

バングラデシュ人民共和国
母性保護サービス強化
プロジェクトフェーズ2
中間レビュー調査報告書

平成25年12月
(2013年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
13-087

**バングラデシュ人民共和国
母性保護サービス強化
プロジェクトフェーズ2
中間レビュー調査報告書**

平成 25 年 12 月
(2013年)

**独立行政法人国際協力機構
人間開発部**

序 文

バングラデシュ人民共和国における母子保健の状況は、同国政府の努力もあり、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の改善が進んでいることが確認され、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の達成に向けて順調な推移をたどっています。

バングラデシュ人民共和国政府の取り組み強化のため、国際協力機構（JICA）は、2006年7月から5年間「母性保護サービス強化プロジェクト（Safe Motherhood Promotion Project : SMPP）」をダッカ市の北東に位置するノルシンディ県を対象として実施しました。その成果を踏まえ、同国の保健分野の全体方針となる「保健・人口・栄養セクター開発プログラム（Health, Population and Nutrition Sector Development Programme : HPNSDP）」に沿う形で、SMPPの成果が国レベルの政策に反映され、国内で普及展開していくためのモデルづくりを推進していくことを目的としたプロジェクトのフェーズ2協力を2011年7月から実施しています。さらにJICAは、母子保健分野に特化した内容としては初めてとなる円借款「母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）（フェーズ1）」のほか、SMPPフェーズ1から連携が進んでいた青年海外協力隊のプロジェクト活動地域への派遣など、バングラデシュ人民共和国の母子保健状況の改善のためにバングラデシュ人民共和国政府の取り組みへの協力を進めています。

今般、同プロジェクトの中間時点での評価を行うことを目的として、2013年6月29日から7月19日までに中間レビュー調査団を派遣し、プロジェクトの進捗状況の確認及び評価5項目による評価を行い、同レビュー調査の結果を本報告書に取りまとめました。

ここに、本調査にご協力いただきました内外関係者の方々に深く謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成25年12月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

目 次

プロジェクトの位置図

略語表

評価調査結果要約表

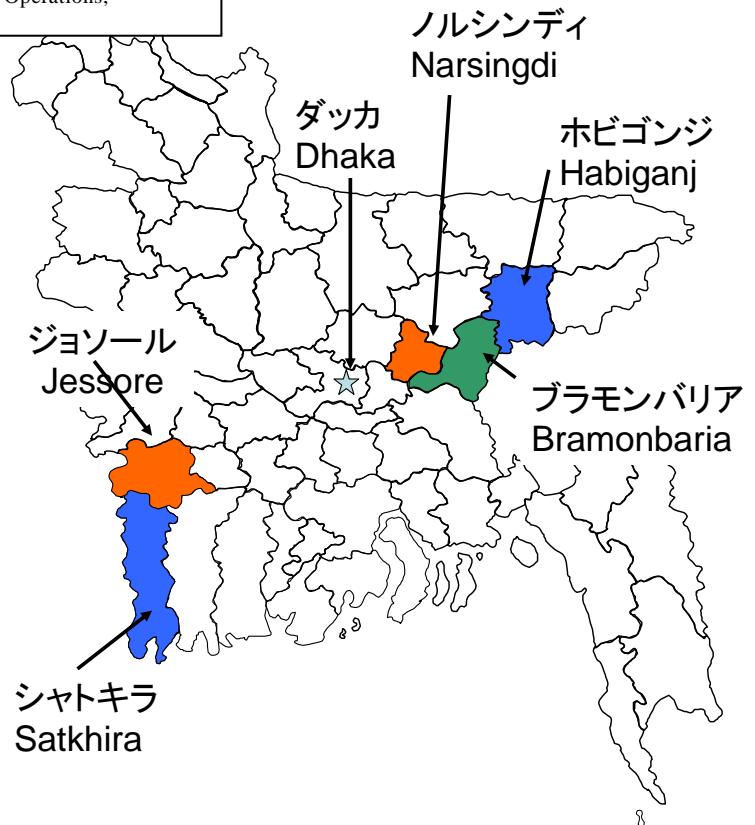
第1章 中間レビュー調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
1-5 プロジェクトの概要	4
1-6 プロジェクトに関連する母子保健関係協力	6
第2章 中間レビューの方法	9
2-1 評価設問と必要なデータ・評価指標	9
2-2 データ収集・分析方法	9
2-3 評価調査の制約・限界	10
第3章 プロジェクトの実績	11
3-1 投入実績、アウトプットの実績	11
3-1-1 投入実績	11
3-1-2 活動実績	13
3-1-3 アウトプットの実績	16
3-1-4 プロジェクト目標の達成度	25
3-2 実施プロセスにおける特記事項	26
3-2-1 PDMとの整合性	26
3-2-2 プロジェクト管理と意思決定	26
3-2-3 技術協力の方法	27
3-2-4 促進・阻害要因	28
第4章 評価結果	30
4-1 各分野の評価	30
4-2 評価5項目ごとの評価	36
4-2-1 妥当性	36
4-2-2 有効性	37
4-2-3 効率性	38
4-2-4 インパクト	39

4 - 2 - 5 持続性.....	39
4 - 3 結論.....	40
第5章 提言と教訓.....	41
5 - 1 提言.....	41
5 - 2 教訓.....	42
付属資料	
1. 協議議事録 (Minutes of Meetings : M/M)	47

プロジェクトの位置図



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



略 語 表

略 語	正式名称	日本語
ANC	Ante-natal Clinic	産前ケア
APR	Annual Program Review	年次プログラムレビュー
BDT	Bangladesh Taka	バングラデシュタカ (通貨単位)
BMMS	Bangladesh Maternal Mortality Survey	バングラデシュ妊産婦死亡調査
CBHC	Community Based Health Care	コミュニティベースヘルスケア (DGHSのOPの1つ)
CC	Community Clinic	コミュニティクリニック
CCSD	Clinical Contraceptive Service Delivery	医療避妊サービス提供 (DGFPのOPの1つ)
CG	Community Group	コミュニティグループ
CHCP	Community Health Care Provider	コミュニティ保健ケア提供者
CHCS	Community Health Care Service	コミュニティ保健ケアサービス
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CmSS	Community Support System	コミュニティサポートシステム
CQI	Continuous Quality Improvement (KAIZEN)	継続的品質改善
CS	Civil Surgeon	県衛生部長
CSG	Community Support Group	コミュニティサポートグループ
CSBA	Community based Skilled Birth Attendant	コミュニティベースの熟練助産師
DAC	Development Assistance Committee (of OECD)	開発援助委員会
DDFP	Deputy Director/Family Planning	県家族計画課長
DGFP	Directorate General of Family Planning	家族計画局
	Director General of Family Planning	家族計画局総局長
DGHS	Directorate General of Health Services	保健サービス局
	Director General of Health Services	保健サービス局総局長
DH	District Hospital	県病院
EOC (EmOC)	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
ERD	Economic Relations Division	経済関係局
ESD	Essential Service Delivery	必須サービス提供 (DGHSのOPの1つ)

略 語	正式名称	日本語
ETAT	Emergency Triage Assessment and Treatment	緊急トリアージ・診断・治療
5S	Set, Sort, Shine, Standardize, Sustain	整理・整頓・清掃・清潔・躰
FP	Family Planning	家族計画
FPFSD	Family Planning Field Services Delivery	家族計画現場サービス提供（DGFPのOPの1つ）
FY	Fiscal Year	会計年度
GAVI	GAVI Alliance (originally Global Alliance for Vaccines and Immunization)	GAVIアライアンス
GoB	Government of People's Republic of Bangladesh	バングラデシュ人民共和国政府
HA	Health Assistant	保健アシスタント
HLP	Horizontal Learning Program	水平学習プログラム
HNPSP	Health Nutrition and Population Sector Program	保健・栄養・人口セクタープログラム（過去の保健セクタープログラム）
HPNSDP	Health, Population, and Nutrition Sector Development Program	保健・人口・栄養セクター開発プログラム（現行保健セクタープログラム）
HRM	Human Resource Management	人的資源管理 （MoHFWのOPの1つ）
HSM	Hospital Services Management	病院サービス管理 （DGHSのOPの1つ）
HSS	Health Systems Strengthening	保健システム強化
ICDDR,B	International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	国際下痢性疾病研究センター
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
LD	Line Director	課長（各OPの責任者）
LLP	Local Level Planning	ローカルレベルプランニング
MCRAH	Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health	母子・リプロダクティブヘルス・思春期保健（DGFPのOPの1つ）
MCWC	Maternal and Child Welfare Centre	母子福祉センター
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MNCAH	Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health Care	母子新生児思春期保健ケア （DGHSのOPの1つ）
MNCRH	Maternal, Neonatal, Child and Reproductive Health	母子新生児保健・リプロダクティブヘルス（DGFPのOPの1つ）
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MNCH	Maternal, Neonatal and Child Health	母子・新生児保健
MNH	Maternal and Neonatal Health	妊産婦・新生児保健

略 語	正式名称	日本語
MO	Medical Officer	医務官
MOU	Memorandum of Understanding	覚書
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare	保健家族福祉省
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NMR	Neonatal Mortality Rate	新生児死亡率
NNS	National Nutrition Services	国家栄養サービス
Obs/Gyn.	Obstetrics and Gynaecology	産婦人科
OP	Operational Plan	(HPNSDPのもと計画された) 活動計画
P-CSBA	Private Community Skilled Birth Attendant	民間コミュニティ熟練助産師
PDM	Project Design Matrix	プロジェクトデザインマトリックス
PFD	Physical Facilities Development	医療施設開発 (DGHSのOPの1つ)
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PIC	Project Implementation Committee	プロジェクト実施委員会
PNC	Post-natal Clinic	産後ケア
PPFP	Post-partum Family Planning	産後家族計画
PSC	Project Steering Committee	プロジェクト管理委員会
PSC	Procurement, Logistics and Supplies Management	調達・ロジスティクス・供給管理 (DGHSのOPの1つ)
RCHCIB	Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh (Community Clinic Project)	コミュニティヘルスケア再活性化イニシアティブ (別称: コミュニティクリニックプロジェクト) (DGHSのOPの1つ)
R/D	Record of Discussions	討議議事録
SMPP-1 / SMPP-2	Safe Motherhood Promotion Project (Phase 1) (Phase 2)	母性保護サービス強化プロジェクト (フェーズ1) (フェーズ2)
SOP	Standard Operations Procedure	標準作業手順書
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UDCCM	Union Development Coordination Committee Meeting	ユニオン開発調整委員会会議
UFPO	Upazila Family Planning Officer	郡家族計画課長
UHC	Upazila Health Complex	郡病院
UHS	Upazila Health System	郡保健システム
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UP	Union Parishad	ユニオン評議会
USAID	U.S. Agency for International Development	米国国際開発庁

略 語	正式名称	日本語
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WHO- SEARO	World Health Organization South-East Asia Regional Office	世界保健機関南東アジア地域事務所

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：バングラデシュ人民共和国	案件名：母性保護サービス強化プロジェクト(フェーズ2)
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：人間開発部保健第四課	協力金額(評価時点)：1.9億円
協力期間	(R/D)： 2011年7月1日から5年間
	先方関係機関：保健家族福祉省保健サービス局(MoHFW-DGHS)、同省家族計画局(MoHFW-DGFP)
	日本側協力機関：国内支援委員会を組織
	他の関連協力：円借款「母子保健改善事業(保健・人口・栄養セクター開発プログラム)(フェーズ1)(50.4億円)」、青年海外協力隊(看護師、村落開発普及員、プログラムオフィサー)、日本-UNICEF EMBRACE Partnership
1-1 協力の背景と概要	
<p>バングラデシュ人民共和国(以下、「バングラデシュ」と記す)における「母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2」(本プロジェクト)は、2006年7月から5か年間、JICAがバングラデシュ保健家族福祉省及びノルシンディ県保健サービス局・家族計画局とともに実施した「母性保護サービス強化プロジェクト」の成果を踏まえ、2011年7月から5年間の予定で実施されている。本プロジェクトは、①妊産婦・新生児保健に携わる政府、開発パートナー、NGO等の関係者間の国レベルにおける調整機能〔母子・新生児保健(Maternal, Neonatal, and Child Health: MNCH)フォーラム等〕の強化、②コミュニティ活動の活性化を中心として行政や病院を巻き込んだ活動を行ってきたフェーズ1の協力地域であるノルシンディ県、郡病院が中心となって行政とコミュニティを巻き込んだ活動を展開してきたジョソール県(チョウガチャ郡)の施設・人材・技術・知見を活用した、フェーズ1及び本プロジェクトから導き出された優良事例の全国への発信、③MNCHミニマムパッケージと母子・新生児健康改善のために効果的で普及しやすい介入方法(アプローチ)の精緻化の3つの成果を通じ、MNCH改善に効果的なアプローチをバングラデシュの保健・人口・栄養セクター開発プログラム(Health, Population and Nutrition Sector Development Program: HPNSDP)の活動計画等の内容に反映させ、妊産褥婦・新生児保健(Maternal and Neonatal Health: MNH)サービスの利用と質を向上するためのアプローチを全国へ拡大し、バングラデシュの母子の健康改善に寄与することを目的としている。</p>	
1-2 協力内容	
(1) 上位目標	
バングラデシュにおける妊産褥婦と新生児の健康状態が向上する。	
(2) プロジェクト目標	
妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチが、HPNSDPに整合する形で、バングラデシュ全体に拡大する。	
(3) 成果	
成果1：国レベルにおいて、関連のステークホルダーが実施する妊産褥婦・新生児保健活動の調整機能(MNCHフォーラムなどにおける)が強化される。	
成果2：フェーズ1の結果も含めたプロジェクトからの母子・新生児保健改善の優良事例について、実施プロセス及び教訓が全国に発信される。	
成果3：シャトキラ県やホビゴンジ県において、郡保健システム(Upazila Health System: UHS)に統合されるMNCHミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム/仕組みが確認される。	

(4) 投入 (評価時点)	
日本側：総投入額	1.9億円
長期専門家派遣：2名 (45.4人/月)	機材供与：175万円
短期専門家派遣：2名 (1.1人/月) ¹	ローカルコスト負担：9,247万円
研修員受入：0名 ²	その他 (本邦から出張経費等)：805万円
相手国側：	
カウンターパート配置：82名 (保健家族福祉省、県・郡保健局、病院)	
土地・施設提供：ダッカ事務所・光熱費	

2. 評価調査団の概要

調査者	日本側調査団		
	担当分野	氏名	所属
	団長/総括	石井 羊次郎	JICA人間開発部 課題アドバイザー
	地方行政	佐藤 寛	日本貿易振興機構 アジア経済研究所
	母子保健	明石 秀親	国立国際医療研究センター 国際医療協力部
	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 シニアスペシャリスト
	協力企画	小林 佳愛	JICA財務部 財務第二課
	評価企画	平岡 久和	JICA人間開発部 保健第四課
	バングラデシュ側調査団		
	氏名	所属	
	Mr. Mahbubur Rahman	Deputy Secretary, Economic Relations Division (ERD), Ministry of Finance	
	Mr. Md. Mustafizur Rahman	Asst. Chief, Health-3 Section, Planning Wing, Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)	
	Dr. Faruk Ahmed Bhuiyan	Assistant Director, Planning Unit, Directorate General of Health Services (DGHS), MoHFW	
	Ms. Rina Parveen, Director	Planning, Directorate General of Family Planning (DGFP), MoHFW	
Mr. Mizanur Rahman	Deputy Program Manager, Local Level Planning Cell, DGFP, MoHFW		
調査期間	2013年6月29日～7月19日	評価種類：中間レビュー	

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 成果1の達成度合い

本成果を達成するために、本プロジェクト (Safe Motherhood Promotion Project Phase 2 : SMPP-2) はさまざまな角度から活動を試みてきたが、現状を踏まえると母子・新生児保健 (MNH) 関連の活動の調整がSMPP-2のPDM (プロジェクト開始時に策定) で想定された形

¹ この他には、日本外 (ケニア、タンザニア、マレーシア) から専門家4名 (計0.7人/月) が派遣された。経費はローカルコスト (在外事業強化費) を用いている。

² 本邦受入はないが、スリランカへの病院における総合品質管理 (TQM) (2回) 及びケニアへのコミュニティ保健 (1回) に関する在外研修が計3回、35名 (長期専門家・プロジェクト現地スタッフを含む) が参加した。

で実現される見込みは低い。

本プロジェクトは当初は先行の保健セクタープログラム（Health Nutrition and Population Sector Program : HNPSP）下で機能していた調整フォーラム（MNCH/FPフォーラム）においてさまざまな関係者の教訓が共有され、ひいてはMNCHミニマムパッケージに係る議論がなされることを想定していた。しかしながら、現在のセクタープログラムであるHPNSDPの下では、このような広範な関係者が集う調整のプラットフォームは組織されていない。中間レビューの時点でプロジェクトを取り囲む状況に変化があったことを踏まえ、成果1の記述を現状に即して変更する必要性が出てきていると考えられ、その場合には、HPNSDPやその活動計画であるOP（Operational Plan）の管理と実施メカニズムの現状を十分考慮する必要がある。

(2) 成果2の達成度合い

いくつかの優良事例は全国展開に向けて前進している。SMPP-2が全国発信をめざす母子・新生児保健の優良事例について、現時点における達成状況を以下の表にまとめた。

表 試行された優良事例/アプローチの現状

優良事例/ アプローチ	対象地域	2013年6月現在の状況
CmSS優良事例	ノルシンディ県	RHCIBの戦略の一部として全国展開中。SMPP-2は全国展開時の技術的サポートを提供。
TQM	ノルシンディ県病院・母子福祉センター（MCWC）、チョウガチャ郡病院	効果的な介入であるとDGHSに同定され、全国展開に向けてパイロットベースで17病院に展開中。SMPP-2は展開時の技術的サポートを提供。
民間コミュニティ熟練 出産介助者（P-CSBA）	ノルシンディ県	政策・ガイドライン策定レベルの協議待ち。 ・ 2011年12月に試行介入は終了 ・ 2012年7月に経験・教訓をMoHFW、DGHS、DGFP及び関係者に報告共有済み
産後ケア	ノルシンディ県	結果はSMPP-2内でCG/CSG活動の実施内容を策定するために活用されている。 ・ 2010年11月～2011年11月に試行介入を実施 ・ エンドライン調査は2011年12月に実施済み
郡保健システム強化 （Upazila Action Plan）	チョウガチャ郡	教訓の抽出と伝達を14のLLP試行郡に実施。 ・ 2012年5月から開始 ・ 病院サービス改善と併せてモデルとする案有り
水平学習プログラム （HLP）	ノルシンディ県、ジョソール県、シャトキラ県	教訓を抽出するために試行介入を実施中。 ・ 2012年5月より活動実施

出所：中間レビューチーム収集情報（2013年7月）

SMPPフェーズ1にて実施されたCmSS（Community Support System）と呼ばれていたアプローチは、コミュニティアクリニックの再活性化を支える住民の組織であるコミュニティグループ（CG）/コミュニティサポートグループ（CSG）という形で政府の事業に統合され、政府予算と開発パートナー（円借款・SMPP-2含む）による予算で全国に展開されている。この「バングラデシュコミュニティヘルスケア再活性化イニシアティブ：RHCIB」によるCG/CSG研修はカスケード形式で実施され、現在までに59名のCG/CSG研修マスタートレーナー、現存するコミュニティアクリニック全12,248に設置されたCG（目標値の100%）、19,488のCSG（目標値の約48%）が研修を終えている。RHCIBの全国展開の過程においてSMPP-2が果たしている役割は、組織化されたCG及びCSGが意図された機能を果たすための技術的

な監修であるといえるが、全国というスケールで展開されたが故に、これには技術的課題が伴うことが確認されている。

もう1つのアプローチである病院サービスの5S-Kaizen/CQI³-TQM⁴についても、DGHSが病院サービス管理改善の方法として効果的であると同定し、当初4カ所であったのが17の県病院及び郡病院、1カ所の母子福祉センターにおいて拡張実施されている。当初予定していたチョウガチャモデルを学習センターとして活用する案が停滞するなか、この5S-Kaizen/CQI-TQMアプローチはSMPP-2の主要な活動の1つとなった。ガイドラインとなる文書“TQM in Hospital Services”についても、SMPP-2の技術支援を受けたDGHSのカウンターパートによって草案され、パイロット病院で活用されている。SMPP-2はまた将来的なTQM分野のリーダー育成をめざし2回のスリランカ研修を通じて31名のカウンターパートを訓練し、これにより研修受講者が効果的に動機づけされた。一方、5SからKaizenの段階に移行するまでに（1年以上の）長い時間が必要であることも分かっている。また、中央DGHSによる支援的スーパービジョンやモニタリングの機能強化を試みたが、人的資源の限定及び主要カウンターパートの異動により思うように成果が上がっていない。

チョウガチャモデル⁵については、全国発信に向け、研修のカリキュラムが創案されているものの、リーダー的存在の医師2名が異動してしまい、その1年後になった調査期間現在も、カリキュラムは利用されていない。

水平学習プログラム（Horizontal Learning Program）の試行的介入については、シャトキラ県において注目すべき結果をもたらしている。県内78ユニオンのうち40ユニオンの予算開示書によれば、ほとんどすべて（39）のユニオン評議会が、安全な母性（妊産婦が病院に行く際の交通費補助など）もしくはコミュニティクリニックへの支援を含むその他の保健関連の予算配置をしており、39ユニオンの保健関連予算総額は26万⁶タカ（約33万2,800円）、1ユニオン当たり最低1,000～最高 59万9,500タカ（1,280円～76万7,360円）であった。この予算項目で支出がなされれば、例えばCSG活動の持続性に資する可能性もある。

上記の実績を踏まえ、成果2に係る今後の課題として、1) CG/CSGの適正な機能とその持続性を確保するための最適な方法を見出すこと、2) DGHS（TQMユニット）とともにTQM導入病院の拡張や技術支援を行ううえで必要となる組織的強化の方法を見出すこと、及びそのなかでSMPP-2の役割・支援範囲を規定すること、3) その他試行介入が進行中のアプローチ〔TQM、UHS/LLP⁷、チョウガチャモデル、HLP、モデル手術室、産後家族計画（Post-partum Family Planning：PPFP）、遠隔地介入など〕についてプロジェクト期間内に教訓を抽出し、関係者との協議を実行すること、などが挙げられる。

(3) 成果3の達成度合い

成果3の目的は、MNCHミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム・仕組みが確認されることを通じて、他県でも展開可能なバングラデシュモデルの策定に資することである。これには、ノルシンディ県における実施モデルと比較して、より少ないリソースで実施可能なモデル（またはMNCHミニマムパッケージ）をシャトキラ県にて開発する意向が反映されている。中間レビューの時点では、「MNCHミニマムパッケージ」の

³ CQI=継続的品質改善：Continuous Quality Improvement

⁴ TQM=総合的品質管理：Total Quality Management

⁵ 病院が中心となって行政、コミュニティの活動活性化を行う活動モデル。ジョソール県にあるチョウガチャ郡病院が実施し、本プロジェクトのフェーズ1がバングラデシュ政府から「ノルシンディモデル」と称されたのと並んで、バングラデシュ政府から高い評価を得ている。

⁶ 中央値は35,750タカ（4万5,760円）。交換レートBDT1=1.280円で計算。

⁷ LLP=Local Level Planning

「県以下の実施メカニズム」確認作業というより、ノルシンディ県やチョウガチャ郡における活動や新たな介入のシャトキラ県への導入などに力点が置かれていた。複数のアプローチがシャトキラ県で試行的に導入されているなかで、すべての介入要素がまとまった形で郡保健システム（UHS）への統合に収斂させていくためには、より一層の努力が必要とされる。

上記の実績を踏まえ、成果3に係る今後の課題として、1) 郡保健システム（UHS）の強化に係るコンセプトや統合されるべき複数の介入・アプローチに関するカウンターパートとの協議を強化すること、2) 各アプローチについて、持続性と展開可能性に留意した県以下の実施メカニズムを創案・実施・記録することなどが挙げられる。

(4) プロジェクト目標の達成見込み

上記のプロジェクト目標の記述では、「妊産褥婦・新生児保健（MNH）サービスの利用と質を向上するためのアプローチ」について、「MNCHミニマムパッケージ」のようなある程度複数の介入が組み合わせられたセットとして「拡大」することを想定しているのか、それとも個々のアプローチが独立して拡大することをめざしているのかが曖昧であることを指摘する必要がある。

したがって、個々のアプローチを「MNHサービスの利用と質を向上するため」の独立した手段と解釈するならば、現時点においてSMPP-2はプロジェクト目標の達成に向かって順調に進んでいると判断することはできる。例えば、SMPP-1の提示したCmSSの流れを汲むCG/CSGは、政府のOP-Community Based Health Care（CBHC/RCHCIB）の1コンポーネントとして、全国に拡大しつつある。また、5S-Kaizen/CQI-TQMは、OP-Hospital Services Managementの1コンポーネントとして全国展開に向けたパイロット拡大が進められている。

反面、「MNHサービスの利用と質を向上するため」のアプローチを複数のアプローチが組み合わせられた集合的なもの（例えばPDMに提案されている「MNHミニマムパッケージ」や保健家族福祉省関係者の指摘する「バングラデシュモデル」）としてとらえるならば、今後、プロジェクトには、そうした集合的なパッケージの定義に向けたより集中的な努力が要求されよう。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトは、中間レビュー時点においても、バングラデシュの政策、日本の援助方針及びターゲットグループのニーズに整合しており、妥当性が高い。

(2) 有効性

プロジェクト目標「MNHサービスの利用と質を向上するためのアプローチ（複数）の拡大」達成の見込みについて、記述の意味するところが個別のアプローチなのか、パッケージのようなものなのかが明確に規定されていない状況で判断するのは難しい。現時点において、フェーズ1も含むSMPPの優良事例は抽出され、全国に拡大しつつあるが、それはノルシンディモデルのなかの一部のみが取り出されて拡大している状況といえ、PDMで提示のある「MNCHミニマムパッケージ」のようなパッケージとして拡大しているわけではない。こういった個別のアプローチが拡大するという点では、SMPP-2はプロジェクト目標の達成に向けてある程度の成功を収めているといえる。一方、本プロジェクトが「MNCHミニマムパッケージ」のようなパッケージ化されたアプローチの発信と展開を志向するのであれば、今後、SMPP-2は展開可能なパッケージの開発により一層重点を置く必要がある。

(3) 効率性

概して、本プロジェクトの効率性は十分であるといえる。本プロジェクトでなされた投入は、おおむね適切でタイミングもよく提供されたと判断されている。投入が成果に変換された度合いについて、前述のように成果1では限定されていたといえ、成果3に関してはアプローチを収斂する活動や郡以下の実施メカニズムの創案に対して、今後より投入が必要となろう。

効率性を促進した要素として、1) ニーズベースの計画策定導入による効率的な機材調達や必要訓練の特定、2) 日本人専門家や本邦研修の代替としてバングラデシュ国内・近隣諸国における技術専門家及び研修サイトの活用、3) 既にプロジェクト外の資金源から予算配置のある活動との調整、などが挙げられる。

他方で、効率性を限定した要因として、1) PDMが解釈の幅をもたせる記述であったために、見る人により解釈に違いがでることによって中心からそれたように考えられる活動導入を許容する結果となったこと、2) 立ち上げ当初において円借款資金の拠出が遅延したこと、3) 訓練を受けた管理レベル及び技術職員レベルの人材の異動があったこと、4) 不安定な政情により複数の活動がキャンセルを余儀なくされたこと、などが挙げられる。

(4) インパクト

中間レビューの時点において、上位目標の達成見込みを判断するのは時期尚早である。それは、SMPP-2が妊産婦死亡率及び新生児死亡率削減に貢献するためには、いかに効果的なアプローチ（個別もしくはパッケージ）が全国に拡大し、拡大した地域においてそのアプローチによる結果が創出されるかが鍵を握っているためである。

この点においては、SMPPフェーズ1の優良事例（アプローチ）が抽出され、SMPP-2のプロジェクト対象外の地域において、さまざまなMNCH関係者によってアプローチが適用されて、活動が展開していることを指摘したい。その例の一部として、1) CAREバングラデシュがグラクソ・スミスクラインの支援を通じ独自のCmSSプログラムをスノムゴンジ県で実施していること、2) CAREバングラデシュがスマイリング・サンプロジェクトの下、フランチャイズ形式の民間診療所「スマイリング・サンクリニック」を全国の都市部において導入し、そのクリニック周辺地域にCmSSを形成していること、3) バングラデシュ - 国連合同イニシアティブでは、10県において、民間コミュニティ熟練助産師を導入していること、4) セーブザチルドレンは、民間コミュニティ熟練助産師の訓練を1県で実施していること、5) CIDAは、民間コミュニティ熟練助産師の訓練に対する資金提供を実施していること、がある。

なお、カウンターパートからの聞き取りによれば、中間レビュー時点でプロジェクトの介入による顕著な負の影響は観察されていない。

(5) 持続性

本中間レビューにおいて、持続性を見込みを判断するのは時期尚早といえる。ただし、中間レビューチームは、SMPP-2の現地スタッフ及び専門家が活動の進展に極めて積極的な役割を果たしている事実に留意し、今後バングラデシュ側に活動を引き渡す準備が必要であると認識した。

上記の点に加えて、持続性を強化もしくは限定する可能性のある要素が以下のとおり観察された。後者については、きちんとモニタリングし必要に応じて対策を講じることが重要であろう。持続性を強化しうる要因としては、1) 妊産婦死亡率削減に向けたあらゆるレベルにおける政治的なコミットメントの強さ、2) プールファンド、世銀の借款資金、GAVI-HSS、円借款などHPNSDPのOPの実施に対して活用できる資金があること、3) 政府側で予算配置がある活動に対する直接支援を控えるプロジェクトの姿勢、4) CG/CSG訓練

やTQMなどの個別のアプローチに対するDGHS該当部署のオーナーシップの高さなどがある。また、持続性を限定する可能性のある要素については、1) 政権交代によるコミュニティクリニック及びCG/CSGの存続に係る政策変更の可能性があることや、2) 人事異動の際に十分な引継ぎがなされずリーダーシップの継続や専門性蓄積の障害となっている点が挙げられる。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

優良アプローチの全国展開や拡張に貢献した要因について、1) SMPP-1で得られたCmSSの経験が、保健セクターにおいて最も優先度の高いプロジェクトのなかにうまく主流化されたこと、2) 「水平学習」ともいえる学習方式の適用により、TQM「見習い病院」の管理者らがスリランカや国内における成功例を訪問し、病院TQMの具体的な側面とその効果が体感でき、またその体験によって意識が高まり強力なリーダーシップが創出されたことの2点が指摘できる。

公的医療施設の利用が促進された要因として考えられるものに、コミュニティと保健医療施設のリンク創出、つまり、CSGが住民とコミュニティクリニック・郡病院をリファラルでつなぎ、コミュニティ保健ケア提供者（Community Health Care Provider：CHCP）が利用者と郡病院・県病院をつなぐ役割を果たす、という介入デザインの適性にあったと指摘できる。

(2) 実施プロセスに関すること

SMPP-2の成果の発現には、上述の介入デザインの適性に加えて、MoHFW/DGHSの全国展開に向けた強いリーダーシップ、適切な現職研修や機材供与を通じた母子保健サービスの改善などが貢献したと考えられる。さらに、コミュニティクリニックを通じた医薬品の提供や県病院・郡病院における医薬品の在庫改善、HPNSDPのOPを実施する財源（プールファンドや円借款含む）の活用などの外部要因にも起因していると考えられる。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

現行PDMの記述が新規活動の拡張を許容する形で設計（記述）されていたことで、SMPP-2の活動数が徐々に増えていき、なかにはプロジェクトの重点からは多少乖離した活動がいくつかあった。

(2) 実施プロセスに関すること

一方、アプローチの全国展開や拡張、公的医療施設の利用を阻害した、またはし得る要因については以下が挙げられる。1) バングラデシュ政府人材の異動（特にリーダー的存在である人材）、2) 入院・外来が多いなか、また自己財源がないなか、病院サービスの質改善のためのやる気維持の困難さ、3) ポスト空席・異動・欠勤等の理由による緊急産科ケアサービスのための人材不足、4) コミュニティクリニックの活性化を脅かす政治的な影響

3-5 結論

中間レビューチームは、現時点においてプロジェクトの成果2及び3の部分の業績は満足のいくものと判断した一方、成果1の達成には遅延があることを確認した。評価5項目の観点からは、特に妥当性、有効性、効率性に重点を置いてみれば、十分であるという結果となった。

3-6 提言

中間レビューチームは、中間レビューの結果を踏まえて以下の提言を導出した。これらの結果を踏まえ、提言を受けた関係者はプロジェクト活動の詳細検討、PDM変更の協議などに着手した。

- (1) SMPP-2はCG/CSG、TQM、HLPなどの試行的介入・アプローチの実施に対して、実質的な投入を提供してきたといえる。今後は、展開可能性と持続性を意識した県以下のMNHサービス実施メカニズムの開発に尽力することを提案する。
- (2) RCHCIBとDGHSに対し、CG/CSGを活発で持続的な組織とするために必要なファシリテーション及びフォローアップのシステムを共同で開発すること提言する。SMPP-2は、RCHCIBを（技術的に）支援すべきである。
- (3) SMPP-2は、チョウガチャ郡病院の経験を他の郡病院の病院サービス管理の改善のために活用すべきである。
- (4) DGHSは、TQMプログラム実施とパイロット病院に対する支援的スーパービジョンを提供しうる人員配置をTQMユニットに対して早急に行うことが提案される。更にSMPP-2日本側は、TQMユニットが整備された後に、実質的な協力を再度開始するべきである。その際、SMPP-2の枠組みにおけるTQM支援のなかで最も重要な点は、パイロット実施を通じて抽出した教訓をプロジェクト期間内に整理統合することにあることに留意する。
- (5) バングラデシュ政府とJICAに対して、SMPP-2で開発されたモデルやアプローチ拡大のために、円借款、JOCVなどのさまざまな協力メカニズムをSMPP-2プロジェクトの枠外で積極的に活用することをめざし、緊密な対話をもつことを提案する。
- (6) 既存の制度にのっとしてMNCH/FPフォーラムを再活性化する、または、議題が特定された会合の機会〔例えばMaternal Health Strategy改訂のためのワーク・グループや年次プログラムレビュー（Annual Program Review：APR）実施のためのMNCHタスクグループなど〕を活用し、上述の調整を行うこと。SMPP-2はPHC局長兼LD-MNCAH（Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health）と協働し、郡保健システム（UHS）に統合される展開可能なMNCHアプローチの開発・協議のために、関係者の調整を行うことが提言される。
- (7) 当初のPDMには不明確・不明瞭な表現が含まれており、そのため関係者の間で異なる解釈が可能であったことを踏まえ、PDMの改訂を提言する。改訂には当初のプロジェクトの方向性を踏襲しつつ、現時点までの活動や今後の計画を反映させることとする。

3-7 教訓

- (1) プロジェクトの実施が進むにつれて、プロジェクトの重点や方向性について関係者間での理解が十分に共有されるように、PDM等により活動内容や活動対象地域が明確に規定されることが必要である。また、目標達成度を測定するためには、プロジェクト目標でめざす内容が明確に規定されていないといけない。
- (2) 環境や適用条件が大きく異なる日本の優良事例ではなく、国内や他の途上国における優良事例を活用することは、具体的な次の段階や方向性を理解する際に適していることがあり、学習内容の適用効果を高める可能性がある。

(3) プロジェクトは日本側により雇用された常勤のバングラデシュ人スタッフが技術専門家の役割を一部担っていることが1つの特徴である。長所としては、バングラデシュ人スタッフが得た経験・技術面での蓄積が、国内に残る可能性が高いことが挙げられる。そのうえでの懸念としては、彼らの活躍場所がおそらく政府組織外であろうということ、また、経験・技術が政府側カウンターパートに移転されることをめざす場合、移転後の姿を考慮したうえで技術協力を行っていく必要がある。

Summary of Mid-term Review

1. Outline of the Project	
Country : Bangladesh	Project title : Safe Motherhood Promotion Project Phase 2
Issue/Sector : Health	Cooperation Scheme : Technical Cooperation
Division in Charge :	Total cost Total: 190 million yen (as of the time of review)
Period of Cooperation : (R/D) 1 July 2011 ~ (five years)	Partner Country's Implementing Organization : Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)
	Supporting Organization in Japan : Project Supporting Committee in Japan is organized.
Related Cooperation Project:	<p>Under Japan MNCH/HSS Program:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yen Loan “Maternal, Neonatal and Child Health Improvement Project (Phase 1:) (HPNSDP)” - JOCV (Rural Development, Nurse) <p>Partnership with other development partners:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UNICEF (on hospital management and neonatal care under Quality Improvement Initiative for Newborn Health Care (2011~13), Japan-UNICEF EMBRACE partnership funded by Japanese Government) - USAID (post-partum family planning with EngenderHealth [NGO]) - World Bank (on the horizontal learning program [HLP] under the Rural Water Supply and Sanitation Project: 2012~17 [P122269])
1-1 Background of the Project	
<p>Safe Motherhood Promotion Project (SMPP), which was launched by the Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), the Government of People's Republic of Bangladesh (GoB), and JICA in 2006, terminated its cooperation in June 2011 with a number of improvements in health outcome and health-seeking behaviors of mothers. SMPP has the combination approach of community empowerment, medical facility improvement, and mobilization of local governments for the combination approach of community empowerment, medical facility improvement, and mobilization of local governments to link among communities, and medical facilities.</p> <p>Having recognized the achievement of SMPP, the GoB and JICA commenced SMPP-2 to further improve maternal, neonatal, and child health (MNCH) activities in line with the newly developed “Health, Population, and Nutrition Sector Development Strategy 2011/12-15/16” of Bangladesh by extending their cooperation as follows: 1) to enhance coordination mechanism in MNCH activities among governments, development partners and NGOs at the national level, 2) to disseminate good practices and experiences of SMPP in the country, and 3) to define replicable and effective Maternal and Neonatal Health (MNH) approaches based on SMPP and other good practices.</p>	
1-2 Project Overview	
(1) Overall Goal	
Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh.	
(2) Project Purpose	
The approaches to improve MNH service quality and utilization in line with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.	

(3) Outputs

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

1-3 Inputs (As of June 2013)

<Japanese Side> :Total: 190 million yen (as of the time of review)

Long-term expert: 2 posts, 45.4MM * Equipment: 1,759,000 yen****

Short-term expert: 5 persons, 1.8MM** Local expenses: 92,475,918 yen

Training in Japan: None***

* Other than these long-term and short-term experts, SMPP-2 hired 11 full-time technical personnel under the project local expenses and 15 full-time technical personnel under the contract with the local NGO.

**This includes three (3) short-term experts who travelled from the third-country (Malaysia, Tanzania and Kenya).

*** Overseas training was conducted in Sri Lanka and in Kenya where 31 and 4 persons, including the SMPP-2 staff and a long-term expert, participated respectively.

