

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)
終了時評価調査報告書

平成22年9月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
インド事務所

イド事
JR
10-004

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)
終了時評価調査報告書

平成22年9月
(2010年)

独立行政法人国際協力機構
インド事務所

序 文

順調な経済成長を維持する一方で、インドには世界の貧困人口の3分の1に相当する3億人以上の貧困層が存在しており、基本的な社会サービスへのアクセスができない状況に置かれています。特に改善の立ち遅れが目立つのは母子保健分野であり、インドではこの分野におけるミレニアム開発目標（MDG4 乳幼児死亡率の削減、MDG5 妊産婦の健康改善）の達成は難しい状況にあります。

かかる状況を受けてインド政府は、「迅速で包括的な成長」を課題として掲げ、第10次5カ年計画から医療保健分野の改善を重点として定めています。2005年、保健家族福祉省は農村地域における保健医療サービスの改善をめざす国家農村保健計画（National Rural Health Mission：NRHM）を発表し、地方分権による保健セクター改革を通じて農村母子保健の改善に取り組んでいます。

JICAは、インド政府の国家政策の枠組みの中で、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をカウンターパート機関として、2007年1月から2011年1月までの4年間を協力期間として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。

本プロジェクトは、NRHMが重点州とするインド北東部のマディヤプラデシュ州サーガル地域全域（5県37郡）のフロントラインワーカーである准看護助産師を中心に、産前健診研修等の専門技能研修、研修後のサポートティブスーパービジョン、施設改善の実施を通じて、NRHMビジョンの実践を通じた母性保健サービスの向上をめざしています。

今般、本プロジェクトの協力期間が2011年1月15日をもって終了するのに先立ち、これまでの協力内容の評価をインド・マディヤプラデシュ州政府と共同で実施するため、2010年8月22日から9月10日の日程で終了時評価調査団を派遣しました。本報告書は、同調査団が実施した調査及び協議結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力を賜りました関係者の皆さまに深く謝意を表すとともに、当機構の今後の協力事業の実施に、皆さまの更なるご協力をお願いする次第です。

平成22年9月

独立行政法人国際協力機構
インド事務所長 山中 晋一

目 次

序 文

目 次

地 図

写 真

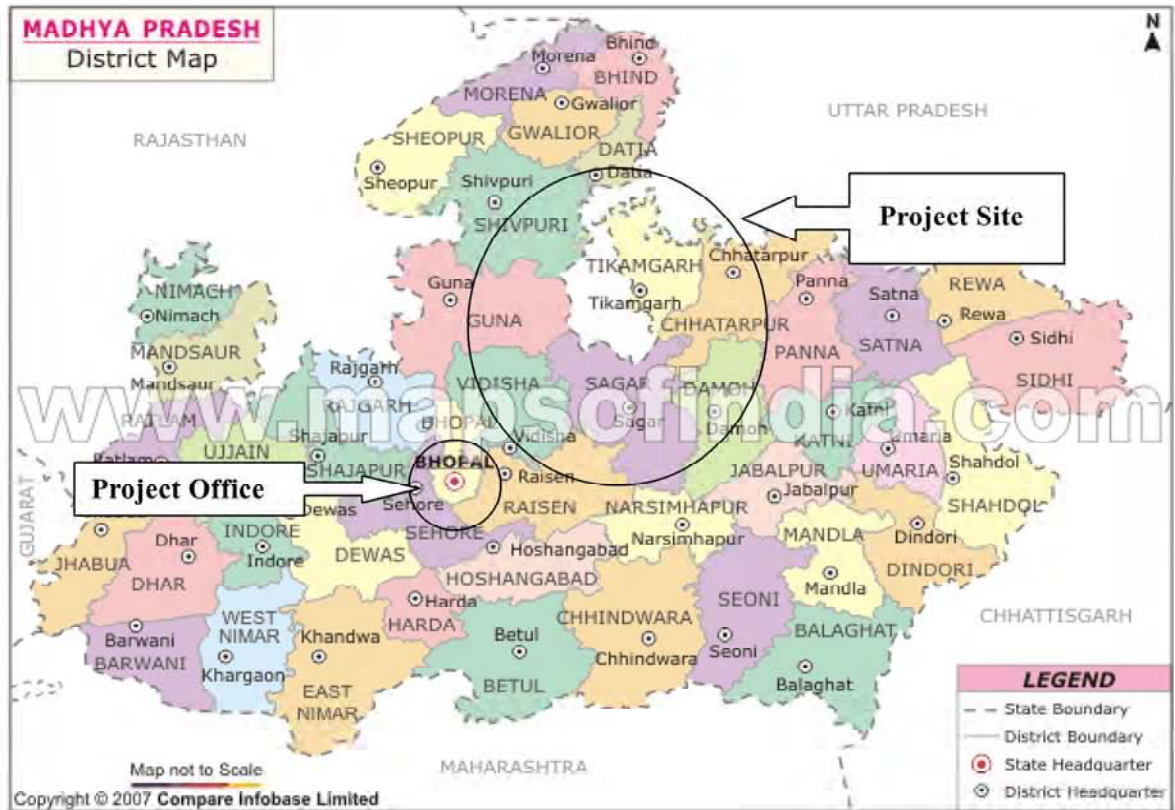
略語一覧

終了時評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	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
第2章 終了時評価の方法	4
2-1 評価計画と調査	4
2-2 評価5項目	5
第3章 調査結果	6
3-1 プロジェクトの投入	6
3-1-1 日本側の投入	6
3-1-2 インド側の投入	7
3-2 プロジェクトの活動実績と成果達成状況	7
3-3 プロジェクト目標の達成	14
3-4 プロジェクトの実施プロセス	15
第4章 評価結果	16
4-1 評価5項目による評価結果	16
4-1-1 妥当性	16
4-1-2 有効性	16
4-1-3 効率性	17
4-1-4 インパクト	18
4-1-5 自立発展性	18
第5章 結論	19
第6章 提言	22
第7章 団長所感	24

付属資料

1. ミニッツ (M/M)	29
2. PDM	84
3. 評価グリッド.....	85
4. プロジェクト投入実績一覧.....	94
5. プロジェクト概念図.....	98





Panna 県 Amanganj の CHC にて
毎週土曜日に開催されるセクターミーティングを視察



Damoh 県の病院で Core Competency 研修
を視察

分娩センターとして認定されている Damoh 県の SHC
写真は認定証



Sagar 県の PHC. 医師から分娩室の説明を受ける



Tendhkela CHC の分娩室機材



合同評価ミーティング（JRM）



合同評価ミーティングのあとでプロジェクト作成教材の説明を大臣にするプロジェクトスタッフ



原団長（左）とヘルスコミッショナー（右）による M/M 署名



プロジェクト成果発表ワークショップ

略 語 一 覧

AMTSL	Active Management of the Third Stage of Labour	分娩第3期における積極的管理
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	アングアンワディ・センター（女性・子ども省の普及センター）
AWW	Anganwadi Worker	アングアンワディ・ワーカー（女性・子ども省の普及員）
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BEE	Block Extension Educator	郡広域啓発担当官
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・子ども開発省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）
DEA	Department of Economic Affairs	財務省 経済局
DEO	Data Entry Operator	データ入力操作員
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DH	District Hospital	県病院
DoHFW	Department of Health and Family Welfare	州保健家族福祉局
DP	Development Partner	開発パートナー
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・子ども開発省
EBPM	Evidence Based Planning and Management	エビデンスに基づく計画管理
GIS	Geographic information system	地理情報システム
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）
IFA	Iron and Folic Acid	鉄・葉酸（製剤）
IMEP	Infection Management and 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
INC	Intranatal care	出産時のケア
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊員
JPY	Japanese Yen	日本円
JRM	Joint Review Mission	合同評価（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	女性保健員（ANMに対する女性指導員）
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MO	Medical Officer	医務官

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
NIHFW	National Institute of Health and Family Welfare	国家保険家族福祉研究所
NIPI	Norway India Partnership Initiative	ノルウェー・インド連携イニシアティブ
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
PRI	Panchayati Raji Institution	村議会
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 Attendant	熟練助産者、専門技能をもつ分娩介助者
SHC	Sub-health Centre	サブ保健センター
SIHFW	State Institute of Health and Family Welfare	州立保健家族福祉研究所
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
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
TQM	Total Quality Management	総合品質管理
VHND	Village Health Nutrition Day	村落保健栄養の日

終了時評価調査結果要約表

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：保健分野/母子保健	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：3 億 2,000 万円（評価時点）
協力期間：2007 年 1 月～2011 年 1 月	先方関係機関：マディヤプラデシュ州保健家族福祉局（DoHFW）
	日本側協力機関名：なし
	他の関連協力
1-1 協力の背景と概要	
<p>インドで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（National Rural Health Mission：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プログラム（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>2010年度に実施されたNRHM 5年レビューでは、施設分娩を促進するための財政スキームJSY（Janani Suraksha Yojana：施設分娩に対する補助金）や施設改善のためのUntied Fundの導入等により施設分娩率や医療施設の環境改善が進んでいると報告された一方で、同年8月にデリーで開催された”Global Maternal Health Conference 2010”では、インドにおける妊産婦死亡率、乳幼児死亡率は世界のワースト10に位置づけられると発表された。</p> <p>かかる背景の下、JICA は、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（Department of Health and Family Welfare：DoHFW）をカウンターパート（Counterpart：C/P）として、MP 州サーガル（Sagar）地域（5 県 37 郡）を対象に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）」を、2007 年 1 月から 4 年間の協力期間で実施しており、現在 2 名の長期専門家が派遣されている。</p> <p>プロジェクトの中間地点を過ぎた2009年2月には、プロジェクトの中間レビューが実施され、現行政策やプロジェクトのスケールアップに照準を合わせて PDM の見直しが行われた。</p>	
1-2 協力内容	
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。

(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

成果1 准看護助産師（Auxiliary Nurse Midwife：ANM）及び関連職種が、質の高い保健サービスを提供できるようになる。

成果2 保健施設[サブ保健センター(Sub-health Centre:SHC)、基礎保健センター(Primary Health Centre：PHC)、コミュニティ保健センター（Community Health Centre：CHC)]において、質の高い母子保健サービスが提供できるよう、職務環境が改善される。

成果3 ANMが有能なデータ管理者になる。

成果4 ANMのコミュニケーション能力の向上

成果5 パイロット地域での成果や教訓がプロジェクト対象地域全体に普及し、スケールアップする。

1-3 投入（評価時点）

日本側

長期専門家派遣 2名（チーフアドバイザー/業務調整兼保健情報管理システム）

短期専門家派遣 2名（ジェンダー・社会分析/TQM）

ローカルスタッフ 7名（プロジェクト事務所）

8名（フィールドコーディネーター）

研修員受入 4名（本邦研修）

2名（第三国研修）

ローカルコスト負担 4,313万4,500ルピー

相手国側

カウンターパート配置

MHカード等の印刷費用、保健施設改善に伴う費用等の負担

2. 終了時評価調査団の概要

調査団	団長：原 昌平 JICA 南アジア部 南アジア第一課 課長 専門分野：萩原 明子 JICA 国際協力専門員 協力企画：此原 麻希子 JICA インド事務所 企画調査員 評価分析：佐藤 純子 (株) タックインターナショナル	
調査期間	2010年8月22日～2010年9月10日	評価種類：終了時評価

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

3-1-1 成果の達成度

(1) 成果 1 : ANM 及び関連職種が質の高い保健サービスを提供できるようになる。

母子保健サービスに関し、産前ケア (Antenatal Care : ANC) 研修等、各種研修の実施により、参加者の能力向上が図られた。ダモール、ティカムガル、パンナ 3 県では、計 625 名 (約 80%) の ANM/女性保健員 (Lady Health Visitor : LHV) が ANC 研修に参加している。

また、プロジェクトは、SBA 研修モジュール、ファシリテーターガイド、ANC チェックリストを含む研修パッケージの開発等、研修モジュール及び教材を開発した。さらに、提供する保健サービスの質を確保するため、医務官 (Block Medical Officer : BMO)、郡プログラム運営管理官 (Block Programme Manager : BPM) など C/P と連携し、スーパービジョンの実施等、ANM に対する継続的な支援を行った。このように、質の高い保健サービスを提供するための対策を総合的に行うことにより、ANM のモチベーションが高まり、より良いサービスの提供が可能となった。また能力向上と同時に、職場環境が改善されたことも、ANM のサービス改善に寄与した。

(2) 成果 2 : 保健施設 (SHC、PHC、CHC) において質の高い母子保健サービスが提供できるよう職場環境が改善される。

清潔で安全な分娩を可能にする施設管理について、プロジェクトでは、インド政府の公衆衛生基準 (IPHS) に準拠する産科病棟の改善に向け、適切なガイダンスの実施や図解入りガイドライン (Illustrated Guideline) や IEC [Information Education and Communication : 情報、教育、コミュニケーション (啓発)] 教材の開発を行った。

また、プロジェクトは、IPHS を準拠するため、施設の改修、修復、必要最低限の機材や家具の購入、施設に係る総合的品質管理に施設長 (BMO) や (施設改修を含む各種ファンド運用に係る) 委員会のメンバーらと協同であたってきた。

医療廃棄物処理 (Bio Medical Waste : BMW) についても進展がみられた。プロジェクトは、BMW に係るオリエンテーションを実施した。また、州公害管理委員会 (Madhya Pradesh Pollution Control Board : MP-PCB) と連携し、地域レベル (Gwalior, Vidisha) で同委員会が主催したワークショップに、プロジェクトから講師を派遣するなど、技術的支援を行った。

地理情報システム (Geographic information system : GIS) の導入も保健施設の改善を図るうえで有効であった。同システムにより、産科病棟や BMW 処理の状況がブロックごとに地図化されたことで、地元当局が施設改善に対するニーズを認識するに至った。

(3) 成果 3 : ANM が有能なデータ管理者となる。

一連の研修を通じて、ANM はデータ管理に必要な訓練を受けた。プロジェクトは、中央政府が国家標準の唯一の様式として表明した新国家農村保健計画 (National Rural Health Mission : NRHM) 報告様式の導入にあたり、同様式のデザインと改訂作業を支援

した。また、ブロックレベルにおいて ANM/スタッフナース (Staff Nurse : SN) を対象に、地域レベルでは、データ管理者 [BPM、データ入力操作員 (Date Entry Operator : DEO) 等] を対象とした同報告様式の導入に係るオリエンテーションを実施した。

さらに、プロジェクトは、MH カードの導入を行った。これにより、母親一人ひとりの母性保健サービスの受診行動の追跡が可能となり、ANC サービスの受診促進に役立った。GIS を活用したエビデンスに基づく計画管理 (Evidence Based Planning and Management : EBPM) においても、プロジェクトはイニシアティブを発揮し、州が母子保健に関連する主要な事項について、地図に表示するのを支援した。

定期的なモニタリングについては、ブロックコーディネーター (BC、プロジェクト雇用)、BPM (NRHM 予算で配置)、郡広域啓発担当官 (Block Extension Educator : BEE : GoMP の正規ポスト)、BMO (GoMP の正規ポスト) らにより、合同で行われておりブロックミーティングやセクターミーティングの機会に、モニタリング結果や必要な指導を ANM に与えていることが確認された。プロジェクトでは、BPM に対して、監督に係る指導を行った。

更なる改善点としては、ANM や関連職種が、記録を適切に行うよう徹底することが必要である。複数の保健施設において、必要な情報が正しく記録されていないケースが散見された (例：パルトグラフ未作成、血圧、脈拍の記入漏れ)。

(4) 成果 4 : ANM のコミュニケーション能力が高められる。

ANM のコミュニケーション能力は、特に「村落保健栄養の日 (Village Health Nutrition Day : VHND)」の実施を通して強化され、母子の健康に対するコミュニティの意識、支援が高まったと確認された。プロジェクトは、州保健家族福祉局 (DoHFW) と連携し、VHND を支援した。これについては、プロジェクト雇用の BC が BMO、BPM と協力し、コミュニティへの働きかけを行う重要な役割を果たした。

プロジェクトは、VHND 実施マニュアルや IEC 教材も開発した。実施方法を視覚マニュアル化したビデオは、ヘルスワーカーや村議会 (Panchayati Raji Institution : PRI) メンバーが、VHND 活動を理解するのに有効であった。

一連の支援を得ることにより、ANM はアウトリーチ活動における自身の役割を明確に理解し、成果 1、2、3 の活動から得た知識と技術を最大限活用し、質の高いサービスを提供した。VHND を通じて ANM から質の高いサービスが提供されたことは、コミュニティの ANM に対する信頼、そして、ANM 自身にとっても、コミュニティにおける保健サービス提供者としての自信につながった。

(5) 成果 5 : パイロット地域におけるプロジェクトの成果及び教訓が州全体に普及される。

プロジェクトの経験及び教訓は、デリーにおける保健政策会議や開発パートナー会議等の機会を利用して、中央の保健家族福祉省や他の開発パートナーと共有された。保健家族福祉省の要請に応え、プロジェクトは、MP 州におけるプロジェクトサイト訪問を調整しプロジェクト活動を共有した。

プロジェクト成果は、すべての BMO が出席する県レベルの月例会議でも共有された。さらに、ブロックミーティングやセクターミーティングでは、プロジェクトから支援を

受けた BMO 等の監督者によって、ANM に必要な技術移転や直接指導が行われている。スケールアップについては、以下の点がプロジェクトの成果として挙げられる。

- ・ DoHFW がエビデンスに基づく計画管理のため、GIS を活用し始めた。
- ・ 図解入りガイドラインが、2008 年、州の標準ガイドラインとして、採用された。
- ・ プロジェクトは、SHC が通常分娩施設として認定するためのチェックリスト草案づくりを支援した。
- ・ ANM による ANC 実施項目、CHC の産科病棟整備、ANM による VHND 実施に焦点をあてた SHC/CHC に係る 3 つの視聴覚教材が州に採用された。

3-1-2 プロジェクト目標の達成度

プロジェクト目標：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。

母子保健サービスの質は、プロジェクトにより ANM の能力強化が図られたことで改善した。このことは、以下の点からも裏づけられている。

- ・ SHC/PHC/CHC がインド政府の公衆衛生基準（IPHS）を満たしている。これは質の高いサービスがこれらの施設で利用可能であることを意味する。
- ・ サービスの向上は、施設改善や必要な資機材の購入において、施設改善を含め、各種ファンド運用について検討する委員会と保健施設の双方の連携によってもたらされたものである。
- ・ ANM がサービス提供者として、エンパワーメントされ、自信をつけた。ANM の活動を支える環境を整備したことも重要である。
- ・ リスクの高い妊婦のレファラル件数が増加した。これはすなわち、ANM がハイリスクケースをより正確に判断できるようになったことを意味する。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトの妥当性は、以下の観点から非常に高い。

- ・ プロジェクトは、国家プログラムである NRHM-RCH-II の枠組みの中に位置づけられる。同プログラムでは、母子保健は優先課題に挙げられ、公平性の観点からも、基本的な保健医療サービスシステムの向上は、重点政策に掲げられている。
- ・ プロジェクトは、またグローバル・ヘルスとも整合性がある。ミレニアム開発目標（MDGs）のゴール 4（乳幼児死亡率の削減）、ゴール 5（妊産婦の健康の改善）の達成のため、母子保健は特に留意されているが、熟練出産介助者（Skilled Birth Attendant : SBA）立ち会いによる出産は、最も有効な対策のひとつとして、世界保健人材連盟（Global Health Workforce Alliance : GHWA）も、その重要性を説いている。プロジェクトでは、最もその実施が難しい農村部で SBA の能力強化と人材確保に挑んでいる。
- ・ プロジェクトは日本の援助政策とも合致している。保健と開発に関するイニシアティブ（2005 年）、G8 北海道洞爺湖サミット（2008 年）においても、日本は、母子保健推進のため、保健システムの強化及び保健人材の能力強化に、コミットメントを表明している。
- ・ プロジェクト対象である MP 州は、妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率が全国平均を大

きく上回り、中央保健家族福祉省から、特に指標の悪い 18 州のうちの 1 つとして、優先支援地域に位置づけられている。特にプロジェクト対象地域である Sagar 地域は指標が低い。さらに ANM は、コミュニティに保健サービスを提供する重要な役割を担っているにもかかわらず、これまで能力強化の機会が限られていた。従って、対象地域及びターゲットグループ選定において、本プロジェクトは妥当であるといえる。

(2) 有効性

プロジェクトは、一部改善・強化の余地があるものの、有効であることが認められた。プロジェクトの有効性は、ANC 健診、産科病棟や BMW 改善による施設管理、VHND を通じたアウトリーチ活動に顕著にみられた。ANM は、プロジェクトの支援により母子保健サービスを向上させたが、それは ANM の仕事に対するコミュニティの評価、また ANM 自身のエンパワーメント、自尊心の獲得へと結びついた。

プロジェクトが開発した教材は、フロントラインのワーカーたちに、NRHM の活動を具体的に「どのように行うか」明快な指示を与え、質の高いサービスの実践に非常に有効であった。また、PRI メンバーのようなコミュニティリーダーを積極的に巻き込むことにより、VHND の実施促進へとつながり、コミュニティの住民に対し、ANM が提供する母子保健サービスの利用を奨励するうえで有効であった。上述したすべての成果の相乗効果が、ANM の母子保健サービスの質の向上に寄与したといえる。

プロジェクト成果の更なるスケールアップに向け、ANM の研修システムの標準化及び制度化、ANM の役割、責任の明確化、県間の調整等を強化する必要がある。これらの実現には、州政府がより一層イニシアティブを発揮することが求められる。

(3) 効率性

プロジェクトの投入は、質、量、タイミングともに適切であり、成果達成のために有効活用されている点から、効率的であったといえる。しかしながら、インドの中でも母子保健の指標が最も悪い地域で、末端医療施設での母子保健サービスを向上するためにプロジェクトが実施した活動は、容易ではなく、また、効率性を度外視したものであった。母子保健サービスの向上が最も困難と思われた地域を選んで、投入を行っていることから、プロジェクトの払った人的、物的代償は大きく、決して効率的であったとはいえない。しかしながら、末端医療施設の改善は、プロジェクトによる介入を機に、自己完結的に今後も継続される可能性が高く、長い目でみれば、ボトルネックに対し直接支援を行うことは、効率的であったともいえる。

プロジェクトチームは、日本人専門家に加え、インド人のローカルコンサルタント、及びフィールドコーディネーターが現地採用された。彼らのもつ専門性と、インドの社会的、文化的背景への理解は、プロジェクト成果の達成に大きく貢献した。

特筆すべきは、プロジェクトがフロントラインワーカーの能力強化に焦点をあてたことである。これにより、ANM のエンパワーメント、機能強化へと結びつき、必要な環境も整った。

加えて、日本から派遣された短期専門家も、助産技術、総合品質管理 (Total Quality Management : TQM)、ジェンダー/社会分析、それぞれの分野で専門性を発揮し、ANM の

能力強化に貢献した。ティカムガル県とダモー県に派遣されている青年海外協力隊(JOCV)も、プロジェクトの投入として正式には位置づけられていないものの、SBA 研修や GIS ソフトを使った保健マネジメント情報システム (Health Management Information System : HMIS) の実施促進への支援を通して、プロジェクト活動に寄与した。

(4) インパクト

プロジェクトの実施により、以下のような正のインパクトが認められた。

- プロジェクト成果は、施設改善のための資金 **Untied Fund** 及び **JSY** スキームや、県プログラム運営管理者 (**District Program Manager : DPM**) や **BPM** 等の配置など **NRHM** スキームの有効活用により、補われてきた。このような相乗効果は、**ANM** が提供する母子保健サービスの質の向上や施設分娩への需要喚起に結びついた。
- プロジェクトのリソースや成果は、国レベルにおいても活用され共有された。例えば、プロジェクトの人材マネジメント (**Human Resource Management : HRM**) コンサルタントは、国の基礎的緊急参加ケア (**BEmONC**) 研修のトレーナーとして任命されたほか、**JSY** に関する国家審議委員会 (**National Task Force for Consultation on JSY**) のメンバーにもなった。さらに、**TQM** コンサルタントは、**Lal Bahadur Shastri National Academy of Administration** が主催した質的向上に係る国レベルの会議に招待され、プロジェクトの **TQM** 活動について発表した。また **HMIS** コンサルタントは、既存の記録・報告様式の分析結果を基に、新 **NRHM** 様式の開発に寄与した。
- 設定している指標 (妊産婦死亡率) によって、「州保健局によって質の高い母子保健サービスが提供される」という上位目標が、プロジェクト終了後、数年以内に達成されるかどうかを予測することは難しい。しかし、**ANM** や関連職種の研修、施設改善、適切なデータ管理等が **MP** 州のイニシアティブにより継続されれば、上位目標が達成される見込みは高い。

(5) 自立発展性

母子保健に関連する **MDGs** 達成に向けて、インド政府のコミットメントは、今後も継続されると思われる。加えて、プロジェクトは **NRHM-RCH-II** の中に位置づけられており、母子保健が優先課題のひとつとされていることから、**NRHM** に沿って一連の活動が実施されれば、自立発展性は確保される見込みが高い。

技術的な側面では、**ANM** に技術的支援や定期的なサポーター・スーパービジョンを通じたメンタリングを行ううえで、熟練の監督者の役割が非常に重要である。また、州立保健管理コミュニケーション研究所 (**State Institute of Health Management & Communication : SIHMC**) などの機関を有効活用した、保健人材の継続的な育成も検討されることが必要と思われる。

3-3 結論

プロジェクト活動がもたらした成果、インパクトは、**MP** 州のリプロダクティブヘルス改善に有意義な貢献をしたことが確認された。プロジェクトは、国家政策である国家農村保健計画 (**NRHM**) に位置づけられ、**NRHM** に付随した制度、人材、予算などを効果的に活用すること

により、末端の地域保健人材の強化、地域保健システムの改善を行い、安全で清潔な母子保健がより住民に近い保健医療施設で提供できる体制を構築した。プロジェクトはまた、ANM（准看護助産師）の現任訓練を実施し、キャパシティ・ディベロップメントとエンパワーメントにおいても、大きな成果を上げた。NRHMの具現化に成功したプロジェクトの取り組みは、インド中央政府にも評価され、一部の取り組みは、国家プログラムとして採用されている。

プロジェクトでは、ANMという末端の医療従事者の現任訓練のため、質の高い訓練教材を作成した。研修期間を短縮化する一方、研修後の支援的スーパービジョンを充実化させ、現場での技術指導に重きを置いたことで、研修効果を高めた。また、訓練と同時に、職場環境の改善、地域社会との連携強化なども行い、ANMのエンパワーメントを促進した。

保健情報システムの強化のため、プロジェクトの支援によりデザイン・改訂されたNRHMの報告様式は、中央政府により国家標準様式として認定された。母親カードの導入、予防接種カードなどの有効活用を促進したことにより、母子保健サービスの受診促進、受診行動の追跡が強化された。プロジェクトはまた、コミュニティでの地域保健活動であるVHND（村落保健栄養の日）の効果的実施法についても革新的な取り組みを行った。これらの成果は、相互に関連し、母子継続ケアを提供するための基盤を強化し、また、より多くの母子が、安全で質の高い母子継続ケアを受診することを促進した。

プロジェクトの成果の一部は、MP州内全域にスケールアップされている。MP州が実施するSBA訓練において、プロジェクトが開発した訓練手法が取り入れられている。また、いくつかの訓練教材（視聴覚教材）は、既にMP州が認可し、MP州内全50県に配布される計画である。

さらに、プロジェクト活動の一部は、インド国内のリプロダクティブヘルス改善に貢献している。「SBA訓練手法パッケージに関する専門家協議会」「JSYに関する国家執行機関」「NRHM報告様式改訂委員会」などには、プロジェクトのインド人コンサルタントが出席し、国家母子保健政策への貢献を行っている。また、ハイデラバードにて開催された第4回アジア・太平洋セクシャル・リプロダクティブヘルス会議（2007年）や、国際助産師学会（2009年）にて、プロジェクトの成果を国際的に発信している。また、プロジェクトの成果は、第三者機関である国家保健家族福祉研究所（National Institute of Health and Family Welfare : NIHF）によって客観的に評価され、確認されている。

3-4 促進・阻害要因

(1) 促進要因

- ・ 末端の母子保健継続ケアのサービス提供において、小さなサイクルのPlan-Do-Seeを行い、目に見える形での成功体験を末端医療従事者や地域保健行政官に実感させたことが、関係者のモチベーションを向上させ、プロジェクト活動を活性化させた。
- ・ 現地の社会文化的背景や状況に精通したインド人スタッフがプロジェクト活動を実施した。
- ・ チーフアドバイザーの文化、言語、マネジメント、グループダイナミクスに対する高い見識が、インド人プロジェクトスタッフの能力を最大限に引き出し、プロジェクトを円滑に運営した。
- ・ ANMの現職訓練の方法（視覚教材、訓練手法など）が的確であった。
- ・ 短期間の研修と、研修後のモニタリング、支援的スーパービジョンの組み合わせによ

