

インド・マディヤプラデシュ州
リプロダクティブヘルスプロジェクト
(フェーズⅡ)
中間レビュー調査報告書

平成21年5月
(2009年)

独立行政法人国際協力機構
インド事務所

序 文

急速な経済成長を象徴する GDP とは対照的に、世界の貧困人口の 3 分の 1 を抱えるインドの保健指標は著しく低いのが実情です。乳幼児死亡率、妊産婦死亡率ともミレニアム開発目標 (MDG) の達成のためには相当の努力を要するとみられています。

インド政府保健家族福祉省は 2005 年、各州政府に対する財政支援をインセンティブとし農村保健の包括的改善をめざす国家農村保健計画 (NRHM) (2005-2012) を発表、同年母子保健分野の中核的推進プログラムとして「リプロダクティブヘルス及び子どもの健康 (2005-2010) (RCH-2)」を開始しました。同政策は第 11 次 5 年計画 (2007-2012) にも引継がれ、地方分権による保健セクター改革を通じた農村母子保健の改善が国家政策の重点課題のひとつとして位置づけられています。

JICA はこうした国家政策の枠組みに従い、安全な妊娠・出産に関する良質なサービスの利用が増加することを目的に、マディヤプラデシュ州保健家族福祉局 (DoHFW) をカウンターパート機関として、個別専門家派遣と機材供与による「女性のリプロダクティブヘルスの向上及びエンパワーメントプロジェクト (2005.9-2006.9)」を実施しました。この活動を通じて有効と認められた方法をもとに現在、2007 年 1 月から 2011 年 1 月までの 4 年間を協力期間としてサーガル地域全域 (5 県 37 郡) を対象とした技術協力プロジェクト「マディヤプラデシュ州リプロダクティブヘルスプロジェクト (フェーズ II)」を実施しています。

本年 1 月中旬にプロジェクト協力期間の中間点が過ぎたところ、2009 年 2 月 8 日～27 日の日程で、中間レビュー調査が実施されました。DoHFW と合同でプロジェクトの活動実績や目標・成果の達成状況を総合的に検証し、評価 5 項目 (妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性) の各視点から包括的な評価・分析を行い、評価結果を「合同評価報告書」として取りまとめました。さらに、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、協議結果を協議議事録として取りまとめ、インド側と署名により確認を行いました。

この報告書は、今回のレビュー調査及び協議結果を取りまとめたものであり、今後の技術協力事業を効果的かつ効率的に実施していくための参考として、活用されることを願うものです。

この調査にご協力とご支援を頂いた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成 21 年 5 月

独立行政法人国際協力機構
インド事務所長 入柿 秀俊

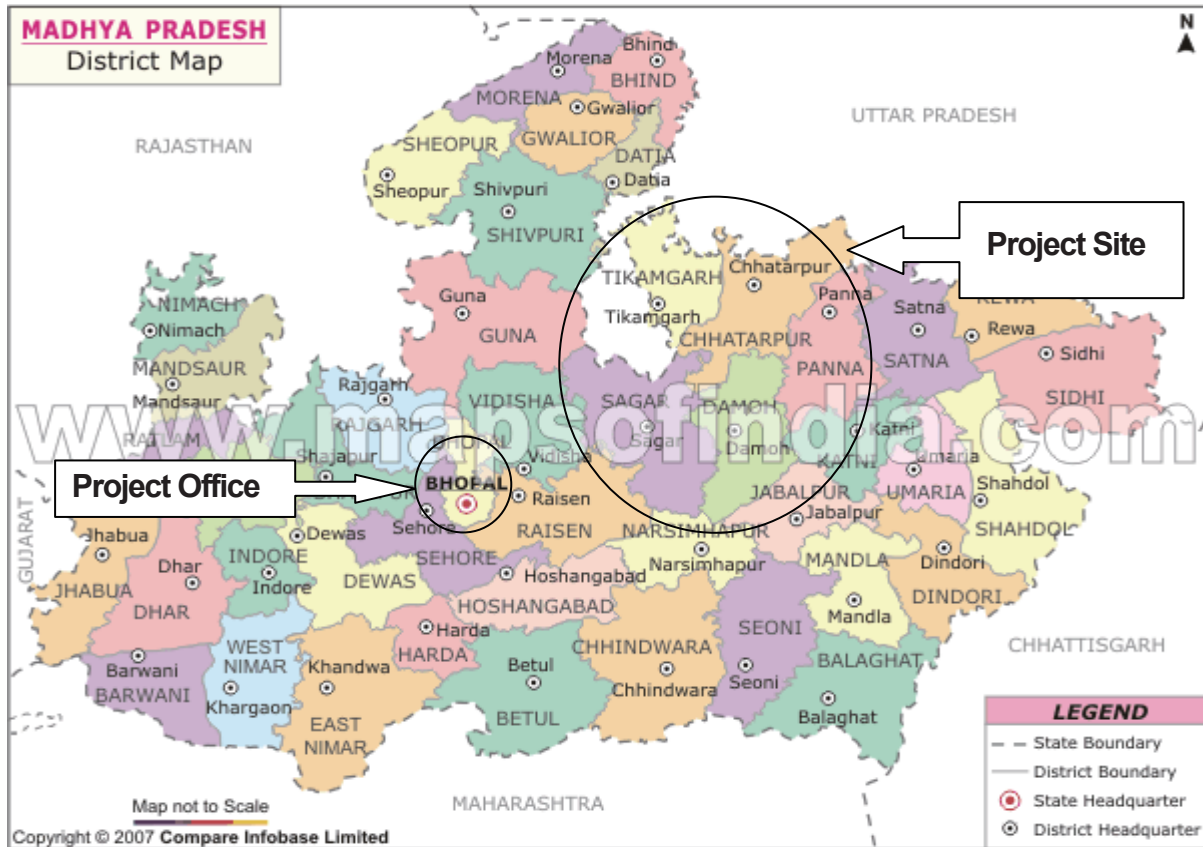
目 次

序 文
目 次
地 図
写 真
略語一覧

中間レビュー調査結果要約表

第1章 中間レビューの概要	1
1-1 調査の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査団派遣日程	2
1-4 評価項目・評価手法	3
第2章 プロジェクトの実績と現状	4
2-1 投入実績	4
2-1-1 日本側投入実績	4
2-1-2 インド側投入実績	5
2-2 活動実績	5
2-3 成果の達成度	5
2-4 プロジェクト目標達成の見込み	8
2-5 実施プロセスの確認	9
第3章 評価結果	10
3-1 評価5項目による評価結果	10
3-1-1 妥当性	10
3-1-2 有効性	11
3-1-3 効率性	12
3-1-4 インパクト	13
3-1-5 自立発展性	14
3-2 教訓	14
3-3 提言	15
第4章 団長所感	17
付属資料	
1. ミニッツ (M/M)	21
2. PDM	44
3. 評価グリッド	45
4. プロジェクト投入実績一覧	50
4-1 日本側	50
4-2 インド側	51
5. 活動計画と活動実績	52

6. 成果品リスト	67
7. 面談者リスト	69
8. 主要面談記録	71
9. プロジェクト概念図	73





准看護助産婦 (ANM)



アーシャ (ASHA) (右端) とサブ保健センター (SHC) のサービス受益者



Taradehi SHC



SHC の ANM。手前に見える紙が母性保健カード



村落保健栄養の日 (VHND) の開催準備



VHND に妊婦の血圧を測る ANM



Sarra 基礎保健センター (PHC)



PHC 内母子保健棟。PHC 配属の ANM



分別廃棄



県主席医療保健官 (CMHO) のオフィスで打合せする合同調査団。中央奥は合同調査団員の Dr. S. K. Srivastava 次長、右が CMHO



コミュニティ保健センター (CHC) で SBA 研修受講中のスタッフ ナースと ANM



プロジェクト開発の SBA 教材。州の研修機関、州立保健管理コミュニケーション研究所 (SIHMC) でも SBA の講師研修に採用済み。



CHC 入口



CHC



NRHM 予算を使って拡張工事中の CHC



サーガル県病院



サーガル県 ANM 研修センター



県プログラム運営管理官事務所



ANM 研修センター中庭
新規・廃棄機材ともに雨ざらしになっている



ANM 研修センター職員。左端が所長



ANM 研修センターで初任者研修を受ける研修生



サーガル県行政長官（中央）と面談する調査団
長官の右は県病院長



合同レビュー調査団報告会



合同レビュー調査団報告会で今後の方針について報告する Agnani 保健局長

略 語 一 覧

略 語	正 式 名 称	和 訳
ANC	Antenatal Care	産前ケア
ANM	Auxiliary Nurse Midwife	准看護助産師
ASHA	Accredited Social Health Activist	アーシャ（村の保健ボランティア）
AWC	Anganwadi Centre	アングンワディ・センター（女性・子ども省の普及センター）
AWW	Anganwadi Worker	アングンワディ・ワーカー（女性・子ども省の普及員）
BMO	Block Medical Officer	医務官
BMW	Bio Medical Waste Management	医療廃棄物処理
BPM	Block Programme Manager	郡（NRHM）プログラム運営管理官
CDPO	Child Development Project Officer	子ども開発行政官（州女性・子ども開発局の郡レベルの行政官）
CHC	Community Health Centre	コミュニティ保健センター
CMHO	Community Medical and Health Officer	県首席医療保健官
C/P	Counterpart	カウンターパート
DC	District Collector	県徴税官（IAS）
DEO	Data Entry Operator	データ入力操作員
DoHFW	Department of Health and Family Welfare	州保健家族福祉局
DPHNO	District Public Health Nursing Officer	県公衆衛生看護官（正看護師）
DPM	District Program Manager	県（NRHM）プログラム運営管理官
DTC	District Training Centre	県研修センター
DWCD	Department of Women and Child Development	（州）女性・子ども開発局
EBPM	Evidence Based Planning and Management	エビデンスに基づく計画管理
HMIS	Health Management Information System	保健マネジメント情報システム
HRM	Human Resource Management	人材マネジメント
IEC	Information Education and Communication	情報、教育、コミュニケーション（啓発）
INC	Intra Natal Care	出産時ケア
IFA	Iron and Folic Acid	鉄・葉酸（製剤）
IMEP	Infection Management & Environment Prevention	院内感染予防及び環境衛生管理
IMR	Infant Mortality Rate	乳幼児死亡率
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JPY	Japanese Yen	日本円
JRM	Joint Review Mission	合同レビュー調査団
JSY	Janani Suraksha Yojana	施設分娩に対する補助金

LHV	Lady Health Visitor	准看護助産師（ANM に対する女性指導員）
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MP	Madhya Pradesh	マディヤプラデシュ
MP-PCB	Madhya Pradesh Pollution Control Board	マディヤプラデシュ州公害管理委員会
MPW-males	Multi-purpose (Health) Worker	多目的保健要員
NBC	New Born Care	新生児ケア
NFHS	National Family Health Survey	国家家族保健サーベイ
NHSRC	National Health System Resource Centre	国家保健システム情報センター
NRHM	National Rural Health Mission	国家農村保健計画
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Centre	基礎保健センター（通常 6 床）
PIP	Program Implementation Plan	プログラム実施計画（中央、州、県）
PNC	Post Natal Care	産後ケア
PO	Plan of Operation	プロジェクト活動計画
RCH	Reproductive and Child Health	リプロダクティブヘルス及び子どもの健康プログラム
RJD	Regional Joint Director	地域担当次長
SBA	Skilled Birth Attendance	熟練助産婦
SHC	Sub-health Centre	サブ保健センター
SIHMC	State Institute of Health Management Communication	州立保健管理コミュニケーション研究所
SN	Staff Nurse	スタッフナース（看護師）
ST	Scheduled Tribe	指定部族
TA	Technical Assistance	技術支援
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産師（産婆）
TC	Technical Cooperration	技術協力
TQM	Total Quality Management	総合品質管理
TRF	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
VHND	Village Health Nutrition Day	村落保健栄養の日

中間レビュー調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：インド	案件名：マディヤプラデシュ州リプロダクティブヘルスプロジェクト（フェーズⅡ）
分野：保健医療（母子保健・リプロダクティブヘルス）	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：JICA インド事務所	協力金額（評価時点）： 総投入額 1億2,000万円
協力期間（R/D）： 2006年12月～2011年1月	先方関係機関：（実施機関）州保健家族福祉局（DoHFW） リプロダクティブヘルス（RCH）部
<p>1-1 協力の背景と概要</p> <p>インドは人口安定化を国家政策として重視しているが、低開発地域とされている北インドは、いまだに「多産多死」の状況にある。プロジェクト対象地域であるマディヤプラデシュ（Madhya Pradesh：MP）州は、最貧困州の1つであるとともに、妊産婦及び乳児死亡率は全国平均を大きく下回り、とりわけ農村部の実態は劣悪である。</p> <p>こうした状況を改善するためインド政府は、第10次5カ年計画（2002-2007）において、妊産婦・乳幼児死亡率の引下げ目標を含む保健医療の改善を国家の重点課題と位置づけた。これを受けて中央保健家族福祉省は、各州政府に対する財政支援をインセンティブとし農村保健の包括的改善をめざす「国家農村保健計画（2005-2012、National Rural Health Mission：NRHM）」を発表、同年母子保健分野の中核的推進プログラムとして「リプロダクティブヘルス及び子どもの健康（2005-2010、Reproductive and Child Health：RCH-2）」を開始した。同政策は第11次5カ年計画（2007-2012）にも引継がれ、地方分権による保健セクター改革を通じた農村母子保健の改善が国家政策の重点課題のひとつとして位置づけられている。</p> <p>こうしたなか、安全な妊娠・出産に関する良質なサービスの利用が増加することを目的に、MP州保健家族福祉局（Department of Health and Family Welfare：DoHFW）をカウンターパート（Counterpart：C/P）機関として、個別専門家派遣と機材供与による「女性のリプロダクティブヘルスの向上及びエンパワーメントプロジェクト（2005.9-2006.9）」が、MP州 Sagar 地域の2県4郡をパイロット地区として実施された。さらに、この活動を通じて有効と認められた方法を体系化し、地域全域（5県37郡）に拡大した、技術協力プロジェクト「MP州リプロダクティブヘルスプロジェクト（フェーズⅡ）」のR/Dが、2006年12月に締結された。プロジェクトは、2007年1月から2011年1月までの4年間を協力期間として実施されており、現在、2名の長期専門家（チーフアドバイザー、業務調整兼保健情報管理システム）が派遣されている。</p> <p>1-2 協力内容</p> <p>本プロジェクトは、上記の国家プログラム（NRHM/RCH-2）の枠組みの中に位置づけられ、サービスの質の向上を通じて、安全な妊娠・出産に関するサービスの利用率の増加を目的としている。</p>	

