

バングラデシュ人民共和国  
母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2  
詳細計画策定調査及び実施協議報告書

平成23年8月  
(2011年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

人間
JR
11-051



バングラデシュ人民共和国  
母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2  
詳細計画策定調査及び実施協議報告書

平成23年8月  
(2011年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部



## 序 文

バングラデシュ人民共和国（以下、「バ国」と記す）における母子保健分野では、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率などの改善が確認されていますが、熟練介助者による出産介助率の低迷や高い自宅分娩率は依然として大きな課題であり、ミレニアム開発目標の達成に向けては、一層の改善のための努力が求められています。

JICA は、①コミュニティでの住民啓発・組織化活動及び出産準備促進活動、②保健医療施設の改善活動を柱とし、「母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project : SMPP）」を、保健家族福祉省及びノルシンディ県保健サービス局・家族計画局とともに、ダッカ市の北東に位置するノルシンディ県を対象として、2006年7月から開始しました。プロジェクトが支援した活動は、住民グループ活動の取り組みが有効に機能しているなどの結果がでました。このため、バ国政府は、本プロジェクトの活動を優良事例として認識し、実施対象県の名前を取った「ノルシンディ・モデル」として呼称するほか、活動の一部を地域の保健施設（コミュニティ・クリニック）の活性化手段として政策の中に組み込むまでに至り、さらに、後継案件の実施を日本政府に対して2009年7月に要請しました。

このような背景のもと、2010年1月から2月に行われた SMPP の終了時評価の結果、プロジェクトの目標はほぼ達成されていると判断され、母子保健を更に改善する取り組みを進めると同時に後継案件の実施の検討を行うために、2010年7月から1年間の延長を行うこととなりました。また、JICA は、SMPP 終了時評価とあわせて協力準備調査「母性保護サービスシステム強化計画準備調査」を行い、後継案件の実施の妥当性を確認しました。その結果、本プロジェクトは、バ国の保健・人口・栄養セクター開発プログラムの次期計画（2011年7月開始）に沿う形で、SMPP の成果を国レベルの政策に反映させ、国内で普及展開していくためのモデル作りを推進していくことを目的として行うこととなりました。

今回の詳細計画策定調査は、現地における具体的な協力内容の策定及び事前評価を行うために実施し、本報告書は、同調査の協議内容と調査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各位に対し、深甚なる謝意を表すとともに、プロジェクトの更なる発展に向けて引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成 23 年 8 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子



# 目 次

序 文  
地 図  
略語表

事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査実施の経緯と目的	1
1-1-1 調査実施の経緯	1
1-1-2 調査の目的	2
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
1-5 調査結果	5
1-5-1 調査総括	5
1-5-2 分野別調査概要	6
(1) コミュニティ開発	6
(2) 病院管理	9
(3) 母子保健	17
(4) エビデンス評価	19
1-5-3 プロジェクト基本事項	22
第2章 プロジェクトの計画立案	25
2-1 プロジェクトの概要	25
2-2 プロジェクトの基本計画	25
2-2-1 プロジェクトの目標	25
2-2-2 成果と活動	26
2-2-3 投入計画	28
第3章 プロジェクトの事前評価	29
3-1 妥当性	29
3-2 有効性	29
3-3 効率性	31
3-4 インパクト	31
3-5 自立発展性	33
第4章 実施協議の概要	34
4-1 背景・経緯	34

4-2 協議概要と結果 .....	34
-------------------	----

付属資料

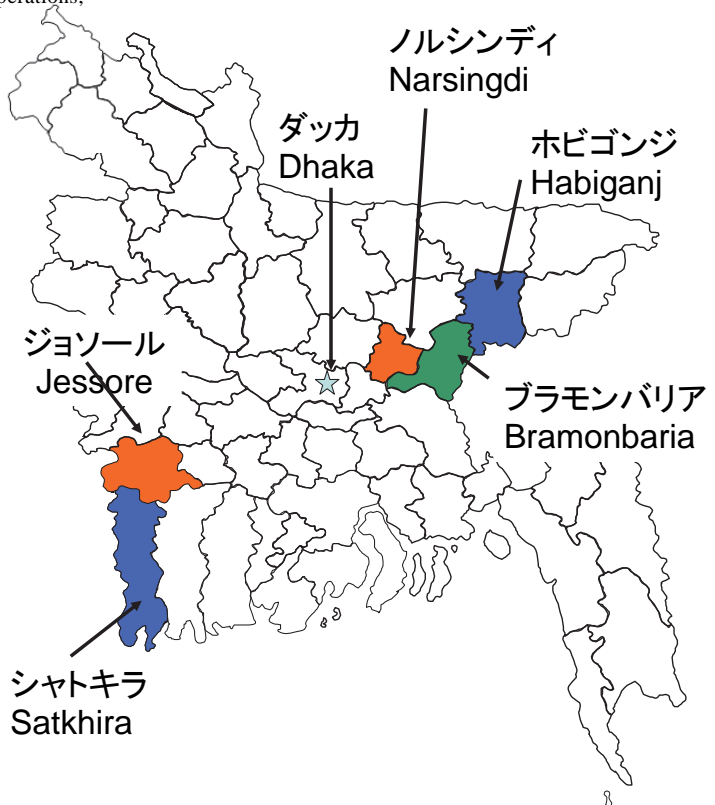
1. 詳細計画策定調査協議議事録 (M/M) 2011年4月26日 .....	37
2. 討議議事録 (R/D) 2011年5月29日 .....	58
3. 協議議事録 (M/M) 2011年5月29日 .....	72



地図



出典：United Nations, Department of Peace Keeping Operations, Cartographic Section





## 略 語 表

略 語	欧 文	和 文
ANC	Antenatal Care	産前健診
BMMS	Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey	バングラデシュ妊産婦死亡・ヘルスケア調査
BRDB	Bangladesh Rural Development Board	バングラデシュ農村開発公社
CC	Community Clinic	コミュニティ・クリニック
C-EmOC	Comprehensive Emergency Obstetric Care	包括的な緊急産科ケア
CmSS	Community Support System	コミュニティ・サポート・システム
(P-)CSBA	(Private-) Community Skilled Birth Attendant	(プライベート) コミュニティ熟練助産師
CSG	Community Support Group	コミュニティ・サポート・グループ
DAC	Development Assistance Committee	開発援助委員会
DGFP	Directorate General of Family Planning	家族計画局
DGHS	Directorate General of Health Service	保健サービス局
DRGA-CF	Debt-relief Grant Aid-Counter Fund	債務救済無償資金協力見返り資金
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
ERD	Economic Relations Division	経済関係局
ESD	Essential Services Delivery	必須サービス提供
ESP	Essential Service Package	包括的な基礎保健サービス
HLP	Horizontal Learning Program	水平学習プログラム
HPNSDP	Health, Population and Nutrition Sector Development Program	保健・人口・栄養セクター開発プログラム
IAB	International Advisory Board	国際助言委員会
ICDDR,B	International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	国際下痢性疾病研究センター
IEC	Information, Education, and Communication	情報教育コミュニケーション
IHSM	Improving Hospital Service Management	病院サービスマネジメント改善部
JCC	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteer	青年海外協力隊
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
M/E	Monitoring and Evaluation	モニタリング・評価
MIS	Management Information System	管理情報システム

M/M	Minutes of Meetings	協議議事録
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MNH	Maternal and Neonatal Health	妊産褥婦・新生児保健
MNCH	Maternal, Neonatal, and Child Health	母子・新生児保健
MoF	Ministry of Finance	財務省
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare	保健家族福祉省
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NMR	Neonatal Mortality Rate	新生児死亡率
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OR	Operational Research	オペレーショナル・リサーチ
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリ・ヘルス・ケア
PNC	Postnatal Care	産後ケア
QA	Quality Assurance	品質保証
QIT	Quality Improvement Team	品質改善チーム
(c)RCT	(Cluster) Randomized Controlled Trial	(クラスター・) ランダム化比較試験
R/D	Record of Discussions	討議議事録
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産師
SMPP	Safe Motherhood Promotion Project	母性保護サービス強化プロジェクト
TOR	Terms of Reference	業務内容
TOT	Training of Trainers	トレーナー研修
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UCC	Union Coordinating Committee	ユニオン調整委員会
UHS	Upazila Health System	郡保健システム
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WIT	Work Improvement Team	業務改善チーム
WSP	Water and Sanitation Programme	給水・衛生プログラム

## 事業事前評価表

### 1. 案件名

国名：バングラデシュ人民共和国

案件名：母性保護サービス強化プロジェクト フェーズ2

Safe Motherhood Promotion Project Phase II

### 2. 協力概要

#### (1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは、①妊産婦・新生児保健に携わる政府、開発パートナー、NGO等の関係者間の国レベルにおける調整機能（母子・新生児保健（**Maternal, Neonatal, and Child Health : MNCH**）フォーラム<sup>1</sup>など）の強化、②コミュニティ活動の活性化を中心として行政や病院を巻き込んだ活動を行ってきた本プロジェクトのフェーズ1の協力地域であるノルシンディ県、郡病院が中心となって行政とコミュニティを巻き込んだ活動を展開してきたジョソール県（チョーガチャ郡）の施設・人材・技術・知見を活用した、本プロジェクトのフェーズ1及び本プロジェクトから導き出された優良事例の全国への発信、③MNCH ミニマムパッケージ<sup>2</sup>と母子・新生児健康改善のために効果的で普及しやすい介入方法（アプローチ<sup>3</sup>）の精緻化の3つの成果を通じ、MNCH改善に効果的なアプローチをバングラデシュ政府の保健・人口・栄養セクター開発プログラム<sup>4</sup>（**Health, Population and Nutrition Sector Development Program : HPNSDP**）の活動計画等の内容に反映させ、妊産婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチを全国へ拡大し、バングラデシュの母子の健康改善に寄与することを目的とする。

#### (2) 協力期間

2011年7月～2016年6月（5年間）

#### (3) 協力総額（日本側）

約4.9億円

#### (4) 協力相手先機関

保健家族福祉省 保健サービス局及び家族計画局

#### (5) 国内協力機関

国内支援委員会（予定）

<sup>1</sup> MNCHに関するバングラデシュ政府、開発パートナー、NGO等が参加する会合。保健家族福祉省が召集し、プロジェクトが他の関係者の調整役を担う。

<sup>2</sup> 母子・新生児保健を向上するために必要とされるアプローチ（介入手法）が一連のパッケージとして取りまとめられるもの。

<sup>3</sup> 目的、活動、手段、投入量などを指針に定められた方法論。

<sup>4</sup> 2011年7月から5カ年で施行される国の保健セクター中期計画。

(6) 裨益対象者及び規模、など

全国の地域住民、特に妊産褥婦及び新生児（約 340 万人<sup>5</sup>）。中央政府、ノルシンディ県、ジョソール県、シャトキラ県、その他一部の活動実施を行う県（ホビゴンジ県など）と当該県における郡レベルの保健家族福祉省下の関係行政機関で働く行政官・医療従事者、地方評議会メンバー。

3. 協力の必要性・位置づけ

(1) 現状及び問題点

母子保健分野で長く低迷を続けていたバングラデシュであるが、2010 年に行われたバングラデシュ妊産婦死亡・ヘルスケア調査<sup>6</sup> (Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey : BMMS) により、2008～2010 年平均の妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Ratio : MMR) は、出生 10 万対 194 と 2001 年の 322 から改善が見られている。このことは、2015 年へ向けて政府が表明しているミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs) での目標値 143 の達成がより現実的になったといえる。また、新生児死亡率 (Neonatal Mortality Rate : NMR) に関しても、2007 年時点で出生 1000 対 37 と、2015 年の目標である 21 に対して順調な低減が見られている。

国際協力機構（以下、「JICA」と記す）は、本プロジェクトに先立ち「母性保健サービス強化プロジェクト (Safe Motherhood Promotion Project : SMPP)」を 2006 年 7 月から 2011 年 6 月までの計画で実施している。SMPP では、母子保健改善のための有効なモデル開発を主な目的としており、コミュニティによる妊産婦への支援グループを組織することにより、妊産婦と母子保健サービス提供施設との関わりを強化する仕組みを示したモデルである「ノルシンディ・モデル<sup>7</sup>」を構築した。この結果、プロジェクト対象地域では、公的機関における産前健診 (Antenatal Care : ANC) の回数の増加、産科合併症発症者が緊急産科ケアを受けた割合の増加など保健サービスへのアクセス向上が見られ、バングラデシュ政府からも高い評価を得ている。バングラデシュ政府は、ノルシンディ・モデルで得られた知見や方策の一部を HPNSDP へ反映させて全国展開を進めていくところであるが、具体的な活動内容等の実施方法の明確化のために更なるモデルの改良と全国普及のための体制強化が必要とされている。

このような状況のなか、更なる母子の健康向上のためにいくつかの課題が挙げられる。一つ目は、中央での調整機能の強化である。これまで、中央保健家族福祉省における国際機関、二国間援助機関などの開発パートナー、NGOs などの調整が十分に行われていなかったため、それら関係機関による独自の協力が分散的に行われてきた。今後、更なる母子の健康向上をめざすためには、より効果的な介入を、的を絞った形でバングラデシュ政府が中心となって展開していく必要がある。そのために、ノルシンディ・モデルや他の優良事例を参考とした統一した手法による介入やアプローチの展開、特に、子どもの死亡が多く起こる新生児期のケアに焦点を当てた介入の展開や、援助のマッピングを基にした協力

<sup>5</sup> Countdown to 2015, Maternal, Newborn & Child Survival Country profile 2010 より、2008 年出産数。

<sup>6</sup> 米国国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID)、国際下痢性疾病研究センター (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh : ICDDR, B)、バングラデシュ国家人口研究研修所 (National Institute of Population Research and Training : NIPORT) 等により 2011 年に発表。

<sup>7</sup> プロジェクト対象地域であるノルシンディ県（人口約 230 万人）が名称の由来。

実施による地域間不平等の解消、統一されたモニタリング・評価の実施など、協力関係機関による更なる協調と協働が必要である。

二つ目の課題として、母子保健活動を支えるために必要なコミュニティレベルのプライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care : PHC）サービス提供の推進が挙げられる。サービス提供が十分でなかったことには、母子保健サービスが、バングラデシュの行政体系として、保健家族福祉省の保健サービス局と家族計画局に関連する部局から地域の保健サービス拠点に至るまで二分されており、サービスを一元的に提供する効果的な実施体制がなかったこと、人的及び資金的な資源の不足、コミュニティと保健医療サービス提供施設との連携が確立していないなど様々な要因が挙げられる。バングラデシュは、コミュニティ・クリニック（Community Clinic : CC）<sup>8</sup>を中心とした PHC の強化を推進しようとしているが、これもいまだ円滑な展開には至っていない状況である。

その他、医療施設における包括的な緊急産科ケア（Comprehensive Emergency Obstetric Care : C-EmOC）サービスの不足、産後ケア（Postnatal Care : PNC）サービスの不足、新生児ケアの不足、一部地域の医療施設へのアクセスの問題、熟練出産介助者の不足、最貧困層におけるサービスの不足等、解決されるべき問題は残されている。

また、保健活動の全国での実施計画である HPNSDP の実施にあたっては、バングラデシュ政府独自による予算に加えて、世界銀行を中心としたドナーが HPNSDP の円滑な実施のために資金的な支援を行う予定であるが、外部からの更なる資金協力の必要性が認識されている。これに対しては、ノルシンディ・モデルで得られた知見や方策が反映された HPNSDP による先行プロジェクト成果の普及・展開を支援するために、日本からの HPNSDP への有償資金協力も検討されている。本プロジェクトでも、普及展開のための体制整備と同時にジョソール県（チョーガチャ郡）での郡病院が中心となって行政とコミュニティを巻き込んだ活動その他の効果的なアプローチを HPNSDP へ組み込むことが企図されている。

## （2）相手国政府国家政策上の位置づけ

バングラデシュの国家政策「National Strategy for Accelerated Poverty Reduction II (2009-2011)」によると、保健医療分野においては、「医療施設及び医療人材の量的拡大」「医療資源の効率的な利用」「保健医療サービスと家族計画サービスの統合」「公的医療機関における清潔な水と衛生施設の充実」などを課題に掲げ、戦略的解決法を提示している。母子保健分野においては、熟練出産介助師の量的拡大、PNC の拡大、EmOC サービスの拡大などによる課題解決をめざしている。本プロジェクトは、プロジェクト活動による介入によって、母子のサービスの利用率を上げるなど、医療資源の効率的な利用を可能にしている点で国家政策と整合している。

また、HPNSDP において、母子・新生児の健康向上は、2003 年から 2011 年までのセクタープログラムから引き続き優先課題として位置づけられており、目標を母親と新生児の健康改善とする本プロジェクトは、HPNSDP でも重要な位置を占めている。また、HPNSDP における優先課題の一つに、コミュニティレベルの保健サービス提供施設である CC を介

<sup>8</sup> 保健サービスと家族計画サービスを統合して提供するための末端保健施設。

した、家族計画を含む包括的な基礎保健サービスの提供による PHC の強化及び郡保健システム (Upazila Health System : UHS) の強化が挙げられている。本プロジェクトは、先行プロジェクトに引き続き、行政の協力のもと地域住民が主体となって母子保健を強化する環境を整備するコミュニティ・サポート・システム (Community Support System : CmSS) 構築を推進することとしている。こうしたアプローチは、CC の一つの活動として制度化されており、母子保健の強化のみならず、PHC の強化、ひいては UHS の強化につながるものが十分に期待されることにより、HPNSDP との整合性が高い。

- (3) 我が国援助政策との関連、国別援助計画上の位置づけ (プログラムにおける位置づけ)
- 本プロジェクトがめざす母子・新生児の健康改善は、母子保健を優先課題とする国別援助計画及び事業展開計画と整合するものである。また、日本政府が 2010 年に発表した「国際保健政策 2011-2015」に代表されるような、母子保健の改善、保健医療従事者の育成、保健システムの強化、MDGs 達成のための取り組みを目標とする日本の取り組みの方向性とも合致する。特に、ノルシンディ・モデルは「国際保健政策 2011-2015」において提唱されている EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care) モデル<sup>9</sup>を具現化するものであり、本プロジェクトも当該コンセプトを保ちつつ実施されるものである。

#### 4. 協力の枠組み

[主な項目]

##### (1) 協力の目標 (アウトカム)

###### 1) 協力終了時の達成目標 (プロジェクト目標) と指標・目標値

[プロジェクト目標]

妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP に整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。

\*協力対象となるアプローチの分野は、HPNSDP のもとで作成される行動計画のうち、次の行動計画に関係するものとする。①コミュニティ保健活動 (UHS、CC)、②病院サービス管理及び安全な輸血 (Total Quality Management : TQM)、③MNCH ケア、④母性・リプロダクティブヘルス、⑤必須保健サービス提供。

[指標]

1. MNCH ミニマムパッケージのアプローチを実施している郡の数 (成果 2 で拡大される見込みの TQM や CC に付随するコミュニティ・サポート・グループ等のアプローチなど)

2. 策定されたモニタリング・評価 (Monitoring and Evaluation : M&E) システムで使用されているいくつかの指標 (例 : ANC 受診率の増加、熟練出産介助者による出産の割合の増加、郡における母子・新生児保健事業に割り当てられた郡・ユニオン予算が増加した郡の増加、など)

指標の目標値及び範囲 (対象となるアプローチの種類など) に関しては、ベースライン調査の結果を踏まえ、目標値を定めることとする。

<sup>9</sup> コミュニティと施設、産前から乳幼児までのケアや幅広いアプローチを用いた、母親と子どもの命を救う効果的な支援パッケージ。



2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

[上位目標]

バングラデシュにおける妊産褥婦と新生児の健康状態が向上する。

[指標]

1. 妊産婦死亡率が 2010 年の 194（対 10 万出生）から、プロジェクト終了後 3～5 年で 143（対 10 万出生）未満に低減する。
2. 新生児死亡率が 2007 年の 37（対 1000 出生）から、プロジェクト終了後 3～5 年で 21（対 1000 出生）未満に低減する。

(2) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果 1

国レベルにおいて、関連のステークホルダーが実施する妊産褥婦・新生児保健活動の調整機能（MNCH フォーラムなどにおける）が強化される。

[指標]

- 1-1. 文書化された MNCH フォーラム等の TOR の有無
- 1-2. 策定された MNCH ミニマムパッケージとアプローチの有無
- 1-3. 策定された MNCH ミニマムパッケージとアプローチに関するモニタリング・評価するためのツールの有無

[活動]

- 1-1. MNCH の TOR を確定する。
- 1-2. 関係各機関の協働によって、MNCH ミニマムパッケージ内容とアプローチが確定する。
- 1-3. MNCH ミニマムパッケージとアプローチ実施のためのガイドラインやマニュアルを策定/改定を行う。
- 1-4. 活動 1-2 で確定した MNCH ミニマムパッケージとアプローチ実施のためのモニタリング・評価システムを策定する。
- 1-5. MNCH フォーラムを通してステークホルダーの相互学習を促進する。

2) 成果 2

フェーズ 1 の結果も含めたプロジェクトからの母子・新生児保健改善の優良事例について、実施プロセス及び教訓が全国に発信される。

[指標]

- 2-1. （ノルシンディ及びチョーガチャにおける活動<sup>10</sup>に関する）分析報告書の有無
- 2-2. （ノルシンディ及びチョーガチャにおける）ANC と PNC の増加、妊産褥婦の致死率の減少、パルトグラフの使用率の増加、出産第 3 期における積極的関与の増加、施設での妊産婦死亡症例検討の数の増加  
\*アプローチの内容により目標値を設定する。
- 2-3. ノルシンディ、チョーガチャにおいて、少なくとも 1 つのアプローチが同定され、

<sup>10</sup> 病院が中心となって行政、コミュニティの活動活性化を行う活動モデル。ジョソール県にあるチョウガチャ郡病院が実施し、ノルシンディ・モデルと並んでバングラデシュ政府から高い評価を得ている。

展開することが定められる。

- 2-4. (ノルシンディ及びチョウガチャにおける活動に関する)策定された研修モジュールの有無、研修回数、参加者数、プロジェクト来訪ユニオン<sup>11</sup>数、マスタートレーナーの登録数

[活動]

