

ガーナ国
ガーナ保健サービス局

ガーナ国
アッパーウエスト州地域保健機能を活用した
妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト
事業完了報告書

平成 28 年 9 月
(2016 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

アイ・シー・ネット株式会社

ガーナ事
JR
16-003

略 語 表

略語	正式名	日本語
ANC	Antenatal Care	産前健診
BMC	Budget Management Centre	予算管理組織
CETS	Community Emergency Transport Systems	地域緊急搬送システム
CHAP	Community Health Action Plans	地域保健行動計画
CHO	Community Health Officer	地域保健師
CHN	Community Health Nurse	地域看護師
CHPS	Community-Based Health Planning and Services	駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス
CHV	Community Health Volunteer	地域保健ボランティア
CP	Counterpart	カウンターパート
DBI	Daffiama-Bussie-Issa	DBI 郡
DDHS	District Director of Health System	郡保健局長
DHMT	District Health Management Team	郡保健局マネジメントチーム
DHIMS2	District Health Information Management System 2	郡保健情報管理システム 2
DPHN	District Public Helth Nurse	郡公衆衛生看護師
FSV	Facilitative Supervision	支援型スーパービジョン
GHS	Ghana Health Service	ガーナ保健サービス局
HC	Health Centre	保健センター
HI	Health Information	保健情報
IEC	Information, Education, and Communication	情報・教育・コミュニケーション活動
ICT	Information and Communication Technology	情報・コミュニケーション技術
IGF	Internally Generated Fund	内部資金
Jhpiego	John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics	ジェパイゴ (ジョン・ホプキンス大学に連携する国際 NGO)
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
MAF	Millennium Goals Development Acceleration Framework	ミレニアム開発目標加速フレームワーク
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MNDA	Maternal and Neonatal Death Audits	妊産婦・新生児死亡症例検討会
MOH	Ministry of Health	保健省
NAC	Nurse Assistant Clinical	准看護師養成学校
NAP	Nurse Assistant Preventive	地域看護師養成学校
NAS	National Ambulance Service	国家救急サービス
NHIS	National Health Insurance Scheme	全国健康保険システム

NMCG	Nursing and Midwifery Council of Ghana	ガーナ看護師助産師協議会
OJT	On-the-Job Training	実務訓練
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリクス
PDSA	Plan Do Study Adapt	計画・実践・評価・適応（質改善サイクル）
PFA	Project Five Alive	プロジェクト・ファイヴ・アライヴ
PLA	Participatory Learning and Action	主体的参加による学習と行動
PNC	Post-natal Care	産後健診
PPMED	Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division	政策・計画・モニタリング・評価局
ProNet	Ghana Gobal Professional Network	プロネット（ガーナのローカル NGO）
PS	Performance Standard	業務水準
QI	Quality Improvemrnt	質改善
RCH	Reproductive and Child Health	母子保健（課）
RHA	Regional Health Administration	州保健局
RHMT	Regional Health Management Team	州保健局マネジメントチーム
RMS	Regional Medical Store	州医薬品庫
SDHT	Sub-District Health Team	亜郡保健チーム
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TOT	Training of Trainers	講師研修
TWG	Technical Working Group	技術委員会
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁

目次

1. 事業の背景と概要.....	1
1.1 事業の背景.....	1
1.2 プロジェクトの実施時期.....	1
1.3 プロジェクトの対象地域.....	1
1.4 プロジェクトの概要.....	3
1.5 プロジェクトのカウンターパート.....	3
2. 業務の実施方法.....	5
2.1 意思決定会議の開催方法.....	5
2.2 作業フローと当初の計画との変更点.....	6
2.3 業務人月、団員の交代.....	6
2.4 CPの本邦研修実績.....	7
2.5 供与機材.....	7
2.6 現地業務費のまとめ.....	7
2.7 実施運営上の課題・工夫・教訓.....	8
3. 活動の成果と達成状況.....	10
3.1 PDMの変更.....	10
3.2 PDMの達成度.....	11
3.2.1 スーパーゴール.....	11
3.2.2 上位目標.....	11
3.2.3 プロジェクト目標.....	12
3.2.4 成果.....	14
4. 実施した活動の戦略と進捗達成の要約.....	18
4.1 戦略－提案された技術基準や達成効果を高めるための工夫と活動のまとめ.....	18
4.2 研修やコースの実績.....	26
4.3 成果品や開発したマテリアル一覧.....	28
5. 第5年次の活動.....	31
5.1 成果1に関する業務.....	31
5.1.1 CHPSの拡大計画とCHO.....	31
5.1.2 CHO/CHPS拡大状況の推移.....	32
5.1.3 CHO養成研修.....	35
5.1.4 CHO現職研修.....	43
5.1.5 匝郡保健チームへの安全な母性研修.....	45
5.2 成果2に関する業務.....	62
5.2.1 リファラル・カウンターリファラルシステムの強化.....	62
5.2.2 支援型スーパービジョン（FSV）の強化.....	67
5.2.3 妊産婦・新生児死亡症例検討会の強化.....	77
5.3 成果3に関する業務.....	83
5.3.1 住民参加促進に関する活動.....	83

5.3.2	母子保健サービス促進に関する IEC 教材の開発・活用に関する活動.....	89
5.4	すべての成果に共通する活動.....	93
5.4.1	PDM の各指標に関するエンドライン調査の実施.....	93
5.4.2	郡議会などの関係者との連携促進.....	97
5.4.3	グッドプラクティスの文書化.....	101
5.4.4	合同調整委員会の開催.....	104
5.4.5	普及フォーラムの実施.....	105
5.4.6	プロジェクト・マネジメント会議の開催.....	107
5.4.7	業務調整業務.....	108
6.	出口戦略と進捗.....	110
7.	終了時の提言に対する進捗.....	114
7.1	プロジェクト終了時までに行うべきこと.....	114
7.2	プロジェクト終了時以降 CP が実施すべきこと.....	116
8.	今後の課題.....	119
8.1	活動に関わる課題と提言.....	119
8.2	CP 機関の状況や問題と提言.....	121
8.3	保健分野の現状と課題と提言.....	122
8.4	類似プロジェクト実施にあたっての教訓や提言.....	122

添付資料

添付資料一覧

- 添付資料 1：作業工程表
- 添付資料 2：専門家派遣実績
- 添付資料 3：本邦研修受け入れ実績
- 添付資料 4：供与機材実績
- 添付資料 5：現地業務費実績
- 添付資料 6：PDM 改訂第 4 版
- 添付資料 7：郡講師養成研修報告書
- 添付資料 8：モデル保健センター設置ワークショップ報告書
- 添付資料 9：FSV マニュアル
- 添付資料 10：FSV ツール修正箇所一覧
- 添付資料 11：妊産婦・新生児死亡症例検討会様式
- 添付資料 12：妊産婦・新生児死亡症例検討会と質改善ワークショップ報告書
- 添付資料 13：エンドライン調査結果報告会実施報告書
- 添付資料 14：州連携会議議事録
- 添付資料 15：第 9 回合同調整委員会議事録
- 添付資料 16：第 10 回合同調整委員会議事録
- 添付資料 17：アッパーウエスト州における普及フォーラム報告書
- 添付資料 18：アクラにおける普及フォーラム報告書

1. 事業の背景と概要

1.1 事業の背景

ガーナ保健サービス局（Ghana Health Service:GHS）と独立行政法人国際協力機構（JICA）は、基礎的保健サービス（Primary Health Care:PHC）へのアクセスを改善するために、アッパーウエスト（Upper West:UW）州において、国家戦略である「駐在地域保健師による基本的保健医療サービス」（Community-Based Health Planning and Services:CHPS）政策の実施強化を図るプロジェクトを2006年から2010年まで実施した。これが本プロジェクトに先立つフェーズ1プロジェクトと考えられている。このプロジェクトではCHPS政策実施における人材養成の要である、地域保健師（Community Health Officer:CHO）の養成と能力強化システムや教材の開発、モニタリング・システムの開発を行い、州内におけるCHPSシステムの展開と拡大を支援した。続く2011年9月から2016年9月まで、前プロジェクトで強化されたCHPSのCHOによるサービス・デリバリー・システムを利用して母子保健強化を狙った、技術協力プロジェクト「アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト」を実施した。

本報告書ではプロジェクトの全期間となる2011年9月から2016年9月の終了までの要約、および第5年次となる2016年2月から9月までの詳細な活動について報告する。

1.2 プロジェクトの実施時期

プロジェクトは当初から変更なく、2011年9月9日から2016年9月30日まで実施された。第1年次から第2年次の間にあたる2012年4月1日から8月31日までは、プロジェクト予算の管理方法などに関してGHSとJICAの理解に食い違いがあったため、GHSとJICAで合意に至るまでプロジェクトは一時中断した。そのため第2年次の開始が予定よりも遅れた。

各年次の時期は以下の表のとおりである。

表 1-1 プロジェクトの年次

年次	開始日	終了日
第1年次	2011年9月9日	2012年3月30日
第2年次	2012年9月7日	2014年2月10日
第3年次	2014年3月12日	2015年1月6日
第4年次	2015年3月2日	2016年1月12日
第5年次	2016年2月22日	2016年9月30日

1.3 プロジェクトの対象地域

プロジェクトの対象となるUW州は、ガーナの北西部に位置し、南をノーザン州、東部をアッパーイースト州、西部をコートジボアール、北部をブルキナファソに接している。本プロジェクト開始時には州の9郡が対象であったが、2012年に政府の推進している地方分権政策の一環として、ロ

ローラ郡とナドリ郡が分割されたため、下表に示すとおり全 11 郡が対象となった。州の推定人口は約 78 万 6000 人である。

表 1-2 アッパーウエスト州の郡リスト

2014 年以前		2014 年以降	
Nadowli	(ナドリ)	Nadowli-Kaleo	(ナドリ・カレオ)
		Daffiama-Bussie-Issa	(DBI、ディービーアイ)
Lawra	(ローラ)	Lawra	(ローラ)
		Nandom	(ナンドン)
	Sissala West	(シサラ・ウエスト)	
	Sissala East	(シサラ・イースト)	
	Wa West	(ワ・ウエスト)	
	Wa East	(ワ・イースト)	
	Lambussie	(ランブシエ)	
	Wa Municipal	(ワ・ムニシパル)	
	Jirapa	(ジラパ)	

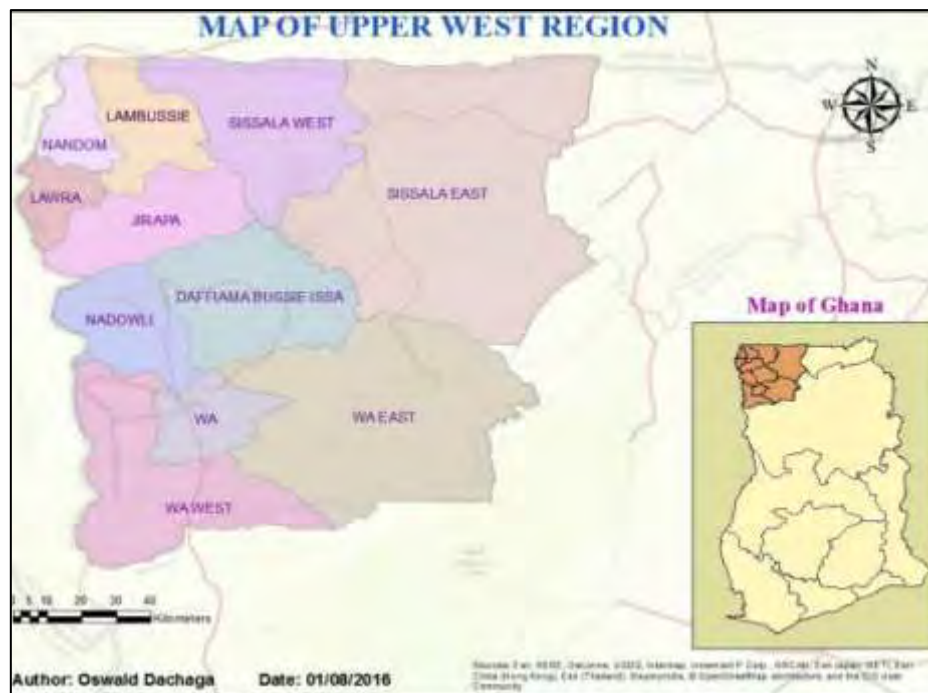


図 1-1 プロジェクト対象地域

1.4 プロジェクトの概要

本プロジェクトのスーパーゴール、上位目標、プロジェクト目標、成果は以下のとおりである。

スーパーゴール

UW 州において妊産婦・新生児の健康状態が改善される。

上位目標

UW 州で妊産婦・新生児保健サービスが継続して改善される。

- 妊娠 3 カ月以内の産前健診を受診した妊婦の割合が 90%へ増加する。
- アッパーウエスト州内の熟練医療従事者の介助による出産が 80%へ増加する。
- 分娩後 48 時間以内に第 1 回産後健診を受診した母親・新生児の割合が 95%へ増加する。
- 死産率が出産数 1000 につき 12 に減少する。

プロジェクト目標

UW 州で CHPS（駐在地域保健師による基本的保健医療計画・サービス）を活用した妊産婦・新生児保健サービスが改善される。

指標は以下のとおりである。

- 妊娠 3 カ月以内の産前健診を受診した妊婦の割合が 60%へ増加する。
- UW 州内の熟練医療従事者の介助による出産が 70%へ増加する。
- 分娩後 48 時間以内に第 1 回産後健診を受診した母親・新生児の割合が 75%へ増加し、分娩後 1 週間以内に第 2 回産後健診を受診した母親・新生児の割合が 75%へ増加する。
- 亜郡保健チーム（Sub-District Health Team:SDHT）の該当例における分娩経過表（パルトグラフ）と産後経過表（最初の 6 時間）の使用率と正しい利用の割合が以下のように改善する。

	使用率	正しい利用の割合
パルトグラフ	90%	80%
産後経過表	90%	80%

成果

- 成果 1：妊産婦・新生児保健サービスに関する能力が強化される。
- 成果 2：妊産婦・新生児保健サービスに関する制度が強化される。
- 成果 3：妊産婦・新生児保健サービスに関する住民参加と支援制度が強化される。

1.5 プロジェクトのカウンターパート

プロジェクトサイトにおける主要なカウンターパート（CP）は、図 1-2 に示す GHS の政策・計画・モニタリング評価局、州保健局マネジメントチーム（Regional Health Management Team:RHMT）、郡保健局マネジメントチーム（District Health Management Team:DHMT）、SDHT のスタッフ、そして

CHPS に勤務する CHO である。

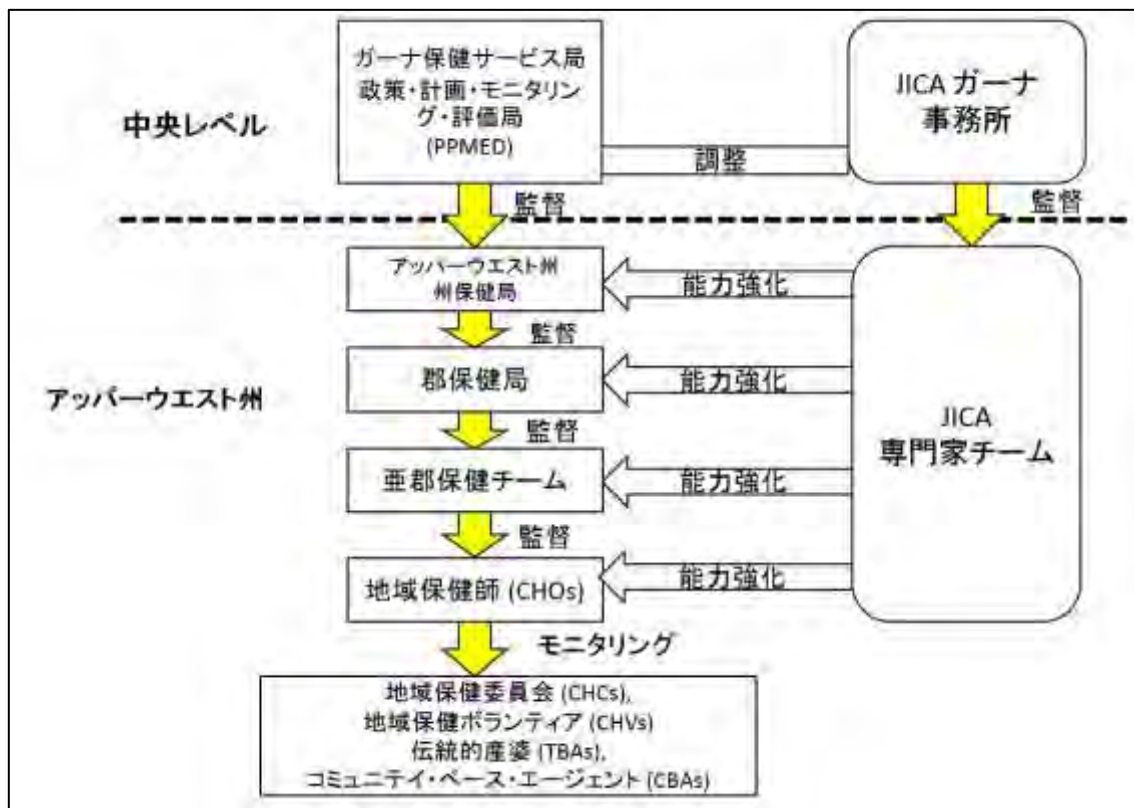


図 1-2 プロジェクトと CP の関係図

2. 業務の実施方法

本プロジェクトは、2011年4月4日に締結された日本・ガーナ両国の政府間合意文書（R/D）に基づき、JICAからの業務実施委託により、アイ・シー・ネット株式会社がガーナ保健サービス局（GHS）と共同で実施している。業務の実施にあたってはCPの各レベルを対象とした多段階にわたる意思決定会議を通じて、下から上までの十分な合意形成を行って業務を進めたのが大きな特徴である。

2.1 意思決定会議の開催方法

合同調整委員会（Joint Coordination Committee:JCC）は最高の意思決定会議であり、かつGHS中央とプロジェクトの様々な基本方針の調整・合意を得るための手段として、年1、2回開催している。2011年10月から2016年8月までに計10回のJCCを開催した。各JCCの議題を以下の表にまとめた。

表 2-1 JCC 会議一覧

会議名	時期	内容
第1回 JCC	2011年10月20日	- プロジェクト計画の確認 - PDM 初版から PDM を変更することへの合意
第2回 JCC	2012年9月14日	- 休止期間に合意した内容（プロジェクト予算の使途、コストノーム等）の確認 - ベースライン調査結果の共有 - 第2年次の活動計画の確認 - 日当・宿泊費・交通費規定の共有
第3回 JCC	2013年5月23日	- プロジェクト活動進捗の共有 - PDM 第2版の変更の合意 - 第3年次の活動計画の確認
第4回 JCC	2013年10月25日	- プロジェクト活動進捗の共有 - 無償資金協力による CHPS 施設建設の進捗確認 - CHO の高い離職率への対応 - 地域保健ボランティア（Community Health Volunteer:CHV）研修におけるプロジェクトの介入方法の検討 - 機材調達の遅れへの対応
第5回 JCC	2014年4月23日	- プロジェクト活動進捗の共有 - 中間レビュー計画の共有 - 無償資金協力による CHPS 施設建設の進捗確認
第6回 JCC	2014年7月8日	- 中間レビュー結果の共有 - 中間レビュー調査結果報告書への署名取り付け
第7回 JCC	2015年3月20日	- プロジェクト活動進捗の共有 - 第4年次の活動計画の確認 - 出口戦略の確認と合意

		<ul style="list-style-type: none"> - PDM 第3版の変更の合意 - 日当・宿泊費・交通費規定の修正案の確認 - 普及関連フォーラムの計画の確認
第8回 JCC	2015年12月7日	<ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト活動進捗の共有 - 第5年次の活動計画の確認 - 出口戦略の確認と合意
第9回 JCC	2016年4月19日	<ul style="list-style-type: none"> - 終了時評価の結果の共有 - PDM 第4版の変更の合意 - 普及フォーラムのコンセプトとタイミングの合意 - 出口戦略の進捗報告
第10回 JCC	2016年8月17日	<ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト活動と成果達成の共有 - 普及フォーラムの結果共有 - 終了時評価提言に対する活動の進捗 - プロジェクト終了後のCPのコミットメント

JCC は年2回程度しか開催されないため、プロジェクトでは、運営上の課題を協議するため、州保健局長、州保健局次長（公衆衛生、臨床ケア、事務長など）、州 CHPS ユニット、州母子保健（RCH）ユニット、州保健プロモーションユニット、日本人専門家を構成員とする州レベルの意思決定会議であるマネジメント会議を1～2カ月に1回定期的に行き、戦略や活動についての合意形成を行っている。実務レベルにおいては、プロジェクトの実施担当組織である CHPS ユニット、母子保健ユニット、保健プロモーションユニット間の活動スケジュールのすり合わせ、担当や役割の確認、活動の情報共有を目的に、2週間に1回程度 CHPS ユニット会議を実施し、活動が円滑に行えるように調整した。プロジェクト終了までに計22回のマネジメント会議を実施した。

2.2 作業フローと当初の計画との変更点

作業工程については、2012年5月より第2年次のプロジェクトを開始する予定であったが、プロジェクト予算に関するCPの理解に食い違いがあったため、それを解決するために2012年4月から2012年8月まで、プロジェクトと活動は一旦休止となった。プロジェクトは2012年9月から開始されたため、第2年次の活動期間は当初予定の22カ月間から18カ月間に短縮された。ただし第2年次は長期の年次であったため、後ろ倒しとなった活動もあるが、すべて予定通り実施された。詳しくは、添付資料1：作業工程表を参照されたい。

2.3 業務人月、団員の交代

業務人月（M/M）に関しては、第2年次は活動期間が18カ月であったため団員の現地業務投入数も多く、合計人月が他年次と比較し大きくなっている。詳しくは、添付資料2：専門家派遣実績を参照されたい。

表 2-2 M/M の計画と実績

年次	当初計画された M/M		実績 (*は変更なし)	
	現地	国内	現地	国内
第 1 年次	28.71	1.67	28.71*	1.67*
第 2 年次	73.29	1.20	72.19	2.85
第 3 年次	35.16	0.00	35.16*	0.00*
第 4 年次	34.93	1.20	34.93*	1.20*
第 5 年次	27.17	0.00	27.33	0.00
合計	199.26	4.07	198.32	5.72
総合計	203.33		204.04	

総括も含め団員の交代が断続的にあり、計 25 人の団員がプロジェクトに関わっている。日本人専門家の変更が多いうえに、シャトルベース型の派遣であったため、CP に交代による負荷をもたらしたのは否めない。活動には影響のないように現地のローカルスタッフを活動の担当としておき、交代となった団員を支援して団員不在期間の活動が滞らないように配慮するなどした。マネジメントも第 4 年次までは 3 人体制で現地業務が滞らないようにした。

第 5 年次は、各担当が比較的長期に張り付いて最終年度の業務が終了できるようになっている他、総括が長期に張り付き、終了時評価や普及フォーラムに支障がないようにした。

2.4 CP の本邦研修実績

CP の本邦研修に関しては、第 1 年次から第 4 年次までに、プロジェクト活動とは別に合計 21 人が本邦研修に派遣された（プロジェクト休止期間の派遣を含む）。第 5 年次の研修派遣はないが、研修員は派遣終了後にプロジェクト活動における CP の中核として活躍しているものも多い。彼らは専門分野のみならず日本への理解を深めたうえで、帰国後はプロジェクト活動推進の担い手となって活躍してくれた。詳しくは、添付資料 3：本邦研修受け入れ実績を参照されたい。

2.5 供与機材

プロジェクトから供与された機材のうち医療機材は、活動の開始となるプロジェクトの第 1 年次と第 2 年次に集中した。プロジェクト事務所備品と研修用機材は第 1 年次が最も投入が多いものの、経年劣化による再購入や活動の変遷などもあり、全ての年次において定期的な購入があった。詳しくは、添付資料 4：供与機材実績を参照されたい。

2.6 現地業務費のまとめ

現地業務費に関しては、プロジェクトの前半は研修機材の購入が多かったため、その他の機材やその他の機材輸送費の支出が目立った。プロジェクトの半ば以降の年次では、研修や会議の数の増加だけではなく、現職 CHO や養成学校を対象にしたものなど大型の研修が増えたため、研修費を中心に一般業務費の支出が大きくなった。詳しくは、添付資料 5：現地業務費実績を参照されたい。

2.7 実施運営上の課題・工夫・教訓

(1) 課題

ロジスティックス業務

活動が多いうえに複数の活動が同時並行で実施されたこと、CP が常態的に業務過多であったこと、CHO 現職研修など数十人規模を対象とした長期研修が多かったことなどがこのプロジェクトの特徴である。その中で、ロジスティックス業務で課題となったのは主に次の 3 点である。

- ① スケジュール管理：CP は多数の業務を抱えており、ファシリテーターも病院等での通常業務をこなすスタッフである。そのため、活動のスケジュールがなかなか確定せず、準備が直前となりプロジェクト現地スタッフの残業が長時間におよぶことなどがあった。また、会場となる施設も限られており直前の予約ができなかったなど、スケジュール決定の遅れが他の準備作業にも影響を与えた。
- ② 支払作業：研修や会議終了時の支払い作業は的確かつ迅速に行う必要があるが、参加者が多く支払いがそれぞれ異なること、また会場が複数にまたがる場合もあること、プログラム途中で抜けてしまう人などもあり、当日中に支払が完了できないことも度々発生した。また残った支払作業に対応するために時間が取られることで次の活動準備にも影響が出るなど、支払作業の効率化が長い間プロジェクトの大きな課題であった。
- ③ 物品調達：ワ内で調達できるものには制限があり、特に医療機材など活動に必須となる物品の調達に苦慮することが多かった。

安全管理業務

車両移動における安全管理に関しては、UW 州内の遠方郡における活動や、車両定期点検を行うクマシや国内航空便の発着地となるタマレへの移動など、長距離移動が多くなり、大事には至らないものの運転手や同乗者が危険を感じる軽微な事象が発生しており、車両移動における安全性の確保が課題となっていた。第 4 年次に発生したクマシでの車両事故では、遠方で発生した有事において、緊急かつ確かな対応をとるために必要な日常的な準備が不足していたことが浮き彫りになった。

(2) 工夫

ロジスティックス業務

プロジェクト活動や車両の配車計画などを可能な限り前もって計画しオフィス全体で共有できるように“見える化”した。これにより、ファシリテーターへの事前リマインド、研修資料作成や支払い準備など事前作業の適宜分担や、参加者重複の回避などが可能となった。また、3 名の運転手は配車計画表を元に、空き時間を利用した車両整備の実施、休憩時間を交代制とするなど、活動がスムーズに実施されるよう調整を行った。物品の調達に関しては、活動に必須となる医療機材はアクラ等から調達し、研修に必要となる他の物品はワの業者を通じた調達を

心がけることで「現地で入手可能なもので対応」できる状況を整えていった。

安全管理業務

各活動への車両計画は、運転手 3 名の業務量を考慮し、相談しながら進めた。これにより、移動経路や車両の状況を考慮した配車が可能となり、運転手の主体性や責任感の増長ももたらした。また、車両移動においては、出発時、到着時に運転手から業務調整への電話連絡を徹底し各車両の動静把握に努めた。加えて、季節や日没時間も加味して危険と判断される場合には出発制限をかけるなど、安全最優先の対応を心掛けた。車両搭載備品は日常的に点検し、衛星電話のテスト通話も定期的を実施した。

(3) 教訓

ロジスティクス業務と安全管理業務に共通していえることは、余裕をもった計画が業務効率の向上や安全性の確保に繋がり、日々の出来事からヒントを見つけ改善に繋げていく必要があるということである。このほか、ロジスティクス業務と安全管理業務における教訓は、「第 8 章 今後の課題 8.4 類似プロジェクト実施にあたっての教訓や提言 (4) ロジスティクスに関わる提言」の中で述べる。

3. 活動の成果と達成状況

3.1 PDM の変更

PDM は、以下のように 3 回変更されている。

表 3-1 PDM の改定時期とその内容

改定時期	内容
第 1 版改訂 2013 年 5 月 23 日 第 3 回 JCC にて承認	【成果】 - 8 項目から 3 項目に再構成。成果を活動実施の結果（アウトプット）、プロジェクト目標を成果達成により期待される状態（アウトカム）と整理して指標を設定。 【投入・外部条件】 - 外部環境の変化に応じて訂正。
第 3 版改訂* 2015 年 3 月 20 日 第 7 回 JCC にて承認	【プロジェクト目標】 - 質の改善に関する目標を追加するという中間レビューでの提案に基づき、4 番目の指標としてパルトグラフと産後経過表の使用率と正しい使用率の指標を追加。 【成果】 - 成果 1-5 として「UW 州の医療従事者養成学校の講師が CHO 養成研修の理論部分の研修を実施できるように訓練される」を追加。 - 活動の 1.1.2.として「医療従事者養成学校の講師研修用の教材を作成し、研修を実施する」を追加。 【活動】 - 住民参加促進に関する能力強化は、CHO を監督する SDHT スタッフにも必要であることから、活動 3-1-1、3-1-2、3-1-3 に CHO だけでなく、SDHT 職員も含めて研修することを追加。
第 4 版改訂 2016 年 5 月 19 日 第 9 回 JCC にて承認 添付資料 6：PDM 改訂第 4 版を参照	【上位目標】 - 事後評価を見据えて上位目標の指標の数値を「産前健診 90%、熟練医療従事者による分娩 80%、48 時間以内の産後健診 95%」と設定。 - 母子保健の質の改善を見るために「死産率が 12/出生数千あたりまで減少する」を追加。

*プロジェクトのターゲットグループ、対象期間、対象地域や投入などを明確にした PDM 第 2 版案が JCC で提示されたが、更なる内容の改訂が必要と判断されて、承認されなかった。その後に改訂された第 3 版が承認されたため第 1 版から第 3 版にとんでいる。

3.2 PDMの達成度

2016年8月時点で指標の達成度は以下のとおりである。

3.2.1 スーパーゴール

スーパーゴール：UW州において妊産婦・新生児の健康状態が改善される。

(スーパーゴールは、プロジェクト終了後5～10年後を目標としたターゲットである。)

指標

- UW州で妊産婦死亡比が減少する。
- UW州で新生児死亡率が減少する。

妊産婦死亡比は、郡保健情報管理システム2 (DHIMS2) データによれば、2010年に出生数10万当たり212.0人だったのが、2015年には155.8人まで減少した。2013年は前年からわずかに増加したが、2010年より2015年まで減少傾向を示している。新生児死亡率は、DHIMS2データによれば2010年以降わずかに減少傾向を示しているが、1年単位で増減が変動しており顕著な減少は見られず、継続して観察していくことが必要である。

妊産婦死亡比と新生児死亡率を表3-2に示す。

表3-2 妊産婦死亡比と新生児死亡率

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
妊産婦死亡比 (出生数10万当たり)*	212.0	202.0	182.0	196.0	161.1	155.8
新生児死亡率 (出生数1千当たり)	7.8	11.2	6.9	7.8	5.1	7.4

*母数は推定出生数(人口×4%)。出典：DHIMS2データ

妊産婦死亡比が改善傾向を見せている主要な要因は、プロジェクト活動の結果として、CHOとCHPSコンパウンドの増加により保健医療サービスを受けられる地域が拡大し、利用者のアクセスが改善したこと、CHOや助産婦、保健医療従事者への能力強化研修により、保健医療施設が提供するサービスの質が向上したこと、そしてCHOによる地域住民への母子保健に関する啓発活動により住民の保健活動が活性化したこと、の3点が寄与していると考えられる。病院における死亡については病院でのサービスの質が改善されなければ死亡数は減らないが、プロジェクトが介入した保健センターやCHPSの改善が継続的になされれば、その施設における死亡数は減少し、新生児死亡率・妊産婦死亡比は改善されていくと思われる。

3.2.2 上位目標

上位目標：UW州で妊産婦・新生児保健サービスが継続して改善される。

(上位目標は、プロジェクト目標を達成することの直接的な貢献により、プロジェクト終

了後 3～5 年で達成されると期待される長期的な目標である。)

指標

2020 年までに、以下の指標が 2015 年時点と比べて改善している。

- 妊娠 3 カ月以内の産前健診を受診した妊婦の割合が 90%となる。
- 熟練医療従事者の介助による分娩の割合が 85%となる。
- 分娩後 48 時間以内に第 1 回産後健診を受診し、かつ、1 週間以内に第 2 回産後健診を受診した母親・新生児の割合が 95%となる。
- 死産率が出生数千につき 12 に減る。

上位目標の指標に関する状況を表 3-3 に示す。産前健診、分娩、産後健診に関しては、次項 3.2.3 と同内容であるため次項で解説する。死産率は減少傾向にあるが、施設への訪問の遅れや、産前健診と分娩時のケアの質に関して課題がある旨、州保健局 (RHA) により指摘されている¹。

表 3-3 上位目標の指標の推移

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
12 週までの産前健診受診率*	47.1%	51.2%	52.5%	54.2%	56.4%	56.9%
12 週までの産前健診受診率**	-	61.0%	-	-	-	77.5%
施設分娩*	48.8%	65.2%	52.6%	60.8%	64.0%	62.0%
熟練医療技術者 (医師、助産師、臨床看護師、CHO、CHN) による分娩**	-	53.0%	-	-	-	83.4%
48 時間以内の第 1 回産後健診*	-	-	100%	100%	88.9%	93.4%
48 時間以内の第 1 回産後健診**	-	32.9%	-	-	-	77.5%
1 週間以内の第 2 回産後健診*	-	-	-	-	-	-
1 週間以内の第 2 回産後健診**	-	29.1%	-	-	-	76.2%
死産率 (出生数 1 千当たり)	25.3	25.5	21.7	20.7	19.0	15.8

*DHIMS2 データ

**ベースライン調査 (2011 年)、エンドライン調査 (2014 年 10 月～2015 年 9 月) データ

3.2.3 プロジェクト目標

プロジェクト目標 : UW 州で CHPS を活用した妊産婦・新生児保健サービスが改善される。

(プロジェクト目標は、プロジェクトの終了時点で達成されるべき最終の目標である。)

指標

- 妊娠 3 カ月以内の産前健診を受診した妊婦の割合が 60%へ増加する。
→DHIMS2 データ : 56.9% (未達成)
→エンドライン調査データ : 77.5% (達成)
- アッパーウエスト州内の熟練医療従事者の介助による分娩が 70%へ増加する。

¹ アッパーウエスト州保健局年次報告書 (2014)

→DHIMS2 データ：62%（施設での分娩）（未達成）

→エンドライン調査データ：83.4%（熟練医療従事者の介助による分娩）（達成）

- 分娩後 48 時間以内に第 1 回産後健診を受診した母親・新生児の割合が 75%へ増加し、分娩後 1 週間以内に第 2 回産後健診を受診した母親・新生児の割合が 75%へ増加する。

→第 1 回産後健診：DHIMS2 データは 93.4%、エンドライン調査データは 77.5%（ともに達成）

→第 2 回産後健診：DHIMS2 データはないが、エンドライン調査データは 76.2%（達成）

- SDHT の該当例におけるパルトグラフと産後経過表（最初の 6 時間）の使用率と正しい利用の割合が改善する。使用率は達成できていないが、正しい使い方は目標を達成した。使用率は目標値には達しなかったものの、2013 年の助産師の研修後フォローアップ時のデータからは大幅な改善が確認された。

→パルトグラフ／使用率：82%（未達成）、正しい利用：85%（達成）

→産後経過表／使用率：51%（未達成）、正しい利用：85%（達成）

以上のことから、国の保健データである DHIMS2 とエンドライン調査データに差異が認められる。これについて、DHIMS2 データにおける妊婦人口の推計方法は、人口×4%で算出しているが、実際の妊婦人口はそれよりも下回るとのコメントが CP 関係者よりあった。このため、産前健診、施設分娩、産後健診などの実施率を算出する分母が実態よりも大きなものとなることから、それぞれの実施率は実態よりも低い値となっている可能性が高い。これが DHIMS2 データとエンドライン調査データとで、数値が異なっている原因であると考えられる。

産前健診、分娩、産後健診に関するプロジェクト目標の推移を表 3-4 に、パルトグラフと産後経過表に関する推移は表 3-5 に示す。

表 3-4 プロジェクト目標の指標の推移（産前健診、分娩、産後健診）（2011～2015 年）

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
12 週までの産前健診受診率*	47.1%	51.2%	52.5%	54.2%	56.4%	56.9%
12 週までの産前健診受診率**	-	61.0%	-	-	-	77.5%
施設分娩*	48.8%	65.2%	52.6%	60.8%	64.0%	62.0%
熟練医療技術者（医師、助産師、臨床看護師、CHO、CHN）による分娩**	-	53.0%	-	-	-	83.4%
48 時間以内の第 1 回産後健診*	-	-	100%	100%	88.9%	93.4%
48 時間以内の第 1 回産後健診**	-	32.9%	-	-	-	77.5%
1 週間以内の第 2 回産後健診*	-	-	-	-	-	-
1 週間以内の第 2 回産後健診**	-	29.1%	-	-	-	76.2%

*DHIMS2 データ

**ベースライン調査（2011 年）、エンドライン調査（2014 年 10 月～2015 年 9 月）データ

表 3-5 プロジェクト目標の指標の推移（パルトグラフと産後経過表）

	目標値		2013-14 年		2016 年	
	使用率	正しい利用	使用率	正しい利用	使用率	正しい利用*
パルトグラフ	90%	80%	40%	20%	82%	85%
産後経過表	90%	80%	0%	—	51%	85%

出典：プロジェクト調査（2013-14 年、2016 年）データ

プロジェクト目標の各指標を達成、または大きく改善した主な要因は、スーパーゴールの改善要因と同様に、1) 保健医療サービスを受けられる地域が拡大し、利用者のアクセスが改善したこと、2) 保健医療施設にて提供するサービスの質が向上したこと、そして 3) 住民による保健活動が活性化したこと、の 3 点が考えられる。

このうち、1 点目の保健医療サービスへのアクセスの改善は、CHO 養成研修により CHO 数が増加し、JICA の支援などにより CHPS が増設されたことで、CHPS が保健医療サービスを提供する範囲が拡大したことによる。

2 点目のサービスの質の向上は、CHO に対する産前健診・分娩・産後健診に関する能力強化研修や、CHO に対する分娩介助の訓練、助産師に対する安全な母性研修などによる医療従事者への能力強化、病院の質改善チームによる医療施設の改善などの結果による。また設備の面では、保健センターへ分娩機材が供与された。

3 点目の地域住民に対する活動としては、住民参加に関する CHO 現職研修と、その実践として産前健診、施設分娩、産後健診に関する情報・教育・コミュニケーション（Information, Education and Communication:IEC）教材を活用した地域住民への啓発活動が効果をもたらした。加えて、4 カ所のポリクリニックが新設されたことで、産前・産後健診や施設分娩の選択肢が増えたこと、産後健診スタンプの導入により健診の予定が明確になったこと、女性が質の高いサービスを受けたことで、継続してサービスを受ける動機が強化されたこととともに、それを他の女性に伝えることによる波及効果なども促進要因として考えられる。

3.2.4 成果

各成果の達成は以下のとおりであり、支援型スーパービジョン（FSV）の州から郡への実施率を除き概ね目標を達成している。

(1) 成果 1：妊産婦・新生児保健サービスに関する能力が強化される。

指標	指標の推移・モニタリング結果
1-1：2015 年までに、CHO 養成研修を修了した受講生の数が目標数に達する。— 地域看護師（CHN）240 人への研修。	<ul style="list-style-type: none"> - 第 1 年次に 52 人を養成。 - 第 2 年次に 93 人を養成。 - 第 3 年次は 2 回の研修を行い 67 人を養成した。さらに 1 回は地域看護師養成学校と連携した低コストでの実践に向け、看護学校を卒業した学生 104 人への CHO 養成研修を行った。 - 第 4 年次は 1 回の研修を行い 74 人を養成した。加えて、地域看護師養成学校（NAP）のカリキュラムのなかに CHO

	<p>研修を組み込み 99 人を訓練した。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 5 年次は NAP の学生 117 人、准看護師養成学校 (NAC) 2 校の生徒、各 126 人と 185 人への研修を行った。 <p>合計人数は 286 人の地域看護師に加え学生 631 人の計 917 人となった。</p>
1-2 : 2015 年までに、CHPS に配属されている CHO の中で ANC (産前健診)、緊急分娩、PNC (産後健診) についての CHO 現職研修を修了した受講生が目標数に達する。- CHO 341 人への研修。	<p>1) 産前健診・出産・産後健診研修</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 2 年次に 45 人を研修。 - 第 3 年次に 58 人を研修。 - 第 4 年次に 121 人を研修。 - 第 5 年次は 122 人を研修。 <p>合計人数は 346 人だった。</p> <p>2) コミュニティ母子新生児保健研修 (Community Based Maternal and Neonatal Health)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 2 年次に 98 人研修。 - 第 3 年次に 55 人を研修。 - 第 4 年次に 100 人を研修。 - 第 5 年次に 93 人を研修。 <p>合計人数は 346 人。</p>
1-3 : 2015 年までに、安全な母性研修を修了した受講生の数が目標数に達する。- SDHT 職員 95 人への研修。	<p>1) 助産師への安全な母性研修</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 2 年次 67 人を研修。 - 第 3 年次 26 人を研修。 - 第 4 年次 35 人を研修。 <p>合計人数は 128 人。</p> <p>2) SDHT の CHN と准看護師 (EN) への妊婦健診、緊急分娩、産後健診の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 2 年次に 16 人。 - 第 3 年次に 46 人。 <p>合計人数は 62 人。</p> <p>3) 郡病院ベースの助産師現職研修の講師養成</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 4 年次に 11 人。 - 第 5 年次に 34 人。 <p>合計人数は 45 人。</p> <p>4) 郡ベースの助産師現職研修参加者</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 4 年次に 19 人。 - 第 5 年次に 85 人 (見込み)。 <p>合計人数は 104 人。</p>
1-4 : 2015 年までに、計画された医療機材が SDHT に配布される。	<ul style="list-style-type: none"> - 第 2 年次に CP と合意して計画された全医療機材が郡保健局を通して対象とされた SDHT の保健センター 60 か所に配布された。供与後は各郡がその維持の責任を持ち、助産師の現場モニタリングと FSV でフォローしている。 - 第 4 年次後半 (2015 年 10 月) の調査では大方の供与機材は使用されている。
1-5 : 2015 年までに、UW 州の医療従事者養成学校の講師が CHO 養成研修の理論部分の研修を実施できるように訓練される。	<ul style="list-style-type: none"> - NAP との戦略会議や教材見直し会議を 2014 年後半に数回にわたって行った。 - NAP で 2015 年 4 月から 5 月にかけて NAP の教師約 10 人の能力強化を行った。 - 2016 年 5 月から 6 月に CHN 養成学校での 1 回目の理論研修とフィールド研修の実施、2016 年 5 月の 2 回目を実施し、NAP の教師訓練は終了した。

	<ul style="list-style-type: none"> - ワとローラのNACの教師の能力強化研修は2016年3月に実施し、校長を含む23人を訓練した。 - 2016年7月にはNAP/NACの6人を対象に再研修を実施して、さらなる能力強化を行った。 - ローラNACでは6月、ワNACでは7月に1回目の理論研修を学校で実施した。 - 助産師学校教師については、2016年7月の再研修に3つの助産師学校の教師8人を招いて研修を一緒に行った。2016年7月には助産師学校用のカリキュラムにCHPS関連モジュールを統合するための研修教材会議を開き、現講師のアドバイスを受けて教材を作成した。
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 成果2：妊産婦・新生児保健サービスに関する制度が強化される。

指標	指標の推移・モニタリング結果
2-1：リファラルおよびカウンターリファラルの強化。	
2-1-1：2015年までに、リファラルおよびカウンターリファラル研修を修了した受講生の数が目標数に達する。-CHO、SDHTの担当者、病院-----各郡合計20人への研修。	2013年～2016年に延べ1,793人受講 各郡別受講人数 (DBI：81、ジラパ：181、ランブシエ：105、ローラ：157、ナドリ・カレオ：218、ナンドン：139、シサラ・イースト：175、シサラ・ウエスト：123、ワ・イースト：109、ワ・ムニシパル：190、ワ・ウエスト：159)、講師研修：156人。
2-1-2：2015年までに、改訂されたツールや手法の実施率が目標値に達する-病院で80%、SDHTで80%、CHPSで80%。	2015年終了時評価時 <ul style="list-style-type: none"> - リファラル台帳使用率：病院 88%、ポリクリニック 100%、保健センター (Health Centre: HC) 100%、CHPS100%。 - 産後健診スタンプ使用率：病院 100%、ポリクリニック 100%、HC 95%。
2.2：FSVが強化される。	
2-2-1：2015年までに、FSV研修を修了した受講生の数が目標数に達する。CHOが341人、SDHTが195人（各保健センターに3人）、DHMTが110人（各郡に10人）、RHMTが28人（合計35人中80%）。	各レベルでのFSV関連研修の受講人数は以下のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> - CHO/CHNs：376人 - SDHT：318人 - DHMT：176人 - RHMT：46人
2-2-2：2015年までにFSVの改訂されたツールや手法の実施率が目標値に達する-RHMTからDHMTへのFSVが100%、DHMTからSDHTへのFSVが80%、SDHTからCHOへのFSVが50%。	2014年第2四半期から2015年第4四半期までのFSV実施率の平均値は以下のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> - RHMTからDHMTへのFSVは50%* - DHMTからSDHTへのFSVは91%。 - SDHTからCHOへのFSVは86%。 *RHMTからDHMTへのFSVは、当初の年4回から年2回へと減らすことが合意されている。
2.3：MNDA（妊産婦・新生児死亡症例検討会）が強化される。	

2-3-1: 2015 年までに、州およびゾーン MNDA チームの訓練が第3年次に合計4回実施される。	<ul style="list-style-type: none"> - 第2年次に1回(2013年11月)10人。 - 第3年次に2回(2014年6月、11月)30人、26人。 - 第4年次に1回(2015年4-5月)67人。 - 第5年次に1回(2016年5月)30人。 合計5回だった。
2-3-2: 2015 年までに、州およびゾーン MNDA チームによるフォローアップが、研修後半年ごとに実施される。	<ul style="list-style-type: none"> - 第2年次に1回(2013年12月)。 - 第3年次に3回(2014年1-3月、7月、10月)。 - 第4年次に2回(2015年4-5月、11-12月)。 - 第5年次に2回(2016年4月、7月)。

(3) 成果3: 妊産婦・新生児保健サービスに関する住民参加と支援制度が強化される。

指標	指標の推移・モニタリング結果
3.1: 住民参加について CHO を研修する。	
3-1-1: 2015 年までに住民参加についての CHO 現職研修を修了した受講生の数が目標数に達する。CHO は 341 人。	2015 年までに研修を修了した CHO/CHN の人数は合計 376 人である。 <ul style="list-style-type: none"> - 第1年次に0人。 - 第2年次に134人。 - 第3年次に33人。 - 第4年次に156人。 - 第5年次に53人。 CHO/CHN の管理者として SDHT 職員 66 人、保健プロモーションオフィサー11人、アシスタント CHPS コーディネーター1人、CHPS に勤務する他職員として、FT(フィールド・テクニシャン)1人、助産師9人、准看護師82人に研修を実施した。
3-1-2: 2015 年までに、毎年更新されている CHAP (地域保健活動計画) の数が 80 まで増加する。	2015 年までに、毎年更新されている CHAP の数は、140 に増加した。 <ul style="list-style-type: none"> - 2012年2月に38。 - 2013年1月に45。 - 2014年5月に100。 - 2015年5月に121。 - 2015年4月に140。
3-2-1: 2015 年までに、妊産婦・新生児保健サービス促進のための現地の IEC 教材が開発される。	2015 年までに、産前健診・施設分娩・産後健診を推進するための教材として、フリップチャートと2言語のビデオクリップが開発された。
3-2-2: 2015 年までに、現地の IEC 教材を活用した妊産婦・新生児保健サービス促進についての CHO 現職研修を修了した受講生の数が目標数に達する。CHO (または CHN) は 341 人。	2015 年までに研修を修了した CHO/CHN の人数は合計 343 人である。 <ul style="list-style-type: none"> - 第1年次に0人。 - 第2年次に97人。 - 第3年次に88人。 - 第4年次に146人。 - 第5年次に12人。 CHO/CHN の現場での活動を支援する郡保健プロモーションオフィサー28人、保健センター職員72人、郡保健局・郡病院職員40人、CHO らと同様に啓発教材を活用し啓発活動を実施する准看護師・助産師84人、さらに FT3人、栄養師4人、精神科担当者3人に研修を実施した。

4. 実施した活動の戦略と進捗達成の要約

4.1 戦略—提案された技術基準や達成効果を高めるための工夫と活動のまとめ

プロジェクトでは、活動ごとにプロジェクト開始から終了まで、どのように進めていくかの戦略を持って活動を実施した。以下は各活動の第1年次から第5年次までの要約になる。なお研修人数などはすでに指標の推移で示しているため、ここでは、それ以外の情報、例えば活動の進め方やその内容と経過を中心に述べる。

0.1	優良事例の普及
	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none">- 優良事例を文章化することで普及のためのツールとする戦略である。- 優良事例については、①開発パートナーや国が主体となって行うべきシステムなどと、②郡レベルで主導して行われた優良事例、に分け、前者を「保健システム改善の仕組み」、後者を「ケーススタディ」とした。これによってマネジメントレベルと現場レベルの両者が活用できる優良事例集とした。- 優良事例の対象を、プロジェクト目標の指標である産前健診・施設分娩・産後健診の改善に関連する活動や現場でのケースに絞ることにより、紹介するケースに一貫性をもたせた。- ケーススタディについては、各郡にケースを収集、選定してもらうことにより、自身の郡にある優良事例を再認識してもらうと同時に、そこから出てきたケースを他郡や他州の関係者に知ってもらうことで動機づけをした。- 普及を通じて様々な状況の現場に応用できるよう、できるだけ多岐にわたるテーマやアプローチ方法を取り上げた。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none">- 2013年10月に州の保健プロモーション、CHPS、母子保健、州病院産科病棟など多岐にわたる分野の職員からなるタスクフォースチームを形成した。その後2015年7月に郡保健局長1人や州保健情報分野の職員も加え、再結成した。- タスクフォース結成時に同メンバーが中心となり、優良事例の普及対象者や目的、作成プロセスを明確にしたコンセプトペーパーを作成した。優良事例集は保健システム改善の仕組みとケーススタディの2つのパートで構成することにし、前者はタスクフォースメンバーと団員が中心となって作成し、後者は各郡からケースを収集して作成することとした。- ケーススタディの収集・選定のため、タスクフォースチームが全11郡を回り、優良事例集の目的やコンセプトについて説明した。各郡で収集されたケースは郡の審査委員会によって選定され、計72のケースが州レベルで集められた。タスクフォースチームがその中から25のケースを選定した。- タスクフォースチームが選定された25ケースの現場を訪問し、情報を収集して文書化する7ケースを選定した。- タスクフォースメンバーが中心となり、7ケースをフィールド訪問し、現場での聞き取りを行いながら原稿を執筆した。タスクフォースメンバーや郡局長ら関係者による原稿レビュー会議を開催し、保健システム改善の仕組みとケーススタディの原稿を作成した。- 優良事例集は350部印刷し、主に普及フォーラムで配布した。

0.2	<p>郡議会との連携</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 地方分権化により、郡保健局が郡議会の一部になることを見据え、保健分野における郡議会と郡保健局の連携体制を強固にする。 - 郡議会が策定する年間活動計画を郡保健局と十分に協議して策定する。計画に基づく実施状況についても合同で確認し、今後の方針を立てるなど、郡議会と郡保健局の連携を強化する。 - 郡議会と郡保健局による年間活動計画の策定やモニタリングなど一連の活動に上位機関の州連携委員会を巻き込むことで、各郡議会のモニタリング・システムを強化する。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 郡議会と郡保健局の連携強化を図るべく、郡議会と郡保健局の関係者からなる技術作業グループを設置し、保健に関する活動計画と戦術を考える顧問チームとして機能するようにした。グループ会議を通じて、①年間活動計画に則ったモニタリング・システムを開発し、②システムを通して計画の履行状況を確認し、③進捗状況や活動の優先度に応じて次年度の計画を策定する活動を強化した。 - 年間活動計画に対するモニタリングを合同で実施する。保健専門家ではない郡議会の関係者が郡保健局長、保健プロモーション担当官、栄養担当官といった専門家とともにモニタリングすることを通じて、自らが立てた活動計画の内容への理解を深めた。 - 年間活動計画の合意文書（Memorandum of Understanding : MOU）は、州連携委員会、州保健局、郡議会、郡保健局の4者合意とし、州知事の署名が入る重要な文書と位置づける。技術作業グループ会議には州連携委員会関係者も参加し、各郡の活動状況を把握するだけでなく、モニタリング・システムに関しての提言を行った。
0.3	<p>ベースライン調査</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - PDM の各指標の推移を確認するために、プロジェクト開始時のベースラインとなる指標データを、医療施設の既存データや地域住民への世帯訪問調査を通じて収集する。 - プロジェクトの戦略策定や、教材作成に必要な保健情報についても同時に収集する。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2011年9月～10月に、質問票などを簡易調査で検証し、調査詳細案を作成した。詳細案はRHMTと協議して最終化した。 - 2011年10月～11月に、コーディネーター1人、シニア調査員4人、ジュニア調査員8人をCPと専門家で選定した。選定した調査員に調査の内容、方法などについて、現場での実習を含む2日間の研修を実施した。 - 2011年11月～2012年2月に、4つの調査チーム編成し、DHMT、病院、SDHT、CHPS、コミュニティの女性からデータを収集した。 - 2012年2月～3月に、収集したデータのスクリーニング、集計、データ分析を行い、報告書に取りまとめた。その結果は2012年9月の合同調整委員会で共有した。
0.4	<p>エンドライン調査</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクトの介入の効果を評価するために、プロジェクト第4年次にエンドライン調査を実施して、医療施設の既存データや地域住民への世帯訪問調査を通じて収集する。 - 収集したデータは、ベースライン時のデータと比較し、プロジェクト介入の効果を評価、分析する。 - PDM 指標以外にも、母子保健推進のためにGHSにとって有用だと考えられる情報として、機能しているCHPSゾーンと機能していないCHPSゾーンの比較し、コミュニティの女性の意識や意思決定に関する情報も収集する。

	<p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2015年10月中旬から10月末にかけて調査デザインとして、作業項目の洗い出し、実施体制の計画作り、役割分担の明確化、調査対象の設定、人的資源の見積り、コストの見積り、管理方法の決定など、エンドライン調査に関する計画設計を行った。プロジェクトは計画設計の内容をエンドライン調査計画書として文書化し、関係者間で共有して共通理解を図った。 - 2015年10月末から11月初旬にかけて、調査ツールとしての質問票を作成した。その後関係者で見直し修正を加えた。採用した調査員に対して、調査のための研修、試行調査を実施して質問票内容の適切さを確認し、必要に応じて修正した。 - 2015年11月中旬から12月中旬まで、調査対象別に調査チームを編成し、それぞれ調査を実施した。 - 2016年1月初旬から5月末まで、調査チームが収集したデータの確認、データのクリーニング、集計、分析を実施し、エンドライン調査報告書を作成した。 - 2016年7月上旬にエンドライン調査報告会を開催し、調査結果を関係者に報告し、状況や課題について共有した。CP側は、組織や提供サービス、利用者の状況や課題について認識し、それに基づき今後の活動計画を立案した。
0.5	<p>合同調整委員会（JCC）の開催</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - JCCは意思決定の最高機関である。プロジェクト対象地域は極北にあるためJCCの機会を最大限に使って、現場のCPと保健省、JICA ガーナ事務所との状況共有の場になるように工夫した。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 首都からの参加者のためのスタディツアーをJCC前後にできるだけ実施した。 - 計10回のJCCを開催した。うち2回は中間レビューや終了時評価の結果発表と合意を目的に開いた。JCCについては「2.1 意思決定会議の開催方法」を参照されたい。
	<p>【成果1 に関わる活動】「妊産婦・新生児保健サービスに関する能力が強化される」に関する業務</p>
1.1	<p>CHO となる CHN に研修する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHO 研修はすでに教材、プログラム、質とも標準化され、研修も定期的実施されていた。問題は2週間の宿泊を伴う上、少人数での研修しかできないため講師費用が割高になり、コストがかかることであった。プロジェクトでは、CHO 養成研修を准看護師や地域看護師の養成学校である、NAC/NAP のカリキュラムに統合することで、宿泊や講師にかかる費用をなくし、かつ大人数の研修を行うことのできるようなシステムを作った。 - プロジェクトでは、学校のカリキュラムを考慮して新教材を開発した。既存の教材はできるだけ入れ込んで活用するようにした。 - 学校の教師だけでなく、フィールド研修の関係者全員を巻き込んだ。郡のメンバーにオリエンテーションを行うことで、州全体としての研修実施体制を構築するとともに CHPS 拡大を協力して行える基盤を作るようにした。 - CHPS ユニットの調整の中心として、今後の学校研修の調整は州が主導で行うことで、CHPS データに基づく調整ができるような仕組みを開発した。 - 各校合同の調整会議を通して、学校間でリソース（人材や車など）の共有を行い、相互支援ができるような仕組みを作った。 - モデルとして NAP の研修から始めて、後の学校がその経験をもとにより簡単に真似をし学びから実施ができるようにした。 - 学校のフィーに研修費用を組み込むように、保健省にはたらきかけ研修の継続性の担保を図った。また教材の印刷についてガーナ看護師助産師協議会（NMCG）とすり合わせ、今後の教材の印刷と生徒が教科書として購入するシステムを要請した。

	<p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 関係者との合意形成のための会議を各レベルで実施した。具体的には各学校長、郡局長、州局長、州のスタッフと学校関係者との会議である。 - 中央の関係者と国の政策との整合性を確認するための会議を早い時期から実施した。具体的にはガーナ看護師助産師協議会、保健省の保健研修課との会議である。 - 学校研修用のプログラム、フィールド実習教材、モニタリング用のツール、評価教材など学校に必要な追加教材を開発した。 - 郡保健局、亜郡チーム、CHO などのフィールド研修に関する関係者用のオリエンテーション教材を開発して郡主導での研修を全郡で行った。 - 学校教師の研修や再研修を行い、独自に研修が実施できるように能力強化を進めた。 - NAP で 2 回、NAC で各 1 回の研修を実施した。研修後にはフィードバック会議を行い、その結果をもとに今後の研修での改善策を話し合った。 - 国と研修の継続性を担保するため保健省と会議を行い、研修フィーの増加が認められた。教科書としての印刷用教材を新たにまとめて、ガーナ看護師助産師協議会に提出した。
1.2	<p>CHO に産前健診、緊急分娩、産後健診、新生児ケアについて研修する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 助産師対象に実施された安全な母性研修と整合性を持たせるために、助産師の安全な母性研修の CHO に必要な部分を抜き出して、研修の内容を作成した。これは CHO の監督者である助産師がその研修を周知して CHO の技術や知識について指導できるように考慮した戦略である。 - 州が主導で行っていた研修を、各郡が保健センターや病院で CHO の実務訓練（On-the-Job Training : OJT）を行うことで継続性を担保した。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第 2 年次、助産師対象の安全な母性研修教材が作成された後で、整合性のある教材作成を行った。これ以降、第 5 年次まで研修を継続して行った。 - 第 5 年次には研修の継続性を担保するために、保健センターにおける参考教材や記録用紙を作成し、OJT ができるように準備した。その後、モデル保健センターで試行した後、教材の修正、最終的なプログラムを決定して、教材を CP に渡した。
1.3	<p>SDHT 職員に熟練医療従事者の介助による分娩、および新生児ケアについて研修する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - ニーズ調査を実施し、研修教材、州の研修体制を確認する（第 1 年次）。 - 国の安全な母性研修を実施するとともに、研修効果を維持するために研修後のモニタリングとアセスメントを実施する（第 2 年次以降）。 - 研修評価に基づき、関係者と合意形成しながら継続的な研修方法を開発する（第 3 年次から開始）。 - 研修状況、課題や提言について GHS の国の安全な母性研修の責任者と共有する。

	<p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 調査を実施し、研修ニーズと州の研修体制を把握した。国の安全な母性研修教材としてまとめたものがなかったため研修に必要な教材一式をまとめ、助産師不在時に健診や分娩を取り扱う地域看護師や准看護師への研修プログラムと教材を開発した。 - 州保健局の母子保健ユニットと研修計画を立て、第2年次に安全な母性研修計6回と地域看護師・准看護師用研修1回を実施した。第3年次には両研修を続けるとともに各郡での助産師の業務現場でのモニタリグと研修後のアセスメントを開始し、知識と技術レベルの維持と活用状況を調べた。 - 国の研修プログラムは研修費用が高く継続が困難であるため、関係者との協議を重ね、各郡で郡予算による研修を実施することが合意された。そのため、郡ベースの助産師現職研修プログラムと教材を州の安全な母性研修の講師たちと開発し、第4年次に3郡でパイロットを実施した。結果を関係者と共有し、全郡への展開が合意され、第5年次に郡講師養成研修を実施し、全郡で郡予算を用いた助産師現職研修を実施した。 - GHSの助産師研修を担当する家族保健局と連絡を取り合い、現場での状況、課題と提言や開発した教材などを共有した。新しい州講師の養成はGHSと協力して実施した。一方、家族保健局にJCCへの参加を毎回求めたが、実現しなかった。 - このほか、助産師による業務改善と研修成果発現を促進するため、①分娩台帳の標準化(第3、4年次)、②助産師を対象とした表彰(第4年次)、③5Sを活用したモデル保健センターの設置(第5年次)を追加活動として実施した。
1.4	<p>SDHT における基礎的緊急産科・新生児ケア用機材の利用可能性を増やす</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - ニーズ調査による実態の把握とGHSの標準機材を基に、予算内で実現可能な供与機材計画と機材の購入を行う。機材の選択に関しては関係者間の合意を得る(第1、2年次)。 - 供与の際は機材の使用について州の機材ユニットと一緒に指導する。供与後はインベントリー作成と郡の機材の維持・管理の責任を明確にする(第2年次)。 - 各郡による助産師の現場業務のモニタリングやFSVを通じた供与機材の維持状況や使用状況を把握する(第2～5年次)。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第1年次に全ての保健センターの機材状況を調査し、GHSの定める保健センターレベルでの母子保健に関わる標準機材と比較し、必要な機材を把握した。CPと予算内で可能なくつかの選択肢を検討し、最終的に分娩室に必要な機材を、分娩サービスを提供している全60カ所の保健センターに一樣に供与することで合意した。 - 第2年次には機材の購入とその配布をした。具体的な機材の選択にあたってはCPとともに現物と調べた情報を各郡局長や機材担当との会議で共有し、最終的な合意に至った。 - 機材購入に関してはJICAの規定に準じて行い、到着後の検品を実施した。不合格品は交換依頼をして、最終的に予定された機材は全部入手して各郡へ配布した。 - 各郡への受渡書には、郡が各施設への配布と維持管理をすることを明記し、署名を各郡局長から取りつけるとともに各郡に施設ごとのインベントリーを配布した。 - オートクレーブなど大型機材については、各郡での受け渡し時に各施設の代表者を集め、州の機材ユニットスタッフと取扱業者がその使用方法を説明した。ドップラーなど小型の機材は、安全な母性研修を通して各助産師にその使用方法を指導した。 - 機材供与後は、各郡の公衆衛生看護師(DPHN)によるモニタリングの他、FSVを通して機材の状況を把握している。プロジェクト中間評価と終了時評価前に州の機材ユニットと各施設の機材状況を確認した。大方の機材が維持・使用されており、各郡は体温計や血圧計などの破損に対して新品を購入して対応していた。 - 第4年次の最終調査時点の情報でインベントリーを更新し各郡と共有した。

