

ガーナ共和国アッパーウエスト州  
地域保健強化プロジェクト  
中間評価調査報告書

平成 20年 7 月  
(2008年)

独立行政法人国際協力機構  
ガーナ事務所

# 目 次

略語表

評価調査結果要約表

地 図

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 第1章 中間評価の概要 .....           | 1  |
| 1-1 プロジェクトの背景と概要 .....      | 1  |
| 1-2 調査団派遣の経緯と目的 .....       | 1  |
| 1-3 調査団員 .....              | 2  |
| 第2章 評価方法 .....              | 3  |
| 第3章 プロジェクトの達成状況 .....       | 5  |
| 3-1 投入実績 .....              | 5  |
| 3-1-1 ガーナ側投入 .....          | 5  |
| 3-1-2 日本側投入 .....           | 5  |
| 3-2 活動実績 .....              | 5  |
| 3-3 成果の達成度 .....            | 10 |
| 3-4 プロジェクト目標と上位目標の達成度 ..... | 15 |
| 3-4-1 プロジェクト目標の達成度 .....    | 15 |
| 3-4-2 上位目標に関して .....        | 16 |
| 3-4-3 「プログラム」に関して .....     | 16 |
| 第4章 5項目評価結果 .....           | 17 |
| 4-1 妥当性 .....               | 17 |
| 4-2 有効性 .....               | 17 |
| 4-3 効率性 .....               | 17 |
| 4-4 インパクト .....             | 18 |
| 4-5 自立発展性 .....             | 19 |
| 第5章 結 論 .....               | 20 |
| 第6章 提 言 .....               | 21 |
| 第7章 PDM の改訂 .....           | 23 |
| 第8章 地域保健の視点から .....         | 24 |
| 第9章 団長総括 .....              | 26 |

付属資料

|                  |    |
|------------------|----|
| 1. 協議議事録 .....   | 29 |
| 2. 合同評価報告書 ..... | 31 |
| 3. 評価グリット .....  | 95 |

## 略 語 表

| 略 語     | 英 語   | 日 本 語                         |
|---------|---|-------------------------------|
| CETS    | Community Emergency Transport Systems             | コミュニティ緊急搬送システム                |
| CHAP    | Community Health Action Plans                     | コミュニティ保健行動計画                  |
| CHC     | Community Health Committee                        | 地域保健委員会                       |
| CHO     | Community Health Officer                          | 地域保健師                         |
| CHN     | Community Health Nurse                            | 地域看護師                         |
| CHPS    | Community-Based Health Planning and Services      | 駐在地域保健師による基本的保健医療サービス         |
| CHPS-TA | CHPS- Technical Assistance                        | CHPS技術支援プロジェクト                |
| CHV     | Community Health Volunteer                        | 地域保健ボランティア                    |
| C/P     | Counterpart                                       | カウンターパート                      |
| DA      | District Assembly                                 | 郡議会                           |
| DHA     | District Health Administration                    | 郡保健局                          |
| DHD     | District Health Directorate                       | 郡保健局長                         |
| DHMT    | District Health Management Team                   | 郡保健管理チーム                      |
| FS      | Facilitative Supervision                          | 支援型スーパービジョン                   |
| GHS     | Ghana Health Service                              | ガーナヘルスサービス<br>(政府の保健サービス実施機関) |
| GPRS    | Ghana Poverty Reduction Strategy                  | ガーナ成長と貧困削減戦略文書                |
| IEC     | Information, Education, and Communication         | 情報・教育・コミュニケーション活動             |
| JCC     | Joint Coordinating Committee                      | 合同調整委員会                       |
| JICA    | Japan International Cooperation Agency            | 国際協力機構                        |
| JOCV    | Japan Overseas Cooperation Volunteers             | 青年海外協力隊                       |
| M/M     | Minutes of Meeting                                | 協議議事録                         |
| MOH     | Ministry of Health                                | 保健省                           |
| NGO     | Non-Governmental Organization                     | 非政府組織                         |
| PDM     | Project Design Matrix                             | プロジェクト・デザイン・マトリックス            |
| PHC     | Primary Health Care                               | プライマリ・ヘルスケア                   |
| PLA     | Participatory Learning and Action                 | 主体的参加による学習と行動                 |
| PPMED   | Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division | 政策・計画・モニタリング・評価局              |
| PS      | Performance Standard                              | パフォーマンス・スタンダード<br>(業務基準)      |
| RCC     | Regional Coordinating Council                     | 州連携委員会                        |

|        |                                 |           |
|--------|---------------------------------|-----------|
| R/D    | Record of Discussions           | 討議議事録     |
| RHD    | Regional Health Directorate     | 州保健局長     |
| RHMT   | Regional Health Management Team | 州保健管理チーム  |
| SDHT   | Sub-district Health Team        | 亜郡保健チーム   |
| TL     | Traditional Leaders             | 伝統的指導者    |
| TOT    | Training of Trainers            | 講師訓練      |
| UNICEF | United Nations Children's Fund  | 国連児童基金    |
| UWR    | Upper West Region               | アッパーウエスト州 |

## 評価調査結果要約表

|   |                           |
|---|---------------------------|
| 1. 案件の概要  |                           |
| 国名：ガーナ共和国   | 案件名：アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト |
| 分野：保健   | 援助形態：技術協力プロジェクト           |
| 所轄部署：ガーナ事務所   | 協力金額（評価時点）：約 3.9 億円       |
| 協力期間  | (R/D)：2005 年 12 月 16 日    |
|   | 2006 年 3 月～2010 年 2 月     |
| 先方関係機関：ガーナヘルスサービス (GHS)、保健省 (MOH)   |                           |
| 他の関連協力：無償資金協力、青年海外協力隊 (JOCV)  |                           |
| 1-1 協力の背景と概要  |                           |
| <p>ガーナ保健省 (MOH) では、保健医療を重要課題と位置づけている「第二次ガーナ成長と貧困削減戦略文書 (GPRS II)」をもとに、保健セクタープログラムの活動計画「第二次保健セクター 5 年計画 (2002-2006)」を策定し、保健サービスへのアクセスにかかる不平等の是正を目標としている。</p> <p>ガーナ共和国 (以下、「ガーナ」と記す) では、国民 (特に北部や農村部) の基礎的保健サービスへのアクセスが限定されている。その結果として、5 歳未満児の死亡率や妊産婦死亡率などの保健指標の改善が停滞している。そこでガーナ政府は、保健サービスへのアクセスの不平等改善の戦略として、地域保健師 (Community Health Officer: CHO) による基本的保健医療サービス (Community Based Health Planning and Services : CHPS) を国家政策として掲げた。しかしながら、郡レベルの行政能力の不足、CHPS に派遣される CHO の数や能力の不足、コミュニティの参加度の低さなどにより、CHPS の拡大は停滞している。</p> <p>このような背景のもと、乳幼児死亡率などの保健指標が他地域よりも悪く、基礎的保健サービスへのアクセスが限られているアッパーウエスト州 (UW 州) において CHPS の拡大によって、プロジェクト地域の住民の CHPS へのアクセスが向上することをめざすものとして、本案件が実施されるに至った。2005 年 12 月にガーナ政府と討議議事録 (R/D) が締結され、2006 年 3 月より 4 年間、日本側協力総額 3.9 億円、最終受益者として UW 州住民 62 万人の予定で実施されている。</p> <p>現在までに延べ 7 分野名の日本人専門家 (総括/地域保健行政、副総括/住民参加/モニタリング、保健システム/リファラルシステム、地域保健、母子保健、研修コーディネーター、業務調整) を派遣し、ガーナヘルスサービス (GHS)、政策計画モニタリング評価局 (PPMED)、UW 州保健管理局长 (RHD)、ジラパ郡保健局长 (DHD)、ワ・ウェスト (Wa West) 郡保健局长 (DHD) をカウンターパート (C/P) とし、CHPS 拡大にかかる GHS 職員の能力向上、住民参加促進、リファラルや監督体制などのシステム改善及びグッド・プラクティスの共有などを行っている。なお本案件は、JICA プログラムモデル案件第一号として位置づけられている「UW 州住民の健康改善 (健康の輪) プログラム」の中核を成しており、青年海外協力隊 (JOCV)、無償資金協力と連携している。</p> |                           |
| 1-2 協力内容  |                           |
| (1) 上位目標  |                           |
| PDM バージョン 4 までなし。   |                           |
| (2) プロジェクト目標 (PDM バージョン 4)  |                           |
| 機能している CHPS の拡大によって、プロジェクト対象地域 (UW 州) 住民の良質な保健サービスへのアクセスが向上する。  |                           |

Community members in Project Area (Upper West Region) have increased access to quality health care due to improved coverage of functional CHPS.

(3) 成果（成果1～5は、ステージ1郡のみを対象）（PDMバージョン4）

1) 成果1：州保健管理チーム（RHMT）と郡保健管理チーム（DHMT）のCHPSマネジメント能力が向上する。

Output 1：Capacity of RHMT and DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.

2) 成果2：CHOと亜郡保健チーム（SDHT）のCHPS業務遂行能力が向上する。

Output 2：Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.

3) 成果3：CHPS活動の支援型スーパービジョン（FS）制度が確立・実施される。

Output 3：Facilitative supervision system is established and implemented in Stage 1 Districts.

4) 成果4：CHPS、ヘルスセンター、病院間のリファラル・カウンターリファラル体制が強化される。

Output 4：Referral system in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.

5) 成果5：CHPSに対する住民参加が強化される。

Output 5：Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.

6) 成果6：パイロット対象地域の経験が他地域へ普及される。

Output 6：Models of best practices are disseminated for potential replication.

(4) 投入（評価時点）

1) 日本側

専門家派遣：7名

機材供与：23,083千円

ローカルコスト負担：73,786千円

研修員受入れ：7名

2) 相手国側

カウンターパート（C/P）配置：18名

土地・施設提供：プロジェクトオフィス土地・建物（改修費用は日本側負担）

ローカルコスト負担（なし。ただし研修講師の日当がプロジェクトから支払われないなど、間接的には費用負担している）

2. 評価調査団の概要

| 調査者<br>(日本側) | 氏名     | 担当分野 | 所属先                                    | 派遣期間（移動期間含む）              |
|--------------|--------|------|--|---------------------------|
|              | 山内 邦裕  | 総括   | JICA ガーナ事務所 所長                         | 現地 7/20～7/23              |
|              | 小川 寿美子 | 地域保健 | 名桜大学人間健康学部<br>准教授                      | 7/12～7/27<br>現地 7/20～7/23 |
|              | 芹澤 明美  | 評価分析 | グローバルリンクマネージ<br>メント（株） 研究員             | 7/12～7/27<br>現地 7/15～7/24 |
|              | 工藤 典子  | 調査企画 | JICA 人間開発部保健行政・<br>母子保健グループ<br>ジュニア専門員 | 7/5～7/27<br>現地 7/8～7/24   |

|        |                         |      |                             |             |
|--------|-------------------------|------|-----------------------------|-------------|
| (ガーナ側) | Dr.Daniel Yayemain      | 評価団員 | Deputy Director, PPMED, GHS | 7/15 ~ 7/24 |
|        | Dr.Godwin Afenyadu      | 同上   | Monitoring Unit, PPMED, GHS | 同上          |
|        | Mr.Sulemana B.B. Bening | 同上   | PPMED, MOH                  | 同上          |
| 調査期間   | 2008年7月5日～7月27日         |      |                             | 評価種類：中間評価   |

### 3. 評価結果の概要

#### 3-1 実績の確認

##### (1) 活動

プロジェクト活動は全体として順調に進んでいる。コミュニティにおける保健サービス提供者としての CHO の能力向上と、彼らを指導監督する立場にある SDHT、DHMT、RHMT の能力向上を行っている。現状の把握・分析の後、分析結果に基づいてガイドライン、マニュアル、パフォーマンス・スタンダード、モニタリングツール等を作成した。さらに、これらツール類を使って研修モジュールを作成し、上記職員を対象に研修を実施した。研修受講者は学んだことを各自の業務に導入し、プロジェクトはさらにその結果を反映して活用して研修モジュールやツール類を改良している。プロジェクト期間の後半では、さらに研修を続けていくほか、保健サービスの質をさらに向上させるための方策として FS の定着、及びリファラルシステム強化のための活動を実施していく。住民参加活動は現地 NGO に委託し、現在までにステージ 1 郡の CHPS ゾーン 8 か所で実施している。ステージ 1 郡におけるグッド・プラクティスが、フォーラムや各種会議を通じてステージ 2 郡にも紹介されている。

PDM 上、成果 1 から 4 に対応する活動はステージ 1 郡のみとなっているが、実際はこれらの活動（研修や FS・モニタリングツール、リファラルガイドライン等の導入）はステージ 1 郡と 2 郡両方を対象に実施されている。ステージ 2 郡では、成果 5 に対する住民参加活動支援と、機材供与が行われていない。

##### (2) 成果

研修を通じて RHMT、DHMT、SDHT、CHO の理解度が向上し、彼らはそれぞれの業務において研修で学んだことを活用している。FS の「モニタリングツール」が作成され、試行されている。各レベルの実務能力は、今後この「モニタリングツール」を使って測っていく。最近行われた第 1 回モニタリング調査では、各レベルにおいて更なる業務改善の必要性が確認された。住民参加については、ステージ 1 郡の「完成した」CHPS ゾーン (complete CHPS zones) 11 か所のうち 8 か所で、何らかの CHPS 支援活動が継続的に行われている。

##### (3) プロジェクト目標

プロジェクトは、RHMT から CHO までの各レベル及び住民参加における CHV の能力向上を通じて、「機能している (functiona)」CHPS ゾーンの拡大に貢献し、その結果として住民の保健サービスへのアクセス向上にも貢献しているといえる。外部条件である「CHPS コンパウンド建設のために必要なリソースが確保できる」は必ずしも満たされていない。

保健サービス指標にかかるデータは、UW 州及び州内各郡の年次報告書から得られるものの、信頼性が低い。中間評価時に PDM を改定した際、CHO の業務に関するサービス指標を新たに設定した。



プロジェクト目標は州全体での効果発現をめざしているが、ステージ2郡と1郡の扱いが異なっているため、論理の飛躍がある。

### 3-2 評価結果の要約

#### (1) 妥当性

本プロジェクトは、ガーナの保健政策及びターゲットグループのニーズに整合しており、妥当性が非常に高い。CHPSは、高い妊産婦死亡率・乳幼児死亡率や感染症の蔓延などを背景に、保健サービスのアクセスと質を改善し、地理的な不均衡を解消することをめざして導入された。UW州は保健サービスへのアクセスが悪く、保健指標も他地域に比べ良くないことから、本プロジェクトの対象地域として選択したことは妥当である。また、本プロジェクトは、「貧困地域における基礎生活環境の改善」を重点課題として掲げている日本の対ガーナ「国別援助計画」(2006)とも整合している。

#### (2) 有効性

「成果」が「プロジェクト目標」の達成に向けて貢献しているといえることから、有効性は認められる。「成果」レベルでは保健サービス提供者各レベルの能力向上をめざしており、それによって「機能している」CHPSゾーンが拡大し、「プロジェクト目標」でめざすところの、コミュニティでの保健サービスへのアクセスが向上した。しかし、プロジェクト目標達成に必要な外部条件の一つである「CHPSコンパウンドの建設」は、GHSがそのための資金を確保することが容易ではないため、十分に満たされていない。

プロジェクトのデザイン上の問題点として、「UW州全体」での保健サービスへのアクセス改善をめざしているにもかかわらず、ステージ1郡と2郡で活動・投入内容が異なっている。

#### (3) 効率性

「投入」が「成果」の達成にどれだけ貢献しているかの観点から効率性をみると、正負の要因があり、総合的な判断は難しい。

ガーナ側C/Pについては、R/Dと異なりフルタイムのC/Pが配置されなかったため、プロジェクト業務の進捗に影響が出た。逆に、コスト及び持続性の面ではプラスである。

日本人専門家は、住民参加や研修企画など、ガーナ側の経験の少ない分野の専門性をもつ人材が派遣された点で優れていた。しかし、派遣計画(派遣日数、時期)は必要量をはるかに下回っており、特にプロジェクトの立ち上げ時期には自社負担で業務調整担当専門家を派遣しなければならなかった。日本人専門家の短い滞在期間に集中的にプロジェクト業務を行わなければならないため、ガーナ側メンバーにとっては他の業務も抱えているために負担になった。

プロジェクトによる供与機材は、現地調達されたこと、ユーザーのニーズに合っていること、全体として適切に維持管理されていることから、費用効率が良かったといえる。

プロジェクト事務所が、2008年6月に州保健局の敷地内に移転するまでは数キロ離れたところにあったため、日本人専門家とC/Pが日常的に密なコミュニケーションをとることが難しかった。

#### (4) インパクト

中間評価時点ではインパクトの発現をみるには時期尚早であるが、プロジェクトによってコミュニティにおける保健サービスへのアクセスが、既に改善されてきている。しかし、保健サービス指標が改善するまでにはさらに時間がかかるものと思われる。研修モジュールなどプロジェ

クトの成果品は、他の地域でも活用される可能性がある。

負のインパクトとして、本プロジェクトがステージ2郡で機材供与や住民参加活動を行っていないにもかかわらず、UW州全体で同じ内容の支援を行っているとの誤解され、ステージ2郡が他の援助機関の支援（特に機材供与）対象から外されるということがあった。

#### (5) 自立発展性

プロジェクト終了後もその活動・効果が持続できるかどうかの見通しは、明暗がある。CHPSがガーナの保健セクターで重要視されていること、中央レベルでCHPS拡大を訴える有力官僚が存在していることから、政策的な自立発展性は高い。本プロジェクトが既存のCHPSの枠組みの中で活動していることも、自立発展性の観点からプラスである。財政的には、CHPS実施に必要な資金をGHSが自力で用意することは困難で、援助機関に頼っていることが問題である。技術的な観点からは、プロジェクトによって能力が向上しているため、終了後も業務を継続していける素地ができたといえる。今後さらに、リファラルと住民参加についての能力向上が必要である。

### 3-3 効果発現に貢献した要因

#### (1) 計画内容に関すること

CHPSがガーナの保健セクターで重要視されていること、本プロジェクトが既存のCHPS事業の枠組みの中で活動していることは、妥当性・効率性・自立発展性の面で効果がある。

#### (2) 実施プロセスに関すること

日本人専門家の滞在期間が短いこと、プロジェクト事務所が州保健局から遠かったことなど困難な点があったため時間はかかったが、日本側・ガーナ側のプロジェクトメンバーが業務を通じて信頼関係を構築した。

### 3-4 問題点及び問題を惹起した要因

#### (1) 計画内容に関すること

UW州全体をプロジェクト対象地域に設定しているにもかかわらず、ステージ1郡と2郡で投入・活動内容が異なっており、ステージ2郡には少ない投入・活動で同じ効果の発現を期待していた。

日本人専門家の投入計画（派遣日数・時期）が、業務量に比べて明らかに不足していた。

#### (2) 実施プロセスに関すること

CHPSコンパウンドの建設は、CHPSの拡大に不可欠な条件であるが、ガーナ側で資金の確保が容易でない。本プロジェクトの枠外でもある。

### 3-5 結論

プロジェクトによって、保健サービスの提供、FS、リファラルシステム、住民参加、モニタリングと文書化等について、RHMT/DHMT/SDHT/CHOのサービス提供及び指導監督にかかる能力が向上した。その結果として、コミュニティにおける保健サービスへのアクセスが改善した。

### 3-6 提言（当該プロジェクトに関する具体的な措置、提案、助言）

#### <プロジェクト（日本側）に対する提言>

- (1) 地域保健医療サービスを改善するために、リファラルシステムを一層強化する。具体的には、フィードバックシステム、コミュニケーションシステムを改善し、リファラルデータを活用する仕組みを作る。これらデータを保健マネジメント意思決定に活用し、保健サービス提供の向上をめざす。
- (2) プロジェクト終了時まで3種フォーム〔パフォーマンス・スタンダード（PS）、FS、リファラルシステム〕が現場で継続利用できるように、使いやすい内容かどうかを再検討し、必要に応じ改訂する。
- (3) DHMT と協力し、群議会（DA）議員や住民組織・NGO を対象に、CHPS 関連のオリエンテーションやスタディーツアーを実施し、CHPS プログラムへの理解と予算執行をより一層促進する。
- (4) GHS 内のヘルスプロモーション課及び研修課とプロジェクトとの共同で、プロジェクトが開催した研修内容（CHPS 導入前の住民参加の促進、3種フォームの作成手順など）をビデオ記録し、研修教材として残す。
- (5) PDM を改訂し、プロジェクトのめざすところをより明確にし、指針の計測ができ、現実に即したものにす。

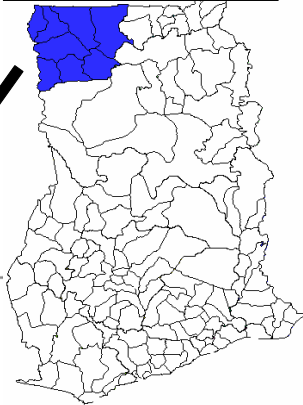
#### <GHS（ガーナ側）への提言>

- (6) CHPS コンパウンドがよりスムーズに建設されるように、DA や住民など各ステークホルダー間のパートナーシップを強化する。
- (7) プロジェクトのベスト・プラクティスを共有し、活動の持続性につなげる。
- (8) CHO の意欲を高めるため、CHO のプロモーションを考える。
- (9) データ管理、物品管理、及びファイリングシステムを強化する。

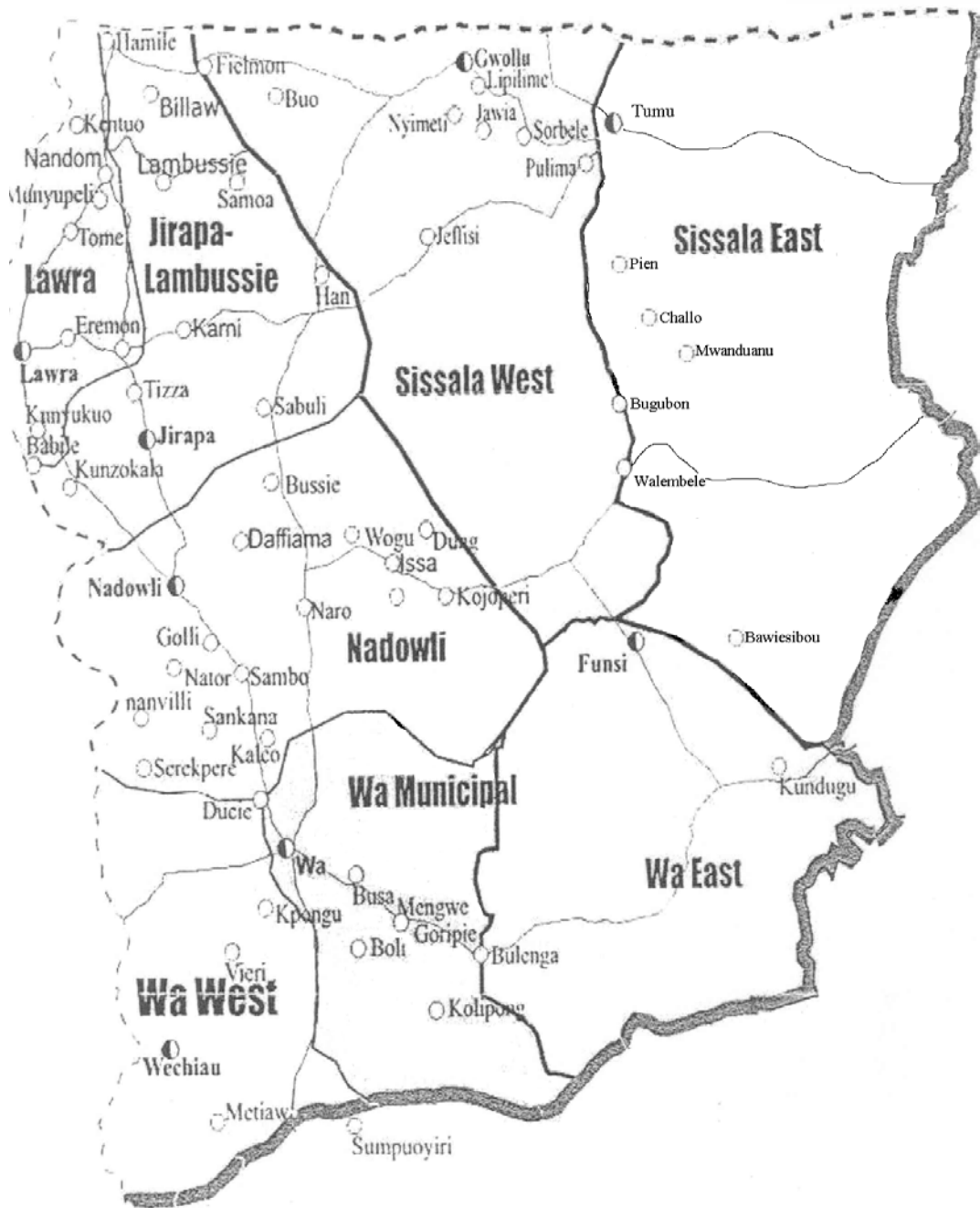
#### <JICA（本部・在外事務所）への提言>

- (10) UW 州全体がプロジェクトから裨益するように、プロジェクト期間中に、ステージ2郡への基本的な機材供与や住民参加活動の支援の可能性を再考する。
- (11) プロジェクト終了時頃に、再度ベースライン調査を実施し、プロジェクト開始前と終了時の保健指標を比較することにより、本プロジェクトの効果がどの程度あったか検証する。
- (12) CHPS コンパウンドの財政的支援を考慮する（現在 CHPS コンパウンドの建設は本プロジェクトの枠外であるが）。