**** Equipment for EmOC was purchased under the Local Expenses.

<Bangladesh's Side>

Counterparts: 82 counterparts in MoFHW, DGHS, DGFP and those in Districts and Upazilas

Land and Facilities: Office space in Dhaka (DGFP) and operational expenses such as supply of water and electricity

2. Evaluation Team

Members of Evaluation Team	<ol style="list-style-type: none">1. Mr. Mahbubur Rahman, Deputy Secretary, Economic Relations Division (ERD), Ministry of Finance2. Mr. Md. Mustafizur Rahman, Asst. Chief, Health-3 Section, Planning Wing, Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)3. Dr. Faruk Ahmed Bhuiyan, Assistant Director, Planning Unit, Directorate General of Health Services (DGHS), MoHFW4. Ms. Rina Parveen, Director, Planning, Directorate General of Family Planning (DGFP), MoHFW5. Mr. Mizanur Rahman, Deputy Program Manager, Local Level Planning Cell, DGFP, MoHFW6. Dr. Yojiro ISHII, Senior Advisor on Health Sector, JICA7. Mr. Hiroshi SATO, Director-General, Research Planning Department, Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization8. Dr. Hidechika AKASHI, Director, Division of Planning and Training, Bureau of International Medical Cooperation, Japan National Center for Global Health and Medicine (NCGM)9. Ms. Yoko OGAWA, Senior Specialist in International Health, Global Link Management
-----------------------------------	---

	10. Ms. Kae KOBAYASHI, Deputy Assistant Director, Budget Division 2, Budget and Accounting Department, JICA 11. Mr. Hisakazu HIRAOKA, Deputy Director, Health Division 4, Human Development Department, JICA
Period of Review Study	29 June 2013 ~ 19 July 2013
	Type of Evaluation: Mid-term Review
3. Results of Evaluation	
3-1 Summary of Project Accomplishment	
(1) Inputs and Outputs	
<p>OUTPUT 1: Despite various efforts and engagements by SMPP-2, it appears uncertain that the Output 1 is achieved in a manner envisioned at the time the SMPP-2 PDM was designed in mid-2011. Originally, the Project envisaged enhancing the MNCH/FP Forum, where various stakeholders share lessons learned in order to formulate an “MNCH minimum package.”</p> <p>Under the previous sector program (Health, Nutrition and Population Sector Program: HNPS), the MNCH/FP Forum had been organized once a year, where stakeholders in health, nutrition and population sector, including MoHFW, DGHS, DGFP, NGOs and Professional Organizations, gather, exchange information about their own engagements and promotes mutual collaborations as well as the adherence to the government strategies and standards.</p> <p>Under the current sector program (HPNSDP), however, such a coordination platform with broad stakeholder participation has not been organized. As there have been changes in circumstances surrounding the Project over the last two years, therefore, the Project may require revising this output narrative into more pragmatic one, taking into consideration the current status of management and implementation mechanism of HPNSDP and its OPs.</p> <p>OUTPUT 2: Some of the approaches for the improvement of MNH have been extracted, identified and already disseminated at the time of the MTR.</p> <p>One such an approach, <i>the capacity building of the Community Group (CG) / Community Support Group (CSG)</i>, are already being disseminated nationwide through the GoB initiative called the Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh (RHCIB) as well as resources from JICA and SMPP-2. This CG/CSG approach adopted the experiences of CmSS in previous phases of SMPP, and was embedded into RHCIB. SMPP-2, through support of CARE, provided much needed technical support to RHCIB.</p> <p>Another approach, <i>5S-Kaizen/CQI (Continuous Quality Improvement)-TQM (Total Quality Management)</i>, is identified by the DGHS as being an effective method for improving hospital management, and is being piloted in Medical College Hospitals, District Hospitals (DHs) and Upazila Health Complexes (UHCs). While an initial plan of disseminating Chowgacha model as a model hospital has been stagnant, this method or approach has become a major part of SMPP-2’s activities. The TQM pilot hospitals have been expanded from the initial four (4) to seventeen (17) pilot hospitals, where a completed guideline, “TQM in Hospital Services,” drafted by a GoB Counterpart with the technical support of SMPP-2, has been distributed and utilized. Two exposure trips to Sri Lanka for the future thirty-one (31) leaders of the TQM in the country were able to motivate the hospital managers in pilot hospitals, although it could take rather long time (more than a year) before 5S takes off as a continuous quality improvement (CQI/KAIZEN) shared among all the hospital staff. At the central level, SMPP-2 also tried to establish roles in supportive supervision and monitoring at DGHS, with a compromised result due to very limited human resources and the transfer of key personnel at the TQM unit.</p>	

Regarding *the Chowgacha model*⁸, activities for scaling up the model has produced a “training curriculum.” However, due to the transfer of leading personnel at the Chowgacha UHC, this training curriculum has not been in use for more than one year.

As for *the Horizontal Learning Program (HLP) trial*, it has produced some notable preliminary results in Satkhira: According to the budget publication of 39 UPs (out of 78),⁹ almost all UPs has allocated a budget line item either relating to the Safe Motherhood or other health issues (including CC support) with the amount totaling BDT 260 thousand, varying from BDT 1,000~ BDT 599,500 per UP (median BDT 35,750). This approach could potentially serve as one of the means to sustain CSG’s activities.

Given the above advancement, remaining tasks and challenges in achieving Output 2 are: a) finding a way to ensure proper and sustainable functioning of CGs/CSGs; b) building sustainable institutional capacity in DGHS to expand and technically follow-up TQM hospitals, together with clarifying the role and scope of SMPP-2 support in TQM expansion; c) extracting the lessons learnt from several trial approaches, including TQM, UHS/LLP, the Chowgacha model, HLP, the Model Operation Theater Complex Design, PPF, and interventions in remote areas, for the results to be available and discussed with stakeholders within the Project period.

OUTPUT 3: The objective under this Output is to define the “local implementation mechanism of the MNCH minimum package and approaches” at the Upazila level, in order to contribute to the establishment of a replicable Bangladesh model. The idea is to create less resource-intensive model, or a MNCH minimum package, in Satkhira than that of Narsingdi so it could be replicated in any district. As for the progress, a local implementation mechanism is yet to be defined at the time of MTR, and the several components to improve MNH service utilization and quality in Satkhira would still require more consolidation efforts so they could be integrated inter the Upazila Health System (UHS).

Given the current status, remaining tasks/challenges under Output 3 are: a) to intensify dialogues with Counterparts regarding the concept and sets of interventions / approaches to be integrated to the UHS; and, b) to design and document the implementation mechanism of each approach of SMPP-2 in view of the replicability and future sustainability.

(2) Project Purpose

It is difficult to assess the likelihood of achieving the Project Purpose within its given period, because its narrative summary is not clear whether “*the approaches to improve MNH service quality*” are to be expanded as a package or independently. As such, one could say that the Project is on track in attaining the Project Purpose, when one looks at “*approaches*” as several independent means “*to improve MNH service quality and utilization.*” One of the approaches that SMPP has presented, CmSS, has been expanded nation-wide as CG/CSG component under the OP-Community Based Health Care (OP-CBHC) and RHCIB. Another approach namely TQM is being piloted by DGHS in view of later nation-wide expansion under the OP-Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion (OP-HSM) and the OP-Essential Service Delivery (OP-ESD), respectively. Conversely, if one takes “*approaches*” as collective means, such as a proposed “*MNH minimum package*” or a “*Bangladesh model,*” the Project would require more intensive and focused efforts to explore how to define such a package.

⁸ Chowgacha Upazila Health Complex in Jessore District initiated the model that hospital take a leading role to activate governmental and community activities. The model is renowned as the Phase 1 of the Project was named as Narsingdhi model and the Government of Bangladesh also evaluated highly these models.

⁹ The SMPP-2 staff is still in the process of obtaining budget information of 38 more UPs.

(3) Implementation Process

Adherence to the Plan: SMPP-2 increased numbers of activities along the way, some of which have diverged from its original focus. This is partly due to: a) the fact that the original PDM was designed to tolerate expansions of new sets of activities; b) the responsiveness of the SMPP-2 to the new and shifting development of the priorities of the Counterpart organizations under the OPs of HPNSDP; c) its openness to the partnership with other MNH stakeholders in-country and abroad; and, d) JICA's willingness to publicize the SMPP case as a good practice internationally.

Project Management and Decision Making Structure: Both PIC and PSG were organized untimely, and only once each, due to difficulty in coordinating schedules of high-ranking officials as their chairpersons and members. In absence of a management body, SMPP-2 had to coordinate their activities with five SMPP-2 Project Managers¹⁰ or five Line Directors (LD) of OPs separately. This mode of operation tends to create a situation where these LDs are informed only of a part/parts of SMPP-2 that concern(s) their own OPs, but not the whole picture of SMPP-2. In order to improve understanding and coordination among the key stakeholders of SMPP-2 at DGHS and DGFP, the first Technical Meeting of SMPP-2 with participants being officials at more technical levels than these of PSC or PIC. The Technical Meeting is planned to be held quarterly to review progress of SMPP-2 and to exchange/coordinate technical aspects among the participants.

Method of Technical Cooperation: SMPP-2 is, so to speak, a Technical Cooperation (TC) component of a sector-wide program, which serves the HPNSDP in two distinctive ways: One way is that it seeks better ways to implement a sector program through field trials to feed into policy / guideline dialogue. The other is that in the Project Japanese side works with GoB side as technical cooperation that contributes to the implementation of OPs, such as RCHCIB and OP-HSP.

The Project utilized Bangladesh technical personnel, who act as providers of technical assistance to GoB personnel, in addition to play the role of facilitators of Project's interventions. In the first two years of SMPP-2, these project personnel were a driving force to initiate and facilitate Project's activities, especially at district, Upazila and union levels. As of now, much of technical expertise still remains among SMPP-2 staff, and have not been sufficiently and effectively transferred to GoB personnel, due to shifts in key personnel and the lack of manpower.

3-2 Summary of Evaluation Results

(a) Relevance

This Project is still relevant in view of consistency with national policies, Japan's cooperation policies and the needs of the target groups.

(b) Effectiveness

Likelihood of achieving Project Purpose depends on whether the Project aims at developing a set of "approaches" called a minimum package, or at extracting and disseminating several independent approach," such as CG/CSG and 5S-KAIZEN/CQI-TQM. As of now, SMPP's good practices are extracted and disseminated in separate "parts," but not in a package format, like the MNCH minimum package suggested in the original PDM. SMPP-2 could be considered successful in heading towards Project Purpose, especially in the expansion of CSGs, in a form of independent dissemination. On the other hand, if this Project is to envisage the dissemination of a given package of approaches, the Project

¹⁰ SMPP-2 Project Managers are LD-MNCRH, 2) LD- MCRAH, 3) LD-CBHC, 4) LD-ESD, 5) LD-Hospital Service Management and Safe Blood Transfusion (LD-HSM).

would require increasing its focus into the formation of a replicable package. In any case, for the Project to be effective, enhancing coordination function at the central level would be beneficial in mainstreaming good practices into the policy-level dialogue.

(c) Efficiency

Overall, efficiency of the Project is satisfactory, as inputs made by the Project are mostly considered to be appropriate and timely. With regards to whether the inputs have been converted into Outputs, the performance under the Output 1 needs improvements, while Output 3 requires more investment in consolidating the approaches as well as the local implementation mechanism.

Some factors that promoted efficiency include: a) the use of need-based planning that defined precise inputs for medical equipment and training of hospital and community-level staff; b) utilization of locally available technical resources in the place of Japanese ones; and, c) coordination with already pledged/committed the resources of GoB and development partners to avoid overwraps and to mobilize resources.

On the other hand, factors that limited efficiency include: a) broadly-defined PDM narratives that tolerated accommodation of numerous new initiatives that some might consider out of the Project framework; b) delay in obtaining funds from the Yen Loan at its inception; c) transfer of trained personnel, both at managerial and technical levels; and, d) political unrest and frequent strikes that led to the cancellation of several events.

(4) Impact

It is premature to determine the likelihood of achieving the Overall Goal at this stage. SMPP-2's contribution to reducing national Maternal Mortality Ratio (MMR) and NMR depend on how successfully effective approaches, independent or collectively, could expand and produce results where it will have rolled out to.

One could note that some of the approaches extracted from SMPP-1 have been adopted by various stakeholders and been replicated in different regions of the country. Examples are: a) CARE Bangladesh through a grant support by the GlaxoSmithKline implements their own CmSS and Private CSBA program in Sunamganj district; b) CARE Bangladesh through the Smiling Sun project introduced private franchised clinic called the Smiling Sun nation-wide, where the CmSS is formed in areas surrounding the clinic; c) the Joint GoB-UN MNCH Intiative introduced private CSBAs in 10 districts; d) the Save the Children implements private CSBA approach in one district; and, e) Canadian International Development Agency provides financial support to train private CSBAs.

There were not any significant negative changes that were observed by the Counterparts at the time of the MTR.

(5) Sustainability

It is rather premature to discuss the likelihood of sustainability at this stage. The MTR Team nevertheless observed a notable proactive role played by the SMPP-2 project staff and a long-term expert of SMPP-2 in making progress in activities, which would require the Project to plan gradual handover to the Bangladesh side. Besides, factors that would promote and inhibit sustainability are observed: a) strong political commitment at every level in reducing maternal deaths; b) availability of GoB resources allocated for the OPs of HPNSDP, including the pooling fund, WB Loan and the Yen Loan; c) Project's standard of not directly funding activities already with GoB allocation; d) ownership by the relevant section of DGHS on the "approaches" such as CG/CSG training and TQM program; e) potential policy shift that may put the continuation of the Community Clinic at risk; and, f) the lack of handover after

transfer of vital personnel that jeopardises continuity of leadership and technical capacity.

3-3. Factors promoting realization of effects

(1) Factors concerning to Planning

The expansion of the approaches is attributed to: a) successful mainstreaming of CmSS experiences into the top-most priority Project in Health Sector for scaling up the CSG approach; and, b) use of the “horizontal learning” method where novice-at-TQM hospital managers visit the well-performing hospital in Bangladesh and in Sri Lanka, that gave them concrete ideas of the expected results as well as inspiration for their strong leadership.

The increased facility utilization is attributed much to SMPP’s intervention design that links community to health facilities, i.e. CSGs’ referrals are made to both CCs and UHCs and Community Health Care Providers (CHCP) to both UHCs and DHs, as well as the inclusion of TQM that improved DH’s appearance to its clients.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

Besides the project design, performance of SMPP-2 is enhanced through the strong and devoted leadership at the MoHFW / DGHS in scaling-up the respective approaches, as well as the improved quality of maternal health services through training and the provision of equipment. In addition, the increased facility utilization and the expansion of the approaches is attributed also to the external factors such as: a) increased availability of medicines at CCs and to some extent at UHCs and DHs; b) availability of funds (pooling fund, Yen Loan) to support scale-up activities.

3-4. Factors inhibiting realization of effects

(1) Factors concerning to Planning

Broadly-defined PDM narratives brought the expansion of initiatives/activities which contributed to its diverged attentions.

(2) Factors concerning to the Implementation Process

Factors that have limited or may hinder the scale-up efforts include: a) turnover of GoB personnel, especially ones in leadership roles; b) overload of both in-patients and out-patients at the hospitals, which result in reduced staff motivation; c) the lack of own resources at health facilities for implementation of self-improvement activities; d) the lack of manpower at health facilities caused by vacancies, transfers and at times absenteeism, which could hamper the provision of quality EmOC services; and, e) potential political influence on continuation of CCs, which could undermine the revitalization process.

3-5. Conclusion and Future Directions

The MTR Team concluded that at the time of MTR, the overall performance and status of the Project related to the output 2 and 3 is satisfactory while that in output 1 is somehow facing delays. From the viewpoints of the DAC five evaluation criteria, especially focusing on Relevance, Effectiveness and Efficiency that are prioritized at MTR, the results showed also satisfactory.

3-6. Recommendations

The MTR Team made the following recommendations based on the result of MTR. Each stakeholder started to take actions according to these recommendations.

(1) SMPP-2 had made substantial input for the implementation of pilot approaches such as CG/CSG,

TQM, and HLP. SMPP-2 is recommended to consolidate its focus into the development of an implementation mechanism to support MNCH considering its replicability and sustainability.

- (2) It is recommended that RCHCIB together with DGHS should take measures to develop a replicable system of facilitation and follow-up to make CG/CSG active and sustainable.
- (3) SMPP-2 should apply the experience of Chowgacha UHC for improvement of hospital management in UHCs.
- (4) The MTR Team recommends DGHS to expedite the allocation of adequate number of personnel in TQM unit so it could support implementation and supportive supervision in TQM pilot hospitals and also recommends Japanese side to restart substantial cooperation after the TQM unit becomes established. The MTR Team also proposes that primary emphasis should be put on consolidation of lessons learned from the TQM pilot program within the Project period.
- (5) It is recommended GoB and JICA have close dialogues to mobilize or utilize appropriate cooperation mechanism, including Yen Loans, JOCVs and other schemes, for the expansion of the model approaches developed by SMPP-2 outside of the Project framework.
- (6) The Team recommends MoHFW to organize MNCH/FP Forum as an existing mechanism or try to make use of topic-specific occasions such as working group on Maternal Health Strategy, and MNCH Task Group on Annual Program Review. SMPP-2 should work with Director of PHC/MNCHRH to formulate replicable MNCH approaches as part of UHS and coordinate with stakeholders.
- (7) The MTR Team found the original Project Design Matrix (PDM) has some unclear or indistinct description which may create differences of interpretations among the concerned parties, therefore recommends revision of the PDM reflecting to the present plan of project activities keeping the Project direction unchanged.

3-7. Lessons learned

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

- (1) It is necessary to clearly define the activities and target areas in documents such as PDM in order for the Project stakeholders to share the priority and direction of the Project as the Project has progress. The definition of the indicators or contents of the Project Purpose should be defined to measure the achievement.
- (2) Utilizing good practices of Bangladesh domestic and other developing countries despite those of Japan where environment and conditions are substantially different may enhance the effectiveness of learning as they can show concrete next step and direction.
- (3) One of the characteristics of the Project is that Bangladesh national staff hired by the Japanese side of the Project takes technical roles. The advantage of this approach is that the expertise the technical staff gained will probably remain in Bangladesh. The concern, on the other hand, is that their workplace after the Project is perhaps outside of governmental administration. Besides when experience and techniques are transferred to governmental authorities, it is necessary to cooperate with counterparts considering how they actually take actions as a result of technical transfer.

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

(1) 派遣の経緯

バングラデシュ人民共和国（以下、「バングラデシュ」と記す）における「母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2」（以下、「本プロジェクト」）は、2006年7月から5か年間、JICAがバングラデシュ保健家族福祉省（Ministry of Health and Family Welfare：MoHFW）及びノルシンディ県保健サービス局・家族計画局とともに実施した「母性保護サービス強化プロジェクト」の成果を踏まえ、2011年7月から5年間の予定で実施されている。本プロジェクトは、1) 妊産婦・新生児保健に携わる政府、開発パートナー、NGO等の関係者間の国レベルにおける調整機能〔母子・新生児保健（Maternal, Neonatal, and Child Health：MNCH）フォーラム等〕の強化、2) コミュニティ活動の活性化を中心として行政や病院を巻き込んだ活動を行ってきたフェーズ1の協力地域であるノルシンディ県、郡病院が中心となって行政とコミュニティを巻き込んだ活動を展開してきたジョソール県（チョウガチャ郡）の施設・人材・技術・知見を活用した、フェーズ1及び本プロジェクトから導き出された優良事例の全国への発信、3) MNCHミニマムパッケージと母子・新生児健康改善のために効果的で普及しやすい介入方法（アプローチ）の精緻化の3つの成果を通じ、MNCH改善に効果的なアプローチをバングラデシュの保健・人口・栄養セクター開発プログラム（Health, Population and Nutrition Sector Development Program：HPNSDP）の活動計画等の内容に反映させ、妊産婦・新生児保健（Maternal and Neonatal Health：MNH）サービスの利用と質を向上するためのアプローチを全国へ拡大し、バングラデシュの母子の健康改善に寄与することを目的としている。

2013年7月現在、本プロジェクトの実施は2年を迎え¹、これまでの活動と成果の実績を確認し、今後の活動の方向性について関係者の合意形成を図るため、以下の方針をもって中間レビュー調査を実施した。なお、調査にあたっては本プロジェクトによる支援を中心とするわが国の対バングラデシュ援助政策「母子保健・保健システム強化プログラム」において本プロジェクトと関係する円借款「母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）（フェーズ1）」（平成24年1月25日貸付契約調印）及び青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteer：JOCV）派遣についても、本プロジェクト評価に影響する部分は評価に加えている。

- 1) バングラデシュ側機関と合同でプロジェクトの活動進捗状況を確認する。
- 2) プロジェクト活動に関する達成度の検証を行う。
- 3) 評価5項目（妥当性・有効性・効率性・インパクト・持続性）の観点から評価を行う。
- 4) 評価結果に基づき、残りの協力期間における対応方針について検討（PDMの変更を含む）し、関係当局に提言する。

¹ プロジェクト期間の中間時点は2014年1月であるが、同時期にバングラデシュの総選挙が予定されており、政府機関が多忙となることや情勢の変化により調査が困難になることが想定されたため、通常よりも早めに実施することとした。

1-2 調査団の構成

(1) 日本側調査団

担当分野	氏名	所属	期間* ¹
団長/総括	石井 羊次郎	JICA人間開発部 課題アドバイザー	7/9～19
地方行政	佐藤 寛	日本貿易振興機構 アジア経済研究所	7/13～19
母子保健	明石 秀親	国立国際医療研究センター 国際医療協力部	7/10～19 * ²
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 シニアスペシャリスト	6/29～7/19
協力企画	小林 佳愛	JICA財務部 財務第二課	7/9～19
評価企画	平岡 久和	JICA人間開発部 保健第四課	7/9～19

*¹ 本邦発着日 *² 現地にて調査団合流

(2) バングラデシュ側調査団

本調査はバングラデシュ側との合同評価として実施され、バングラデシュ側調査団員は一部のフィールド調査へ参加したほか、評価レポートの作成にあたっては調査内容に対する意見交換を行った。

Mr. Mahbubur Rahman	Deputy Secretary, Economic Relations Division (ERD), Ministry of Finance
Mr. Md. Mustafizur Rahman	Asst. Chief, Health-3 Section, Planning Wing, Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)
Dr. Faruk Ahmed Bhuiyan	Assistant Director, Planning Unit, Directorate General of Health Services (DGHS), MoHFW
Ms. Rina Parveen	Director, Planning, Directorate General of Family Planning (DGFP), MoHFW
Mr. Mizanur Rahman	Deputy Program Manager, Local Level Planning Cell DGFP, MoHFW

1-3 調査日程

本中間レビュー調査は、2013年6月29日から7月19日の日程で実施した。

日付	曜	行程
6月29日	土	(小川団員) 11:10-17:20 成田-シンガポール (SQ637) 20:35-22:40 シンガポール-ダッカ (SQ446)
6月30日	日	10:00 SMPP-2専門家等との打合せ 12:00 Deputy Program Manager, Quality Assurance Program, DGHS調査 15:00 JICAバングラデシュ事務所からのブリーフィング
7月1日	月	9:00 CAREバングラデシュ調査 11:00 SMPP-2専門家等との打合せ 13:30 佐藤祥子専門家(保健アドバイザー)調査 15:00 Joint Chief, Planning, MoHFW調査

7月2日	火	9:30 SMPP2専門家等との打合せ 13:30 Line Director-Essential Service Delivery (LD-ESD), DGHS調査 14:30 Director Primary Health Care (PHC), DGHS調査 15:30 Project Director & Additional Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh (RCHCIB) 調査
7月3日	水	(全国ストライキ) 資料作成 14:30 UNICEF電話調査
7月4日	木	ノルシンディ県での調査 Civil Surgeon 事務所, Maternal and Child Welfare Center (MCWC), Deputy Director/Family Planning (DDFP), District Hospital訪問調査
7月5日	金	資料作成 17:40 ジョソールへ移動
7月6日	土	ジョソール県での調査 District Hospital (DH), Chowgacha Upazila Health Complex (UHC), Civil Surgeon (CS) office 訪問調査 シャトキラ県へ移動
7月7日	日	シャトキラ県Shyamnagar Upazilaでの調査 Jotindronagar Ma O Shishu Unnayan Sango, Jotindronagar Community Clinic (CC) and interview with Community Group (CG) members, UHC, Interview with UH&FPO/ Upazila Family Planning Officer (UFPO), Interview with UP Secretary –Sadar訪問調査
7月8日	月	シャトキラ県Khaliganji Upazilaでの調査 Khaliganji UHC, Interview with UH&FPO Debata (in charge of Khaliganji UHC)/ UFPO, interview with Magurali Ma O Shishu Songathon, District Hospital ジョソールからダッカへ移動
7月9日	火	資料作成
7月10日	水	(石井団長、明石団員、小林団員、平岡団員合流) 9:00 JICA Bangladesh事務所打合せ 10:00 内部会議 13:30 バングラデシュ側評価者へのブリーフィング 15:00 内部会議
7月11日	木	9:30 Director General, DGHS会議 15:00 Project Director, RCHCIB会議
7月12日	金	資料作成
7月13日	土	ノルシンディ県 Raipura調査 Ramnagre Uttarpara Asar Alo Unnayan Sanghothon Community Support Group (CSG), Ramnagore CC and CG and meet with UP chairman, District Hospital訪問調査 17:40 ダッカからジョソールへ移動
7月14日	日	ジョソールからシャトキラ県へ移動 (佐藤団員合流) シャトキラ県Kalaroa Upazila調査 Helatola CC/CG, Digong CSG, UHC訪問調査 18:40 ジョソールからダッカへ移動
7月15日	月	(全国ストライキ) 資料作成
7月16日	火	(全国ストライキ) 内部会議 13:30 バングラデシュ側評価者と協議

7月17日	水	(全国ストライキ) 内部会議 17:00 JICAバングラデシュ事務所への報告
7月18日	木	(全国ストライキ) 10:00 評価報告書に関してMoHFWへの説明 15:30 在バングラデシュ日本国大使館報告 23:55-ダッカ発 (SQ447)
7月19日	金	6:00 シンガポール着 9:25-17:30 シンガポール-成田 (SQ012)

*レビューに係る議事録は、滞在中に先方と確認が行えなかったことから、JICAバングラデシュ事務所がMoHFWとやりとりを行い、10月27日付で先方と署名・交換を行った。

1-4 主要面談者

保健家族福祉省 (MoHFW)

M. M. Neazuddin	Secretary, MoHFW
Dr. Makhduma Nargis	Project Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh
Mrs Niru Shamsun Nahar	Joint Chief (Planning) , MoHFW
Dr. S. A. J. Md. Musa	Director, Primary Health Care (PHC) & Line Director, MNCAH, DGHS
Dr. Mohammad Khairul Hassan	Deputy Chief (Health), MoHFW

1-5 プロジェクトの概要

(1) プロジェクト目標

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

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

[指標]

1. MNCHミニマムパッケージのアプローチを実施している郡の数 [成果2 で拡大される見込みのTQMやCCに付随するコミュニティサポートグループ (Community Support Group : CSG) 等のアプローチなど]
2. 策定されたモニタリング・評価 (Monitoring and Evaluation : M&E) システムで使用されているいくつかの指標 [例：産前ケア (Ante-natal Clinic : ANC) 受診率の増加、熟練出産介助者による出産の割合の増加、郡における母子・新生児保健事業に割り当てられた郡・ユニオン予算が増加した郡の増加、など]

(2) 上位目標

バングラデシュにおける妊産褥婦と新生児の健康状態が向上する。

[指標]

1. 妊産婦死亡率（Maternal Mortality Ratio：MMR）が2010年の194（対10万出生）から、プロジェクト終了後3～5年で143（対10万出生）未満に低減する。
2. 新生児死亡率（Neonatal Mortality Rate：NMR）が2007年の37（対1,000出生）から、プロジェクト終了後3～5年で21（対1,000出生）未満に低減する。

(3) 成果（アウトプット）と活動

1) 成果1

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

[指標]

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

[活動]

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

2) 成果2

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

[指標]

- 2-1. （ノルシンディ及びチョウガチャにおける活動10に関する）分析報告書の有無
- 2-2. （ノルシンディ及びチョウガチャにおける）ANC と産後ケア（Post-natal Clinic：PNC）の増加、妊産褥婦の致死率の減少、パルトグラフの使用率の増加、出産第3期における積極的関与の増加、施設での妊産婦死亡症例検討の数の増加
*アプローチの内容により目標値を設定する。
- 2-3. ノルシンディ、チョウガチャにおいて、少なくとも1つのアプローチが同定され、展開することが定められる。
- 2-4. （ノルシンディ及びチョウガチャにおける活動に関する）策定された研修モジュールの有無、研修回数、参加者数、プロジェクト来訪ユニオン11数、マスタートレーナーの登録数

[活動]

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

3) 成果3

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

[指標]

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

[活動]

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

1-6 プロジェクトに関連する母子保健関係協力

(1) 円借款

「母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）（フェーズ1）」

JICAは、2012年1月25日、バングラデシュ政府との間で「母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）（フェーズ1）」を対象として50億4,000万円を限度とする円借款貸付契約に調印した。

本事業は、HPNSDPの枠組みの下で、母子保健の改善に係る活動を実施することにより、母子保健に関するサービスの改善及び実施体制の強化を図り、全国の母子保健改善に寄与するもの。本件に係る貸付資金は、母子保健に関する資機材供与、施設整備、研修等の資金として活用される。

本円借款にて支援の対象となるOPは、母子新生児思春期保健ケア（Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health : MNCAH）、コミュニティベースヘルスケア（Community Based Health Care : CBHC）、母子・リプロダクティブヘルス・思春期保健（Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health : MCRAH）、病院サービス管理（Hospital Services Management : HSM）、医療施設開発（Physical Facilities Development : PFD）となっている。

(2) 青年海外協力隊

JICAは、経済社会開発の協力に取り組みたい国民を青年海外協力隊（Japan Overseas Cooperation Volunteer : JOCV）として派遣している。バングラデシュに対しては、1973年を最初として2012年末までに計1,174名のボランティアの派遣を行ってきている。

SMPP-1の時代から対象地域であったノルシンディ県へ派遣されたJOCVと密接な連携をもって活動を行い、JOCVもまた配属地におけるイベント開催や調査の実施によりプロジェクトに貢献してきている。

SMPP-2開始時からはこれまで8名のJOCVがプロジェクトとの関係で派遣されており、その内訳は表1-1のとおりである。

表1-1 SMPP-2と関連したJOCV派遣状況

配属地	分野	人数及び期間
ダッカ	プログラムオフィサー	1名 2012年1～11月
ノルシンディ	村落開発普及員 看護師	1名 2013年3月～
		1名 2012年3月～2013年2月
ジョソール	村落開発普及員 看護師	1名 2013年3月～
		1名 2012年3月～
シャトキラ	村落開発普及員 看護師	2名 2013年3月～ 2012年6月～
		1名 2012年6月～

(3) HPNSDPの実施計画との関連

わが国の対バングラデシュ人民共和国国別援助方針（平成24年6月）においては、母子保健/保健システム強化プログラムの下で協力を推進している。

母子新生児保健に係るHPNSDPのOPと、SMPP-2、JOCV、円借款及びUNICEF連携（Japan-UNICEF EMBRACE² Partnership）との関係性を表1-2に示す。

² Ensure Mothers & Babies Regular Access to Care

* Japan-UNICEF EMBRACE Partnership : 日本政府は、UNICEFとの連携プロジェクトである“Quality Improvement Initiative for Newborn Health Care”を2011年から2013年の期間で実施中である。日本の国際保健政策2011-2015にて提唱されたEMBRACEは、インフラ、安全な水・衛生やその他社会開発を含む幅広いアプローチを用いた、母親と子どもの命を救う効果的な支援パッケージのことを示している。本連携プロジェクトは、新生児病棟の改善、モニタリング・スーパービジョンやTQMに関する医療従事者の研修及び医科大学病院と県病院とのリファラル機能の強化などが行われている。

表 1 - 2 日本の協力とHPNSDPのOPとの関係性

母子新生児保健に関する8つのOP	日本の「母子保健/保健システム強化プログラム」		備考及び他機関との連携
	SMPP2 及び JOCV	円借款	
MNCAH : Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health	○	○	UNICEF連携での新生児ケア改善
ESD : Essential Services Delivery	○		
CBHC : Community Based Health Care	○	○	
NNS : National Nutrition Services			
MCRAH : Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health	○	○	
CCSD : Clinical Contraception Services Delivery			
FPFSD : Family Planning Field Services Delivery			
HRM : Human Resources Management			
Other related OPs			
HSM : Hospital Services Management	○	○	UNICEF連携でのTQM活動
TRD : Training, Research and Development	○		NIPORTとのチョウガチャモデル研修
PFD : Physical Facilities Development		○	

第2章 中間レビューの方法

2-1 評価設問と必要なデータ・評価指標

本中間レビューの主要な評価設問は、以下の2点である。

- ・本プロジェクトは、目標の達成に向かって順調に進んでいるか?
- ・進捗の遅延を最小限にとどめ、難点を克服するためには、どのようにプロジェクトの内容を変更すれば良いか?

上記の主要な設問に答えるために、本中間レビューにおいては、以下の表2-1³に示される具体的な評価設問を行った。設問は、1) プロジェクトの実績、2) 実施プロセス、3) 評価5項目の3種類に大別される。

表2-1 具体的な評価設問

プロジェクトの実績	投入の提供状況は? PDM上の指標に沿ったプロジェクトの実績は?	
実施プロセス	プロジェクトの進捗に正負の影響を与えた要因は何か?	
評価5項目	1. 妥当性	プロジェクト目標・上位目標は、バングラデシュの開発政策、ターゲットグループのニーズ、日本の援助政策と合致しているか?
	2. 有効性	プロジェクトは、2016年6月までに目標を達成できそうか?
	3. 効率性	投入のタイミング、質、量は適切か? それら投入は成果に結びついているか?
	4. インパクト	上位目標への貢献見込みはあるか?
	5. 持続性	プロジェクト実施により、想定されなかった正・負の影響は出ているか?

出所:「新JICA事業評価ガイドライン 第1版」から作成

なお、中間レビューに必要な情報・データの詳細は、マトリクス形式の評価計画（評価グリッド）にまとめ、添付した〔協議議事録（M/M）Annex 2〕。評価指標については、プロジェクト開始時のPDM（PDM ver.0）〔協議議事録（M/M）Annex 1〕で記載されているものを使用した。

2-2 データ収集・分析方法

本中間レビュー調査では、実績・実施プロセスの検証及び5項目評価の分析作業のために、以下の方法で情報収集を行った。

(1) 既存資料レビュー

バングラデシュ及びわが国の政策関連文書、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、プロジェクトサイトで収集された統計データ資料等を参照し、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

バングラデシュにおける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2-2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。インタビュー対象者に関しては、日程表を参照のこと。

³ 本表では、バングラデシュ側の評価者への説明のため、内容を簡素化して提示している。

表 2-2 インタビュー対象者とそのポイント

対象者	インタビューのポイント
保健家族福祉省 本省関係者	母子保健政策方向性の確認、HPNSDP実施の現状、モデル普及への見解、母子保健事業間の情報交換の可能性等について確認
プロジェクト専門家、 プロジェクトスタッフ、 委託先NGO	プロジェクトの進捗と介入による変化、活動実施上の阻害・促進要因等について確認
県・郡レベル主要 カウンターパート	プロジェクト介入による変化、活動実施上の阻害・促進要因、母子保健活動予算確保の可能性等について確認
県・郡レベル 事業関係者	プロジェクト介入による変化、活動実施上の阻害・促進要因等について確認
保健関連分野 開発パートナー及び JICA関係者	母子保健事業間の情報交換の可能性、モデル普及への見解、プールファンドや円借款の拠出現状、SMPP-2 との連携等について確認。

(3) 現場視察

ノルシンディ県、ジョソール県、シャトキラ県において、母子保健サービス提供の現場（県病院3件、郡病院4件）及びコミュニティ活動（4カ所）の視察を行った。また、コミュニティで活動するグループの活動状況（7グループ）において、簡単な聞き取りを実施した。

上記で収集された情報は、表 2-1 に示された評価設問に従って分析され、バングラデシュ側の評価担当者からのコメントを受けて、5項目評価及び提言にまとめられた。これらの提言は、後にPDMの改訂に反映されるべきものである。

2-3 評価調査の制約・限界

現地調査中、ホルタルと呼ばれるストライキが併せて4日間決行されたことや、実施中のセクタープログラムHPNSDPの年次レビュー会議（Annual Program Review：APR）の準備期間中であったこと、複数の首相関連イベントが企画されていたことなどから、主要関係者とのインタビュー（特に中央DGFP側カウンターパートの聞き取りは実施できなかった）、サイト視察やバングラデシュ側との協議が一部キャンセルとなった。また、報告書の内容の確認や提言の導出に多くの時間が必要であったため、PDMの変更内容については、十分協議できなかった。

第3章 プロジェクトの実績

3-1 投入実績、アウトプットの実績

3-1-1 投入実績

2011年5月29日付けの討議議事録（R/D）による投入計画と中間レビュー調査時までの日本側の投入実績を表3-1に、バングラデシュ側の投入実績を表3-2にそれぞれ示した。実績値は、特に記載がない限り2013年6月30日現在のものである。

表3-1 投入計画と実績の比較（日本側投入）

計 画 (R/D：2011年5月)	実 績 (2013年6月30日現在)	
[長期専門家] ・チーフアドバイザー ・プロジェクト調整員 ・モニタリング評価	・チーフアドバイザー ・プロジェクト調整員	(24.0人/月) (21.4人/月)
[短期専門家] ・モニタリング評価 ・総合品質管理（Total Quality Management：TQM） ・母子保健 ・コミュニティモービライゼーション	・TQM（タンザニア）（1回） ・妊産婦死亡監査アドバイザー（マレーシア）（1回） ・コミュニティモービライゼーション（2回） ・保健システム管理（ケニア・タンザニア）	(0.2人/月) (0.1人/月) (1.1人/月) (0.4人/月)
[現地プロジェクトスタッフ] ・技術アドバイザー ・シニアプロジェクト担当官 ・県管理責任者 ・郡プロジェクト調整員 ・技術担当 ・助産師 ・シニア総務・財務担当者	・技術アドバイザー（1名） ・シニアプロジェクト担当（2名） ・県管理責任者（4名） ・プロジェクト担当・調整員（9名、7席） ・技術担当（助産技術）（2名） ・シニア総務・財務担当者（2名） 上記に加え、CAREバングラデシュとJICA間のSMPP-2委託契約のもと、15名（中央3名、県1名、郡11名）のスタッフが配置されている。	(24.0人/月) (27.3人/月) (44.1人/月) (118.6人/月) (19.6人/月) (47.9人/月)
	[付属資料協議議事録（M/M）Annex -3参照]	
[カウンターパート研修] ・C/P人材の研修 ・スタディツアー派遣（必要に応じて）	・本邦でのC/P研修は、実績なし ・31名がスリランカ国TQMスタディツアーに参加 ・MoHFW/DGHSから2名がコミュニティ保健スタディツアーに参加（2012年5月27日～6月2日）	

計 画 (R/D : 2011年5月)	実 績 (2013年6月30日現在)	
[機材供与] 1. 手術室用エアコン 2. 麻酔用機材 3. 滅菌用機材 4. 市民チャーター看板 5. ジアテルミー用機材 6. 保育器 7. IPS/発電機 8. 手術室用照明機器 9. 超音波診断機 10. 酸素ボンベ	緊急産科ケア提供施設への機材は、在外事業強化費から購入された。 [付属資料協議議事録 (M/M) Annex-4参照]	2011 BDT 1,147,286 2012 BDT 416,585
	本項目では、SMPP-2プロジェクトスタッフ活動用のオートバイ13台が調達・供与された。	機材供与総額 : BDT1,563,872 [¥1,759,000]
[事業実施費用] ・在外事業強化費	* 事業実施費用には、プロジェクト人件費 (39%)、NGO事業委託費 (25%)、研修費 (15%)、物資調達費 (7%) 等が含まれる。	FY 2011 BDT 29,025,010 FY 2012 BDT 43,739,522 (as of June 2013) FY 2013 BDT 11,365,013
		事業実施費用総額 : BDT 84,129,545 [¥92,475,918] [付属資料協議議事録 (M/M) Annex-5参照]

