

ラオス人民民主共和国
母子保健統合サービス強化プロジェクト
中間レビュー調査報告書

平成 24 年 11 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
ラオス事務所

ラオ事
J R
12-007

ラオス人民民主共和国
母子保健統合サービス強化プロジェクト
中間レビュー調査報告書

平成 24 年 11 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
ラオス事務所

序 文

独立行政法人国際協力機構は、ラオス人民民主共和国政府との討議議事録（R/D）に基づき、技術協力プロジェクト「母子保健統合サービス強化プロジェクト」を2010年5月から5年間の計画で実施してきた。

今般、協力期間の中間地点を迎えたことから、これまでの成果を確認し、今後のプロジェクト実施の方向性と提言・教訓を得ることを目的として、2012年10月1日から10月24日まで、中間レビュー調査を実施した。

本プロジェクトは、南部4県（チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタプー県）を対象とし、各県保健局にとっては、専門家を受け入れて実施する初めてのJICA技術協力プロジェクトであった。保健省で策定された「母子保健統合サービス・パッケージ戦略・計画」（2009～2015）を、県以下で活動を具体化し、実際に実施するための支援を行う、という政策と現場を結びつける重要な位置づけとなっている。県保健局スタッフは、専門家と試行錯誤しながらさまざまな活動を行っており、着実に成果が発現してきたと感じているのではなかろうか。

本報告書は、この中間レビュー調査団による現地調査や関係者との協議の内容・結果をまとめたものであり、今後の協力事業の更なる発展の指針として、広く活用されることを願うものである。

最後に、本調査の実施にあたりご協力をいただいた内外関係者の方々に深い感謝の意を表するとともに、今後の協力事業に向けて、引き続き一層のご支援をお願いする次第である。

平成24年11月

独立行政法人国際協力機構

ラオス事務所長 戸川 正人

目 次

序 文

目 次

地 図

略語表

評価調査結果要約表

第1章 中間レビュー調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成と調査期間	2
1-3 主要面談者	2
1-4 対象プロジェクトの概要（調査開始時）	2
1-5 中間レビュー調査の方法	3
1-5-1 中間レビューの調査手順	3
1-5-2 データ収集方法	3
1-5-3 データ分析方法・まとめ	4
第2章 調査結果	5
2-1 プロジェクトの実績	5
2-1-1 投入実績	5
2-1-2 活動実績	7
2-1-3 アウトプットの達成度	11
2-1-4 プロジェクト目標の達成度見込み	19
2-2 プロジェクトの実施プロセス	20
2-2-1 計画と合致する度合い	20
2-2-2 活動の進捗度合い	21
2-2-3 事業管理と意思決定の体制	21
2-2-4 技術協力の方法	21
2-2-5 セクターワイド調整	21
2-2-6 阻害・促進要因	22
2-3 評価5項目の評価結果	23
2-3-1 妥当性	23
2-3-2 有効性	24
2-3-3 効率性	24
2-3-4 インパクト	25
2-3-5 自立発展性	25
2-4 結論	27
2-5 提言	27
2-6 教訓	27

第3章 今後の方向性・総括	29
3-1 プロジェクトの今後の方向性	29
3-2 団長総括	29
3-3 技術参与所感	30
3-4 PDM ver.1の変更点	32
3-5 プロジェクト運営上の留意点	36

付属資料

1. PDM ver.1 (修正版)	39
2. PDM ver.0-1 (開始時)	41
3. 協議議事録、中間レビュー結果報告書	43

プロジェクトの位置図



略 語 表

略 語	正式名	日本語
ANC	Antenatal Care	妊婦健診、産前健診
BeMONC	Basic Emergency Maternal, Obstetric and Newborn Care	基礎的緊急母性産科新生児ケア（研修名）
BeON-LSS	Basic Emergency Maternal, Obstetric and Newborn Life-Saving Skills	基礎的緊急母性産科新生児救命技術（研修名）
CeMONC	Comprehensive Emergency Maternal, Obstetric and Newborn Care	包括的緊急母性産科新生児ケア（研修名）
CESVI	Cooperazione e Sviluppo	チェスヴィ（イタリアの NGO）
CIEH	Center for Information and Education for Health	保健情報・教育センター
CDSWC-2	Capacity Development for Sector-wide Coordination in Health (Phase 2)	保健セクター事業調整能力強化（フェーズ 2）
EPI	Expanded Program on Immunization	拡大予防接種プログラム
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
HC	Health Center	保健センター
HMIS	Health Management Information System	保健情報管理システム
HPD	Health Promotion Day	ヘルス・プロモーション・デー
IEC	Information, Education and Communication	健康教育
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KAP	Knowledge, Attitudes, and Practices	知識・態度・行動
LRHS	Lao Reproductive Health Survey	ラオス国リプロダクティブヘルス調査
LSIS	Lao Social Indicators Survey	ラオス国社会指標調査
MCH	Maternal and Child Health	母子保健プログラム
MDGs	Milennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MdM	Médecins du Monde	メドゥサン・デュ・モンド（世界の医療団）
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡比
MNCH	Maternal, Neonatal, and Child Health	母性・新生児・小児保健（母子保健で統一）
MNCH 5 Module Training	MNCH 1 st level Core service Modules	母子保健基礎サービス研修モジュール [1] [2] [3] [4] [5]
MNCH-TWG	Maternal, Neonatal and Child Health Technical Working Group	県レベルに設置された母子保健技術作業部会

MNCHN-TWG	Maternal, Neonatal and Child Health Nutrition Technical Working Group	(中央) 母子保健・栄養技術作業部会 (以前は MNCH/EPI-TWG と呼称されていた)
MoH	Ministry of Health	保健省
MOU	Memorandum of Understanding	合意内容の覚書 (本書ではラオス政府組織と開発パートナー間の協力にかかる二者間協定を指す)
MR	Minimum Requirements	ミニマム・リクワイアメンツ
NSEDP	National Socio-economic Development Plan	国家社会経済開発計画
OA	Office Automation	OA (機器)
PDCA (cycle)	Plan - Do -Check - Act	PDCA サイクル
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PNC	Postnatal Care	産後健診
R/D	Record of Discussions	討議議事録
SBA	Skilled Birth Attendance	助産専門技能者による分娩介助
SBA Development Plan	SBA Development Plan	SBA 開発計画
SBAAtt (s)	Skilled Birth Attendant (s)	助産専門技能者
SWG	Sector Working Group	セクター・ワーキング・グループ
TOT	Training of Trainers	講師養成研修
U5MR	Under-5 Mortality Rate	乳幼児 (5 歳未満児) 死亡率
UNFPA	United Nations Population Fund	国際連合人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国際連合児童基金
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

評価調査結果要約表

1. 案件の概要		
国名：ラオス人民民主共和国	案件名：母子保健統合サービス強化プロジェクト	
分野：保健・医療	援助形態：技術協力プロジェクト	
所轄部署：ラオス事務所	協力金額（評価時点）：3億6,400万円	
協力期間	(R/D)：2010年3月10日	先方関係機関：保健省
	(延長)：	日本側協力機関：国立国際医療研究センター
	(F/U)：	他の関連協力：
1 - 1 協力の背景と概要		
<p>ラオスにおける妊産婦死亡比（Maternal Mortality Ratio：MMR）と乳幼児死亡率（Under-5 Mortality Rate：U5MR）はともに改善されてきてはいるが、MMR405（対出生10万、Results from the Population and Housing Census 2005）、U5MR98（対出生1,000、Results from the Population and Housing Census 2005）と東南アジア地域のなかで最も高く、依然として母子保健の改善は急務である。地域住民の健康衛生に対する認識は低く、道路等のインフラの未整備、文化的障壁等の理由もあいまって、基礎的保健医療サービスへのアクセスは悪く、さらに提供される保健医療サービスの質の低さから住民からの信頼も低い状況である。</p> <p>このような状況を打破すべく、ラオス保健省では、2000年に策定された「保健戦略2020」において、「2020年までに保健医療サービスを開発途上国の状況から脱却させ、全国民の生活の質の向上のために、公平な医療サービスが平等にいきわたるようにする」とし、2011年に「第7次国家保健セクター開発5カ年計画」を策定、6つの優先プログラムのうちの1つに、母子保健の改善を挙げている。これを受け、保健省のなかに設置されている「母子保健・栄養技術作業部会（Maternal, Neonatal and Child Health Nutrition Technical Working Group：MNCHN-TWG）」では、母子保健プログラム（Maternal and Child Health：MCH）と拡大予防接種プログラム（Expanded Program on Immunization：EPI）を統合したサービス提供の促進が重要視され、2009年に、「母子保健（MNCH）サービス統合パッケージ戦略・計画」（2009～2015）が策定された。この戦略に基づいて、実際に県レベルで統合して提供できるサービスから実施していく形で全国展開していくため、より一層の技術的、資金的支援が必要となっている。</p> <p>以上の背景のもと、「母子保健サービス統合パッケージ戦略・計画」に沿って、①県・郡保健局による適切なMNCH事業の運営管理、②保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術の向上、③母子保健事業のための住民啓発の強化を進めていくことにより、南部4県（チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタプー県）における母子保健サービス強化をめざした「母子保健統合サービス強化プロジェクト」が開始された。同戦略に掲げられている、①事業管理強化、②提供される保健サービスの質の向上、③住民協力・社会動員の強化の3本柱に沿って、プロジェクト活動は順調に進捗しており、これまでに、対象4県全郡における包括的な母子保健活動実施計画の策定、事業の進捗管理と調整を行う県母子保健作業部会の設立、計画に基づいた事業管理支援を行ってきた。また、提供される保健サービスの質の向上として、ラオス保健省が標準化した母子保健サービス提供者のための基礎研修を県・郡病院職員に対して実施、住民協力・社会動員の強化として、県及び郡病院における健康教育イベントの実施支援を行っている。さらに、県・郡における経験を中央保健省の技術作業部会に積極的にフィードバックしている。これまでは、県レベルへの支援に重点を置いていたが、今後は郡レベルの事業管理強化、保健センターにおける健康教育イベント実施など、下位のレベルに支援を広げることを予定している。</p>		

1 - 2 協力内容

本プロジェクトは、ラオス保健省による「母子保健サービス統合パッケージ戦略・計画2009～2015」に沿って、①県・郡保健局による適切な母性・新生児・小児保健（Maternal, Neonatal, and Child Health : MNCH）事業の運営管理、②保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術の向上、③母子保健事業のための住民啓発の強化を進めていくことにより、南部4県（チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタプー県）におけるMNCHサービスの受療率が向上することをめざした協力である。

(1) 上位目標

南部4県（サラワン県、セコン県、アタプー県、チャンパサック県）における妊産婦、新生児、小児の死亡率が低減する。

(2) プロジェクト目標

南部4県における母子保健（MNCH）サービスの受療率が向上する。

(3) 成果

成果1. 県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される。

成果2. 保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術が向上する。

成果3. さまざまな組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される。

(4) 投入（評価時点）

日本側：総投入額 1億8,200万円

長期専門家派遣 7名 機材供与 3,160万3,000円

短期専門家派遣 3名 ローカルコスト負担 2,888万円

研修員受入 9名

相手国側：

カウンターパート配置 土地・施設提供

ローカルコスト負担

その他

2 . 評価調査団の概要

調査者	担当分野	氏名	所属・役職
	団長/総括	米山 芳春	JICAラオス事務所 次長
	母子保健 (技術参与)	三好 知明	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 派遣協力第二課長
	協力企画1	高山 結衣	JICA人間開発部保健第三課
	協力企画2	吉村 由紀	JICAラオス事務所 所員
	評価分析	小川 陽子	グローバルリンクマネジメント株式会社
調査期間	2012年10月1日～2012年10月24日		評価の種類：中間レビュー

3 . 評価結果の概要

3 - 1 実績の確認

PDM ver. 0-1の成果指標について、いくつかデータが入手できないことやプロジェクトの成果を測るために不適切なものが含まれていることから、これら指標をもって成果の把握をすることが難しい。したがって、中間レビュー調査チームは、追加的な定性・定量データを収集し、そのデータを基に成果ごとの達成度合いを判断した。

(成果1)「県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される」

成果1は部分的に達成されたといえる。

進展が顕著であった点は、以前は存在していなかった母子保健プログラム全体の年間活動実施計画が策定できるようになり、県保健局レベルではプラン・ドゥ・チェック・アクト (PDCA) サイクルが定着しつつあることであろう。以前は、活動計画は存在しないか、存在している県でもドナー資金が付き、中央から指示のあった活動のリスト程度であった。現在では、戦略目標に基づいた包括的な活動実施計画が毎年作成され、セコン県とアタプー県では2年目から保健セクター全体の計画に拡大されている。また、統合された計画に基づいて、県保健局の関連する複数の課が合同で四半期ごとのモニタリングを実施するようになり、開発パートナーの参加も可能となった。さらに、この計画は、開発パートナーから追加資金を獲得するためのツールとして活用され始めている。また、PDCAサイクルが適用された副次的効果として、県保健局のプログラム実施に対するリーダーシップやオーナーシップの醸成・強化が観察されている。同様の統合計画の策定やモニタリングの実施は郡保健局レベルにも展開され、県保健局によって定期的に訪問指導が実施されるようになった。ただし、訪問指導の内容にはいまだ改善の余地がある。

今後進展が期待される項目として、①県保健局から郡保健局に対する訪問指導の内容・質の改善、②サービス受療率に影響する要因のより深い分析やフォローアップ活動の確実な遂行、③統合サービスのアウトリーチ活動の導入及びその過程を管理するためのリーダーシップの発揮、などが挙げられる。

(成果2)「保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術が向上する」

中間レビュー時点において成果2へのプロジェクトによる貢献度合いは限定されている。

その理由として、SBA開発計画 (Skilled Birth Attendance Development Plan) の研修コースのほとんどが、他の開発パートナーによって中央で計画・予算計上されており、プロジェクトによる支援が必要な研修に限られていることが挙げられる。しかしながら、これら集積された研修の成果が自動的にサービスに転換されるわけではない。したがって、本プロジェクトは、他の開発パートナーがカバーしていない研修の支援に加えて、研修とサービス提供の間にあるギャップを埋めることを意図して、具体的には以下のような活動を展開している。

- (1) 人材の研修・配置に関する管理体制の強化や、研修のフォローアップ方法の考案 (例：チャンパサック県における人材開発チームの組成)
- (2) 他の開発パートナーが支援していない研修への支援
- (3) サービス提供実施のためのツールの策定と訓練 (例：「統合母子保健サービスアウトリーチ：郡保健局及び保健センター職員向け実施手順書」)

統合母子保健サービスを事業化し、改善していくためには、研修のみならず技術的側面から定期的な訪問指導を実施することが肝要であるが、こうした活動に対するプロジェクトの支援は、現時点に至るまで部分的な関与にとどまっている。

これらの現状を受け、今後取り組むべき項目として、①SBA (助産専門技能者による介助分娩) 開発計画で規定された研修や統合母子保健サービスの提供にかかる研修への追加支援、②統合母子保健サービスの現場適用に向けた技術支援 (アウトリーチと定点の両方)、③研修を終えた医療従事者のフォローアップ (適切な施設への配置と技術面での訪問指導) などが挙げられる。

(成果3)「さまざまな組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される」

成果3は部分的に達成されたといえる。

プロジェクト介入以前は健康教育活動の頻度は低く、資金の有無に大きく左右されて体系的

に実施されていなかった。プロジェクトは、イベントベースのシステムを導入し、あらかじめ決められた期日に、決められた村落から妊産婦やそのパートナー、5歳未満児をもつ母親を施設に招待し、健康教育に加えて妊婦検診などのサービスを併せて提供している。こうしたプロジェクトによる介入の結果、健康教育活動の開催が定期的実施されるようになり、県/郡レベルの健康教育チームの能力と自信の度合いが強化・改善されたことが観察されている。

現在までに保健教育+母子保健サービスのイベントに参加し、サービスを受けた人数は以下の表に示したとおり。

表 保健教育+母子保健サービスイベントの参加・利用者数

(2010年9月～2012年9月)

県名	健康教育イベントに参加した女性数	健康教育イベントに加したパートナー(夫)数	会場で妊婦検診を受けた女性数	会場で健康診断を受けた5歳未満児数
チャンパサック	1,981	502	1,981	n/a
サラワン	2,044	725	2,044	n/a
セコン	2,877	414	671	1,716
アタプー	1,115	125	134	344

県保健局記録 (2012年9月)

注：チャンパサック及びサラワン県では妊産婦とそのパートナーを対象とし、セコン及びアタプー県では5歳未満児をもつ母親や他妊娠可能年齢の女性も招待している。

成果3における今後の活動項目として、①セコン及びアタプー県における健康教育活動の保健センターレベルへの拡大実施、②支援的訪問指導を通じた健康教育+サービス提供の質改善と保持、③村落や地域組織との効果的な協働体制の考案と構築、などが挙げられる。

(プロジェクト目標)

2009/10～2011/12年の指標データ¹から、母子保健サービス普及度合いにまだ顕著な増加は見とれず²、現時点ではプロジェクト目標の達成見込みを判断することは難しい。受療率が伸びない理由としては、①保健施設データの欠損やエラー、②アウトリーチ活動予算の確保の遅れ、③訓練を受けた助産師他の医療従事者の一部不適切な配置、もしくは④潜在的サービス利用者の獲得にかかる問題、などが考えられる。

特に②により、2012年にはアウトリーチの活動自体が定期的実施できておらず、アウトリーチでカバーする人口が80%弱(詳細計画調査報告書、2008年)を占める南部4県においてその影響は大きい。アウトリーチ予算の獲得は来月(11月)とのめどがついており、加えて健康教育活動とタイアップした定点でのサービス提供も継続・拡大が予定されている。これにより、今後サービス利用に伸びが期待でき、プロジェクト目標の達成見込みの判断も可能となろう。

3 - 2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトは、現時点においてもラオスの政策及び日本の援助方針に合致しており、

¹ ラオス年度は10月～9月。ただし2012年は6月まで。

² 対象地域におけるサービス提供への介入が始まる以前の2010/11年10～6月と介入後数カ月の2011/12年10～6月と比較すると、いくつかの母性保健データに若干の増加が確認できる。その一方、同時期比でEPIの指標は減少している。

ターゲットグループのニーズにも沿っており、妥当性は高い。

(2) 有効性

プロジェクト介入により、サービス受療率が目標値に達するかどうかを現時点で評価するのは難しい。

受療率の指標は、統合サービスアウトリーチの活動が一時停止しているなか、いまだ顕著な増加を示していない。しかしながら、プロジェクトの戦略はラオスの「母子保健サービス統合パッケージ戦略・計画」の3つの柱にそって構成されており、この3つの柱は母性・小児死亡を減少させるため相互に補完・補強し合う介入の組み合わせとなっている。さらに、ここ2～3年間の他開発パートナーの投入の成果が、サービス提供の現場に徐々に届けられ始めており、以下のプロジェクトによる介入も良い方向に進んでいる。

- 1) サービス提供とタイアップした健康教育イベントが2011年の初めから導入され、コミュニティから良い反応を得ている。
- 2) 遠隔村落への統合母子保健アウトリーチサービスの提供の準備も着々と進められている。

したがって、世銀によるアウトリーチサービスの活動資金が県/郡/ヘルスセンターレベルに届き、さらにイベントを通じた定点からの統合サービス提供の質が改善されるに従い、今後サービス利用は徐々に増加するものと考えられる。

(3) 効率性

概してプロジェクトの効率性は高いといえる。プロジェクトによる投入は、実施者により適切で適時になされたと思われており、OA機器、研修用機材、IEC機材は、アウトプットを得るために活用されている。ただし、本中間レビュー時には、保健センターレベルで機材が活用されているかどうかのチェックは実施できていない。

また、本プロジェクトは、国の母子保健戦略に調和化していることや、県レベルにおけるセクター調整のイニシアティブをとっていることから、効率的な事業の実施に関して多くの利点がある。さらに、（首都ではなく）チャンパサック県のパクセー市にプロジェクト事務所を構えたことで、プロジェクトは県レベルで入手可能な複数の開発パートナーによる支援・資源を把握することができ、それらを一元管理・活用して成果を確保するという視点から県保健局を支援できるという長所がある。

(4) インパクト

現時点では、プロジェクト目標の達成見込みが確認できておらず、上位目標の達成見込みを判断することは難しい。ただし、母子保健サービスの受療率が改善することが、母子の死亡減少につながるというロジックは適切である。

一方、以下の正・負の波及効果がカウンターパートによって観察された。

- 1) セコン及びアタプー県において、統合MNCH事業の計画及びモニタリングのプロセスが県保健局の管理側に評価された結果、2年目には保健セクター全体の活動に広がった。
- 2) いくつかの郡において、健康教育を実施した結果、産前検診に夫が付き添って来るというケースが何件かあった（女性の地位が低い少数民族でも、こうしたポジティブの効果があったことは、医療従事者にとって「想定外」であった）。
- 3) 地域によっては、村落における保健関連の活動が多発した際に、村長や村落保健ボランティアに重荷がかかり、協力関係を害しかねないというケースがあった。

(5) 自立発展性

自立発展性の見込みを判断するのは時期尚早であるものの、今後自立発展性を支えるであろう以下の要素が把握された。

- 1) 政策面：ミレニアム開発目標達成のための意欲が、国レベルだけでなく県・郡レベルで確認されたこと。
- 2) 技術面/財政面：母子の健康促進のために肝要な技術訓練モジュールが存在し、複数の開発パートナーの支援が確保できていること。
- 3) 財政面：本プロジェクト下で導入した医療施設における健康教育イベントは県・郡の自己資金で賄えていること。
- 4) 組織面：県保健局の管理能力を重点的に強化していること。
- 5) 組織面/制度面：システム・構造などの体制やルーチン・実践的な指示内容などの制度面の整備に重点を置いていること。
- 6) その他：自立発展性を担保するためにプロジェクトで設けた以下の基準があること。
 - 初期投資は支援し、将来的に継続して実施される活動に対しては、資金援助は控える。
 - 本プロジェクトが単一の資金源にならないよう複数ドナーによる合同支援の形にする。
 - カウンターパートの仕事を代行しないようにし、技術的な助言と実施奨励にとどめる。

しかしながら、以下の要素は自立発展性の確保にあたり不安定要因であり、対応が必要とされよう。

- 1) 人的資源管理の弱さ
- 2) 統合母子保健年間活動実施計画について、予算との連動の不足

3 - 3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

- 1) 「母子保健サービス統合パッケージ戦略・計画」への調和化に開発パートナーが協力的な姿勢を示したことにより、母子保健事業への資金・技術支援が確保できたことが、より高い効率性に寄与した。
- 2) 世銀によるFree Service Program（母子保健サービス無償提供）、Conditional Cash Transfer（妊産婦への条件付現金給付プログラム）、Health Equity Fund（貧困世帯向け健康保険基金）などがいくつかの県で実施されていることにより、住民による受診行動を啓発し得ること。

(2) 実施プロセスに関すること

- 3) 県/郡レベルで策定された「統合母子保健年間活動実施計画」が管理ツールとして長けており、県/郡保健局による母子保健プログラムに対する高いオーナーシップや責任意識が効果的に醸成されたこと。
- 4) 郡保健局に対する県保健局による定期的な運営管理面の助言（訪問指導）や、郡保健局から保健センターへの指導は、郡や保健センターの状況改善に対する意欲をより高めたこと。
- 5) 4県合同会議において、県保健局同士がお互いの経験を学びあえる機会があったことにより、状況改善に対する意欲が高まったこと。
- 6) 女性同盟、村落保健ボランティア、医療従事者が意欲的かつ熱心にかかわった地域では、健康教育+サービス提供の活動やアウトリーチの実施が円滑に進んだこと。

3 - 4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

- 1) 健康・医療に関する人々の伝統的な考え方や基礎的な知識の不足からサービス受療に思想的ハードルが存在し、利用率が伸びていない。プロジェクトでは、統合サービスのアウトリーチ導入のほか、母子保健サービスの対象者を特定し、イベントへの招待状を届け、施設でサービスを実際に体験してもらうことを通じたサービス利用の定着を試行している。
- 2) 統合母子保健サービスを提供するための最低限の資源（アウトリーチ活動実施資金、医薬品、一部機材、一部保健センターにおける職員数）が不足していることにより、統合サービス導入が遅れている。滞っていた世銀のアウトリーチ活動実施資金については、県保健局の適正な資金獲得・利用を促進するために「実施ガイドライン」が策定され、来月（11月）には研修が実施される予定である。医薬品・一部機材・職員に関しては、県保健局による予算や人員数の増加が計画されており、本プロジェクトでは施設への訪問指導を通じて管理能力の強化を計画している。
- 3) 遠隔地のコミュニティでは、村落から保健施設、保健施設から村落への物理的アクセスに困難を伴う（特に雨期）が、プロジェクトでは、アウトリーチ活動の強化をもって対応する予定である。また、いくつかの県における世銀による複数の資金スキーム（母子保健サービス無償提供、妊産婦への条件付現金給付プログラム、貧困世帯向け健康保険基金）の実施も、受診行動の啓発に貢献すると考えられる。

(2) 実施プロセスに関すること

- 1) 1年弱の訓練を終えた助産師がすぐに長期の教育プログラムに送られたり、サービス提供を行わないポストに配置するなどの例が数件確認されている。職員の頻繁な交代や例のような人事異動は、サービス提供の成果の獲得を阻害している。今後プロジェクトでは、訪問指導等を通じた人的資源管理の側面を強化していく予定である。
- 2) 保健人材が統合母子保健サービスを確信をもって提供するための知識や技術の不足により、新しいサービスの導入や質の管理に障害をきたしている。プロジェクトでは、上位からの訪問指導が継続的に提供される方法を考案し、定着させていく予定である。
- 3) おそらく要求される報告フォームが複雑で数が多く、また記録・報告の重要性理解が不足していることに起因して、保健センター及び郡保健局によるデータの報告不備（遅延、未提出、データの誤記入等）が多く、管理に支障をきたしている。プロジェクトでは、できる限りのフォームの簡素化や記録・報告にかかる支援的な指導を強化していく予定である。
- 4) 村長・村落保健ボランティアとの調整・協力体制の弱い村落では、入手可能データが限定されたり、また保健関連イベントへの参加率が低くなっている。プロジェクトでは、村落との関係強化を進める予定である。

3 - 5 結論

特に成果1、3については顕著な成果が現れており、着実に進捗している。今後、成果1に関しては、管理運営面及び技術面からの訪問指導に重点を置いていく必要がある。成果2に関しては、母子保健サービスのカバレッジをあげていくため、サービス提供者に対する支援、特に統合サービスを提供するためのアウトリーチ活動の実施に関する支援が必要と思われる。成果3に関しては、母子保健サービスの利用率向上のため、継続した健康教育イベントの実施と、保健センターへの展開が望まれる。

これまでの成果は、プロジェクト目標であるサービス受療率の向上（モニタリング指標の改

善)にはまだつながっていないが、今後の継続した支援により指標が改善することが期待される。

3 - 6 提言

中間レビュー調査において、提言としてまとめた事項は以下のとおり。

【県保健局に対する提言】

- (1) 教訓やグッド・プラクティスをまとめていく。
- (2) 研修を受けた人材にサービスアウトプットをもたらすことができるよう、人員配置計画を見直す。
- (3) 計画の実施及び活動のフォローアップを効果的に実行するために、データ管理・分析能力を強化する。
- (4) 統合サービス提供のためのアウトリーチ活動に対する経費が適切に運用されるよう、予算管理担当者及び母子保健関係部門に適切な指導を行う。
- (5) ヘルスセンター職員の負担（複数の報告書作成等）に対し、軽減方法をドナーとともに考案する。
- (6) 母子保健統合サービス計画策定を予算獲得につなげられるよう、計画策定プロセスを改善する。

【保健省に対する提言】

- (1) 県保健局からのフィードバックを活用していく。
- (2) 中央で策定された政策やプログラムの変更があった場合や活動計画について、県の年間活動計画に反映できるよう、県保健局に余裕をもって知らせる。
- (3) 保健情報管理システム（Health Management Information System : HMIS）で収集するMNCH関連データ項目の見直しを行い、サービス提供者が使用しやすいフォームを作成する。

【開発パートナーに対する提言】

- (1) 県の年間活動計画を尊重し、計画に沿った支援を行う。

3 - 7 教訓

中間レビュー調査において、教訓としてまとめた事項は以下のとおり。

- (1) 年間活動実施計画の策定により、活動の目的、責任の所在が明確化し、共通のモニタリング体制の構築により、県保健局及び郡保健局の主体性が醸成された。
- (2) 年間活動実施計画は開発パートナーにも理解しやすく、県保健局の予算・支援獲得のためのツールとして戦略的に利用できるものとなった。
- (3) 南部4県で互いに経験や進捗を共有することで、各県の自信と意欲が促進された。
- (4) 中央で策定された政策や戦略を実際の活動に落とし込むため、実務的な手順書の作成や順を追った指導は、県・郡・コミュニティレベルに合わせた実際の活動実施にとって橋渡しとなった。

Summary of Mid-term Review

1. Outline of the Project	
Country : Lao People's Democratic Republic	Project title : Strengthening Integrated Maternal, Neonatal and Child Health Services in Lao PDR
Issue/Sector : Health	Cooperation Scheme : Technical Cooperation
Division in Charge : JICA Laos Office	Total cost Total: 364 million yen (as of the time of review)
Period of Cooperation : May 2010 ~ May 2015	Partner Country's Implementing Organization : Ministry of Health, Provincial/District Health Offices of Champasack, Salavan, Sekong and Attapeu Provinces
	Supporting Organization in Japan : National Center for Global Health and Medicine
1-1 Background of the Project	
<p>In Lao P.D.R., the national health status has been improving steadily over the past decades. Despite the progress made, Maternal Mortality Ratio (MMR) and Infant Mortality Rate (U5MR) still remains the highest among ASEAN countries, where the estimation of MMR to be 405 per 100,000 live births and U5MR to be 98 per 1,000 live births (2005, National Census). Improvement of health care services, especially for maternal and child health is the priority issue to be addressed by the Lao Government as well as achieving health related MDGs.</p> <p>In response to the circumstances, the “Strategy and Planning Framework for the Integrated Package of Maternal, Neonatal and Child Health (MNCH) Services (2009-2015) (hereafter “the Integrated MNCH Strategy”)” was developed through the MNCH Technical Working Group to accelerate reducing maternal, neonatal and child mortality, as well as maternal and child malnutrition in cooperation with various development partners (DPs), such as WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, as well as JICA.</p> <p>The following are the strategic objectives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Improving leadership, governance and management capacity for program implementation. 2. Strengthening efficiency and quality of health service provision. 3. Mobilizing individuals, families and communities for maternal, neonatal and child health. <p>In line with this Integrated MNCH Strategy, the Project to Strengthen Integrated Maternal, Neonatal and Child Health Services (hereafter referred to as the “Project”) aims to improve the coverage of maternal, neonatal and child health services targeting four southern provinces (Champasack, Salavan, Sekong and Attapeu) through: (a) appropriate management of MNCH services by the Provincial and District Health Offices (PHOs/DHOs); (b) improvement of knowledge and skills of health service providers for MNCH service delivery; and (c) enhancement of the mobilization of communities for MNCH services.</p> <p>In the middle of the project duration, JICA conducted this Mid-Term Review (MTR) study to examine the achievement level of the outputs and purpose of the Project.</p>	
1-2 Project Overview	
< Overall Goal>	
Maternal, neonatal and child mortality is reduced in the four southern provinces, i.e., Champasack, Salavan, Sekong, and Attapeu.	
<Project Purpose>	
Coverage of the maternal, neonatal and child health (MNCH) services is improved in the four southern	

Output 1 is partially achieved, with a notable progress in instituting the Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle: PHOs/DHOs have now learned to formulate the Annual Activity Implementation Plan for the Integrated MNCH Program (hereafter referred to as “the Integrated MNCH Plan”), with which all the related Sections of the PHO jointly monitors on quarterly basis. DPs active in these provinces also participate in the planning and monitoring exercise. Prior to Project’s intervention, provinces either did not have an annual plan, or had a list of activities, which were instructed by MoH, or were funded by some DPs, while the current Plan is a comprehensive list of activities aligned with the strategic objectives (SO) of the Integrated MNCH Strategy. In Sekong and Attapeu, the scope of the Integrated MNCH Plan has been expanded to cover all sub-sectors of the health sector from the second year.

Furthermore, the Integrated Plan has begun to serve as a tool to obtain additional funding from DPs. Perhaps as an indirect effect of engaging in the PDCA cycle, the MTR team observed some stronger senses of leadership and ownership of PHOs/DHOs in the four provinces, especially at the Provincial level. Similar integrated planning and monitoring has been rolled out to the DHO level; and PHOs conduct regular supportive supervision sessions, although the content/quality of the supervision requires further improvements.

Some areas in management that require further improvements include: 1) quality of supervision from PHOs to DHOs in planning, monitoring and evaluation as well as in data collection; 2) furthering analyses on the effectiveness of activities to obtain higher service coverage; 3) making sure follow-up actions are completed; and, 4) leadership in operationalizing and supervising the introduction of integrated outreach activities, including securing regular flow of donor resources.

Output 2: Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH service delivery are improved.

Contribution of the Project towards achieving the Output 2 has been limited, as it turned out that other DPs have committed funding for the bulk of training in the SBA Development Plan (Skilled Birth Attendance Development Plan) at the central level, and rather few training was left for funding by the Project.

Nonetheless, accumulated outputs of the training were not automatically converted into the desired service outputs. As such, this Project intended to fill in gaps between training and operationalization of the integrated MNCH services, and has contributed to the following aspects that had not been covered by other DPs:

- (a) Strengthening management/coordination for better selection of trainees and their deployment and devising ways to follow-up trained personnel (e.g. establishment of a human resource development team at the Champasack PHO);
- (b) Provision of support for training which was not supported by other DPs; and,
- (c) Developing the “Instruction of Integrated MCH Services Outreach for District Health Office and Health Center Staff” for assisting smooth operationalization.

In order to introduce/operationalize and improve the integrated MNCH services, regular technical supervision is essential. However, support by the Project in this area has been limited up until now.

With the above-mentioned situation at hand, future tasks under the Output 2 are: 1) providing remaining training under the SBA Development Plan and for integrated MNCH services; 2) technical support for smooth operationalization of integrated MNCH services (both fixed and outreach); and, 3) follow-up for recently trained health staff including proper deployment and technical supportive supervision.

Output 3: Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with various organizations.

Outputs 3 is partially achieved, with notable improvements in frequency of the health education activities and in the level of capacity/confidence among Provincial and District level health education (HE) teams. Prior to the Project intervention, HE activities were less frequent and on an ad-hoc basis depending largely on the availability of budget. The Project introduced an event-style format that combines HE with on-site provision of MCH services, where the target population, i.e. pregnant women and their partners as well as mothers of under-5 children, were invited to the health facilities on a fixed pre-set date from target villages.

Table below shows the numbers of women, their partners and under-5 children¹ who have attended, and obtained MCH services at HE events between September, 2010 and September, 2012.

PROVINCES	Women (pregnant and of reproductive age) participated in HE events	Partners (husbands) participated in HE events	Women received ANC services at HE events	Under-5 children received health check-up at HE events
Champasack	1,981	502	1,981	n/a
Salavan	2,044	725	2,044	n/a
Sekong	2,877	414	671	1,716
Attapeu	1,115	125	134	344

Source: Data submitted by PHOs, September 2012

With the above-mentioned status, the remaining challenges under the Output 3 are: 1) rolling out HE activities to health centers (HCs) in Sekong and Attapeu provinces; 2) ensuring the quality of HE activities including the provision of “integrated” MCH services through technical supportive supervision and monitoring their effectiveness; and, 3) finding effective ways to secure collaboration with villages and local organizations, including training of village health volunteers (VHVs).

Project Purpose:

It is difficult to assess the likelihood of achieving the Project Purpose at this stage, as the available annual data from 2009 ~ 2012 (up to June) of the Project Purpose do not suggest meaningful increase² in the coverage of MNCH services.

This could be due to 1) the low quality reporting from several health facilities (missing data), 2) the delays in conducting Outreach activities caused by the late obtainment of donor funds, 3) the displacement of trained/ skilled personnel to other provinces or for further studies, and/or 4) the inability to persuade potential users of service utilization.

Especially to note is the point (2): Provinces were unable to conduct Outreach activities quarterly in 2012 (none or just once). Given the high percentage of the population covered by the Outreach (just below 80%, Detailed Design Survey, 2008) in the target four provinces, an effect of non-implementation on the service coverage could be serious. However, the World Bank is planning to the second round of disbursement in next month (November, 2012). Furthermore, the Project is planning to expand its HE activities with on-site service provision. As these two activities get on course, the service coverage is

¹ Champasack and Salavan provinces target pregnant women and their partners, while Sekong and Attapeu provinces also invite mothers with under-5 children as well as other women of reproductive age.