(1) 上位目標

対象地域の妊産婦と新生児の健康状態が改善する。

(2) プロジェクト目標

安全な母性の健康に関する良質なサービスを利用する妊婦や母親の数が増加する。

(3) 成果

目標達成のため設定されている成果は、①准看護助産師（Auxiliary Nurse Midwife：ANM/Lady Health Visitor：LHV）による助産業務の質が向上する、②対象地域の公的分娩施設〔コミュニティ保健センター（Community Health Centre：CHC）、基礎保健センター（Primary Health Centre：PHC）〕において清潔で安全な分娩ができるようになる、③郡医務官とそのチームによる ANM と LHV に対する監督がより密接に行われる、④コミュニティによる安全な母性健康ケアに対する要求が増加する、である。

(4) 投入（評価時点）

日本側：総投入額 約 3 億 2,000 万円

長期専門家派遣 2 名 インド人スタッフ 17 名

短期専門家派遣 2 名 研修員受入 2 名（ほかに地域ワークショップ派遣 5 名）

ローカルコスト負担 5,034 万 7,500 円（2,031 万 7,800Rs.）

相手国（インド）側：

カウンターパート配置 8 名（州レベル）

ローカルコスト負担 出版物の出版費、医療機関の整備コストなど

2. 評価調査団の概要

調査者	総括/団長	杉下 智彦	JICA 国際協力専門員
	協力企画	佐々木 結	JICA インド事務所 職員
	オブザーバー	長野 悠志	JICA インド事務所 OJT 職員
	評価分析	本間 まり子	インテムコンサルティング(株) 社会開発部 コンサルタント
調査期間	2009 年 2 月 8 日～2009 年 2 月 27 日		評価種類：中間レビュー

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 活動実績

活動は、プロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matorix：PDM）に基づいて、おおむね計画どおり実施されている。NRHM/RCH-2 の方向性に合わせて、プロジェクトは柔軟な対応を行っている。

(2) 成果の達成状況

主な成果は、パイロット地域においてはおおむね計画どおり達成されている。今後プロジェクト地域全体への普及活動が進められる予定であり、その実施状況により、その達成度が影響されると判断される。

(3) プロジェクト目標の達成度

パイロット地域においては主な成果は達成されつつあるが、プロジェクト目標達成のために、プロジェクト対象地域全体への普及（スケールアップ）の取り組みが必要である。残されたプロジェクト期間中にプロジェクト目標を達成するために、スケールアップを効果的に促進するべく、C/Pによる自発的な実践とそれを可能にする能力強化など、プロジェクトの活動内容や取り組み方法について検討される必要がある。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

プロジェクトは以下の理由により妥当であると判断される。

- ・ 本プロジェクトは、国家保健プログラム（NRHM/RCH-2）の枠組みの中に位置づけられている。さらに、上位目標にも含まれる妊産婦死亡率の減少は、同国のミレニアム開発目標（MDG）の達成にも貢献する。JICAにおいても、保健医療分野に対する支援は、対インド国別援助計画において「貧困削減」に貢献するものとして重点目標に位置づけられており、優先度は高い。
- ・ プロジェクト対象であるMP州は最貧困4州に含まれており、また、リプロダクティブヘルス指標において最も後発的な州のひとつであり、ターゲットとして妥当である。
- ・ プロジェクトが採用している、フロントラインのANMの位置づけや機能の強化に着目し、彼らの機能強化や活動実施体制の改善をめざすアプローチは、保健制度全体の発展のためのボトルネックの改善を可能にするものであると考えられる。4つの成果は重要な要素であり、相互作用も発現している。

(2) 有効性

以下の理由により、プロジェクトの有効性は高いと判断される。

- ・ プロジェクトが焦点をあてて取り組んでいるANMによる産前ケア（Antenatal Care : ANC）検診の質の改善は、プロジェクト目標達成の促進要因となっており、4つの成果は、相互に関連しあって相乗効果を生みだしているため、そのアプローチの有効性は高いと判断される。しかし、プロジェクト対象地域全体への普及（スケールアップ）に向けた取り組みを今後行ううえで、そのための活動や成果を再検討する必要がある。
- ・ 上記のように、ANMによるANC検診の質の向上は、直接的にプロジェクト目標の達成に結びつくだけでなく、プロジェクト関係者の意識を高め、プロジェクト活動全体を遂行する牽引力となっている。また、頻繁な関係者によるプロジェクトサイトの訪問は、モニタリング効果だけでなく、フロントラインのやる気を刺激するものとして有効である。

(3) 効率性

以下の理由により、現在のインドの状況において、プロジェクトは効率的であると判断される。

- ・ プロジェクトが、フロントラインにあるANMの機能強化や活動実施体制の改善をめざしたことは、保健制度全体の発展のためのボトルネックの改善を可能にするものであると考えられる。
- ・ フロントラインのスタッフ間の役割分担やチーム内の協力体制の整備もまた、活動実施における促進要因となっている。さらに、コミュニティでの活動における、アーシャ

(Accredited Social Health Activist: ASHA、村の保健ボランティア) やアングンワディ・ワーカー (Anganwadi Worker : AWW、女性・子ども省の普及員) といったコミュニティに密着したフィールドワーカーとの連携は、村落保健栄養の日 (Village Health Nutrition Day : VHND) などのコミュニティでのイベント開催時だけでなく、定期的な ANC 検診においても、コミュニティ女性へのアウトリーチを容易にしている。

- ・ 投入内容に関しては、予定どおり実施されており、量及びタイミングについて大きな問題はみられない。しかし、C/P の交代が頻繁に行われている。現在、インド政府側の状況を大きく考慮した形での投入となっているが、今後は、NRHM や州政府の自発的な投入による活動の促進が期待される。
- ・ 設定されている外部条件である「プロジェクトの対象となる病院・診療所に医療従事者が適切に配置されている」は、現在は空席ポストが多く、十分に充たされていない。

(4) インパクト

プロジェクトの上位目標の達成の見込みについて判断するには、時期尚早である。しかし、これまでの活動を通じて、以下のような波及効果が生じている。

- ・ 最も大きなインパクトは、専門的技術をもったサービス提供者としての自信や自覚、熱意の獲得といった ANM の変化である。こうした変化に伴い、適切な ANC 検診を通じて、異常妊娠が早期に発見され大きな医療施設に転送された事例も確認されている。こうした ANM たちの変化は、コミュニティにも認識され、その存在が受け入れられ、尊重されるようになってきている。
- ・ 他の医療関係者、特に医者や看護師たちが、ANM の技術力や重要性を認識するようになってきている。さらに、男性保健員 (Male supervisors) や多目的保健要員 [Multi-purpose (Health) Worker : MPW-males] といった他のフロントラインワーカーを刺激し、彼らのやる気を促進している。また、ANM の夫による協力も得られるようになってきている。
- ・ 一方で MPW-males たちは特に目立った支援は受けておらず、技術力が不足したままであり、プロジェクトから排除されているといった印象を受けている。また、社会階層やジェンダーに関して特に取り組みはなされていない。今後、プロジェクト活動を通じた変化が確認されることが期待される。

(5) 自立発展性

自立発展性の確保に向けて、今後以下のような取り組みがなされることが期待される。

- ・ 上記のとおり、プロジェクトは NRHM/RCH-II の中に位置づけられている。そのため、現在プロジェクトで実施されている活動は、同プログラムが終了する 2012 年までは、同プログラムに引き継がれることが期待されている。今後自立発展性の確保のために、MP 州政府側から、経済的政策的に強いコミットメントが提示されることが期待される。
- ・ プロジェクトにより達成された成果が、州の保健制度内において継続されるよう、制度化への取り組みが必要である。特に ANM などのフロントラインのスタッフたちの活動への支援が、州の政策やプログラムにより継続されるよう、医療制度の整備が期待されている。例えば、州立保健管理コミュニケーション研究所 (State Institute of Health Management Communication : SIHNC) や医科大学などの政府の保健関連機関との連携が確立することが期待される。
- ・ ANM たちは、プロジェクトが終了しても、習得した技術を継続して活用していく能力と自信を獲得している。また、既に良質なサービスを経験したコミュニティがその継続

を求めており、サービスの低下は難しいと考えられる。現在、実施体制において、プロジェクトのコーディネーターによる役割が大きいため、それを補うようポストの設置といった体制の整備が必要である。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

- ・ プロジェクトが、フロントラインにある ANM の位置づけや機能の強化に着目し、彼らの機能強化や活動実施体制の改善をめざしたことは、各成果を達成する促進要因となるばかりでなく、保健制度全体の発展のためのボトルネックの改善を可能にするものだと考えられる。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ ANM による ANC 検診の質の向上は、プロジェクト関係者の意識を高め、プロジェクト活動全体を遂行する牽引力にもなっている。また、頻繁な関係者によるプロジェクトサイトの訪問は、モニタリング効果だけでなく、フロントラインのやる気を刺激するものとして有効である。
- ・ プロジェクト対象者である ANM は、非常に積極的にプロジェクト活動に参加しており、それにより目覚ましい変化をみせている。コミュニティの住民たちは、ANM によるサービスの質が改善したことでその必要性を認識し、積極的に ANC 検診等のフロントラインサービスを活用するようになってきている。
- ・ プロジェクトチームは、2名の日本人専門家のほかに、インド人専門スタッフによって構成されている。チーム内の関係は非常に良好であり、インド人スタッフの地元根付いた知識やネットワークが、これまでの導入時期におけるプロジェクトの成果を達成するうえでの促進要因となっている。また、郡のコーディネーターの役割は大きく、関係者のネットワークを構築し、問題を解決し、やる気を促進している。
- ・ ASHA や AWW といったコミュニティに密着したフィールドワーカーとの連携は、対象となるコミュニティ女性へのアウトリーチを容易にし、コミュニティでの活動の促進要因となっている。

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

- ・ プロジェクト目標や成果の指標になっている「施設分娩の数」は、NRHM/RCH-2 によって実施されている JSY (Janani Suraksha Yojana、施設分娩に対する補助金) スキームにより増加しており、プロジェクトの達成度を図る指標として適切ではなくなっている。

(2) 実施プロセスに関すること

- ・ プロジェクトチームによる強力な技術支援が、ときに C/P の役割を肩代わりするような傾向がみられる。
- ・ プロジェクトチームでは、頻繁なミーティングの開催や、出張ごとの報告がなされるものの、定期的な会議や報告書の提出は設定されておらず、モニタリング体制が不明確である。
- ・ ドナー間の横のつながりは弱く、持続可能性を確保するうえで、阻害要因になる可能性がある。

3-5 結論

プロジェクトは、インド政府が推進する政策実施を相互補完する形で「安全な母性の健康に関する良質なサービスの向上」を目的として活動を展開している点で、極めて妥当性が高い。特に、地域保健におけるリプロダクティブヘルスサービスの仕組みづくりと検証作業を行い、モデル事業として現場に定着させる努力を行っていることは、保健システム強化の観点からも特筆される取り組みであるといえる。

このような実施プロセスにおいて、プロジェクトが取り組んでいる「准看護助産師（Auxiliary Nurse Midwife：ANM）」の能力強化と環境整備は、コミュニティと保健システムを結ぶ重要なインターフェースとして保健システム全般の発展に大きく貢献していることが検証され、プロジェクトがとった戦略の有効性は高い。またプロジェクト実施チームが、現場できめ細かく専門技術力と現地適応力を発揮できるよう支援体制を構築したことで、短期間で効率的かつ効果的に成果を達成しつつあるといえる。現時点でプロジェクトのインパクトを評価するには時期尚早であるが、プロジェクトで能力開発が行われた ANM をはじめとする最前線の保健従事者の意識変化は明確であり、保健システムの自立発展を促進する根幹的な基盤であると期待されるものである。

今後プロジェクトは、更なる保健システム強化と自立発展に向けて、プロジェクト専門家チームがカタリスト（触媒）として機能するような支援体制を強化し、最前線の保健従事者を再活性化することの意義を現場で実証しながら、保健従事者と保健行政官の潜在的なコミットメントを引き出す努力が期待される。特に、研修制度の構築や他の周辺職種との協働体制の確立、保健行政組織との指導監督支援体制の強化など、更なる仕組みの精緻化が重要である。加えて、実施対象地域を越えた普及メカニズムの構築のため、プロジェクトの成果や教訓を、州や県の保健行政官とともにまとめる作業を通して、インド保健省並びに関係省庁に強く働きかけ、保健システムを切り拓く新たな地平の変化として内外に提唱していく努力も期待される。

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）

(1) ANM の機能や役割に焦点をあてた活動を推進する

プロジェクトは、今後更に ANM の役割に焦点をあて、それを中心とした活動を展開する必要がある。ANM のエンパワーメントやエンタイトルメントは、フロントラインにおける医療サービスを促進するために、最も重要な要素である。その実現のためにプロジェクトが、州政府の能力強化を図るカタリストとしての役割を演じることで、ANM 機能や役割を中心としたフロントラインの医療制度が自動的に強化されると考えられる。この末端のサービスへの一点集中型（スペアヘッド）のアプローチは、他に類をみないが、州の医療制度やプログラムの実施を補完し促進する取り組みとして、最も重要である。

(2) プロジェクト対象地域全体に活動内容を普及（スケールアップ）させる

プロジェクトの中間地点にある今、普及（スケールアップ）を実現するための道筋を定め、その実施体制を整えるための合同計画を策定する必要がある。対象地域において予定されている活動は、（これまでのようなプロジェクトの主導の下ではなく）関係者間の協力の下に実施される必要がある。さらに他の地域において、C/P の主導により活動が展開されることが期待される。

(3) プロジェクトの成果を公表し普及する場を設定する

プロジェクトは、関係者に対して、活動の進捗や成果について定期的に報告をし、その成果を普及していく必要がある。さらに、そうした貴重な経験や成果が、プロジェクト関係者

以外に対しても、広く共有されることが望ましい。そのために、インド政府、JICA インド事務所や JICA 本部の主導により、国内外においてプロジェクトの成果が発表されるような機会が設定される必要がある。