BDT=Bangladesh Taka (バングラデシュの貨幣単位)

出所：討議議事録 (R/D) (2011年5月)、プロジェクト四半期報告書 (2011年7月～2013年5月)、プロジェクトによる提供資料 (2013年6～7月)

表 3 - 2 投入計画と実績の比較 (バングラデシュ側)

計 画 (R/D : 2011年5月)	実 績 (2013年6月30日現在)
[人材] a) 保健家族福祉省 (MoHFW) ・次官 ・保健サービス局総局長 ・家族計画局総局長 ・計画局長 [プロジェクトディレクター] [SMPP-2プロジェクトマネージャー (複数名)] ・バングラデシュコミュニティ保健再活性化イニシアティブ局長補佐 (Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh : RCHCIB) ・保健サービス局計画局長 (DGHS) ・家族計画局計画局長 (DGFP) ・必須サービス提供課長 (LD-ESD, DGHS) ・母子保健リプロダクティブヘルス課長 (LD-MCRH, DGFP) ⁴ ・病院サービス管理改善課長 (LD-IHSM, DGHS) ⁵	[人材] a) MoHFW プロジェクトディレクター、マネジャーらほとんどのC/Pは十分提供された。

⁴ DGFP側の活動計画 (Operational Plan : OP) の責任者であるLD-MCRH (Line Director, Maternal, Child and Reproductive Health) は、OPの名称変更に伴い現在はLD-MCRAH (Line Director, Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health) に変更されている。

⁵ LD-IHSM (Line Director, Improvement of Hospital Services Management) は、OPの名称変更に伴い現在はLD-HSM (Line Director, Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion) に変更されている。

計 画 (R/D：2011年5月)	実 績 (2013年6月30日現在)
<ul style="list-style-type: none"> ・母子・新生児保健課長 (LD-MNCH, DGHS) ⁶ ・コミュニティ保健サービス課長 (LD-CHCS, DGHS) ⁷ [その他] ・計画局副局長 (保健) ・計画局副局長 (家族計画) ・計画局局長上級補佐 	
b) 県レベル [SMPP-2の副プロジェクトマネージャーとして] <ul style="list-style-type: none"> ・県衛生部長 (Civil Surgeon : CS) ・県家族計画課長 (Deputy Director/Family Planning : DDFP) [その他] ・県病院産婦人科医 (コンサルタント) ・県病院麻酔医 (コンサルタント) ・県病院小児科医 (コンサルタント) ・母子福祉センター医務官 (Clinic) 	b) 県レベル 県レベルにおいて、C/Pが十分提供された。
c) 郡レベル <ul style="list-style-type: none"> ・郡保健家族計画課長 (UH&FPO) ・母子保健医務官 (MO-MCH) ・郡家族計画課長 (UFPO) ・医師 (婦人科/麻酔科) ・医師 (小児科) 	b) 郡レベル 郡レベルにおいて、C/Pが十分提供された。 [付属資料協議議事録 (M/M) Annex-6参照]
[土地・建物・施設] <ul style="list-style-type: none"> ・ダッカ市、ノルシンディ県、ジョソール県、シャトキラ県における執務室 	[土地・建物・施設] ダッカ市における執務室が提供されている。しかしながら、県以下の執務室に関しては、政府によって提供できる執務スペースが手狭であるため、日本側のプロジェクト運営費から賃貸費用を捻出している。

出所：討議議事録 (2011年5月)、プロジェクトによる提供資料 (2013年6～7月)

3-1-2 活動実績

プロジェクト開始時から2013年6月30日までにSMPP-2の下実施された活動の進捗状況を、PDM Ver. 0に示された活動と並べて比較したものを付属資料協議議事録 (M/M) Annex 7に提示⁸した。

活動全体を概観すると、PDM上に記載されている流れに沿って、特にアウトプット2及びアウトプット3の活動が多く実施されている。現行のPDMにおいては、アウトプット2及び3の活動には以下のような活動内容を特定していない記載があるため、実際、活動2-2、3-1、3-3の下で行われた活動が数多く存在している。

⁶ DGHS側のOPの責任者であるLD-MNCH (Line Director, Maternal, Neonatal and Child Health) は、OPの名称変更に伴い現在はLD-MNCAH (Line Director, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health Care) に変更されている。

⁷ DGHS側のOPの責任者であるLD-CHCS (Line Director, Community Health Care Services) は、OPの名称変更に伴い現在はLD-CBHC (Line Director, Community Based Health Care) に変更されている。

⁸ 冗長になるため、本文中に示さず添付とした。

【PDM上に記載された活動（抜粋）】

- 2-2. ノルシンディとチョウガチャにおいて、更に母子・新生児保健サービスの利用と質を向上させる新たな介入を開発する
- 3-1. 郡保健システム（UHS）に統合され、かつ、適切で普及しやすいMNCHミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズムを構築するためのトライアルを計画する
- 3-3. （3-1で計画された）トライアルを実施する

したがって、「新たな介入」が追加されるごとに、それぞれの活動数が増加していく結果となった。また、5S-Kaizen/CQI-TQM関連の活動については、PDM上特に限定されていない県の病院に対してSMPP-2の活動が広がっている。

各アウトプットの活動進捗状況については以下のとおり。

(1) アウトプット 1の活動の進捗状況

アウトプット1では、母子新生児保健（MNCH）の関係者間における調整機能が強化され、その調整機構のなかで「MNCHミニマムパッケージ」が定義されることをめざしている。そのための活動は実施が遅れているか、もしくは当初のPDMが意図した形では実施されておらず、その主因として、以前は開催されていたMNCH/FPフォーラムの活動が休止していたことが考えられる。その対応策として、SMPP-2は他の開発パートナーと同様、必要に応じて二者間の連携や交換訪問などの形で調整を模索しただけでなく、MoHFWにMNCH/FPフォーラムの開催を働きかけた。

MNCH関係者間の調整を目的として、以下の活動も実施した。

- ・ SMPP-2の開業式（2011年9月）を通じた関係者へのSMPP-2の内容の説明
- ・ SMPP-1の経験を共有するための文書“Narsingdi Model in Bangladesh (JICA 2013)”⁹の発表会（2013年4月）
- ・ MNCHマッピング調査の結果発表と民間コミュニティ熟練助産師に係る試行的介入の結果発表（2012年7月）
- ・ 母子新生児保健に関する経験の共有と相互学習のためのバングラデシュ・ケニアフォーラムの開催（2012年10月）
- ・ 妊産婦死亡症例検討会（Maternal Death Review）セミナーの計画（これについては、2013年2月に予定していたが、政情不穏から延期され未実施）

さらに、このアウトプットに関連する事項として、SMPP-1の経験を国際的に発信・共有するための活動（国際会議への参加等）が追加されている。

(2) アウトプット2の活動の進捗状況

アウトプット2では、ノルシンディ県及びジョソール県（チョウガチャ郡）から得られた優良事例（good practice）及び教訓が全国に発信されることをめざしており、これにはSMPP-1からだけでなく、SMPP-2から得られうる優良事例及び教訓も含まれている。したがって、ア

⁹ WHO-SEAROとSMPP-JICAの共著。

アウトプット2では、SMPP-1で得られた優良事例及び教訓を全国に発信する活動と、SMPP-2にて優良事例や教訓を抽出するために実施している活動が並行して実施されている。具体的には、以下の活動が実施された。

- SMPP-1の優良事例から抽出されたコミュニティサポートシステム（CmSS）については、MoHFWの事業であるコミュニティクリニック（CC）の再活性化をめざす事業（RHCIB）¹⁰のなかで、コミュニティグループ（Community Group：CG）¹¹及びコミュニティサポートグループ（CSG）¹²の組織化として取り入れられ、RHCIBによって全国に展開される活動が進んでいる。CAREバングラデシュは、SMPP-2の契約を通じ、このRHCIBによるCG/CSGの全国展開に対して極めて重要な技術的投入を行っている。
- SMPP-1の終了前に導入された5S-Kaizen/CQI-TQMの介入に関しては、SMPP-2の下で指定された4件のパイロット病院から教訓を抽出する作業が継続していたが、DGHSの方針でパイロットの対象が17病院に拡大されたため、対象の病院がノルシンディ県・ジョソール県の外に広がっている。中間レビューの時点では、ベースライン調査、オリエンテーション、アクションプランの策定は終了し、「5S」から「カイゼン」の移行段階の活動を実施したところである。
- 郡保健システム（UHS）、ローカルレベルプランニング（Local Level Planning：LLP）、県レベルの水平学習プログラム（HLP）に関しては、介入を実施中であり、今後評価を通じて優良事例・教訓の抽出が実施される予定。
- UNICEFとのパートナーシップ関連の活動が追加された。

(3) アウトプット3の活動の進捗状況

アウトプット3では、郡保健システム（UHS）に統合される母子・新生児保健（MNCH）ミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム/仕組みが確認されることをめざしている。このために、SMPP-2では、ノルシンディ県でのモデルがシャトキラ県においても適用可能・展開可能かどうかを試行している。したがって、シャトキラ県の施設・コミュニティ双方が、ノルシンディと同様の介入を受けることとなっている。

シャトキラ県の県病院と郡病院のスタッフを対象としたほとんどの現職研修が、ニーズに基づいたアクションプランに沿って実施されている。いくつかの活動は資金や技術的にプロジェクトによる支援がなされているが、特に長期的に必要となる研修は政府支援の研修プログラムから提供された。中央で計画された研修活動を県以下で調整することや、政情不穏による延期や日程変更などが活動実施の難点となったことがあった。

コミュニティレベルの活動については、RHCIBによって円借款資金が確保できるまでの間、特にCG/CSG研修の実施が遅れたが、現時点ではRHCIBは全国に13,500カ所におけるCCにお

¹⁰ RHCIBとは、コミュニティクリニックの再活性化を目的とした政府組織。以前はコミュニティクリニックプロジェクトと称されていたが、名称が変更となっている。

¹¹ コミュニティグループとは、地域住民がメンバーとなり、コミュニティクリニックの運営管理、地域の健康課題の解決などを目的として活動するグループ。

¹² コミュニティサポートグループとは、コミュニティクリニック1つに3つほど形成され、地域住民自らがメンバーとなって構成するグループ。緊急ケアを必要とする妊産婦の対応を検討したり、地域での医療サービスを受けるようにコミュニティクリニックなどの地域医療の利用を促進したりする。

いてCG研修を終了¹³させるべく進展している。この全国展開に対して、SMPP-2はCAREバン
グラデシュを通じて必要不可欠な技術的投入を提供した。

また、SMPP-2は、施設・コミュニティでの活動を組み合わせたノルシンディモデルに加え
て、シャトキラ県において以下のようなイニシアティブを導入した。

- 1) 郡保健システム強化のイニシアティブ（カリゴンジ郡）¹⁴（2012年より）
- 2) ユニオン評議会の強化を目的とした水平学習プログラム（HLP）¹⁵導入のためのディストリ
クト・ハブ設置に係るイニシアティブ（7郡すべて）（2012年5月）
- 3) 模範的な手術室の設計に係るイニシアティブ（2012年下半年期）
- 4) 産後の家族計画¹⁶（Post-Partum Family Planning：PPFP）（2012年11月）
- 5) 遠隔地における介入に係るイニシアティブ（シャトキラ県アサスミ郡、シャムナガル郡、
カリゴンジ郡）（2013年中盤）

3-1-3 アウトプットの実績

各アウトプットの指標（PDM ver.0）に基づく達成状況を以下に示す。

なお、中間レビューチームは、指標データ以外にもプロジェクトの実績と思われる情報をイ
ンタビュー及び直接観察を通じて収集し、指標データと併せてアウトプットの達成状況を判断
した。

アウトプット 1：国レベルにおいて、関連のステークホルダーが実施する妊産褥婦・新生児保 健活動の調整機能（MNCHフォーラム等における）が強化される

アウトプット 1の指標	達成状況
1-1. 文書化されたMNCHフォーラム等のTORの 有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ MNCH Forumは2010年4月以来開催されておら ず、近日開催予定はない。 ・ MNCHミニマムパッケージやそのモニタリング 評価に類似する協議は、母性保健戦略 （Maternal Health Strategy）や関連の標準実施 要領（Standard of Operations）の改訂を実施し ているグループにおいてなされている。
1-2. 策定されたMNCHミニマムパッケージとア プローチの有無	
1-3. 策定されたMNCHミニマムパッケージとア プローチに関するモニタリング評価するた めのツールの有無	

本アウトプットを達成するために、SMPP-2はさまざまな角度から活動を試みてきたが、現状
を踏まえると母子・新生児保健関連の活動の調整がSMPP-2のPDM（2011年中盤に策定）で想定
された形で実現される見込みは低い。

以前の「保健栄養人口セクタープログラム（HNPSP：2004-2011）」の下では、MNCH/FPフォ
ーラムがおよそ年1回の頻度で開催され、保健栄養人口セクターのさまざまな関係者¹⁷が集まり、

¹³ RCHCIBは、政府他、他の開発パートナーの資金（GAVI-HSS等）も併せてCG/CSG訓練を実施している。

¹⁴ LD-ESDは、郡保健システム（UHS）パイロット活動を以下3カ所の郡に指定した。①シャトキラ県カリゴンジ郡、②キシヨ
ルゴンジ県ボイロップ郡、③ロシヨジ県チョロゴチ郡（Charagati Upazila, Rashaji District）。このなかから、SMPP-2はプロジ
ェクト活動対象地域であるシャトキラ県カリゴンジ郡で協力する予定。

¹⁵ WBとのパートナーシップ

¹⁶ USAIDとのパートナーシップ

¹⁷ 保健省官房、保健サービス局、家族計画局、分野に関連するNGOや職能団体など。

おのこの活動情報を交換し、相互連携及び政府戦略や標準への準拠を促す場があった。本プロジェクトでも当初はこの調整フォーラムにおいてさまざまな関係者の教訓が共有され、ひいてはMNCHミニマムパッケージに係る議論がなされることを想定していた。しかしながら、現在のセクタープログラムであるHPNSDPの下では、このような広範な関係者が集う調整のプラットフォームは組織されておらず、その再組織化を積極的に進めていくMoHFWや保健サービス局の意思は観察されなかった。

一方で、HPNSDPの下では、プログラムのAPRのために9つのタスクグループを設置し、それぞれの活動計画（Operational Plan：OP）の進捗状況をモニタリングしているが、母子・新生児保健及び家族計画に関連する複数のOPsをレビューするMNCH/FPタスクグループが存在している。しかしこのメンバーシップは以前のMNCH/FPフォーラムより限定されており、また調整組織として機能しているわけではない。また、Maternal Health Strategyの改訂のために組織されたグループ¹⁸もあり、このなかで関係者間の調整やMNCHミニマムパッケージにある程度関連した内容が話し合われている。SMPP-2の専門家及びプロジェクトスタッフは、上記両方のグループに参加している。

上記のように、この2年間でSMPP-2を取り囲む状況に変化があったことを踏まえ、アウトプット1の記述を現状に即して変更する必要性が出てきている。記述を変更する際には、HPNSDPやそのOPsの管理と実施メカニズムの現状を十分考慮する必要がある。

アウトプット 2：フェーズ1の結果も含めたプロジェクトからの母子・新生児保健改善の優良事例について、実施プロセス及び教訓が全国に発信される

アウトプットの指標 2	達成状況
2-1.（ノルシンディ及びチョウガチャにおける活動に関する）分析報告書の有無 2-2.（ノルシンディ及びチョウガチャにおける）ANCとPNCの増加、妊産褥婦の致死率の減少、パルトグラフの使用率の増加、出産第3期における積極的関与の増加、施設での妊産婦死亡症例検討の数の増加 2-3. ノルシンディ、チョウガチャにおいて、少なくとも1つのアプローチが同定され、展開することが定められる。 2-4.（ノルシンディ及びチョウガチャにおける活動に関する）策定された研修モジュールの有無、研修回数、参加者数、プロジェクト来訪ユニオン数、マスタートレーナーの登録数	<ul style="list-style-type: none"> ・ノルシンディ県における経験がWHO-SEAROとSMPPスタッフとの共著で“Narsingdi Model in Bangladesh”として冊子にまとめられ、2013年に発行された。 ・チョウガチャ郡病院における経験は“Chowgacha model training curriculum”として2012年にまとめられた（草案）。 ・ノルシンディモデルのなかから、CmSSの有効性が同定され、RCHCIBのなかでCG/CSGの組織化として適用された後、全国展開することが決定された。 ・サービス改善のためには病院管理改善が肝要という理解のもと、5S-Kaizen/CQI-TQM¹⁹がDGHSに効果的な介入方法として同定され、全国県病院及び郡病院に展開すべく、まずは17のパイロット病院が²⁰指定された。 ・SMPP-2の下で以下の研修モジュール等が作成された。

¹⁸ このグループの下には、Standards of Operations (SOPs) を改訂するためのサブ・グループが存在し、①横断的な側面（保健情報システム、質確保、モニタリングとスーパービジョン）②産後・新生児ケア③妊産婦健診④出産と緊急産科ケア⑤思春期保健・リプロダクティブヘルス・家族計画などが含まれる。

¹⁹ CQI=Continuous Quality Improvement TQM=Total Quality Management

²⁰ DGFP側の医療施設であるノルシンディ県におけるMother and Child Welfare Center (MCWC) 1件は、この5S-Kaizen/CQI-TQM methodologyの講習を受けた（TQM導入は、併せて全国で18施設）。

アウトプットの指標 2	達成状況
	<ul style="list-style-type: none"> ・ チョウガチャモデル研修カリキュラム病院サービスにおける ・ TQM in Hospital Services ・ CG/CSG研修モジュール ・ コンピュータ・トレーニング ・ 上記の研修教材のうち、CG/CSG研修モジュールは政府プログラム（RCHCIB）下で全国展開に活用されている。“TQM in Hospital Services”は、TQMパイロット病院に配布され活用されている。保健家族福祉省による認証待ち。

アウトプット 2のなかでいくつかの優良事例は全国展開に向けて前進している。1つは草の根レベルにおけるCG/CSGの組織化であり、もう1つは病院における5S-Kaizen/CQI-TQMの活動である。前者はMoHFW保健サービス局（DGHS）のイニシアティブであるRCHCIBに取り入れられ、後者は病院管理サービスの実施計画（OP-HSM）に統合され、全国展開及び全国展開に向けたパイロット実施の段階にある。この2種の事例以外のものも併せて、本プロジェクトが全国発信をめざす母子・新生児保健改善の優良事例について、現時点における達成状況を表3-3にまとめた。

表3-3 試行された優良事例/アプローチの現状

優良事例/アプローチ	対象地域	2013年6月現在の状況
CmSS優良事例	ノルシンディ県	RCHCIBの戦略の一部として全国展開中。SMPP-2は全国展開時の技術的サポートを提供。
TQM	ノルシンディ県病院、MCWC、チョウガチャ郡病院等	効果的な介入であるとDGHSに同定され、全国展開に向けてパイロットベースで17病院に展開中。SMPP-2は展開時の技術的サポートを提供。
民間コミュニティ熟練出産介助者（P-CSBA）	ノルシンディ県	政策・ガイドライン策定レベルの協議待ち。 ・ 2011年12月に試行介入は終了 ・ 2012年7月に経験・教訓をMoHFW、DGHS、DGFP及び関係者に共有済み
産後ケア	ノルシンディ県	結果はSMPP-2内でCG/CSG活動の実施内容を策定するために活用されている。 ・ 2010年11月～2011年11月に試行介入を実施 ・ エンドライン調査は2011年12月に実施済み
Upazila Action Plan (LLP)	チョウガチャ郡	教訓の抽出と伝達を14のLLP試行郡に実施。 ・ 2012年5月から開始 ・ 病院サービス改善と併せてモデルとする案あり
水平学習プログラム（HLP）	ノルシンディ県、ジョソール県、シヤトキラ県	教訓を抽出するために試行介入を実施中。 ・ 2012年5月より活動実施

出所：中間レビューチーム収集情報（2013年6～7月）

ノルシンディ県ではCmSSと呼ばれていたアプローチは、CCの再活性化を支える住民の組織であるCG/CSGという形で政府のプロジェクトに統合され、所管するRCHCIBがJICA円借款やSMPP-2の支援も得つつ全国に展開されているところである。表3-4は、RCHCIBによるカスケード形式で実施されるCG/CSG研修等の進捗状況を示したものである。

表3-4 RCHCIBによるCG/CSG研修の進捗状況（2013年6月現在）

研修の種類	終了した研修 (参加者数)	未実施の研修 (参加者数)	備考
CG/CSG研修 Master Trainers	59	-	うち51名がNGO職員、8名がRCHCIB (2013年6月時点で活動中のMaster Trainerは35名)
ユニオン評議会研修	-	58,500	CGs及びCSGsの研修実施を託される予定
コミュニティ グループ (CG) 研修	- (全12,248 CGs)	(Completed)	2日間のオリエンテーション 1CGにつき最大17名 1CCにつき1CG
コミュニティ サポートグループ (CSG) 研修	319,014* (For 19,488 CSGs)	357,204 (For 21,012 CSGs)	1日間のオリエンテーション 1CSGにつき最大17名 1CCにつき最低3 CSG
Community Health Care Provider (CHCP) 研修	13,225	275**	12週間の研修 1CCにつきCHCP1名(全国13,500 CCs)

*: GAVIによる支援地域では(2,047CCs) CSG研修の参加者はCCにつき15名であった。

** : CHCPはコミュニティアクリックに1名派遣されるが、研修受講者の総数は13,500人を超えている。これは、15名の既に離職したCHCPを補完するためである²¹。

なお、グレー部分は、特にSMPP-2の関与が高い部分。

出所：数値はRCHCIBからの聞き取りによるもの（2013年7月）

この全国展開においてSMPP-2が果たしている役割は、組織化されたCG及びCSGが意図された機能を果たすための技術的な監修であるといえる。このために、CAREバングラデシュを通じてSMPP-2はRCHCIBに対して以下に述べる支援を提供した。

- 1) CG/CSG研修モジュール及びMaster Trainers研修モジュールなど技術的な研修教材の開発
- 2) 中央レベルにおけるMaster Trainers研修の実施（Master Trainerは、CG/CSG研修を実際に行う県以下の政府職員を育成する）
- 3) RCHCIBとMOU提携し各地でCG/CSG研修を実施しているNGO間の中央における調整
- 4) RCHCIBに対するSMPP-2の活動実施サイト（ノルシンディ県、ジョソール県、シャトキラ県）からの学びのフィードバック

もう1つのアプローチである5S-Kaizen/CQI (Continuous Quality Improvement) -TQMについても、DGHSが病院サービス管理改善の方法として効果的であると定し、17の医科大学病院、県病院

²¹ 総選挙が近づくにつれ、CHCPの離職が進んでいるという噂がでている。しかしながら、RCHCIBのプロジェクトディレクターによれば、離職者数は心配するほどの数ではない、との回答であった。

及び郡病院によってパイロットが実施されている。当初予定していたチョウガチャモデルを学習センターとして活用する案が停滞するなか、この5S-Kaizen/CQI-TQMアプローチはSMPP-2の主要な活動の1つとなった。

TQMパイロット病院は、当初4カ所であったのが、17に増加した（表3-5参照）。また、DGFP側からの要請を受け、ノルシンディ県の母子福祉センター（Maternal and Child Welfare Center：MCWC）にも支援が広げられた。ガイドラインとなる文書“TQM in Hospital Services”は、SMPP-2の技術支援を受けたDGHSのC/Pによって草案され、パイロット病院で活用されている。SMPP-2はまた将来的なTQM分野のリーダー育成をめざし31名のC/Pをスリランカ研修に送った。

TQMの活動について、資料レビュー、インタビュー、直接観察の結果から、中間レビューチームは以下の点に留意した。

- 1) TQMの導入・実施にはパイロット病院において強力なリーダーシップが不可欠であり、リーダーシップを取る人材の異動による影響を受けやすいこと
- 2) 病院の清潔さや見た目の印象は比較的短期間で達成される一方、5SからKaizenの段階に移行するまでに（1年以上の）長い時間が必要であること
- 3) TQMの導入・実施とサービス利用増加やサービスの質改善への貢献度合いが明確でないこと
- 4) 正の変化が自発性・持続性をもって定着するためには、病院スタッフの思考の転換が必要であること

上記の点1)に関しては、TQM試行病院における技術的なフォローアップと進捗確認が重要である点をSMPP-2スタッフは指摘している。モニタリングに関しては、DGHSによりSMPP-2の技術支援を受けつつ実施されている。しかしながら、DGHSのTQMユニットはこの役割を担う一方で限定的な人員配置になっていたため、モニタリング訪問の調整が困難であることもあった。

また、本活動を中心に担っていた人員がTQMユニットから異動し、活動が一時的に低迷している状況もみられる。

表2-5 DGHS指定TQMパイロット病院及びMCWC

#	病院名	導入年月	支援担当
1	ノルシンディ県病院	2011年3月	JICA
2	シャトキラ県病院	2011年5月	JICA
3	ホビゴンジ県病院	2011年6月	JICA
4	チョウガチャ 郡病院、ジョソール県	2012年7月	JICA
5	ジョイプーラット県病院	2012年9月	JICA
6	ジョソール医科大学病院	2012年10月	JICA
7	ポブナ医科大学病院	2012年11月	JICA
8	イシュワルディ郡病院、ポブナ県	2012年11月	JICA
9	スジョナガル郡病院、ポブナ県	2012年11月	JICA
10	母子福祉センター、ノルシンディ県	2012年11月	JICA
11	ピラムプール郡病院、ディノジプール県	2013年4月	JICA
13	タンゴイル県病院	2012年9月	UNICEF
12	コックスバザール県病院	2012年10月	UNICEF
15	チッタゴン医科大学病院	2012年10月	UNICEF
14	マイメンシン医科大学病院	2012年12月	UNICEF
16	キショルゴンジ県病院	2013年2月	UNICEF
17	ネトロコナ県病院	2013年2月	UNICEF
18	ボンドルボン県病院	2013年2月	UNICEF

出所：SMPP-2スタッフ作成報告書（2013年6月）

チョウガチャモデル²²については、全国発信に向け 1) シャトキラ県の県郡病院関係者がチョウガチャ郡病院を訪問し優良事例を学ぶ「水平学習」方式ともいえるスタディツアー、及び2) 優良事例発信のためのツール開発の、2種の活動が実施された。1) について、シャトキラ県の関係者以外の訪問者について、中間レビューチームは訪問者数・回数をチョウガチャ病院から入手できなかったが²³、年に数回のグループや個人の訪問を受けている。2) 形式の発信方法について、以前チョウガチャでリーダー的役割を果たしていた医師らによって研修のカリキュラムが創案され、パイロット病院に配布されて活用が進んでいる。しかしながら、リーダー的存在の医師2名が異動してしまい、その1年後である調査期間現在、カリキュラムは利用されていない。この研修カリキュラムの活用について、SMPP-2では、現在の病院サービス改善より広範なテーマ（例：リーダーシップとガバナンスなど）にまとめるなどの考えももっている。

水平学習プログラム（HLP）の試行的介入については、プロジェクトの活動対象であるシャトキラ県、ノルシンディ県、ジョソール県において、以下3段階の活動が実施されている。

- (1) 県レベルのHLPワーキングチーム（District Hub）の形成
- (2) ユニオン評議会（Union Parishad：UPs）がユニオン開発調整委員会会議（Union Development Coordination Committee Meeting：UDCCM）や予算開示活動（Open Budget Sessions）を実施するための能力強化、及びユニオン予算内への母子・新生児保健関連予算（支出）項目導入
- (3) 優良事例共有をめざすHLP活動を通じた郡間及びユニオン間のネットワーキング支援

SMPP-2はこのHLPの着想を保健分野に適用した“Horizontal Learning in Community Clinic”の共有フォーラムを中央レベルにおいても企画・実施支援した。これは、HLPで共有される優良事例の種類をコミュニティ保健の分野に限定し、より広範な関係者の参加を得て実施されたものである。

このHLPに係る試行介入は、シャトキラ県において注目すべき結果をもたらしている。県内78ユニオンのうち40ユニオンの予算開示書によれば、ほとんどすべて(39)²⁴のユニオン評議会が、安全な母性（妊産婦が病院に行く際の交通費補助など）もしくはCCへの支援を含むその他の保健関連の予算配置をしており、39ユニオンの保健関連予算総額は26万²⁵タカ（約33万円）であった。この予算項目で支出がなされれば、例えばCSGの活動の継続に資する可能性もある。

上記の実績を踏まえ、アウトプット2に係る今後の課題として、以下が挙げられる。

- (1) CG/CSG研修の質確保の方法、及びCG/CSGの適正な機能とその持続性を確保するためのフォローアップの最適な方法を見出すこと
- (2) DGHS（TQMユニット）がTQM導入病院の拡張や技術支援の提供を行ううえで必要となる組織的強化の方法を持続性の観点を踏まえたうえで見出すこと、及びDGHSによる5S-Kaizen/CQI-TQMの拡張を支援するにあたり、SMPP-2の果たしうる役割及びスコープを規定すること
- (3) その他試行介入が進行中のアプローチ（TQM、UHS/LLP、チョウガチャモデル、HLP、モ

²² SMPP-2開始後、チョウガチャ郡病院にも5S-Kaizen/CQI-TQMは導入されたが、どちらかといえば、チョウガチャ郡病院は5Sのモデルというよりは病院サービス改善のモデルといえる。

²³ 訪問者数や回数ではなく、訪問者のコメントの記録帳は保持している。

²⁴ 中間レビューの期間中、SMPP-2スタッフが予算開示書を収集中（40ユニオン分収集済）であったため、38ユニオンの予算書は未回収であった。

²⁵ 1ユニオンにつき最低1,000タカ~最高599,500タカ（1,280円~76万7,507円）で、中央値は35,750タカ（4万5,768円）。交換レート1円=0.7811タカで計算（クロスレート中値、Bangladesh Bank, Jul 22, 2013）。

デル手術室、PPFP、遠隔地介入など) についてプロジェクト期間内に教訓を抽出し、関係者との協議を実行すること

アウトプット 3: シャトキラ県やホビゴンジ県において、郡保健システム (UHS) に統合されるMNCHミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム/仕組みが確認される

アウトプット 3の指標	達成状況
3-1. 確認された県以下の実施メカニズムの有無 3-2. 産前健診・産後健診の増加、熟練出産介助師による出産の増加、帝王切開率の変動(変化をモニタリングする)、紹介(リファー)された患者の数の増加、緊急産科ケアサービスを備えた病院の数の増加、コミュニティによって支援された貧困女性の増加、母子・新生児保健事業への予算を増やしたユニオン評議会の増加、EmOCの充足率の増加 3-3. サービス提供者と利用者の満足度	<ul style="list-style-type: none"> ・ SMPP-2は実施メカニズムの確認に向けてシャトキラ県における活動を記録している。 ・ ベースラインデータはあるが、エンドラインはプロジェクト終了時に調査で入手予定。母子保健サービス利用に係る公共施設ベースのデータによれば利用率は増加している(2010年7月～2013年5月)。 ・ 病院スタッフ及び利用者の満足度に係るベースラインが4カ所のTQMパイロット病院にて採集された。エンドライン調査はプロジェクト終了時に実施予定。

アウトプット3の目的は、MNCHミニマムパッケージとアプローチの県以下での実施メカニズム・仕組みが確認されることを通じて、他県でも展開可能なバングラデシュモデルの策定に資することである。これには、ノルシンディ県における実施モデルと比較して、より少ないリソースで実施可能なモデル(またはMNCHミニマムパッケージ)をシャトキラ県にて開発する意向が反映されている。

このため、SMPP-2はシャトキラ県において意図的にプロジェクトからの直接的な資金提供を抑え、スタッフの能力開発を実施する際、バングラデシュC/Pが政府からのプログラムや資金等から便益を受けられるよう側面支援も行っている。中間レビューの時点では、「MNCHミニマムパッケージ」の「県以下の実施メカニズム」確認作業というより、現在に至るまでSMPP-2はノルシンディ県やチョウガチャ郡における活動や新たな介入のシャトキラ県への導入などに力を入れている。複数のアプローチがシャトキラ県で試行的に導入されているなかで、すべての介入要素がまとまった形で郡保健システム(UHS)への統合につながっていく志向性が弱い印象を受けた。

もう一点留意すべき事項として、シャトキラ県において、CG/CSGの導入及びその機能強化を支えるファシリテーションとフォローアップが、経験豊富なCAREバングラデシュによって実施されている点である。シャトキラ県において、他県でも展開可能な実施メカニズムの確認をめざすならば、異なるリソースレベルの実施メカニズムを複数試行することも有用と考察できる。例えば、現在CAREが担っている役割が²⁶政府に吸収されることを想定した実施メカニズムやCAREほど経験豊富でないNGOによる実施などを試行することで、他地域への展開可能性が広がる可能性がある。

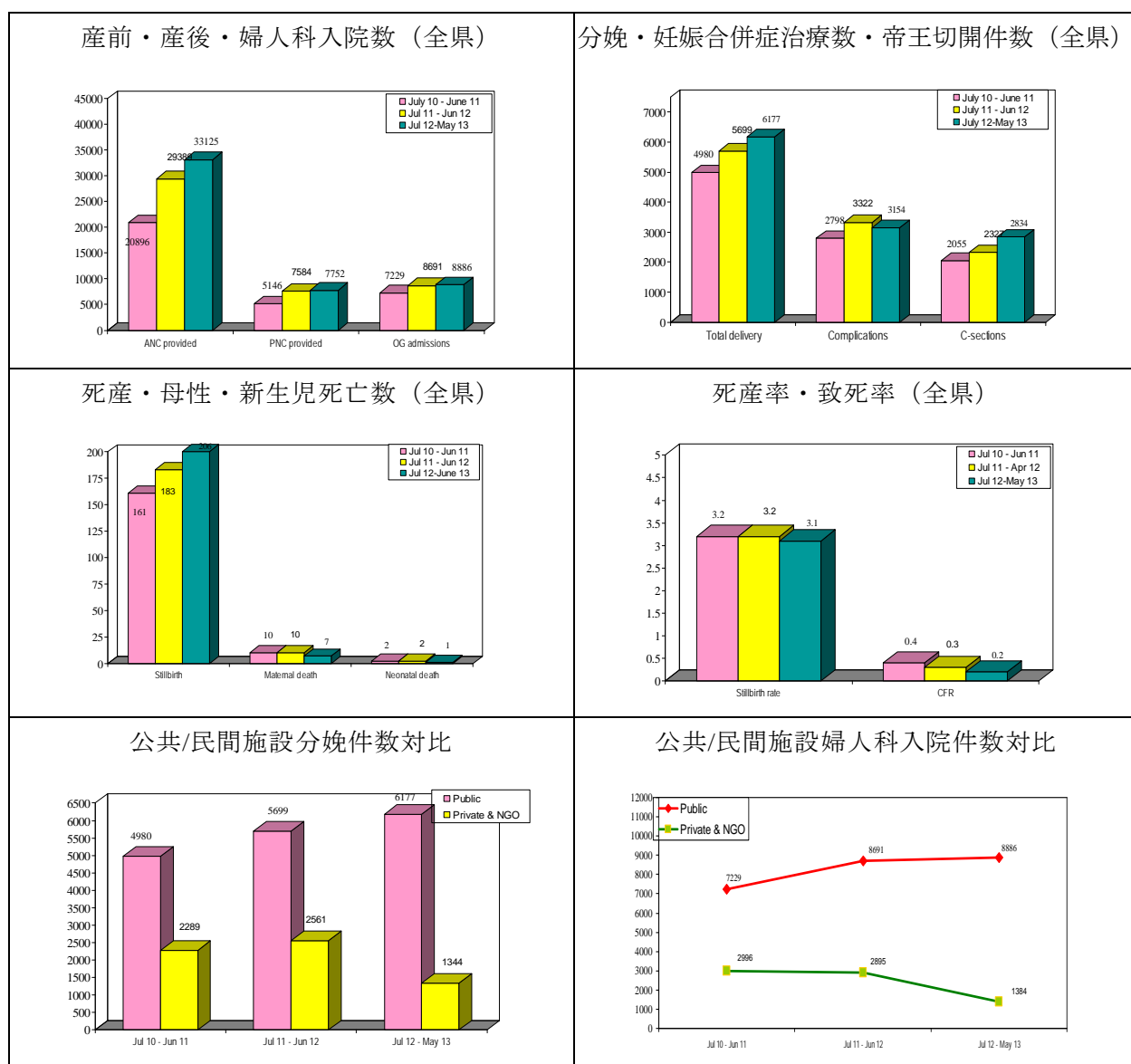
²⁶ 現在、シャトキラ県においてCAREバングラデシュは、7郡に1名ずつCommunity Development Officerを置き、モデルとなるCG及びCSGを各郡に数カ所つくるための活動を実施している。具体的には、月1回の会合に出席し、CG/CSGに対するファシリテーション・フォローアップ支援を提供している。その後、モデルCG及びCSGを優良事例として、水平学習方式で広げていく実施メカニズムを試行している。

シャトキラ県における母子新生児保健の指標データについて、ベースライン調査に比較可能なデータは中間レビュー時点では入手できないが、公共医療施設における利用記録を見ると、施設ベースの研修はまだすべて完了していないものの、サービス利用指標がポジティブな反応を示していることが分かる（図3-1のグラフ類を参照のこと）。一方、母子保健サービスの利用状況の伸びはすべての郡において共通ではない。

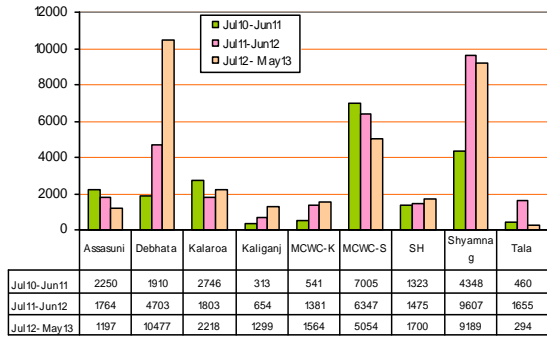
上記の実績を踏まえ、アウトプット3に係る今後の課題として、以下が挙げられる。

- (1) 郡保健システム（UHS）の強化に係るコンセプトや統合されるべき複数の介入・アプローチに関するカウンターパートとの協議を強化すること
- (2) 各アプローチについて、持続性と展開可能性に留意した県以下の実施メカニズムを記録すること

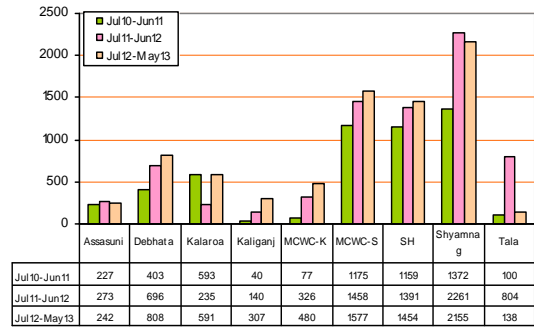
図3-1 公共施設の保健情報データより：シャトキラ県
[2010年7月～2013年5月]