1.5	UW 州の医療従事者養成学校の講師が CHO 養成研修の理論部分の研修を実施できるように訓練される
	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 既存の CHO 養成研修に学校の教師を参加させて、教材の中身を周知させ、講師のプレゼンテーション内容から中身を学ぶ機会を作り、研修の前の準備段階を作った。 - 経験豊富な CHO 養成研修の講師を学校の教師のための研修講師として起用し、教える側と教わる側にアンバランスができないように工夫した。 - 学校の教師はできるだけ一緒に研修を行うようにし、学校同士での一体感ができるようにした。 - 学校の教師の再研修の機会をつくり、全ての教師が自信をもって研修を行えるようにした。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 既存の CHO 養成研修に NAP/NAC の学校長を招待し、カリキュラムに必要な内容を検討した。 - その後、NAP/NAC の教師を CHO 養成研修に招待して、研修についての知識を深めさせた。フィールド研修にも同行して CHPS や CHO 活動に関する知識も深まるようにした。 - 2015 年 5 月に NAP の教師の講師研修を 10 人に実施した。 - 2016 年 3 月に NAC の教師の講師研修を 23 人に実施した。 - 2016 年 7 月に NAP/NAC の教師の再研修を 6 人に実施した。併せて 3 つの助産師学校の教師の 8 人に研修を行った。
	<p>【成果 2 に関わる活動】「妊産婦・新生児保健サービスに関する制度が強化される」に関する業務</p>
2.1	リファラルとカウンターリファラルを強化する
	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 保健施設でのリファラルとカウンターリファラルの記録と記録の保存を確実にを行うためにリファラル台帳を開発・普及した。 - 標準のリファラル手順を州内の全ての保健施設に普及するために、年 1 回のリファラル研修を実施した。 - 分娩施設から CHPS を含む下位保健施設での母親の産後健診の受診を促進するために、産後健診の予定日と場所を記入する欄を妊産婦手帳に設ける産後健診スタンプを開発・普及した。 - リファラル業務の調整を円滑に行うために、その担当者としてリファラルコーディネーターを病院と郡保健局に配置した。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2013 年、州レベルのリファラル・コアメンバーが中心となり、全レベルの保健施設での使用に適するリファラル台帳を開発した。後述のリファラル研修で州内の全保健施設を対象に台帳の使用法の訓練を行って台帳を配布した。台帳は州医薬品庫（Regional Medical Store: RMS）で販売されるシステムが確立された。 - 2013 年から 2016 年まで年 1 回、計 4 回のリファラル研修を全 11 郡対象に行った。毎年、講師研修を受講した講師が各郡保健局の研修を準備・実施するカスケード方式をとった。2016 年は従来の研修に加え、病院職員に対する院内研修を行った。教材は 2013 年にコアメンバーが開発して毎年適宜修正を行い、最終研修の教材は州内の 11 郡保健局と 8 病院に配布済みである。 - 2013 年にコアメンバーと複数の助産師により産後健診スタンプが開発された。前述のリファラル研修で使用法の訓練を行い、同時にスタンプを配布した。GHS は 2016 年予定の妊産婦手帳の改訂・再印刷時に産後健診スタンプの欄を設けると確約している。 - リファラルコーディネーターは 2013 年以來、郡保健局や病院の指揮により 11 郡保健局と 8 病院に常時配置されている。担当者としての責任感や意識の向上を図るため、リファラル研修の郡や病院での講師の担当、フォローアップやリファラルレビュー会議への参加など、働きかけを行った。

2.2	<p>FSV を強化する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第1フェーズに開発された FSV のツールや仕組みを活用し、より包括的で効果的な FSV システムの構築を目指した。 - これまで各郡で独自に活用されてきた FSV の結果がより有効に用いられるように、集計・分析のためのツールと、FSV 結果を関係者に共有するための標準化されたフォーマットを開発し、それらを活用できるように各レベルの担当者の能力強化を行った。 - 活動にあたっては、現場に課される新たな負担をできるだけ少なく、また持続可能性を高めるように、既存のシステムの活用を心掛けた。 - FSV のツールは、より使いやすいものにするために、現場の声を反映して数回の改定を行った。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 郡・亜郡・CHPS ゾーンの各レベルの施設で日常的に行うべき業務の内容を定めた業務水準 (Performance Standard:PS)、PS に基づき FSV で確認する項目をリストにした FSV チェックリスト、各項目の採点基準を記した FSV スタンダードガイドライン、から成る FSV ツールを作成した。 - 改訂版の FSV ツールを導入するため、各レベルに対して研修を行った。州医務局の職員、11 郡の DHMT、州内の全亜郡の SDHT を対象に、FSV の概要、ツールの内容、手法について指導した。 - FSV の結果を郡と州のレベルで記録・分析できるように、FSV データベース・システムとその操作マニュアルを作成し、研修を経て州と各郡に配布した。 - FSV の結果を関係者と共有し、現場サービスの向上によりよく活用するための場として、FSV レビュー会議を州と各郡に導入した。導入にあたり、各郡で効率的効果的に会議が行われるよう実施手順や内容を定めたガイドラインを策定し研修を行った。 - プロジェクトが構築した FSV システムをまとめた FSV マニュアルを作成し、関係者と共有した。FSV マニュアルは、他州への FSV の展開や各郡で新しく配属された職員への FSV 継続研修に用いられる予定である。 - FSV ツールは現場の声を反映しつつ、3 回の改定を行った。現場でより使いやすくするために質問項目の配置を変えたほか、MNDA や分娩介助に関する質問項目、栄養関連やメンタルヘルスに関する項目が追加された。
2.3	<p>妊産婦・新生児死亡症例検討会を強化する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 多くの妊産婦や新生児の死亡が病院で発生しているため、7 病院での妊産婦・新生児死亡症例検討会(MNDA)の提言に基づく具体的な保健サービスの質改善(QI)活動を強化する。 - 質改善の方法として、既にプロジェクト・ファイブ・アライブ (PFA) が各病院に導入していた計画・実践・評価・適応 (PDSA) の質改善サイクルを用いて、関係者に必要な研修と研修後のフォローアップを実施する。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 州の MNDA チームと協議を重ね、上記戦略で合意した。最初の PDM の改訂時にこの内容に基づいた指標が盛り込まれた。 - 第2年次末に州の MNDA コアチームに対し、エビデンスに基づく PDSA の理論について研修を実施した。第3年次には各病院の QI チーム代表者たちに対し、州の MNDA コアチームと PFA の講師による研修を2回実施した。第4年次は QI メンバー全体の活動への参加を強化するため、各病院で QI チームと病院管理者への研修を実施した。第5年次はこれまでの活動状況から把握されている課題への対応を中心に、各病院の病院管理者を含む QI メンバーの代表を集めて研修を実施した。 - 第3年次から州 MNDA-QI チームが病院でのフォローアップを年2回の頻度で開始し、研修時に策定した活動計画の実施状況の確認や指導を行った。活動計画に現実的な具体策が欠けていることや QI チームによる定期的な計画のモニタリングを実施していないため、QI 活動を低迷させていることがわかった。

	<ul style="list-style-type: none"> - 第5年次に戦略の見直しを行い、MNDAの分析とQI活動計画策定の強化とモニタリング体制の - - 強化に焦点をあてることになり、そのための研修を行った。また、プロジェクト終了後も継続して状況をモニターするため、MNDA-QI活動項目をFSVツールに組み込んだ。今後はFSVレビュー会議で結果をフォローする。詳しくは第5年次の活動を参照されたい。
	<p>【成果3 に関わる活動】「妊産婦・新生児保健サービスに関する住民参加と支援制度が強化される」に関する業務</p>
3.1	<p>CHOに住民参加について研修する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 州の地域住民がCHOとともに、自発的にコミュニティの保健状況を改善するためのアクションを起こすことができるように、CHOが住民とともにニーズを抽出し、活動を計画、実施、モニタリング・評価できる能力を強化した。そのためのツールとして、「主体的参加による学習と行動」(Participatory Learning and Action:PLA)と、地域保健行動計画(Community Health Action Plans:CHAP)を活用し、またCHAPの活動の参考事例として、地域緊急搬送システム(Community Emergency Transport System:CETS)などを紹介した。 - 直接の住民へのアプローチは、対象者数が膨大になることによる予算的制約や、他地域への波及の点で難点があるため、住民に最も近いフロントラインワーカーである現職CHOの能力強化を通じて、間接的に地域住民の自発的な活動を支援した。 - 上記の現職CHOへの能力強化の成果を検証するために、州内のコミュニティに関するデータベースを作成し、コミュニティを取り巻く状況の変遷を確認するとともに、CHAP、CETSといった住民参加研修に関する指標の変遷を確認した。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 本格的なプロジェクト活動に先立ち、コミュニティの保健状況改善について住民参加活動の課題と原因を、2011年から2012年にかけてCHPSから聞き取り調査した。 - 2011年から2013年にかけて、住民参加コアチーム会議にてCHO現職研修の内容を検討し、住民参加研修の対象者、目的、内容、時期などを含む計画を立案し、研修教材を開発した。 - 2013年4月には、CHO現職研修(住民参加)トレーナー養成研修を実施した。住民参加コアチームメンバーが講師となり、郡CHPSコーディネーターなどをトレーナーとして養成した。 - 住民参加コアチームメンバーと養成したトレーナーが講師となり、CHO/CHN等を対象とした約5日間のCHO現職研修(住民参加)を2013年4月～2016年5月に7回実施した。 - 2013年の第1～2回のCHO現職研修の後、受講CHOの住民参加活動をモニタリングした。全郡の受講CHOの勤務状況を訪問調査し、研修効果を確認した。調査で得た情報は、その後の研修教材の改訂に活用した。 - 2013年から2016年にかけて、コミュニティ・データベースを開発・更新し、CHAP・CETSの状況と、コミュニティの人口・保健ボランティアなどに関する情報を年1回の頻度で収集しその変化を調べた。関連して2015年には、全住民を登録する住民台帳もランブシエ郡などで試行したが、全州への導入には至っていない。 - 2014年には、CHPSを指導・監理する亜郡保健局の職員を対象に、亜郡保健局職員対象研修(住民参加)を2回実施した。
3.2	<p>CHOに、開発のためのコミュニケーション(C4D)について研修する</p> <p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 啓発教材の開発においては、CHOら保健従事者とコミュニティ住民が対話しながら、住民自身が考え行動を起こすきっかけを作るような教材となるよう、地域特有の生活状況やニーズに基づいた教材作成を目指した。そのため教材開発の際には、①対象地域特有の背景や課題を網羅する、②教材の活用者であるCHO/CHNや対象者である村人、関連分野の専門知識のある担当官の意見を最大限尊重し、現場のニーズに沿った教材を作成する、③開発した教材は必ず試行し、メッセージの明確さや適切さ、使いやすさなどを確認する、ことに留意した。

<ul style="list-style-type: none"> - CHO 現職研修では、この教材を CHO から保健従事者が現場で適切に活用できるよう、実際の教材を使った演習を多く取り入れ、さらに研修後は講師が直接現場を訪問し、モニタリング、フォローアップを実施した。 <p>【活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 啓発教材の開発のために、産前健診、施設分娩、産後健診を阻害・促進する要因を分析し、その結果をもとにフリップチャート教材、ビデオ教材（ワレ語とシサラ語）の開発・作成を行った。 - CHO/CHN の母子保健サービスの啓発活動スキルに関する課題を確認し、CHO 現職研修（C4D）の研修プログラムや教材を準備した。 - IEC 教材作成団員が講師となり、州保健プロモーションオフィサー3 人をトレーナーとして養成した。 - 州保健プロモーションオフィサーが講師となり、CHO/CHN、郡保健プロモーションオフィサー、准看護師や助産師らを対象とした研修を年に1回、計4回実施した。また研修後は、講師が研修参加者の活動する CHPS や保健センターなどの現場を訪問し、モニタリングとフォローアップを行った。

4.2 研修やコースの実績

活動に伴う研修ごとの実施時期と研修人数を以下の表にまとめた。

活動名	研修名	対象	実施時期	研修人数
CHO 養成研修	CHO 養成研修	CHPS 勤務の CHN、EN、助産師	2012 年 2-3 月 2012 年 12 月 2013 年 2-3 月 2013 年 10-11 月 2014 年 6 月 2014 年 11 月 2015 年 8 月	計 286 人
	学校における CHPS 研修	NAP/NAC の学生 (2014 年の研修は卒業生に対する研修)	2014 年 11 月 2015 年 5 月 2016 年 5 月 2016 年 6 月 2016 年 7 月	計 631 人
	養成学校の教師の能力強化	NAP/NAC/助産師養成学校の教師への研修	2015 年 5 月 2016 年 3 月 2016 年 6 月	計 47 人
母子関連 CHO 現職 研修	CHO 現職研修（産前健診/出産/産後健診）	CHPS 勤務の CHO	2014 年 1 月 2014 年 9 月 2015 年 7 月 2016 年 7 月	計 346 人
	CHO 現職研修（コミュニティベースの妊産婦・新生児保健）	CHPS 勤務の CHO	2013 年 11 月 2014 年 8 月 2014 年 10 月 2015 年 9 月 2016 年 7 月	計 346 人

活動名	研修名	対象	実施時期	研修人数
SDHT の能力強化	安全な母性研修 (国のプログラム)	SDHT 助産師	2013年5-11月 2014年11月 2015年4-5月	計128人
	CHN/EN への母子 保健・緊急分娩介 助研修	SDHT の CHN/EN	2013年11月 2014年4-6月	計62人
	安全な母性研修講 師研修	州安全な母性講師	2014年	計15人
	国のトレーナーに よる新講師養成研 修	州講師候補助産師	2015年3月	計13人
	郡ベース助産師現 職研修の郡講師養 成研修	郡講師候補助産師	2014年7月 2015年3,5月	計45人
	郡ベース助産師現 職研修	助産師 (病院助産師を含む)	2015年8-10月 2016年4-8月	計104人
MNDA-QI	MNDA と PDSA サ イクル研修	州 MNDA チーム	2013年11月	計10人
		州 MNDA チーム、病院 QI コアチーム	2014年6月 2014年11月 2016年5月	計86人
		病院 QI チーム	2015年4-5月	計67人
FSV 関連活 動	PS 研修	RHMT、DHMT、SDHT	2013年6-11月	計303人
	州レベル FSV 研修	RHMT	2014年7月	計27人
	郡レベル FSV 研修	DHMT、SDHT	2014年7-8月	計313人
	郡レベル FSV デー タベース研修	DHIO、郡 CHPS コーディネ ーター	2014年9月 2015年7月 2016年7月	計66人
	州レベル FSV デー タベース研修	RHIO、州 CHPS コーディネ ーター、DHIO など	2014年12月 2015年7月	計14人
	FSV レビュー会議 研修	DHMT、SDHT	2015年8月	計115人
	FSV データベース 技術研修	RHIO、州保健局 ICT ユニッ ト職員	2016年6月	計3人
住民参加関 連活動	CHO 現職研修 (住 民参加) トレーナ ー養成研修	郡 CHPS コーディネーター、 保健プロモーションオフィ サー、保健情報オフィサー 等	2013年4月	計22人
	CHO 現職研修 (住 民参加・FSV)	主に CHO、CHN、その他、 郡の要請により准看護師、 保健プロモーションオフィ サー、アシスタント CHPS コーディネーター、助産師 も対象	2013年4月 2013年8月 2013年12月 2014年5月 2015年4月 2015年10月 2016年5月	計479人
	匝郡保健局職員対 象研修 (住民参加)	DHMT/SDHT 職員	2014年9月 2014年10月	計66人

活動名	研修名	対象	実施時期	研修人数
IEC 教材作成	CHO 現職研修(C4D)トレーナー養成研修	州保健プロモーションオフィサー	2013年10月	計3人
	CHO 現職研修(C4D)	CHO、CHN、その他郡の要請により准看護師・助産師、郡保健プロモーションオフィサー、郡保健局・郡病院職員、保健センター職員、フィールド・テクニシャン、栄養士、精神保健担当者も対象	2013年11月 2014年4-7月 2015年11月 2016年6,7月	計577人
リファラル	リファラル研修講師研修	病院・亜郡保健施設・郡保健局のPA/MA、助産師、リファラルコーディネーター、研修コーディネーター、病院管理職	2013年6月 2014年9月 2015年6月 2016年4月	計156人
	リファラル研修	郡保健局・病院・亜郡保健施設・CHPS・民間医療施設のリファラルに関わる医療従事者	2013年7月 2014年9-10月 2015年6月 2016年5-6月	計1,637人

4.3 成果品や開発したマテリアル一覧

プロジェクトで作成した第1年次からの成果品は以下の表のとおりである。第1年次から第4年次までの成果品、第5年次の成果品はすでに提出済みである。残りの成果品は本報告書に添付した。

表 4-1 プロジェクト成果品

年次	成果品
第1年次	インセプション・レポート
	ベースライン調査報告書
	プロジェクト進捗報告書(1)
第2年次	プロジェクト進捗報告書(2)
	プロジェクト進捗報告書(3)
第3年次	プロジェクト進捗報告書(4)
第4年次	プロジェクト進捗報告書(5)
第5年次	エンドライン調査報告書
	事業完了報告書

その他、成果品ではないがプロジェクトが開発した主要な教材やツールは以下の表のとおりである。

表 4-2 プロジェクトが開発した教材やツール一覧

No	項目	開発／改訂年月
成果 1		
1	CHO 養成研修改訂教材	2012 年 1 月
2	産前健診・出産・産後健診についての CHO 現職研修	2013 年 12 月
3	CHPS データベース（第 1 版、改訂第 2、3 版）	2011 年 2014 年 7 月 2015 年 3 月
4	地域看護師養成学校向け学校での CHPS 研修教材（講師・生徒向け）	2015 年 3 月
5	地域看護師・准看護師養成学校のフィールド研修の CHO、SDHT 向けオリエンテーション教材	2015 年 3 月 2016 年 3 月
6	地域看護師・准看護師養成学校のフィールド研修のスーパーバイザー向けオリエンテーション教材	2015 年 3 月 2016 年 3 月
7	准看護師養成学校向け学校での CHPS 研修教材（講師・生徒向け）	2015 年 12 月
8	DPHN 用助産師の現場モニタリングツール	2013 年 8 月 2014 年 4 月改訂
9	分娩台帳	2015 年 5 月
10	郡病院ベース助産師現職研修講師養成教材	2015 年 4 月 2015 年 11 月改訂 2016 年 3 月
成果 2		
12	業務水準（PS）（CHO、SDHT、DHMT レベル）	2014 年 6 月（第 1 版） 2014 年 10 月（第 2 版） 2016 年 5 月（第 3 版）
13	FSV チェックリスト（亜郡－CHPS レベル、郡 - 亜郡レベル、州 - 郡レベル）	2014 年 6 月（第 1 版） 2014 年 10 月（第 2 版） 2015 年 8 月（第 3 版） 2016 年 5 月（第 4 版）
14	FSV 採点基準（亜郡－CHPS レベル、郡 - 亜郡レベル、州 - 郡レベル）	2014 年 6 月（第 1 版） 2014 年 10 月（第 2 版） 2015 年 8 月（第 3 版） 2016 年 5 月（第 4 版）
15	FSV 研修講師用パッケージ	2014 年 6 月
16	FSV 研修参加者用パッケージ	2014 年 6 月
17	FSV データベース（州・郡レベル）	2014 年 9 月
18	FSV データベース操作マニュアル（州・郡レベル）	2014 年 9 月（第 1 版） 2015 年 7 月（第 2 版） 2016 年 7 月（第 3 版）
19	FSV レビュー会議ガイドライン	2015 年 6 月
20	FSV マニュアル	2016 年 5 月
21	リファラル台帳	2013 年 6 月
22	産後健診スタンプ	2013 年 6 月
23	リファラル研修教材	2013 年 6 月 2014 年 9 月

		2015年5月 2016年4月改訂
24	リファラル研修講師研修教材	2013年6月 2014年9月 2015年5月 2016年4月改訂
25	新生児死亡症例検討会用様式・死産用検討会様式	2016年3月
成果 3		
24	CHO 現職研修（住民参加・FSV）トレーナーズ・キットと参加者用教材	2013年4月 2013年8,12月改訂 2014年5,9-10月改訂 2015年4,10月改訂 2016年5月改訂
25	CHO 向け住民参加フィールドガイド	2013年12月
26	コミュニティ住民台帳	2015年5月 2015年11月改訂
27	産前健診・施設分娩・産後健診をテーマにしたフリップチャート	2012年10月 -2013年2月
28	産前健診・施設分娩・産後健診をテーマにしたワレ語・シサラ語ビデオドラマ	2013年3-5月（ワレ） 2013年4-9月（シサラ） 2013年9月改訂 2014年改訂
29	CHO 現職研修（C4D）教材	2013年9月 2014年4月改訂
成果外 郡議会連携活動		
30	郡議会年間活動計画モニタリングマニュアル	2015年8月 2016年4月改訂
31	モニタリング報告書フォーマット	2015年8月 2016年4月改訂

5. 第5年次の活動

第1年次から第4年次までの活動については、すでに事業進捗報告書で記載し提出している。成果やまとめは前章で記載しているため、ここでは第5年次の活動の詳細について述べる。出口戦略や提言については、この後の章でまとめている。

5.1 成果1に関する業務

5.1.1 CHPSの拡大計画とCHO

(1) 概要

正確なCHPSデータは、CHPSリソース管理や拡大計画策定を行うための基礎情報として、また進捗状況の把握に必須である。しかしGHS中央にもCHPS標準データベースはなく、GHSの情報システムのうち郡保健情報管理システム2(DHIMS2)にCHPS関連項目のデータがあるのみである。DHIMS2から報告されるCHPSデータは、CHPSユニットが把握している数字と大きな開きがあるうえ、郡から出される年次報告書のデータとの整合性もなく、CPに混乱をもたらしていた。

プロジェクトでは、体系的で標準化されたCHPSデータ収集・管理システムを第3年次後半に構築した。第4年次には、四半期のCHPSデータベース会議を通して、データの整合性や正確性の確認、データベースの改定やその訓練を継続的に行った。新たに住民レベルの情報シートも1枚追加して、コミュニティレベルの情報が併せて取れるようにデータベースを改定した。

結果として、このデータベースと州や郡の出す定期的な報告書やDHIMS2間でのデータの開きはほぼなくなった。州の管理データの管理部署であるCHPSユニットの担当者も、データベースをCHO研修やCHPSのリソース管理に活用している。第5年次はコミュニティ情報のデータの正確性を高めるほか、プロジェクト終了時の最終データの確認を行った。プロジェクト終了に向けて、現在プロジェクト予算で実施しているCHPSデータベース定期会議を、四半期に行われるDHIMS2のデータレビュー会議に組み込むようにした。郡レベルでの能力強化の対象は、CHPSコーディネーターと保健情報オフィサー(Health Information Officer:HIO)であった。

(2) 第5年次の活動

プロジェクトでは、四半期ごとの会議を開催しCHPSコーディネーターとHIOのCHPSデータ収集管理能力の強化を行っている。第5年次は2回会議を開き、終了時評価やプロジェクト終了に伴う会議で発表するデータのまとめを行った。併せて、今後の会議をどのように開催するか確認と情報共有を行った。これにより今後もCHPSデータベース会議を開き、データ整合性の確認や州から郡へのフィードバックを行う機会が担保されたことになる。

以下が会議の内容の要約である。

表 5-1 CHPS データ会議概要

	日時	会議の目的と内容
第 8 回 CHPS データ会議	2016 年 3 月 3 日	- 終了時評価に向けたデータの整合性の確認とデータの更新 - 終了時評価の説明と 2016 年第 1 四半期データのまとめ
第 10 回 CHPS データ会議	2016 年 7 月 5 日	- プロジェクトの普及フォーラムや JCC に向けた最終 CHPS データの整合性の確認と 2016 年第 2 四半期のデータの更新 - 今後の会議を州の四半期のデータレビュー会議に組み込むことへの合意

5.1.2 CHO/CHPS 拡大状況の推移

CHPS の状況、細分化された CHPS 地区、機能している CHPS 地区、CHO や CHPS コンパウンド数の状況や分析について、2016 年 7 月時点での現況を述べる。

(1) デマケート（細分化）された CHPS 数と機能している CHPS ゾーン

CHPS 政策の開始時には、アッパーウエスト州は 197 のゾーンに分けられていたが、年々細分化が進んで 2016 年 7 月時点では 253 となった。そのうち、CHO が勤務しサービスが提供されている、いわゆる機能する CHPS ゾーンは 212 で、2011 年では細分化された CHPS の 45%のみが機能していたのに対し、2016 年では 83.8%になった。これは CHO 養成が学校の研修により一挙に進み、大量の CHO 配置が進んだことが最も大きな要因と考えられる。今後は学校での研修が継続され、CHO が CHPS に配置され、活動に必要な機材が配布されれば 100%が機能する CHPS ゾーンとなることが期待される。そのためには学校のフィーに研修費用が加えられて財源が確保されること、CHPS データに基づいた CHO や機材の適正配置が行われる必要がある。(図 5-1 参照)。

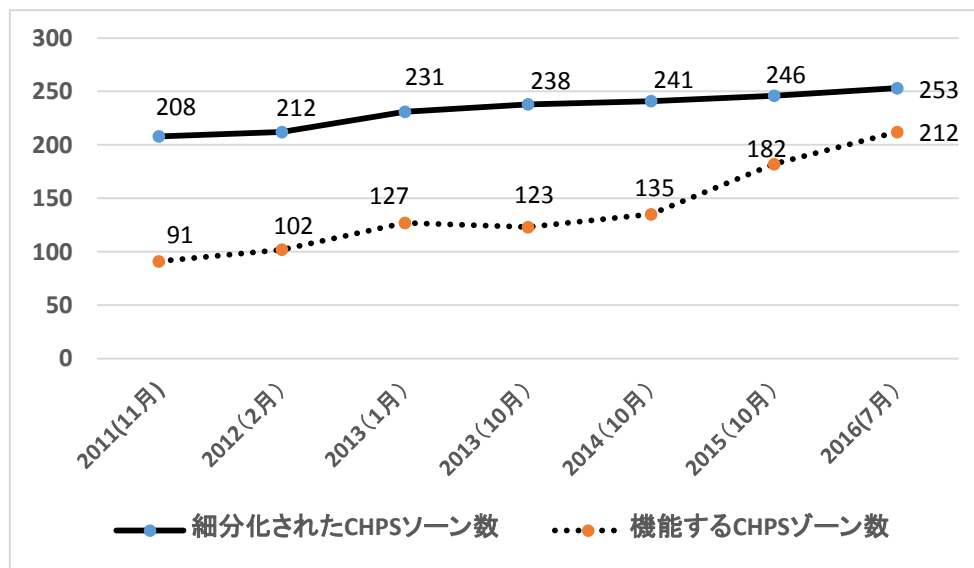


図 5-1 細分化された CHPS 地区数と機能している CHPS 地区数の推移
(2016 年第 2 四半期 CHPS データベース)

(2) CHO の現状

CHO としての経験が将来のキャリアにつながるような工夫が、国の CHPS 政策の一環として政策として確立されていないために、CHO の早期退職に繋がり、研修などの費用対効果が非常に悪かった。また CHO 養成研修のコストは高く、一度に研修できる参加者数が限られていた。CHO のキャリアが有利になるようなシステム確立による CHO の早期退職率の削減には、国の政策による加入が必要となる。プロジェクトにおいて対応可能な範囲を超えていたため、プロジェクトでは係る状況に対する当面の対応策として低コストで大人数を継続的に研修するシステムを開発に取り組んだ。具体的には、CHO 養成研修の学校への移管を行い、定期的な大人数の CHO の継続養成を担保した。

プロジェクトの目標は 240 人の CHO 養成であった。しかし、無償スキームで 70 カ所近い CHPS コンパウンドが建設され、中間評価での提言もあり、学校への移管研修を後半で実施した。

第 3 年次までは CHO 養成研修として州主導での研修を行い、286 人の CHN を研修して CHO を養成した地域看護師養成看護学校 (NAP) で、卒業生に対する 1 回の研修を第 3 年次に行い、第 4 年次と第 5 年次では 2 回の移管研修を実施して計 320 人を研修した。ワとローラの准看護師養成学校 (NAC) で各 1 回の研修を行い、計 311 人への訓練を行った。この戦略より、大量の CHO が養成されるようになり、細分化された CHPS ゾーンに 2 人の CHO 配置とした場合、2011 年の 24.3% の充足率から、2016 年の 63.6% へと改善した。毎年 400 人近くの CHO 訓練を受けた学生が卒業するため、退職する CHO 数を差し引いても将来的に改善傾向は続く見通しである。そのためには、州保健局が必要な CHO 数を CHPS データをもとにした予算・雇用計画を立てていく必要がある。(図 5-2 参照)。

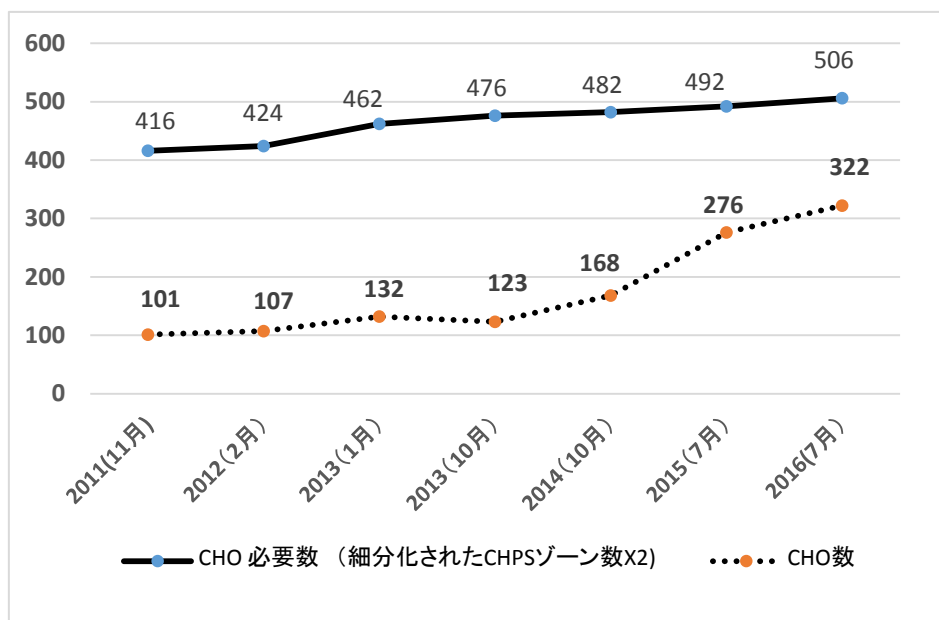


図 5-2 CHPS で働く CHO 数と CHO 必要数の推移
(2016 年第 2 四半期 CHPS データベース)

(3) CHPS コンパウンド数

CHPS コンパウンド数については、JICA の無償スキームで最終的には 64 カ所の CHPS コンパウン

ドが 2015 年中旬に完成したことで、コンパウンド数は飛躍的に増加した。2016 年 7 月時点で完成が確認されたコンパウンドを含めた総数は 198 カ所でわずかではあるが増加しており、郡議会などの努力が見える。今後も、CHPS ユニットはデータを共有し、州や郡保健局では、建設予定の立っていない CHPS に関しては、郡議会や開発パートナーに情報を流して建設を要望するなどのアクションが引き続き必要である（図 5-3 参照）。

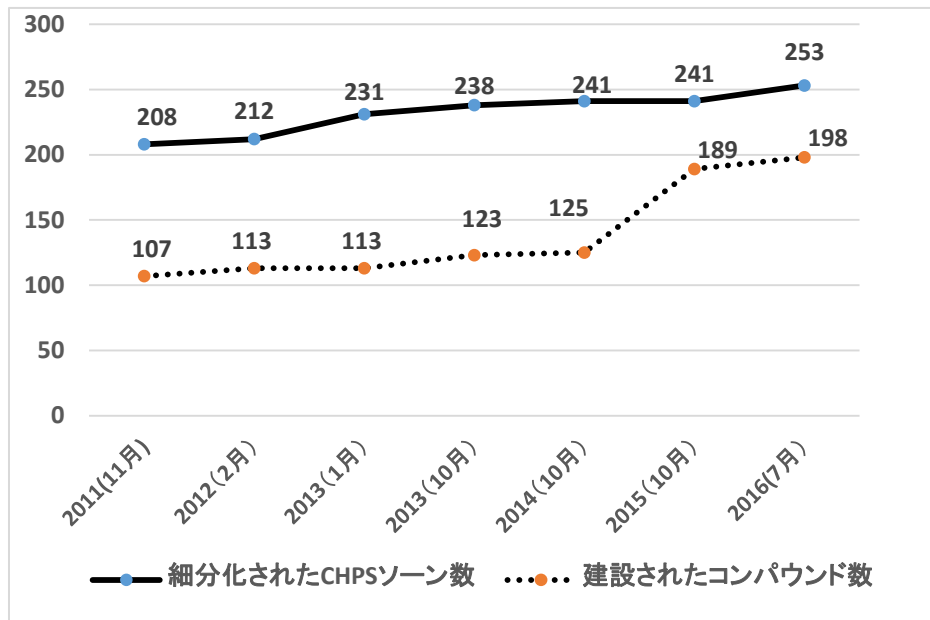
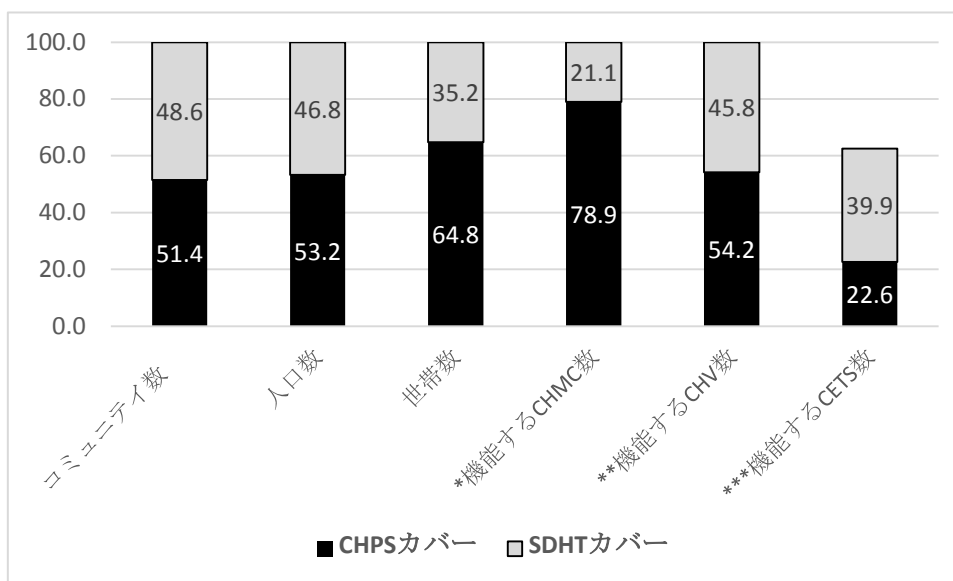


図 5-3 CHPS コンパウンド数の推移
(2016 年第 2 四半期 CHPS データベース)

(4) コミュニティ関連データ

コミュニティ関連情報は、最初はプロジェクト指標データとしてプロジェクトが不定期に収集していたが、CHPS データベースに統合して定期的な情報収集が行われるようになった。UW 州では住民台帳の導入によりコミュニティ関連の基礎情報を集めようとしているが、システムが軌道に乗るまでは時間もかかるため、プロジェクトでは既に構築された CHPS 情報収集管理システムの中に、CHPS 拡大に不可欠なコミュニティ情報シートを入れて、基本情報の体系的な収集を行っている。

以下の表は 2016 年 7 月現在の結果である。データの正確性や整合性については引き続き強化する必要があるが、おおよその傾向は把握できる。CHPS がカバーしていないコミュニティは SDHT がカバーしているという前提で、CHPS と SDHT それぞれがカバーしている項目による比率を示している。なお、CETS を実施しているコミュニティは、第 1 年次は全体の 30% 未満だったが、60% 以上に増加した。これは CHO に対する PLA などの研修の効果が出ているものとする（図 5-4 参照）。



*機能する CHMC 数=過去 6 カ月以内に最低 1 回会議に参加。

**機能する CHV 数=月例会議に参加。

***機能する CETS 数=過去 4 カ月以内に活動がある。

図 5-4 CHPS と SDHT によるコミュニティ・カバーの状況
(2016 年第 2 四半期 CHPS データベース)

5.1.3 CHO 養成研修

(1) 概要

1) CHO 養成研修の概要と経過

CHO 養成研修は、CHPS 拡大のための人材養成の要の研修である。通常 CHPS に配属されている地域看護師 (CHN) や准看護師 (EN) を対象に、CHO としての知識やスキルを補うための研修が行われる。一方で小グループでの長期の研修であるため、高額となり、主催する CHPS ユニットへの負荷が大きいことが問題だった。継続性を保証するためには研修費用を抑えること、および確保することが緊急の課題であり、プロジェクトでは、この研修を地域看護師養成学校 (NAP)・准看護師養成学校 (NAC) のカリキュラムに統合して CHO としての訓練が必要となくなる戦略を策定し、第 3 年次より本格的な統合活動を始めた。

まず学校関係者に研修の内容を周知してもらうため、CHO 養成研修に招待した。その後、数回にわたり学校と CHPS ユニットでの会議を開き、移管の必要性や実現にあたっての問題の検討、計画策定などを行った。その計画に基づき州保健局や郡保健局長へも説明会を開いて全関係者の合意をとった。プロジェクトでは、NAP・NAC での CHPS 研修の理論部分、フィールド実習の教材やプログラム、そして評価のためのデータベースを開発した。

NAP は CHPS で働く地域看護師の養成学校であるため、最も CHO 養成研修を取り入れやすかったため、ここから研修の移管を開始した。当初は外部講師からの支援も必要だったが、NAP はすでに 2015 年 5 月と 2016 年 5 月の 2 回研修を実施しており、理論研修もフィールド実習も独立して実

施できるようになっている。

NAC は NAP よりも臨床中心のカリキュラムであるため、NAP の教材にさらに内容を加える形で教材を開発した。ワとローラの 2 校があるので、すでに移管を終えた NAP の講師を講師訓練に加えて、経験を共有しながら支援して、3 校が一体になって準備を進めた。2016 年 6 月と 7 月に各 NAC に理論研修は問題なく実施されたが、フィールド実習は学校の財政的な問題で完了しなかった。理論研修のみが実施された形となるが、フィールド研修未完了の生徒は名簿を郡局長に提出して、今後 CHO として配属する場合、現場での OJT が必要であることを、CHPS ユニットから通知することになった。

助産師学校に関しては、将来的には助産師も CHPS で働く可能性があること、SDHT の助産師は CHO の監督業務もあるため、CHO 養成研修をカリキュラムに取り込むことの必要性が 3 つの助産師学校の校長と合意された。理論研修については新たにプログラムを開発して入れ込むのではなく、既存の資料に入れ込んだり、全く資料のないものは NAP・NAC で使用したモジュールをアレンジしたりして各講師が授業に取り入れることとなった。フィールド研修については NAP や NAC と同様に、1 カ月の CHPS での実習をやるべきと校長から強い意見があり、次年度の研修については 3 助産師学校が同時に 1 カ月の研修を進める方向で、CHPS ユニットが今後も調整を行うこととなる。講師の訓練は NAP・NAC の講師の再研修と同時に実施され、全ての養成学校での講師訓練は終了した。

2) CHO 養成研修の実績

CHO 養成研修では次の 2 種類の研修が同時並行で行われている。ひとつは CHPS で働いている CHN、EN 対象の CHO 養成研修であり、もうひとつは地域看護師・看護助手の養成学校向けの CHO 養成研修である（以下、養成学校向け CHO 研修と呼ぶ）。

第 5 年次における養成学校向けの CHO 研修は、2016 年 5 月に NAP 学校で学生 117 人を対象に 2 回目が終わった。2016 年 6 月にはローラ NAC で 185 人、7 月にはワ NAC で 126 人への理論研修が終了した。これにより第 5 年次の研修人数は表 5-2 のとおり計 428 人となる。

表 5-2 CHO 養成研修実績

郡	1年次 (人)	2年次 (人)	3年次 (人)	4年次 (人)	5年次 (人)
ジラバ	12	7	4	8	
ランブシエ	1	8	7	5	
ロウラ*	ロウラ	10	6	5	5
	ナンドン		5	5	5
ナドリ*	ナドリ・カレ オ	9	14	6	9
	DB I		10	4	5
シサラ・イースト	1	8	7	5	
シサラ・ウエスト	1	6	7	5	
ワ・イースト	2	7	7	7	
ワ・ムニシバル	8	12	6	10	
ワ・ウエスト	8	10	9	10	
合計	52	93	67	104	99
					0
					428

既に述べたようにプロジェクトでは、CHO 養成研修を UW 州にある地域看護師・准看護師・助産

師養成学校のカリキュラムに組み入れて実施している。実施を通して、以下の効果と問題が確認された。

- 400人近いCHOを毎年確実に養成できる。
- 理論研修では講師費用、会場費用などはかからず、学校による教材の準備費用のみが必要なコストとなる。GHS側の費用負担はない。
- フィールド実習では郡、亜郡、CHPS、コミュニティと学校とCHPS関係者のすべてが関与するため、相互に支援体制の構築や情報共有が促進され、CHPS拡大を一体となって進める体制ができる。各レベルでのCHPSへの理解も深まる。
- フィールド実習を行うCHPSやCHOも生徒から見られる立場になったり、郡や学校からのモニタリングも入るので、CHPSの環境を整えたり記録を整理したりせねばならず、研修自体がCHPSの業務改善のきっかけとなる。
- 研修を受けた学生がCHOとして次の学生を指導することになるため、学生の指導に関してCHOに繰り返しオリエンテーションをする必要もない。
- コストの試算によるとCHO養成研修では1人のCHO養成に2500GHCかかっていたものが、移管後の学校での研修はフィールド実習や教材を含めて1人300GHC程度で実施できる。
- ワとローラNACでのフィールド実習で実施の障害になったのは、生徒をフィールドに送るための交通費と教師のモニタリング費用の問題である。2017年8月から授業料の値上げが可能になるため、2017年8月以降はフィールド実習も問題なく実施できると考えられる。授業料改定が行われるまでの間は、経済的な問題でフィールド研修ができない学校は理論研修のみを行い、CHPSユニットに生徒のリストを提出する。CHPSユニットは郡保健局にリストを提出して、リストにある生徒がアサインされた場合は郡で1カ月程度のOJTをCHOと組み合わせて行う予定である。多くの学校がフィールド実習を行うため、CHPSユニットによる学校と郡との日程調整は今後非常に重要となる。

3) 養成学校向けCHO研修の概要

研修のシステムの概要を以下に示す。養成学校向けCHO研修にはCHO養成研修だけでなく、CHO現職研修として実施していたCHOレベルの住民参加研修や支援型スーパービジョン(FSV)研修の内容も入れている。このため学校への移管研修はこれらのCHO現職研修の出口戦略にもなっている。

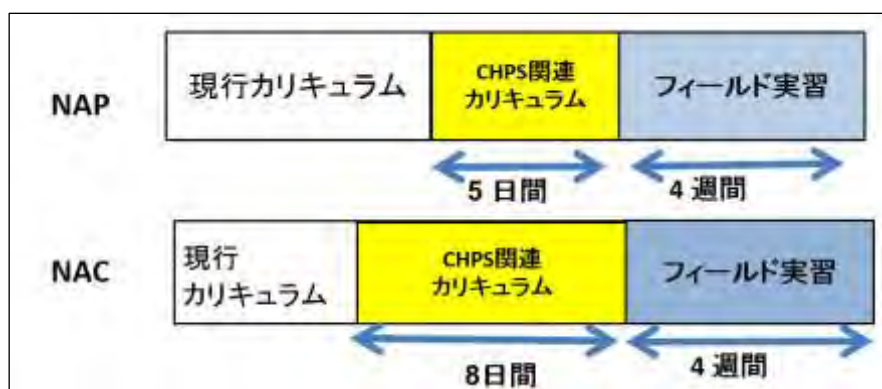


図 5-5 養成学校向けCHO研修の全体図

理論研修

理論研修はNAPが5日で8モジュール、NACが8日で11モジュールの講義をグループワークやロールプレイ、実習などを交えて行うものである。実施上、問題はなかったため今後も引き続きこの形を踏襲していく見込みである。

表 5-3 養成学校向け CHO 研修の理論研修のモジュール

NAP	NAC
1. UW州の保健状況とCHPSコンセプト	1. UW州の保健状況とCHPSコンセプト
2. CHO活動の管理	2. CHO活動の管理
3. コミュニティ活動	3. コミュニティ活動
4. 参加型コミュニティ学習行動ツール(PLA)	4. 参加型コミュニティ学習行動ツール(PLA)
5. 保健ボランティア支援	5. 保健ボランティア支援
6. コミュニティ保健活動計画(CHAP)	6. コミュニティ保健活動計画(CHAP)
7. HIV/AIDS	7. HIV/AIDS
8. 開発のためのコミュニケーション	8. 開発のためのコミュニケーション
	9. 家庭訪問
	10. 予防接種
	11. 疾病サーベイランスとコントロール

フィールド研修

フィールド研修は学生をCHPSに1カ月前後滞在させて、CHOとして必要な活動を体験させるものである。プログラムは自由だが、やるべき実習の内容や評価方法は決まっている。学生を受け入れるための郡関係者へのオリエンテーションや、モニタリングを行うスーパーバイザーへの訓練も終了した。実施にあたっては、生徒をCHPSに送るための交通費やモニタリングを行うための交通費や宿泊費がかかる。NAPはこの費用を負担したが、NACでは負担できず、フィールド研修の完全な実施には至っていない。実習場所となるCHPSの選択などは郡とCHPSユニットとの情報交換が重要となる。

表 5-4 養成学校向け CHO 研修のフィールド実習

CHNT	HATS
1. スケジュール管理	1. スケジュール管理
2. コミュニティ・エントリー	2. コミュニティ・エントリー
3. コミュニティのニーズアセスメント	3. コミュニティのニーズアセスメント
4. リソース管理	4. リソース管理
5. データ管理	5. データ管理
6. 環境管理	6. 環境管理
7. コミュニティ・ダーバー	7. コミュニティ・ダーバー
8. 保健ボランティア支援	8. 保健ボランティア支援
9. 家庭訪問	9. 家庭訪問
10. 学校保健	10. 学校保健
11. コミュニティ保健活動計画(CHAP)	11. コミュニティ保健活動計画(CHAP)
12. 参加型コミュニティ学習行動ツール (1)	12. 参加型コミュニティ学習行動ツール (1)
13. 参加型コミュニティ学習行動ツール (2)	13. 参加型コミュニティ学習行動ツール (2)
	14. 産前産後健診
	15. 予防接種

モニタリング

フィールド実習中に教師は郡のスタッフとともに、生徒が実習している CHPS を訪問して実習の進捗をモニターしたり、実習記録をチェックしたりして、問題のある場合は解決を図る。郡との共同活動であるため、郡と学校の調整が非常に重要である。郡はこの機会を FSV に加えて CHPS のモニタリングの機会とし、CHO との情報交換の場に利用できるため、郡にとっても有用な活動になりうる。

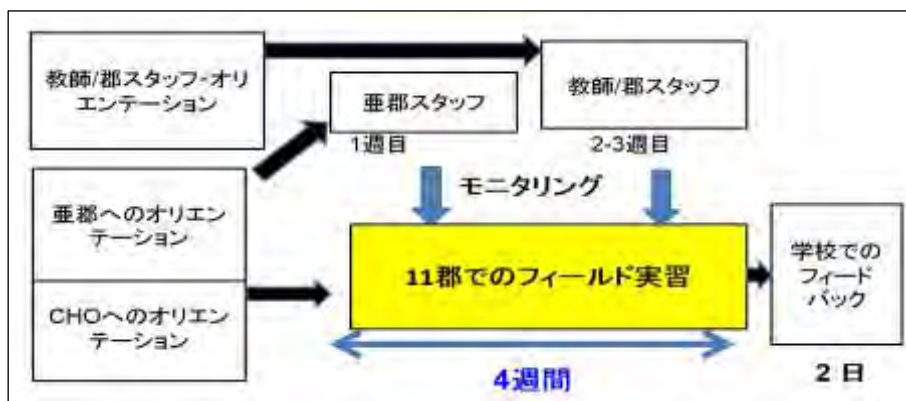


図 5-6 養成学校向け CHO 研修のフィールド実習

(2) 第 5 年次の活動

第 5 年次に予定していた活動は、全て終了した。実施した活動を経時的に表 5-5 に示す。

表 5-5 CHO 養成研修の学校研修への移管活動

研修名	活動	日程	参加者数(人)	期間
NAC 講師への講師研修	準備会議	2016年3月8日	14	1日
	講師研修	2016年3月14-19日	23	6日
NAP での CHPS 研修	準備会議	2016年4月18日	10	1日
	理論研修	2016年4月25-29日	117	6日
	フィールド実習	2016年5月2-28日	117	4週間
	フィードバック会議	2016年5月30,31日	117	2日
ワ NAC での CHPS 研修	準備会議	2016年6月6日		1日
	理論研修	2016年6月13-24日	126	8日
	フィールド実習	2016年7月4-29日	126	4週間
	フィードバック会議	2016年8月2,3日	126	2日
ローラ NAC での CHPS 研修	準備会議	2016年4月25日		1日
	理論研修	2016年5月2-13日	185	8日
	フィールド実習	2016年6月6日-7月4日	185	4週間
	フィードバック会議	2016年7月6,7日	185	2日
NAP/NAC/助産師学校教師への研修	研修	2016年6月28-30日	14	3日
助産師学校の教材作成会議	ワークショップ	2016年7月12,13日	20	2日
合同フィードバック会議	会議	2016年8月4日	50	2日

1) NAP 向けの研修準備と実施

NAP は地域看護師を養成する学校であり、移管研修の概要は前述した。すでに第 4 年次に講師研修も終え、学校での CHPS 研修を 1 回実施していたため目標はすでに達成している。第 5 年次では、2 回目の学校での CHPS 研修を実施し、さらなる能力強化と 1 回目の研修の問題解決を図った。

2 回目の研修は 2016 年 5 月から 6 月にかけて順調に実施された。外部の講師の支援も受けず、フィールド研修の費用も負担して独立した研修を実施できるようになっている。NAP は NAC の研修にあたっては、講師となって教師への研修を支援したり、自身の経験に基づくアドバイスを行ったりし、養成学校の中でも最初に研修を始めた学校としてリーダー的な役割を果たした。

準備会議と理論研修の実施

自分たちですでにプログラムを作成して役割分担も決めており、プロジェクトの介入はほとんどなく準備ができた。理論研修も 2 グループに分かれ、開会式から理論研修までスムーズに行われた。昨年の研修より生徒の数は 20 人近く増えていたが、全く問題はなかった。

フィールド実習とフィードバック・セッション

117 人の学生が全郡の CHPS に滞在して 5 月 2 日から 28 日まで 4 週間の実習を行った。学生の希望を入れて 1 週間延ばしたこともあって、ほぼ問題なく実施された。フィードバック会議では学生、10 郡の局長か代理、教師、日本人専門家と CHPS ユニットが集まり、全てのレベルで意見交換、経験の共有、課題、対策などを振り返った。今後の研修に向けて、以下のようなフォローを行うことを合意した。

- **交通手段の問題**：現地の CHO のバイクの故障やガソリンの不足で、コミュニティ訪問が思うようにできなかった。これについては、郡局長に周知して特に実習前にはバイクが使えるように調整することを要請した。
- **保険未加入の問題**：保険に未加入で実習に参加したため、生徒が病気になった際 CHO が自費で医療を受けさせたケースがあった。実習前には保険加入をしていることを学校が確認することで合意した。
- **学校と郡とのモニタリングの調整**：3 郡で郡内の局長とスタッフ間での連絡不足が原因で、学校との調整がうまくいかないところがあったため、郡に改善を求めた。

2) NAC の研修準備と実施

NAC に関しては 2015 年末より合意を取りながら研修準備を進めた。教材もプログラムも臨床中心である NAC 向けに、NAP のものをさらに膨らませた研修となっている。研修は今回がローラにとってもワにとっても初めてであり、まず講師の強化が重要だった。NAP を含めるとフィールド研修が 3 校で 3 カ月にわたるため、郡局長の合意を十分にとる必要があったのも重要なポイントである。

ローラ NAC 準備会議と理論研修の実施

ローラ NAC は生徒の数が 185 人と最も多いにも関わらず教師の数が 8 人と少なく、外部からの講師の支援が必要だった。初めての準備研修ではプロジェクトスタッフと CHPS ユニットと一緒に準備を行うことで能力強化を図った。チェックを行いながら理論研修は 5 月 2 日から 13 日 CHPS ユニット、外部の講師 5 人とプロジェクトスタッフが支援しながら実施された。日程は直前になって変更の希望が出されるなど、学校側の調整の不十分さが目立った。研修自体は外部講師のポイントでの支援もあり問題なく終了した。学生の点数も前後で十分に伸びており、研修の効果を示していた。

ローラ NAC のフィールド実習

学校での生徒をフィールドに送る交通費とモニタリング費用を捻出できず、フィールド研修は実施されなかった。一部の生徒は自費でフィールドに行き実習をしたが、学校としてのフォローは行っていない。生徒はフィールド研修が未習ということで、郡局長に名簿を提出し、これらの生徒を CHO として配属する場合は、経験ある CHO と組ませた 1 カ月程度の現場訓練が必要であることを郡局長に周知した。

ワ NAC 準備会議と理論研修の実施

ワ NAC の生徒数は 125 人で NAP と同規模である。教師数は 14 人であり、外部からの支援を必要としたものの、独立して研修を行うだけの人数を揃えている。6 月 13 日から 24 日に研修を行い、順調に進んだ。

ワ NAC のフィールド実習

ローラ NAC と同じく財政的な問題で生徒をフィールドに送る交通費とモニタリング費用が捻出できず、研修は実施されなかった。生徒はフィールド研修が未習ということで、郡局長に名簿を提出し、これらの生徒を CHO として配属する場合は、経験ある CHO と組ませた 1 カ月程度の現場訓練が必要であることを郡局長に周知した。

3) 講師の研修

NAP の 10 人への講師研修はすでに 2015 年 5 月に終了している。2016 年 3 月 14 日から 19 日にワ NAC の講師 14 人とローラ NAC の講師 8 人、NAP の新教師 1 人、計 23 人へ講師研修を実施した。理論研修を経験のある CHO 養成研修講師で行った他、フィールド研修も実施した。これにより、全ての講師が学校向けの CHPS 研修の内容を十分に理解した。

NAC の研修では講義の質にばらつきがあったため、再研修を 6 月 28 日から 30 日に実施した。この研修は助産師学校の教師の講師研修も兼ねて実施した。ローラ NAC から 1 人、ワ NAC から 5 人、そして助産師学校から 8 人が参加した。講師もほぼ同数参加したので、1 対 1 の密な研修ができた。

4) 助産師学校への研修移管

助産師は今後 CHPS 配属となる可能性もある他、保健センターで CHO の直接の監督者になるため、CHPS や CHO について学ぶことは重要である。プロジェクトでは 6 月 1 日に会議を開き、3 つの助産師学校の校長や主要 DDHT とともに今後の方針を以下のように策定した。

- 助産師学校では 3 年間の登録看護師プログラム (Registered General Midwifery program: RGM) と 2 年間の基礎後プログラム (Post Basic Program: PB) がある。NAP の卒業者や CHO 経験者はこのコースに参加する。カリキュラムは 2 つあるが、3 年の登録助産師用プログラムの方が詳しいため、そちらを見ながら CHPS 研修との統合を検討した。
- NAC/NAP のように CHPS 研修として丸ごと移すのではなく、必要なモジュールだけアレンジして講義材料を作成することで、CHPS 研修との統合とする。
- フィールド研修はカリキュラムにも CHPS での経験が必要とあるため、NAP/NAC と同様に 1 カ月のフィールド研修を希望する。2016 年 12 月の第 1 週から 2 月 15 日までの研修を目指し関係機関と調整を行う。
- 教材作成会議時に再度、研修日程を計画。最初の講義の導入は下表の灰色かけの学年で行い、フィールド研修は RGM の 2 学年目を対象に行う予定である。3 校合同のため各校の近郊の CHPS を割り当てていくことになるので、モニタリングは NAP/NAC よりやりやすい。

表 5-6 助産師学校の生徒・教師数

	ツム 助産師学校	ナンドン 助産師学校	ジラパ 助産師学校
登録助産師プログラム 1 年生	54	52	91
登録助産師プログラム 2 年生	56	56	82
登録助産師プログラム 2 年生	0	0	74
基礎後プログラム 1 年生	38	19	30
基礎後プログラム 2 年生	43	48	50
講師数	4	7	8

これを受けてプロジェクトでは、NAC/NAP の教師の再研修にも助産師学校の教師を 8 人投入して訓練した。理論研修部分の不足している教材を作成するための教材作成会議を 7 月 12～13 日に開き、必要な教材を作成した。今後は授業に各自、開発した教材を使って CHPS に関する講義を行う予定である。フィールド実習は CHPS ユニットと調整のうえ 2017 年早期に実施予定である。

5) 継続性担保のための国との調整

学校における CHPS 研修は、既存の CHO 養成研修に比べると低コストでの実施を実現したが、教材の作成費用とフィールド研修の交通費などの費用はかかる。プロジェクトでは今後の継続性を担保するために、教材に責任のあるガーナ看護師助産師協議会 (NMCG) と学校のフィーに責任を持つ保健省 (MOH) の保健研修課と交渉して、今後の継続性を担保した。

ガーナ看護師助産師協議会による教材の配布

2016年の3月に実施したNACの講師研修にNMCGを招へいして、研修の中身を周知してもらうとともに国の教材として印刷する可能性について打診した。6月に本部を訪ねて今後の方向性と可能性について協議した。その結果、プロジェクトで全ての教材を纏めたものを提出して、それをNMCG理事会で承認し、その後JICA、または開発パートナーの協力を得て、第1版を印刷してUW州に配布することが可能との回答を得た。その後は生徒が自分で教材を購入して研修を受けることになり、その購入費用で再度の研修を行うというシステムができる。プロジェクトでは理事会承認用の教材を提出した。今後のフォローはCHPSユニットが行う。

保健省保健研修課による学校のフィーの改訂

学校におけるCHPS研修にかかる費用はフィールド研修にかかる費用で、生徒をフィールドに送る交通費、教師がモニタリングで巡回するための交通費や宿泊費である。それを確保するためには費用を学校のフィーの中に追加する必要がある。プロジェクトでは保健省の保健研修課にNAPの経験から計算した必要経費の試算表を提出した。担当と交渉した結果、UW州に限り2016年8月から2017年の7月までに50GHCを追加することが認められた。これにより、100人の生徒につき5,000GHCが確保されることになり、フィールド研修の交通費などの費用は最低限カバーできる見込みが立ち、継続性の担保に大きく寄与した。

6) IEC教材開発支援（保健プロモーション）

州の保健プロモーションユニットは、フィールド実習紹介フィルムを制作し、住民参加ツール（PLA）の使い方の説明動画を開発した。制作フィルムはNAPやNAC研修で使用した後、学生や教師からのフィードバックを受けて最終化された。研修教材として全ての学校にDVDで配布された。

5.1.4 CHO 現職研修

(1) 概要

CHOへの現職研修は、GHS中央で標準化されていない研修である。プロジェクトでは母子保健に関する研修をCHOに実施している。現職研修は、①産前健診・出産・産後健診研修（ANC/Delivery/PNC）、②母子新生児保健研修（Community based MNH）、の2つを実施した。この2つの研修の大きな違いは、①はCHO自身の能力強化を最終目標とし、安全な母子保健研修のCHO版であるプロジェクトが開発した教材を用いていること、母親と子供の両者のケアに重点を置いているのに対して、②は地域ボランティアの能力強化を行うためのCHOのファシリテーター能力強化が目的で、新生児に重点が置かれていることである。両研修の違いは表5-7参照。プロジェクトではこれら2つの研修を並行で実施した。

表 5-7 母子保健関連現職研修の内容

研修番号	研修名	内容
CHO 現職研修①	産前健診・出産・産後健診研修 (ANC/Delivery/PNC)	<ul style="list-style-type: none"> - 亜郡保健チームの安全な母性教材と施設ベースの妊産婦・新生児保健研修 (Facility based MNH) を CHO 向けのレベルに直したもの - ANC/Delivery/PNC での CHO 自身の能力強化が目標 - 座学中心
CHO 現職研修②	コミュニティベースの妊産婦新生児保健研修 (Community based MNH)	<ul style="list-style-type: none"> - GHS 中央で開発されたコミュニティベースの妊産婦・新生児保健研修 (Community based MNH) をそのまま実施。GHS 中央の講師による州の講師研修、GHS 中央講師の監督による研修を重ねたうえで、アッパーウエストの講師のみでの研修が可能となる - 最終的な目標はCHVの能力強化である。CHO はその教師役としての能力が強化されることになる - 研修は家庭分娩など地域での分娩の際のケアや病気を持った新生児の見分け方とリファラルなどが中心 - 実習中心

(2) 5年次の活動

1) 産前健診・出産・産後健診研修の実施状況

研修の実施状況は表 5-8 のとおり。第 5 年次に 122 人を研修して計 346 人にのぼり目標の 341 人を達成した。この研修はプロジェクト終了後も、保健センターにおいて CHO の OJT 研修の形で継続される。

プロジェクトでは第 5 年次に現場訓練用の教材を作成して 2016 年 6 月 2 日に教材の見直し会議を開いた。その後の 2 つのモデルゾーン (ワ・ムニシパル郡のヨンガ保健センター、ナドリ・カレオ郡のイマキュレイト保健センター) で 6 月 12 日から 18 日まで 1 週間の OJT 研修を行い、記録用紙の適切さや実習数をチェックした。7 月 21 日のフィードバック会議で教材を最終化した。8 月 3 日に学校研修のフィードバック会議後の午後、各郡局長に OJT 研修を説明し、すべての SDHT、病院、ポリクリニック、郡保健局に配布した。記録用紙も CHO の数に合わせて配布した。今後はできることから郡主導で研修が始まる予定である。

2) コミュニティベースの妊産婦新生児保健研修

研修の実施状況は表 5-8 のとおり。第 5 年次に 93 人を研修して計 346 人にのぼり目標の 341 人を達成した。この研修はプロジェクトが州からの強い希望で CHO 現職研修の一部として行ったものの、主体は国であるため、今後の研修継続に関しては国と州に任せた。

表 5-8 CHO 現職研修①と②の実施状況

CHO 現職研修①		CHO 現職研修②	
期間 (年次)	研修人数	期間	研修人数
2014年1月 (2年次)	45人	2013年11月 (2年次)	98人
2014年9月22-24日 (3年次)	29人	2014年8月14-19日 (3年次)	28人
2014年9月25-27日 (3年次)	29人	2014年10月6-11日 (3年次)	27人
2015年7月6-8日 (3年次)	31人	2015年9月7-12日 (4年次)	25人
2015年7月9-11日 (4年次)	29人	2015年9月14-19日 (4年次)	26人
2015年7月13-15日 (4年次)	33人	2015年9月21-26日 (4年次)	25人
2015年7月16-18日 (4年次)	28人	2015年9月28-10月3日 (4年次)	24人
2016年7月13-25日 (5年次)	122人	2016年7月4日-16日 (5年次)	93人
合計	346人	合計	346人

5.1.5 亜郡保健チームへの安全な母性研修

(1) 概要

ガーナではGHSが助産師現職研修として11日間の「安全な母性研修」を2001年から続けており、UW州でも安全な母性研修の講師が養成され、数回の研修が実施された。2008年には講師の再研修はあったが、支援するドナーがおらず研修自体は中断されていた。プロジェクト開始時の2011年に実施したニーズ調査に基づき、第2年次から第4年次までに亜郡の保健センターで勤務する128人の助産師の研修実施を支援した。さらに助産師不在の場合は地域保健看護師や准看護師が分娩の介助や産前産後健診を実施する実態に鑑み、6日間の看護師用の研修プログラムと教材を開発し、62人の研修を支援した。