- 2-1. ノルシンディとチョウガチャにおける活動の結果とプロセスを分析・記録することで、母子・新生児保健サービスの利用と質の向上の妨げとなっている問題を同定する。
- 2-2. 活動 2-1 の結果に基づき、ノルシンディとチョウガチャにおいて、更に母子・新生児保健サービスの利用と質を向上させる新たな介入を開発する。
- 2-3. ノルシンディとチョウガチャにおいてベースライン調査及びエンドライン調査を行う。
- 2-4. ノルシンディとチョウガチャにおいて、新たに開発された介入を実施する。
- 2-5. ノルシンディとチョウガチャで実施されている新たな介入について、モニタリング・評価を行う。
- 2-6. ノルシンディとチョウガチャにおける優良事例と教訓に基づいた研修プログラムを策定する。
- 2-7. プロジェクト対象地域をラーニングセンターとし、優良事例の実施プロセスや教訓を水平学習プログラム (Horizontal Learning Program : HLP) <sup>12</sup>を通して HLP に参加するユニオンに共有する。
- 2-8. 活動 2-2 で策定された新たな介入を実施することで得られた経験や成果 3 の結果を、更にラーニングセンターを使った研修プログラムに反映させる。

3) 成果 3

シャトキラ県やホビゴンジ県において、UHS に統合される MNCH ミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム/仕組みが確認される。

[指標]

- 3-1. 確認された県以下の実施メカニズムの有無
- 3-2. 産前健診・産後健診の増加、熟練出産介助師による出産の増加、帝王切開率の変動 (変化をモニタリングする)、紹介 (リファー) された患者の数の増加、緊急産科ケアサービスを備えた病院の数の増加、コミュニティによって支援された貧困女性の増加、母子・新生児保健事業への予算を増やしたユニオン評議会の増加、EmOC の充足率の増加
- 3-3. サービス提供者と利用者の満足度

[活動]

- 3-1. UHS に統合され、かつ、適切で普及しやすい MNCH ミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズムを構築するためのトライアルを計画する。

<sup>11</sup> 郡 (ウバジラ) の下位に位置する末端の行政単位。

<sup>12</sup> 世界銀行の給水・衛生プログラム (Water and Sanitation Programme : WSP) により実施される地方自治体相互間の経験共有の取り組み。JICA からは「持続的砒素対策プロジェクト」「行政と住民のエンパワーメントを通じた参加型農村開発プロジェクト」、SMPP が参加。事務局は地方行政局が所管する国立地方行政研修所に設置。

- 3-2. アプローチの効果を測定するためのベースライン調査、エンドライン調査を実施する。
- 3-3. トライアルを実施する。
- 3-4. アプローチの有効性を確認するためのトライアルのモニタリング・評価を行う。
- 3-5. トライアルの結果やプロセスについて、国家レベルの研修（MNCH ミニマムパッケージやアプローチ）や実施のためのツールに反映する。

### （3）投入（インプット）

#### 1）日本側（総額 約 4.9 億円）

- ・ 専門家派遣（チーフアドバイザー、モニタリング・評価、業務調整）
- ・ 短期専門家派遣（TQM、新生児ケア、産科、コミュニティ動員、その他）
- ・ 供与機材：緊急産科・新生児ケアに必要な機材、その他
- ・ 研修員受入れ：未定

#### 2）その他（調査団派遣：随時）

- ・ バングラデシュ側
- ・ カウンターパート人員の配置（中央、県、郡の各レベル）
- ・ プロジェクト執務室（ダッカ、ノルシンディ、ジョソール、シャトキラ）
- ・ 必要経費（専門家執務室関連経費、カウンターパート旅費・日当、その他プロジェクト活動に必要な現地活動費）

### （4）外部要因（満たされるべき外部条件）

#### [前提条件]

特にプロジェクト開始の前提となる外部要因はない。

#### [成果達成のための外部条件]

カウンターパートの異動がプロジェクトの実施を阻害する程度には起こらない。

#### [プロジェクト目標達成のための外部条件]

1. 保健家族福祉省が HPNSDP を持続して実施する。
2. 保健セクターの政策変更が、プロジェクトで既に同意を得たアプローチの概念を大きく影響しない。

#### [上位目標達成のための外部条件]

国レベルの保健セクターにおける優先課題、重点分野が急激に変更されない。

#### [上位目標持続的発展のための外部条件]

政治的、経済的、社会的状況がプロジェクト開始の時期に比べて悪化しない。

## 5. 評価 5 項目による評価結果

### （1）妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

#### 1) 母子保健分野での更なる協力の必要性

BMMS によると、2008～2010 年平均の MMR は、出生 10 万対 194 と 2001 年の 322

から改善が見られた。このことは、バングラデシュ政府が MDGs の目標と掲げている 2015 年目標値 143 (1990 年 574 から換算) の達成がより現実的になったといえる。しかしながら、低下した MMR を更に低下させて MDGs 目標の達成のためには、従来どおりの介入を継続するだけでなく、絞り込んだ対象により効果的な介入を行う必要があると想定される。こうした次のレベルの課題解決のために、援助関係各機関の更なる協力が必要である。

## 2) バングラデシュの保健セクター開発プログラムとの整合性

HPNSDP における優先的課題には、CC を介した、家族計画を含む包括的な基礎保健サービス (Essential Service Package : ESP) の提供による地域への PHC の強化及び UHS の強化並びに母子・新生児保健の分野においては、熟練出産介助者数の増加や EmOC サービスの充実など更なる母子・新生児保健サービスの強化を挙げている。

本プロジェクトで拡大が予定される活動には、妊産婦が必要なサービスを受けられるよう、行政の協力のもと地域住民が主体となって母子保健を強化する環境整備をアプローチとしており、コミュニティと保健医療施設の連携強化を図ることで安全なお産を確保することを可能にしている。こうしたアプローチは、母子・新生児保健分野に限定されず、HPNSDP における優先課題である UHS の強化に貢献する。

また、HPNSDP に対する本プロジェクトの成果の反映及びそれに続くセクタープログラムを見据えて本プロジェクトを実施するために、HPNSDP の実施期間 (2011 年 7 月から 2016 年 6 月) に本プロジェクトの実施期間を重ねることが適切である。

## 3) 日本の政策及び JICA 事業との整合性

本プロジェクトがめざす母子・新生児の健康改善は、保健セクターの改善を優先課題とする国別援助計画及び事業展開計画と整合するものである。また、「国際保健政策 2011-2015」における Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care (EMBRACE) モデルのコミュニティでの予防及び治療ケアの支援並びに施設ベースでの予防及び治療ケアを結びつけるコンセプトが、先行 SMPP 及び本プロジェクトのコンセプトに合致している点も、日本の国際保健政策を具現化するものとして期待される。また同時に、行政等による保護及び住民の能力強化を推進する「人間の安全保障」の理念を具現化する事業でもある。

## (2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性は高いと見込まれる。

### 1) 計画されたプロジェクト目標と成果の間における有効な関係性

本プロジェクトにおけるアウトプットは、互いに関連性が高く、プロジェクト目標を達成するのに有効で、不可欠なものとなっている。成果 1 は中央での調整に関連する活動、成果 2 は拠点からの発信・普及に関連する活動、成果 3 は地方でのアプローチの精緻化に関連する活動にまとめられる。成果 2 と成果 3 は、それぞれ現場における経験の共有及び汎用性の高い実施の仕組みを確定することを目的としており、汎用性を高める成果 3 の結果は、成果 2 に反映され、具体的な拡大活動のための経験として広く共有されることが期待できる。また、成果 1 では、中央レベルで強化された調整機能において、成果 2 や成果 3 で得られた結果を HPNSDP の行動計画等政策に反映させるため提言など

を行うことなどを目的としている。これら3つの成果の結果、プロジェクトの目標としている妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、バングラデシュ政府の施策としてバングラデシュ全体に拡大することが見込まれる。

## 2) 先行プロジェクトで達成された国レベルにおける拡大への道筋

バングラデシュの優先課題である CC の活性化において、先行プロジェクトで開発された CmSS を模範としたコミュニティ・サポート・グループ (Community Support Group : CSG) の設置が制度化され、CSG は全国拡大する見通しである。また、同じく先行プロジェクトで取り入れた病院サービスの環境改善や業務改善を総合的に行うための TQM 手法は、バングラデシュの病院サービス質向上のアプローチとして HPNSDP に取り入れられた。これらのおり、先行プロジェクトの主なアプローチは、全国拡大に向けての道筋が明らかになっており、本プロジェクトでは、バングラデシュ政府として政策化したこれらのアプローチを HPNSDP による全国展開への技術的な支援や、その他有効なアプローチを新たに拡大するための支援を行うことが有効に機能すると考えられる。

## 3) 中央レベルにおける調整機能の強化

国家の母子・新生児保健に関する施策を向上させるため、効果・効率性が確認された母子・新生児保健向上のための介入のパッケージ化、当該介入方法の具体的手法の策定等を、中央レベルの母子・新生児保健に関する調整機構を活用して進めていくことが計画されている。調整機構の活用の中には、頻繁に開催されてはいない母子・新生児保健フォーラムの活性化を含んでいる。こうした活動により、母子・新生児保健関係者間の協調・協働メカニズムを強化することができ、その機能が担保されることで、同時に母子保健事業普及における効率や効果を高めていくことが期待される。

### <プロジェクトの有効性にかかわる留意を要する点>

保健人材の量的不足や非効率な配置、地方行政官の頻繁な異動などプロジェクトの実施を阻害しそうな要因について注意を払い、相手側へ早めの対策を申し入れる。また、状況改善のために、郡・ユニオン評議会が非医療従事者を雇用する支援を行う、民間医療機関との提携を結び人員不足でも緊急時に必要なサービスが迅速に受けられる体制を構築する、県内での医療従事者配置の調整を促進するなど、考え得る対策を推進する。

## (3) 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

### 1) 既存の機構・制度の活用

本プロジェクトは、それぞれの成果を達成するために新たな機構・制度を構築するのではなく、既存のものを活用し、効率化を図る。例えば中央に存在する母子・新生児保健フォーラムや、郡以下の行政単位間で優良事例を学び合うための HLP といった機構・制度であり、双方ともに先行プロジェクトにおける関係性を更に強化するものである。

### 2) 先行プロジェクト成果の活用

本プロジェクトは、先行プロジェクトで蓄積された経験、人的リソース、教材・マニュアルなど成果物、効果的な方法論などを活かすことができる点、並びに先行プロジェクトで関係者に知見が蓄積されているノルシンディ県及び県病院を中心とする保健活

動の活性化を独自の取り組みで進めているチョウガチャ郡（先行プロジェクト後期での連携あり）を、他の地域の関係者が具体的な活動や経験を学ぶための拠点（ラーニングセンター）として活用する点など、先行プロジェクト結果を有効活用することにより、アプローチの拡大というプロジェクト目的の達成が十分に期待できる。

### 3) パートナーシップの活用

本プロジェクトは、JICA 単独でバングラデシュ政府が行う保健政策の実施を支援するというものではなく、開発パートナー、NGO 等との協働により、各関係者の人材、資金、知見などの資源を有効活用して対応することをめざしている。例えば、本プロジェクト実施を通して HPNSDP に反映された保健介入アプローチに関しては、HPNSDP 実施のための政府資金や開発パートナー資金を用いて拡大することが可能である。他の言葉で言い換えると、「他のリソースとの効果的な協働事業」をめざしたプロジェクトである。

<プロジェクトの効率性にかかわる留意を要する点>

バングラデシュ政府は、コミュニティレベルの PHC 強化をめざす CC の設置を過去に推進しようとしたが、政治的影響で十分に行き届かなかった経験をもつ。現在バングラデシュ政府は、この CC の活性化を行っており、CC の活動として含まれているコミュニティ保健活動の活性化は、本プロジェクトの成果 2 にかかわることであり、政策の転換や実施の遅れなどに留意を要する。

## (4) インパクト

本プロジェクトは、以下の理由からインパクトが高いと予測される。

### 1) 上位目標の達成見込み

バングラデシュでは、2010 年に行われた BMMS により、2008～2010 年平均の MMR は、出生 10 万対 194 と 2001 年の 322 から改善が見られている。このことは、2015 年へ向けて政府が表明している MDGs 目標値で上位目標と整合性をもたせている 143 の達成がより現実的になったといえる。また、NMR に関しても、2007 年時点で出生 1000 対 37 と、現状の推移からすると 2015 年の目標である 21 に対して順調な低減が見られている。改善した状況から更に改善を生じさせることは困難が想定されるものの、サービス提供の改善により上位目標は達成が見込まれる。

### 2) 保健・他のセクターにおける JICA 支援との連携による相乗効果

- ・本プロジェクトは、バングラデシュに対する保健分野の支援の中で、ノルシンディ、ジョソール、シャトキラ各県に派遣される青年海外協力隊（看護師、村落開発）と戦略的かつ密接に連携し、県以下での相乗的な効果発現と現場からのフィードバックを促進する。また、予防接種事業やフィラリア対策、学校保健等の分野で活動する保健分野の青年海外協力隊とも、特に CC におけるコミュニティ保健活動の活性化について随時の情報共有や協力を図り、相乗効果の発現を模索する。
- ・本プロジェクトの対象分野は母子保健を入り口としているが、PHC や病院管理、地方保健行政等、母子保健にとどまらない保健システムを扱っている。また、シャトキラ県では、現地主導の計画策定プロセス（ローカルレベルプランニング）など、保健システム強化の事業が保健省によって計画されている。このため、本プロジェ

クトの知見が保健システム全般の強化に資するよう、中央レベルでは保健省に派遣されている JICA 保健アドバイザーと協力しながら進める予定である。

・ JICA が保健以外のセクター（ガバナンス、参加型農村開発など）で支援している事業と連携を図ることにより、お互いに相乗効果を生み出すことが期待される。具体的には、以下の連携が挙げられる。

- 住民と行政の参加型農村開発事業の中で、民意を開発に反映する目的で結成された「ユニオン調整委員会（Union Coordinating Committee : UCC）<sup>13</sup>」は、地方行政機能の強化を通して、その地域の保健を含む公的サービス供給の改善といった効果を生み出しており、そうした効果は、住民と行政の更なる関係強化につながることを期待できる。
- 地方行政・地域開発省、世界銀行とともに JICA が協力して推進している HLP のネットワークに参加することにより、ユニオン評議会同士の交流を通して相互の優良事例から学び、広めていくといった活動が可能となっている。その相互交流のメカニズムに母子保健活動を乗せることにより、ユニオンからユニオンといった横への広がりが期待できる。また、母子保健活動の活性化を切り口にして他のコミュニティ活動の活性化も期待することができる。
- 病院における TQM 活動を全国レベルの公務員 TQM 研修等に反映させることで、TQM 活動が更に拡大され、病院改善にとどまらず行政効率化につながることを期待される。

### 3) コミュニティにおける広範な社会問題解決に与えるインパクト

先行プロジェクトによる正のインパクトとして、一部の CmSS の活動が母子保健に限らず広範な社会問題を扱うようになったこと（分野的拡大）、その経験を他のコミュニティに共有拡大していたこと（地理的拡大）により、本プロジェクトにおいても保健分野に限定的されず、コミュニティの全般的な問題対処能力の強化と拡大が期待できる。

### 4) 公的セクターサービス供給側の強化に与えるインパクト

プロジェクトが公的保健サービス機関を強化することにより、母子・新生児保健分野の向上のみならず、公的サービス供給側の説明責任と対応能力（responsiveness）が高まり、利用者から公的サービスへの信頼が高まることが予測できる。また、個別の公的セクターサービス提供の改善を目的としつつ、地方ガバナンスを相互補完的に強化するアプローチとして提示することも期待される。

## (5) 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、以下の理由から高いと予測される。

### 1) 調整機能の強化がもたらす自立発展性

これまで十分には機能していなかった中央レベルでの政府、開発パートナー、NGOs 等による母子保健の国家事業調整機能強化を、本プロジェクトの成果の一つとして明示した。この成果の達成により、国家母子保健事業の効率的で持続的な運営が組織的に行われ、自立発展性向上が期待される。また、本プロジェクトは、県以下の各レベルの調

<sup>13</sup> UDCC（Union Development Coordinating Committee）という名称で、バングラデシュ政府によって制度化された。

整機能強化を意図しており、活動が円滑かつ持続的に実施されることが期待される。

## 2) 外部からの過重な介入、資源の投入を避けた実施体制モデル作り

本プロジェクトの成果3は、外部からの過重な介入や資源の投入をせず、現地の人的資源及び財源並びにプロジェクトの経験を最大限に活用することで、地方行政主導による住民参加型母子保健活動を展開させることを目的としている。この現場主導の実施体制作りにより中央政府のカウンターパートが参画することで、現場での学びを中央政府の政策や計画に反映させることを企図し、プロジェクトの自立発展性の向上が期待される。

## 3) 技術面での自立発展性

先行プロジェクトでは、医療サービスの質の改善をめざした施設の改修、必要機材の供与、また、医療従事者に対する技術研修などを行い、サービス供給量と利用の向上、それに伴う健康指標の向上が見られた。しかしながら、訓練を受けた人員の頻繁な異動、各レベルにおける人的資源の不足、効率的な機材の維持管理システムの欠如など、技術面での自立発展性に障害と成り得る要素も見られている。このため、本件プロジェクトにおいては、こうした自立発展性を阻害する可能性のある要因を取り除くべく、カウンターパートと協議をしながら慎重に実施を進めていくことが望まれる。

## 4) バングラデシュ保健セクター開発プログラムとの整合性の高さによる自立発展性

本プロジェクトは、2011年7月から開始見込みのバングラデシュの HPNSDP に沿った内容であり、時期的にも同時に開始を予定するなど、様々に合致する努力をしているプロジェクトであって、国の政策、計画にプロジェクトの成果が盛り込まれる形で、更なる自立発展が期待される。

## 6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

### <貧困層の女性への配慮>

- ・先行プロジェクトでの CmSS の活動自体が貧困女性を対象としており、成果として貧困妊産婦の公的サービス利用率が改善されたほか、貧しいヒンズーコミュニティにおける衛生的なお産小屋の設置が広まったり、貧困層の女性に対する VGD カード (Vulnerable Group Development: 貧困女性を対象にした労働提供に対して食糧を支給する政府プログラム) を母子保健活動貢献者に給与の代わりに与えたり、また、貧困層の女性が遠慮することなくサポートグループに助けを求めるようになるなどのインパクトが見られた。また、CmSS の活動として実施されている出産計画は、妊産婦だけでなく、夫、舅、姑など、妊産婦の行動の決定者となる家族が、妊産婦の健康について正しい知識と必要な配慮を行うよう仕向ける啓発活動であり、妊娠期の女性への配慮を意識化させるものとなっている。先行プロジェクトのアプローチを採用することで、貧困層の女性の保健サービス利用だけでなく、生活改善にも配慮がなされることが期待される。

### <男性の参画>

- ・CmSS を実施するグループには、男性が半数ほど含まれるなど、母子・新生児の問題を男女参画した形で解決している点で、ジェンダーへの配慮がなされているといえる。

## 7. 過去の類似案件からの教訓の活用

- (1) バングラデシュ国母性保護サービス強化プロジェクト (2006年7月～2011年6月) 終了時評価からの教訓



- 1) 適切なプロジェクトの運営形態を、実働可能性を踏まえて慎重に検討し、設計すべきである。本プロジェクトは、中央レベルで合同調整委員会（JCC）のみを設けており、実務レベルでの日常的な調整機能を設けなかった。JCCの下に、定期的なプロジェクトの実施に関する議論・調整の場を設ける必要がある。

この教訓を受け、本プロジェクトでは、JCCに相当する運営委員会の下に、年次計画策定やモニタリングを実施する機能をもつプロジェクト実施委員会を置き、プロジェクトの日常的な運営の円滑化を図る。また、個別の技術的課題を協議するためのワーキンググループを必要に応じて召集することを計画している。

- 2) 活動の達成を科学的に実証するため、プロジェクト開始当初に必要なデータを明確にし、収集できるように設計するとともに、プロジェクト期間中の戦略の変更はそのデータが活用可能な範囲を念頭に計画することが必要である。

この教訓を受け、プロジェクトの開始当初にベースライン調査、プロジェクトの終了前にエンドライン調査を実施することとした。

- 3) 公的 EmOC 施設の改善とコミュニティ参加型の活動の相乗効果を有効に発現させるためには、サービス供給側の強化を需要の促進に先立って行うべきである。

この教訓については、本プロジェクトにおいても、活用する計画であり、成果2における経験の共有において、広く共有されることが期待できる。

#### 8. 今後の評価計画

- ・ 中間レビュー：2014年1月
- ・ 終了時評価：2016年1月
- ・ 事後評価：2020年（予定）



# 第1章 詳細計画策定調査の概要

## 1-1 調査実施の経緯と目的

### 1-1-1 調査実施の経緯

バングラデシュ人民共和国（以下、「バ国」と記す）の保健セクターにおいては、感染症対策分野では予防接種、結核対策を中心に大きな改善が見られ、母子保健分野においては乳幼児死亡率、合計特殊出生率の減少が確認された。他方、熟練介助者による出産介助率の低迷、高い自宅分娩率は依然として大きな課題であり、熟練介助者による出産介助率（2003～2008年平均）は南アジアの42%、途上国平均の63%と比して著しく低い18%という状況にある（UNICEF：The State of the World's Children 2010）。また、妊産婦死亡（2003～2008年平均出生10万対350：UNICEF2010）、新生児（出生後28日未満）死亡（2004年出生1000対36：UNICEF2010）も依然として多い。特に最貧困層におけるサービスのカバー率、改善状況が低く、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）の達成に向けては、一層の改善努力が求められている。

各指標の改善を阻む要因としては、①社会・経済・文化的背景：患者や家族が異常兆候の発症を認識できない、妊産婦自身に決定権がない、医療施設に関する情報不足、文化的・宗教的な制約等により適時に受診や搬送がなされない、②アクセスの問題：交通手段の確保が困難、道路事情が悪く搬送に時間を要し、医療機関への搬送が遅れる、③医療の質の問題：薬剤・資機材の不備、医療技術者の不足、医療従事者の技術レベルの低さなどにより適切な治療が提供されないことなどが挙げられる。一方、行政体制をみると母子保健行政が保健家族福祉省（Ministry of Health and Family Welfare：MoHFW）内で保健サービス局（Directorate General of Health Service：DGHS）と家族計画局（Directorate General of Family Planning：DGFP）に二分されており、効果的な実施体制がないこと、地方への予算配分・権限委譲が進んでおらず地域のニーズにあった計画策定や予算配分が行われていないことなどが大きな課題となっている。

