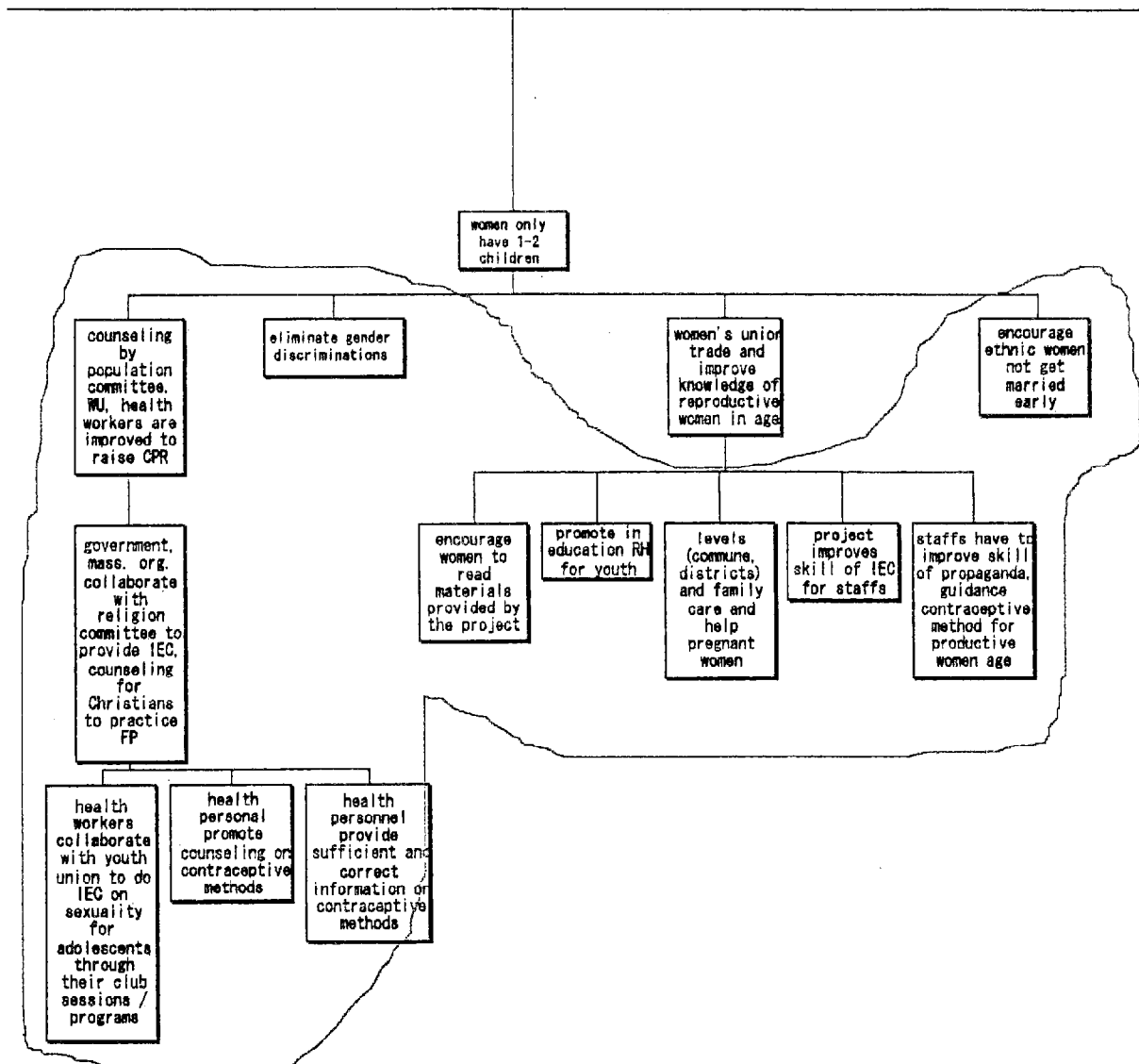


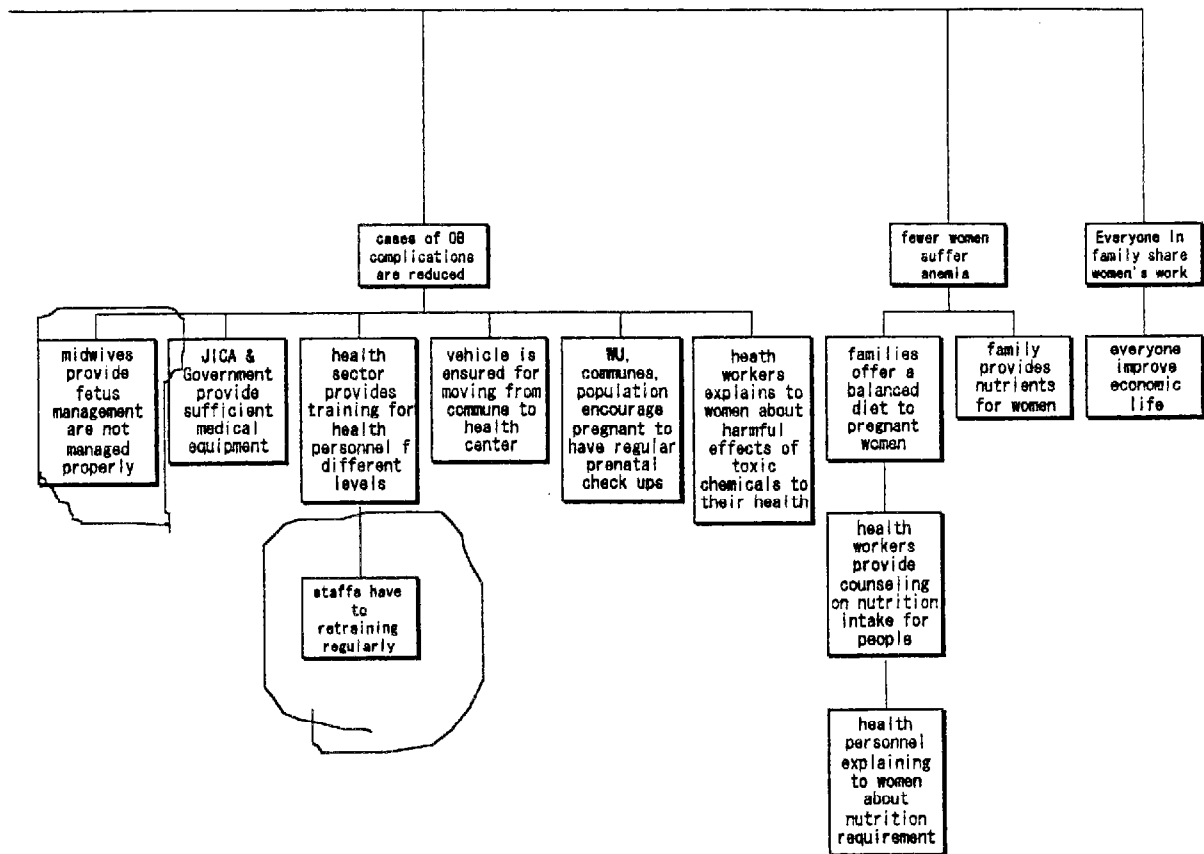


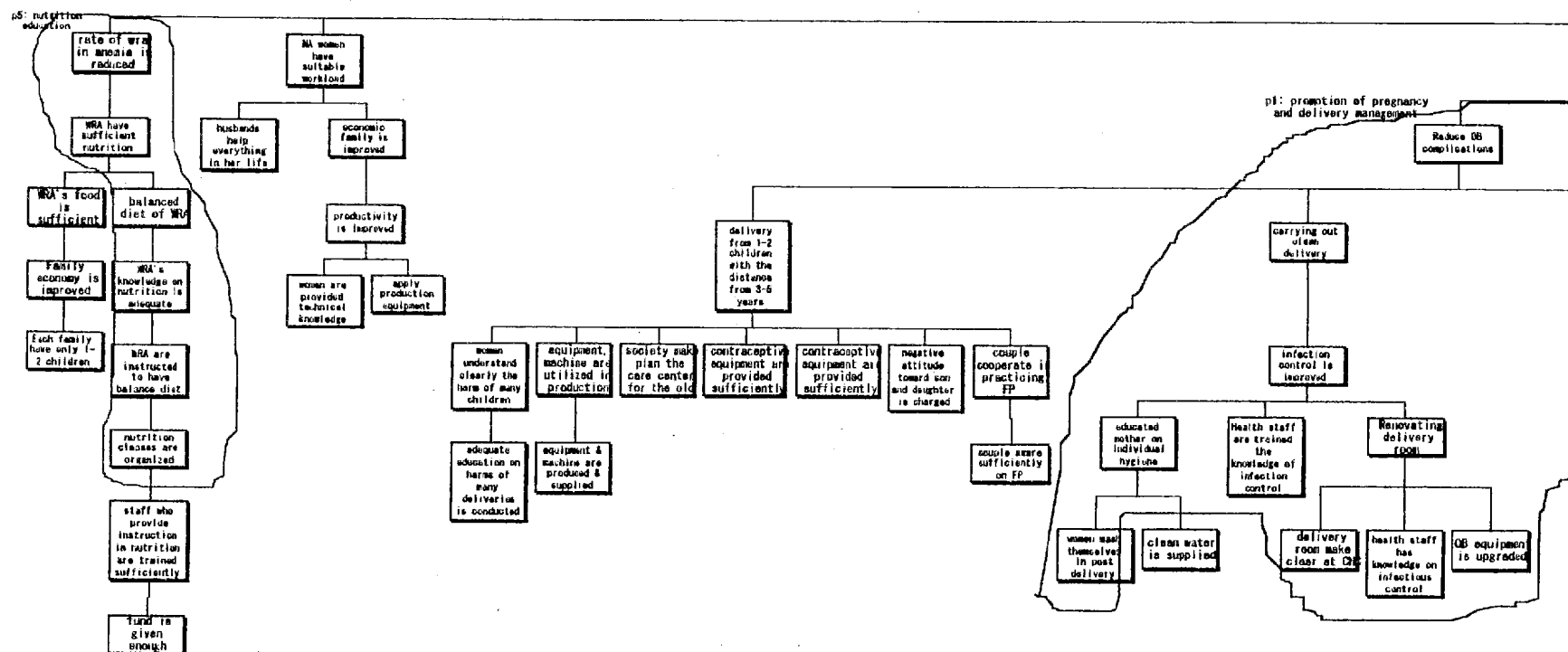


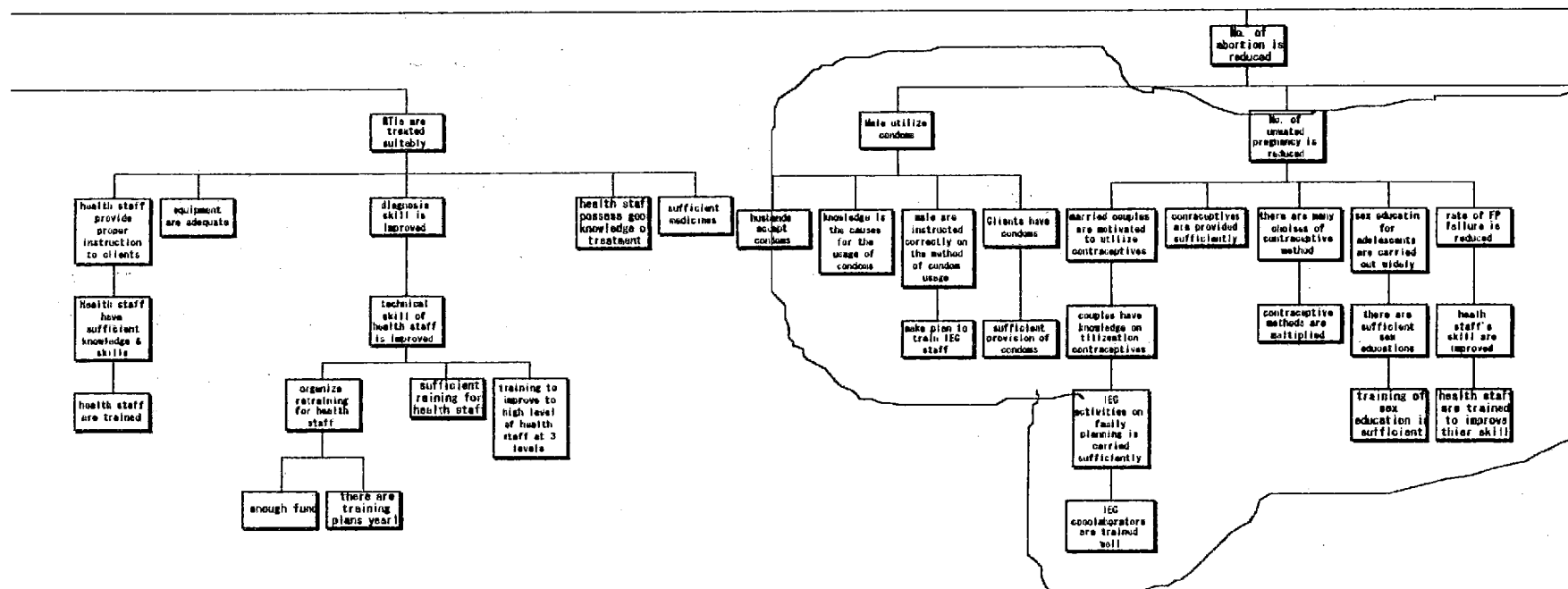


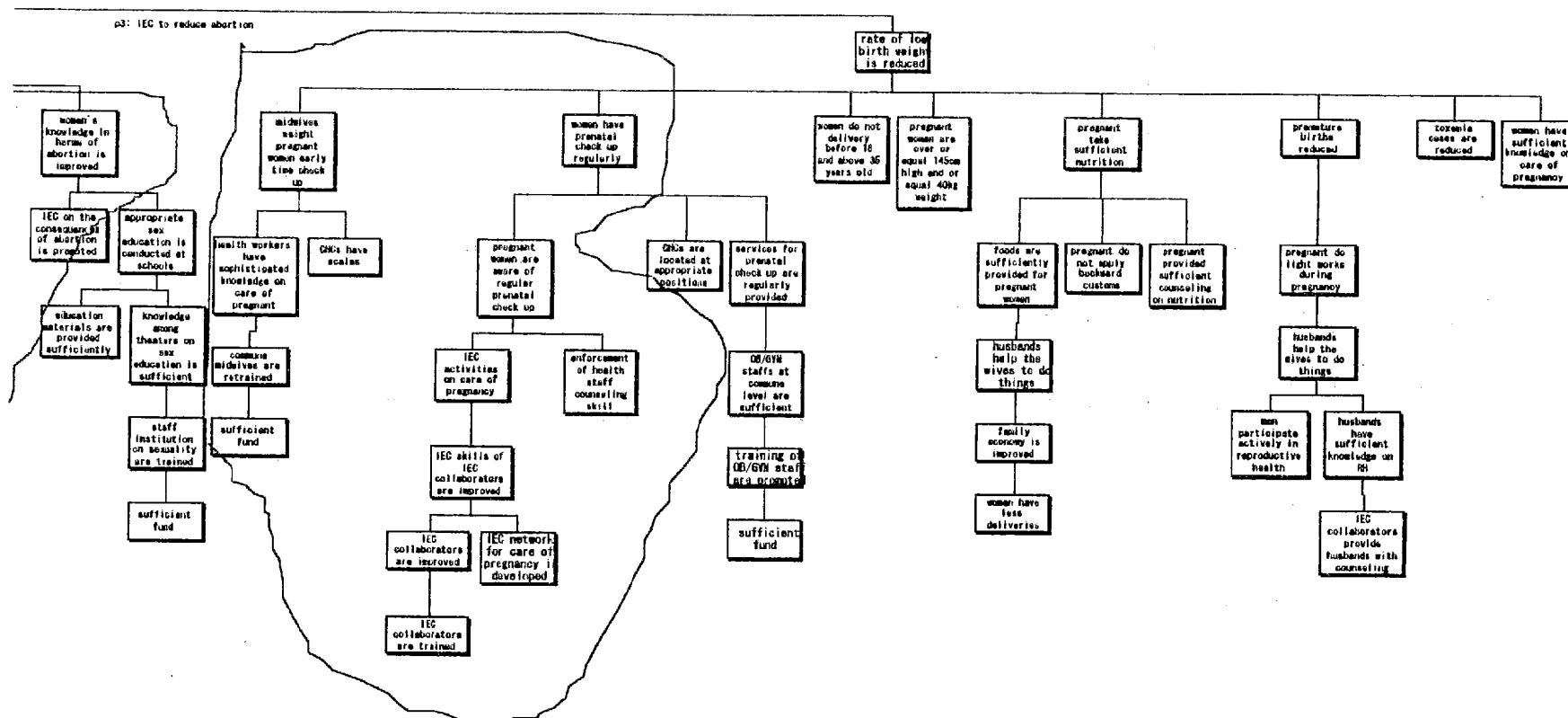












	P: promotion of pregnancy and delivery management	P: re-training of health staff	P: IEC to reduce abortion	P: reduction of RTI	P: education on nutrition
urgent need	H	H	H	H	H
sustainability	H	M	H	H	M
consistency with Phase I	yes	yes	new	new	new
probability of achieving goals in 5 years	M	H	M	M/L(Japan)	M/L(Japan)
policy priority	H	H	H	M	H
degree of impact on WRA	H	H	H	H	H
degree of impact on technical transfer	H	H	M	M	M
technical feasibility	H	H	H	M	L
degree of impact on institutional strength	H	H	H	H	M
donor input	?	?	?	?	?
social acceptability	H	H	M	H	H
cost	H	H	M	M	M
person time(man power)	H	H/M(Japan)	H	H	H

