

**カンボジア王国**  
**地域における母子保健サービス向上**  
**プロジェクト終了時評価調査報告書**

平成 21 年 11 月  
( 2009 年 )

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人 間
J R
09-078

**カンボジア王国**  
**地域における母子保健サービス向上**  
**プロジェクト終了時評価調査報告書**

平成 21 年 11 月  
( 2009 年 )

**独立行政法人国際協力機構**  
**人間開発部**

## 序 文

カンボジア王国は、20年にわたる政治的混乱と紛争を経験した後、1991年のパリ和平協定を受け民主国家として歩みはじめ、現在は政治的安定と経済の回復により社会は安定化しつつありますが、内戦時に医療設備・人的資源ともに壊滅状態にあったため、保健医療の基礎的サービスへのアクセスはいまだ十分とはいえない状況です。カンボジア政府は、保健医療セクターの強化を国家開発政策上の重点課題とし、「保健セクター戦略計画」などで母子保健を優先的に取り組んだ結果、保健医療全体の水準は過去10年間でかなり改善されつつあり、子どもの健康を測る主な指標である乳児死亡率、5歳未満児死亡率等では減少傾向にあります。

一方で、妊産婦死亡率に関しては、正確な指標を把握する技術的な難しさや、子どもの健康指標ほど短期間で大きく改善しないという指標本来の制約を差し引いても、過去10年以上にわたって高い水準（472/10万出生、2005年カンボジア人口・保健調査）のままとなっています。妊産婦死亡は、その大半が出産前後の合併症によるものであり、妊婦健診を通じた啓発活動、病院レベルでの医療サービスの充実、リファラル体制の強化などのほか、地域で助産技術をもった医療専門職による分娩介助が重要な対策としてあげられています。

JICAは、1995年から10年間にわたり「母子保健プロジェクト（フェーズ1・2）」を実施し、国立母子保健センターを中心として、助産者（産科医や助産師）の育成を支援してきました。しかしながら、同センターでの助産者への技能研修のみでは同研修に参加した個々人の技能向上だけにとどまってしまうがちであったため、地域レベルで母子保健サービスの向上を更に推し進めていくためのより包括的な取り組みが必要とされていました。

このような状況を改善するため、JICAは、コンポンチャム州内の4つの保健行政区をモデル・サイトとして、同サイトにおいて妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル（行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル）として国家プログラムに反映されることを目標として、2007年1月から3年間の協力期間で「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」を国立国際医療センターの協力を得て実施しています。

今般、本プロジェクトの終了を約3ヵ月後に控え、プロジェクト目標・成果の達成状況を確認したうえで、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の各視点から包括的な評価・分析を行うことを目的として、2009年9月17日から10月12日までの日程で終了時評価調査を実施しました。本報告書は、同調査の結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力いただいた内外関係者の方々に深い謝意を表しますとともに、引き続き一層のご支援をお願い申し上げます。

平成21年11月

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部長 萱島 信子

# 目 次

序 文  
目 次  
地 図  
写 真  
略語表

評価調査結果要約表（和文・英文）

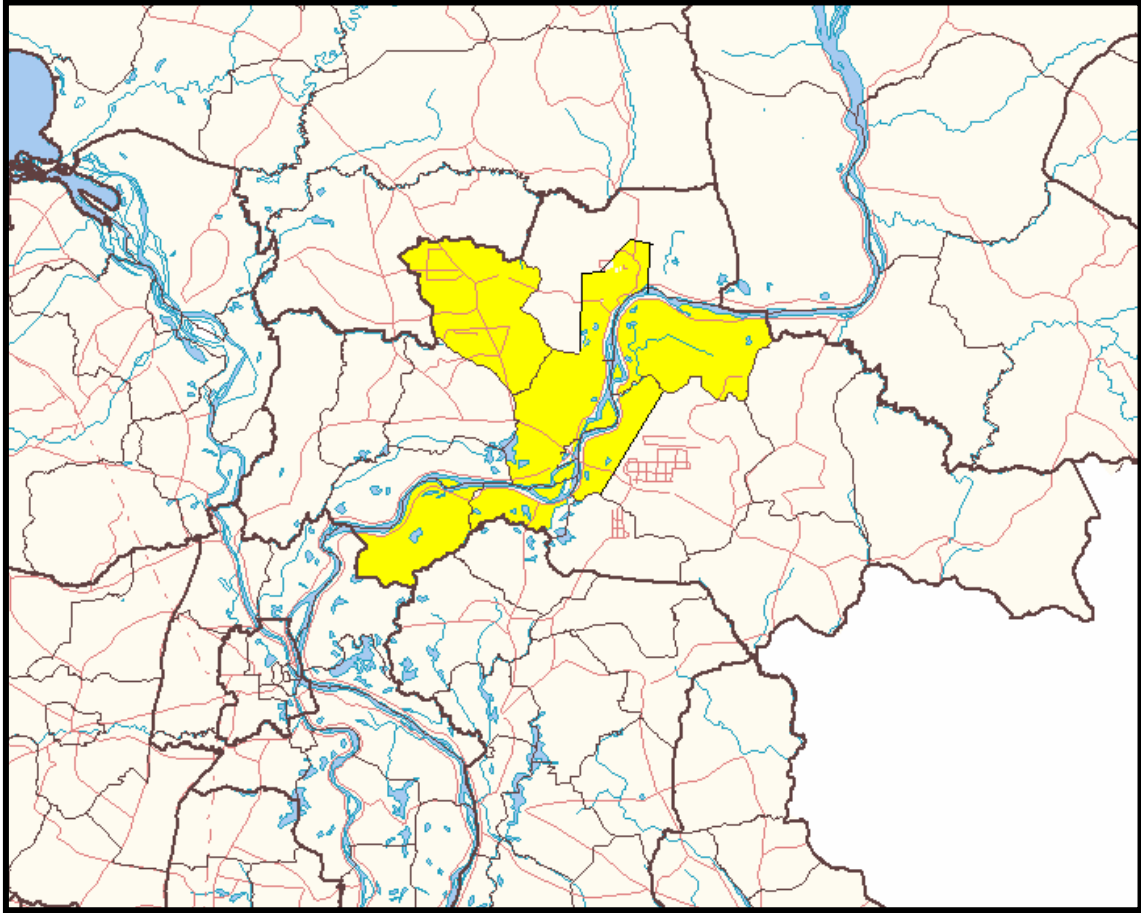
第 1 章 終了時評価の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	2
1 - 3 調査日程	3
1 - 4 主要面談者	4
1 - 5 評価項目・方法	4
第 2 章 プロジェクトの実績と実施プロセス	6
2 - 1 投入実績	6
2 - 1 - 1 日本側投入	6
2 - 1 - 2 カンボジア側投入	7
2 - 2 活動と成果の達成状況	7
2 - 2 - 1 活動の達成状況	7
2 - 2 - 2 成果の達成状況	8
2 - 2 - 3 プロジェクト目標の達成状況	18
2 - 2 - 4 上位目標の達成見込み	21
2 - 3 実施プロセス	23
2 - 3 - 1 プロジェクト活動の実施プロセス	23
2 - 3 - 2 ターゲット・グループの参加度	23
2 - 3 - 3 プロジェクト・マネジメントの状況	24
第 3 章 評価 5 項目による評価結果	25
3 - 1 妥当性	25
3 - 2 有効性	26
3 - 3 効率性	26
3 - 4 インパクト	26
3 - 5 自立発展性/持続性	27
第 4 章 結論、提言及び教訓	29
4 - 1 結論	29
4 - 2 提言	29

4 - 3 教訓 .....	30
----------------	----

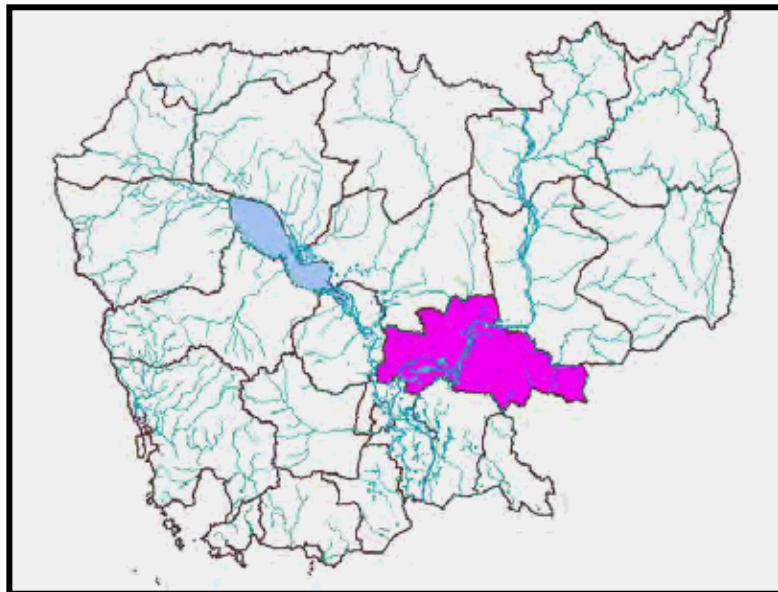
第5章 カンボジア母子保健への協力に関する所感 .....	32
-------------------------------	----

付属資料

1. ミニッツ及び合同評価報告書 .....	37
2. PDM .....	106
3. プロジェクト概念図 .....	114
4. モデル・サイトの基本データ .....	115
5. プロジェクトの進捗について .....	117
6. プロジェクト成果品リスト .....	150
7. プロジェクト来訪者、報告発表リスト .....	152
8. 終了時評価ワークショップ資料 .....	160



コンボンチャム州内の4モデル保健行政区 (OD)



カンボジア全土及びコンボンチャム州



国立母子保健センター（NMCHC）



モデル・サイトの保健センター（HC）



コンポンチャム州の母親と新生児



保健センター（HC）の助産師（MW）



MCTコースでの技能研修



OD-MCHと病院熟練助産者（病院SBA）  
による保健センター巡回指導



モデル・サイトの保健センター助産師  
(HC-MW) へのインタビュー



病院SBAへのインタビュー



NMCHCへのインタビュー



合同評価ワークショップ



他ドナー・NGOとの協議



合同調整委員会 (JCC) でのミニッツ署名



## 略 語 表

略 語	英 語	日 本 語
AOP	Annual Operational Plan	政府年次活動予算計画
ANC	Antenatal Care	妊産婦健診
BTC	Belgian Technical Cooperation	ベルギー技術公社
CDHS	Cambodian Demographic and Health Survey	カンボジア人口保健調査
CMT	Counterpart Monitoring Team	カウンターパート・モニタリング・チーム (本プロジェクトの合同モニタリングチーム)
C/P	Counterparts	カウンターパート
CPA	Complementary Package of Activities	保健省が定める第二次・第三次医療で提供する標準サービスパッケージ
HC	Health Centre	保健センター
HC-MW	Health Center Midwife	保健センター助産師
HSP 2	Health Strategic Plan (2008-2015)	第2次保健戦略計画
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
MAP	Minimum Package of Activities	保健省が定める第一次医療施設で提供する標準サービスパッケージ
MAT	Midwife Alliance Team	助産師アライアンスチーム(母子保健行政官と病院熟練助産者らで構成されるチームで地域の母子保健改善のために保健センター助産師支援活動を実施する)
MAT	Midwife Alliance Team Training	母子保健行政官とリファラル病院の熟練助産者双方を対象としたチームワーク強化研修コース
MCAAT	Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team Training	MATとMCTを統合・改良した全国向け研修コース
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCT	Midwife Coordinator TOT	母子保健行政官に対する助産師コーディネーターTOTコース
MDA	Maternal Death Audit	妊産婦死亡オーディット
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡比
MOH	Ministry of Health	保健省
MW	Midwife	助産師
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
NHS	National Health Statistics	国家保健統計
NMCHC	National Maternal and Child Health Centre	国立母子保健センター

NRHP	National Reproductive Health Programme	国家リプロダクティブヘルスプログラム
NSDP	National Strategic Development Plan	国家戦略開発計画
OD	Operational District	保健行政区
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
RACHA	Reproductive and Child Health Association	母子保健分野で活動するNGO(USAID等から委託された事業を実施)
RH	Referral Hospital	リファラル病院
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health	リプロダクティブ・妊産婦・新生児、乳幼児ケア
RTC	Regional Training Centre	地方看護・助産学校
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産者
URC	University Research Corp	米系コンサルタント企業(USAID等から委託された事業を実施)
VHSG	Village Health Support Group	村の保健ボランティアの総称
TOT	Training of Trainers	指導者養成研修
TWG	Technical Working Group	テクニカル・ワーキング・グループ

## 評価調査結果要約表（和文）

1. 案件の概要		
国名：カンボジア王国	案件名：地域における母子保健サービス向上プロジェクト	
分野：母子保健/保健医療分野	援助形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：人間開発部	協力金額（評価時点）：1億8,000万円	
協力 期間	(R/D): 2007年1月16日～ 2010年1月15日	先方関係機関：カンボジア保健省
	(延長):	日本側協力期間：国立国際医療センター
	(F/U):	他の関連協力：国立母子保健センター建設（無償） 母子保健プロジェクト・フェーズ1、母子保健プロジェクト・フェーズ2、母子保健向上のための調査（開発調査）
	(E/N)(無償)	

### 1 - 1 協力の背景と概要

カンボジア王国（以下、「カンボジア」と記す）は、内戦時に医療設備・人的資源とも壊滅に近い状態であったため、基本的な保健医療サービスへのアクセスがいまだ十分とはいえない状況にある。カンボジア政府は、「保健セクター戦略計画」などで母子保健を優先課題として取り組んでおり、2000年に109（対1,000出生件中）だった乳児死亡率（IMR）が、2005年には66へ低減するなど母子保健指標の多くが改善しつつある。一方で、妊産婦死亡比（MMR）は、2000年に437（対10万出生中）、2005年では472と高い値が続いている。

我が国は、過去1997年国立母子保健センター（NMCHC）建設に係る無償資金協力、1995～2005年「母子保健プロジェクト（フェーズ1・2）」の実施等を通じて、母子保健サービスを担う助産人材の育成を支援してきた。とくに2000年から2005年に実施されたフェーズ2の協力では、NMCHCが地方の産科医や助産師を対象とした研修も提供できるよう貢献した。他方で、NMCHCでの産科医や助産師のみでは研修を受けた個々の人材の技能向上にとどまってしまう傾向があり、地域レベルで母子保健サービスの向上を進めるためには、より包括的な取り組みが必要とされていた。

このような状況を改善するため、JICAは、コンボンチャム州内の4つの保健行政区（OD）をモデル地域として、同地域の妊産婦・新生児ケアサービス向上のための地域モデル〔保健センター助産師（HC-MW）を支援するための行政による支援とコミュニティ協働体制の強化〕を確立し、国家プログラムにも反映されることを目標として、2007年1月から3年間の協力期間で「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」を国立国際医療センターの協力を得て実施している。

### 1 - 2 協力内容

#### (1) 上位目標

カンボジアにおける熟練助産者（Skilled Birth Attendant：SBA）による質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する

#### (2) プロジェクト目標

モデル・サイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル（行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル）として国家プログラムに反映される。

<p>(3) 成果</p> <p>アウトプット 1 : 保健センター (HC) に配置される HC-MW を支援するためのチームワークが向上する。</p> <p>アウトプット 2 : HC-MW の活動を円滑にするための保健行政 (PHD/OD) 及び臨床機関〔リファラル病院 (RH)〕による支援モデルを策定する。</p> <p>アウトプット 3 : 地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定する。</p> <p>アウトプット 4 : NMCHC が地域の実情を把握し、国家プログラムに反映させる。</p> <p>(4) 投入 (評価時点)</p> <p>日本側 :</p> <p>日本人専門家派遣 102M/M (長期) 13.4M/M (短期)</p> <p>機材供与 (分娩キット、身長体重計、救急車、中古自転車、オフィス機器等)</p> <p>研修員受入 第三国研修 28 名 (インドネシア 5 名、ベトナム 23 名)</p> <p>相手国側 :</p> <p>カウンターパート配置</p> <p>土地・施設提供 : プロジェクトオフィスの提供</p> <p>ローカルコスト負担 : 5万3,902米ドル (会議費等のコストシェア) 電気・水道代等</p>
---

2. 評価調査団の概要		
調査者	<p>(日本側)</p> <p>1. 団長・総括 竹本 啓一 JICA 人間開発部保健人材課 課長</p> <p>2. 評価計画 久保倉 健 JICA 人間開発部保健人材課 職員</p> <p>3. 協力計画 佐々木 祐美子 JICA カンボジア事務所 企画調査員</p> <p>4. 母子保健 明石 秀親 国立国際医療センター国際医療協力課 派遣協力専門官</p> <p>6. 評価分析 興津 暁子 (株) タックインターナショナル 主任研究員</p>	
	<p>(カンボジア側)</p> <p>1. Prof. Koum Kanal Director, NMCHC</p> <p>2. Dr. Keth Ly Sotha Deputy Director, NMCHC</p> <p>3. Dr. Tung Rathavy Deputy Director of NMCHC/ Manager of National Reproductive Health Program/ Secretary of High Level Midwifery Task Force</p> <p>4. Ms. Ou Saroeum Deputy Director of Nursing Department of NMCHC/ Executive Director of Cambodia Midwifery Association/ Deputy Director of Midwifery Council</p> <p>5. Dr. Lon Chan Rasmey Deputy Director, Kg. Cham Provincial Health Department, MOH</p>	
調査期間	2009年9月27日 ~ 2009年10月12日	評価種類 終了時評価

### 3. 評価結果の概要

#### 3-1 実績の確認

##### 3-1-1 投入実績

###### (1) 日本側投入実績（評価時点）

日本人長期専門家の派遣は、3年の期間で計4名、102M/Mの投入であった。短期専門家は、10名、13.4M/Mであった。カンボジア側カウンターパートのうち計28名がインドネシア共和国とベトナム社会主義共和国（以下、「インドネシア、ベトナム」と記す）の技術交換研修（助産師支援体制と母子地域保健活動）を受けている。また、機材供与として、オフィス機材、保健センターのための分娩介助キット、分娩時感染予防プロテクター、保健ボランティア用中古自転車等を供与した。

###### (2) カンボジア側投入実績（評価時点）

カンボジア側からの投入として、会議費のコストシェア、プロジェクトオフィスの提供等があった。コストシェアされたのは、3つの会議、1つのシンポジウム、2つの新型巡回指導で、これらの費用として5万3,902米ドル相当がカンボジア側から投入された。そのほか、プロジェクト事務所施設、研修施設が提供され、機材の免税措置が取られた。

##### 3-1-2 成果達成の実績

各成果の達成状況は、以下のとおりである。

(1) アウトプット1：保健センター（HC）に配置されるSBA（HC-SBA）を支援するためのチームワークが向上する。

	数値目標	実績
1	作成された研修カリキュラムの数とそれに基づいて実施された研修の数が増加する（研修カリキュラムの数0 2、研修の数0 3）	<ul style="list-style-type: none"><li>● MCTコース（1回）、MATコース（2回）が実施された。</li><li>● これらのコースの研修カリキュラムは、NMCHC研修部と日本人専門家の共同で作成された。</li></ul>
2	MCT研修により養成された助産師コーディネーターの数が増加する（0 12）	<ul style="list-style-type: none"><li>● 州/行政区レベルから12名がMCTコースに参加した。</li></ul>
3	MAT研修時に作成されたアクションプランの数が増加する（0 43）	<ul style="list-style-type: none"><li>● 4保健行政区及び州保健局母子保健行政官で46のアクションプランを策定した。</li></ul>

アウトプット1の達成度を測る指標は、上記実績のとおりすべて達成された。

MCT（Midwife Coordinators TOT）コースとMAT（Midwife Alliance Team Training）コースがカウンターパート（C/P）と日本人専門家によって策定され、MCTコースが1回、MATコースが2回実施された。これらのコースにより、助産師コーディネーターが12名養成され、MAT研修中に作成されたアクションプランは、4つの保健行政区合わせて46であった。調査中に行ったグループインタビューによると、州・保健行政区レベルの母子保健行政官は、保健センター勤務の助産師をサポートすることが自分たちの役割であり、ひいて

は、それが母子保健サービス供給の強化につながることを認識するようになったとの意見が聞かれた。また、モデル・サイトを対象とした電話調査の結果においても、HC-MWの意見として、州・行政区レベル保健局の母子保健行政官の態度がより支援的で協動的になったと認識していることがわかった。以上の結果により、成果1は達成されたといえる。

(2) アウトプット2：HC-SBAの活動を円滑にするための保健行政（PHD/OD）及び臨床機関（RH）による支援モデルを策定する。

	数値目標	実績
1	HC-SBA支援アクションプランの実施数が増加する（0 4）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 行政区母子保健行政官により、12のアクションプランが実施された。</li> <li>● 州保健局により、既存の計画を向上させるような5つの活動が実施された。</li> </ul>
2	HCのSBAが認識するPHD/OD/RHからの支援内容・質が向上する	<ul style="list-style-type: none"> <li>● グループインタビューや電話調査によると、HC-MWは、州や行政区レベルの関係者及び、レファラル病院熟練助産者（病院SBA）からの支援の内容と質に大きな向上が感じられるとの意見である。</li> </ul>
3	PHD/ODによるチェックリストの活用状況が改善される	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 技術面の項目が改善されたチェックリストを活用した新型巡回指導が計画どおり実施され、その後、1つの保健行政区で、このチェックリストの使用が続けられている。</li> </ul>
4	モデル・サイトにおける支援モデル事例をもとに、全国を対象としたSBA支援ガイドラインが作成される	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SBA支援ガイドラインは現在作成途中。</li> </ul>

アウトプット2の達成度を測るための指標は、上記指標のとおり、指標4以外はすべて達成された。指標4についても、プロジェクト終了までには達成される見込みである。

行政区母子保健行政官により12のアクションプランが実施され、それ以外にも、州保健局により、既存の計画を向上させるような5つの活動が実施されている。これらアクションプランの実施により、保健行政区における助産師定例会の実施、定例会において病院SBAによる小規模な講義、また、新型巡回指導の実施など、積極的にHC-MWへの支援が実施されるようになった。グループインタビューや電話調査によると、HC-MWは、州や保健行政区レベルの関係者及び病院SBAの対応と支援内容に、大きな向上が感じられるとの意見であった。技術面の項目が改善されたチェックリストを活用した新型巡回指導が計画どおり実施され、その後、1つの保健行政区で、このチェックリストの使用が続けられている。以上のことより、HC-MWの活動を円滑にするための地方の保健行政（PHD/OD）及び臨床機関（RH）による支援モデルは策定されたといえる。

(3) アウトプット3：地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定する。

	数値目標	実績
1	コミュニティ活動現状の調査・分析の結果、コミュニティ協働の促進・阻害要因が抽出される。	● コミュニティ活動現状の調査・分析の結果、コミュニティ協働の促進・阻害要因が抽出された。
2	ODのためのコミュニティ協働支援行動リストが作成される。	● ODのためのコミュニティ協働支援行動リストが作成された。
3	ODによる新規のコミュニティ協働支援行動数が増加する。(0 4)(4モデル・サイトに限定)	● ODによる新規のコミュニティ協働支援行動数が0から15に増加した。
4	ODのためのコミュニティ協働支援行動ガイドラインが作成される。	● ODのためのコミュニティ協働支援行動ガイドラインは作成途中。

アウトプット3の達成を示す指標は、指標4以外、すべて達成された。指標4についても、プロジェクト終了時までには達成の見込みである。

コミュニティ活動の現状を調査・分析した結果、コミュニティ協働の促進・阻害要因が抽出され、ODのためのコミュニティ協働支援行動リストが作成された。その「ODのためのコミュニティ協働支援行動リスト」による支援行動が15行われた。ガイドライン/ハンドブックについては、現在作成中である。

このように、指標については達成されているものの、成果3の目的である「地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定」が達成されたのかという質問に対して、一概に「達成された」と判断するのが困難である。各ODのコミュニティには、さまざまな外部援助団体からの支援が入り、コミュニティ協働モデルの担い手として想定されていた村落レベルの保健ボランティアグループも外部援助団体からの資金がついた特定のプロジェクト活動に従事しているという現状が判明した。したがって当初計画していたどこの地域でも共通して使えるコミュニティ協働モデルを策定するという成果から、コミュニティレベルの保健活動全般の監督・調整の役割も担う保健行政区事務所の指導力強化を通じて、保健センターとコミュニティとの協働活動の推進を支援した。この結果、コミュニティレベルでさまざまな協働事例が発現し、その事例をハンドブックとして取りまとめることを成果とした。

(4) アウトプット4：NMCHCが地域の実情を把握し、国家プログラムに反映させる。

	数値目標	実績
1	中央レベルの母子保健関係者（NMCHC、開発パートナー側技術アドバイザー）に対するプロジェクトからの進捗・成果報告（地方における調査結果を含む）数が増加する。(0 15)	● 母子保健分野ドナー調整会議・技術作業部会において、プロジェクトから8つ以上の報告がなされた。 ● NMCHC関連の会議において、プロジェクトから11回の報告がなされた。
2	プロジェクトの経験を生かしSBAを対象としたNMCHCの研修内容等が変更・改訂される。	● プロジェクトの経験を生かしSBAを対象としたNMCHCの研修内容等が変更・改訂された。

3	国家リプロダクティブヘルスプログラム（National Reproductive Health Programme：NRHP）と国家妊産婦死亡オーディット・コミッティにおいて、プロジェクトの経験を生かして作成された調査報告数が増加する。（0 3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3つの調査報告が国家妊産婦死亡オーディット（MDA）・コミッティにおいてなされた。</li> <li>● プロジェクトの分析に基づき、州レベルから国レベルのMDA報告書書式が標準化された。</li> </ul>
4	MCT、MAT研修カリキュラムをもとに策定された新研修カリキュラムがNRHPに認定される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● MCT及びMAT研修カリキュラムに基づき、全国を対象としたMCATカリキュラムがNMCHCの研修部と、専門家によって策定された。</li> <li>● ヘルスマネージャーに対するオリエンテーションワークショップがCMTの経験をもとに策定された。</li> </ul>
5	新研修カリキュラムの受講者数が増加する。（0 68）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全国24州のうち17州から86名の関係者がMCATコースを受講した。</li> <li>● 全国24州のうち17州から51名のヘルスマネージャーがオリエンテーションを受講した。</li> </ul>
6	プロジェクトで作成された各種ガイドラインがNMCHCに認定される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● プロジェクトで作成する予定の各種ガイドラインは作成途中であり、その作成を待って、保健省（MOH）及びNMCHCによって認定される予定。</li> </ul>

アウトプット4の達成を測る指標は、指標6を除いてはすべて達成された。指標6については、プロジェクト終了までに達成の見込みである。

成果1と2で策定及び実施が行われた研修（MCTとMAT）について、全国に展開することを目的として、2つの研修を1つに改良した研修カリキュラム（Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team Training：MCAT）が策定された。MCAT研修は、2009年上半期に、CPA3が所在する17州、17保健行政区レベル保健局の行政官と病院SBAなど86名を対象に実施され、51名のヘルスマネージャーがオリエンテーションワークショップを受講した。NMCHCの研修部では、研修後の巡回指導を実施している。また、国家リプロダクティブヘルスプログラムが実施している半年に一度の国レベル母子保健行政官会合において、このMCAT研修後の助産師支援活動の経験が発表された。プロジェクトの電話調査や、ワークショップ形式による効果確認のための会議（8州とコンボンチャム州が参加）、全国（研修対象地域・非対象地域の母子保健行政官89名）を対象とした質問票調査、現地来訪しての新型巡回指導においても、MCAT研修とヘルスマネージャー向けオリエンテーションワークショップの効果について確認され、研修対象とした多くの州において、助産師支援のための活動が始まっていることが確認された。

### 3 - 1 - 3 プロジェクト目標達成の見込み

本プロジェクト目標である「モデル・サイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル（行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル）として国家プログ



ラムに反映される」を測るための指標4つについて、母子保健サービスの供給に関する指標1から3は、すべて増加している。具体的には、指標1「モデル・サイトにおけるSBAによる出産介助の数と率」においては、2008年にSBA介助分娩数と分娩率は1万3,300件、63%で、これは同年のベンチマークである1万836件と45%を超えている。指標2「モデル・サイトにおけるSBAによる妊産婦健診の数と率」においては、妊産婦健診（2回受診）数と率は、2006年の1万541件と43%から2008年には1万1,759件と56%に増加している。ただし、2008年の数は、同年のベンチマークである1万4,324件と59%には、若干及んでいない。指標3「モデル・サイトにおいて登録された出産数と率」においては、登録された2006年の数と率が1万2,301件と51%であったのが、2008年には1万6,340件、78%に大きく増加している。指標4「プロジェクトの経験をもとに国家プログラムとして承認され、全国を対象として実施された事業の数」についても、プロジェクトからインプットされた経験が国家プログラムに反映された事実も2件確認された。

一方で、モデル・サイトの行政区ごとに上記の数値をみると、ばらつきがみられ、コンポンチャム行政区の数値が高い理由としては、コンポンチャム州病院のデータが含まれていることから、異なる行政区からの患者数も含まれていることによる。

また、本調査団は、プロジェクトの効果とは別に、モデル・サイト内では、並行してGAVI/HSS、ベルギー技術公社（BTC）といった他団体の支援スキームによる母子保健サービスに対する投入の増加や貧困者基金、国によって実施されている新卒助産師の新規配置や施設分娩報奨金の制度など、サービス提供者、及び、サービス利用の増加のための投入や介入が多数存在しており、プロジェクトに並行して、これら外部からの影響も、母子保健サービスの供給や利用の増加に貢献していることを確認した。それらのプロジェクト以外からの介入による効果がどの程度影響したのかということ进行分析することは困難であるが、両者は相互補完的に影響していることが聞き取り調査などから裏付けられた。

#### 3 - 1 - 4 上位目標達成の見込み

上位目標である「カンボジアにおけるSBAによる質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する（SBAの立会いによる出産割合が2005年44%から2015年80%へ増加、並びに妊産婦健診受診率が2005年60.2%から90%へ増加）」の達成見込みについて、以下の観点から高いと判断される。

上位目標達成見込みを推測できる要因として、1) プロジェクト目標の指標1と指標2でも示されたように、SBAによる出産介助と妊産婦健診受診率は大幅な増加傾向にあり、2015年の上位目標値に到達する見込みが大きいと判断できる。2) カンボジアが目標として掲げたMDG5の数値達成まで、カンボジア政府は、母子保健サービスの拡大と質の向上という政策を変更せず、優先的に取り組んでいくことが予測される。3) 国の政策を受け、引き続き各ドナーからの母子保健サービス供給と利用の拡大に対する支援が期待できる。4) プロジェクトで実施したMCAT及びヘルスマネージャーに対するオリエンテーションワークショップなどのコースについて、NMCHC研修部に実施のためのカリキュラム、教材、実施の経験が十分に蓄積された結果、プロジェクト終了後も自分たちの手でこれらの研修を実施することが十分に可能となっている。

また、上位目標達成へのチャレンジとして、1) 質の高い母子保健サービス利用を高めるためには、建物が存在しない保健センター（Non-MPA）の施設整備、助産師が配置されていない保健センターへの助産師の配置、2) サービス供給を担う医療従事者への給料の適正化、

3) 保健センター・リファラル病院運営のための予算確保、医療機材、消耗品、適切な医薬品の供給等、4) 特に地方の遠隔地における医療施設へのアクセスの改善、5) 医療従事者、特に助産師の量と質の両面からの改善、6) 母子保健サービスへの適正かつ継続的な財政的支援などがあげられる。

### 3 - 2 評価結果の要約

#### (1) 妥当性

プロジェクトの妥当性は高いと評価される。理由として、カンボジアの国家戦略開発計画（NSDP）及び第2次保健戦略計画（HSP2）において、母子保健サービス向上の重要性、特に、助産師の量的・質的強化の重要性が強調されていることから、政策的な妥当性は高い。また、2008年9月に保健省が発表した“Fast-track Intervention in RMNCH”の政策とも本プロジェクトの協力の方向性は合致している。

また、JICAの国別援助事業実施計画のなかで、保健医療の充実は、日本の対カンボジア援助の5つの重点分野の1つ「社会セクター開発」に含まれ、特に、保健医療サービスを支える質の高い、豊富な医療人材の育成は、保健医療セクターの重要課題として捉えられていることより、本プロジェクトの我が国の開発援助政策との整合性は高い。

本プロジェクトと受益者ニーズとの整合性もあげられる。これまで、保健センター助産師（HC-MW）に対して、適切な技術的、心理的な支援がされてこなかった結果、HC-MWは孤立し、技術的な自信をもてないまま能力を十分発揮できずにいた。そうしたHC-MWに対して、地域の保健行政官と臨床機関が果たすべきそれぞれの役割を明確にし、チームとして支援にあたることのできる体制を強化し、具体的な協働活動が開始された意義は大きい。

#### (2) 有効性

本プロジェクトの各成果はほぼ達成されており、プロジェクト目標の指標も協力期間内に達成が見込まれていることから、各成果はプロジェクト目標達成に十分であったと判断でき、有効性は高いといえる。

プロジェクト目標達成への貢献要因として、内的要因と外的要因があげられ、内的要因として大きく2つがあると思われる。1つは、過去日本がカンボジアの母子保健分野に対して行ってきた息の長い援助の結果として、NMCHCとの信頼関係が既に確立していたことや、C/Pの能力が育っていたことがあげられる。もう1つの大きな内的要因としては、プロジェクトが、プロジェクトの狭い枠にとらわれず、母子保健行政全体に裨益するべくさまざまな形のインプットを国レベル、政策レベルに対して行ったことが、結果として、プロジェクトの実施をスムーズにし、モデルの展開についても効果・効率の高い形で実施できる結果となったのではないかと推測される。

外的要因としては、国の母子保健サービス強化のための政策的介入が全国を対象として盛んに行われている時期であったため、全国を対象とした政策介入を補完する形で、モデルサイトに対してはプロジェクトのインプットを計画したため、効果として大きなものとなった。こうした外的貢献要因は、プロジェクトの効果の発現にも大きく貢献したであろうことはいえるが、果たしてどの程度お互いに影響しあったのかなどの詳細は分析が困難である。

### (3) 効率性

本プロジェクトの投入及び活動がアウトプットに至る関係性は効果的に結びついていることが確認されており、本プロジェクトの効率性は十分確保されているといえる。本プロジェクトがサービスの質的な向上をめざしたプロジェクトであることから、費用対効果の比較や、数的に示すことはできないものの、本プロジェクトの成果がカンボジア側の手で引き継がれていくことを意識し、本プロジェクトのための投入は極めて低く押さえており、カンボジア側・日本側双方関係者間で効率性の高いプロジェクトであるという認識を有していることを確認している。さらに、本プロジェクトは、モデル・サイトでHC-MW支援のためのモデルをつくったにとどまらず、MCATコースとして、全国に研修を実施したことは、プロジェクトの規模の小ささに比して、効率よく大きな成果を出したといえる。

本プロジェクトの効率性を上げる要因となった工夫としては、カンボジア側からのコストシェア率が高かった点、また、カウンターパート研修については、コストのかかる本邦研修ではなく、技術交換のスキームを使った近隣諸国での研修や、モデル・サイトにおける国内スタディーツアーといった比較的成本の低い研修を行った点も大きい。こうしたプロジェクトの工夫は、忙しいC/Pの時間的な負担を軽くする結果ともなっている。インプットのタイミングについては、すべてのインプットは、計画どおりに遅れることなく執行されたことが確認された。

### (4) インパクト

本調査では、プロジェクト活動に関連したポジティブな効果、影響が確認されたが、ネガティブな効果、影響は特定されなかった。プロジェクト上位目標達成見込みに関しては、前述の「3 - 1 - 4 上位目標達成の見込み」に示したように、将来的に、阻害要因となり得る要因（チャレンジ）に対し適切なアクションがとられていく場合は、達成見込みは高いと思われる。ただし、プロジェクトのプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）のデザイン上の問題ではあるが、目標達成が、直接、上位目標達成に大きく貢献するののかという貢献度に関しては、検討を要する

本プロジェクトによる正のインパクトとしては、以下のようなものがあげられた。

本プロジェクトは、助産師に関する国の政策策定に対して、正のインパクトを与えたことが認識されている。ひとつは、助産師の職場環境整備の重要性、チームとして支援することの重要性を政策に反映させた点。また、促成的に1年間の教育期間で養成された助産師に対し、就業前に半年間の病院での実習を行う政策の策定にも貢献した。