(4) PDM の改訂について

プロジェクト活動の推進と、プロジェクトを取り巻く状況の変化を考慮して、現状に即して PDM とプロジェクト活動計画 (Plan of Operatiuon : PO) を修正する必要がある。この修正作業は、プロジェクトの残りの 2 年間におけるプロジェクトの方向性や活動内容について、関係者全員が共通認識をもつよい機会となると思われる。

3-7 教訓

(1) 医療制度の発展における ANM の重要性

フロントラインに位置する ANM は、プロジェクト活動を通じて大きな変化をみせており、フロントラインの医療サービス提供者として、その存在が認められるようになってきている。エンパワーメントやエンタイトルメントを通じた ANM の能力やその機能の強化体制を整備することは、フロントラインレベルの医療サービスの改善だけでなく、州の医療制度全体の発展に寄与するものである。

(2) 医療セクター発展のボトルネックとなるプロジェクトの取り組み

プロジェクトは、フロントラインレベルの医療体制に焦点をあてることで、州全体の医療制度の改善を含む、包括的な医療制度の発展を促進している。日本人専門家とインド人専門スタッフによる JICA チームの高度な専門性、強いつながり、リーダーシップや交渉能力は、インドの社会経済状況に適した協力を可能とし、プロジェクト活動実施の促進要因となっている。

(3) 政策との協力体制とカタリストとしての JICA の存在の有効性

NRHM/RCH-II は、プロジェクト活動実施のバックボーンにもなっており、その成果を継続発展させ、普及地域を拡大させるうえでの骨組となっている。そのなかで JICA プロジェクトは、専門的技術の移転や革新的なアイデアの提供を通じて、C/P 組織体系の強化を支援するカタリストとしての役割を担っている。これは、不足した技術を補完する技術支援 (Technical Assistance : TA) ではなく、日本の技術支援の特徴を生かした技術協力 (Technical Cooperation : TC) を行う、理想的な環境を生みだしている。

(4) 州の医療体制における制度化が期待される、質の高い研修モジュールや教材の有効性

プロジェクトは多数の質の高い研修モジュールや教材を開発しており、その一部は、既に他の組織や関係者によって標準化され適用されており、今後、これらの研修教材は C/P によって制度化されることが期待されている。

3-8 フォローアップ状況

未定

第1章 中間レビューの概要

1-1 調査の経緯と目的

インドは人口安定化を国家政策として重視しているが、低開発地域とされている北インドは、いまだに「多産多死」の状況にある。プロジェクト対象地域であるマディヤプラデシュ(MP)州は、最貧困州の1つであるとともに、妊産婦及び乳児死亡率は全国平均を大きく下回り、とりわけ農村部の実態は劣悪である。

こうした状況を改善するためインド政府は、第10次5カ年計画(2002-2007)において、妊産婦・乳幼児死亡率の引下げ目標を含む保健医療の改善を国家の重点課題と位置づけた。これを受けて中央保健家族福祉省は各州政府に対する財政支援をインセンティブとし農村保健の包括的改善をめざす「国家農村保健計画(2005-2012、NRHM)」を発表、同年母子保健分野の中核的推進プログラムとして「リプロダクティブヘルス及び子どもの健康(2005-2010、RCH-2)」を開始した。同政策は第11次5カ年計画(2007-2012)にも引継がれ、地方分権による保健セクター改革を通じた農村母子保健の改善が国家政策の重点課題のひとつとして位置づけられている。

こうしたなか、安全な妊娠・出産に関する良質なサービスの利用が増加することを目的に、MP州保健家族福祉局(DoHFW)をカウンターパート(C/P)機関として、個別専門家派遣と機材供与による「女性のリプロダクティブヘルスの向上及びエンパワーメントプロジェクト(2005.9-2006.9)」が、同州 Sagar 地域の2県4郡をパイロット地区として実施された。この活動を通じて有効と認められた方法を体系化し、地域全域(5県37郡)に拡大した技術協力プロジェクト「MP州リプロダクティブヘルスプロジェクト(フェーズII)」のR/Dが、2006年12月に締結された。本プロジェクトは、2007年1月から2011年1月までの4年間を協力期間として実施されており、現在、2名の長期専門家(チーフアドバイザー、業務調整兼保健情報管理システム)が派遣されている。

本年(2009年)1月中旬にプロジェクト協力期間の中間点が過ぎたところ、2009年2月8日～27日の日程で、中間レビュー調査が実施された。州保健家族福祉局(DoHFW)と合同でプロジェクトの活動実績や目標・成果の達成状況を総合的に検証し、評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)の各視点から包括的な評価・分析を行い、評価結果を「合同評価報告書」として取りまとめた。さらに、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、協議結果を協議議事録として取りまとめ、インド側と署名により確認を行った。

1-2 調査団の構成

プロジェクトの評価は日本側調査団4名とインド側1名の評価委員による合同評価で行われた。評価委員は以下のとおり。

<日本側>

担当	氏名	所属/役職
総括	杉下 智彦	JICA 国際協力専門員
協力企画1	佐々木 結	JICA インド事務所 職員
オブザーバー	長野 悠志	JICA インド事務所 OJT 職員
評価分析	本間 まり子	インテムコンサルティング株式会社社会開発部コンサルタント

<インド側>

氏名	所属 / 役職
Dr. S.K. Shrivastava	Joint Director, RCH Division, Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh

1-3 調査団派遣日程

評価団の派遣日程の詳細は以下のとおり。

Date		Events
8 th	Sun	Arrival at Delhi (Ms. Homma only, until 15th)
9 th	Mon	Delhi > Jabalpur Jabalpur > Damoh Visit to SHC/PHC/CHCs for data collection Visit SIHMC at Gwalior (Dr. Sasaki only) Visit Gajra Raja Medical College, Gwalior (Dr. Sasaki only)
10 th	Tue	Visit to VHND / interview to users and frontline team (ANM/LHV/Male Supervisor/MPW-male)
11 th	Wed	Visit to CHC/SHCs for interviewing to BMO/MO/SNs/ANM/LHV
12 th	Thu	Interview to ANM/LHVs/Male Supervisor Damoh > Bhopal
13 th	Fri	Interview to Project staff
14 st	Sat	Interview to Project staff/Data processing
15 th	Sun	Data processing (Ms. Homma)
		Arrival at Delhi (Dr. Sugishita only)
16 th	Mon	Meeting with JICA India Office Courtesy Visit to DEA, Ministry of Finance Visit to Embassy of Japan Delhi > Bhopal
17 th	Tue	Internal meeting at the Project office Meeting with DfID Bhopal > Jabalpur
18 th	Wed	Visit to Tendukheda CHC, Sarra PHC and SHCs in Damoh District Visit non-JICA-intervened SHCs and CHCs
19 th	Thu	Visit to Damoh District Hospital, and CHC with Joint Director RCH, Chief Medical & Health Officer (CMHO), Divisional Program Manager (Sagar division) and District Program Manager (Damoh district) Damoh > Sagar
20 th	Fri	Visit to Sagar District Hospital for meeting with Civil Surgeon of the Hospital, Visit to ANM Training Center (Sagar) Meeting with the District Collector, Sagar Sagar > Bhopal
21 st	Sat	(Internal discussion, Preparation for the Joint Review Meeting)
22 nd	Sun	(Internal discussion, Preparation for the Joint Review Meeting) Dinner Meeting with DoHFW

23 rd	Mon	Mid-term Progress Report and Review Meeting for the Project
24 th	Tue	Feedback to the Project and discussion for the future plan
25 th	Wed	Bhopal > Delhi
		Report to JICA India Office
26 th	Thu	Visit Ministry of Health and Family Welfare, Government of India
		Report to Embassy of Japan
		Departure from Delhi
27 th	Fri	Arrival at Narita

1-4 評価項目・評価手法

(1) 評価の手順

本調査では、日本側及びインド側の合同評価チームを編成し、これまでのプロジェクト活動を調査、評価するとともに、今後の活動の方向性及び必要に応じて軌道修正の必要について提言を行った。合同評価チームにおける合意事項を、合同評価報告書として取りまとめ、合意内容をミニッツ（Minutes of Meeting : M/M）にて確認した（付属資料 1.）。

(2) 評価手法

評価手法は、JICA 事業評価ガイドラインに基づき、プロジェクトの実績と実施プロセスを確認し、評価 5 項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の視点から評価を行った。2006 年 12 月に R/D で締結された PDM（付属資料 2.）に基づいて、評価デザインが作成された。評価のデザインについては付属資料 3. の評価グリッドを参照。

情報及びデータ収集は、プロジェクト報告書などの既存資料及び関係者への半構造化された質問票に基づく面談によって行われた。面談者リストは付属資料 7.、面談記録は付属資料 8. を参照。

収集した情報は、まず日本側評価委員によって取りまとめられ、その後評価委員全員で評価が行われた。会議議事録は、付属資料 8. を参照。

《評価 5 項目》

妥当性	プロジェクトのめざしている効果（プロジェクト目標や上位目標）が援助プロジェクトの正当性・必要性を問う視点。
有効性	プロジェクトの実施により、目標がどれだけ達成され、本当に受益者もしくは社会への便益がもたらされているのか（あるいはもたらされるのか）を問う視点。
効率性	主にプロジェクトのコスト及び効果の関係に着目し、資源が有効に活用されているか（あるいはされるか）を問う視点。
インパクト	プロジェクト実施によりもたらされる、より長期的、間接的効果や波及効果、特に予期していなかった正・負の効果・影響をみる視点。
自立発展性	援助が終了しても、プロジェクトで発現した効果が持続しているか（あるいは持続の見込みはあるか）を問う視点。

第2章 プロジェクトの実績と現状

2-1 投入実績

投入は、おおむね計画どおり実施されている。詳細な投入実績は、付属資料4.を参照。

2-1-1 日本側投入実績

(1) 専門家派遣

本プロジェクトにおいて、2009年2月末までに派遣された長期専門家は2名、短期専門家は2名、44M/Mの投入であった。

(2) インド人スタッフ

本プロジェクトでは、6名のインド人専門スタッフをプロジェクト事務所における専門家として、11名のインド人スタッフを県レベル以下のコーディネーターとして雇用している。

(3) C/P研修実績

中間レビュー時点までに、本邦研修として2008年1月から3月まで「アジア地域安全な出産のための助産師研修」にC/P2名が参加した。ほかに、地域研修として、2008年2月に日本で開催された「より安全な妊娠と出産戦略アジア地域ワークショップ」にC/P2名、2008年6月にジョルダンにおいて開催された「Sharing Experiences & Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Communities」にC/P2名とインド人専門スタッフ1名が参加した。

<研修実績>

名前	タイトル	派遣期間
1) Midwifery Course for Safe Motherhood (大阪)		
Ms. Jasmin V. Ram	Staff Nurse, Hatta, Damoh District	2008年1月28日～3月1日
Ms. Rashmi Sen	ANM, Panna District	
2) Workshop on Safer Motherhood Strategy for Asia- Improvement of Conducive Environment for Mothers at the Community Level - (東京)		
Dr. Lalit Behari Asthana	Deputy Director (RCH), Government of Madhya Pradesh	2008年2月4日～23日
Dr. Jagdish Prasad Khare	Deputy Director (RCH/JICA), Government of Madhya Pradesh	
3) Sharing Experiences and Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Region - JICA's Partnership for Reproductive Health - (ジョルダン)		
Dr. Aboli Gore	HRM Specialist, JICA/MP - RHP	2008年6月13日～21日
Dr. Shashi Thakur	Medical Officer, Sagar District	
Dr. Tulsa Thakur	Block Medical Officer, Damoh District	

(4) 在外事業強化費

2008年7月末時点で、日本側の在外事業強化費として合計2,031万7,800Rs(5,034万7,500円相当)がプロジェクトの活動のために投入された。

2-1-2 インド側投入実績

(1) カウンターパートの配置

2009年1月末までのインド側C/Pとして、州レベル(州保健家族福祉局)では、延べ8名配置された。地域レベルでは、DoHFWの地域担当次長(Regional Joint Director : RJD)とNRHM/RCH- IIの地域プログラム運営管理官(District Program Manager : DPM)が、県レベルでは、DoHFWの県主席医療保健官(Community Medical and Health Officer : CMHO)とNRHM/RCH- IIの県プログラム運営管理官(DPM)が、C/Pとして、協力してプロジェクトに従事している。さらに、県レベル以下の医療施設と母子保健・リプロダクティブヘルスに関連する公的保健医療従事者が、技術移転の対象として配置されている(詳細は、付属資料4-2を参照)。

(2) ローカルコスト負担

インド側によるローカルコスト負担としては、検診などに使用する印刷物の印刷費用や、医療施設の改善に係る資金への投入がなされている。

2-2 活動実績

プロジェクト活動は、PDMに基づいておおむね計画どおり実施されている。これまで協力期間は、パイロット地域における実証活動や、それを通じた研修や普及のためのツールの作成が行われてきている。今後プロジェクト対象地域全体への普及(スケールアップ)の活動が進められる予定である。

上記のとおり、本プロジェクトは、インド政府及びMP州政府が主導する国家保健プログラム(NRHM/RCH-2)の枠組みの中に位置づけられており、その方向性に合わせて柔軟な対応が行われている。プロジェクトの概念図は付属資料9、活動実績の詳細は、付属資料5を参照。

2-3 成果の達成度

パイロット地域において、成果はおおむね計画どおり達成されている。しかし、プロジェクト対象地域全体への普及(スケールアップ)の取り組みは始まったばかりである。中間レビュー時点(2009年2月)までの各成果の達成実績は、以下のとおり。また、成果品リストは付属資料6を参照。

(1) 成果1 : ANM/LHVによる助産業務の質が向上する。

プロジェクトは、ANC研修を通じてANMとLHVの助産業務能力の向上に取り組んでいる。既に、パイロット地域ではほぼ達成されており、現在プロジェクト地域全体への普及(スケールアップ)の取り組みが行われている。

