

バングラデシュ国  
リプロダクティブヘルス人材開発  
プロジェクト  
終了時評価報告書

平成 16 年 8 月  
(2004 年)

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

人 間
J R
04-47

バングラデシュ国  
リプロダクティブヘルス人材開発  
プロジェクト  
終了時評価報告書

平成 16 年 8 月  
(2004 年)

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
略語一覧

## 評価結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 プロジェクトの概要および調査団派遣の経緯	1
1-2 調査団の構成、日程、主要面談者	1
1-2-1 調査団員	1
1-2-2 調査日程	2
1-2-3 主要面談者	4
第2章 終了時評価手法の概要	6
2-1 JICA 事業評価ガイドラインによる評価手法	6
2-2 評価5項目	7
2-3 終了時評価のデザイン	8
2-3-1 評価デザインの策定	8
2-3-2 評価設問	8
2-3-3 評価指標および必要なデータ	9
2-3-4 データ収集方法	10
2-3-5 データ分析・解釈と取りまとめ	10
第3章 調査結果	11
3-1 現地調査結果	11
3-1-1 総 括	11
3-1-2 HPSP および HNPSPP の現状と問題点～プロジェクトへの影響	12
3-1-3 「女性の健康」の観点から見たプロジェクトの取り組み	13
3-1-4 NGO との連携の可能性	15
3-2 プロジェクトの実績	16
3-2-1 投入の実績	16
3-2-2 活動の実績	19
3-2-3 アウトプット（成果）ごとの実績	22
3-2-4 プロジェクト目標の実績	28
3-3 プロジェクトの実施プロセス	29
3-3-1 事業計画(PDM)の変更	29
3-3-2 実施プロセスの妥当性	31

第4章 評価結果	32
4-1 評価5項目の評価結果	32
4-1-1 妥当性(Relevance)	32
4-1-2 有効性(Effectiveness)	33
4-1-3 効率性(Efficiency)	34
4-1-4 インパクト(Impact)	36
4-1-5 自立発展性(Sustainability)	36
4-1-6 阻害・貢献要因の総合的検証	37
4-2 結論	38
第5章 提言と教訓	42
5-1 提言(Recommendations)	42
5-2 教訓(Lessons Learnt)	42
付属資料	
1. ミニッツおよび合同評価レポート	47
2. インタビューガイド	137
3. Engender Health とプロジェクトの関係について	168
4. プロジェクトの経緯と成果	169
5. PDM (Version2) への改定について	173
6. 女性に優しい病院(Woman Friendly Hospital Initiative)への取り組みについて	174
7. ICMH/NIPORT/TTU 各々との連携状況のまとめ	175
8. MCHTI の病院管理について	178
9. ナルシンディ県ショドル郡の活動のまとめ	183
10. 人間関係トレーニングの活動経緯と成果のまとめ	212
11. 各種資料	217

## 序 文

本プロジェクトは、1999年9月より、5年間の協力期間において、バングラデシュ共和国における、リプロダクティブヘルス分野の医療従事者の養成を目的として、協力が開始されました。

今般、協力開始から4年半が経ち、プロジェクト活動も終盤を迎え、これまでの活動実績及び成果達成状況を確認し、プロジェクトの終了時評価を行うとともに、今後に向けた提言及び教訓を導くことを目的とし、外務省経済協力局調査計画課 國井 修課長補佐を団長として、2004年2月27日から同年3月18日まで、終了時評価調査団を派遣しました。

本報告書は、この調査結果を取りまとめたものです。ここに、本調査並びに本プロジェクトの成功にご協力をいただきました関係各位に深甚なる謝意を表します。

平成16年8月

独立行政法人国際協力機構

理事 松岡 和久

地 图





評価合同ワークショップ



開発パートナー事業のメンバーと



保健家族福祉省大臣表敬

## 略 語 一 覧

略語	正式名称	日本語訳
ANC	Ante-natal care	妊婦検診
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
CBT	Competence-Based Training	実践できる能力を重視した訓練
C/P	Counterparts	カウンターパート（相手国側のプロジェクト実施者）
DGFP	Director General Family Planning	保健家族福祉省家族計画局
DGHS	Director General Health Services	保健家族福祉省保健局
EOC	Emergency Obstetric Care	救急産科ケア
FWA	Family Welfare Assistant	家族福祉助手
FWV	Family Welfare Visitor	家族福祉訪問員
FWVTI	Family Welfare Visitor Training Institute	家族福祉訪問員訓練所
HNPSP	Health Nutrition and Population Sector Programme	保健栄養人口セクタープログラム
HPSP	Health and Population Sector Programme	保健人口セクタープログラム
ICMH	Institute of Child and Maternal Health	母子保健機関
JCC	Joint Coordination Committee	合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JICWELS	Japan International Cooperation of Welfare Services	厚生事業団
LD-IST	Line Director In-Service Training	卒後研修課課長
LUCS	Lower Uterus Caesarian Section	子宮下部帝王切開
LTOs	Lead Training Organisation	代表訓練機関
MBBS	Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery	（大卒医の称号）
MCH	Maternal & Child Health	母子保健
MCHTI	Maternity and Child Health Training Institute	母子保健研修所
MCWC	Maternal and Child Welfare Centre	母子福祉センター
MM	Man Month	人月
NGO	Non Governmental Organization	非政府機関
NIPORT	National Institute of Population Research and Training	国家人口研究訓練機関
OBGY	Obstetrics and Gynecology	産科婦人科
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PIC	Project Implementation Committee	プロジェクト・デザイン・マトリックス（プロジェクト運営委員会）
PDM	Project Design Matrix	プロジェクトの計画概要表



略語	正式名称	日本語訳
PNC	Post-natal care	産褥ケア
PRIME-II		USAID、GTZ、UNFPA、UNICEF の支援を受けた NGO コンソーシアム (TTU を支援していた)
Sr. FWV	Senior Family Welfare Visitor	シニア家族福祉員
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産婦
T-MIS	Training Management Information System	研修管理情報システム
TOT	Training of Trainers	教官研修
TTU	Technical Training Unit	卒後研修技術研修室
UFPO	Upazlia Family Planning Officer	郡家族計画担当官
UFWC	Union Family Welfare Centre	ユニオン家族福祉センター
UHFWC	Union Health and Family Welfare Center	ユニオン保健家庭福祉センター
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USG	Ultrasonography	超音波検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関

## 評価結果要約表

I. 案件概要	
実施国：バングラデシュ人民共和国	プロジェクト名：リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト
セクター：人口・保健	協力形態：技術協力プロジェクト
担当部署：医療協力部 医療協力第一課	金額：6億円
協力期間： (R/D) 1999年8月～2004年7月 (延長) なし (F/U) なし	実施機関： <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健家庭福祉省(MOHFW)</li> <li>・卒後研修技術研修室(TTU)</li> <li>・母子保健研修所(MCHTI)</li> <li>・国立人口問題研究所(NIPORT)</li> <li>・母子保健機関(ICMH)</li> </ul>
	国内協力機関： <ul style="list-style-type: none"> <li>・国立国際医療センター(IMCJ)</li> <li>・南山大学 他</li> </ul>
関連案件：母子保健研修所改善計画（無償資金協力）	
<p>1. 案件の背景</p> <p>バングラデシュ国（以下、「バ国」と記す）母子保健セクターの重要課題は、高い妊婦死亡率と乳幼児死亡率である。女性の健康、安全な母性のための産科病院機能と母子保健従事者の研修機能を合わせ持つ母子保健研修所(MCHTI)に対する無償資金協力が、バ国より1991年4月に要請され、またこのMCHTI施設改修に伴って、MCHTIの機能強化を含む技術協力の要請があり、1999年9月よりバ国リプロダクティブヘルス分野の人材開発を目的としたプロジェクトが開始された。</p> <p>2. プロジェクト概要</p> <p>本プロジェクトは、プロジェクトの前半は、MCHTIの臨床部門の強化、研修ユニットの設立などが活動の中心であった。MCHTIのスタッフが育ち、研修実施機関として十分な研修をこなせるようになった時点で、研修評価の専門家を派遣し、研修受講生のフィールド活動をモニタリングした。その結果、研修受講者がその技術を必ずしもフィールドで生かしてきていないという問題点が明らかになり、PDMの改定が検討された。そして家族福祉訪問員(FWV)のフィールド活動をフィールドバックし、より効果的な研修がMCHTIはじめ各研修施設で実施されるような活動に比重を移していくべく、運営指導調査にて、新しい成果を加え、改訂版PDMが承認された。これを受け、ナルシンディ県において該当分野の活動が開始された。開始後1年程度で、フィールドにおけるFWVや家族福祉助手(FWA)への効果的なスーパーバイズが行われるようになり、コミュニティにおけるNGOとの連携も始まりつつある。</p> <p>(1) 上位目標</p> <p style="padding-left: 20px;">リプロダクティブヘルスサービスが改善される。</p> <p>(2) プロジェクト目標</p> <p style="padding-left: 20px;">母子保健従事者が母子保健研修所(MCHTI)と関連機関において、リプロダクティブヘルス分野でのニーズに基づいた研修を受けたあとに、よく技術を修得し、職務を遂行できるようになる。</p>	

### (3) 成 果

- 1) 母子保健研修所(MCHTI)の臨床機能が改善される。
- 2) 母子保健研修所(MCHTI)の研修機能が改善される。
- 3) 地域に戻った研修修了者が業務の中で研修成果を発揮できるようサポートされる。
- 4) 人材養成を通じたリプロダクティブヘルス向上への取り組みからの教訓を、技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる。

注：上記、上位目標、プロジェクト目標、成果は、2003年に実施された運営指導調査時に改訂されたもの。

### (4) 投 入

#### 1) 日本側

長期専門家	12人(288人月)
短期専門家	26人(50人月)
研修員受入れ	18人(24人月)
機材供与	103,752,000円(943,200米ドル)
現地業務費	53,736,000円(488,509米ドル)
その他	

#### 2) バ国側

カウンターパート	58人
土地/施設	卒後研修技術研修室(TTU)、母子保健研修所(MCHTI)
現地業務費	母子保健研修所運営予算、FWV研修
その他	

## II. 評価団

### 評価調査団員

國井 修	(団長)	外務省経済協力局調査計画課 課長補佐
堀越 洋一	(母子保健)	国立国際医療センター国際医療局 技術参与
鈴木 良一	(地域保健)	家族計画国際協力財団 事務局次長
定本 ゆとり	(協力評価)	国際協力機構医療協力部医療協力第一課
小川 陽子	(評価分析)	グローバルリンクマネージメント(株) 社会開発部 研究員

評価期間 2004年2月28日～3月18日

評価種類 終了時評価

## III. 評価結果

### 1. 評価結果要約

#### (1) 妥当性

本プロジェクトは、その計画時においてバ国政府と開発パートナー(援助機関)の政策(保健局・家族計画福祉局の統合)を十分考慮に入れており、また、リプロダクティブヘルス分野の人材開発は日本の対バ国援助の優先事項でもあることより、妥当性は高いと評価できる。

ただし、プロジェクトの実施によって、リプロダクティブヘルス分野の人材開発に貢献する研修機関の充実は図れたが、首都ダッカのMCHTIの機能向上および研修プログラムの充実だけでは、広範囲の地域における母と子どもの健康状態を向上させるための戦略として、十分であるとはいえなかった。そのため、プロジェクト後半においては、下記「有効性」に記載があるとおり、研修で習得した技術を発現できる環境整備にも重点を置くなど計画の変更を行った。本計画変更は、上位目標の達成を図るための改善であり、妥当であったと考える。

## (2) 有効性

本プロジェクトは、優れた研修内容（実用的／臨床的に正確／患者の方を向いている／訓練を受けた分娩介助者、医療補助員、医師、看護師など保健システムの中の様々な成員に適した）を提供する代表的研修機関の開発を通じて、リプロダクティブヘルス分野の人材開発に多大な貢献をした。しかし、MCHTI で研修を受けた FWV が、その研修内容を住民へのサービスに活用するには、村の医療設備や、出産に対する文化的背景などの制約が大きく、そのため FWV の多くが、「健康教育」を除き必ずしも研修成果を十分に活用できる状況ではなかった。また、プロジェクト実施中には、質の高い効果的な人材育成を実現するために必要な、研修内容と実際のサービス内容のギャップを是正する国家的な仕組みを作ることは困難であった。

本プロジェクトは、それらの制約に対応するためにプロジェクトデザインを変更した。研修実施後にナルシンディ県におけるユニオン、郡レベルでのリプロダクティブヘルスサービス提供者への研修フォローアップサポートを行ったところ、よい結果が得られた。スーパーバイザーが支援的な巡回指導を行うことにより、訪問員のモチベーションを上げるという考え方が日本人専門家によって伝えられた。また、それと同時に、限られた範囲内での物質的な支援や、日常業務やシステムを改善するためのアドバイスも与えられ、相乗効果により有効性が高まった。

## (3) 効率性

本プロジェクトは、質の高い研修機関の設立を目指した成果 1 と 2 にもっとも大きな投入を行った。この集中的な投入の結果、郡レベルの母子福祉センター(MCWC)にすぎなかった MCHTI が国家レベルの質の高い研修機関となった。我が国の無償資金協力が、この目的を達成するための基礎を提供した。MCHTI の研修機関としての急速な成長を考慮すれば、この投入は理にかなっているといえる。

ナルシンディ県の経験から鑑みるに、現存する資源と既存の構造を利用することによって効率性があがった。しかし、この活動はプロジェクトの後半から追加されたものであり、パイロット地域であるナルシンディ県ショドル郡の 11 ユニオンのみが対象で、限定的ではあった。

成果 4 へは顕著な投入がなされたが、その効率性は必ずしも高かったとはいえない。これは、家族計画局と保健局の統合が失敗したことで、全国レベルの人材開発を調整する役目としての卒業研修課課長(LD-IST)の職務がはっきりしなかったことが大きな要因としてあげられる。

## (4) インパクト

リプロダクティブヘルスサービス提供者を訓練する代表的研修機関が設立されたことは、今後も質の高いサービス提供者が創出されるという大きな可能性を意味する。しかし、本プロジェクト成果が上位目標である「リプロダクティブヘルスサービスが改善される」に貢献するためには、上記「有効性」に記載したとおり、いくつか解決されねばならない課題があるといえる。

しかしながら、ナルシンディ県ショドル郡での経験から得られた支援的巡回指導の強化によるリプロダクティブヘルスサービスの質的、量的拡大は、今後プロジェクトの成果を最終受益者につなげていけるものとなった。また、その他にもいくつかの正の効果が観察されている。

その一つは、患者、サービス提供者やその他の研修機関において MCHTI に対する信頼度が向上したことである。患者中心の「人間的な出産」という考え方が開発パートナーの間でも認識されるようになった。研修機関が最終受益者のニーズを考えに入れることの重要性についても、関連研修機関や開発パートナーの間での認識が高まった。MCHTI で実施された父親クラスは、男性の巻き込みの良い方法（グッド・プラクティス）として認知されるようになった。

#### (5) 自立発展性

施設と医療機材の管理ができる人材を確保することが一番重要な問題として残っているとはいえ、技術的には MCHTI は臨床サービスと研修活動を満足のいくレベルで行っていく能力を身につけたといえる。ゆえに資金と運営面の自立発展性が強化されなければならない。

ナルシンディ県ショドル郡で本プロジェクトが採用したアプローチ（既存のシステム、構造、人材を活かし、技術的な支援を中心として物質面では限られた支援だけを行う方法）は、自立発展性を確立するために有効だと思われる。しかし、この点は本プロジェクトの支援が終了したあとに確認される必要がある。

フィードバック機構の一環として、本プロジェクトは教訓を共有することを通じ、連携・協力関係を構築するために尽力してきた。家族計画局と保健局の統合政策の失敗により本プロジェクトのチーフアドバイザーのカウンターパートである卒後研修課課長の役割が不明確になってしまったいきさつから、このような連携はプロジェクト専門家のリーダーシップによって調整されていた。プロジェクトの支援が終了したあと、関連機関の連携をいかにして継続させていくかは今後の課題である。

### 2. プロジェクトの成果を促進した要因

#### (1) 計画に関する要因

モニタリング・評価がプロジェクトの計画に組み込まれていたことにより、プロジェクトの阻害要因を発見することができ、途中でその計画を変更することができた。一方、ナルシンディ県での活動は、外部からの物質的、資金的投入に頼ることなく、既存の仕組みや人的資源を活性化するための技術的な支援を重点としており、自立発展性と効率性の面で理にかなっているといえる。既存の組織力や機能を強化する方法は、活動計画を立てるうえで非常に有用であることがわかった。

#### (2) 実施プロセスに関する要因

チームワークの育成、日本人専門家の努力によるスタッフ間の効果的なコミュニケーションの促進、人間関係トレーニング、識字教室を通じたアヤ（産婦付き添い者）、運営会議におけるより民主的で効率的な病院運営の指導等、様々な活動を行うことで病院全体のモチベーションを上げるとともに、組織力の強化が図られた。これらの活動は、MCHTI の急速な発展とサービスの向上に貢献した。

### 3. プロジェクトの成果を阻害した要因

#### (1) 計画に関する要因

本プロジェクトの戦略・内容は、数々のニーズ査定調査や現状把握調査の結果を踏まえて計画された当時のセクター・ワイド・プログラムの優先的課題に沿ったものであった。しかし、最終受益者を取り巻く社会経済的、社会文化的な環境や、保健人口セクターの限られたサービス提供能力等の外部条件による影響が大きく、本プロジェクトのインパクトは限られたものとなった。これは、プロジェクトを開始する際に、プロジェクトデザインのリスク分析が必ずしも十分ではなかったことを示している。

サービス提供現場の状況を研修プログラムに反映させるため、フィードバック機構（機能）の設置が試みられたが、バ国側にこの役割を担う組織がないことから、このフィードバック機能の自立発展性には疑問が残る部分もある。また、本プロジェクトにおいては無償資金協力で建設された施設を利用して技術協力プロジェクトが行われ、全体としては高い相乗効果が見られたものの、計画段階における連携不足から、MCHIT に提供された機材の一部や施設の設計に関して、必ずしも技術協力プロジェクトの計画に沿わない部分があった点など、一部有効性や自立発展性を限定する要因となった。

## (2) 実施プロセスに関する要因

プロジェクトの妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性を限定した要因は、保健家族福祉省の上級管理職の頻繁な異動、プロジェクトによって集中的な研修を受けた職員の異動、行政手続の遅延に加え、保健家族福祉省内の統合・分離問題や、セクター・ワイド・プログラムの実施の失敗などであった。ほとんどの問題が、保健人口政策の不安定性や、組織の弱体性に起因している。本プロジェクトは、財務省経済関係局や、保健家族福祉省の関連部署が参加する合同調整委員会(JCC)を通じてこれらの問題にあたってきた。しかし、乗り越えるハードルが高く、解決には非常に時間がかかっている。今後のよりよい対応が望まれる。

## 4. 結論

総論として、本プロジェクトは適切な能力を備えた研修機関を設立したことを通じて、リプロダクティブヘルス分野における人材開発に多大なる貢献をしたといえる。また、ナルシンディ県における経験は、今後の協力を形作るうえでの標石を築いた。しかしながら、フィードバック機能を担当する組織が現状不完全であるということを考えると、本プロジェクトによって成し遂げられた成果が自立発展的に継続していく可能性については不安が残る。したがって、本プロジェクトは、終了までの6か月間、この残された課題に対処すること、および自立発展性を強化させることに集中すべきである。

## 5. 提言

上記の評価結果に基づき、終了時評価団は、プロジェクト終了時（2004年8月31日）までに関係機関が次のような対応をとることを提言する。

- (1) 主要研修機関(LTO)および関係機関によるフィードバックの仕組みが、合同調査委員会において協議され決定されること。
- (2) ナルシンディ県における現場でのサポートが、主要研修機関における研修プログラムを通じて促進されること。
- (3) 家族計画局長と保健家族福祉省長官は、MCHTIの人員補充プロセスを完了させること。
- (4) MCHTIは、定期的な運営会議を継続すること。
- (5) MCHTIは、関連機関とともに、研修生の過剰な受入れが研修の質に与える影響を検証し、研修の質を確保するための提言をまとめること。

## 6. 教訓

本プロジェクトの実施経験を通じて、次のような教訓および良い方法（グッド・プラクティス）が引き出された。

- (1) プロジェクトは、政府の戦略や計画と整合性があるというだけでは、妥当であるとはいえない。プロジェクトの活動を、ターゲットグループおよび最終受益者のニーズに照らして吟味し、サービス提供の現場から継続的にフィードバックを得ることが不可欠である。
- (2) 研修活動と現場での保健サービス提供の質の向上の間のギャップを埋めるためには、支援的巡回指導とともに日本人専門家が常に実践した継続的な励まし（動機づけ）がきわめて効果的である。

(3) 「女性に優しい病院」という、明確で受入れやすいミッションを掲げることにより、到達目標が日・バ国側において共有された。

(4) 技術協力プロジェクトと無償資金協力事業の間に連携が想定されている場合には、その計画の初期段階から計画過程を統合させるべきである。計画過程が統合されないと、連携がもたらしえる相乗効果が低くおさえられてしまう可能性がある。

(5) プロジェクトの初期段階から、双方（日本側とバ国側）によって自立発展性を実現するための努力を行う必要がある。

#### 7. フォローアップ状況

本プロジェクトは、予定されていたとおり、2004年8月31日で協力期間を終了する。

# 第1章 終了時評価調査の概要

## 1-1 プロジェクトの概要および調査団派遣の経緯

バングラデシュ国（以下、「バ国」と記す）の高い妊産婦死亡率と乳幼児死亡率は、母子保健セクターにおける重要課題である。この課題への取り組みとして、女性の健康、安全な母性のための産科病院機能と母子保健従事者の研修機能を合わせ持つ母子保健研修所(MCHTI)に対する無償資金協力が、バ国より1991年4月に要請された。またこのMCHTI施設改修に併せて、MCHTIの機能強化を含む技術協力の要請があり、1999年9月よりバ国リプロダクティブヘルス分野の人材開発を目的とした本プロジェクトが開始された。

本プロジェクトは、2000年8月に新センターが改修されたこともあり、プロジェクトの前半は、主MCHTIの臨床部門の強化、研修ユニットの設立などが活動の中心となり、それらの活動においては3年間で大きな成果をあげた。

一方、MCHTIのスタッフが育ち、研修実施機関として十分な研修をこなせるようになった時点で、研修評価の専門家を入れ、研修受講生のフィールド活動をモニタリングした。その結果、研修受講者がその技術を必ずしもフィールドで生かしきれていないという問題が明らかになり、PDMの改定が検討された。そして家族福祉訪問員(FWV)のフィールド活動をフィードバックし、より効果的な研修がMCHTIはじめ各研修施設で実施されるような活動に比重を移していくこととし、運営指導調査において、新しい成果を加えた改訂版PDMが承認された。これを受け、モデル県とされたナルシンディ県において該当分野の活動が開始された。開始後1年程度で、フィールドにおけるFWVや家族福祉助手(FWA)への効果的なスーパーバイズが行われるようになり、コミュニティにおけるNGOとの連携も始まりつつある。

本調査は、プロジェクト開始から5年目に入り、協力期間の終了まで半年を残す時期となったことから、これまでのプロジェクトの活動実績について整理し、評価5項目の観点から関係者と討議・分析のうえ目標の達成度を確認するとともに、その結果から、今後の協力のあり方や実施方法の改善に役立つ教訓や提言を導き出すことを目的として実施された。

## 1-2 調査団の構成、日程、主要面談者

### 1-2-1 調査団員

#### (1) 日本側

	氏名	担当	役職・組織	現地調査期間
1	國井 修	総括	外務省経済協力局調査計画課 課長補佐	2004.3.13～3.17
2	堀越 洋一	母子保健	国立国際医療協力センター国際医療協力局 技術参与	2004.3.8～3.17
3	鈴木 良一	コミュニティヘルス	家族計画国際協力財団事務局 次長	2004.3.8～3.17
4	定本 ゆとり	協力評価	国際協力機構医療協力部医療協力第一課 職員	2004.3.8～3.17
5	小川 陽子	評価分析	グローバルリンクマネージメント(株) 社会開発部 研究員	2004.2.28～3.17



## (2) バ国側

	氏名	担当	役職・組織
1	Mr. Md. Firoz Uddin	評価総括	保健家族福祉局 合同局長
2	Dr. Abu Jamil Faisel	評価	Engender Health (NGO) 国代表
3	Dr. Aftab Uddin	評価	個人コンサルタント (元 Prime)

## 1-2-2 調査日程

日程	調査内容
2/27 (金)	小川団員 ダッカ着 プロジェクトからのブリーフィング プロジェクトへのインタビュー (チーフアドバイザー・調整員)
2/28 (土) ハルタル	インタビュー：村上いづみ専門家 ：山下市子専門家
2/29 (日)	MCHTI 訪問、病院長表敬 インタビュー(MCHTI 医師)： Dr. Rahman, Dilder Ahmed Kahn, Pediatrics Dr. Md. Obaidul Kabir Kahn, Assistant Training Coordinator Mrs. Mahmud Akhter, Assistant Matron Dr. Aftab (合同評価者) との打ち合わせ
3/1 (月)	インタビュー：Prof. Shar Monir Hossain, 元 LD-IST、 JICA コンサルタント インタビュー：Dr. Ashraf Ali, 母子保健サービス課長補佐 表敬：Jafar Ahmed Hakim, LD-ESP, 家族計画局 インタビュー：保健家族福祉省大臣官房 Mr. Md. Firoz Uddin, Sr. Assistant Chief インタビュー：Dr. Mozammel Haque Bokul, Deputy Program Manager, TTU, DGHS
3/2 (火)	データ分析
3/3 (水)	インタビュー：Dr. Yasmin Ali Haque, ユニセフ インタビュー：Dr. Abdul Wahab Howlader, Deputy Training Director (Clinical Training), NIPORT インタビュー：Dr. Saiful Islam Mridha, Assistant Training Coordinator, ICMH at MCHTI インタビュー：Mrs. Tahera Ahmed, UNFPA
3/4 (木)	インタビュー：Dr. Satyawati Hanna, WHO インタビュー：Dr. Rokhsana Ivy, Chief of OBGY, MCHTI
3/5 (金)	小川団員：評価分析 Dr. Aftab：ナルシンディ県におけるインタビュー
3/6 (土)	評価レポートドラフト作成
3/7 (日)	インタビュー：MCHTI スタッフ

日 程	調査内容
3/8 (月)	堀越、鈴木、定本団員 合流 在バングラデシュ日本大使館表敬（紀谷参事官） 団内ミーティング
3/9 (火)	ナルシンディ県へ出発 Mother and Child Welfare Venter (MCWC) 訪問 インタビュー：Dr. Jahanara Akhter, MO (Clinic) インタビュー：Dr. Md. Abdul Khaleque Talukder, Civil Surgeon インタビュー：Mr. Md. Lutfur Rahman, UFPO (Upazila Family planning Officer) and Mrs. Kohnoor Begum, Sr. FWV Upazila インタビュー：Mr. Zillur Rashid Khan, Deputy Director (FP)
3/10 (水)	調査団・プロジェクトミーティング（結論、提言）
3/11 (木)	MCHTI での評価ワークショップ ワークショップを受けた、合同評価者との打合せ 評価レポート案 作成
3/12 (金)	団内ミーティング（教訓）
3/13 (土)	國井団長合流 団長へのブリーフィング、団内ミーティング
3/14 (日)	ナルシンディ県へ出発 県およびプロジェクト主催の GO-NGO 連携セミナーへの出席 パンチドナユニオンへ出発 開発パートナー事業および JOCV 活動視察 プロジェクトダイレクターとの意見交換 団内ミーティング
3/15 (月)	団内ミーティング 合同調整委員会 次期プロジェクトに関する協議
3/16 (火)	打合せ：Prof. Shar Monir Hossain, Former LD-IST and JICA Consultant ドナーへの評価結果発表会およびリプロダクティブヘルス分野の協力に関する意見交換会 打合せ：Prof. Shar Monir Hossain
3/17 (水)	表敬：保健家族福祉大臣 Dr. Khandaker Mosharraf Hossain ERD にて、ミニッツサイン JICA バングラデシュ事務所報告 在バングラデシュ大使館報告 國井団長による国際医療保健に関する開発研究フォーラム
3/18 (木)	出発

1 - 2 - 3 主要面談者

(1) バ国

Name	Designation
Dr. Khandaker Mosharraf Hossain	Honourable Minister for MoHFW, Secretariat
Mr. M. Lutfor Rahman Chowdhury	Additional Secretary, MOHFW
Prof. Md. Mizanur Rahman	Director General, DGHS, MOHFW
Dr. Jafar Ahmad Hakim	Director (MCH-Services) and LD-ESP (RH), In-Charge, DGFP, MOHFW
Dr. Md. Shahjahan Biswas	Program Manager (In Service Training), DGHS
Ms Hashmat Ara	Deputy Chief (FW), Planning Wing, MOHFW
Dr. Ashraf Ali	Assistant Director (MCH), Deputy Program Manager (ESP/RH)
Mr. Md. Firoz Uddin	Senior Assistant Chief, Planning Wing, Secretariat
Dr. Abdul Wahab Howlader	D. Director (Clinical Training), NIPORT
Dr. S. M. Jahangir	Superintendent, MCHTI
Dr. Md. A. Rahman	Chief of Pediatrics, MCHTI
Dr. Rokshana Ivy	Chief of OB-GY Consultant, MCHTI
Dr. Md. Obaidul Kabir Khan	Assistant Coordinator, Training Unit, MCHTI
Mrs. Mahmuda Akhter	Assistant Matron, MCHTI
Mrs. Aleya Begum	Secretary of Training Unit, MCHTI
Dr. Md. Abdul Khaleque Talukder	Civil Surgeon, Narsingdhi
Mr. Zillur Rashid Khan	Deputy Director (Family Planning), Narsingdi
Dr. Ashim Kumar Bhowmick	Assistant Director (Clinical Contraceptive), Narsingdi
Mr. Md. Lutfur Rahman	Upazila Family Planning Officer, Narsingdi Sadar, Narsingdi
Dr. AKM Mahabubur Rahman	FPCST & QAT Supervisor, Dhaka Region, DGFP
Dr. Abu Jamil Faisal (Eva.Team)	Country Representative, Engender Health
Dr. Aftab Uddin (Eva.Team)	Former Consultant, Prime-2

(2) 日本

Name	Designation
Dr. Yuriko Egami	Chief Advisor, HRDRH Project
Ms Kay Suzuki	Project Coordinator, HRDRH Project
Ms Ichiko Yamashita	Japanese Expert on Nursing Management and Midwifery Training, HRDRH Project
Ms Izumi Murakami	Japanese Expert on Training Evaluation and Monitoring, HRDRH Project

Mr. Matsushiro Horiguchi	Ambassador, Japan
Mr. Norihiko Kiya	Embassy of Japan
Mr. Matsumoto	Embassy of Japan
Mr. Takashi Sakamoto	Resident Representative, JICA Bangladesh Office
Mr. Takuya Sugarawa	Deputy Resident Representative, JICA Bangladesh Office
Prof. Shar Monir Hossain	Former LD-IST and JICA Consultant at JICA Office

## 第2章 終了時評価手法の概要

### 2-1 JICA 事業評価ガイドラインによる評価手法

本調査は、『JICA 事業評価ガイドライン（2004年1月：改訂版）』に基づき、ログフレーム手法の考え方をういた評価手法に則って実施した。『JICA 事業評価ガイドライン』による評価は、まず、①プロジェクトの諸要素を論理的に配置したロジカルフレームワーク（Logical Framework／以下、「ログフレーム」と呼ぶ<sup>1)</sup>（表2-1を参照）を事業計画の枠組みと捉え、②プロジェクトの現状を実績・実施プロセス・因果関係から把握・検証し、さらに③「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の5つの評価の観点（評価5項目）からプロジェクトの価値を問うものである。