Project Name: Reproductive Health Project in Nghe An Province Phase II

Project Area: Nghe An Province

Duration: September 2000 – August 2005

Target Group: Women in Reproductive Age

Date: April 24, 2000

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal: Reproductive Health of Women in Reproductive Age in Nghe An Province is improved	1. Maternal mortality reduced 2. No. of abortion reduced 3. No. of women who suffered from RTI reduced	Data from Provincial Health Office, Statistics Office and PCFPF	High commitment by local authorities, health sector and mass organization will be continued Economic condition will not be worsened
Project Purpose: Reproductive Health Service is improved in Nghe An Province	1. Range of RH services is broadened 2. Certain no. of CHCs are certified as standard RH service center by Provincial Health Service and MCH/FP Center	Reports from MCH/FP Center and DHCs	
Output: 0. Steering Committee at all levels are established	0.1 Staffing of Steering Committees at all levels is continuously fulfilled 0.2 Meetings of Steering Committee at all levels are organized regularly 0.3 Staffing of Steering Committees at all levels is continuously fulfilled	Reports from SCs	Agricultural production is not reduced
1. Management and guidance/counseling capacity of MCH/FP Center and DHCs is improved	1.1 Standard check-list for monitoring of CHC developed 1.2 No. of staff trained on monitoring according to the standard set by Provincial Health Service and MCH/FP Center 1.3 Monitoring is conducted as planned 1.4 Standard for RH services is set by the Provincial Health Service and MCH/FP Center 1.5 Parents class is applied and organized regularly at DHCs	Reports from MCH/FP Center and DHCs	Unexpected serious natural disaster will not hit the project area Nutrition Status of pregnant women will not be worsened
2. Safe and hygienic delivery is promoted at the commune level	2.1 No. of home deliveries are decreased 2.2 At least 90% of Health Personnel trained pass the post test 2.3 Percentage of utilization of partograph at CHCs is increased 2.4 Average no. of prenatal check-ups among women delivered becomes over 3 times 2.5 There are less maternal death cases due to lack of timely referral at CHC and at home 2.6 All CHC (467) in Nghe An Province have improved 4 facilities (delivery room, latrine, well and shower room) to secure safe and hygienic delivery 2.7 Safe and hygienic environment secured for more than 90 % of deliveries in the rural areas of Nghe An Province 2.8 All CHCs(467) of Nghe An Province are able to provide all essential items of pregnancy check-up	Reports from DHCc and CHCs	
3. Guidance and counseling skill of MCH/FP Center staff is improved to reduce the number of abortion	3.1 Counseling manual is developed 3.2 No. of qualified staff in counseling/guidance is increased 3.3 Qualified counseling system is established at MCH/FP Center 3.4 No. of repeated case of abortion is decreased	Report from MCH/FP Center	
4. Capacity for reducing RTI is improved at MCH/FP Center and selected districts	4.1 Survey report is prepared 4.2 Strategy for reduction and prevention of RTI is developed	Report from MCH/FP Center	
Activities: 0.1 Function and responsibilities of Steering Committee at all levels are reviewed and defined	Inputs:		

0.2 Steering Committee members are reviewed in the experienced areas (8 districts)	Vietnam (Nghe An Province)	Japan	
0.3 Steering Committees are established at district and commune levels in new project area			
0.4 Orientation of the Project is provided to Steering Committee members of new project area	1. Building and facilities Renovation and expansion of JICA RH Project Office	1. Experts 1.1 Long term Team Leader Admini. Coordinator Midwife Public Health Nurse	
0.5 Exchange of experience among experienced districts and new districts is carried out			
0.6 Regular meeting of commune steering committees and district steering committees is carried out (monthly)	2. Essential drugs and contraceptives	1.2 Short term MCH/FP administration Center Management RH survey, IEC	
0.7 Regular meeting of district steering committees and provincial steering committees is carried out (monthly, bi-monthly, quarterly)	3. Other local cost Cost for administration, monitoring and other	Community participation and MCH promotion, etc/	
1.1 Review the capacity of MCH/FP Center staff is conducted		2. Equipment	
1.2 Role and responsibility are reassigned, if necessary			
1.3 Self assessment of training needs on management and guidance skill at MCH/FP Center is carried out		3. Training Counterpart training in Japan Local training	Salary for health workers will not be decreased
1.4 Plan of management and guidance skill training is formulated			
1.5 Monitoring team at DHC levels is established			
1.6 Training for monitoring and guidance skill is conducted			
1.7 Means of transportation is provided to MCH/FP Center			
1.8 Monitoring and guidance activities are carried out according to the plan			
1.9 Data and report filing system is established at MCH/FP Center			
2.1 Review on utilization and effect of equipment supplied is carried out			
2.2 List of equipment is prepared			
2.3 Plan of equipment supply is formulated			
2.4 Retraining of midwives and obgyn assistant doctors who attend delivery is conducted (10 courses)			
2.5 Upgrading of equipment at CHC and obgyn dept. at DHC			
2.6 Facilities of CHC such as delivery room, FP service/counseling room, shower room and toilet is carried out			
2.7 Training on IEC for Women's Union members is carried out			
2.8 IEC materials are provided to commune level women's union			
2.9 IEC on safe hygienic delivery is carried out by Women's Union			
2.10 "Aiku-Han" (community-based MCH promotion system) activities are applied by steering committees of selected districts and communes			
2.11 Regular monitoring to CHC by DHC monitoring team is carried out			
2.12 TOT on education plan and teaching plan to DHC is carried out			
3.1 Assessment is conducted on abortion situation in the selected area and MCH/FP Center			
3.2 Guidance and counseling strategies are developed			
3.3 Necessary materials for guidance and counseling are developed and produced			
3.4 Training on guidance and counseling for MCH/FP Center staff and selected districts (DHCs) is conducted			
3.5 Supply of necessary contraceptives are secured			

4.1 Counterpart for RTI survey is identified 4.2 Feasibility study on the RTI survey in project area is carried out 4.3 RTI survey plan is formulated 4.4 Task force for RTI survey is established 4.5 RTI survey is conducted 4.6 Strategy for RTI prevention is formulated 4.7 Necessary materials for counseling and guidance are developed and produced 4.8 Training on counseling and guidance for prevention of RTI is carried out		Pre-condition High commitment of local authorities, health sector and mass organization exists
--	--	--

プロジェクト名: ゲアン省リプロダクティブヘルスプロジェクト(フェーズⅡ)

対象地域: ゲアン省

期間: 2000年9月- 2005年8月

ターゲット・グループ: 出産年齢(15-49)の女性

作成日: 2000年4月24日

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
上位目標: ゲアン省においてリプロダクティブヘルスが向上する	1. 妊産婦死亡が減少する 2. 人工妊娠中絶数が減少する 3. RTI感染者数が減少する	省保健事務所、統計事務所、PCPFPからのデータ	地元の当局、保健セクター、大衆組織からの強力なコミットメントが継続する 経済状況が悪化しない
プロジェクト目標: ゲアン省においてリプロダクティブヘルス・サービスが向上する	1. リプロダクティブヘルス・サービスの範囲が拡大する 2. 省保健サービスセンターと母子保健・家族計画センターによって、いくつかのCHCsがリプロダクティブヘルス・サービスの標準センターとして認定される	母子保健・家族計画センターとDHCsからの報告書	
成果: 0. すべてのレベルにおいてステアリング・コミティが構築される 1. 母子保健・家族計画センターと郡センターの管理、指導、カウンセリング能力が向上する 2. コミュニティレベルでの安全で衛生的な出産が推進される	0.1 すべてのレベルでステアリング・コミティのメンバーが継続的に充足される 0.2 すべてのレベルでステアリング・コミティが定期的に開催される 0.3 すべてのレベルでステアリング・コミティのメンバーが継続的に充足される 1.1 CHCのモニタリングのための標準チェックリストが開発される 1.2 省保健サービスと母子保健・家族計画センターが設定した標準モニタリングの訓練を受ける職員数 1.3 モニタリングが計画どおり実行される 1.4 リプロダクティブヘルス・サービスの標準が省保健サービスと母子保健・家族計画センターによって設定される 1.5 DHCsで父母学級が適用され、継続的に組織化される 2.1 自宅分娩が減少する 2.2 研修終了時の試験を少なくとも90%以上が合格する 2.3 CHCsにおけるバルトグラフの利用パーセントが増加する 2.4 産前健診の平均数が妊産婦で3回以上になる 2.5 CHCと自宅からのタイムリーなレファールによる妊産婦死亡の減少 2.6 ゲアン省のすべてのCHC (467) において、安全と衛生的な出産に関わる4つの施設(分娩室、トイレ、シャワー室、井戸)が改善される	ステアリング・コミティからの報告 母子保健・家族計画センターとDHCsからの報告書 CHCsとDHCsからの報告書	農業生産が減少しない 重大な自然災害がプロジェクト地域に起こらない 妊産婦の栄養状況は悪くならない

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
3. 人工妊娠中絶の減少について母子保健・家族計画センター職員のガイダンスとカウンセリング技術が向上する	2.7 ゲアン省の辺境地域で起こる90%以上の出産において安全で衛生的な環境が確保される	母子保健・家族計画センターからの報告書	
	2.8 ゲアン省のすべてのCHCs(467) が、必須とされる妊産婦健診の項目を提供する能力を有する		
	3.1 カウンセリングマニュアルが開発される		
	3.2 カウンセリング・ガイダンスにおいて適切な能力を有する職員数が増える 3.3 母子保健・家族計画センターにおいて質の高いカウンセリングシステムが構築される 3.4 人工中絶を繰り返す患者数の減少		
4. 母子保健・家族計画センターと選定された郡でRTI減少のための能力が向上する	4.1 サーベイ報告書の完成	母子保健・家族計画センターからの報告書	
	4.2 RTIの予防と減少のための戦略が開発される		
活動: 0.1 すべてのレベルでステアリング・コミティの機能と責任をレビューし、再定義する 0.2 ステアリング・コミティのメンバー検討(8郡) 0.3 新規にプロジェクト対象地域となる郡とコミュニティにおけるステアリング・コミティの設立 0.4 新規プロジェクト対象地域のステアリング・コミティに対するオリエンテーションを遂行する 0.5 新規プロジェクト地域とプロジェクトが実施された地域との経験の交換を遂行する 0.6 郡ステアリング・コミティとコミュニティステアリング・コミティが定期的な会議を遂行する(毎月) 0.7 省と郡ステアリング・コミティが定期的な会議を遂行する(毎月、隔月、四半期) 1.1 母子保健・家族計画センター職員の受容能力を調査する 1.2 必要に応じて職員の役割と責任の再割り当てを行う 1.3 母子保健・家族計画センターにおいて管理とガイダンス技術に関する訓練・研修ニーズの自己査定を行う 1.4 管理とガイダンス技術訓練のための計画を作成する 1.5 郡保健センターにおいてモニタリングチームを結成する 1.6 モニタリングとガイダンス訓練を実施する 1.7 母子保健・家族計画センターへ輸送手段を提供する	投入: ベトナム側(ゲアン省) 1. 施設・機材 JICA RH事務所の改善と拡張 2. 必須医薬品と避妊具 3. そのほかの費用 事務運営、モニタリングほか 日本側 1. 専門家 1.1 長期 調整員 助産婦 保健婦 MCH/FP 行政 センター管理・運営 RH サーベイ, IEC コミュニティ参加とMCH推進 2. 機材 3. 研修・訓練 カウンタート研修 ローカル研修	保健医療で働く職員の給料が減少しない	

<p>活動:</p> <p>1.8 計画に沿ってモニタリングとガイダンスを実施する</p> <p>1.9 母子保健・家族計画センターでデータとレポートの整理方法を確立する</p> <p>2.1 提供機材の利用と影響の査定を遂行する</p> <p>2.2 機材リストを準備する</p> <p>2.3 機材提供の計画を策定する</p> <p>2.4 出産を介助する助産婦と産婦人科の準医師の再訓練を行う(10コース)</p> <p>2.5 DHCの産科部門とCHCにおける機材の質的な向上</p> <p>2.6 CHCの分娩室や家族計画サービス・カウンセリング室、シャワー室、トイレの改善</p> <p>2.7 女性連合メンバーへのIEC訓練を実施する</p> <p>2.8 コミュニの女性連合メンバーへのIEC教材の提供</p> <p>2.9 女性連合メンバーが衛生的な出産に関するIECを実施する</p> <p>2.10 選定された郡とコミュニティのステアリングコミティが愛育班活動を適用する</p> <p>2.11 DHCモニタリングチームがCHCに対して定期的なモニタリングを実施する</p> <p>2.12 DHCに対して教育計画と訓練法の指導者研修を行う</p> <p>3.1 母子保健・家族計画センターと選定された地域を対象に人工妊娠中絶に関する調査を行う</p> <p>3.2 ガイダンスとカウンセリングの戦略を開発する</p> <p>3.3 ガイダンスとカウンセリングに必要な教材を開発し、作成する</p> <p>3.4 母子保健・家族計画センターと選択された郡(DHCs)職員に対するガイダンスとカウンセリング教育を実施する</p> <p>3.5 必要な避妊具の供給を確保する</p> <p>4.1 RTIのカウンターパートを確定する</p> <p>4.2 プロジェクト地域におけるRTIサーベイの実効性を検討する</p> <p>4.3 RTIの計画を策定する</p> <p>4.4 RTIのための特別委員会を構築する</p> <p>4.5 RTIサーベイを実施する</p> <p>4.6 RTIの予防のための戦略を策定する</p> <p>4.7 ガイダンスとカウンセリングのための必要な教材を開発し、作成する</p> <p>4.8 RTI予防に対するガイダンスとカウンセリング教育を実施する</p>	<p>投入:</p>	<p>前提条件</p> <p>地元の当局、保健セクター、大衆組織からの強力なコミットメントがある</p>
---	-------------------	---

③ 関係機関報告会資料

Meeting for debriefing on JICA RH Project Phase II draft plan

Date: April 26, 2000 15:00~16:30

Venue: JICA Hanoi Office

Agenda

1. Self-introduction of participants
2. Report and debriefing by Director of MCH/FP Centre, Nghe An Province, JICA study mission member and JICA RH Project Office in Nghe An Province
 - Outline, achievement and lessons learnt of the current cycle of the Project (June, 1997~May, 2000)
 - Outline of second cycle of the Project (Sept., 2000 ~ Aug., 2005)
3. Comments, exchange of information and Q&A

Members of the team:

1. Dr. Do Thi Mui, Director, MCH/FP Centre and Chair of Provincial Steering Committee of the Project
2. Ms. Sumie Ishii, Head of the JICA Study Mission and Deputy Executive Director of JOICFP
3. Ms. Mayumi Katsube, Team Leader of the JICA RH Project in Nghe An Province
4. Ms. Kazuyo Watanabe, JICA long-term expert on midwifery, the JICA RH Project in Nghe An Province

List of Participants

Debriefing of the JICA Supplementary Study Team
on the Reproductive Health Project in Nghe An Province
(JICA Vietnam Office, 15:00~16:30, 26 April, 2000)

1. Mr. Trinh Bang Hop, Director of International Cooperation Dept., MOH
2. Dr. Nguyen Ngo Quang, WB Project, MOH
3. Mr. Nguyen Xuan Tien, Senior Expert, Foreign Economic relations Dept., MPI
4. Ms. Nguyen Binh Duong, Expert, Dept. of Labour, Culture and Social Affairs, MPI
5. Ms. Nguyen Bach Yen, Programme Officer, UNFPA
6. Ms. Ritu Shroff, MHS, Resident Advisor, Alliances for Adolescent RH, UNFPA
7. Mr. Le Quoc Hung, Programme Officer, FINIDA
8. Dr. Suzy Van Laere-Fischer, Consultant on Training in Sexual and RH, GTZ
9. Ms. Hoang, Bich Thuy, Programme Officer, Pathfinder
10. Dr. Vu Quy Nhan, Senior Advisor, Population Council
11. Mr. Koichiro Watanabe, Representative, Save the Children of Japan
12. Dr. Enomoto, JICA

Debriefing team:

- Dr. Do Thi Mui, Director, MCH/FP Centre, Nghe An Province
- Ms. Sumie Ishii, Deputy Executive Director, JOICFP and head of the mission
- Ms. Mayumi Katsube, Team Leader, JICA RH Project
- Ms. Kazuyo Watanabe, JICA long-term expert on midwifery, JICA RH Project

Project Outline (Project-type Technical Cooperation)

1. Project Title
Vietnam Reproductive Health Project – Phase II
2. Justification and Appropriateness
<u>Priority of Japanese ODA policy</u> <ul style="list-style-type: none"> - The Government of Japan announced “The Global Issues Initiative on Population and AIDS (GII)” in 1994 and the priority on population, reproductive health has placed in Japan’s ODA. - Japan’s Medium-Term Policy on ODA emphasizes the need to respond to Global Issues including Population and AIDS
<u>Priority of MOH, Vietnam</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ministry of Health (MOH) in Vietnam is currently working to develop “National Strategies on Reproductive Health Care”, which is one of the priority areas of MOH. Vietnam seems to succeed in stabilizing population increase rate. However, in comparison with the availability and accessibility of contraceptive services, the service for women’s health, maternal and child health (MCH) and reproductive health education and services for young people are yet to be fulfilled. <ul style="list-style-type: none"> a. MMR: 137/100,000 b. IMR: 37/1,000 c. Abortion rate: Highest in Asia (5th highest in the world): 1mil. Abortion/year (estimated) d. High infection rate of RTI/STD: 40% of women in reproductive age are suffered from RTI/STD. In rural area, 60~70% of women are suffered. (estimated) e. Insufficient number of trained health staff, midwife in particular and insufficient quality of education, training as well as re- and follow-up training <p>(Source of information: Draft of a National Strategic Outline on Reproductive Health Care to 2010 by MOH)</p>
<u>RH needs in Nghe An Province</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nghe An Province, the project area has one of the biggest population in Vietnam. (Approx. 2.9mil as of 1999- the third highest population in Vietnam following Ho Chi Minh City, Thanh Hoa Province) - Economically Nghe An Province is one of the less advanced provinces. - Most of the midwives who are currently working in communes are primary midwives who received only primary education and no following-up education/training. - Deteriorated health facilities and equipment, insufficient technical level of medical staff and lack of medicine including consumables are main causes of inaccessibility of community people, particularly women to modern medicine in rural area.
<u>Community-based project through full collaboration with Japanese NGO (JOICFP)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Through the full collaboration of JOICFP, a Japanese NGO which has more than 25-years of experience to promote community-based RH projects in developing countries, the Project is designed to make women in rural area are direct beneficiaries.
<u>Existing enabling environment to apply Japan’s experience</u> <ul style="list-style-type: none"> - All mass organizations of Nghe An Province are very active. People of Nghe An is well known of hard working, enthusiastic on education of their children. There is an environment which Japan’s experience in the fields of MCH and community health activities (PHC approach) can be effectively utilised.
3. Project Purposes
Reproductive health services is improved in Nghe An Province
4. Main Activities
Basic principles of the approach: PHC approach, Package approach, South to South Cooperation in Nghe An Utilisation of Japanese Experience

Activities:	<ul style="list-style-type: none"> a. One-month retaining of CHC staff for the expanded areas b. Provision of essential medical equipment for CHC in the expanded areas c. Renovation of 4 facilities (delivery room, latrine, well and shower room) of all CHCs in the expanded areas d. Promotion of IEC for RH with the collaboration of women's union e. Capacity building of MCH/FP Centre and DHCs through standardisation and institutionalisation of management and monitoring activities f. Improvements of guidance and counselling skill of MCH/FP Centre g. Conduct RTI research to develop prevention strategies
5. Output of the Project	
	<ul style="list-style-type: none"> a. Management and guidance/counselling capacity of MCH/FP Centre and DHCs is improved. b. Safe and hygienic delivery is promoted at commune level c. Guideline and counselling skill of MCH/FP Centre staff is improved to reduce the number of abortion d. Capacity for reducing RTI is improved at MCH/FP Centre and selected districts

Project Design Matrix (PDM)