JICAは、2006年7月から「母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project：SMPP）」を、MoHFW及びノルシンディ県DGHS・DGFPとともに実施中である（2010年7月から1年間の延長）。ダッカ市の北東に位置するノルシンディ県を対象としたプロジェクトの活動は、①コミュニティでの住民啓発・組織化活動及び出産準備促進活動、②保健医療施設の改善活動を柱とし、これらの活動は、バ国政府からも「ノルシンディ・モデル」として高い評価を受けている。

2010年1～2月に行われたSMPPの終了時評価の結果、プロジェクトの目標はほぼ達成されていると判断された。プロジェクト目標の達成には、次の3つの有効なアプローチが貢献したものと考えられる。①緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care：EmOC）施設の改善とコミュニティ・サポート・システム（Community Support System：CmSS）を通じてのコミュニティにおける活動の統合、②地方行政の巻き込み、③国・県・郡・コミュニティの各レベルでのDGHSとDGFPの連携強化。さらに、プロジェクト対象地域の現状に則した活動を行い、かつ持続性を保つために、地域の資源を有効活用し、住民参加型のアプローチをとったことも高い評価につながった。しかしながら、新生児ケアと産後ケア（Postnatal Care：PNC）サービスの向上や、持続発展性向上のために保健人材の適切な配置や予算の配分を含む制度的な対応・改革が必要であることなどの課題も明らかにされた。その結果、後述後継案件の実施の検討と合わせて、

2010年7月から1年間の延長を行うこととなった。

また、JICAは、2009年7月付でバ国からの後継案件の要請を受けたことから、前述のSMPP終了時評価とあわせて協力準備調査「母性保護サービスシステム強化計画準備調査」を行った。その結果、当該調査及びその後の関係者との調整により、SMPPの成果を国レベルの政策に反映させ、バ国の優先政策とも連携させた形で、国内で普及展開していくためのモデル作りを推進していくために、フェーズ2の実施の意義が大きいと最終的な判断に至った。

本プロジェクトは、バ国の保健・人口・栄養セクター開発プログラム（Health, Population and Nutrition Sector Development Program : HPNSDP）に沿い、他機関の成果を合わせたバ国全体の母子保健事業を強化することを目的としたものである。

### 1-1-2 調査の目的

バ国政府からの協力要請の背景・内容、バ国実施機関の実施体制等を確認するとともに、先方政府、関係機関との協議を経て、協力内容・計画（プロジェクトデザイン）案について合意を行う。

### 1-2 調査団の構成

担当業務	氏名	所属（派遣時）	期間*
団長/総括	石井 羊次郎	JICA 人間開発部 課題アドバイザー	2/19-3/2
コミュニティ開発	佐藤 寛	サセックス大学開発研究所（IDS）客員研究員	2/19-3/2
病院管理	半田 祐二郎	北海道医療大学人間基礎科学部門・国際保健学教授	2/19-2/28
母子保健	明石 秀親	国立国際医療研究センター	2/19-2/24
エビデンス評価	神谷 祐介	JICA 人間開発部 専門嘱託	2/19-2/26
協力計画	平岡 久和	JICA 人間開発部保健第四課 職員	2/19-3/2
評価分析	興津 暁子	株式会社タック・インターナショナル	2/19-3/9
オブザーバー	松井 三明	国立国際医療研究センター	2/20-2/25

\*（本邦）出発から帰国まで

### 1-3 調査日程

調査期間は2011年2月19日から3月9日まで。概要は以下のとおり。

	日程	曜日	行程
1	2月19日	土	本邦発 ダッカ着
2	2月20日	日	09:00 JICA バングラデシュ事務所所員、プロジェクト日本人専門家打合せ 13:00 JICA バングラデシュ事務所長打合せ 16:00 MoHFW 計画局協議
3	2月21日	月	バ国休日 団内協議

4	2月22日	火	第1グループ 10:00 財務省 (Ministry of Finance: MoF) 経済関係局 (Economic Relations Division : ERD) 協議 13:30 MoHFW 次官協議 16:30 ICDDR,B 協議 第2グループ 07:30 ノルシンディ県視察・調査 18:00 バングラデシュ農村開発公社 (Bangladesh Rural Development Board : BRDB) Mr. Watanabe アドバイザー打合せ 19:30 団内協議
5	2月23日	水	09:00 MoHFW DGHS 局長及び DGHS 母子・新生児保健部 (Maternal Neonatal, and Child Health : MNCH) 部長協議 11:00 保健省コミュニティ・クリニック (Community Clinic : CC) 協議 15:00 CARE バングラデシュとの協議 (一部団員 15:00 MoHFW 病院部との協議)
6	2月24日	木	09:00 CARE バングラデシュとの協議 半田団員ホビゴンジ県病院における総合的品質管理 (Total Quality Management : TQM) アセスメント参加
7	2月25日	金	10:30 CARE バングラデシュとの協議 JICA バングラデシュ事務所所員、プロジェクト日本人専門家打合せ
8	2月26日	土	09:30 SMPP 2 コンサルテーション会議開催
9	2月27日	日	協議議事録 (Minutes of Meetings : M/M) 案作成
10	2月28日	月	14:30-1600 MoHFW 協議
11	3月1日	火	11:00 JICA バングラデシュ事務所報告 15:30 在バングラデシュ日本国大使館報告 評価分析団員以外帰国
12	3月2日	水	団内作業プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) 案の修正、5項目評価案の修正
13	3月3日	木	団内作業 PDM (日本語) 案の策定、事前評価表案策定
14	3月4日	金	ジョソール県チョーガチャ郡病院視察 (TQM 活動: スリランカからの Dr Wimal Karandagoda に同行)
15	3月5日	土	資料整理
16	3月6日	日	JICA バングラデシュ事務所及びプロジェクト専門家と打合せ
17	3月7日	月	10:00 CC プロジェクトとの会議 11:30 MoHFW 病院サービスマネジメント改善部 (Improving Hospital Service Management : IHSM) との会議 15:30 DGFP Programme Manager Maternal Health Services (PM MHS) との会議 17:30 JICA バングラデシュ事務所及びプロジェクト専門家と打合せ (M/M 案修正)

18	3月8日	火	資料作成 15:00 MoHFW 計画局長と会議 (M/M 案) ダッカ発
19	3月9日	水	本邦着

#### 1-4 主要面談者

##### (1) バングラデシュ側

###### MoHFW

Mr. Md. Humayun Kabir, Secretary

Mr. Md. Abdul Mannan, Joint chief, Planning

Dr. A. E. Md. Mohiuddin Osmani, Deputy Chief, Planning

Prof. Dr. Khandaker Shefyet Ullah, Director General - DGHS

Prof. Dr. Abul Kalam Azad, Director, Management Information System - DGHS

Mr. Ganesh Chandra Sarker, Director, Information Education Motivation (IEM) - DGFP

Dr. TapashRanjanDas , Deputy Director MCH & PM MHS, DGFP

###### MoF/ERD

Khadiza Begum, Deputy Secretary

Md. Mostafizur Rahman, Deputy Secretary

###### CARE

Dr. Jahangir Hossain, Program Director Health, CARE バングラデシュ

Dr. Benjamin Schwartz, Senior Director for Health Programs, CARE U.S.A.

ICDDR,B (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh : 国際下痢性疾病  
研究センター)

Dr. Shams El Arifeen, Senior Scientist and Head, Child Health Unit, Public Health Services  
Division

Dr. Dewan Md. Emdadul Hoque, Project Coordinator, Child Health Unit, Public Health Sciences  
Division

The Lanka Hospital (バ国を訪問中)

Dr. Wimal Karandagoda, Director Medical Services

##### (2) 日本関係者

進藤 康治 在バングラデシュ日本国大使館 一等書記官

戸田 隆夫 JICA バングラデシュ事務所 所長

古田 成樹 JICA バングラデシュ事務所 次長

牧本 小枝 JICA バングラデシュ事務所 所員

Ms. Salma Akter JICA バングラデシュ事務所 Program Officer

吉村 幸江	母性保護サービス強化プロジェクト	チーフアドバイザー
駒走 拓三	母性保護サービス強化プロジェクト	業務調整/病院管理専門家
佐藤 祥子	保健省アドバイザー	専門家

## 1-5 調査結果

### 1-5-1 調査総括（石井団長）

本詳細計画策定調査では、事前に確認された対処方針のとおり、本邦から派遣された調査団は、先方と協力枠組みの作成と合意までを行うこととし、M/Mの詳細内容の検討、M/Mの署名・交換に関しては現地 JICA 事務所にて対応することとした。本邦から派遣された調査団における調査総括をここに示す。最終的にバ国側と確認が取れた M/M は付属資料 1 のとおり。

#### (1) プログラムアプローチの視点でのプロジェクト形成

当国保健セクターに対する協力プログラムは未確定なものの、本案件が調査時点で検討している保健・人口・栄養セクター開発プログラムへの円借款、技術協力、青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteer : JOCV）など多様な保健協力事業を効果的に結びつける中核メカニズムとなるよう、①母子保健の強化と②横断的な保健システムの整備という2つの重要な要素を、中央での調整、地方での実証、拠点からの発信・普及の3層構造で展開するプロジェクトデザインとした。

#### (2) 中央における調整機能の強化と体制整備

明確な体制としては構築していなかった中央レベルでの政府、開発パートナー、非政府組織（Non-Governmental Organization : NGO）などによる母子保健の国家事業調整機能を、MoHFW 内に確立された実施機構として活性化を図るよう、期待される協力事業成果として明示した。

#### (3) プロジェクト成果物の協創と共有

フェーズ 1 ではプロジェクトサイトでの成果をもとにしたいわゆるノルシンディ・モデルの確立に注力したが、フェーズ 2 の本案件では、全国の母子保健実施機関（地方保健局、病院、コミュニティ・クリニックなど）がそれぞれの状況に適した手法を利用できるよう、他地域、他機関による優良事例（グッドプラクティス）も含めた多様な知見を共有するメカニズムを創設することを意図した。中央での知見共有のための MoHFW 内の調整機能強化、ノルシンディ県やチョーガチャ郡など他の関係者の手本となる活動を行う拠点のラーニングセンターとしての活用、多様な知見を組み合わせたトライアルの特定県における実践などを通じて、こうした知見の協創と共有を図ることができるようプロジェクトデザインをした。

#### (4) 地方行政強化ネットワークとの連携

JICA が地方自治省と連携して展開している水平学習プログラム（Horizontal Learning Program : HLP）の活用により、省庁や分野の壁を超えた連携体制を構築して、より効果的な知見の共有と事業成果がユニオンなどの地方レベルで普及するように図る。

#### (5) 効果的・効率的なローカルリソースの活用

フェーズ1では10名のプロジェクトナショナルスタッフの採用、現場でのNGOへの事業委託などローカルリソースを積極的活用して成果を上げた。本案件でも同様にローカルリソースを活用することとする。ただし、こうしたローカルリソースのもつ活動ノウハウについてはプロジェクト期間内に現地の機構に移転・定着するよう出口戦略をしっかりとプロジェクトデザインの中にも含めることとした。

#### (6) エビデンス調査のあり方

調査当初、プロジェクト成果を国内外に広く広めることを目的に、科学的実証調査活動をプロジェクトと並行して行うことを想定した。今回の2011年2月から3月の現地調査期間中の議論では、技術協力事業の優位性ともいえる状況変化の中での柔軟な協力活動の対応をどのように調査デザインの中にも含めるかで結論が見出せなかった（「1-5-2 分野別調査概要」における各団員報告参照）。いずれにしてもより客観的な事業成果の検証を本案件と並行して実施することの意義は高いことから、帰国後再度調査手法について検討することとした。

その結果、当初想定していた科学的に強固なエビデンスを測定する調査活動や調査対象地域での介入活動そのものは本プロジェクトのデザインの中には含めないこととし、あくまでもプロジェクトと並行してICDDR,Bが実施機関として行う調査として位置づけた。ただし、プロジェクト成果の実証という位置づけにかんがみて、プロジェクトでは実施ノウハウを調査実施者に助言・指導する立場から関与することで当該調査の質が低下しないように計画をすることとなった。その他概要は「1-5-2 分野別調査概要（4）エビデンス評価」を参照願いたい。

### 1-5-2 分野別調査概要

#### (1) コミュニティ開発（佐藤団員）

##### 1) 住民参加における「投入」と「成果」の関係について

本プロジェクトでは、CmSSという仕組みを通して、「住民参加」を働きかけている。コミュニティ活動は、介入者と受益者の境界がなくなり、巻き込む関係者も増加し拡大していく。この結果、プロジェクトで行った投入がどのような成果を生んだのかを直接的な因果で示すことは困難となる。他方、プロジェクト期間中に発生した（母性保護に関連する）好ましい変化も、それがプロジェクトの投入によるものなのか、それ以外の要因によるものなのかを特定することは困難となる。

住民参加をプロジェクトに取り込む限り、このような事態になることは当然であり、住民参加型の介入では、実験室のような環境を想定し「投入」と「成果」を比べることで「効率性」を評価するような試みは無益であることを銘記すべきである。

ただ、このことは否定的な側面ばかりではない。むしろ、他のアクター（現地行政、NGO、企業）が実施するコミュニティ活動からのリソースも活用しつつ相互の相乗効果を視野に入れた活動にすることで、より大きなインパクトをもたらすことが可能になるからであり、その「手柄」が誰のものであるのかなどは、バ国の母親たちにとってはどうでもよい問題である。もとより、日本の納税者に対する説明責任はあるが、それは下記



3) を参照されたい。

## 2) 住民参加と技術的サービスの質

途上国の母子保健においては、特に農村部の貧しい女性が保健サービスにアクセスできない（物理的、経済的、精神的）ことが大きな課題であるとされる。このため、本プロジェクト SMPP では、農村の女性を中心としたコミュニティ単位の互助組織の結成を働きかけ、この住民組織が貧困女性の妊娠出産にかかわる経済的負担の一部を肩代わりするとともに、出産時に異常があった場合は（農村部では大半の出産が自宅で行われる）速やかに医療施設（郡病院）に搬送できるようなネットワークの構築を行った。この結果、産前健診の受診率、施設分娩の比率は着実に向上した。次期計画（フェーズ 2）でも、同様のアプローチを全国に普及しようとしているのだが、産婦人科医、国際保健の経験豊富な医師からは「医療施設の利用率が上がっても、そこで提供されるサービスの質が良くなければ、かえって母子保健全体にとって悪影響を及ぼしかねない」という指摘が繰り返された。医学的な観点からは「科学的に立証された、質の高いサービス」がない限り、住民参加の促進は意味がないということになる。本プロジェクトには医療施設のサービスの質向上（機器の設置、TQM）に関するコンポーネントが含まれているが、医療的にはまず医療施設の改善を確立し、その上で住民参加に取り組むべきということになる。

しかしここでは、あえてこれとは異なる見解があり得ることを指摘しておきたい。「コミュニティ開発」の観点に立てば、地元の人々が主体的な取り組みで医療施設の利用頻度を高めることは、それ自体の価値（相互扶助を通じた社会関係資本の醸成、行政に対する信頼感の育成、行政に対する建設的批判の可能性）があると評価できる。また住民参加という働きかけは、単に「医療施設のため」のものだけではない。たとえ、当初母子保健、保健医療に関連する目的で組織化される住民グループであっても他の生活分野にも活用できる可能性がある。

住民の生活は保健医療だけで成り立っているわけではなく、教育、交通インフラ、経済活動など多様な側面に及ぶ。住民組織が活性化することで、こうした様々な側面での相互扶助が促進されるならば、仮に医療施設のサービスの質が改善されないままであっても、住民組織化を働きかけることには意味があるということになる。

## 3) プロジェクトの有効性の「科学的」評価をめぐって

国際保健の世界では、現在「ランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial : RCT）」「成果準拠（result based）の評価」が主流であり、こうした調査結果が一流の国際学術誌（Lancet など）に掲載されて初めて、そのプロジェクトは「有効であった」ことが立証されるという認識が広く共有されているようである。このため、本プロジェクトでも JICA 本部の担当部署にはこうした「国際標準」の調査を実施して、国際的な評価を確立したいという意向がある。このために、医療経済学の専門家にこうした調査の可能性を打診したところ、一流の医療経済学者（ロンドン大学など）とパートナーを組み、現地の一流の研究機関に調査を委託することでそうした「実証」ができるとの意見を得たことである。しかしながら、調査の厳密性を期すためには（介入と結果の因果関係を特定することを困難にするような）「攪乱要因」を極力排除しなければならず、調査期間中にはプロジェクト介入の方法を変えてはいけないうことになる。これは、「母子保健状況の

改善のため」に日々様々な工夫をするプロジェクトのダイナミズムを失わせる。同時に、「国際的な水準」の調査のために必要な経費は、本プロジェクト本体の実施のためにかかる1年分の経費を遙かに上回る。このことは、社会開発の立場からは「プライオリティーづけの間違い」あるいは「調査のための調査」であるように思われる。

他方、世界銀行の「給水・衛生プログラム」(Water and Sanitation Programme : WSP)が、各地の地方自治体(郡・ウボジラ、郡の下単位であるユニオン)間の相互学習のために設置している水平学習プログラム(Horizontal Learning Program : HLP)では事務局に、各自治体が様々なドナー(援助機関・開発パートナー)とともに実施している「成功事例」が集積され、会員になった自治体(現在全国で24郡)間でこの情報が共有され、相互に訪問学習したうえで必要に応じて模倣するという運動が行われている。こうした「成功例グッドプラクティス」の模倣が50回以上(ウボジラの下位単位であるユニオン単位での模倣)になると、「有効性が実証された方法」と認識される。この段階になると更に他の地域での模倣・普及の可能性が高まる。これは、統計的な意味での「科学性」はないが、「必要なことであれば人々に受け入れられる」という原則を実証するという意味で、極めて堅実な証拠となる。こうした「実証方法」であっても、社会開発目的の手法の検証としては十分ではないだろうか。このような方法を取るのであれば、ことさらに「専門家」を雇用する費用も必要ない。

「評価」のために日常業務に付加的な作業が増えるのは、我々も経験するところだが、開発プロジェクトの評価に科学性やいわゆる「客観性」を過度に求めることの無意味さを改めて認識するべきではないだろうか。なぜなら、バ国社会の文脈で最適な方法を、他の国でも共通する指標で計ることに、論文発表以上の意味がないと思われるからである。

#### 4) プロジェクト・マネジメントについて

本プロジェクトのフェーズ1では、プロジェクト・マネジメントについては以下の「糸切れ凧型」に近いものであった。それゆえにユニークな成果を出してきたものである。しかしながら、フェーズ2ではこのようなプロジェクト・マネジメントは税金を原資とする政府開発援助(Official Development Assistance : ODA)事業においてはアカウンタビリティーの観点から容認されにくい。とはいえ、(あらかじめ設定された資格要件を満たす人であれば)誰が実施しても同一の成果が出るのが期待される「コンサルタント型」のマネジメントは、現場のダイナミズムを重視する日本型の技術協力プロジェクトの特質を自ら放棄する愚につながる。おそらく、フェーズ2では目的を関係者で合意したうえで、現場の専門家、プロジェクトチームが人々との相互作用の中で柔軟に対応方法を変化させていくアプローチ(「職人型」)をめざすべきではないだろうか。その対応過程は迅速でなければならないので、官僚的・形式主義的な「提案→認可→実施」というプロセスに固執するべきではない。しかし、なぜ、どのような状況でそうした実施手法の変更をしたのか、それは目的から逸脱していないか、を定期的に検証することは必要である。そのためのプロジェクト・マネジメントの仕組みとしては、単にJICA本部人間開発部、地域部、事務所の担当者だけのモニタリングでは不十分で、ある程度の知識と経験をもつ少数の専門家からなる「支援委員会」を設置することが望ましいのではないだろうか。

<開発援助プロジェクト運営の類型>

	活動目的を固定し、それ以外の活動はしない	活動目的を明示せず、日常業務の積み重ねで成果を出す
実施方法をあらかじめ詳細に規定する	コンサルタント型	官僚型
実施方法を実施者の裁量にゆだねる	職人型	糸切れ凧型

(2) 病院管理 (半田団員)

1) SMPP フェーズ 2 で保健医療施設、特に地方病院に導入される、5S-KAIZEN-TQM とはいかなるものか?

a) 公共事業体にも適応できる経営手法

5S<sup>1</sup>-KAIZEN<sup>2</sup>-TQM<sup>3</sup>は日本で発祥し、現在では世界の民間セクター、特に製造業で用いられている経営アプローチである。本アプローチは、公共事業体にも適応できる職員参加型経営手法である。事業管理責任者の適切なリーダーシップ、中間管理職の前向きな姿勢、管理運営のための能力強化、職種、職階を超えた職員間のコミュニケーションの円滑化、患者・クライアントを含む保健医療サービスにかかわる人間のチーム化が重要な成功要因である。成功事例は既にスリランカの公共セクター、特に病院に存在する。国を超えた学びも必要になってくる。

b) 途上国の公共事業体の経営は収支を目標としていない

当該案件にて地域保健、特に妊産褥婦・新生児保健 (Maternal and Neonatal Health : MNH) サービスの向上のため案件対象地域の保健医療施設に導入予定でその準備が既に進行している 5S-KAIZEN-TQM は、病院の経済的利益の保全、拡大、更にはバランスシートでみる黒字経営をめざす手段ではあり得ない。なぜなら、対象には私企業経営と同質の経営目標や経営行為が存在しないからである。バ国をはじめとした開発途上国の公共セクターでは、公共サービスとしての病院サービスは上位機関から交付される年度予算によって基本的には提供されている。しかし現実には、サービス提供のための資源、予算は常に慢性的に不足している。そのために、診断・治療・予後観察などの医療行為の妥当性、効率性や質が損なわれている。更には、それらを支えるバックヤード、ロジスティクスなどのサービスが全般的に劣化していることも見逃せない事実である。そのために医療行為全般は一層負の劣化サイクルに追い込まれるのである。

c) 公共事業体の作り出すべき 3 つの価値

本報告書でいう「経営」とは、公共事業体の経営のことである。公共事業体の、本件でいう「病院」は上述のような経営実態を呈しているが、地域に一定の価値を、金

<sup>1</sup> 「整理-整頓-清掃-清潔-躰」(英語では Sort-Set-Shine-Standardize-Sustain) を指し、日本の産業社会では深く浸透している業務環境改善のコンセプトをいう。5S に基づいた業務環境管理を 5-S 管理、5-S 運動などと呼ぶ。