ガーナ共和国



アッパーウエスト州





# 第1章 中間評価の概要

## 1-1 プロジェクトの背景と概要

ガーナ保健省 (Ministry of Health: MOH) では、保健医療を重要課題と位置づけている「第二次ガーナ成長と貧困削減戦略文書 (GPRS II)」をもとに、保健セクタープログラムの活動計画「第二次保健セクター5ヵ年計画 (2002-2006)」を策定し、保健サービスへのアクセスにかかる不平等の是正を目標としている。

ガーナ共和国 (以下、「ガーナ」と記す) では、国民 (特に北部や農村部) の基礎的保健サービスへのアクセスが限定されている。その結果として、5歳未満児の死亡率や妊産婦死亡率などの保健指標の改善が停滞している。そこで、ガーナ政府は、保健サービスへのアクセスの不平等改善の戦略として、地域保健師 (Community Health Officer: CHO) による基本的保健医療サービス (Community Based Health Planning and Services: CHPS) を国家政策として掲げた。しかしながら、郡レベルの行政能力の不足、CHPSに派遣されるCHOの数や能力の不足、コミュニティの参加度の低さなどにより、CHPSの拡大は停滞している。

このような背景のもと、乳幼児死亡率などの保健指標が他地域よりも悪く、基礎的保健サービスへのアクセスが限られているアッパーウエスト州 (Upper West Region: UW州) においてCHPSの拡大によって、プロジェクト地域の住民の基礎的保健医療サービスへのアクセスが向上することをめざすものとして、本案件が実施されるに至った。2005年12月にガーナ政府と討議議事録 (Record of Discussions: R/D) が締結され、2006年3月より4年間、日本側協力総額3.9億円、最終受益者としてUW州住民62万人の予定で実施されている。

現在までに延べ7名の日本人専門家 (総括/地域保健行政、副総括/住民参加/モニタリング、保健システム/リファラルシステム、地域保健、母子保健、研修コーディネーター、業務調整) を派遣し、ガーナヘルスサービス (Ghana Health Service: GHS)、政策計画モニタリング評価局 (Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division: PPMED)、UW州保健管理局长 (Regional Health Directorate: RHD)、ジラパ郡保健局长 (District Health Directorate: DHD)、ワ・ウエストDHDをカウンターパート (Counterpart: C/P) とし、CHPS拡大にかかるGHS職員の能力向上、住民参加促進、リファラルや監督体制などのシステム改善及びグッド・プラクティスの共有などを行っている。なお、本案件は、JICAプログラムモデル案件第一号として位置づけられている「UW州住民の健康改善 (健康の輪) プログラム」の中核を成しており、青年海外協力隊 (Japan Overseas Cooperation Volunteers: JOCV)、無償資金協力と連携している。

## 1-2 調査団派遣の経緯と目的

今回実施の中間評価調査は、開始後2年5か月が経過した時点で中間評価を実施することによって、これまでに得られた教訓を取りまとめるとともに、残りのプロジェクト期間の活動を、より戦略性の高いものとしていくために行われた。GHSと合同で本プロジェクトの目標達成度や成果等を分析するとともに、プロジェクトの残り期間の課題及び今後の方向性について確認し、合同評価報告書に取りまとめることを目的とした。

- (1) 必要なデータ・情報を収集・整理して分析するとともに、プロジェクト関係者への質問票・インタビュー・視察、合同調整委員会 (Joint Coordinating Committee: JCC) への参加等を通じ



て収集した情報に基づき、プロジェクトの当初計画と活動実績（投入、活動、アウトプット、プロジェクト目標達成度等）を検証し、プロジェクトの進捗状況を把握する。

(2) 上記(1)の結果に基づき、プロジェクト目標が達成されているかどうかを、評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から評価する。

(3) 評価結果に基づき、実績の貢献・阻害要因を抽出する。

(4) 残存する活動期間における活動課題、今後の方向性について提言する。

(5) 日本側、ガーナ側の合意に基づいたプロジェクトデザインマトリックス（Project Design Matrix：PDM）の修正案を提示する。

### 1-3 調査団員

<日本側>

| 氏名     | 担当分野 | 所属先                       | 派遣期間（含む移動日）                   |
|--------|------|---------------------------|-------------------------------|
| 山内 邦裕  | 総括   | JICA ガーナ事務所 所長            | 現地 2008/7/20 ~ 7/23           |
| 小川 寿美子 | 地域保健 | 名桜大学人間健康学部 准教授            | 7/12 ~ 7/27<br>現地 7/15 ~ 7/24 |
| 芹澤 明美  | 評価分析 | グローバルリンクマネジメント<br>(株) 研究員 | 7/5 ~ 7/27<br>現地 7/8 ~ 7/24   |
| 工藤 典子  | 調査企画 | JICA 人間開発母子保健課<br>ジュニア専門員 | 7/12 ~ 7/27<br>現地 7/15 ~ 7/24 |

<ガーナ側>

| 氏名                       | 所属先                         | 現地派遣期間      |
|--------------------------|-----------------------------|-------------|
| Dr. Daniel Yayemain      | Deputy Director, PPMED, GHS | 7/15 ~ 7/24 |
| Dr. Godwin Afenyadu      | Monitoring Unit, PPMED, GHS | 7/15 ~ 7/24 |
| Mr. Sulemana B.B. Bening | PPMED, MOH                  | 7/15 ~ 7/24 |

## 第2章 評価方法

本件中間評価調査は、JICA 事業評価ガイドライン（2004）に従い、以下のステップを経て行われた。

- (1) プロジェクトの進捗状況を、現行の PDM バージョン 4（2008 年 1 月 17 日付）に沿って確認した。PDM は、中間評価までに 3 回改訂されている。「成果」と「プロジェクト目標」の達成状況はそれぞれの指標と照らし合わせて確認し、「投入」と「活動」の実施状況はそれぞれの計画及びアウトプットの達成状況と対比させて確認した。
- (2) プロジェクトのデザイン及び実施プロセスの分析を通じ、プロジェクト進捗の貢献要因・阻害要因を抽出した。
- (3) プロジェクトの計画・実施状況、実績について、評価 5 項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析した。

評価 5 項目の概要は以下のとおりである。

### 1) 妥当性

プロジェクト目標・上位目標が、対象国・地域・ターゲットグループのニーズに対応しているか。対象国の政策及び日本の当該国に対する援助政策との整合性があるか。

### 2) 有効性

プロジェクト目標の達成状況（達成見込み）はどうか。プロジェクト目標の達成は、「成果」が達成された結果としてもたらされるものかどうか。

### 3) 効率性

「成果」の達成状況は「投入」と「活動」に見合っているか。「投入」の規模や質・タイミングは適切だったか。

### 4) インパクト

プロジェクトによってもたらされた正負の影響はあるか。

### 5) 自立発展性

プロジェクトのもたらした効果が、組織的・財政的・技術的側面からみて、プロジェクト終了後も継続される見込みがあるか。

- (4) 以上の分析結果に基づき、プロジェクトに対する提言をまとめた。

プロジェクトの実績確認及び貢献・阻害要因抽出にあたっては、定量的・定性的データを収集・分析した。データ収集方法は以下のとおりである。

- ・文献調査：R/D、PDM、プロジェクト進捗報告書、会議議事録等、プロジェクト関係書類のレビュー。
- ・質問票調査：ガーナ側・日本側のプロジェクト関係者を対象とし、文献調査の結果を確認するとともに、プロジェクトの進捗状況・問題点等に対する見解を引き出す。対象者は次のとおり。



ガーナ UW 州保健管理チーム (Regional Health Management Team : RHMT) 職員 (依頼した 5 名中 3 名回答)、ステージ 1 郡の郡保健管理チーム (District Health Management Team : DHMT) 長 (依頼した 2 名両者とも回答)、GHS 中央の職員 (依頼した 3 名中回答者なし)、日本人専門家 (依頼した 5 名全員回答)。

- 聞き取り調査 : 対象者は次のとおり。

日本人専門家、RHMT、DHMT、亜郡保健管理チーム (Sub-district Health Team : SDHT)、医療施設職員 (CHO 含む)、住民、NGO。

- 現場視察 : Wa West 郡及び Jirapa/Lambussie 郡の CHPS ゾーン数か所、UW 州病院、郡病院。

なお、本件 PDM には日本語版が作成されていないため、本報告書で PDM 内の表記を引用する際の日本語は仮訳である。仮訳にあたっては、JICA ガーナ事務所作成の「事業事前評価表 (2005 年 12 月 7 日)」<sup>1</sup>、アイ・シー・ネット (株) 作成のインセプションレポート及びプロジェクト進捗報告書、業務実施契約書の「特記仕様書」を参考にした。

---

1 事業事前評価表に記載されているプロジェクトの内容 (「協力の枠組み」の節) は、基本的に R/D に添付された PDM (最初のバージョン) を和訳したものである。

## 第3章 プロジェクトの達成状況

### 3-1 投入実績

#### 3-1-1 ガーナ側投入

##### (1) C/P

UW州のRHD及びDHDがC/Pとなっている。リストは付属資料2の英文合同評価報告書のAnnex 3 (3-2)を参照のこと。

##### (2) プロジェクト事務所・機材の提供

2008年6月、プロジェクト事務所が州保健局敷地内に移転した。事務所改築費用は日本側現地業務費から支出した。

##### (3) 業務費

研修講師の日当をプロジェクト側から支出していないため、ガーナ側は間接的にプロジェクト業務費を負担していることになる。

#### 3-1-2 日本側投入

##### (1) 専門家

現在までに7分野の専門家が派遣された。リストは英文合同評価報告書のAnnex 3 (3-1)を参照のこと。

##### (2) C/P研修

現在までに7名のC/Pが日本でのC/P研修に参加した。詳細は英文合同評価報告書のAnnex 3 (3-3)を参照のこと。

##### (3) 機材供与

プロジェクトの一環として供与された機材は、2008年7月までで総額2,300万円(US\$218,000相当。US\$1=JPY105.44、2008年7月18日のレート)となる。詳細は英文合同評価報告書のAnnex 3 (3-4)を参照のこと。

##### (4) 現地業務費

現地業務費は、2008年3月までで約7,400万円(US\$702,000相当)となっている。詳細は英文合同評価報告書のAnnex 3 (3~5)を参照のこと。

### 3-2 活動実績

プロジェクト活動の進捗状況を現行のPDM(バージョン4)に照らし合わせると、全体として順調に進んでいることが確認できた。本プロジェクトでは、コミュニティにおける保健サービス提供者としてのCHOの能力向上と、彼らを指導監督する立場にあるSDHT、さらにその上のDHMT及びRHMTの能力向上を行っている。プロジェクトはまず現状の把握・分析から始め、分析結果に基づいてガイドライン、マニュアル、パフォーマンス・スタンダード、モニタリング

ツール等を作成した。その次に、これらツール類を使って研修モジュールを作成し、CHO及び州・DHMT・SDHT職員を対象に研修を実施した。研修受講者は学んだことを各自の業務に導入し、プロジェクトはさらにその結果を反映して研修モジュールやツール類を改良している。これらのプロセスはすべて、各レベルでの業務の質を確保するためにある。プロジェクト期間の後半では、さらに研修を続けていくほか、保健サービスの質をさらに向上させるための方策として支援型スーパービジョン（Facilitative Supervision：FS）の定着、及びリファラルシステム強化のための活動を実施していくことになっている。住民参加活動は現地NGOに委託し、現在までにステージ1郡のCHPSゾーン8か所で実施している。ステージ1郡におけるグッド・プラクティスが、フォーラムや各種会議を通じてステージ2郡にも紹介されている。

PDM上、成果1から4に対応する活動（研修やFS・モニタリングツール、リファラルガイドライン等の導入）はステージ1郡のみとなっているが、実際はステージ1郡と2郡両方を対象に実施されている。ステージ1郡と2郡の扱いの違いは、ステージ2郡では住民参加活動支援と機材供与が行われていないことである。

(1) 成果1：「州保健管理チーム（RHMT）とステージ1郡の郡保健管理チーム（DHMT）のCHPSマネジメント能力が向上する」に対応する活動の進捗状況

プロジェクトでは、RHMT・DHMTのCHPS計画・指導管理能力向上のための活動を実施した。

|     | 活 動  | 実 績  |
|-----|--|--|
| 1.1 | RHMTとDHMTのマネジメント能力にかかる現状分析を行う。                   | フィールド調査とワークショップを通じて、RHMTとDHMTのマネジメント能力にかかる現状分析を行った。(2006)  |
| 1.2 | 上記人材に対する研修ニーズを明らかにする(TOTのニーズを含む)                 | (1.1に同じ)   |
| 1.3 | 業務評価を目的とした「パフォーマンス・スタンダード(PS)」を作成する。             | RHMT・DHMTを対象にしたPSを作成し、改良した。(2006-2007)   |
| 1.4 | 現職研修モジュールを分析し、上記1.1と1.2の結果を取り入れて改訂を行う。           | ・研修モジュールを改訂した。(2006-2007)<br>・DHMTを対象にした、FS研修教材を作成した。  |
| 1.5 | RHMTとDHMT対象の研修を実施する。                             | ・RHMTとDHMT職員対象の研修を実施した。内容は、FSとPSの紹介及びプロポーザル作成演習。(2007)<br>・RHMTとDHMT職員対象のFSにかかる訓練をWa Westで実施した。41名が参加。(2007)<br>・州内8郡すべてでDHMT職員対象のFS研修を実施した。計100名が参加。(2007)<br>・他州のCHPS実施状況を視察するためのスタディツアーを実施した。(2006) |
| 1.6 | RHMTとステージ1郡のDHMT職員全員を対象に、定期的にCHPSオリエンテーションを実施する。 | CHPSニュースレターを発行・配布した。(2007、2008)  |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 1.7  | ステージ1 各郡の CHPS 実施にかかる年間戦略・行動計画を作成する。         | プロジェクトが支援して、各郡が CHPS 実施計画・拡大計画を作成した。(2007、2008)  |
| 1.8  | DHMT が郡議会、関連部署、NGO、援助機関と生産的な関係を築けるように支援する。   | 郡議会を対象に、日本の「草の根・人間の安全保障無償資金協力」へのプロポーザル作成を支援した。(2006-2007)  |
| 1.9  | CHPS の意義を反映した、より効果的なモニタリング・評価システムを確立する。      | モニタリングシステム（つまりは「PS」を使ったスーパービジョンシステム）を作成し、スーパービジョンシステムの中に組み込んだ。(2007-2008)  |
| 1.10 | 標準的な記録・報告様式を導入し、CHPS 保健情報の分析・情報のフロー・利用を改善する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ CHPS 保健情報システムの現状分析を行った。(2007)</li> <li>・ CHPS 情報書類管理ガイドラインを作成した。(2008)</li> </ul> |

(2) 成果 2 : 「ステージ 1 郡の地域保健師 (CHO) と 2 郡保健チーム (SDHT) の CHPS 業務遂行能力が向上する」に対応する活動の進捗状況

ステージ 1 郡と 2 郡の SDHT 職員と CHO を対象に、研修を 10 回実施した。研修の記録によると、参加者の満足度は 78 ~ 100% と高く、研修前後のテストで参加者の理解度が向上したことが確認できた。プロジェクト期間後半で、SDHT 及び CHO 対象の研修を引き続き実施することになっている。

|     | 活 動  | 実 績   |
|-----|--|---|
| 2.1 | SDHT と CHO の研修ニーズを明らかにする。                      | SDHT 職員と CHO の研修ニーズ調査を実施した。(2006)   |
| 2.2 | 業務評価を目的とした「PS」を作成する。                           | SDHT 職員と CHO のための PS を開発し、その後改訂した。(2006-2007)   |
| 2.3 | 現職研修・再研修モジュールを分析し、上記 2.1 と 2.2 の結果を取り入れて改訂を行う。 | SDHT 職員と CHO のための訓練モジュールを開発し、その後改訂した。(2006-2007)  |
| 2.4 | 上記人材対象の研修を実施する。                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ SDHT 職員対象の研修を実施した(4 回 125 名参加)(2007-2008)</li> <li>・ CHO 新人研修を実施した。(5 回 99 名参加)(2006)</li> <li>・ CHO 現職研修を 1 回実施した。(33 名参加)(2007)</li> </ul> |
| 2.5 | 年間研修計画を作成する。                                   | 年間研修計画を作成した。(2006、2007)   |
|     | アウトプット 2 にかかるその他の活動                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ CHO と SDHT 職員を対象にステージ 1 郡の中でのスタディツアーを実施し、お互いの経験から学ぶ機会を設けた。(2007)</li> <li>・ 研修講師のためのフィールド視察を実施し、研修効果を確認する場とした。(2008)</li> </ul>              |

(3) 成果3 : 「ステージ1 郡において CHPS 活動の支援型スーパービジョン (FS) 制度が確立・実施される」に対応する活動の進捗状況

FS ガイドラインとモニタリングツールを作成した。DHMT 職員のための FS 訓練マニュアルを作成し、これを使った研修を実施した。研修後、ステージ1 郡及び2 郡でFSが導入された。

|     | 活 動   | 実 績  |
|-----|---|--|
| 3.1 | CHPS 実施のスーパービジョンシステムを分析し、保健職員とともにガイドラインを作成する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行のスーパービジョンシステム分析のワークショップを実施した。(2007)</li> <li>・ 各段階におけるスーパービジョンガイドラインを作成した。(2008)</li> </ul> |
| 3.2 | FS のチェックリストを作成する。                             | 「モニタリングツール」を FS のチェックリストとして作成した。(2008)   |
| 3.3 | RHMT、DHMT、SDHT 職員と CHO を対象に FS 研修を実施する。       | (上記 1.5 及び 2.4 と同じ)  |
| 3.4 | RHMT と DHMT の計画・モニタリングのためにスーパービジョンの結果活用を促進する。 | スーパーバイズする側とされる側両方が、スーパービジョン後に行動計画を作成した。(2008)  |

(4) 成果4 : 「ステージ1 郡において CHPS、ヘルスセンター、病院間のリファラル・カウンターリファラル体制が強化される」に対応する活動の進捗状況

リファラルに関するプラクティカルガイドラインを作成し、これを使って研修を実施した。プロジェクト期間後半においては、リファラル事例のモニタリングを強化する必要がある。

|     | 活 動  | 実 績  |
|-----|--|--|
| 4.1 | 現行リファラルシステムを分析し、欠陥及び改善すべき点を確認する。           | 3 郡において、リファラルシステムの調査を実施した。(2007)   |
| 4.2 | ガイドラインを作成する。                               | GHS 中央が作成した現行のリファラルガイドライン及び情報ガイドラインを補う目的で、プラクティカルガイドラインを作成した。(2007)  |
| 4.3 | リファラルシステムが有効に機能するよう、関係者のためのオリエンテーションを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 州病院及び郡病院の職員を対象に、リファラルに関する講師訓練 (Training of Trainers : TOT) を実施した (29 名参加)。(2007)</li> <li>・ TOT 受講者が、州内 8 郡においてリファラル研修を実施した (230 名受講)。(2007)</li> </ul> |
| 4.4 | リファラル事例のサービスの質をモニタリングするため、定例会を実施する。        | (リファラル検討会は今後実施する予定。)   |

(5) 成果5 : 「ステージ1 郡において CHPS に対する住民参加が強化される」に対応する活動の進捗状況

ステージ1 郡の CHPS ゾーン8 か所において、NGO が住民参加活動を実施した。

|       | 活 動   | 実 績  |
|-------|---|--|
| 5.1   | 住民参加を促進するための既存の方法を分析する。   | ステージ1 郡において、保健データ、CHPS 進捗及び住民参加にかかる情報収集のためのベースラインサーベイを実施した。(2006)  |
| 5.2   | 保健ボランティアの評価を目的とした PS を作成する。   | 地域保健ボランティア(CHV)用の PS を作成・改訂した。(2006-2007)  |
| 5.3   | 研修マニュアルを見直し改訂する。  | CHV の研修モジュールを作成・改訂した。(2006-2007)   |
| 5.4   | ボランティア対象の研修を実施する。   | CHV 研修を実施した (276 名参加)。(2006-2007)  |
| 5.5   | 持続性のある住民参加プロセスを実施する。  |  |
| 5.5.1 | 地域保健委員会 (CHC) の役割と運営管理能力を強化し、その方法を文書化する。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHPS ゾーン8 か所で、NGO が住民参加活動を実施した。(2007-2008)</li> <li>• 数か所の CHPS ゾーンがコミュニティ保健行動計画 (CHAP) とコミュニティ緊急搬送システム (CETS) を作成・導入した。</li> </ul> |
| 5.5.2 | 持続的なコミュニティボランティアシステム (例: より系統だった研修・再研修システム、彼らの業務の効果的なモニタリング・評価、効率的なロジスティクス、インセンティブ) を確立するための方策を実施し、文書化する。 | (GHS 職員のための「持続的な住民参加」マニュアル・ガイドラインを2008年9～10月に作成予定。)  |
| 5.5.3 | 住民と CHO が CHC を通じて CHPS の進捗状況を話し合うための定例評価会を行う。  | CHPS ゾーン6 か所で、CHC と CHV が、NGO の支援を受けて定例会を実施した。(2007-2008)  |
| 5.6   | CHPS を導入したコミュニティが経験を共有するため、相互の視察を行う。(州外も含む)   | (2008年11月にスタディツアーを実施予定)  |

(6) 成果6 : 「パイロット対象地域の経験が他地域へ普及される」に対応する活動の進捗状況

本プロジェクトのグッド・プラクティスを共有することを目的に、州内でのフォーラムを実施した。プロジェクトの会議には GHS 中央の職員も招いて、プロジェクトの成果について紹介した。

|     | 活 動  | 実 績   |
|-----|--|---|
| 6.1 | ステージ2 郡の DHMT 職員及び CHO をステージ1 郡の人と一緒に研修する。(上記活動 1.5、2.4 と同じ) | (上記活動 1.5、2.4 と同じ)  |
| 6.2 | 第3年次の始めに、プロジェクトが作成したマニュアルとガイドラインをステージ2 郡で普及させる。              | グッド・プラクティスを共有するための州内フォーラムを実施し、伝統的指導者 (TL)、州連携委員会 (RCC)、DHMT 等を招いた (200 名参加)。(2006-2007) |



|     |  |  |
|-----|--|--|
| 6.3 | ステージ1郡のグッド・プラクティスを文書化し、ステージ2郡で普及させる。                           | (上記6.2と同じ)   |
| 6.4 | 2008年より、ステージ1郡と2郡のDHMT間で相互視察を実施する。                             | (ステージ2郡DHMT職員のためのスタディツアーを2008年7月、8月、10月に実施予定。)   |
| 6.5 | プロジェクトが作成したマニュアル、ガイドライン、文書化されたグッド・プラクティスを、中央レベルの政策担当者・関係者に広める。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトの成果品共有会議を実施し、GHSの中央、州、郡レベルから出席を得た。(2007)</li> <li>CHO研修教材を、クマシ保健教材センター(Kumasi Health Learning Material Centre)とCHPS技術協力(CHPS-TA、アメリカの技術協力プロジェクト)と協力して改訂した。</li> </ul> |

<その他の活動：プロジェクト立ち上げ時>

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | ステージ1郡についてベースラインサーベイを行い、保健データ及びCHPS進捗状況や住民参加についての情報を集めた。(2006) |
|--|--|--|

### 3-3 成果の達成度

研修を通じてRHMT、DHMT、SDHT、CHOの理解度が向上し、彼らはそれぞれの業務において研修で学んだことを活用している。FSのモニタリングツールが作成され、試行されている。各レベルの実務能力は、今後このモニタリングツールを使って測っていく。最近行われた第1回モニタリング調査では、各レベルにおいて更なる業務改善の必要性が確認された。住民参加については、すべての準備段階を完了したステージ1郡内のCHPSゾーン(complete CHPS zones) 11か所のうち8か所で、何らかのCHPS支援活動が継続的に行われている。

#### (1) 成果1：「州保健管理チーム(RHMT)とステージ1郡の郡保健管理チーム(DHMT)のCHPSマネジメント能力が向上する」の達成状況

RHMT及びDHMT職員対象のマネジメント・スーパービジョン研修において、研修後のテストの成績が研修前よりも良いことから、研修の結果受講者の理解度が上がったことが確認できる。研修の結果、実務がどのように改善したかを示す定量的データはないものの、中間評価調査における聞き取り調査で受講者に尋ねたところ、研修で学んだスーパービジョンの技術・知識を実務で使っている旨述べた。今後、実務能力はプロジェクトが作成したモニタリングツールを使って測っていくことになる。現時点でRHMT、DHMTの実務能力向上を測るのは困難である。

| 指 標  | 達成状況  |
|--|---|
| 1-1. RHMT と各 DHMT が CHPS 拡大計画を毎年改定する。                            | RHMT と各 DHMT は CHPS 拡大計画を改定した。  |
| 1-2. RHMT の、CHPS 実施を強化する能力（プロジェクトが作成した PS によって測る）が向上する。          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・2008 年 6 月までに、RHMT 職員 49 名と DHMT 職員 162 名（ステージ 1 郡 42 名と 2 郡 120 名）の計 211 名が、マネジメント・スーパービジョン研修に参加した。研修前のテスト得点 66 ～ 69% に対し研修後 85 ～ 90% と上がっていることで、理解度が向上したとわかる。</li> <li>・RHMT 職員 2 名とステージ 1 郡 DHMT 職員 6 名の計 8 名が、Navrongo（UW 州）と Birim North（イースタン州）へのスタディツアーに参加した。（2006）</li> </ul> |
| 1-3. ステージ 1 郡 DHMT の、CHPS 実施を強化する能力（プロジェクトが作成した PS によって測る）が向上する。 | （上記 1-2 と同じ）  |

（2）成果 2：「ステージ 1 郡の地域保健師（CHO）と亜郡保健チーム（SDHT）の CHPS 業務遂行能力が向上する」の達成状況

RHMT 及び DHMT 職員と同様に、SDHT 職員対象の FS 研修において、研修後のテストの成績が研修前よりも良いことから、研修の結果受講者の理解度が上がったことが確認できる。中間評価調査における聞き取り調査で受講者に尋ねたところ、研修で学んだスーパービジョンの技術・知識を実務で使っている旨述べた。2008 年 6 月に行われた第 1 回モニタリング調査では、SDHT の業務レベルは目標の 50% 程度であり、更なる改善の必要性が確認された。