安全な母性研修とその研修後のフォローアップの結果から、研修コストが1人あたり約3000GHCと高く、州保健局による研修の維持が困難であるため、プロジェクト終了後は再びドナー主導の研修実施に戻る可能性が大きいこと、集中型の研修は研修直後の知識や技術の改善は促進するが、現場での応用に繋がっていないこと、2週間前後もの期間、助産師の参加者と講師の両方を現場から離すなどの問題があることが分かった。そのため、関係者との協議を重ね、郡予算による郡病院での助産師研修を開始した。これは研修方法や資金面で、これまでのドナー依存から大きな方向転換である。第4年次にはそのパイロット研修を行い、実施者と参加者の評価も高く、第5年次には同様の研修を残り8郡へ展開することが関係者会議で決まった。

一方、助産師業務のパフォーマンスを改善するには研修だけでは限りがあるため、当初の計画に加え、分娩台帳の標準化を通じた分娩業務の明確化と記録の改善、助産師の動機づけのための助産師の表彰と表彰者の保健センターにおけるピアレビューを実施した。これらの相乗効果もあり、まだ課題は多いものの助産師業務の質の指標であるパルトグラフの利用や産後経過観察には改善がみられている。

(2) 第5年次の活動

第5年次に実施した活動を以下に報告する。具体的には1) 関係者会議、2) 郡講師養成研修、3) 各郡での助産師の現職研修とそのモニタリング、4) モデル保健センターの設置、5) パルトグラフと産後経過表の利用率とその質の調査、である。今後の活動への課題や提言などについては第8章で纏めるため、ここでの詳細は省略する。

1) 関係者会議

SDHT の人材の能力強化に関する関係者会議を3月と5月の2回開催した。州保健局、各郡保健局、州・郡病院、安全な母性講師、ガーナ看護師助産師協議会（NMCG）や州助産師協会の代表が参加する関係者会議は、活動の方向性と計画を協議して合意を得るもので、計画の実施を促進するために第2年次から毎年開催しており、戦略的に重要な会議と位置づけている。以下、第5年次の関係者会議の主な目的と合意事項について記す。関係者との情報共有と協議を続けているので、関係者の支持が得られ、第5年次も該当分野の活動はほぼ計画通りに実施された。

表 5-9 関係者会議の目的と主な合意事項

第5年次 第1回関係者会議（通算6回目）3月15日	
参加者	計40人
主な目的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第5年次の活動計画全般の共有 2. 郡病院での助産師現職研修の全郡へ普及計画と各郡の準備状況の確認 3. 郡講師研修の準備状況共有 4. モデル保健センター設置計画 5. パルトグラフ・産後経過表使用調査の共有
主な合意事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 郡での助産師研修は母子保健ユニットとプロジェクトのモニタリングの収容力により4月開始と6月開始の2グループに分ける。3月末に第1グループの準備状況を確認する。第2グループの病院訪問を5月に実施し、各郡での準備を確認する。 2. 病院のない郡は研修を実施する病院・郡と会議を持ち、研修実施以前にコストについて責任分担を明確にする。 3. 郡講師の研修も研修実施と同じグループに分け、3月と5月の2回実施する。各郡は助産師の日常のパフォーマンスと責任感、他の助産師に教えることへの関心などの選択基準に基づき適切な候補者を送る。 4. モデル保健センター設置の州レベルのワークショップを3月に実施し、その後、関心のある郡は母子保健ユニットに計画を提出し支援依頼をする。プロジェクトは郡での2日間のワークショップを7月まで支援する。 5. パルトグラフと産後経過表の使用について改善はしているが、まだ大きな改善の余地がある。特に産後経過表はまだ半分の施設でしか利用されていない。各郡とも施設にフォームを常備し、モニタリングを強化する。
第5年次 第2回関係者会議（通算7回目）5月20日	
参加者	46人
主な目的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 郡病院での助産師現職研修の進捗状況の共有 2. 研修後のモニタリングの実施強化

	<ol style="list-style-type: none"> 3. 郡病院ベースの助産師現職研修の継続性の協議 4. モデル保健センター設置の進捗状況の共有とその維持 5. パルトグラフと産後経過表の利用促進
主な合意事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第2グループの各郡は日程を母子保健ユニットに連絡し、母子保健ユニットとプロジェクトはモニタリングを計画する。 2. 研修後のモニタリングは DPHN と研修講師で年2回実施する。この費用は研修と同じく郡保健局と病院で分担する。モニタリングの状況を郡局長が把握できるよう、DPHN はモニタリング報告書を郡局長に提出し、郡保健局が母子保健ユニットに提出する。 3. 郡病院での助産師現職研修を継続することは可能と各郡が公約した。一方で全国健康保険システム（NHIS）の還付金支払いが重要な要素であるので、病院や SDHT は NHIS への申請書をよりタイムリーに且つ正確に提出する。郡議会にも研修をその活動計画に入れ予算計上をする。来年からは参加者用教材のコピー代を助産師が支払うことを再確認した。 4. 母子保健ユニットは研修のモニタリングや講師の再研修について、州保健局の支援を得て他ドナーと交渉するなどして予算を確保する。 5. 各郡でモデル保健センター設置が進んでいるが、各郡はモデル保健センターの維持をモニターするとともに、他の保健センターでも同様の活動を郡予算で実施する。各郡はその計画を母子保健ユニットに提出する。 6. パルトグラフと産後経過表の利用を促進するため、これらの項目が FSV の項目として入れられたので、FSV レビュー会議でフォローする。

プロジェクトで実施する関係者会議はこれが最後になるが、母子保健ユニットは今後、州保健局が開催するレビュー会議などで、助産師関係の研修状況や計画について関係者と情報を共有し協議していく。

2) 郡講師の研修

第5年次には郡病院ベースの研修をパイロット3郡以外の8郡にも展開するため、これら8郡の郡講師を養成した。実際の研修が開始した場合の母子保健ユニットとプロジェクトのモニタリングを実施する人的・時間的、車両などのロジ的なキャパシティを考慮し、対象8郡を2グループに分けて研修を実施した。各郡以外に州病院も同様の研修を開始する計画を立てたので、州病院の講師も一緒に養成した。詳細は添付資料7：郡講師養成研修報告書を参照されたい。

研修日程と参加者

講師養成研修の参加者は、郡の選んだ候補者の中からプロジェクトの持つ研修やアセスメントの結果で合格点に達していることや、パルトグラフと産後経過観察を正しく使用しているものを優先的に選んだ。年齢は特に指定はしていないが、20～30代の若い助産師が多い結果となった。

講師研修には講師候補者だけではなく、各病院の研修コーディネーターと郡公衆衛生看護師（DPHN）も参加し、研修内容の理解のほか、研修実施におけるそれぞれの役割と責任について学んだ。研修コーディネーターは主に研修場所の確保、食事の調整、アセスメントのデータ管理などの

責任を持ち、DPHN は出席状況の確認、参加者との連絡や研修後のモニタリングを実施する。

表 5-10 郡講師養成研修日程と参加者

グループ	対象郡	日程	助産師	研修コーディネーター	郡公衆衛生看護師
第1グループ	シサラ2郡、ワ3郡と州病院	3月28日-4月1日	17人	3人	4人
第2グループ	ランブシエ、ナンドン、ナドリ・カレオ、DBI、ジラパと州病院	5月17-20日	17人	3人	3人

パイロット時の研修も含めると累計45人の郡講師が養成された。研修後、既に全員が郡での研修を実施している。表 5-11 にその詳細を示す。

表 5-11 各郡の郡講師の養成状況

郡	養成された講師数(合計/人)	備考
ローラ	5	パイロット郡。 全員講師経験あり。 既に郡での研修を実施した。
ジラパ	6	パイロット郡。 2人が新しい講師、1人が退職予定。 5人で研修を実施中。
ナドリ・カレオ	6	パイロット郡。 新しい講師4人養成、1人が退職予定。 既に郡での研修を実施した。
シサラ・イースト	3	既に郡での研修を実施した。
シサラ・ウエスト	3	既に郡での研修を実施した。
ワ・イースト	3	既に郡での研修を実施した。
ワ・ムニシパル	4	既に郡での研修を実施した。
ワ・ウエスト	3	既に郡での研修を実施した。
ランブシエ	3	既に郡での研修を実施した。
ナンドン	3	既に郡での研修を実施した。
DBI	3	既に郡での研修を実施した。
州病院	4	既に州病院での研修を実施した。

講師

既存の州講師に加え、パイロット研修で特に優秀だと評価を受けた若手の講師を3人起用した。それぞれしっかりとした意見を持ち、責任感と学習意欲が高い。既存の講師も彼女らによい刺激を受け、以前より真剣な態度が見られた。

講師研修のプログラムの内容と実施方法

4日間の研修目的は、郡研修の概要と理念の理解、講師になるための技術指導の仕方、症例学習

のファシリテーション技術、研修教材の理解と研修実施に関する業務と責任を理解することで、第4年次のパイロット時に実施した講師研修プログラムに準じた。ただし、パイロットの評価から、学習日の計画策定に関する項目を研修最後の日に盛り込んだ。

講師研修でも「考えて行動する助産師」を養成するため、質疑応答を多く行い、答えは与えるのではなく、国のガイドラインやジョブガイドを参照して自分で回答を見つけるように指導した。ファシリテーションの仕方を学ぶにあたっては、参加者各自が10分間の模擬セッションを実施し、それをビデオで撮影した。撮影後は各自が自分のパフォーマンスを評価するとともに、講師やほかの参加者からのフィードバックを共有した。さらに、参加者は簡単な技術研修モデル（例：子宮と胎盤など）も研修中に作成し研修の準備をした。

研修成果

研修成果を以下の表にまとめるが、講師研修でのアセスメントは通常のアセスメントではなく、各自が全ての項目で80%に達するまで繰り返す方法を取った。これは研修期間が短く研修後にアセスメントの時間をとることができなかつたことと、参加者間のレベルの違いに対応するにはこの方法のほうが効率的であると判断したためである。2015年12月に実施した同様の技術アセスメントで既に合格していたものは知識テストのみを受けた。再試験率が一番高かったのは知識テストで、これは以前のテストより記述式の設定が増えて難しくなっているためと思われる。技術試験では内診、新生児蘇生、母乳授乳の指導の再試験率が高かった。技術試験のレベルが比較的低かったのは、若い助産師が多く経験が浅いことが要因と思われる。しかし、参加者は積極的に吸収も早く、研修中に技術指導の仕方などを通して技術を学び、指導できるレベルに達した。

表 5-12 知識・技術アセスメントの最終結果 (2グループのまとめ)

		平均値	最低-最高	人数	備考
1	知識テスト	96	(85-100)	34	24人は2回受験
2	パルトグラフ	92	(82-97)	17	全員1回目に合格
3	妊婦健診	93	(81-100)	22	7人は2回受験
4	内診	91	(80-100)	22	10人が2回受験
5	分娩と新生児のケア (第2,3期の管理)	91	(80-100)	22	2人が2回受験
6	新生児蘇生	93	(83-100)	22	10人が2回受験
7	産後出血への対応	98	(89-100)	22	6人が2回受験
8	コンドーム・タンポ ンデー	95	(85-100)	22	7人が2回受験
9	用手胎盤剥離	91	(80-100)	22	7人が2回受験
10	母乳授乳の指導	94	(85-95)	22	9人が2回受験
11	退院時の指導	91	(80-100)	22	6人が2回受験

参加者による研修評価

参加者による研修評価は、グループセッションとGHSの標準研修評価フォームを用いて実施し

た。参加者のほとんどは研修に対して高い満足度を示しており、まだ不安はあるものの郡講師として必要な基礎的な技術を習得したと評価している。特にファシリテーション演習で用いたビデオ・フィードバックは自分の気付かなかった癖や話し方を見直す良い機会だったと評価が高かった。研修前の情報が不十分という指摘が今回の評価でもあった。郡から情報が完全に行き届いていなかったり、研修直前に知らせを受けたりということだった。余裕を持って州から郡に連絡する一方、郡でも伝達を改善する必要がある。

表 5-13 GHS 標準研修評価フォームに基づく参加者の研修評価（回答者=46 人）

	評価項目	良い	普通	悪い
A	研修目的を達した。	46 人 (100%)	-	-
B	自分の期待に達した。	45 人 (98%)	1 人 (2%)	-
C	自分の業務に必要なものである*。	42 人 (91%)	4 人 (9%)	-
D	研修方法は適切だった	46 人 (100%)	-	-
E	研修前の情報は適切だった。	40 人 (87%)	5 人 (11%)	1 人 (2%)
F	研修内容は適切だった	42 人 (91%)	4 人 (9%)	-
G	研修教材は適切だった。	46 人 (100%)	-	-

*「普通」と答えているのは全員研修コーディネーター。彼らは母子保健関係者ではない。

3) 各郡における助産師現職研修の実施とそのモニタリング

研修の概要と実施方法

表 5-14 は研修プログラムを示す。基本的には毎週 1 日の学習日を設け、10 週間にわたって実施する。しかし、第 4 年次に実施したパイロット時に交通手段がなく 1 日の学習日のために 2 日間を費やしている助産師がいたことから、郡の広さや交通事情によっては隔週 2 日間で実施してもよいと関係者会議で合意した。

費用については、昨年の研修の実績では 10 学習日で講師のインセンティブ、食事、文房具やコピー代など 4000~6000GHC かかる。予算は各郡が診療報酬の支払による内部資金 (IGF) から捻出している。現在は保険還付金の支払いが数カ月以上遅れているため、各郡とも研修予算の支出に苦労したものの研修予算を確保した。病院の有る郡は無い郡に比較すると、病院とのコストシェアができるため比較的状況は良い。

研修のモットーは「考えて行動する助産師」で、ただ言われたからやるのではなく、なぜそうするのかを考え、診察で得た情報を基に適切な対応ができるように助産師の分析能力の強化を図る。そのためプレゼンを使った講義はなく、国のプロトコルやジョブガイドを活用しながら症例学習や自己学習を通して研修を実施する。

この研修は保健センター、CHPS や病院の現場で業務する助産師の現職研修であり、各助産師が 2 年に 1 回受講する計画である。各郡の助産師の人数によって毎年研修を実施する郡と 2 年に 1 回の郡が出てくると思われるが、全体的に助産師数が増えているため、郡の多くは毎年研修を実施する必要があると予想される。

表 5-14 郡病院ベースの助産師現職研修プログラム

学習日	テーマ	概要
1	研修前アセスメント	基礎的な 5 つの技術と知識のテスト。講師による評価後、参加者は自分で結果をレビューし、研修終了時の到達目標を立てる。
2	質の良いケアの提供	感染症予防、患者受け入れ体制、コミュニケーション(産科病棟の点検)
3	妊婦検診	包括的な診察とアセスメント・症例管理を実施するための 5 ステップと実習、妊婦検診技術のアセスメント(実習)
4	妊娠中の合併症	症例学習
5	分娩時のケア	診断、パルトグラフを用いたモニタリング、分娩第 1 期のケア、分娩介助、産後経過表(演習あり)
6	産科緊急時の対応とリファラル	産科の緊急時の基本的対応とリファラルの仕方・前処置(症例学習)
7	新生児ケアと合併症	誕生時の基礎的な新生児ケア、新生児蘇生、新生児診察(実習あり)
8	産後ケアと合併症	包括的な産後の母子のケア、産後検診、主な合併症の対応(実習あり)
9	妊産婦・新生児死亡症例検討会	死亡例検討会のプロセス、原因の分析の仕方など(実際の症例を用いた演習)
10	研修後アセスメント	研修前と同じ技術と知識のテスト。最初の研修日に設定した自己目標と比較し自己評価を行う。
	臨床実習(各自 2 回)	個別に日程を設定し、10 週間の研修中に全ての参加者が実習を終えるようにする。

研修教材の最終化

昨年のパイロット研修のために作成した講師用と参加者用教材に若干の修正を加え最終化した。今年度はこれらの教材はプロジェクトが配布したが、来年度から各郡は参加者用の教材を IGF による負担や助産師による負担で複製する必要がある(現時点では 1 冊あたり 10GHC)。関係者会議では既に合意しているが、来年からは母子保健ユニットによるモニタリングが必要となる。

表 5-15 研修教材の一式

	教材	構成など
1	講師用教材 (約 100 ページ)	2 部からなる。 <u>パート 1</u> は研修目的、プログラム、講師の役割、各学習日の目的、時間割、必要な準備、宿題のレビュー、その日のテーマに関する症例や実習、演習問題、その日の学びの要約、次回の準備や予習。 <u>パート 2</u> は症例学習の質問、演習問題、宿題の標準回答集。
2	受講者用教材 (約 60 ページ)	教材の使い方、研修記録、知識と技術アセスメントの記録と自己ターゲットの設定、自分の抱く助産師像などを書く部分に続いて、各学習日はその日の症例学習と質問、演習問題があり、宿題が続く。研修最後のアセスメントの結果と自己評価を書き込む。
3	技術指導チェックリスト (10 種類)	これまでに「安全な母性」で使用しているものを使う。
4	参照用教材	国の「安全な母性」プロトコル、ジョブガイド。
5	知識テスト	記述式問題を含み、「安全な母性」研修のものより難易度は高い。
6	報告書テンプレート (3 種類、各 2 ページ)	講師による報告、スーパーバイザーによる講師の報告、教材やプログラムに関する評価用紙。

各郡の研修日程

表 5-16 に各郡の研修日程を示す。5 病院（6 郡）は毎週 1 回の学習日に実施しているが、残りの 3 病院（5 郡）は隔週 2 日間ずつの学習日で研修が進んでいる。隔週 2 日を選んでいるのは、地理的に広い郡で多くの参加者の日帰りが困難な郡や、助産師が一斉に現場を離れることを避けるために 2 グループで実施するなど各郡が工夫をしている結果である。4 月中旬から開始した第 1 グループの研修は特に問題もなく既に終了した。第 2 グループは 5 月末から開始し、ジラパ郡では活動のために開始が予定より遅れるということはあるが、現在では全ての郡で研修が開始し順調に進んでおり、プロジェクト終了時までには終わる予定である。

表 5-16 各郡の研修日程

病院（郡）	研修 開始日	研修 終了日	研修参加者	備考
第 1 グループ				
ビチャウ病院（ワ・ウエスト）	4 月 12 日	6 月 14 日	10 人	週 1 回 毎週火曜日
ゴル病院（シサラ・ウエスト）	4 月 28 日	6 月 30 日	5 人	週 1 回 毎週木曜日
ツム病院（シサラ・イースト）	4 月 29 日	7 月 1 日	9 人	週 1 回 毎週金曜日
州病院（ワ・イーストと州病院の混合チーム）	4 月 19 日	6 月 15 日	8 人（ワ・イースト）、州病院 2 人	隔週 2 日間 火曜日と水曜日
州病院（ワ・ムニシパル・州病院混合チーム 1）	4 月 28 日	6 月 30 日	ワ・ムニシパル 5 人、州病院 4 人	隔週 2 日間 木曜日と金曜日
州病院（ワ・ムニシパル・州病院混合チーム 1）	5 月 5 日	7 月 8 日	10 人（各 5 人）	隔週 2 日間 火曜日と水曜日
第 2 グループ				
ナンドン	5 月 31 日	8 月 2 日	7 人	週 1 回 毎週火曜日
ランブシエ（ナンドン病院）	5 月 31 日	8 月 2 日	2 人	
DBI（ナドリ病院に参加）	6 月 2 日	7 月 29 日	2 人	隔週 2 日間 木曜日と金曜日
ナドリ・カレオ	6 月 2 日	7 月 29 日	8 人	
ローラ	6 月 9 日	8 月 11 日	7 人	週 1 回 毎週木曜日
ジラパ	6 月 30 日	8 月 26 日	9 人	隔週 2 日間 木曜日と金曜日

注：灰色の部分は第 4 年次のパイロット郡。

スーパーバイザーによる郡研修のモニタリング

研修の実施状況を把握し、スムーズな実施を促進するため、プロジェクトは州の安全な母性講師による研修のモニタリングを支援した。スーパーバイザーグループは 2 人の州講師からなり、毎回 1 人が郡病院の研修現場に行く。彼女らの主な役割は以下のとおりである。

- 郡講師の指導を行い、郡講師のコーチング技術の継続的な改善を促進する。
- 参加者の出席状況や参加の度合いや学びを観察する。
- 講師会議に参加し、よかった点や改善点について指導する。
- 講師による報告書の確認と自らの報告書の作成を行い（各2ページのテンプレート使用）、それらを母子保健ユニットとプロジェクトに提出する。
- 研修実施上の問題がある場合は、病院管理者と協議し問題の解決を図る。
- スーパーバイザー間の連絡を行い、研修状況を共有する。

スーパーバイザーは基本的に各学習日に病院を訪問する。しかし数回の研修実施後、講師達が十分に研修をこなせるようになったとスーパーバイザーが判断した場合は隔週の参加とする。例えば、シサラ・ウエストの場合、5回目以降は隔週とした。

ジラパとローラの病院は昨年のパイロット研修を通してよい講師たちが育っているため、スーパーバイザーは研修の初日と終日だけに参加する。

モニタリングの実績と報告書の提出

以下の表 5-17 はモニタリングの実績と報告書の提出を示す。報告書は3種類あり、それぞれ裏表2ページのテンプレートからなり、以下の情報を集める。

- 郡講師による学習日の状況の報告（講師、参加者、時間、テーマ、参加者の反応、宿題の実施状況、良かったことと反省点、講師会議の実施など）
- 学習日やその教材に関する評価（将来の教材レビューの資料として収集）
- スーパーバイザーによる郡講師のパフォーマンス評価（準備、テーマの理解、ファシリテーションの状況、ガイドラインの利用、個々の講師の良い点と改善点など）

表 5-17 モニタリングの実績と報告書の提出

郡病院	モニタリング回数	報告書の提出数			備考 (モニタリングの無かった学習)
		学習日の状況	教材評価	郡講師評価	
ビチャウ病院	9	10	10	9	7回目
ゴル病院	7	10	10	7	5, 7, 9回目
ツム病院	8	10	10	8	5, 9回目
州病院*	7	10	10	7	3, 4, 6回目
	8	10	10	8	3, 4回目
	10	10	10	10	-
ナンドン病院	2	10	10	2	3~10回目
ナドリ病院	9	10	10	9	9回目
ローラ病院**	2	9	9	2	2~9回目
ジラパ病院**	2	6	6	2	研修実施中

*州病院のモニタリングはスーパーバイザーが多忙なため、当初はプロジェクト職員が代わりに参加した。これはモニタリング数に入れていない。

**昨年のパイロット郡。講師が育っているため、スーパーバイザーによるモニタリングは最初と最後のみ。

スーパーバイザーや報告書に基づく研修のまとめ

現時点までに提出された報告書によると、以下のように纏められる。最終的な研修の成果は 7 月 27 日に開催した講師会議で協議された。

- **研修の実施**: 各病院での研修は大きなスケジュールの変更もなく、概してスムーズに進んだ。各病院・郡とも資金に限りあるなかで、現時点まで各学習日に食事や軽食は提供された。
- **参加者の出席率**: 郡によっては途中何人かの助産師が参加していないことが報告された。不参加の理由は、他の研修への参加、妊娠時の体調不良や転勤だったが、他の研修との重複については郡内での研修参加者の調整の必要性を示す。参加しなかったものは次回の学習日に、他の参加者や講師から指導を受けて宿題をすることでカバーした。
- **各学習日の進行状況**: 昨年のパイロット郡を除き、最初は研修準備の不備や講師が不慣れで予定以上の時間がかかる状況が各郡で見られた。講師達は会議を重ねるにつれ研修の進行にも慣れてきた。
- **宿題の実施率**: 最初は宿題をやって来ない助産師もいたが、回数を重ねるごとに改善が見られた。
- **各学習日のコンテンツと教材**: 現時点では教材について特に大きな問題の指摘はない。
- **郡講師の能力**: 講師間には能力ややる気に個人差がある。郡によって回を重ねるとその差が目立つようになる場合もあったが、全体的にはほとんどの講師が最初の時よりは自信を持ってきた、というスーパーバイザーからの報告が多い。
- **個別臨床実習の実施**: 各自が郡講師と日程を調整して 2 日間（1 日を 2 回でもよい）の実習をする。10 週間の研修期間中に実施を目指す。症例が無かったり助産師の都合が悪くなったりで遅れがちである。ジラパ、ローラ、ナンドン以外の郡および州病院は臨床実習を完了した。
- **研修の成果（臨床技術と知識テスト）**: それぞれ 80% が合格点で、以下に研修開始時と終了時の平均点を示す。技術アセスメントは 5 手技（分娩・新生児のケア、新生児蘇生、産後出血の対応、用手胎盤剥離、母乳授乳と退院指導）の平均点である。研修終了時のアセスメントでは、1 回目に合格点に達しない場合は合格点に達するまでアセスメントをやり直した。研修終了時に再試験を繰り返した参加者の割合は全体で約 3 分の 1 だった。結果から判断して研修は目的を達したといえる。

表 5-18 技術と知識アセスメントの平均点（第 1 グループのみ）

郡病院/郡	研修開始時 (%)			研修終了時 (%)		
	技術	知識	パルトグラフ/ 産後経過観察	技術	知識	パルトグラフ/ 産後経過観察
ビチャウ病院	73	39	79	95	91	90
ゴル病院	70	28	84	94	94	84
ツム病院	52	36	64	93	90	76
ワ・イースト	72	38	72	95	91	93
ワ・ムニシパル	90	41	71	95	87	85
州病院	87	35	65	96	88	87

研修後のモニタリング

研修後のモニタリングは、これまで DPHN が四半期ごとを目途に実施してきたものと、郡での研修後のモニタリングを統合して、今後は研修講師と DPHN のチームで年に 2 回実施することが関係者会議で決まった。第 2 と第 4 四半期を目途とする。モニタリングのツールはこれまでと同じものを利用する。今年度のモニタリングは研修のため未実施であり、各郡とも研修後の第 3 四半期に予定している。

今後の助産師現職研修への課題と提言

郡病院での研修継続には課題もある。これらは郡での資金調達、州保健局の役割（モニタリングや講師の再研修）などをするための予算確保である。また、今回の現職研修中に遅れていたミレニアム開発目標促進フレームワーク（MAF）の予算が急に出て 1 カ月以内の支出を必要としたため、母子保健ユニットが生命救助技術研修（内容的には安全な母性研修の簡易版）を実施し、実施中の現職研修のスーパーバイザーによるモニタリングや参加者に影響を及ぼした。これは母子保健ユニットの調整能力や州としての研修方針を明確にする必要性を示唆した。これらの課題については、第 8 章の「今後の課題」でまとめる。

4) モデル保健センターの設置

背景

モデル保健センターの設置の背景には、第 4 年次に実施した助産師表彰の継続活動として実施したピアレビュー（具体的には表彰を受けた助産師の保健センターを他の助産師が訪問して、表彰者がどのように業務をするのかを視察した）で双方の助産師の評価が高く、もっとこのような機会を設けるよう提案されたことがある。一方で、安全な母性の研修では「いつでも利用者を受け入れられる分娩室」と題して分娩室の整理・整頓を教えてきたが、現場での応用が進まず助産師に具体的なイメージが必要と思われた。これらに関係者会議で協議した結果、各郡でのモデル保健センター設置を第 5 年次の活動に入れることになった。

モデル保健センター設置の目的

関係者と協議した共通のモデル保健センターの概念は、以下の要素を満たすものとした。

- 施設の整理整頓ができており効率的な業務環境である。
- 清潔で保健従事者と利用者双方にとって安全である。
- 最低限の必要な機材や医薬品がある。
- いつでも利用者を受け入れる準備ができています（例えば滅菌した分娩セットがあるなど）。
- 質のよいサービス提供のエビデンスがある（必要な記録類があり、正しく使用し適切な症例管理をしている）。

モデル保健センターの主な活用方法としては以下の点がある。

- モデル保健センターに他の施設からの助産師を集め、整理整頓の行き届いた業務環境と業務

の仕方をモデル保健センターの助産師から学び、複数の助産師が集まることでお互いが直面する課題やその解決方法を共有し、助産師の動機づけをする。

- SDHT の助産師や CHPS の OJT やあるテーマに絞った簡単な研修の場所として活用する。
- モデル保健センターの助産師は、要請に応じて他の保健センターを訪ね、そこで業務する助産師の具体的な作業環境や業務の仕方について現場での指導をする。

実施方法

アッパーウエスト州の保健センターの多くは、建物が古く長年の間に多くの壊れた機材、期限切れの医療用品や古い書類などが放置・体積し、効率的な業務環境にない。そのため、整理・整頓をする必要があり、5S（整理、整頓、清掃、清潔としつけ）を活用してワークショップを実施した。

各郡でのモデル設置を促進する方法として、まず郡の講師となる人材を指導するため州レベルでのワークショップを実施し、その後、各郡がそれぞれにワークショップを実施する方法を取った。

各郡での実施はあくまでも郡の意思によるものとし、プロジェクトは郡が企画し準備するのであれば、参加者の人数や限度内の食費や交通費など一定条件の中で支援することとした。この決定はワークショップ後のモデル保健センターの維持とモニタリングが重要で郡のコミットメントが必要であることに基づく。

州レベルのワークショップ

州レベルのワークショップは3月24～26日に以下の要領で実施した。州と郡レベルのワークショップの詳細については、添付資料8：モデル保健センター設置ワークショップ報告書を参照されたい。

表 5-19 モデル保健センター設置ワークショップの概要

項目	内容
目的	<ul style="list-style-type: none"> - モデル保健センターの共通概念 - 5S の概念とステップの理解 - 保健センターにおける 5S の実践 - 郡でのワークショップの実施
参加者	各郡から2人、うち1人はDPHNで、計22人 2日の演習には保健センターから6人が参加
講師	6人（母子保健ユニット職員2、郡局長1、保健統計1、州の安全な母性研修コーディネーター、プロジェクト専門家1）
プログラムの内容	3日間のワークショップ <ul style="list-style-type: none"> - 1日目：モデル保健センターの概念、5S の概念とステップ、保健センターのアセスメントと5S 実践計画 - 2日目：保健センターでの5S 実践、保健センター職員へのフィードバック、保健センター職員によるモデル維持計画 - 3日目：5S 実践からの学び、モデル保健センターを選ぶ条件、各郡でのワークショップの実施

①ワークショップの準備

ワークショップの教材は以前にプロジェクトの FSV 活動の一部として 5S を 1 回実施したときのプレゼンを基に、モデル保健センターの概念や母子保健の記録類の整備、そのアセスメント方法を組み入れたものを準備した。ワークショップ用のツールも作成した。

講師は、FSV の 5S 活動の経験者 4 人に加え、母子保健ユニットの職員で新しく「モデル保健センター設置」活動の責任者になった者とプロジェクト専門家の 6 人である。母子保健ユニットの責任者は 5S については以前 CHO 研修で概要を聞いただけで具体的な経験はなかったが、積極的に他講師や教材から学び、ワークショップを主導した。

3 日間のワークショップのうち 5S の演習を行う保健センターはナドリ・カレオ郡のソボ保健センターとした。講師達はほかの保健センターも視察したが、研修会場から近いこと、手頃なサイズで約 1 日の 5S 活動で結果の見えやすいことが選択の理由であった。保健センターの職員はワークショップの目的や実施される活動内容の説明を受け、ワークショップ当日の協力を約束した。

②ワークショップの実施

1 日目はモデル保健センターの概念の共通理解を促すためのブレイン・ストーミングに続いて、5S の概念や具体的な実施方法についての講義を行い、演習を行う保健センターでは、翌日の 5S 活動のためのアセスメント、実施計画作成、5S 実施上のルール作りについて、保健センター内の場所別に 6 つのグループに分けて実施した。

2 日目は保健センターで 5S の実践をした。各グループは前日に作成した実施計画とルールに従って活動した。保健センターの職員も保健センターを訪れる利用者の対応をする傍ら、できる限りグループに分かれて参加した。基本的には保健センターができて以来、初めての大掃除といったところで、不必要なものが多いことや真新しい機材の発見に驚くとともに、グループ間の競争意識もあり 5S のうちの 3S（整理・整頓・清掃）が進んだ。最後に各グループによるフィードバックを保健センターの職員に対して行い、職員は整備された施設をどのように維持するかを話し合っ

て計画を立てた。3 日目は各グループが前日の活動を通しての学びのプレゼンをした。その後、各郡でのワークショップ実施について協議した。5S からの学びとしては以下の点が挙げられた。

- チームワークを促進する。
- 物品を探しやすくなり、必要なものが同じ場所にあるので時間の短縮になる。
- ラベルを張ることで物品が整理して置かれ、有るか無いかはすぐ分かる。
- 整理されワークスペースの確保や安全に繋がる。
- 古い保健センターも「きれい」にできる。



図 5-7 5S 前後の様子

州のワークショップの最後は、各郡でのワークショップ実施に関わる協議をして、プロジェクトの支援内容を明確にしたほか、各郡のモデル保健センターを選ぶにあたり、その選択基準を協議した。最優先とする事項は、保健センターの責任者が助産師が業務に対する責任感を持ち、サービスや保健センターをよくしたいという意識が強いことである。そのほか、モデル設置後の研修などを考え、交通の比較的良いところとなった。

郡でのワークショップ

以下の表に示すように、4月から5月にかけて、各郡でのモデル保健センター設置のワークショップを実施した。ワークショップの内容は、州のワークショップにほぼ準じるが、必要のない部分は削除して2日間の内容とした。教材とツールも同じものを使用した。

プロジェクトのスタンスは、郡が企画し必要な準備をするなら7月までは支援をするという

いうものだったが、各郡ともプロジェクトの終了を意識してか予想したよりかなり早く企画・準備を行い5月末には全11郡が終了した。

各郡のワークショップの講師は、州での研修を受けた2人が担当し州講師1人が支援した。州講師は専門家を除き5人いたが、母子保健ユニットでこの活動の担当者となっている者以外の都合がつかず彼女が全郡を支援した。

参加者は各郡とも保健センターの職員に加え、他のSDHTやCHPS施設全部の代表者を参加させた。これは今後他の施設でも5Sを実践するという各郡の計画による。6郡では郡局長も参加し、他参加者と一緒に汗まみれになって「5S」を率先して実践した。

表 5-20 郡でのモデル保健センター設置ワークショップの日程

日程	州講師	郡	保健センター (HC)	参加者数	車両
4月13-14日	ローズマリー	DBI	イサ HC	29	プロジェクト
4月18-19日	ローズマリー	ローラ	ドムウィン HC	27	州保健局
4月20-21日	ローズマリー	ナドリ・カレオ	タクポ HC	35	州保健局
4月22-23日	ローズマリー	シサラ・ウエスト	ジェフィシ HC	25	州保健局
4月27-28日	ローズマリー	ランブシエ	ピーナ HC	27	州保健局
4月29-30日	ローズマリー	ナンドン	ピーリ HC	25	州保健局
5月6-7日	ローズマリー	ジラパ	ヤガ HC	25	州保健局
5月10-11日	ローズマリー	ワ・ムニシパル	ワ・アーバン HC	35	州保健局
5月12-13日	ローズマリー	ワ・ウエスト	ドリモン HC	30	州保健局
5月19-20日	ローズマリー	シサラ・イースト	ナブゲレ HC	25	州保健局
5月24-25日	ローズマリー	ワ・イースト	ブレンガ HC	33	州保健局



図 5-8 郡でのモデル保健センター設置ワークショップ

各郡ともワークショップは順調に実施された。モデル保健センターとなった保健センターの職員は、5S 実践で整理・整頓された状況をどのように維持していくかという計画を立て、郡保健局

はそれを FSV や助産師の現場モニタリングを通してフォローしていく。以下の表は DBI のモデル維持計画である。各郡が類似の計画を立てた。

表 5-21 モデル保健センター維持の計画 (DBI の例)

	実施者	場所	監督
月曜日	アルフレッド、リディア	妊婦健診、分娩室、産後健診、 家族計画	ビダ
火曜日	ディーマ、ジャスティン	診療記録、精神衛生課	リタ
水曜日	デリ、リディア	倉庫、NHIS 室	ジャスティン
木曜日	イサック	外来診療室、処置室	ディーマ
金曜日	グレース、ビダ	薬品倉庫、薬局	ジャスティン
土曜日	フィレーダ、ビダ	保健センター全体	リディア

*新しい職員が配属された場合は、5S の指導を行い、週の 5S 実践表に組み込む。

今後の各郡保健局と母子保健ユニットによる活動

各郡は今後、他の施設でも同様のワークショップをすることをしている。現時点ではナドリ・カレオ郡とジラバ郡のほか 1 カ所で 5S を実施したと報告を受けている。各郡とも厳密な計画はなく今年中の実施を目標としている。母子保健ユニットは 2 週間に 1 回の頻度で各郡に電話連絡して進捗状況を調べている。

モデル保健センターは施設の整理・整頓・清掃 (3S) だけではない。あくまでもこれらは保健センターがモデルとなる前提条件の一つであり、本来の意味で「モデル」となるには保健センター職員がワークショップで到達した状態を維持し、さらにサービスそのものの改善をしていく必要がある。このワークショップで実施した活動は正確には 3S でしかないが、これが一番視覚的に分かりやすく、しかも実践者にとって違いが直観できるのでインパクトも大きい。郡保健局はこの活動に対して積極的である。母子保健ユニットは各郡に対して FSV や助産師に現場モニタリングを通してサービスの改善を続けるように指導していく必要がある。

5) パルトグラフと産後経過表の利用率とその質の調査

終了時評価のデータ収集の一環として、プロジェクト指標の一つであるパルトグラフと産後経過表の利用率とその質に関して、2016 年 3 月に保健センターを対象に調査した。

調査とその結果

保健センターはエンドライン調査で選んだものと同じ 40 カ所を選定した。保健センターを安全な母性の講師とプロジェクトメンバー (専門家あるいはスタッフ) の一人ずつから構成する 2 チームで訪問した。調査日を起点に分娩台帳に記録されている過去 10 件の分娩について、両ツールの使用と記入済みのツールから 3 例をそれぞれ無差別に選び、チェックリストを使用してそれらの質を調べた。

表 5-22 各郡の保健センター（HC）におけるパルトグラフ、産後経過表の利用とその質

郡	HC 調査数	パルトグラフ		産後経過表	
		使用率	質	使用率	質
DBI	3	100%	88%	88%	91%
ジラバ	5	100%	83%	64%	89%
ランブシエ	4	75%	79%	58%	85%
ローラ	3	67%	76%	33%	67%
ナドリ・カレオ	4	83%	87%	33%	78%
ナンドン	2	100%	83%	40%	91%
シサラ・イースト	3	33%	88%	10%	91%
シサラ・ウエスト	3	100%	90%	100%	89%
ワ・イースト	2	50%	88%	50%	79%
ワ・ムニシパル	5	70%	84%	46%	86%
ワ・ウエスト	6	65%	90%	33%	81%
全郡平均	40	82%	85%	51%	85%
ベースライン(2012)		40%	20%	0%	-

データはエンドライン調査のために無作為抽出された 40HC から収集した。
質を調べたパルトグラフの全数は 186、産後経過表は 194 である。

表 5-23 パルトグラフや産後経過表を使用しなかった理由（複数回答）

未使用の理由	パルトグラフ		産後経過表	
	数	%	数	%
フォームがない	4	31%	13	41%
指導を受けていない（助産師不在の保健センター）	2	15%	2	6%
分娩第 2 ステージに来たので使用しなかった	2	15%	-	-
出産後、母親が早く帰りがった	-	-	1	3%
助産師不在	5	38%	5	16%
パルトグラフを使用した時のみ産後経過表を使用	-	-	4	13%
書類がどこにあるかわからない	0	0%	3	9%
ほか（実習に来ている学生が持って帰り、保健センターに記録が残らないなど）	0	0%	4	13%

注：それぞれのツールが全症例に使用されていない保健センターからの回答。

主な調査結果は以下のとおり。

- これらのツールを使用する割合はまだプロジェクト目標値の 90%に達していないが、質は目標に達している。両ツールとも研修の効果があって正しく使用されている。使われる場合はほぼ正しく使われているということで、使用を阻害する原因（助産師不在、フォーム不在）を取り除く必要がある。
- 40 保健センターのうち、両方のツールを全く利用していない保健センターが 6 カ所あったが、それらはいずれも助産師が未配属あるいは配属されていても産休や長期休暇で助産師不在の

保健センターだった。逆に両方を全分娩症例に使用している保健センターは8カ所あった。

- 郡によっても大きな差がある。特にシサラ・ウエストでは調査をした全ての保健センターで両ツールを利用し、その質も良いのに対し、シサラ・イーストは両方とも最下位だった。シサラ・ウエストでは、昨年末にこれまで助産師が不在だった全保健センターに若い助産師が配属され、配属後に助産師表彰を受けたゴル病院の助産師を訪問し、そこで両ツールの指導を受けたという経緯がある。
- 両ツールを使用しなかった理由としては、「助産師不在」という理由を除くと、フォームがないことが最大の理由となっている。しかし、フォームがなくなる前に補充すべきなので、ツール使用の重要性に対する助産師や他職員の認識や態度によるところが大きい²と思われる。

今後のCPによる継続的な改善に向けての提案

パルトグラフと産後経過表は分娩業務の基礎的かつ重要なツールであり、その正しい利用は分娩中の胎児の仮死や分娩後の母親の出血、新生児の低体温など緊急事態の早期発見とその対応に繋がる。妊産婦や新生児の死亡が出産前後に最も多いことを考慮すれば、これらのツールの正しい利用をさらに促進する必要がある。そのため、施設でのフォームの確保、助産師や分娩に関わる職員の指導、FSVを通じた定期的なモニタリングを提案する。詳しくは「8.1 活動に関わる課題と提言」にまとめた。

5.2 成果2に関する業務

5.2.1 リファラル・カウンターリファラルシステムの強化

(1) 概要

州内のリファラル・カウンターリファラルシステムを強化するため、1) 各保健施設のリファラル・カウンターリファラルの記録とその保存、2) 標準のリファラル手順の普及、3) 分娩施設からCHPSを含む保健施設への産後健診のカウンターリファラルの促進、4) リファラル・カウンターリファラル業務の調整を行う病院と郡保健局のリファラルコーディネーターの配置、の4つの方策を基に、州レベルのリファラル・コアメンバー6人が中心となって活動を実施してきた。

第1年次のリファラルの現状調査と活動計画に基づき、第2年次では各保健施設のリファラル・カウンターリファラルを記録するリファラル台帳と産後健診の予定日と施設を妊産婦手帳に記入するための産後健診スタンプの開発と導入、標準のリファラル手順と開発したツールを州内の全保健施設に普及するリファラル研修、研修や研修のフォローアップの結果に基づいてリファラルの課題と次年次の活動計画を協議するリファラルレビュー会議を実施した。第3年次から第5年次まで、上記リファラル研修とフォローアップ、レビュー会議を毎年1回行った。その間、新たに国で標準化されたリファラル・カウンターリファラル様式の導入や全国健康保険スキーム（National Health

² 年配の助産師たちの間では両ツールを長期間にわたって使用しておらず、母子の死亡と分娩中・後のケアとの関係について分析もされてこなかったため、ツールの有用性について認識が低い、つまり「これまで使用していても特に問題はなかった」、と思っている者が多い。分娩に関する重要なケアの一部ということを助産師教育や現職研修を通して理解を促進しているが、態度の変容には時間がかかる。

Insurance Scheme: NHIS) の還付金請求書へのリファラル様式の添付などリファラル手順の変更があり、適宜教材の修正や導入の支援を行った。

(2) 第5年次の活動

第2年次から行っているリファラル研修とそのフォローアップ、リファラルレビュー会議を継続して行った。標準のリファラル手順の継続をより確実にするために、第5年次は第2年次から第4年次まで行ってきた郡でのリファラル研修に加え、州内の州病院と7郡病院での院内研修を実施し、プロジェクトの支援によるリファラル最終研修とした。

1) リファラル最終研修の講師研修

2016年3月30日の研修準備会議には、コアメンバーとプロジェクトスタッフが参加し、最終研修で新たに行う8病院での院内研修の準備、リファラル研修プログラムの確認、教材と講師ガイドの確認と修正を行った。

2016年4月7～8日の2日間、研修内容の十分な理解と郡や病院での研修準備を目的として、最終研修の講師研修がワ市内で実施された。郡での研修の講師（各郡3人×11郡、計33人）と病院での院内研修の講師（各病院3人×8病院、計24人）を対象にコアメンバー6人が講師研修を実施した。本講師研修により、全11郡と全8病院の計60人（郡と郡病院から3人ずつ、州病院から6人）の講師が養成された。

2) リファラル最終研修の実施

リファラル最終研修は2016年5月に11郡保健局と8病院で実施された。コアメンバーの指導支援の下、講師研修の受講者が各郡と病院での講師を務めた。最終研修の参加者数は、郡438人、病院378人の合計816人となった。

郡での最終研修に参加しなかった施設は、2郡保健局（ジラパとワ・ウエスト）、1保健センター、14 CHPS、4民間施設の21施設だった。今回、郡保健局の研修対象とした306施設（郡保健局、ポリクリニック、保健センター、CHPS、民間施設）のうち285施設（93%）をカバーした。

今回導入した病院での院内研修は計画どおりに実施され、特に不備があった病院はなかった。8病院での研修は予定していた人数（382人）の99%をカバーする高い参加率となった。

参加者による研修の評価アンケートで、研修の内容や手法、教材は評価が高かったが、研修前の参加者への通達とプログラムの運営の適切さは評価が比較的低かった。この評価は、参加者への事前通知の遅れと、開始時間の遅延や講義時間の延長によりプログラムが予定どおりに進行しなかったことに起因している。このようなスケジュール・時間管理の不備は2013年以來の根強い課題である。州や郡保健局の管理職クラスが参加者に時間厳守を伝達するなどの対応は既に行っている。

最終研修が終わり、プロジェクトが実施したリファラル研修の延べ参加者数は1,793人となった。郡・実施年別の参加者数を表5-24に示す。

表 5-24 郡・実施年別のリファラル研修のべ参加者数（2013年 - 2016年）

郡	2013		2014		2015		2016				合計		総計
	T	郡	T	郡	T	郡	T (郡)	郡	T (病院)	病院	T	研修	
DBI	3	24	3	11	3	17	3	29	0	0	12	81	93
ジラパ	1	51	3	22	2	22	3	40	3	46	12	181	193
ランブシエ	3	30	3	16	3	21	3	38	0	0	12	105	117
ローラ	3	32	3	20	3	20	3	34	3	51	15	157	172
ナドリ・カレオ	2	46	3	28	3	32	3	55	3	57	14	218	232
ナンドン	3	26	3	20	3	19	3	28	3	46	15	139	154
シサラ・イースト	3	31	3	21	2	21	3	51	3	51	14	175	189
シサラ・ウエスト	3	23	3	13	3	17	3	34	3	36	15	123	138
ワ・イースト	3	28	3	15	3	22	3	44	0	0	12	109	121
ワ・ムニシパル	4	43	3	24	3	33	3	41	6	49	19	190	209
ワ・ウエスト	4	30	3	15	3	28	3	44	3	42	16	159	175
合計	32	364	33	205	31	252	33	438	27	378	156	1,637	1,793

(注) 「T」は講師研修を意味する。

表 5-24 の参加者数には複数回研修に参加した職員が含まれる。複数回参加を除外した参加者数、すなわち研修に参加したことのある職員の人数を表 5-25 に示す。

表 5-25 リファラル研修に参加した職員の人数

郡	講師研修参加職員数		リファラル研修 参加職員数	合計
	郡	病院		
DBI	9	0	73	82
ジラパ	5	3	156	164
ランブシエ	9	0	97	106
ローラ	3	5	140	148
ナドリ・カレオ	6	5	117	128
ナンドン	5	9	175	189
シサラ・イースト	5	4	153	162
シサラ・ウエスト	4	6	103	113
ワ・イースト	8	0	85	93
ワ・ムニシパル	7	7	164	178
ワ・ウエスト	8	6	144	158
合計	69	45	1,407	1,521

プロジェクト終了後の研修継続のために行った活動とその結果は下記のとおりである。

- 研修実施者への教材の配布：研修教材と講師ガイドのハードコピーとソフトコピー（修正可能なファイル）を各郡、各病院の研修講師や一部の病院長に配布した。今後は教材を各自の郡や病院で使いやすいように修正可能である。
- 講師の養成：2013年から各郡レベルと病院で講師を延べ156人（複数回の受講者を除くと114人、そのうち病院職員は45人）を養成した。各郡に8～14人の講師がおり、十分な数が確保できている。その中には複数回講師研修を受けた人やリファラルコーディネーター、研修コーディネーターがおり、各郡・病院での研修の実施運営は十分可能となった。
- 管理責任者の研修継続の意志の確認：可能な限り郡保健局長や病院長と面会し、研修継続について尋ねたところ、継続可能であるとの回答を得た。病院の内部資金（Internally Generated Fund: IGF）を使う、病院と郡保健局の合同で行う、院内研修プログラムに毎年組み込むなど、方法についてはそれぞれ案を持っていた。

3) リファラル最終研修のフォローアップ

2016年6月、研修で学んだ標準のリファラル手順を保健施設職員が正確に行っているかを確認し、現場で指導することを目的として、11郡の保健施設で研修フォローアップを行った。州病院、7郡病院、3ポリクリニック、11保健センター、14CHPSの計36施設を訪問した。支援型スーパービジョン（Facilitative Supervision: FSV）のリファラル分野のチェックリストと同じ内容のシートを用いて各保健施設でのリファラルの実施状況を確認し、コアメンバーやリファラルコーディネーターが適宜指導した。その観察結果を以下に述べる。

- リファラル台帳の使用状況：全ての施設で使用されていた。ごく一部の施設で記入の仕方にミスがあったがほとんど問題なく使用していた。
- リファラル・フィードバック様式：36施設中30施設（83%）が新様式を使用していた。2015年5月時点では18施設中5施設（28%）、2015年9月時点では44施設中31施設（70%）だったことからすると、新しい様式を使用する施設が年々増加しているといえる。様式の内容は概ね正しく丁寧に記入されていた。
- 産後健診スタンプ：訪問した全ての分娩施設21カ所（1カ所は助産師が不在のため未確認）で使用されていた。そのうち16施設（76%）で正しい予定日が記入されていた。州病院などの病院で予定日の誤りがみられた。ほとんどの間違いが単なる不注意かカレンダーが読めないことに起因するため、予定日の正確さの向上については、研修では対応しきれない個人差があると言わざるをえない。
- 標準治療ガイドラインの設置：リファラルを判断する際に参照する標準治療ガイドラインは36施設中30施設（83%）に設置されていた。現在、州医薬品庫（RMS）が本ガイドラインを10セディで販売しているが、周知されていない。
- 記録の保存：受け取ったリファラル・カウンターリファラル様式を患者フォルダや一時保存フォルダに保存していた施設は36施設中27施設（75%）だった。標準どおりに保存していない施設の大半は、カウンターリファラルをほとんど受け取っていないため保存する様式がない。州病院やジラパ病院は多忙のため様式を整理していない。

- 移動・搬送手段：国家救急サービス（National Ambulance Service: NAS）、病院の救急車、地域緊急搬送システム（Community Emergency Transport System: CETS）などなんらかの搬送手段を持つ施設は 36 施設中 32 施設（89%）だった。CETS は訪問した 14CHPS 中 10 カ所（71%）で設置されており、過去 1 年以内に CETS を利用した CHPS は 5 カ所だった。2015 年のフォローアップでは訪問した施設中 64%で設置、使用例は 1 例だったことからすると、CETS の設置とその利用は徐々に進んでいるといえる。しかしながら、依然、実際の搬送では患者やその家族が個人でバイクや車などを手配しているケースが多い。
- リファラル関係者連絡先リスト：NAS や病院の救急車、CETS の運転手、リファラー先の病院の担当者などの連絡先電話番号のリストを施設内に掲示していた施設は 36 施設中 28 施設（78%）だった。携帯電話のネットワークがない地域があった。
- カウンターリファラルの受け取り：ワ・イースト、ワ・ムニシパル、ワ・ウエストでは、ほとんどカウンターリファラルを受け取っておらず、リファラー先である州病院もほとんど返していない。その他の郡では 1.5 から 3 割程度、カウンターリファラルを受け取っている。シサラ・イースト、シサラ・ウエスト、ナドリ・カレオ、ナンドン、ランブシエ、ローラは比較的よい。これらの郡はツールの使用や記録の保存もよい。
- リファラルコーディネーター：全ての郡と病院に配置されている。
- 保健施設職員からみたリファラルの課題：2015 年同様、患者によるリファラルの拒否、移動手段が限られること、カウンターリファラルが少ないことが挙げられた。

4) リファラルレビュー会議の開催

リファラル最終研修と研修フォローアップの結果を共有し、プロジェクト終了後の課題への取り組みについて協議し、州保健局への提言を作成することを目的として、2016 年 7 月 28 日にリファラルレビュー会議がワ市内で開催された。郡保健局と病院のリファラルコーディネーター、リファラル研修の講師、州保健局職員とコアメンバーの計 32 人が参加した。

上記 5.2.1 (2) 1)、2)、3) のリファラル最終研修とフォローアップの結果をもとに、下記の 6 つの課題と対応策についてグループワークを通して協議した。

- i) **リファラル用ツールの継続供給**：一部の施設はリファラル用ツールの購入に消極的である。資金不足とツール購入は彼らにとって他のサービスの維持に比べ優先度が低いためである。リファラルシステムを維持するためには必要なものであることを、予算管理者に認識させる必要がある。
- ii) **産後健診予定日の正確な計算**：計算ミスの原因は様々で 1 回目健診日の誤解、カレンダーの不使用、未研修職員による記入、職員間の無関心、書き間違いや押印のミスなどがある。定期的にモニタリングをする必要がある。産後健診予定日の計算は、リファラル研修のみならず助産師学校のカリキュラムに入っており、スタンプがなくとも持っているべき知識である。
- iii) **カウンターリファラル**：カウンターリファラルの少なさは、患者を送る側、受ける側双方で標準のリファラル・カウンターリファラル様式を使わないことや患者のリファラル拒否が原因と考えられる。
- iv) **患者のリファラル拒否**：多くの理由は搬送費用やリファラー先での家族の宿泊費など金銭的困難

による。また、患者がリファラルの必要性を理解しないことや、リファー先の病院での患者の扱いに対する不信などによる。患者への病状の説明などのコミュニケーション能力とリファー先での患者への対応の改善のため、医療従事者へのカスタマーケアの研修が有効と考えられる。

- v) **リファラルおよび緊急搬送の手段**：約9割の施設がなんらかの搬送手段を持っているが、搬送費用が高く裕福でない患者にとっては利用できない。近隣に車が1台もない遠隔地の保健施設も存在する。少しでも安価な搬送を提供するために、州保健局は開発パートナーなどの支援を通して、特に遠隔地での台車付き三輪モーターバイクの配置を考えている。その他、一般携帯電話のネットワーク外の地域では、車両手配の連絡が非常に困難である。
- vi) **リファラル研修の継続**：資金不足、他の活動との調整不足、管理責任者の参画不足などが課題として挙げられた。管理責任者の参画が必要であり、資金についてはIGFのみならず、既に予算がついている研修との統合などが考えられる。

こうした検討結果から、プロジェクト後の対応についての州保健局への提言は下記のようになった。

- リファラルシステム施行の優先度を高くするよう、全ての予算管理組織（Budget Management Centres: BMCs）に回覧を送付する（課題 i)、 v)と vi)に対応）。
- RMS で標準のリファラル・フィードバック様式と標準治療ガイドラインの購入が常に可能な状態を保つ（課題 i)と iii) に対応）。
- FSV によるモニタリングと実務訓練として産後健診スタンプの使用法のオリエンテーションを行う（課題 ii)に対応）。
- 中央GHSに対して妊産婦手帳への産後健診スタンプの印刷をさらに提唱する（課題 ii)に対応）。
- DHA や病院での新入職員に対するカスタマーケア研修を支援する（課題 iii)と iv)に対応）。
- CETS を強化するために遠隔地への台車付き三輪車配置の支援を開発パートナーに提唱する（課題 iv)と v)に対応）。
- 携帯電話のネットワーク外の地域に TP ラジオ電話を配備する（課題 iv)と v)に対応）。

5.2.2 支援型スーパービジョン（FSV）の強化

下部組織の支援のためのモニタリング・システムとして先行プロジェクトによって確立された支援型スーパービジョン（FSV）システムは、本プロジェクトによる妊産婦・新生児保健サービスの改善でも重要な役割を担うことが期待されている。先行フェーズから実施されている複数階層を網羅したスーパービジョンのシステムは、改良が加えられつつ、現在は、以下のような体制で運用が試みられている。

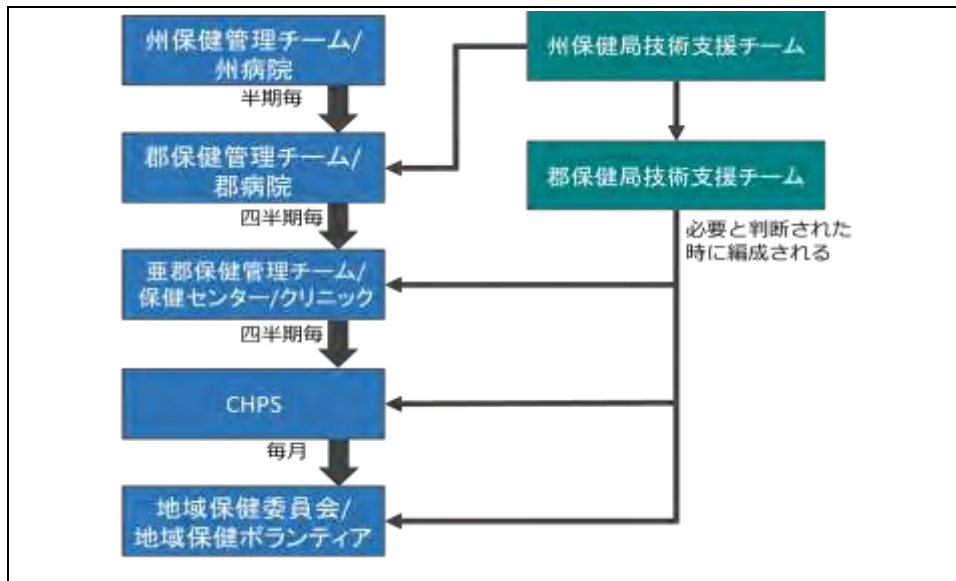


図 5-9 アッパーウエスト州のスーパービジョンのシステム

先行プロジェクトの FSV は、CHPS の運営管理強化を目的としてシステムが構築されていたが、本プロジェクトではそのシステムを活用しつつ、妊産婦・新生児ケアに関するサービスの運営実施状況の改善を目的としている。このようなシステムをより効果的に機能させるべく、プロジェクトによる 5 年間の FSV の活動推進計画は以下のとおりとなっている。

表 5-26 プロジェクト期間 5 年間の FSV 計画 (2011 年 9 月 18 日 - 2016 年 9 月 30 日)

年次	計画内容
第 1 年次	アセスメント調査による現状把握
第 2 年次	<ul style="list-style-type: none"> - CHO、亜郡、郡の 3 層に関する業務基準の作成 - 業務基準研修の実施 (11 郡にて 11 回実施。郡と州の代表者にも別途実施) - スーパービジョン・シートと教材の作成開始 - スーパービジョン・データベース構築の開始
第 3 年次	<ul style="list-style-type: none"> - FSV 研修の実施 (対象は CHO、亜郡、郡、州の 4 層) - 14 年 7 月からの定期的な FSV 実施の促進を支援 - データの活用方法についての取り組み支援
第 4 年次	<ul style="list-style-type: none"> - FSV 実施に対するモニタリング - 必要に応じてスーパービジョン・シートや教材、データベースの修正
第 5 年次 (2016 年 2-9 月)	出口戦略構築に向けての最終調整

本稿では、第 5 年次の 2016 年 2 月～2016 年 9 月に実践された活動をもとに、以下の順で記載していく。まず、第 3 年次に導入研修を終えて各施設で開始された FSV の実施の状況を「(1) FSV 実施状況」にまとめる。続いて、FSV データベースに関連する活動を「(2) FSV データベースのシステム構築」で、FSV のモニタリングと結果の活用場とする FSV レビュー会議に関する活動を「(3) FSV レビュー会議」で述べる。また、プロジェクトが構築した FSV システム全体を解説するために作成した FSV マニュアルについて「(4) FSV マニュアル」で、これまでの FSV の実施を通じて見つけられた FSV ツールの改善点への対応について「(5) FSV ツールの改定・印刷・配布」で述べ、最後に上記の活動状況の成果を「(6) FSV スコアの経年変化」に記す。

(1) FSV 実施状況

第3年次の7月に導入研修が行われて以降、州から郡、郡から亜郡、亜郡からCHOの各レベルのFSVの実施が開始された。各レベルのFSVの実施状況は表5-27のとおりである。各施設がFSVを実施すべき対象施設のうち、実施できた数をパーセンテージで表した。

州から郡へのFSVは当初は年4回の実施を予定していたが、資金や人員の調達の難しさから現実的ではないという結論に至り、関係者と協議の結果、年2回の実施とすることになった。2016年第1回の州から郡へのFSVは7月25～29日に実施された。PDMの目標値は郡から亜郡レベルで80%、亜郡からCHOレベルで50%である。この目標値は、郡から亜郡レベルで下回った2014年の第3四半期を除き、達成している。

表5-27 FSV 実施状況 (2016年6月末現在)

		2014年			2015年			
		第2 四半期	第3 四半期	第4 四半期	第1 四半期	第2 四半期	第3 四半期	第4 四半期
州から郡へのFSV*		100.0%	0%	100.0%	0%	0%	100.0%	-
郡から亜郡へのFSV (D-S) (11郡の平均値)		98.7%	77.3%	89.4%	100.0%	89.6%	90.9%	88.3%
亜郡からCHOへのFSV (S-C) (11郡の平均値)		96.5%	75.6%	86.6%	97.6%	80.5%	85.0%	81.8%
ジラパ郡	D-S	100%	100%	100%	100%	85.7%	0.0%	0.0%
	S-C	100%	100%	93.3%	73.3%	80.0%	0.0%	50.0%
ランブシエ郡	D-S	100%	100%	83.3%	100%	100%	100%	100%
	S-C	90.9%	90.9%	90.9%	100%	100%	100%	100%
ローラ郡	D-S	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	S-C	100%	80.0%	100%	100%	90.0%	100%	100%
ナンドン郡	D-S	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	S-C	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ナドリ・カレオ郡	D-S	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	S-C	100%	93.8%	68.8%	100%	100%	100%	100%
DBI郡	D-S	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	S-C	100%	100%	100%	100%	100%	77.8%	100%
シサラ・イースト郡	D-S	100%	16.7%	0%	100%	100%	100%	100%
	S-C	83.3%	16.7%	0%	100%	40.0%	100%	0%
シサラ・ウエスト郡	D-S	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%
	S-C	100%	0%	100%	100%	11.1%	100%	100%
ワ・イースト郡	D-S	85.7%	100%	100%	100%	100%	100%	71.4%
	S-C	100%	100%	100%	100%	100%	85.7%	50.0%
ワ・ムニシパル郡	D-S	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	S-C	100%	100%	100%	100%	95.5%	100%	100%
ワ・ウエスト郡	D-S	100%	33.3%	100%	100%	100%	100%	100%
	S-C	87.5%	50.0%	100%	100%	68.8%	72.0%	100%

(2) FSV データベース・システムの構築

FSV データベース・システムの改修とデータ更新

FSV データベース・システムについて、報告されていた不具合の改修作業を行った。また、2016年5月に行った FSV ツールの改定と亜郡・CHPS レベルの施設の増加に合わせて FSV データベースの情報を更新した。改修版システムとデータ更新を行ったデータベースは、7月5日に実施した郡レベル FSV データベース・システム研修にて各郡に配布した。

