

9. JICA RH プロジェクトフェーズⅡ進捗状況報告（2002年4月～2003年8月）

JICA RH Project Phase II

2003年8月
中間評価調査団用資料

JICA RH プロジェクトフェーズⅡ 進捗状況報告 (2002年4月～2003年8月)

I. 概観

本報告書では、2003年1月末に JICA 本部で実施された国内委員会用資料として作成した進捗報告に加筆する形で、2002年4月～2003年7月末現在の期間の進捗を報告している。

専門家派遣・交代・ベトナム側の人事異動他：2002年度上半期にチームリーダーとプロジェクト調整員が交代した。2002年度運営指導調査団の帰国直後の2002年9月に保健統計・情報管理（HMIS）分野の長期専門家が新規に派遣された。これにより、プロジェクトの日本人専門家チームは4人から5人に拡大した。2003年3月末に、地域保健分野の専門家（保健師）の交代があった。ベトナム側カウンターパートでは、MCH/FPセンター所長の Dr. Do Thi Mui が定年退職、これまで副所長だった Dr. Nguyen Ba Tan が2003年1月、新所長に就任した。2003年5月には、Dr. Tan の所長就任に伴って空席となっていた副所長に、Dr. Le Thi Hoai Chung が就任した。同時に、Dr. Chung は省運営委員会メンバーに加わった。

JOCV 新隊員5名が、2003年1月と（助産師2名：ニアダン郡ヘルスセンター、クインリュー郡ヘルスセンター、システムエンジニア1名：省保健局計画課）、5月（助産師2名：イエンタイン郡ヘルスセンター、タインチュン郡ヘルスセンター）に配属された。RH プロジェクトと JOCV の連携・協力によって、双方にとって効果的な活動が期待されている。

プロジェクトの運営組織：運営指導調査団の提言に基づき、省・郡・コミューン各レベルにおいて、人口家族子供委員会（CCPFC）が加わり、省レベルでは合同委員会、郡・コミューンレベルではプロジェクト運営委員会のメンバーが拡大された。プロジェクトが推進するリプロダクティブヘルス（RH）・サービスの向上にとって不可欠な FP サービスの充実を図り、RH サービスと効果的な統合を目的とした組織強化である。現在プロジェクトでは、IEC ワークショップ、産後ケア研修、中絶軽減ワークショップ、CHC スタッフ再教育、コミューン運営委員会メンバー約1,800人対象の連携強化ワークショップ等、あらゆる機会を捉えて一貫して FP サービスを充実していくための要素を盛り込むよう考慮している。

主な活動：

RH 経験交流セミナー：2003年8月末に、保健省の賛同と協力を得て、北部30省と南部からアンザン省の MCH/FP センター代表をゲアン省に招聘し、ゲアン省が RH プロジェクトの経験を他地域と広くシェアするために開催された。ゲアン省が RH ケアに関して国のモデルとして情報・経験の発信地となり得ることを強く印象づけたセミナーとなった。同時に、運営事務局としてセミナーを開催した MCH/FP センターのプロジェクト省運営委員会の運営管理能力の向上を示すことができた。

RH サービス向上：2002年8月～2003年3月の期間に CHC スタッフ再教育が4コース開催され、プロジェクトで計画した全10コースが終了し、フェーズⅠ、フェーズⅡを通して CHC スタッフ458人が受講した。後半の4コースは、山岳地域郡の CHC スタッフが中心的な対象であった。CHC での出産がほとんどなく、自宅分娩が圧倒的に多い山岳地域の特徴を考慮して、各 CHC スタッフがハムレットレベルのヘルスワーカーに対して分娩介助の指導をする必要があることも念頭においてカリキュラムが組まれた。継続8郡の DHC による CHC スタッフへのリフレッシュコース開催、11郡に対するリフレッシュコース実施のための TOT 研修、産後ケア TOT 研修、中絶カウンセリング研修等が実施された。MCH/FP センター・DHC・長期専門家による CHC へのモニタリング・フォローアップは継続的に実施され、DHC 対象のモニタ

リング手法研修も行った。モニタリング・フォローアップは、CHC 再教育にとつてのみならず、様々な活動にとつて質の維持と継続的な向上のために不可欠な活動として位置づけられている。2003年度には、機材保守管理研修を実施し、バックマイ病院プロジェクトとの連携・協力する可能性も出てきた。

地域保健活動推進(IEC活動)：地域保健の推進活動のひとつとして日本の経験を導入した愛育班活動は、モデルコミュニティでの家庭訪問を中心とする活動が軌道にのり、班長会議も毎月定期的に行われている。報告期間中には、女性連合主導型の活動へ発展させ、活動の維持・継続に必要な行政や保健セクターの支援を促すためのワークショップが専門家の指導によって実施された。短期専門家派遣によって様々な形態の住民活動のあり方も伝えられ、ひとつのモデルから発展させて地域ごとに適した地域保健推進活動を取り上げる可能性も理解されてきた。

全 19 郡において、コミュニティおよびハムレットレベルの女性連合メンバーを対象に、通算 34 回の IEC ワークショップを実施した。参加者総数は 6,300 人強であった。各郡でのワークショップ実施準備は各郡女性連合が担当し、ワークショップの内容検討・実施は、JICA 専門家が協力しながら、省女性連合スタッフ、MCH/FP センタースタッフが担当した。ワークショップには、郡ヘルスセンター(DHC)、郡人民委員会(DPC)、郡人口家族子供委員会(DCPFC)等、プロジェクト運営委員会メンバーの参加も促された。山岳地域の郡でのセッションは、言語の違いのためにベトナム語から民族の言語への通訳を用意し、内容も現状にあったものにするなど工夫しながら、妊産婦ケアの大切さと人工妊娠中絶予防、すなわち望まない妊娠を避けるための避妊についてのメッセージを届けることができた。山岳地域のハムレットレベルの女性連合メンバーを対象としたワークショップを初めて実施するという郡もあり、末端の女性連合メンバーを対象としたことは意義のあるものとして評価された。

新規活動：

保健省(MOH)の新保健情報管理システム(HMIS)の実施は予定より遅れているが、ゲアン省内では、モデル郡の 6 郡と MCH/FP センターを中心として、新 HMIS 導入に必要な基本的技術の習得をはじめとする研修を実施し、システム導入に備える活動が進捗している。コンピューターの基本操作・管理研修、基本ソフトの活用研修が、全 19DHC および MCH/FP センターの担当者に対して実施され、各 DHC のレベルや問題点も明らかになりつつある。長期専門家の技術指導により RH データ集計ソフトも作成され、MCH/FP センターにおいて活用されるようになった。DHC へのモニタリングも進捗中である。

生殖器系感染症(RTI)調査実施に先立って準備のための調査法・検査技能・診断技術向上のための研修が JICA 専門家およびホーチミン市のツーザー病院の医師 2 名の協力で実施された。2003 年 4 月の基礎調査では、RTI 調査の結果が RTI 感染予防対策立案への基礎資料となることが示唆された。本報告書作成中(2003 年 8 月上旬現在)に、本調査が実施されている。調査には、ゲアン省内の関連の数ヶ所の施設が参加しているためにそれぞれの施設の技術向上だけでなく、プロジェクトを通じた連携・協力も進展している。

クライアント・フレンドリー・サービスという新しい概念が、省・郡レベルの運営委員会メンバーを中心に紹介された。MCH/FP センターにおいて、2003 年 7 月上旬に具体的な行動に移すためのワークショップが開かれた結果、センタースタッフの間にクライアント・フレンドリー・サービスにつながる行動変容が見られるようになってきている。日本でのカウンターパート研修中に“患者に優しい”サービスを体感した C/P 研修受講生の経験も生かして、クライアントの立場に立つことができるサービス提供者が多く育つことが期待される。

II. 活動の進捗状況（四半期ごとのプロジェクトの主な活動・動き）

① 2002年4月～2002年6月

2001年度活動報告、2002年度活動計画の検討・承認のために、プロジェクト合同委員会、省・郡運営委員会メンバーによる合同委員会議を実施。

山岳地域5郡の166CHCに対する2001年度（平成13年度）申請医療機材の配布が完了。これにより、フェーズI、フェーズIIを通してプロジェクト地域全466CHCに対する基礎的医療機材が行き渡った。

新規11郡の運営委員会メンバー44人に対して、南部ベトナム（ホーチミン市ツーズー産婦人科病院およびアンザン省MCH/FPセンター他）への移動セミナーを実施した。Yen Thanh郡モデルコミュニティでの班員活動開始へ向けて、ベトナム語版愛育班ハンドブック作成等の準備が進んだ。

チームリーダーが交代した。プロジェクト省運営委員会メンバーの一人（MCH/FPセンター計画課のスタッフ）が4月から9月までの産休に入った。

ゲアン省リプロヘルスセンター建設構想の具体化へ向けた日本政府無償資金援助に対する申請書作成に関して、ゲアン省に対して協力を行った。

② 2002年7月～9月

フェーズII第7回、第8回のCHC再教育の2コースが開催された。助産婦教育分野の短期専門家が派遣され、中絶後のカウンセリング指導を行った。

イエンタイン郡モデルコミュニティの愛育班員に対する研修が実施され、愛育班モデルコミュニティ3ヶ所で、班員としての活動が開始された。

MCH/FPセンターの助産婦1名が葛飾赤十字産院を主な受け入れ先として7月末～2003年3月までの8ヶ月間のカウンターパート研修に参加するため訪日した。

8月、運営指導調査団受け入れを行った。また運営指導調査団のプロジェクト訪問時に重ねて、北部30省と南部からアンザン省のMCH/FPセンターの代表をクアローに招聘し、プロジェクトの経験と学びを広く共有するために、交流セミナーを開催した。

プロジェクト調整員が交代。新規で保健情報統計分野の長期専門家が派遣され、プロジェクトの長期専門家は5名となった。

RHセンター建設の無償資金援助申請書が、7月中旬に計画投資省に対して提出された。

③ 2002年10月～12月

フェーズII第9回CHCスタッフ再教育が山岳部の中級レベルのCHCスタッフを中心に実施された。

コミュニティ・ハムレットレベルの女性連合メンバー対象のIECワークショップを10郡（Do Luong, Hung Nguyen, Tnah Chuong, Tan Ky, Nam Dan, Cua Lo, Nghi Loc, Dien Chau, Vinh City and Quynh Luu）で実施。参加者数は、4,066人。

RTI 調査の事前研修のために、短期専門家2名（RTI 調査、臨床検査）およびツーズー産婦人科病院から医師2名を講師として受け入れ、調査法研修、診断技術研修、検査技術研修を実施した。また、地域保健活動分野の短期専門家による医療・保健機関と地域住民との連携による保健活動についてのセミナーを開催した。

HMIS 分野では、モデル郡、保健局に対して、コンピュータとプリンターが供与された。モデル6郡のうちの3郡とMCH/FPセンターの統計担当者を対象に、コンピュータの活用および維持管理の研修を実施した。また、保健省とUNFPAが進めている新HMISの省レベル担当者の研修がようやく開始され、保健局から2名がハノイでの約1ヶ月の研修（2002年12月25日～2003年1月24日）に参加した。

フェーズIからの継続8郡において、郡ヘルスセンター（DHC）でのCHCスタッフ向けリフレッシュコースが郡ごとに計画・実施された。また、11月～12月に、活動別（①モニタリング、②愛育班、③パルトグラフとHBMR導入、④中絶軽減、⑤HMIS、⑥両親学級・健康教育）のモデル郡によるアセスメント会議を開催し、活動進捗報告と次年度活動計画策定等を行った。

④ 2003年1月～3月

フェーズII第10回CHCスタッフ再教育が山岳部の初級レベルのCHCスタッフを中心に実施された。

コミュニン・ハムレットレベルの女性連合メンバー対象のIECワークショップを4郡（Yen Thanh, Anh Son, Con Cuong, Nghia Dan）で実施した。（参加者数 1,430人）