² However, when comparing data between October ~ September 2010/2011 and that of 2011/2012, slight increase on some maternal health indicators on service coverage can be observed. However, the EPI outcomes have decreased in the same period.

expected to grow, after which the likelihood of achieving the Project Purpose can be properly assessed.

3-2 Implementation Process

(1) Progress of Activities

During the first two years of the Project, most activities concentrated on the Output 1 (SO-1), i.e. strengthening management capacity of the MNCH program. In the second year, Activities under Output 3 (SO-3), i.e. community mobilization and health education, went on track, while few activities under Output 2 (SO-2), i.e. improving efficiency and effectiveness of services, were implemented. As mentioned, above, delays in some activities were due to the unavailability of funds from other DPs or due to the delay in centrally-planned training. These issues have been/are currently being addressed by relevant stakeholders, and the Project is expected to start the implementation of the activities soon after the MTR.

(2) Communication and management

Under this Project, the central MNCH-TWG serves as the decision-making body of the Project. As most of the Project Activities are managed at Provincial level through provincial MNCH-TWG, or SWGs, involvement of the central MoH Counterparts in the Project management remained consultative in nature.

There were some instances where the Provinces had to cancel their own activities, as the sudden announcement to collaborate with centrally planned training activities had to be prioritized over their own activities.

The method of technical assistance of the Project is considered adequate and responsive to the needs of provincial and district level Counterparts. As the entire Project Experts operated from Pakse and worked in each province every week, communication worked well enough to provide timely technical support. This mode of operation was frequently mentioned in appreciative tones by Counterparts and DPs working in the same province.

The Project promoted intra-sectorial coordination among several DPs through the coordination meetings and joint planning and monitoring process, which promoted harmonization to a single Plan and stronger sense of ownership among Counterparts. Presence of a clear and comprehensive plan, with a mapping of government and DP's support, made it easier for DPs to make rational decisions on their support for the MNCH program, and in turn for the Counterparts to negotiate for better fund allocation. Some useful discussions to avoid overwraps, e.g. how to integrate reporting formats imposed on health facilities by several DPs on similar activities, came out through this process of coordination. However, the extent to which the process reduced the workload of Counterparts appear to be little, as DPs still require independent review meetings, monitoring visits, and separate financial reporting for their own support programs.

Moreover, the Project benefited from close collaboration with the Capacity Development of Sector-wide Coordination in Health, in obtaining timely development within MoH and in national-level sector-wide coordination. This information was especially precious to provincial-level Counterparts in adjusting their Implementation Plan, as PHOs were then able to confirm such information with the central level.

3-3 Evaluation Results

(1) Relevance

This Project is still relevant in view of consistency with national and local policies, Japan's

cooperation policies and the needs of the target groups. Specific descriptions are given below.

(2) Effectiveness

It is rather early to determine the effectiveness of Project's interventions in increasing the MNCH service coverage. Indicators for the service coverage are yet to show meaningful increase, while the (integrated) service outreach activity is stalled due to administrative delay in obtaining the funds. Nevertheless, Project's strategy is consisting of three components, in line with those of MNCH Strategy, addressing complementary and mutually reinforcing interventions to reduce maternal and child deaths. Moreover, outputs of 2 to 3-year investments by the DPs have started to be delivered to service provision points; and the following Project's interventions are on track and on the right direction.

- (a) Efforts to increase the demand for MNCH services through regular HE events combined with service "trial" have demonstrated some positive response from the community.
- (b) Preparation is on course for the implementation of integrated MNCH service outreach in Sekong and Attapeu provinces, as well as a plan to do the same in Champasack and Salavan provinces.

Therefore, with the anticipated flow of outreach funds from the World Bank, and as the quality and coverage of the integrated MNCH services at health facilities via HE events, the service coverage is expected to increase over time.

(3) Efficiency

Overall, efficiency of the Project is high. Inputs specifically made by the Project are considered to be appropriate and timely. Equipment for offices, IEC activities and training has been utilized to produce Outputs as planned. In this MTR study, nevertheless, use of equipment at health facility levels could not be checked thoroughly.

In addition, the Project has several advantages in efficient implementation of activities:

- (a) the Project design is aligned/ harmonized to the national MNCH Strategy;
- (b) the Project promotes sector-wide coordination in the four Provinces; and,
- (c) the Project is based in Pakse, Champasack Province.

Hence, the Project is in a beneficial position to assist PHOs to identify and consolidate available resources supported by other DPs, and turning them into tangible Outputs.

(4) Impact

It is premature to determine the likelihood of achieving the Overall Goal at this stage. The logic of reducing the maternal, neonatal and child deaths through improvement in MNCH service coverage is nonetheless appropriate.

In terms of other effects of the Project, there were some following positive and negative changes that were observed by the Counterparts at the time of the MTR.

- (a) In Sekong and Attapeu provinces, introduction of the integrated MNCH planning and monitoring process has expanded to a sector-wide exercise in the second year. This was cited as a good practice by the central SWG; and Counterparts in Attapeu were invited to present their experiences on two occasions: 1) at the Orientation Meeting at Luang Namtha on 19 June 2012, and 2) at the Sector-Working Group Policy-level meeting on 18 September 2012;
- (b) In some district, there were instances where some partners (husbands) accompanied pregnant wives to the ANC visits, as a result of health education that provided partners with information

on how to take care of pregnant women (Considering persistent cultural beliefs and practices among some ethnic groups in the area, these changes were cited as “unexpected” by DHO staff members); and,

- (c) In some areas, intense health-related activities at village level may have overburdened the village chiefs and volunteers, which could potentially damage the collaborative relationship.

(5) Sustainability

It is rather premature to discuss the likelihood of sustainability at this stage, although one can observe some positive factors that support sustainability.

- (a) Political commitment at all levels towards achieving the MDGs;
- (b) All the essential technical training modules are available and DPs are eager to support training under the SBA Development Plan;
- (c) Health education at fixed site was financially supported by provinces and districts.
- (d) Project’s intensive technical support for PHOs to continue leading, training and supervising District and HC levels;
- (e) Project’s emphasis on creating a system/structure and routines, practical instructions and tools for operationalization for PHO/DHOs to continue integrated MNCH planning, implementation, monitoring and evaluation; and,
- (f) The Project maintains certain standards for supporting/financing activities to ensure sustainability, such as 1) supporting only initial investments (equipment, formulation of implementation tools, etc.), 2) avoiding to become a single funding source to one area of activities, and, 3) Project Experts and National Staff to never perform the work of Counterparts.

On the other hand, uncertainty lies in the following factors, requiring some follow-up.

- (a) Weak human resource management
- (b) the lack of efforts in securing government budget through the Annual Plan of Implementation for the Integrated MNCH Program

3-4 Conclusion and Future Directions

The Project has made tangible progress for Output 1 and Output 3. With respect to Output 1, supervision and monitoring both in terms from managerial and technical aspect would be required for better planning and implementation. Concerning Output 2, further support for service providers, especially for conducting the integrated outreach services would be required to improve the coverage of MNCH services. Regarding Output 3, continuous health education events and expansion of health promotion activities to HCs would be required for better coverage of MNCH services as well.

Although the outcome indicators of service coverage do not reflect gains from Outputs yet, the project purpose is expected to be achieved by continuing the current efforts in target provinces.

Given the significant advances made under the Output 1 (SO1) during the first half of the Project, it is the right time for the Project to shift its focus on producing service outputs, i.e. Output 2 (SO2) and Output 3 (SO3) of the PDM. The Project shall promote activities at district and health center levels which can directly improve the coverage of the MNCH services. In so doing, the Project shall take full advantage of the strengthened management capacity and leadership of the PHOs, while Project Experts provide timely technical advisory as needed.

For future directions, the Project shall continue its support to build stronger management and

leadership by the PHOs, DHOs and Health Centers.

In particular, regarding Output1, the Project shall put more emphasis on supervision and monitoring, both in terms of technical and managerial aspects, by conducting follow up of the activities. In addition, more focus on strengthening data collection and analysis to manage the activities more efficiently and effectively will be required.

For Output 2, the Project shall continue conducting trainings under the SBA Development plan and integrated MNCH services to increase the knowledge and skills of the health service providers and strengthen the outreach activities. Furthermore, the Project shall also focus beyond the production of trained health personnel. That is, even stronger focus is required on the effective utilization of trained personnel to produce service outputs, including the creation of enabling environment for trained health personnel to apply their obtained skills. As such, conducting follow up activities to trained health staff, such as technical supportive supervision and proper deployment, will be necessary to improve the MNCH services.

For Output 3, the Project shall continue its technical support to event-based promotion of integrated MNCH services. In so doing, securing collaboration with villages and local organization will be important to increase community's active participation. This shall be an initial strategy of the Project for the introduction and promotion of "integrated" provision of MNCH services at fixed sites. Strengthening the system of managing the events through supportive supervision and proper monitoring will ensure the quality of the events and integrated services being provided at health facilities.

3-5 Recommendations

The MTR Team made the following recommendations based on the result of MTR.

(for PHOs)

1. Summarize their lessons learned/good practices
2. Review HR deployment plan for obtaining service outputs
3. Strengthen data collection and analyses to identify effectiveness of interventions and to formulate appropriate follow-up actions
4. Ensure proper guidance for the fund coordinators and MCH Section on proper utilization and reporting of the fund for integrated outreach
5. Consider ways to lift burdens (e.g. reporting forms) at the HCs together with DPs
6. Consider better ways to connect the process of integrated MNCH planning with that of acquiring budget

(for MoH)

1. Utilize feedback from PHOs
2. Provide information on centrally-planned policy/program changes and activities well in advance, for inclusion in the Provincial Plan
3. MoH to expedite issuance of the revised HMIS form(s) for the basic MNCH indicators, which is (are) easy to fill in by service providers at all levels

(for DPs)

1. Harmonize DPs' support to the provincial plan through coordination

3-6 2.7 Lessons learned

The MTR Team identified the following lesson learnt from the Project implementation.

1. The Annual Activity Implementation Plan shared objectives, clear responsibility; and joint monitoring system created a sense of responsibility at provincial/district levels
2. The Annual Activity Implementation Plans were easy to understand for DPs and could serve as an effective tool to secure budget
3. Sharing progress and experiences among four provinces contributed to increased motivation and confidence
4. Additional practical instructions bridged the gap between central policies/strategies and actions at the provincial/district/community levels.

END

第1章 中間レビュー調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ラオスにおける妊産婦死亡比 (Maternal Mortality Ratio : MMR) と乳幼児死亡率 (Under-5 Mortality Rate : U5MR) はともに改善されてきてはいるが、MMR405 (対出生10万、Results from the Population and Housing Census 2005)、U5MR98 (対出生1,000、Results from the Population and Housing Census 2005) と東南アジア地域のなかで最も高く、依然として母子保健の改善は急務である。地域住民の健康衛生に対する認識は低く、道路等のインフラの未整備、文化的障壁等の理由もあいまって、基礎的保健医療サービスへのアクセスは悪く、さらに提供される保健医療サービスの質の低さから住民からの信頼も低い状況である。

このような状況を打破すべく、ラオス保健省では、2000年に策定された「保健戦略2020」において、「2020年までに保健医療サービスを開発途上国の状況から脱却させ、全国民の生活の質の向上のために、公平な医療サービスが平等にいきわたるようにする」とし、2011年に「第7次国家保健セクター開発5カ年計画」を策定、6つの優先プログラムのうちの1つに、母子保健の改善を挙げている。

これを受け、保健省のなかに設置されている「保健セクター事業調整メカニズム」の仕組みの1つである「母子保健・栄養技術作業部会 (Maternal, Neonatal and Child Health Technical Working Group : MNCHN-TWG)」では、母子保健プログラム (Maternal and Child Health : MCH) と拡大予防接種プログラム (Expanded Program on Immunization : EPI) を統合したサービス提供の促進が重要視され、2009年には、「母子保健サービス統合パッケージ戦略・計画」(2009-2015) が策定された。この戦略に基づいて、実際に県レベルで統合して提供できるサービスから実施していく形で全国展開していくため、より一層の技術的、資金的支援が必要となっている。

以上の背景のもと、「母子保健サービス統合パッケージ戦略・計画」に沿って、①県・郡保健局による適切な母子保健 (Maternal, Neonatal, and Child Health : MNCH) 事業の運営管理、②保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術の向上、③母子保健事業のための住民啓発の強化を進めていくことにより、南部4県 (チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタプー県) における母子保健サービス強化をめざした「母子保健統合サービス強化プロジェクト」が開始された。同戦略に掲げられている、①事業管理強化、②提供される保健サービスの質の向上、③住民協力・社会動員の強化の3本柱に沿って、プロジェクト活動は順調に進捗しており、これまでに、対象4県全郡における包括的な母子保健活動実施計画の策定、事業の進捗管理と調整を行う県母子保健作業部会の設立、計画に基づいた事業管理支援を行ってきた。また、提供される保健サービスの質の向上として、ラオス保健省が標準化した母子保健サービス提供者のための基礎研修を県・郡病院職員に対して実施、住民協力・社会動員の強化として、県及び郡病院における健康教育イベントの実施支援を行っている。さらに、県・郡における経験を中央保健省の技術作業部会に積極的にフィードバックしている。これまでは、県レベルへの支援に重点を置いていたが、今後は郡レベルの事業管理強化、保健センターにおける健康教育イベント実施など、下位のレベルに支援を広げることを予定している。

今回実施の中間レビュー調査は、ラオス保健省と合同で、本プロジェクトの目標達成度や成果等を分析するとともに、プロジェクトの残り期間の課題及び今後の方向性について確認し、合同評価報告書に取りまとめ、合意することを目的として実施した。

- (1) プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)、活動計画 (PO) に基づき、プロジェクトの投入実績、活動実績、計画達成度を調査・確認し、課題を整理する。また、南部4県の各保健局にて、県・郡保健局C/P、関係する開発パートナーを交えたワークショップを行い、これまでの過程で特筆すべきこと、今後の課題を抽出する。
- (2) 評価5項目 (有効性、インパクト、効率性、妥当性、自立発展性) の観点から、両国関係者とともに、プロジェクトのレビューを行う。
- (3) 上記評価結果に基づき、合同評価委員と今後の活動内容について協議し、今後の活動計画について確認する。また、PDMについて協議のうえ、特に指標内容について必要な修正を行う。
- (4) 上記評価結果に基づき、今後の活動計画を進めるにあたっての課題やその対応策、プロジェクトに影響を及ぼす外部要因の現状とその対応策について協議し、評価報告書の提言として取りまとめる。

1 - 2 調査団の構成と調査期間

調査団構成は以下のとおり。

担当分野	氏名	所属
団長/総括	米山 芳春	JICAラオス事務所 次長
母子保健 (技術参与)	三好 知明	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 派遣協力第二課長
協力企画1	高山 結衣	JICA人間開発部保健第三課
協力企画2	吉村 由紀	JICAラオス事務所 所員
評価分析	小川 陽子	グローバルリンクマネジメント株式会社
評価	Mr. ワンサイ	JICAラオス事務所ナショナル・スタッフ
評価	Dr. パノム	ラオス保健省母子保健センター医師

調査日程は2012年10月1日(月)～10月24日(水)。詳細日程は、付属資料3. 英文報告書ANNEX-Xに示すとおりである。

1 - 3 主要面談者

主要面談者は、付属資料3. 英文報告書 ANNEX-IIIに示すとおりである。

1 - 4 対象プロジェクトの概要(調査開始時)

上位目標

南部4県(サラワン県、セコン県、アタプー県、チャンパサック県)における妊産婦、新生児、小児の死亡率が低減する。

プロジェクト目標

南部4県における母子保健(MNCH)サービスの受療率が向上する。

- 成果1. 県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される。
- 成果2. 保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術が向上する。
- 成果3. さまざまな組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される。

1 - 5 中間レビュー調査の方法

1 - 5 - 1 中間レビューの調査手順

本中間レビュー調査は、『JICA事業評価ガイドライン（2004年1月：改訂版）』に基づきログフレーム（PDM）を用いた評価手法に沿って実施した。同評価ガイドラインによる評価は、以下のとおり、4つの手順で構成されている。

- (1) プロジェクトの計画を論理的に配置したログフレーム（本プロジェクトにおけるPDM）を事業計画としてとらえ、評価デザイン（グリッド）を確定する。
- (2) いくつかのデータ収集方法を通じ入手した情報をもとに、プロジェクトの現状を「実績・実施プロセス」「因果関係」の観点から把握・検証する。
- (3) 「妥当性」「有効性」「効率性」「インパクト」「自立発展性」の5つの観点（評価5項目）から、現在までに得られているプロジェクトの効果を評価する。
- (4) 上記（1）～（3）を通じ、プロジェクトの成否に影響を及ぼしたさまざまな要因の特定を試み、プロジェクトの残りの実施期間の活動に対しての提言を導出し、ログフレーム（PDM）を改訂する。また、適宜教訓を抽出する。

今回の中間レビュー調査は、ラオス側との間で合意したミニッツに別添されている英文のPDM ver.0-1（2010年2月26日付）に基づいて行った。

1 - 5 - 2 データ収集方法

本中間レビュー調査では、実績の検証及び5項目評価の分析作業のために、定性的・定量的データを以下の方法で収集した。

(1) 既存資料レビュー

ラオス及びわが国の政策文書、プロジェクトの事業関連記録・報告書、他開発パートナーの事業関連資料、各種統計データやセクターのアセスメント資料等を参照し、主に妥当性・実績についてのデータを収集した。

(2) 主要関係者へのインタビュー

ラオスの母子保健分野及び当該プロジェクトの主要関係者を対象として、主に以下の表内に示されたポイントを中心にインタビュー調査を行った。

表1 - 1 インタビュー対象者と聞き取りのポイント

対象者	インタビューのポイント	備考
保健省本省関係者	(1) 母子保健事業実施の現状、「統合サービス」導入の現状、母子保健事業間の情報交換の可能性、中央による関連研修の実施予定等について確認	基本的に個別インタビュー
日本人専門家	(2) プロジェクトの進捗と介入による変化、活動実施上の障害・促進要因、郡レベル以下展開の可能性、開発パートナー予算確保が困難である原因等について確認	個別インタビュー
県保健局主要 カウンターパート	(3) プロジェクト介入による変化、活動実施上の障害・促進要因、母子保健活動予算確保の可能性、開発パートナー予算確保が困難である原因等について確認	プロジェクトにおいて同様の役割をもつ関係者については一緒に実施も検討
県・郡レベル 事業関係者	(4) プロジェクト介入による変化、活動実施上の障害・促進要因等について確認	県都にて集まってもらい、グループインタビュー
開発パートナー 及びCDSWC-2*	(5) 各事業の進捗とグッドプラクティス、郡・保健センターレベルへの展開方法、研修支援の進捗・今後の予定 (UNFPA)、アウトリーチ予算支援 (WB、UNICEF)、交通・宿泊費の標準化、中央との連携 (CDSWC-2) 等について確認	基本的に個別インタビュー

*CDSWC-2 : Capacity Development for Sector-wide Coordination in Health (Phase 2) : 保健セクター事業調整能力強化 (フェーズ2)

(3) 現場視察

南部4県における調査期間中、母子保健サービス提供の現場視察を行った（訪問した施設のリストは、付属資料3. 英文報告書 ANNEX-IIIを参照のこと）。

1 - 5 - 3 データ分析方法・まとめ

上述の収集方法により収集したデータに基づき、目標と実績のギャップやその障害・促進要因の分析を行い、さらに評価5項目の視点に基づくプロジェクトのレビューを行った。レビューチームによる調査結果は、日本側及びラオス側カウンターパートと合同でレビューされ、内容について協議・確認したうえで最終報告書（案）にまとめられた。

第2章 調査結果

2-1 プロジェクトの実績

2-1-1 投入実績

表2-1は日本側、表2-2はラオス側による投入の計画（2010年3月R/D）と中間レビュー調査時における投入の実績（2012年9月30日現在）を比較したものである（ただし、明記のある場合は、その日付までのデータ）。

表2-1 日本側による投入（計画と実績の比較表）

計画（2010年3月R/D）	実績（2012年9月30日現在）
【長期専門家】 ・チーフアドバイザー ・地域保健（看護・助産ケア） ・地域保健（母子保健） ・業務調整	・チーフアドバイザー [32人/月] ・母子保健（看護・助産ケア） [21人/月] ・地域保健（母子保健） [24人/月] ・業務調整/健康教育 [24人/月] ・地域保健（保健行政） [5人/月] ・地域保健（母子保健サービス） [6人/月] ・業務調整/組織連携 [3人/月]
【短期専門家】 ・助産師 ・健康教育（IEC） ・産婦人科 ・その他（必要に応じて）	・健康教育（IEC） [1人/月] ・施設設計 [2人/月] ・地域保健（保健行政） [2人/月] （付属資料3．英文報告書 ANNEX-IVを参照のこと）
【カウンターパート研修】 ・必要な技術研修	・管理者研修9名、4名 ・技術者研修5名 （付属資料3．英文報告書 ANNEX-VIIを参照のこと）
【機材供与】 1. 車両 2. OA機器 3. IEC教材作成用機器 4. 測定用機材 5. 分娩用機材	1. 車両 202,800USドル 2. OA機器 61,541USドル 3. IEC教材作成用機器 84,928USドル 4. 測定用機材 5,824USドル 5. 分娩用機材 41,791USドル 6. 研修用教材 5,036USドル 合計：3,160万3,000円（401,920USドル：2012年8月現在） JICA統制レート2012年9月 1ドル＝78.63円で換算。 （付属資料3．英文報告書 ANNEX-VIIIを参照のこと）
【在外事業強化費】 ・母子保健センター建設 ・マニュアル・研修教材 ・IEC教材 ・その他	2010年度 107,557USドル 2011年度 195,093USドル 2012年度 64,644USドル （2012年9月現在） 合計：2,888万円（367,293USドル） JICA統制レート2012年9月 1ドル＝78.63円で換算 ・在外事業強化費は、研修・ワークショップ、印刷費、出張費、研修教材、IEC教材等に活用された。 ・母子保健センターの建設は未実施。 （付属資料3．英文報告書 ANNEX-VI, IXを参照のこと）

出所：プロジェクト合意議事録（R/D）（2010年3月）、プロジェクトによる報告書（2010年5月～2012年8月）、中間レビューチーム収集資料（2012年9～10月）

表 2 - 2 ラオス側による投入（計画と実績の比較表）

計画（2010年3月R/D）	実績（2012年9月30日現在）
<p>【人材】 (1) 保健省 ・プロジェクトディレクター：衛生予防局長 ・プロジェクトマネジャー：母子保健センター長 ・プロジェクトのカウンターパート： 1) 全部局の職員：官房、組織人材局、計画財務局、治療局、食品薬剤局、衛生検査局 2) 母子保健センター職員 3) 保健情報教育センター（CIEH）職員 4) 中央病院の職員：院長、副院長、各局長（総務課、技術管理課）、母子保健課長 5) 保健科学大学：学長、副学長、教授陣、学科、各局長（総務課、技術管理課）、母子保健課長</p>	<p>【人材】 (2) 保健省</p> <p>プロジェクトディレクター、プロジェクトマネジャー、特に衛生予防局のカウンターパートは、十分プロジェクト関連の業務に従事した。</p> <p>以下の部局のプロジェクト業務へのかかわり度合いは限定されていた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織人材局 ・計画財務局 ・治療局 ・食品薬剤局 ・衛生検査局 ・中央病院の職員 <p>（付属資料 3．英文報告書 ANNEX-Vを参照のこと）</p>
<p>(1) 南部4県 ・県保健局職員：局長、副局長、各部長（総務部、技術管理部）、母子保健課長 ・県病院職員：院長、副院長、母子保健課職員、産婦人科職員、小児科職員 ・公衆衛生学校職員：学長、副学長、各部長（総務部、技術管理部）、母子保健課長 ・郡保健局職員：局長、副局長、各部長（総務部、技術管理部）、母子保健課長 ・郡病院職員：院長、母子保健課職員、産婦人科職員、小児科職員</p>	<p>(2) 南部4県</p> <p>県レベルのカウンターパートは、十分プロジェクト関連の業務に従事した。</p> <p>郡レベルのカウンターパートは、十分プロジェクト関連の業務に従事した。</p> <p>（付属資料 3．英文報告書 ANNEX-Vを参照のこと）</p>
<p>【土地・建物・施設】 ・各保健局内での専門家の執務室、電気、水道、電話、事務用家具などの運営費 ・研修・会議その他プロジェクトの活動に必要な施設、設備 ・活動実施に必要なコスト ・その他両者合意のもと必要とされたスペース</p>	<p>【土地・建物・施設】 以下の施設・設備が十分提供された</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各保健局内での専門家の執務室 ・研修・会議その他プロジェクトの活動に必要な施設、設備¹ ・電気、水道、電話、事務用家具などの運営費やその他活動実施に必要なコスト

出所：プロジェクト合意議事録（R/D）（2010年3月）、中間レビューチーム収集資料（2012年10月）

¹ ただし、プロジェクト資金でチャンパサック県保健局の会議室の施設・設備が改善された。

2-1-2 活動実績

表2-3にPDM (ver.0-1,2010年3月) に沿った、現在までの活動実績を示した(2012年8月現在)。

表2-3 プロジェクト協力によって実施された活動(計画と実績の比較表)

計画 (2010年3月R/D)	実績 (2012年9月30日現在) ◎:よくできている活動、○:大体できている活動、 △:間接的にはできている活動、×:実施できていない活動	
1.1 各県でオリエンテーション・ワークショップを開催し、県レベルMCH/EPIテクニカル・ワーキング・グループ (TWG) を設立する。	◎	1.1 オリエンテーション・ワークショップは案件開始前に実施済み。 ・サラワン:2009年12月、WHO支援 ・他3県:2010年3月、CDSWC-支援 母子保健技術作業部会 (MNCH-TWG) は、案件開始後に全県で設立済み。
1.2 対象4県でMNCH事業に関する基礎情報・データを収集する。	○	1.2 プロジェクト活動として、アウトカムレベルの基礎データを収集することはしていない。保健省が定める統計指標の定期的な収集は支援しており、MNCH-TWG及びセクターワーキンググループ (SWG) を通じて管理している。 セコン県、アタプー県においては健康教育イベントにあわせて妊婦数データの収集、統合サービスアウトリーチの機会を通じて、妊婦数、5歳未満児数、妊産婦死亡数、乳児及び5歳未満児死亡数のデータ収集を開始したところ。 2012年8月～9月に回答者記入式の質問票調査が実施され、南部4県のすべての保健医療施設における母子保健サービスの提供状況が把握された。
1.3 対象4県において、県・郡レベルの年間MNCH実施計画を策定する。	◎	1.3 初年度から毎年全県全郡で作成している。
1.4 中央MCHセンターで開催される県保健局MCH行政官を対象としたMNCH事業管理に関する講師養成研修 (TOT) に参加する。	×	1.4 中央の新母子保健センターは建設されておらず、中央でこうしたTOTは開かれていない (外部条件を満たさない)。
1.5 県保健局は、MNCH事業管理に関する研修を実施する。	△	1.5 以下のワークショップ及び研修が実施された。 ・全4県:1～3日間の計画策定ワークショップ (各県3～4回) ・セコン、アタプー県:2日間のモニタリング指標に関する研修 その他、MNCH-TWG/SWGが設置され、事業管理については、定期会合を通じて通常業務の中で能力強化が行われている。 今後は、事業管理面においてどのような研修ニーズがあるか確定する必要がある。

計画（2010年3月R/D）	実績（2012年9月30日現在） ◎：よくできている活動、○：大体できている活動、 △：間接的にはできている活動、×：実施できていない活動	
1.6 郡保健局（県保健局によって）及びHC（郡保健局によって）に対して、事業管理面からの訪問指導を定期的実施する。	△	1.6 県保健局から郡保健局に対して事業管理面からの訪問指導活動が以下のとおり実施された。 ・セコン県：2011年3月（全4郡） ・アタプー県：2011年4～5月（全5郡） その他、県保健局から郡保健局に対してサービス提供、モニタリング指標、IEC活動に関する訪問指導が以下のとおり実施された。 ・セコン、アタプー県：2012年5月（全郡） ・チャンパサック、サラワン県：2011年、12年各3回 どういった分野にどの程度の頻度でこうした訪問指導活動を実施すべきかについては、今後明確に定義する必要がある。
1.7 MNCH事業に関する情報・データを管理する。	○	1.7 チャンパサック、サラワン県ではMNCH-TWGを通じて、セコン、アタプー県ではSWGを通じてデータが管理されるようになった。
1.8 MNCH事業に関する人材及び研修のデータを管理する。	○	1.8 チャンパサック県では人材開発チームを通じて人材及び研修の情報が管理されるようになった。サラワン県ではラオス側が独自に実施している。セコン、アタプー県は統合サービスアウトリーチ活動を実施するのに必要な情報として母子保健課が収集してまとめを作成した。 今後、SWGモニタリングを通じて行われる予定。
1.9 Minimum Requirements (MR) 活動を通じて、MNCHサービス提供活動の計画・実施・モニタリングを実施する。	△	1.9 プロジェクト専門家により、サラワン県のみ支援を行った。他県については、現時点ではかかわりはない。チャンパサック、サラワン県では母子保健課が自分たちの責任範囲外という認識である。 MR活動の適用の効用と実施妥当性について、再検討されるべき。
1.10 各対象県において、保健関係開発パートナーを含む県保健局定例会を開催する。	◎	1.10 全県で四半期に1度MNCH-TWG/SWGが定期開催されている。チャンパサック県では開発パートナーとの月例調整会議も定期開催されている。
1.11 各対象県において、県保健局ー郡保健局の定例会を開催する。	○	1.11 チャンパサック、サラワンでは2011年までは当プロジェクト支援によらず定例会議が開催されていたが、セコン、アタプー県では非定期であった。プロジェクト実施後は、全県において年2回程度MNCH-TWG、SWGに郡を呼んでいる。
1.12 対象4県の間で、MNCH事業実施に関する情報を共有する。	◎	1.12 半年に1度4県合同会議を開催し、母子保健事業に関する情報交換を実施している。
1.13 対象4県において、中央レベル職員とともにMNCH事業をモニタリングする。	○	1.13 中央と県の合同によるモニタリングは4県合同会議の場でのみ実施している。各県母子保健技術作業部会議事録は中央に送られ、共有されている。 なお、母子保健センターが経常的活動として実施している県や郡への母子保健サービスの技術的訪問指導活動は、本プロジェクトの活動として想定しない。

計画 (2010年3月R/D)	実績 (2012年9月30日現在)	
	◎：よくできている活動、○：大体できている活動、 △：間接的にはできている活動、×：実施できていない活動	
1.14 中央MCHセンターで開催されるMNCH事業に関する定例会に参加する。	×	1.14 中央MNCHN-TWGにはチーフアドバイザーのみ不定期に出席するにとどまっている。 当初、県から見学目的の参加を予定していたが、県MNCH-TWGの方が進みが早く、見学の必要がなくなった。中央MNCH-TWG以外の非定期的な会議には、県保健局が当案件の支援とは関係なく出席している。

計画 (2010年3月R/D)	実績 (2012年9月30日現在)	
	◎：よくできている活動、○：大体できている活動、 △：間接的にはできている活動、×：実施できていない活動	
2.1 保健医療スタッフのMNCHサービス提供に関する態度や行動についての調査を実施する。	×	2.1 人材不足から意味のある調査結果が見込めず、また実施しても労力に見合う結果が得られない見込みがないため実施していない。単一プロジェクトでこの規模の調査を実施するのも適切ではないとのプロジェクトの判断も未実施の理由。
2.2 県保健局及び県病院の指導者を対象として、「MNCH 1stレベル・コア・サービス*」研修のTOTを実施する。	△	2.2 母子保健基礎サービス研修については、決定されたカリキュラムのなかにTOTは存在しない。 当案件から、TOTとしてではなく県、郡スタッフへ実施し、保健センタースタッフへの指導が円滑にいくように工夫した。 <i>Midwifery TOT</i> については支援の可能性を検討する予定。
2.3 現任の保健医療スタッフを対象として、「MNCH 1stレベル・コア・サービス」研修を実施する。	△	2.3 当初、各県での実施を想定していたが、チャンパサック県で県・郡対象の研修を1回実施したのみ。 なお、他県の郡病院タイプB及びHC職員は、他の開発パートナーによって支援されたか、支援される予定。
2.4 中央MCHセンターで開催される県保健局MCH行政官を対象とした「MCH/EPI統合アウトリーチ」に関するTOTに参加する。	×	2.4 世銀の支援により既に実施済みであったため、実施していない。 代わりに（実際の事業化に至っていなかったため）県保健局に対し、郡・HCに対する統合アウトリーチ研修を実施できるように技術支援した（セコン、アタプー県）。 今後、チャンパサック、サラワン県に対して支援予定。
2.5 保健センター（HC）スタッフを対象として、「MCH/EPI統合アウトリーチ」に関する研修を実施する。	◎	2.5 セコン、アタプー県にて実施済み。チャンパサック、サラワン県でもこれから実施予定（当案件は主に技術支援、財政支援は他開発パートナー [UNICEF, CESVI]）。 今後、チャンパサック、サラワン県に対して支援予定。
2.6 助産師育成コースにおける臨床実習をチャンパサック県病院で行う。	×	2.6 MdM (NGO) が入っており、重複を避けるため、これまで当案件としては実施していない。 今後もMdMが支援するのであれば、活動から削除することを検討。

*：初期周産期救急、妊婦・褥婦健診、必須新生児ケア、家族計画、総合的小児疾患管理の5種類のコース

計画 (2010年3月R/D)	実績 (2012年9月30日現在)	
	◎：よくできている活動、○：大体できている活動、 △：間接的にはできている活動、×：実施できていない活動	
2.7 県・郡病院の現任医師/補助医師を対象とした正常分娩ケア・緊急産科ケアに関する臨床実習をチャンパサック県病院で実施する。	×	2.7 保健省によるBeMONC研修モジュールの改訂を待っており、いまだ実施していない。(最近完成した) 今後、その研修内容に沿って支援する。
2.8 保健医療スタッフに対して、技術的な面からのフォローアップ指導を定期的実施する。	△	2.8 セコン県において健康教育イベントに合わせて郡に対するフォローアップ指導が1回のみ実施された。また、チャンパサック、サラワン県では、健康教育ワークショップの機会を使ってフォローアップ指導を行った。 今後、適切なフォローアップの方法を検討し、実施していく予定。

計画 (2010年3月R/D)	実績 (2012年9月30日現在)	
	◎：よくできている活動、○：大体できている活動、 △：間接的にはできている活動、×：実施できていない活動	
3.1 MNCHサービスに関する地域住民の意識調査 (KAP調査) を実施する。	×	3.1 人材不足から質の高い調査結果が見込めず、単一プロジェクトでこの規模の調査を実施するのも適切ではないとのプロジェクトの判断から実施していない。知識・態度・行動の「行動」部分はプロジェクト目標レベルの指標で入手可能。
3.2 各対象県において、MNCH事業実施に関する情報を県政府、女性同盟、青年同盟、MCH委員会、関係地方組織などと共有する。	○	3.2 母子保健技術作業部会に保健セクター外の関係機関を招待している。イベント開催や村の情報収集でこれら関係機関と協力している。
3.3 保健省 保健情報・教育センター (CIEH) と連携して、県・郡保健局IEC課はIEC活動の計画を策定する。	◎	3.3 チャンパサック、サラワンではイベント開催のためのハンドブックを作成した。作成にあたり保健省 保健情報・教育センター (CIEH) の協力を得た。各県とも郡におけるイベント開催の方針をもっており、郡はそれに基づき開催計画を立てている。県レベルの能力は十分であり、今後は中央 (CIEH) からの技術的投入はさほど必要ない。
3.4 各対象県でIEC活動 (イベントなど) を定期的実施する。	◎	3.4 全県ほぼ全郡で定期的なイベント開催が行われている。チャンパサック、サラワン県は保健センターへ既に展開している。アタプー県は郡レベルへの展開が始まったところである。

出所：プロジェクトによる中間レビュー調査団向け作成書類 (2012年9月)

記：Italicsは今後の活動に関する記載。

全4県において、県ごとのニーズに応じてスピードや活動の種類に多少の違いはあるものの、計画されていた活動についてほとんどが実施を完了したかまたは実施が開始されている。

アウトプット1の活動は、順調に進んでおり、特に統合母子保健年間活動実施計画の策定やモニタリングの部分の進捗が良好である。ただし、保健省が担当している活動については、実施されなかったものが多い。

アウトプット3の活動は、2年次に活動が活発となり、チャンパサック及びサラワンの2県では既に保健センターレベルで活動が展開されている。アウトプット2については、進捗の遅れた活