また、上記①～③の作業を通して、プロジェクトの成否に影響を及ぼした様々な要因の特定を試み、本プロジェクトの実施機関、同分野もしくは性質を同じくするプロジェクトに対する提言や教訓を導き出した。

表2-1 ログフレームの構成

上位目標 (Overall Goal)	達成されたプロジェクト目標の貢献が期待される長期の開発目標。通常プロジェクト終了後3～5年後に達成が期待される
プロジェクト目標 (Project Purpose)	プロジェクトのアウトプットが達成された結果達成されることが期待される中期的な目標。通常「ターゲット・グループ」への具体的な便益やインパクトを示す
アウトプット (Outputs)	プロジェクト目標を達成するためにプロジェクトが実現しなければならない、短期的かつ直接的な目標
活動 (Activities)	アウトプット目標を達成するために、投入を効果的に用いて行う具体的な行為
指標 (Objectively Verifiable Indicators)	プロジェクトのアウトプット、目標および上位目標の達成度を測るもので、客観的に検証できる基準
指標データ入手手段 (Means of Verification)	指標を検証するためのデータ・ソース
外部条件 (Important Assumptions)	各レベルの目標を達成するために必要な条件であるが、プロジェクトではコントロールできない条件
前提条件 (Preconditions)	プロジェクトを開始するために必要な条件
投入 (Inputs)	プロジェクトの活動を行うのに必要な人員・機材・資金など

<sup>1)</sup> 従来の JICA 事業評価ガイドラインおよび FASID の PCM テキストでは、ロジカルフレームワークのことをプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix:PDM) と呼んでいた。

## 2-2 評価5項目 (Five Evaluation Criteria)

本評価調査で活用する評価5項目の定義<sup>2</sup>は、次の表2-2のとおりである。

表2-2 本評価調査で活用する評価5項目の定義

評価5項目	JICA 事業評価ガイドラインによる定義
1. 妥当性 (relevance)	評価時点においても、プロジェクトの目指している効果（プロジェクト目標や上位目標）が受益者のニーズに合致しているか、問題や課題の解決策として適切か、WHO やバ国の政策との整合性はあるか、プロジェクトの戦略・アプローチは妥当であったか、公的資金である ODA で実施する必要があるか、日本の援助政策との整合性があるか、といった「援助プロジェクトの正当性・必要性」を問う視点。
2. 有効性 (effectiveness)	プロジェクトの実施により本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか（あるいはもたらされるのか）を問う視点。具体的には、「アウトプット」の達成の度合い、およびそれが「プロジェクト目標」の達成度にどの程度結びついているかを検討する。
3. 効率性 (efficiency)	主にプロジェクトのコストおよび効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているか（あるいはされるか）を問う視点。
4. インパクト (impact)	プロジェクトが実施によりもたらされる、より長期的、間接的効果や波及効果をみる視点。この際、予期していなかったプラス・マイナスの効果も検討する。
5. 自立発展性 (sustainability)	援助が終了しても、プロジェクトによってもたらされた効果が持続する見込みはあるか、を問う視点。具体的には、制度的側面、財政的側面、技術的側面から当該効果の自立発展性を見込みを考察する。

また、評価5項目とログフレームとの関連を表2-3に示す。

表2-3 評価5項目とログフレームとの関係

ログフレームの 「プロジェクト の要約」欄	評価5項目				
	妥当性 Relevance	有効性 Effectiveness	効率性 Efficiency	インパクト Impact	自立発展性 Sustainability
上位目標	プロジェクト目標・上位目標が、被援助国側のニーズに合致していたか・日本の援助事業として妥当であったかをみる。	アウトプットの達成により、プロジェクト目標がどれだけ達成されたかをみる。	プロジェクト目標達成の度合い、およびアウトプットの達成度合いはコスト（投入）に見合っていたかをみる。	プロジェクトを実施したどのような長期的・間接的な波及効果があったかをみる。	協力終了後もプロジェクト実施による便益が持続されるかどうか、プロジェクトで支援した事業はどの程度自立する見込みがあるかをみる。
プロジェクト目標					
アウトプット					
投入					

<sup>2</sup>『JICA 事業評価ガイドライン改訂版(案)』2004年1月、企画評価部評価監理室による。

## 2-3 終了時評価のデザイン

### 2-3-1 評価デザインの策定

当該プロジェクトは、プロジェクト開始時にプロジェクト関係者によって事業計画（PDMフォーマット）が策定されており、また、中間評価実施<sup>3</sup>のあと、プロジェクトの方向性の変更と現在までの実績を反映させた形で、PDM<sub>2</sub>が策定されている。本終了時評価では、評価デザインを作成するにあたり、このPDM<sub>2</sub>を本事業計画の枠組み（ログフレーム）として使用した。

評価デザインの作成では、まず「本評価で何を知りたいのか」を示す評価設問（Evaluation Questions）を策定し、その設問に答えるための判断基準・方法および必要なデータと情報源を検討した。評価設問に沿った主な検討項目は表2-4に示し、評価デザインの詳細は評価グリッドにまとめて添付した（付属資料1参照）。なお、評価グリッドは、JICA本部担当部、評価調査団及びプロジェクト関係者代表からの意見を反映させ、評価分析団員がまとめた。

### 2-3-2 評価設問（Evaluation Questions）

日本側は、今後もバ国に対するリプロダクティブヘルス分野への支援を継続していく方針である。したがって、本評価では、プロジェクト実施の効果成否の確認に加え、本プロジェクトで得た経験・教訓を今後のより効率的・効果的な協力アプローチの策定・実施に活かすことも焦点となる。したがって、大きな評価設問は標準的設問である「プロジェクトを実施した価値があるか」に加え、特に以下の視点が重要と考えた。

- （1）本プロジェクトで選択されたプロジェクトの目標・計画内容は、今後数年間を見据え、バ国におけるリプロダクティブヘルス分野の開発課題に対して効果を上げる協力の方策として適切か。
- （2）プロジェクトによって、バ国の当該分野における人材育成の目標はどの程度まで達成されたか。達成された、また達成されなかった課題は何か。また、その成否の阻害・促進要因は何か。
- （3）プロジェクトの生産性、費用対便益、費用対効果を向上させた、または低下させた要因はなんであったか。
- （4）予期しなかったプラス・マイナスの影響があるか。またそれをもたらした要因は何か。
- （5）バ国の該当機関が持続的にリプロダクティブヘルス改善対策を実施してゆく体制を整備してゆく上で、プロジェクトが実施して有効であった、またはなかったアプローチ・手法は何か。

なお、より詳細な評価設問は、必要なデータ、収集方法、情報源とともに添付の評価グリッドに示した。

---

<sup>3</sup> 中間評価時には、PDM（ログフレーム）の改訂はなされず、その後改定された。

### 2-3-3 評価指標および必要なデータ (Evaluation Indicators and Required Data)

本調査では、上記の評価設問に答えるために、PDM<sub>2</sub> (ログフレーム) で規定された指標および補足データ (各目標レベルを測る代替指標の追加) で実績を確認し、その発現に寄与した実施プロセスに関するデータ、および観察された効果とプロジェクトの因果関係を検証するためのデータの収集に努めた。なお、目標達成度の検証に関して、PDM<sub>2</sub>では必ずしも指標に目標値が示されていないため、実施前・実施後の比較分析等を判断材料とする。主な必要データは、表2-4のとおり。

表2-4 評価設問と必要データ

評価設問	必要データ
0. ログフレーム記載事項に係る実績と実施プロセスの実績は。(実績と実施プロセス)	上位目標の指標数値の推移
	プロジェクト目標の指標数値の推移
	各アウトプット (成果) の指標数値の推移
	活動実績
	投入実績
	活動の進捗状況
	プロジェクトのマネジメント体制
	技術移転の方法
	受益者の事業への関わり方
	相手国実施機関のオーナーシップ
1. 本プロジェクトで選択されたプロジェクトの目標・計画内容は、今後数年間を見据え、バ国におけるリプロダクティブヘルス分野の開発課題に対して効果を上げる方策として適切か。(妥当性)	上位目標のバ国の開発政策との整合性
	プロジェクト目標のターゲットグループのニーズとの整合性
	プロジェクトの戦略 (目標、対象、地域、ターゲットグループなどの選択) の適正度
	上位目標の日本の開発援助政策との整合性
2. プロジェクトによって、バ国のリプロダクティブヘルス分野における人材育成の目標はどの程度まで達成されたか。達成された、また達成されなかった課題は何か。また、その成否の阻害・促進要因は何か。(有効性)	プロジェクト目標の達成度合い
	プロジェクト目標とアウトプット (成果) の関連性
	プロジェクト目標に至るまでの外部条件の影響
3. プロジェクトの生産性、費用対便益、費用対効果を向上させた、または低下させた要因はなんであったか。(効率性)	アウトプット (成果) の産出度合い
	バ国側投入の適正度 (質・量・タイミング)
	日本側投入の適正度 (質・量・タイミング)
	プロジェクト目標・アウトプットと投入の関連性
4. 予想しなかったプラス・マイナスの影響があるか。またそれをもたらした要因は何か。(インパクト)	妊産婦死亡率、乳児死亡率の減少への貢献度
	上位目標とプロジェクト目標の関連性
	予想しなかった正負の波及効果
	外部条件による影響
5. バ国の該当機関が持続的にリプロダクティブヘルスプログラムを実施してゆく体制を整備してゆく上で、プロジェクトが実施して有効であった、またはなかったアプローチ・手法は何か。(自立発展性)	政策的支援の継続、組織運営能力の変遷
	MCHTI の運営財源確保の可能性
	移転した技術の定着と普及の仕組み
	持続的効果の発現に必要な要素と阻害しうる要素



#### 2-3-4 データ収集方法(Data Collection Methods)

本調査では、定性的・定量的データを相互補完的に収集した。調査収集にあてる時間的・資源的な制約を鑑みながら、できるだけ適切かつ効率的な収集方法・情報源を組み合わせた。本調査における主なデータ収集方法は、以下のとおり。

- (1) 既存資料レビュー（プロジェクト・保健関連機関による統計・報告資料等）
- (2) 主要関係者へのインタビュー〔保健省担当官、カウンターパート(C/P)、専門家、パイロット地域の県・郡担当者、郡家族計画担当官(UFPO)、シニア家族福祉員(Sr.FWV)など〕
- (3) グループ・インタビュー（パイロット地域および非介入地域のFWV・FWAを対象としたフォーカスグループ等）
- (4) 直接観察

また、本調査は、日本側の調査団とバ国側の調査団の合同評価の形をとっており、データ収集の段階からバ国側の評価チームと協働で実施した。この段階では、バ国側のチームは主にログフレームの指標に沿ったプロジェクト実績データの収集およびナルシンディ県でのプロジェクトの介入と得られた成果の因果関係を検証する定性的調査（UFPO、Sr.FWV、FWV、FWAへのインタビューやフォーカスグループ調査）を担当した。

#### 2-3-5 データ分析・解釈と取りまとめ (Data Analysis & Report Making)

本終了時評価では、プロジェクト実施の効果成否の確認に加え、その経験・教訓を今後の同分野への継続支援に活かすことにも焦点が置かれる。評価結果は、JICAの事業実施部門・在外事務所やバ国におけるリプロダクティブヘルスプログラム実施機関によって活用および参考とされるものである。したがって、前述のように報告書は日バ双方の意見を反映させた「合同評価報告書（英文）」の形をとった。

上記で収集されたデータやその分析結果と総合し、まず終了時評価調査団およびバ国側評価コンサルタントが評価5項目の視点を用いてドラフトにまとめ、双方の評価調査団内で吟味した。次にプロジェクト関係者間で、特に提言内容について半日間の協議を実施した。その結果を踏まえたドラフトについては、主に合同調整委員会（JCC）関係者間で、2004年3月11日（木）の評価フィードバック協議<sup>4</sup>の場で更なる内容の再検討がなされ、そのフィードバック内容を踏まえて改訂・最終化がなされた。また、合意された「合同評価報告書」の要約・協議内容はミニッツに取りまとめられ、署名・交換された。

---

<sup>4</sup> プロジェクト運営委員会(Project Implementation Committee)のコアメンバーを中心とし、23名の参加を得て実施された。保健局側(DGHS)からは3名が招待されたが、当日は欠席であった。

## 第3章 調査結果

### 3-1 現地調査結果

#### 3-1-1 総括

本調査の結果、MCHTIの病院および研修機関としての機能強化という点においては、本プロジェクトの技術移転は成功したといえる。

無償資金協力や技術協力プロジェクトによって、それまでは単なる助産院だったところに医師が配置され、高度な医療技術の移転がもたらされながらも、従来ながらの助産師による自然分娩のスタイルを守り、さらに「女性に優しい病院」の認証を受けるべく、プロジェクトがイニシアティブをとってMCHTIのスタッフを育成したことが、内外からも高く評価を受けることになった理由であろう。

これまでに再三指摘されてきたMCHTIの人員配置および病院の維持管理に関するバ国側の予算確保は、プロジェクト終了後の継続性にかかわる重要な事項であるため、今後6か月の間で早急に解決される必要がある。ただし、このような問題は、MCHTIに限らぬバ国全体の問題であり、より上位での病院管理システムも併せて検討しなければならない。

研修の実施だけでは人材開発とはいえず、それらを通じて本当に質の高いサービスが妊産婦にもたらされたかが重要である。そのため、フィールドでのフォローアップや、そこからの研修内容・計画へのフィードバックメカニズムが保証されていないことが、プロジェクトを終了するにあたって最大の問題点として指摘された。

これは、MCHTIの内部で解決できることではないため、JCCでの更なる具体的な検討が必要である。しかし、これは他の研修一般についても同様に言えることであり、JCCを超えてバ国の保健政策の中での人材開発全体について議論し、計画の中に取り込んでいく必要があるだろう。その意味で、今回MCHTIという施設を中心とした人材開発を検討するだけでは限度があり、新・保健栄養人口セクタープログラム(HNPSP)の策定および人材開発全体の議論の中で反映すべく、積極的に政策・戦略議論に参加すべきである。これまで人口保健政策アドバイザーの要請を受けていながらも日本から派遣できなかったこともあるが、今後派遣予定の企画調査員を通じて、セクターワイドアプローチ(SWAPS)の中での情報収集や貢献が必要となろう。

新規プロジェクトの可能性については、今後の更なる検討事項であるが、本調査団員の中では、より地域レベルでのサービス提供の量と質に焦点をあて、それを政策提言するための人材開発のメカニズムを作り、実際に政策へのフィードバックができるようなプロジェクトを目指すべきではとの意見が多かった。企画調査員には、MCHTIおよびナルシンディ県での今後のプロジェクトのフォローアップを通じて、新規プロジェクトの可能性を模索ありたい。その際のポイントは、本プロジェクトで問題となった「だれが実際のC/Pであるか」を明確にすることであり、そのC/Pが主体的にプロジェクトの立案にかかわっていけるようにすることである。日本側がリードすることは構わないが、日本側だけで構想した場合、バ国側の主体性を引き出すことは困難となるであろう。

「バングラモデル」の中で、新規プロジェクトが位置づけられるのであれば、今後の無償資金協力や草の根無償など、他のスキームも組み合わせた日本のリプロダクティブヘルス分野での貢献を検討すべきである。人材開発は、本来10年以上のスパンで考える必要があり、バングラデシュモデルの中では長期的な視野にたって計画と戦略を立てることも必要であると思われる。

### 3-1-2 HPSP および HNPSP の現状と問題点～プロジェクトへの影響

保健人口セクタープログラム(HPSP)は、当初予定の5ヵ年計画の期間を2003年6月30日に終了した。しかし、次期HNPSPは2003年7月1日には結局立ち上がりず、その後今日(2004年3月)まで、暫定的な「繋ぎプログラム」状態となっている。

本調査団派遣時期(2004年3月)にHNPSPの基本計画及び予算が承認されたと報じられた(2004年3月19日付新聞報道)ものの、実際の執行開始までにかかる期間については、いまだ見えない部分が多い。

この繋ぎプログラム期間中は、各機関や各部局ごとの個別の活動計画及び繋ぎ予算(Bridge Budget)に基づいて個別事業が実施されている。家族計画局などはフィールドワーカーまで含めた関係総職員約80,000人の給与が2003年6月から遅配となっており、2004年2月現在もそれが続いている状態である。これは、家族計画国家事業が始まって以来、最悪の状況であるといわれている。

また、世界銀行を中心にしたコンソーシアムも、HPSPの失敗(家族計画局と保健サービス局の統合の失敗、コミュニティ・クリニック(CC)の失敗、アウトリーチ方式からワンストップサービス・デリバリー方式への失敗、物流管理の失敗など)を背景に、その方針を大きく変更させてきている。1998～2003年のHPSPの失敗に伴い「コモンバスケット方式」が見直されており、既にカナダ、スウェーデン、ECがこの方式に対する不安を表明した。

今後、政府のSWAPの推移や各援助機関・援助国の動きを注意深く見守る必要がある。バ国では、HPSPの失敗を機に、SWAPのあり方にも、今後、何らかの変化が起こることは歴然としている。

最新の人口保健調査によると避妊実行率の全国平均は前回53.8%であったものが51%へと低下した。近代的避妊法、伝統的避妊法ともにHPSPの混乱で、ロジスティックスが滞り、現場でのサービス提供がスムーズに行かなかったため低下した。合計特殊出生率は3.2～3.3で、1993年以来10年間横ばい状態となる。

バ国では、現在年間400万人の女性が妊娠し、そのうち妊娠や出産に関する原因で、少なくとも25,000～28,000人の女性が命を落としている。この多くが、予防可能な原因による死亡である。また、出産の90%以上が自宅分娩で、その多くがDai(ダイ)と呼ばれる伝統的助産婦(産婆/TBA)による立会いである。24万人が妊娠合併症などの危険な状態に陥り、結局、出生10万対320～400の割合で母親が死亡している。

バ国では母親の約35%が15～19歳である。そのうち約42%が16歳未満で、その多くが避妊をしていない。若い母親は、栄養失調、貧血なども多く、未熟な状態での結婚(早婚)による妊産婦死亡も多い。更には、社会的文化的差別(ジェンダー)の影響も大きいと考えられる。

2004年1月1日付で、保健サービス局と家族計画局の分離(ディス・ユニフィケーション、セパレーション)が実施された。HPSP5年計画では、両者の統合(インテグレーション、ユニフィケーション)が図られたが、結局それは成功しなかった。プロジェクトはこの2局の統合を前提に設計されていたため、多くの負の影響を受けた。

今年(2004年)に入って、家族計画局では、早速、各県の家族計画担当部長が陣頭指揮に立ち、県・郡レベルでのセミナー・ワークショップを連続的に開催している。今までの家族計画事業の遅れを取り戻すためのプロセスである。

一方では、HPSPによって「クリニカル方式」に戻ったがゆえに5年間放置されていた「家族計

画実行者（カップル）登録」を再開した。これはアウトリーチ事業の展開には最も必要な手続きであり、実行者の把握のための基礎資料でもある。

また、母子保健サービス提供を行う場合、包括的なサービスが必要である。日本がこの分野で援助を行う場合、家族計画局だけをC/Pとするのでは、不十分であることは歴然としている。その意味では、2局の統合を前提としたプロジェクトの計画は当時の状況では妥当であった。しかし、家族計画局側のアレルギーは特に強く、郡やユニオンレベルでは、保健医療サービス(HS)と人口家族計画(FP)は統合的に活動を行うともいわれているが、依然、5年間の確執が、組織的に尾を引いていくことは想像に難くない。

今回、プロジェクトが対象としたナルシンディ県のSr.FWVおよびFWVについては、専門家の直接介入により、妊産婦検診や産後ケアについて一定の成果を得ることができた。しかし、パンチドナユニオンをはじめ、FWVが不在（空席）のユニオンが少なくないこと、検診については改善されたものの、施設分娩が進んでいない地域では、いかに高度な技術を学んでもそれを生かせる機会がほとんどないこと、また、ユニオン保健家庭福祉センター(UHFWC)やコミュニティ・クリニックには、水・電気、基本薬品のない施設が多いことなど、フィールドにおける根本的な問題が多く、プロジェクト活動だけでは解決できない課題が残されている。

### 3-1-3 「女性の健康」の観点から見たプロジェクトの取り組み

人材開発は「女性の健康」を実現するうえで重要な取り組みであることは間違いない。しかし、人材開発そのものは目標ではない。あくまで女性の健康が実現することが目標であり、研修やトレーニングはその目標を実現するための一つ的手段と位置づけられる。では、その「手段としての研修」が効果を発揮するための条件は何か。本プロジェクトでは、質の高い臨床サービスの実践、現場のニーズを反映した研修内容、研修修了者に対する現場での支援の3点が、人材開発という戦略を女性の健康の実現という成果に結びつけるための条件であると考えて活動してきている。

MCHTIの役割が臨床実習主体の研修を提供することにある点を鑑みると、質の高い臨床サービスの実践は、研修の質に直結する重要な要因とみなされる。プロジェクトでは緊急産科ケアを提供するための医療技術の向上に正面から取り組み、いわゆる2.5次医療施設としての機能を獲得しつつも、正常分娩に関しては、助産師が前面に立ち出産する女性の希望する体位を尊重し女性の側に立った出産を実現している。これはMCHTIが達成しつつある成果を表す一つの事例といえよう。

診療の質について語る言葉として「患者中心の医療」「全人的医療」などが使われるが、実際に保健医療サービスを提供する場面でこれらの言葉の意味するところはあいまいである。一般には、診断が科学的に正確でありその結果を受けた治療の合理性や医療技術の水準の高さをもって「診療の質」が語られがちである。しかし、貧富や社会階層などを理由に一部の患者の診療を拒否することも起こりうる社会状況のなかで、本プロジェクトではプロジェクト開始当初から、患者を一人の人間として大切にするという姿勢がプロジェクトリーダーにより強く示された。そして、その姿勢を実際に取り組み可能な課題として具体化するために「女性に優しい病院」というコンセプトをMCHTIのミッションステートメントとして採用した。特に、看護の分野で各専門家が重視したのはケアの質であり、この視点も「女性に優しい病院」のコンセプトに統合された。

プロジェクトでは、研修修了者が自分の持ち場に帰ったときに、「地域住民のニーズにこたえる」

という意味で質の高いサービスを提供できるという視点を重視して、研修が成果をあげているかどうかを評価している。特に、プロジェクト期間の後半では、ナルシンディ県をフィールドとして、そこでの活動を通して地方の医療行政機構の中で、研修生が得た技術と知識を生かして適切なリプロダクティブヘルスサービスを提供すること、そして、その活動を通じて教訓を導き出し人材開発へフィードバックすることを目的に取り組んでいる。

質の高い人材開発を目指すプロジェクトとしての臨床サービスおよび研修活動の両方に共通する基本的な姿勢は、保健医療サービスを必要としている人々のニーズを重視することであり、この基本姿勢を行為として実践する努力をしてきたことが、国家保健政策(HPSP)の変更や MCHTI の社会的な位置づけの低さなどの厳しい外部要因の存在下でも、臨床と研修の両面においてよい効果をもたらしたと推察できる。

保健サービス提供者に対する研修やトレーニングが実施されるだけでは、地域住民へのよい保健サービスの提供、最終的には彼女らの健康向上に必ずしも結びつくとはいえない。例えば、保健医療施設への交通事情が改善されてアクセスが確保されたり、診療所に必要な医薬品が供給されたりなどなど、外部条件が整うことも、よい人材を確保することと同時並行で実現する必要がある。この点はほとんど自明の理ともいえようが、バ国のリプロダクティブヘルスの現場にあって、具体的に効果のある活動として実践するには困難な課題である。

本プロジェクトの一つの特徴は、研修やトレーニングが効果を発揮すること、すなわち地域の女性たちが質の高い保健サービスを受けることができるようになるために、具体的にどのような活動が必要なのかという問いに答えを出そうと試みてきたという点にある。そして「サポートティブ・スーパービジョン」という考え方にたどり着いた。この考え方は、一言で、「支援的な訪問指導」ともいえようか。例えば、6か月間の研修を終了した FWV が一人で働いている一次医療施設を Sr.FWV や UFPO が訪問して、彼女らの妊産婦健診の技術や態度を観察するとともに、その活動を激励・支援することを日本人専門家の指導のもとに実践している。重要なのは「支援的」であることで、研修を終了して知識や技術を深めた FWV たちが現場の状況を改善しようという意欲を示したときに、それを周囲が認めて積極的に支えることで、産前健診の受診率やハイリスク妊婦の上位医療施設への紹介数の向上という結果になって表れている。

以上に述べたことはいわば「内容」に関することである。開発協力を目的としたプロジェクトとしては、これらの内容がバ国側により引き続き実行され、さらに発展されることが望まれる。

MCHTI の臨床および研修の機能強化についての様々な働きかけ、ナルシンディ県におけるサポート活動は、それぞれ MCHTI およびナルシンディ県における既存の組織を対象としてそれらの組織を強める形をとってきた。したがって、プロジェクト期間が終了して日本人チームが帰国したあともプロジェクトが実現を目指してきた考え方は、これらの組織に引き継がれることが期待できる。

他方で、本プロジェクトが取り組んできた臨床、研修、そしてフィールドでの学びをリプロダクティブヘルス分野における技術的提言として関係諸機関と共有する活動に関しては、現時点ではプロジェクト運営委員会(PIC)が受け皿となり、日本人専門家が主導する形で実施されている。PIC はプロジェクト期間終了とともに、少なくとも現在の形態のままでは存続しえないので、これに代わる具体的な仕組みをプロジェクト終了時までには軌道に乗せる必要がある。

プロジェクト実施に際して、「内容」を作ることと、それを支え発展させていく「枠組み」を作ること、車の両輪のようにどちらが欠けても前に進むことができなくなってしまうという意味で、同じように重要である。ところが、バ国の政府の仕組みの複雑さと非効率的な側面が、持続性を確保することの難しさという形で、本プロジェクト実施中に様々な場面で現前している。加えて、双方の関係者の密なコミュニケーションと相互理解に基づくプロジェクト運営が必ずしも実現していないという印象も受けた。例えば、健康教育をプロジェクト全体のデザインの中でどのように位置づけるかという具体的な活動に関しての十分な合意形成がなされず、結果としてその活動の持続性は十分に確保されなかった。

今回の終了時評価の過程で導き出された一つの教訓は、プロジェクト形成の初期より日本とバ国の双方の関係者がプロジェクトの持続性確保についての具体的な方策を話し合い実行すべきであるという点である。相互理解と相互信頼は国際協力のいわば原点であると同時に文字どおり相互のやりとりの中で醸成されるべきものであるが、ともすれば相手国側にはその意識が希薄となりがちである。したがって、技術的支援と同様に、持続発展性の確保に関しても、特に日本側がイニシアティブをとることを強く期待したい。

#### 3-1-4 NGO との連携の可能性

プロジェクトの特に後半の期間では、フィールドにおける NGO との連携を試み、概ね順調に進んだといえる。

一方、多くの援助機関・援助国は、HPSP（1998～2003 年の 5 年間）において全く予定通りの予算執行ができなかった。特に、世界銀行中心のコンソーシアム・プールファンドは、結局 4 割以上の余剰金を残して終了してしまっただけともいわれている。そこで、政府による予算執行に多くの不安を残した援助機関・援助国は、ある意味では、政府を見限り NGO への予算執行を増大させつつある。つまり、GO/NGO「連携」というよりも、GO/NGO「競合」を促進させる構造が醸成されつつあるともいえる。米国はかなり早い時期から、政府を相手にせず NGO を通した人口保健活動支援を実施してきたが、他の援助国や機関もサービス提供を確実に地域住民に届けるための支援には NGO を活用するほうが効率的であるという判断にたっている。ドナーコンソーシアムの中には GO と NGO、更には民間の間での競合・競争関係を今後さらに推進したいという意図がある。

同一地域で NGO と GO のサービスが競合することになると、ある意味では「選択肢」の拡大のようにも見えるが、貧困層や農村地域での地域住民に対するサービスの欠如は、それでもなお解決されないという事実は見逃してはならない。

政府サービスが「無料」である一方で、NGO はフレンドリーで質の高いサービス提供や丁寧なフォローアップを前提に「有料化」を推進している。同じ地域で同じサービスを受けても、一方が有料で一方が無料だとすれば、NGO ワーカーの活動はやりにくくなる。NGO のサービスが何故有料かが住民には理解されにくいからである。

また、バ国における保健分野の NGO は多極化しており、BRAC のような収益事業で得た収入を公共事業にあてているような自立型や、中・上流階級層をターゲットとした上流サービス型、また、各国ドナーからのコントラクトアウトを受けて運営する専門 NGO、より貧困な層を対象にするが財政的な自立発展性の低い NGO などが混在している。

今後、本格的な NGO との連携事業を考えていく場合には、NGO の特性をよく知り、GO/NGO がお互いの立場を尊重しながら、時間をかけて「住民参加型のシステム（市民社会組織）」を作り上げ

ていく必要がある。

## 3-2 プロジェクトの実績

### 3-2-1 投入の実績

#### (1) 日本側

##### 1) 長期および短期専門家

長期専門家および短期専門家の派遣実績表を付属資料2に示した。

プロジェクト終了時までには、総じて9分野にわたる12名の長期専門家が288人月分派遣される予定である。専門分野の内訳は、総括、プロジェクト調整、研修モニタリング・評価、助産師研修、看護管理、産婦人科、臨床検査、母体ケア、栄養、および健康教育であった。

終了時評価時点で、26名の短期専門家が、38回にわたり22分野において50人月分派遣された。さらに、8名(8.4人月分)の派遣がプロジェクト終了までに計画されている。短期専門家の平均滞在期間は1.3人月/回で、少ない専門家で0.17人月(5日間)長期では5.97人月であった。専門分野の内訳は、以下の22分野である。

産婦人科、臨床検査、医療器材管理、医療情報管理、人的資源開発、助産技術、麻酔技術、新生児科、超音波診断技術、母体ケア、看護管理、手術看護、新生児看護、教官研修(TOT)研修モニタリング・評価、病院統計、薬剤管理、水道供給システム、医療施設・機材維持管理、人間関係性トレーニング、AV教材開発、GO/NGO連携、ベースライン調査企画

総じて、R/D協議(1999年6月24日付)の資料で計画されていたすべて(10分野)の分野において技術専門家が提供され、その他12分野が追加された。

##### 2) 医療および研修機材供与

MCHTI、母子保健機関(ICMH)、国家人口研究訓練機関(NIPORT)、卒後研修技術研修室(TTU)およびその他の機関に供与された医療および研修機材の実績表を付属資料1のANNEXIIIに示した。

プロジェクト終了時までには、総額943,200米ドルの医療および研修機材が供与される予定である。なお、この額には無償資金協力スキーム下でMCHTIに供与された875,685米ドルの医療機器材は含まれていない。

終了時評価時における供与機器材の使用頻度および稼働状態について、表3-1に示した。ほとんどの機材(86%)が稼働しているが、わずかの機材(7%)の稼働状態が把握されていない。また、使用頻度については、半分以上(64%)の機材は毎日または定期的に使用されているが、4分の1弱(23%)が十分には使用されておらず、わずか(7%)ではあるが、故障・紛失している機材が見受けられた。

表 3-1 供与機器材の使用頻度および稼働状態

使用頻度・稼働状況	#	%	機材の状態	#	%
A：継続的な使用（毎日）	220	43%	0：紛失または確認不可能	0	0%
B：定期的な使用（週1～3回）	108	21%	1：正常に稼働可能	441	86%
C：時々使用（年間3～11回）	27	5%	2：稼働するが小さな不具合有	15	3%
D：使用されていない	120	23%	3：正常に稼働していない	8	2%
E：故障・紛失または未確認	37	7%	4：修理中	8	2%
総数	512	100%	5：故障（廃棄対象）	4	1%
			6：状態不明	36	7%
			総数	512	100%