コンポンチャム州において、州保健局母子保健行政官を中心に、プロジェクトのモデル・サイトで蓄積された経験をモデル・サイト外の他の6保健行政区に広める努力が行われた。その結果、6保健行政区のうち、4保健行政区において助産師支援のための活動が始まったことが確認されている。

プロジェクト活動の結果、病院SBAが自分たちの業務のみならず、HC-MW支援や、行政の介入に手伝うようになったことによって、他のNGOの活動にもプラスのインパクトが出現していることがNGOからの報告でわかった。こうしたNGOから本プロジェクトに対して感謝が示されている。

本プロジェクトは、さまざまなドナーによって出されている報奨金や貧困者基金が多くの場合重層して出されていること、また、場所によってはこうした報奨金や貧困者基金が存在しない所もあるなど、場所により医療従事者・地域住民に対して公平性が担保

されていないことを、報奨金制度の保健システムへの影響に関する調査で明らかにした。このことを受け、あるNGOにおいては、自分たちの報奨金の額や場所を決める際、まず地域に存在する報奨金のマッピングを行い、それを基に、補完的に報奨金を出すように定めるといった、正のインパクトがみられた。

SBAによる出産助産数や妊産婦検診数の増加は、本プロジェクトの介入とそれ以外の介入〔保健省の報奨金制度、ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）による資金協力等〕が相互補完的に影響していることについてデータで明らかになっている。母子保健サービスの質の向上をめざして本プロジェクトが比較的低コストで地域の保健システム強化を図ったアプローチは、量を向上させるインセンティブ等で果たした役割も大きく、結果として保健省や他ドナーが資金を出しやすい環境を整えることにも貢献したといえる。

#### （5）自立発展性

政策的方向性、財政面、技術面における自立発展性についてはおおむね高いと評価した。政策面においては、HSP2が国の保健セクターのフレームワークとして2015年まで継続すれば、母子保健サービスの向上が引き続き国の優先課題となり、政策面の持続性は高いといえる。また、保健省の“Fast-track intervention for RMNCH”により、今後も母子保健サービスの連続したケアを実現するため、サービスの質や量に存在するギャップを埋める努力、SBAの提供するケアへのアクセスの改善、リファラル病院の質的向上などをめざした投入がされていくものと思われる。こうした意味においても政策面の持続性は高い。

財政面では、国レベルのC/P、州・保健行政区レベルの保健行政官は、プロジェクト内で始めた活動に関して、政府年次活動予算計画（Annual Operational Plan: AOP）の予算内で継続していく意向を示しており、その点で財政的な持続性は高いといえる。しかしながら、こうした予算取りに際し、他の活動との重要性の比較で、その優位性が下げられる可能性もあり、一概に予算確保ができる状況であるとはいえない。

技術面では、NMCHCが本プロジェクトで開発されたさまざまな研修事業に対する高いオーナーシップを有しており、研修の計画能力、財政管理能力も向上し、自分たちで、17州を対象とした研修を展開することもできた。こうした研修の効果についても、自分たちで巡回指導をしながら確認しており、今後、MCATが行われていない保健行政区に対して研修を展開していく意欲も示している。州・保健行政区レベルの母子保健行政官や保健局長においては、中央を頼るのではなく、州・保健行政区で活動を展開していく意欲が観察されたことは、持続性を裏付けるものと思われた。また、保健行政区レベルの母子保健行政官においては、プロジェクト終了後もアクションプランづくりを継続させ、助産師支援を続け、ひいては、母子保健サービスの向上につなげていきたいという意向が確認できた。HC-MW支援のための定期会合、病院SBAの巻き込みなどの重要性は、高く認識され、その継続性も高いと思われる。将来的には、VHSGに対して役割に対する教育や、報告フォームの改善等を通じて、更に地域保健を向上させていきたいと考える保健行政官の意向も確認できた。

こうした技術面の持続性を阻害する可能性として、病院SBAの業務量増加に伴う、人手不足が起こり、結果、HC-MW支援に手が回らなくなる可能性がある点、病院SBAの技能自体と指導力の更なる向上が必要である点などがあげられる。

### 3 - 4 結論と提言

#### 3 - 4 - 1 結論

本プロジェクトは、PDM上で計画された活動のほぼすべてが実施され、プロジェクト目標の達成度を測る各数値目標もほぼすべて達成されていることが確認された。評価5項目からの分析でも、財政的・技術的観点の自立発展性について今後留意すべき課題が一部あるものの、すべて高く評価された。さらに、わずか3年の協力期間内で、モデル地域で効果が実証されたHC-MW支援のための協働体制強化を目的とした研修をCPA3レベルのリファラル病院が存在するすべての州（計17州）を対象にした研修へ改良・実施し、各州の研修参加者間でHC-MW支援に向けた行動変容〔リファラル病院の熟練助産者（病院SBA）によるHC-MWへの技術的助言等〕も起こっていることが確認された。

一方で、カンボジア保健省による保健医療施設へのアクセス向上のための政策や他ドナー・非政府組織（NGO）による介入が、本プロジェクトのモデル地域でも複数導入されているため、上述した各数値目標の改善への本プロジェクトの貢献度合いを明らかにすることは困難であった。

#### 3 - 4 - 2 提言

##### (1) HC-MW支援活動に関するガイドライン、カリキュラムの承認

NMCHCにとって、MCATとヘルスマネージャー対象オリエンテーションワークショップの研修カリキュラムとガイドラインを整備することは、研修を行ううえで重要であり、不可欠なものとの関係者の認識を確認した。従って、プロジェクト期間終了までに、プロジェクト専門家及びNMCHCのC/Pが、こうしたカリキュラムとガイドライン策定を完了させることは重要であり、また、策定されたこれらのカリキュラムとガイドラインを保健省が速やかに承認することを提言する。

また、プロジェクト専門家及びNMCHCのC/Pに対し「ODのためのコミュニティ支援ハンドブック」の策定を速やかに完了し、プロジェクト終了までに関係者への説明及び配布を行うことを提言する。

##### (2) HC-MW支援活動の財源確保（保健省年間活動計画、AOP等での適切な予算化）と予算費目明確化

プロジェクト期間中に開始された助産師支援活動は、そのほとんどが政府の予算項目に計上することが可能な活動であるが、現行のように「助産師定例会」は「会議費」の予算から、「新型巡回指導」は、「モニタリング」の予算からといった具合に、活動ごとの予算取りを続けると、まとまった助産師支援活動としてはみえにくい状況である。結果、予算が削られる、又は、うまく予算を使えない結果にもなりかねない。こうした不都合を防ぐためには、予算項目として「助産師アライアンスチーム（MAT）による助産師支援活動」にまとめ、AOPに載せる必要が生じている。したがって、州保健局及び保健行政区保健局に対し、来年度（2010年度）のAOP策定から助産師支援活動全体を、「プログラム1：RMNCH、サブプログラム3：母子保健」に位置づけて予算取りをすることを提言する。

##### (3) HC-MW支援のための協働体制モデルの更なる拡大に向けた戦略的な計画の策定

本プロジェクトは、保健センターで勤務する既存の助産師、及び、新規に配置された

助産師に対して、お金をかけず、新たなシステムを導入することなしに技術面と心理面からの支援を行い、そのサービスの向上を達成させる方法をみせることに成功した。この助産師支援協働メカニズム/モデルは、背景的に異なった状況のどの保健行政区にも適応が可能であるため、助産師アライアンスチームによる助産師支援活動が導入されていない州・保健行政区への更なる普及に向けた助産師支援活動展開の戦略的な実施計画を、プロジェクト期間内に策定することを提言する。

同時に、保健省に対し、HC-MWを技術面で支援可能な病院SBAの技能面と指導力の更なる向上に努めるよう提言する。

#### (4) NMCHCによるマネージャークラスを対象としたオリエンテーションの開催

HC-MW支援活動のためには、州レベル・保健行政区レベルの保健局長、及び、病院長といったヘルスマネージャーと呼ばれるクラスの理解が不可欠である。プロジェクトが実施した「ヘルスマネージャーのためのオリエンテーションワークショップ」は、こうしたマネージャーに対して、助産師支援の重要性の理解を促す効果が高いことが確認されているため、プロジェクト終了後も、助産師アライアンスチームによる助産師支援活動の展開に並行して同オリエンテーションワークショップを継続することを提言する。

#### (5) モニタリング/巡回指導システムの一本化/標準化に向けた調整

現在カンボジアの保健医療セクターにおいては、ドナーや国の支援による数多くの縦割りプロジェクト・プログラムが実施されており、それぞれのプロジェクト・プログラムが独自のモニタリングを行い、その際に独自のチェックリストを使う結果、複数のモニタリングメカニズムが存在している。そのため、調査団は、保健省に対し、これら重層的に存在するモニタリングや巡回指導を整理し、調和のあるモニタリング/巡回指導とるようにドナーとの調整を提言する。

### 3 - 5 - 3 教訓

(1) 保健システムの強化は、近年、グローバル・ヘルスのアジェンダにおいて優先課題にあげられるなど世界共通の課題となっている。このため、多くの国際機関や二国間援助団体が保健システム強化のための効果的なアプローチについて模索しているような状況である。本プロジェクトは、大きな財政的な投入をせず、地域の保健システム強化を実現するための効果的なアプローチを示した点で、その意義は大きい。そのアプローチとは、地域保健を担う各関係者（地方行政官、病院、保健センターの母子保健人材）の役割をしっかりと認識させ、お互いを知る機会や現場における問題解決を一緒に行う機会をつくることなどによって実現するというものである。こうしたことが、当該関係者のマインドセットを変えることにつながり、チームで仕事することの有用性を認識させ、ひいては、地域保健医療システムの機能強化につながっている。こうしたアプローチの汎用性は高く、途上国にあっては有用であることが教訓として学ばれた。

(2) 本プロジェクトのC/Pのオーナーシップは高く、その結果、自分たちの言葉で、自分たちのプロジェクトに対する考えを他の関係者に伝えていることが観察された。こうした高いオーナーシップは、以下のようなプロセスを踏むことで醸成されたことがプロジェクトを通じて教訓として学ばれることのひとつである。

- 1) C/Pが、プロジェクト活動に関する計画、実施、モニタリング・評価のすべてのプロセスに積極的に参加したこと。
- 2) 活動を選択するとき、専門家から活動を押し付けるのではなく、いくつか、過去の好事例を示し、C/Pが自ら検討し、活動を選択するという行為が、その活動へのオーナーシップを高めることに貢献した。
- 3) 過去、カンボジアの保健医療システムの向上に対する日本からの息の長い援助の歴史があり、その間、一貫してカンボジア側のオーナーシップの確立に取り組んできた姿勢の結果でもある。また、カンボジア側のC/Pが長期間同じポストに在籍することができているということも、こうした日本の支援が実を結ぶ要因ともなっている。

## 評価調査結果要約表（英文）

1 . Outline of the Project		
Country : Cambodia	Project title : The Project for Improving Maternal and Child Health ( MCH ) Service in Rural Areas in Cambodia	
Issue/Sector : MCH/Health Sector	Cooperation Scheme: Technical Cooperation Project	
Division in Charge : Human Development Department, JICA	Total Cost: 1.8 billion yen	
Period of Cooperation	( R/D ): 2007.January 16~ 2010 January 15	Partner Organization : Ministry of Health
	( Extension ):	Supporting organization in Japan : International Medical Centre of Japan
	( F/U ):	Related Cooperation :( Grant ) Construction of NMCHC ( Technical Cooperation ) MCH project phase 1 & 2 ( Development Study ) Study for MCH Improvement
	( E/N )( Grant Aid )	
<p>1-1 Background of the Project</p> <p>Overall health status in Cambodia has improved over the last decade. However, many challenges still exist to improve maternal health in childbirth in particular, as shown by the high maternal mortality ratio: 472 per 100 thousand live births according to the Cambodian Demographic and Health Survey 2005. The main factors of the maternal deaths are the shortage of Skilled Birth Attendants ( hereinafter referred to as “SBA” ) and their limited capabilities, especially in rural areas.</p> <p>JICA ( hereinafter referred to as “JICA” ) , together with the Ministry of Health of Cambodia ( hereinafter referred to as “MOH” ), implemented Maternal and Child Health ( hereinafter referred to as “MCH” ) projects from 1995 to 2005. During the phase II period ( 2000-2005 ) , the MCH project focused on technical training for SBAs, including those in rural areas. While such SBA training itself led to improvements in the technical capabilities of individuals, it was recognized that a more comprehensive approach should be adopted to improve MCH services at health center level. For example, in order for SBAs to fully exercise their skills and capabilities gained by the technical training, the health administration system and community collaboration should be further strengthened to support them so that the improvement in MCH services in broader regions can be expected.</p> <p>To improve such a situation, JICA and MOH started to implement the Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas ( hereinafter referred to as “the Project” ) with the duration of three year cooperation period starting from January 2007, toward the goal of achieving improvements in maternal and newborn care services in Kampong Cham Province as the model sites of the Project, the results of which are then integrated into models and reflected in national programs. Since the Project is about to be completed in the mid January 2010, JICA sent the Final Evaluation Study team to principally review the progress of the Project and discuss any action that should be taken by both Cambodian and Japanese sides until the completion of the Project.</p>		



## 1-2 Project Overview

### (1) Overall Goal

The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.

### (2) Project Purpose

Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs\*.

(\* National programs under NMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)

### (3) Outputs

Output 1: The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved.

Output 2: The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities (RHs) to support the activities of HC-SBAs is formulated.

Output 3: The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.

Output 4: NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.

### (4) Inputs

Japanese Side :

Experts 102M/M Provision of Equipment

Local Cost

Third country trainings : Indonesia ( 5 ) , Viet Nam ( 23 )

Cambodian Side :

Counterparts ToT unit, NMCHC

Land and Facilities: Providing the office space and venues for the training course

Local Cost: Water and electricity for the office

Others: Cost sharing for meeting, symposium, others 53,902 US\$

## 2 . Evaluation Team

Members of Evaluation Team	( Japanese side )	
	1.Mr. Keiichi Takemoto	Director, Human Development Dept., JICA
	2.Mr. Ken Kubokura	Officer, Human Development Dept., JICA
	3.Ms. Yumiko Sasaki	Assistant Resident Representative, JICA Cambodia Office
	4.Dr. Hidechika Akashi	Senior Technical Officer, International Medical Center of Japan
	6.Ms. Akiko Okitsu	Chief Researcher, TAC International Inc.
	( Cambodian side )	
	1. Prof. Koum Kanal	Director. NMCHC
	2. Dr. Keth Ly Sotha	Deputy Director, NMCHC
	3. Dr. Tung Rathavy	Deputy Director of NMCHC/ Manager of National Reproductive Health Program/Secretary of High Level Midwifery Task Force

	4. Ms. Ou Saroeum Deputy Director of Nursing Department of NMCHC/Executive Director of Midwifery Association/Deputy Director of Midwifery Council	
	5. Dr. Lon Chan Rasmey Deputy Director, Kg. Cham Provincial Health Department, MOH	
Period of evaluation	27 <sup>th</sup> Sept., 2009~12 <sup>th</sup> Oct., 2009	Type of Evaluation : Terminal Evaluation

### 3 . Results of Evaluation

#### 3-1 Achievement of the Project

##### 3-1-1 Achievement of Activities

It was confirmed that the Project has implemented its activities as per the plan stipulated in the R/D M/M/ PDM and PO without notable delays. Only few activities such as making guidelines and dissemination of those guidelines are not yet implemented, but there are good perspectives to complete the remaining activities by the end of the project period.

##### 3-1-2 Achievement of Outputs

##### **Output1 : The teamwork for supporting SBAs in Health Centers ( HC-SBAs ) is improved.**

The Project team and the counterparts conducted trainings ( MCT, MAT courses ) for strengthening SBA's teamwork in the model sides. PHD/OD-MCH and RH-SBAs formulated action plans during the MAT courses to support HC-MWs.

In output 1, all output indicators are met and showing satisfactory results. The NMCHC counterparts and Japanese experts jointly prepared MCT and MAT courses and one MCT course and two MAT courses were implemented attended by 12 participants from PHC/OD level in the model sites. 4 ODs and PHD formulated the 46 action plans.

According to the group discussion, PHD/OD level MCH can recognize their roles as supporting HC-MWs to strengthen the MCH services provision. Also according to the telephone survey done by the Project, every HC-MW interviewed recognized the attitudinal changes of PHD/OD-MCH officials as more supportive and cooperative. Therefore, we conclude that the output 1 has been achieved.

##### **Output 2: The model of health administration system ( PHD/OD ) and clinical facilities ( RHs ) to support the activities of HC-SBAs is formulated.**

OD-MCHs implemented some of the HC-MWs supporting activities which they planned in the action plan in order to improve the performance of the HC-MWs. The new supervisions were conducted with revised checklist.

In output 2, all output indicators are met and showing satisfactory results. OD-MCHs in the model sites implemented 12 action plans and PHD initiated 5 new activities to improve existing plan and has implemented them. OD-MCHs made action plans which include conducting regular meetings either monthly or quarterly, giving small lectures during the HC-MW meetings by involving RH-SBAs, establishment of maternity waiting home, standardization of VHSG report form, integrated supervision, and some others. These activities have been carried out by the government budget and also by mobilizing donor funds.

According to the group discussion and also telephone interviews, HC-MWs expressed the usefulness of supports from RH-SBAs, though the available time of RH-SBAs is limited. HC-MWs expressed that RH-SBAs have shown their behavioral changes and treat HC-MWs in a nice manner. Involvements of RH-SBAs in regular HC-MW meetings to give small lectures are very useful and have

effects on strengthening the technical capacity of HC-MWs. OD-MCHs recognize the usefulness of involving RH-SBAs in supervision activities. As another positive effect of the Project, OD-MCHs improved managerial and planning capacity and developed presentation skills in meetings. PHD-MCHs also recognize the usefulness of involving RH-SBAs in MDA activities. New supervisions were conducted with using checklist modified by the Project; one OD continues to use it.

All of above evidences indicate that output 2 has been achieved. However, regarding the checklists used for supervision and monitoring, there are several checklists existing which were introduced by development partners and the several programs/departments of MoH, so that the use of this checklist modified by the Project is up to ODs due to variety of instructions from the national level.

**Output 3: The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.**

Good practices of community activities nationwide were reviewed. Stakeholder analysis and extracting the enhancing and inhibiting factors affecting Community Collaboration in the model site were carried out. An action list for ODs to support the community collaboration was developed and some activities were implemented to improve the community collaboration.

In output 3, all output indicators were successfully achieved except indicator 4 which is also expected to be completed by the end of the project period, however, it does not exactly mean that the Project formulated “the model” for community collaboration between VHSG and HC. In fact, the Project did not intend to formulate “the model” for collaboration, but shifted the aim towards strengthening the function of VHSG as is stipulated in the government policy. According to the policy “Community Participation Policy for Health”, the role of VHSG is to serve their community as a multipurpose health volunteer at community level, but the reality is that each VHSG often assists specific service only ( by programs or development partners’ projects ). Therefore, the Project decided to create activities which would strengthen OD’s role as a leader in community health, particularly in the relation to VHSG and to widen the VHSG’s role as multipurpose health volunteers in the HC’s community health activities. The conclusion of output 3 is that, though the Project did not formulate the replicable model on community collaboration for nationwide due to the various backgrounds of each OD, they created the action list for ODs to support the Community Collaboration which would strengthen the role of OD in the relation to VHSG’s stipulated role as multipurpose health volunteer and the MCH services in their communities in the long run.

**Output 4 : NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.**

NMCHC developed a new training curriculum based on MCT/MAT curricula and implemented it nationwide and also monitor the effects. Report the study and analysis of the results of maternal mortality and morbidities to the NRHP and the National Maternal Death Audit Committee.

In output 4, all output indicators are successfully achieved except indicator 6, which is also expected to be achieved by the end of the Project period. In order to expand the trainings to cover the nation, MCAT curriculum was formulated based on MCT and MAT curricula. MCAT course was conducted and was attended by 86 participants from 17 provinces which CAP3 RH ( 17 PHD/OD/RH ) locate and the Orientation Workshop for Health Managers were conducted which was attended by 51 health managers. After the MCAT courses conducted to cover all 17 provinces with CPA3 RH, NMCHC has carried out supervisions to see the effects of the courses. The Team confirmed that OD/PHD directors and MCH officials understood their roles in improvement of MCH services and started to organize and facilitate meetings and supervisions after the MCAT course. The communications between RH-SBAs and HC-MWs have been improved and RH-SBAs are more collaborative and supportive. Supporting activities to SBAs have started in most provinces such as advising HC-MWs during referral, giving small trainings by RH-SBAs in regular HC-MWs meetings, and conducting new supervisions.

### **3-1-2 Achievement of the Project Purpose**

All indicators to measure the achievement of the Project purpose “Maternal and Newborn Care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the National Programs” show that the MCH services are on the track of improvement in the project model sites and the program elements are adopted by national programs. Meanwhile, the Team recognizes that the various interventions and incentives besides the Project also contributed to the increase of MCH service provisions and utilizations in the model sites. It is difficult to evaluate how much each element were contributing to the achievement of the project purpose, but all elements are not competing but complementing each other to improve the service provision and utilizations.

### **3-1-3 Prospects of Achievement of the Overall Goal**

The indicators to measure the achievement of the overall goal show the positive perspective to achieve the project overall goal in the next 5 years or so after the project is completed. Other positive aspects to indicate the achievement of the overall goal are 1) . There would be continuous policy support expected to expand the utilization of maternal and newborn care services in the country at least until the country will achieve the CMDG5, 2) . There would be still many donors who would support MCH services provisions and utilizations in the country and 3) . The Project developed the “MCAT course” and “Orientation workshop for health managers” curriculum and materials jointly with the ToT unit of NMCHC, so that at least at national level it is possible to continue the trainings nationwide, however the curriculum needs to be endorsed by the Secretary of State in order to support HC-SBAs in improving their MCH services with quality.

On the other hand, there are some challenges foreseen to achieve the overall goal in the next 5 years or so. Those challenges are 1. Building health center facilities for existing non-MPA HCs, allocate midwives to MPA HCs which do not have any MWs assigned yet, provide necessary equipment, adequate payments, operational costs, medicines, and materials supports for MCH activities, provide more space inside/outside of HCs to accommodate increasing number of deliveries, transportation support for referral. 2. Improvement of road conditions to secure better access to health facilities and to refer the patients from the rural remote communities to a RH. And 3. Quantity and quality of SBAs are limited, so that there should skill trainings for SBAs to provide quality services. 4. The financial capacity to support the expansion of MCH services at the HC level is rather complex issue. At the time of evaluation, there are 2 or 3 different incentive schemes running parallel inside and outside of the Project site. Therefore, HCs are more cooperative towards MCH services especially delivery services, however, the continuation of such collaboration within HCs is a question after finishing those external inputs for MCH services. This financial aspect needs to be watched.

## **3-2 Summary of Evaluation Results**

### **(1) Relevance**

The relevance of the Project is graded as high from the following reasons. 1) . The degree of priority of the Project in the development agenda and policy is high. The national strategic plan ( NSDP ) and health strategic plan ( HSP 2 ) identifies the importance of tackling the issue of maternal and newborn care in the country. Clearly the project followed the direction of the national policy and served as a part of those efforts to meet the national objectives to improve the quality and quantity of MCH service provisions and utilization. 2) . The Project is in line with the Japanese ODA policy on the supporting socially vulnerable people such as mothers and children. Also the direction of the Project is consistent with the JICA’s Country Assistant Plan for Cambodia, which addresses the importance of strengthening the MCH service to improve CMDGs with emphasis on improving the quality and quantity of MCH service providers. 3) . In the current situation of the health sector in the country, HC-MWs have not been having proper supports technically and morally from various levels of

supervisors. It was, therefore, relevant of the Project to show how we can support HC-MWs. Together with provision of adequate medical equipment and materials to the HS-MWs, the Project could demonstrate how we can improve the performance of HS-MWs in the provision of MCH services. 4 ) The Project was also timely in a sense because every effort to increase the quantity of MCH service provisions has been happening in the country, however, there were no other such interventions that improve the quality of services by improving the working environment of HC-MWs. Therefore, these efforts could complement each other to increase their own effects. 5 ) This project could show the way to improve the existing capacity and quality of services within the available and existing system without putting much input. In this sense as well, the project is relevant in the current Cambodian health sector context. 6 ) Every government officials who are target groups/counterparts of the Project mentioned about the appropriateness and relevance of the Project approach/attitude that is not pushing the numerical targets for them to achieve but instead showing how to achieve what PHD/OD officials made as objectives.

These elements show the relevance of the Project is very High.

## **(2) Effectiveness**

The Effectiveness is graded as high, as it is shown by the indicators of Project Purpose, described in 3.1.2. It is concluded by the Team that the MCH services are on the track of improvement in the project sites and the program elements are adopted by national programs. Also, it is confirmed that there are some external factors which have given impacts on achievement of the Project Purpose. Those factors are, for example, each OD is having various interventions and inputs from other national and donor funded projects and programs. Overall Government policy change towards filling the gaps in terms of human resources and facilities is giving a big impact on MCH services everywhere in the country. Those factors and the Project efforts have been complementing each other to achieve the Project Purpose. However, it is not adequate to analyze how much each factor contributes to the achievement of Project Purpose.

## **(3) Efficiency**

The overall efficiency is graded as high. The Team concluded that the overall efficiency of the Project is high since the Project expanded the MCAT course to the nationwide within 3 years of Project period. The factors for promoting efficiency are several. First of all, the accumulated experiences at the NMCHC made the implementation smooth and efficient, and the Project utilized existing human resources internally, and all Project staff made maximum efforts to make the Project effective and efficient. There are some other factors to make the Project effective. First, the Cambodian government shared high percentage of costs to conduct various meetings and trainings with the Project, secondly, the Project did not conduct training in Japan which is more costly, but instead conducted several study tours in the province and third county trainings. As a consequence, the Project reduced the constraints of counterparts in terms of time to spend on trainings.

All inputs are executed according to the plan.

## **(4) Impact**

Impact is graded as high as following reasons. It was examined and perceived by the evaluation team that prospects of the achievement of overall goal is high by the reason explained in 3.1.3: *Prospects of Achievement of the Overall Goal*. In this sense, the impact of the project is considered as high. However, if the achievement of overall goal is attributed to the achievement of the project purpose is not that simple question to answer. The provision and utilization of MCH services are influenced by various conditions such as policy interventions, regulations, skill and human resource development, material supports, and many others. Therefore, the achievement of the Project is a part of the factors to

increase the MCH service provision and utilization, but is not a mere factor for it. The project works on rather linking the PHD/OD's managerial capacity and RH's technical capacity at the OD level in order to maximize the existing capacities within the MCH services and enhance the sustainability of the service provision in the country.

Other positive impact of the project are; 1. The Project influenced on the Government policy direction on MWs, 2. PHD-MCH Kampong Cham tried to expand the concept of supporting model for HC-NWs to 6 other non-model site ODs in the province, 3. The Project contributed to build the trust between PHD/OD level government officials and HC-MWs, 4. NGO's activities were also becoming smooth due to the cooperation from RH-SBAs and 5. The study of existing overlapped incentives done by the Project induced the attentions from other organizations on the incentives and the practice of mapping such incentives was done by a NGO.

No negative effects were expressed by the stakeholders interviewed.

## **(5) Sustainability**

The sustainability of the Project is graded as "moderately high" by the following reasons. The sustainability was examined from three aspects; policy and regulation, financial capacity, and technical capacity.

- 1) Sustainability in the aspect of policy and regulations: Within the framework of the HSP 2 2008-2015, the improvement of MCH services will continue to be the priority area in the country. Together with Fast-track intervention for RMNCH, the gaps in quality improvement of continuum care, better access to safe delivery, and quality improvement in referral hospitals would be the political agenda in the country until the country will achieve the CMDG5.
- 2) Sustainability in the aspect of organization and financial capacity: NMCHC/PHD/OD-MCH expressed to continue the activities started in the Project period by using government AOP funds. However, some of PHD/OD level activities could be limited by the availability of resources. Some of MW supporting activities such as advice on referral would remain because of no budgetary requirements.

Challenge identified in the financial capacity is that the disbursement of planned budget is unpredictable and PHD/OD level managers might not itemize the activities due to their perceived low priority on the activity.

- 3) Sustainability in the technical capacity

The NMCHC gained the ownership on the various trainings developed in the Project and improved the planning and financial management skills and conducted MCAT covering 17 PHD/ODs which have CPA3. ToT unit is planning to expand SBA supporting mechanism nationwide coordinated with NRHP.

Some positive attitudes were seen among PHD/OD-MCH and OD directors who received MCAT course in terms of being more independent from the national level. OD-MCH expressed that they would like to continue making action plans for supporting MWs to improve the MCH services in their area. OD directors expressed that they will continue monthly MW meetings involving RH-SBAs and new supervisions because these are very important for HC-MWs to improve their technical capacity and to motivate them to improve their performances. Some OD-MCH mentioned that they would like to expand the involvement of VHSG by teaching their roles in the community health, and by improving the reporting form of VHSG.

However, some challenges are expressed by those stakeholders in the aspect of technical capacity. These challenges are 1. Limited RH human resources and increasing workload in their own services, 2. Limited teaching skill among RH-SBAs, and 3. Further coordination between the NMCHC and province levels in terms of expanding of MWs supporting activities.

### **3-4 Conclusion, Recommendations and lesson learned**

#### **3-4-1 Conclusion**

Overall, the Project has been successfully implemented and achieved the Project purpose according to the indicators listed in the PDM. It should be noted that the Project not only developed the model and reflected it in the national programs, but also implemented it through MCAT to the nationwide in spite of the limited three year cooperation period. Then the Project could confirm MW supporting activities happening at the MCAT covered areas.

However, it is difficult for the Team to conclude how much the Project contributed to the increase of key indicators such as the number and percentage of ANCs and deliveries attended by SBAs due to the introduction of new policy on Fast-track interventions for RMNCH, the various other programs/projects, which provide performance based incentives and various funds in the model sites of the Project.

#### **3-4-2 Recommendations**

##### **(1) Endorsement of curricula and guideline on MW supporting activities**

It is essential for NMCHC to have curricula and guideline of MCAT course and Orientation WS which are the tools for MWs supporting mechanism/model. Therefore, it is essential for NMCHC and the Project experts to complete the curricula and guideline. The Team recommends that the MoH shall endorse them subsequently by the end of the Project period.

The evaluation team recommends the Project to complete the “Community Collaboration Handbook for OD” and submit to NMCHC for authorization. The Team also recommends the Project to distribute the handbook by the end of Project period, in order ODS to utilize VHSB efficiently as health volunteers for community health.

##### **(2) Budgeting MW supporting activities in the respective AOPs**

The Team recommends MoH/PHD/OD to budget MW supporting activities in the respective AOPs under Program 1 for RMNCH, Sub-Program 3 for MCH. For the year 2010, the Team recommends PHD/ODs to negotiate with development partners in respective ODs to fill the gap.

##### **(3) Expansion of MW supporting mechanism**

The Project demonstrated how to improve the quality of MCH services provision by supporting the existing and newly deployed MWs in HCs technically and also morally. The Project also demonstrated the importance of the mechanism to form a supporting team which is called “MW Alliance Team” consisted of PHD/OD-MCH and RH-SBAs. This is a mechanism/model which can be applied to uncovered areas where have different surroundings and conditions. Therefore, the Team recommends NMCHC and PHD/OD to coordinate as “a team” in order to further expand MW supporting mechanism to uncovered areas. A plan with adequate strategy needs to be planned out at the national level by the end of Project period. The Team also recommends the MoH to strengthen the clinical and teaching skills of RH-SBAs and teachers in RTCs in order to improve the quality of MW supporting activities.

##### **(4) Expansion of Orientation to the Health Managers**

In order to achieve the above recommendation 5.2.3, the Team recommends NMCHC to conduct “Orientation WS for Health Managers “at the national level prior to conducting MCAT course to gain the understanding of health managers on MCH services including supporting MWs and MW alliance team.

#### **(5) Harmonization of monitoring/supervision systems**

The Team recognized some existing confusions in the monitoring/supervision systems due to complicated tasks with multiple checklists for supervisors to carry on in some areas. Therefore, the Team recommends the MoH and the development partners to discuss the issue of monitoring/supervision systems with multiple checklist ( s ) to be harmonized.

#### **3-4-3 Lesson Learned**

- Strengthening health systems is one of the priority development agendas for global health in recent years. Many international organizations and bilateral donors have been exploring any effective approaches to strengthen health systems. The Project showed a possible approach to improve district health systems without large financial inputs. That is to make each counterpart recognize their own role and to improve the capacity of counterparts not by the technical trainings but by setting up opportunities for knowing each other and working together to solve the problems at the sites, which led to change of the mind-set to work as a team and consequently strengthen the function of district health systems.
- The counterparts gained high ownership as the implementers of the Project and they explain the process and issues with their own thoughts and words to the stakeholders outside the Project. First, this high ownership of counterparts was created by being positively involved in the Project processes such as planning, implementation and monitoring/supervision as an equal partner of the Project implementers. Secondly, the approach of letting counterparts decide the activities from the options extracted from the existing good examples could generate the ownership on the activities they chose. Thirdly, the long history of Japanese assistant to the Cambodian health sector with respect to the Cambodian ownership contributed to the gradual increment of the ownership in the Cambodian counterparts who have been there throughout during the cooperation.