短期専門家5名（産婦人科：産後管理、保健サービスと運営管理、住民参加と母子保健、母子保健行政、IEC）が派遣され、それぞれの分野で技術指導を行った。DHCスタッフを対象とした産後ケアTOT研修では、ロールプレイによる演習を取り入れ、参加者が自分たちで制作した乳房モデルをつかった乳房マッサージについても講習が行われた。省・郡レベルの運営委員会メンバーをはじめとする指導者を対象にクライアント・フレンドリー・サービスに関するセミナー、愛育班員の能力向上のためのワークショップ、IECの一環として省と5郡の（Vinh, Hung Nguyen, Nam Dan, Nghi Loc, Quynh Luu）女性連合メンバーを対象にマギーエプロン活用技術研修が実施された。その際、参加者によってマギーエプロンを使うロールプレイが制作された。母子保健行政分野では短期専門家によって、MCH/FPセンターの所長、副所長に対して、国家RHC10年戦略にへの具体的なRHCモデル事業をゲアン省としてどのように提示していくかの指針が示された。

HMIS 分野では、RH 関連統計報告を、MCH/FP センターと各 DHC がコンピュータによるデータベース管理するためのフォームが作成され、モデル郡と MCH/FP センターに同封された。2002 年 12 月に 3 郡を対象に開催したコンピュータの活用および維持管理の研修を、モデル 6 郡のうち、残り 3 郡の統計担当者を対象に実施した。また、HMIS 整備に向けて、ベトナムで普及しつつある OS（リナックス）とネットワーク入門の研修を Yen Thanh と Cua Lo 郡及び MCH/FP センターのネットワーク管理予定者に対して行った。

2003 年 4 月に実施する中間アセスメントの準備のために、ポピュレーションカウンシルから 2 名の調査者が予備調査に訪れた。

MCH/FP センター所長の Dr. Do Thi Mui が定年退職し、新所長にこれまで副所長だった Dr. Nguyen Ba Tan が就任した。長期専門家（保健師）が交代した。

プロジェクトチームリーダーが、JICA 環境・女性課と UNDP が共同で開催したジェンダーワークショップに出席するためにカンボジア、プノンペンに出張した。

⑤ 2003年4月～6月

2002年度活動報告、2003年度活動計画の検討・承認のために、プロジェクト合同委員会、省・郡運営委員会メンバーによる合同委員会議を実施した。

コミュニン・ハムレットレベルの女性連合メンバー対象の IEC ワークショップを 3 郡 (Que Phong, Quy Hop, Quy Chau) で実施した。(参加者数 678 人)

ポピュレーションカウンシルによる中間アセスメントが実施された。また、短期専門家 2 名 (RTI 調査、臨床検査) と ツーザー産婦人科病院の医師 2 名の技術支援を得て、RTI 予備調査が実施された。山岳地域の 10 郡 DHC を対象に、ハムレットヘルスワーカーに対するトレーニングを念頭に入れながら、山岳地域の諸々の問題を検討するワークショップを実施した。MCH/FP センタースタッフ及び新規 11 郡 DHC の担当者に対して、モニタリング手法ワークショップを 2 回に分けて実施した。

JICA ベトナム事務所とバックマイ病院プロジェクトの協力を得て、JICA 事務所の機材管理保守分野の専門家 (企画調整員) を招いて全 19 郡 DHC を対象に機材管理保守研修を実施した。その際、バックマイ病院プロジェクト短期専門家とバックマイ病院の機材管理担当者からも技術支援協力を受けることができた。

マギーエプロン活用技術研修が、7 郡 (Quy Chau, Que Phong, Quy Hop, Do Luong, Cua Lo, Tan Ky, Nghia Dan) の女性連合メンバーを対象に実施された。3 月に派遣された IEC 分野の短期専門家によって省レベルと 5 郡の女性連合メンバーを対象に実施された研修の経験をもとに MCH/FP センタースタッフと省女性連合が中心となって開催した。また、3 月の研修開催によって参加者主体で開発されたマギーエプロン活用のロールプレイが教材として使われた。

HMIS 分野では、各 DHC が CHC から提出される保健統計報告書をコンピュータで集計し、省保健局へ提出する報告書を作成するソフトが長期専門家の技術支援により改良された。コンピュータの活用および維持管理の研修を 13 郡の統計担当者を対象に実施した。続いて、全 19 郡 DHC の統計業務担当者を対象に、保健統計報告書作成ソフトを紹介するワークショップが実施された。各 DHC へのモニタリングにより、コンピュータ研修参加者のフォローアップ、ソフトウェアの使用状況の確認、トラブルへの対応が行われた。

コミュニン運営委員会メンバーの連携強化を図るためのワークショップを 9 郡 (Ky Son, Tuong Duong, Que Phong Quy Chau, Quy Hop, Vinh, Hung Nguyen, Dien Chau, Yen Thanh) で実施した。省レベルから、MCH/FP センター、省人口家族子ども委員会、省女性連合、JICA 専門家が郡を訪問し、郡運営委員会と共同でプログラムを実施した。プロジェクト活動の報告、妊産婦ケアをはじめとする RH 向上における男性の役割、人工妊娠中絶軽減と FP サービスの向上に関わる関連機関の役割、特に人口家族子ども委員会の役割と関連機関同士の連携の重要性について、ビデオ上映などを活用して訴えた。

⑥ 2003年7月～8月

短期専門家 3 名 (保健サービスと運営管理、助産婦教育、RTI 調査) が派遣され、各分野における技術指導が行われた。MCH/FP センターの各部署を対象に、医療・保健スタッフ以外の職員も一緒に、クライアント・フレンドリー・サービスの実践するためのワークショップを実

施した。新規 11 郡を対象に、CHC 助産スタッフに対するリフレッシュコース計画策定・実施の手法研修が行われた。本報告書作成時に、RTI 本調査が JICA 短期専門家とツーズー産婦人科病院の医師 2 名の技術指導のもとに、MCH/FP センター、予防センターの協力で実施中である。(中間評価調査団派遣前の 8 月上旬に、HMIS 分野の短期専門家 1 名が派遣される予定。)

前出のマギーエプロン活用技術研修が、残り 7 郡 (Anh Son, Thanh Chuong, Ky Son, Yen Thanh, Dien Chau, Thanh Chuong, Con Cuong) の女性連合メンバーを対象に実施された。同様に、コミュニケーション委員会メンバーの連携強化ワークショップを 8 郡 (Nghia Dan, Con Cuong, Anh Son, Quynh Luu, Thanh Chuong, Cua Lo, Do Luong, Nam Dan) で実施した。

短期専門家以外の主な受け入れ・来訪者：

- カンボジア JICA 母子保健プロジェクト専門家受け入れ (2002 年 4 月)
- 南野知恵子参議院議員視察訪問受け入れ (2002 年 5 月)
- フィンランド小児病院プロジェクト関係者受け入れ (2002 年 5 月)
- JICA ベトナム事務所職員来訪 (2002 年 6 月)
- ベトナムテレビ取材受け入れ (2002 年 6 月)
- 日本型国際協力の有効性調査コンサルタント受け入れ (2002 年 6 月および 7 月)
- バックマイ病院プロジェクト専門家受け入れ (2002 年 7 月)
- 中部医療協力調査団の視察訪問受け入れ (2002 年 7 月)
- インターン受け入れ (2002 年 8 月 25 日～9 月 26 日)
- 運営指導調査団受け入れ (2002 年 8 月 20 日～31 日。プロジェクトの進捗の確認、今後の方針を協議。)
- 新潟大学看護学部教授視察受け入れ (2002 年 9 月)
- 専門家養成コース研修員受け入れ (2002 年 11 月)
- 人口特別機材供与 (マルチバイ協力) 評価団受け入れ (2002 年 11 月)
- RH JICA 専門家養成コースの研修グループ受け入れ (2002 年 11 月)
- ベトナムジャーナリスト取材受け入れ (2002 年 11 月)
- 日本人テレビ番組制作会社取材記者受け入れ (2002 年 12 月)
- ハノイ獣医学研究所プロジェクトリーダー受け入れ (2002 年 12 月)
- SHARE (NGO) 保健分野専門家視察受け入れ (2002 年 12 月)
- 早稲田大学教授視察受け入れ (2002 年 12 月)
- 新潟 JVC ベトナム支部長視察受け入れ (2002 年 12 月)
- AMDA 専門家視察受け入れ (2002 年 12 月)
- 国立国際医療センター調査団 6 名受け入れ (2003 年 3 月)
- ポピュレーションカウンシル中間アセスメント予備調査チーム受け入れ (2003 年 3 月)
- 国際開発センタースタディーツアー 18 名受け入れ (2003 年 3 月)
- ジョイセフ撮影班受け入れ (2003 年 3 月)
- ポピュレーションカウンシル中間アセスメント調査チーム受け入れ (2003 年 4 月)
- JOCV 調整員来訪 (新隊員 2 名同行) (2003 年 5 月)
- JICA 企画調整員 (機材保守管理研修実施) (2003 年 5 月)
- バックマイ病院プロジェクト短期専門家・バックマイ病院器材管理専門家 (器材管理保守研修協力) (2003 年 5 月)
- 貧困削減・開発戦略関連調査メンバー受け入れ (2003 年 6 月)
- 民主党 ODA 視察団受け入れ (2003 年 6 月)
- 貧困削減調査チーム (事前調査) 来訪 (2003 年 7 月)

Ⅲ. 活動で得られた成果**① 2002年4月～6月**

- ゲアン省全ての CHC (466) に対する医療機材供与が完了したことで、医療機材の有無について、省内全体で大きな基本条件のひとつを満たすことができた。
- 移動セミナーによる国内研修によって、継続8郡と新規11郡の運営委員会メンバーが、リプロダクティブヘルスサービスの目標がベトナム国内にもあることを認識すると共に、プロジェクト活動推進へ向けて同じ基盤にたつことができた。
- 愛育班活動の具体的な推進へ向けての準備が整った。

② 2002年7月～9月

- プロジェクト活動には直接関連していないが、プロジェクト実施によって生まれた RH センター構想実現の第一歩となる RH センター建設の無償資金援助申請書が、ゲアン省人民委員会から計画投資省に提出され、さらに計画投資省から日本政府に要請が出された。
- 8月に実施された運営指導調査団とベトナム側カウンターパート並びに長期専門家による協議が行われ、プロジェクトの今後の活動指針が合意された。特に、人口・家族・子供委員会を郡ならびにコミュニオンレベルのプロジェクト運営委員会のメンバーに加えるという提言に基づいて、メンバー拡大がゲアン省人民委員会から速やかに承認された。
- 保健省を巻き込んで北部30省のMCH/FPセンター代表をゲアン省に招いて開催されたRHセミナーの成功により、プロジェクトの活動・成果が広く共有された。これによって、当プロジェクトのベトナム政府にとっての位置づけ、すなわち国家RHケア10年戦略に貢献する成果を期待されていることが広く理解されたと言える。またゲアン省のベトナム側関係者にとって、これまでにない大きな会議を成功に導いたという自信が付き、今後のプロジェクトの活動実施への強力な推進力になった。
- HMIS 分野の長期専門家の派遣により、この分野での実質的な活動が始動した。

③ 2002年10月～12月

- ハムレットレベルの女性連合メンバーを対象とした IEC ワークショップで、中絶にいたる望まない妊娠を防ぐために、FPの実施の重要性を強調したメッセージをロールプレイと解説によりコミュニオン・ハムレットレベルの女性連合メンバーに伝えることができた。
- ゲアン省の関係機関 (MCH/FP センター、予防センター、皮膚科センター、一部郡ヘルスセンター) スタッフの技術研修を兼ねて行った RTI 調査実施準備のための研修によって、参加者の技術向上が見られたのみではなく、自分の果たす役割に対する意欲の向上が見られた。また、ツーズー産婦人科病院との連携・協力関係が強化された。
- 地域保健活動展開の具体的事例として日本での現行の活動を紹介することで、保健医療機関と地域との連携の可能性を学ぶことができた。
- ゲアン省での HMIS モデル6郡のうち3郡のデータ集計担当者のコンピュータ知識が向上し、また、モデル郡 DHC での作業の効率化が図られるようになった。