<sup>2</sup> 日本の製造業で生まれたボトムアップの品質改善運動。「5S」を推進し、職場環境が整然とした状態に維持されれば、業務効率が向上する。それを基調として、製品の質やサービスの質を、標準化した問題解決プロセスを通じて継続的に改善する活動を KAIZEN と呼ぶ。

<sup>3</sup> 製造部門で行われる品質管理の手法をそれ以外の部門にも適用し、全社的に取り組む企業の統合的品質管理のこと。

銭の経営指標では測り得ない価値を生み出し、地域住民とそれを共有している。そして今後はその価値を一層高めていく方向にある。本案件の役割もそこにある。その価値には3つの側面がある。MNHで病院が担う医療効果そのもの、サービスにかかわる顧客満足度、そしてそれら2つの価値の創造の手段の1つでもある職員満足度の3つである。職員満足度の高い生き生きとした医療機関であることが地域社会におけるその病院の価値であることを見逃すべきでない。

d) MNH 向上、Safe Motherhood 実現には地域の病院サービス向上は必須

当該案件詳細設計においてはSMPPフェーズ1においてモデル化の途上にあるMNHサービス・アプローチが更に進化したアプローチに姿を変え、その利用がバ国国内に広く拡大することを目的としている。その目標達成には、緊急産科をはじめコミュニティでのSafe Motherhoodにかかわる地域活動からもたらされる医療需要に、地域の公立医療機関がより良くこたえていくことが必須の条件であると見做している。

e) 病院の変革が成功のカギ

そのためにはそれらの病院に5S-KAIZEN-TQMが適応され、その進展過程を通じて、公立病院という組織が、「慢性的資源不足に苦しむだけの病院」から「既存資源を有効活用し、サービスの質の向上をめざす病院」に進化していくことが必須であることは自明である。それらの病院は自ら業務環境を改善し、現場の業務プロセスやサービス内容についての問題解決に、現場要員がチャレンジし続ける組織に変容しない限り、上述した現状の混迷から抜け出すことは困難である。ドナー機関による資源の追加投入に頼り切った経営、患者中心のサービスを提供できない経営にとどまる限りにおいては、それらの病院は地域社会に存在し続けるとはいうものの、決して人々の需要に本質的にこたえてはいないのである。荒廃した病院サービスが継続することを本案件は容認できない。

f) 「企業経営」から公共事業体は学べ

5S-KAIZEN-TQMを用いたいかなる経営改革も、経営とはいかなるものかという理解に基づいていなければならない。特に現場の経営管理者や、その上位機関の予算や資源配置にかかわる意思決定者が、更にはそれらを支援する援助機関が、そのことを深く理解していることが必須といえる。そのためにもまずは、私企業の経営について概観し、公共事業の経営とそれらを対比させ、公共セクターの経営の実相とを見直してみよう。

世にいう「事業体」とは資源を製品やサービスを作り出すシステムに投入してアウトプットとして質の高い製品やサービスを顧客に提供し、顧客や社会のニーズにこたえとともに、成熟し続ける組織として社会に存在することを志向する集団として捉えられる。

私企業は上述の目標達成の基本的な手段として利潤の確保の継続をめざす。また私企業は、利潤が確保されており、その役割が所属する社会の利益にかなうものである限りにおいては、存在し続けることができる。しかし、それらの条件が失われるならば、企業はマーケットから消えてゆく運命にある。その原因は、顧客の需要を恒常的喚起する製品やサービスの①生産性、②品質、③コスト制御、④デリバリー、⑤安全性、そしてそれらを達成するための⑥組織の士気に問題が生じてそれらが修復できない状

態が継続することである。

私企業にとっては、上述の6つの目標を多変量解析のような分析を経て達成し続けることは、組織の生死にかかわることであり、その達成の度合いを向上することはマーケットの競争に勝ち抜くための必要条件であるといえる。そのことを保証し続けるための活動が、「経営 (management)」ということになる。

#### g) 荒廃していてもサービス提供を止められない公共機関としての病院

公共事業体の上述の課題について考える。公共事業体は公共の資源を有効活用して地域社会に貢献することを旨とする。公共サービスとしての病院サービスは先進国でも途上国でも必ず存在する。多くの公立医療機関の経営目標は収支ではない。出資者を国や地方公共団体以外にもたない公立病院は、経済的利益を分配し、事業拡大に再投資しながらその活動が自己完結する、ということはないのである。

資源は政府上位機関から半自動的にもたらされる。もたらされた資源は、しかしながら必ずしも需要に見合うものではない。通常それらは慢性的に不足している。現場の需要が正確に測定され、年度ごとの予算案ができ、それをもって上位機関に予算請求する必要があることは万人が知っている。しかしながらそれも、特に途上国では合理的に行われているとは言い難い。国の形をつかさどる国の権力による統治は、多くの途上国の場合、国民の生命、財産の保全に、自己完結したあるいは手厚い公共サービスが実施されるという形で、国民に明示されるわけではない。手厚いサービスの提供者たる医療公務員の給与は低く、病院の各種の要員の生活が、患者中心のサービスを気持ち良く意欲的に行うほどに、満ち足りてはいないのである。

それでも公立病院は存在し続ける。バ国の本案件にかかわる病院も例外ではない。存在しながら、サービス提供者も受益者も不満足な形で、サービスを提供し続ける。収支の代わりに社会に先に述べた3つの価値を創造し続けるのが、手厚いと感じられる公共サービスで国民を守るのが、公共サービス、公立病院の責務であろうに、そのことは現場要員には、そして時には管理者にさえも深く意識されていないことが多い。

#### h) 協力対象病院の現状は甘くはない

荒れた病院がそこにある。病院が汚いとだれもが感じている。しかしそれを持てる資源を有効利用してきれいにしようという行動は、十分とはいえない。病院に行くとき病気になると思う人もいるかもしれない。医師や看護師は多忙である。慢性的に人手が足りない。薬の供給が滞ることもある。検査データが検査室から外来に届けられるが、大いに時間がかかる。時には患者が帰ってしまったあとに届くこともある。壊れた椅子やベッドがそのまま使われている。患者や訪問者がそれらで怪我をすることもある。病院の裏庭には2つの山がある。1つは分別されていないゴミの山、いま一つは壊れた医療機械や家具、修理されていない器具などである。

ゴミの山は感染の源にもなる。子どもがゴミの山に捨てられたビニールやプラスチックを拾う。危険である。ゴミを院内で分別収集しようとしても、ゴミの最終処分の方法があやふやでは、意味をなさない。院内の焼却炉もあるが、燃料が枯渇すると稼働しない。

実際、病院には1つの入口と3つの出口がある。入口はみんなのためにある。しかし、出口の1つは生きた人間のため、もう1つは霊安室からの出口。亡くなった患者

さんのため、さらにいま1つ、廃棄物のためである。廃棄物の出口は患者さんの死と同等に悲惨である。そのことはゴミを出さないようにする工夫、品物を安全に再利用するための工夫、更には病院の外と協調して物をリサイクルする工夫がないため、一層悲惨なものになっているといえる。

i) 業務環境改善とチーム作りの基盤の弱い品質保証 (Quality Assurance : QA) は危うい

かつて、否、今も、QA と称する仕事が行なわれる。医療廃棄物の管理システムのない、あるいは極めて不十分な病院で、院内感染対策の QA が行なわれる。検査室の業務環境が劣悪な病院で、特定の検査の精度管理についての QA が、そして手術部や救急外来での緊急産科の QA の必要性だけが強調されることがある。ところがよく実態をみると、それらの業務を支えるべきバックヤード、病院の中央サービスがうまく稼働していない。さらに、緊急産科のチームと一体であるべきそれらの施設、機材の管理運用システムが滑らかに稼働しない。医療行為本体の QA の実施をこのような状況で声高に叫んでもその有効性は疑わしい。それでも外部からの支援のための投入が継続するうちは、見かけ上の改善もあろう。しかし、決してそれは継続されるものとはならない。波が去れば、命が失われるのである。後戻りは容易に起こってしまうのである。何となれば、“If System fails, the Quality fails.” であるから。

QA は業務環境改善と、QA を行うための信頼に足るチームがそこになければ、そしてそのチームは常に“考え、行動し、問題解決に挑戦する”チームでなければ、その持続する効果を創造できない。

j) TQM とは全体最適をめざす情報に基づく連続した経営判断のこと

5S-KAIZEN-TQM は日本で開発された参加型事業経営手法である。5S 活動の定着の重要性が協調されている。TQM は全員参加で質の高いサービスや製品を作り出すことをめざす経営手法である。TQM は KAIZEN という問題解決プロセスが組織のなかで、日常業務の一部として、どの部署でも動いていることを前提として成り立つものである。KAIZEN 結果の情報を大事にしてそれらを根拠として組織の全体最適状態をめざすのである。全体最適をめざすことはすなわち限られた資源をいかに有効に使うか、投入についてどう優先順位をつけるかを経営管理者が常に意識して、意思決定をするための仕組みである。

k) KAIZEN は部分最適をめざす問題解決、5S は参加型業務環境改善

KAIZEN が事業体のすべての部署で行われるには前提条件がある。その条件とは、チームワークで現場の問題を現場の要員が自ら解決するための目的志向型のチームワークが存在することである。チームワークが問題解決にシステマティックに挑戦し続けるには、チームの確信と能力が必要だ。確信は業務環境改善で 5S 活動を実施した経験と小さな成功体験の積み重ねからもたらされる。能力は学習からもたらされる。単なる理論学習のみでは真の能力は作られない。経験を通じた現場での学習が重要である。これらの 2 つのことを現場要員の小さな組織、業務改善チーム (Work Improvement Team : WIT) で育む仕組みとして、5S 活動は捉えられる。適切なコーチングがあれば、5S 活動の 5 つのステップは学びの場となるのである。

## 1) 全員参加の仕組みを作れ

このように、5S、KAIZEN、TQMの3つの異なるプロセスは3つ一緒に病院のマネジメントの仕組みの中に位置づける必要がある。5SとKAIZENのない、あるいはちぐはぐなマネジメント業務の中に決してTQMは育たない。5Sのみで病院の中で行われる多種多様のサービス内容やそれらを実施するためのプロセスへの配慮、意味づけの薄い業務環境改善活動は、一定のところで止まったなり動かなくなる。業務環境をベースとしないKAIZENは刹那的なもの、本質に迫らない上滑りに終始する。現場を重視しない、言いかえれば、現場の現実を知らないで行われる意思決定はTQMの仕事とは言い難い。TQMを行っている組織の長はだから、多忙な中でも定期的に現場を歩き、要員とコミュニケーションする義務を自分に課している。TQMは全員参加の経営管理手法である。現場要員や中間管理職は5S、KAIZENで参加し、トップマネジメントとそれを補佐する集団は現場の情報を渉猟する行為とそれに基づく意思決定のプロセスに必要なコミュニケーションをもって参加するのである。

## 2) 本プロジェクトの協力対象医療機関では5S-KAIZEN-TQMにどう取り組むか? : 今回の調査でわかったこと

### a) 医学的課題克服のための環境整備

本案件における当該アプローチ実施の目的は、まさに地域の2次医療機関における緊急産科にかかわるサービスの質と効率を向上させることにある。しかしながら一足飛びに病院における妊産婦死亡率や新生児の死亡率を、短期間で改善できるものではない。そこには多くの医学的課題が立ちふさがる。本案件で、「病院の変革」をめざすことの意味はそれら医学的課題の一括解決ではあり得ない。その意味はまさにそれらの問題解決の環境整備を行うことである。その環境とは物理的環境と人的環境、人の集合体である「組織」そのものである。病院において、これまで多くの資源投入や技術的課題の克服の試みがなされたにもかかわらず、現在でも多くの課題が未解決になっていることの原因はまさにそれらの環境の整備の遅延である。本案件の役割はこの遅延からの脱却であろう。そのためには、当該医療機関の経営改革が必要であることは既述した。病院全体の管理運営の改善が見られないところに、システムと医療行為の相互の向上を要する緊急産科サービスの改善はない。

### b) 今後なすべきことと道筋

#### **知ること、知らしめることが第一**

まずは病院管理者、次いで中間管理職が5S-KAIZEN-TQMの理念と実務を学ぶ機会を作ることが肝要。そのためには現地語と英語を交えて本アプローチにかかわるリーダーシップを育成する半日程度のセミナーを数多く実施する。そして、それを可能にするためにはプロジェクトが才能のある講師を確保して、最大限に活用することが必須である。トレーナー研修(Training for Trainers : TOT)も同時実施して「語り部」を育てたりもする。成功事例を見学して運動の過程を疑似体験するのが最も当該人材を育成するきっかけとしてふさわしい。適宜、スリランカへの見学旅行が企画、実施されることが望ましい。

### **意を決することを促す**

中央行政、地方行政、病院管理者、中間管理職と段階を追って、5S-KAIZEN-TQMの着手、継続について具体的意思決定を求める。そしてその意思を「病院」全体に知らしめることが必須。

### **その意をうまく伝える**

病院管理者集団が病院内で全職員に5S-KAIZEN-TQMを語るための道具と機会を作り出すべきである。簡便な講義マテリアルなどのIECマテリアルは必須であろう。また、それらの活用を促進するためのコーチングを行うべきである。

### **組織作りにはまず数寄者を探せ**

品質責任者（Quality Manager）と品質改善チーム（Quality Improvement Team：QIT）を作る。組織作りのコーチングでは、前向きな人間としての中間管理職の確保と権限委譲が重要。このプロセスがないと活動は自然消滅しかねないので注意を要する。

### **最初のチームはQIT**

これは中間管理職の集団である。チームを大きくしすぎないことが肝要。既存の会議システムを活用して、このチームを稼働させよう。最初の仕事は5S-KAIZEN-TQMのセミナーの企画、実施、振り返りと病院内巡回による業務環境問題の共有であろう。

### **良きことは何度も連呼せよ**

現場職員のためのセミナーなど短時間（1時間以内）の業務時間内での実施が基本である。そしてすべての職員が参加できるようにセミナーを反復、頻回実施とする。

### **見える効果、見せる効果—パイロット部署はうまく選べ**

全組織的同時着手は避ける。理由は、人々の負担過重の予防である。活動が最初から職員全員に好まれるものになるとは限らないからである。知的な人々ほど「変化」を嫌い、保守的になりがちである。特に医師集団には注意を要する。最初から彼らにリーダーシップをもたせるのは得策でない場合がある。彼らは診断治療に多忙で、5Sなど、自らの仕事と見なさない場合がある。看護師、技師を中心として着手するのが最適である。

### **道具立ても大事—最低必要なものは素早く投入**

既存資源の有効活用が重要とはいえ、5Sによる業務環境改善（Sort, Set, Shine, Standardize, Sustain）着手に必要な物品もある。清掃用具、基本的家具、簡便な施設の修復などには小額予算を素早く活用できるように準備すべきである。投入のきっかけを失うと士気を失いかねない。



### コーチ次第で物事は動く

コーチは積極育成すべきである。プロジェクト要員としての講師（もっとも重要）、地域定着の広域巡回講師、各施設における QIT のリーダーを最初からコーチとして育成する戦略を要す。

### プチ・サクセスは多弁

パイロット部門を指定して 3 カ月間の 5S、特に整理、整頓、清掃の 3 段階が進展したら、成功体験を全組織的に伝達する。介入前後の写真は重要な IEC マテリアルになる。職員の集会で成果のお披露目をする。その後パイロット部門を追加指定してさらに前進、あるいは運動を全組織的に着手するかについては現場の判断による。そして、全組織的に着手したら、また 3 カ月後に **positive competition** を実施。優秀なチームと部署を全職員の前で表彰したりもする。

### 褒める、見せる、学ばせる—組織内普及の手がかりをつかめ

QIT メンバーと病院長などのトップは、コーチ集団として動けるような体制にするのがよい。現場に定期的に足を運ぶ時間を作る。時間管理も経営である。そして、褒めて、やって見せて、学ばせるというサイクルを作っていこう。

### すべての部署に業務改善チーム（Work Improvement Team : WIT）、事業体のすべての部署で 5S を

5S の全組織的展開には WIT の部署ごとの設置が必須。このチームが稼働していることをもって、5S の全組織的着手が成ったと認定する。WIT ごとの週例定期ミーティング、WIT リーダーの月例会議（QIT 主催）、QIT の四半期ごとの定例会議、病院長、事務長と QIT の定例会議、全職員会議等を既存の会議システムを有効活用して設置、稼働させるようにする。

### 再び道具立てと素早い投入

5S 展開に必要な物品投入、修理等の実施には迅速な対応が必須である。全病院的に、例えば 20 程度の部門に同時に小規模な投入を行う仕組みを作ることが必須である。実はこのことで組織内の物流や予算管理、モニタリングなどの基本的な経営行為の向上も同時に図るのである。奏功すれば 5S 展開及び病院経営向上双方に利益がある。

### コーチングでめざす 5S の S4、標準化

5S のうち最初の 3 つの S が良好に推移すれば、次は Standardize、標準化のプロセスである。全組織的に整理、整頓、清掃が実施されている状況を維持すること、それぞれの過程で実施方法を標準化すること、さらに、チェックリスト、カラーコードなど病院全体で共有し得る方式を作り出すことがなされるべきである。コーチングが必須。プロジェクトは一定の提案、情報提供とともにこのプロセスへの知的貢献が期待される。プロジェクト所要員の講師の役割が重要。

### **プロジェクトの学びは日本人、スリランカ人専門家から、そして産業界から**

短期派遣の日本人専門家を年間2～3回、それぞれ2週間程度確保して、バングラデシュ人講師、コーチ人材の養成、教材開発などに充てることが実用である。また、公共機関の病院で成功を収めているスリランカの当該アプローチ実践者の活用も有用である。そして、バ国国内の産業界との交流を介した情報収集、コーチ人材養成のための研修等も検討に値する。特に製造プロセスが素人にも観察しやすい縫製業等の人材集約型産業が学びの場としては有用である。

### **Top Management、Quality Manager、QIT の学びをプロジェクトがガイダンス**

指導者、管理者養成なくして病院の変革は成し得ない。前項と合わせ、定期的なプロジェクト要員の講師や指導者の巡回は運動進捗のモニタリングと合わせ必要である。巡回に際しては管理者を対象として短時間のセッションをもち、毎回新しい情報やヒントを与えるようにする。そうしないと緊張感が薄れ、時間とともに運動が衰退することも有り得る。

### **WIT の学びを QIT がガイダンス**

QIT が定期的に現場を巡回して WIT をガイダンスするように制度化と意識づけ、コーチングのスキルの向上を図ることが肝要である。特に 5S の定着後、業務プロセスにおけるサービス内容の変更、削除、追加によるサービスの質の向上にチャレンジする際には、WIT が、標準的問題解決過程の学習、実践を自ら行うようになることが必要である。その際は具体的な方法の伝授や提案スキームの広報など、QIT が直接 WIT の能力向上にかかわる場面が増える。QIT とトップマネジメントとの協調で、このプロセスを制度化、予算化できるようになれば、その病院のカルチャーが変革の兆しを見せることになる。

### **モニタリングという経営の本質、コーチングというコミュニケーション**

病院業務の種々のプロセス、サービスパッケージのモニタリングそのものは「経営」の中心を成すといっても過言ではない。業務環境改善 (5S による)、KAIZEN による業務プロセスの向上の過程では多くの信頼できる情報、特に管理運営情報が確保されるはずである。この施設内の各種情報 (信頼性は運動が奏功すれば、向上しているはず) を管理情報システム (Management Information System : MIS) と連結するのは必須である。前者があつて後者の向上がある。逆は必ずしも真ならず、である。

### **WIT と同志の学びの場、院内 KAIZEN 大会 (組織内 Horizontal Learning)**

5S の恒常的実施の実現ののち、KAIZEN 活動が全複数箇所以上でなされるようになれば、その時が KAIZEN 大会のような Positive Competition 関連行事の実施を仕掛ける時期であろう。院内の行事、更には複数の病院の代表者を集めた大会を行う。

### **地域を巻き込んで地域の学びを創造：新しい価値としての TQM**

病院を支える地域社会が病院の施設整備や機材調達、環境整備を部分的に行う仕組みがある。多くの病院が委員会を有している。その機能と関心を 5S-KAIZEN に向けよう。地域の有力者、政治家等の協力を取り付け、当該運動を地域全体で見守る、時には助成する仕組みを作ることが望ましい。

#### (3) 母子保健（明石団員）

##### 1) SMPP での取り組みと限界

###### a) NGO 活用型アプローチ

地方保健行政が弱体で、自然発生的に NGO が地方保健行政サービスの担い手として力を発揮しているバ国において、NGO の活用は当然といえば当然というべきである。一方、これまで成果の一部を切り売りする形で NGO に任せることはなかった JICA としても、SMPP ではとてもユニークなアプローチを行ったといえよう。それは成果の 1 つにかかわる活動の実施を、CARE バングラデシュという NGO に任せてしまったことである。このことはバ国という、特に県レベルの地方保健行政が弱体な国で、相手側の有力な公的カウンターパートが見出せないなか取った非常手段ともとれるし、JICA として新しい可能性を開いたともいえる。ただし、反面、このようなアプローチを取ったがゆえに、公的カウンターパートの能力強化に取り組まない（めない）原因となった可能性もある。

この原因としては、やはりバ国側の受け皿の欠如が挙げられる。そしてその結果として、プロジェクトの限界にもつながったといえよう。というのは、プロジェクト終了時、能力強化されていたのは、プロジェクト雇いのバングラデシュ人スタッフか、あるいは CARE バングラデシュ雇いの同スタッフが主で、公的機関に本プロジェクトを担う人も部署も、きちんと養成されていないのではないかと思われる。