Reproductive Health Project in Nghe An Province Phase II (Draft)

(September 2000 – August 2005)

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal: Reproductive Health of Women in Reproductive Age in Nghe An Province is improved	1. Maternal mortality reduced 2. No. of abortion reduced 3. No. of women who suffered from RTI reduced	Data from Provincial Health Office, Statistics Office and PCFP	High commitment by local authorities, health sector and mass organization will be continued Economic condition will not worsen
Project Purpose: Reproductive Health Service is improved in Nghe An Province	1. Range of RH services is broadened 2. Certain no. of CHCs are certified as standard RH service center by Health Service & MCH/FP Center	Reports from MCH/FP Center and DHCs	
Output: 0. Steering Committee at all levels are established 1. Management and guidance/counseling capacity of MCH/FP Center and DHCs is improved 2. Safe and hygienic delivery is promoted at the commune level 3. Guideline and counseling skill of MCH/FP Center staff is improved to reduce the number of abortion 4. Capacity for reducing RTI is improved at MCH/FP Center and selected districts	0.1 Staffing of Steering Committees at all levels is continuously fulfilled 0.2 Meetings of Steering Committee at all levels are organized regularly 0.3 Staffing of Steering Committees at all levels is continuously fulfilled ----- 1.1 Standard check-list for monitoring of CHC developed 1.2 No. of staff trained on monitoring according to the standard set by Health Service/MCH/FP Center 1.3 Monitoring is conducted as planned 1.4 Standard for RH services is set by the Health Service of the province and MCH/FP Center 1.5 Parents class is applied and organized regularly at DHCs ----- 2.1 No. of home deliveries are decreased 2.2 At least 90% of Health Personnel trained pass the post test 2.3 Percentage of utilization of partograph at CHCs is increased 2.4 Average no. of prenatal check-ups among women delivered becomes over 3 times 2.5 There is less maternal death caused due to lack of timely referral at CHC and at home 2.6 All CHC (467) in Nghe An Province have improved 4 facilities (delivery room, latrine, well and shower room) to secure safe and hygienic delivery 2.7 Safe and hygienic environment secured for more than 90 % of deliveries in the rural areas of Nghe An Province 2.8 All CHCs(467) of Nghe An Province are able to provide all essential items of pregnancy check-up ----- 3.1 Counseling manual is developed 3.2 No. of qualified staff in counseling/guidance is increased 3.3 Qualified counseling system is established at MCH/FP Center 3.4 No. of repeated case of abortion is decreased ----- 4.1 Survey report is prepared 4.2 Strategy for reduction and prevention of RTI is developed	Reports from SC Reports from MCH/FP Center and DHCs Reports from CHCs and DHCs Report from MCH/FP Center Report from MCH/FP Center	Agricultural production is not reduced Unexpected serious natural disaster will not hit Nghe An Province Nutrition status of pregnant women will not worsened

Activities:	Inputs:	
0.1 Function and responsibilities of Steering Committee at all levels are reviewed and defined	Vietnam (Nghe An Province)	Japan
0.2 Steering Committee members are reviewed in the experienced areas (8 districts)		
0.3 Steering Committees are established at district and commune levels in new project area	1. Building and facilities	1. Experts
0.4 Orientation of the Project is provided to Steering Committee members of new project area	Renovation and expansion of JICA RH	1.1 Long term Team Leader Coordinator Midwife Public Health Nurse
0.5 Exchange of experience among experienced districts and new districts is carried out	Project Office	1.2 Short term MCH/FP administration, Hospital /Clinic Management RH survey IEC Community participation and MCH promotion, etc.
0.6 Regular meeting of commune steering committees and district steering committees is carried out (monthly)	2. Essential drugs and contraceptives	2. Equipment
0.7 Regular meeting of district steering committees and provincial steering committee is carried out (monthly , bi-monthly, quarterly)	3. Other local cost	3. Training
1.1 Review the capacity of MCH/FP Center staff is conducted	Cost for administration, monitoring and other	Counterpart training in Japan
1.2 Role and responsibility are reassigned, if necessary		Local training
1.3 Self assessment of training needs on management and guidance skill at MCH/FP Center is carried out		
1.4 Plan of management and guidance skill training is formulated		
1.5 Monitoring team at DHC levels is established		
1.6 Training for monitoring and guidance skill is conducted		
1.7 Means of transportation is provided to MCH/FP Center		
1.8 Monitoring and guidance activities are carried out according to the plan		
1.9 Data and report filing system is established at MCH/FP Center		
2.1 Review on utilization and effect of equipment supplied is carried out		
2.2 List of equipment is prepared		
2.3 Plan of equipment supply is formulated		
2.4 Retraining of midwives and obgyn assistant doctors who attend delivery is conducted (10 courses)		
2.5 Upgrading of equipment at CHC and obgyn at DHC		
2.6 Facilities of CHC such as delivery room, FP service/counseling room, shower room and toilet is carried out		
2.7 Training on IEC for Women's Union members is carried out		
2.8 IEC materials are provided to commune level women's union		
2.9 IEC on safe hygienic delivery is carried out by Women's Union		
2.10 "Aiku-Han" (community-based MCH promotion system) activities are applied by steering committees of districts and communes of the selected districts		
2.11 Regular monitoring to CHC by DHC monitoring team is carried out		
2.12 TOT on education plan and teaching plan to DHC is carried out		
3.1 Assessment is conducted on abortion situation in the selected area and MCH/FP Center		
3.2 Guidance and counseling strategies are developed		
3.3 Necessary materials for guidance and counseling are developed and produced		

Salary for health workers will not be decreased

3.4 Training on guidance and counseling for MCH/FP Center staff and selected district (DHC) is conducted 3.5 Supply of necessary contraceptives are secured 4.1 Counterpart for RTI survey is identified 4.2 Feasibility study on the RTI survey in project area is carried out 4.3 RTI survey plan is formulated 4.4 Task force for RTI survey is established 4.5 RTI survey is conducted 4.6 Strategy for RTI prevention is formulated 4.7 Necessary materials for counseling and guidance are developed and produced 4.8 Training on counseling and guidance for prevention of RTI is carried out		Pre-condition High commitment of local authorities, health sector, and mass organization exists
---	--	---

JICA Reproductive Health Project

Brief Outline

- Background:** Since 1988, the Integrated FP/MCH/ES/PC Project (VIE/88/P07, and VIE/95/P03) had been carried out in four provinces of Vietnam, namely Nghe An, Ha Tinh, T.T. Hue and Long An provinces with joint collaboration of UNICEF/UNFPA/MOH and JOICFP. Based on the result and lesson learnt, Japanese government with consultation of JOICFP decided to take over and expand the project activities as the Japan's first GO-NGO partnership project in Vietnam. JOICFP, a Japan based international NGO on population and RH has been extending full collaboration to JICA.
- Purposes:** To improve the reproductive health status of women in reproductive age with special focus on commune women in Nghe An Province.
- Activities:**
- 1. for MCH/FP Centre, Nghe an province:
Capacity building of MCH/FP Centre with special emphasis on retraining, management, monitoring and normal delivery through provision of equipment and technical cooperation of Japanese experts
 - 2. for district health centres:
Capacity building of mobile team of district health centres for follow-up training and monitoring of CHC staff through provision of equipment and training
 - 3. for Commune Health Centres (CHC):
 - 3-1. Retraining of CHC staff
 - 3-2. Supply of medical equipment
 - 3-3. Supply of law materials including; cement, iron bar and tiles for the renovation of hygienic facilities of CHC (Grant assistance from Japanese Embassy)
- Project area:** 244/464 communes of 8/19 districts of Nghe An Province (1.56 mil./2.83 mil. population)
- Budget:**
- 1997 fiscal year: US\$400,690
 - 1998 fiscal year: US\$982,800
 - 1999 fiscal year: US\$430,790
- (excluding dispatch cost of Japanese long & short-term experts)
- Project period:** 3 years from June, 1997 to May, 2000

Project Achievement:

- 1) Grade-up of CHC services
 - (1) Training of 252 CHC staffs
 - (2) Supply of basic medical equipment for 244 CHCs
 - (3) Renovation of CHC facilities of 202 CHCs (Activities will start shortly at 42 CHCs)
- 2) The management capacity at the MCH/FP Center is being improved.
- 3) Monitoring and follow-up system for CHC activities is being established at Provincial MCH/FP Center and district health centers.
- 4) Collaboration among health sector, People's Committee and Women's Union at provincial, district, and commune level is strengthened
- 5) IEC activities by Women's Union are being promoted.
- 6) Utilization of HBMR and partograph is introduced and being promoted.

Lessons learnt:

- 1) It is difficult to maintain the effects of CHC staff re-training without monitoring and follow-up. In another words, monitoring and follow-up are essential to sustain the level of CHC services.
- 2) The level of skill and knowledge of CHC staff are lower than anticipated. The flexibility in curriculum of the training is necessary.
- 3) The supply of medical materials and equipment as well as IEC materials should be in package with guidance for the effective utilization of those supplied materials.
- 4) Recording and reporting of data poses a fundamental problem. The meaning of collecting data is not understood at commune levels and there is no feed back from the upper level.

Summary of JICA's Input

- 1) Please be noted that the amount indicated in the list is to be finalized when the RH Project is completed in May 31, 2000.
- 2) Some of the activities are still on planning stage and to be implemented during the remaining period of the Project.
- 3) Four JICA short-term experts to be visited in the year 2000 have not yet been described in the lists.
- 4) The input of Japanese experts (both long-term and short-term) has not yet calculated.

Having mentioned above conditions;

JICA's total input except Japanese experts, counterpart training in Japan is estimated :
US\$1,814,289

- 1) at Provincial Level: US\$411,967/ 1 Province
(MCH/FP Centre, JICA Office and Secondary Medical School) (22.7%)
- 2) at District Level: US\$334,206/ 8 Districts
(US\$41,776/ District) (18.4%)
- 3) at Commune Level: US\$1,068,116/ 244 Communes
(US\$4,378/ Commune) (58.9%)
- Total: US\$1,814,289 (100%) *

The total amount calculated above exceeded the input committed by JICA in PDM mentioned below:

JICA's commitment in PDM was;

1. Experts 1-1 Long term (3) Chief Advisor, Coordinator, Nurse/Midwife
1-2 Short term RH, Health Service Management, IEC, etc.
(No mentioned in terms of total numbers)
2. Equipment: ¥60~90 million/3 years (approx. US\$500,000~US\$800,000/ 3 years)
3. Training: 3-1 Counterpart training in Japan 7~9per/ 3 years
3-2 Local training ¥15million/ 3 years (approx. US\$130,000~140,000/ 3years)

Input of the Vietnamese side

	US\$
1. Constuction of new quater at MCH/FP Centre including training room, JICA RH office, maternity ward, latoratory, X-ray room and others	78,571
2. Monitoring, meetings, etc.	3,499
3. Supply of essential drugs and contraceptives	239,577
4. CHC staff training	2,857
5. CHC renovation	4,487
Total C/P budget for JICA RH Project 1997 - 1999 (US\$1=VND14,000)	326,137

Summary

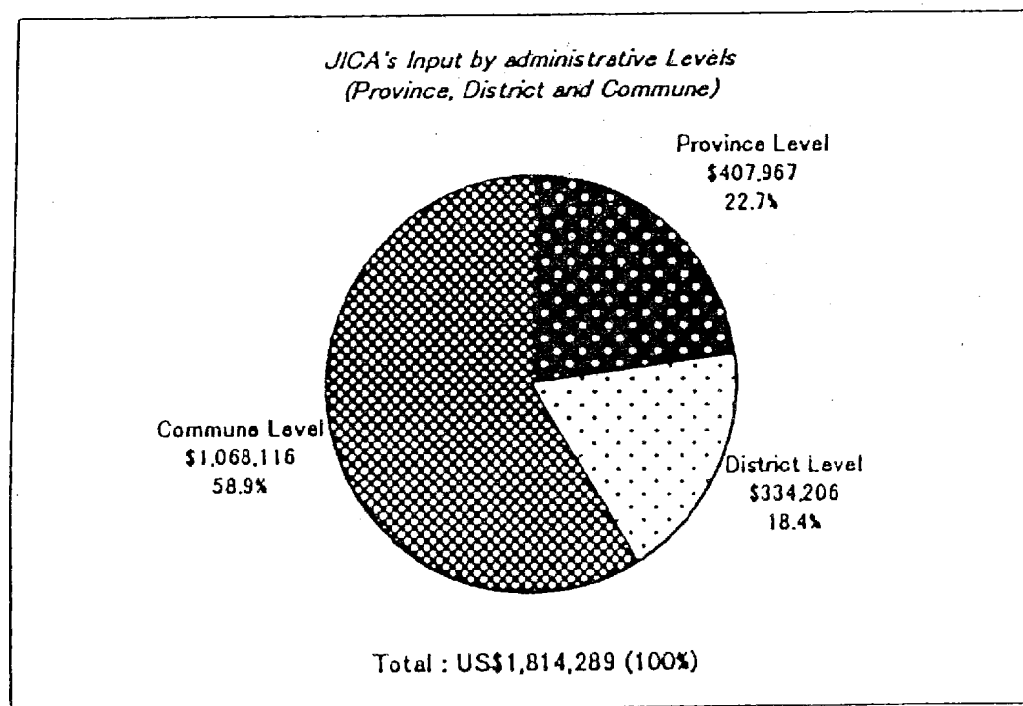
The total amount calculated above exceeded the input committed by Vietnamese side in PDM mentioned below:

1. Building and facilities: including project office, training room, maternity ward, laboratory, incinerator, transformer and other necessary facilities: VND1100million/3years
2. Other local cost: Costs for administration, IEC compensation, monitoring and other necessary costs for the Project to be borne by Vietnamese side will be indicated later

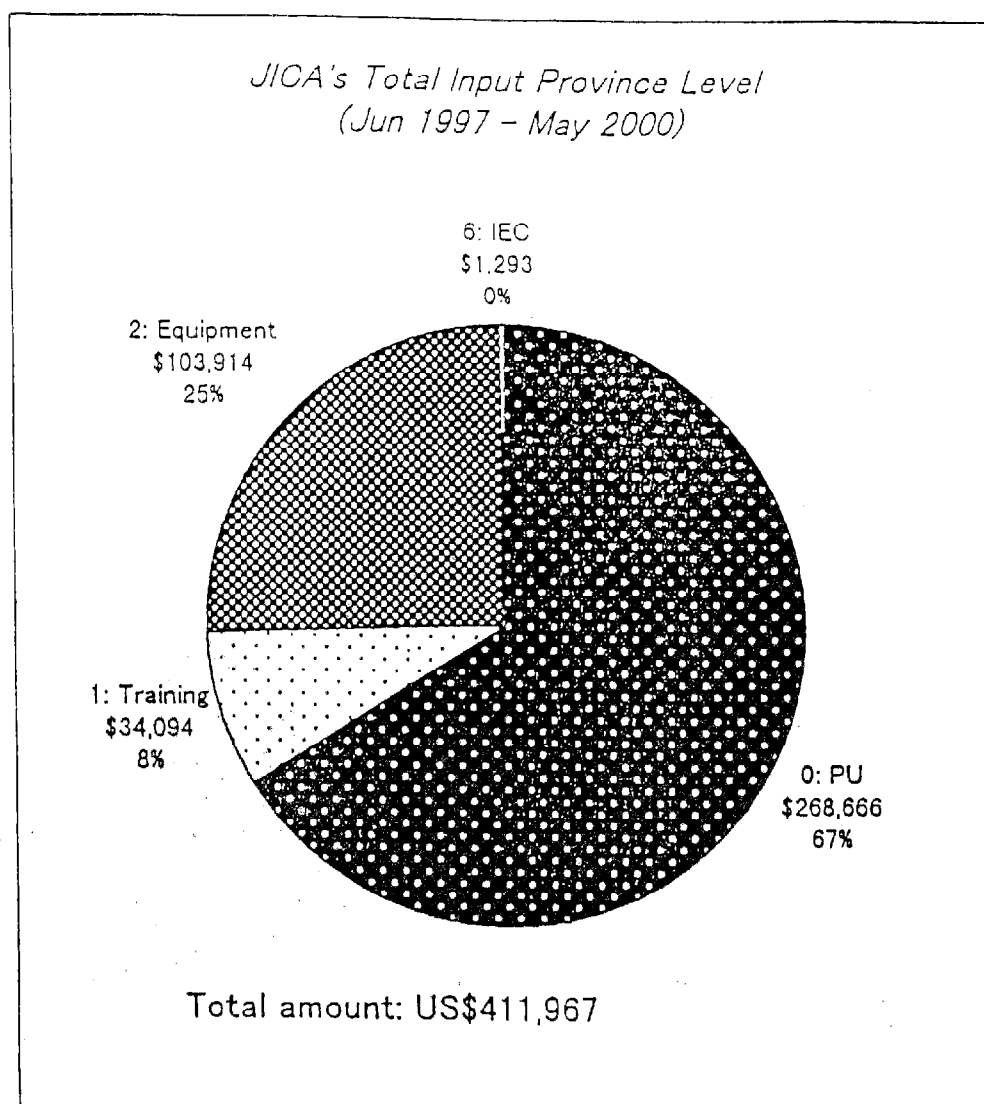
JICA's total input except Japanese experts, counterpart training in Japan is estimated : US\$1,814,289

- | | |
|---|-------|
| 1) at Provincial Level : US\$411,967/ 1 Province | |
| (MCH/FP Centre, JICA Office and Secondary Medical School) | 22.7% |
| 2) at District Level : US\$334,206/ 8 Districts | |
| (US\$41,776/ District) | 18.4% |
| 3) at Commune Level : US\$1,068,116/ 244 Communes | |
| (US\$4,378/ Commune) | 58.9% |