CHO についても同様に、研修後のテストの成績が研修前よりも良いことから、研修の結果受講者の理解度が上がったことが確認できる。CHO の場合、研修はより直接的に CHPS ゾーンにおける業務に関連している。中間評価調査における聞き取り調査では、回答者の CHO は、地域看護師（Community Health Nurse：CHN）としてそれまでに数年間の実務経験があったとしても、コミュニティに入って一人で働くために CHO 研修は必要だったと答えた。特に住民参加についての研修は有益だったとしており、それはこの分野が彼らにとって新しい仕事であること、また住民との接し方を習ったことが役立っているからということであった。SDHT と同様、2008 年 6 月に行われた第 1 回モニタリング調査では、CHO の業務レベルは目標の 75% 程度であり、更なる改善の必要性が確認された。

多くの CHO は熱意をもって仕事に取り組んでおり、住民に受け入れられてもいるが、2～3 年後には、異動や家庭の事情、上級資格取得のための進学等の理由で CHPS ゾーンから離れることになる。家族と離れて単身で暮らす者、電気や水が備わっていない CHPS コンパウンドに暮らす者も多い<sup>2</sup>。CHO の業務は、患者の診察から住民参加まで広範囲にわたってお

2 UW 州内の CHO の男女比は 1：9 とのことである。20 代独身が多いとのこと。



り、一人で担うには非常に多い業務量である。数年後の交代要員として、また1つのCHPSゾーンに複数のCHOを今後配置する可能性に備えて、CHOの人数をさらに増やすため研修を継続的に行っていく必要がある。

今後、SDHT、CHOの能力向上は、モニタリングツールを使って測っていく。

| 指 標   | 達成状況  |
|---|---|
| 2-1. SDHTの、CHPS実施を強化する能力(プロジェクトが作成したPSによって測る)が向上する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>SDHT職員125名(ステージ1郡37名、2郡88名)が研修に参加した。理解度は、研修前56～82%に対し、研修後73～92%に上昇した。</li> <li>2008年6月に、FSの試行版であるモニタリングツールを使ってステージ1郡のSDHT11か所の業務能力を測った。この結果をベースラインとし、今後の向上を測ることになる。</li> <li>上記の結果、SDHTの業務レベルは目標の50%程度であった。</li> </ul>                                   |
| 2-2. CHOの、CHPS実施を強化する能力(プロジェクトが作成したPSによって測る)が向上する。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>CHO99名(ステージ1郡31名、2郡68名)がCHO新人研修に、33名(ステージ1郡11名、2郡22名)がCHO現職研修に参加した。理解度は、研修前69～77%に対し、研修後に81～85%に上昇した。</li> <li>2008年6月に、FSの試行版であるモニタリングツールを使ってステージ1郡のCHPSゾーン12か所の業務能力を測った。この結果をベースラインとし、今後の向上を測ることになる。</li> <li>上記の結果、CHOの業務レベルは目標の75%程度であった。</li> </ul> |

(3) 成果3:「ステージ1郡においてCHPS活動の支援型スーパービジョン制度が確立・実施される」の達成状況

FSガイドラインを作成し、これを使った研修を実施した。FSはステージ1郡と2郡で2008年に導入された。プロジェクトが作成したモニタリングツールを使ってFSがモニタリングされる。

| 指 標   | 達成状況                   |
|---|------------------------|
| 3-1. 2008年末までに、FSのガイドラインを作成する。                | ガイドラインを作成した。(2008)     |
| 3-2. プロジェクト期間終了まで、当ガイドラインを使ってスーパービジョンを定期的に行う。 | (FSは2008年に始まったばかりである。) |

(4) 成果4 : 「ステージ1 郡において CHPS、ヘルスセンター、病院間のリファラル・カウンターリファラル体制が強化される」の達成状況

既存のリファラルガイドラインを補う目的で、プラクティカルガイドラインを作成した。このプラクティカルガイドラインと研修を通じて、リファラルシステムの強化が行われつつある。SDHT と CHO についてリファラル業務のモニタリングを最近行ったところ、業務のレベルは目標の 75 ～ 85% であり、更なる改善の必要があることが確認された。中間評価調査において CHO に聞き取り調査を行ったところ、リファラル先の病院からフィードバックフォームが返ってこないことが多い旨、多数が指摘した<sup>3</sup>。CHO が急患・重症者を搬送するにあたっては、日本の無償資金協力で供与された無線機や救急車を使っている者も、コミュニティ緊急搬送システム (Community Emergency Transport Systems : CETS) (成果 5 の 5-2 参照) を使っている者もいる。

| 指 標  | 達成状況  |
|--|---|
| 4-1. 2008 年末までにリファラルガイドラインを作成し、プロジェクト期間終了まで使う。 | GHS の既存のリファラルガイドライン及び情報ガイドラインを補完する目的で、プラクティカルガイドラインを作成した。(2007) (活動 4.2 と同じ)                                      |
| 4-2. 2009 年末までに、CHPS ゾーンから適切にリファラルされる件数が増加する。  | 2008 年 6 月にステージ 1 郡の SDHT 1 か所と CHPS ゾーン 12 か所の調査を行った (この結果が今後の改善をみるベースラインになる)。現在のリファラル業務のレベルは、目標の 75 ～ 85% であった。 |

(5) 成果 5 : 「ステージ 1 郡において CHPS に対する住民参加が強化される」の達成状況

ステージ 1 郡内の、現在 11 か所ある「完成した (complete)」CHPS ゾーンの多くが、継続的に CHPS 支援住民活動を行っている。CHAP や CETS を作ったところもある。

成果 5 の現在の指標で、住民参加の強化を測るのは困難である。プロジェクトメンバーからは、住民参加活動の増加ではなく、継続性をみるほうが適切ではという意見が出た。住民参加活動にかかる業務を委託されている NGO は、CHO と CHC と 密接に活動し、主体的参加による学習と行動 (PLA) 技術を移転することをめざしている。

3 フィードバックフォームは、リファラル先病院で記入後、患者 (の家族) に渡し、そこからリファラル元に渡すことになっているが、患者のところで止まることが多いとのこと。

| 指 標  | 達成状況   |
|--|--|
| 5-1. 2009年までに、住民参加活動の数が増える。                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ステージ1郡のCHPSゾーン11か所のうち、ほとんどがCHCの定例会を行っている。2008年には、8か所が毎月、1か所が3か月に1度、2か所が必要なときに行っている。<br/>(*** JenebobのCHPSゾーンは完成したばかりなので活動記録はまだない)</li> <li>・ 8か所のCHPSゾーンでは、召集会やその他住民集会在、2008年に少なくとも1度行われた。</li> <li>・ 11か所のうちほとんどのCHPSゾーンで、コミュニティがCHPSコンパウンドに夜間警備員を配置、CHOのために水汲み、CHPSコンパウンドの清掃を行っている。薪を届けるところ、菜園を整備するところもある。</li> </ul> |
| 5-2. CHVとCHCの、CHPS実施を強化する能力(プロジェクトが作成したPSによって測る)が向上する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ CHV用のPSを作成・改訂した。(2006-2007)</li> <li>・ CHVの研修モジュールを作成・改訂した。(2006-2007)</li> <li>・ CHV研修を実施した(276名参加)。(2006-2007)<br/>(以上、活動5.2から5.4と同じ)</li> <li>・ CHAPが、ステージ1郡のCHPSゾーン5か所で作成された。</li> <li>・ CETSが、CHPSゾーン4か所で作成された。3か所で作成中。</li> </ul>   |

(6) 成果6:「パイロット対象地域の経験が他地域へ普及される」の達成状況

ステージ1郡のグッドプラクティスが、州フォーラムや各種会議、スタディツアーを通じて、ステージ2郡及びGHS中央と共有された(「活動6」を参照のこと)。

| 指 標  | 達成状況                                  |
|--|---------------------------------------|
| 6-1. 2009年末までに、ステージ1郡の事例・ツール・教材等を使用しているステージ2郡の数が増える。 | プロジェクトが作成したリファラルフォームがステージ2郡の6つで配布された。 |
| 6-2. 2009年末までに、UW州の経験が紹介される回数が増える。                   | (該当せず)                                |

### 3-4 プロジェクト目標と上位目標の達成度

#### 3-4-1 プロジェクト目標の達成度

「機能している CHPS の拡大によって、プロジェクト対象地域（UW 州）住民の良質な保健サービスへのアクセスが向上する」

プロジェクトは、RHMT から CHO までの各レベル及び住民参加における CHV の能力向上を通じて、「機能している (functional) 」CHPS ゾーンの拡大に貢献し、その結果として住民の保健サービスへのアクセス向上にも貢献した。本プロジェクト目標達成のための外部条件として「CHPS コンパウンド建設のために必要なリソースが確保できる」があるが、GHS が CHPS コンパウンド建設のためのリソースを確保するのは容易ではなく、これは必ずしも満たされていない。

保健サービス指標にかかるデータは、UW 州及び州内各郡の年次報告書から得られるものの信頼性が低い。プロジェクトメンバーと中間評価調査団で議論の結果、CHO の業務に関するサービス指標を新たに設定することに決めた。

プロジェクト目標の指標のうち、ステージ2郡に関するもの（5、6、7）については論理の飛躍がある。ステージ2郡についてもステージ1郡とともに研修を行い、ステージ1郡のグッド・プラクティスをステージ2郡に紹介してはいるが、ステージ2郡が1郡のグッド・プラクティスを実際に利用させるところまでの活動をプロジェクトは行っていない。

| 指 標  | 達成状況  |
|--|---|
| ステージ1郡   |   |
| 1) 対象範囲：2009年末において、2005年に比較して、ステージ1郡で機能しているCHPSゾーンの数が増加する。               | ステージ1郡内の、「機能している」CHPSゾーンの数：<br>2005年：6か所（Jirapa/Lambussie郡2か所、Wa West郡4か所）<br>2008年6月：12か所（Jirapa/Lambussie郡6か所、Wa West郡6か所）<br>*** Eggu CHPS ゾーン（Wa West 郡）は、2008年にサブディストリクトに格上げされたため、2008年の数には入っていない。   |
| 2) アクセス：2009年末において、2005年に比較して、CHPSでカバーされる（機能しているCHPSゾーン内に住んでいる）世帯数が増加する。 | 世帯数<br>（CHPSゾーン内の世帯数について信頼できるデータはないため、2005年から増えているかどうか判定不能）<br>2008年7月：ステージ1郡のCHPSゾーン12か所がカバーしている世帯数3,779<br>（Jirapa/Lambussie郡：2,028; Wa West郡：1,751）<br>人口<br>2005年（6 CHPS ゾーン）：24,900<br>2008年（13 CHPS ゾーン。2008年にサブディストリクトに格上げされたEgguも含む）：30,153 |

|   |  |
|---|--|
| 3) 2009 年末において、2005 年に比較して、CHO による家庭訪問サービスを受けている世帯数が増加する。       | 家庭訪問が行われた数<br>2006 年 (6 CHPS ゾーン) : 343 (Jirapa/Lambussie 郡 87、Wa West 郡 256)<br>2008 年 6 月 (12 CHPS ゾーン) : 918 (Jirapa/Lambussie 郡 482、Wa West 郡 436)<br>(2005 年のデータなし) |
| 4) 質 : 保健サービス指標 (予防接種率、4 回の妊産婦検診受診率、避妊実行率) の傾向が 2009 年までに改善する。  | (保健サービス指標にかかる現在入手できるデータは信頼性が低い)  |
| ステージ 2 郡  |  |
| 5) 2009 年末までに、ステージ 1 郡で確立されたリファレラルシステムが、ステージ 2 郡の 50% で導入される。   | プロジェクトが作成したリファレラルフォームがステージ 2 郡で配布された。  |
| 6) 2009 年末までに、ステージ 1 郡で確立されたスーパービジョンシステムが、ステージ 2 郡の 50% で導入される。 | (FS システムは、ステージ 1 郡と 2 郡の両方で確立されることになっている)  |
| 7) 2009 年末までに、ステージ 2 郡で住民参加活動の数が増加する。                           | (数える対象とする「住民参加活動」を定義する必要あり)  |

### 3-4-2 上位目標に関して

「プロジェクトドキュメント」<sup>4</sup> 及び JICA ガーナ事務所作成の「事業事前評価表」には上位目標として「アッパーウエスト州の住民の健康が改善される」との記載があるが、プロジェクトの PDM やその他公式書類には上位目標の記載がない。つまり、公式の PDM 上ではこれまで上位目標がないままにプロジェクトは実施されてきた。この中間評価調査の機会に、上位目標及びその指標を設定することに関係者間で合意した。

### 3-4-3 「プログラム」に関して

2006 年、JICA は UW 州住民の健康改善を目標とする「プログラム」を開始した。本プロジェクトと JOCV、無償資金協力、個別専門家の 4 つがプログラムの構成要素となっている。これら 4 つの構成要素は、プログラム目標の達成に向けて、戦略的にデザインされ実施されることになっている。UW 州内に 5 人の「プログラム隊員」(保健師、視聴覚教育、栄養師) が派遣されており、本プロジェクトに関連した保健教育活動等を実施している。しかし、プログラム目標も目標達成に至る戦略も十分明確でなく、関係者間で共有されてもいない。本プロジェクトの日本人専門家や JOCV が「プログラム」の目標や戦略について JICA から十分知らされていないだけでなく、ガーナ側も「プログラム」そのものについて知らされていなかった。

4 “Final Report. Project Document on the Project for the Scaling up of CHPS Implementation in the Upper West Region, March 2006-February 2010”. Prepared by Marian Tedefa-Kubabom, 19 December 2005

## 第4章 5項目評価結果

### 4-1 妥当性

本プロジェクトは、ガーナの保健政策及びターゲットグループのニーズに整合しており、妥当性が非常に高い。高い妊産婦死亡率・幼児死亡率や感染症の蔓延など、ガーナ国民の健康事情には更なる改善の必要があることから、GHSは保健サービスのアクセスと質を改善し、地理的な不均衡を解消することをめざし、CHPSを開始した（CHPS - the Operational policy, 2005年5月、GHS）。CHPSは、ガーナ第二次成長と貧困削減戦略文書（GPRS II, 2006-2009）や第二次保健セクター5ヵ年計画（Second Health Sector Five years Programme of Work）といった高次の国家政策にも整合しており、特に「第二次保健セクター5ヵ年計画」ではCHPSの拡大に言及している。UW州は保健サービスへのアクセスが悪く、保健指標も他地域に比べよくないことから、本プロジェクトの対象地域として選択したことは妥当である。

本プロジェクトは、日本の対ガーナ「国別援助計画」（2006）とも整合している。その4つの「戦略プログラム」の一つとして、「貧困地域における基礎生活環境の改善（戦略プログラム2）」を取り上げている。重点協力領域として、「地域保健改善、感染症対策」を掲げ、「健康状態の改善のために地域住民の主体的な参加を念頭に置き、保健指標の低い地域において地域保健改善と保健医療行政強化、HIV/AIDS、マラリアを含む寄生虫対策などの感染症対策支援に取り組む」としている。

### 4-2 有効性

本プロジェクトの「成果」が「プロジェクト目標」の達成に向けて貢献しているといえることから、本プロジェクトの有効性は認められる。「成果」レベルではRHMTからCHOに至る各レベル及び住民参加活動におけるCHVの能力向上をめざしており、それによって「機能している（functional）」CHPSゾーンが拡大し、「プロジェクト目標」でめざすところの、より多くのコミュニティで保健サービスへのアクセスが向上した。しかし、プロジェクト目標達成に必要な外部条件の一つである「CHPSコンパウンドの建設」は、そのための資金を確保することが容易ではないため十分に満たされてはいない。

プロジェクトのデザインに論理的な飛躍がある。プロジェクトがめざすのは「UW州全体」での保健サービスへのアクセス改善であるが、ステージ1郡と2郡で活動・投入内容が異なっている。ステージ2郡ではプロジェクトによる機材供与・住民参加活動は行っていない。また、「成果」レベルの指標はステージ1郡のみを測るようになっている。それにもかかわらず、「プロジェクト目標」レベルの指標はステージ1郡と2郡両方を測ることになっている。ステージ2郡においては、ステージ1郡のグッド・プラクティスを紹介したあと、ステージ2郡が自主的にそれらを取り入れることを期待している。

### 4-3 効率性

「投入」が「成果」の達成にどれだけ貢献しているかの観点から効率性をみると、効率性を向上させた要因、阻害した要因がいくつか指摘でき、総合的な判断は難しい。



#### <ガーナ側カウンターパート>

R/D ではフルタイムの C/P の配置が約束されていたが、実際には配置されなかった。もしフルタイムの C/P がいればプロジェクト業務の進捗はより早かったかもしれない。一方で、C/P が GHS の日常業務の中でプロジェクトにかかる仕事を行っていることは、コスト及び持続性の面ではプラスである。

#### <日本人専門家>

日本人専門家は、住民参加や研修企画などガーナ側の経験の少ない分野の専門性をもつ人材が派遣された点で優れていた。しかし、専門家派遣計画（派遣日数、時期）は必要量をはるかに下回っており、特にプロジェクトの立ち上げ時期には自社負担で業務調整担当専門家を派遣しなければならなかった。日本人専門家はガーナに出張ベースで年に数か月間滞在するが、その短い滞在期間に確実に成果を出すためにガーナ側メンバーと集中的にプロジェクト業務を行わなければならない。ガーナ側メンバーにとっては他の業務も抱えているためにプロジェクトの仕事が負担にもなった。

#### <供与機材>

プロジェクトによる供与機材は、現地調達されたこと、ユーザーのニーズに合っていること、全体として適切に維持管理されていることから、費用効率が高かったといえる。ステージ1郡の CHO に供与されたバイクは、CHO の主要業務である家庭巡回に不可欠なものである。無線機の維持管理が難しいとの報告も一部 CHO からあった。プロジェクトメンバーによると、もともとの機材供与計画はプロジェクト活動の進捗計画にあまり対応していなかったが、事態の変化に合わせて機材供与計画も変更した。例えば、プロジェクトではもともと CHV のための自転車を供与する計画となっていたが、ある年 UNICEF が急に自転車を大量に供与したため、本プロジェクトでは自転車の供与を行わないことにした。

#### <プロジェクト事務所>

プロジェクト事務所が州保健局の敷地内に移転したのは2008年6月である。それまでは数キロ離れたところにあったため、日本人専門家と C/P が日常的に密なコミュニケーションをとることが難しかった。それでも業務を通じてお互いの理解が深まったことで徐々に関係は改善された。最近、事務所が州保健局敷地内に移転したこともプロジェクトメンバー間の関係構築にプラスになった。

### 4-4 インパクト

中間評価時点では、インパクトの発現をみるには時期尚早である。プロジェクトによって、コミュニティにおける保健サービスへのアクセスが既に改善されてきている。しかし、プロジェクト対象地域において保健サービス指標が実際に改善するまでには、さらに時間がかかるものと思われる。

他に正のインパクトとして、研修モジュールなど、プロジェクトが作成した成果品は他の地域でも活用される可能性がある。

負のインパクトとして、本プロジェクトがステージ2郡で機材供与や住民参加活動を行っていないにもかかわらず、UW州全体で同じ内容の支援を行っているとの他の援助機関に誤解され、ステージ2郡が他の援助機関の支援（特に機材供与）対象から外されるということがあった。

#### 4-5 自立発展性

プロジェクト終了後もその活動・効果が持続できるかどうかの見通しについては、正負両方の要素があり、総合的な判断は難しい。CHPSがガーナの保健セクターで重要視されていること、中央レベルでCHPS拡大を訴える有力官僚が存在していることから、政策的な自立発展性は高い。また、本プロジェクトが既存のCHPSの枠組みの中で活動していることも、自立発展性の観点からプラスである。

財政的には、CHPS実施に必要な資金をGHSが自力で用意することは困難で援助機関に頼っていることから自立発展性は弱い。本プロジェクトでは、州内のGHS職員を対象に援助機関宛プロポーザル作成の研修を実施し、資金調達にかかる能力向上を期した。技術的な観点からは、プロジェクトによって能力が向上しているため、終了後も業務を継続していける素地ができたといえる。今後さらに、リファラルと住民参加についての能力向上が必要である。特に住民参加については、医療スタッフにとってなじみの薄い分野であるため、GHSの中で住民参加の専門性を確立していく必要があるかもしれない<sup>5</sup>。そのためには、NGOからGHS職員に住民参加活動についての技術移転をする必要がある。また、GHSの組織の中に研修機能を継続していけるような組織能力を高める必要がある。

---

<sup>5</sup> GHS総裁(Dr. Elias Sory)は、住民参加活動はNGO等に外部委託するのが望ましいと考えている(JCCでの発言)。GHS職員は基幹業務である保健サービス提供に集中すべきであるし、コミュニティに頻繁に通ったり数日間滞在したりすることは現実的に不可能であり、住民参加活動はそれを専門とするNGO等に委託するほうが効率的とのこと。



## 第5章 結 論

プロジェクトによって、保健サービスの提供、FS、リファラルシステム、住民参加、モニタリングと文書化等について、RHMT/DHMT/SDHT/CHO の能力向上・下のレベルに対する指導監督能力が向上した。

その結果として、コミュニティにおける保健サービスへのアクセスが向上した。加えて、CHAP 等の新機軸が導入され、これらは住民参加をさらに促進する効果が期待できる。

## 第6章 提言

＜プロジェクト（日本側）に対する提言＞

- (1) 地域保健医療サービスを改善するために、リファラルシステムを一層強化する。具体的には、フィードバックシステム、コミュニケーションシステムを改善し、リファラルデータを活用する仕組みを作る。これらデータを保健マネジメント意思決定に活用し、保健サービス提供の向上をめざす。
- (2) プロジェクト終了時まで3種フォーム（PS、FS、リファラルシステム）が現場で継続利用できるように、使いやすい内容かどうかを再検討し、必要に応じ改訂する。
- (3) DHMT と協力し、郡議会議員や住民組織・NGO を対象に、CHPS 関連のオリエンテーションやスタディーツアーを実施し、CHPS プログラムへの理解と予算執行をより一層促進する（基本的に CHPS の建物は郡予算により建設され、それが遅々として進まないのがプロジェクト進行の懸念事項であるため）。
- (4) GHS 内のヘルスプロモーション課及び研修課とプロジェクトとの共同で、プロジェクトが開催した研修内容（CHPS 導入前の住民参加の促進、3種フォームの作成手順など）をビデオ記録し、研修教材として残す。
- (5) PDM を改訂し、プロジェクトのめざすところをより明確にし、指針の計測ができ、現実に即したものにす。

＜GHS（ガーナ側）への提言＞

- (6) CHPS コンパウンドがよりスムーズに建設されるように、郡議会や住民など各ステークホルダー間のパートナーシップを強化する（従来、CHPS コンパウンドは1件当たり20,000～50,000米ドルの予算が必要であるが、例えば資材は郡予算、労働は住民提供とすれば大幅にコスト減可能）。
- (7) プロジェクトのベスト・プラクティスを共有し、活動の持続性につなげる。
- (8) CHO の意欲を高めるため、CHO のプロモーションを考える（2～3年僻地で勤務後、沖繩の公衆衛生看護婦駐在制度を例に）。
- (9) データ管理、物品管理、及びファイリングシステムを強化する。

＜JICA（本部・在外事務所）への提言＞

- (10) UW 州全体がプロジェクトから裨益するように、プロジェクト期間中に、ステージ2郡への基本的な機材供与や住民参加活動の支援の可能性を再考する。

- (11) プロジェクト終了時頃に、再度ベースライン調査を実施し、プロジェクト開始前と終了時の保健指標を比較することにより、本プロジェクトの効果がどの程度あったか検証する。
- (12) CHPS コンパウンドの財政的支援を考慮する（現在 CHPS コンパウンドの建設は本プロジェクトの枠外であるが）。

## 第7章 PDMの改訂

第6章の「提言」に基づき、プロジェクトではPDMの改訂を決めた。新しいPDM（バージョン5）は、英文合同評価報告書のAnnex 2として添付されている。これには、前の版（バージョン4）の文言も記載され、対比できるようになっている。

変更の要点は次のとおり。

- (1) 「プロジェクト目標」のレベルでは、CHPS サービス提供にかかる「組織的能力」の向上を目的とすることを確認し、「プロジェクト目標」をこれに合わせて変更した。
- (2) 上記に合わせ、「成果」のレベルでは、GHSの「職員個人レベル」の能力向上をめざすこととした。
- (3) 今まで設定されていなかった「上位目標」を新たに設け、「保健インフラの改善」をめざすことにした。
- (4) UW州全体の裨益をめざすことを確認し、必要な個所ではステージ2郡もその対象として明確にした（例：現行PDMで、研修対象はステージ1郡のみとなっているが、実際はステージ2郡職員も受講している）。
- (5) いくつかの指標とデータ入手手段を、指標・データの妥当性・信頼性・有効性・データの入手しやすさの観点から変更した。

## 第8章 地域保健の視点から

本中間評価調査の最初のインタビュー対象者は、GHS 総裁 (Dr. Elias Sory) であった。総裁は UW 州の出身であり、同州を含む北部 3 州の保健指標が他地域に比して極めて悪いこと、同地域住民の健康改善及び保健医療の地域格差是正のためには国家保健医療政策・貧困戦略の推進とともに、かつ本プロジェクトでも取り組む CHPS (病院や診療所などの保健医療サービスからほど遠い僻地での「地域保健計画サービス」の提供拠点) の拡大に一番期待を寄せていることなどを熱く語ってくれた。

ガーナではこれまで、CHV をコアとして、地域保健活動を展開したこともあったが、教育レベルやサービスの質の面から限界が否めなくなり、全国展開が難しいという判断になった経緯がある。その失敗を受け、現在は、Sub-district Health Center と地域の間、高卒で、Community Health Nursing School を卒業した者で、さらに訓練を受けたコミュニティ保健師 (CHO) が地域に張り付いて活動する戦略を展開している。