## 第1章 終了時評価の概要

### 1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

カンボジア王国（以下、「カンボジア」と記す）は、20年にわたる政治的混乱と紛争を経験した後、1991年のパリ和平協定を受け民主国家として歩みはじめ、現在は政治的安定と経済の回復により社会は安定化の方向にあるものの、内戦時に医療設備・人的資源とも壊滅状態にあったため、保健医療の基礎的サービスへのアクセスはいまだ十分とはいえない状況にある。また、復興期以降、100以上もの非政府組織（Non Governmental Organization：NGO）などの援助団体が特定の地区で母子保健分野への協力をしているが、それらの母子保健サービスの内容や質はまちまちとなっている。

「第1次社会経済開発計画1996～2000」では保健医療セクターの強化が重要課題としてあげられ、「保健セクター戦略計画HSP2003～2007」などで女性や子どもを対象にした母子保健を優先的な活動分野として取り組んだ結果、1999年に125/1,000出生だった乳児死亡率（IMR）が、2005年には66/1,000出生となるなど母子保健分野の指標の多くが改善しつつある。他方、妊産婦死亡比（MMR）は2005年で472/10万出生<sup>1</sup>であり依然として高く、助産師不足や保健医療へのアクセスに関する都市部と地方部間の地域格差が大きいことなど、改善すべき点は多い。

日本政府は、1997年に無償資金協力で国立母子保健センター（National Maternal and Child Health Centre：NMCHC）の建設を支援するとともに、JICAを通じて1995年から10年間にわたり「母子保健プロジェクト（フェーズ1・2）」を実施し、NMCHCを中心として、母子保健人材の育成を支援してきた。とくに2000年から2005年に行われたフェーズ2の協力においては、NMCHCの研修機能が強化され、地方のリファラル病院（Referral Hospital：RH）や保健センター（Health Centre：HC）に勤務する産婦人科医や助産師（Midwife：MW）を対象に研修を実施し、地方部で母子保健サービスの提供を担う人材の育成にも貢献してきた。他方で、NMCHCでの産婦人科医や助産師の卒後技能研修提供のみでは個々人の技能向上だけにとどまってしまうがちで、地域レベルで母子保健サービスの向上を更に推し進めていくためには、より包括的な取り組みが必要<sup>2</sup>とされていた。

このような状況を改善するため、JICAは、コンポンチャム州内の4つの保健行政区（Operational District：OD）をモデル・サイトとして、同サイトにおいて妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル（行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル）として国家プログラムに反映されることを目標として、2007年1月から3年間の協力期間で「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」を国立国際医療センターの協力を得て実施している。

2008年12月、JICAは、本プロジェクトの活動実績と成果発現状況の確認及びプロジェクト後半期に取り組むべき今後の方向性等について協議するため、運営指導調査団を派遣した。同調査では、各成果の発現状況が順調に進捗していることが確認されるとともに、モデル・サイトで実施した研修を改変し、新規研修カリキュラムを策定したうえで、本プロジェクト終了までに全国を対象とした助産師チームワーク研修を実施することについても、カンボジア側と合意した。

今般、本プロジェクトは、協力終了を約3ヵ月後に控えていることから、以下の目的のため終了

<sup>1</sup> Cambodia Demographic and Health Survey（CDHS）

<sup>2</sup> 2007年に行われた本プロジェクトのベースライン調査結果等により、研修を受けた助産師が、習得した技術や能力を現場で十分に発揮し、地域の母子保健サービス全体の向上を図るためには、行政や関係者間の協働体制を整備する必要があるという課題が明らかとなった。

時評価調査を実施した。

- (1) R/D、プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) の記述に沿ったプロジェクトの活動実績や目標・成果の達成状況を明らかにしたうえで、評価5項目 (妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性) の各視点から包括的な評価・分析を行う。特にプロジェクトの自立発展性やインパクトに焦点をあて、それに貢献した要因や事例を抽出する。
- (2) 評価結果から導き出される今後の課題等については、プロジェクト終了までに取り組むべき事項、プロジェクト終了後にカンボジア側で対応すべき事項など、短期的及び中・長期的な提言を行う。
- (3) 本プロジェクト終了後に開始が見込まれる新規プロジェクト「助産師の能力強化を通じた母子保健改善」を含め、類似事業への参考となる教訓を抽出する。
- (4) 上述(1)～(3)について、カンボジア側評価メンバーをはじめとした現地関係者とともに合同評価報告書を作成・協議し、協議結果についてはミニッツとして取りまとめ、カンボジア側と署名・交換する。

## 1 - 2 調査団の構成

### (1) 日本側

担当分野	氏名	所属
団長・総括	竹本 啓一	JICA人間開発部保健人材課 課長
評価計画	久保倉 健	JICA人間開発部保健人材課 職員
協力計画	佐々木 祐美子	JICAカンボジア事務所 企画調査員
母子保健	明石 秀親	国立国際医療センター国際医療協力課 派遣協力専門官
評価分析	興津 暁子	(株) タックインターナショナル 主任研究員

### (2) カンボジア側

氏名	所属
Prof. Koum Kanal	Director, NMCHC
Dr. Keth Ly Sotha	Deputy Director, NMCHC
Dr. Tung Rathavy	Deputy Director of NMCHC/ Manager of National Reproductive Health Program/ Secretary of High Level Midwifery Task Force
Ms. Ou Saroeum	Deputy Director of Nursing Department of NMCHC/ Executive Director of Cambodia Midwifery Association/ Deputy Director of Midwifery Council
Dr. Lon Chan Rasmey	Deputy Director, Kg. Cham Provincial Health Department, MOH

### 1 - 3 調査日程

現地調査は2009年9月27日から10月12日までの期間で実施された。調査日程の概要は、以下のとおりである。

月日	曜日	官団員	評価分析団員
9月27日	日		成田発/プノンペン着
9月28日	月		JICAカンボジア事務所打合せ
			専門家チームからの基本資料提示
			専門家チームへのインタビュー
9月29日	火		NMCHC研修部、州保健局（PHD）、全モデル・サイトOD関係者へのインタビュー
			全モデル・サイトのOD - MCH、PHD - MCHへのインタビュー
9月30日	水		・ 専門家チームとのインタビュー内容についての意見交換 ・ NMCHC研修部へのインタビュー
10月1日	木		コンボンチャム州へ移動
			コンボンチャム州リファラル病院SBAへのグループインタビュー
			コンボンチャム州-Siem ODの保健センター助産師（HC-MW）へのグループインタビュー
10月2日	金		モデル・サイト以外のOD-MCH等へのインタビュー
			プノンペンへ移動
10月3日	土		合同評価報告書案の作成
10月4日	日	成田発/プノンペン着	合同評価報告書案の作成
10月5日	月		・ JICAカンボジア事務所との打合せ
			・ 専門家チームと調査団員間の意見交換
			・ NMCHCとコンボンチャム州C/Pとの協議（合同評価報告書の構成概要の説明、プロジェクトの実績、実施プロセス等の確認、評価の目的と評価実施プロセス・方法についての合意形成）
			・ ベルギー技術公社〔BTC（Dr. Dirk Horemans）〕へのインタビュー
10月6日	火		コンボンチャム州と、8州の代表を招いての、実績確認・経験共有ワークショップ 一部参加型評価（NMCHCと調査団で合同で計画）
10月7日	水		団内打合せ（事務所、専門家を交え、5項目評価案等の確認）
			NMCHCとコンボンチャム州C/Pとの協議（5項目評価結果の確認、提言・教訓に関する意見交換）
10月8日	水		・ 保健省主催Technical Working Group for Health会合への参加
			・ 団内打合せ（ミニッツ最終案、合同評価報告書最終案の確認・修正）
			NMCHC、コンボンチャム州保健局、全モデル・サイトODとの協議（ミニッツ案、合同評価報告書案の確認・修正

10月9日	金	団内打合せ（ミニッツ最終案、合同評価報告書最終案の確認・提出） NMCHCと開発パートナー〔世界保健機関（WHO）、国連人口活動基金（UNFPA）、国連児童基金（UNICEF）、BTC、URC、RACHA等〕との終了時評価結果共有のための協議（H21年度採択の助産教育新規案件に関する意見交換も含む）
10月10日	土	資料整理
10月11日	日	資料整理
10月12日	月	JCC：保健省との協議（終了時評価結果の報告、ミニッツ署名）

#### 1 - 4 主要面談者

本調査においての主要面談者は以下のとおりである。

##### （1）カンボジア側プロジェクト関係者

- ・ 保健省次官
- ・ NMCHC
- ・ コンボンチャム州保健局
- ・ コンボンチャム州リファラル病院
- ・ モデル・サイトの保健行政区保健局
- ・ モデル・サイトの保健センター
- ・ モデル・サイト外でプロジェクトの研修に参加したCPA3リファラル病院とOD事務所

##### （2）プロジェクト日本人専門家チーム

##### （3）他ドナー・NGO（WHO、UNFPA、UNICEF、BTC、URC、RACHA等）

#### 1 - 5 評価項目・方法

##### （1）評価5項目による評価

本終了時評価は、JICA事業評価ガイドライン（改訂版）に基づき、本プロジェクトの実績と実施プロセスを確認後、5項目評価による評価を行った。評価項目ごとの設問及びその結果については、評価グリッドにまとめた。評価5項目の内容は以下のとおり。

##### 1) 妥当性

妥当性は、プロジェクトが定めた上位目標とプロジェクト目標が、被援助国の開発政策やターゲット・グループのニーズと一致しているか、また、これからの目標を達成するためのプロジェクト・デザインが妥当であったかを検証するものである。

## 2) 有効性

有効性とは、プロジェクト実施によって、ターゲット・グループに対して所期の便益をもたらすことができたかどうかを評価するものである。そのためにはプロジェクト目標の達成度を分析するとともに、その内容について、プロジェクト活動によるアウトプット産出への貢献度を検証することが必要である。

## 3) 効率性

効率性とは、プロジェクト実施過程における生産性のことであり、投入がアウトプットにどれだけ効率的に転換されたかを検討する。

## 4) インパクト

インパクトとは、プロジェクト実施により生じた直接的及び間接的なポジティブ、ネガティブな効果、影響のことである。

## 5) 自立発展性

自立発展性とは、プロジェクト実施による効果が、プロジェクト終了時においても持続されるかどうか、それらの阻害及び貢献要因について、政策及び制度的側面、組織及び財政的側面、そして技術的側面から検証するものである。

## (2) データ収集方法

データ収集方法としては、以下のデータを収集・検討したほか、現地調査において、日本人専門家、カウンターパート（Counterparts：C/P）、ターゲットグループ等への聞き取り等を通じ、情報を収集した。

プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）2

事前評価調査報告書

運営指導調査報告書

プロジェクト活動進捗報告書

日本側、カンボジア側双方における投入の詳細

プロジェクト活動進捗及び成果とプロジェクト目的に関するプロジェクト作成資料

## 第2章 プロジェクトの実績と実施プロセス

### 2 - 1 投入実績

#### 2 - 1 - 1 日本側投入

以下に、日本側の投入として、専門家派遣、研修事業、カウンターパート（C/P）の研修、機材供与などの項目別の実績について記述する。内訳など詳細な実績に関しては、付属資料1・ミニッツのAnnex4を参照のこと。

#### (1) 専門家派遣

##### 1) 長期専門家

長期専門家は、「チーフアドバイザー」「研修マネジメント/地域保健/業務調整」「地域保健」及び「熟練助産者（Skilled Birth Attendant：SBA）支援体制強化」の分野で、プロジェクト開始時の2007年1月から2009年10月までに延べ4名の長期専門家が、延べ102M/M程度派遣されている。

表2 - 1 長期専門家派遣実績

	派遣分野	派遣期間	人/月
1	チーフアドバイザー	2007年1月16日～2010年1月15日	36M/M
2	研修マネジメント/地域保健/業務調整	2007年3月13日～2010年1月15日	35M/M
3	地域保健	2007年3月26日～2008年3月26日	12M/M
4	熟練助産者支援体制強化	2008年6月19日～2010年1月15日	19M/M

##### 2) 短期専門家

短期では、10名の専門家が、合計で約13M/M派遣された。調査内容については、「地域保健活動分析」「保健活動評価」「新生児ケア」「SBA技術向上のためのマネジメントシステム」、その他多岐にわたる分野で支援が行われた。

表2 - 2 短期専門家派遣実績

	派遣分野	派遣期間	人/月
1	地域保健	2007年2月12日～3月10日	0.9M/M
2	地域保健活動評価	2007年6月7日～8月2日	1.9M/M
3	新生児ケア	2007年8月5日～8月25日	0.7M/M
4	地域における熟練助産者技能支援体制	2007年11月26日～2008年2月2日	2.3M/M
5	熟練助産者支援強化研修計画	2008年2月10日～3月29日	1.6M/M
6	母子保健コミュニティ活動分析	2008年10月6日～12月10日	2.2M/M
7	熟練助産者支援のための保健システム強化	2009年1月22日～3月21日	2.0M/M
8	保健システム強化と母子保健	2009年2月9日～2月19日	0.4M/M
9	助産師関連の政策・計画・援助状況に関する調査分析	2009年5月24日～6月18日	0.9M/M
10	母子保健政策・プログラム計画	2009年8月9日～8月23日	0.5M/M

## (2) 研修事業

主にモデル・サイトの保健行政区長らを対象に、2007年11月にインドネシア共和国(以下、「インドネシア」と記す)そして2009年2月にベトナム社会主義共和国(以下、「ベトナム」と記す)において、他国の助産師支援分野の取り組みを学ぶとともに、お互いの経験を共有することを目的として、技術交換研修を行った。

そのほかに、モデル・サイトである4保健行政区(OD)におけるすべてのレベルのC/Pに対し、スレイセントー行政区での地域保健活動の視察と協議を行うためのスタディーツアー、各行政区内の保健センタースタッフや保健ボランティアを対象に、行政区内の保健所視察と協議のためのスタディーツアーなども行った。

## (3) 機材供与

保健センターにおいて母子保健サービスを提供する際に必要な分娩介助キット、分娩時感染予防プロテクター、保健ボランティア用中古自転車、保健行政区保健局へのオフィス機材などを供与した。また、このほかにクロチュマー行政区用に救急車を1台供与している。これらは総額で8万8,678米ドル相当の機材供与であった。なお、国立母子保健センター(NMCHC)内のプロジェクト事務所用オフィスの整備に関しては、前プロジェクトからオフィススペース、事務機器、車両等を引き継いだため、整備のための支出はなかった。

## 2 - 1 - 2 カンボジア側投入

カンボジア側の投入としては、会議のコストシェア、プロジェクトオフィス等が負担された。

### (1) 会議費のコストシェア

カンボジア側の投入として、3つの会議、1つのシンポジウム、2つの新型巡回指導にかかる費用に対するコストシェアがあり、総額で5万3,902米ドル相当の投入であった。当該費用にかかる日本側のコスト負担が8,777米ドル程度であったので、カンボジア側のコストシェアが大きかったことが分かる。カンボジア政府の投入ではないが、本プロジェクトの活動と協働した他ドナー・NGO(World Vision及びRACHA)からも当該費用を総額3,335米ドル程度負担するなどのコストシェアがあった。

### (2) その他の投入

カンボジア側からのその他の投入として、プロジェクト事務所用施設、研修施設の提供、機材購入の際の免税措置などがあった。

## 2 - 2 活動と成果の達成状況

### 2 - 2 - 1 活動の達成状況

活動の達成状況に関しては、付属資料2.のプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)にある活動2.6、2.7、3.6、3.7及び4.8を除いてすべて実施済みである。実施が終わっていない活動に関しても、プロジェクト終了までに終わる予定であることを確認できた。いくつかの当初予定されていなかったが実施された活動も確認された。それらを以下の「表2 - 3 活動実績表」にまとめる。

## 2 - 2 - 2 成果の達成状況

成果1、2、3は、コンポンチャム州のモデルサイトを対象としており、成果4は国レベルと全国を対象としている。

(1) 成果1：保健センター（HC）に配置されるSBA（HC-SBA）を支援するためのチームワークが向上する。

指標	数値目標	実績
1	作成された研修カリキュラムの数とそれに基づいて実施された研修の数が増加する（研修カリキュラムの数0 2、研修の数0 3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● MCTコース（1回）、MATコース（2回）が実施された。</li> <li>● これらのコースの研修カリキュラムは、研修部と日本人専門家の共同で作成された。</li> </ul>
2	MCT研修により養成された助産師コーディネーターの数が増加する（0 12）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 州/行政区レベルから12名がMCTコースに参加した。</li> </ul>
3	MAT研修時に作成されたアクションプランの数が増加する（0 43）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 4つの保健行政区及び州保健局母子保健行政官で46のアクションプランを策定した。</li> </ul>

成果1の達成度を測る指標は、上記実績のとおりすべて達成された。

Midwife Coordinators TOT（MCT）コースとMidwife Alliance Team Training（MAT）コースがC/Pと日本人専門家によって策定され、MCTコースが1回、MATコースが2回実施された。これらのコースにより、助産師コーディネーターが12名養成され、MAT研修中に作成されたアクションプランは、4つの保健行政区合わせて46あった。調査中に行ったグループインタビューによると、州・保健行政区レベルの母子保健行政官は、保健センター勤務の助産師（Health Center - Midwife：HC-MW）をサポートすることが自分たちの役割であり、ひいては、それが母子保健サービス供給の強化につながることを認識するようになったとの意見が聞かれた。また、モデル・サイトを対象とした電話調査の結果においても、HC-MWの意見として、州・行政区レベル保健局の母子保健行政官の態度がより支援的で協調的になったと認識していることが分かった。以上の結果により、成果1は達成されたといえる。

(2) 成果2：HC-SBAの活動を円滑にするための保健行政（PHD/OD）及び臨床機関（RH）による支援モデルを策定する。

成果2を達成するための活動については、PDMにある活動2.6及び2.7以外のすべての活動が実施済みである。活動2.6と2.7は、助産師支援のためのガイドラインを作成するための活動で、この活動に関しては、プロジェクト終了までには実施が完了する見込みであることを確認した。従って、次表の指標についても、ガイドライン策定が指標となっている指標4については、まだ達成されていないが、指標1から3に関しては達成されている。



指標	数値目標	実績
1	HC-SBA支援アクションプランの実施数が増加する(0-4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 行政区母子保健行政官により、12のアクションプランが実施された。</li> <li>● 州レベル保健局により、既存の計画を向上させるような5つの活動が実施された。</li> </ul>
2	HCのSBAが認識するPHD/OD/RHからの支援内容・質が向上する	<ul style="list-style-type: none"> <li>● グループインタビューや電話調査によると、保健センター助産師は、州や行政区レベルの関係者及び、病院SBAからの支援の内容と質に大きな向上が感じられるとの意見である。</li> </ul>
3	PHD/ODによるチェックリストの活用状況が改善される	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 技術面の項目が改善されたチェックリストを活用した新型巡回指導が計画どおり実施され、その後、1つの保健行政区で、このチェックリストの使用が続けられている。</li> </ul>
4	モデル・サイトにおける支援モデル事例をもとに、全国を対象としたSBA支援ガイドラインが作成される	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SBA支援ガイドラインは現在作成途中。</li> </ul>

行政区レベルの母子保健行政官らは、MATコースの過程でHC-MW支援のための「活動計画」をつくり、以下のような活動を実施していることが確認されている。本調査でインタビューを行ったすべての行政区レベル母子保健行政官は、区内の保健センター助産師を集めての定例会をもち、病院のSBAを招いた形で行っている。それらの定例会では、病院SBAによるHC-MWへの講義の機会として盛り込む、新型巡回指導を行うなど、積極的にHC-MWの支援を実施するようになった。それらの活動の実施に必要な予算についても、政府予算のなかで執行可能な予算科目からの支出（例えば、会議費など）で賄える活動に限定して実施しており、持続性も担保されている。なかには、他のドナーの資金を活動資金に充てるといった工夫をする行政区レベルの母子保健行政官も確認された。

グループインタビュー及び電話調査において、これまで病院SBAがみせていたHC-MWへの批判的な態度が、協力的な態度へと明らかな改善が起きていることを確認しており、保健行政区内の助産師定例会における病院SBAによる短時間の技術的な講義についても、HC-MWは支援の有効性を述べていた。ただし、病院SBAも自分たちの仕事の合間をみでの支援であるので、支援に割ける時間が限られるといった制約は認められた。保健行政区母子保健行政官からも、保健センターへの巡回指導に際し、病院SBAの同伴が、技術指導面で有効であるという声が聞かれた。また、プロジェクト実施の結果、他の効果として確認できたものとしては、保健行政区レベルの母子保健行政官のマネジメントや計画能力（会議の計画・運営、プレゼンテーション能力等）の向上があげられる。州保健局の母子保健行政官からは、妊産婦死亡オーディット（Maternal Death Audit：MDA）活動において、病院SBAを巻き込むことの有効性を認識する発言があった。

病院SBAは、MATコースの有用性として、今まで全く知る機会がなかったへき地の保健センターが直面している人材の慢性的な不足、機材や医薬品の不足のほか、施設として最低限必要なはずの水や電気さえも不足している状況であることを現実感をもって知るに至り、い

かにHC-MWが困難な業務環境下での活動を余儀なくされているかの理解に役立ったとの意見が多く聞かれた。病院SBAは、HC-MWを支援すべき役割を担っていることを十分に理解し、彼らのできる範囲での協力を惜しまないことを意識していた。また、NMCHC研修部においても、自分たちの役割が地方でのサービスへの直接的介入ではなく、アドバイザーとして、地域の母子保健サービスの強化に貢献すべきことを理解できたとの声が聞かれた。

本調査団によって確認された上述の根拠に基づき、成果2が達成されたと結論づける。ただし、指標3の巡回指導時に使用するチェックリストに関しては、開発パートナーや国が支援するプロジェクト・プログラムにより、数種類のチェックリストが保健行政区ごとに存在しており、そのため、本プロジェクトで改良したチェックリストを今後も使用するかどうかは、保健行政区ごとの事情によるところが大きいということであった。

(3) 成果 3：地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定する。

成果3について、PDMにある活動3.6及び3.7を除いては、すべて実施が完了している。活動3.6と3.7は、保健行政区（OD）のためのコミュニティ協働支援ガイドラインの策定とその公布のための活動であり、プロジェクト終了までには、これらの活動も完了する見込みであることが確認された。

	数値目標	実績
1	コミュニティ活動現状の調査・分析の結果、コミュニティ協働の促進・阻害要因が抽出される。	● コミュニティ活動現状の調査・分析の結果、コミュニティ協働の促進・阻害要因が抽出された。
2	ODのためのコミュニティ協働支援行動リストが作成される。	● ODのためのコミュニティ協働支援行動リストが作成された。
3	ODによる新規のコミュニティ協働支援行動数が増加する。(0 4)(4モデル・サイトに限定)	● ODによる新規のコミュニティ協働支援行動数が0から15に増加した。
4	ODのためのコミュニティ協働支援行動ガイドラインが作成される。	● ODのためのコミュニティ協働支援行動ガイドラインは作成途中。

上記のように、活動が一部終わっていないため、指標4について、現時点では達成に至っていないが、その他の指標は達成されている。指標4についても、プロジェクト終了までには、達成の見込みであることを確認できた。このようにほとんどの指標は達成されているが、それで、成果3の目的である「地域コミュニティにおける母子保健向上のための協働モデルを策定する」が、達成されたのかという質問に対しては、「協働モデル」を策定するという当初想定していた成果から、VHSGをボランティアとしての本来あるべき姿へ戻していくために保健行政区事務所の役割の明確化へシフトさせていったため、一概に「達成された」と判断するのが困難である。

上述したような変更が行われた背景として、まず最初に各保健行政区（OD）の実情として、さまざまな外部援助団体からの支援が入っており、保健行政区ごとにその背景が違うことから、現実としてどこの地域でも共通に使える「モデル」の策定が難しいことが判断され

たからである。二番目として、コミュニティ協働モデルの担い手であるVHSGに着目してその役割をみたとき、保健省が「地域保健へのコミュニティ参加政策」に示しているVHSGの役割とは、多目的に働く保健ボランティアであるとしているが、実際には、ほとんどの場合、他ドナー・NGOが実施する特定のプロジェクト/プログラムを特定の活動に活用しているのが現実である。したがって、本プロジェクトとしては、VHSGを、新たな母子保健に特化した形でのコミュニティ協働活動の担い手とするより、広く地域保健活動を促進していくという本来の意味でのコミュニティ・ヘルス・ボランティアとして役割を果たしていけるよう、保健行政区事務所の役割に注目し、VHSGとの関係強化、ひいては、保健ボランティアとしての機能強化につながるような活動を策定することとした経緯が確認された。

プロジェクトで策定した「保健行政区事務所のためのコミュニティ協働活動リスト」は、保健行政区のコミュニティ協働に関する役割とリーダーシップ強化という観点のみならず、大きな財政的なインプットがなかったとしても、実施可能な活動を行っていく観点も取り入れて策定された。活動事例としてあげると、VHSGに対するIDカードの発行、データ収集フォームの標準化、保健センターとVHSGの定例会への保健行政官の参加などであり、どの活動も行政区レベルで実施可能な活動が集められている。一方、多様な援助団体によるインプットがある場合には、それを調整する保健行政区の活動事例が集められている。

従って、成果3の結論としては、本プロジェクトは、全国展開をねらったコミュニティ協働モデルを策定するという目的からシフトを図り、VHSGを活用しての地域保健向上のための保健行政区保健局の役割とリーダーシップ強化、VHSGとの関係強化、援助団体に対する保健行政区の調整能力強化といった面で成果を出したといえる。このVHSGの地域保健における多目的ヘルス・ボランティアとしての役割強化は、将来的には、母子保健サービスの強化につながっていく、重要な部分と思われる。

#### (4) アウトプット4: NMCHCが地域の実情を把握し、国家プログラムに反映させる。

成果4についても、PDMにある活動4.6及び4.7以外の活動は、すべて実施が終了している。これらの活動は、各種ガイドラインの策定と公布であり、プロジェクト終了時までには完了の見込みである。それ以外の活動と指標はすべて達成されている。

	数値目標	実績
1	中央レベルの母子保健関係者（NMCHC、開発パートナー側技術アドバイザー）に対するプロジェクトからの進捗・成果報告（地方における調査結果を含む）数が増加する。（0 15）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 母子保健のドナー調整会合・技術作業部会において、プロジェクトから8つ以上の報告がなされた。</li> <li>● NMCHC関連の会議において、プロジェクトから11回の報告がなされた。</li> </ul>
2	プロジェクトの経験を生かしSBAを対象としたNMCHCの研修内容等が変更・改訂される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● プロジェクトの経験を生かしSBAを対象としたNMCHCの研修内容等が変更・改訂された。</li> </ul>
3	国家リプロダクティブヘルスプログラム（National Reproductive Health Programme：NRHP）と国家妊産婦死亡オーディット（MDA）・コミッティにおいて、プロジェクトの経験を生かして作成された調査報告数が増加する。（0 3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3つの調査報告が国家妊産婦死亡オーディット（MDA）・コミッティにおいてなされた。</li> <li>● プロジェクトの分析に基づき、州レベルから国レベルのMDA報告書書式が標準化された。</li> </ul>
4	MCT、MAT研修カリキュラムをもとに策定された新研修カリキュラムがNRHPに認定される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● MCT及びMATカリキュラムに基づき、全国を対象とするMCATカリキュラムがNMCHCの研修部と、専門家によって策定された。</li> <li>● ヘルスマネージャーに対するオリエンテーションワークショップがカウンターパート・モニタリング・チーム（CMT）の経験をもとに策定された。</li> </ul>
5	新研修カリキュラムの受講者数が増加する。（0 68）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全国24州中、17州から86名の関係者がMCATコースを受講した。</li> <li>● 全国24州中、17州から51名のヘルスマネージャーがオリエンテーションWSを受講した。</li> </ul>
6	プロジェクトで作成された各種ガイドラインがNMCHCに認定される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● プロジェクトで作成する予定の各種ガイドラインは作成途中であり、その作成を待って、保健省及びNMCHCによって認定される予定。</li> </ul>

成果1と2で策定及び実施された研修（MCTとMAT）について、全国に展開することを目的として、2つの研修を1つへ改良した研修（Midwife Coordinator and Midwife Alliance Team Training：MCAT）コースが策定、実施された。MCATとはMidwife Coordinator and Midwife Alliance Team Trainingの略で、2つの研修を効率的に実施できるよう、これら2つの研修を組み合わせてつくられたものである。MCATコースは、2009年上半期に、全国24州中Complementary Package of Activities（CPA）3病院が所在する17州、17保健行政区レベルの州保健局と保健行政区保健局の母子保健行政官とリファラル病院SBA86名を対象に実施され、51名のヘルスマネージャー（州保健局、保健行政区保健局、病院の長・次長）に対しては、HC-MW支援の重要性を理解してもらうためのオリエンテーションワークショップを実施している。NMCHC

研修部では、MCATコース終了後の巡回指導を実施している。国家リプロダクティブヘルスプログラム（NRHP）が実施している半年に一度の国レベルの母子保健行政官会合においても、MCATコース後、同コース参加者によるHC-MW支援活動の事例が発表された。

本調査期間中に行われたMCATコースの実績確認、経験共有のためのワークショップによって以下のことを確認できた。同ワークショップには、コンポンチャム州の関係者及びMCATコースがカバーした8州からの代表者が参加して行われた。本プロジェクトのモデル・サイトを有するコンポンチャム州以外の州から紹介された主なHC-MW支援活動の事例は以下のとおりである。

州保健局長・行政区長と母子保健行政官は、母子保健サービス向上における自分らの役割を理解し、会議の開催や、巡回指導の実施をするようになり、これらの機会に病院SBAを巻き込むようになった。

病院SBAとHC-MW間のコミュニケーションが向上してきている。病院SBAは、HC-MWに対してより協調的で支援的になってきており、例えば、リファ－患者に付き添って病院にやってくるHC-MWに対し、その場でリファ－患者への対処に関するアドバイスなどをするようになった。

HC-MW支援活動は、ほとんどの州において、患者リファラル時の指導、助産師定例会議におけるトピック別の講義、新型巡回指導の実施などの形で行われていることが確認された。

同ワークショップにおいて、州レベルや行政区レベルの保健行政官が国レベルに依存するのではなく、自分たちで行動を起こそうという前向きな態度が確認された。ディスカッションにおいても、どうやって継続的にHC-MW支援活動を実施していけるのか、MCATコースが未実施の行政区に対し、どのようにして助産師支援活動を広めていくのかなど、自立発展性を高める議論がされた。また、持続的に活動を続けていくために、中央レベルからの継続した支援が必要であることが確認され、そのような要請が、NMCHCに対して行われた。特に、助産師アライアンスチームによる助産師支援活動実施に対しての協力の必要性に加え、ヘルスマネージャーに対する「オリエンテーションワークショップ」についてNMCHCでの実施を求める声が聞かれた。

表 2 - 3 活動実績表

No.	アウトプット	レベル/対象	活動概要	実施状況
1	保健センター (HC) に配置される SBA (HC-SBA) を支援するためのチームワークが向上する。	モデルサイトのコンボンチャム州保健局と 4 保健行政区/PHD-MCH, OD-MCH, RH-SBA	<p>1-1 全国のモニタリング方法レビュー(活動 2-1)とモデル・サイトにおける関係者分析(活動 3-2)との結果をもとに、NMCHC がチームワーク強化研修カリキュラムを作成する。</p> <p>1-2 研修実施体制を整える。</p> <p>1-3 母子保健行政官 (PHD/OD-MCH) を対象に指導者養成研修 (Training of Trainers : TOT) (MCT 研修) を実施し、助産師コーディネーターとして養成する。</p> <p>1-4 モデル・サイトにおいて母子保健 (Maternal and Child Health : MCH) サービス強化をチームで取り組める研修 (MAT 研修) 関係者 (PHD/RTC/OD) を対象に実施する。</p> <p>1-5 助産師コーディネーターと RH-SBA が MAT 研修時に HC-SBA 支援のためのアクションプランを作成する。</p> <p>1-6 成果をモニタリングするため、モデル・サイトにおいてフォローアップワークショップを行う。</p>	<p>1-1 2007 年 12 月～2008 年 4 月、NMCHC のカリキュラム策定委員会により、Midwife Coordinator TOT (MCT) コース、Midwife Alliance Team Training (MAT) コースカリキュラムが策定された。</p> <p>1-2 2008 年 2～4 月、上記研修カリキュラムを策定しつつ、実施体制を整えた。</p> <p>1-3 MCT コース実施：対象者 13 名：州・OD レベル母子保健行政官</p> <p>1-4 MAT コース実施：対象者第 1 回 (21 名)、第 2 回 (20 名)：州・OD レベル母子保健行政官、RH-SBA</p> <p>1-5 HC-SBA 支援のためのアクションプランを作成。</p> <p>1-6 成果 1、2 のモニタリングを定例会議や、ワークショップの機会に実施。2 回実施 (2008 年 12 月、2009 年 1 月)</p>
2	HC-SBA の活動を円滑にするための保健行政 (PHD/OD) 及び臨床機関 (RH) による支援モデルを策定する。	モデルサイトのコンボンチャム州保健局と 4 保健行政区/PHD-MCH, OD-MCH, RH-SBA	<p>2-1 PHD/OD による HC-SBA が MAT 研修時に HC-SBA 支援方法 (モニタリング方法と現存するチェックリスト) をレビューする。</p> <p>2-2 レビューの結果を活動 1-1 の研修カリキュラムに反映する。</p> <p>2-3 モデル・サイトにおいて助産師コーディネーターがアクションプランを実施する。</p>	<p>2-1 2007 年 3～7 月、全国での SBA 支援体制、モニタリング手法のレビューを実施。2007 年 8～9 月、モデル・サイトにおけるレビューを実施した。</p> <p>2-2 2007 年 10～12 月、活動 2-1 のレビューに基づき、どのような介入をプロジェクトで実施するのか、C/P と協議をし、合意に至った。また、活動 2-2 と 2-1 で判明した事項について、活動 1-1 のカリキュラム策定の際に反映させた。</p> <p>2-3 SBA への支援を強化する活動を 4 月の MCT コース終了後より、モデル・サイト OD において実施している。特に 6 月の MAT の研修後において、MCH 行政官による自発的な活動開始が認められた。 (プロジェクトは</p>

			<p>2-4 研修後にチェックリストなどを活用し、PHD/OD/RH による HC-SBA への支援を強化する。</p> <p>2-5 助産師コーディネーターと RH-SBA に対する NMCHC の支援を強化する。</p> <p>2-6 SBA 支援ガイドラインを作成するための事例を収集する。</p> <p>2-7 モデル・サイトにおける支援モデル事例をもとに、全国を対象とした SBA 支援ガイドラインを作成する。</p>	<p>資金を出さずに実施中)</p> <p>2-4 MAT 研修第 1 回終了後、モデル・サイト OD、コンポ ンチャム州保健局レベルにおいて、主として MCH 行政 官が主催し、かつ RH-SBA も参加する各種の新規活動 (HC-MW) が開始され、継続されている。</p> <p>2-5 2008 年 10 月、新型巡回指導を 4 つのモデル・サイトで 実施。OD、PHD の MCH 行政官が地域の RH-SBA を交 えて、保健センターを来訪し、HC-MW の技術指導を実 施した。NMCHC スタッフも助言者として参加し、 HC-MW を恒常的に指導・支援する役割であること、ま た地域の人材 (OD-MCH、RH-SBA) の育成が重要であ ることを理解するようプロジェクトとして支援した。</p> <p>2-6 モデル・サイトでの事例に加え、17 州展開後の SBA 支 援における事例収集をしている。</p> <p>2-7 SBA 支援ガイドラインの策定中。終了時までには完成予 定。</p>
3	地域コミュニティ における母子保健 向上のための協働 モデルを策定す る。	モデルサイトの 4 保健行政区、保健 センター、 VHSG/OD	<p>3-1 全国においてコミュニティー・レベルのグッドブラッ クティスをレビューする。</p> <p>3-2 選定されたモデル・サイトにおける関係者分析を行う。</p> <p>3-3 モデル・サイトにおける保健センタースタッフとコミュ ニティーによる協働活動を調査しコミュニティ協働の促 進・阻害要因を抽出する。</p> <p>3-4 OD のためのコミュニティ協働支援行動リストを作成す る。</p> <p>3-5 OD のコミュニティ協働支援行動をモニターする。</p>	<p>3-1 2007 年 6～8 月、全国における地域保健活動のレビュー を実施し、特に、コミュニティと保健センターの関係性 が進化するプロセスの仮説を策定。</p> <p>3-2 2007 年 8～9 月、モデル・サイトにおける地域保健人材 と保健センターの連携、関係性についての分析を実施し た。</p> <p>3-3 2008 年の後半、調査によりコミュニティ挙動の促進・ 阻害要因を抽出した。</p> <p>3-4 モデル・サイトの各保健行政区ごとに母子保健コミュ ニティー活動を強化するための活動案原案を策定した。3 月 にはスレイセントーOD へのスタディツアー、6～7 月 には、各 OD 内においてスタディツアーを実施。保健セン ターにおけるコミュニティとの協働の例を学ぶのが目的。</p> <p>3-5 OD のコミュニティ協働支援行動についてモニターを実 施している。</p>

			<p>3-6 ODのためのコミュニティ協働支援行動ガイドラインを作成する。</p> <p>3-7 モデル・サイトの経験を共有するワークショップを実施する。</p>	<p>3-6 ODのコミュニティ協働支援行動ガイドラインの作成中。</p> <p>3-7 経験を共有するためのワークショップを実施予定。</p>
4	NMCHCが地域の実情を把握し、国家プログラムに反映させる。	全国/NMCHC、開発パートナー	<p>4-1 母子保健関連ワーキンググループの活動に参加する。</p> <p>4-2 プロジェクトの活動進捗・成果や地方における調査結果を中央レベルの母子保健関係者（NMCHC、開発パートナー技術アドバイザー）に報告する。</p> <p>4-3 プロジェクトの経験を生かし SBA を対象とした NMCHC の研修内容等を変更・改定する。</p> <p>4-4 妊産婦死亡・疾病に関する情報を調査分析し国家リプロダクティブヘルスプログラムと国家妊産婦死亡オーディット委員会に報告する。</p> <p>4-5 MCT/MAT 研修カリキュラムをもとに新研修カリキュラムを策定し、全国を対象に実施する。</p> <p>4-6 NRHP が半期会合等で助産師コーディネーターの活動をモニターする。</p> <p>4-7 プロジェクトで作成した各種ガイドラインを NMCHC が認定する。</p> <p>4-8 SBA 支援に関するハイレベルセミナー会議等を開催する。</p>	<p>4-1 5つの母子保健（MCH）分野作業部会・ドナー調整会議に参加。調査報告の共有や議題提供を行い、活発に活動を行った。</p> <p>4-2 MCH sub-テクニカル・ワーキング・グループ（Technical Working Group：TWG）会合に対する進捗成果報告を8回行い、NRHP 主催の全国行政官対象の半期会合や、母子保健シンポジウム、助産師フォーラム、国家 MDA 委員会において、C/P がプロジェクトの経験を11回発表した。</p> <p>4-3 C/P や開発パートナーに依頼され、母子保健関連の報告書の作成や、ガイドラインや研修マニュアルへのコメントづけを行った。8つの開発パートナーに対して、17回の面会と情報提供を行った。</p> <p>4-4 2007年上半期に、妊産婦死亡・疾病に関する情報を調査分析し、NRHP 及び国家妊産婦死亡オーディット委員会に報告した。</p> <p>4-5 MCT/MAT 研修カリキュラムをもとに、新研修州カリキュラム（MCAT）を策定し、17州86名に研修を行った。またヘルスマネージャー対象のOrientation WS for health manager を51名に行った。</p> <p>4-6 NRHP の半期会合（8月）がMCAT 研修時期に近かったため、モニターには至らなかったが、各州の経験のシェアを行った。</p> <p>4-7 SBA 支援ガイドライン、コミュニティ協働ハンドブックの認定</p> <p>4-8 開催予定</p>



