

指標の検討

プロジェクト目標及び成果	指標	変更案	変更提案理由
<b>PROJECT PURPOSE</b>			
Reproductive health service in Nghe An Province is improved	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Range and variety of RH service is broadened.</li> <li>* Certain number of CHCs are certified by Provincial Health Service and MCH/FP Centre along with National strategy on Reproductive Health.</li> <li>* Client friendly RH service is provided</li> </ul>		
<b>OUTPUTS</b>			
0. Steering Committees (SC) at all levels are established and are functioned regularly and continuously.	0. Meetings of SCs at all levels are organized regularly and the information about their activities are shared.	Participation rate of 1) DSC quarterly meeting, 2) CSC annual meeting, and 3) attendance at the monitoring visits	各SCは、CHC再教育参加者の決定、機材供与の準備など必要に応じてミーティングを行っているが、これまでの経験から、定期的なミーティングがすべてのレベルで開催されたかどうかの確認、また、実際に466のコミューンレベルで統一した形での開催は難しいと予測される。一方プロジェクトで定期的集まるミーティングへの出席も、コミットメントの表れであるから、その参加率を見ることは意味があると考えられる。
	0. Staffing of Steering Committee from 3 organizations (People's Committee, Women's Union and Health Centers) are continuously fulfilled.	変更なし	変更なし
1. Safe and hygienic delivery is promoted at commune level.	1. HBMR (Home Based Mother's Record) are used by ___ % of pregnant women.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* The percentage of CHCs that organize HBMR well will increase from 70% to 80% in plain area and 33% to 50% in mountainous area.</li> <li>* The percentage of health workers who knows how to use HBMR in mountainous area will increase from 65% to 80%.</li> </ul>	現在のヘルススタッフの知識・技術レベル、RHサービスの現状、地理的状况、民族的背景等を考慮した場合、地域によるプロジェクトによる達成レベルが異なることは明らかである。したがって、指標を平野部と山岳地域とに分けることが必要と考えられる。
	1. Number of deliveries attended by trained health worker increased to %.	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Number of deliveries attended by CHC staff in plain communes increased by 5%.</li> <li>*Number of deliveries attended by CHC staff in mountainous communes increased after they receive re-training</li> </ul>	目標を平野部と山岳地域とに分けたのは、上記と同様の理由による。山岳地域のCHCスタッフが実際に介助している分娩件数は極端に少ない。再教育を受けることで、再教育を受けたCHCスタッフが自宅での分娩に介助する機会が増えることは、コミューンにおける安全で清潔な分娩を推進する一助になると考えられる。

	1. At least 90% of health personnel trained pass the post-test.		変更なし
		Delivery kit at CHC is good quality and kept hygienic.	プロジェクトによってCHCに供与された機材が衛生的で良い状態で活用され続けるには、CHCスタッフによる適正な維持管理が不可欠である。使用せずに放置することは、機材の劣化に繋がる。機材が良好な状態であることは、安全で清潔な分娩を推進する姿勢の表れであると考えられる。
1-1 Prenatal care at commune level is improved.	1-1. Average number of pre-natal check-ups in plane districts is more than 3 times.	Average number of pre-natal check-ups in non-mountainous districts (9 out of 19 districts) is at least 4 times	プロジェクトでは、4回の産前健診を推進している。したがって、目標は3回から4回にすることが妥当であるが、一方、地域格差を考慮すると、平野部での達成を目指すことが現実的であると考えられる。
	1-1. Number of trained health workers in mountainous area increased to %.	The number of health workers re-trained in mountainous area increased.	プロジェクトで、どのレベルのヘルスワーカーをどの程度再教育していくかは、重要な検討課題であり、今年度実施中のCHCスタッフ再教育に参加する山岳地CHCからのスタッフの様子や彼らから直接得られる情報、また、山岳地域での調査結果に基づき、検討していく必要がある。しかし、いずれにしても、分娩はそれが施設で起こるか自宅で起こるかに関わらず、トレーニングされたヘルスワーカー（CHCスタッフであれ、ハムレットレベルのヘルスワーカーであれ）によって介助されなければならないことは明らかである。プロジェクトで再教育されたヘルスワーカーが増えることは、安全で清潔な分娩の推進に繋がると考えられる。
	1-1 Number of pregnant women received T/T remains high as much as 95%	Number of pregnant women received T/T remains as high as 95% in non-mountainous area	破傷風の摂取率は、地域によってはすでに高い数値を達成しているところもあるが、地域差が小さくない。すでに高い摂取率を達成している地域も、それを維持しさらに良い状況を目指すことが必要であり、低い地域はできる限り、“National Benchmarks for Health Care at Commune Level, 2001-2010” approved by decision No. 370/2002/QD-BYT of Feb. 7, 2002 でRHCのBenchmarkとして設定された数値に近づける努力を継続することが必要と考えられる。  Benchmark: TT接種率: 95% or higher in the rural commune 85% or higher in the mountainous commune
		Number of pregnant women received T/T reached as high as 70% in mountainous area	
	1-1 Referral case at CHCs increased.	No. of cases of high-risk pregnancies referred on time at CHCs increased.	レファラルケースについて、リスクの高い妊娠に限定し、時機を得ていることを加える。

		The mean gestational age for the first prenatal check-up lowered.	ベースラインデータによれば、調査期間中に観察した252人の妊婦のケースでは、最初の産前健診に来た週数の平均が、継続8郡の地域で28.6週、11郡で29.5週目であったという。プロジェクトとしては憂慮すべき結果であり、これを、引き下げることは、産前健診の推進に必要な不可欠であると考えられる。
		The coverage rates of various topics by prenatal guidance and counseling will be increased.	ベースラインサーベイによってCHCで扱われているとされた産前教育や指導項目の種類は多いが、必要な事柄が過不足なく扱われているとは言えない状況であることもわかった。必要な内容が取り上げられている割合を見ることは産前健診の質を見ることになると考えられる。
1-2 Delivery Care at commune level is improved.	1-2. Partograph is applied more than 80% of the deliveries at CHCs.	Partograph is applied more than 90% of the deliveries at CHCs in model districts and 80% in non-mountainous area districts.	バルトグラフの活用については、モデル郡での活用を徹底していき、また平野部での活用を推進することが現状を鑑みて現実的であると考えられる。
		90% of CHC has fulfilled the three conditions, i.e. 1) re-trained staff, 2) delivery equipment, 3) hygienic facility	プロジェクトが達成しようとしている基本条件が整い、維持されていることは、CHCでの分娩ケアが向上する必要不可欠な条件である。ただし、実際は、再教育後のCHCスタッフの移動等、避けることができない状況が発生するので、100%の達成は現実的ではない。
		The number of re-trained health workers who actually attend the delivery at the grass-root level increased.	再教育を受けたヘルスワーカーが増えることが第一歩であり、その段階を到達することは必要である。さらに、その人たちが実際に分娩介助することが重要である。
1-3 Postnatal care at commune level is improved.	1-3 Postnatal care coverage through home visit increased to 80% in plain districts and 50% in mountainous districts	Mother and newborn can receive home visit by health workers with home visit kit 0% to more than 40%	プロジェクトでは今年度家庭訪問用キットを供与する予定である。家庭訪問の実態は、CHCのヘルスワーカーが手ぶらで訪問して単に声をかけるか、あるいは地域の女性連合メンバー等がヘルスワーカーの代わりに訪問して声をかけるなど、産後健診の本来の目的に叶った形ではない。家庭訪問キットを持参したヘルスワーカーが訪問することにより最低限必要な健診を実施できる体制で家庭訪問が行われると期待され、産後検診の向上につながると考えられる。
1-4 Essential medical equipment is utilized to all CHCs.	1-4&5 More than 80% of CHCs utilize and maintain the medical equipment and facilities appropriately according to the criteria set by PSC.	More than 80% of CHCs utilize and maintain the medical equipment and facilities	プロジェクトによってCHCに供与された機材が良い状態で活用されるには、CHCスタッフの継続的な維持管理が必要である。また、使用せずに放置することは、機材の悪化に繋がる。機材が良好な状態であることは、機材が活用されていることの表れであると考えられる。
1-5 Four facilities of CHCs (delivery room, latrine, well	Output 1-5: Hygienic facilities of CHCs are improved according to the needs		Output 1-5の変更を提案したい。現行のアウトプットだと、CHCすべてが4つの設備と整えると理解される恐れがあるため。

2. Monitoring capacity of MCH/FP Centre and selected DHCs is improved.	2 Regular monitoring are conducted utilizing well-prepared check list.	Regular monitoring are conducted utilizing standardized check list.	Well-prepared check list を standardized heck list に変更。
		100% of DHC and CHCs receive monitoring visit by the upper level at least every six months.	上位レベルの機関からの定期的なモニタリングが不可欠である。郡がモニタリングしなくてはならないコミュニティの数やアクセスの困難な地域を考慮すると、半年ごとに標準化されたチェックリストにもとづいてモニタリングを実施することは、モニタリングの制度化と向上を示すと考えられる。
	2. Number of staff trained on monitoring according to the standard set by PHS and MCH/FP center increased.	Number of staff trained on monitoring according to the monitoring standard set by MCH/FP Center.	これに関し、MCH/FPセンターが任されているので、standard set by PHS and MCH/FP center を standard set by MCH/FP Center に変更。
3. Number of abortion conducted at MCH/FP centre and selected districts is reduced.	3. <b>Number of abortion</b> conducted at MCH/FP Center and the selected districts reduced	変更なし	この指標は、このまま変更せず、次の中絶のリピーターを減少するという指標を補足として加える。
		<b>Percentage of repeated abortion</b> conducted at MCH/FP Center and the selected districts reduced	短期専門家による2002年3月の調査の結果、国から予算が出る範囲までの中絶については記録されるが、それ以上のケースは記録されない可能性が示唆された。仮に、人工妊娠中絶の総数の記録が実際と異なっても、記録された件数が下がり、また、そのうち、中絶のリピーターが占める割合が下がれば、中絶の状況が改善されたと考えられる。
		Number of modern contraceptive users increased	家族計画サービスの利用者の増加は、上記のデータを補足すると考えられる。例えば、確実な避妊方法として避妊注射が認可されたことにより、望まない妊娠を避ける手段が拡大したと考えられその利用者の伸びも中絶軽減に寄与すると予想される。
4. Capacity for RTI detection and the development of prevention strategy is improved at MCH/FP Centre	4. Situation of RTI in Nghe An province become known.	変更なし	RTIについては、調査を実施することによって得られる結果、それによって策定される戦略・対策づくりが期待され、それがそのまま指標となる。
	4. Strategy for prevention of RTI is developed.	変更なし	
	4. Proper treatment method for RTI is identified.	変更なし	
5. Quality of IEC & Motivation activities of MCH/FP Centre and the selected districts, women's union and DHCs in	5. Women in community has knowledge on RH, safe motherhood, in particular.	Number of classes for health education at MCH/FP Center and in the model district increased.	MCH/FPセンター、モデル郡で実施されるRH教育のためのクラスが増えることは、女性が知識や情報を得る機会が増えることであり、女性の知識が増すための活動が向上したことに繋がると考えられる。

particular, for RH promotion is improved.		Pregnant women in Aiiku-han model communes visit to CHC earlier for the first prenatal check-up and more frequent visits to CHCs for prenatal check ups.	愛育班モデルコミュニティで、産前健診を受ける妊産婦の行動が望ましい方向に変容することは、女性連合ボランティアの活動によってRHの広報教育活動が向上したと考えられる。
	5. Range and variety of guidance and counseling for community women on RH is expanded.	Coverage rate of variety of topics for guidance and counseling on RH selected by baseline survey is increased	ベースラインサーベイによってCHCで扱われているとされたRH関連の指導項目の種類は多いが、必要な事柄が過不足なく扱われているとは言えない状況である。必要な内容が取り上げられている割合が増えれば、女性が受け取る情報も増えると考えられる。
6. Quality of HMIS (Health Management of Information Systems) at Provincial Health Service, MCH/FP Centre and the selected districts is improved	6. Reporting and recording documents are submitted in appropriate time.	変更なし	
	6. Accuracy of collected data is improved.	All data for the RHC Benchmark VI set by the RHC Benchmark by "National Benchmarks for Health Care at Commune Level, 2001-2010" approved by decision No. 370/2002/QD-BYT of Feb. 7, 2002 are available at DHC and PHS.	データの正確性を測ることは、現状では困難と予測されるが、リプロダクティブヘルスケアの2001～2010年国家基準値として指定されている項目の数値が省保健局で把握されるようになることは、保健情報の管理体制が向上したことの表れであると考えられる。
	6. Number of trained staff about statistics and computer tabulation increase at districts and provincial levels.	変更なし	