FSV データベース・システム技術研修

終了時評価・JCC の提言で、データベースの管理者として日常的にデータ入力などを行う人員として、技術的な対応ができる人材を州保健局の中に少なくとも一人養成することが提案された。この提言への対応として、以下のように3人の州保健局職員に対して FSV データベース・システム技術研修を行った。

研修名	FSV データベース・システム技術研修
日程	2016年5月30日-6月2日(4日間)
対象者	州保健局保健情報 (Health Information, HI) ユニット職員 (1人)、州保健局 ICT (Information Communication Technology) ユニット職員 (2人) の計3人
講師	ワ・ムニシパル郡 保健情報オフィサー
目的	<ul style="list-style-type: none">- 州・郡レベル FSV データベースの基本的な機能を習得する。- FSV ツールの更新や亜郡・CHPS の増減に応じて FSV データベースの更新ができるようになる。- プロジェクト終了後に FSV データベースが州・郡レベルで継続的に使用されるように、データベースの技術的な問題を解決できるようになる。
研修内容	<ul style="list-style-type: none">- FSV データベースの基本機能 (郡・州レベル)- FSV データベースの更新 (FSV ツール・施設の情報)- FSV データベースへの技術的対応

郡レベル FSV データベース・システム研修

改定した FSV データベース・システムを確実に導入し、また更新された情報に間違いがないかを各郡担当者に確認させるため、各郡の保健情報オフィサーと CHPS コーディネーターを集めて FSV データベース・システム研修を開いた。詳細は以下のとおりである。

研修名	郡レベル FSV データベース・システム研修
日程	2016年7月5日(1日間)
対象者	11郡の保健情報オフィサー、11郡の CHPS コーディネーターの計22人
講師	ワ・ムニシパル郡保健情報オフィサー、州 CHPS コーディネーター、州 CHPS ユニット職員の計3人
目的	<ul style="list-style-type: none">- 改訂版 FSV データベース・システムを配布し、DHIO のコンピュータにインストールする。- 改訂版 FSV ツール、FSV マニュアルを各郡に配布する。
研修内容	<ul style="list-style-type: none">- FSV データベース・システムのインストール- データベースの各郡の情報の確認

FSV データ管理の移管についての関係者協議

CHPS ユニットのカウンターパートと州保健局長との協議の結果、FSV データベース・システムのデータ管理は、今後、日常的なデータ入力も含めて HI ユニットに移管することが合意された。そのため、上記の FSV 技術研修では CHPS ユニットのスタッフではなく、HI ユニットの職員を対象とした。今後の HI ユニットと CHPS ユニットの業務分担を明確にするため、両者が会議を開いて各ユニットの担当業務について合意した。合意された業務の分担は、表 5-28 に示したとおりである。これにより、今後は各レベルの FSV データは HI ユニットに直接送付され、データベースに入力保存されることになる。また、随時 FSV データベースの情報を更新することと、更新データを各郡に送付する業務も HI ユニットの管轄となる。

表 5-28 FSV 関連業務の分担

活動	CHPS ユニットの担当業務	HI ユニットの担当業務
FSV (州から郡) のデータ管理	1. FSV (州から郡) を実施する。 2. FSV (州から郡) の結果を州 HI ユニットに提出する。	1. FSV (州から郡) の結果を FSV データベースに入力する。
FSV (郡から亜郡、亜郡から CHPS) のデータ管理		1. 郡レベル FSV データベースから出力された FSV (郡から亜郡、亜郡から CHPS) データを各郡から受け取る。 2. 各郡から受け取った FSV データを州レベル FSV データベースに統合する。
各郡へのフィードバック		1. FSV (州から郡、郡から亜郡、亜郡から CHPS) の結果を分析し、郡へのフィードバック・レポートを作成・送付する。
FSV レビュー会議	1. FSV レビュー会議を実施する。 2. FSV レビュー会議の報告書を作成する。 3. FSV レビュー会議の報告書を州保健局長に提出する。	1. FSV の分析結果を用いて FSV レビュー会議用の資料を作成する。
郡の FSV と FSV レビュー会議の確認	1. 各郡から州 HI ユニットに提出されたデータに基づき、FSV の実施状況を確認する。 2. 各郡から FSV レビュー会議の実施報告書を受け取る。 3. 各郡での FSV・FSV レビュー会議実施と報告書の提出状況を確認し、確実な実施を促す。	
FSV データベースの更新		1. FSV ツールが修正された場合に、その内容を FSV データベースに反映する。 2. 郡、亜郡、CHPS レベルの施設情報に変更があった場合に、その内容を FSV データベースに反映する。 3. 更新した FSV データベースの情報を各郡に送付する。
FSV データベースの技術的問題への対処		1. 郡レベルで FSV データベースの使用に問題が生じた場合に、技術的な支援を行う。

2016 年の第 2 四半期 (2016 年 7 月) 実施の FSV については、業務の移行期間の措置として HI ユニットと CHPS ユニットが共同で実施した。

(3) FSV レビュー会議

ナンドン、DBI、シサラ・ウエストの FSV レビュー会議の視察を行ったところ、いずれの郡でも第 4 年次に作成した FSV レビュー会議ガイドラインに沿い、ガイドラインに添付したプレゼンテーション・フォーマットを活用して会議を行っていることが確認された。FSV の結果や CHPS・亜郡の現状、課題などが活発に議論されていた他、郡の職員から FSV のモニタリングツールの記入の仕方や各種の台帳の記入の仕方などについての指導も行われており、FSV レビュー会議は、教育の場としても活用できることが確認できた。各郡の FSV レビュー会議は概ね以下の内容で行われている。

- 開会挨拶
- 会議の目的説明と議事録係の指名
- 前回の FSV レビュー会議で作成したアクションプランの進捗確認
- 郡のプレゼンテーション
 - 各施設のアクションプランの進捗確認
 - FSV の結果の分析
- 亜郡のプレゼンテーション
 - 亜郡の概要
 - スーパービジョンの実施状況
 - 管轄地域の CHPS の FSV 結果分析
 - CHPS ゾーンの課題
- CHO のプレゼンテーション
 - FSV の 5 分野について、達成したこと、ベストプラクティス、課題など
 - 今後の方針会議全体でのアクションプランの作成
 - 次回の FSV のスケジュール確認
 - 閉会

(4) FSV マニュアル

これまでプロジェクトが構築してきた FSV システムの全体を解説する FSV マニュアルを作成した（添付資料 9：FSV マニュアルを参照）。FSV マニュアルの用途としては、他州への FSV システムの導入に活用したり、UW 州内で新しいスタッフに FSV について教えるための教材として用いたりすることが考えられる。後者については、「(3) FSV レビュー会議」の項で述べたとおり、既に知識やスキルの伝達の場として活用されつつある郡レベル FSV レビュー会議の機会を活用して、FSV マニュアルを用いて FSV についての教育を行うことが期待される。マニュアルには、FSV レビュー会議に FSV 教育を効果的に盛り込めるように、マニュアルの内容をまとめたプレゼンテーション資料を添付した（添付資料 10：FSV ツール修正箇所一覧を参照）。

FSV マニュアルは、CHPS ユニットのカウンターパートとモニタリング・スーパービジョン専門家が作成したドラフトをもとに下記のタスクフォースメンバーによる会議を通じて最終化した。

会議名	FSV マニュアル作成会議
日程	2016年5月12日（1日間）
参加者	州保健局医薬品サービス次長、州保健局 CHPS コーディネーター、州保健局母子保健ユニット職員、郡局長（ワ・ウエスト、ジラパ、ナンドン、ナドリ・カレオ）、郡 HI オフィサーなどを含む 20 人
目的	FSV マニュアルの作成
結果	<ul style="list-style-type: none"> ● FSV マニュアルが作成された。 ● FSV マニュアルについて、参加者から以下についての合意を得た。 <ul style="list-style-type: none"> - 各郡は今後 FSV 継続研修に本マニュアルを活用する。 - プロジェクトは印刷版の FSV マニュアルを 6 月下旬頃に各郡に配布する。

(5) FSV ツールの改定・印刷・配布

終了時評価の提案を受け、FSV ツールに母子保健関連で MNDA と出産ケアの項目を追加した。項目の追加に際しては、母子保健専門家と母子保健分野のカウンターパートの協議を通じて修正案を作成し、以下の表に示す FSV タスクフォースメンバーによる FSV ツール修正会議とフィールドテストを経て最終化した。FSV ツール修正会議では、協議の結果、上記の母子保健項目の他にメンタルヘルスなどの項目が追加された。修正事項の詳細は添付資料 10 を参照のこと。

会議名	FSV ツール修正会議
日程	2016年5月11日（1日間）
参加者	州保健局医薬品サービス次長、州保健局 CHPS コーディネーター、州保健局母子保健ユニット職員、郡局長（ワ・ウエスト、ジラパ、ナンドン、ナドリ・カレオ）、郡保健情報オフィサーなどを含む 20 人
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● FSV ツールに以下の項目を追加する。 <ul style="list-style-type: none"> - MNDA-QI - 出産ケア（パルトグラフの使用、IPO シートの使用） - その他、今後 2 年間使用するうえで必用と考えられる項目 ● FSV の今後の方針について関係者間で合意を得る。
結果	<ul style="list-style-type: none"> ● FSV ツールの修正版が作成され（修正箇所は添付資料 10 に記載）、以下の変更が加えられた。 <ul style="list-style-type: none"> - MNDA-QI 項目の追加 - 出産ケア（パルトグラフの使用、IPO シートの使用）項目の追加 - メンタルヘルスに関する項目の追加 - 郡病院に関する質問項目を一つのカテゴリーにまとめる ● 修正版 FSV ツールは、5 月 20 日の共有会議の後、プロジェクトが印刷し 2016 年 6 月下旬頃に各レベルに配布することが周知された。

修正版の FSV ツールと FSV マニュアルは下記の会議を通じて関係者に共有された。同会議では、FSV ツール・マニュアルの内容を紹介した他、プロジェクト終了後の FSV ツールの調達方法についても協議した。その結果、プロジェクトが州保健局に 2 年分のツールを配布し、州保健局はそのうち 1 年分を各郡に配布すること、配布されたツールを使い切った後は各郡がツールを購入して FSV を継続することについて合意が得られた。州保健局は供与された FSV ツールのうち 1 年分を資本としてリボルビング・ファンドを設立し、継続的な FSV ツールの供給と各郡の FSV ツール購入を確実にすることを約束した。

会議名	修正版 FSV ツール・FSV マニュアル共有会議
日程	2016年5月20日(1日間)
参加者	州保健局医薬品サービス次長、州保健局 CHPS コーディネーター、州保健局母子保健ユニット職員、各郡局長、郡 CHPS コーディネーター、郡 HI オフィサーなどを含む25人
目的	<ul style="list-style-type: none"> 修正版 FSV ツール・FSV マニュアルを関係者と共有する。 FSV ツールの購入を含む FSV の今後の方針について関係者の合意を得る。
結果	<ul style="list-style-type: none"> 修正版 FSV ツール・FSV マニュアルが共有された。 参加者から以下について合意を得た。 <ul style="list-style-type: none"> 修正版 FSV ツールはプロジェクトが印刷し、6月下旬頃に各レベルに1年分を配布する。 配布された1年分のツールを使用した後は、各郡が州医薬品庫を通じて FSV ツールを購入して FSV の実施を継続する。

(6) FSV スコアの経年変化

当初導入した FSV データベースに不具合があったこともあり、FSV スコアについて全ての郡のデータはそろっていない。データ提出をしていた郡についても、FSV データベースを改修していた時期のデータは欠落している。図5-10と図5-11は入手できた FSV スコア³(郡から亜郡、亜郡から CHPS) について、郡ごとの平均値の変化を示したグラフである。

郡から亜郡への FSV の平均スコアは、郡により差はあるものの概ね緩やかな上昇傾向を示している。郡から CHPS レベルについては、郡・亜郡と比較すると平均値のスコアに伸びは見られない。その理由としては、施設ごとに見れば緩やかな上昇を示す施設が多いものの、新しく FSV の対象となる施設が加わった場合に一時的にスコアの平均値を下げる場合があることなどが考えられる。

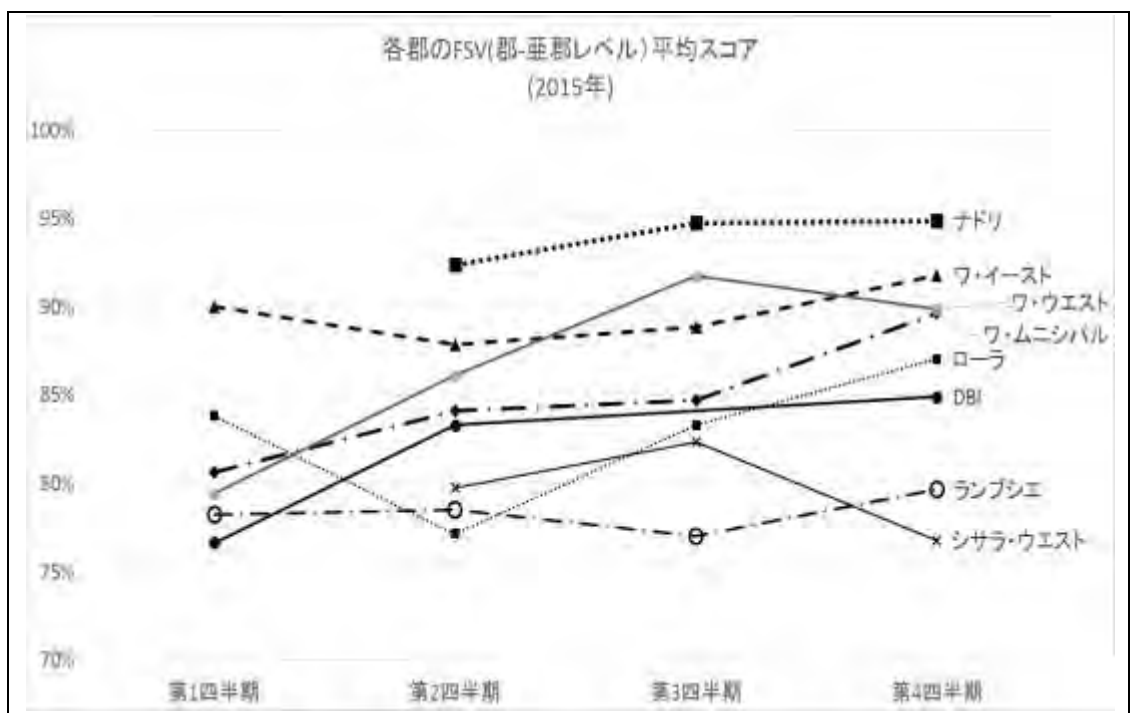


図 5-10 FSV スコアの郡平均値 (郡から亜郡)

³ FSV スコア：各項目について、Good=3点、Fair=2点、Poor=1点で集計し、全項目×3点を満点とした場合に何%取れたかを示す。

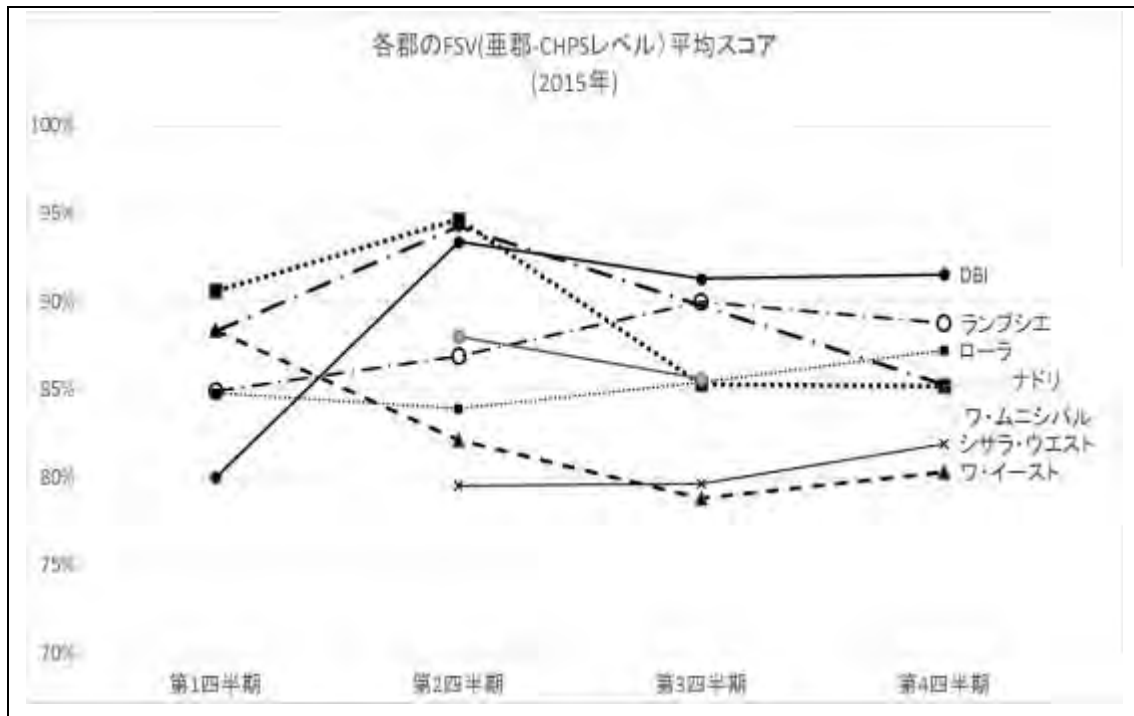


図 5-11 FSV スコアの郡平均値 (亜郡から CHPS)

比較的継続してデータを提出していたローラ郡、ランブシエ郡、ワ・ウエスト郡について、カテゴリー別の FSV スコア (郡から亜郡レベル、郡内の全亜郡の平均値) の変遷を図 5-12、図 5-13、図 5-14 に示した。郡により傾向は異なるが、3 郡で共通してマネジメントと質の向上の分野でスコアの上昇が見られる。特に、質の向上は各郡で比較的大きな向上が見られる分野である。一方で、リファラル・フィードバック分野は、ワ・ウエスト郡では伸びが見られたものの、他の 2 郡では伸び悩んだ。この傾向の理由としては、各カテゴリーで確認する項目の性質の違いが考えられる。質向上のチェック項目には、石けんや消毒剤の配置、ゴミ捨て場の整備など、その施設が自力の対応で解決できる課題が多い。また各項目の間に関連性が低く、取り組みやすい課題から順次、解決していくことができる。それに対して、リファラル・フィードバック分野で確認する項目には、リファラル関連のツール、ガイドラインやマニュアルを確保したうえで、それらのツールを通常業務で使用できているかを確認するものである。ツール・ガイドラインの確保には上位機関の支援が必用であり、課題が発見されても解決に時間がかかる。さらに、ツールが確保できるまでは、「それらを使用する業務」という項目もクリアできない、というように連動した項目が多いため、ツールの確保という最初の課題を解決するまでは、この分野のスコアがなかなか伸びないものと考察される。

このように、郡や分野によって点数の伸びに差はあるものの、多くの亜郡・CHPS では成績が緩やかに上昇しており、FSV が現場のヘルスケア・サービスの質向上に貢献していると考えられる。

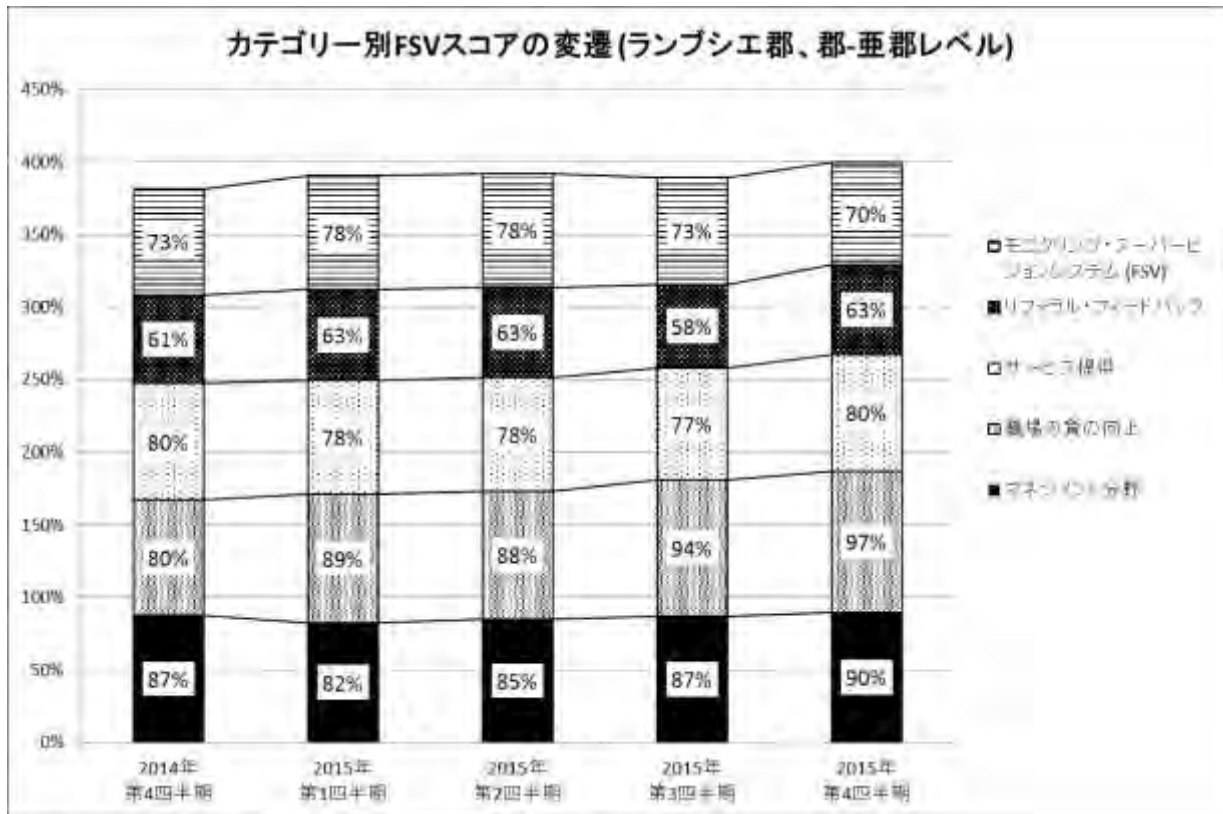


図 5-12 カテゴリー別 FSV スコアの変遷 (ランブシエ郡)

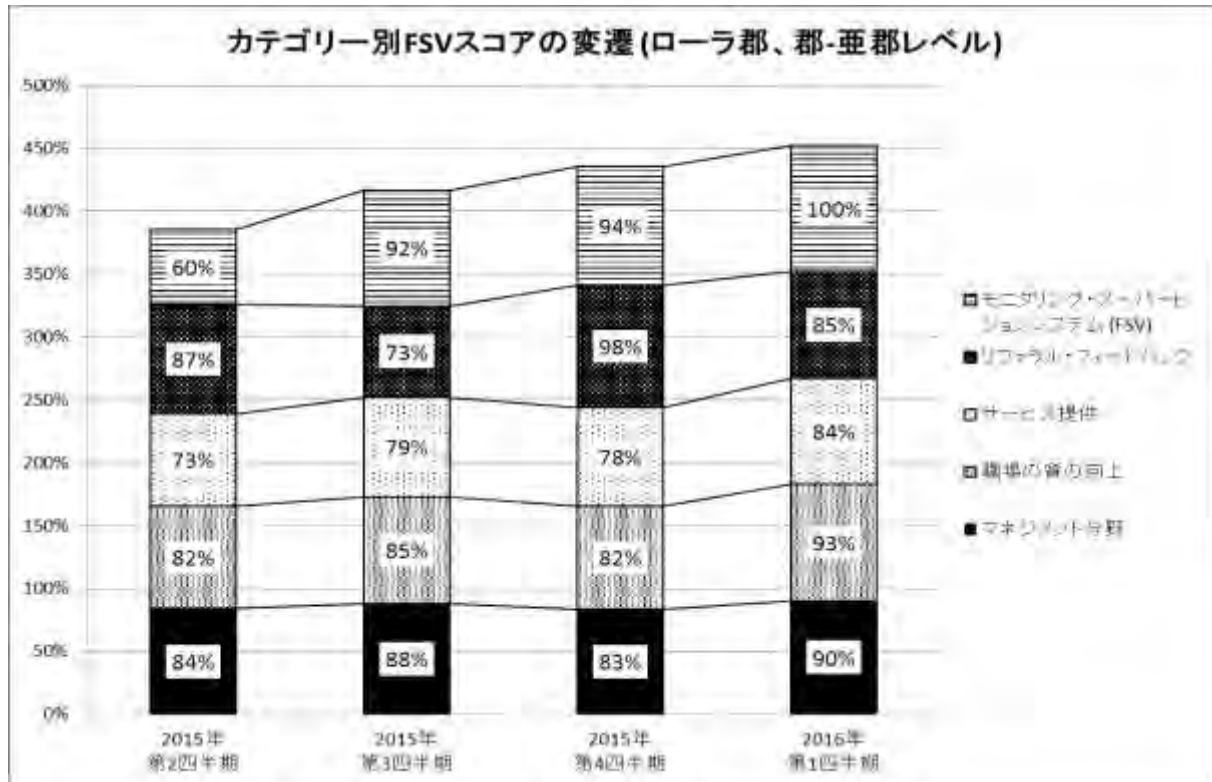


図 5-13 カテゴリー別 FSV スコアの変遷 (ローラ郡)

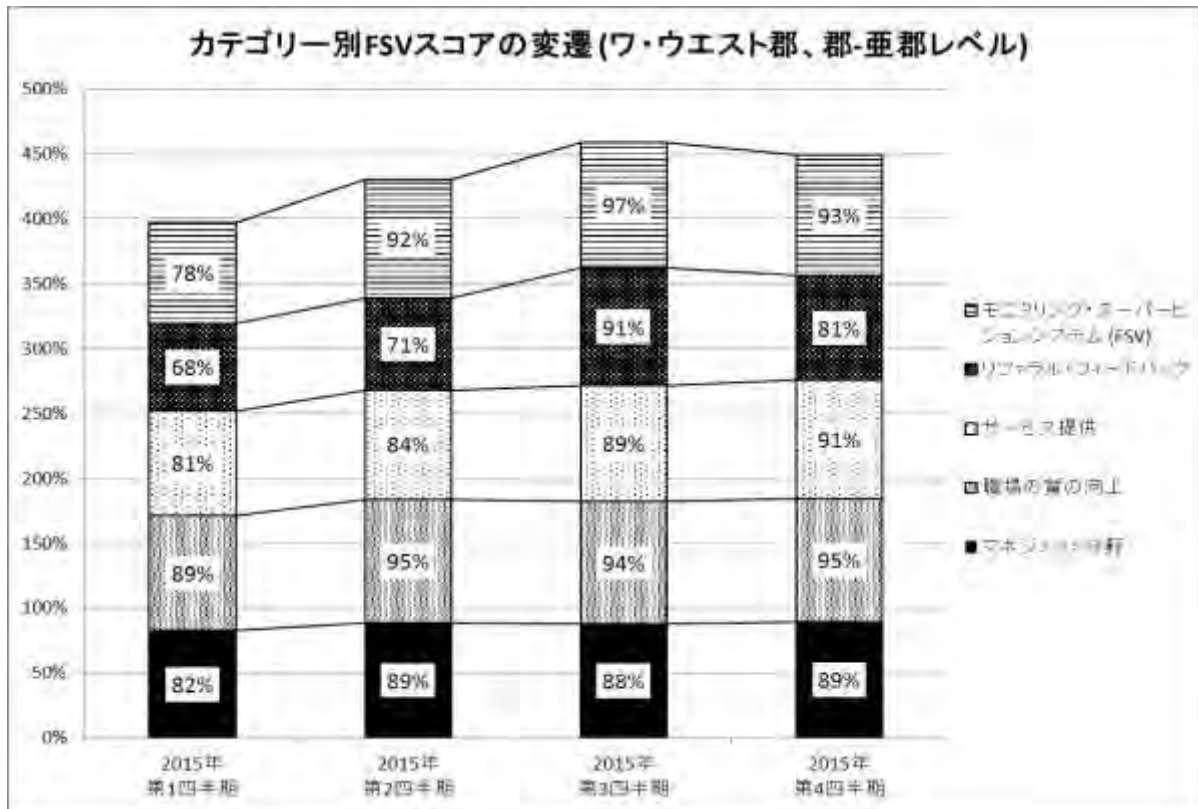


図 5-14 カテゴリー別 FSV スコアの変遷 (ワ・ウエスト郡)

5.2.3 妊産婦・新生児死亡症例検討会の強化

(1) 妊産婦・新生児死亡の状況

以下の表は、2016年6月末時点での妊産婦・新生児と死産の数と症例検討された数を示す。数自体は昨年と同時期に比較すれば少ないが、半年分だけなので傾向は把握できない。妊産婦死亡は2病院で8例報告され、全て症例検討された。新生児死亡は66例中3例のみが症例検討された。州病院での症例検討の遅れは昨年から悪化する傾向にあり⁴、州保健局から州病院管理者に対して改善を求めている。ジラバ病院の早期新生児死亡が多いのは、同病院に州唯一の新生児集中治療室があり、他病院からの移送症例が多いためである。早期新生児死亡の原因の34%は仮死・呼吸困難、20%が未熟児と報告されている。死産の症例検討は、今年6月にその開始を決めたばかりなため、これまでは未実施であり、国のガイドラインもない。

⁴州病院でのMNDA実施の遅れは病院管理体制の変更や、MNDAを実施する際には医師の参加がないと実施できないところ、医師が多忙であることなどが理由として挙げられている。

表 5-29 妊産婦・新生児死亡数と症例検討された数（2016年 1-6月）

	妊産婦死亡		新生児死亡 (0-7日)		自然な死産	
	数	症例検討済	数	症例検討済	数	症例検討済
ジラバ病院	1	1	21	0	10	未実施 5月に様式の作成、 7月に各病院で指導
ローラ病院	0	-	1	1	2	
ナンドン病院	0	-	3	0	2	
ナドリ病院	0	-	7	0	1	
ツム病院	0	-	0	-	1	
ゴル病院	0	-	2	2	0	
州病院	7	7	32	0	64	
合計	8	8	66	3	80	

(2) MNDA-QI の活動の方向に関する州保健局との協議

UW 州では妊産婦や早期新生児の死亡のほとんどが病院で発生している。そのため、プロジェクトは PDSA の研修や現場でのフォローアップを通して病院での妊産婦・新生児死亡例検討会 (MNDA) の提言に基づく質改善活動を支援してきたが、まだ定着したとは言えない。プロジェクトの終了を控え、プロジェクトとしての着地点と今後の州保健局の対応策について、3月に州保健局長代理を入れて母子保健ユニットのユニット長、MNDA-QI の責任者と協議した。その結果、当活動の関係者の役割について以下のように合意した。

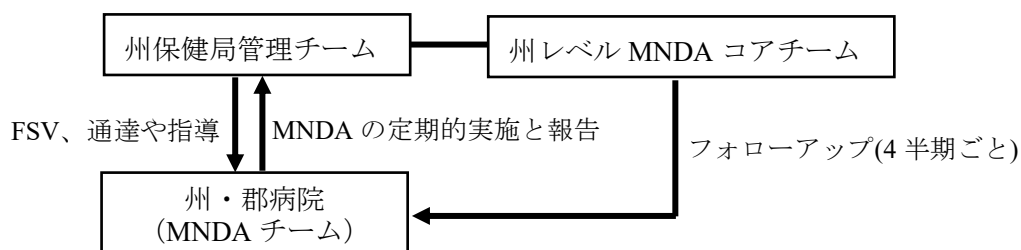


図 5-15 州保健局と各病院 MNDA-チームとの関係

表 5-30 MNDA-QI 活動の関係者の役割分担

業務	州保健局	各郡病院・州病院	プロジェクト
州保健局や各病院の MNDA-QI 活動の体制強化	州保健局母子保健ユニットの MNDA-QI 活動の責任者の任命と役割を明確にし、責任者の業務をサポートする。	各病院の管理者は院内の MNDA-QI チームの編成と実務責任者を決め、文書化し、活動をサポートする。	MNDA-QI 責任者の役割について提言する（既に文書化しているものを見直し、合意した）。
MNDA-QI 会議の定期的な実施	各病院と郡に毎月 MNDA-QI 会議を実施し、その結果を州保健局に報告するように通達する。症例のない場合はニアミスの症例をレビューするように指導する。	毎月の MNDA-QI 会議日程を病院長から通達して実施し、州保健局母子保健ユニットの責任者に報告する。	MNDA の分析を強化するために、MNDA ツールの見直しを支援する。
MNDA の分析結果に基づく QI 活動立案の強化	MNDA の分析強化と QI 活動の計画立案強化のワークショップを実施し、各病院でのフォローアップを企画・実施する（プロジェクト終了後は Jhpiego 支援の可能性あり）。	計画立案をする際には院内リソースで可能な介入に焦点をあて、MNDA-QI 会議でその実施をモニターする。	ワークショップ実施とフォローアップを支援する。
州保健局による MNDA-QI 活動のモニタリング	FSV と FSV レビュー会議、病院間のピアレビュー、州レビュー会議での MNDA-QI 活動の報告の義務化など多角的にモニターしていく。	FSV レビュー会議、病院間のピアレビューへ参画する。	FSV に MNDA-QI 活動に関する項目を組み入れる。

具体的にはプロジェクトは以下の活動を実施することで合意した。

- **MNDA 関係の様式の見直しの技術的な支援をする**：具体的には以下のものを作成した。
 - 州保健局が 2011 年に作成した新生児死亡の症例検討様式の改訂版。
 - 死産の症例検討様式。
 - 妊産婦・新生児死亡の症例検討のプレゼンテーション用テンプレート。これまで各郡が作成したプレゼンを精査し、国のガイドラインに沿って内容を統一し、特に臨床症例管理の分析部分を強化し、過去の類似案件後の改善の有無の検討を追加した。添付資料 11：妊産婦・新生児死亡症例検討会様式を参照されたい。
- **プロジェクト期間中に病院でのフォローアップ 2 回と病院の MNDA-QI 関係者を集めたワークショップを 1 回実施し、各様式の指導、QI 活動の優先化、QI チームの定期会議による QI 活動のモニタリング強化の指導を行う**：この活動は以下 (3) と (4) で説明する。
- **FSV に MNDA-QI のモニタリングを統合する**：FSV ツールへの MNDA-QI 関連項目追加は 4 月から FSV 担当団員、CP と協議を続け、5 月にその修正版が関係者間で承認された。追加項目は MND の報告、症例検討の実施と標準様式の利用、死産の症例検討の追加、MNDA-QI 会議の実施、パルトグラフと産後経過表の使用。

(3) MNDA-QI ワークショップ

5 月 25、26 日に、各病院の QI チーム（病院管理者代表を含む）代表 4 人を集めて、以下の要領でワークショップを開催した。MNDA-QI 活動の現状と課題を共有し、問題分析と立案の強化、活動

を実施する現場でのモニタリングと QI チームによる定期的なモニタリングの実施に焦点をおいた。会議の成果として、各病院は MND の分析に基づき実施可能な活動を選択し、その詳細計画を策定した。さらに、QI 月例会議の日程を立て、その実現を促進するための対策を立てた。詳細は添付資料 12：妊産婦・新生児死亡症例検討会と質改善ワークショップ報告書を参照されたい。

また、同ワークショップでは、新しく導入した MNDA のプレゼンテーションのテンプレートを利用して各病院がプレゼンを実施した。症例検討自体よりテンプレートの利便性の協議が目的だったが、症例検討の内容についても多くの議論がされ有益なセッションとなった。新しいテンプレートに沿ってプレゼンを準備すると、実際の治療とガイドラインとの比較や過去の類似症例の有無となぜ類似症例の死亡が繰り返されたかを検討するので、要因分析を促進するという意見が多く、各病院での利用に問題がないことを確認した。

表 5-31 MNDA-QI ワークショップの概要

項目	内容
目的	<ul style="list-style-type: none"> - MNDA-QI の現状や経験を共有し、病院間の学びを促進する。 - 各病院は施設内のリソースで可能な QI 活動計画を立てる。 - MNDA プレゼン用フォーマットのフィードバックと最終化。
参加者	各病院 4 人（病院管理者、MNDA-QI 責任者、産科病棟責任者、助産師）、母子保健ユニット職員 2 人の計 30 人
講師	州 MNDA-QI 責任者、ナドリの MNDA-QI 責任者、プロジェクト専門家
プログラム	1 日目： <ul style="list-style-type: none"> - 州の MNDA の状況の共有（州 MNDA-QI 責任者） - 各病院の MNDA-QI 活動のプレゼンと質疑応答 - 各病院による新しいプレゼン用フォーマットを利用した妊産婦・新生児死亡症例のプレゼンと質疑応答 2 日目： <ul style="list-style-type: none"> - 活動計画の策定と発表 - 定期的な会議によるモニタリング、会議日程と会議促進案 - 今後の活動の確認
成果品	各病院の MNDA-QI 活動計画と MNDA-QI チームの会議日程

ワークショップでは病院内のリソースで実施可能な活動を選び、その活動計画を立てた。6 病院が最近の死亡症例に産後出血があったことや死産が増えているという認識から、全分娩症例に対するパルトグラフと産後経過表の正しい利用をテーマに選んだ。その他、新生児蘇生の励行や MNDA-QI 会議の定期的開催など病院特有の問題が選択されている。以下の表にその要約を示す。

表 5-32 各病院の活動計画の要約

	問題	目標	手段
ジラパ病院	1. パルトグラフと産後経過表の使用率が低い	2016年6月までに パルトグラフ: 71%から90% 産後経過表: 52%から70%	- 助産師への研修 - 毎日の監督 - フォームを印刷 - 毎月の状況をモニター
	2. 分娩直後の仮死状態の新生児蘇生がされない	新生児集中治療室に送る前に仮死状態の新生児全員に蘇生を試行	産科病棟の助産師全員の蘇生技術の再研修
ローラ病院	産後の母子のモニタリング率が低い	2016年12月までに50%から65%	- フォームの印刷 - 各助産師による評価 - 助産師の監督と指導 - 月間モニタリングと成績の良い助産師の発表
ナンドン病院	1. 正常分娩で問題がない症例の産後のモニタリング率が低い	2016年12月までに66%から100%	- フォームの常備 - 助産師の指導、特に新人に対しての指導 - 毎日、師長が産後経過表の利用を調べて指導 - 毎月データ収集と分析
	2. 質改善の会議が不定期である	平均3カ月に1回から毎月の実施とする	- 会議の年間日程を決めて各メンバーと共有 - 病院管理者の支持
ナドリ病院	産後経過表の利用率が低い	2016年12月までに53%から70%	- フォームの常備 - 助産師への指導 - 責任者が毎日調べ、問題のある助産師に指導 - 毎月のモニタリング実施
ツム病院	パルトグラフと産後経過表の使用率が低い	2016年8月までに パルトグラフ: 57%から80% 産後経過表: データ収集後に目標を決める	- フォームをコピー - 師長が毎日ツールの利用を調べ助産師に指導 - 毎月のパルトグラフの利用のモニター - 産後経過表のデータ収集と分析
ゴル病院	MNDA-QI チームの会議が開かれない	毎月実施する	- 会議日程の作成と告知 - ソーシャルネットワークのアプリの利用
州病院	妊産婦死亡症例検討会の実施が遅れている	死亡症例検討会を全ての症例に対してタイムリーに実施する	- 質改善チームが毎月フォロー - 病院管理者の巻き込み
	パルトグラフと産後経過表の利用率が低く、正しく利用されていない	データが集められていない 収集後に目標を決める	- データ収集と分析 - フォームの印刷 - 全助産師に対する再指導 - 学生への指導と監督 - 定期的なモニタリングを開始(毎月)

これらの活動は、MNDA-QI 会議を定期的に行ってモニターしていく。この会議がなかなか開かれず活動が低迷していたので、状況の改善は簡単ではない。しかし、今回は州保健局から会議の開催、メンバー構成や会議実施のエビデンスとしての報告書の提出が文書で通達がされていることに加え、各病院でも管理者が署名した文書による会議の通達や携帯電話による会議のリマインドなどの工夫をしているので改善の方向に向かうと期待される。ワークショップ後の7月初旬の病院でのフォローアップの結果、7病院のうち6病院が会議を開催して活動の計画のモニタリングなどを実施した。

引き続き、電話やメールで母子保健ユニットの MNDA-QI 責任者が会議の開催をモニターしていく。

表 5-33 MNDA-QI 会議の年間スケジュール (2016 年 6-12 月)

	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
ジラパ病院	15 日	20 日	17 日	21 日	19 日	16 日	21 日
ローラ病院	16 日	14 日	18 日	15 日	20 日	17 日	15 日
ナンドン病院	16 日	14 日	11 日	15 日	6 日	3 日	15 日
ナドリ病院	17 日	15 日	19 日	16 日	21 日	28 日	16 日
ツム病院	9 日	14 日	11 日	15 日	13 日	17 日	15 日
ゴル病院	14 日	19 日	17 日	15 日	18 日	16 日	14 日
州病院	7 日	7 日	9 日	6 日	6 日	8 日	6 日

注：灰色の部分では会議が開催されたところ。

(4) 病院でのフォローアップ

5 月と 7 月の 2 回、病院でのフォローアップを支援した。州と各病院の MNDA-QI 責任者（チェンジエージェント）が 2、3 人でチームを構成し、各病院を訪問した。訪問後は報告書を母子保健ユニットに提出する。以下の表はその要約である。

1 回目のフォローアップ後は、母子保健ユニットの担当とフォローアップの報告書を前回の報告書と比較して進捗状況を確認した。具体的な計画立案やそのモニタリングの強化など把握された課題は、前述したワークショップのプログラムに反映した。

2 回目のフォローアップでは、MNDA-QI 責任者が実施して、母子保健ユニットの担当が報告書のレビューを行った。計画された QI 会議はほとんどの病院で開かれた。一部の活動についてはまだ開始に至っていなかったが、職員の参画は進んできている。

表 5-34 病院での MNDA-QI 活動のフォローアップ

2016 年第 1 回目のフォローアップ (2016 年 5 月 3～7 日) 7 病院を訪問	
目的	<ul style="list-style-type: none"> - 新生児死亡症例検討会様式改訂版とプレゼンのテンプレートの指導 - 昨年末以後の各病院での QI 活動のフォローと指導 - MNDA-QI のデータ収集
成果・課題	<p>【成果や合意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 各病院の MNDA-QI 責任者は MND の指標 (妊産婦・新生児死亡、死産) に関するデータは継続的に集計・分析をしている。今後もデータベースの更新を続ける。 - 各種様式の指導をした。各病院はこれらを使用していく。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 活動計画の基本的な問題点は活動の立案が大まかで具体的な活動が示されていないこと、従って十分なモニタリングができない。さらに病院内のリソースで実現できるものに焦点を当てる必要がある。 - MNDA-QI 活動の実施状況を把握し活動を調整するべき QI チームの会議が定期的に開催されていないので、活動が低迷している。 - 州病院での MNDA が実施されていない。

2016年第2回目のフォローアップ（2016年7月4～7日）6病院、州病院は未実施。	
目的	<ul style="list-style-type: none"> - 会議で立てた計画の実施状況とモニタリングの状況の把握と指導 - 死産の様式の指導
成果・課題	<p>【成果や合意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 死産の様式についてフォローアップチームが指導を行った。 - 全ての妊産婦死亡の症例検討で標準の様式が使用されていた。 - ツム病院以外の5病院では、ワークショップで計画した6月のMNDA-QI会議が開催された。 - 各病院のMNDA-QI責任者はMNDの指標（妊産婦・新生児死亡、死産）に関するデータは継続的に集計・分析をしている。 - 産後経過表が正しく使用されているか院内で評価する。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 症例検討様式への記入が完全でない。対応として病院のMNDA-QIチームが内容を確認して追記し、RHAの母子保健ユニットに提出する。 - QI会議参加者へのスケジュールの通知、開始時間の遅れ、他の活動との重複など、各病院での会議の運営や活動実施が円滑でない。対応としてスケジュール表のコピーを参加者に共有する。 - 州病院でのフォローアップが未実施である。対応としてRHAのMNDA-QI担当者が州病院のMNDA-QI担当者に実施予定日を確認し実施するよう催促している。

(5) 州保健局による今後の活動

州保健局は、MNDA-QI活動の強化のためにFSVや病院ピアレビューなど多角的にモニターしていくとしている。病院のフォローアップやワークショップも継続して実施するとしているが、それぞれの実施や収集するデータの分析などこの活動を主導していく州保健局、特に母子保健ユニットの能力強化など課題もある。これについては「8. 今後の課題」で後述する。

5.3 成果3に関する業務

5.3.1 住民参加促進に関する活動

(1) 概要

CHPSに駐在する地域保健師（CHO）により保健医療サービスを提供しているGHSにとって、住民がCHPSの運営に協力しているかどうか、また自ら積極的にコミュニティ全体の保健活動に参加するかどうかは、コミュニティでの母子保健活動の重要な成功要因の一つである。

過去の調査ではCHOの交替があっても、住民による地域保健委員会が積極的に活動しているCHPS地区では活動が比較的維持されるという傾向がみられたことから、CHPSの活動維持のためには、地域保健委員会などの地域住民が重要な役割を担っているといえる。

プロジェクトでは最終的には地域住民が主体となり、CHOとともに、自発的にコミュニティの保健状況を改善するための活動ができるようになることを目指している。そのために「主体的参加による学習と行動」（Participatory Learning and Action:PLA）ツールや、地域保健行動計画（Community

Health Action Plans:CHAP) を導入している。

プロジェクトでは直接住民の能力強化は行わないが、現職 CHO を対象にした研修を通じて、CHO が住民とともにニーズを抽出し、活動を計画、実施、モニタリング・評価できる能力を強化している。つまり、CHO のファシリテーターとしての能力を高めることで住民が主体的にコミュニティでの保健状況を改善する活動を行えるように支援している。第 1 年次から第 2 年次前半までには活動の基盤づくりとして、基礎情報収集、戦略策定を行った。第 2 年次後半から第 4 年次にかけては、CHO 現職研修を計 6 回実施し、また CHO を支援する亜郡保健チーム職員を対象とした研修の実施、質的・量的なモニタリング結果に基づく研修内容の改定など、本格的な住民参加促進のための活動を進めてきた。

第 5 年次は現職研修とモニタリング活動を継続するとともに、プロジェクト終了後の持続可能性を確保するための出口戦略として、コミュニティ・データベースの CHPS データベースとの統合、CHO 現職研修内容の医療従事者養成学校⁵のカリキュラムへの統合を進めた。

以下、各活動の詳細を述べる。

(2) 第 5 年次の活動

1) 研修の全体計画と実績状況

住民参加促進分野の研修の全体計画と実績状況は以下の表 5-35 のとおりである。第 5 年次は、研修を 1 回 3 会場で実施し、計 104 人の現職 CHO/CHN、准看護師と助産師の能力強化を行った。今回の研修で、プロジェクト期間を通じた現職 CHO/CHN の研修実績は、PDM 上の指標目標 (341 人) を越え、376 人となった。

表 5-35 住民参加促進分野の研修の全体の計画と実績

研修名	対象者	計画	実績		
			4 年次まで	5 年次	合計
CHO 現職研修	現職 CHO/CHN	341 ⁶	323	53	376
	保健プロモーションオフィサー	0	11	0	11
	准看護師 (EN)	0	40	42	82
	アシスタント CHPS コーディネーター ⁷	0	1	0	1
	フィールド・テクニシャン (FT)	0	1	0	1
	助産師	0	0	9	9
亜郡保健局職員対象研修 ⁸	亜郡保健局職員	0	66	0	66
計		341	442	104	546

⁵ 北西部州では、ジラパ地域看護師養成学校 (NAP)、ローラ准看護師養成学校 (NAC)、ワ准看護師養成学校 (NAC) が該当する。

⁶ PDM 上の指標。

⁷ CHPS コーディネーターアシスタントは当初研修の対象とはなっていなかったが、この役職に新たに就いた職員の人数が増えたため急きょ対象とすることとした。

⁸ 亜郡保健局職員を対象とした研修は、当初の PDM にはなく計画していなかったが、第 3 年次の活動実施の過程でカウンターパートから必要性が提議され、PDM を変更し実施することとした。

2) 第7回 CHO 現職研修 (3) 住民参加・FSV

2-1) 研修の概要

CHO 現職研修は、養成研修を受講した後、現場での経験を数カ月積んだ CHO を主な対象とし、母子保健、FSV、住民参加促進や IEC の分野ごとに特化した研修を行うことにより、現場での応用能力をより強化するものである。より効果的に CHPS を運営するために、現場でのニーズを考慮した郡保健局の判断により、CHPS に勤務して住民参加促進活動に従事する地域看護師、准看護師や助産師が参加することもある。

本研修は、住民参加促進分野に特化した研修である。本研修では養成研修で身につけた CHAP や CETS、主体的参加による学習と行動ツールなどの知識を、CHO 同士の現場経験の交換や演習、コミュニティでのフィールドワークを通じて現場でより活用できるものにすることを目指している。ただし、第2～4年次と同じく効率を考え、1日程度の支援型スーパービジョン（FSV）も同時に研修している。

本研修は第2年次初めにモジュールの形成や教材の作成を行い、研修後の振り返り会議などを通じて得られた教訓をもとに、継続的に内容を改訂してきた。第3年次は母子保健の事例を増やし、第4年次はコミュニティで住民とともに「主体的参加による学習と行動」（PLA）ツールや CHAP を実践するフィールドワークと発表の時間をさらに増やしてきた。第5年次には、CHAP や CETS 数などの状況を更新した他、グッドプラクティス集で取り上げた事例を関連するモジュールで紹介した。

2-2) 研修の実施状況

住民参加促進の研修は、表 5-35 で示したとおり、プロジェクト期間中に現職 CHO341 人を対象として実施する計画であり、第4年次までに323人への研修が終了していた。第5年次の活動開始時に、第4年次に新人研修を受講し、現場での経験を積んだ新人 CHO や、その他現職で未受講の CHO や CHN など研修対象となる CHO/CHN 数を各郡に確認したところ、准看護師、助産師を含め104人の希望があった。そのため、104人を2会場、3つのグループに分けて研修した。研修モジュールは住民参加と FSV の双方とも、第4年次の第2回研修と同様とし、座学だけでなく、演習や、グループワーク、ディスカッション、フィールドワークなどをふんだんに取り入れた実践的な研修としている。研修の実施概要は表 5-36 のとおりである。

表 5-36 CHO 現職研修の実施概要

日程	2016年5月2日～6日（5日間）
場所	SEM-B ロッジとナース・ホステル（ワ・ムニシパル）
対象者	人数：全11郡の104人 対象者内訳：現職 CHO26人、CHN27人、准看護師42人、助産師9人 全対象者を3グループに分けて実施した。
講師	住民参加と FSV コアチームメンバー 計18人（FSV 講師を含む） プロジェクトスタッフおよび GHS ロジ要員 計5人

モジュール	住民参加促進	FSV
	1. 住民参加促進 2. PLA ツール 3. 「コミュニティを知る」能力 4. 地域保健委員会（CHC）と地域ボランティア（CHV） 5. 地域保健行動計画（CHAP） 6. 地域緊急搬送システム（CETS） 7. 男性を活動のパートナーとする（MAPs） 8. フィールドワーク 9. アクションプラン作成	1. CHPS における FSV 2. 業務改善（QI） 3. 医薬品マネジメント

2-3) 研修の成果

研修の成果を、一つは研修でどのくらいの知識の向上があったのか、そしてもう一つは現場でどのくらい研修で学んだことが応用されているのかという視点から検討する。

研修でどのくらいの知識の向上があったのかという点については、前回までと同様に、平均正答率は 26%上昇し、7 割以上の正答者の割合は 32%から 94%まで上昇し、ほぼすべての受講生が研修内容について理解したことが確認された。研修前後に実施したテスト結果を表 5-37 に示した。

表 5-37 研修前後テストの結果

テスト実施時期	受講生数	平均正答率	7 割以上の正答率を取得した受講者数/回答者数 (正答者の割合)	満点を取得した受講者数/回答者数(取得率)
研修前	104	61%	33/104 (32%)	0/104 (0%)
研修後	104	87%	98/104 (94%)	11/104 (11%)
前後の差	0	26%	65/104(62%)	11/104 (11%)

研修内容の現場での応用状況については、CHAP の作成・更新数が目安となる。今年次の研修の成果については、来年以降のデータ更新を待つ必要があるが、昨年次までの成果は次項「(3) 住民参加促進に関連するデータベースの改定」で述べるとおり、CHAP の作成数・更新数ともに年々向上しており、CHAP を実施している CHPS 地区の割合は、現職研修開始前（2013 年 1 月）の 54% から 2016 年 3 月には 75%に向上した。CHAP を 1 年以内に更新した CHPS 地区についても、現職研修実施前は 35%だったが 2016 年 3 月時点には 65%に上昇した。

3) 住民参加促進に関連するデータベースの分析

プロジェクトでは第 1 年次から継続して、住民参加促進に関する研修の成果を検証するために、CHPS 地区の管轄下にあるコミュニティでの住民参加型の保健活動および医療サービスへのアクセスに関するデータを独自に収集し、その経年変化について調査している。第 4 年次の半ばから、成果 1 の活動である CHPS データベースにコミュニティ情報シートを追加することで、同データを CHPS データベース定期会議にて収集することが可能になった。今年次は 2015 年第 3～4 四半期、2016 年第 1 四半期分のデータが州 CHPS ユニットで収集済みであるため、それを用いて CHAP や CETS

等の変化を調査した。データの質自体は、郡の担当者により更新が滞ることもあるようだが、前年までの調査員を通じて収集したデータと大きな食い違いは見られず、概ねこの方法で必要なデータは収集できていると考えられる。

3-1) CHPS、コミュニティ、地域保健委員会、地域保健ボランティアの現状

CHPS や 匝郡保健チームがそれぞれ管轄するコミュニティ、人口、地域保健委員会（CHC）、地域保健ボランティア（CHV）の人数について、表 5-38 に取りまとめた。2016 年 3 月の時点で、CHO/CHN が活動している CHPS 地区数は 214 におよび、2014 年 5 月より 45 ゾーン増加している。それに伴いカバーされるコミュニティ数、人口、地域保健委員会、地域保健ボランティアも増加した。

表 5-38 CHPS、コミュニティ、地域保健委員会、地域保健ボランティアの現状（管轄別）

管轄部署	データ 収集年	CHPS ゾーン数	コミュニ ティ数	人口	地域保健委 員会人数	地域保健ボラ ンティア人数
CHO/CHN が活 動している CHPS 地区	2016	214	626 (51%)	374,418 (53%)	1,570 (79%)	1,229 (54%)
	2015	169	594 (50%)	346,545 (51%)	1,494 (74%)	1,200 (50%)
匝郡保健チ ーム管轄地 域	2016	-	591 (49%)	328,761 (47%)	419 (21%)	1,040 (46%)
	2015	-	599 (50%)	326,613 (49%)	528 (26%)	1,182 (50%)
合計	2016	214	1,217	703,179	1,989	2,269
	2015	169	1,193	673,158	2,022	2,382

3-2) 地域保健行動計画の現状

地域保健行動計画（CHAP）は、CHPS 地区に属するコミュニティ共通の活動計画として、住民参加型のプロセスを経て作成されている。図 5-16 のグラフは州内の CHAP を作成したことのある CHPS 地区の数の変遷と、プロジェクトによる介入の時期を示したものである。2016 年 3 月時点では 167 の CHPS 地区（78%）において、CHAP が作成されており、140 カ所（65%）の CHPS 地区が 1 年以内に CHAP を更新している。

CHAP を作成したことのある CHPS 地区の数は、プロジェクトによる住民参加関連の活動のあるなしに関わらず、CHO/CHN が活動している CHPS 地区の数の増加と共に順調に増えてきた。その一方、定期的に CHAP を更新している CHPS 地区の割合はプロジェクトのフェーズ 1 の終了とともに減少し、フェーズ 2 での活動が本格化するまでは低迷していた。しかし、2013 年 4 月から本格的に現職 CHO を対象とした住民参加促進研修を実施した後に急激に増加した。2016 年は、その割合は微減したものの、2013 年以前と比較すれば依然高い水準で推移しているといえる。微減の原因はデータ収集を 2014 年の第 3 四半期から、四半期ごとに開催される CHPS データベース定期会議を経由することにしたため、「1 年以内に更新」から、「四半期以内に更新」の有無に設問が変わり、直近 3 四半期分の更新データしか収集できなかった影響がある。前年度までと比較して、CHO/CHN がサービスを提供する CHPS の大幅な新規増加が原因と推定される。

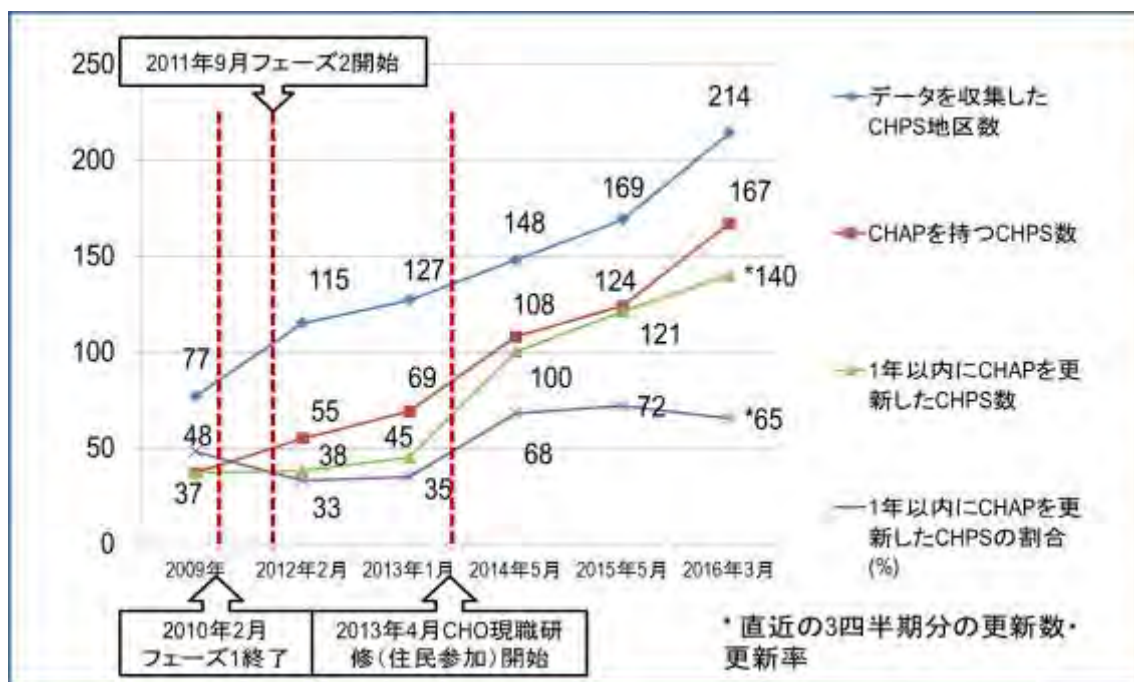


図 5-16 CHAP を作成したことのある CHPS 地区の数の変遷

3-3) 地域緊急搬送システムの現状

表 5-39 は 2016 年 3 月の地域緊急搬送システム (CETS) を持つコミュニティ数を示したものである。全体の 35% のコミュニティが CETS を導入⁹しており、前年より増加した。一方、CETS がよく機能しているコミュニティ数はほぼ前年と同数である。昨年と同じく CHPS 管轄下のコミュニティのほうが、亜郡保健チーム (SDHT) 管轄下のコミュニティに比べ実施率が約 4 倍高くなっており、これはプロジェクトによる研修の結果、CHO がコミュニティに CETS を紹介したためと考えられる。

表 5-39 地域緊急搬送システムの実施状況

	よく機能している	あまり機能していない	未導入/中止	合計
全体コミュニティ数	231	196	761	1188
	19%	16%	64%	100%
CHPS 管轄下のコミュニティ数	183	153	275	611
	30%	25%	45%	100%
亜郡保健チーム管轄下のコミュニティ数	48	43	486	577
	8%	7%	84%	100%

プロジェクト開始後の CETS の導入状況の変遷を図 5-17 に示した。2013 年 4 月からの CHO 現職研修の開始後、CETS のあるコミュニティ数は継続して大きく増加している。一方、CETS が良く機能しているコミュニティ数も増加しているものの、その変化は緩やかである。これはどのコミュニ

⁹ 地域緊急搬送システムが「よく機能している (CETS を使った搬送例のあるところ)」と「あまり機能していない」コミュニティ数を合わせた数字を記載している。なお、CHPS データベースを通じた情報収集に切り替えた際に、フォーマットの変更があったため、今年度の数字は CETS を中止したコミュニティ数は含んでいない。

ティであっても、CETS を導入すれば必ず機能するというわけではなく、タクシーなどの移動手段がすぐに使えないといった住民側のニーズ、基金の管理などの住民グループの能力、CETS として使用できる搬送手段があること、などの条件をうまく満たせたコミュニティにおいてのみ有用な手段となりうるためと考えられる。そのために、CETS の導入を無理には進めず、これまでどおりコミュニティの活動計画の選択肢の一つとして紹介し、コミュニティ内でよく協議して判断してもらうという、住民参加型の意味決定プロセスを継続していくことが順当と思われる。

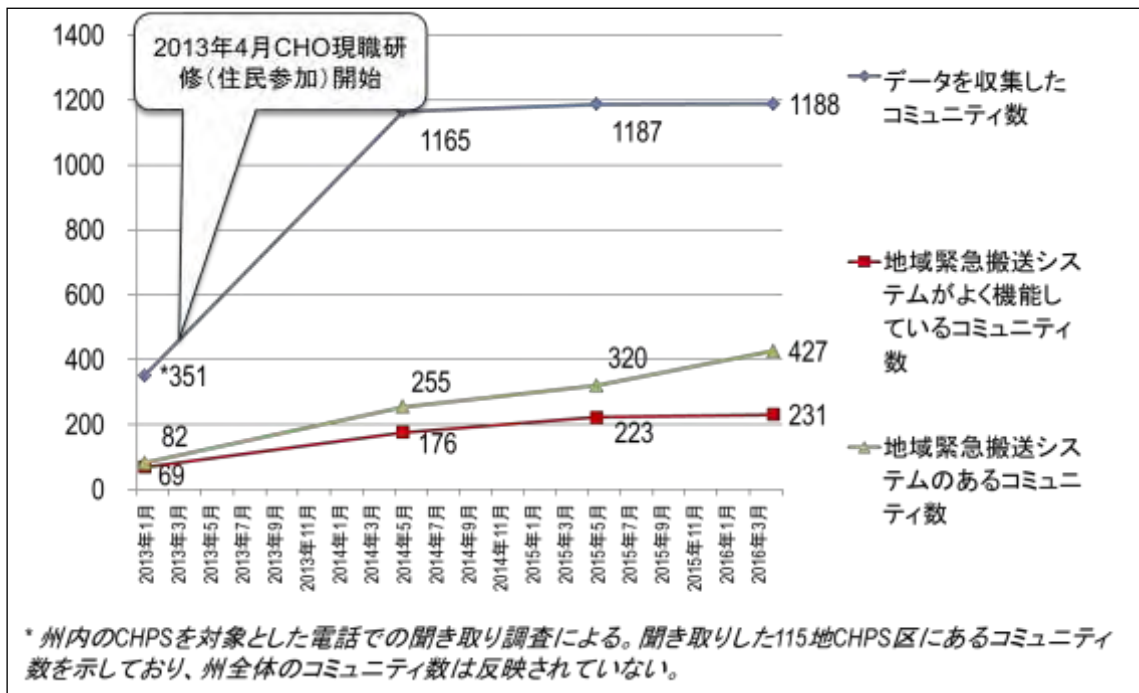


図 5-17 地域緊急搬送システムの導入状況の変遷

本情報収集の結果、本プロジェクトによる CHO 現職研修などの介入により、CHAP の数、CETS のコミュニティへの導入に正のインパクトを与えていることが示唆された。