④ 2003年1月～3月

- 産後管理・ケアのための技術向上ワークショップにより、重要でありながらベトナムでは行き届かなかった乳房ケアなどの重要性に関心が持たれ、今後の産後ケアの向上への基礎づくりができた。
- クライアント・フレンドリー・サービスという新しい概念を紹介した。女性の立場に立った妊産婦ケア・分娩ケア、女性の意見を尊重する妊産婦ケア、という考え方に触れ、医療従事者、特に男性の医療従事者には戸惑いを隠せない人たちもいたようだったが、女性連合メンバーなど当事者である女性からは大きな共感が得られた。また、MCH/FP センターならびに一部郡の産婦人科医師からは、立ち会い分娩などに対する肯定的な反応が得られた。

- イエンタイン郡モデルコミュニティーのハムレットレベルの愛育班員対象のワークショップを通して、愛育班員が自分たちの地域の問題を捉えて解決法を提案するという過程を経験することができ、受身ではない活動の推進が可能であることが自覚された。
- モデル郡 DHC のコンピュータ知識が向上し、HMIS 導入への基礎作りができた。また、ネットワーク管理とリナックス OS に関する基礎知識が備わった。DHC 担当者は、コンピュータへのデータ入力にまだ慣れていないが、次第に集計ミスが減少していき、統計報告書作成業務が効率化されることが期待される。他の統計報告用コンピュータ入力フォームが導入された場合に保健医療情報を一元管理するための足がかりができたと言える。コンピュータを保健局に配置したことで、HMIS 関連研修の実施がいつでも可能になり、モデル郡でも保健情報管理に使用するコンピュータが確保できたことで、研究の効果が生かされる環境ができた。
- ハムレットレベルの女性連合メンバーを対象に、ビデオ上映やロールプレイなど視聴覚教材を活用した IEC ワークショップを実施したことで、こうした機会にほとんど恵まれない、特に山岳地域のハムレット女性連合メンバーへの効果は大きく、好評であった。プロジェクトの活動、妊産婦ケア、人工妊娠中絶軽減と FP の実行について理解を深めることができた。
- マギーエプロンワークショップの活用技術研修を女性連合に対して実施したことで、マギーエプロンを使用した保健教育が女性連合の活動を通して広く普及していく下地ができて、ロールプレイの活用など、女性連合の優れている面を有効に活用した IEC 活動につなげていくことが可能になった。また、マギーエプロンの活用教本を制作するためのドラフトができた。
- プロジェクトの直接支援によるフェーズ II で計画された全 10 回の CHC 再教育が終了し、全 469 コミュニティーのうち助産スタッフが配置されている CHC はすべてカバーされて、458 人の CHC 助産スタッフが再教育を受けた。

⑤ 2003年4月～6月

- ハムレットレベルの女性連合メンバーを対象とした IEC ワークショップを山岳地域郡において実施したところ、郡中央に集まる機会がほとんどないハムレットレベルのメンバーに対して、この機会を捉えた 5 日間のワークショップを実施した郡があった。こうした連携は今後も継続されることが望まれる。
- ポピュレーションカウンシルに委託した中間評価のためのアセスメントが 4 郡を選んで実施された。8 月に派遣される JICA 中間評価調査団の資料として有用なデータと情報が得られることが期待される。プロジェクトにとって、終了時までの今後の運営への示唆の材料となるアセスメントであり、国際的に評価の高い NGO と協力してアセスメントが実施されることは、評価の客観性を高めることにもなる。アセスメント直後にプロジェクトではポピュレーションカウンシルの調査者からブリーフィングを受け、すでに計画している活動の中で対応できる問題点に対しては、対処するように努めた。
- 機材保守管理研修の実施に際しては、中間アセスメント直後のブリーフィングで得た情報を参考することができた。MCH/FP センター、DHC における機材保守管理の困難な状況が把握され、今後の課題や MCH/FP センター・DHC 自身の管理責任について、参加者の自覚を促す必要があることも明確になった。バックマイ病院の維持管理専門家から、ゲアン省への継続的な指導が可能であることが確認できた。
- 生殖器系感染症 (RTI) 調査実施に先立った準備のための調査法・検査技能・診断技術向上のための研修が JICA 専門家およびホーチミン市のツーザー病院の医師 2 名の協力で実施された。2003 年 4 月の基礎調査では、RTI 調査の結果が RTI 感染予防対策立案への基礎資料となることが示唆された。
- コンピュータ研修実施、また、その後のモニタリング・フォローアップによって、DHC の統計業務担当者のコンピュータに関する技術レベルが把握され、郡ごとの HMIS 改善に係

る問題や課題が明らかになった。まだ困難はあるものの、保健統計の集計、報告書作成業務にコンピュータがより多く使われるようになり、業務の効率的になりつつある。

- コミュニオン運営委員会メンバー対象の連携強化ワークショップの実施により、メンバーのプロジェクトへの認識を新たにし、活動へのコミットメントの継続を図ることができた。また、省人口家族子ども委員会 (PCPFC) のスタッフがワークショップに参加して、CPFC の役割を強化してプロジェクトの活動と連携する重要性を訴えたことで、コミュニオンレベルでの意識の向上が期待される。

⑥ 2003年7月～8月

- 短期専門家による MCH/FP センターの各部課スタッフ 25 人を対象にクライアント・フレンドリー・サービスの実践ワークショップを実施した 4 日間、参加者の行動に目覚ましい変化があり、センターを訪れるクライアントから、印象の違いを指摘されるほどの効果があった。センターの中にはすでにカウンターパート研修によって日本の経験を学んだスタッフが複数いることもあり、クライアント・フレンドリー・サービスへの理解と下地はできていると思われる。今後、活動を継続し行動が身につくような方策を立てることが望まれる。
- 新規 11 郡に対するリフレッシュャーコースを通して、DHC 参加者がコースの計画策定・実施の手法を学び、各郡での具体的な計画をたてることができた。10 月～12 月の期間に実施される予定である。
- RTI 本調査は、報告書作成時に 3 郡 10 コミュニオンにおいて順調に進捗しており、同時にベトナム側の調査参加者の能力・技能の向上が見られる。
- 全郡女性連合メンバーに対するマギーエプロンの活用技術研修が終了し、次のステップのコミュニオン女性連合メンバーと CHC スタッフとの合同で実施するマギーエプロン普及ワークショップの計画も策定された。

IV. 特記事項

① RH と FP の統合：

2002 年 8 月運営指導調査団の提言に基づいて、プロジェクトの活動内容を検討する際には、プロジェクトの RH 活動推進にとって FP の知識・サービスの普及と向上が不可欠であることを念頭においている。実際の活動としては以下のことを実施してきた。

- (1) ハムレットレベル女性連合約 6,300 人対象の IEC ワークショップのテーマに、中絶件数の軽減と望まない妊娠の防止をテーマとして、近代的避妊法の詳しい解説を盛り込み、避妊を正しく実行して望まない妊娠を防ぐことは、女性の健康を守るために最も重要な事柄のひとつであることを伝えた。特に、ベトナムでは、子供の数を二人までに抑えるために、月経調節 (MR) が当然の手段として考えられているために、子供の数よりも、女性の健康に焦点を当てることを強調した。セッションには、視聴覚機器を活用し、MCH/FP センタースタッフと女性連合メンバーによるロールプレイを行った。広い会議場でも大勢に見えるように、ロールプレイの様子がスクリーンに映し出されるように工夫した。中絶後のカウンセリングについてのロールプレイでは、センタースタッフが近代的避妊法を詳しく紹介し、コンドームの扱い方なども紹介した。参加していた郡人民委員会、郡人口家族子ども委員会のメンバーには、避妊法についてこのように詳しい説明を受けたのは初めてだという感想をもらした人が少なからずいたことは注目に値する。人工妊娠中絶に関しても、認識の低さが目立った。
- (2) 愛育班員対象のワークショップの題材に中絶件数の軽減、すなわち望まない妊娠の防止を取り上げ、FP サービスやカウンセリングの現状について班員同士で話し合う機会を作った。モデルコミュニオンの愛育班員である女性連合メンバーは、全員が FP コラボレーターであるというメリットがある。しかし、彼らには、それぞれの役割が全く別個に認識されているため、自分の持つ役割すべてを動員することで効果的活動が

できるようにすることが課題である。

- (3) 産後ケアのワークショップにFPの内容が盛り込まれた。産後6週間時点でのFP指導が重要であること、授乳は避妊法のひとつされているが、条件が確実に満たされなければ避妊法として不相当だという認識が医療従事者の間にも薄いことなどが問題として取り上げられた。
- (4) マギーエプロン活用技術研修では、マギーエプロンを使ったロールプレイに、FPの要素を入れて、思春期保健、人工妊娠中絶予防など重要なテーマが扱われた。マギーエプロンは、保健スタッフのみならず女性連合メンバーにも使いこなせる教材として有効に活用され、FPの知識に普及の一助となることが期待される。
- (5) CHC モニタリング・フォローアップの際にも、コミュニケーション家族子ども委員会、女性連合、人民委員会文化局のメンバーに対してIEC技術の指導などを実施しており、その中に、FPの知識の普及の指導も行っている。
- (6) 2003年5月の郡運営委員会定例会議で、保健局、省女性連合、省人口家族子ども委員会(PCPFC)、MCH/FPセンター、郡人民委員会の代表をパネリストとして人工妊娠中絶軽減とFP普及に関するパネルディスカッションを行った。それぞれの立場から意見を述べ、関連機関の連携が必要を確認した。
- (7) コミュニティ運営委員会連携強化ワークショップを各郡で実施した際にも、省人口家族子ども委員会(PCPFC)からもワークショップへの参加を得て、CPFCがプロジェクトの活動と連携していくというメッセージをコミュニティ参加者に伝えた。また、普通は郡ヘルスセンターの医師が発表する人工妊娠中絶とFPの状況について、郡人民委員会の委員長ないし副委員長が意見を述べたことは、異例なことであった。しかし、人民委員会の指導者が意見を発表することによって、政治的コミットメントを高めるために必要であり重要であった。

- ② 保健情報統計システム(HMIS)・詳細は別添の「保健情報管理システム(HMIS)の状況」参照
ゲアン省では、長期専門家のテクニカルサポートによって、郡DHCでのコンピュータ基本操作、維持、ソフトの扱い方、リナックスオペレーションシステム等に関する研修が実施されており、ソフト導入の基礎作りが進んでいる。

保健省とUNFPAの協力で進められている新HMISについては、2003年3月からUNFPAによって、ティエンザン省でパイロットテストが開始された。ゲアン省での導入については、MOHが、その時点でまだ不具合が予測されるソフトを広くリリースすることには積極的ではなく、また、ティエンザン省での実施の経験を生かして導入した方が良いというUNFPAのアドバイスがあった。従って、ゲアン省では、ソフト導入の基礎固めをしながら、ティエンザン省での進捗についてのアセスメントを待つことになった。このアセスメントは、7月下旬に実施されたということで、その結果をシェアできるようにMOH, UNFPAに依頼する予定である。

一方、WHO、EU、UNICEF等は、独自の路線を取るか静観状態であり、WHOはCHCから郡へ提出される集計簿をコンピュータで処理できるソフトを活用し始めている。このソフトの使用についても、MOHは同意しているということである。さらに、UNFPAは、2002年末の段階では新HMISの全国展開を前提としていることが明らかであったが、最近になって、状況が微妙に変化してきたと感じられる点が出てきている。現在は、UNFPAはティエンザン省の後には、まず5省において新HMISを導入したいとしている。

新HMISのソフトには、こちらでは把握していないメリット、デメリットがあると思われる。MOHは、UNFPAのアプローチもWHOのアプローチも認めているようであるが、RHプロジェクトでは、MOHとしての意向・方針を確認する必要がある。また、MOHとしても、テ

イエンザン省での試験的導入を経たことで、新HMISのソフトを他省に広げることを認める時期が来ていると思われる。従って、RHプロジェクトでは、まずHMIS分野の専門家による新HMISソフトの中身を確認・試用し、その難易度・その他を調べたい。その上で、省保健局ならびに関連機関と今後の方針を検討し、ソフトの導入計画を立てることが必要と考える。