動や、活動を変更すべき項目が散見された。

これら進捗の遅れのほとんどは、プロジェクトの影響力が限定されている要因によるものであり、例えば保健省側でまとめていた標準研修モジュールの策定の遅れ、他の開発パートナーが資金供与約束をしている活動への拠出の遅れ、保健省が担当している活動実施の遅れなどが挙げられる。

こうした遅延により実施されなかった活動のなかには、既にプロジェクトの活動として必要のないものや不適切なものもあり、特にアウトプット2は、他の開発パートナーによる資金供与が確定しているものが多くある。したがって、根本的にアウトプット2の活動をレビューし、プロジェクトの役割・担当部分をきちんと反映した形に改定する必要がある。

また、保健医療従事者や住民（サービスの潜在的利用者）を対象とした2件のKAPサーベイが計画されていたが、調査自体に必要な労力が多い割には、プロジェクトの支援内容に大きな変更をもたらす結果が見込めないとの専門家の判断から、実施を見送っている。

2-1-3 アウトプットの達成度

表2-4は、プロジェクトの進捗度合いをPDM ver.0-1によるアウトプット指標で示したものである。

表2-4 アウトプットの達成度合い（2012年9月現在）

アウトプット要約	指標（PDM ver.0-1）	達成度合い
アウトプット1 県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される。	(1) 県保健局は、年2回、XX%以上の郡保健局を訪問指導する*	<ul style="list-style-type: none"> 2011年、2012年に、すべての郡保健局が年最低1回、母子保健サービスに関する何らかの側面で指導を受けている。 母子保健プログラムの管理に関する訪問指導が四半期に1度県保健局によって実施されている。
	(2) HCは、年4回、XX%以上の対象村に対して、アウトリーチ活動を行う	<p>ベースラインも現時点のデータもこの指標どおりのデータ入手は不可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> 代替指標：保健センターの57%がアウトリーチ活動の「フルパッケージ」²を実施している（松井専門家指導による調査、2012年9月）。
	(3) 母子保健事業に必要な機材・医薬品を備えている郡病院（全23病院）及び保健センター（全144センター）の割合が、対象4県でXX%以上に達する*	<ul style="list-style-type: none"> 多くの保健センターでは、妊婦・新生児を救命するための基礎的な機材や薬剤が不足していた（松井専門家指導による調査³、2012年9月）。

² ただし、フルパッケージと統合サービスは同義でなく、これが終了時評価指標として適切か否かは慎重に検討する必要がある。

³ 機材・医薬品の整備状況にかかる詳細は松井専門家指導による調査結果を参照のこと。

アウトプット要約	指標 (PDM ver.0-1)	達成度合い
アウトプット2 母子保健統合サービスに関する能力が向上する。	(1) 当該プロジェクトで計画された研修コース(母子保健基礎サービス研修、母子保健統合アウトリーチなど)のXX%以上が実施される*	プロジェクトの活動の成果を測る指標として不適切であると判断されたため、データの収集は実施されていなかった。具体的な説明は以下の2点： 1) SBA開発計画(The SBA Development Plan)のもとプロジェクトによって計画された研修はごく一部であったこと 2) 県/郡保健局で計画された研修計画を重視したいというプロジェクトのスタンス
	(2) 母子保健サービスの提供に関して、保健医療スタッフの態度や行動に望ましい変化が生じる*	ベースラインも現時点のデータも入手不可能。 中間レビュー調査時点でサーベイは実施されていない。
アウトプット3 コミュニティや地域組織と連携して、母子保健統合サービスの活用が促進される。	(1) 地域住民の母子保健サービスに対する知識、態度、行動(KAP)が改善される*	ベースラインも現時点のデータも入手不可能。 中間レビュー調査時点でKAPサーベイは実施されていない。

出所：プロジェクトによる報告書（2010年5月～2012年8月）、中間レビュー調査チームに対する提供資料（2012年9～10月）

記：星印（*）のついた指標については、プロジェクトがより適切な指標への改定を希望している。

表2-4からもわかるように、現在のPDM ver.0-1のアウトプット指標のレビューから、プロジェクト成果の把握は難しい。これは、いくつかの指標データが入手不可能であること、指標自体がプロジェクトの成果を測るために不適切であることが理由である。したがって、中間レビューチームは、指標データに加えて追加的な定性・定量データを収集し、そのデータをもとにアウトプットの達成度合いを判断した。

<p>アウトプット1：県・郡保健局によって母子保健事業が適切に運営管理される。</p> <p>アウトプット1の指標：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県保健局は、年2回、XX%以上の郡保健局を訪問指導する。 ・ HCは、年4回、XX%以上の対象村に対して、アウトリーチ活動を行う。 ・ 母子保健事業に必要な機材・医薬品を備えている郡病院（全23病院）及び保健センター（全144センター）の割合が、対象4県でXX%以上に達する。

アウトプット1は、「母子保健統合サービス戦略」の「戦略的目標1 (SO1)：母子保健プログラム実施のためのリーダーシップ、ガバナンス及び管理能力を改善する」に呼応している。

母子保健プログラムの管理を改善するプロジェクトの介入によって、県保健局のリーダーシップ、管理能力及びプログラム実施に対するオーナーシップの面で、顕著な進展が観察された⁴。しかしながら、こうした定性的な変化は、PDM ver.0-1の指標では測ることができない。

⁴ この点について、県保健局と業務面がかかわりの深い多くの関係者（母子保健センター職員、JICA専門家、県レベルに拠点を置く開発パートナー職員など）が一貫して同様の意見をもっていた。

(1) リーダーシップ・オーナーシップ・管理能力にかかる定性的な変化

プロジェクト支援開始以前では、県/郡保健局では、年間計画を保持していないか、もしくは開発パートナーや中央保健省による資金援助が予定された活動のリストを保持するのみであった。こうした「計画」は、保健局内各課で別々に管理されていた（例：拡大予防接種課や母子保健課は別々の計画のもと別々に活動を実施していた）。現在は、「母子保健統合サービス戦略」の戦略目標に沿って、母子保健プログラム全体の年間活動実施計画を作成している。セコン県とアタプー県においては、2年目から保健セクター全体の年間活動実施計画を策定するようになった。

こうして統合された年間活動実施計画に基づいて、四半期ごとのモニタリングも実施されるようになった。モニタリングの過程では、活動進捗と指標達成度の両方の視点からレビューし、強みと弱みの分析をし、次期計画への活動課題の導出ができるようになった。これらのプラン・ドゥ・チェック・アクト（PDCA）サイクルは、県保健局の関連する複数の課が合同で実施しており、開発パートナーの参加もある。さらに、第1年目の年間活動実施計画のなかでは、資金未獲得の活動に対してCESVI（イタリアのNGO）やUNICEFなどの開発パートナーが資金を拠出したケース、また、各開発パートナーが策定する二者間協定（Memorandum of Understanding : MOU）の協議に第2年目の年間活動実施計画が活用されるケースが確認された。これは、年間活動実施計画が追加資金獲得のためのツールとして活用され始めたことを意味する。

これら運営管理面での成果に対する貢献要因として、

- ①プロジェクトによって考案された年間活動実施計画が、誰が見ても明確な枠組みであったこと（共有しやすいフォーマット）
- ②他の県から教訓を共有する機会が与えられたこと
- ③県レベルに拠点を置いている開発パートナーが協力的であったこと
- ④南部に拠点を置いているプロジェクト専門家によって継続的な技術支援が得られたことなどがカウンターパートによって挙げられている。

(2) 県保健局による郡保健局への運営管理面での訪問指導

プロジェクト専門家による技術支援の結果、県保健局は定期的（四半期）に活動進捗と指標達成度の両方の視点から県統合母子保健年間活動実施計画のモニタリングを実施するようになった。モニタリングで使用されている目標指標は、「母子保健統合サービス戦略」に示されたものと合致している。さらに、同様の統合計画の策定やモニタリングの実施は、郡保健局レベルにも展開され、県保健局によって定期的に訪問指導が実施されている。ただし、訪問指導の内容はいまだ改善の余地がある。

こうした県/郡レベルの運営管理プロセスにおいて、プロジェクトの実質的な貢献部分は、県全体の母子保健活動の計画・実施・モニタリングまでの一連の過程を、国家計画に沿った形でより体系的に、統合的に、定期的にも実施できるシステムを定着させたことにあるといえよう。

(3) 統合サービスのアウトリーチ活動

「統合サービスのアウトリーチ “Integrated Outreach”」とは、アクセスの困難な村落を対

象に四半期ごとに実施されている既存のEPIアウトリーチのサービス提供経路に母性保健のコンポーネントを加えることを示し、サービスの早期普及を狙う「母子保健統合サービス戦略」の中核戦略となっている。

2012年9月の時点で、57%の保健センターがアウトリーチ活動実施の際に、「フルパッケージ⁵」と称される物資を携帯していることが、プロジェクト専門家による調査で分かっている。なお、この「フルパッケージ」が、必ずしも妊婦検診、産前検診（Antenatal Care : ANC）及び産後検診（Postnatal Care : PNC）サービス、子どもの成長モニタリング、乳幼児の急性栄養失調のスクリーニングなどのサービス提供を含むとは限らない。また、それ以外の保健センターでは、子どものワクチン、駆虫剤、ビタミンA剤のみを提供しており、サイトによって避妊法、妊婦への鉄剤/葉酸配布も扱っている。しかしながら、20%を超える施設において、子どものワクチン接種のみで、駆虫剤やビタミンA剤の配布もなく、ワクチンさえ全種持参していない施設も存在する（短期専門家作成資料、2012年9月）。

しかしながら、こうした現状はプロジェクトの成果を得たものではなく、どちらかといえば介入前の現状といえる。2012年の3月から8月にかけてセコン及びアタプー県において、郡保健局/病院及び保健センター⁶の職員を対象に統合サービスのアウトリーチ活動の実施方法に関する研修を実施したが、本格的な活動の実施はこれからである。また、同様の研修は、チャンパサック及びサラワン県ではいまだ実施されていない。さらに、2012年に入ってから世銀のアウトリーチ活動資金の拠出が遅延⁷しており、ほとんどの郡において第1ラウンド目のアウトリーチ活動が一度実施できたのみにとどまっている。

（4）医療機材と医薬品の安定供給

プロジェクトの意図は、これら母子保健関連物資・医薬品の調達・配布ではなく、その運営管理能力向上に対する技術支援を提供することである。しかしながら、現時点のPDMでは、この問題に直接的に対処する活動は含まれていない。ただし、医療器材と医薬品の安定供給は、統合母子保健サービスの提供及びその成果の獲得に根本的にかかわってくる問題であることに変わりはない。

プロジェクト活動の一環として、2012年8～9月、南部4県における母子保健サービス提供の現状を把握するための回答者記入式質問票調査⁸が実施された。その結果、以下の点が明らかとなっている。

- 1) 保健センターのなかには、基礎的な物資やワクチンが常備されていない施設も存在する。
- 2) 多くの保健センターは、緊急時の妊産婦や新生児救命のための基礎的機材や医薬品を

⁵ 短期専門家の調査で定義された「フルパッケージ」とは、1) 5つのワクチン [①破傷風②結核③三種混合-B型肝炎-インフルエンザ④流行性耳下腺炎-風疹⑤ポリオ]、2) 子どもの駆虫剤&ビタミンA剤、3) 妊婦の鉄剤/葉酸、4) 家族計画4種 [経口避妊薬2種、注射、コンドーム] を指す。

⁶ 保健センター保健センターレベルの職員に対する研修は、プロジェクトによる技術支援とCESVIとUNICEFによる資金供与を得て、共同で実施された。

⁷ 遅延の主な理由は、①第1ラウンドの財務報告が基準を満たしていなかったこと、②UNICEFから世銀に資金源が移ったことで、県保健局の計画財務課や母子保健課が変更点にきちんと対応できなかったことなどが挙げられた。

⁸ 2012年8月～9月にかけて、JICA短期専門家の支援を受けて回答者記入式の質問票調査が南部4県の全施設を対象に実施された。調査のスコープには①労働力（配置、研修、フォローアップ）、②インフラ（施設、機材、医薬品/物資）を含むが、管理（計画、財務、ロジスティクス）や人口・疫学データを用いたサービス需要側の現状分析は含まれていない。

保持していなかった（以下の常備がある保健センターの割合：オキシトシン55%、硫酸マグネシウム13%、ジアゼパム34%、新生児蘇生用バッグ/マスク9%）。

この点については、今後アウトプット2の成果に影響するところ、アウトプット1でも注視していく必要があり、必要に応じて県保健局の強化も必要となろう。

こうした現状を踏まえて、アウトプット1の管理能力強化に関して今後さらに改善が必要な項目として、①県保健局から郡保健局に対する訪問指導の内容・質（計画策定、モニタリング、評価のやり方、データ収集）、②サービス受療率向上のための活動の効果のより深い分析、③フォローアップの確実な遂行、④統合サービスのアウトリーチ活動導入とその過程を管理するためのリーダーシップ（ドナー資金の獲得・管理を含む）が挙げられる。

アウトプット2：保健医療サービス提供者の母子保健サービスに関する知識・技術が向上する。
 アウトプット2の指標：
 ・当該プロジェクトで計画された研修コース（母子保健基礎サービス研修、母子保健統合アウトリーチなど）のXX%以上が実施される。
 ・サービスの提供に関して、保健医療スタッフの態度や行動に望ましい変化が生じる。

アウトプット2は、「母子保健統合サービス戦略」の「戦略的目標2（SO2）：保健サービス提供の効率と質を強化する」に呼応している。

表2-4内で記載したとおり、アウトプット2の指標は入手できなかった。したがって、代替指標となり得るデータに基づき、以下のとおり達成度合いについて記述する。

（1）研修コースの実施率

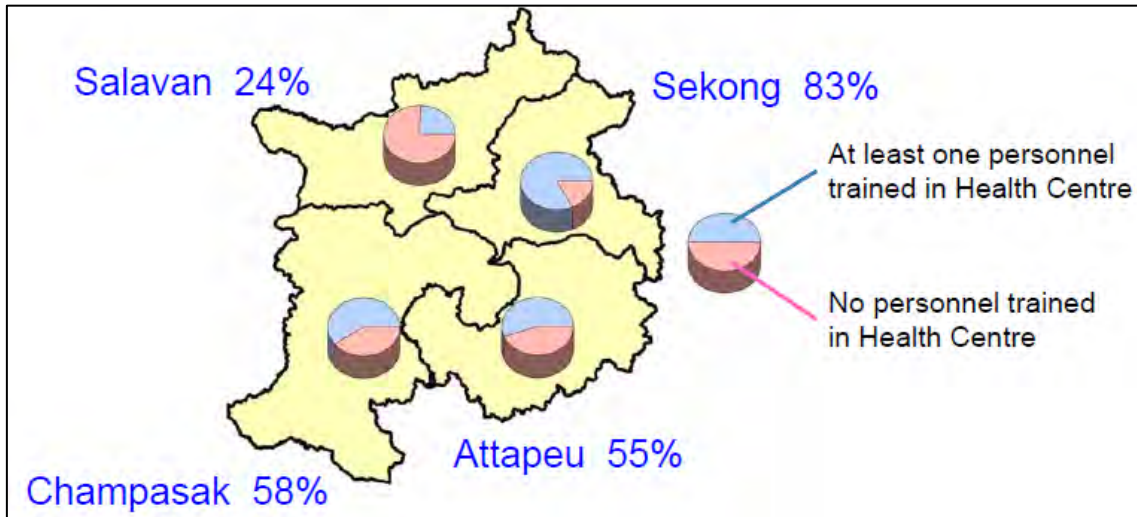
計画された研修のうち実施されたコースの割合（指標）を県レベルで入手するのは困難であった。その理由として、母子保健関連の研修コースのほとんどが中央レベルで計画され、他の開発パートナーによって予算計上されていること、県レベルにおける人材の研修・配置に関する記録の管理体制が弱いことが挙げられる。2009年から現在までの間、SBA開発計画（2008～2012：The SBA Development Plan）に基づくものや、統合アウトリーチサービスの促進をめざす数々の研修活動が実施されており、他の開発パートナーに支援されたものがそのほとんどを占めている（以下、表2-5、図2-1を参照）。

表2-5 地域助産師資格の訓練、及び母子保健基礎モジュールを受講した医療従事者数

県名	訓練を受けた医療従事者			【参考】 郡病院/保健センター数
	母子保健基礎サービス研修		地域助産師	
	モジュール [1] [2] [3] または [4] [5]	全5 モジュール		
チャンパサック	29	5	29	10/64
サラワン	61	5	18	8/53
セコン	19	3	14	3/18
アタプー	18	4	17	4/31

出所：県保健局記録（2012年9月）

記：訓練された地域助産師の配置された保健施設の数/割合に関する情報は、各県の母子保健課から入手できなかったため、参考として施設数を右欄に示した。



出所：チャンパサック保健科学大学提供資料（2012年9月）

注：サラワン県では、カムアン県公衆衛生学校においても職員を研修させているため、ここでは受講者数は過少評価されている。

図 2 - 1 母子保健基礎モジュール1～3を受講した医療従事者の配置がある保健センターの割合

上記のほかに、統合母子保健サービスアウトリーチに関するTOT訓練が世銀の支援下で既に実施されていた。

これら過去に集積された研修の成果が確実にサービスに転換されるよう、本プロジェクトは研修と統合サービスアウトリーチのサービス提供自体の間にあるギャップを埋めることを意図して活動を展開した。すなわち、他の開発パートナーでカバーされていなかった以下の部分で貢献した。

- ①過去の研修受講記録を収集・整理し、研修のギャップを洗い出し、より精度の高い人材研修計画の策定を試みた。
- ②他の開発パートナーが支援していない県保健局・県病院/郡病院（A）の職員21名に対し、母子保健基礎サービス研修（モジュール [1] ～ [3]）を支援した。
- ③「統合母子保健サービスアウトリーチ：郡保健局及び保健センター職員向け実施手順書」を策定した。
- ④セコン及びアタプー県において、県/郡病院及び保健センターの職員157名⁹に対して、統合母子保健サービスアウトリーチ実施のための訓練を提供した。

4県において研修ニーズの同定を支援した際、チャンパサック県保健局においては、短期研修の受講生の選択及びフォローアップ（研修後の配置と支援的訪問指導）を意図した人材開発チームが組成されるなど一歩踏み込んだ試みがなされている。

（2）統合母子保健サービスの改善

統合母子保健サービスを改善するための活動に対するプロジェクトの支援は、現時点で

⁹ 保健センターレベルの受講者（130名）は、CESVI及びUNICEF資金により支援を受けた。これは、保健センターレベルにおいて、JICA資金の拠出手続きが難しかったことによる。JICA事業は、この研修に対して技術的な支援を提供した。

は部分的な実施にとどまっている。現在に至るまで、県保健局はEPIや母子保健プログラムなどの枠組みのなかで技術的な側面から（別々に）訪問指導を行っており、その他治療・予防系のプログラムに関する訪問指導活動も存在する。これには、中央の母子保健センターが県/郡保健局と共同で実施する年2回の定期訪問指導活動も含まれる。これらの訪問指導活動は、体系的に統合された形であつ定期的に実施されているとはいえない。県/郡保健局は、車両や時間の面で訪問指導活動が限定されているなか、今後母子保健サービスに対する技術的な訪問指導活動を展開するにあたり、その実施効率と内容を改善する余地はあると考えられる。

（3）保健医療スタッフの態度や行動

母子保健サービス提供の際の保健医療従事者の態度や行動を改善するため、プロジェクトでは「統合母子保健サービスアウトリーチ：郡保健局及び保健センター向け実施手順書¹⁰」の策定を支援した。この実施手順書は、「統合母子保健サービスアウトリーチガイドライン（MoH, 2010）」の内容に即したものであるが、この「手順書」を作成したことで、現場で統合母子保健サービスを適用するにあたり、サービス提供者に対して明確かつ具体的な理解が促進され、責任分掌の提示が可能となったといわれている。セコン及びアタプー県の保健センターのなかで十分な職員数がある一部の施設では、統合母子保健サービスの提供をアウトリーチ活動に適用し始めている。

これらの現状を受けて、今後アウトプット2で取り組むべき項目として、①SBA開発計画で規定された研修や統合母子保健サービスの提供にかかる研修への継続支援、②統合母子保健サービスの適用に向けた技術支援（アウトリーチと定点の両方）、③研修を終えた医療従事者のフォローアップ（適切な施設への配置と技術面での訪問指導）が挙げられる。

アウトプット3：さまざまな組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される。

アウトプット3の指標：

- ・地域住民の母子保健サービスに対する知識、態度、行動（KAP）が改善される。

アウトプット3は、「母子保健統合サービス戦略」の「戦略的目標3（SO3）：母性・新生児・小児保健のために個人・家族及びコミュニティの参加を促進する」に呼応している。

アウトプット3の指標データは、KAPサーベイが実施されなかったため入手できなかった。KAPサーベイが実施されなかった理由には、一定の質のデータを得るためには人材が不足していること、またこれだけの規模のサーベイを単一のプロジェクトで実施することが不適切と判断されたことにある。したがって、このアウトプットの達成度合いをみるために、中間レビューチームは代替データを収集した。

概して、健康教育活動の開催頻度は大幅に改善し、県及び郡レベルの健康教育チームの能力レベルと自信の度合いは強化・改善されたことが観察された。プロジェクト介入以前は健康教育活動の頻度は低く、資金の有無に大きく左右されて体系的に実施されていなかった。プロジェクトは、イベントベースのシステムを導入し、あらかじめ決められた期日

¹⁰ これは、プロジェクト専門家の技術支援により、2012年3月にセコン及びアタプー県保健局が共同で開発したものである。

に、決められた村落から妊産婦やそのパートナー、5歳未満児をもつ母親を施設に招待し、健康教育だけでなく母子保健サービスを併せて提供した。

チャンパサック及びサラワン県においては、定期的な健康教育イベントがそれぞれ2010年9月、2011年3月に導入され、まずは妊産婦とそのパートナーを四半期に1度、県/郡病院に招待してサービスを提供していった。県/郡保健局は、さらに保健センターのスタッフを訓練し、保健センターレベルにもこの活動を拡大した。すべての施設において、2010年9月から2012年9月までの間、1回から4回、健康教育イベントが実施されるようになった¹¹。他の開発パートナー(CESVI 及び Mdm¹²)は、保健センターレベルの活動を資金援助している。

セコン及びアタプーでは、同様の活動がヘルス・プロモーション・デー (Health Promotion Day : HPD) として¹³ 2011年10月に導入され始め、県/郡病院においてZoneゼロ (病院が定点サービスでカバーする地域) の妊産婦とそのパートナー (夫)、5歳未満児の子どもをもつ母親がその主要対象となっている。HPD活動は、県/郡保健局の自己資金で賄っている。なお、セコンでは月に1度、アタプーでは四半期に1度の実施が基準となっており、施設によってその実施率には差がある。表2-6は、健康教育+母子保健サービスのイベントに参加し、サービスを受けた人数を示したものである。

表2-6 健康教育+母子保健サービスイベントの参加・利用者数

(2010年9月～2012年9月)

県名	健康教育イベントに参加した女性数	健康教育イベントに参加したパートナー(夫)数	会場で妊婦検診を受けた女性数	会場で健康診断を受けた5歳未満児数
チャンパサック	1,981	502	1,981	n/a
サラワン	2,044	725	2,044	n/a
セコン	2,877	414	671	1,716
アタプー	1,115	125	134	344

出所：県保健局記録 (2012年9月)

記：チャンパサック及びサラワン県では妊産婦とそのパートナーを対象とし、セコン及びアタプー県では5歳未満児をもつ母親や他妊娠可能年齢の女性も招待している。

さらに、セコン及びアタプー県では2012年のはじめから、サービス利用者の拡大をめざし、統合サービスアウトリーチに健康教育と合わせた活動を試行し始めた。

アウトプット3における今後の課題として、①セコン及びアタプー県において健康教育活動を保健センターレベルまで拡大すること、②健康教育+サービス提供の活動の質を、支援的訪問指導を通じて一定に保つこと、③村落や地域組織との効果的な協働体制を考案すること (村落保健ボランティアへの訓練等) が挙げられる。

¹¹ 定期的な健康教育+母子保健サービスイベントの導入時期は県によって差がある (チャンパサック 2010年9月、サラワン2011年3月、セコン及びアタプー2011年10月)。

¹² ただし、Mdmはチャンパサック県の2郡のみを対象地域としている。

¹³ チャンパサック及びサラワン県で実施している健康教育イベントも、セコン及びアタプー県で実施しているヘルス・プロモーション・デーも、健康教育だけでなく、その場で統合母子保健サービスの提供をしている。地域住民組織との協力で事前に作成された「妊婦さんリスト」に基づき、妊婦とそのパートナーに招待状を通じて来てもらう形式をとっている。

2-1-4 プロジェクト目標の達成度見込み

プロジェクト目標：南部4県における母子保健（MNCH）サービスの受療率が向上する。

表2-7は、PDM ver.0-1による指標に基づき、中間レビュー時点におけるプロジェクト目標の達成度合いを示したものである。

表2-7 プロジェクト目標の達成度合い（2012年9月時点）

プロジェクト目標指標		ベース ライン	指標値の変化		
		2008/09 (Oct.-Sept.)	2009/10 (Oct.-Sept.)	2010/11 (Oct.-Sept.)	2011/12 (Oct.-Jun.)
ANC（4回）受 診数が対象4県 で2倍に増加す る	チャンパサック	21%	23%	24%	27%
	サラワン	34%	16%	20%	19%
	セコン	-	12%	16%	-
	アタプー	10%	11%	18%	-
施設分娩数が 対象4県で2倍 に増加する	チャンパサック	24%	17%	18%	19%
	サラワン	22%	22%	21%	23%
	セコン	17%	18%	20%	-
	アタプー	9%	11%	12%	-
1歳未満児（9～ 11カ月）の麻疹 ワクチン接種 率が対象4県で XX%以上に達 する	チャンパサック	45%	61%	63%	48%
	サラワン	67%	69%	65%	46%
	セコン	46%	66%	59%	-
	アタプー	70%	67%	66%	-

出所：県保健局MNCH-TWGモニタリング指標リスト 2012年9月、10月

2009/10～2011/12年の指標データ（ラオス年度：10月～9月：ただし2012年は6月まで）から、母子保健サービス普及度合いに顕著な増加は見えてとれない。しかしながら、対象地域におけるサービス提供への介入が始まる以前の2010/11年10～6月と介入後数カ月の2011/12年10～6月で比較すると、いくつかの母性保健データに若干の増加が確認できる（図2-2～図2-5を参照のこと）。その一方、同時期比でEPIの指標は減少している。このように、上述のアウトプットで得られた成果は、サービス普及の指標にまだまだ顕著な影響を与えていない。

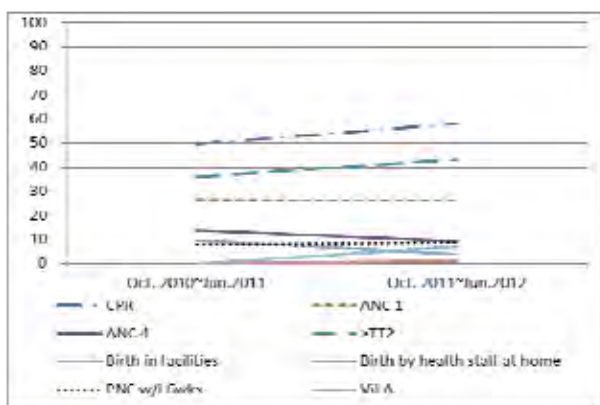


図 2 - 2 母性保健指標（抜粋）の比較
（2010/11年9～6月と2011/2012年9～6月）
チャンパサック県

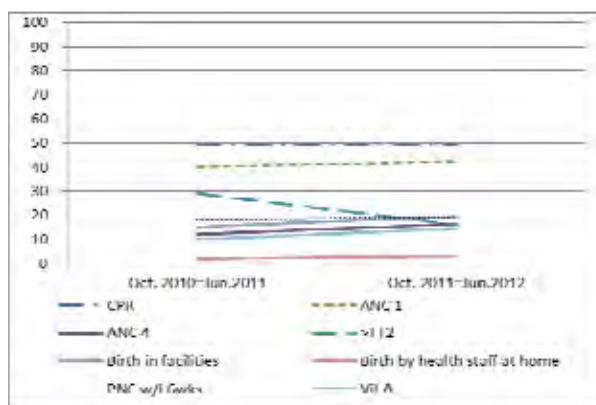


図 2 - 3 母性保健指標（抜粋）の比較
（2010/11年9～6月と2011/2012年9～6月）
サラワン県



図 2 - 4 母性保健指標（抜粋）の比較
（2010/11年9～6月と2011/2012年9～6月）
セコン県

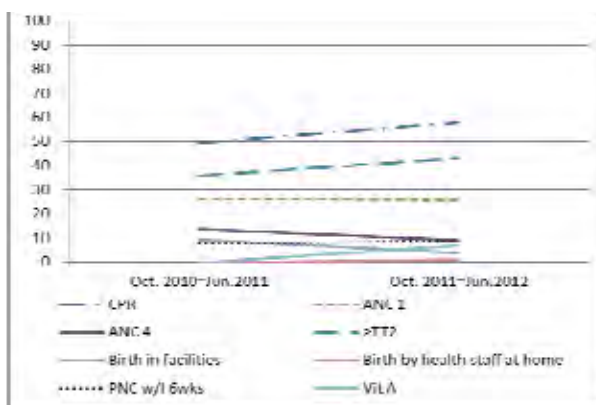


図 2 - 5 母性保健指標（抜粋）の比較
（2010/11年9～6月と2011/2012年9～6月）
アタプー県

出所：県保健局データ（2012年10月）

この理由として考えられるのは、①保健施設データの質が悪いこと（データの欠損やエラー）、②アウトリーチ活動予算のドナーからの確保が遅れたこと、③訓練を受けた助産師や他の医療従事者の一部が適切な配置を受けなかったこと（継続教育もしくは異動）、もしくは④潜在的なサービス利用者の獲得がうまくいっていないこと、などである。

これらを考慮して、今後の課題としては、①さらなる管理能力の強化（特に、問題解決のためのフォローアップの確実実施、データの改善、ドナー資金の確保、人的資源管理）、②アウトリーチ及び定点サービスを通じたサービスの拡大、③施設の利用者が再度施設に戻るようサービスの質を確保すること、④家族や妊産婦・母親に対して、母子保健サービス利用の利点について、さらなるプロモーションの努力を進めることなどが挙げられる。

2 - 2 プロジェクトの実施プロセス

2-2-1 計画と合致する度合い

本プロジェクトでは、「母子保健統合サービス戦略」に調和化されたプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）（ログフレーム）を策定していたが、PDMやそれに基づく活動計画（PO）

は、プロジェクト実施関係者の間でほとんど使用されていなかった。これには、本プロジェクトの方針として、各県保健局が自分達で「母子保健統合サービス戦略」に沿った活動実施計画を策定する過程を側面支援してきたという背景があり、これは適切な対応であったといえる。PDMの目標が「母子保健統合サービス戦略」に調和化されていたことから、結果的にはほとんどの活動がPDM ver.0-1に沿って実施されていた。プロジェクトはプロジェクトをとりまく状況や内部の状況の変化や需要に対応しながら、活動レベルの調整を随時行ってきたが、それらの対応についてもおおむね適切であったと判断できる。

2-2-2 活動の進捗度合い

プロジェクト開始から2年間は、ほとんどの活動がアウトプット1（戦略的目標1（SO1）：母子保健プログラム実施のためのリーダーシップ、ガバナンス及び管理能力を改善する）に集中していた。2年目からアウトプット3（戦略目標3（SO3））が開始されて軌道にのり始めたが、アウトプット2（戦略目標2（SO2））のいくつかの活動も実施に移された。上述のとおり、一部の活動実施が遅れた背景として、他の開発パートナーの資金の獲得や、中央で計画された研修の実施が遅延したことがある。これらの問題は、現在関係者の間で対応されたか、対応が進んでおり、中間レビュー後、まもなく活動を開始できることが期待されている。

2-2-3 事業管理と意思決定の体制

本プロジェクトでは、単一プロジェクトの合同調整委員会を設置せず、中央の母子保健・栄養技術作業部会（MNCHN-TWG）が意思決定主体として機能することになっている。ほとんどのプロジェクト関連の活動は県レベルにおいて、県の母子保健技術作業部会（MNCH-TWG）もしくはセクターワーキンググループ（Sector Working Group：SWGs）で管理されているため、現時点までの保健省レベルのカウンターパートによる本プロジェクトの管理への実質的関与は、必要があった場合のコンサルテーションにとどまっている。

ただし、母子保健センターの職員については例外で、戦略実施モニタリングの一環として、県/郡レベルにおいて定期的な訪問指導を実施し、年2回の南部4県合同会議にも出席している。

こうした中央と県以下のかかわりのなかで、中央側で計画された研修の実施を急に要請され、そちらを優先しなければならなかったために、県の活動を一部をキャンセルしなければならぬケースが何回かあった。

2-2-4 技術協力の方法

技術協力の方法は適切で県や郡レベルのカウンターパートのニーズに対応したものであったと判断される。プロジェクトの長期専門家はすべてパクセイ市を拠点として毎週各県で業務に従事し、双方のコミュニケーションは適時に技術的支援を提供するために十分であった。こうした形で専門家が県保健局のカウンターパートと協働するやり方は、カウンターパートや開発パートナーのインタビューのなかでも、好感をもって語られていた。

2-2-5 セクターワイド調整

プロジェクトは、県レベルの調整会議、4県合同会議、合同モニタリングなどを通じて保健セクター内に関与する開発パートナーと県保健局間の調整を促進し、その結果、単一の「計画」

への支援の調和化が進み、カウンターパートのオーナーシップも醸成された。明確で包括的な計画が存在することで、またそのなかに政府や開発パートナーによる資金援助がマッピングされることで、開発パートナーにとっては母子保健プログラムに対する資金配分の合理的な判断が容易となり、カウンターパートにとってはより良い資金配分の交渉が可能となった。また、こうした開発パートナー間の調整プロセスのなかで、作業の重複を省くために有用な協議（例：似通った活動に関する複数の報告のフォーマットの統合など）も行われている。しかしながら、このプロセスがどの程度カウンターパートの作業量を軽減したか、という観点から見ると、進展の度合いは極めて限定されている。現在においても、開発パートナーはそれぞれの支援プログラムに対し、別々のレビュー会議やモニタリング訪問、財務報告を課している。

本プロジェクトはまた、「保健セクター事業調整能力強化（フェーズ2）」（CDSWC-2）との密な連携から、保健省内の政策にかかる動きや中央レベルの保健セクター調整の動きについていち早く情報を入手することができた。こうした中央レベルの動きは、県レベルのカウンターパートにとって自身の実施計画を微調整する際に貴重なものであり、こうした情報に基づいて県保健局は保健省に対して適時かつ積極的に確認をとりつけることができたケースがあった。

2-2-6 促進・阻害要因

プロジェクトの効果を得るにあたり、関係者によって促進・阻害要因として認識されている点を以下に示す。これらの情報は、プロジェクトのカウンターパートや開発パートナーを対象としたインタビューやグループ・ディスカッションのセッションを通じて中間レビューチームによって収集されたものである。

（1）プロジェクト効果発現を促進した要因

1）開発パートナーの「母子保健統合サービス戦略」への調和化への努力

SBA開発計画に示された助産専門技能者育成のための研修や、「母子保健統合サービス戦略」に示された活動（統合アウトリーチ、健康教育、訪問指導）の実施のために、多くの開発パートナーが資金援助や技術支援を確約したこと。

2）県/郡レベルで策定された「統合母子保健年間活動実施計画」は管理ツールとして長けていたこと。

明示・共有された目標のもとに構成され、各施設や職員の分掌事項が明示され、合同で母子保健サービスの活動実施モニタリングを実施したことで、母子保健プログラムに対するオーナーシップや責任意識が醸成された。

3）受診行動を啓発する仕掛けの存在

世銀によるFree Service Program（母子保健サービス無償提供）、Conditional Cash Transfer（妊産婦への条件付現金給付プログラム）、Health Equity Fund（貧困世帯向け健康保険基金）に対する資金援助がいくつかの県で実施されていたこと。

4）郡保健局に対する県保健局による定期的な運営管理面の助言（訪問指導）や、郡保健局から保健センターへの指導

これは郡や保健センターから有用であると高く評価された。

5）4県合同会議の開催

県保健局同士がお互いの経験を学びあえる場として、4県合同会議の機会があったこと。

6) 関係者による参加

女性同盟、村落保健ボランティア、医療従事者が意欲的かつ熱心にかかわり、活動実施を円滑にしたこと。

(2) プロジェクト効果発現を阻害した要因

1) 保健人材

a) 特に保健センターレベルにおける職員数の不足、b) サービス提供レベルでの職員の頻繁な交代及びサービス提供の成果を得る戦略的視点が不足している人事異動、c) 母子保健サービスを確信をもって提供するための知識・技術の不足、d) 初級レベルの教育を受けた職員による技術の改善及び保持の困難さ。