1) 今後の情報収集と分析

上記の住民参加に関連するコミュニティの情報は、CHPS データベースの一部となったため、今後は州 CHPS ユニットが、CHPS データベース定期会議を通じた郡からのデータ収集、分析、共有を行うことになる。担当の州職員への技術移転は完了しており、プロジェクト終了後も経年変化を確認し、必要に応じて再研修やフォローアップ活動などの介入を適切に実施されることが期待できる。

5.3.2 母子保健サービス促進に関する IEC 教材の開発・活用に関する活動

(1) 概要

本活動は、母子保健サービスの情報源として地域住民に一番近い地域保健師(CHO)や地域看護師(CHN)が、コミュニティで効果的に母子保健サービスを啓発・促進できるようにすることを目指してきた。そのなかでも特に、①産前健診・施設分娩・産後健診を啓発するための教材の開発支援、②CHO や CHN の啓

発活動能力強化、③ビデオショーなど郡保健事務所等が担う補完的啓発活動の実施支援、を行ってきた。第2年次は①の開発支援を中心に行い、第3年次は実際の啓発活動そのものに焦点をあて、②と③を中心に行った。第4年次は②の能力強化のための研修と5-4-3で述べるグッドプラクティスの文書化に焦点をあてて活動した。第5年次はこれまでに引き続き、CHOやCHNの啓発活動の能力強化のための研修とグッドプラクティスの文書化を行った。具体的な活動を以下に示す。

(2) 第5年次の活動

1) CHO 現職研修の全体計画と実績状況

情報・教育・コミュニケーション活動（IEC）分野の研修の全体計画と実績状況は以下の表 5-40 のとおりである。第5年次は、研修を1回実施し、計33人の現職CHO/CHN、准看護師と助産師の能力強化を行った。今回の研修で、プロジェクト期間を通じた現職CHO/CHNの研修実績は、PDM上の指標目標（341人）を越え、343人となった。

表 5-40 研修の全体と実績状況

対象者	対象人数					
	全体		2年次	3年次	4年次	5年次
	計画	実績	実績	実績	実績	実績
現職 CHO/CHN	341*	343	97	88	146	12
准看護師・助産師	0	84	0	0	63	21
フィールド・テクニシャン	0	3	0	0	3	0
栄養士	0	4	0	0	4	0
精神保健師	0	3	0	0	3	0
郡保健プロモーションオフィサー	0	28	15	0	13	0
郡保健局職員（含郡病院）	0	40	0	40	0	0
保健センター（含ポリテクニク）	0	72	0	72	0	0
合計	341	577	112	190	232	33

*PDM上の指標。

CHO/CHNの他に、彼らの現場での活動を支援する立場である郡保健局プロモーションオフィサー28人、郡保健局や郡病院の職員40人に対しても研修を実施した。さらに、CHPSや保健センターなどの施設で啓発教材を活用して産前健診・施設分娩・産後健診の啓発活動をする准看護師や助産師、保健センター職員ら計166人に対しても研修を行った。これらの職員も含め、最終的に5年間で577人を対象に研修を実施した。

2) 研修の概要

本研修はCHOやCHNの母子保健サービス啓発活動の能力向上を目的に実施するものである。研修内容は2年次の実施をふまえて第3年次に改定し確立させたものを使用した。研修は1日を想定しているが、今回5月に実施した際に時間の制約があり、1日で全てを終了することができなかったため、7月に補完研修を行った。研修講師は州の保健プロモーションオフィサーが担当した。研修の概要を以下の表5-41に示す。

表 5-41 CHO 現職研修の概要

日程	2016年5月6日と7月26日(2日間)
対象者	全11郡の33人、内訳：現職CHN12人、准看護師19人、助産師2人
講師	州保健プロモーションオフィサー2人 (ロジ支援：プロジェクトスタッフ1人)
モジュール	1. 効果的な母子保健サービス啓発活動の要点(講義) 2. フリップチャートの内容確認(講義) 3. 保健プロモーション活動の記録・報告(講義) 4. ビデオ上映会・ビデオショーの実施要領(講義) 5. フリップチャートを使っての啓発活動模擬演習準備(グループワーク) 6. フリップチャートを使っての啓発活動模擬演習(グループワーク) 7. 母子保健サービス受診率改善・啓発活動計画の作成

3) 研修の成果

研修の成果について、研修でどのくらいの知識の向上があったのかという視点と、研修後のフォローアップ時にどのくらい教材を活用しているのかという点から測ることとする。前者については研修前後に実施したテストを参考とする。今回の研修では、正答率が事前の75.7%から事後は95.7%と20%上がった。研修後のフォローアップ時の教材活用状況については次項で述べる。

4) CHO 現職研修受講者の啓発活動フォローアップ

第4年次までのCHO現職研修(C4D)の受講者を対象に、現場での活動のモニタリングとフォローアップを行った。本活動の目的は次の3つである。①現場で啓発教材を活用しているかを確認する。②啓発教材活用の意義を理解しているかを確認する。③教材のより効果的な活用のための課題は何かを探る。この目的の達成のため、州の保健プロモーションオフィサー2人が11郡各郡の保健センターやCHPSなどの施設を訪問した。訪問施設と日程は表5-42のとおりである。

表 5-42 フォローアップ訪問施設一覧表

郡	訪問施設	日程
ジラパ	ジラパ都市亜郡、ヤッガCHPS、ティッサ保健センター	6月15日
ランブシエ	ディンディCHPS、コロCHPS、ヒイネテングCHPS	6月16日
ローラ	ラウラ亜郡、ボオCHPS、カルサグラCHPS	6月16日
ナドリ・カレオ	ナドリ亜郡、ゴリCHPS、カルセグラCHPS	6月14日
DBI	フィアン保健センター、ダキエCHPS、コンゾカラCHPS	6月13日
ナンドン	コ亜郡、グオCHPS、ナンドン亜郡	6月16日
シサラ・イースト	サカイ保健センター、トム亜郡、サカルCHPS	6月17日
シサラ・ウエスト	グオル亜郡、プルマCHPS、ニエマティCHPS	6月17日
ワ・イースト	フンシ亜郡、ブフィアマCHPS、ヤアラ亜郡	6月21日
ワ・ムニシパル	ドンドリCHPS、ドクボングCHPS、グベグルCHPS	6月13日
ワ・ウエスト	アシエCHPS、ブルトオCHPS、オリCHPS	6月13日

訪問時の指導に関しては、研修中に参加者が作成した啓発活動計画表の実績記入状況やプロモーション活動記録表の記録状況、フリップチャートやビデオなど啓発教材の活用状況を確認した。主な観察点と対応策を以下に述べる。

- 計画表や活動記録表の使用状況：今回のフォローアップで訪問した施設のうち使用していたのは約半数のみだった。ただ、プロモーション活動をしていないのではなく、活動はしているものの記録をしていないというところもあった。計画表や記録表を使用していない理由として、その使い方が分からなかったり、あるいはフォーマット自体がなかったりということだった。この対応策として、郡保健プロモーションオフィサーを通じてフォーマットを再度配布するとともに、その活用の目的や方法を再度伝えることとした。また、7月に実施したCHO現職研修の補完研修でも、この活用目的や方法をCHO自身が議論する場を設け、より理解を深めるようにした。
- フリップチャートの活用状況：訪問した33施設のうち31施設で活用されていた。残りの2施設については、その活用方法を知っている職員が退職や休職などで不在となり、現在の職員がその存在や使い方を知らなかったため活用されていなかった。また、フリップチャートを活用しているCHO/地域看護師たちは、この教材によって住民が産前健診・施設分娩・産後健診の重要性を理解するようになってきているとコメントしていた。フリップチャートは誰にでも使いやすいが、施設の職員がまずその存在を知ること、そしてこの教材が住民に一方的に説明するためのものではなく、住民が自身で状況を分析し考えることを促すための教材であることを認識することがポイントであり、そのために引き続き地域看護師養成学校（NAP）と准看護師養成学校（NAC）でこの活用の仕方について適切に導入していくことが重要となる。
- プロジェクトで作成したビデオドラマ（ワレ語・シサラ語）の活用状況：どの施設も本教材を活用したビデオ上映会を行っていなかった。その理由として、郡保健局や亜郡保健局にビデオ教材（DVD）が配布されたものの、すでに年数が経っており、ビデオを紛失してしまったり、壊れてしまったりということだった。さらに、上映のためにはプロジェクターや発電機、また発電機を動かすための燃料が必要だったり、教材も郡・亜郡保健局まで借りに行く必要があったりと、同保健局の協力、支援がない限り実施が難しい状況だった。この対応策として、郡・亜郡保健局に対してDVDを再度配布するとともに、郡保健プロモーションオフィサーがその管理や活動支援を適切にすることができるよう、州保健プロモーションオフィサーが指導することとした。

	
<p>州保健プロモーションオフィサーによるCHOのプロモーション活動記録表の確認</p>	<p>州保健プロモーションオフィサーによるCHOフリップチャートの活用方法の確認</p>

5) 今後の活動

C4D に関しては、既存の州内の NAP と NAC のカリキュラムに組み込まれることになった。また、保健プロモーションユニットは他援助機関から啓発活動のための経済的支援を受けており、それらの活動の中で啓発教材も活用しながら CHPS や保健センターの啓発活動のフォローアップを行う。

5.4 すべての成果に共通する活動

5.4.1 PDM の各指標に関するエンドライン調査の実施

プロジェクトの目標達成の状況を評価、分析することを目的に、アッパーウエスト州 11 郡で 2015 年 11 月から 2016 年 5 月までエンドライン調査を実施した。エンドライン調査は、目標の指標に対する達成状況の評価を行うとともに、本プロジェクトの開始時に実施したベースライン調査結果と比較し、プロジェクトの介入による効果を測定する。エンドライン調査は 2015 年 10 月中旬から準備を開始し、同年 11 月中旬よりデータを収集、2016 年 1 月から収集したデータを基に調査、分析し、5 月にその結果をエンドライン調査報告書として取りまとめて JICA へ提出した。そして、2016 年 7 月上旬には、調査分析した結果を実施機関側へ報告し共有した。その調査分析結果をもとに、現在の状況に関する共通認識を行い、今後のプロジェクト活動やプロジェクト終了後に実施機関が実施すべき課題解決の対応策を策定した。この調査結果は、プロジェクト終了時評価にも活用された。

(1) 調査準備、対象とサンプリング方法

調査チームは、カウンターパートの州保健局職員、日本人専門家、プロジェクト現地スタッフ、調査コーディネーター、データマネージャー、シニア調査員、ジュニア調査員、データ入力担当員で構成した。調査員には、インタビュー方法、サンプリング方法、調査票の記入方法について 2 日間の研修を行った。

調査対象は、ベースライン調査結果と比較分析するため、ベースライン調査と同様に、郡保健局マネジメントチーム (DHMT)、病院、保健センター、CHPS、コミュニティの各レベルに加え、ベースライン調査時には存在しなかったポリクリニックとした。

サンプル数は、DHMT、病院、ポリクリニックは全数調査とした。保健センターと CHPS に関しては、ベースライン調査時と同数の施設を調査対象とした。最終的な受益者となるコミュニティの女性は、カウンターパートとの協議のうえ、機能している CHPS ゾーン、機能していない CHPS ゾーンそれぞれで、信頼度 95%以上、誤差±10%の範囲で算出したサンプル数に対し、無効データが混入するリスクを考慮し、安全係数として 1.5 倍した数を最終的なサンプル数として設定した。下表で調査対象とそのサンプル数を示す。

表5-43 調査対象音サンプル数

調査対象	ベースライン調査		エンドライン調査		備考
	母数*	サンプル数	母数*	サンプル数	
DHMT	9	9	11	11	
病院	6	6	8	8	
ポリクリニック	-	-	4	4	ベースライン調査時には存在しなかった
保健センター	65	40	66	40	ベースライン調査時と同じ施設
CHPS	103	40	168	40	ベースライン調査時と同じ CHPS ゾーン
女性（調査直前の1年間で出産した女性）	27,298 **	機能している CHPS ゾーン: 410 人 機能していない CHPS ゾーン: 387 人	31,089 **	機能している CHPS ゾーン: 173 人 機能していない CHPS ゾーン: 147 人	機能している CHPS ゾーンはベースライン調査の機能している CHPS ゾーンとして調査対象とした地域と同じゾーン

*各施設の母数は GHS の 2015 年 11 月現在の情報による。

**ガーナ統計サービス局（Ghana Statistics Service）による 2015 年の想定人口数より算出（想定妊娠数=人口×4%）。

(2) 調査の工程

1) 調査計画設計（2015 年 10 月中旬～2015 年 10 月末）

エンドライン調査に関する計画設計を実施した。具体的には、作業項目の洗い出し、実施体制計画、役割分担の明確化、調査対象の明確化、人的資源の見積り、コスト見積り、管理方法の決定などである。関係者間で意識の共有、統合を図るため、エンドライン調査計画書を作成した。

2) 調査準備（2015 年 10 月末～2015 年 11 月初旬）

調査に先立って調査ツールとしての質問票作成を行った。ベースライン調査で使用した質問票をもとに、関係者を集めて 2 日間の会議形式で見直し、修正を実施した。修正内容は、現行の業務への適合、回答内容の明確化、自然な流れに沿った質問順序の並び替えなどである。調査員の選定、採用に際しては、選定基準に基づき評価した。契約後は管理者、シニア調査員、データ管理者向けに調査実施のための研修を実施した。また、調査員のデータ収集者向けの研修にも参加し、支援を行った。

さらに、調査に先立ち、試行調査に立ち会い、質問票内容の適切さを確認し、不適切な質問に対しては修正を行った。

3) データ収集、確認（2015 年 11 月中旬～2015 年 12 月中旬）

調査チームは調査対象別に、郡保健局、病院、ポリクリニック、機能していない CHPS とそれを管轄する亜郡保健チーム、その管轄コミュニティの女性を 5 グループで、機能している CHPS とそ

の管轄コミュニティの女性を4グループの調査グループで調査した。

4) 調査結果の分析とレポート作成 (2016年1月初旬～2016年5月中旬)

調査チームが収集しPCに入力したデータについて、プロジェクトにて不正データが混入していないことを確認したうえでデータ分析を実施する。その結果に基づきエンドライン調査報告書を作成した。

5) エンドライン調査プロジェクトの終結 (2016年7月上旬)

プロジェクトはエンドライン調査報告書の最終版完成後、その調査結果について関係者に報告するための会議を開催し、関係者全員に調査結果を報告した。カウンターパート側は、それに基づいて課題やその優先度、対応方針などを検討し、今後の活動計画を立案した。

(3) 調査結果の分析とレポート作成

エンドラン調査の目的は、PDM指標の達成度の評価に加え、カウンターパートがプロジェクト終了後も自律的に提供サービスの向上を図るために必要な情報を調査し分析することも含む。このため、関係施設やその提供サービスの状況、利用者側の意識に関する情報も収集し、エンドライン調査報告書の内容を以下のとおり纏めた。

- サービス利用者（コミュニティの女性）の特性や生活環境
- PDM指標に基づくプロジェクト目標や活動の達成度と、それに対するプロジェクト介入の効果に関する分析
- 機能しているCHPSゾーンと機能していないCHPSゾーンでの保健医療サービス状況の比較分析（CHPSの有効性検証）
- サービス利用者（コミュニティの女性）側の保健医療サービスの関する意識

第4年次の活動は調査計画設計からデータ収集までで、第5年次は収集したデータの確認、検証から実施した。調査票に基づいて現地調査にて収集したデータを集計し、統計的手法により分析を実施した。また、エンドライン調査データ以外に、GHSが管理している郡保健情報管理システム2（DHIMS2）データや本プロジェクトの各活動にて収集したデータ、2014年アッパーウエスト州保健局年次報告書のもととなったデータを2次データとして収集した。これらのデータをもとにエンドライン調査報告書を作成した。

エンドライン調査はプロジェクト実施の結果を評価するのみでなく、プロジェクト終了後もカウンターパート機関が自律的にサービス向上と課題解決をしていくために、その調査結果を正しく認識することが肝要である。また、サービス向上の取り組みを継続するためには、カウンターパート機関が定期的に調査分析を実施していくことが必要である。そのため、エンドライン調査報告書のレビューは、エンドライン調査チームとその他の主要カウンターパートを含めて実施した。エンドライン調査報告書のレビュー会議の概要を表5-44に示す。

表 5-44 エンドライン調査報告書レビュー会議概要

会議名	日程	主なレビュー内容
第1回エンドライン調査レビュー会議	2016年 4月8日	- エンドライン調査の方式設計に関する説明 - コミュニティの女性の特性や生活環境に関する調査結果 - DHIMS2 データおよびエンドライン調査収集データの精査 - 集計したデータの解釈についての確認
第2回エンドライン調査レビュー会議	2016年 4月12日	- DHIMS2 データおよびエンドライン調査収集データの精査 - PDM のスーパーゴール及びプロジェクト目標の指標に対する達成度とその分析
第3回エンドライン調査レビュー会議	2016年 4月15日	- DHIMS2 データおよびエンドライン調査収集データの精査 - PDM の成果の指標に対する達成度とその分析 - 機能している CHPS ゾーンと機能していない CHPS ゾーンでの保健医療サービス状況の比較分析
第4回エンドライン調査レビュー会議	2016年 4月21日 -22日(2日間)	- 機能している CHPS ゾーンと機能していない CHPS ゾーンでの保健医療サービス状況の比較分析 - サービス利用者(コミュニティの女性)側の保健医療サービスの関する意識
第5回エンドライン調査レビュー会議	2016年 5月1日	- エンドライン調査報告書の校正後の、全体を通しての最終確認

エンドライン調査報告は、2016年5月末に JICA やその他関係者へ提出した。

(4) エンドライン調査プロジェクトの報告

2016年7月上旬に、エンドライン調査結果とそこから発見した課題をカウンターパート機関の関係者間で共有し、終了時評価での提言の再確認と、それに対する活動計画を草案にするため、エンドライン調査結果報告会議を開催した。会議の参加者は、州保健局の主要カウンターパートや各郡から局長、保健情報オフィサー、CHPS コーディネーター、その他病院からで計35人だった。カウンターパート機関が実施主体となるプロジェクト終了後の活動計画は、参加者全体で内容を確認・討議し、実施内容と責任者を明確化し、プロジェクト完了後の実施計画書の草案を作成した。実施機関は今後この実施計画をもとに、サービスレベルを向上させるための活動を自律的に行っていく。

エンドライン調査結果報告会議の概要を表 5-45 に示す。

表 5-45 エンドライン調査結果報告会議の概要

会議名	エンドライン調査結果報告会議
日程	2016年7月8日(1日間)
対象者	州保健局、各郡代表者、病院代表者(JICA プロジェクト側を除き合計35人)
議長	州保健局長
目的	<ul style="list-style-type: none"> ● エンドライン調査結果報告とその共有 ● PDM 指標に関する達成状況の確認 ● エンドライン調査結果から導き出せる課題等の確認 ● 終了時評価での提言の確認と、それに対する活動計画の草案策定 ● エンドライン調査結果から洗い出した課題への対応計画の策定

主 な 確 認 ・ 合 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ● エンドライン調査結果報告とその共有 プレゼンテーション・スライドによりエンドライン調査結果を報告し、参加者間で共有した。 ● PDM 指標に関する達成状況の確認 <ul style="list-style-type: none"> - エンドライン調査のサンプルサイズは、エンドライン調査チームが現実的かつ統計的に有効なサイズを合意のうえ決定したものであり、統計的な問題は無い。 - DHMS2 データとプロジェクト調査（ベースライン調査とエンドライン調査）の使い分けは、DHIMS2 データは定期的を取得していることから傾向を確認するのに用いている。一方、プロジェクト調査データは、調査時点での状況をポイント的に確認するのに使用している。 ● 終了時評価での提言の確認と、それに対する活動計画の草案策定 <ul style="list-style-type: none"> - 研修講師が不足するという課題に関しては、教員の休暇取得を重ねないようにするなど調整することで対処する。 - 人材育成継続の観点から、学校でのトレーニングと GHS での OJT の統合を強化していくことが望ましいと考えている。 - 州保健局長は、調査チームを編成させ、各トレーニングの状況や有効性について確認させる。 - DHIMS2 の先代システムである DHIMS では、2 回目の PNC 受診に関する情報を収集していたが、正確なデータを取得することが困難であったことから、DHIMS2 への移行後は収集をやめている。2 回目の PNC 受診に関する情報収集には予算に関連する課題が残されており、その解決のための対応を検討する。 ● エンドライン調査結果から洗い出した課題への対応計画の策定 <ul style="list-style-type: none"> - 実施機関は、新生児死亡率に関する正確な情報を得よう努力していく。
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

エンドライン調査結果報告会議の詳細や会議での成果物である「プロジェクト完了後の実施計画書」については、添付資料 13：エンドライン調査結果報告会実施報告書を参照のこと。

5.4.2 郡議会などの関係者との連携促進

(1) 概要

ガーナにおける地方分権化は、国家地方分権化行動計画 (Ghana National Decentralization Action Plan) や政府間財政枠組行動計画 (Intergovernmental Fiscal Framework Action Plan) といった政策に沿って加速することを目指している。保健分野では、ガーナ保健サービス (GHS) の州保健局が州連携委員会 (RCC) の下に統合され、郡保健局マネジメントチーム (DHMT) は郡議会 (DA) の一部局として位置づけられると言われている (図 x-x 郡議会連携に関する主要ステークホルダー概要図参照)。しかし、関連法施行の明確な見通しが立っておらず予見が難しい。

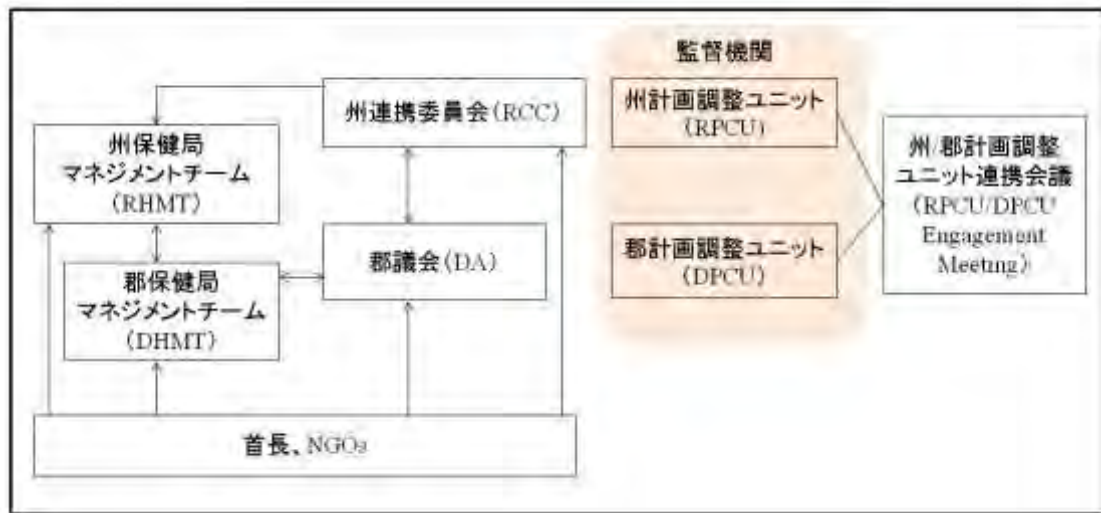


図 5-18 郡議会連携に関する主要ステークホルダー概要図

こうしたなか本プロジェクトは、第3年次から郡議会連携の活動を開始した。第3年次はまず、郡議会と郡保健局の保健分野における連携状況を調査した。そのうえで、各郡で郡連携会議を実施し、郡ごとに年間活動計画を策定した。第4年次は、第3年次で策定した活動計画をふまえ、その進捗状況をモニタリングするシステムの形成に最注力した。さらに、州レベルでモニタリング結果や課題、優良事例を共有する目的で、州連携委員会を招いて州連携会議を開催した。

第5年次は、プロジェクト終了後も郡議会連携の活動が継続するための体制の確立を目指した。郡レベルにおいては、年間活動計画を策定し、その進捗状況をモニタリングするシステムを軌道に乗せた。さらに、年間活動計画の進捗状況は州計画調整ユニット（Regional Planning Coordination Unit:RPCU）の四半期モニタリングで確認され、その結果は郡議会の上位機関である州連携委員会の担当者から州・郡連携会議の中で発表される体制の構築を進めた。

表 5-46 第5年次の活動概要

2016年	活動内容
3月	2015年12月に実施した州連携会議の結果をふまえ、州連携委員会の経済担当官との検討会議 －プロジェクト終了後も州連携会議を実施するにあたっての協議、州計画調整ユニットの四半期モニタリングへの組み込みに関する検討等
4月	1. 第3回技術作業グループ会議の準備、開催（4月6日） －モニタリング・システムの改定 2. 州計画調整ユニットとの調整会議（4月14日） －郡議会の年間活動計画やモニタリングに関する一連の活動を州計画調整ユニットが行うモニタリングのチェックリストに組み入れてもらう
7月	州連携委員会との州連携会議の準備、開催（7月26日）

(2) 第5年次の活動

1) 郡議会・郡保健局合同モニタリングの実施状況

第5年次は、各郡議会の計画担当官が調整役となって、各郡で第1、第2四半期のモニタリングが

全郡で実施された。その結果は、2016年7月に開催した州連携委員会との会議にて、州知事をはじめ各郡郡長以下主要な郡議会職員と共有された。

2) 年間活動計画に基づくモニタリング・システムの改定、最終化

第4年次に、郡議会連携の鍵となる関係者の郡議会の計画担当官、郡保健局の郡保健局長で構成される技術作業グループを立ち上げた。このグループメンバーが中心となり、郡議会が郡中期開発計画をもとに単年度で策定する年間活動計画をモニタリングするシステムを開発した。第5年次は、2回の技術作業グループ会議と1回の州連携会議を通じてモニタリング・システムの改定を行った。最終的なモニタリング・システム概要は、以下のとおりである。

表 5-47 モニタリングの概要

項目	第4年次設定当初	最終合意内容
モニタリング頻度	四半期に1回	変更なし
モニタリング期間	1-2日（実地訪問と郡議会事務所内での資料確認）	変更なし
責任者	郡議会 計画担当官	変更なし
モニタリング当日の流れ	①郡議会事務所でキックオフミーティングを行い、モニタリング実施場所や内容を決定する。モニタリングは実地訪問と郡議会事務所内での書類確認から構成される。モニタリング後は、郡長に結果報告を行う。モニタリングには、活動計画（表）を簡素化した「活動計画進捗確認表」を携帯する。	変更なし
達成状況の測定方法	サブカテゴリーの活動数に応じて、進捗状況を「完了」「実施中」「未実施」の3段階で査定し記入する。 例) CHPS コンパウンドの建設 10カ所と計画した場合 完了：3カ所、実施中：2カ所、未実施：5カ所（合計10カ所）	サブカテゴリーの活動を1つとみなし、完了「2」、実施中「1」、未完了「0」と3段階で査定し、記入する。 例) 左記同様、コンパウンドの建設10カ所の場合 実施中：2と記入する。（1カ所でも実施中のところがあるため）
モニタリング報告書の内容	上記3段階査定その他、参加者、モニタリングで確認された課題と主な解決策、優良事例、他郡やステークホルダーと教諭したい事項を記す。	変更なし。
モニタリング報告書の提出先	州保健局に提出。	州連携委員会に提出（州保健局にコピーを提出）。
モニタリングデータベースへの入力	州保健局がプロジェクト職員とモニタリング・レポートおよび活動計画進捗確認表を共有するとともに、データベースに結果を入力する。	各郡がモニタリング・レポートの中に3段階査定を必ず記載し、州連携委員会に提出する。
モニタリング結果とデータベースの共有	①州保健局は、モニタリング・レポートとデータベースを州連携委員会と共有する。 ②州保健局は、データベースから抽出される実施結果を次の技術作業グループ会議にてフィードバックし、共有する。	四半期に1回行われている既存の州計画調整ユニットと郡計画調整ユニットの連携会議で、州連携委員会の担当者が結果を共有する。

第4年次につくったモニタリング・システムからの主な改善点は、達成状況の測定方法をシンプルにし、評価の基準設定が難しい活動にも3段階評価で査定しやすくしたことが挙げられる。さらに、合同モニタリングの結果は、州保健局およびプロジェクトが報告書を入手後、技術作業グループ会議で結果共有するという体制から、州連携委員会へと提出先を変え、既存の州計画調整ユニット・郡計画調整ユニット連携会議（RPCU/DPCU Engagement Meeting）の中で、州連携委員会の経済計画担当官より発表される体制へとシフトした。州計画調整ユニットは、州保健局長、州教育事務所長、州会計総局長といった各分野の州局長、ならびに州連携委員会の経済計画官や会計官等関係者から成る組織である。郡計画調整ユニットは、各郡の郡長、郡役場助役等で構成される。州計画調整ユニット・郡計画調整ユニット連携会議は、四半期に1回、州連携委員会が音頭を取って実施されているものである。州と郡の最高責任者が一堂に会する場で、この保健分野に対する取り組みの結果が共有される意義は非常に大きい。

3) 州計画調整ユニットのモニタリングへの組み込み

郡議会が郡保健局と合同で策定・実施する年間活動計画やモニタリングを外部から監督する役目として、州計画調整ユニットが四半期に1回実施するモニタリングのチェックリストへの組み込みを行った。このチェックリストは、計画（郡中期開発計画、年間活動計画、気候変動や社会的保護等）、予算編成、財務管理などの管理運営に関する項目や、環境や衛生といった分野別の項目から成り、それぞれに評価指標が設けられており、四半期に1回内容が見直される。2016年第1四半期のチェックリストを例に挙げると、保健分野に関しては、HIV/AIDSだけしか入っておらず、成果指標も2つしかなかった。このチェックリストの中に、母子保健の項目を新たに設け、プロジェクトが進めてきた郡議会連携の活動を評価指標に加えてもらうことを目指した。

そこで2016年4月に、州計画調整ユニットのメンバーとの検討会議を開催した。まず、これまでプロジェクトとの関わりがない教育、ジェンダー、社会福祉などの州局長や州連携委員会の関係者に、プロジェクト全体の活動概要や目的、これまでの成果などを紹介した。次に、郡議会連携に関する詳細活動や成果、プロジェクト終了後に期待することを説明し、チェックリストへの組み込みを提案した。参加者から様々な提案が挙がり、討議の結果、全会一致で組み込みが承認された。その後、州連携委員会の担当部署内で新たに追加となる項目についてさらなる検討が進み、関係部署での承認を経て組み込みが完了した。結果として、州計画調整ユニットのモニタリングチェックリストの中に、以下の5項目が追加された。

母子保健

1. 保健分野における年間活動計画の署名入り合意文書がアクセス可能である
2. 署名入り年間活動計画が郡の全体活動計画に組み込まれている
3. 年間活動に沿った活動が実施される
4. 年間活動の郡議会・郡保健局合同モニタリングの結果報告書(四半期)がアクセス可能である
5. 郡保健マネジメント委員会が機能している(会議、署名入り議事録等)

これにより、年間活動計画の策定、それに伴うモニタリングの実施と結果報告書の提出という一

連の郡議会の活動の履行状況が州レベルで追跡されることとなった。上記 5 項目が州計画調整ユニットのモニタリングチェックリストに加わったことで、このモニタリングをもとに開催される州計画調整ユニット・郡計画調整ユニット連携会議の中で、業績評価として各郡の結果が共有されることになった。つまり、郡レベルの郡議会や郡保健局の連携活動の結果が、州レベルで共有される構図が確立した。

4) 州連携委員会を巻き込んだ郡議会連携の活動

第 4 年次終了時点で、州連携委員会が年 1 回州連携会議を開催実施する予算を新たに確保し、プロジェクト終了後も継続して開催してもらうことを郡議会連携の出口戦略としていた。しかし、州連携委員会の経済計画官との協議を通じて、財政面で困難な状況に直面しているなか、新たに予算を捻出するのは困難との見解が示された。新たに会議を設定するよりも、四半期に 1 回開催されている既存の会議（州計画調整ユニット・郡計画調整ユニット連携会議）を活用することが望ましいとの意見が挙げられた。その実現可能性について協議を進めた結果、(3)に記載のとおり、プロジェクトが始めた州連携会議を今後実施していくのではなく、既存の会議の中に、郡議会連携に関する活動の結果共有が取り込まれることになった。

2016 年 7 月 26 日に最後の州連携会議を開催した。今後、この州連携会議は既存の州計画調整ユニット・郡計画調整ユニット連携会議に継承されることを見据え、同会議の議長である次官が議長を務め、作業技術グループのメンバーである郡議会計画担当官や州保健局長といった関係者のみならず、州計画調整ユニットと郡計画調整ユニットのメンバーも参加し、州連携委員会主導で実施した。同委員会もこの連携会議を重要な会議と位置づけ、州知事に参加してもらうことができた。会議ではまず州連携委員会の経済計画担当官から各郡の年間活動計画の内容について説明があり、続いて各郡議会の計画担当官から 2016 年第 1、第 2 四半期のモニタリング結果を発表してもらった。活動の進捗状況や優良事例が郡間で共有されるだけでなく、質疑応答のセッションでは、郡保健局長から活動結果や進捗状況の補足説明があるなど、郡議会と郡保健局の連携活動を州レベルで共有する場となった。そのうえで 2016 年の活動状況をふまえ、モニタリング・システムを最終化した（表 5-47 のとおり）。州連携委員会からは、州計画調整ユニットが用いるモニタリングチェックリストについて説明してもらい、今後、郡議会の活動は、州レベルでモニタリングされることが強調された。最後に、郡議会連携の活動を今後も継続して実施していくことを参加者全員で確認した。詳細は、添付資料 14：州連携会議議事録を参照されたい。

5.4.3 グッドプラクティスの文書化

(1) 概要

本活動は、アッパーウエスト州の母子保健活動においてみられた成果や工夫、経験を州内外の CHPS 関係者や州・郡・亜郡保健チーム、州病院などの保健関係者に普及すること、それによって手法や経験を州内外の他の地域でも活用できるようにすることを目指した。同時に今後、州保健局が活動を継続するにあたって、他のドナーなどにこれまでの成果やその方法を提示するための材料とすることも目的とした。

このグッドプラクティスの文書化のため第2年次にタスクフォースチームを立ち上げ、文書化のコンセプトペーパーを作成した。第3年次は他のプロジェクト活動を優先させるため、活動は行わなかった。第4年次にタスクフォースチームを再結成し、グッドプラクティス集の枠組みを固めるとともにプロジェクトの活動や経験の取りまとめ、各郡での事例収集といった活動を行った。第5年次は、タスクフォースメンバーが中心となり第4年次に選定した事例の現場を訪問し情報収集を行った。その情報をもとに原稿を作成し、グッドプラクティス集を完成させた。第5年次の活動の詳細を以下述べる。

(2) 第5年次の活動

1) 「保健システム改善の仕組み」パートの作成

グッドプラクティス集は、プロジェクト目標を測る指標である「産前健診・施設分娩・産後健診の受診率の改善、パルトグラフ・産後経過表の使用率と正しい利用の割合」のため州・郡レベルで導入された新しい試みを「保健システム改善の仕組み」、また、各郡のCHPSや保健センターで観られた優良事例を「ケーススタディ」とし、この2パートで構成する形にした。

このうち前者の「保健システム改善の仕組み」については、第4年次に引き続き、CHPS、母子保健、FSV、リファラル、郡連携のそれぞれを担当する団員とカウンターパートが中心となり、原稿の執筆を行った。本パートの概要を表5-48に示す。

表 5-48 「保健システム改善の仕組み」パートの概要

主なターゲット	他州・他ドナーの保健関係者
主な内容	プロジェクトが新たに導入したシステム・仕組み
主な項目	<ol style="list-style-type: none"> 1. CHPSの機能強化・CHO/CHNの能力強化 <ol style="list-style-type: none"> 1.1. CHPSデータベースとデータマネジメントシステムの開発 1.2. CHO/CHN研修の養成学校への移管 2. 安全な母性 <ol style="list-style-type: none"> 2.1. 助産師表彰の実施 2.2. 郡病院での母子保健研修の実施 2.3. 分娩台帳の導入 2.4. 分娩後経過表の導入 3. FSVシステム <ol style="list-style-type: none"> 3.1. FSVレビュー会議：FSVの結果共有のプラットフォームとしてのFSVシステムの強化 4. リファラルシステム <ol style="list-style-type: none"> 4.1. 産後健診（PNC）スタンプの導入 4.2. リファラル台帳の導入 5. 郡議会との連携 <ol style="list-style-type: none"> 5.1. 郡議会との連携

2) 「ケーススタディ」パートの作成

「ケーススタディ」パートはタスクフォースメンバーが中心となって作成した。概要は表5-49のとおりである。

表 5-49 「ケーススタディ」パートの概要

主なターゲット	他州・他ドナーの保健関係者 州内外の CHPS に関わる保健関係者
主な内容	現場（保健センター・CHPS・コミュニティ）で産前健診・施設分娩・産後健診の受診率の改善のために実施された活動の優良事例
主な項目	1. 母親が主導する妊産婦・新生児保健の改善活動 2. 男性による妊産婦・新生児保健の改善活動支援 3. コミュニティのイニシアチブによる分娩サービスの改善 4. 車両所有者との連携による施設分娩の改善 5. 産前健診の促進に焦点を当てた家庭訪問 6. 都市部における住民参加促進のための多面的アプローチ

第5年次は、第4年次に各郡で収集され選定された事例73ケースのなかから、タスクフォースチームが選定した25のケースと郡保健局長からあらたに推薦のあった3ケースを合わせ、計28ケースの現場を訪問し、情報収集を行った。

現場訪問後タスクフォース会議を開き、情報収集の結果を共有するとともに、最終的に文書化するケースを選定した。その際に、①産前健診・施設分娩・産後健診の受診率が改善されてきてそれが数値で確認できるケース、②産前健診・施設分娩・産後健診の受診率の改善のために他のCHPSや保健センターではみられないような独自の活動をしているケース、③住民を巻き込んだ活動を積極的に行っているケース、の3点を評価基準とした。

訪問した28ケースのほとんどが住民を巻き込みながら積極的な活動を行っていたが、産前健診・施設分娩・産後健診の受診率の改善を明確に示すデータを提示できた施設・ケースはそれほど多くはなく、この点が文書化するケースの選定の大きなポイントとなった。また、紹介・普及するケースに多様性を持たせるため、たとえ優秀な活動をしていても似通ったアプローチをしているケースが他にある場合は今回の文書化の対象からは外した。さらに、終了時評価時に提言として出された都市部のCHPSのケースの紹介を取り入れた。これらの選定過程を経て、最終的に表5-50にあげる6ケースを文書化した。

表 5-50 文書化のために最終選定された6ケース（下線部分がキーワード）

	タイトル	内容	郡	CHPS/HC*
1	母親が主体となった母子保健の改善活動	<u>母親間支援グループ</u> がフリップチャートを活用しながら住民女性への母子保健教育を行ったケース。	DBI	オウロ (Owlo)
2	男性による母子保健の状況改善のための支援	PLA ツールの活用や健康診断サービスの提供によって母子保健活動への <u>男性の参加</u> を促したケース。	ジラパ	シグリ (Sigri)
3	コミュニティの主体的な活動による施設分娩の改善	コミュニティのニーズをもとに、 <u>保健委員会</u> が主体となって緊急分娩ルームを建設し、家庭分娩を減らしたケース。	ワ・ウエスト	ピシエ (Piisie)
4	車両所有者との連携による施設分娩の改善	保健センターを中心とし、車両所有者との連絡・連携体制の構築によって家庭分娩を減らした <u>CETS</u> のケース。	ワ・イースト	ブレンガ保健センター (Bulenga)

5	産前健診の促進に焦点を当てた家庭訪問	産前健診未受診の妊婦に焦点を当て、コミュニティの生活時間帯に合わせて家庭訪問を実施したケース。	DBI	ジンペンシ (Jinpenzi)
8	都市における住民参加促進のための多面的アプローチ	様々な社会背景や宗教背景を持つ住民で構成される都市の CHPS において住民参加を促進したケース。	ワ・ムニシパル	ドビレ (Dobile)

*HC: 保健センター

3) 原稿の最終化とグッドプラクティス集の配布

タスクフォースメンバーをはじめ郡保健局長や CHPS コーディネーター、郡保健情報オフィサーらとともに「保健システム改善の仕組み」と「ケーススタディ」パートのレビューを行い原稿を最終化した。また、イントロダクション部分は州保健局長が作成した。表紙デザインの選定には、州や郡の保健局長はもちろんのこと、CHO 現職研修の受講者など幅広い関係者に参加してもらうことにより、グッドプラクティス集のプロモーションも兼ねた形で行った。



研修受講者による表紙デザイン投票の様子



完成したグッドプラクティスの表紙

グッドプラクティス集は 350 部印刷し、2016 年 8 月の普及フォーラムで配布するとともに、CHO/CHN といった現場の関係者が活用できるようアッパーウエスト州の各郡にも配布した。

5.4.4 合同調整委員会の開催

合同調整委員会 (JCC) はプロジェクトの最高意思決定会議である。通常年に 1-2 回開催され、第 5 年次は終了時評価結果の共有と合意があったため、2 回の開催となっている。

(1) 第 9 回 JCC

第 9 回 JCC は 2016 年 4 月 19 日にワのアップランド・ホテルで開催された。GHS 中央のプロジェクト・ダイレクター代理の政策計画モニタリング評価局 (PPMED) 副局長を議長として、メンバーと終了時評価団の計 66 人が参加した。主な議題は終了時評価の結果共有と合意、PDM 第 4 版の変更の合意、普及フォーラムに関するコンセプトとタイミングの合意、2 郡で実施されている栄養のパイロット・プロジェクトの説明と機材供与、などである。

終了時評価団からは結果の共有とともに、今後プロジェクトが終了までに行うべきこと、プロジェクト終了後に CP が行うこと、についての提言が出され、メンバーはそれをフォローすることで合意した。PDM は事後評価のための指標が新たに追加された。変更内容についてはすでに「3.1 PDM の変更」で述べた。普及フォーラムに関する概要やコンセプト、時期についても共有された。添付資料 15：第 9 回合同調整委員会議事録を参照。

(2) 第 10 回 JCC

第 10 回 JCC は 2016 年 8 月 17 日にアクラのアクラ・シティ・ホテルで普及フォーラムの第 2 日目の午後に開催された。GHS 中央のプロジェクト・ダイレクターの政策計画モニタリング評価局 (PPMED) 局長を議長として、GHS 副総裁も加わり、計 53 人が参加した。主な議題はプロジェクトの最終的な保健指標や活動指標への到達度の報告、出口戦略の進捗状況と今後のフォロー、普及フォーラムの結果報告、終了時評価提言に対するフォローの状況、そして今後の CP の活動計画や参画の共有である。

保健指標に関しては産前健診、熟練医療者による分娩、DHIMS2 データでは目標に達しなかったものの改善傾向が見られている。産後健診は目標値に到達した。活動指標は全活動で研修人数目標に到達した。出口戦略でも中央からのフォロー待ちのものを除き、ほぼ終了していることが確認された。終了時評価の提言に対するプロジェクトのフォロー状況、CP の計画も確認された。今後、これらのフォローは GHS または MOH 中央とコンタクトを取りながら、州保健局が中心となって進めて行くことが合意された。(添付資料 16：第 10 回合同調整委員会議事録を参照。)

5.4.5 普及フォーラムの実施

プロジェクトでは普及の対象に合わせた効果的な普及を行うために、3 つの普及フォーラムを開催した。

(1) アッパーウエスト州における普及フォーラム

アッパーウエスト州における普及フォーラムは、プロジェクト・マネージャーである州保健局のオフォス局長代理主催で 2016 年 8 月 10 日にワのポリテクニクで開催された。中央からは PPMED 副局長を含む 2 人、アッパーウエスト州の郡保健局 56 人、州保健局 29 人、病院 5 人、医療者養成学校関係者 7 人、州議会、郡議会関係者 43 人、開発パートナー 3 人、このほかメディアも参加した。JICA 関係者は事務所 2 人と JOCV 隊員 3 人の計 5 人が参加した。併せて北部 2 州のノーザン州から 5 人、アッパーイースト州からも 6 人が参加して、計 170 人が参加した。メディアも 13 社の参加であった。会議の目的は、以下のとおりである。

- 郡レベルで実践されている優良事例につき紹介して、アッパーウエスト州内の各郡での普及を図る。
- プロジェクトの介入を通じて、アッパーウエスト州で始まった優良事例を北部 2 州に紹介して、JICA プロジェクトの効果を周知してもらう。
- 州内、州間でのネットワークを構築する場とする。
- 北部 2 州には中央 (アクラ) での普及フォーラムへの参加も促す機会として利用する。

会議で発表された優良事例は以下の表のとおりである。各事例だけでなくプロジェクト活動についてもどのような困難さがあったのかなど、多くの質問が出た。また中央での発表のため、提言、例えば CHO を発表者とするなど出された。詳細は添付資料 17：アッパーウエスト州における普及フォーラム報告書を参照。

発表された優良事例	
1	母親が主導するの妊産婦・新生児保健：オウロ CHPS、DBI 郡
2	男性の支援による 妊産婦・新生児保健の改善：シグリ CHPS、ジラバ郡
3	コミュニティのイニシアチブによるサービス提供：ピシエ CHPS、ワ・ウエスト郡
4	都市部における多面的なコミュニティ啓発：ドビル CHPS、ワ・ムニシパル郡

(2) アクラにおける中央を対象とした普及フォーラム（1 日目）

GHS から中央への普及フォーラムは、2016 年 8 月 16 日にアクラのアクラ・シティ・ホテルで開催された。GHS 中央から総裁を含む 11 人、MOH からは大臣を含む 3 人、日本側は大使館次席、JICA 事務所長含む 6 人、5 州から 19 人、アッパーウエスト州から 34 人、プロジェクト関係者の計 92 人の参加となった。4 州はスケジュールが合わず参加できなかった。会議の目的は、以下のとおりである。

- プロジェクトで実施したシステム開発や改善に関する優良事例につき、保健省（MOH）や GHS 中央、開発パートナー、各州の局長への普及を図る。
- 中央とアッパーウエスト州、州間でのネットワークを構築する場とする。

会議で発表された優良事例は以下の表のとおりである。発表は州保健局スタッフや郡局長が行った。CHAP も重要である事を主張する良い機会であるとの意見から優良事例集には記載されていないが、CHAP の重要性についての発表が郡議会連携の後に行われた。コメントは主に GHS や MOH、中央から出された。主なコメントは以下のとおりである。

- アッパーウエスト州での CHPS 政策の実施と同政策を促進するための、保健システムの強化の詳細やその有益性について認識した。他州にも広めていくべきである。
- 学校や郡でのコスト削減のための研修システム構築は、有益な試みである。
- CHPS に関する優良事例を中央レベルが主導して文書化する必要がある。
- 研修マテリアルなどについては国ですべてを集めて標準化していく必要がある。
- CHPS コーディネーターが GHS、MOH、各州、各郡にもいるが、役割の重複や連絡のラインの混乱があるため、それぞれの責任や役割を明確にする必要がある。
- 郡議会や州連携委員会を中心とした地方自治体と保健局の連携は重要であり、連携を体系的に行った試みは革新的である。

今後、特に CHPS に関わる優良事例の政府主導での文書化や普及を行うことが約束された会議となった。詳細は添付資料 18：アクラにおける普及フォーラム報告書を参照。

発表された優良事例	
1	CHPS データベースと管理システムの開発
2	地域看護師養成学校と准看護師養成学校での CHO 養成研修
3	郡病院ベースの助産師の継続教育と州での助産師表彰
4	支援型スーパービジョンのレビュー会議：FSV 結果の共有による FSV システムの改善
5	郡議会連携

(3) アクラにおける各州の局長や郡局長を対象とした普及フォーラム（2日目）

2日目の会議は2016年8月17日にアクラのアクラ・シティ・ホテルで開催された。他州の郡局長をターゲットに、アッパーウエスト州の郡レベルで実践されている優良事例につき紹介して、全国の各州や各郡での普及を図ること、他州や他州とアッパーウエスト州のネットワークを構築する場とすること、が目的である。GHSのPPMED局長を中心に、5州の参加者とアッパーウエスト州の参加者、計78人の参加となった。

会議で発表された優良事例は、アッパーウエスト州で発表された優良事例と同じである。これに先立ち、システム関連の優良事例についても要約を発表した。発表は2つについては郡局長が行い、ワ・ムニシパルとワ・ウエストの優良事例はCHOが行った。発表の後、5州の代表がコメントや学びを以下のように発表した。

- **アッパーイースト州**：コミュニティの巻き込みを参考にす。またアッパーウエスト州とお互いの優良事例を相互に学びあう。
- **セントラル州**：強いリーダーシップの必要性やコミュニティを巻き込むための様々なアプローチ方法を学んだ。
- **ノーザン州**：優良事例のコピーは可能であろうが、アッパーウエスト州の倍の面積があるノーザン州のアクセスの難しさをどうするかが鍵などの発言があった。
- **ヴォルタ州**：スタディツアーの実施による現場視察の提案があった。中央などによる視察の調整の要請がなされた。
- **イースタン州**：2018年までには全てを機能するCHPSにする目標とのコメントがあった。コミュニティからの支援への重要性に対する発言もあった。

PPMED副局長からは、国として戦略的にCHPSなどに関する情報共有を進めること、各州での優良事例の文書化による共有が重要であるとの纏めがあった。（詳細は添付資料18：アクラにおける普及フォーラム報告書を参照。）

5.4.6 プロジェクト・マネジメント会議の開催

プロジェクト・マネジメント会議は、アッパーウエスト州保健局と日本人専門家の間で活動の方向性や戦略について、州保健局の政策の整合性との確認、州の活動とのスケジュール調整、現場の活動の進捗状況や問題点を州保健局長に報告するために開催、実施している、州レベルでの意思決定会議である。第1年次から第4年次までに19回のマネジメント会議が開催された。第5年次は以下の表のように3回である。

会議名	日程	主要な議題と合意事項
第20回 マネジメント会議	2016年3月30日	- 第5年次の活動計画の確認と活動の進捗状況の共有と今後の活動計画 - 終了時評価の準備と対応の役割分担決定
第21回 マネジメント会議	2016年5月26日	- 活動の進捗状況の共有 - 普及フォーラムを3回実施すること、中央はPPMED主導、アッパーウエストは州保健局主導で行うこと - JCC 日程 - 終了時評価提言に対するフォローの説明と JCC で発表すること
第22回 マネジメント会議	2016年8月2日	- 活動の進捗状況の共有 - 普及フォーラムや JCC についての準備状況の共有、配布マテリアルの確認、支払い方法と金額 - 今後のプロジェクト終了までのスケジュールの共有

5.4.7 業務調整業務

(1) 安全管理

- 第1年次から第3年次までは微細なトラブルはあったものの業務に支障をきたす大きな事故は見られなかった。第4年次にクマシで発生した車両同士の接触事故は、現場がプロジェクトオフィスから離れていたことから遠隔での対応が必要であったうえ、車両修理に長期間を要したため、プロジェクト活動への影響が大きかった。修理期間中の車両管理はCPの協力を得て現場近くのアシヤンティ州保健局に便宜供与を依頼したが、先方スタッフが運転中に再度修理を必要とする接触事故を起こす事態となり、修理完了までに多くの労力と時間を費やした。
- 第5年次では、特に車両移動における安全管理の見直しを徹底した。主な対応として、これまで車両のみであった団員の国内移動を適宜航空機と車両に振り分けたことで、移動時間の短縮や長距離車両移動の縮小を図った。また州内での移動も出発時間の設定など事前の行動計画を綿密に立てることで、より効率性や安全性の向上に繋がった。これらの結果は第1年次から第4年次までの事故の経験や、そこから再検討された安全管理体制の改善を繰り返してきたことによる一つの成果であると認識している。

(2) 物品・資金管理

- 取り扱う金額が大きい、現金の出入りが頻繁、オフィスへの第三者の出入りが多いという状況で、資金の管理は特に注意を払い実施した。銀行業務は曜日や移動ルートを決めず、現金の受け取りは窓口を避けるなどの工夫をしつつ、業務を遂行した。
- プリンターやパソコンなどプロジェクトが管理する物品数も多いため、信頼できる業者の協力を得ながら、定期メンテナンスの実施や緊急時の修理対応などを進め、活動への影響を最小限に抑え、印刷作業は必要に応じて外部発注するなど臨機応変な対応が必要だった。

(3) 研修、会議への対応

第4年次からコストノームが改訂され、新コストノーム適用当初は新しい課題が散見された。その後、CPとの認識共有、参加者へのルール周知、現地スタッフへの指導を繰り返すことで支払作業の円滑化が図られた。第5年次は現地スタッフの作業への慣れと支払表に改善を加えたことから、支払時の混乱も激減し、支払作業に要する時間も短縮された。

6. 出口戦略と進捗

プロジェクト終了後も CP だけによる活動が可能になるように、各活動で出口戦略を策定して第3年次後半から準備し実施した。出口戦略の全体のコンセプトは以下のとおりである。

- プロジェクトの支援による活動⇒既存のシステムへの統合
- プロジェクトの予算支援による活動⇒GHS のリソースで活動できるような工夫（低予算で実施できる形への変更）
- プロジェクトが配布していたマテリアル⇒国のマテリアルなどに統合、回転購入システムの開発

各活動の出口戦略とプロジェクト終了時での進捗状況を以下に示す。

活動	戦略と進捗状況
CHPS 拡大	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト終了後は四半期に行われる州のデータレビュー会議にこの会議を統合して開催することで継続性を担保する。 - 郡や州の中間、年間レビュー用の準備会議に郡レベルでのデータ共有や、州レベルでのデータの整合性や正確性の確認を行うアジェンダを入れ込んでいく。 - CHPS ユニットのメンバーのエクセルなどの作成能力を強化し、データベースの修復を独立して行えるようにする。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHPS ユニットと四半期に行われる州のデータレビュー会議にこの会議を統合して開催することで合意した。 - 郡や州の中間、年間レビュー用の準備会議に郡レベルでのデータ共有や、州レベルでのデータの整合性や正確性の確認を行うアジェンダを入れ込んでいくことについても、会議メンバーで合意済みである。 - CHPS ユニットから州の指示として郡にも通知が済んでいる。メンバーのエクセルなどの作成能力強化をプロジェクト終了時までに行い、データベースの修復を独立して行えるようになっている。
CHO 養成	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 市内の3つの地域看護師養成学校（NAP）・准看護師養成学校（NAC）に CHO 養成研修を移管する。 - 学校での研修の継続性を担保するために教材や学校のフィーに関して国との交渉を支援する。 - 3つの助産師学校の教師も CHO 養成研修について訓練を行い、必要であれば研修を助産師学校でも行えるような基盤を作る。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - すでに NAP への研修移管は2つの研修実施を通して終了。NAP に関しては講師の研修と再研修が終了し、1回の研修実施を通して理論研修は移管終了している。 - フィールド研修に関しては、経済的な問題から実施できていない。今後のフィールド研修実施は CHPS ユニットが調整支援していく。 - 助産師学校での研修移管については、学校で CHPS 関連の授業を行うための教材は作成済み。8人の講師研修も終了している。1カ月のフィールド研修について実施の希望があるので、CHPS ユニットが今後調整支援を行う。

	<ul style="list-style-type: none"> - 国との交渉の結果、学校フィーに 50 GHC 追加されることが決まった。これで NAP のフィールド研修が実施可能になる予想である - 教科書については国の教材として印刷して、初回費用のみ JICA など開発パートナーが出して生徒が買い取り、その費用で再印刷を行うシステムを開発することをガーナ看護師助産師協議会 (NMCG) と話し合い、教材の提出を行ったが、理事会からの承認待ちの状態である。プロジェクトで開発した教材はすべて CHPS ユニットに引き渡し、学校での印刷を行うこともオプションとなっている。
CHO の母子保健能力強化	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 州主導で行っていた、産前健診・施設分娩・産後健診に関する CHO 現職研修は、CHPS を管轄する亜郡の保健センターで CHO が現場訓練 (OJT) を受けるシステムで継続することを出口戦略とした。 - 2 人体制の CHPS の CHO が 1 人ずつ管轄の SDHT に 1 カ月程度で、助産師の管理の下で実習訓練を受ける。CHO の研修期間中、CHPS は CHO 不在となるため、この期間中 CHO の代理が配属されることが必須の条件となる。郡が調整を行うため、CHPS Unit による CHO 研修スケジュールの郡への共有を行うことが合意された。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 既存の教材を組み直して、現場で使える記録用紙と参考資料を開発した。試験的にナドリ・カレオとワ・ムニシパルの保健センター 2 カ所で 2 人の CHO 対象に研修を行った。 - その後、教材、記録用紙やプログラムを検討して改訂を行った。全郡局長に内容を説明し、教材を配布し実施可能な保健センターでの研修を始めることで合意した。
SDHT 助産師の能力強化	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 研修の持続性の確保と各郡の全ての助産師に研修が行き渡るように、各郡での自己資金を活用して各郡で研修を実施する。 - 研修の方法も集中講義から毎週 1、2 日を 3 カ月間に変更し、症例学習や実習、宿題を盛り込むことで、助産師の症例管理能力を強化し現場での知識の活用を促すようにする。 - 先にパイロットを 3 郡で実施し、その結果を見て全郡への展開を検討・実施する。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2015 年に 3 郡でパイロット研修を実施した。その結果を関係者会議で協議し、全郡で同様の研修を展開することが合意された。 - 2016 年 7 月時点で全 11 郡での研修が開始しており、プロジェクト終了時までには 11 郡の研修が終了する見込みである。
MNDA	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 研修と州チームによる病院での活動のモニタリングを実施して継続的な活動を実施することで病院内での質改善活動を定着させる。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 研修を 4 回実施したが、各病院での質改善チームの活動が低迷していたため、州保健局と協議して活動の出口戦略を見直した。 - MNDA の分析の中でも特にガイドラインとの比較による医療サービスの分析の強化と、病院の MNDA-QI 活動のモニタリングの強化をすることになった。 - プロジェクトは、具体的には分析を促進する新生児や死産の症例検討様式や、MNDA のプレゼンテーションのテンプレートを作成し、各病院で指導を支援した。

	<ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト終了後も同活動のモニタリングを実施するために、MNDA-QI 活動項目を FSV のチェックリストに組み込み、今後は FSV とそのレビュー会議による定期的なモニタリングを実施する。 - 州保健局が導入した病院のピアレビューのチェックリストにも MNDA 関連項目を組み込んだ。今後、州保健局は多角的にモニタリングをしていく。
リファラル	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - リファラル手順で使用するリファラル・カウンターリファラル様式とリファラルケースを記録するリファラル台帳の継続的な供給のために、州医薬品庫で様式と台帳を販売し再印刷資金を確保する。 - 郡保健局と病院によるリファラル研修の継続のために、教材の配布、講師の養成、郡保健局と病院の実施継続の意識づけを行う。 - 産後健診スタンプの妊産婦手帳への印刷のために、妊産婦手帳の供給元である GHS に印刷を働きかける。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - リファラル・カウンターリファラル様式は 2014 年 10 月から、リファラル台帳は 2015 年 11 月から州医薬品庫で管理・販売されており、在庫が少なくなれば、その売上金をもとに再印刷する供給システムに組み込まれている。 - 2016 年、従来の郡保健局に加え病院でも院内でのリファラル研修を行い、全郡、全病院で問題なく実施された。2013 年から 2016 年にかけて州内で計 114 人（うち病院職員 42 人）の講師を養成した。研修教材はハードコピーと修正可能なファイル形式でのソフトコピーを各郡保健局と病院に配布済みである。インタビューできた郡保健局長や病院の院長または事務長から、リファラル研修の継続は可能であるとの回答を得た。 - 2015 年 8 月、GHS から 2016 年の妊産婦手帳改訂・再印刷の際、産後健診スタンプの欄を手帳に印刷するとの確約を得た。しかし、保健省から 2016 年の手帳印刷の予算が下りず、プロジェクト終了までに印刷は実現しなかった。
FSV	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - FSV 実施経費に関しては、郡から亜郡、亜郡から CHO レベルでは、各施設の予算から実施経費を捻出するように促す。州から郡レベルではドナーの支援などを活用して継続的に実施できるよう、資金申請に用いる予算案を作成する。 - プロジェクト終了後も FSV データベースが継続して活用されるよう、州保健局内に FSV データベースの維持管理ができる人材を育成する。 - FSV の継続に不可欠なツールの再印刷を州保健局が行えるようにリボルビング・ファンドを設立する。 - プロジェクト終了後に配置された職員も FSV を実施できるよう、継続的な FSV の教育システムを構築し、そのためのツールを作成する。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - FSV 実施経費については、郡から亜郡、亜郡から CHO レベルでは、外部の支援に頼らず各施設の予算で FSV が実施できるようになっている。州から郡への FSV については予算案が作成され CP に共有された。今後、ドナーへの資金支援の申請などに活用される予定である。 - FSV データベースの維持管理については、州保健局内の HI ユニット、ITC ユニットに FSV データベースの維持管理ができる人材が育成された。 - FSV ツールの印刷・販売に関しては、2016 年 7 月にプロジェクトから州保健局に 2 年分の FSV ツールが供与された。そのうちの 1 年分はリボルビング・ファンドの設立に当てられる。州保健局は 2017 年 7 月頃から州医薬品庫を通じて FSV ツールを販売し、収益は FSV ツールの再印刷に充てられる。 - CHO に対する FSV 教育は、CHO 研修に組み込まれている。新しく配置された州・郡・亜郡の職員に対する FSV についての教育は、FSV の実施を通して OJT

	<p>で行うことが決められた。さらに、必要に応じて FSV レビュー会議を FSV 教育の場として活用することが合意されており、プロジェクトは FSV 教育のためのプレゼンテーション資料を含む FSV マニュアルを作成して各郡に配布した。</p>
住民参加活動	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 主要活動の CHO 現職研修（住民参加）は、CHO 養成研修と同じく、既存の州内の地域看護師養成学校（NAP）と准看護師養成学校（NAC）のカリキュラムに研修内容を統合し、卒業生が住民参加を促進するのに必要な基礎的知識を修得できるようにする。 - 住民参加に関連するデータ収集については、CHPS データベースにコミュニティ情報シートを追加・統合することで、郡の保健情報オフィサーから四半期ごとに定期的に情報を収集できるようにする。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 第4年次に NAP と NAC のカリキュラムに、住民参加に関する内容を組み込み、講師研修とジラパ、ローラ、ワの学校での研修を開始し、第5年次も引き続き学校での研修を検証している。研修をモニタリングした結果、順調に統合は進んでおり、プロジェクト後も継続して実施される見込みである。参加者の意見に応じて、ビデオ等の教材も修正した。 - 住民参加に関連するデータ収集は、「5.3.1 住民参加促進に関する活動」に記載したように、従来の調査員による情報収集と遜色ないデータが収集できている。必要に応じてデータ収集の際の追加説明や情報入力シートの微修正を行い、プロジェクト終了後も引き続き活用される見込みである。
IEC と C4D	<p>【戦略】</p> <p>C4D についての能力研修は、CHO 養成研修と同じく、既存の州内の NAP と NAC のカリキュラムに統合し、卒業生が啓発活動を促進するのに必要な基礎的知識を修得できるようにする。</p> <p>【進捗】</p> <p>第4年次に NAP と NAC のカリキュラムに、C4D に関する内容を組み込み、講師研修とジラパ、ローラ、ワの学校での研修を開始し、第5年次も引き続き学校での研修を検証している。研修をモニタリングした結果、順調に統合は進んでおり、プロジェクト後も継続して実施される見込みである。</p>
郡議会連携	<p>【戦略】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 郡議会と郡保健局の連携を強化するために、郡議会が策定する年間活動計画を郡保健局と合同でモニタリングするシステムが構築されるようにする。 - 州連携委員会の予算で、郡議会と郡保健局の連携活動状況を州レベルで共有する会議が少なくとも年に1回開催される。 <p>【進捗】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2015年7月に郡議会・郡保健局合同でモニタリング・システムを開発し、このシステムを用いて2015年、2016年に各郡でモニタリングを実施した。技術作業グループ会議や州連携会議を通して、計5回にわたってモニタリング・システムを見直し最終化した。 - 州連携委員会が新たに予算を割いて州連携会議を開催するのではなく、四半期に1回開催されている既存の会議（州計画調整ユニット・郡計画調整ユニット連携会議）の中で、プロジェクトが立ち上げた州連携会議の内容を継承することになった。今後そうなることを見据え、2016年7月に州連携委員会主導の会議を開催した。