<指標 1-1：安全な助産（SBA）に関する研修を受けた ANM/LHV の数>

- ・パイロット地域での活動を通じて、フェーズ I で開発された ANC と熟練助産者 (Skilled Birth Attendance: SBA) に関する研修手法が改善されさまざまな研修教材が開発された。
- ・それをもとにプロジェクト対象地域である Sagar 地域の 5 県の講師 17 名を対象に、ANC 研修の講師研修が実施された。
- ・プロジェクト対象 5 県のうち、パイロット地域がある 2 県 (Damoh and Tikamgarh) のほぼ全員にあたる 318 名を対象に、ANM と LHV を対象に ANC 研修が実施され、ANC 研修のための簡易検診器具一式が配布された。また、同地域の 30 名の看護師 (Staff Nurse: SN) は、産前産後ケア [出産時ケア (Intra Nataru Care: INC) / (Post Natal Care: PNC)] に関する研修を受講した。両研修の参加者の一部は、現任研修を受講した。これらの研修を通じて、ANM と LHV は、既存の ANC 検診の種目より多い 10 ステップの検診が可能になっている。
- ・Tikamgarh 県の 14 名の看護師 (SN) は、安全な助産に従事するための研修 (SBA 研修) を受講し、その一部は OJT も受け、実際に助産業務を行っている。

<指標 1-2：基本的な SBA 知識・技術（及び通常技術）を習得し、日々の業務で活用していると認められる ANM/LHV の数>

- ・ANC 研修の成果として、ANC 検診を定期的実施する ANM と LHV の人数が増加している。例えば、2008 年 10 月の時点で、Damoh 県の 4 郡 (Tendukheda, Hatta, Pathariya, Jabera) と Tikamgarh 県の 4 郡 (Prithvipur, Baldevgarh, Badagaon, Niwari) では、191 あるサブ保健センター (Sub-health Centre: SHC) のうち、99 カ所 (52%) において、定期的な ANC 検診が実施されている。
- ・こうした実践を通じて、ANM は、専門的な知識や技術をもち MMR の減少に貢献するという自覚や実感をもち、仕事に対する興味や熱意をもつようになっている。

<指標 1-3：ANM/LHV から基本的な SBA サービスを受けた女性の数>

- ・ANC 検診が定期的開催されるようになったことで、受診する妊婦数も増加している。例えば、Damoh 県の 2 郡 (Hatta と Tendukheda)、Tikamgarh 県の 1 郡 (Prithvipur) において、合計 8,089 名 (対象となる女性の 26.4%) が、3 回の ANC 検診を終了した。対象地域としては、477 村のうち 298 村において、定期的な SHC、もしくは ANM の訪問による ANC 検診が開催されている。
- ・ANC 検診を通じて、ANM が妊娠出産に関する初期サービスの提供者であると、コミュニティが認識し、それまで ANM による働きかけを受け身で待っていた女性たちが、自ら SHC を訪問して ANC 検診を受診したり、他の妊婦に受診を勧めるようになっている。

(2) 成果 2：対象地域の公的分娩施設 (CHC、PHC) において清潔で安全な分娩ができるようになる。

プロジェクトは、清潔で安全な分娩を可能にするために、CHC と PHC だけでなく末端の医療施設である SHC を含む公的分娩施設の衛生管理を促進することで、ANM による ANC

検診率増加、異常妊娠ケースの早期発見、施設分娩に関する認識向上に取り組んでいる。

<指標 2-1：施設分娩の割合>

- ・ 施設分娩数は、NRHM によって実施されている JSY スキームの影響で増加しており、本成果を図る指標として適切ではなくなっている。

<指標 2-2：施設・機材の衛生管理手順を遵守している CHC/PHC の割合>

- ・ パイロット地域を含む 2 県の CHC と PHC は、プロジェクトによる技術的アドバイスを受けて、妊娠病棟（Maternity Wing）の改善のための分娩室の整備や病棟の整備や拡大と、医療廃棄物処理（Bio Medical Waste Management：BMW）に取り組んでいる。
- ・ 同じく 2 県において、SHC の整備が、施設管理者である ANM により行われ、施設内の医療機器や薬剤などの配置、衛生管理、壁を利用したサービス内容の明示などが行われた。また、マイクロプランニングと呼ばれる業務計画の作成を通じて、定期的なサービス提供が可能になっている。
- ・ これらの活動に、NRHM による活動支援資金の有効活用がなされている。

<指標 2-3：公的分娩施設の質に対するコミュニティの満足度の向上>

- ・ CHC/PHC は現在改善作業中であり、利用者が認識を変えたかどうか判断するには、時期尚早であるが、SHC の整備については、施設の管理者である ANC たちの自覚や意欲を促進するだけでなく、実際に利用者たちにその変化が認識されている。

(3) 成果 3：郡医務官とそのチームによる ANM と LHV に対する監督がより密接に行われる。

プロジェクトは、ANM などのフロントラインレベルにおける確実で正確な情報収集、情報のセクターレベルでの修正、郡レベルでのコンピュータによる集約、県レベルでのモニタリングや計画への活用という、段階的な体制強化に取り組んでいる。

<指標 3-1：定期的に適切なフォーマットを用いて報告書を提出している ANM/LHV の数>

- ・ ANM レベルでは、ANC 検診時に使用する既存の ANC カードを改良し、産前だけでなく産後健診結果を加えた母性保健カードを作成した。現在 Sagar 地域と隣の Jabalpur 地域において採用されている。例えば、パイロット地域を含む Sagar 地域の 2 県では、2008 年 12 月までに少なくとも 328 名の ANM と LHV（59%）がこのカードを使用し定期的な報告を行っている。カードの使用を通じて、検診期間の管理や、経過の把握、上位施設などに搬送された場合の情報共有が可能になっている。家族計画のアドバイスにも活用されている。
- ・ 以前複数重複していた活動報告書類を見直し、必要な情報だけを集めた形でフォーマット (Form6) を修正した。さらに、報告期間や期限を明確に設定し、定期的な活動報告や、監督者による管理やフィードバックを可能にした。

<指標 3-2：定期的にエビデンスに基づく計画管理（EBPM）を実施している郡の数>

- ・ 郡レベルにおいて、パイロット地域を含む 2 県の全 13 郡において、コンピュータに

よる管理システムが採用された。さらに、データ入力捜査員（Data Entry Operator : DEO）への新しい報告システムに関する研修が行われ、保健基礎データや NRHM で採用されている報告データの入力方法が指導された。

<指標 3-3 : 保健マネジメントシステム（Health Management Information System : HMIS）ガイドラインに基づき管理を実施している県の数>

- ・ 県レベルでは、上記 2 県に加えて Sagar 県において、DPM を情報管理責任者としたデータ管理制度が導入されている。

(4) 成果 4 : コミュニティによる安全な母性健康ケアに対する要求が増加する。

コミュニティに対しては、ミーティングやイベント、予防接種を通じた働きかけが行われている。

<指標 4-1 : ANC 診断のために ANM と定期的にかかわっているコミュニティの数>

- ・ 成果 1 のとおり、ANC 検診を通じて ANM が定期的にかかわるコミュニティの数が増加している。例えば、Damoh 県の 2 郡（Hatta と Tendukheda）、Tikamgarh 県の 1 郡（Prithivipur）において、全 477 村のうちの 298 村において、定期的な ANC 検診が開催されている。それにより、ANM による ANC 検診の質が向上しているとコミュニティから認識されるようになり、検診率の向上に結びついている。
- ・ 伝統的な妊娠と母子の健康を祝う慣習（Gaod Bharai）に、栄養改善と予防接種を組み合わせた村落保健栄養の日（VHND）の実施や、夫を対象に出産に関する意識向上（Husbands’ Quiz）等のイベント実施を通じて、フロントラインスタッフによるコミュニティへの働きかけが行われている。特に、VHND では、女性・子ども省と協力し、NRHM のフィールドワーカー（ASHA）と女性・子ども省のフィールドスタッフ（AWW）との連携を通じた、効果的な実践を行っている。
- ・ これらの活動を通じて、ANM をはじめとしたフロントラインの能力が向上している。例えば、住民を対象にした講義やカウンセリングを行う自信を得、コミュニティ活動において、村議会（PRI）の代表を巻き込む重要性を認識するようになっている。

<指標 4-2 : 施設分娩を促進しているコミュニティの数>

- ・ 上記のように、施設分娩数は NRHM プログラムにおける JSY スキームの影響より増加しており、本成果を測る指標として適切ではない。しかし、プロジェクトを通じて、金銭的インセンティブではなく健康のための施設分娩の必要性の認識が促進されている。

2-4 プロジェクト目標達成の見込み

本プロジェクト目標は、「安全な母性の健康に関する良質なサービスを利用する妊婦や母親の数が増加する」である。上記のように、パイロット地域においては主な成果は達成されつつあるが、プロジェクト目標達成のために、プロジェクト対象地域全体への普及（スケールアップ）の取り組みが必要である。残されたプロジェクト期間中にプロジェクト目標を達成するために、ス

ケールアップを効果的に促進するべく、カウンターパートによる自発的な実践とそれを可能にする能力強化を行うといった、プロジェクトの活動内容や取り組み方法についての検討がなされる必要がある。

2-5 実施プロセスの確認

本プロジェクトの実施プロセス・実施体制に関して、特にプロジェクトの進捗に影響を及ぼした事項を以下に記載する。

(1) 技術移転の方法

プロジェクトチームは、2名の日本人専門家と、インド人専門スタッフによって構成されている。チーム内の関係は非常に良好であり、インド人スタッフの地元根付いた知識やネットワークが、これまでの導入時期におけるプロジェクトの成果を達成するうえでの促進要因となった。しかし、チームによる強力な技術支援が、ときにC/Pの役割を肩代わりするような傾向もみられた。

(2) マネジメント体制

プロジェクトマネジメントに関して、特に大きな問題はみられない。プロジェクトスタッフ間の人間関係やコミュニケーションは非常に良く、強力なチーム関係が築かれている。モニタリングに関しては、頻繁なミーティングの開催や、出張ごとに報告がなされるものの、定期的な会議や報告書の提出は設定されておらず、モニタリング体制が不明確である。また、JICA本部やJICAインド事務所とのコミュニケーションには、多少隔たりがみられた。しかし、本レビューを通じて、プロジェクトの方向性について共通の認識が得られた。

(3) 関係機関との連携

プロジェクトでは、2007年と2008年にそれぞれ合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）が開かれ、情報の共有や決定が行われた。また、一部の活動は、インド政府やMP州政府との協力体制により行われている。さらに、SIHMCやGajra Raja医科大学といった他の医療機関との連携体制が構築されつつある。一方、NRHMの下で活動するドナー間の横のつながりは弱く、プロジェクトの持続可能性を確保するうえで、阻害要因になる可能性がある。

(4) プロジェクト対象者の参加度

プロジェクト対象者であるANMは、非常に積極的にプロジェクト活動に参加しており、目覚ましい変化をみせている。間接的対象者であるコミュニティの住民たちは、ANMによるサービスの質が改善したことで、フロントラインの医療サービスの必要性を認識し、積極的にANC検診などを活用するようになってきている。

第3章 評価結果

3-1 評価5項目による評価結果

3-1-1 妥当性

プロジェクトは以下の理由により妥当であると判断される。

(1) 政策における優先度

上記のとおり、本プロジェクトは、インド政府及びMP州政府が主導する国家保健プログラム（NRHM/RCH-2）の枠組みの中に位置づけられている。さらに、上位目標にも含まれる妊産婦死亡率の減少は、同国のMDGの達成にも貢献するものである。

JICAにおいても、保健医療分野に対する支援は、対インド国別援助計画において「貧困削減」に貢献するものとして重点目標に位置づけられている。

(2) 対象地域・社会、ターゲットグループのニーズとの合致

プロジェクト対象であるMP州は、最貧困4州に含まれており、リプロダクティブヘルス指標において最も後発的な州のひとつである。妊産婦及び乳児死亡率は全国平均を大きく下回っており、特にプロジェクト対象のSagar地域はその指標が低い。同様に農村部の実態は劣悪であるため、対象地域としての選定は妥当である。

また、ANMなどのフロントラインスタッフは、農村部へ直接サービスを提供する役割を担っているが、その存在は評価されておらず、能力強化の機会も限られていた。そのためターゲットグループとして妥当であると判断される。

(3) 手法としての適切性

本プロジェクトは、フロントラインにあるANMの位置づけや機能に着目し、彼らの機能強化や活動実施体制の改善をめざしている。このアプローチは、保健制度全体の発展のためのボトルネックの改善を可能にするものであると考えられる。また、設定された4つの成果は重要な要素であり、相互作用による効果も発現しており、プロジェクト目標を達成するためのアプローチとして妥当であると判断される。

(4) 日本の協力の比較優位

上記のように、本プロジェクトは、NRHM/RCH-IIの中に位置づけられており、同プログラムがプロジェクト活動実施や、成果を継続発展させ普及地域を拡大させるうえでのバックボーンとなっている。そこでのプロジェクトは、専門的技術の供与や革新的なアイデアの提供を通じてDoHFWの組織体系の強化を支援する、カタリストにすぎない。これは、インドにおいてよくみられる、不足した技術を補完する技術援助（Technical Assistance: TA）のアプローチではなく、日本の技術移転の特徴である、技術協力（Technical Cooperation : TC）を通じたC/Pの能力強化の取り組みが効果的である。

(5) プロジェクトを取り巻く環境の変化

プロジェクト目標や成果の指標になっている「施設分娩の数」は、NRHMによって実施されているJSYスキームの影響で増加している。これは、プロジェクト目標達成の促進要因になっているが、プロジェクトの達成度を図る指標として適切ではなくなっている。

3-1-2 有効性

以下の理由により、プロジェクトの有効性は高いと判断される。

(1) プロジェクト目標の達成の見込み

上記のように、パイロット地域においては主な成果は達成されつつあるが、プロジェクト目標達成のためには、プロジェクト対象地域全体への普及（スケールアップ）が必要である。残されたプロジェクト期間中にプロジェクト目標を達成するために、スケールアップを効果的に行うべく、プロジェクトの活動内容や取り組み方法について再検討される必要があると思われる。

また、指標のひとつとなっている熟練技術者の立ち会いのもとでの分娩数の増加は、上記のように、施設分娩に金銭的なインセンティブを提供する国家スキームにより促進されており、プロジェクトの達成を測る指標として適切ではなくなっている。今後、普及（スケールアップ）や、C/Pによる自発的な取り組みの促進、それを可能にする能力強化等を推進するために、PDMの成果や指標を修正する必要があると思われる。

(2) 設定されている成果の適切性

プロジェクト目標達成を促進する最も大きな内部要因として、ANMによるANC検診の質の改善が挙げられる。設定された4つの成果は、その実現を促進するだけでなく、相互に関連しあって相乗効果を生みだしており、プロジェクト目標達成に効果的であると判断される。しかし今後、プロジェクト対象地域全体への普及（スケールアップ）のための活動や成果が必要となるだろう。