###### b) 「住民参加」中心の母子保健介入

住民参加をこれほど徹底して制度として確立したのは珍しい事例かもしれない。しかもこの住民参加を中心に「助産ケアのための施設強化」、あるいは「地方保健行政強化」の実施を加えており、介入地域の施設受診患者数は増加した可能性がある。しかしながら、これらの住民参加以外の介入コンポーネントは弱い介入であったと思われる。

もちろん、患者数は増えている地域もあるが、妊産婦や新生児死亡の回避にどれだけ役立ったのかは不明という状態にあるということ、またプロジェクトの介入の意義がなかったわけではないが、それより当然のことながら、患者数は多分に医療従事者が当該医療施設に働いているのかどうかによってかなり影響を受けていたのも事実で、それが限界であり、一方将来的に介入方法の手掛かりとなるのかもしれない。

###### c) P-CSBA の養成

通常、熟練助産師（Skilled Birth Attendant : SBA）のいない地域にどうやって SBA を増やすべきかと考えるにあたっては、（例えば、無医村を例に考えるとわかりやすいと思われるが）既存の SBA をその地域に配置するか巡回させる方策を考えるか、あるいはその地域から適当な者をリクルートして、正規教育に入学させて、卒後に赴任す

ることを期待するというアプローチ（例えば、日本でいう自治医大の方式）を取ることが多いと考えるが、本プロジェクトでは入学資格をも問わない形で対象者を選び、国が定めるコミュニティ SBA（Community SBA：CSBA）のための2年間の養成を省いて6カ月で養成コースを終え、しかもCSBAという名前を冠してプライベートCSBA（Private-CSBA：P-CSBA）の養成を行ってしまった。このようなある種「画期的？」な取り組みにより、チョール・エリア<sup>4</sup>の助産師不在による弊害は軽減されたといえるのかもしれない。

しかしながらこのことは、ODAを使って、他国内に無資格医療従事者を養成してしまっただけということに成り得る。もちろん、保健省の局長レベルでは確かにP-CSBAの養成（6カ月の養成期間）はよいと言っている者もいるが、P-CSBAを養成していいという法的根拠がないなかで（このことを実施してもよいと明記した法令や規定が見つからないとすると）、このようなことを実施してしまっただけになる。これについては、今後どのようにかわるべきか、検討すべきである。

## 2) 今後の方向性

### a) エビデンスの創出

先行プロジェクトの介入がバ国における母子保健状況の改善に結びついたかどうかについて（おそらくまた、どのような介入がよかったかについても）、そのエビデンスを作ることが日本政府の Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care（EMBRACE）モデルを進めるバ国で求められている。これについては、本プロジェクト内にエビデンス作りのコンポーネントを入れると、そのことによりかなりのリソースが割かれること、またエビデンス作りのためプロジェクトの改善のダイナミクスがそがれること（（1）コミュニティ開発（佐藤団員）の項参照）、さらに予算がJICAの通常のプロジェクト予算からではなく、バ国政府がもつ見返り資金から出されることなどから、次期プロジェクトの外に置き、しかも次期プロジェクトと密接な関連のうえで実施することが好ましいと思われる。

しかしながら調査団の派遣時には、プロジェクトの何を検証するののかに関するコンセンサスが関係者の中で得られていなかったため、エビデンスの検証のための調査そのものをICDDR,Bが行うにしても、検証すべき事柄について日本の関係者の中で十分に討論しておく必要があると思われる。

### b) 他の地域に広げる

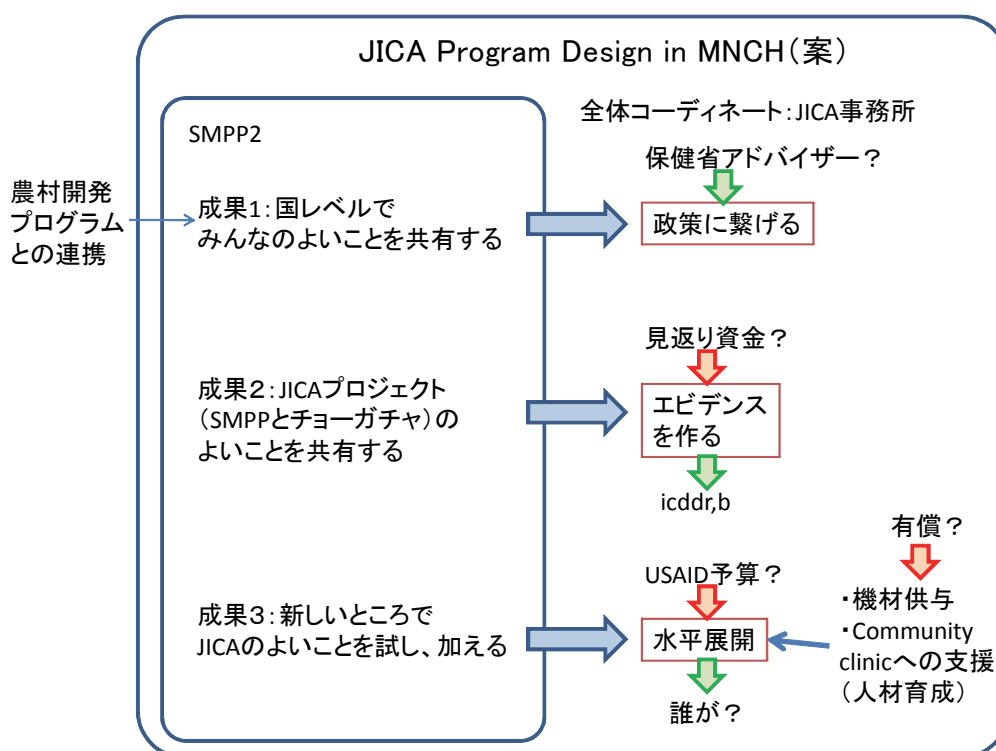
この部分については、USAIDの資金を当てにしつつ行う部分であり、やはり本プロジェクト内にこのコンポーネントを入れることは難しいのではないと思われる。また、実際に誰が広げるのかといったときに、1)のa)で触れた、先方のコミットメントやカウンターパートに当たる実施機関が見つからない。このため、バ国内での波及方法については、①政策作りのフォーラムでの発表といった形でフォーラムを活用するか、②農村開発プログラムで見られたように、中央にそれらの情報共有システムを作って、既存のNGOなどと情報共有を行いつつ、実施内容がオリジナルに近くなっても、大きな変更も可能なほどにフレキシブルにして、プロジェクトの学び

<sup>4</sup> 大きな川の中州で、通信・交通手段や社会的サービスが非常に限定された遠隔地域。

を利用してもらう方法も有り得る。さらに、③新規に NGO や他のドナーなどの実施者を募って、SMPP で得られた知見や方法を実際に利用してもらう（この場合、財源を誰がもつのか明確にする必要があるだろう）、といった方法があるかもしれない。

c) JICA 母子保健プログラムにおける SMPP 後継案件の位置づけ

後継案件については、JICA 事務所の説明をもとに、バ国における保健セクター支援について、母子保健・保健システム・プログラムが大きな柱と想定されているということであるので、以下のこの例示のような考え方もできる（もちろん別の考え方もできようが）、という理解である。このように考えると、本プロジェクトと、その他のエビデンスを作る部分、水平展開の部分と、それぞれ想定される財源やスキームが異なることから、それぞれのスキームを組み合わせるうえで、全体として母子保健プログラムを形作ることも考えられるかもしれない。



(4) エビデンス評価 (神谷団員)

1) エビデンス (科学的根拠) の創出について

2010年9月に開催されたMDGs国連首脳会合において発表された我が国の「国際保健政策 2011-2015」においては、母子保健改善の包括的な枠組みである“EMBRACE モデル”、「科学的根拠 (エビデンス) に基づく保健施策を促進」が新しいアプローチとして謳われている。また、JICA も保健分野の協力ポジションペーパー『JICA の保健分野の協力—現在と未来』を2010年9月に発表し、重点アプローチとして「実証的根拠 (Empirical Evidence) を活用した質の高い事業を掲げ、積極的なエビデンスの構築をめざしている。このような背景から、先行プロジェクトが「ノルシンディ・モデル」とバ国から認識されるまでとなった経緯や経験を踏まえ、本プロジェクトにおいても、エビデンスに基づ

いた活動の促進を図り、さらに JICA 事業で行う通常のモニタリング・評価の枠組みとは別に、活動成果を強固なエビデンスとして示すことが望まれる。

具体的には以下 2 つのやり方が考えられる。まず第一は、大規模なクラスター・ランダム化比較試験（Cluster Randomized Controlled Trial : cRCT）のデザインを用いたエビデンス評価のための実施研究を、技術協力プロジェクトのフェーズ 2 とは別に実施することである。この研究では、先行プロジェクトにおける活動内容のエッセンスに加え、新生児死亡削減を図る新たなコンポーネントを含めた介入パッケージが、妊産婦や新生児の死亡率やその他のアウトカム指標に与える影響を検証する。研究の実施主体としては、国際的な研究実施の知見をもつバ国の ICDDR,B を想定している。第二に、技術協力プロジェクトのフェーズ 2 において、準実験デザインを用いたインパクト評価を行うことで、プロジェクトによって引き起こされるインパクトを測定する方法がある。また、プロジェクトの活動現場から上がってくる各種ニーズに対応した形で、比較的小規模なオペレーショナル・リサーチ（Operational Research : OR）を実施することも可能である。これら 2 つのうち、以下では第一の方法についてのみ「エビデンス評価」として記述する。

## 2) 本プロジェクトとエビデンス評価の関係について

詳細計画策定調査前から、プロジェクト関係者及び調査団内では、本プロジェクトにおける上記のエビデンス評価の位置づけは大きな議論となっていた。2011 年 2 月～3 月の現地調査の結果、以下の観点から、エビデンス評価は詳細計画策定調査での詳細検討の対象とせず、別途その構成を再検討することとなった。具体的には、エビデンス評価の詳細決定のための学識関係者等を集めた準備会合を、バ国にて開催することとなった。

- a) 評価者が被評価事業の介入を行うことの是非
- b) 実施研究を行うことによるプロジェクト規模の拡大
- c) プロジェクト活動がダイナミックに変化していくべきにもかかわらず、研究プロトコルに沿った静的な介入に対する評価の是非
- d) 対象指標である新生児死亡率削減への現介入案の妥当性

その結果、当初想定していた科学的に強固なエビデンスを測定する調査活動や調査対象地域での介入活動そのものは本プロジェクトのデザインの中には含めないこととし、あくまでもプロジェクトと並行して ICDDR,B が実施機関として行う調査として位置づけた。ただし、プロジェクト成果の実証という位置づけにかんがみて、プロジェクトでは実施ノウハウを調査実施者に助言・指導する立場から関与することで当該調査の質が低下しないように計画をすることとなった。

## 3) エビデンス評価内容

### a) エビデンス評価の目的

本評価の本質としては、プロジェクト活動による「インパクト評価」を行うこととする。この「インパクト評価」とは、計量経済学や統計学の手法を用い、主観・外部条件の影響などを可能な限り排して、事実と反実仮想（counterfactual）の間で比較を行う手法であって、ログフレーム（PDM 等）における「インパクト（開発援助委員会（Development Assistance Committee : DAC）評価 5 項目のインパクト）」とは異なる概念である。

インパクト評価により、プロジェクトの効果を正確に測ることにより、①新規プロジェクトやアプローチが、どの程度効果を上げることができるのか知ることができる、②同様の目標をもった種々のプロジェクト間の効果につき、相対的比較が可能となる、③確かな効果があったとして、対外発信を行うことができる、④アカウントビリティの確保につながる、などの効果が期待できる。

#### b) 具体的手法

インパクト評価の手法としては様々あるが、その中でも今回は、エビデンスのレベル（根拠としての説得性）が最も高い RCT を用いて行う。RCT は、潜在的対象者をサンプル集団として、介入活動開始前にランダムに参加者と非参加者に割り振ることにより、介入活動の影響を受けるか否かという点を除いて、観察不可能な要因も含めすべての条件が両グループ間で平均的に同一になり、完璧な Counterfactual を得ることのできる手法である。

RCT によりエビデンス評価を行うこととしたのは、本評価で測定する母子・新生児保健分野でのコミュニティ活動活性化及び施設改善の介入研究が近年、特に南アジアを中心に行われ、国際的な公衆衛生・医学研究雑誌等を通じて発信されていることが挙げられる。我が国が行うエビデンス評価に関しても、我が国の国際保健政策に合致した EMBRACE モデルを展開している本プロジェクトの効果を、国際的に認められる水準の手法を用いて意欲的に評価することが検討されたものである。

なお、RCT のようなエビデンスレベルをもつ評価はすべての技術協力プロジェクトで導入できるものではなく、本評価に関しても先行プロジェクトで高い成果を得た活動を評価する先駆的な取り組みという位置づけで実施するものである。エビデンス評価の仕方としては、エビデンスとしてのレベルが高く経費もかかる RCT のようなものから、レベルは高くはないが経費がかからずプロジェクト活動のモニタリング・評価にも適したもので様々である。このため、評価対象、評価目的及び資源制約などにかんがみ、評価デザインや手法を選定することが必要である。

#### 4) 実施体制

a) エビデンス評価は ICDDR,B が行うこととし、その資金源としてはバ国がもつ債務救済無償資金協力見返り資金（Debt-relief Grant Aid-Counter Fund : DRGA-CF）を ICDDR,B がバ国政府（MoF 及び MoHFW）に申請のうえに獲得することを想定する。これは、先行プロジェクトの成果を自国の政策に反映するなど、バ国側がオーナーシップをもって活動を行っていることにかんがみ、エビデンス評価に関してもバ国側が主体的に進められるようにした。また、バ国側のインパクト評価の実施経験や体制を検討したところ、母子・新生児保健分野の評価研究を国際的な水準で行うことのできる機関は ICDDR,B をおいてほかにないと考えられたことによるものである。なお、ICDDR,B 自体はバ国政府機関ではないが、バ国の法的根拠にのっとり設立されている機関である。

b) ICDDR,B は、インパクト評価を行うグループを評価チームと介入実施チームに分け、構成員を ICDDR,B、MoHFW、CARE バングラデシュ、JICA その他研究協力機関に求める。なお、ICDDR,B はインパクト評価を支援するための国際助言委員会（International Advisory Board : IAB）を設置し、年に 2 回程度の頻度で評価内容及び

実施に関しての助言を得る体制をとる。

- c) JICA は、先行プロジェクトの介入に関する知見を MoHFW とともにもっていることから、評価グループに加わることにし（バングラデシュ事務所、本部関係者など、だれがどのようにかわるかは評価計画を詳細に定めるプロトコル策定時に検討）、あわせて IAB への参画による総合的な評価のモニタリングにも参画する。

### 1-5-3 プロジェクト基本事項

#### (1) 案件名称

和文：母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2

英文：Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)

これまでのプロジェクト名称及び略称 SMPP がバ国内で非常に浸透していることから、変更することは望ましくないため、Safe Motherhood Promotion Project Phase 2 とした。和文名称に関しては、プロジェクト活動に母性のみならず、新生児への活動が含まれることから、その内容を示すことができる別の名称が検討されたが、英文名称との整合性にかんがみ、先行プロジェクトのフェーズ2となった。

#### (2) 協力期間

2011年7月1日から2016年6月30日

本プロジェクトは、先行プロジェクトの成果、その他母子・新生児保健の改善に資する活動を、バ国の HPNSDP への反映を通して全国展開を進めること、及び本プロジェクトで形作られた協力パッケージを更に次の保健セクタープログラム（2016年7月開始と想定）へ反映させることを計画している。そのため、本プロジェクト協力期間を、HPNSDP の期間である 2011年7月から2016年6月まで合わせた5カ年と設定した。なお、先行プロジェクトは、1年間の延長期間を経て、通算5カ年実施され、2011年6月30日で終了するため、連続的に活動が行えることとなった。

#### (3) 対象地域

詳細計画策定調査で、具体的な活動内容を踏まえた活動対象地域の検討を行った。その結果、本プロジェクトは、HPNSDP を通じた裨益という観点からバ国全土を対象とする。

具体的な活動サイトという点では、優良事例の学習サイトとしてのノルシンディ県、ジョソール県（チョーガチャ病院が存在）のほか、フィールドレベルで介入パッケージの精緻化を行うシャトキラ県が中心的な協力対象地域となる。

その他、各介入で必要な県（例えば TQM をはじめとする病院改善を USAID と連携して行うことが検討されているホビゴンジ県など）がプロジェクト実施に際して活動地域となることが想定される。

なお、本プロジェクトに関連しエビデンス評価の実施県に関しては、ブラモンバリア県が検討されているが、評価全体像検討の必要性があったため、今次詳細計画策定調査では決定しないこととした。



#### (4) 実施体制

##### 1) プロジェクト管理体制

プロジェクト実施体制について、先行プロジェクトでは明確になっていなかったが、全体責任者であるプロジェクトディレクターを MoHFW 計画局 Joint Chief とし、プロジェクトマネージャーを本プロジェクトで関係する MoHFW の部局の課長を複数選任した。

##### 2) ステアリング・コミッティー (Steering Committee)

先行プロジェクトでは、プロジェクト方針の意思決定を行う場を合同調整委員会 (Joint Coordinating Committee : JCC) として設定し、議長は MoHFW 計画局 Joint Chief であった。当該ポストでは、DGHS 及び DGFP の Director をまとめる機能が十分とはいえなかったことから、詳細計画策定調査では、上位のレベルによる議長就任の可能性を先方と調整した。具体的には、本プロジェクトは、日本側として母子・新生児保健及び保健システム強化のための協力の中でも重要視されるプロジェクトであり、個別のプロジェクトのみならず資金協力など他の協力も含めたうえでプロジェクト管理をする必要があるとして先方と協議した。

その結果、母子・新生児分野の全体を俯瞰できる立場である MoHFW の次官が議長となって取りまとめを行うことを依頼し、合意を得た。さらに、共同議長として JICA バングラデシュ事務所長、委員として MoHFW、MoF/ERD、地方自治・農村開発・協力省等関係各部を選定した。次官が議長になることから、バ国政府のプロジェクト管理に係る既存制度にのっとる必要があり、機能としては JCC と同じくするステアリング・コミッティーの名称を用いる。ステアリング・コミッティーは年に 2 回を目途にプロジェクトの年間計画の承認、成果の確認、活動の全体進捗状況の確認を行うこととなった。また、特定議題への対応を行うために、ステアリング・コミッティーの議長の求めに応じ、ワーキング・グループを開催できるものとした。

##### 3) プロジェクト実施委員会 (Project Implementation Committee)

本プロジェクトには MoHFW 内でも関係部局が多く、日常の活動に関する進捗確認や技術的な課題を議論する場を設けることの必要性が確認され、実務者レベルでの定期会合として、MoHFW の計画局 Joint Chief を議長とするプロジェクト実施委員会を設置した。MoHFW の関係部局からの参加を得るほか、対象県関係者等も含め、四半期に 1 度開催される予定である。

#### (5) 関係機関・事業との関係整理

##### 1) CARE バングラデシュ

先行プロジェクトにおいて、CARE バングラデシュへ委託によりコミュニティ活動の推進を行った。CARE バングラデシュが持つ知見の活用がコミュニティ活動の全国展開には必須と考えられることから、協力関係を維持することが必要と判断される。一方で、先行プロジェクトのような限定地域における活動実施とは本プロジェクト活動内容が異なることから、委託内容を整理し、特にシャトキラ県での活動においてはより効率的な委託方法を検討する。また、中央のコミュニティ・クリニック活動支援に際しては CARE バングラデシュとともに、先行プロジェクト期間中のガイドライン作成やフェーズ 2 期

間での研修プログラム策定などにより、政府事業を支援する

## 2) HLP

本プログラムは、世界銀行の **WSP** により実施される、地方自治体相互間の経験共有の取り組み。**JICA** からは「持続的砒素対策プロジェクト」「行政と住民のエンパワーメントを通じた参加型農村開発プロジェクト」及び先行プロジェクトが参加している。事務局は地方行政局が所管する国立地方行政研修所に設置されている。本プロジェクトでも、成果の発信などで本プログラムが有効に機能するものと考えられることから、具体的な情報共有機構の例として **PDM** 上でも記載した。

## 3) JOCV

先行プロジェクトでも、ノルシンディ県に配属された **JOCV** と現場レベルでの活動連携及び情報共有が図られていた。本プロジェクトにおいても、病院改善（看護師）、**CC** 強化（村落開発普及員）の分野にて連携を保ち相乗効果を狙うこととする。

## 第2章 プロジェクトの計画立案

### 2-1 プロジェクトの概要

本プロジェクトは、「妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP に整合する形で、バ国全体に拡大する」というプロジェクト目標を掲げ、成果1は中央での調整に関連する活動、成果2は拠点からの発信・普及に関連する活動、成果3は地方でのアプローチの精緻化に関連する活動とまとめられる。

成果2と成果3は、それぞれ現場における経験の共有及び汎用性の高い実施の仕組みを確定することを目的としており、汎用性を高める成果3の結果は、成果2に反映され、具体的な拡大活動のための経験として広く共有されることが期待できる。また、成果1では、中央レベルで強化された調整機能において、成果2や成果3で得られた結果をHPNSDPの行動計画等政策に反映させるため提言などを行うことなどを目的としている。

これら3つの成果の結果、プロジェクトの目標としている妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、バ国政府の施策としてバ国全体に拡大することが見込まれる。

プロジェクト活動地域も主として3つに分類することができる。

#### ①ダッカ

成果1：中央での調整に関連する活動

#### ②ノルシンディ、ジョソール

成果2：拠点からの発信・普及に関連する活動

#### ③シャトキラ（ホビゴンジ<sup>5</sup>ほか）

成果3：地方でのアプローチの精緻化に関連する活動

### 2-2 プロジェクトの基本計画

#### 2-2-1 プロジェクトの目標

[プロジェクト目標]

妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDP に整合する形で、バ国全体に拡大する。

\*協力対象となるアプローチの分野は、HPNSDPのもとで作成される行動計画のうち、次の行動計画に係るものとする。①コミュニティ保健活動（郡保健システム（Upazila Health System：UHS）、CCが含まれる）、②病院サービス管理及び安全な輸血（TQMが含まれる）、③MNCHケア、④母性・リプロダクティブヘルス、⑤必須保健サービス提供。

[指標]