る高い研修効果の実現。

- NRHM のファンド (untied fund) と NRHM 人材を活用して末端の地域保健施設の改善を行うことができた。
- JSY スキームとの相乗効果があったことが推察される。
- 訓練と同時に、施設の改善、住民組織との協働が始まり、ANM の支援的環境が整えられたことが、ANM の自信、エンパワーメントにつながり、実際のサービスが改善されることに結びついた。
- 「清潔で安全なお産」を促進するための気運が地域にも、医療施設内の医療従事者にも広がった。
- プロジェクトの小さな成功が、中央保健省に注目され、中央政府を介して全国の州保健局に通達される形で、スケールアップが進んでいる。州レベルでは、他州へのスケールアップを模索できないため、あえて中央政府を介して、他州への拡大を図る方策が妥当であった。

(2) 阻害要因

- 保健医療人材が恒常的に不足し、また、その配置に地方格差が大きいことが、母子保健サービスへのアクセスにおいても格差を生んでいる。
- 保健人材の中でも、ANM の指導者、監督者が圧倒的に不足している。
- 保健医療人材戦略が、国家レベル、州レベルにて整備されることが必要。
- ANM、LHV、SN の職務分担があいまいで、各職種が複数の責務を負っている。そのため、協力体制が取りにくい。
- ANM、男性多目的保健要員の職務分担が、必要以上に拡大し、負荷が大きい。とくに ANM は、助産師としての役割より、地域のアウトリーチの活動として、予防接種、栄養指導、家族計画カウンセリング、など、多くの職務を抱え、助産の役割に時間と労力を割けない状況となっている。

3-5 提言

上記の結論に基づき、プロジェクト終了までの期間に以下の留意点に基づき活動を実施することが提言される。

(1) パイロット県での知見、教訓、イノベーションの文書化、パッケージ化

- 他県、他州、中央政府とプロジェクトの成果、イノベーションを共有するためには、①プロジェクトのパイロット県の視察を行い、直接、成果を確認すること、②文書化された情報から共有すること、などが推進されるべきである。
- ANM の訓練手法に関しては、訓練マニュアル、支援的監督実施要領、ANM エンパワーメント戦略など、主要な教材を厳選し、パッケージ化して保存することが望ましい。

(2) プロジェクトによる介入効果のインパクト評価

- プロジェクトによる ANM 現任研修の効果を示すため、プロジェクトが提唱した ANM

現職訓練手法（2日間）により育成された ANM20 名と、プロジェクトによる介入を受けていない ANM20 名において、現場の医療機関でのサービス提供のパフォーマンス評価を行い、グループを比較する（Case Control Study）。

- ・ TQM/BMW による施設改善が、保健指標に対するインパクトを確認すること。
- ・ VHND についても、プロジェクト地域での実施方法の独自性とその成果について、プロセス指標、インパクト指標などによって、示されることが重要。

(3) IEC/行動変容のためのコミュニケーション（Behavior Change Communication : BCC）教材の増刷

- ・ SBA 技術やプロトコールを示したポスターや映像教材などの増刷。

(4) プロジェクトの成果を国レベル、国際レベルへ発信する。

- ・ プロジェクトの成果、イノベーションは、①Global Health Workforce Alliance Forum, at Bangkok（2011）、②Global Forum for Maternal and Child Health, New Delhi（2010）などの国際会議への発信も検討すべき。

(5) 将来的な支援の方向性について

- ・ ANM、LHV、SN などの地域保健人材や地域保健ボランティアなどのキャパシティ・ディベロップメントにより、地域保健システムの一層の強化を図る。訓練手法と教材を国家基準としてスケールアップするほか、ANM、LHV、SN を訓練、監督すべき人材の能力強化、エンパワーメントを行う（現行プロジェクトを面的質的にスケールアップ）。
- ・ HMIS のデータに基づく県レベルでの保健計画の策定、実施、評価の強化。現行プロジェクトの活動の一部として、中央保健省とプロジェクトが連携して、Tikamgarh 県をパイロットとして HIMS データを用いた保健計画の策定を実施中である（現行プロジェクトの一部の活動を深め、一部活動を全域にスケールアップする）。
- ・ GIS を活用した HMIS を更に強化し、県や郡レベルにて地域保健のマネジメント能力を強化する（現行プロジェクトの一部の活動の継続）。

3-6 団長所感

本プロジェクトは、インドの国家政策である NRHM の枠組みの中で母子保健の最前線に立つ ANM の業務全般（基本的な衛生管理・レポーティング・コミュニティとの協働等）に光を当て、ANM のキャパシティ・ディベロップメントに注力したことが特徴であり、制度・財政支援的なアプローチを取る他ドナーの取り組みとの比較でも特異性を有する。現場発のプロジェクトの成果は、ANM の業務効率化に端を発して国家レベルでのレポーティングフォーマット改善にもつながった。また、評価調査団のヒアリングでは、プロジェクトの取り組みによりコミュニティとの連携が強化されたとの声も聞かれた。このように、プロジェクトは現場発の取り組みとして大きな成果を上げ、「NRHM の理想を現場で実現した」ものと評価できる。

一方、その特異性、またプロジェクトが外部への発信にはあまり注力してこなかったこともあり（さらには「アウトソーシング」志向の州政府の意向ゆえに）、これまで州政府も含めプロ

プロジェクト外からのプロジェクトに対する認識は十分であったとはいえない。なお、州政府・他ドナーとの関係については、実施過程において JICA インド事務所・JICA 本部のより積極的な関与があれば、より広範な認知を得ることが可能であったものと思われる。

よって、プロジェクトの残り期間においては、プロジェクトの成果を「公共財」として他の関係者（MP 州内の他県・州政府・中央・他ドナー）に広げることには力点を置くべきである。

プロジェクト全体の成果が客観的に分かりづらいことも事実であり、今回評価の多くもヒアリングベースでの主観的情報に基づかざるを得なかった。今後、より広くの層にプロジェクトの成果を広めるためには、客観的なアウトカムデータに基づく分析・取りまとめが必要であり、特に ANM のキャパビルについては以下の取りまとめが必要である。

- ・ トレーナー・モデレーターのマニュアル・トレーニングモジュール、BC のマニュアル、トレーニングキットの仕様及び使用法等を文書化し、全体を体系化すること（その際には JICA のクレジットを強調する）。
- ・ 政策決定者を含むより多く・広い対象の人々の理解を得るためには、保健指標改善に向けた客観的なデータによる証明が必要（NIHFW のレポートはプロジェクトの直接の裨益者の意見を把握するのに有用であるが、実際にいかなる保健指標改善につながったのかを明らかにすることは今後の課題）であり、case control study などを実証すること。

本プロジェクトについては、後続フェーズの要請がなされている。第 2 フェーズまでの成果を評価したものと考えられるが、あくまでも限られた投入を前提とすると、「アウトソーシング型」への対応を前提としたプロジェクトの単純な延長・拡大ではなく、第 2 フェーズの成果の制度化に力点を置いたものとなること（現場での活動を排除するものではないが、あくまでも制度化を前提としたパイロットベースでの取り組みと位置づけるべき）が検討の大前提であろう。

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 調査の経緯と目的

インドで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、引続き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。

2010年度に実施されたNRHM 5カ年レビューでは、JSYやUntied Fundの導入等により施設分娩率や医療施設の環境が改善されたとしつつも、乳児死亡率（Infant Mortality Rate：IMR）（2005年58/1,000→2008年53/1,000）、妊産婦死亡率（Maternal Mortality Rate：MMR）（2001～2003年301/10万→2004～2006年254/10万）、合計特殊出生率（Total Fertility Rate：TFR）（2005年2.9→2008年2.6）の改善率は緩慢で当初の目標を2012年までに達成するには相当の努力が必要とされると指摘された。今後取り組むべき課題として挙げられたのは、保健人材の不足とガバナンスであり、特に保健人材の養成研修や技能向上が重点に置かれている。

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。

プロジェクト活動としては、①ANMを中心としたフロントラインワーカーに対するSBA、ANCに係る現任教育、スーパービジョン、②TQM、機材供与を含む施設機能強化、③保健情報管理強化のための活動、④啓発活動教材の作成、VHNDへの支援などを行っている。本調査は、プロジェクトの協力期間が2011年1月をもって終了するにあたり、活動実績、成果達成レベルの評価を目的として実施された。

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2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。

氏 名		所属/役職
<日本側>		
団 長	原 昌平	JICA 南アジア部 南アジア第一課 課長
専門分野	萩原 明子	JICA 国際協力専門員
協力企画	此原 麻希子	JICA インド事務所 企画調査員
評価分析	佐藤 純子	(株) タックインターナショナル コンサルタント
<インド側>		
Dr. K.L. Sahu	Regional Joint Director, Bhopal and Sagar Division, Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh	
Dr. J.P. Khara	Deputy Director, Immunization, VHND, Pulse Polio 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
8/22	Arrival at Delhi (Ms. Sato only)
8/23	Delhi>Bhopal Interview to the Project local staff
8/24	Interview to the Japanese Experts Bhopal>Orchestra
8/25	Visit to SHC/PHC/CHC (Niwari) Orchestra>Tikamgarh
8/26	Interview to CMHO and JOCV Visit to CHC/SHC (Jatara) Tikamgarh>Chhatarpur Interview to DPM (Chhatarpur)
8/27	Visit to DH for observation of SBA training Chhatarpur>Panna Visit to District Training Centre for observation of SBA training
8/28	Visit to CHC for observation of sector meeting (Amanganji) Panna> Damoh
8/29	Data Processing (Ms. Sato) Arrival at Delhi (Dr. Hagiwara only)
8/30	Visit to DH for observation of SBA training (Ms. Sato) >Damoh Attend the Global Maternal Health Conference (Dr. Hagiwara/Ms. Konohara) >Delhi
8/31	Visit to SHC/CHC/DH Damoh>Tendukheda Interview to CMHO/DPM (Damoh) and RJD Damoh>Sagar
9/1	Visit to PHC (Sihora) Sagar>Bhopal

9/2	Visit to DFID Bhopal Office Data Processing
9/3	Interview to Deputy Director (Maternal Health), Dep. of Health Services Interview to the Project local staff Visit to NIPI and MP TAST
9/4	Interview to Japanese experts Data processing
9/5	Interview to Dr. Prajasamma (Nursing Academy) Interview to Japanese experts
	Arraival at Delhi (Mr. Hara)
9/6	Attend the workshop “Assessment of pivotal issues related to infant feeding and child nutrition in India” (Dr. Hagiwara)
	Courtesy visit to DEA, Ministry of Finance (Mr. Hara/Ms. Konohara)
9/7	Meeting with Health Commissioner (Internal discussion, Preparation for the Joint Review Meeting)
9/8	Joint Review Meeting (Preparationonn for MM and discussion with the Project)
9/9	Dissemination workshop
9/10	Visit Ministry of Health and Family Welfare, Government of India Report to Embassy of Japan Departure from Delhi

第2章 終了時評価の方法

2-1 評価計画と調査

(1) 評価方法

本評価調査は、日本側、インド側双方による合同評価チームによって、「JICA 事業評価ガイドライン（2004年改訂）」に沿い、以下の手順で行った。

- 1) 2009年11月に改訂されたプロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM₁) に基づき、プロジェクトの達成状況を確認した。立証可能な指標と比較し、成果及びプロジェクト目標達成度を分析するとともに、投入と活動についても、当初計画と成果の達成度と照らし合わせて評価を行った。
- 2) プロジェクト活動及びプロジェクトの実施プロセスをレビューし、プロジェクトの達成に対する貢献・阻害要因を分析した。
- 3) プロジェクトの成果を評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性）の観点から分析を行った。
- 4) 上記結果を基に教訓を導き、プロジェクトの残り期間及び今後の方向性への提言を行った。
- 5) 評価結果に関し、日本、インド双方で合意した事項について、協議議事録 (Minutes of Meeting : M/M) に取りまとめ、合同レビュー会議にて、署名・交換した。

(2) データ収集方法

本終了時評価調査の分析には、量的・質的データを収集し、使用した。データ収集方法は以下のとおりである。

1) 文献レビュー

- ・ 中間評価報告書 (2009)
- ・ プロジェクト実施運営総括表
- ・ プロジェクト外部評価報告書 (2010)
- ・ National Rural Health Mission (2005-2012)
- ・ District Level Household and Facility Survey (DLHS-2) 2002-2004
- ・ District Level Household and Facility Survey (DLHS-3) 2007-2008
- ・ その他プロジェクト成果品、報告書等
- ・ その他関連文書

2) 質問票調査

日本人専門家

3) 主要関係者に対するインタビュー

- ・ 地域担当次長 (Regional Joint Director : RJD)
- ・ 県医療保健官 (Chief Medical & Health Officers : CMHOs)
- ・ 県プログラムマネジャー (District Program Managers - NRHM : DPMs)
- ・ ブロック医務官 (Block Medical Officers : BMOs)

- ・ ブロックプログラムマネジャー（Block Program Managers-NRHM : BPMs）
 - ・ District Level Household and Facility Survey（DLHS-2） 2002-2004
 - ・ 各レベル・施設の医療従事者〔医務官（MO）、看護師、准看護師助産師（ANM）、女性保健員（LHV）、男性保健員〕
 - ・ JICA インド事務所関係者
 - ・ 日本人専門家
 - ・ プロジェクトスタッフ
 - ・ ブロックコーディネーター（Block Coordinators : BCs）
 - ・ 開発パートナー〔英国国際開発省（Department for International Development : DFID）、MP TAST（Madhya Pradesh Technical Assistance Support Team）、ノルウェー・インド連携イニシアティブ（Norway India Partnership Initiative : NIPI）〕
 - ・ 青年海外協力隊員（Japan Overseas Cooperation Volunteers : JOCVs）
- 4) プロジェクトサイトの直接観察
- ・ 県病院（District Hospitals : DHs）
 - ・ コミュニティ保健センター（Community Health Centres : CHCs）
 - ・ 基礎保健センター（Primary Health Centres : PHCs）
 - ・ サブ保健センター（Sub-health Centres : SHCs）

2-2 評価5項目

プロジェクトの活動・実績を以下の評価5項目の観点から評価した。

(1) 妥当性

プロジェクト目標や上位目標が、インド政府の政策、受益者のニーズ、日本の援助方針等と整合性があるかを検証する。

(2) 有効性

プロジェクト目標の達成状況、及び、成果がプロジェクト目標達成に貢献しているかどうかを判断する。

(3) 効率性

投入の質、量、タイミングを分析し、投入や活動がプロジェクト成果の産出に、貢献したかどうかを検証する。

(4) インパクト

プロジェクト実施によりもたらされた正負のインパクトをみる。

(5) 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する見込みがあるか、政策、組織、財政、技術の観点から検証する。

第3章 調査結果

3-1 プロジェクトの投入

3-1-1 日本側の投入（詳細は、付属資料1. Annex 1 を参照）

(1) 専門家

1) 長期専門家

長期専門家 2 名（①チーフアドバイザー/保健計画管理、②業務調整/保健管理情報システム）が派遣された。

2) 短期専門家

短期専門家 2 名（①ジェンダー・社会分析、②助産技術）が派遣された。

3) ローカルスタッフ

7名のインド人スタッフがボパールのプロジェクト事務所に、また 8名のインド人スタッフが県及びブロックレベルのフィールドコーディネーターとして雇用された。

(2) 研修

1) 本邦研修

2007年度に、「アジア地域安全な出産のための助産師研修」に 2名、「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 2名が、それぞれ参加した。

2) 第三国研修（ヨルダン）

2008年度に、2名の C/P と、1名のプロジェクト雇用のローカルコンサルタントが、ヨルダン・ハシュミット王国（以下、「ヨルダン」と記す）で開催された“The Regional Workshop of Sharing Experiences & Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Communities”に参加した。

3) 国内研修

国内においても、プロジェクト活動を通じ、各種研修が実施されている。詳細は、付属資料1. Annex 2を参照のこと。

(3) 在外事業強化費

プロジェクト活動に対して、日本側が支出した各年度の在外事業強化費は、表-1のとおりである。

表-1 在外事業強化費支出

（単位：インドルピー）

2006年度 (第4四半期)	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度 (第1四半期)
1,756,521	10,042,936	13,139,016	13,907,924	4,288,101

出所：プロジェクト活動報告資料

3-1-2 インド側の投入

(1) C/P の配置

C/P の配置状況の詳細は、付属資料 1.Annex 1 を参照のこと。

(2) プロジェクト運営費用

インド側からは、プロジェクト運営にあたり、MH カード等の印刷費用、保健施設改善に伴う費用が負担された。詳細は、付属資料 1.Annex 1 を参照のこと。

3-2 プロジェクトの活動実績と成果達成状況

成果 1 : ANM 及び関連職種が質の高い保健サービスを提供できるようになる。

成果 1 に係る活動は、PDM₁に沿っておおむね計画どおりに実施された。

母子保健サービスに係る各種研修（付属資料 1.Annex 2 参照）の実施により、参加者の能力向上が図られたことは、国家保健家族福祉研究所（National Institute of Health and Family Welfare : NIHF）によるプロジェクトの外部評価及び、本調査における ANM、関連職へのインタビューからも確認されている。

プロジェクトは、研修モジュール及び教材も開発した（付属資料 1.Annex 3 参照）。また、プロジェクトは、国家レベルの熟練出産介助者 (SBA) 研修方法に係る専門家グループ会議 (Expert Group Meeting for SBA training methodology) の一員にもなっている。さらに、提供する保健サービスの質を確保するため、プロジェクトでは、BMO、BPM 等 C/P と連携し、スーパービジョンの実施など、ANM に対する継続的な支援を行った。このように、質の高い保健サービスを提供するための対策を総合的に行うことにより、ANM のモチベーションが高まり、より良いサービスの提供が可能となった。また能力向上と同時に、職場環境が改善されたことも、ANM のサービス改善に寄与した。

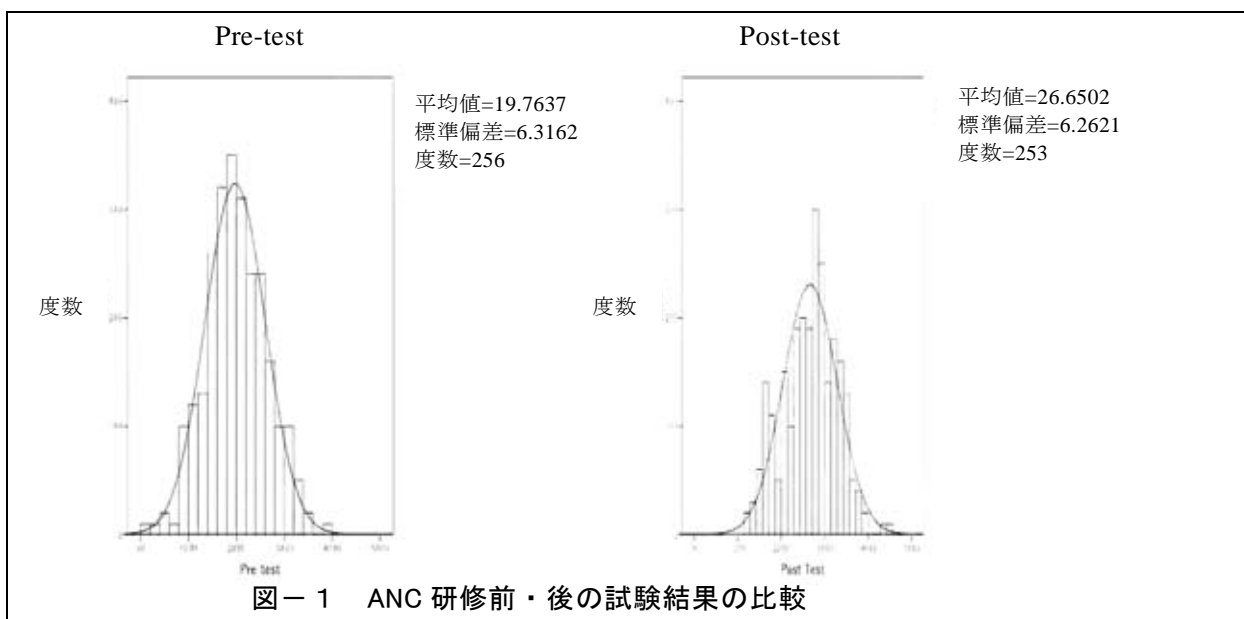
成果 1 に係る活動のスケールアップに関し、次のような前向きな示唆が得られた。

- ・ ポスターを含む研修教材を増刷することによって、MP 州において、対象 5 県以外にも活用されることが期待される。
- ・ ANM に対する革新的な教授法及びコーチング法は、文書化し、ANM の研修マニュアルに盛り込むべきである。それにより、他の県においても、フォローアップのサポーターズスーパービジョンだけでなく、2 日間の Core Competency 研修のスケールアップが可能となる。
- ・ ブロックミーティングやセクターミーティングが、BMO、BPM、BEE のイニシアティブの下、ANM や関連職種の研修機会として活用されている。このような定期的に行われる活動を有効活用すれば、新たな研修メカニズムをつくる必要はない。これは、ほかの地域でも適用できる。
- ・ 2 日間の Core Competency 研修、1 日の MH カードのオリエンテーションの方法は、効果的であると実証された。ダモー県、ティカムガル県では、6 日間の ANM 研修が実施されたが、ほかの 3 県では同研修モジュールと研修期間を修正し、上記研修が実施された。複数のインタビュー回答者によれば、これら 2 つの研修は集中的、なおかつ実践的で、新しい技術及び知識を得るには十分であり、また、研修に参加してもほかのルーティン業務に影響しないため、ANM にとっても適しているとのことであった。

- ・ 6日間の研修後、その技術的評価が行われ、プロジェクト文書において、その有効性が確認されている。2日間の Core Competency 研修についても、技術的評価を実施すべきである。
- ・ 州政府は、既に2日間の Core Competency 研修の方法論を若干修正したうえで、採用している。

成果1に係る指標の達成状況

指標 1-1 熟練助産者に係る基本的な SBA 知識・技術を習得した ANM 及び LHV の数			
<ul style="list-style-type: none"> ・ パイロット2県（ダモール県・ティカムガル県）においては、ほとんどの ANM（318名）が、プロジェクト前半に、ANC 研修を受講した。 			
<p>表-2 プロジェクトが支援した21日間 SBA 研修を通じて、基本的な SBA 技術を習得した ANMs/LHVs/SNs の数</p>			
県	ANMs	LHVs	SNs
ダモール	60/183 (33%)	4/24 (17%)	32/32 (100%)
ティカムガル	42/243 (17%)	10/46 (22%)	24/31 (77%)
チャタルプル	52/230 (23%)	16/25 (64%)	21/35 (60%)
パンナ	32/186 (17%)	12/12 (100%)	20/20 (100%)
出所：プロジェクト文書			
<ul style="list-style-type: none"> ・ NIHF 外部報告書、本調査のインタビュー、プロジェクトサイトの直接観察でも確認されたとおり、ANM 及び LHV は、ANC 研修を通して、新しい知識と技術を習得し、それらを職場で実践している（例：ANC10 項目、パルトグラフの使用）。 ・ ANC 普及率：付属資料 1.Annex 4 のグラフは、各県のブロックごとに ANC 普及率を示したものである。ダモール県のように、プロジェクトの支援後に、著しく普及率が向上したところもあるが、ブロック間で普及率に差があるのが現状である。 ・ 6日間の ANC 研修において、研修前・後で試験を実施した。図-1 はその例である。研修後に試験結果が改善したのが分かる。 			



指標 1-2 コア・コンピタンスを習得した ANM の数

- プロジェクトの後半、主にパイロット 2 県で実施された 6 日間の ANC 研修モジュールは修正され、core competency 研修 (2 日間)、MH カードオリエンテーション (1 日間) が、チャタルプル県、パンナ県、サガール県で導入された。
- ダモー、ティカムガル、パンナ 3 県で計 625 名の ANM/LHV が研修に参加した (表-3 参照)。

表－3 ANC 研修を受けた ANM/LHV の数

県	6 日間の ANC 研修を受けた ANM/LHV の数	2 日間の ANC 研修を受けた ANM/LHV の数
ダモー	192/239 (80%)	-
ティカムガル	235/318 (74%)	-
パンナ	15/218 (7%)	183/218 (84%) *

出所：プロジェクト文書

*183 名の ANM/LHV のほか、パンナ県では 114 名の医療従事者 (MPWs/MPS/ブロックマネジャー) が ANC 研修の初日に参加した。

成果 2：保健施設 (SHC、PHC、CHC) において質の高い母子保健サービスが提供できるよう職場環境が改善される。

成果 2 の達成に向けても、活動は着実に実施されてきた。清潔で安全な分娩を可能にする施設管理について、プロジェクトでは、インド政府の公衆衛生基準 (IPHS) に準拠する産科病棟の改善に向け、適切なガイダンス (付属資料 1. Annex 2 参照) の実施や図解入りガイドライン (Illustrated Guideline) や IEC 教材の開発を行った。

また、プロジェクトは、IPHS に準拠した基準にて地域保健施設を改善する活動を支援した。施設の改修、修復、必要最低限の機材や家具の購入、施設に係る総合的品質管理に施設長 (BMO)

や（施設改修を含む各種ファンド運用に係る）委員会のメンバーらと協同であたってきた。その結果、いくつかの保健施設は、IPHS の認定施設として認定を受けた。

医療廃棄物（BMW）処理についても進展がみられた。プロジェクトは、BMW に係るオリエンテーション（付属資料 1.Annex 2）を実施した。また、州公害管理委員会（MP-PCB）と連携し、地域レベル（Gwalior、 Vidisha）で同委員会が主催したワークショップに、プロジェクトから講師を派遣するなど、技術的支援を行った。

地理情報システム（Geographic information system : GIS）の導入も保健施設の改善を図るうえで有効であった。同システムにより、産科病棟や BMW 処理の状況がブロックごとに地図化されたことで、地元当局が施設改善に対するニーズを認識するに至った。このことは、必要なステップを視覚化し明示することの重要性を示している。保健施設長のみならず、さまざまな職種のワーカーが、他の施設との比較により、自身の施設の改善状況を把握するなど、視覚化が保健施設改善のプロセスを加速化させたと報告されている。

ほかに留意すべき事項として、NRHM の Untied Fund や BPM や DPM など、関連職種の配置が挙げられる。保健施設の改善においては、上記要素と相まって、プロジェクトの投入が最大限生かされたといえる。強調すべきは、BPM や BMO の機能は、プロジェクトにより選抜、研修、指導された BC との定期的なやり取りにより、強化され促進されたことである。

成果 2 に係る指標の達成状況

指標 2-1 IPHS 基準（清潔なお産を可能にする施設・器材の衛生管理基準）を満たした保健施設の数				
表－4 産科病棟状況				
2010年3月現在				
県	No.of CHCs	Duty Roaster	5 trays	4 corners
ダモー	7	6 (86%)	7 (100%)	5 (71%)
ティカムガル	6	2 (33%)	1 (17%)	2 (33%)
パンナ	6	2 (33%)	1 (17%)	2 (33%)
チャタルプル	10	2 (20%)	0 (0%)	1 (10%)
サガール	11	9 (82%)	8 (73%)	8 (73%)
出所：プロジェクト文書				
表－5 BMWに必要な条件を満たしている CHC の数				
2010年3月現在				
県	No.of CHC	Color coded bins	Sharp pit	Deep Burial pits
ダモー	7	5 (71%)	5 (71%)	7 (100%)
ティカムガル	6	1 (17%)	2 (33%)	0 (0%)
パンナ	6	1 (16%)	6 (100%)	3 (50%)
チャタルプル	10	0 (0%)	2 (20%)	1 (10%)
サガール	11	9 (82%)	9 (82%)	9 (82%)
出所：プロジェクト文書				

サガル地域 CHC における産科病棟の組織状況（詳細は付属資料 1. Annex 6 参照）
2009 年 12 月 2010 年 3 月



出所：プロジェクト文書

図－2 産科病棟の組織状況

サガル地域 CHC における BMW 処理状況（詳細は付属資料 1. Annex 6 参照）
2009 年 12 月 2010 年 3 月



出所：プロジェクト文書

図－3 BMW 処理状況

成果 3 ANM が有能なデータ管理者となる。

成果 3 の活動についても、一連の研修が行われ（付属資料 1. Annex 2 参照）、ANM はデータ管理に必要な訓練を受けた。

プロジェクトは、中央政府が国家標準の唯一の様式として表明した新 NRHM 報告様式の導入にあたり、同様式のデザインと改訂作業を支援した。プロジェクトは、国家レベルの「NRHM 報告様式改訂に係る専門家グループ会議（Expert Group Meeting for revising NRHM reporting format）」のメンバーでもある。プロジェクトでは、ブロックレベルにおいて ANM/SN を対象に、また地域レベルでデータ管理者（BPM、DEO 等）を対象とした同報告様式の導入に係るオリエンテーションを実施した（付属資料 1. Annex 2 参照）。

プロジェクトは、MH カードの導入を行った。これにより、母親一人ひとりの母子保健サービスの受診行動の追跡が可能となり、ANC サービスの受診促進に役立った。NIHFW による外部評価やインタビューによれば、ANM は、母親の ANC・産後ケア（Post Natal Care : PNC）健診用に MH カードを使用しており、これにより、母親個人の状態を理解し、リスクの高い妊娠についても、容易に発見し、適切な処置が可能になったとしている。出産時のケア（Intranatal

care : INC) については、多くの施設で政府が開発した助産記録カード (Obstetric Record Card) を使用しているが、プロジェクトでは、同カードの記入法についてもガイダンスを行った。