## Proposed Indicators for Consideration

Narrative summary	Indicators	Proposed change	Reasons for proposed change
<b>PROJECT PURPOSE</b>			
Reproductive health service in Nghe An Province is improved	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Range and variety of RH service is</li> <li>* Certain number of CHCs are certified by Provincial Health Service and MCH/FP Centre along with National strategy on Reproductive Health.</li> <li>* Client friendly RH service is provided</li> </ul>		
<b>OUTPUTS</b>			
0. Steering Committees (SC) at all levels are established and are functioned regularly and continuously.	0. Meetings of SCs at all levels are organized regularly and the information about their activities are shared.	Participation rate of 1) DSC quarterly meeting, 2) CSC annual meeting, and 3) attendance at the monitoring visits	Although the SCs have meetings as necessary, it is not realistic to follow-up the meetings at all levels, neither to expect to have the same form of meeting, for example in all 466 communes. The participation rate for the regular meeting organized by the PSC and the Project can be considered to indicate the level of commitment.
	0. Staffing of Steering Committee from 3 organizations (People's Committee, Women's Union and Health Centers) are continuously fulfilled.		No change
1. Safe and hygienic delivery is promoted at commune level.	1. HBMR (Home Based Mother's Record) are used by ___ % of pregnant women.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* The percentage of CHCs that organize HBMR well will increase from 70% to 80% in plain area and 33% to 50% in mountainous area.</li> <li>* The percentage of health workers who knows how to use HBMR in mountainous area will increase from 65% to 80%.</li> </ul>	Considering the difference in present knowledge and skill level of health staff, RH services, geographical condition, ethnic background, etc. it is reasonable to have different level of target for plain area and mountainous area.
	1. Number of deliveries attended by trained health worker increased to %.	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Number of deliveries attended by C H C staff in plain communes increased by 5%.</li> <li>*Number of deliveries attended by CHC staff in mountainous communes increased after they receive re-training</li> </ul>	Different targets are set for plain area and mountainous area for the same reason above. The CHC staffs in mountainous communes attend very few delivery in reality. If the number of delivery attended by the re-trained CHC staff increase, that will be the contribution to the promotion of safe and hygienic delivery in the commune.
	1. At least 90% of health personnel trained pass the post-test.		No change
		Delivery kit at CHC is good quality and kept hygienic.	In order to keep utilizing CHC medical equipment provided by the project in hygienic and good condition, they need proper maintenance by the CHC staff. If they are left without being utilized, the equipment will be deteriorated. The good condition of the equipment can indicate the attitude and willingness of CHC staff towards promoting the safe and hygienic delivery.
1-1 Prenatal care at commune level is improved.	1-1. Average number of pre-natal check-ups in plane districts is more than 3 times.	Average number of pre-natal check-ups in non-mountainous districts (9 out of 19 districts) is at least 4 times	The project is promoting at least 4 prenatal check-up. It is more appropriate to aim to realize the 4-time pregnancy check up, however, considering the different level of progress and situation, the target should be applied to the plain area.

	1-1. Number of trained health workers in mountainous area increased to %.	The number of health workers re-trained in mountainous area increased.	It is a very important issue for the project to train health workers of which level and to what extent. This year, as CHC staff re-training for mountainous area started, the first hand information can be obtained from them, the findings of survey to be conducted this year, will be the base for our consideration for the project activities. Wherever deliveries take place, either at health facility or at home, whoever attends the delivery, either CHC staff or health worker at hamlet level, those who attend the delivery should be the ones who have been trained. The increase of the health workers who are re-trained by the project will lead the promotion of safe and hygienic delivery.
	1-1 Number of pregnant women received T/T remains high as much as 95%	Number of pregnant women received T/T remains as high as 95% in non-mountainous area	The coverage rate of T/T injection has already shown high figure in some area, but there is a gap among different areas. It is necessary to maintain the high injection rate and to further promote, and those areas that has the low coverage rate need to make effort to come closer to the RHC Banchmark figures indicated in the "National Benchmarks for Health Care at".
	1-1 Referral case at CHCs increased.	Number of pregnant women received T/T reached as high as 70% in mountainous area No. of cases of high-risk pregnancies referred on time at CHCs increased.	To limit the referral case to the high-risk pregnancy and to add "referred on time".
		The mean gestational age for the first prenatal check-up lowered.	During the Baseline Survey, a total of 252 pregnant women were surveyed and found out the average gestational weeks for the first prenatal check-up was 28.6 weeks in the eight districts from Phase I and 29.5 weeks from 11 districts. It is essential for the promotion of prenatal care to have pregnant women to come for the first check-up much earlier.
		The coverage rates of various topics by prenatal guidance and counseling will be increased.	The prenatal guidance and counseling at CHC cover various topics. However, according to the finding of the Baseline Survey, it is not necessarily the case that important/necessary subjects are covered sufficiently. The quality of prenatal check-up depends on not only the variety of topics but also the sufficiency of the coverage.
1-2 Delivery Care at commune level is improved.	1-2. Partograph is applied more than 80% of the deliveries at CHCs.	Partograph is applied more than 90% of the deliveries at CHCs in model districts and 80% in non-mountainous area districts.	The partograph model districts will be encouraged to ensure the utilization. Out of the model districts, when the present situation is considered, the promotion of the partograph needs to focus on the plain area.
		90% of CHC has fulfilled the three conditions, i.e. 1) re-trained staff, 2) delivery equipment, 3) hygienic facility	The project provides the basic conditions, which is the base for the improvement of the delivery care at CHC. However, some unavoidable situation could happen, for example, the transfer of the re-trained CHC staff, therefore, it is not realistic to expect 100% achievement.
		The number of re-trained health workers who actually attend the delivery at the grass-root level increased.	It is necessary to re-train health workers who are attending the delivery. When the number of those re-trained health worker increase, the chance to improve delivery care increase.

JICA RH Project Phase II

August 2002

<p>1-3 Postnatal care at commune level is improved.</p>	<p>1-3 Postnatal care coverage through home visit increased to 80% in plain districts and 50% in mountainous districts</p>	<p>Mother and newborn can receive home visit by health workers with home visit kit 0% to more than 40%</p>	<p>The Project plans to provide the CHC staff with the home visit kit. At present, CHC staffs conduct home visit without any check-up kit, or it is the members of Women's Union living nearby who visits the women, therefore, it cannot be called postnatal visit. When the CHC staff carrying home visit kit with them come to see women at home, the minimum needs for the postnatal care will be fulfilled, and that will lead the improvement of postnatal check-up.</p>
<p>1-4 Essential medical equipment is utilized to all CHCs.</p>	<p>1-4&amp;5 More than 80% of CHCs utilize and maintain the medical equipment and facilities appropriately according to the criteria set by PSC.</p>	<p>More than 80% of CHCs utilize and maintain the medical equipment and facilities</p>	<p>In order to keep utilizing CHC medical equipment provided by the project in proper condition, they need appropriate maintenance by the CHC staff. If they are left without being utilized, the equipment will be deteriorated. The good condition of the equipment is one of the indication that the equipment has been utilized.</p>
<p>1-5 Four facilities of CHCs (delivery room, latrine, well and shower room) are improved <b>Output 1-5: Hygienic facilities of CHCs are improved according to the needs</b></p>			<p><b>The change of Output 1-5 is proposed. The current expression might give some misunderstanding that each CHC will have all of the 4 facilities renovated.</b></p>
<p>2. Monitoring capacity of MCH/FP Centre and selected DHCs is improved.</p>	<p>2 Regular monitoring are conducted utilizing well-prepared check list.</p>	<p>Regular monitoring are conducted utilizing standardized check list. 100% of DHC and CHCs receive monitoring visit by the upper level at least every six months.</p>	<p>"well-prepared check list" is changed to "standardized heck list" The upper level is responsible for the regular monitoring to keep the level of RH service at CHC. Considering the number of CHCs that DHCs need to visit, and the condition of the difficult access to the CHCs, it is realistic to expect DHC to conduct monitoring visits at least once in six months with the standardized check-list according to the monitoring manual. That will result institutionalization and improvement of the monitoring activities.</p>
	<p>2. Number of staff trained on monitoring according to the standard set by PHS and MCH/FP center increased.</p>	<p>Number of staff trained on monitoring according to the monitoring standard set by MCH/FP Center.</p>	<p>To change "standard set by PHS and MCH/FP center " to "standard set by MCH/FP center and approved by PHS" .</p>
<p>3. Number of abortion conducted at MCH/FP centre and selected districts is</p>	<p>3. <b>Number of abortion</b> conducted at MCH/FP Center and the selected districts reduced</p>	<p><b>Percentage of repeated abortion</b> conducted at MCH/FP Center and the selected districts reduced  Number of modern contraceptive users increased</p>	<p>No change, and the next indicator will support this indicator.  As a result of the survey conducted with the technical support by a short-term expert in March 2002, there is a high possibility that the cases of abortion are recorded as long as the budget allocated from the national government can cover the cost, but beyond the budget, the cases are not recorded. If the recorded total number decreases, and at the same time the number of repeated abortion decreases, it can be said that the situation of abortion has been improved. The increase of the modern contraceptive users will support the above data. For example, recently, the injectable approved and the user is increasing. This is the indication of the improvement of measure to avoid unwanted pregnancy and it contribute the reduction of abortion cases.</p>



JICA RH Project Phase II

August 2002

4. Capacity for RTI detection and the development of prevention strategy is improved at MCH/FP Centre	4. Situation of RTI in Nghe An province become known. 4. Strategy for prevention of RTI is developed 4. Proper treatment method for RTI is identified.		No change
5. Quality of IEC & Motivation activities of MCH/FP Centre and the selected districts, women's union and DHCs in particular, for RH promotion is improved.	5. Women in community has knowledge on RH, safe motherhood, in particular.	Number of classes for health education at MCH /FP Center and in the model district increased.	The increase of the RH education classes at MCH /FP Center and in the model districts means the increase of the opportunity for women to obtain the knowledge and information, and it means the improvement of the IEC and motivation activities.
		Pregnant women in Aikku-han model communes visit to CHC earlier for the first prenatal check-up and more frequent visits to CHCs for prenatal check ups.	The increase of the women who come to the first prenatal check-up earlier will be the indication of the effect of Aikku-han activities in the model commune, that means the RH IEC & motivation activities by Women's Union has been improving.
	5. Range and variety of guidance and counseling for community women on RH is expanded.	Coverage rate of variety of topics for guidance and counseling on RH selected by baseline survey is increased	The RH issues to be covered in the guidance and counseling are various. One of the indication of the improvement of IEC & Motivation activities is whether the necessary subjects are covered sufficiently with various range.
6. Quality of HMIS (Health Management of Information Systems) at Provincial Health Service, MCH/FP Centre and the selected districts is improved	6. Reporting and recording documents are submitted in appropriate time.		
	6. Accuracy of collected data is improved.	All data for the RHC Benchmark VI set by the RHC Benchmark by "National Benchmarks for Health Care at Commune Level, 2001-2010" approved by decision No. 370/2002/QD-BYT of Feb. 7, 2002 are available at DHC and PHS.	At present, it is difficult to measure the accuracy of data. However, if the Benchmark Figures for RHC will be made available at PHS, that is the indication of the improvement of the information system at PHS.
	6. Number of trained staff about statistics and computer tabulation increase at districts and provincial levels.		