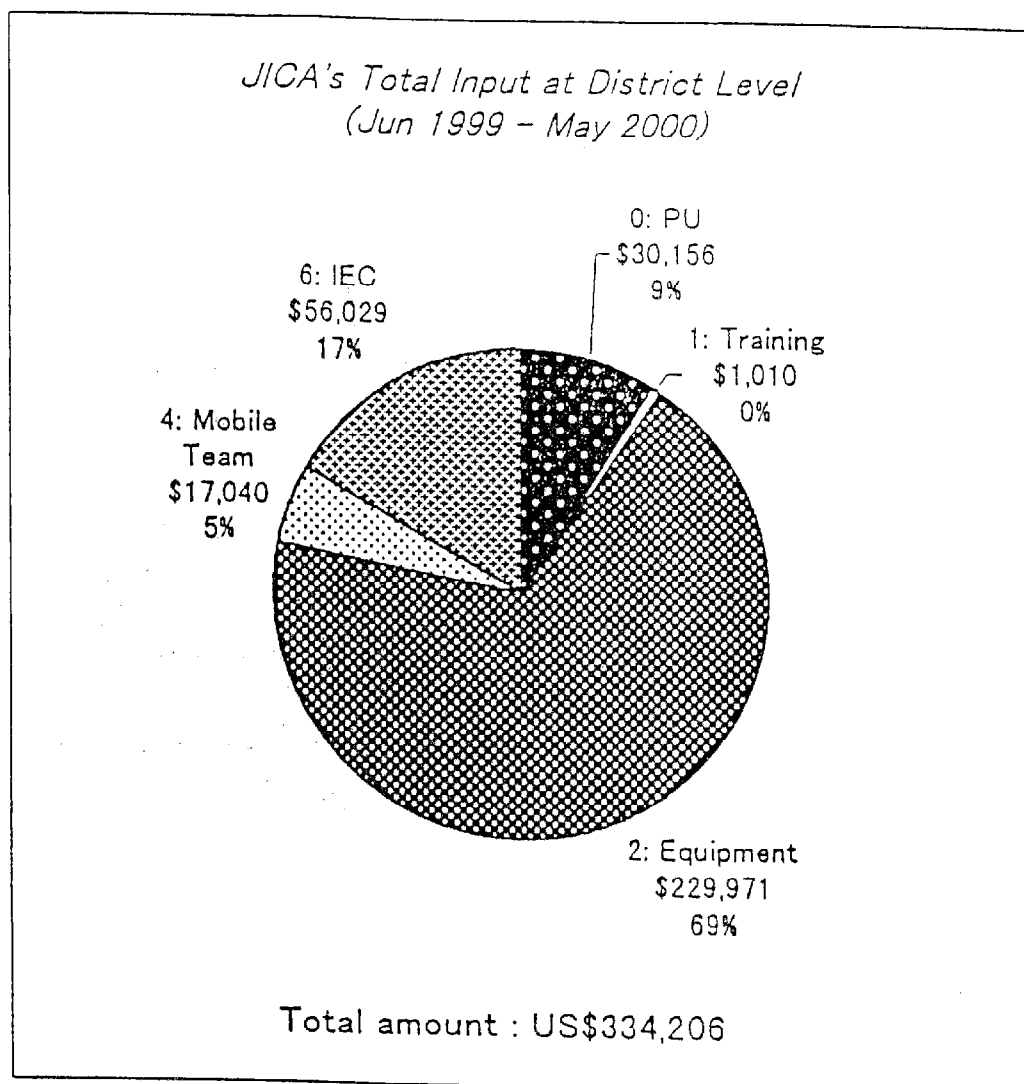
Total: US\$1,814,289 (100%) *



Province

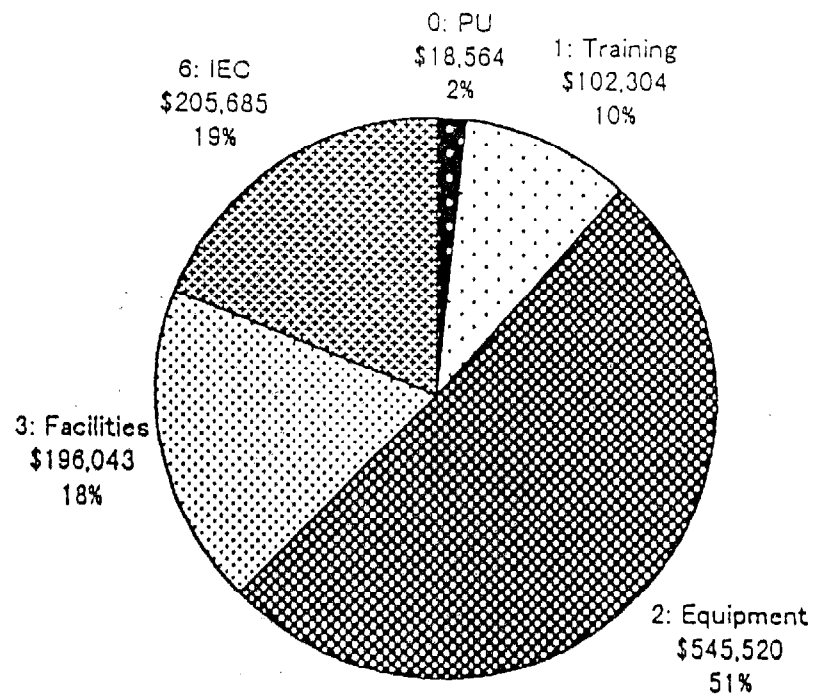


District



Commune

*JICA's Total Input at Commune Level
(Jun1997 - May 2000)*



Total amount: US\$1,068,166

. 実施協議調査団報告書

1．実施協議調査団派遣

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

(1) 経緯と目的

ヴェトナム社会主義共和国（以下、ヴェトナム）は低所得国であるにもかかわらず、少ない予算で国民をカバーする効率的な保健医療政策が行われてきたため、乳児死亡率は32.6（1995）、妊産婦死亡率は10万人当たり100前後と保健指標は開発途上国の中では中位に位置している。

医療従事者数は周辺国より多いものの、医療従事者の再教育を含む訓練が不十分な状況にある。右状況はリプロダクティブヘルスにおいても例外ではなく、特に妊産婦のケアに関しては、公的医療施設において周産期障害が第一の死亡原因となっており、妊産婦死亡率は1980年代から減少していなかった。

このような背景のもと、ヴェトナムの中でも特に貧困で、助産婦数の少ない北中部のゲアン省をモデル地域として妊産婦ケアにかかわる保健行政の強化および村でのサービスの向上を図ることを目的とする内容のプロジェクト方式技術協力を1997年6月1日から3年間実施した。

1999年12月、ヴェトナム側は3年間（専門家派遣期間は2年半）という短期間の協力にもかわらず成果を上げていることを高く評価したうえで、次期プロジェクトを実施してほしいとの要請を行った。

2000年4月の短期調査により、フェーズ2協力の大枠について先方との間で合意が得られた。

本調査においてはプロジェクトの実施に向け4．に述べる調査項目について調査、確認し、先方との間で討議議事録（R/D）を締結することを目的とする。

またあわせてプロジェクト開始前に確認、調整を必要とする各分野の事項について補完的な調査を行う。

(2) 要請内容（正式要請書による）

1) 目的：ゲアン省のリプロダクティブヘルスサービスの質の向上

2) 実施機関：ゲアン省

3) 期待される成果：

母子保健・家族計画センター（MCH/FPセンター）および郡レベル保健所（DHC）の機能強化

村レベルの保健所（CHC）での安全で清潔なお産の推進

妊娠中絶を減らすためのMCH/FPセンタースタッフのカウンセリング能力の向上
 生殖器系感染症（RTI）を減らすためのMCH/FPセンタースタッフのカウンセリング
 能力の向上

4) 内容：上記 ～ にかかる専門家派遣/研修員受入れ/機材供与を行う。

1 - 2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
(1) 団長	総 括	安藤 博文	日本大学国際関係学部教授
(2) 団員	プロジェクト管理	石井(山口)澄江	(財)家族計画国際協力財団事務局次長
(3) 団員	協力計画	山田 史子	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課職員
(4) 団員	通 訳	樋口 ホア	(財)日本国際協力センター研修監理員

1 - 3 調査日程

日順	月日	曜日	移 動 お よ び 業 務
1	7 / 9	日	移動 成田 香港 ハノイ 団内打合せ
2	7 / 10	月	午前 計画投資省、保健省、日本大使館表敬、JICA 事務所打合せ 午後 移動 ハノイ ヴィン
3	7 / 11	火	ゲアン省人民委員会表敬、MCH/FP センター協議
4	7 / 12	水	MCH/FP センター協議
5	7 / 13	木	移動 ヴィン ハノイ 打合せおよび報告書取りまとめ
6	7 / 14	金	午前 R/D 署名、計画投資省、保健省、大使館および事務所報告
7	7 / 15	土	帰国（団員 1、2、4） ハノイ 成田 バックマイ病院専門家打合せ（団員 3）
8	7 / 16	日	帰国（団員 3） ハノイ 成田

1 - 4 主要面談者

(1) ヴィエトナム側

1) 計画投資省 (MPI)

Mr. Ho Minh Chien

Deputy Director, Department of Labor-Culture-Social Planning

Mr. Nguyen Xuan Tien

Senior Expert, Foreign Economic Relations Department

2) 保健省

Trinh Bang Hop, M. D.

Director, Department of International Cooperation

Mr. Nguyen thi Hoai Hoan B. ct.

Program Officer, Department of International Cooperation

3) ゲアン省

Mr. Hoang Ky

Vice Chairperson, Nghe An People's Committee

Ms. Nguyen Thi Minh Chau

Chairperson, Nghe An Women's Union

Dr. Tran Thi Thien

Vice Director, Nghe An Health Service

Dr. Do Thi Mui

Director, MCH/FP Center

Dr. Nguyen Xuan Hong

Expert, Nghe An People's Committee

Mr. Pham Van Ly

Expert, Planning and Investment Department

Mr. Nguyen Thai Duong

Planning and Investment Department

4) 省病院

Dr. Tran Van Bao

Director

Dr. Nguyen Xuan Sau

Vice Director

Dr. Nguyen Trong Tai

Vice Director

Dr. Nguyen Dauh Linh

Head, Obstetrics and Gynecology Department

Dr. Huyuh Thanh Binh

Vice Head, Obstetrics and Gynecology Department

5) コミューン保健所関係

Hung Thinh CHC

Dr. Binh

Director, Hung Nguyen DHC

Dr. Hung

Head, MCH/FP Team of Obstetrics and Gynecology, Hung Nguyen DHC

Mr. Binh

Chairperson, Hung Yhinh People's Committee

Ms. Dung	Chairperson, Women's Union, Hung Thinh Commune
Mr. Phuong	Head, Hung Thinh CHC
Ms. Lieu	Midwife/Staff, Hung Thinh CHC
Mr. Nguyen Nghi Long CHC	Chairperson of Hung Thinh Youth's Union
Mr. Vo Xuan Dung	Chairperson, Nghi Long People's Committee
Ms. Vo Thi Chau	Chairperson, Women's Union, Nghi Long Commune
Mr. Nguyen Ngoc Lan	Head, Nghi Long CHC
Ms. Nguyen Thi Nga	Secondary Midwife/Staff, Nghi Long CHC
Dr. Le Ke Tu	Head, Obstetrics and Gynecology Department, DHC

(2) 日本側

1) 在ヴェトナム日本国大使館

宮川 賢治	書記官
-------	-----

2) JICAヴェトナム事務所

金丸 守正	所長
畠山 敬	次長
渡部 晃三	所員
榎本 小弓	健康管理員 (産婦人科医師、本件担当)

２．総 括

今回の調査団の任務は、フェーズ１が成功裡に終了したことを受け、フェーズ２開始のための実施協議を行い、両国代表によりR/D署名を取り交わすことであった。調査団派遣前に日本側およびヴィエトナム側による十分な準備がなされたことで、フェーズ２に対するヴィエトナム側の理解度が高く、予定どおり７月14日にR/Dの署名式をハノイで行った。この任務完了にあたり、東京およびハノイのJICAならびに協力機関としてのJOICFPの関係者のみならず、ヴィエトナム側の関係機関・諸氏の努力、協力、助言に対して心から感謝したい。

今回の調査で感じたことは下記のとおりである。

（１）フェーズ２として本プロジェクトを実施する意義および今後の展開について

フェーズ１の努力によって、フェーズ２ではゲアン省の残りの郡にこのプロジェクトを拡大するにあたりヴィエトナム側の体制がかなり整備されてきているように思われた。特にプロジェクトの実施に必要な経費、労働力に関して、ヴィエトナム側に負担に対する理解があることを強く感じた。フェーズ１に続きフェーズ２がパートナーシップの精神で続けられるのは好ましいことである。

さらに述べれば、フェーズ１において、上述の物理的な側面だけではなく長期・短期派遣の専門家を通じてヴィエトナム側と日本側の間に築かれた強い信頼関係は、フェーズ２を成功に導く大きな要因となるであろう。この信頼関係が今回の調査団の円滑な任務遂行を支えたことを銘記したい。

フェーズ１の成果はコミュンおよび郡レベルの人民委員会における母子保健活動の重要性に対する認識を高めた。今後、省レベルで認識の改善の可能性を期待できるばかりでなく、将来は国家開発計画のなかにおいても同分野が現在以上に高いプライオリティーを受けよう期待したい。

フェーズ１に続く本プロジェクトの実施により人々の健康、特に母子の健康が開発に対する負担でなく、開発そのものであるということが実証される可能性がある。従来の物理的インフラ重視の開発援助に対する再考を促す可能性もあり、国際的にも重要なプロジェクトとなろう。また、現在日本政府が推進している人間安全保障援助の具体的な一例となるものと思われる。またそのために、フェーズ２においてはプロジェクト関連基礎データの収集、分析の能力の拡大が必要である。

フェーズ２の主要課題として妊娠中絶およびRTIへの対策があり、その具体策として保健センター職員のカウンセリング等の技術向上を図ることが計画されている。ただ、今回のミッションの最終日に行われた在ハノイ援助機関に対する説明会（debriefing）でも言及さ

れたように、間接的に妊娠中絶を奨励する制度、あるいは、医者中心・行政中心の医療機構、制度等の外部条件に制約されるところが大きく、これらがプロジェクトの目標を達成しようとするうえで妨げになる可能性もある。

医療機構および制度の改革は、フェーズ2の目的をはるかに越えることではあるが、ゲアン省ならびに中央政府の関係者との協議を重ねることで、徐々に改善していく必要がある。このためには日本政府とヴィエトナム政府の二国間の話し合いも必要であるが、多国間のチャネルも使うべきであろう。特に人口、リプロダクティブヘルス関係では世界銀行（以下、世銀）、アジア開発銀行（ADB）、UNFPAのほかに、二国間援助機関、国際的NGOもヴィエトナムに援助をしているので、このような機関と連携し制度的な問題を解決すべきであり、このフェーズ2を通じて日本がイニシアティブをとることを期待する。

（2）わが方として留意したいこと

上記の目的のためにも、ハノイで定期的に行われている援助機関間の調整会合にはヴィエトナムが今まで以上に積極的に参画するよう要望する。この調整会合を通じて他の援助機関との支援活動の調整を図り、総合的な効果の最大化を追求すべきである。

さらにこの調整会合は、日本の経験を生かした民衆に根ざしたりプロダクティブヘルスプロジェクトを国際的に認知してもらう有意義な機会であると考え。国際的評価を得ることで、日本国内でもさらにこのプロジェクトを理解してもらうのに役立つと思われる。

上述の調整会合において、世銀よりBehavioral Change Communication (BCC)という活動をしているとの報告があった。特にフェーズ2で計画されている中絶対策と関連して興味深い。前述の制度、環境を変えずに女性の行動を変えようとするアプローチには問題があると思われる。過去30年のアジア、特に南西アジアの人口、家族計画の経験をみれば明らかだが、医療関係者（特に医者）は往々にして貧しい女性には知識が不足しているので知識向上を図り、多産に対する態度を改めさせれば家族計画が実行されと考えてきた。このアプローチを図式化すると次のとおりになる。

[無知 知識向上 態度の変化 行動の変化]

この思考方法は一見論理的であるが、実際には非現実的である。この思考方法では、医療制度、特に家族計画サービスが身近に安価に普及していることが前提となっている。途上国では、この前提が不十分であり、一番欠如している場合が多い。途上国の女性が妊娠中絶に走るのは知識が不足しているからではなく、他に手段が身近にないからであることも少なくはない。特に医療制度が農村地帯でまだ普及していない場合には、旧来のIEC活動は結果として“Victim bashing（弱者たたき）”ということになり、IEC活動があったとしても期待された行動変化の結果は出てこないこともある。

このような場合には、今までの慣例的なアプローチでなく次のような思考方法が必要と考える。

[制度の変革および環境の変化 user-friendlyな（使うものの立場に立った）

 リプロダクティブヘルスサービス 行動の変化 態度の変化]

このアプローチで重要なのは、IEC活動が個人の態度変化のためでなく、制度環境の変化、改革に向けられている点である。具体的には旧来の「子供の数が少ないほうが母体にとってよい」、「家族計画をすることで家計が楽になる」等のメッセージでなく、いつ、どこで、誰によって、いくらで良質なリプロダクティブサービスが提供されているかというメッセージになる。情報活動は、サービス提供者に責任をもたせ、サービスの向上を図るのが目的となる。基本的にカウンセリングを含めた技術移転だけでは旧来どおりの限られた制度下の技術向上に終わってしまいがちである。制度環境の変革まで達成するためにも、何らかの支援を行っていききたい。世銀からBCCの資料を入手次第、内容、アプローチ、実施状況を考察し、今後の協力に役立てることが望ましい。

3．協議の経過

前プロジェクトの終了時評価から短期調査を経て本調査団の派遣までの半年間に相互の共通理解が形成されていたことに加え、ゲアン省側があらかじめわが方が提示したR/Dの最終案について関係者を招集し会議を開き、その結果をレターとして保健省に提出するという形で事前準備が行われていた。

このため暫定実施計画（TSI）、プロジェクトデザインマトリックス（PDM）およびR/Dのマスタープランの項のプロジェクトの内容にかかる部分については、（誤字、脱字の訂正を除き）大きな問題点、異論等はなく、協議、視察ともに終始順調に行われた。

ゲアン省側からはあらかじめ保健省あてに提出されていたコメントレターの内容に沿い、以下の点についてわが方に対し確認が求められた。

- 1）省内で研修を実施する際の日当・宿泊の手当を日本側で負担すること。
- 2）電話代、ファックス代等のプロジェクト活動にかかる日常経費の支出および専門家の生活にかかる費用に関しては、フェーズ1と同様、日本側で負担すること。またフェーズ1ではモニタリング活動のための車両とバイクの購入を日本側で負担してもらったが、今回も同様に日本側による負担を希望している。
- 3）医療（衛生）統計の専門家を長期で派遣すること。

これに対しわが方からは冒頭に、R/Dはその文書の性格上、上記事項に関し具体的な数字を入れたり約束したりすることは難しいことを前置きしたうえで、次のとおり説明し、先方の理解を得ることができた。

- 1）質問されている研修はフェーズ1で行われていた中堅技術者養成対策費による医療従事者の再教育を指していると解釈しているが、右予算は本件R/Dにおいても言及されており、フェーズ1のときと同様の経費は支出可能であるので問題ないと思われる。
- 2）電話代、ファックス代等のプロジェクト活動にかかる日常経費の支出および専門家の生活にかかる費用に関しては、フェーズ1と同様、日本側で負担することが可能である。ただし、これは車両およびバイクを日本側の負担で購入することについてもいえるが、フェーズ2の後にわれわれが想定しめざしているのはヴィエトナム側が自立的に活動を続けていくことであって、5年間の活動終了後は（必要な機材の購入やメンテナンス等）すべてヴィエトナム側で行うことになることを銘記していただきたい。したがって無理のないスケジュールで5年後には自立できるよう、できる限りの予算獲得を関係の中央官庁とも協議しつつ行っていただきたい。
- 3）医療（衛生）統計の専門家（高度なシステムを駆使する医療情報統計の専門家ではなく、ゲアン省の関係の医療従事者の人々が統計の大切さや統計に関する基本的な考え方を身につ