このようにプライマリ・ヘルスケア (Primary Health Care : PHC) の中心人物として CHV を選ぶか、もしくは CHO を選ぶかという論点は多分にその地域の宗教観に左右されることがあるのではないだろうか。例えばアジアの多くの地域は多神教で、身の回りに精霊が宿っていることを信じ、それを Respect しているため、CHV のように身近な人物が保健指導をすることにも抵抗感が比較的少ない。それに対し、一神教の多いアフリカ諸国はかつてアラブ諸国からイスラム教が、のちに西欧諸国からキリスト教が布教したときのように、伝道者は現地住民との距離を置きつつ Respect を受けてきたため、政府から“保健の Missionary (宣教)”として派遣される CHO (ほとんどがキリスト教信者) が対象住民 (ほぼイスラム教信者) から一步距離を置いた CHPS という象徴的な建物に居を構え保健指導をするという体制をとることによって、宗教的背景からもより効果的に受け入れられやすいと考えられる。

ガーナ側の中間評価調査メンバー 3 名も、自らの経験や調査で得た知見をもとに評価報告書の作成にあたり、週末も時間を惜しまず夕方遅くまで議論に参加してくれるなど、大変協力的であった。1 週間という短期間でフィールド調査から報告書作成、PDM 改訂、合同調整会議、M/M 締結に至ることができたのも、評価分析団員の周到なる事前準備と現場での本プロジェクト専門家による包括化された案件関連資料の適切な提供があつてのことである。

今回の調査訪問で特筆すべきことは、JICA 本部で「優良プロジェクト」として本案件が注目されてきたにもかかわらず、かつ他のスキーム (無償、JOCV、個別専門家) との合同「戦略的プログラム案件」という新しい試みの成功が期待されているにもかかわらず、現場ガーナでは本案件終了 1 年余となる最近まで本プロジェクトの専門家らが「孤軍奮闘」していた点であろう。例えば、ガーナ側では本プロジェクトでの試みが当初、本省で注目も理解もされず困難な時期があった。プロジェクト現場である UW 州では、2008 年 4 月に州保健局の敷地に漸く専門家事務所が設置された (それまでは車で 5 分以上かかる場所にしか事務所を設置できなかったため、C/P とのコミュニケーションが現在と比して希薄であった)。一方、プロジェクト専門家らは、JICA に対するより複雑・細分化した提出書類の整理に忙殺せざるを得ないシステムのなかでデスクワークが多くなり、フィールドで C/P と汗を流す機会が限られてしまう。さらに、「プログラム案件」を束ねる人材が現場にいないためまとまりづらいなど、様々な状況に苦慮してきた。今後は在外事務所を中心とした、本プロジェクト・プログラムに対する、より一層体系的な支援

法の模索と簡略化・効率的な仕組みづくりの捻出に期待したい。

以上、ガーナにおける新しい PHC 戦略は妥当性が高く、保健医療の地域格差是正に貢献している。今後も日本国が社会経済格差の底辺にある UW 州をはじめとする北部 3 州に注目して僻地に分散するコミュニティの住民に、基本的保健サービスを提供する CHPS のシステム強化及び拡大計画を支援し続けることは、前述のようにガーナの国家保健政策・貧困戦略にも適い大変重要かつ有意義である。本プロジェクト計 4 年間のうち残り 1 年余りで活動をまとめて定着を図るのは困難なことを考慮し、終了後もう 1～2 年、フォローアップかパイプラインというスキームで補足プロジェクトを行う案があげられる。また、プロジェクト範囲拡張について、Northern 州を中心とした北部地域へ同様のアプローチを適用してほしいとガーナ側からの意見が聞かれた。

いずれにせよ、ガーナ側のキャパシティ向上（本プロジェクトの目標）を支援しつつ、また自助努力（CHPS 建設は基本的に郡予算）を損なうことなく、そして直接の裨益者である住民の動機付け（CHPS が設けられてもコミュニティがその意義を理解できなければ保健サービスは利用されないため）を常に念頭に置きつつ、同分野での更なる多角的支援を推進していただきたい。

## 第9章 団長総括

「CHO は奇跡を呼び起こした。これまで諦めていた病気が、魔法のように治った」。

首都アクラから車で12時間、ガーナの中でも特に辺境の地といわれる UW 州にあって、未舗装道路を揺られながら進みようやく辿り着いた小さな村で、ある老婦人が小さな子どもを抱えながら語ってくれた。ここに建設された CHPS コンパウンドまで、3時間かけて歩いて来たという。CHPS 及び CHO の出現により、当地の住民の方々に明らかに喜ばしい変化が起こっていることを実感する。同時に、プロジェクトの影響を感じた。

一方で、今回の中間評価において本プロジェクトの様々な問題点が明らかになった。ガーナ側では R/D で約束された専属の C/P が、配属されていないままであった。また、日本側でもプロジェクトが在外主管、プログラムが地域部主管で、コントロールのデマケが不明瞭であり、調整不足が見られた。

本中間評価によって、このような問題を一扫し方向性を示すことができたことは、当プロジェクトを含む「UW 州住民の健康改善プログラム」にとって貴重な機会となった。特に、すべての関係者間で、より実現可能な明確なビジョンを共有できたことは高く評価できる。

プロジェクト目標は、本中間評価を踏まえた見直しの結果、マネジメント強化による組織育成がプロジェクトで達成できる目標であるということが明確になった。また、これまで存在しなかったプロジェクトの上位目標を「機能している CHPS ゾーンが拡大する」と設定し、組織力が高まることによって保健インフラが整うことをめざすものとした。さらに、中央へのグッドプラクティスの普及促進が明確になった。

幸いにも、2008年1月に就任した GHS 総裁 Dr.Elias Sory は同州出身、日本での研修を経験したこともあって日本最良であり、本プロジェクトに多大なる期待を寄せられている。既に各地で、「JICA の UW でのメソッドを取り入れよう」と繰り返されている。今回、UW 州内でステージ1郡のみならず2郡にまで活動範囲を広げることが決定されたが、全土への普及を推進したい。

今後は、コミュニティからの積極的な参加が本プロジェクトの成否に大きく影響するため、必要とされるコミュニティに対して CHPS コンパウンドを建設すべきと考える。このため、GHS が主張するように、郡役所 (District Assembly : DA) とのパートナーシップが重要となる。ガーナ側の更なるオーナーシップを期待したい。

本件担当コンサルタントであるアイ・シー・ネットの専門家の方々、C/P の皆様のご尽力に感謝すると同時に、今後の活躍を期待する。また JICA ガーナ事務所としては、明確になったダイレクションをステークホルダーの間に常に確認しつつ、コンセンサスをもって調整・推進していく所存である。

プロジェクトの成功の鍵は、「ヒト」の力、「ヒト」の心、「ヒト」の輪であろう。

最後に、今回の中間評価にあたり、日本・ガーナの合同調査団のメンバーの多大な努力に、心より感謝申し上げます。

## 付 属 資 料

1. 協議議事録
2. 合同評価報告書
3. 評価グリッド





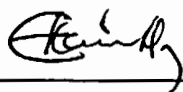
**Minutes of Meeting**  
**Between**  
**The Ghana Health Service**  
**And**  
**The Japanese Mid-Term Evaluation Study Team**  
**On**  
**Japanese Technical Cooperation for**  
**The Project for The Scaling Up of CHPS Implementation In The Upper West Region**

The Japanese Mid-term Evaluation Study Team, (hereinafter referred to as “Team”) organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “JICA”) and headed by Mr. Kunihiro YAMAUCHI visited the Upper West Region from 8th to 23rd July, 2008 for the purposes of reviewing the activities of Japanese Technical Cooperation for the Project for the Scaling up of CHPS (Community Health Planning and Services) implementation in the Upper West Region (hereinafter referred to as “the Project”).

During the stay, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Ghanaian authorities concerned with the project.

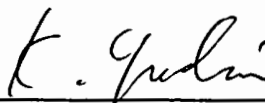
As a result, both Ghanaian and Japanese sides agreed upon the issues referred to in the document attached hereto.

Wa, 22<sup>nd</sup> July, 2008



---

Dr. Elias Sory  
Director-General  
Ghana Health Service  
Republic of Ghana



---

Kunihiro YAMAUCHI  
Leader  
Mid-Term Evaluation Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
Japan

## ATTACHMENT

JICA dispatched the Mid-term Evaluation Study Team headed by Mr. Kunihiro YAMAUCHI to Ghana from 6th to 26th July, 2008 in order to evaluate the activities and achievements of the Project.

Both Ghanaian and Japanese sides reconfirmed that the crucial role of the Project is to strengthen regional health services through improving capacity of health care institutions and promoting people's participation in the project area in order to increase coverage of functional CHPS in the Upper West Region.

As a result of a series of discussions with organisations concerned and meetings with officials of the Ghana Health Service (hereinafter referred to as "GHS"), both Ghanaian and Japanese sides reviewed the activities of the Project and made a Joint Evaluation Report shown as Appendix. In addition, both sides agreed on the direction for the remaining period of the Project including revision of the PDM and recommendations made by the Evaluation Team.

Appendix     **Joint Mid-term Evaluation Report on the Project for the Scaling up of CHPS implementation in the Upper West Region**

**JOINT EVALUATION REPORT**

**on**

**Japanese Technical Cooperation Project**

**for**

**the Scaling Up of CHPS Implementation**

**in**

**the Upper West Region**

**22, July 2008**

**Ghana Health Service (GHS)**  
**Japan International Cooperation Agency (JICA)**

## CONTENTS

### Abbreviations

#### 1. Outline of the Mid-term Evaluation

##### 1.1 Background and Summary of the Project

##### 1.2 Purpose of the Evaluation

##### 1.3 Member of the Evaluation Team

#### 2. Method of the Evaluation

#### 3. Achievement of the Project

##### 3.1 Inputs

###### 3.1.1 Inputs from the Ghanaian side

###### 3.1.2 Inputs from the Japanese side

##### 3.2 Activities

##### 3.3 Outputs

##### 3.4 Project Purpose and Overall Goal

###### 3.4.1 Achievement of Project Purpose

###### 3.4.2 Overall goal

#### 4. Evaluation by Five Criteria

##### 4.1 Relevance

##### 4.2 Effectiveness

##### 4.3 Efficiency

##### 4.4 Impact

##### 4.5 Sustainability

#### 5. Conclusion

#### 6. Recommendation

#### 7. Revision of PDM

Annex 1 Project Design Matrix (PDM) version 4

Annex 2 Project Design Matrix (PDM) version 5 (the revised version)

Annex 3 Inputs

- 3-1 Japanese Experts
- 3-2 List of Ghanaian Counterparts
- 3-3 List of Acceptance of Ghanaian Counterparts for Training in Japan
- 3-4 List of Equipment
- 3-5 Budget disbursement
- Annex 4 Questionnaire
  - 4-1 Questionnaire for the Ghana Health Service
  - 4-2 Questionnaire for the Project Counterparts
- Annex 5 List of Interviewees
- Annex 6 Schedule of evaluation

## Abbreviations

|         |   |
|---------|---|
| CETS    | Community Emergency Transport Systems                             |
| CHAP    | Community Health Action Plans                                     |
| CHC     | Community Health Committee  |
| CHO     | Community Health Officer  |
| CHN     | Community Health Nurse  |
| CHPS    | Community-Based Health Planning and Services                      |
| CHPS-TA | Community-Base Health Planning and Services- Technical Assistance |
| DA      | District Assembly   |
| DHA     | District Health Administration                                    |
| DHD     | District Health Directorate                                       |
| DHMT    | District Health Management Team                                   |
| GHS     | Ghana Health Service  |
| GPRS    | Ghana Poverty Reduction Strategy                                  |
| HEW     | Health Extension Worker   |
| HQ      | Headquarters  |
| IEC     | Information, Education, and Communication                         |
| JCC     | Joint Coordinating Committee                                      |
| JICA    | Japan International Cooperation Agency                            |
| JOCV    | Japan Overseas Cooperation Volunteers                             |
| M/M     | Minutes of Meeting  |
| MOH     | Ministry of Health  |
| NGO     | Non Governmental Organization                                     |
| PDM     | Project Design Matrix   |
| PPMED   | Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division                 |
| PS      | Performance Standard  |
| R/D     | Record of Discussions   |
| RHD     | Regional Health Directorate                                       |
| RHMT    | Regional Health Management Team                                   |
| SDHT    | Sub-district Health Team  |
| TBA     | Traditional Birth Attendant                                       |
| TOT     | Training of Trainers  |
| USAID   | United States Agency for International Development                |
| UNICEF  | United Nations Children's Fund                                    |
| UWR     | Upper West Region   |

## **1. Outline of the Mid-term Evaluation**

### **1.1 Background and Summary of the Project**

Ghana's Health Sector's Second Five-year Programme of Work (2002-2006) was developed to cover the issues identified by the Ghana Poverty Reduction Strategy (GPRS) and also has as one of its objectives the need to ensure equity in access to health services in Ghana.

In Ghana, health indicator figures such as mortality rate of children under age five and maternal mortality rate have remained high and have not improved much. It is because the access to primary health care services is limited, especially in rural areas. The government of Ghana has adopted Community Based Health Planning and Service (CHPS)<sup>1</sup> as a strategy to redress the inequality in access to health services by strengthening community health services. However, expansion of CHPS has been slow because of lack of administrative capacities in district health bureaus, lack of the absolute number of CHPS Community Health Officers (CHO), lack of CHO's capacities, and weakness of local people's participation.

Against this background, the government of Ghana requested the government of Japan for technical cooperation which contributes to the expansion of CHPS. After the request was made, JICA discussed preliminary studies and project details with the government of Ghana, and decided to implement the project to support the expansion of CHPS for the purpose of strengthening community health services. The target area of the Project is the Upper West Region, the region of extreme poverty where the access to primary health care services is inadequate and health indicators, especially the infant mortality rate, are worse than the other parts of Ghana. The Record of Discussions (R/D) and Minutes of Meeting (M/M) were signed in December 2005. The total Project budget of the Japanese side is about 380 million yen (=US\$ 3,604,000 US\$1=JPY105.44, 18 July 2008) and the beneficiary of the Project is 620 thousand people in the Upper West Region. The Project works in coordination with JOCV (Japan Overseas Cooperation Volunteers), a Japanese Grant Aid project, and individual expert at the Ministry of Health (MOH).

### **1.2 Purpose of the Evaluation**

---

<sup>1</sup> In CHPS, each district is divided into CHPS zones. In each zone of 3,000 - 5,000 people, a district health committee led by district leaders is established. Then, the district health committee establishes CHPS compound (clinic and residence) where CHPS community health officers reside. The CHPS community health officers visit each household in order to provide basic medical treatment, health guidance, and refer patients to more specialized medical institutions.



The objective of the mid-term evaluation is to determine the achievement of the Project as regards the purpose, outputs, and other emerging issues and to map out its future direction. This evaluation is jointly conducted by both Ghanaian and Japanese sides. The specific objectives of the evaluation are as follows:

- 1) To determine the progress of the project (input, activities, outputs, project purpose)
- 2) To evaluate the achievement level of the Project purpose using the 5 criteria (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact, and Sustainability)
- 3) To identify contributing factors as well as impeding ones through collecting and analysing data, information, and the results of the survey.
- 4) To make recommendations in order to improve implementation of the Project for the remaining period.
- 5) To revise the Project Design Matrix (PDM) if necessary and to achieve consensus on the revision from both Ghanaian and Japanese sides.

### 1.3 Members of the Evaluation Team

<Ghanaian members>

| No. | Name                     | Function          | Title                      |
|-----|--------------------------|-------------------|----------------------------|
| 1   | Dr. Daniel Yayemain      | Evaluation member | Acting Director, PPMED GHS |
| 2   | Dr. Godwin Afenyadu      | Evaluation member | Monitoring Unit, PPMED GHS |
| 3   | Mr. Sulemana B.B. Bening | Evaluation member | PPMED, Ministry of Health  |

<Japanese members>

| No. | Name                  | Function                | Title   |
|-----|-----------------------|-------------------------|---|
| 1   | Mr. Kunihiro Yamauchi | Leader of the mission   | Resident Representative of JICA Ghana Office                                  |
| 2   | Prof. Sumiko Ogawa    | Community Health        | Associate professor, Faculty of Human Health Science, Meio University         |
| 3   | Ms. Akemi Serizawa    | Evaluation and analysis | Social Development Specialist, Global Link Management                         |
| 4   | Ms. Noriko Kudo       | Planning Cooperation    | Associate Experts, Reproductive Health Division, Human Development Department |

## **2. Method of Evaluation**

The Mid-term evaluation was conducted in accordance with the JICA Guidelines for Project Evaluations (2004), following these steps:

- 1) Achievements of the Project were assessed based on the current Project Design Matrix (PDM) version 4, adopted on 17th January 2008 (Annex 1). The PDM was modified three times by the time of mid-term evaluation. The results of the Outputs and the Project Purpose were analysed vis-à-vis the Verifiable Indicators. The Inputs and Activities were evaluated in comparison with the plan and the achievement of the Outputs.
- 2) Contributing and impeding factors to the achievement of the Project were analysed by reviewing the project design and project implementation process.
- 3) The design, implementation process, and outcomes of the Project were analysed from the viewpoints of the five evaluation criteria: relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability.

Five evaluation criteria are summarised as follows:

### a) Relevance

Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and the Overall Goal in connection with the policies of the Government of Ghana and the needs of the country, as well as with the Japan's assistance policy to Ghana.

### b) Effectiveness

Effectiveness is assessed by examining the extent to which the Project has achieved its Project Purpose, and clarifying how the Outputs have contributed to the achievement of the Project Purpose.

### c) Efficiency

Efficiency of the Project is analysed by examining whether the Inputs and Activities have been appropriate and how they have contributed to the production of the Outputs.

### d) Impact

Impact of the Project is assessed through analysing either positive or negative influences of the

Project.

e) Sustainability

Sustainability of the Project is assessed in terms of organisational, financial and technical aspects by examining to what extent the outcomes of the Project could be sustained after the Project is completed.

4) Recommendations for the Project for the remaining period were formulated.

Both quantitative and qualitative data were collected and utilised to confirm the progress and achievements of the Project and to analyse any contributing and impeding factors. Data collection methods used by the evaluation team were as follows:

- Review of project documents such as the Record of Discussions, Project Design Matrix (PDM), progress reports and minutes of meetings in order to examine the progress and achievements of the Project.
- Questionnaire survey of key Ghanaian and Japanese project members to confirm the findings from the document review and obtain their insights about the achievements and challenges of the Project and issues in the implementation process;  
Respondents: staff of Regional Health Management Team (RHMT) (5, out of which 3 responded), Directors of District Health Management Teams (DHMT) in Stage 1 districts (2, out of which 2 responded), Ghana Health Service (GHS) Headquarters (3, none responded), Japanese experts (5, out of which 5 responded).
- Key informant interviews to draw out their opinions on the issues above;  
Interviewees: Japanese project members, staff members of RHMT, DHMTs and SDHTs, staff of health institutions including CHOs, community members and NGOs.
- Direct observation of some CHPS zones in Wa West and Jirapa/Lambussie Districts and the Regional and District Hospitals.

### **3. Achievement of the Project**

#### **3.1 Inputs**

##### **3.1.1 Inputs from the Ghanaian side**

1) Counterpart personnel assigned to the Project

Staff members of the Upper West Regional Health Directorate and the District Health Teams were assigned to the Project as the counterpart personnel. The list is shown in Annex 3 (3-2).

2) Provision of the project office and equipment

The Project has an office in the Regional Health Directorate compound since June 2008. The cost of refurbishment was borne by the operational cost of the Japanese side.

3) Operational expenses

The Ghanaian side have made indirect contribution to the Project, for example, by way of forfeiting allowance of the facilitators of the training sessions.

##### **3.1.2 Inputs from the Japanese side**

1) Experts

Seven Japanese experts were assigned to the Project. The list of the experts is shown in Annex 3 (3-1).

2) Counterpart training

To date seven counterparts participated in training courses in Japan. The details are described in Annex 3 (3-3).

3) Provision of equipment

The equipment directly provided by Japan to the Project amounted to approximately JPY 23,000 thousand (=US\$ 218,000. US\$1=JPY105.44, 18 July 2008) as of July 2008. The details of the equipment are described in Annex 3 (3-4).

3) Local budget

The local budget of the Japanese side amounted to JPY 74,000 thousand (=US\$702,000) since the beginning of the Project up to March 2008. The details of the operational expenses are shown in Annex 3 (3-5).

### 3.2 Activities

The Mid-term evaluation team reviewed the progress of the Activities vis-à-vis the PDM version 4, and confirmed a steady progress. The process of capacity building of Community Health Officers (CHOs) as providers of health care services in the community and of the Sub-district Health Management Teams (SDHTs), the District Health Management Teams (DHMTs) and the Upper West Regional Health Management Team (RHMT) as supervisors started from a situation/needs analysis, and proceeded to development of tools (guidelines, manuals, performance standards, monitoring tools). The Project developed training modules based on these tools and have conducted training for CHOs and RHMT/DHMTs/SDHTs. The trained staff members apply what they learned in the training sessions to their work, the feedback from which has been utilised to modify the tools and training modules. These processes are all to ensure the quality of performance at each level. In the remaining Project period, the Project will conduct more training sessions and implement activities to establish the facilitative supervision to further improve the services and to strengthen the referral system. Community participation activities are contracted out to NGOs, which have operated in eight CHPS zones in Stage 1 districts. Some good practices in Stage 1 districts have been shared with Stage 2 districts through forums and meetings.

Staff members from both Stage 1 and Stage 2 districts participate in training and introduce the systems developed by the Project (facilitative supervision, the monitoring tools and the practical guideline on referral). The difference between Stage 1 and Stage 2 districts is that the Project implements community participation activities and provision of equipment only in Stage 1 districts.

#### **Achievement of Activities under Output 1: “Capacity of RHMT and DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.”**

The Project implemented the activities to assist the RHMT and DHMTs to develop capacity in CHPS planning and supervision.

|     | <b>Activities</b>   | <b>Achievements</b>   |
|-----|---|---|
| 1.1 | Conduct a situation analysis of management capacities of RHMT and DHMT          | A situation analysis of management capacities of RHMT and DHMT was conducted by field visits and a workshop. (2006) |
| 1.2 | Conduct training needs assessment for the above personnel (including TOT needs) | (same as 1.1)   |
| 1.3 | Develop performance standards for purpose                                       | Performance standards of RHMT and DHMT  |

|      |   |   |
|------|---|---|
|      | of evaluation   | were developed and modified. (2006-7)   |
| 1.4  | Review in-service training module and refine based on the findings of 1.1 and 1.2 above   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training modules were developed. (2006-7)</li> <li>• Training materials on facilitative supervision for DHMT were developed.</li> </ul>  |
| 1.5  | Conduct training for the RHMT and DHMT  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training for RHMT and DHMT was conducted (introduction of facilitative supervision and performance standards (PS), and proposal writing training). (2007)</li> <li>• Training for RHMT and DHMT on supervision was conducted in Wa. 41 participated. (2007)</li> <li>• Training sessions for DHMT on facilitative supervision were conducted in 8 districts. 100 participated. (2007)</li> <li>• A study tour in other Regions was conducted to observe CHPS implementation. (2006)</li> </ul> |
| 1.6  | Provide regular CHPS orientation for all RHMT and DHMT personnel in Stage 1 Districts   | CHPS news letters were distributed (2007, 2008)   |
| 1.7  | Develop strategic and annual action plans for CHPS implementation in the respective Stage 1 Districts                                 | CHPS implementation plans and the expansion plan were developed with assistance of the Project (2007, 2008)   |
| 1.8  | Facilitate the establishment of productive relationship between DHMT and the District Assembly, relevant departments, NGOs and donors | The Project assisted the District Assemblies in proposal writing for the Japanese Grant Aid for Grassroots Human Security Projects. (2006-7)  |
| 1.9  | Establish a more effective system of monitoring and evaluation consistent with the requirements of CHPS                               | A monitoring system (supervision using the performance standards) was developed and integrated into the supervision system (2007-8)   |
| 1.10 | Adopt a standardized format for recording/reporting, and improve on analysis, information flow and utilization of CHPS health data    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A situation analysis on CHPS health information system was conducted. (2007)</li> <li>• A CHPS information document management guideline was developed. (2008)</li> </ul>  |

**Achievement of the Activities under Output 2: “Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.”**

Ten training sessions were conducted for the SDHTs and CHOs in both Stage 1 and Stage 2 districts. According to the record of the Project, the participants were satisfied with the training (satisfaction rate was between 78-100%), and their understanding of the contents improved after the training (the post-training assessment showed better results than the pre-training assessment). The Project is going to conduct more training sessions at this level during the Project period.

|     | <b>Activities</b>  | <b>Achievements</b>  |
|-----|--|--|
| 2.1 | Conduct training needs assessment for the SDHT and CHO   | A training needs assessment for SDHTs and CHOs was conducted. (2006)   |
| 2.2 | Develop performance standards for purposes of evaluation   | Performance standards for SDHTs and CHOs were developed and modified. (2006-7)   |
| 2.3 | Review in-service training, and refresher training modules and refine based on the findings of 2.1 and 2.2 above | Training modules for SDHTs and CHOs were developed and modified. (2006-7)  |
| 2.4 | Conduct regular trainings for the above personnel  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SDHT training sessions were conducted (4 sessions, 125 participated). (2007-8).</li> <li>• CHO freshmen training sessions were conducted (5 sessions, 99 participated). (2006)</li> <li>• A CHO refresher training session was conducted (33 participated). (2007)</li> </ul> |
| 2.5 | Training schedule is developed annually  | Annual training schedules were developed. (2006, 2007)   |
|     | Other Activities under Output 2  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A study tour for CHOs and SDHTs within Stage 1 districts was conducted in order to share experiences. (2007)</li> <li>• A field survey for the trainers to follow up the training outcomes was conducted. (2008)</li> </ul>   |