7. 終了時の提言に対する進捗

終了時評価では、1) プロジェクト終了時までに行うべきこと、2) プロジェクト終了時以降 CP が実施すべきこと、に関していくつかの提言がなされた。1) に関してはその進捗を、2) に関しては CP が策定した計画を示した。

7.1 プロジェクト終了時までに行うべきこと

No	提言	進捗
1	研修	
1.1	CHO 養成研修を学校のカリキュラムに統合するためのフィールド研修費用をいれたコスト計算を行う。	2016年5月にプロジェクトと地域看護師養成学校長とで試算表を作成して、各学校長からのインプットも入れて完成させた。
1.2	学校のフィーについて保健省と話し合う。	保健省の担当者に試算表をメールで送付し、2016年6月に会議を行い、学校への移管研修の受容性とフィーの値上げの承認を要請した。 次年度、2016年8月から2017年8月までのフィーを50 GHC 上げることが認可された。
1.3	国の研修の参考教材として学校研修教材を NMCG に提出する。	すでに NMCG には理事会承認用教材(60%の完成度)を送付済み。7月に完成版を送付済みで、国の教材としての認可を待つ。
2	リファラル	
2.1	妊産婦手帳の増刷時に新たに産後健診スタンプの欄を同手帳に印字することになっているため、保健省に対して妊産婦手帳の再印刷予算の要請を継続しつつ他の財源も探す。	妊産婦手帳再印刷の保健省への予算申請については GHS 中央に随時状況確認を行ってきたが、予算は下りず、産後健診スタンプが印字された妊産婦手帳の印刷はプロジェクト期間中に実現しなかった。
3	FSV	
3.1	FSV 実施のユニットコストを算出し、計画、交渉、資金捻出に活用する。	州・郡レベルの FSV 実施の予算案が作成され、CP に共有された。今後の資金の支援交渉に、同予算案は活用される予定である。
3.2	不具合を解決するために FSV データベースを修正する。	FSV データベースは修正され、2016年7月に州・郡に配布された。
3.3	CHPS ユニットの職員を FSV データベースの日常的な管理について養成する。	CP、州保健局長と協議の結果、FSV データベースの日常的な管理を CHPS ユニットから HI ユニットに移行することになった。そのため、CHPS ユニットではなく HI ユニットの職員をデータベースの日常的な使用について養成した。
3.4	FSV データベースの技術的対応のために追加の人員を養成する。	FSV データベース技術研修を行い、州保健局の HI ユニット、ITC ユニットの職員、計 3 人をデータベースの技術的対応のために育成した。

4	産後健診	
4.1	2 回目の産後健診データの重要性につき施設からデータを集め、GHS に DHIMS2 への統合を要請する。	2 回目の産後健診データを終了時評価以降、施設からさらに集める活動は他の活動により CP 多忙で行っていない。産後健診2回目のデータの必要性には、認識はされているので JCC などを通して GHS に要請した。
5	将来的なプライマリ・ケア・サービスのため横並びの CHPS と政策の効果を見る。	
5.1	前線でのヘルスワーカーである CHO や助産師も出席させて、優良事例を国や他州に優良事例集の作成やセミナーなどを通じて普及させる。	優良事例集は作成済み。普及フォーラムはアッパーウエスト州、アクラでの中央向け、アクラでの各州の州保健局や郡保健局を対象に3回実施した。発表者は州保健局や郡保健局のスタッフであったが、実際に事例の実践に関わった CHO なども参加した。
5.2	普及のために、都市の CHPS 施設の事例、教訓や学びをグッドプラクティスとして取り上げる。	グッドプラクティス文書化のケーススタディの一つとして、州都ワ・ムニシパルのドブレ CHPS のケースを取り上げた。この事例の情報収集や原稿執筆を行い、グッドプラクティス集に載せた。
6	国の保健医療人材養成への貢献	
6.1	アッパーウエスト州での CHPS 経験を生かして、保健省や GHS 中央が NAP/NAC 養成学校における CHO 養成を標準化する支援を行う。	普及フォーラムを通して、中央レベルに学校への研修がどれだけ経済的にも効果的かを紹介した。詳細な情報については州保健局や学校長のコンタクトをとるようにした。実施に必要なプロセスについては進捗報告書や業務完了報告書に記載して文書化した。
6.2	MOH に保健専門家の研修：看護師や助産師の現職研修および看護師・助産師学校の教師への学校での CHO 養成研修教育について情報共有を行う。	普及フォーラムとグッドプラクティス集配布を通じて情報共有した。
	保健専門家の研修：看護師や助産師の現職研修および看護師・助産師学校の教師への学校での CHO 養成研修教育を行う。	助産師の現職研修については郡の自己資金による郡病院での研修を実施する。教材開発や郡講師の研修は終了し、現時点で全11郡での研修を開始しており、プロジェクト終了までに全郡が研修を修了する予定である。教材や研修実施要項は GHS の家族保健部と共有した。 NAP と NAC の教師には、2 回の講師研修を行って、計 39 人を訓練して学校教師への能力強化は終了した。助産師学校の教師 8 人に対しても同様の研修を 1 回、NAP/NAC 教師とともにいった。
	CHPS データベースをもとにした CHO、CHN、助産師の配属を行う。	CHPS ユニットが対応できるようにしてある。必要であれば、州の人事課とデータを共有する。
	業務水準 (PS) と FSV ツールに関する情報共有を行う。	2016 年 8 月のプロジェクト普及フォーラムを通じて保健省を含む関係者に紹介し共有された。

7.2 プロジェクト終了時以降 CP が実施すべきこと

No	提言	計画
1	研修	
1.1	研修参加者によるサービスの質を確保するため FSV の実施を継続する。	州保健局は FSV ツール印刷のための予算確保の仕組みを整え、FSV 実施を継続していくことを保証するとした。新たな人材が割り当てられた際は、FSV に関するオリエンテーションも実施する。
1.2	助産師や CHO の研修の新生児蘇生や生命救助技術を強化する。	すでにこれらの技術は研修に盛り込んである。ただし、研修だけでは不十分なので各病院や郡保健局では保健従事者の会議時などに定期的に技術の演習を企画する。
1.3	NAC/NAP と協力して学校における CHO 研修を必要に応じて助産師学校に紹介する。	すでに助産師学校用に既存の教材を用いた CHO 研修用教材を協力して開発済み。フィールド研修に関しても CHPS ユニットが中心となって調整支援を行う。
2	機材や各種台帳・記録用紙など	
2.1	CHPS、保健センターや郡・州病院の機材や台帳の更新など報告のシステムを強化する。	FSV を通して定期的なモニタリングを実施し、課題がある場合は、そのレビュー会議で必要な対策を協議し実施する。
2.2	保健センターや CHPS に新しく配属された人材に機材の使用方法について指導する。	郡保健局の新しい人材への指導プログラムに機材の使用法も入れる。さらに、郡保健局は各施設の責任者に現場での機材指導をするように義務づける。
3	FSV	
3.1	FSV をヘルス・サービスの運営において重要な通常業務と認識する。	FSV は、すべてのサービスレベルに適用するモニタリング手法であると認識された。FSV の実施を通して、保健医療チームが強化され、テクニカル・サポートにより保健システムも向上した。
3.2	新しく配属された職員に FSV について指導する。	プロジェクトが作成した FSV マニュアルと研修資料は各郡に配布され、郡保健局はこれを活用し研修を実施した。FSV は既存の新規職員向けオリエンテーションに組み込まれることになる。
3.3	労力と経費を削減するため、FSV を他のプログラムの予定や予算に統合して計画・実施する。	州・郡・亜郡の CHO 活動計画を含め、予算を考慮した FSV 計画を策定した。
3.4	DHMT への FSV を少なくとも年に 2 回行う。	RHMT は、FSV 実施計画を策定した。これに基づき FSV を実施する。
3.5	FSV ツールを再印刷する。	プロジェクトから供与された 1 年分の FSV ツールをもとにリボルビング・ファンドを設立し、州保健局がツールの再印刷を行う。

3.6	FSV や技術的支援訪問を通じて、少なくとも2カ月に1回、CHPS コンパウンドのモニタリングを行う。	RHMT は、FSV 実施計画を策定した。これに基づき CHPS コンパウンドに対する FSV を実施する。テクニカル・チームを編成し、FSV にて特定した重点課題についてフォローする仕組みとする。
4	妊産婦・新生児死亡検討会と質改善	
4.1	FSV のツールに MNDA-QI の項目を入れ込み、FSV を通じた定期的なモニタリングを実施する。	すでに FSV ツールの見直しに合わせて MNDA-QI 活動に関する項目が FSV ツールに入れられた。
4.2	FSV のレビュー会議に MNDA-QI 活動を入れ込む。	FSV で定期的にモニターするため、FSV のレビュー会議でその結果が協議される。課題があればその対策を協議・実施する（第3四半期から開始）。
4.3	病院とポリクリニックにピアレビューを導入する。	RHMT の主導により5月から導入されたピアレビューのチェックリストには、すでに MNDA-QI の項目が入れられた。
5	郡議会連携	
5.1	現場の職員（CHO と助産師）や地域住民がコミュニティでの保健活動を積極的に実施できるよう郡議会の連携を加速させる。	郡保健局と郡議会が進捗状況をモニタリングしていく。
5.2	コミュニティメンバーの動員、保健にまつわる行事や集まりの促進、CHPS コンパウンドや産科棟の建設、車両の調達、施設の配線、CHAP の実施促進といった CHPS 管理運営のイニシアチブを郡議会がとる。	郡議会が年間活動計画の中に左記活動を入れ込み、郡保健局とともにモニタリングを実施し、進捗状況を追うようにする。
5.3	地域保健ボランティアや地域保健委員会がコミュニティの保健活動に積極的に参加するよう奨励する。賞の授与がその一例。	州保健局や郡保健局が2016年より開始されたコミュニティ保健ワーカー・ボランティアシステム ¹⁰ を活用して人材採用や研修を行い、CHV や CHMC が積極的に参加できるようにする。
6	財政	
6.1	NHIS の還付金、パフォーマンス・ベース・ファイナンス、国の予算や開発パートナーからの潜在的な財源を使って、コスト計算を基盤にしたプライマリー・ヘルス・ケアのための年間財政計画を策定する（施設建築や維持管理、機材、交通費、モニタリングや監督、研修など）。	州保健局の各ユニット、特に CHPS ユニットが中心になって、毎年7月くらいから次年度の予算計画を進める。

¹⁰青年雇用法（Youth Employment Act、2015年施行）のもと設立された青年雇用局（Youth Employment Agency: YEA）が実務を担い、政府が資金提供しているシステム。既存の CHW のモチベーションパッケージとして、研修などを実施している。

7	アッパーウエスト州におけるより良い妊産婦・新生児保健サービスのために以下を行う。	
7.1	小児科医や産科医など専門医を郡病院へ雇用する。	州の人事課に郡から情報が共有されるように、レビュー会議のアジェンダに入れ込む。 GHS 本部に州保健欲から訴えかけていく。
7.2	州、郡病院へ必要な機材を購入する。	州保健局のアセスメントに基づいた購入計画を策定する。
7.3	緊急の参加に備えた交通手段を確保する。	州・郡議会中心に州・郡保健局から支援要請を行う。
8	CHPSと政策の水平連携	
8.1	CHO・助産師・FSV 研修を国の標準化されたパッケージとして普及を行う。優良事例につき、国や他州からの内部外部スタディツアーやセミナーを実施する。	州保健局は研修パッケージをまとめてGHS 中央と共有する。 普及フォーラムを通して他州やGHS 中央と今後の普及方法を検討する。 CHPS ユニットをスタディツアーなどの受け入れ先として、州保健局で受け入れ準備を行う。
8.2	CHPS がサービスパッケージに非感染症、加齢、栄養に関するプライマリー・ヘルス・ケアを入れていく。	州保健局で次の JICA プロジェクトの受け入れ準備を進める。

8. 今後の課題

8.1 活動に関わる課題と提言

(1) 成果 1

CHPS、CHO の活動関連

a) 養成校へのフィールド研修の移管

- 学校への移管研修では、特にフィールド研修における学校長のリーダーシップと計画性の差が出た結果となった。CHPS ユニットも学校での研修の計画策定の支援を通して学校の講師の能力強化を行うとともに、フィールド研修ができなかった場合の現実的なオプション、例えば CHO 採用時に郡で現場訓練を行うなど対策を考えて、柔軟に対応していく必要がある。
- 学校での CHPS 研修では、州、CHPS ユニットの調整が大きな成功の鍵となる。年 2 回の会議を中間・年次レビューの機会を利用して実施して、次年度の研修計画をすべての学校と郡局長を集めて行ったり、研修を行ったうえでの学校や郡へのフィードバックを行ったりすることが、今後の円滑な研修運営には必須である。

b) 助産師学校への CHPS 研修の導入

- 助産師学校での CHPS 研修のフィールド実習は、可能ではあるとはいえ、准看護師学校 (NAC) 2 校のフィールド実習が 1 回実施されて軌道に乗るまでは、実施を待ったほうがいいかもしれない。これは NAC、NAP3 校の 1 校各 1 カ月の 3 カ月と助産師学校 3 校の 1 カ月の計年 4 カ月のフィールド研修であるため、順々に実施しないと混乱が生じる可能性が大きいためである。
- 助産師学校のフィールド研修は 5 日程度の CHPS へのグループ訪問に置き換えることもオプションである。無理に 1 カ月のフィールド研修を行う必要はないため、状況に応じて柔軟に対応すべきと考える。

SDHT、助産師の活動関連

a) 郡病院における助産師現職研修の継続

- 各郡における助産師の現職研修に関しては州保健局の体制が未整備である。活動を主導していく責任者を指名し、今後の研修実施の呼びかけを行うとともにモニタリングを通して実施状況を把握し、問題がある場合はその理由を調査し、各郡に対して指導する。
- 州保健局は郡ベースでの研修の質を維持するため、2 年に 1 回ほどの頻度で郡研修のプログラムや教材を見直し、郡講師の再研修を行う。そのための費用を GHS あるいは他ドナーからの支援などにより確保する必要がある。
- 各郡や病院の内部資金 (IGF) だけでは保険還付金の支払の遅れがある場合、研修の実施や医薬品などの購入へ影響が出る可能性がある。各郡は郡議会の保健関連の予算に研修費用を毎年計上し、病院や SDHT は全国健康保険システム (NHIS) への還付金の申請をタイムリーに適切に行うようにする。
- 助産師現職研修に関し、州保健局は戦略として郡の自己資金による研修を進めることを明確にし、母子保健ユニットがドナーへの活動計画を策定する時には、助産師の従来型の「安全な母性」や類似研修ではなく、同ユニットが郡での研修実施を支えるために必要な活動と予算計画

とるように指導する。

b) パルトグラフと産後経過表の利用促進

- FSV にパルトグラフや産後経過表の利用についての項目を組み込んだ。FSV と郡保健師による助産師の業務現場での技術的モニタリングを通して定期的にモニターし、FSV のレビュー会議で結果の共有と改善への対策を協議する。
- 各郡はツールの補充をどうするのかを決め、各施設にフォームが不足しないようにする。現在は郡での一括印刷になるのか、あるいは各保健センターが IGF を利用しフォームの補充をするのか不明確である。
- パルトグラフは助産師でなければできないが、産後経過表は保健従事者ならだれでも使用できるものなので保健センター内で十分に指導できる。この指導は助産師の役割であり、助産師不在の保健センターの場合はモニタリング時に郡公衆衛生看護師（DPHN）による指導をする。

(2) 成果 2

リファラル

- リファラル研修の継続実施は郡保健局や病院の自己資金で賄われるため、郡保健局の予算や病院への還付金の支払い状況によっては、実施が先延ばしにされる可能性がある。その場合、新入職員や他州から異動してきた職員のみを対象にする、1 回の研修規模を小さく数回に分けて実施するなどの対応が必要になる。

FSV

- 州・郡レベルの FSV 実施は、プロジェクト期間中、予算や人員の確保の難しさから当初の予定どおりに実施することができなかった。関係者との協議を通じて、年間 2 回に頻度を減らし、2016 年の実施予算は確保することができたが、プロジェクト終了後も確実に実施を継続するためには、年間計画に組み込んで予算と人員を確保することが望まれる。
- 郡・亜郡、亜郡・CHO レベルの FSV は郡によってばらつきがある。FSV の実施を均一化し、郡以下の FSV 実施のモチベーションを高めるためにも、FSV 実施について州から郡への定期的なモニタリングとフィードバックを行うことが重要である。

MNDA-QI

- MNDA-QI に関しては州保健局内のモニタリング体制を固め、FSV や病院のフォローアップで集まるデータの分析を行い、問題点を把握してそれに対応をする。このためには州保健局は MNDA-QI 責任者の役割を明確にして、その業務ができるよう支援する。
- 各病院の MNDA-QI 活動の定着化には外からのフォローアップだけではなく、病院管理者のリーダーシップが肝心である。病院管理者の動機づけをするには年 2 回ほどの MNDA-QI のレビュー会議を定期的にかけて、病院間の経験の共有と競争を促すことが考えられる。他機関による病院対象の支援が開始される場合、こういう会議もその計画に盛り込むことを検討する。

(3) 成果 3

住民参加研修

住民参加の研修講師を務めた人材に昇進や転勤、退職などがある場合は、新規に配属された州や郡の CHPS コーディネーターやそのアシスタントに対して、プロジェクトで開発した研修教材を活用して、住民参加コアチームメンバーの講師陣より住民参加に関する研修を行い、CHPS を監理する人材の住民参加促進に関する能力を維持しておくことが望ましい。

IEC 教材

啓発教材開発の活動では、フリップチャートやビデオのドラマ教材を作成した。これらの教材が引き続き活用されるよう地域看護師養成学校（NAP）と准看護師養成学校（NAC）の研修で、コミュニケーションツールの具体的な教材の一つとして紹介するとともに、州・郡の保健プロモーションユニットが、CHPS や保健センターといった現場でこれらの教材の活用方法を指導していくことが重要となる。

(4) 成果外

郡議会連携

郡によって郡議会と郡保健局の関係に差がある。年間活動の計画策定、モニタリングの進捗状況確認などの情報共有が滞っている郡に関しては、郡長を招請して郡単位での連携会議を実施することを検討する。その会議で、郡特有の問題点や課題を抽出して対応策を考えることが肝要である。

8.2 CP 機関の状況や問題と提言

(1) 州保健局、CHPS ユニット

最もプロジェクトの活動と関わりの大きい CHPS ユニットについては、1 人が長期休暇という形で休職したため、代替りの人材が正式に補充されず、残ったメンバーに大きな負荷がかかっていた。CHPS ユニットは現在の活動に加えて、将来的には外部からのスタディツアーを受け入れたりするなどの普及活動も行う必要があり、メンバーの増員が必要である。併せて、同ユニットが現場訪問するための交通手段、燃料費・会議費などの費用を州保健局より確保することが必要である。

(2) 州保健局、母子保健ユニット

州保健局の母子保健ユニットは実施すべき活動に比較し、ユニットの人材が少なく管理体制も未整備の状態である。現在はユニット長を含め 4 人の職員に増員されたが、多忙で研修や活動の定期的なモニタリングの実施や、データの分析をしている時間がない。州保健局は母子保健ユニットが担う各種活動を見直し、それに見合う人材の投入と各職員の職務と命令系統を明確にして組織強化をする一方で、他のユニットに移せる活動があるかを検討する必要がある。郡での助産師現職研修を継続していくには、それを主導する人材の配置と、その人材への州保健局の管理者による支援が重要となる。MNDA-QI についても、継続的な改善を図っていくには、責任者のみに負荷がかかりすぎないように業務環境を整える必要がある。

(3) 州保健局

- CP が主体となって実施される各郡巡回の活動は、プロジェクトから車両の提供で可能となって

いる。プロジェクト終了後は、州保健局自身による車両確保の可否が活動に大きな影響を与えるため、CP 機関は今後の活動の実施方法についてこれらをふまえて十分に検討する必要がある。

- 州保健局では各ユニットがそれぞれ活動を行っているが、CHPS のサービスはすべてを包括するため、CHPS に対し各ユニットからの効果的な支援を補完的に行うためには、それぞれの活動の状況や情報の交換をより密に行うことが望まれる。

8.3 保健分野の現状と課題と提言

- 保険料の還付金の遅れ：NHIS からの保険料の還付金が、長期にわたり保健施設に支払われていない現状について改善が必要である。保健施設にとっては、研修の費用の確保どころか必要な医薬品や医療資材の購入に影響を及ぼす。
- 国による CHO 研修予算の確保：CHPS は国の保健政策の大きな柱で CHO の養成については CHPS 政策の要でもあるため、研修予算を国として確保して継続性を担保する必要があると考える。本プロジェクトが行ったような学校での研修を標準化してコストを削減したうえで、国による教科書の供与、学校のフィーの増額などを決定する必要があると考える。
- 病院や保健センターにおける実習体制の整備：助産師教育の一環として病院や保健センターで実施されている臨床実習の体制を整える必要がある。十分な数の臨床指導者を育てること、臨床指導者に何らかのインセンティブを与えること、学校と保健施設の会議を開き、学生の人数、実習の目的や指導、進捗状況の確認方法などについて十分協議する必要がある。現状では学生は、十分な監督や指導もなく使われていることが多く、必要な基礎技術を身につけないまま助産師になっている者が多い。
- リファラル・フィードバックの促進：FSV レビュー会議では、しばしば亜郡や CHO から、搬送先のフィードバックが得られない問題が報告されていた。亜郡や CHPS レベルでの円滑な活動とモチベーションを維持するために、郡や州からの適切な支援と指導、フィードバックが必要であると考えられる。
- 地方分権化による動向の影響：保健分野における地方分権化の今後の動向は、まだ不透明な状況にある。州連携委員会と州保健局、郡議会と郡保健局がどういった体系のもとで、州内や郡内での母子保健向上に取り組んでいくか、関係者も把握できていない。しかし、今後は州連携委員会や郡議会が核となって保健分野における取り組みを進めていくことはほぼ明白なため、プロジェクトが促進した州連携委員会との連携、郡議会連携のシステムをより一層活用していくことが望まれる。

8.4 類似プロジェクト実施にあたっての教訓や提言

(1) 教訓

プロジェクト運営に関する教訓

公式のマネジメント関連の会議は JCC のみであったが、その前に州保健局との打ち合わせを行うマネジメント会議、さらに下の実務レベルの会議である CHPS ユニット会議を実施して、州保健局とのすり合わせを定期的に行った。このような実務レベルの会議が CP とのスムーズな合意形成や情報共有に役立つ。

団員や現地スタッフを含めると 15 人の大きなプロジェクトであったため、内部での情報共有が必須であった。そのために、定期週間報告書を現地にいる団員が作成して、進行中の活動や問題に

ついて団内で共有した。このような状況共有により、活動の円滑な引継ぎが出来る上、問題について同様の認識を持って対処できるため、トラブルを防ぐことができた。

首都から離れている上、医療施設も整っていない事業地での活動であるため、安全管理は重要な課題であった。地元警察署や病院長への訪問を行い、面識を得た上での協力をお願いして事故や病気の場合に備えた。事故など有事の際の連絡先情報をすべて入れた携帯型カードを団員に配布した。事務所にも連絡先を張り出して現地スタッフにも緊急連絡先の説明を行った。

フィールドでの活動も多かったため、事故に備えて車には衛星電話を搭載して、携帯電話が使えない場合でも連絡が常にできるようにしておいた。また、牽引用のロープやシートなど事故や故障が起きた場合でも対処できるような用意をしておいた。これらは車の故障の際に非常に役立った。

プロジェクト活動に関する教訓

地方でのプロジェクトであるため、中央の担当や情勢が分からなかったり、局長にコンタクトが取りにくかったりした。プロジェクト担当の調整役をGHSに置ければ調整はもっと円滑にできた。

CPの意図や考えをできるだけプロジェクト活動内容に反映させるようにした。結局はCPが継続してやっていくため、CPが最もやりやすい現実的な方法を考慮した。それにより、CPのオーナーシップが高まった。CPは多忙であるため、会議などを設定して皆を一堂に集めて見直しや教材作成を行うと効率的である。

出口戦略は遅くともプロジェクト中盤あたりで、CPとの戦略合意のすり合わせを始める必要がある。できれば活動をはじめる時に出口を見据えた計画があるのが望ましい。プロジェクトでは4年次から出口戦略活動を始めたため、ほとんどが終了時には終了することができた。

出口戦略は、経費がなるべくかからないもの、現実的で実施可能、であることが重要である。例えば国が作成する教材に入れ込む、既存の会議などに入れ込む、回転資金システムを使うことなどである。また、システム構築には時間とお金がかかるため、早いうちから計画を策定して、プロジェクト活動に組み込み、プロジェクト終了時にはシステムが構築されるだけでなく、何回か実施して修正を行い、プロジェクト終了には完成度が高いものができるような計画が必要である。

システムを新たに構築したり、既存のシステムを変更するためには、関係者全員の合意形成が非常に重要となる。当初の段階からすべての計画やアイデアを関係機関と共有して、合意を取ることが後で十分な協力を得てのスムーズな活動につながる。学校へのCHO移管研修や助産師の郡と郡病院での研修では、この合意形成が成功の鍵となった。

(2) 提言

GHS 中央への提言

母子保健の指標改善を目標にする場合は、病院を介入の対象に加える必要がある。妊産婦や新生

児の死亡の多くが病院で発生しているからである。分娩中には予想されない緊急事態も起こるので、地域から病院までの縦のシステムの包括的な対応が必要である。

CHPS データの導入はエビデンスとしてのデータをとるために最優先で行うべき活動と考える。アッパーウエスト州タイプのものをもとに標準化した CHPS データベースを国で開発して全州に導入することを推奨する。

JICA への提言

プロジェクト開始時に日当・宿泊や交通費などの支払基準を GHS と JICA 事務所で決めて合意しておく必要がある。各種活動を実施する際に支払は重要事項であり、プロジェクトと CP の時間と労力を削減するためである。

CP に対する JICA 技プロの精算方式については、事前に十分な説明が必要である。CP が十分にスキームを理解していないと、後々まで誤解が生じる。これは多くのドナーが比較的柔軟に資金を活用できる制度になっているためである。一方で JICA 技プロでは活動計画に従って個々の予算が用意される上、費目が細かく分かれており、それを外れての予算が使えないことを CP がなかなか理解できないという状況がある。

十分なオーナーシップと巻き込みを図るには、プロジェクトデザインの段階から CP の巻き込みが必要である。また、JCC だけでなく幾段階かの会議（州、郡レベル）を PDM のマネジメント会議として年何回か定期的実施することを推奨する。プロジェクトではマネジメント会議を開催して州レベルの合意を形成したが、郡レベルの合意については各活動レベルで行ったため効率が悪かった。

国の研修プログラムを実施、改善していくには中央レベルでの投入が必要である。研修分野の専門家を中央レベルに長期派遣し、現場のプロジェクトでは活動を行う専門家を派遣するプロジェクトのデザインにした方が効果がある。

中央にプロジェクト関係者がおらず、しかも現場ではシャトル型の派遣では GHS 中央や他のドナーの動きを把握することが難しく、効果的な連携が難しい。プロジェクトの現場が中央から離れている場合はなおさらである。

活動に関わる提言

他の研修との日程や参加者の重複を防ぐために、州保健局、各郡保健局や各病院に配置されている研修コーディネーターとより連携し、プロジェクトの研修計画を彼らと共有することで、他の研修との調整が期待できる。

導入するツールは、現場で一般的なうえ管理のための人員確保が容易なものを選択すべきである。プロジェクト終了後は現場の人間が維持管理をしていくこと、また他州にも同ツールを適用する可能性を視野に入れて、維持運営にかかる負担の少ないシステムを構築することが望ましい。

住民参加を進めていくうえで、ドナーや政府が推進したい特定の活動を「啓発」することで、

住民の行動を変えようとするのではなく、PLA ツールや、CHAP などのツールを活用し、住民自身が状況を把握・分析し、なすべき行動を自ら決定できるように支援するアプローチをとることで、住民が自ら工夫し自分たちに必要とされている様々な活動を促進することができる。

郡議会連携活動において、郡議会と郡保健局の横の連携を促進するためには、郡議会の上位機関である州連携委員会を早期の段階で巻き込むことが重要である。州連携委員会が郡議会の活動のモニタリング役として参加することを推奨する。郡レベルの連携活動を州の関係機関と共有することで、郡議会の参画が強まり、より高い効果が得られる。

CHO や CHN をフロント・ワーカーとして能力強化を行ったアプローチは有効であるが、個人の能力でコミュニティの活動レベルが左右されてしまうところが大きい。コミュニティの活動の質を担保するためには、標準的な研修の実施や郡・亜郡からの定期的なモニタリング・フォローを通じて CHO の質を担保することが重要である。

ロジスティックスに関わる提言

プロジェクトの実施運営を進めるうえでは活動計画を可能な限り早めに立て、オフィス内および関係者間で共有することで、各準備を余裕をもって進められるとともに、活動の重複を避けることができる。また、オフィスでの情報共有は壁への貼り出しなどで「見える化」を工夫することで相互にリマインドが行われるなど、確認漏れやミスを防ぐことにも繋がる。

州都となるワでは設備の整った施設がまだ十分にはないため、特に大きな会議や研修を実施する前に現場確認を行うことで、当日の混乱や不測の事態を避けることができる。

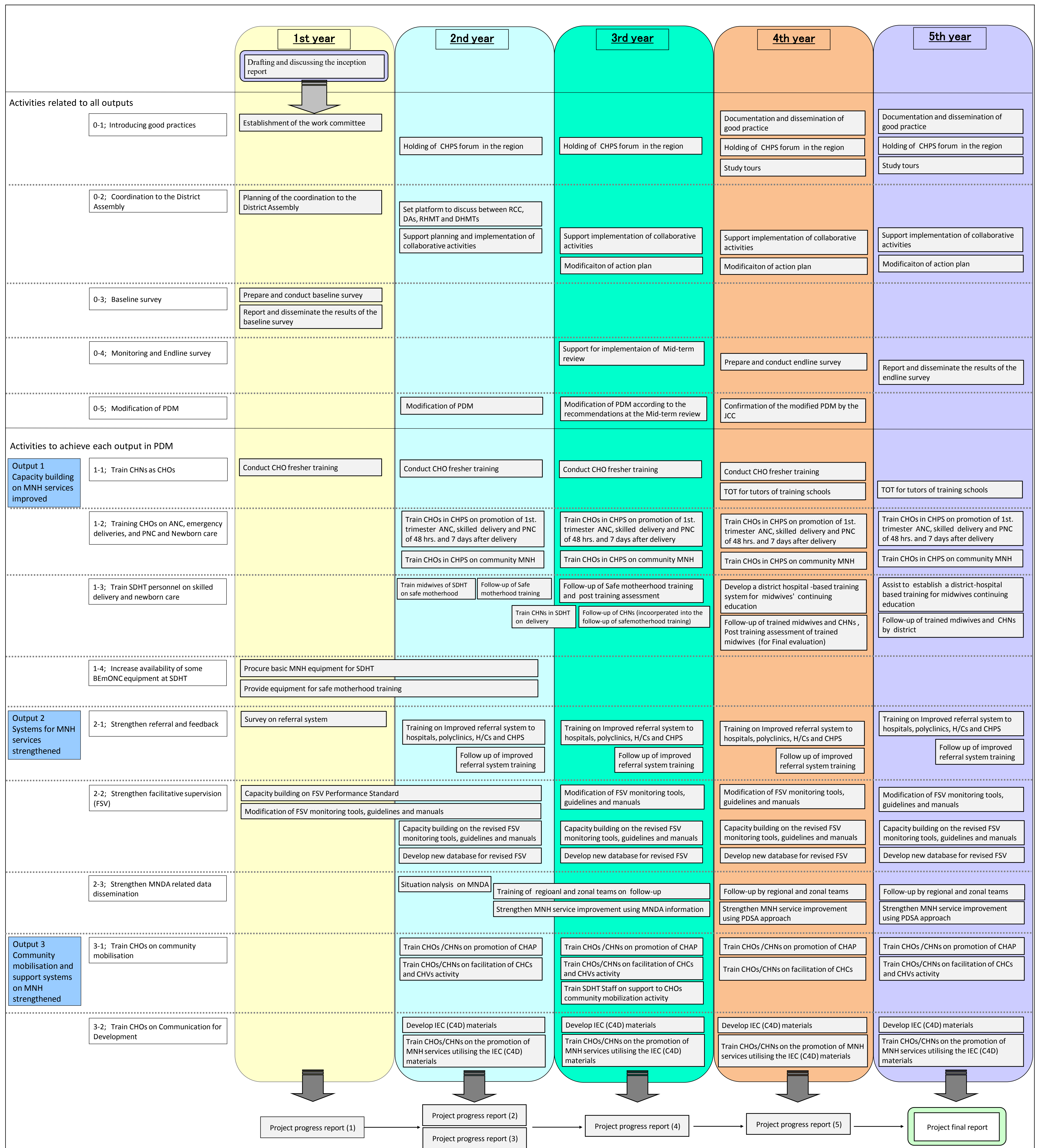
各研修・会議における参加者への日当の支払いを効率的に行うため、プログラム開始時に支払におけるルールを説明しておくことが非常に重要である。また、場合によっては招待状を発送する際に事前情報として添付することが望ましい。

車両移動における安全性の確保に関しては、日頃から安全管理の徹底に尽くすことが大原則である。また、危険性を感じた場合には可及的速やかに原因の究明と改善策の検討に取組み、万が一に備えて対処方法の想定を怠らない事が必須であるといえる。

プロジェクト関係者のワとアクラ間の移動は、首都アクラから約 700 キロメートルという距離と季節による天候の変化も考慮したうえで、車両または航空機を選択するのが望ましい。

添付資料 1 :
作業工程表

作業工程表 (2015年3月改定PDM用)



添付資料 2 :

専門家派遣実績

添付資料 3 :

本邦研修受け入れ実績

本邦研修受け入れ実績

No.	Project Year	Name	Position	Organization	Type of training	Course Title	Period of Training	
							Starting Date	Ending Date
1	1st	Ms. Patricia Sutenga	Midwifery Officer/Assistant Head	Regional Hospital, Wa	Country Focused	Nursing Management of Maternal and Child Health Nursing for African Countries	10 May, 11	23 Jul, 11
2	1st	Mr. Elvis Duffour	Regional Human Resource Manager	Regional Health Directorate, Wa	Country Focused	Health Administration for Regional Health Officer for Africa	28 Jun, 11	13 Aug, 11
3	1st	Mr. Prosper Mwinnyella Lana	Senior Health Services Administrator	Nadowli District Hospital, Ghana Health Service	Country Focused	Health Administration for Regional Health Officer for Africa	28 Jun, 11	13 Aug, 11
4	1st	Dr. Sebastian Ngmenenso Sandaare	AG. District Director of Health	Lawra District Health Service	Country Focused	Workshop on Improvement of Maternal Health for Africa (Focus on MDG5)	27 Sep, 11	22 Oct, 11
5	1st	Ms. Corazon Aquino Awolugutu	Nurse	Hain Health Centre	Young Leaders	Maternal & Child Health Management	05 Sep, 11	22 Sep, 11
6	2nd	Mr. Emmanuel Ormuoh	Disease Control Officer	Sissala West District Health Directorate	Group Training	Enhancement of Community Health Systems for Infection Control	11 Jan, 12	03 Mar, 12
7	2nd	Mr. Alfred Pie Faabie	District Disease Control Officer	Lambussie – Karni District Health Administration	Group Training	Enhancement of Community Health Systems for Infection Control	11 Jan, 12	03 Mar, 12
8	Break period	Mr. Basingnaa Tony	Regional Biomedical Scientist	GHS, Regional Health Directorate	Country/Region Focused	Health Administration for Regional Health Officers for Africa	26 Jun, 12	11 Aug, 12
9	Break period	Mr. Aleungurah Douglas	District Disease Control Officer	Jirapa DHA, Ghana Health Service	Country/Region Focused	Health Administration for Regional Health Officers for Africa	26 Jun, 12	11 Aug, 12
10	Break period	Ms. Wumnaya Rukaya	District Public Health Nurse	Jirapa DHA, Ghana Health Service	Country/Region Focused	Maternal & Child Health Promotion in Public Health for Africa (A)	20 Jun, 12	11 Aug, 12
11	2nd	Dr. Wodah-Seme Richard	Medical Officer	St. Joseph's Hospital, Jirapa,	Country/Region Focused	Perinatal, Neonatal & Child Health Care for African Countries	08 Oct, 12	03 Nov, 12
12	2nd	Ms. Kakariba Cecilia	Senior Nursing Officer (PH)	Issa District Health Directorate	Country/Region Focused	Community Health	18 Nov, 12	02 Dec, 12
13	2nd	Ms. Grace Billi Kampitib	Nutrition Officer	Wa Municipal Health Directorate	Country/Region Focused	Health Promotion and Nutrition Improvement for Women Leaders in Africa	10 Nov, 13	25 Jan, 14
14	3rd	Mr. John Vianney Maakpe	Regional Health Promoter	Regional Health Directorate Wa	Group Training	Information, Education and Communication (IEC) in Health Sector	20 Nov, 13	07 Mar, 14
15	3rd	Mr. Prosper Naazumah Tang	Regional CHPS Coordinator(Assistant)	Regional Health Directorate	Group Training	Health Systems Management for Regional and District Health Management Officers (A)	24 Jun, 14	09 Aug, 14
16	3rd	Ms. Evelyn Belinone	Principal Nursing Officer/District Public Health Nurse	District Health Directorate, Nandom	Group Training	Integrated Nursing Management of Maternal and Child Health for African Countries	11 Jun, 14	09 Aug, 14
17	4th	Dr. Forgor Abdulai Adams	Regional Director of Health Service	Upper West Regional Health Directorate, Ghana Health Service	Country Focused	Multi-Sectorial Approach for Nutrition Policy and Practice	14 Jun, 15	27 Jun, 15
18	4th	Mr. Laryea Richard Nii Adjaye	Senior Development Planning Officer, Regional Planning and Coordinating Unit	Upper West Regional Coordinating Council	Country Focused	Multi-Sectorial Approach for Nutrition Policy and Practice	14 Jun, 15	27 Jun, 15
19	4th	Mr. Musah Ali	Regional CHPS Assistant Coordinator	Regional Health Directorate, Upper West Region, Wa	Group Training	Health System Management for Regional and District Health Management	23 Jul, 15	08 Aug, 15
20	4th	Ms.Sophia Nyireh	Deputy Director of Nursing Service	Public Health Unit, Regional Health Directorate, Ghana Health Service, Upper West Region, Wa	Group Training	Improvement of Maternal Health (Focus on MDG5)	23 Sep, 15	17 Oct, 15
21	4th	Mr. Dari Chrisantus Danaah	Regional Nutrition Officer	Regional Health Directorate / Nutrition, Ghana Health Service, Upper West Region	Group Training	Improvement of Maternal and Child Nutrition	03 Nov, 15	17 Dec, 15

添付資料 4 :
供与機材実績

供与機材実績

医療機材譲渡品リスト

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Unit Price (GHS)	Provider	Transferred Date Plan (D/M/Y)	Receiving Organization	Current status (as of Dec. 2015)
1	1 st	Potable Blood Pressure	Accoson, Aneroid type	65	150.0	Benco	April 2013	Ghana Health Service (GHS)	46 Good 15 Replaced by DHA 1 missing
2	1 st	Stethoscope	Litteman	65	45.0	Benco	April 2013	GHS	58 Good 7 Replaced by DHA
3	1 st	Digital Thermometer	YDT-11	33	5.0	Benco	April 2013	GHS	19 Good 11 Replaced by DHA 2 Battery finished 1 Missing
4	1 st	Digital Fetal Heart Beat Detector	BF 560	54	450.0	Benco	April 2013	GHS	26 Good 2 replaced by DHA 23 needs a new battery (SDHT to buy) 3 missing
5	1 st	Pedal Suction with Vacuum Cup	N/A	33	700.0	Benco	April 2013	GHS	31 Good 2 Bottle broken
6	1 st	Delivery Set	Brand: TRICOMED made in England 1pc Kidney dish (large) 1pc Gallipot (medium) 2pc Artery forceps 1pc Cord Cutting Scissors 1pc Needle Holder (long) 1 pc Mayo Scissor (long) 1pc Tissue forcep tooth 1pc Epistomy Scissors 1 instrument box (300 X 200 X 50)	65	350.0	Benco	April 2013	GHS	All Good
7	1 st	Fetal Stethoscope	Alminum trympnet style	33	6.5	Universal	April 2013	GHS	23 Good 10 Replaced by DHA
8	1 st	Infant Armbubag	Universal Hospital	30	87.5	Universal	April 2013	GHS	59 Good 1 Replaced by DHA

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Unit Price (GHS)	Provider	Transferred Date Plan (D/M/Y)	Receiving Organization	Current status (as of Dec. 2015)
9	1 st	Adult Armbubag	Universal Hospital	40	87.5	Universal	April 2013	GHS	59 Good 1 Replaced by DHA
10	1 st	MVA Plus Kit With cannulas	Ipas	65	59.1	Universal	April 2013	GHS	All Good
11	1 st	Pelvic model for teaching	Ipas	2	872.0	Universal	April 2013	GHS	2 Good
12	2 nd	Delivery table w/ stirrups	Gynea Bed IPASS Model with Straps Stainless Bowl	14	2,950.0	Benco	March 2013	GHS	14 Good
13	2 nd	Trolley with drawers	LK404	60	950.0	Benco	March 2013	GHS	59 Good 1 Missing
14	2 nd	Mayo table	LK4001	60	400.0	Benco	March 2013	GHS	59 Good 1 Missing
15	2 nd	Baby Weighing Scale	S7453	60	51.0	Divine	March 2013	GHS	59 Good 1 Missing
16	2 nd	Drip stand(IV stand)	LK401	60	95.0	Benco	March 2013	GHS	54 Good 5 Replaced by DHA 1 Missing
17	2 nd	Oxygen Cylinder with Trolley including Humidifier/Regulator	Oxygen Cylinder 5 L	82	850.0	Benco	March 2013	GHS	80 Good 2 missing
18	2 nd	Autoclave	YX280	60	1,230.0	Benco	March 2013	GHS	58 Good 1 Replaced by RHA 1 Broken
19	2 nd	Digital Thermometer	YDT-11	27	6.0	Benco	April 2013	GHS	Data combined with those No.3 of this list
20	2 nd	Suction apparatus =Vacuum extractor with cup	JX-1 single bottle 1000ml bottle	28	850.0	Benco	March 2013	GHS	Data combined with those No.5 of this list
21	2 nd	Digital Detal Heart Beat Detector	M60	11	460.0	Benco	April 2013	GHS	Data combined with those No.4 of this list

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Unit Price (GHS)	Provider	Transferred Date Plan (D/M/Y)	Receiving Organization	Current status (as of Dec. 2015)
22	2 nd	Foetal Stethoscope	Poly, stainless steel	27	12.0	Benco	April 2013	GHS	27 Good
23	2 nd	Ambu bag (Infant)	MD107	30	70.0	Benco	April 2013	GHS	30 Good
24	2 nd	Ambu bag (Adult)	MD0656	20	85.0	Benco	April 2013	GHS	20 Good
25	2 nd	Dissecting Forceps (toothed)	N/A	65	35.9	Benco	April 2013	GHS	65 Good
26	2 nd	Dissecting Forceps (non-toothed)	N/A	65	35.9	Benco	April 2013	GHS	65 Good
27	2 nd	Portable light source	LK08	94	27.0	Foka	December 2013	GHS	67 Good 27 Battery to be replaced by SDHT 4 Missing
28	2 nd	Midwife's chair	N/A	60	350.0	Benco	December 2013	GHS	56 Good 4 Missing

供与機材実績

プロジェクト事務所・研修用機材

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
1	1 st	Stabilizer	Info Sec AVR	2	GHS	132.00	Kwatoson's Electricals	JICA/CHPS/OE/001, 002	19/09/2011	Good
2	1 st	Laser Printer (B/W)	HP Laserjet P2055	2	GHS	626.08	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/OE/003, 004	20/09/2011	Good
3	1 st	Scanner	SC HP SCANJET Q2410	1	GHS	152.17	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/OE/005	20/09/2011	Good
4	1 st	Safety Box	Taiyo-connex	1	GHS	450.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/006	20/09/2011	Good
5	1 st	UPS	Socomec 1000 VA	1	GHS	280.22	IPMC	JICA/CHPS/OE/007	23/09/2011	Good
6	1 st	Laptop PC	Toshiba Satellite C660-IEL	2	GHS	900.00	Kwatoson's Electricals	JICA/CHPS/OE/008, 009	23/09/2011	Good
7	1 st	OfficePro 2011	Microsoft	2	GHS	550.00	Kwatoson's Electricals	JICA/CHPS/OE/010, 011	23/09/2011	Good
8	1 st	Photocopier with finisher	Canon IR 3245	1	USD	8,334.77	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/EQ/01	03/10/2011	Good
9	1 st	Projector	Epson Powerlite 1770w	1	GHS	2413.04	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/EQ/02	12/10/2011	Good
10	1 st	Wireless router	D-LINK社のDES1016D	1	GHS	180.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/012	12/10/2011	Good
11	1 st	Office desk	-	6	GHS	250.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/013-018	12/10/2011	Good
12	1 st	Office desk	-	2	GHS	250.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/019, 020	18/10/2011	Good
13	1 st	Office Chair	-	6	GHS	150.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/021-026	12/10/2011	Good
14	1 st	Office Chair	-	2	GHS	150.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/027, 028	18/10/2011	Good
15	1 st	Cabinet	-	2	GHS	370.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/029, 030	14/10/2011	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
16	1 st	Color printer	-	1	GHS	450.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/031	18/10/2011	Out of use
17	1 st	Digital Camera	Sony Cyber-Shot DSC-W510	2	GHS	700.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/032, 033	02/11/2011	Good
18	1 st	Laser Printer	HP Laserjet P2055	1	GHS	750.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/034	02/11/2011	Good
19	1 st	Memory Card (SD Card)	-	2	GHS	70	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/035, 036	02/11/2011	Good
20	1 st	16 port switch	-	1	GHS	180	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/037	02/11/2011	Good
21	1 st	Laptop PC	Toshiba Satellite C660-IEL	2	GHS	1900	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/038, 039	09/11/2011	Good
22	1 st	Optical Mouse	-	2	GHS	30	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/040, 041	09/11/2011	Broken
23	1 st	Surge Protector	-	4	GHS	140	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/042-045	10/11/2011	Good
24	1 st	USB Multi Adopter (Hub)	-	1	GHS	20	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/046	10/11/2011	Good
25	1 st	USB Memory (Flash Memory)	-	2	GHS	60	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/047, 048	15/11/2011	Broken
26	1 st	Battery Jumper	-	2	GHS	80.00	Agya Owusu Ent.	JICA/CHPS/OE/049, 050	17/11/2011	Good
27	1 st	USB Memory (Flash Memory)	-	5	GHS	100.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/051-055	23/11/2011	Broken
28	1 st	Internet Modem	Vodafone	5	GHS	275.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/056, 057, 132-134	07/12/2011	Broken
29	1 st	Internet Modem	MTN	1	GHS	60.00	MTN	JICA/CHPS/OE/058	10/12/2011	Good
30	1 st	Fire Extinguisher	-	1	GHS	150.00	Ghana National Fire Service-Wa	JICA/CHPS/OE/059	16/12/2011	Expired
31	1 st	USB Memory (Flash Memory)	-	5	GHS	100.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/060-064	19/12/2011	Good
32	1 st	Video Camera with accessories	Sony HDR-CX560E	1	YEN	103,143.00	Yodobashi Camera	JICA/CHPS/EQ/03	12/12/2011	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
					YEN	GHS				
33	1 st	Adobe Acrobat X Pro & Photoshop CS5	Adobe	1	YEN	142,309.00	Adobe	JICA/CHPS/EQ/04	14/12/2011	Good
34	1 st	Projector	Epson Powerlite 1770w	1	GHS	2840.00	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/EQ/05	13/12/2011	Good
35	1 st	Laptop PC	Dell latitudeE5520	4	GHS	8800.00	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/EQ/06-09	14/12/2011	Good
36	1 st	Satelite Mobile Phone	Thuraya XT	1	YEN	-	-	JICA/CHPS/EQ/10	-	Good
37	1 st	Satelite Mobile Phone	Thuraya XT	1	YEN	-	-	JICA/CHPS/EQ/11	-	Good
38	1 st	Satelite Mobile Phone	Thuraya XT	1	YEN	-	-	JICA/CHPS/EQ/12	-	Good
39	1 st	Laminating Machine	heat seal H121	1	GHS	350.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/065	10/01/2012	Good
40	1 st	Binding Machine	400Bmasto CWB406	1	GHS	950.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/066	10/01/2012	Good
41	1 st	Shredder Machine	Lv340hs	1	GHS	450.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/067	10/01/2012	Good
42	1 st	Flip Chart Stand	-	2	GHS	500.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/068, 069	10/01/2012	Broken
43	1 st	Tubeless Tire	Maxxis265/70/16	10	GHS	4,000.00	Ahmed Tijani Alhassan	JICA/CHPS/OE/070-079	12/01/2012	Used
44	1 st	Tubeless Tire	Maxxis225/70/16	5	GHS	1,700.00	Ahmed Tijani Alhassan	JICA/CHPS/OE/080-085	12/01/2012	Used
45	1 st	Cover for Pick up	-	1	GHS	250.00	Aronda co LTD	JICA/CHPS/OE/86	13/01/2012	Good
46	1 st	Office desks	-	3	GHS	750.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/87-89	19/01/2012	Good
47	1 st	Office Chairs	-	5	GHS	1,250.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/90-94	19/01/2012	Good
48	1 st	Color printer	CP1025	1	GHS	550.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/95	24/01/2012	Out of use
49	1 st	Projector Screen	-	1	GHS	450.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/96	24/01/2012	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
50	1 st	Stabilizer	-	2	GHS	170.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/97, 98	16/02/2012	Good
51	1 st	Anti-Virus Software	Kaspersky	8	GHS	640.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/99-106	16/02/2012	Expired
52	1 st	OfficePro 2010	Microsoft	5	GHS	3,750.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/107-111	16/02/2012	Good
53	1 st	Cabinet	-	5	GHS	1,850.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/112-116	16/02/2012	Good
54	1 st	Stabilizer	-	1	GHS	250.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/117	16/02/2012	Out of use
55	1 st	USB Memory (Flash Memory)	-	3	GHS	90.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/118-120	12/03/2012	Broken
56	1 st	Video Camera	Sony DCR SR47E	1	GHS	900.00	Kwatoson's Electricals	JICA/CHPS/OE/121	14/03/2012	Good
57	1 st	Car Navigation	-	3	GHS	1,760.00	Starlite	JICA/CHPS/OE/122-124	07/02/2012	Out of use
58	1 st	Cup Board	-	4	GHS	744.00	SPEC Ventures	JICA/CHPS/OE/125-128	22/02/2012	Good
59	1 st	Table	-	1	GHS	135.00	SPEC Ventures	JICA/CHPS/OE/129	22/02/2012	Good
60	1 st	Mobile Phone	Nokia C1-01 Black	1	GHS	90.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/130	02/03/2012	Not seen
61	1 st	Voice Recorder	Olympus	1	GHS	120.00	Techno Mobile Phones	JICA/CHPS/OE/131	03/02/2012	Good
62	2 nd	Mobile Phone	Alcatel OT 306	1	GHS	48.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/132	17/09/2012	Good
63	2 nd	A3 Color Printer	officejet 7000	1	GHS	750.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/133	24/09/2012	Good
64	2 nd	Stabilizer	5000VA	1	GHS	250.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/134	13/10/2012	Good
65	2 nd	Internet Modem	Vodafone	2	GHS	170.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/135, 136	01/11/2012	Good
66	2 nd	Wireless N300 Cloud Router	DIR-605L	1	GHS	200.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/137	07/11/2012	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
67	2 nd	Internet Modem	Vodafone	1	GHS	85.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/138	09/11/2012	Good
68	2 nd	Mobile Desk Phone	Vodafone ETS3053	1	GHS	46.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/139	19/11/2012	Out of use
69	2 nd	Internet Modem	Vodafone	1	GHS	48.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/140	15/03/2013	Good
70	2 nd	Stabilizer	5000VA	1	GHS	300.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/141	28/01/2013	Good
71	2 nd	Speaker Beick Multifunctional Mobile Amplifier system	-	1	GHS	1,000.00	IKTM 77 Enterprise	JICA/CHPS/OE/142	07/02/2013	Good
72	2 nd	Speaker stand	-	1	GHS	120.00	IKTM 77 Enterprise	JICA/CHPS/OE/143	07/02/2013	Good
73	2 nd	Extention cord	3m	3	GHS	90.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/144-146	24/06/2013	Good
74	2 nd	Video Camera	Panasonic V520M	3	YEN	39,600.00	Big Camera	JICA/CHPS/OE/145-147	14/07/2013	Good
75	2 nd	Office desk	wood	1	GHS	600.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/148	03/09/2013	Good
76	2 nd	Office Chairs	Black with arm rest	2	GHS	1,000.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/149, 150	12/09/2013	Good
77	2 nd	Office Chairs	Black	4	GHS	240.00	M.South Zampa Ent.	JICA/CHPS/OE/151-154	17/09/2013	Good
78	2 nd	Office Tables	Folderble	4	GHS	560.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/155-158	17/09/2013	Good
79	2 nd	Office Chairs	Black	2	GHS	120.00	M.South Zampa Ent.	JICA/CHPS/OE/159, 160	19/09/2013	Good
80	2 nd	Office Tables	Folderble	2	GHS	280.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/161, 162	19/09/2013	Good
81	2 nd	Office Tables	-	2	GHS	1,100.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/163, 164	09/10/2013	Good
82	2 nd	Office Chairs	Black with arm rest	2	GHS	1,100.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/165, 166	09/10/2013	Good
83	2 nd	Small Desk	wood	1	GHS	150.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/167	12/10/2013	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
84	2 nd	Shelf	wood	1	GHS	400.00	Karim Furnitures	JICA/CHPS/OE/168	23/10/2013	Good
85	2 nd	Magnetic White Board	mobile	1	GHS	430.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/169	30/10/2013	Out of use
86	2 nd	Flip Chart Stand	mobile	1	GHS	370.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/170	19/11/2013	Good
87	2 nd	Surge Protector	-	1	GHS	40.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/171	21/11/2013	Good
88	2 nd	USB Stick	8GB	1	GHS	35.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/172	25/11/2013	Broken
89	2 nd	Stabilizer	2000VA	1	GHS	300.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/173	26/11/2013	Broken
90	2 nd	Stabilizer	2000VA	1	GHS	250.00	Amazing Grace	JICA/CHPS/OE/174	26/11/2013	Good
91	2 nd	Surge Protector	-	2	GHS		Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/175, 176	27/11/2013	Good
92	2 nd	Extention cord	5m	1	GHS	40.00	Jackons	JICA/CHPS/OE/177-180	27/11/2013	Good
93	2 nd	Shelf	wooden	3	GHS	900.00	Karim Furnitures	JICA/CHPS/OE/181-183	28/11/2013	Good
94	2 nd	A3 Lamination Machine	-	1	GHS	270.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/184	15/01/2014	Good
95	2 nd	PJ Dell Projector 1430X and Projector screen	-	1	GHS	2,265.50	Dealers COS Ltd	JICA/CHPS/EQ/13	-	Good
96	3 rd	Giant Photocopier	-	1	GHS	-	IPMC LTD	JICA/CHPS/EG/14	18/03/2014	Good
97	3 rd	Generator	-	1	GHS	-	SAMIVA LTD.	JICA/CHPS/EQ/15	26/03/2014	Good
98	3 rd	Mobile Desk Phone	Cordless	1	GHS	99.00	Vodafone	JICA/CHPS/OE/186	25/03/2014	Good
99	3 rd	Cabinet	steel with 4 drawers	1	GHS	750.00	Zamp - Plus	JICA/CHPS/OE/187	15/04/2014	Good
100	3 rd	Stabilizer	2000VA	1	GHS	250.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/188	16/04/2014	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
101	3 rd	USB STICK	8 GB	2	GHS	70.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/189, 190	24/04/2014	Good
102	3 rd	Surge Protector	N/A	5	GHS	200.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/191-195	17/07/2014	Good
103	3 rd	Stabilizer	2000VA	1	GHS	270.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/196	19/08/2014	Good
104	3 rd	Laptop PC	LENOVO	2	GHS	6,395.00	SAPROSOFT SOLUTIONS	JICA/CHPS/EQ/16, 17	16/12/2014	Good
105	3 rd	Stabilizer	5000VA	1	GHS	710.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/197	19/12/2014	Good
106	3 rd	Stabilizer	2000VA	2	GHS	660.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/198, 199	19/12/2014	198: Good, 198: Out of use
107	4 th	Stabilizer	5000VA	1	GHS	650.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/200	24/03/2015	Good
108	4 th	Punch	2 Ring	1	GHS	640.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/201	27/06/2015	Good
109	4 th	Projector	Epson EBS18	1	YEN	42,746.00	Big Camera	JICA/CHPS/EQ/20	29/06/2015	Good
110	4 th	Pointer	satechi SP600	2	YEN	7,116.00	Big Camera	JICA/CHPS/OE/202, 203	29/06/2015	Good
111	4 th	USB Memory (Flash Memory)	1GB	1	YEN	1,706.00	Big Camera	JICA/CHPS/OE/204	29/06/2015	Good
112	4 th	USB Memory (Flash Memory)	1GB	1	YEN	1,922.00	Big Camera	JICA/CHPS/OE/205	29/06/2015	Good
113	4 th	Camera	Sony DCR SR47E	2	GHS	485.00	GAME	JICA/CHPS/OE/206, 207	03/07/2015	Good
114	4 th	SD Card	8GB	2	GHS	47.00	GAME	JICA/CHPS/OE/208, 209	03/07/2015	Good
115	4 th	Stabilizer	Digital	1	GHS	450.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/210	07/07/2015	Good
116	4 th	Stabilizer	5000w	1	GHS	550.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/211	12/10/2015	Good
117	4 th	Regulators	2000VA	3	GHS	300.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/212-214	05/11/2015	Good

No	Purchased Year (Project Year)	Description/ Name of Equipment/Goods	Specification/ Standard	Qty	Total Price		Provider	Registration/Labeling Number	Registered Date in Project	Current status (as of Feb 2016)
					GHS					
118	4 th	Regulators	5000VA	3	GHS	650.00	T- Pee	JICA/CHPS/OE/215-217	05/11/2015	Good
119	4 th	Office Chairs	Orange	2	GHS	850.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/218, 219	09/11/2015	Good
120	4 th	Office Chairs	Blue	2	GHS	720.00	Kingdom books and stationery	JICA/CHPS/OE/220, 221	09/11/2015	Good
121	4 th	Projector Screen	portable	1	GHS	305.00	Foka enterprise	JICA/CHPS/OE/222	10/11/2015	Good
122	4 th	Camera	Sony DCR SR47E	2	GHS	650.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/223, 224	11/11/2015	Good
123	4 th	Hard Disk	1 TB	2	GHS	700.00	Jackons Computer Services	JICA/CHPS/OE/225, 226	11/11/2015	Good
124	4 th	Cabinet	steel with 4 drawers	1	GHS	1,500.00	TOSHIDEL SOLUTION	JICA/CHPS/OE/227	23/11/2015	Good
125	4 th	Laptop PC	LENOVO	2	GHS	6,000.00	JACKONS COMPUTER SERVICES	JICA/CHPS/EQ/18, 19	25/03/2015	18: Good, 19: Out of use
126	5 th	Generator	Honda	1	GHS	3,250.00	LA FRANS LIMITED	JICA/CHPS/EQ/21	08/04/2016	Good
127	5 th	Laptop PC	Lenovo Yogo 900	1	GHS	5,950.00	SUNGNUMA COMPUTERS	JICA/CHPS/EQ/22	22/07/2016	Good
128	5 th	Laptop PC	Toshiba Satellite C50	1	GHS	3,800.00	SUNGNUMA COMPUTERS	JICA/CHPS/EQ/23	22/07/2016	Good

添付資料 5 :

現地業務費実績

添付資料 6 :

PDM 改訂第 4 版

PDM

Project Design Matrix Version 4 (19th April 2016)

Project Title: Improvement of Maternal and Neonatal Health Services utilising CHPS system in UWR

Duration of the Project: September 2011 to September 2016, Implementation Agency: Ghana Health Service

Target Area: UWR, Target Group: People living in UWR

Narrative Summary	Indicators	Means of Verification	Assumption
<p><Super Goal> Maternal and Neonatal Health (MNH) status in UWR is improved</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternal mortality ratio is decreased in UWR 2. Neonatal mortality ratio is decreased in UWR 	<p>Statistics of GHS GDHS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Availability of doctors and midwives • Government decentralization policy does not adversely affect district health services • Staff attrition does not affect the implementation
<p>< Overall Goals > (target year 2020) Maternal and Neonatal Health (MNH) services in UWR is continuously improved</p>	<p>By the year 2020, the following indicators are further improved comparing with the status in 2015.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion of clients receiving first trimester antenatal care (ANC) is increased to 90%¹ 2. Proportion of clients receiving skilled delivery in UW region is increased to 80%² 3. Proportion of clients receiving first Postpartum/postnatal care (PNC) within 48 hours is increased to 95%³ 4. Still Birth rate is decreased to 12 / 1,000⁴ 	<p>Routine data / DHIMS Impact survey report MICS GDHS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • National health policy will continue to prioritise MCH issues. • Free Maternal Delivery Policy remains. • National Health Insurance (NHIS) remains

¹ Baseline data : 57%, DHIMS2

² Baseline data : 62 %,DHIMS2

³ Baseline data : 93%, DHIMS2

⁴ Baseline data : 16 /1000, DHIMS2

Narrative Summary	Indicators	Means of Verification	Assumption									
<p>< Project Purpose > (target year: 2015) Improve Maternal and Neonatal Health (MNH) services utilising CHPS system in UWR</p>	<p>By the end of the Project;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion of clients receiving first trimester antenatal care (ANC) is increased to 60%⁵ 2. Proportion of clients receiving skilled delivery in UW region is increased to 70%⁶ 3. Proportion of clients receiving first Postpartum/postnatal care (PNC) within 48hours is increased to 75 % and second PNC within 7days after delivery is increased to 75 %⁷ 4. Coverage and correct use of Partograph and postpartum observation sheet for the first 6 hours amongst applicable cases at SDHT improve to:⁸ <table border="1" data-bbox="663 770 1272 874"> <thead> <tr> <th></th> <th>Coverage</th> <th>Correct use</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Partograph</td> <td>90%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>Postpartum Observation sheet</td> <td>90%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		Coverage	Correct use	Partograph	90%	80%	Postpartum Observation sheet	90%	80%	<p>Routine data/ DHIMS Mid-line survey report End-line survey report</p> <p>On-site follow-up data Post training assessment data</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Socio-economic status of people living in UWR is not worsened drastically • CHPS service coverage is continuously increased • Other health programmes continue in UWR • National Health Insurance (NHIS) remains • SDHT will continue to have Partograph and postpartum observation sheet
	Coverage	Correct use										
Partograph	90%	80%										
Postpartum Observation sheet	90%	80%										

⁵ Baseline data: 25%, average of sampled HCs and CHPS AHC registration

⁶ Baseline data: 53 %, average of questionnaire survey for community

⁷ Baseline data: 33 % within 48 hours and 29 % within 7 days , average of questionnaire survey for community

⁸ Baseline data: Partograph coverage 40%, Correct use 20% (its denominator is the numbers of SDHT observed) , Postpartum observation sheet: coverage 0%, correct use 0% (1st Follow-up data 2013)

Narrative Summary	Indicators	Means of Verification	Assumption
<p>< Outputs > 1. Capacity building on MNH services improved</p>	<p>1-1 By 2015, Target number of trainee completed CHO fresher training is achieved. • CHN : 240</p> <p>1-2 By 2015, Target number of trainee completed CHO refresher on CHOs at CHPS for ANC, emergency deliveries, and PNC training is achieved. • CHO : 341</p> <p>1-3 By 2015, Target number of trainee completed safe motherhood training is achieved. • SDHT personnel : 95</p> <p>1-4 By 2015, Planned medical equipment is delivered to SDHT</p> <p>1-5 By 2015, tutors of the training schools of health workers are trained to conduct the theory session of the CHO fresher training.</p>	<p>Project monitoring reports</p> <p>Project monitoring reports</p> <p>Project monitoring reports</p> <p>Project monitoring reports Receipt for equipment by RHMT</p> <p>Project monitoring reports, Training report</p>	<ul style="list-style-type: none"> District Assemblies and other development partners remain committed to health improvement as a key development goal.
<p>2. Systems for MNH service strengthened</p>	<p>2-1_Strengthen referral and feedback</p> <p>2-1-1 By 2015, Target number of trainee completed Referral/counter-referral training is achieved. • CHO, SDHT in charge, Hospital : Total 20 per district</p> <p>2-1-2 By 2015, Implementation rate of using the revised tools and methods is more than target rate. • Hospital : 80% • SDHT : 80% • CHPS : 80%</p>	<p>Project monitoring reports</p> <p>End-line survey report</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quality of service provided by health centres, district/regional hospitals is maintained/ improved

Narrative Summary	Indicators	Means of Verification	Assumption
	<p>2.2. Strengthen Facilitative Supervision (FSV)</p> <p>2-2-1 By 2015, Target number of trainee completed FSV training is achieved.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHO: 341 • SDHT: 195 (3 personnel per HC) • DHMT: 110 (10 personnel per District) • RHMT: 28 (80% of total 35) <p>2-2-2 By 2015, implementation rate of monitoring using the revised tools and methods of FSV is more than targeted rate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FSV by RHMT over DHMTs : 100% • FSV by DHMTs over SDHTs : 80% • FSV by SDHTs over CHOs : 50% <p>2.3. Strengthen Maternal, Neonatal, Death Audit (MNDA)</p> <p>2-3-1 By 2015, Training of regional MNDA team and zonal MNDA teams will be conducted in the third year. In total 4 times.</p> <p>2-3-2 By 2015, Follow up by the regional and zonal MNDA team will be conducted half yearly after the training.</p>	<p>Project monitoring reports</p> <p>End-line survey report</p> <p>Project monitoring reports</p> <p>Project monitoring reports</p>	
<p>3. Community mobilization and support systems on MNH strengthened</p>	<p>3.1. Train CHOs on community mobilization</p> <p>3-1-1 By 2015, Target number of trainee completed CHO refresher training on Community mobilization is achieved.</p> <p>CHO : 341</p> <p>3-1-2 By 2015, number of CHPS zones with Annually Updated Community Health Action Plan (CHAP) is increased to 80.</p> <p>3-2-1 By 2015, Local IEC materials for community promotion is developed.</p> <p>3-2-2 By 2015, Target number of trainee completed CHO refresher training on MNH service promotion utilizing local IEC materials is achieved.</p> <p>CHO : 341</p>	<p>Project monitoring reports</p> <p>End-line survey report</p> <p>IEC materials</p> <p>Project monitoring reports</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traditional leaders remain committed to health behavioural change of people.