**Proposed Indicators**

Narrative Summary	Indicators	Means of Verification
<p><b>PROJECT PURPOSE</b> Reproductive health service in Nghe An Province is improved</p>	<p>* Range and variety of RH service is broadened. * Certain number of CHCs are certified by Provincial Health Service and MCH/FP Centre along with National strategy on Reproductive Health. * Client friendly RH service is provided</p>	<p>Base line survey data and evaluation survey A ranking as the result of the annual inter-commune evaluation Base line survey data and evaluation survey</p>
<p><b>OUTPUTS</b></p>		
<p>0. Steering Committees (SC) at all levels are established and are functioned regularly and continuously.</p>	<p>0.1 Participation rate of 1) DSC quarterly meeting, 2) CSC annual meeting, and 3) attendance at the monitoring visits 0.2 Staffing of Steering Committee from 3 organizations (People's Committee, Women's Union and Health Centers) are continuously fulfilled.</p>	<p>Meeting records Regular reporting from SCs</p>
<p>1. Safe and hygienic delivery is promoted at commune level.</p>	<p>1.1 The percentage of CHCs that organize HBMR well will increase from 70% to 80% in plain area and 33% to 50% in mountainous area. 1.2 The percentage of health workers who knows how to use HBMR in mountainous area will increase from 65% to 80%. 1.3 Number of deliveries attended by CHC staff in plain communes increased by 5%. 1.4 Number of deliveries attended by CHC staff in mountainous communes increased after they receive re-training 1.5 At least 90% of health personnel trained pass the post-test. 1.6 Delivery kit at CHC is good quality and kept hygienic.</p>	<p>Base line survey data and evaluation survey Report from Model DHC Base line survey data and evaluation survey Report from model DHC Base line survey data and evaluation survey Report from DHC Base line survey data and evaluation survey Report from DHC CHC re-training course report Base line survey data and evaluation survey Monitoring report</p>
<p>1-1 Prenatal care at commune level is improved.</p>	<p>1-1.1 Average number of pre-natal check-ups in non-mountainous districts (9 out of 19 districts) is at least 4 times 1-1.2 The number of health workers re-trained in mountainous area increased. 1-1.3 Number of pregnant women received T/T remains as high as 95% in non-mountainous area 1-1.4 Number of pregnant women received T/T reached as high as 70% in mountainous area</p>	<p>Base line survey data and evaluation survey Report from DHC Monitoring report Base line survey data and evaluation survey Report from MCH/FP Center Base line survey data and evaluation survey Report from DHC Base line survey data and evaluation survey Report from DHC</p>

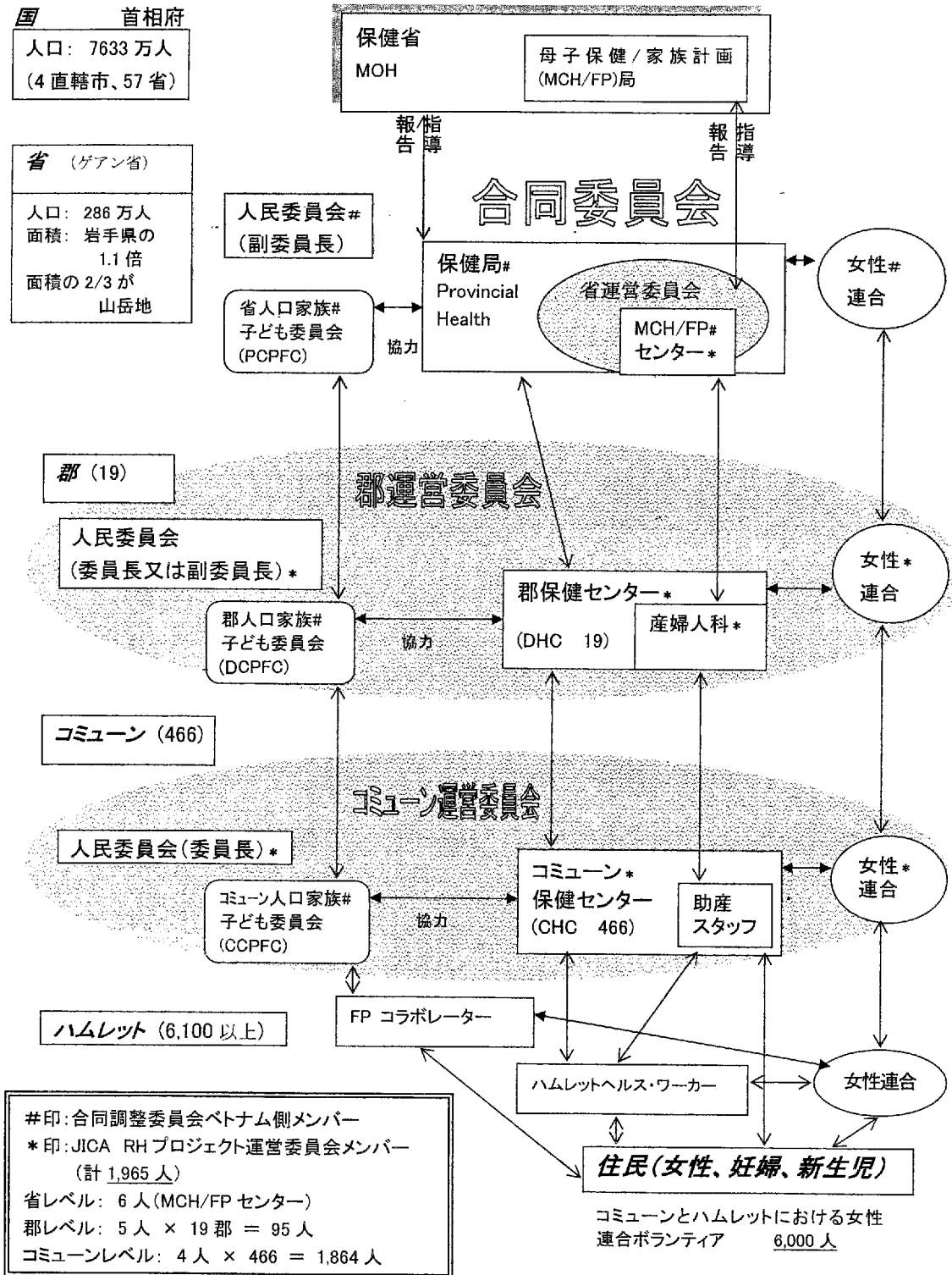
	1-1.5 No. of cases of high-risk pregnancies referred on time at CHCs increased.	Base line survey data and evaluation survey Report from PHS and MCH/FP Center
	1-1.6 The mean gestational age for the first prenatal check-up lowered.	Base line survey data and evaluation survey Report from DHC
	1-1.7 The coverage rates of various topics by prenatal guidance and counseling will be increased.	Base line survey data and evaluation survey
1-2 Delivery Care at commune level is improved.	1-2.1 Partograph is applied more than 90% of the deliveries at CHCs in model districts and 80% in non-mountainous area districts.	Base line survey data and evaluation survey Report from model DHCs
	1-2.2 90% of CHC has fulfilled the three conditions, i.e. 1) re-trained staff, 2) delivery equipment, 3) hygienic facility	Base line survey data and evaluation survey Report from DHC Monitoring report
	1-2.3 The number of re-trained health workers who actually attend the delivery at the grass-root level increased.	Monitoring report Training record Base line survey data and evaluation survey
1-3 Postnatal care at commune level is improved.	1-3 Mother and newborn can receive home visit by health workers with home visit kit 0% to more than 40%	Base line survey data and evaluation survey Monitoring report
1-4 Essential medical equipment is utilized to all CHCs.	1-4&5 More than 80% of CHCs utilize and maintain the medical equipment and facilities	Base line survey data and evaluation survey Monitoring report
1-5 Hygienic facilities of CHCs are improved according to the needs		
2. Monitoring capacity of MCH/FP Centre and selected DHCs is improved.	2.1 Regular monitoring are conducted utilizing standardized check list.	Report from Model Districts and MCH/FP Center
	2.2 100% of DHC and CHCs receive monitoring visit by the upper level at least every six months.	Base line survey data and evaluation survey Monitoring report
	2.3 Number of staff trained on monitoring according to the monitoring standard set by MCH/FP center.	Base line survey data and evaluation survey Report from Model Districts and MCH/FP Center
3. Number of abortion conducted at MCH/FP centre and selected districts is reduced.	3.1 <b>Number of abortion</b> conducted at MCH/FP Center and the selected districts reduced	Report form MCH/FP Center and model districts
	3.2 <b>Percentage of repeated abortion</b> conducted at MCH/FP Center and the selected districts reduced	Report form MCH/FP Center and model districts
	3.3 Number of modern contraceptive users increased	Report form PCPFC, MCH/FP Center
4. Capacity for RTI detection and the development of prevention strategy is improved at MCH/FP Centre	4.1 Situation of RTI in Nghe An province become known.	RTI Survey report
	4.2 Strategy for prevention of RTI is developed.	Availability of strategy
	4.3 Proper treatment method for RTI is identified.	Availability of proposal
5. Quality of IEC & Motivation activities of MCH/FP Centre and the selected districts, women's union and	5.1 Number of classes for health education at MCH/FP Center and in the model district increased.	Report from Model Districts and MCH/FP Center

DHCs in particular, for RH promotion is improved.	5.2 Pregnant women in Aiiku-han model communes visit to CHC earlier for the first prenatal check-up and more frequent visits to CHCs for prenatal check ups.	Report from Model Districts and MCH/FP Center Monitoring report Report from Women's Union
	5.3 Coverage rate of variety of topics for guidance and counseling on RH selected by baseline survey is increased	Base line survey data and evaluation survey Monitoring report
	6.1 Reporting and recording documents are submitted in appropriate time.	Report from DHC, MCH/FP Center, and PHS
6. Quality of HMIS (Health Management of Information Systems) at Provincial Health Service, MCH/FP Centre and the selected districts is improved	6.2 All data for the RHC Benchmark VI set by the RHC Benchmark by "National Benchmarks for Health Care at Commune Level, 2001-2010" approved by decision No. 370/2002/QD-BYT of Feb. 7, 2002 are available at DHC and PHS.	Report from PHS
	6.3 Number of trained staff about statistics and computer tabulation increase at districts and provincial levels.	Report from PHS

10. 実施組織図 (2002年9月現在)

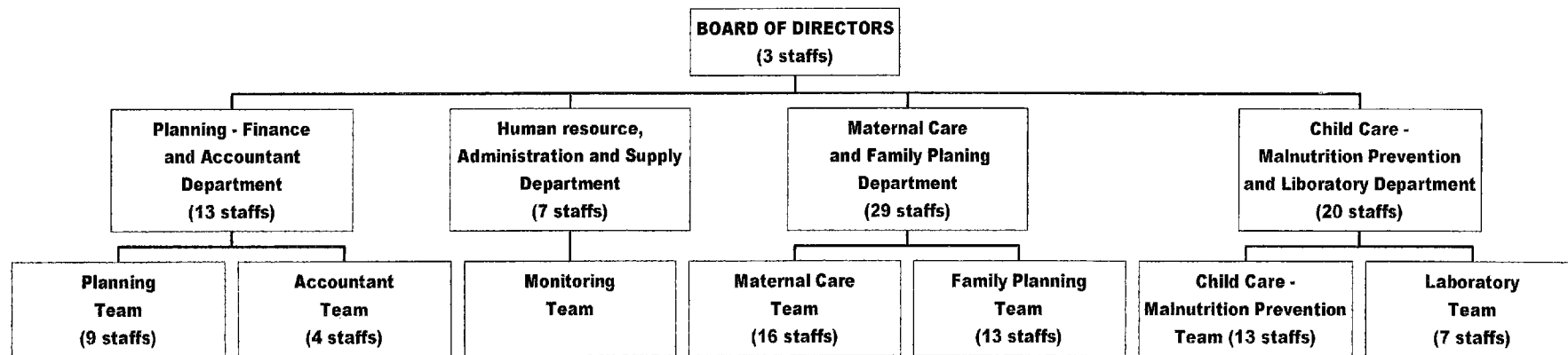
JICA RH Project Phase II

JICA RH プロジェクト実施組織図 フェーズII



データ: 2002年9月現在

**Organization chart  
of MCH/FP Center – Nghe An Province  
(as of 2002)**



リプロダクティブヘルスプロジェクト・フェーズⅡ

カウンターパート配置表

2002年7月現在

分野	氏名	配 置 状 況						年度	主な研修先	所 属 先
		2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度			
		4 7 10 1	4 7 10 1	4 7 10 1	4 7 10 1	4 7 10 1	4 7 10 1			
プロジェクト 運営管理	Mr. Hoan Ky	—	—	—	—	—	—	2001	ジョイフ・山梨他	合同委員会委員長・省人民委員会副委員長
	Dr. Tran Thi Thien	—	—	—	—	—	—	1997	ジョイフ・鹿児島他	合同委員会メンバー・省保健局次長
	Ms. Nguyen Thi Minh Chau	—	2001年12月定年退職	—	—	—	—	1999	ジョイフ・群馬他	合同委員会メンバー・女性連合会長 (2001年12月定年退職)
	Ms. Nguyen Thi Lien	—	—	—	—	—	—	—	—	合同委員会メンバー・女性連合会長 (後任)
	Dr. Do Thi Mui	—	—	—	2002年12月定年退職予定	—	—	1999	ジョイフ・福島日赤・鹿児島他	合同委員会メンバー・省運営委員会委員長・MCH/FPセンター所長
	Dr. Nguyen Ba Tan	—	—	—	—	—	—	2000	ジョイフ・福島日赤 鹿児島・群馬他	省運営委員会メンバー・ MCH/FPセンター副所長
	Dr. Bui Dinh Long	—	—	—	—	—	—	2000	ジョイフ・福島日赤 鹿児島・群馬他	同上
	Dr. Tran Quang Phong	—	—	—	—	—	—	2001	ジョイフ・山梨・鹿児島他	省運営委員会メンバー・MCH/FPセンター計画課長
	Dr. Cao Phi Nga	—	—	02.	4~9産休中	—	—	2002	予定	省運営委員会メンバー・MCH/FPセンター計画課職員
	Mr. Duong Van Lam	—	—	—	—	—	—	—	—	省運営委員会メンバー・MCH/FPセンター調達課長
	19郡運営委員会 郡人民委員会 郡ヘルスセンター 郡女性連合	—	—	—	—	—	—	—	—	各郡 各郡人民委員会委員長又は副委員長(1) 女性連合会長(1) 郡ヘルスセンター(2)計76人
	466コミュニティヘルスセンター コミュニティ人民委員会 コミュニティヘルスセンター コミュニティ女性連合	—	—	—	—	—	—	—	—	各コミュニティ 人民委員会委員長または副委員長(1) 女性連合会長(1) コミュニティヘルスセンター(1)計1,398