③ 草の根無償資金援助：

プロジェクトでは、CHCの衛生施設の改善のために、草の根無償資金（GAGRP）の支援により、各CHCに対してトイレ・シャワースペース・井戸等の施設建設・改善を行っており、2001年度予算による草の根無償資金援助による活動が実施され、6郡116ヶ所のCHCでの活動がようやく終了した。ゲアン省のCHCのうち、GAGRPでカバーされていない残りの6郡（Vinh City, Ky Son, Tuong Duong, Que Phong, Que Hop, Quy Chau）のCHCについては、2002年度予算の申請を行う計画であったが、2003年度予算で申請する予定である。2001年度の活動の終了が遅れたのは、ゲアン省側が不慣れだったために、約US\$900の残金をQuynh Luu郡のCHCとトイレの間の通路を均すために使いたいという申請手続きをして大使館の承認を得るために予想以上に手間取ったことが主な原因である。同時に、今回の申請に関しては、各郡のDHCを通して行うCHCのニーズ把握のための情報収集・各郡での工事委託先の選定・活動見積もりの取り付け等に予想以上に時間がかかったため、申請時期の繰り延べが必要になったためである。山岳地域では、アクセスが困難なCHCが多いため、CHCの改修・改善も難しいのではないかと懸念もあるが、政府の貧困対策プログラムのもとで、現在各種工事が進行中であり、改修・改善工事そのものに問題はないとの報告を受けている。一方、中間アセスメントによって、CHCに水がないために、建設されたトイレやシャワーが使えわれていないという状況や、クライアントのトイレの使い方が間違っているために詰まってしまったケース、トイレの質が悪いとコミュニケーションが建設業者を信用していないケースなどが報告されているので、これらのケースを検証して、事前に対策を講じる必要があると考える。

④ JOCVとの連携：

ゲアン省2郡（Nghia Dan, Thanh Chuong）に派遣されていたJOCV隊員が任期終了に伴い帰国、今年1月上旬に、3人の新JOCV隊員がゲアン省に赴任した。2人は助産師隊員で、Nghia Danの後任、またQuynh Luu郡には新規隊員として赴任した。また、保健局にシステムエンジニアが赴任した。5月に2名の助産師隊員が、Yen Thanh, Thanh Chuong郡ヘルスセンターに配属された。プロジェクトとしては、これまで同様、JOCV隊員との連携・協力を積極的に行っていきたい。

⑤ 他の援助機関との連携と協調：

プロジェクトでは、主に、援助機関（国際機関、二国間援助機関および国際NGO）、ベトナム関連省庁（保健省、国家人口家族計画委員会等）、関連国内NGOのメンバーで構成されているReproductive Health Affinity Group（RHAG）と、Safe Motherhood Working Group（SMWG）、HMIS Coordinating Committeeを通して、情報交換とネットワーキングを行っている。

⑥ 無償資金協力 -RHセンター設立申請：

ゲアン省人民委員会は、現在のMCH/FPセンターの発展形態として、機能と設備の拡大によって、国家RHC10年戦略に示されるRHサービスの提供、研修機能並びに調査研究能力向上、現在RHプロジェクトで養われている母子保健行政能力と地域で展開されているRH普及活動との統合を目的としたRHセンター建設の構想を打ち出した。RHセンター建設の日本政府無償資金協力援助への申請書は2002年7月中旬にゲアン省人民委員会からMPIに提出され、9月にMPIから日本政府へ提出された。しかし、2003年7月に、今年度

は見送るという非公式の連絡を受けた。ベトナム側実施機関(保健省/保健セクター)の機構改革に伴うRHセンターの位置づけや機能・規模が設定される必要があり、RHプロジェクトの成果も見極めつつ継続して検討するということである。ゲアン省側には、上記状況について伝えた。

⑦ 保健省リプロダクティブヘルス局

保健省母子保健家族計画局がリプロダクティブヘルス局に改称された。政府の決定公文書を現在英訳中である。

⑧ 国家RHケアガイドラインの策定：

ベトナム保健省MCH/FP局が作成したスタンダードRHCガイドラインが保健大臣によって正式承認された。RHCガイドライン普及ワークショップが保健省とUNFPAの主催で2003年4月末に開催された。しかし、ガイドラインは、普及ワークショップのために英語版が少数印刷されたのみで、UNFPAによれば、ガイドラインの英語版の増刷、またベトナム語の最終版はMOHによって印刷され各省・関連施設に配布される予定であるが、いつ頃になるかは不明だということであった。ベトナム語版のドラフトは電子ファイルで入手し、ベトナムカウンターパートに手渡し済みである。

⑨ 人口法令：

2003年5月1日発効の人口法令が發布された。この法令は、人口規模、構造、分布、人口の質、国家による人口関連活動の基本を定めている。その中で、すべてのカップルと個人はその年齢、健康、就業、就労、収入、子育ての環境などの事情に応じて、出産の時期、数、間隔を決める権利があるとしている。小規模家族を奨めており、微妙な解釈が可能な箇所も多いが、これまでのように、子どもは二人までという明確なメッセージはない。この法令が、どのように人々に解釈されるかを政府は多少懸念しているとも聞こえてくるが、草の根まで法令が行き渡るにはしばらく時間がかかると思われる。また、各コミュニティにおいて、子どもの数等について独自の規則を設けているところも多いので、すぐに変化が起こるとは限らない。しかし、女性のRHを守るという点では、3人目を妊娠したために中絶を暗に勧められたり、3人目を出産したために社会的に不利になるなどの状況が無くなっていくことを期待したい。

保健情報管理システム (HMIS) の状況

ベトナム保健省 (MOH) は、2002 年 2 月 8 日付保健情報の規定にかかる大臣決定 379/2002/QB-BYT の発布に続き、5 月 17 日付でソフトウェアプログラムの承認にかかる大臣決定、7 月 4 日付保健セクターの基本指標リスト承認の大臣決定、記録・報告書式承認の大臣決定が相次いで発布された。保健省と UNFPA は、7 月中旬、HMIS 統一プログラム普及ワークショップを実施した。こうして、新 HMIS 導入が UNFPA の協力の下に MOH のリーダーシップにより開始されるものと期待された。

一方、プロジェクトでは、HMIS 分野での支援を行っている UNFPA、WHO、EU、UNICEF、スウェーデン等の諸機関・政府との連携を念頭において情報収集・協議を行った。その結果、これらの諸機関は、互いに連携が必要であることは十分に認め、調整委員会開催などを通して意思疎通や情報交換を行おうとしているものの、足並みがそろっていないとは言えず、UNFPA がイニシャティヴをとっている新 HMIS も、他機関から必ずしも支持されているとは言えない状況が明らかになった。

WHO は、UNFPA と MOH による新 HMIS を一部取り入れ、UNFPA とは異なるアプローチを取っている。即ち、UNFPA は CHC を生データ収集の機関として位置づけてコンピュータ化された集計・分析作業は DHC で行うというものだが、WHO は、従来どおりデータ収集・集計作業を CHC がおこない、集計されたものを DHC がコンピュータ入力する。また、データ分析も DHC に頼らず、CHC がデータ分析も試みるというものである。

EU と ADB は、モデル地域においてそれぞれ新 HMIS の導入に協力するとしているものの、実質的な導入時期については慎重な対応を示している。新 HMIS のソフトウェアはまだ十分に試験されておらず、誰が、何のために使うものか、などの検討も不十分で開発者本位で作成されており、利用者本位ではないとの見解を持っている。

UNICEF は、その CBM (Community Based Monitoring) Project の一環として、1998 年にすでに保健省の承認を得て、新 HMIS に先駆けて独自のソフトウェアを導入している。ゲアン省においても、Ky Son, Anh Son, Nam Dan の 3 郡がモデル地域に選ばれている。ユニセフのソフトウェアは、母子保健に関わるデータに限られているが、UNFPA の新 HMIS とオーバーラップする部分がある可能性は大きい。保健省が承認したソフトウェアという意味では、どちらも公式なものと考えられる。ユニセフは、今のところ UNFPA の新 HMIS と連携しようという積極的な動きはない。このほか、Pathfinder、スウェーデン等がそれぞれのプロジェクト地域で、独自のソフトウェアを導入しており、MOH もそれを容認している。

こうした中、ゲアン省 RH プロジェクトでは、2001 年運営指導調査団との協議以降、ゲアン省保健局、MCH/FP センターとの話し合いを通して、保健局が HMIS 活動の実施機関となり、RH プロジェクトは、RH 推進活動の範疇において HMIS 分野での協力を行うことを確認した。保健統計分野の長期専門家が 2002 年 9 月に派遣され、2003 年 1 月には JOCV 隊員としてシステムエンジニアが派遣された。予定通りの長期専門家の派遣により、HMIS 分野の実質的な活動が開始された。プロジェクトでは、保健局・省運営委員会・JICA 専門家との話し合いによって、Cua Lo, Hung Nguyen, Vinh City, Nghia Dan, Yen Thanh, Thanh Choung の 6 郡を当初のモデル郡とした。そして、UNFPA が新 HMIS を導入しようとしているパイロット地域としてティエンザン省とカインホア省にゲアン省も参加することにな

った。その省レベルの統計担当者を対象とした1ヶ月のTOT研修に、ゲアン省保健局のカウンターパート2名がティエンザン省とカインホア省と共に参加した。

2003年3月からUNFPAによって、ティエンザン省で新HMISの病院管理ソフトとコミュニティー(CHC)情報管理ソフトを導入するパイロットテストが開始された。ゲアン省でも、保健局のカウンターパート2名がTOT研修を終了していたので、同時にパイロットテスト開始の可能性を検討しUNFPAに申し出た。しかし、ソフトの不具合が出ることも十分予想され、ソフトも漸次改訂・調整されると予測されるので、実際の導入後にある程度改善をしたソフトを使った方が良く、MOHとしても、また不具合が予測されるソフトを広くリリースすることには積極的でないこと、またティエンザン省での実施経過を見てその経験を生かして導入した方が良くというUNFPAのアドバイスがあった。3月時点では、6月にティエンザン省での進捗についてのアセスメントを実施する予定であり、それにはWHOとJICAの参加も求めるということであった。

ティエンザン省でのパイロットテストが開始されると、ソフトのインストール、ネットワークの設置、CHCレベルでのデータ収集の記録簿の扱い方、省・郡レベルでのコンピュータの基本操作、ネットワーク管理、リナックスオペレーションシステム、ソフトウェアの扱い方、などのトレーニングに予想以上に時間をとられ、またソフトの不具合が連続して生じるなど、当初はかなり問題があったということであった。初期段階を経て、ミトー市を病院管理ソフト、Cho Gao郡をコミュニケーションベースのソフト導入の実験地に選び、実施されているということである。ティエンザン省が、実施には時期が早いとして延期になっていたアセスメントは、MOHとUNFPAとで7月最終週に急遽実施されたとのことであった。今後、MOH、UNFPAに対して、ティエンザン省でのアセスメントの結果をシェアできるように依頼する予定である。

この間、WHO、EU、ADB、UNICEF等は、MOH-UNFPAの新HMISの様子を伺いつつも、独自の路線を取るか、静観状態であった。また、新HMISに比較的協力的だと思われていたWHOが、CHCから郡へ提出される集計簿をコンピュータで処理できるソフトを活用し始めた。このソフトの使用についても、MOHは同意しているということである。

一方、UNFPAは、昨年の段階では新HMISの全国展開を前提としていることが明らかであったが、最近になって、状況が微妙に変化してきたと感じられる点が出てきている。現在は、UNFPAはティエンザン省の後には、UNFPAが直接サポートする5省において新HMISを導入したいとしている。

MOH計画課では、各省が、MOH-UNFPAの新HMISソフトを導入しても、MOH-WHOの従来の集計方式用のソフトを導入してもどちらでも良いという考え方のようである。