			<p>(追加的/派生的活動)</p> <p>4-9 MCAT 研修評価に関連する調査を実施する。</p> <p>4-10 パフォーマンスに基づく報奨金制度の分析をする。</p>	<p>4-9 MCAT 研修評価に関する以下の調査を実施した( 1 .Orient WS 最終日の質問票調査、2.MCAT 最終日の質問票調査、3.MCAT 終了後 1 カ月時点での電話調査、4.全国母子保健行政官 89 名に対する自記式質問票調査、5.NMCHC が 9 州への新型巡回指導時の各種モニタリング調査 )。</p> <p>4-10 パフォーマンスに基づく報奨金制度の分析報告書を策定、ドナー調整会合にて報告。これによって、NGQ( URC ) は、既存の報奨金制度をマッピングしてから、新たな報奨金制度を導入することとした。</p>
5	広報促進活動		<p>(追加的/派生的活動)</p> <p>PDM に記載されている活動ではないが、活動実施上求められる広報促進活動</p>	<p>5-1 67 団体 391 名のビジター受け入れ</p> <p>5-2 記事雑誌などに掲載された。</p> <p>5-3 日本の学会、シンポジウム等で 12 題発表</p> <p>5-4 カンボジア医療者勉強会で 44 名にプレゼンテーションを行う。</p>

### 2 - 2 - 3 プロジェクト目標の達成状況

本プロジェクトの目標は、「モデル・サイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル(行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル)として国家プログラム<sup>3</sup>に反映される」である。

以下の指標が示すとおり、本プロジェクトのモデル・サイトにおける母子保健サービスの供給に関しては、近年大幅に増加している。また、指標4にあるように、本プロジェクトの経験が国家プログラムへインプットされかつ反映された事実も確認された。一方で、本評価調査団は、本プロジェクトの効果とは別に、モデル・サイト内では、並行してGAVI/HSS、BTCといった他団体の支援スキームによる母子保健サービスに対する投入の増加や貧困者基金の実施、国によって実施されている新卒助産師の新規配置や施設分娩報奨金の制度など、サービス提供とサービス利用増加のための投入や介入が多数存在しており、これら外部からの影響も、母子保健サービスの供給や利用の増加に貢献していることを確認した。それらのプロジェクト以外からの介入による効果がどの程度影響したのかということ进行分析することは困難であるが、両者は相互補完的に影響していることが聞き取り調査などから裏付けられた。

それぞれの指標については、以下のように確認された。ただし、表2 - 4下に示したベンチマークは、プロジェクトが設定したもので、2006年の値は国家保健統計からの実際の数値を基準値とし、第2次保健戦略計画〔Health Strategic Plan (2008-2015) : HSP2〕の2015年達成目標値に向けて順調に増加すると仮定した場合の各年の目標値を設定している。

#### (1) プロジェクト目標達成度を測る指標 1

指標 1	モデル・サイトにおけるSBAによる出産介助の数と率 (8,373分娩 34% NHS2006 1万2,068分娩 50% NHS2009)
------	--

モデル・サイトにおける2008年のSBA介助分娩率は63%、SBA介助分娩数は1万3,300件であった。この数値と表2 - 4を比較すると2008年のベンチマークを超えていることがわかる。従って、指標1は達成されているといえる。

表2 - 4 分娩数と率 (2015年ターゲットを達成するためのベンチマーク)

年	実測値									ターゲット
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SBA介助分娩率	34%	39%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
SBA介助分娩数	8,373	9,605	10,836	12,068	13,299	14,531	15,762	16,994	18,225	19,457

一方、行政区ごとに指標 (SBA介助分娩率) をみると、チャムカー・ルー行政区34%、コンポンチャム行政区108%、クロチュマー行政区26%、及び、スレイ・セントリー行政区37%となっている。コンポンチャム行政区の率が高いひとつの理由は、コンポンチャム州のリファラル病院 (CPA3) のデータが含まれていることから、異なる医療圏からの患者数も含まれていることによる。

<sup>3</sup> 国家プログラムとは、国立母子保健センター (NMCHC) の下で実施されているプログラムを意味し、特に、国家リプロダクティブヘルスプログラム (NRHP) を意味する。

コンポンチャム州に含まれる4つのモデル・サイトと6つの非モデル・サイトの数値をまとめたのが表2 - 5である。同表をみると、モデル・サイトと非モデル・サイトを比較して、2つの群に数値的な差はみられない。また、図2 - 1に示すように、プロジェクト外からのさまざまな介入が行われているため、それらの影響を排除して効果を図ることは困難な状況である。非モデル・サイトにおいては、これら他の介入が効果をあげていると推察できる。

表2 - 5 モデル・サイトと非モデル・サイトの比較

(分娩場所、介助者ごと分娩数、SBA率、登録分娩率(2006~2008年))

OD Name	Year	Delivery						SBA		Registration	
		HC	RH	Home by health staff	TBA	Est_non registered	Est_Total	#SBA	%SBA	#Registered	%Est_registered
1 Chamkar Leu	2006	286	300	783	911	3376	5656	1369	24%	2280	40%
	2007	627	296	619	672	3528	5742	1542	27%	2214	39%
	2008	1025	345	255	505	2641	4771	1625	34%	2130	45%
3 Kampong Cham	2006	269	791	3625	1207	3158	9050	4685	52%	5892	65%
	2007	493	950	5741	1218	786	9188	7184	78%	8402	91%
	2008	935	941	7300	743	(1432)	8487	9176	108%	9919	117%
4 Kroch Chhmar	2006	37	25	609	315	2973	3959	671	17%	986	25%
	2007	96	13	526	368	3017	4020	635	16%	1003	25%
	2008	377	24	369	312	1937	3019	770	26%	1082	36%
9 Srei Santhor	2006	20	74	1554	1495	2513	5656	1648	29%	3143	56%
	2007	59	148	1457	1587	2491	5742	1664	29%	3251	57%
	2008	531	150	1048	1480	1472	4681	1729	37%	3209	69%
4 model sites total	2006	612	1190	6571	3928	12020	24321	8373	34%	12301	51%
	2007	1275	1407	8343	3845	9822	24692	11025	45%	14870	60%
	2008	2868	1460	8972	3040	4618	20958	13300	63%	16340	78%
6 non-model sites total	2006	2901	1030	6871	10093	11345	32240	10802	34%	20895	65%
	2007	4383	1270	6943	8799	11337	32732	12596	38%	21395	65%
	2008	7239	1533	5376	6728	10035	30911	14148	46%	20876	68%
All in the Kg Cham Prov	2006	3513	2220	13442	14021	23364	56560	19175	34%	33196	59%
	2007	5658	2677	15286	12644	21160	57425	23621	41%	36265	63%
	2008	10107	2993	14348	9768	14653	51869	27448	53%	37216	72%

(2) 指標2

指標 2	モデル・サイトSBAによる妊産婦健診の数と率 (2回受診1万541人 43% NHS2006 1万5,585人 64% NHS2009 <sup>b</sup> )
------	---

モデル・サイトにおける妊産婦健診(2回受診)は2006年の43%から2008年には56%に増加している。また、妊産婦受診数も2006年の1万541回から、2008年には1万1,759回に増加しているが、表2 - 6に示す2008年のベンチマークには、到達していない。

表2 - 6 妊産婦健診数(2015年ターゲットを達成するためのベンチマーク)

	実測値									ターゲット
年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ANC 2回(%)	43%	49%	59%	64%	64%	69%	74%	80%	85%	90%
ANC 2回	10,541	11,802	14,324	15,585	15,585	16,845	18,106	19,367	20,628	21,889

コンポンチャム州にあるモデル・サイトと非モデル・サイトを比較してみると(表2 - 7) 2006年から2008年における妊産婦健診(Antenatal Care: ANC)率は、モデル・サイトにおける伸び率の方が大きい。

表 2 - 7 モデル・サイトと非モデル・サイトの比較（妊産婦健診数、妊産婦健診1回受診率、2回受診率、1人当たりの妊産婦健診平均回数（2006～2008年））

OD Name	Year	1st	2nd	3rd	4th	5th or more	Total ANC	Est_delivery	%ANC at least once	%ANC twice	#ANC per person participated ANC	#ANC per preg women
1 Chamkar Leu	2006	3314	2917	1204	1012	492	8609	5656	59%	52%	2.6	1.5
	2007	3448	2801	1564	1192	884	9773	5742	60%	49%	2.8	1.7
	2008	3796	3167	1609	1361	1215	11037	4771	80%	66%	2.9	2.3
3 Kampong Cham	2006	4745	3407	1889	1417	1658	12788	9050	52%	38%	2.7	1.4
	2007	5318	3792	2193	1508	2461	14790	9188	58%	41%	2.8	1.6
	2008	5816	4132	2526	1661	659	16759	8487	69%	49%	2.9	2.0
4 Kroch Chhmar	2006	1601	1182	275	66	25	2733	3959	40%	30%	1.7	0.7
	2007	1612	740	319	83	181	2820	4020	40%	18%	1.7	0.7
	2008	3218	1673	813	347	91	6162	3019	107%	55%	1.9	2.0
9 Srei Santhor	2006	2621	3035	1479	1157	120	7723	5656	46%	54%	2.9	1.4
	2007	2302	2735	1248	991	62	7343	5742	40%	48%	3.2	1.3
	2008	2533	2823	1377	1122	230	7780	4681	54%	60%	3.1	1.7
4 model sites total	2006	12281	10541	4847	3652	2295	31853	24321	50%	43%	2.6	1.3
	2007	12680	10068	5324	3774	3588	34726	24692	51%	41%	2.7	1.4
	2008	15363	11795	6325	4491	2195	41738	20958	73%	56%	2.7	2.0
6 non-model sites total	2006	25008	22837	11352	9001	4368	71129	32240	78%	71%	2.8	2.2
	2007	25256	22766	12224	8970	5626	74472	32732	77%	70%	2.9	2.3
	2008	26261	22412	11887	9646	4100	75927	30911	85%	73%	2.9	2.5
All in the Kg Cham Prov	2006	37289	33378	16199	12653	6663	102982	56560	66%	59%	2.8	1.8
	2007	37936	32834	17548	12744	9214	109198	57425	66%	57%	2.9	1.9
	2008	41624	34207	18212	14137	6295	117665	51869	80%	66%	2.8	2.3

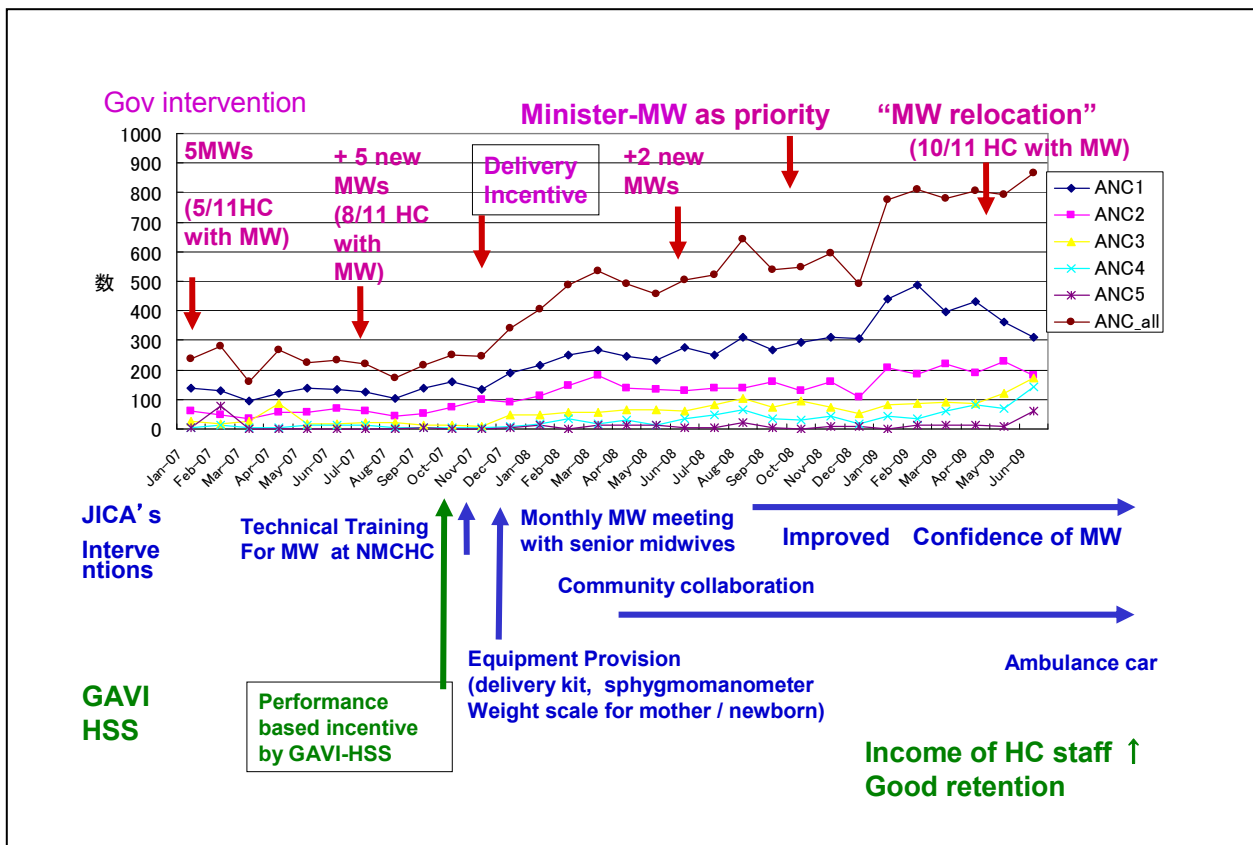


図 2 - 1 クロチュマー行政区における妊産婦健診数の推移（2007年1月～2009年6月）

(3) 指標3

指標 3	モデル・サイトにおいて登録された出産数と率 (1万2,301分娩 50% NHS2006 1万5,497分娩 63% NHS2009 - 2015年に90%が登録されると仮定)
------	--

モデル・サイトにおける登録された出産数と率は2006年の1万2,301、51%から2008年には1万6,340、78%に増加している。また、この数と率は、表2 - 8で示す2008年のベンチマークよりはるかに高い数字となっている。従って、指標3は、達成されたと判断できる。

表2 - 8 登録された出生数と率 (2015年ターゲットを達成するためのベンチマーク)

	実測値									ターゲット
年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
登録された 出産率	51%	55%	59%	64%	68%	72%	77%	81%	86%	90%
登録された 出産数	12,301	13,336	14,432	15,497	16,562	17,628	18,693	19,758	20,824	21,889

(4) 指標 4

指標 4	プロジェクトの経験をもとに国家プログラムとして承認され、全国を対象として実施された事業の数 (0 2)
------	--

本プロジェクトの経験をもとに国家プログラムとして承認され、全国を対象として実施された事業としては、MCATコースとオリエンテーションワークショップといった研修・ワークショップと、MDAの標準化された報告書式が全国で使われるようになったことである。従って、指標4は達成されたと判断できる。

2 - 2 - 4 上位目標の達成見込み

本プロジェクトの上位目標は、「カンボジアにおける熟練助産者(SBA)による質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する」である。また、上位目標の達成を確認するための指標には、次の2つの指標が設定されている。終了時評価の時点では、見込みを評価するにとどまるが、以下のような可能性を現時点で観察することができた。

指標1	SBAの立会いによる出産の割合 [ 44% DHS ( Demographic and Health Survey ) 2005 80% HSP2 で規定されている 2015年のターゲット ]
指標2	妊産婦健診受診率 [ 2回以上受診する妊婦率68% ( HSP2掲載のベースライン値2005~2008 ) 60.2% NHS2005 90% HSP2 で規定されている 2015年のターゲット ]

## (1) 達成見込みを裏付ける点

プロジェクト目標の指標1と指標2でも示されたように、SBAによる出産介助と妊産婦健診受診率は、右肩上がりの増加を示しており、2015年のターゲットに到達する見込みが大きいと判断できる。

カンボジアが目標として掲げたミレニアム開発目標(Millennium Development Goal : MDG) 5の数値達成まで、国は、母子保健サービスの拡大と質の向上という政策を変更せず、支援をしていくことが予測される。こうした政策の後押しを受け、2015年に向け更に強化されていくことが期待できる。

国の政策を受け、関連の各ドナーからの母子保健サービス供給と利用の拡大に対する支援が続くことが期待できる。

本プロジェクトで実施したMCAT及びヘルスマネージャーに対するオリエンテーションワークショップなどのコースにつき、NMCHCの研修部に実施のためのカリキュラム、教材、実施の経験が十分に蓄積された結果、プロジェクトの終了後も自分たちでこれらの研修を実施することが十分に可能となっている。ただし、これらカリキュラムについては、保健省次官の承認を得る必要がある。

## (2) チャレンジ

質の高い母子保健サービス利用を高めるためには、現在、建物が存在しない保健センター(Non-MPA)の施設をつくってMPAに昇格させ、サービス供給を促進する必要があり、助産師が配置されていない保健センターには、助産師の配置を確実にしていく必要がある。また、保健センターや病院といったサービス供給を担う医療従事者に対し、適切な額の給料が支給されていかないと、保健人材の公的セクター離れなどが起こり、公的サービスの量を向上させていくことが難しい。

同時に、こうしたサービス供給拠点運営のための予算、医療機材や材料のサポート、適切な医薬品の供給、増える妊産婦を収容するためのスペースとベッド、妊産婦をリファーするための交通手段なども確保されていく必要がある。特に地方の遠隔地においては、最寄りの医療施設へのアクセスが大変難しい地域も数多く残っており、これらの地域の医療施設・助産師の提供するケアへのアクセスの改善が上位目標達成には大きなチャレンジである。

また、施設の数のみならず、医療従事者、特に助産師の量と質の両面からの向上が、上位目標達成には不可欠な課題となっている。

母子保健サービス拡大のための財政的な支援が政府また各種援助団体から断片的に起きている。本終了時評価時点においては、母子保健分野に対していくつもの重層した財政的支援(報奨金制度、貧困者基金)が入っているが、こうした支援がいつまで継続されるのかは、予測できないところである。従って、現在、母子保健サービスを提供するのに熱心な保健センター職員が多く、かつ、住民も貧困者基金や無料化サービスのためにサービスを受療しやすい状況にあるが、財政的支援が途切れた時に保健センターや患者がどのような行動変容を起こすのかは、十分に観察されるべきところであろう。

## 2 - 3 実施プロセス

実施プロセスに関して、プロジェクト活動、ターゲットグループの参加度、そしてプロジェクトマネジメント面から検証した。結果は、以下のとおりである。

### 2 - 3 - 1 プロジェクト活動の実施プロセス

計画されたプロジェクト活動については、すべて順調かつ十分に実施された。中央レベルでは、NMCHC研修部が積極的に活動を計画し、本プロジェクトにより導入された母子保健サービスの質の向上をめざした新しいコンセプトに基づいた研修カリキュラムや教材を開発した。その後、研修を実施し、巡回指導も積極的に行った。NMCHC研修部では、新たに研修に盛り込まれたケーススタディや問題解決型の活動など、本プロジェクトの研修効果が高いことを認識している。ただし、こうした新しいコンセプトに基づくカリキュラムづくりや教材づくりは、容易にできたことではなく、かなりの試行錯誤を経ての結果であったようである。結果として、中央レベルのC/PであるNMCHC研修部は、これら研修コースに対して高いオーナーシップをもつに至っている。

州・行政区レベルの保健局、母子保健行政官らは、独自でアクションプランを策定し、その実施にあたっている。それらの活動とは、HC-MWへのOJT、行政区内の助産師の定例会合、新型巡回指導などである。これらの活動に関して、行政区レベルの助産師は、高いオーナーシップをみせているが、実施している活動の種類に関しては、やや限られたものとなっている。理由として、限られた執行可能な予算のなかでの実施であるため、計画されたものがすべて実施につながっているわけではないからである。例えば、クロチュマー行政区のように、病院SBAの能力が限られていたり、助産師数自体が少ない地域では、実施できる活動も限られているため、既存リソースで可能なレベルでの活動を行っている。

MCATコースに関しては、CPA3病院を有する17州すべてを対象に展開されており、研修効果の発現まで確認されている。

### 2 - 3 - 2 ターゲット・グループの参加度

本プロジェクトは、C/Pのみならず、ターゲット・グループであるコンボンチャム州のPHD、OD、病院SBA、保健センタースタッフの参加度をうまく高めている。本プロジェクトの前半期に行われたモデル・サイトの現状分析をもとに、ターゲット・グループのニーズと合致した研修・ワークショップを策定し、実施したことが大きな要因と考えられる。本プロジェクトの研修が、病院SBAの態度変容に効果が大きかったことは、研修を受けた病院SBAのほとんどが、HC-MWに対して協力的な態度へ変わっていったことからその効果が裏付けられる。各保健局母子保健行政官と病院SBAによる助産師アライアンスチームができ、HC-MWの支援にあたるようになったことで、HC-MWの業務環境が改善し、やる気とそれに伴うサービスの質の改善につながっている。また、保健局長、保健行政区事務所長等に対するオリエンテーションも効果をあげ、それぞれのレベルのトップがHC-MW支援に積極的になったことは、全体の効果を上げるうえで大きく貢献している。

カウンターパート・モニタリング・チーム（Counterpart Monitoring Team: CMT）も、C/Pの本プロジェクトへの参加度を上げる重要なメカニズムであった。また、このメカニズムのために、レベルの異なったC/P間のコミュニケーションを向上させることができた。プロジェクト期間中、

CMT会議が16回開催され、参加者の平均参加率は80%を超えている。

以上のような本プロジェクトの努力の結果、各々のターゲット・グループやC/Pのプロジェクト目標、アプローチ・方法論、活動に対する理解を深めることができ、ひいては、プロジェクト活動の順調な実施に結びついていったと思われる。

### 2 - 3 - 3 プロジェクト・マネジメントの状況

プロジェクトチームの内部的なマネジメントは、明確かつ効果的であることが確認された。それぞれの専門家には明確なTORが与えられ、成果についても、何が求められているのかが明確に示されていたことから、質の高い支援がなされ、結果については広く関係者間で共有されることを可能にした。関係者に関しては、C/Pにとどまらず、関連のある開発パートナーやNGOとも共有された。

プロジェクト専門家とC/Pとのコミュニケーションも大変効果的・効率的に行われていた。中央レベルのC/Pは多くの業務を抱え多忙を極めるなか、本プロジェクトでは、文書での確認、スケジュールの綿密な調整といったさまざまな工夫でコミュニケーションの向上を図った。結果として、実施上の遅れは発生しなかった。

JICAのモニタリング活動として行われた運営指導調査のタイミングも大変よく、効果を上げる指導が行われた。この運営指導調査を機に、MCT/MAT研修の全国展開が決まり、MCATの作成、実施が、効果的に行われ、本プロジェクトの効果を全国に広めることに成功した。



## 第3章 評価5項目による評価結果

本章では、本プロジェクトの妥当性、有効性、効率性、インパクト及び自立発展性の観点から評価した結果について報告する。

### 3 - 1 妥当性

以下の理由から、本プロジェクトの妥当性は高いと評価される。

#### (1) 国家開発政策・アジェンダにおける重要性と妥当性

国家戦略開発計画（National Strategic Development Plan: NSDP）において、保健医療セクターの重要性、特に、妊産婦死亡を下げ、カンボジア開発目標（Cambodia Millenium Development Goal：CMDG）5を達成する重要性が指摘されている。保健省の第2次保健戦略計画2008-2015（HSP2）においても母子保健サービス向上の重要性、特に、助産師の量的・質的強化の重要性が強調されている。こうした国の開発政策、優先課題に本プロジェクトは貢献しており、その妥当性は高いといえる。

#### (2) 我が国の開発援助政策との整合性

2005年度JICA国別援助事業実施計画のなかで、保健医療の充実は、対カンボジア援助の5つの重点分野のひとつ「社会セクター開発」に含まれている。特に、保健医療サービスを支える質の高い医療人材の育成は、保健医療セクターの重要課題として捉えられていることから、本プロジェクトの我が国の開発援助政策との整合性は高いといえる。

#### (3) プロジェクト目的の妥当性、受益者のニーズとの整合性

カンボジアの現状として、保健センター助産師の（HC-MW）に対する技術的、また、心理的支援が州・行政区レベルの保健局行政官や病院の熟練助産者（SBA）といった支援すべき、または支援可能な立場にある関係者から適切に行われてこなかった問題があった。本プロジェクトは、州・行政区レベルの保健局・保健行政区事務所の行政官や、病院SBAらが、HC-MW支援のために果たさなくてはならない彼ら自身の役割、具体的な活動例等を示すことで、同問題の解決に向けたカンボジア側関係者の意識と行動の変容に貢献した。

#### (4) プロジェクトの時期的な妥当性

本プロジェクトは、実施時期としてもタイムリーであったといえよう。現在、カンボジア全体として、母子の健康向上の重要性、そのための母子保健サービスの量的・質的向上が国の優先課題として認識されている。その量的なギャップを埋めるために、国や他ドナーによって短期間に量産をめざして養成された准助産師が、HC-MWとしてへき地に配置され、妊産婦健診や施設分娩の数を上げていくための報奨金が出されるなど母子保健サービスの供給量、利用といった「量的」拡大が進んでいる状況である。しかしながら、新たに配置された准助産師によるサービスの質に問題があることが分かってきている。本プロジェクトは、こうした新卒の准助産師やへき地においてこれまで支援を得られず技術的な不安を抱えて十分に能力を発揮してこなかった助産師に対し、技術的、心理的支援が得られる環境づくりを支援し、

母子保健サービスの需要の伸びに質を伴った形で答えられるよう支援を行った点で、補完的に働き、時期的な妥当性が高いといえる。

### 3 - 2 有効性

本プロジェクトの各成果はほぼ達成されており、プロジェクト目標の指標も協力期間内に達成が見込まれていることから、各成果はプロジェクト目標達成に十分であったと判断でき、有効性は高いといえる。

プロジェクト目標達成への貢献要因として、内的要因と外的要因があげられ、内的要因として大きく2つがあると思われる。ひとつは、過去日本がカンボジアの母子保健分野に対して行ってきた息の長い援助の結果として、国立母子保健センター（NMCHC）との信頼関係が既に確立していたことや、カウンターパート（C/P）の能力が育っていたことがあげられる。もうひとつの大きな内的要因としては、プロジェクトが、プロジェクトの狭い枠にとらわれず、母子保健行政全体に裨益するべくさまざまな形のインプットを国レベル、政策レベルに対して行ったことが、結果として、プロジェクトの実施をスムーズにし、モデルの展開についても効果・効率の高い形で実施できる結果となったのではないかと推測される。

外的要因としては、国の母子保健サービス強化のための政策的介入が全国を対象として盛んに行われている時期であったため、プロジェクトのインプットに補完するような形で、プロジェクト外部からさまざまな報奨金や介入が同じ地域に投入されたため、効果として大きなものとなった。こうした外的貢献要因は、プロジェクトの効果の発現にも大きく貢献したであろうことはいえるが、果たしてどの程度お互いに影響しあったのかなどの詳細は分析が困難である。

### 3 - 3 効率性

本プロジェクトの投入及び活動がアウトプットに至る関係性は効果的に結びついていることが確認されており、本プロジェクトの効率性は十分確保されているといえる。本プロジェクトがサービスの質的な向上をめざしたプロジェクトであることから、費用対効果の比較や、数的に示すことはできないものの、本プロジェクトの成果がカンボジア側の手で引き継がれていくことを意識し、本プロジェクトのための投入は極めて低くおさえており、カンボジア側・日本側双方関係者間で効率性の高いプロジェクトであるという認識を有していることを確認している。さらに、本プロジェクトは、モデル・サイトでHC-MW支援のためのモデルをつくったにとどまらず、MCATコースとして、全国に研修を実施したことは、プロジェクトの規模の小ささに比して、効率よく大きな成果を出したといえる。

本プロジェクトの効率性を上げる要因となった工夫としては、カンボジア側からのコストシェア率が高かった点、また、カウンターパート研修については、コストのかかる本邦研修ではなく、技術交換のスキームを使った近隣諸国での研修や、モデル・サイトにおける国内スタディーツアーといった比較的成本の低い研修を行った点も大きい。こうしたプロジェクトの工夫は、忙しいC/Pの時間的な負担を軽くする結果ともなっている。インプットのタイミングについては、すべてのインプットは、計画どおりに遅れることなく執行されたことが確認された。

### 3 - 4 インパクト

本調査では、プロジェクト活動に関連したポジティブな効果、影響が確認されたが、ネガティ

的な効果、影響は特定されなかった。プロジェクト上位目標達成見込みに関しては、前述の「2 - 2 - 4 上位目標の達成見込み」に示したように、将来的に、阻害要因となり得る要因（チャレンジ）に対し適切なアクションがとられていく場合は、達成見込みは高いと思われる。ただし、プロジェクトのプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）のデザイン上の問題ではあるが、目標達成が、直接、上位目標達成に大きく貢献するのかという貢献度に関しては、検討を要する。

本プロジェクトによる正のインパクトとしては、以下のようなものがあげられた。

本プロジェクトは、助産師に関する国の政策策定に対して、正のインパクトを与えたことが認識されている。ひとつは、助産師の職場環境整備の重要性、チームとして支援することの重要性を政策に反映させた点。また、促成的に1年間の教育期間で養成された助産師に対し、就業前に半年間の病院での実習を行う政策の策定にも貢献した。

コンボンチャム州において、州保健局母子保健行政官を中心に、プロジェクトのモデル・サイトで蓄積された経験をモデル・サイト外の他の6保健行政区に広める努力が行われた。その結果、6保健行政区のうち、4保健行政区において助産師支援のための活動が始まったことが確認されている。

プロジェクト活動の結果、病院SBAが自分たちの業務のみならず、HC-MW支援や、行政の介入に手伝うようになったことによって、他のNGOの活動にもプラスのインパクトが出現していることがNGOからの報告で分かった。こうしたNGOから本プロジェクトに対して感謝が示されている。

本プロジェクトは、さまざまなドナーによって出されている報奨金や貧困者基金が多くの場合重層して出されていること、また、場所により医療従事者・地域住民に対して公平性が担保されていないことを、報奨金制度の保健システムへの影響に関する調査で明らかにした。このことを受け、あるNGOにおいては、自分たちの報奨金の額や場所を決める際、先ず地域で存在する報奨金のマッピングを行い、それを基に、補完的に報奨金を出すように定めるといった、正のインパクトがみられた。

SBAによる出産介助数や妊産婦検診数の増加は、本プロジェクトの介入とそれ以外の介入（保健省の報奨金制度、GAVIによる資金協力等）が相互補完的に影響していることについてデータで明らかになっている。母子保健サービスの質の向上をめざして本プロジェクトが比較的 low cost で地域の保健システム強化を図ったアプローチは、量を向上させるインセンティブ等で果たした役割も大きく、結果として保健省や他ドナーが資金を出しやすい環境を整えることにも貢献したと言える。

### 3 - 5 自立発展性 / 持続性

政策的方向性、財政面、技術面における自立発展性についてはおおむね高いと評価した。政策面においては、HSP2が国の保健セクターのフレームワークとして2015年まで継続すれば、母子保健サービスの向上が引き続き国の優先課題となり、政策面の持続性は高いといえる。また、保健省の“Fast-track intervention for RMNCH”により、今後も母子保健サービスの連続したケアを実現するため、サービスの質や量に存在するギャップを埋める努力、SBAの提供するケアのアクセスの改善、リファラル病院（RH）の質的向上などをめざした投入がされていくものと思われる。こうした意味においても政策面の持続性は高い。

財政面では、国レベルのC/P、州・保健行政区レベルの保健行政官は、プロジェクト内で始めた

助産師支援活動に関して、年次活動予算計画（Annual Operational Plan: AOP）の予算内で継続していく意向を示しており、その点で財政的な持続性は高いといえる。しかしながら、こうした予算どりに際し、他の活動との重要性の比較で、その優位性が下げられる可能性や予算費目として不明瞭である傾向があることから、一概に予算確保ができる状況であるとはいえない。

技術面では、NMCHCが本プロジェクトで開発されたさまざまな研修事業に対する高いオーナーシップを有しており、研修の計画能力、財政管理能力も向上し、17州を対象とした研修を展開することもできた。こうした研修の効果についても、自分たちで巡回指導をしながら確認しており、今後、助産師アライアンスチームによる助産師支援活動が行われていない保健行政区に対して研修を展開していく意欲も示している。州・保健行政区レベルの母子保健行政官や保健局長においては、中央を頼るのではなく、州・保健行政区で活動を展開していく意欲が観察されたことは、持続性を裏付けるものと思われた。また、保健行政区レベルの母子保健行政官は、プロジェクト終了後もアクションプランづくりを継続させ、助産師支援を続け、ひいては、母子保健サービスの向上につなげていきたいという意向が確認できた。HC-MW支援のための定期会合、病院SBAの巻き込みなどの重要性は、高く認識され、その継続性も高いと思われる。将来的には、VHSGに対して役割に対する教育や、報告フォームの改善等を通じて、さらに地域保健を向上させていきたいと考える保健行政官の意向も確認できた。

こうした技術面の持続性を阻害する可能性として、病院SBAの業務量増加に伴う、人出不足が起こり、結果、HC-MW支援に手が回らなくなる可能性がある点、病院SBAの技能自体と指導力の更なる向上が必要である点などがあげられる。

## 第4章 結論、提言及び教訓

### 4 - 1 結論

本プロジェクトは、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）上で計画された活動のほぼすべてが実施され、プロジェクト目標の達成度を測る各数値目標もほぼすべて達成されていることが確認された。評価5項目からの分析でも、財政的・技術的観点の自立発展性について今後留意すべき課題が一部あるものの、すべて高く評価された。さらに、わずか3年の協力期間内で、モデル地域で効果が実証された保健センター助産師（HC-MW）支援のための協働体制強化を目的とした研修をCPA3レベルのリファラル病院（RH）が存在するすべての州（計17州）を対象にした研修へ改良・実施し、各州の研修参加者間でHC-MW支援に向けた行動変容、病院熟練助産者（SBA）によるHC-MWへの技術的助言等も起こっていることが確認された。

一方で、カンボジア保健省（MOH）による保健医療施設へのアクセス向上のための政策や他ドナー・非政府組織（NGO）による介入が、本プロジェクトのモデル地域でも複数導入されているため、上述した各数値目標の改善への本プロジェクトの貢献度合いを明らかにすることは困難であった。

### 4 - 2 提言

本調査団は、上述した評価結果をもとに、以下の5つの提言を行った。

#### （1）HC-MW支援活動に関するガイドライン、カリキュラムの承認

国立母子保健センター（NMCHC）にとって、MCATとヘルスマネージャー対象オリエンテーション・ワークショップの研修カリキュラムとガイドラインを整備することは、研修を行ううえで重要であり不可欠なもの、との関係者の認識を確認した。従って、プロジェクト期間終了までに、プロジェクト専門家及びNMCHCのカウンターパート（C/P）が、こうしたカリキュラムとガイドライン策定を完了させることは重要であり、また、策定されたこれらのカリキュラムとガイドラインを保健省が速やかに承認することを提言する。

また、プロジェクト専門家及びNMCHCのC/Pに対し「保健行政区（OD）のためのコミュニティ支援ハンドブック」の策定を速やかに完了し、プロジェクト終了までに関係者への説明及び配布を行うことを提言する。