各施設において収集されたデータは、月例報告書にまとめられ、ブロックレベル以上に期日どおりに提出されている。これらの情報は、コンピュータで管理され、今後の活動のために分析されている。プロジェクトでは、GIS を活用したエビデンスに基づく計画管理 (EBPM) においてもイニシアチブを発揮し、州が母子保健に関連する主要な事項について、地図に表示するのを支援した。

評価チームによって、定期的なモニタリングが、BC (プロジェクト雇用)、BPM (NRHM 予算で配置)、BEE (GoMP の正規ポスト)、BMO (GoMP の正規ポスト) らにより、合同で行われており、ブロックミーティングやセクターミーティングの機会に、モニタリング結果や必要な指導を ANM に与えていることが確認された。またプロジェクトは、BMO の補佐として NRHM により新たに創設された BPM に対しても、監督に係る指導を行った。

更なる改善点としては、ANM や関連職種が、記録を適切に行うよう徹底することが必要である。複数の保健施設において、必要な情報が正しく記録されていないケースが散見された (例：パルトグラフ未作成、血圧、脈拍の記入漏れ)。

成果 3 に係る指標の達成状況

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
<ul style="list-style-type: none"> ・ MH カードを使用している ANM の数 : 308/488 (63%) (21 ブロック) ・ 対象 5 県において、新報告様式に関する研修を受けたデータ収集者の数 (詳細は付属資料 1. Annex 5 参照) は以下のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> ANMs : 867/1,163 (75%) MPWs : 487/649 (75%) Supervisors : 233/284 (82%) Staff Nurses : 16/89 (18%) ・ 対象 5 県において、新報告様式に関する研修を受けたデータ管理者の数 : 109 名
指標 3-2 正確な情報に基づいて業務管理を実施しているブロックの数
37/37 ブロック (100%) が新 NRHM 様式で定期報告を行っている。
指標 3-3 ブロックレベルからのサポーター・スーパービジョンの実施数
31 ブロックの BPM が SHC のモニタリングを行っている。プロジェクトは、BPM に対し、2 日間のオリエンテーションを実施し、監督の視点を指導した。

成果 4 ANM のコミュニケーション能力が高められる。

コミュニティにおける母子保健サービスを提供するうえで、ANM のコミュニケーション能力は、特に「村落保健栄養の日 (VHND)」の実施を通して強化され、母子の健康に対するコミュニティの意識、支援が高まったと確認された。

プロジェクトは、州保健家族福祉局 (DoHFW) と連携し、VHND を支援した。これについては、プロジェクト雇用の BC が BMO、BPM と協力し、コミュニティへの働きかけを行う重要な役割を果たした。インタビューを通じ、複数の BC は、VHND 活動を推進するうえで鍵となるのは、村議会 (PRI) メンバーなど、コミュニティリーダーの協力を得ることだと答えている。

プロジェクトは、VHND 実施マニュアルや IEC 教材も開発した。実施方法を視覚マニュアル化したビデオは、ヘルスワーカーや PRI メンバーが、VHND 活動を理解するのに有効であった。6 日間の ANC 研修では、ロールプレイやポスタープレゼンテーションも取り入れたが、これらは、ANM のコミュニケーション能力を強化するのに役だった。

上述のとおり、一連の支援を得ることにより、ANM はアウトリーチ活動における自身の役割を明確に理解し、成果 1、2、3 の活動から得た知識と技術を最大限活用し、質の高いサービスを提供した。インタビューを受けた医務官（Medical Officer : MO）の一人は、ANM のコミュニケーション能力の向上は、病院へのレファラル数の増加に表れているとしている。ANM がリスクの高い妊娠を自身で処置できない場合、母体の詳細情報を付記し、上位施設である病院に搬送する。これにより、病院の医師は母体の状態を正確に理解することができる。

VHND を通じて ANM から質の高いサービスが提供されたことは、コミュニティの ANM に対する信頼、そして、ANM 自身にとっても、コミュニティにおける保健サービス提供者としての自信につながった。これは、プロジェクトの最も大きな成果のひとつといえる。なぜなら、ANM は、コミュニティのアウトリーチ活動を持続するうえで、重要なアクターだからである。

成果 4 に係る指標の達成状況

指標 4-1 村落保健栄養の日（Village Health Nutrition Day : VHND）の実施数

VHND 活動が定期的実施されている（毎週火曜日と金曜日）。ANM は、VHND を通じて、ANC 健診、マラリアなど他の疾病のスクリーニング、家族計画カウンセリング、子どもの予防接種等、一連のサービスを提供している。

成果 5 パイロット地域におけるプロジェクトの成果及び教訓が州全体に普及される。

プロジェクトの経験及び教訓は、デリーにおける保健政策会議や開発パートナー会議等の機会を利用して、中央の保健家族福祉省や他の開発パートナーと共有された。保健家族福祉省の要請に応え、プロジェクトは、MP 州におけるプロジェクトサイト訪問を調整し、プロジェクト活動を共有した。その意味において、プロジェクトは、国家保健政策に間接的に寄与したといえる。

プロジェクト成果は、すべての BMO が出席する県レベルの月例会議でも共有された。さらに、ブロックミーティングやセクターミーティングにおいても、プロジェクト成果は見て取れる。これらの定例会議では、プロジェクトから支援を受けた BMO 等の監督者によって、ANM に必要な技術移転や直接指導が行われている。

スケールアップについては、以下の点がプロジェクトの成果として挙げられる。

- ・ プロジェクトの働きかけにより、DoHFW がエビデンスに基づく計画管理のため、GIS を活用しはじめた。
- ・ 以下の図解入りガイドラインが、2008 年、州政府により州の標準ガイドラインとして、採用された。
 - ① Illustrated Guideline to operationalise Delivery Care at District Hospital/Community Health Centre/Primary Health Centre
 - ② Illustrated guideline to operationalise Maternal Health Care at Sub Health Centre
- ・ プロジェクトは、SHC が通常分娩施設として認定するためのチェックリスト草案づくりを

支援した。

- ANMによるANC実施項目、CHCの産科病棟整備、ANMによるVHND実施に焦点をあてたSHC/CHCに係る3つの視聴覚教材が州に採用された。
- 妊産婦健診、分娩第3期における積極的管理(Active Management of the Third Stage of Labor: AMTSL)、サブ保健センターのプロトコールに関するポスターが州政府によって採用され50県に配布された。
- 産前健診、産後健診、分娩第三期の積極的処置、サブ保健センター(SHC)プロトコールなどのポスターは、MP州に採用され、MP州全件50県に配布された。

成果5に係る指標の達成状況

指標 5-1 プロジェクト成果が紹介された県の数

プロジェクト成果の中で、MHカード、報告様式、BMW等は、5県すべてに普及された。加えて、いくつかのプロジェクト活動は、MP州政府により引き継がれている。例えば、プロジェクトにより、開発され5県でテストされたSBA研修方法は、州レベルのTOTを通じて、他の県に普及された。①ヘルスポストにおける産前ケア(ANC)、②CHC/PHCにおける産科病棟整備、③VHND実施方法に関する視聴覚教材は、州に承認され、MP州50県に配布された。4) BMWについても完成後、配布される予定である。視聴覚教材の一部は、MP州外でも使用されている。

プロジェクト成果は、中央レベルにおいてもインパクトを与えた。プロジェクトは、新NRHM報告様式のデザインと改訂作業を支援し、中央政府は同様式を国家標準の唯一の様式として表明した。また、プロジェクトのインド人コンサルタントは、国家レベルの①SBA研修パッケージ再検討のための専門家グループ会議、②JSY再検討委員会に、専門家として参加するなど、徐々に国家レベルの母子保健課題にも影響を与えた。また、プロジェクト成果は、ハイデラバードで開催された国際会議：①4th Asia Pacific Conference on Sexual, Reproductive Health and Rights (2007)、② International Conference on Midwifery (2009)でも発表された。

3-3 プロジェクト目標の達成

プロジェクト目標：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

母子保健サービスの質は、プロジェクトによりANMの能力強化が図られたことで、改善した。このことは、以下の点からも裏づけられている。

- SHC/PHC/CHCがインド政府の公衆衛生基準(IPHS)を満たしている。これはすなわち、質の高いサービスがこれらの施設で利用可能であることを意味する。
- サービスの向上は、施設改善や必要な資機材の購入において、施設改善を含め、各種ファンド運用について検討する委員会と保健施設の双方の連携によってもたらされたものである。
- ANMがサービス提供者として、エンパワーメントされ、自信をつけた。ANMの活動を支える環境を整備したことも重要である。
- リスクの高い妊婦のレファラル件数が増加した。これはすなわち、ANMがハイリスクケースをより正確に判断できるようになったことを意味する。

6日間のANC研修では、研修前後に実施する試験により、知識レベルの変化を監視することができたが、こうした量的評価は、2日間のCore competency研修では、実施されなかった。

3-4 プロジェクトの実施プロセス

(1) プロジェクトマネジメントとモニタリング

日本人専門家に加えて、プロジェクトではインド人コンサルタントとブロックコーディネーター（BC）を配置した。プロジェクトは、彼（女）等のもつ専門性、ネットワークを、プロジェクト活動のスムーズな実施と、地元関係者との交渉に生かすことができた。プロジェクトの初期段階では、上記プロジェクトスタッフが研修や技術指導、必要な調整作業において主導的役割を果たしていたものの、C/Pが徐々にその役割を担うようになってきている。例えば、ブロックミーティングやセクターミーティングは、ANMの研修機会として利用されているが、これらはBMOやBPMが中心となって、プロジェクトスタッフ、特にBCと協議しながら行っている。

総じてプロジェクト活動は、PDMに沿って実施されてきた。プロジェクトは、国家農村保健計画（NRHM）の枠組みに位置づけられているため、相手国政策との整合性から、臨機応変に対応する場面もあった。プロジェクトの進捗は、デリーにおけるさまざまな会合の席で、相手国政府関係者、他の開発パートナーと共有された。

終了時評価時点で、合同調整委員会（Joint Coordinating Committee : JCC）が3回（2007年、2008年、2009年）開催されている。JCCにおいて、インド側C/P、プロジェクトチーム、JICA事務所代表により、プロジェクト活動の年間レビューと、次年度の活動計画が共有された。

(2) プロジェクト対象者の参加度

プロジェクトの戦略は、ANMのエンパワーメント、機能強化に焦点をあて、ANMが質の高い母子保健サービスを提供するための環境づくりを行った。これは、政府のNRHMを通じた、Untied Fund（施設改善のための活動支援資金）やJSY（施設分娩に対する補助金）等の金銭的インセンティブ、DPMやBPMなど人材配置といった外部要因との相乗効果により、ANMのサービス向上に結びついたといえる。このようなプロジェクトの正のインパクトにより、ANMのモチベーションやコミットメントは更に強まり、結果として、質の高いサービスに対するコミュニティの需要、母子保健サービス推進に向けた協力につながった。PRIメンバーなど、コミュニティリーダーの巻き込みも、活動の実施促進の鍵となった。

第4章 評価結果

4-1 評価5項目による評価結果

4-1-1 妥当性

本プロジェクトの妥当性は、以下の観点から非常に高いといえる。プロジェクトは、国家プログラムである NRHM-RCH-II の枠組みの中に位置づけられる。同プログラムでは、母子保健は優先課題に挙げられ、公平性の観点からも、基本的な保健医療サービスシステムの向上は、重点政策に掲げられている。プロジェクトは、NRHM のミッションを実現すべく、サービス、マネジメント、コミュニティの動員を強化し、サービスの恩恵を受けにくい脆弱な人々、特に農村部における質の高い母子保健サービスへのアクセス向上を目的としている。

プロジェクトは、またグローバル・ヘルスとも整合性がある。グローバル・ヘルスにおいては、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）のゴール4（乳幼児死亡率の削減）、ゴール5（妊産婦の健康の改善）の達成には更なる努力が必要なことから、母子保健は特に留意されている。世界の妊産婦死亡率のうち、50%はサブサハラ・アフリカ諸国、35%を南アジアが占めているのが現状である。MDG5の達成については、特に①エビデンスに基づき効果が実証された母子保健対策のスケールアップ、②基本的保健医療サービスの公平な分配、③開発パートナーと被援助国が協同で、より良い結果に向け取り組むことが重視されている。

最も有効な対策のひとつとして周知されているのが、出産介助者（SBA）立ち会いによる出産の奨励である。WHOに本部を置くGHWA（Global Health Workforce Alliance）などが中心となって、あらゆるレベルの保健施設において、SBAの育成、配置、就労環境・条件の改善などの重要性を説いている。プロジェクトでは、最もその実施が難しい農村部でSBAの能力強化と就労環境の改善に挑んでおり、世界が取り組んでいる保健人材への取り組みの最先端をいくものである。

プロジェクトは、日本の援助政策とも合致している。保健と開発に関するイニシアティブ（2005年）、G8北海道洞爺湖サミット（2008年）においても、日本は、母子保健推進のため、保健システムの強化及び保健人材の能力強化に、コミットメントと協力を一層拡充すると表明した。またJICAも「基本的社会サービスの向上」を対インド援助政策の重点分野とし、保健医療プログラムの中に、母子保健改善に向けた対策を位置づけている。

対象地域選択については、MP州は、妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率が全国平均を大きく上回り¹、中央保健家族福祉省から、特に指標の悪い18州のうちの1つとして、優先支援地域に位置づけられている²。特にプロジェクト対象地域である、Sagar地域は指標が低い。さらにANMは、コミュニティに保健サービスを提供する重要な役目を担っているにもかかわらず、これまで能力強化の機会が限られていた。以上の観点から、対象地域及びターゲットグループ選定において、本プロジェクトは妥当であるといえる。

4-1-2 有効性

プロジェクトの「成果」がいかに関「プロジェクト目標」に貢献しているかという点で、一部改善・強化の余地があるものの、プロジェクトは有効であることが認められた。

¹ MP州の妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率は、それぞれ335（全国平均254）、70（全国平均53）である。（Central Bureau of Health Intelligence, Status of Mortality Statistics Reporting in India 2004-2006、2008）

² Ministry of Health and Family Welfare, NRHM 2005-2012

ほとんどの活動は、PDM に沿って実施され、その有効性は、ANC 健診、産科病棟や BMW 改善による施設管理、VHND を通じたアウトリーチ活動に顕著にみられたが、これらは、いずれも ANM の重要な業務である。ANM は、プロジェクトの支援により母子保健サービスを向上させたが、それは ANM の仕事に対するコミュニティの評価、また ANM 自身のエンパワーメント、自尊心の獲得へと結びついた。

「図解入りガイドライン (Illustrated Guidelines for MH services in SHCs/ Illustrated Guideline for Maternity Wing in DHC/CHC/PHC)」「ANC 健診 10 項目」「VHND 実施マニュアル」等の教材の開発は、フロントラインのワーカーたちに、「どのように行うか」明快な指示を与え、質の高いサービスの実践に非常に有効だったことが証明された。

また PRI メンバーのようなコミュニティリーダーを積極的に巻き込むことにより、VHND の実施促進へとつながり、コミュニティの住民に対し、ANM が提供する母子保健サービスの利用を奨励するうえでも有効であった。

したがって、上述したすべての成果の相乗効果が、ANM の母子保健サービスの質の向上に寄与したといえる。事実、それらはすべて、ANM のルーティン業務の重要な要素であり、必然的に ANM が実践したといえる。またプロジェクトの取ったアプローチは、ANM をエンパワーメントするうえで、非常に有効であった。政策、マネジメント、コミュニティでのサービス提供など、各段階に働きかける包括的な保健システムの強化に取り組むことで、ANM が住民に見える形でコミュニティの保健システムに変化をもたらした。その結果、住民は、ANM の役割を再認識するとともに、彼女たちの仕事を評価し、より良いサービスへの需要を喚起するといった、コミュニティヘルス改善に正のサイクルを生み出した。

プロジェクト成果の更なるスケールアップに向け、強化の余地がある分野としては、ANM の研修システムの標準化及び制度化、ANM の役割、責任の明確化、県間の調整等である。これらの実現には、州政府がより一層イニシアティブを発揮することが求められる。

4-1-3 効率性

プロジェクトの投入は、質、量、タイミングともに適切であり、成果達成のために有効活用されていることから、効率的であったといえる。

プロジェクトチームは、2名の日本人専門家と、6~7名のローカルコンサルタント、8~9名のフィールドコーディネーターが現地採用された。彼らの専門性と、インドの社会的、文化的背景への理解は、プロジェクト成果の達成に大きく貢献した。

特筆すべきは、プロジェクトがフロントラインワーカーの能力強化に焦点をあてたことである。これにより、ANM のエンパワーメント、機能強化へと結びつき、必要な環境も整った。

加えて、日本から派遣された短期専門家も、助産技術、TQM、ジェンダー/社会分析、それぞれの分野で専門性を発揮し、ANM の能力強化に貢献した。

ティカムガル県とダモール県のプログラムマネジメントユニットや県病院に派遣されている青年海外協力隊 (JOCV) も、プロジェクトの投入として正式には位置づけられていないものの、SBA 研修や GIS ソフトを使った HMIS の実施促進への支援を通して、プロジェクト活動に寄与した。

4-1-4 インパクト

プロジェクトの実施により、以下のような正のインパクトが認められた。

- 前述のとおり、プロジェクト成果は、Untied Fund 及び JSY スキームや、DPM や BPM 等の配置など、NRHM スキームの有効活用により、補われてきた。このような相乗効果は、ANM が提供する母子保健サービスの質の向上や施設分娩への需要喚起に結びついた。その好例として、本調査のインタビュー回答の中には、コミュニティの住民が、従来、分娩を希望した県病院ではなく、サービスが改善した下位レベルの保健施設にやって来るようになったという意見も聞かれた。
- プロジェクトのリソースや成果は、国レベルにおいても活用され共有された。例えば、プロジェクトの HRM コンサルタントは、国の基礎的緊急参加ケア (BEmONC) 研修のトレーナーとして任命されたほか、JSY に関する国家審議委員会 (National Task Force for Consultation on JSY) のメンバーにもなった。さらに、TQM コンサルタントは、Lal Bahadur Shastri National Academy of Administration が主催した質的向上に係る国レベルの会議に招待され、プロジェクトの TQM 活動について発表した。また HMIS コンサルタントは、既存の記録・報告様式の分析結果を基に、新 NRHM 様式の開発に寄与した。
- 設定している指標 (妊産婦死亡率) によって、「州保健局によって質の高い母子保健サービスが提供される」という上位目標が、プロジェクト終了後、数年以内に達成されるかどうかを予測することは難しい。しかし、ANM や関連職種の研究、施設改善、適切なデータ管理等が MP 州のイニシアティブにより継続されれば、上位目標が達成される見込みは高い。

4-1-5 自立発展性

母子保健に関連する MDGs 達成に向けて、インド政府のコミットメントは、今後も継続されると思われる。加えて、プロジェクトは NRHM-RCH-II の中に位置づけられており、母子保健が優先課題のひとつとされていることから、NRHM に沿って一連の活動が実施されれば、自立発展性は確保される見込みが高い。

技術的な側面では、ANM に技術的支援や定期的なサポーター・スーパービジョンを通じたメンタリングを行ううえで、熟練の監督者の役割が非常に重要である。また、州立保健管理コミュニケーション研究所 (State Institute of Health Management & Communication : SIHMC) などの機関を有効活用した、保健人材の継続的な育成も検討されることが必要と思われる。

第5章 結論

インド政府は、国家農村保健ミッション（NRHM）にて、妊産婦ケア、出産をより住民に近い保健施設にて提供するよう推奨しており、SHC、PHC、CHC で包括的な妊産婦ケアを実施できる体制を整えることが喫緊の課題とされている。主要関係者や関係団体との面談、聞き取り、調査票及び現地踏査による情報収集の結果、プロジェクトによる成果、インパクトは、MP 州のリプロダクティブヘルス改善に有意義な貢献をしたことが確認された。プロジェクトは、国家政策である国家農村保健計画（NRHM）に位置づけられ、NRHM に付随した制度、人材、予算などを効果的に活用することにより、末端の地域保健人材の強化、地域保健システムの改善を行い、安全で清潔な母子保健がより住民に近い保健医療施設で提供できる体制を構築した。プロジェクトはまた、ANM（准看護助産師）の現任訓練を実施し、キャパシティ・ディベロップメントとエンパワーメントにおいても、大きな成果を上げた。NRHM の具現化に成功したプロジェクトの取り組みは、インド中央政府にも評価され、一部の取り組みは、国家プログラムとして採用されている。

プロジェクトでは、ANM という末端の医療従事者の現任訓練のため、質の高い訓練教材を作成した。また、訓練手法においても参加型娯楽教育を取り入れるなど、訓練効果を最大限に引き出すためのイノベーションが提案され、実施された。研修期間を短縮化する一方、研修後の支援的スーパービジョンを充実化させ、現場での技術指導に重きを置いたことで、研修効果を高めた。現場にて研修の内容を参照できるよう、ポスターを作製し、分娩室などに掲示したことで、研修後も技術が定着することを促した。また、訓練と同時に、職場環境の改善、地域社会との連携強化なども行い、ANM のエンパワーメントを促進した。

質の高い母子保健サービスを提供するために、サブ保健センター（SHC）、基礎保健センター（PHC）、コミュニティ保健センター（CHC）など、地域保健センターにて、NRHM 人材、住民組織と医療スタッフが協働して、施設、サービスの改善に取り組んだ。

プロジェクトでは、保健情報システムの強化にも成果を上げた。プロジェクトの支援によりデザイン・改訂された NRHM 報告様式は、中央政府により国家標準様式として認定された。プロジェクトでは、この新様式の記入法についての訓練も MP 州内全域にて実施し、運用の普及を推進している。コミュニティでの地域保健活動である VHND（村落保健栄養の日）の効果的実施法についても革新的な取り組みを行った。これらの成果は、相互に関連し、母子継続ケアを提供するための基盤を強化し、また、より多くの母子が、安全で質の高い母子継続ケアを受診することを促進した。

プロジェクトの成果の一部は、MP 州内全域にスケールアップされている。MP 州が実施する SBA 訓練において、プロジェクトが開発した訓練手法が取り入れられている。また、いくつかの訓練教材（視聴覚教材）「ヘルスポストでの産前健診」「地域保健施設の産科病棟の改方法」「VHND の効果的実施方法」などの教材は、既に MP 州が認可し、MP 州内全 50 県に配布される計画である。

さらに、プロジェクト成果は、インド国内のリプロダクティブヘルス改善にも貢献している。「SBA 訓練手法パッケージに関する専門家協議会」「JSY に関する国家執行機関」「NRHM 報告様式改訂委員会」などには、プロジェクトのインド人コンサルタントが出席し、国家母子保健政策への貢献を行っている。また、ハイデラバッドにて開催された第 4 回アジア・太平洋セクシャル・リプロダクティブヘルス会議（2007 年）や、国際助産師学会（2009 年）にて、プロジェクトの成

果を国際的に発信している。プロジェクトの成果は、第三者機関である NIHFV によって客観的に評価され、確認されている。

プロジェクトが成果を発現するための促進要因、阻害要因は、以下のように考察された。

(1) 促進要因

- ・ 末端の母子保健継続ケアのサービス提供において、小さなサイクルの **Plan-Do-See** を行い、目に見える形での成功体験を末端医療従事者や地域保健行政官に実感させたことが、関係者のモチベーションを向上させ、プロジェクト活動を活性化させた。
- ・ 現地の社会文化的背景や状況に精通したインド人スタッフがプロジェクト活動を実施したこと。インドの農村地域では、特に文化社会的規範への理解が重視される。
- ・ チーフアドバイザーのインド文化、言語、マネジメント、グループダイナミクスに対する高い見識が、インド人プロジェクトスタッフの能力を最大限に引き出し、プロジェクトを円滑に運営した。
- ・ ANM の現職訓練の方法（視覚教材、訓練手法など）が的確であった。
- ・ ビデオ教材は、ANM の訓練教材としても、また、住民参加の促進にも、効果的であった。
- ・ 研修内容は、ミニマムのパッケージとし、短縮した形で提供し、研修後のフォローアップに重点を置いたことが、研修の効果を高めた。
- ・ ANM 研修を通じ、講師と受講者にラポールが形成された。
- ・ NRHM のファンド（untied fund）を活用して末端の地域保健施設の改善を行うことができた。
- ・ NRHM により資金だけでなく、郡プログラムマネジャー（Block Program Manager）や、データ入力員なども配置され、地域保健施設や地域保健活動の活性化が促進された。
- ・ JSY スキームとの相乗効果があったことが推察される。JSY では、貧困層の施設分娩を促進する一方、プロジェクトでは、地域母子保健施設で提供されるサービスを質的に向上させた。
- ・ 地域組織と保健施設間に有機的な関係性を築いたことが、プロジェクトの効果を高めた。プロジェクトが育成、配置した、BC（Block Coordinators）（9名）が、活動のキーとなった。
- ・ 訓練と同時に、施設の改善、住民組織との協働が始まり、ANM の支援的環境が整えられた。訓練＋支援的環境が、ANM の自信、エンパワーメントにつながり、実際のサービスが改善されることに結びついた。
- ・ 「清潔で安全なお産」を促進するための気運が地域にも、医療施設内の医療従事者にも広がった。
- ・ 現場の医療従事者のやる気を引き出した。住民の「質の高い保健医療サービス」に対する需要を形成した。
- ・ GIS の導入が、施設改善への取り組みの動機づけを高めた。
- ・ プロジェクトの小さな成功が、中央保健省に注目され、中央政府を介して全国の州保健局に通達される形で、スケールアップが進んでいる。州レベルでは、他州へのスケールアップを模索できないため、あえて中央政府を介して、他州への拡大を図る方策が妥当であった。

(2) 阻害要因

- 保健医療人材が恒常的に不足し、また、その配置に地方格差が大きいことが、母子保健サービスへのアクセスにおいても格差を生んでいる。
- 保健人材のなかでも、ANMの指導者、監督者が圧倒的に不足している。
- 保健医療人材戦略が、国家レベル、州レベルにて整備されることが必要。
- ANM、LHW、SNの職務分担があいまいで、各職種が複数の責務を負っている。そのため、協力体制が取りにくい
- ANM、男性多目的保健要員の職務分担が、必要以上に拡大し、負荷が大きい。とくにANMは、助産師としての役割より、地域のアウトリーチの活動として、予防接種、栄養指導、家族計画カウンセリングなど多くの職務を抱え、助産の役割に時間と労力を割けない状況となっている。

第6章 提言

上記の結論に基づき、プロジェクト終了までの期間に以下の留意点に基づき活動を実施することが提言される。

(1) パイロット県での知見、教訓、イノベーションの文書化、パッケージ化

- ・ 他県、他州、中央政府とプロジェクトの成果、イノベーションを共有するためには、①プロジェクトのパイロット県の視察を行い、直接、成果を確認すること、②文書化された情報から共有すること、などが推進されるべきである。プロジェクトの残り実施期間中には、視察のアレンジも可能であるが、終了後にもプロジェクトによる活動の革新的な特徴を理解できるよう、文書や映像記録などに、プロジェクトの成果を加工し、共有財産として活用できる形にすることが重要である。
- ・ ANM の訓練手法に関しては、訓練マニュアル、支援的監督実施要領、ANM エンパワーメント戦略など、主要な教材を厳選し、パッケージ化して保存することが望ましい。

(2) プロジェクトによる介入効果のインパクト評価

- ・ プロジェクトによる ANM 現任研修の効果を示すため、訓練後の実務評価を行うことが必要。具体的には、プロジェクトが提唱した ANM 現職訓練手法（2日間）により育成された ANM20 名と、プロジェクトによる介入を受けていない ANM20 名において、現場の医療機関でのサービス提供のパフォーマンス評価を行い、グループを比較する（ケース・コントロールデザイン）ことが適当と思われる。ANM のパフォーマンス評価には、プロジェクトが作成した ANM チェックリストが活用できる。
- ・ TQM/BMW による施設改善の、保健指標に対するインパクトを確認すること。TQM は、従来病院レベルにて実施され一定の効果を示しているが、地域の末端保健医療施設レベルでどのような効果があるか、未確認である。
- ・ VHND についても、プロジェクト地域での実施方法の独自性とその成果について、プロセス指標、インパクト指標などによって、示されることが重要。

(3) IEC/BCC 教材の増刷

- ・ SBA 技術やプロトコールを示したポスターは、他県でも、また、他ドナーからも必要とされているので、プロジェクト期間内に増刷することが望ましい。
- ・ 今後もこれらの教材が MP 州にて増刷、活用できるよう、著作権、増刷の手続きなど、MP 州や関連ドナーと合意することが望ましい。

(4) プロジェクトの成果を国レベル、国際レベルへ発信する。

- ・ プロジェクトの成果、イノベーションは、①Global Health Workforce Alliance Forum, at Bangkok (2011)、② Global Forum for Maternal and Child Health, New Delhi (2010) などの国際会議への発信も検討すべき。