RHプロジェクトとしては、現状においては、UNFPAと連携しながら、ゲアン省の保健統計処理能力の向上を目指す方針である。しかし、ゲアン省の現状を十分に考慮したうえで、今後どのような方向でHMISの改善をすすめていくかについて慎重な検討が必要な状況にあると思われる。

尚、上記の問題は、コミュニケーションベースのソフトに関してである。新HMISの病院管理ソフトに関しては、ゲアン省MCH/FPセンター、3モデル郡DHCでの導入に大きな問題はない。ゲアン省小児科病院では、新HMISの病院管理ソフトを独自に導入済みであり、その経験を生かして、MCH/FPセンター、モデル郡DHCでの導入が可能と考えられる。

以下が、現時点でのそれぞれのソフトに関する情報である。

新 HMIS コミュニケーションベース・ソフトの予測される問題点

- ソフトのインストールのために、保健省からテクニカルサポートチームが派遣される必要がある。各省の保健局が独自でインストールすることは許されていない。
- ソフトを導入するには、CHC での記録簿を差し替える必要がある。(ティエンザン省は 9 郡、ゲアン省は 19 郡という規模の違いを考慮すると、469 ヶ所の CHC の記録簿を差し替えるというゲアン省の負担は大きい。プロジェクトでは一部のモデル郡に限定して実施することになるが、その後の継続・維持の問題がある。)
- CHC の生データを DHC へ定期的に搬送し、DHC でコンピュータ入力することが必要とされるため、交通の便が悪い山岳郡では困難である。また、コミューン数が多い DHC では CHC 生データの入力作業が大きな負担になる恐れがある。

従来方式の集計簿を使ったソフト

- ゲアン省で使いこなせるソフトであることが確認済みである。
- すでに CHC で使っている記録簿が使える。また、DHC に提出する際に使う集計簿は新 HMIS のものが使える。
- アウトプットは変更せずに、ユーザーフレンドリーに改良を加えることが可能。
- 問題点は、3 ヶ月分、6 ヶ月分、9 ヶ月分、12 か月分の集計値をコンピュータ入力するため、データを処理しないと時系列分析ができない。

幸い、ゲアン省では、長期専門家のテクニカルサポートによって、郡 DHC でのコンピュータ基本操作、維持、ソフトの扱い方、リナックスオペレーションシステム等に関する研修が実施されており、ソフト導入の基礎作りが進んでいる。

新 HMIS のソフトには、上記の他に、こちらでは把握していないメリット、デメリットがあると思われる。保健省としても、ティエンザン省での試験的導入を経たことで、新 HMIS のソフトを他省に広げる時期が来ていると思われる。従って、RH プロジェクトでは、HMIS 分野の専門家が、新 HMIS ソフトを実際に試用し、その難易度・その他を調べた上で、省保健局ならびに関連機関と今後の方針を検討したい。

(2003年8月7日に保健省計画局において、計画局長、ゲアン省保健局、UNFPA、JICA 専門家の間で、本報告書においても不明・曖昧な点の確認、意見交換、協議を行う予定。)

11. ポピュレーション・カウンシル中間評価報告書 要約

A Mid-term Assessment on Public Sector Reproductive Health Services in Nghe An Province

ポピュレーション・カウンシル中間評価 報告書要約

ゲアン省における公的機関によるリプロダクティブ・ヘルス（RH）・サービスに関する基礎調査（2001年）の2年後、国際協力事業団（JICA）は同省におけるRHプロジェクトフェーズⅡの中間アセスメントをポピュレーション・カウンシルに委託した。この調査の目的は、プロジェクトの活動とその長所短所を見極め、フェーズⅡの残り2年間（2003-2005年）をより効果的に実施するため、適切な提言をすることにある。調査の目的には、産前ケアを中心としたRHサービスの質的向上の進展、家族計画サービスおよび中絶カウンセリングを調査することも含まれた。

中間アセスメントでは、保健局、郡とコミュニケーションレベルの人口家族子ども委員会（DCPFCとCCPFC）、女性連合、その他草の根レベルでRHサービスを提供している組織間の協力・連携についても調査する。この調査にもとづき、プロジェクト運営委員会（PSC）がより適切な運営・管理および実行の方法を導く一助となるべき提言を出す。

2003年4月、6人編成の調査チームがゲアン省の中のAnh Son、Tan Ky、Nghia DanならびにDien Chauの4つの郡でのRHサービスを実施提供する保健施設28カ所を訪問した。調査対象となったのは、産前ケア、家族計画、中絶カウンセリング（月経調節法ならびに掻爬）などのRHサービスの実施状況であった。生殖器感染症・性感染症（RTI/STD）についてはJICAがRTI調査を予定しているのでここでは扱わなかった。

中間アセスメントには、いくつかの保健施設を調査単位として選んで分析する状況分析（SA）の手法をとった。4つの郡のすべての郡保健センター（DHC）について調査し、コミュニケーション保健センター（CHC）は無作為に選択調査した。さらに、調査チームは定性調査手法を使い、このため、地元組織の責任者、保健局、女性連合、人口家族子ども委員会の職員、草の根の人口・家族計画（P/FP）コラボレーターたちとの詳細な面接とフォーカス・グループ討議を実施した。定性調査方法を使ったことで、保健センターでの面接調査では収集できなかった追加情報の入手の助けにもなった。

「RHサービス提供にむけた備え」と受け手に対する「サービスの質」をはかるため、6種類の調査手段を用いた。面接員が訪問した保健センター28カ所のうち86%はコミュニケーション保健センター（CHC）だった。これらの施設では、サービス提供側と受け手側の52件について観察した。内訳は、妊娠検診（産前ケア）の受診が34件、家族計画が10件、中絶が8件だった。職員32人に面接調査をし、28センターの設備目録を作成し、調査当日に産前ケアと家族計画目的で保健センターを訪問した利用者43人に出口調査をした。

調査チームは、保健部門の責任者たち、DCPFCとCCPFC、女性連合、郡・コミュニケーション当局のフォーカス・グループ討議を17回実施し、P/FPコラボレーター24人に詳細にわたる面接調査を実施した。合計155回にわたる面接と観察、コミュニケーションでの17回の討議と23回の面

接をあわせると300人が、今回の調査に参加したことになる。

●調査結果

全般的にみて、2年前と比較してゲアン省内の調査対象4郡での母親向けRHケアと家族計画サービスには数段の向上がみられた。この改善には、いくつか要因があるが、利用者中心の方向にむけて業務の質を転換させる大きな力となったのは、JICAの技術・資金両面の支援である。

2001年の基礎調査と同様、調査員は調査対象の保健センターでパッケージ・アプローチがとられていることに気付いた。そのパッケージ・アプローチの中に、産前、出産、産後のケアを中心としたRHサービスを利用者むけに実施するための強力な基盤（施設改善）、機器材供与、専門職の再教育、ロジスティックが統合されている。保健センターの衛生状態、分娩室の医療機材や相談のための部屋、RHに関する情報・教育・伝達（IEC）資料や分娩経過管理のためのパルトグラフの利用など物理的な備えは2001年当時よりもかなり改善された。JICAプロジェクトフェーズⅠの（Dien Chauと Nghia Dan 郡の）保健センターの方がフェーズⅡの保健センター（Anh SonとTan Ky郡のもの）よりもサービスを提供する態勢がよく整っていた。これはゲアン省におけるRH/FPに対するJICAのプロジェクトの長期的影響を反映している。

今回の調査では、ゲアン省のRH体制全般内でのJICA事業の有効性、効率性、妥当性について、JICAの評価項目にそって検討した。プログラムの妥当性、有効性または効率性というのは多くの指標と関連しているため、この中間アセスメントで個々のプロジェクト指標をこれら3要素をもって評価するのは難しいため、下記にあげるように、各要素の分析は相対的なものとどめた。

●プログラムの妥当性

プログラムの妥当性に関して、中間アセスメントの結果、RHプロジェクト目標が、2001-2010年までの期間の女性のRHの向上に焦点をあてた国家リプロダクティブ・ヘルスケア戦略の目的のいくつかと一致することがわかった。この共通目標は、次のようにRH戦略から引き出した目的の中に明確に定義されている。

「女性とカップルが子どもを産み、良質の避妊法を選択する権利を確保できるようにすること。望まない妊娠や人工妊娠中絶の合併症を減らすこと。女性と母親の健康状態を改善すること。妊産婦死亡と罹患状態、地域と対象集団の間での周産期死亡数と乳児死亡率の差をなくすこと。教育、相談、各年齢層にむけたRHサービスの提供を通して、RHの現状を向上すること・・・」

RHプロジェクトの活動はゲアン省の女性のRHケアに関する政策と一致している。これがゲアン省のすべての行政レベルの指導者がプロジェクトを強力に支持し、地域における重要事項であると受け止めていた理由である。

●プログラムの効率性

中間アセスメントで査定されたRHプロジェクトの効率性については、下記諸点をもとに話し合った

- ・すべてのCHCは保健省が全国保健計画の中で設計した標準モデルにしたがって建造された。これらの施設には十分な医療機器がある。調査時点において、JICAが提供した機器材のほとんどの状態はよかった。しかし、郡とコミュン保健センターの場所によっては、膣拡大鏡、手動吸引器、婦人科検査ライト、血圧計などの状態がよくなかった。他の支援機関による援助も受けているCHCの中には余剰設備（分娩台、婦人科検査台など）があるところもあった。そうした施設によってはその機能に適していない機材が備わっている場合もあった（人工妊娠中絶を実施していないCHCに中絶用吸引器一式、電力消費が大きいため使用されていない電気滅菌器など）。
- ・すべての施設は診察室を備えており、54%にはIEC資料を備えたカウンセリング専用の部屋があった。2001年の調査では44%だったことから、状況はよくなっているが、一層の改善が必要である。プライバシーを保って相談できる部屋が不足していることから、家族計画や中絶などのごく個人的で微妙な話題について話すことが限定される。全施設の61%には専用の分娩室がある。産前ケア、家族計画、婦人科検診それぞれの専用室をもっている施設の割合は少ない。調査対象の施設の大半で、清潔な分娩室があり、JICAプロジェクトの支援による設備が十分に備わっていた。
- ・概して、施設の衛生状態はよかった。診察室周辺に清潔な水が十分あるのが86%、回復室が清潔に保たれているところが96%もあった。援助機関が複数ある関係で、CHCにはトイレが2カ所あるのが普通であった。彼らの説明によると一つは職員用、もう一つは利用者用であるが、なかには一つしか使っておらず、残り一つは収納用に使っているところもあった。ただし、調査時にはこれらトイレの3分の1にはカギがかかっていた。壊れているから、故障ぎみだから、水が十分でないから、というのがその理由だった。
- ・専門職の大半（88%以上）はJICAのRHプロジェクトないし、保健省その他のRHケアや中絶を減らすためのカウンセリングなど、RH問題プログラムの一環として包括的再研修を受けていた。彼らのほとんどは産前ケアと妊娠中の健康管理に関する訓練を受けておりその技能を日常業務に活用していた。面接した助産師の40%は、パルトグラフを使えると応えていた。パルトグラフに記入するのが難しいと答えた人は、保健センターでの分娩ごとに記入作業をすることも、適切に（分娩経過を追って）記入することもできない（出産後に記入する）と語った。
- ・RH/FPに関するいろいろな提供元からのIEC資料が多種そなわっていた。どの施設にもJICAの提供した本箱がある。利用者は保健施設内でこれらの資料に目を通せるが、家に持ち帰って家族と一緒に読めるリーフレットの類は十分ではない。JICAプロジェクトではIEC教材を、女性連合を通して配布している。現在では各コミュンにJICA本箱があり、保健センターのIEC資料の不足を補っている。