#### （2）HC-MW支援活動の財源確保（保健省年間活動計画AOP等での適切な予算化）と予算費目の明確化

プロジェクト期間中に開始された助産師支援活動は、そのほとんどが政府の予算項目に計上することが可能な活動であるが、現行のように「助産師定例会」は「会議費」の予算から、「新型巡回指導」は、「モニタリング」の予算からといった具合に、活動ごとの予算取りを続けると、まとまった助産師支援活動としてはみえにくい状況である。結果、予算が削られる、又は、うまく予算を使えない結果にもなりかねない。こうした不都合を防ぐためには、予算項目として「助産師アライアンスチームによる助産師支援活動」にまとめ、AOPに載せる必要が生じている。したがって、州保健局及び保健行政区保健局に対し、来年度のAOP策定から助産師支援活動全体を、「プログラム1：Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health

(RMNCH)「サブプログラム3：母子保健」に位置づけて予算取りをすることを提言する。

(3) HC-MW支援のための協働体制モデルの更なる拡大に向けた戦略的な計画の策定

本プロジェクトは、保健センターで勤務する既存の助産師、及び、新規に配置された助産師に対して、お金をかけず、新たなシステムを導入することなしに技術面と心理面からの支援を行い、そのサービスの向上を達成させる方法をみせることに成功した。この助産師支援協働メカニズム/モデルは、背景的に異なった状況のどの州・保健行政区保健局にも適応が可能であるため、NMCHCと、助産師アライアンスチームによる助産師支援活動が導入されていない州・保健行政区レベルへの更なる普及に向けた展開の戦略的な実施計画を、プロジェクト期間内に策定することを提言する。

同時に、保健省に対し、HC-MWを技術面で支援可能な病院SBAの技能面と指導力の更なる向上に努めるよう提言する。

(4) NMCHCによるマネージャークラスを対象としたオリエンテーションの開催

HC-MW支援活動のためには、州・保健行政区レベルの保健局長、及び、病院長といったヘルスマネージャーと呼ばれるクラスを理解が不可欠である。プロジェクトが実施した「ヘルスマネージャーのためのオリエンテーションワークショップ」は、こうしたマネージャーに対して、助産師支援の重要性の理解を促す効果が高いことが確認されているため、プロジェクト終了後も、助産師アライアンスチームによる助産師支援活動の展開に並行して同オリエンテーションワークショップを継続することを提言する。

(5) モニタリング/巡回指導システムの一本化/標準化に向けた調整

現在カンボジアの保健医療セクターにおいては、ドナーや国の支援による数多くの縦割りプロジェクト・プログラムが実施されており、それぞれのプロジェクト・プログラムが独自のモニタリングを行い、その際に独自のチェックリストを使う結果、複数のモニタリングメカニズムが存在している。保健行政区の行政官レベルでは、モニタリング/巡回指導が、能率的に行われているとは言い難い状況である。そのため、調査団は、保健省に対し、これら重層的に存在するモニタリングや巡回指導を整理し、調和のあるモニタリング/巡回指導とするようにドナーとの調整を提言する。

#### 4 - 3 教訓

本調査団は、本評価調査を通じて、以下の2つの教訓を得た。

- (1) 保健システムの強化は、近年、グローバル・ヘルスのアジェンダにおいて優先課題にあげられるなど世界共通の課題となっている。このため、多くの国際機関や二国間援助団体が保健システム強化のための効果的なアプローチについて模索しているような状況である。本プロジェクトは、大きな財政的な投入をせずに地域の保健システム強化を実現するための効果的なアプローチを示した点で、その意義は大きい。そのアプローチとは、地域保健を担う各関係者（地方行政官、病院、保健センターの母子保健人材）の役割をしっかりと認識させ、お互いを知る機会や現場における問題解決を一緒に行う機会をつくるなどによって実現する

というものである。こうしたことが、当該関係者のマインドセットを変えることにつながり、チームで仕事することの有用性を認識させ、ひいては、地域保健医療システムの機能強化につながっている。こうしたアプローチの汎用性は高く、途上国にあっては有用であることが教訓として学ばれた。

- (2) 本プロジェクトのC/Pのオーナーシップは高く、その結果、自分たちの言葉で、自分たちのプロジェクトに対する考えを他の関係者に伝えていることが観察された。こうした高いオーナーシップは、以下のようなプロセスを踏むことで醸成されたことがプロジェクトを通じて教訓として学ばれることのひとつである。

C/Pは、プロジェクト活動に関する計画、実施、モニタリング・評価のすべてのプロセスに積極的に参加したこと。

活動を選択するとき、専門家から活動を押し付けるのではなく、幾つか、過去の好事例を示し、C/Pが自ら検討し、活動を選択するという行為が、その活動へのオーナーシップを高めることに貢献した。

過去、カンボジアの保健医療システムの向上に対する日本からの息の長い援助の歴史があり、その間、一貫してカンボジア側のオーナーシップの確立に取り組んできた姿勢の結果でもある。また、カンボジア側のC/Pが長期間同じポストに在籍することができているということも、こうした日本の支援が実を結ぶ要因ともなっている。

## 第5章 カンボジア母子保健への協力に関する所感

模式的にいうと、これまでの過去2回の日本のプロジェクト（1995～2005年）で、カウンターパート（C/P）である国立母子保健センター（NMCHC）を、いわば「大きな点」に育て、そこにおいて地方の保健センター助産師や病院熟練助産者（SBA）（助産師・産科医師）の研修を実施して、小さいとはいえ、これまではなかった母子保健サービスの担い手である「点」を地方に養成してきた。その過程でオーナーシップが醸成され、能力強化されてきたNMCHC研修部等スタッフと協力して、コンポンチャムという地域で、これまで養成されてきた「点」と「点」をつないでいったというのが、今回の母子保健プロジェクトであるといえよう。

これまでNMCHCの講師が地方に巡回指導に行くにあたり、NMCHCでの研修生へのつなぎ役となってもらっていた州保健局の母子保健担当者のみならず、新しく保健行政区の母子保健担当者を巻き込み、定例会議やワークショップを通じてマネージャー・レベルの理解を促す働きかけを行い、これらの職員の地域での役割を明確化して、それらの「点」をつなぐ仕掛けを導入して保健センター助産師（HC-MW）の支援を行った。これは、母子保健分野における保健システム強化・地域保健強化のひとつの在り方を示すとともに、これまでの日本の援助の蓄積のうえに成り立つ構成になっている。

さらには、カンボジアの保健政策の重点分野のひとつである助産サービスの強化という大臣の優先分野の表明や、地方分権化の流れのなかでのPHDや保健行政区（OD）の役割の増大、また助産サービス提供者側に対する報奨金の付与（Performance-based incentivesに含まれる）や貧困者基金による利用者への支援などの財政的な投入の増大といった大きな環境変化と相まって、大変興味深い母子保健に関する地域保健システム強化の事例になっていると思われる。

このように本プロジェクトは、これまでの日本の援助の蓄積と保健政策の転換がマッチした、「時代の申し子」ともいえるようなアプローチで、地域保健スタッフの小さな成功体験を積み上げ、やる気や自信を醸成し、さらに大きな自助努力へのお金によらないIncentiveを引き出したという、これまでNMCHC内でのプロジェクトでも行ってきて観察されたものと同じ効果が示されている。このようなアプローチに対し、保健省や他のドナーが興味を示すのは理解できることで、コンポンチャムで示されたアプローチを他の援助機関が支援している地域での導入を要請されたり、あるいはCPA3と呼ばれる手術のできる州都（17州）にあるCPA3病院（二次医療施設格）にわずか3年の間に拡大するということは、今回のアプローチが比較的低コストで、しかもこれまでC/Pの職員が行っていた業務の延長線上にある活動であることから、このようなHC-MWsを支えるしくみの他地域への導入が行いやすかったという側面があると思われる。

一方、このようなアプローチをCPA3病院のない他の州やODに導入することは可能で、その場合、PHDやCPA3病院とHC-MWを連携させるというこれまでのプロジェクトが見つけたアプローチを踏襲する必要がある（帝王切開のできる施設とつなぐという意味で）と思われるが、CPA3病院もそのキャパシティーは限られており、そのまま拡大すると病院SBAへの負担が過剰になることが予想されるため、そのまま拡大すべきかという議論は残るとと思われる。

したがって、今後の方向性として、助産技術そのものの向上やそのために必要な教育研修環境改善の一環として、現状のアプローチで強化された地域と協力して、PHDやCPA3病院とHC-MWに加えて、地方看護・助産学校（Regional Training Centre：RTC）などとも連携して、新しいコンテンツ（例えば、助産技術の臨床研修等）を乗せ、質の改善を図るといったアプローチはあるかも



しれない。

また、長期援助はともすればその国や当該施設の援助への依存を高める危険性があると指摘されており、実際にそのような事例も多いなか、日本側の援助姿勢（例えば、常にC/P側の主体性を醸成し、尊重する等）によっては、今回のカンボジアの事例のように、必ずしもそのような弊害をもたらさずに、むしろ先方の主体性や能力が向上し、あるいは自立への意識を徐々に醸成して、より大きな発展を促す可能性があることを示したと思われる。

## 付 属 資 料

- 1 . ミニッツ及び合同評価報告書
- 2 . PDM
- 3 . プロジェクト概念図
- 4 . モデル・サイトの基本データ
- 5 . プロジェクトの進捗について
- 6 . プロジェクト成果品リスト
- 7 . プロジェクト来訪者、報告発表リスト
- 8 . 終了時評価ワークショップ資料

MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF  
THE ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA  
FOR  
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR  
IMPROVING MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICE  
IN RURAL AREAS IN CAMBODIA

The Japanese Final Evaluation Study Team (hereinafter referred to as “the Team”), organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Mr. Keiichi Takemoto, visited the Kingdom of Cambodia (hereinafter referred to as “Cambodia”) from September 27, 2009 until October 12, 2009. The purposes of the visit were reviewing and discussing the achievements of the Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas in Cambodia (hereinafter referred to as “the Project”).

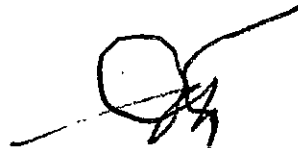
During its stay in Cambodia, the Team assessed the achievements of the Project by reviewing documents, interviewing relevant individuals and attending the workshop held with the purpose of sharing experiences of midwife supporting activities among key personnel at both central and provincial levels who participated in training courses (Midwife Coordinator Alliance Team Training: MCAT) of the Project. The Team also exchanged views and had a series of discussions with Ministry of Health (hereinafter referred to as “MOH”) and the authorities concerned of the Project.

As a result of the discussions, both parties have agreed on the evaluation results and recommendation as described in the Joint Evaluation Report (hereinafter referred to as “JER”) attached hereto. Both parties will convey the contents of the JER to their respective Governments.

Phnom Penh, October 12, 2009

竹本 浩一

Mr. Keiichi Takemoto  
Leader, Final Evaluation Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan



Prof. Eng Huot  
Secretary of State for Health  
Ministry of Health  
Kingdom of Cambodia

Joint Final Evaluation Report  
of the Project for  
Improving Maternal and Child Health Service  
in Rural Areas  
in the Kingdom of Cambodia

October 12, 2009



# JOINT EVALUATION REPORT

## Table of Contents

Chapter 1	Introduction
	1.1 Background of the Evaluation Study
	1.2 Objectives of the Evaluation Study
	1.3 Members of Final Evaluation Study Team
	1.4 Schedule of the Evaluation Study
	1.5 Outline of the Project
Chapter 2	Methodology of Evaluation
	2.1 Evaluation Questions and Indicators
	2.2 Five Criteria of the Evaluation
	2.3 Data Collection Method
	2.4 Limitations of the Evaluation Study
Chapter 3	Achievement and Implementation Process
	3.1 Inputs
	3.2 Achievement of the Project
	3.2.1 Achievements of Activities
	3.2.2 Achievements of Outputs
	3.2.3 Achievement of Project Purpose
	3.2.4 Achievement of Project Overall Goal
	3.3 Implementation Process
Chapter 4	Results of the Evaluation with Five Criteria
	4.1 Relevance
	4.2 Effectiveness
	4.3 Efficiency
	4.4 Impact
	4.5 Sustainability
Chapter 5	Conclusion and Recommendations
	5.1 Conclusion
	5.2 Recommendations
	5.3 Lessons learned
ANNEX	
	1. Schedule of Final Evaluation Study
	2. PDM
	3. Evaluation Grid with Result
	4. Inputs from Japanese Side

Abbreviation

AOP	Annual Operational Plan
ANC	Antenatal Care
CDHS	Cambodian Demographic and Health Survey
CMDG	Cambodian Millennium Development Goal
CMT	Counterpart Monitoring Team
C/P	Counterparts
CPA	Comprehensive Package of Activities
HC	Health Centre
HC-MW	Health Center Midwife
HSP 2	Health Sector Strategic Plan (2008-2015)
JCC	Joint Coordination Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
MAT	Midwife Alliance Team Training
MCT	Midwife Coordinator Training
MCAT	Midwife Coordinator Alliance Team Training
MCH	Maternal and Child Health
MDA	Maternal Death Audit
MMR	Maternal Mortality Rate
MOH	Ministry of Health
MPA	Minimum Package of Activities
MW	Midwife
NHS	National Health Statistics
NGO	Non Governmental Organization
NMCHC	National Maternal and Child Health Centre
NSDP	National Strategic Development Plan
OD	Operational District
ODA	Official Development Assistance
PDM	Project Design Matrix
PHD	Provincial Health Department
RACHA	Reproductive and Child Health Association
RH	Referral Hospital
RMNCH	Reproductive, Maternal, New Born and Child Health
RTC	Regional Training Centre
SBA	Skilled Birth Attendant
TOT	Training of Trainers

TWG	Technical Working Group
VHV	Village Health Volunteer
VHSG	Village Health Support Group



## Chapter 1 Introduction

### 1.1 Background of the Evaluation Study

Overall health status in Cambodia has improved over the last decade. However, many challenges still exist to improve maternal health in childbirth in particular, as shown by the high maternal mortality ratio: 472 per 100 thousand live births according to the Cambodian Demographic and Health Survey 2005. The main factors of the maternal deaths are the shortage of Skilled Birth Attendants (hereinafter referred to as “SBA”) and their limited capabilities, especially in rural areas.

JICA (hereinafter referred to as “JICA”), together with the Ministry of Health of Cambodia (hereinafter referred to as “MOH”), implemented Maternal and Child Health (hereinafter referred to as “MCH”) projects from 1995 to 2005. During the phase II period (2000-2005), the MCH project focused on technical training for SBAs, including those in rural areas. While such SBA training itself led to improvements in the technical capabilities of individuals, it was recognized that a more comprehensive approach should be adopted to improve MCH services at health center level. For example, in order for SBAs to fully exercise their skills and capabilities gained by the technical training, the health administration system and community collaboration should be further strengthened to support them so that the improvement in MCH services in broader regions can be expected.

To improve such a situation, JICA and MOH started to implement the Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas (hereinafter referred to as “the Project”) with the duration of three year cooperation period starting from January 2007, toward the goal of achieving improvements in maternal and newborn care services in Kampong Cham Province as the model sites of the Project, the results of which are then integrated into models and reflected in national programs. Since the Project is about to be completed in the mid January 2010, JICA sent the Final Evaluation Study team to principally review the progress of the Project and discuss any action that should be taken by both Cambodian and Japanese sides until the completion of the Project.

### 1.2 Objectives of the Evaluation Study

- (1) To review the progress of the Project and evaluate the achievements in the light of the Project Design Matrix (herein after referred to as “PDM”) and the five evaluation criteria (i.e. relevance, effectiveness, efficiency, impact, and sustainability).
- (2) To draw lessons learned and make recommendations to the Project.



### 1.3. Members of the Evaluation Study

The evaluation study was conducted in a cooperative manner jointly by Japanese and Cambodian sides. The composition of the joint evaluation study team (hereinafter referred to as "the Team") was as follows:

#### ■ Japanese side:

Name	Designation	Position & Organization
Leader	Mr. Keiichi Takemoto	Director, Health Human Resources Division, Human Development Department, JICA
Evaluation Planning	Mr. Ken Kubokura	Assistant Director, Reproductive Health Division, Human Development Department, JICA
Cooperation Planning	Ms. Yumiko Sasaki	Project Formulation Advisor, JICA Cambodia Office
MCH	Dr. Hidechika Akashi	Senior Technical Officer, Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan: IMCJ
Evaluation Analysis	Ms. Akiko Okitsu	Consultant, TAC International Inc.

#### ■ Cambodian Side:

Name	Position & Organization
Prof. Koum Kanal	Director, NMCHC
Dr. Keth Ly Sotha	Deputy Director, NMCHC
Dr. Tung Rathavy	Deputy Director of NMCHC / Manager of National Reproductive Health Program / Secretary of High Level Midwifery Task Force
Ms. Ou Saroeun	Deputy Director of Nursing Department of NMCHC / Executive Director of Midwifery Association / Deputy Director of Midwifery Council
Dr. Lon Chan Rasmeay	Deputy Director, Kg. Cham Provincial Health Department, MoH

### 1.4 Schedule of the Evaluation Study

The evaluation study was conducted in Cambodia from September 27<sup>th</sup> to October 12<sup>th</sup>, 2009. The details of the study schedule is shown as per the attached Annex1.

### 1.5 Outline of the Project

#### Summary of the Project

##### Project Title

The Project for Improving Maternal and Child Health Service in Rural Areas in Cambodia

##### Executing Agency

Ministry of Health

### Project Duration

from January 2007 to January 2010

### Target Area and model sites

The Project target area is the whole nation, but the model sites are confined as 4 ODs in Kampong Cham Province

OD	Kampong Cham-Kampong Siem	Chamkar Leu-Steung Trong	Srei Santhor-Kong Meas	Krouch Chhmar-Steung Trong
Pop.	282,335	159,575	163,959	100,527
No. of HC	23(1)	13	13(6)	11(4)
RH	CPA3	CPA1	CPA1	CPA1

➤ The number of HC in ( ) is non-MPA HCs

### Target Group

(1) Health staff at NMCHC (National Maternal and Child Health Center), PHD (Provincial Health Department), OD (Operational District), RH (Referral Hospital) and HC (Health Center).

(2) People living in the model sites (717,871) [especially women of reproductive age (186,646) and neonates (21,671/year)].

### Overall goal

The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.

### Project purpose

Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs\*.

(\* National programs under NMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)

### Outputs

- 1) The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved.
- 2) The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities (RHs) to support the activities of HC-SBAs is formulated
- 3) The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.
- 4) NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.

### Activities

0-1 Review the current situation of ODs in Kampong Cham Province for selecting the model sites

0-2 Select the model sites

1-1 NMCHC formulates the training curricula (MCT, MAT course) for strengthening SBAs' teamwork in the model sites, based on the review of the existing monitoring mechanism nationwide (Activity 2-1) and the stakeholder analysis in the model sites.

1-2 Organize implementation team to conduct the training.

1-3 Strengthen PHD/OD MCH to have midwife coordinators' role by conducting ToT (Training of Trainers) (MCT course) for PHD/OD MCH.

1-4 Conduct the MAT course in the model sites for SBAs (PHD/OD/RH) to improve their teamwork in order to strengthen MCH services together in their area.

1-5 PHD/OD-MCH and RH-SBAs formulate action plans during the MAT courses to support HC-SBAs.

1-6 Monitor the outcomes of the training by follow-up workshops in the model sites.

2.1 Review the existing way of support (monitoring and checklists) by PHD/OD for HC-SBAs.

2-2 Reflect the results of the review into the training curriculums mentioned in 1-1.

2-3 PHD/OD-MCH as midwife coordinators implement the action plans in the model sites.

2-4 After the training, PHD/OD/RH strengthen support to HC-SBAs, for example by using the checklist.

2-5 Strengthen the NMCHC's support for PHD/OD-MCH as midwife coordinators and RH-SBAs.

2-6 Collect information at the model sites in order to develop the national guidelines on SBA support.

2-7 Develop the national guidelines on SBA support for PHD/OD/RH, based on the SBA support models and experiences in the model sites.

3-1 Review the good practices of community activities nationwide.

3-2 Conduct stakeholder analysis in the model sites.

3-3 Extrapolate the enhancing and inhibiting factors affecting Community Collaboration based on the situation analysis of community activities in the model sites.

3-4 Develop an action list for ODs to support the Community Collaboration.

3-5 Monitor ODs' actions to support the Community Collaboration.

3.6 Develop the guidelines for ODs to support the Community Collaboration.

3.7 Conduct workshops to share the experiences of the model sites.

4.1 Participate in the technical working groups related to MCH.

4.2 Report to the relevant stakeholders at the central level (National Programs under NMCHC, technical advisors of development partners) about the project activities, outputs, and results of the studies in rural areas.

- 4.3 NMCHC modifies the contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs based on the Project experiences.
- 4.4 Report the study and analysis of the results of maternal mortality and morbidities to the NRHP and the National Maternal Death Audit Committee.
- 4.5 NMCHC develops a new training curriculum based on MCT/MAT curricula and implements it nationwide.
- 4.6 NRHP monitor the activities of PHD/OD MCH as midwife coordinators in the regular meetings such as NRHP's bi-annual meeting.
- 4.7 The guidelines developed by the project is adopted by the NMCHC.
- 4.8 Conduct seminars, including a high-level seminar, on how to support SBAs.

The Project Design Matrix is attached as ANNEX 2.



## Chapter 2 Methodology of Evaluation

### 2.1 Evaluation Questions and Indicators

Evaluation method is in accordance with JICA Guideline for Project Evaluation. The evaluation items together with indicators, questions, and necessary information and data sources are summarized in an evaluation grid. The grid with the study results is attached as ANNEX 3.

The evaluation study was done by cooperated manner between Japanese evaluation team and Cambodian evaluation team.

### 2.2 Five Criteria of the Evaluation

Five criteria of the evaluation are defined as follows:

- **Relevance:** Relevance refers to the validity of project purpose and overall goal in connection with the development policy in the target sector and assistance policy of Japan as well as the needs of target groups and stakeholders at the time of the evaluation.
- **Effectiveness:** Effectiveness refers to the extent to which project purpose will be achieved as planned through the activities in a project, and examines the attainment of the project purpose, relationship between project purpose and outputs, and influence of external factors.
- **Efficiency:** Efficiency refers to the productivity of a project and examines to what extent the inputs had been converted into the outputs, and whether timing of the input is appropriate.
- **Impact:** Impact refers to direct/ indirect, positive/ negative influences caused by implementation of a project, including the extent to which the overall goal will be attained.
- **Sustainability:** Sustainability refers to the extent to which the benefits generated by a project will sustain after the termination of the project, and examines fundamental elements to sustain the benefits.

### 2.3 Data Collection Method

For data and information collection, three methods were used; 1) Review of materials, 2) Group interview to relevant stakeholders, and 3) workshop for reviewing output 4.

#### (1) Review of materials

All of relevant Project materials were reviewed. The data yield by the Project team were also examined and analyzed by the Team.

#### (2) Group interview

Various effects such as mind alternation caused by the Project were checked by group interviews

to national level, provincial and OD level counterparts and beneficiaries.

(3) Workshop

Situation of activities and output 4 were examined in a workshop by group discussions on the set evaluation questions by the Team.

**2.4 Limitations of the Evaluation Study**

Since this final evaluation is designed to be conducted within limited time, confirmation in the field was limited. Therefore, we used the available studies which was done by the Project to examine the perceived changes among HC-MWs and confirmed the facts by interviewing some of HC-MWs in Kampong Cham OD. Also the perception of other HC staff and community members regarding the Project was not directly examined by the Team.

### 3.1 Input

#### 3.1.1 Inputs from the Japanese side:

- **Technical Assistant**

As the Japanese side inputs, technical assistance is given by Japanese long-term and short-term experts throughout the project period. Japanese long-term experts are dispatched in the 4 fields (Chief Advisor, Training Management/Community Health/Project Coordinator, Community Health, and SBA Supporting System Development) with total M/M of 102 in 3 years. As short-term experts, total of 10 experts were sent with total M/M of 13.4 at different timings throughout the project period. Those short-term experts' fields are such as evaluation of community health, new born care, SBA supporting system in communities, community MCH supporting system; strengthening health system and MCH, analysis on midwife related policies, plans and situation of other development partners assistant, and some others.

- **Trainings**

Trainings are created and given as Japanese inputs. Such trainings are MCT, MAT, Orientation workshop and MCAT courses.

- **Study tours and overseas trainings, and other activities**

Study tours inside and outside of model sites and overseas trainings to Indonesia and Viet Nam for capacity building of counterparts were given. Other meetings, symposium, annual MW congress, new supervisions<sup>1</sup>, and some other activities were conducted.

- **Provision of equipment and materials**

Carefully selected MCH related medical equipment and materials were provided to HCs and RHs in the model sites and other 6 ODs in Kampong Cham Province. Office equipment, an ambulance, bicycles were also provided for smooth implementation of the Project.

#### 3.1.2 Inputs from the Cambodian side:

- **Cost share for meetings, etc**

As the Cambodian side inputs, the Cambodian government (including HSSP budget) shared the cost of three meetings, one symposium and two supervisions. World Vision and RACHA also shared the costs for two training courses.

- **Other inputs**

Cambodian government provided the Project office and venues for trainings, and also covered the cost of office utilities such as electricity and water and beard government tax (VAT).

---

<sup>1</sup> New supervision is a supervision adopted in the Project which OD/PHD-MCH together with RH-SBAs visit and assist HC-MWs

The further detail information is summarized in ANNEX 4.

### 3.2 Achievement of the Project

#### 3.2.1 Achievement of activities

Regarding achievement of activities, all activities have been implemented except activities 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 4.7, and 4.8 which have been on-going. Those activities will be completed by the end of the Project period. Some additional activities which were not initially planned in the Project were carried out such as monitoring of MCAT course in the 17 provinces.

#### 3.2.2 Achievement of outputs

##### (1) Output 1: The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved

Regarding output 1, all activities planned were carried out and as a result, all indicators have been achieved as follows.

	Indicators	Results
1	Number of training curricula formulated and number of training courses conducted has increased. (training curricula 0→2, training courses 0→3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>MCT course (1), MAT course (2) have been implemented.</li> <li>Those training curricula were prepared jointly by the NMCHC ToT unit and the Japanese experts.</li> </ul>
2	Number of PHD/OD-MCH received the MCT course to strengthen midwife coordinators' role has increased. (0→12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 participants from PHD/OD level participated in the MCT course.</li> </ul>
3	Number of action plans formulated during the MAT courses has increased. (0→43)	<ul style="list-style-type: none"> <li>4ODs and PHD formulated the 46 action plans</li> </ul>

According to the group discussion, PHD/OD level MCH can recognize their roles as supporting HC-MWs to strengthen the MCH services provision. Also according to the telephone survey done by the Project, every HC-MW interviewed recognized the attitudinal changes in PHD/OD-MCH officials as more supportive and cooperative. Therefore, the output 1 has been achieved.

##### (2) Output 2: The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities (RHs) to support the activities of HC-SBAs is formulated

Regarding the output 2, all activities planned have been carried out except activities 2.6 and 2.7 which are to formulate the national guideline of supporting MWs. As a result, indicators from 1 to 3 have been achieved but not indicator 4.

	Indicators	Results
1	Number of action plans implemented to support HC-SBAs has increased in the model sites. (0→4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 action plans have been implemented by OD-MCHs</li> <li>PHD initiated 5 new activities to improve existing plan and has implemented.</li> </ul>



2	HC-SBAs' perceptions of the contents and quality of support from PHD/OD/RH have improved	<ul style="list-style-type: none"> <li>According to the group interview and telephone survey, HC-SBAs perceive the contents and quality of support from PHD/OD/RH have been improved significantly.</li> </ul>
3	Use of checklist by PHD/OD is improved	<ul style="list-style-type: none"> <li>New supervisions were conducted with using checklist modified by the project, one OD continues to use it.</li> </ul>
4	The national guidelines are developed in order for PHD/OD/RH to support SBAs based on the SBA support models and experiences in the model sites.	<ul style="list-style-type: none"> <li>The formulation of national guideline of supporting SBA is under way.</li> </ul>

OD-MCHs made action plans which include regular meetings either monthly or quarterly, small lectures during the HC-MW meetings by involving RH-SBAs, establishment of maternity waiting home, standardization of VHSR report form, integrated supervision, and some others. These activities have been carried out by the government budget and also by mobilizing donor funds.

According to the group discussion and also telephone interviews, HC-MWs expressed the usefulness of supports from RH-SBAs, though the available time of RH-SBAs is limited. HC-MWs expressed that RH-SBAs have shown their behavioral changes and treat HC-MWs in a nice manner. Involvements of RH-SBAs in regular HC-MW meetings to give small lectures are very useful and have effects on strengthening the technical capacity of HC-MWs. OD-MCHs recognize the usefulness of involving RH-SBAs in supervision activities. As a positive effect of the Project, OD-MCHs improved managerial and planning capacity and developed presentation skills in meetings. PHD-MCHs also recognize the usefulness of involving RH-SBAs in MDA activities.

RH-SBAs expressed the usefulness of MAT course to understand the situation of HCs which are suffering from shortages of human resources, materials and equipment, and even essential utilities such as water and electricity. RH-SBAs understand clearly their roles as supporters for HC-MWs and are willing to support them in their best capacities. The NMCHC ToT unit also expressed that they understand their role as an advisor in strengthening MCH services in the local areas.

All of above evidences indicate that output 2 has been achieved. However, regarding the checklists used for supervision and monitoring, there are several checklists existing which were introduced by development partners and the several programs/departments of MoH, so that the use of this checklist modified by the Project is up to ODs due to variety of instructions from the national level.

**(3) Output 3: The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.**

Regarding output 3, all activities were carried out except activities 3.6 and 3.7 which are to

formulate the national guideline for ODs to support community collaboration.

	Indicators	Results
1	The enhancing and inhibiting factors to Community Collaboration are extracted, based on the situation analysis of community activities in the model sites.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factors were extracted.</li> </ul>
2	The action list for ODs to support the Community Collaboration is developed	<ul style="list-style-type: none"> <li>The action list has been developed.</li> </ul>
3	Number of ODs' new actions to support the Community Collaboration has increased. (0→4, 4 model sites only)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Number of OD's new actions to support the Community Collaboration increased from 0 to 15</li> </ul>
4	The guideline for ODs to support the Community Collaboration is developed	<ul style="list-style-type: none"> <li>The formulation of guideline (Community Collaboration Handbook for OD) is under process.</li> </ul>

All indicators except indicator 4 have been achieved and indicator 4 is also expected to be achieved by the end of the Project period; however, it does not exactly mean that the Project formulated "the model" for community collaboration between VHSG and HCs, which can be applied to any ODs throughout the country. In fact, the Project did not intend to formulate "the model" for collaboration, but shifted the aim towards strengthening the function of VHSG as is stipulated in the government policy.

According to the policy "Community Participation Policy for Health", the role of VHSG is to serve their community as a multipurpose health volunteer at community level, but the reality is that each VHSG often assists specific service only (by programs or development partners' projects). Therefore, the Project decided to create activities which would strengthen OD's role as a leader in community health, particularly in the relation to VHSG and to make VHSG as multipurpose health volunteers in the HC's community health activities.

The action list for ODs to support the Community Collaboration is selected from the view point of not only strengthening the role of OD as a leader, but also making the feasibility of such activities high within the existing resources. Examples of such activities are provision of ID card to VHSG, development/standardization of data collection form, OD staff participation in HC-VHSG regular meeting and others, which are all feasible for ODs to implement within the capacity of OD level.

The conclusion of output 3 is that, though the Project did not formulate the replicable model on community collaboration for nationwide due to the various backgrounds of each OD, they created the action list for ODs to support the Community Collaboration which would strengthen the role of OD in the relation to VHSG's stipulated role as multipurpose health volunteer and the MCH services

in their communities in the long run.

**(4) Output 4: NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs**

Regarding the output 4, all activities except activities 4.6 and 4.7 listed in PDM have been carried out. All output indicators except the last one have been successfully achieved. The formulation of guidelines is underway and will be completed by the end of the Project period.

	Indicators	Results
1	Number of reporting on progress and outputs of the Project including results of studies in rural areas to MCH-related stakeholders at the central level (National Programs under the NMCHC, technical advisors of development partners) is increased.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• More than 8 reports were presented in MCH sub-TWG</li> <li>• In the NMCHC related meetings, 11 reports were presented.</li> </ul>
2	The contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs are modified based on the Project experiences.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The contents have been modified based on the project experiences.</li> </ul>
3	Number of reports developed by the project to the NRHP (National Reproductive Health Programme) and the National Maternal Death Audit Committee has increased. (0→3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 reports were developed.</li> <li>• Based on the analysis, the MDA reporting form from province to the central was standardized.</li> </ul>
4	A new curriculum based on the MAT and MCT training curricula is adopted by the NMCHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MCAT was developed based on the MAT and MCT curricula by the NMCHC ToT unit together with technical support from JICA experts.</li> <li>• Orientation WS for health managers was developed based on the experience of CMT.</li> </ul>
5	The number of participants to the new training courses is increased. (0→68)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 86 participants from 17 provinces attended the training courses.</li> <li>• 51 health managers attended the orientation WS.</li> </ul>
6	The guidelines developed by the project are authorized by NMCHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Since formulation of SBA Supporting Guideline and Community Collaboration Handbook for OD is underway, the authorization of guidelines would be expected by the end of the Project.</li> </ul>

In order to expand the trainings to cover the nation, MCAT curriculum was formulated based on MCT and MAT. After the MCAT courses covered all provinces with CPA3 RH (17 PHD/OD/RH), NMCHC has carried out supervisions to see the effects of the courses. In the NRHP's semiannual national meetings, the experience of MWs supporting activities was shared with all PHD/OD-MCH.

The Team confirmed the following effects of MCAT in a workshop of sharing experiences among 8 provinces where MCAT course was conducted. The following comments were from 8 provinces

excluding Kampong Cham model sites.

- Communications between RH-SBAs and HC-MWs have been improved and RH-SBAs are more collaborative and supportive. RH-SBAs started to give advices to HC-MWs who accompanied the referred cases.
- OD/PHD directors and MCH officials understood their roles in improvement of MCH services and started to organize and facilitate meetings and supervisions after the MCAT course.
- Supporting activities to SBAs have started in most provinces such as advising HC-MWs during referral, giving small trainings by RH-SBAs in regular HC-MWs meetings, and conducting new supervisions.

Some positive attitudes were seen among participants in the workshop in terms of being more independent from the national level. The discussions were on securing SBA supporting activities by budgeting in their AOPs, how to expand the concept of supporting SBAs to other ODs through the existing mechanisms, and so on. There were some requests from PHD/OD directors to the national level to complement their efforts to expand the concept of supporting SBAs by conducting MCAT course and also to conduct the Orientation Workshop for Health Managers for each province.

### 3.2.3 Achievement of Project Purpose

The Project purpose is *“Maternal and Newborn Care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the National Programs\*\*”*.

(\* National Programs under NMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)

All indicators below show that the MCH services are on the track of improvement in the project model sites and the program elements are adopted by national programs. Meanwhile, the Team recognizes that the various interventions and incentives besides the Project also contributed to increasing the MCH service provisions and utilizations in the model sites.

Achievement of each indicator was examined as follows. Benchmarks are set by the Project by applying HSP2 target to the model sites.

#### (1) Indicator 1

Indicator 1	Number and percentage of deliveries attended by SBAs at the model sites (8373 deliveries: 34% NHS2006 → 12068 deliveries: 50% NHS2009*)
-------------	---

According to the benchmarks shown below set based on the Cambodian Health Sector Plan 2008-2015:HSP2, the average number (13,300) and percentage of deliveries (63%) by SBAs of 4 ODs in the model sites in 2008 exceeded the benchmark of not only 2008 but even the year 2010.

Therefore, it seems that the Project achieved the target.