(5) 将来的な支援の方向性について

- ANM、LHV、SN などの地域保健人材や地域保健ボランティアなどのキャパシティ・ディベロップメントにより、地域保健システムの一層の強化を図る。訓練手法と教材を国家基準としてスケールアップするほか、ANM、LHV、SN を訓練、監督すべき人材の能力強化、エンパワーメントを行う（現行プロジェクトを面的質的にスケールアップ）。
- HMIS のデータに基づく県レベルでの保健計画の策定、実施、評価の強化。現行プロジェクトの活動の一部として、中央保健省とプロジェクトが連携して、Tikamgarh 県をパイロットとして HIMS データを用いた保健計画の策定を実施中である（現行プロジェクトの一部の活動を深め、一部活動を全域にスケールアップする）。
- GIS を活用した HMIS を更に強化し、県や郡レベルにて地域保健のマネジメント能力を強化する（現行プロジェクトの一部の活動の継続）。

第7章 団長所感

本プロジェクトは、インドの国家政策である NRHM の枠組みの中で母子保健の最前線に立つ ANM の業務全般（基本的な衛生管理・レポーティング・コミュニティとの協働等）に光をあて、ANM のキャパシティ・ディベロップメントに注力したことが特徴であり、制度・財政支援的なアプローチを取る他ドナーの取り組みとの比較でも特異性を有する。現場発のプロジェクトの成果は、ANM の業務効率化に端を発して国家レベルでのレポーティングフォーマット改善にもつながった。また、評価調査団のヒアリングでは、プロジェクトの取り組みによりコミュニティとの連携が強化されたとの声も聞かれた。このように、プロジェクトは現場発の取り組みとして大きな成果を上げ、「NRHM の理想を現場で実現した」とも評価できる。

一方、その特異性、またプロジェクトが外部への発信にはあまり注力してこなかったこともあり（さらには「アウトソーシング」志向の州政府の意向ゆえに）、これまで州政府も含めプロジェクト外からのプロジェクトに対する認識は十分であったとはいえない。今般の終了時評価ミッションの際に、州政府当局者からプロジェクト対象地域の保健指標の改善について質問があった際に、プロジェクトからはプロジェクトが対象としている施設における改善のデータは示されたものの、それ以外の施設を含めたデータの提示はなかった。かかるデータを把握・管理するのはプロジェクトの責任範囲ではないとの主張も可能ではあるし、そもそも州政府のアウトソーシング志向に問題ありとの主張も可能であるが、プロジェクトの成果を吸い上げて他の地域に拡げていくにあたって最も重要な役割を果たす州政府側が保健行政においてどのような視点・関心を有しているのか（このコンテキストであれば、プロジェクトのみの成果ではなく、あくまでも対象地域全体の成果に関心がある）については一定の理解をもったうえでのコミュニケーションが求められるのではないかと。

なお、その意味においても州政府・他ドナーとの関係について、実施過程において JICA インド事務所・JICA 本部のより積極的な関与があれば、より広範な認知を得ることが可能であったものと思われる。技術協力プロジェクトの現場において、専門家及びプロジェクトチームは自らの現場の改善に集中しがちであるが、そこに別の角度の視点を加え、プロジェクトの成果をより大きく、適時に、より効果的に（ある程度誇大広告的な売り込みが必要なインドの土地柄も考慮しつつ）伝え、持続性をもたせていくための手助け [例：事務所・本部からの MP 州への各種出張の機会を捉え州政府の高官（財務局等、直接の担当でない部局を含む）や他ドナーとの面談をセットしプロジェクトの有用性を訴える場をつくる、国際会議等においてプロジェクトの成果をプレゼンする場を用意する、現場の状況を直接把握することに限界を感じている中央政府の政策決定者にプロジェクトの成果を売り込む場を設定する、成果のスケールアップという観点でプロジェクトの中身についてももう一步踏み込んでプロジェクトと議論を行い適時微修正を図る等]を、事務所・本部がより強力に行うことができたのではないかと。その観点で、本プロジェクトには、「技術協力プロジェクトと JICA の関係のあり方」という観点で一定の教訓があるものと思えてならない（特に、職員を「プログラムリーダー」などの形で現場の最前線に派遣することが議論されている現在、この点は十分考慮に値する）。

プロジェクトの残り期間においては、プロジェクトの成果を「公共財」として他の関係者（MP 州内の他件・州政府・中央・他ドナー）に広げることには力点を置くべきである。

プロジェクト全体の成果が客観的に分かりづらいことも事実であり、今回評価の多くもヒアリ

ングベースでの主観的情報に基づかざるを得なかった。今後より広くの層にプロジェクトの成果を広めるためには、客観的なアウトカムデータに基づく分析・取りまとめが必要であり、特に ANM のキャパビルについては以下の取りまとめが必要である。

- ・ トレーナー・モデレーターのマニュアル・トレーニングモジュール、BC のマニュアル、トレーニングキットの仕様及び使用法等を文書化し、全体を体系化する（JICA のクレジットを強調する）。
- ・ 政策決定者を含むより多く・広い対象の人々の理解を得るためには、保健指標改善に向けた客観的なデータによる証明が必要 [NIHFW のレポートは主観的なアンケート結果（その重要性は否定しないが）であり実際に保健指標改善につながったのか不明] であり、case control study などを実証する。

本プロジェクトについては、後続フェーズの要請がなされているが、あくまでも限られた投入を前提とすると、「アウトソーシング型」への対応を前提としたプロジェクトの単純な延長・拡大ではなく、第2フェーズの成果の制度化に重点を置いたものとなることが検討の大前提であろう。

付 属 資 料

1. ミニッツ (M/M)
2. PDM
3. 評価グリッド
4. プロジェクト投入実績一覧
5. プロジェクト概念図

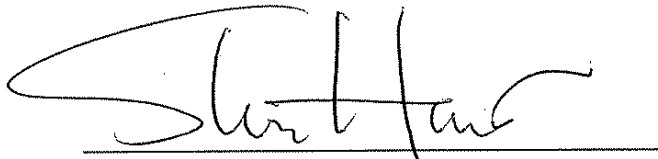
MINUTES OF MEETING
BETWEEN THE JAPANESE TERMINAL EVALUATION TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF INDIA
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT
IN THE STATE OF MADHYA PRADESH (PHASE 2)

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") dispatched the Terminal Evaluation Team, headed by Mr. Shohei Hara, to India from 22 August to 10 September, in order to evaluate the activities in line with the achievements made so far by the Reproductive Health Project in the State of Madhya Pradesh (phase 2) (hereinafter referred to as "the Project")

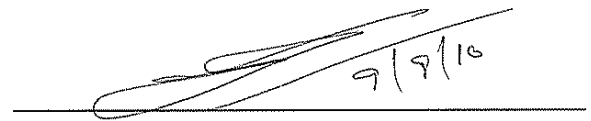
The review was conducted jointly with the authorities concerned of the State Government of Madhya Pradesh (hereinafter referred to as "GoMP"), by formulating the Joint Terminal Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team"). The Team reviewed the output and process of the project, and exchanged views and had a series of discussions with the State Government of Madhya Pradesh about the Terminal Evaluation and the future implementation plan after the project.

As a result of the discussions and consultation, both parties agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

9th September, 2010
Bhopal



Mr. Shohei Hara
Director
South Asia Department
Japan International Cooperation Agency



Mr. J.N.Kansotiya (I.A.S)
Commissioner
Department of Health and Family Welfare
The Government of Madhya Pradesh

**JOINT EVALUATION REPORT
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT
IN THE STATE OF MADHYA PRADESH (PHASE 2)**

8 September 2010

GOVERNMENT OF MADHYA PRADESH

AND

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

TABLE OF CONTENTS

1. INTRODUCTION
EVALUATION TEAM
BACKGROUND AND SUMMARY OF THE PROJECT
2. EVALUATION PROCESS
METHODOLOGY OF EVALUATION
DATA COLLECTION METHOD
FIVE CRITERIA OF EVALUATION
3. ACHIEVEMENT AND IMPLEMENTATION PROCESS
INPUTS
ACTIVITIES AND OUTPUTS
ACHIEVEMENT OF PROJECT PURPOSE
IMPLEMENTATION PROCESS OF THE PROJECT
4. EVALUATION BY FIVE CRITERIA
RELEVANCE
EFFECTIVENESS
EFFICIENCY
IMPACT
SUSTAINABILITY
5. CONCLUSIONS
6. RECOMMENDATIONS

Abbreviation

AMTC	Active Management of Third Stage of Labour
ANC	Antenatal Care
ANM	Auxiliary Nurse Midwife
ASHA	Accredited Social Health Activist
AV	Audio Visual
AWC	Anganwadi Centre
AWW	Anganwadi Worker
BC	Block Coordinator
BCC	Behaviour Change Communication
BMO	Block Medical Officer
BMW	Bio Medical Waste
BPM	Block Programme Manager
BPHNO	Block Public Health Nursing Officer
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
DFID	Department for International Development
DH	District Hospital
DP	Development Partner
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
EmONC	Emergency Obstetric and Neonatal Care
EOJ	Embassy of Japan
GHWA	Global Health Workforce Alliance
GIS	Geographic Information System
GoI	Government of India
HMIS	Health Management Information System
HRH	Human Resources for Health
HRM	Human Resource Management
IEC	Information Education and Communication
IFA	Iron and Folic Acid
IPHS	Indian Public Health Standard
IMEP	Infection Management & Environment Prevention
IMR	Infant Mortality Rate
INC	Intra Natal Care
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer
JPY	Japanese Yen
JRM	Joint Review Mission
JSY	Janani Suraksha Yojana
LHV	Lady Health Visitor
MCH	Maternal and Child Health
MDG	Millennium Development Goal
MH	Maternal Health
MMR	Maternal Mortality Ratio
MHCH	Maternal Newborn Child Health
MP	Madhya Pradesh

MPPCB	Madhya Pradesh Pollution Control Board
MPW-males	Multi-purpose (Health) Worker - males
NHSRC	National Health System Resource Centre
NIHFW	National Institute of Health and Family Welfare
NIPI	Norway India Partnership Initiative
NRHM	National Rural Health Mission
PDM	Project Design Matrix
PHC	Primary Health Centre
PHN	Public Health Nurse
RH	Reproductive Health
RJD	Regional Joint Director
PNC	Postnatal Care
PRI	Panchayati Raj Institution
SBA	Skilled Birth Attendant
SHC	Sub Health Centre
SN	Staff Nurse
TOT	Training of Trainer
TQM	Total Quality Management
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
VHND	Village Health and Nutrition Day
WHO	World Health Organisation

1. INTRODUCTION

1.1 Background and Summary of the Project

Despite India's emphasis on the maternal child health and rural health 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, respectively 254 and 53 (Central Bureau of Health Intelligence, Status of Mortality Statistics Reporting in India 2004-2006, 2008).

In order to tackle the threat to life of mother and child, the Government of India announced the National Rural Health Mission (NRHM) in 2005 for the improvement of national healthcare system in rural areas through strengthening of states' health system.

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 States' autonomous self-planning and achieve the outputs in areas such as 1) populations stabilization; 2) maternal health; 3) STD; 4) newborn and child health; 5) adolescent health; and 6) special consideration for socially vulnerable.

In the light of the above government initiatives in health sector, following the preparatory phase (Reproductive Health Project Phase 1 2005-2006), Japan International Cooperation Agency (JICA) with Government of Madhya Pradesh (GoMP) launched JICA Madhya Pradesh Reproductive Health (JICA/MP RH) Project (phase2) (hereinafter "the Project") for the improvement of the quality of maternal healthcare in Sagar Division, Madhya Pradesh on January 2007 for 4 years cooperation period. The Project has been working with GoMP for improvement of maternal health care system with emphasis on capacity building of frontline healthcare service providers such as auxiliary nurse midwife (ANM) and lady health visitor (LHV) in a framework of NRHM/RCH-II program. Main focus of the Project is Human Resource Management (HRM), Total Quality Management (TQM), Health Management Information System (HMIS), and Information, Education and Communication (IEC) and Behaviour Change Communication (BCC).

In February 2009, at the half-way period of the cooperation, the Mid-term Review was conducted by GoMP and JICA evaluation team. The team confirmed that the Project remained highly relevant as it is implemented in the framework of NRHM and suggested to focus on the activities for ANM cadres and functions. In September 2010, the Joint Evaluation Team was formed in accordance with the JICA Guideline for Project Evaluation for the purpose of reviewing the Project progress, assessing achievement level of outputs and providing recommendations for the further realization of the Project Outputs, Project Purpose and Overall Goal in a remaining cooperation period. The Terminal Evaluation has been conducted by the Joint Evaluation Team consisted of the authorities concerned of India and Japanese members.

1.2 Members of the Joint Evaluation Team

The Joint Evaluation Team (hereinafter referred to as the Team) consists of the following members.

1.2.1 Indian side

- (1) Mr. J.N. Kansotiya (I.A.S) Commissioner, Health Services
- (2) Dr. K.L. Sahu, Regional Joint Director - Bhopal and Sagar Division
- (3) Dr. J.P. Khare, Deputy Director - Immunization, VHND, Pulse Polio

1.2.2 Japanese side

- (1) Mr. Shohei Hara (Leader) Director, South Asia Department, JICA
- (2) Dr. Akiko Hagiwara (Reproductive Health) Senior Advisor for Health, JICA
- (3) Ms. Makiko Konohara (Cooperation and Planning)
Project Formulation Advisor, JICA India Office
- (4) Ms. Junko Sato (Evaluation Analysis) Consultant, TAC International, Inc.

1.3 Schedule of the Terminal Evaluation (22nd August - 10 September)

Date	Events
8/22	Arrival at Delhi (Ms. Sato)
8/23	-Interview with the Project staff Delhi>Bhopal
8/24	-Interview with the Japanese expert Bhopal>Orcha
8/25	-Visit to CHC/PHC/SHC in Niwari Orcha>Tikamgarh
8/26	- Interview with CMHO -Visit to CHC/SHC in Jatara -Interview with JOCV -Inerview with DPM(Chhatarpur) Tikamgarh>Chhatarpur
8/27	-Visit to DH (observation of SBA training) -Visit to DTC(SBA Training) Chattarpur>Panna
8/28	-Visit to CHCs(Sector Meeting) in Amanganji Panna>Damoh
8/29	Data Processing ----- Arrival at Delhi (Dr. Hagiwara)
8/30	- Visit to DH (interview to CS/CMHO/ DPM/DTO/DHO etc, SBA training) ----- - Attend the Global Maternal Health Conference2010 (Dr. Hagiwara/Ms. Konohara)
8/31	-Visit to SHC (Sailwada) CHC (Tendukheda) DH (Damoh) Damoh>Tendukheda - Interview with CMHO/DPM (Damoh) - Interview with RJD (JS/DS) Damoh>Sagar
9/1	- Visit to PHC (Sihora) in Rahatgarth Sagar>Bhopal
9/2	-Visit to DFID Bhopal Office

- 2) Promoting factors and constraints to the achievement of the Project were analyzed by reviewing the project activities and implementation process.
- 3) The outcomes of the Project were analyzed from the viewpoints of the five evaluation criteria: relevance, effectiveness, efficiency, impact and sustainability.
- 4) Recommendations for the Project for the remaining period and future directions were presented.
- 5) Minutes of Meeting, which contains the results of the evaluation study, were signed and exchanged by both the Indian and the Japanese sides at the Joint Review Meeting

2.2 Data Collection Method

Both quantitative and qualitative data were collected and utilized for analysis. Data collection methods used by the Team were as listed below.

- Document review
 - Mid-term Evaluation Report 2009
 - Project Semester Report (Japanese)
 - External Evaluation of JICA/MP Reproductive Health Project Report (draft) 2010
 - National Rural Health Mission (2005-2012)
 - District Level Household and Facility Survey (DLHS-2) 2002-2004
 - District Level Household and Facility Survey (DLHS-3) 2007-2008
 - Documents produced by the Project
 - Other relevant documentations
- Questionnaire survey
 - Japanese experts
- Key informant interviews
 - Regional Joint Director (RJD)
 - Chief Medical & Health Officers (CMHOs)
 - District Program Managers - NRHM (DPMs)
 - Block Medical Officers (BMOs)
 - Block Program Managers-NRHM (BPMs)
 - Health personnel at different levels and facilities (MOs, SNs, ANMs,

- LHVs, MPW- males, Male Supervisors)
- Japanese experts
- Project Staff
- Block Coordinators (BCs)
- Development partners (DFID, MP TAST, NIPD)
- JOCVs
- Direct observation of the Project site.
 - District Hospitals (DHs)
 - Community Health Centres (CHCs)
 - Primary Health Centres (PHCs)
 - Sub-health Centres (SHCs)

2.3 Five Criteria of Evaluation

Five evaluation criteria are summarized as follows:

1) 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 India (GoI) and the needs of the country, as well as the Japan's assistance policy to India.

2) 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.

3) Efficiency

Efficiency of the Project is analyzed by looking at how the Inputs and Activities have contributed to the production of the Outputs, analyzing the quality, quantity and timing.

4) Impact

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

5) Sustainability

Sustainability of the Project is assessed in terms of organizational, financial and

technical aspects by examining to what extent the outcomes of the Project to be sustained after the Project is completed.

3. Achievement and Implementation Process

3.1. Inputs

3.1.1 Inputs by the Japanese side (List of the Japanese inputs is shown in Annex 1)

(1) Dispatch of experts

1) Long-term experts

Two (2) long-term experts were dispatched.

2) Short-term experts

Two (2) short-term experts were dispatched.

3) Employment of local staff

Seven (7) Indian staff were assigned to the Project office in Bhopal.

Eight (8) Indian staff were assigned as field coordinators at the District/Block level.

(2) Training

1) Counterpart training in Japan

Two (2) persons participated in "Midwifery course for Safe Motherhood" and

2 persons participated in "Workshop on Safer Motherhood Strategy for Asia" in JFY 2007.

2) Training in Jordan

Two (2) persons and 1 Project local consultant participated in "The Regional Workshop of Sharing Experiences & Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Communities" in FY2008.

3) In-country training

The Project has conducted a series of trainings. Please see Annex 2 for details.

(3) Operational expenditure

The operational expenditure borne by the Japanese side is as follows.

(Unit: Rs)	FY2007	FY2008	FY2009	FY2010 (1st Quarter)
Operational expenditure	1,756,521	10,042,936	13,139,016	4,288,101

3.1.2 Inputs by the Indian side

(1) Assignment of counterpart personnel

The details of the counterpart of the Project are shown in Annex 1.

(2) Allocation of Budget by the Indian side

The Indian side provided the costs for printing MH cards, improving health facilities and so forth. The details are shown in Annex 1.

3.2 Activities and Outputs

Output 1: ANMs and related cadres* are capacitated to conduct quality health services. *Related cadre: LHVs, MPW-males, Male Supervisors

In general, the activities under Output 1 have been implemented based on the PDM1.

A series of trainings on maternal health services (see Annex 2) were conducted and the capacity of participants is improved, which is confirmed from the result of the external evaluation done by National Institute of Health and Family Welfare (NIHFW), and the interviews of ANMs, related cadres and supervisors.

The Project also developed training modules and materials (see Annex 3). The Project was a part of the national level "Expert Group Meeting for SBA training methodology". In order to ensure the quality of health services, the Project provided continuous support through supervisions by closely working with counterparts such as BMO and BPM. Hence, a collective action motivated ANMs and enabled them to provide better services. Improvement of their work environment, which occurred simultaneously with the capacity building of the ANMs, also promoted ANMs to provide better MNCH services.

As for scaling up the activities under Output 1, there were several positive indications observed as follows:

- Training materials including the posters shall be produced more so that they can be utilized for ANM training beyond 5 districts of Madhya Pradesh.
- Innovative teaching and coaching methodologies of ANMs should be documented into the ANM training manuals so that the 2-day core competency training and 1-day MH card orientation as well as follow-up supportive supervision can be scaled-up with other districts.
- Block meeting and sector meeting are utilized as training opportunities for

ANMs and related cadres under the initiative of BMO, BPM and BEE. By making full use of such regular activities, it is not necessary to newly develop training mechanism, which could be applied widely.

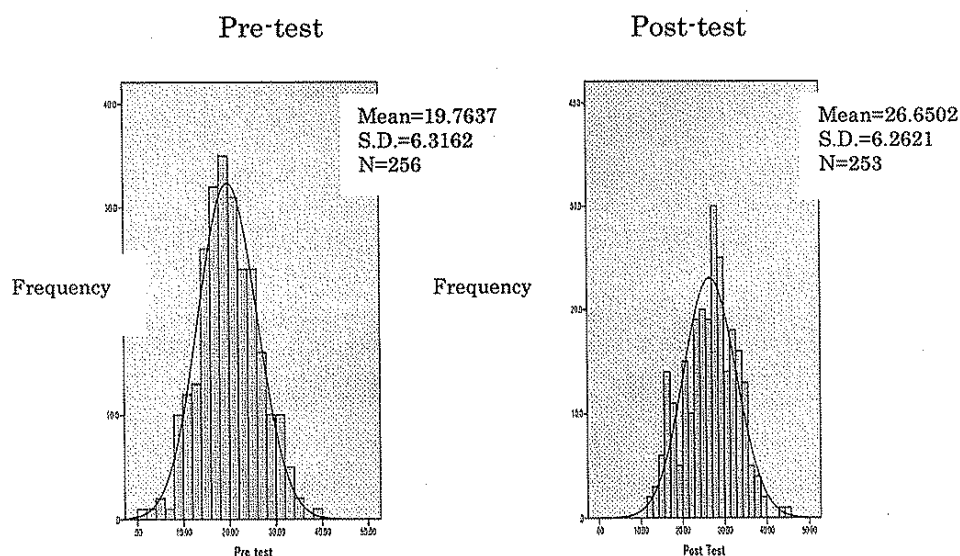
- It is verified that methodology of 2-day core competency training and 1-day MH card orientation is effective. Instead of 6-day ANC training, which was implemented in Damoh and Tikamgarh, those trainings mentioned above were conducted in other 3 target districts by modifying the training module and the training period of the ANC training. According to several interviewees, those two trainings are intensive and practical, which is good enough to develop new skills and knowledge, and more feasible for ANMs as participation in the trainings doesn't affect their other routine works.
- Technical evaluation was conducted and the effectiveness of 6-day technical training was confirmed by the Project Document. Technical evaluation of the ANMs after the 2-day core competency training need to be conducted.
- The state has already adopted methodology of 2-day core competency with slight modification.

Achievement of Output 1

Indicator 1-1 No. of ANMs/LHVs who acquired basic SBA knowledge/skills			
➤ In pilot districts (Damoh and Tikamgarh), most ANMs (318 people) received ANC training in the first half of the Project period.			
No. of ANMs/LHVs/SNs who acquired basic SBA skills through 21 day SBA training facilitated by the Project			
District	ANMs	LHVs	SNs
Damoh	60/183(33%)	4/24(17%)	32/32(100%)
Tikamgarh	42/243(17%)	10/46(22%)	24/31(77%)
Chhattarpur	52/230(23%)	16/25(64%)	21/35(60%)
Panna	32/186(17%)	12/12(100%)	20/20(100%)
Source: Project document			
➤ As endorsed by the external evaluation by NIHFW, interviews and the direct observation of the Project sites, ANMs and LHVs acquired new knowledge and skills, and practiced them at work (e.g. exercising 10 parameters for ANC, making use of partograph).			
➤ ANC coverage: The graphs in Annex 4 show block wise ANC coverage in each			

district. There was a drastic increase of the coverage after the Project intervention like in Damoh, however, there is a gap in coverage among blocks.

- There are Pre- and Post-tests conducted after 6-day ANC training. Below is an example. There could be seen improvement after the training.



Indicator 1-2 No. of ANMs who acquired knowledge/skills of core competency

- In the second half of the Project period, the module of 6-day ANC training was modified, and core competency training (2-day training) and MH card orientation (1-day) were introduced mainly in Chattarpur, Panna and Sagar districts.
- A total of 625 ANMs were trained on ANC in Damoh, Tikamgarh, and Panna as below.
- No. of ANMs/LHVs/SNs who were trained on ANC

District	No. of ANMs/LHVs trained on ANC for 6days	No. of ANMs/LHVs trained on ANC for 2days
Damoh	192/239(80%)	-
Tikamgarh	235/318(74%)	-
Panna	15/218(7%)*	183/218(84%)*

*In addition to 183ANMs/LHVs, 114 health staff including MPWs/MPS/Block Manager of Panna district attended the ANC training on the first day.

Source: Project document

Output 2: The workplace environment is improved for the quality MCH services at the health facilities (SHCs, PHCs and CHCs).

The activities under Output 2 have also been steadily implemented. In order to make sure clean and safe deliveries, the Project provided proper guidance (see Annex 2) and developed illustrated guidelines/IEC materials (see Annex 3) in improving Maternity Wing of PHC/CHC, which is in line with Indian Public Health Standard (IPHS).

The Project facilitated the community health facilities with standardization of the prerequisite of each level of centers (following the Indian Public Health Standard), actual renovation, rehabilitation, provision of basic equipment and furniture, and total quality management all initiated by the cooperative work of health facility director (BMO) and committee members.

Progress has been also seen in Bio Medical Waste (BMW) management at health facilities. The Project provided BMW management orientation (see Annex 2). The Project provided technical support for BMW management in collaboration with Madhya Pradesh Pollution Control Board (MPPCB) by dispatching resource person to the workshop organized by MPPCB at divisional level at Gwalior and Vidisha.

Introducing geographic information system (GIS) was also effective in improving the health facilities. Mapping the status of Maternity Wing organization and BMW management by block enabled the local authorities to recognize the need for further improvement of their facility. It indicated the importance of visualizing and demonstrating the steps required. It was reported that this visualization accelerated the process of improvement of the health facilities: not only had the director of the health facilities but also workers of various cadres understood the progress of the facility improvement in comparison with other health facilities.

Another important factor to be noted is the availability of Untied Fund of NRHM and related personnel assigned such as BPM and DPM. It helped to maximize the inputs of the Project in improving health facilities. It should be highlighted that the roles of BPM and BMO were enhanced and promoted by the regular contact with BC who were selected, trained, mentored, and consulted by the Project.

Achievement of Output 2

Indicator 2-1 No. of health facilities qualified by the standard criteria**

**Standard Criteria: Arrangement of 4 corners and 5 trays as per IPHS

Maternity Wing Organization Status

as of March 2010

District	No.of CHCs	Duty Roaster	5 trays	4 corners
Damoh	7	6(86%)	7(100%)	5(71%)
Tikamgarh	6	2(33%)	1(17%)	2(33%)
Panna	6	2(33%)	1(17%)	2(33%)
Chhattarpur	10	2(20%)	0(0%)	1(10%)
Sagar	11	9(82%)	8(73%)	8(73%)

Source: Project document

No. of CHCs with BMW prerequisites

as of March 2010

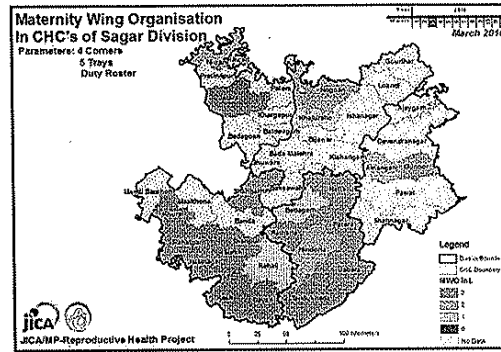
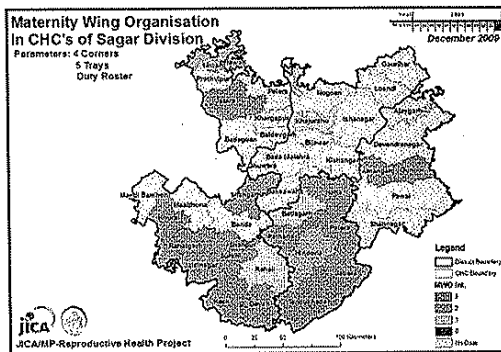
District	No.of CHCs	Color coded bins	Sharp pit	Deep Burial pits
Damoh	7	5(71%)	5(71%)	7(100%)
Tikamgarh	6	1(17%)	2(33%)	0(0%)
Panna	6	1(16%)	6(100%)	3(50%)
Chhattarpur	10	0(0%)	2(20%)	1(10%)
Sagar	11	9(82%)	9(82%)	9(82%)

Source: Project document

GIS mapping of Maternity Wing Organization in CHC's of Sagar Division
(comparison between 2009 and 2010) (see Annex 6 for details)

Dec. 2009

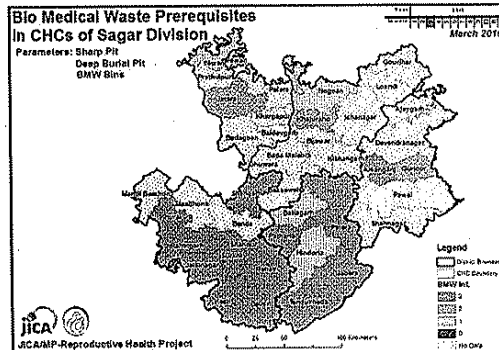
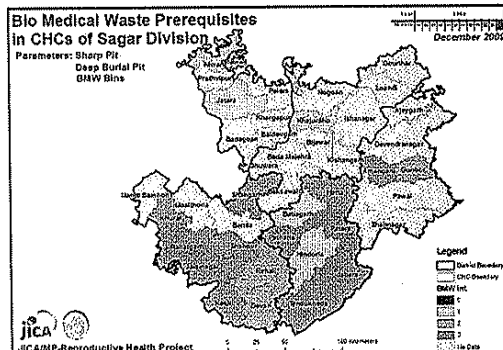
Mar.2010.