2) 健康・医療に関する人々の伝統的な考え方と基礎的な知識がないことが原因から起こる受診行動の不足

3) 統合母子保健サービスを提供するための資源の不足：活動実施資金の遅延、医薬品、一部機材の欠如、人材の不足

4) 遠隔地のコミュニティによる保健施設・サービスへの限られたアクセス

a) サービス利用に必要な機会コストの不足、b) 交通手段の不便さなど、村落から保健施設、保健施設から村落へ物理的にアクセスに困難を伴うこと（特に雨期）

5) データ・報告の質

要求される報告フォームの複雑さと数の多さ、及び記録・報告の重要性にかかる理解の不足に起因する保健センター及び郡保健局によるデータの報告不備（遅延、未提出、データの誤記入等）

6) いくつかの村落との調整・協力体制の弱さに起因する入手可能データの限定と保健関連イベントへの低い参加率

2 - 3 評価 5 項目の評価結果

2 - 3 - 1 妥当性

本プロジェクトは、現時点においてもラオスの政策及び日本の援助方針に合致しており、ターゲットグループのニーズにも沿っており、妥当性は高い。具体的な説明は以下のとおり。

(1) プロジェクトの母性・新生児・小児死亡を減少させるという上位目標、及びサービス普及率を改善させるというプロジェクト目標は、ラオスの「第7次国家社会経済開発計画（NSEDP：The 7th National Socio-economic Development Plan; 2011-2015）及び「第7次保健セクター5カ年計画（The 7th National Five-Year Plan for the Health Sector; 2011-2015）」の内容に合致している。

(2) プロジェクト内容は日本の対ラオス政府開発援助の戦略である「対ラオス国援助戦略」の6つの重点分野の1つである、保健サービスの改善に合致している。

(3) ラオスにおいては、MMRが出生10万当たり580、U5MRが出生1,000当たり61と、いまだ極めて高い水準にとどまっている。プロジェクト対象である南部4県においては、2011～2012年における母性・新生児・小児保健サービスの普及率はいまだ低い状況である。

2-3-2 有効性

統合母子保健サービスの利用率改善をめざすプロジェクト介入の有効性を現時点で評価するのは時期尚早である。プロジェクトの戦略は、ラオスの「母子保健統合サービス戦略」の3つの柱に沿って構成されており、この3つの柱は、母性・小児死亡を減少させる相互に補完・補強し合う介入の組み合わせとなっている。

サービス利用率の指標はいまだ顕著な増加を示していないが、郡・保健センターレベルの施設に訓練された保健医療従事者が配置され始め、またサービス提供を「試してもらおう」ことを組み合わせた健康教育イベントの定期開催によって母子保健サービスの需要を喚起することで、コミュニティから良い反応を得始めている。特にサラワン、セコン、アタプー県においては、保健施設への物理的なアクセスの難しさや、伝統的な分娩の方法に対する指向が根強いことなど、最初は困難が想定される。

しかしながら、プロジェクトでは、村落への統合母子保健アウトリーチサービスの提供の準備を進めており、セコンやアタプーは既に導入を開始しており、チャンパサックやサラワンでも導入のための支援が計画されている。世銀によるアウトリーチサービスへの資金が県・郡・保健センターに届けば、サービス利用率は徐々に改善するものと考えられる。

プロジェクトが着実に統合母子保健サービスを普及するためには、①サービス・アウトプットを上げる際の障壁を正確に示せるよう、定期モニタリングの機会により深い分析・追求を行い、②こうした障壁を取り除くために、部署を越えた遅滞ないフォローアップを確実に実施していくことが必要となろう。

2-3-3 効率性

概してプロジェクトの効率性は良いといえる。プロジェクトによる投入は、実施者により適切で適時になされたと思われている。ただし、本中間レビュー時には、保健センターレベルで機材が活用されているかどうかのチェックは実施できていない。OA機器、研修用機材、IEC機材は、アウトプットを得るために活用されている。

また、本プロジェクトは効率的な活動の実施に際して、いくつかの利点がある。これは、プロジェクトの内容が国の「母子保健統合サービス戦略」に調和化しているためであり、その戦略の下、策定されていた各種ガイドライン、実施手順書、訓練モジュールなどを活用して、プロジェクト開始当時より実質的な活動に取り組むことができた。これと同時に、これらの技術書類の取りまとめが遅れた際に、プロジェクトの活動にも影響がでた。調和化がもたらす効率性に関するもう1つの利点として、「母子保健統合サービス戦略」の実施に対して、他ドナーが約束・コミットした資金が既にあり、県保健局がこれを活用できたことである。

プロジェクト自体も、南部4県において母子保健戦略を実施するにあたり、効率性を確保する形で事業運営を行っている。

- (1) 県レベルのカウンターパートと開発パートナーによれば、県保健局は母子保健プログラムの運営や活動実施に際し、以前に比べてより系統的に手順よく進められるようになった。
- (2) プロジェクトの協力によって、県レベルの保健セクター調整が促進され、開発パートナー間の支援の重複が回避され、県の活動実施計画の資金ギャップがある程度改善され、記録フォームの統合が実施されるなどの成果が得られた。一方で、こうしたセクターワイド調整の努力によって実際に県/郡保健局や開発パートナーの業務が軽減されたといえる裏付

けがあるとはいえない。

(3) (首都ではなく) チャンパサック県のパクセー市にプロジェクト事務所を構えたことで、プロジェクトは、入手可能な複数の開発パートナーによる支援・資源を県レベルで一元管理・活用して成果を確保するという視点から県保健局を支援できた。例として次の2点が挙げられる。

- ・セコン、アタプー県において、導入が滞っていた統合アウトリーチ活動のルーチン化に際し、国のガイドライン及び過去に訓練された人的資源を活用した。
- ・同様の内容の訓練を同じ医療従事者に提供することを避けるため、チャンパサック県において人材開発チームを設置し、過去の研修実績を整理したうえで、適切な人選が実施されるよう促した。

2-3-4 インパクト

現時点で上位目標の達成見込みを判断するのは、時期尚早である。中間レビューの時点において、想定されていなかった効果として、以下の正・負の変化がカウンターパートによって観察されている。

- (1) セコン及びアタプー県において、統合母子保健事業の計画及びモニタリングのプロセスが県保健局の管理側に評価された結果、2年目には保健セクター全体の活動に広がったこと。この動きは中央のSWGsによってグッド・プラクティスとされ、アタプー県のカウンターパートが1) 2012年6月19日、21日に開催されたルアンナムタ県、ウドムサイ県におけるオリエンテーション会議(ポンサリー県の参加者を含む)、及び2) 2012年9月18日、中央のSWGs(政策レベル)の会議に招へいされ、県の経験を共有した。
- (2) いくつかの郡において、妊産婦のパートナー(夫)に対して、「妊産婦のケアの仕方」に関する健康教育を実施した結果、産前検診に夫が付き添って来るというケースが何件かあった(女性の地位が低い少数民族でも、こうしたポジティブの効果があったことは、医療従事者にとって「想定外」であった)。
- (3) 地域によっては、村落における保健関連の活動が多発した際に、村長や村落保健ボランティアに重荷がかかり、協力関係を害しかねないというケースがあった。

2-3-5 自立発展性

自立発展性を見込みを判断するのは時期尚早であるものの、本中間レビューの時点で自立発展性を支える以下のプラスの要素が観察された。

- (1) 政策面において、ミレニアム開発目標達成のための意欲が、国レベルだけでなく県・郡レベルで確認できたこと。
- (2) 技術面において、母子の健康促進のために肝要な技術研修モジュールが存在し〔例：包括的・基礎的緊急母性産科新生児ケア(Comprehensive Emergency Maternal, Obstetric and Newborn Care: CeMONC/BeMONC)、母子保健基礎サービス研修(MNCH 1st level Core Service Modules)、産褥期のケア(Intra-Partum Care)、地域助産師育成(Community Midwifery)等のモジュール〕、複数の開発パートナーがその訓練の支援意欲を示していること。

(3) 本プロジェクト下で導入したサービス供給ポイントにおける健康教育イベントは、県・郡の自己資金で賄えていること。

上記に加え、自立発展性を促進する以下の方策がプロジェクトの計画に包含されていることもプラスの要因となり得る。

(4) 指導者として、研修管理者や講師として、支援的訪問指導者として、県保健局が能力を發揮し続けられるよう、県保健局の能力強化のために重点的な技術支援を実施していること。

(5) プロジェクト終了後も統合母子保健プログラムの計画・実施モニタリング・評価やサービス提供が継続するよう、システム・構造などの体制やルーチン・実践的な指示内容などの制度面の整備に重点を置いていること。

(6) プロジェクト専門家は、自立発展性を担保するために、技術・財政的支援を提供する際に以下のような一定の基準を設けていること。

- ・ 機材や実施ツールの策定などの初期投資は支援するが、将来的に継続して実施される活動に対しては、資金援助は控え、今後政府予算で継続できる形にすること（例：健康教育イベント、大衆組織との連携）。
- ・ ある活動項目において、本プロジェクトが単一の資金源にならないよう複数ドナーによる合同支援の形にすること（例：統合的アウトリーチ活動はUNICEF、JICA、CESVI、WBによって支援されている）。
- ・ プロジェクト専門家やプロジェクト雇用のナショナル・スタッフが、カウンターパートの仕事を行わないようにすること。あくまで技術的な助言と奨励にとどめるようにすること。

しかしながら、以下のように自立発展性を阻害しうる不確定な要素も散見された。

(7) 人的資源管理：ラオスでは、継続教育・訓練、昇進措置、新規雇用者受入れなど、医療従事者のローテーションが毎年頻繁に行われている。したがって、新人や新しい職務につく職員が、そのポストの機能を果たすよう、継続的に訓練を提供することが必要となっている。時に、一定のサービス・アウトプットを得るために訓練を受けさせられた人材の戦略的な配置という視点よりも、この経常的なローテーションが優先されることがある（例：1年間の助産師訓練から戻ったスタッフが医療施設に配置されず、継続教育や助産師以外のポストに配置されていたケースが、本調査中数件確認された）。

(8) 統合母子保健年間活動実施計画は、優良な事業計画、実施モニタリング・ツールだけでなく、南部4県に拠点を置く開発パートナーに対する資金確保のツールとしても活用された。しかしながら、多くの割合を占めている中央レベルで配置された資金の情報は、計画策定時に県/郡保健局が入手できていない。また、多くの開発パートナーは県レベルの計画に対して直接支援をする形式に慣れていない。同時に、本計画は政府資金の獲得の手段となり得ていない。こうした点に対処していくことが、継続的なPDCAサイクルの定着につながると考えられる。

2 - 4 結論

特に成果1、3については顕著な成果が現れており、着実に進捗している。今後、成果1に関しては、管理運営面及び技術面からの訪問指導に重点を置いていく必要がある。成果2に関しては、母子保健サービスのカバレッジをあげていくため、サービス提供者に対する支援、特に統合サービスを提供するためのアウトリーチ活動の実施に関する支援が必要と思われる。成果3に関しては、母子保健サービスの利用率向上のため、継続した健康教育イベントの実施と、保健センターへの展開が望まれる。

これまでの成果は、プロジェクト目標であるサービス受療率の向上（モニタリング指標の改善）にはまだつながっていないが、今後の継続した支援により指標が改善することが期待される。

2 - 5 提言

中間レビュー調査において、提言としてまとめた事項は以下のとおり。

【県保健局に対する提言】

- (1) 教訓やグッド・プラクティスをまとめていく。
- (2) 研修を受けた人材にサービスアウトプットをもたらすことができるよう、人員配置計画を見直す。
- (3) 計画の実施及び活動のフォローアップを効果的に実行するために、データ管理・分析能力を強化する。
- (4) 統合サービス提供のためのアウトリーチ活動に対する経費が適切に運用されるよう、予算管理担当者及び母子保健課に適切な指導を行う。
- (5) 保健センター職員の負担（複数の報告書作成等）に対し、軽減方法をドナーとともに考案する。
- (6) 母子保健統合サービス計画策定を予算獲得につなげられるよう、計画策定プロセスを改善する。

【保健省に対する提言】

- (1) 県保健局からのフィードバックを活用していく。
- (2) 中央で策定された政策やプログラムの変更があった場合や活動計画について、県の年間活動計画に反映できるよう、県保健局に余裕をもって知らせる。
- (3) HMISで収集するMNCH関連データ項目の見直しを行い、サービス提供者が使用しやすいフォームを作成する。

【開発パートナーに対する提言】

- (1) 県の年間活動計画を尊重し、計画に沿った支援を行う。

2 - 6 教訓

中間レビュー調査において、教訓としてまとめた事項は以下のとおり。

- (1) 年間活動実施計画の策定により、活動の目的、責任の所在が明確化し、共通のモニタリング体制の構築により、県保健局及び郡保健局の主体性が醸成された。
- (2) 年間活動実施計画は開発パートナーにも理解しやすく、県保健局の予算・支援獲得のためのツールとして戦略的に利用できるものとなった。
- (3) 南部4県で互いに経験や進捗を共有することで、各県の自信と意欲が促進された。
- (4) 中央で策定された政策や戦略を実際の活動に落とし込むため、実務的な手順書の作成や順を追った指導は、県・郡・コミュニティレベルに合わせた実際の活動実施にとって橋渡しとなった。

第3章 今後の方向性・総括

3 - 1 プロジェクトの今後の方向性

これまでプロジェクト前半では、成果1（戦略目標1）の活動について大きく進捗しており、今後はサービス提供によるアウトプットを導き出していくために、成果2（戦略目標2）や成果3（戦略目標3）の活動に重点を置き、母子保健サービスのカバレッジ（受療率）を改善していくために郡レベル、保健センターレベルへの活動を展開していく必要がある。この活動の展開にあたっては、これまで強化されてきた県保健局の管理能力やリーダーシップが土台となる。そのため、継続して県保健局、郡保健局及び保健センターの事業管理能力やリーダーシップの強化を図っていくことが求められる。

成果1については、計画に基づいた活動のフォローアップを通じて、管理運営面及び技術面からの訪問指導やモニタリング活動に重点を置いていく必要がある。さらに、活動がより効果的・効率的に実施されていくよう、確実にデータ収集を行い、収集されたデータを分析して次の計画や活動実施に生かしていく能力を強化することが必要である。

成果2については、サービス提供者の知識と技術の向上に資するよう、SBA開発計画で規定された研修や、統合サービスアウトリーチの促進のための研修を継続して実施、統合母子保健サービスの提供に向けた技術支援を強化する。さらに、研修の実施だけではなく、研修で学んだ成果がサービス提供に還元されるよう研修を受けた人材活用のための人員配置、技術面での訪問指導によるフォローアップなどにも配慮する。

成果3については、統合母子保健サービス提供促進のためのイベントベースの健康教育活動を継続して実施、保健センターに拡大していくことで住民の活発な参加を促していくよう村落や地域組織との協働体制を築いていく。この健康教育活動は、健康教育の実施だけでなく、母子保健サービスも同時に提供することを戦略的に行っており、施設における統合母子保健サービスの導入・促進に資するものである。訪問指導やモニタリングを通じて、健康教育活動の内容のみならず、施設における統合母子保健サービスの質も高めていくような体制を強化していく。

3 - 2 団長総括

既に調査結果で記載したとおり、成果レベルでは顕著な成果が現れており、本プロジェクトは着実に進捗していると判断できる。現時点では、プロジェクト目標である「サービス受療率の向上」について、指標自体の改善までは確認できなかったが、今後も継続して支援を行うことにより、プロジェクト終了時点ではプロジェクト目標の指標の改善がみられることを期待したい。

今回の中間レビューでは、プロジェクト開始時に定量的指標を定めきれていなかったこともあり、PDMの見直しと指標の改訂も行った。もう少し早い段階で指標の検討をすべきとの意見もあると思われるが、ラオスにおいて当該分野の正確なデータをとることが困難であることや、マネジメントの改善を主体とした本プロジェクトの枠組みを考えると、この段階になったことはやむを得ないと感じる。中間段階とはなったが、専門家も参加して集中的にPDMの見直しと指標の検討に関する議論を行ったこと、そのうえでラオス側関係者とも意思統一を図れたことは、関係者

が本プロジェクトの枠組みや到達点を再確認できた点で意義があったと思う。

今後に向けた提言は評価レポートに記載したとおりであるが、特に年間計画策定を予算獲得につなげていく必要性を強調したい。中長期的な持続性を考えると、今後は、各県の計画策定などの取り組みを開発パートナーの支援や政府予算の獲得につなげていくことが重要になってくる。特に自立発展性を高める観点では、ラオス政府予算の財政措置につなげていくことが望まれ、JICAラオス事務所としても、「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」とともに関係省庁への働きかけを行うなど、今後財政面への関与を強化していきたいと考える。

本プロジェクトは、現場と政策を結びつけていく「母子保健改善プログラム」において、現場発信の役割を大きく担っている。先にも触れた「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」と連携して、保健システムとして強化していく方針である。本プロジェクトの実施を通して、政策にフィードバックしていけるよう県・郡レベルでの経験を蓄積し、まとめて発信していくことが求められている。

本プロジェクトの終了時期は、ミレニアム開発目標（MDGs）の目標年と一致している。データの信頼性といった課題もありプロジェクトのアウトカムを定量的に示していくことは容易ではないが、2015年に向けてMDGs達成への貢献度合いを内外から問われる機会も増えてくると考えられる。今後は、そのような背景をより意識したうえで、より一層の対外発信を期待したい。

3 - 3 技術参与所感

後半の活動を踏まえて

国立国際医療研究センター国際医療協力局
派遣協力第二課長 三好知明

はじめに

保健省アドバイザーとして赴任時（2003～2005年）に、全県・郡保健局を対象とする5年間の「現地国内研修」として、戦略的マネジメントの紹介等を中心とするマネジメント研修を開始したが、これは理論面、知識レベルにとどまるものであった。

また、「保健セクター事業調整能力強化（フェーズ1、2）」（CDSWC）の計画時には、県レベルでの何らかのプログラム実施が不可欠であり、これをプロジェクト活動に組み込むことが考慮されたが、現実には単一のプロジェクトで実施するにはあまりにも県の実情が不明確で、かつ能力的にも大きな問題がありそうであったため、まずCDSWCは、中央レベルのみで始まった経緯がある。

こうした過去の状況と比較して、その後、関係者の努力により時間はかかりながらも、実際に国家母子保健戦略に基づき、県レベルで年次計画策定とその実施が、ドナー調整の下に作成されるようになったことに大きな感慨を抱くものである。

プロジェクトはその中間点を迎えているが、ほぼ順調な進行状況であり、後半の活動は基本的には前半と同様の活動路線を進むことに異議はない。ただし、以下の点に留意が必要であると考えられる。

(1) マネジメント支援のポイント

本プロジェクトは明確にマネジメント支援であることを表明しているが、成果2、3に関しては母子保健分野の技術的支援と明白に区別して活動できない側面があり、直接的な技術的支援が期待されるように読みとれるため注意が必要である。

マネジメントに主力を置いた介入により、どこまでプロジェクト目標であるcoverage（受療率）の改善につながるか必ずしも明白ではないが、その他の関連要素、すなわちサービス提供者側においてはavailability（人、施設、機材の配置や配備）、accessibility（地理的条件や保険等）、utilization（施設、機材の稼働）、サービスのquality、加えて受療者側（知識や経済面等）にも大きくかかわっており、これらは母子保健プログラム全体として政府または開発パートナー（DPs）によりかかわるほかはない。こうした事項を念頭において、計画実施とそのモニタリングにより、具体的事実からプロジェクトが直接介入できない部分も含めて、現場の課題として中央やDPsに示していくことが必要である。

マネジメント強化には時間がかかり、かつその成果を測りにくいことが多いが、マネジメントの8原則¹⁴に立ち帰って年間計画をPDCAサイクルとしてのシステムととらえ、県ごとにその適合性と有効性をチェックすることが重要である。県ごとの特異性はこうしたなかで、認識され生かされると思われる。

(2) 郡レベル以下の活動

今後は県レベルの計画は郡レベルに下ろされ、その実施は郡保健局や保健センターになる。このレベルでは計画策定以外には、研修の実施、統合アウトリーチと健康教育活動が活動として挙げられている。ただし、これらはいずれも直接的な臨床技術介入ではなく、実施体制や方法の開発などのマネジメント支援を通じてのものである。

これらの活動に関しては特に活動後のフォローアップが併せて重要である。すなわち、研修においては施設（定点レベル）におけるサービス提供のモニタリングが重要であり、これには研修習得事項実施の障害要因を分析することなどまで含まれる。統合サービスアウトリーチ活動においても、その実施率のみならず実施時の課題を細かく分析、報告することが必要である。健康教育に関しても住民への効果を見ていく必要がある。いずれの場合も特別なプロジェクト活動としてではなく、日常業務に組み込まれたモニタリングとして、細かく観察、指導するというシステムを習慣としてつくっていく必要がある。

(3) 自立発展への道程

プロジェクトの限られた投入で効果を上げ、かつ自立発展性を得るためには、年間計画を予算獲得や調整のためのツールとしてより意識し戦略的に活用する必要がある。より良い計画策定とその実施が、県レベルのマネジメント能力の高さとして評価され、政府やDPsからの予算やプロジェクト獲得につながるからである。

これと平行して重要な戦略は中央との連携促進である。中央と県にそれぞれ求められる役割がある。すなわち、中央は基本的な政策や方針の提示とその指導であり、県はその実施と

¹⁴（参考）品質マネジメント8原則（ISO9000規格制定委員会（TC176））

1. 顧客重視、2. リーダーシップ、3. 人々の参画、4. プロセスアプローチ、5. マネジメントへのシステムアプローチ、6. 継続的改善、7. 意思決定への事実に基づくアプローチ、8. 供給者との互恵関係

実施過程のモニタリング、報告である。それらをお互い認識しながら、プロジェクトは中央のCDSWC（フェーズ2）とともに連携して活動を進める必要がある。この連携が有機的に働く仕組みづくりは基本的には中央に求められるが、県側も単に受け身ではなく能動的に働くことが必要であり、課題は双方で認識し、協力して解決していくことが必要である。

（4）活動の焦点化とプロジェクトメッセージ

今後、残りの期間では投入量が格段に拡大するわけではないから、活動の焦点化が必要である。第1にはこれまでも述べたように、モニタリングの強化、すなわちデータ収集、分析に関する意識改革とそれに基づくシステムづくりである。データのもつ意味、それに対する観察ポイント、そして指導と中央への報告、これらがある目的のために統合的に行われる必要がある。まずは県レベルで現場におけるサービスの継続的な改善の考え方を導入し、場合によってはそのための小さなオペレーショナルリサーチ（KAIZEN活動）を現場レベルで行うことも有効かもしれない。

第2にはこれまで日本人専門家に頼っていた部分を、段階的にラオス側に移行することが並行して行われる必要がある。これは今後、予想されるリーダー交代などプロジェクト体制の変化に対応しながら行わねばならない。

最後にプロジェクトメッセージの発信を期待する。そのためにこれまでの経験を整理するとともに、その発信とそれを受け入れる中央とのメカニズムをつくることも加わる。

最後に

有効性の認められた複数の基本的介入のカバレッジを上げる（60%以上）ことにより、新生児死亡や妊産婦死亡に対してインパクトを与えることが可能とされている。本プロジェクトにおいても、プロジェクト目標の指標が達成されることにより、上位目標に挙げられているような保健指標改善が期待できる。近い将来、南部4県における本プロジェクトを中心とする総合的な取り組みにより、これら4県の保健指標改善率が他と比べてより大きくなり、現在置かれている県別順位において、ワースト1、2、4という位置から脱出することもカウンターパートを含めて秘めた目標としたいところである。

3 - 4 PDM ver.1の変更点（小川）

PDMの主な変更点を、表3-1に示す。M/M協議時に策定されたPDM ver.0-1は、本中間レビュー調査を通じて、以下の視点から変更された。

- （1）中間レビュー調査に至るまでの間、プロジェクトにおいて実際に実施した事項を反映させること。
- （2）中間レビュー調査に基づき、今後の方向性として合意された事項を反映させること。

表3-1に提示された項目のほか、活動についても上記の2つの視点から変更が加えられ、外部条件の表現を適宜変更している（詳しくは付属資料1．PDM ver.1を参照のこと）。

表3 - 1 PDMの主な変更点

	PDM ver. 0-1 (M/M時点)	PDM ver. 1 (中間レビュー調査後)	変更の理由
上位目標	指標1： 対象4県の乳幼児（5歳未満児） 死亡率が2020年までにXX% に達する。	【変更】 対象4県の乳幼児（5歳未満児） 死亡率が2015年までに55%に 達し、2020年まで 持される。 ベースライン値： チャンパサック 88% サラワン 56% セコン 59% アタプー 91% [LRHS 2005]	目標値、ベースライン、目標年 をそれぞれ 入した。
	指標2： 助産専門技能者（SBA）による 分娩の割合が、対象4県で 2020年までにXX%に達する。	【変更】 対象4県の妊産婦死亡数が減少 向となる。	妊産婦死亡比（MMR）は県別で 計算されておらず、代替指標で ある「SBAttsによる介助分娩の 割合」の値はデータで取れない ため、左の代替指標に変更した （なお、医療従事者による介助 分娩の割合は有り プロジェ クト目標）。
プロジェクト目標	指標： 1 ANC（4 visits）受診数が対象 4県で2倍に増加する。 2 施設分娩数が対象4県で2倍 に増加する。 3 1歳未満児（9～11カ月）の 麻疹ワクチン接種率が対象 4県でXX%以上に達する。	母子保健統合サービス戦略の モニタリング指標のなかから、 以下の指標が2015年の目 標値に達する。 1. 避妊普及率 2. 妊婦健診受診率（1回、4回） 3. 妊婦への破傷風予防接種率 4. 妊婦への鉄剤配布率 5. 施設分娩率 6. 医療従事者介助分娩率 7. 産後健診受診率（1週間、6 週間） 8. 産後ビタミンA配布率 9. 小児への予防接種率 小児へのビタミンA、駆虫剤 配布率	「母子保健統合サービス戦略」 の指標に合わせて変更した。

	PDM ver. 0-1 (M/M時点)	PDM ver. 1 (中間レビュー調査後)	変更の理由
アウトプット1	アウトプット1 (表現) : 県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される。	【変更】 県・郡保健局によって母子保健事業が適切に運営管理される。	「MNCH」をよりわかりやすい「母子保健」に用語統一した(英文はServiceをProgramと変更した)。
	指標 : 1-1. 県保健局は、年2回、XX%以上の郡保健局を訪問指導する。 1-2. HCは、年4回、XX%以上の対象村に対して、アウトリーチ活動を行う。 1-3. MNCH事業に必要な機材・医薬品を備えている郡病院(全23病院)及び保健センター(全144センター)の割合が、対象4県でXX%以上に達する。	【変更】 1-1. 県保健局は、最低年2回、すべての郡保健局に対し運営管理に関する訪問指導を行う。 1-2. 県/郡保健局は、最低年1回、すべての保健施設に対し母子保健サービスの技術面からの訪問指導を行う。 1-3. 県の母子保健年間活動実施計画の実施率が増加する。 1-4. 県保健局は、最低年2回、母子保健技術作業部会会議を開催する。 1-5. 90%以上の郡保健局が必要な統計報告を期限までに完了させる。	アウトプット1の今後の方向性を反映させた形で変更した。 1-1は、運営管理面と技術面両方の訪問指導を別にモニタリングすることが必要であるため、1-1と1-2に分けて記載した。 1-3及び1-4は、運営管理強化の根拠であり、現時点までの確たる実績でもあり、これを確実にとらえるよう追加した。 1-2は、アウトリーチ活動の実施を把握する指標として、アウトプット2に移動した。 1-3は、プロジェクトの介入部分とは合致しないため削除した。 1-5は、プロジェクトで今後強化するデータ管理の部分の成果を把握するために追加した。
アウトプット2	アウトプット2 (表現) : 母子保健統合サービスに関する能力が向上する。	【変更】 母子保健統合サービスを提供する能力が向上する。	プロジェクトの実質の介入は訓練のみにとどまらず、訓練結果の活用までカバーするため、その内容に合うよう表現を調整した。
	指標 : 2-1. 当該プロジェクトで計画された研修コース(母子保健基礎サービス研修、母子保健統合アウトリーチなど)のXX%以上が実施される。 2-2. 母子保健サービスの提供に関して、保健医療スタッフの態度や行動に望ましい変化が生じる。	【変更】 2-1. 母子保健基礎サービス研修(3モジュール)を受講したスタッフが、1名以上配置されている郡病院タイプB及び保健センターの割合が、90%以上に持される。 2-2. 最低年3回、統合アウトリーチ活動を実施する保健センターの数が増加する。	プロジェクトの役割がより反映されるように変更した。すなわち、多くの訓練は他の開発パートナーによって資金援助されるため、本プロジェクトでは人材の管理及び訓練からサービスの実践までのギャップを埋める役割を担う。 2-2は、マンパワー不足で調査を実施することが困難であるため削除した。

	PDM ver. 0-1 (M/M時点)	PDM ver. 1 (中間レビュー調査後)	変更の理由
アウトプット3	アウトプット3 (表現) さまざまな組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される。	【変更】 地域住民・組織との連携の下、母子保健統合サービスの活用が促進される。	プロジェクトによる母子保健サービス利用促進にかかる戦略をより反映した表現に変更した。
	指標： 3-1. 地域住民の母子保健サービスに対する知識、態度、行動 (KAP) が改善される。	3-1. 県/郡保健局が指定した保健施設 (県/郡病院及び保健センター保健センター) のうち、最低年2回、健康教育イベントを開催する保健施設の割合が、70%に達する。	3-1はマンパワー不足で調査を実施することが困難であるため削除した。代替指標として、左を追加した。
外部条件	プロジェクト目標レベル： なし。	【追加】 母子保健に関する保健省の政策・方針が大幅に変更されない。	2015年以 の政府のEPI/MCH統合にかかる政策が不明確であるため、追加した。
	アウトプットレベル： なし。	【追加】 十分な物資 (とくにワクチンや栄養補給関連物資) が、県に供給される。	特にワクチン供給に関して、GAVI、ニセフもしくは日本によって支援されるかどうか不明確となっているため、追加した。
	活動レベル： なし。	【追加】 県及び郡レベルにおいて、統合サービスアウトリーチ活動のための実施費用が滞滞なく利用できる。	アウトリーチ活動の資金源に関して、ニセフから世銀への移行が滞った例があり、外部条件として新たに 上したため、追加した。
	活動レベル： 県保健局MCH行政官を交えた母子保健事業に関する定例会が、保健省によって開催される。 県保健局MCH行政官を対象として、MCH/EPI統合アウトリーチに関する研修コースが、保健省によって実施される。	【削除】	アウトプット達成に必要なことがわかったため削除した。
	活動レベル： なし。	【追加】 SBA開発計画及び統合サービスアウトリーチ活動に関する研修が、他の開発パートナーの支援の下で実施される。	プロジェクトはすべての研修をカバーできず、また多くの開発パートナーによる支援が既に決定しているため、外部条件として追加した。
投入	母子保健センター建設	【削除】	本投入は、建設計画の変更に伴う交渉が長 いており、時期的にアウトプットの達成に貢献しないため削除した。

3 - 5 プロジェクト運営上の留意点

JICA母子保健改善プログラムにおける各案件の役割としては、中央での母子保健政策実施にかかる調整やそのためのキャパシティ・ディベロップメントは「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」で支援することとし、本プロジェクトでは、南部4県と中央との連携強化の取り組みとして、中央で行われる母子保健関連会議に参加し、経験の共有をしていく、として整理している。

本中間レビューの機会をとらえて、南部4県のラオス側からの発信を促進するために、提言として、県保健局に対しては教訓やグッド・プラクティスをまとめていくこと、中央保健省に対しては、県保健局からのフィードバックを活用していく、ということを確認した。

具体的には、これまでと同様に、母子保健栄養作業部会や各種会議等を通じて、現場における経験や教訓を積極的に中央保健省に発信していくことが考えられるが、今後は、発信された経験や教訓を、中央保健省、特に母子保健センターが効果的に活用していけるような体制づくりが不可欠である。中央での体制強化については、「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」の取り組みとして、さらに検討していく必要がある。

付 属 資 料

- 1 . PDM ver.1 (修正版)
- 2 . PDM ver.0-1 (開始時)
- 3 . 協議議事録、中間レビュー結果報告書

PDM-1

プロジェクト名：ラオス国 母子保健統合サービス強化プロジェクト
 対象地域：対象南部4県（チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタブー県）
 ターゲット・グループ：対象地域の出産可能年齢の女性及び5歳未満児

プロジェクト実施期間：2010年5月 - 2015年5月（5年間）

作成日：2012年10月16日

プロジェクト要約	指標	入手手段	外部条件
上位目標 南部4県（チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタブー県）における妊産婦、新生児、小児の死亡率が低減する。	1. 対象4県の5歳未満児死亡率が2015年までに55（対出生1,000）に達し、2020年まで維持される。[ベースライン値: Chpsk.88%, Slvn.56%, Skng.59%, Atp.91%, LRHS 2005] 2. 対象4県の妊産婦死亡数が減少傾向となる。	1. 国家統計記録（LRHS、Census、LSIS など） 2. 国家統計記録（Census、LSIS など）、県保健局記録	母子保健に関する保健省の政策・方針が大幅に変更されない。
プロジェクト目標 南部4県における母子保健サービスの受療率が向上する。	母子保健統合サービス戦略に定められたモニタリング指標が、2015年の目標値に達する。 1. 避妊普及率 2. 妊婦健診受診率（1回、4回） 3. 妊婦への破傷風予防接種率 4. 妊婦への鉄剤配布率 5. 施設分娩率 6. 医療従事者介助分娩率 7. 産後健診受診率（1週間、6週間） 8. 産後ビタミンA配布率 9. 小児への予防接種率 10. 小児へのビタミンA、駆虫剤配布率	1. 県/郡保健局記録	1. 母子保健改善のための他の開発パートナーからの支援が、2015年以降も実施される。 2. 母子保健事業に必要な予算・人材が継続的に確保される。 3. 母子保健に関する保健省の政策・方針が大幅に変更されない。
アウトプット 1. 県・郡保健局によって母子保健事業が適切に運営管理される。 2. 母子保健統合サービスを提供する能力が向上する。	1-1. 県保健局は、最低年2回、すべての郡保健局に対し運営管理に関する訪問指導を行う。 1-2. 県/郡保健局は、最低年1回、すべての保健施設に対し母子保健サービスの技術面からの訪問指導を行う。 1-3. 県の母子保健年間活動実施計画の実施率が増加する。 1-4. 県保健局は、最低年2回、母子保健作業部会会議を開催する。 1-5. 90%以上の郡保健局が必要な統計報告を期限までに完了させる。 2-1. 母子保健基礎サービス研修（3モジュール）の研修を受講したスタッフが、1名以上配置されている郡病院タイプB及びヘルスセンターの割合が、90%以上に維持される。 2-2. 最低年3回、統合アウトリーチ活動を実施するヘルスセンターの数が増加する。	1-1. 県保健局記録 1-2. 県/郡保健局記録 1-3. 県保健局記録 1-4. 県保健局記録 1-5. 県保健局記録 2-1. 県保健局記録 2-2. 県/郡保健局記録 3-1. 県/郡保健局記録	1. 十分な物資（とくにワクチンや栄養補給関連物資）が、県に供給される。 2. 研修を受講した医療従事者（SBAttsを含む）が、県/郡病院及びヘルスセンターで業務を継続する。