- ・避妊具（薬）の配布には保健セクターと人口（P/FPコラボレーター）の二つの系統があり、利用者全員に確実に行き渡るようになっている。しかし、保健センターで配布する避妊具（薬）は通常、子宮内避妊具（IUD）、経口避妊薬（OC）、それにコンドームであり、選択肢は狭い。利用者が自分にあったものを選択したくても、その幅はいまでも限られている。訪問した施設の50%近くでは注射法（DMPA）もミニピル（プロゲスチン単独ピル）も出していなかった。保健センターで常時避妊具（薬）を供給する体制にはなっていない。調査時点から過去6カ月間に、避妊具（薬）のいずれか一種類でも在庫を切らしていた時期があったという保健センターが43%あった。
- ・調査した施設でのRH/FPのサービス提供記録と報告記録システムは良好で十分になされている。上位機関からの指導・監督は行き届いており、とくに Nghia Dan と Dien Chan の両郡ではよい。
- ・ゲアン省でのRH事業には、政府補助や複数の外国機関の支援がある。通常、支援設備（トイレ）や分娩室は婦人科検診台、圧力滅菌器などの機材供与を除いて、支援が重複することはない。
- ・RHと家族計画の分野での（健康、人口、女性その他の）地元組織間の協力は、有益かつ有効である。プロジェクト運営組織を設立したことで、これらの組織間が連携する強みを十分に発揮することになった。各レベルのプロジェクト運営委員会は人民委員会、保健センター、人口家族子ども委員会、女性連合のリーダーがメンバーとして加わっているためである。このような組織間の密接な協力によって、地域保健を推進し、産前ケアに重点をおいたRHケア、家族計画、質の高いサービスに関する住民の意識を高めてきた。

●事業の有効性

RHプロジェクトの有効性は次のように評価できる。

「保健センターでのサービスを提供する備え、つまり、プロジェクトのパッケージ・アプローチが利用者むけサービスの質的向上に大きく貢献した。」この実績についてはゲアン省のRHプロジェクトの効果によく反映されている。提供側と利用者側の関係は良い。観測した範囲で、提供側は利用者を尊重し、熱心で、良い対応をしている。

- ・提供者と利用者の「情報交換」を一層改善する必要がある。ほとんどの家族計画、中絶と産前ケアのために訪れている利用者には、保健センターに来た直接の理由を聞いているが、RH問題について幅広い範囲で情報を交換するということはなかった。たとえば、産前ケアの利用者は、自分たちの妊娠中の栄養摂取（79%）、鉄分錠剤の効果と破傷風に対する免疫（53%）について話し合った。しかし、産前ケア目的の女性の中でRTI/STDの罹患歴（3%）、妊娠中の性生活（9%）、妊娠中の医薬品の服用に関する用心と家族計画の実践（12%）について聞かれた例は非常に少ない。また家族計画のために訪れていた人の中で、RTI/STDの罹患歴、予定外の妊娠の経験（避妊の失敗）それに家族

計画について夫と話し合っているかどうかについて聞かれている人はほとんどなかった

- ・家族計画の目的での利用者は、自分たちで避妊具（薬）を選んでしたが、それを受け取る際に、その方法に関する実践方法や効果、禁忌、副作用への対処、他の方法に切り換える可能性、H I V・その他の性感染症の予防について全体的な助言を受けていなかった。提供者が利用者に伝えるべき重要な情報を見逃していた。
- ・家族計画と中絶件数を減少させることを通常のR H / F Pサービスの中に含めている例は少ない。産前ケアを受ける女性に産後の家族計画について助言し、中絶目的の利用者に手術後に家族計画を取り入れるよう提案しているケースはほとんど観察できなかった。
- ・中絶前後のカウンセリングは、主に中絶手術のできる郡の保健施設で行われていた。助言の内容としては、中絶の結果として起こりうること、中絶後の注意すべき兆候、家族計画を実践すべきことがある。コミュニンの保健センターでは中絶手術を実施していないため、中絶した人にその後の追跡助言をすることはない。P/FPコラボレーターの何人かは、通常のI E C活動の一部として中絶を減らすための助言をしていると述べていた。
- ・保健ケア提供者の技能実力は総じて高い。彼らの多くは正常の妊婦に関して、適切な産前ケアをしていた。産前ケアの利用者は自宅での母親手帳（Home Based Maternal Record: H BMR）を使っていた。保健ケア提供者の多くが次回の来診日時の予約を決めていた。
- ・感染防止対策は依然として弱点で、これはとくにスポンジやガーゼの消毒に圧力滅菌器を使っていなかった Anh Son、Tan Kyの両郡のC H Cについて観察された。
- ・利用者は「サービスに満足している」と言った。利用者は自分が使っている施設を選んだ理由として、サービスがよいから（58%）、便利だから（35%）をあげた。しかし、利用者が良質のサービスとはどんなものをいうのか十分に理解しておらず、自分たちが受けるサービスに簡単に満足する傾向もあった。サービスの質について彼らの認識が高くなれば、自分たちでこうして欲しいと要求するようになるだろう。
- ・現地スタッフはどの層の人もJ I C Aのプロジェクトを高く評価している。プロジェクトはコミュニンの女性に焦点をあて、地域保健増進のため保健センターでのパッケージ・アプローチをとって支援している。プロジェクトはゲアン省でのR H事業、それも草の根レベルでのそれに大きな変化をもたらした。J I C Aプロジェクトは基盤支援をただけでなく、提供者の技能や能力の向上に役立っている。
- ・さらに、ゲアン省の保健のさまざまなレベルでJ I C Aの長期専門家が常駐し、ベトナム人パートナーと一緒に仕事をしていることでプロジェクトの有効性と妥当性を維持するのに役立っている。
- ・ゲアン省の人々はプロジェクトの恩恵を受けてきた。なかでもR Hケアに対する住民、

とくに出産可能年齢の女性の意識が高くなったことが何にも増して重要である。知識が高まれば、公共的保健施設のRHサービスを求める女性の行動も変化するだろう。妊婦は妊娠初期の健診の必要性を理解してきている。（注：2000年の基礎調査では、調査中にインタビューされた妊婦が最初の産前健診に訪れたのは平均28週であったが、今回の調査でインタビューした妊婦は、平均して妊娠17週目で最初の健診を受けていた。）

- ・調査対象施設の2002年年次報告と通常の統計資料から、妊婦の93%が産前ケアを受診、産婦の95%は専門家の立ち会いのもとに出産したというデータがとれた。産前健診の訪問回数の平均値は3回で、妊婦の97%は破傷風の予防接種を2回受け、出産した人の96%は、自宅での母親手帳（Home Based Maternal Record:HBMR）をもとに助言を受けていた。このような指標は、2001年の基礎調査のデータよりも高い。

●提 言

調査した施設はRH/F Pサービスを実施するための施設改善、機器材、保健スタッフ、ロジスティックスの各面について大きく改善していた。現状をより改善するためには、下記諸点が望まれる。

- ・既存ないし現地で手に入る機材や人材能力を活用し、現在および将来のニーズについて見極めるため、地方政府と財政支援機関とのさらなる連絡調整を奨励・推進する。
- ・地域の保健センターの管理職を基盤整備の方針過程に巻き込んで、地域の実情を活動のなかに反映していくようにする。
- ・機材全般の保守管理能力を高める。機材の使い方、保守、修理ならびに再購入計画について、適時に研修をさせ、これに地元政府の予算配分をする。
- ・CHCのいくつかについて水の供給問題を解決する手段をとり、衛生的施設を建造したコミュニケーションの努力を無駄にせず、かつ利用者に新しい設備の使い方を広める。
- ・避妊具（薬）の供給・再供給システムを検討し、保健施設に避妊具（薬）が常備されるようにし、数ある避妊法の中から利用者が選べるようにする。
- ・利用者むけのサービス、とくに産前・産後ケアの質が向上した。ただし、家族計画サービスの向上をはじめとして、一層の改善を要する側面もあることが認められた。
- ・CHCでの感染防止対策を増進させる。とくに消毒綿、スポンジ、ガーゼの消毒を強化する。
- ・カウンセリングサービスを強化し、相談する際にプライバシーを保証する。
相談にあたる職員は、
一産前ケア、家族計画、月経調整を含む中絶を求めるクライアントに対して助言を与える

に際してRH／FPについて総合的な視点をもつ。

－RH／FPサービスの質的向上にカウンセリングが重要であることを理解する。

－カウンセリングが自分たちの日常業務の一つであるという理解をもつ。

- ・保健サービス提供者とP/FPコラボレーターの再教育にあたり、内容、教授方法、研修期間などへの配慮を継続して、様々な民族集団や教育レベルの人たちが公平に研修機会を得られるようにする。
- ・P/FPコラボレーターには、中絶／月経調整を減少させることについての話題を通常のIEC活動に含めていけるように、この問題の情報を人に伝達するための研修を別途実施する。
- ・利用者に質の高いサービスの基本要素について情報と知識を与え、より高い質のサービスを求めることができるようにする。
- ・地域のサービス提供者が新しい技能を実践応用するように支援・指導を続ける。
このため、各レベルでモニタリングとフォローアップを制度化する必要がある。
- ・いろいろな情報チャンネル（ビデオ、伝統的劇場、民謡など）伝達媒体を駆使してより多くの聴衆の動員を引き続き促す。



**A Mid-term Assessment on
Public Sector Reproductive
Health Services in Nghe An
Province**
(First Draft)

**Le Thi Phuong Mai
Vu Quy Nhan**

Submitted to JICA and Nghe An MCH/FP Center

Hanoi, 2003

TABLE OF CONTENTS

Executive Summary	iii
CHAPTER 1: Introduction	
1.1. Introduction	1
1.2. Objectives	2
1.3. Study Method	2
1.4. Limitations of the Study	5
CHAPTER 2: Description of the Study Sample	
2.1. Characteristics of Surveyed Facilities and Clients	6
2.2. Demographic and Socioeconomic Characteristics of Clients	7
2.3. Demographic and Socioeconomic Characteristics of Health Providers	7
2.4. Demographic Characteristics of Officers of Local Organizations Participated in Focus Group Discussions and In-depth Interviews	7
CHAPTER 3: Results of the Study	
3.1. The Relevance of RH Program in Nghe An	9
3.2. The Efficiency of RH Program in Nghe An	10
3.2.1 Readiness to Provide Women's RH Care	11
a. RH services provided to local clients	11
b. Infrastructure, facilities and equipment	11
c. Human readiness	18
d. IEC materials and activities	21
e. Supplies and logistics	22
g. Record-keeping, reporting and supervision	23
3.2.2 Cooperation among Programs, Donors and Local Organization in RH Activities	24
3.2.3 Difficulties of Grassroots P/FP Collaborators	28
3.3 The Effectiveness of RH Program in Nghe An	31
3.3.1 Quality of RH/FP Service Provision	31
a. Provider-clients relationship	31
b. Choice of family planning methods	32
c. Information exchange	33

Final version, September 03

d. Technical competence of health providers	37
e. Mechanisms to encourage continuity of services	38
f. Acceptability, accessibility, and appropriateness of services	40
3.3.2. Selected Indicators on Women’s RH Care	41
3.3.3 Roles of JICA ’s RH Program in Improving Quality of Maternal and RH Services	41
3.4 Recommendations of Local Officers to Improve MCH/FP Work	44

CHAPTER 4: Summary and Recommendations

4.1. Summary of Research Results	49
4.2. Recommendations	54

References

Appendix 1: Indicators in comparison with PDM, Baseline Survey and
Mid- Term Assessment

Appendix 2: List of Participants

Appendix 3: List of Visited Facilities

EXECUTIVE SUMMARY

Two years after the Baseline Survey on Public Sector Reproductive Health Services in Nghe An (in 2001), the Japan International Cooperation Agency (JICA) requested the Population Council to conduct a Mid-term Assessment (MTA) of Phase II of the Reproductive Health (RH) Project in Nghe An. This assessment aims to assess activities of the Reproductive Health Project, its strong and weak points, in order to develop appropriate interventions for the project's implementation during the last two years of Phase II (2003-2005). The objectives of the survey include an assessment of progress in improving quality of RH services with focus on antenatal care (ANC), family planning (FP) services and abortion counseling.

The Mid-Term Assessment also reviews the cooperation among organizations (Health Office, Committee for Population, Family and Children Union at district and commune levels (DCPFC and CCPFC), Women's Union, and others in providing these RH services at the grassroots level. Based on this assessment, recommendations have been made to assist the Project Steering Committee (PSC) to make appropriate interventions for the project's management and implementation.