(3) 促進要因・阻害要因

上記のように、ANMによるANC検診の質の向上は、直接的にプロジェクト目標の達成に結びつくだけでなく、プロジェクト関係者の意識を高め、プロジェクト活動全体を遂行する牽引力となっている。また、頻繁な関係者によるプロジェクトサイトの訪問は、モニタリング効果だけでなく、フロントラインのやる気を刺激するものとして有効である。

プロジェクトチームのインド人スタッフの、地元根付いた知識やネットワークは、柔軟かつ適切なプロジェクト活動実施を可能にし、プロジェクトの成果を達成するうえでの大きな促進要因であったと考えられる。しかし、チームによる強力な技術支援が、ときにC/Pたちの役割を肩代わりするような傾向もみられた。さらに、C/PであるDoHFW内で頻繁に異動が行われており、また多くが空席のままである。こうしたC/P側のプロジェクト参加体制は、活動実施や自立発展性を確保するうえで、阻害要因となり得る。

また、郡と県の両レベルにおいて、他ドナーなどとの横のつながりは弱く、今後のスケールアップのための活動において、阻害要因となり得ると考えられる。

(4) 成果からプロジェクト目標に至るまでの外部条件

PDMにおいて設定されている外部条件は、現在までのところ充足されている。

3-1-3 効率性

以下の理由により、現在のインドの状況において、プロジェクトは効率的であると判断される。

(1) 成果の産出状況

主な成果は、パイロット地域において、おおむね計画どおり達成されている。しかし、それ以外の地域、特に対象5県のうちパイロット地域を含まない3県における活動はまだ始まったばかりである。今後プロジェクト地域全体への普及活動が進められる予定であり、その実施状況により、成果の達成度が影響されると判断される。

(2) 成果の産出の促進要因・阻害要因

プロジェクトが、フロントラインにあるANMの位置づけや機能に着目し、彼らの機能強化や活動実施体制の改善をめざしたことは、各成果を達成する促進要因となるばかりでなく、保健制度全体の発展のためのボトルネックの改善を可能にすると考えられる。

また、フロントラインのスタッフ間の役割分担やチーム内の協力体制の整備もまた、活動実施における促進要因となっており、今後その体制が更に強化されることが期待される。コミュニティでの活動におけるASHAやAWWといったコミュニティに密着したフィールドワーカーとの連携も、VHNDなどのコミュニティでのイベント開催時だけでなく、定期的なANC検診においても、対象となるコミュニティ女性へのアウトリーチ（告知や当日の声かけなど）を容易にし、活動の促進要因となっている。

これらの活動実施において、プロジェクトのブロックコーディネーター（BC）たちの役割は大きく、郡レベル以下の関係者のネットワークを構築し、問題解決をサポートし、やる気を促進する要因となっている。現在、政府によって郡（NRHM）プログラム運営管理官（Block Programme Manager：BPM）と呼ばれる同様の位置づけにあるオフィサーの採用が進んでおり、今後BCの役割が担われることが期待されている。

(3) 投入の適切性

投入内容に関しては、予定どおり実施されており、量及びタイミングについて大きな問題はみられない。インド政府側の状況を大きく考慮した形での投入となっているが、今後、NRHMや州政府の自発的な投入による活動実施が期待される。

1) 日本側の投入

プロジェクトは2名の日本人専門家に加えて、インド人スタッフ15名（6名の専門スタッフと9名のコーディネーター）が雇用されている。彼らは、インドの医療制度に関する知識をもっており、日本人専門家と比較して、経済的であるだけでなく、効率的な活動を可能にしている。治安や文化的に女性が受け入れられにくい社会状況を考慮して、県レベル以下のフィールドコーディネーターは、全員男性が採用されている。

2) インド側の投入

インド側の投入は、「2-1 投入実績」の項で確認されたとおり、おおむね予定どおり実施されている。しかし、C/P である DoHFW 内で頻繁に異動が行われている。例えば、州レベルの C/P であるコミッショナーは、プロジェクト開始時から3回交代している。また多くのポストが空席のままにされており、プロジェクト活動を実現するための阻害要因となっている。また、対象地域では、治安の関係や文化的に女性が受け入れられにくい状況を考慮し、C/P は男性の比率が非常に高い。

今後普及（スケールアップ）を行ううえで、インド側の投入による自発的な取り組みが期待されている。それに伴い、従事するスタッフの増強も考えられる。例えば、郡レベルのコーディネーターの役割を担うため、DoHFW は、新たに BPM（Block Programme Manager）というポストを設置し、現在選定中である。

(4) 活動実施における外部条件

設定されている外部条件である「プロジェクトの対象となる病院・診療所に医療従事者が適切に配置されている」は、上記のように空席ポストが多く、十分に充たされていない。その対応のために、現在は同じフロントラインのチーム内で、調整が行われている。今後フロントラインのチームの体制を強化するうえで、対応がなされる必要があると思われる。

3-1-4 インパクト

プロジェクトの上位目標の達成の見込みについて判断するには、時期尚早である。しかし、これまでの活動を通じて、以下のような波及効果が生じている。

(1) ターゲットグループへの波及効果

最も大きな波及効果は、専門的技術をもったサービス提供者としての自信や自覚、熱意の獲得といった ANM の変化である。こうした変化に伴い、適切な ANC 検診を通じて、異常妊娠が早期に発見され大きな医療施設に転送されたケースも確認されている。また、ANM たちの変化はコミュニティの住民たちにも認識され、専門的技術をもったサービス提供者としてその存在が受け入れられ、尊重されるようになってきている。

一方で多目的保健要員 [Multi-purpose (Health) worker : MPW-males] たちは、特に研修などの支援は受けておらず、技術力が不足したままである、もしくはプロジェクトから排除されているといった印象を受けている。

また、社会階層やジェンダーに関しては、特に積極的な取り組みはなされていないが、プロジェクトのアプローチを通じて、プラスの波及効果が生じていることが期待されている。今後、更なる積極的なアプローチや、プロジェクト活動を通じた変化が確認されることが期待される。

(2) C/P への波及効果

他の医療関係者、特に医者や看護師たちもまた、ANM の技術力や重要性を認識するようになってきている。さらに、ANM たちの変化は、Male supervisors や MPW-males といったほかのフロントラインワーカーを刺激し、彼らのやる気を促進している。

3-1-5 自立発展性

自立発展性の確保に向けて、以下のような取り組みがなされることが期待される。

(1) 政策・制度面

プロジェクトは国家、州レベルのプログラムである NRHM/RCH-II の中に位置づけられている。そのため、現在プロジェクトで実施されている活動は、同プログラムが終了する 2012 年までは、同プログラムに引き継がれることが期待されている。自立発展性の確保のため、今後 MP 州政府から、経済的政策的に強いコミットメントが提示されることが期待される。

また、プロジェクトの成果が、州の保健制度内において継続されるよう、制度化への取り組みが必要である。特に ANM などのフロントラインのスタッフたちの活動への支援が、州の政策やプログラムにより継続されるよう、医療制度の整備が期待される。例えば、(州立保健管理コミュニケーション研究所 (SIHNC) や Gwalior 県にある Gajra Raja 医科大学などの政府の保健関連機関との連携が確立することが期待される。

(2) 実証活動を通じて移転した技術の定着度

ANM たちは、プロジェクトが終了しても、習得した技術を継続して活用し、サービスを提供していく能力と自信を獲得している。また、ANM の活動を通じて良質なサービスを経験したコミュニティは、その継続を求めており、安全な母性健康ケアに対するコミュニティの要求は確実に増加している。そのため、プロジェクト終了後にサービスの質が低下することはサービス受益者に受け入れられ難いものと思われ、質は維持されると期待されている。

しかし、実施体制において、プロジェクトのコーディネーターが果たす役割は大きいいため、それを補うような実施体制の整備が必要となるだろう。例えば、フロントラインチーム (ANM、MPW、LHV、Male Supervisor) 内の役割分担や、監督者 (LHV や Male Supervisor) の管理能力の強化が必要である。空席ポストが多い地域では、このシステムが機能しない可能性が高いため、対策がとられる必要がある。

(3) 効果を持続させるための促進要因

本プロジェクトは NRHM/RCH-II の中に位置づけられており、JICA プロジェクトは、専門的技術の供与や革新的なアイデアの提供を通じて、C/P である DoHFW の組織体系の強化を支援する、カタリストとして位置づけられる。そのため、単に不足した技術を補完する技術支援 (Technical Assistance : TA) ではなく、技術協力 (Technical Cooperation : TC) が実現することで、自立発展性の確保が促進されると考えられる。

3-2 教訓

(1) 医療制度の発展における ANM の重要性

フロントラインに位置する ANM は、プロジェクト活動を通じて大きな変化をみせている。例えば、ANC 検診などを通じて、直接コミュニティの住民たちへ働きかけやアドバイスを行うことで、フロントラインの医療サービス提供者として、その存在が認められるようになって

ている。プロジェクトは、さまざまな研修手法や教材の開発を通じた支援と、フロントラインの活動体制の整備を通じたサービスの強化を支援してきた。このようなエンパワーメントやエンタイトルメントを通じた ANM の能力や機能の強化は、フロントラインの医療サービスの改善だけでなく、州の医療制度全体の発展に寄与するものであると考えられる。

(2) 医療セクター発展のボトルネックとなるプロジェクトの取り組みの重要性

上記のように、プロジェクトは、フロントラインレベルの医療体制に焦点をあてることで、州全体の医療制度の改善を含む、包括的な医療制度の発展を促進している。日本人専門家とインド人専門スタッフにより構成されたプロジェクトチームは、高い専門的経験や知識を有しており、現場の問題に適応した緻密な支援を行っている。こうしたチームメンバーの高度な専門性、強いつながり、リーダーシップや交渉能力は、インドの社会経済状況に適した協力を可能とし、プロジェクト活動実施の促進要因となっている。

(3) 政策との協力体制とカタリストとしての JICA の存在の有効性

上記のように、本プロジェクトは NRHM/RCH-II の枠組みの中に位置づけられており、同プログラムの存在が、プロジェクトによる成果を継続発展させ、普及地域を拡大させるうえでの骨組となっている。その中で JICA プロジェクトは、専門的技術の移転や革新的なアイデアの提供を通じて、C/P である DoHFW の組織体系の強化を支援するカタリストとしての役割を担っている。これらは、不足した技術を補完する技術支援 (Technical Assistance : TA) ではなく、二国間援助を通じた日本の技術支援の特徴を生かし、C/P の能力強化を可能にする、技術協力 (Technical Cooperation : TC) を行うための理想的な環境を生みだしている。

(4) 州の医療体制における制度化が期待される質の高い研修モジュールや教材の有効性

プロジェクトは、プロジェクト期間の前半 2 年という短期間において、多数の質の高い研修モジュールや教材を開発している。こうした研修ツールの一部は、既に他の組織や関係者によって標準化され適用されており、今後、C/P によって制度化されることが期待されている。まずは、その標準化の作業が、研修の普及 (スケールアップ) を促進するための足がかりになると考えられる。

3-3 提言

(1) ANM の機能や役割に焦点をあてた活動を推進する

プロジェクトは、今後更に ANM の役割に焦点をあて、それを中心とした活動を展開する必要がある。ANM のエンパワーメントやエンタイトルメントは、フロントラインにおける医療サービスを促進するために、最も重要な要素である。その実現のためにプロジェクトが、州政府の能力強化を図るカタリストとしての役割を演じることで、ANM の機能や役割を中心としたフロントラインの医療制度が自動的に強化されることになると考えられる。この末端のサービスへの一点集中型 (スパイアヘッド) アプローチは、他に類をみないが、州の医療制度やプログラムの実施を補完し促進する取り組みとして、最も重要であると考えられる。

(2) プロジェクト対象地域全体に活動内容を普及（スケールアップ）する

プロジェクト活動の普及（スケールアップ）は、C/P 機関の強い要望でもある。プロジェクトの中間地点にある今こそ、普及（スケールアップ）を実現するための道筋を定め、その実施体制を整えるための合同計画を策定する時期にきている。プロジェクト対象地域において予定されている活動は、これまでのようなプロジェクトの主導ではなく関係者間の協力の下に実施される必要がある。さらに他の地域における普及（スケールアップ）の取り組みが、C/P の主導により実現されることが期待されている。

(3) プロジェクトの成果を公表し普及する場を設定する

プロジェクトは、関係者に対して、活動の進捗や成果について定期的に報告をし、その成果を普及していく必要がある。さらに、そうした貴重な経験や成果が、プロジェクト関係者以外に対しても広く共有されることが望ましい。そのために、インド政府、JICA インド事務所や JICA 本部の主導により、国内外においてプロジェクトの成果が発表されるような機会が設定される必要がある。

(4) そのほかの詳細活動に対する提言

- ① ANM や LHV などの研修メカニズムが、SIHMC や Gajra Raja 医科大学などの関係機関との連携を通じて制度化される必要がある。
- ② ANM の機能を強化するために、専門的なサービス提供を促進するための支援メカニズムが確立される必要がある。
- ③ ANM、LHV、Male Supervisor、MPW-male の 4 職種の間で構成されるフロントラインチームにおいて、明確な役割分担や、それぞれに必要な現任研修の実現といった、機能強化に向けた取り組みが必要である。
- ④ 各プロジェクト対象地域の代表によるワーキンググループが設立され、それぞれの経験を共有することで、共通のビジョンをもち、組織としての知識が蓄積される必要がある。
- ⑤ プロジェクト活動の自立発展性を確保するためにも、州政府の下で協力を行うドナー間の連携が強化される必要がある。
- ⑥ プロジェクト活動の内容を明確化し意識化を図るために、ANM の位置づけに焦点を置いた活動を象徴するような、親しみのもてるニックネームやスローガンを設定する必要がある。

(5) PDM の改訂について

プロジェクト活動の推進と、プロジェクトを取り巻く状況の迅速な変化を考慮して、PDM と PO を修正することが必要と思われる。この修正作業は、プロジェクトの残りの 2 年間におけるプロジェクトの方向性や活動内容について、関係者全員が共通認識をもつよい機会となると考えられる。

第4章 団長所感

プロジェクト対象地域であるマディヤプラデシュ（MP）州は、インド国内における最貧困州の1つとして位置づけられ、妊産婦及び乳児死亡率は全国平均を大きく下回っている。このような背景から、プロジェクトは、「安全な母性の健康に関する良質なサービスの向上」を目的として活動を展開している。