<p>3. 地域住民・組織との連携のもと母子保健統合サービスの活用が促進される。</p>	<p>3-1. 県/郡保健局が指定した保健施設（県/郡病院及びヘルスセンター）のうち、最低年2回、健康教育イベントを開催する保健施設の割合が、70%に達する。</p>	
<p>活動</p> <p>1-1 各県でオリエンテーション・ワークショップを開催し、県レベル母子保健作業部会（MCH-TWG）を設立する。</p> <p>1-2 母子保健サービスに関する基礎情報・データを収集する。</p> <p>1-3 県/郡レベルの年間母子保健活動実施計画を策定する。</p> <p>1-4 母子保健事業を適切に管理するシステムを考案し強化する。</p> <p>1-5 県保健局が郡保健局に対し、また県/郡保健局がヘルスセンターに対して、母子保健事業における運営管理面の訪問指導を実施する。</p> <p>1-6 母子保健サービスの技術面からの訪問指導に関する適切なシステムを考案する。</p> <p>1-7 県保健局が郡保健局に対し、また県/郡保健局がヘルスセンターに対して、母子保健サービスの技術面からの訪問指導を定期的実施する。</p> <p>1-8 母子保健サービスに関するデータと情報を管理する。</p> <p>1-9 保健人材と母子保健サービスの研修に関するデータを管理する。</p> <p>1-10 県保健局において、保健関連の開発パートナーとの定期的な会合を各県で開催する（MCH-TWG 及びセクターワーキンググループ(SWG)）。</p> <p>1-11 県保健局と郡保健局の定期的な会合を各県で開催する。</p> <p>1-12 対象4県の間で、母子保健サービスに関する情報を共有する（4県合同会議）。</p> <p>1-13 対象4県において、中央レベル職員とともに母子保健事業をモニタリングする（4県合同会議）。</p> <p>1-14 対象4県において、中央レベル職員とともに母子保健事業の実施に関する経験を共有する（4県合同会議など）。</p> <p>1-15 県及び郡の保健セクター事業管理に対する必要な支援を行う。</p> <p>2-1 SBA 開発計画に則した必要な研修を実施する。</p> <p>2-2 母子保健統合サービスパッケージをアウトリーチ活動で実践するための実施手順書などを考案する。</p> <p>2-3 郡保健局及びヘルスセンターのスタッフに対し、母子保健統合サービスパッケージを提供するためのアウトリーチ活動に関する研修を実施する。</p> <p>2-4 研修を受講したスタッフに対し、技術面のフォローアップを定期的実施する。</p>	<p>投入</p> <p>日本側</p> <p>1. 人材 本邦及び第三国専門家 長期専門家 チーフ・アドバイザー/保健システム管理 地域保健（看護/助産ケア） 地域保健（MCH） 業務調整 短期専門家 プロジェクトの効果的な実施のため、必要に応じて、助産師、IEC、産婦人科医などの分野を含む短期専門家を派遣する予定</p> <p>2. 本邦及び第三国研修</p> <p>3. 現地国内研修</p> <p>4. 機材供与 プロジェクト活動に必要な機材供与 車両 コンピュータ及び周辺機器 プロジェクトター その他</p> <p>5. 現地活動費 ・研修用マニュアルや教材 ・IEC 教材 ・その他</p>	<p>ラオス側</p> <p>1. 人材 プロジェクト・ディレクター プロジェクト・マネジャー カウンターパート</p> <p>2. プロジェクト実施に必要な 執務室及び施設設備の提供</p> <p>3. その他 運営・経常費用 電気、水道などの運用費</p> <p>1. インフルエンザなどの感染症や自然災害がプロジェクト活動に甚大な影響を与えない。</p> <p>2. SBA 開発計画及び統合サービスアウトリーチ活動に関する研修が、他の開発パートナーの支援の下で実施される。</p> <p>3. 県及び郡レベルにおいて、統合サービスアウトリーチ活動のための実施費用が滞滞なく利用できる。</p>
<p>3-1 各対象県において、母子保健事業実施に関する情報を県政府、女性同盟、青年同盟、母子委員会、関係地方組織などと共有する。</p> <p>3-2 保健省 保健情報・教育センター（CIEH）と連携して、郡病院及びヘルスセンターで IEC イベントを実施するための実施手順書などを考案する。</p> <p>3-3 県/郡保健局の IEC チームにより、IEC 活動の計画を策定する。</p> <p>3-4 郡保健局及びヘルスセンターに対し研修を行う。</p> <p>3-5 各県で IEC 活動（イベントなど）を定期的実施する。</p> <p>3-6 IEC 活動に対する定期的な技術的訪問指導を実施する。</p>		<p>前提条件</p> <p>対象4県から「母子保健サービス統合パッケージ戦略計画 2009-2015」に関する理解が得られる。</p>

IEC= Information Education Communication: 健康教育

LRHS= Lao Reproductive Health Survey

LSIS= Lao Social Indicators Survey

Census=ラオス国勢調査

PDM₀

プロジェクト名：ラオス国 母子保健統合サービス強化プロジェクト

プロジェクト実施期間：2010年3月1日 - 2015年2月28日 (5年間)

対象地域：対象南部4県（チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタプー県）

バージョン：No.0

ターゲット・グループ：対象地域の出産可能年齢の女性及び5歳未満児

作成日：2009年10月1日

プロジェクト要約	指標	入手手段	外部条件
上位目標 南部4県（サラワン県、セコン県、アタプー県、チャンパサック県）における妊産婦、新生児、小児の死亡率が低減する。	1. 対象4県の乳幼児（5歳未満児）死亡率が2020年までに $\text{XX}\%$ に達する。 2. 対象4県の妊産婦死亡率が2020年までに $\text{XX}\%$ に達する。 3. 助産専門技能者（SBA）による分娩の割合が、対象4県で2020年までに $\text{XX}\%$ に達する。	1. 国家統計記録（保健人口統計調査（DHS）など） 2. 国家統計記録（保健人口統計調査（DHS）など） 3. 国家統計記録（保健人口統計調査（DHS）など）	MNCHに関する保健省の政策・方針が大幅に変更されない。
プロジェクト目標 南部4県における母子保健（MNCH）サービスの受療率が向上する。	1. ANC（4 visits）受診数が対象4県で2倍に増加する。 2. 施設分娩数が対象4県で2倍に増加する。 3. 1歳未満児（9～11カ月）の麻疹ワクチン接種率が対象4県で $\text{XX}\%$ 以上に達する。	1. 県保健局記録 2. 県保健局記録 3. 県保健局記録	1. 「JICA ラオス母子保健改善プログラム」及び他開発パートナーによる他事業が円滑に遂行される。 2. MNCH事業に必要な予算・人材が継続的に確保される。
アウトプット 1. 県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される。 2. 保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術が向上する。 3. さまざまな組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される。	1-1. 県保健局は、年2回、 $\text{XX}\%$ 以上の郡保健局を訪問指導する。 1-2. HCは、年4回、 $\text{XX}\%$ 以上の対象村に対して、アウトリーチ活動を行う。 1-3. MNCH事業に必要な機材・医薬品を備えている郡病院（全23病院）及び保健センター（全144センター）の割合が、対象4県で $\text{XX}\%$ 以上に達する。 2-1. 当該プロジェクトで計画された研修コース（MNCH 1 st レベル・コア・サービス、MCH/EPI統合アウトリーチなど）の $\text{XX}\%$ 以上が実施される。 2-2. MNCHサービスの提供に関して、保健医療スタッフの態度や行動に望ましい変化が生じる。 3-1. 地域住民のMNCHサービスに対する知識、態度、行動（KAP）が改善される。	1-1. 県保健局記録 1-2. 郡保健局記録 1-3. 県保健局記録 2-1. 県保健局記録 2-2. 保健医療スタッフへの調査結果 3-1. 住民への意識調査結果（ベースライン/エンドライン調査）	研修を受講したSBA（医師、補助医師、助産師など）が、県・郡病院及びHCで業務を継続する。

<p>活動</p> <p>1-1 各県でオリエンテーション・ワークショップを開催し、県レベル MCH/EPI テクニカル・ワーキング・グループ (TWG) を設立する。</p> <p>1-2 対象 4 県で MNCH 事業に関する基礎情報・データを収集する。</p> <p>1-3 対象 4 県において、県・郡レベルの年間 MNCH 実施計画を策定する。</p> <p>1-4 中央 MCH センターで開催される県保健局 MCH 行政官を対象とした MNCH 事業管理に関する TOT に参加する。</p> <p>1-5 県保健局は、MNCH 事業管理に関する研修を実施する。</p> <p>1-6 郡保健局 (県保健局によって) 及び HC (郡保健局によって) に対して、事業管理面からの訪問指導を定期的実施する。</p> <p>1-7 MNCH 事業に関する情報・データを管理する。</p> <p>1-8 MNCH 事業に関する人材及び研修のデータを管理する。</p> <p>1-9 Minimum Requirements (MR) 活動を通じて、MNCH サービス提供活動の計画・実施・モニタリングを実施する。</p> <p>1-10 各対象県において、保健関係開発パートナーを含む県保健局定例会を開催する。</p> <p>1-11 各対象県において、県保健局-郡保健局の定例会を開催する。</p> <p>1-12 対象 4 県の間で、MNCH 事業実施に関する情報を共有する。</p> <p>1-13 対象 4 県において、中央レベル職員とともに MNCH 事業をモニタリングする。</p> <p>1-14 中央 MCH センターで開催される MNCH 事業に関する定例会に参加する。</p> <hr/> <p>2-1 保健医療スタッフの MNCH サービス提供に関する態度や行動についての調査を実施する。</p> <p>2-2 県保健局及び県病院の指導者を対象として、「MNCH 1st レベル・コア・サービス」研修の TOT を実施する。</p> <p>2-3 現任の保健医療スタッフを対象として、「MNCH 1st レベル・コア・サービス」研修を実施する。</p> <p>2-4 中央 MCH センターで開催される県保健局 MCH 行政官を対象とした「MCH/EPI 統合アウトリーチ」に関する TOT に参加する。</p> <p>2-5 保健センター (HC) スタッフを対象として、「MCH/EPI 統合アウトリーチ」に関する研修を実施する。</p> <p>2-6 助産師育成コースにおける臨床実習をチャンバサック県病院で行う。</p> <p>2-7 県・郡病院の現任医師/補助医師を対象とした正常分娩ケア・緊急産科ケアに関する臨床実習をチャンバサック県病院で実施する。</p> <p>2-8 保健医療スタッフに対して、技術的な面からのフォローアップ指導を定期的実施する。</p> <hr/> <p>3-1 MNCH サービスに関する地域住民の意識調査 (KAP 調査) を実施する。</p> <p>3-2 各対象県において、MNCH 事業実施に関する情報を県政府、女性同盟、青年同盟、MCH 委員会、関係地方組織などと共有する。</p> <p>3-3 保健省 保健情報・教育センター (CIEH) と連携して、県・郡保健局 IEC 課は IEC 活動の計画を策定する。</p> <p>3-4 各対象県で IEC 活動 (イベントなど) を定期的実施する。</p>	<p>投入</p> <p>日本側</p> <p>1. 人材 本邦及び第三国専門家 長期専門家 チーフ・アドバイザー/保健システム管理 地域保健 (看護/助産ケア) 地域保健 (MCH) 業務調整 短期専門家 プロジェクトの効果的な実施のため、必要に応じて、助産師、IEC、産婦人科医などの分野を含む短期専門家を派遣する予定</p> <p>2. 本邦及び第三国研修</p> <p>3. 現地国内研修</p> <p>4. 機材供与 プロジェクト活動に必要な機材供与 車両 コンピュータ及び周辺機器 プロジェクター その他</p> <p>5. 現地活動費 ・研修用マニュアルや教材 ・IEC 教材 ・その他</p> <p>ラオス側</p> <p>1. 人材 プロジェクト・ディレクター プロジェクト・マネジャー カウンターパート</p> <p>2. プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供</p> <p>3. その他 運営・経常費用 電気、水道などの運用費</p>	<p>1. インフルエンザなどの感染症や自然災害がプロジェクト活動に甚大な影響を与えない。</p> <p>2. 県保健局 MCH 行政官を対象として、MNCH 事業管理に関する研修コースが、保健省によって実施される。</p> <p>3. 県保健局 MCH 行政官を交えた MNCH 事業に関する定例会が、保健省によって開催される。</p> <p>4. 県保健局 MCH 行政官を対象として、MCH/EPI 統合アウトリーチに関する研修コースが、保健省によって実施される。</p> <hr/> <p>前提条件</p> <p>対象 4 県から「母子保健サービス統合パッケージ戦略計画 2009-2015」に関する理解が得られる。</p>
--	---	---

注 (*) : 初期周産期救急、妊婦・褥婦健診、必須新生児ケア、家族計画、統合的小児疾患管理の 5 種類のコース

3. 協議議事録、中間レビュー結果報告書

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
THE MID-TERM REVIEW MISSION
AND
THE MINISTRY OF HEALTH
THE GOVERNMENT OF LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
ON
THE PROJECT FOR STRENGTHENING INTEGRATED MATERNAL, NEWBORN
AND CHILD HEALTH SERVICES

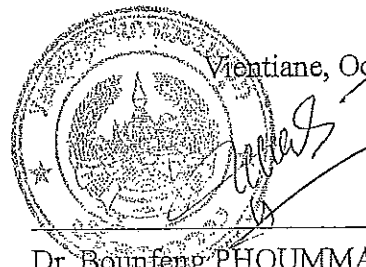
The Mid-term Review Mission (hereinafter referred to as "the MTR Mission") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited Lao People's Democratic Republic (hereinafter referred to as "Lao PDR") from October 1st to October 24th 2012 for the purpose of conducting the Joint Mid-term Review for the Project for Strengthening Integrated Maternal, Newborn and Child Health Services (hereinafter referred to as "the Project"), which was requested by the Government of Lao PDR.

During its stay in Lao PDR, the MTR Mission had a series of meetings, interviews and workshop with the relevant Lao organization concerning the first half of the Project activities to examine the achievement level of the outputs and purpose of the Project at the middle point of the term. The MTR Mission also discussed with the Ministry of Health and the Provincial Health Offices concerning the changes to be made to the design and operations of the second half of the Project.

As a result of the discussions, both the Mission and the Lao side (hereinafter referred to as "both sides") reached common understanding and agreed upon the matters referred to in the documents attached hereto.



Mr. Yoshiharu YONEYAMA
Leader,
Mid-term Review Mission,
Japan International Cooperation Agency



Vientiane, October 23, 2012
Dr. Bounfeng PHOUMMALAYSITH
Director of Cabinet
Ministry of Health

I. DISCUSSION POINTS

1. Revision of Project Design Matrix (PDM) and Plan of Operation (PO)

In order to better reflect 1) the actual engagement of the Project up to MTR and 2) Project's future directions, the following changes were made to the PDM during the MTR. Revised PDM was agreed between both sides as PDM1 and PO 1 as attached.

2. Construction of the central MCH Center

With regard to the Minute of Meeting, signed on March 10, 2012, the Japanese side agreed to take necessary measures to construct the central MCH center at its own expense. However, the change of construction plan caused delay with prolonged negotiation, and this input would not contribute to the Outputs of this Project due to this delay in implementation.

II. SUMMARY

1. Conclusion

The Project has made tangible progress for Output 1 and Output 3. With respect to Output 1, supervision and monitoring both in terms from managerial and technical aspect would be required for better planning and implementation. Concerning Output 2, further support for service providers, especially for conducting the integrated outreach services would be required to improve the coverage of Maternal, Neonatal and Child Health (MNCH) services. Regarding Output 3, continuous health education events and expansion of health promotion activities to health centers (HCs) would be required for better coverage of MNCH services as well.

Although the outcome indicators of service coverage do not reflect gains from Outputs yet, the project purpose is expected to be achieved by continuing the current efforts in target provinces.

2. Recommendations

The MTR Team made the following recommendations based on the result of MTR.

(For Provincial Health Offices: PHOs)

- 1) Summarize their lessons learned/good practices
- 2) Review human resource deployment plan for obtaining service outputs
- 3) Strengthen data collection and analyses to identify effectiveness of interventions and to formulate appropriate follow-up actions
- 4) Ensure proper guidance for the fund coordinators and Mother and Child Health (MCH) Section on proper utilization and reporting of the fund for integrated outreach



5) Consider ways to lift burdens (e.g. reporting forms) at the HCs together with development partners (DPs)

6) Consider better ways to connect the process of integrated MNCH planning with that of acquiring budget

(For the Ministry of Health: MoH)

1) Utilize feedback from PHOs

2) Provide information on centrally-planned policy/program changes and activities well in advance, for inclusion in the Provincial Plan

3) MoH to expedite issuance of the revised Health Management Information System (HMIS) form(s) for the basic MNCH indicators, which is (are) easy to fill in by service providers at all levels

(For DPs)

1) Harmonize DPs' support to the provincial plan through coordination

3. Lessons learnt

The MTR Team identified the following lesson learnt from the Project implementation.

1) The Annual Activity Implementation Plan shared objectives, clear responsibility; and joint monitoring system created a sense of responsibility at provincial/district levels

2) The Annual Activity Implementation Plans were easy to understand for DPs and could serve as an effective tool to secure budget

3) Sharing progress and experiences among four provinces contributed to increased motivation and confidence

4) Additional practical instructions bridged the gap between central policies/strategies and actions at the provincial/district/community levels.

Attached Document

The Joint Mid-term Report

Annex I:	PDM-1 and PO 1 (revised)
Annex II:	PDM0-1
Annex III:	List of Persons Interviewed
Annex IV:	List of Long-term and Short-term Experts Provided
Annex V:	List of Counterparts
Annex VI:	Summary of the Training Supported by the Project
Annex VII:	List of Training in Japan Provided for the Counterpart
Annex VIII:	List of Equipment procured for the Project
Annex IX:	Japanese Contribution to the Project's Local Expense Support
Annex X:	Schedule of the Study



F

11

Mid-Term Review Report
on Japanese Technical Cooperation
for
Strengthening Integrated Maternal, Neonatal and
Child Health Services in Lao PDR

Japan International Cooperation Agency
and
Ministry of Health

October 2012



Table of Contents

1.	OUTLINE OF THE MIDTERM REVIEW STUDY	1
1.1.	BACKGROUND AND OBJECTIVES OF THE STUDY	1
1.2.	PURPOSE OF THE MID-TERM REVIEW	1
1.3.	MEMBERS OF THE REVIEW TEAM AND SCHEDULE OF THE STUDY.....	2
1.4.	SCHEDULE AND PERSONS INTERVIEWED	2
1.5.	OUTLINE OF THE PROJECT.....	2
1.6.	METHODOLOGY OF THE MID-TERM REVIEW	3
1.6.1	<i>Flow of Mid-Term Review Study</i>	3
1.6.2	<i>Data Collection Methods of the Mid-Term Review</i>	3
1.6.3	<i>Criteria of Evaluation</i>	3
2.	RESULTS OF THE MID-TERM REVIEW STUDY	5
2.1	ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT.....	5
2.1.1	<i>Inputs</i>	5
2.1.2	<i>Activities</i>	8
2.1.3	<i>Outputs</i>	13
2.1.4	<i>Project Purpose</i>	21
2.2	IMPLEMENTATION PROCESS	24
2.3	PROMOTING AND INHIBITING FACTORS	26
2.4	RESULTS BY FIVE EVALUATION CRITERIA.....	27
2.4.1	RELEVANCE	27
2.4.2	EFFECTIVENESS	28
2.4.3	EFFICIENCY.....	28
2.4.4	IMPACT.....	29
2.4.5	SUSTAINABILITY	30
2.5	CONCLUSION	31
2.6	RECOMMENDATIONS	32
2.7	LESSONS LEARNED.....	32
3.	FUTURE DIRECTIONS OF THE PROJECT	33
3.1	FUTURE DIRECTIONS OF THE PROJECT (OVERALL).....	33
3.2	CHANGES MADE TO THE PROJECT DESIGN	34

20

i

List of Tables, Figures and Diagrams

Table 1-1: Definitions of the Five Evaluation Criteria for the Mid-Term Review	3
Table 2-1: Planned and Actual Inputs by the Japanese Side.....	5
Table 2-2: Inputs by the Laos Side, Planned and Actual.....	6
Table 2-3: Progress of Activities.....	8
Table 2-4: Achievements of Project Outputs (As of September 2012)	13
Table 2-5: Total Number of Health Staff trained in the Community Midwifery and the MNCH Core Modules	17
Table 2-7: Achievement of the Project Purpose (As of September 2012).....	21
Table 3-1: Changes made to the PDM during MTR	34
Figure 2-1: Proportion of Health Centers with at least one trained personnel for module 1~3	17
Figure 2-2: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Champasack Province.....	22
Figure 2-3: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Salavan Province.....	22
Figure 2-5: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Attapeu Province.....	22

Annexes

Annex I:	PDM-1 (revised)
Annex II:	PDM0-1
Annex III:	List of Persons Interviewed
Annex IV:	List of Long-term and Short-term Experts Provided
Annex V:	List of Counterparts
Annex VI:	Summary of the Training Supported by the Project
Annex VII:	List of Training in Japan Provided for the Counterpart
Annex VIII:	List of Equipment procured for the Project
Annex IX:	Japanese Contribution to the project's Local Expense Support
Annex X:	Schedule of the Study

Abbreviations

ANC	Antenatal Care
BeMONC	Basic Emergency Maternal, Obstetric and Newborn Care
BeON-LSS	Basic emergency obstetric and newborn life-saving skills
CeMONC	Comprehensive Emergency Maternal, Obstetric and Newborn Care
CESVI	
CIEH	Center for Information and Education for Health
CDSWC-II	Capacity Development for Sector-wide Coordination in Health (Phase-II)
DH	District Hospital
DHO	District Health Office
EPI	Expanded Program on Immunization
FP	Family Planning
HC	Health Center
HE	Health Education
HPD	Health Promotion Day
IEC	Information, Education and Communication
IMCI	Integrated Management of Child Illnesses
JICA	Japan International Cooperation Agency
KAP	Knowledge, Attitudes, and Practices
MCH	Maternal and Child Health
MCH/EPI-TWG	MCH/EPI Technical Working Group
MDGs	Millennium Development Goals
MdM	Médecins du Monde
MMR	Maternal Mortality Ratio
MNCH	Maternal, Neonatal, and Child Health
MoH	Ministry of Health
MR	Minimum Requirements
NIP	National Immunization Program
NSEDP	National Socio-economic Development Plan
PDCA (cycle)	Plan – Do – Check – Act
PDM	Project Design Matrix
PHC	Primary Health Care
PH	Provincial Hospital
PHO	Provincial Health Office
PNC	Postnatal Care
R/D	Record of Discussions
SBA	Skilled Birth Attendance
SBAAtt(s)	Skilled Birth Attendant(s)

TOT	Training of Trainers
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
U5MR	Under-5 Mortality Rate
VHV	Village Health Volunteer
WHO	World Health Organization

7

BP

1. Outline of the Midterm Review Study

1.1. Background and Objectives of the Study

In Lao P.D.R., the national health status has been improving steadily over the past decades. Despite the progress made, Maternal Mortality Ratio (MMR) and Infant Mortality Rate (U5MR) still remains the highest among ASEAN countries, where the estimation of MMR to be 405 per 100,000 live births and U5MR to be 98 per 1,000 live births (2005, National Census). Improvement of health care services, especially for maternal and child health is the priority issue to be addressed by the Lao Government as well as achieving health related MDGs.

In response to the circumstances, the “Strategy and Planning Framework for the Integrated Package of Maternal, Neonatal and Child Health (MNCH) Services 2009-2015(Integrated MNCH Strategy)” was developed through the MNCH Technical Working Group to accelerate reducing maternal, neonatal and child mortality, as well as maternal and child malnutrition in cooperation with various development partners (DPs), such as WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, as well as JICA.

The following are the strategic objectives:

1. Improving leadership, governance and management capacity for program implementation.
2. Strengthening efficiency and quality of health service provision.
3. Mobilizing individuals, families and communities for maternal, neonatal and child health.

In line with this Integrated MNCH Strategy, the Project to Strengthen Integrated Maternal, Neonatal and Child Health Services (hereafter referred to as the “Project”) aims to improve the coverage of maternal, neonatal and child health services targeting four southern provinces (Champasack, Salavan, Sekong and Attapeu) through: (a) appropriate management of MNCH services by the Provincial and District Health Offices; (b) improvement of knowledge and skills of health service providers for MNCH service delivery; and (c) enhancement of the mobilization of communities for MNCH services.

In the middle of the project duration, JICA conducted this Mid-Term Review (MTR) study to examine the achievement level of the outputs and purpose of the Project.

1.2. Purpose of the Mid-Term Review

- 1) Review the achievements and process of the project
- 2) Assess the progress made and future directions of support for the Integrated MNCH Strategy
- 3) Evaluate JICA’s technical cooperation based on the five evaluation criteria.
- 4) Draw out lesson learned and identify challenges ahead from two-years’ experience.

1.3. Members of the Review Team and Schedule of the Study

No.	NAME	ROLE	TITLE
1	Mr. Yoshiharu YONEYAMA	Leader	Senior Representative, JICA Laos Office
2	Dr. Chiaki MIYOSHI	Technical Advisor on MNCH	National Center for Global Health and Medicine, Japan
3	Ms. Yui TAKAYAMA	Cooperation Planning-1	Health Division3 Human Development Department JICA Headquarters
4	Ms. Yuki YOSHIMURA	Cooperation Planning-2	Focal Point of Health Section, Representative, JICA Laos Office
5	Ms. Yoko OGAWA	Evaluation Analysis	Specialist in Social Development
6	Mr. Vangxay Phonemameuang	Team member	National Staff, JICA Laos Office
7	Dr. Panome Xayamoungkhoun	Lao Evaluator	Maternal and Child Health Center

1.4. Schedule and Persons interviewed

See Annex III and X

1.5. Outline of the Project

< Overall Goal >

Maternal, neonatal and child mortality is reduced in the four southern provinces,
i.e., Champasack, Salavan, Sekong, and Attapeu.

<Project Purpose >

Coverage of the maternal, neonatal and child health (MNCH) services is improved in the four southern provinces.

<Outputs >

Output1: The MNCH services are appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs).

Output2: Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH services delivery are improved.

Output3: Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with various organizations.

<Project Period>

Five (5) years from 25 May 2010 ~ 24 May 2015

*Duration of Review is from 25 May 2012 ~ 30 September 2012

1.6. Methodology of the Mid-Term Review

1.6.1 Flow of Mid-Term Review Study

The Mid-Term Review (MTR) of the Project was conducted following the process shown below, as per the JICA Project Evaluation Guideline of January 2004:

Step 1: The first version of the Project Design Matrix (PDM ver.0-1; See Annex II) was adopted as the framework of this review exercise. An "Evaluation Grid" was formulated based on this framework.

Step 2: Analysis was conducted on the level of Project's achievements, and factors that promoted or inhibited the achievement level, based on the information gathered by the MTR Team.

Step 3: An assessment of the Project results was conducted based on the five evaluation criteria: "relevance", "effectiveness", "efficiency", "impact" and "sustainability" (See "Table 1-1: Criteria for Evaluation" for the definition of each criterion.)

Preliminary results were shared and discussed among representatives of four target provinces on 16 October 2012, as well as those of the Ministry of Health on 19 October 2012. Results of the discussions are reflected in the Recommendations.

Step 4: Recommendations for the Project for the second half of the implementation period were devised, based on which PDM was revised. Additionally, lessons learned were extracted for future programs.

1.6.2. Data Collection Methods of the Mid-Term Review

Both quantitative and qualitative data were gathered and/or utilized for analysis. Data collection methods used by the Team were as follows:

- (1) Literature/documentation review;
- (2) Interviews with stakeholders (See Annex III: Persons interviewed); and,
- (3) Direct observations at Project implementation site.

1.6.3. Criteria of Evaluation

Definitions of the five evaluation criteria that were applied in the analysis for the MTR are given in Table 1-1 below.

Table 1-1: Definitions of the Five Evaluation Criteria for the Mid-Term Review

Five Evaluation Criteria	Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
--------------------------	--

Five Evaluation Criteria	Definitions as per the JICA Evaluation Guideline
1. Relevance	Relevance of the Project is reviewed by the validity of the Project Purpose and Overall Goal in connection with the Government development policy and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries in Lao PDR.
2. Effectiveness	Effectiveness is assessed to what extent the Project has achieved its Project Purpose, clarifying the relationship between the Project Purpose and Outputs.
3. Efficiency	Efficiency of the Project implementation is analyzed with emphasis on the relationship between Outputs and Inputs in terms of timing, quality and quantity.
4. Impact	Impact of the Project is assessed in terms of positive/negative, and intended/unintended influence caused by the Project.
5. Sustainability	Sustainability of the Project is assessed in terms of institutional, financial and technical aspects by examining the extent to which the achievements of the Project will be sustained after the Project is completed.

Source: JICA Project Evaluation Guideline (revised, January 2004), JICA

5

BF

2. Results of the Mid-Term Review Study

2.1 Achievements of the Project

2.1.1 Inputs

Table 2-1 shows the comparison between the planned (as per R/D of March 2010) and actual inputs from the Japanese side (as of August 31, 2012), while Table 1-3 shows those from the Laos side up to 30 September 2012. (Unless otherwise noted)

Table 2-1: Planned and Actual Inputs by the Japanese Side

Planned (as per R/D of March 2010)	Actual (as of September 30, 2012)
[Japanese Long-term Experts]	
■ One (1) Chief Adviser	■ Chief Adviser [32MM]
■ Community Health (Nursing Care/Midwifery)	■ Maternal and Child Health (Nursing and Midwifery Care) [21MM]
■ Community Health (MCH)	■ Community Health (Maternal and Child Health) [24MM]
	■ Project Coordinator/Health Education [5MM]
■ Project Coordinator	■ Community Health (Health Administration) [6MM]
	■ Community Health (Mother and Child Health Service) [6MM]
	■ Project Coordinator/ Institutional Coordination [3MM]
[Japanese Short-term Experts]	
■ Midwifery	■ One (1) Health Education (IEC) [1MM]
■ IEC	■ One (1) Architectural Planning
■ Obstetrics and gynecology	■ One (1) Community Health (Health Administration) [2MM]
■ Other Experts as needed	[2MM]
	(see Annex-IV for details)
[CP Training in Japan and other countries]	
■ Necessary technical training	■ Total of nine (9) persons, including four (4) in managerial and five (5) in technical, were trained in Japan (see Annex-VII for details)
[Equipment]	
1. Vehicles	1. Vehicle \$ 202,800
2. OA machines	2. OA machines \$ 61,541
3. Machines for producing IEC materials	3. Machines for producing IEC materials \$ 84,928
4. Scales for measurement	4. Scales for measurement \$ 5,824
5. Equipment for delivery	5. Equipment for delivery \$ 41,791
	6. Training Material \$ 5,036
	TOTAL: USD 401,920 (as of August 2012) (see Annex-VIII for details)
[Operation Costs]	
■ Construction of the central MCH center	FY 2010 \$107,557 FY 2011 \$195,093 FY 2012 \$ 64,644 (as of September 2012)

Planned (as per R/D of March 2010)	Actual (as of September 30, 2012)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Manuals and teaching materials ■ for training ■ IEC materials ■ Others 	<p style="text-align: right;">TOTAL: US\$367,293</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Operation costs were utilized for training, workshops, printing for training manuals, teaching materials and IEC materials. Construction of the central MCH center has not been done at the time of MTR. <p style="text-align: right;">(see Annex-IX for details)</p>

Source: Record of Discussion for the Project, March 2010; Project Reports May 2010~August 2012; Information gathered by the MTR Team, September ~ October 2012

Table 2-2: Inputs by the Laos Side, Planned and Actual

Planned (as per R/D of March 2010)	Actual (as of September 30 2012)
<p>[Personnel]</p> <p>a) Ministry of Health</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Project Director: Director of the Department of Hygiene and Prevention, Ministry of Health ■ Project Manager: Director of the MCH Center, Ministry of Health ■ Counterparts of the Project: <ul style="list-style-type: none"> i) Staff of all departments: Cabinet, Department of Hygiene and Prevention, Department of Health Care, Department of Planning and Finance, Department of Food and Drugs, Department of Inspection, and Department of Organization and Personnel ii) Staff of MCH Center iii) Staff of Center for Information and Education for Health (CIEH) iv) Staff of Central Hospitals: Director, Deputy Director, Division Chief (Administrative Division, Technical Management Division), Section Chief (Maternal and Child Health Section) v) University of Health Sciences: President, Vice President, Faculty, Department, Division Chief (Administrative Division, Technical Management Division), Section Chief (Maternal and Child Health Section) 	<p>[Personnel]</p> <p>a) Ministry of Health</p> <p>Project Director, Project Manager and most of the enlisted Counterparts have been provided satisfactorily, especially in the Department of Hygiene and Prevention.</p> <p>The level of involvement of the following Departments in the Ministry of Health has been limited.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Department of Organization and Personnel ■ Department of Planning and Finance ■ Department of Healthcare ■ Department of Food and Drugs ■ Department of Inspection ■ Staff of Central Hospitals <p style="text-align: right;">(See Annex-V for details)</p>
<p>b) Southern Provinces:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Staff of Provincial Health Office: Director, Deputy Director, Division Chief (Administrative Division, Technical Management Division), Section Chief (Maternal and Child Health Section) ■ Staff of Provincial Hospital: Hospital Director, Staff of MCH Section, Staff of Obstetrics and Gynecology, Staff of Pediatrics 	<p>b) Southern Provinces:</p> <p>Counterparts were satisfactorily engaged in Project-supported activities at the Provincial level.</p> <p>Counterparts were</p>

Planned (as per R/D of March 2010)	Actual (as of September 30 2012)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Staff of School of Public Health: Director, Deputy Director, Division Chief (Administrative Division, Technical Management Division), Section Chief (Maternal and Child Health Section) ■ Staff of District Health Office: Director, Deputy Director, Division Chief (Administrative Division, Technical Management Division), Section Chief (Maternal and Child Health Section) ■ Staff of District Hospital: Hospital Director, Staff of MCH Section, Staff of Obstetrics and Gynecology, Staff of Pediatrics 	<p>satisfactorily engaged in Project-supported activities at the Provincial level.</p> <p>Counterparts were satisfactorily engaged in Project-supported activities at the District level.</p> <p>(see Annex-V for details)</p>
<p>[Land, Buildings and Facilities]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Office space in each Provincial Health Office and necessary facilities including electricity, water supply and communication facilities for the Japanese experts ■ Necessary space and facilities for training, workshops and other activities of the Project ■ Operational expenses such as the supply of water, electricity, gas and furniture for the Project offices, and other running expenses necessary for the Project operation ■ Other spaces as mutually agreed upon as required 	<p>[Land, Buildings and Facilities]</p> <p>The followings were provided satisfactorily:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Office space in each Provincial Health Office ■ Necessary space and facilities for training¹, workshops and other activities of the Project ■ Operational expenses such as the supply of water, electricity, gas and furniture for the Project offices, and other running expenses necessary for the Project operation.

Source: R/D (March 2010); Data collected by the MTR mission, October 2012

¹ The Project contributed financially for facility upgrade of training facilities in four Provincial Health Department.

2.1.2 Activities

Table 2-3 below shows the progress as of August 2012, in comparison with the Activities enlisted in the original PDM (version 0-1, as of March 10, 2010).

Table 2-3: Progress of Activities

Activities under Output 1: The MNCH services are appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs).

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress	
	◎=Well implemented. ○= Implemented. Δ=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
1.1 Convene the orientation workshops and establish provincial MCH/EPI-Technical Working Group (TWG) in each province.	◎	1.1 Orientation workshops for four provinces have been conducted prior to the Project with support by other Projects/Partners: <ul style="list-style-type: none"> • Salavan Province: December 2009 by WHO • Other 3 provinces: March 2010 by JICA-CDSWC MCH/EPI TWG at the provincial level was established shortly after Project's inception.
1.2 Collect basic information and data on the MNCH services in the target four provinces.	○	1.2 Data collection was not performed at the beginning of the Project in a form of survey. Instead, data collection of a set of MNCH indicators has been systematically incorporated into regular monitoring activities by MNCH-TWG/Sector Working Group (SWG). Additionally, a new efforts in data collection have just began through outreach and health education activities related to the following data: <ul style="list-style-type: none"> • numbers of pregnant women • numbers of under 5 children • numbers of maternal, infant and under 5 deaths A self-administered questionnaire survey was conducted between August ~ September 2012 to review the MNCH services in all health facilities in the four provinces.
1.3 Draw up the Provincial and District MNCH Annual Plans in the target four provinces.	◎	1.3 Provincial and District MNCH Annual Plans have been completed in all four provinces every year since 2010 in an improved format.
1.4 Participate in TOT on the management of MNCH service delivery for the MCH staff of the PHOs at the central MCH Center.	×	1.4 This activity has not been conducted as the central MNCH Center has not been operational to date, due to the delay in its construction.
1.5 Conduct the training on the management of MNCH service delivery by the PHOs.	Δ	1.5 The following workshops and training have been conducted: <ul style="list-style-type: none"> • 4 provinces: 1~3-day workshop on formulation of the Annual Plan (3~4 times per province) for personnel in all (27) districts • Sekong & Attapeu: 2-day training on monitoring indicators for personnel in all (9) districts At the same time, capacity building was done by Project Experts through regular MNCH-TWG/ SWG meetings and routine work.