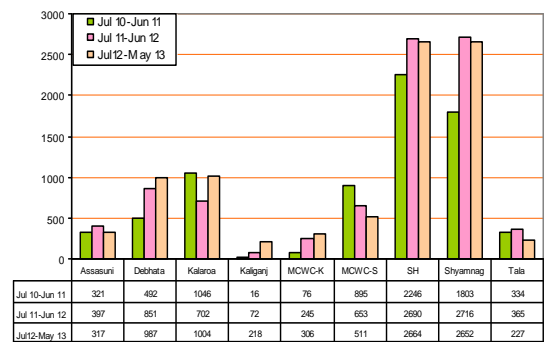
施設別妊婦健診受診数



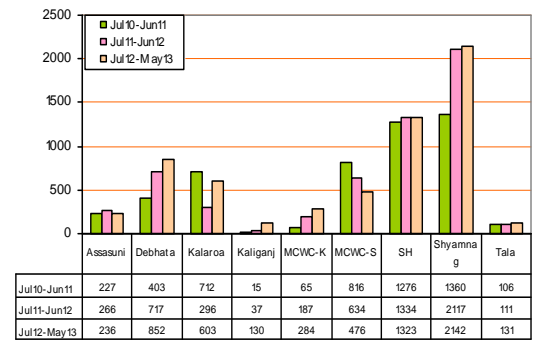
施設別産後ケア受診数



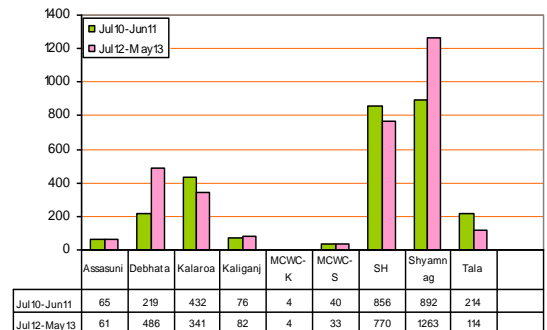
施設別婦人科入院件数



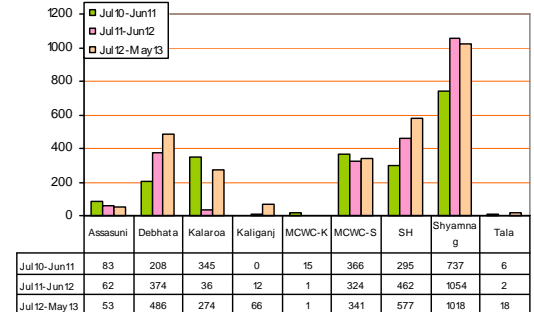
施設別分娩件数



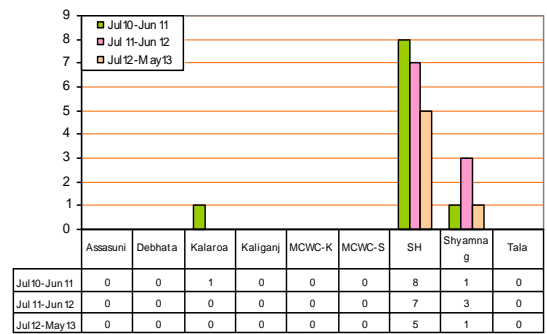
施設別妊娠合併症治療件数



施設別帝王切開件数



施設別妊産婦死亡数



緊急産科ケア提供の現状 シャトキラ県

District	Facility name	B/CEOC
Satkhira (9 Hospitals)	Sadar Hospital	CEOC
	Assasuni UHC	CEOC?
	Debhata UHC	CEOC
	Kalaroa UHC	CEOC (no MO An)
	Shyamnagar UHC	CEOC
	Kaliganj UHC	CEOC
	Tala UHC	BEOC?
	MCWC Sadar	CEOC
	MCWC Kaliganj	BEOC

3-1-4 プロジェクト目標の達成度

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

プロジェクト目標	達成状況
<p>1. MNCHミニマムパッケージのアプローチを実施している郡の数（成果2で拡大される見込みのTQMやCCに付随するCSG等のアプローチ等）</p> <p>2. 策定されたモニタリング・評価システムで使用されているいくつかの指標（例：ANC受診率の増加、熟練出産介助者による出産の割合の増加、郡における母子・新生児保健事業に割り当てられた郡・ユニオン予算が増加した郡の増加、など）</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MNCHミニマムパッケージ：パッケージは未定義、SMPP-2によりノルシンディモデルの変形がシャトキラ県7郡で実施中。 • 以下のアプローチは以下のとおり他地域に展開・普及した（MNCHパッケージの一貫として実施されていない）。 <ul style="list-style-type: none"> • 5S-Kaizen/CQI-TQM：14県 [13県病院、4郡病院、1 MCWC] • CG：12,248カ所設置（全国100%） • CSG：19,488カ所設置（全国の48%） • 母子新生児保健に係るベースライン指標と比較可能なデータはまだないが、シャトキラ県における公共の施設ベースのデータではサービス利用の増加が観察される。

上記のプロジェクト目標の記述は、「妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチ」が、「MNCHミニマムパッケージ」のようなある程度複数の介入が組み合わせられたセットとして「拡大」することを想定しているのか、それとも個々のアプローチが独立して拡大することを標榜しているのかが曖昧であることを指摘する必要がある。

したがって、個々のアプローチを「妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するため」の独立した手段と解釈するならば、現時点においてSMPP-2はプロジェクト目標の達成に向かって順調に進んでいると判断することはできる。例えば、SMPP-1の提示したCmSSの流れを汲むCG/CSGは、政府のOP-Community Based Health Care（CBHC/RCHCIB）の1コンポーネントとして、全国に拡大しつつある。また、5S-Kaizen/CQI-TQMは、OP-Hospital Services Managementの1コンポーネントとして全国展開に向けたパイロット拡大が進められている。

その一方で、「妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するため」のアプローチを複数のアプローチが組み合わせられた集合的なもの（例えばPDMに提案されている「MNHミニマムパッケージ」や「バングラデシュモデル」）としてとらえるならば、今後、プロジェクトには、そうした集合的なパッケージの定義に向けたより集中的な努力が要求されよう。しかしながら、MNCHミニマムパッケージやバングラデシュモデル策定を想定した際、MoHFWにはこのパッケージに含まれる個々のコンポーネントを全体的にまとめる部署は存在しない²⁷ことから、これは難点を伴う課題といえる。

²⁷ MNCH/FP分野にふれる内容は、以下のとおり8つのOPにまたがっている。①OP-Maternal, Neonatal, Child and Reproductive Health (MNCRH), ②OP-Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health (MCRAH), ③OP-Community Based Health Care, ④OP-Essential Service Delivery, ⑤OP-Clinical Contraception Service Delivery, ⑥OP-Family Planning Field Service Delivery (FPFSD), ⑦OP-National Nutrition Service (NNS) and ⑧OP-Human Resource Management. ただし、MNCH/FP分野全体を公式に総括する立場にあるのは、①のOP-MNCRHのLine Directorとされている。

3-2 実施プロセスにおける特記事項

3-2-1 PDMとの整合性

「4-1-2 活動実績」の項でSMPP-2の活動数が徐々に増えていった経緯を述べたが、そのなかにはプロジェクトの重点からは多少乖離した活動もいくつかあった。これは、まず 1) 当該PDMの記述が新規活動の拡張を許容する形で設計（記述）されていたこと、2) SMPP-2が時勢のなかで変化するC/Pの優先項目の展開に敏感に反応する特性を保持していたこと、3) 他のMNH関係者とのパートナーシップに対する受容性が高かったこと、4) JICA組織内においてSMPPの優良事例を国内外に発信する意欲が強く働いていたことに関係しているといえる。

上で列挙した2番目の点について、SMPP-2はPDMへの整合性を確保することよりは、各OPを管理するC/P組織の優先項目やニーズへの対応に重点を置いているように見受けられた。実際、SMPP-2では、HPNSDP下での変化するニーズや優先項目をプロジェクト活動に反映できるような仕組みをもっている。これが、毎年レビュー更新される「SMPP-2活動計画」で、中央及び県以下のレベルで活動するSMPP-2のプロジェクトスタッフ全員が参加するワークショップのなかで策定され、SMPP-2スタッフは日々の活動をこの「SMPP-2活動計画」に沿って実施している。年次レビューでは、活動の進捗が確認され適宜改訂されるが、この際に最新の優先事項を反映させる機会がある。

また、パートナーシップへの受容性とSMPPの成功例の発信意欲に関して、SMPPがJICAの国際的なフラッグシップ事業であり、バングラデシュにおけるJICA支援プログラムであるMNCH/HSSプログラムの中核となる事業であることが関係している。例えば他の開発パートナーとのパートナーシップのイニシアティブのいくつか²⁸は、JICA側がプロジェクト側に提案したものである。また、JICAバングラデシュ事務所側も、SMPP-2がJICAのMNCH/HSSプログラム支援の枠内であれば、また政府のHPNSDPのOPに資する内容であれば、プロジェクトの枠内との理解をしていたことも背景としてある。

3-2-2 プロジェクト管理と意思決定

SMPP-2の討議議事録によれば、プロジェクト管理委員会（Project Steering Committee : PSC）の議長は保健家族福祉省長官（Secretary）で、PSCはプロジェクト全体の進捗モニタリングと監督を担当し、プロジェクトの実施委員会（Project Implementation Committee : PIC）の議長は保健家族福祉省官房計画局長で、プロジェクトの活動を促進、調整、モニタリング、レビューする機能が与えられている。しかしながら、議長とその成員の日程調整が難しく、PICもPSCもこの2年間に1回召集されたにとどまり、また適時に召集されているとは言い難い。

こうした管理体制が機能しないなかで、SMPP-2の日本側は、5つのOPの課長（Line Director : LD）ら²⁹と個別に活動の調整を行うことで対応しなければならなかった。このプロジェクト実施体制では、各課長は自身の担当OP下に関連するSMPP-2の活動の一部のみを把握していても、SMPP-2全体像を把握していないという状況をつくり出しやすい。SMPP-2の日本側は、DGHS及びDGFPの主要な関係者間においてSMPP-2に関する理解と調整を深めるために、SMPP-2技術委

²⁸ パートナーシップの例としては、JICA-USAID間のパートナーシップ、UNICEFとのEMBRACEパートナーシップ、JOCVと5S-Kaizen-TQM、ICDDR,Bによるインパクト評価などのイニシアティブが挙げられる。

²⁹ R/Dによれば、SMPP-2のプロジェクトマネージャーは、5名が指名されている。①LD-MNCRH、②LD-MCRAH、③LD-CBHC、④LD-ESD、⑤LD-Hospital Service Management and Safe Blood Transfusion（LD-HSM）。

員会（Technical Meeting of SMPP-2）を企画し、その最初の会合が2013年6月30日に開催された。技術委員会の参加者はこの場において、こうした調整が有用であること、またこの技術委員会を四半期に1度の頻度で開催し、SMPP-2の活動の進捗をレビューし、技術的な側面で意見交換・調整を実施していくことに合意した。

3-2-3 技術協力の方法

SMPP-2は、いわば保健セクターのプログラムHPNSDPに対する技術協力のコンポーネントであり、HPNSDPに対して次の2点の貢献をするものである。1点目は、セクタープログラムをよりうまく実施するための手段・方法の模索であり、SMPP-2の下実施しているフィールドにおける介入の結果を政策やガイドラインなどに反映させることを通じて貢献している。2点目は、OP実施のためのためのより直接的な形での技術協力で、例えばRCHCIBに対するコミュニティモービライゼーションの専門家（SMPP-2と契約を締結するCAREバングラデシュスタッフ）の提供や、OP-HSM実施に対するTQMの専門家（SMPP-2直接雇用スタッフ）の支援提供がこれにあたる。しかしながら、HPNSDPの実施体制のなかでSMPP-2が全体的にどのような役割を果たしているのかは、中央のC/Pに適切に理解されていない。

これには、保健家族福祉省官房計画局による予算と活動がHPNSDPに統合されていない個別プロジェクトへの理解の不足と、SMPP-2がカバーする活動全般を把握できる部署がないことが関係している。

本プロジェクトに対する日本側の投入は、他のJICA技術協力プロジェクトと比較して日本人専門家の登用が少なく、バングラデシュの技術専門家をより多く活用している点で、ユニークであるといえる。つまり、SMPP-2で雇用されたバングラデシュ人のプロジェクトスタッフは、バングラデシュC/Pに対する技術支援の提供者として活躍している。SMPP-2開始後の2年間は、これらのプロジェクト人材が、得に県・郡・ユニオンレベルにおいてプロジェクト活動の主な進行役を務めたといえる。こうしたスタッフによる努力は、プロジェクトのC/Pを活動の実施者として引き入れるために有効であろう反面、政府職員が主なアクター・進行役になるよう徐々に役割を引き渡すことは、プロジェクトの持続性を確保するために有益であろうと考えられる。

SMPP-2プロジェクトスタッフの技術専門家としての側面について、彼らは特にCG/CSGの組織化・能力強化とTQMのC/Pに対して活動を協働で実施することを通じて、また研修やワークショップで模範を演じることなどを通じて、必要不可欠な技術支援を提供してきた。ただ、現時点においても主要なC/Pの異動や人的資源の不足などが原因で、SMPP-2（及びCARE）のスタッフが保持する専門的知識が十分かつ効果的に政府側人員に移転されていないのが現状である。

3-2-4 促進・阻害要因

以下に、プロジェクトの効果発現を促進もしくは阻害したと考えられる要因を列挙した。これらの情報は、中間レビューチームが資料レビュー、主要な関係者へのインタビューを通じて収集したものである。

(1) プロジェクト効果の発現を促進した要因

プロジェクトの効果の1つである優良アプローチの全国展開や拡張に貢献した要因について、以下が挙げられる。

- 1) SMPP-1で得られたCmSSの経験が、SMPP日本側及びCAREバングラデシュのアドボカシー努力により、保健セクターにおいて最も優先度の高いプロジェクトのなかにうまく主流化されたこと
 - 2) TQM「見習い病院」の管理者らが「水平学習」ともいえる学習方式でスリランカや国内における成功例を訪問し、病院TQMの具体的な側面とその効果が体感できたこと、またその体験によって病院管理者の意識が高まり強力なリーダーシップが創出されたこと
 - 3) MoHFW / DGHS、特にRCHCIBプロジェクトディレクター及びTQMユニットの全国展開に向けた強いリーダーシップがあったこと
 - 4) HPNSDPの下OPを実施する財源（プールファンドや円借款含む）が全国展開の活動に活用できたこと
- プロジェクトの効果の1つである公的医療施設の利用を促進した要因として考えられるものに、以下が挙げられる。

- 1) コミュニティからコミュニティクリニック（CC）、CCから郡病院へのリファラルリンク形成

多くの関係者は、郡病院や県病院の利用者増加はCCに常駐しているCHCPによるリファラル、及びCSGが機能しているコミュニティからCCへのリファラルに拠るところが大きいとしている。
- 2) 医薬品の在庫改善

コミュニティによる医薬品需要が非常に高く、CCを通じた医薬品の提供が最大の訪問理由となっているようである。医薬品の在庫改善は、ある程度県病院・郡病院についても当てはまる。
- 3) 母子保健サービスの改善

院長や医長らは、提供された現職研修や機材の提供を通じてスタッフのモチベーションが上がり、サービスが改善したことを指摘している。
- 4) 以前より清潔で整頓された医療施設（県病院）

5Sの実施や病人を訪問する家族らの人数制限を行うことにより、県病院において利用者の目から見た印象が改善したことが院長や病院のスタッフにより指摘された。

(2) プロジェクト効果の発現を阻害した要因

一方、アプローチの全国展開や拡張、公的医療施設の利用を阻害した、また阻害し得る要因について、以下が挙げられる。

- 1) バングラデシュ政府人材の異動（特にリーダー的存在である人材）

チョウガチャ郡病院の改善のリーダーシップを取っていた人材の異動の影響で、病院管理関連の研修活動が一時休止した例があった。同様に、TQMユニットのプログラム副マネージャーの異動に伴い、TQMパイロット病院に対する支援的モニタリング活動に支障を来たした例がある³⁰。

³⁰ 例：TQMユニットのチーフがプロジェクトにより訓練されたが異動となった後、後任が指名されずに数カ月経過している。現在、過渡的な措置として担当は指名されているが、他の業務との兼業で、TQMユニットとしての機能は低下している。また、チョウガチャ郡病院の2名のリーダーについても、異動となった。

2) 病院サービス改善の難しさ

ほとんどの病院では入院・外来とも患者が多く職員の過負担となっており、また利用者が増加してきている。こうした状況下で病院サービスの質改善に係るスタッフのやる気を維持することは容易ではない。さらに、病院には改善活動に充てられる自己財源がないに等しいことも難点となっている。

3) 保健医療施設における人材の不足

県病院、郡病院において、ポストの空席や異動、またある時には欠勤等の理由で継続した緊急産科ケアサービスを提供できないことがある。

4) CCの活性化を脅かす政治的な影響の可能性

これは今後のリスクであるが、バングラデシュにおいて、過去に政権の交代によりCCにおけるサービスが滞った例があった。今回の調査では、コミュニティによるCCへのオーナーシップの強化が観察されたため、以前よりは政権交代によってサービスが非継続となる可能性は少ないといえる。その反面、CC活性化を通じて得られた便益が損なわれる可能性が全くないとはいえない。

第4章 評価結果

4-1 各分野の評価

(1) 総括（石井団長）

1) 背景

SMPP-2はノルシンディモデルとして国内で高い評価を得たSMPP-1の成果である①保健活動に向けた住民組織化による保健活動強化（CmSS）活動、②医療施設における対応強化、③住民と行政の連携強化、の3分野の統合アプローチをより広域に国家事業として拡大していくことをめざしたプロジェクトである。

2) 実績評価

- ① 今回評価調査団は、プロジェクトPDMに記載された3つの「期待される成果」活動のうち、成果2の母子保健改善の優良事例の全国発信においては、CG/CSG計画以上の成果を上げており、成果3のパイロット県でのMNCHミニマムパッケージの構築でも予定された成果を上げつつあると評価される。一方、成果1の全国レベルでの母子保健活動の調整機能強化については期待された成果は上がっていないと評価した。5項目評価の視点では、現地契約NGOとプロジェクト現地スタッフへの活動依存と全国レベルでの普及体制が十分に構築されていないことからインパクトと持続性での課題を指摘した。
- ② PDMと実際のプロジェクト活動との間に相違が散見された。これは、CG/CSGや5S/Kaizen/TQM活動が国家イニシアティブとなり計画以上の拡大をしたことと、中央保健省レベルでのプロジェクト総括体制が準備されず全国普及体制整備活動が行われなかったことによる。JICAとしてもプロジェクト周囲の状況変化に応じたPDMの見直し、専門家チームへの指示が不十分であったことは反省される。一方、特定の活動分野に限定はされるものの、バングラデシュ政府側政策動向に合わせた迅速な対応により、プロジェクトインプット以上の効果発現が上げられた点は積極的に評価される。

3) 今後の対応

① PDMの早期見直しと事業実施計画

母子保健分野報告（後述）でも詳述されているPDMの見直しについては、母子保健サービスの利用と質の向上のアプローチが全国に拡大するというプロジェクト目標を踏まえ、現状追認でなく、本来の目的に合致した形で従来の枠組みを尊重しつつ、次の点に留意をしつつ見直されるべきと考える。

- ・現行PDMで曖昧となっていた表現をこれまでの活動成果を踏まえより明確に記述すること
- ・シャトキラでのミニマムモデルづくりに重点を置き活動計画を策定すること
- ・中央体制の強化については現行保健省での所掌体制をみつつ、包括的な事業管理ができる部署をC/Pとして活動計画を策定すること

② PDM枠外の関連事業の実施

コミュニティアクリニク体制の強化のためのCG/CSG整備活動、並びに5S/Kaizen/TQM活動について、プロジェクトはPDM枠内の活動に注力することとし、それぞれの全国展開活動については他の有償事業の技術支援枠等を活用して、プロジェクト関係者への負

担を軽減する必要がある。

③ 質の高いインパクト調査の実施

今回の調査ではプロジェクトのモデル投入による効果インパクトの調査データは、中途ながら収集されつつある。別予算で実施を検討した本格的なインパクト調査の実施見込みが薄くなった現状では、プロジェクト活動内で一定程度の質が確保されたインパクト評価データを出すことが、SMPPモデルの全国展開の要にもなると考えられるところ、しっかりとした調査デザインを構築する必要がある。SMPP-2は日本政府が提唱するEMBRACEモデルを体現する事業としての価値も高い。ぜひモデルの有用性を実証する質の高いデータ調査の実施が重要である。

(2) 地方行政（佐藤団員）

1) ミニмумパッケージの位置づけ

プロジェクト活動におけるミニмумパッケージの位置づけが依然として不明確であった。これまでの経験に基づいて（ノルシンディモデル+チョウガチャモデルというような）確立したミニмумパッケージをシャトキラで展開するものなのか、ミニмумパッケージを新たにつくるということなのか、場合によって説明が異なるように思われた。例えばコミュニティサポートグループ（CSG）、5S/Kaizen/TQM等のさまざまなコンポーネントは、個別では中央レベルのイニシアティブで拡大が進展しているが、個々のパーツをサービス提供の現場レベルで整合的に実施することについては、誰が主体となるのかが明確でなかった。

最も可能性があるのは、郡保健システム（UHS）のなかに各コンポーネントを取り込んでいくのがよいと思うが、本プロジェクトのPDMのなかではUHSが明示的には位置づけられていないと考えるので、整合性が取れていないのではないかと懸念。

他方シャトキラでは、コミュニティレベルで進むCSGなどの活動をサポートしてはいるし、TQMも別途サポートしているという状態が続いているが、個々にサポートしていることをどのように統合していくのかの戦略はあるのか。

そもそもある種の全国版「ミニмумパッケージ」をプロジェクトが中心となつてつくるつもりなのか、ミニмумパッケージを構成するべき要素を明確にし、具体的な施策の素材を提供して、バングラデシュ側（それが保健省の縦割り部局であるにせよ、ウポジラレベルのマネジメントであるにせよ）に主体的に選択して取り込んでもらい、コミュニティレベルでの実施のための（物理的・制度的）インフラ整備を担うのか、明確に舵を切るべきではないかと考える。

2) CAREバングラデシュについて

CAREバングラデシュの使い方について、どこかの段階でJICAとしての（プロジェクト単体ではなく）レビューが必要。本プロジェクトはJICA案件では珍しくローカルアクターとしてNGOを非常にうまく活用していると考えられるが、レビュー報告で繰り返し説明されているとおり、このことがC/Pのオーナーシップ並びにJICAとの関係において、必ずしもポジティブな影響ばかりではないと考えられる。政府C/P以外のローカルアクターを巻き込むやり方が、今後のJICAプロジェクトの1つとなり得るのか、という観点からのレビューが必要。

3) PDM枠外の活動について

もしPDMにこだわることなく、「全国展開」のためにどんな活動をしていても良いということであるのならば最初からそのようにしてプロジェクトを実施しないといけない。本プロジェクトのように、チームリーダーにセンスがあり、機動的な実施体制をローカルNGO雇用によって確保できれば、プロジェクトを実施しながらPDMの外でもプロジェクト目標に役立つと思われる活動に着手することができてしまう。これまで本プロジェクトは、意味があると現場が判断した活動を取り込みながら活動を拡大展開してきているが、それらがPDMに位置づけられないまま進めると、評価のたびにPDMに記載がないという指摘を繰り返し受けることとなる。また、PDMで想定されていない活動に資源を投入することで、当初のPDMで想定されていた活動が二の次になる（今回の場合は成果（1）がこれに当たる）ことも発生する危険がある。

バングラデシュの保健分野全体の質的向上のために必要な活動であることは多くの関係者がとなえているので、本プロジェクトが実施しているPDMの枠から外れている活動のフォローを、プロジェクトに押しつけるのではなくJICA全体として（バングラデシュ事務所、あるいは本部担当部署）フォローする体制をつくっていく努力が必要である。

4) HLPについて

プロジェクト活動内であると、プロジェクト活動外であるとかかわらず、「全国展開」を推進するのであれば、ホリゾンタル・ラーニングの仕組みは依然有効な手段であると考えられる。現段階ではHLPへのプロジェクトの関与はフェイドアウト気味のようなのだが、短期的な盛り上がりや人間関係に左右されるのではなく、長期的な視野でのコミットメントが必要である。なぜなら、「プロジェクト方式」のJICAプロジェクトが常に抱えている「スケールアップの壁」を乗り越えるためのヒントがHLPには含まれているからであり、こうした観点からJICAバングラデシュ事務所がもう少しイニシアティブをとってHLPの活用可能性を広げていく努力を継続する必要があるのではないか。

(3) 母子保健分野（明石団員）

1) 背景

バングラデシュでは、JICA母子保健プロジェクト（SMPP）のPhase 1においてノルシンディで実施した住民参加活動CmSSや、Unionの指導者を巻き込んだ地方行政と保健の連携等の経験をバングラデシュ全土に広げるため、2011年からSMPPのPhase 2（SMPP-2）が始まった。

2) プロジェクトの成果

① プロジェクト関連活動

現政権はCommunity Clinic Program（CCP）をつくり、Community Clinic（CC）政策を強力に推進している。その内容は、人口6,000人当たり1カ所のCCをつくり、そこにはCHCP（Community Health Care Provider）と呼ばれる6カ月程の研修を受けた医療従事者と、その運営にUnion代表を含む運営委員会Community Group（CG）を1つ、それを支える住民組織Community Support Group（CSG）を3つつくるというものである（図4-1）。

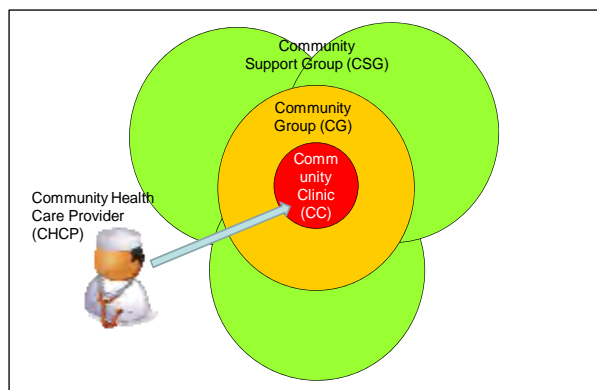


図 4 - 1 Community Clinicと付属デザイン

このCGとCSGの業務の内容策定にあたっては、SMPP-1がノルシンディで開発した住民参加活動CmSSの知見が反映されている。このCC政策は、SMPP-1でつくられたCmSSをSMPP-2で広げるべくPDM等もつくったと思われるが、そのプロジェクト独自の活動を待たずに、バングラデシュ政府がCmSSの派生デザインであるCCを独自に進めていった政策である。結果としてPhase 1での成果は、CCPの努力によりCCはバングラデシュ全土に形のうえでは広げられた、といえよう（図 4 - 2）。ただし、CGやCSGを実際に機能させるには、適切な指導体制とフォローアップが必要であり、現行のSMPP-2の活動はその部分をシャトキラでモデルづくりしている。

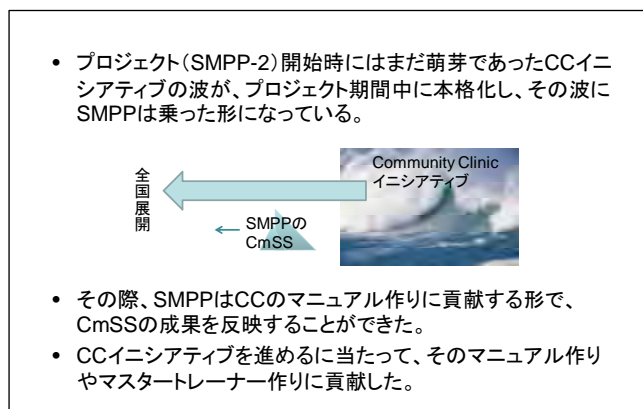


図 4 - 2 CmSSとCC

一方、同様に5S/Kaizen/TQMの活動はSMPP-1で導入されたが、プロジェクトの当初の想定を超えて、保健省や他ドナーに支持されてバングラデシュの18カ所の病院に広がりつつあり、このことは、Phase 1の大きな派生効果といえよう。うち11カ所は日本が支援しているが、残り7カ所はUNICEFが支援している。そしてこれら11カ所のうち、4カ所以外はプロジェクトの支援地域外にある医療機関である。プロジェクトはHealth Service (HS) の局だけでなく、Family Planning (FP) の局での講習会を実施する予定であり、JICAバングラデシュ事務所も全国展開を意識するため、プロジェクトのパイロットエリア外へのプロジェクト活動の展開を強く意識している。

② 成果ごとの進捗

この結果、成果1では、MNCH Forumに働きかけていたが、実際には2011年以降開催されず、MNCH Forumの有用性も疑問視されるなか、代わりにMaternal Health Review会議が行われ、それで成果はもたらされつつあるという言い方はできるかもしれないが、いまだバングラデシュ側の調整機能は著しく弱いと思われる。

また、成果2に関しては、まずノルシンディでは、Phase 1実施時には豊富な投入が行われており、その一環として配置されていたCAREの職員やプロジェクトの直接雇用の現地職員がいなくなった後も、CmSSはCGとCSGに編入されて継続している。ただしノルシンディで実習した人数などは不明である。また成果2のチョウガチャ病院〔(UHC : Upazila Health Complex) 帝王切開などはできるものの、バングラデシュでは1次医療施設扱い〕については、マニュアル作成のみで研修施設として十分にプロジェクトが利用しているという状態ではない。ただし、県病院では5S活動が進みつつあり、一部はKaizen活動につながりつつある。

成果3のシャトキラでは、CARE及びSMPP-2雇いの現地職員が中心となって住民参加活動が進められており、JOCVも3名ほど配置するなど、ノルシンディでの実施時に比べて投入人員は少ないものの、まだリソース・リッチな印象である。地元職員といっしょにCARE職員は地域を回っているというものの、地元職員が住民諸活動の実施者としての活動がよくみえない。また、ノルシンディでの学びである病院との連携についても関連性がよくみえない。

③ 課題

全体として、プロジェクトの元々の構想は、チョウガチャ病院の、コミュニティをつないで病院改善を行うモデルと、CmSSを中心とする住民と医療施設、保健医療とUnionレベルの地域保健行政との連携といった、コミュニティ中心のノルシンディのモデルを組み合わせて、更に中央レベルで他の援助機関や地域での優良な活動の学びも含めてモデル化し、シャトキラで試すという構想であった。

しかしながら当初の構想から外れて、住民参加と地域行政、及び診療施設との連携をパッケージとしての国家政策であるCCPが、また病院部分ではチョウガチャはほとんど手つかずのまま、5Sだけが一人歩きしはじめている印象で、プロジェクトはその波を使いつつ、プロジェクトの構想を具現化する方向性というよりは、個々の動きをプロジェクトの元々の地域外に広げることに注力しているように見える。JICAバングラデシュ事務所も「それでよし」として、バングラデシュの政策的なムーブメントに乗るためにはプロジェクトという言わば財政的な枠組みを使って、いろいろな活動を行うことを推進している。このことは、プロジェクトという枠組み（この場合、PDM）では読めない活動を包含し始めている、ということである。プロジェクトを進めるうえで、PDMを外れて動かざるを得ないという場合は確かにあり、そのためにPDMを変更せざるを得ない場合があるのも事実であるので、そのことは仕方がない部分もある。ただし本プロジェクトの場合、プロジェクトの枠組みをあまり考えずに自由にふるまっているように見える。このことはかなり異例の印象であり、このような考え方はあってもよかろうが、終了時評価に向けては、中間レビュー時点で「このことをJICA事務所が率先して認めていた」ということは明記しておくべきことと思われる。

さらに、バングラデシュの保健医療セクターに関するプログラムの視点からすると、ノルシンディの隣のブラモンバリアでやろうとしていたCmSSに関する調査プロジェクト（EMBRACEモデル）は見返り資金の獲得が難しく、それをもし本プロジェクトに含めるということになると、ブラモンバリアに更に追加で人やお金を投入することになるか、あるいはシャトキラで行う必要がある。シャトキラの一地域でなされている調査コンポーネントをこの研究に位置づけることはできなくはないが、実際には研究者が異なっており、それもスムーズではない印象である。

なお、プロジェクトそのものの問題ではないが、保健医療人材の資格制度を考えると、CCに働くCHCPは教育年限が5カ月程度と短いにもかかわらず薬を処方できることになっているようだが、それより教育年限の長い看護師やparamedicと呼ばれる看護職には、処方箋を書く資格は与えられていないという資格上の矛盾があるように見受けられる。つまりはCC政策の要点の1つは、医療従事者の少ない地方部に「薬の処方をできる人員」を配置したこととも考えられるが、その際、これまでの資格制度（あると仮定して）を崩してしまったとも考えられ、このことをバングラデシュ保健家族福祉省のみならず、カウンシルがどのように考えているのかを確認したいところではある。

3) 考察と提言

以上を踏まえて、以下のような提言を行いたい。

- ① JICA事務所や大使館には伝えたが、SMPP-2についてPDMの範囲を超えた活動も目立つことから、他の援助スキームでこれらを支援することを考慮すべきである。
- ② プロジェクトの今後の可能性として以下の2つがあり得る。
 - a) 従来のプロジェクトを明確化したもの（図4-3）
 - 利点：これまでのフレームを大きく崩さない。
 - 欠点：C/Pは複数にまたがり、活動しにくい。相手側のオーナーシップを醸成しにくい。

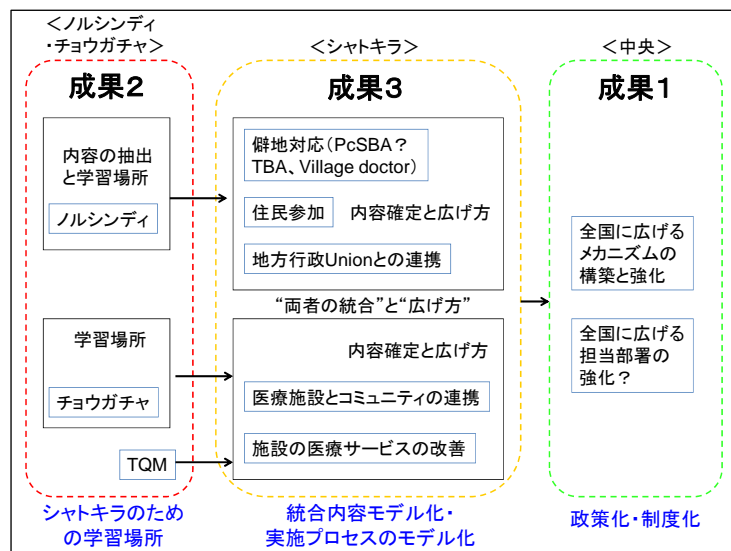


図4-3 従来のプロジェクトを明確化したもの

b) 現行のプロジェクト内容を中心に形成しなおした場合（図4-4）

利点：成果ごとのC/Pを特定しやすい。活動が拡大しやすい。

欠点：これまでのフレームが大きく変わるので、終了時評価時に説明しにくい。活動が無制限に広がりやすい（→何らかの枠をつくる必要がある）。

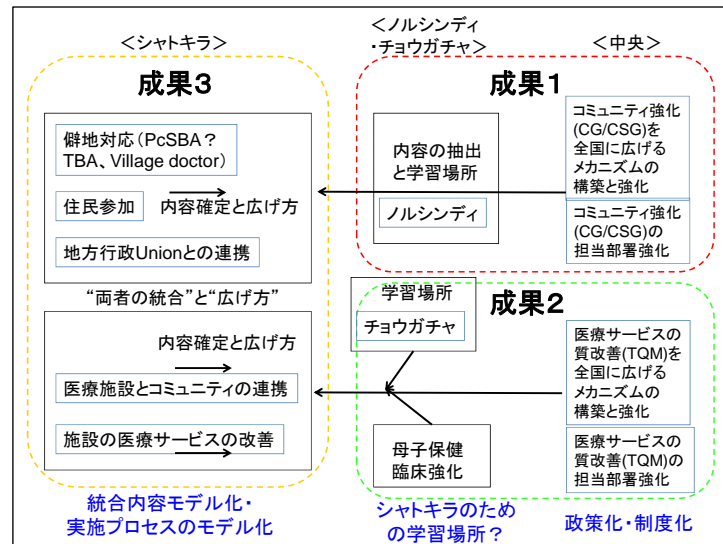


図4-4 現行のプロジェクト内容を中心に形成しなおした場合

4-2 評価5項目ごとの評価

4-2-1 妥当性

本プロジェクトは、中間レビュー時点においても、バングラデシュの政策、日本の援助方針及びターゲットグループのニーズに整合しており、妥当性が高い。各側面についての説明を以下に述べる。

(1) プロジェクトの上位目標である妊産婦・新生児・小児死亡の削減は、ミレニアム開発目標達成を重視したバングラデシュの政策と合致している。また、SMPP-2のプロジェクト目標である、妊産婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチの拡大は、質の高い公正な保健医療へのアクセスを改善し、特に貧困層への保健・人口・栄養サービスの利用を促進することをめざすHPNSDPの目標にも沿ったものである。

また、SMPP-2はHPNSDPのなかで「技術協力事業」と位置づけられており、その予算と活動はOPのなかに記述されていないものの、ほとんどのSMPP-2の活動は調整のギャップを避けるため該当OPを管理する各課長と事前に協議し合意されたものである。

(2) プロジェクトの内容は、日本の「対バングラデシュ人民共和国 国別援助方針（2012年6月）」及び「国際保健政策（2011～2015年）」の内容と整合性がある。国別援助方針の2つの中目標のうちの1つは「社会脆弱性の克服」であり、MDGsの達成に貢献することをめざして母子保健が重点協力分野³¹として挙げられている。同様に、SMPP-2の特徴としてコミュ

³¹ その他の強力重点分野として、貧困削減、初等教育、安全な飲料水の供給がある。

ニティと医療施設の結びつきを強化するアプローチがあるが、これは日本国際保健政策のなかで提案されているEMBRACE（Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care）モデルの考え方³²と整合性がある。

- (3) 2011年には出生10万件当たり322であったMMRは、2010年には出生10万件当たり194（Bangladesh Maternal Mortality Survey：BMMS）に減少したものの、2015年までの目標である出生10万件当たり143にはまだ足りない。新生児死亡率（NMR）は、1994年の出生1,000件当たり52から2011年の32に減少したものの、依然として5歳未満児死亡率の半分以上が産後28日以内に起こっている状況は変わらない。したがって、本プロジェクトは、依然ターゲットグループのニーズに合致しているといえる。

4-2-2 有効性

SMPP-2のPDMにおいては、プロジェクトには以下3つの構成要素がある。①中央におけるMNCH/FP事業調整機能の強化、②妊産褥婦・新生児保健（MNH）サービスに係る優良事例や教訓の発信・展開（スケール・アップ）、③郡保健システムに統合されるMNHサービスの県以下の実施メカニズムの確認・定義（バングラデシュモデルの形成）。この構成から、優良事例や教訓がアウトプット2の活動で抽出され、また、アウトプット3の活動で確認・定義されたバングラデシュモデルがアウトプット1で強化された中央レベルの調整のプラットフォームで提案・協議され、それが政策やガイドライン作成の対話に生かされるというシナリオが考えられる。したがって、プロジェクトが効果を創出するために、均衡のとれたすべてのアウトプットの達成が必要となる一方、中間レビューの時点では、中央における調整機能の強化が十分な結果を創出できていない。

プロジェクト目標「妊産褥婦・新生児保健サービスの利用と質を向上するためのアプローチ（複数）の拡大」達成の見込みについて、記述の意味するところが個別のアプローチなのか、パッケージのようなものなのかが明確に規定されていない状況で判断するのは難しい。現時点において、フェーズ1も含むSMPPの優良事例は抽出され、全国に拡大しつつあるが、それはノルシンディモデルのなかの一部のみが取り出されて拡大している状況といえ、PDMで提示のある「MNCHミニマムパッケージ」のようなパッケージとして拡大しているわけではない。このようにモデルのなかの一部分が独立したアプローチとして取り出されて全国に拡大し始めた例として、CmSS（RCHCIBのなかでCSGの組織化として取り込まれた）と5S-Kaizen/CQI-TQM（OP-HSMのもと全国展開をめざし現在パイロット病院に拡大中）がある。こういった個別のアプローチが拡大するという点では、SMPP-2はプロジェクト目標の達成に向けてある程度の成功を収めているといえる。