活動の実施にあたりプロジェクトでは、2名の日本人長期専門家（チーフアドバイザー、業務調整兼保健管理情報システム）と優秀な現地専門スタッフがチームを組むことによって、C/Pに寄り添いながら現場できめ細かく専門技術力と現地適応力を発揮できるような支援体制を構築したことで、プロジェクト開始後1年半という短期間で効率的かつ効果的に成果を達成しつつあるといえる。

プロジェクトの政策的な特徴は、インド政府が推進するRCH-2を、政策実施を相互補完する形で実証・展開させてきていることである。インド政府は、保健医療の改善を国家の重点課題と位置づけ、巨額の予算を充当し、農村保健の包括的改善と地域保健における周産期保健・医療の改善をめざしている。しかし、施設改修、人材育成、緊急産科の拡充、施設分娩に対する奨励金の拠出などのアイデアが性急に実施に移されていくなかで、本プロジェクトが、「実際にどのようなアイデアが機能するのか」という仕組みづくりと検証作業を行い、モデル・システムとして現場に定着させる努力を行っていることは、保健システム強化の観点からも特筆される取り組みである。

このようにプロジェクトは、リプロダクティブヘルス分野における保健システム強化に正面から取り組んだ挑戦的な案件であるといえる。つまり、中間レビューでは、プロジェクトが戦略的に取り組んでいる「准看護助産師（Auxiliary Nurse Midwife : ANM）」の能力強化と環境整備が、保健システム全般の発展に大きく貢献していることが確認された。なかでも、プロジェクトで能力開発が行われたANMをはじめとする最前線の保健従事者の意識変化は、プロジェクトが達成した成果のなかで最も重要なものであり、今後の保健システムの自立発展を促進する根幹的な基盤であると考えられた。

またインド側の自助努力を促進するために、プロジェクト専門家チームがカタリスト（触媒）として機能することによって、ANM自身が、確かな技術力に裏づけられたプロとしての自覚と自信を深めてきている心境変化は、中間レビューのインタビューでも明示的であった。プロジェクトの活動を通して、ANMをはじめとする保健従事者のモチベーションを高め、潜在的なコミットメントを引き出すことに成功したことは、単なる技術支援（technical assistance）を越えた技術協力（technical cooperation）としての革新的な成果であると評価される。

今後は、プロジェクト活動の進展に伴って、保健従事者自身の能力と役割の変化が加速されることによって、コミュニティと保健行政システムとの信頼関係が更に強固なものとなり、保健サービスの利用が増大してくることが期待される。また、周辺職種（ASHA、AWW、Male Supervisorなど）との連携強化やANM自身の努力による職場環境の改善によって、事業の効率性や安全性が向上してきていることも重要な変化であると思われる、今後の展開に注目しなければならない。

地域住民との接点であるANMの機能の改善と拡大というプロジェクトの戦略は、保健サービス提供側の体制強化を進めてきていたインド保健省にとって、大変意義のあることであると思われる。これまでともすると末端医療従事者として軽視される傾向にあったANMを、保健システ

ムとコミュニティを結ぶためのボトルネックとしてとらえ、再活性化することの意義をプロジェクトが現場で実証してきたという点は、インド保健省にとっても大きな貢献であると考えられる。このように、プロジェクト成果を、保健システムを切り拓く新たな地平の変化として捉え、インド政府のみならず周辺諸国とも情報を共有していかなければならないと思われた。

今後は、ANM 強化という柱を中心課題に据え、研修制度の構築や他の周辺職種との協働体制の確立、保健行政組織との指導監督支援体制の強化など、仕組みを精緻化していく必要があると思われる。さらにプロジェクトが国家プログラムを推進するブレインとして機能していることへの認識が高まりはじめていることを受け、プロジェクトの方向性としては、これまでのモデルの確立という実証作業から、州や県の保健行政の組織強化を通じたプロジェクト成果の普及、政策提言や制度化への取り組みなど、自立発展を促すような事業展開としての発展が期待される。

最後に、マディヤプラデシュ州リプロダクティブヘルスプロジェクト（フェーズⅡ）は、ANM という最前線の医療従事者の機能強化に着目し、保健システム全般の改善をめざしたキャパシティ・ディベロップメント事業である。またプロジェクトの戦略、事業形態、実施体制などは、実証的かつ革新的な示唆に富んでおり、JICA 保健分野での取り組みのみならず、開発パートナーや国際機関にとっても大変教訓的なプロジェクトであると思われる。今後、プロジェクトの終了に向けて、現場でのモデル構築、成果の普及、政策提言、C/P の自立発展に注目していくとともに、日本国内外におけるプロジェクト支援体制を強化していかなければならない。

付 属 資 料

1. ミニッツ
2. PDM
3. 評価グリッド
4. プロジェクト投入実績一覧
 - 4-1. 日本側
 - 4-2. インド側
5. 活動計画と活動実績
6. 成果品リスト
7. 面談者リスト
8. 主要面談記録
9. プロジェクト概念図

**MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE JAPANESE MID-TERM REVIEW TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF INDIA
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT
IN THE STATE OF MADHYA PRADESH (PHASE 2)**

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") dispatched the Mid-term Review Team, headed by Dr. Tomohiko Sugishita, to India from February 8 to February 28, 2009, in order to review the achievement of the technical cooperation project on the Reproductive Health Project in the State of Madhya Pradesh (phase 2) (hereinafter referred to as "the Project").

This review was conducted jointly with the authorities concerned of the State Government of Madhya Pradesh, by formulating the Joint Mid-term Review Team (hereinafter referred to as "the Team"). The Team has carried out field visits and interviews, collected necessary data and information on the achievement. The Team held discussions with different stakeholders of the Project.

As the result of the exercises above, the Joint Mid-term Review Report (hereinafter referred to as "the Report") was prepared and presented at the Joint Mid-term Progress Report and Review Meeting held on 23rd February, 2009. The Team and the Indian authorities agreed to report to their respective government upon the matters in the document attached hereto.



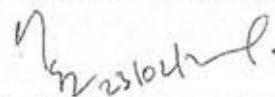
Dr. Tomohiko Sugishita

Leader,

Mid Term Review Team

Japan International Cooperation Agency

Bhopal, 23rd February, 2009



Dr. Manohar Agnani

Commissioner,

Department of Health and Family Welfare

The Government of Madhya Pradesh

ATTACHMENT

The important issues concerning to the Project which is consisted both by the JICA Project Team and the Indian counterpart summarized by the Team are as follows.

1. JOINT MID-TERM REVIEW REPORT

The Indian side and JICA conducted the Joint Mid-term Review of the Project according to the five criteria of evaluation, namely, Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability. The findings are compiled into the Report. (APPENDIX 1)

2. WAY FORWARD

Based on the result of the Mid-term Review, both sides observed that the Project had produced optimal achievements and tremendous lessons within a short period. Towards the end of the project lifespan, recommendations described hereafter are expected to be reviewed by the Project and implemented in a realistic and effective manner.

2.1 To focus more on the activities for the ANM cadre and related functions

The Project should focus more on activities related to the ANM as a central body of the project implementation. The empowerment and entitlement of the ANM is a crucial entry to strengthen the rural health services overall. By this regard, the Project should act as a catalyst to develop the capacity of the State government, through which the health systems at the frontline, especially the ANM and related functions, will be autonomously strengthened. This spearhead effort is a unique but essential strategy to complement and accelerate the execution of the State health policies and programs.

2.2 To scale up the project activities in the target Project area

It was observed that the demand for scaling up has been raised by the counterpart. It is high time for the both sides to accelerate the joint planning of roadmaps and the implementation mechanism. Intervention to the pilot area can be taken over by the initiative of the State. Planned activities in the rest of the Project area should be conducted by the joint efforts from the stakeholders. Furthermore, challenges to scale up activities in the non target area might be considered.

2.3 To demonstrate and promote the Project achievement

The Project should demonstrate and disseminate the achievement and lessons-learned

regularly to the people concerned. Various means of communication should be elaborated to share the experience of the Project. Besides such efforts, the GoMP, the JICA India Office and JICA HQs should make efforts to promote more domestic/international recognition of the Project achievement.

2.4 Minor and detailed recommendations

- 1) The training mechanism for the ANM, LHV and related cadres should be institutionalized to ensure the training quality.
- 2) In order to enhance the ANM function, supportive supervision should be strengthened with a concrete mechanism to promote professional performance.
- 3) More attention should be paid to the team-building among ANM, LHV, Male Supervisor and MPW-male. Clear job description for different cadres and concrete mechanism for in-service training should be elaborated and implemented.
- 4) The establishment of Working-Groups consisted of representatives from different sites of the Project area can promote institutional capacity under the common vision.
- 5) The coordination among DPs should be strengthened with joint efforts by the State government as an essential foundation of the Project sustainability.
- 6) Project nickname, slogan and related advocacy tools should be considered for articulation of the ANM cadre and its function.

3. REVISION OF THE PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

Considering the rapid progress of the Project, it is a high time to reconsider the PDM and Plan of Operation (PO) by amending contents to adjust to the current situation. This exercise could be a good opportunity for all the stakeholders to understand the Project orientation and the planned activities in the latter half of the Project period.

Appendix 1 Joint Mid-term Review Report

Appendix 2 List of Participants

Handwritten signature and date: 23/02/19
Handwritten signature: S.A.

Joint Mid-term Review Report
for
Reproductive Health Project
in the State of Madhya Pradesh (phase 2)



February, 2009

The Mid-term Review Team

Dr. Tomohiko Sugishita
Leader,
Mid Term Review Team
Japan International Cooperation Agency

Dr. S. K. Shrivastava
Joint Director, RCH/NRHM Division,
Department of Health and Family Welfare,
Government of Madhya Pradesh

TABLE OF CONTENTS

Project Map

Abbreviations and Acronyms

Chapter 1 OUTLINE OF THE REVIEW

- 1.1. Background of the Review
- 1.2. Objectives of the Review
- 1.3. Members of the Review Team
- 1.4. Schedule of the Review
- 1.5. Methodology of the Review

Chapter 2 OUTLINE OF THE PROJECT

Chapter 3 ACHIEVEMENT AND IMPLEMENTATION PROCESS

- 3.1. Inputs
- 3.2. Achievement of the Project
- 3.3. Implementation Process

Chapter 4 EVALUATION BY FIVE CRITERIA

- 4.1. Relevance
- 4.2. Effectiveness
- 4.3. Efficiency
- 4.4. Impact
- 4.5. Sustainability

Chapter 5 LESSONS LEARNED

Chapter 6 RECOMMENDATIONS

ANNEXES

Annex 1: Project Design Matrix (PDM)

Annex 2: Plan of Operation (with achievement)

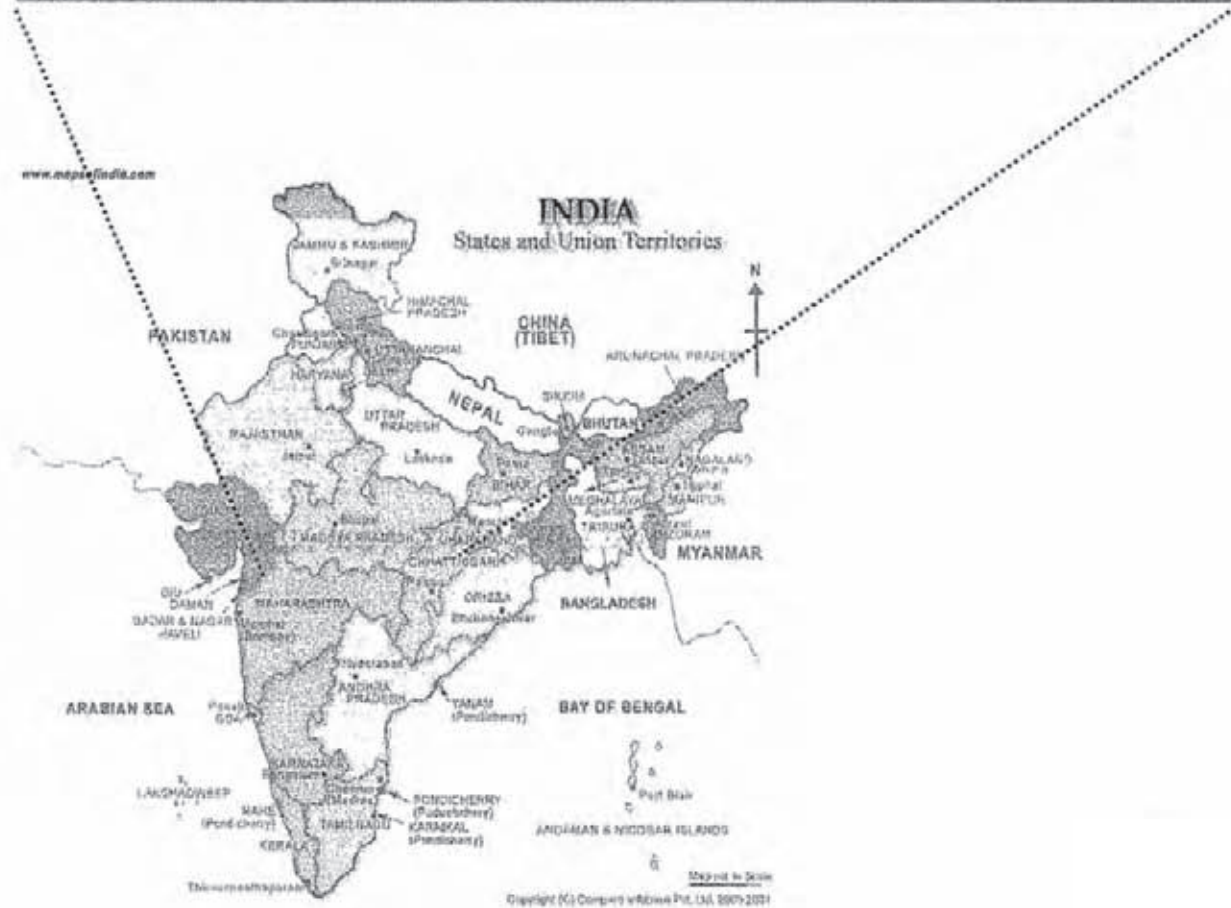
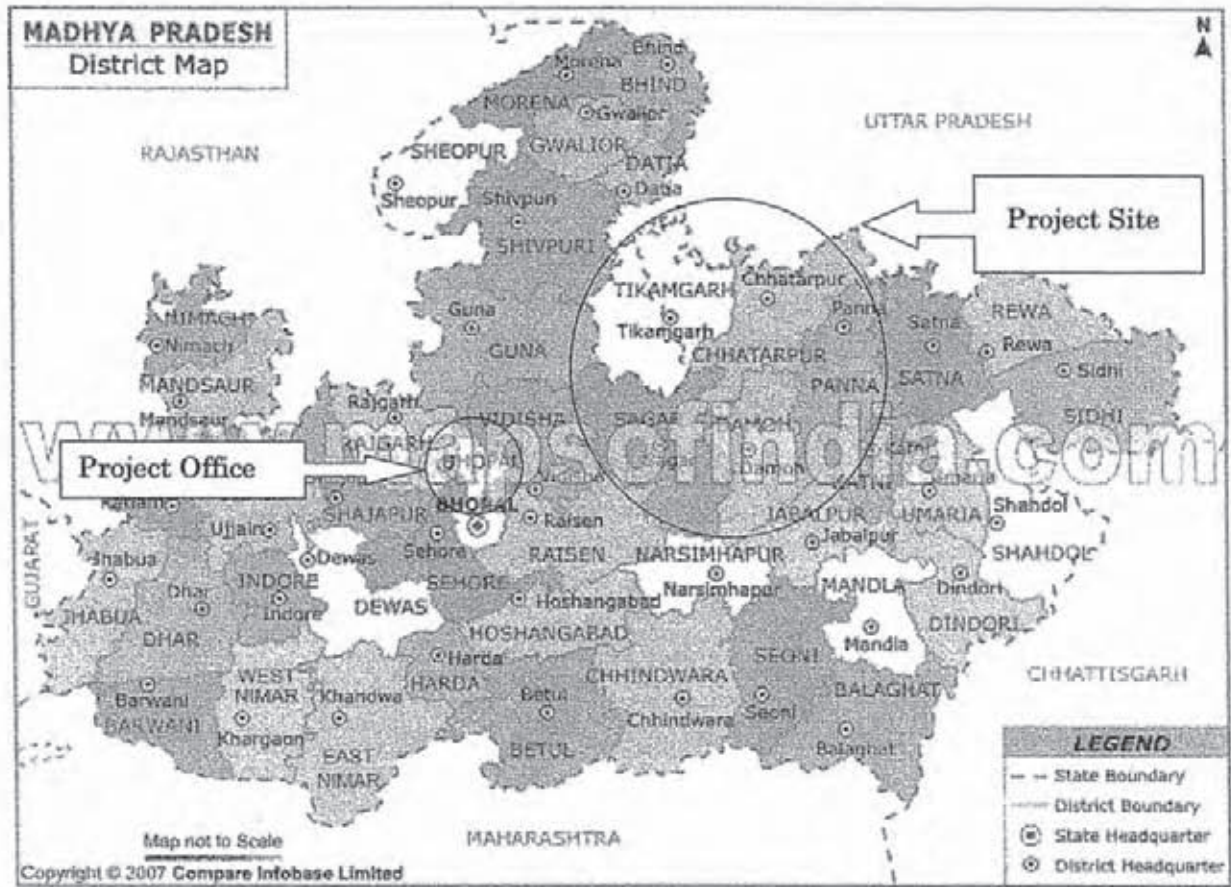
Annex 3: Midterm Evaluation Grid