けられるような指導を行う専門家)に関しては、妊娠中絶およびRTIという2つの中心課題への取り組みに際し不可欠と考えている。したがって日本側としてもぜひ派遣を実現できるよう努力する考えである。すでに石井団員を中心に国内で専門家候補者の検討が進められている。ただし日本側としては、より効果的かつ的確な技術協力を行うためにまず短期専門家を派遣し、その結果を持ち帰り検討したうえで日本側で適格な人選ができれば長期専門家を派遣したいと考えている。

4 . 実施上の留意点

4 - 1 実施体制

(1) 他の援助機関との連携体制の整備 ; Memorandum of Understanding (MOU)の締結

リプロダクティブヘルス分野の最大ドナーである国連人口基金 (UNFPA) のヴィエトナム代表から、 1 つのドナーが省全体の保健・衛生向上プログラムを現在実施しているのは世銀、ADBそしてUNFPAのみであり、リプロダクティブヘルスプロジェクトのフェーズ2がゲアン省全体をカバーすることになれば、JICAが4番目のドナーになるとの指摘があった。世銀、ADB、UNFPAは影響の大きさに鑑み、保健・医療分野におけるヴィエトナム政府のポリシー、戦略、そしてプログラムを尊重し、それらを強化する方向でプロジェクトを実施するという主旨のMOUを3者で交換しているので、JICAにもMOUに参加してほしいとの非公式ではあるが依頼があった。JICAとしてはプロジェクトフェーズ2の立ち上げの早い時機でこのMOUを交わすことを検討し、積極的に対処すべきと考える。

(2) 関係組織体制の整備

1) 合同調整委員会

合同調整委員会においてフェーズ1とフェーズ2の違いは委員長の交代である。ゲアン省人民委員会の教育・保健担当副委員長を3期(15年)にわたって務めたグエン・ティー・ハン氏が定年退職し、代わってホアン・キー氏が選出された。ホアン・キー氏は省人民委員会の副委員長としてすでにこのプロジェクトの推進にあたっているが、なるべく早い時機にカウンターパート研修で訪日する機会をつくる必要がある。

2) プロジェクト運営委員会 (省・郡・コミューン)

プロジェクトの実施にあたっては、プロジェクトの合同調整委員会のもとにフェーズ1において組織された省、郡そしてコミューンレベルの運営委員会を、フェーズ1の地域では継続、フェーズ2の拡大地域においては新設する。運営委員会は各地域レベルにおいてJICAプロジェクトの運営に関する最高責任を負い、またプロジェクト推進の原動力となる。リプロダクティブヘルスの草の根プロジェクトを実施するにあたって最も重要な組織である。

3) 草の根組織 (女性連合・青年連合)

女性連合はフェーズ2においてさらに重要な役割を果たすことになる。フェーズ1において各コミューンから5人の女性連合のメンバーが選ばれ、研修を受けた後JICAプロジェクトをコミューンレベルで推進している。この方式はプロジェクトの拡大地区にも適用されるべきである。フェーズ2において住民教育を推進するには女性連合の協力が不可欠に

なる。また、自立発展性を考慮し、リプロダクティブヘルス推進に向けての女性連合独自の企画も奨励しながら、協力を推進すべきである。

その一方で、フェーズ1においてはあまり連携をもたなかった青年連合との協力を積極的に推進する必要がある。現在ヴェトナムは若者の人工妊娠中絶数の増加に苦慮しており、政府の関係者からもこの問題に対する関心が数多く表明されている。フェーズ2において人工妊娠中絶数を減らすことがプロジェクトアウトプットのひとつとなっていることに鑑み、青年連合との協力関係のあり方等も含め、再度草の根組織との連携戦略を見直し、必要であれば修正する必要がある。

4) 省内の多様性に対する配慮（少数民族対策）

プロジェクトの拡大地域には多くの少数民族の居住区がある。少数民族については日本人専門家が直接技術協力の対象とするのではなく、MCH/FPセンターを中心にゲアン省内のマイクロ南南協力を推進しながら、リプロダクティブヘルス推進を図る計画である。また、ヴェトナムにおいて少数民族を対象に活動しているNGO等の経験も学びながら、少数民族のニーズに配慮したリプロダクティブヘルス推進アプローチの開発とトレーニングが今後必要とされる。

5) 日本人専門家協力（地理的・活動内容）

上記4)とも関連し、フェーズ2においては日本人専門家が直接関与する地区を限定する。フェーズ1のモデルとなる数郡とフェーズ2においてモデルとすべき数郡を選定し、フェーズ1のモデル郡については住民の健康教育推進コンポーネントのパイロットプロジェクトを実施し、フェーズ2のモデルとすべき郡についてはフェーズ1の成果を南南協力によって定着させるべく後方支援を行う。フェーズ1、フェーズ2、それぞれのモデル郡選定にあたっては省の運営委員会、郡運営委員会そして日本人専門家との協議により実施する。

6) 中央との連携（政府）

ゲアン省の成果を国家レベルに貢献できるものとするには中央政府との連携が重要である。フェーズ1においても保健省のMCH/FP局との連携を図ったが、フェーズ2ではさらにそれを強化する必要がある。長期専門家が現場に駐在している強みを発揮し、現場の経験を生かし、ドナーとの調整および保健省との連携を積極的に図りながら、ゲアン省の近隣地域および国家レベルへの貢献をめざす。これを可能にするにはリプロダクティブヘルスプロジェクトのチーフアドバイザーが常時ドナー会議に出席し、情報発信・交換する必要があることはいうまでもないが、JICAヴェトナム事務所からも積極的にドナー会議に参加し、日本の地球規模問題への取り組みの一例としてリプロダクティブヘルスプロジェクトを強調していただきたい。

4 - 2 実施計画

フェーズ2の特徴は、住民に対する健康教育の推進を通して、より住民に近いプロジェクトをめざすことにある。4 - 1 実施体制で述べたとおり、リプロダクティブヘルス分野においてJICAはADB、UNFPAそして世銀に次いで大きなドナーである。

このなかでMOUを交わすことにより、4者のプロジェクトの整合性が図られるとするならば、JICAのプロジェクトの特徴は日本人長期専門家がプロジェクト地区に常駐し、現場からの発想と提言が行えることにあるといえる。フェーズ2においてはこの認識のもと、ドナー間の調整を図りながらも、現場からの声を通してより現実的な提言と経験の提供を中央に向けて発進していく必要がある。

(1) フェーズ2の特徴

プロジェクトの内容は大きく2つに分かれる。そのひとつはゲアン省内のマイクロ南南協力を通じての新しいプロジェクト地区に対するフェーズ1活動の拡大と定着であり、他方はフェーズ1においてモデルとなった地区を中心とした住民教育、そしてMCH/FPセンターを中心とした保健医療従事者の集団、個別の指導・教育能力強化である。

1) 継続活動：持続性、継続性、Institutionalisation

研修、機材供与、モニタリングそして草の根無償資金協力による資材供与のパッケージによる村（コミュニン）で安全で清潔なお産の環境づくりはフェーズ2においてゲアン省全土に拡大される。ゲアン省内すべてのコミュニンにおいて安全で清潔なお産の環境整備をめざすとき、日本の草の根無償資金協力が欠かせない。外務省・日本大使館のフェーズ2に対する協力継続を強く希望する。この活動において重要なキーワードは、持続性、継続性そしてInstitutionalisationであり、それを達成するための戦略はゲアン省内におけるマイクロ南南協力の推進である。さらに、ゲアン省にとどまらず、他地域に対しても裨益することをめざし、経験のマニュアル化を図る必要がある。

2) 新規活動：住民教育、調査、保健医療担当の能力強化

新規活動のメインプレーヤーはMCH/FPセンターとフェーズ1のモデル郡である。日本の経験を生かした住民に対する健康教育にはフェーズ1のモデル郡が、RTI関連調査および集団個別指導・教育を中心とした能力強化の対象はMCH/FPセンタースタッフが中心となる。ヴェトナム全土においてもほとんど手がつけられていない、しかもリプロダクティブヘルス推進にとって重要なこれらの活動をJICAプロジェクトが積極的に行うことは大きな意義がある。日本の経験を最大限活用した住民に優しいプロジェクトの展開が期待される。

(2) 他地域への協力推進

すでに述べているとおり、フェーズ 2 の後半においてはゲアン省内部のみならず、ヴィエトナムの他の地域に対する協力の展開によりプロジェクト終了後の自立発展が期待されている。この点については調査団訪問時において、ハノイの計画投資省および保健省からも強い要望が示されている。

初期段階はゲアン省において研修やワークショップ等を開催し、経験・情報の交流を図りながら、プロジェクト後半においてはゲアン省で得た経験のマニュアル化を推進し、フェーズ 1 で基礎を築いたモデルの完成およびその他地域への展開をめざしたい。

附 属 資 料

討議議事録（R/D）

暫定実施計画書（TSI）

PDM

実施体制組織図

関係機関への報告出席者リスト

UNFPAの協力に関する資料

調査団に関する報道記事

（2000年7月15日付 Vietnam News）

① 討議議事録 (R/D)

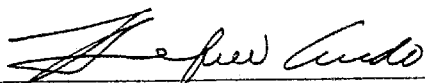
RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE IMPLEMENTATION STUDY TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIET NAM
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT IN NGHE AN PROVINCE (PHASE II)

The Japanese Implementation Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Prof. Hirofumi ANDO, visited the Socialist Republic of Viet Nam from July 9, 2000 to July 16, 2000 for the purpose of working out the details of the technical cooperation program concerning the Reproductive Health Project in Nghe An Province (Phase II).

During its stay in the Socialist Republic of Viet Nam, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Vietnamese authorities concerned, with respect to the desirable measures to be taken by both Governments for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the Socialist Republic of Viet Nam, signed in Hanoi on October 20, 1998 (hereinafter referred to as "the Agreement"), the Team and the Vietnamese authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.

Hanoi, July 14, 2000



Prof. Hirofumi Ando, Ph. D.
Leader
Implementation Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Mr. Hoang Ky
Vice Chairman
People's Committee of Nghe An Province
The Socialist Republic of Viet Nam



Dr. Duong Duc Ung
General Director
Department of Foreign Economic Relations
Ministry of Planning and Investment
The Socialist Republic of Viet Nam



Trinh Bang Hop, M.D.
Director
Department of International Cooperation
Ministry of Health
The Socialist Republic of Viet Nam

ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

1. The Government of the Socialist Republic of Viet Nam will implement the Reproductive Health Project in Nghe An Province (Phase II) (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with the Government of Japan.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article III of the Agreement, the Government of Japan will take, at its own expense, the following measures through JICA according to the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

The Government of Japan will provide the services of the Japanese experts listed in Annex II.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

The Government of Japan will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provisions of Article VIII of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF VIETNAMESE PERSONNEL IN JAPAN

The Government of Japan will receive Vietnamese personnel connected with the Project for technical training in Japan.

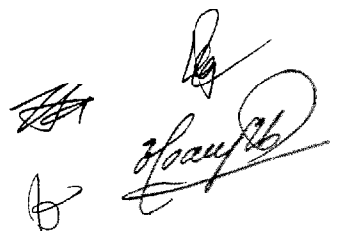
4. SPECIAL MEASURES FOR TRAINING OF MIDDLE-LEVEL PERSONNEL

The Government of Japan will supplement a portion of the following local expenditures necessary for the training programs for middle-level personnel conducted in The Socialist Republic of Viet Nam:

- (1) Travel allowances for the training participants between their places of assignment and the site of the training.
- (2) Production costs for teaching materials.
- (3) Travel costs of the training participants for their field trips.
- (4) Costs for procurement of supplies and equipment necessary for the training program.
- (5) Travel allowances for the local instructors of the training programs accompanying the trainees on their field trips.
- (6) Remuneration for the instructors invited from institutions other than those directly connected with the Project.

Japanese funding for the above-mentioned expenses will be reduced annually.

The reductions in Japanese funding will be compensated by additional Vietnamese funding.



III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIET NAM

1. The Government of the Socialist Republic of Viet Nam will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through the full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. The Government of the Socialist Republic of Viet Nam will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Vietnamese nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Socialist Republic of Viet Nam.
3. In accordance with the provisions of Article VI of the Agreement, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will grant in the Socialist Republic of Viet Nam privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Articles VI and VIII of the Agreement, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will take measures necessary to receive and use the Equipment provided through JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. The Government of the Socialist Republic of Viet Nam will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Vietnamese personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provisions of Article V of the Agreement, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will provide the services of the Vietnamese counterpart personnel and administrative personnel listed in Annex IV.
7. In accordance with the provisions of the Article V of the Agreement, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will provide the buildings and facilities listed in Annex V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in the Socialist Republic of Viet Nam, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided through JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in the Socialist Republic of Viet Nam, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.



IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Vice Chairperson of the Nghe An People's Committee, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. The Deputy Director of Health Service of Nghe An Province, as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by the two Governments through JICA and the Socialist Republic of Viet Nam authorities concerned, (at the middle and) during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provisions of Article VII of the Agreement, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam undertakes to bear claims, if any arise, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Socialist Republic of Viet Nam, except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

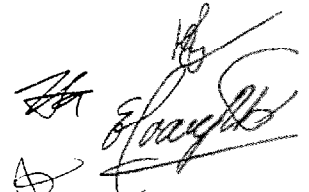
There will be mutual consultation between the two Governments on any major issues arising from, or in connection with, this Attached Document.

VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purposes of promoting the support for the Project among the people of the Socialist Republic of Viet Nam, the Government of the Socialist Republic of Viet Nam will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Socialist Republic of Viet Nam.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of technical cooperation for the Project under this Attached Document will be five years from September 1, 2000.



ANNEX I. MASTER PLAN

I. Objective of the Project

1. Overall Goal
Reproductive Health of Women of Reproductive Age in Nghe An Province is improved.
2. Purpose
Reproductive Health Service is improved in Nghe An Province.

II. Main Output and Activities of the Project

1. Output of the Project

Steering Committees*¹ at all levels will be established in order to achieve output (1)-(4).

- (1) Management and guidance / counseling capacity of the MCH / FP Center and DHC is improved.
- (2) Safe and hygienic delivery is promoted at the commune level.
- (3) Guidance and counseling skills of MCH / FP Center staff are improved to reduce the number of abortions.
- (4) Capacity for reducing RTI is improved at the MCH / FP Center and selected districts*².

Note: 1. For the effective implementation of the Project, Steering Committees of the Project will be formulated at the provincial, district and commune levels. The function and responsibility of the Committee are to promote and support Project activities, to coordinate the efforts made by respective organizations to maximize the impact of the Project, and to mobilize available resources in the community.

The Steering Committees at the district and commune levels are composed of representatives of People's Committee, DHC or CHC, Women's Union. The members of the Steering Committee at provincial level will be senior staff members of the MCH/FP Center, including the director and two vice directors.

2. Selected districts: Several districts of Nghe An Province will be selected to provide new components of the Project as model districts

3. Project area: 17 districts, one town and one city of Nghe An Province
(total 19: whole area of Nghe An Province)


4. Experienced areas: The Project will be implemented in 8 districts that carried out the former Project from June 1997 to May 2000

5. New project areas: The Project will be implemented in 9 districts, one town and one city

2. Activities of the Project

For Output 1-(1):

- (1) To review the capacity of MCH / FP Center staff
- (2) To reassign roles and responsibility
- (3) To conduct self-assessment of training needs on management and guidance skills at MCH/FP Center
- (4) To formulate plan of management and guidance skills training
- (5) To formulate monitoring team at DHC
- (6) To conduct training for monitoring and guidance skill
- (7) To provide means of transportation to the MCH/FP Center



- (8) To conduct monitoring and guidance activities according to the plan
- (9) To establish data and report filing system at the MCH/FP Center

For Output 1-(2):

- (1) To review utilization and effectiveness of equipment supplied
- (2) To prepare list of equipment
- (3) To formulate a plan of equipment supply
- (4) To carry out retraining of midwives and obstetrics and gynecology assistant doctors who attend delivery (10 courses)
- (5) To upgrade equipment at CHC and obstetrics and gynecology dept. at DHC
- (6) To upgrade facilities of CHC such as delivery rooms, FP service/counseling rooms, shower rooms and toilets
- (7) To conduct training on IEC for Women's Union members
- (8) To provide IEC materials to commune-level Women's Union
- (9) To promote IEC on safe hygienic delivery (by the Women's Union)
- (10) To promote "Aiiiku-Han" (community-based MCH promotion system) activities in selected districts and communes
- (11) To conduct regular monitoring of CHC by DHC monitoring team
- (12) To conduct TOT on education plan and teaching plan for DHC

For Output 1-(3):

- (1) To conduct assessment on the abortion situation in the selected area and the MCH / FP Center
- (2) To develop guidance and counseling strategies
- (3) To develop and produce necessary materials for guidance and counseling
- (4) To conduct training on guidance and counseling for MCH/FP Center staff and selected districts (DHCs)
- (5) To conduct regular supply of necessary contraceptives

For Output 1-(4):

- (1) To identify counterpart for RTI survey
- (2) To conduct a feasibility study on the RTI survey in project area
- (3) To formulate task force for RTI survey
- (4) To formulate RTI survey plan
- (5) To conduct RTI survey
- (6) To formulate strategy for RTI prevention
- (7) To develop and produce necessary materials for counseling and guidance
- (8) To conduct training on counseling and guidance for prevention of RTI

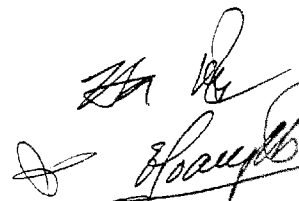
ANNEX II. LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Long-term experts

- (1) Chief Advisor
- (2) Project Management and Coordination
- (3) Midwifery Education
- (4) Public Health Nurse
- (5) Others mutually agreed upon as necessary

2. Short-term experts

- (1) Midwifery Education
- (2) Information, Education and Communication (IEC)



- (3) Medical Doctor in Obstetrics and Gynecology
- (4) MCH / FP Administration
- (5) Reproductive Health Survey
- (6) Health Information Management
- (7) Community-based MCH Promotion Activities
- (8) Health Service and Management
- (9) Others mutually agreed upon as necessary

ANNEX III. LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

- 1. Equipment for training activities
- 2. Equipment for capacity building of the MCH / FP Center in Nghe An Province
- 3. Equipment for Clinical Medicine
- 4. Vehicles and spare parts necessary for the implementation of the Project
- 5. Other equipment mutually agreed upon as necessary

ANNEX IV. LIST OF VIETNAMESE COUNTERPARTS AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

- 1. Project Director
- 2. Project Manager
- 3. Other Technical Counterparts
- 4. Other support staff including administrative staff and secretaries, mutually agreed upon as necessary

ANNEX V. LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

- 1. Sufficient space for the implementation of the Project
- 2. Offices and other necessary facilities for the Japanese experts
- 3. Facilities such as electricity, gas and water, sewage systems, telephones and furniture necessary for the activities of the Project
- 4. Other facilities mutually agreed upon as necessary

Handwritten signature and initials, possibly reading 'A. S. Long' or similar, with a large circular flourish.