一方、本プロジェクトが「MNCHミニマムパッケージ」のようなパッケージ化されたアプローチの発信と展開を志向するのであれば、今後、SMPP-2は展開可能なパッケージの開発により一層重点を置く必要がある。

³² EMBRACEは「産前から産後まで切れ目のない手当てを」めざす継続ケアモデルで、そのための「保健システム強化の課題（ボトルネック）に焦点を当てた…革新的戦略の導入を通じたコミュニティと施設をつなぐシステム強化」を支援策として提案している。

4-2-3 効率性

概して、本プロジェクトの効率性は十分であるといえる。

本プロジェクトでなされた投入は、おおむね適切でタイミングもよく提供されたとインタビューを受けたC/Pは判断している³³。

- ・ 機材供与では、緊急産科ケアサービス提供のための医療資機材、及びSMPP-2のスタッフが利用するオートバイなどがあったが、調達前の施設調査を実施している点、またサービス利用の増加状況からみて、適切に利用されていると判断できる³⁴。人的資源については、専門家やSMPP-2のスタッフはバングラデシュのC/Pにより適切と判断され、また高く評価されている。
- ・ バングラデシュ側の投入については、SMPP-2の事務所及びC/Pの提供があるが、これも十分であると判断された。ただし、中央レベルのC/Pが適時に提供されなかった例もある。最初のプロジェクト実施委員会（PIC）は、プロジェクト開始から10カ月後に開催され、また第1回ステアリングコミッティは（PSG）14カ月後であった。

投入がアウトプットに変換された度合いについて、前述のようにアウトプット1の達成度合いはアウトプット2と3に比較して限定されていたといえる。

上記に加え、SMPP-2の下で、以下のような効率性を促進した要素が観察された。

- (1) 施設ベースのアセスメント調査などニーズベースの計画策定を導入していることで、必要な調達機材や訓練などを特定することができた。
- (2) 日本人専門家や本邦研修の代替としてバングラデシュ国内もしくは近隣諸国で確保可能な技術専門家や研修サイトを活用したことで、人件費等の削減が可能となったこと。
 - ・ 長期専門家はチーフアドバイザーと調整員の2名であった。
 - ・ 6名の短期専門家（総計1.8人/月）のうち、4名は第三国からの専門家（マレーシア、タンザニア、ケニア：0.7人/月）であった。
 - ・ 技術的専門性を備えたバングラデシュ人スタッフ26名³⁵を現地採用することで、5つのサイト³⁶に分散した数多くの介入に対してきめ細かいフォローアップとモニタリングが可能となった。
 - ・ C/P研修は、日本ではなく、在外（スリランカ、ケニア）で実施された。
- (3) 既にプロジェクト外の資金源から予算配置のある活動は、SMPP-2のプロジェクト予算から資金拠出をせずにバングラデシュ担当部署や開発パートナーと調整した。
 - ・ MoHFW / DGHS / DGFPのOPの下で計画・予算配置された研修活動
 - ・ JICAによる円借款「母子保健改善計画（保健・人口・栄養セクター開発プログラム（フェーズ1））（2012～）」
 - ・ WBによる水平学習プログラム（HLP）
 - ・ UNICEFによる緊急トリアージ・診断・治療（Emergency Triage Assessment and Treatment : ETAT）及び新生児蘇生（Helping Babies Breathe : HBB）研修

³³ なお、RCHCIB がCG/CSG研修のために円借款を取り付けるプロセスに遅延があったが、この資金源は円借款であり、SMPP-2のプロジェクトではない。

³⁴ 中間レビュー調査団によって、医療施設における供与機材の利用状況をすべて確認できたわけではない。

³⁵ うち11名はSMPP-2の直接雇用スタッフで、15名はCAREバングラデシュとの契約を介した雇用。

³⁶ ダッカ市、ノルシンディ県、ジョソール県、ホビゴンジ県、シャトキラ県。

- ・ USAIDによる産褥期の家族計画（Post-partum Family Planning：PPFP）研修
- ・ 県以下において、既存のマルチセクター・保健セクター調整機能の活用によるプロジェクト独自の調整会議の回避

他方で、効率性を限定した要因として、①PDMが解釈の幅をもたせる記述であったために、数々の新規の活動実施を許容する結果となったこと、②立ち上げ当初において、円借款資金の拠出が遅延したこと、③訓練を受けた管理レベル及び技術職員レベルの人材の異動があったこと、④不安定な政情や頻繁なストライキにより複数の活動がキャンセルを余儀なくされたこと、などが挙げられる。

4-2-4 インパクト

中間レビューの時点において、上位目標の達成見込みを判断するのは時期尚早である。ただし、シャトキラ県において母性・新生児保健の現状が国平均よりも良い状態であることをかんがみると、シャトキラ県におけるサービスの質と利用が改善することによって上位目標の指標がそれほど影響を受けないということは指摘できる。したがって、SMPP-2がMMR及びNMR削減に貢献するためには、いかに効果的なアプローチ（個別もしくはパッケージ）が全国に拡大し、拡大した地域においてそのアプローチによる結果が創出されるかが重要となる。

この点においては、SMPP-1の優良事例（アプローチ）が抽出され、それをさまざまなMNCH関係者が適用し、SMPP-2のプロジェクト対象外の地域で展開していることを指摘したい。その例の一部として以下が挙げられる。

- ・ CARE Bangladeshは、グラクソ・スミスクラインの支援を受けて独自のCmSSプログラムとP-CSBAをスノムゴンジ（Sunamganj）県で実施している。
- ・ CARE Bangladeshは、スマイリング・サン（Smiling Sun）プロジェクトのもと、フランチャイズ形式の民間診療所「スマイリング・サンクリニック」を全国の都市部において導入し³⁷、そのクリニック周辺地域にCmSSを形成している。
- ・ Bangladesh - UN Women Initiativeでは、10県において、民間コミュニティ熟練助産師を導入している。
- ・ セーブザチルドレンは、民間コミュニティ熟練助産師の訓練を1県で実施している。
- ・ CIDAは、民間コミュニティ熟練助産師の訓練に対する資金提供を実施している。

また別の正の影響として、ケニアのコミュニティ保健戦略への貢献が挙げられる。SMPP-2は、Bangladeshの訪問団をケニアのスタディツアーに派遣したが、その後、ケニアの政策レベルを扱う公衆衛生省代表らがケニア政府の資金でBangladeshを訪問し、コミュニティ保健戦略の改訂版のなかで、Bangladeshからの学びについて言及している。

なお、C/Pからの聞き取りによれば、中間レビューの時点でプロジェクトの介入による顕著な負の影響は観察されていない。

4-2-5 持続性

本中間レビューにおいて、持続性を見込みを判断するのは時期尚早といえる。

しかしながら、中間レビューチームは、SMPP-2の現地スタッフ及び専門家が活動の進展に極

³⁷ 1県当たり約2〜3カ所にスマイリング・サンクリニックが存在し、その多くはCity Corporationに設置されている。

めて積極的な役割を果たしている事実に注目し、今後バングラデシュ側に活動を引き渡す際のフィージビリティに係る懸案事項と認識した。また、SMPP-2の現地スタッフには、TQM、コミュニティの動機づけ、コミュニティのグループのファシリテーション等の側面において技術の蓄積がある。持続性を強化する意図からも、これら技術的知見や活動実施の主体性を徐々に政府側に移行していく必要がある。

上記の点に加えて、持続性を強化もしくは限定する可能性のある要素が観察された。後者については、きちんとモニタリングし必要に応じて対策を講じることが重要であろう。

持続性を強化しうる要因としては、以下の点が挙げられる。

- ① 妊産婦死亡削減に向けたあらゆるレベルにおける政治的なコミットメントの強さ
- ② プールファンド、WBの借款資金、GAVI-HSS、円借款などHPNSDPのOPの下で活用できる資金があり、CG/CSG研修やTQM研修等の実施が可能であること
- ③ 政府側で予算配置がある活動に対する直接支援を控えるプロジェクトの姿勢
- ④ CG/CSG訓練やTQMなどの個別のアプローチに対するDGHS該当部署のオーナーシップの高さ

他方、持続性を限定する可能性のある要素については、以下が観察された。

- ① 政権交代によるCC及びCG/CSGの存続に係る政策変更の可能性があること
- ② MoHFW / DGHS / DGFPにおける重要ポストの人事異動の際に、十分な引継ぎがなされず、リーダーシップの継続や専門性蓄積の障害となること

4-3 結論

中間レビューチームは、C/Pへのインタビュー、協議内容、及び資料レビューを基に、現時点においてプロジェクトのアウトプット2及び3の部分の業績は満足のいくものと判断した一方、アウトプット1の達成には遅延があることを確認した。評価5項目の観点からは、特に妥当性、有効性、効率性に重点を置いてみれば、十分であるという結果となった。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

中間レビューチームは、中間レビューの結果を踏まえて以下の提言を導出した。

- (1) SMPP-2はCG/CSG、TQM、HLPなどの試行的介入・アプローチの実施に対して、実質的な投入を提供してきたといえる。今後は、展開可能性と持続性を意識した県以下のMNHサービス実施メカニズムの開発に尽力することを提案する。
- (2) SMPP-2は、CG/CSG³⁸の開発と拡大を支援してきた。現時点において、CG/CSGはカスケード形式の研修やワークショップを通じて全国への展開が進んでおり、今後はCG/CSGの適正な機能とその組織的な持続性へと重点が移行する必要がある。SMPP-2はシャトキラ県における活動から、CSGがきちんと機能するためには、一定レベルのファシリテーションやフォローアップが不可欠であることを認識するに至った。折しも、RCHCIBは2014年7月からDGHSに吸収される。そこで、RCHCIBとDGHSに対し、共同でCG/CSGを活発で持続的な組織とするために必要なファシリテーション及びフォローアップシステムを開発することを提言する。SMPP-2は、こうしたCG/CSG持続のためのシステムを開発するにあたり、RCHCIBを（技術的に）支援すべきである。さらに、そのファシリテーションとフォローアップのシステムは、全国で展開可能かつ適用が容易なものである必要がある。
- (3) チョウガチャ郡病院は、良いマネジメントのモデル病院として認識されている。しかしながら、研修カリキュラムが創案されたにもかかわらず、当初想定された学習センターとしてうまく活用されていない。SMPP-2は、チョウガチャ郡病院の経験を他の郡病院の病院サービス管理の改善のために活用すべきである。
- (4) DGHSは、本プロジェクトやJapan-UNICEF EMBRACE Partnership等の支援を受けて段階的にTQMパイロット病院を拡大してきた。現在、DHHSのTQMユニットは、TQM実施システム確立と拡大の主要な役割を担っている³⁹。したがって、中間レビューチームは、TQMプログラム実施とパイロット病院に対する支援的スーパービジョンを提供し得る人員配置をTQMユニットに対して早急に行うことを、DGHSに対し提言する。更にTQMユニットが整備された後に実質的な協力を再度開始することをSMPP-2日本側に対し提言する。また、SMPP-2の枠組みにおけるTQM支援のなかで最も重要な点は、パイロット実施を通じて抽出した教訓をプロジェクト期間内に整理統合することを確認する。
- (5) JICAは、SMPP-2に加え、円借款、JOCV、その他の技術協力事業などさまざまな協力形態でMoHFWのMNCH活動実施を支えている。この点において、バングラデシュ政府とJICAに対

³⁸ The concept of CSG was taken after from CmSS in SMPP-1.

³⁹ TQMユニットを切り盛りしていた人材が異動となりそのポストに後任が配置されていなかった。MoHFWは過渡的措置として他部署に勤務する人材をTQM担当として任命しているが、主務の業務が多忙なためTQMユニットとしての活動を十分に行える体制ではない。

して、SMPPで開発されたモデルやアプローチ拡大のために、こうしたさまざまな協力メカニズムをSMPP-2プロジェクトの枠外で積極的に活用することをめざし、緊密な対話をもつことを提案する。

(6) 中間レビューチームは、調整、情報共有、MNCH改善に携わる政府・開発パートナー・NGO間の問題解決などが活発に実施されていないことを懸念する。MNCH/FPフォーラムは、MNCH関係者が情報の共有と協調の促進を進めるための調整を行う機会・手段の1つである。広範な関係者を招へいするフォーラム開催に伴う難点を認識したうえで、レビューチームは、MoHFWに対して以下を提言する。既存の制度にのっとしてMNCH/FPフォーラムを再活性化する、または、議題が特定された会合の機会（例えばMaternal Health Strategy改訂のためのワーク・グループやAPR実施のためのMNCHタスクグループなど）を活用し、上述の調整を行うこと。SMPP-2はPHC局長兼MNCAH⁴⁰課長と協働し、郡保健システム（UHS）に統合される展開可能なMNCHアプローチの開発・協議のために、関係者の調整を行うこと。

(7) 中間レビューチームは、当初のPDMには不明確・不明瞭な表現が含まれており、そのため関係者の間で異なる解釈が可能であることを懸念し、それゆえPDMの改訂を提言する。改訂には当初のプロジェクトの方向性を踏襲しつつ、現時点までの活動や今後の計画を反映させること。

これらの提言を受け、ファシリテーション・フォローアップも含めた事業モニタリングシステムの強化、先方政府のオーナーシップ醸成及び体制強化による日本側技術協力の先方への移転促進といったポイントに基づき、プロジェクト活動の詳細検討を進める他、それらの内容を踏まえたPDM変更の検討に着手した。

5-2 教訓

(1) プロジェクトの実施が進むにつれて、プロジェクトの重点や方向性について関係者間での理解が十分に共有されるように、PDM等により活動内容や活動対象地域を明確に規定されることが必要である。また、目標達成度を測定するためには、プロジェクト目標でめざす内容が明確に規定されていないといけない。

(2) 環境や適用条件が大きく異なる日本の優良事例ではなく、国内や他の途上国における優良事例を活用することは、具体的な次の段階や方向性を理解する際に適していることがあり、学習内容の適用効果を高める可能性がある。

(3) プロジェクトは日本側により雇用された常勤のバングラデシュ人スタッフが技術専門家の役割を一部担っていることが1つの特徴である。長所としては、バングラデシュ人スタッフが得た経験・技術面での蓄積が、国内に残る可能性が高いことが挙げられる。そのうえでの懸念としては、彼らの活躍場所がおそらく政府組織外であろうということ、また、経験・技術

⁴⁰ MNCH分野のなかで最も規模が大きく包括的なOP

が政府側C/Pに移転されることをめざす場合、移転後の姿を考慮したうえで技術協力を行っていく必要がある。

付 属 資 料

- 1 . 協議議事録 (Minutes of Meetings : M/M)

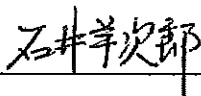
MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPANESE MID-TERM REVIEW TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF
THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH
ON
JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT PHASE II

The Japanese Mid-term Review Team (hereinafter referred to as "the Team" organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA", headed by Mr. Yojiro Ishii, visited Bangladesh from June 29, 2013 for the purpose of the Mid-term Review of "Safe Motherhood Promotion Project Phase II" (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in Bangladesh, the Team reviewed the achievement of the Project jointly with officials from the Government of the People's Republic of Bangladesh and had a series of discussions with authorities concerned for further improvement of the Project.

As a result of the study, both sides agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

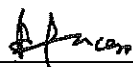
Dhaka, Bangladesh, October 27, 2013



Yojiro Ishii
Leader
Japanese Mid-term Review Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Mahbubur Rahman
Deputy Secretary
Economic Relations Division
Ministry of Finance
The People's Republic of Bangladesh



Dr. Mohammad Khairul Ha. san
Deputy Chief (Health)
Ministry of Health and Family Welfare
The People's Republic of Bangladesh

ATTACHED DOCUMENT

1. Recognizing the progress of the Project and appreciating the efforts made by the Project members, the Team joined by officials of the Government of the People's Republic of Bangladesh compiled the result of the Mid-term Review Report attached hereto. Both sides confirmed the contents of the Mid-term Report.

Attachment : Mid-term Review Report



JOINT MID-TERM REVIEW REPORT
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
SAFE MOTHERHOOD PROMOTION PROJECT PHASE II

Ministry of Health and Family Welfare
and
Ministry of Finance,
of the People's Republic of Bangladesh
and
Japan International Cooperation Agency

July 2013



-49-

Table of Contents

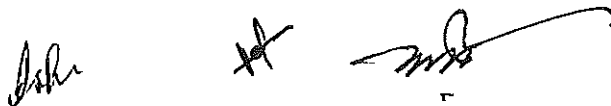
1. OUTLINE OF THE MID-TERM REVIEW	1
1-1 BACKGROUND AND OBJECTIVES OF THE MID-TERM REVIEW	1
1-2 MEMBERS OF THE MTR TEAM	1
1-3 SCHEDULE OF THE MID-TERM REVIEW	2
2. METHODOLOGY OF THE MID-TERM REVIEW.....	4
2-1 REVIEW QUESTIONS, DATA REQUIRED AND EVALUATION INDICATORS	4
2-2 DATA COLLECTION AND ANALYSIS	5
3. OUTLINE OF THE PROJECT (SMPP-2).....	5
3-1 BACKGROUND.....	5
3-2 SUMMARY OF THE PROJECT.....	6
3-3 RELATED COOPERATION ON MATERNAL, NEONATAL AND CHILD HEALTH BY JICA	8
4. RESULTS OF THE MID-TERM REVIEW STUDY.....	11
4-1 ACHIEVEMENTS OF THE PROJECT	11
4-1-1 <i>Inputs</i>	11
4-1-2 <i>Activities</i>	14
4-1-3 <i>Outputs</i>	17
4-1-4 <i>Project Purpose</i>	29
4-2 IMPLEMENTATION PROCESS	30
4-2-1 <i>Adherence to the Plan</i>	30
4-2-2 <i>Project Management and Decision Making Structure</i>	31
4-2-3 <i>Method of Technical Cooperation</i>	31
4-2-4 <i>Promoting and Inhibiting Factors</i>	32
5. REVIEW / EVALUATION RESULTS BY FIVE EVALUATION CRITERIA.....	35
5-1 <i>Relevance</i>	35
5-2 <i>Effectiveness</i>	36
5-3 <i>Efficiency</i>	36
5-4 <i>Impact</i>	38
5-5 <i>Sustainability</i>	39



6. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS40
6-1 CONCLUSION 40
6-2 RECOMMENDATIONS 40

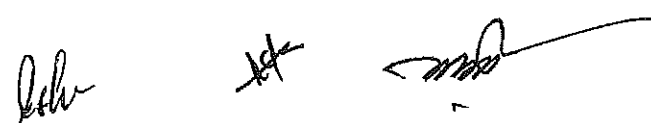
List of Annexes

- 1: Project Design Matrix (PDM ver.0)
- 2: Evaluation Grid
- 3: List of Technical Personnel from Japanese side
- 4: List of Equipment Provided from Local Expense Support Cost
- 5: Japanese and Bangladeshi Contribution to the project's Local Expense
- 6: List of Counterpart Personnel



Abbreviations

Abbreviation	Full Name
ANC	Ante-natal care
APR	Annual Program Review
BDT	Bangladesh Taka (currency)
BMMS	Bangladesh Maternal Mortality Survey
CARE	Corporative Assistance and Relief Everywhere
CBHC	Community Based Health Care
CC	Community Clinic
CCSD	Clinical Contraceptive Service Delivery
CG	Community Group
CHCP	Community Health Care Provider
CmSS	Community Support System
CQI	Continuous Quality Improvement (KAIZEN)
CS	Civil Surgeon
CSG	Community Support Group
CSBA	Community based Skilled Birth Attendant
DAC	Development Assistance Committee (of OECD)
DDFP	Deputy Director/Family Planning
DGFP	Director General of Family Planning
DGHS	Director General of Health Service
DH	District Hospital
EMBRACE	Ensure Mothers & Babies Regular Access to Care
EOC (EmOC)	Emergency Obstetric Care (EmOC)
ERD	Economic Relations Division
ESD	Essential Service Delivery
ETAT	Emergency Triage Assessment and Treatment
5S	Set, Sort, Shine, Standardize, Sustain
FP	Family Planning
PPFSD	Family Planning Field Services Delivery
FY	Fiscal Year
GAVI	GAVI Alliance (originally Global Alliance for Vaccines and Immunization)
GoB	Government of People's Republic of Bangladesh
HA	Health Assistant
HBB	Helping Babies Breathe (neonatal resuscitation)
HI	Health Inspector
HLP	Horizontal Learning Program
HNPSP	Health Nutrition and Population Sector Program
HPNSDP	Health, Population, and Nutrition Sector Development Program
HSM	Hospital Services Management
HSS	Health Systems Strengthening
ICDDR,B	International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh
JICA	Japan International Cooperation Agency
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers
LD	Line Director



Abbreviation	Full Name
LLP	Local Level Planning
MCRAH	Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health
MCWC	Maternal and Child Welfare Centre
MDG	Millennium Development Goals
MIS	Management of Information System
M&E	Monitoring and Evaluation
MMR	Maternal Mortality Ratio
MNCH	Maternal, Neonatal and Child Health
MNH	Maternal and Neonatal Health
MO	Medical Officer
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare
NGO	Non-Governmental Organization
NIPORT	National Institute of Population Research and Training
NNS	National Nutrition Services
Obs/Gyn.	Obstetric and Gynaecology
OP	Operational Plan
P-CSBA	Private Community Skilled Birth Attendant
PDM	Project Design Matrix
PFD	Physical Facilities Development
PHC	Primary Health Care
PIC	Project Implementation Committee
PNC	Post-natal care
PPFP	Post-partum Family Planning
RCHCIB	Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh (Community Clinic Project)
SMPP	Safe Motherhood Promotion Project
SOP	Standard Operations Procedure
TQM	Total Quality Management
UFPO	Upazila Family Planning Officer
UHC	Upazila Health Complex
UHS	Upazila Health System
UN	United Nation
UNICEF	United Nations Children's Fund
UP	Union Parishad
USAID	U.S. Agency for International Development
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

ash

td

ms

1. Outline of the Mid-Term Review

1-1 Background and objectives of the Mid-Term Review

The Ministry of Health and Family Welfare of the People's Republic of Bangladesh together with the Japan International Cooperation Agency (JICA) commenced the Safe Motherhood Promotion Project Phase II (hereinafter referred to as "the Project" or "SMPP-2") in July 2011 with a planned project period of five years. Since the Project has been implemented for two years and is in the middle of the project period, in accordance with the Record of Discussions of the Project signed and exchanged on May 29, 2011 between the Government of the People's Republic of Bangladesh and JICA, and "New JICA Guidelines for Project Evaluation (June 2010)", a Mid-Term Review (MTR) Team (hereinafter referred to as "the MTR Team") is formed with objectives as follows;

- (1) To review the Project performance (achievements and implementation process) to date,
- (2) To assess the performance of the Project based on the five Development Assistance Committee (DAC) evaluation criteria (Relevance, Effectiveness, Efficiency, Impact, and Sustainability), and,
- (3) To recommend future measures in the Project and draw lessons for the Project implementation based on the Project evaluation.

1-2 Members of the MTR Team

(1) Bangladesh side

Mr. Mahbubur Rahman	Deputy Secretary, Economic Relations Division (ERD), Ministry of Finance
Mr. Md. Mustafizur Rahman	Asst. Chief, Health-3 Section, Planning Wing, Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)
Dr. Faruk Ahmed Bhuiyan	Assistant Director, Planning Unit, Directorate General of Health Services (DGHS), MoHFW
Ms. Rina Parveen	Director, Planning, Directorate General of Family Planning (DGFP), MoHFW
Mr. Mizanur Rahman	Deputy Program Manager, Local Level Planning Cell, DGFP, MoHFW

(2) Japanese side

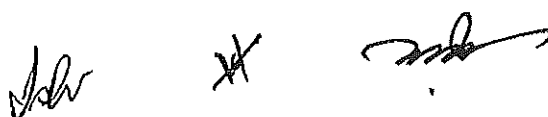
Dr. Yojiro ISHII	Senior Advisor on Health Sector, JICA
Mr. Hiroshi SATO	Director-General, Research Planning Department, Institute of Developing Economies, Japan External Trade Organization
Dr. Hidechika AKASHI	Director, Division of Planning and Training, Bureau of International Medical Cooperation, Japan National Center for Global Health and Medicine (NCGM)
Ms. Yoko OGAWA	Senior Specialist, International Health, Global Link Management
Ms. Kae KOBAYASHI	Deputy Assistant Director, Budget Division 2, Budget and Accounting Department, JICA
Mr. Hisakazu HIRAOKA	Deputy Director, Health Division 4, Human Development Department, JICA

1-3 Schedule of the Mid-Term Review

29 June	Sat	Arrival at Dhaka, Evaluation Analysis member
30 June	Sun	SMPP-2 Technical meeting at DGHS Meeting with Deputy Program Manager, Quality Assurance Program at DGHS Briefing at JICA office
1 July	Mon	Meeting with CARE Bangladesh Meeting with Project experts/staff at SMPP-2 office Meeting with Ms. Shoko Sato, JICA Expert on Health at Ministry Meeting with Joint Chief, Planning, MoHFW
2 July	Tue	Meeting with Project experts/staff at SMPP-2 office Meeting with Line Director-Essential Service Delivery (LD-ESD) at DGHS Meeting with Director Primary Health Care (PHC) at DGHS Meeting with Project Director & Additional Director, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh (RCHCIB)
3 July	Wed	Report Making, Phone Interview with UNICEF
4 July	Thu	Field visit to Narsingdi (Sadar) Visit Civil Surgeon, Maternal and Child Welfare Center (MCWC), Deputy Director/Family Planning (DDFP), District Hospital
5 July	Fri	Report Making, Fly to Jessore
6 July	Sat	Field visit in Jessore

Jshs *JK* *mb*

		Visit to District Hospital (DH), Chowgacha Upazila Health Complex (UHC), Civil Surgeon (CS) office Move to Satkhira
7 July	Sun	Visit Shyamnagar Upazila, Satkhira Visit Jotindronagar Ma O Shishu Unnayan Sango, Jotindronagar Community Clinic (CC) and interview with Community Group (CG) members, UHC, Interview with UH&FPO/ Upazila Family Planning Officer (UFPO), Interview with UP Secretary –Sadar
8 July	Mon	Field visit to Khaliganji Upazila, Satkhira Visit Khaliganji UHC, Interview with UH&FPO Debata (in charge of Khaliganji UHC)/ UFPO, interview with Magurali Ma O Shishu Songathon, District Hospital, Satkhira Fly back to Dhaka from Jessore
9 July	Tue	Report Making Arrival of leader and other members
10 July	Wed	Meeting with Chief Representative, JICA Bangladesh Briefing & meeting with Government of People's Republic of Bangladesh (GoB) evaluators at JICA office
11 July	Thu	Meeting with Director General, DGHS at DGHS Meeting with Project Director, RCHCIB
12 July	Fri	Report Making
13 July	Sat	Field visit to Raipura, Narsingdi District Visit Ramnagre Uttarpara Asar Alo Unnayan Sanghothon Community Support Group (CSG), Ramnagore CC and CG and meet with UP chairman, District Hospital Fly to Jessore
14 July	Sun	Move from Jessore to Satkhira Field visit to Kalaroa Upazila, Satkhira Visit Helatola CC/CG, Digong CSG, UHC Fly back to Dhaka
15 July	Mon	Internal Meeting
16 July	Tue	Meeting with GoB evaluators at JICA office
17 July	Wed	Internal Meeting
18 July	Thu	SMPP-2 Steering Committee meeting at Ministry



2. Methodology of the Mid-Term Review

2-1 Review Questions, Data Required and Evaluation Indicators

The main questions to which this MTR tries to provide answers are:

<p>Is the Project on track in achieving objectives?</p> <p>How can we modify the Project's design in order to minimize any delays and/or overcome bottlenecks?</p>
--

In answering the above main questions, this MTR will inquire into the following concrete review questions as shown in the Table 2-1. They are broken down into three (3) parts: a) the progress and b) process of Project implementation, and c) the five evaluation criteria.

Table 2-1: Review Questions

Progress	What is the status of achieving target indicators of the Project Design Matrix (PDM) of SMPP-2?
	What is the status of the provision of the inputs (resources) under SMPP-2?
Implementation Process	Are there any factors that both positively and negatively influence the progress of implementation of SMPP-2?
	Is the implementation arrangement of SMPP-2 appropriate for the smooth implementation of the activities?
Five Evaluation Criteria	1. Relevance Are the Project Purpose and Overall Goal of SMPP-2 coherent with the Government development policy and the needs of the target group and/or ultimate beneficiaries?
	2. Effectiveness Is SMPP-2 likely to achieve the objectives by June 2016?
	3. Efficiency The 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 Is SMPP-2 likely to contribute to the Overall Goal? Are there any unintended, positive or negative, impact caused by the Project?
	5. Sustainability Will the health systems of the target areas be able to maintain the gains obtained through working with SMPP-2 after the Project? (institutional, financial and technical aspects)

Source: New JICA Evaluation Guidelines, 2010, JICA



Data required for this MTR is detailed in a matrix of review/evaluation plan (Evaluation Grid), attached in Annex 2. Indicators are adopted from the Project Design Matrix (PDM ver.0) (Annex 1) of SMPP-2.

2-2 Data Collection and Analysis

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

- (a) Literature/documentation review;
- (b) Interviews with stakeholders (See Schedule for Persons interviewed); and,
- (c) Direct observations of the Project implementation sites.

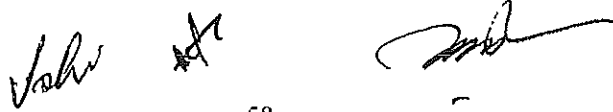
The gathered data will be analyzed and summarized into answers to the above review questions. Based on the result obtained through this review, recommendations for SMPP-2 for the second half of the implementation period will be devised through consultation meeting participated by both Bangladesh and Japanese parties. These recommendations will be reflected into the revised PDM, if necessary.

3. Outline of the Project (SMPP-2)

3-1 Background

Safe Motherhood Promotion Project (SMPP), which was launched by the Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), the Government of People's Republic of Bangladesh (GoB), and JICA in 2006, terminated its cooperation in June 2011 with a number of improvements in health outcome and health-seeking behaviors of mothers. SMPP has the combination approach of community empowerment, medical facility improvement, and mobilization of local governments for the combination approach of community empowerment, medical facility improvement, and mobilization of local governments to link among communities, and medical facilities.

Having recognized the achievement of SMPP, the GoB and JICA commenced SMPP-2 to further improve maternal, neonatal, and child health (MNCH) activities in align with newly developed "Health, Population, and Nutrition Sector Development Strategy 2011/12-15/16" of Bangladesh by extending their cooperation as follows: 1) to enhance coordination mechanism in MNCH activities among governments, development



partners and NGOs at the national level, 2) to disseminate good practices and experiences of SMPP in the country, and 3) to define replicable and effective Maternal and Neonatal Health (MNH) approaches based on SMPP and other good practices.

3-2 Summary of the Project

(1) **Title:** Safe Motherhood Promotion Project Phase II (SMPP-2) (Bengali name: Shustho Matritto Project)

(2) **Target area:** Whole country (some activities are held in several districts only)

(3) **Project period:** From July 1, 2011 until June 30, 2016

(4) **Target groups:** -

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

(5) **Overall goals (i.e., what we expect to see after completing the project):**

Maternal and neonatal health status is improved in Bangladesh.

(6) **Project purpose (i.e., what we expect to achieve during its implementation of the project):**

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

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

(7) **Outputs:**

Output 1: Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as in MNCH Forum) is enhanced at national level

Output 2: Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country.

Output 3: Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into Upazila Health System (UHS) are defined (Satkhira, Habiganj)

Chobi *xt* *and*

(8) Activities:

[Output 1] Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level

1-1 To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum

1-2 To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a collective manner

1-3 To make and revise guidelines and manuals for the implementation of MNCH minimum package and the approaches

1-4 To formulate Monitoring & Evaluation (M&E) systems for the national MNCH minimum package and the approaches introduced by stakeholders

1-5 To facilitate mutual learning among stakeholders through MNCH forum

[Output 2] Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country.

2-1 To analyze and document the process and results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services

2-2 To develop new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Chowgacha.

2-3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha

2-4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha

2-5 To monitor & evaluate the results and process of implementation with new interventions in Narsingdi and Chowgacha

2-6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons learnt from SMPP, Chowgacha, and other good practices

2-7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites (Narsingdi, and Chowgacha) as learning centers and through the Horizontal Learning Program

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

[Output 3] Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into Upazila Health System (UHS) are defined (Satkhira, Habiganj)

3-1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of

Shi *Jet* *mb*

the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources.

3-2 To implement baseline survey and end-line survey for the evaluation of the approaches

3-3 To implement trials in some target Upazilas

3-4 To monitor and evaluate the trials for assessment of the effect of approaches

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

3-3 Related Cooperation on Maternal, Neonatal and Child Health by JICA

(1) Yen Loan: The Maternal, Neonatal and Child Health Improvement Project (Phase-1) (under HPNSDP)

JICA signed an agreement with the Government of the People's Republic of Bangladesh to provide a Japanese Yen Loan of up to 5.04 billion yen (equivalent to about US\$5.14 million: US\$1=98.07 yen) on January 25, 2012.

This project falls under the framework of HPNSDP and intends to improve maternal, neonatal and child health services and strengthen the health system, by implementing maternal, neonatal and child health related activities, thereby contributing to the improvement of health status of mothers and infants throughout the country. The loan for this project is allocated to the provision of equipment, facility improvement and training for maternal, neonatal and child health. Specific Operational Plans (OP) of HPNSDP that are supported by this yen loan are, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health (MNCAH), Community Based Health Care (CBHC), Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health (MCRAH), Hospital Services Management (HSM) and Physical Facilities Development (PFD).

(2) Japan Overseas Cooperation Volunteer (JOCV)

JICA sends Japanese citizens who wish to cooperate in the economic and social development in developing countries as JOCV. A total of 1,174 volunteers were dispatched by 2012 to the People's Republic of Bangladesh since 1973.

SMPP since its phase 1 activities from 2006 to 2011 has had close relation with JOCV members assigned to the targeted districts and those members also contributed to supporting event organization and conduct of the survey at the field level. Eight JOCV members have been sent since SMPP-2 started. The areas and fields of the JOCV members are illustrated in Table 3-1.



Table 3-1: JOCV Members Designated under SMPP-2

District	Field	Number and Period
Dhaka	Program Officer	One Jan.-Nov., 2012
Narsingdi	Rural Community Development Nurse	One Mar 2013- One Mar 2012-Feb 2013
Jessore	Rural Community Development Nurse	One Mar 2013- One Mar 2012-
Satkhira	Rural Community Development Nurse	Two Mar 2013- June 2012- One June 2012-

Source: JICA Bangladesh Office, July 2013

(3) Relations with OPs of HPNSDP

According to the Japan's Country Assistance Strategy for Bangladesh (June, 2012), cooperation on MNCH is promoted as the MNCH/Health Systems Strengthening (HSS) Program. The following Table 3-2 illustrates the relations of MNCH related OPs of HPNSDP, SMPP-2, JOCV, Yen Loan and collaboration with UNICEF (Japan-UNICEF EMBRACE¹ Partnership).

* Japan-UNICEF EMBRACE Partnership: Government of Japan funded collaboration Project "Quality Improvement Initiative for Newborn Health Care" is on-going from 2011 to 2013. EMBRACE, which was proposed in Japan's Global Health Policy 2011-2015, is the model package concept for saving lives of mothers and children with broad approach, including infrastructure, safe water and sanitation, etc. This project includes upgrading neonatal wards, training for medical professionals on monitoring, supervision, and TQM, and strengthening referral system at Medical College Hospitals and District Hospitals.

¹ Ensure Mothers & Babies Regular Access to Care

Table 3-2: SMPP-2 Support for OPs of HPNSDP

Eight OPs of HPNSDP on MNCH	Japan MNCH/HSS Program		Note and partnership with other development partners
	SMPP2 & JOCV	Yen Loan	
MNCAH: Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health	○	○	Neonatal care with UNICEF*
ESD: Essential Services Delivery	○		
CBHC: Community Based Health Care	○	○	
NNS: National Nutrition Services			
MCRAH: Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health	○	○	
CCSD: Clinical Contraception Services Delivery			
FPFSD: Family Planning Field Services Delivery			
HRM: Human Resources Management			
Other related OPs			
HSM: Hospital Services Management	○	○	TQM activities UNICEF partnership*
TRD: Training, Research and Development	○		Chowgacha model training with NIPORT
PFD: Physical Facilities Development		○	

4. Results of the Mid-Term Review Study

4-1 Achievements of the Project

4-1-1 Inputs

Table 4-1 shows the comparison between the planned (as per R/D of May 29, 2011) and actual inputs from the Japanese side (as of June 30, 2013), while Table 4-2 shows those from the Bangladesh side up to June 30, 2013, unless otherwise noted.

Table 4-1: Planned and Actual Inputs by the Japanese Side

Planned (as per R/D of May 2011)	Actual (as of June 30, 2013)
[Long-term Experts]	
■ One (1) Chief Adviser	■ Chief Adviser [24.0MM]
■ One (1) Project Coordinator	■ Project Coordinator [21.4MM]
■ Monitoring and Evaluation	■ None
[Short-term Experts]	
■ Monitoring and Evaluation	■ None
■ Total Quality Management	■ One (1) TQM (from Tanzania) [0.2MM]
■ Maternal and Child Health	■ One (1) Maternal and Death Review Advisor [0.1MM] (from Malaysia)
■ Community Mobilization	■ Two (2) Community Mobilization [1.1MM]
	■ Health Systems Management (from Kenya and Tanzania) [0.4MM]
[Local Project Staff]	
■ Technical Advisor	■ One (1) Technical Advisor (1 post) [24.0MM]
■ Senior Project Officer	■ Two (2) Senior Project Officers (2 posts) [27.3MM]
■ District Manager	■ Three (3) District Managers (1 post) [44.1MM]
■ Upazila Coordinator	■ Nine (9) Project Officers/Coordinators (7 posts) [118.6MM]
■ Technical Officer	■ Two (2) Technical Officers (Midwifery) (2 posts) [19.6MM]
■ Midwife	■ None (replaced with above)
■ Senior Administration and Financial Officers	■ Two (2) Senior Administration and Financial Officers (2 posts) [47.9MM]
	In addition to the above, 15 persons (3 central, 1 district, 11 upazila levels) are allocated for SMPP-2 activities under the contract between JICA and CARE Bangladesh. (see Annex-3 for details)
[CP Training]	
■ Training of CP personnel	■ No CP training in Japan was organized during the review period.
■ Dispatch of Study Tour (if necessary)	■ Total of thirty-one (31) persons, participated in two (2) TQM Study Tours in Sri Lanka ■ Total of two (2) persons from MoHFW and DGHS, participated in Community Health Study Tour in Kenya [May 27- June 2, 2012].