1. MNCH ミニマムパッケージのアプローチを実施している郡の数（成果2で拡大される見込みのTQMやCCに付随するコミュニティ・サポート・グループなどのアプローチなど）

<sup>5</sup> ホビゴンジ県は、TQMに関してバ国のパイロット地域として選定されている。本プロジェクトでの支援を行うほか、本調査に先駆けて行われたUSAIDとの協議により、母子・新生児保健分野における連携地域として選定され、具体的な連携内容に関しては協議中。

2. 策定されたモニタリング・評価（Monitoring and Evaluation : M&E）システムで使用されているいくつかの指標（例：ANC 受診率の増加、熟練出産介助者による出産の割合の増加、郡における母子・新生児保健事業に割り当てられた郡・ユニオン予算が増加した郡の増加、など）

指標の目標値及び範囲（対象となるアプローチの種類等）に関しては、ベースライン調査の結果を踏まえ、目標値を定めることとする。

[上位目標]

バ国における妊産褥婦と新生児の健康状態が向上する。

[指標]

1. 妊産婦死亡率が 2010 年の 194（対 10 万出生）から、プロジェクト終了後 3～5 年で 143（対 10 万出生）未満に低減する。
2. 新生児死亡率が 2007 年の 37（対 1000 出生）から、プロジェクト終了後 3～5 年で 21（対 1000 出生）未満に低減する。

## 2-2-2 成果と活動

### (1) 成果 1

国レベルにおいて、関連のステークホルダーが実施する妊産褥婦・新生児保健活動の調整機能（MNCH フォーラム等における）が強化される。

[指標]

- 1-1. 文書化された MNCH フォーラム等の業務内容（Terms of Reference : TOR）の有無
- 1-2. 策定された MNCH ミニマムパッケージとアプローチの有無
- 1-3. 策定された MNCH ミニマムパッケージとアプローチに関するモニタリング・評価するためのツールの有無

[活動]

- 1-1. MNCH の TOR を確定する。
- 1-2. 関係各機関の協働によって、MNCH ミニマムパッケージ内容とアプローチが確定する。
- 1-3. MNCH ミニマムパッケージとアプローチ実施のためのガイドラインやマニュアルを策定/改定を行う。
- 1-4. 活動 1-2 で確定した MNCH ミニマムパッケージとアプローチ実施のためのモニタリング・評価システムを策定する。
- 1-5. MNCH フォーラムを通してステークホルダーの相互学習を促進する。

### (2) 成果 2

フェーズ 1 の結果も含めたプロジェクトからの母子・新生児保健改善の優良事例について、実施プロセス及び教訓が全国に発信される。

[指標]

- 2-1. (ノルシンディ及びチョーガチャにおける活動<sup>6</sup>に関する) 分析報告書の有無
- 2-2. (ノルシンディ及びチョーガチャにおける) 産前健診 (Antenatal Care : ANC) と PNC の増加、妊産褥婦の致死率の減少、パルトグラフの使用率の増加、出産第 3 期における積極的関与の増加、施設での妊産婦死亡症例検討の数の増加  
\*アプローチの内容により目標値を設定する。
- 2-3. ノルシンディ、チョーガチャにおいて、少なくとも 1 つのアプローチが同定され、展開することが定められる。
- 2-4. (ノルシンディ及びチョーガチャにおける活動に関する) 策定された研修モジュールの有無、研修回数、参加者数、プロジェクト来訪ユニオン<sup>7</sup>数、マスタートレーナーの登録数

[活動]

- 2-1. ノルシンディとチョウガチャにおける活動の結果とプロセスを分析・記録することで、母子・新生児保健サービスの利用と質の向上の妨げとなっている問題を同定する。
- 2-2. 活動 2-1 の結果に基づき、ノルシンディとチョウガチャにおいて、更に母子・新生児保健サービスの利用と質を向上させる新たな介入を開発する。
- 2-3. ノルシンディとチョウガチャにおいてベースライン調査及びエンドライン調査を行う。
- 2-4. ノルシンディとチョウガチャにおいて、新たに開発された介入を実施する。
- 2-5. ノルシンディとチョウガチャで実施されている新たな介入について、モニタリング・評価を行う。
- 2-6. ノルシンディとチョウガチャにおける優良事例と教訓に基づいた研修プログラムを策定する。
- 2-7. プロジェクト対象地域をラーニングセンターとし、優良事例の実施プロセスや教訓を HLP<sup>8</sup>を通して HLP に参加するユニオンに共有する。
- 2-8. 活動 2-2 で策定された新たな介入を実施することで得られた経験や成果 3 の結果を、更に、ラーニングセンターを使った研修プログラムに反映させる。

(3) 成果 3

シャトキラ県やホビゴンジ県において、UHS に統合される MNCH ミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム/仕組みが確認される。

[指標]

- 3-1. 確認された県以下の実施メカニズムの有無
- 3-2. ANC・PNC の増加、熟練出産介助師による出産の増加、帝王切開率の変動 (変化

<sup>6</sup> 病院が中心となって行政、コミュニティの活動活性化を行う活動モデル。ジョソール県にあるチョウガチャ郡病院が実施し、ノルシンディ・モデルと並んでバ国政府から高い評価を得ている。

<sup>7</sup> 郡 (ウバジラ) の下位に位置する末端の行政単位。

<sup>8</sup> 世界銀行の WSP により実施される地方自治体相互間の経験共有の取り組み。JICA からは「持続的砒素対策プロジェクト」「行政と住民のエンパワーメントを通じた参加型農村開発プロジェクト」、SMPP が参加。事務局は地方行政局が所管する国立地方行政研修所に設置。

をモニタリングする)、紹介(リファー)された患者の数の増加、緊急産科ケアサービスを備えた病院の数の増加、コミュニティによって支援された貧困女性の増加、母子・新生児保健事業への予算を増やしたユニオン評議会の増加、EmOCの充足率の増加

### 3-3. サービス提供者と利用者の満足度

#### [活動]

- 3-1. UHSに統合され、かつ、適切で普及しやすいMNCHミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズムを構築するためのトライアルを計画する。
- 3-2. アプローチの効果を測定するためのベースライン調査、エンドライン調査を実施する。
- 3-3. トライアルを実施する。
- 3-4. アプローチの有効性を確認するためのトライアルのモニタリング・評価を行う。
- 3-5. トライアルの結果やプロセスについて、国家レベルの研修(MNCHミニマムパッケージやアプローチ)や実施のためのツールに反映する。

## 2-2-3 投入計画

### (1) 日本側

#### 1) 専門家派遣

長期専門家: チーフアドバイザー、モニタリング・評価、業務調整  
短期専門家: TQM、新生児ケア、産科、コミュニティ動員、その他

#### 2) 供与機材

緊急産科・新生児ケアに必要な機材、その他

#### 3) 研修員受入れ

未定(必要に応じて受入れ)

#### 4) その他

調査団派遣: 随時

在外事業強化費: ナショナルスタッフ雇用経費、NGOとの委託契約、研修経費、病院  
基礎施設・機材、ベースライン・エンドライン調査経費

### (2) バ国側

#### 1) カウンターパート配置

中央、県、郡の各レベル

#### 2) 施設・土地手配

プロジェクト執務室: ダッカ、ノルシンディ、ジョソール、シャトキラ

#### 3) その他

必要経費: 専門家執務室関連経費、カウンターパート旅費・日当、その他プロジェクト活動に必要な現地活動費

## 第3章 プロジェクトの事前評価

### 3-1 妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が高いと判断できる。

#### (1) 母子保健分野での更なる協力の必要性

BMMSによると、2008～2010年平均のMMRは、出生10万対194と2001年の322から改善が見られた。このことからバ国政府がMDGsに掲げている2015年目標値143(1990年574から換算)の達成がより現実的になったといえる。しかしながら、低下したMMRを更に低下させてMDGsを達成するためには、従来どおりの介入を継続するだけではなく、絞り込んだ対象により効果的な介入を行う必要があると想定される。こうした次のレベルの課題解決のために、援助関係各機関の更なる協力が必要である。

#### (2) バ国の保健セクター開発プログラムとの整合性

HPNSDPにおける優先的課題には、CCを介した、家族計画を含む包括的な基礎保健サービスの提供による地域へのプライマリ・ヘルス・ケア(Primary Health Care: PHC)の強化及びUHSの強化並びに母子・新生児保健の分野においては、熟練出産助産者数の増加やEmOCサービスの充実など更なる母子・新生児保健サービスの強化を挙げている。

本プロジェクトで拡大が予定される活動には、妊産婦が必要なサービスを受けられるよう、行政の協力のもと地域住民が主体となって母子保健を強化する環境整備をアプローチとしており、コミュニティと保健医療施設の連携強化を図ることで安全なお産を確保することを可能にしている。こうしたアプローチは、母子・新生児保健分野に限定されず、HPNSDPにおける優先課題であるUHSの強化に貢献する。

また、HPNSDPに対する本プロジェクトの成果の反映及びそれに続くセクタープログラムを見据えて本プロジェクトを実施するために、HPNSDPの実施期間(2011年7月から2016年6月)に本プロジェクトの実施期間を重ねることが適切である。

#### (3) 日本の政策及びJICA事業との整合性

本プロジェクトがめざす母子・新生児の健康改善は、保健セクターの改善を優先課題とする国別援助計画及び事業展開計画と整合するものである。また、「国際保健政策 2011-2015」におけるEMBRACEモデルのコミュニティでの予防及び治療ケアの支援並びに施設ベースでの予防及び治療ケアを結びつけるコンセプトが、先行SMPP及び本プロジェクトのコンセプトに合致している点も、日本の国際保健政策を具現化するものとして期待される。また同時に、行政等による保護及び住民の能力強化を推進する「人間の安全保障」の理念を具現化する事業でもある。

### 3-2 有効性

本プロジェクトは以下の理由から有効性は高いと見込まれる。

#### (1) 計画されたプロジェクト目標と成果の間における有効な関係性

本プロジェクトにおけるアウトプットは、互いに関連性が高く、プロジェクト目標を達成するのに有効で、不可欠なものとなっている。成果1は中央での調整に関連する活動、成果2は拠点からの発信・普及に関連する活動、成果3は地方でのアプローチの精緻化に関連する活動とまとめられる。成果2と成果3は、それぞれ現場における経験の共有及び汎用性の高い実施の仕組みを確定することを目的としており、汎用性を高める成果3の結果は、成果2に反映され、具体的な拡大活動のための経験として広く共有されることが期待できる。また、成果1では、中央レベルで強化された調整機能において、成果2や成果3で得られた結果をHPNSDPの行動計画等政策に反映させるため提言等を行うことなどを目的としている。これら3つの成果の結果、プロジェクトの目標としている妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、バ国政府の施策としてバ国全体に拡大することが見込まれる。

## (2) 先行プロジェクトで達成された国レベルにおける拡大への道筋

バ国の優先課題であるCCの活性化において、先行プロジェクトで開発されたCmSSを模範としたコミュニティ・サポート・グループ（Community Support Group：CSG）の設置が制度化され、CSGは全国拡大する見通しである。また、同じく先行プロジェクトで取り入れた病院サービスの環境改善や業務改善を総合的に行うためのTQM手法は、バ国の病院サービス向上のアプローチとしてHPNSDPに取り入れられた。これらのおり、先行プロジェクトの主なアプローチは、全国拡大に向けての道筋が明らかになっており、本プロジェクトでは、バ国政府として政策化したこれらのアプローチをHPNSDPによる全国展開への技術的な支援や、その他有効なアプローチを新たに拡大するための支援を行うことが有効に機能すると考えられる。

## (3) 中央レベルにおける調整機能の強化

国家の母子・新生児保健に関する施策を向上させるため、効果・効率性が確認された母子・新生児保健向上のための介入のパッケージ化、当該介入方法の具体的手法の策定などを、中央レベルの母子・新生児保健に関する調整機構を活用して進めていくことが計画されている。調整機構の活用の中には、頻繁に開催されてはいない母子・新生児保健フォーラムの活性化を含んでいる。こうした活動により、母子・新生児保健関係者間の協調・協働メカニズムを強化することができ、その機能が担保されることで、同時に母子保健事業普及における効率や効果を高めていくことが期待される。

### <プロジェクトの有効性にかかわる留意を要する点>

保健人材の量的不足や非効率な配置、地方行政官の頻繁な異動などプロジェクトの実施を阻害しそうな要因について注意を払い、相手側へ早めの対策を申し入れる。また、状況改善のために、郡・ユニオン評議会が非医療従事者を雇用する支援を行う、民間医療機関と提携を結び、人員不足でも緊急時に必要なサービスが迅速に受けられる体制を構築する、県内での医療従事者配置の調整を促進するなど、考え得る対策を推進する。



### 3-3 効率性

本プロジェクトは、以下の理由から効率的な実施が見込まれる。

#### (1) 既存の機構・制度の活用

本プロジェクトは、それぞれの成果を達成するために新たな機構・制度を構築するのではなく、既存のものを活用し、効率化を図る。例えば中央に存在する母子・新生児保健フォーラムや、郡以下の行政単位間で優良事例を学び合うための HLP といった機構・制度であり、双方ともに先行プロジェクトにおける関係性を更に強化するものである。

#### (2) 先行プロジェクト成果の活用

本プロジェクトは、先行プロジェクトで蓄積された経験、人的リソース、教材・マニュアルなど成果物、効果的な方法論などを活かすことができる点、並びに先行プロジェクトで関係者に知見が蓄積されているノルシンディ県及び県病院を中心とする保健活動の活性化を独自の取り組みで進めているチョウガチャ郡（先行プロジェクト後期での連携あり）を、他の地域の関係者が具体的な活動や経験を学ぶための拠点（ラーニングセンター）として活用する点など、先行プロジェクト結果を有効活用することにより、アプローチの拡大というプロジェクト目的の達成が十分に期待できる。

#### (3) パートナーシップの活用

本プロジェクトは、JICA 単独でバ国政府が行う保健政策の実施を支援するというものではなく、開発パートナー、NGO などとの協働により、各関係者の人材、資金、知見などの資源を有効活用して対応することをめざしている。例えば、本プロジェクト実施を通して HPNSDP に反映された保健介入アプローチに関しては、HPNSDP 実施のための政府資金や開発パートナー資金を用いて拡大することが可能である。ほかの言葉で言い換えると、「他のリソースとの効果的な協働事業」をめざしたプロジェクトである。

<プロジェクトの効率性にかかわる留意を要する点>

バ国政府は、コミュニティレベルの PHC 強化をめざす CC の設置を過去に推進しようとしたが、政治的影響で十分に行き届かなかった経験を持つ。現在バ国政府は、この CC の活性化を行っており、CC の活動として含まれているコミュニティ保健活動の活性化は、本プロジェクトの成果 2 にかかわることであり、政策の転換や実施の遅れなどに留意を要する。

### 3-4 インパクト

本プロジェクトは、以下の理由からインパクトが高いと予測される。

#### (1) 上位目標の達成見込み

バ国では、2010 年に行われた BMMS により、2008～2010 年平均の MMR は、出生 10 万対 194 と 2001 年の 322 から改善が見られている。このことは、2015 年へ向けて政府が表明している MDGs 目標値で上位目標と整合性をもたせている 143 の達成がより現実的になったといえる。また、NMR に関しても、2007 年時点で出生 1000 対 37 と、現状の推移からすると 2015

年の目標である 21 に対して順調な低減が見られている。改善した状況から更に改善を生じさせることは困難が想定されるものの、サービス提供の改善により上位目標は達成が見込まれる。

(2) 保健・他のセクターにおける JICA 支援との連携による相乗効果

- ・本プロジェクトは、バ国に対する保健分野の支援の中で、ノルシンディ、ジョソール、シャトキラ各県に派遣される JOCV（看護師、村落開発）と戦略的かつ密接に連携し、県以下での相乗的な効果発現と現場からのフィードバックを促進する。また、予防接種事業やフィラリア対策、学校保健等の分野で活動する保健分野の JOCV とも、特に CC におけるコミュニティ保健活動の活性化について随時の情報共有や協力を図り、相乗効果の発現を模索する。
- ・本プロジェクトの対象分野は母子保健を入り口としているが、PHC や病院管理、地方保健行政等、母子保健にとどまらない保健システムを扱っている。また、シャトキラ県では、現地主導の計画策定プロセス（ローカルレベルプランニング）など、保健システム強化の事業が保健省によって計画されている。このため、本プロジェクトの知見が保健システム全般の強化に資するよう、中央レベルでは保健省に派遣されている JICA 保健アドバイザーと協力しながら進める予定である。
- ・JICA が保健以外のセクター（ガバナンス、参加型農村開発など）で支援している事業と連携を図ることにより、お互いに相乗効果を生み出すことが期待される。具体的には、以下の連携が挙げられる。
- ・住民と行政の参加型農村開発事業の中で、民意を開発に反映する目的で結成された「ユニオン調整委員会（Union Coordinating Committee : UCC）」は、地方行政機能の強化を通して、その地域の保健を含む公的サービス供給の改善といった効果を生み出しており、そうした効果は、住民と行政の更なる関係強化につながることを期待できる。
- ・地方行政・地域開発省、世界銀行とともに JICA が協力して推進している HLP のネットワークに参加することにより、ユニオン評議会同士の交流を通して相互の優良事例から学び、広めていくといった活動が可能となっている。その相互交流のメカニズムに母子保健活動を乗せることにより、ユニオンからユニオンといった横への広がり期待できる。また、母子保健活動の活性化を切り口にして他のコミュニティ活動の活性化も期待することができる。
- ・病院における TQM 活動を全国レベルの公務員 TQM 研修等に反映させることで、TQM 活動が更に拡大され、病院改善にとどまらず行政効率化につながることを期待される。

(3) コミュニティにおける広範な社会問題解決に与えるインパクト

先行プロジェクトによる正のインパクトとして、一部の CmSS の活動が母子保健に限らず広範な社会問題を扱うようになったこと（分野的拡大）、その経験を他のコミュニティに共有拡大していたこと（地理的拡大）により、本プロジェクトにおいても保健分野に限定的されず、コミュニティの全般的な問題対処能力の強化と拡大が期待できる。

#### (4) 公的セクターサービス供給側の強化に与えるインパクト

プロジェクトが公的保健サービス機関を強化することにより、母子・新生児保健分野の向上のみならず、公的サービス供給側の説明責任と対応能力（responsiveness）が高まり、利用者から公的サービスへの信頼が高まることが予測できる。また、個別の公的セクターサービス提供の改善を目的としつつ、地方ガバナンスを相互補完的に強化するアプローチとして提示することも期待される。

### 3-5 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は、以下の理由から高いと予測される。

#### (1) 調整機能の強化がもたらす自立発展性

これまで十分には機能していなかった中央レベルでの政府、開発パートナー、NGOs などによる母子保健の国家事業調整機能強化を、本プロジェクトの成果の1つとして明示した。この成果の達成により、国家母子保健事業の効率的で持続的な運営が組織的に行われ、自立発展性向上が期待される。また、本プロジェクトは、県以下の各レベルの調整機能強化を意図しており、活動が円滑かつ持続的に実施されることが期待される。

#### (2) 外部からの過重な介入、資源の投入を避けた実施体制モデル作り

本プロジェクトの成果3は、外部からの過重な介入や資源の投入をせず、現地の人的資源及び財源並びにプロジェクトの経験を最大限に活用することで、地方行政主導による住民参加型母子保健活動を展開させることを目的としている。この現場主導の実施体制作りにより中央政府のカウンターパートが参画することで、現場での学びを中央政府の政策や計画に反映させることを企図し、プロジェクトの自立発展性の向上が期待される。

#### (3) 技術面での自立発展性

先行プロジェクトでは、医療サービスの質の改善をめざした施設の改修、必要機材の供与、また、医療従事者に対する技術研修などを行い、サービス供給量と利用の向上、それに伴う健康指標の向上が見られた。しかしながら、訓練を受けた人員の頻繁な異動、各レベルにおける人的資源の不足、効率的な機材の維持管理システムの欠如など、技術面での自立発展性に障害と成り得る要素も見られている。このため、本件プロジェクトにおいては、こうした自立発展性を阻害する可能性のある要因を取り除くべく、カウンターパートと協議をしながら慎重に実施を進めていくことが望まれる。

#### (4) バ国保健セクター開発プログラムとの整合性の高さによる自立発展性

本プロジェクトは、2011年7月から開始見込みのバ国のHPNSDPに沿った内容であり、時期的にも同時に開始を予定するなど、様々に合致する努力をしているプロジェクトであって、国の政策、計画にプロジェクトの成果が盛り込まれる形で、更なる自立発展が期待される。

## 第4章 実施協議の概要

### 4-1 背景・経緯

詳細計画策定調査に係る M/M は、2011 年 4 月 26 日に署名・交換されたが、プロジェクト実施までに双方準備を行う事項、詳細を検討する事項があったため、現地 JICA 事務所を通じて MoHFW と協議を行った。その結果、日本側、バ国側双方で討議議事録（Record of Discussions：R/D）内容が確認され、2011 年 5 月 29 日付で署名・交換が行われた。また、併せてプロジェクト内容、実施体制、PDM Version 0、PO version 0 を M/M で確認を行った。

### 4-2 協議概要と結果

バ国側との協議及び本邦における事前評価や関係者との協議の結果、当初 R/D 案から修正された主な事項は以下のとおり。詳細計画策定調査の M/M 署名・交換から R/D 署名・交換までには双方の手続きにおいても微細な修正にとどまり、長い期日を要しなかった。

#### (1) プロジェクト活動領域の明確化

プロジェクト目標にて、活動領域及び HPNSDP との整合性を明確にするために、HPNSDP のもとで作成される行動計画のうち、本プロジェクトに関係する分野を明確に記載した。

#### (2) 成果及び活動

成果 1 の記載の修正、成果 2 で拡大されるべき内容として先行プロジェクト結果が含まれることの明確化、成果 3 が実施される地域であるシャトキラ、ホビゴンジを追記。活動の記載をわかりやすく修正することとなった。

## 付 属 資 料

1. 詳細計画策定調査協議議事録 (M/M) 2011年4月26日
2. 討議議事録 (R/D) 2011年5月29日
3. 協議議事録 (M/M) 2011年5月29日



MINUTES OF MEETINGS BETWEEN  
THE JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF  
THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR  
SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT PHASE II


Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") organized the Detailed Planning Survey Team (hereinafter referred to as "the Team"), headed by Dr. Yojiro Ishii, and assigned to Bangladesh from February 20, 2011 for discussing framework of the technical cooperation project entitled "Safe Motherhood Promotion Project Phase II" (hereinafter referred to as "the Project").