母子保健行政	Dr. Nguyen Dinh Loan	—————				1998	ジョイセフ・鹿児島他	保健省母子保健家族計画局長
	Dr. Nguyen Duy Khe	—————				2001	ジョイセフ・鹿児島他	保健省母子保健家族計画局次長
	Dr. Do Thi Mui	—————			2002.12 定年退職予定	1999	既出	合同委員会メンバー・省運営委員会委員長・MCH/FP センター所長
	Dr. Nguyen Ba Tan	—————				2000	既出	省運営委員会メンバー・MCH/FP センター副所長
	Dr. Bui Dinh Long	—————				2000	既出	同上
助産婦教育	Dr. Bui Dinh Long	—————				2000	既出	省運営委員会メンバー・MCH/FP センター副所長
	Ms. Nguyen Thi Hoa	- - - - -				2002	葛飾赤十字産院他	MCH/FP センター看護副主任
産婦人科	Dr. Nguyen Ba Tan	—————				2000	既出	省運営委員会メンバー・MCH/FP センター副所長
	Dr. Hoan Quac Kieu	—————				-	-	MCH/FP センター産婦人科医長
	Ms. Nguyen Thi Hoa	- - - - -				2002	既出	MCH/FP センター看護副主任
保健教育	Dr. Do Thi Mui	—————				1999	既出	合同委員会メンバー・省運営委員会委員長・MCH/FP センター所長
衛生統計	Dr. Dao Trong Dung	—————				2002	予定	ゲアン省保健局計画課長
	Dr. Tran Quang Phong	—————				2001	ジョイセフ・鹿児島他	MCH/FP センター計画課主任
	Dr. Cao Phi Nga	- - - - -			02. 4~9 産休中	2002	予定	MCH/FP センター計画課
住民参加	Ms. Nguyen Thi Minh Chau	—————	定年退職			1999	既出	合同委員会メンバー・ゲアン省女性連合会長 (2001年12月定年退職)
	Ms. Nguyen Thi Lien	—————				-		合同委員会メンバー・ゲアン省女性連合会長 (後任)
	Ms. Pham Hoai Thi	—————				2001	ジョイセフ・群馬	ゲアン省女性連合常任委員
	Dr. Tran Hanh Ngoc	—————				2001	ジョイセフ・群馬	Yen Thanh 郡ヘルスセンター副所長

————— C/P 本邦研修済  
 - - - - - C/P 本邦研修参加予定者



## 13. ヴィエトナムのRHをめぐる状況とJICA・RHプロジェクト

### JICA RH Project Phase II

#### ヴィエトナムのリプロダクティブ・ヘルス (RH) をめぐる状況とJICA・RHプロジェクト

ヴィエトナム共産党は2001年から2010年までの「国家社会・経済開発戦略」を策定した。一方で保健省は「2001～2010年保健ケア及び予防戦略」を策定した。「2001～2010年RHケア国家戦略」はこの保健省10年戦略の傘のもと、保健省の母子保健・家族計画局(MCH/FP局)が中心になりRH分野では初めて策定された10年戦略である。以下その内容を要約し、JICA RHプロジェクトフェーズIIとの整合性を検討し、JICA RHプロジェクトをめぐる状況と今後の方向について述べる。

#### I. 「RHケア10年戦略」抜粋・要約

##### I-1. RH及びRHケア(RHC)に関する過去10年の活動の成果

- 1) 1989年～1999年で合計特殊出生率(TFR)が3.8から2.3に低下
- 2) 1989年～1999年で自然人口増加率が2.21から1.43に低下
- 3) 1990年～1999年で妊産婦死亡率が出生10万対200から100へと半減
- 4) 1990年～1999年で産科の合併症は52%減少
- 5) 1994年～1999年で乳児死亡率は出生1000対45.1から36.7へ低下
- 6) 5歳未満児の死亡率は1982～1986年の出生1000対55から1992～1996年の37.7へ低下
- 7) 5歳未満児の栄養不良率は1994年～1999年で44.9%から36.7%へ低下
- 8) 避妊実行率は1988年～1997年で53.7%から75.3%に増加
- 9) 保健員の付き添う出産の割合は1990～1994年の55%から1995～1997年で71%に増加

##### I-2. 要解決な問題

- 1) 家族計画(FP)のサービスの質が不十分である。
- 2) 思春期対策(2020年には人口が1億人に達し、そのうち22%が10～19歳の思春期人口)が殆どとられていない。
- 3) 妊産婦ケアの不足。
- 4) RTI/STDの高い感染率、25歳以下の若い人口の間でのHIV感染の急速な拡大。
- 5) 不妊症の予防・治療対策の遅れ。
- 6) ガン(感染症に次ぐ女性の死因の2位)予防対策がとられていない。
- 7) 高齢者にたいするRHケアを将来的に取り組む必要がある。

##### I-3. 課題

- 1) RH及び性の健康ケアに関する適切なガイドラインがない
- 2) MCH/FPサービスの質の悪さ(例:技術・知識をもった助産婦の不足、管理・監督能力の不足)
- 3) 財政状況から住民の要求に応えられない、貧困地帯においては住民参加促進が困難
- 4) 包括的なRHCの運営・指導・管理の不備。規制の不備、未熟な技術レベル、保健情報管理、RHサービスのモニタリングネットワークの不備等。
- 5) RHC活動の集団的強化に向けてRH関係機関・団体・NGO・個人等の参加促進及び調整機能を特定するための、役割・貢献度の分析ができていない。

##### I-4. RHケア国家10年戦略の目標と目的

###### I-4-1. 2010年までの達成目標

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1) 合計特殊出生率:           | 2.0        |
| 2) 妊産婦死亡率             | 70/100,000 |
| 3) 乳児死亡率              | 25/1000    |
| 4) 周産期死亡率             | 18/1000    |
| 5) 低体重児出生率(2500グラム以下) | 6%         |
| 6) 5歳未満児栄養不良率         | 20%        |

## JICA RH Project Phase II

### I-4-2. RH ケア戦略の活動目的

- 1) RHC の目的達成にむけてあらゆる社会階層(とくに全てのレベルの上級公務員)の RHC に対する認識の変化、支持とコミットメントを促す。
- 2) 出生率低下傾向の維持; 女性とカップルが子供を持つまたは質の良い避妊方法を選択する権利を保障し、望まない妊娠や中絶による合併症を低減する。
- 3) 女性と母親の健康改善; 妊産婦死亡率・罹患率、周産期及び乳児死亡の地域・ターゲットグループの低減、特に困難な地域や政府の特別政策の対象となっているグループ
- 4) RTI, HIV 及び不妊症の原因を含む STD の効果的な予防と適切な治療
- 5) 高齢者、特に女性に対するより良い RHC の提供; 乳がん及び男性・女性の生殖器系ガンの早期発見・治療
- 6) 教育、カウンセリング、異なった年齢グループに適した RHC サービスを通じた思春期の若者の RH の状況改善
- 7) RH と生活の質の改善を行なうための平等と尊敬を基礎にした安全かつ責任ある性的な関係の推進と、妊娠・出産の権利と責任の完全行使を保障する。

### I-5. RH ケア戦略実施に向けての5年計画

#### I-5-1. フェーズ I (2001~2005)

- 1) IEC・アドボカシー活動の継続、現行のサービスの提供、RH ケアを推進しやすい環境づくりを行なう。
- 2) 現行の政策・規則、教育用教材、サービス提供に関する規定の見直しと修正、人材養成戦略の執行、専門的な管理・モニタリングシステム及び財政・資源管理の強化。
- 3) 現行の RH サービスに順次新規の RH 要素を追加する。
- 4) RHC 活動を全てのレベルで実施するため、パートナー間を調整する機能をもつメカニズムを作る。
- 5) モニタリング・評価用に選択された中から、ジェンダー・RH 指標を基礎にした情報システムを構築する。
- 6) RHC で幾つかの重要なテーマに関するフィールド調査を行い、国レベルに応用できる成功モデルをつくる。
- 7) 思春期の RHC ニーズに応える活動を増やし、RH における男性の参加を促す。
- 8) 遠隔地や少数民族居住地域に対する情報・サービスの提供を促進する。

#### I-5-2. フェーズ II (2006~2010)

- 1) フェーズ I の活動を継続する。
- 2) RH ケアのより高い質の要求に見合う包括的な効果測定指標の選定に重点をおく。
- 3) 全てのレベルにおいての包括的で十分な RHC サービス提供を促進する。
- 4) 信頼性の高いデータにもとづいた管理者の計画、監督、評価を制度化する。
- 5) サービス提供者の知識と技術を継続的に向上させるため研修、調査、監査、評価そして質の高い IEC を実施する。
- 6) RH ケア年戦略実施のプロセスにおいて、戦略の継続性を確保するために最も効果的な資源の投入とともに人材の能力開発に焦点をおくことが重要である。

## II. 「保健ケア及び予防10年戦略」における「RH」の位置づけ

保健省の10年戦略には2010年までに達成すべき下記の8つの目標値が記載されている。そのうちの半分にあたる4項目(2,3,5 & 6)がRHケア戦略の達成目標である。この事実からもRHが国家保健10年戦略に大きな位置を占めていることが理解できる。

## JICA RH Project Phase II

1. 平均寿命: 75 歳
2. 妊産婦死亡率: 70/100,000
3. 乳児死亡率: 25/1,000
4. 5歳未満児死亡率: 32/1,000
5. 低体重児(2500 グラム以下)出生率: 6%以下
6. 5歳未満児栄養不良率: 20%以下
7. 若者の平均身長: 160cm またはそれ以上
8. 人口 10,000 対 4.5 人の医師および 1 人の大卒薬剤師をおく。

また、保健省の母子保健・家族計画(MCH/FP)局は局の名称を RH 局に変更することを希望しており、保健大臣宛に要望を提出したが承認はまだ下りていないとの情報を同局長から得た。MCH/FP 局は RH が人口・家族計画プログラムと同様に国家プログラムとして位置づけられることを期待している。国家プログラムになれば国家より一定の予算が支給され、財源確保が容易になる。

### III. 「RH ケア 10 年戦略」における JICA・RH プロジェクトフェーズ II の整合性と位置づけ

上述の I-5. で要約した戦略実施に向けての 5 年計画(フェーズ I)と JICA のプロジェクトとの整合性を検討すると下記の表になる。

RH10 年戦略の 5 ヶ年計画と JICA・RH プロジェクトフェーズ II 活動の比較

国家 RH10 年戦略 (2001~2010)	JICA RH プロジェクト フェーズ II (2000~2005)
5年計画 フェーズ I (2001~2005)	JICA RH プロジェクト フェーズ II (2000~2005)
1) IEC・アドボカシー活動の継続、現行のサービスの提供、RH ケアを推進しやすい環境づくりを行なう。	RHC 推進のための環境作りを重要視している。プロジェクト運営委員会に対するプロジェクトのオリエンテーション、女性連合メンバーに対する IEC ワークショップなどを開催した。
2) 現行の政策・規則、教育用教材、サービス提供に関する規定の見直しと修正、人材養成戦略の執行、専門的な管理・モニタリングシステム及び財政・資源管理の強化。	保健省主体で実施している活動。2002 年中には RH のガイドラインが作成される予定。ガイドライン作成のプロセスに JICA の経験、情報が活かされている。
3) 現行の RH サービスに順次新規の RH 要素を追加する。	妊産婦ケアの改善(両親学級、産後のケア等)および調査を通じての人工妊娠中絶低減及び RTI 予防の戦略の策定
4) RHC 活動を全てのレベルで実施するため、パートナー間を調整する機能をもつメカニズムを作る。	JICA のプロジェクト運営委員会が国家レベルのモデルとなった。
5) モニタリング・評価用に選択された中から、ジェンダー・RH 指標を基礎にした情報システムを構築する。	保健省が取り組んでいる新 HMIS(保健医療情報システム)で、今後ゲアンにおいて RH プロジェクトの一環として取り組む予定。保健省に対するフィードバックも期待されている。
6) RHC で幾つかの重要なテーマに関するフィールド調査を行い、国レベルに応用できる成功モデルをつくる。	保健省の調査ミッションが既にゲアンを訪問し、ゲアンのモデル認定がほぼ決まった。
7) 思春期の RHC ニーズに応える活動を増やし、RH における男性の参加を促す。	今後取り組むべきもの。特に妊娠中絶低減活動で必要とされる。(PDM Output3)
8) 隔地や少数民族居住地域に対する情報・サービスの提供を促進する。	2002~2003 年の JICA・RH プロジェクト活動の焦点は山岳地、少数民族居住地区である。CHC スタッフ再教育、機材供与、山岳民族産俗風習調査他が予定されている。他のドナーとの情報交換も進んでいる