Source: Project Office, March 2004

### 3) C/P 研修

C/P 研修の実績表を付属資料 1 の ANNEXIV に示した。

総じて 18 名が全体で 24 人月の期間にわたって日本において C/P 研修を受けた。また、C/P のうちさらに 8 名（重複あり）が全体で 15 人月にわたり国際協力福祉サービス(JICWELS)の支援による研修に参加した。終了時まで、さらに 3 名がリプロダクティブヘルスプログラム管理（2 名）、病院管理（1 名）に関する研修を受ける予定である。

研修の対象分野は以下のとおり。

病院管理（4 名）、母体保健・ケア（10 名）、産婦人科（1 名）、新生児科（3 名）、看護ケアおよび助産師研修（1 名）、人的資源開発（5 名）、臨床検査管理（1 名）、麻酔科（1 名）、超音波診断（1 名）、デジタルビデオ製作（1 名）、リプロダクティブヘルスプログラム管理（2 名）

### 4) 現地業務費

日本側からの年間現地業務費の拠出実績表(推定含む)を付属資料 1 の ANNEXVI に示した。現地業務費として、プロジェクト終了時まで、488,509 米ドルが日本側から拠出される予定である。現地業務費は、効果的で円滑な事業実施のための雑費も含まれる。例えば、MCHTI では医療施設・機器材維持管理の技術者が配置されていないため、維持管理のための契約職員雇上費・および維持管理費の 50% は現地業務費で賄われた。また、MCHTI には研修生用の宿舎が併設されなかったため、NIPORT の研修生用宿舎の改修費もここから拠出された。現地で企画実施された研修機関職員向けのコンピューター研修などもこの費用でカバーされている<sup>5</sup>。

## (2) バ国側

### 1) C/P の配置

保健家族福祉省、MCHTI、ICMH および NIPORT において配置された C/P（名前および人数表）の実績表を付属資料 1 の ANNEX V に示した。

<sup>5</sup> コンピューター研修への投入は、総額 342,900 タカ(約 720,090 円)で、MCHTI 職員 35 名、TTU 職員 6 名、NIPORT 職員 15 名に対して実施された。



終了時評価時点では、R/D で合意された 11 の専門分野と JCC や PIC など運営管理担当者を合計して 58 名の C/P が選任された。また、協力実施期間中(4.5 年)の通算では、103 名の C/P が配置されたことになる。この数値差は、日本側による数次にわたる異動取消し・延期への見直し要請にもかかわらず、選任職員の人事異動<sup>6</sup> が頻繁にあったことに起因している。

一方、関連機関および MCHTI におけるプロジェクト活動関係者数は、2002 年 5 月の 135 名から終了時評価時の 147 名<sup>7</sup> に増加した。しかし、プロジェクトの当初から日本側が MCHTI への配置を要請していたポスト(53 ポストが認証された<sup>8</sup>)は、終了時評価時点でいまだ配置がない。このポストの中には、MBBS 認定医、学士以上の看護師、施設・医療器材管理の技術者も含まれている。これは、バ国では組織体制の変更が正式に認められるまでに長く複雑な過程を要することに起因する。

## 2) 施設および日本人専門家の執務室提供

1999 年 6 月 24 日に手交された実施協議時の合意文書(R/D)の内容と実績を比較したものを表 3-2 に示す。

表 3-2 施設および日本人専門家の執務室提供(計画と実績の比較)

計 画	実 績
1) プロジェクト実施に十分な場所・施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Azimpur Maternity Centre (旧 MCHTI) および日本の無償資金協力で建設された MCHTI の建物が提供された。</li> <li>・ 新 MCHTI には、研修室は 2 部屋ほどしか設計されなかった。</li> <li>・ 新 MCHTI には、夜勤にも参加する FWV 長期実習生用の宿舎が建設されなかった。</li> </ul>
2) 専門家の執務室および必要な施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1999~2002 年中頃まで 3 年間 TTU 内に専門家執務室が提供された。</li> <li>・ 2000~2004 年まで 4 年間新 MCHTI 内に専門家執務室が提供された。</li> </ul>
3) プロジェクト活動に必要な電気・ガス・上下水道・電話・事務所家具および運営必要経費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ プロジェクト活動に必要な電気・ガス・上下水道・電話線・一部事務所家具および MCHTI の運営費が提供された。</li> <li>・ MCHTI の運営費ではカバーできない一部の医療機器および施設の維持管理費については、日本側が負担した。</li> </ul>
4) その他双方でその必要性が合意された施設の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 宿舎確保の問題が JCC および PIC で協議され、アサッドゲート地区の FWVTI およびダッカ医科大学付属看護学校のドミトリーが提供された。</li> </ul>

出典 実施協議調査団報告書(R/D: 1999年6月24日) および終了時評価調査団による聞き取り

## 3) 事業コスト負担

バ国側からの運營業務費である MCHTI の運営費の拠出実績(推定含む)表を付属資料 1 の ANNEXVI に示した。

2000 年 7 月から 2004 年 6 月末までに、総額 1,441,193 米ドルが MCHTI の予算として配分された。過去 4 年間にわたり、年度ごとに予算額全体および経常予算の割合は増加傾向にある。

<sup>6</sup> 詳しくは付属資料 1 の ANNEXV を参照のこと。

<sup>7</sup> 前述の中心的な C/P 58 名を含む。

<sup>8</sup> 当初の要員の見積もりでは、新 MCHTI において新規 226 ポストが必要とされていた。この数は、保健家族福祉省によって半減され、また財務省に半減されて結果的に 53 ポストとなった経緯がある。

### 3-2-2 活動の実績

以下、23項目にわたる活動が PDM<sub>2</sub>（ログフレーム）に示されている。終了時評価時までには実施された、もしくは現在継続中の活動は以下のとおり。

表3-3 活動実績（計画と実績の比較）

活動計画	実績
アウトプット1を達成するための活動：MCHTIの臨床機能が向上する。	
1-1 臨床技術を向上させる。(OB・新生児・麻酔科・助産技術)	MCHTIのカウンターパートとプロジェクト長期専門家双方の協力の下、2002年6月にMCHTIにおいて産婦人科の臨床基準（ガイドライン）が作成された。
1-1-1 臨床基準を作成する。	2001年9月には医師・検査技師等用に病理学室用のオペレーションマニュアルが開発された。これにより、実施手順が標準化され、サンプル収集方法、検査手順、検査機材の利用および維持の基準が確立された。  2003年6月には、Sr.FWVシニア看護師とFWV用に看護標準モジュールが改訂された。また、2003年12月には、看護および助産ケア基準がそれぞれ準備され、使用されている。  2003年2月には、新生児ケアを標準化するために、新生児ケアマニュアル（初版）が策定された。  産婦人科および超音波検査に関する臨床サービスの質をモニタリングするための指標が設定された。これらの指標の動向は、各局長および病院運営管理委員会によって月ごとにモニタリングされている。  産婦人科医師会会議および産婦人科長会は定期的実施されており、臨床基準やパフォーマンスを確認するための臨床指標に関して協議がなされている。外部の専門家によると、ほとんどの臨床活動は臨床基準通りに行われており、そのパフォーマンスも十分なレベルであるとのことであった。医師や看護師は、臨床活動を実施するうえで、サービス提供者としても、研修指導者としても適切な役割を担えるようになった。
1-1-2 臨床基準にしたがったサービスが提供される。	
1-1-3 臨床指標にしたがってモニタリングが実施される。	
1-1-4 診療会議を定期的に行う。	
1-2 看護管理システムを確立し維持する。	3年目の終わりには、看護管理・助産管理に関する基本的な目標が達成され、その1年後にフォローアップ活動が実施された。准看護長や各局の担当者達は看護管理に関する基礎的な技能を身につけた。
1-3 臨床検査のサービスを確立する。	MCHTIにおける臨床検査サービスは確立され、記録によればサービス利用は年々増加している。
1-4 レントゲン検査のサービスを確立する。	MCHTIにおけるレントゲン検査サービスは確立され、終了時評価の時点での記録では、サービスの利用者数は段階的な増加を見せている。特に、同検査室の超音波検査サービスはプロジェクト実施期間を通じて増加傾向を見せている。
1-5 合理的な病院運営管理を行う。	MCHTIに、合理的な病院運営管理のアプローチが導入された。病院運営管理会議は定期的実施され、運営管理に関する問題点を認識し、その対応策について協議している。医療機器および施設使用の手引きおよび物流管理システムの手引きの導入を通じて、医療機器の保守管理や物流管理は改善された。  病院情報システムやそのデータをMCHTIのパフォーマンスを上げるために適用することに関する理解のレベルはまだ不十分である。
1-5-1 運営管理会議を定期的に行う。	
1-5-2 病院統計システムを確立し、MCHTIのパフォーマンスを明確にするための必要なデータ分析や調査を行う。	
1-5-3 施設・機材管理を適切に行う。	
1-5-4 院内ロジスティックス・システムを改善する。	
1-6 来院したクライアントおよび家族に対して健康および栄養に関する啓蒙普及活動を定期的に実施する。	来院したクライアントおよび家族に対して健康および栄養に関する情報が提供された。MCHTIでは、定期的に栄養に関するクラスと父親のためのクラスを実施した。このような啓蒙普及活動が来院したクライアントおよび家族に対して与えた影響・効果はまだ把握されていない。
1-7 「女性に優しい病院」の認定を取る。	「女性に優しい病院」の認定を取るためには、以下の項目について働きかける必要がある。 1. ケアの質 2. 母子パッケージ 3. 女性に対する暴力防止のための戦略 4. 保健医療サービス提供に関する男女間の平等及び資源の公正な分配

活動計画	実績
	MCHTIは、上記の項目について、認定を受ける準備が整っている。しかし、保健省の中で認定を出す機関が確定される必要があり、現在、UNICEFと保健家族福祉省の間で認定問題について調整中となっている。
アウトプット2を達成するための活動：MCHTIでの研修機能が向上する。	
2-1 研修部を確立する。	MCHTIの研修部室が改築され、リプロダクティブヘルスサービス分野の臨床研修を実施するための資機材（モデル・チャート・視聴覚機材）が提供された。
2-2 研修指導者を育成する。	定期的に研修の進捗を確認する研修部会議や、研修調整や研修運営問題について協議を行う研修委員会が開催された。
2-2-1 研修運営管理機能を強化する。	研修計画が定期的に見直され、優先事項が反映された実施可能な研修企画書が作成された。
2-2-2 研修部会議を定期的開催する。	一年ごとに年度研修計画書が作成され、HPSPの卒後研修計画の一部として保健家族福祉省に提出された。
2-2-3 実施可能な研修実施計画書を作る。	研修指導者の技術を向上させるためにいくつかのコースが実施され、12名のカウンターパートがTOTコースに参加し、6名のカウンターパートがそれぞれ助産研修と人材開発のコースに参加した。
2-3 研修指導者の技術を向上させる活動	18名のカウンターパートが日本国内で以下の分野における研修を受けた。（病院管理、母子保健、産婦人科、新生児科、看護、助産、臨床検査管理、麻酔、超音波検査、デジタルビデオによる教材の開発）
2-3-1 指導能力を向上させる研修を行う。	9名のカウンターパートおよび関係者が日本および第三国（カンボジア）で研修を受けた。（JICWELSアジア母子保健ワークショップ、JICAカンボジア母子保健プロジェクトへのスタディツアーなど）
2-3-2 BCCの指導能力を向上させる。	NIPORTと共同で「行動変容のためのコミュニケーション(BCC)」に関する研修指導者用のマニュアルが開発され、FWVのマスター研修指導者を対象としてBCCに関する研修コースが実施された。
2-3-3 研修カリキュラム・テキスト・教育技術などのノウハウの蓄積を行う。	リプロダクティブヘルス分野の数々のカリキュラム・テキスト・研修マニュアルを見直し、研修手法を標準化した。この見直しの過程から、NGOを対象とした2か月の助産研修用カリキュラムが作成された。
2-4 リプロダクティブヘルスサービス提供者への研修を実施する。	MCHTIは毎年政府やNGOの要請を受けて研修を実施している。MCHTIで研修を受けたリプロダクティブヘルスサービス提供者の数は過去5年間で3,647名（政府関係者1,770名、NGO関係者1,877名）に上り、計画通りに実行された。
2-4-1 依頼された研修コースを実施する。	研修生の能力査定仕組みが導入され、実施前・後テストや標準化された質問票およびチェックリストを用いた査定が実施されるようになった。
2-4-2 研修生による研修実施に関するフィードバックを行う。	研修の終了後のまとめや研修生による研修実施に関するフィードバックも行われるようになり、研修実施法や管理法などの問題に対する対処法が協議されるようになった。
2-4-3 研修終了後のまとめを行う。	PIC会議において隔週の研修進捗報告書が発表されたが、情報の共有にとどまった。四半期研修報告書および年間研修報告書は作成されなかった。
2-4-4 報告書を作成する。	助産技術に関する学習要領や指導要綱が準備され、配布された。手術の手順・医学治療・Manual Procedures・輸血・麻酔において最低限のパフォーマンス達成目標が導入され、母子福祉センター(MCWC)で従事するFWVを対象としたEOC研修で適用された。助産技術研修にはログブックが導入され、ユニオン家族福祉センター(UFWC)で従事するFWVの助産技術の向上に役立った。
2-5 助産技術に関わる教科書・指導要綱を作成する。	

活動計画	実績
<p>アウトプット3を達成するための活動：地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる。</p>	
<p>3-1 現場でのリプロダクティブヘルスに関わるヘルスワーカーの活動状況を把握する</p>	<p>ナルシンディ県におけるリプロダクティブヘルスサービスに関する現状把握調査が実施された。ナルシンディ県において県・郡・地区・村レベルでリプロダクティブヘルス関連の施設を提供している施設は全部で85か所あった。その中で、NGO・民間営利団体が運営する薬局や村医者などの数はわずかであった。本プロジェクトのターゲットグループであるFWVは、地区(Union)レベルの施設に従事している。現状把握調査の結果、スタッフの卒後研修や支援的巡回指導およびモニタリング、スタッフ数、IEC教材、施設の清潔度、電気や医薬品の有無などに問題があることがわかった。</p>
<p>3-2 FWAが把握している妊婦情報をFWVが活用して安全なお産を実現するための適切な行動をとれるように支援する。</p>	<p>プロジェクトは、FWVが安全なお産を実現するための適切な行動をとれるように支援した。血圧計などの必要な機材や妊婦台帳など必要な書類が提供され、FWVによる妊婦情報の記録やUFWCやサテライトクリニックにおけるFWAとの連携が促進された。そのおかげで、FWVは、コミュニティにおいて妊婦の状況を把握しているFWAからサービスを提供するにあたり必要なフードバックを受けることができた。したがって、プロジェクトの介入があった地域では、安全なお産のためのサービスの提供数とその内容は改善されたと考えられている。</p> <p>FWVおよびFWAに実施したフォーカスグループから、これらの支援は彼女らの期待と比較して、まだ十分とはいえず、またサービスを受ける妊婦の期待にも沿うためにはより効果的な支援的巡回指導が必要であることがわかった。</p> <p>FWVはFWAに対する監督指導を実施しているというよりは、FWAの支援を受けてサテライトクリニックにおけるサービス提供を実施しているという実態も明らかになっている。</p>
<p>3-3 FFWVおよびFWAが周産期異常を把握する。</p>	<p>バ国の専門家およびJICA専門家は、定期的にプロジェクトのパイロット地域を訪問し、FWAやFWVが周産期異常のあった妊婦に対する出産および産褥ケア(PNC)サービスを提供できるよう支援した。この訪問によってFWAやFWVは動機づけられたが、フォーカスグループの結果、交通手段や手当てなどへの支援が不足しているため彼女らが産褥ケアサービスを十分提供できないことがわかった。同時に、介入地域と非介入地域のデータの比較から、産褥ケアに関しては顕著な違いが見られなかった。</p> <p>現状把握調査においても、ナルシンディ県の農村地域において「産褥ケア」の考え自体が欠落していること、また「安全な母性」のためのサービスの中で、産褥ケアが一番軽視されている部分であることが地域住民によって指摘されていることがわかっていて、サービス提供者側に対する交通手段や手当てなどが不足していることは、研修で身につけた技術と知識をサービスに適用するうえで大きな阻害要因とされている。したがって、今後適切なリファラルシステムを確立するためには、適切な対処法が必要である。</p>
<p>3-4 FFWVに対する効果的な巡回指導が実施されるように支援する。</p>	<p>リプロダクティブヘルスサービス提供者の現状把握調査によると、「支援的巡回指導」の考え方は、パイロット地域において欠落していることがわかった。プロジェクトは、ナルシンディ県のパイロット地域において、巡回指導担当者に対して1年にわたり支援を提供した。</p> <p>パイロット地域のFWVに対するフォーカスグループでは、このような支援はFWVと指導担当者の間の交流を促進し、巡回指導の頻度を増加させた。</p> <p>ほとんどの巡回指導は報告書の準備やその回収など最低限の行政手続き的な活動を含むに過ぎなかった。「支援的な」巡回指導項目である継続的な教育的指導を通じたFWVの知識や技術の強化などは、あまり重視されていなかった。</p> <p>このフォーカスグループから、FWVは指導担当者に与えられる達成目標に対する意識は高いが、自己啓発のための余裕がないことがわかった。これらは支援的巡回指導システムそのものがいまだ発展途上であることを示唆している。</p>
<p>3-5 郡における月例会議を効果的なものにするために支援する。</p>	<p>JICA専門家は、郡の担当機関に対し月例会議をより効果的・効率的にするよう指導しただけでなく、プロジェクト活動資金からIEC教材など必要資材を提供した。</p>
<p>3-6 研修修了者のモニタリングを現場で実施する。</p>	<p>JICA専門家は、ナルシンディ県において、研修を終了したFWVの職場を訪問し、地域の監督指導担当官とともに技術的な指導を実施した。</p>

活動計画	実績
3-7 研修生が現場で必要とする医薬品・資器材が適切に供給されているか現状を調査し、必要に応じて郡・県レベルで可能な改善方法を提言する。	ナルシンディ県における現状把握調査を通じて研修生が現場で必要とする医薬品・資器材の供給状況が調査され、不足状況が明らかにされた。しかし、実施可能な改善方法に関する提言は含まれていなかった。  Sr.FWV や UFPO に対するインタビューから、月例会議において医薬品資器材の問題が取り上げられたものの、これらの問題に対する解決法が政策的な理由から見出せなかったことがわかった。彼らによると、この問題は現在解決し、状況は改善に向かっているとのことである。
アウトプット4を達成するための活動：人材養成を通じたリプロダクティブヘルス(RH)向上への取り組みからの教訓を技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる。	
4-1 現実と研修のギャップを明らかにする。	MCHTI で実施された研修と現場でのニーズの間にあるギャップが明らかにされた。サービス提供の手引きにある内容と提供者のサービス提供の実態には溝があり、研修と巡回指導を通じて手引きにあるとおりのサービス提供を強化する必要がある。
4-2 リプロダクティブヘルスに関する機関の協力連携を強化する。 4-2-1 PIC 会議・ニュースレターの発行を定期的に行う。 4-2-2 NIPORT の研修部のホステルを含めた施設を改善する。 4-2-3 協力して研修教材開発を行う。 4-2-4 研修生や研修教材の交換を行う 4-2-5 研修管理情報システム(T-MIS)の確立に協力する。 4-2-6 地域で活動している NGO との連携を強化する。	リプロダクティブヘルスに関する機関の協力連携を強化するために、以下の様々な活動が実施された。①プロジェクト運営委員会(PIC)会議は、隔月で現在までに 25 回実施され、平均 14 名の参加があった。②ニュースレター(BRIDGE)の発行が四半期ごとに実施され、現在までに 14 回発行された。NIPORT の研修部のホステルを含めた施設が改善され、研修資器材や教材が提供された。③ICMH において助産研修に関するカリキュラム開発が関連機関の協力をもとに行われた。④関連機関の間で研修生や研修教材の交換が行われ、助産研修の中間評価の際、日本人専門家による技術的な指導が実施された。⑤短期専門家が派遣され、研修管理情報システム(T-MIS)の設置がなされた。  リプロダクティブヘルスに関する人材開発を扱ううえで、JICA プロジェクト専門家、ICMH、NIPORT、TTU の間で連携関係が作られたといえる。
4-3 連携会議を行なう。	合同調整委員会(JCC)の会議は定期的実施され、PIC では扱えないレベルの問題を調整するうえで重要な役割を果たした。PIC 会議も定期的実施され、MCHTI が全国の研修プログラムに寄与する方法について積極的に協議した。さらに、TTU や PRIME-II (USAID、GTZ、UNFPA、UNICEF の支援を受けた NGO) との連携会議も実施された。
4-4 フィードバックを目的としたワークショップを定期的開催する。	フィードバックを目的としたワークショップは、毎年計画通り実施された。終了時調査実施時点では、参加者の総数は 546 名で、異なる政府機関や連携機関・リプロダクティブヘルス支援関係者が出席した。参加者数には、毎年増加が見られた。

出典 終了時評価調査団（現地コンサルタント）資料（2004年2月）

### 3-2-3 アウトプット（成果）ごとの実績

#### (1) アウトプット（成果）1：MCHTIの臨床機能が向上する。

概して、プロジェクト実施期間中の活動によって、MCHTIにおける臨床サービスの質には顕著な改善が見られた。近代的な診断技術に対する投資を通じて、MCHTIはワンストップ・サービス、すなわち検査やその他のサービスのために患者を他の医療機関に紹介する必要はなく、MCHTIだけで必要なサービスを提供できるまでになった。

また、24時間対応の救急産科ケア(EOC)サービスが提供できるようになり、さらに、ダッカ医科大学とともにUNICEF支援による国際CBT/EOC研修のサイトに選ばれ、2名の医師および2名の看護師がマスタートレーナーとして選ばれている。また、プロジェクト実施期間中に、臨床レベルの向上に伴い、質の高い母子保健サービスを提供する能力も著しく向上した。例えば、終了時評価の時点では、1999年と比較して、MCHTIの分娩件数は140%、子宮下部帝王切開件数は402%、新生児・乳児ケアの件数は580%増加していた。分娩件数の増加に伴って帝王切開件数の割合も増加したが、これはMCHTIが「病院」として医師による子宮下部帝王切開

サービスを実施していることが、広く一般に知れわたったためであると考えられる<sup>9</sup>。病院統計の動向は、図3-1、3-2および3-3に示す。

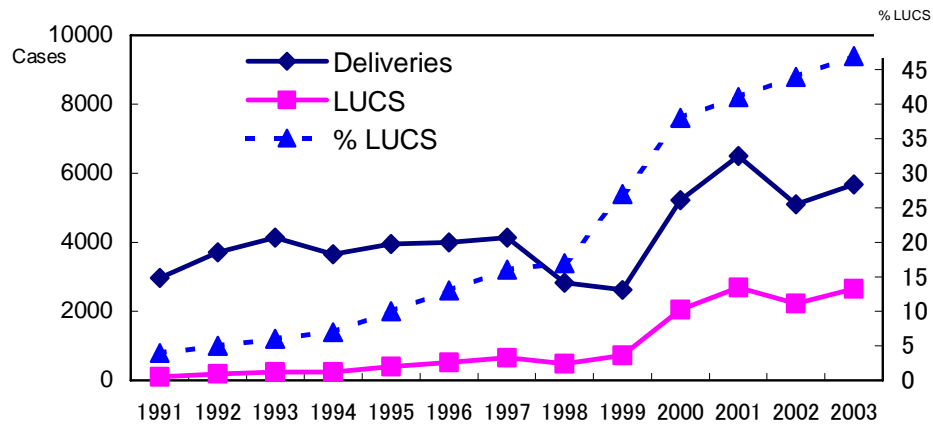


図3-1 Annual Number of Delivery, and LUCS 1991-2003, MCHTI

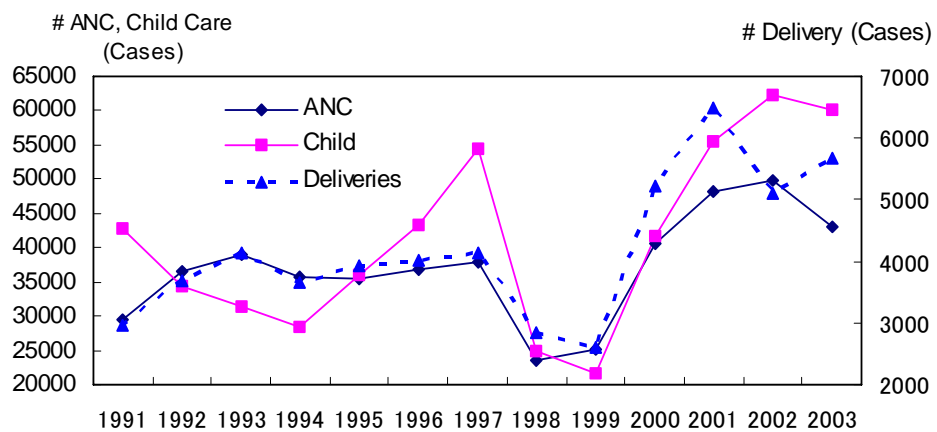


図3-2 Number of ANC, Child Care, and Delivery, 1991-2003, MCHTI

<sup>9</sup> 本プロジェクトは、パートグラフ(partograph)を導入し、その記録分析についてスタッフを研修している。

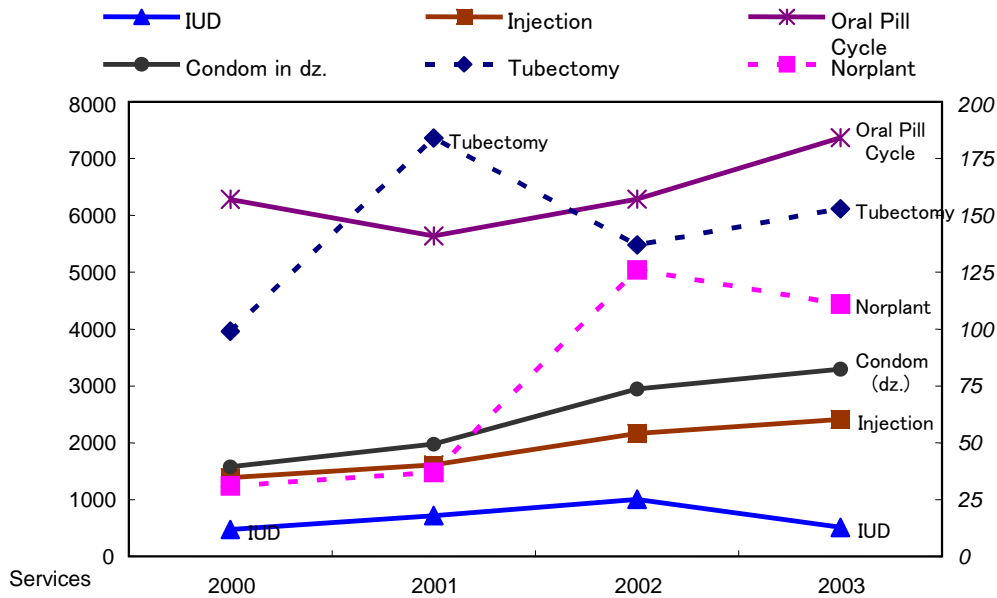


図 3-3 Annual Family Planning Services by method, 2000-2003, MCHTI

研修や日本人専門家による日々の指導を通じた各科の臨床スタッフ（産科、麻酔科、助産科）の技能向上、MCHTI 用の臨床基準の確立、定期的な会合における臨床指標を用いたパフォーマンスのモニタリング、看護・助産ケア基準を用いてさらに改善された看護管理、ラボ検査、X線検査および病理学検査サービスの手順標準化と維持管理のために作成されたマニュアル、合理的な病院運営に関する支援など、すべての活動が臨床サービス全般の能力向上に寄与したと考えられる。これとは別に、医療器材や施設の維持管理が改善されたことや、ロジスティックが改善されたことも、MCHTI における臨床サービスの質の改善に寄与したと考えられる。

本プロジェクトは、非医療的な側面でのサービスの質を改善することにも少なからず貢献し、他機関からの定評も得ている。プロジェクト専門家は、FWV が分娩その他のサービスにおいて中心的な役割を果たすことに価値を見出し、日々の指導・監督を通じて、クライアントに優しい環境作りという側面にも重点を置いた。また、プロジェクトは「アヤ」と呼ばれ妊産婦やクライアントに近い存在である清掃・助手要員の役割を重要視し、識字教育などを通じたエンパワメントを試み、居心地の良い環境作りに努めた。「女性に優しい病院」の認証を受けるための活動や、人間関係性トレーニングも、良い病院環境づくりに貢献した。MCHTI は「女性に優しい病院」作りのために、質の高いケア、EOC を含む母子保健パッケージ、胎児ケア、周産期ケアの基準を設け、母乳養育を徹底する方策、女性に対する暴力を未然に防ぐ戦略、保健医療サービスの提供や予算の公正な分配などに配慮する必要がある。

多くの実績を成し遂げたものの、幾つかの課題も残っている。MCHTI スタッフは病院情報（データ）の定期的な収集はできるようになったものの、そのデータの分析をすることおよびその結果を企画に応用する段階に至っていない。また、助産に関する指導の技術はまだ弱く、更なる強化が有用であると考えられている。病院管理全般についても、特に施設および医療器材の管理について、更なる改善が必須となっている。

## **(2) アウトプット 2 : MCHTI での研修機能が向上する。**

本プロジェクト実施期間中に、MCHTI における研修は数的にも内容的にも改善された。プロジェクト実施前に行われていた研修は現在よりずっと少なく散発的で、内容も 2～3 日の視察的なものが多かった。MCHTI の研修指導員は、現在一人前の研修指導員として業務を行っているが、着任当時は研修指導員としての実務経験はほとんどなかった。現在、MCHTI は全国でリプロダクティブヘルス分野の人材育成に携わる主要 5 機関のうちの一つとして認められており<sup>10</sup>、緊急対応の分娩を扱う能力を備えながらも正常分娩件数が多いという比較優位を持つ研修機関として重要視されている。また、女性と子どもだけを施療対象とし、女性・子どもに優しい環境を持つ病院として、また市中病院としてのアクセスの良さから、他の医療・研修機関とは異なる特性を持っている。

MCHTI では、現在までに 30 種類の研修コースを異なるリプロダクティブヘルスサービス提供者（医師・看護師・FWV・検査技師等）に対して実施してきた。終了時評価の時点では、政府および非政府団体から委託された研修を 3,647 名に対して実施したことになる（政府 1,770 名、NGO1,877 名）。また、プロジェクト開始から 1 年後の 2000 年 8 月の時点で、既に新しい FWV 卒後研修モジュール（6 か月モジュール）を適用した研修を実施することが可能であった。以来、年に 1 回、継続して EOC と助産技術に関する FWV の卒後研修（6 か月モジュール）を受け入れており、現在それぞれ 3 期生、4 期生が研修中である。1 年に 2 回ずつの受入れも可能であるが、政府予算は 1 年に 1 回分しか付いていないため、現時点での修了生数は限られている。

MCHTI における研修活動の質についても、以下の活動を通じて改善されたといえる。研修指導室の設置や研修教材・資機材の提供、研修活動の管理能力向上支援、定期的な会議・委員会の実施、TOT 研修・本邦研修・現地国内研修による研修指導員の能力向上、助産技術研修向けの学習要領・指導要領開発がなされた。また、リプロダクティブヘルスカリキュラムのすべてについて研修手法を統一化したことや、行動変容のためのコミュニケーションに関する TOT 研修を実施したこと、研修生からのフィードバックの仕組みを設置したことも有用であった。さらに、人間関係性トレーニングの導入は、研修生と研修指導員が交流・意思疎通をするうえで役立ち、組織開発の面で大変有益であったと評価された。このように研修指導室が強化されたことで、プロジェクトが終了した後も研修活動を維持・継続することはそれほど難しくないと考えられる。