GIS mapping of BMW in CHC's of Sagar Division (comparison between 2009 and 2010)(see Annex 6 for details)

Dec. 2009

Mar.2010



Output 3: ANMs become effective data managers.

Through the activities under Output 3, a series of trainings were organized (see Annex 2) and ANMs were trained for effective data management.

The Project assisted in designing and revising NRHM reporting format, which was announced as a single national standard by the central government. The Project was a part of the national level "Expert Group Meeting for revising NRHM reporting format". The Project provided its orientation to ANMs/SNs at block level

and data managers (BPM, DEO etc.) in Sagar division (see Annex 2).

The Project introduced MH cards; by which it made possible to track service seeking behaviors of mothers by names and reduce the missing opportunity of ANC. According to the result of the external evaluation by National Institute of Health and Family Welfare (NIHFW) and the interviews, ANMs utilize MH cards for ANC and PNC of mothers, which enabled them to tell the conditions of each mother and identify /deal with complications easily. As for intranatal care (INC), many facilities use “Obstetric Record Card” that was developed by the government. The Project provided guidance how to fill the card.

Data collected at each health facility are compiled in monthly report and submitted to block level and above on time, which is managed by computer and analyzed for future activities. The Project also initiated Evidenced Based Planning and Management by using GIS. The Project assisted the state to prepare GIS maps on key thematic issues related to MNCH.

It was observed by the evaluation study team that regular monitoring is jointly conducted by BC (the Project), BPM (NRHM), BEE (GoMP) and BMO (GoMP) and the results and proper guidance are given to ANMs at Block meeting or Sector meeting. The Project provided guidance on supervision to BPM, which was newly created post by NRHM to support BMO.

As room for further improvement, it is necessary to make sure ANMs and related cadres keep records in proper manner. It was observed in some facilities that necessary information was not kept properly (e.g. lack of partograph, no record of blood pressure, pulse)

Achievement of Output 3

Indicator 3-1 No. of ANMs/LHVs reporting regularly using proper formats
➤ No.of ANMs filling MH cards: 308/488 (63%) from 21 blocks
➤ No. of data collector trained on reporting formats (see Annex 5)
ANMs: 867/1163(75%) in 5 districts
MPWs: 487/649(75%)in 5 districts
Supervisors: 233/284(82%) in 5 districts
Staff Nurses: 16/89(18%) 5 districts

➤ No. of data managers trained on new reporting formats: 109 from 5 districts
Indicator 3-2 No. of Blocks performing Programme review based on validated data
37 /37 (100%) blocks are regularly reporting on new NRHM formats.
Indicator 3-3 No. of supportive supervision visits from the block level
31 BPMs are taking charge of monitoring of the quality of SHCs. The Project had given a 2 day orientation to the BPMs.

Output 4: ANMs' communication capacity is enhanced.

It is confirmed that communication capacity of ANMs was strengthened in providing MNCH services in communities especially through the implementation of Village Health and Nutrition Days (VHND), hence it led to the enhancement of community awareness and support for healthy motherhood.

The Project supported VHND activities by coordinating with Department of Health and Family Welfare (DoHFW). In that sense, BCs played an important role to encourage community mobilization by close collaboration with BMOs and BPMs. Some of the BCs interviewed stressed that getting cooperation from community leaders such as Panchayati Raj Institution (PRI) members was the key to success for promoting VHND activities.

The Project also produced VHND operation manuals and IEC materials. VHND video was useful for health workers and PRI to understand the VHND activities. Role-playing and poster presentation through 6-day ANC training was also effective in strengthening ANM's communication capacity.

By getting those supports mentioned above, ANMs could clearly understand their role in outreach activities and provided good quality of services by making full use of the knowledge and skills acquired from activities under Output 1, 2, and 3. One of the interviewed MOs explained that the progress of ANM's communication skill can be seen in the increased number of referrals to hospitals. In case ANMs cannot deal with complications, they send them to a hospital with detailed information of mothers, which makes it easier for doctors to understand the status properly.

Availability of good quality of service by ANMs through VHND led to community trust on ANMs and their self-confidence to act as a gateway to essential health services in communities. This one of the biggest achievements of the Project as

ANMs are important actors to sustain outreach activities in the communities.

Achievement of Output 4

Indicator 4-1 No. of VHND held

VHND activities are conducted regularly (e.g. every Tuesday and Friday). ANMs provide a series of services including ANC check-up, screening diseases such as Malaria, counseling for family planning, immunization for children and etc.,.

Output 5: Project achievements and lessons learned in the pilot area are disseminated and scaled up to the project area.

The Project shared its experiences and lessons learned with central ministry of health as well as with other development partners at the occasion of health policy meeting and development partners' meetings in Delhi. Upon the request made by the central MOH officials, the project coordinated the site visit in Madhya Pradesh and shared some of the project activities with MOHFW. In that sense, the Project contributes to giving inputs to National Health Policy indirectly.

The Project outcome is also shared at monthly meeting at district level, in which all BMO attend. Further, the Project outcome can be also seen in block meeting and sector meeting, in which necessary technical transfer and face-to-face guidance are provided to ANMs by supervisors such as BMO who get the support from the Project.

As for scaling up, the following points could be raised as the Project achievements.

- Initiated by the Project, Department of Health and Family Welfare (DoHFW), GoMP started to utilize GIS for Evidence Based Planning and Management.
- SBA training is conducted under the initiative of GoMP based on the methodology of TOT training supported by the Project.
- "Illustrated guidelines to operationalise Delivery Care at District Hospital/Community Health Centre/Primary Health Centre" and "Illustrated guidelines to operationalise Maternal Health Care at Sub Health Centre" were accepted by GoMP as state standard guidelines in 2008.
- The Project provided the support for drafting the checklist for accreditation of SHC for normal delivery.
- Three (3) audiovisual materials on SHC/CHC with special focus on ANC practices by ANMs, maternity wing organization at CHC and conducting VHND by ANMs were adopted by the state.

- Persons on ANC, PNC, AMTSL and SHC protocols were adopted by the state and distributed to 50 districts.

Achievement of Output 5

No. of districts where project achievement is introduced.

Some achievements have been disseminated to the entire 5 districts: these include MH card, reporting format, BMW, etc.

In addition, some of the Project activities are taken over by GoMP. Training methodology of SBA developed and tested by the Project in 5 districts was disseminated to other districts through state level TOT. Audiovisual training materials 1) Antenatal Care at Health Post 2) How to organize Maternity Wing at Peripheral Hospital (CHC/PHC), 3) How to conduct Village Health and Nutrition Day (VHND) were already approved by the State and distributed to all 50 districts in Madhya Pradesh. 4) Biomedical Waste Management is also going to be completed and distributed. Some of the audiovisual training materials are used outside of Madhya Pradesh as well.

Project achievement had impact on the national level. The Project assisted in designing and revising NRHM reporting format, which was announced as a single national standard by the central government. The Project consultants joined 1) national level "Expert Group Meeting for review of SBA Training Package" and 2) JSY review committee as technical members. The Project gradually gained influences on the MNCH issues at the national level. Achievements of the Project were also presented at the international conferences, such as 4th Asia Pacific Conference on Sexual, Reproductive Health and Rights (2007) in Hyderabad and International Conference on Midwifery (2009) in Hyderabad.

3.3. Achievement of Project Purpose

Project Purpose: To increase the number of pregnant women and mothers who receive quality MH services by the nursing cadres, with special emphasis on the ANMs.

- Overall, the quality of MH services has been improved due to capacity development of ANMs by the Project, which could be reinforced by the following aspects. SHC/PHC/CHC satisfied the requirement of IPHS, which means quality service is available in these facilities.
- The service improvement was also brought by collaboration between committee

and health facility in improving facility and getting necessary equipments.

- ANMs became empowered and confident as service provider. Ensuring enabling environment for ANMs was also significant.
- No. of referral of high-risk cases has increased, which means ANMs more properly identify high risk cases.

Although the knowledge enhancement by the 6-day ANC training has been monitored by means of pre- and post – test, such quantitative evaluation has not applied to the 2-day core competency training.

3.4 Implementation Process

3.4.1 Project Management and Monitoring

In addition to Japanese experts, the Project assigned local counterparts and BCs. The Project benefited from their expertise and local network for its smooth implementation of the Project activities and encouragement of the local stakeholders. While those Project staff played a leading role in providing training and technical guidance, and making necessary coordination at the initial stage of the Project, the government counterparts have been gradually succeeding their role. For example, block meetings and sector meetings are utilized as training and peer opportunities for ANMs under the initiative of BMO and BPM in consultation with the Project staff especially BCs.

In general, the Project activities have been implemented according to PDM. Besides, the Project sometimes took flexible actions to be aligned with National Rural Health Mission (NRHM). The progress of the Project was shared among stakeholders and development partners (DP) by being present at various meetings in Delhi.

Joint Coordinating Committee (JCC) meetings have been held three times (2007, 2008 and 2009) by the time of Terminal evaluation. Indian counterparts, the Project team and JICA representatives made annual review of the Project activities and shared the plan of the following year at JCC.

3.4.2 Participation of target groups to the Project

The strategy of the Project focused on the empowerment and entitlement of ANMs'

function, and ensured its enabling environment for ANMs in order to provide quality MH services. This could be multiplied by external factors brought by the government side through NRHM such as provision of untied fund, JSY, assignment of DPM and BPM, which is fully integrated to improvement of service provided by ANMs. Such positive impact of the Project further accelerated ANMs' motivation and commitment, and created the community demands for quality service and participation in promoting MH services. Involving community leaders such as PRI members was also the key to the successful implementation of the activities.

4. Evaluation by Five Criteria

4.1 Relevance

The Project is integrated into NRHM-RCH-II, in which maternal and child health is focused as a priority area and the strategies to improve basic health care delivery system are proposed for equity. The Project aimed to improve access to quality MNCH services for vulnerable people especially in rural areas by strengthening the services, management and community mobilization, which is realization of the mission stated in NRHM.

The Project is in line with the context of Global Health as well. Global health community pays special attention on maternal, newborn and child health (MNCH) because of the delays in achievement of MDGs 4 and 5. 50% of all maternal deaths occur in Sub Saharan Africa and another 35% in South Asia. In achievement of MDG 5, focus is on 1) the scaling up the package of MNCH interventions which effects are confirmed with evidence 2) equity of receiving basic health services as well as on 3) the collective efforts of development partners and recipient countries for the better results.

One of the most effective interventions known is promotion of delivery attended by SBA. Global Health Workforce Alliance (GHWA), which is affiliated in WHO, advocates the significance of recruitment, retention, and deployment of SBAs at all levels of health care facilities. The Project challenges the capacity development and retention of SBAs in most-difficult rural areas and this would be one of the most advanced actions in the global efforts in the achievement of MNCH.

The Project is also in line with Japan's foreign aid policies. As endorsed by the

Health and Development Initiative launched by Japan in 2005 and the G8 Hokkaido Toyako Summit in 2008, Japan demonstrated its commitment and support to strengthening health systems and capacity building for health workers to improve maternal health care. JICA sets “Improvement of Basic Social Services” as one of the priority areas for assistance to India and improvement of maternal health is included under the health program. Accordingly, the project concept and strategy are consistent with these Japan’s policies and JICA strategy.

As for the selection of target area, Madhya Pradesh has high MMR and IMR in India¹ and it is placed as one of the 18 states, which have weak public health indicators need special focus by Ministry of Health and Family Welfare². Sagar Region has the poorest figures in the state. Further, ANMs didn’t have training opportunities for their capacity development though their role is important to provide health service to communities. In these contexts, the selection of target area and target group was appropriate.

4.2 Effectiveness

Reviewing how the Outputs have contributed to the achievement of the Project Purpose, the Project has been effective; however, there is room for further improvement and strengthening.

Most activities were conducted according to PDM, and its effectiveness has been recognized particularly in capacity strengthening on ANC checkup, facility management by improving maternity wing and BMW, outreach activities through VHND, which are all essential tasks of ANMs. ANMs improved MNCH services through the Project supports, which led to community appreciation toward their work and brought them the feeling of empowerment and self-esteem.

Development of materials such as “Illustrated Guidelines for MH services in SHCs/Illustrated Guideline for Maternity Wing in DHC/CHC/PHC”, “10 contents of ANC checkup”, “VHND Operational Manual” gave clear instruction to front workers “how to do” and proved to be very effective to practice quality services.

Active involvement of community leaders such as PRI members led to successful

¹ MMR and IMR in Madhya Pradesh are 335 (as compared to 254 for the country) and 70 (53 for the country) respectively. (Central Bureau of Health Intelligence, Status of Mortality Statistics Reporting in India 2004-2006, 2008)

² Ministry of Health and Family Welfare, NRHM 2005-2012

launching of VHND and encouraging community people to utilize MNCH services provided by ANMs.

Accordingly it can be concluded that synergistic effect of all the outputs mentioned above maximized and boosted the quality of MNCH services conducted by ANMs. In fact, they are essential components of ANMs routine responsibilities thus it is quite natural for ANMs to cope with all components. This approach was effective to empower ANMs. Comprehensive approach of health system strengthening at policy, management, service delivery at community levels, realized actual improvement of community health system with visible changes for ANMs and community people made a positive cycle of community health improvement.

The areas to be strengthened for further scaling-up of the Project outcome include standardization and institutionalization of training system for ANMs, articulation of ANMs' role and responsibility, coordination among districts, all of which need stronger initiatives from the State government.

4.3 Efficiency

Overall, the Project has been efficient in terms of quality, quantity and timing of the provision of most inputs being adequate and utilized for the achievement of the Outputs.

The Project team consists of 2 Japanese experts and 6-7 Project local consultants and 8-9 field coordinators locally assigned. Their expertise and understanding social-cultural context in India enhanced the achievement of the Project Outputs.

It is noteworthy that the Project focused on capacity development of frontline workers, which led to empowerment and entitlement of ANM's function, and ensured supportive environment for ANMs.

In addition, short-term experts from Japan also contributed to capacity development of ANMs utilizing their expertise in midwifery, TQM, Gender/Social Analysis.

JOCVs assigned to District Program Management Unit and district hospitals in Tikamgarh and Damoh also contributed to the Project activities although they are

not officially integrated part of the Project. They utilize their skills in SBA training and promoting HMIS introducing GIS software.

4.4 Impact

There were several positive impacts observed as follows.

- As stated earlier, the Project outcome was complemented by the maximum use of NRHM scheme including untied fund, JSY scheme, and allocation of DPM/BPM. It can be said that such synergy effect led to improving the quality of MNCH services provided by ANMs and to demand creation for institutional delivery. A good example picked up during the field interview was that community people come to health facilities with quality of service instead of going to District Hospital where people used to prefer for having delivery service.
- Some of the project resources and outcome were utilized and shared at national level. For example, HRM consultant of the Project was assigned as trainer for BEmONC training at national level, and also became a member of National Task Force for Consultation on JSY. Further, TQM consultant was invited to national meeting on quality improvement, which was organized by Lal Bahadur Shastri National Academy of Administration, and made a presentation on TQM activities of the Project. HMIS consultant contributed to developing new NRHM form based on the analysis of existing recording and reporting formats.
- It is difficult to tell through set indicator (MMR) that Overall Goal “The State health sector ensures quality mother and new born child health services” can be achieved within several years after termination of the Project. However, if training of ANMs and related cadres, facility improvement and good data management are carried on with the initiative of GoMP, it will be possible to achieve Overall Goal.

4.5 Sustainability

Government commitment to achieving MDGs on maternal health is expected to be sustained. In addition, the Project is integrated into NRHM/RCH-II, in which maternal health care is included as one of the priority issues. Accordingly, sustainability will be ensured if collective actions are taken in line with NRHM.

For technical sustainability, roles of skilled supervisors are essential in providing ANMs with technical support and mentoring (supportive supervision) through

regular supervision. Effective use of institutional capacity such as State Institute of Health Management & Communication (SIHMC) might be worth considering for sustainability in capacity development of health personnel.

5. Conclusion

As a result of series of meetings, interviews and surveys involving beneficiaries, organizations, stakeholders, experts and other personnel related to the Project, it is found that the whole set of the results and impacts produced by the Project has been outstandingly valuable in the light of improving reproductive health in Madhya Pradesh. Regulations and policies related to the health system strengthening at the community level are already there in the National Rural Health Mission; however the technical capacity to materialize the written norms were scarce in the State, Division, District and Block levels. JICA Project took initiatives in implementation of the written norms at the most difficult rural areas where the health and economic indicators were deteriorating. Achievements of the JICA Project in Madhya Pradesh are getting special attention from the central government.

First of all, the Project succeeded in the materialization of NRHM with the concrete operations in the fields. Secondly, the Project succeeded in capacity building and empowerment of the ANMs. Various innovations were introduced in the Project such as teaching methodology, training materials, supportive supervision system as well as the empowerment strategies of ANMs.

The Project assisted in designing and revising NRHM reporting format, which was announced as a single national standard by the central government. The Project was invited series of orientations on the accurate usage of the new format conducted by the State. Community Health activities were also promoted by the Project such as VHNDs. All of these achievements are inter-related and contributed to the improvement of the MNCH services as well as the increase of the users of those services. In fact, they are essential components of ANM's routine responsibilities and thus it was quite natural for ANMs to cope with all components.

Some of the Project activities are taken over by GoMP. Training methodology of SBA developed and tested by the Project in 5 districts was disseminated to other districts through state level TOT. Audiovisual training materials 1) Antenatal Care at

Health Post 2) How to organize Maternity Wing at Peripheral Hospital (CHC/PHC), 3) How to conduct VHND were already approved by the State and distributed to all 50 districts in Madhya Pradesh. 4) Biomedical Waste Management is also going to be completed and distributed. Some of the audiovisual materials are used outside of Madhya Pradesh as well.

Project achievement had impact on the national level. The Project consultants joined 1) "Expert Group Meeting for review of SBA Training Package" and 2) National Task Force for Consultation on JSY 3) "Expert Group Meeting for revising NRHM reporting format". The Project gradually gained influences on the MNCH issues at the national level. Achievements of the Project were also presented at the international conferences, such as 4th Asia Pacific Conference on Sexual, Reproductive Health and Rights (2007) in Hyderabad, International Conference on Midwifery (2009) in Hyderabad and Global Maternal Health Conference in New Delhi "2010". In addition, presentations by the Project local consultants are scheduled at Asian Network of Quality Congress, Annual Conference in October 2010.

The achievements of the Project are well documented by the external evaluation conducted by NIHFW and the positive implications of the Project were confirmed by NIHFW.

The success of the Project is attributed to the following factors.

Promoting factors:

- The Project initiated various small-scale "plan-do-see" cycles in order to visualize the changes in promotion of quality MNCH services at the sub-health center level. Small visible changes encouraged and motivated project staff, local administration officers and target population to participate in the project activities with more enthusiasm.
- Project activities were implemented by the Project local consultants who were knowledgeable about socio-cultural context in India. Cultural norms are particularly important in the rural areas.
- Chief Advisor (Project Manager) was knowledgeable about management, group dynamics as well as local culture and language so that he was able to make maximum use of capacity of the Project local consultants and run the project

smoothly.

- Training method as well as training materials for ANMs' in-service technical training were appropriate.
- Audiovisual teaching materials (such as DVD) provided better learning opportunity for ANMs as well as for the community.
- ANM training program was comprehensive as well as short enough to focus on the most essential skills and stronger attention was paid for the follow-up supportive supervision, such as on-the-job coaching, mentoring and consultation.
- Rapport was established among instructors and ANMs at the training so that the follow-up consultation was smoothly conducted by the instructors.
- NRHM fund (untied fund) was available on time in improvement of the health facilities in the village.
- Assignment of DPM, BPM and other NRHM staff contributed to the improvement of health facilities as well as community health activities.
- There may be synergistic effect with JSY scheme. The Project contributed to ensure the quality of services of MNCH as JSY scheme promotes the institutional delivery.
- Active participation of the community organization in health sector meeting and community health activities were facilitated by BCs.
- Synergistic effect of ANMs' training and supportive environment of ANMs generated by NRHM such as health facility improvement, cooperation with the community organization, promoted the empowerment of the ANMs, which led to the improvement of the MNCH services provided by ANM.
- Demand on the quality MNCH services was created among community members.
- Introduction of GIS motivated health manager to improve the health facilities and health services.
- The Project took strategy for scaling-up by contacting some key officials at central as well as state level by showing the achievement of the project for policy advocacy.

Constraints:

- Human Recourses for Health are scares and there are various disparities in coverage of the basic MNCH services.
- Tutors and Supervisor for ANMs are particularly needed.

- Absence of the mid-, long-term strategies of development of Human Resources for Health at national and state level.
- Job Description of ANM, LHV and SN are not clear and thus it is not easy for them to work as a team.
- Although there is no clear job description for ANMs, expected responsibility for ANMs is expanding and their workload is increasing. Population growth is another factor for overloading ANMs. As a result, ANM cannot spend enough time for taking care of delivery. They are rather busy with other community outreach activities such as immunization, nutrition and family planning counseling, and health education.

6. Recommendations

Based on the above conclusion, the following points should be taken into consideration before completing the entire project period. Now it is time to generalize the accumulated small success into the knowledge and package of techniques for the public use.

1. Documentation and packaging of Pilot District experiences
 - Uniqueness and innovative ideas of the Project should be shared by other districts, states, central government, and development partners firstly by direct observation of the project site and secondly by documentation. While site visits can be arranged to share Project activities and achievements, it may be more feasible to prepare reports and audiovisual materials which summarizes the essence of the activities and achievements.
 - Teaching methodology, training materials, supportive supervision system as well as the empowerment strategies of ANMs should be compiled into the minimum package.
 - These documentation processes are indeed the significant first step towards scale-up.

2. Confirm the impact of some interventions with evidence
 - A case control study (e.g. 20 ANMs with JICA 2-day core competency training and 20 ANMs without JICA 2-day core competency training) on the ANM's actual performance is recommended to confirm the impact of the synergetic effect of all four outputs that the Project produced (HRH, TQM, HMIS,

IEC/BCC). Performance of the ANM should be evaluated by the ANM checklist that the Project developed.

- It may be useful for scaling up TQM/BMW if the impact of TQM/BMW on the health indicators (impact) is evaluated, since this approach is unique especially at the level of CHC/PHC.
 - Since VHND is conducted in all the districts in India, the impact and the uniqueness of VHND in the Project sites should be demonstrated with objective indicators.
3. Re-production of IEC-BCC materials
- Posters for SBA skills, maternity wing organization, BMW, VHND etc. can be shared with all the districts without constraints as they were developed according to the national standards. These posters should be re-produced for sustaining the activities in the pilot districts as well as for sharing them beyond pilot districts.
 - Since the demand is high, the Project may coordinate with other Development Partners for reprinting posters with the condition of acknowledgment of GoMP and JICA Project for any reproduction.
4. Project Achievements and good practices should be shared with stakeholders in India as well as developing countries and development partners outside of India.
- Achievements of the Project may be presented at International conferences, such as 1) Global Health Workforce Alliance Forum, at Bangkok (2011) 2) Global Forum for Maternal and Child Health, New Delhi (2010)
5. Tentative ideas for future directions
- Further strengthening of the community health in rural areas with the special focus on capacity development of ANM/LHV/SN and community health workers (ASHA). Training method and training materials can be scaled up to the national level. The cadre for supervision of ANM/LHV/SN should be strengthened. Although the quality supervision is currently conducted by BPM and other staff, skill supervision, supportive supervision and follow-up technical training should be further strengthened.
 - Strengthening of the planning, implementation and evaluation process at District level based upon the data obtained by HMIS. The Project together with the central government is currently conducting a pilot in Tikamgarh district in

Madhya Pradesh utilizing the HMIS for district planning.

- Further strengthening of the HMIS utilizing the GIS is especially useful for District Health Society to plan and manage the health services. GIS may be also useful for the State in planning and monitoring distribution and coverage of health services, health human resources as well as the drugs and other logistics.

ANNEX

ANNEX 0 : Project Design Matrix (Version 1)

ANNEX 1 : Inputs by Japanese and Indian side

ANNEX 2: List of Trainings

ANNEX 3: List of tools and materials

ANNEX 4: ANC Graph

ANNEX 5: Data analysed by the Project

ANNEX 6: GIS Mapping

ANNEX 7: List of Interviewee

REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT IN THE STATE OF MADHYA PRADESH (PHASE 2)

Version 1

Annex 0

Date: 14, May, 2009

Project Duration: 17 Jan 2007 to 16 Jan 2011 (four years)
 Project Area: Sagar Division (Districts of Chattarpur, Damoh, Panna, Sagar & Tikamgarh);
 Target Group:

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	VERIFIABLE INDICATOR	MODE OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
The State health sector ensures quality mother and new born child health services.		MMR of the State level	SRS (Sample Registration System)	-Operational guidelines of RH developed by the project are adopted by the State of MP.
PROJECT PURPOSE	To increase the number of pregnant women and mothers who receive quality MH services by the nursing cadres, with special emphasis on the ANMs.	No. of pregnant women who received at least three ANC checkups	ANM Register reviewed by BMO Register of CHCs/PHCs MH card	
OUTPUTS				
1. ANMs and related cadres* are capacitated to conduct quality health services		No. of ANMs/LHVs who acquired basic SBA knowledge/skills No. of ANMs who acquired knowledge/skills of core competency	test after completion of the training courses; MH Card; Paritograph	
2. The workplace environment is improved for the quality MCH services at the health facilities (SHCs, PHCs and CHCs).		No. of health facilities qualified by the standard criteria**	Reports by Districts and RJD Office, Sagar	
3. ANMs become effective data managers.		No. of ANMs/LHVs reporting regularly using proper formats No. of Blocks performing Programme review based on validated data No. of supervisory supervision visits from the block level	Block/District Programme Review Reports, Project Record	
4. ANMs' communication capacity is enhanced.		No. of districts where project achievement is introduced	State Report	
5. Project achievements and lessons learned in the pilot area are disseminated and scaled up to the project area.				
ACTIVITIES		INPUTS	BY JICA	
1.1. To train the trainers of district ANMTC on training management and monitoring in collaboration with SHMC		BY GOI AND GOMP	JICA Experts: Long term - Health Sector Planning; Long term - Project Coordinator cum HMIS; Short term (TQM, Nursing/Midwifery, Gender & Social Studies)	RCH-II and NRHM programmes continue up to the end of the Project.
1.2. To conduct in-service training courses for ANMs/LHVs on SBA including Core Competency		Project C/P=Department of Health and Family Welfare, GtMIP - Health Commissioner, - DPH - JD-RCH - JD-Planning - Deputy Director Gynecology - Director, IEC Bureau - Regional Director, Sagar Office space	Local consultants: (Nursing & Midwifery, TQM, HMIS, IEC/BCC). Training in Japan (TQM)	
1.3. Periodical assessment of knowledge/skill acquisition by the trained ANMs/LHVs		Running cost of C/P		
1.4. To promote job sharing between ANMs and MPW-Males in the Pilot Area				
1.5. To create pilot model for supportive supervision				
2.1. To facilitate DPMs/BPMs for equipment supply and logistics				
2.2. To promote rational layout of the maternity wing of CHC/PHC				
2.3. To promote Total Quality Management at PHCs/CHCs				
3.1. To streamline procedures for data collection and reporting by ANMs and MPW-Males				
3.2. To conduct training courses on Information Management to Block Health Managers				
3.3. To promote HMIS (including GIS) for performance review at the Block level				
4.1. To develop IEC/BCC materials in collaboration with the State IEC Bureau				
4.2. To promote collaboration between the local health promoters (ANMs, MPW-Males, AWWs, ASHAs, etc.)				
4.3. To conduct IEC/BCC campaigns on Safe Motherhood Initiative.				
5.1 To conduct dissemination events (workshops, seminars)				
5.2 To promote peer learning (including exposure visits)				

Note: Pilot Area = Damoh District (Hatta & Tendukheda Blocks) + Tikamgarh District (Prithvipur + Valdevgarh Blocks)

* Related cadre: LHVs, MPW-males, Male Supervisors

** Standard Criteria: Arrangement of 4 corners and 5 trays as per IPHS.

Annex 1. Inputs by the Japanese side (including the inputs to be planned until January)

	Dispatch of Experts				FY2010(Q1-3)
	FY2006(Q4)	FY2007	FY2008	FY2009	
Long-term	1 (Since Jan.)	2 →	2 →	2 →	2 →
Chief Advisor/Health Planning & Management					
Coordinator/HMIS	0 (Since Oct.)	0 (Jan. -Feb.) (Mar. -Apr.)	0 (Jan.)	0 (Jan.)	0 (Jan.)
Short-term	0	2	0	0	0
Gender/Social Analysis					
Midwifery	0	2 (Jan. -Feb.) (Mar.)	0	0	0
Official visit					
TQM					
Gender/Social Analysis	0	2 (Nov.) (Jan. -Feb.)	0	0	0
Others					
Chief Advisor of RHP, Jordan					
Technical expert from NGO as short-term expert					