ANNEX VI. JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever the necessity arises, and work:

- (1) To review and authorize the annual work plan of the Project in line with the Tentative Schedule of Implementation formulated in accordance with the framework of the Record of Discussions
- (2) To monitor the progress of the Project
- (3) To evaluate the activities of the Project
- (4) To discuss other major issues relevant to the Project

2. Composition

(1) Chairperson: Vice Chairperson, People's Committee of Nghe An Province

(2) Members:

Vietnamese side:

Department of Health Service, Nghe An Province

MCH / FP Center, Nghe An Province

Women's Union, Nghe An Province

Japanese side:

Chief Advisor

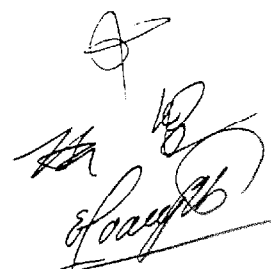
Expert on Project Management and Coordination

Experts

Resident Representative of the JICA Viet Nam Office

Other personnel concerned with the Project to be dispatched by JICA

- Note:
1. Official(s) of the Embassy of Japan may attend the Joint Coordinating Committee as observer(s).
 2. Representative(s) of MCH / FP Department of Ministry of Health will attend the Joint Coordinating Committee as advisor(s).

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature appears to be 'H. B. Hoang'.

② 暫定実施計画書 (TSI)

TENTATIVE SCHEDULE OF IMPLEMENTATION
OF
THE REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT
IN NGHE AN PROVINCE (PHASE II)

The Japanese Implementation Study Team (hereinafter referred to as "the Team") and the Vietnamese authorities concerned have jointly formulated the Tentative Schedule of Implementation of the Project with its Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") annexed hereto.

This has been formulated in connection with the attached document of the Record of Discussions signed between the Team and the Vietnamese authorities concerned for the Project on the conditions that the necessary budget will be allocated for the implementation of the Project by both sides, and that the schedule and the PDM will be subject to change within the framework of the Record of Discussions when necessity arises in the course of implementation of the Project.

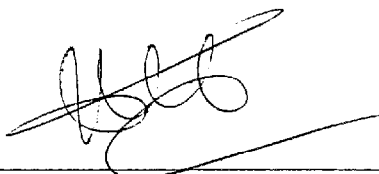
Hanoi, July 14, 2000



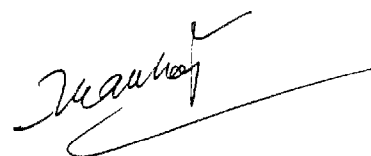
Prof. Hirofumi Ando, Ph. D.
Leader
Implementation Study Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Mr. Hoang Ky
Vice Chairman
People's Committee of Nghe An Province
The Socialist Republic of Viet Nam



Dr. Duong Duc Ung
General Director
Department of Foreign Economic Relations
Ministry of Planning and Investment
The Socialist Republic of Viet Nam



Trinh Bang Hop, M.D.
Director
Department of International Cooperation
Ministry of Health
The Socialist Republic of Viet Nam

Tentative Schedule of Implementation

Activities	Target	Schedule																				Responsible person in Project Team	Input	Remarks				
		2000				2001				2002				2003				2004							2005			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV			
0. Steering Committee at all levels will be established in order to achieve output 4.	1.-																											
0-1. Review and define the function and responsibilities of Steering Committee at all levels																												
0-2. Review Steering Committee members in the experienced areas (8 districts)																												
0-3. Establish Steering committees at district and commune levels in new project area																												
0-4. Conduct orientation of the Project to Steering Committee members of new project area																												
0-5. Conduct exchange of experience among experienced districts and new districts																												
0-6. Conduct regular meeting of commune steering committees and district steering committees (monthly)																												
0-7. Conduct regular meeting of district steering committees and provincial steering committees (monthly, bi-monthly, quarterly)																												
1. Activities related to output: Management and guidance / counseling capacity of MCH / FP Center and DHC is established																												
1-1. Review the capacity of MCH / FP Center staff																												
1-2. Reassign roles and responsibility																												
1-3. Conduct self assessment of training needs on management and guidance skill at MCH / FP center																												
1-4. Formulate Plan of management and guidance skill training																												
1-5. Formulate Monitoring team at DHC																												
1-6. Conduct training for monitoring and guidance skill																												
1-7. Provide means of transportation to MCH/FP Center																												
1-8. Conduct monitoring and guidance activities according to the planned																												
1-9. Establish data and report filing system at MCH / FP center																												
2. Activities related to output: Safe and hygienic delivery is promoted at the commune level																												
2-1. Review utilization and effectiveness of equipment supplied																												
2-2. Prepare a list of equipment																												
2-3. Formulate a plan of equipment supply																												

Tentative Schedule of Implementation

Activities	Target	Schedule																				Responsible person in Project Team	Input	Remarks				
		2000				2001				2002				2003				2004							2005			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				I	II	III	IV
2-4. Carry out retraining of midwives and obgyn assistant doctors who attend delivery (10 courses)																												
2-5. Upgrade the equipment at CHC and obgyn dept. at DHC																												
2-6. Upgrade facilities of CHC such as delivery room, FP services/counseling room, shower room and toilet																												
2-7. Conduct training on IEC for Women's Union members																												
2-8. Provide IEC materials to commune level women's union																												
2-9. Promote IEC on safe hygienic delivery (by Women's Union)																												
2-10. Promote "Aiku-han" (community-based MCH promotion system) activities in selected districts and communes																												
2-11. Conduct regular monitoring to CHC by DHC monitoring team																												
2-12. Conduct TOT on education plan and teaching plan for DHC																												
3. Activities related to output: Guidance and counseling skill of MCH/FP Center staff is improved to reduce the number of abortion																												
3-1. Conduct assessment on abortion situation in the selected area and MCH/FP Center																												
3-2. Develop guidance and counseling strategies																												
3-3. Develop and produce necessary materials for guidance and counseling																												
3-4. Conduct training on guidance and counseling for MCH/FP Center staff and selected districts (DHCs)																												
3-5. Conduct regular supply of necessary contraceptives																												
4.Capacity for reducing RTI is improved at MCH/FP Center and selected districts																												
4-1. Identify counterpart for RTI survey																												
4-2. Feasibility study on the RTI survey in project area																												
4-3. Formulate task force for RTI survey																												
4-4. Formulate RTI survey plan																												
4-5. Conduct RTI survey																												
4-6. Formulate strategy for RTI prevention																												
4-7. Develop and produce necessary materials for counseling and guidance																												
4-8. Conduct training on counseling and guidance for prevention of RTI																												

Tentative Schedule of Implementation

Activities	Target	Schedule																				Responsible person in Project Team	Input	Remarks				
		2000				2001				2002				2003				2004							2005			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				I	II	III	IV
Inputs by Japanese side																												
I. Dispatch of Long Term Experts																												
1. Chief Advisor																												
2. Expert on Management and Coordination																												
4. Expert on Midwifery Education																												
5. Public Health Nurse																												
6. Others mutually agreed upon as necessary																												
II. Dispatch of Short Term Experts																												
1. Expert on Midwifery Education				-			-				-				-					-								
2. Expert on Information, Education and Communication (IEC)				-				-				-				-				-								
3. Expert on Obstetrics and Gynecology					-				-				-				-				-							
4. Expert on MCH / FP Administration				-				-				-				-					-							
5. Expert on Reproductive Health Survey					-				-				-															
6. Expert on Health Information Management					-				-				-				-											
7. Expert on Community-based MCH Promotion Activities							-						-															
8. Expert on Health Service and Management							-				-				-				-				-					
9. Others mutually agreed upon as necessary				-	-		-		-		-		-		-													
III. Counterpart Training in Japan																												
1. MCH / FP Administration				-			-				-				-				-									
2. Midwifery Education				-			-				-				-				-									
3. Public Health Nurse																												
4. Others mutually agreed upon as necessary							-				-				-				-									
IV. JICA Study Team																												
1. Management Consultation Team					-			-																				
2. Advisory Team											-																	
3. Evaluation Team																			-									
V. Inputs by Vietnamese side																												
1. Assignment of Counterpart Personnel																												
2. Provision of Land, Building and Facilities for the Project																												
3. Cost of Utility such as Electricity and Water																												
VI. Annual Report					-			-				-				-				-								

(September 2000 - August 2005)

Narrative Summary	Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal: Reproductive Health of Women in Reproductive Age in Nghe An Province is improved	1. Maternal mortality reduced 2. No. of abortion reduced 3. No. of women who suffered from RTI reduced	Data from Provincial Health Office, Statistics Office and PCPPF	High commitment by local authorities, health sector and mass organization will be continued Economic condition will not be worsened
Project Purpose: Reproductive Health Service is improved in Nghe An Province	1. Range of RH services is broadened 2. Certain no. of CHCs are certified as standard RH service center by Provincial Health Service and MCH/FP Center	Reports from MCH/FP Center and DHCs	Utilization rate of public health facilities is not worsened RTI prevention activities will be carried out according to the developed plan
Output: 0. Steering Committees at all levels will be established in order to achieve object 1-4. 1. Management and guidance/counseling capacity of MCH/FP Center and DHCs is improved	0.1 Staffing of Steering Committees at all levels is continuously fulfilled 0.2 Meetings of Steering Committee at all levels are organized regularly 0.3 Staffing of Steering Committees at all levels is continuously fulfilled 1.1 Standard check-list for monitoring of CHC developed 1.2 No. of staff trained on monitoring according to the standard set by Provincial Health Service and MCH/FP Center 1.3 Monitoring is conducted as planned 1.4 Standard for RH services is set by the Provincial Health and MCH/FP Center 1.5 Parents class is applied and organized regularly at DHCs	Reports from SCs Reports from MCH/FP Center and DHCs	Agricultural production is not reduced Unexpected serious natural disaster will not hit the project area Nutrition Status of pregnant women will not be worsened
2. Safe and hygienic delivery is promoted at the commune level	2.1 No. of home deliveries are decreased 2.2 At least 90% of Health Personnel trained pass the post test 2.3 Percentage of utilization of partograph at CHCs is increased 2.4 Average no. of prenatal check-ups among women delivered becomes over 3 times 2.5 There are less maternal death cases due to lack of timely referral at CHC and at home 2.6 All CHC (467) in Nghe An Province have improved 4 facilities (delivery room, latrine, well and shower room) to secure safe hygienic delivery 2.7 Safe and hygienic environment secured for more than 90 % of deliveries in the rural areas of Nghe An Province 2.8 All CHCs(467) of Nghe An Province are able to provide all essential items of pregnancy check-up	Reports from DHCs and CHCs	
3. Guidance and counseling skill of MCH/FP Center staff is improved to reduce the number of abortion	3.1 Counseling manual is developed 3.2 No. of qualified staff in counseling/guidance is increased 3.3 Qualified counseling system is established at MCH/FP Center 3.4 No. of repeated case of abortion is decreased	Report from MCH/FP Center	
4. Capacity for reducing RTI is improved at MCH/FP Center and selected districts	4.1 Survey report is prepared 4.2 Strategy for reduction and prevention of RTI is developed	Report from MCH/FP Center	

Activities:	Inputs:	
<p>0.1 Review and define the function and responsibilities of Steering Committee at all levels</p> <p>0.2 Review Steering Committee members in the experienced (8 districts)</p> <p>0.3 Establish Steering Committees at district and commune levels in new project area</p> <p>0.4 Conduct orientation of the Project to Steering Committee members of new project area</p> <p>0.5 Conduct exchange of experience among experienced districts and new districts</p> <p>0.6 Conduct regular meeting of commune steering committees and district steering committees (monthly)</p> <p>0.7 Conduct regular meeting of district steering committees and provincial steering committees (monthly, bi-monthly, quarterly)</p> <p>1.1 Review the capacity of MCH/FP Center staff</p> <p>1.2 Reassign roles and responsibility</p> <p>1.3 Conduct self assessment of training needs on management and guidance skill at MCH/FP Center is carried out</p> <p>1.4 Formulate Plan of management and guidance skill training</p> <p>1.5 Formulate Monitoring team at DHC</p> <p>1.6 Conduct training for monitoring and guidance skill</p> <p>1.7 Provide means of transportation to MCH/FP Center</p> <p>1.9 Establish data and report filing system at MCH/FP Center</p> <p>2.1 Review utilization and effectiveness of equipment supplied</p> <p>2.2 Prepare a list of equipment</p> <p>2.3 Formulate a plan of equipment supply</p> <p>2.4 Carry out retraining of midwives and obgyn assistant doctors who attend delivery (10 courses)</p> <p>2.5 Upgrade the equipment at CHC and obgyn dept. at DHC</p> <p>2.6 Upgrade facilities of CHC such as delivery room, FP service/counseling room, shower room and toilet</p> <p>2.7 Conduct training on IEC for Women's Union members</p> <p>2.8 Provide IEC materials to commune level women's union</p> <p>2.9 Promote IEC on safe hygienic delivery (by Women's Union)</p> <p>2.10 Promote "Aiku-Han" (community-based MCH promotion system) activities in selected districts and communes</p> <p>2.11 Conduct regular monitoring to CHC by DHC monitoring team</p> <p>2.12 Conduct TOT on education plan and teaching plan for DHC</p> <p>3.1 Conduct assessment on abortion situation in the selected and MCH/FP Center</p> <p>3.2 Develop guidance and counseling strategies ar</p> <p>3.3 Develop and produce necessary materials for guidance and counseling</p>	<p>Vietnam (Nghe An Province)</p> <p>1. Building and facilities Renovation and expansion of JICA RH term Project Office</p> <p>2. Essential drugs and contraceptives</p> <p>3. Other local cost Cost for administration, monitoring and other</p>	<p>Japan</p> <p>1. Experts 1.1 Long Team Leader Coordinator Midwife Public Health Nurse 1.2 Short MCH/FP administration Center Management RH survey, IEC Community participation and MCH promotion, etc/</p> <p>2. Equipment</p> <p>3. Trainee Counterpart training in Japan Local training</p>
		Salary for health workers will not be decreased

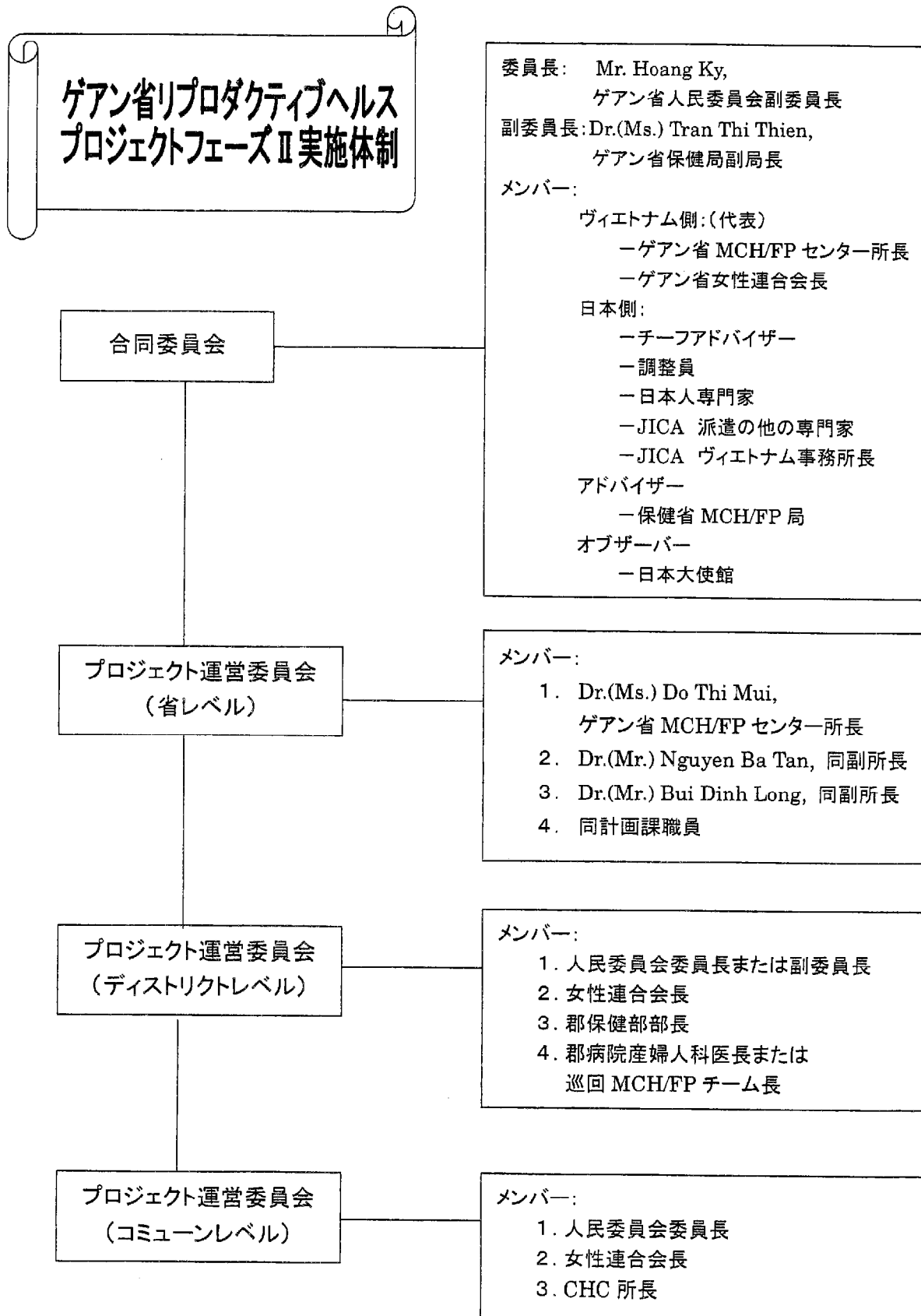
[Handwritten signatures and initials]

3.4 Conduct training on guidance and counseling for MCH/FP Center staff and selected districts (DHCs) 3.5 Conduct regular supply of necessary contraceptives 4.1 Identify counterpart for RTI survey 4.2 Feasibility study on the RTI survey in project area is carried out 4.3 Formulate task force for RTI survey 4.4 Formulate RTI survey plan 4.5 Conduct RTI survey 4.6 Formulate strategy for RTI prevention 4.7 Develop and produce necessary materials for counseling and guidance 4.8 Conduct training on counseling and guidance for prevention of RTI		Pre-condition New districts of Nghe An Province do not oppose to carry out RH Project Phase II
---	--	--

Note:

1. For the effective implementation of the Project, Steering Committee of the Project will be formulated at Provincial, District and Commune levels. The function and responsibility of the Committee are to promote and support of the Project activities, coordinate the efforts to be made by respective organizations to maximize the impact of the Project and mobilization of available resources in the community. The Steering Committees at district and commune levels are composed of representatives of People's Committee, DHC or CHC, Women's Union. The members of the Steering Committee at provincial level are senior staff of MCH/FP Center including director and two vice directors. The Steering Committees at district and commune levels are composed of representatives of People's Committee, DHC or CHC, Women's Union. The members of the Steering Committee at provincial level are senior staff of MCH/FP Center including director and two vice directors.
2. Selected districts Several districts of the Nghe An Province will be selected to provide new components of the Project as model districts
3. Project area : 17 districts, one town and one city of Nghe An Province (total 19: whole area of Nghe An Province)
4. Experienced areas: 8 districts that carried out the former Project from June 1997 to May 2000 and the Project will be implemented
5. New project areas: 9 districts, one town and one city that the Project will be newly implemented

④ 実施体制組織図



Reproductive Health Project R/D 後
Debriefing 出席者

1. Dr Mui ; Nghe An Province MCH/FP center Director
2. Mr Omer Ertur ; UNFPA Representative
3. Dr Ricard Dominique ; WHO Medical Officer
4. Ms Nguyen Van Phong ; Pathfinder Program Officer
5. Mr Koichiro Watanebe ; Save the Children Japan Representative
6. Mr Pham Ngor Len ; UNICEF Project Officer health
7. Ms Nguyen Thi Mai ; World Bank Operation Officer
8. Mr Vo Van Nhan ; GTZ Project Promotion of Family Health

Lux-Development S.A.
Project Management Unit (PMU)
Nghe An Rural Development Project (NARUDEP)
VIE/007

TELEFAX

To:	Ms Mai - Operation Officer - WB		
CC:			
From:	Mr Nguyen Nam Dinh and Mr Paolo Cervino		
Date:	July 5 th , 2000	No of pages (including this one):	1
Subject:	National Health Support Project	Fax Reference No	pmu 130

Dear Ms Mai,

Lux-Development, The Development Co-operation Agency of Luxembourg, has been mandated to undertake a pre-feasibility study in the health sector in the districts of Nghi Loc, Cong Cuong, Yen Thanh, Thanh Chuong, in the province of Nghe An. The study will take place at the beginning of August.