Planned (as per R/D of May 2011)	Actual (as of June 30, 2013)	
[Equipment]	The planned equipment for hospitals to provide EmOC services was purchased from the Local Expenses Support Costs. (see Annex-04 for details)	
1. Air Conditioner for OT room	Under this budget, total of thirteen (13) motorbikes were purchased for SMPP-2 staff members to travel to the sites.	2011 BDT 1,147,286
2. Anesthesia Machine		2012 BDT 416,585
3. Autoclave		
4. Citizen charter billboard		
5. Diathermy Machine		
6. Incubator		
7. IPS/Generator		
8. OT Light		
9. Ultrasound machine		
10. Oxygen cylinder		
	TOTAL: BDT1,563,872 [¥1,759,000]	
[Operation Costs]	* Operational Costs include Project Personnel (39%), Grants to NGO support (25%), Training (15%), Supplies and Consumables (7%) and other running costs.	
■ Local expense support		
		FY 2011 BDT 29,025,010
		FY 2012 BDT 43,739,522
		(as of June 2013) FY 2013 BDT 11,365,013
		TOTAL BDT 84,129,545 [¥92,475,918]
		(see Annex-05 for details)

Source: Record of Discussion for the Project, May 2011; Project Quarterly Reports July 2011~May 2013; Information gathered by the MTR Team, June~July 2013

Table 4-2: Inputs by the Bangladesh Side, Planned and Actual

Planned (as per R/D of May 2011)	Actual (as of June 3, 2013)
[Personnel]	[Personnel]
a) Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW)	a) MoHFW
■ Secretary	
■ Director General of Health Services	
■ Director General of Family Planning	
■ APD, Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh: <i>Project Manger</i>	
■ Joint Chief (Planning): <i>Project Director</i>	
■ Director Planning, DGHS	
■ Director Planning, DGFP	
■ LD-ESD, DGFP: <i>Project Manger</i>	
■ LD-MCRH, DGHS: <i>Project Manger</i>	
■ LD-IHSM, DGHS: <i>Project Manger</i>	
■ LD-MNCH, DGHS: <i>Project Manger</i>	
■ LD-CHCS, DGHS: <i>Project Manger</i>	
■ Deputy Chief (Health), Planning	
■ Deputy Chief (Family Planning), Planning	
	Project Director, Project Managers and most of the enlisted Counterparts have been provided satisfactorily.

Planned (as per R/D of May 2011)	Actual (as of June 3, 2013)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Senior Assistant Chief, Planning 	
b) District Level <ul style="list-style-type: none"> ■ Civil Surgeon (CS): <i>Deputy Project Manger</i> ■ Deputy Director/Family Planning: <i>Deputy Project Manger</i> ■ Consultant Obs. & Gyne., District Hospital ■ Consultant Anastasia, District Hospital ■ Consultant Pediatric, District Hospital ■ Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center 	b) District Level Counterparts were satisfactorily engaged in Project- supported activities at the District level.
c) Upazila Level <ul style="list-style-type: none"> ■ Upazila Health and Family Planning Officer ■ Medical Officer, Maternal and Child Health ■ Upazila Family Planning Officer ■ Consultant (Gyne.) (Anastasia) ■ Consultant (Pediatric) 	b) Upazila Level Counterparts were satisfactorily engaged in Project- supported activities at the Upazila level. (see Annex-06 for details)
[Land, Buildings and Facilities] <ul style="list-style-type: none"> ■ Office space in Dhaka, Narsingdi, Jessore and Satkhira 	[Land, Buildings and Facilities] The Office space in Dhaka was provided satisfactorily. However, office spaces in districts, namely, Narsingdi, Jessore, Satkhira and Bramonbaria have been arranged using the Japanese Project resources as there was not enough space to accommodate several Project personnel in the government buildings.

Source: R/D (May 2011); Information gathered by the MTR Team, June-July 2013

4-1-2 Activities

The progress of the actual activities conducted under SMPP-2 as of June 30, 2013 is given in the table in Annex 7, with the comparison with Activities enlisted in the original PDM (version 0).

In summary, many of the planned Project activities are being conducted, especially ones under the Output 2 and Output 3. Both Output 2 and 3 include a narrative such as “to develop new interventions,” or “to plan trials,” without specifying which and how many, several “new interventions” are added along the way, resulting in increasing number of activities, and sometimes held in districts which are not specifically mentioned in PDM.

Descriptions on the progress of each Output are given below.

(a) Progress of Activities under Output 1

Under the Output 1, which aims at strengthening the function of coordination among MNCH stakeholders as well as defining the national MNCH minimum package and approaches, some activities are either delayed or not conducted in a way the original PDM had specified, principally due to an inactive status of the MNCH/FP forum. As a countermeasure, SMPP-2, much like the other development partners, individually explored collaboration or field exchange visits as per their needs in addition to lobbying efforts to MoHFW for reactivating MNCH/FP forum.

With a similar purpose, SMPP-2 organized the following events:

- Launching ceremony of SMPP-2 in September 2011 to introduce the SMPP-2 to key stakeholders
- Launching ceremony of SMPP documentation in April, 2013 to share the experiences of SMPP-1
- MNCH mapping & private-Community based Skilled Birth Attendant (CSBA) study finding dissemination in July 2012
- Bangladesh-Kenya Forum in October 2012 to share and mutual learning between the two countries on MNCH
- The maternal death review seminar was planned in February 2013 but postponed due to political unrest.

Furthermore, under this Output, activities to share experiences of SMPP-1 in international forums were also added as a part of the Project activities.

(b) Progress of Activities Under Output 2

Under the Output 2, which aims at the dissemination of good practices and lessons learnt from Narsingdi and Jessore districts, there are activities to extract lessons from Narsingdi and Chowgacha (Jessore District) experiences for dissemination.

- For Community Group (CG)/Community Support Group (CSG) capacity development, the activities of dissemination have progressed well so far as the approach has been incorporated into RCHCIB initiative. The technical inputs given by CARE-Bangladesh (under JICA's contract) to RCHCIB initiative were essential in promoting its dissemination.
- For 5S-KAIZEN/CQI-TQM trial, the activities have spread out to non-SMPP-2 districts as the DGHS selected 17 district hospitals and Upazila complexes as the TQM pilot sites. After about a year and half of its implementation, most of health facilities are now getting ready to move on from 5S to KAIZEN stage.
- Activities to introduce new interventions in Narsingdi and Chowgacha were also added and being implemented, such as Upazila Health System / Local Level Planning (UHS/LLP) trial and Horizontal Learning Program (HLP) District Hub trial. For these new initiatives, the evaluation is too early at this stage.
- Some partnership activities with UNICEF was added.

(c) Progress of Activities under Output 3

The Output 3 aims at defining a local implementation mechanism of the MNCH minimum package and approaches which are integrated into Upazila Health System. To this end, SMPP-2 has been replicating the Narsingdi model in Satkhira district for the purpose of testing its appropriateness and replicability. Thus, facilities and communities are to receive similar interventions to those of the Narsingdi. According to the need-based action plans, most of the in-service training for the staff of DH and UHCs in Satkhira were conducted. Some training activities were supported financially and technically by SMPP-2 while others, often of long-term, were provided under GoB-funded training programs. There were some difficulties experienced at the district level in coordinating the timing with centrally-planned training activities, let alone the strikes that often forced the postponement and rescheduling. As for the Community-level activities, especially the training of the CGs/CSGs, have been delayed until the yen-loan fund from RCHIB became available,

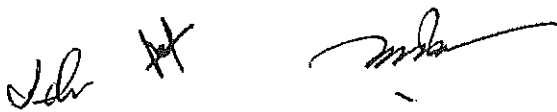


but currently progressed to complete all the CG training nation-wide. The CARE Bangladesh through SMPP-2 provided much needed technical inputs for this dissemination.

In addition to the facility and community-level activities from the Narsingdi model, SMPP-2 also introduced several new approaches in Satkhira District in different timings, such as ones shown below:

- ①. Upazila Health System in Kaliganj Upazila of Satkhira District² from 2012
- ②. Horizontal Learning Program for the capacity building of Union Parishads (UPs) in all 7 upazilas in Satkhira District from May 2012 (Partnership with the World Bank)
- ③. Model Operation Theater Complex Design from the second half of 2012
- ④. Post-Partum Family Planning (PPFP) from November 2012 (Partnership with USAID-JICA)
- ⑤. Interventions in remote areas in Assasumi, Shamnagar, and Kaliganj Upazila from mid-2013

² LD-ESD has decided to pilot UHS activities in three sites: Kaliganj Upazila of Satkhira District, Bhoilop Upazila of Kishorganji District and Charagati Upazila of Rashaji District. SMPP-2 intends to support Kaliganj Upazila and Satkhira as it falls under its target area.



4-1-3 Outputs

The status of progress in terms of Objectively Verifiable Indicators (OVIs) of the Project Outputs (as per PDM ver.0) is given below per each Output. The MTR Team also looked into some additional aspects of Project's achievements through data obtained via interviews and observations in order to assess the extent of achievements.

Output 1: Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level.

Indicators for Output 1:	Status of Achievement:
1.1. Finalized TOR document of the platform (such as MNCH Forum)	➤ <i>MNCH Forum is inactive and unlikely to be reactivated soon.</i>
1.2. Formulated the national MNCH minimum package and approaches	➤ <i>Discussions similar to the national MNCH minimum package and approaches as well as its M&E are taking place at the MNCH/FP Task Group. Another group is currently revising the Maternal Health Strategy and the Standard Operational Procedures (SOPs)</i>
1.3. Formulated M&E tools for the national MNCH minimum package and the approaches	

It appears unlikely that MNH activities are coordinated in a manner envisioned at the time the SMPP-2 PDM was designed in mid-2011 anytime soon, despite various efforts and engagements by SMPP-2.

Under the previous sector program (Health, Nutrition and Population Sector Program: HNPSP), the MNCH/FP Forum had been organized once a year, where stakeholders in health, nutrition and population sector, including MoHFW, DGHS, DGFP, NGOs and Professional Organizations, gather, exchange information about their own engagements and promotes mutual collaboration as well as adherence to the government strategy and standards. Originally, the Project envisaged to enhance this coordination forum where various stakeholders share lessons learned in order to formulate an "MNCH minimum package." Under the current sector program (HPNSDP), however, such coordination platform with broad stakeholder participation has not been organized, nor has there been any observable willingness to reactivate such forum among the DGHS, MoHFW.

Discussions similar to the national MNCH minimum package and approaches as well as its M&E are taking place at the MNCH/FP Task Group³. This MNCH/FP Task

³ This is one of the nine task groups for Annual Program Review (APR) which are tasked to review the OPs in the area of maternal, neonatal and child health as well as family planning.

Group is organized and serves for a monitoring apparatus of HPNSDP with more limited membership. This does not however function as a coordinating body as the MNCH Forum did in the past. There is also a group⁴ which was set up for the revision of the Maternal Health Strategy, where discussions on the coordination as well as the MNCH minimum package are accommodated.

As there have been changes in circumstances surrounding SMPP-2 over the last two years, therefore, SMPP-2 may require revising this output narrative into more pragmatic one, taking into consideration the current status of management and implementation mechanism of HPNSDP and its OPs.

Output 2: Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (Including Phase 1) are disseminated in the country.

Indicators for Output 2:	Status of Achievement:
<p>2.1. Report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha</p> <p>2.2. Improvement in sets of indicators (for each approach) in Narsingdi and Chowgacha</p> <p>2.3. At least one approach in each target area (Narsingdi, Chowgacha) is identified and determined to disseminate.</p> <p>2.4. Training module formulated, number of training, number of participants, number of exchanged visits to the Project sites, number of registered master trainer, on the activities in Narsingdi and Chowgacha</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Document/Paper "Narsingdi Model" in collaboration with WHO-SEARO was published in 2013. ➤ Experiences in Chowgacha Upazila Health Complex were compiled as "Chowgacha model training curriculum" in 2013. ➤ Out of Narsingdi model, capacity building of CG/CSG is identified as an essential component of the RCHCIB initiative and is being disseminated nation-wide since 2011. ➤ Out of Chowgacha model, improvement of hospital management is identified as an essential component for improving services. 5S-Kaizen/CQI-TQM⁵ is one of the methodologies identified as effective and being disseminated by DGHS to 17 pilot district hospitals⁶ and upazila health complexes nation-wide.

⁴ Under this task group, there are sub-groups to formulate the Standards of Operations (SOPs) including (1) cross-cutting (MIS, QA, monitoring and supervision), (2) post-partum and neonatal care, (3) ANC, (4) labour and EmOC, and, (5) adolescent health, reproductive health and family planning, with the (established) TOR.

⁵ CQI= Continuous Quality Improvement TQM= Total Quality Management

⁶ One Mother and Child Welfare Center (MCWC) in Narsingdi has applied this 5S-Kaizen/CQI-TQM methodology, which makes the total of 18 medical institutions.

Indicators for Output 2:	Status of Achievement:
Chowgacha	<p>disseminated by DGHS to 17 pilot district hospitals⁷ and upazila health complexes nation-wide.</p> <p>➤ The following training modules were formulated:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Chowgacha model training curriculum ○ TQM in Hospital Services ○ CG/CSG training module ○ Computer Training <p>➤ Among the above training materials, "CG/CSG training module" is used in the national program by DGHS and being disseminated nationwide through RCHCIB. "TQM in Hospital Services" is developed by DGHS, and is being reviewed/revised for MoHFW's approval.</p>

Some activities under the Output 2 have progressed well towards dissemination. Two of the approaches, namely, capacity building of the Community Group and the Community Support Group at the grass-roots level and 5S-Kaizen/CQI-TQM have already been taken up by the MoHFW/DGHS under the GoB initiative called the RCHCIB as well as the OP for the Hospital Management Services and Safe Blood Transfusion (OP-HSM), respectively, for its dissemination and its piloting. The status of each approach including other approaches is given in the Table 4-3 below, and progress of each approach is described below.

Table 4-3: Status of approaches being tested

Approaches	Target Area	Status as of June 2013
Community Support System (CmSS) trial	Narsingdi	<i>Already being disseminated nationwide as a part of RCHCIB with the technical support of SMPP-2</i>
TQM trial	Narsingdi DH, MCWC (Chowgacha UHC)	<i>Already identified and being disseminated on a pilot basis by DGHS with the support of SMPP-2</i>
Private CSBA trial	Narsingdi	<i>Awaiting its policy/guideline dialogue</i> <ul style="list-style-type: none"> - Trial completed in February 2012 - Experience and lessons learnt already shared with MoHFW, DGHS, DGFP and other stakeholders on July 2012
Post-natal Care trial	Narsingdi	<i>The result is referred within SMPP-2 to define local implementation mechanism of CG/CSG.</i>

⁷ One Mother and Child Welfare Center (MCWC) in Narsingdi has applied this 5S-Kaizen/CQI-TQM methodology, which makes the total of 18 medical institutions.

Approaches	Target Area	Status as of June 2013
		- Trial between November 2010~ November 2011 - Endline survey completed in December 2011
Upazila Action Plan (LLP) implementation trial	Chowgacha	<i>Lessons extracted and disseminated for the 14 LLP pilot Upazilas.</i> - Trial introduced in May 2012 - Modification to incorporate hospital service improvement is suggested
Horizontal Learning Program trial	Narsingdi, Jessore, Satkhira	<i>Being implemented to extract lessons</i> - Trial introduced in May 2012

Sources: Data collected by the MTR Team, June-July 2013

One of the approaches, namely, *the capacity building of the Community Group (CG) / Community Support Group (CSG)*, are already being disseminated nationwide through RHCIB as well as resources from JICA and SMPP-2. This CG/CSG approach adopted the experiences of CmSS in previous phases of SMPP, and was embedded into the GoB initiative called the Revitalization of Community Health Care Initiative in Bangladesh (RHCIB). Table 4-4 shows the status of its cascade-style dissemination.

Table 4-4: Progress of Training & Workshop under RHCIB (as of June 2013)

Type	Training completed (# of participants)	Training to be conducted (# of participants)	Remarks
CG/CSG training Master Trainers	59	-	w/w 51 NGO, 8 RHCIB (35 active as of June 2013)
Local Government (Union Parishad)	-	58,500	Expected to train and follow-up CGs/CSGs
Community Group (CG)	- (All 12,248 CGs)	(Completed)	2-day orientation Max 17 members/ CG One CG to manage CC
Community Support Group (CSG)	319,014* (For 19,488 CSGs)	357,204 (For 21,012 CSGs)	1-day orientation Max 17 members/ CSG At least 3 CSG per CC
Community Health Care Provider (CHCP)	13,225	275**	12-week training One CHCP posted to CC (13,500 CCs targeted)

Note*: Under the GAVI supported areas (2,047CCs), participants of training were 15 persons per CSG.

Note**: Total number to be trained is more than 13,500, as RHCIB needs to compensate for the 15 CHCPs who have left the position.⁸

Source: Data provided by the RHCIB, July 2012.

⁸ As the general election approaches, there are rumours that some CHCPs have left their post. However, the Project Director of RHCIB assured that the number is insignificant.

The SMPP-2's role to this dissemination process has essentially been to ensure technical coherence and effectiveness of CG/CSGs capacity building. To this end, SMPP-2, through support of CARE, assisted RCHCIB with a) the development of technical materials such as the CG/CSG training modules as well as the Master Trainers Training Modules; b) master trainers' training at the central level who in turn train local GoB officers at district and upazila levels; c) the coordination at the central level among NGOs which implement CG/CSG training in different districts and upazilas; and, d) the provision of feedback and lessons learnt to RCHCIB from the SMPP-2 target areas, namely, Narsingdi, Jessore and Satkhira.

Another approach, *5S-Kaizen/CQI (Continuous Quality Improvement)-TQM*, is identified by the DGHS as being an effective method for improving hospital management, and is being piloted in Medical College Hospitals, District Hospitals (DHs) and Upazila Health Complexes (UHCs). While an initial plan of disseminating Chowgacha model as a model hospital has been stagnant, this method or approach has become a major part of SMPP-2's activities.

The TQM pilot hospitals have been expanded from the initial four (4) to seventeen (17) pilot hospitals. As per DGFP's request, SMPP-2 also provided support in introducing 5S-KAIZEN/CQI-TQM in a Mother and Child Welfare Center (MCWC) in Narsingdi. There is a completed guideline, "TQM in Hospital Services," drafted by a GoB Counterpart with the technical support of SMPP-2, which has been distributed and utilized in pilot hospitals. SMPP-2 also invested in two exposure trips to Sri Lanka for the future thirty-one (31) leaders of the TQM in the country.

Through document review, interviews and observation at the pilot TQM hospitals, the MTR team noted: a) that the strong leadership in pilot hospitals is essential and thus it could be easily undermined by personnel transfer; b) while it improves cleanliness and appearance of the hospitals in relatively short time, it could take rather long time (more than a year) before 5S takes off as a continuous quality improvement (CQI/KAIZEN); c) its contribution to improvement in service utilization and quality has not been as visible; and, d) it requires a shift in mindsets of hospital staff for the changes to be voluntary and sustainable.

Regarding the above point a), SMPP-2 staff have stressed the importance of the technically follow-up and monitor the progress in the pilot TQM hospitals. This monitoring has been provided by DGHS with technical support of SMPP-2. Nevertheless, the TQM unit in DGHS has had very limited human resources to

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature on the right and initials on the left.

perform this role, and it was often difficult in arrange such monitoring visits. Besides, the activities have been temporarily slowed down as the leading personnel at the TQM unit has been transferred out from the post.

Table 4-5: List of 17 DGHS-designated TQM pilot Hospitals and MCWC

#	Name of Hospital	Date of introduction	Supported by
1	Narsingdi District Hospital (DH)	March 2011	JICA
2	Satkhira DH	May 2011	JICA
3	Habiganj DH	June 2011	JICA
4	Chowgacha UHC, Jessore District	July 2012	JICA
5	Joypurhat DH	September 2012	JICA
6	Jessore Medical College Hospital (MCH)	October 2012	JICA
7	Pabna Medical College Hospital (MCH)	November 2012	JICA
8	Ishwardi UHC, Pabna District	November 2012	JICA
9	Sujanagar UHC, Pabna District	November 2012	JICA
10	MCWC, Narsingdi District	November 2012	JICA
11	Birampur UHC, Dinajpur District	April 2013	JICA
13	Tangail DH	September 2012	UNICEF
12	Cox's Bazar DH	October 2012	UNICEF
15	Chittagong MCH	October 2012	UNICEF
14	Mymensingh Medical College Hospital (MCH)	December 2012	UNICEF
16	Kishorganj DH	February 2013	UNICEF
17	Netrokona DH	February 2013	UNICEF
18	Bandarban DH	February 2013	UNICEF

Source: Report by the Senior Project Officer of SMPP-2, June 2013

Regarding *the Chowgacha model*, which is a model for improved hospital management and services rather than that for 5S-Kaizen/CQI-TQM, activities for the scale-up take two modalities: a) through “horizontal learning” in study tour format, where interested hospitals visit the Chowgacha Hospital and learn from its good practices; and, b) through a dissemination tool such as guidelines and training materials. For the mode (a), the MTR team could not obtain the number of visits at the Chowgacha Hospital as it did not keep a comprehensive visitors log⁹, but it receives several group and individual visits from other districts a year. For the

⁹ Instead, the Chowgacha Hospital kept a book which they request visitors to write down comments and advises/suggestions.

scale-up mode (b), there is a “training curriculum” drafted based on its experiences and by the previous leaders in the Chowgacha Hospital. However, due to the transfer of leading personnel, training curriculum has not been in use for more than one year. SMPP-2 has a plan to take up this draft training curriculum and to compile it under a broader theme than improved hospital management, such as the leadership and governance.

Under *the Horizontal Learning Program* trial, SMPP-2 supports the target district of Satkhira, Narsingdi and Jessore in three ways: a) the establishment of the district HLP working team; b) the capacity building of the Union Parishads (UPs) in conducting the Development Coordination Committee Meeting, in organizing Open Budget Sessions, and in creating the line item budget allocation for MNCH activities; and, c) networking among upazilas and unions to share good practices. At the central level, SMPP-2 also initiated the Horizontal Learning in Community Clinic, where local government stakeholders gathered and exchanged good practices especially under the theme of the Community Clinic (CC). This trial has produced some notable preliminary results in Satkhira: According to the budget publication of 39 UPs (out of 78),¹⁰ almost all UPs has allocated a budget line item either relating to the Safe Motherhood or other health issues (including CC support) with the amount totaling BDT 2,6 lacs, varying from BDT 1,000~ BDT 599,500 per UP (median BDT 35,750). This approach could potentially serve as one of the means to sustain CSG’s activities.

Factors that have contributed to the expansion of approaches include: a) successful mainstreaming of CmSS experiences into the top-most priority Project in Health Sector [for scaling up the CSG approach] by SMPP and CARE; b) “horizontal learning” method where novice-at-TQM hospital managers visit the well-performing hospital including ones in Sri Lanka, that gives them concrete ideas of the expected results and that seems to have inspired these hospital managers and produced their strong leadership; c) strong leadership at the MoHFW / DGHS, especially the Project Director of RCHCIB as well as the Deputy Project Manager of the Hospital Service Management in scaling-up the respective approaches.

Factors that have or may hinder the scale-up efforts include: a) frequent shifts in GoB personnel especially ones in leadership roles¹¹; b) change in political leadership that

¹⁰ The SMPP-2 staffs are still in the process of obtaining budget information of 38 more UPs.

¹¹ Examples are: The TQM Unit chief trained under the project has been transferred. The TQM Unit does not have any staff for several months. Two leaders at the Chowgacha Hospital have been transferred.



may hamper the gains in the revitalization of the CCs; and, c) lack of manpower at district, upazila and community levels who could assume responsibilities in its roll-out implementation.

Remaining tasks and challenges in achieving Output 2 are:

- (a) finding a way to maintaining the quality of CG/CSG training and follow-up for ensuring proper functioning of CGs/CSGs and ensuring their sustainability;
- (b) building sustainable institutional capacity in DGHS to expand and technically follow-up TQM hospitals, and clarifying SMPP-2's role and scope of support in TQM expansion;
- (c) Extracting the lessons learnt from several trial approaches, including TQM, UHS/LLP, the Chowgacha model, HLP, the Model Operation Theater Complex Design, PFPF, and interventions in remote areas, for the results to be available and discussed with stakeholders within the Project period.

Output 3: Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Satkhira, Habiganj)

Indicators for Output 3:	Status of Achievement:
3.1. Defined local implementation mechanism documented 3.2. Improvement in sets of indicators (for each approach) in Satkhira 3.3. Staff and Client satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>SMPP-2 is documenting its engagement in Satkhira.</i> ➤ <i>The baseline data is available, while the endline data is not. Some improvements are made in maternal health service utilization indicators from institutional data (See District Facility Data in Satkhira [July 2010-May 2013]).</i> ➤ <i>The Staff and Client satisfaction baseline survey was conducted in four (4) TQM pilot hospitals. The endline survey will be conducted by the end of the Project.</i>

The objective under this Output is to define the “local implementation mechanism of the MNCH minimum package and approaches” at the Upazila level, in order to contribute to the establishment of a replicable Bangladesh model. The idea is to create less resource-intensive model, or a MNCH minimum package, in Satkhira than that of Narsingdi so it could be replicated in any district.

Chowgacha, as well as some new activities introduced to Satkhira. From the way each approach or component is implemented so far, all the components have not yet geared towards integration into UHS.

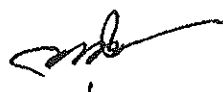
Another observation is that the introduction of CG/CSG as well as its supervision and follow-up are currently assisted by experienced SMPP-2 / CARE staff in Satkhira. SMPP-2 could benefit further if several replicable models on local implementation mechanism are tried with differentiated levels of resource intensity. For instance, trials that assumes the current CARE's role be absorbed into the local GoB structure, or be handled by NGOs other than CARE, may also benefit in devising replicable models.

As for the trend in MNH service indicators in Satkhira, comparable data to the baseline was not available at the time of MTR, but until the endline survey. According to alternative data, i.e. the records from public health facilities, interventions thus far at facility and community levels have already brought some positive responses in several service utilization indicators (See charts in the following page), even though there are still remaining training to be completed at the facility level. An increase in maternal service utilization is however not uniform among different upazilas.

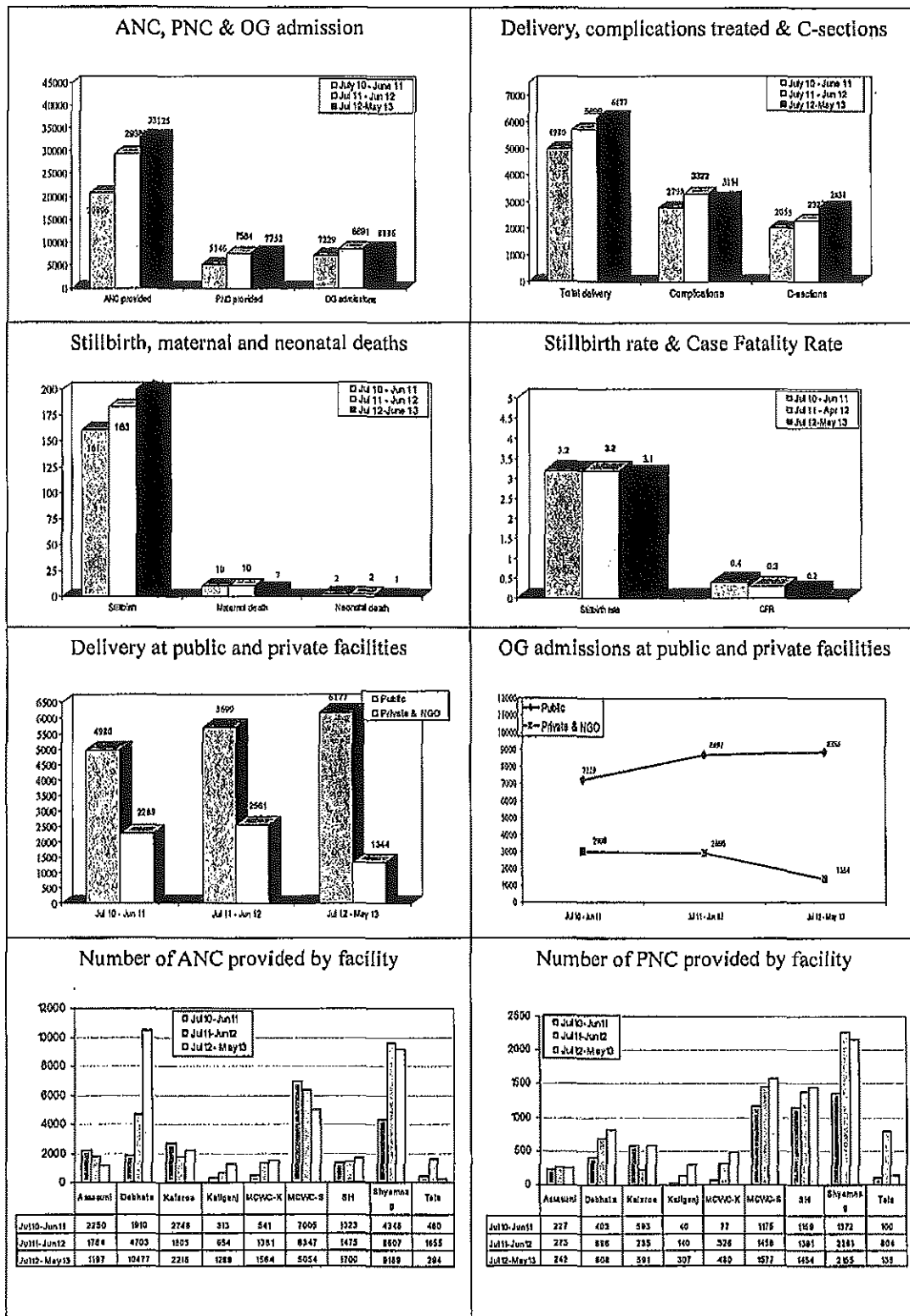
Furthermore, National Demand Side Financing Program is being implemented at four upazilas in Satkhira, namely Assasuni, Debhata, Kaliganj, and Shyamnagar. It should be noted that these interventions might affect health seeking behaviors for mothers including health service utilization.

Remaining tasks/challenges under Output 3 are:

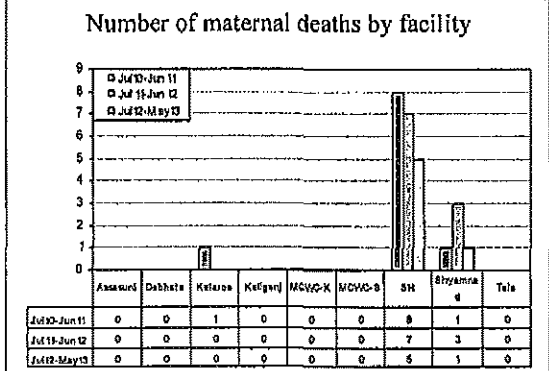
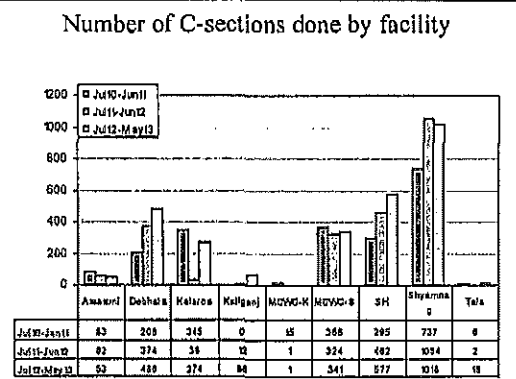
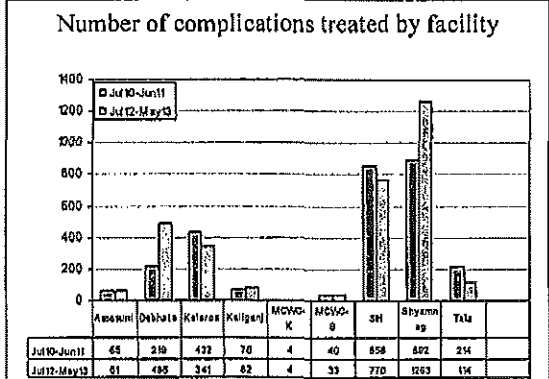
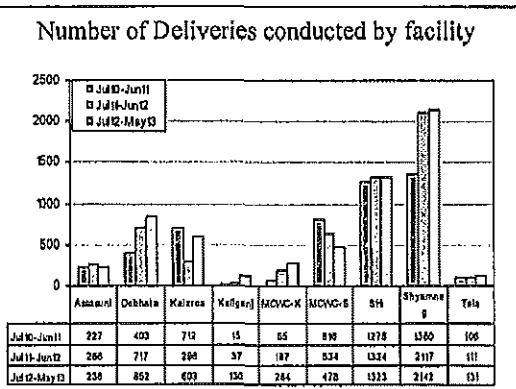
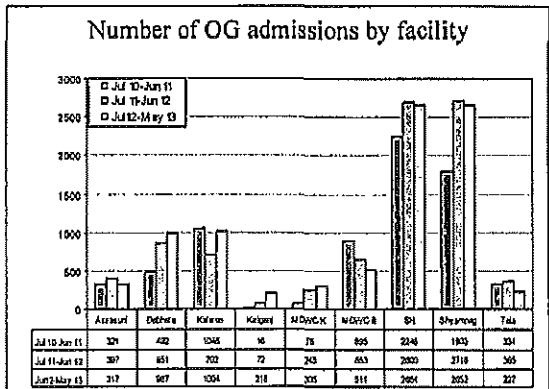
- (a) to intensify dialogues with Counterparts regarding the concept and sets of interventions / approaches to be integrated to the Upazila Health System; and,
- (b) To document implementation mechanism of each approach of SMPP-2 in view of the replicability and future sustainability.



District Facility Data: Satkhira [July 2010-May 2013]



[Handwritten signatures]



EOC status of Satkhira Hospitals

District	Facility name	B/CEOC
Satkhira (9 Hospitals)	Sadar Hospital	CEOC
	Assasuni UHC	CEOC?
	Debhata UHC	CEOC
	Kalaroa UHC	CEOC (no MO An)
	Shyamnagar UHC	CEOC
	Kallganj UHC	CEOC
	Tala UHC	BEOC?
	MCWC Sadar	CEOC
	MCWC Kallganj	BEOC

[Handwritten signatures]

4-1-4 Project Purpose

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

Indicators for Project Purpose:	Status of Achievement:
1. The number of Upazila implementing approaches such as TQM and CSG in MNCH minimum package intervention 2. Some indicators used in the formulated M&E system e.g. % increase of ANC, % increase of SBA attended deliveries, the number of Upazila which increased the budget allocation to MNH activities, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>MNCH minimum package: Package is yet to be formulated, but the Narsingdi Model is implemented in one District (Sathkira) under SMPP-2</i> ➤ <i>The following approaches are scaled up to non-SMPP-2 areas, but not implemented as part of the MNCH minimum package</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>5S-KAIZEN/CQI-TQM: implemented in 14 district [13 DHs, 4 UHCs, 1 MCWC]</i> ○ <i>CG: 12,248 CG trained nation-wide (100%)</i> ○ <i>CSG: 19,488 CSGs trained nation-wide (48%)</i> ➤ <i>MNH indicators comparable to the baseline are not available. However, institutional data from Sathkira suggests some increase in service utilization</i>

The above-mentioned narrative summary of the Project Purpose may not be clear whether “the approaches to improve MNH service quality” are to be expanded as a package or independently.

One could say that the Project is on track in attaining the Project Purpose, when one looks at “*approaches*” as several independent means “*to improve MNH service quality and utilization.*” One of the approaches that SMPP has presented, CmSS, has been expanded nation-wide as CG/CSG component under the OP-Community Based Health Care (CBHC / RHCIB). Two approaches namely TQM and UHS/LLP are being piloted by DGHS in view of later nation-wide expansion under the OP-Hospital Services Management and the OP-Essential Service Delivery, respectively.

On the other hand, if one takes “*approaches to improve MNH service quality and utilization*” as collective means, such as a proposed “*MNCH minimum package*” or a “*Bangladesh model,*” the Project requires more focused efforts to explore how to define such a package. This could be a challenge, nevertheless, as the difficulty in devising a MNCH minimum package or a Bangladesh model lies in the fact that there is no single

department in the MoHFW and its executing body that oversees all the components that could be housed in a MNH minimum package --- There are eight (8) OPs¹¹ under HPNSDP that concern MNCH.

4-2 Implementation Process

4-2-1 Adherence to the Plan

As mentioned earlier in '4-1-2 the Activity,' SMPP-2 increased numbers of activities along the way, some of which have diverged from its original focus. This is partly due to: a) the fact that the original PDM was designed to tolerate expansions of new sets of activities; b) the responsiveness of the SMPP-2 to the new and shifting development of the priorities of the Counterpart organizations under the OPs of HPNSDP; c) its openness to the partnership with other MNH stakeholders in-country and abroad; and, d) JICA's willingness to publicize the SMPP case as a good practice internationally.

With regards to (b), one could observe that SMPP-2 focuses more on responding to the needs and priorities of the Counterparts organizations under their OPs, than adhering to the Project's PDM. SMPP-2, in fact, has a mechanism to ensure that shifting needs and priorities of HNSDP is reflected into their activities --- Shortly after its inception, SMPP-2 produced more detailed "SMPP-2 Action Plan," in a 2-day retreat with the participation of all the SMPP-2 central and district level staff. This Action Plan is a basis on which SMPP-2 staff conducts daily activities. The SMPP-2 Action Plan is reviewed annually in a similar retreat, with the participation of partner organization, the CARE Bangladesh, where the progress is reviewed and activities are modified, reflecting the most current priorities of the OPs.

Regarding the point (c) and (d), SMPP-2 is also an international flagship project for JICA, and the core of the JICA Bangladesh's MNCH/HSS program. For this reason, there are several initiatives suggested by JICA to the Project, such as partnerships with other development partners¹² and other academic activities, which influenced some deviation of Project's activities from its original PDM. The JICA Bangladesh Office also has a stance that some deviation from the PDM is tolerated as long as it is within

¹¹ They are: 1) OP-Maternal, Neonatal, Child and Reproductive Health (MNCRH), 2) OP-Maternal, Child, Reproductive and Adolescent Health (MCRAH), 3) OP-Community Based Health Care, 4) OP-Essential Service Delivery, 5) OP-Clinical Contraception Service Delivery, 6) OP- Family Planning Field Service Delivery (FPFSD), 7) OP-National Nutrition Service (NNS) and 8) OP-Human Resource Management.

¹² For example, there are JICA-USAID partnership, EMBRACE partnership with UNICEF, 5S-KAIZEN-TQM with JOCV, and impact assessment study with ICDDR, B.



the framework of the overall JICA's MNCH/HSS program and is in support of OPs of HPNSDP.

4-2-2 Project Management and Decision Making Structure

As per the R/D of SMPP-2, the Project Steering Committee (PSG), with the chairperson being the Secretary, MoHFW, is given mandates to monitor and supervise the overall progress of the Project while the Project Implementation Committee (PIC) with its chair being Joint Chief (Planning), is given a function to "facilitate, coordinate, monitor and review activities of the Project." However, both PIC and PSG were organized untimely, only once each due to difficulty in coordinating schedules of a chairperson and various members.

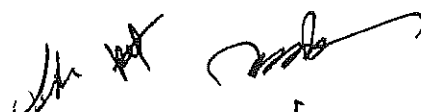
In absence of a management body, SMPP-2 had to coordinate their activities with five SMPP-2 Project Managers,¹³ or five Line Directors (LD) of OPs separately. This mode of operation tends to create a situation where these LDs are informed only of a part/parts of SMPP-2 that concern(s) their own OPs, but not the whole picture of SMPP-2. In order to improve understanding and coordination among the key stakeholders of SMPP-2 at DGHS and DGFP, the first Technical Meeting of SMPP-2 was held on June 30, 2013. The participants all agreed that this type of coordination be beneficial and that this Technical Meeting be held quarterly in order to review progress of SMPP-2 and to exchange/coordinate technical aspects among the participants.

4-2-3 Method of Technical Cooperation

SMPP-2 is, so to speak, a Technical Cooperation (TC) component of a sector-wide program, which serves the HPNSDP in two distinctive ways: One way is that it seeks better ways to implement a sector program through field trials to feed into policy / guideline dialogue. The other is that in the Project Japanese side works with GoB side as technical cooperation that contributes to the implementation of OPs, such as RCHCIB and OP-Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion (OP-HSM). However, the role of SMPP-2 within the HPNSDP structure is not properly understood among GoB Counterparts at the central level.