Post	Project Staff (except driver)						FY2010(Q1-3)
	FY2006(Q4)	FY2007	FY2008	FY2009	In total	In total	
	7	13	In total 18, currently 16	In total 18, currently 15	In total 18, currently 15	15	
Bhopal							
(Project staff)							
Operation Manager/TQM	4 (since Jan.)	7 →	7	7	7	7	
HRM	(since Jan.)	→	→	→	→	(Sep. end of contract)	
HMIS	(since Jan.)	→	→	→	→	→	
Communication(IEC/BCC)	(since Jul.)	(since Jul.)	(Jul. end of contract)	(Jul. end of contract)	(Jul. end of contract)	→	
Capacity Development	(since Jul.)	(since Jul.)	→	→	→	→	
Capacity Development	(since Nov.)	(since Nov.)	→	→	→	→	
Assistant Manager (incl. GIS)	(since Mar.)	→	→	(since Aug.)	(since Aug.)	→	
(Field staff)	3	6	In total 11, currently 9	In total 10, currently 8	In total 8, currently 1	8	
Damoh							
District Coordinator (1)	1 (since Apr.)	3 (since Apr.)	(transferred to Panha)	2	2	→	
Block Coordinator (1)	(since Mar.)	→	→	→	→	→	
Block Coordinator (2)	(since Mar.)	(since Jun.)	→	→	→	→	
Tikamgarh							
District Coordinator (2)	2 (since Jun.)	3 (since Jun.)	In total 4, currently 3 (Jun. end of contract)	In total 3, currently 2	In total 3, currently 2	2	
Block Coordinator (3)	(since Mar.)	→	→	→	→	→	
Block Coordinator (4)	(since Mar.)	→	→	(Jun. end of contract)	(Jun. end of contract)	→	
Block Coordinator (5)	0	0	(since Jul.)	→	→	→	
Sagar							
Block Coordinator (6)	0	0	(since Jun.)	1	1	1	
Panna							
District Coordinator (1)	0	0	In total 2, currently 1	1	1	1	
Block Coordinator (7)	(transferred from Damoh, Jan. end of contract)	(since Jul.)	(since Jul.)	→	→	→	
Chhatarpur							
Block Coordinator (8)	0	0	In total 3, currently 2 (Dec. end of contract)	→	→	→	
Block Coordinator (9)	(since Jul.)	(since Jul.)	(since Jul.)	(since Jul.)	(since Jul.)	3	
Block Coordinator (10)	(since Aug.)	(since Aug.)	(since Aug.)	(since Oct.)	(since Oct.)	→	
Block Coordinator (2)						→	
						(Jul. transferred from Damoh)	

C/P training in Japan and International Workshop		Course Title	
Country	No. of trainee	Fiscal Year	
Japan	4	2007	Workshop on Safer Motherhood Strategy for Asia (2)
Jordan	3	2008	Midwifery Course for Safe Motherhood (2) The Regional Workshop of Sharing Experiences & Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Communities (C/P:2+Project staff:1)
Japan	3	2010	India Madhya Pradesh Reproductive Health Project (Phase 2) Counterpart Training (C/P:2+expert:1) (planned in Nov. 2010)

Financial Inputs

	Fiscal Year						(Rs.)	
	FY2006(Q4)		FY2007		FY2008			FY2009
Dispatch of Japanese Experts	1 Long Term Expert		2 Long Term Experts		2 Long Term & 2 Short Term		2 Long Term Experts	2 Long Term Experts
Dispatch of Missions	Advisory Mission				Mid Term Review			Terminal Review
Operational Cost	1,756,521.34		10,042,936.84		13,139,016.16		13,907,924.20	4,288,101.36
Travel Cost	255,636.84		1,517,506.50		1,829,560.00		3,128,630.00	728,629.00
Employment of Indian Staff	607,985.00		4,116,429.60		5,150,346.00		5,733,573.00	2,110,397.00
Activities, Administratio	892,899.50		4,409,000.74		6,159,110.16		5,045,721.20	1,449,075.36

Annex 1: Inputs by the Indian side

List of Counterparts	
Administrative Level	Counterpart Designation/Organization Target Hospitals/Health Centres
GoMP	Health Secretary, Government of Madhya Pradesh (GoMP) Commissioner Health, Department of Health and Family Welfare (DoHFW), GoMP Mission Director RCH-NRHM, DoHFW, GoMP Director, DoHFW, GoMP State Program Manager - NRHM
Region	Regional Joint Director (RJD), Sagar Divisional Program Manager - NRHM (Div. PM)
District	Chief Medical & Health Officers (CMHOs) District Program Managers - NRHM (DPMs) District Hospitals
Block	Block Medical Officers (BMOs) Community Health Centres (CHCs)
Sector and below	Primary Health Centres (PHCs), Lady Health Visitors (LHVs), Male Supervisors Sub Health Centres (SHCs) (Auxiliary Nurse Midwives (ANMs), Multi Purpose Workers (MPWs))

List of Health Centres in Target Areas													
District	Block	No. of health centres implementing the operational improvement facilitated by the Project											
		CHC		PHC		SHC							
Sagar region (5 districts)		30	/	49	70%	41	/	113	36%	238	/	884	27%
Damoh/Tikamgarh TOTAL		13	/	14	93%	19	/	34	56%	193	/	315	61%
Damoh (2006-) Coverage 7/7 blocks	Sub Total	7	/	7	100%	9	/	14	64%	84	/	163	52%
	Tendukheda (BC)	1	/	1	100%		/			22	/	23	96%
	Jabera	1	/	1	100%		/			27	/	27	100%
	Hata	1	/	1	100%		/			17	/	21	81%
	Patharia	1	/	1	100%		/			18	/	23	78%
	Hindoria	1	/	1	100%		/				/		
	Batiyagarh	1	/	1	100%		/				/		
Tikamgarh (2006-) Coverage 6/6 blocks	Patera	1	/	1	100%		/				/		
	小計	6	/	7	86%	10	/	20	50%	109	/	152	72%
	Pirthvipur	1	/	1	100%		/			21	/	21	100%
	Niwari (BC)	1	/	1	100%		/			18	/	25	72%
	Baldevgarh	1	/	1	100%		/			26	/	26	100%
	Badagaon	1	/	1	100%		/			22	/	24	92%
Sagar ('08.7-)	(CHC visit)	11	/	13	85%	7	/	27	26%		/	245	
	Panna ('08.7-)	Amanganj (BC)	4	/	6	67%	1	/	15	7%	32	/	139
Chattarpur ('08.7-)	Chhatarpur/Nowgaon/Baxwaha (BC)	2	/	10	20%	14	/	37	38%	13	/	185	7%

NOTE: Denominators of TOTAL and subtotal = No. of health centres in the region /district including non-JICA interventions

Local Cost Allocation

Budget	Budget Item	Remarks
State Budget	MH card printing	Printing of 200,000 copies budgeted
	Health centres reconstruction & renovation	CHC reconstruction supplemented
		PHC reconstruction supplemented
District Budget	Health centres reconstruction & renovation	Tendukheda CHC reconstructed
		Khargapur PHC reconstructed
	SHC untied fund mobilization	SHC facilities/equipments were repaired and/or procured with the untied fund (Rs. 10,000/SHC per annum)
	Travel expenses	For participants at block-level meeting (e.g. MH card orien
	Allowance for ASHA	Disseminating information for and attendance with pregnant women etc.

NOTE: Government of India's fiscal year starts on 1st April.

The table shows not all items but only good examples of the promotion of sufficient budget mobilization facilitated.

Annex 2 : List of Trainings

Cadre Wise NRHM Reporting Format Orientation														
Facilities	Date of Orientation	No of participants	BMO/MO	DDA	DEO	BPM	BEE	ASO	ANM	MPIW	LHV	MPS	SN	Others
Chhatrapur														
District Level	02.12.2009	36												
Rajnagar	03.12.2009	83												
Naogaon	by District													
Gaurihar	by District													
Bada Malhera	15.02.2010	41												
Baxwaha	by District													
Laudi	17.02.2010	46												
Statat	by District													
Jissanagar	18.02.2010	74												
Total		280	3	0	8	8	3	0	192	125	23	18	3	7
Tikamgarh														
District level	20.11.2009	20												
Badagaon	25.2.2010	41												
Prithvipur	21.4.2010	57												
Jatara	24.2.2010	80												
Palera	24.2.2010	54												
Baldevgarh	25.2.2010	57												
Niwadi	21.4.2010	57												
Total		346	1	1	9	7	10	0	184	91	39	14	5	5
Damoh														
District level														
Tendukheda														
Jabera														
halla														
Patera														
Pathariya														
Batysgarh														
Hindoriya														
Total		5	0	1	2	7	0	0	168	100	19	26	0	3
Sagar														
District level														
Rahatgarh	19-Nov-09	28												
Agasod	15-Mar-10	27												
Khural	22-Mar-10	29												
Jaisinagar	25-Mar-10	33												
Kesali	29-Mar-10	27												
Sarnapur	31-Mar-10	51												
Sahagaith	1-Apr-10	31												
Mathon	3-Apr-10	30												
Banda	5-Apr-10	45												
Rehali	7-Apr-10	50												
Deori	8-Apr-10	44												
Total		395	10	9	6	2	0	0	197	93	31	33	4	
Panna														
District Level	23.3.2010	17												
Amanganj	10.05.2010	56												
Pawai	12.05.2010	47												
Shenagar	13.05.2010	47												
Ajaygarh	16.5.2010	34												
Devendranagar	15.5.2010	62												
Total		265	1	1	7	8	5	0	126	78	8	16	3	8
Total Division		1286	20	2	34	31	27	0	867	487	120	107	15	23

Cadre Wise Details of BMW Management Orientation

Date of Orientation	Nos. of participants	SN/ANMI/LHV	Ward Boy/Sweeper/Peon/Dispenser/Pharmacist	Store Keeper/Com pounder/Pharmacist	lab technician	Dresser	Radiographer	BMO/MO	BPM/MPS/MPW/BEE	Others
Panna										
03.11.2009	20	5	7		1	1	1	3	2	
Amangari										
19.05.2010	16	5	3	1	2	1		1	2	3
Pawal										
19.05.2010	20	5	6		1	1		1	3	3
Shanagar										
20.05.2010	20	7	5	1	2	1	1	2	1	2
Ajaygari										
19.05.2010	15	4	5		1	1	1	1	2	1
Devendranagar										
23.11.2009	15	4	3	2	1	1	1	1	2	2
Gunnor										
Total	106	30	29	5	8	5	3	7	11	8
Sagar										
11.05.2010	15	5	3	2	1			2	1	1
Agasod										
27.10.2009	23	8	8	1	2		1	1	1	3
Banda										
11.05.2010	11	4	5			1			1	
Khurai										
28.10.2009	11	2	5	1	1		1	1	1	
Sahagarh										
28.10.2009	22	3	9	1	3	3	1	2	4	1
Dorri										
28.10.2009	14	6	2		1			1	1	2
Sahapur										
11.05.2010	10	5	2		1	1	1	2		
Rehali										
27.10.2009	14	4	4	1	1		1	1	2	
Rahagarh										
27.10.2009	15	6	4		1		1	1	2	
Jaisinagar										
Malihone										
Total	120	38	39	4	9	5	5	7	7	6
Chattarpur										
27.11.2009	15	4	6	1	1	1			2	
Rajnagar										
09.06.2010	17	4	4		1		1	4	1	2
Khajuroho										
24.11.2009	27	14	9		1	0	1	1	1	1
Novgaon										
10.06.2010	17	5	4	1	1			2	3	1
Isanagar										
25.02.2010	21	5	7		3	1		2	2	
Badamalhera										
10.06.2010	32	6	5	1	1	1		2	7	8
laundi										
09.06.2010	20	2	6	1	1	1	1	1	4	4
Gaurihar										
08.06.2010	27	10	8	1	1	1	1	3	2	
Blawar / Satal										
10.06.2010	19	8	4	1	1	1	1	1	4	1
Bakswaha										
Total	195	58	53	7	11	6	3	16	26	16
Tikamgarh										
26.02.2010	15	5	3	3	1				3	
Badagaon (CHC + 2PHC)										
26.02.2010	25	10	7	1	2	1	1	1	2	
Prithvipur										
23.02.2010	27	9	11		2	1	1	2	1	
Jalara										
06.10.2009	20			1	1	1		1	2	3
Palera (CHC + 3PHC)										
23.02.2010	23	9	4		2	1		2	2	1
Balidevgarh										
20.04.2010	32	15	9	5	8	4	2	5	10	4
Niwadi										
Total	142	48	34	5	8	4	2	5	10	4
Damoh										
10.2.10	30									
Tendukheda										
Jabera										
Matla										
Palera										
Palhariya										
Batvagarh										
Hindoriya										
Total	30	174	155	21	36	20	13	36	54	34
Total Division	593	174	155	21	36	20	13	36	54	34

Cadre Wise MH Card Orientation										
	Date of orientation	Total	ANIMs	MPWm	LHV/s	MPS	BMO/MO BEE/DE O/BP/M			OTHERS
							BMO/MO	BEE/DE	O/BP/M	
Panna										
Amanganj	25-Nov-09	63	38	17	2	4	1	1	1	0
Pawal	25-Nov-09	50	29	19	3	5	1	3	3	0
Sahanager	25-Nov-09	46	21	13	2	1	2	5	5	0
Ajygarh	26-Nov-09	55	30	17	2	4	2	3	3	0
Devdranagar	20-May-10	55	30	19	3	3				
Total		269	148	85	12	17	6	12	12	0
Sagar										
Agasod	31st Aug 2009	31	13	9	4	3	1	1	0	0
Banda	2nd Sep 2009	55	24	19	4	5	1	2	2	
Khurai	2nd Sep 2009	30	18	8	2	2	1	0	0	0
Sahagarh	2nd Sep 2009	29	17	7	2	3	1	1	1	1
Kesli	30th Sep 2009	28	14	7	4	3	3	1	2	2
Deori	30th Sep 2009	29	13	10	4	2	2	2	1	0
Sahapur	14th Sep 2009	57	26	17	6	5	2	2	1	
Rerhli	14th Sep 2009 & 30th Sep 2009									
Rahatgarh	16th Sep 2009	37	23	3	2	5	1	1	2	0
Jaisinagar	16th Sep 2009	36	21	4	8	1	1	3	3	0
Malthone	16th Sep 2009	44	21	13	5	5	1	2	2	
	7th Sep 2009	27	15	8	1	3	0	0	0	0
Total		403	205	105	42	37	14	13	13	3
Chattarpur										
Rajnager	4th Nov 2009	73	36	28	6	4		1	1	1
Nowgaon	4th Nov 2009	64	30	19	5	3	1	2	2	
Isanagar	4th Nov 2009	71	36	21	3	4	2	3	3	9
Badamalhera	5th Nov 2009	32	17	11	1	0	1	2	2	
Laudi	5th Nov 2009	48	19	15	3	4	1	2	2	
Gaurihar	5th Nov 2009	36	19	10	2	1	1	1	3	4
Stai	11th Nov 2009	40	20	14	1	1	1	1	2	
Bakswaha	11th Nov 2009	28	12	10	0	0	1	2	2	2
Total		392	189	128	21	17	8	17	16	16
Tikamgarh										
Badagaon	25.9.2008	64	29	21	9	3	2	0	0	0
Prithvipur	24.9.2008	54	25	19	6	3	1	0	0	0
Jatara	29.9.2008	54	29	18	4	2			1	
Palera	24.9.2008	31								
Baldevgarh	24.9.2008	58								
Niwadi	24.9.2008	57								
Total		318	83	58	19	8	3	0	1	1
Damoh										
Tendukheda	18.9.08	35								
Jabera	18.9.08	32								
Inatta	17.9.08	27								
Palera	18.9.08	22								
Pathariya	17.9.08	27								
Batiyagarh	18.9.08	32								
Hindoriya	18.9.08	56								
Total		231								
Total Division		1613	625	376	94	79	31	42	20	20

Cadre Wise Core Competency Status

	Date of Orientation	Nos. of participants	ANM	LHV	MPWm	MPS	SN	BMO	BPM
Panna									
Amanganj	9-10 December 2009	65	43	2	17	1	1	1	0
Pawal	16-17 December 2009	60	34	3	20	2		1	0
Shahnagar	16-17 December 2009	54	28	3	18	3	1	1	0
Ajaygarh	6-7 January 2010	57	32	3	17	3	2		0
Devendranagar	6-7 January 2010	61	32	3	25	0			1
	Total	297	169	14	97	9	4	3	1
Tikamgarh									
1-6 May 06		16	12	4					
8-13 May 06		16	12	4					
17-22 July 06		16	12	4					
21-26 Aug 06		22	19	2					
21-26 Aug 06		19	15	3					
16-22 April 07		13	11	4					
1-6 May 07		15	13	2					
4-9 June 07		15	13	2					
18-23 June 07		15	13	2					
10-15 Sep 07		12	10	2					
24-29 Sep 07		17	14	3					
22-27 Oct 07		26	23	3					
29-3 Nov 07		27	23	4					
	Total	214	196	39					
Damoh									
17-22 April 06		14	11	3					
29 May -3 June 06		14	11	3					
5-10 June 06		19	19				1		
12-17 June 06		9	8	1			2		
16-22 April 07		13	13		12				
18-23 June 07		18	18						
23-28 July 07		17	14	3					
2-7 July 07		18	18						
20-25 Aug 07		16	15	1					
10-15 Sep 07		22	21	1					
24-29 Sep 07		16	16						
22-27 Oct 07		16	14	2					
	Total	192	178	53	12	9	3	3	1
	Division Total	703	543	53	109	9	7	3	1

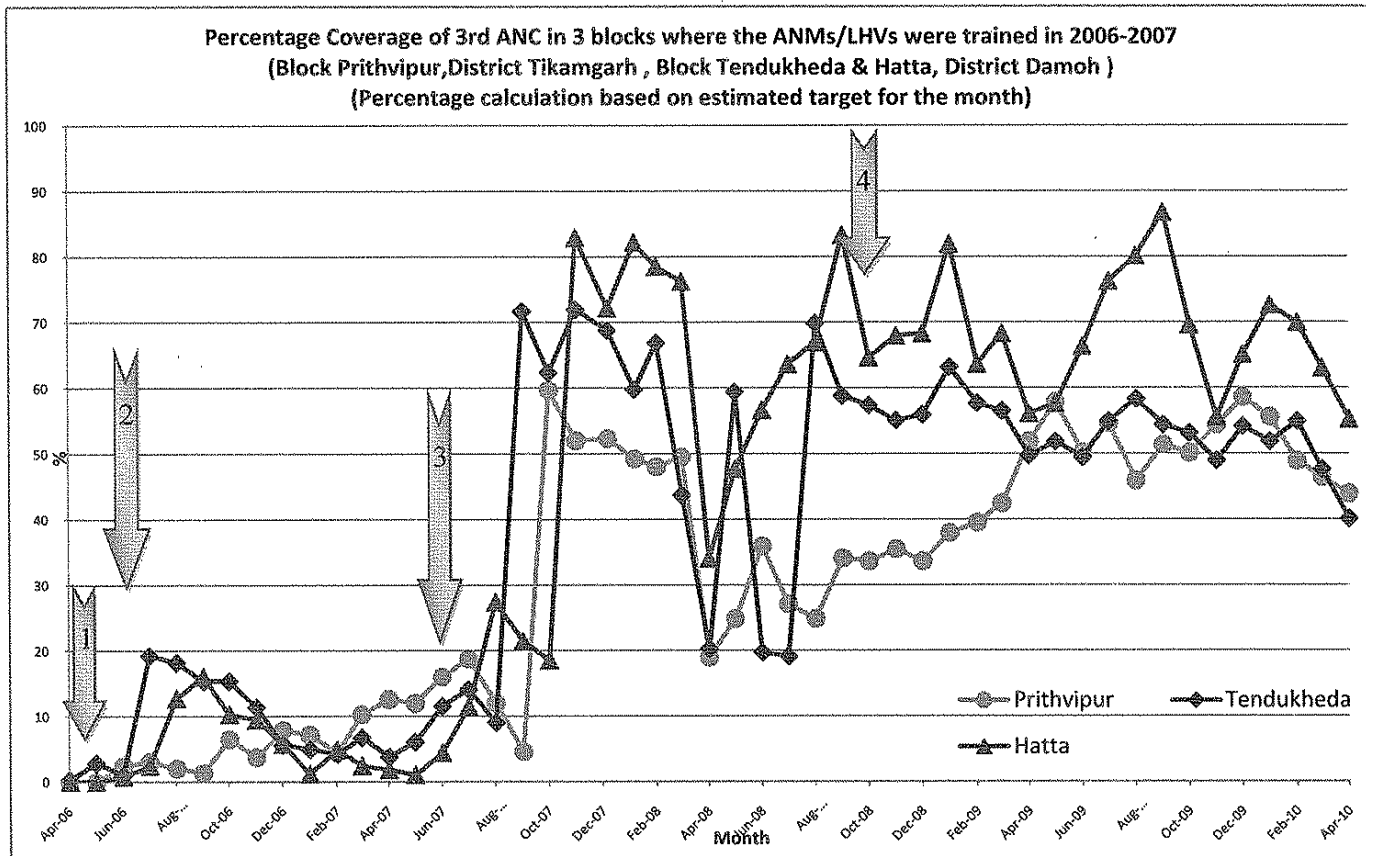
Cadre Wise DEO Training Status

District Name	Date of Orientation	Nos. of participants	DDA	DEO	ASO	BEE	Computer	Other
Damoh	17-19 April 2007	14		8			5	1
Tikamgarh	31 July to 1 Aug 2007	15	1	9		3	1	1
Panna								
Sagar								
Chhatarpur		29	1	17	0	3	6	2

Annex 3: List of Tools and Materials developed by the Project

SN	TOOLS & MATERIALS
GROUP A	CORE COMPETENCY TRAINING (ANC) TRAINING PACKAGE
1	Methodology paper
2	Facilitator Guide (Core Competency Training)
3	SBA Training Module -1 (ANC)
4	ANC skill checklist
5	Illustrated Guideline for SHC organization
6	Training kit for Core Competency
GROUP B	SBA TRAINING PACKAGE
1	Methodology paper
2	SBA Training Modules – 1, 2 & 3 (ANC, INC, PNC)
3	Facilitator Guide (SBA Training)
4	ANC & INC Skill checklist
5	Illustrated Guidelines for DH/CHC/PHC
6	12 Steps for Maternity Wing Organisation
7	Training kit for SBA
GROUP C	POSTERS / CHARTS
1	Baby Wrapping
2	Kangaroo Mother Care
3	Optimal Infant Feeding Practices
4	Handwashing
5	Antenatal Checkup
6	Protocols for SHC
7	Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL)
8	Postnatal Care
9	Bio Medical Waste Management
10	Calculation of Expected Date of Delivery (EDD)
11	Essential Drug List at Sub Health Centres
GROUP D	VIDEO FILMS
1	Antenatal Clinic at Health Post
2	How to organize Maternity Wing at Peripheral Hospital (CHC/PHC)
3	How to conduct Village Health & Nutrition Day (VHND)
GROUP E	ORIENTATION KITS
1	Village Health & Nutrition Day
2	Bio Medical Waste Management
3	Monitoring and Evaluation

ANNEX 4 ANC Coverage Graph



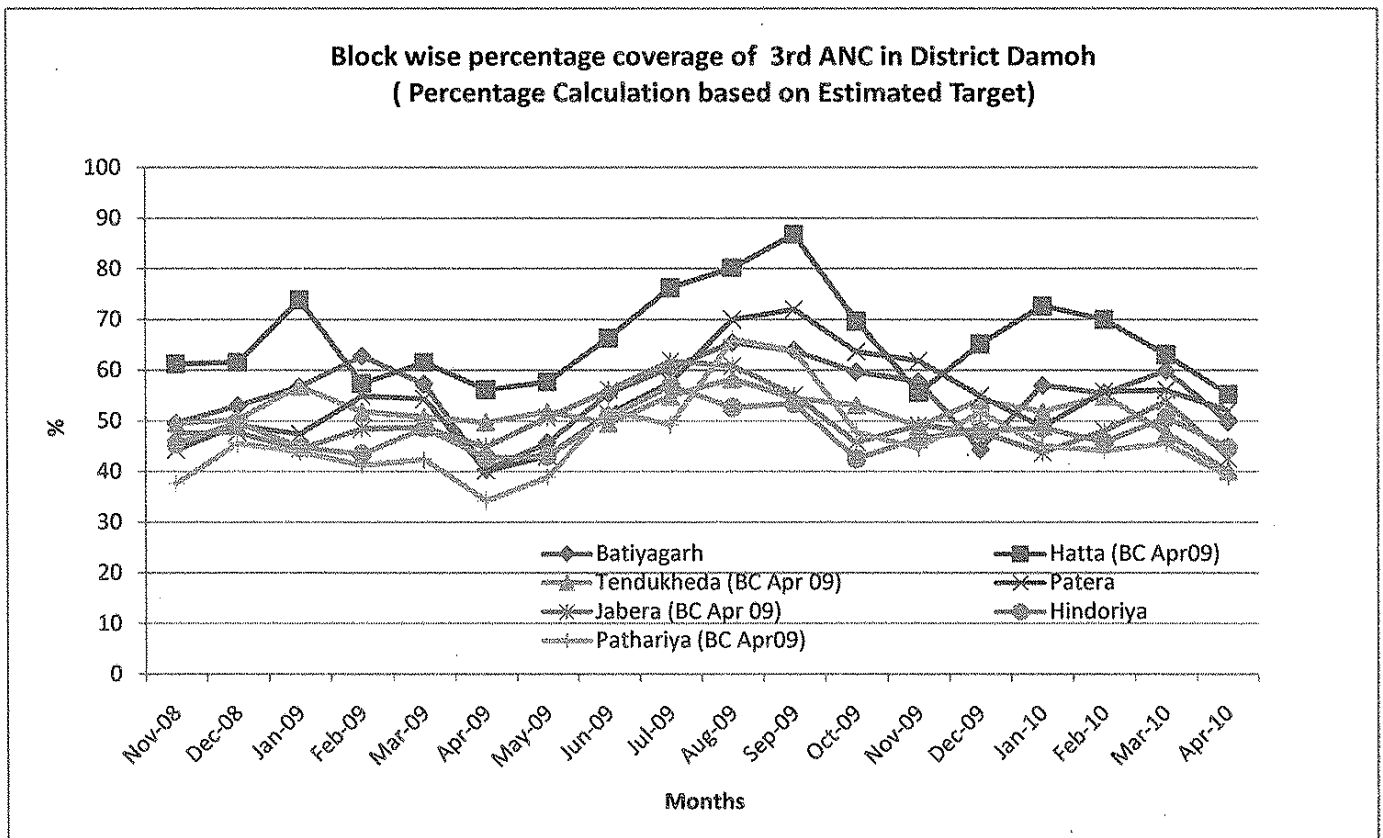
The graph shows that there is a drastic change in coverage from year 2006 (around 10%) to year 2007 (around 50%).

This change is attributable to the introduction of JICA Block Coordinator (BC) in June 2007. Prior to that ANC training and consecutive training had some effect on initiation of complete ANC check-up, but this was not sustained.