#### IV. 国家人口 10 年戦略との関連及び組織的連携

ベトナムにおいては人口・家族計画に関する、2つの大きな組織(国家人口・家族計画委員会—NCPFP 及び保健省)があり、それぞれの組織が国・省・郡・コミュニティに至るまでのサービス・情報ネットワークを構築している。ベトナムは国家人口抑制政策を国家プログラムとして実施し、大きな成果をあげた。1993年に人口・家族計画戦略が策定されたが、ベトナムの合計特殊出生率(TFR)は1989年には3.8であったものが1992～1996年には2.67に下がり、さらに1999年には2.3にまでに低下した。ベトナムが急激に人口増加抑制に成功を収めている背景には、この2つの組織の存在と政府の強いコミットメントがあった。しかしその一方で縦割りの弊害も取りざたされている。政府は省レベルにおける人口・家族計画委員会(PCFP)と児童保護・ケア委員会(PCCPC)の統合を決定し、2001年6月にはゲアン省においても前述の2委員会が統合され、ゲアン省人口・家族・児童委員会(PCFPC)が発足した。しかし国家レベルでの統合はまだなされていない。あとは時間の問題だといわれているが、国家レベルの委員会の統合は容易ではないと推測される。

従来、国家人口・家族計画委員会(NCPFP)と保健省との人口・家族計画分野の連携が問題視されていたが、それぞれの10年戦略を読む限りにおいては、RHのサービスを保健省に一本化する方向性が打ち出されている。NCPFPは人口増加の更なる抑制を活動目的の中心にあて、人口の質の向上、人口構造、人口分布そして人口の登録制度等の推進を行なうとしている。

#### V. ドナーの動向と連携

RH関連で活動をしているドナーグループは次の2つである。1) リプロダクティブヘルス・アフィニティグループ (Reproductive Health Affinity Group: RHAG) と 2) セーフマザーフード ワーキンググループ (Safe Motherhood Working Group: SMWG)。

1) RHAGへの参加メンバーの方が幅広い。RHAGには国際・国連機関として世界銀行、アジア開発銀行、UNFPA、UNICEF、WHO、ECなど、二国間援助機関でAusAID、GTZ、JICA、USAID、Embassies of Holland、Finlandなど、国際NGOとしてFord財団、Pathfinder、Care、Save the Children (US/HK)、AVSC、Population Council 他また国内のNGOも参加している。電子メールによる情報交換を行いながら4半期に1回ハノイにおいて会議を開催している。開催場所及び議題はもちまわりで担当機関がメンバーの希望を聞いて作成している。現在100人ほどが電子メールリストに登録されている。このRHAGを中心にドナー間の調整が行なわれ、JICA・RHプロジェクトも積極的に参加している。ハノイから離れてゲアンにいるためこの四半期のミーティングで得ることは大きい。単に会議のみでなく、その前後で必要な情報が効果的に集めることができる。また、ゲアンの情報もこの会議で効率的にメンバーに発信することができる。RHの10年戦略、RHガイドライン作成などについても保健省に協力し、積極的にコメントを行なっている。また、JICA・RHプロジェクトで派遣される調査団はRHAGグループに対し、可能な限りブリーフィングを行い、綿密な情報交換とネットワークを計っている。

2) SMWGはRHAGの部会的なもので、母体保護の技術的な分野に焦点があたっている。参加者は上記のRHAGと重複しているケースが多いが、プロフェッショナルな助産婦が多くメンバーとして参加しており、UNICEFやWHOなどが積極的に支援している。現在オランダ大使館のファンドを得て保健省はSafe Motherhoodのマスタープランを作成しているが、JICAのRHプロジェクトは保健省の依頼を受け資料・経験の提供を行なった。またWHOを中心にSafe Motherhood & Neonatal Care Conferenceを2002年5月末に実施すべく準備中である。ゲアン省もこの会議においてプレゼンテーションをする予定になっている。JICA・RHプロジェクトが柱としている「村での安全で清潔なお産」

## JICA RH Project Phase II

に関する意見交換や情報交換も含め国際的な助産婦の技術的な交流の場ともなっている。JICAの長期専門家(助産婦)に対してこのグループを通じて助言を求めてくるケースも多い。

### VI. まとめと将来方向

2001年度のJICA運営指導調査団とベトナム政府(計画投資省、保健省)とのミーティングにおいて、ゲアン省におけるJICA・RHプロジェクト(フェーズI)がベトナムのRH10年戦略策定時に大きく貢献したとコメントがあった。RH10年戦略とJICA・RHプロジェクトとの整合性を検討した結果でも、JICA・RHプロジェクトが大幅な変更をする必要性は認められなかった、というよりむしろJICA・RHプロジェクトは10年戦略を先取りしていたといえる。2001年に派遣されたJICA運営指導調査団においてもこの点については確認済みである。RH10年戦略と新拡大地区のニーズを反映してPDMの修正を行ったが、この修正箇所についても前述(III)のごとくすでに着々と実施されつつある。10年戦略実現に向けてのMCH/FP行政能力強化を通じた着実な成果によって、ゲアン省は保健省から高い評価を受けている。

上述のようにJICA・RHプロジェクトは保健省指導のもと、ゲアン省が「本来住民に提供しなければならないRHサービス(ケア)」をJICAとの協力によっていかに具体化し、住民に提供できるかの挑戦であり、言葉をかえて言うならば、これは地方自治体の能力開発、技術の「普及」プロジェクトである。ゲアン省をフィールドにJICAの協力によってゲアン省政府がRH10年戦略の「普及技術」を開発・実施・経験し、それを保健省にフィードバックし、保健省を通じて他の省にゲアンの経験を提供できることを目指す。技術は開発しただけでは普及しないし、技術の普及と定着がなくては住民のRH向上は図れない。技術の普及には相手国行政の「意志(commitment)」と「財源」確保が必要である。「普及技術」の開発と実施が必要とされる所以である。ゲアン省のRHプロジェクトにおいては「プライマリーヘルスケア(PHC)」も普及技術のコンセプトとして捉えている。ゲアンでの経験をゲアンのみで終わらせることなく他の省においての活用利用促進努力の一環として2002年にベトナム北・中部全ての省に対するゲアンの経験共有のためのワークショップ開催を保健省と共催で実施すべく計画中である。

ベトナム保健省はRH10年戦略策定作業と同時平行し、RHに関する技術ガイドラインを作成している。JICAのRHプロジェクトとしても2001年後半には上述のドナーのネットワークを通じてガイドラインの完成にむけて積極的に助言を行ってきた。このRHの技術ガイドラインは2002年中には完成し、保健大臣名で公布される予定になっている。ガイドラインが完成し公布された後、JICAのRHプロジェクトとしてはRH10年戦略と同じようにプロジェクトとガイドラインとの整合性を検討し、ガイドラインに沿った修正を行なう必要が出る可能性が考えられる。しかしその場合においても、軽微な修正ですむであろうと推測される。

ゲアンにおけるプロジェクトの将来的な形としてはゲアン省がベトナムのRH10年戦略実現のモデルとなることが、もっともふさわしい。JICAの技術協力は他の国際・国連機関のプロジェクトと比較し、(日本人)専門家のインプットが大きい。見方によっては贅沢な(人件費がかかった)プロジェクトとも映るが我々はこの経費を「普及技術の開発・実施経費」と位置づける。ゲアンがベトナムで必要なRH10年戦略の普及モデルとなることで、他の省はJICA・ゲアン省政府が開発・実施した経験を通じて「精製」され「簡略化」された普及技術を受け取れることになる。その意味においても、ゲアン省が希望している日本の無償資金協力による「RHセンター」構想が実現できることを期待している。RH10年戦略実現に必要な継続的な人材養成の拠点であり、RH10年戦略に記載された質の良い全てのRHサービスを提供できる拠点であり、安全で清潔なお産推進の拠点であり、ベトナムのRH10年戦略を具体化したモデルとなる「RHセンター」である。

## *JICA RH Project Phase II*

安藤博文国内委員長の言われた「質のよいサービスが最高の誘因(刺激)」という言葉を噛み締めながら、「Client Friendly Service」を目指してゆく必要がある。

## 14. 保健情報管理システム (HMIS) 進捗状況

### *JICA RH Project Phase II*

#### 保健情報管理システム (HMIS) 進捗状況

##### HMIS の改善に関する背景:

ベトナムにおける保健情報管理システム (HMIS) 整備の必要性は広く認識されており、保健省に対し UNFPA、UNICEF、WHO などをはじめとする多くの国際機関が各々にその開発に協力をしてきた。しかし、保健省はその必要性を認めながらも、過去 10 年近く改善策を打ち出せないままだった。そのため現段階におけるコミュニケーションレベルの HMIS は混乱を極めている。郡レベルでのフォーマットが不統一なだけでなく、同じ郡にあるコミュニケーション間でも、統一が取れていない状況が多く見られる。また、保健医療プログラムが国からコミュニケーションに至るまで縦割りで実施されているために多くの報告書が縦割りにつくられ、保健スタッフは重複した記帳に多くの労力を費やしている。

一方社会主義体制のもとベトナムの保健・医療分野で数字・データは予算獲得のためにのみ使用され、本来の目的である、活動のモニタリング、評価、計画策定に向けたニーズアセスメントなどには使用されなかった。具体的には、予算は毎年上位の組織から目標値が与えられ、その目標値に予め設定された技術単価をかけるだけの単純なものである。年度始めに目標値に従って予算を獲得し、活動を行い、結果報告については既に得た予算に見合うように適当な数が記入されていたことも少なくなかった。

このような状況のもと 1998 年 5 月 (RH プロジェクトフェーズ I) に保健衛生統計短期専門家を招聘し HMIS の状況分析と今後の活動指針及び PDM に表記された指標の有効性に関する調査・検討を依頼し、次のような助言を受けた。

「JICA・RH プロジェクトにおける保健医療情報マネジメント・システムの整備に関しては、新たな指標や記録報告様式を採用して徒に混乱を招かず、問題点の共有、改善のための話し合いを継続しながら、保健省の最終的な方向性が戦略として打ち出されるまで、注意深くその動向を見守ることが最善であると考えられる。また、保健省の最終的な方向性を確認するとともに、その実施の場として当該プロジェクトでの保健医療情報マネジメント・システムの整備の可能性を事前に申し入れ、この作業部会に積極的に関与して行くことが強く望まれる。」(兵井伸行 国立公衆衛生院 保健統計人口学部 短期専門家報告書より抜粋)

この助言に従い定期的に保健省、国連機関との情報交換を行いながら、国家レベルでの HMIS に関する方向性が打ち出されるのを待った。

フェーズ II に入り、UNFPA より保健省が HMIS のシステムを絞り込むという情報を得て、平成 13 年度に HMIS の短期専門家を招聘し、(2001 年 3 月～4 月、山田智康短期専門家) 国レベルの HMIS 開発の進捗状況把握を依頼した。その結果、ベトナム共産党および首相府の IT 推進に対する強い意志が示されたことをうけ、保健省では 2000 年 7 月に保健医療情報管理システム開発指導委員会を設置し、HMIS 開発が大きく前進したことが判明した。また、既に HMIS 用のソフトウェアが開発されハノイ市の 2 郡において実用化に向けての実験が開始されていた。この段階で保健省が最終的に UNFPA との協力において開発した HMIS を使用する意志であることが確認された。このような状況のもと、JICA・RH プロジェクトフェーズ II としては懸案であった HMIS に取り組む時期がきたと判断した。

##### プロジェクト活動

上記の状況を考慮にいれ、新たに策定された RH10 年戦略 (2001～2010) との整合性の確認、新規拡大地域のニーズ、HMIS を含むプロジェクトを取り巻く環境の変化等を考慮に入れた PDM の見直し・修正をはかるため、運営指導調査団が派遣された (運営指導調査団派遣に関する背景参照)。2001 年 8 月に派遣された運営指導調査団は、ハノイで保健省、UNFPA 等で HMIS 取り組みに関する