Table3-1: Benchmarks to achieve the target in the 2015(% and # SBA)

	Actual									Target
year	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% deliveries by SBAs	34%	39%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
No. of deliveries by SBAs	8,373	9,605	10,836	12,068	13,299	14,531	15,762	16,994	18,225	19,457

However, the individual OD has various figures such as Chamkar Leu OD(34%), Kampong Cham OD(108%), Kroch Chhmar OD(26%), and Srei Santhor OD(37%) in 2008. Kampong Cham RH is the provincial referral hospital, so that the patients are not only from Kampong Cham OD but also are referred from all over the province, therefore, number and percentage of deliveries by SBAs in Kampong Cham OD are much bigger than any other ODs.

If we compare Project model site ODs and non-model site ODs, there is not much difference between model site ODs except kampong Cham OD and non-model site ODs in the number and percentage of deliveries attended by SBAs. Moreover, there are various interventions besides project in an OD as shown in the figure 3.1. Therefore, it is difficult to discuss how much the Project activities are giving impacts on the increase of MCH service coverage and utilization.

OD Name	Year	Delivery						SBA		Registration	
		HC	RH	Home by health staff	TBA	Est_non registered	Est_Total	#SBA	%SBA	#Registered	%Est_registered
1 Chamkar Leu	2006	286	300	783	911	3376	5856	1369	24%	2280	40%
	2007	627	296	619	672	3528	5742	1542	27%	2214	39%
	2008	1025	345	255	505	2641	4771	1625	34%	2130	45%
3 Kampong Cham	2006	269	791	3625	1207	3158	9060	4685	52%	5892	65%
	2007	493	950	5741	1218	786	9188	7184	78%	8402	91%
	2008	935	941	7300	743	(1432)	8487	9176	108%	9919	117%
4 Kroch Chhmar	2006	37	25	609	315	2973	3959	671	17%	986	25%
	2007	96	13	526	368	3017	4020	635	16%	1003	25%
	2008	377	24	369	312	1937	3019	770	26%	1082	36%
9 Srei Santhor	2006	20	74	1554	1495	2513	5656	1648	29%	3143	56%
	2007	59	148	1457	1587	2491	5742	1664	29%	3251	57%
	2008	531	150	1048	1480	1472	4681	1729	37%	3209	69%
4 model sites total	2006	612	1190	6571	3928	12020	24321	8373	34%	12301	51%
	2007	1275	1407	8343	3845	9822	24692	11025	45%	14870	60%
	2008	2868	1460	8972	3040	4618	20958	13300	63%	16340	78%
6 non-model sites total	2006	2901	1030	6871	10093	11345	32240	10802	34%	20895	65%
	2007	4383	1270	6943	8799	11337	32732	12596	38%	21395	65%
	2008	7239	1533	5376	6728	10035	30911	14148	46%	20876	68%
All in the Kg Cham Prov	2006	3513	2220	13442	14021	23364	66560	19175	34%	33196	59%
	2007	5658	2677	15286	12644	21160	57425	23621	41%	36265	63%
	2008	10107	2993	14348	9768	14653	51869	27448	53%	37216	72%

(2) Indicator 2

Indicator 2	Number and percentage of ANC's (Antenatal Care's) by SBAS at the model sites (ANC 2 times 10541 women 43% NHS 2006 → 15585 women 64% NHS 2009)
-------------	--

According to the benchmark set based on the HSP2 shown below, percentage of women received ANC 2 times increased from 43% in 2006 to 56% in 2008. Also the number of women received ANC 2 increased from 10,541 in 2006 to 11,759 in 2008, though the numbers are slightly under the benchmarks.

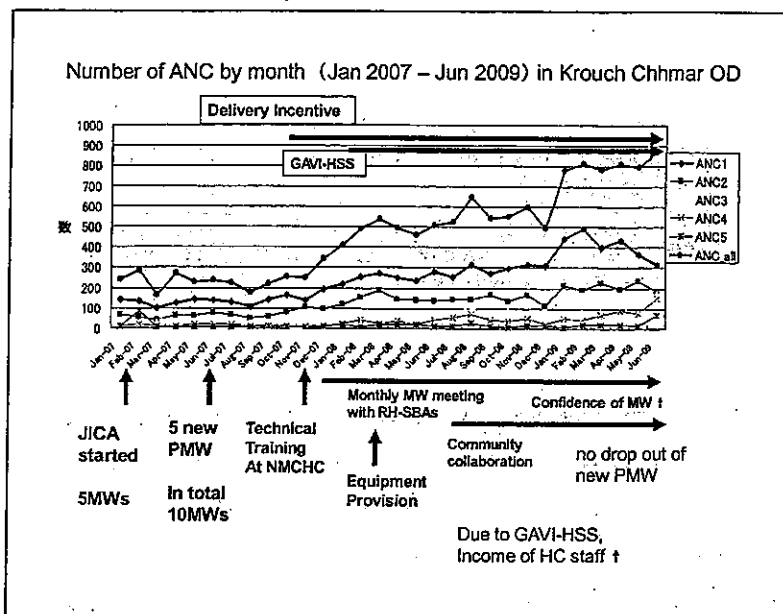
Table3-2: Benchmarks to achieve the target in the 2015(% and # ANC2)

	Actual									Target
year	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
%ANC 2times	43%	49%	59%	64%	64%	69%	74%	80%	85%	90%
#ANC 2times	10,541	11,802	14,324	15,585	15,585	16,845	18,106	19,367	20,628	21,889

Comparing the Project model site ODs and non-model site ODs, the model site ODs has bigger increase from 2006 to 2007 on the percentage of women received ANC2.

OD Name	Year	1st	2nd	3rd	4th	5th or more	Total ANC	Est. delivery	%ANC at least once	%ANC twice	#ANC per person participated ANC	#ANC per preg women
1 Chamkar Leu	2006	3314	2917	1204	1012	492	8609	5656	59%	52%	2.6	1.5
	2007	3448	2801	1564	1192	884	9773	5742	60%	49%	2.8	1.7
	2008	3796	3167	1609	1361	1215	11037	4771	80%	66%	2.9	2.3
3 Kampong Cham	2006	4745	3407	1889	1417	1658	12788	9050	52%	38%	2.7	1.4
	2007	5318	3792	2193	1508	2461	14790	9188	58%	41%	2.8	1.6
	2008	5816	4132	2526	1661	659	16759	8487	69%	49%	2.9	2.0
4 Kroch Chhmar	2006	1601	1182	275	66	25	2733	3956	40%	30%	1.7	0.7
	2007	1612	740	319	83	181	2820	4020	40%	18%	1.7	0.7
	2008	3218	1673	813	347	91	6182	3019	107%	55%	1.9	2.0
9 Srei Santhor	2006	2621	3035	1479	1157	120	7723	6656	46%	54%	2.9	1.4
	2007	2302	2735	1248	991	62	7343	5742	40%	48%	3.2	1.3
	2008	2533	2823	1377	1122	230	7780	4681	54%	60%	3.1	1.7
4 model sites total	2006	12281	10541	4847	3652	2295	31853	24321	50%	43%	2.6	1.3
	2007	12680	10068	5324	3774	3588	34726	24692	51%	41%	2.7	1.4
	2008	15363	11785	6325	4491	2195	41738	20958	72%	53%	2.7	2.0
6 non-model sites total	2006	25008	22837	11352	9001	4368	71129	32240	78%	71%	2.8	2.2
	2007	25256	22766	12224	8970	5626	74472	32732	77%	70%	2.9	2.3
	2008	26261	22412	11887	9646	4100	75927	30911	75%	73%	2.9	2.5
All in the Kg Cham Prov	2006	37289	33378	16199	12653	6663	102982	56660	66%	59%	2.8	1.8
	2007	37936	32834	17548	12744	9214	109198	57425	66%	57%	2.9	1.9
	2008	41624	34207	18212	14137	6295	117665	51869	80%	66%	2.8	2.3

Figure 3.1 Number of ANC by month in Krouch Chhmar OD



**(3) Indicator 3**

Indicator 3	Number and percentage of delivery registered at the model sites. (12301 deliveries 50% NHS 2006 → 15497 deliveries 63% NHS 2009 → assuming 90% deliveries will be registered in 2015)
-------------	---

According to the benchmarks set based on the HSP 2, number and percentage of delivery registered which was 16340 and 78% respectively in 2008 exceeded already the benchmarks in the year 2009. Therefore the indicator 3 has been achieved.

Table3-1: Benchmarks to achieve the target in the 2015(% and # registered)

	Actual										Target
year	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
% registered	51%	55%	59%	64%	68%	72%	77%	81%	86%	90%	
# registered	12,301	13,336	14,432	15,497	16,562	17,628	18,693	19,758	20,824	21,889	

**(4) Indicator 4**

Indicator 4	Number of program elements adopted by National Program(s) that target the whole country which have been developed from the project experiences. (0 → 2)
-------------	---

The program elements adopted by the national programs are MCAT course and Orientation WS for health managers which were conducted at the national level, and also a MDA form from province to the central which was standardized according to the project suggestion. Therefore the indicator 4 is achieved.

### 3.2.4 Achievement Prospect of Overall Goal

The Overall Goal of the Project is “*The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.*” There are two indicators to measure the achievement of the overall goal. These indicators are;

<b>Indicator 1</b>	Percentage of deliveries attended by SBAs [44% DHS 2005 → 80% Target in 2015 set by HSP2]
<b>Indicator 2</b>	Percentage of pregnant women receiving ANC [Two or more ANC sessions 68% HSP2 as a baseline value in 2005-2008, 60.2% DHS 2005 → 90% Target in 2015 set by HSP2]

#### Positive aspect

- (1) As shown in the indicator 1 and 2 of Project Purpose, there is strong perspective that percentage of deliveries attended by SBAs and percentage of pregnant women receiving ANC 2 times or more will exceed the set target by HSP2 in 2015.
- (2) There would be continuous policy support expected to expand the utilization of maternal and newborn care services in the country at least until the country will achieve the CMDG5.
- (3) There are still many donors who would support MCH services provisions and utilizations in the country.
- (4) The Project developed the “MCAT course” and “Orientation workshop for health managers” curriculum and materials jointly with the ToT unit of NMCHC, so that at least at national level it is possible to continue the trainings nationwide, if the curriculum are endorsed by the Secretary of State in order to support HC-SBAs in improving their MCH services with quality.

#### Challenges

- (1) There still exist non-MPA HCs, or MPA HCs with shortage of SBAs, necessary equipment, materials and transportation means.
- (2) There are still many rural remote communities where have difficulties in access to an adequate health facility throughout the country.
- (3) The quantity and quality of SBAs are limited.

### 3.3 Implementation Process

Implementation process was examined from the aspects of project activities, involvement of target groups and stakeholders, and the Project management.

#### (1) Project Activities

All of project activities planned have been implemented smoothly and sufficiently. At the



national level, the ToT unit in NMCHC worked vigorously to plan out the activities, to develop the training curriculum and materials based on the new concept of quality improvement of MCH services introduced by the Project and subsequently they conducted trainings and supervisions. The ToT unit of NMCHC recognizes the usefulness of case study and problem solving activities in the training, though the development of such innovative trainings was not easy for them. As a result, the national level counterpart gained high ownership on these trainings. At the province and OD level, PHD/OD MCH formulated and implemented action plans including OJT, carried out regular MW meetings, and conducted new supervisions. Regarding the implementation of action plans which each OD made, some activities were implemented with high ownership of OD MCHs, however activities were somehow limited to those which were feasible to implement within the available resources.

Though in some ODs such as Kroch Chhmar OD, it was not easy to carry out some activities, for example, conducting new supervisions is difficult since human resource is very much limited in the OD, the OD somehow managed to implement activities by arranging available resources in the OD.

Regarding MCAT course, the 17 provinces covered by the course was targeted all provinces with CPA3.

## **(2) Involvement of target groups and counterparts**

The Project involved well the target groups/counterparts in the implementation by giving adequate trainings and orientations to them in the Project. The MCT/MAT /MCAT courses are very effective to induce the behavioral changes of RH-SBAs and collaboration on supporting HC-SBAs. Participants expressed that these courses met the needs of local MCH officials and MWs. Also orientation workshop for health managers is effective to get understanding of PHD/OD directors on the importance of collaboration and supports to HC-SBAs.

Counterpart Monitoring Team(CMT) is another mechanism to enhance the involvement of counterparts in the Project and also promote the communication among different level of counterparts. 16 CMT meetings were held during the project period with the attendant rates of more than 80%.

As the result of all these Project efforts, each target group and counterpart understood the purpose, approaches and methodologies, and activities of the Project, which lead to the smooth implementation of the Project.

## **(3) Project management**

The internal management of the Project seems very clear and efficient. Each expert was given clear ToR for their assignment and then the results of the works were shared widely not only

with counterparts but also with the relevant development partners and NGOs through meetings and reporting.

The communication between the Project and counterparts has been also well and efficient. Though the main counterparts at the national level had limited time to spend on the Project implementation, the Project organized means to communicate well with these counterparts. As a result, there is no delay in implementation of the scheduled activities.

The monitoring on the Project was done at an appropriate timing by JICA. According to the recommendation of the Project monitoring, the training of MCT and MAT were integrated into MCAT for expanding the training to other provinces which enhanced further the effectiveness of the Project.

## Chapter 4 Results of the Evaluation with Five Criteria

### 4.1 Relevance

The relevance of the Project is graded as **High** by the following reasons

#### (1) The degree of importance/necessity of the Project

HC-MWs have not been having proper supports technically and morally from various levels. The Project could identify the roles and feasible activities of PHD/OD/RH in supporting HC-MWs. The Project also provided technical and material support to HC-MWs to improve their performance in the provision of MCH services. As a result, the Project has been recognized as an important and necessary intervention by all stakeholders inside and outside of the Project model sites.

The Project was also timely in a sense because every effort to increase the MCH service provisions in terms of quantity and quality has been happening in the country, however, there were no other such interventions that improve the working environment of HC-MWs by linking the existing PHD/OD's managerial and RH's clinical capacities, and MCH officials and health managers at OD/PHD levels.

In general, every example of good practice shows that they can last only while the funding is available; so the challenge is how to strengthen the existing capacity without putting extra resources for the sustainability purpose. This project could show the way to improve the existing capacity and quality of services within the available and existing system without putting much input. In this sense as well, the project is relevant in the current Cambodian health sector context.

#### (2) The degree of priority of the project in the development agenda and policy

The National Strategic Development Plan(NSDP) identifies the importance of health sector, especially to achieve the CMDG5 in terms of reducing the MMR in the country. The MoH Health Strategic Plan (HSP 2) 2008-2015 identifies the importance of strengthening MWs in terms of quantity and quality. Clearly the Project followed the direction and served as a part of those efforts to meet the national objective to improve the quality and quantity of MCH service provisions and to increase the utilization of the service.

The Minister of Health announced "Fast-track Intervention to address Reproductive, Maternal, New Born and Child Health" to improve the quality, access, continuum care in RMNCH in September, 2008. The Project Purpose is in line with this Fast-track intervention agenda.

### (3) Relevance to the Japanese ODA policy

The Project is in line with the Japanese ODA policy on the supporting socially vulnerable people such as mothers and children. Also the direction of the Project is consistent with the JICA's Country Assistant Plan for Cambodia, which addresses the importance of strengthening the MCH service to improve CMDGs with emphasis on improving the quality and quantity of MCH service providers.

### (4) The relevance of project approaches, tools and methodologies

Every government officials who are target groups/counterparts of the Project mentioned about the appropriateness and relevance of the Project approach/attitude that is not pushing the numerical targets for them to achieve but instead showing how to achieve what PHD/OD officials made as objectives. Also the MW trainings, the medical equipment and materials provided by the Project were evaluated as very relevant and useful for improvement of the MCH services because they could fill the gaps existed in the provision of quality MCH services in their areas. Some mentioned that the Project showed how to "walk by myself" instead of pushing them to "run". This is actually the most needed approach from the stakeholders' perspective.

In the current decentralization policy, the health sector is in the decentralization process. In this sense, the Project approach is also relevant, since the Project could show a model to strengthen the decentralized MCH service provisions and utilizations.

## 4.2 Effectiveness

The effectiveness of the Project is graded as **High**.

It is concluded by the Team that the MCH services are on the track of improvement in the project sites and the program elements are adopted by national programs. Also, it is confirmed that there are some external factors which have given impacts on achievement of the Project Purpose. Those factors are, for example, each OD is having various interventions and inputs from other national and donor funded projects and programs. Overall Government policy change towards filling the gaps in terms of human resources and facilities is giving a big impact on MCH services everywhere in the country. Those factors and the Project efforts have been complementing each other to achieve the Project Purpose. However, it is not adequate to analyze how much each factor contributes to the achievement of Project Purpose.

## 4.3 Efficiency

Overall efficiency is graded as **High** as following reasons.

The Team concluded that the overall efficiency of the Project is high since the Project expanded the MCAT course to the nationwide within 3 years of Project period. The factors for promoting efficiency are several. First of all, the accumulated experiences at the NMCHC made the implementation smooth and efficient, and the Project utilized existing human resources internally, and all Project staff made maximum efforts to make the Project effective and efficient. There are some other factors to make the Project effective. First, the Cambodian government shared high percentage of costs to conduct various meetings and trainings with the Project, secondly, the Project did not conduct training in Japan which is more costly, but instead conducted several study tours in the province and third county trainings. As a consequence, the Project reduced the constraints of counterparts in terms of time to spend on trainings.

All inputs are executed according to the plan.

#### **4.4 Impact**

Impact is graded as **High** by the following reasons.

##### **(1) Prospects of the achievement of overall goal**

As described in 3.2.4. Overall Goal will be most likely achieved incrementally after the project period. In this sense, the impact of the project is considered as high. However, if the achievement of overall goal is attributed to the achievement of the project purpose is not that simple question to answer. The provision and utilization of MCH services are influenced by various conditions such as policy interventions, regulations, skill and human resource development, material supports, and many others. Therefore, the achievement of the Project is a part of the factors to increase the MCH service provision and utilization, but is not a mere factor for it. The project works on rather linking the PHD/OD's managerial capacity and RH's technical capacity at the OD level in order to maximize the existing capacities within the MCH services and enhance the sustainability of the service provision in the country.

Challenges perceived by the stakeholders to achieve the Project overall goal is that each delivery point should have adequate payments, operational costs, medicines, and materials supports for MCH activities, more space inside/outside of HCs to accommodate increasing number of deliveries, transportation support for referral and skill trainings for SBAs to provide quality services and improvement of road conditions to secure better access to health facilities and to refer the patients from the rural remote communities to a RH.

The financial capacity to support the expansion of MCH services at the HC level is rather complex issue. At the time of evaluation, there are 2 or 3 different incentive schemes running parallel inside

and outside of the Project site. Therefore, HCs are more cooperative towards MCH services especially delivery services, however, the continuation of such collaboration within HCs is a question after finishing those external inputs for MCH services

No negative effects were expressed by the stakeholders interviewed.

## **(2) Other positive impact of the Project**

Followings are perceived positive impacts of the Project.

- The Project has influenced on the Government policy direction on MWs. The Project showed which direction the MW issues to go. The Project has given an impact on policy direction for improvement of working environment by promoting working as a team not by the individuals for MCH services.
- PHD-MCH in Kampong Cham tried to expand the concept of the supporting model for HC-MWs to 6 other non-model site ODs in the province by using the experiences of 4 model-site ODs. As the result of the effort, 4 non-model site ODs also started to carry out some SBA supporting activities such as conducting monthly MW meetings with support from RH-SBAs.
- The Project built the trust between PHD/OD level government officials and HC-MWs, so that HC-MWs do listen what OD level officials suggest.
- NGOs gave recognition and appreciation to the Project for the Project's efforts to involve RH-SBAs in the improvement of MCH services, so that their activities became easier and smoother to implement,
- The Project study on existing incentives in ten ODs showed existing incentive schemes are creating some gaps among ODs. To fill the gaps, an NGO started to conduct a mapping exercise before they decide their incentives in order to complement with existing incentives.

## **(3) Negative impact of the Project**

There is no negative impact seen.

## **4.5 Sustainability**

The sustainability of the Project is graded as **Moderately High** by the following reasons

### **(1) Sustainability in the aspect of policy and regulations**

Within the framework of the HSP 2 2008-2015, the improvement of MCH services will continue to be the priority area in the country. Together with Fast-track intervention for RMNCH, the

gaps in quality improvement of continuum care, better access to safe delivery, and quality improvement in referral hospitals would be the political agenda in the country until the country will achieve the CMDG5.

**(2) Sustainability in the aspect of organization and financial capacity**

NMCHC/PHD/OD-MCH expressed to continue the activities started in the Project period by using government AOP funds. However, some of PHD/OD level activities could be limited by the availability of resources. Some of MW supporting activities such as advice on referral would remain because of no budgetary requirements.

Challenge identified in the financial capacity is that the disbursement of planned budget is unpredictable and PHD/OD level managers might not itemize the activities due to their perceived low priority on the activity.

**(3) Sustainability in the technical capacity**

The NMCHC gained the ownership on the various trainings developed in the Project and improved the planning and financial management skills and conducted MCAT covering 17 PHD/ODs which have CPA3. The effects of MCAT were confirmed as shown in initiated activities of supporting MWs. ToT unit is planning to expand SBA supporting mechanism nationwide coordinated with NRHP.

Some positive attitudes were seen among PHD/OD-MCH and OD directors who received MCAT course in terms of being more independent from the national level. OD-MCH expressed that they would like to continue making action plans for supporting MWs to improve the MCH services in their area. OD directors expressed that they will continue monthly MW meetings involving RH-SBAs and new supervisions because these are very important for HC-MWs to improve their technical capacity and to motivate them to improve their performances. Some OD-MCH mentioned that they would like to expand the involvement of VHSg by teaching their roles in the community health, and by improving the reporting form of VHSg.

However, some challenges are expressed by those stakeholders in the aspect of technical capacity. These challenges are 1. Limited RH human resources and increasing workload in their own services, 2. Limited teaching skill among RH-SBAs, and 3. Further coordination between the NMCHC and province levels in terms of expanding of MWs supporting activities.

### 5.1 Conclusion

Overall, the Project has been successfully implemented and achieved the Project purpose according to the indicators listed in the PDM. It should be noted that the Project not only developed the model and reflected it in the national programs, but also implemented it through MCAT to the nationwide in spite of the limited three year cooperation period. Then the Project could confirm MW supporting activities happening at the MCAT covered areas.

However, it is difficult for the Team to conclude how much the Project contributed to the increase of key indicators such as the number and percentage of ANCs and deliveries attended by SBAs due to the introduction of new policy on Fast-track interventions for RMNCH, the various other programs/projects, which provide performance based incentives and various funds in the model sites of the Project.

### 5.2 Recommendations

#### 5.2.1 Endorsement of curricula and guideline on MW supporting activities

It is essential for NMCHC to have curricula and guideline of MCAT course and Orientation WS which are the tools for MWs supporting mechanism/model. Therefore, it is essential for NMCHC and the Project experts to complete the curricula and guideline. The Team recommends that the MoH shall endorse them subsequently by the end of the Project period.

The evaluation team recommends the Project to complete the "Community Collaboration Handbook for OD" and submit to NMCHC for authorization. The Team also recommends the Project to distribute the handbook by the end of Project period, in order ODs to utilize VHSG efficiently as health volunteers for community health.

#### 5.2.2 Budgeting MW supporting activities in the respective AOPs

The Team recommends MoH/PHD/OD to budget MW supporting activities in the respective AOPs under Program 1 for RMNCH, Sub-Program 3 for MCH. For the year 2010, the Team recommends PHD/ODs to negotiate with development partners in respective ODs to fill the gap.

#### 5.2.3 Expansion of MW supporting mechanism

The Project demonstrated how to improve the quality of MCH services provision by supporting the existing and newly deployed MWs in HCs technically and also morally. The Project also demonstrated the importance of the mechanism to form a supporting team which is called "MW



Alliance Team” consisted of PHD/OD-MCH and RH-SBAs. This is a mechanism/model which can be applied to uncovered areas where have different surroundings and conditions. Therefore, the Team recommends NMCHC and PHD/OD to coordinate as “a team” in order to further expand MW supporting mechanism to uncovered areas. A plan with adequate strategy needs to be planned out at the national level by the end of Project period. The Team also recommends the MoH to strengthen the clinical and teaching skills of RH-SBAs and teachers in RTCs in order to improve the quality of MW supporting activities.

#### **5.2.4 Expansion of Orientation to the Health Managers**

In order to achieve the above recommendation 5.2.3, the Team recommends NMCHC to conduct “Orientation WS for Health Managers “at the national level prior to conducting MCAF course to gain the understanding of health managers on MCH services including supporting MWs and MW alliance team.

#### **5.2.5 Harmonization of monitoring/supervision systems**

The Team recognized some existing confusions in the monitoring/supervision systems due to complicated tasks with multiple checklists for supervisors to carry on in some areas. Therefore, the Team recommends the MoH and the development partners to discuss the issue of monitoring/supervision systems with multiple checklist(s) to be harmonized.

### **5.3 Lesson Learned**

- Strengthening health systems is one of the priority development agendas for global health in recent years. Many international organizations and bilateral donors have been exploring any effective approaches to strengthen health systems. The Project showed a possible approach to improve district health systems without large financial inputs. That is to make each counterpart recognize their own role and to improve the capacity of counterparts not by the technical trainings but by setting up opportunities for knowing each other and working together to solve the problems at the sites, which led to change of the mind-set to work as a team and consequently strengthen the function of district health systems.
- The counterparts gained high ownership as the implementers of the Project and they explain the process and issues with their own thoughts and words to the stakeholders outside the Project. First, this high ownership of counterparts was created by being positively involved in the Project processes such as planning, implementation and monitoring/supervision as an equal partner of the Project implementers. Secondly, the approach of letting counterparts decide the activities from the options extracted from the existing good examples could generate the

ownership on the activities they chose. Thirdly, the long history of Japanese assistance to the Cambodian health sector with respect to the Cambodian ownership contributed to the gradual increment of the ownership in the Cambodian counterparts who have been there throughout during the cooperation.



## Schedule for the Final Evaluation Mission

Date	Day	AM/PM	Official members (Dr. Akashi & Mr. Kubokura, Ms Sasaki), Mr Takemoto (10 Oct-) Ms Agawa (11 Oct-)	Consultant A (Final Evaluation Mission), Ms Okitsu	JICA Side (JICA Cambodia Office staff, Project experts, and local staff & driver)
27-Sep	Sun.		/	Arrival in Phnom Penh	JICA Side (JICA Cambodia Office staff, Project experts, and local staff & driver)
		8:00		Meeting with JICA Cambodia Office staff & JICA Experts (Room 312, NMCHC)	Ms. Sasaki, All Experts
28-Sep	Mon.	AM		Data sharing by JICA Experts (Room 312, NMCHC)	All Experts
		PM		Interview with JICA Experts (Room 312, NMCHC)	All Experts
29-Sep	Tue.	08:00-11:30		Group interview with [Dr. Keth Ly Sotha, Dr. Uong Sokhan, PHD-MCH (1), OD directors & OD-MCH of the model sites (8)]	Ms. Osanai & Ms. Sakurai (Ms. Nary)
		PM		Interview with OD MCH of the model sites (4) and PHD MCH (1) (Room 312, NMCHC)	Ms. Osanai & Ms. Sakurai (Ms. Nary)
30-Sep	Wed.	AM		Meeting with JICA Experts (Room 312, NMCHC)	Ms. Sakurai & Mr. Matsuoka (11:00-); join Dr. Obara & Ms. Osanai
		14:00-17:00		Group interview with NMCHC TU (Dr. Keth Ly Sotha, Dr. Uong Sokhan, Ms. Khiev Rida, Ms. Suth Som En, Ms. Heng Ngim, Ms. Chin Chan Tach, Ms. Ou Soseun, Ms. Ang Sareth) (Room 312, NMCHC)	Ms. Sakurai (Ms. Nary)
1-Oct	Thu.	7:00-		Move to Kg. Cham	
		09:30-11:30		Interview with Kg. Cham RH staff (Dr. Ouk Varang, Ms. Yon Lengpheap & other MWs)	
		14:00-16:00		Group interview with OD MCH (Ms. Samon) & 5 HC MWs	Ms. Osanai & Ms. Sakurai (Ms. Nary + Mr. Chanthorn)
2-Oct	Fri.	08:00-10:00		Interview with OD MCH of non-model sites in Kg. Cham (3-6: at least Chun Prey, Tbom Kboom, Prey Chhor), PHD MCH (2), PHD-CE (Ms. Seak Chhay Orm), Ms. Kruy	
		10:00-14:30		Move to Phnom Penh	
		14:30-15:30		Interview with BTC representative (Dr. Dirk)	Dr. Obara, Ms. Osanai
		15:30-17:00	Discussion with JICA Experts based on survey results (Room 312, NMCHC)	All Experts	
3-Oct	Sat.		Report writing (Joint Eva. Rep.)		
4-Oct	Sun.		Report writing (Joint Eva. Rep.)		
			Arrival in Phnom Penh		
					IMCJ DG arrival

Date	Day	AM/PM	Official members (Dr. Akashi & Mr. Kubokura, Ms. Sasaki), Mr. Takemoto (10 Oct - Ms. Agawa (11 Oct))	Consultant A (Final Evaluation Mission), Ms. Okitsu	JICA Side (JICA Cambodia Office staff, Project experts, and local staff & driver)
5-Oct	Mon.	8:00 14:30-17:00	Internal meeting among the official members, Experts and consultant (confirmation of process & achievements of the Project) at JICA Office	Confirmation of process & achievements of the Project	Dr. Obara, Ms. Osanae, IMCJ (DG, Ms. Anami)
6-Oct	Tue.	07:45-12:00/14:00-16:30	Discussion with C/Ps of NMCHC & Kg. Cham (Explanation of evaluation objectives, Consensus building on process & methods of the evaluation, confirmation of process & achievements of the Project, Explanation of summary of the draft Joint Eva. Rep.) (Room 312, NMCHC) In Khmer	Workshop with Kg. Cham & the 8 provinces (confirmation of process & achievements of the Project, and experience sharing), Participatory evaluation with NMCHC (Auditorium, NMCHC) In Khmer	All Experts (Ms. Nary, Mr. Bunthoem), Ms. Anami (IMCJ)
7-Oct	Wed.	AM 14:30-17:00	Internal meeting (confirmation of achievements of the Project in line with the 5 evaluation indicators) (Room 312, NMCHC)	Discussion with C/Ps of NMCHC & Kg. Cham (Confirmation of the evaluation results, Opinion exchange on lessons and recommendations) (Room 312, NMCHC) In English	ditto ditto
8-Oct	Thu.	8:00-8:30 9:00-10:00 10:00-12:00 14:30-17:00	TWGH (Technical Working Group for Health) at MoH Briefing to the two consultants in charge of preliminary study (Room 312, NMCHC) Internal meeting (confirmation & revision of the draft Joint Eva. Rep., and the Minutes of Meetings) (Room 312, NMCHC) Discussion with NMCHC, Kg. Cham PHD, and 4 Ods (model sites) (confirmation & revision of the draft Joint Eva. Rep., and the Minutes of Meetings) (Room 322, NMCHC) In Khmer	Dr. Obara, Ms. Osanae All experts, Ms. Anami (IMCJ) + Two consultants to join the preliminary study All experts, Ms. Anami (IMCJ)	
9-Oct	Fri.	AM 14:30	Internal meeting (confirmation & submission of the final draft Joint Eva. Rep., and the Minutes of Meetings) (Room 312, NMCHC), Submission of draft M/M to Dr. Or Vandin Discussion on the final evaluation results with development partners (WHO, UNFPA, UNICEF, BTC, URC, RACHA etc.) and NMCHC (including opinion exchange on next new project) (Room 322, NMCHC)	All Experts (Ms. Nary, Mr. Bunthoem), Ms. Anami (IMCJ) All experts, Ms. Anami (IMCJ) All Experts (Ms. Nary, Mr. Bunthoem), Ms. Anami (IMCJ), Two consultants to join the preliminary study	
10-Oct	Sat.		Preparation of JCC meeting		
11-Oct	Sun.		Preparation of JCC meeting Couttesy call to Embassy of Japan		
12-Oct	Mon.	08:30-09:30 10:00-12:00 PM	JCC meeting (Report of the evaluation results, signing of M/M) (Room 322, NMCHC) Join in the Preliminary Study Mission	Departure for Japan	All experts, Ms. Anami (IMCJ) All Experts (Ms. Nary, Mr. Bunthoem), Ms. Anami (IMCJ)

## Project Design Matrix (PDM)

## JICA- The Project for Improving Maternal and Child Health (MCH) Service in Rural Areas in Cambodia

ver2

Target Area : Whole Cambodia. Four ODs (Operational Districts) (Kampong Cham- Kampong Siem OD, Chamkar Leu- Steung Trong OD, Srei Santhor- Kong Meas OD, Krouch Chhmar- Steung Trong OD) will be selected from Kampong Cham Province as the model sites.