Milestone

- 1. ANC training : April 06 to Nov 2007
- 2. Hand Holding: : June 06 to Sep 2007
- 3. JICA BC Posting : June 2007
- 4. MH Card Re –orientation : September 2008

ANNEX 4 ANC Coverage Graph



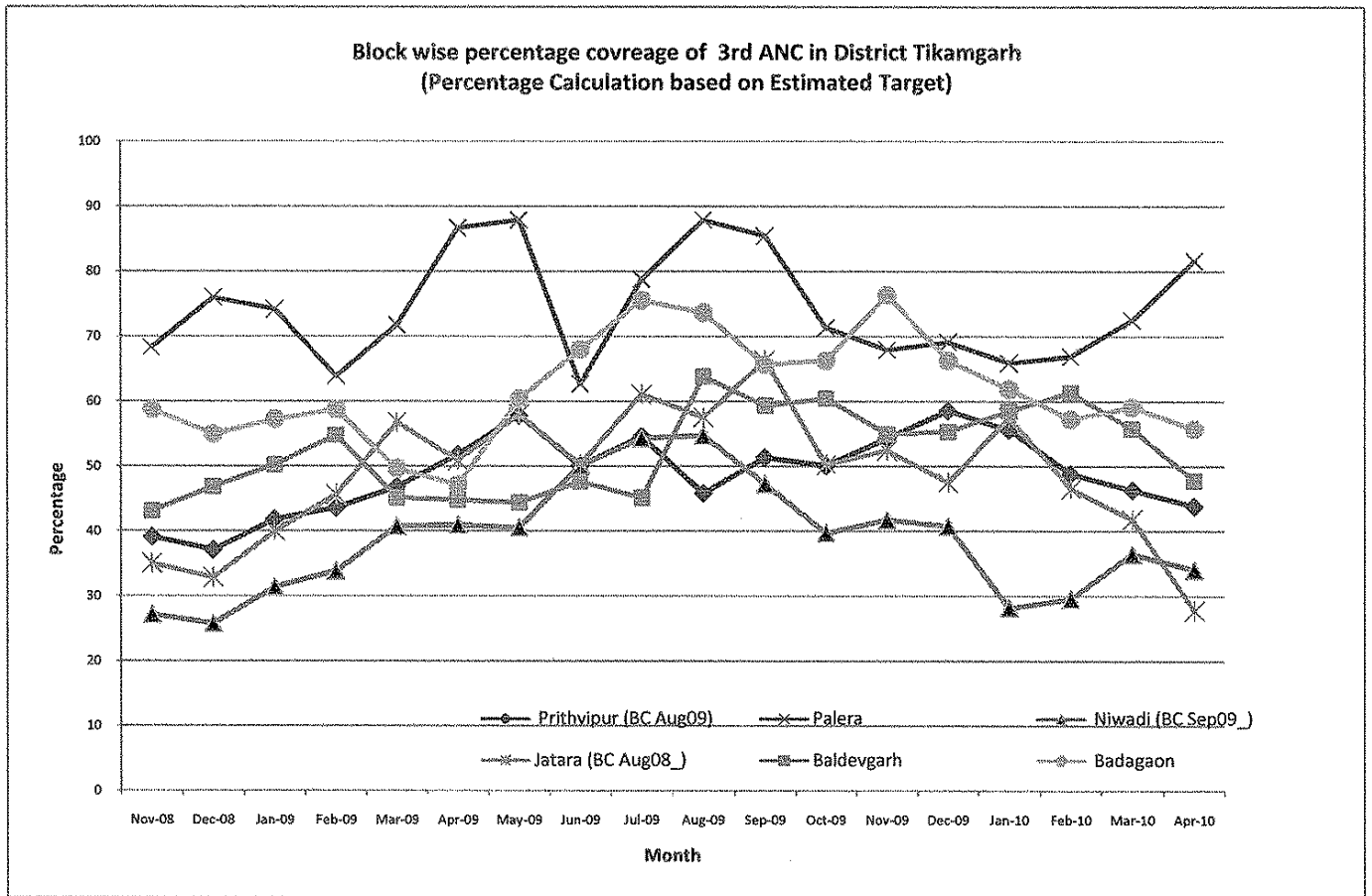
The graph shows that the average performance of the blocks is around 50%. Among all the blocks Hatta performance is around 60%

It is generally observed that there are two gap months, affecting the coverage of ANC cases.

- Peak delivery period : July and September reflecting the common marriage season November to February
- Family Planning Programme : October to January ANMs are mobilized for management of LTT cases at facilities.
- Programme planning and target setting: April is the month of setting target and planning for the year.

However in Damoh these seasonality was rather moderate, may be because of consistency of ANM's work on ANC in April and October-January, and accessibility problem during the peak season July-Sep.

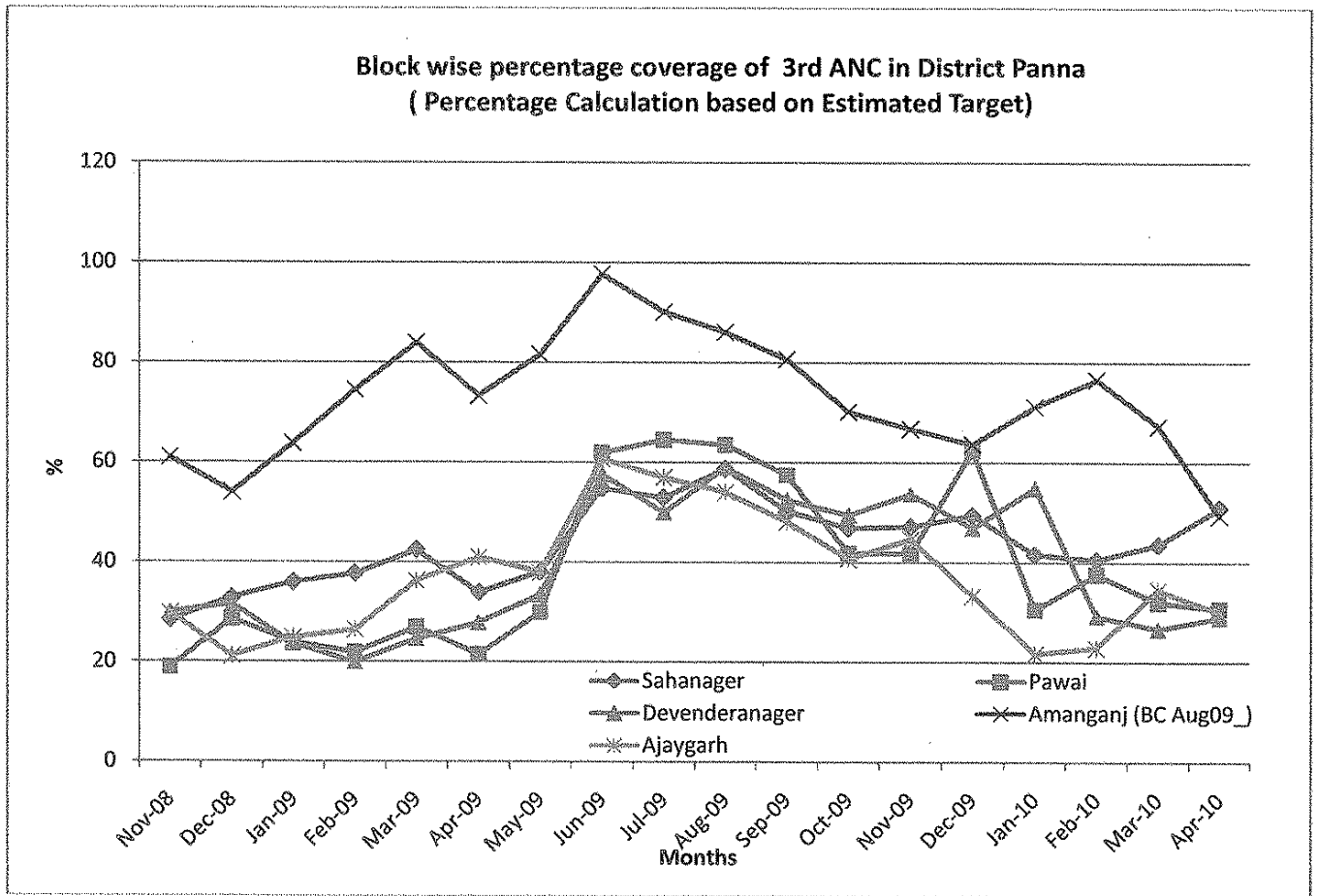
ANNEX 4 ANC Coverage Graph



The graph shows that the percentage coverage of each block is irregular. Average coverage is about 40%.

The irregular coverage is attributable to the frequent change of Block Medical Officers (BMOs) as well Chief Medical & Health Officer (CMHO) in the district.

ANNEX 4 ANC Coverage Graph



The graph shows that there is a change in coverage from Nov 08 (around 20%) to between Oct-Dec 09 (About 40%). The decline in coverage is attributable to the family planning programme, as the fiscal year 2010-11 is declared as family planning year in the state.

The delivery cases are at peak between July and September 09, reflecting more number of complete ANC check-up coverage during month May and June.

Annex 5: Data Analyzed by the Project for End line Evaluation – 2010

1. Performance against PDM indicators

PDM Indicator	Activities	Chhatarpur	Damoh	Panna	Sagar	Tikamgarh	Total
	Total no. of ANMs / LHV/SNs posted	290	239	218	355	318	
1.1	No. of ANMs / LHV/SNs who acquired basic SBA skills	89 (31%)	96 (40%)	64 (29%)	-	76 (24%)	325
1.2	No. of ANMs / LHV/SNs trained on ANC for 6 days	-	192 (80%)	15	-	235 (74%)	442
	No. of ANMs / LHV/SNs trained on ANC for 2 days	-	-	183 (84%)	-	-	183
Note: In addition to 183 ANMs/LHVs, 114 health staff including MPWs/MPS/Block Manager of Panna district attended the ANC training on first day.							
2	No. of CHCs Existing	10	7	6	11	6	40
	Maternity Wing Organization status						
	with Duty Roaster	2 (20%)	6 (86%)	2 (33%)	9 (82%)	2 (33%)	21 (52%)
	with 5 trays	0 (0%)	7 (100%)	1 (17%)	8 (73%)	1 (17%)	17 (42%)
	with 4 corners	1 (10%)	5 (71%)	2 (33%)	8 (73%)	2 (33%)	18 (45%)
2-additional	No. of CHCs with BMW prerequisites						
	with Color coded bins	0 (0%)	5 (71%)	1 (16%)	9 (82%)	1 (17%)	16 (40%)
	with Sharp pit	2 (20%)	5 (71%)	6 (100%)	9 (82%)	2 (33%)	24 (60%)
	with Deep burial pits	1 (10%)	7 (100%)	3 (50%)	9 (82%)	0 (0%)	20 (50%)

2. **PDM Indicator 2** : Organised SHCs- 237 out of 338 (71%) in 13 blocks
3. ANC coverage - see graph in Section IV
4. No. of ANMs filling MH Cards - 308 out of 488 (63%) in 21 blocks
5. No. of data managers trained on new reporting formats – 109 in 5 districts

6. *PDM Indicator 2- additional*: Management status of SHCs accredited for delivery services in Damoh and Panna district.

S.N.	Indicator	Damoh	Panna	Total	%
Total no. of accredited SHC		18	18	36	
1	Functional toilet	16	15	31	86
2	Earmarked corners	13	0	13	36
3	Basic infrastructure (3 rooms, water & electricity)	8	18	26	72
4	5 trays	9	0	9	25

7. SHC based deliveries

S.N.	Indicator	Damoh	Panna
1	Time duration of SHC based delivery	Starting month Aug,09__	Starting month Feb.10__
2	Total no. of delivery	1072	367
3	No. of case referral to higher level	40	29

8. *PDM Indicator 3.1* : No. of data collectors trained on NRHM reporting formats (version 2008)-

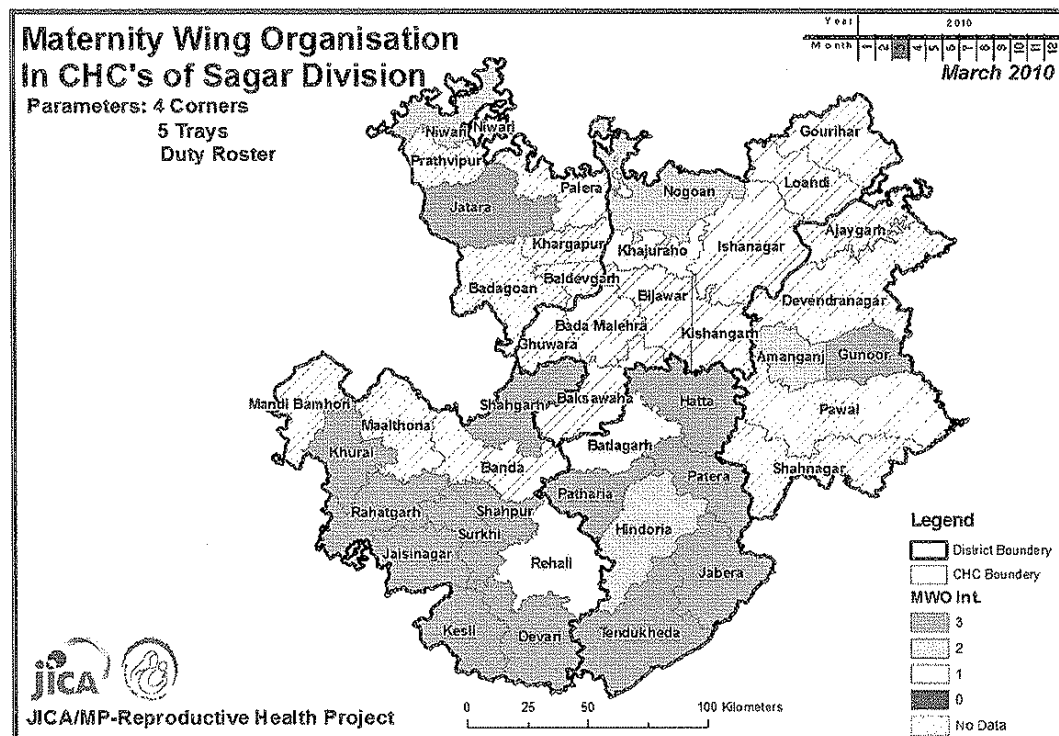
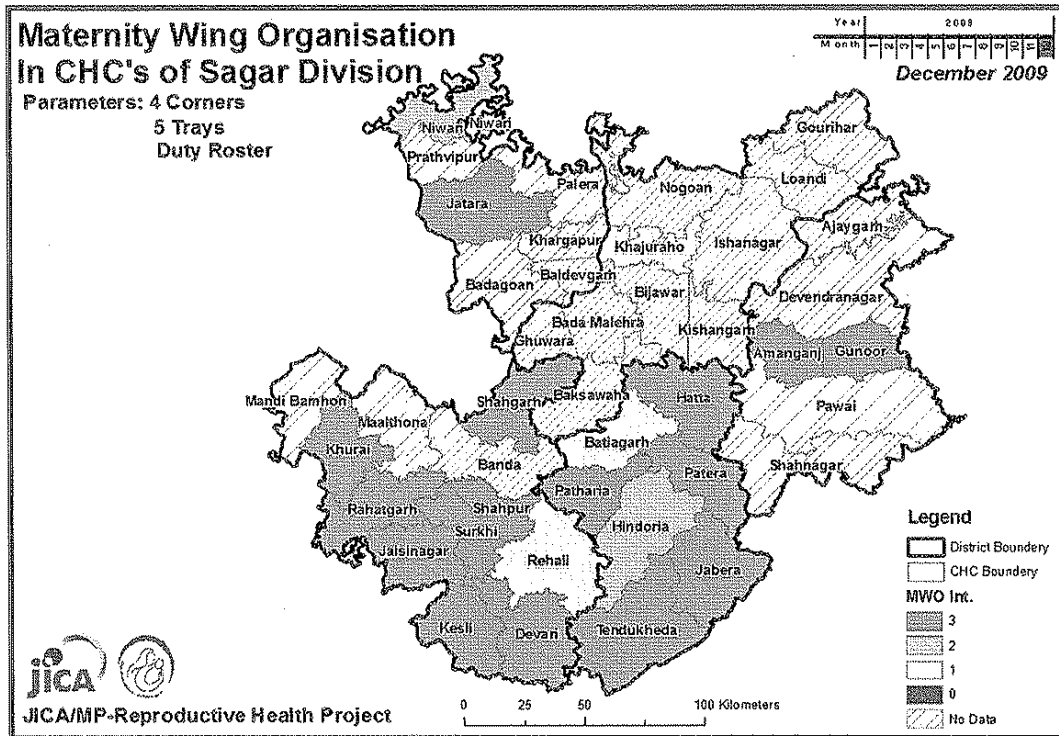
Activities	Chhatarpur **			Damoh ***			Panna *			Sagar *			Tikamgarh *			Total		
	Staff Posted	trained	%	Staff Posted	trained	%	Staff Posted	trained	%	Staff Posted	trained	%	Staff Posted	trained	%	Staff Posted	trained	%
ANMs	242	192	79	193	168	87	195	126	65	284	197	69	249	184	74	1163	867	75
MPWs	165	125	76	107	100	93	111	78	70	123	93	76	143	91	64	649	487	75
Supervisors	56	47	84	52	45	87	34	24	71	80	64	80	62	53	85	284	233	82
Staff Nurses	17	4	24	18	0	0	8	3	38	29	4	14	17	5	29	89	16	18
Total	480	368	77	370	313	85	348	231	66	516	358	69	471	333	71	2185	1603	73

Note : 1.* - JICA assisted
 2.** - Partially assisted by JICA
 3.*** - District initiated

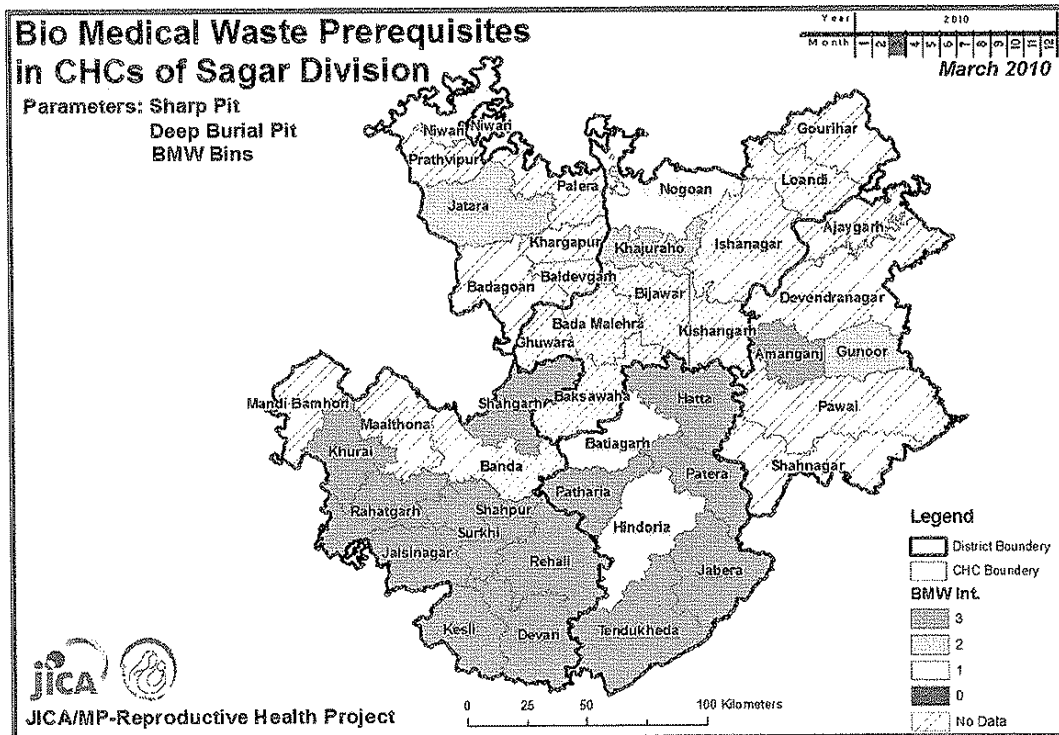
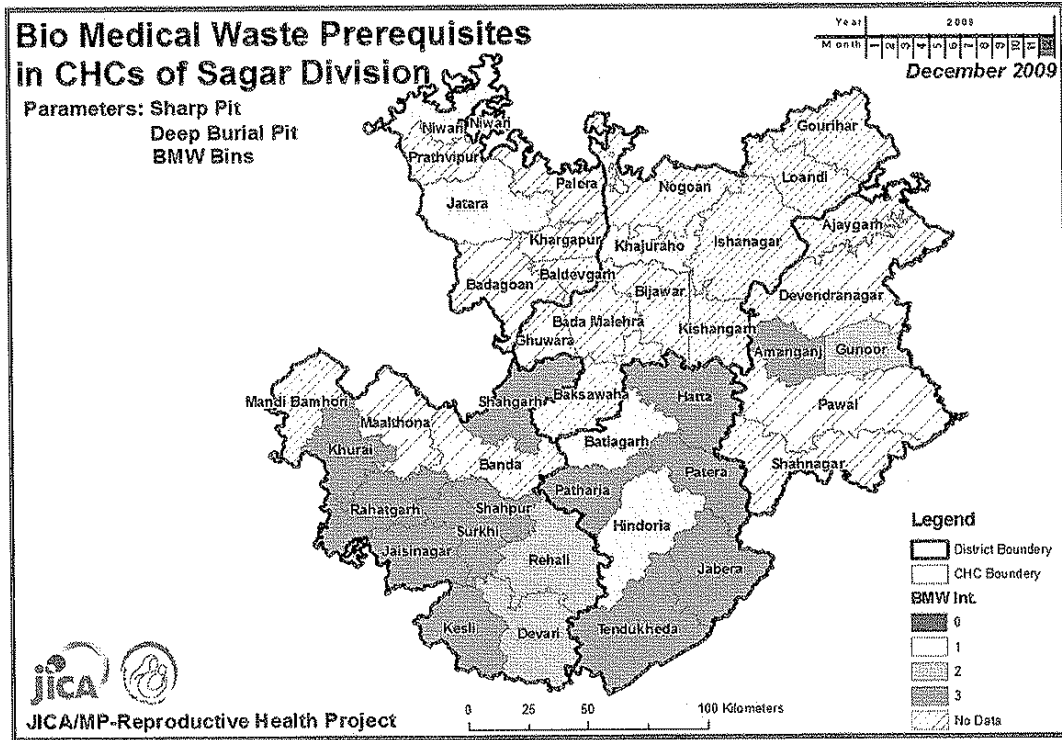
9. *PDM Indicator 3.2* : No of blocks regularly reporting on new NRHM formats - 37 (100%)

10. No of BPMs taking charge as Quality monitors at SHC level as per 2 days orientation given by JICA - 30 out of 31 (97%) BPM posted OR 30 out of 37 blocks (81%).

ANNEX 6: GIS Mapping on Maternal Wing Organization



ANNEX 6: GIS Mapping on BMW



List of Interviewee

1. Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh

- (1) Commissioner Health
- (2) Regional Joint Director(Bhopal and Sagar Division)
- (3) Deputy Director – Immunization, VHND, Pulse Polio

2. Tikamgarh Disgtrict

- (4) Auxiliary Nurse Midwife (ANM) - Orrcha SHC
- (5) Lady Health Visitor (LHV) - Orrcha PHC
- (6) Medical Officer (MO) - Niwadi CHC
- (7) Lady Medical Officer - Niwadi CHC
- (8) Staff Nurse (SN) - Prthivipur CHC
- (9) Data Entry Officer (DEO) - Prthivipur CHC
- (10) I/C Computer - Prthivipur CHC
- (11) Community Medical and Health Officer (CMHO)

3. Chhatarpur District

- (12) District Program Manager (DPM) - District Program Management Unit
- (13) SN and SBA Tutor - District Hospital
- (14) Lady Medical Officer and SBA Tutor – District Hospital

4. Panna District

- (15) SN and SBA Tutor - District Training Centre
- (16) Civil Surgeon and SBA Tutor - District Training Centre
- (17) Monitoring and Evaluation Officer - District Program Management Unit

5. Damoh District

- (18) Civil Surgeon - District Hospital
- (19) Lady Medical Officer - District Hospital
- (20) SN and SBA Tutor - District Hospital
- (21) District Training Officer - Core Competency Training Centre
- (22) DPM - District Program Management Unit
- (23) ANM - Sailwada SHC
- (24) Multi-Purpose Worker (MPW) - Sailwada SHC

(25) Block Medical Officer (BMO) – Tendukheda CHC

(26) SN (SN) - Tendukheda CHC

(27) MO – Sihora PHC

6. JICA/MP RH Project

(28) Chief Advisor

(29) Coordinator/HMIS Expert

(30) Project Operation Manager/TQM Specialist

(31) Human Resource Management Specialist

(32) Health Management Information System Specialist

(33) Training Coordinator

(34) Documentation Coordinator

(35) Block Coordinators – Damoh, Niwari, Jatara, Amangani, Tendukheda

7. DFID (Bhopal Office)

(36) State Representative

(37) Assistant Program Officer

8. MP TAST

(38) Team Leader

(39) Expert

9. NIPI

(40) Senior Program Officer

10. Academy for Nursing Studies & Women's Empowerment Research Studies

(41) Director

REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT IN THE STATE OF MADHYA PRADESH (PHASE 2)

Project Duration: 17 Jan 2007 to 16 Jan 2011 (four years)
 Project Area: Sagar Division (Districts of Chattarpur, Damoh, Panna, Sagar & Tikamgarh);
 Target Group:

Version 1 (tentative)

Date: 14, May, 2009

OVERALL GOAL	NARRATIVE SUMMARY	VERIFIABLE INDICATOR	MODE OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
The State health sector ensures quality mother and new born child health services.		MMR of the State level	SRS (Sample Registration System)	-Operational guidelines of RH developed by the project are adopted by the State of MP. -NRHM/RCH-II continues
PROJECT PURPOSE	To increase the number of pregnant women and mothers who receive quality MH services by the nursing cadres, with special emphasis on the ANMs.	No. of pregnant women who received at least three ANC checkups	ANM Register reviewed by BMO Register of CHCs/PHCs MH card	
OUTPUTS				
1. ANMs and related cadres* are capacitated to conduct quality health services		No. of ANMs/LHVs who acquired basic SBA knowledge/skills	test after completion of the training courses;	
2. The workplace environment is improved for the quality MCH services at the health facilities (SHCs, PHCs and CHCs).		No. of ANMs who acquired knowledge/skills of core competency	MH Card; Partograph	
3. ANMs become effective data managers.		No. of health facilities qualified by the standard criteria**	Reports by Districts and RJD Office, Sagar	
4. ANMs' communication capacity is enhanced.		No. of ANMs/LHVs reporting regularly using proper formats	Block/District Programme Review Reports,	
5. Project achievements and lessons learned in the pilot area are disseminated and scaled up to the project area.		No. of Blocks performing Programme review based on validated data	Project Record	
		No. of VHND held	State Report	
		No. of districts where project achievement is introduced		
ACTIVITIES		INPUTS	BY JICA	
1.1. To train the trainers of district ANMTC on training management and monitoring in collaboration with SHMC		BY GoI AND GoMP	JICA Experts:	
1.2. To conduct in-service training courses for ANMs/LHVs on SBA including Core Competency		Project C/P=Department of Health and Family Welfare, GoMP	Long term - Health Sector Planning;	RCH-II and NRHM programmes continue up to the end of the Project.
1.3. Periodical assessment of knowledge/skill acquisition by the trained ANMs/LHVs		- Health Commissioner,	Long term - Project Coordinator cum HIMS;	
1.4. To promote job sharing between ANMs and MPW-Males in the Pilot Area		- DPH	Short term (TQM, Nursing/Midwifery, Gender & Social Studies)	
1.5. To create pilot model for supportive supervision		- JD-RCH	Local consultants:	
2.1. To facilitate DPMs/BPMs for equipment supply and logistics		- JD-Planning	(Nursing & Midwifery, TOM, HIMS, IEC/BCC).	
2.2. To promote rational layout of the maternity wing of CHC/PHC		- Deputy Director Gynecology	Training in Japan (TOM)	
2.3. To promote Total Quality Management at PHCs/CHCs		- Director, IEC Bureau	Running cost (minor construction, minor equipment, in-country training; consultants)	
3.1. To streamline procedures for data collection and reporting by ANMs and MPW-Males		- Regional Director, Sagar		
3.2. To conduct training courses on Information Management to Block Health Managers		Office space		
3.3. To promote HIMS (including GIS) for performance review at the Block level		Running cost of C/P		
4.1. To develop IEC/BCC materials in collaboration with the State IEC Bureau				
4.2. To promote collaboration between the local health promoters (ANMs, MPW-Males, AWWs, ASHAs, etc.)				
4.3. To conduct IEC/BCC campaigns on Safe Motherhood Initiative				
5.1. To conduct dissemination events (workshops, seminars)				
5.2. To promote peer learning (including exposure visits)				

Note: Pilot Area = Damoh District (Hatta & Tendukheda Blocks) + Tikamgarh District (Prithvipur + Valdevgarh Blocks)

* Related cadre: LHVs, MPW-males, Male Supervisors

** Standard Criteria: Arrangement of 4 corners and 5 trays as per IPHS.

3. 評価グリッド

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
実績・実施プロセスの確認	投入	MP 州側投入実績「計画どおりにインド側から投入が行われたか」	C/P 配置プロジェクトに必要な人員は配置されたか。	C/P 配置実績表	資料レビュー
		日本側投入実績「計画どおりに日本側から投入が行われたか」	プロジェクト実施に必要な経費は投入されたか 専門家の派遣は、計画どおり行われたか（長期、短期、各指導分野、人数、タイミング等）。 C/P 研修への受入れはあったか（研修内容、人数、時期）。 プロジェクトの実施に必要な機材は投入されたか（種類、数量、目的）。	ローカルコスト負担実績表 専門家派遣実績表 C/P 研修実績表 機材供与実績表 コスト負担実績表	資料レビュー 資料レビュー 資料レビュー 資料レビュー 資料レビュー
活動		活動の進捗状況	活動の進捗状況（活動計画の確認、計画どおりか）	プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	資料レビュー インタビュー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ） 質問票（DoHFW/専門家）
成果の達成状況		成果 1 ANM 及び関連職種*が質の高い保健サービスを提供できるようになる。 (*LHVs, MPW-mates, Male Supervisors)	指標 1-1 「熟練助産者に係る基本的な SBA 知識・技術を習得した ANM 及び LHVs の数」は、プロジェクト実施後、増加したか。	ANC 研修等の実績表 プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	資料レビュー インタビュー（ANM 及び関連職種等の研修参加者/専門家/現地プロジェクトスタッフ） 質問票（専門家） 保健施設現地踏査（SHC/PHC/CHC 等）
			指標 1-2 「コア・コンピタンスを習得した ANM の数」は、プロジェクト実施後、増加したか。	Core Competency 研修実績表 プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	資料レビュー インタビュー（ANM 及び関連職種等の研修参加者/専門家/現地プロジェクトスタッフ） 質問票（専門家） 保健施設現地踏査（SHC/PHC/CHC 等）