## JICA RH Project Phase II

るヒアリングを行い、ゲアン省の山岳地におけるニーズおよびその他のプロジェクトを取り巻く環境の変化などを考慮にいれ、ゲアン側との協議を行なった。その結果 PDM の成果の修正が行なわれ、新たに HMIS に対する取り組みが成果に追加された (Output 6 Quality of HMIS at Provincial Health Service, MCH/FP Centre and the selected districts is improved)。

この PDM の修正をうけ、ゲアン省保健局、MCH/FP センターおよび JICA 専門家との間で今後の HMIS の取り組みについて協議を行なった。また、JICA 本部に対し長期専門家派遣を含む今後の協力のありかたについて非公式に打診し、2001 年度の時点で派遣予定の短期専門家に変わり長期専門家を派遣できる可能性もあるとの回答を得た。さらに新 HMIS がコンピューターを使用したものとなることから、保健局のコンピューター技術者の能力向上を目的に JOCV との連携を拡大する可能性、つまりシステムエンジニア(SE)の派遣可能性についての打診も行なった。

ゲアン省保健局、MCH/FP センター及び JICA プロジェクトオフィスの協議により下記の点が合意されている。

1. ゲアン省において、JICA が HMIS 分野で協力するのはあくまでも RH プロジェクト活動の一環としてである。
2. HMIS は単に RH のみの問題ではなく、広く保健一般に係ることから、ゲアン省の保健局が HMIS 活動の実施機関となる。
3. HMIS に関する運営委員会を設置する。(ゲアン省保健局、MCH/FP センター、JICA、ゲアン省統計局がメンバー)
4. 長期専門家の派遣が可能になった場合はゲアン省保健局内に専門家の執務室が設けられる。
5. HMIS の直接担当部課である、ゲアン省保健局計画課にコンピュータースキルを持った人材を最低2人は備上する(現在は1名のみ)

また、JICA プロジェクトオフィスとしては、この HMIS 活動は単にゲアン省に留まらず、国家レベルの HMIS 開発への貢献が期待されているとの認識でいる。兵井専門家の助言に留まらず、2001年の運営指導調査団のヒアリング時に UNFPA からは、HMIS で JICA が長期専門家を派遣できるならば、定期的な情報交換等を通じて是非国家レベル(保健省)に対しても積極的に貢献してほしいとの発言もあった。

### 国家レベルでの進捗状況

保健省は 2002 年 2 月 8 日付けで保健情報の規定にかかる保健大臣決定 379/2002/QB-BYT)を 発布した。それに先立って、ベトナム全省(61省)に対する新 HMIS に関するオリエンテーションを実施している。2002 年度は HMIS 導入に向けての研修カリキュラム及びそのマニュアル、保健省内に指導チームなどを整備し、南部のティエン・ザン省で新 HMIS システムを運用し、その経験を得て2003年から世銀、アジア開発銀行、UNFPA 等のプロジェクト省に拡大する予定である(HMIS システムの詳細については山田智康短期専門家の報告書を参照)。

正式決定としての文書がなく未確認情報(保健省 MCH/FP 局長の情報)ではあるが、保健省は HMIS の強化を計る一環として現在は計画局下に置かれている統計情報課(Health Statistics and Information Division)を局に昇格させる予定でいる。

以上のような情報を総合し判断するとプロジェクトの一環として、保健省・UNFPA との連携のもとゲアン省で既に選定された 1 市 2 郡(ヴィン市、フングエン郡、ギアダン郡)で HMIS を実験的に導入しながら、拡大にむけての普及手法の開発及び国家レベル(保健省)へのフィードバックを行なうことは大きな意義があると同時に、2002 年の後半からの長期専門家の派遣も含む RH プロジェクトとしての本格的活動開始は時期を得ていると考えられる。



## 15. 家族計画サービスとの連携

### *JICA RH Project Phase II*

#### 家族計画サービスとの連携

##### 前提

JICA・RHプロジェクトが準備され、開始された96年～97年頃のベトナムにおいては人口増加抑制を目的とする家族計画サービス普及には多くのドナーが積極的な協力を行っていたが、母子保健の分野においてドナーの協力は殆どなかった。保健省の母子保健・家族計画局が作成した資料によれば、1999年までの人口・RH分野の対外援助総額のうち、89%は家族計画サービスに配分され、残りの11%が母子保健分野に配分されている。89%の家族計画サービスの援助については国家人口・家族計画委員会(NCPFP)が執行機関となり、母子保健分野の11%は保健省が執行機関となっている。他の途上国と異なり、ベトナムは母子保健分野の対外援助を受ける時期を逸し(UNICEF等の限られた援助を除く)、人口・FPの援助だけが90年代に入り急速に増加した背景がある。JICAのプロジェクトはゲアン省におけるRHサービスの向上を目指すものであり、カウンターパートのMCH/FPセンターは保健省の管轄下にある。

ゲアン省においてJICAプロジェクトが開始された1997年には既にドイツのGTZがNCPFPと協力し、家族計画サービスの拡大と技術の向上を目指したプロジェクトが開始されていた。(GTZのプロジェクトはゲアン省をはじめとする8省において1994年～2004年まで実施予定)。一方、JICA技術協力プロジェクトの焦点は、上述の如くニーズが高いにもかかわらず、対外援助協力が手薄であった母子保健、その中でも「安全な母性」にあてられた。JICAプロジェクトは、RH関連ドナーとの意見交換及び調整を行ないつつ準備された。特にGTZとは同じ省でRHプロジェクトを実施することでもあり、お互いのプロジェクトの目的、活動内容等詳細にわたって情報交換と調整を行なった。その結果、GTZは上述した如くNCPFPをカウンターパートとして、避妊サービスの技術の向上と、家族計画の普及を目的とし、JICAプロジェクトが保健省ネットワークを使い「安全な母性」に焦点を当てることで双方のプロジェクトの連携によりゲアン省におけるRHサービスが向上できるという共通認識のもとにJICAプロジェクトが開始された。

また、JICAプロジェクトの立ち上げ時(1997年)、プロジェクトの合同委員会のベトナム側メンバーにPCPFP(省人口・家族計画委員会)の責任者を含めるようJICA側は提案を行なったが、当時のJICAプロジェクトのプロジェクトダイレクターで、ゲアン省の人民委員会副委員長(Ms.Han)の反対にあい、メンバー候補からはずしたいきさつがある。ゲアン省のPCPFPの委員長は人民委員会の副委員長(つまりMs. Han)が兼務しているからという理由であった(当時)。国家レベルではNCPFPから、PCPFPが多忙を極めているので、合同委員会のメンバーになるのは避けたいという意思表示があった。

1. 現プロジェクトで家族計画を実質的に取り込んでいるかどうか。取り込んでいる場合にはその活動詳細。

##### CHC スタッフ再教育

JICAプロジェクトのフェーズI、フェーズIIともに家族計画関連活動として大きいのはCHCスタッフの再教育である。フェーズI開始時においては1ヶ月の再教育、約176時間のうち平均して69時間(約40%)が家族計画関連の研修にあてられ、おもにCHCレベルのスタッフのIUD挿入、抜き取りの技術習得のための研修に充てられた。ゲアン省、ベトナム全体として全てのCHCにおけるIUDサービスを可能にするという大きな国家家族計画の目標に資するためであった。GTZの当初の活動対象にCHCスタッフに対する教育が含まれていなかったことも考慮された。

しかし、現在ではNCPFPやGTZをはじめとする他のドナーの資金協力によりCHCスタッフも含めた家族計画サービスの技術研修が終了し、ゲアン省の殆どのCHCにおいてIUD挿入及びDMPA(注射による避妊)のサービスが可能となった。そのためJICAプロジェクトの一環でFPサービスの技術研修をする必要がなくなり、現在ではCHCの再教育に占める家族計画の時間が短縮され、

## *JICA RH Project Phase II*

142 時間の研修のうち、避妊技術と RTI 関連で 12 時間、IEC 関連で(家族計画、母子保健含む)13 時間の計 25 時間(18%)が家族計画関連の研修に使われている。

### カウンセリング、ガイダンス能力の向上に向けての技術研修

JICA プロジェクトの成果に人工妊娠中絶数の低減がある。この成果の達成に向けて、人工妊娠中絶に関する調査、その結果に基づくカウンセリング・ガイダンス能力向上のための技術研修及び教材開発が予定されている。

### IEC 教材の制作

JICA プロジェクトフェーズ I において、家族計画に関する小冊子、パンフレット等の IEC 教材を制作配布した。配布の対象は保健機関(省、郡、コミュニティレベル)や女性連合メンバー(ハムレットレベル)でこの事業はフェーズ II においても継続される。

2. 省レベルで本プロジェクト活動と、家族計画実施部門との連携は行なわれているかどうか。行なわれている場合はその現状と課題。

### 連携

JICA プロジェクトのカウンターパートである MCH/FP センターは、保健ネットワークを通じたクリニカルな家族計画サービスの省レベルの拠点として、PCPFP(省人口・家族計画委員会)との協力の下、クリニカルな FP サービス(避妊手術、IUD、DMPA)に関する研修、モニタリングそして PCPFP から供給された避妊器具薬品を郡の保健センター(DHC)に配布する役割を担っている。省レベルでの家族計画のクリニカルサービス提供機関と JICA の RH プロジェクトのカウンターパートは同一である。また、RH における FP の重要性和連携の必要性を考慮に入れ、JICA プロジェクトの節目(PDM 作成のための PCM ワークショップや各種報告会など)においては必ず PCPFP を招待し、代表の参加を得ている。また、ドナー同士として GTZ とは比較的頻繁に情報交換を行なっている。

### 課題

避妊器具薬品の調達については NCPFP/PCPFP という独立した組織が国、省レベルにおいて、調達、配給に責任を持っているため、MCH/FP センターは毎年契約にもとづき四半期ごと、PCPFP から避妊器具薬品の配給を受け、郡の DHC に再配給する(詳細は各機関への訪問報告参照)。今回調査のためにインタビューした機関が異口同音に指摘したのはこの避妊器具薬品の安定供給の問題である。例をあげるとゲアン省において、CHC レベルまでの DMPA の技術研修が終わり住民に対するキャンペーンも実施し、現在では経口避妊薬のピルより DMPA を選ぶ女性が増加している。しかし、現在 DMPA の供給が遅れ、在庫が底をつきかけているため、新規アクセプターに対するサービスができない状態にある。MCH/FP センターは PCPFP にといあわせているものの何時 DMPA が供給されるか予測がつかないという。

3. 中央レベル、省レベルでのリプロダクティブヘルスと家族計画の連携に対する考えはどのようなものであるか。今後更なる連携協力が実施可能かどうか。

### 組織的統合、連携

ベトナムにおいては人口・家族計画に関する、2 つの大きな組織(国家人口・家族計画委員会—NCPFP 及び保健省—MOH)があり、それぞれの組織によって国・省・郡・コミュニティに至るまでのネットワークが構築されている。

ベトナムが近來急激に人口増加抑制に成功を収めている背景には、この 2 つの組織の存在と政府の強いコミットメントがあった。しかしその一方で縦割りの弊害も取りざたされている。政府は今年に入り、省レベルにおける人口・家族計画委員会(PCPFP)と児童保護・ケア委員会(PCCPC)の統合を決定し、2001 年 6 月にはゲアン省においても前述の 2 委員会が統合され、ゲアン省人口・家

## JICA RH Project Phase II

族・児童委員会(PCPFC)が発足した。国家レベルでの統合はまだなされてはいない。あとは時間の問題であるといわれているが、国家レベルの委員会の統合は容易なことではないと推測される。

### 問題点

政府の決定による2つの委員会の省レベルにおける統合、保健省、UNFPA等関係機関からの情報、および国家人口10年戦略等から、今後NCPFPは、政策立案、広報・アドボカシー、調査そして貧困・山岳地に対するRHサービスの強化等に集中し、家族計画サービスは保健省ネットワークとソーシャルマーケティングプログラムの2つの流れに順次統合されるであろうことが期待される。しかし、2005年までの国家プログラムに関する政府の決定(2001年5月4日)を読む限りでは、5年間は現状維持になるものと推測される。ドナーを含む関係機関から指摘された問題は、避妊器具薬品の安定した供給の確立である。そのうちコンドームについては、省の人民委員会(PC)が中央政府から直接予算の配分を受け、購入する。このため省によっては口実を設け予算を他の目的に流用するケースも多いと聞く。また、コンドーム以外の避妊器具薬品においても、必ずしも安定供給が確立されていない状況にある。後者は調達・配布に責任を持つ組織の能力強化と調達予算の確保が重要であるが、前者は省レベルの人民委員会のコミットメントが重要となる。