**Achievement of the Activities under Output 3: “Facilitative supervision system is established and implemented in Stage 1 Districts.”**

A facilitative supervision guideline and monitoring tools were developed. Training materials for the DHMTs on facilitative supervision were also developed and training sessions were conducted. After the training, the facilitative supervision was introduced in Stage 1 and Stage 2 districts.

|     | <b>Activities</b>   | <b>Achievements</b>  |
|-----|---|--|
| 3.1 | Review the system of supervision within CHPS implementation and develop guidelines with health personnel  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A workshop to analyse the current supervision system was conducted. (2007)</li> <li>• Supervision guidelines for all levels were developed. (2008)</li> </ul> |
| 3.2 | Develop checklist for facilitate supervision  | The monitoring tools, as checklists for facilitative supervision, were developed. (2008)   |
| 3.3 | Train RHMT, DHMT, SDHT and CHO for facilitative supervision   | (same as 1.5 and 2.4)  |
| 3.4 | Promote utilization of supervisory results for purposes of health planning and monitoring by DHMT and RHD | Both supervisor and supervisee developed post-supervision action plans. (2008)   |



**Achievement of the Activities under Output 4: “Referral system in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.”**

A practical guideline of referral was developed and training sessions were conducted. The Project has identified the need to further strengthen the monitoring system of referral cases.

|     | <b>Activities</b>  | <b>Achievements</b>  |
|-----|--|--|
| 4.1 | Review current system of referral towards identifying gaps and potentials                                | A survey on the referral system was conducted in three districts. (2007).  |
| 4.2 | Develop guideline  | A practical guideline was developed to supplement the existing referral guideline and information guideline of GHS. (2007)   |
| 4.3 | Conduct orientation sessions with involved stakeholders for successful implementation of referral system | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A training of trainers session on referral system was conducted for the Regional and District hospital staff members (29 participated). (2007)</li> <li>• The participants of TOT conducted training sessions on referral system in 8 districts (230 participated). (2007)</li> </ul> |
| 4.4 | Conduct regular meetings to monitor the quality of services to referral cases                            | (Referral meetings are yet to be held)   |

**Achievement of the Activities under Output 5: “Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.”**

Community participation activities have been conducted by the NGOs in eight CHPS zones in Stage 1 districts.

|       | <b>Activities</b>  | <b>Achievements</b>   |
|-------|--|---|
| 5.1   | Review current approach used to mobilize communities   | A baseline survey was conducted in Stage 1 districts to collect health data and information on CHPS progress and community participation. (2006)  |
| 5.2   | Develop performance standards for purposes of evaluating health volunteers   | Performance standards for Community Health Volunteers (CHVs) were developed and modified. (2006-7)  |
| 5.3   | Review and refine training materials   | Training modules for CHVs were developed and modified. (2006-7)   |
| 5.4   | Conduct regular training for the volunteers  | Training sessions for CHVs were conducted (276 participated). (2006-7)  |
| 5.5   | Implement sustainable community participation processes  |   |
| 5.5.1 | Implement and document approaches to strengthen the roles and management capacity of Community Health Committees (CHC) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Community participation activities were conducted by the NGOs in 8 CHPS zones. (2007-8)</li> <li>• Community Health Action Plans (CHAP) and Community Emergency Transport Systems (CETS) were</li> </ul> |

|       |   |   |
|-------|---|---|
|       |   | introduced in some CHPS zones.  |
| 5.5.2 | Implement and document approaches to establish sustainable community volunteer system (i.e. more systematic training and refresher courses, effective monitoring and evaluation of services, efficient provision of logistics, incentive package) | (Manuals and guidelines for GHS staff on sustainable community participation will be developed in September-October 2008)     |
| 5.5.3 | Establish regular evaluation session with communities and CHOs through the CHC to discuss progress of CHPS  | Community Health Committees (CHCs ) and CHVs in 6 CHPS zones were assisted by the NGOs to organise regular meetings. (2007-8) |
| 5.6   | Organize exchange visits among CHPS communities (and outside the Region) for exchange experience  | (A study tour will be conducted from November 2008)   |

**Achievement of the Activities under Output 6: “Models of best practices are disseminated for potential replication.”**

Regional CHPS forums were conducted to share good practices of the Project. Staff members of the GHS Headquarters were invited to Project meetings to be notified about the outcomes of the Project.

|     | Activities  | Achievements  |
|-----|---|---|
| 6.1 | Train DHMT and CHOs from Stage 2 Districts together with DHMT and CHOs from Stage 1 District (Same as Activity 1.5 and 2.4)           | (Same as Activity 1.5 and 2.4)  |
| 6.2 | Disseminate manuals and guidelines developed by the Project at the beginning of the third year to Stage 2 Districts                   | Regional CHPS forums were conducted to share good practices with traditional leaders, Regional Coordinating Council, DHMTs, etc. (200 participated) (2006-7)  |
| 6.3 | Document and disseminate good practices from Stage 1 to Stage 2 Districts   | (Same as 6.2)   |
| 6.4 | From 2008, facilitate exchange visits of DHMTs between Stage 1 and Stage 2 Districts  | (Study tours for DHMTs in Stage 2 District will be conducted in July, August and October 2008).   |
| 6.5 | Disseminate project manuals guidelines and documented good practices to policy makers and relevant stakeholders at the national level | <ul style="list-style-type: none"> <li>• A material dissemination meeting was held inviting members of GHS HQ, regional and district levels. (2007)</li> <li>• CHO training materials were revised in collaboration with Kumasi Health Learning Material Centre and CHPS-TA.</li> </ul> |

**Other Activities implemented: in the starting-up stage**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | A baseline survey was conducted in Stage 1 districts to collect health data and information on CHPS progress and community participation. (2006) |
|--|--|--|

### 3.3 Outputs

Capacity of the RHMT, DHMTs, SDHTs and CHOs has been strengthened through training and they already apply the new skills and knowledge to their duties. The monitoring tools of facilitative supervision were developed and are being tested: the result of the first monitoring recently implemented shows that there is still room for improvement at each level. Regarding community participation, eight out of 11 complete CHPS zones in Stage 1 districts already have regular community activities to support CHPS.

#### **Achievement of Output 1: “Capacity of RHMT and DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.”**

The pre- and post-assessment of the management and supervision training for RHMT and DHMT staff members showed improvement of understanding as a result of training. While there is no quantitative data to measure the improvement of their performance, some participants in the training sessions confirmed in the interviews conducted in the mid-term evaluation that they have utilised the skills and knowledge in facilitative supervision that they learned in the training sessions. The current indicators, however, pose difficulties on how to measure the improvement of their performance.

| <b>Verifiable Indicators</b>   | <b>Achievement</b>   |
|--|--|
| 1-1. CHPS coverage expansion plan is updated yearly by RHMT and each DHMT  | The RHMT and DHMTs have updated the CHPS coverage expansion plan.  |
| 1-2. Capacity of RHMT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• By June 2008, 211 staff members of RHMT (49) and DHMTs from Stage 1 (42) and Stage 2 (120) districts participated in training sessions in management and supervision. Their understanding was improved: the average marks of post-assessment were between 85-90% compared to those of pre-assessment between 66-69%.</li> <li>• 8 staff members (2 from RHMT and 6 from Stage 1 districts) participated in a study tour to Navrongo (Upper East Region) and Birim North (Eastern Region). (2006)</li> </ul> |
| 1-3. Capacity of DHMT in Stage 1 Districts to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved. | (same as 1-2)  |

#### **Achievement of Output 2: “Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.”**

Similarly to the cases of the RHMT and DHMTs mentioned above, the pre- and post-assessment of the training for SDHT staff members showed improvement of understanding on facilitative

supervision as a result of training. In the interviews conducted in the mid-term evaluation, some participants in the training sessions confirmed that they have utilised the skills and knowledge in facilitative supervision that they learned. The result of the first monitoring of SDHTs' performance conducted in June 2008 shows that it was about 50% of the desirable level and that there is room for further improvement.

Also, the pre- and post-assessment of the training for CHOs showed improvement of understanding as a result of training. For the CHOs, training is more directly related to their work in the CHPS zones. In the interviews during the mid-term evaluation, they confirmed that the CHO training was absolutely necessary for them to perform independently all health service work in the community even if they had already worked as community health nurses for several years. They particularly appreciate training in community participation as it is a new area for them and knowing some tips to interact with the community helps as they come from outside. Similarly to the case of the SDHTs, the result of the first monitoring of the CHOs' performance shows that it was about 75% of the desirable level and that there is room for further improvement.

While CHOs are committed to their work and supported well by the communities, they will leave the position 2-3 years later for job rotation, family obligations or further training for higher qualifications. Most CHOs live apart from their family members, often without electricity or water supply. CHO's job includes wide range of activities from consultation to community activities, which is heavy as workload for one person. More CHO training would be needed to increase them in numbers for replacement and for the possibility of job sharing.

The current indicators of this Output also pose difficulties on how to measure the improvement of their performance.

| Verifiable indicators  | Achievement  |
|--|--|
| 2-1. Capacity of SDHT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 125 SDHT staff members (37 from Stage 1 districts and 88 from Stage 2) participated in training. The understanding was improved: the average marks of post-assessment were between 73-92% compared to those of pre-assessment between 56-82%.</li> <li>• A survey on 11 SDHTs' performance in Stage 1 districts was conducted for the first time in June 2008, using the draft supervision monitoring tool, which will be the baseline data to measure the progress.</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>While the monitoring tools are not the final version yet and not all data were available, current available data show the level of performance of SDHTs is about 50% of the desirable level.</li> </ul>   |
| 2-2. Capacity of CHO to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved | <ul style="list-style-type: none"> <li>99 CHOs (31 from Stage 1 districts and 68 from Stage 2) participated in CHO freshmen training and 33 (11 from Stage 1 and 22 from Stage 2) in CHO refresher training. The understanding was improved: the average marks of post-assessment were between 81-85% compared to those of pre-assessment between 69-77%.</li> <li>A survey on 12 CHPS zones' performance in Stage 1 districts was conducted for the first time in June 2008, using the draft monitoring tools of facilitative supervision, which will be the baseline data to measure the progress. While the monitoring tools were not the final version yet and this survey excluded the health service indicators, current available data show the level of performance of the 12 CHPS zones is about 75% of the desirable level.</li> </ul> |

**Achievement of Output 3: “Facilitative supervision system is established and implemented in Stage 1 Districts.”**

The facilitative supervision guideline was developed and training was conducted. The facilitative supervision has started this year in both Stage 1 and Stage 2 districts and is to be monitored by the monitoring tools developed by the Project.

| <b>Verifiable indicators</b>   | <b>Achievement</b>                                   |
|--|--|
| 3-1. Guideline for Facilitative Supervision is developed by the end of 2008  | The guideline was developed. (2008)                  |
| 3-2. Supervision is regularly implemented according to project-developed guideline until the end of the project period | (The facilitative supervision just started in 2008.) |

**Achievement of Output 4: “Referral system in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.”**

A practical guideline of referral was developed to supplement the existing referral guideline. The referral system is being strengthened using this guideline and also by training. The result of the first monitoring of referral of the SDHTs and CHOs shows that their performance on referral was about 75-85% of the desirable level and that there is room for further improvement. In the interviews with some CHOs during the mid-term evaluation, many of them pointed out that it was rare to receive feedback from the hospitals on the referred patients. Some CHOs use the

communication devices and ambulances that were donated by the Japanese Grant Aid, and some uses the Community Emergency Transport Systems (see 5-2 below).

| <b>Verifiable indicators</b>  | <b>Achievement</b>   |
|---|--|
| 4-1. Referral guideline is developed by the end of 2008, and utilized until the end of the project period | A practical guideline was developed to supplement the existing referral guideline and information guideline of GHS. (2007) (same as Activity 4.2)  |
| 4-2. Number of cases referred appropriately in CHPS zone increases by the end of 2009                     | A survey on referral of 11 SHDTs and 12 CHPS zones in Stage 1 districts was conducted for the first time in June 2008, which will be the baseline data to measure the progress. Current data show the level of performance on referral of the SDHTs and CHPS zones is about 75-85% of the desirable level. |

**Achievement of Output 5: “Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.”**

Among 11 completed CHPS zones in Stage 1 districts, many have regular community activities to support CHPS. Some have already developed Community Health Action Plans (CHAPs) and Community Emergency Transport Systems (CETS).

It is necessary to note that the current indicators for this Output also pose difficulties to capture the improvement of community participation. The Project members have suggested that continuity of the activities, not increase in numbers, should be measured. The NGOs are working closely with the CHOs and Community Health Committees (CHC) in order to transfer PLA (Participatory Learning and Action) skills.

| <b>Verifiable indicators</b>  | <b>Achievement</b>  |
|---|---|
| 5-1. Number of community activities increases by 2009                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHC meetings are held regularly in most of 11 CHPS zones in Stage 1 districts. In 2008, eight hold the CHC meeting monthly, 1 quarterly, and 2 when necessary (** Jenebob was just completed and there is no activity record yet).</li> <li>• Community durbars and other meetings were held at least once in 2008 in 8 CHPS zones out of 11.</li> <li>• In 2008, most communities of 11 CHPS zones provide night guards in CHPS compounds, fetch water for CHOs, and clean up the compounds. Some provide firewood for CHOs and prepare gardens.</li> </ul> |
| 5-2. Capacity of CHVs and CHCs to strengthen CHPs implementation based on | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Performance standards for CHVs was developed and modified. (2006-7)</li> </ul>   |

|   |   |
|---|---|
| project-developed performance is improved | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Training modules for CHVs were developed and modified. (2006-7)</li> <li>• Training sessions for CHVs were conducted (276 participated). (2006-7) (same as Activities 5.2 to 5.4)</li> <li>• Community Health Action Plans (CHAP) were developed in 5 CHPS zones in Stage 1 districts.</li> <li>• Community Emergency Transport Systems (CETS) were developed in 4 CHPS zones and is under preparation in 3 CHPS zones.</li> </ul> |
|---|---|

**Achievement of Output 6: “Models of best practices are disseminated for potential replication.”**

Some good practices of Stage 1 districts were shared with Stage 2 districts and with the GHS Headquarters in the regional forums, meetings and study tours (see Activities 6).

| <b>Verifiable indicators</b>   | <b>Achievement</b>   |
|--|--|
| 6-1. By the end of 2009, number of Stage 2 Districts that are employing the practices, tools and materials developed in Stage 1 Districts increases. | The referral format developed by the Project was distributed in six Stage 2 districts. |
| 6-2. By the end of 2009 number of dissemination activities using Upper West experiences increases.   | (Not applicable)   |

**3.4 Project Purpose and Overall Goal**

**3.4.1 Achievement of Project Purpose:**

**“Community members in Project Area (Upper West Region) have increased access to quality health care due to improved coverage of functional CHPS”**

The Project has contributed to expansion of functional CHPS zones through capacity building at each level from the RHMT to CHOs and CHVs in community participation activities, and consequently, to increase access to health care services in the community. One of the Important Assumptions for achievement of the Project Purpose, “adequate resources are available to construct CHPS compounds” is not sufficiently met. It has been a challenge for the GHS to secure funding for CHPS compound construction.

The data on service indicators currently available from the Annual Reports of the Upper West Region and of the districts in the Region are of poor quality. The Project members and the Evaluation team discussed and agreed on a new set of service indicators for CHO activities.

There is some inconsistency in the logic of the Project about the current indicators of the Project



Purpose regarding Stage 2 districts (5, 6, and 7 below). While the Project provides Stage 2 staff members with training and disseminates good practices from Stage 1 to Stage 2 districts, actions by the Project is only to encourage, not to ensure, use of good practices in Stage 2 districts.

| <b>Verifiable Indicators</b>  | <b>Achievement</b>   |
|---|--|
| <b>Stage 1 Districts</b>  |  |
| 1) Coverage: Number of CHPS Zone in Stage 1 Districts increases by the end of 2009 compared that of 2005  | Number of functional CHPS zones in Stage 1 districts:<br>2005: 6 (Jirapa/Lambussie 2, Wa West 4)<br>June 2008: 12 (Jirapa/Lambussie 6, Wa West 6)<br>*** Eggu CHPS zone (Wa West) was upgraded to Sub-District in 2008 and is not included in the number of 2008.  |
| 2) Access: Number of households covered by CHPS (i.e. geographically located in a zone with functional CHPS) increases by the end of 2009 compared that of 2005 | <u>Number of households</u><br>(No reliable data are available on number of households in the CHPS zones. It is impossible to see whether the number has increased since 2005.)<br>July 2008: 3,779 households are covered in the 12 CHPS zones in Stage 1 District<br>Jirapa/Lambussie: 2,028; Wa West: 1,751<br><br><u>Population</u><br>2005 (6 CHPS zones): 24,900<br>2008 (13 CHPS zones, including Eggu): 30,153 |
| 3) Number of households covered by CHO home visit increases by the end of 2009 compared that of 2005  | 2006 (6 CHPS zones): 343 (Jirapa/Lambussie 87, Wa West 256)<br>June 2008 (12 CHPS zones) : 918 (Jirapa/Lambussie 482, Wa West 436)<br><br>(No data of 2005 are available.)   |
| 4) Quality: Trends of health service coverage indicators (EPI, ANC4, CPR) are improved by 2009  | (The data on the health service indicators currently available are of poor quality.)   |
| <b>Stage 2 Districts</b>  |  |
| 5) By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce the referral system established in Stage 1 Districts                                     | The Project developed the standard referral form. It was distributed to the Stage 2 districts.   |
| 6) By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce a supervisory system established in Stage 1 Districts                                    | (The supervisory system is to be established in Stage 1 and Stage 2 districts.)  |
| 7) By the end of 2009, number of community activities increases in Stage 2 Districts  | (The definition of “community activities” counted here needs to be clarified.)   |

### 3.4.2 Overall goal

No overall goal is indicated in the PDM or other official documents while the Project Document<sup>2</sup> states that the overall goal of this Project is “to improve the health status of people

<sup>2</sup> “Final Report. Project Document on the Project for the Scaling up of CHPS Implementation in the Upper West Region, March 2006-February 2010”. Prepared by Marian Tedefa-Kubabom, 19 December 2005

in the Upper West Region.” There was no discussion on the overall goal and the Project has been implemented without it. During the mid-term evaluation, the parties concerned are to agree on the overall goal and its indicators.

JICA has launched a Programme to improve the health status of people in the Upper West Region in 2006 and this Project is one of its components together with Japanese Overseas Cooperation Volunteers (JOCVs), Grant Aid and an individual expert. The components are supposed to be designed and implemented in a strategic way to achieve the Programme goal. Five Japanese “programme volunteers” in the Upper West Region in the areas such as public health nursing, IEC, and nutrition work together with the Project in health education and other related areas. However, the Programme does not have a clear Programme goal or strategies to date to be shared among stakeholders. It is not only that the Japanese experts in the Project and JOCVs are not well informed of the Programme’s goal and strategies, but also that the concept of the Programme has not been shared with the Ghanaian side.

#### **4. Evaluation by Five Criteria**

##### **4.1 Relevance**

The Project is highly relevant to the health policies of Ghana and the needs of the target groups. Recognising that the health status of people in Ghana needs further improvement, such as high maternal and child mortality rates and communicable diseases, the Ghana Health Service (GHS) launched the Community-based Health Planning and Services (CHPS) to develop a health care service system based in the community in order to improve access and quality of health care services and reduce geographical disparities (CHPS - the Operational policy, May 2005, GHS). CHPS is in line with the policies of higher level, including the Ghana Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS II, 2006-2009) and the Second Health Sector Five years Programme of Work, the latter stresses the importance of CHPS and its expansion. The Project selected the Upper West Region as its geographical target area on account of poor access to health services and poor health indicators.

The Project is also relevant to Japan’s Country Assistance Programme for Republic of Ghana (2006). One of its four strategic objectives is “improvement of basic social services in deprived areas”, to which the Project aims to contribute. “Community health improvement and infectious diseases control” is included as one of the focal cooperation areas in this strategic objective and it states that Japan supports Ghana in the “planning process and implementation of Health

Sector Programme through: improvement of community health service system in most vulnerable areas by enhancing community participation in a holistic manner, strengthening healthcare administration.”

## **4.2 Effectiveness**

The evaluation team confirmed the effectiveness of the Project as its Outputs have contributed to the progress that the Project is making towards the achievement of the Project Purpose. Capacity building of each level from the RHMT to CHOs and CHVs in community participation activities (Outputs) enhanced access to health care services in more communities (Project Purpose) by the expansion of functional CHPS zones. However, construction of CHPS compounds, one of the Important Assumptions, has not been sufficiently met due to constraints in resource mobilisation by the GHS.

Another issue is that there is an inconsistency in the logic of the Project design. While the Project aims to improve access to health care services in the Upper West Region, it employs different strategies for Stage 1 and Stage 2 districts. Stage 2 districts do not directly benefit from provision of equipment and community participation activities. At the Output level, achievements in Stage 1 districts are only measured. Despite these differences, the Project Purpose indicators include both Stage 1 and Stage 2 districts, and the expectation is that Stage 2 districts will also improve access to health care services by duplicating good practices from Stage 1 districts while there is no intervention of the Project to ensure Stage 2 districts to duplicate them.

## **4.3 Efficiency**

There are mixed observations on the efficiency of the Project in terms of the quality and quantity of the resources that has contributed to the achievement of the Outputs. The following are some points to be highlighted:

Ghanaian counterpart personnel:

No full-time counterpart personnel have been assigned to the Project despite the Record of Discussions. If there had been full-time members, the project activities might have progressed quicker. However, the current arrangement has strengths in terms of cost and sustainability as the counterparts are operating within the existing GHS system.

Japanese experts:

The expertise of the Japanese members met the needs of the Ghanaian members as they covered the areas that the Ghanaian members needed to develop further, such as community participation and logistics of training. The human resource input in the original plan was underestimated and the Japanese team (a consulting firm) had to send another member (project coordinator) on their own account in the first year to cover the intensive workload in the starting-up period of the Project. The Japanese members stay in Ghana only for several months per year, and it has been a challenge for the Ghanaian and Japanese members to work together intensively to produce concrete outcomes in the short period of each stay when the Ghanaian members have many other duties at the same time.

Equipment provided by the Project:

The equipment was cost effective as they were locally procured, met the needs of the users, and are maintained well in general. CHOs in Stage 1 districts have benefited from the motorbikes to increase mobility in the community. Some reported problems in maintenance of the radios. The Project members pointed out that the procurement plan was not linked well to the progress of the activities of the Project. However, the Project made efforts to change the plan in response to unforeseen events that are project-related; to avoid duplication, it decided not to provide bicycles for CHVs after UNICEF provided them.

Project office:

It was not until June 2008 that the Project office moved in to the Regional Health Directorate compound. Due to the distance between the first Project office and the compound, the Ghanaian and Japanese project members experienced some difficulties in communication. It has improved over time as the members got to know each other.

#### **4.4 Impact**

At the time of mid-term evaluation, it is too early to see impacts. However, the Project has already contributed to improvement of access to health care services in the community, while it will take some more time to see whether the health service indicators would improve in the target districts.

Some products of the Project (training modules, etc) can be replicated in other regions, which could be one of positive impacts of the Project.

Despite the fact that the Stage 2 districts do not benefit from the full package of the Project, some other development partners decided not to extend assistance to Stage 2 districts (provision of equipment in particular) as they misunderstood that all districts in the Region equally had access to the resources from the JICA Project.

#### **4.5 Sustainability**

Prospects of sustaining the outcomes of the Project are mixed. In terms of policy, it is positive as CHPS is one of the priority areas of the health sector of Ghana. There are champions to play advocacy in promotion of CHPS at the central level. The Project operates within the CHPS system and therefore fits well in the policy. Regarding financial aspects, the GHS has always faced challenges to mobilise sufficient resources for implementation of CHPS and has approached development partners for support. The Project conducted proposal-writing training for GHS staff in the Region to develop their capacity in resource mobilisation. Technical capacity of the staff members has been improved through the Project so that they could continue the activities. The areas to be further strengthened include improvement of the referral system and community participation. Since the latter is a weak area for most health workers, the GHS might want to consider a strategy to establish expertise in this area in its duties and responsibilities. In addition, the GHS might want to consider development of capacity in training to ensure institutional sustainability of the outcomes of the Project. Skills of community mobilisation should be transferred from the NGOs to GHS staff to ensure sustainability.

#### **5. Conclusion**

The Project has improved the capacity of RHMT/DHMTs/SDHTs/CHOs to support lower hierarchical levels in service delivery, facilitative supervision, referral system, community participation, monitoring, and documentation among others. It has consequently contributed to increased access to health care services in the communities. Further, innovations such as CHAPs have been introduced and this has the potential of greatly enhancing community mobilisation.

## **6. Recommendations**

### Recommendations for the Project

- 1) To further improve the referral system by taking steps to improve the feedback system, communication systems put in place a system to ensure the use referral data for health management decision making to improve service delivery.
- 2) To review and finalise the tools (Performance standards, facilitative supervision, referral systems) by the end of the Project period so that they are user-friendly and utilised on a sustained basis.
- 3) To strengthen the capacity of MDAs (Ministries, Departments and Agencies) within the District Assembly and community based organisations within the district (through orientation and study tours) to make them more effective in their social mobilisation activities in support of the DHMT.
- 4) To facilitate collaboration between the health promotion unit and the training unit of the GHS and the Project to document the training sessions and the process of community mobilisation for the purpose of developing training materials for the GHS
- 5) To revise the PDM to ensure that the Project objectives are more relevant, measurable and realistic.

### Recommendation for the GHS

- 6) To promote partnership between the communities, DAs and other stakeholders in collectively working towards reducing the cost CHPS compound construction.
- 7) To develop institutional homes for sustainability of the best practices of the Project.
- 8) To consider career progression of CHOs to increase motivation as a part of its human resource policy.
- 9) To improve the filing of referral forms at the various levels within the referral system and use this as an entry point in strengthening data management, including storage, in the GHS (UWR).