The Team had a series of discussions and exchanged views on the Project with the authorities concerned of the People's Republic of Bangladesh.


As a result, both JICA and Bangladesh sides agreed on the matters referred to the document attached hereto.


Dhaka, April 26, 2011

  
Shigeki Furuta  
Senior Representative  
Bangladesh Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan

  
Khadiza Begum  
Deputy Secretary  
Economic Relations Division  
Ministry of Finance  
The People's Republic of Bangladesh

  
Dr. Abul Mansur Khan  
Director (Planning)  
Directorate General of Health Services  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

  
Rina Parveen  
Director (Planning)  
Directorate General of Family Planning  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

  
Dr. A.E. Md. Muhiuddin Osmani  
Deputy Chief (Health)  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

## THE ATTACHED DOCUMENT

### I BASIC FRAMEWORK OF THE PROJECT

#### 1. Project Title

Safe Motherhood Promotion Project Phase II

#### 2. Term of Cooperation

The duration of the technical cooperation for the Project will be 5 (five) years from the date, which will be mentioned in the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D").

#### 3. Administration of the Project

##### 3-1. Steering Committee

##### (1) Composition

##### 1) Chairperson:

Secretary, MOHFW

##### 2) Co-chairperson:

Chief Representative, JICA Bangladesh Office

##### 3) Member Secretary:

Deputy Chief (Health), MOHFW

##### 4) Members:

- i. Director General of Health Services, MOHFW
- ii. Director General of Family Planning, MOHFW
- iii. Project Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
- iv. Joint Chief (Planning)
- v. Joint Secretary (Hospital)
- vi. Joint Secretary (Family Planning)
- vii. Representative from Economic Relations Division, Ministry of Finance
- viii. Representative of Planning Commission (SEI Division)
- ix. Representative of Local Government Division (LGD), Ministry of Local Government and Rural Development Cooperatives
- x. Representative of IMED
- xi. Deputy Chief (Family Planning), Planning, MOHFW
- xii. Japanese Chief Advisor/Experts of the Project





- xiii. Representative from JICA Bangladesh Office
- xiv. Representative from Embassy of Japan (Observer)
- xv. Any co-opt member if necessary

(2) Functions

- 1) To endorse the annual activity/work plan of the Project
- 2) To endorse major achievements and products of the Project
- 3) To monitor, and supervise the overall progress of the Project and the MNH Forum
- 4) To review and discuss major issues arising from or concerning the Project
- 5) The Committee will form any working group for proper implementation of the Project if necessary, and
- 6) The Committee will sit at least twice a year and when necessary arises.

3-2. Project Implementation Committee

(1) Composition

1) Chairperson:

Joint Chief (Planning)

2) Member Secretary:

Senior Assistant Chief, Planning Wing, MOHFW

3) Members:

- i. Deputy Chief (Health), MOHFW
- ii. Deputy Chief (Family), MOHFW
- iii. Director Planning, DGHS, MOHFW
- iv. Director Planning, DGFP, MOHFW
- v. LD-MCRH, DGFP, MOHFW
- vi. LD-ESD, DGHS, MOHFW
- vii. LD-Improving Hospital Service Management (IHSM), DGHS, MOHFW
- viii. LD-MNCH, DGHS, MOHFW
- ix. LD-CHCS, DGHS, MOHFW
- x. Representative, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
- xi. Director, Training, NIPORT
- xii. Civil Surgeons, Narsingdi, Jessore, and Satkhira Districts
- xiii. Deputy Directors Family Planning (DDFP), Narsingdi, Jessore, and Satkhira Districts



- xiv. Representative, Chowgacha Upazila Health Complex
- xv. Representative, LGD
- xvi. Japanese Chief Advisor/Experts of the Project
- xvii. Representative from JICA Bangladesh Office
- xviii. Any co-opt member if necessary

(2) Functions

- 1) To guide and finalize the annual activity/work plan of the Project for the endorsement by the Steering Committee
- 2) To facilitate, coordinate, monitor and review activities of the Project
- 3) To discuss the technical and operational issues of the Project
- 4) To report the progress and issues to the Steering Committee
- 5) The Committee will sit at least every three months for proper implementation of the Project under the control of the Steering Committee

3-3. Administration

Both sides agreed that the administration of the Project will be arranged as follows:

- (1) Project Director (who will bear overall responsibility for the administration, implementation and coordination of the Project):

Joint Chief (Planning), MOHFW

- (2) Project Managers (who will responsible for the managerial and technical matters of the Project):

- LD-ESD, DGHS, MOHFW
- LD-MCRH, DGFP, MOHFW
- LD-Improving Hospital Service Management (IHSM), DGHS, MOHFW
- LD-MNCH, DGHS, MOHFW
- LD-CHCS, DGHS, MOHFW
- APD - Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh

- (3) Deputy Project Managers

Civil Surgeons and Deputy Directors of FP in the Project Districts (Narsingdi, Jessore, and Satkhira).

- (4) The Japanese Chief Advisor will provide necessary information, recommendations and advice to the Project Director and the Project Managers on any matters pertaining to the implementation of the Project.

- (5) Japanese Project Coordinator will coordinate the Project, supporting the

Chief Advisor.

- (6) The experts of the Project will give necessary technical guidance and advice to Bangladesh counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.

#### 4. Project Design Matrix

A draft basic framework of the Project is as shown in a Project Design Matrix in Annex I.

#### 5. Inputs

The inputs from each side are as follows:

##### 5-1. Japanese side

- (1) Chief Advisor
- (2) Project Coordinator
- (3) Japanese and national experts in Monitoring and Evaluation, Total Quality Management (TQM), Maternal and Child Health (MCH), Community Mobilization, and other Experts with adequate expertise necessary for implementing the Project activities
- (4) Equipment necessary for activities
- (5) Training of counterpart personnel as per necessity.

(As trainings in the country, Community Group Management, Infection Prevention Practice, 5S/Kaizen/Total Quality Management, Active Management of Third Stage of Labor (AMTSL), Newborn care & neonatal resuscitation, ANC/PNC for Nurses/FWV/CSBA, Computer training for Statisticians, TBA/Village Doctor Orientation, Health Administration, Chowgacha Model, Medical equipment maintenance etc. are planned. Detailed plan will be discussed in principle every year between the Japanese experts and Bangladeshi counterpart personnel based on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.)

- (6) Other necessary costs for operation of the Project.

Total budget for the Project implementation from JICA is estimated about six million US dollars.

##### 5-2. Bangladesh side

- (1) Assignment of counterpart personnel including one additional Senior





- Assistant Chief only in charge of MNH program and project coordination
- (2) Office premises in Dhaka, Narsingdi, Jessore, and Satkhira
  - (3) Provision of building, training facilities, and other necessary facilities.

## II WAY FORWARD

1. Based on this Minutes of Meeting and the draft R/D as shown in Annex II, Bangladesh and Japanese sides will prepare for the final version of the R/D.
2. Before starting the Project, both sides should take necessary actions including preparation of the Plan of Operations which will be attached in the Minutes of Meetings to be signed with R/D.
3. Based on the mutual agreement reached, the R/D will be signed by both sides around April 2011. The schedule is subject to change in accordance with approval processes of the Project.

## LIST OF ANNEXES

- Annex I Project Design Matrix (PDM) Version 0  
Annex II Draft Record of Discussions (R/D)



ANNEX I

Project Name: Safe Motherhood Promotion Project II (to be reviewed)  
Target Area: Whole country (some activities are held in several districts only)

PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

Target Groups: 1. Community people, particularly pregnant and post-partum women and neonates  
2. All level relevant staff under Department of Health and Family Planning at Central, district and upazila

Version 0

Project Period

July 2011 - June 2016

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>Overall Goal</b> Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh</p>	<p>(1) MMR is reduced from 194 (2010) to under 143* (2) NMIR is reduced from 37 (2007) to under 21**</p>	<p>Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey (BMMS) Bangladesh Demographic Health Survey (BDHS)</p>	<p>The political, economic, and social situation will not be worse than those at commencing time of the Project</p>
<p><b>Project Purpose</b> The approaches to improve MNH service quality and utilization in align with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.</p>	<p>(1) The number of Upazila implementing approaches such as MNCH minimum package intervention (2) The number of Upazila implementing approaches such as TOM and CSG (3) Some indicators used in the formulated M&amp;E system e.g. % increase of ANC, % increase of SBA attended deliveries, the number of Upazila which increased the budget allocation to MNH activities, etc)</p>	<p>(1) Baseline and end line surveys (2) Baseline and end line surveys (3) Monitoring Report for MNCH minimum package and approaches</p>	<p>1 The national interests and focus in the health sector is not drastically changed</p>
<p><b>Outputs</b> 1. Function of the coordination platform of MNH activities among stakeholders is enhanced at national level</p>	<p>(1) Finalized TOR document (2) Formulated the national MNCH minimum package and approaches (3) Formulated M&amp;E tools for the national MNCH package and the approaches</p>	<p>(1) TOR document/Project document (2) Ministerial document/Project document (3) M&amp;E forms and guidelines/Project document</p>	<p>1 Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) continues to implement Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) 2 The policy change in the health sector does not greatly affect the concept and approaches of Project that were agreed</p>
<p>2. Process of good practices and lessons learnt extracted from the Project are disseminated in the country.</p>	<p>(1) Report of analysis (2) Increased % of ANC, PNC (MNH service utilization), case fatality rate, % use of partograph, % of active management of 3rd stage of labor, number of facility base maternal death case auditing (quality) (3) Training module formulated, number of training, number of participants, number of exchanged visits to the Project sites, number of registered master trainer</p>	<p>(1) Report/Project document (2) Project monitoring report (3) Project monitoring report</p>	
<p>3. Appropriate and replicable local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches under UHS are defined</p>	<p>(1) Defined local implementation mechanism documented (2) % increase of ANC/PNC, % total delivery by SBA, C-section, Number of referral, Number of hospitals with EmOC, % increase of poor pregnant women supported by community, % increase of LP budget allocated to MNCH activities, Post-partum FP, met need for EmOC (3) Staff and Client satisfaction</p>	<p>(1) The documentation of defined local implementation mechanism (2) Project monitoring report (3) Baseline and end line surveys</p>	
<p><b>Activities</b> [Output 1] Function of the coordination platform of MNH activities among stakeholders is enhanced at national level 1-1 To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum 1-2 To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a collective manner 1-3 To operationalize the implementation of MNCH minimum package and the approaches by making/revising guidelines and manuals 1-4 To formulate M&amp;E systems for the national MNCH minimum package and the approaches introduced by stakeholders 1-5 To facilitate mutual learning among stakeholders through MNCH forum [Output 2] Process of good practices and lessons learnt extracted from the Project are disseminated in the country. 2-1 To analyze and document the process and results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services 2-2 To develop new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Chowgacha 2-3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha 2-4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha 2-5 To monitor &amp; evaluate the results and process of implementation with new interventions in Narsingdi and Chowgacha 2-6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons learnt from SMPP, Chowgacha, and other good practices 2-7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites as learning centers and through the Horizontal Learning Program 2-8 To reflect the experiences gained in the Project sites into the training program used in the learning centers</p>	<p><b>Japanese Side</b> 1. Dispatch of experts Long term (1) Chief Adviser (2) Project Coordinator (3) Monitoring and Evaluation Short term Experts (1) TOM (2) MCH (3) Community mobilization 2. Provision of equipment 3. Training of counterpart personnel 4. Dispatch of study team when necessary 5. Allocation of operational costs for the Project Local staff, NGO sub-contract, trainings, base hospital facility and equipment, baseline and end line surveys [Local staff Technical Advisor(TA) Special Project Officer (SPO) District Manager (DM) Upazila Coordinator(UC) Administration &amp; Financial Officer(AFO) Technical Officer(TO) Midwife (MW)]</p>	<p><b>Bangladesh Side</b> 1. Assignment of counterpart personnel 2. Office premises in Dhaka, Narsingdi, Jessore, and Sakthya</p>	<p><b>Important Assumptions</b> 1. Frequent transfer of counterpart personnel does not occur</p>

*[Handwritten signatures and initials]*

**[Output 3] Appropriate and replicable local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches under Upazila Health System (UHS) are defined**

- 3-1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources.
- 3-2 To implement baseline survey and end-line survey
- 3-3 To implement trials
- 3-4 To monitor and evaluate the trials
- 3-5 To feedback the results and process of trials to the national trainings and implementation tools.

Pre condition

(Not Applicable)

\*These figures are targeted in the Result Framework in HPNSDP

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*



ANNEX II of the M/M- DRAFT RECORD OF DISCUSSIONS (R/D)  
RECORD OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH  
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT PHASE 2

Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") through its Chief Representative of Bangladesh office, exchanged views and had a series of discussions with the Bangladesh authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Bangladesh Government for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the People's Republic of Bangladesh, signed in Dhaka on December 8, 2002 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and Bangladesh authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.

Dhaka, MM DD, YYYY

---

Shigeki Furuta  
Senior Representative  
Bangladesh Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan

---

Khadiza Begum  
Deputy Secretary  
Economic Relations Division  
Ministry of Finance  
The People's Republic of Bangladesh

---

Dr. Abul Mansur Khan  
Director (Planning)  
Directorate General of Health Services  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

---

Rina Parvin  
Director (Planning)  
Directorate General of Family Planning  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

---

Dr. A.M. Md. Muhiuddin Osmani  
Deputy Chief (Health)  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh



I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

1. The Government of the People's Republic of Bangladesh will implement the Safe Motherhood Promotion Project Phase II (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article III of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of JAPAN, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts. In addition to the Japanese experts, utilization of national experts is expected.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article IV of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF BANGLADH PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Bangladesh personnel connected with the Project for technical training in Japan.





III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

1. The Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. The Government of the People's Republic of Bangladesh will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Bangladesh nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the People's Republic of Bangladesh.
3. In accordance with the provisions of Article VI of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will grant in Bangladesh privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article IX of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. The Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Bangladesh personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will provide the services of Bangladesh counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.



8. In accordance with the laws and regulations in force in the People's Republic of Bangladesh, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in the People's Republic of Bangladesh, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Joint Chief (Planning), MOHFW, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration, implementation and coordination of the Project.
2. Following officials, as the Project Managers, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
  - LD-ESD, DGHS, MOHFW
  - LD-MCRH, DGFP, MOHFW
  - LD-Improving Hospital Service Management (IHSM), DGHS, MOHFW
  - LD-MNCH, DGHS, MOHFW
  - LD-CHCS, DGHS, MOHFW
  - APD - Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
3. Civil Surgeons and Deputy Directors of FP in the Project Districts (Narsingdi, Jessore, and Satkhira), as the Deputy Project Managers, will be responsible for implementation of the Project.
4. The Japanese Chief Advisor will provide necessary information, recommendations and advice to the Project Director and the Project Managers on any matters pertaining to the implementation of the Project.
5. Japanese Project Coordinator will coordinate the Project, supporting the Chief Advisor.





6. The experts of the Project will give necessary technical guidance and advice to Bangladesh counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
8. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Steering Committee and a Project Implementation Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.
9. MOHFW will assign one dedicated Senior Assistant Chief in Planning, MOHFW, to be responsible for MNCH Program and Project Coordination.

#### V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Bangladesh authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

#### VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VII of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the People's Republic of Bangladesh except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

#### VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Government of the People's Republic of Bangladesh on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.

#### VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT



ANNEX II of the M/M: DRAFT RECORD OF DISCUSSIONS (R/D)

For the purpose of promoting support for the Project among the people of Bangladesh, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of Bangladesh.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be five (5) years from July 1<sup>st</sup>, 2011.

- ANNEX I MASTER PLAN
- ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEX IV LIST OF BANGLADESH COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEX VI STEERING COMMITTEE



ANNEX I MASTER PLAN – *TO BE REVISED BASED ON Finalized PDM*

**Overall Goal**

Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh.

**Project Purpose**

The approaches to improve MNH service quality and utilization in align with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.

**Outputs**

1. Function of the coordination platform of MNH activities among stakeholders is enhanced at national level.
2. Process of good practices and lessons learnt extracted from the Project are disseminated in the country.
3. Appropriate and replicable local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches under UHS are defined

**Activities**

- 1-1 To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum.
- 1-2 To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a corrective manner.
- 1-3 To operationalize the implementation of MNCH minimum package and the approaches by making/revising guidelines and manuals
- 1-4 To formulate M&E systems for the national MNCH minimum package and the approaches introduced by stakeholders.
- 1-5 To facilitate mutual learning among stakeholders through MNCH forum.
  
- 2-1 To analyze and document the process of results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services.
- 2-2 To develop new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-5 To monitor & evaluate the results and process of implementation with new interventions in Narsingdhi and Chowagacha.
- 2-6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons





ANNEX II of the M/M: DRAFT RECORD OF DISCUSSIONS (R/D)

learnt from SMPP, Chowgacha, and other good practices.

2-7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites as learning centers and through the Horizontal Learning Program.

2-8 To reflect the experiences gained in the Project sites into the training program used in the learning centers.

3-1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources.

3-2 To implement baseline survey and end-line survey

3-3 To implement trials.

3-4 To monitor and evaluate the trials.

3-5 To feedback the results and process of trials to the national trainings and implementation tools.



ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Chief Adviser
2. Project Coordinator
3. Monitoring and evaluation
4. Other experts (e.g. Total Quality Management, Maternal and Child Health, Community Mobilization) will be assigned when necessary for smooth and effective implementation of the Project

Notes: Utilization of national experts is expected in addition to the above mentioned Japanese experts. Detailed plan will be discussed in principle every year between the Japanese experts and Bangladeshi counterpart personnel based on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Equipment for Emergency Obstetric and Neonatal Care (hereinafter referred to as “EmONC”)\*

Tentative list of EmONC equipment to be provided based on SMPP experience

Air Conditioner for OT room
Anesthesia Machine
Autoclave
Citizen charter bill board
Diathermy Machine
Incubator
IPS/Generator
OT Light
Ultrasound machine
Oxygen cylinder

2. Other materials and equipment for developing capacity of stakeholders will be provided based on the mutual agreement.

\*If an obstetrics-gynecologist and an anesthetist are properly posted, the equipment for Comprehensive EmONC is to be provided.

Notes: The contents, specifications and quantity of equipment to be provided each year will be discussed in principle every year between the Japanese experts and Bangladeshi counterpart personnel based on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.





ANNEX IV LIST OF BANGLADESH COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Central Level

- (1) Secretary, Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW)
- (2) Director General of Health Services, MOHFW
- (3) Director General of Family Planning, MOHFW
- (4) Project Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
- (5) Joint Chief (Planning), MOHFW
- (6) Director Planning, DGHS, MOHFW
- (7) Director Planning, DGFP, MOHFW
- (8) LD-ESD, DGHS, MOHFW
- (9) LD-MCRH, DGFP, MOHFW
- (10) LD-IHSM, DGHS, MOHFW
- (11) LD-MNCH, DGHS, MOHFW
- (12) LD-CHCS, DGHS, MOHFW
- (13) Deputy Chief (Health), Planning, MOHFW
- (14) Deputy Chief (Family Planning), Planning, MOHFW
- (15) Senior Assistant Chief, Planning, MOHFW

2. District Level

- (1) Civil Surgeon (CS)
- (2) Deputy Director/Family Planning
- (3) Consultant Obs. & Gyne., District Hospital
- (4) Consultant Anastasia, District Hospital
- (5) Consultant Pediatric, District Hospital
- (6) Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center (MCWC)

3. Upazila Level

- (1) Upazila Health and Family Planning Officer (UHFPO)
- (2) Medical Officer-Maternal and Child Health (MO-MCH)
- (3) Upazila Family Planning Officer (UFPO)
- (4) Consultant (Gyne.)/(Anastasia)
- (5) Consultant (Pediatric)



ANNEX II of the M/M: DRAFT RECORD OF DISCUSSIONS (R/D)

ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

1. Office premises in Dhaka, Narsingdi, Jessore, and Satkhira
2. Training facilities
3. Other necessary facilities



## ANNEX VI STEERING COMMITTEE

### (1) Composition

1) Chairperson:

Secretary, MOHFW

2) Co-chairperson:

Chief Representative, JICA Bangladesh Office

3) Member Secretary:

Deputy Chief (Health), MOHFW

4) Members:

- i. Director General of Health Services, MOHFW
- ii. Director General of Family Planning, MOHFW
- iii. Project Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
- iv. Joint Chief (Planning)
- v. Joint Secretary (Hospital)
- vi. Joint Secretary (Family Planning)
- vii. Representative from Economic Relations Division, Ministry of Finance
- viii. Representative of Planning Commission (SEI Division)
- ix. Representative of Local Government Division(LGD), Ministry of Local Government and Rural Development Cooperatives
- x. Representative of IMED
- xi. Deputy Chief (Family Planning), Planning, MOHFW
- xii. Japanese Chief Advisor/Experts of the Project
- xiii. Representative from JICA Bangladesh Office
- xiv. Representative from Embassy of Japan (Observer)
- xv. Any co-opt member if necessary

### (2) Functions

- 1) To endorse the annual activity/work plan of the Project
- 2) To endorse major achievements and products of the Project
- 3) To monitor, and supervise the overall progress of the Project and the MNH Forum
- 4) To review and discuss major issues arising from or concerning the Project
- 5) The Committee will form any working group for proper implementation of the Project if necessary, and
- 6) The Committee will sit at least twice a year and when necessary arises.




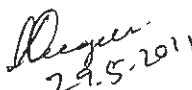
RECORD OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH  
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT PHASE 2


Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") through its Chief Representative of Bangladesh office, exchanged views and had a series of discussions with the Bangladesh authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Bangladesh Government for the successful implementation of the above-mentioned Project.


As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the People's Republic of Bangladesh, signed in Dhaka on December 8, 2002 (hereinafter referred to as "the Agreement"), JICA and Bangladesh authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.