Input of Japanese side to the Project is unique for a JICA Technical Cooperation Project in its use of Bangladesh technical personnel as project staff while other technical cooperation projects have rather more Japanese technical personnel. SMPP-2's

¹³ SMPP-2 Project Managers are LD-MNCRH, 2) LD- MCRAH, 3) LD-CBHC, 4) LD-ESD, 5) LD-Hospital Service Management and Safe Blood Transfusion (LD-HSM).



national project staff acts as providers of technical cooperation to GoB personnel, in addition to play the role of facilitators of Project's interventions. In the first two years of SMPP-2, these project personnel were a driving force to initiate and facilitate Project's activities, especially at district, Upazila and union levels. While that may have been effective in bringing Project's Counterparts on board in Project activities, the Project could benefit from starting gradual hand-over to GoB Counterparts as primary actors / initiators in the next years to come, especially from the sustainability point of view. Regarding their role as providers of technical cooperation, SMPP-2 staff has been providing much needed technical support to GoB Counterparts both through on-the-job training and workshop, especially in the area of CG/CSG capacity building and TQM. As of now, much of technical expertise still remains among SMPP-2 staff, and have not been sufficiently and effectively transferred to GoB personnel, due to shifts in key personnel and the lack of manpower.

4-2-4 Promoting and Inhibiting Factors

The following points were identified as promoting factors for the Project performance. Data on promoting and inhibiting factors were gathered by the MTR Team through review of the documents and key informant interviews with the Project Counterparts.

(a) Factors that Promoted the Realization of Effects

Factors that have contributed to the expansion of approaches include:

- (a) successful mainstreaming of CmSS experiences into the top-most priority Project in Health Sector [for scaling up the CSG approach] by SMPP and CARE;
- (b) "horizontal learning" method where novice-at-TQM hospital managers visit the well-performing hospital in Bangladesh and in Sri Lanka, that gave them concrete ideas of the expected results as well as inspiration for their strong leadership;
- (c) strong and devoted leadership at the MoHFW / DGHS, especially the Project Director of RCHCIB as well as the Deputy Project Manager of the Hospital Service Management in scaling-up the respective approaches; and,
- (d) Availability of funds (pooling fund, Yen Loan) to support scale-up activities.

Factors that have possibly contributed to the increased facility utilization include the

followings.

- (a) Linking community to CCs and CCs to UHCs: Many attribute the increased utilization of UHCs and DHs to the referrals from the Community Health Care Providers (CHCP), as well as referrals from the community to CCs where CSGs were functional.
- (b) Increased availability of medicines: Demands for medicines by the community is very high. Improved availability of medicines at CCs appears to be one of the main reasons for people to visit facility, and to some extent at Upazila Health Complexes and District Hospitals.
- (c) Improved quality of maternal health services: Hospital managers see increased motivation among staff through training and the provision of equipment.
- (d) Cleaner and more organized facilities: Through 5S exercises as well as a visitor control measures, district hospital improved its appearance to users.

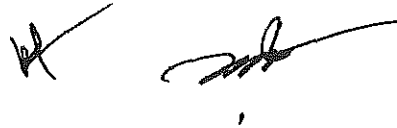
(b) Factors that Inhibited the Realization of Effects

Factors that have or may hinder the scale-up efforts include the followings.

- (a) Turnover of GoB personnel, especially ones in leadership roles: Transfer of doctors who played leading role in improving the Chowgacha UHC suspended training activities for hospital management. Likewise, transfer of the Deputy Program Manager at the TQM unit also resulted in temporary interruption of supportive monitoring visits to pilot TQM hospitals.
- (b) Difficulties in improving hospital services: Most hospitals are overloaded with both in-patients and out-patients, and the users are increasing. Under such circumstances, maintaining staff motivation to improve hospital service quality is a challenge. In addition, hospitals do not have their own resources health facilities could use to implement self-improvement activities.
- (c) Lack of manpower at health facilities: UHCs and District Hospital often suffer from vacancies/transfers and at times absenteeism, which could hamper the provision of quality EmOC services.
- (a) Potential political influence on continuation of CC: The change in political

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned above the page number.

leadership interrupted the services at CCs in the past. Observing increased ownership of CCs by the community, it is less likely that the shift in political leadership could result in discontinuation of the services. However, there is a potential risk the gains in the revitalization process of the CCs could be undermined.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned above a comma.A handwritten signature in black ink.

5. Review / Evaluation Results by Five Evaluation Criteria

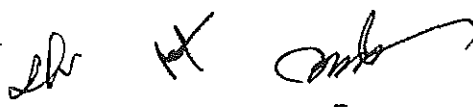
5-1 Relevance

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

- 1) Project's Overall Goal of reducing maternal, neonatal and child deaths are consistent with the GoB's emphasis on achieving the Millennium Development Goals. Additionally, SMPP-2's Project Purpose of expanding the approaches to improve MNH service quality and utilization is consistent with the goal of HPNSDP, which is "to ensure quality and equitable health care for all citizens by improving access to and utilization of health, population and nutrition services," and its "development objective is to improve both access and utilization of such services, particularly for the poor."

As SMPP-2 is shown in HPNSDP as a "technical cooperation project," the budget and activities of SMPP-2 are not incorporated into respective OPs. Nevertheless, most of the SMPP-2 activities are pre-discussed with and approved by Line Directors of respective OPs in order to minimize coordination gaps.

- 2) Project's contents are coherent with the current Japan's Country Assistance Strategy for Bangladesh (June, 2012) as well as Japan's Global Health Policy (2011-2015). One of the two intermediate objectives of the Country Assistance Strategy is "reduction of social vulnerability" which includes maternal and child health along with poverty reduction, elementary education and provision of safe water, all contributing towards the achievement of Millennium Development Goals (MDGs). Also, SMPP-2 focuses on enhancing the link between community and health facilities, which is coherent with the EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care) model suggested in the Global Health Policy.
- 3) The Project is responding to the needs of the target groups: although maternal mortality ratio has decreased from 322 per 100,000 live births in 2001 to 194 per 100,000 live births in 2010 (Bangladesh Maternal Mortality Survey: BMMS), it is still short of the target, 143 deaths per 100,000 live births by 2015. Neonatal mortality rate per 1,000 live births declined from 52 in 1994 to 32 in 2011 while more than half of all under-five deaths occur within 28 days after



birth.

5-2 Effectiveness

When one looks at the PDM of SMPP-2, the Project is consisting of three components, namely, 1) enhancing coordination function at the central level, 2) disseminating good practices and lessons learnt for improving MNH services (Scaling-up), and 3) defining local implementation mechanism (Bangladesh model) for providing MNH services within the upazila health system. Good practices and lessons learnt extracted under Output 2 and Output 3 could be presented in a coordination platform at the central level (Output 1) and in turn reflected in a policy / guideline dialogue. Thus, for the Project to be effective, balanced achievement of all three outputs are necessary. So far, SMPP-2's efforts in enhancing coordination function at the central level have not turned into sufficient results.


As for the likelihood of achieving Project Purpose, i.e. *expanding the approaches to improve MNH service quality and utilization*, it is rather difficult to determine the likelihood without being precise about "approaches"--- whether it is just an independent approach, or something collective like a package. As of now, SMPP's good practices are extracted and disseminated in separate "parts," but not in a package format, like the MNCH minimum package suggested in PDM. Examples of such independent approaches that have started the nation-wide dissemination include, CmSS which was integrated into RCHCIB as the CSG formation, and 5S-KAIZEN/CQI-TQM which is under the OP-HSM. In this regard, SMPP-2 has been successful in heading towards Project Purpose, especially in the expansion of CSGs.

On the other hand, if this Project is to envisage the dissemination of a given package of approaches, such as the suggested MNCH minimum package, the Project may require increasing its focus into the formation of a replicable package.

5-3 Efficiency

Overall, efficiency of the Project is satisfactory.

Inputs made by the Project are considered to be mostly appropriate and timely by the

Handwritten signatures and initials in black ink, including the letters 'shs', a stylized 'H', and a long, sweeping signature.

Counterparts interviewed by the MTR team¹⁴.

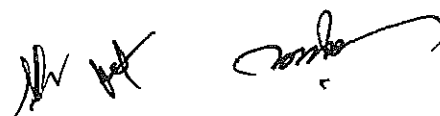
- In terms of the equipment for EmOC services and the motorbikes, one could assume from the pre-procurement facility assessment as well as the increased service outputs that it has been utilized well, although the use of equipment at all the health facility could not be checked by the MTR team. Human resources, experts and national staff provided by SMPP-2 are considered appropriate and highly appreciated by the GoB Counterparts.
- Inputs from the Bangladesh side, consisting of office building for SMPP-2¹⁵ and Counterparts, were satisfactory. In terms of Counterparts at the central level were often not available in good timing --- the first Project Implementation Committee was organized 10 months after the inception of the Project, while for the Steering Committee, it took one year and two months.

With regards to whether the inputs have been converted into Outputs, the performance under the Output 1 is limited at the time of review, compared to that of Output 2 and Output 3.

In addition, the MTR Team noted the following aspects of SMPP-2 that promoted efficiency:

- (a) Use of need-based planning, such as individual facility assessment to determine necessary equipment for each health facility;
- (b) Utilization of locally available technical resources in the place of Japanese ones and thereby reducing personnel cost;
 - Only two (2) long-term Japanese experts were assigned (Chief Advisor and Project Coordinator)
 - Out of six (6) short-term experts (totalling 1.8MM), two were from the third country (Malaysia, Tanzania and Kenya totalling 0.7MM)
 - Twenty-six (26) long-term technical personnel (11 under SMPP-2 and 15 under CARE) are locally sourced, enabling close follow-up and monitoring of numerous operations in five sites (Dhaka, Narsingdi, Jessore, Habigonj, Satkhira)

¹⁴ There was delay in obtaining training cost for CG/CSG by RCHCIB from the Yen Loan. However, these resources are not under SMPP-2.



- Counterpart training was conducted in Sri Lanka and in Kenya instead of Japan
- (c) Coordination with already pledged/committed the resources of GoB and development partners in implementation of activities, such as the following;
- Training activities planned and allocated under the relevant OPs of MoHFW / DGHS / DGFP
 - Resources of the Yen Loan “Maternal, Neonatal and Child Health Improvement Project (Phase 1: 2012~2018) (HPNSDP)”
 - Horizontal Learning Program (HLP) of the World Bank
 - UNICEF-funded training in Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT) and neonatal resuscitation (HBB)
 - USAID-funding training on post-partum family planning (PPFP)
 - use of existing multi-sectoral and health-sector coordination at the district and union levels, instead of creating a Project-specific structure

On the other hand, factors that limited efficiency include: a) broadly-defined PDM narratives that tolerated accomodation of numerous new activities; b) delay in obtaining funds from the Yen Loan at its inception, c) transfer of trained personnel, both at managerial and technical levels, and, d) political unrest and frequent strikes that led to the cancellation of several events.

5-4 Impact

It is premature to determine the likelihood of achieving the Overall Goal at this stage. Considering the already good status of maternal and neonatal health in Satkhira, improvement in Satkhira’s service quality and utilization itself would not affect many of the overall goal indicators. SMPP-2’s contribution to reducing national Maternal Mortality Ratio (MMR) and NMR depend on how successfully effective approaches, independent or collectively, could expand and produce results where it will have rolled out to.

One could point out that some of approaches extracted from SMPP-1 have been adopted by various stakeholders and been replicated in different regions of the country. Examples are:

- CARE Bangladesh through a grant support by the GlaxoSmithKline implements their own CmSS and Private CSBA program in Sunamganj district.
- CARE Bangladesh through the Smiling Sun project introduced private franchise clinic called the Smiling Sun nation-wide¹⁶, where the CmSS is formed in areas surrounding the clinic.
- Joint GoB-UN MNCH Initiative introduced Private CSBA in 10 districts.
- Save the Children implements Private CSBA in one district.
- Canadian International Development Agency provide financial support to train Private CSBAs.

One of the positive influences of SMPP-2 could also be seen in its contribution to Kenya's Community Health Strategy. Kenya's policy makers visited Bangladesh after SMPP-2 sent Bangladesh team to Kenya, and referred their learning from Bangladesh in their revised Strategy.

There were not any significant negative changes that were observed by the Counterparts at the time of the MTR.

5-5 Sustainability

It is rather premature to discuss the likelihood of sustainability at this stage.

The MTR Team nevertheless observed notable proactive role played by the national project staff and a long-term expert of SMPP-2 in making progress in activities, which has in turn brought a concern over the feasibility of imminent handover to Bangladesh side. In addition, SMPP-2 Project staff holds much needed technical expertise in TQM, community mobilization and facilitation of community-based groups. In view of sustainability, technical expertise and responsibilities should be gradually transferred to the GoB side.

Beside the above point, one can observe some factors that promote and may limit sustainability. The latter will require close monitoring and follow-up.

Factors that promote sustainability include:

- (a) Political commitment at every level in reducing maternal deaths;

¹⁶ They have at least two or three Smiling Sun clinics per district, mostly at city corporation areas.

- (b) Availability of GoB resources, including the pooling fund, WB Loan and the Yen Loan, allocated for the CG/CSG training and TQM training under the OPs of HPNSDP;
- (c) Project's standard of not funding activities for which the budget is allocated by GoB; and,
- (d) Ownership on some of the "approaches" such as CG/CSG training, TQM program by the relevant section of DGHS.

On the other hand, there were factors which could potentially hamper sustainability:

- (a) Potential policy shift that may put the continuation of the CC at risk; and,
- (b) Lack of handover after transfer of vital personnel from MoHFW, DGHS and DGFP that hampers continuity of leadership and technical capacity.

6. Conclusion and Recommendations

6-1 Conclusion

Based on a series of interviews and discussions with C/Ps together with literature review, the MTR Team concluded that the overall performance and status of the Project related to the output 2 and 3 is satisfactory while that in output 1 is somehow facing delays, as of the mid-term review study. From the viewpoints of DAC five evaluation criteria, especially focusing on Relevance, Effectiveness and Efficiency that are prioritized at the MTR, the results showed also satisfactory as of the MTR.

6-2 Recommendations

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

(1) SMPP-2 had substantial input for implementation of pilot or trial approaches such as CG/CSG, TQM, and HLP. SMPP-2 is recommended to develop implementation mechanism considering replicable and sustainable MNCH.

(2) SMPP-2 has been supporting the development and expansion of CG/CSG.¹⁷ Currently, CG/CSG is being disseminated nationwide through the cascade-style training and workshops, and now the focus shall be shifted to its proper functioning and their sustainability. Through its engagement in Satkhira, SMPP-2 has realized that

¹⁷ The concept of CSG was taken after from CmSS in SMPP-1.

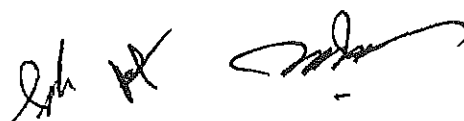
substantive facilitation and follow-up is required for CSGs to function. It is planned that RCHCIB will be incorporated into DGHS from July 2014. It is recommended that RCHCIB together with DGHS should take measures to develop a system of facilitation and follow-up to make CG/CSG active and sustainable. SMPP-2 should assist RCHCIB in developing a system to sustain CG/CSG which could be easily replicated and adopted anywhere in the country.

(3) Chowgacha UHC is recognized as a model hospital of good management. However it has yet to be utilized as a learning center despite the fact that training curriculum has been compiled. SMPP-2 should apply the experience of Chowgacha UHC for improvement of hospital management in UHCs.

(4) DGHS expanded TQM pilot program stepwise by the Project and with support from UNICEF under Japan-UNICEF EMBRACE Partnership. TQM Unit of DGHS has main role to establish TQM implementation system and its expansion. The MTR Team recommends DGHS to expedite the allocation of adequate number of personnel in TQM unit so it could support implementation and supportive supervision in TQM pilot hospitals and also recommends Japanese side to restart substantial cooperation after the TQM unit becomes established. The MTR Team proposes that primary emphasis should be put on consolidation of lessons learned from the TQM pilot program for the rest of the Project period.

(5) JICA cooperates with MoHFW for enhancement of MNCH activities with variety of cooperation in addition to SMPP-2, such as a Yen Loan project, JOCV and other technical cooperation. It is recommended GoB and JICA have close dialogues to mobilize or utilize such cooperation mechanism for the expansion of the model approaches developed by SMPP-2 outside of the Project framework.

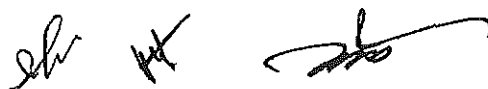
(6) The MTR Team observed that coordination, information sharing, problems solving among GoB, partners, and NGOs on MNCH had not been active. MNCH/FP Forum is one of opportunities of coordinating MNCH related stakeholders at one occasion to share information and seek for harmonization. Recognizing its hardship for convening MNCH/FP Forum inviting broad range of stakeholders, the Team recommends MoHFW to organize MNCH/FP Forum as an existing mechanism or try to make use of topic-specific occasions such as working group on Maternal Health Strategy, and MNCH Task Group on Annual Program Review. SMPP-2 should work with Director of



PHC/MNCHRH to formulate replicable MNCH approaches as part of UHS and coordinate with stakeholders.

(7) The MTR Team found the original Project Design Matrix (PDM) has some unclear or indistinct description which may create differences of interpretations among the concerned parties, therefore recommends revision of the PDM reflecting to the present plan of project activities keeping the Project direction unchanged.

[END]



ANNEX 1

PROJECT DESIGN MATRIX (PDM)

Version 0

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

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

Project Period:
July 2011 - June 2015

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

<p>[Output 2] Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country. 2-1 To analyze and document the process and results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services 2-2 To develop new interventions for improvement of MNH services (utilization and quality) in Narsingdi and Chowgacha. 2-3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha 2-4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha 2-5 To monitor & evaluate the results and process of implementation with new interventions in Narsingdi and Chowgacha 2-6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons learnt from SWPP, Chowgacha, and other good practices 2-7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites (Narsingdi, and Chowgacha) as learning centers and through the Horizontal Learning Program 2-8 To reflect the experiences gained in the Project sites into the training program used in the learning centers</p> <p>[Output 3] Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into Upazila Health System (UHS) are defined (Salkira, 3-1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources. 3-2 To implement baseline survey and end-line survey for the evaluation of the approaches 3-3 To implement trials in some target Upazilas 3-4 To monitor and evaluate the trials for assessment of the effect of approaches 3-5 To feedback the results and process of trials to the national trainings and implementation tools</p>	<p>2. Provision of equipment 3. Training of counterpart personnel 4. Dispatch of study team when necessary 5. Allocation of operational costs for the Project Local staff, NGO sub-contract, trainings, basic hospital facility and equipment, baseline and end line surveys 6. Local staff Technical advisor (TA) Senior Project Officer (SPO) District Manager (DM) Upazila Coordinator (UC) Administration & Financial Officer (AFO) Technical Officer (TO) Midwife (MW)</p>
	<p style="text-align: center;">Pre-condition: (Not Applicable)</p>

These figures are targeted in the Result Framework in HPNSDP Contents of minimum package will be defined in the Project Abbreviation:
MNH (Maternal and Neonatal Health), MMR (Maternal Mortality Rate), NFR (Neonatal Mortality Rate), TOR (Terms of Reference), MNCH (Maternal, Neonatal, and Child Health), TOM (Total Quality Management), CSG (Community Support Group), ANC (Antenatal Care), SBA (Skilled Birth Attendant), M&E (Monitoring and Evaluation), EmOC (Emergency Obstetric Care), CEmOC (Comprehensive Emergency Obstetric Care), HPNSDP (Health Population and Nutrition Sector Development Program)

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh

Evaluation Grid for MTR (1)

Review Criteria	Main Qs.	Review Questions Sub-Questions	Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method
Likelihood of achieving Project Purpose	Is the Project Purpose likely to be achieved by the end of the Project? [The approaches to improve MNH service quality and utilization in line with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh.]	Assessment based on the achievement level, Before/After comparison	(1) The number of Upazila implementing approaches such as TQM and CSG in MNCH minimum package intervention	Monitoring Report for MNCH minimum package and approaches	Monitoring Report for MNCH minimum package and approaches	Document review
			(2) The appropriate sets of indicators, target population and intended achievement level that have been defined using the result of baseline survey	Baseline surveys	Baseline surveys	Document review
Likelihood of achieving Outputs	[Output 1] Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level.	Assessment based on the achievement level, Before/After comparison	(2) Actual data for the above indicators to be used in the formulated M&E system [e.g. % increase of ANC, % increase of SBA attended deliveries, the number of Upazila which increased the budget allocation to MNCH activities, etc.]	Monitoring Report for MNCH minimum package and approaches	Monitoring Report for MNCH minimum package and approaches	Document review
			(1) Finalized TOR document of the platform (such as MNCH Forum)	TOR document/Project document	TOR document/Project document	Document review
Likelihood of achieving Outputs	[Output 2] Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country.	Assessment based on the achievement level, Before/After comparison	(2) Formulated the national MNCH minimum package and approaches	Minutes/National document	Minutes/National document	Document review
			(3) Formulated M&E tools for the national MNCH minimum package and the approaches	M&E forms and guideline/Project	M&E forms and guideline/Project	Document review
ACHIEVEMENT To what extent the Project have made its			(1) Report of analysis on the activities in Narsingdi and Chowgacha	Report /Project document	Report /Project document	Document review
			(2) Increase of ANC, PNC (MNH service utilization), decrease of case fertility rate, increase use of partograph, increase of active management of 3rd stage of labor, increase number of facility base maternal death case auditing (quality) in Narsingdi and Chowgacha *Target is determined by approaches.	Project monitoring report	Project monitoring report	Document review
ACHIEVEMENT To what extent the Project have made its			(3) At least one approach in each target area (Narsingdi, Chowgacha) is identified and determined to disseminate.	Project monitoring report	Project monitoring report	Document review
			(4) Training module formulated, number of training, number of participants, number of exchanged visits to the Project sites, number of registered master trainer, on the activities in Narsingdi and Chowgacha	Training Module	Training Module	Document review
			(1) Defined local implementation mechanism documented	The documentation of defined local implementation	The documentation of defined local implementation	Document review

[Handwritten signatures and initials]

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh



Evaluation Grid for MTR (1)

Review Criteria	Main Qs	Review Questions Sub-Questions	Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method
achievements so far?		[Output 3] <i>Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Sathira, Habiganj)</i>	Assessment based on the achievement level, Before/After comparison	(2) Increase of ANC, PNC, increase of total delivery by SBA, changes (monitoring) in C-section rate, increase of number of referral, increase of number of hospital supported by EmOC, increase of poor pregnant women supported by community, increase of UP budget allocated to MNCH activities, increase of most-partum FP, increase of met need (3) Staff and Client satisfaction	Project monitoring report Baseline surveys CPs, Project Experts	Document review Key informant/ Group interviews
		[Other changes] Any other changes Long-term and short term Project Experts provided through JICA support	Assessment based on analysis Comparison with the Plan/Actual	Any other changes that may have contributed / influenced the likelihood of achieving the Project Purpose? Period and support area of long-term and short-term Project Experts	CPs, Project Experts Project related reports R/D	Key informant/ Group interviews Document review
Extent of the Inputs made so far by JICA		The training activities in Japan, another country and in-country provided through JICA support	Comparison with the Plan/Actual - same as above - - same as above -	Training activities in Japan (Period, Number Trained, Contents) provided The training activities in other countries (Period, Number Trained, Contents) provided The training activities in Bangladesh (Period, Number Trained, Contents) provided	Project related reports R/D Project related reports R/D Project related reports R/D	Document review Document review Document review
		The equipment and supplies provided through JICA support Local expenses disbursed through JICA support	- same as above - - same as above -	Type, number, location, condition of the equipment and supplies provided Amount of the disbursement made (breakdown in category)	Project related reports R/D Project related reports R/D	Document review Document review
Extent of the Inputs made so far by the Bangladesh government (central and local)		The CPs working with the SMPP-2 Project The Project Offices and facilities necessary for the project implementation provided by the Bangladesh government Administrative and operational expenses required for the Project activities Running costs for electricity, water, etc. for Project Offices and facilities	Comparison with the Plan/Actual - same as above - - same as above -	Period and positions of the Counterparts (CPs) working with the SMPP-2 Project in terms of its Status and conditions of the Project Office and other facilities provided Status of provision of the administrative and operational expenses by Bangladesh government Status of provision of the running costs for electricity, water, etc. for the Project Offices and facilities by Bangladesh government	Project related reports R/D Project related reports R/D Project related reports R/D	Document review Document review Document review - same as above -
Project Activities, Planned v.s. Actual		Progress of the Activities What are factors, both positively and negatively, influencing progress of the Activities	Comparison with the Plan/Actual Qualitative Analysis of Information	Progress of planned Activities Factors that influenced levels of progress in Activities	Project related reports PDM/PO Project related reports CPs, Project Experts	Document review Document review Key informant/ Group interview
Adequacy of Benefits		Have the implementation of monitoring	Qualitative	Status of the monitoring mechanism for the Project	Project related reports DPs, Project Experts	Document review Key informant

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh

Evaluation Grid for MTR (I)

Review Criteria	Main Os	Review Questions Sub-Questions	Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method
IMPLEMENTATION PROCESS How has the process of implementation been going?	management structure	activities, decision-making processes and coordination process been adequate?	Analysis of Information	How the Logframe (PIDM) has been utilized and revised Functional status of the decision-making and coordination mechanism of the Project at Central and Divisional levels	DPs, Project Experts MoHFP, DPs, Project Experts	Key informant Key informant interview
	Adequacy of communication	Has the relationship/communication between Japanese Project Experts and Counterparts (CPs) been adequate?	Qualitative Analysis of Information	Views on how Japanese Project Experts and the CPs communicate one another, relate to one another.	Project related reports CPs, Project Experts	Document review Key informant/ Group interview
	The extent of involvement among the target	Have the beneficiaries of the Project been involved adequately?	Qualitative Analysis of Information	Extent and types of involvement by target groups (health practitioners, community people) in Project Activities	Project related reports CPs, Project Experts	Document review Key informant interview
	Ownership of the Bangladesh-side	Extent of ownership by Bangladesh government (central and local)	Qualitative Analysis of Information	Level of motivation and extent of involvement by the CPs in making decisions about the Project, how the Project is seen as a part of HNPSPDP	Project related reports MoHFP, CPs, Project Experts	Document review Key informant interview

 1

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh

Eva Grid for MTR (2)



Review Criteria	Review Questions		Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method (Actual)
	Main Questions	Sub-Questions				
<p>RELEVANCE</p> <p>To confirm the justifiability or necessity for project implementation</p>	Necessity	Do the Project objectives and strategies still match the needs of target areas, society and beneficiaries?	Qualitative analysis of information/data	Change in local conditions, new study findings, new programs, etc, that affect the needs of the target groups/society	Project related reports, Relevant Studies CSS/DDPs, Project Experts, DPs/MNCH specialists	Document review Key informant interview
		Is the Project still consistent with the policies and programs of the Bangladesh government?	Qualitative analysis of information	Change/progress in national policies, programs and regulatory/legal frameworks, etc. (<i>National Health Policy, Health, Population and Nutrition Sector Development Programme, National Strategy for Maternal Health, National Neonatal Health Strategy, etc.</i>)	Policy documents MoHFP, Project Experts, DPs/MNCH specialists	Document review Key informant interview
		Is the Project still consistent with the Japan's foreign assistance policy and JICA's country programs for Bangladesh?	Qualitative analysis of information	Project's adherence to the current Japan's foreign assistance policy and JICA's country programs for Bangladesh	Policy on assistance on International Health, Country Assistance Policy and Program for Bangladesh	Document review
		Are selected target groups and beneficiaries considered appropriate as a target and its scale/scope?	Qualitative analysis of information	Whether the changes specified in the narrative of target groups * <i>Community people, particularly pregnant and post-partum women and neonates</i> * <i>All level relevant staff under Department of Health and Family Planning at Central, district and upazila</i>	MoHFP, Project Experts, JICA Officers or Project Advisory Committee	Key informant interview
		Is the Project relevant from the equality point of view?	Qualitative analysis of information	Whether effects and costs of the Project are equally and non-discriminately shared among beneficiaries and stakeholders.	Project related reports	Document review

Signature: 

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh

F.v a Grid for MTR (2)

Review Criteria	Main Questions	Review Questions	Sub-Questions	Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method (Actual)
EFFECTIVENESS To examine project's effects	Clarity of objectives of the Project	Is the phrase of the Project Purpose specific enough for those involved with the Project?		Qualitative analysis of information	General clarity of the Project Purpose/OVIs narrative; changes made thereof. [Project Purpose] The approaches to improve MNH service quality and utilization in line with Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) are expanded in Bangladesh. General clarity of the outputs/OVIs narrative, changes made thereof. [Output 1] Function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as at MNCH Forum) is enhanced at national level [Output 2] Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country. [Output 3] Local implementation mechanisms of MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Saitkira, Habiganj)	MoHFP, Project Experts, DPs/MNCH specialists	Key informant interview
	Relationship between the achievements and project interventions	Is the phrase of the Outputs specific enough for those involved with the Project?		Qualitative analysis of information		MoHFP, Project Experts, DPs/MNCH specialists	Key informant interview
	Likelihood of the Project Purpose to be achieved		Has the sets of activities conducted under each Output been converted to produce results?	Qualitative analysis of information	Trend in Objectively Verifiable Indicators (OVIs) at the time of Mid-Term Review	Project related reports	Document review
			Would the Project Purpose likely to be achieved by the end of the Project?	Before/After comparison Qualitative analysis of information	Trend in OVIs at the time of Mid-Term Review	Project related reports	Document review
	Extent to which the outputs are		Are Project's strategies likely to produce impact on maternal and child health program in Bangladesh?	Before/After comparison	Assessment on the progress of the Project	DFs, Project Experts, CSS/DDFFs/UH&FPOs	Key informant interview
				Qualitative analysis of information/data	Trend in OVIs at the time of Mid-Term Review, and assessments conducted through monitoring activities Appropriateness of strategy or "Approaches" in light of past interventions and situation analysis (Likelihood of Project's models to be incorporated into 1) Upazila Health System, CC; 2) Hospital Services Management and Safe Blood Transfusion; 3) MNCH care; 4) Maternal Reproductive and Adolescent Health; and 5) Essential Service Delivery)	Project related reports	Document review
	Is there any influence of important assumptions observed on the attainment of the Project Purpose?			Before/After comparison	[Important Assumptions] • MoHFP continue its implementation of the Health, Population, and Nutrition Sector Development Program (HPNSDP) • Changes in policy from July 2011 to June 2013 and its influence on the concept and approaches of	Strategy documents Ex-Ante evaluation reports	Document review
				Qualitative analysis of information/data		MoHFP, Project Experts, DPs/MNCH specialists	Key informant interview

Signature: 
 Signature: 
 Page 2 of 4

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh

Eva Grid for MTR (2)

Review Criteria	Review Questions		Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method (Actual)
	Main Questions	Sub-Questions				
EFFICIENCY To examine project's efficiency	into the results being achieved	What are the hindering/contributing factors for attaining results?	Qualitative analysis of information	Views on the hindering/contributing factors in attaining results. (e.g. proper functioning of MNCH Forum, extent of application by MoHP of the past guidelines and other materials produced under Phase I, etc.)	MoHP, CSs/DDFPs, DPs, UH&FPOs, Project Experts	Key informant/ Group interview
	Cost of inputs for the degree of achievement of outputs	Are the cost of the Project inputs fair in terms of its intended level of achievements?	Qualitative analysis of information	Whether there were inputs that did not translate into activities or actions. Whether there were unfairly expensive inputs made under the Project	Project Experts, CSs/DDFPs, UH&FPO, DPs	Key informant interview
	Appropriateness of inputs	Were inputs delivered in an appropriate timeframe?	Qualitative analysis of information	Views on appropriateness of inputs	Project Experts, CPs	Questionnaire / Key informant interview
	Past lessons on efficiencies	Are the size/quantity and the quality of inputs appropriate?	Qualitative analysis of information	Views on appropriateness of inputs	Project related reports	Document review
	Inhibiting/contributing factors to efficiency	Were lessons learnt from the previous phase(s) properly incorporated into the Project activities?	Qualitative analysis of information	Whether and how the past lessons were incorporated into the Project activities	Project Experts, CPs	Questionnaire / Key informant interview
		Is there any influence of important assumptions observed on the attainment of the Outputs?	Qualitative analysis of information	[Important Assumptions] - Trend of the transfer of CP personnel - Situation on allocation of health personnel in different levels - Trend in attrition of staff (esp. Trainees)	Project related reports	Document review
		Is there any other factors that influence the efficiency of obtaining the outputs?	Qualitative analysis of information	Views on the hindering/contributing factors in conducting activities efficiently (e.g. availability of funding at local level, allocation of health personnel in each level, collaboration with and contribution of other initiatives and programmes, contribution of non-public SBAs)	Project related reports	Document review
					Project related reports	Key informant / Group interview
					Project related reports	Key informant interview
					Project related reports	Document review

Handwritten signature and initials.

Annex 2 Evaluation Grid for the Mid-Term Review of SMPP-2 in Bangladesh

Eva Grid for MTR (2)

Review Criteria	Review Questions		Criteria of Judgment	Data Required	Data Source	Data Collection Method (Actual)							
	Main Questions	Sub-Questions											
<p>IMPACT</p> <p>To examine the project's long-term effects, including the negatives</p>	Means-End relationship b/w the Overall Goal and the Project Purpose	Would the achievement of the Overall Goal result from the Project Purpose?	Qualitative analysis of information	Appropriateness of strategy in light of past interventions and situation analysis	Strategy documents, Project related reports	Document review							
	Clarity of Overall Goal	Are indicators of the Overall Goal appropriately defined?	Qualitative analysis of information	Appropriateness of OVI in Overall Goal level: 1. <i>NMR is reduced from 194 (2010) to under 143*</i> 2. <i>NMR is reduced from 37 (2007) to under 21*</i>	Project Experts, DPs/MNCH specialists	Key informant interview							
	Important assumptions for attaining Overall Goal	Is there any influence of important assumptions on attainment of the Overall Goal other than specified in the current PDM?	Qualitative analysis of information	[Important Assumptions] • <i>Changes in political, economic, and social situation that influenced society in Bangladesh</i> • <i>Trend of the national interests in and focus on the health sector</i>	CSs/DDFPs, Project Experts, DPs/MNCH specialists	Key informant interview							
	Positive or negative impacts	Is there any unexpected positive or negative influence including ripple effects?	Qualitative analysis of information	Observation on whether there are any unexpected changes due to the Project observed in target areas, target groups, its environment (political, economic, equality/rights issues), etc.	Project related reports	Document review	Document review						
								Key informant / Group interview					
	Inhibiting and/or contributing factors to sustainability	What are contributing/hindering factors for positive and negative effects?	Qualitative analysis of information	Observation on whether there are any other contributing/hindering factors due to the Project (e.g. availability of funds from the Pool Fund or the Yen Loan, etc.)	All stakeholders	Document review	Key informant / Group interview						
								Document review					
	<p>SUSTAINABILITY</p> <p>To safeguard sustainability of project's activities and attainment</p>	Are there sufficient political support from central and local governments?	Qualitative analysis of information	Views on whether political support from central and local governments are sufficient.	Project related reports	Document review	Key informant / Group interview						
								Are the personnel located and likely to be sufficiently retained and motivated to carry on the activities/maintain the achievement?	Key informant				
		Is the budget for MNCH activities at central and local levels secured through its own and/or external sources?	Qualitative analysis of information/data	Views on likelihood of adequate retention and motivation of the personnel to carry on the activities/maintain the achievement	Project Experts, DPs	Project related reports	Document review	Key informant					
Views on likelihood of adequate budget/resources secured for MNCH activities at central and local levels									Key informant interview				
Inhibiting and/or contributing factors to sustainability		Has the decision-making process of the Project function appropriately? Would the process in line with local existing decision-making process?	Qualitative analysis of information/data	Trend of cost-sharing data for the Project activities	Project related reports	Document review	Document review						
								Are the technology and skill sets suggested by the Project likely to be sufficiently acquired and maintained?	Views on adequateness of decision-making of the Project, and the proper functioning of sector-wide coordination forum and relationships among Project and the forum or with MoHEP	MoHEP, CSs/DDFPs, DPs, UH&FPOs, Project Experts	Project related reports	Key informant interview	Document review
								All stakeholders	Project related reports	Key informant / Group interview	Document review		

Signature and initials

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)
in Bangladesh

Annex 3 Japanese Experts

List of Technical Personnel from Japanese side

Project: Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)
Duration of Review: July 01, 2011 ~ June 30, 2013

Long-Term Japanese Experts

No.	Name	Designation	Period	Duration	Re.
1	Yukie YOSHIMURA	Chief Adviser	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	until June 30, 2014
2	Kenji YOKOI	Project Coordinator	Sep 18, 2011~ to date	21.4 Month(s)	until September 17, 2013
LONG TERM EXPERTS: TOTAL NUMBER of EXPERTS				2 Persons	
LONG TERM EXPERTS TOTAL (in Months)				45.4 Month(s)	

Short-Term Japanese and Foreign Experts

No.	Name	Designation	Period	Duration	Re.
FY 2011					
1	Toyokazu NAKATA	Community Mobilisation	Nov. 4 ~ 28, 2011	0.8 Month(s)	within which 7 days were in Japan
FY 2012					
1	Hitoshi SATO	Community Mobilisation	Jun. 15 ~ 23, 2012	0.3 Month(s)	
2	Tomohiko SUGISHITA	Health Systems Management Introductory Training	Sep. 22 ~ 29, 2012	0.2 Month(s)	From Kenya
3	Elisante GABRIEL	Health Systems Management Introductory Training	Sep. 22 ~ 27, 2012	0.2 Month(s)	From Tanzania
4	J. Ravichandran Jeganathan	Advisor for Maternal Death Review	Feb. 4 ~ 7, 2013	0.1 Month(s)	From Malaysia
FY 2013 (~ June)					
1	Hisahiro Ishijima	ToT on CQI	May 31 ~ Jun. 7, 2013	0.2 Month(s)	
SHORT TERM EXPERTS: TOTAL DURATION				1.8 Month(s)	
SHORT TERM EXPERTS: TOTAL NUMBER of EXPERTS				6 Persons	
SHORT TERM EXPERTS: AVERAGE DURATION per VISIT				0.3 Month(s)	

Long-Term Bangladesh Project Staff (excluding office support staff, drivers, securities, etc.)