### Recommendation for JICA

10) To discuss the possibility of revising the strategies (particularly the provision of basic equipment and community participation activities) in the Stage 2 districts to ensure better regional

11) To conduct a post-implementation study to measure the impact of the Project with respect to the findings of the baseline studies for the JICA Programme.

12) To consider extending assistance to CHPS compound construction, as it is not within the current Project framework

## **7. Revision of PDM**

According to the recommendation of the Mid-term evaluation team, the Project has revised the PDM. The new version (version 5) is attached as Annex2, in which the old phrases from the version 4 are also shown and the modified points are underlined for easier reference.

The major items that were modified are as follows:

- 1) Project Purpose was modified in order to reflect the Project aim of institutional capacity development in delivery of CHPS.
- 2) In line with the above, the Outputs were modified to focus on capacity development of GHS staff.
- 3) The Overall Goal was created and the former Project Purpose (increased access to health care) moved up to this level.
- 4) Stage 2 districts were also explicitly included where applicable so as to produce Regional outcomes.
- 5) Some indicators and means of verifications were modified or newly developed to ensure appropriateness, reliability, validity and availability of data to measure them.



**Project Design Matrix ( version4 (17 January 2008)**  
**Project Title: Project for the Scaling Up of CHPS Implementation in the Upper West Region, Implementation Period: March 2006 - February 2010**

| Narrative Summary   | Objectively Verifiable Indicators   | Means of Verification  | Assumptions   |
|---|---|--|---|
| <p><b>Project Purpose (Target year 2010)</b></p> <p>Community members in Project Area (Upper West Region) have increased access to quality health care due to improved coverage of functional CHPS</p>  | <p>Stage 1 Districts (Jirapa/ Lambussie and Wa West)</p> <p>1 Coverage:<br/>Number of functional CHPS Zone in Stage 1 Districts increases by the end of 2009 compared to that of 2005</p> | RHMT/DHMT Annual Report  | MOH/GHS resources made available for CHPS implementation                            |
|   | <p>2 Access:<br/>Number of households covered by CHPS (i.e. geographically located in a zone with functional CHPS) increases by the end of 2009 compared to that of 2005</p>              | RHMT/DHMT Annual Report  | District Assembly remains committed to health improvement as a key development goal |
|   | <p>3 Number of households covered by CHO home visit increases by the end of 2009 compared to that of 2005</p>   | RHMT/DHMT Annual Report  | Adequate financial support is received from other stakeholders                      |
|   | <p>4 Quality:<br/>Trends of health service coverage indicators (EPI, ANC4, and CPR) are improved by 2009</p>  | RHMT/DHMT Annual Report  |   |
|   | <p>Stage 2 Districts (Rest of 6 Districts in UWR)</p> <p>5 By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce the referral system established in Stage 1 Districts</p>   | RHMT/DHMT Annual Plan and Report<br>Monitoring Report<br>Evaluation Report | Health personnel's commitment for CHPS is sustained                                 |
|   | <p>6 By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce a supervisory system established in Stage 1 Districts</p>  | RHMT/DHMT Annual Plan and Report<br>Monitoring Report<br>Evaluation Report | Quality of service provided by district and regional hospitals continues to improve |
|   | <p>7 By the end of 2009 number of community activities increases in Stage 2 Districts (community activities = meeting, health education, sanitation, maintenance of CHPS and others)</p>  | RHMT/DHMT Annual Plan and Report<br>Monitoring Report<br>Evaluation Report |   |
| <p>*functional = completion of community entry and acceptance of community, availability of living accommodation for CHO, assignment of CHOs with basic necessary equipment and assignment of CHVs with basic necessary equipment (basic necessary equipment of CHO = weighing scale (adult), weighing scale (infant), measuring tape, bloodpressure cuff, sphygmomanometer, ordinary scissors, home visiting bag, kidney dish, dressing set, resuscitation kit (mucus extractor), Veronica Bucket and medical cup board)</p> |   |  |   |

**Project Design Matrix (version4 (17 January, 2008))**  
**Project Title: Project for the Scaling Up of CHPS Implementation in the Upper West Region, Implementation Period: March 2006 - February 2010**

| Narrative Summary |  | Objectively Verifiable Indicators   | Means of Verification   | Assumptions   |
|-------------------|--|---|---|---|
| <b>Output</b>     |  |   |   |   |
| <b>Output 1</b>   | Capacity of RHMT and DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed | <p>1.1 CHPS coverage expansion plan is updated yearly by RHMT and each DHMT</p> <p>1.2 Capacity of RHMT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</p> <p>1.3 Capacity of DHMT in Stage 1 Districts to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</p>                      | <p>Updated coverage plans</p> <p>Performance standards</p> <p>Performance assessment report</p>   | <p>(Apply to all outputs)</p> <p>CHPS program remains as the priority of MOH/GHS</p> <p>Adequate resources are available to construct</p> |
| <b>Output 2</b>   | Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed | <p>2.1 Capacity of SDHT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</p> <p>2.2 Capacity of CHO to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</p>  | <p>(Apply to 2.1, 2.2)</p> <p>Performance standards</p> <p>Performance assessment report</p>  |   |
| <b>Output 3</b>   | Facilitative supervision system is established and implemented in Stage 1 Districts                    | <p>3.1 Guideline for Facilitative Supervision is developed by the end of 2008</p> <p>3.2 Supervision is regularly implemented according to project-developed guideline until the end of the project period.</p>   | <p>Annual supervision schedule</p>  |   |
| <b>Output 4</b>   | Referral system in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts   | <p>4.1 Referral guideline is developed by the end of 2008, and utilized until the end of the project period</p> <p>4.2 Number of cases referred appropriately* in CHPS zone increases by the end of 2009 (* "appropriately" means: (1)(according to) treatment guideline, (2) use format, (3) follow flowchart, (4) follow up and feedback)</p>                                 | <p>(Apply to 4.1, 4.2)</p> <p>RHMT/DHMT Annual Plan and Report</p> <p>Referral records of CHPS</p>  |   |
| <b>Output 5</b>   | Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts                                   | <p>5.1 Number of community activities increases by 2009</p> <p>(community activities include; meeting/durbar organised by CHC/CHVs, health education by CHVs, sanitation practice by community members, maintenance of CHPS compound by community</p> <p>5.2 Capacity of CHVs and CHCs to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance is improved</p> | <p>Monitoring &amp; evaluation reports</p> <p>Supervisory reports</p> <p>CHC action plans</p> <p>Performance standards</p> <p>Performance assessment report</p>                               |   |
| <b>Output 6</b>   | Models of best practices are disseminated for potential replication                                    | <p>6.1 By the end of 2009, number of Stage 2 Districts that are employing the practices, tools and materials developed in Stage 1 Districts increases</p> <p>6.2 By the end of 2009 number of dissemination activities using Upper West experiences increases</p>   | <p>Monitoring &amp; evaluation reports</p> <p>Supervisory reports</p> <p>DHMT, SDHT, and CHO action plans</p> <p>MOH/GHS minutes of meetings</p> <p>Website, Manual, Guideline of MOH/GHS</p> |   |

**Project Design Matrix (version 4 (17 January 2008))**  
**Project Title: Project for the Scaling Up of CHPS Implementation in the Upper West Region, Implementation Period: March 2006 - February 2010**

| Narrative Summary   | Objectively Verifiable Indicators  | Means of Verification  | Assumptions  |
|---|--|--|--|
| <b>Output 1</b><br>Capacity of RHMT and DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed | 1.1 CHPS coverage expansion plan is updated yearly by RHMT and each DHMT<br><br>1.2 Capacity of RHMT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved<br><br>1.3 Capacity of DHMT in Stage 1 Districts to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved                | Updated coverage plans<br><br>Performance standards<br><br>Performance assessment report   | (Apply to all outputs)<br><br>CHPS program remains as the priority of MOH/GHS<br><br>Adequate resources are available to construct |
| <b>Output 2</b><br>Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed | 2.1 Capacity of SDHT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved<br><br>2.2 Capacity of CHO to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved  | (Apply to 2.1, 2.2)<br><br>Performance standards<br><br>Performance assessment report  |  |
| <b>Output 3</b><br>Facilitative supervision system is established and implemented in Stage 1 Districts                    | 3.1 Guideline for Facilitative Supervision is developed by the end of 2008<br><br>3.2 Supervision is regularly implemented according to project-developed guideline until the end of the project period.   | Annual supervision schedule  |  |
| <b>Output 4</b><br>Referral system in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts   | 4.1 Referral guideline is developed by the end of 2008, and utilized until the end of the project period<br><br>4.2 Number of cases referred appropriately* in CHPS zone increases by the end of 2009 (* "appropriately" means: (1) according to treatment guideline, (2) use format, (3) follow flowchart, (4) follow up and feedback)                            | (Apply to 4.1, 4.2)<br><br>RHMT/DHMT Annual Plan and Report<br><br>Referral records of CHPS  |  |
| <b>Output 5</b><br>Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts                                   | 5.1 Number of community activities increases by 2009 (community activities include: meeting/durbar organised by CHC/CHVs, health education by CHVs, sanitation practice by community members, maintenance of CHPS compound by community)<br><br>5.2 Capacity of CHVs and CHCs to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance is improved | Monitoring & evaluation reports<br><br>Supervisory reports<br><br>CHC action plans<br><br>Performance standards<br><br>Performance assessment report                               |  |
| <b>Output 6</b><br>Models of best practices are disseminated for potential replication                                    | 6.1 By the end of 2009, number of Stage 2 Districts that are employing the practices, tools and materials developed in Stage 1 Districts increases<br><br>6.2 By the end of 2009 number of dissemination activities using Upper West experiences increases   | Monitoring & evaluation reports<br><br>Supervisory reports<br><br>DHMT, SDHT, and CHO action plans<br><br>MOH/GHS minutes of meetings<br><br>Website, Manual, Guideline of MOH/GHS |  |

## Project Design Matrix Version 5 (22/07/2008)

## Project Title: Project for the Scaling up of CHPS implementation in the Upper West Region

## Duration of the Project: March 2006 to February 2010, Implementation Agencies: Ghana Health Service

| Narrative Summary  | Indicators   | Means of Verification   | Assumption  |
|--|--|---|---|
| <p>&lt; Overall Goals &gt; (target year: 2015)</p> <p>To increase coverage of functional CHPS.</p>                                       | <p>1. Number of functional <sup>(c1)</sup> CHPS Zones in UWR increases (target number by GHS is 197).</p>  | <p>1. Regional GHS annual reports</p>   | <p>- Quality of service provided by health centers, district/regional hospitals is maintained/improved</p>  |
| <p>&lt; Project Purpose &gt; (target year: 2010)</p> <p>Institutional capacity of GHS on CHPS implementation in UWR is strengthened.</p> | <p>1. Job performance of health personnel is improved according to performance standard, for RHMT, for DHMTs for SDHTs, for CHOs.</p> <p>2. Number of households covered by CHO home visit increases.</p> <p>3. All of the motorbikes/medical equipment/radio set procured by the Project are fully utilized until the end of the project period.</p> <p>4. Proportion of cases appropriately referred by CHO increases (in Stage I districts).</p> <p>5. Proportion of CHPS zones implementing Community Health Action Plan increase.</p> | <p>1.1. Analysis report by DHMTs (by the Project) on results of facilitative supervision in stage I districts</p> <p>1.2. Analysis report by DHMTs on results of facilitative supervision in stage II districts.</p> <p>2. DHMT summary reports on service delivery by CHPS based on CHPS booklet submitted by CHOs</p> <p>3. Assets registers/ DHMT reports</p> <p>4. Referral case analysis report by GHS staff (Task force members)</p> <p>5. Facilitative supervision reports</p> | <p>- District Assembly remains committed to health improvement as a key development goal.</p> <p>- Adequate resources are available to construct CHPS compound.</p> |

| Narrative Summary  | Indicators   | Means of Verification   | Assumption                                       |
|--|--|---|--|
| <p>&lt; Outputs &gt;<br/> <b>1. Knowledge and skills of RHMT, DHMTs and SDHTs in UWR to manage CHPS implementation are improved.</b></p> <p><b>2. Knowledge and skills of CHOs in UWR to implement CHPS is improved.</b></p> <p><b>3. Facilitative supervision system is developed and implemented in UWR.</b></p> | <p><b>1.1</b> Training on performance standard is provided by the Project for RHMT and DHMTs of all (8) districts in UWR.</p> <p><b>1.2</b> Training on proposal writing is provided for DHMTs of all (8) districts in UWR.</p> <p><b>1.3</b> Training on facilitative supervision is provided for SDHTs of all (64) sub-districts in UWR.</p> <p><b>1.4</b> Understandings of trainees are improved in training courses.</p> <p><b>2.1</b> Trainings on CHPS are provided for at least 140 CHNs. (CHO freshmen training)</p> <p><b>2.2</b> Trainings are provided for at least 70 CHOs. (CHO refresher training)</p> <p><b>2.3</b> Understandings of trainees are improved in training courses.</p> <p><b>3.1</b> Guideline and tools for facilitative supervision are developed and introduced to RHMT and DHMTs in all(8) districts by the Project (by the end of 2008).</p> <p><b>3.2</b> According to project-developed guideline, facilitative supervision is regularly implemented throughout the project period by RHMT and by at least 75% of DHMTs, SDHTs and CHOs in UWR.</p> | <p><b>1.1</b> Training reports by the Project</p> <p><b>1.2</b> Training reports by the Project</p> <p><b>1.3</b> Training reports by the Project</p> <p><b>1.4</b> Training reports by the Project</p> <p><b>2.1</b> Training reports by the Project</p> <p><b>2.2</b> Training reports by the Project</p> <p><b>2.3</b> Training reports by the Project</p> <p><b>3.1</b> Progress report by the Project</p> <p><b>3.2</b> Facilitative supervision reports by DHMTs in each district. (Monitoring report by Regional/District CHPS coordinators)</p> | <p>- Trained staff continues to work in UWR.</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>4. Referral procedure by regional/ district hospitals, health centers and CHOs are strengthened in UWR.</p> | <p>4.1. Guideline and forms for referral procedure are developed and introduced to RHMT and all (8) districts by the Project.</p> <p>4.2. Trainings on project developed-guideline and forms for referral procedure are provided for CHOs by GHS district staff in all (8) districts.</p> <p>4.3. At least 75% of hospitals, health centres and CHOs in UWR follow referral procedure according to project-developed guideline and forms throughout the project period.</p> <p>4.4 Quarterly analysis and review of referral data for action are implemented by all (8) DHMTs .</p>  | <p>4.1 Progress report by the Project</p> <p>4.2 Progress report by the Project</p> <p>4.3.1 Analysis report by DHMTs on results of facilitative supervision</p> <p>4.3.2. Facility level referral summary reports</p> <p>4.4 RHMT supervisory reports</p> |  |
| <p>5. Procedure of promotion of community participation for CHPS implementation is improved in UWR.</p>        | <p>5.1 Guideline, manual for community participation for GHS are developed by the Project based on field exercise in Stage I districts (by the end of 2008).</p> <p>5.2 Trainings on promotion of community participation according to project-developed guideline and manual are provided for GHS staff and DA staff in all (8) districts.</p>  | <p>5.1 Progress report by the Project</p> <p>5.2 Progress report by the Project</p>  |  |
| <p>6. Models of best practices/ innovations are disseminated for potential replication.</p>                    | <p>6.1 Best practices/ innovations including those in the following categories, are identified and shared among UWR by the Project.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A) Best practices/ innovations by <ul style="list-style-type: none"> <li>a) CHO, b) SDHT, c) DHMT/RHMT, and</li> <li>d) CHC/CHVs.</li> </ul> </li> <li>- B) Best practices/ innovations on <ul style="list-style-type: none"> <li>a) facilitative supervision, b) referral procedure, c) promotion of community participation.</li> </ul> </li> </ul> <p>6.2 Best practices/ innovations identified are introduced to GHS/MOH policy makers by the Project.</p> | <p>6.1 Progress report by the Project</p> <p>6.2 Progress report by the Project</p>  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Activities &gt;</p> <p>1-1 Conduct a situation analysis of management capacities of RHMT, DHMT and SDHT</p> <p>1-2 Conduct training needs assessment for the above personnel (including TOT needs)</p> <p>1-3 Develop performance standards for purpose of evaluation</p> <p>1-4 Review in-service training module and refine based on the findings of 1.1 and 1.2 above</p> <p>1-5 Conduct trainings for the RHMT, DHMTs and SDHTs</p> <p>2-1 Conduct training needs assessment for CHO</p> <p>2-2 Develop performance standards for purposes of evaluation</p> <p>2-3 Review in-service training/refresher training modules and refine based on the findings of 2.1 above</p> <p>2-4 Conduct regular trainings for CHOs</p> <p>2-5 Prepare annual training schedule</p> <p>3-1 Review the system of supervision within CHPS implementation</p> <p>3-2 Develop guideline and tools for facilitative supervision</p> <p>3-3 Train RHMT, DHMT, SDHT and CHO for facilitative supervision</p> <p>3-4 Promote implementation of facilitative supervision by GHS in stage I districts</p> <p>3-5 Monitor implementation of facilitative supervision by GHS in stage II districts</p> <p>4-1 Review current referral procedure</p> <p>4-2 Develop guideline and necessary formats for referral with health personnel</p> <p>4-3 Conduct TOT training for GHS staff and promote trainings for CHO by GHS trainers</p> <p>4-4 Monitor referral status in stage I and stage II districts</p> <p>4-5 Promote regular meetings for referral cases analysis by GHS in stage I districts</p> <p>5-1 Review current approaches used to mobilize communities</p> <p>5-2 Develop performance standards on CHC/CHV</p> <p>5-3 Review and refine training modules for CHC/CHV</p> <p>5-4 Promote community participation by local NGO, including community sensitization, CHC/CHV training, on-the-job training on GHS staff and exchange visit among CHPS communities</p> <p>5-5 Develop guideline and manual including how to establish sustainable CHC/CHV system</p> <p>6-1 Organize regional CHPS forums</p> <p>6-2 Disseminate manuals and guidelines developed by the Project at the beginning of the third year to Stage 2 Districts</p> <p>6-3 Document and disseminate best practices/innovations from Stage 1 to Stage 2 Districts</p> <p>6-4 From 2008, facilitate exchange visits of GHS staff plus CHC/CHV's between Stage 1 to Stage 2 Districts</p> <p>6-5 Disseminate project manuals guidelines and documented best practices/innovations to policy makers and relevant stakeholders at the national level</p> | <p>&lt; Inputs &gt;</p> <p><u>1. The Japanese Side:</u></p> <p>1) Experts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chief Advisor</li> <li>- Community health planning</li> <li>- Others</li> </ul> <p>2) Equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motorbikes</li> <li>- Medical equipment</li> <li>- Radio set</li> <li>- Bicycles</li> </ul> <p>3) Training in Japan</p> <p>4) Budget of operation</p> <p><u>2. The Ghanaian Side:</u></p> <p>1) Ghanaian Counterparts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regional health service</li> <li>- District health service</li> </ul> <p>2) Office Space</p> <p>3) Budget for operation</p> | <p>-----</p> <p>&lt; Pre-conditions &gt;</p> |
|--|--|--|

\*1 functional = completion of community entry and acceptance of community, assignment of CHOs with basic necessary equipment, assignment of CHVs with basic necessary equipment and assignment of CHVs with basic necessary equipment, (basic necessary equipment of CHO = weighing scale (adult), weighing scale (infant), measuring tape, blood pressure cuff, stethoscope, fetoscope, thermometer, ordinary scissors, home visiting bag, kidney dish, dressing set, resuscitation kit (mucus extractor), Veronica Bucket and medical cup board)

**Project Design Matrix Version 5 (22/07/2008)**

**Project Title: Project for the Scaling up of CHPS implementation in the Upper West Region**

**Duration of the Project: March 2006 to February 2010, Implementation Agencies: Ghana Health Service**

| Narrative Summary   | Indicators   | Means of Verification                 | Assumption   |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <p>&lt; Overall Goals &gt; (target year: 2015)</p> <p>1. To increase coverage of functional CHPS.</p> | <p>1. Number of functional <sup>(*)</sup> CHPS Zones in UWR increases (target number by GHS is 197).</p> | <p>1. Regional GHS annual reports</p> | <p>- Quality of service provided by health centers, district/regional hospitals is maintained/improved</p> |

<sup>(\*)</sup> functional = completion of community entry and acceptance of community, assignment of CHOs with basic necessary equipment and assignment of CHVs with basic necessary equipment (basic necessary equipment of CHO = weighing scale (adult), weighing scale (infant), measuring tape, blood pressure cuff, stethoscope, fetoscope, thermometer, ordinary scissors, home visiting bag, kidney dish, dressing set, resuscitation kit (mucus extractor), Veronica Bucket and medical cup board)



| Narrative Summary  | Indicators   | Means of Verification   | Assumption   |
|--|--|---|--|
| <p>&lt; Project Purpose &gt; (target year: 2010)</p> <p>Institutional capacity of GHS on CHPS implementation in UWR is strengthened.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>Project Area (Upper West Region) have increased access to quality health care due to improved coverage of functional CHPS</p> | <p>1. Job performance of health personnel is improved according to performance standard, for RHMT<sup>(*)2</sup>, for DHMTs<sup>(*)3</sup> for SDHTs<sup>(*)4</sup>, for CHOs<sup>(*)5</sup>.</p> <p>2. Number of households covered by CHO home visit increases.</p> <p>3. All of the motorbikes/medical equipment/radio set procured by the Project are fully utilized until the end of the project period.</p> <p>4. Proportion of cases appropriately referred by CHO increases (in Stage I districts).</p> <p>5. Proportion of CHPS zones implementing Community Health Action Plan increase.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>Stage 1 Districts (Jirapa/Lambussie and Wa West)</p> <p>1.Coverage:<br/>Number of functional CHPS Zone in Stage 1 Districts increases by the end of 2009 compared to that of 2005</p> <p>2.Access:<br/>Number of households covered by CHPS (i.e. geographically located in a zone with functional CHPS) increases by the end of 2009 compared to that of 2005</p> <p>3. Number of households covered by CHO home visit increases by the end of 2009 compared to that of 2005</p> <p>4.Quality:<br/>Trends of health service coverage indicators (EPI, ANC4, and CPR) are improved by 2009</p> <p>Stage 2 Districts (Rest of 6 Districts in UWR)</p> <p>5. By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce the referral system established in Stage 1 Districts</p> <p>6. By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce a supervisory system established in Stage 1 Districts</p> <p>7. By the end of 2009 number of community activities increases in Stage 2 Districts<br/>(Community activities = meeting, health education, sanitation, maintenance of CHPS and others)</p> | <p>1.1. Analysis report by DHMTs (by the Project) on results of facilitative supervision in stage I districts</p> <p>1.2. Analysis report by DHMTs on results of facilitative supervision in stage II districts.</p> <p>2. DHMT summary reports on service delivery by CHPS based on CHPS booklet submitted by CHOs</p> <p>3. Assets registers/ DHMT reports</p> <p>4. Referral case analysis report by GHS staff (Task force members)</p> <p>5. Facilitative supervision reports</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>1.2.3.4<br/>RHMT/DHMT Annual Report</p> <p>5.6.7.8<br/>RHMT/DHMT Annual Report<br/>RHMT/DHMT Annual Plan and Report<br/>Monitoring Report<br/>Evaluation Report</p> | <p>- District Assembly remains committed to health improvement as a key development goal.</p> <p>- Adequate resources are available to construct CHPS compound.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>- MOH/GHS resources made available for CHPS implementation</p> <p>- District Assembly remains committed to health improvement as a key development goal</p> <p>- Adequate financial support is received from other stakeholders</p> <p>- Health personnel's commitment for CHPS is sustained</p> <p>- Quality of service provided by district and regional hospitals continues to improve</p> <p>- Communication system continues to improve</p> |

| Narrative Summary  | Indicators   | Means of Verification  | Assumption  |
|--|--|--|---|
| <p>&lt; Outputs &gt;</p> <p>1. Knowledge and skills of RHMT, DHMTs and SDHTs in UWR to manage CHPS implementation are improved.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>1. Capacity of RHMT and DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed.</p> | <p>1.1 Training on performance standard is provided by the Project for RHMT and DHMTs of all (8) districts in UWR.</p> <p>1.2 Training on proposal writing is provided for DHMTs of all (8) districts in UWR.</p> <p>1.3 Training on facilitative supervision is provided for SDHTs of all (64) sub-districts in UWR.</p> <p>1.4 Understandings of trainees are improved in training courses.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>1.1 CHPS coverage expansion plan is updated yearly by RHMT and each DHMT</p> <p>1.2 Capacity of RHMT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</p> <p>1.3. Capacity of DHMT in Stage 1 Districts to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</p> | <p>1.1 Training reports by the Project</p> <p>1.2 Training reports by the Project</p> <p>1.3 Training reports by the Project</p> <p>1.4 Training reports by the Project</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>1.1. Updated coverage plans</p> <p>1.2 Performance standards<br/>Performance assessment report</p> | <p>- Trained staff continues to work in the same workplace.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>(all outputs)<br/>CHPS program remains as the priority of MOH/GHS<br/>Adequate resources are available to construct CHPS compound according to District plans<br/>CHOs are deployed according to District plans</p> |

| Narrative Summary  | Indicators  | Means of Verification   | Assumption  |
|--|---|---|---|
| <p>&lt; Outputs &gt;</p> <p>2. Knowledge and skills of CHOs in UWR to implement CHPS is improved.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p><b>2. Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed</b></p> | <p>2.1 Trainings on CHPS are provided for at least 140 CHNs. (CHO freshmen training)</p> <p>2.2 Trainings are provided for at least 70 CHOs. (CHO refresher training)</p> <p>2.3 Understandings of trainees are improved in training courses.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p><b>2.1 Capacity of SDHT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</b></p> <p><b>2.2 Capacity of CHO to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved</b></p> | <p>2.1 Training reports by the Project</p> <p>2.2 Training reports by the Project</p> <p>2.3 Training reports by the Project</p> <p>----- version 4 -----</p> <p><b>2.1 Performance standards</b></p> <p><b>2.2 Performance assessment report</b></p> | <p>- Trained staff continues to work in UWR.</p> <p>----- version 4 -----</p> |