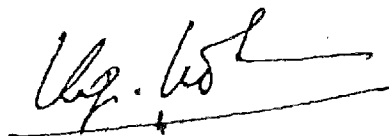
Lux-Development has been advised that the National Health Support Project of the World Bank is active in Nghe An. According to our information a global baseline survey, including the survey of quality of construction and presence of equipment was organised in 1997.

Subsequently the districts of Nghi Loc and Yen Thanh apparently benefited from extensive renovation, refurbishment and training at Community Health Centre level, as well as, to a much lesser degree, at District Hospital and Polyclinic level.

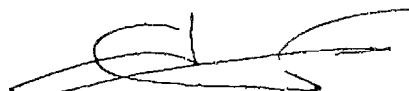
Given the information received we are currently considering a global survey of the four districts, concentrating our evaluation on the district hospitals and the polyclinics. As the terms of reference of our study are not yet finalised, we would very much appreciate it if you could provide us with the results of the baseline survey as well as a summary of your activities at communal level, in order to avoid repeating the work you already did.

We will try to phone you tomorrow, in the hope of finding you in the office. Should this not be possible could you please fax us to advise when a good time to talk would be? Unfortunately we are very busy in Vinh and will have difficulties finding time to go to Hanoi in the near future.

Best Regards,



Nguyen Nam Dinh
Vietnamese Project Co-ordinator



Paolo Cervino
Project Officer

A3, Giao Te Hotel, 9, Ho Tung Mau Street, Vinh, Nghe An, Vietnam
Tel +{84}38.837.097 Fax +{84} 38.837.096 E-mail : narudep@hn.vnn.vn

k/g ãi: Cõ Mai
7/7/2000

Progress project report - Geographical Coverage
(4 DHCs of Nghe An Province)

No.	Name of Districts Contains	Con Cuong	Thanh Chuong	Nghi Loc	Yen Thanh
A	Information				
1	Number CHCs	13	37	33	34
2	Population	62,649	224,947	209,598	259,329
3	Beds	100	120	100	110
4	Use bed rate	93%	84%	95%	112
5	Area of solid blocks (840	1600	1680	3200
6	Number M.D. /staffs	12 /104	13 /149	22 /131	24 /147
B	Progress Project				
1	Civil Works	5 CHCs on-going	13 CHCs on-going	24 CHCs completed,	31 CHCs completed,
	CHCs and DHC	1DHC on-going	1DHC on-going	1DHC completed	1 DHC completed
2	Equipment:				
	Ambulance	01 (plan 2001)	01 (completed)	01 (plan 2001)	01 (completed)
	X- ray	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)	0 (Shimazdu 300 mA)
	Electrocardiograph	0 (No need)	1 (on-going)	1 (on-going)	0 (No need)
	Lab- equipment	1 (on-going)	1 (on-going)	0 (No need)	1 (on-going)
	Operating table	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)
	Portable Anaesthesia	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)
	Light Operating	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)	1 (on-going)
	Bed	On-going	On-going	On-going	On-going
	Bed side cabinet	On-going	On-going	On-going	On-going
	Drug cabinet	On-going	On-going	On-going	On-going
	Other Equipments:	Will be delivered	Will be delivered	Will be delivered	Will be delivered
	... etc				
3	Essential Drugs	On-going	On-going	On-going	On-going
4	Retraining for HW	On-going	On-going	On-going	On-going



**Executive Board
of the
United Nations
Development Programme
and of the
United Nations
Population Fund**

Distr.
GENERAL

DP/FPA/VIE/6
2000

ORIGINAL: ENGLISH

Third regular session, 2000
September 2000, New York
Item of the provisional agenda
UNFPA

**UNITED NATIONS POPULATION FUND
PROPOSED PROJECTS AND PROGRAMMES**

Recommendation by the Executive Director
Assistance to the Government of Viet Nam

Proposed UNFPA assistance: \$27 million, \$20 million from regular resources and \$7 million through co-financing modalities and/or other, including regular, resources

Programme period: 5 years (2001-2005)

Cycle of assistance: Sixth

Category per decision 96/15: B

Proposed assistance by core programme areas (in millions of \$):

	Regular resources	Other	Total
Reproductive health	14.5	5.0	19.5
Population and development strategies	5.0	2.0	7.0
Programme coordination and assistance	0.5	-	0.5
Total	20.0	7.0	27.0

VIET NAM

INDICATORS RELATED TO ICPD GOALS*

	Thresholds*	
Births attended by health professional (%) ¹	90.0	≥60
Contraceptive prevalence rate (%) ²	53.0	≥55
Access to basic health services (%) ³	90.0	≥60
Infant mortality rate (/1000) ⁴	42	≤50
Maternal mortality ratio (/100,000) ⁵	120	≤100
Gross female enrolment rate at primary level (%) ⁶	91.4	≥75
Adult female literacy rate (%) ⁷	87.0	≥50

¹ WHO, *Coverage of Maternal Care*, 3rd ed., 1993. Data cover the period 1983-1993.

² United Nations Population Division, *World Contraceptive Use 1994*, ST/ESA/SER.A/143. Data cover the period 1986-1993.

³ UNICEF, *The State of the World's Children, 1995*. Data cover the period 1985-1993.

⁴ United Nations Population Division, *World Population Prospects Database 1950-2050, 1994 Revision*. Data are for 1992.

⁵ UNICEF, *The State of the World's Children 1995*, which is based on data compiled by WHO. Data cover the period 1980-1992. Government data indicate a ratio of 100.

⁶ United Nations Statistical Division, *Women's Indicators and Statistics Database, Version 3 (CD-ROM)*, 1994, which is based on data compiled by UNESCO.

⁷ UNESCO, 1996, *Education for All: Achieving the Goal: Statistical Document*.

Two dashes (--) indicates that data are not available.

Demographic Facts			
Population (000) in 2000	79,832	Annual population growth rate (%)	1.32
Population in year 2015 (000)	96,610	Total fertility rate (/woman)	2.25
Sex ratio (/100 females)	97.6	Life expectancy at birth (years)	
Age distribution (%)		Males	66.9
Ages 0-14	33.2	Females	71.6
Youth (15-24)	20.5	Both sexes	69.4
Ages 60+	7.4	GNP per capita (US dollars, 1997)	310

Sources: Data are from the Population Division, Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, *World Population Prospects: the 1998 Revision*; GNP per capita is from the World Bank.

NB. The data in this fact sheet may vary from the data presented in the text of the document.

1. The United Nations Population Fund (UNFPA) proposes to support a population programme over a five-year period starting in January 2001 to assist the Government of Viet Nam in achieving its population and development goals. UNFPA proposes to fund the programme in the amount of \$27 million, of which \$20 million would be programmed from UNFPA regular resources to the extent such resources are available. UNFPA would seek to provide the balance of \$7 million from co-financing modalities and/or other, including regular, resources to the extent possible, consistent with Executive Board decision 96/15 on the allocation of UNFPA resources. This would be the Fund's sixth programme of assistance to the country. The Government of Viet Nam is a "Category B" country under the Fund's resource allocation criteria.

2. The proposed programme was formulated in close consultation with governmental, non-governmental, United Nations and donor organizations and takes into account the national policies, priorities and strategies expressed in the Government's Five-Year Development Plan for the period 2001-2005. A national task force, consisting of government representatives, national consultants on RH and PDS and UNFPA country office staff, has contributed significantly to the country level programming process. The programme is based on the UN Common Country Assessment (CCA) exercise in which national staff from various ministries and non-governmental organizations (NGOs) participated. The UNFPA Country Support Team (CST) based in Bangkok, Thailand, provided technical guidance for the exercise. The CCA, recently finalised by the UN country team, and the UNDAF document for Vietnam, have provided a sound analysis of achievements and needs, recommended strategic actions in the population and RH sectors and constituted the framework for the proposed programme. Furthermore, at the initiation of the Health Sector Donor Coordination Group, composed of all bilaterals, multilaterals and international NGOs, the World Bank in 1999 conducted a Health Sector Review. As a member of the Health Sector Donor Coordination Group, UNFPA played a major role in the completion of the review, which highlighted existing constraints in RH service delivery, safe motherhood and identified specific areas of donor collaboration.

3. The proposed programme will seek to assist the Government in its efforts to continue the adoption and implementation of national population and development policies and strategies, including RH strategies, within the framework of the ICPD PoA. The goals of the programme are to contribute to the attainment of a higher quality of life for the Vietnamese people through improved reproductive health, and to contribute to a harmonious balance between population dynamics and sustainable socio-economic development. These goals will be pursued through two sets of interventions covering reproductive health and population and development strategies, each including advocacy interventions. Gender concerns will be mainstreamed into both sub-programmes.

Background

4. The population and housing census of 1999 estimated the population of Viet Nam to be approximately 76 million¹. Following the Cairo conference, the Government of Vietnam has made efforts towards the implementation of key elements of the ICPD PoA. A revised population policy and a new national reproductive health strategy, both incorporating many

¹ Unless otherwise indicated, the data in the text are from governmental sources and may vary from data in the fact sheet.

elements of the broader ICPD framework, is expected to be adopted by the end of 2000. National plans of action have been prepared for the empowerment of women, protection of children from sexual abuse and labour exploitation, improvement of school enrolment for girls, and prevention of STIs and HIV/AIDS. Supporting programmes targeting disadvantaged groups have also been developed.

5. Total Fertility Rate has declined significantly from 3.1 children per woman in 1994 to 2.5 in 1998. Significant efforts have been made to improve access to primary health care in recent years, increasing, for example, the numbers of commune health centres and medical practitioners. Standardized safe motherhood packages have been prepared, followed by the development and implementation of a National Breast Feeding Programme aimed at reducing morbidity, mortality and malnutrition among mothers and infants. Such public health interventions explain a significant part of the country's achievements in reducing infant and maternal mortality. Nevertheless, maternal mortality continues to be high, with much higher rates in the Central Highlands and Northern mountainous regions, where ethnic minority populations reside. Contraceptive prevalence rate among married women was estimated at 75 % in 1997, compared to 58 % in 1988. However, a large proportion of contraceptive users rely on IUDs and natural methods. However, despite improved promotion and delivery of family planning methods, RH/FP information and services are not evenly available in the country and are particularly limited in remote areas and among adolescents and young unmarried adults. The prevalence of induced abortion and Menstrual Regulation is very high, with over 50% of women seeking MR/abortion to terminate unwanted pregnancies. The incidence of abortion is increasing among adolescent groups. Post-abortion counselling services are virtually non-existent. Other RH concerns include high levels of RTIs and STIs (incidence of 20% and 25%, respectively, among women of reproductive age). HIV/AIDS is also emerging as a major public health problem. It is projected that by the year 2000, about 135,000 – 160,000 people will be infected with HIV in Vietnam and this tends to be increased more in the coming years (National AIDS Committee report –September 1998).

6. The overall objective of the draft national population policy is to achieve a small and healthy family for a happy and prosperous life. However, a national consensus on priority elements of RH has yet to be reached. Fertility reduction remains the dominant goal of the population and RH programme. Major changes in the orientation, design and implementation are needed to develop a more holistic and client-oriented approach that meets the needs of individuals and couples. The existing RH programme appears to be fragmented and provider-biased. The RH Programme must address the need to promote and protect reproductive rights, including reconsideration of socially or administratively enforced targets on family size, provision of adequate counselling to enhance choice with regard to family planning methods and eliminate provider bias in family planning.

7. Among other major challenges facing Viet Nam's population and development programme is the need to strengthen the integration of population, reproductive health and gender concerns into socio-economic development policies and programmes. Integration of population data into development planning is at its infancy. In particular, there is a need to plan for the social and economic adjustments that must take place in response to present and future population changes, including ageing. In addition, over the past several years, the Government has embarked on a policy of decentralisation, especially at the provincial and local levels. While this is a step in the right direction, in terms of health care, much remains to be done to clarify

roles, functions and responsibilities of different levels. Further efforts to build capacity of lower levels to carry out these functions successfully and to build the capacity at the central level to backstop and provide technical support and guidance need to be carried out. Also important is the need to strengthen programme co-ordination, both within Government and among donors, and to build national capacity for programme management.

Previous UNFPA assistance

8. UNFPA first provided assistance to the Government of Viet Nam in the late 1970s. The fifth UNFPA-supported country programme, 1997-2000, was approved for a total amount of \$24 million, and was formulated in line with the objectives of the 1993 national population strategy up to the year 2000. Six key elements concerning the quality of RH programme have been introduced through the implementation of the RH Sub-programme. At the central level, the capacity of MOH and related agencies in managing the RH programme and developing the new RH strategy has been gradually strengthened. At the provincial level, the reproductive health services have been improved, especially at the eight provinces of UNFPA concentration. To date, the fifth country programme contributed to an increase in contraceptive prevalence rate and a decrease in the Total Fertility Rate. Measurable improvements could also be noticed in the RH Service delivery at the provincial level.

9. In the area of population development strategies, UNFPA assisted the Government in achieving (i) a successful conduction of the 1999 Population and Housing Census, thereby consolidating and further strengthening the technical capacity of the General Statistics Office (GSO); (ii) a revised national population policy in line with the ICPD-POA; (iii) increased awareness on the importance of integrating population variables into development planning and policy research in support of policy formulation and planning through identification of gaps and weaknesses in the utilisation of population data. In addition, limited support was also provided to selected universities for the development of training programmes in the area of population.

10. Advocacy efforts have been made through several institutions to enlist the support of parliamentarians, decision-makers and mass media networks for the implementation of a comprehensive RH programme. Awareness of key officials on the linkages between population and development and the importance of integrating population variables into development planning increased. Similarly, advocacy aimed at mass media networks on issues of adolescent RH and sexual health has contributed to these issues being increasingly addressed in popular mass media programmes. Thanks to such support and understanding, the revision of policies and strategies in the areas of population and reproductive health in line with ICPD spirit have been boosted. However, there is still a need to develop a strategic direction for advocacy, capacity building and development of fact-based and convincing advocacy messages and materials.

11. In line with the ICPD PoA, the scope of IEC messages and campaigns has been broadened to address key RH issues. IEC activities have been decentralised to the provincial level to facilitate their being 'tailored' to local needs and cultural characteristics. The utilisation of mass organisations and mass media networks for conducting IEC interventions on the benefits of family planning and contraceptive methods have contributed to the near universal knowledge of at least one contraceptive method. Recently, attempts have been made to address RTIs, STIs and HIV/AIDS through IEC activities and initiate pilot activities targeting

adolescent and youth. However, the IEC approach still relies on one-way communication, and is rarely, based on target audience research. In addition, IEC materials produced by the government and the mass organisations are mainly targeted married couples, especially women of reproductive age, with little attention to adolescents and young unmarried adults, although premarital sexual activity is increasing in Viet Nam. Moreover, health personnel are not properly trained in interpersonal communication skills and effective use of IEC materials and methods.

12. One of the key lessons learned from the fifth country programme was the need for improved coordination between UN Agencies and IFIs to avoid the duplication of activities that has happened in the past at both central and provincial level and activate coupling of activities as well as common activities. Another important lesson learned is that UNFPA needs to be more strategic in setting its interventions at both the central and provincial levels to build capacity at both levels and ensure technical and management support will be provided in an efficient and timely manner from the center to the provinces. Furthermore, it has been realized that IEC and advocacy are cross-cutting issues among sub-programmes. Both issues needs to be integrated in the two sub-programmes to ensure that the planned advocacy and IEC activities support the achievement of sub-programme purposes in a direct fashion.

Other external assistance

13. Since the late 1970s, UNFPA has been the main donor in Viet Nam in the area of population and reproductive health. The last few years, other major donors - such as the World Bank and ADB - have substantially increased their support to the national health and RH/FP programme. In addition, a large number of other donors, including UN agencies, other multilateral and bilateral donors and international NGOs provide substantial financial and technical support in the area of population and health. The assistance provided is mostly geared towards strengthening the provincial health care system.

14. Given these new circumstances UNFPA has strengthened its coordination and collaboration with other donors and plans to do so throughout the development and implementation phases of CP6. The UNDAF and the harmonization of the UNDP, UNICEF and UNFPA programme cycles have facilitated close collaboration among these agencies in the development of the programmes to ensure better coordination and complementarity and avoid overlaps. Several common activities has been planned e.g. HMIS with WHO; strengthening of MPI in strategic planning and coordination with UNDP; IEC, training of health workers and sexual education in and out of schools with UNICEF. The World Bank and the Asian Development Bank have recently signed a collaborative agreement with UNFPA, which identify areas of collaboration in the reproductive health sector both at the national and provincial levels. UNFPA will together with the World Bank and ADB as well as other donors assist the MOH and NCPFP in developing standards for service delivery, training curricula's and materials and an IEC strategy to be followed by all provinces and supported by different donors. This is to ensure that the level and kind of RH services do not differ between provinces. UNFPA will together with other donors play an active role in condom promotion and RH strategies for HIV/AIDS prevention. Advocacy interventions will be coordinated and developed in collaboration between the main donors in the field.