#### 4. 1～3までの状況を踏まえ、今後本プロジェクトの中でどのように家族計画を取り扱うべきと考えるか。

JICAプロジェクトのプロジェクト目標はRHサービスの向上であり、FPはRHサービスの基本的サービスの一つである。但し、FPは国家プログラムである(国家予算が配分される)こと、またゲアン省はGTZのプロジェクト対象地区であることから、行政的観点から言えばFP推進にあたっての財政、組織、人材等リソースの問題は他のRHコンポーネントに比較し少ない。保健省サイドからみるとNCPFPは国家プログラムとして、政府及び対外機関から比較的潤沢な予算を受け、本来は保健省の責任に帰するのではないかと思われる分野、例えば安全出産キットの山岳部への配布までも行なっているのが現状である。

しかし、一人の女性の立場にたったトータルなRHケア、サービスを考えるとき、人口増加抑制の手段としてのFPではなく個人のライフサイクルに合わせたRHケアの一環としての質の良いFPサービスが保障される必要がある。

JICAプロジェクトとしては、現行のCHCレベルでの「安全で清潔なお産」の環境づくりを推進することが第一次的な目的であることを再度確認した上で、人民委員会・PCPFC・女性連合・青年連合等の関係機関、組織との連携を強化し、FPサービスが他のRHサービスとあわせ有機的に提供されるよう働きかけて行く必要があるのではないかと思慮される。

具体的にはJICAプロジェクト活動の一環として下記のような活動を行なうことを提案したい。

- (ア) ゲアン省人民委員会に対するアドボカシーの強化: 実施にはゲアン省人口・家族・児童委員会(PCPFC)との連携が必要となる
- (イ) PCPFCとの連携強化。ゲアン省のPCPFCの委員長は前ゲアン省小児病院院長(小児科医)である。合同委員会メンバーへの参加を求めて行くことも考慮に入れる。また、相互の情報交換を定期的に行なう。
- (ウ) MCH/FPセンター内におけるJICAプロジェクトとFP活動の連携: 同じセンター内において実施されて活動の情報交換をより強化することにより、適切な連携が推進できると考える。
- (エ) JICAプロジェクトのベースラインサーベイにおいて指摘されていたCHCにおける避妊器具薬品の不足の原因究明とその解決。
- (オ) 現在保健省がUNFPAを始めとするドナーの協力を得てRH10年戦略のガイドライン(案)を作成中である。JICAプロジェクトはこのガイドラインの作成にあたり今までの経験を活かし積極的に提言を行なうべく、短期専門家の協力を得て現在提言を準備中である。JICA

## *JICA RH Project Phase II*

プロジェクトとしては、保健省が制作し、ゲアン省で普及努力をしている Home Based Maternal Record の内容を充実させ、妊娠、出産、産後のケアと家族計画、新生児のケアの一貫した RH サービスを CHC において可能にすることを目指したい。FP、妊婦の破傷風予防接種、EPI、など縦割りの国家プログラムがあり、しかもドナーが異なる (UNFPA や UNICEF 等) 状況での RH の横断的サービスの質の向上を目指すのは容易ではないが、JICA プロジェクトは女性の側に立ったトータルな RH サービスの向上を目的としており、サービスの供給側の努力とコミットメントをさらに引き出す努力をすべきと考える。勿論 JICA プロジェクトで全てのサービスをカバーするという意味ではなく、これらの一貫した RH サービスを可能にする環境を整えるための連携強化、調整が重要であり、その役割の一旦を JICA プロジェクトが担うことを意味している。

### 家族計画サービスとの連携(補足説明) 2002.8.7

家族計画サービスの状況については、石井澄江前チームリーダーの総合報告書添付6に詳しく報告されている。以下は、重複もあるが、石井氏の帰国後の動き他についての補足説明である。

2002年5月に、ゲアン省人民委員会の通達によって、プロジェクト合同委員会に、ゲアン省人口家族子供委員会(Provincial Committee for Population, Family and Children: PCPFC)グエン・ティ・フック委員長がメンバーとして加わることが正式に決定された。PCPFCとの連携の強化によって、FPサービスが他のRHサービスとあわせコミュニケーションレベルで有機的に提供されていくことが期待されている。その後、フック委員長は、2ヶ月間のハノイでの研修等で不在の期間が長く、6月下旬に開催された合同委員会には不参加であったが、MCH/FPセンターのド・ティ・ムイ所長からプロジェクトについてのブリーフィングを受け、PCPFCの合同委員会参加の背景等についてはすでに良く理解されている。

去る8月2日に、フック委員長、ムイ所長、勝部の3名でミーティングを持ち、改めて現在のゲアン省内のFPサービスの状況についての説明を受け、プロジェクトとの協力について意見交換を行った。

### FPサービスの流れ

省内のFPサービスの流れは以下の2つに大きく分けられる。

- 1) IUD、避妊手術、避妊注射： サービスデリバリーは保健省-MCH/FPセンターの責任分野
- 2) ピル、コンドーム： サービスデリバリーは主として国家人口・家族計画委員会(NCPFP)/PCPFCの責任分野

#### 1) IUD、避妊手術、避妊注射(DMPA)

IUDの挿入・抜去、避妊手術、避妊注射は医療・保健サービス機関で実施される。

フローチャートに見られるように、IUD、避妊手術、避妊注射に必要な物資(避妊器具薬品)は、国家人口家族計画委員会(NCPFP)から省レベル人口家族子供委員会(PCPFC)を経て保健局を通してMCH/FPセンターに送られる。一方、技術料、処置・手術に必要な医薬・医療品の購入等の予算は、中央の財務省から人民委員会、PCPFCを経て、保健局を通してMCH/FPセンターが受け取る。(ただし、今年以降、システムが変更され、この予算は財務省、保健省、保健局を経てMCH/FPセンターが受け取るようになる予定。)

MCH/FPセンターは、センターにおいて上記サービスを実施することに加え、物資、予算を郡ヘルスセンター(DHC)に配分する。さらに、IUD、避妊注射は、コミュニンヘルスセンター(CHC)でも実施されるので、物資・予算がDHCからCHCへ配分される。

上記FPサービス推進のIEC活動は、省、郡、コミュニン各人口・家族・子供委員会が実施するため、その予算はPCPFC、DCDFC、CPCFC、人口/家族計画コラボレーターの活動に充てられる。

## 2)ピル・コンドーム

ピル・コンドームは、NCPFPが省レベルのニーズを取りまとめ、PCPFCに配分する。

①コンドーム 89%: FPサービスを目的として、PCPFC、DCDFC、CPCFCを経て各コミュニンの人口/家族計画コラボレーターに配分される。このコンドームは、各コミュニンで住民誰もが、コラボレーターから直接、無料で手に入れることができる。

11%: STD、HIV/エイズ予防を目的として、保健局を経てMCH/FPセンターに供与され、センターからDHC、CHCに配分される。このコンドームは、FPサービスの目的で求める人には提供することができない。ただし、3つのグループ：キリスト教信者、少数民族、貧困者には、理由の如何に関わらず(STD、HIV/エイズ予防、FPサービスいずれの理由でも)、無料配布することができる。この3グループ以外の住民がCHCを訪れてFPサービスの目的でコンドームを求めた場合、CHCスタッフは、人口・家族計画のコラボレーターの中から受け取れることをアドバイスする。CHCに在庫がない場合も同様に、コラボレーターから受け取ることができることを教えられる。一般的に、コンドームは人口・家族計画コラボレーターが提供するものであると認識されている。

②ピル 70%: PCPFC、DCPFC、CCPFCを経て各コミュニンの人口/家族計画コラボレーターに配分される。このコンドームは、各コミュニンで住民誰もが、コラボレーターから直接、無料で手に入れることができる。

30%: PCPFCから保健局を経てMCH/FPセンターに供与され、センターからDHC、CHCに配分される。

## CHCにおける避妊器具薬品の不足の原因

フック委員長の意見では、供給システムが原因のひとつではないかとのことであった。四半期ごとにPCPFCからMCH/FPセンターに対して申請計画に従って配給されることになっているが、予定通りの供給が行われず、滞りがちであるという。その理由に関しては、

今回は明確な説明を得ることはできなかった。 Condominiumに関しては、絶対数が不足しているためとの説明があった。

また、フック委員長によると、DCDPC、CCPFCの担当者は、実際は各レベルの人民委員会のスタッフであり、人の異動が頻繁であるために事務処理が遅れがちだということであった。

#### コミュニティレベルでの連携

人口/家族計画コラボレーターは、ボランティアとして活動している。コラボレーターの選定は、自薦、他薦、交渉等、コミュニティレベルの裁量にまかされている。コラボレーターへの定期的なミーティングとモニタリングが、DCPFC、CCPFCによって行われている。コラボレーターはCHCのスタッフ、コミュニティ女性連合メンバー、ハムレットヘルスワーカーが兼任している場合もあり、それ以外の住民が選ばれていることもある。コラボレーターが、コミュニティの中でどういう立場の人かについての情報は省レベルでは特に把握されていない。

コラボレーターとCHCとの組織的な連携は行われていないが、FPサービス(Condominium・ピル)に関して、CHCがクライアントに、コラボレーターからサービスを受けるようにアドバイスするという形のつながりはある。

#### FP関連情報

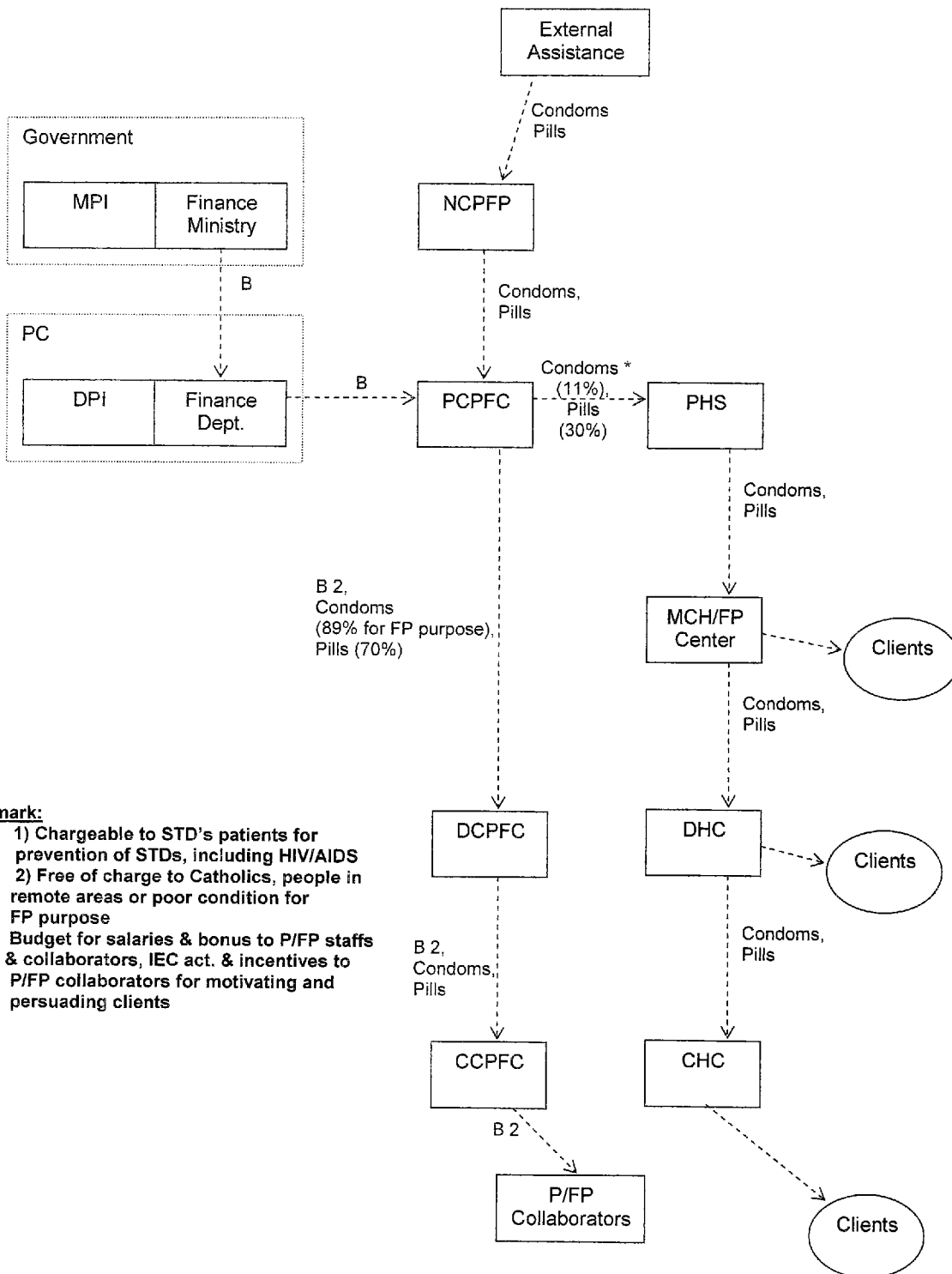
ゲアン省の人口関連統計はPCPFCが統括しており、避妊実行率などのFP関連統計は、コラボレーターからの報告をCCPFC、DCPFC、PCPFCと集められ、集計される。しかし、Condominiumやピルの使用継続者やドロップアウトの正確な把握はされていない。PCPFCでは、近々、追跡調査を行う計画があるとのことである。