| Narrative Summary   | Indicators  | Means of Verification  | Assumption                   |
|---|---|--|------------------------------|
| <p>&lt; Outputs &gt;</p> <p>3. Facilitative supervision system is developed and implemented in UWR.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>3. Facilitative supervision system is established and implemented in stage I districts.</p> | <p>3.1 Guideline and tools for facilitative supervision are developed and introduced to RHMT and DHMTs in all (8) districts by the Project (by the end of 2008).</p> <p>3.2 According to project-developed guideline, facilitative supervision is regularly implemented throughout the project period by RHMT and by at least 75% of DHMTs, SDHTs and CHOs in UWR.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>3.1 Guideline for Facilitative Supervision is developed by the end of 2008</p> <p>3.2 Supervision is regularly implemented according to project-developed guideline until the end of the project period.</p> | <p>3.1 Progress report by the Project</p> <p>3.2 Facilitative supervision reports by DHMTs in each district. (Monitoring report by Regional/District CHPS coordinators)</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>3.1, 3.2 Annual supervision schedule</p> | <p>----- version 4 -----</p> |

| Narrative Summary  | Indicators   | Means of Verification   | Assumption                   |
|--|--|---|------------------------------|
| <p>&lt; Outputs &gt;</p> <p>4. Referral procedure by regional/ district hospitals, health centers and CHOs are strengthened in UWR.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>4. Referral system in CHPS is strengthened in stage I districts.</p> | <p>4.1. Guideline and forms for referral procedure are developed and introduced to RHMT and all (8) districts by the Project.</p> <p>4.2. Trainings on project developed-guideline and forms for referral procedure are provided for CHOs by GHS district staff in all (8) districts.</p> <p>4.3. At least 75% of hospitals, health centres and CHOs in UWR follow referral procedure according to project-developed guideline and forms throughout the project period.</p> <p>4.4 Quarterly analysis and review of referral data for action are implemented by all (8) DHMTs .</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>4.1 Referral guideline is developed by the end of 2008, and utilized until the end of the project period</p> <p>4.2 Number of cases referred appropriately* in CHPS zone increases by the end of 2009 (* "appropriately" means; (1)(according to) treatment guideline, (2) use format, (3) follow flowchart, (4) follow up and feedback)</p> | <p>4.1 Progress report by the Project</p> <p>4.2 Progress report by the Project</p> <p>4.3.1 Analysis report by DHMTs on results of facilitative supervision</p> <p>4.3.2. Facility level referral summary reports</p> <p>4.4 RHMT supervisory reports</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>4.1, 4.2<br/>-RHMT/DHMT annual plan and report<br/>-Referral records of CHPS</p> | <p>----- version 4 -----</p> |

| Narrative Summary   | Indicators   | Means of Verification  | Assumption                            |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <p>&lt; Outputs &gt;</p> <p>5. Procedure of promotion of community participation for CHPS implementation is improved in UWR.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>5. Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts.</p> | <p>5.1 Guideline, manual for community participation for GHS are developed by the Project based on field exercise in Stage I districts (by the end of 2008).</p> <p>5.2 Trainings on promotion of community participation according to project-developed guideline and manual are provided for GHS staff and DA staff in all (8) districts.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>5.1 Number of community activities increases by 2009 (community activities include: meeting/durbar organized by CHC/CHVs, health education by CHVs, sanitation practice by community members, maintenance of CHPS compound by community members, CHO-supporting activities by community members)</p> <p>5.2 Capacity of CHVs and CHCs to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance is improved</p> | <p>5.1 Progress report by the Project</p> <p>5.2 Progress report by the Project</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>5.1, 5.2 Performance standards<br/>Performance assessment report</p> | <p>.</p> <p>----- version 4 -----</p> |

| Narrative Summary   | Indicators  | Means of Verification  | Assumption                   |
|---|---|--|------------------------------|
| <p>&lt; Outputs &gt;</p> <p>6. Models of best practices/ innovations are disseminated for potential replication.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>6. Models of best practices are disseminated for potential replication</p> | <p>6.1 Best practices/ innovations including those in the following categories, are identified and shared among UWR by the Project.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A) Best practices/ innovations by <ul style="list-style-type: none"> <li>a) CHO, b) SDHT, c) DHMT/RHMT, and</li> <li>d) CHC/CHVs.</li> </ul> </li> <li>- B) Best practices/ innovations on <ul style="list-style-type: none"> <li>a) facilitative supervision, b) referral procedure, c) promotion of community participation.</li> </ul> </li> </ul> <p>6.2 Best practices/ innovations identified are introduced to GHS/MOH policy makers by the Project.</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>6.1 By the end of 2009, number of Stage 2 Districts that are employing the practices, tools and materials developed in Stage 1 Districts increases</p> <p>6.2 By the end of 2009 number of dissemination activities using Upper West experiences increases</p> | <p>6.1 Progress report by the Project</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>6.2 Progress report by the Project</p> <p>----- version 4 -----</p> <p>6.1 Monitoring &amp; evaluation reports<br/>Supervisory reports<br/>DHMT, SDHT, and CHO action plans</p> <p>6.2 MOH/GHS minutes of meetings<br/>Website, Manual, Guideline of MOH/GHS</p> | <p>----- version 4 -----</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>&lt; Activities &gt;</p> <p>1-1 Conduct a situation analysis of management capacities of RHMT, DHMT and SDHT</p> <p>1-2 Conduct training needs assessment for the above personnel (including TOT needs)</p> <p>1-3 Develop performance standards for purpose of evaluation</p> <p>1-4 Review in-service training module and refine based on the findings of 1.1 and 1.2 above</p> <p>1-5 Conduct trainings for the RHMT, DHMTs and SDHTs</p> <p>1-1 Conduct a situation analysis of management capacities of RHMT and DHMT</p> <p>1-2 Conduct training needs assessment for the above personnel (Including TOT needs)</p> <p>1-3 Develop performance standards for purpose of evaluation</p> <p>1-4 Review in-service training module and refine based on the findings of 1.1 and 1.2 above</p> <p>1-5 Conduct training for the RHMT and DHMT</p> <p>1-6 Provide regular CHPS orientation for all RHMT and DHMT personnel in Stage I Districts</p> <p>1-7 Develop strategic and annual action plans for CHPS implementation in the respective Stage I Districts</p> <p>1-8 Facilitate the establishment of productive relationship between DHMT and the District Assembly, relevant departments, NGOs and donors</p> <p>1-9 Establish a more effective system of monitoring and evaluation consistent with the requirements of CHPS</p> <p>1-10 Adopt a standardized format for recording/ reporting, and improve on analysis, information flow and utilization of CHPS health data</p> <p>2-1 Conduct training needs assessment for CHO</p> <p>2-2 Develop performance standards for purposes of evaluation</p> <p>2-3 Review in-service training/refresher training modules and refine based on the findings of 2.1 above</p> <p>2-4 Conduct regular trainings for CHOs</p> <p>2-5 Prepare annual training schedule</p> <p>2-1 Conduct training needs assessment for the SDHT and CHO</p> <p>2-2 Develop performance standards for purposes of evaluation</p> <p>2-3 Review in-service training, and refresher training modules and refine based on the findings of 2.1 and 2.2 above</p> <p>2-4 Conduct regular trainings for the above personnel</p> <p>2-5 Training schedule is developed annually</p> <p>3-1 Review the system of supervision within CHPS implementation</p> <p>3-2 Develop guideline and tools for facilitative supervision</p> <p>3-3 Train RHMT, DHMT, SDHT and CHO for facilitative supervision</p> <p>3-4 Promote implementation of facilitative supervision by GHS in stage I districts</p> <p>3-5 Monitor implementation of facilitative supervision by GHS in stage II districts</p> <p>3-1 Review the system of supervision within CHPS implementation and develop guidelines with health personnel</p> | <p>&lt; Inputs &gt;</p> <p>1. <u>The Japanese Side:</u></p> <p>1) Experts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chief Advisor</li> <li>- Community health planning</li> <li>- Others</li> </ul> <p>2) Equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motorbikes</li> <li>- Medical equipment</li> <li>- Radio set</li> <li>- Bicycles</li> </ul> <p>3) Training in Japan</p> <p>4) Budget of operation</p> <p>2. <u>The Ghanaian Side:</u></p> <p>1) Ghanaian Counterparts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regional health service</li> <li>- District health service</li> </ul> <p>2) Office Space</p> <p>3) Budget for operation</p> | <p>-----</p> <p>&lt; Pre-conditions &gt;</p> |
|---|--|--|



|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>3-2 Develop checklist for facilitative supervision</p> <p>3-3 Train RHMT, DHMT,SDHT and CHO for facilitative supervision</p> <p>3-4 Promote utilization of supervisory results for purposes of health planning and monitoring by DHMT and RHD</p> <p>4-1 Review current referral procedure</p> <p>4-2 Develop guideline and necessary formats for referral with health personnel</p> <p>4-3 Conduct TOT training for GHS staff and promote trainings for CHO by GHS trainers</p> <p>4-4 Monitor referral status in stage I and stage II districts</p> <p>4-5 Promote regular meetings for referral cases analysis by GHS in stage I districts</p> <p>4-1 Review current system of referral towards identifying gaps and potentials</p> <p>4-2 Develop guideline</p> <p>4-3 Conduct orientation sessions with involved stakeholders for successful implementation of referral system</p> <p>4-4 Conduct regular meetings to monitor the quality of services to referral cases</p> <p>5-1 Review current approaches used to mobilize communities</p> <p>5-2 Develop performance standards on CHC/CHV</p> <p>5-3 Review and refine training modules for CHC/CHV</p> <p>5-4 Promote community participation by local NGO, including community sensitization, CHC/CHV training, on-the-job training on GHS staff and exchange visit among CHPS communities</p> <p>5-5 Develop guideline and manual including how to establish sustainable CHC/CHV system</p> <p>5-1 Review current approach used to mobilize communities</p> <p>5-2 Develop performance standards for purposes of evaluating health volunteers</p> <p>5-3 Review and refine training materials</p> <p>5-4 Conduct regular training for the volunteers</p> <p>5-5 Implement sustainable community participation processes</p> <p>5-5-1 Implement and document approaches to strengthen the roles and management capacity of Community Health Committees (CHC)</p> <p>5-5-2 Implement and document approaches to establish sustainable community volunteer system (i.e. more systematic training and refresher courses, effective monitoring and evaluation of services, efficient provision of logistics, incentive package)</p> <p>5-5-3 Establish regular evaluation session with communities and CHOs through the CHC to discuss progress of CHPS</p> <p>5-6 Organize exchange visits among CHPS communities (and outside the Region) for exchange of experiences</p> |
|--|--|---|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>6-1 Organize regional CHPS forums<br/>         6-2 Disseminate manuals and guidelines developed by the Project at the beginning of the third year to Stage 2 Districts<br/>         6-3 Document and disseminate best practices/innovations from Stage 1 to Stage 2 Districts<br/>         6-4 From 2008, facilitate exchange visits of GHS staff plus CHC/CHV's between Stage 1 to Stage 2 Districts<br/>         6-5 Disseminate project manuals guidelines and documented best practices/innovations to policy makers and relevant stakeholders at the national level</p>   |  |  |
| <p>6-1 Train DHMT and CHOs from Stage 2 Districts together with DHMT and CHOs from Stage 1 District (Same as Activity 1.5 and 2.4)<br/>         6-2 Disseminate manuals and guidelines developed by the Project at the beginning of the third year to Stage 2 Districts<br/>         6-3 Document and disseminate good practices from Stage 1 to Stage 2 Districts<br/>         6-4 From 2008, facilitate exchange visits of DHMTs between Stage 1 to Stage 2 Districts<br/>         6-5 Disseminate project manuals guidelines and documented good practice to policy makers and relevant stakeholders at the national level</p> |  |  |



## 3-2 List of Assignment of Counterparts

| No. | Name of C/P Staff        | Field Rank   | Period of Assignment |            |   |      |      |      |
|-----|--------------------------|--|----------------------|------------|---|------|------|------|
|     |                          |  | From                 | To         | Remarks   | 2006 | 2007 | 2008 |
| 1   | Dr. Erasmus Agongo       | Director<br>Regional Health Directorate                  | 2006.3.11            | 2008.5.31  | May 2007<br>training in Japan                             |      |      |      |
| (1) | Dr. Alexis Nang-Beifubah | Director<br>Regional Health Directorate                  | 2008.06.01           | Present    | July 2008<br>training in Japan                            |      |      |      |
| 2   | Dr. Daniel Yayemain      | Deputy Director<br>Regional Health Directorate           | 2006.03.11           | 2006.11.30 |   |      |      |      |
| (2) | Dr. Kofi Issah           | Deputy Director<br>Regional Health Directorate           | 2008.06.01           | Present    |   |      |      |      |
| 3   | Ms. Florence Angsomwine  | Regional CHPS coordinator<br>Regional Health Directorate | 2006.03.11           | Present    | Nov-Dec 2007<br>C/P training in Japan                     |      |      |      |
|     |                          | Community Health Planning<br>Regional Health Directorate |                      |            |   |      |      |      |
|     |                          | Maternal and child health<br>Regional Health Directorate |                      |            |   |      |      |      |
| 5   | Ms. Beatrice Kuniyah     | District Director of Health, Jirapa/Lambussie            | 2006.03.11           | Present    | Stage 1 district<br>Nov-Dec 2007<br>C/P training in Japan |      |      |      |
| 6   | Ms. Phoebe Bala          | District Director of Health, Wa West                     | 2006.03.11           | Present    | Stage 1 district<br>Nov-Dec 2007<br>C/P training in Japan |      |      |      |
|     | Ms. Virginia K. Saah     | District Director of Health, Lawra                       |                      |            | Stage 2 district  |      |      |      |
|     | Ms. Rosina T Yeuli       | District Director of Health, Nadwoli                     |                      |            | Stage 2 district  |      |      |      |
|     | Ms. Thompson Dumba       | District Director of Health, Sissala East                |                      |            | Stage 2 district  |      |      |      |
|     | Ms. Francisca Bagim      | District Director of Health, Sissala West                |                      |            | Stage 2 district  |      |      |      |
|     | Mr. Joseph Bohbie        | District Director of Health, Wa East                     |                      |            | Stage 2 district  |      |      |      |
|     | Ms. Basilia Saalia       | District Director of Health, Wa Municipal                |                      |            | Stage 2 district  |      |      |      |

### 3-2 List of Assignment of Counterparts

| No. | Name of C/P Staff        | Field Rank  | Period of Assignment |         |             |      |      |      |
|-----|--------------------------|---|----------------------|---------|-------------|------|------|------|
|     |                          |   | From                 | To      | Remarks     | 2006 | 2007 | 2008 |
| 7   | Ms. Georgina Osumanu     | Maternal and child health<br>Regional Health Directorate in Upper West          | 2007.05.11           | Present | RHMT        |      |      |      |
| 8   | Ms. Cecilia Benin        | Deputy Director of Nursing Service<br>Regional Health Directorate in Upper West | 2007.05.11           | Present | RHMT        |      |      |      |
| 9   | Mr. Simon Aanyeh         | Regional Health Promotion Officer<br>Regional Health Directorate in Upper West  | 2007.05.11           | Present | RHMT        |      |      |      |
| 10  | Mr. Elvis Dufor          | Regional Human Resource Officer<br>Regional Health Directorate in Upper West    | 2007.05.11           | Present | RHMT        |      |      |      |
|     | Ms. Crescentia Duopar    | DDNS(PH)<br>Wa Municipal, DHA   | 2007.05.             | Present | Facilitator |      |      |      |
|     | Mr. Francis Debkpai      | Disease Control<br>Sissala East DHA   | 2007.05.             | Present | Facilitator |      |      |      |
|     | Mr. Perpetua Seidu       | DDNS<br>Lawra, GHS, DHA   | 2007.05.             | Present | Facilitator |      |      |      |
|     | Ms. Cecilia Kariba       | N/O<br>Jirapa/Lambussie, DHA  | 2007.05.             | Present | Facilitator |      |      |      |
|     | Mr. Alhaji Hassan        | Quality control<br>Regional hospital  | 2007.07.             | Present | Facilitator |      |      |      |
|     | Mr. Manfred Owuusu Ansah | Information & record<br>Regional Health Directorate                             | 2007.07.             | Present | Facilitator |      |      |      |

## Annex 3

## 3-3 List of equipment

|    | items                               | unit price    | Qty | amount        | location        |  | frequency of Use | Condition | Remark          |
|----|-------------------------------------|---------------|-----|---------------|-----------------|--|------------------|-----------|-----------------|
| 1  | Moterbike, Helmet & Anti-theft lock | 3118.80 \$    | 1   | 3,119 \$      | RHMT            | Regional CHPS coordinator  | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
|    | Moterbike, Helmet & Anti-theft lock | 3118.80 \$    | 5   | 15,594 \$     | Jirapa/Lambusie | Suke, Sentu, Tappaala, Hineteng, Ping  | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
|    | Moterbike, Helmet & Anti-theft lock | 3295.20 \$    | 9   | 29,657 \$     | Jirapa/Lambusie | Dahile, Kogri, Somboro, Tapumy, Tampo, Govijoo, Gbare, Nambeg, Kuncheyiri, Dornye, Dabo, Vieri | daily            | Good      | 3rd fiscal year |
|    | Moterbike, Helmet & Anti-theft lock | 3118.80 \$    | 6   | 18,713 \$     | Wa West         | Chogisia, Eggu   | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
|    | Moterbike, Helmet & Anti-theft lock | 3295.20 \$    | 7   | 23,066 \$     | Wa West         | Manyaveri, Plise, Jenebob, Ga Sikiviri, Wechau, DHA  | daily            | Good      | 3rd fiscal year |
| 2  | Radio set                           | 3189.00 \$    | 3   | 9,567 \$      | Jirapa/Lambusie | Suke, Hineteng, Sentu  | daily            | Good      | 3rd fiscal year |
|    | Radio set                           | 3180.00 \$    | 3   | 9,540 \$      | Wa West         | Chogisia, Kuncheyiri, Dornye   | daily            | Good      | 3rd fiscal year |
| 3  | Medical equipment                   | 23151897.00 ₵ | 6   | 138,911,382 ₵ | Jirapa/Lambusie | Suke, Sentu, Tappaala, Hineteng, Ping, Dahile  | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
|    | Medical equipment                   | 1258.74 GH ₵  | 2   | 2,517 GH ₵    | Jirapa/Lambusie | Somboro, Koro  | daily            | Good      | 3rd fiscal year |
|    | Medical equipment                   | 23151897.00 ₵ | 6   | 138,911,382 ₵ | Wa West         | Kuncheyiri, Dornye, Dabo, Vieri Chogisia, Eggu   | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
|    | Medical equipment                   | 1258.74 GH ₵  | 2   | 2,517 GH ₵    | Wa West         | Jenebob, Ga  | daily            | Good      | 3rd fiscal year |
| 4  | Bicycle                             | 570000.00 ₵   | 60  | 34,200,000 ₵  | Jirapa/Lambusie | Suke, Sentu, Tappaala, Hineteng, Ping, Dahile, 10 for each                                     | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
|    | Bicycle                             | 570000.00 ₵   | 60  | 34,200,000 ₵  | Wa West         | Kuncheyiri, Dornye, Dabo, Vieri Chogisia, 10 for each  | daily            | Good      | 2nd fiscal year |
| 5  | Digital camera                      | 30953.00 ₪    | 1   | 30,953 ₪      | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 6  | Tripod                              | 5696.00 ₪     | 1   | 5,696 ₪       | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 7  | Software for PC                     | 230477.00 ₪   | 1   | 230,477 ₪     | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 8  | Laptop Computer                     | 197000.00 ₪   | 1   | 197,000 ₪     | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 9  | Laptop Computer                     | 188000.00 ₪   | 2   | 376,000 ₪     | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 10 | Video camera                        | 128200.00 ₪   | 1   | 128,200 ₪     | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 11 | Software for PC(Photoshop)          | 20953.00 ₪    | 1   | 20,953 ₪      | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 12 | Software for PC(Anti virus)         | 200.00 \$     | 1   | 200 \$        | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 13 | Furniture                           | 6400000.00 ₵  | 1   | 6,400,000 ₵   | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 14 | Furniture(Cabinet)                  | 1750000.00 ₵  | 1   | 1,750,000 ₵   | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 15 | Furniture(Desk)                     | 100000.00 ₵   | 1   | 100,000 ₵     | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 16 | Furniture(Chair)                    | 90000.00 ₵    | 1   | 90,000 ₵      | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 17 | Furniture(Shelf, desk, chair)       | 5020000.00 ₵  | 1   | 5,020,000 ₵   | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 18 | Furniture(Desk)                     | 300000.00 ₵   | 1   | 300,000 ₵     | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 19 | Furniture(Bukcet)                   | 1200000.00 ₵  | 1   | 1,200,000 ₵   | Project office  |  | daily            | Good      |                 |
| 20 | Desktop Computer                    | 13500000.00 ₵ | 1   | 13,500,000 ₵  | Project office  |  | when necessary   | Good      |                 |
| 21 | Stabilizer                          | 1200000.00 ₵  | 1   | 1,200,000 ₵   | Project office  |  | daily            | Good      |                 |

|    |                          |             |   |   |            |   |                |  |                |      |
|----|--------------------------|-------------|---|---|------------|---|----------------|--|----------------|------|
| 22 | Printer                  | 5250000.00  | ¢ | 1 | 5,250,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 23 | Copyer                   | 22500000.00 | ¢ | 1 | 22,500,000 | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 24 | Printer(Lazer jet)       | 5000000.00  | ¢ | 1 | 5,000,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 25 | TV and DVD player        | 3000000.00  | ¢ | 1 | 3,000,000  | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 26 | Book shelf               | 1000000.00  | ¢ | 2 | 2,000,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 27 | Furniture                | 2100000.00  | ¢ | 1 | 2,100,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 28 | Desktop Computer         | 27000000.00 | ¢ | 1 | 27,000,000 | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 29 | Book shelf               | 1000000.00  | ¢ | 1 | 1,000,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 30 | Generator 1              | 9200000.00  | ¢ | 1 | 9,200,000  | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 31 | Generator 2              | 3500000.00  | ¢ | 1 | 3,500,000  | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 32 | Furniture                | 16700000.00 | ¢ | 1 | 16,700,000 | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 33 | Stabilizer               | 560000.00   | ¢ | 1 | 560,000    | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 34 | Printer(Lazer jet)       | 11422000.00 | ¢ | 1 | 11,422,000 | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 35 | Furniture(Sofa and desk) | 2250000.00  | ¢ | 1 | 2,250,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 36 | Stabilizer               | 480000.00   | ¢ | 2 | 960,000    | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 37 | Microphone               | 139000.00   | ¢ | 1 | 139,000    | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 38 | Copyer                   | 47200000.00 | ¢ | 1 | 47,200,000 | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 39 | Desk for copyer          | 200000.00   | ¢ | 1 | 200,000    | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 40 | Office desk and shelf    | 2270000.00  | ¢ | 1 | 2,270,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 41 | Screen for projector     | 2560000.00  | ¢ | 1 | 2,560,000  | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 42 | Projecter                | 17000000.00 | ¢ | 1 | 17,000,000 | ¢ | Project office |  | at training    | Good |
| 43 | Printer(Lazer jet)       | 3900000.00  | ¢ | 1 | 3,900,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 44 | Iron gate for office     | 1500000.00  | ¢ | 1 | 1,500,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 45 | Laptop PC                | 685000.00   | ¢ | 2 | 1,370,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 46 | Software for PC          | 7400000.00  | ¢ | 1 | 7,400,000  | ¢ | Project office |  | when necessary | Good |
| 47 | Cabinet                  | 2700000.00  | ¢ | 1 | 2,700,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 48 | Table for office         | 400000.00   | ¢ | 1 | 400,000    | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
| 49 | Desk                     | 2700000.00  | ¢ | 1 | 2,700,000  | ¢ | Project office |  | daily          | Good |
|    | Total                    |             | ¥ |   | 23,034,000 | ¥ |                |  |                |      |

¢ 旧セナイ  
GH¢新セナイ(1GH¢=10000¢)  
\$ ドル

### 3-4 List of Acceptance of Ghanaian Counterparts for Training in Japan

| No. | Nome of C/P Staff        | Position                                  | From       | To         | Course title                               | 2007 | 2008 |
|-----|--------------------------|---|------------|------------|--|------|------|
| 1   | Dr. Erasmuse AGONGO      | Regional Director of Health Services      | 2007.05.07 | 2007.06.24 | Child Deaths and International Cooperation | ■    |      |
| 2   | Ms. Florence Angsomwine  | Regional CHPS coordinator                 | 2007.11.29 | 2007.12.21 | Planning Management of Community Health    | ■    |      |
| 3   | Ms. Phoebe Bala          | District director of Health, Wa West      | 2007.11.29 | 2007.12.21 | Planning Management of Community Health    | ■    |      |
| 4   | Ms. Beatrice Kunfah      | District director of Health, Jirapa       | 2007.11.29 | 2007.12.21 | Planning Management of Community Health    | ■    |      |
| 5   | Dr. Alexis Nang-Beifubah | Regional Director of Health Services      | 2008.06.29 | 2008.08.10 | Health Administration for regional health  |      | ■    |
| 6   | Ms. Rebecca Alabilia     | Regional Training coordinator             | 2008.06.29 | 2008.08.10 | Health Administration for regional health  |      | ■    |
| 7   | Ms. Basilia Saalia       | District director of Health, Wa Municipal | 2008.06.29 | 2008.08.10 | Health Administration for regional health  |      | ■    |



**Questionnaire for the Ghana Health Service  
Mid-term evaluation  
Project for the Scaling up of CHPS Implementation in the Upper West Region  
July 2008**

Please indicate your name and contact details:

|                                 |
|---------------------------------|
| Name:                           |
| Title/Function:                 |
| Contact number / Email address: |

**CHPS policies**

**1. How the scaling up of Community-based Health Planning and Services (CHPS) is prioritized in the policies and activities of GHS?**

**2. What national policies are there in Ghana for scaling-up CHPS?**

**Name of the policy:**

**Goals of the policy:**

**Main actions to take:**

**Timeframe:**

**Budget:**

**Target regions**

**3. What are the roles of GHS in scaling up CHPS?**

**4. How is the progress of CHPS nationwide? How do you see that in Upper West Region?**

**5. How do you communicate with the CHPS-related organizations/staff members in Upper West Region?**

**Contribution of the Project to scaling up CHPS in Upper West Region**

**6. What are your roles in the Project (the Project for the Scaling up of CHPS Implementation in the Upper West Region)?**

**7. Do you think that the Project is effective to improve CHPS in Upper West Region? Why?**

**8. Do you have any suggestion to improve the Project?**

**9. Have you experienced any difficulties in communication with the Japanese project members (Japanese experts, JICA Office)?**

**10. Are there any other international or national cooperation partners in scaling up CHPS in Upper West Region and other Regions? What do they do?**

Annex 4-1

**Partners:**

**Their roles:**

**Main achievements:**

If you have any comments, please feel free to write here:

Thank you for your cooperation.