In April 2003, two survey teams comprised of six researchers visited 28 selected health facilities that provide RH services in four districts of Nghe An: Anh Son, Tan Ky, Nghia Dan and Dien Chau. They investigated the delivery of reproductive health services - - including antenatal care (ANC), family planning (FP) and abortion counseling (menstrual regulation & dilatation and curettage). This assessment does not include reproductive tract infection/sexually transmitted diseases (RTI/STD) service, since JICA has planned a separate prevalence survey on RTI.

The Mid-Term Assessment uses the Situation Analysis method (SA), by which health facilities are selected as study units. All district health centers (DHC) of the four districts were surveyed. Commune health centers (CHC) in these four districts were randomly surveyed. In addition, survey teams used qualitative methods including in-depth interviews (IDIs) and focus group discussions (FGDs) with heads of local organizations, staff from the Health Office, Women's Union, Committee for Population, Family and Children, and grassroots population/family planning (P/FP) collaborators. Qualitative methods helped to obtain additional information, which cannot be collected at health facilities through interview techniques.

Six research instruments were used to measure the *readiness to provide RH services* and the *quality of services* provided to clients. Interviewers visited 28 health facilities; of these almost all (86 percent) were CHCs. They observed 52 provider-client interactions at these facilities, including 34 clients receiving pregnancy check-ups (antenatal care), 10 FP clients and 8 abortion clients. They conducted interviews of 32 providers, made inventories of 28 facilities and performed 43 exit interviews of ANC and FP clients who visited the health facilities on the day of survey.

Survey teams also conducted 17 focus-group discussions (FGDs) with heads of health sector, DCPFC and CCPFC, Women's Union and district/commune authorities, as well as 24 in-depth interviews (IDIs) of population/family planning (P/FP) collaborators. There were 300 persons involved in a total of 155 interviews and observations, 17 FGDs and 23 IDIs at the community level.

Assessment Findings

In generally, results of the assessment show that the quality of the maternal RH care and FP services in the four surveyed districts in Nghe An has greatly improved compared to that of two years ago. Although this improvement is a result of several contributions from different sources of assistance, it is really the support from JICA - both technical and financial - that has caused a shift in quality of care in a more client-centered direction.

Similar to the 2001 Baseline Survey, the researchers have found a relevant package approach at surveyed health facilities. It includes strong infrastructures, equipment, professional staff and logistic methods for delivering various RH services to clients, especially antenatal, delivery and postpartum care. In some aspects, for example, hygienic condition of health facilities, medical equipment for delivery room, designated room for counseling, available IEC materials on RH, refresher training of health providers, and the use of partograph to manage labor, readiness is much improved as compared to the 2001 Baseline Survey. JICA Phase I facilities (those in Dien Chau and Nghia Dan districts) were more prepared to provide services than JICA Phase II facilities (those in Anh Son and Tan Ky districts). This reflects the long-term impact of the JICA's Project on RH/FP work in Nghe An.

The study also examined the effectiveness, efficiency and relevance of the JICA program within Nghe An's general RH system, according to JICA program definitions. It was difficult to assess each individual project indicator in this mid-term assessment by program relevance, effectiveness or efficiency because within many indicators all these three elements were involved, so the analysis by each element below was only relative.

Program relevance

On program relevance, the mid-term assessment findings showed that the RH Project goals corresponded with several objectives of the National Reproductive Health Strategy, period 2001-2010, which focused on an improvement of women's RH. This common goal was clearly defined in its objectives, which were extracted from the RH strategy:

“To ensure the rights of women and couples to have children and select contraceptive method of good quality; to reduce unwanted pregnancies and abortion related complications;....To improve the health status of women and mothers; to obtain a more even reduction in maternal mortality and morbidity, peri-natal deaths and infant mortality between different regions and target groups To improve the RH status through education, counseling and provision of RH services suited to different age groups...”

The RH Project activities went well along with the policy on women's RH care of the province, that was why local leaders at all levels in Nghe An have strongly supported the Project and have considered it as one among local high priorities.

Program Efficiency

The efficiency of the RH Project as assessed in the mid-term assessment was discussed under the following points:

- All CHCs were constructed according to the standard model designed by the national health program of the MOH. There is enough basic medical equipment in these facilities. Most of the equipment provided by JICA was in good condition at the time of survey. However, equipment in some district and commune health facilities at the time of survey was of low status, such as colposcopes, manual-operated aspirators, gynecological examination lamps and sphygmomanometers. Some CHCs have a surplus of equipment (delivery tables, gynecological exam tables) thanks to support from different sources. Some facilities have equipment that is not appropriate for designated functions of the facility (abortion kits for a CHC where abortions are not performed or an electric steam sterilizer, which is of no use due to high electric power consumption).
- All facilities have a separate medical examination room and 54 percent have designated rooms for counseling with sufficient IEC materials. The situation is better than that of the Baseline Survey in 2001 (44%), but more improvement is needed, as lack of space for counseling in privacy will limit discussion on private and sensitive issues such as FP and abortion. Sixty-one percent of facilities have separate delivery rooms. The percentage of facilities with a separate room for ANC, FP and gynecological exams is small. A majority of surveyed facilities have a clean delivery room with sufficient equipment supported by the JICA Project.
- In general, the hygienic condition of facilities is rather good. Eighty-six percent and 96 percent of facilities have enough clean water in the examination area and have clean recovery rooms, respectively. Seventy-eight percent of working toilets are clean. It is even common that each CHC has been able to afford two toilets because of different sources of support. It is explained that in a CHC having two toilet facilities, one is designated to health staff's use and the other to clients', or only one toilet is used and the other is used for other purpose such as storehouse. However, at the time of survey about one-third of these toilets were locked because they were broken or of poor quality; or there was not enough water for its use.
- The majority of providers (more than 88%) received comprehensive refresher training from both JICA's RH project, Ministry of Health (MOH) and other program on RH issues, particularly RH care and counseling on abortion reduction. Most of providers were given training on skills for antenatal care and management during pregnancy and applied these skills in their daily tasks. Forty percent of midwives interviewed reported they had no difficulty in using a partograph. For those who have found some

difficulty in filling-in of partograph, reported that this task was not regularly nor properly done (this is done after the delivery of a baby) in health facilities.

- There are various IEC materials on RH/FP of different sources. All facilities have a JICA bookcase. Clients can read these materials at health facilities, but there are not enough IEC materials, especially leaflets to be distributed to them to bring home and share with their family members. The JICA Project also distributes IEC materials through the Women's Union network. Each commune now has a JICA bookcase, which help to offset the shortage of IEC materials at health facilities.
- The two channels of contraceptive distribution, i.e. the health sector and the population sector (through P/FP collaborators) have insured the availability of contraceptives for clients. However, in health facilities there are still few options for contraceptives available, usually IUDs, OCs, and condom. Thus, clients' choice of an appropriate method is still quite limited. Nearly 50 percent of visited facilities had no injectable (DMPA) or progestin-only pills (POP). The contraceptive supply system doesn't ensure a continuous availability of contraceptives at health facilities. Six months prior to the survey, at least one method was not available at 43 percent of health facilities.
- Book-registers and report-recording systems of RH/FP at surveyed facilities are rather good and sufficient. Higher-level supervision is elaborate, especially in Nghia Dan and Dien Chau districts.
- Nghe An's RH program has received support from different government sources and other international agencies. Generally, these supports do not overlap one another except in the construction of supporting facilities (toilet) or providing some equipment such as child delivery and gynecological exam tables, steam sterilizers and others.
- Cooperation among local organizations (health, population, women and others) in maternal RH care and FP is advantageous and effective. The establishment of project management structure has made a full use of strength of collaboration between different organizations, because members of project steering committees at various levels are also leaders of these organizations such as local authorities, health sector, committee for population, family and children, women's union and etc. This close cooperation has brought about effectiveness for the program in promoting community health and raising people's awareness about RH care, especially antenatal care, FP and the provision of quality services.

Program Effectiveness

The effectiveness of the RH project can be assessed as follows:

The readiness to provide services of health facilities, in other words, a package approach, has made substantial contributions to improved quality of services provided to clients. This achievement has well reflected the effectiveness of RH program in Nghe An. The

provider-client relationship is good. Observations showed that providers respect their clients, they are enthusiastic and provide good care.

- *Information exchange* needs to be further improved. Most FP, abortion and ANC clients were asked about purposes of their actual visit rather than exchanges of information on a broader range of RH issues. For example, ANC clients often discussed their nutrition regimen during pregnancy (79%), the effects of ferrous tablets and immunization against tetanus (53%). However, few ANC women were asked about their RTI/STD history (3%), sexual activity during pregnancy (9%), and caution in the use of medicine during pregnancy and postpartum FP practice (12%). Few FP clients were asked about RTI/STD history, previous unplanned pregnancy (contraceptive failure) and about discussions with a husband about FP practice.
- Although FP clients voluntarily selected a contraceptive method for themselves, they did not receive comprehensive counseling on specific methods that they intend to use, such as ways of putting the method into practice, its effectiveness, contra-indications, management of side effects, possibility of switching to another method and prevention of HIV and other STDs. Providers miss important information needed to exchange with their clients.
- Issues on FP and abortion reduction were rarely integrated in regular RH/FP services. For example, few ANC women were given counseling on FP after giving birth and abortion clients were not often introduced to FP methods even after their abortions.
- *Counseling* before and after abortions were mainly provided at district health facilities where abortion services are available. Potential counseling issues to be covered consequences of abortion, warning signs after abortion and putting FP methods into practice. Since commune facilities do not perform abortion procedures, many facilities do not follow up with abortion clients to provide them with counseling. Several P/FP collaborators reported that they provided counseling on abortion reduction by integrating this issue into their regular IEC work.
- *Technical competence of health providers is generally good.* Most providers provided good antenatal care for women with normal pregnancy. All ANC clients used a home-based maternal record. Many providers gave appointments for clients to come back for follow-up visits.
- Control of infection was still a weakness, especially at some CHCs in Anh Son and Tan Ky districts where steam sterilizers were not used for sterilization of sponges and compresses.
- *Clients indicated that they were fully satisfied with services they received.* Clients selected these facilities because of good services (58 %) and convenience (35 %). However, due to poor understanding of what makes good quality of service, clients were easily satisfied with the services provided to them. Once clients have a better understanding of quality they will know how to request their own quality of services.

- Local staff of different levels highly appreciate JICA's project. The project has focused its assistance to women at the commune level, with a package approach of health facilities in order to enhance community health promotion. Thus, the project has brought major changes in RH work to Nghe An, particularly at the grassroots level. The JICA project not only provides support to infrastructure but also improves providers' technical competence.
- In addition, the presence of JICA's long-term experts who worked very closely with their Vietnamese partners at different of health care levels in Nghe An has ensured the project's efficiency and relevance.
- The people of Nghe An have really benefited from the project. It is most important that people's awareness on RH care be much improved especially that of women in the reproductive ages. The improvement in knowledge can contribute in changing women's behavior in seeking RH services from public health facility. Pregnant women have understood the need to have early pregnancy check-ups (meaning gestational age at first ANC visit is 17 weeks).
- Based on 2002 annual reports and regular statistics of surveyed facilities, the assessment obtained several ANC and delivery indicators including 93 percent of pregnant women who received ANC and 95 percent of women who gave birth and were attended by health providers. The mean number of antenatal visits was 3; 97 percent of pregnant women received two anti-tetanus vaccination shots and 96 percent of women who gave birth were monitored with home-based maternal records (HBMR). These indicators are higher than those found in the 2001 Baseline Survey.

Recommendations

Health facilities surveyed have much improvement in terms of infrastructure, equipment, staff and logistics for deliver RH/FP services. For further improving the current situation:

- Encourage and promote more coordination among local government and donor agencies in utilization of existing and available equipment and facility effectively, and in identifying current and future local needs.
- Involve managers of local health facilities in the decision making for the infrastructure improvement in order to reflect the local condition in the activities.
- Improve management capacity of equipment as a whole, which requires timely training on utilization, maintenance, repair as well as necessary replacement plan with allocation of funds by local government.