懸念事項があるとすれば、増加した研修生の受入れで臨床各科の負担が増加しており、また、各科の責任者には研修生受入れの人数に関する決定権がないことである。

## **(3) アウトプット 3 : 地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる。**

本プロジェクトは、ナルシンディ県のショドル郡にある 11 地区において、FWV をはじめとするリプロダクティブヘルスサービス提供者に対して、業務の中で研修成果が最大限に発揮できるように実地研修を含む支援を行った。研修を行うにあたり、まず現状把握のためにリプロダクティブヘルスサービス提供者が実際に行っている業務についての調査が実施され、研修で扱

<sup>10</sup> 5 つの主要な研修機関には、MCHTI、NIPORT、ICMH、TTU および TTT が含まれる。



った内容と実際に現場で必要とされている技能・知識の間に一部ギャップが存在していることがわかった。そこで、プロジェクトは妊婦情報の記録用紙やリファレル用紙などの供給物資や血圧計などの医療機器を提供し、FWV と FWA の間の連携が改善するように、巡回指導活動を強化した。その中で重点を置いたのは、特に弱かった産褥ケアの徹底で、日本人専門家は巡回指導員や指導監督責任者とともに、FWV と FWA の双方に働きかけることで出産後に異常を生じた患者の発見と適切なリファレルを推進するよう促した。また、巡回指導員や指導監督責任者に対し、月例会議の効率的な実施や、郡・地域レベルで医薬品や医療資材の供給管理に関して技術指導を行った。

上記の介入による成果は、プロジェクトが介入したパイロット地域とそれ以外の地域におけるリプロダクティブヘルスサービス統計値の比較対照と、リプロダクティブヘルスサービス提供者を対象に実施された定性的な比較調査によって裏付けられている(2002年、2003年における実施前・後の比較と介入・非介入地域の比較)。介入地域における妊婦検診(ANC)サービスの件数、分娩ケア件数、リファレル件数は、それぞれ214%、79%、840%と増加していたが、非介入地域ではこのような顕著な増加は見られなかった。一方、介入地域および非介入地域で実施したFWVおよびFWAを対象としたフォーカスグループやSr.FWVおよびUFPOへのインタビュー結果から、FWVが安全な出産を確保するために適切な行動を取れた理由は上記のようなプロジェクト関連の支援に拠るものであることが確認された。また、血圧計や妊婦台帳などの配布で記録に対する意識が助長されたこと、非介入地域と違いサテライトクリニックやユニオン家族福祉センター(UFWC)においてリプロダクティブヘルスサービスを提供する際に、FWAとより良い連携をすることが可能となったこともわかった。FWVのフォーカスグループに対する調査では、巡回指導などの形で活動現場において必要な技術・物資の支援を受けることは、サービス提供の件数とその内容(質)を改善させるために、大変有効なやり方であることが指摘された。

上述の定性的調査の結果から、FWVやFWAによる活動が活性化したことにも起因して、クライアントのリプロダクティブヘルスサービスに対する期待が高まり、さらにその期待に応えるためには、プロジェクトによってFWVに与えられた支援だけでは不十分であることもわかった。例えば、FWVの勤務先で必要とされる医薬品や医療資材が常時充足されることは、研修成果が実際のサービス提供の必要最低限の条件となっている。しかしながら、現状把握のための調査では、この問題について指摘がありながら具体的な解決法や対策が十分には提言されていなかった。

リプロダクティブヘルスサービス提供者によると、課題は上記に述べただけではなく、職務環境の包括的な改善についてもあげられている。水道水、電気、基礎的な医療機器、検査薬や、夜間業務やアウトリーチを実施する際の安全対策や宿舍の改善などである。

#### **(4) アウトプット4：人材養成を通じたリプロダクティブ・ヘルス(RH)向上への取り組みからの教訓を技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる。**

本プロジェクトは、人材養成を通じたリプロダクティブヘルス向上への取り組みからの教訓を技術的提言として研修実施関係者へフィードバックするフォーラムを設立した。年1回のワ

ワークショップを含む様々なフィードバックの取り組みがなされ、研修実施関係者間のより良い連携が促進され、得られた経験が適宜関係者にフィードバックされた。なかでも特記に値するのは、JCC 協議の定期的な開催を通じ、PIC では扱えない政策レベルの調整が可能となったこと、PIC 会議が定期的開催され（通算 25 回）、研修実施関係者間の相互交流が維持されただけでなく、国家レベルの卒後研修プログラム内に占める MCHTI の地位・役割をより確固たるものにしたことなどがあげられる。しかしながら、PIC も JCC もプロジェクトの管理運営に終始しがちで、技術的な側面を協議するフォーラムとはなり得なかった。また、JCC はその成員が頻繁に変わったことから当初と比較して統率力を失い、その内容の継続性や有効性を保つのは困難であった。

一方、プロジェクトの支援により、人材育成関連のワークショップやセミナーが年 1 回のペースで実施され、総数で 546 名の参加があった。ワークショップやセミナーのテーマは、プロジェクトの経験から学んだ教訓を共有する趣旨のものであった。また、プロジェクトはプロダクティブヘルス分野の人材育成というテーマのもと、研修教材の開発、教材や研修員の交換などの活動を通じて、JICA、ICMH、NIPORT、TTU 間で連携関係を強化してきた。さらにプロジェクトの活動内容が広く関係者に広報されるよう、“BRIDGE” という名のニュースレターを四半期ごとに発行（2004 年 3 月現在 14 版）した。

研修活動のモニタリングと研修生および研修員のパフォーマンス評価をより効率的に実施するためのメカニズムとして、本プロジェクトは研修管理情報システム(T-MIS)の活躍に期待した。しかし、MCHTI の研修指導室で使用するための T-MIS を開発するにあたり、専門家による技術支援内容は必ずしも十分ではなかった。研修データはエクセルのフォーマットに入力・保存されることとなり、例えば研修生と研修員のパフォーマンスなど複数の表を関係付ける分析ができない状況となっている。使い勝手の良いリレーショナル・データベースを導入することで、状況は改善されると考えられる。T-MIS のソフトは、TTU においても開発・維持されており、現状のままでも有効利用が可能である。ワークショップやセミナー報告書は質の高いものであるが、まだ改善の余地がある。

NIPORT の研修室・宿泊施設整備の目的は、NIPORT とのより良い関係作りを通じて人材育成プロジェクトへの協力を確保するためであった。しかし、NIPORT における需要が高かったこともあり、MCHTI の研修生が NIPORT の宿泊施設を利用することが十分にはできない状況があった。他方で、NIPORT やその地方組織、ICMH および TTU に対する研修用機材・情報管理機器の提供（総額約 597,867 米ドル）は、先方より高く評価されており、連携協力関係を強化する効果があったと見られる。それら機材の使用頻度や使用程度については、保健家族福祉省の予算が確保されていないという理由で、現状においては完全な状態ではなくより一層の改善が求められる状況である（年に 1～2 回の使用頻度または不使用の機材が 28%）。

### 3-2-4 プロジェクト目標の実績

**プロジェクト目標：ニーズに応じた研修を通して、母子保健サービス提供者が果たすべき役割を正しく認識し実践できる能力を身につける。**

本プロジェクトの目標を図る指標は、「(プロジェクトによって推薦された) サービスを提供する能力を備えたリプロダクティブヘルスサービス提供者の数」となっており、そのためには、①「一定の技能レベルを備えたリプロダクティブヘルスサービス提供者の総数および全体に占める割合」、および②「リプロダクティブヘルスサービス提供者によって適用されている知識・技能の程度」などのデータが必要となる。

総体的に、本プロジェクトは、プロジェクト目標を概ね達成したと考えられる。

初期段階では、プロジェクトはリプロダクティブヘルスサービス提供者の技能レベルを定義する立場にはなかったが、次第に FWV が直面している現状・ニーズと研修でカバーされた内容の間にあるギャップを明確にしていった。例えば、ナルシンディ県においてサービス提供者の実際の行動がサービスの手引き・手順と一致していないことが観察され、研修と巡回指導を通じてこの状況に対処することが提言として活かされた。地域的には限られているが、このような形でリプロダクティブヘルスサービス提供者の技能レベルを継続的に改善していく努力が今後実を結んでいくと期待されている。

MCHTI では 30 種類の研修コースを、異なるリプロダクティブヘルスサービス提供者（医師・看護師・FWV・検査技師等）に対して実施している。終了時評価の時点では、MCHTI は政府および非政府団体から委託された研修を 3,647 名に対して実施したことになる（政府 1,770 名、NGO1,877 名）。その中には、EOC と助産技術に関する新規の FWV 卒後研修モジュール（6 か月モジュール）が、それぞれ 4 回（約 10 名/回）、3 回（約 20 名/回）も含まれている。これらの FWV 研修は、保健医療セクタープログラムの一部であり、研修生数は限られているものの国家の達成目標に貢献したといえる。

前述したナルシンディ県における定性的調査によれば、介入地域において、FWV は研修で得た知識・技術を業務に適用し、サービス提供の改善に寄与していたことがわかった。プロジェクトによる現場ベースの支援および巡回指導活動の結果、質・量共にリプロダクティブヘルスサービスが改善されたといえる。この実績は、サービス統計データによって定量的にも裏づけされている。介入実施前・後の比較と介入・非介入地域の比較から、介入地域における妊婦検診サービスの件数、分娩ケア件数、リファレル件数は、それぞれ 214%、79%、840%増加していたが、非介入地域ではこのような顕著な増加は見られなかった。

しかしながら、FWV と FWA を対象にしたフォーカスグループに対する調査では、研修を通じて得られた知識と技術の適用度合いは、必ずしも十分ではないという結果もでてきている。これは、改善されたサービス提供の結果、クライアントの期待が高まり、それに応え続けることがより困難になったことによる。例えば、MCHWC や県病院への紹介をしても交通の便が悪いためクライアントが施設にたどりつけなかったり、健康教育活動によってクライアントが施設に来訪しても、身体検

査の資器材が不足していたり、通常のラボ検査用の試薬が不足していたりなど、継続した支援が確保されないことから生じる阻害要因が更なる課題となっている。

もう一つ、見落としとしてはならない問題として、一般の人々が施設分娩や研修を受けた FWV や医師の付き添いではなく、今もなお自宅分娩や伝統的な産婆を好む志向性があることがあげられる。このような志向性が根強く残っている理由として、後者に対して前者のサービスが割高であること（機会コストやサービスチャージ<sup>11</sup>を含む）、産婆に比べ研修された医療従事者には親近感が薄いこと、施設まで距離や分娩にかかる時間などの点で前者のサービスが不便に映ること、悪霊を忌避するために自宅外での分娩を好まないこと、男性の医師や他人の付き添いではプライバシー(purdah)が侵害されると感じられること、もしくは単に慣れている方法を好むこと<sup>12</sup>などがあるといわれる。

これらを総括すると、リプロダクティブヘルスサービス提供者は、MCHTIにおいて適切な知識と技術を身につけ、さらに現場ベースの支援と組み合わせた地域では適切な内容のリプロダクティブヘルスサービスを提供することができたといえる。しかしながら、プロジェクトの効果がその最終的な便益者である妊産婦と子どもにどの程度正の波及効果を与え得るか否かは、サービス提供者がコミュニティから受ける信頼の度合いや保健行政側から受ける経常的な支援内容とその度合い、そしてクライアントの受診行動に大きな影響を受けるといえる。

### 3-3 プロジェクトの実施プロセス

#### 3-3-1 事業計画(PDM)の変更

本プロジェクトは、4年目(2003年6月30日)のプロジェクト運営指導調査団が訪バした際に、プロジェクト計画(PDM:ログフレーム)を変更した。以下に示された変更内容は、計画の変更時期は多少遅かったものの、バ国の保健医療政策の転換を考えれば適切であったといえる。ただし、変更されたあとのアウトプット(成果)3の内容については、プロジェクト目標との関係をより吟味して考慮される必要があったと思料される。

---

<sup>11</sup> 伝統的なお産婆さん(Dais)は、コストが低いこと(50~100タカまたはサリー)で好まれる。FWVsは500~1500タカ、病院での分娩を想定した総費用はそれよりもさらに高い(ACPR, September 2003)。

<sup>12</sup> バ国の農村地域では、ほとんどの分娩(78%)研修を受けていない助産員や親族・隣人らによって付き添われている。医学的な研修を受けた助産師の付き添いは依然12%前後と低い(BMMS, 2001)。また、人々は病院は帝王切開分娩のためだけにあるという間違った理解を持っていることが多い(ACPR, September 2003)。

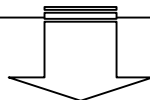
**PDM 改訂前 (PDM1) のアウトプット (成果) :**

アウトプット 1: MCHTI の臨床機能が向上する。

アウトプット 2: MCHTI での研修機能が向上する。

**アウトプット 3:** Strengthen collaboration network of training for reproductive health between MCHTI and related Training Institutes.

**アウトプット 4:** Establish monitoring and evaluation systems for the training activities at MCHTI through capacity building of Technical Training Unit (TTU) of In-Service Training (IST).



*After changing Output 3 and 4.*

**PDM 改訂後 (PDM2) のアウトプット (成果) :**

アウトプット 1: MCHTI の臨床機能が向上する。

アウトプット 2: MCHTI での研修機能が向上する。

**アウトプット 3:** 地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる。

**アウトプット 4:** 人材養成を通じたリプロダクティブ・ヘルス(RH)向上への取り組みからの教訓を技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる。

これらの変更は、大きく分けて2つの理由からなされた。まず、モニタリングおよび評価活動の結果から、プロジェクト計画の有効性が問われたことである。すなわち、アウトプット4の下で実施された数々のモニタリングおよび評価やフォローアップ訪問によって<sup>13</sup>、MCHTIにおいて研修を受けたFWVが、実際には設備環境・交通手段・時間・資材の不足やクライアントの志向性が原因でほとんど施設分娩や自宅分娩の介助を実施していないことがわかった。したがって、FWVに対する質の高い研修を実施するだけでは、最終的な受益者である妊産婦に対してきわめて限られた効果しか得られないことになる。2つ目の理由には、バ国政府保健家族福祉省の政策転換に影響を受け、プロジェクトのアプローチの妥当性が問われたことがある。これには、2001年の政権交代を機に保健家族福祉省の保健局と家族計画局の統合化を進める政策が崩れ、以前の縦系列的な組織に戻っていくうえで、「モニタリングおよび評価システムをTTUの卒後研修課の強化を通じて確立する」というプロジェクトの採ったアプローチが不適切となった背景がある。TTUは保健局側の組織であったため、その企画・実施・モニタリング・評価の機能が家族計画局側の卒後研修活動をカバーしにくくなったためである。

このような理由を受けて、まず日本人専門家によってプロジェクトの計画の変更が提案され、C/Pと共有された。そして、PICにおける合意の後に改定がなされた。

アウトプット3の「地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる。」という内容は、研修と実際に提供されているサービスの間にギャップがあったことを受けて、そのギャップを埋めるための方策を模索するために加えられた。しかし、アウトプット(成果)3の下で活動が展開されるに従って、アウトプット(成果)3とプロジェクト目標の関係が、明確ではなくなってきた。

<sup>13</sup> これらモニタリング・評価活動の中には「専門家業務完了報告書(小山内泰代専門家、2002年3月)」「増山専門家および山下専門家によるフォローアップ訪問(2002年10月)」「助産技術研修後フォローアップ報告書(MCHTI, 2002年11月)」「助産技術研修後フォローアップについて(MCHTI, 2002年12月)」などがある。

ログフレームの論理では、アウトプット3は「地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる」ようプロジェクトによる介入を実施し、その経験から「特に研修活動に関する技術的提言および教訓を得る」ことが目的であるため、アウトプット4の手段としての位置づけになっている。アウトプット3で得られた経験から技術的提言を得て、プロジェクト目標で目指す「ニーズに応じた研修」を定義するための手段とするという設定である。さらに、プロジェクト目標は「ニーズに応じた研修」を通してサービス提供者の技能の改善がなされることであり、その結果として提供されるサービス自体の改善（上位目標）があるという論理構成になっている。しかし、プロジェクトの専門家は、「ニーズに応じた研修」の定義という目的だけではなく、実際に提供されるサービス自体の改善をも目的としてアウトプット3の活動を計画・実施していた。したがって、アウトプット3がどちらの目的の手段として優先されるべきかが、多少不明確な状況となっていた。したがって、プロジェクトは本来の主旨であった全国および地域レベル双方における現場からの経験をフィードバックするメカニズムの強化により配慮した活動計画を立てる必要性があったといえる。

一方、アウトプット3が加えられたことで、単なる人材育成機能の強化にとどまらずより効果的なサービス提供を目指す指向性を持つようになり、プロジェクトの範囲が事実上広がった、またはプロジェクトの戦略の変更があったとみることもできる。この重点の移行自体は、最終受益者のニーズを満たすことを考えれば妥当であったと考えられる。

### 3-3-2 実施プロセスの妥当性

プロジェクトの管理運営形態は、適切であったといえる。JCCおよびPICは定期的開催され、出席率も十分なものであった。JCCはプロジェクトに関係する問題を取り上げ、その解決法を示すだけでなく、プロジェクトの意思決定機関として機能した。一方、PICはプロジェクト活動を活動実施計画書に照らして継続的にモニタリングする役割を負った。C/Pと日本人専門家の間の意思疎通は概して良かったが、C/Pの中から意思決定のプロセスに関してより透明性を求める声も聞かれた。

プロジェクトの進捗を妨げた要因として、保健家族福祉省内におけるスタッフの頻繁な異動があげられる。これにより、JCCやPICのメンバーが途中で交代し、ある程度プロジェクト実施が遅延された。同様に、幾人かの能力のあるスタッフがより良い機会を求めてMCHTIを離職したことで、プロジェクト活動実施が遅ったこともある。また、行政手続きの経常的な延滞（申請書類・複雑な書式・レター発行のプロトコルなど）や家族計画局と保健局間をめぐる統合・分離問題などが予定どおりの活動実施を妨げたこともあった。プロジェクトの効率的な実施を最も阻害した要因としては、MCHTIへの新規雇用スタッフの配置が5年目の現在にも達成されていないことや、プロジェクトによって重点的な研修を受けたスタッフが他機関へ異動したことであった。

## 第4章 評価結果

### 4-1 評価5項目の評価結果

#### 4-1-1 妥当性(Relevance)

プロジェクトの当初計画は、政府や開発パートナーの政策の流れを十分汲んでいたという意味では、妥当性は高かったといえる。また、リプロダクティブヘルス分野における人材育成というテーマは、我が国の対バ国協力における重点分野の一つである。プロジェクトは、実施期間中に相手国の政策転換の影響を受けたため、その影響を最小限にとどめるために計画内容を変更した。プロジェクトが展開されるに従って、人材育成に貢献する有能な研修機関の確立は必要ではありながら、母子の健康状態を実質的に改善するためには、人材育成分野の介入だけでは包括的な戦略といえないことが明確となってきたため、計画の変更を行ったことは妥当であったと考えられる。

本プロジェクトは、1998年に開始されたセクターワイドアプローチの計画プロセスの流れのなかで形成されたといってもよい。この計画プロセスの前後には、プログラムの計画に反映させるべく政府や様々な開発パートナーによって数々の現状把握調査やニーズ査定調査が実施された。JICAもその他の開発パートナーとともに、保健人口セクター5ヵ年プログラム（HPSP：1998～2003年）の戦略およびPIP策定に参画した。本プロジェクトの焦点は、郡および地区レベルの施設に配置されたFWVを対象とした包括的な卒後研修であったが、これはこの計画プロセスで取り上げられ、リプロダクティブヘルス分野の優先的課題として位置づけられたものである。しかしながら、パ国においては、社会経済的に不利な母子にとって保健サービスへのアクセスが極端に限られているだけでなく<sup>14</sup>、伝統的なお産婆さんを好む志向性などが根強く残る現状もある。そのようななかで、母親が、出産に伴う危険についての情報を得て、施設でのサービスが改善されさえすれば施設に足を運ぶであろうという仮説は、計画者側の過大評価であったと考えられる。さらに、保健局および家族計画局の系列の統合がその特徴であったHPSPの失敗は、家族計画局側の予算執行を困難なものにし、FWVが配置された施設への資源分配を滞らせたため、施設ベースやアウトリーチサービス両方の提供が滞る結果となった。

一方、プロジェクトの計画内容は、我が国の対バ国支援の重点5分野に沿っている。重点5分野とは、①農業・農村開発、②砒素対策（環境衛生）、③リプロダクティブヘルス(RH)、④電力供給、⑤基礎教育（理数科教育）である。さらに、本分野は、JICAが横断的に重視している人材育成を協力の柱としている。

計画作りの当時の状況を考えれば、C/P機関の選択は妥当であった。本プロジェクトは、複数のC/P機関を持つという点で特徴的である。プロジェクト活動のほとんどはMCHTI内で実施され、MCHTIは主要なC/P機関であったが、保健局と家族計画局双方の卒後研修を統括する立場にあるTTU、家族計画関連の研修を実施するNIPORT、母子保健関連の臨床・サービス研修を実施するICMH（保健局側の機関）もC/P機関として選択された。統合政策を反映し、プロジェクトは当初、卒後研修課(LD-IST, DGHS)に複数機関の取りまとめ役を期待していた。しかしながら、2001年の政策転

<sup>14</sup> I-PRSPによれば、所得別5階層の最低層に属する世帯の69%が妊婦検診サービスへのアクセスに欠き、最高層に属する世帯の22%と比較した際の格差が顕著に露呈されている[para2. 20]。

換とその後起こった家族計画局と保健局系列の再分割を受けて（LD-ISTが家族計画側の統括機能を失ってきた）、プロジェクトの専門家が実質的に取りまとめ役となり、複数機関の調整を行う状況に陥った。そのため、関係機関を調整し、家族計画局側の卒後研修の企画・実施・モニタリング・評価の役割を担う機関が欠如することとなり、プロジェクトによって得られた功績を引き継ぐパ国側の仕組みがない事態が生じた。

#### 4-1-2 有効性(Effectiveness)

プロジェクトは、成功を収めたといえるが、プロジェクトのスコープ外の阻害要因によってその達成の度合いは幾分限定されていたといえる。

プロジェクトは、最終的には運営指導調査時に設定された目標、「ニーズに応じた研修を通して、母子保健サービス提供者が果たすべき役割を正しく認識し実践できる能力を身につける。」の達成に向けて実施されているといえる。ただし、この目標の達成は、2004年の終わりまでに完全にすること達成は難しいと思料される。

MCHTIは、政府およびNGOの要請に応じて、終了時評価時点で医師・FWV・看護師・検査技師などを含む合計3,647名にのぼる研修員を受け入れた。また、プロジェクト開始から1年後の2000年8月の時点で、既に新規のFWV卒後研修モジュール（6か月モジュール）を受け入れることが可能であった。それ以来、年に1回EOCと助産技術に関するFWVの卒後研修（6か月モジュール）を受け入れており、現在それぞれ3期生、4期生が研修中である。より多くの予算が下りれば、1年に2回ずつ受入れが可能であるが、政府予算は1年に1回分しか付いていないため、修了生数は限られている。

MCHTIの成長を促進した要因として、まず卒後研修の需要が高かったために有能な研修機関の設立が望まれていたというプロジェクト初期の政策環境がある。プロジェクト専門家の誠実で献身的な努力、能力構築のための様々な活動やサービス・研修活動の質を上げるための手段（人間関係性トレーニング、行動変容のためのコミュニケーション研修、「女性に優しい病院」運動など）もMCHTIの研修機関としての能力を飛躍的に高めた要因とされている。また、プロジェクト専門家やC/Pは、MCHTIスタッフの間で診療科内外の定期会議を実施し、問題やその解決法が話し合われたことも、大きな貢献要因であるとしている。

MCHTI内における臨床・研修機能には顕著な改善が得られたが、実際にMCHTIで研修を受けたFWVが、現場でその知識や技術を適用する度合いは限られていた。プロジェクト活動の一環として実施された研修評価の中で、60%の研修生についてはクライアント数の増加は見られず、その他40%の研修生については分娩介助数と妊婦検診・産褥ケアサービスの件数は研修以前と比較して増加していた。サービス提供件数が増加したグループに共通していたのは、彼女らが研修を受ける以前から同様のサービス提供をしていたことか、または自分の出身地に勤務していることであった。研修で得た知識や技能の保持率については、（特に得た知識や技能を使っていない場合）研修実施から1年後には下がっていた。その他のフォローアップ調査の結果から、MCHTIの研修生が必ずしも施設分娩サービスを実施しているとは限らないこともわかった。他方で、研修生と同じ職場で働くス



スタッフからの聞き取り調査では、研修受講後の被研修生はサービスに対する態度が変化し、特に健康教育活動をよく実施するようになったとの結果もでている。

目標達成の度合いを阻害した要因として、①FWVが施設分娩を実施する際に必要な物理的な環境が存在していなかったこと、②リプロダクティブヘルスサービスのクライアントの高い期待に応えるための保健システムからの支援が不適切または不定期であったこと、③FWVが自宅分娩を実施するに際し、手当や交通手段など良き動機となるものが欠如していたこと、④クライアント（妊婦・妊婦の夫・夫の母親など）が種々の理由から自宅分娩や伝統的なお産婆さん(dais)の介助を好んでいることの4点が考えられる。

各アウトプット（成果）は、それぞれある程度のレベルを達成できたといえるが、達成度合いの高かったアウトプット1と2に比べ、アウトプット3と4の達成度は限られていた。それぞれのアウトプットの達成度合いは、プロジェクト目標への貢献度合いの違いに反映されている。MCHTIの臨床および研修能力の改善においては目覚ましい実績が得られ、それは、プロジェクト目標の「質の高い研修がリプロダクティブヘルスサービス提供者に実施される」部分に直接関係し、また貢献したといえる。アウトプット1と2は他のアウトプットと比較して投入量も大きかったが、貢献度も高かった。しかし、アウトプット4の下で実施されたワークショップ・セミナーによって、リプロダクティブヘルス分野の研修活動に関する教訓は共有されたものの、その教訓自体が他機関の研修活動の企画・計画に反映された度合いは限られていた。

上述のようなプロジェクトの波及効果に関する限界やその阻害要因の特定をうけて、プロジェクトは計画内容を変更し、ナルシンディ県のショドル郡において、現場でのサービス従事者の支援やその経験からフィードバックを受けるための仕組みを模索することとなった。現在に至るまで、プロジェクトはパイロット地区（11地区）において郡以下のサービス提供の仕組みを活性化する試みからポジティブな感触を得ており、小規模な物的支援と徹底した支援的巡回指導の組み合わせは、今後さらに有効な支援方法を創案するうえで有意義な提言として捉えられている。

#### 4-1-3 効率性(Efficiency)

本プロジェクトの投入コストは、得られたアウトプットに対して概ね妥当であったといえる。

本プロジェクトは、能力の高い研修機関の設立を目指したアウトプット（成果）1と2に最も大きな投入を配分している。この集中的な投入の結果、郡レベルの母子福祉センター(MCWC)にすぎなかったMCHTIが、国家レベルの組織と比較しても遜色なく、実践的で臨床面のレベルが高くかつクライアント中心主義で幅広い医療従事者の受入が可能という特性を持った研修施設として機能するようになった。こういった効果を生む基礎となった投入の中には、我が国の無償資金援助<sup>15</sup>によるMCHTIの建替えおよび機材供与も含まれていた。このように、投入額自体は大きかったとはいえ、技術協力プロジェクトが開始されて以来1年足らずでFWVの長期卒後研修の受入れを開始した実績などMCHTIの研修機関としての急速な成長を考慮すれば、投入額自体は理にかなっているといえる。

<sup>15</sup> 日本の無償資金援助総額のうち、医療機材供与の総額は875,685米ドルであった。

アウトプット3への投入は全体の割合で見れば小さいが、今後期待できそうな成果が上がっている。これは、その活動自体が、外部から新しい構造やシステムを導入するやり方とは一線を画し、現存する資源と既存の構造を最大限に利用し、その効率性と有効性を改善する努力に基づいていることによる。しかしながら、プロジェクトによる介入はパイロット地域（ナルシンディ県シヨドル郡の11地区）に限られており<sup>16</sup>、他地域への波及は十分には想定されていなかった。

アウトプット4へは、長期専門家の総人月の20%、短期専門家の27%、C/P研修27%、供与機材全額の54%と顕著な投資がなされたが、その成果は限られていたため生産性は比較的低かったといえる。これは、家族計画局と保健局の統合が失敗したことに起因して、全国レベルの研修活動を調整する機能がうまく動かなかったためである。

表4-1 アウトプットごとの投入（日本側）の割合（投入の種類別）\*

投入/アウトプット	アウトプット1		アウトプット2		アウトプット3		アウトプット4	
長期専門家**	95MM	33%	95MM	33%	45MM	14%	57MM	20%
短期専門家	30MM	77%	5MM	13%	2MM	5%	12MM	5%
供与機材(US\$)	212,900***	23%	132,433	14%	90,497	10%	211,862	54%
C/P研修	6MM	27%	10MM	40%	2MM	6%	6MM	27%

\* 現地業務費はそれぞれのアウトプットごとに振り分けることが不可能であった。

\*\* MCHTIに配置された長期専門家の人月はアウトプット1および2に、チーフアドバイザーと調整員の人月はアウトプット1～4のすべてに同量を振り分けた。

\*\*\*この数値は、無償資金協力で供与された医療機材総額（875,685米ドル）を含まない。

プロジェクトの投入の中には、想定されたアウトプットに転換されなかったものも含まれた。例えば、C/Pの配置と専門家の派遣時期が合わず、効率的に技術支援を提供できなかったケースがあった。これは、専門家の訪バの時期について、C/P側との協議が十分なされなかったことによるものという見方もある。また、日本でのC/P研修を受けた18名（計27人月）のうち、7名（計7人月）は、別の機関や配置に異動となり、直接的な投資効果につながらなかった。同様に、関係研修機関やTTUに供与された機材の中には、十分に使用されていないものもある。これらの問題は、政権交代による政策の転換に起因するといえる。すなわち、家族計画局側の系列組織が退廃した結果、研修活動が実施されず、研修用機材が使用されなかったこと、また、LD-ISTおよびTTUの地位が不明確になり、中央で卒後研修全体を取りまとめる機能が損なわれたことが原因である。

プロジェクトによるリプロダクティブヘルスサービス提供者（研修生）への投資が、実際にサービス提供の量と質の改善に貢献した度合いは、どちらかと言えば限られていた。MCHTIにおいて6か月の研修を終えたFWVのフォローアップ評価を実施したところ、必ずしもクライアント（妊婦検診、分娩介助、産褥ケアなどのサービス受益者）の数が増加したわけでもなく、低い水準のままであった。これは、少なくとも現時点では、研修活動に費やした投入が実際に母親や子どもへの便益に転換された度合いが限定されていたことを示している。ただし、このように効率性を阻害した要因については、プロジェクト内に組み込まれていたモニタリング機能によって明らかになり今後の

<sup>16</sup> 当該地域の人口は341,569人（2002年統計）で、家族計画の対象となる夫婦は68,314組、年間分娩数は3,700～3,800件（2002～03年推定値）となっている。

改善につなげていく道筋ができたのは、特記に値する。その詳細は前項「4-1-2 有効性」で述べたものと同様である。

#### 4-1-4 インパクト(Impact)

本プロジェクトは、その活動を通じて母親と新生児の健康状態に正の効果がもたらされることを目指しているが、最終受益者に及ぼす波及効果は今のところ限定されているであろうと推察される。