**Questionnaire for the Project Counterparts**  
**Mid-term evaluation**  
**Project for the Scaling up of CHPS Implementation in the Upper West Region**  
**July 2008**

Please write your name and contact details.

|                                 |
|---------------------------------|
| Name:                           |
| Title/Function:                 |
| Organization:                   |
| Contact number / Email address: |

**I. Activities and achievements**

**I-1. Activities**

|   |    |  |  |
|---|----|--|--|
| 1 | i  | Please state your roles and responsibilities in this Project.  |  |
| 2 | i  | Do you think that your activities in this Project have been implemented as planned?  | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|   | ii | If you think that your activities in the Project have not been implemented as planned, what were the difficulties? How did the Project address the difficulties? |  |

**I-2. Outputs, Project Purpose**

|   |     |   |   |
|---|-----|---|---|
| 3 |     | To what extent the <b>Outputs</b> (as stated in the Project Design Matrix, ver. 4, 17 Jan 2008) have been achieved so far compared to the plan? |   |
|   | i   | <b>Output 1: Capacity of RHMT &amp; DHMT in Stage 1 Districts to support the delivery of functional CHPS is developed</b>                       | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned<br><input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others |
|   | ii  | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of this output.  |   |
|   | iii | <b>Output 2: Capacity of SDHT and CHOs in Stage 1 Districts to support the delivery</b>   | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned  |

## Annex 4-2

|   |      |   |   |
|---|------|---|---|
|   |      | <b>of functional CHPS is developed</b>  | <input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others   |
|   | iv   | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of this output.  |   |
|   | v    | <b>Output 3: Facilitative supervision system is established and implemented in Stage 1 Districts</b>  | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned<br><input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others |
|   | vi   | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of this output.  |   |
|   | vii  | <b>Output 4: Referral system in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts</b>   | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned<br><input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others |
|   | viii | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of this output.  |   |
|   | ix   | <b>Output 5: Community participation in CHPS is strengthened in Stage 1 Districts</b>   | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned<br><input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others |
|   | x    | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of this output.  |   |
|   | xi   | <b>Output 6: Models of best practices are disseminated for potential replication</b>  | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned<br><input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others |
|   | xii  | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of this output.  |   |
| 4 | i    | Do you think that the <b>Project Purpose</b> will be achieved by the end of the Project period (February 2010)?<br><br><b>Project purpose: “Community members in Project Area (Upper West Region) have increased access to quality health care due to improved coverage of functional</b> | <input type="checkbox"/> Already achieved<br><input type="checkbox"/> Going as planned<br><input type="checkbox"/> Behind schedule<br><input type="checkbox"/> Others |

## Annex 4-2

|  |    | CHPS”  |  |
|--|----|--|--|
|  | ii | Please indicate if there are any factors that may impede the achievement of the Project Purpose. |  |

**I-3. Inputs**

|   |    |   |  |
|---|----|---|--|
| 5 | i  | Do you think that the selection of the Ghanaian project members (who are involved in planning, implementation, and monitoring of the Project) was appropriate in terms of expertise, number, assignment, title/function, etc? | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|   | ii | Do you have any suggestions for improvement of selection and positioning of the Ghanaian project members?   |  |
| 6 | i  | Have the financial and in-kind inputs by the Ghanaian side been provided sufficient and timely?   | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|   | ii | Do you have any suggestions for improvement of provision of the financial and in-kind inputs by the Ghanaian side?  |  |
| 7 | i  | Do you think that the Japanese experts met the needs of the Project in terms of expertise, level of skills and knowledge, duration and timing of the service, etc?  | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|   | ii | Do you have any suggestions for improvement of dispatch of Japanese experts?  |  |
| 8 | i  | Do you think that the equipment provided by Japan was appropriate in terms of selection, specs, quantity, quality, timing, etc.?  | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|   | ii | Do you have any suggestions for improvement of provision of equipment?  |  |
| 9 | i  | Is the equipment fully utilized and maintained properly?  | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|   | ii | If there is any item that is not fully utilized or maintained well, what is that item? What is the reason?  |  |

## Annex 4-2

|    |    |  |  |
|----|----|--|--|
|    |    |  |  |
| 10 | i  | Has the operational budget provided by the Japanese side appropriate in terms of amount and timing?  | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|    | ii | Do you have any suggestions for improvement of provision of operational budget by the Japanese side? |  |

**II. Implementation Process**

|    |     |  |  |
|----|-----|--|--|
| 11 | i   | Have you experienced any difficulties in the decision-making process of the Project?   | <input type="checkbox"/> Not at all<br><input type="checkbox"/> Not so much<br><input type="checkbox"/> Sometimes<br><input type="checkbox"/> Often                |
|    | ii  | What were the difficulties?<br>How did you address them?   |  |
| 12 |     | How does the Project monitor its progress?<br>(How often? In what format? To whom is it reported?)   |  |
| 13 | i   | Have you experienced any difficulties in communicating with the Japanese experts?  | <input type="checkbox"/> Not at all<br><input type="checkbox"/> Not so much<br><input type="checkbox"/> Sometimes<br><input type="checkbox"/> Often                |
|    | ii  | What were the difficulties?<br>How did you address them?   |  |
| 14 | i   | Do you think that the Project works in good relationship with the Ghanaian and Japanese partner organizations?<br><br>Ghanaian partner organizations: Ministry of Health, GHS, RHMT, DHMT, SDHT, CHC, etc.<br><br>Japanese partner organizations: JICA | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|    | ii  | If there were any problems, what were they?  |  |
|    | iii | Do you have any suggestions to improve the relationship with the partner organizations?  |  |

## Annex 4-2

|    |    |   |  |
|----|----|---|--|
|    |    |   |  |
| 15 | i  | Do you think that the Ghanaian project members take initiative in the Project activities?         | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|    | ii | If you think that the Ghanaian project members do not take initiative enough, what is the reason? |  |

**III. Five Evaluation Criteria****III-1. Relevance**

|    |    |   |  |
|----|----|---|--|
| 16 | i  | Do you think that this Project is effective as a strategy to improve access to quality health care in the Region?<br>* Appropriateness of the Project Purpose and Outputs<br>* Selection of the target groups and the geographical areas<br>* Selection of the Ghanaian counterpart organizations and staff | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|    | ii | Why do you think so?  |  |

**III-2. Effectiveness**

|    |    |  |  |
|----|----|--|--|
| 17 | i  | What aspects of the Project should be strengthened in order to achieve the <b>Project Purpose</b> (see above)? |  |
|    | ii | What are the obstacles to achieve the <b>Project Purpose</b> (see above)?                                      |  |

**III-3. Efficiency**

|    |    |  |  |
|----|----|--|--|
| 18 | i  | What aspects of the Project should be strengthened in order to achieve the <b>Outputs</b> (see above)? |  |
|    | ii | What are the obstacles to achieve the <b>Outputs</b> (see above)?                                      |  |



Annex 4-2

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**III-4. Impact**

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 19 |  | Is there any POSITIVE impact of the Project? |  |
| 20 |  | Is there any NEGATIVE impact of the Project? |  |

**III-5. Sustainability**

|    |    |   |  |
|----|----|---|--|
| 21 | i  | Do you think that the activities and outcomes of this Project are sustainable after the Project ends in terms of the capacity of the implementing parties and the environment?<br>(Support from the government, personnel, budget, technical level, etc). | <input type="checkbox"/> Very much<br><input type="checkbox"/> Sufficiently<br><input type="checkbox"/> Only to some extent<br><input type="checkbox"/> Not at all |
|    | ii | Why do you think so?  |  |

**Please feel free to write your comments.**

Thank you for your cooperation.

## ANNEX 5

### 1) Ghana Health Service (GHS)

Dr. Elias K.Sory                      Director General

### 2) Upper West Region

Dr. Kofi Issah                      Acting Regional Director of Health Services

Mr. Simon Aanyeh                  Regional Health Promotion Officer

Ms. Florence Angsomwine        Regional CHPS coordinator

Ms. Cecilia Binni                  Deputy Director of Nursing Service, Regional Health Office

Mr .Alhaji Hassan                  Quality control, Regional Hospital

Dr. Abeberse JK                    Medical Director, Regional Hospital

Ms. Celine Bawa                    Acting Director of Nursing Service, Regional Hospital

Ms. Crescentia Duopar            Deputy Director of Nursing Service (Public Health), Wa  
Municipal

Ms. Phoebi Bala                  District Director of Health Services, Wa West

Ms. Theresa Tampie                CHPS Coordinator, Wa West

Ms. Helen Gunbie                  Medical Assistant in charge

Ms. Gergetta Nabang              Midwife, Wechau Health Centre, Wa West

Ms. Colleta Dinye                  Nursing Officer, Drimon Health Centre, Wa West

Ms. Ibrahim Hajira                Community Health Nurse, Drimon Health Centre, Wa West

Ms. Rosemary Bangzie            Community Health Nurse, CHO, Dabo CHPS zone, Wa West

Ms. Seidu Fadila                    Health Extension Worker in Dabo CHIPS in Wa West

Ms. Iddrisu Iamile                Health Extension Worker in Dabo CHPS in Wa West

Ms. Beatrice Kunfah                District Director of Health Services, Jirapa/Lambussie

Ms. Lucy Venkumwiwi            Nursing Officer, Jirapa Sub-district Health Centre

Ms. Gladys CHeyno                Staff Nurse, Jirapa Sub-District Health Centre

Mr. Robert Daokure                Disease Control Officer, Jirapa Sub-District Health Centre

Ms. Theodora Mwaamaal        CHIPS Coordinator of Jirapa

Ms. Bawua Portia                  CHO, Hineteng CHPS, Jirapa

Ms. Salamatu Akissa              CHO, Tappaala CHPS, Jirapa

Ms. Elizabeth R. Dabuoh        Principal, Community Health Nurses Training School, Jirapa

Ms. Agatha Mwinbom              Principal Midwifery Suprintendent, Jirapa District Hospital

Ms. Vitalina Langpuur            Midwifery Officer, Jirapa District Hospital

Sister Elizabeth Abrafi            Principal Midwifery Officer, Jirapa District Hospital

### 3) Japanese Experts

Mr. Takaharu Ikeda                Chief Advisor/Community Health Administration

Mr. Hiroshi Ogawa Vice-leader/ Community Participation/Monitoring  
Ms. Momoko Yoshitake Project Coordinator/Training Coordinator

4) Others

Mr. Idris Dada Buabeng Health Coordinator, Acting Sector Manager, Plan Ghana  
Mr. Rashid Abdulai Health and Nutrition Officer, UNICEF Tamale  
Mr. Seth Adu Afarwuah Nutrition Specialist, UNICEF Accra  
Ms. Ernestina Agyepong Nutrition Specialist, UNICEF Accra  
Ms. Mari Ono JOCV at Regional Health Promotion Sector

**ANNEX 6**

| Date          | Mr. Yamauchi                  | Prof.Ogawwa<br>Ms. Kudo   | Ms. Serizawa   | Dr. Yayemain,<br>Dr. Afenyadu,<br>Mr. Benning   |
|---------------|-------------------------------|---|--|---|
| 5-Jul<br>Sat  |                               |   | Depart from Japan  |   |
| 6-Jul<br>Sun  |                               |   | Arrival in Ghana   |   |
| 7-Jul<br>Mon  |                               |   | Meeting with JICA<br>and GHS                                 |   |
| 8-Jul<br>Tue  |                               |   | Move from Accra to<br>Wa                                     |   |
| 9-Jul<br>Wed  |                               |   | Visit RHMT & 2 Pilot<br>Districts & Interview                |   |
| 10-Jul<br>Thu |                               |   | ditto  |   |
| 11-Jul<br>Fri |                               |   | ditto  |   |
| 12-Jul<br>Sat |                               | Depart from Japan   | Draft a Report<br>(Research Findings)                        |   |
| 13-Jul<br>Sun |                               | Arrival in Ghana  | Draft a Report (ditto)<br>& Meeting with the<br>Project Team |   |
| 14-Jul<br>Mon | Courtesy Call to JICA and GHS |   | Visit RHMT & 2 Pilot<br>Districts & Interview                |   |
| 15-Jul<br>Tue |                               | Move from Accra to Wa   | ditto  | Move from Accra to Wa   |
| 16-Jul<br>Wed |                               | AM: Visit to Regional Health District<br>PM: Visit to Regional Hospital and Plan Ghana Regional Office  |  |   |
| 17-Jul<br>Thu |                               | AM: Field Trip to Wa<br>West and Interview with<br>DHMT, SDHT, and<br>CHOs (Dabo CHPS zone)<br>Observation of<br>Facilitative supervision to<br>CHOs<br>PM: Video show<br>(produced by Health<br>Promotion of GHS<br>supported by JOCV) | Draft the report   | AM: Field Trip to Wa<br>West and Interview with<br>DHMT, SDHT, and<br>CHOs (Dabo CHPS zone)<br>Observation of<br>Facilitative supervision to<br>CHOs<br>PM: Video show<br>(produced by Health<br>Promotion of GHS<br>supported by JOCV) |
| 18-Jul<br>Fri |                               | AM: Field Trip to Jirapa and Interview with CHOs, CHC, CHVs (Hinneteng<br>CHPS zone) PM: Interview with Deputy Director of Nursing School and<br>Deputy Director of Nursing Service<br>Discuss the draft among the evaluation members   |  |   |
| 19-Jul<br>Sat |                               | AM: Field Trip to Jirapa (District Hospital, Nambeg CHPS zone, community<br>action plan)<br>PM: Discuss the draft with the Project Team and revise the draft  |  |   |
| 20-Jul<br>Sun | Move from<br>Accra to<br>Wa   | Discussion within project members and evaluation members  |  |   |

|               |  |   |  |
|---------------|--|---|--|
| 21-Jul<br>Mon | ditto  |   |  |
| 22-Jul<br>Tue | AM: Conference of Mid-term Evaluation<br>PM: JCC |   |  |
| 23-Jul<br>Wed | Move from<br>Wa to<br>Accra                      | (Meeting with RHMT, DHMTs & Project)                    |  |
| 24-Jul<br>Thu |  | Move from Wa to Accra                                   |  |
| 25-Jul<br>Fri | Report to<br>JICA, GHS                           | AM: Report to Japanese Embassy<br>PM: Depart from Ghana |  |
| 26-Jul<br>Sat |  | Arrival at London                                       |  |
| 27-Jul<br>Sun |  | Arrival in Japan  |  |

RHMT: Regional Health Management Team, DHMT: District Health Management Team, SDHT: Sub-district Health Team, CHV: Community Health Volunteer



3. 評価グリッド

Evaluation grid  
Project for the Scaling-up of CHPS Implementation in the Upper West Region

| Topics   | Evaluation questions   | Information to be collected   | Document Review       | Interviews/Questionnaire survey of experts/counterparts | Field interviews |
|--|--|---|-----------------------|---|------------------|
| <b>Performance</b>   |  |   |                       |   |                  |
| 1. Achievement   | Inputs   | Inputs by the Ghanaian side   | Counterpart Personnel | X   |                  |
|  |  |   | Operational expenses  | X   |                  |
|  |  |   | Offices, equipment    | X   |                  |
|  | Inputs by the Japanese side  | Experts   | X                     |   |                  |
|  |  | Counterpart training  | X                     |   |                  |
|  |  | Equipment   | X                     |   |                  |
|  | Operational expenses   | Operational expenses  | X                     |   |                  |
|  |  | Progress of activities  | X                     | X   | X                |
|  |  | Obstacles experienced   | X                     | X   | X                |
|  | Measures taken   | Measures taken and results  | X                     | X   | X                |
|  |  | Indicator 1-1: CHPS coverage expansion plan is updated yearly by RHMT and each DHMT   | X                     | X   | X                |
|  |  | Indicator 1-2: Capacity of RHMT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved. | X                     | X   | X                |
| Indicator 1-3: Capacity of DHMT in Stage 1 Districts to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved. | Indicator 1-3: Capacity of DHMT in Stage 1 Districts to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved. | X   | X                     | X   |                  |
|  | Other achievements   |   | X                     | X   |                  |
|  | Indicator 2-1: Capacity of SDHT to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved.                      | X   | X                     | X   |                  |
| Indicator 2-2: Capacity of CHO to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved.                       | Indicator 2-2: Capacity of CHO to strengthen CHPS implementation based on project-developed performance standards is improved.                       | X   | X                     | X   |                  |
|  | Other achievements   |   | X                     | X   |                  |
|  | Indicator 3-1: Guideline for Facilitative Supervision is developed by the end of 2008  | X   | X                     | X   |                  |





Evaluation grid  
Project for the Scaling-up of CHPS Implementation in the Upper West Region

|  |  |  |  |   |   |   |
|--|--|--|--|---|---|---|
|  |  |  | Indicator 5: By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce the referral system established in Stage 1 Districts  | X | X |   |
|  |  |  | Indicator 6: By the end of 2009, at least 50% of the Stage 2 Districts introduce a supervisory system established in Stage 1 Districts | X | X |   |
|  |  |  | Indicator 7: By the end of 2009 number of community activities increases in Stage 2 Districts  | X | X |   |
|  |  |  | Other achievements   | X | X | X |

|  |   |  |   |  |   |   |   |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| 2. Implementation process                    | Management system   | Counterpart personnel assigned to the Project                  | Number, technical areas, skills, experience, position, etc  | X  | X |   |   |
|  |   | Decision making process: modification of activities etc        | Process of decision making  | X  | X |   |   |
|  |   | Monitoring of the Project                                      | Monitoring system   | X  | X |   |   |
|  |   |  | How the result of monitoring is utilized  | X  | X |   |   |
|  |   |  | How the PDM and PO are utilized   | X  | X |   |   |
|  |   |  | How the PDM and PO were revised   | X  | X |   |   |
|  |   |  | Communication between the Project members (Ghanaian and Japanese members)                                       | X  | X |   |   |
|  |   |  | Relationship between the Project and Japanese partner organizations (JICA)                                      | X  | X |   |   |
|  |   |  | Relationship between the Project and Ghanaian counterpart organizations   | X  | X |   |   |
|  |   | Transfer of technology   | How transfer of technology is implemented   | X  | X | X |   |
|  |   | Ownership  | Participation of Ghanaian members (MOH, GHS, RHMT, DHMT, SDHT, CHC, CHO, etc) in the Input by the Ghanaian side | Participation of Ghanaian members in the Project     | X | X | X |
|  |   |  | Maintenance of the equipment provided by the Project  | Financial and in-kind inputs and human resources     | X | X | X |
|  |   |  |   | Maintenance of the equipment provided by the Project | X | X | X |
| Collaboration with other projects/activities | Collaboration with other cooperation projects/activities of Japan | Other activities in the same Programme. Collaboration of Japan | X   | X  |   |   |   |
|  | Collaboration with other donors                                   | Collaboration with other donors                                | X   | X  |   |   |   |
| Others                                       | Other issues in the implementation process                        | Other issues in the implementation process                     | X   | X  | X |   |   |

**Five evaluation criteria**

Evaluation grid  
Project for the Scaling-up of CHPS Implementation in the Upper West Region

| Overall Goal and its indicators                  | Clarification of the Overall Goal and its indicators   | Documents and discussions  | X | X |
|--|--|--|---|---|
| 1. Relevance                                     | Necessity  | Relevance to the needs of Ghana and the Project area   | X | X |
|  | Priority   | Relevance to the needs of the target groups (health service providers and people)  | X | X |
| 2. Effectiveness                                 | Appropriateness as a strategy  | Relevance to the national policy of Ghana. How the issues that the Project handles is prioritized in these policies                  | X | X |
|  |  | Relevance to the Japan's development assistance policy to Ghana (including JICA's development assistance program) and priority areas | X | X |
|  | Appropriateness of the Project Purpose, Outputs, selection of the counterpart organization and the target groups | Appropriateness of the Project Purpose and Outputs as the strategy to respond to the identified needs                                | X | X |
|  | Others   | Logic between Activities → Outputs → Project Purpose (→ Overall Goal)  | X | X |
|  |  | Roles of the Project in the sector in the target region (incl. roles of other donors)  | X | X |
| 3. Efficiency                                    | To what extent the Project Purpose is likely to be achieved  | Change of political, economic and social environment around the Project  | X | X |
|  |  | Factors that might obstruct achievement of the Project Purpose   | X | X |
|  | Causality between the Outputs and the Project Purpose  | Logic between the achievement of the Outputs and the Project Purpose   | X | X |
|  |  | Whether the Important Assumptions are applicable. Any other possible Important Assumptions.  | X | X |
|  | Achievement of the Outputs   | Whether the Outputs have been achieved according to the plan   | X | X |
| Causality between the Activities and the Outputs | Obstacles to the achievement of the Outputs  | X  | X |   |
|  | Whether the Activities were sufficient to achieve the Outputs  | X  | X |   |
|  | Whether the Inputs were sufficient to achieve the Outputs  | X  | X |   |
|  | Whether the Important Assumptions are applicable.  | X  | X |   |

Evaluation grid  
Project for the Scaling-up of CHPS Implementation in the Upper West Region

| ANY other possible important Assumptions   |   | Other possible Important Assumptions and their effect on the Project  | X | X | X |
|--|---|---|---|---|---|
| Appropriateness of the Inputs  | Whether the quantity, quality, timing of the Inputs were appropriate. Whether these were utilized for the Activities. | <p>Experts (number, technical areas, timing of dispatch)</p> <p>Counterpart training in Japan (number, technical areas, selection of candidates, timing of dispatch, content of training)</p> <p>Equipment provided by the Japanese side (items, number, spec, price, quality, timing)</p> <p>Operational expenses provided by the Japanese side (amount, timing)</p> <p>Counterparts (number, technical areas, position, timing of assignment)</p> <p>Equipment provided by the Ghanaian side (items, number, spec, price, quality, timing)</p> <p>Operational expenses provided by the Ghanaian side (amount, timing)</p> | X | X | X |
| Better strategy to improve efficiency  | Whether there were any other options to improve efficiency  | Other possible options. Strengths/weaknesses  | X | X | X |
| 4. Impact<br>(Overall goal is not fixed)<br>To what extent the (Overall Goal) is likely to be achieved | (A) Agree on the Overall Goal and indicators  | Discussions with the Project members  | X | X |   |
|  | To what extent the agreed overall goal is likely to be achieved   | Agreed indicators   | X | X |   |
|  | Obstacles to achieve the Overall Goal   | Possible contributing factors and obstacles   |   | X | X |
| Impact   | Unforeseen positive impact  | <p>Examples of positive impacts</p> <p>Political, institutional, social and cultural impacts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Change of policies, laws, systems, etc.</li> <li>• Technical innovation</li> <li>• Impacts on different social groups (class, ethnic groups, gender, etc.)</li> </ul>   | X | X | X |
|  | Unforeseen negative impact  | <p>Examples of negative impacts</p> <p>Political, institutional, social and cultural impacts</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Change of policies, laws, systems, etc.</li> <li>• Technical innovation</li> <li>• Impacts on different social groups (class, ethnic groups, gender, etc.)</li> </ul>   | X | X | X |
| 5. Sustainability  | Political sustainability  | Political support by the Ghanaian ministries and other stakeholders   | X | X | X |

Evaluation grid  
Project for the Scaling-up of CHPS Implementation in the Upper West Region

|                              |  |  |   |   |   |   |
|------------------------------|--|--|---|---|---|---|
| Institutional sustainability | Organizational structure of MOH and other relevant organizations: capacity to maintain the level of the activities after the Project ends. | Organizational structure and personnel arrangement   | X   | X | X |   |
|                              | Financial sustainability   | Budget allocation in Ghana   | Budget  | X |   |   |
|                              | Technical sustainability   | Whether the counterparts/health workers are likely to improve their skills so that they can perform the functions independently after the Project ends.          | Situation of capacity building of the counterparts/health workers | X | X | X |
|                              |  | Whether the products of the Project (regulation, documentation, skills of examination/operation and maintenance) will be utilized continuously after the Project | Whether the counterparts/health workers would stay                | X | X | X |
| Others                       | Contributing factors and obstacles   | How the equipment is utilized and maintained   | X   | X | X |   |
|                              |  | Others   | X   | X | X |   |
|                              |  | Contributing factors and obstacles   | X   | X | X |   |

|  |  |               |  |  |
|--|--|---------------|--|--|
| Needs of modification and Important Assumptions of the Project | Needs of modification of Inputs, Activities, Outputs, Project Purpose (Indicators) | To be decided |  |  |
|  | Overall goal and indicators  | ditto         |  |  |
|  | Others   | ditto         |  |  |