Duration : January, 2007 – January, 2010 (3 years)

Target Groups: (1) Health staff at NIMCHC (National Maternal and Child Health Center) , PHD (Provincial Health Department) , OD, RH (Referral Hospital) and HC (Health Center)

(2) People living in the model sites (717,871) [especially women of reproductive age (186,646) and neonates (21,671/year)]

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>[Overall Goal]</b> The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentage of deliveries attended by SBAs [44% DHS (Demographic Health Survey) 2005 → 80% Target in 2015 set by HSP2]</li> <li>- Percentage of pregnant women receiving ANC [Two or more ANC sessions 68% HSP2 as a baseline value in 2005-2008, 60.2% DHS 2005 → 90% Target in 2015 set by HSP2]</li> </ul>	<p>National Health Statistics (NHS), DHS NHS, DHS</p>	<p>MoH does not change major policies on SBAs and maternal and newborn health.</p>
<p><b>[Project Purpose]</b> Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs.* (* National programs under NIMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Number and percentage of deliveries attended by SBAs at the model sites (8373 deliveries 34% NHS2006 → 12068 deliveries 50% NHS 2009*)</li> <li>- Number and percentage of ANC's (Antenatal Cares) by SBAs at the model sites (ANC2 times- 10541 women 43% NHS 2006 → 15585 women 64% NHS 2009*)</li> <li>- Number<sup>2</sup> and percentage of delivery registered at the model sites (12301 deliveries 50% NHS 2006 → 15497 deliveries 63% NHS 2009 – assuming 90% deliveries will be registered in 2015)</li> <li>- Number of program elements adopted by National Program(s) that target the whole country which have been developed from the project experiences. (0 → 2)</li> </ul>	<p>HIS report from OD, NHS HIS report from OD, NHS HIS report from OD, NHS Project Report</p>	<p>The function of NIMCHC including the national programs does not change drastically.</p>
<p><b>[Outputs]</b> 1. The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved.</p>	<p>1-1 Number of training curricula formulated and number of training courses conducted has increased. (training curricula 0 → 2, training courses 0 → 3) 1-2 Number of PHD/OD-MCH received the MCT course<sup>2</sup> to strengthen midwife coordinators' role has increased. (0 → 12) 1-3 Number of action plans formulated during the MAT courses<sup>2</sup> has increased. (0 → 43)</p>	<p>Project Report Project Report Project Report</p>	<p>Political situation remains stable.  The staff of the national programs at managerial level does not resign.</p>

<p>2. The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities (RHs) to support the activities of HC-SBAs is formulated.</p>	<p>2-1 Number of action plans implemented to support HC-SBAs has increased in the model sites. (0→4)  2-2 HC-SBAs' perceptions of the contents and quality of support from PHD/OD/RH have improved.  2-3 Use of checklist by PHD/OD is improved.  2-4 The national guidelines are developed in order for PHD/OD/RH to support SBAs based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p>	<p>Project Survey  Project Survey Interview with SBAs by the Project  Project Survey  Project Report</p>	
<p>3. The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.</p>	<p>3-1 The enhancing and inhibiting factors to Community Collaboration are extrapolated, based on the situation analysis of community activities in the model sites.  3-2 The action list for ODs to support the Community Collaboration is developed.  3-3 Number of ODs' new actions to support the Community Collaboration has increased. (0→4, 4 model sites only)  3-4 The guideline for ODs to support the Community Collaboration is developed.</p>	<p>Project Report  Project Report  Project Survey  Project Report</p>	
<p>4. NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.</p>	<p>4-1 Number of reporting on progress and outputs of the Project including results of studies in rural areas to MCH-related stakeholders at the central level (National Programs under the NMCHC, technical advisors of development partners) is increased.  4-2 The contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs are modified based on the Project experiences.  4-3 Number of reports developed by the project to the NRHP (National Reproductive Health Programme) and the National Maternal Death Audit Committee has increased. (0→3)  4-4 A new curriculum<sup>a</sup> based on the MAT and MCT training curricula is adopted by the NMCHC.  4-5 The number of participants to the new training courses is increased. (0→68)  4-6 The guidelines developed by the project are authorized by NMCHC.</p>	<p>Project Report  Project Report  Project Report  Project Report  Project Report  Project Report  Project Report</p>	

<p><b>[Activities]</b></p> <p>0-1 Review the current situation of ODs in Kampong Cham Province for selecting the model sites</p> <p>0-2 Select the model sites</p> <p>1-1 NMCHC formulates the training curricula (MCT, MAT course) for strengthening SBAs' teamwork in the model sites, based on the review of the existing monitoring mechanism nationwide (Activity 2-1) and the stakeholder analysis in the model sites.</p> <p>1-2 Organize implementation team to conduct the training.</p> <p>1-3 Strengthen PHD/OD MCH to have midwife coordinators' role by conducting ToT (Training of Trainers) (MCT course) for PHD/OD MCH.</p> <p>1-4 Conduct the MAT course in the model sites for SBAs (PHD/ODRH) to improve their teamwork in order to strengthen MCH services together in their area.</p> <p>1-5 PHD/OD-MCH and RH-SBAs formulate action plans during the MAT courses to support HC-SBAs.</p> <p>1-6 Monitor the outcomes of the training by follow-up workshops in the model sites.</p> <p>2-1 Review the existing way of support (monitoring and checklists) by PHD/OD for HC-SBAs.</p> <p>2-2 Reflect the results of the review into the training curriculums mentioned in 1-1.</p> <p>2-3 PHD/OD-MCH as midwife coordinators implement the action plans in the model sites.</p> <p>2-4 After the training, PHD/ODRH strengthen support to HC-SBAs, for example by using the checklist.</p> <p>2-5 Strengthen the NMCHC's support for PHD/OD-MCH as midwife coordinators and RH-SBAs.</p> <p>2-6 Collect information at the model sites in order to develop the national guidelines on SBA support.</p> <p>2-7 Develop the national guidelines on SBA support for PHD/ODRH, based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p> <p>3-1 Review the good practices of community activities nationwide.</p> <p>3-2 Conduct stakeholder analysis in the model sites.</p> <p>3-3 Extrapolate the enhancing and inhibiting factors affecting Community Collaboration based on the situation analysis of community activities in the model sites.</p> <p>3-4 Develop an action list for ODs to support the Community Collaboration.</p> <p>3-5 Monitor ODs' actions to support the Community Collaboration.</p> <p>3-6 Develop the guidelines for ODs to support the Community Collaboration.</p> <p>3-7 Conduct workshops to share the experiences of the model sites.</p> <p>4-1 Participate in the technical working groups related to MCH.</p> <p>4-2 Report to the relevant stakeholders at the central level (National Programs under NMCHC, technical advisors of development partners) about the project activities, outputs, and results of the studies in rural areas.</p> <p>4-3 NMCHC modifies the contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs based on the Project experiences.</p> <p>4-4 Report the study and analysis of the results of maternal mortality and morbidities to the NRHP and the National Maternal Death Audit Committee.</p> <p>4-5 NMCHC develops a new training curriculum based on MCT/MAT curricula and implements it nationwide.</p> <p>4-6 NRHP monitor the activities of PHD/OD MCH as midwife coordinators in the regular meetings such as NRHP's bi-annual meeting.</p> <p>4-7 The guidelines developed by the project is adopted by the NMCHC.</p> <p>4-8 Conduct seminars, including a high-level seminar, on how to support SBAs.</p>	<p><b>[Inputs]</b></p> <p><u>Japanese Side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Long term experts -Chief Advisor -Project Coordinator/ Training Management -Community Health Shot term experts</li> <li>2. Counterpart training</li> <li>3. Equipment provision</li> <li>4.</li> </ol> <p><u>Cambodian Side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Counterpart members</li> <li>2. Project offices</li> <li>3. Local cost</li> </ol>	<p>Large numbers of health staff in the model sites, OD and PHD do not leave the public sector.</p> <p><b>[Preconditions]</b> MoH does not change major policies.</p>
--	--	---

- a. An estimated value for 2009, assuming a steady linear increase in the rate of deliveries attended by SBAs, up to the target in 2015. (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2006 (24,321) is used as a standardized denominator.)
- b. An estimated value for 2009, assuming a linear increase in ANC 2<sup>nd</sup> attendance rate up to the target in 2015. (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2006 (24,321) is used as a standardized denominator. )
- c. Number of registered deliveries comprises: 1) Facility deliveries 2) Home deliveries attended by SBAs 3) Deliveries registered to HCs among those attended by non-SBAs
- d. MCT (Midwife Coordinator ToT) Course: A ToT course for existing PHD/OD-MCH aiming to improve their capacity to support SBAs in their area. After successful completion of the course, they will be called Midwife Coordinators.
- e. MAT (Midwife Alliance Team training) Course : Teamwork training for both PHD/OD-MCH midwife coordinators and RH-SBAs to strengthen support to HC-SBAs in their area.
- f. Community Collaboration: HC and stakeholders in the HC's catchment area work together in order to improve the health of people in the community
- g. New curriculum: A curriculum for RH SBAs and PHD/OD-MCH to support HC-SBAs



ANNEX 3 EVALUATION GRID WITH RESULT

1. Accomplishment of the Project

Items	Indicators	Advanced Info.	Points confirmed
<b>Overall Goal (expectation)</b> The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.	1. Percentage of deliveries attended by SBAs [44% DHS 2005 → 80% Target in 2015 set by HSP2]	- at 2008, according to the NHS, % deliveries attended by SBAs is 61% as national average, 54% as Kampong Cham average, which exceed the target rate of 2008	- Is this increase occurring as the impact from the project implementation? Or other effects? - from 2007 to 2008, the increase is big. It probably the effect of new ordinance.
	2. Percentage of pregnant women receiving ANC [Two or more ANC sessions 68% HSP2 as a baseline value in 2005-2008, 60.2% DHS 2005 → 90% Target in 2015 set by HSP2]	- at 2008, the % of pregnant women receiving ANC low or more is 81% as the national average, 68% as Kampong Cham average, which exceed the target rate of 2008.	- Is this increase occurring as the impact from the project implementation? Or other effects?
<b>Project Purpose</b> Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs*, (* National programs under NMCHC, particularly National	1. Number and percentage of deliveries attended by SBAs at the model sites (8373 deliveries 34% NHS2006 → 12068 deliveries 50% NHS 2009 <sup>a</sup> )	- The number and % of deliveries attended by SBAs has increased during the period, however, there is no significant differences seen between model sites and the non-model sites. ODs except Kampong Cham OD due to its particular situation. - Kampong Cham OD has the provincial referral hospital, so that the patients come from all over the province.	- The number and % of deliveries attended by SBAs has increased, however, there are many outside factors which push the numbers to increase happening outside of the project. Therefore, it is not clear what is making the services coverage and use to increase. - Most likely, those outside effects and the project effects have been complemented each other, and made it possible to increase the productivity of midwives.
	2. Number and percentage of ANC (Antenatal Cares) by SBAs at the model sites (ANC 2 times- 10541 women 43% NHS 2006 → 15585 women 64% NHS 2009 <sup>b</sup> )	- % of women received ANC 2 times increased from 43% to 56%. The degree of increase is bigger than the non-model sites.	- The degree of increase is bigger than the non-model sites.
	3. Number and percentage of delivery registered at the model sites (12301 deliveries 50% NHS 2006 → 15497 deliveries 63% NHS 2009)	- Number and percentage of delivery registered was 16340 (78%) which exceeded the target of 63% in 2009.	- It is confirmed that the degree of increase is bigger than the non-model sites.

<p>Reproductive Health Program.)</p>	<p>--assuming 90% deliveries will be registered in 2015)</p> <p>4. Number of program elements adopted by National Program(s) that target the whole country which have been developed from the project experiences. (0→2)</p>	<p>MCA training was conducted at the national level. MDA form (from province to the central) was standardized according to the project suggestion.</p>	<p>These training courses do not have any funds to be implemented. Budget for 2010 has been submitted already, therefore, it would be 2011 as earliest if we use the government budget to implement the trainings.</p>
<p>Outputs</p> <p>(1) The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved</p>	<p>1-1. Number of training curricula formulated and number of training courses conducted has increased. (training curricula 0→2, training courses 0→3)</p> <p>1-2. Number of PHD/OD-MCH<sub>4</sub> received the MCT course to strengthen midwife coordinators' role has increased. (0→12)</p> <p>1-3. Number of action plans formulated during the MAT courses<sup>a</sup> has increased. (0→43)</p>	<p>MCT training (1), MAT training (2) have implemented</p> <p>The number of MW coordinators participated to the course was 12</p> <p>4ODs and PHD formulated the 46 action plans</p>	<p>Are they enough numbers? →Yes, the trainings were done to come up with a national level model, and the role of the those trainings in the model site is to learn lessons.</p> <p>National level is recognized as an advisor →Those who did not attend the training do not have a clear about the concept</p> <p>The action plan which is formulated by OD-MW and RH-SBAs is somehow clear for them the way to implement. →Funding is from AOP money and other donors fund.</p>
<p>(2) The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities to support the activities of HC-SBAs is formulated</p>	<p>2-1. Number of action plans implemented to support HC-SBAs has increased in the model sites. (0→4)</p>	<p>12 action plans have been implemented by ODs/ 5 have been implemented by the PHD without action plans</p>	<p>The action plan makes it possible to involve RH-SBAs in supporting HC-SBAs such as involving RH-SBAs in the regular MW meetings, involving RH-SBAs in supervision. → Those can be funded by regular government budget → making Maternity bedding house is also an item in the action plan. → standardization of VHV report is planned. → integrated monitoring used: ADB fund → OD directors are not waiting for funds to</p>

<p>(3) The model of collaboration for the improvement of MCH in</p>	<p>2-2. HC-SBAs' perceptions of the contents and quality of support from PHD/OD/RH have improved</p>	<p>Telephone survey.</p>	<p>come to implement the action plan, but they try to find funds for smooth implementation of the plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaboration with RH-SBAs is useful and can support HC-MWs technically, however, their available time is very limited.</li> <li>- Involvement of RH-SBAs in the monthly MW meeting can strengthen the technical capacity of MWs by providing small lectures according to their needs.</li> <li>- at the province level, RH-MW are now joining MDA activities.</li> <li>- RH-SBAs recognize the clear role to support HC-MWs</li> <li>- Involvement of RH-SBA in supervision is recognized useful.</li> </ul>
<p>2-3. Use of checklist by PHD/OD is improved.</p>	<p>Integrated monitoring included clinician and used clinical and public health checklists except Kampong Cham OD due to the busy schedule of RH-MWs.</p> <p>Kampong Cham OD has other way to monitor MWs.</p>	<p>Based on the project checklist, a new national integrated checklist is developed.</p>	
<p>2-4. The national guidelines are developed in order for PHD/OD/RH to support SBAs based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p>	<p>under the process of formulation the national guideline</p>	<p>What is the perspective of completing the guideline?          → It will be completed by the end of project.</p>	
<p>3-1. The enhancing and inhibiting factors to Community Collaboration are extrapolated, based on the situation analysis of community activities in the model sites.</p>	<p>factors were extrapolated.</p>	<p>-confirmed</p>	

9

<p>the communities is formulated.</p>	<p>3-2. The action list for ODs to support the Community Collaboration is developed</p>	<p>The action list has been developed.</p>	<p>-OD wants to strengthen the activities between HC-MWs and VHVs. -The involvement of TBAs is not clear for ODs in terms of direction and how to do it, though there are still demands for TBAs to provide services -SHARE(NGO) showed how to build the capacity among VHVs. Annual meetings involving local authority were established but after the project finished, the meeting was stopped. -VHVs are related birth spacing, Nutrition and vitamin A and other volunteers have different tasks and roles to play. - VHVs can work together with TBAs but this is depend on the relationship between them.</p>
<p>3-3. Number of ODs' new actions to support the Community Collaboration has increased. (0→4, 4 model sites only)</p>	<p>-Increased from 0 to 15</p>	<p>-Under process.</p>	<p>Will finish by the end of project</p>
<p>3-4. The guideline for ODs to support the Community Collaboration is developed.</p>	<p>- More than 8 reports were submitted to MCH subTWG -In the NRHP related meetings, 11 reports were made.</p>	<p>-Confirmed the numbers</p>	<p>-The project is going to summarize</p>
<p>(4) NMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.</p>	<p>4-1 Number of reporting on progress and outputs of the Project including results of studies in rural areas to MCH-related stakeholders at the central level (National Programs under the NMCHC, technical advisors of development partners) is increased. 4-2 The contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs are modified based on the Project experiences.</p>	<p>-The contents has been modified based on the project experiences</p>	<p>-The project is going to summarize</p>

	<p>4.3 Number of reports developed by the project to the NRHP (National Reproductive Health Programme) and the National Maternal Death Audit Committee has increased. (0 → 3)</p> <p>4.4 A new curriculum<sup>9</sup> based on the MAT and MCT training curricula is adopted by the NMCHC.</p> <p>4.5 The number of participants to the new training courses is increased. (0 → 68)</p> <p>4.6 The guidelines developed by the project are authorized by NMCHC.</p>	<p>-3 reports developed</p> <p>-Based on the analysis, the reporting forms from the state to the central was standardized.</p> <p>-MCAT which is a new curricula based on the MAT and MCT is adopted by the NMCHC.</p> <p>-Orientation WS for health managers was developed based on the experiences of CMT</p> <p>- 86 participants from 17 provinces attended the training course</p> <p>-51 health managers attended the orientation WS</p> <p>-SBA supporting Guideline</p> <p>-Community Collaboration Supporting Guideline</p>	<p>-confirmed</p> <p>- It is recommendable to provide MCAT training for newly recruited personnel to increase the capacity.</p> <p>-How the central level perceives the their role?        → The central level gained the ownership and understood the role in the MCH        -Will be completed and submitted for the permission until the end of the Project period.</p>
--	---	--	--

	<p>Activities Inputs (Comparison with the plan)</p>	<p>-Type of activities and implementation rates</p> <p>&lt;-Japanese Side&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Experts</li> <li>- Project Management</li> <li>- Rural Infrastructure</li> <li>- Agriculture</li> <li>- Rural Development</li> <li>- Project Coordination</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>2) Training for beneficiaries and Cambodian C/PS</li> <li>3) Vehicles and equipment for project management</li> <li>4) Cost for project office management (personnel, equipment, and consumables)</li> <li>5) Cost for equipments for the smooth implementation of activities</li> </ul> <p>&lt;Cambodian Side&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Counterparts</li> <li>2) Other supporting staff</li> <li>3) Land, buildings and facilities for project office</li> <li>4) Sharing of project office running expenses</li> <li>5) Tax exemption measures, etc.</li> </ul>	<p>- Progress reports</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Project reports</li> </ul>	<p>Literature review Literature review</p>
--	---	---	---	--

## 2. Implementation Process

Eva. Item	Aspects	Questions	Interview results
<p>1. Implementation Process</p>	<p>1. Activities</p>	<p>1.1 Were all of project activities carried out smoothly and sufficiently? If there are any activities which were not carried out sufficiently, then what were the reasons?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OD level formulated and implemented action plans, carried out monthly new supervision, OJT training, MW monthly meetings, quarterly meeting, etc..</li> <li>▪ In Krouh, Chhmar OD, it is difficult to involve RH-MW in monitoring since the MW is a primary MW. Shortage of HR constrains any activities.</li> <li>▪ From the project side, the difficulties in the implementation of activities are due to busy schedule of the national C/Ps and even at this level of C/Ps needed to build the culture of collaboration and team works.</li> <li>▪ Training section (NMCHC) C/Ps felt the difficulty to develop the MCT and MAT courses, since these courses are not technical courses but deals with human behavior. Conducting trainings also were not so easy neither, however, such as case study, problem solving activities were new to anyone and were very useful in the reality.</li> <li>▪ Going through the trainings, PHD/OD/RH gained good collaboration together with strong support from PHD director and carrying out the new supervision activities. MCAT could not be implemented in a certain type of provinces.</li> </ul>
<p>2. Target groups</p>	<p>2.1 Target groups</p>	<p>2.1 Are needs of target groups consistent with the project design and contents? Have target groups participated well in the project? Did the target groups understand and perceive well the project activities, purpose, approaches and strategies? Did the target groups show the behavioral changes accordingly in the implementation process?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behavioral changes in RH-SBAs were seen. They stop blaming HV-MWs and see them from the supporter point of view, though small portion of RH-SBAs keep their old attitude.</li> <li>▪ Regarding the implementation of action plans which each OD made, due to high ownership and the plan itself was very achievable one, so that the OD officials tried to find funds to implement it. Therefore, the implementation rates were high.</li> <li>▪ The participation rates in CMT meetings were high (more than 80%) as well. OD felt that they can learn</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ from CMT and also the opportunities for OD officials to make presentation made them to encourage to participate the meetings.</li> <li>▪ During the MCT/MAT courses, they participants were very active and show the effects of the course. It shows that these training course met the needs of local MCH officials and MWs.</li> <li>▪ The equipment and materials provided in the project are very adequate and help HC-MWs to meet the increasing demands of services.</li> <li>▪ Study tours to outside and inside of ODs and overseas trainings gave good impacts on motivating targets group.</li> <li>▪ In trainings, the project paid attention on grouping to manipulate any conflicts between two groups.</li> <li>▪ Project received many visitors during the project period (391 visitors from 67 organization) which consumed many hours of the project.</li> <li>▪ However, due to this constraints, the project forced to increase the efficiency to organize activities, scheduling with C/Ps, etc. The national level C/Ps, consequently, could have the ownership of the project and sustainability increased.</li> <li>▪ The communications between the project and the counterparts in all levels have been very good.</li> <li>▪ The monitoring activities through CMT meetings and various seminars and workshops increased the communication.</li> <li>▪ Good collaboration between the training section and JICA made the process of curricula development smooth.</li> <li>▪ The monitoring study of the project came in December 2008 was a good opportunity to expand the project activities from the model sites to the entire country.</li> </ul>
<p>3. Various concerns and ideas for the smooth implementation of the project</p>	<p>3.1 What concerns and ideas were taken by the project for the increment of participation of the target groups?</p> <p>3.2 How did the project act for the unexpected inhabitation during the project implementation process?</p>		
<p>4. Project management</p>	<p>4.1 Were there any difficulties in the project management? What were those??</p> <p>4.2 How was the communication between the project and the counterparts?</p> <p>4.3 Did the project monitor, adjust the activities, and re-schedule the plan adequately?</p>		





3. Five (5) Evaluation Items ( Relevance )

Items	Evaluation: Questions		Interview Results
	Questions		
1. The degree of importance/ necessity of the project.	1.1 Do you think that the project could meet your needs and community needs?		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The project could meet the MWs working at the frontline, OD, provincial and national needs and can improve the MCH services</li> <li>▪ Especially those newly assigned OD-MCH, MCT and MAT trainings helped them to understand their role as a coordinator, the importance of collaboration between HC and RH SBAs.</li> <li>▪ MCH policies are geared towards strengthening of MCH services to reduce MMR.</li> <li>▪ The quality side of MWs have been problem but the project can contribute to the quality improvement</li> <li>▪ The project meets the Japanese ODA policy</li> </ul>
	1.2 Do you think that the project could meet OC/Province needs?		
	1.3 Do you think that the project could meet the needs of country needs?		
2. The degree of priority of the project in the development agenda and policy	2.1 If the project overall goal and its approaches are consistence with the Cambodian's county development policy and strategies.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The project did improve the communication among OD/PHD MCH, RH-SBAs and HC-MWs and build up the good relationship among them.</li> <li>▪ Project approach which starts from a small problem solving by experiencing "plan-do-see" made targets group to understand what they are doing and also experiencing their pace, they could gain the confidence to do with their pace.</li> <li>▪ Comparing with other project, this project is very relevant to OD-MCH because this project is doing activities for the sake of targets' needs but not for JICA's needs.</li> <li>▪ The project approach is not pushing numerical targets to PHD/OD-MCH to achieve but show how to get whatever the objectives OD-MCH made in a step-by-step way.</li> <li>▪ JICA project identify the gaps in terms of ability and materials and tried to fill those gaps.</li> </ul>
	2.2 If the project meets the Japanese ODA development policy and the JICA's county strategy and plan for Cambodia.		
3. The relevance of project approaches, tools and methodologies	3.1 How well the project approaches which is improvement of working environment, improvement of communication, supportive supervisions, etc accepted by the target groups without paying incentives?		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparing with other similar projects, which points of the project were perceived as important and beneficial by the relevant stakeholders and target groups?</li> </ul>
	3.2 Comparing with other similar projects, which points of the project were perceived as important and beneficial by the relevant stakeholders and target groups?		

9

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ JICA project also follows up activities in very appropriate manner.</li> <li>▪ JICA project teach PHD/OD MCH how to walk but other NGOs push them to run without teaching even how to walk.</li> </ul>
<p>4. The Relevance of the project design</p>	<p>4.1 How relevant was the project period, selection of project areas, target groups, project approaches and methodologies, and project schedule?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The project period is perceived as short.</li> <li>▪ The approaches and methodologies are very relevant to the targets' needs</li> </ul>
<p>5. The relevance of the timing of the project</p>	<p>5.1 How relevant the timing of the project ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The project is giving the way to support the newly recruited, inexperienced MWs by well coordinated support, however, such service demands were created by the national policy, so that OD level feels to have more external support like this project.</li> </ul>

3. Five (5) Evaluation Items ( Effectiveness )

Evaluation Questions		Interview Results
Items	Questions	
1. Perspectives of the achievement of the project purpose	1.1 What effects (positive or negative) did target groups/beneficiaries see in their areas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Improvement of communication, supportive supervision to HC-MWs, regular meetings with technical lectures, own action plan to support SBAs, etc</li> <li>▪ OD-MCH learned the roles of each stakeholders, how to support HC-MWs and could establish good relationship among HC-MWs, RH-SBAs and OD-MCH.</li> <li>▪ The role of supervision is clear and supervising activities are improved by giving clinical advises to HC-MWs and explain the gaps in numbers and not to disturb the on-going activities.</li> <li>▪ PHD/MCH can include relevant topics in OD/MCH meetings since she understands better the situation in the frontline working places.</li> <li>▪ RH-SBAs gained good understanding on the situation of HCs, its difficulties such as shortage of materials, manpower, logistic support and even water or electricity. They are now willing to support technically HC-SBAs to participate regular MW meetings and integrated supervisions.</li> <li>▪ The trainings (one month in-service training) provided by JICA, together with equipment improved the MCH facility in a HC and attitudinal changes of MWs to promote more HC.MCH services provision made the HC staff to be more cooperative. These changes were key to expand the service demands and provision in an area. Incentives for delivery cases and also payment from RACH do affect on the behavioral change of mothers but this element is not the main one. Environmental change is the biggest element.</li> </ul>
	1.2 Did the target groups/beneficiaries perceive that the project activities are effective in increase the MCH services provided in their areas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In the current situation of MCH services in the country, infrastructure development in both facility and human resources are occurring in a rapid way, however, without the supporting system for isolated and incapable frontline health workers such as primary midwives, the service provision won't expand very far. In this context, the project showed the effectiveness to increase the MCH service provision especially with quality. However, the concerns and challenges existing in the future are those constrains are such as limited HC facility space which cannot cater the increase demands of MCH services and delivery services, shortage of</li> </ul>

SS

SS

		<p>equipment and materials to meet the needs, and low capacity of HRs at the time of entering the services.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yes, attained.</li> </ul>
<p>2. Did the project purpose achieved as the result of project outputs only?</p>	<p>1.3 Did the number and percentage of deliveries attended by SBAs at the model sites attain the project targets? If no, what were the possible reasons?</p> <p>1.4 Did the number and percentage of ANC's (Antenatal Cares) by SBAs at the model sites attain the project targets? If no, what were the possible reasons?</p> <p>1.5 Did the number and percentage of delivery registered at the model sites attain the project targets? If no, what were the possible reasons?</p> <p>1.6 How many program elements which have been developed from the project experiences were adopted by National Program(s) that target the whole country?</p> <p>1.7 Why the Community Cooperation Model could not be formulated?</p> <p>3.1 How did the implementation of ordinance on giving incentives to the mothers delivered at a health institution attended by SBA give the effects on achieving</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Mentioned in achievement grid)</li> <li>There are many outside factors influenced the achievement of project purpose. The project activities and outside factors are complementing each other to achieve the purpose.</li> </ul>

	<p>the project purpose?</p> <p>3.2 How did the other similar project implemented by other development partners give the effects on achieving the project purpose?</p>	<p>There are not direct influence or impacts on achieving the project purpose, rather the project and other partner's projects are complementing each other rather than competing.</p>
<p>3. Any obstacles and difficulties which the affected achievement of the project purpose</p>	<p>3.1 Are there any obstacles and difficulties which affected the achievement of the project purpose?</p>	<p>Some OD feels that funding new monitoring/supervision is a problem involving RH-SBAs in the monitoring activity would cause a problem to RH side by getting cut in the incentives to the RH in Cahmkar Leu OD, so that it is not easy to involve RH-SBAs, though they are willing to participate. Also though RH-SBAs are willing to participate to the supportive activities for HC-SBAs, they themselves are having difficulties to meet the demands in their own hospital due to more services demands and less human resources.</p>

3. Five (5) Evaluation Items ( Efficiency )

Evaluation Questions		Interview Results
Items	Questions	
1. Efficiency of the Project ( inputs vs outputs)	1.1 Comparing other donor funded similar projects, what is the perceived efficiency of the project among national and province level counterparts?	<ul style="list-style-type: none"> <li>The project is perceived as efficient. Other project uses expensive hotel conference rooms for training/WS/symposium, but the project uses government facilities without falling high participations.</li> <li>No problems in the timing and amount of inputs.</li> </ul>
	1.2 Were the timing and amount of inputs adequate? If there were any problems, how did the project deal with the problem?	<ul style="list-style-type: none"> <li>The equipment provided were all useful and highly appreciated by the OD/PHD officials and HC-SBAs</li> <li>Especially remote HC, normally Lesley equipped than the ones in urban area, so that the equipments are totally appreciated. These equipments made to look HCs more reliable ones for the community people.</li> </ul>
2. How the project team increase the efficiency of the project?	2.1 How were the equipment provided by the project selected and utilized in the context of efficiency?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Study tours outside and inside of their ODs were very useful to learn good practice and also overseas trainings gave lots of new ideas and motivated OD directors to implement their action plans with the knowledge they gained from the training, e.g., implementation of OJT training, improving referral system.</li> </ul>
	2.2 How did the study tours and overseas trainings implemented as project activities contribute to the efficiency of the projects?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cost sharing to conduct trainings. Utilizing government facilities as training venues.</li> <li>No incentives to implement any activities.</li> </ul>
3. Were there any elements to decrease the efficiency of the project?	2.3 Were there other project efforts to increase the efficiency of the project?	<ul style="list-style-type: none"> <li>JICA project has limited budget but the C/Ps feel happy to work with JICA because JICA gives moral supports and thought about the difficulties of OD side, wearers other NGOs only push their agenda, activities and their numerical targets.</li> <li>No elements to decrease the efficiency are seen.</li> </ul>
	3.1 Did the approach of the project which avoids monetary incentive affect the project efficiency?	
	3.2 Were there any other elements which affect negatively the efficiency of the project?	

3. Five (5) Evaluation Items ( Impact )

Items	Evaluation Questions	Interview Results
<p>1. Perspectives of achievement of the overall goal</p>	<p>1.1. Are the percentage of deliveries attended by SBAs and Percentage of pregnant women receiving ANC more than 2 times going to be achieved their targets within 5 years after the project period?</p> <p>1.2. Is it perceived as the achievement of overall goal is the result of the project purpose by the project stakeholders?</p> <p>1.3. What is the perspective of the important assumption which may affect the achievement of the project goal?</p> <p>1.4. What needs to be done to improve the MCH services in the country.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yes, there are strong perspective to achieve the project overall goal.</li> <li>▪ It is not clear how much the project purpose would give impacts on the achievement of overall goal. Anyway, the project can complement to any other projects interventions.</li> <li>▪ Following the rapid expansion of service demands, each service delivery points needs to have enough material supports for MCH activities, more space inside/outside of HCs, transportation support and trainings in order to SBAs to perform better.</li> <li>▪ Increase the quality of pre-service trainings</li> <li>▪ Community collaboration for MCH services needs to be put in place.</li> <li>▪ Clarification of the role of TBAs</li> </ul>
<p>2. Unexpected positive or negative impacts</p>	<p>2.1. What are the positive and negative impacts in the non-project site in Kampong Cham province?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PHD tried to expand the concept of the supporting model to other 6 ODs in the province by using the experience of 4 ODs. Nov.2009, at OD-MCH meeting, 4ODs presented their experience and Aug. 2009, 6ODs presented their experiences and 4ODs gave advices in the same meeting.</li> <li>▪ However, according to the training section, the training for 6ODs are not complete one, so that the understanding the activities are rather patchy.</li> <li>▪ OD-level beneficiaries feel that they improved their managerial and presentation capacity to organize meetings.</li> <li>▪ The project built the trust between government officials and HC-MWs, so that HC-MWs do listen what OD level officials say.</li> </ul>



	<p>2.2 What are the unexpected positive impacts of the project?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Small trainings has been included in the MW monthly or quarterly meetings in each OD to educate and motivate MWs through the collaboration from RH-SBAs</li> <li>▪ For implementation of action plans, some OD-MCH started to utilize available funds from other donors.</li> <li>▪ Some NGOs started mapping of incentives from different projects and programs before they decide their incentives influenced by the analysis on over rapped incentives from different projects/programs done by the project.</li> </ul>
	<p>2.3 What are the unexpected negative impact of the project?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MCAT training covered 17 other ODs in 17 provinces, however, this created the gap between those received the training and not received the training.</li> <li>▪ Demands were created among ODs but no trainings were prepared yet due to he shortage of funds.</li> <li>▪ Within a facility, there are also gap created. Those who received MCAT is willing to do supervision but not others.</li> </ul>
	<p>2.4 Are there any positive or negative impacts on the different social status?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No negative impacts are seen</li> </ul>
	<p>2.5 Are there any positive or negative impacts on the different occupational categories?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No negative impacts are seen</li> </ul>
	<p>2.6 Did any impacts seen on the regulation and policies in the country?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ There is a new regulation created out of project influences for newly employed MWs to have in-service trainings in CPA3 RH before they go to assigned health centers.</li> </ul>

**Five (5) Evaluation Items ( Sustainability )**

Items	Evaluation: Questions	Interview Results
1. Are there positive	1.1 In the project site ODs, did those ODs formulate a plan to sustain the project activities and also do they	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OD-MCH would like to continue making Action Plan to improve the MCH services in their area. The</li> </ul>

<p>prospects of sustainability of the project activities within and outside of project site in the province?</p>	<p>secure the budget for those activities after the project?</p>	<p>budget would be available from the government budget and also donor funds. However, the concern is that the expansion of MCH service requires more inputs than they can get, so that what project activities would offer would be limited to some extent. They need fund in the area of transportation, equipment and material support, trainings and motivating activities such as study tours and annual MW meeting, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OD directors would like to continue monthly MW meetings involving RH-SBAs, new supervision, and action planning and implementation within their capacity to implement.</li> <li>▪ OD-MCH would like to expand to involve VHVs by teaching their role and by improving the reporting form, etc.</li> <li>▪ RH-SBAs are willing to give technical support to the HS-MWs when they come to the hospital with referred patients, or in the regular meetings of MWs.</li> <li>▪ Though OD-MCH feel insecure about their capacity, however at this time of evaluation, at the bottom, they are determined to continue whatever they gained from the project and eventually they would be confident that they can continue the activities.</li> <li>▪ Provincial/OD level counterparts feel that the project is too short to give them more confidence to be sustainable.</li> <li>▪ An OD director feels that TBA related activities in community are needed.</li> <li>▪ The situation is the same as OD level. They do not have extra fund to continue project activities such as conducting annual MW meetings, conducting study tours, providing equipment and materials to HCs, etc.</li> </ul>
	<p>1.2 Are project stakeholders in the project site ODs confident enough to continue the project activities after the project period? If there are any problems perceived in sustainability, then what are they?</p>	
	<p>1.3 In Kampong Cham province, did the PHD formulate a plan to expand the project activities in other ODs and also do they secure the budget for those activities after the project?</p>	

<p>2. Are there positive prospects of sustainability of the project activities at the national level?</p>	<p>1.4 Are project stakeholders at the province level confident enough to continue the project activities after the project period? If there are any perceived problems for expansion, then what are they?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ They feel very positive about the project effects, so that they are willing to give any supports to OD level in their capacity.</li> <li>▪ MDA activities have been strengthened by involving the RH, so that they will continue such involvement.</li> </ul>
<p>3. Are there positive prospects of sustainability of the project activities among the development partners in Cambodia?</p>	<p>2.1 At the national level, did the NMCHC formulate a plan to continue the project activities, especially the MCAT trainings in other provinces and also do they secure the budget for those activities after the project?</p> <p>2.2 Are project stakeholders at the national level confident enough to continue the project activities after the project period? If there are any perceived problems for expansion, then what are they?</p> <p>3.1 Do the development partners have intentions to utilize the experiences in the project for strengthening the MCH services after the project period?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The national level is not sure if the trainings are going to be carried out due to unavailability of funds, though they feel usefulness of the training and the demands have been already created.</li> <li>▪ They are technically very confident to carry out the trainings, however, the shortage of human resource can constrain provision of trainings.</li> <li>▪ Funds is always the problem.</li> <li>▪ It could not be confirmed, however, development partners recognize the importance of this project, and perceive this project as not competing but complement to their own project.</li> <li>▪ The project could show how to change the attitude and even system without much external inputs.</li> <li>▪ National level AOP should be prepared for sustainability.</li> </ul>

ANNEX 4 INPUTS FROM JAPANESE SIDE

List of Long-term and Short-term Experts

1. Long term Expert

Name	Title of assignment	M/M
Dr. Hiromi Obara	Chief Advisor	36.00
Mr. Sadatoshi Matsuoka	Training Management/Community Health/Coordinator	34.60
Dr. Mari Nagai	Community Health	24.00
Ms. Yukie Sakurai	Skilled Birth Attendant (SBA) Supporting Mechanism	19.20

2. Short term Expert

Name	Title of assignment	M/M
Dr. Mari Nagai	Community Health	0.90
Mr. Akira Ogasawara	Health Activity Evaluation	1.90
Dr. Shinichiro Noda	Newborn Care	0.70
Dr. Yuki Ishihara	Management System for SBAs skill improvement	2.30
Ms. Yukie Sakurai	Development of Training Plan for Skilled Birth Attendant	1.63
Ms. Kimiko Abe	MCH Community Activity Analysis	2.20
Dr. Mari Nagai	Strengthening Health System to Support SBA	1.96
Dr. Hitoshi Murakami	Health System Strengthening for Maternal and Child Health	0.36
Dr. Noriko Fujita	Situation Analysis of Midwifery Policy, Planning and Donor Support	0.86
Dr. Hidechika Akashi	Planning for MCH Policy & Programme	0.50

List of Equipment Provision from Japanese Side

Unit: US\$

Equipment	Amount
Office equipment	48,558.00
Medical equipment	21,161.40
Ambulance	33,000.00
Bicycle	7,120.00



<b>NMCHC</b>
--------------

**Office equipment**

FY 2006

No.	Name of equipment.	Unit price	Qty.	Total
1	Desktop computer/monitor	US\$920.00	1	US\$920.00
2	Printer (black & white)	US\$440.00	1	US\$440.00
<b>Sub-total</b>				<b>US\$1,360.00</b>

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Photocopy machine + automatic doc. Feeder + sorter	US\$2,090.00	1	US\$2,090.00
2	Desktop computer/monitor	US\$999.00	1	US\$999.00
3	Laptop computer	US\$1,849.00	1	US\$1,849.00
4	Printer (black & white)	US\$300.00	1	US\$300.00
5	LCD multi projector	US\$4,950.00	1	US\$4,950.00
<b>Sub-total:</b>				<b>US\$10,188.00</b>