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress ◎=Well implemented. ○= Implemented. Δ=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
		<i>Additional needs in management training should be defined for follow-up.</i>
1.6 Supervise the DHOs (by PHOs) and Health Centers (HCs: by DHOs) from the perspective of the service delivery management on regular basis.	Δ	1.6 The following supervisory activities of DHOs by PHOs at the district level from the perspective of service delivery management were conducted to date with support of the Project: <ul style="list-style-type: none"> • Sekong: During March 2011 for all (4) districts • Attapeu: During April ~ May 2011 for all (5) districts Additionally, the following supervisory visits were made by the PHOs: <ul style="list-style-type: none"> • Sekong & Attapeu: On the status of service delivery of all Sections of DHOs and monitoring indicators, in May 2012 for all (4/5) districts • Champasack & Salavan: On IEC activities, three (3) times per province during 2011 and 2012 <i>How 'regular' and in which activities supervisions shall be done can be defined further for follow-up.</i>
1.7 Manage data and information on the MNCH services.	○	1.7 Data and information on the MNCH services were managed by the MNCH-TWG in Champasack and Salavan and SWG in Sekong and Attapeu.
1.8 Manage data on the human resources and training of MNCH services.	○	1.8 Data on human resources and training of MNCH services were managed by a newly established HRD Team in Champasack and by the Organization and Personnel Section in Salavan provinces. Data collection and aggregation were performed by MCH Section in Sekong and Attapeu, which will be managed by the SWG as part of monitoring activities.
1.9 Plan, implement, and monitor the MNCH services through the Minimum Requirements (MR).	Δ	1.9 Japanese Experts have provided technical assistance to Salavan province only, due to the lack of interest in applying the MR principle among three other provinces. <i>Effectiveness and feasibility of applying the MR principle for the improvement of MNCH services under this Project should be re-considered and defined for follow-up.</i>
1.10 Convene PHO regular meetings with health-related development partners in each target province.	◎	1.10 MNCH-TWG has been conducted quarterly in each province with participation of DPs. (In Champasack, monthly coordination meetings with DPs were also supported.)
1.11 Convene regular meetings between PHO and DHOs in each target province.	○	1.11 Prior to the Project, Champasack & Salavan PHOs had been conducting regular meetings with DHOs; while it was irregular in Sekong and Attapeu. After the inception, related counterparts have been invited to MNCH-TWG/ SWG meetings twice (x 2) a year in all (4) provinces.
1.12 Share information on the MNCH services among the target four provinces.	◎	1.12 Information on the MNCH services was regularly shared among the four (4) target provinces twice (x 2) a year through the meetings supported by the Project.
1.13 Monitor the MNCH services in the target four provinces with the central staff.	○	1.13 Mother and Child Health Center (MCHC in MoH) conducted monitoring visits of districts and health centers (HCs) together with the provincial level once or twice a

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress ◎=Well implemented. ○= Implemented. △=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
		<p>year (without Project's support).</p> <p>The extent of involvement of the central staff in monitoring MNCH services, supported by the Project, was limited to information exchanges in the biannual meetings with the four (4) provinces. Meeting minutes of provincial-level MNCH-TWG of all provinces were sent to the MCH Center in Vientiane.</p>
1.14 Participate in regular meetings on the MNCH services with MCH staff of the PHOs at the central MCH Center.	×	<p>1.14 Participation in the central-level MNCH-TWG meetings was limited to the Chief Advisor of the Project, on an irregular basis, contrary to the initial intention of involving provincial TWG for learning purposes.</p> <p><i>This activity may not be necessary as provincial TWGs are conducted smoothly, and as TWG members take part in other ad-hoc meetings organized at the central level.</i></p>

Activities under Output 2: Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH service delivery are improved.

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress ◎=Well implemented. ○= Implemented. △=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
2.1 Conduct a survey on attitudes and practices about the MNCH service delivery of the health staff.	×	2.1 Not conducted due to the lack of manpower to conduct a survey with meaningful results, also due to the inadequacy to conduct a survey of this scale by a single project. At the same time, benefits of this survey are unlikely to offset the cost and efforts required.
2.2 Conduct TOT on the 1st Level MNCH Core Services* for the instructors of PHOs and PHs.	△	<p>2.2 There were no TOT modules for the said training.</p> <p>Under this Project, all the relevant staff (21 persons) at PHOs, PHs and A-level DHs were trained on the first three (3) modules² of the 1st Level MNCH Core Services, in order to effectively conduct monitoring of MNCH Core Services at HCs.</p> <p><i>Additionally, necessity in providing TOT in Midwifery for the same staff may be assessed.</i></p>
2.3 Conduct the training on the 1st Level MNCH Core Services for the in-service health staff.	△	<p>2.3 One training, so far, on the 1st Level MNCH Core Services³ (module 1~3) for districts in four provinces was conducted.</p> <p>Staff at all the B-level DHs and HCs were trained/are being trained with support by other DPs.</p>
2.4 Participate in TOT on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service	×	2.4 This was not implemented by the Project as it had already been implemented with the support of the World Bank. However, this past training has not been translated into

²The 1st Level MNCH Core Training consists of the following five modules: (1) BeON-LSS; (2) ANC/PNC; (3) Essential newborn care; (4) Family planning; and (5) IMCI.

³ This consists of the following 5 modules: 1) Basic Emergency Obstetric and Newborn Care ~ Life Saving Skills (BeONC-LSS), 2) Antenatal Care / Postnatal Care, 3) Essential Newborn Care, 4) Family Planning, and 5) IMCI.

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress	
	◎=Well implemented. ○= Implemented. Δ=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
package for the MCH staff of the PHOs at the central MCH Center.		actual execution of outreach activities. As such, Project Experts have provided technical support to PHOs in Sekong and Attapeu, in order to promote training activities on the MCH/EPI integrated service package at district and HC levels. <i>Technical support will also be provided to PHOs in Champasack and Salavan by Project Experts in the second half.</i>
2.5 Conduct the training on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package for the HC staff.	◎	2.5 Project Experts have provided technical inputs to this training in Sekong and Attapeu, while financial support was made by other DPs. Training on outreach activities is not yet conducted in Champasack and Salavan. <i>The activities will follow in the second half.</i>
2.6 Conduct the clinical practices in the community midwife course and registered midwife course at the Champasack Provincial Hospital (PH).	×	2.6 Not conducted in order to avoid overwraps with the activities supported by the Médecin du Monde (MdM) and other DPs <i>This could be deleted if MdM continues to support this activity in all four (4) provinces.</i>
2.7 Conduct the clinical practices on the basic & comprehensive emergency obstetric and newborn care (BeMONC&CaMONC) for the in-service medical doctors and assistants (MDs and MAs) working for the PHs and DHs at the Champasack PH.	×	2.7 Not yet conducted, due to unavailability of the revised BeMONC modules until recently. <i>The activities will follow in accordance with the revised modules.</i>
2.8 Conduct follow-up activities from the perspective of the technical skills of health staff on regular basis.	Δ	2.8 Not yet fully implemented. Follow-up activities, or technical supervision, are planned to be implemented in conjunction with health education events in Sekong and Attapeu. One such follow-up has been conducted in Sekong, Champasack and Salavan within IEC Workshops. <i>Most appropriate way of operationalizing follow-up should still be devised in Champasack and Salavan in the future.</i>

Activities under Output 3: Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with various organizations.

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress	
	◎=Well implemented. ○= Implemented. Δ=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
3.1 Conduct a KAP survey on the MNCH services to the community people.	×	3.1 Not conducted due to the lack of manpower to conduct a quality KAP survey and also due to the inadequacy to conduct a survey of this scale by a single project. Data on "P" practice part can be obtained through Project Purpose level indicators on service coverage.

bf

bf

Plan (as per PDM ver.0-1)	Progress ⊙=Well implemented. ○= Implemented. △=Implemented indirectly. ×=Not implemented.	
3.2 Share information on the MNCH services with the provincial government, the Lao Woman's Unions, the Lao Youth Associations, MCH health committees, relevant local authorities, etc. in each target province.	○	3.2 MCH-TWG was participated by non-health sector organizations who collaborated with PHOs on occasions of health education events and of data collection.
3.3 Draw up the plans for the Information, Education, and Communication (IEC) activities by the IEC sections of the PHOs and DHOs in collaboration with the Center for Information and Education for Health (CIEH) of the MOH.	⊙	3.3 A handbook on organization of health education events was formulated together with Champasack and Salavan PHOs together with CIEH. Each district planned health education events using the handbook and in line with the norm set by the province. <i>In the future, provinces may not require much technical inputs of CIEH as their capacity appears sufficient.</i>
3.4 Regularly conduct IEC activities, such as events, etc., in each target province.	⊙	3.4 Health education events were conducted regularly in almost all districts in four provinces, although in varied progression. In Champasack and Salavan, activities have rolled out to HCs while in Attapeu, PHO has just begun rolling out to the district level.

Source: Report prepared for the MTR Mission by the Project, September 2012

In all four provinces, most of the activities have either been implemented or began implementation, with slight variation reflecting the different needs in each province. For example, Sekong and Attapeu have completed training on integrated outreach while Champasack and Salavan have not. Another example is that Champasack and Salavan have already extended their health education events to Health Center level, while Sekong and Attapeu still remained at Provincial and District levels.

Activities under Output 1 are well on track especially in the area of planning and monitoring, except ones that require initiatives of the central Ministry of Health. Implementation of Activities under the Output 3 was accelerated in the second year, with two (2) provinces already rolling out to the HC level, while those under Output 2 have experienced some delays and changes in the plan.

Most delays in activities lie in factors over which Project has limited control, such as unavailability of finalized training modules at the central level or of financial resources pledged by other DPs on time, or, delays in some activities to be initiated at the central level. Some of the delayed or unimplemented activities became irrelevant for the Project, especially under the Output 2, due to the fact that other DPs have extended financial support to such activities. There is a need for radically review the Activities under Output 2, based on what could be the most appropriate role and contribution of this Project.

Some activities, especially KAP surveys on health personnel and on community, are considered having little benefits that offset the costs and efforts required.

2.1.3 Outputs

Table 1-5 shows the status of progress in terms of Objectively Verifiable Indicators (OVIs) of the Project Outputs (as per PDM ver.0-1).

Table 2-4: Achievements of Project Outputs (As of September 2012)

Narrative Summary	Indicators (PDM 0-1)	Achievement
Output 1 The MNCH services are appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs).	1) PHOs supervise more than XX% of the DHOs twice a year.*	✓ All (100%) of DHOs received supervision in some aspect of MNCH service delivery at least once in 2011 and 2012. ✓ Quarterly supervision on managerial aspects of the MNCH services was regularly conducted by PHOs.
	2) HCs conduct outreach services to more than XX% of the target villages four times a year.	<i>Data, both baseline and current, is not available in this format.</i> ✓ Alternative indicator: 57% of HCs have "full package" of outreach activities (Matsui Study, 2012)
	3) Percentage of DHs (23) and HCs (144) possessing equipment and medical drugs necessary for the MNCH services attains to more than XX% in the target four provinces.*	✓ Many HCs do not have basic equipment and medicines for life-saving interventions. <i>Details in availability of medical equipment and drugs can be found in the results of a questionnaire-based survey by the Project, September 2012.</i>
Output 2 Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH service delivery are improved.	1) More than XX% of the training courses, such as the 1st Level MNCH Core Services, MCH/EPI integrated outreach services, etc., planned by the Project are conducted.*	<i>Data is not gathered, as this indicator does not adequately reflect Project's achievement. This is due to:</i> <i>1) the fact that training planned by the Project is only a fragment of all required training under the SBA Plan; and</i> <i>2) Project's stance to respect the framework of PHO/DHO's own training plan.</i>
	2) Attitudes and practices about the MNCH service delivery by the health staff are positively changed.*	<i>Data, both baseline and current, is not available as a survey was not conducted at the time of MTR.</i>
Output 3 Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with	1) Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of the community people for the MNCH services are improved.*	<i>Data, both baseline and current, is not available as a survey was not conducted at the time of MTR.</i>

Narrative Summary	Indicators (PDM 0-1)	Achievement
various organizations.		

Source: *Project Monitoring Report, 2007; Report prepared for the Mid-term Review by the Project, September 2012*

Note: Regarding the indicators with an asterisk (*), the Project is still coming up with more appropriate indicators for quality assessment.

As one can observe from the Table 2-4, it is difficult to grasp the extent of achievement by just reviewing the OVIs in the current PDM. This is partly due to the unavailability of data of some OVIs, and partly due to the inadequacy of OVIs to assess the achievements of the Project.

The MTR Team looked into some additional aspects of Project's achievements through data obtained via interviews and observations, both quantitative and qualitative, in order to assess the extent of achievements as shown below.

Output 1: The MNCH services are appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs).

This Output corresponds to the Strategic Objective One (SO1) of the MNCH Strategy, i.e. "Improving leadership, governance and management capacity for (MNCH) program implementation."

Objectively Verifiable Indicators for Output 1:

- PHOs supervise more than XX% of the DHOs twice a year.
- HCs conduct outreach services to more than XX% of the target villages four times a year.
- Percentage of DHs (23) and HCs (144) possessing equipment and medical drugs necessary for the MNCH services attains to more than XX% in the target four provinces.

In improving management of MNCH services, notable progress has been observed⁴ in leadership, management capacity and a sense of ownership of the PHOs/DHOs of four provinces, especially at the Provincial level. However, these qualitative changes could not be captured by the OVIs of the current PDM.

Qualitative changes in leadership, governance and management capacity: Prior to Project's support, provinces and districts either had not had any annual plan, or had a plan

⁴ This observation was consistent across stakeholders working with the PHO, namely, the MCHC, JICA experts and DPs operating in four provinces.

that consisted merely of a list of activities that were funded by the DPs, or by the central Ministry. These plans had also been kept separately by different sections, for example, EPI and MCH maintained and implemented separate plans. As a result of the Project support, the provinces are able to develop their Annual Activity Implementation Plan for the integrated MNCH program (in Champasack and Salavan), or Annual Health Sector Activity Implementation Plan (in Sekong and Attapeu) (hereafter referred to as “the integrated Plan”) along with the MNCH’s strategic objectives. They also conduct quarterly monitoring based on the integrated Plan, both in terms of implementation status and of outcomes, analyze the strengths and weaknesses, and draw out future actions for the next integrated Plan. This Plan – Do – Check – Act (PDCA) cycle is done jointly with participation of relevant sections of the PHOs and DPs as well.

Furthermore, some DPs, namely CESVI and UNICEF, have supported part of unfunded activities in the provincial integrated Plan for the first year, and through the process of the next-phase Memorandum of Understanding (MOU) with DPs such as CESVI and MdM, some provinces are likely to secure more funds for their activities in the integrated Plan.

This progress is attributed by the Counterparts to 1) the clear framework (format of the integrated Plan) developed through the Project, 2) opportunities to obtain lessons learned from other provinces, as well as 3) collaborative actions among some DPs operating in the target provinces, and 4) continuous support provided by JICA’s technical experts based in the Southern provinces, among other factors.

Managerial support (supervision) of DHOs by PHOs: After the Project’s technical support, PHOs have begun regular quarterly monitoring that focuses on both the progress and outcomes of the provincial integrated Plan, with target indicators aligned with ones of the MNCH Strategy. Furthermore, similar integrated planning and monitoring have rolled out to the district level with supportive supervision, although there is still room for improving its quality. Project’s contribution was to have made the supervision systematic, integrated and regular on the overall MNCH activities of the target provinces.

Integrated Outreach Activities: “Integrated Outreach,” i.e. adding maternal health components to the pre-established channel of quarterly EPI services for hard-to-reach villages, is a core strategy in pursuit of rapidly improving the service coverage.

As of September 2012, 57% of HCs had the “full package⁵” of outreach activities. This “full package” may or may not include ANC/PNC and/or Growth Monitoring/screening of acute malnutrition of under-5 children. Other HCs had EPI + Vermicides + Vitamin A, with/without family planning (FP)/Iron/Folic Acid supplementation. More than 20% of

⁵ “Full Package” refers to: 1) 5 vaccines [TT, BCG, DPT-HepB-Hib, MR and Polio], 2) Vermicides & Vitamin A, 3) Iron and Folic Acid supplementation, and, 4) Four items of family planning [x2 oral contraceptives, injectable and condoms].

facilities only provided EPI services without Vermicides + Vitamin A, or even an incomplete set of EPI. (Matsui, September 2012)

However, the above mentioned status is not a reflection of Project's contribution. Training on how to conduct the "Integrated Outreach" in Sekong and Attapeu provinces have just been completed to relevant staff in District Hospitals (DHs) between March – August 2012 by the Project, and in HCs through the financial support by CESVI and UNICEF. Similar training was not provided to Champasack and Salavan provinces. Furthermore, almost all the districts have only conducted the first round of outreach in 2012, due to the delay in obtaining funds from the World Bank.

Availability of Medical Equipment and Drugs: A questionnaire-based survey⁶ to review the status of MNCH service provision in the four provinces found that:

- 1) Basic materials, medicines and vaccines were out of stock in some HCs;
- 2) Many HCs did not have basic equipment and medicines for life-saving interventions. [oxytocin 55%, Magnesium Sulfate 13%, Diazepam 34%, Bag & Mask for neonates 9%]

Project's intention has not been in procurement and dissemination of MNCH equipment and drugs. Rather, the Project intends to provide technical support to "improving management capacity for (MNCH) program implementation." This OVI may not be adequate to directly measure the progress of the Project.

Some areas in management that require further improvement include: 1) quality of supervision from PHO to DHO in planning, monitoring and evaluation as well as in data collection; 2) furthering analyses on the effectiveness of activities to obtain higher service coverage; 3) making sure follow-up actions are completed; and, 4) leadership in operationalizing and supervising the introduction of integrated outreach activities, including securing regular flow of donor resources.

Output 2: Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH service delivery are improved.

This Output corresponds to the Strategic Objective 2 (SO2) of the MNCH Strategy, i.e. "Strengthening efficiency and quality of health service provision."

⁶ This self-administered survey was conducted during August and September 2012 with assistance of a short-term JICA expert. The scope of the survey included analysis of 1) labor force (deployment, training and follow-up) and 2) infrastructure (facility, equipment, drugs), but excluded that of management (planning, financing, logistics) and situation analysis with demographic and epidemiological data (demand for service).

Objectively Verifiable Indicators for Output 2:

- More than XX% of the training courses, such as the 1st Level MNCH Core Services, MCH/EPI integrated outreach services, etc., planned by the Project is conducted.
- Attitudes and practices about the MNCH service delivery by the health staff are positively changed.

Data on the above OVIs for this Output were not available, as suggested in the Table 2-4.

Support for training courses: It is difficult to obtain the percentage of the completed planned training courses (OVI) at provincial level, partly because most of the MNCH training courses were centrally planned and funded by other DPs, and partly because of the weak record management of trained and deployed human resources at provincial level.

Numerous training activities were conducted between 2009 to date, under the Skills Birth Attendants Development Plan (2008~2012: the SBA Development Plan) and also around promotion of Integrated Outreach in the four provinces by other DPs (See Table 2-5 and Figure 2-1).

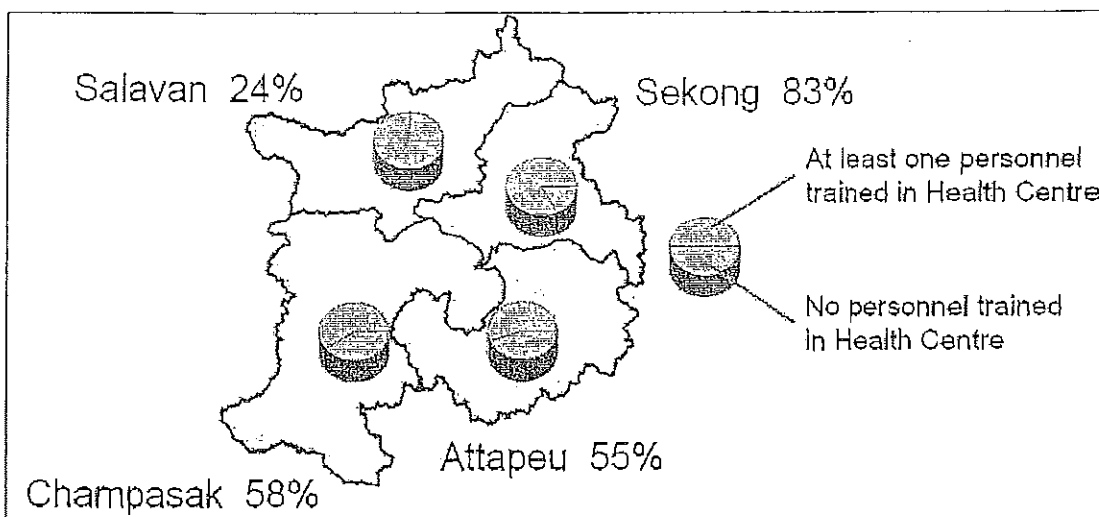
Table 2-5: Total Number of Health Staff trained in the Community Midwifery and the MNCH Core Modules

Province	Number of health staff trained in:			Number of DHs/HCs
	MNCH Core Modules		Community Midwifery	
	Modules [1][2][3] or [4][5]	Complete 5 modules		
Champasack	29	5	29	10/64
Salavan	61	5	18	8/53
Sekong	19	3	14	3/18
Attapeu	18	4	17	4/31

Source: Data submitted by PHOs, September 2012

Note: Information on the number/percentage of facilities with trained midwives could not be obtained from the MCH Section of the target four provinces.

Figure 2-1: Proportion of Health Centers with at least one trained personnel for module 1-3



Source: Data obtained from the Champasack College of Health Science, September 2012

Note: Number of trained personnel in Salavan Province could be understated as the number of trained personnel in the Khammouan Public Health School are not included in this figure.

Initial TOT training on integrated outreach had already been conducted with the support of the World Bank as well.

Taking stock of these past training, this Project intends to fill in gaps between training and operationalization of the integrated services; and has contributed to the following aspects that had not been covered by other DPs:

- 1) Identifying training gaps based on the analysis of past records in the four provinces and developing better-defined human resource training plans for the MNCH;
- 2) Training 21 health staff in PHO, PH and DH (type A) in the first 3 core modules;
- 3) Developing the “Instruction of Integrated MCH Services Outreach for District Health Office and Health Center Staff⁷”; and,
- 4) Training 157 health staff from PHs, DHs and HCs⁸ on Integrated Outreach in Sekong and Attapeu.

In the course of identifying the training needs in the four provinces, Champasack PHO has taken the process further, by establishing a human resource development team at the provincial level to ensure the proper selection and follow-up (deployment and supportive visits) of trainees.

Improving integrated MNCH service delivery: Activities to improve the integrated MNCH service delivery has yet to be fully implemented by the Project. Currently, PHOs

7 Developed by the Attapeu and Sekong Provincial Health Department with technical support by JICA in March, 2012.

8 130 trainees from HCs were financially supported by CESVI and by UNICEF due to difficulty in disbursing JICA funds at this level. JICA Project provided technical support to the training.

do conduct technical supervisory visits on EPI and MCH Programs (separately), or any other technical (curative and preventive) aspects. These include visits which are planned centrally by the MCHC twice a year and ones planned at provincial/district levels. These supervisory activities do not appear to be in a manner as systematic, integrated and on a regular basis as they could be. As there already are limitations in transport and time of PHOs and DHOs, the Project should devise more efficient and effective technical supervisory system in the future.

Regarding the attitudes and practices about the MNCH service delivery, the Project supported the development of the “Instruction of Integrated MCH Services Outreach for District Health Office and Health Center Staff⁹” based on the “GUIDELINES: Outreach activities on Integrated Maternal, Newborn and Child Health Services (MoH, 2010),” which presented a clear understanding and responsibilities among service practitioners in operationalizing the integrated MNCH services. Some health facilities with sufficient staff members in Sekong and Attapeu provinces have begun applying the instructions of the integrated outreach services.

Remaining tasks under Output 2 are: 1) providing remaining training under the SBA Development Plan and for integrated MNCH; 2) technical support for smooth operationalization of integrated MNCH services (both fixed and outreach); and, 3) follow-up for recently trained health staff including proper deployment and technical supportive supervision.

Output 3: Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with various organizations.

This Output corresponds to the Strategic Objective 3 (SO3) of the MNCH Strategy, “Mobilizing individuals, families and communities for maternal, neonatal and child health.”

Objectively Verifiable Indicators for Output 3:

- Knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the community people for the MNCH services are improved.

Data for the following OVI of this Output was not available, due to the lack of manpower at provincial and district levels to conduct quality KAP survey and also due to the inadequacy to conduct a survey of this scale by a single project. Instead, achievements under this Output were assessed by alternative data obtained by the MTR Team.

⁹ Developed by the Attapeu and Sekong Provincial Health Department with technical support by JICA in March, 2012.

All in all, notable improvements were observed in frequency of the health education activities and in the level of capacity/confidence among Provincial and District level health education (HE) staff members. Prior to the Project intervention, health education activities were less frequent and on an ad-hoc basis depending largely on the availability of budget. The Project introduced an event-style format that combines health education with on-site provision of MCH services, where the target population, i.e. pregnant women and their partners as well as mothers of under-5 children, were invited to the health facilities on a pre-set date from target villages.

In Champasack and Salavan, regular Health Education Events were first introduced to PHs and DHOs in September 2010 and March 2011, respectively, targeting pregnant women and their partners (husbands) on a quarterly basis. PHOs/DHOs also trained HCs, and PHs, DHs and HCs now conduct HE events once to four times between September 2010 and September 2012¹⁰. DPs such as CESVI and MdM supported Health Education Events at HC levels.

In Sekong and Attapeu, PHs and DHs started the Health Promotion Day (HPD) at the facility¹¹ in October 2011 for pregnant women, their partners (husbands) and mothers with under-5 children living in Zone 0, or villages covered by the hospitals. For these fixed sites, HPD activities are financed by the District budget. Sekong plans once a month while Attapeu once a quarter, with varying degrees of implementation rate among DHs.

Table 2-6: Numbers of People Reached by Health Education + MCH Services

(Sep. 2010~Sep. 2012)

PROVINCES	Number of women (pregnant and of reproductive age) participated in HPD or HE events	Number of partners (husbands) participated in HPD or HE events	Number of women received ANC services at HPD or HE events	Number of under-5 children received health check-up at HPD/HE events
Champasack	1,981	502	1,981	n/a
Salavan	2,044	725	2,044	n/a
Sekong	2,877	414	671	1,716
Attapeu	1,115	125	134	344

Source: Data submitted by PHOs, September 2012

Note: Champasack and Salavan provinces target pregnant women and their partners, while Sekong and Attapeu provinces also invite mothers with under-5 children as well as other women of reproductive age.

¹⁰ Time of introduction of regular health education + MCH service events vary among provinces. [Champasack Sep. 2010, Salavan March 2011, Sekong and Attapeu October 2011]

¹¹ Both HE events and the Health Promotion Day combine provision of health education and provision of integrated MNCH services, where pre-listed pregnant women and their partner (husbands) are invited to health facilities.

Additionally, Sekong and Attapeu started incorporating HE into their integrated outreach services in order to expand beneficiaries since the beginning of 2012.

Remaining challenges under Output 3 are: 1) rolling out HE activities to HCs in Sekong and Attapeu provinces; 2) ensuring the quality of HE activities including the provision of “integrated” MCH services through technical supportive supervision and monitoring their effectiveness; and, 3) finding effective ways to secure collaboration with villages and local organizations, including training of village health volunteers (VHVs).

2.1.4 Project Purpose

Project Purpose: Coverage of the maternal, neonatal, and child health service is improved in the four southern provinces.

Table 2-7 shows the status of indicators (as per PDM ver.0-1), which measures the level of achievement of the Project Purpose at the time of the MTR.

Table 2-7: Achievement of the Project Purpose (As of September 2012)

Indicators for the Project Purpose		Benchmark	Changed Value		
		2009 (Oct.-Sept.)	2010 (Oct.-Sept.)	2011 (Oct.-Sept.)	2012 (Oct.-Jun.)
Number of ANC (4 visits) becomes doubled in the target four provinces.	Champasack	21%	23%	22%	24%
	Salavan	34%	16%	14%	19%
	Sekong	-	12%	12%	16%
	Attapeu	10%	11%	18%	9%
Number of the facility delivery becomes doubled in the target four provinces.	Champasack	24%	17%	17%	18%
	Salavan	22%	22%	22%	21%
	Sekong	17%	18%	15%	19%
	Attapeu	9%	11%	9%	4%
Proportion of children (9-11 months) immunized against measles attains to more than 80% in the target four provinces.	Champasack	45%	61%	44%	48%
	Salavan	67%	69%	46%	46%
	Sekong	46%	66%	51%	32%
	Attapeu	70%	67%	46%	41%

Source: Monitoring Indicators List of Provincial MNCH-TWG, Sep. and Oct. 2012

Note: Values for 2011 and 2012 are from the List provided in October 2012, while those of 2009 and 2010 are from the List provided in September 2012, due to the differences in values between the two Lists.

Based on the available annual data from 2009 ~ 2012 (up to June) of the Project Purpose, these indicators do not suggest meaningful increase in the coverage of MNCH services. When comparing data between October ~ September 2010/2011 and that of 2011/2012 (See Figure 2-2 ~ 2-5), slight increase on some maternal health indicators on service coverage can be observed. However, the EPI outcomes have decreased in the same period. As such, these outcome indicators do not reflect gains in Outputs as yet.

Figure 2-2: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Champasack Province

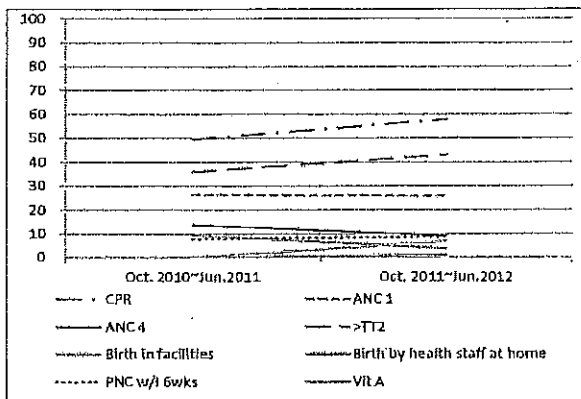
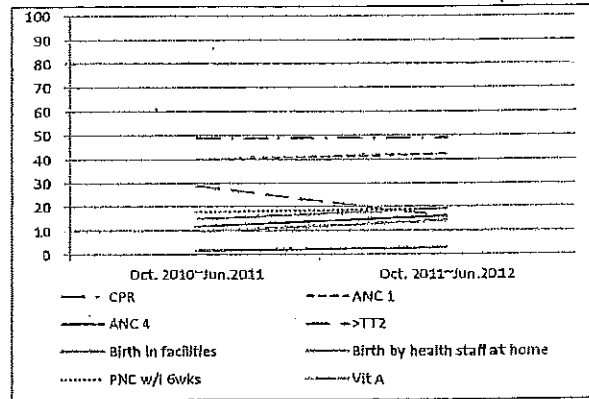


Figure 2-3: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Salavan Province



Source: Monitoring Indicators List of Provincial MNCH-TWG, Sep. and Oct. 2012

Figure 2-4: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Sekong Province

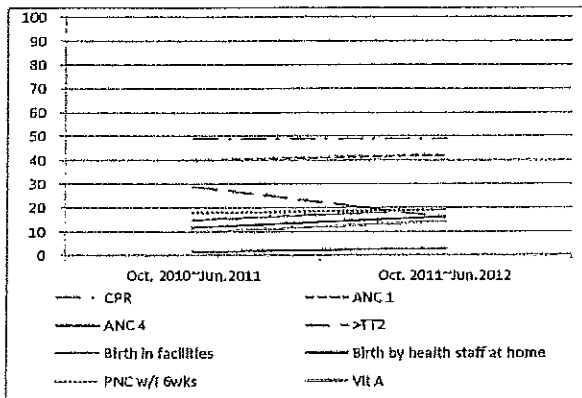
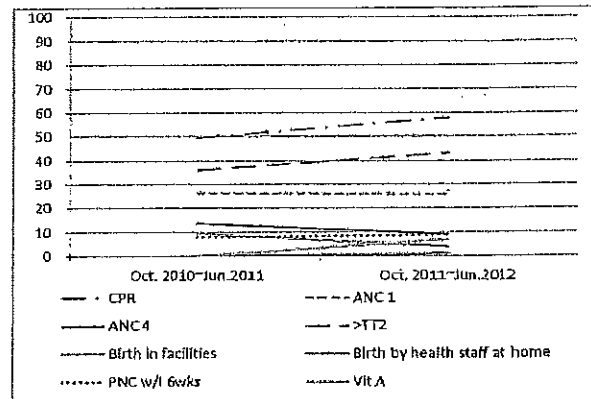


Figure 2-5: Selected Maternal Health Indicators, between Sep.~Jun. 2010/2011 and Sep.~Jun. 2011/2012, Attapeu Province



158

Source: Monitoring Indicators List of Provincial MNCH-TWG, Sep. and Oct. 2012

This could be due to 1) the low quality reporting from several health facilities (missing data), 2) the delays in conducting Outreach activities caused by the late obtainment of donor funds, 3) the displacement of trained/ skilled personnel to other provinces or for further studies, and/or 4) the inability to persuade potential users of service utilization.

Considering the above, the remaining challenges would be to: 1) further strengthen managerial aspects (including follow-up actions, data, securing funds and, human resource management); 2) expand the coverage via outreach and fixed sites; 3) ensure the quality of services in order to retain the facility users; and, 3) intensify promotional efforts for families and mothers on the benefit of using MNCH services.

2.2 Implementation Process

Adherence to the Plan

Despite having the Project Design Matrix (LogFrame) in line with the MNCH Strategy, the extent of which PDM and the Plan of Operations have been utilized among Project implementers was minimal. With Project's principle of assisting the formulation of, and harmonizing Project's support to the provincial integrated Plan, this is considered appropriate. In the end, most of the activities under this Project have been implemented in line with the objectives of PDM 0-1 as its objectives are aligned to those of the MNCH Strategy. The Project made adjustments at activity level to cope with circumstantial and internal changes in demands and needs as they emerged, which are considered appropriate as well.

Progress of Activities

During the first two years of the Project, most activities concentrated on the Output 1 (SO1), i.e. strengthening management capacity of the MNCH program. In the second year, Activities under Output 3 (SO3), i.e. community mobilization and health education, went on track, while few activities under Output 2 (SO2), i.e. improving efficiency and effectiveness of services, were implemented. As mentioned, above, delays in some activities were due to the unavailability of funds from other DPs or due to the delay in centrally-planned training. These issues have been/are currently being addressed by relevant stakeholders, and the Project is expected to start the implementation of the activities soon after the MTR.

Project Management and Decision Making Structure

Under this Project, the central MNCH-TWG serves as the decision-making body of the Project. As most of the Project Activities are managed at Provincial level through provincial MNCH-TWG, or SWGs, involvement of the central MoH Counterparts in the Project management remained consultative in nature.

The exception is the Mother and Child Health Center (MCHC) staffs who conduct regular supervision to Provinces and Districts to oversee the implementation of MNCH Strategy, and attend biannual Joint Meetings of the Four Southern Provinces on the Implementation of the Strategy and Planning Framework for the Integrated Package of MNCH Services.

There were some instances where the Provinces had to cancel their own activities, as the sudden announcement to collaborate with centrally planned training activities had to be prioritized over their own activities.

Method of Technical Assistance

The method of technical assistance of the Project is considered adequate and responsive to the needs of provincial and district level Counterparts. As all the core Project Experts operated from Pakse and worked in each province every week, communication worked well enough to provide timely technical support. This mode of operation was frequently mentioned in appreciative tones by Counterparts and DPs working in the same province.

Sector-wide Coordination

The Project promoted intra-sectoral coordination among several DPs through the coordination meetings and joint planning and monitoring process, which promoted harmonization to a single Plan and stronger sense of ownership among Counterparts. Presence of a clear and comprehensive plan, with a mapping of government and DP's support, made it easier for DPs to make rational decisions on their support for the MNCH program, and in turn for the Counterparts to negotiate for better fund allocation. Some useful discussions to avoid overwraps, e.g. how to integrate reporting formats imposed on health facilities by several DPs on similar activities, came out through this process of coordination. However, the extent to which the process reduced the workload of Counterparts appear to be little, as DPs still require independent review meetings, monitoring visits, and separate financial reporting for their own support programs.

Moreover, the Project benefited from close collaboration with the Capacity Development of Sector-wide Coordination in Health (Phase 2), in obtaining timely

development within MoH and in national-level sector-wide coordination. This information was especially precious to provincial-level Counterparts in adjusting their Implementation Plan, as PHOs were then able to confirm such information with the central level.

2.3 Promoting and Inhibiting Factors

The following points were recognized as the promoting factors for the Project performance. Data on promoting and inhibiting factors were gathered by the MTR Team through key informant interviews as well as group interviews with the Project Counterparts and DPs.

2.3.1 Factors that Promoted the Realization of Effects

- 1) Harmonization efforts by the DPs to support the integrated Plan: such support includes various training under the SBA Plan, outreach training and funds for implementation, funds for health education and supervision and various other training and technical advisory among others.
- 2) The integrated Plan as a good tool for management: Prescribed shared objectives, clear responsibilities assigned to facilities and health staff, and joint monitoring of the MNCH services promoted sense of ownership and responsibility.
- 3) World Bank supporting free service, direct cash transfer and Health Equity Funds in some provinces.
- 4) Regular managerial support (supervision) from Province to District, District to HC was considered beneficial and much appreciated by the lower level.
- 5) Mutual learning of experiences at inter-provincial forums contributed to the increased motivation and confidence of some PHOs.
- 6) Active participation of stakeholders at all levels, especially Women's Union, village health volunteers, and technical staff who willingly worked hard made the implementation very smooth.