リプロダクティブヘルスサービス提供者を研修する有能な研修機関が設立されたことは、実践的な技能と知識を備えたサービス提供者が今後も創出され続けるという大きな可能性を意味する。そういった意味で、本プロジェクトは母親と新生児の健康状態が改善することに貢献しうると期待されるが、前述の限定要因から短期的にはその度合いは限られているといえる。その中で、ナルシンディ県ショドル郡での経験から得られた支援的巡回指導へのてこ入れによるリプロダクティブヘルスサービスの量的拡大は、今後プロジェクトの実績をどのようにより大きな波及効果へとつなげていくかを考えるうえで重要である。

また、上位目標以外にもいくつかの正の効果が観察されている。その一つは、MCHTIが有能な研修機関として周知されてきたことであり、NGOから多種多様な研修について継続して要請を受けているほど人気が高い。また、プロジェクトの専門家が強調してきたアプローチである「人間的なお産」の考え方は、患者中心主義の安全なお産を実施するために最も重要であるという主張が、開発パートナーの間でも受け入れられてきた。研修機関が、常時現場の最終的な受益者のニーズに合致しているかどうかを問い続ける必要性についても、開発パートナーや政府関連機関に広く示され、認められてきたといえる。さらに、MCHTIで実施していた「父親クラス」（母親に付き添って来訪した父親に母子保健や栄養についてオリエンテーションを行うクラス）が、「男性の参加」のグッドプラクティスの一つとして、ICMHなど他の研修・臨床サービス提供機関で導入されたことも特記の価値がある。

これといって大きな負の効果は観察されていないが、負の影響を及ぼしうる要因がいくつかわかっている。それは、①MCHTIにおける研修受入れが活発化するにつれ医師・看護・助産師の業務が増加し、医師・看護・助産師の負担となっていること、②FWV研修員が6か月もの間職場を空けることで生じる保健情報収集の非継続性や他のコミュニティレベルのスタッフ(FWA)への負担増加などである。

#### 4-1-5 自立発展性(Sustainability)

MCHTIは、技術・技量的には臨床サービスと研修活動を十分な質を保持しながら継続する能力を身につけたといえるが、運営管理面と資金面の自立性が懸念事項として残っている。リプロダクティブヘルス分野の人材育成活動をモニタリングおよび評価する役割を担ってきたPICのメンバーは、必要が生じれば自発的に協議を持つと考えられ、リプロダクティブヘルス分野の研修担当機関の間に醸成された連携・協力関係はある程度成果を上げたといえる。

MCHTIは、主要研修機関の一つとして自他共に認められており、組織的にも技術的にも自立的に活動を継続していく能力を備えるに至っている。スタッフ不足などの問題はあがるが、研修指導室が

設立され、MCHTI内での研修活動の企画・運営管理が独自にできるようになった。聞き取りを行ったMCHTIスタッフのほとんど全員が自己の技術レベルを確信しており、そのレベルが客観的に見ても十分であることが日本人専門家によって確認された。しかしながら、病院管理運営委員会の定期的な会合を通じた民主的・効率的な病院管理・運営法に関して、協力期間の終了後にも存続されるかどうか懸念事項となっている。また、病院施設および医療機材の維持管理を担当する能力の高い人材を確保することは、特に重要な検討事項となっている。なぜなら、現在プロジェクトの費用で雇用されている維持管理担当者が居なくなれば、プロジェクトの介入により改善されたMCHTIの臨床機能やまた研修機能の存続自体が危ぶまれるからである。財政的な側面を見ると、MCHTIへの予算配分は、過去5年間を通じて増加しており、今年度は昨年度比22%増の939,271米ドル（55,417,000タカ）が保健家族計画福祉省によって認められた。この増額は、JICA支援が2004年半ばで終了することを考慮したものである。しかしながら、この額は、財務省によって追認される必要がある。

ナルシンディ県ショドル郡の11地区で実施されたプロジェクトの介入によって得られた成果については、自立発展的に存続していく可能性は高いと考えられる。それは、既存の仕組みや人的資源を活性化するアプローチを採っており、外部からの物資・資金の投入は限られ、投入のほとんどが技術的なものであることによる。

研修活動に現場の声を反映させるためのフィードバック機能に関しては、ある程度、関係機関の間での連携・協力関係が構築されたものの、これらの連携・調整活動のリーダーシップはプロジェクトの専門家がとってきた経緯がある。したがって、今後、バ国側のどの機関がこういった関係機関の連携・調整活動のリーダーシップをとっていくべきか、現時点では見えない状況にあり、この機能に関する自立発展性は必ずしも高いとはいえない。このような状況を招いた背景には、統合政策の失敗により、チーフアドバイザーのC/Pである卒後研修課の課長の役割が不明確になってしまったことがある。

#### 4-1-6 阻害・貢献要因の総合的検証

##### (1) 計画内容に関するもの

プロジェクトの戦略・計画は、数々のニーズ査定調査や現状把握調査の結果を踏まえて計画されたセクターワイドプログラムの中で、リプロダクティブヘルス分野の優先的課題に相応するものであった。しかしながら、本プロジェクトでは、最終的な受益者を取り巻く社会経済的、社会文化的な環境や、保健人口セクターの組織能力など、プロジェクトの外部条件となる要因の影響力が大きく、目標達成度やインパクトの度合いがある程度限られるという結果となった。これは、プロジェクトを開始する際に、プロジェクト目標を達成するにあたりリスクとなりうる要素について、分析が必ずしも十分ではなかったことを示唆している。

その反面、プロジェクト計画の一部に、プロジェクトのパフォーマンスをモニタリング・評価するコンポーネントが統合されていたことは、上述の問題を発見し、プロジェクト計画内容をより適切なものに改訂することに貢献した。

自立発展性や効率性を高めた例として、ナルシンディ県ショドル郡の11地区で実施されたプロジェクトの介入がある。既存の組織構造や仕組み、人的資源を最大限利用して一過的ではな

い技術的な投入を続け、外部からの物資・資金の投入を限ることで、組織の力や機能を引き出し活性化するアプローチをとっており、活動計画を立てるうえでこのようなアプローチを意識することが有用であることを示した。

逆に、研修活動に現場の声を反映させるためのフィードバック機能設置のケースでは、既存の構造や仕組みが新規に導入され、LD-IST が担う卒後研修活動のモニタリング・評価機能は不安定なものであり、その後、LD-IST の役割が不明確となった。その時点で、プロジェクト専門家がそのリーダーシップの役割を代替したが、それがのちの自立発展性に疑問を残す結果となった。したがって、計画やC/Pの見直しを含めて、相手国側の構造や仕組みのなかに、技術移転の対象となる機関を見出す対応が望まれることとなった。

また、本プロジェクトにおいては無償資金協力で建設された施設を利用して技術協力プロジェクトが行われ、全体としては高い相乗効果が見られたものの、計画段階における連携不足から、一部有効性や自立発展性を限定する結果となった。すなわち、MCHTI に提供された医療機材の中には、バ国の利用者が使いきれないものや、維持管理やスペアパーツの購入が困難なものも含まれており、技術協力プロジェクトやMCHTI に必要以上の負担がかかる結果となった。また、研修生のための宿泊用宿舎が欠落していたり、分娩室と新生児室が離れているなど、施設の設計が技術協力のコンセプトに沿わなかった例も一部に見られた。したがって、無償資金協力と技術協力プロジェクトの計画内容の整合性をどのようにとるのが、今後の課題として残された。

## **(2) 実施のプロセスに関するもの**

プロジェクトの妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性を限定した要因には、上述の戦略や計画自体に関するもののほかに、保健家族福祉省内における（得に上級管理職）スタッフの頻繁な異動や、プロジェクトによる集中的な研修を受けた有能なスタッフの離職・異動、行政手続きの経常的な延滞、家族計画局と保健局間をめぐる統合・分離問題や、セクタープログラムの失敗などがあった。そして、そのほとんどが保健人口政策の不安定性やその組織の弱体性に起因していると考えられる。本プロジェクトは、このような問題を保健家族福祉省の各局や財務省経済関係局などの参加する JCC を通じて、政治的な側面からの解決を試みてきたが、その有効性には限界があった。今後、より踏み込んだ対応が望まれる。

## **4-2 結論**

結論として、本プロジェクトは、適切な能力を備えた研修機関を確立したことを通じて、リプロダクティブヘルス分野における人材育成分野に貢献したといえる。また、ナルシンディ県における経験は、今後の協力を形作るうえでの標石を築いたといえる。ただし、現場の声や経験から学んだ教訓を更なる人材育成の改善に繋げていくためのフィードバック機能を担当する組織がバ国側にないということは、本プロジェクトによって得られた成果が自立発展的に継続していくことの困難さを示唆している。したがって、本プロジェクトは、終了までの6か月間、この残された課題に対処すること、および自立発展性に関するいくつかの問題を解決することに重点を置くことを提言する。本評価における評価設問に答えたさらに具体的な評価結果は、以下に示す。

**(1) 本プロジェクトで選択されたプロジェクトの目標・計画内容は、今後数年間を見据え、バ国におけるリプロダクティブヘルス分野の開発課題に対して効果を上げる支援の方策として適切か。**

プロジェクト目標および計画内容は、プロジェクトが計画された時点では適切であった。保健人口セクターの政策の失敗および変更の影響を受けて計画の一部は妥当性を失ったが、プロジェクトの計画内容が見直され、現場からのフィードバックを研修内容の継続した改善に繋げる仕組みをより現実的なものに変更したことで、リプロダクティブヘルス分野の人材育成という課題のなかでは、妥当な戦略であるといえる。今後の協力の方向性としては、人材育成だけにとどまらず、いかにして提供されるサービスの改善が可能か、またそれが実際に利用され最終受益者の健康状態の改善に寄与するためには何が必要かなど、より大きな視野を持って戦略を練ることが肝要である。

**(2) プロジェクトによって、バ国の当該分野における人材育成の目標はどの程度まで達成されたか。達成された、また達成されなかった課題は何か。また、その成否の阻害・促進要因は何か。**

本プロジェクトは、MCHTI を多様な医療従事者を対象としたきわめて実践的かつ臨床面でもサービス面でも質の高い研修を実施できる有能な研修機関の一つとして確立させたという点で、リプロダクティブヘルス分野の人材育成に価値のある貢献をしたといえる。プロジェクトは、これに加えてリプロダクティブヘルス分野の人材育成活動が一定の質と有効性を保ち続けるために現場からのフィードバックを抽出し活動に反映させる仕組みを設置するはずであったが、この目標の達成度は限られていた。このリプロダクティブヘルス分野の人材育成活動の「品質管理」の仕組みを確立することや、政府機関が MCHTI をより有効に活用していくことなどが、残された課題となっている。

MCHTI の成長を促進した要因として、まず卒後研修の需要が高かったために有能な研修機関の設立が望まれていたというプロジェクト初期の政策環境や、プロジェクト専門家の誠実で献身的な努力があったことが指摘されている。その反面、保健家族福祉省の統合化から非統合への政策転換は、プロジェクト計画の妥当性と効率性に影響を与えた。

**(3) プロジェクトの生産性、費用対便益、費用対効果を向上させた、または低下させた要因は何であったか。**

プロジェクトの関係者の中で、密な情報交換や意思疎通の努力が行われたことは、プロジェクト運営の効率的な実施を促進したといえる。正式な定期的運営会議や人間関係性トレーニングを通じて醸成された日々の密な意思疎通や情報交換、セミナー・ワークショップ・ニュースレター等を通じた活動経験の交換など、すべてがプロジェクトの実施を円滑に進めるのに貢献したといえる。また、ナルシンディ県ショドル郡における活動から、新たな構造やシステムを導入するのではなく、現存する資源を最大限に活用した既存の構造やシステムの活性化というアプローチを採ったことも、プロジェクトの生産性を上げた要因であるといえる。

効率性を低下させた要因としては、影響力には違いはあるものの、重点的に研修された C/P の離職や、大きな政策の転換などがあげられる。

#### **(4) 予期しなかったプラス・マイナスの影響があるか。またそれをもたらした要因は何か。**

本プロジェクトは、その活動を通じて母親と新生児の健康状態に正の効果をもたらされることを目指していたが、最終受益者に及ぼす波及効果は現時点では限定されているであろうと推察される。モニタリング・評価活動から MCHTI で研修を受けた FWV の半数以上は研修後のサービス提供数が増加しておらず、また、リプロダクティブヘルスサービスを受けるために少数のクライアントしか施設を訪問しないことがわかったためである。

したがって、プロジェクトによって得られた成果がより大きな波及効果となってインパクトを持つに至るには、保健医療システム全体が研修機関とそこで育成された有能な人材をいかにして活かすのかにかかっているといえる。

さらに、上位目標以外にもいくつかの正の効果が観察されている。①MCHTI が有能な研修機関として周知されてきたこと、②「人間的なお産」の考え方は患者中心主義の安全なお産を実施するために最も重要であるという主張が開発パートナーの間でも受け入れられてきたこと、③研修機関が、常時現場の最終的な受益者のニーズに合致しているかどうかを問い続ける必要性について、開発パートナーや政府関連機関に広く示され認められてきたことなどがある。さらに、MCHTI で実施していた「父親クラス」が、「男性の参加」のグッドプラクティスの一つとして、他の研修・臨床サービス提供機関で導入されたことも特記の価値がある。

これとって大きな負の効果は観察されていないが、負の影響を及ぼしうる要因がいくつかわかっている。それは、①MCHTI における研修受入れが活発化するにつれ医師・看護・助産師の業務が増加し、負担となっていること、②FWV 研修員が6か月もの間職場を空けることで生じる保健情報収集の非継続性や他のコミュニティレベルのスタッフ (FWA など) への負担増加などである。

#### **(5) パ国の該当機関が持続的にリプロダクティブヘルス改善対策を実施してゆく体制を整備してゆく上で、プロジェクトが実施して有効であった、またはなかったアプローチ・手法は何か。**

MCHTI は、技術・技量的には臨床サービスと研修活動を十分な質を保持しながら継続する能力を身につけたといえるが、運営管理面と資金面の自立性が懸念事項として残っている。リプロダクティブヘルス分野の人材育成活動をモニタリングおよび評価する役割を担ってきた PIC のメンバーは、必要が生じれば自発的に協議を持つと考えられ、リプロダクティブヘルス分野の研修担当機関の間に醸成された連携・協力関係はある程度成果を上げたといえる。

自立発展性を阻害した要因として、MCHTI の病院機能を維持管理するための常勤スタッフが確保されていないこと、有能な MCHTI スタッフが他の機関・組織へ異動してしまったこと、MCHTI へのスタッフ配置が5年間実施されなかったことなどがあげられる。さらに、研修内容を継続して改善させていくためのフィードバック・システムについての問題が残っている。その目的のため、本プロジェクトは複数の C/P を巻き込んできたが、複数の組織全体をまとめる役割を担う要となる組織が十分機能を果たさなかったことが、プロジェクトによって醸成された連携・協力関係の継続性と自立発展性に疑問を投げかけている。

ナルシンディ県ショドル郡の11地区で実施されたプロジェクトの介入が、自立発展的に存続していく可能性は高いと考えられる。それは、既存の仕組みや人的資源を活性化させるアプロー

チを採っており、外部からの物資・資金の投入は限られ、投入のほとんどが技術的なものであることによる。しかしながら、これは、プロジェクトの活動が修了した際に検証される必要性がある。



## 第5章 提言と教訓

### 5-1 提言(Recommendations)

本評価調査の結果に基づいて、終了時評価調査団は該当機関に対し、以下の課題項目について本プロジェクト終了時（2004年8月）までに対応することを提言する。

- (1) 主要研修機関(LTO)および政府内関連機関で構成される（研修事業の効果を継続してモニタリング・評価する）仕組みが合同調整委員会において協議され、決定されること。
- (2) (サービス提供の) 現場での支援が研修施設における研修との関連性の中で活かされる。
- (3) 家族計画局長および保健家族福祉省長官は、MCHTI の雇用を完了すること。
- (4) 保健家族福祉省は、MCHTI を主要研修機関として認証すること。
- (5) MCHTI 院長および家族計画局母子保健サービス部長(Director, MCH Services, DGFP) は、MCHTI の研修生のための宿舎確保の問題解決に着手する。
- (6) NIPORT は、空室がある場合は、MCHTI の研修生のための宿舎を確保・提供する。
- (7) 保健家族福祉省は、MCHTI を「女性に優しい病院」として認証する作業を速やかに実施する。
- (8) MCHTI は、定期的な運営会議を継続する。
- (9) MCHTI は、関連組織とともに研修生受入数増加に伴うサービスの質の低下について検証し、研修の質確保のための提言を行う。

### 5-2 教訓(Lessons Learnt)

本プロジェクトの実施経験を通じて、以下の教訓およびグッドプラクティスが抽出された。

- (1) **プロジェクトは、被協力国の戦略や計画との整合性があるというだけでは、その妥当性は確保できない。プロジェクト介入をそのターゲットグループおよび最終受益者のニーズに照らして吟味し、かつサービス提供の現場から継続的にフィードバックを得ることが不可欠である。**

本プロジェクトが形成されたのは、進歩的なセクターワイドプログラム(HSPS)が実施に移される時期であった。セクターワイドプログラムが形成される際には数々の調査が実施され、その結果、高い母体死亡を減少させるためには、FWV が技術を身につけた助産師としての役割を果たすことが想定されていた。したがって、4,500人のFWVに対しさらに深い臨床の知識と実践的な助産技術を身につけさせることが、リプロダクティブヘルス分野における優先的なアジェンダとなった。本プロジェクトは、このような国家の優先項目に対応するべく策定された。

しかしながら、プロジェクトのもとで実施された研修受講生のフォローアップ調査の結果、ほ

とんどのFWVは、施設分娩や自宅での分娩介助を行っていなかったことがわかり、FWVの研修計画自体がサービス提供者とクライアント双方の現状に即していないことが判明した。つまり、政府や他の開発パートナーによってFWVの研修に投入された資源は、サービス提供の現場で何ら効果を生んでいなかったことになる。本プロジェクトは、サービス提供の現場からフィードバックを得る機能がプロジェクト内に組み込まれていたため、こういった問題を発見し、プロジェクト計画を改定することができ、結果的に更なる無駄な投入を防ぐことができた。

**(2) 研修活動の実施から保健医療サービスの質の実質的な改善に至るまでに存在する溝を埋めるためには、サービス提供の現場にいる職員への支援的な巡回指導に加えて、継続的な励まし・動機づけを与えていくという視点が有効である。この視点は、プロジェクト専門家が常に意識し、訴え続けた視点であった。**

研修修了者のフォローアップ訪問や研修活動評価の結果、6か月間の研修を経て知識や技能が習得されても、それが自動的に研修修了者の提供するサービスの改善に転換されないことが判明した。本プロジェクトはこの教訓を活かして、研修活動終了後にその知識・技能を適用する段階への介入をパイロット的に導入した。

上記の介入は、何ら新しいシステムや活動を導入するものではなく、支援的な巡回指導活動を強化することにより疲弊していた既存の仕組みを活性化させ、サービスの質を継続的に改善するための仕組みが機能するよう指導するものであった。プロジェクトからの支援としては、短期の再教育研修を現場の指導員を巻き込んで実施したあと、コミュニティやサービス提供者の間の連携・意思疎通が改善するよう月例会議のやり方を工夫すること、適切な記録を付けるよう奨励すること、定期的な巡回指導を徹底させサービス提供者に対して経常的に心理的なサポートや技術的なアドバイスを与えること、巡回指導担当者やプログラム管理者により効率的な月例会議の実施方法を伝授すること、医薬品・医療資材の供給改善を指導することなどが含まれた。これらの支援によって、それぞれのサービス提供関係者が、果たすべき役割や具体的に必要な行動についての理解を深め、安全な分娩サービスを提供することの意義を認識し、それぞれが行うべき行動に関する動機づけがなされたと考えられる。

プロジェクトによる介入前・後の統計データを比較すると、妊婦検診の数や分娩ケアサービスが提供された数、およびハイリスクケースのリファレル件数の増加が見られた。このような指標データの改善は、非介入地域では見られなかった。

**(3) バ国の社会的・文化的実情から、実現が困難と思われていたクライアント（妊婦）中心主義など「医療ケアの質」の向上を目指すにあたり、「女性に優しい病院」という明確かつ受け入れやすいミッションを掲げたことで、C/Pと目的の共有がなされ、その実現をめざした協働活動が促進された。**

「医療ケアの質」というコンセプトは、特定の地域の文化的・社会的な影響を受けやすく、またそれを定義することも達成することも難しい。そこで、プロジェクト専門家は、当時ユニセフが提唱していた「女性に優しい病院」を作る運動に着眼した。「女性に優しい病院」は明確で具体的な達成事項がパッケージになっており、そのパッケージを導入したことで、クライアント中心の質の高いリプロダクティブヘルスサービスというコンセプトを、MCHTIのスタッフと共有することができた。この「女性に優しい病院」のパッケージは、MCHTIにおいてクライアントが親し

みを持てるケアを実現するにあたり、日本人専門家とバングラデシュ人スタッフが共通の達成目標を持ち、その達成に力を合わせる手段として大変効果的であった。

**(4) 技術協力プロジェクトは、無償資金協力事業をフォローするだけの目的で実施されるべきではない。技術協力と無償資金協力間の連携が想定されている際には、その初期段階から企画の過程を統合するべきである。企画過程の統合が実施されない場合、連携がもたらしうる相乗効果が減少することになる。**

リプロダクティブヘルス人材育成プロジェクトの趣旨は、アジンプール郡のマタニティセンターを全国のリプロダクティブヘルスサービス提供者の実地研修を受け入れられる研修施設へと昇格することであった。しかし、無償資金協力によって建設された MCHTI の施設は、研修生用の宿舍や十分な教室は含まれていなかった。また、建物の内部設計は、MCHTI において技術協力プロジェクトで従事していた日本人専門家の期待に沿うものとはならなかった。例えば、技術協力プロジェクトでは、「女性に優しい病院」というスローガンのもとに、病院サービスの質を向上させる活動を展開していたが、そのためには新生児室と分娩室が隣同士である必要性があったが、それは実現しなかった。

さらに、無償資金協力の枠で提供された医療機材のなかには、修理やスペアパーツの入手が困難なメーカーのものやバ国の医療従事者が使い慣れていないものが含まれていた。そのため、技術協力プロジェクトや実施機関に資金的にも人材面でも多くの負担がかかり、自立発展性にも疑問が残る結果となった。

**(5) プロジェクトの初期段階から、双方（日本側とバ国側）によって自立発展性を実現するための努力がされなければならない。**

プロジェクトでは、研修後の評価とフォローアップから得られた教訓を各研修機関で共有できるようなフィードバック機構を確立することが一つのコンポーネントとなっていた。しかし、DGFP と DGHS の分離という政策変更のあと、プロジェクト専門家は、そのような機構を促進するはずであった LD-IST の役割を、事実上代行せざるを得ない状況となった。

その結果として、ワークショップやセミナーなど、研修のフィードバックのための活動は、ほとんどが日本人専門家主導で調整され進められる結果となった。プロジェクト終了後、この役割を担う組織がない状態で、どのようにこれらの研修機関が協力を維持できるかが、残された課題である。これらのことから、日本人専門家がこのようなメカニズムを導入し強化する場合、専門家はこの役割を担える機関に確実に引き継げるような計画を策定しなければならないという教訓が導き出される。

## 付 属 資 料

1. ミニッツおよび合同評価レポート
2. インタビューガイド
3. Engender Health とプロジェクトの関係について  
(合同評価におけるバ国側の民間コンサルタント選定の経緯)
4. プロジェクトの経緯と成果
5. PDM (Version2) への改定について
6. 女性に優しい病院 (Woman Friendly Hospital Initiative) への取り組みについて
7. ICMH/NIPORT/TTU 各々との連携状況のまとめ
8. MCHTI の病院管理について
9. ナルシンディ県ショドル郡の活動のまとめ
  - (1) 介入のインパクトについて
  - (2) 月例会議メモ
  - (3) Referral Function for Pregnant Women at Narsingdi Sadar Upazila  
Review from the study
10. 人間関係トレーニングの活動経緯と成果のまとめ
11. 各種資料
  - (1) MCHTI の妊婦検診数 (1991-2003)
  - (2) MCHTI における家族計画サービス実施数 (2000-2003)
  - (3) MCHTI における帝王切開数 (1991-2003)
  - (4) MCHTI の母子保健関連活動一覧 (1999-2003)

1. ミニッツおよび合同評価レポート


THE MINUTES OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
THE FINAL EVALUATION TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC  
OF BANGLADESH ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR PROJECT OF HUMAN RESOURCES  
DEVELOPMENT IN REPRODUCTIVE HEALTH

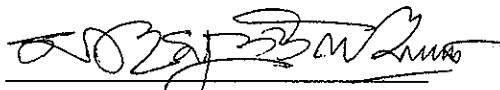
The Japanese Final Evaluation Team (hereinafter referred to as "The team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Osamu KUNII, Deputy Director, Research and Programming Division, Economic Cooperation Bureau, Ministry of Foreign Affairs, visited The People's Republic of Bangladesh from Feb 28 to Mar 18, 2004 for the purpose of evaluating the implementation and the achievements of the technical cooperation program concerning the project of human resources development in reproductive health (hereinafter referred to as "the Project") in Bangladesh.


During its stay in Bangladesh, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Bangladesh authorities concerned of the Government of The People's Republic of Bangladesh.

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

Dhaka, March 17, 2004

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Osamu Kunii  
Leader  
Final Evaluation Team  
Japan International  
Cooperation Agency  
JAPAN

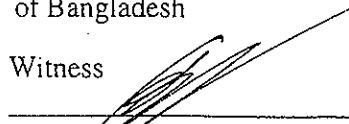
  
\_\_\_\_\_  
Mr. Mahmudul Huq Bhuiyan  
Deputy Secretary  
Economic Relations Division,  
Ministry of Finance  
Government of the People's Republic  
of Bangladesh

  
\_\_\_\_\_  
Mrs. Hashmat Ara  
Deputy Chief  
Ministry of Health and Family Welfare  
Government of the People's Republic  
of Bangladesh

Witness

\_\_\_\_\_  
Dr. M. Mahbubur Rahman  
Director(PHC),Line-Director(ESP) and  
Ministry of Health and Family Welfare  
Government of the People's Republic  
of Bangladesh

Witness

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Jafar Ahmad Hakim  
Director(MCH Services) and  
Ministry of Health and Family Welfare  
Government of the People's Republic  
of Bangladesh

## Attachment

### 1. Confirmation of Joint Evaluation Report

1-1 The Joint Coordination Committee of the Project confirmed the Joint Evaluation Report, which was prepared and submitted by the Japanese team and the Bangladesh side.

1-2 The result of the evaluation is described in this report.

#### a) Relevance

*Is the Project Purpose and Project Design of the HRDRH Project still applicable as an approach to effectively responds to the development challenges in the area of reproductive health, looking forward the next several years to come?*

The Project Purpose and Design of the HRDRH Project was relevant when the Project was formulated. However, a major shift in health sector policy in the middle of the Project, as well as unsuccessful implementation, made some components obsolete. Revision of the Project design to incorporate feedback was adequate, in that to date it has been providing valuable feedback from actual service delivery fronts to relevant training organisations and beyond, and is likely to remain adequate as a strategy for the next several years to come.

#### b) Effectiveness

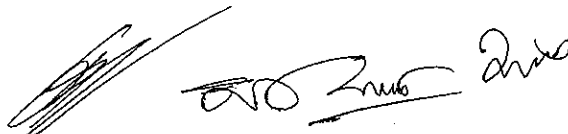
*To what extent has the Project contributed to human resource development in the area of reproductive health? What are the challenges still remaining to be tackled? What were the factors that inhibited or promoted the achievement of the results?*

The Project made a valuable contribution to human resource development in the area of reproductive health in that it achieved the development of a Lead Training Organisation, which can offer distinctive training content, e.g. highly practical, clinically sound and/or client oriented, suitable to broader cadres in a system (including FWVs, paramedics, doctors, and nurses). It could not fully establish a national mechanism capable of addressing gaps between training activities and service provision in order to guarantee the quality and effectiveness of human resources development. Challenges remain in furthering the effective utilisation of MCHTI, as well as finding a suitable mechanism to best safeguard the quality and effective human resource development programme in reproductive health.

Factors that promoted the achievement included a larger policy environment at the time of Project formulation, which required competent Lead Training Organisations, as well as the sincere and dedicated efforts made by the Project. In contrast, policy shifts from integration to disintegration of the DGFP and DGHS apparatus negatively affected the achievement of Project Outputs and Project Purpose.

#### c) Efficiency

*What were the factors that enhanced or lowered the productivity and/or efficiency of the Project implementation?*



Good communication among those involved in the Project, whether through a formal structure of management or regular meetings, informal but close daily exchanges among stakeholders, that stirred by HRT exercises, or the sharing of experiences through Newsletters and seminar/workshops all seem to have enforced smooth implementation of the Project.

Working on and within the existing structure and system seems to have enforced productivity, judging from experiences in Narsingdi.

Factors that lowered productivity or efficiency, although varying in degree, include the frequent transfer of Counterparts who had received intensive training, and large policy shifts that made some activities obsolete.

#### d) Impact

*Were there unexpected negative/positive effects brought about due to the Project investigation.*

In order for the Project's achievement to make contributions to the Overall Goal, i.e. the improving reproductive health services and health status of mothers and newborns, various issues need to be addressed. The results of monitoring and evaluation of training activities suggest that more than half of MCHTI-trained FWVs did not serve a greater number of clients, and only a small proportion of clients actually bring themselves to the facility.

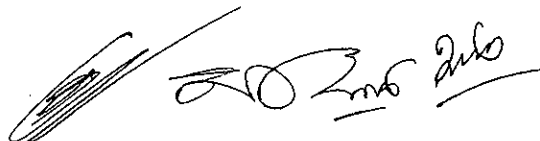
Thus, the extent to which the outputs produced through the Project's investments will develop into significant outcomes will depend largely on how well the general health system can utilise those institutions for human resources development as well as employ those trained by them.

Some positive impact has been observed, such as increased credibility of MCHTI among clients, service providers, and other training organisations; growing recognition among development partners regarding client-centred deliveries or "humanisation" of deliveries; and increased awareness of the importance for training institutions always to incorporate needs of primary beneficiaries among concerned training institutions and development partners. In addition, classes for fathers initiated by MCHTI have come to be regarded as a good practice for male involvement.

Although no major negative impacts were observed, some factors that may lead to negative influences were. These included increased workloads on doctors and nurses due to increased reception of trainees, and the lengthy absence from their posts of FWVs in training. No temporary posting of alternative FWVs seemed to occur in the local SDPs to replace them.

#### e) Sustainability

*What were the approaches/methods that were found effective in establishing/enforcing a sustainable implementation structure of human resource development in reproductive health?*

A cluster of handwritten signatures and initials in black ink, including a large stylized signature on the left and several smaller initials and names in the center and right.Handwritten initials 'OK' in black ink, located in the bottom right corner of the page.

Technically, MCHTI has developed enough capacity to sustain their level of clinical services and training, at a satisfactory level, but financial and managerial sustainability requires strengthening.

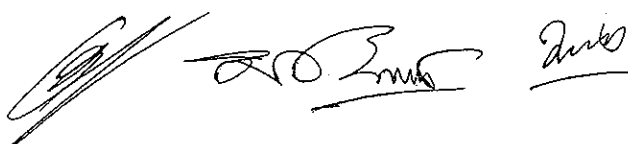
Major factors that may limit sustainability include: the absence of permanently secured staff for maintaining hospital facilities and medical equipment in MCHTI; the transfer of competent MCHTI staff to other organisations; and delayed posting of human resources that have been approved for recruitment. In addition, there is an issue regarding the feedback mechanism for quality training. This Project took a unique approach in involving several Counterpart agencies, looking into establishing a mechanism to safeguard and maintain the quality of a human resource development programme in reproductive health. However, the absence of any unit charged with a lead/coordination role on the Bangladesh side, seemed to have inhibited the continuity and sustainability of such a mechanism.