Annex 4: List of Inputs from the Japanese Side

Annex 5: List of Inputs from the Indian Side

Annex 6: Achievement of Outputs

PROJECT MAP



ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

ANC	Antenatal Care
ANM	Auxiliary Nurse Midwife
ASHA	Accredited Social Health Activist
AWC	Anganwadi Centre
AWW	Anganwadi Worker
BMO	Block Medical Officer
BMW	Bio Medical Waste Management
CDPO	Child Development Project Officer
CHC	Community Health Centre
CMHO	Community Medical and Health Officer
C/P	Counterpart
DC	District Collector
DEO	Data Entry Operator
DoHFW	Department of Health and Family Welfare
DPHNO	District Public Health Nursing Officer
DPM	District Program Manager
DTC	District Training Centre
DWCD	Department of Women and Child Development
EBPM	Evidence Based Planning and Management
IEC	Information Education and Communication
IFA	Iron and Folic Acid
IMEP	Infection Management & Environment Prevention
IMR	Infant Mortality Rate
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPY	Japanese Yen
JRM	Joint Review Mission
JSY	Janani Suraksha Yojana
LHV	Lady Health Visitor
MCH	Maternal and Child Health
MMR	Maternal Mortality Rate
MP	Madhya Pradesh
MPW	Multi-purpose (Health) Worker
NBC	NewBorn Care
NFHS	National Family Health Survey
NHSRC	National Health System Resource Centre
NRHM	National Rural Health Mission
PHC	Primary Health Centre
PDM	Project Design Matrix
PIP	Program Implementation Plan
PNC	Post Natal Care
PO	Plan of Operation
RCH	Reproductive and Child Health
RJD	Regional Joint Director
SHC	Sub-health Centre
SHG	Self-help Group
VHND	Village Health Nutrition Day

Chapter 1 OUTLINE OF THE REVIEW

1.1. Background of the Review

Despite India's emphasis on the population stabilization as important national policy, people in north India, considered as less developed area in general, still suffer from high rates of maternal and neonatal mortality. In the State of Madhya Pradesh, maternal mortality rate (MMR) and neonatal mortality rate (NMR) fall much below the national average. The actual condition of its rural area is especially poor.

In order to tackle the aforesaid situation, the Government of India announced the National Rural Health Mission (NRHM) in 2005 for the improvement of national healthcare system in rural areas. The Reproductive and Child Health Program (phase 2) (RCH-II), was launched in April of the same year as a core program toward the acceleration of NRHM. RCH-II, based on the reflection of the previous RCH-I, is programmed to promote State's autonomous self-planning and achieve the outputs in areas such as 1) population stabilization; 2) maternal health; 3) STD; 4) newborn and child health; 5) adolescent health; and 6) special consideration for the socially vulnerables.

In light of these government initiatives in the health sector, the Project, for the improvement of the quality of maternal healthcare to reduce both MMR and NMR in Sagar Division, was launched on 15th January, 2007 for the period of 4 years. The previous phase 1 project from September 2005 to September 2006, likewise headed by Dr. Yoichi Yamagata, brought out the fact that what is really required both by governments and rural areas for the improved healthcare system is not financial assistance but operationalization of programmes in NRHM/RCH-II along with its principles of decentralization and community participation. Therefore, the first-half of the Project has tried and successfully inducted the operationalization of certain programmes in the pilot area with particular focus on the frontline healthcare service providers such as ANMs and LHVs.

At the half-way point of the implementation period, the Mid-term Review Team was formed in accordance with the JICA evaluation guidelines for the purpose of reviewing the progress and performance so far and providing recommendations for the further realization of the Project outputs, purpose and overall goal. The mid-term review has been undertaken by the Review Team with the authorities concerned of India.

1.2. Objectives of the Review

The specific objectives of the mid-term review are outlined as follows:

- (1) To review the progress of the Project and evaluate the achievement in accordance with the five evaluation criteria (relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability)

- (2) To draw the factors to promote/impede the effects
- (3) To consider the necessary actions to be taken and make recommendations for the Project
- (4) To revise the PDM and PO, if necessary

1.3. Members of the Review Team

The mid-term review team (hereinafter referred to as the Team) consists of the following members.

1.3.1. Indian Side

- (1) Dr. S.K. Shrivastava
Joint Director, RCH Division, Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh

1.3.2. Japanese Side

- (1) Dr. Tomohiko SUGISHITA (Leader)
Chief Advisor, Japan International Cooperation Agency, Tokyo
- (2) Ms. Mariko HOMMA (Evaluation Analysis)
Consultant, INTEM Consulting Inc., Tokyo
- (3) Dr. Yu SASAKI (Coordination)
Lead Development Specialist, JICA India Office, New Delhi
- (4) Mr. Yushi NAGANO (Observer)
Assistant Representative, JICA India Office, New Delhi

1.4. Schedule of the Review (8th – 28th February 2009)

The review was conducted as follows.

Date	Events
8 th Sun	Arrival at Delhi (Ms. Homma only, until 15 th)
9 th Mon	Delhi > Jabalpur Jabalpur > Damoh Visit to SHC/PHC/CHCs for data collection Visit SIHMC at Gwalior (Dr. Sasaki only) Visit Gajra Raja Medical College, Gwalior (Dr. Sasaki only)
10 th Tue	Visit to VHND / interview to users
11 th Wed	Visit to SHCs for interviewing to ANM/LHVs
12 th Thu	Visit to CHC/PHCs for interviewing to BMO/MO/SNs Damoh > Bhopal
13 th Fri	Data processing
14 th Sat	Data processing
15 th Sun	Data processing (Ms. Homma) Arrival at Delhi (Dr. Sugishita only)
16 th Mon	Meeting with JICA India Office Courtesy Visit to DEA, Ministry of Finance

		Visit to Embassy of Japan Delhi > Bhopal
17 th	Tue	<u>State level</u> Internal meeting at the Project office Meeting with DfID Bhopal > Jabalpur
18 th	Wed	<u>Block & Village level</u> Visit to Tendukheda CHC, Sarra PHC and SHCs in Damoh District Visit non-JICA-intervened SHCs and CHCs
19 th	Thu	<u>District level</u> Visit to Damoh District Hospital, and CHC with Joint Director RCH, Chief Medical & Health Officer (CMHO) , Divisional Program Manager (Sagar division) and District Program Manager (Damoh district) Damoh > Sagar
20 th	Fri	<u>Regional level</u> Visit to Sagar District Hospital for meeting with Civil Surgeon of the Hospital, Visit to ANM Training Center (Sagar) Meeting with the District Collector, Sagar Sagar > Bhopal
21 st	Sat	(Internal discussion, Preparation for the Joint Review Meeting)
22 nd	Sun	(Internal discussion, Preparation for the Joint Review Meeting) Dinner Meeting with DoHFW
23 rd	Mon	Mid-term Progress Report and Review Meeting for the Project
24 th	Tue	Feedback to the Project and discussion for the future plan
25 th	Wed	Report to JICA India Office Bhopal > Delhi
26 th	Thu	Visit Ministry of Health and Family Welfare, Government of India Report to Embassy of Japan Departure from Delhi (Dr. Sugishita)
27 th	Fri	AM: Discussion on MTR report at JICA India Office Departure from Delhi (Ms. Homma)
28 th	Sat.	Arrival at Narita

1.5. Methodology of Evaluation

The mid-term evaluation was carried out based on the Project Design Matrix (PDM, Annex 3) created at the outset of the Project, which is a summary table of this Project.

1.5.1. Evaluation procedure

First, the Team formulated the evaluation grid (Annex 3) which identified the specific evaluation points and the data collection methods. For the data and information, the Team applied various methods such as the interviews to various stakeholders based on the questionnaire, the group discussions and the observation of project activities in health centers and hospitals. The Team analyzed and evaluated the Project in terms of the achievement level of the Project, the implementation process, and five evaluation criteria such as Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact and Sustainability. Finally, the Team made recommendations and shared the lessons learnt

based on the result of evaluation.

1.5.2. Points for the evaluation

Achievement level and Implementation Process of the Project

The achievement levels in terms of Inputs, Activities, Outputs, and Project Purpose were assessed in comparison with the PDM and Plan of Operation (PO, Annex 2) and the actual progress of the Project. The implementation process of the Project was also confirmed from the various viewpoints such as monitoring and communication.

Evaluation Criteria

In addition to verification of achievement level and implementation process of the Project, the mid-term review assesses the Project from the following five evaluation criteria.

- (1) Relevance: An overall assessment of whether the project purpose and overall goal are in line with policy of both sides and with partner country's needs.
- (2) Effectiveness: A measure of whether the project purpose has been achieved. This is then a question to the degree to which the outputs contribute towards achieving the intended project purpose.
- (3) Efficiency: A measure of the production of outputs (results) of the Project in relation to the total resource inputs.
- (4) Impact: The positive and negative changes, produced directly and indirectly as the result of the Project.
- (5) Sustainability: An overall assessment of the extent to which the positive changes achieved by the Project can be expected to last after the completion of the project

Chapter 2 OUTLINE OF THE PROJECT

The Project has been carried out since January 2007. The expected Overall Goal, Project Purpose and Outputs written in the PDM are as follows:

Overall Goal:

Pregnant women, mothers and new born babies in the project site become healthier.

Project Purpose:

To increase the number of pregnant women and mothers who receive quality services for Safe Motherhood

Outputs:

1. Improved midwifery practice by ANMs/LHVs
2. Clean and safe delivery services become available at the CHCs and PHCs in the Project Area
3. ANMs and LHVs more closely supervised by the BMO and his team
4. Community demand for safe motherhood services increases

Chapter 3 ACHIEVEMENT AND IMPLEMENTATION PROCESS

3.1. Inputs

3.1.1. Inputs from the Japanese side

The total released cost for the Project implementation between January 2007 and December 2008 was Rs. 20,317,809.34. Budget of activities and administration includes the costs of trainings and workshops for government health staff, medical equipment supplied to health centers, teaching materials for training, and several printed materials (guidelines, posters etc.). For details, please refer to the Annex 4.

Dispatch of Japanese experts

The following numbers of experts were dispatched and assigned.

- Two Japanese long-term experts each from Jan 2007 to Dec 2008 and from Nov 2007 to Dec 2008 respectively
- Two official visitors from other JICA offices between Jan 2007 and Dec 2008

Employment of Indian staff

The following numbers of Indian staff both in the State level and the District/Block level were assigned.

- Six Indian staff in Bhopal between Jan 2007 and Dec 2008
- Nine field coordinators at the District/Block level between Jan 2007 and Dec 2008

Provision of equipment

The provision of equipment by the Project has been Rs 1,568,300 on basic instruments for frontline workers.

Counterpart Training in Japan and International Workshop

To date, two counterparts were sent to join in country training on Midwifery Course for Safe Motherhood in Japan from 28th January to 1st March. Additionally, two counterparts attended a Workshop on Safer Motherhood Strategy for Asia in Japan from 4th to 23rd February 2008. Two others and a project staff were dispatched to JICA Regional Seminar on Maternal Health in Jordan from 15th June to 19th June, 2008.