Dhaka, May 29, 2011

  
Shigeki Furuta  
Senior Representative  
Bangladesh Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan

  
Khadiza Begum  
Deputy Secretary  
Economic Relations Division  
Ministry of Finance  
The People's Republic of Bangladesh

  
Dr. Abul Mansur Khan  
Director (Planning)  
Directorate General of Health Services  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

  
Rina Parveen  
Director (Planning)  
Directorate General of Family Planning  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

  
Dr. A.M. Md. Muhiuddin Osmani  
Deputy Chief (Health)  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

1. The Government of the People's Republic of Bangladesh will implement the Safe Motherhood Promotion Project Phase II (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article III of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of JAPAN, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

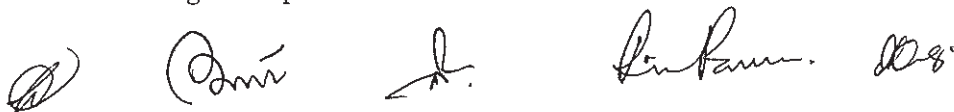
JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article V of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts. In addition to the Japanese experts, utilization of national experts is expected.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article IV of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF BANGLADH PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Bangladesh personnel connected with the Project for technical training in Japan.





### III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH

1. The Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.
2. The Government of the People's Republic of Bangladesh will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Bangladesh nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the People's Republic of Bangladesh.
3. In accordance with the provisions of Article VI of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will grant in Bangladesh privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article IX of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. The Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Bangladesh personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will provide the services of Bangladesh counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.



8. In accordance with the laws and regulations in force in the People's Republic of Bangladesh, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in the People's Republic of Bangladesh, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.

#### IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. Joint Chief (Planning), Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW), as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration, implementation and coordination of the Project.
2. Following officials, as the Project Managers, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
  - Line Director (LD)- Essential Service Delivery , Directorate General of Health Services (DGHS), MOHFW
  - LD- Maternal, Child and Reproductive Health (MCRH), Directorate General of Family Planning (DGFP), MOHFW
  - LD-Improving Hospital Service Management (IHSM), DGHS, MOHFW
  - LD- Maternal and Neonatal and Child Health (MNCH), DGHS, MOHFW
  - LD- Community Health Care Services (CHCS), DGHS, MOHFW
  - APD - Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
3. Civil Surgeons and Deputy Directors of FP in the Project Districts (Narsingdi, Jessore, and Satkhira), as the Deputy Project Managers, will be responsible for implementation of the Project.
4. The Japanese Chief Advisor will provide necessary information, recommendations and advice to the Project Director and the Project Managers on any matters pertaining to the implementation of the Project.

5. Japanese Project Coordinator will coordinate the Project, supporting the Chief Advisor.
6. The experts of the Project will give necessary technical guidance and advice to Bangladesh counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
7. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Steering Committee and a Project Implementation Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.
8. MOHFW will assign one dedicated Senior Assistant Chief in Planning, MOHFW, to be responsible for MNCH Program and Project Coordination.

#### V. JOINT EVALUATION

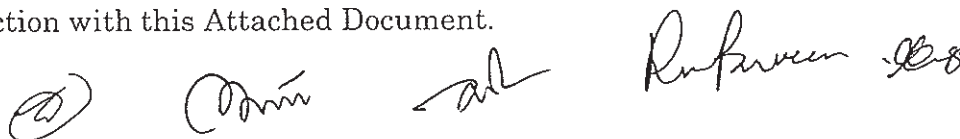
Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Bangladesh authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

#### VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VII of the Agreement, the Government of the People's Republic of Bangladesh undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the People's Republic of Bangladesh except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

#### VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Government of the People's Republic of Bangladesh on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.





## VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of Bangladesh, the Government of the People's Republic of Bangladesh will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of Bangladesh.

## IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be five (5) years from July 1<sup>st</sup>, 2011.

- ANNEX I MASTER PLAN
- ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEX IV LIST OF BANGLADESH COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEX VI STEERING COMMITTEE AND PROJECT IMPLEMENTATION COMMITTEE



## ANNEX I MASTER PLAN

### Overall Goal

Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh.

### Project Purpose

The approaches to improve MNH service quality and utilization in align with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.

\*Field of approaches is extended to the subject related to Operational Plan of HPNSDP as follows: 1) Community Based Health Care (Upazila Health System, CC), 2) Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion (Total Quality Management (TQM)), 3) Maternal and Neonatal Child Health Care, 4) Maternal Reproductive and Adolescent Health, and 5) Essential Service Delivery

### Outputs

1. Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level
2. Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country.
3. Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Satkhira, Habiganj)

### Activities

- 1-1 To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum.
- 1-2 To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a corrective manner.
- 1-3 To make and revise guidelines and manuals for the implementation of MNCH minimum package and the approaches.
- 1-4 To formulate M&E systems for the national MNCH minimum package and the approaches introduced by stakeholders.
- 1-5 To facilitate mutual learning among stakeholders through MNCH forum.



- 2-1 To analyze and document the process of results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services.
- 2-2 To develop new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-5 To monitor & evaluate the results and process of implementation with new interventions in Narsingdi and Chowgacha.
- 2-6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons learnt from SMPP, Chowgacha, and other good practices.
- 2-7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites (Narsingdi, and Chowgacha) as learning centers and through the Horizontal Learning Program.
- 2-8 To reflect the experiences gained in the Project sites into the training program used in the learning centers.
  
- 3-1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources.
- 3-2 To implement baseline survey and end-line survey for the evaluation of the approaches.
- 3-3 To implement trials in some target Upazilas.
- 3-4 To monitor and evaluate the trials for assessment of the effect of approaches.
- 3-5 To feedback the results and process of trials to the national trainings and implementation tools.

## ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Chief Adviser
2. Project Coordinator
3. Monitoring and evaluation
4. Other experts (e.g. Total Quality Management, Maternal and Child Health, Community Mobilization) will be assigned when necessary for smooth and effective implementation of the Project

Notes: Utilization of national experts is expected in addition to the above mentioned Japanese experts. Detailed plan will be discussed in principle every year between the Japanese experts and Bangladeshi counterpart personnel based on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Equipment for Emergency Obstetric and Neonatal Care (hereinafter referred to as “EmONC”)\*

Tentative list of EmONC equipment to be provided based on SMPP experience

Air Conditioner for OT room
Anesthesia Machine
Autoclave
Citizen charter bill board
Diathermy Machine
Incubator
IPS/Generator
OT Light
Ultrasound machine
Oxygen cylinder

2. Other materials and equipment for developing capacity of stakeholders will be provided based on the mutual agreement.

\*If an obstetrics-gynecologist and an anesthetist are properly posted, the equipment for Comprehensive EmONC is to be provided.

Notes: The contents, specifications and quantity of equipment to be provided each year will be discussed in principle every year between the Japanese experts and Bangladeshi counterpart personnel based on the annual plan of the Project, within the allocated budget of the Japanese fiscal year.



ANNEX IV LIST OF BANGLADESH COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Central Level

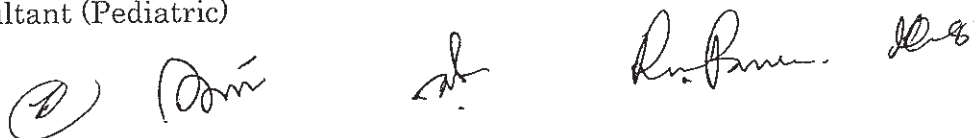
- (1) Secretary, MOHFW
- (2) Director General of Health Services, MOHFW
- (3) Director General of Family Planning, MOHFW
- (4) Project Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
- (5) Joint Chief (Planning), MOHFW
- (6) Director Planning, DGHS, MOHFW
- (7) Director Planning, DGFP, MOHFW
- (8) LD-ESD, DGHS, MOHFW
- (9) LD-MCRH, DGFP, MOHFW
- (10) LD-IHSM, DGHS, MOHFW
- (11) LD-MNCH, DGHS, MOHFW
- (12) LD-CHCS, DGHS, MOHFW
- (13) Deputy Chief (Health), Planning, MOHFW
- (14) Deputy Chief (Family Planning), Planning, MOHFW
- (15) Senior Assistant Chief, Planning, MOHFW

2. District Level

- (1) Civil Surgeon (CS)
- (2) Deputy Director/Family Planning
- (3) Consultant Obs. & Gyne., District Hospital
- (4) Consultant Anastasia, District Hospital
- (5) Consultant Pediatric, District Hospital
- (6) Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center (MCWC)





3. Upazila Level

- (1) Upazila Health and Family Planning Officer (UHFPO)
- (2) Medical Officer-Maternal and Child Health (MO-MCH)
- (3) Upazila Family Planning Officer (UFPO)
- (4) Consultant (Gyne.)/(Anastasia)
- (5) Consultant (Pediatric)



ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

1. Office premises in Dhaka, Narsingdi, Jessore, and Satkhira
2. Training facilities
3. Other necessary facilities

## ANNEX VI STEERING COMMITTEE AND PROJECT IMPLEMENTATION COMMITTEE

[Steering Committee]

### (1) Composition

- 1) Chairperson:  
Secretary, MOHFW
- 2) Co-chairperson:  
Chief Representative, JICA Bangladesh Office
- 3) Member Secretary:  
Deputy Chief (Health), MOHFW
- 4) Members:
  - i. Director General of Health Services, MOHFW
  - ii. Director General of Family Planning, MOHFW
  - iii. Project Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
  - iv. Joint Chief (Planning)
  - v. Joint Secretary (Hospital)
  - vi. Joint Secretary (Family Planning)
  - vii. Representative from Economic Relations Division, Ministry of Finance
  - viii. Representative of Planning Commission (SEI Division)
  - ix. Representative of Local Government Division (LGD), Ministry of Local Government and Rural Development Cooperatives
  - x. Representative of IMED
  - xi. Deputy Chief (Family Planning), Planning, MOHFW
  - xii. Japanese Chief Advisor/Experts of the Project
  - xiii. Representative from JICA Bangladesh Office
  - xiv. Representative from Embassy of Japan (Observer)
  - xv. Any co-opt member if necessary

### (2) Functions

- 1) To endorse the annual activity/work plan of the Project
- 2) To endorse major achievements and products of the Project
- 3) To monitor, and supervise the overall progress of the Project and the MNH Forum
- 4) To review and discuss major issues arising from or concerning the Project
- 5) The Committee will form any working group for proper implementation of the Project if necessary, and
- 6) The Committee will sit at least twice a year and when necessary arises.





[Project Implementation Committee]

(1) Composition

1) Chairperson:

Joint Chief (Planning)

2) Member Secretary:

Senior Assistant Chief, Planning Wing, MOHFW

3) Members:

- i. Deputy Chief (Health), MOHFW
- ii. Deputy Chief (Family), MOHFW
- iii. Director Planning, DGHS, MOHFW
- iv. Director Planning, DGFP, MOHFW
- v. LD-MCRH, DGFP, MOHFW
- vi. LD-ESD, DGHS, MOHFW
- vii. LD-Improving Hospital Service Management (IHSM), DGHS, MOHFW
- viii. LD-MNCH, DGHS, MOHFW
- ix. LD-CHCS, DGHS, MOHFW
- x. Representative, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
- xi. Director, Training, NIPORT
- xii. Civil Surgeons, Narsingdi, Jessore, and Satkhira Districts
- xiii. Deputy Directors Family Planning (DDFP), Narsingdi, Jessore, and Satkhira Districts
- xiv. Representative, Chowgacha Upazila Health Complex
- xv. Representative, LGD
- xvi. Japanese Chief Advisor/Experts of the Project
- xvii. Representative from JICA Bangladesh Office
- xviii. Any co-opt member if necessary

(2) Functions

- 1) To guide and finalize the annual activity/work plan of the Project for the endorsement by the Steering Committee
- 2) To facilitate, coordinate, monitor and review activities of the Project
- 3) To discuss the technical and operational issues of the Project
- 4) To report the progress and issues to the Steering Committee
- 5) The Committee will sit at least every three months for proper implementation of the Project under the control of the Steering Committee

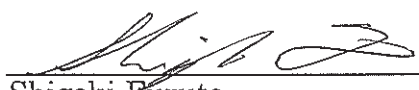


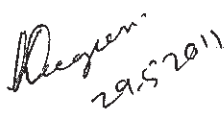
MINUTES OF MEETINGS  
BETWEEN  
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF  
THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH  
ON  
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT  
FOR SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT PHASE 2

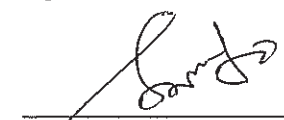
Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") through its Chief Representative of Bangladesh office, exchanged views and had a series of discussions with the Bangladesh authorities concerned about the formation of the Technical Cooperation Project for "Safe Motherhood Promotion Project Phase 2" (hereinafter referred to as "the Project").

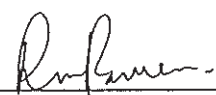
As a result of the discussions, JICA and the Bangladesh authorities concerned with the Project agreed on the matters referred to in the document attached hereto. This Minutes of Meetings is considered to as a supplement document of the Record of Discussions (hereinafter referred to as "the R/D) which is signed at the same time.


Dhaka, May 29, 2011

  
Shigeki Furuta  
Senior Representative  
Bangladesh Office  
Japan International Cooperation Agency  
Japan

  
Khadiza Begum  
Deputy Secretary  
Economic Relations Division  
Ministry of Finance  
The People's Republic of Bangladesh

  
Dr. Abul Mansur Khan  
Director (Planning)  
Directorate General of Health Services  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

  
Rina Parveen  
Director (Planning)  
Directorate General of Family Planning  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

  
Dr. A.M. Md. Muhiuddin Osmani  
Deputy Chief (Health)  
Ministry of Health and Family Welfare  
The People's Republic of Bangladesh

## THE ATTACHED DOCUMENT

### 1. Administration of the Project

#### 1-1. Quarterly Progress Report

In order to ensure effective monitoring and timely feedback of the technical advice from the experts, the Project will report their activity and progress including administrative affairs quarterly to Project Director and Chief Advisor. The report is prepared in English and will be shared with the relevant authorities.

### 2. Project Design Matrix and Tentative Plan of Operation

A basic framework of the Project is as shown in a Project Design Matrix in Annex I. The tentative Plan of Operation is as shown in Annex II.

Annex I: Project Design Matrix (PDM) Version 0

Annex II: Plan of Operation Version 0



**PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)**

**Target Groups:** 1. Community people, particularly pregnant and post-partum women and neonates  
2. All level relevant staff under Department of Health and Family Planning at Centril, district and upazila

**ANNEX I**

**Project Name:** Safe Motherhood Promotion Project II (to be reviewed)  
**Target Area:** Whole country (some activities are held in several districts only)

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p><b>Overall Goal</b> Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh</p>	<p>(1) MMR is reduced from 194 (2010) to under 143* (2) NMR is reduced from 37 (2007) to under 21*</p>	<p>Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey (BMMS) Bangladesh Demographic Health Survey (BDHS)</p>	<p>1. The political, economic, and social situation will not be worse than those at commencing time of the Project</p>
<p><b>Project Purpose</b> The approaches to improve MNH service quality and utilization in align with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.  *Field of approaches is extended to the subject related to Operational Plan of HPNSDP as follows: 1) Community Based Health Care (Upazila Health System, CO), 2) Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion (Total Quality Management (TQM)), 3) Maternal and Neonatal Child Health Care, 4) Maternal Reproductive and Adolescent Health, and 5) Essential Service Delivery</p>	<p>(1) The number of Upazila implementing approaches such as TQM and CSG in MNCH minimum package intervention (2) Some indicators used in the formulated M&amp;E system e.g. % increase of ANC, % increase of SBA attended deliveries, the number of Upazila which increased the budget allocation to MNH activities, etc) *Target and extent such as which approaches, and areas, of the indicators are to be decided by the result of baseline survey.</p>	<p>(1) Baseline and end line surveys (2) Baseline and end line surveys (3) Monitoring Report for MNCH minimum package and approaches</p>	<p>1. The national interests and focus in the health sector is not dramatically changed</p>
<p><b>Outputs</b></p>	<p>(1) Finalized TOR document of the platform (such as MNCH Forum) (2) Formulated the national MNCH minimum package and approaches (3) Formulated M&amp;E tools for the national MNCH minimum package and the approaches</p>	<p>(1) TOR document/Project document (2) Minutes/national document/Project document (3) M&amp;E forms and guideline/Project document</p>	<p>1. Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) continues to implement Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP)</p>
<p>1. Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level</p>	<p>(1) Report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha (2) Increase of ANC, PNC (MNH services utilization), decrease of case fatality rate, increase rate of program, increase of active management of 3rd stage of labor, increase number of facility based maternal death case auditing (quality) in Narsingdi and Chowgacha **Target is determined by approaches. (3) At least one approach in each target area (Narsingdi, Chowgacha) is identified and determined to disseminate (4) Training module formulated, number of training, number of participants, number of exchanged visits to the Project sites, number of registered master trainer, on the activities in Narsingdi and Chowgacha</p>	<p>(1) Report /Project document (2) Project monitoring report (3) Project monitoring report</p>	<p>2. The policy change in the health sector does not greatly affect the concept and approaches of Project that were agreed</p>
<p>3. Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Salkhira, Habiganj)</p>	<p>(1) Defined local implementation mechanism documented (2) Increase of ANC PNC, increase of total delivery by SBA, changes (monitoring) in C-section rate, increase of number of referral, increase of number of hospitals with EmOC, increase of poor pregnant women supported by community, increase of UP budget allocated to MNCH activities, increase of post-partum FP, increase of met need for EmOC (3) Staff and Client satisfaction</p>	<p>(1) The documentation of defined local implementation mechanism (2) Project monitoring report (3) Baseline and end line surveys</p>	<p>Important Assumptions</p>
<p><b>Activities</b></p>	<p><b>Japanese Side</b></p> <p>1. Dispatch of experts</p> <p>Long-term (1) Chief Advisor (2) Project Coordinator (3) Monitoring and Evaluation</p> <p>Short term Experts (1) Local (2) MNCH (3) Community mobilization</p> <p>2. Provision of equipment</p> <p>3. Training of counterpart personnel</p> <p>4. Dispatch of study team when necessary</p> <p>5. Absorption of operational costs for the Project Local staff, NGO sub-contract, trainings, basic hospital facility and equipment, baseline and end line surveys</p> <p>Local staff Technical advisor(TA) Senior Project Officer(SPO) District Manager (DM) Upazila Coordinator(UC) Administration &amp; Financial Officer(AFO) Technical Officer(TO) Midwife (MW)</p>	<p><b>Bangladesh Side</b></p> <p>1. Assignment of counterpart personnel</p> <p>2. Office premises in Dhaka, Narsingdi, Jessore, and Salkhira</p>	<p>Important Assumptions</p> <p>1. Frequent transfer of counterpart personnel does not occur</p>
<p>[Output 1] Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level</p>	<p>1-1 To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum 1-2 To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a collective manner 1-3 To make and revise guidelines and manuals for the implementation of MNCH minimum package and the approaches 1-4 To formulate M&amp;E systems for the national MNCH minimum package and the approaches introduced by stakeholders 1-5 To facilitate mutual learning among stakeholders through MNCH forum</p>	<p>[Output 2] Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country, 2-1 To analyze and document the process and results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services 2-2 To develop new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Chowgacha. 2-3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha 2-4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha 2-5 To monitor &amp; evaluate the results and process of implementation with new interventions in Narsingdi and Chowgacha 2-6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons learnt from SMPP, Chowgacha, and other good practices</p>	<p>Important Assumptions</p>

<p>2-7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites (Narsingdi, and Chowgacha) as learning centers and through the Horizontal Learning Program</p> <p>2-8 To reflect the experiences gained in the Project sites into the training program used in the learning centers</p> <p>(Output 3) Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into Upazila Health System (UHS) are defined (Satkira, Habiganj)</p> <p>3-1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources</p> <p>3-2 To implement baseline survey and end-line survey for the evaluation of the approaches</p> <p>3-3 To implement trials in some target Upazilas</p> <p>3-4 To monitor and evaluate the trials for assessment of the effect of approaches</p> <p>3-5 To feedback the results and process of trials to the national trainings and implementation tools</p>	<p>Pre condition</p> <p>(Not Applicable)</p>
--	--

*(Signature)* *(Signature)*

*(Signature)* *(Signature)* *(Signature)*

\*These figures are targeted in the Result Framework in HPNSDP



ANNEX II Plan of Operation Version 0  
Plan of Operation (Tentative) for PROJECT "Safe Motherhood Promotion Project 2"

		2011												2012												2013												2014												2015												2016											
		1st Year			2nd Year			3rd Year			4th Year			5th Year			6th Year			1st Year			2nd Year			3rd Year			4th Year			5th Year			6th Year			1st Year			2nd Year			3rd Year			4th Year			5th Year			6th Year																				
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3															
Outputs	1. Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum), is enhanced at national level	[Shaded Gantt chart for Output 1]																																																																							
	2. Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country	[Shaded Gantt chart for Output 2]																																																																							
Activities	1-1. To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum.	[Shaded Gantt chart for Activity 1-1]																																																																							
	1-2. To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a collective manner.	[Shaded Gantt chart for Activity 1-2]																																																																							
Person in Charge	LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																							
	LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																							
	LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																							
	LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																							
	LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																							
	LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore UHFPO, Chowgacha	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore UHFPO, Chowgacha]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore]																																																																							
	CS & DDFP of Narsingdi and Jessore	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore]																																																																							
CC Project, NIPORT	[Shaded Gantt chart for Person CC Project, NIPORT]																																																																								
LD ESD	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD]																																																																								
CS & DDFP of Narsingdi and Jessore UHFPO, Chowgacha	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore UHFPO, Chowgacha]																																																																								
CS & DDFP of Narsingdi and Jessore UHFPO, Chowgacha	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Narsingdi and Jessore UHFPO, Chowgacha]																																																																								
CC Project, NIPORT	[Shaded Gantt chart for Person CC Project, NIPORT]																																																																								
LD ESD	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD]																																																																								
LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
CS & DDFP of Sakthira	[Shaded Gantt chart for Person CS & DDFP of Sakthira]																																																																								
LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project CS & DDFP of Sakthira	[Shaded Gantt chart for Person Project CS & DDFP of Sakthira]																																																																								
LD ESD & LD RMCH	[Shaded Gantt chart for Person LD ESD & LD RMCH]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								
Dir. Hospital, CC	[Shaded Gantt chart for Person Dir. Hospital, CC]																																																																								
Project	[Shaded Gantt chart for Person Project]																																																																								

[Handwritten signatures and initials]