2.3.2 Factors that Inhibited the Realization of Effects

- 1) Human resource issues: a) lack of human resources especially at HC levels, b) frequent shifts of personnel at service delivery level that did not reflect strategic deployment to obtain service outputs, c) lack of confidence, knowledge and skills in providing MNCH services among service providers, and, d) difficulties in improving and retaining skills among health staff, especially those with primary level of education.
- 2) Persisting traditional beliefs around health by people and their lack of

health-seeking behavior, due to lack of very basic knowledge on health.

- 3) Limited resources for service provision: Shortage of or delay in operational costs, medicines, equipment and human resources for providing integrated MNCH services.
- 4) Limited access to health services by villagers in remote communities: a) lack of funds to cover hidden costs of service users, b) unavailability of transport, c) difficulties in physically accessing health facilities from villages and vice versa (esp. rainy season).
- 5) Untimely or erratic submission of records by HCs and DHOs, which could be caused by the complexity and high volume of recording requirements and lack of understanding on the importance of record keeping.
- 6) Weak coordination and collaboration with some villages that led to incomplete data collection, low attendance in health events, etc.

2.4 Results by Five Evaluation Criteria

2.4.1. Relevance

This Project is still relevant in view of consistency with national and local policies, Japan's cooperation policies and the needs of the target groups. Specific descriptions are given below.

- 1) Project's Overall Goal and the Project Purpose of increasing MNCH service coverage and reducing maternal, neonatal and child deaths are consistent with the national health priorities and the contents of "The Seventh National Socio-Economic Development Plan (2011-2015)" as well as the "The VIIth Five- Year Health Sector Development Plan (2011-2015)." Commitment to achieving the Millenium Development Goals cuts through stakehodlers at national, provincial and district level leaders.
- 2) Project's contents are coherent with the current Japan's ODA strategy for Lao PDR (April, 2012): Japan's Country Assistance Strategy has 4 priority areas, one of which is improvement of health services, especially in the area of mother and child health.
- 3) The Project is responding to the needs of the target groups: maternal mortality ratio is high at 405 per 100,000 live births, and under-five mortality rate is 97.6 per 1,000 live births. In the four target provinces, the coverage of MNCH services is still low in 2011-2012 (Census 2005).

2.4.2 Effectiveness

It is rather early to determine the effectiveness of Project's interventions in increasing the MNCH service coverage. Project's strategy is consisting of three components, in line with those of MNCH Strategy, addressing complementary and mutually reinforcing interventions to reduce maternal and child deaths.

Indicators are yet to show meaningful increase in service usage. Nevertheless, the efforts made to: 1) train and deploy health staff at district and HC levels; and, 2) increase the demand for MNCH services through regular health education combined with service "trial" have demonstrated some positive response from the community. Initial difficulties can be expected considering the challenging physical access to facilities and family's preference to traditional way of birthing, especially in Salavan, Sekong and Attapeu provinces. The Project has prepared Sekong and Attapeu provinces in implementing integrated outreach services, while it has a plan to do the same in Champasack and Salavan provinces. With the anticipated flow of outreach funds, the service coverage is expected to increase over time. The Project also intends to assist PHOs to improve provision of the "integrated" MNCH services at fixed sites through these promotional activities under the Output 3.

In order for the Project to achieve increased the coverage of MNCH services, 1) more in-depth analyses to pin-point bottlenecks in producing service outputs through regular monitoring exercises, which is followed by 2) inter-Sectional, i.e. across the Sections of PHOs, and timely follow-up actions to address these bottlenecks, will be necessary.

2.4.3 Efficiency

Overall, efficiency of the Project is good. Inputs specifically made by the Project are considered to be appropriate and timely. In this MTR study, use of equipment at health facility levels could not be checked thoroughly. Equipment for offices, IEC activities and training have been utilized to produce Outputs as planned.

In addition, the Project has an advantage in efficient implementation of activities. This is because the Project design is harmonized to the national MNCH Strategy. Hence, the Project has been able to utilize available technical resources such as guidelines, operational protocols and training modules that were already developed by the government; and the Project was able to get on to the activities from the inception. At the same time, delays in finalization of these technical documents created delays in

Project activities.

Another advantage in efficiency was availability of already pledged/committed donor funding to implement the MNCH Strategy, which benefited the provincial Counterparts.

The Project has also been operating in a way to promote efficiency in implementation of the MNCH Strategy in the four Provinces:

- 1) Provincial Counterparts and DPs maintain that ways PHOs have learned to manage their Programs and activities are more systematic and organized;
- 2) The Project also promoted health-sector coordination at provincial level, averting potential overlaps of DPs, filling in the resource gaps of Provincial Plans, integrating recording forms, etc. There is little evidence yet, nevertheless, that these coordination efforts have actually reduced burdens of provincial and district Counterparts as well as those of DPs.
- 3) Being based in Pakse, the Project is in the position to consolidate and utilize available resources supported by other DPs, and turning them into tangible Outputs. Some examples include:
 - Operationalization of Integrated Outreach activities in Sekong and Attapeu utilizing the national Guidelines and human resources already trained in the past; and,
 - Avoiding repetitive training for the same health staff by organizing the Human Resource Development team in Champasack, especially ones centrally-funded and administered.

2.4.4 Impact

It is premature to determine the likelihood of achieving the Overall Goal at this stage.

In terms of some unintended effects, there were some following positive and negative changes that were observed by the Counterparts at the time of the MTR.

- 1) In Sekong and Attapeu provinces, introduction of the integrated MNCH planning and monitoring process has expanded to a sector-wide exercise in the second year. This was cited as a good practice by the central SWG; and Counterparts in Attapeu were invited to present their experiences on two occasions: 1) at the Orientation Meeting at Luang Namtha on 19 June 2012, and at Oudomxay with participants from Phongsaly on 21 June 2012, and 2)

at the Sector-Working Group Policy-level meeting on 18 September 2012;

- 2) In some district, there were instances where some partners (husbands) accompanied pregnant wives to the ANC visits, as a result of health education that provided partners with information on how to take care of pregnant women; and,
- 3) In some areas, intense health-related activities at village level may have overburdened the village chiefs and volunteers, which could potentially damage the collaborative relationship.

2.4.5 Sustainability

It is rather premature to discuss the likelihood of sustainability at this stage, although one can observe some positive factors that support sustainability.

- (1) Political commitment at all levels towards achieving the MDGs;
- (2) All the essential technical training modules are available [CeMONC/ BeMONC, Core MNCH Modules, Intra-Partum Care, Community Midwifery,] and DPs are eager to support training under the SBA Development Plan;
- (3) Health education at fixed site was financially supported by provinces and districts.

In addition, some measures to promote sustainability were also integrated into the Project design:

- (4) Intensive technical support for PHOs to continue leading, training and supervising District and HC levels;
- (5) Project's emphasis on creating a system/structure and routines, practical instructions and tools for operationalization for PHO/DHOs to continue integrated MNCH planning, implementation, monitoring and evaluation; and,
- (6) The Project maintains certain standards for supporting/financing activities to ensure sustainability:
 - (a) It can support initial investment (equipment, formulation of implementation tools, etc.), but not what shall become recurrent activities in the future. Instead, those activities are designed in a way so it could continue with government budgets (e.g. health education events, collaborative activities with mass organizations);
 - (b) It tries avoiding, to the extent possible, to become a single source of support to one area of activities. Instead, it encourages PHOs to draw funds for core areas from multiple donors (e.g. integrated outreach activities supported by UNICEF, JICA,

CESVI, WB jointly); and,

- (c) Project Experts and National Staff never perform the work of Counterparts on their behalf. Instead, they technically advise and encourage Counterparts to perform their tasks.

On the other hand, uncertainty lies in the following factors.

- (7) Human resource management: Rotation of health staff occurs frequently each year, due to continuous training, promotional measures and induction of new staff. There are recurrent needs for the health administration to keep training new and newly assigned staff to perform adequate functions. Sometimes, this prevails over the strategic deployment of trained staff to appropriate position in order to obtain service outputs.
- (8) The integrated Plan has served as a good tool for planning, monitoring of the implementation, as well as for fundraising with provincial-based DPs. However, information on bulk of centrally-allocated resources is unavailable for PHOs/DHOs at the time of planning. Furthermore, many DPs are not accustomed to directly funding provincial-level integrated Plan. At the same time, it has yet to become a tool for securing government budget. Addressing these issues would further contribute to sustainability of this cycle.

2.5 Conclusion

The Project has made tangible progress for Output 1 and Output 3. With respect to Output 1, supervision and monitoring both in terms from managerial and technical aspect would be required for better planning and implementation. Concerning Output 2, further support for service providers, especially for conducting the integrated outreach services would be required to improve the coverage of MNCH services. Regarding Output 3, continuous health education events and expansion of health promotion activities to HCs would be required for better coverage of MNCH services as well.

Although the outcome indicators of service coverage do not reflect gains from Outputs yet, the project purpose is expected to be achieved by continuing the current efforts in target provinces.

2.6 Recommendations

The MTR Team made the following recommendations based on the result of MTR.
(for PHOs)

1. Summarize their lessons learned/good practices
2. Review HR deployment plan for obtaining service outputs
3. Strengthen data collection and analyses to identify effectiveness of interventions and to formulate appropriate follow-up actions
4. Ensure proper guidance for the fund coordinators and MCH Section on proper utilization and reporting of the fund for integrated outreach
5. Consider ways to lift burdens (e.g. reporting forms) at the HCs together with DPs
6. Consider better ways to connect the process of integrated MNCH planning with that of acquiring budget

(for MoH)

1. Utilize feedback from PHOs
2. Provide information on centrally-planned policy/program changes and activities well in advance, for inclusion in the Provincial Plan
3. MoH to expedite issuance of the revised HMIS form(s) for the basic MNCH indicators, which is (are) easy to fill in by service providers at all levels

(for DPs)

1. Harmonize DPs' support to the provincial plan through coordination

2.7 Lessons learned

The MTR Team identified the following lesson learnt from the Project implementation.

1. The Annual Activity Implementation Plan shared objectives, clear responsibility; and joint monitoring system created a sense of responsibility at provincial/district levels
2. The Annual Activity Implementation Plans were easy to understand for DPs and could serve as an effective tool to secure budget
3. Sharing progress and experiences among four provinces contributed to increased motivation and confidence
4. Additional practical instructions bridged the gap between central

policies/strategies and actions at the provincial/district/community levels.

3. Future Directions of the Project

3.1 Future directions of the Project

Given the significant advances made under the Output 1 (SO1) during the first half of the Project, it is the right time for the Project to shift its focus on producing service outputs, i.e. Output 2 (SO2) and Output 3 (SO3) of the PDM. The Project shall promote activities at district and health center levels which can directly improve the coverage of the MNCH services. In so doing, the Project shall take full advantage of the strengthened management capacity and leadership of the PHOs, while Project Experts provide timely technical advisory as needed.

For future directions, the Project shall continue its support to build stronger management and leadership by the PHOs, DHOs and Health Centers.

In particular, regarding Output1, the Project shall put more emphasis on supervision and monitoring, both in terms of technical and managerial aspects, by conducting follow up of the activities. In addition, more focus on strengthening data collection and analysis to manage the activities more efficiently and effectively will be required.

For Output 2, the Project shall continue conducting trainings under the SBA Development plan and integrated MNCH services to increase the knowledge and skills of the health service providers and strengthen the outreach activities. Furthermore, the Project shall also focus beyond the production of trained health personnel. That is, even stronger focus is required on the effective utilization of trained personnel to produce service outputs, including the creation of enabling environment for trained health personnel to apply their obtained skills. As such, conducting follow up activities to trained health staff, such as technical supportive supervision and proper deployment, will be necessary to improve the MNCH services.

For Output 3, the Project shall continue its technical support to event-based promotion of integrated MNCH services. In so doing, securing collaboration with villages and local organization will be important to increase community's active participation. This shall be an initial strategy of the Project for the introduction and promotion of

“integrated” provision of MNCH services at fixed sites. Strengthening the system of managing the events through supportive supervision and proper monitoring will ensure the quality of the events and integrated services being provided at health facilities.

3.2 Changes made to the Project Design

In order to better reflect 1) the actual engagement of the Project up to MTR and 2) Project’s future directions, the following changes were made to the PDM during the MTR (Please see Table 3-1).

Table 3-1: Changes made to the PDM during MTR

	Original PDM ver. 0-1	PDM ver. 1 (after MTR)	Reasons for change
Overall Goal	OVI-1. Under five mortality rate attains to XX% by 2020 in the target four provinces.	Under-five mortality rates are reduced to 55‰ by 2015 and maintained at the same level in 2020 in the target four provinces.	Supplemented with target value and target year(s).
	OVI-2. Portion of births attended by the Skilled Birth Attendants (SBAs) attains to XX% by 2020 in the target four provinces.	Number of maternal deaths in the target four provinces turns to decreasing trend.	MMR is not calculated per province, and the proxy indicator to MMR is not available. (The statistic is only available as the “Births attended by Health Professional” but not as the SBA-assisted delivery.)
Project Purpose	OVI 1-3. 1. Number of ANC (4 visits) becomes doubled in the target four provinces. 2. Number of the facility delivery becomes doubled in the target four provinces. 3. Proportion of children (9-11 months) immunized against measles attains to more than XX% in the target four provinces.	Selected service coverage indicators for Monitoring the integrated MNCH Strategy reach the target value of 2015.	Aligned to the selection of indicators of the MNCH Strategy.

	Original PDM ver. 0-1	PDM ver. 1 (after MTR)	Reasons for change
Output 2	Output 2 (expression). Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH service delivery are improved.	Capacity to provide integrated MNCH services is improved in target four provinces.	Adjusted the expression to suit Project's actual interventions, which address more than training service providers.
	OVI's. 2-1. More than XX% of the training courses, such as the 1st Level MNCH Core Services, MCH/EPI integrated outreach services, etc., planned by the Project, are conducted. 2-2. Attitudes and practices about the MNCH service delivery by the health staff are positively changed.	2-1. Percentage of DH-Bs and HCs with at least one staff who received 1st Level MNCH Core Services (3 modules) is maintained at above 90%. 2-2. Number of HCs which performs integrated outreach activities at least three times a year is increased.	Changed to reflect Project's roles, as bulk of training is financed by other DPs. Project's weight is shifted to human resource management and bridging a gap between training and operationalization. The original 2-2 is omitted due to the lack of manpower to conduct a survey.
Output 3	Output 3 (expression). 3. Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with various organizations.	3. Utilization of integrated MNCH services is promoted in collaboration with the community and local organizations	Changed to better reflect Project's strategy in promotion of the MNCH services.
	OVI. 3-1. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the community people for the MNCH services are improved.	3-1. Percentage of designated health facilities (PHs, DHs, HCs) which conduct health education events at least twice a year increases to 70%	The original 3-1 is omitted due to the lack of manpower to conduct a survey.
Important Assumptions	Project Purpose level: None.	The policy and direction on the MNCH are not drastically changed by the MOH	Added to this level, due to uncertainty of government policy after 2015.
	Output level: None.	Sufficient amount of supplies especially vaccines, nutritional supplements, etc. are provided to provinces.	Added due to uncertainty of vaccine provision by GAVI, UNICEF or Japan.

RP

	Original PDM ver. 0-1	PDM ver. 1 (after MTR)	Reasons for change
	Activity level: None.	Operational costs for integrated outreach are made available at Provincial and District levels without delay.	Added as this condition has emerged as an important assumption when transfer of a funding source from UNICEF to World Bank did not go smoothly.
	Activity level: The regular meetings on the MNCH services with the MCH staff of the PHOs are convened by the MOH. The training courses on the management of MNCH service delivery are conducted for the MCH staff of the PHOs by the MOH.	Deleted.	Deleted as it turned out not required to achieve Outputs.
	Activity level: None.	The training courses under the SBA Development Plan and on the outreach activities of the integrated service package supported by other DPs are conducted.	Added because the Project cannot cover all the trainees, and the majority of them are supported by other DPs.
Inputs	Construction of the central MCH Center	Deleted.	This input would not contribute to the Outputs of this Project due to delay in implementation. Delay was caused by prolonged negotiation in changes of the construction plan.

Activities are also changed to reflect the past engagements and the future direction. (Please refer to the PDM-1 in Annex D). Some minor adjustments to the wording of Important Assumptions were also made.

[END]

90
Annex I PDM-1

Project Title : Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal, and Child Health Services in Lao PDR
 Target Area : Four Southern Provinces (Champasack, Salavan, Sekong, and Attapeu)
 Target Group : Women in reproductive age (WRA) and children under the age of five (5) in the target area

Project Period : May 2010 –May 2015 (Five Years)

Revised: 16 October, 2012

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions										
<p>Overall Goal Maternal, neonatal, and child mortality is reduced in the four southern provinces, i.e., Champasack, Salavan, Sekong, and Attapeu.</p>	<p>1. Under five mortality rates are reduced to 55% by 2015 and maintained at the same level in 2020 in the target four provinces. [Baseline: Chpsk. 88%, Slvn.56%, Skng.59%, Atp.91%, LRHS 2005]</p> <p>2. Number of maternal deaths in the target four provinces turns to decreasing trend.</p>	<p>1. National Statistics (LRHS, Census, LSIS, etc.)</p> <p>2. National Statistics (Census, LSIS, etc.); Records of PHOs</p>	<p>The policy and direction on the MNCH are not drastically changed by the MOH.</p>										
<p>Project Purpose Coverage of the maternal, neonatal, and child health (MNCH) services is improved in the four southern provinces.</p>	<p>Selected service coverage indicators for Monitoring the integrated MNCH Strategy reach the target value of 2015:</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Contraceptive Prevalence Rate</td> <td>6. Birth assisted by health professionals</td> </tr> <tr> <td>2. ANC 1/ ANC 4</td> <td>7. PNC 1wk, 6wk</td> </tr> <tr> <td>3. TT for pregnant women</td> <td>8. PNC ViLA</td> </tr> <tr> <td>4. Iron tablet for pregnant women</td> <td>9. Immunization coverage for Children</td> </tr> <tr> <td>5. Facility delivery</td> <td>10. ViLA, deworming for children</td> </tr> </table>	1. Contraceptive Prevalence Rate	6. Birth assisted by health professionals	2. ANC 1/ ANC 4	7. PNC 1wk, 6wk	3. TT for pregnant women	8. PNC ViLA	4. Iron tablet for pregnant women	9. Immunization coverage for Children	5. Facility delivery	10. ViLA, deworming for children	<p>1. Records of the PHOs/ DHOs</p>	<p>1. Other projects for Improving Maternal and Child Health are implemented after 2015.</p> <p>2. The budget and personnel necessary for the MNCH services are to be allocated continuously.</p> <p>3. The policy and direction on the MNCH are not drastically changed by the MOH.</p>
1. Contraceptive Prevalence Rate	6. Birth assisted by health professionals												
2. ANC 1/ ANC 4	7. PNC 1wk, 6wk												
3. TT for pregnant women	8. PNC ViLA												
4. Iron tablet for pregnant women	9. Immunization coverage for Children												
5. Facility delivery	10. ViLA, deworming for children												
<p>Outputs</p> <p>1. The MNCH Program is appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs).</p> <p>2. Capacity to provide integrated MNCH services is improved</p> <p>3. Utilization of integrated MNCH services is promoted in collaboration with</p>	<p>1-1. PHOs provide managerial supervision to all the DHOs at least twice a year</p> <p>1-2. PHOs/DHOs provide technical supervision to all the health facilities at least once a year</p> <p>1-3. Implementation rate of the provincial Annual Activity Implementation Plan increases over years</p> <p>1-4. MCH-TWGs are conducted at least twice at PHOs</p> <p>1-5. Percentage of Districts that submit required statistical report on time increases to 90%</p> <p>2-1. Percentage of DH-Bs and HCs with at least one staff who received 1st Level MNCH Core Services (3 modules) is maintained at above 90%</p> <p>2-2. Number of HCs which performs integrated outreach activities at least three times a year is increased</p> <p>3-1. Percentage of designated health facilities (PHs,</p>	<p>1-1. Records of PHOs</p> <p>1-2. Records of PHOs/DHOs</p> <p>1-3. Records of PHOs</p> <p>1-4. Records of PHOs</p> <p>1-5. Records of PHOs</p> <p>2-1. Records of PHOs</p> <p>2-2. Records of PHOs/DHOs</p> <p>3-1. Records of PHOs/DHOs</p>	<p>1. Sufficient amount of supplies especially vaccines, nutritional supplements, etc. are provided to provinces.</p> <p>2. Health professionals (including SBAs), who received training continue working for the PHs, DHs, and HCs.</p>										

27

<p>the community and local organizations</p>	<p>DHs, HCs) which conduct health education events at least twice a year increases to 70%</p>		
<p>Activities</p> <p>1-1 Convene the orientation workshops and establish provincial MNCH-Technical Working Group (TWG) in each province.</p> <p>1-2 Collect basic information and data on the MNCH services.</p> <p>1-3 Draw up the Provincial and District MNCH Annual Plans.</p> <p>1-4 Devise and strengthen appropriate system of management of the MNCH Program.</p> <p>1-5 Provide supervisory support to DHOs (by PHOs) and HCs (by PHOs/DHOs) in the management of the MNCH Program.</p> <p>1-6 Devise appropriate system of technical supervision from the perspective of the service delivery.</p> <p>1-7 Provide technical supervision to the DHOs (by PHOs) and Health Centers (by PHOs/DHOs) on regular basis.</p> <p>1-8 Manage data and information on the MNCH services.</p> <p>1-9 Manage data on the human resources and training of MNCH services.</p> <p>1-10 Convene PHO regular meetings with health-related development partners in each province (MCH-TWG and Sector Working Group: SWG).</p> <p>1-11 Convene regular meetings between PHO and DHOs in each province.</p> <p>1-12 Share information on the MNCH services among the target four provinces (Joint Meeting).</p> <p>1-13 Monitor the MNCH Program in the target four provinces with the central staff (Joint Meeting).</p> <p>1-14 Share experiences of target provinces in implementation of MNCH Program with the central level (Joint Meeting, etc.).</p> <p>1-15 Provide necessary support to the management of provincial/district health programs.</p>	<p>Inputs</p> <p>Japanese side</p> <p>1. Personnel</p> <p>Experts from Japan and the third countries</p> <p>Long-term experts</p> <p>Chief Advisor / Health System Management</p> <p>Community Health (Nursing Care/Midwifery)</p> <p>Community Health (MCH)</p> <p>Project Coordinator</p> <p>Short-term experts</p> <p>Short-term experts, including Midwifery, IEC, Obstetrics and Gynecology, etc., will be dispatched in accordance with the needs for the effective implementation of the Project.</p> <p>2. Training of counterpart personnel in Japan and the third countries</p> <p>3. In-country training</p> <p>4. Provision of equipment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provision of machinery and equipment necessary for the project activities - Vehicles - Computers and peripheral equipment - Projectors - Others 	<p>Lao side</p> <p>1. Personnel</p> <p>Project Director</p> <p>Project Manager</p> <p>Counterparts</p> <p>2. Provision of the project offices and facilities necessary for the project implementation</p> <p>3. Others</p> <p>Administrative and operational expenses</p> <p>Running costs for electricity, water, etc.</p>	<p>1. Infectious diseases, such as the flu, etc., and natural disasters do not give a profound effect to the project activities.</p> <p>2. The training courses under the SBA Development Plan and on the outreach activities of the integrated service package supported by other DPs are conducted.</p> <p>3. Operational costs for integrated outreach are made available at Provincial and District levels without delay.</p>
<p>2-1 Conduct necessary training in line with the SBA Development Plan.</p> <p>2-2 Devise tool(s) to operationalize the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package.</p> <p>2-3 Conduct the training on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package for the DHO and HC staff.</p> <p>2-4 Conduct follow-up activities for trainees from the perspective of the technical skills on regular basis.</p>	<p>5. Local expenses for the project activities</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manuals and teaching materials for training - IEC materials - Others 		<p>Pre-condition</p> <p>Understanding on the "Strategy and Planning Framework for the Integrated Package of Maternal, Neonatal, and Child Health Services 2009-2015" is obtained from the target four provinces.</p>

— 88 —

94

<p>3-1 Share information on the MNCH services with the provincial government, the Lao Woman's Unions, the Lao Youth Associations, Mother and Child Committees, relevant local authorities, etc. in each province.</p> <p>3-2 Develop tools for implementing IEC events at DH and HC levels in collaboration with the Center for Information and Education for Health (CIEH) of the MOH.</p> <p>3-3 Draw up the plans for the Information, Education, and Communication (IEC) activities by the IEC team of the PHOs and DHOs.</p> <p>3-4 Provide training for DHOs and HCs.</p> <p>3-5 Regularly conduct IEC activities, such as events, etc., in each province.</p> <p>3-6 Conduct technical supervision on IEC activities.</p>		
--	--	--

Note (*): The MNCH Core Modules are composed of the five courses: Basic emergency obstetric and newborn – Life Saving Skills; ANC/PNC; Essential Newborn Care; Family Planning; and IMCI.

PK

5

AK

7

Annex-I: PLAN OF OPERATION (PO-1)

Date: 19/Oct/2012

Schedule of the Implementation

Year	2010												2011												2012												2013												2014												2015				
	Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
															Mid-Term Review																														Terminal Evaluation																				
<p>OUTPUT1: The MNCH Program is appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs).</p>																																																																	
1-1 Convene the orientation workshops and establish provincial MCH/EPI-Technical Working Group (TWG) in each province.																																																																	
1-2 Collect basic information and data on the MNCH services.																																																																	
1-3 Draw up the Provincial and District MNCH Annual Plans.																																																																	
1-4 Devise and strengthen appropriate system of management of the MNCH Program.																																																																	
1-5 Provide supervisory support to DHOs (by PHOs) and HCs (by PHOs/DHOs) in the management of the MNCH Program.																																																																	
1-6 Devise appropriate system of technical supervision from the perspective of the service delivery.																																																																	
1-7 Provide technical supervision to the DHOs (by PHOs) and Health Centers (by PHOs/DHOs) on regular basis.																																																																	
1-8 Manage data and information on the MNCH services.																																																																	
1-9 Manage data on the human resources and training of MNCH services.																																																																	
1-10 Convene PHO regular meetings with health-related development partners in each province (MCH-TWG and SWG).																																																																	
1-11 Convene regular meetings between PHO and DHOs in each province.																																																																	
1-12 Share information on the MNCH services among the target four provinces (Joint Meeting).																																																																	
1-13 Monitor the MNCH Program in the target four provinces with the central staff (Joint Meeting).																																																																	
1-14 Share experiences of target provinces in implementation of MNCH Program with the central level (Joint Meeting, etc.).																																																																	
1-15 Provide necessary support to the management of provincial/district health programs.																																																																	
<p>OUTPUT2: Capacity to provide integrated MNCH services is improved</p>																																																																	
2-1 Conduct necessary training in line with the SBA Development Plan.																																																																	
2-2 Devise tool(s) to operationalize the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package.																																																																	
2-3 Conduct the training on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package for the DHO and HC staff.																																																																	
2-4 Conduct follow-up activities for trainees from the perspective of the technical skills on regular basis.																																																																	

15

7

OUTPUT3: Utilization of integrated MNCH services is promoted in collaboration with the community and local organizations	
3-1 Share information on the MNCH services with the provincial government, the Lao Women's Unions, the Lao Youth Associations, MGH health committees, relevant local authorities, etc. in each province.	
3-2 Develop tools for implementing IEC events at DH and HC levels in collaboration with the Center for Information and Education for Health (CIEH) of the MOH.	
3-3 Draw up the plans for the Information, Education, and Communication (IEC) activities by the IEC team of the PHOs and DHOs.	
3-4 Provide training for DHOs and HCs.	
3-5 Regularly conduct IEC activities, such as events, etc., in each province.	
3-6 Conduct technical supervision on IEC activities.	

Note: The start of the Project, schedules described in this chart, and so on are subject to modifications through further examinations and discussions in future.

BF

90
Annex II PDM0-1

Project Title : Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal, and Child Health Services in Lao PDR

Project Period : May, 2010 –May, 2015 (Five Years)

Target Area : Four Southern Provinces (Champasack, Salavan, Sekong, and Attapeu)

Target Group : Women in reproductive age (WRA) and children under the age of five (5) in the target area

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal Maternal, neonatal, and child mortality is reduced in the four southern provinces, i.e., Champasack, Salavan, Sekong, and Attapeu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Under five mortality rate attains to $\frac{100}{100000}$% by 2020 in the target four provinces. 2. Portion of births attended by the Skilled Birth Attendants (SBAs) attains to $\frac{100}{100}$% by 2020 in the target four provinces. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. National Statistics (Demographic Health Survey: DHS, etc.) 2. National Statistics (Demographic Health Survey: DHS, etc.) 	<p>The policy and direction on the MNCH are not drastically changed by the MOH.</p>
<p>Project Purpose Coverage of the maternal, neonatal, and child health (MNCH) services is improved in the four southern provinces.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Number of ANC (4 visits) becomes doubled in the target four provinces. 2. Number of the facility delivery becomes doubled in the target four provinces. 3. Proportion of children (9-11 months) immunized against measles attains to more than $\frac{100}{100}$% in the target four provinces. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Records of the PHOs 2. Records of the PHOs 3. Records of the PHOs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Other projects within the framework of the JICA Program for Improving Maternal and Child Health as well as by the other development partners are implemented smoothly. 2. The budget and personnel necessary for the MNCH services are to be allocated continuously.
<p>Outputs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The MNCH services are appropriately managed by the Provincial and District Health Offices (PHOs and DHOs). 2. Knowledge and skills of the health service providers for the MNCH service delivery are improved. 3. Mobilization of the community people for the MNCH services are enhanced in collaboration with various organizations. 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. PHOs supervise more than $\frac{100}{100}$% of the DHOs twice a year. 1-2. HCs conduct outreach services to more than $\frac{100}{100}$% of the target villages four times a year. 1-3. Percentage of district hospitals (23) and health centers (144) possessing equipment and medical drugs necessary for the MNCH services attains to more than $\frac{100}{100}$% in the target four provinces. 2-1. More than $\frac{100}{100}$% of the training courses, such as the 1st Level MNCH Core Services, MCH/EPI integrated outreach services, etc., planned by the Project are conducted. 2-2. Attitudes and practices about the MNCH service delivery by the health staff are positively changed. 3-1. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the community people for the MNCH services are improved. 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1. Records of the PHOs 1-2. Records of the DHO 1-3. Records of the PHOs 2-1. Records of the PHOs 2-2. Results of the survey to the health staff 3-1. Results of the consciousness surveys to the villagers (Baseline/endline surveys) 	<p>The SBAs, such as MDs, MAs, midwives, etc., receiving the training continue working for the PHs, DHOs, and HCs.</p>

Activities	Inputs	
<p>1-1 Convene the orientation workshops and establish provincial MCH/EPI-Technical Working Group (TWG) in each province.</p> <p>1-2 Collect basic information and data on the MNCH services in the target four provinces.</p> <p>1-3 Draw up the Provincial and District MNCH Annual Plans in the target four provinces.</p> <p>1-4 Participate in TOT on the management of MNCH service delivery for the MCH staff of the PHOs at the central MCH Center.</p> <p>1-5 Conduct the training on the management of MNCH service delivery by the PHOs.</p> <p>1-6 Supervise the DHOs (by PHOs) and Health Centers (HCs: by DHOs) from the perspective of the service delivery management on regular basis.</p> <p>1-7 Manage data and information on the MNCH services.</p> <p>1-8 Manage data on the human resources and training of MNCH services.</p> <p>1-9 Plan, implement, and monitor the MNCH services through the Minimum Requirements (MR).</p> <p>1-10 Convene PHO regular meetings with health-related development partners in each target province.</p> <p>1-11 Convene regular meetings between PHO and DHOs in each target province.</p> <p>1-12 Share information on the MNCH services among the target four provinces.</p> <p>1-13 Monitor the MNCH services in the target four provinces with the central staff.</p> <p>1-14 Participate in regular meetings on the MNCH services with MCH staff of the PHOs at the central MCH Center.</p>	<p>Japanese side</p> <p>1. Personnel Experts from Japan and the third countries Long-term experts Chief Advisor / Health System Management Community Health (Nursing Care/Midwifery) Community Health (MCH) Project Coordinator</p> <p>Short-term experts Short-term experts, including Midwifery, IEC, Obstetrics and Gynecology, etc., will be dispatched in accordance with the needs for the effective implementation of the Project.</p> <p>2. Training of counterpart personnel in Japan and the third countries</p> <p>3. In-country training</p> <p>4. Provision of equipment Provision of machinery and equipment necessary for the project activities Vehicles Computers and peripheral equipment Projectors Others</p> <p>5. Local expenses for the project activities - Construction of the central MCH center - Manuals and teaching materials for training - IEC materials - Others</p>	<p>Lao side</p> <p>1. Personnel Project Director Project Manager Counterparts</p> <p>2. Provision of the project offices and facilities necessary for the project implementation</p> <p>3. Others Administrative and operational expenses Running costs for electricity, water, etc.</p> <p>1. Infectious diseases, such as the flu, etc., and natural disasters do not give a profound effect to the project activities.</p> <p>2. The training courses on the management of MNCH service delivery are conducted for the MCH staff of the PHOs by the MOH.</p> <p>3. The regular meetings on the MNCH services with the MCH staff of the PHOs are convened by the MOH.</p> <p>4. The training courses on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package are conducted for the MCH staff of the PHOs by the MOH.</p>
<p>2-1 Conduct a survey on attitudes and practices about the MNCH service delivery of the health staff.</p> <p>2-2 Conduct TOT on the 1st Level MNCH Core Services* for the instructors of PHOs and PHs.</p> <p>2-3 Conduct the training on the 1st Level MNCH Core Services for the in-service health staff.</p> <p>2-4 Participate in TOT on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package for the MCH staff of the PHOs at the central MCH Center.</p> <p>2-5 Conduct the training on the outreach activities of the MCH/EPI integrated service package for the HC staff.</p> <p>2-6 Conduct the clinical practices in the community midwife course and registered midwife course at the Champasack Provincial Hospital (PH).</p> <p>2-7 Conduct the clinical practices on the basic & comprehensive emergency obstetric and newborn care (BeMONC & CoMONC) for the in-service medical doctors and assistants (MDs and MAs) working for the PHs and DHs at the Champasack PH.</p> <p>2-8 Conduct follow-up activities from the perspective of the technical skills of health staff on regular basis.</p> <p>3-1 Conduct a KAP survey on the MNCH services to the community people.</p> <p>3-2 Share information on the MNCH services with the provincial government, the Lao Woman's Unions, the Lao Youth Associations, MCH health committees, relevant local authorities, etc. in each target province.</p> <p>3-3 Draw up the plans for the Information, Education, and Communication (IEC) activities by the IEC sections of the PHOs and DHOs in collaboration with the Center for Information and Education for Health (CIEH) of the MOH.</p> <p>3-4 Regularly conduct IEC activities, such as events, etc., in each target province.</p>		<p>Pre-condition</p> <p>Understanding on the "Strategy and Planning Framework for the Integrated Package of Maternal, Neonatal, and Child Health Services 2009-2015" is obtained from the target four provinces.</p>

Note (*): The MNCH Core Modules are composed of the five courses: Basic emergency obstetric and newborn – Life Saving Skills; ANC/PNC; Essential Newborn Care; Family Planning; and IMCI.