An approach taken by interventions in Sadar Upazila, Narsingdi District, to provide largely technical and to some extent material interventions to revive the existing system, structure and human resources there, seems to have been effective in establishing sustainability. However, this must still be verified after Project interventions are withdrawn.

### 1-3. Recommendation

Based on the above results of the evaluation, the Final Evaluation Team recommends the following action items to be taken up by concerned parties before the completion date of the Project (31<sup>st</sup> August 2004).

1. Establishment of a mechanism among Lead Training Organisations (LTOs) and other concerned official units to be discussed and decided in JCC.
2. On-site support in Narsingdi district to be promoted in the link with institutional training in LTOs.
3. DGFP and Secretary of MoHFW to complete the process of recruitment of MCHTI staff.
4. MoHFW to consider status of MCHTI to be upgraded to an accredited training organization.
5. Superintendent of MCHTI and Director (MCH services), DGFP to take up issue of accommodation for trainees at MCHTI.
6. NIPORT to assure provision of the accommodation for MCHTI trainees whenever there is vacancy.
7. MoHFW to accelerate accreditation of MCHTI as "Women Friendly Hospital."
8. MCHTI to continue regular management committee meetings.





9. MCHTI with other institutions assess how overloading can affect quality of training, and making recommendations to assure quality of training.

#### 1-4. Lessons Learnt

Based on experiences from the Project's implementation, the following lessons and/or good practices are drawn.

1. *Projects cannot be considered relevant by only confirming its coherence with Government's Strategy and plan. Close examination of Project interventions in light of needs of the target group(s) and primary beneficiaries as well as continuous feedback from the service delivery front are essential.*

At the time when the Project was formulated, a progressive sector wide programme, HPSP, was about to be implemented. Numerous needs assessments and surveys had been conducted in order to formulate HPSP. Under HPSP, FWVs were to serve as skilled birth attendants in order to reduce high maternal deaths: hence, training of FWVs with its target of 4,500 became a national priority agenda in RH. The Project was formulated in line with such agenda.

However, the Project found out, through follow-up study of ex-trainees working in their sites that the plan was to a great degree unrealistic. Few FWVs were conducting facility-based deliveries or home deliveries. As a result, much resource has been invested into training of FWVs by the government and Development Partners, without attaining results on services provision. As this Project had a built-in function to obtain feedback from service delivery fronts, findings through such monitoring enabled the Project to revise its design: avoiding further loss of investments.

2. *In order to fill a gap between training activities and substantial improvement in delivery of quality healthcare services, supportive supervision combined with continuous encouragement, the stance Japanese Experts have always followed under the Project, is quite effective.*

Through follow-up visits and evaluation activities, the Project came to learn that improvement in knowledge and skills through FWVs training did not automatically result in adequate provision of healthcare services. Project addressed this issue through piloting on interventions to maximise utilisation of the results in their work.

These interventions included no more than stimuli to revive the existing and long-dysfunctional quality assurance mechanism through supportive supervision. Supports included facilitation of better communication among different community cadres and supervisors, short refresher training on site, encouragement in record taking, BP machine, regular monitoring visits by Japanese Experts to provide moral support, advise managers and supervisors for more efficient monthly meetings, advise on possible improvement in the provision of necessary drugs and medical supplies at upazila and district levels. These supports seem to have promoted the understanding among different cadres of one's role and of the concrete actions to take, as well as how they relate to safe delivery services to their clients; thereby motivated them to perform their tasks.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large stylized signature on the left and several smaller initials and names on the right.Handwritten initials 'AT' in black ink, located in the bottom right corner of the page.

Statistical comparison between before and after such intervention showed significant increase in number of ANC clients served, number of delivery care performed and number of referral of high risk cases to higher medical facility; which was not seen in non-intervention unions in the same upazila.

3. *Sharing a clear and acceptable mission of Women Friendly Hospital in MCHTI promoted effective collaborative actions towards the improvement in the delivery of quality reproductive health service.*

Quality of care is one of the most difficult concepts to be defined (and thus achieved), as well as the one influenced largely by particular cultural and social settings. The Project Experts utilised the concept of "Women Friendly Hospital Initiative (WFHI)," inherent with clear and concrete mission, in order to share the concept of client-focused, quality reproductive health services with MCHTI staff. It was quite instrumental to achieve friendly care at MCHTI, in that the concept enabled both Japanese Experts and Bangladesh staff to share common objectives to put their forces together.

4. *Japanese Technical Cooperation Projects should not be employed just to follow up on Japanese Grant Aid Projects. When the collaboration between the Technical Cooperation and the Grant Aid is presumed, integrated planning process should occur in its earliest stage of programming assistance. Lack of it can minimise mutually enhancing effects that collaboration of the two can have on each other.*

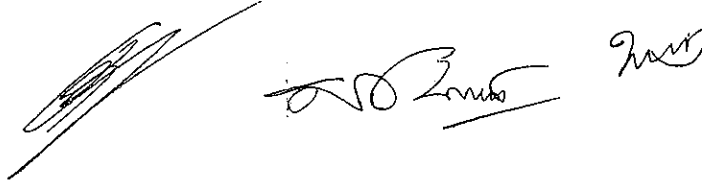
The main component of HRDRH Project was to upgrade Azimpur Maternity Centre to a training institute of national quality. Nevertheless, the new MCHTI building did not include accommodation for trainees, or have sufficient classrooms. In addition, some part of the floor plan did not meet the expectation of the Japanese Experts engaged in technical cooperation. For instance, in order to realise a client-oriented hospital, it would be essential to allocate room for newborns adjacent to delivery room, which was not the case.

Furthermore, among the equipment donated through Japanese Grant Aid, there are some makes that are extremely difficult to repair and procure spare parts, and some that are quite unfamiliar to health practitioners in Bangladesh. This has caused a high burden, financially and labour-wise, on Technical Cooperation Project and its implementing agency, leaving critical questions to sustainability.

5. *From the very beginning of the project, more efforts should be undertaken by both parties to draw up and realise sustainability plans*

One component of the Project was to establish a feedback mechanism so that lessons learnt from the follow-up and evaluation of training activities can be shared among training organisations and beyond. However, shortly after the policy shift that disintegrated the DGFP and DGHS apparatuses, the Project Experts were forced to virtually replace the LD-IST's role in facilitating such mechanism. As a result, these feedback activities in the form of workshops and seminars are mostly initiated and coordinated through the leadership of the Project Experts, the external

actors who do not stay permanently in the system. This left the question of how to sustain collaboration between concerned agencies after completion of the Project, in the absence of national unit to take up the role. Therefore, if the external actors initiate the introduction and/or strengthening of a certain mechanism, there should be a realistic plan to hand over a chief acting role to an official unit who will take up the role.

Handwritten signatures and initials. On the left is a large, stylized signature. In the center is a signature that appears to be 'D. S. Zamb' with a horizontal line underneath. To the right of this is another signature that looks like 'J. M. P.'.Handwritten initials 'AB' in the bottom right corner.

**JOINT EVALUATION REPORT**  
**ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION**  
**FOR THE PROJECT OF HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT**  
**IN REPRODUCTIVE HEALTH**  
**(HRDRH)**

**JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY**  
**JAPAN**

**AND**

**MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE**  
**THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH**

15 MARCH 2004

## ABBREVIATIONS

ANC	Ante-natal care
BCC	Behaviour Change Communication
BP	Blood Pressure
DGFP	Director General Family Planning
DGHS	Director General Health Services
EOC	Emergency Obstetric Care
FWA	Family Welfare Assistant
FWC	Family Welfare Centre
FWV	Family Welfare Visitor
FWVTI	Family Welfare Visitor Training Institute
GoB	Government of Bangladesh
HA	Health Assistant
HIS	Hospital Information System
HRDRH	Human Resource Development in Reproductive Health
HPSP	Health and Population Sector Programme
HRD	Human Resource Development
ICMH	Institute of Child and Maternal Health
IMR	Infant Mortality Rate
JCC	Joint Coordination Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JICWELS	Japan International Cooperation of Welfare Services
LUCS	LU cesarian section
LTOs	Lead Training Organisation
MCH	Maternal & Child Health
MCHTI	Maternity and Child Health Training Institute
MCWC	Maternal and Child Welfare Centre
MMR	Maternal Mortality Rate
NGO	Non Governmental Organisation
NIPORT	National Institute of Population Research and Training
OBGY	Obstetrics and Gynaecology
OVI	Objectively Verifiable Indicators
PIC	Project Implementation Committee
PDM	Project Design Matrix (PDM)
PNC	Post-natal care
RH	Reproductive Health
RTC	Regional Training Centre
SDPs	Service Delivery Points
Sr. FWV	Senior Family Welfare Visitor
TBA	Traditional Birth Attendant
TOT	Training of Trainers
TTU	Technical Training Unit
UFPO	Upazlia Family Planning Officer
UHC	Upazila Health Complex
UFPO	Upazila Family planning Officer
UNFPA	United Nations Fund for Population Assistance
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USG	Ultrasonography
WFHI	Women Friendly Health Initiative
WHO	World Health Organization

## TABLE OF CONTENTS

1. Introduction .....	1
1.1 Summary of Study Team .....	1
1.2 Background of the Project.....	2
2. Evaluation Methodology.....	3
2.1 Method of Evaluation.....	3
2.1.1 An Overview .....	3
2.2.1 Evaluation Questions.....	5
2.2.2 Evaluation Indicators and Required Data.....	5
2.2.3 Data Collection Methods.....	7
2.2.4 Data Analysis & Report Making.....	7
3. Achievements and Implementation Process.....	9
3.1 Inputs.....	9
3.1.1 Japanese Side.....	9
3.1.2 Bangladesh Side .....	10
3.2 Results of Activities .....	12
3.3 Results of Outputs .....	17
3.4 Results of Project Purpose .....	22
3.5 Implementation Process .....	24
3.5.1 Change of Project Design Matrix (LogFrame) .....	24
3.5.2 Adequacy of Implementation Process.....	25
4. Evaluations by Five Criteria.....	26
4.1 Relevance .....	26
4.2 Effectiveness .....	27
4.3 Efficiency .....	28
4.4 Impact.....	29
4.5 Sustainability.....	30
4.6 Conclusion.....	31
5. Recommendations .....	35
6. Lessons Learned.....	36

## LIST OF TABLES AND FIGURES

Table 2-1 : Contents of a Logical Framework (Narrative Summary).....	3
Table 2-2 : Definition of the Five Evaluation Criteria for the Terminal Evaluation .....	4
Table 2-3 : The Five Evaluation Criteria and the LogFrame.....	4
Table 3-1: Equipment Utilisation and Working Condition.....	9
Figure 3-1: Annual Number of Deliveries and LUCS, 1991-2003, MCHTI.....	17
Figure 3-2: Number of Cases ~ ANC, Child Care and Delivery, 1991-2003, MCHTI.....	18
Figure 3-3: Annual Family Planning Services by method, 2000-2003, MCHTI.....	18

## LIST OF ANNEXES

ANNEX 1: Project Design Matrix 2 (LogFrame)
ANNEX 2: Dispatch of Experts
ANNEX 3: List of Equipment Provided
ANNEX 4: Counterpart Training Conducted
ANNEX 5: List of Counterparts to the Project
ANNEX 6: Operational Expenses Contributed

## 1. Introduction

### 1.1 Summary of Study Team

JICA dispatched the Final Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team") to Bangladesh from 28<sup>th</sup> February to 17<sup>th</sup> March, 2004 for the Project of Human Resources Development in Reproductive Health (hereinafter referred to as "the Project"). The Team evaluated achievements made in the five-year cooperation period of the Project, which started in September 1999. The Team is headed by Dr. Osamu KUNII, Deputy Director, Research and Planning Division, Economical Cooperation Bureau, Ministry of Foreign Affairs.

In collaboration with Bangladesh counterparts and evaluators, the Team prepared this Joint Evaluation Report to summarise the achievements of the Project, to give some recommendations for the remaining period of implementation, and to report the lessons learnt for future cooperation in this field.

The members of the Joint Evaluation Team are shown as follows:

#### Japanese side

	Name	Mission	Job Title	Duration of Stay
1	Dr. Osamu KUNII	Team Leader	Deputy Director, Research and Programming Division, Economical Cooperation Bureau, Ministry of Foreign Affairs	2004.3.13-3.18
2	Dr. Yoichi HORIKOSHI	Maternal and Child Health	Technical Advisor, Bureau of International Cooperation, International Medical Centre of Japan	2004.3.8-3.18
3	Mr. Ryoichi SUZUKI	Community Health	Deputy Executive Director, Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (JOICFP)	2004.3.8-3.18
4	Ms. Yutori SADAMOTO	Cooperation Evaluation	Staff, First Medical Cooperation Division, Medical Cooperation Department, JICA	2004.3.8-3.18
5	Ms. Yoko OGAWA	Evaluation Analysis	Researcher, Social Development Department, Global Link Management, inc.	2004.2.28-3.18

#### Bangladesh side

	Name	Mission	Job Title
1	Mr. Md. Firoz Uddin	Chief evaluator	Senior Assistant Chief, MoHFW
2	Dr. Abu Jamil Faisel	Consultant	Country Representative, Engender Health
3	Dr. Aftab Uddin	Consultant	Independent Consultant



## 1.2 Background of the Project

The high maternal and infant mortality rate has been a major problem in Bangladesh. Bangladesh was identified as one of the target countries under the Global Issues Initiatives, the Government of Japan (GoJ) has assisted Bangladesh through the provision of medical equipment to the hospitals and the technical cooperation by dispatching Japanese Experts and Japanese Overseas Cooperation Volunteers. Under these circumstances, the project proposal for Grant Aid to renovate the Maternal and Child Health Training Institute (MCHTI) was submitted by the Government of Bangladesh (GoB), and the GOJ agreed to sign the Note of Exchange, considering the important rôle of this institute on improvement of health status of mothers and children. The renovation was completed in June 2000. In connection with this Grant Aid project, the technical cooperation has also been considered to maximize the benefit of MCHTI. Through several researches conducted to apprehend the baseline data and to assess the needs in the field, the proposal for the project-type technical cooperation named as "Human Resources Development in Reproductive Health" was submitted by the GoB, the Record of Discussions was signed between two Governments, and five-year project for "Human Resources Development in Reproductive Health" was launched on 1 September 1999.

After starting the project, Project management consultation team and Mid-term evaluation team visited Bangladesh to discuss the current problems in the Project, confirmed the progress of the activities and made recommendations.

Besides, 2<sup>nd</sup> project management team visited Bangladesh to revise the Project Design Matrix<sup>1</sup> (PDM<sub>1</sub>), which was designed in 1999, in accordance with actual Project activities. The Joint Coordination Committee (JCC) authorized new PDM (PDM<sub>2</sub>) in June 2003.

---

<sup>1</sup> Former "JICA Project Evaluation Guideline," as well as the textbook on the PCM Method published by FASID used to use the term Project Design Matrix (PDM) to call Logical Framework (LogFrame).

## 2. Evaluation Methodology

### 2.1 Method of Evaluation

#### 2.1.1 An Overview

In line with the "JICA Project Evaluation Guideline (revised: January 2004)," the Final Evaluation of the Project-type Technical Cooperation Project: "Human Resource Development in Reproductive Health Project (HRDRH Project: September 1999~August 2004)" was conducted using the Logical Framework Approach (cf. Table 2-1). This evaluation process was consisting of three steps, namely, i) adopting the logical framework (hereafter referred to as LogFrame), which was revised at the time of visit by the Japanese project management consultation team (25 June ~ 2 July, 2003), as a framework of the Project; ii) confirming and analysing the present status of the Project on its achievement levels, adequacy of implementation process as well as causal relationships between the Project-related activities and the present status; and, iii) examining the value of the Project against the criteria, namely, "relevance", "effectiveness", "efficiency", "impact", and, "sustainability".

Through the above analysis, the Evaluation team specified factors that promoted or inhibited the achievement levels, so that the lessons learnt from the Project could be applied to other similar projects in the future.

Table 2-1 : Contents of a Logical Framework (Narrative Summary)

<b>Overall Goal</b>	Broader effects that affect a larger population, sought to be achieved through the achievement of the Project Purpose.
<b>Project Purpose</b>	Direct and positive effects expected to prevail as a consequence of the Project interventions. Intended to benefit the target group and a segment of the society.
<b>Outputs</b>	Physical goods and services that can be produced through conducting the planned activities
<b>Activities</b>	Actions necessary to produce the planned Outputs
<b>Objectively Verifiable Indicators</b>	Criteria to measure the attainment level of the Project Outputs, Project Purpose and Overall Goal
<b>Means of Verification</b>	Sources of information to verify indicators
<b>Important Assumptions</b>	Situations, events, conditions necessary for project success, but beyond the control of the project management
<b>Preconditions</b>	Necessary conditions that must be overcome before a project is initiated
<b>Inputs</b>	Personnel, equipment, and costs required for Project Activities

#### 2.1.2 Five Evaluation Criteria

Definition<sup>2</sup> of the five evaluation criteria that were used as viewpoints in analysis for the Final Evaluation is given in Table 2-2 below.

---

<sup>2</sup> "JICA Project Evaluation Guideline (revised: January 2004)," Office for Evaluation and Post-Project Monitoring, JICA.

Table 2-2 : Definition of the Five Evaluation Criteria for the Terminal Evaluation

Five Evaluation Criteria	Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
1. Relevance	The question whether the "Overall Goal" and "Project Purpose," as stipulated in the LogFrame, are still in line, at the time of the evaluation, with the needs of the target group, the policy directions of Bangladesh, as well as the adequacy of selected solutions to the issues concerned, of the strategy that the Project has taken, and of the nature of the Project as an official development assistance.
2. Effectiveness	The question as to what extent the Project has benefited or would benefit the target group or a segment of the society. More specifically, the question as to clarify the causal relationship between the Project Purpose and Outputs.
3. Efficiency	The question on the relationship between the cost and the effects obtained by the Project, whether the Inputs has been effectively utilized.
4. Impact	The question on what changes, whether positive/negative or anticipated/unanticipated, have been produced as a result of the implementation of the Project.
5. Sustainability	The question on self-reliance of the Project in terms of organizational, financial and technical aspects: whether the benefits of the Project will continue after the discontinuation of external assistance.

Table 2-3 below also shows how different levels of the Narrative Summary in the LogFrame relate to the five evaluation criteria.

Table 2-3 : The Five Evaluation Criteria and the LogFrame

Narrative Summary	Five Evaluation Criteria				
	Relevance	Effectiveness	Efficiency	Impact	Sustainability
Overall Goal					
Project Purpose					
Outputs					
Inputs					

## 2.2 Evaluation Design

Under this Project, the Plan of the Project has been produced in the Project Design Matrix (PDM) format at the beginning of the Project, which was modified into the PDM<sub>2</sub><sup>3</sup> in July 2003 in the occasion of the project management consultation mission. The Final Evaluation utilised

<sup>3</sup> The revision of the PDM<sub>1</sub> (formulated in June 1999) into the PDM<sub>2</sub> was done by the Japanese project advisory team visited in June-July 2003, reflecting the findings of the various reviews/studies, and also based on the Record of Discussion (as of 24<sup>th</sup> June 1999), other Project-related documentation including reports by the Japanese Experts and the Quarterly Reports of the Project.

the PDM<sub>2</sub> as a framework of the Project in order to formulate the evaluation design.

Upon formulation of the evaluation design, evaluation questions were set in order to define “What the evaluation seeks to know the most,” after which the required data, its collection methods and data analysis methods were identified and examined in order to answer those questions. Main evaluation questions for this Final Evaluation are presented in the following section.

### **2.2.1 Evaluation Questions**

As Japanese Government holds an interest in continuing its supports to the area of reproductive health, this evaluation will consider a forward-looking approach: The process is not only to confirm the achievement/effects of the Project intervention, but also to find out how best the experiences and lessons learned from the Project could be utilized for more effective and efficient planning and implementation of the future support to reproductive health field in Bangladesh. Therefore, main evaluation questions include the followings, in addition to the standard question of “Was the Project worthwhile?”

- 1. Is the Project Purpose and Project Design of the HRDRH Project still applicable as an approach to effectively responds to the development challenges in the area of reproductive health, looking forward the next several years to come?*
- 2. To what extent has the Project contributed to human resource development in the area of reproductive health? What are the challenges still remained to be tackled? What were the factors that inhibited or promoted the achievement of the results?*
- 3. What were the factors that has enforced or lowered productivity and/or efficiency of the Project implementation?*
- 4. Were there unexpected negative/positive effects brought about due to the Project intervention?*
- 5. What were the approaches/methods that were found effective in establishing/enforcing sustainable implementation structure of the human resource development in reproductive health?*

### **2.2.2 Evaluation Indicators and Required Data**

In order to respond to the above evaluation questions, the Team first confirmed, through the data compiled by a National Consultant, the level of achievement as per the Objectively Verifiable Indicators (OVIs) given in the PDM<sub>2</sub><sup>4</sup>, other supplementary indicators as well as the data on implementation process that may have contributed to the achievement. Analysis of causal relationships between the observed achievement/effects and the Project intervention were also considered.

---

<sup>4</sup> In the PDM<sub>2</sub> OVIs are not necessarily clear on the target levels to be achieved. As such, the analysis will mainly be whether changes have been observed, through before/after comparison.

Table 2-4: Evaluation Questions and Data Required

Evaluation Questions	Data Required
0. To what extent the Project have made its achievements. How did implementation process went? (Implementation Process)	Trend in performance measurement indicators at Overall Goal level
	Trend in performance measurement indicators at Project Purpose level
	Trends in performance measurement indicators at Outputs level
	Implementation of Activities
	Achievements in Inputs
	Implementation process
	Adequacy of management structure of the Project
	Mode/means of technical transfer
	Extent of beneficiaries' involvement
	Extent of ownership by Bangladesh government and relevant organisations
1. Is the Project Purpose and Project Design of the HRDRH Project still applicable as an approach to effectively responds to the development challenges in the area, looking forward the next several years to come? (Relevance)	Consistency of Overall Goal and Project Purpose with development goals/policies of Bangladesh Government
	Consistency of the Project Purpose with needs of target group.
	Adequacy of Project's strategy (selection of Project Purpose, target areas, target field(s), target group(s))
	Consistency of the Overall Goal and Project Purpose with Japanese development cooperation policy
2. To what extent has the Project contributed to human resource development in the area of reproductive health? What are the challenges still remained to be tackled? What were the factors that inhibited or promoted the achievement of the results? (Effectiveness)	Extent of the Project Purpose being achieved
	Contribution of the Outputs to achievement of the Project Purpose
	Influences by other conditions and/or factors on the achievement level of the Project Purpose
3. What were the factors that has enforced or lowered productivity and/or efficiency of the Project implementation? (Efficiency)	Extent of achievement of Outputs
	Adequacy of Inputs from Bangladesh side (quality, quantify and timing)
	Adequacy of Inputs from Japanese side (quality, quantify and timing)
4. Were there unexpected negative / positive effects brought about due to the Project intervention? (Impact)	Causal link between Inputs and Outputs/Project Purpose
	Contribution to Maternal Mortality Rate (MMR)/Infant Mortality Rate (IMR) reduction
	Causal link between the Overall Goal and Project Purpose
	Unexpected positive/negative effects due to the Project interventions
5. What were the approaches/methods that were found effective in establishing/enforcing sustainable implementation structure of the human resource development in reproductive	Influences by other conditions and/or factors on the achievement level of the Overall Goal
	Likelihood of continued political supports, changes in organisational capacity to manage the Project
	Likelihood by Mother and Child Health Training Institute (MCHTI) to secure necessary budget to continue/maintain the improved functions

Evaluation Questions	Data Required
health? (Sustainability)	How the benefits of the technical assistance continue to reach the ultimate beneficiary
	Promoting and inhibiting factors to maintain the effects obtained through the Project

### 2.2.3 Data Collection Methods

Both quantitative and qualitative data was gathered and utilised for analysis.

A national consultant was hired in order to gather and compile necessary data for the evaluation, and to conduct a comparative qualitative study in Narsingdi district, to find out the link between project interventions and changes observed after the Project period. Data collection methods used by the National Consultant and the Evaluation Team are as follows:

1. Literature/Documentation Review (MoHFW documentations, Project reports, national and regional statistical data, various donor reports, etc.);
2. Questionnaires (MCHTI Counterparts, Japanese Long-term Experts);
3. Key Informant/Group Interviews (MoHFW officials, MCHTI Counterparts, Japanese Long-term Experts, officials from Development Partners, Upazila Family Planning Officer [UFPO], senior Family Welfare Visitor [SFWV], etc.);
4. Focus Group Discussions  
Family Welfare Visitors (FWVs) and Family Welfare Assistants (FWAs) in intervention area and non-intervention area; and,
5. Direct Observation

### 2.2.4 Data Analysis & Report Making

Purpose of the Final Evaluation is, in the first place, to confirm the results of the Project. Additionally, the Evaluation study also tried drawing recommendations and lessons learned from the experience under the Project, in order to make use of such results for the more effective planning of the future supports in the field. Results of the evaluation study is to be utilised and referred to by JICA officials in Tokyo and in overseas offices, relevant agencies/organisations in Bangladesh as well as Development Partners engaging in reproductive health field. Thus, the evaluation report is to reflect views of relevant stakeholders from both Bangladesh and Japanese sides.

The Final Evaluation Team compiled a draft evaluation report based on the results of the evaluation study. The content of the draft was then discussed in the Feedback Meeting, held on the 11th of March 2004. Feedback obtained through the discussion was reflected in the final document, as the Joint Evaluation Report. Summary of the Joint Evaluation Report is to be signed by both Bangladesh side and the Japanese Evaluation Team.

Analysis and interpretation of the collected data was done using the five evaluation criteria. Overall conclusion, recommendations as well as lessons learned were drawn through the said analyses.

### 3. Achievements and Implementation Process

#### 3.1 Inputs

##### 3.1.1 Japanese Side

##### a) Long-Term Experts

The list of experts is shown in ANNEX II.

A total of 12 (twelve) Long-term Experts in nine (9) areas of expertise, totalling 288 MM, will have been assigned by the end of the Project. The areas of expertise include Chief Advisory, Project Coordination, experts on Training Monitoring and Evaluation, Midwife Training, Nursing Management, OBGY, Clinical Laboratory, Maternal Care and Nutrition and Health Education.

A total of twenty-six (26) Short-term Experts in thirty-eight (38) visits and in 22 areas of expertise, totalling 50 MM, have been dispatched at the time of the Final Evaluation, and eight (8.4 MM) more are planned by the end of the project. Average duration of stay per visit was 1.32 MM, ranging from 0.17 MM (5 days) to 5.97 MM. The fields of expertise included the following 22 areas:

OBGY, Clinical Laboratory, Medical Equipment Management, Medical Information Management, Human Resource Development, Midwifery, Anaesthesia, Neonatology, Diagnosis by Ultrasonograph, Maternal Care, Nursing Management, Operation Theatre Nursing, Neonatal Nursing, Trainer for Training, Training Monitoring and Evaluation, Hospital Statistics, Pharmacy Management, Water Supply System, Maintenance of Equipment and Facility, Human Relationship Training, Audio Visual Education Material Development, GO/NGO Collaboration and Design of Base-line Survey.

All ten (10) planned field of expertise as stipulated in the Record of Discussions (R/D of 24 June 1999) were covered, and additional twelve (12) fields were added.

##### b) Provision of medical and training equipment

The list of equipment provided to MCHTI, Institute for Child and Maternal Health (ICMH), National Institute for Population Research and Training (NIPORT), Technical Training Unit (TTU) and other institutions is shown in ANNEX III.

The medical and training equipment worth US\$943,200 in total has been provided by the end of the Project. This amount does not include US\$875,685 contribution of medical equipment to MCHTI through Japanese Grant Aid.

**Table 3-1: Equipment Utilisation and Working Condition**

UTILISATION	#	%	WORKING CONDITION	#	%
A : It is used periodically (Every day use)	220	43%	0 : No existing the equipment	0	0%
B : It is used regularly (1-3 times per week)	108	21%	1 : Working perfectly	441	86%
C : It is used few times (3-11 times per year)	27	5%	2 : Working but small failure exist	15	3%
D : Not used	120	23%	3 : Not working properly	8	2%
E : No Check / Broken By User / Not Found	37	7%	4 : Under repairing	8	2%
<b>TOTAL</b>	<b>512</b>	<b>100%</b>	5 : Out of use (Object of scraps)	4	1%
			6 : Unknown status	36	7%
			<b>TOTAL</b>	<b>512</b>	<b>100%</b>

Source: Project Office, March 2004



Tables above shows the extent of utilisation and working condition at the time of Final Evaluation. 86% has been working perfectly, while 7% is of unknown status. As for levels of utilisation, 64% of the equipment is either used periodically or regularly, whilst 23% is not used, and 7% not found.

### **c) Training for Counterparts**

The list of training for Counterparts is shown in ANNEX IV.

The total of eighteen (18) persons, with total duration of 24 MM, have been trained under the Counterpart (C/P) training scheme under the Project, whereas eight (8) more Counterparts, with total duration of 15 MM, have also participated in training by Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS) and study tours to JICA Maternal and Child Health Project in Cambodia through non-Project resources mobilized by the Project. Two (2) more and one more are planned to be trained in Reproductive Health Programme Management and Hospital Management, respectively, by the end of the Project.

The areas of training include the following:

Hospital Management (4 persons), Maternal Health and Care (10), Obstetrics-Gynaecology (OBY) (1), Neonatology (3), Nursing Care and Midwife Training (1), Human Resource Development (5), Clinical Laboratory Management (1), Anaesthesiology (1), Ultrasonography (1), Digital Video Production (1), and, Reproductive Health Programme Management (2).

### **e) Local Operational Cost for the Project**

A table showing annual Operational Cost (actual expenditure and estimated allocation) from the Japanese side is in ANNEX VI.

A total of US\$ 488,509 will have been expended for local operational costs by the end of the Project from the Japanese side. The amount includes miscellaneous costs for effective and smooth implementation of the Project. For instance, contracts of maintenance staff for MCHTI facilities and medical equipment, together with a portion of maintenance costs, have been supported under this budget, to fill in the deficiency in staff posting and MCHTI's budget. Furthermore, upgrading physical structure of NIPORT dormitory was also expended from this budget, in order to secure dormitory facilities for the trainees in MCHTI. Some local training activities, such as basic computer skills development, were also covered under this Operational budget<sup>5</sup>.

## **3.1.2 Bangladesh Side**

### **a) Appointment of Counterpart personnel**

The name list as well as number of Counterpart personnel from the MoHFW as well as MCHTI, ICMH and NIPORT is provided in ANNEX V.

---

<sup>5</sup> The Project contributed a total of 342,900 Taka (JPY720,090) for 35 MCHTI staff, 6 TTU staff and, 15 NIPORT staff.

A total of one hundred and three (103) core Counterparts, cumulative, for management of the Project and in eleven (11) specialized areas have been allocated as the Counterpart personnel by the Bangladesh side, as stipulated in the R/D (as of 24<sup>th</sup> June 1999). The number of Counterpart at the time of evaluation was fifty-eight (58). This discrepancy is due to frequent transfer of Counterparts to other posts<sup>6</sup>, despite numerous requests made by Japanese side to reconsider the transfer.

In addition, the number of staff assigned to the Project activities in MCHTI and other institutions increased over time, from one hundred and five (135) persons in May 2002 and one hundred and forty-seven (147) persons<sup>7</sup> at the time of Final Evaluation. Nevertheless, 53 approved posts<sup>8</sup> in MCHTI, which were requested upon the inception of the Project, have yet to be filled at the time of Final Evaluation, including MBBS certified medical doctors, nurses with BSc., and a technician for equipment/facility maintenance. This is due to lengthy procedures from approval of the establishment to the recruitment involving three different Ministries.