**Medical Equipment**

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Handy doppler	US\$140.00	3	US\$420.00
<b>Sub-total</b>				<b>US\$420.00</b>

	<b>Office equipment</b>			<b>Medical equipment</b>
	<b>US\$11,548.00</b>	<b>+</b>		<b>US\$420.00</b>
<b>Grand total</b>				<b>US\$11,968.00</b>

**Kg. Cham PHD**

**Office equipment**

FY 2006

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Desktop computer/monitor	US\$920.00	1	US\$920.00
2	Laptop computer	US\$1,799.00	1	US\$1,799.00
3	Printer (black & white)	US\$440.00	1	US\$440.00
4	LCD projector	US\$1,290.00	1	US\$1,290.00
5	Spare lamp for the LCD projector	US\$400.00	2	US\$800.00
6	Photocopy machine + automatic doc. Feeder + sorter	US\$1,850.00	1	US\$1,850.00
Sub-total				US\$7,099.00

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Desktop computer/monitor	US\$999.00	2	US\$1,998.00
Sub-total				US\$1,998.00

**Medical Equipment**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Infection control protector	US\$4.50	245	US\$1,102.50
Sub-total				US\$1,102.50

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Height & weighing scale (for the other 6 ODs and RH)	US\$95.00	19	US\$1,805.00
2	Sphygmomanometer (for RH)	US\$18.00	4	US\$72.00
3	Stethoscope (for RH)	US\$3.50	4	US\$14.00
4	Baby scale (fixed) (for RH)	US\$25.00	1	US\$25.00
5	Sphygmomanometer + Stethoscope (for the other 6 ODs and RH)	US\$18.50	75	US\$1,387.50
6	Suction bulb (for the other 6 ODs and RH)	US\$1.30	61	US\$79.30
7	Baby scale (for the other 6 ODs and RH)	US\$27.00	53	US\$1,431.00
8	Handy doppler	US\$140.00	10	US\$1,400.00
Sub-total				US\$6,213.80

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit (for the other 6 ODs)	US\$21.90	12	US\$262.80
			Sub-total	US\$262.80

Office equipment	US\$9,097.00	+	Medical equipment	US\$7,579.10
			Grand total	US\$16,676.10



**Kg. Cham-Kg. Siem OD**

**Office equipment**

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Laptop computer	US\$1,850.00	1	US\$1,850.00
			Sub-total	US\$1,850.00

**Medical Equipment**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$15.00	48	US\$720.00
2	Suction bulb	US\$0.90	48	US\$43.20
			Sub-total	US\$763.20

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Height & weighing scale	US\$95.00	17	US\$1,615.00
2	Sphygmomanometer	US\$18.00	57	US\$1,026.00
3	Stethoscope	US\$3.50	57	US\$199.50
4	Baby scale (fixed)	US\$25.00	12	US\$300.00
			Sub-total	US\$3,140.50

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$21.90	2	US\$43.80
			Sub-total	US\$43.80

	Office equipment	US\$1,850.00	+	Medical equipment	US\$3,947.50
				Grand total	US\$5,797.50

**Chamker Lue OD**

**Office equipment**

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Photocopy machine + automatic doc. Feeder + sorter	US\$2,210.00	1	US\$2,210.00
2	Laptop computer	US\$1,850.00	1	US\$1,850.00
Sub-total				US\$4,060.00

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Generator	US\$3,450.00	1	US\$3,450.00
Sub-total				US\$3,450.00

**Medical Equipment**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$15.00	29	US\$435.00
2	Suction bulb	US\$0.90	29	US\$26.10
Sub-total				US\$461.10

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Height & weighing scale	US\$95.00	12	US\$1,140.00
2	Sphygmomanometer	US\$18.00	20	US\$360.00
3	Stethoscope	US\$3.50	20	US\$70.00
4	Baby scale (fixed)	US\$25.00	12	US\$300.00
Sub-total				US\$1,870.00

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$21.90	2	US\$43.80
Sub-total				US\$43.80

	Office equipment			Medical equipment
	US\$7,510.00	+		US\$2,374.90
Grand total				US\$9,884.90

**Srei Santhor OD**

**Office equipment**

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Multi LCD projector, spare lamp	US\$5,370.00	1	US\$5,370.00
2	Laptop computer	US\$1,850.00	1	US\$1,850.00
3	Printer (black & white)	US\$295.00	1	US\$295.00
			Sub-total	US\$7,515.00

**Medical Equipment**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$15.00	12	US\$180.00
2	Suction bulb	US\$0.90	12	US\$10.80
			Sub-total	US\$190.80

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Height & weighing scale	US\$95.00	14	US\$1,330.00
2	Sphygmomanometer	US\$18.00	30	US\$540.00
3	Stethoscope	US\$3.50	30	US\$105.00
4	Baby scale (fixed)	US\$25.00	17	US\$425.00
5	Adult scale (outreach)	US\$14.00	9	US\$126.00
			Sub-total	US\$2,526.00

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$21.90	2	US\$43.80
			Sub-total	US\$43.80

**Bicycle**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Bicycle	US\$40.00	178	US\$7,120.00
			Sub-total	US\$7,120.00

	Office equipment		Medical equipment
	US\$7,515.00	+	US\$2,760.60

	Bicycle		
+	US\$7,120.00	+	
			Grand total
			US\$17,395.60

**Kroch Chhmar OD**

**Office equipment**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Phtocopy machine + automatic doc. Feeder + sorter	US\$2,090.00	1	US\$2,090.00
2	Laptop computer	US\$1,849.00	2	US\$3,698.00
3	Printer (black & white)	US\$300.00	1	US\$300.00
4	LCD multi projector	US\$4,950.00	1	US\$4,950.00
Sub-total				US\$11,038.00

**Medical Equipment**

FY 2007

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$15.00	10	US\$150.00
2	Suction bulb	US\$0.90	10	US\$9.00
Sub-total				US\$159.00

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Height & weighing scale	US\$95.00	10	US\$950.00
2	Sphygmomanometer	US\$18.00	17	US\$306.00
3	Stethoscope	US\$3.50	17	US\$59.50
4	Baby scale (fixed)	US\$25.00	5	US\$125.00
5	Adult scale (outreach)	US\$14.00	4	US\$56.00
Sub-total				US\$1,496.50

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Delivery kit	US\$21.90	2	US\$43.80
Sub-total				US\$43.80

**Ambulance**

FY 2008

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Ambulance (4WD)	US\$33,000.00	1	US\$33,000.00
Sub-total				US\$33,000.00

	Office equipment		Medical equipment
	US\$11,038.00	+	US\$1,699.30

	Ambulance		
+	US\$33,000.00	+	
			Grand total
			US\$45,737.30

Other 17 CPA 3 areas

Medical Equipment

FY 2009

No.	Name of equipment	Unit price	Qty.	Total
1	Handy doppler	US\$140.00	17	US\$2,380.00
			Sub-total	US\$2,380.00

	Office equipment			Medical equipment	
		+		US\$2,380.00	
				Grand total	US\$2,380.00

ANNEX 2

Project Design Matrix (PDM)  
 JICA- The Project for Improving Maternal and Child Health (MCH) Service in Rural Areas in Cambodia

ver2

Target Area : Whole Cambodia. Four ODs (Operational Districts) (Kampong Cham- Kampong Siem OD, Chankar Leu- Steung Trong OD, Srei Santhor- Kong Meas OD, Krouch Chhmar- Steung Trong OD) will be selected from Kampong Cham Province as the model sites.

Duration : January, 2007 – January, 2010 (3 years)

Target Groups: (1) Health staff at NMCHC (National Maternal and Child Health Center), PHD (Provincial Health Department), OD, RH (Referral Hospital) and HC (Health Center).  
 (2) People living in the model sites (717,871) [especially women of reproductive age (186,846) and neonates (21,671/year)]

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicator	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>[Overall Goal]</b>                      The utilization of maternal and newborn care service with quality provided by Skilled Birth Attendants (SBAs) is increased.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentage of deliveries attended by SBAs [44% DHS (Demographic Health Survey) 2005 → 80% Target in 2015 set by HSP2]</li> <li>- Percentage of pregnant women receiving ANC [Two or more ANC sessions 68% HSP2 as a baseline value in 2005-2008, 60.2% DHS 2005 → 90% Target in 2015 set by HSP2]</li> </ul>	National Health Statistics (NHS), DHS NHS, DHS	MoH does not change major policies on SBAs and maternal and newborn health.
<p><b>[Project Purpose]</b>                      Maternal and newborn care service in the model sites is improved, whose results are integrated into models and reflected in the national programs*.                      (* National programs under NMCHC, particularly National Reproductive Health Program.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Number and percentage of deliveries attended by SBAs at the model sites (8373 deliveries 34% NHS2006 → 12068 deliveries 50% NHS 2009<sup>a</sup>)</li> <li>- Number and percentage of ANC (Antenatal Cares) by SBAs at the model sites (ANC 2 times- 10541 women 43% NHS 2006 → 15585 women 64% NHS 2009<sup>b</sup>)</li> <li>- Number<sup>c</sup> and percentage of delivery registered at the model sites (12301 deliveries 50% NHS 2006 → 15497 deliveries 63% NHS 2009 – assuming 90% deliveries will be registered in 2015)</li> <li>- Number of program elements adopted by National Program(s) that target the whole country which have been developed from the project experiences. (0 → 2)</li> </ul>	HIS report from OD, NHS HIS report from OD, NHS HIS report from OD, NHS Project Report	The function of NMCHC including the national programs does not change drastically.
<p><b>[Outputs]</b>                      1. The teamwork for supporting SBAs in Health Centers (HC-SBAs) is improved.</p>	1-1 Number of training curricula formulated and number of training courses conducted has increased. (training curricula 0 → 2, training courses 0 → 3) 1-2 Number of PHD/OD-MCH received the MCT course <sup>d</sup> to strengthen midwife coordinators' role has increased. (0 → 12) 1-3 Number of action plans formulated during the MAT courses <sup>e</sup> has increased. (0 → 43)	Project Report Project Report Project Report	Political situation remains stable. The staff of the national programs at managerial level does not resign.



<p>2. The model of health administration system (PHD/OD) and clinical facilities (RHs) to support the activities of HC-SBAs is formulated.</p> <p>3. The model of collaboration for the improvement of MCH in the communities is formulated.</p> <p>4. NIMCHC identifies the issues in the rural areas and reflects this in the national programs.</p>	<p>2-1 Number of action plans implemented to support HC-SBAs has increased in the model sites. (0→4)</p> <p>2-2 HC-SBAs' perceptions of the contents and quality of support from PHD/OD/RH have improved.</p> <p>2-3 Use of checklist by PHD/OD is improved.</p> <p>2-4 The national guidelines are developed in order for PHD/OD/RH to support SBAs based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p> <p>3-1 The enhancing and inhibiting factors to Community Collaboration' are extrapolated, based on the situation analysis of community activities in the model sites.</p> <p>3-2 The action list for ODs to support the Community Collaboration is developed.</p> <p>3-3 Number of ODs' new actions to support the Community Collaboration has increased. (0→4, 4 model sites only)</p> <p>3-4 The guideline for ODs to support the Community Collaboration is developed.</p> <p>4-1 Number of reporting on progress and outputs of the Project including results of studies in rural areas to MCH-related stakeholders at the central level (National Programs under the NIMCHC, technical advisors of development partners) is increased.</p> <p>4-2 The contents of existing NIMCHC's training courses targeting SBAs are modified based on the Project experiences.</p> <p>4-3 Number of reports developed by the project to the NRHP (National Reproductive Health Programme) and the National Maternal Death Audit Committee has increased. (0→3)</p> <p>4-4 A new curriculum<sup>9</sup> based on the MAT and MCT training curricula is adopted by the NIMCHC..</p> <p>4-5 The number of participants to the new training courses is increased. (0→68)</p> <p>4-6 The guidelines developed by the project are authorized by NIMCHC.</p>	<p>Project Survey</p> <p>Project Survey Interview with SBAs by the Project</p> <p>Project Survey</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Survey</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p> <p>Project Report</p>	
--	---	--	--

<p><b>[Activities]</b></p> <p>0-1 Review the current situation of ODs in Kampong Cham Province for selecting the model sites</p> <p>0-2 Select the model sites</p> <p>1-1 NMCHC formulates the training curricula (MCT, MAT course) for strengthening SBAs' teamwork in the model sites, based on the review of the existing monitoring mechanism nationwide (Activity 2-1) and the stakeholder analysis in the model sites.</p> <p>1-2 Organize implementation team to conduct the training.</p> <p>1-3 Strengthen PHD/OD MCH to have midwife coordinators' role by conducting TOT (Training of Trainers) (MCT course) for PHD/OD MCH.</p> <p>1-4 Conduct the MAT course in the model sites for SBAs (PHD/OD/RH) to improve their teamwork in order to strengthen MCH services together in their area.</p> <p>1-5 PHD/OD-MCH and RH-SBAs formulate action plans during the MAT courses to support HC-SBAs.</p> <p>1-6 Monitor the outcomes of the training by follow-up workshops in the model sites.</p> <p>2-1 Review the existing way of support (monitoring and checklists) by PHD/OD for HC-SBAs.</p> <p>2-2 Reflect the results of the review into the training curriculums mentioned in 1-1.</p> <p>2-3 PHD/OD-MCH as midwife coordinators implement the action plans in the model sites.</p> <p>2-4 After the training, PHD/OD/RH strengthen support to HC-SBAs, for example by using the checklist.</p> <p>2-5 Strengthen the NMCHC's support for PHD/OD-MCH as midwife coordinators and RH-SBAs.</p> <p>2-6 Collect information at the model sites in order to develop the national guidelines on SBA support.</p> <p>2-7 Develop the national guidelines on SBA support for PHD/OD/RH, based on the SBA support models and experiences in the model sites.</p> <p>3-1 Review the good practices of community activities nationwide.</p> <p>3-2 Conduct stakeholder analysis in the model sites.</p> <p>3-3 Extrapolate the enhancing and inhibiting factors affecting Community Collaboration based on the situation analysis of community activities in the model sites.</p> <p>3-4 Develop an action list for ODs to support the Community Collaboration.</p> <p>3-5 Monitor ODs' actions to support the Community Collaboration.</p> <p>3-6 Develop the guidelines for ODs to support the Community Collaboration.</p> <p>3-7 Conduct workshops to share the experiences of the model sites.</p> <p>4-1 Participate in the technical working groups related to MCH.</p> <p>4-2 Report to the relevant stakeholders at the central level (National Programs under NMCHC, technical advisors of development partners) about the project activities, outputs, and results of the studies in rural areas.</p> <p>4-3 NMCHC modifies the contents of existing NMCHC's training courses targeting SBAs based on the Project experiences.</p> <p>4-4 Report the study and analysis of the results of maternal mortality and morbidities to the NRHP and the National Maternal Death Audit Committee.</p> <p>4-5 NMCHC develops a new training curriculum based on MCT/MAT curricula and implements it nationwide.</p> <p>4-6. NRHP monitor the activities of PHD/OD MCH as midwife coordinators in the regular meetings such as NRHP's bi-annual meeting.</p> <p>4-7. The guidelines developed by the project is adopted by the NMCHC.</p> <p>4-8 Conduct seminars, including a high-level seminar, on how to support SBAs.</p>	<p><b>[Inputs]</b></p> <p><u>Japanese Side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Long term experts -Chief Advisor -Project Coordinator/ Training Management -Community Health</li> <li>2. Short term experts</li> <li>3. Counterpart training</li> <li>4. Equipment provision</li> </ol> <p><u>Cambodian Side</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Counterpart members</li> <li>2. Project offices</li> <li>3. Local cost</li> </ol> <p>Large numbers of health staff in the model sites, OD and PHD do not leave the public sector.</p> <p><b>[Preconditions]</b> MoH does not change major policies.</p>
---	---

- a. An estimated value for 2009, assuming a steady linear increase in the rate of deliveries attended by SBAs up to the target in 2015. (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2006 (24,321) is used as a standardized denominator.)
- b. An estimated value for 2009, assuming a linear increase in ANC 2<sup>nd</sup> attendance rate up to the target in 2015. (Population growth is not taken into consideration. The estimated number of deliveries at the model sites in 2006 (24,321) is used as a standardized denominator.)
- c. Number of registered deliveries comprises: 1) Facility deliveries 2) Home deliveries attended by SBAs 3) Deliveries registered to HCs among those attended by non-SBAs
- d. MCT (Midwife Coordinator ToT) Course: A ToT course for existing PHD/OD-MCH aiming to improve their capacity to support SBAs in their area. After successful completion of the course, they will be called Midwife Coordinators.
- e. MAT (Midwife Alliance Team training) Course : Teamwork training for both PHD/OD-MCH midwife coordinators and RH-SBAs to strengthen support to HC-SBAs in their area.
- f. Community Collaboration: HC and stakeholders in the HC's catchment area work together in order to improve the health of people in the community
- g. New curriculum: A curriculum for RH SBAs and PHD/OD-MCH to support HC-SBAs

Project Design Matrix (PDM)  
カンボジア国 地域における母子保健サービス向上プロジェクト

ターゲット地域： 全国を対象とし、コンボンチャム州内の4OD (Operational District) (コンボンチャム OD、チャムカールーOD、スレイセントーOD、クロチュムーOD) をモデル・サイトとする

プロジェクト期間： 2007年1月～2010年1月 (3年間)

ターゲット・グループ： (1) NMCHC (National Maternal and Child Health Center), PHD (Provincial Health Department), OD, RH (Referral Hospital), HC (Health Center) のスタッフ、(2) モデル・サイトの住民 (717,871人) (特に再生産年齢の女性 (186,846人) および新生児 (21,871人/年))

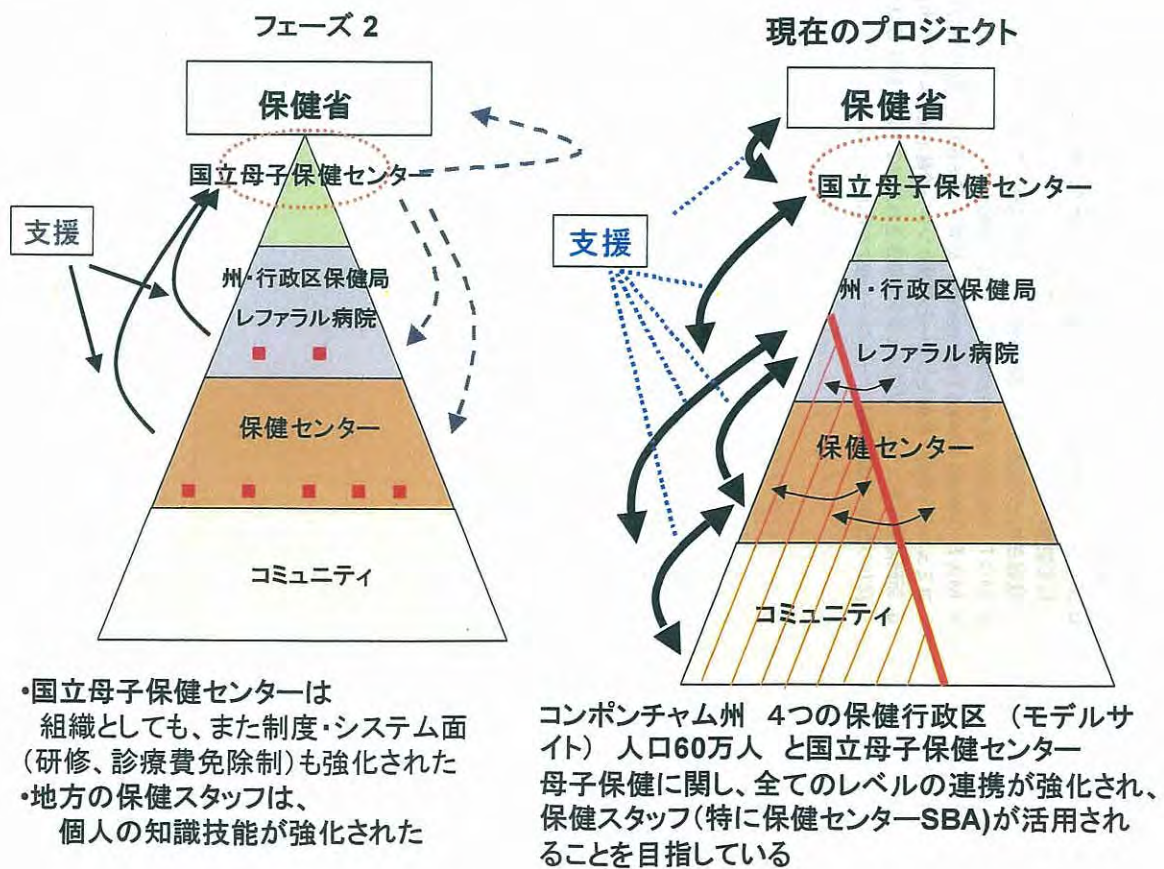
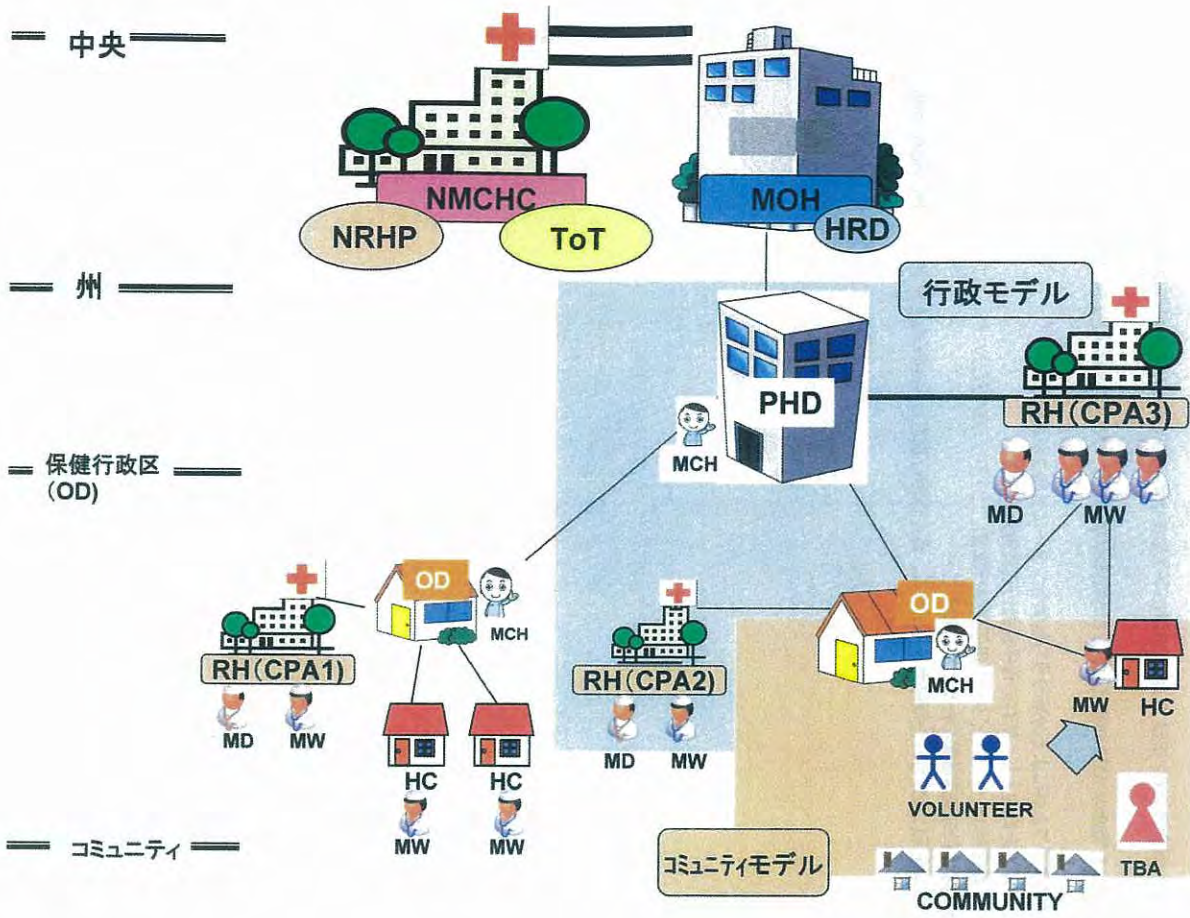
【上位目標】	要約	詳細的指標	指標入手手段	外部条件
カンボジアにおける熟練助産者 (Skilled Birth Attendant: SBA) による質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SBA の立会いによる出産の割合 [44% DHS (Demographic and Health Survey) 2005 → 80% HSP (Health Strategic Plan) 2 で規定されている 2015 年のターゲット]</li> <li>- 妊娠婦健診受診率 [2 回以上受診する妊婦率 68% (HSP2 掲載のベースライン値 2005-2008), 60.2% DHS2005 → 90% HSP2 で規定されている 2015 年のターゲット]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SBA の立会いによる出産の割合 [44% DHS (Demographic and Health Survey) 2005 → 80% HSP (Health Strategic Plan) 2 で規定されている 2015 年のターゲット]</li> <li>- 妊娠婦健診受診率 [2 回以上受診する妊婦率 68% (HSP2 掲載のベースライン値 2005-2008), 60.2% DHS2005 → 90% HSP2 で規定されている 2015 年のターゲット]</li> </ul>	NHS (National Health Statistics), DHS  NHS, DHS	保健省がSBAと母子新生児に関する主要な政策を変更しない
【プロジェクト目標】 モデル・サイトの妊娠・出産・新生児ケアサービスが向上し、それが地域モデル(行政による支援モデルとコミュニティの協働モデル)として国家プログラムに反映される	<ul style="list-style-type: none"> <li>- モデル・サイトにおけるSBAによる出産助産の数と率 (8373 分娩 34% NHS2006 → 12068 分娩 50% NHS2009)</li> <li>- モデル・サイト SBA による妊娠婦健診の数と率 (2 回受診 10541 人 43% NHS2006 → 15585 人 64% NHS2009)</li> <li>- モデル・サイトにおいて登録された「出産数と率 (12301 分娩 50% NHS2006 → 15497 分娩 63% NHS2009 → 2015 年に90%が登録されると仮定)</li> <li>- プロジェクトの経験をもとに国家プログラムとして承認され、全国を対象として実施された事業の数 (0→2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OD による HIS 報告/NHS</li> <li>- OD による HIS 報告/NHS</li> <li>- OD による HIS 報告/NHS</li> <li>- プロジェクト報告書</li> </ul>	OD による HIS 報告/NHS  OD による HIS 報告/NHS  OD による HIS 報告/NHS  プロジェクト報告書	国立母子保健センターとセンター内の国家プログラム機能が大幅に変更されない
【成果】 1. HC に配置される SBA (HC-SBA) を支援するためのチームワークが向上する	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-1 作成された研修カリキュラムの数とそれに基づいて実施された研修の数が増加する (研修カリキュラムの数 0→2、研修の数 0→3)</li> <li>1-2 MCT 研修により養成された助産師コординーターの数が増加する (0→12)</li> <li>1-3 MAT 研修時に作成されたアクションプランの数が増加する (0→43)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- プロジェクト報告書</li> <li>- プロジェクト報告書</li> <li>- プロジェクト報告書</li> </ul>	プロジェクト報告書  プロジェクト報告書  プロジェクト報告書	<p>情報が安定している</p> <p>国家プログラムのマネージャーレベルが離職しない</p>



<p><b>【活動】</b></p> <p>0-1 コンポンチャン州のモデル・サイトとなるODを選定するために現状をレビューする</p> <p>0-2 モデル・サイトを選定する</p> <p>1-1 全国のモニタリング方法レビュー（活動2-1）とモデル・サイトにおける関係者分析との結果をもとに、NMCHCがモデルサイトのSBAチームワーク強化研修(MCT/MAT研修)カリキュラムを作成する</p> <p>1-2 研修実施体制を整える</p> <p>1-3 母子保健行政官 (PHD/OD-MCH) を対象にToT (Training of Trainers) (MCT研修)を実施し助産師コーディネイターとして養成する</p> <p>1-4 モデル・サイトにおいて母子保健サービス強化をチームで取り組めるための研修 (MAT研修) をPHD/OD/RHを対象に実施する</p> <p>1-5 助産師コーディネイターとRH-SBAがMAT研修時にHC-SBA支援のためのアクションプランを作成する</p> <p>1-6 成果をモニタリングするため、モデル・サイトにおいてフォローアップワークショップを行う</p> <p>2-1 PHD/ODによるHC-SBAに対する支援方法（モニタリング方法と現存するチェックリスト）をレビューする</p> <p>2-2 レビューの結果を活動1-1の研修カリキュラムに反映させる</p> <p>2-3 モデル・サイトにおいて助産師コーディネイターがアクションプランを実施する</p> <p>2-4 研修後にチェックリストなどを活用し、PHD/OD/RHによるHC-SBAsへの支援を強化する</p> <p>2-5 助産師コーディネイターとRH-SBAに対するNMCHCの支援を強化する</p> <p>2-6 SBA支援ガイドラインを作成するための事例を収集する</p> <p>2-7 モデル・サイトにおける支援モデル事例をもとに、全国を対象としたSBA支援ガイドラインを作成する</p> <p>3-1 全国においてコミュニティ・レベルのグッド・プラクティスをレビューする</p> <p>3-2 選定されたモデル・サイトにおける関係者分析を行う</p> <p>3-3 モデル・サイトにおけるHCスタッフとコミュニティによる協働活動を調査しコミュニティ協働の促進・阻害要因を抽出する</p> <p>3-4 ODのためのコミュニティ協働支援行動リストを作成する</p> <p>3-5 ODのコミュニティ協働支援行動をモニターする</p> <p>3-6 ODのためのコミュニティ協働支援行動ガイドラインを作成する</p> <p>3-7 モデル・サイトの経験を共有するワークショップを実施する</p> <p>4-1 母子保健関連ワーキンググループの活動に参加する</p> <p>4-2 プロジェクトの活動進捗・成果や地方における調査結果を中央レベルの母子保健関係者（国立母子保健センター、開発パートナー技術アドバイザー）に報告する</p> <p>4-3 プロジェクトの総括を話しSBAを対象としたNMCHCの研修内容等を変更・改定する</p> <p>4-4 妊産婦死亡・疾病に関する情報を調査分析し国家リプロダクティブヘルスプログラムと国家妊産婦死亡オナーディット委員会に報告する</p> <p>4-5 MCT/MAT研修カリキュラムを基に新研修カリキュラムを策定し、全国を対象に実施する</p> <p>4-6 NRHPが半期会合等で助産師コーディネイターの活動をモニターする</p> <p>4-7 プロジェクトで作成した各種ガイドラインを国立母子保健センターが認定する</p> <p>4-8 SBA支援に関するハイレベルセミナー会議等を開催する</p>	<p><b>【投入】</b></p> <p><b>日本側</b></p> <p>1. 専門家派遣</p> <p>(1) 長期専門家:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- チーフアドバイザー</li> <li>- バイザー</li> <li>- 母子保健</li> <li>- 業務調整員</li> </ul> <p>(2) 短期専門家:</p> <p>2. OP 本邦研修</p> <p>3. 機材供与:</p> <p>4. 現地業務費</p> <p><b>カンボジア側</b></p> <p>1. カウンターパート</p> <p>2. 現地業務費</p> <p>3. プロジェクト事務所</p>	<p>モデル・サイトの医療従事者とOD/PHD職員が多くが公的セクターを離れない</p> <p><b>【前提条件】</b></p> <p>保健省の主要な政策が変更されない。</p>
--	---	--

- a. 2015年のターゲットにむけて順調にSBAによる分娩介助割合が増加すると仮定した場合の2009年値（なお人口増加率は加味せず、2006年時点の推定年間分娩数24321を基準分母として使用）
- b. 2015年のターゲットにむけて順調にSBAによる妊産婦健診割合が増加すると仮定した場合の2009年値（なお人口増加率は加味せず、2006年時点の推定年間分娩数24321を基準分母として使用）
- c. 登録された分娩数：1）施設分娩、2）保健スタッフによる自宅分娩、3）保健スタッフ以外による分娩のうち保健センターに登録された数の和
- d. MCT (Midwife Coordinator ToT) 研修：助産師コーディネイターとしての役割の理解を目的とし、既存の母子保健行政官対象のToT。
- e. MAT (Midwife Alliance Team training) 研修：HC-SBAを支援する役割のある1）助産師コーディネイター（母子保健行政官）、2）RH-SBA双方のチームワーク強化を目的とする研修。
- f. コミュニティ協働：保健センターと保健センター管轄地域のステークホルダーが地域住民の健康改善のために共に働くこと
- g. 新研修カリキュラム：プロジェクトで策定されたMCT研修、MAT研修カリキュラムを元に策定された研修カリキュラム。母子保健行政官とRH-SBAを対象とし、HC-SBA支援における双方の役割の認識促進とチームワーク強化を目的とする。

### 3. プロジェクト概念図





4. モデル・サイトの基本データ

1-Oct-09

Model site ODs for JICA project for improving MCH service in Rural areas in Cambodia

OD	Characteristics			Human resource (# MW)						Health facilities										
	population <n>	% of Muslim	time distance by car		#registered total <b>	#actively working as government MW <d>			CPA <e>			#HC								
			from KC to OD	from OD to forest HC		#OD-MGH SMW PMW	total SMW PMW	#RH-MW SMW PMW	total SMW PMW	#HC-MW SMW PMW	official plan	real	#bed	total	MPA	non- MPA	HC without MW <d>			
Kg Cham-Siem	282,335	**	0'	*	78	2	0	16	16	0	48	24	24	3	3	280	23	22	1	0
Chamkar Leu	159,575	a few	40 min	2h -	18	1	0	5(+7)*	2	3(+7)*	14	7	7	1	1	70	13	13	0	1 (January 2010, it will be 0)
Krochchmar	100,527	45% <c>	2-4 h	3h-	13	1	0	2	1	1	10	1	9	1	1	80	11	7	4	3 (MPA, 2 non-MPA)
Srei Santhor	163,959	a few	2 h	2h-	19	1	0	4	2	2	12	1	11	2 in 2006	1	90	13	7	6	1

\* 7 new PMW under OJT(graduate of special PMW course supported by BTC)  
-> currently OJT at RH. In January 2010, they will be deployed at health centers.

OD	Characteristics			Human resource (# MW)							Health facilities								
	population <b>	% of Muslim	time distance by car from KC to OD from OD to forest HC	#registered total <b>	#actively working as government MW <d>			CPA <e>				#HC							
					#OD-MCH SMW PMW total	#RH-MW SMW PMW total	#HC-MW SMW PMW total	official plan	real	#bed total	MPA total	non-MPA	HC without active government MW <d>						
Kg Cham-Siem	280,160	**	0 *	78	2	0	16	16	0	36	18	18	3	3	280	22	22	0	3
Chamkar Leu	159,575	a few	40 min 2h -	18	1	0	3	2	1	14	7	7	2 in 2007	1	65	13	8	5<f>	0
Kroochmar	114,177	45% <c>	2-4 h 3h-	10	1	0	2	1	1	8	2	6	2 in 2009	1	80	10	6	4	2+3 <h>
Srei Santhor	163,959	a few	2 h 2h-	19	1	0	3	3	1	9	1	8	2 in 2006	1	90	13	5	8<g>	4 <i>

<a> 11 HCs in rural area : Prek Kak, Prek Bak, Han Chey, Peam Chileang, Koh Samrong, Koh Sotin, Pream phothnos, Lve, Kom Pong Reap, Moha Khnong, Prek Tanong

<b> Information from Dr.Obara's form (as of February 2007)

<c> speculation of OD director

<d> "Payment suspended", "inactive work" or working at non-MCH position are all excluded.

KGKS : Staff list as of June 2007

CL : Staff list as of February 2007

Kroochmar : Interview results in Baseline survey, August 2007. Four newly graduated PMWs are included.

SS : Interview results in Baseline survey, August 2007. One newly graduated PMW is included.

<e> Appendix 17 in CPA guideline (Issued in December 2008 )

<f> All 5 non-MPA in CL will become MPA in 2008.

<g> 2 non-MPA in SS will become MPA in 2008.

<h> 2 HCs without MW + 3 HCs with newly graduated PMW only

<i> One newly graduated PMW will be appointed to one HC after working some months at RH

\* not applicable

\*\* unknown