<Activities >	< Inputs >	
<p>Activities related to all outputs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducing Good Practice <ul style="list-style-type: none"> ➤ Documentation and dissemination of good practice ➤ Conduct study tours ➤ Organize forums ➤ Create a library package (display materials) for good practice collection • Coordination to the District Assembly <ul style="list-style-type: none"> ➤ Set platform to discuss between RCC, DAs, RHMT and DHMTs ➤ Support planning and implementation of collaborative activities ➤ Support monitoring of the collaborative activities • Baseline survey <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prepare and conduct baseline survey ➤ Report and disseminate the results of the baseline survey • End line survey <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prepare and conduct end-line survey ➤ Report and disseminate the results of the end-line survey <p>Activities for output 1: Capacity building on MNH services improved</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Train CHNs as CHOs <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Conduct CHO fresher training 1.1.2. Develop Training of Trainers(TOT) materials and conduct TOT training for tutors of the training schools of health workers 1.2. Training CHOs on ANC, emergency deliveries, and PNC and Newborn care <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. Train CHOs in CHPS on focus ANC, protocols and standards 1.2.2. Develop project specific checklist on ANC 1.2.3. Establish birth preparedness plan for ANC clients 1.2.4. Train CHO on emergency delivery skills and newborn care 1.2.5. Train CHO on PNC 1.3. Train SDHT personnel on skilled delivery and newborn care <ol style="list-style-type: none"> 1.3.1. Train midwives of SDHT on safe motherhood 1.3.2. Train CHOs of CHNs on SDHT where there is no midwives on safe delivery 1.4. Increase availability of some BEmOC equipments at SDHT <ol style="list-style-type: none"> 1.4.1. Procure basic MNH equipment for SDHT 1.4.2. Provide equipment for safe motherhood training 	<ol style="list-style-type: none"> 1. The Japanese Side: <ol style="list-style-type: none"> 1) Experts <ul style="list-style-type: none"> • Chief Advisor • MCH • Referral • FSV • Community health planning • IEC • Project coordinator • Health information • Others 2) Equipment <ul style="list-style-type: none"> • Medical equipment • Vehicles • IEC equipment • Office equipment • Training equipment 3) Training in Japan <ul style="list-style-type: none"> • MCH 4) Budget of operation 2. The Ghanaian Side: <ol style="list-style-type: none"> 1) Ghanaian Counterparts <ul style="list-style-type: none"> • Regional health directorate • District health directorate • Sub district health teams • Community Health Officers • Regional/district hospitals 2) Office Space 3) Budget for operation 	<ul style="list-style-type: none"> • Trained staff continues to work in UWR. • GHS's priority for UWR remains to be high <p>-----</p> <p>< Pre-conditions ></p> <ul style="list-style-type: none"> • Human and financial resource to start the project is secured • Traditional leaders are positive for project activities

<Activities >	< Inputs >	
<p>Activities for output 2: Systems for MNH service strengthened</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Strengthen referral and feedback <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1. Improve the utilisation of referral register and referral formats 2.1.2. Improve referral feedback on sick mothers and children 2.1.3. Improve capacity of health facilities in referral feedback after delivery 2.1.4. Strengthen function of referral coordinators 2.2. Strengthen Facilitative Supervision (FSV) <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1. Capacity building on FSV Performance standard 2.2.2. Modification of FSV monitoring tools, guidelines and manuals 2.2.3. Capacity building on the revised FSV monitoring tools, guidelines and manuals 2.2.4. Develop new database for revised FSV 2.2.5. Strengthen utilisation of results of FSV 2.3. Strengthen Maternal, Neonatal, Death Audit (MNDA) <ul style="list-style-type: none"> 2.3.1. Facilitate MNDA related data dissemination 2.3.2. Strengthen MNH service improvement using MNDA information <p>Activities for output 3: Community mobilization and support systems on MNH strengthened</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1. Train SDHT personnel/CHOs on community mobilization <ul style="list-style-type: none"> 3.1.1. Train SDHT personnel/CHOs/CHNs on promotion of CHAP 3.1.2. Train SDHT personnel/CHOs/CHNs on facilitation of CHCs and CHVs activity 3.1.3. Train SDHT personnel/CHOs/CHNs on improvement access to health service 3.2. Train CHOs on Communication for Development <ul style="list-style-type: none"> 3.2.1. Develop IEC (C4D) materials 3.2.2. Train CHO/CHN on the promotion of MNH services utilizing the IEC (C4D) materials 		

添付資料 7 :

郡講師養成研修報告書



Training of Trainers for District Hospital-based in-service Training of Midwives

Training Report

(Combined report of Group 1 & 2)



*GHS-JICA Project for Improvement of Maternal and Neonatal
Health Services utilizing the CHPS System
in the Upper West Region*

May 2016

Table of Contents

Table of Contents	2
1. Introduction.....	3
2. Objectives of the training.....	3
3. Participants	3
4. Facilitators	4
5. 5	
6. Observers	5
7. Methodology of the training	5
8. Course outline/programme	6
9. Attendance of Participants.....	6
10. Description of Proceeding	6
11. Course evaluation by participants.....	12
11. Facilitators evaluation	14
12. Conclusion	14
Annex 1: Participants' list	16
Annex 2: Program of TOT	17

1. Introduction

The Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the Upper West Region supports the capacity development of midwives working at the Sub-District level with aim to improve the services provided at health facilities, particularly at the health centres and CHPS. This district hospital based training is a new strategy to establish a sustainable continuing education program for such midwives by bringing the training closer to where they work in a less intensive manner. Therefore, the training for trainers and supervisors for each districts is essential for them to be able to conduct their own district based training at the hospital for the midwives in service.

As the district-based training was to be rolled out to all of the 11 districts before the Project ends, following a successful pilot training in 2105, each district send their candidates to be trained as district trainers. Because of the large number and the monitoring capacity of the reproductive and child health unit/the Project, the training was conducted in 2 groups, the first group form March 28 to April 1 2016, and the second one from 17th to 20th May 2016, at the In-Service Training Center, Wa. The training lasted for 4 days.

2. Objectives of the training

The 4-day training had focused on the organization and coaching/facilitating skills so that the new trainers can handle the new program with the following specific objectives. This is because the most of the participants were already trained and assessed for the safe motherhood clinical skills to be competent.

- 1) To understand the ‘Think and Act’ strategy of training midwives
- 2) To clarify the training program and organization of the District Hospital-based Training
- 3) To assess the candidates’ knowledge and skills on the Safe Motherhood subjects
- 4) To learn the training methodology and materials
- 5) To practice facilitation and coaching
- 6) To confirm trainers to be
- 7) To decide on facilitators and supervising facilitators’ allocation for the training
- 8) To prepare some training models

3. Participants

Thirty four midwives were training in total, of them 16 were in the first group of the district trainers training, and the rest in the second group. Most of the midwives reported a day before the training as indicated in the pre information/invitation letters for the training except for those from Wa Municipal who report on the first day of the training. Accommodation and

feeding was provided by the GHS/JICA Project. (See annex 1 for the participants' list)

Table 1: Summary of Participants by Districts (Midwives)

District	Numbers trained (Total)			Remarks
	Total	Hospital	HC	
Sissala East	3	2	1	
Sissala West	3	2	1	
Wa Municipal	4	0	4	No district hospital
Wa West	3	1	2	1 more trained last year
Wa East	3	0	3	No district hospital
DBI	2	0	2	No district hospital
Nandom	3	2	1	
Lambussie	3	0	3	No district hospital
Nadowli	4	1	3	2 more trainers in the hospital trained last year
Jirapa	2	1	1	3 trained last year (1 retired)
Lawra	0	0	0	5 trained last year
Regional hospital	4	4	0	
Total (trained in 2016)	34	13	21	11 trained in 2015

Note: Shaded districts were pilot hospitals in 2015

Besides the midwives, training coordinators and Public health nurses from each district were invited and all from the 8 districts which will be conducting the training for the first time have attended the training together with midwives. This was important so that they all work as team and the trainers to have support from the hospital and the district. DPHNs are expected to conduct the on-site monitoring after the training with some of the trainers.

4. Facilitators

The following facilitators were allocated during the pre-training meeting held on March 18, 2016, for the first group and May 12, 2016 for the second group. However, due to the conflicting of numerous activities, some of the facilitators changed their assignment during the actual conduct of training. This time, 2 young facilitators were included in the tem of facilitators, who performed well during the pilot in 2015.

The facilitators discussed the organization of the training, review of all training materials and clarify responsibilities of each person. Facilitators who took part in the training of trainers are as follows;

Table 2: List of facilitators

#.	Facilitators	Position/place of work
1	Mrs Celina Naah	PNO - Jirapa Hospital (Retired)
2	Ms Nusrat Issah	PNO- Reg. Hospital
3	Mrs Lois Apasera	PNO-PH, RHA
4	Mrs Cynthia Yenkangy	PHN- RHA
5	Ms Rita Donchiir	Lawra Hospital
6	Ms Portia Bamuah	Jirapa hospital (2 nd group only)
Organisers/Support Staff		

1	Ms. Shoko Saito	MNH Expert – GHS/JICA Project
2	Mr Daguah Samuel	Project Coordinator- GHS/JICA Project
3	Ms Janet Mangu	RCH
4	Mr Abdul-Wahid Dawono	Health Promotion

5. Observers

Some of the facilitators and preceptors at the Regional Hospital attended the training as observers. The list is as attached below. However, these facilitators on some of the days were used to assist in the facilitation and coaching of the trainees. They also participated in the clinical skills assessment stations.

Table 3: Observers of the training

#	Name	Position/Place of work
1	Ms Faustina Suglo	PMO- Reg. Hospital
2	Ms Sophia Kapihah	PNO - Reg. Hospital
3	Ms Meiri Haruna	PMO- Reg. Hospital
4	Ms Christina Dery	Regional Hospital
5	Ms Sophia Nyireh	DPHN
6	Ms Julliatta Saanwaa	Wechiau Hospital
7	Mrs Paula Baayel	CNO

6. Methodology of the training

The training of trainers for the district base training of midwives lasted for four (4) days. Among other activities carried out, included the following outline/methodologies:

- Presentation of the approach of midwives in-service training
- Knowledge confirmation test
- Clinical skills assessment
- Model making (placenta model and uterus model making)
- Demonstration on facilitating case studies
- Understanding of training materials
- Assessment of partograph and immediate postpartum observation
- Practice and video feedback on facilitation
- Clinical coaching skills
- Evaluation of training by participants

The participants were encouraged to refer to the national protocol and job guides when they need to find answers rather than being passive to what they were taught. The training was made in a way as much as close to the real training situation in the hospital.

7. Course outline/programme

The course will last over a period of 4 days taking trainers through a comprehensive and analytical learning process. The programme was designed to explain the approach of midwives training, responsibilities of all involved (DHA, Hospitals and the RHMT). Furthermore, there was skills assessment on essential practices and knowledge related to basic case management. Also, practical work such as the model making- uterus and placenta models (see annex 2 for programme of District ToT)

8. Attendance of Participants

Most of the participants reported to the training center as invited. However, a few number reported late due to some reasons such as; late notification of the training, transportation problems among others. The Project provided accommodation and transport for the training

9. Description of Proceeding

a) Opening ceremony

The training was opened by the Deputy Director Nursing Services and the Chief Nursing Officer. They both recognized the relevance of the training and encouraged trainers to be involved as they have been given the opportunity to be trainers. They were encouraged them to use the opportunity to coach others as required and they were particularly concern with the adherence of protocols such as partograph and immediate postpartum observation.

b) New approach to midwives training

The safe motherhood training has been conducted by the region with the aid of external funds such as support from UNFPA, MAF, JICA among others. However, trainings were stopped when funds finished, thus training was not conducted in a systematic manner.

As a result, the conventional safe motherhood training method probably did little to really develop the capacity of midwives to provide quality care. Training was:

- intensive – many participants got tired
- too many lectures – one-way teaching
- skills oriented, not encouraging to be analytical
- hectic clinical practices – too many participants at the clinical setting
- training and actual work setting are too different
- although midwives learnt a lot and achieved the competency level at the end of the training, it does not seem to have produced long lasting effect on midwives' practices.

It was also observed in the post training follow-up include;

- Midwives do not take note on abnormal findings-thus no action taken
- The level of skills reverts to the pre-training level
- These indicate that midwives do their work routinely without analyzing why they do what they do

These indications revealed the need to re-strategize how in-service training for midwives so as to have a positive lasting impact on the care they provide. In order to device the training methodology for midwives, the safe motherhood trainers thought of what kind of midwives is required in the region, hence the title ‘Midwives who think and act’.

The training should develop and enhance the analytical capacity of midwives for appropriate clinical decision making and action, so that midwives can provide quality care to all the clients. The characteristics include:

- District-hospital based
- Once a week over 10 learning sessions and one-to-one supervised clinical practical sessions
- Two follow-up visits by district trainers/DPHN
- Funding shared by DHA, hospital and midwives.
- Each midwife to go through once every 2 years

c) Organization of the district based programme

The training at the districts will last for 10 learning days over three months. See programme below

Table 4: General programme of the training

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Every week one learning day (LD) of 5 hours of clinical sessions and/or discussion ➤ To finish all program in 3 months. 		
Learning Day	1	Pre course assessment
	2	Providing Quality Care
	3	Focused Antenatal Care
	4	Antenatal complications
	5	Care of woman in labour
	6	Complications in labour
	7	Newborn Care
	8	Postnatal care
	9	Maternal and Neonatal Deaths Audits
	10	Post course assessment
Supervised one-to-one clinical sessions for 2 times (or more if participants have not reached the competency level)		

- Participants are selected by the district.

- They are all trained for safe motherhood training 1-2 years before, and needing refresher, as well as new midwives.
- It is up to 10 midwives per training session per hospital.
- Training done at the hospital
- Training room needs chairs and tables (or something to help participants to write down), flip charts and markers of various colors. White board if available.
- On the first and last learning will require at least four tables for clinical skill assessment.
- Prepare for opening and closing
- ANC, Maternity ward and delivery room will be utilized for the training.
- The training starts at 8 am and finish at 2 pm (in reality, more like 9am-3pm)
- Hospitals to organize the meals for both participants and facilitators (including supervising facilitators)
- Unless midwives are from a faraway HC, it is not necessary for accommodation.
- Should it be needed, the hospital and DHA to work out how to provide the accommodation
- DHA and Hospital to work out the level of incentives and negotiate with facilitators before the training starts
- Training material development and initial supply of such materials
- Training of trainers
- Monitoring of the training. (supervising facilitators' honorarium and transport will be paid by the Project. But we ask for meals to be provided by the hospital)
- Meetings pertinent for the training facilitated by the Project

d) Knowledge assessment test

The trainers were assessed in their level of knowledge for 45 minutes. The answers were checked and clarification made. Each trainer was paired with a facilitator to make the clarifications. The benchmark for the test was 80%. Trainers who did not score the benchmark and above, were asked to repeated the test until such score is attained. See table below of the scores at the second trial.

The knowledge test of this training requires a higher level of competence as it includes not just multiple choice questions but many short answer questions and reasoning. Thus, the most of the participants found it very different from the tests they were used to, and found the allocated short. As consequence, many didn't do well in the first trial. Poor performance at the pre-test was worrisome, but as the days went by the participants revealed their competence.

e) Pre-course assessment

As the number of participants was large, those, who passed in all of the clinical skill assessments in November-December 2015, were exempted from this assessment. Those exempted were assigned for model making – uterus and placenta models while the rest

underwent the clinical skills assessment. Each participant was examined in 9 different clinical skills areas including ability to plot and interpret partograph.

Clinical Assessment Areas

- i. Antenatal Examination
- ii. Vaginal Examination
- iii. Active Management of Third Stage of Labour– AMTSL
- iv. Newborn Resuscitation
- v. Manual Removal of the Placenta
- vi. Condom Tamponade
- vii. Laceration repairs
- viii. Discharge orientation
- ix. Helping mother to breast feed

Some didn't pass the skill assessment, and they were asked to repeat until they passed and assessed as competent. For some reasons, the first group struggled in many areas and none has passed in all the skill areas in the first trial. However, all passed in the second trial. The second group have better performed in the first trial and not many had to repeat the assessment, while the assessors and check lists used were the same. The reasons for such difference were not very clear. The following table shows the summary of the results of two groups in their clinical skills assessment.

Table X: Summary of results of assessments (34 participants)

Item	Score		# of Participants	Remarks
	Average	Min-Max		
Knowledge	96	(85-100)	34	24 participants passed after 2nd trial
Partograph	92	(82-97)	17	Only 17 participants for group 2 were examined & all passed in 1st trial
Clinical skills				
ANC	93	(81-100)	22	7 participants passed on 2nd trial
NB Resuscitation	93	(83-100)	22	10 passed in 2nd trial
Manual removal of Placenta	91	(80-100)	22	7 passed in 2nd trial
Laceration Repair	90	(81-98)	22	5 participants in group 1 & 7 in group 2 passed in 2nd trial
Vaginal Examination	91	(80-100)	22	10 participants in group 1 passed after 2nd trial
PPH	98	(89-100)	22	6 passed in 2nd trial
Condom Tamponade	95	(85-100)	22	7 passed in 2nd trial
AMTSL	91	(80-100)	22	2 participants passed in 2nd trial
Discharge Orientation	91	(80-100)	22	6 passed in 2nd trial
Breast feeding	94	(85-95)	22	9 in 2nd trial

f) Model making (Group 2)

The second group of the trainers were tasked to make uterus model and the placenta and

membrane model for training. This practice was intended to encourage trainers to continue the practice of manual removal of placenta and other skills even when actual cases are not available.

	
<p>Uterus model making</p>	<p>Placenta & membrane model making</p>

g) Clinical coaching practice

Participants were taken through the checklist for the assessment of skills stations. This included how to use the tool to assess, coach and guide midwives during the district hospital training. Also were the procedure in order of assessment and the scoring instruction and scoring for each of the procedure scored.

In addition to the clinical skill assessment tool, some other forms (reflection sheet on coaching/ on being coached) were used to learn how to best coach clinical skills to others by each trainer taking turns while being observed by the facilitators and sharing of feedback.

Antenatal Examination (To be used by Clinical Trainer)				
Participant:.....		Date:.....		
Instruction: Rate the Performance of each task/activity observed using the following rating scale:				
Satisfactory: 2 Performed the step or task according to the standard procedure or guideline				
Unsatisfactory: 1 Unable to perform the step or task according to the standard procedure or guideline				
Not observed: 0 Step or task or skill not performed by participants during evaluation by clinical trainer				
STEP/TASK		2	1	0
1	Asks the client how she is			
2	Take obstetric, medical and social history			
3	Prepare area and materials necessary for physical examination			
4	Explain and get consent from the client before performing procedures			
5	Ensure privacy			
6	Wash hands			
7	Communicates with the client throughout the procedure			

Procedure
in order

Scoring
instruction
and scoring

Figure 2: How to use the clinical checklist

The check lists are also used in the analysis of the group performance by aggregating how many did score 2, 1 or 0 for each assessing point in order to identify the weaknesses among the participants. Such information will be useful for preparing the clinical sessions in the actual training in the hospital.

h) Understanding the contents of the learning days

The participants were informed that the methodology of the training was participatory and involved lot of thinking from the participants. Also the use of reference materials, no presentation but many exercises, case studies and clinical practice including homework for each learning days were explained.

The training materials for this category of training included:

- Pre and post knowledge test
- Clinical skills checklists
- Partograph test (plotting and interpretation)
- Training guide and participant’s worksheet

The participants looked overwhelmed when the content of each learning day was explained using both facilitators guide and the participants worksheet. It is important for them to understand the philosophy behind of the particular training method, structure and contents of the guides. It is expected that the participants acquire better grip of the whole training materials as they practice their coaching and facilitation in the training which they organize themselves.

i) Practice on facilitation and video feedback

Participants were tasked to prepare a case study each of related topics in safe motherhood for presentation and videoing for 10 minutes in order to aid the sharing of feedback to presenters/trainers. All participants performed up to task, the however, a technical problem caused the loss of some recording. This resulted in repeat of the exercise for only 5 trainees for the videoing. In the second group, all presentations were recorded. Despite such a technical problem, all participants appreciated the feedback given by the fellow participants and facilitators. It gave an opportunity to see themselves how they talked, presented and passed the messages and reflect upon their performance so that they can improve their facilitation skills.

The list of topics participants chose from included the following:

- 5 steps of clinical decision making – using a case of ANC & PNC (2)
- Instrument processing
- Calculating AOG
- How to use partograph
- How to use IPO
- Case on anaemia
- Case on pre-eclampsia
- Case of pre term labour
- Case on PPH
- Case on asphyxiated baby and prevention
- Case of a maternal death
- Immediate postpartum for mother and baby



Presentation on instrument processing



Presentation of clinical decision making

10. Course evaluation by participants

Participants evaluated the overall training on the fourth day of the training. As shown in the table (table 7) below, they all rated that the training met their objectives and were satisfied.

However, some of the participants (9% and 5%) rated the pre-training information provided to them to be fair and poor respectively. They suggested that information on such training should always be given early to prepare participants adequately for the content of the training.

Table 7: Evaluation results by participants (N=46)

Education Aspect		Good	Fair	Poor
A	The programme objectives were met	46 (100%)		
B	The program met my personal objectives	45 (98%)	1 (2%)	
C	Content of the training was relevant to my present job	42 (91%)	4 (9%)	
D	The training method used were	46 (100%)		
E	The pre-training information were	40 (87%)	5 (11%)	1 (2%)
F	Organization of the Programme	42 (91%)	4 (9%)	
G	Content of learning materials were	46 (100%)		

Majority of the participants considered all topics covered were relevant. Participants also listed some topic areas where they thought to have acquired new processes and procedures of practices during the training as show in the table below. Although many topics were covered already in the Safe Motherhood training, it was more revealing this time because of the way they were taught. Coaching, which was the main subject of this training, didn't show up strong point in the evaluation. This may be caused by the participants were not quite fully understood their new roles as trainers. As in other part of the evaluation, the pre-training information should be improved so that the participants were very clear of the training objectives.

Table 8: Topics relevant to their work (N=46)

Essential newborn care	28(61%)
Plotting and interpretation of partograph	21(46%)
Management of PPH	35 (76%)
Antenatal and postnatal cere	25 (54%)
Mgt of labour	24 (52%)
Maternal and neonatal death audit	19 (41%)
Management of ANC complications	17 (37%)
Newborn resuscitation	26 (57%)
Discharge orientation	15 (33%)
Immediate postpartum	11 (24%)
Intrapartum care	9 (20%)
Coaching skills	19 (41%)

In respect to the duration of the training, 80% of the participants though training period/duration was just right/adequate, 13% were of the view that, it was too short, however

did not suggest time for the training. Another 7% of the participants suggested the training was long but did not also suggest a time for consideration.

Table 9 Duration of the training programme (N=46)

Duration of the Programme		Rating
A	Too long	3 (7%)
B	Too short	6 (13%)
C	Just right	37 (80%)

On the aspect of assessment, the social/administration content of the training, the following table (table 9) represent participants concerns in respect to reception, accommodation and meals arrangement.

Table 10: Assessment the social and administrative aspect of the training (N=46)

Social aspect/Administration		Good	Fair	Poor
A	Reception on arrival	43 (93%)	2 (4%)	1 (2%)
B	Accommodation	34 (74%)	11 (24%)	1 (2%)
C	Training / Conference room	44 (96%)	2 (4%)	
D	Meals	22 (48%)	23 (50%)	1 (2%)
E	Administrative support	34 (74%)	12 (26%)	

11. Facilitators evaluation

Apart from the technical problem in the video-recording during the 1st batch training, the rest of the program went well in general. Some topics have run out of the time. Such a case was dealt with by starting the next day early. Due to conflicting schedule of many activities, some facilitators were not able to facilitate as planned. However, the facilitators as team managed to ensure the smooth running of the training.

The facilitators will be assigned as supervising facilitators once the training starts at the district. They were grouped per hospital and reoriented on their roles and schedules of their supervision. The reporting forms were given and explained. Any question was clarified so that they were ready for monitoring the district-based training.

12. Conclusion

The training of district trainer came to close on the fourth day. Participants evaluated the training as presented in '10. Evaluation: course evaluation by participants'. They were all asserted to have successfully completed the four-day training. All participants were able to meet the benchmark in the clinical skills assessment and the knowledge test.

Annex 1: Participants' list

District-based in-service Training for Midwives List of Participants for TOT of District Trainers

#	Name	District	Facility
Group 1 (March 28- April 1, 2016)			
1	Lucy Nibe0nga	Wa Mun	Charingu HC
2	Shameema Dawood	Wa Mun	Urban HC
3	Alice Diedong	Wa Mun	Bamahu HC
4	Martha Bantie	Wa Mun	Urban HC
5	Hawa Genevieve	Sissala East	Tumu Hosptal
6	Hajuowie Daho	Sissala East	Tumu Hosptal
7	Salamatu Kanton	Sissala East	Kulfuo
8	Dora Amidu	Sissala West	Gwollu Hospital
9	Theresa Ziebanye	Sissala West	Gwollu Hospital
10	Bertha Kyiilenyang	Sissala West	Zini HC
11	Naomi Anabila	Wa West	Wichau Hospital
12	Gladys Maaya	Wa West	Dorimon HC
13	Vivian Gbevilla	Wa West	Gurungu HC
14	Hawa Brainah	Wa Municipal	Regional Hospital
15	Sophia Dewone	Wa Municipal	Regional Hospital
16	Patricia	Wa Municipal	Regional Hospital
Group 2 (May 17-20, 2016)			
17	Rita Samani	Jirapa	Tizza HC
18	Vivian Gbang	Jirapa	Jirapa Hospital
19	Edwina Saawele	Lambussie	Lambussie Polyclinic
22	Faustina Dogkuuwie	Lambussie	Hamile HC
23	Osman Habiba	Lambussie	Samoa HC
24	Sulemana Ateeka	Nandom	Nandom Hospital
25	Sarpong Albert	Nandom	Nandom Hospital
26	Sorbob Beatrice	Nandom	Gengenkpe HC
27	Patience Dandeebo	Nadowli	Kalsegra HC
28	Beatrice Bawuokuu	Nadowli	Jang HC
29	Angelina Domanye	Nadowli	Takpo HC
30	Rev. Sis. Edith	Nadowli	Immaculate Conception-Kaleo HC
31	Grace Yendor	DBI	Kojokpere Hc
32	Felicia Basoglee	DBI	Daffiama HC
33	Judith Bayong Damah	Wa East	Funsi HC
34	Asheeka Issahageo	Wa Municipal	Regional Hospital

Annex 2: Program of TOT

District Trainers' Training for District –based Continuing Education of Midwives 'Think and Act'

29 March – 1 April 2016
Venue: In-service training center, Wa

Objectives:

- 1) To understand the 'Think and Act' strategy
- 2) To clarify the training program and organization of the District Hospital-based Training
- 3) To assess the candidates' knowledge and skills on the Safe Motherhood subjects
- 4) To learn the training methodology and materials
- 5) To practice facilitation and coaching
- 6) To confirm trainers to be
- 7) To decide on facilitators and supervising facilitators' allocation for the training
- 8) To prepare some training models

Program

Time	Contents	Facilitator
<Day 1> 29 March 2016		
8:00-8:30	Registration	Project staff
8:30-9:30	Opening prayers Welcome speech Objectives and program	Volunteer DDPH/DDCC DDNS/SM Coordinator
9:30-10:00	New approach to midwives' in-service training – District Hospital Training, experience of pilot training <ul style="list-style-type: none">• Motto• General Program• Trainers to be qualified	Nusrat Issah
10:00-10:15	Morning snacks	
10:15-10:30	Organization of district based program <ul style="list-style-type: none">• Responsibilities of Hospital/DHA, facilitators, Training coordinators, RHMT• Involvement of NMC	Cynthia Yengkangyi Lois Apasera
10:30-11:45	Knowledge confirmation of candidates Answers and clarifications	Celine Naah and facilitators
11:45-13:00	Divided into 2 groups G1: Clinical skills assessment G2: Model making	Samuel Daguah G1: All facilitators G2: Samuel Daguah
13:00-13:45	Lunch	
13:45-16:30	Clinical skills assessment (cont.)	All facilitators

	(Participants to fill the reflection sheet)	
16:30-17:00	Feedback on clinical assessment	Lois Apasera
<Day 2> 30 th March 2016		
8:00-8:30	Clarification/review of previous day	Celine/Cynthia
8:30-9:00	Today's program	Celine/Cynthia
9:00-12:00	Clinical coaching practices - how <ul style="list-style-type: none"> • Understanding checklists • Practice and reflection (Morning snacks)	Nusrat All facilitators (Cynthia, Nusrat, Celine, Rita, Christina and Sophia Kapiah)
12:00-13:00	Reflection on assessment Wrap up on clinical coaching	Cynthia
13:00-13:45	Lunch	
13:45-14:30	Demonstration on facilitating case studies and discussion/Use of flip chart	Rita Danchiir
14:30-15:00	Understanding the program contents and structure of the sessions	Cynthia
15:15-17:00	Understanding the contents of Learning <ul style="list-style-type: none"> • Learning Day 1 and 10 • Learning Day 2 	Celine Celine
(15:00-15:15)	(Afternoon snack)	
15:15-17:00	<ul style="list-style-type: none"> • Learning Day 3 • Learning Day 4 	Cynthia Rita
17:00-17:30	Summary of today and homework	Nusrat
<Day 3> 31 st March 2016		
8:00-8:30	Clarification/review of previous day	Celine/Cynthia
8:30-9:00	Today's program –	Celine/Cynthia
9:00-10:30	Partograph and immediate postpartum observations – peer review and how to motivate others to use them	Faustina Suglo
10:30-10:45	Morning snack	
10:45-12:30	Learning Day 5	Nusrat
1230-13:30	Learning days 7,8 & 9	Cynthia/Rita/Celine
13:30-14:15	Lunch	
14:15-17:00	Practice on facilitation for video feedback (10 minutes each)	All participants and John Facilitators
<Day 4> 1 st April 2016		
8:00-8:30	Review of yesterday, Clarification	Celine/Cynthia
8:30-11:30 (10:30-10:45)	Video feedback on facilitation (in 2 Groups) (morning snack)	G1: Cynthia G2: Lois

11:00-12:30	Recap on Facilitation skills Recap on Coaching skills	Cynthia Lois
12:30-13:00	Finishing the model and its Contest (Facilitators to assess the trainers to be)	Samuel
13:00-13:45	Lunch	
13:45-14:30	Daily Facilitators meeting and reporting forms	Rita
14:15-14:30	Qualifying the successful trainers	Nusrat/Cynthia
14:30-15:00	Organizing the training at the hospital Preparation Plan the allocation of trainers per district hospital	Group work /Celine
15:00-15:15	Supervisors allocation and clarification of their roles	Project/Nusrat
15:15-15:30	Any other issues to discuss	Cynthia
15:30-15:15	Training evaluation by the participants	Cynthia/Participants
15:45-16:00	Way forwards Closing	Nusrat

添付資料 8 :

モデル保健センター設置ワークショップ報告書



Training Report

Setting up a Model Health Centre

March-May, 2016

Project for Ghana Health Services – Upper West Region

Project for

Improvement of Maternal and Neonatal Health Services

Utilising CHPS System in the Upper West Region

Contents

Introduction 2

PART A: Regional TOT 2

1 Objectives of the workshop 2

2. Target groups and participants 2

4. Facilitators and Planning 3

5. Selection of field exercise place 4

6. Outline of the 3-day workshop 4

7. Main highlights of the 5S exercise 7

8. Lessons learnt from the workshop to be reflected in the district workshop 8

9. Follow-up plan at the district level 9

10. Conclusion 9

PART B: District workshop for setting up a model Health Centre 9

1. Objectives of the district workshop 10

2. Preparation of the workshop 10

3. Schedule and Participants 10

4. Facilitators 11

5. Program 11

6. Outline of Proceedings 11

7. Lessons learnt 12

8. Follow-up plan of the facility 13

9. Follow-up plan of the Districts 13

Annexes

Annex 1: Program of the 3-day workshop on ‘Setting up a Model HC’ 15

Annex 2: Tools used in the workshop 16

Introduction

The project for improving maternal and neonatal services through CHPS system in the upper west region has supported the Ghana Health Service for training of midwives on safe motherhood clinical skills which are national in-service programme for midwives. The midwives performance has been monitored at the work site by DPHNs at each district under the supervision of RCH unit, RHA. Although the midwives are improving on their performances, there is still room for improvement in the quality of care and job satisfaction for both clients and service providers at all times. Based on this reason the creation of a model Health Center (HC) per district' is realized to encourage midwives and other staff at the Health Center to improve upon their working environment so that quality services will be delivered to the community, through setting up a HC as a concrete example of well organized 'ever ready' health center and how work can be done within the limited resources.

In this regards a TOT training session was organized inviting representatives from all the eleven districts in the Region. In total, twenty-two participants were trained on the steps of sitting up a model health center from 22nd to 24th March, 2016. Training was supported by the JICA project. This was followed a similar workshop at the district level. This report contains two parts; 'Part A: Regional TOT' and 'Part B: District workshop on setting up a model HC'.

PART A: Regional TOT

This part of the report describes the regional TOT conducted in March 2016.

1. Objectives of the workshop were to take participants through the:

The objectives of the training include the followings;

- Building a common concept of a model HC
- Participants to learn the steps of 5S-Quality Improvement activity and its benefits
- Implementing of 5S activities at a H/C
- Discuss the way foreword of setting up a H/C per district

2. Target groups and participants

The targeted group for the workshop were the district public health nurses (DPHNs) and one other technical staff from the district because the DPHNs are the focal persons who monitor the activities of the midwives directly and they also need support from other staff for continuity of work. Two participants were invited from each district and the two actual came for the programme.

Table 1: List of Participant for Model Health Centre Training

No	District	NAME PARTICIPANT	PHONE NO
1	DBI	LYDIA KABIO	
		ALIJATA ISSAKA	0208706022

2	LAWRA	ALEX KUUREDONG	0203990879
		DORIS NIGRE	0208290687
3	WA EAST	LUBABATU DAWADA	0208283412
		MOHAMMED BUKARI	0205139136
4	NANDOM	EVELYN BELINONE	0206735856
		SYLVIA MAAPEH	
5	WA WEST	ASATA NASIRU	0264191404
		JULIATA SAMWAM	
6	SISSALA WEST	BENIN YAKUBU	
		IBRAHIM ZINATU	
7	SISSALA EAST	ISSA KANTON	
		RUTH BAKUU	
8	NADOWLI	THERESA TAMPIE	0208415373
		ALFRED FABIE	
	LANBUSSIE/KANI	GEOGINA VANKUMWINE	0202996531
		CHRISTINA TAABAZING	
10	WA MUNICIPAL	ABDULAI MUJAHIDU COOLIO	
		BEATRICE TENGAH	
11	JIRAPA	MAVIS KUZUME	0209001251
		DOROTHY MWINTEGE	

4. Facilitators and Planning

The following people were assigned as facilitators. They are composed of those who were involved in the Safe Motherhood training and those who have learnt 5S through previous activities of the Project.

Table 2: List of facilitators

No.	Name	Position/Organization
1	ALhassan Seidu Balure	HIO/GHS
2	Cynthia Yengkangyi	PNO(PH)/GHS
3	Nustra Issa	DDNS/Regional Hospital
4	Florence Angsomwine	DDHS/Nadowli/Kaleo District
5	Rosemary Bangzie	PCHN/GHS
6	Ben Naa	PNO/GHS
7		

A lot of planning took place by a JICA project expert and the RCH unit staff, who was to lead the activity, before the successful implementation of this program

- 1) The first planning meeting was held between the project expert and the RCH unit staff on the 12/03/2016 to see who should be responsible for this activity in the RCH unit to ensure that the various districts get the information and select their participant for the training
- 2) The second meeting was to write a letter inviting participant for the training
- 3) The third meeting was to also select side for the practical session and plans were made to visit two health centres Jang and Sombo but Sombo was selected based on its feasibility to implement 5S and to get tangible results within the time available.
- 4) Facilitator meeting was also held on the 21st March, 2016 to plan on the area for each facilitators to take.

5. Selection of field exercise place

The practical session during the training took place at the Sombo Health Center in the Nadowli/ Kaleo district. This facility was selected by the DDHS Nandowli/Kaleo District, and the regional organisers for this programme took into consideration the proximity of the field site to the training venue which was 'The In Service Training Center', in Wa. The Sombo health centre is also suitable in terms of its size and work required for participants to implement what has been learnt and go back to implement at their various districts.

6. Outline of the 3-day workshop

The followings are the outline of the workshop. For program, see Annex 1.

1) Consensus building on the characteristics of the Model HC

A facilitator (Mrs Nusrat Issah) facilitated the brain storming session to reach the common understanding of what the 'model HC' constitutes. After some discussion, the characteristics of the model HC were identified as follow;

- Well organised health facility meaning all logistics are kept at their right places and the environment is clean and safe for both client and service providers
- Ever ready health centre meaning the health centre is equipped with the trained personnel's and also well equipped with drug supply at all times
- Provision of quality care and services meaning the services are provided according to the national protocol and are well documented
- The facility should have a midwife and the midwife should be self motivated to work and ready to share knowledge with other staff.

2) Presentation of 5S as means to get started

This session was facilitated by Miss Rosemary Bangzie to help participant understand the steps of implementing 5s activities which include Sorting, Sitting, Shine, Standardise and Sustain

3) Assessment of the place for the 5S implementation

Participant were divided into six groups and six working areas and were sent to the Sombo Health Centre to assess the place for the implementation of 5s activities and these were some of their finding during the visit. Assessment tools were used for this exercise.

Pictures showing parts of the store room/FP corner before the implementation of 5s

	
<p>This is the family planning corner where contraceptives are given.</p>	<p>Storage has everything piled up.</p>

4) Planning of the 5S implementation

There were 6 groups, and each group worked with the checklist to assess the situation and plan 'Sort, Set and Shine'. 6 groups are formed based on the service area of the health centre and included; Records, Stores and Pharmacy, Delivery room and lying ward, OPD and corridor, and EPI and other program area. The 6th group is assigned to examine the situation related to documents in the maternal and child care. Major records reviewed are ANC, Delivery and PNC registers, partograph and post partum observations, family planning and so on.

5) Implementation of the 5S plan

On the second day of the training all participants including the facilitator move to the Sombo health center in the morning around 9: 00 am and work till 4:00 pm .participant spend about six hours working at Sombo health to achieve a model a health center standard.

Pictures showing how participants were working very hard at Sombo HC



6) Feedback Session at the HC

The team gave feedback to the staff on the changes that took place and recommended them to carry out monthly general cleaning of the facility and to maintain the standard that has been set.

Add the sustainability plan they agreed at the HC.

Pictures showing participants giving feedback at Sombo H/C



7) Group presentation

After the implementation of the project participant from all the six groups came out with the finding through power points presentation where some recommendation were made for Sombo health centre to improve and also continue to shine for others to learn and replicate it at their various facilities

A picture showing a cross session of the group presentation after 5S implementation



8) Planning of the district workshop

All the district were made to come together to present an action plan for the setting a model HC using 5S activities in their districts in which a template was given to them to fill and submit to the Regional planning team to support them during their implementation.

7. Main highlights of the 5S exercise

These are some other pictures showing how Sombo HC was looking beautiful after the implementation of 5s Activities for example making of shelves by recycling an old shelf, using resources in a better way such as placing an examination table, which was used as a table on corridor, in consultation room, and others)

Pictures after 'Sort, Set and Shine' Exercise

	
<p>Consultation room tidied up and has now an examination couch</p>	<p>Materials need for CHPS are all assembled.</p>
	
<p>Clients records are well organised</p>	<p>Only relevant recent statistic are on display.</p>
	
<p>Store room cleaned up and labelled</p>	<p>A trolley in the delivery room is organised.</p>

8. Lessons learnt from the workshop to be reflected in the district workshop

All the participants have agreed that they have learnt that if you apply 5s in your facility;

- I. Is easy to locate items
- II. It makes facility look attractive
- III. It saves time
- IV. It prevent loses of some items
- V. It ensure safety of working environment

And participant promised that, they are going to work hard to let these issues reflect in their various working environs.

It was also pointed out by the participants that it is very important to involve the health centre staff from the planning stage so that they will be interested and committed to maintain the work done.

There are many pieces of new equipment and other materials were found which the Health Centre staff didn't know once cleaned up the storage and drawers. It is possible to make the place much better by utilizing all materials they already have. All what one should so is to try to find out what are there.

9. Follow-up plan at the district level

The project is also ready to support each district with snack, launch, transport and one resource person from the regional to support them during the districts implementation of setting up a model HC including 5s Activities. An action plan was given to all the districts to plan for their activities and summit to the region before April, 2016 for the region to take Action and do follow-up.

10. Conclusion

The 5S is the best approach to keeping facilities clean and team work and commitment of staff are important ingredients in the achievement of this goal in the region. There should also be strong monitoring put in place at all level to sustain the goal of the model HC in the Upper West Region for other regions to emulate.

PART B: District workshop for setting up a model Health Centre

Following the regional TOT on workshop of setting up a model HC, each district made was instructed to make a proposal to the Project for funding via RCH if they want to set up a model HC in their district. The term of assistance was that the Project will support up to 25 people per district for meals and transport for 2 days with one regional facilitator whose honorarium will be also supported by the Project. Cleaning materials and stationary are also provided with when necessary.

Eventually all the districts proposed to carry out the workshop and send in the program, participants list with their proposed dates. The RCH and the Project coordinated with districts as their proposed dates were not always possible due to other activities.

RHA has also supported the activity by assigning a driver and a vehicle since all Project vehicles were occupied with some other activities. The Project paid for fuel and the allowance of the driver. Except the first district when a Project staff went together to teach the regional facilitator (Mrs Rosemary Banzie) how to make payments at the participants and the caterer of meals, the rest of the districts were visited by the regional facilitator using the RHA vehicle.

1. Objectives of the district workshop

The objectives include the same as the regional one, except it was for a 2 day workshop.

- Building a common concept of a model HC
- Participants to learn the steps of 5S-Quality Improvement activity and its benefits
- Implementing of 5S activities at a H/C
- Discuss the way forward of setting up a H/C in the district

2. Preparation of the workshop

1) Selection of the model HC

Each district selected a health center with the criteria which includes an active midwife at site, a health center of average size with average number of deliveries. Most district selected a HC which is centrally located for future activities such as peer review.

2) Selection of participants

The Project initially advised to do the workshop with the involvement of an entire SDHT. However, districts wanted to involve not only the SDHT of concern but all facilities, so that other SDHT could do the same. Thus, it was agreed that districts to invite a representative from all other facilities within the district with all the staff from the Health center participating. Each DHA also send some participants besides the district facilitators who were trained in the regional TOT. In fact, in most of the districts, the director took very active role.

3. Schedule and Participants

The following summarizes the schedule, model HC and the number of participants.

Schedule, Model HC and Participants of the Workshop

Date	Regional facilitator to attend	District	HC	Participants	Vehicle
13-14 April	Rosemary	DBI	Issa HC	29	Project
18-19 April	Rosemary	Lawra	Dowine HC	27	RHA
20-21 April	Rosemary	Nadowli-Kaleo	DHA/Takpo HC	35	RHA
22-23 April	Rosemary	Sissala West	Jeffisi HC	25	RHA
27-28 April	Rosemary	Lambussie	Piina HC	27	RHA
29-30 April	Rosemary	Nandom	Piiri HC (Baseble)	25	RHA
6-7 May	Rosemary	Jirapa	Duori HC	25	RHA

10-11 May	Rosemary	Wa Municipal	Wa Urban HC	35	-
12-13 May	Rosemary	Wa West	Dorimon	30	RHA
19-20 May	Rosemary	Sissala East	Nabugebelle HC	25	RHA
24-25 May	Rosemary	Wa East	Bulenga HC	33	RHA

4. Facilitators

The facilitators who were trained at the regional workshop facilitated the workshop with the regional facilitator.

5. Program

This was a 2 day workshop. According to the venue of the workshop for the part of introduction to the concept of model HC, 5S and planning, there were two types of workshop organization. One was to do the introductory part at DHA or at a venue large enough to hold all the participants, then moved to the model HC to be for 5S implementation. The other was to conduct all the activities in the model HC itself. Whichever way it was organized, the contents remained the same, which is shown below.

Program of District Workshop (Example form DBI)

Day 1

Time	Item	Person responsible
8.30-8.45am	Arrival and Registration	All participants
8.45-9.15am	Opening session Introduction of participants and Facilitators Welcome Address Workshop objectives	Lydia Kabio DDHS
9.15am-9.30am	Brain storming on what consists a model H/C	All to participate: Lydia Kabio
9.30- 9.45am	Snack Break	
9.45- 10.45am	Presentation on 5s	Alijata Issaka
10.45-12.45pm	Field visit for assessment (Take photos of the areas as well)	All participants
12.45-1.15pm	Lunch Break	
1.15-5.30pm	Group work(presentation and planning)	All participants/Facilitators

Day 2

Time	Item	Person responsible
8.30-9.00am	Recap and reflections for day 1	Lydia Kabio
9.00-2.00	Field practice(5s implementation)	All participants
2.00-2.15	Lunch Break	
2.15-4.15pm	Presentation by each group/learning	Group
4.15-4.45	Planning and setting up model H/Cs in the district	Each Sub-District
4.45-5.00	Conclusion and way forward	Alijata Issaka
	Departure	

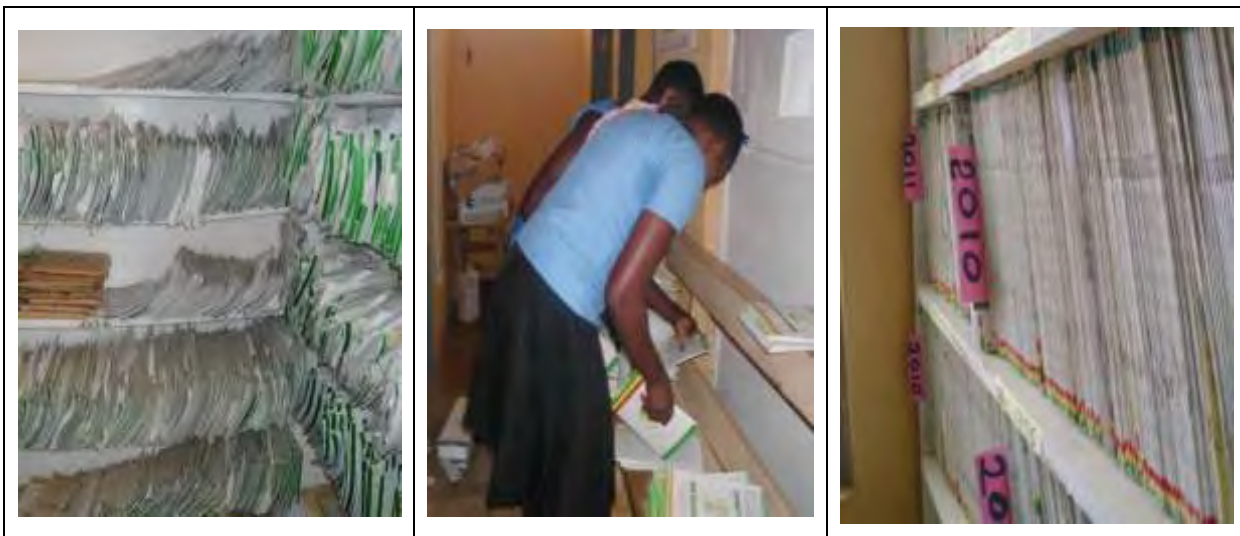
6. Outline of Proceedings

At each district, the program proceeded as planned without major problems according to the

report submitted.

For the actual 5S part of the workshop, it was a hard work lasting nearly a whole day at the health centre. All participants as well as the staff from the facility were exhausted, however, as they saw visual changes in the facility, they kept on. It was collaborative work.

At the end of the workshop, each group presented what they did and the staff at the facility made a plan how to complete the work started (there were great deal of trash and broken pieces of equipment and furniture, tyres as well as some materials and instruments, etc) and to maintain the reorganized and clean facility.



7. Lessons learnt

At the end of the workshop, a feedback session was conducted. Participants shared the learnings they had. Participants testified the following remarks after the activity;

ALTHOUGH IT WAS A HARD WORK,

- this activity promotes team work
- allows for easy location of items,
- it makes facility look more attractive,
- saves time because all things needed are put together,
- prevents loses of some items because they are labelled, and
- ensure safety of working environment.
- Participants from other facilities promised that, they are going to work very hard to let this replicate in their working environment.

From the organizer's point of view, as the workshop had spent its most of time on 5S and its visual effects, the focus of the 'Model HC' is somewhat subdued. However, it was a necessary step for setting-up a model HC as physical work environment influences the work of the staff.

Reorganized clean and orderly rooms and workspace are the prerequisite of the quality services. In this workshop, the documentation as the evidence of service quality was also discussed. However, this part needs to be reemphasised when actually a peer review of midwives starts.

8. Follow-up plan of the facility

Each model HC made their follow-up plan to maintain the work done during the workshop. Most HC promised to have weekly and monthly cleaning days apart from each staff will clean up their working area daily. The following is an example of the Issa HC.

DAY	NAME	WORKING AREA	SUPERVISOR	REMARKS
Mon	Dong-ber Afred & Kabio Lydia	ANC,Labour Ward, PNC & FP Unit	Galyuoni Vida	
Tue	Suma Diima & Touyintu Justine	Record & mental health unit	Bonyuu Rita	
WED	Dery Lydia	Non-Drug store & NHIS unit	Touyintu Justine	
Thu	Ayine Isaac	OPD Ward & Dressing Room	Suma Diima &	
Fri	Dombolina Grace & Galyuoni Vida	Drug store & Dispensary	Touyintu Justine	
Sat	Sotaa Freda & Bonyuu Rita	General cleaning	Kabio lydia	

Apart from this all new staff will be Orientated on 5s principle and enrolled into the duty roster and general cleaning will be done every Saturday besides the daily cleaning and clinic in charge shall supervise that.

This activity is also going to be incorporating into the quarterly FSV monitoring plan both at the regional, district and sub district level to help sustain the programme and scale it up to other sub-districts.

9. Follow-up plan of the Districts

All districts were impressed by the visual changes of the facility, and decided to expand the 5S activity to other facilities.

Districts Action plan for followed up Model Health centre Training Upper West Region

	District	Model HCs	ACTION PLAN TO COVER OTHER HEALTH CENTERS PER DISTRICT / Time FRAME				
1	DBI	Issa HC	Kojokpere HC	Fian HC	Bussie Hc	Daffiama HC	All to be done from now up to December,2016
2	Lawra	Domwine HC	Lawra sub HC	Eremon HC	Zambo HC	Babile polyclinc	June to December, 2016
3	Nadowli	Sombo, Takpo & Nadowli Sub	Nanviili	Kasagra HC	Jang HC	Charikpong HC	From June to August, 2016
4	Sissala West	Jeffisi HC	Zine HC	Fielmuo HC	Gwollu HC	-	From 1 st May to October, 2016
5	Lambussie	Piina HC	Billaw HC	Karna HC	Hamile HC	Samoa HC	From 1 st June to December, 2016
6	Nandom	PIIRI HC	Nandom HC	Ketuo HC	Ko HC	Gengenkpe HC	From June to September,2016
7	Jirapa	Yagha HC	Tizza & Jirapa urban HC 20-21 /5/16	Sabuli HC	Duori HC & Ullo HC	Tuggo HC	From June up to December,2016
8	Wa Municipal	Wa urban HC	Charungu H/C	Konta North	Adolescent HC	Kabala & Kperisi HC	From June to December, 2016
9	Wa west	Dorimon HC	Eggu Hc	Pogentanga HC	Gurungu & Lassie T HC	Wechiau Sub & Viere HC	From June to October, 2016
10	Sissala East	Nabugubelle HC	Nabulo HC	Sakai & Kunchogu HC	Kulfuo HC	Wallebelle HC	From June to December,2016
11	Wa East	Bulenga HC	Logo & Yaala HC	Funsi & Naaha HC	Holomuni HC	Kunduugu HC	From June up to December,2016

Annex 1: Program of the 3-day workshop on ‘Setting up a Model HC’

Workshop for Setting up a Model Health Center for MNC (TOT)

Date: 22-24 March

Venue: In-service training center, Wa

Objectives:

1. To build consensus on the definition of the model HC
2. To understand 5S and how to implement it
3. To plan for a district workshop

Day 1

Time	Item	Presenter/Facilitator
08:30 – 08:45am	Arrival & Registration	All participants
08:45 – 09:30am	1. Opening Session Introduction of participants and facilitators Welcome Address Workshop Objectives	Rosemary RDHS
09:30 – 10:15am	2. Brain storming on what consists a model HC	All to participate: facilitated by DDNS
<i>10:15-10:30</i>	<i>Morning coffee and snacks</i>	
10:30am-11:30 am	3. Lecture on 5S	Rosemary/Ben
<i>11:30 am-0:15 pm</i>	Early Lunch	
0:15-3:30 pm	4. Field visit for assessment	All participants
3:30-5:30 pm	5. Group work (presentation and planning)	All participants/ facilitators

Day 2

Time	Item	Presenter/Facilitator
7:30 am -2:30 pm	6. Field practice (5S implementation)	All participants
	<i>Morning snacks and Lunch (at the field)</i>	
2:30-5:00 pm	7. Group work	Facilitated by group facilitators

Day 3

Time	Item	Presenter/Facilitator
08:30 – 09:00am	8. Recap and Reflections for Day 2	Rosemary/Ben
09:00 – 11:30am	9. Presentations by each group/learnings	Rosemary/Ben
<i>(10:30 – 10:45 am)</i>	<i>(Coffee/Tea Break)</i>	
11:30am – 0:00 pm	10. Confirmation of the standard of the 'Model HC'	Rosemary
0:00-1:30 pm	11. Planning of Setting up a model HC in district	Each districts
1:30-2:00 pm	12. Conclusion and Way forwards	DD(PN)

Annex 2: Tools used in the workshop

Group Work 1: Assessment of the area

Area: ()	Points to look at:	Your assessment
Step 1: Sort	<ul style="list-style-type: none"> ➤ What is this area for? ➤ What are there? ➤ Are there essential materials/ equipment/ documents? ➤ Any unnecessary materials? ➤ Are these important to keep or not? 	
Step 2: Set	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Is the place organized in a logical order? ➤ Is there space for one to do the work? ➤ Can a person reach things easily? ➤ Is it safe for the staff and clients? ➤ Is the privacy of client secured? 	
Step 3: Shine	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Is the place clean (include windows, shelves, desk, floor)? ➤ Is handwashing needed for this place? Is so, does it have one? ➤ Is there rubbish bins? ➤ Who is responsible to clean? ➤ How often is it cleaned? 	

Group Work 2: Implementation plan and rules

Area: ()	Points to improve	What to do
Step 1: Sort	➤	
Step 2: Set	➤	
Step 3: Shine	➤	

Group Work 3: How to organize the work

Team name	
Team members	
Team leader	
Division of work *Consider how to involve the staff of the HC	
Order of work	
Resources *Use as much existing resources possible	

Group work 4: 5S Rules to sustain the results, Area()

Rule 1	
Rule 2	
Rule 3	
Rule 4	
Rule 5	

添付資料 9 :

FSV マニュアル



Manual on Facilitative Supervision (FSV)

GHS/JICA

**PROJECT FOR IMPROVEMENT OF
MATERNAL AND NEONATAL HEALTH SERVICES
UTILISING CHPS SYSTEM IN THE UPPER WEST REGION**

May 2016

Abbreviations

CHOs	Community Health Officers
CHPS	Community-based Health Planning and Services
CHVs	Community Health Volunteers
D to S	DHMTs to SDHTs
DHIO	District Health Information Officer
DHMT	District Health Management Team
FSV	Facilitative Supervision
GHS	Ghana Health Service
JICA	Japan International Cooperation Agency
MCH	Maternal and Child Health
MDGs	Millennium Development Goals
MOH	Ministry of Health
PDCA	Plan Do Check Act
PS	Performance Standard
QI	Quality Improvement
R to D	RHMT to DHMTs
RHA	Regional Health Administration
RHIO	Regional Health Information Officer
RHMT	Regional Health Management Team
S to C	SDHTs to CHOs
SDGs	Sustainable Development Goals
SDHT	Sub-District Health Teams
UWR	Upper West Region

Table of Contents

Background	4
PART I. Concept of FSV	5
1. Introduction	5
1.1. What is Facilitative Supervision (FSV)?	5
1.2. Traditional Supervision	5
1.3. Difference Between FSV and Traditional Supervision	6
1.4. Benefits of FSV	6
2. Characteristics of FSV	7
2.1. Supervision Covers all levels of the Regional Health System	7
2.2. Evidence-based Practice	7
2.3. Standardized Tools	7
2.4. Standardized Procedures	7
2.5. Facilitative Nature of Supervision	7
2.6. Effective Feedback System	7
3. Components and Flow of FSV	9
3.1. Conducting FSV	9
3.2. Data submission	9
3.3. Written Feedback	9
3.4. FSV Review Meetings	9
4. Key Roles of the Various Levels in FSV	11
4.1. Roles of RHMT	11
4.2. Roles of DHMTs	11
4.3. Roles of SDHTs	12
4.4. Roles of CHOs	12
5. Tools for FSV	13
5.1. Performance Standard	13
5.2. FSV Checklist	14
5.3. FSV Standard Guideline	15
5.4. The Five Areas Covered by FSV	15
6. Schedule of FSV	17
6.1. Frequency of FSV	17
6.2. Calendar of FSV at Each Level	17
7. Resources Required for FSV	18
7.1. Logistics	18
7.2. Budget Plan	19
Chapter II: Procedure of FSV Implementation	20
8. Implementation of FSV	20
8.1. Preparation	20
8.2. Implementation	21

9. Data Management of FSV	26
9.1. Data Submission at Each Level	26
9.2. Feedback on Data Analysis	27
10. FSV Review Meetings	28
10.1. Framework of FSV Review Meetings	28
10.2. Outline of FSV Review Meetings	29
10.3. Summary Report of FSV Review Meetings	30
11. FSV Training	31
References	32

Tables:

Table 1 Roles of RHMT	11
Table 2 Roles of DHMTs	11
Table 3 Roles of SDHTs	12
Table 4 Roles of CHOs	12
Table 5 Frequency of FSV at each level	17
Table 6 Required number of health personnel for FSV implementation	18
Table 7 Required Number of FSV Checklist	19
Table 8 Logistics mobilization for FSV	20
Table 9 Deadline for FSV data submission at each level	27
Table 10 Framework of FSV review meeting	28
Table 11 Sample Presentation Outline for Regional FSV review meeting	29
Table 12 Sample Presentation Outline for District FSV review meeting	30

Figures:

Figure 1 Flow of Facilitative Supervision	10
Figure 2 Part of PS (CHO)	13
Figure 3 Part of FSV checklist (DHMT to SDHT)	14
Figure 4 Part of FSV Standard Guideline (RHMT to DHMT)	15
Figure 5 Categories of items in FSV tool	16
Figure 6 Sample of FSV implementation schedule	17
Figure 7 Sample of description of "Issues to be followed up"	21
Figure 8 FSV checklist and FSV standard guideline	22
Figure 9 Example of incorrect mark	23
Figure 10 Follow-up process for Action Plan	24
Figure 11 Example of Summary Sheet of FSV	25
Figure 12 Management of Original and Duplicate of FSV checklist	26
Figure 13 Flow of FSV data management	26

Boxes:

Box 1 Sample topics for FSV feedback report	27
Box 2 Content of summary report of FSV review meeting	30

Appendices:

Appendix 1: Performance Standard of DHMT

Appendix 2: Performance Standard of SDHT

Appendix 3: Performance Standard of CHO

Appendix 4: FSV checklist (RHMT to DHMT)

Appendix 5: FSV checklist (DHMT to SDHT)

Appendix 6: FSV checklist (SDHT to CHO)

Appendix 7: FSV standard guideline (RHMT to DHMT)

Appendix 8: FSV standard guideline (DHMT to SDHT)

Appendix 9: FSV standard guideline (SDHT to CHO)

Appendix 10: Presentation material on FSV (For fresher)

Background

Globally, reduction of maternal and infant mortality rates is among the Millennium Development Goals (MDGs), now the Sustainable Development Goals (SDGs), that have received the attention of governments and other development partners. As a result, Ghana made considerable efforts to meet the MDGs. Consequently, the Ministry of Health (MOH) and the Ghana Health Service (GHS) prioritised the achievement of MDGs 4 and 5, which are targeted at reducing maternal and child mortality within the 2010 MDGs Acceleration Framework Country Action Plan.