#### **b) Facilities and Office space for Japanese Experts**

As per the R/D (of 24 June 1999), 1) Sufficient space for implementation of the Project, 2) Offices and necessary facilities for the Japanese Experts, 3) Facilities such as electricity, gas, water, sewerage, telephones and furniture necessary for Project activities and operational expenses for utilities, and 4) Other facilities mutually agreed upon as necessary, are to be provided by the Bangladesh side.

Sufficient space for implementation of the Project activities was provided in MCHTI where major Project activities occurred, both in the old MCHTI and the newly built MCHTI building through the Japanese Grant Aid scheme. The office space for Japanese Experts has been provided in both TTU, Director General Health Service (DGHS), until mid 2002, and on the 3rd floor of the new MCHTI buildings from mid 2000 till date. Utilities and some office furniture necessary for Project activities were provided by the MCHTI.

One of the major shortage/difficulty in the Project was the lack of dormitory facilities or accommodation for trainees with reasonable access from the MCHTI, especially those female FWVs in residency training, who are to work in night shifts. The Project, Joint Coordination Committee (JCC) and Project Implementation Committee (PIC), made efforts in securing accommodation in the Family Welfare Visitor Training Institute (FWVTI) in Asadgate as well as the dormitory of the Nursing School in Dhaka Medical University.

#### **c) Allocation of Budget to MCHTI**

A table showing annual Operational Cost (actual expenditure and estimated allocation) of MCHTI is shown in ANNEX VI.

A total of US\$ 1,441,193 (July 2000 ~ June 2001) will have been allocated and expended for MCHTI by the end of June 2004. There is a trend of increase<sup>9</sup> from 2000/2001, 2001/2002, 2002/2003 to

<sup>6</sup> Please refer to ANNEX V for more details.

<sup>7</sup> The amount includes the fore-mentioned 58 core Counterparts.

<sup>8</sup> The original request was 226 newly established posts, which were halved by the MoHFW, and again halved by the Ministry of Finance. As a result, approved posts were reduced to 53.

<sup>9</sup> In view of the completion of the JICA Project cooperation, increased budget has been submitted by the MCHTI to the MoHFW for the next fiscal year (2004/2005), with the amount 55,417,000 taka (=US\$729,644).

2003/2004 Bangladesh fiscal year both in the total amount and the portion of revenue budget as opposed to development budget.

### 3.2 Results of Activities

Activities consisting of the following twenty-three (23) areas are shown in PDMe (LogFrame). The ongoing and completed activities at the time of final evaluation are summarised as follows:

Activities	Results
<i>ACTIVITIES UNDER OUTPUT 1: The quality of clinical services at MCHTI is improved</i>	
<p>1-1 Upgrade the technical skills of clinical staff (OB, Neonatal Care, Anaesthetics, Midwifery)</p> <p>1-1-1 Prepare clinical standards for MCHTI</p> <p>1-1-2 Provide health services following the prepared clinical standards</p> <p>1-1-3 Monitor the performance of clinical services by the indicators selected</p> <p>1-1-4 Hold regular clinical meetings</p>	<p>The obstetrics and gynaecology (OBGY) guidelines at MCHTI have been prepared by June 2002 by joint involvement of counterparts and the JICA long-term expert on OBGY.</p> <p>Operation Manual for Pathology Unit, designed for use by the doctors, paramedics and others, was developed during September 2001 through which standard a procedure has been maintained to establish criteria for proper collection of specimen, test procedure, operation and maintenance of equipment etc.</p> <p>By June 2003, the Nursing and Midwifery care standard is prepared in each unit (for Senior Staff Nurse/FWV) and has been in use at the units at the time of Final Evaluation. By February 2003, in order to standardize the neonatal care a Neonatal Manual (1<sup>st</sup> version) for MCHTI was also prepared.</p> <p>A number of indicators to monitor quality of clinical services on OBGY and Ultrasonography (USG) have been identified. Head of respective departments and hospital management committee have been monitoring these indicators monthly. Clinical meetings, OBGY Consultant meetings and OBGY Morning sessions were held regularly to discuss guidelines and indicators for performance monitoring. According to a visiting external expert: most of the clinical activities were carried out according to the manuals and performance observed were satisfactory. Doctors and nursing staff are able to manage both clinical activities as providers, and training activities as trainers in a good manner.</p>
<p>1-2 Establish and maintain the nursing management</p>	<p>Nursing –midwifery management activities have been reached to the basic target at the end of the third year, and follow up have done another one year. Now assistant matron and in-charge nurses have basic skills in nursing management.</p>
<p>1-3 Establish laboratory services</p>	<p>Laboratory services have been established in MCHTI and recorded data have shown increased usage of these services in successive years.</p>
<p>1-4 Establish radiology services</p>	<p>Established radiology services unit in MCHTI. At the time of final evaluation, the recorded data have shown progressive increase especially the usage of USG services from this unit during the project period.</p>
<p>1-5 Conduct rational hospital management</p> <p>1-5-1 Hold regular management committee meetings</p> <p>1-5-2 Improve the health</p>	<p>A rational approach in hospital management has been introduced. Hospital management committee conducted regular meetings to discuss and identify the management problems and their remedial measures. Through introduction of operational manual both maintenance of equipment and facilities and logistics system has been improved.</p>

Activities	Results
<p>information system and conduct necessary data analysis and studies to clarify the performance of MCHTI</p> <p>1-5-3 Carry out proper maintenance of equipment and facilities</p> <p>1-5-4 Improve the logistic system in MCHTI</p>	<p>However, health information system (HIS) and the level of understanding of its use for improving performance management have not yet fully developed.</p>
<p>1-6 Regularly provide health and nutrition information to visited clients and family members</p>	<p>Provisions have been created to provide health and nutrition information to visiting clients and their family members through holding regular nutrition classes and fathers' classes. However, there was no recorded follow up to assess the impact of such health and nutrition information given to the visited clients and family members.</p>
<p>1-7 Acquire the certificate of 'Women Friendly Hospital'</p>	<p>The woman friendly hospital initiative (WFHI) attempts to ensure respect of standards for:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quality of Care</li> <li>2. The Mother-Baby Package</li> <li>3. The strategy to end violence against women, and</li> <li>4. Gender Equity in health services and allocation of resources</li> </ol> <p>In this context, MCHTI is now ready to be examined for acquiring the certificate of WFH. However, 'issuing authority' has to be identified before such examination. It has been informed that UNICEF is now having dialogue with Ministry of Health and Family Welfare on the issue of certification.</p>
<p><i>ACTIVITIES UNDER OUTPUT 2: The quality of training activities at MCHTI is improved</i></p>	
<p>2-1 Develop the training Unit at MCHTI</p>	<p>Refurbished Training Unit at MCHTI. Equipped with training models, charts and necessary audiovisual equipment for conducting clinical trainings on reproductive health (RH) services.</p>
<p>2-2 Improve the training management capacity</p> <p>2-2-1 Hold regular training meetings</p> <p>2-2-2 Hold regular training committee meetings</p> <p>2-2-3 Make a realistic training plan</p>	<p>Conducted regular training meetings to monitor the training progress, conducted regular training committee meetings to discuss about the training organization and training management problems. Reviewed training plans regularly and priorities were reflected to make realistic training plans. Prepared annual training plans every year and submitted to incorporate in the national in-service training plans under the HPSP.</p>
<p>2-3 Upgrade the training skills of the trainers</p> <p>2-3-1 Conduct training for trainers to improve their training skills</p> <p>2-3-2 Give necessary input to improve the training skills for BCC</p> <p>2-3-3 Accumulate various curricula, texts or methodology of training</p>	<p>Training of Trainers course were conducted to up-graduate the training skills of the trainers. Twelve (12) counterparts have participated in the ToT course, 6 in Midwifery and 6 in human resource development. Eighteen (18) counterparts have been trained in Japan under the C/P training scheme in the fields of Hospital Management, Maternal Health, OBGY, Neonatology, Maternal Care, Nursing Care and Midwife Training, Clinical Laboratory Management, Anaesthesiology, Ultrasonography, and Digital Video Production.</p> <p>In addition, nine (9) more persons participated in Japan and in the third</p>

Activities	Results
for RH	<p>country training program in Cambodia in the following fields: Asian Maternal and Child Health Workshop organized by Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS), and JICA Study Tour to visit JICA MCH Project in Cambodia. Behaviour Change Communication (BCC) trainers' manual has been jointly prepared with NIPORT and conducted TOT on BCC for master trainers of FWV Midwifery training.</p> <p>The project collected and reviewed a number of curricula, texts, and training manuals to standardize the methodology of training for RH. For example, through this standardization process a two-month midwifery-training curriculum has been developed for NGOs.</p>
<p>2-4 Conduct training for RH service providers</p> <p>2-4-1 Conduct training ordered</p> <p>2-4-2 Reflect the pre and post tests for better training</p> <p>2-4-3 Conduct summary meetings after training</p> <p>2-4-4 Prepare reports on each training</p>	<p>Every year MCHTI conducted training ordered from both government and non-government organizations. A total of 3,647 trainees (government-1,770, NGO-1,877) have been trained and almost all trainings were conducted as scheduled. Provisions have been made for assessment of trainees through pre and post tests, and use of standard questionnaire and checklists. After completion of training, summary meetings were conducted to review and provide feedback to the stakeholders where problems relating to organization and management of training have been discussed and remedial measures identified.</p> <p>In addition, bi-monthly training progress reports have been presented to PIC meetings, though it largely served the purpose of information sharing only. No quarterly or annual training report was produced by the MCHTI.</p>
<p>2-5 Prepare learning guidance and tutoring guidance for midwifery skills</p>	<p>Learning guidance and tutoring guidance for midwifery skills have been prepared and distributed. Minimum performance targets have been introduced in the surgical procedures, medical treatment, manual procedures, blood transfusion, and anaesthesia for the EOC training to train FWVs working in the Maternal Child welfare Centres (MCWCs). Logbook has been introduced in the Midwifery training to guide and ensure development midwifery skills of FWVs working at Family Welfare Centres (FWCs).</p>
<p><i>ACTIVITIES UNDER OUTPUT 3: Supports are given at the sites so as to enable trainees to maximize the training results at her/his site</i></p>	
<p>3-1 Find out the current activities of health providers for RH at sites</p>	<p>The situation analysis of RH services from community up to district level in Narsingdi district has been conducted and reported. Different cadres of RH providers are delivering services through eighty-five (85) different service delivery points at district, upazila, union and community-based distribution outlets. Besides, a few NGO clinics and some commercial units such as pharmacists, village doctor, and private physicians are involved in providing RH services. The target beneficiaries of the project (FWVs) are working at union level facilities. The situation analysis revealed significant problems in a number of areas, including in-service training of staff, supportive supervision and monitoring, availability of staff and IEC materials, cleanliness, electricity and medicine.</p>
<p>3-2 Support FWVs to take appropriate action to</p>	<p>Support, although in a limited area of intervention, has been extended to FWVs to take appropriate action to realize safe deliveries. Necessary</p>

Activities	Results
realize safe deliveries by encouraging better communication with FWAs who have information on pregnant women in their communities	<p>equipment such as BP Machine and logistics such as FWV registers have been provided to FWVs. These support encouraged FWVs to better record, better communicate with and update FWAs at the time of providing RH services in the satellite clinics or at FWCs. In turn, FWAs who have information on pregnant women in their communities provided necessary feedback about the RH clients and thereby assisted the FWVs in providing RH services. As a result, it is assumed that both number and quality of safe delivery services has been improved in the intervention areas. However, focus group discussion (FGD) with project beneficiaries revealed that supports were not adequate to meet their expectations indicating that an effective supportive supervision system is needed to be in place to sustain their expectations.</p> <p>It is noted that FWVs are not responsible for making any supervisory visit to FWAs, rather they work at satellite clinics or FWCs with support from FWAs.</p>
3-3 Encourage FWAs and FWVs to detect complicated cases after deliveries through PNC	<p>Both local and JICA experts have made regular visits to intervention areas of Narsingdi district to encourage FWAs and FWVs to detect complicated cases after deliveries through PNC. Through their visits, both FWAs and FWVs were felt encouraged, however, the focus groups discussion conducted with them revealed that lack of adequate support such as transport and finance hindered their effort in providing post-natal care (PNC). Also, the available data on service statistics of intervention area indicate that no significant progress was made during the intervention period in this respect. The situation analysis document recorded that the concept of post-natal care in the rural areas of Narsingdi was totally missing and also the community people stated that the most neglected part of safe motherhood was PNC. All these indicate the necessity of developing an appropriate referral service system with adequate transport and financial support, which inhibited greatly the application of learned knowledge and skills by the FWVs for such complicated cases after deliveries.</p>
3-4 Give necessary support on supervisors for FWVs to conduct better supportive supervision	<p>Situation analysis of RH providers revealed that the concept of supportive supervision was missing in the pilot district. HRDRH project provided support to supervisors in the intervention area of Narsingdi district for about one year. FGDs with FWVs in intervention area revealed that this support facilitated interactions between them (FWVs) and their supervisors and help increase the frequency of supervisory visits by their immediate supervisors. Most of the supervisory visits dealt administrative problems such as preparation and collection of reports. Other areas of supportive supervision such as reinforcement of knowledge and skills through continuing education did not get much attention. The discussion also revealed that FWVs were strongly motivated to achieve the targets given by their supervisors allowing little room for interactions for self-development. All these indicate that a supportive supervision system per se has yet to be developed to help FWVs sustain their skills and attitude to provide quality RH services.</p>
3-5 Give necessary advice for more efficient monthly meetings	<p>During monitoring visit, JICA experts have encouraged the Upazila authority to hold more efficient monthly meetings. They also provided necessary supports in the form of logistics such as IEC materials.</p>

Activities	Results
3-6 Conduct monitoring of training at the site	JICA experts visited trained FWVs at their worksites in Narsingdi district along with local supervisors.
3-7 Find out the situation of provision of drugs and medical supplies necessary at the site, and to give an advice on possible improvement at upazila and district level, if necessary	<p>The situation of provision of drugs and medical supplies necessary at the site has been investigated during the situation analysis study, though the report contained no specific recommendations in this regard.</p> <p>Key Informant Interviews with manger and supervisors confirmed that through monthly meetings the issue of drugs and medical supplies are discussed, however, they were unable to solve these problems due to policy reason. In their opinion, now the policy barrier has been removed and the situation will be improved.</p>
<i>ACTIVITIES UNDER OUTPUT 4: A mechanism is developed so that the lessons learned from the activities for HRD in RH are reflected as technical recommendations to stakeholders and concerned authorities</i>	
4-1 Find out the possible discrepancy between the conducted training and the needs based on the real situation at the site	Discrepancy between the conducted training and the needs based on the real situation at the site has been identified. There has been observed a gap between service protocol and the providers' behaviour. To be effective, protocols must be reinforced with training and supervision.
<p>4-2 Strengthen the collaboration network among stakeholders of RH</p> <p>4-2-1 Conduct the PIC meetings and to publish newsletters regularly</p> <p>4-2-2 Improve the facilities for training unit of NIPORT including hostel</p> <p>4-2-3 Develop training materials in collaboration</p> <p>4-2-4 Exchange trainees or training materials</p> <p>4-2-5 Support on development of T-MIS</p>	In order to strengthen the collaboration network among stakeholders of RH, various activities have been undertaken: bi-monthly Project Implementation Committee (PIC) meetings (25 meetings with 338 members attended), regular publishing of newsletters (4 issues of BRIDGE published each year leading to 14 issues during the project period), improving facilities for training units (supplied training equipment, models, and logistics) and accommodation in hostel, collaboration in training materials development (participated in midwifery curriculum development in ICMH), exchange of training materials or trainees (Japanese experts accompanied to the midterm evaluation team of midwifery training and supported them on its methodology), and support on TMIS (short term Japanese expert provided support). Overall, a closer JICA-ICMH-NIPORT-TTU collaboration network has been developed for HRD in RH.
4-3 Conduct meetings for better communication of stakeholders	Joint Coordinating Committee (JCC) meetings were conducted regularly, which played an important role in facilitating coordination at higher levels to deal issues outside the purview of PIC. PIC meetings were held regularly and played active role in designing and developing the way in which MCHTI can participate and contribute in the national training program in the field of RH. In addition, meetings were also conducted with Technical Training Unit (TTU) partners such as PRIME II supported by USAID, GTZ, UNFPA and UNICEF for communicating stakeholders on specific issues of mutual interest.
4-4 Conduct workshops with the objective of reflecting the above results to the concerned authorities and stakeholders	Annual workshops/seminars were conducted as planned each year. At the time of final evaluation, a total of 546 participants from different concerned authorities and stakeholders attended and it has been observed that participation increased every year.

### 3.3 Results of Outputs

#### *OUTPUT 1: The quality of clinical services at MCHTI is improved*

Overall, the quality of clinical services at MCHTI has been remarkably improved during the HRDRH project years (1999-2004). Investments into modern diagnostic technology enabled the MCHTI to provide one-stop services to clients, instead of referring patients to other institutions for examination and other services. The MCHTI is now able to provide round-a-clock Emergency Obstetric Care (EOC) services for clients. Furthermore, MCHTI, along with Dhaka Medical College, was selected by UNICEF as a site for international Competency-Based Training (CBT) on EOC, to which two consultants and two nurses are to serve as master trainers.

Along with the improvement of quality in clinical services, the capacity of MCHTI for delivering quality maternal and childcare has been increased remarkably during the project period. For example, at the time of the final evaluation, MCHTI has witnessed 140% increase in delivery care, 402% increase in LUCS, and 580% increase in childcare comparing to service statistics during 1999. Proportion to caesarean section has been increased, perhaps caused by increased reputation of MCHTI as a hospital providing LUCS by doctors<sup>10</sup>. Please refer to the trend in hospital statistics in figure 3-1, 3-2 and 3-3.

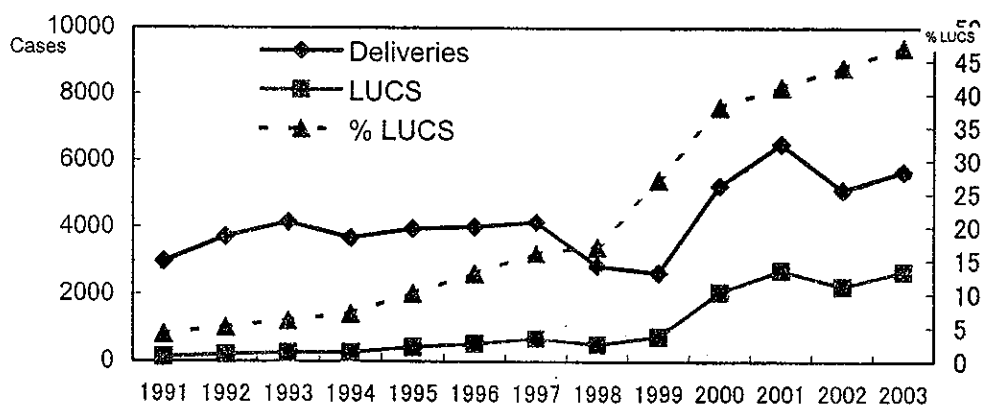


Figure 3-1: Annual Number of Deliveries and LUCS, 1991-2003, MCHTI

The up-gradation of technical skills of clinical staff (OB, Neonatal Care, Anaesthetics, Midwifery) through training and mentoring by the Japanese Experts; establishment of clinical standards for MCHTI and monitoring the performance of clinical services through regular clinical meetings and management committee meetings; improved nursing management through establishing and maintaining nursing and midwifery care standards in each unit; established standard procedures for using and maintaining laboratory services, radiology services, and pathology services through introduction of operational manuals; and rational hospital management, all contributed to improving this quality of clinical services. Apart from these, improved maintenance of equipment and facilities and improved logistic system in MCHTI can be attributed to improved quality of clinical services at MCHTI.

<sup>10</sup> The project introduced partograph as well as trained staff for interpretation of records.



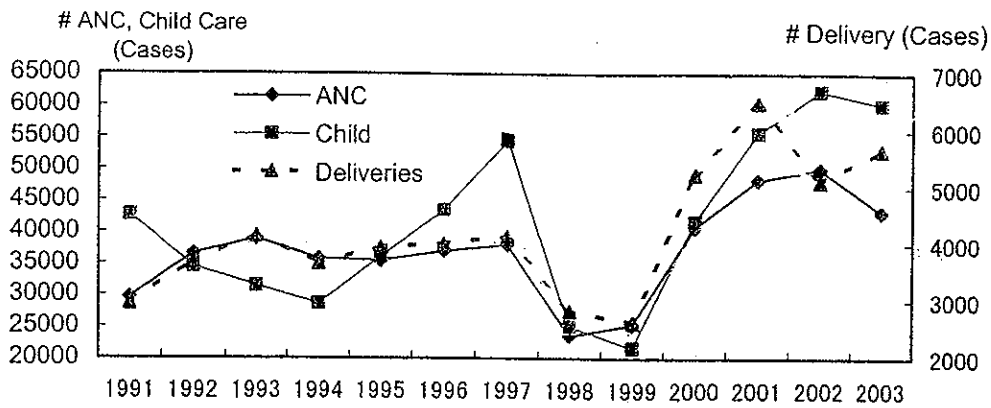


Figure 3-2: Number of Cases ~ ANC, Child Care and Delivery, 1991-2003, MCHTI

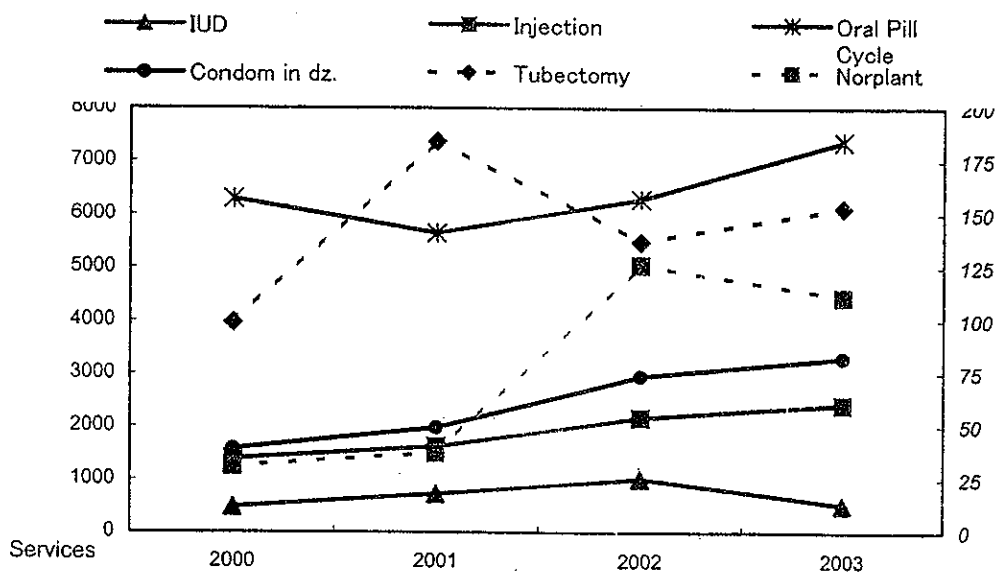


Figure 3-3: Annual Family Planning Services by method, 2000-2003, MCHTI

The Project also made considerable, acknowledged contributions to improving non-medical aspects of the MCHTI. The Japanese Experts valued and enhanced FWVs' central role in provision of RH services at MCHTI, stressing both improvement in quality of their clinical skills as well as in client-centred atmosphere through close supervision and mentoring. Furthermore, the Project also intervened with the role of ayas in MCHTI, the cadre that plays important role in providing care for pregnant mothers. Working towards achieving the goal of 'Women Friendly Hospital,' as well as introduction of Human Relationship Training also contributed in this regard. In order to achieve this goal, MCHTI has been striving to ensure respect of standards for: quality of care; the mother-baby package which includes EOC, prenatal care, neonatal care, and measures to successful breastfeeding; the strategy to end violence against women; and gender equity in health services and allocation of resources.

Some minor challenges remained. Although MCHTI staff came to collect hospital information regularly, some training is required to analyse hospital information to inform planning process. Further enhancement

in supervisory skills in midwifery might be beneficial. Moreover, hospital management, especially the management of facility and medical equipment requires improvement.

***OUTPUT 2: The quality of training activities at MCHTI is improved***

Both quantity and the quality of training activities at MCHTI have been improved throughout the project period. Prior to the Project intervention, training activities were conducted less frequently on ad-hoc basis, usually in the form of one to two-day observations. Sister tutors, who are performing independently as a good trainer, did not have adequate practical experiences in training. Currently, MCHTI is recognised as one of the five Lead Training Organisations<sup>11</sup>, which has a comparative advantage of having both EOC capacity and good caseload of normal deliveries. It is also distinctive in that it is a hospital dedicated to women and children only, friendly and client-oriented, and located conveniently at the centre of the capital.

The documented training records have shown that MCHTI conducted 30 different RH training courses for RH providers such as doctors, paramedics, nurses, and FWVs. At the time of final evaluation, MCHTI has conducted training ordered from both government and non-government organization for about 3,647 trainees (government-1,770, NGO-1,877). MCHTI was able to accept 6-month training of FWVs from August 2000, a year from Project's commencement. Since then, MCHTI has been conducting annual full-module training in EOC and Midwifery, amounting to 3 and 4 batches to date, respectively. MCHTI would have been able to produce more trainees, perhaps two batches a year, should the resources are made available.

The quality improvement in training activities of MCHTI has been contributed by a number of activities including the development of Training Unit at MCHTI with adequate training models and audiovisual equipment, improvement of training management capacity through regular training meetings and training committee meetings, upgrading the training skills of the trainers (ToT) through in-country and Counterpart training, and use of learning guidance and tutoring guidance for midwifery skills. The quality of training activities at MCHTI is further improved through the standardization of the training methodology for RH curricula, TOT on BCC for master trainers of FWV Midwifery training, and provisions for assessment of trainees through pre- and post-test, and use of standard questionnaire and checklists during the assessment. Introduction of Human Relationship Training was considered to be quite beneficial to organisational development, as it enabled and promoted trainers and trainees to interact and communicate better. Furthermore, with its strengthened Training Unit, MCHTI is likely to be able to maintain its training activities after completion of the Project.

There was a concern raised that clinical departments become rather overloaded with training duties, while they do not have influence over the number of trainees to be accepted at one time.

---

<sup>11</sup> Five LTOs are: MCHTI, NIPORT, ICMH, TTU and TTT.

***OUTPUT 3: Supports are given at the sites so as to enable trainees to maximize the training results at her/his site***

The project has extended its support, though limited to eleven (11) unions in Sadar Upazila, Narsingdi District, to the trained providers especially the FWVs' worksite, to enable them to maximize the training results at their site. The support started with a situation analysis to find out the current activities of health providers for RH at sites, which noted discrepancies between the training conducted and the needs based on the real situation at the site. Other support provided to FWVs to maximize the training results at the site includes logistics and equipment, monitoring visits to encourage FWVs for better communication with FWAs, to encourage both FWAs and FWVs to detect complicated cases after deliveries through PNC, advice managers and supervisors for more efficient monthly meetings, advice on possible improvement at upazila and district levels the situation of provision of drugs and medical supplies necessary at the site.

The maximization of the training results has been supported through a comparative analysis (between 2002 and 2003 as well as intervened and non-intervened unions) of RH service statistics. The analysis has shown that there was 214% increase in ANC, 79% increase in delivery care and 840% increase in referral care during the project intervention period; however, this maximization has been limited only to the intervention area.

At the time of final evaluation, Focus Group Discussion with FWVs, FWAs, and Key informant interviews with Senior FWVs and UFPO confirmed that above-mentioned support was attributed to FWVs to take appropriate action to realise safe deliveries. Blood Pressure (BP) Machine and logistics such as FWV registers encouraged FWVs to better record, better communicate with and update FWAs (as compared to non-intervention area) at the time of providing RH services in the satellite clinics or at FWCs. Focus group discussions with FWVs has revealed that with on site support from the project and monitoring visits resulted in increased number and quality of RH services especially the ante-natal care (ANC) and the safe delivery services including referrals.

Focus group discussions and key informant interviews also revealed that supports provided to FWVs were not adequate and sustained to meet the high expectations of RH clients (expectation of RH client being raised as a result of intervention). For example, the improvement of provision of drugs and medical supplies necessary at the site has not sustained and now remains as one of the mainstay in the application of midwifery skills at the FWVs' worksite. It is to be noted here that during the situation analysis study, no specific recommendations were made regarding drugs and medical supplies.

According to RH providers, there are still other challenges to enable them to maximize the training results at their site, notably, the support for improvement of overall work environments including the provision of running water, electricity, equipment, reagents for investigation, security and accommodation.

***OUTPUT 4: A mechanism is developed so that the lessons learnt from the activities for HRD in RH are reflected as technical recommendations to stakeholders and concerned authorities.***

The HRDRH project has contributed to develop a forum so that the lessons learnt from the activities for HRD in RH are reflected as technical recommendations to stakeholders and concerned authorities. A

number of activities have facilitated this process, and played key roles for better communication and putting recommendations to concerned authorities and stakeholders, of which the following are noteworthy: conducting regular meetings, for example, JCC meetings which facilitated the coordination at higher levels to deal with the issues outside the purview of PIC; and 25 PIC meetings which were held regularly and maintained an adequate forum of interactive participation for stakeholders and thereby contributed to augment the role of MCHTI in the national training program in the field of RH. However, PICs and JCCs remained rather managerial, non-technical forum to discuss matters and issues within the scope of HRDRH Project. JCC faced a difficulty in maintaining grips on its continuity and effectiveness due to frequent changes of its members.

On the other hand, during the project period a total of 546 concerned authorities and stakeholders have been reached through planned annual workshops and seminars on topics such as Human Resources Development, Safe Delivery, Save Lives, for sharing experiences and lessons learnt under the Project. The Project also developed and strengthened a closer JICA-ICMH-NIPORT-TTU collaboration network for HRD in RH and thereby contributed to putting together and to promote interaction among concerned authorities and stakeholders. Besides, regular publishing of newsletters (4 issues of BRIDGE published each year, a total of 14 issues published), collaboration in training materials development (participated in midwifery curriculum development in ICMH), and exchange of training materials or trainees (Japanese experts accompanied to the mid-term evaluation team of midwifery training and supported them on its methodology) contributed to develop this collaboration.

To develop a mechanism for better training monitoring and performance evaluation of trainers and trainees, the Project expected a great potential role of T-MIS (Training Management Information System). It has been observed that support provided through a Short-term Japanese Expert was not adequate for developing a user-friendly T-MIS at MCHTI Training Unit. As result, training data was stored in and retrieved from a database in Excel software, which has limitation in making adequate relational analysis of performance of trainees and trainers. A user-friendly relational database will help improve this situation. T-MIS software developed and maintained in the TTU can be utilized as no cost intervention in this regard. Workshop and seminar reports are found of high quality; however, the quality of recording and reporting of data on RH training deserves further improvement.

The aim of improving the facilities for training unit of NIPORT including hostel was to build rapport and communication, and to facilitate complementarities for better utilization of resources for HRD in RH. However, this effort did not succeed at the end to solve the problems of MCHTI trainees in sharing NIPORT hostel. On the other hand, provision of training and MIS equipment worth US\$597,867 provided to NIPORT and its regional apparatus, ICMH and TTU, has been appreciated and thus enhanced the collaborative relationship among the concerned parties. Nevertheless, utilisation level of the equipment is found to be very limited (28% used either a few times a year or not used at all) due to diminished flow of training and activity funds to regional institutions and to Family Planning wing of the Ministry.