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
	成果2 保健施設 (SHC, PHC, CHC) において質の高い母子保健サービスが提供できるよう職場環境が改善される。	指標 2-1 「(IPHS:インド政府の公衆衛生)基準を満たした保健施設の数」は、プロジェクト実施後、増加したか。	<ul style="list-style-type: none"> 産科病棟整備及び医療廃棄物処理研修実績表 プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ・JOCV 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (ANM 及び関連職種等の研修参加者/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV 等) 質問票 (専門家) 保健施設現地踏査 (SHC/PHC/CHC 等) 	
		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」は、プロジェクト実施後、増加したか。	<ul style="list-style-type: none"> NRHM 報告様式に係る HMIS 研修実績表 プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ・JOCV 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (ANM 及び関連職種等の研修参加者/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV 等) 質問票 (専門家) 保健施設現地踏査 (SHC/PHC/CHC 等) 	
	成果3 ANM が有能なデータ管理者となる。	指標 3-2 「正確な情報に基づいて業務管理を実施しているプロジェクトの数」は、プロジェクト実施後、増加したか。	<ul style="list-style-type: none"> NRHM 報告様式に係る HMIS 研修実績表 プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ・JOCV 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (県・郡の C/P (OHMO, BMO 等)/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV 等) 質問票 (専門家) 保健施設現地踏査 (CHC 等) 	
		指標 3-3 「ブロッックレベルからのサポーティブ・スパー・ビジョンの実施数」は、プロジェクト実施後、増加したか。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ・JOCV 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (県・郡の C/P (OHMO, BMO 等)/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV 等) 質問票 (専門家) 保健施設現地踏査 (CHC 等) 	
成果4 ANM のコミュニケーション能力が高められる。	指標 4-1 「村落保健栄養の日 (Village Health Nutrition Day: VHND) の実施数」はプロジェクト実施後、増加したか。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (県・郡の C/P (OHMO, BMO 等)/ANM 及び関連職種/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) 質問票 (専門家) 		

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
実施プロセス	プロジェクトの達成状況	成果5 パイロット地域におけるプロジェクトの成果及び教訓が州全体に普及される。	指標5-1 「プロジェクト成果が紹介された県の数」の推移	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（州・地域・県・郡のC/P（DoHFW, RJD, CMHO, DPM, BMO等）/専門家/現地プロジェクトスタッフ） 質問票（専門家）
		プロジェクト目標 看護職、特にANMによる質の高い母子保健サービスの提供が増加する。	指標 「産前検診を少なくとも3回受けた妊婦の数」は、プロジェクト終了までに、どの程度増加する見込みか。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（州・地域・県・郡のC/P（DoHFW, RJD, CMHO, DPM, BMO等）/専門家/現地プロジェクトスタッフ） 質問票（DoHFW/専門家） 保健施設現地踏査（SHC/PHC/CHC等）
	モニタリングの仕組み	プロジェクトの進捗は、誰が、どのように、どのような頻度で、モニタリングし、その結果がプロジェクト運営に反映されているか。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 プロジェクト外部評価報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ・JICA インド事務所 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JICA インド事務所） 	
	意思決定プロセス	活動内容の軌道修正・人員の選定等に係る決定はどのようなプロセスで行われているか。	PDM・P0は、活用・修正されたか。	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JICA インド事務所） 	
	プロジェクトと相手国側関係機関とのコミュニケーション	プロジェクトと相手方関係機関とのコミュニケーション（方法・頻度・信頼関係の確立等）は適切だったか。	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（州・地域・県・郡、保健区のC/P及び保健施設関係者）/専門家/現地プロジェクトスタッフ 質問票（DoHFW/専門家） 	
	JICA事務所とプロジェクトチームのコミュニケーション（協議・連絡）は、効果的	JICA インド事務所とプロジェクトとのコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト進捗報告書 専門家・JICA インド事務所 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（専門家/JICA インド事務所） 	

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
		に行われているか。	<p>必要情報・データ ヨン（方法・頻度・軌道修正への迅速な対応・助言等）は適切だったか。</p> <p>プロジェクト内（専門家と現地プロジェクトスタッフ）とのコミュニケーションは、適切だったか（方法、頻度、計画変更等への対応状況、課題の解決方法等）。</p> <p>MP州側の関係機関（州、地域、県、郡、セクターのC/P機関及び対象保健施設）のコミュニケーションは、適切だったか（方法、頻度、計画変更等への対応状況、課題の解決方法等）。</p>	<p>情報源 ・プロジェクト進捗報告書 ・専門家・現地プロジェクトスタッフ</p> <p>・資料レビュー ・インタビュー（専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（専門家）</p>	<p>データ収集方法 ・ド事務所</p>
		プロジェクトチーム内のコミュニケーションの仕組みは効果的か。		<p>プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ</p>	<p>資料レビュー ・インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P及び保健施設関係者） ・質問票（DoHFW）</p>
		MP州側の関係機関内のコミュニケーションは円滑か。		<p>プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ</p>	<p>資料レビュー ・インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P/専門家/現地プロジェクトスタッフ等） ・質問票（DoHFW/専門家）</p>
		技術移転の方法は適切か。	<p>プロジェクトによる技術移転の内容、方法は適切だったか。</p>	<p>プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ</p>	<p>資料レビュー ・インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P/専門家/現地プロジェクトスタッフ等） ・質問票（DoHFW/専門家）</p>
		C/P、関係組織、ターゲットグループがプロジェクト活動にどのようにかかわっているか。	<p>相手国側責任者（プロジェクト責任者、関係機関の責任者）、実施機関、ターゲットグループのプロジェクトへの参加度・オーナーシップ等はどの程度か。</p>	<p>プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ</p>	<p>資料レビュー ・インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P、保健施設関係者/専門家/現地プロジェクトスタッフ等） ・質問票（DoHFW/専門家）</p>

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
5 項目評価	妥当性	必要性	プロジェクトは、中間評価以降も、MP 州の母子保健対策において住民のニーズに合致しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 中間評価調査報告書 プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P、保健施設関係者/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV等） 質問票（DoHFW/専門家）
		優先度	上位目標やプロジェクト目標は、インドの国家開発計画・保健医療政策に合致しているか。また MP 州の母子保健対策とも合致しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 国家開発計画における MP 州母子保健対策の位置づけ プロジェクトは MP 州・母子保健政策に係る中長期計画のめざす方向性と、合致しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 国家農村保健計画 (National Rural Health Mission, NRHM) リプロダクティブヘルス及び子どもの健康プログラム (Reproductive and Child Health Programme Phase II: RCH-II) MP 州母子保健政策の中長期計画（あれば） 中間評価調査報告書 プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ
			プロジェクトは、日本の援助政策、JICA の国別援助実施計画における優先支援分野と合致するか。	<ul style="list-style-type: none"> ODA 政策 JICA インド事務所事業計画 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (JICA インド事務所)
		手段としての適切性	プロジェクトデザインは、MP 州の保健プログラム等 (NRHM 等) に対する投入として適切だったか。	<ul style="list-style-type: none"> 事前・中間調査報告書 PDM₀, PDM₁ プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> 資料レビュー インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等)
			「活動」→「成果」→「プロジェクト目標」→「上位目標」に至る論理性、外部条件の設定は適切だったか。	<ul style="list-style-type: none"> 事前・中間調査報告書 PDM₀, PDM₁ プロジェクト進捗報告書 C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ 	<ul style="list-style-type: none"> インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等)

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
有効性		対象地域及びターゲットグループの選択は適切であったか。	対象地域及びターゲットグループの選択は、ニーズ、受け入れやすさ、規模、公平性、課題の大きさ等の観点で、適切であったか。	・事前・中間調査報告書 ・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票 (DoHFW/専門家)
	その他	中間評価以降、プロジェクトを取り巻く環境 (政策、経済、社会など) に変化はあったか。	中間評価以降、政策、経済、社会等における大きな変化はあったか。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票 (DoHFW/専門家)
	プロジェクト目標の達成の見込み	プロジェクト目標 (看護職、特に ANM) による質の高い母子保健サービスが受けられる妊産婦が増加する) の達成度 プロジェクト目標達成・効果発現に貢献した要因は何か。	産前健診を少なくとも 3 回受けた妊産婦の数は、どの程度増加する見込みか。 プロジェクト目標達成・効果発現を促進した事例・及びその理由は何か。	「実績」の項「プロジェクト目標の達成状況」参照 ・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	同左 ・資料レビュー ・インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票 (DoHFW/専門家)
	成果とプロジェクトの関係	プロジェクト目標の達成を阻害する要因はあったか。	プロジェクト目標達成・効果発現を阻害した事例・及びその理由は何かかまたどのような対処したか。 成果とプロジェクト目標の因果関係、成果の貢献度	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票 (DoHFW/専門家)
	成果の達成度	プロジェクト終了までに、成果は達成できる見込みか。 プロジェクトの効率性に影響を与えたその他の促進・阻害要因はあるか。	成果の達成度は適切か。 成果の達成に影響を与えた促進・阻害要因はあるか。 専門家の派遣は適切だったか (専門性・能力、人数、派遣期間及びタイミング)。	プロジェクトの「実績」の項「成果の達成状況」参照 ・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	同左 ・資料レビュー ・インタビュー (DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等)
効果率	投入の適切性	成果を得るために、投入の量・質・タイミングは適切だったか。		・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー (州、地域、県、郡、保健区の C/P、保健施設関係者/専門家/現地プロジェクトスタッフ) ・質問票 (DoHFW/専門家)

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
インタビュー	他の協力形態との連携	JICAの他のスキーム(JOCV等)・プロジェクトとの連携は適切だったか。 他の援助機関との連携は適切だったか。	供与機材の投入は適切だったか(性能、数、タイミング)。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー ・質問票(DoHFW/専門家)
			カウンターパート研修の実施は適切だったか(内容、期間)。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー(州、地域、県、郡、保健区のC/P、保健施設関係者/専門家/現地プロジェクトスタッフ) ・質問票(DoHFW/専門家)
			プロジェクト運営費は適切だったか(額、タイミング)。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー(州、地域、県、郡、保健区のC/P、保健施設関係者/専門家/現地プロジェクトスタッフ) ・質問票
			C/Pの配置は適切だったか(専門性、能力、人数、タイミング)。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー(州、地域、県、郡、保健区のC/P、保健施設関係者/専門家/現地プロジェクトスタッフ) ・質問票(DoHFW/専門家)
			その他のJICA関連スキームとの連携例及びその効果	・プロジェクト進捗報告書 ・専門家・JOCV	・資料レビュー ・インタビュー(専門家/JOCV) ・質問票(専門家)
			研修等の実施において、他の援助機関との連携例はあるか。	・プロジェクト進捗報告書 ・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー(専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票(専門家)
			プロジェクト終了後、5年以上に、「州保健局によって質の高い母子保健サービスが提供される」見込みはあるか。	・プロジェクト終了後、5年以上に、「州保健局によって質の高い母子保健サービスが提供される」見込みはあるか。	・インタビュー(DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票(DoHFW/専門家)
			上位目標はプロジェクト終了後、その効果として発現が見込まれるか。	・プロジェクト終了後、その効果として発現が見込まれるか。	・インタビュー(DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票(DoHFW/専門家)
			上位目標の達成を阻害する要因はあるか。	・上位目標の達成を阻害する要因はあるか。	・インタビュー(DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票(DoHFW/専門家)
			上位目標とプロジェクト目標の因果関係	・上位目標とプロジェクト目標は乖離していないか。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ
上位目標とプロジェクト目標の因果関係	・上位目標とプロジェクト目標は乖離していないか。 ・外部条件の影響	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・インタビュー(DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ等) ・質問票(DoHFW/専門家)		

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
自発性	波及効果	想定されていないあったプラス/マイナスの効果・影響はあったか。	プロジェクトの実施により、下記の点で、プロジェクト開始時、想定されていなかったプラス/マイナスの効果・影響はあったか。 ・政策、法律、制度、基準の整備への影響 ・社会・文化的側面（貧富、ジェンダー等）への影響 ・環境への影響 ・技術面での変革による影響等	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（DoHFW/専門家）
		政策・制度面	プロジェクト成果の広がりを促進する制度・組織が整備されているか。また、広がりを阻害する制度・組織があるか。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（専門家）
組織面	組織面	協力終了後も活動を実施する組織能力、オーナーシップは有しているか。	プロジェクト成果の普及は、MP州の母子保健政策に係る中長期計画のめざす方向性と、合致しているか。 州保健家族福祉省及び県・郡・保健区等の組織能力及び人材配置計画は、プロジェクト成果を継続・普及するのに十分か。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P/専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（DoHFW/専門家）
		活動の実施に必要な連携体制は整備されているか。	プロジェクト成果の継続・普及に当たり、各レベル間（中央・地域・県・保健区等）の連携・連絡体制は良好か。 対象県間で、プロジェクト成果に係る情報共有の機会はあるか。	・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	・資料レビュー ・インタビュー（州、地域、県、郡、保健区のC/P/専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（DoHFW/専門家）

評価項目	評価設問		必要な情報・データ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目			
			あるか。 ANN及び関連職種的能力・機能強化のため、州保健家族福祉省と他の機関（研修機関、大学等）との連携は行われているか。 プロジェクト成果の継続・普及に当たり、州保健家族福祉省は、活動に必要な予算措置を行っているか（見込みか）。 C/Pは、プロジェクト終了後、独自にプロジェクト成果を継続・普及させていくだけの技術・能力を有するか。 ・内部技術移転の状況 ・研修システムの確立 ・モニタリング能力	プロジェクト ・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ ・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ ・プロジェクト進捗報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	保健区のC/P/専門家/現地プロジェクトスタッフ ・質問票（専門家） ・資料レビュー ・インタビュアー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（専門家） ・資料レビュー ・インタビュアー（DoHFW/専門家/現地プロジェクトスタッフ） ・質問票（DoHFW/専門家） ・資料レビュー ・インタビュアー（州、地域、県、郡、保健区のC/P/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV等） ・質問票（DoHFW/専門家）
	財政面	予算の確保は行われる見込みか。			
	技術面	C/Pの技術・能力は、プロジェクト終了後、独自に活動を継続するレベルに達したか（達する見込みか）。			
総合面		プロジェクトで導入された技術等は、日常業務の中で活用・定着化しているか。	プロジェクトで実施した研修・専門家指導の成果は、受講者の日常業務で活用され、定着しているか。	プロジェクト進捗報告書 ・プロジェクト外部評価報告書 ・C/P・専門家・現地プロジェクトスタッフ	資料レビュー ・インタビュアー（各保健施設（SHC, PHC, CHC）の保健スタッフ（ANN, LHV, MPW等）/専門家/現地プロジェクトスタッフ/JOCV等）
	その他	自立発展性の発現要因、阻害要因はあるか。 他ドナーの援助動向	プロジェクト成果の普及メカニズム（研修システムの制約、研修成果品の活用等）はどの程度あるか。 （予想される）要因の特定 中央・州レベルにおいて、母子保健対策に係る主要ドナーの支援計画（支援内容、対象地域、予算規模等）	プロジェクト報告書 ・C/P・専門家 ・主要DPs	資料レビュー ・インタビュアー ・インタビュアー（DFID/UNFPA UNICEF等）

4. プロジェクト投入実績一覧

2010年8月20日

インド・マディヤプラデシュ州リブダクティブヘルスプロジェクト(フェーズⅡ) 実績と成果

1. 投入実績
1-1. 日本側投入(2011年1月までの予定を含む。)

派遣形態	指導科目	年度				
		2006(H18)年度(Q4)	2007(H19)年度	2008(H20)年度	2009(H21)年度	2010(H22)年度(Q1-3)
長期	チーフアドバイザー/保健計画管理	1名 (新規・1月～)	2名 →	2名 →	2名 →	2名 →
	業務調整/保健管理情報システム	0名	0名 (新規・10月～)	0名 (業務出張から切替・1月) (新規・3-4月派遣)	0名	0名
短期	シエンダー・社会分析	0名	0名	0名	0名	0名
	助産技術	0名	0名	0名	0名	0名
業務出張	TQM	0名	2名 (新規・1-2月)	0名	0名	0名
	シエンダー・社会分析	0名	2名 (新規・3月)	0名	0名	0名
その他	ヨルダンRHPチーフアドバイザー	0名	2名 (11月)	0名	0名	0名
	NGO技術者派遣短期専門家	0名	2名 (1-2月)	0名	0名	0名

専門家派遣

プロジェクトスタッフ (事務所スタッフ及びフィールドスタッフ) *ドライバー等は除く。

任地	指導科目	年度				
		2006(H18)年度(Q4)	2007(H19)年度	2008(H20)年度	2009(H21)年度	2010(H22)年度(Q1-3)
ホーバル (プロジェクトスタッフ 合計)	(プロジェクトスタッフ 小計)	7名	13名	延18名、現在16名	延18名、現在15名	15名
	オペレーションマネージャー/TQM	4名 (新規・1月～)	7名 →	7名 →	延8名、現在7名 →	7名 →
	HRM	1名 (新規・1月～)	→	→	→	→ (～9月契約終了)
	HMIS	1名 (新規・1月～)	→	→	→	→
	コミュニケーション/IEC/BCC	0名	→	→	→	→
	キャパシティ・ヘルプアウト	0名	(新規・7月～)	→	(～7月契約終了)	→
	キャパシティ・ヘルプアウト	0名	(新規・7月～)	→	→	→
	キャパシティ・ヘルプアウト	0名	(新規・11月～)	→	→	→
	キャパシティ・ヘルプアウト	0名	→	→	(新規・8月～)	→
	アシスタントマネージャー(含・GIS)	0名	→	→	→	→
ダモール (フィールドスタッフ 小計)	(フィールドスタッフ 小計)	3名	6名	延11名、現在9名	延10名、現在8名	8名
	県コーディネーター(1)	1名 (新規・3月～)	3名 (新規・4月～)	2名 (ハナハへ異動)	2名 →	延2名、現在1名
	プロジェクトリーダー(1)	0名	→	→	→	→
	プロジェクトリーダー(2)	2名	3名 (新規・6月～)	延4名、現在3名 (～6月契約終了)	延3名、現在2名	2名 (7月～チャルプールへ異動)
	県コーディネーター(2)	0名	→	→	→	→
	プロジェクトリーダー(3)	0名	(新規・3月～)	→	→	→
	プロジェクトリーダー(4)	0名	(新規・3月～)	→	→	→
	プロジェクトリーダー(5)	0名	→	→	→	→
	プロジェクトリーダー(6)	0名	0名	(新規・7月～)	(～6月契約終了)	→
	プロジェクトリーダー(7)	0名	0名	1名 (新規・6月～)	1名 →	1名 →
チャルプール (フィールドスタッフ 小計)	(フィールドスタッフ 小計)	0名	0名	延2名、現在1名 (ダモールより1月契約終了)	延2名、現在2名 (～12月契約終了)	3名
	県コーディネーター(1)	0名	0名	0名	1名 (新規・7月～)	→
	プロジェクトリーダー(1)	0名	0名	0名	→	→
	プロジェクトリーダー(2)	0名	0名	0名	延3名、現在2名 (～10月～)	→
	プロジェクトリーダー(3)	0名	0名	0名	→	→
	プロジェクトリーダー(4)	0名	0名	0名	→	→
	プロジェクトリーダー(5)	0名	0名	0名	→	→
	プロジェクトリーダー(6)	0名	0名	0名	→	→
	プロジェクトリーダー(7)	0名	0名	0名	→	→
	プロジェクトリーダー(8)	0名	0名	0名	→	→
プロジェクトリーダー(9)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(10)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(11)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(12)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(13)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(14)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(15)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(16)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(17)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(18)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(19)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(20)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(21)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(22)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(23)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(24)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(25)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(26)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(27)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(28)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(29)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(30)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(31)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(32)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(33)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(34)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(35)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(36)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(37)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(38)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(39)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(40)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(41)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(42)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(43)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(44)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(45)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(46)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(47)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(48)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(49)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(50)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(51)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(52)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(53)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(54)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(55)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(56)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(57)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(58)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(59)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(60)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(61)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(62)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(63)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(64)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(65)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(66)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(67)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(68)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(69)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(70)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(71)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(72)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(73)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(74)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(75)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(76)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(77)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(78)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(79)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(80)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(81)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(82)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(83)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(84)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(85)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(86)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(87)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(88)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(89)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(90)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(91)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(92)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(93)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(94)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(95)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(96)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(97)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(98)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(99)	0名	0名	0名	→	→	
プロジェクトリーダー(100)	0名	0名	0名	→	→	

カウンタートパーバート研修(本邦・第三国)

研修形態	人数	年度	研修名
本邦: 集団研修	4	2007(H19)年度	地域別研修: より安全な妊娠と出産戦略アジア地域ワークショップ(2名) アジア地域安全な出産のための助産師研修(2名)
ヨルダン	2+1	2008(H20)年度	The Regional Workshop of Sharing Experiences & Learning from Good/Successful Practices in the Islamic Communities (C/P2名 + フロントスタッフ1名)
本邦: C/P研修 (準高級)	2+1	2010(H22)年度	India Madhya Pradesh Reproductive Health Project (Phase 2) Counterpart Training (C/P2名 + 専門家1名) (2010年11月実施予定)

供与機材

年度	総額(千円)	主な機材
2006(H18)年度	0.00	在外事業強化費にて供与: 妊婦健診用検尿キット、体重計 (Total Rs. 760)
2007(H19)年度	0.00	在外事業強化費にて供与: 分娩台、血圧計、聴診器、検尿キット (Total Rs. 612,539) UNICEFからの譲渡にて供与: ヘルメット、簡易検査キット
2008(H20)年度	0.00	在外事業強化費にて供与: ヘルメット、簡易検査キット (Total Rs. 955,001) / GISソフトウェア (Total Rs. 238,000)
2009(H21)年度	0.00	在外事業強化費にて供与: 血圧計、聴診器、検尿キット (Total Rs. 124,412) / ANC研修講師用聴診器 (Total Rs. 2,200)
2009(H21)年度	0.00	在外事業強化費にて供与: GIS用コンピュータ及びソフトウェア (州・リージョン・3県配布) (Total Rs. 1,150,269.25)

プロジェクト費内訳

費目	年度					2010(H22)年度(G1) (長期 2名)
	2006(H18)年度(Q4) (長期 1名)	2007(H19)年度 (長期 2名)	2008(H20)年度 (長期 2名、短期 2名)	2009(H21)年度 (長期 2名)	2010(H22)年度(G1) (長期 2名)	
専門家(直営)						
専門家(契約)						
供与機材						
国別研修						
調査団						
在外事業強化費						
航空賃	1,756,521.34	10,042,936.84	13,139,016.16	13,907,924.20	4,288,101.36	
旅費(航空賃以外)	0.00	22,479.00	290,056.00	555,781.00	111,979.00	
業務契約(ローカルコンサルタント)	255,636.84	1,495,027.50	1,539,504.00	2,572,849.00	616,650.00	
業務契約	0.00	2,485,633.00	0.00	0.00	252,000.00	
謝金報酬(スタッフ以外)	607,985.00	1,630,796.60	5,150,346.00	5,733,573.00	1,858,397.00	
会議費	18,558.00	296,714.00	97,232.00	123,950.00	25,001.00	
一般業務費	874,341.50	4,112,286.74	6,061,878.16	4,921,771.20	1,424,074.36	
合計						

(単位: インドルピー(Rs.))

(注) 2007年度は、費用項目改定に係る混乱から、プロジェクトスタッフ給与の一部を「業務契約(ローカルコンサルタント)」に計上したが、2006年度及び2008年度以降は全てのプロジェクトスタッフ給与を「謝金報酬(スタッフ以外)」に計上している。

1-2. インド側投入(MP-RHP関連)

カウンターパート配置

行政レベル	カウンターパート役職/所属 または 対象保健施設
州政府	Health Secretary, Government of Madhya Pradesh (GoMP) Commissioner Health, Department of Health and Family Welfare (DoHFW), GoMP Mission Director RCH-NRHM, DoHFW, GoMP Director, DoHFW, GoMP State Program Manager - NRHM
リージョン	Regional Joint Director (RJD), Sagar Divisional Program Manager - NRHM (Div.PM)
県	Chief Medical & Health Officers (CMHOs) District Program Managers - NRHM (DPMs) District Hospitals
ブロック	Block Medical Officers (BMOs) Community Health Centres (CHCs)
セクター以下	Primary Health Centres (PHCs), Lady Health Visitors (LHVs), Male Supervisors Sub Health Centres (SHCs) (Auxiliary Nurse Midwives (ANMs), Multi Purpose Workers (MPWs))

対象保健施設一覧

県	ブロック	プロジェクトのファシリテーションにより業務改善を実施している保健施設数											
		CHC			PHC			SHC					
サーガル・リージョン(全5県) 合計		30	/	43	70%	41	/	113	36%	238	/	884	27%
ダモール県・テイクムガル県(全2県) 合計		13	/	14	93%	19	/	34	56%	193	/	315	61%
ダモール県 (2006年～) 全7ブロックで活動	小計	7	/	7	100%	9	/	14	64%	84	/	163	52%
	Tendukheda (BC)	1	/	1	100%		/			22	/	23	96%
	Jabera	1	/	1	100%		/			27	/	27	100%
	Hata	1	/	1	100%		/			17	/	21	81%
	Patharia	1	/	1	100%		/			18	/	23	78%
	Hindoria	1	/	1	100%		/				/		
	Batiyagarh	1	/	1	100%		/				/		
テイクムガル県 (2006年～) 全6ブロックで活動	小計	6	/	7	86%	10	/	20	50%	109	/	152	72%
	Pirthvipur	1	/	1	100%		/			21	/	21	100%
	Niwari (BC)	1	/	1	100%		/			18	/	25	72%
	Baldevgarh	1	/	1	100%		/			26	/	26	100%
	Badagaon	1	/	1	100%		/			22	/	24	92%
	Jatara (BC)	1	/	1	100%		/			22	/	34	65%
Palera	1	/	1	100%		/				/			
サーガル県(08.7-)	(CHC巡回)	11	/	13	85%	7	/	27	26%		/	245	
ハンナ県(08.7-)	Amanganj (BC)	4	/	6	67%	1	/	15	7%	32	/	139	23%
チャタルプール県(08.7-)	Chhatarpur/Nowgaon/Baxwaha (BC)	2	/	10	20%	14	/	37	38%	13	/	185	7%

(注)サーガル・リージョン合計、ダモール県・テイクムガル県合計、及び各県小計(太字部分)の分母=各リージョン/県の施設数全数(プロジェクトの介入していないブロックを含む。)

ローカルコスト負担

(単位: インドルピー(Rs.))

財源	内訳	年度			備考
		FY2006-7	FY2007-8	FY2008-9	
州 予算	MHカード印刷			1,000,000.00	20万部の印刷代を予算化
	保健施設増改築、改修	450,000.00			CHCの増改築を州が補助
県 予算	保健施設増改築、改修	250,000.00		4,800,000.00	Tendukheda CHCの増改築
	SHC untied fund 活用	250,000.00		200,000.00	Khargapur PHCの増改築
	(年間 Rs. 10,000 / SHC)				SHCの施設・設備に係る修理、給水、家具、事務用品等
	ブロックレベルでの会議に係る参加者 交通費(MHカード・オリエンテーション等) ASHAへの謝金(施設分娩、妊婦健診)				妊婦への啓蒙、付添等

(注) インド政府の会計年度は、日本同様4月～3月末。上記は、プロジェクトのファシリテーションにより予算の有効活用が促進された一例であり、全ては網羅していない。

Sagar Division Health Profile (Apr. 2009)

District		Sagar	Chhatarpur	Panna	Damoh	Tikamgarh	Total
Population	Total	2,021,783	1,712,556	1,486,560	1,226,386	1,202,998	7,650,283
	Male	948,751	941,906	978,000	645,160	637,913	4,151,730
	%	47%	55%	66%	53%	53%	54%
	Female	1,073,032	770,650	508,560	581,226	565,085	3,498,553
	%	53%	45%	34%	47%	47%	46%
Block		11	8	5	7	6	37
CHC		13	10	6	7	7	43
PHC		27	37	15	14	20	113
SHC		245	185	139	163	152	884
ANM		228	194	139	198	178	937
MPWm	S	204	186	144	162	156	852
	W	161	178	134	135	153	761
	%	79%	96%	93%	83%	98%	89%
LHV	S	85	52	24	27	59	247
	W	70	43	19	23	57	212
	%	82%	83%	79%	85%	97%	86%
Male supervisor	S	53	31	17	29	36	166
	W	33	8	11	28	30	110
	%	62%	26%	65%	97%	83%	66%

S - Sanctioned posts, W - Working currently (黄色(網掛け)部分は2008年3月時点の情報)

Census (2001)

District	Sagar	Chhatarpur	Panna	Damoh	Tikamgarh	Total
Population (Total)	2,021,783	1,474,633	854,235	1,081,909	1,203,160	6,635,720
CHC	10	8	5	6	6	35
PHC	28	37	14	10	17	106
SHC	245	189	140	162	156	892

5. プロジェクト概念図

インド (MP 州) 保健行政 組織図 (2010.9.21)