#### 今後の取り組み

PCPFCからMCH/FPセンター、DHC、CHCへと配分される避妊器具・薬品の、配分時期、配分数を把握しておくことが必要であると思われる。PCPFCからの配分数、配分時期、配分システムに関して直接の影響力は及ばないものの、現状把握と関連情報交換の意義は大きい。

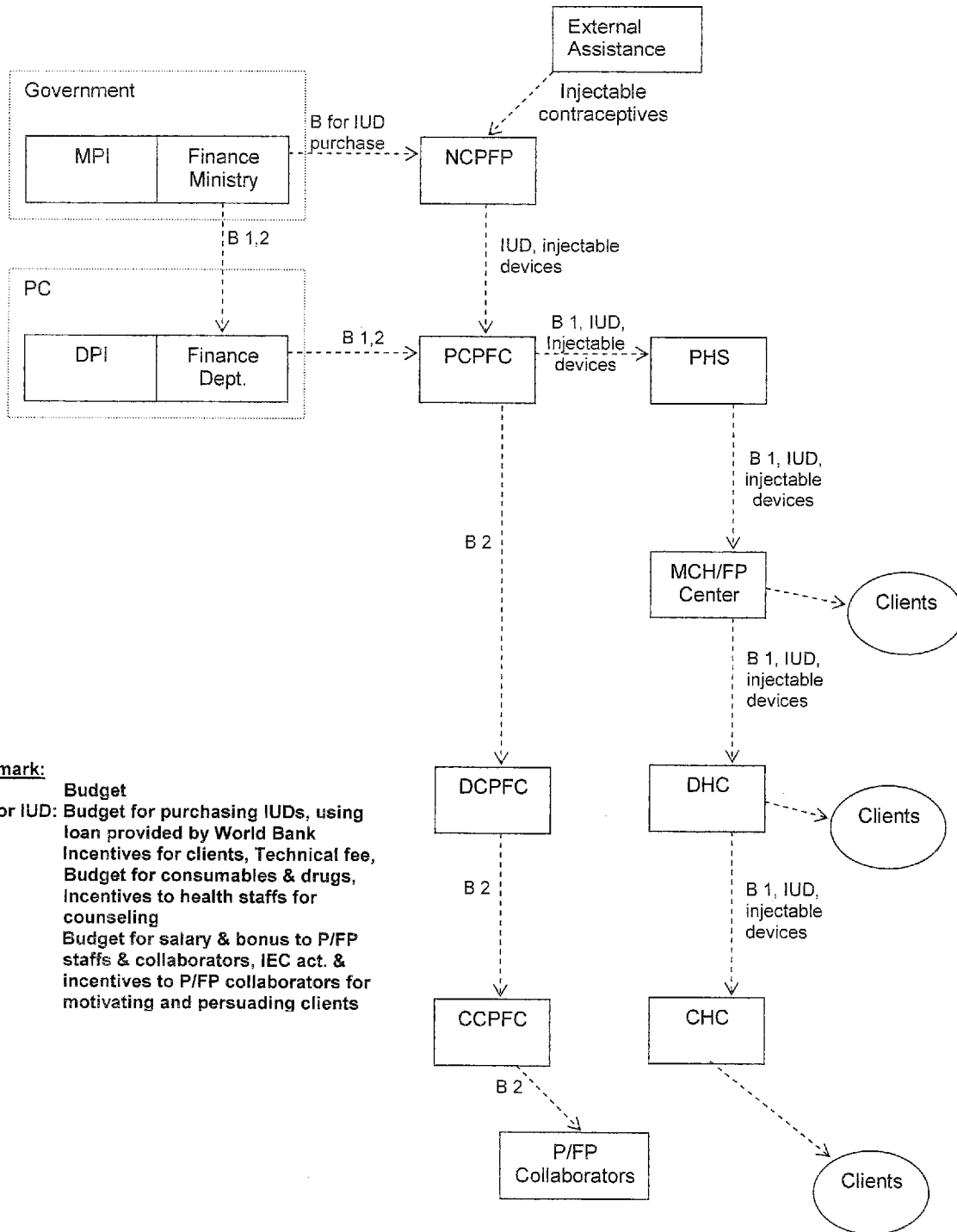
RHプロジェクト合同委員会のメンバーとして、PCPFCと人民委員会、女性連合、MCH/FPセンターがプロジェクトとのつながりを通して協議を継続していく機会を持ち、各機関の連携強化によって、RHサービス向上にとって望ましい環境が整うことも期待したい。

**Supply System of FP Services  
(Condoms and Pills)**

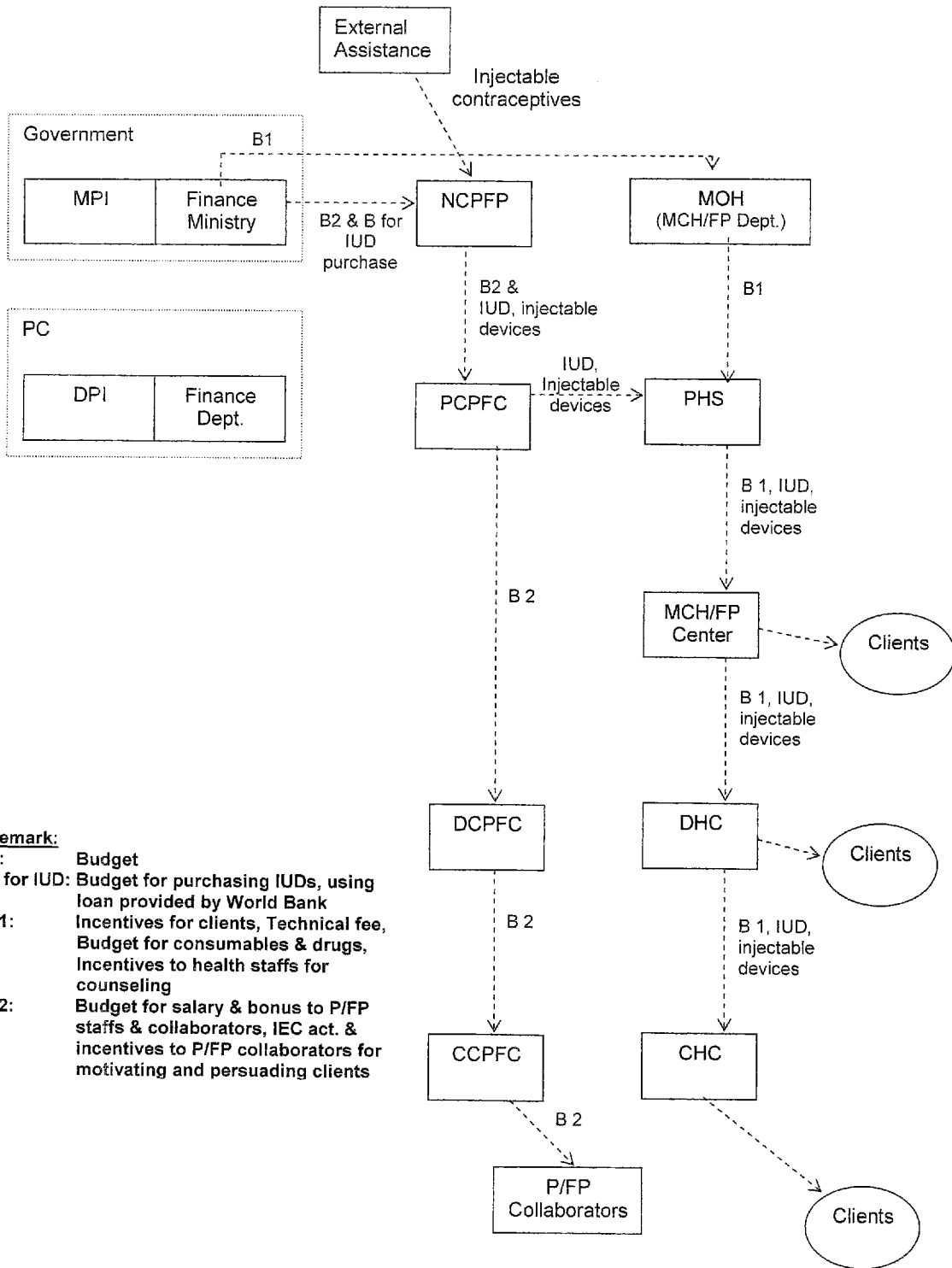




**Supply System of Free of charge FP Services  
(IUD, Sterilization, Injectable Contraceptives)  
Before 2002**



**Supply System of Free of charge FP Services  
(IUD, Sterilization, Injectable Contraceptives)  
After 2002**



*JICA Reproductive Health Project in Nghe An Province Phase II  
September 2000 - August 2005*

**Program**

Date	Time	Program	Presentation / Preparation by:
August 26 (Sun)		Arrival of participants	
August 27 (Mon)	07:00 ~ 08:00	Registration of participants	Organizing Committee Facilitator: Mr. Lam, PSC
	08:00 ~ 08:20 ~	Demonstration role play performance by MCH/FP Center Opening of Seminar: Confirmation of program and introduction of participants	MCH/FP Center staff Dr. Bui Dinh Long, Vice-director, MCH/FP Center
		Speech: * People's Committee, Nghe An * Ministry of Health, Hanoi  * Embassy of Japan (or JICA Vietnam Office)  * Provincial Health Service	Mr. Hoan Ky, Vice-chairperson, PC Dr. Nguyen Dinh Loan, Director, MCH/FP Department, MOH Mr. Yoshito Kikumura, Second Secretary, Japanese Embassy Dr. Tran Thi Thien, Vice-director, PHS
	09:10 ~ 09:30	Session I: Introduction of the RH Project: with special focus on the Management Structure of Collaboration among PC, WU and Health Sector	Session I *Dr. Do Thi Mui, Director, MCH/FP Center *Dr. Nguyen Khoa Bang, Chairperson, PC of Dien Chau District
	09:30 ~ 10:00	Break	
	10:00 ~ 10:45	Session II: Re-training of CHC staff and the importance of monitoring and follow-up	Session II *Dr. Bui Dinh Long, Vice-director, MCH/FP Center, PSC member (Re-training of CHC staff)

*JICA Reproductive Health Project in Nghe An Province Phase II*  
*September 2000 - August 2005*

	10:45 ~ 11:30	Q&A	*Dr. Nguyen Ba Tan, Vice-director, MCH/FP Center, PSC member (Monitoring)
	11:30 ~ 13:30	Lunch break	
	13:40 ~ 14:00	Session III: IEC activities: "Aiiku-han" Role Play	Session III Working Group for Aiiku-han Yen Thanh District Women's Union
	14:00 ~ 14:20	Session VI: Relationship: re-training, monitoring and IEC	Session IV Dr. Nguyen Ba Tan, Vice-director, MCH/FP Center, PSC member
	14:20 ~ 14:45	Session V: Changes for the better: at CHC, DHC and the MCH/FP Center	Session V * Dr. Do Thi Mui, PSC * Dr. Le Dinh Van, Nghia Dan DHC
	15:10 ~ 15:50	Q&A	
	15:50 ~ 16:15	Orientation for the field visit and groupings	Organizing Committee
	17:00 ~	Dinner hosted by Nghe An People's Committee	
August 27 (Tue)	Early morning 08:00 ~ 11:00	Departure for the field visit <b>Program in the selected three district in three groups</b> Thanh Chuong, Dien Chau, and Nghi Loc Lunch in each district	Group Leaders: PSC members

*JICA Reproductive Health Project in Nghe An Province Phase II*  
*September 2000 - August 2005*

	15:00 ~ 15:30	Session VI: Difficulties and challenges for Nghe An Province	Session VI Dr. Phong, Head of Planning Division, MCH/FP Center, PSC member
	15:30 ~ 15:45	Q & A/Feedback from participants	
	15:45 ~	Speech: * JICA Consultation Mission Leader * Representative of Nghe An	Prof. Hirofumi Ando Dr. Tran Thi Thien, Vice-director, PHS
	17:30 ~	Dinner Party	
August 28 (Wed)		Departure of participants	