### 3.4 Results of Project Purpose

*Project Purpose: Health professionals are well-oriented and skilled after need-based training for reproductive health at MCHTI and related training institutes.*

The objectively verifiable indicator for the project purpose: **# RH providers capable on what are recommended.** The verifiable indicator for the project purpose requires data on *number and proportion of RH service providers achieved acceptable competency level, and the extent of utilization of knowledge and skills by the trained RH providers.*

In general, the project has made valued contributions in achieving the Project Purpose, though full achievement will not be obtained by the end of 2004.

At the initial stage, the Project had no mandate to define the competencies for RH service providers, however, subsequently it has contributed to identify the discrepancies between the training conducted and the needs of the projects' target beneficiaries i.e. FWVs based on the real situation at the site. For example, there has been observed a gap between service protocol and the providers' behaviour in the intervention area of Narsingdi and the recommendations have been made to address this situation through reinforcement of training and supervision. It is expected to develop a momentum in this respect through the remaining project period, though limited in geographical coverage.

During the final evaluation of the project, the training records have shown that MCHTI conducted training ordered from both government and non-government organization for about 3,647 trainees such as Doctors, FWVs, and Nurses, and paramedics (government-1,770, NGO-1,877). That includes 3 and 4 batches of 6-month FWV training in Midwifery and EOC, each batch consisting of 10 and 20, respectively. The contribution was made to the national targets for FWVs training, although limited in number.

The data made available through focus group discussion with target RH providers (FWVs) and FWAs, and key informant interviews with their immediate supervisor (Senior FWVs) and manager (UFPO) in the intervention areas in Narsingdi district indicate that FWVs have applied their acquired knowledge and skills in delivering improved RH services for the clients. With on site support from the project and monitoring visit resulted in increased number and quality of RH services especially the ANC and the safe delivery services including referrals to MCWC/District Hospital. The maximization of the training results has been supported through a comparative analysis (between 2002 and 2003) of RH service statistics. The analysis has shown that there was 214% increase in ANC, 79% increase in delivery care and 840% increase in referral care during the project intervention period; however, this maximization has been limited only to the intervention area.

However, it was also revealed through the focus group discussion and key informant interview that utilization of acquired knowledge and skills by the trained RH providers has been affected due to lack of sustained support to meet the high expectations of clients from the FWVs. For example, lack of transport for referral, equipment for physical examination, and reagents for routine laboratory investigations are some of the other factors, which have limited the application of acquired knowledge and skills by the trained FWVs.

Another factor that should not be overlooked is people's persistent preference of home delivery and/or attendance by dais (traditional birth attendant) to facility-base and/or attendance by FWVs or doctors. The reasons of such preference include higher costs of the latter, both an opportunity costs and "service fees"<sup>12</sup> to providers, unfamiliarity to trained personnel as opposed to dais, inconvenient nature of their service (far, rushed service), beliefs in avoiding demon and thus staying home, lack of privacy<sup>13</sup> to be attended by male doctors, simply following past practices of home delivery by *dais* and relatives<sup>14</sup>.

These indicate that the RH service providers have been equipped with adequate knowledge and skills, and with on-site sustained support, the providers could reach adequately to RH clients for delivering quality services. However, the impact of that on the primary beneficiaries (pregnant mother and child) also depends on trusts and supports obtained from the community to alter clients' health seeking behaviour.

---

<sup>12</sup> Dais are often preferred for inexpensiveness of their services (taka 50-100 and a saree), whilst FWVs require 500-1500 for and total cost requires for hospital is even more (ACPR, September 2003).

<sup>13</sup> In some cases, the pregnant mother or her family members opined that deliveries conducted in the hospitals or by male doctors were not favorable for maintaining 'purdah' and privacy (ACPR, September 2003).

<sup>14</sup> In rural Bangladesh, most of the deliveries (78 percent) were attended by untrained birth attendants/ relatives/ neighbours; the role of trained delivery attendants was still very low (12 percent) (BMMS, 2001). There is also a misbelief of the community that the hospital is for caesarean operation only (ACPR, September 2003).

### 3.5 Implementation Process

#### 3.5.1 Change of Project Design Matrix (LogFrame)

The Project went through a change in the plan in the fourth year of the Project (30 June 2003), at an occasion when the project advisory mission visited Bangladesh. Some changes shown below can be considered adequate in view of its background, although they may have been made earlier. Content of the new Output 3, however, could have been considered more closely in its relation to the Project Purpose.

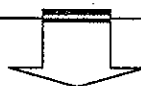
***UNDER the PDM1:***

Output 1: The quality of clinical services at MCHTI is improved.

Output 2: The quality of training activities at MCHTI is improved.

Output 3: Strengthen collaboration network of training for reproductive health between MCHTI and related Training Institutes.

Output 4: Establish monitoring and evaluation systems for the training activities at MCHTI through capacity building of Technical Training Unit (TTU) of In-Service Training (IST).



*After changing Output 3 and 4.*

***UNDER the PDM2:***

Output 1: The quality of clinical services at MCHTI is improved.

Output 2: The quality of training activities at MCHTI is improved.

*Output 3: Supports are given at the site so as to enable trainees to maximize the training results at her/his site.*

*Output 4: A mechanism is developed so that the lessons learned from the activities for HRD in RH are reflected as technical recommendations to stakeholders and concerned authorities.*

These changes were motivated largely by two reasons. One reason stemmed from the very results of monitoring and evaluation activities conducted under the Output 4, whilst the other was influenced by policy environment. A series of monitoring and follow-up visits and evaluation activities<sup>15</sup> found out that the MCHTI-trained FWVs actually conduct very few facility-based deliveries or home deliveries, due to limitation in facility base, time, transport, supplies as well as clients not requesting their services. Hence, there was a growing recognition that mere conduction of quality training for FWVs will have very limited effects on pregnant mothers, the primary beneficiary of the Project. At the same time, an “establishment of monitoring and evaluation system through capacity building of TTU (Line Director-In-Service Training [LD-IST], DGHS),” became more and more inadequate, as the policy direction shifted away from integrative approach of Health Services and Family Planning wings, back to a vertical one after the change in political leadership in 2001.

It is with this background that changes of PDM (LogFrame) were suggested from Japanese Experts, ideas were shared with the Counterparts, and the revision was approved by the PIC.

The link between the Project Purpose and Output 3 became somewhat unclear, as the Project activities evolved in the site. In view of LogFrame logic, Output 3 was to contribute to obtaining technical recommendations and lessons learnt for human resource development in general and training activities

<sup>15</sup> Those include “Final Report by Yasuyo OSANAI, March 2002,” “Follow-up Visit by MASUYAMA and YAMASHITA, October 2002,” “Report of Post-Training Follow-Up of Midwifery Training, MCHTI, November 2002,” and “Post Training Follow-up of Midwifery Training, MCHTI, December 2002.”

in particular, aiming at the next step, at improved service delivery. However, the activities conducted under the Output 3 were also focused on the latter, i.e. improving service delivery. More consideration could have been given to design activities so that strengthening national or regional mechanism to ensure that feedback from site-based experiences are reflected to institutional training activities.

This actually reflects the *de facto* expansion of Project's scope or shift in strategy, to looking more into realising effective service delivery from merely looking at enhancing human resource development mechanism. While this transition seems reasonable in view of the needs of primary beneficiaries (pregnant mother and children), close review of the Project Purpose itself should have been considered at the time when the Project saw the inherent limitation of its strategy to make further impact.

### **3.5.2 Adequacy of Implementation Process**

Project management structure is adequate. Joint Coordination Committee as well as Project Implementation Committee are held regularly and are attended well. The former serves as a forum in which issues were raised and solutions suggested, and as a decision-making body of the Project. Project Implementation Committee, on the other hand, deals with regular monitoring of activities in line with the work plan. Mostly, communication between Counterparts and Japanese Experts went very well, although some suggested improvement in transparency in decision-making process.

Frequent changes of JCC and PIC memberships due to staff transfer to some extent slowed down speed of activities, let alone draining of competent staff in MCHTI out to greener pastures. In addition, slow processing of logistical matters (documentations, formats, issuing letters, etc.) together with integration-separation issues of MoHFW often affected timely implementation of the plan. What affected the Project, most of all, was delayed approval and recruitment of newly added staff to MCHTI, and frequent shifts of Counterparts, who often received intensive training in Japan.



## 4. Evaluations by Five Criteria

### 4.1 Relevance

The Project was most relevant at the time of its design, as it took into consideration the policy trends of the GoB and its Development Partners. Focusing on human resource development in reproductive health is also a priority agenda of Japanese assistance to Bangladesh. The Project was since influenced by shifts in policy directions, after which corrections to the design were made to minimise negative influence. As the Project developed, it became more and more evident that, whilst the development of a training institute to contribute to human resource development in reproductive health in itself was adequate, focusing chiefly on human resource development was not an effective overall strategy for improving the health status of mothers and children.

The HRDRH Project came about in the context of the Sector Wide Approach (SWAp) programming process, which was started in 1998. Numerous situation analyses and needs assessments were carried out prior and during the planning period, both by GOB and its development partners, with the goal of better planning sector-wide programme. JICA, along with other development partners, was an essential actor in developing this sectoral strategy and PIP for the five-year Health and Population Sector Programme (HPSP) (1998–2003). The Project's focus on training FWVs at the Upazila and Union levels reflected the priority human resources needs in the field of reproductive health that were identified through this process. However, in Bangladesh, where significant socio-economic differentials in maternal health care<sup>16</sup> and a general preference for TBAs (*dais*) over trained birth assistants continue to persist, the assumption that mothers would bring themselves to a facility if only they were properly informed regarding the risks involved in pregnancy and the availability of improved services was a hopeful overestimation on the planners' side. Furthermore, the failed implementation of HPSP created a situation where FWVs did not have sufficient resources to conduct both facility-based and home deliveries.

The Project falls under one of the five priority areas of Japanese ODA assistance to Bangladesh, namely 1) Agriculture and Rural Development, 2) Arsenic Mitigation (Environment and Health), 3) Reproductive Health, 4) Power Supply and 5) Primary Education (Science and Mathematics). JICA also stresses human resource development as a crosscutting theme.

The selection of the Counterpart agency was most adequate at Project formulation, and was later challenged as to its adequacy. This Project was unique in that it involved several Counterpart agencies: although MCHTI was the core Counterpart agency, where most of the Project activities occurred, TTU, NIPORT and ICMH, the public Lead Training Organisations in RH, were also involved as Counterpart agencies. In accordance with its policy of integration, the Project in its earlier stages involved LD-IST (DGHS) in a leading role in Project management, entrusting to it the coordination of all in-service training activities. Shortly after the policy shift

---

<sup>16</sup> "69% of the households belonging to the lowest wealth quintile do not access any antenatal care compared with 22 percent in the richest quintile [para2.20]," I-PRSP.

that disintegrated the DGFP and DGHS apparatuses, the Project virtually replaced LD-IST's role in putting together several Counterpart agencies. This leaves an unanswered question of how to sustain collaboration between concerned agencies after completion of the Project.

#### **4.2 Effectiveness**

The Project has been moderately successful, but has been inhibited to some extent by external conditions.

Generally, the Project is on track in terms of achieving the Project Purpose, "Health professionals are well oriented and skilled after need-based training for reproductive health at MCHTI and related training institutes." However, this achievement will be limited in its extent and will not be realized until after end of 2004. MCHTI has conducted training at the request of both government and non-governmental organisations for about 3,647 trainees including doctors, FWVs, and nurses, and paramedics (1,770 at government request, 1,877 at the request of NGO's). MCHTI was able to begin 6-month training programs for FWVs beginning in August 2000, one year after the Project's commencement. Since then, MCHTI has conducted annual full-module training in EOC and midwifery (3 and 4 sessions, respectively). Moreover, MCHTI would have been able to produce more trainees had resources been sufficient.

One of the factors that contributed to this achievement was the policy environment at the time of Project formulation, which required competent Lead Training Organisations and high demand for in-service training. Sincere and dedicated efforts made by the Project also played a part. Various capacity building efforts and establishment of instruments to maintain quality of clinical practices and training activities, combined with interventions such as HRT and BCC activities to institute client-centred services, also contributed. Most of the Project's staff also mentioned improved communication between MCHTI staff through departmental and inter-departmental meetings as one of the major contributing factors.

However, the application of newly acquired skills in their work by MCHTI-trained FWVs was limited. One of the evaluation studies conducted under the Project revealed that the number of clients serviced by 60% of the MCHTI-trained FWVs did not increase post-completion. The other 40% of cases, in which an increase in delivery and ANC/PNC service provisions was seen, involved FWVs who were already performing those tasks prior to training, and/or FWVs originating from their worksites. Retention of knowledge and skills was found to be in decline a year after the time of training. Another follow-up study found that no former trainees were conducting facility-based deliveries. Nevertheless, interviews of staff other than former trainees revealed that an attitudinal change occurred among most FWVs, as they initiated health education activities after coming back from the training.

Factors that restricted the level of achievement included 1) the absence of a conducive physical environment for FWVs to provide facility-based deliveries 2) inadequate and irregular supports

provided to FWVs to meet the high expectations of RH clients, 3) lack of motivation by FWVs to provide home delivery services and 4) clients' persistent preference for home delivery and/or attendance by *dais*.

Each Output has seen certain levels of achievement, Outputs 1 and 2 to greater degrees, and Outputs 3 and 4 to lesser degrees. This varying level of achievement essentially defines the extent of each Output's contribution to achieving the Project Purpose. Considerable achievements in improvement of MCHTI's clinical and training capacity are directly linked to the provision of quality training given to RH service providers, and therefore contribute directly to the Project Purpose. Indeed, Output 1 received the largest inputs compared to other Outputs. However, though the Project shared with its Counterparts and development partners the lessons learnt from its activities through workshops and seminars, the extent to which these lessons were incorporated in the programming and planning of training activities is rather limited.

The Project has dealt with the above limitation by adapting the Project design. Some positive results have come out of pilot-basis follow-up supports to a unit of local reproductive health service providers at Upazila and Union levels in Narsingdi District. Supportive supervision was taught by Japanese Experts, limited material support was given, and advice on enhancing and reviving routine activities and system was imparted, all of which seem to suggest ideas for shaping more effective intervention in the future.

### 4.3 Efficiency

Costs incurred were reasonable if viewed in relation to outputs, but rather less so if viewed in relation to outcomes.

The Project invested most in Outputs 1 and 2, i.e. towards establishing a quality training institute. The result of intensive investments was a transformation of a MCWC of Upazila level to a training institute virtually of national quality which can offer training of differing content, e.g. highly practical, clinically sound or client oriented, and suitable to broader cadres in a system (including FWVs, paramedics, doctors and nurses). Not to be overlooked were the inputs from Japanese Grant Aid<sup>17</sup>, which provided a sound foundation for this achievement. The large investment in this case seems to be justified, considering the remarkably rapid growth of MCHTI as a training institute.

Promising results have also been realized from a comparatively smaller investment made so far in Output 3. This is due to efforts within this component to make maximum use of existing resources and structure, finding ways to best mobilise and enhance effectiveness of existing systems, without introducing new system or structure.

---

<sup>17</sup> Contribution of the Japanese Grant Aid for the MCHTI building included newly construction of the whole institute, as well as medical equipment amounting to US\$875,685.

Although a considerable amount of investment was made into activities under Output 4, (e.g. 20% of Long Term Experts, 27% of Short-Term Experts and 54% of equipment), achievements have been limited, leaving productivity under this Output low. This can be attributed to the disintegration of the DGFP and DGHS wings, which resulted in an undefined role for LD-IST as a national coordinating body for human resource development.

4-1: Amount and Proportion of Inputs by Type and Output (Japanese Side)\*

INPUT/OUTPUT	OUTPUT 1		OUTPUT 2		OUTPUT 3		OUTPUT 4	
	Amount	Proportion	Amount	Proportion	Amount	Proportion	Amount	Proportion
Long-Term Experts**	95MM	33%	95MM	33%	40MM	14%	57MM	20%
Short-Term Experts	30MM	77%	5MM	13%	2MM	5%	2MM	5%
Equipment (US\$)	212,900***	23%	132,433	14%	90,497	10%	428,062	54%
C/P Training	6MM	27%	10MM	40%	2MM	6%	6MM	27%

\* Local Operational Costs could not be broken down into each output.

\*\* It was assumed that LT Experts assigned to MCHTI rendered their services equally to Output 1 & 2.

\*\*\* The amount excludes US\$875,685 contribution to equipment provided through Japanese Grant Aid.

Some of the inputs did not produce their intended outputs. For instance, some Japanese Experts could not perform their technical assistance as planned, as the time of their visits and the assignment of Counterparts did not coincide. Some suggested that this is due to that fact that timing of Experts' visit might not have been discussed thoroughly between receiving and sending sides. Another instance was that out of 18 Counterparts who received training (24 MM cumulative), 7 (7MM; 28%) have been transferred to other posts/organisations, resulting in lost investment. As well, some equipment provided to related training organisations and TTU was not utilised fully, limiting its productivity. These issues can be traced to the policy shifts that occurred during the Project, as integration resulted in the degradation of FP-related training functions below district level, thus contributing to the limited utilisation of training equipment provided through NIPORT, and dis-unification left the role of LD-IST~TTU unclear.

The extent to which the Project's investments into trainees have resulted in improved and increased services provision is rather limited. Follow-up evaluation on MCHTI-trained FWVs found that an investment of six months of training did not necessarily result in an increased number of ANC, delivery or PNC clients, all of which remained at very low levels. This indicates that the extent to which training investments have benefited pregnant mothers, i.e. the primary beneficiaries, has been very limited to this stage.

The Project identified inhibiting factors for overall productivity through its built-in monitoring activities, as mentioned above in section 4.2, "Effectiveness".

#### 4.4 Impact

The Project hopes to have positive effects on the health status of pregnant mothers and newborns, although the likelihood of this seems rather limited at this stage.

The development of a Lead Training Organisation for reproductive health service providers holds great potential for continuing to produce competent service providers in the future. Some contribution by the Project to the Overall Goal, i.e. improving reproductive health services and the health status of mothers and newborns, is expected, but to only a limited extent, due to the aforementioned limiting factors.

Nevertheless, some positive results were obtained in the Project's pilot areas in Narsingdi District<sup>18</sup>, where significant increases in ANC coverage, delivery services and referral care have been recorded through activities aimed at strengthening the local supportive supervisory system.

Furthermore, some positive impact has been observed in the increased recognition of MCHTI as a competent training institute. MCHTI is one of the most popular sites; different types of training are continuously requested by non-governmental organisations. There is also a growing recognition among development partners that "humanisation" is essential for client-centred, safe delivery services, the points that have been continuously advocated by the Project. Additionally, recognition of the importance for training institutions to always keep in mind the needs of their primary beneficiaries was nurtured among related training institutions and Development Partners. Another positive effect was that the classes on maternal health for fathers visiting MCHTI initiated under the Project has come to be regarded as a good practice of male involvement in reproductive health, and was actually replicated by another training institute.

No major negative impacts were observed. Some factors that may have led to negative effects include: 1) doctors and nurses in MCHTI sometimes being overloaded with tasks due to increased number of trainees; and 2) the absence of FWVs from their posts for the 6-month training period. Examples of resulting negative effects include the discontinuation of data collection and recording activities and the overburdening of community cadres who remained in the field.

#### 4.5 Sustainability

Technically, MCHTI can maintain its achievement in clinical and training functions at a satisfactory level. Some concerns remain in the managerial and financial sustainability of MCHTI. Furthermore, members of PIC, which functions as a monitoring and evaluating body for human resource development in reproductive health, may continue to meet on an as-needed basis, building on the collaborative working relationship established through the process of the Project's implementation.

MCHTI is now recognised as one of the Lead Training Organisations, and has the organizational and technical capacity to maintain routine activities on their own. A Training Unit has been established, though it is short in staff, for the independent, planning and

---

<sup>18</sup> Project has provided supports to MCHTI-trained FWV's worksite, in 11 Unions in Sadar Upazila, with population of 341,569 (2002), in which 68,314 eligible couples and 3,700-3,800 births are expected in 2002-03.

management of their in-house training activities. Most of the MCHTI staff interviewed expressed their confidence in its technical level, which was verified by Japanese Experts. Concerns remain, nevertheless, regarding the proper management of the hospital, which will occur through management committees, after completion of the Project. In particular, securing qualified personnel for the maintenance of facilities and medical equipment is of major concern, as its discontinuation could potentially undermine the clinical and thus training capacity of MCHTI. Budget allocations to MCHTI over the past five years show an increasing trend. The MoHFW approved the proposed budget of US\$939,271 (55,417,000 Taka) in the beginning of March, an annual increase of 22%, to prepare for completion of JICA's support in the middle of the year 2004. However, this must still be endorsed by the Ministry of Finance on 23<sup>rd</sup> March 2004.

The sustainability of activities and results maintained so far in 11 unions in Narsingdi is likely to be good, as its very approach was to provide largely technical and to some extent material interventions to revive the existing system, structure and human resources.

As part of its feedback mechanism, the Project made good efforts to establish collaborative working relationships through sharing of lessons learnt. These forums are mostly initiated and coordinated through the leadership of the Project Experts. Some questions remain, though, whether collaboration among concerned agencies will be sustained in the absence of the Project's support and leadership. This issue stems from the lack of clarity in the role of LD-IST, Project's Chief Advisor's Counterpart, influenced by dis-unification.

#### **4.6 Conclusion**

Overall, the Project successfully contributed to human resource development in RH through the establishment of a competent training institute. A milestone in shaping future cooperation seems to be set through experiences in Narsingdi District. The absence of an actor or a mechanism to take up the feedback function, however, challenges sustainability of achievements made by the Project. Therefore, the Project should focus on completing those unfinished tasks as well as on ensuring sustainability during the six months until the completion of the cooperation period. More concrete evaluation results, in the form of answers to specific evaluation questions, are presented as follows.

- 1. Is the Project Purpose and Project Design of the HRDRH Project still applicable as an approach to effectively responds to the development challenges in the area of reproductive health, looking forward the next several years to come?*

The Project Purpose and Design of the HRDRH Project was relevant when the Project was formulated. However, a major shift in health sector policy in the middle of the Project, as well as unsuccessful implementation, made some components obsolete. Revision of the

Project design to incorporate feedback was adequate, in that to date it has been providing valuable feedback from actual service delivery fronts to relevant training organisations and beyond, and is likely to remain adequate as a strategy for the next several years to come.

2. *To what extent has the Project contributed to human resource development in the area of reproductive health? What are the challenges still remaining to be tackled? What were the factors that inhibited or promoted the achievement of the results?*

The Project made a valuable contribution to human resource development in the area of reproductive health in that it achieved the development of a Lead Training Organisation, which can offer distinctive training content, e.g. highly practical, clinically sound and/or client oriented, suitable to broader cadres in a system (including FWVs, paramedics, doctors, and nurses). It could not fully establish a national mechanism capable of addressing gaps between training activities and service provision in order to guarantee the quality and effectiveness of human resources development. Challenges remain in furthering the effective utilisation of MCHTI, as well as finding a suitable mechanism to best safeguard the quality and effective human resource development programme in reproductive health.

Factors that promoted the achievement included a larger policy environment at the time of Project formulation, which required competent Lead Training Organisations, as well as the sincere and dedicated efforts made by the Project. In contrast, policy shifts from integration to disintegration of the DGFP and DGHS apparatus negatively affected the achievement of Project Outputs and Project Purpose.

3. *What were the factors that enhanced or lowered the productivity and/or efficiency of the Project implementation?*

Good communication among those involved in the Project, whether through a formal structure of management or regular meetings, informal but close daily exchanges among stakeholders, that stirred by HRT exercises, or the sharing of experiences through Newsletters and seminar/workshops all seem to have enforced smooth implementation of the Project.

Working on and within the existing structure and system seems to have enforced productivity, judging from experiences in Narsingdi.

Factors that lowered productivity or efficiency, although varying in degree, include the frequent transfer of Counterparts who had received intensive training, and large policy shifts that made some activities obsolete.

4. *Were there unexpected negative/positive effects brought about due to the Project intervention?*

In order for the Project's achievement to make contributions to the Overall Goal, i.e. the improving reproductive health services and health status of mothers and newborns, various more issues need to be addressed. The results of monitoring and evaluation of training

activities suggest that more than half of MCHTI-trained FWVs did not serve a greater number of clients, and only a small proportion of clients actually bring themselves to the facility.

Thus, the extent to which the outputs produced through the Project's investments will develop into significant outcomes will depend largely on how well the general health system can utilise those institutions for human resources development as well as employ those trained by them.

Some positive impact has been observed, such as increased credibility of MCHTI among clients, service providers, and other training organisations; growing recognition among development partners regarding client-centred deliveries or "humanisation" of deliveries; and, increased awareness of the importance for training institutions always to incorporate needs of primary beneficiaries among concerned training institutions and development partners. In addition, classes for fathers initiated by MCHTI have come to be regarded as a good practice for male involvement.

Although no major negative impacts were observed, some factors that may lead to negative influences were. These included increased workloads on doctors and nurses due to increased number of trainees, and the lengthy absence from their posts of FWVs in training. No temporary posting of alternative FWVs seemed to occur in the local SDPs to replace them.

5. *What were the approaches/methods that were found effective in establishing/enforcing a sustainable implementation structure of human resource development in reproductive health?*

Technically, MCHTI has developed enough capacity to sustain their level of clinical services and training, at a satisfactory level, but financial and managerial sustainability requires strengthening.

Major factors that may limit sustainability include: the absence of permanently secured staff for maintaining hospital facilities and medical equipment in MCHTI; the transfer of competent MCHTI staff to other organisations; and, delayed posting of human resources that have been approved for recruitment. In addition, there is an issue regarding the feedback mechanism for quality training. This Project took a unique approach in involving several counterpart agencies, looking into establishing a mechanism to safeguard and maintain the quality of a human resource development programme in reproductive health. However, the absence of any unit charged with a lead/coordination role on the Bangladesh side, seemed to have inhibited the continuity and sustainability of such a mechanism.

An approach taken by interventions in Sadar Upazila, Narsingdi District, to provide largely technical and to some extent material interventions to revive the existing system, structure



and human resources there, seems to have been effective in establishing sustainability. However, this must still be verified after Project interventions are withdrawn.

## 5. Recommendations

Based on the above results of the evaluation, the Final Evaluation Team recommends the following action items to be taken up by concerned parties before the completion date of the Project (31<sup>st</sup> August 2004)

1. Establishment of a mechanism among Lead Training Organisations (LTOs) and other concerned official units to be discussed and decided in JCC.
2. On-site support in Narsingdi District to be promoted in the link with institutional training in LTOs.
3. DGFP and Secretary of MoHFW to complete the process of recruitment of MCHTI staff.
4. MoHFW to consider status of MCHTI to be upgraded to an accredited training organization.
5. Superintendent of MCHTI and Director (MCH services), DGFP to take up issue of accommodation for trainees at MCHTI.
6. NIPORT to assure provision of the accommodation for MCHTI trainees whenever there is vacancy.
7. MoHFW to accelerate accreditation of MCHTI as "Women Friendly Hospital."
8. MCHTI to continue regular management committee.
9. MCHTI with other institutions to assess how overloading can affect quality of training to make recommendations to assure quality of training.

## 6. Lessons Learned

Based on experiences from the Project's implementation, the following lessons and/or good practices are drawn.

1. *Projects cannot be considered relevant by only confirming its coherence with Government's Strategy and Plan. Close examination of Project interventions in light of needs of the target group(s) and primary beneficiaries as well as continuous feedback from the service delivery front are essential.*

At the time when the Project was formulated, a progressive sector wide programme, HPSP, was about to be implemented. Numerous needs assessments and surveys had been conducted in order to formulate HPSP. Under HPSP, FWVs were to serve as skilled birth attendants in order to reduce high maternal deaths: hence, training of FWVs with its target of 4,500 became a national priority agenda in RH. The Project was formulated in line with such agenda.

However, the Project found out, through follow-up study on ex-trainees working in their sites that the plan was to a great degree unrealistic. Few FWVs were conducting facility-based deliveries or home deliveries. As a result, much resource has been invested into training of FWVs by the government and Development Partners, without attaining results on services provision. As this Project had a built-in function to obtain feedback from service delivery fronts, findings through such monitoring enabled the Project to revise its design; avoiding further loss of investments.

2. *In order to fill a gap between training activities and substantial improvement in delivery of quality healthcare services, supportive supervision combined with continuous encouragement, the stance Japanese Experts have always followed under the Project, is quite effective.*

Through follow-up visits and evaluation activities, the Project came to learn that improvement in knowledge and skills through FWVs training did not automatically result in adequate provision of healthcare services. Project addressed this issue through piloting on interventions to maximise utilisation of the results in their work.

These interventions included no more than stimuli to revive the existing and long-dysfunctional quality assurance mechanism through supportive supervision. Supports included facilitation of better communication among different community cadres and supervisors, short refresher training on site, encouragement in record taking, BP machine, regular monitoring visits by Japanese Experts to provide moral support, advise managers and supervisors for more efficient monthly meetings, advise on possible improvement in the provision of necessary drugs and medical supplies at upazila and district levels. These supports seem to have promoted the understanding among different cadres of one's role and of the concrete actions to take, as well as how they relate to safe delivery services to their clients; thereby motivated them to perform their tasks.

Statistical comparison between before and after such intervention showed significant increase in number of ANC clients served, number of delivery care performed and number of referral of high risk cases to higher medical facility; which was not seen in non-intervention unions in the same upazila.

3. *Sharing a clear and acceptable mission of Women Friendly Hospital in MCHTI promoted effective collaborative actions towards the improvement in the delivery of quality reproductive health service.*

Quality of care is one of the most difficult concepts to be defined (and thus achieved), as well as the one influenced largely by particular cultural and social settings. The Project Experts utilised the concept of “Women Friendly Hospital Initiative (WFHI),” inherent with clear and concrete mission, in order to share the concept of client-focused, quality reproductive health services with MCHTI staff. It was quite instrumental to achieve friendly care at MCHTI, in that the concept enabled both Japanese Experts and Bangladesh staff to share common objectives to put their forces together.

4. *Japanese Technical Cooperation Projects should not be employed just to follow up on Japanese Grant Aid Projects. When the collaboration between the Technical Cooperation and the Grant Aid is presumed, integrated planning process should occur in its earliest stage of programming assistance. Lack of it can minimise mutually enhancing effects that collaboration of the two can potentially have on each other.*

The main component of HRDRH Project was to upgrade Azimpur Maternity Centre to a training institute of national quality. Nevertheless, the new MCHTI building did not include accommodation for trainees, or have sufficient classrooms. In addition, some part of the floor plan did not meet the expectation of the Japanese Experts engaged in technical cooperation. For instance, in order to realise a client-oriented hospital, it would be essential to allocate room for newborns adjacent to delivery room, which was not the case.

Furthermore, among the equipment donated through Japanese Grant Aid, there are some makes that are extremely difficult to repair and procure spare parts, and some that are quite unfamiliar to health practitioners in Bangladesh. This has caused a high burden, financially and labour-wise, on Technical Cooperation Project and its implementing agency, leaving critical questions to sustainability.

5. *From the very beginning of the project, more efforts should be undertaken by both parties to draw up and realise sustainability plans.*

One component of the Project was to establish a feedback mechanism so that lessons learnt from the follow-up and evaluation of training activities can be shared among training organisations and beyond. However, shortly after the policy shift that disintegrated the DGFP and DGHS apparatuses, the Project Experts were forced to virtually replace the LD-IST’s role in facilitating such mechanism. As a result, these feedback activities in the form

of workshops and seminars are mostly initiated and coordinated through the leadership of the Project Experts, the external actors who do not stay permanently in the system. This left the question of how to sustain collaboration between concerned agencies after completion of the Project, in the absence of national unit to take up the role. Therefore, if the external actors initiate the introduction and/or strengthening of a certain mechanism, there should be a realistic plan to hand over a chief acting role to an official unit who will take up the role.