3.1.2. Inputs from the Indian Side

The Indian government has assigned counterparts in the State, Division, District and Block level. State government also contributed for printing MH card and supplemented to renovation of CHC, besides, the District budget covered CHC renovation. Cost for SHC and AHSA also covered by the District government.

3.2. Achievement of the Project

3.2.1. Project Purpose

"To increase the number of pregnant women and mothers who receive quality services for Safe Motherhood in the project area (Districts of Chattarpur, Damoh, Panna, Sagar & Tikamgarh in Sagar Division)."

The major outputs have been produced as planned in the Project pilot area. However there are still many to be done in the whole project area. Therefore the approaches for the dissemination (scaling up) of the activities examined in the pilot area are to be considered in order to achieve the Project purpose. Coverage and quality of the Project activities should be considered seriously in the latter half of the Project period.

3.2.2. Outputs

Output 1. Improved midwifery practice by ANMs/LHVs

Output 1 aims at an enhancement of the knowledge, skills and attitude of the health workers for improvement of the quality of services. It focuses on the skills development of the frontline workers, such as ANMs and LHVs, on SBA.

Output 1 has been achieved in pilot area and is being achieved in whole Project area. Training methodology developed in the phase I has been improved and various materials have been developed. TOT is implemented to the tutors from five target districts in Sagar division. ANC training was provided to all the ANMs/LHVs in two districts (Damoh and Tikamgarh). Some of them received handholding training as well.

In the two districts, the number of the SHCs which hold regular ANC clinic and the number of the pregnant women who received ANC check-up has been increased. Through the ANC check-up, ANMs/LHVs provide basic health services. They have started to be recognized as essential service providers by the community.

Output 2. Clean and safe delivery services become available at the CHCs and PHCs in the Project Area

Output 2 aims at a promotion of clean and hygienic facilities for ANC check-ups and institutional deliveries. The number of institutional delivery has been increasing since the successful implementation of JSY scheme through the NRHM. There are progresses in cleanliness and hygiene in CHCs and PHCs. Knowledge products have also been developed (see Annex 6). It is premature that the service receivers recognize the quality improvement, while the quality of SHC has been improved to accept regular ANC check-ups.

Output 3. ANMs and LHVs more closely supervised by the BMO and his team

The Project has adopted multi-layer approach, which is required to ensure (1) collection of authentic data at the SHC level, (2) data validation at the sector level, (3) computerization at BMO's office, and (4) usage of information for planning and monitoring at the block and district levels.

At the SHC level, the design of ANC Card was modified (MH Card) to include basic information on the delivery services, the post natal status and the newborn care services. The DoHFW endorsed the Project to use it for pilot in 2 divisions (Sagar and Jabalpur). By December 2008, at least 59% of ANMs/LHVs of the two districts (Damoh and Tikamgarh) has been giving timely reports. In the Block level, all the 13 blocks of Damoh and Tikamgarh have started the computer operated reporting system based on an orientation for familiarization with basic health indicators and orientation on the data elements of the NRHM reporting formats. One District (Damoh) has become operational in routine information flow. In the District level, data management system was promoted in the 3 districts (Damoh, Tikamgarh and Sagar) by grooming the DPMs as the leader of the Information Management.

Output 4. Community demand for safe motherhood services increases

“Demand creation for institutional delivery” has been promoted by the successful implementation of JSY scheme through the NRHM. However, the community demands not only monetary incentives, but also professional and client sensitive health service delivery.

Through “Nutrition Counseling through Gaod Bharai”, “Monthly Village Health & Nutrition Day (VHND)” and the “Husbands’ Quiz”, the capacity of frontline workers has been improved. For example, some ANMs and LHVs have gained skills and confidence to discuss in a larger group and counsel individually. ANMs and MPW-males have recognized the importance of involving the PRI representatives for mobilizing the community to avail the benefits of health schemes and services. The community is gradually recognizing the quality of ANC services run by ANMs/LHVs.

3.2.3. Progress of the activities

The Project activities have been implemented according to the PDM. The Project sometimes takes flexible action responding to the policy implication of the counterpart, DoHFW or NRHM. See the PO and the progress of activities attached (Annex 2)

3.3. Implementation Process

The Project team is composed of two Japanese experts and Indian staff. The cooperative team building is counted as one of the strengths of the Project. Local knowledge and network of Indian staff has been enhancing the achievement of the Project Outputs, especially at the induction stage of the Project. It may happen that the strong technical assistance by the team tends to substitute mandate work by the counterparts.

Regarding the stakeholders, the Project communicates well with the State government and GOI on some activities. The Project follows Indian health policy and guidelines in the conjunction with development partners. The JCC was held in March 2007 and in May 2008. The horizontal coordination between development partners to implement NRHM is relatively weak. The Project fairly articulated the institutional network including SIHMC and Gaira Raja Medical College. Remarkably, many target people, such as ANMs/LHVs, are aggressively involved in the Project activities and improve their capacity. Accordingly, the community people as beneficiaries gradually utilize frontline health services by recognizing positive changes of ANMs/LHVs.

Chapter 4 EVALUATION BY FIVE CRITERIA

4.1. Relevance

The Team concluded that the Project remains highly relevant.

As is discussed, the Project is considered as an integral part of the national and state programs NRHM/RCH-II. Reduction of MMR, which is set as an Overall goal of the Project is targeted by the MDGs. JICA also targets the activities for poverty reduction, including the improvement of Reproductive Health, as one of the highly important issues to be tackled in India.

The strategy taken by the Project focuses on the empowerment and entitlement of the ANM cadre and function. Also, the Project took serious consideration on the improvement of enabling environment for ANMs. The four outputs cover essential components to supports health service delivery implemented by ANMs. Possibly this strategy enables health system's development to amend the bottleneck. By this regard, the Team recognizes the strategy taken by the Project is relevant to the achievement of the Project purpose.

As far as the selection of target area is concerned, Madhya Pradesh has the high maternal and neonatal mortality rates. The target area selected, Sagar Region, shows the poorest figure on it. The capacity building of the frontline workers who provide direct support to community, are needed. Especially ANMs/LHVs had been considered as less empowered, because of lack of opportunity for capacity development. Based on this analysis, the selection of the target is considered as relevant.

4.2. Effectiveness

The team judges the effectiveness of the Project implementation at this certain time is high. However, the Project should adopt a certain scaling up plan to achieve the project purpose.

The major outputs have been produced as planned in the Project pilot area. However there are still many to be done in the whole Project area. Therefore the approaches for the dissemination (scaling up) of the activities examined in the pilot area are to be considered in order to achieve the Project purpose. Coverage and quality of the Project activities should be considered seriously in the latter half of the Project period.

There are found several enhancing factor to achieve the Project purpose. The improvement of the quality of ANC check-up led by the capacity development of ANMs is considered as the biggest internal factor to contribute the achievement among the stakeholders. The complementarities among four outputs produce synergetic effects counted as enhancing factor. The Project field visits by stakeholders stimulate the motivation at the frontline level.

On the other hand, frequent transfer and many vacancies of the technical posts in DoHFW causes negative effects on the Project implementation. Lack of horizontal networking with other areas, both in Block and District level, is also considered as a hindering factor to reduce the speed of

scaling up.

4.3. Efficiency

The Team judges the efficiencies of the Project implementation is high regarding Indian context.

The approaches based on the implementation in the grass root level, especially the capacity development of frontline workers, are highly appreciated and considered as the biggest enhancing factor to achieve outputs. Intensive and hands on support from JICA team also enhanced the achievement of outputs.

Supervisory system of the field activities both in Block and Sector level is better to be improved to enhance the achievement, considering to the team building and clear distribution of roles among frontline workers.

The financial input from JICA was injected relatively high. It, however, can be considered as appropriate responding to the Indian context, so that the joint implementation with NRHM and the State government should be considered. With the complementarities with Japanese expertise, the Project has contracted 6 professional staff and 9 field coordinators locally. They are not only less expensive than Japanese experts, but also more knowledgeable about the context of health system in India.

4.4. Impact

Following impacts are found through the evaluation study by the Team.

It is too early to discuss the prospect of the achievement of the Overall goal. However, there are found many positive impacts both expected and unexpected ones. The biggest impacts are found in ANMs' side, such as establishment of confidence and enthusiasm to work as professional officers. There is early detection of emergent pregnant cases referred by ANC check up. The change of their performance is recognized by communities. Also Micro-plan and MH card has facilitated this change. Other technical officers, such as medical doctors and nurses have started recognizing their skills. The frontline efforts has stimulated other frontline workers, such as Male supervisors and MPW-males, and even led to the assistance from their husbands.

There are, however, found some unexpected impact in MPW-males, who have received little support from the Project. They remain with limited technical skills, and some of them even feel sidelined. The Team expects positive impact within the Project scope on the improvement of socio economic and gender factors.

4.5. Sustainability

The Team considers that the sustainability of the Project achievement is to be secured by a concrete roadmap towards the exit.

As is discussed, the Project is considered as an integral part of the national and state programs NRHM/RCH-II, which will be expected to ensure the sustainability of the Project achievement until 2012.

In terms of the enhancement of the sustainability, more financial and political commitment from the GoMP is crucial. Also, the Project should consider the institutionalization of the Project achievement into the State health systems in a self-reliant manner. Especially, it is a key to sustainable development that ANMs and related frontline health workers are continuously supported by the State policies and programmes.

Chapter 5 LESSONS LEARNED

The Project has yielded many lessons-learned, which can be multiplied by the GOI, JICA and related parties. The lessons have ranged variety of insights from the operational level and the conceptual level. Those lessons should be examined more in the field practice. All in all, it is grateful that we could draw out rich project experiences into such practical lessons at this time of mid-way of the project implementation.

5.1. The ANM is a key agent to develop the health systems.

The review team observed dramatic changes of frontline health workers, especially the ANM and related cadres. In some project implementation areas, the ANM works as an agent uniting the community and the frontline health services with a good reputation, high expectation and moral support from the clients. The Project supported their professional development with optimal training mechanism and materials. Even the Project strengthened the enabling environment for the ANM and related frontline health workers to increase the utilization of quality health services. Strengthening the ANM and its function through the empowerment and entitlement mechanism promotes the health systems development at the frontline level in a self-reliant way and even a clue to health systems development overall.

5.2. The Project articulates a bottleneck of the health sector development.

The Project has made successful intervention to the health systems of the State through giving light to the frontline health cadre. This strategy, indeed, accelerated the systems development towards the overall renovation. The Project team consisting experienced Japanese experts and talent Indian consultants is competent to work as a special team to respond emerging issues. High quality of specialization, humanistic relationship, robust leadership and negotiation skills, all in all, accelerated the project progress, especially in the Indian socioeconomic context.

5.3. The synergetic effect with the National Health Policies and Programs.

The review team recognized that the current national health policies and programs (NRHM, JSY) are the essential backbone of the project implementation. They ensure the overall roadmap of the sector development and financial opportunity for scaling up the coverage. The JICA Project can work only as a catalyst to assist their entre efforts with professional inputs with innovation ideas and capacity development of the counterpart structure. The review team found here one of ideal scenarios to articulate the bilateral technical cooperation for complementarities of the needs of technical assistance from the Indian counterpart with the Japanese technical cooperation to build her own capacity.

5.4. Quality training modules and materials can standardize the overall mechanism.

The Project produced a lot of quality training modules and material within a short period. The review team observed that those tools have been already disseminated and utilized by other agencies and stakeholders in a standardized manner. Although development efforts for those training module and material should be institutionalized by the counterpart organization, quality component for training, at least, is an essential entity to ensure the standardization of the training expansion.

Chapter 6 RECOMMENDATIONS

The Project has produced optimal achievements and tremendous lessons within a short period. In order to ensure a self-reliant development of the health sector in the MP state, however, the Team indicates some propositions to enhance more fruitful results in the latter half of the project period. Towards the end of the project lifespan, recommendations described here are expected to be reviewed by the project management and implemented in a realistic and effective manner.

6.1. To focus more on the activities for the ANM cadre and its function

The Project should focus more on activities related to the ANM as a central body of the project implementation. The empowerment and entitlement of the ANM is a crucial entry to strengthen the rural health service at the frontline. The empowerment and entitlement of the ANM is a crucial entry to strengthen the rural health services overall. By this regard, the Project should act as a catalyst to develop the capacity of the State government, through which the health systems at the frontline, especially the ANM and related functions, will be autonomously strengthened. This spearhead effort is a unique but essential strategy to complement and accelerate the execution of the State health policies and programs.

6.2. To scale up the project activities in the target Project area

It was observed that the demand for scaling up has been raised by the counterpart. It is high time for the both sides to accelerate the joint planning of roadmaps and the implementation mechanism. Intervention to the pilot area can be taken over by the initiative of the State. Planned activities in the rest of the Project area should be conducted by the joint efforts from the stakeholders. Furthermore, challenges to scale up activities in the non target area might be considered.

6.3. To demonstrate and promote the Project achievement

The Project should demonstrate and disseminate the achievement and lessons-learned regularly to the people concerned. Various means of communication should be elaborated to share the experience of the Project. Besides such efforts, the GoMP, the JICA India Office and JICA HQs should make efforts to promote more domestic/international recognition of the Project achievement.

6.4. Minor and detailed recommendations

- 1) The training mechanism for the ANM, LHV and related cadres should be institutionalized and capacitated to ensure the training quality (SIHMC and Gajra Raja Medical College etc.).
- 2) In order to enhance the ANM function, supportive supervision should be strengthened with a concrete mechanism to promote professional performance.
- 3) More attention should be paid to the team-building among ANM, LHV, Male Supervisor and MPW-male. Clear job description for different cadres and concrete mechanism for in-service training should be elaborated and implemented.
- 4) The establishment of Working-Groups consisted of representatives from different sites in the Project area can promote institutional capacity under the common vision.
- 5) The coordination among DPs should be strengthened with joint efforts by the State government as an essential foundation of the Project sustainability.
- 6) Project nickname, slogan and related advocacy tools should be considered for articulation of the ANM cadre and its function.

6.5. Revision of the Project Design Matrix (PDM)

Considering the rapid progress of the Project, it is a high time to reconsider the PDM and Plan of Operation (PO) by amending contents to adjust to the current situation. This exercise could be a good opportunity for all the stakeholders to understand the Project orientation and the planned activities in the latter half of the Project period.