List of Persons Interviewed

	Full Name	Position (as of 30 September)	Organization
1	Dr. Somchith Akavong	Deputy Director	Department of Hygiene and Prevention, Ministry of Health
2	Dr. Kaisone CHOULAMANY	Director	MCH Center, Ministry of Health
3	Dr. Kopkeo SOUPHANTHONG	Chief of Administration Division	MCH Center, Ministry of Health
4	Dr. Panome XAYAMOUNGKHOUN	Medical Officer Technical Staff	MCH Center, Ministry of Health
5	Ms. Khampho Chaleunvong	Director	Champasack Provincial Health Office
6	Dr. Somkiet Vorarath	Deputy Director	Champasack Provincial Health Office
7	Dr. Orathai Sattakoun	Chief of MCH Section	Champasack Provincial Health Office
8	Ms. Sonthakesy Luanglath	Technical Staff, MCH Section	Champasack Provincial Health Office
9	Ms. Sommai Bounmavongsy	Deputy Head of IEC-MCH, Health Education Section	Champasack Provincial Health Office
10	Dr. Anousone Chanthapaseuth	HRD Officer, Organization and Personnel Section	Champasack Provincial Health Office
11	Dr. Kasumsouk Vongsouty	Deputy Director	Salavan Provincial Health Office
12	Mr. Akhom Lamvichith	Deputy Director	Salavan Provincial Health Office
13	Dr. Somkhith Bualavong	Chief of MCH Section	Salavan Provincial Health Office
14	Dr. Bounkong Saysombat	Deputy Chief of MCH Section	Salavan Provincial Health Office
15	Mr. Visan Inthavong	Director	Sekong Provincial Health Office
16	Mr. Phoukhan Chanthavong	Deputy Director	Sekong Provincial Health Office
17	Ms. Bounthanom Nakduangma	Chief of MCH Section	Sekong Provincial Health Office
18	Ms. Chansy Vongkhamsa	Leader of Outreach Team, MCH Section	Sekong Provincial Health Office
19	Ms. Kindalone Chandavong	Deputy Chief of Planning Section	Sekong Provincial Health Office
20	Ms. Kinnalon Chandavong	Administrative Staff, Planning Section	Sekong Provincial Health Office
21	Dr. Montha Keovongsa	Chief of MCH Section (Leader of Health Promotion)	Sekong Provincial Hospital
22	Mr. Chanthavong Sayasena	Deputy Director	Attapeu Provincial Health Office
23	Ms. Somphanh Ouanvilay	Deputy Chief of MCH Section	Attapeu Provincial Health Office
24	Dr. Khammoun Aphaiphone	Technical Staff, MCH Section	Attapeu Provincial Health Office

Annex III Persons Interviewed

	Full Name	Position (as of 30 September)	Organization
25	Mr. Phosy Thongdy	Technical Staff, Planning Section, (SWG)	Attapeu Provincial Health Office
26	Ms. Yommaha Kommamuang	Statistic Officer, Planning Section	Attapeu Provincial Health Office
27	Dr. Sengphahat Phommalat	Deputy Director	Sanasoumboun District Health Office, Champasak
28	Ms. Viengxay Napheuungvilay	Chief of MCH Section	Sanasoumboun District Health Office, Champasak
29	Mr. Akhom Khammanivong	Chief of EPI Section	Sanasoumboun District Health Office, Champasak
30	Ms. Phoumy Bounyaseng	Head of Health Center	Sapnay Health Center, Sanasoumboun District, Champasak
Development Partners			
1	Ms. Sylvanh Phomkong	National Program Officer	World Health Organization
2	Ms. SHERRATT DELEA	International SBA Coordinator	UNFPA
3	Dr. Viorica Berdaga	Chief of Health and Nutrition Section	UNICEF
4	Dr. Phetdara Chanthala	Health Specialist	World Bank
5	Mr. Marco Campisi	Country Representative	Cooperazione e Sviluppo (CESVI), Vientiane Office
6	Ms. Valentina Lucchese	Field Coordinator	Cooperazione e Sviluppo (CESVI), Pakse Office
7	Ms. Macle		Medicine du Monde (MdM) Pakse Office
8	Ms Phongchanh	Nutrition Consultant	UNICEF - based in Attapeu, Serving Attapeu and Savanaket
9	Mr. Outhai Sihalath	Head of Sub-Office	WFP - based in Attapeu, serving Attapeu and Sekong
10	Mr. Virasak Phetpasak	Regional Coordinator	Swiss Red Cross / Lao Red Cross
11	Ms. Nathalie Poschung (telephone interview)	Project Manager	Service Fraternel d'entraide (SFE)
Japanese Experts			
40	Dr. Hironori Okabayashi	Chief Advisor	JICA MNCH Project
41	Dr. Midori Anami	Project Expert (former)	JICA MNCH Project
42	Dr. Shogo Kubota	Project Expert (former)	JICA MNCH Project
43	Dr. Sayaka Horiuchi	Project Expert	JICA MNCH Project
44	Dr. Masami Miyakawa	Project Expert	JICA MNCH Project
45	Mr. Hisashi Tajima	Project Expert	JICA MNCH Project
46	Dr. Azusa Iwamoto	Chief Advisor	JICA CD-SWC 2

Annex III Persons Interviewed

	Full Name	Position (as of 30 September)	Organization
--	-----------	----------------------------------	--------------

Workshop Participants

Salavan Province			
1	Dr. Bounkong	Deputy Chief	MCH Section, Salavan Provincial Health Office
2	Mr. Bolisouth	Health Officer	DHO, M. Laongam
3	Mr. Khampeng	Deputy Chief of MCH	DHO, M. Laongam
4	Mr. Phoxay	MCH officer	DHO, M. Ta Oye
5	Mr. Phuangmala Sampakham	MCH officer	DHO, M. Salavan
6	Ms. Somkhuan	MCH officer	DHO, M. Toum Lan
7	Ms. Khanthaly	MCH officer	DHO, M. Vapi
8	Ms. Phonevilay	MCH officer	DHO, M. Khong
9	Ms. Dala Phomnauexa	Deputy Chief	DHO, M. Vapi
10	Mr. Souksavanh	Deputy Chief	DHO, M. Toum Lan
11	Mr. Somnuek	Deputy Chief	DHO, M. Sa Muay
12	Mr. Thone Xayyasane	MCH officer	DHO, M. Sa Muay
13	Mr. Sengvanh Vongsaychit	Deputy Chief	DHO, M. Ta Oye
14	Mr. Sopha	MCH officer	DHO, M. Lakhonepheng
15	Dr. Oudompasueath	Chief	DHO, M. Lakhonepheng
16	Mr. Keo Khamsingsavath	Deputy Chief	DHO, M. Salavan
17	Dr. Vongdao Soulintha	Chief	DHO, M. Khong
18	Ms. Soulathda	Health officer	DHO, M. Salavan
19	Dr. Hironori Okabayashi	Chief Advisor	JICA MNCH Project
20	Dr. Masami Miyakawa	Expert	JICA MNCH Project
21	Mr. Sisana	Project assistant	JICA MNCH Project
Sekong Province			
1	Dr. Siveun	Chief	Kaluem DHO
2	Ms. Chanthala	Technical MCH staff	Kaluem DHO
3	Mr. Sangthong	Chief of Administration	Kaluem DHO
4	Dr. Davan	Chief	Dakchueng DHO
5	Mr. Sathit	Chief of Administration	Dakchueng DHO
6	Ms. Chanthanom	MCH staff	Dakchueng MCH
7	Ms. Kinnalon Chandavong	Deputy Chief	Planning section, Sekong Provincial Health Office
8	Ms. Bounthanom Nakduangma	Chief	MCH Section, Sekong Provincial Health Office
9	Ms. Vansy Vongkham	Technical staff	MCH Section, Sekong Provincial Health Office
10	Dr. Sakaya Horiuchi	Expert	JICA MNCH Project
11	Dr. Hironori Okabayashi	Chief Advisor	JICA MNCH Project
12	Ms. Vidany Kimala	Project assistant	JICA MNCH Project
13	Ms. Viengkhone	Technical MCH staff	Laman DHO
14	Ms. Khanthong	Technical MCH staff	Laman DHO
15	Mr. Sithon	Chief	Laman DHO
16	Ms. Kethkesy Xaysongkham	Chief of SWG	Thateng DHO
Attapeu Province			
1	Mr. Phosy Thongdy	Planning officer (SWG)	Attapeu Provincial Health Office
2	Ms. Manivong Phichit	MCH officer	Sanamxay DHO
3	Ms. Sinnakhone Vongchanthy	Planning officer	Sanamxay DHO
4	Ms. Viengphet	Deputy chief of MCH	Sanamxay DHO
5	Ms. Keooula	Chief of Office	Saysettha DHO
6	Ms. Yommaha Phichit	MCH officer	Saysettha DHO
7	Mr. Palom Huangsak	Deputy chief of DHO	Samakhixay DHO

Annex III Persons Interviewed

	Full Name	Position (as of 30 September)	Organization
8	Ms. Lamphang	MCH officer	Samakhixay DHO
9	Ms. Phouthavone	Administrative staff	Samakhixay DHO
10	Mr. Phonephet	Administrative staff	Xansay DHO
11	Mr. Phousaysy	Deputy chief of DHO	Xansay DHO
12	Ms. Phanakhone	MCH officer	Xansay DHO
13	Ms. Soukmone	MCH officer	Samakhixay DHO
14	Ms. Nhommaha	Statistic officer	Attapeu Provincial Health Office
15	Ms. Bangonh	Administrative staff	Attapeu Provincial Health Office
16	Dr. Vilasak	Secretariate	Attapeu Provincial Health Office
17	Ms. Somphanh Ouanvilay	Deputy chief of MCH	Attapeu Provincial Health Office
18	Dr. Khammoun Aphaiphone	Technical Staff	Attapeu Provincial Health Office
19	Ms. Dalychanh	Administrative staff	Attapeu Provincial Health Office
20	Dr. Sakaya Horiuchi	Expert	JICA MNCH Project
21	Ms. Vidany Kimala	Project assistant	JICA MNCH Project
Champasack Province			
1	Ms. Viengxay	Chief of MCH	Sanasoumboun PHO
2	Ms. Phimmasone	Chief of MCH	Champasack PHD
3	Dr. Viengphet	Chief of MCH	Soukuma PHO
4	Ms. Souphaphanh	Chief of MCH	Pakse PHO
5	Ms. Thongkhien	Chief of MCH	Moun PHO
6	Ms. Manivone	Chief of MCH	Phonthong PHO
7	Ms. Viengsay	Chief of MCH	Pathoumphone PHO
8	Dr. Duangta	Chief of MCH	Paksong PHO
9	Ms. Khamphien	Deputy Chief of MCH	Muangkhong PHO
10	Mr. Kento Ohnishi	Observer	NCGM
11	Dr. Hinoroni Okabayashi	Chief Advisor	JICA MNCH
12	Ms. Bouakham	MCH officer	PHD
13	Ms. Southakesy	MCH officer	PHD
14	Dr. Masami Miyakawa	JICA expert	JICA MNCH
15	Mr. Sisana	Project assistant	JICA MNCH
16	Ms. Yoko Ogawa	Expert	JICA
17	Dr. Phoukhong	MCH officer	PHD

Health Facilities Observed by the Mid-Term Review Team

	Name of Facility	District	Province
1	Ietau Health Center	Paksong District	Chamapasack Province
2	Paksong District Hospital	Paksong District	Chamapasack Province
3	Thateng District Hospital	Thateng District	Sekong Province
4	Banh Phone Health Center	Lamam District	Sekong Province
5	Sanasomboun District Hospital	Sanasomboun District	Chamapasack Province
6	Saphouy Health Center	Sanasomboun District	Chamapasack Province

List of Long-term and Short-term Experts ProvidedProject: Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal, and Child Health Services in Lao PDR

Duration of Review: 25 May 2010 ~ 30 September 2012

Long Term Experts

No.	Name	Designation	Period	Duration	Re.
1	Dr. Hironori Okabayashi	Chief Adviser	25 May 2010 ~ 30 Sept. 2012	32.2 Month(s)	Until 24 May 2013
2	Dr. Midori Anami	Mother and Child Health (Nursing and Midwifery Care)	31 May 2010 ~ 29 Feb. 2012	21.0 Month(s)	
3	Dr. Shogo Kubota	Community Health (Mother and Child Health)	31 May 2010 ~ 5 June 2012	24.2 Month(s)	
4	Ms. Megumi Fujita	Project Coordinator/ Health Education	17 Jul. 2010 ~ 16 Jul. 2012	24.0 Month(s)	
5	Dr. Masami Miyakawa	Community Health (Health Administration)	19 Apr. 2012 ~ 30 Sept. 2012	5.4 Month(s)	One short-term visit Until 24 May 2013
6	Dr. Sayaka Horiuchi	Community Health (Mother and Child Health Service)	7 May. 2012 ~ 30 Sept. 2012	4.8 Month(s)	One short-term visit Until 7 May 2013
7	Mr. Hisasi Tajima	Project Coordinator/ Institutional Coordination	11 Jul. 2012 ~ 30 Sept. 2012	2.6 Month(s)	Until 10 Jul. 2014
LONG TERM EXPERTS: TOTAL NUMBER of EXPERTS				7 Persons	
LONG TERM EXPERTS TOTAL (in Months)				114.0 Month(s)	

Short Term Experts

No.	Name	Designation	Period	Duration	Re.
FY 2012					
1	Dr. Mitsuaki Matsui	Review for Implementation of Integrated MNCH Strategy	26 Aug. ~ 28 Sep.	1.1 Month(s)	
FY 2011					
1	Dr. Sayaka Horiuchi	Health Education	3 Jan. ~ 28 Jan. 2012	0.8 Month(s)	
2	Mr. Hideaki Kanayama	Architectural Planning	16 Jan. ~ 3 Mar. 2012	1.6 Month(s)	
3	Dr. Masami Miyakawa	Community Health (Health Administration)	30 Jan. ~ 20 Mar.	2.0 Month(s)	
FY 2010					
No short-term experts were placed during the FY 2010					
SHORT TERM EXPERTS: TOTAL DURATION				5.5 Month(s)	
SHORT TERM EXPERTS: TOTAL NUMBER of EXPERTS				4 Persons	
SHORT TERM EXPERTS: AVERAGE DURATION per VISIT				1.4 Month(s)	

RF

List of CounterpartsProject: Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal, and Child Health ServicesDuration of Review: 25 May 2010 ~ 30 September 2012

	Name	Title	Organization	Section/district
Ministry of Health				
Dr	Somchith AKKHAVONG	Deputy Director	Department Hygiene and Prevention	
Dr	Nalee XAYACHACK	Senior Technical officer	Department of Hygiene and Prevention	
Dr	Kaisone CHOULAMANY	Director	Maternal and Child Health Center	
Dr	Khampiou SIHAKHANG	Deputy Director	Maternal and Child Health Center	
Dr	Kopkeo SOUPHANHTHONG	Chief	Maternal and Child Health Center	Administration Division
Dr	Manisone OUDOM	Chief	Maternal and Child Health Center	Statistic & Planning Division
Dr	Panome XAYAMOUNGKHOUN	Technical Staff	Maternal and Child Health Center	Statistic & Planning Division
Dr	Anonh XEUATVONGSA	Programme Manager	Maternal and Child Health Center	National Immunization Program
Dr	Chansay PATHAMMAVONG	Deputy Programme Manager	Maternal and Child Health Center	National Immunization Program
Dr	Kongxay PHOUNPHENGHACK	Deputy Programme Manager	Maternal and Child Health Center	National Immunization Program
Dr	Sengchoy PANYAVONG	Director (Director)*	Center of Information, Education for Health (Department of Organization and Personnel)*	* () : present position
Dr.	Visith	Chief	Center of Information, Education for Health	
Champasak Province				
Dr	Khampho Chalemvong	Director	PHO	Champasak PHO
Dr	Somkiet Vorarath	Deputy Director	PHO	Champasak PHO
Dr	Orathai Sattakoun	Head of MCH Section	PHO	Champasak PHO
Dr	Paphavady Manevilaysack	Deputy Dir. MCH section	PHO	Champasak PHO
Dr	Kamphone Xayanthone	Deputy Dir. MCH section	PHO	Champasak PHO
Dr	Southakasy Luang lard	Chief of IEC team (technical)	PHO	Champasak PHO
Dr	Paikong Auaphongsavat	Technical of MCH section	PHO	Champasak PHO
Dr	Buakham Lattanavong	Technical of MCH section	PHO	Champasak PHO
Dr	Shanlom Keothongku	Technical of MCH section	PHO	Champasak PHO
Dr	Somphathay Keobuapha	Technical of MCH section	PHO	Champasak PHO
Dr	Sommaï Thipakaisone	Head of IEC section	PHO	Champasak PHO
Dr	Bouneyang	Head of Organization and Personnel Section	PHO	Champasak PHO
Dr	Anuson	Technical staff of Organization and Personnel Section Personnel	PHO	

Annex V Counterparts

	Name	Title	Organization	Section/district
Dr	Siphant phanyasavath	Director	CPS collage of health science	CPS collage of health science
Dr	Vilisak	Deputy director	CPS collage of health science	CPS collage of health science
Ms	Duangphathai	Technical staff	CPS collage of health science	CPS collage of health science
Dr	Keo sosouphant	Director	Provincial Hospital	Champasak Provincial Hospital
Dr	Pathumna samingvongsa	Head of MCH section in Hospital	Provincial Hospital	Champasak Provincial Hospital
Dr	Nalone Thangaso	Pediatrician Expert	Provincial Hospital	Champasak Provincial Hospital
Salavanh Province				
Dr	Khoudala Vongsalavanh	Director	PHO	Salavanh PHO
Dr	Kaseimsouk vongsoudthi	Deputy Director	PHO	Salavanh PHO
Mr	Shaosely Bualany	Chief of Administrative section	PHO	Salavanh PHO
Dr	Somkith Bualavong	Head of MCH section	PHO	Salavanh PHO
Dr	Bounkong Xaysombath	Deputy of MCH section	PHO	Salavanh PHO
Mr	Bounyong	Technical of MCH section	PHO	Salavanh PHO
Ms	Buavanh	Technical of MCH section	PHO	Salavanh PHO
Mr	Bounkone Keophasone	Head of Health Education section	PHO	Salavanh PHO
Ms	Bounying	Technical staff of Health Education section	PHO	Salavanh PHO
Sekong Province				
Mr	Visan Inthavong	Director	PHO	Sekong PHO
Dr	Bounphone Phoxayavong	Deputy Director	PHO	Sekong PHO
Dr	Khamelay sanethiphum	Deputy Director	PHO	Sekong PHO
Ms	Bounthanoum Naththongma	Head of MCH Section	PHO	Sekong PHO
Ms	Linxai	Deputy Director	PHO	Sekong PHO
Ms	Chantsy vongkhamesa	Technical of MCH section	PHO	Sekong PHO
Mr	Bounnanh	Technical of MCH section	PHO	Sekong PHO
Mr	Mokkeo	Technical of MCH section	PHO	Sekong PHO
Dr	Boualay	Head of Management	PHO	Sekong PHO
Dr	Souphasith	Director of Planning	PHO	Sekong PHO
Ms	Kinnaloue	Deputy of Planning	PHO	Sekong PHO
Dr	Phetsamai Thepvongsa	Director	Provincial Hospital	Sekong provincial hospital
Dr	Montha Keovongsa	Head of MCH	Provincial Hospital	Sekong provincial hospital
Ms	Sempachanh	MCH	Provincial Hospital	Sekong provincial hospital
Attapeu Province				
Dr	Phommasane Phouvanhlamaly	Director	PHO	Attapeu PHO
Mr	Inphan Inthilath	Deputy Director	PHO	Attapeu PHO
Dr	Chanthavong Xayasena	Deputy Director	PHO	Attapeu PHO
Dr	Inphone Dethvikone	MCH Director	PHO	Attapeu PHO
Ms	Somphan Ouanyilay	Deputy of MCH section	PHO	Attapeu PHO
Dr	Khammoun Aphaphone	Technical of MCH section	PHO	Attapeu PHO
Dr	Silivon Inthivong	Technical of MCH section	PHO	Attapeu PHO

Annex V Counterparts

	Name	Title	Organization	Section/district
Dr	Vilaysack	Deputy of Management	PHO	Attapeu PHO
Mr	Phosy Thongdy	Deputy of Planning and Finance	PHO	Attapeu PHO
Ms	Yommaha Khommamoung	Technical of Planning and Finance	PHO	Attapeu PHO
Dr	Vounthavy	Director	Provincial Hospital	Attapeu provincial hospital
Dr	Onphiew Thilath	Deputy Director	Provincial Hospital	Attapeu provincial hospital
Dr	Phou ngern Khumphetsavong	Head of MCH	Provincial Hospital	Attapeu provincial hospital
Ms	Velmany	Deputy of MCH PH	Provincial Hospital	Attapeu provincial hospital

5

Bf

Summary of the Training Supported by the ProjectProject: Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal, and Child Health ServicesDuration of Review: 25 January 2010 ~ 30 September 2012

Name of Training	Type of Support by the Project	Type of People Trained	Number Trained	Province	MMM-YY	Duration
Workshop on formulation of the Annual Plan [x 3~4/prov.]	Technical & Financial	PHO and DHO staff in 27 districts	318	All four Provinces	2010~2012	1~3 days
Training on monitoring indicators [x2]	Technical & Financial	DHO staff in 9 districts	24	Sekong and Attapeu	Mar-12	2 days
1st Level MNCH Core Services [modules 1, 2, 3] [x1]	Technical & Financial	Administrators and Practitioners in PHOs, PHs and A-level 5 DHs in all 27 districts	21	All four Provinces	Sep-12	15 days
Training on Integrated Outreach (1) [x2]	Technical & Financial	Practitioners in DHs in Thateng, Lamam, Kaleum, Dakcheung	12	Sekong	Mar-12	2 days
Training on Integrated Outreach (2) [funds by CESVI] [x2]	Technical Only	Practitioners in HCs in Thateng, Lamam, Dakcheung	30	Sekong	Jul-12	2~3 days
Training on Integrated Outreach (1), (2) [x2]	Technical & Financial	Practitioners in DHs in Sanxay, Xaysetha, Sanamxay	9	Attapeu	Apr-12	2 days
Training on Integrated Outreach (3) [x1]	Technical & Financial	Practitioners in DHs in Phouvong, Samakkhixay	6	Attapeu	May-12	2 days
Training on Integrated Outreach (1), (2), (3), (4), (5) [funds by UNICEF] [x5]	Technical Only	Practitioners in HCs in Samakkhixay, Xaysetha, Sanamxay, Phouvong, Sanxay	100	Attapeu	Aug-12	3 days
Workshop to prepare for health education events (1), (2), (3) [x3]	Technical & Financial	Practitioners in all 10 DHs into 3 groups	42	Champasack	Jan - Feb 2011	1 days
Workshop to prepare for health education events (1), (2), (3) [x3]	Technical & Financial	Practitioners in all 8 DHs into 3 groups	30	Salavan	Mar - May 2011	1 days
Workshop to prepare for health education events (1), (2), (3), (4) [x4]	Technical & Financial	Practitioners in all 10 DHs and all 62 HCs divided into 4 groups	84	Champasack	Feb - Mar 2012	2 days
Workshop to prepare for health education events (1), (2), (3) [x3]	Technical & Financial	Practitioners in all 8 DHs and all 54 HCs divided into 3 groups	70	Salavan	Feb - Mar 2012	2 days
Workshop to prepare for health education events [x10]	Technical & Financial	Practitioners in all 10 DHs and all 62 HCs by district	104	Champasack	Jun - Oct 2012	2 days
Workshop to prepare for health education events [x8]	Technical & Financial	Practitioners in all 8 DHs and all 54 HCs by district	96	Salavan	Jun - Sep 2012	2 days
Workshop to share lessons learned on HE events [x2]	Technical & Financial	Practitioners in DHs	33	Champasack	Jun-12	2 days
Workshop to share lessons learned on HE events [x2]	Technical & Financial	Practitioners in DHs	27	Salavan	Jul-12	1 days

List of Training in Japan Provided for the CounterpartProject: Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal, and Child Health Services in Lao PDRDuration of Review: 25 May 2010 ~ 30 September 2012

No.	Name of Trainee	Period	Duration	Areas of Training	Training Institution	Post at the time of Training	Present Post
(FY 2006)							
1	Dr. Nalee XAYACHACK	16 ~ 21 Jan. 2012	0.2 Month(s)	Counterpart Training in Health Management	National Center for Global Health and Medicine	Senior Technical officer, Department of Hygiene & Health Promotion, Ministry of Health	Same
2	Dr. Somkiat VORARATH	16 ~ 21 Jan. 2012	0.2 Month(s)	Counterpart Training in Health Management	National Center for Global Health and Medicine	Deputy Director, Champasack Provincial Health Office	Same
3	Dr. Kaseumsouk VONGSOUTY	16 ~ 21 Jan. 2012	0.2 Month(s)	Counterpart Training in Health Management	National Center for Global Health and Medicine	Deputy Director, Salavan Provincial Health Office	Same
4	Dr. Phouvanhmalay PHOMMASANE	16 ~ 21 Jan. 2012	0.2 Month(s)	Counterpart Training in Health Management	National Center for Global Health and Medicine	Director, Attapeu Provincial Health Office	Same
5	Dr. Panome SAYAMOUNGKHON	16 ~ 27 Jan. 2012	0.4 Month(s)	Counterpart Training in Mother, Neonatal and Child Health	National Center for Global Health and Medicine	(position), Mother and Child Health Center, Ministry of Health	Same
6	Dr. Orathay SATTAKOUN	16 ~ 27 Jan. 2012	0.4 Month(s)	Counterpart Training in Mother, Neonatal and Child Health	National Center for Global Health and Medicine	Chief of MCH, Champasack Provincial Health Office	Same
7	Dr. Somkhith BOUALAVONG	16 ~ 27 Jan. 2012	0.4 Month(s)	Counterpart Training in Mother, Neonatal and Child Health	National Center for Global Health and Medicine	Chief of MCH, Salavan Provincial Health Office	Same
8	Ms. Sonphan OUANVILAY	16 ~ 27 Jan. 2012	0.4 Month(s)	Counterpart Training in Mother, Neonatal and Child Health	National Center for Global Health and Medicine	Deputy Chief of MCH, Attapeu Provincial Health Office	Same
9	Dr. Bounthanoam NAKDOUANGMALA	16 ~ 27 Jan. 2012	0.4 Month(s)	Counterpart Training in Mother, Neonatal and Child Health	National Center for Global Health and Medicine	Chief of MCH, Sekong Provincial Health Office	Same
TOTAL (in Month)			2.5 Month(s)				
TOTAL (# of Persons)			9 Person(s)				
AVERAGE DURATION (in Month)			0.3 Month(s)				

Bif

L

List of Equipment procured for the Project

Project: The Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal and Child Health Service
 Duration of Review: May 2010 ~ Aug. 2012

No.	NAME (Specification)	Maker	Qty	Total Price (US\$)	Date of Arrival	Installed at:	Remarks
1	Notebook (Laptop) Computer	HP,Acer,Toshiba .	44	US\$37,290.00	2010~2012	Project Office, 4 PHOs, Districts	
2	Car	Toyota, Mitsubishi	7	US\$202,800.00	2011~2012	Project Office, 4 PHOs	
3	Desktop Computer	HP,Acer	9	US\$6,210.00	2010~2011	Project Office, 4 PHOs	
4	Copy Machine	Canon	5	US\$14,666.00	2010~2012	Project Office, 4 PHOs	
5	Printer	Brother,HP	2	US\$700.00	30 Aug. 2010	Project Office	
6	All-in-one Printer	Canon	9	US\$2,675.00	2011~2012	4 PHOs	
7	LCD Projector	Epson	6	US\$10,848.00	2010~2012	Project Office, 4 PHOs, Health College	
8	Document Camera	Epson,Avervision	4	US\$3,300.00	2010~2011	Project Office, 3 PHOs	
9	Delivery bed		12	US\$8,810.00	2011~2012	Health College, Provincial Hospitals, District Hospitals	
10	Fetal Doppler	Eden	39	US\$7,800.00	23 May. 2012	Health College, Provincial Hospitals, All districts	
11	Aneroid Sphygmomanometer	Higo	176	US\$5,357.00	28 Mar. 2012	4 Provincial Hospitals, All Districts, Health Centers	
12	Delivery kit set		25	US\$6,250.00	23 May. 2012	Health College	
13	Portable microphone set		36	US\$9,975.00	28 Mar. 2012	4 PHOs, All districts	
14	Megaphone	Yugo	375	US\$9,855.00	28 Mar. 2012	All districts, Health Centers	
15	DVD player	LG	30	US\$1,170.00	14 Mar. 2012	All districts	
16	TV	LG	29	US\$8,729.00	14 Mar. 2012	All districts	
17	Tent (4m*6m)		31	US\$32,147.00	28 Mar. 2012	All districts, Health Centers	
18	Digital camera (for IEC activities)	Sony	9	US\$3,212.00	2010~2012	Project Office, 4 PHOs	
19	Patient bed		2	US\$600.00	30 May. 2011	Health College	
20	Ambu Bag	Topstar	6	US\$1,162.00	2011~2012	Health College	
21	Stand lamp for Surgery		1	US\$300.00	30 May. 2011	Health College	
22	Delivery bed		12	US\$8,810.00	2011~2012	Health College, Provincial Hospitals, District Hospitals	
23	Injection demonstration arm		2	US\$800.00	30 May. 2011	Health College	
24	CPR training doll		2	US\$1,200.00	30 May. 2011	Health College	
25	Medical Manikin (Childbirth Simulator)		2	US\$2,800.00	30 May. 2011	Health College	
26	Table		72	US\$1,067.00	1 Dec. 2011	4 PHOs	
27	Chair		660	US\$4,625.00	1 Dec. 2011	4 PHOs	
28	2batteries and battery charger		4	US\$236.00	28 Mar. 2012	Health College	
29	Weight scale for infant		31	US\$1,732.00	28 Mar. 2012	Provincial Hospitals, District Hospitals	
30	Length scale for infant		30	US\$1,680.00	28 Mar. 2012	Provincial Hospitals, District Hospitals	
31	Stethoscope		0	US\$2,509.00	28 Mar. 2012	All districts, Health Centers	
32	Weight scale for adult		193	US\$2,412.00	28 Mar. 2012	All districts, Health Centers	
33	Thermometer		193	US\$193.00	28 Mar. 2012	4 PHOs	
TOTAL (in US\$)				US\$401,920.00			

BF

F

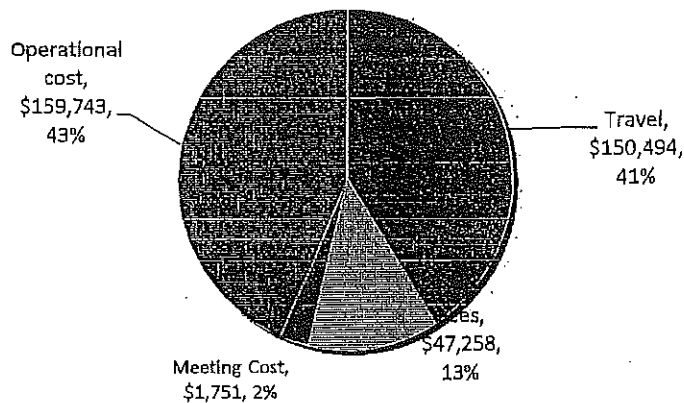
Japanese Contribution to the project's Local Expense SupportProject: The Project for Strengthening Integrated Maternal, Neonatal and Child Health ServiceDuration of Review: May 2010 ~ Sep. 2012

Breakdown by Expenditure Type

(in US\$)

Fiscal Year/ Expenditure Type	CLASSIFICATION				Sub Total (FY)
	Travel	Fees	Meeting Cost	Operational cost	US\$
JFY2010 (Jun 2010 - Mar 2011)	34,801.38	11,269.42	2,969.91	58,515.89	US\$107,556.59
JFY2011 (Apr 2011 - Mar 2012)	84,413.94	23,972.19	4,592.25	82,114.22	US\$195,092.60
JFY2012 (Apr-Sep 2012) 1\$=8000LAK	31,278.63	12,016.48	2,235.75	19,112.77	US\$64,643.63
Sub-Total (Type)	\$150,494	\$47,258	\$9,798	\$159,743	US\$367,292.81

Local Expense Support
(breakdown by expenditure type)



Note:

Travel: domestic and international travel costs

Fees: Local payment for technical and administrative assistances

Meeting Cost: Coffee/Tea, snack or meal serving expenses incurred with meetings under SWC Mechanism

Operational cost: Supply and service purchases, security and maintenance, or printing and publishing cost, etc.

Schedule of Mid-term Review on MNCH Project

No	Date	Time	Consutant	stay	
1	30	Sun	NRT -> VTE	VTE	
2	1	Mon	9:00	Internal Meeting (JICA Laos Office)	VTE
			13:30	Dr. Viorica, UNICEF	
			15:00	Dr. Sylvianh, WHO	
			16:30	Dr. Marco, CESVI	
3	2	Tue	10:00	Dr. Somchit AKKHAVONG, DD of DHP (MNCH Project Director).	VTE
			11:00	Dr. Phetdara CHANTHALA, Operational Officer, WB	
			13:30	Dr. Kaisone Chounlamany, Director of MCH Center, Dr. Panome, Dr. Manisone	
			15:00	Dr. Anonh (MCHC-NIP)	
			16:30	Mrs. Della, UNFPA	
4	3	Wed	7:40	VTE -> PKZ (QV201 7:40-8:55)	PKZ
			9:30	Internal Meeting with Project	
			10:30	[1] (CS03) IEC team	
			13:30	[2] (CS01) Director/Deputy Director [3] (CS06) HRD team [4] (CS02) Dr. Orathai (MCH chief)	
			17:00	(CS04) Ms. Valentina (CESVI)	
5	4	Thu	8:00	Move to Salavan	SLV
			10:30	[1] (SL01) Director/Deputy Director [2] (SL02) Dr. Somkhith (MCH chief)	
			13:30	[3] (SL03) Dr. Bounkong (MCH deputy chief) [4] (SL04) IEC team	
6	5	Fri	8:30	WS (Salavan) - PHO staff - DHO staff	PKZ
				Move to Pakse	
				Site visit (Paksong DH, Etou HC)	
			17:00	(05) Ms. Maelle (Mdm)	
7	6	Sat	Data Analysis, Documentation	PKZ	
8	7	Sun	Data Analysis, Documentation	SKG	
			15:30		Move to Sekong
9	8	Mon	8:30	[1] (SK01) Director/Deputy director [2] (SK02-03, 05) Ms. Bounthanom (MCH chief), Ms. Chansy (outreach), Ms. Mountha (health promotion day) [3] (SK04) SWG secretariat	ATP
			13:30	WS (Sekong) - PHO staff (+PH staff in charge of HPD) - DHO staff Move to ATP	
10	9	Tue	8:30	[1] (AT01) Director/Deputy Director [2] (AT02-03) Ms. Somphan (MCH deputy chief), Dr. Khamoun (outreach) [3] (AT04) SWG secretariat	ATP
			13:30	WS (Attapeu) - PHO staff - DHO staff	

No	Date	Time	Consutant	stay	
		17:00	(AT06) Mr. Uthai (WFP) (AT05) Ms. Phonchanh (UNICEF)		
11	10	Wed	7:30	Move to Sekong	PKZ
			8:30	(SK06) Mr. Virasak (Lao Red Cross)	
			9:30	Site Visit (Bann Phone HC (Lamam district))	
			11:00	Site Visit (Thateng DH)	
				Move to Pakse	
			16:00	(SK07) Ms. Nathalie (SFE)	
12	11	Thu	8:30	WS (Champasak) - PHO staff - DHO staff	PKZ
			13:30	Summarizing findings from data collection and Interviews	
13	12	Fri	7:40	Official mission members join to Consultant (VTE→PKZ (QV201 740- 8.55))	PKZ
			10:00	Site Visit (Sanaosomboun DH, Saphai HC)	
			13:30	Identification of issues and Breifing and Internal Discussion	
			15:30	Interview to Experts	
14	13	Sat		Internal Discussion on MRT Report (Achievement and Progress)	PKZ
15	14	Sun		Internal Discussion on MRT Report (Objective Verifiable Indicators)	PKZ
16	12	Mon	9:00	Preparation for Report Mtg and Internal Discussion (Recommendations etc)	PKZ
			13:30	Interview to Decision Makers from 4 Prov.	
			15:00	Interview to Technical Level staff from 4 Prov.	
			17:00	Internal Discussion on MRT Report	
17	16	Tue	9:00	Pleliminary Result Reprot and Discussion Mtg for 4 Prov.	PKZ
			13:00	Internal Discussion on MRT Report (PDM revision)	
18	17	Wed	8:30	Internal Discussion on MRT Report (5 criteria evaluation) PKZ→VTE	
19	18	Thu		Documentation on M/M	VTE
20	19	Fri	9:00	-Dr. Bounfeng Phoummalaysith, Deputy Director of Cabinet	VTE
			14:00	Interview Dr. Asuza IWAMOTO, Chief Advisor, CDSWC-2, MOH	
			16:00	Discussion on M/M, PDM with MOH: -Dr. Kaisone Chounlamany, Director of MCH Center and other staff	
21	20	Sat		Finalizing M/M and MTR Report	VTE
22	21	Sun		Finalizing M/M and MTR Report	VTE
23	22	Mon	13:30	Final Discussion on M/M, PDM with MOH -Dr. Bounfeng Phoummalaysith, Deputy Director of Cabinet -Dr. Kaisone Chounlamany and other staff, Director of MCH Center	VTE
			15:00	Report to JICA Laos Office	
24	23	Tue	10:00	10:00 Signing on the M/M, Presentation (Sharing the result and findings)	
			18:00	Departure from VTE	
25	24	Wed		Arrive at NRT	

PK

A