No.	Name	Designation	Period	Duration	Re.
1	Dr. Md. Tajul Islam	Technical Adviser	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	Dhaka
2	Dr. Gazi Masum Ahamed	Sr. Project Officer	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	Dhaka
3	Dr. Rafiul Alam	Sr. Project Officer	Mar 20, 2013~ to date	3.3 Month(s)	Dhaka
4	Dr. Rezaul Rahman	District Manager	July 1, 2011~ Mar 11, 2012	8.3 Month(s)	Narsingdi
5	Mr. Dukul Barua	District Manager	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	Narsingdi
6	Dr. Nazimul Quyyum	District Manager	July 1, 2011~ June 11, 2012	11.3 Month(s)	Satkhira
7	Dr. Nakul Kumar Biswas	District Manager	June 15, 2013~ to date	0.5 Month(s)	Satkhira
8	Mr. Sheikh Lutfur Rahman	Project Officer	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	Satkhira
9	Mr. T.M. Mahmudun Nabi	Project Officer	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	Satkhira
10	Mr. Alamgir Hossain	Project Officer (HLP)	July 1, 2011~ to date	24.0 Month(s)	Satkhira
11	Mr. Md. Asadul Haque	Project Officer	July 1, 2011~ Apr. 2, 2012	9.0 Month(s)	Jessore
12	Mr. A. K. M. Mustafizur R.	Project Officer, District Coordinator	Apr. 22, 2012~ to date	14.3 Month(s)	Jessore/ B. Baria
13	Mr. Md. Sharif	Project Officer - Training	Feb. 17, 2013~ June 30, 2013	4.4 Month(s)	Satkhira
14	Mr. Ms. Mahabul Haque	Project Officer - Training	Jan. 11, 2012~ Jan. 31, 2013	12.6 Month(s)	Narsingdi
15	Mr. Ananta Kumar Paul	Community Development Officer	Dec. 23, 2012~ Mar 31, 2013	3.2 Month(s)	Narsingdi

bl  

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)
in Bangladesh

Annex 3 Japanese Experts

16	Mr. Bilas Kumam Sarker	Community Development Officer	Dec. 27, 2012- Mar. 31, 2013	3.1 Month(s)	Satkhira
17	Mr. Md. Sanwar Hossain	Sr. Admin and Finance	July 1, 2011- to date	24.0 Month(s)	Dhaka
18	Mr. Md. Zakir Hossain	Sr. Admin and Finance	July 1, 2011- to date	24.0 Month(s)	Satkhira
19	Ms. Hasnara Khatun	Technical Officer, Midwifery	July 1, 2011- Mar. 30, 2012	18.0 Month(s)	Narsingdi
20	Ms. Shuhanara Khatun	Technical Officer, Midwifery	July 1, 2011- Aug. 21, 2011	1.7 Month(s)	Satkhira
LONG TERM BANGLADESH PROJECT STAFF TOTAL NUMBER				20 Persons	
LONG TERM BANGLADESH PROJECT STAFF TOTAL MONTH				281.5 Month(s)	
LONG TERM BANGLADESH STAFF AVERAGE DURATION per ST				14.1 Month(s)	
<i>In addition to the above Bangladesh SMPP-2 personnel, 15 CARE Bangladesh Technical personnel (3 in Dhaka, 12 in districts) are allocated for conducting SMPP-2 activities.</i>					

Sh

H

SB

List of Equipment Provided from Local Expense Support Cost

Project: Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)
Duration of Review: July 2011 ~ 30 June 2013

Fiscal Year 2011 (July, 2011 ~ March, 2)

(Unit: BDT and Approx. Year)

#	Description/Name of Equipment	Qty	Place Assigned	Status
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

Fiscal Year 2012

#	Description/Name of Equipment	Qty	Place Assigned	Status
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)
in Bangladesh

Annex 4 Equipment

21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

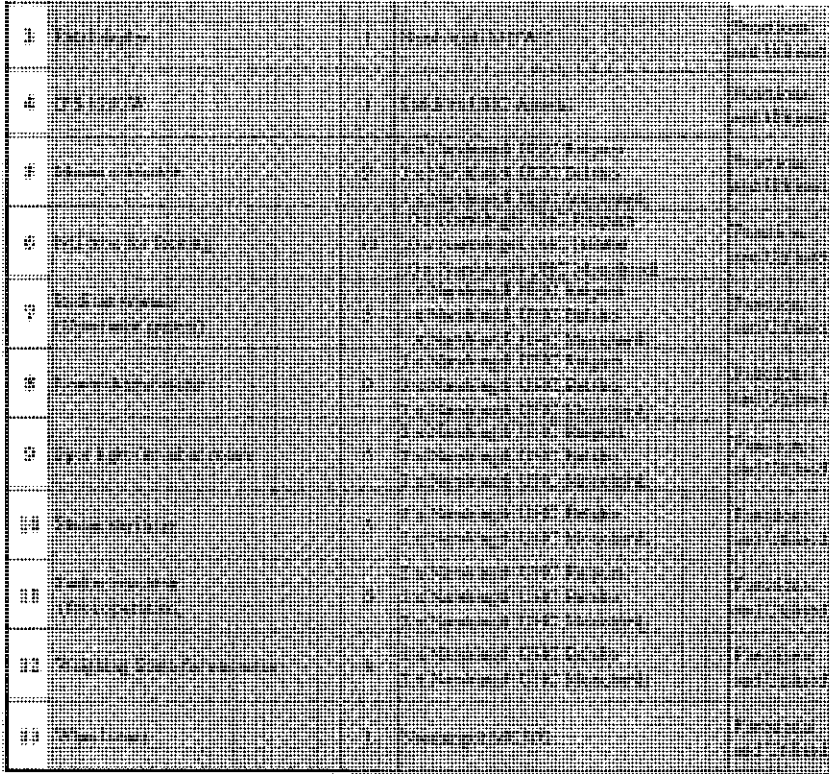
Fiscal Year 2013 (~ June 30)

#	Description/ Name of Equipment	Qty	Place Assigned	Status
1	Ambulance (New)	9	3 x Narshingdi UHC Kaurare 3 x Narshingdi UHC Beldha 3 x Narshingdi UHC Monohard	Functional and Utilised
2	Battery for IPS	8	Narshingdi District Hospital	Functional and Utilised

[Handwritten signatures and initials]

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)
in Bangladesh

Annex 4 Equipment



[Handwritten signatures]

Japanese and Bangladeshi Contribution
to the project's Local Expenses

Project: Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)

Duration of Review: July 01, 2011 ~ June 30, 2013

Japanese side (Breakdown by Year)

Fiscal Year/ Expenditure Type	Sub Total	Sub Total	BDT-YEN conversion rate
	FY (BDT)	FY (YEN)	
JFY2011 (Jul 2011 - Mar 2012)	29,025,010	33,698,037	1.161
JFY2012 (Apr 2012 - Mar 2013)	43,739,522	44,833,010	1.025
JFY2013 (Apr - Jun 2013)	11,365,013	13,944,871	1.227
Sub-Total (Type)	84,129,545	92,475,918	

Bangladesh Side (Breakdown by Year)

	FY 2011	FY 2012	FY 2013
In-kind Contribu- tion (Items)	Office premise in Dhaka	Office premise in Dhaka	Office premise in Dhaka

Sh H *ms*

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2) Annex 6 Counterpart Personnel
in Bangladesh

List of Counterpart Personnel

Project: Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2)

Duration of Review: July 01, 2011 ~ June 30, 2013

#	Name	Title	Organization	Remarks STR/PIC - committee members (☆=Active) (★=No Participation) (A=Very Low Participation)
Ministry of Health and Family Planning				
1	Mr. M. M. Neazuddin	Secretary	MOHFW	STR ☆
2	Prof. Dr. Khondhakar Md. Shefqetullah	Director General of Health Services	MOHFW	STR ☆
3	Mr. A. K. M. Amir Hossain	Director General of Family Planning	MOHFW	STR ☆
4	Dr. Makhduma Nargis	Project Director, Revitalisation of Community Health Care Initiative in Bangladesh	MOHFW	STR ☆
5	Ms. Niru Shamshun Nahar	Joint Chief (Planning)	MOHFW	STR/PIC ☆
6	Dr. Md. Bazlul Haque	Director Planning, DGHS	MOHFW	STR/PIC ☆
7	Ms. Rina Parvin	Director Planning, DGFP	MOHFW	STR/PIC ☆
8	Prof. Dr. Deen Mohammad	LD-ESD, DGHS	MOHFW	STR/PIC ☆
9	Dr. Mohammad Sharif	LD-MCRH, DGFP	MOHFW	STR/PIC ☆
10	Prof. Dr. A.B.M. Abdul Hannan	Director Hospital & Clinics & LD HSM	MOHFW	STR/PIC ☆
11	Dr. S. A. J. Md Musa	Director PHC & LD-MNCAH, DGHS	MOHFW	STR/PIC ☆
13	Vacant	Deputy Chief (Health), Planning	MOHFW	STR/PIC ☆
14	Dr. Md. Khairul Hassan	Deputy Chief (Family Planning), Planning	MOHFW	STR/PIC ☆
15	Ms. Shaila Sharmin Zaman	Senior Assistant Chief, Planning	MOHFW	STR, PIC ☆
Narsingdi District				
1	Dr. Rashid Ahmed	Civil Surgeon (CS)	Narsingdi District	PIC ☆
2	Mr. S M Anwar Hossain	Deputy Director/Family Planning	Narsingdi District	PIC ☆
3	Dr. Kazi Nazma Begum	Consultant Obs. & Gyne., District Hospital	Narsingdi District	☆
4	Dr. Mohammad Abdullah Al Masud	Consultant Anesthesia, District Hospital	Narsingdi District	☆
5	Dr. Md. Mustafizur Rahman	Consultant Pediatric, District Hospital	Narsingdi District	☆
6	Dr. Ashim Kumar Bhowmick	Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center	Narsingdi District	☆
Upazila level (Narsingdi District)				
Upazila Health & Family Planning Officer(UHFPO)				
1	Dr. Nazib Ahmed	UH&FPO, Sadar	Narsingdi District	☆
2	Dr. Rocksana Jahan Ferdous	UH&FPO, Palash	Narsingdi District	☆
3	Dr. Md. Safiqul Alam	UH&FPO, Shibpur	Narsingdi District	☆
4	Dr. Md. Nurul Islam	UH&FPO, Monohardi	Narsingdi District	☆
5	Dr. Monju Bhowse	UH&FPO, Belabo	Narsingdi District	☆
6	Dr. Safiqul Islam	UH&FPO, Raipura	Narsingdi District	☆
Upazila Family Planning Officer (UFPO),				
1	Ms. Fouzia Asmat	UFPO, Sadar	Narsingdi District	☆

[Handwritten signatures]

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2) Annex 6 Counterpart Personnel
in Bangladesh

#	Name	Title	Organization	Remarks STR/PIC = committee members (☆=Active) (★=No Participation) (A=Member Resignation)
2	Mr. Khairul Amin	UFPO, Palash	Narsingdi District	☆
3	Ms. Zakia Jesmin	UFPO, Shibpur	Narsingdi District	☆
4	Mr. Abdur Razzak	UFPO, Monohardi	Narsingdi District	☆
5	Mr. Nazrul Islam	UFPO, Belabo	Narsingdi District	☆
6	AFM Arafat Hossain	UFPO, Raipura	Narsingdi District	☆
Medical Officer Maternal and Child Health				
1	Dr. Ahsan Habib	MO-MCH-FP, Sadar	Narsingdi District	☆
2	Dr. Jahanara Akhter	MO-MCH-FP, Palash	Narsingdi District	☆
3	Dr. Nazmun Nahar	MO-MCH-FP, Shibpur	Narsingdi District	☆
4	Dr. ABM Nizam Uddin Mazumder	MO-MCH-FP, Monohardi	Narsingdi District	☆
5	Dr. Md. Zahiduzzaman	MO-MCH-FP, Belabo	Narsingdi District	☆
6	Vacant	MO-MCH-FP, Raipura	Narsingdi District	
Consultant (Gyne.)/(Anestasia)				
1	Dr. Umme Saima Choudhury	UHC, Palash (Consultant-Gynae)	Narsingdi District	☆
2	Dr. Md. Ekramul Hoque	UHC, Palash (MO-Anesthesia)	Narsingdi District	☆
3	Dr. Mandira Sarker	UHC, Shibpur (Consultant-Oynae)	Narsingdi District	☆
4	Dr. Nazrul Islam	UHC, Monohardi (RMO provide Anes.)	Narsingdi District	☆
5	Vacant	UHC, Belabo	Narsingdi District	
6	Dr. Shaila Khanam	UHC, Raipura (Consultant-Gynae)	Narsingdi District	☆
Consultant (Pediatric)				
	Vacant	UHC, Palash	Narsingdi District	
	Vacant	UHC, Shibpur	Narsingdi District	
	Vacant	UHC, Monohardi	Narsingdi District	
	Vacant	UHC, Belabo	Narsingdi District	
	vacant	UHC, Raipura	Narsingdi District	
Satkhira District				
1	Dr. S. Z. Atique	Civil Surgeon (CS)	Satkhira District	PIC ☆
2	Dr. Asit Kumar Swarnakar	Deputy Director/Family Planning	Satkhira District	PIC ☆
3	Dr. Farhana Hossain	Consultant Obs. & Gynec., District Hospital	Satkhira District	☆
4	Dr. Shukanto Kumar Mazumder	Consultant Anesthesia, District Hospital	Satkhira District	☆
5	Dr. Shamsur Rahman	Consultant Pediatric, District Hospital	Satkhira District	☆
6	Dr. Lipika Biswas	Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center, Sadar	Satkhira District	☆
Upazila level (Satkhira District)				
Upazila Health & Family Planning Officer(UHFPO)				
1	Dr. Provas Kumar Sardar	UH&FPO, Assasuni	Satkhira District	☆
2	Dr. Aksudur Rahman	UH&FPO, Debhatu	Satkhira District	☆

[Handwritten signatures]

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2) Annex 6 Counterpart Personnel
in Bangladesh

#	Name	Title	Organization	Remarks STR/PIC = committee members (☆=Active) (★=No Participation) (A=New Join Participation)
3	Dr.Md. Abdur Rahman	UH&FPO, Kalaroa	Satkhira District	☆
4	Dr. Abul Kalam Azad	UH&FPO, Kaligonj	Satkhira District	☆
5	Dr. Rafiqul Islam	UH&FPO-In-charge, Sadar	Satkhira District	☆
6	Dr. Md. Nazrul Islam	UH&FPO, Shyamnagar	Satkhira District	☆
7	Dr. A.S.M. Zahirul Hassan	UH&FPO, Tala	Satkhira District	☆
Upazila Family Planning Officer (UFPO),				
1	Md. Darul Alam	UFPO (In charge), Assasuni	Satkhira District	☆
2	Md. Jahangir Alam	UFPO, Debhata	Satkhira District	☆
3	Md. Aminul Islam	UFPO, Kalaroa	Satkhira District	☆
4	Md. Abdus Salim	UFPO, Kaligonj	Satkhira District	☆
5	Ms. Rowshan Ara Zaman	UFPO, Satkhira Sadar	Satkhira District	☆
6	Mr. Prober Kumar Shen	UFPO, Shyamnagar	Satkhira District	☆
7	Ms Inrani Debnath	UFPO, Tala	Satkhira District	☆
MO-MCH-FP, MCWC				
1	Dr. Arun Kumar Banarji	Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center, Kaligonj	Satkhira District	☆
Medical Officer Maternal and Child Health				
1	Md. Darul Alam	Assasuni	Satkhira District	☆
2	Dr. Ranojit Kumar Roy	MO-MCHFP, Debhata	Satkhira District	☆
3	Dr. Probir Kumar Mukherjee	MO-MCHFP, Kalaroa	Satkhira District	☆
4	Dr. Arun Kumar Banarji	MO-MCHFP, Kaligonj	Satkhira District	☆
5	Dr. G M Muzibur Rahman	MO-MCHFP, Sadar	Satkhira District	☆
6	Dr. Arun Kumar Banarji	MO-MCHFP, Shyamnagar	Satkhira District	☆
7	Dr. Md. Abul Basher	MO-MCHFP, Tala	Satkhira District	☆
Consultant (Gyne.)/(Anaesthesia)				
1	Vacant	Assasuni	Satkhira District	
2	Dr. Ehsen Ara	Debhata (Jr. Consultant, Obs/Gynae)	Satkhira District	☆
3	Dr. Md. Abdul Karim Miah	Debhata (Jr. Consultant, Anesthesia)	Satkhira District	☆
4	Dr. Md. Nazmul Alam	Kalaroa (Jr. Consultant, Obs/Gynae)	Satkhira District	☆
5	Dr. Anisur Rahman	Kaligonj (Consultant, Anesthesia)	Satkhira District	☆
6	Vacant	Kaligonj	Satkhira District	
7	Vacant	Shyamnagar	Satkhira District	
8	Vacant	Tala	Satkhira District	
Consultant (Pediatric)				
1	Vacant	Assasuni	Satkhira District	
2	Vacant	Debhata	Satkhira District	
3	Vacant	Kalaroa	Satkhira District	

Handwritten signature

Handwritten signature

Mid-Term Review of the Safe Motherhood Promotion Project (Phase 2) Annex 6 Counterpart Personnel
in Bangladesh

#	Name	Title	Organization	Remarks STR/PIC= committee members (☆=Active) (★=No Participation) (A=Very Low Participation)
4	Vacant	Kaligonj	Satkhira District	
5	Vacant	Shyamnagar	Satkhira District	
6	vacant	Tala	Satkhira District	
Jessore District				
1	Dr. Atiqur Rahman Khan	Civil Surgeon (CS)	Jessore District	PIC ☆
2	Dr. Dilip Kumar Brahma	Deputy Director/Family Planning	Jessore District	PIC ☆
3	Dr. Norgis Akter	Consultant Obs. & Gyne., District Hospital	Jessore District	☆
4	Dr. Bipul Kanti Halder	Consultant Anesthesia, District Hospital	Jessore District	☆
5	Dr. Mahbubur Rahman	Consultant Pediatric, District Hospital	Jessore District	☆
6	Md. Asaduzzaman	Medical Officer (Clinic), Mother and Child Welfare Center	Jessore District	☆
Upazila level (Chougacha, Jessore District)				
1	Dr. Rowshan Anwar	Upazila Health and Family Planning Officer	Jessore District	☆
2	Rashida Akhter	Upazila Family Planning Officer	Jessore District	☆

Source: SMPP-2 Project Office (Dhaka)

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

[Activities under Output1: The function of the MNH activities coordination among stakeholders (such as in the MNCH Forum) is enhanced at national level]

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
<p>1.1 To finalize the Terms of Reference (TOR) of MNCH forum</p>	<p><i>This activity was not conducted as the MNCH forum had been inactive since 12th April 2011.</i></p> <p><i>There is a platform with a similar but more limited membership (the MNCH/FP Task Group), which is one of the 9 Task Groups established under HPNSDP. This mechanism works for the Annual Program Review of the HPNSDP as well as its follow-up, but not considered as a coordination mechanism.</i></p> <p><i>Another related activity is a revision of National Maternal Health Strategy 2001. The issue of coordination will be addressed in this strategy.</i></p> <p><i>Several efforts were made by SMPP-2 and by UN to re-activate the MNCH forum with no success as of June 2013. The last PIC meeting on 4th June decided to look into the existing committees and groups that have a similar function of coordination and decide if there is a need for another forum to fill up the gap.</i></p> <p><i>Chief Advisor has been a member of this the MNCH/FP task group and participated in the APR from September to October in 2012 for about three weeks.</i></p>
<p>1.2 To define the national MNCH minimum package and approaches by relevant stakeholders in a collective manner</p>	<p><i>This activity was not conducted as because a priority was given to revising the National Maternal Health Strategy (2001) and development of the Standard of Procedures (SOPs) on the MNCH services.</i></p>
<p>1.3 To make and revise guidelines and manuals for the implementation of the MNCH minimum package and the approaches</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. The following activities relating to the formulation and revision of guidelines and manuals took place, including: 2. SMPP-2 was invited to join the discussion on Standard Operation of Procedure for Neonatal care organized by DGHS and Save the Children, USA during the 3rd quarter of 2011. Technical Advisor of SMPP-2 participated in this discussion. 3. SMPP-2 participated in and made contributions to the UHS task group, which has already worked on the development of a draft concept paper on UHS and discussion on two studies supported by WHO: capacity building (training program) of UHS managers and quality assurance under the UHS (prior to the said Steering Committee). 4. SMPP-2 is a member of the Technical Committee at the DG levels, which works under the newly formed Steering Committee of Upazila Health System (UHS) at the Ministry level headed by Senior Secretary. 5. Three (3) technical staffs of SMPP are involved in three subgroups (cross cutting, EmOC, and ANC) to contribute to

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<p>the discussion and write-up of the revised Maternal Health Strategy and the Standard of Operation (SOP) for maternal and neonatal health including ANC and EmOC during the last quarter of 2012 up to present.</p>
<p>1.4 To formulate M&E systems for the national MNCH minimum package and the approaches introduced by stakeholders</p>	<p><i>This activity is not conducted under SMPP-2 because this activity was replaced with revising the National Maternal Health Strategy 2001 and development of SOPs on MNCH. There will be M&E systems described in the revised strategy.</i></p>
<p>1.5 To facilitate mutual learning among stakeholders through MNCH forum</p>	<p><i>This activity of mutual learning did not take place in the form of the MNCH forum meeting.</i></p> <p><i>Instead, some DPs and projects individually explored collaboration or field exchange visits as per their needs. Besides, they organized seminars, workshops, meetings, and roundtable to disseminate the information and discuss specific issues. SMPP-2 has been invited and actively participated in those events.</i></p> <p>With a similar purpose, SMPP-2 organized the following events:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Launching ceremony of SMPP-2 in September, 2011 to introduce the SMPP-2 to key stakeholders ▪ Launching ceremony of SMPP documentation in April, 2013 to share the experiences of SMPP-1 ▪ MNCH mapping & private-CSBA study finding dissemination in July 2012 ▪ Bangladesh-Kenya Forum in October 2012 to share and mutual learning between the two countries on MNCH ▪ The maternal death review seminar was planned in February 2013 but postponed due to political unrest.
<p>ADDITIONAL ACTIVITIES that contributes to achievement of Output 1</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chief Advisor is a regular member of the MNCH/FP task group to review the ToR of consultants and identification of the areas that the APR will look at, as a part of the effort to review the Annual program of HPNSDP from September, 2012. 2. Another effort to develop a Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) strategy was facilitated by the Director, MIS, DGHS during the 4th quarter of 2012. 3. Chief Advisor, SMPP-2 attended the Multi-country Workshop to develop country road maps to translate the recommendations of the Commission on Information and Accountability (COIA) for Women's and Children's Health in Bangkok from 24th to 26th September, 2012. After the workshop, small technical team was formed and discussed how to finalize the road map of COIA. The COIA workshop was held on 31st January and 1st February 2013 to finalize the roadmap with the participation of SMPP-2. This activity led to the involvement of CRVS strategy development and helped designing Maternal death review OP of SMPP-2.

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<p>4. SMPP-2 collaborated with the JICA HQ a ICDDR-B in the Social Capital Study in Narsingdi which examines trust within the CmSSs and the community and towards public service providers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assisted the JICA-HQ Study Team during 11-21 October, 2011 • Assisted Impact Study Mission from 31st October to 2nd November, 2012 • Assisted Impact Study Mission from 30 to 31 January, 2012 • Assisted the JICA-HQ Study Team during their follow up during 20-21 March, 2012 <p>5. Chief Advisor (CA), SMPP-2 attended the Global Maternal Health Conference in Tanzania during 15-17 January, 2013. She presented the comparison of SMPP baseline and end-line data findings at the conference.</p> <p>6. SMPP-2 assisted the visit of the high delegation of Kenyan MoHS to Bangladesh from September to October, 2012. It was an opportunity of mutual learning between the two countries' health systems, MNCH service delivery, and community health activities. This experience was reflected in the new community health strategy of Kenya.</p> <p>7. A scientific paper titled "An impact evaluation of the safe motherhood promotion project in Bangladesh: evidence from Japanese aid-funded technical cooperation" has been submitted to the Journal of Social Science and Medicine for publication. This paper is written in collaboration with Dr. Kamiya of Osaka University.</p>

[Activities under Output2: Process of good practices and lessons learnt for improvement of MNH extracted from the Project (including Phase 1) are disseminated in the country]

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
<p>2.1 To analyze and document the process and results in Narsingdi and Chowgacha to identify issues constraining a further improvement of utilization and quality of MNH services</p>	<p>1. Document/Paper "Narsingdi Model" in collaboration with WHO-SEARO was published and presented at the Global Maternal Health Conference 2013 (Tanzania) and in a peer journal (Social Science & Medicine, Osaka University).</p> <p>2. Chowgacha experiences were compiled as Chowgacha model training curriculum (draft).</p> <p>3. Process documentation on the Community Group and the Community Support Group in Narsingdi was drafted.</p> <p>4. Upazila Health System concept paper was drafted together with WHO for the Essential Service Delivery OP based on the Narsingdi experience.</p> <p>5. The results of the pilot intervention of the Private</p>

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	Community Skilled Birth Assistants were compiled.
2.2 To develop new interventions for improvement of MNH services utilization and quality in Narsingdi and Chowgacha.	<ol style="list-style-type: none"> 1. SMPP invited Dr. Ravi from Malaysia for a Seminar on Maternal Death and Surveillance Response (MDSR), which was planned on 7th February 2012. However, due to hartal, the seminar was cancelled. 2. 5S/CQI/TQM was introduced in Narsingdi DH and Chowgacha UHC in 2011. 3. Hospital management training program reflecting Chawgacha UHC experiences was developed with collaboration of NIPORT and Chowgacha UHC. This training program will be linked with the support to UHC and LLP program.
2.3 To conduct baseline and end-line surveys in Narsingdi and Chowgacha	<ol style="list-style-type: none"> 1. End-line data collection was organized in December 2011 Postnatal Care (PNC) pilot intervention in Monohordi Upazila, Narsingdi District (November 2010~ November 2011), in order to see the effectiveness of this intervention in December 2011. 2. The TQM situation study was conducted in Narsingdi and Jessore and two more hospitals (Pubna and Satkhira). 3. The Private CSBA study was conducted in Narsingdi 4. Situation analysis of private Skilled Birth Attendant (SBA) in Raipura Upzila, Narsingdi. 5. Social capital (SC) study in Narsingdi in 2011 and in Satkhira to collect baseline data in June-July 2012.
2.4 To implement new interventions in Narsingdi and Chowgacha	<p>[Private CSBAs trial]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. As a part of the Private Community Skilled Birth Attendants pilot study, three months' additional training course for 10 Private-CSBAs from Narsingdi was conducted from 20th November, 2011 ~ 23 February, 2012. <p>[Postnatal Care trial]</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Postnatal Care (PNC) pilot intervention has been implemented in Monohordi Upazila, Narsingdi between November 2010~ November 2011. <p>[TQM pilot]</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Facility assessment (14 November 2012) and TQM orientation of MCWC staff (the Deputy Director FP, MO-MCH FP, MO-Clinic and other relevant staff), in Narsingdi district was made on 22 November 2012. QIT and two WITs and their action plan for implementation were developed. 4. SMPP organized a refresher workshop on TQM in Narsingdi District Hospital on 12 December 2012.

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<p>5. The following twelve (17) hospitals were designated as the TQM pilot by DGHS. In addition, MCWC in Narsingdi has also been supported by SMPP-2.</p> <p><u>[SMPP-2 Target Areas]</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Narsingdi District Hospital (March 2011) ▪ Satkhira DH (May 2011) ▪ Hobiganj DH (June 2011) ▪ Jessore Medical College Hospital (October 2012) ▪ Chowgacha UHC, Jessore District (July 2012) <p><u>[SMPP-2 Non-Target Areas]</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Joypurhat DH (September 2012) ▪ Ishwardi UHC, Pabna District (November 2012) ▪ Sujanager UHC, Pabna District (November 2012) ▪ Birampur UHC, Dinajpur District (April 2013) ▪ Pabna Medical College Hospital (November 2012) ▪ Jhineidah DH (September 2012) <p><u>[UNICEF-Target Areas]</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tangail DH (September 2012: UNICEF) ▪ Cox's Bazar DH (October 2012: UNICEF) ▪ Chittagong MCH (October 2012: UNICEF) ▪ Mymensingh Medical College Hospital (MCH) (December 2012: UNICEF) ▪ Kishorganj DH (February 2013: UNICEF) ▪ Netrokona DH (February 2013: UNICEF) ▪ Bandarban DH (February 2013: UNICEF) <p>6. Technical Assistance for the 1) TQM orientation, 2) formulation of the Action Plan, 3) establishment of the QIT and WITs were completed in all the JICA-supported 11 TQM hospitals and one MCWC.</p> <p>7. Monitoring visits to all the JICA-supported 11 TQM hospitals and one MCWC has been regularly conducted either by SMPP-2 staff or by DGHS.</p> <p>8. The TQM Review workshop was organized in Dhaka to share the practices and experiences of 5S application among all the national pilot hospitals (17) including UNICEF-supported hospitals and one MCWC, in January 2012 and June 2013.</p> <p>9. Study visit to learn TQM activities in Sri Lanka was organized with the participation of DGHS concern officials and staff of pilot hospitals¹ in October 2011, February 2012, and February, 2013.</p> <p><u>[ICG/CSG trial]</u></p> <p>10. Trainers' Training (ToT) of Community Group (CG) was completed in Jessore in October 2012 with the participation of district/upazila level GoB trainers.</p>

¹ Also included hospital staff from UNICEF-supported TQM hospitals.

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<p>11. Assisted Community Clinics in developing Community Support Groups (CSGs) in Narsingdi, with the establishment of 143 and 67 CSG in Raipura and Monohardi Upazilas, respectively, by the end of March 2013.</p> <p>12. In Narsingdi, 192 CSGs were operational in two Upazilas (Monohordi and Raipura) at the time of MTR.</p> <p>[UHC/LLP trial]</p> <p>13. Two day program of the Chowgacha UHC visit by 14 LLP upazila managers was organized in May 2012.</p> <p>[HLP trial]</p> <p>14. UDCCM training was organized in Narsingdi and Jessore with the participation of all Union Parishads in August – September, 2012.</p>
<p>2.5 To monitor & evaluate the results and the process of implementation with new interventions in Narsingdi and Chowgacha</p>	<p>[Private CSBA]</p> <p>1. SMPP-2 started Private CSBA Evaluation Study in the second quarter of 2012.</p> <p>[TQM]</p> <p>2. TQM study conducted in December 2012 ~ March 2013.</p> <p><i>Most new interventions, such as the UHS/LLP trial and the HLP trial were still too early to be evaluated.</i></p>
<p>2.6 To formulate training programs based on the extracted good practices and lessons learnt from SMPP, Chowgacha, and other good practices</p>	<p>[CG/CSG]</p> <p>1. Technical support was provided to RCHCIB by SMPP-2 to develop the community support group operational guideline through a series of stakeholder meetings during</p> <p>2. The finalizing CG training trainer's manual and participant handout is under process.</p> <p>3. Several task group meetings were held for manual development of CC orientation for UP members with the support of the National Institute of Local Government (NILG) representatives.</p> <p>[TQM]</p> <p>4. The curriculum on Chowgacha model replication has been finalized and approved by the Technical Committee of NIPORT in May 2012.</p>
<p>2.7 To share the processes of good practices and lessons learnt utilizing the Project sites (Narsingdi, and Chowgacha) as learning centers and through the Horizontal Learning Program</p>	<p>1. Narsingdi District as well as Chowgacha Upazila of Jossore District has been receiving many visitors throughout the Project implemented as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ There were 2 group visits from Bangladesh in Narsingdi ▪ There were 3 visits by dignitaries in Narsingdi ▪ There were 17 international visits from Japan in Narsingdi

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ There were about 10 visits from other hospitals to Chowgacha
<p>2.8 To reflect the experiences gained in the Project sites into the training program used in the learning centers</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Learning at the project site was reflected in the Community Group/community support group/UP training manual and textbook several times. 2. The project site experiences were incorporated in the TQM orientation and Post-partum FP training and IPP training conducted in Satkhira.
<p>ADDITIONAL ACTIVITIES that relates to Output 2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Four (4) weeks training on Safe Delivery was organized for nurses of Chowgacha (and Satkhira) UHC at the OGSB hospital in Mirpur, Dhaka, in which 6 out of 8 nurses completed the entire training in December 2011~January 2012. . 2. HLCC (Horizontal Learning in Community Clinic) workshop was organized in February 2012 in Manikganji district. The selected CC representatives participated in this workshop and shared their good practices and developed an exchange visit plan. This workshop was organized by RCHCIB and coordinated by the Water and Sanitation Program (WSP), World Bank (WB) and SMPP-2. 3. SMPP-2 works with the JAPAN-UNICEF Embrace Partnership Project, "Quality Improvement Initiative for Newborn Health Care (2011~13)" in the area of TQM introduction and establishing an effective referral system in 6 hospitals of Chittagong and Dhaka Divisions.

[Activities under Output3]

Local implementation mechanisms of the MNCH minimum package and approaches integrated into UHS are defined (Satkhira, Habiganj)

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
<p>3.1 To plan trials (resource mapping, TOT for master trainers, study tours, local planning, etc.) in some target Upazilas to observe appropriateness and replicability of the MNCH approaches and minimum package implementation using available local resources.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. The following approaches were planned and are being implemented in Satkhira District: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Replication of Narsingdi model ▪ Total Quality Management (TQM) ▪ Upazila Health System/Local Level Planning (UHS/LLP) ▪ Horizontal Learning Program for the capacity building of union parishads ▪ Model Operation Theater Complex Design ▪ Post-Natal Care (Post-Partum Family Planning: PFP) trial ▪ Interventions in remote areas ▪ Capacity building of Community Group/Community Support Group (CG/CSG) trial

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

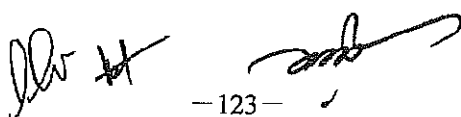
Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
<p>3.2 To implement baseline surveys and end-line surveys for the evaluation of the approaches</p>	<p>2. SMPP-2 has commissioned the following research activities to consultants:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baseline Survey of SMPP-2 in Satkhira and Bagerhat (control site) districts has commenced on July 2011, which was contracted out to ACPR, a local research firm. The report was finalized in October 2011. ▪ As a part of Baseline data collection, SMPP team conducted a hospital assessment using the quality checklist in Satkhira. Respective Project officers are responsible for making the Upazila profile and Human resource lists. The findings and data of the baseline survey will be utilized for planning workshop in Upazilas. ▪ Data collection on the District / Upazila profile was carried out by a SMPP-2 team in Satkhira during July-August 2011. ▪ Union Situation analysis was done by the SMPP CARE team in Satkhira during October-December 2011. ▪ Baseline data collection of community support group (CSG) impact study in Kolaroa Upazila of Satkhira in December 2012. ▪ TQM baseline study on the level of satisfaction among the staff and clients at the end of December 2012 at four (4) TQM pilot hospitals (Narsingdi and Satkhira District hospitals and Jessore and Pabna Medical College Hospitals). <p>3. A skills assessment on Nurses of selected hospitals in Satkhira was conducted by Dr. Shankar Prasad Biswas, Assistant professor (Gyne and Obs), Khulna Medical College, as part of a baseline assessment.</p> <p>4. SMPP-2 developed the design of the Maternal Death Review (MDR) Operational Research in May 2013. After the consultation with GoB Counterpart, it will be implemented in Satkhira from hopefully Sep. 2013.</p> <p>5. The baseline data collection of Social capital and women's empowerment study was carried out in Koraloa Upazila in February 2013.</p> <p>6. The baseline data collection of the study on the impact of CSG on MNH indicators was held in Koraloa upazila in Dec. 2012.</p>
<p>3.3 To implement trials in some target Upazilas</p>	<p>[TQM Trial]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The Satkhira District Hospital was designated as the TQM pilot by DGHS in May 2011. 2. Technical Assistance for the 1) TQM orientation, 2) formulation of the Action Plan, 3) establishment of the QIT and WITs were completed at Satkhira hospital. 3. Monitoring visits to Satkhira Hospital has been regularly conducted either by SMPP-2 staff or by DGHS.

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<p>4. The TQM Review workshop was organized in Dhaka to share the practices and experiences of 5S application among all the national pilot hospitals (17) and one MCWC in January 2012 and June 2013.</p> <p>5. Study visit to learn TQM activities in Sri Lanka was organized with the participation of staff from the Satkhira Hospital in October 2011, February 2012, and February, 2013.</p> <p>[UHS/LPP Trial]</p> <p>1. The outline of UHS activities has been clarified and three (3) pilot upazilas were selected for the introduction of UHS (Khaliganji upazila of the Satkhira district, Bhoilop upazila of the Khishorganji district, and Charagati upazila of the Rashaji district).</p> <p>2. An orientation for the district/upazila managers as well as for UHC staff was conducted at Khaliganji upazila on 12 February.</p> <p>3. All seven (7) Upazilas developed an action plan that contains hospital and community level activities in 2011.</p> <p>4. Based on the action plan, SMPP-2 has provided equipment, information boards, educational materials, and in house training (IPP training and computer training), safe delivery training in collaboration with OGSB and MCHTI, and ETAT training with BSMMU and Child health unit of DGHS.</p> <p>5. The Action Plan review meeting was organized with all the stakeholders including hospital staff, field staffs, Union Chairmen and community representatives, during February ~ May 2013 to check the progress on action plan implementation and revise the action plan.</p> <p>6. Some model unions were selected by local managers to further enhance their performances for demonstration. An action plan was developed and implementation is continuing.</p> <p>[HLP trial]</p> <p>1. Satkhira district was treated as the first district HLP in Bangladesh to pilot the HLP activities in the whole district covering 7 upazilas. The HLP district working team was established in May 2012. The working team meeting was organized in May and July 2012 to finalize the membership and responsibilities of key stakeholders.</p> <p>2. Two-day UDCCM training was organized in Satkhira during Dec. 2011 to Mar. 2012 to facilitate the UP to regularize the quality UDCCM.</p> <p>3. HLP networking workshop at 7 Upazilas and 2 municipalities</p>

Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	<p>in 2012 to identify good practices. A district networking workshop was organized in April 2013 to share Upazila wise good practices and select good practices in the District.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Exchange visits of UPs of Satkhira were coordinated by WSP of WB. Some UPs replicated their learning in their unions (introduction of saving bank for pregnant women, mother club, and contribution to CCs) 5. SMPP-2 facilitated UPs to develop the line item budget allocation for MNCH activities during open budget sessions. 6. Experiences of HLP in Satkhira were shared and reported to the HLP technical team meeting in Dhaka. Some HLP partners visited in Satkhira to learn from the HLP activity organization. <p><u>IoT Complex Design of Satkhira DH</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. This activity was supported by Yen Loan under the PHE OP. The tender will be called for the selection of a contractor. <p><u>Postpartum FP</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The TOT for the field trainers on Post-partum Family Planning (PPFP)/ Long Acting and Permanent Methods (LAPM) was conducted between 20-22 November 2012 at Satkhira District hospital and MCWC. This activity is related to the partnership with USAID. SMPP-2 collaborates with EngenderHealth. 2. Also, the clinical trainers were given a refresher training with hands-on skill for two days on LAPM during regular TOT 3. The first batch of 4-day PPFP training was conducted for the total of nine (9) doctors and FWVs from different hospitals and FWCs in Satkhira with the technical assistance from EngenderHealth on January 19-22, 2013. This clinical training was completed in June 2013. <p><u>Interventions in remote areas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Remote unions were identified and developed a separate action plan for each union. The implementation of activities is going on according to their plans including organization of village doctor orientation. <p><u>CC/CG/CSG related activities</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. In Satkhira, 96 CSGs were established for demonstration purpose in 7 Upazilas as of June 2013.
<p>3.4 To monitor and evaluate the trials for assessment of the effect of approaches</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regular monitoring of activities in Satkhira is done using the monthly data collection and compilation and documentation of activities by SMPP-2 staff. SMPP retreat was organized annually to assess the progress of activities and discuss the



Annex 07: List of Planned and Actual Activities

Plan (as per PDM ver. 0)	Progress (as of June 2013)
	problems of implementation and future actions.
3.5 To feedback the results and process of trials to the national trainings and implementation tools	1. Experiences in Satkhira are regularly fed back to the RCHCIB and incorporated in the Community Clinic (CC) related training program.
ADDITIONAL ACTIVITIES that relates to Output 3	1. Partnership with USAID was materialized as PFP activity.

AS H amb