- Take measures to solve water situation in some CHCs in order not to waste the efforts made by the communes in constructing hygienic facilities as well as to disseminate among clients how to use the available new facility.
- Review the contraceptive supply/re-supply to ensure the constant availability of contraceptive methods at health facilities to provide a wider choice for clients

The quality of services provided to clients has been improved, especially ante-natal and postpartum care, while there are some aspects that need further improvements, including the needs in improvement of FP services are identified:

- Strengthen infection control at the CHCs, particularly in sterilizing cotton, sponges and compresses.
- Strengthen counseling service, and ensure privacy in counseling. Providers should:
 - Have a comprehensive view on RH/FP in providing counseling to ANC, FP, and abortion including menstrual regulation (MR) clients.
 - Understand the importance of counseling in improving quality of RH/FP services
 - Understand counseling is one of their regular tasks.
- Continue and ensure giving close attention to the contents, teaching methods, duration etc. of refresher training for health providers and P/FP collaborators so that they are appropriated for trainees from different ethnic groups and education level
- Provide additional training for P/FP collaborators in communication on abortion reduction/MRs so that they can integrate this topic into their regular IEC activities.
- Provide clients with information and knowledge on fundamental elements of quality of services, so that they know how to ask for a higher quality of service.
- Continue providing supportive monitoring/supervision to local providers in applying new skills in practice. The supportive monitoring and follow-up activities should be institutionalized at each level.
- Continue and further encourage utilization of various information channels and forms of communication (videos, traditional theaters, and folk songs) to attract the larger audience.

ACRONYMS

ANC	Antenatal Care
CCPFC	Commune Committee for Population, Family and Children
CHC	Commune Health Center
COP	Combined Oral Pill
DCPFC	District Committee for Population, Family and Children
DHC	District Health Center
D & C	Dilatation and Curettage
FGD	Focus Group Discussions
FP	Family Planning
GTZ	<i>Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit</i> (in German)
HBMR	Home-Based Maternal Record
HMIS	Health Management Information System
IEC	Information, Education, Communication
IDI	In-depth Interview
IUD	Intra-uterine Device
JICA	Japan International Co-operation Agency
MCH/FP	Maternal and Child Health/ Family Planning
MOH	Ministry of Health
MR	Menstrual Regulation
MSI	Marie Stopes International
MTA	Mid-term Assessment
OC	Oral contraceptive
Ob/Gyn	Obstetrical/Gynecological or Obstetrics/Gynecology
ODA	Official Development Assistance
ORL	Oto-Rhino-Laryngology
PDM	Project Design Matrix
POP	Progestin - only Pill
PSC	Project Steering Committee

Final version, September 03

RH	Reproductive Health
RTI	Reproductive Tract Infection
SA	Situation Analysis
STD	Sexually Transmitted Diseases
TT	Tetanus Toxoid
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
VND	Vietnam Dong
WB	World Bank

TABLES

Table		Page
Table 3.1.	Delivery room status, by type of facility and project area.....	15
Table 3.2.	Percentage distribution of facility having enough IEC materials for giving to clients, by project area.....	22
Table 3.3.	Percent of health providers who request spouse's agreement before providing a contraceptive method, by project area	33
Table 3.4.	Percent of ANC clients who had received counseling on warning signs of potential pregnancy complications by project area	34

FIGURES

Figure 3.1. Relationship between program readiness, quality of care, and impact	9
Figure 3.2. Percent of mean service distribution, 2000	10
Figure 3.3. Percent of facilities having some basic conditions.....	12
Figure 3.4. Percent facilities with a designated examination room and designated counseling room.....	13
Figure 3.5. Percentage of provider who received refresher training in selected topics	18
Figure 3.6. Percent of providers used several skills for ANC clients.....	19
Figure 3.7. Percent of facilities having IEC materials to distribute to clients	22
Figure 3.8. Percent of facilities with clean delivery kit and Iron tablets.....	23
Figure 3.9. Interpersonal relations between providers and clients	24
Figure 3.10. Percent of providers who discussed with ANC clients on various topic	26
Figure 3.11 Information exchange between providers and RTI clients.....	27
Figure 3.12. Information exchange between providers and abortion clients.....	31

Chapter 1

Introduction

1.1 Introduction

In 2001, the Population Council conducted the “*Baseline survey on public sector reproductive health services in Nghe An province*” in order to evaluate quality of reproductive health services. The survey focused on antenatal care (ANC), reproductive tract infection (RTI) services and abortion services available in the public health sector of Nghe An. The study assists the Japan International Cooperation Agency (JICA) to assess the effectiveness of the Japanese Government’s Reproductive Health Project in Nghe An province. The survey used the Situation Analysis (SA) method, which had been developed by the Population Council and was applied in a number of countries around the world to assess quality of family planning programs. SA helps to evaluate the *readiness* of the surveyed health facilities in providing RH services and the *quality of services* provided by these facilities.

By 2003, the JICA-funded RH project (JICA project) (phase 2) had been implemented in all existing health facilities in 19 districts of Nghe An for over two years. At this mid-project mark, JICA requested the Population Council to conduct a rapid mid-term assessment (MTA) to determine the strengths and weaknesses of the program so that appropriate interventions for the last years of Phase 2 (2003-2005) can be designed. The MTA took place in April 2003.

This MTA will focus on reviewing problems in the project’s implementation by looking at management, relevance, effectiveness and efficiency. These four terms have specific definitions according to JICA’s “*Guidelines for monitoring and evaluating*”. *Relevance* of the project is measured by correct identification of the country’s demands and a project design that stays close to national development goals, *effectiveness* refers to achieved results of the project in comparison to the project targets and characteristics of the results. *Efficiency* explores methods, procedures, time and costs of productivity.

In this MTA, reproductive health (RH) issues include antenatal care (ANC) with a focus on family planning services; pre and post-abortion counseling including post-abortion family planning services; family planning availability and service delivery system. Cooperation among different organizations in local maternal and child health/family planning (MCH/FP) activities is another aspect of the evaluation.

1.2 Objectives

The objectives of the mid-term assessment include:

1. Assessing progress on improving quality of RH services with a focus on ANC, family planning services and post-abortion counseling.
2. Assessing cooperation at the provincial level among concerned organizations (Health Sector, Committee for Population, Family and Children, Women's Union, and People's Committee) especially at the grassroots level in providing ANC and FP services; difficulties and progress in integrating these services into activities of different organizations/branches.
3. Making recommendations to the Project Management Board (Joint Committee) to improve the Project

1.3 Study Method

The mid-term assessment uses the SA method, developed by the Population Council to evaluate the quality of FP and RH services in developing countries. The method was used in the Baseline Survey of the JICA-funded RH project in Nghe An before the project got underway in 2001. Major components of the SA method include taking inventory of health facilities, interviewing health care providers, observing how services are provided and interviewing clients receiving services.

In order to assess certain components to the project like the level of cooperation among provincial organizations and pre- and post-abortion counseling in the community, the research team conducted more qualitative research which consisted of in-depth and focus group interviews of the heads of these provincial organizations, members of Women's Union, Health Office, Commune Committee for Population, Family and Children (CCPFC) and P/FP collaborators.

Sampling of commune health centers (CHCs)

The study was conducted at health facilities at the district level (district health centers, or DHC) and at the commune level (commune health centers, or CHC) in four districts of Nghe An province: Anh Son, Dien Chau, Nghia Dan and Tan Ky. The selection of these four districts was according to recommendations by the JICA office in Nghe An. Anh Son and Tan Ky are mountainous districts with difficult economic conditions and have been a part of this Reproductive Health Project (Phase 2) since 2001. Dien Chau and Nghia Dan were chosen to counter-balance the other two districts, as they have had better economic conditions since Phase I (1997) of the project. Dien Chau is a good model for MCH care especially in the use of partogram and home-based maternal record (HBMR). Nghia Dan is one of the model district for abortion reduction and for the health

management information system (HMIS). In this assessment, Anh Son and Tan Ky are new project sites, while Nghia Dan and Dien Chau are the old ones. Comparing these two districts provides very useful insights into the range of impact of this project.

In each district, health facilities surveyed were randomly selected. In each district, CHCs selected represent 25% of the total CHC; which is a sizable amount able to confidently represent to CHCs of the study district. There were a total of 28 health facilities involved in the study; and of these, four were district health centers (DHC) and 24 were CHCs.

Research instruments

Due to time constraints, the rapid mid-term assessment (MTA) was not able to be as comprehensive in the SA research method as the baseline survey from 2001. Therefore, this study takes into account results acquired from the 2001 survey, especially with regard to weaknesses determined then, in order to consider the level of improvement made. This study went one step beyond, in that it also added new evaluation contents as requested by JICA. Again, the main elements framing this evaluation study are management, effectiveness, efficiency and relevance, as explained in the Project Design Matrix (PDM). In brief, the mid-term assessment studies the existence and the ways of improving service readiness and the quality of RH services provided by surveyed health facilities in Nghe An.

SA is the main method used for this assessment, in which health care facilities are selected as study units. As recommended by JICA, for information unavailable at health facilities such as readiness of contraceptive methods in the community at large, cooperation among local organizations, or abortion counseling at the grass-roots level, the Population Council also uses qualitative evaluation methods such as in-depth interviews (IDIs) and focus group discussions (FGDs). Interviewed persons include managers of concerned organizations/branches (health, women, population, and local authority and village population) and population collaborators/motivators.

Unlike the 2001 base line survey, that explored ANC, RTI and abortion, this mid-term assessment investigates the provision of contraceptive methods, but skips RTI services because JICA conducted separate research into RTI.

The research data was collected in the following ways:

- a) Facility inventory
- b) Interviews of staff providing MCH/reproductive health services
- c) Interviews of clients at the health facility, regarding antenatal check-up and FP
- d) Observation of service provision: ANC, FP and abortion
- e) FGDs of health care providers, population officers, women's union staff, health managers

f) IDIs of village population collaborators/motivators

Data collection was different at DHCs and CHCs. At each selected DHC, the research team conducted an inventory of the facility, interviews of two health care providers and observed service provision (prenatal care, FP and abortion) as well as conducted a FGD of health care providers, population officers, women's union staff, local authorities and health managers

At each selected CHC, the research team conducted an inventory of the facility, interviews of health care providers and observed the provision of ANC and FP services (not abortion because it is stipulated in Nghe An that CHCs are not allowed to perform abortions). They also interviewed ANC and FP clients and conducted a FGD of health care providers, population experts, female health experts, health care authorities and facility managers or two IDIs of population collaborators (where FGD was conducted, no IDIs are required and *vice versa*).

Three hundred people were involved in this study, including 155 interviews and observations; 17 FGDs and 23 IDIs done in the community.

Organization of the study

Before developing the research instruments and field-work schedule, the Project Team made a planning trip to Nghe An to meet with the JICA Office, the provincial MCH/FP Center, and to visit the DHC and some CHCs in Tan Ky and Dien Chau districts in order to investigate the project implementation at these facilities. The visit helped finalize the survey instruments and detailed fieldwork schedule.

The survey was conducted between the 12th and 24th of April 2003. The research team was comprised of two groups. Each group had three members working half a day at each selected health facility (morning or afternoon). In each group, there was a specialist in the social sciences and two health care professionals specializing in Obstetrics and Gynecology. These two health professionals were responsible for conducting observations of examinations and procedures, such as abortions, taking inventory of the facilities and conducting interviews of clients after receiving services. The sociologist is responsible for conducting FGDs and IDIs.

It is noted that all researchers involved in field-work were staff of central and other provincial institutions. They already had research experience and most were previously involved in similar SA. With the support from JICA to ensure the objectivity of the assessment, Nghe An health providers were not recruited to administer the survey.

Data processing and analysis

Filled-in questionnaires were checked and processed in Hanoi. Tape-transcribing qualitative analysis was also done in Hanoi. Senior researchers of the Population