15. Although its financial contribution to Viet Nam is relatively limited compared to some of the larger donors, UNFPA can play a critical role in supporting the mobilisation of financial resources for population and RH policies, broadening the scope from family planning to

reproductive health, improving the quality of RH services, integrating reproductive rights, gender, male involvement, adolescent reproductive health, and other essential aspects of reproductive health into the national programme.

16. UNFPA remains the leading agency in Viet Nam for advocating broader population and development and reproductive health issues. UNFPA has acquired a broad understanding of the national population programme and the relationships among various government structures and other stakeholders. It also has a clear overview of the programme's strengths and achievements, as well as its gaps and weaknesses. As a multilateral agency, UNFPA is in the unique position to advocate for new or sensitive issues in population and RH. By providing assistance to a number of carefully selected, key activities at the central and local level, UNFPA expects to reach maximum impact. In addition, UNFPA will contribute to improved co-ordination of the national population and RH programme and national execution by providing assistance to key government structures.

Proposed programme

17. The proposed programme builds on the experiences and lessons learned through the previous country programme and is closely aligned with the trends and policies promulgated by the Government of Vietnam. The overall goal of the proposed programme is noted in paragraph 3. The proposed programme would support activities in two subprogrammes: reproductive health; population and development strategies. Advocacy and gender would be cross-cutting issues and would be reflected in both sub-programmes.

18. Given the on-going decentralization of the health care system, UNFPA will divert approximately half of its resources to support its programme at the provincial level. Capacity building at the central level, particularly in the area of Reproductive Health, is an essential element to promote sustainability and effective programme operations at the provincial level.

19. A set of provinces will be selected for CP6 intervention. Provinces are currently being selected using criteria, such as the relatively poor RH/FP indicators on fertility, abortion, usage of unreliable traditional methods of family planning, maternal and infant mortality, the availability of RH services, current and projected donor assistance. The identification of provinces to be supported in CP6 will be done in close consultation with the Government as well as in collaboration with major donors (ADB, WB, etc.) to avoid overlaps in funding.

20. Reproductive health sub-programme. The purposes of the RH/FP sub-programme would be to have contributed to strengthening the quality of RH care through increased utilisation, by women, men and adolescents, particularly among disadvantaged groups, of: (a) quality integrated RH services, including information and counselling; and (b) gender-sensitive RH information, education and communication promoting behavioural changes towards healthy reproductive and sexual practices. This issue of contraceptive choice and support a client-oriented/target free approach will be addressed.

21. Efforts at the central level will concentrate on strengthening the capacity of relevant agencies to manage and provide technical support for RH/FP activities at provincial levels, including training aimed at upgrading the skills of service providers. These will be complemented by similar capacity building within national level structures for the development and implementation of effective IEC interventions in support of reproductive health. Support will also be provided for designing and operationalising a system of social marketing for

addressing the issue of sustainability of contraceptive provision. At the provincial and local levels, UNFPA will assist in improving the quality of RH services through training, IEC and advocacy interventions and provision of RH essential drugs and equipment, with an aim to reducing the prevailing high levels of abortion and contributing to a reduction in the Maternal Mortality. IEC and advocacy strategies will seek to overcome past weaknesses arising from lack of direction, limited focus and lack of unified messages. The capacity of national agencies in IEC/advocacy will be strengthened to enable them to provide timely, relevant and effective technical backstopping to the provinces. Special efforts will be made to move the FP/RH programme from its strong focus on women as mere FP targets to a more gender-sensitive programme. In order to provide timely, appropriate and quality RH care at each service delivery level and to streamline the referral system, the current referral practice for emergencies, such as complications of labour and MR/abortion will be reviewed. Assistance will be provided for institutionalising referral systems for managing RTIs/STIs. The expected results would include an improved management by the MOH and would be measured by the existence of protocols and a unified HMIS system developed and operated. In addition, the programme would have developed a minimum package of quality, gender-sensitive RH information, counselling and services, including family planning, pre-natal, delivery and post-natal care; RTIs/STIs, HIV/AIDS prevention and ARH. Emphasis would also be placed on the quality of the services, which would be measured with the existence of finalized RH Standards and protocols, and the provision of counselling.

22. The programme will have a strong focus on adolescents and young unmarried adults through specific ARH information, education and communication and the provision of RH services, including counselling and contraceptives. Assistance provided to the Ministry of Education and Training during the 5th CP resulted in a major reorientation of the Population Education programme to a more life-skills-oriented ARH Education. In CP6, follow-up support will be provided for the development and revision of the ARH Education materials, training of selected groups of teachers, development of other support materials and the adaptation of the materials for in-school and out-of-school adolescents and youth including unmarried young adults. The expected results would include increased information on ARH and gender issues and an increase in the availability of information to adolescents and young unmarried adults, which could be measured through the adoption of gender-sensitive ARH curricula and an increase in the availability of information materials on ARH and gender in the targeted service delivery points.

23. Contraceptive security. Viet Nam is in a unique position in terms of condom provision since it has two local factories, of which one was set up with UNFPA funds. These factories have the combined capacity for providing all the condoms required for the country in the short term. However there needs to be equity and competitiveness for condom orders. KfW and WB have been the main donors on contraceptive procurement since 1996 and the Vietnamese Government is planning to receive their support for meeting the needs for contraceptives for the period from 2003-2007. UNFPA will work in close collaboration with these two institutions to promote the provision of contraceptives, and will also assist the Vietnam Government to develop a National Condom Strategy including a programme for condom supply, distribution and a financing policy to increase condom use. UNFPA will collaborate with other donors to support central Government agencies to develop regulations on contraceptive security. With WHO as an important partner, UNFPA will also provide support for reviewing the LMIS, with a

view to avoiding functional overlapping and eliminating or minimising overstocking, under supply and stock-outs at the service delivery points.

24. The amount of \$19.5 million would be allocated to the reproductive health subprogramme, of which \$14.5 million would be from regular resources and \$5 million would be sought through co-financing modalities and/or other resources. Approximately half of the resources would be used at the central level for inter alia capacity building and the refinement of RH standards and protocols. The remaining resources will be diverted to improving RH service delivery at the provincial level and to training activities, including on counselling skills and on the revised RH standard and protocols. Only necessary essential RH supplies and equipment will be delivered to enhance the RH service delivery capacity.

25. Population and Development Strategies: The purpose of the PDS Subprogramme would be to have contributed to improved integration of population, RH, gender and development policies, programmes and strategies

26. Support will be provided to all related ministries to implement the new national population policy and RH strategy. Assistance will be provided to revise guidelines and regulations relating to reproductive health, including family planning, to reflect the new population policy and the RH strategy. In addition, assistance will be provided to develop an information system for monitoring progress made towards the achievements of the goals set in the national population policy and the Nation Programme of Action on population and development through the development of a database of indicators and a system of monitoring the implementation of policy at local level. An important focus of UNFPA support will be capacity building for the analysis and utilisation of population and related socio-economic data and research results for planning and policy-making. With UNDP as an important partner, UNFPA will assist the central Government agency responsible for development planning to continue efforts begun in the 5th Country Programme in this regard, through the development of planning guidelines, training, and the utilisation of population data and policy research results. Collaboration between data producers and users will be strengthened.

27. Efforts aimed at promoting the utilisation of population data will include support to the central Government agency responsible for statistics for strengthening data systems, information management capabilities and data dissemination. In this regard, assistance will be provided for reviewing and upgrading policies and procedures relating to the dissemination of population-related data, as well as arrangements for making population data easily accessible at central and provincial levels. The expected results would include an increased availability of sex-disaggregated population-related data, with a plan to update the database at regular intervals. At the same time, assistance will be provided for the conduct of policy-oriented studies based mainly on the rich body of the 1999 Population and Housing Census and survey data now available, on topics relevant to policy implementation and analysis. Topics covered will include employment, migration, urbanisation and population distribution, with adequate inclusion of ageing and gender concerns.

28. UNFPA plans to further consolidate advocacy efforts undertaken in the 5th cycle through two strategies. First, UNFPA will support relevant government agencies and mass organisations to advocate for key elements outlined in the two new major policy documents, namely the Population Policy and the RH strategy. Second, UNFPA will also provide support to advocacy

activities in order to highlight and focus on critical population and RH issues that still require special attention, including women's empowerment, reduction of abortions, promoting male participation in RH, provision of RH services for adolescents, meeting the needs of minority population, and the need for a comprehensive approach to RH.

29. The amount of \$7 million would be allocated to the population and development strategies subprogramme, of which \$5 million would be from regular resources and \$2 million would be sought through co-financing modalities and/or other resources. The bulk of the funds will be diverted to training, research, advocacy and IEC activities, with limited provision of equipment.

30. The NGO sector in Vietnam is still very new. Further, there are few NGOs working in the field of RH. Thus far, major UNFPA support to NGOs working in RH has been channelled through the EC/UNFPA Reproductive Health Initiative, which focuses on adolescent reproductive health in Vietnam. Furthermore, assistance will be provided to other NGOs, which have been identified as still needing considerable assistance with system development, strategic planning, service delivery and positioning.

Programme implementation, coordination, monitoring and evaluation

31. The programme will be executed primarily by the Government, under the jurisdiction of the Ministry of Planning and Investment (MPI), who coordinates all ODA to the country. Relevant Government agencies, mass organisations, NGOs and other institutions will be entrusted with Programme implementation. UNFPA would limit its execution primarily to procurement of essential drugs and equipment and provision of international experts. The central executing/implementing agencies will be strengthened to provide technical support to the provincial and local implementing agencies to enhance their capacity to manage and implement the provincial RH/FP programmes. Furthermore, the programme will strengthen the results-based management capacity of the executing and implementing agencies, in order to monitor and assess progress and constraints of the programme effectively. The NPDs will be responsible for preparing monitoring reports, annual reports/reviews, and other related tasks, with support from UNFPA Country Office, government agencies and CST.

32. Overall monitoring and evaluation of the programme rests with the UNFPA Country Office and government agencies. The Country Office does plan to utilise a results-based approach to management and monitoring of the programme. Annual Project Report and Sub-programme Review will assess the extent to which the sub-programmes and component projects are contributing to the realisation of the Country Programme outputs, as delineated in the logical frameworks. A mid-term review will be conducted in 2003 and the end-of-programme evaluation will be carried out in 2005. Technical backstopping would be provided by the CST office.

33. The UNFPA country office is composed of a Representative, three National Programme Officers and General Service Staff. Attached to the office are at present a Danish JPO and a Finnish United Nations Volunteer. National professional project personnel (NPPP) would be utilized to support the substantive management of the programme.

34. Under the proposed programme, the amount of \$0.5 million from regular resources would be allocated for programme coordination and assistance.

35. The expected and measurable achievements of the country programme will be reflected through the objectively verifiable indicators (OVIs) in the Logical Framework Matrix, which will also be a base for monitoring and evaluating the programme implementation.

Recommendation

36. The Executive Director recommends that the Executive Board approve the programme of assistance to the Government of Viet Nam, as presented above, in the amount of \$27 million for the period of 2001-2005, \$20 million of which would be programmed from the Fund's regular resources, to the extent such resources are available, and the balance of \$7.0 million would be sought through co-financing modalities and/or other, including regular, resources to the extent possible, consistent with Executive Board decision 96/15 on the allocation of UNFPA resources.

Table 2. Major Provincial/District Projects on Health by Donors
(Updated on 07/05/00 by UNFPA Office in Vietnam)

Provinces	WB/ADB Pop&Fa 1996-2003	WB Health 1996- 2003	ADB 2001- 2005	UNFPA 1997- 2001	EC 1998- 2003	UNICEF 2001- 2005	JICA	SIDA 2002	Path finder	GTZ + KfW	Aus AID
	Whole Provinces					Selected Districts					
1. An Giang (2)					X		X(**)				
2. Bac Can (1)	X										
3. Bac Giang (2)	(*)	X									
4. Bac Lieu (1)	X										
5. Bac Ninh (1)		X									
6. Ben Tre (3)			X			X					X
7. Binh Dinh (2)		X								X	
8. Binh Duong (2)				X			X(**)				
9. Binh Phuoc (2)			X	X							
10. Binh Thuan (1)					X						
11. Ca Mau (1)	X										
12. Can Tho (3)			X				X(**)		X		
13. Cao Bang (1)		X									
14. Da Nang (2)				X		X					
15. Dac Lac (1)	X(+)										
16. Dong Nai (1)							X(**)				
17. Dong Thap (3)	X					X			X		
18. Gia Lai (2)		X				X					
19. Ha Giang (2)				X				X			
20. Ha Nam (2)	X(+)					X					
21. Ha Noi (1)									X		
22. Ha Tay (2)		X				X					
23. Ha Tinh (2)		X								X	
24. Hai Duong (1)	X										
25. Hai Phong (2)	X(+)					X					
26. HCM City (2)							X(**)		X		
27. Hoa Binh (2)	(*)		X								
28. Hung Yen (1)	X										
29. Khanh Hoa (2)			X	X							
30. Kien Giang (1)	X(+)										
31. Kon Tum (2)		X				X					
32. Lai Chau (1)	X(+)										
33. Lam Dong (2)	X										
34. Lang Son (1)		X					X(**)				
35. Lao Cai (3)	X(+)(*)							X			
36. Long An (3)			X			X	X(**)				X
37. Nam Dinh (1)	X(+)										
38. Nghe An (4)		X				X	X			X	
39. Ninh Binh (3)			X			X				X	
40. Ninh Thuan (1)		X									
41. Phu Tho (2)	(*)		X								
42. Phu Yen (1)		X									
43. Quang Binh (2)			X							X	
44. Quang Nam (1)				X							
45. Quang Ngai (2)			X								X
46. Quang Ninh (3)			X					X	X		
47. Quang Tri (2)		X				X					
48. Soc Trang (3)		X					X(**)		X		
49. Son La (2)	(*)	X									

Table 2. Major Provincial/District Projects on Health by Donors
(Updated on 07/05/00 by UNFPA Office in Vietnam)

Provinces	WB/ADB Pop&Fa 1996-2003	WB Health 1996- 2003	ADB 2001- 2005	UNFPA 1997- 2001	EC 1998- 2003	UNICEF 2001- 2005	JICA	SIDA 2002	Path finder	GTZ KfW	Aus Aid
50. T.T. Hue (2)	X								X		
51. Tay Ninh (1)		X									
52. Thai Binh (2)				X	X						
53. Thai Nguyen (2)	X					X					
54. Thanh Hoa (1)	X (+)										
55. Tien Giang (4)			X			X	X(**)				X
56. Tra Vinh (2)	X (-)					X					
57. Tuyen Quang (2)	X (+)							X			
58. Vinh Long (2)	X (+)										X
59. Vinh Phuc (3)			X			X			X		
60. Vung Tau (1)							X(**)				
61. Yen Bai (2)	(*)			X							
	20 + 5(*)	16	13	8							
	Col#1	Col#2	Col#3	Col#4							

Note:

(+) Belong the list of 11 project provinces supported by ADB, and cooperation with WB in IEC/BCC activities.

(*) Proposed provinces for new project "Northern Mountains Poverty Reduction Project" = NMPRP (including health care component).

X (**): HIV/AIDS prevention programme only

Col#1: Vietnam Population and Health Project – co-financing by ADB/WB/KfW (Executed by NCPFP)

Col#2: National Health Support Project (Executed by MOH)

Col#3: Rural Health Project (Executed by MOH)

Col#4: The Country Programme 5 (CP5)

Table 3. Proposed provinces for considering, CP6, 2001 - 2005

#	Provinces	Indicators				UNFPA			Other donors			Govt. (*)
		TFR	IMR	CPR	GDP	CP3	CP4	CP5	ADB	WB	Others	
Category A	Ha Giang	3.61	65.81	49.14	1,094.66			X				
	Binh Phuoc	3.25	23.71	55.03	2,279.17		X	X				
	Quang Nam	2.78	34.19	55.71	2,104.76		X	X				X
	Yen Bai	2.53	41.71	56.83	1,898.47		X	X				
	Khanh Hoa	2.27	38.31	50.97	4,094.01		X	X	X		X (+)	
Category B	Dac Lac	3.76	57.26	44.52	3,085.90				X(**)	X	X (+)	
	Lam Dong	2.96	23.82	41.41	2,346.74					X	X (+)	
	Hoa Binh	2.41	57.56	67.81	1,665.57	X			X			X
	Ca Mau	2.37	40.97	53.03	3,622.36					X		
	Vung Tau	2.25	18.76	57.24	22,788.36						X (++)	X
	Dong Nai	2.13	21.11	53.23	4,816.56	X					X (++)	X
	Phu Tho	1.97	34.02	63.82	2,205.92				X			X
	Vinh Phuc	1.94	22.06	65.13	1,998.16				X		UNICEF, Pathfinder	
	Tien Giang	1.84	24.92	53.34	3,202.19	X			X		UNICEF, AusAID	X
	Thai Binh	1.81	25.39	69.64	2,670.83		X	X			X (+) EC	

Category A: proposed provinces will be definitely supported in CP6;

Category B: proposed provinces to cooperate with the other donors;

(*): cost sharing with Government or with the other donors (if agree).

X(+): the Royal Danish Embassy in Hanoi has shown interest in funding CP6 activities for these provinces.

X(++): funding of CP6 activities for these provinces will be negotiated with the other donors.

X(**): project province supported by ADB and cooperate with WB in IEC activities

Japan continues health funding

HÀ NỘI — The Japanese Government is to fund phase two of a reproductive health project in central Nghệ An Province under an agreement signed yesterday.

The five-year phase will be funded to the tune of US\$1.3 million distributed via the Japanese International Co-operation Agency (JICA) and is to begin this September.

The project's second phase aims to improve health conditions for women of child-bearing age and reduce the rate of maternal mortality, abortion and gynaecological diseases in Nghệ An Province's districts, townships and cities.

Activities are scheduled to be implemented in district and commune clinics so as to

help local women gain access to high-quality medical services.

Phase one of the project, undertaken between 1997 and 2000, focused on training health workers, providing medical accessories and medicines to obstetrics and paediatrics departments of eight local hospitals, the Medical College and the Nghệ An Mother and Child Health Care and Family Planning Centre.

To date, the Japanese Government has financed several large-scale medical and health care projects in Việt Nam including upgrading HCM City's Chợ Rẫy Hospital, Hà Nội's Bạch Mai Hospital and many local clinics. — **VNS**