As part of efforts to achieve the MDGs 4 & 5, the Japan International Cooperation Agency (JICA) implemented the ‘Project for Scaling Up of the Community-based Health Planning and Services (CHPS)’ from March 2006 to February 2010 in the Upper West Region (UWR), where income levels are relatively low and access to health services is limited. As part of this project, Facilitative Supervision (FSV) tools were developed, standardized and introduced in the UWR. The results of the project were highly impressive and the Government of Ghana requested a new technical cooperation to improve Maternal and Child Health (MCH) in the UWR using the FSV tools and the CHPS strategy as a vehicle.

The Phase II project dubbed ‘Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the UWR’ revised the FSV tools which include: Performance Standard (PS), FSV checklist and standard guidelines for scoring, FSV database system and standardized FSV review meeting as a platform for sharing FSV results.

This manual which is developed based on the “Guideline on Facilitative Supervision in CHPS Implementation (Ver.3)”, was drawn up by the Phase I project in response to the expressed need to develop the skills of both supervisors and supervisees in facilitative supervision across all levels of the health service. It focuses on improving supervision through; standardization of methods and procedures, standardization of tools and formats and effective feedback and utilization of findings from supervision. The manual will, therefore, provide the necessary guidelines to facilitate, standardize and improve the conduct of FSV in health facilities.

PART I. Concept of FSV

1. Introduction

1.1. What is Facilitative Supervision (FSV)?

FSV is an approach to supervision that emphasizes mentoring, joint problem solving, and two-way communication between the supervisor and those being supervised (EngenderHealth 2001). It is a system of management whereby supervisors at all levels in an institution focus on the needs of the staff they oversee and consider them as their customers (EngenderHealth 2001). The facilitative approach to supervision emphasises the supervisor's role in leading a team of staff through a continuous process to better understand and meet the needs of their healthcare clients (AQUIRE Project/EngenderHealth 2008). Evidence demonstrates that the continuous implementation of this form of supervision (i.e. FSV) generates sustained performance improvement (Marquez & Kean 2002). The most important part of the facilitative supervisor's role is to enable staff to manage the quality-improvement process, to meet the needs of their clients and to implement institutional goals. In order to facilitate the quality improvement process as stated above, supervisors must have the solid technical knowledge and skills needed to perform a task, know how to access additional support as needed and have time to meet the staff they supervise. Facilitative supervision casts the supervisor in the role of a middleman- that is one who serves as a liaison between the staff and source of external support.

1.2. Traditional Supervision

Traditionally, supervision was seen as the process of directing and supporting staff so that they may effectively perform their duties (Stinson et al. 1998). Prior to the adoption of FSV, this form of supervision was implemented in the GHS over time. Despite its strength, the traditional form of supervision was challenged by several limitations. EngenderHealth as part of its quality improvement series identified some of the limitations of the traditional form of supervision to include:

- Its superficial nature: - Supervisors are not able to spend enough time at the site to become familiar with its problems thereby reducing the exercise to obtaining statistics.
- Its punitive, fault finding and critical nature: - Traditional supervisors often look out for deficiencies without availing themselves for problem-solving.
- Its focus on individuals rather than on processes: - Supervisors focus on the failings of individuals, rather than overall system and process factors that could inhibit performance.
- Its emphasis on the past rather than the future: - Because the focus is on individual performance, the result is a report on what happened rather than a plan to improve things for the future and
- Its non-continuous nature: - Too often, supervision is sporadic and does not build on past experience (EngenderHealth 2001).

1.3. Difference Between FSV and Traditional Supervision

The recent emphasis and shift in focus from the traditional form of supervision to FSV has been informed by the superior opportunities FSV provides in enabling staff to manage the quality-improvement process, meet the needs of their clients and implement institutional goals. FSV is, therefore, different from traditional supervision because it;

- Focuses on helping staff to solve problems through the use of quality improvement tools
- Focuses on processes rather than on individuals
- Assists staff in planning for future quality-improvement goals and
- Is continuous and builds on past gains while setting higher quality-improvement goals.

1.4. Benefits of FSV

Through the implementation of FSV and a review of the results, it has been established that FSV has many remarkable benefits both to the health service and the staff involved in the process. Some of these benefits are outlined below:

- It focuses on processes rather than individuals
- It builds the capacity of staff in problem solving, thereby leading to fewer routine low-level problems
- It develops staff capacity to conduct FSV, thereby reducing the need for technical assistance from higher levels
- It provides the opportunity to supervisors to develop competencies in leadership, effective supervision and creating an enabling environment for quality service provision
- It strengthens interpersonal relationships across all levels of service delivery
- It builds on past gains while providing the opportunity for setting higher quality- improvement goals
- It provides opportunities for identifying change ideas as part of quality improvement processes
- It involves the use of standardized tools making it easy to conduct and compare results
- It serves as a platform for peer reviewing and feedback sharing across all levels of service delivery.

2. Characteristics of FSV

FSV has the following key characteristics:

2.1. Supervision Covers all levels of the Regional Health System

FSV covers all levels of GHS from Regional Health Administration (RHA) to Community. This structure enables health care providers at each level of the service to obtain necessary information and feedback from other levels for prompt action. The Regional Health Management Team (RHMT) is at the apex (i.e. topmost level) and gives the needed technical and logistic support to other levels which include District Health Management Teams (DHMTs), Sub-District Health Teams (SDHTs) and the CHPS.

2.2. Evidence-based Practice

FSV aims at improving the quality of health care services based on the result of supervision. Supervisors and supervisees (staff supervised) develop an action plan to solve their problems found through the FSV sessions. The implementation status of the action plan is monitored by subsequent FSV sessions until the problem is solved. Through a Plan Do Check Act (PDCA) cycle, each facility can improve its performance based on the evidence measured by FSV standardized tools.

2.3. Standardized Tools

The use of standardized tools is important to ensure consistency in the conduct of FSV and to enable comparison of results. These monitoring tools were developed based on performance standards for each level through extensive discussions with stakeholders at the various levels of the service. FSV covers five main areas: 1) managerial, 2) quality improvement, 3) service delivery, 4) referral and feedback and 5) monitoring and supervisory system. With these standardized supervisory tools, supervisors can conduct FSV covering these five areas without missing key issues to be assessed.

2.4. Standardized Procedures

Adherence to standardized procedures ensures the quality of the results obtained from the supervision. It also allows all staff to conduct the FSV in the same manner to ensure the same standard.

2.5. Facilitative Nature of Supervision

Supervision is conducted in a facilitative manner. This means that supervision does not focus on controlling the supervisee who has inadequate capacity on the areas under supervision, but rather provides guidance to a subordinate's work through the method of joint problem solving. In FSV, a supervisor should have a supportive attitude and the ability to empower supervisees to solve their problems.

2.6. Effective Feedback System

Feedback is one of the key components of a successful FSV. It promotes interaction between the supervisor

and the supervisee at all levels and improves and sustains performance of the supervisee. FSV has three types of feedback: 1) onsite direct verbal feedback, 2) written feedback developed by the supervisory team and 3) feedback at FSV review meetings where all stakeholders participate and share the results of FSV.

3. Components and Flow of FSV

The implementation of FSV involves four components namely conducting FSV, data submission, written feedback and review meetings. The four key components are further explained below.

3.1. Conducting FSV

FSV is structured in a manner such that supervision moves from higher levels of the service to lower levels. This implies that supervision moves from RHMT to DHMTs; DHMTs to SDHTs; SDHTs to Community Health Officers (CHOs) and CHOs to Community Health Volunteers (CHVs). Supervisors at each level are required to give immediate feedback on site and develop an action plan with supervisees based on findings of the FSV after every FSV session.

3.2. Data submission

Data obtained from FSV is submitted to the next higher level. As such, CHOs submit to SDHTs, SDHTs to DHMTs and DHMTs to RHMT. Additionally, DHMTs enter the results of FSV conducted at SDHT (District to Sub-district [D to S]) into the FSV database and export same to RHMT. RHMT collates data from all districts and imports them into the regional FSV database. The result of FSV (Region to District [R to D]) is also inputted into the Regional FSV database.

3.3. Written Feedback

RHMT and DHMTs analyse the data submitted from the lower levels and give a written feedback. In addition, RHMT develops a feedback report for district level while DHMTs in each district in turn give written feedback for sub-districts and CHPS.

3.4. FSV Review Meetings

After the data analysis, review meetings are held at each level to share the results. RHMT invites representatives of each district to regional review meetings. District review meetings are equally organized by DHMTs with representatives from all sub-districts and CHPS zones in the district. During these meetings, participants examine the results of FSV, assess the implementation of action plans they developed, discuss challenges and share experiences and best practices.

Figure 1 explains the components and flow of FSV.

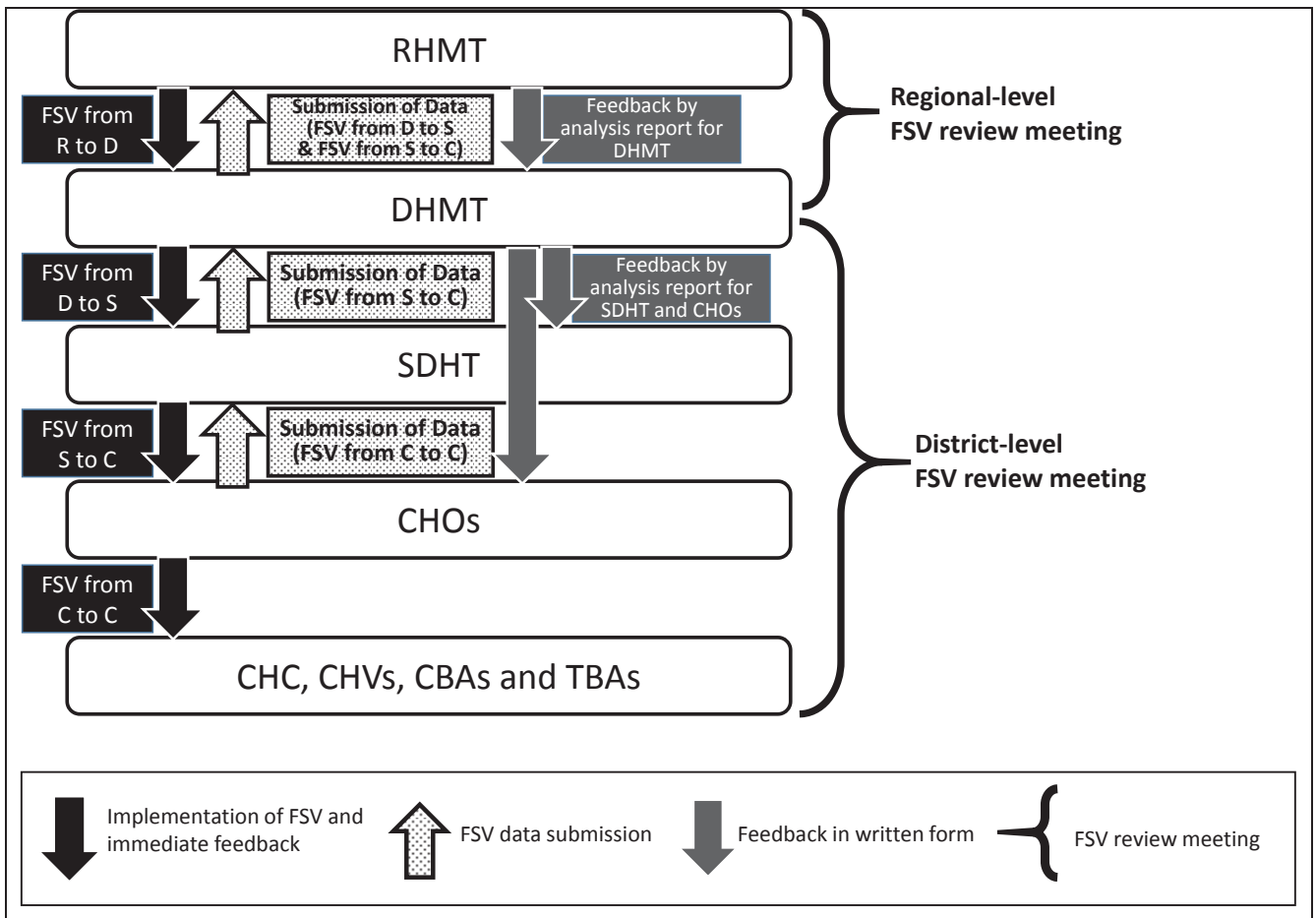


Figure 1 Flow of Facilitative Supervision

4. Key Roles of the Various Levels in FSV

4.1. Roles of RHMT

The key roles of the RHMT in FSV are; to conduct supervisory visits to the districts, analyse data of FSV at all levels and give feedback to districts through written reports and FSV review meetings. Table 1 below summarizes the roles of RHMT in FSV.

Table 1 Roles of RHMT

Roles	Person in Charge at RHMT
RHMT to DHMTs	
Plan for FSV to DHMTs	Regional CHPS coordinator
Conduct FSV to DHMTs and provide technical support	RHMT supervisory team
Input data, analyse and write report	RHMT Supervisory Team/ Regional CHPS Coordinator/Regional Health Information Officer (RHIO)
Give feedback to the DHMTs	Regional CHPS Coordinator/ RHIO
General	
Monitor implementation of FSV in districts (DHMT to SDHT & SDHT to CHOs)	Regional CHPS Coordinator
Collate and input FSV data (DHMT to SDHT & SDHT to CHOs) from districts	Regional CHPS Coordinator/ RHIO
Analyse data and give feedback to districts	Regional CHPS Coordinator/ RHIO
Conduct FSV review meetings	Regional CHPS Coordinator
Plan and take necessary actions to solve problems in facilities supervised	RHMT staff

4.2. Roles of DHMTs

The key roles of DHMTs in FSV are; conduct FSV to sub-districts, analyse data of FSV from D to S and sub-district to CHPs (S to C), and give feedback through written reports and FSV review meetings. Table 2 below summarises the roles of DHMTs in FSV.

Table 2 Roles of DHMTs

Roles	Person in Charge at DHMT
DHMT to SDHTs	
Plan for FSV to SDHTs	District CHPS Coordinator
Conduct FSV to SDHTs and provide technical support	DHMT supervisory team
Input data, analyse and write report	DHMT Supervisory Team/District CHPS Coordinator/District Health Information Officer (DHIO)
Submit FSV data (DHMT to SDHTs) to RHA	DHIO

General	
Monitor implementation of FSV in the district (SDHT to CHOs)	District CHPS Coordinator
Collate and input FSV data (SDHT to CHOs)	District CHPS Coordinator/ DHIO
Submit FSV data (SDHT to CHOs) to RHA	DHIO
Analyse data and give feedback to sub-districts	District CHPS Coordinator/ DHIO
Conduct FSV review meetings	District CHPS Coordinator
Plan and take necessary actions to solve problems in supervised facilities	DHMT staff

4.3. Roles of SDHTs

The key roles of SDHTs in FSV are; conduct FSV to CHOs, submit FSV data (S to C) to DHA and support CHOs in implementing FSV. Table 3 below summarises the roles of SDHTs.

Table 3 Roles of SDHTs

Roles	Person in Charge at SDHT
SDHT to CHOs	
Plan for FSV to CHOs	SD In-charge
Conduct FSV to CHOs and provide technical support	SDHT staff
Submit FSV data (SDHT to CHOs) to DHAs	SD In-charge
General	
Plan and take necessary actions to solve problems in supervised facilities	SDHT staff
Participate in FSV review meetings and make presentations	SDHT In-charge

4.4. Roles of CHOs

The key roles of CHOs in FSV are; conduct FSV to CHVs, give technical support to CHVs and file FSV monitoring checklist. Table 4 below summarizes the roles of CHOs in FSV.

Table 4 Roles of CHOs

Roles	Person in Charge at CHPS
CHO to CHVs	
Plan for FSV to CHVs	CHO
Conduct FSV to CHVs and provide technical support	CHO
Submit FSV data (CHO to CHVs) to SDHTs	CHO
General	
Plan and take necessary actions to solve problems for CHVs	CHO
Participate in FSV review meetings and make presentations	CHO

5. Tools for FSV

FSV tools consist of performance standard (PS), FSV checklist and standard guideline. All tools cover five important areas namely: 1) managerial, 2) quality improvement, 3) service delivery, 4) referral and feedback and 5) monitoring and supervisory system. The following paragraphs give detail explanation of the FSV tools and their importance.

5.1. Performance Standard

PS describes a set of core activities or duties of the health care provider at each level of the service and how often such activities or duties should be carried out. Printed PS should be distributed to each facility and displayed to serve as a reference document to health care providers.

A section of the PS and criteria for supervision for CHO's level is shown below. Detail PS for various levels of the service is available in Appendices 1, 2 and 3.

【CHO LEVEL】 Performance Standard and Criteria for Supervision (Version 2.5)			
I-MANAGERIAL AREAS			Code
I-I Data Management			
1	All health related records(ANC Register, Birth and Emergency plan, Maternal Health Record, Postnatal Register, Child Health Records, Referral Records, Midwives Returns, Home Visit Book, CWC Book, Health Promotion Activity Report...) are kept according to standard.	1 Standard directory of filing is available and updated.	1
		2 All sections, columns and cells of registers/reports are completed and up to date.	2
		3 Community registers are updated monthly and community profile updated annually.	3
I-II Financial Management			
1	Financial Management is conducted according to standard operations guidelines.	1 Internally Generated Fund is recorded according to standard operations guidelines and cash is banked or sent to the SDHT (daily, weekly, monthly).	4
I-III Activities Schedule and Meetings			
1	Regular meetings are organized.	1 Meetings are organized monthly with CHVs and the Minutes are available and current.	5
		2 Quarterly CHMC meetings are organized and minutes are available.	6
2	Action plans and information sharing with SDHT and CHVs	1 Daily Attendance register is available and current	7
		2 Monthly work plan of CHPS zone is available, implemented and monitored	8
I-IV Supply Management			
1	Standard Inventory management is conducted at facility.	1 All health commodities as specified in the guideline are stocked above the re-order level.	9
		2 Monthly stock check is conducted.	10
		3 All commodities are kept in good condition, organized and issued according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT).	11
		4 All unserviceable commodities and excess stock are stored separately or excess stock is in process of being returned.	12
		5 Health commodities are ordered and issued according to the established guideline.	13
I-V Transport, Equipment, Estates and Facility			
1	Motorbikes are maintained.	1 Monthly motorbikes servicing is conducted.	14
2	All equipment and assets are stored and maintained according to standard	1 Assets register is available and updated. (Equipment part of assets)	15
		2 All the equipment in use and in store is functional.	16
		3 All items (e.g., stationeries) are set in order, and the stock items are categorized in appropriate sections/areas.	17
		4 All assets and equipment are embossed according to standard or guideline.	18
		5 Cold chain equipment, fridge is monitored with a thermometer and the temperature recorded on the daily monitoring sheet	19
3	Facility and its surroundings are well maintained and in good condition.	1 The rooms are well organized for the purpose. Cleanliness and privacy are maintained.	20
		2 Surrounding of the facility is kept clean, well lit, water source and disposal pit are functioning.	21
		3 Mobile network is available.	22
II. QUALITY IMPROVEMENT AT WORKPLACE			
II-I Preventive Maintenance			
1	All equipment and assets are stored and maintained according to guidelines.	1 Non-functioning equipment are separated and stored in designated place for disposal or repair.	23
		2 Necessary manuals and instructions accompanied with equipment are filed or displayed near equipment for easy access and reference.	24
		3 Regular maintenance of equipment is conducted.	25
II-II Infection Prevention & Control			
		1 Implementation of routine cleaning of the facility is conducted according to schedule.	26
		2 Soap, alcohol rub and water are readily available at each procedure room.	27

Figure 2 Part of PS (CHO)

5.2. FSV Checklist

FSV checklist is developed based on the PS and is used to monitor how well health facilities are providing the prescribed health services. The FSV checklist includes a sheet for “Basic Information of Facility”, “Questions on Five Areas” and a “Summary Sheet”. Firstly, supervisors fill in the basic information section of the checklist which contains items such as date, time, name and title of supervisees and issues to be followed up on based on the result of the previous FSV. After this first step, assessment covering the five main areas is conducted using a rating scale of “Good”, “Fair” or “Poor” in response to each question. After completing the assessment, supervisors and supervisees develop a summary of the FSV and make an action plan based on the results. FSV checklists are duplicated so that supervisors and supervisees can keep a copy each of the summary.

A section of FSV checklist for D to S is shown below. Detail FSV checklist for various levels of the service is available in Appendices 4, 5 and 6.

Facilitative Supervision Sheet for D – S level revised on 19 Aug. 2015

FACILITATIVE SUPERVISION SHEET

Level: District → Sub-district

Basic Information (Interview with In-charge)

District: _____ Sub-district: _____

Date (DD/MM/YY) and Time: ____/____/____ Start ____

Type of facility (Please tick): Polyclinic, Health Centre with _____

Name of representative of supervisees: _____

Name and job title of other supervisees: _____

Name of **Functioning** zones supervised by SDHT:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Supervisors:

Name	Job title

Issues to be followed up based on the result of the previous supervision:

1

Facilitative Supervision Sheet for D – S level revised on 19 Aug. 2015

I. MANAGERIAL AREAS

I-I. Facility Condition and Infrastructure

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
1	Are the rooms well organized and cleaned?	Obs. at room				
2	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. at surroundings				
3	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview				
4	Is electricity available?	Interview/Observation				
5	Are lights functioning?	Obs. at room/interview				
6	Is mobile network available?	Interview				

I-II. Data Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
7	Is standard directory of filing updated?	Standard directory				

Check the availability and completeness of the reports on the list below

No.	Reports/ Records	Good	Fair	Poor	Remarks
8	Monthly Midwife Returns				
9	Monthly Family Planning Returns				
10	Monthly Child Health Returns				
11	Monthly CBSV (Community Based Surveillance Volunteer) s reports				
12	Monthly Revenue Returns				
13	Monthly Drug Returns				
14	EPI Record				
15	Monthly Nutrition Returns				

I-III. Staff Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
16	Is organogram available and displayed?	Organogram				
17	Is Daily Attendance register available and completed?	Daily Attendance Register				
18	Is Weekly/Monthly duty roster for all staff available and current?	Duty roster				
19	Is Monthly work plan of HCs available and current?	Monthly work plan				
20	Are SDHT Meetings organized monthly and the minutes available and current?	SDHT Meeting minutes				
21	Are SDHMT Meetings organized quarterly and the minutes available and current?	Quarterly SDHMT Meeting Minutes				

2

Figure 3 Part of FSV checklist (DHMT to SDHT)

5.3. FSV Standard Guideline

FSV standard guideline contains the criteria for scoring so that scoring can be fairly conducted. It describes the requirements or conditions to be met for each grade (i.e. ‘Good’, ‘Fair’ or ‘Poor’). Supervisors are required to adhere to the guideline when conducting supervision to ensure consistency and uniformity in grading. A section of the FSV standard guideline is shown below. FSV standard guidelines for each level are available in Appendices 7, 8 and 9.

I. ANAGERIAL AREAS							
I-I. Facility Condition and Infrastructure (At Outside, Overall)							
No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
1	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. at surroundings	Clean	Not satisfactory clean	Wastes, Grass		34
2	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview	Water supply is regular and secure	Water supply is available but sometimes not available	Not available		34
3	Is electricity available?	Interview	Connected to national grid	Generator or solar available	Not available		34
4	Are lights functioning?	Obs. at room	Functioning	Not all rooms have lights or some bulbs are not functioning	No lights		34
I-II. Data Management (At the Registry or Health Information Section)							
No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
5	Is standard directory of filling available and updated?	Standard directory	Available and current	Available but not current	Not available		1
6	Is report submission checklist available and updated? (Expected returns and date of submission of returns)	Report submission checklist	Available and updated	Available but not updated	Not available		3
7	Is data cleaned and validated to ensure consistency and accuracy?	Evidence of the updated report (keep both original and updated)	Date manager compares updated report with original.	Original and updated reports are available but not compared.	Original reports are missing.		4
8	Is report submitted to RHMT timely?	DHMT reports online	Submitted timely	Submitted but not timely	Not submitted		6
9	Is feedback is given to SDHTs?	Feedback file and dispatch book	Given with evidence	Given without evidence	Not given		6
10	Are graphs, tables, figures, spot maps of health indicators displayed at the DHMT? (e.g. MDGs indicators, etc.)	Display of health indicators	Displayed and updated quarterly	Displayed but not satisfactory	Not displayed.		5,7
I-III. Financial Management (At the Account section)							
No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
11	Is Internally Generated Fund and other funds of SDHT recorded?	Revenue budget ledger, Rev. collection summary ledger, NHIS records	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		8
12	Is expenditure of SDHT recorded?	Expenditure Ledger	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		8
13	How do you scrutinize expenditure requests from SDHT and CHPS level?	Interview with staff, Review request	Scrutinized with record	Scrutinized but no record	Not scrutinized		9
14	Are appropriate action taken for expenditure request?	Supporting documents, POS, Invoices, RAS etc.,	Appropriately and records are kept.	Appropriately but not satisfactory	Action unknown		9
15	Are income and expenditure transactions of DHMT recorded and monitored?	Expenditure and balance ledgers, deposit cash book	Recorded and monitored correctly	Recorded incorrectly	No record book		10
16	Are income and expenditure transactions of SDHT recorded and monitored?	IGF service analysis cash book, drug cash books	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		10

Figure 4 Part of FSV Standard Guideline (RHMT to DHMT)

5.4. The Five Areas Covered by FSV

FSV covers five important areas which are: managerial, quality improvement, service delivery, referral and feedback and monitoring and supervisory system. These categories are explained in the ensuing paragraphs. A map of these five areas and what they entail is also illustrated in Figure 5.

(1) Managerial Area

Items in “Managerial area” cover the management of facility and resources such as data, finance, human resources, the supply of commodities, equipment and transport among others. Monitoring this area is important for the better organization of facility and resources to enhance the provision of appropriate health services.

(2) Quality Improvement at Workplace

Items in “Quality Improvement (QI) at workplace” section monitor the organization of equipment, assets and work environment. Preventive maintenance and infection prevention are part of this area. Progress in this area contributes to improvement in efficiency and quality of service provision as well as the safety of health care providers.

(3) Service Delivery

The “Service Delivery” category covers services provided at health facilities with a focus on maternal, neonatal and child health, nutrition, disease control, and health promotion. This category also monitors the documentation of services provided in the registers and the utilization of this data. The section also evaluates several aspects of service delivery in order to improve the quality of health care services.

(4) Referral and Feedback

The “Referral and Feedback” section assess the functionality and appropriateness of the referral system in accordance with the referral protocols. Progress in this category is indispensable in promoting maternal and neonatal health which is a priority of the health sector in Ghana.

(5) Monitoring and Supervisory System

This category evaluates performance in supervision, particularly, FSV. It checks compliance with FSV schedules, assesses the provision of appropriate feedback and support, and monitors adherence to data submission schedules among others. This category is important because it ensures that FSV functions adequately at all levels to improve the quality of health services.

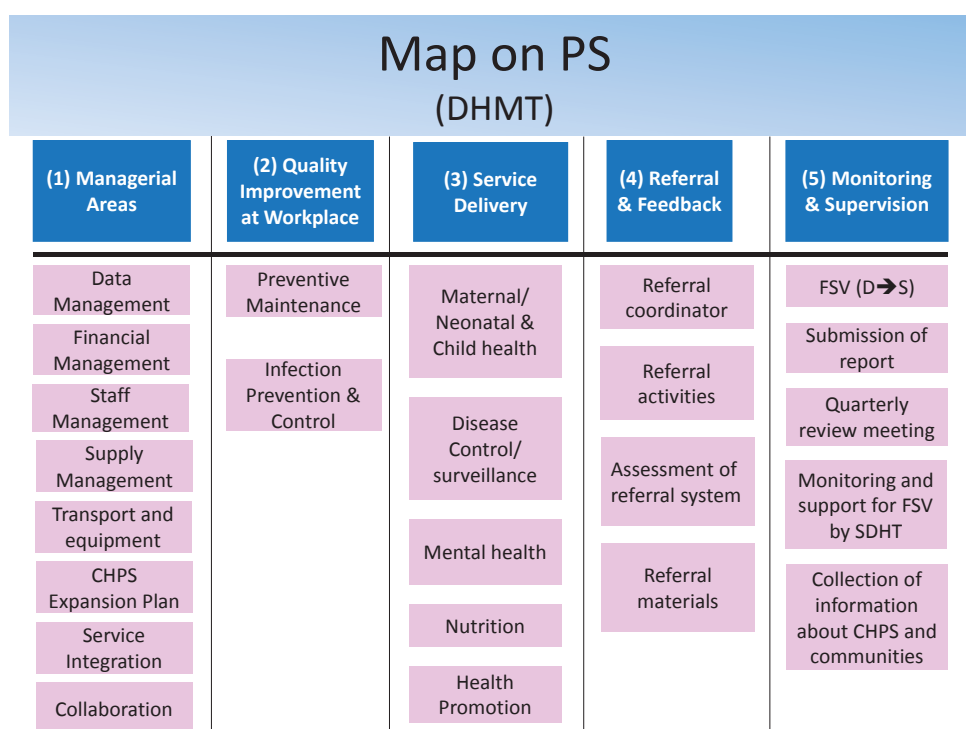


Figure 5 Categories of items in FSV tool

6. Schedule of FSV

6.1. Frequency of FSV

FSV should be conducted periodically and at the appropriate time so that performance can be monitored precisely. RHMT is required to conduct FSV to DHMTs bi-annually in January and July while DHMTs and SDHTs are in turn required to conduct FSV quarterly in January, April, July and October. FSV from CHOs to CHVs should be conducted every month. Table 5 shows the frequency of FSV implementation.

Table 5 Frequency of FSV at each level

Level	Frequency of FSV	When
RHMT to DHMTs	Bi-annually	January and July
DHMTs to SDHTs	Quarterly	January, April, July and October
SDHTs to CHOs	Quarterly	January, April, July and October
CHOs to CHVs	Monthly	Every month

6.2. Calendar of FSV at Each Level

The FSV checklist which includes questions on FSV implementation is ideally implemented after supervisees have completed their own supervision to the levels under them. Considering the busy schedule of staff at each level, the schedule can always be arranged based on discussions between supervisors and supervisees. Figure 6 shows the ideal schedule of FSV implementation at each level.

Implementation of FSV	July			
	1 st week	2 nd week	3 rd week	4 th week
CHO to CHVs	←→			
SDHT to CHOs		←→		
DHMT to SDHTs			←→	
RHMT to DHMTs				←→

Figure 6 Sample of FSV implementation schedule

7. Resources Required for FSV

Sufficient resource preparation is key to a successful FSV implementation. It is, therefore, important for supervisors to know the resources required for FSV such as human resource and transport. It is required that RHMT should make sure FSV is regularly implemented at all levels by ensuring the necessary resources and logistic requirements are available and adequate. The required resources for FSV should always be included in the annual plans and budgets at all levels of the GHS.

7.1. Logistics

(1) Human Resources

The human resource requirement for FSV implementation depends on the level, the number of facilities to be supervised and the staff strength of the level that is to conduct the FSV. Notwithstanding, the FSV team should be integrated comprising the right mix of human resource with the requisite expertise where possible. Supervisors should be trained on FSV so that supervision can be conducted in an appropriate manner. The human resources required to implement FSV at each level are shown in Table 6.

Table 6 Required number of health personnel for FSV implementation

Level	Minimum Number of Personnel Required Per Visit
RHMT to DHMTs	4 people per team
DHMTs to SDHTs	3 people per team
SDHTs to CHOs	2 people per team
CHOs to CHVs	1 person

(2) Transportation and Fuel

Transportation should be arranged in advance to ensure teams adhere to the FSV schedule. Combining FSV with other activities may facilitate the allocation of means of transport and can also lead to maximizing optimum utilization of fuel at all levels. Regular maintenance and prompt repair of transport are crucial in ensuring availability of transport for FVS implementation. The distance to health facilities should always be considered in estimating fuel allocation for FSV.

(3) FSV Tools

The printing cost of FSV tools should always be included in the regional and district annual plans and budgets. Printing and distribution should also be planned in a timely manner to avoid a shortage of the tools. The required number of FSV tools vary depending on the number of facilities to be supervised. The standard calculating formula to estimate the required number of FSV checklist at each level is shown in Table 7.

Table 7 Required Number of FSV Checklist

Level	Number of FSV Checklist* Required Per Year
RHMT to DHMTs	Number of DHMTs x 2 (times/year)
DHMTs to SDHTs	Number of SDHTs x 4 (times/year)
SDHTs to CHOs	Number of CHPS x 4 (times/year)

* One supervision booklet contains five sets of FSV checklist. Each supervisor needs one guideline for the level being supervised.

7.2. Budget Plan

As described above, FSV implementation requires human resource, transportation and materials among others. Each facility should include the estimated cost of FSV into its annual plans and budgets. Implementation cost of FSV may vary depending on the size of the area to be covered and available resources. It is important to develop a budget to ensure regular implementation of FSV.

Chapter II: Procedure of FSV Implementation

8. Implementation of FSV

8.1. Preparation

(1) Forming FSV Teams

FSV from RHMT to DHMTs, DHMTs to SDHTs and SDHTs to CHOs are usually conducted by supervisory teams and as such, RHMT, DHMTs and SDHTs should form supervisory teams. The teams should meet, assign roles, review previous FSV (action plan and report) and prepare materials before supervision. New members who have no experience in FSV implementation should be orientated on the tools and partnered with experienced supervisors. The number of supervisors for FSV visit is shown in Table 6 on page 18.

(2) Scheduling and Appointment of FSV

Considering the ideal timing of FSV implementation described in section 6.2 titled ‘Calendar of FSV at each level’, supervisors should develop a plan of FSV visit in accordance with this calendar. RHMT, DHMTs and SDHTs should assign facilities to be visited by each team.

Dates of each visit should be fixed in consultation with the facilities to be visited and a copy of these dates shared with these facilities. Facilities should be reminded a day before the visit. Unannounced visits are undesirable because they can hinder supervisee's work or result in ineffective and/or inefficient supervision due absence of staff or lack of preparation.

(3) Mobilization of Logistics

Supervisory teams should arrange logistics for supervision as specified in Table 8 below.

Table 8 Logistics mobilization for FSV

No.	Item	Details
1	Transportation	Vehicle/motorbike and fuel, bicycle
2	FSV tools	FSV checklist and standard guideline
3	Stationery	Pens, notebooks etc.
4	Service protocols and guidelines	For the supervision of service delivery areas
5	Other supplies and materials	Any supplies such as books, forms, cards and registers that need to be supplied to facilities

8.2. Implementation

(1) Before the Start of Supervision

Entrance conference or a brief meeting should be held between supervisors and supervisees before the start of the FSV session. Team members should introduce themselves and briefly the following: the purpose of visit, components of the session, the assessment period of the supervision and expected duration of the session. It is also important to make supervisees understand the goal of FSV; thus to support the provision of better health service at the facility to be supervised.

(2) Conducting Supervision

The FSV checklist consists of “Basic information”, “Monitoring of Performances in five areas” and “Summary sheet of FSV”. As part of “Basic information”, the supervisors should examine the record of previous FSV checklist to monitor implementation status of the action plan that was developed in the previous session. If unsolved issues remain, supervisors should fill in the space labelled “Issues to be followed up”. A sample of how this is done is shown in Figure 7 below.

The image displays a 'FACILITATIVE SUPERVISION SHEET' form. The form is divided into several sections. The top section is titled 'FACILITATIVE SUPERVISION SHEET' and includes fields for 'Level, Region, District', 'Basic Information', and 'Date'. Below this is a table for 'Performance Indicators' with columns for 'Indicator', 'Target', 'Actual', and 'Remarks'. The bottom section is titled 'Issues to be followed up' and contains a red box with the handwritten text: 'Problem of lightening in the pharmacy is still unsolved.'

Figure 7 Sample of description of “Issues to be followed up”

After filling in the “Basic information”, the supervisors start the monitoring of performance in the five areas. Most items are evaluated on a three-grade scale: “Good”, “Fair” and “Poor”. For scoring, the supervisors should refer to the FSV standard guideline that describes the criteria for each grade so that they can score their performance in an equitable manner.

For example, in Figure 8, the supervisor seeks to assess the surroundings of the facility using the FSV checklist. To establish the criteria for grading “Good”, “Fair” and “Poor”, the supervisor refers to the FSV standard guideline for explanation of the grades which are *clean* for a score of “Good”, *not satisfactorily clean* for a score of “Fair” and *waste, grass* for a score of “Poor”.

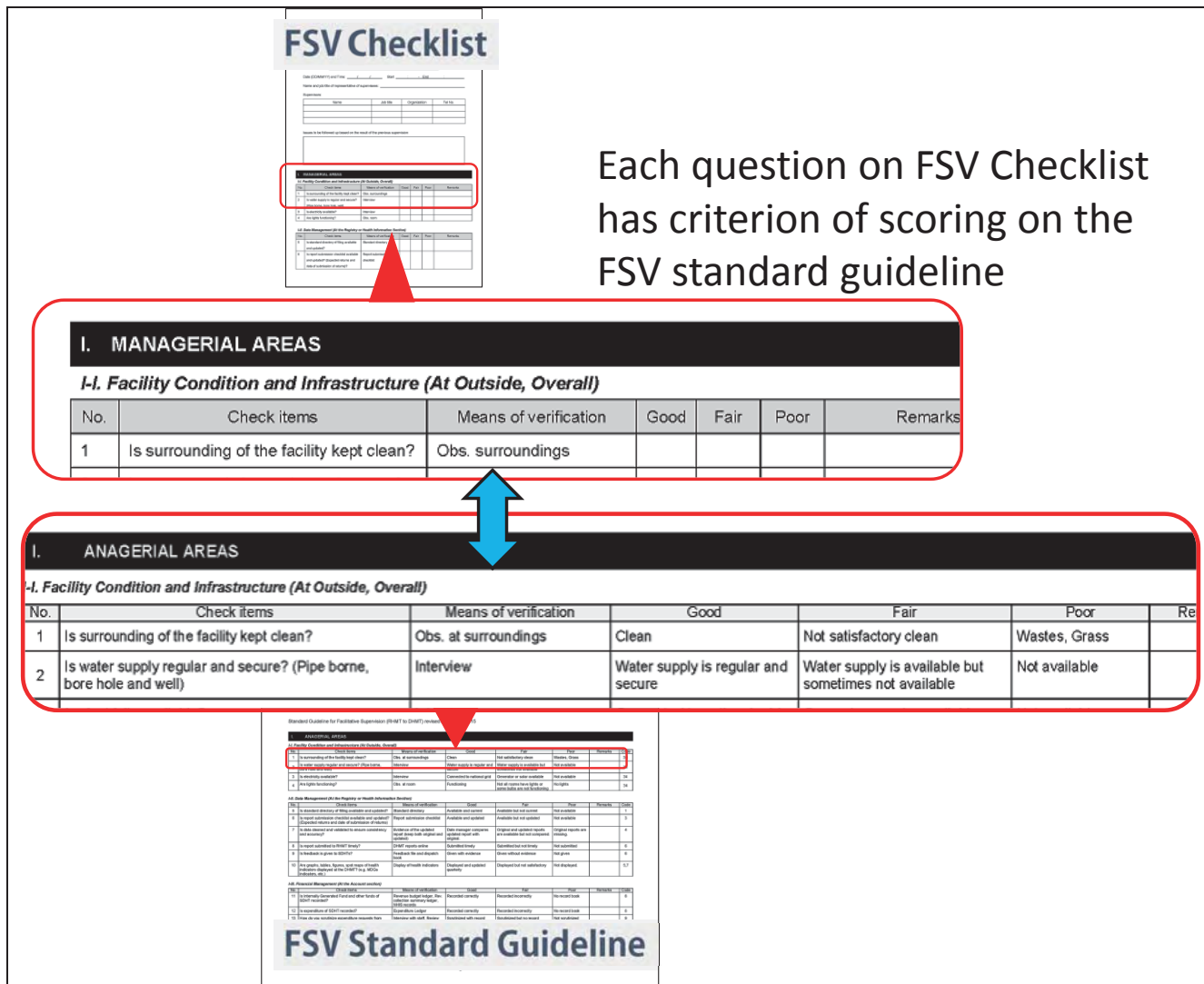


Figure 8 FSV checklist and FSV standard guideline

All the questions on the supervision checklist should be answered without skipping. In situations where the item is not applicable to the facility or a particular situation, (e.g. question on ANC where there is no client), supervisors should indicate “N/A” at corresponding “Remarks” column. The reason for grading “Poor” or “N/A” can also be indicated in the “Remarks” column. Figure 9 provides examples of correct and incorrect filling of the “Remarks” column.

Not Correct

E. Emergency Delivery

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
77	Are minimum quantity of emergency drugs and supplies available in the facility?	Check Oxytocin, IV fluid, Antibiotics	✓			
78	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 sterilized delivery kits	✓			
79	Is partograph used to monitor women in labour?	Used partographs				
80	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor women after delivery?	Used IPO sheet				

Do not leave blank

Correct

E. Emergency Delivery

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
77	Are minimum quantity of emergency drugs and supplies available in the facility?	Check Oxytocin, IV fluid, Antibiotics	✓			
78	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 sterilized delivery kits	✓			
79	Is partograph used to monitor women in labour?	Used partographs				N/A
80	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor women after	Used IPO sheet				N/A

Fill in “N/A” for not applicable question

Figure 9 Example of incorrect mark

During the monitoring of performance in the five areas, supervisors should observe if supervisees apply correct technique to their work. If necessary, supervisors should instruct them and update their skill and knowledge in areas where the supervisees show insufficient skills and knowledge.

(3) Summary Session

After all the questions on the five areas are answered, supervisors should summarize overall performance of the facility and issues which came up during the FSV session. The purpose of a summary session is to give supervisees immediate feedback on the supervision and to collectively develop action plans to tackle issues and problems identified. For this reason, the summary session should involve all members of the facility supervised.

a) Following up on the Issues/Challenges Identified in Previous FSV

During the summary session, the previous action plans should be reviewed to assess the status of implementation. As FSV is a learning process, monitoring the consequences of the agreed action plan is essential for the improvement of the supervisee's performance. The process of following up on the action plan should be facilitative and an example of such a process is described in Figure 10.

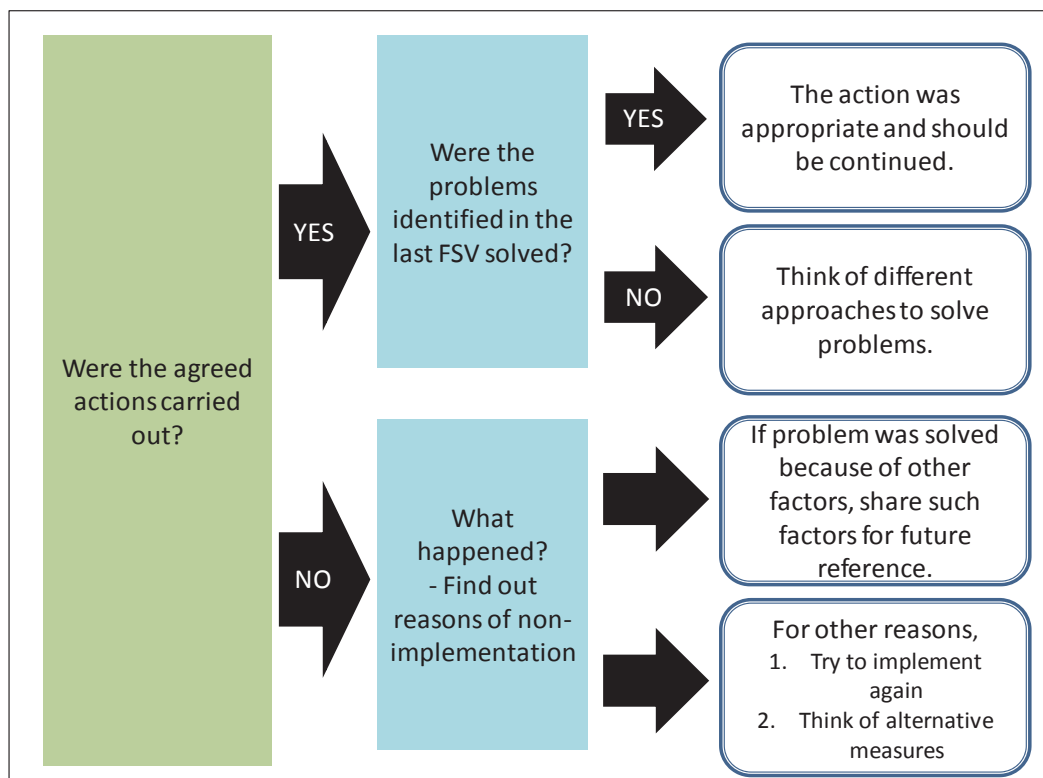


Figure 10 Follow-up process for Action Plan

b) Developing Action Plans

One major objective of FSV is to enhance the problem-solving capacity of staff. Developing an action plan gives the supervisees an opportunity to practice and improve their problem-solving abilities. Supervisors are expected to facilitate the process through helping them to:

- Identify and clarify the challenges
- Think of possible solutions to the challenges and
- Select actions to be taken and a time frame for each action

It is also important for the supervisors to take an active role in making the action plans since some issues

cannot be solved by the facility supervised alone.

At the end of the summary session, supervisors fill in the “Summary Sheet of FSV” and share the schedule for the next supervision. A copy of the supervision checklists with the signatures of both the supervisors and the representatives of the supervisees should be given to the facility supervised for their records. A sample of the summary sheet is shown in Figure 11.

SUMMARY SHEET of FSV by DHMT to SDHT						
Name of SDHT: <u>Saitama</u>			Date: <u>03/05/2016</u>			
Q#	Issues identified	Action	Implementation level (SDHT/DHMT)	Name of Person Responsible	Time Frame	Remarks
1	Work plan not available	To design work plan for the facility	SDHT	In-charge	By January 2016	
2	Not roster for routine cleaning of the facility	To design roster for cleaning of the facility	SDHT	In-charge	21 st January 2016	
3	Spot map & surveillance monitoring charts not available	To get spot map & surveillance monitoring charts	SDHT	In-charge	30 th January 2016	



Name(s) & signature(s) of supervisor(s): Emanuel Teaby  Name(s) & signature(s) of supervisee(s): Samuel Sorbotor 

Figure 11 Example of Summary Sheet of FSV

(4) Follow-up

In situations where facilities supervised need support from a higher level, supervisory teams should arrange an appropriate follow-up. Follow-up includes material support such as the provision of commodities, recording tools and official guidelines for health services and technical support offered by the visit of a technical support team.

9. Data Management of FSV

9.1. Data Submission at Each Level

The FSV checklist is in duplicate. After the FSV session, supervisors take the original sheets and give the duplicate to the facility supervised (Figure 12).

The flow of FSV data is shown in Figure 13. Supervisors at sub-district level submit the original sheets of FSV from S to C to the district. At the district level, DHIOs input the data submitted from sub-district into the District FSV database¹ and return the completed checklist to the sub-district.

DHIOs also input data of FSV from D to S. After all the data are inputted, DHIOs export the data of FSV (S to C and D to S) and submit it to the RHMT.

At the regional level, the Health Information Unit or any designated unit/personnel imports the data submitted from the districts into the regional FSV database. They also input data of FSV from R to D.

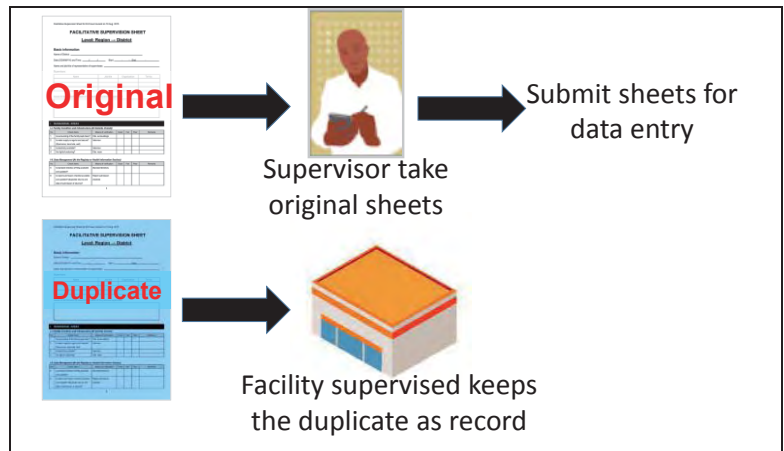


Figure 12 Management of Original and Duplicate of FSV checklist

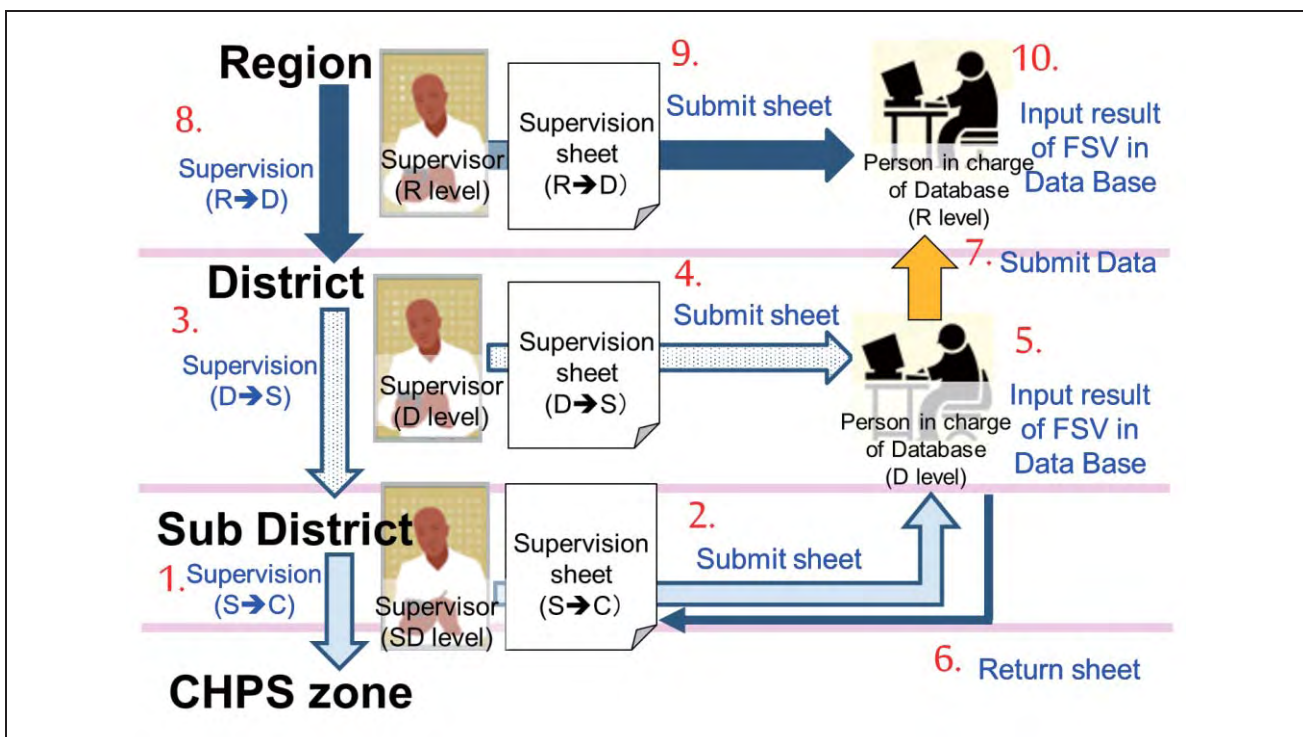


Figure 13 Flow of FSV data management

¹ A detailed explanation of FSV database can be found in “Facilitative Supervision Database System (FSV-DB) Operational Manual”

After the FSV sessions, supervisors should submit the data timely (i.e. within a week) after completion of FSV at each level. The deadline for data submission is shown in Table 9.

Table 9 Deadline for FSV data submission at each level

Data Submission by SDHTs		
Quarter	FSV Implementation (S→C)	Deadline of Submission(S→D)
1 st	2 nd week of April	3 rd week of April
2 nd	2 nd week of July	3 rd week of July
3 rd	2 nd week of October	3 rd week of October
4 th	2 nd week of January	3 rd week of January
Data Submission by DHMT		
Quarter	FSV Implementation (D→S)	Deadline of Submission (D→R)
1 st	3 rd week of April	4 th week of April
2 nd	3 rd week of July	4 th week of July
3 rd	3 rd week of October	4 th week of October
4 th	3 rd week of January	4 th week of January
Data Submission by RHMT		
Bi-annual	FSV Implementation	Deadline of Report (Supervisors to RHIO)
1 st	4 th week of July	1 st week of August
2 nd	4 th week of January	1 st week of February

9.2. Feedback on Data Analysis

Districts and the region conduct an analysis of the submitted FSV data and develop a feedback report based on the analysis. The report should include data of all facilities to enable comparison of performance between facilities. Analysis of trend for the previous four quarters is also useful for assessment of improvement. Box 1 shows sample topics to be included in a feedback report.

Box 1 Sample topics for FSV feedback report

- Comparative analysis of performance for all subordinate facilities
 - Comparison of overall performance
 - Comparison of performance by category
- Trend analysis of performance for the last quarter
- Good practices identified during the supervision
- Common challenges/issues identified during the supervision
- Suggested actions to improve the issues identified
- Next schedule for FSV

10. FSV Review Meetings

10.1. Framework of FSV Review Meetings

As part of feedback on FSV, RHA and DHAs hold FSV review meetings. These review meetings provide the opportunity to share results of FSV at the regional and district levels respectively. Besides sharing results, the meetings are also a forum to share good practices, challenges and decide on the way forward. The FSV review meetings also promote collaboration between facilities.

The meetings at the district level are held quarterly and involves members of the DHMTs, SDHTs and CHOs in the district. On the other hand, the regional level review meetings are held biannually with participation from members of DHMTs and RHMT. Detail information on FSV review meetings can be found in “Guideline for FSV review meeting”. Also, the framework of FSV review meetings is shown in Table 10.

Table 10 Framework of FSV review meeting

	Regional level	District level
Frequency	Bi-annually (after FSV in January and July)	Quarterly (after FSV in January, April, July and October)
Participants	<ul style="list-style-type: none"> ● RHA members ● District Director of Health Service (DDHS), CHPS Coordinator and DHIOs from all districts in the region 	<ul style="list-style-type: none"> ● DHA members ● In-charges/Reps from all Sub-districts in the District (FSV supervisory team members) ● One staff from each CHPS zone in the district ● Representative of RHA
Person in charge	Regional Director (RD)	DDHS
Coordinator of the meeting	Regional CHPS Coordinator	CHPS Coordinator
Duration	1 day	
General Objective	<ul style="list-style-type: none"> ● To discuss performance and challenges of each district and ways to improve 	
Specific Objectives	<ul style="list-style-type: none"> ● To monitor implementation of FSV ● To review the previous action plan ● To analyse and share the results of FSV ● To discuss challenges and best practices of each facility ● To develop an action plan 	

10.2. Outline of FSV Review Meetings

The agenda of FSV review meetings can be flexible and modified depending on the needs of the level. However, it should cover the following:

- Review of previous Action plan for FSV review meeting
- Summary and analysis of FSV
- Presentation by selected Sub-districts on their achievement
- Presentation by selected CHPS zones on their achievement
- Development of action plan for FSV review meetings and
- Schedule of next FSV.

In the FSV review meetings, not only do organizers such as RHMT and DHMTs make presentations, but also participants from sub-districts and CHPS zones make presentations to share their situation, challenges and good practices among others. Contents to be included in the presentation at each level are shown in Table 11 and Table 12. The format of presentation for each level is available in “Guideline for FSV review meeting”.

Table 11 Sample Presentation Outline for Regional FSV review meeting

Presentation by RHMT	<ul style="list-style-type: none"> ● Opening/Introduction ● Review of previous action plan for FSV review meeting ● Result and analysis of FSV <ol style="list-style-type: none"> 1. Review of action plan of the previous FSV 2. Implementation rate of the FSV 3. General performance of districts 4. Detailed analysis of a facility (if necessary) ● Update of action plans for FSV review meetings ● Schedule of next FSV <ol style="list-style-type: none"> 1. FSV from region to district 2. FSV from district to sub-districts ● Way Forward
Presentation by DHMTs	<ul style="list-style-type: none"> ● Introduction ● Supervision implementation ● Comparison of sub-districts in the district ● Key points of performance ● Issues in the district ● Way forward

Table 12 Sample Presentation Outline for District FSV review meeting

Presentation by DHMTs	<ul style="list-style-type: none"> ● Opening/Introduction ● Review of previous action plan for FSV review meeting ● Result and analysis of FSV <ol style="list-style-type: none"> 1. Review of action plan of the previous FSV 2. Implementation rate of the FSV 3. General performance of SDHTs and CHPS zones 4. Detailed analysis of a facility (if necessary) ● Update of action plans for FSV review meetings ● Schedule of next FSV <ol style="list-style-type: none"> 1. FSV from district to sub-districts 2. FSV from sub-district to CHPS zones ● Way forward
Presentation by SDHTs	<ul style="list-style-type: none"> ● Introduction ● Supervision implementation ● Comparison of CHPS in the Sub-District ● Key points of performance ● Issues at CHPS zones ● Way forward
Presentation by CHOs	<ul style="list-style-type: none"> ● Introduction ● Achievement, challenges, innovation and best practices at CHPS zone <ul style="list-style-type: none"> ◇ Managerial areas ◇ Quality Improvement at workplace ◇ Service delivery ◇ Referral and feedback ◇ Monitoring & supervisory system (FSV) ● Way forward

Participants at the review meetings review the action plans developed in the previous FSV review meeting. Based on the review of previous action plans, analysis and presentation of FSV results and discussions, facilities update their action plans at the end of the meeting. The updated action plans are reviewed in the subsequent FSV review meetings.

10.3. Summary Report of FSV Review Meetings

After FSV review meetings, DHMTs and RHMT develop a summary report of the meeting. DHMTs submit their summary report to RHA. The summary report should include points indicated in Box 2 Table 14.

Box 2 Content of summary report of FSV review meeting

<ul style="list-style-type: none"> ● Summary of discussion on results of FSV ● Summary of discussion on the presentations by participants ● Action plan and way forward ● Others <p><u>Appendices</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Agenda ● Participants list ● Minutes taken during the meeting ● Presentation by participants (soft copy)

11. FSV Training

It is important that supervisors understand the purpose, procedure and content of FSV very well. Therefore, training on FSV is necessary for newly appointed staff. There are modules on FSV which are an integral part of CHO's training. Therefore, CHOs can learn the purpose and procedure of conducting FSV to CHVs from this training.

Newly appointed members of SDHTs who will conduct FSV, DHMTs should include an instructive presentation on FSV as a part of the review meetings as well as train them on the job. A sample of presentation slides is available in appendix 10. DHMTs can also give new members of SDHTs a copy of this guideline as a reference document.

With regards to DHMT and RHMT members, on-the-job training could also be used. Where there are new members, they should be partnered with experienced supervisors to learn from them. It is also important to review FSV tools together before supervision. Also, a copy of the FSV standard guideline and manual should be made available these levels for reference.

References

1. EngenderHealth 2001. *Facilitative supervision handbook: EngenderHealth's Quality Improvement series*, EngenderHealth, NY, USA.
2. AQUIRE Project/EngenderHealth 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: participant handbook*, AQUIRE Project/EngenderHealth, NY, USA
3. Marquez, L., and Kean, L. 2002. *Making supervision supportive and sustainable: New approaches to old problems*. MAQ Paper #4, USAID, Washington, DC: USA.
4. Stinson, W., et al. 1998, *Quality supervision: Quality Assurance Project*, QA Brief 7(1):4–6.

Appendices

Appendix 1: Performance Standard of DHMT

Appendix 2: Performance Standard of SDHT

Appendix 3: Performance Standard of CHO

Appendix 4: FSV checklist (RHMT to DHMT)

Appendix 5: FSV checklist (DHMT to SDHT)

Appendix 6: FSV checklist (SDHT to CHO)

Appendix 7: FSV standard guideline (RHMT to DHMT)

Appendix 8: FSV standard guideline (DHMT to SDHT)

Appendix 9: FSV standard guideline (SDHT to CHO)

Appendix 10: Presentation material on FSV (For fresher)

**Appendix I:
Performance
Standard of DHMT**

I. MANAGERIAL AREAS				Code
I-I Data Management				
1	All health related records are kept in an appropriate manner in DHMT office	1	Standard directory of filing is available and updated.	1
		2	All sections, columns and cells of registers/reports are completed.	2
2	Data management is conducted properly every month	1	Report submission checklist is available and updated monthly and reminders given to Sub-Districts about outstanding reports.	3
		2	Data is cleaned and validated to ensure consistency and accuracy.	4
		3	Data is analyzed and report is generated for decision making.	5
		4	Report is discussed (refer to minutes) at the DHMT, is submitted to RHMT and feedback is given to Sub-Districts	6
		5	Analyzed data is displayed at the DHMT	7
I-II Financial Management				
1	Financial Management is conducted properly.	1	Internally Generated Fund and other funds of SDHT and expenditure are recorded.	8
		2	Expenditure requests from SDHT and CHPS level are scrutinized and appropriate action are taken.	9
		3	Revenue and expenditure transactions of DHMT, SDHT and CHPS are recorded and monitored.	10
		4	Annual plans and budgets of SDHTs (and CHPS) are collated and copies are submitted to RHMT	11
		5	Proposals for support have been submitted to other stakeholders including donors, governmental Agencies or Non-Governmental Organizations.	12
I-III Staff Management				
1	Regular management meetings are organized.	1	DHMT meetings are organized weekly or monthly and the minutes are available and up to date.	13
2	Implementation of staff management tools is ready.	1	Daily Attendance register is available and updated.	14
		2	Weekly or monthly activity schedules are available and updated.	15
		3	Monthly work plan of DHMT is available, implemented and monitored.	16
		4	Organogram is available and displayed.	17
3	Human Resource plan is available and updated	1	Nominal roll of staff is available and updated quarterly with copies to RHMT	18
		2	Training information of staff in DHMT, SDHT and CHPS level is recorded and updated.	19
		3	Training plan for the staff of DHMT, SDHT and CHPS level is available and monitored.	20
		4	Annual leave roster is available and updated	21
I-IV Supply Management				
1	Inventory management is conducted at facility.	1	All health commodities in the store are stocked above the re-order level.	22
		2	Monthly stock check is conducted.	23
		3	Health commodities are being ordered and issued according to the established guideline.	24
		4	All commodities are received, organized and issued according to FEFO (First-to-Expire, First-Out).	25
		5	Damaged commodities are properly disposed and unserviceable commodities are stored separately or in the process of being returned.	26
		6	Useful items (e.g., stationeries) are set in order, and the stock items are categorized in an appropriate sections/area.	27
2	Monitoring of supply management is conducted at SDHT.	1	Monitoring of supply management is conducted at all SDHTs with feedback given to them and a report is submitted to RHMT.	28
I-V Transport, Equipment (and Facility)				
1	Vehicles and motorbikes are maintained.	1	Monthly motorbikes and regular vehicles servicing are conducted.	29
		2	Quarterly estimates of fuel requirements is available and monitored	30
2	All equipment and assets are stored and maintained.	1	Assets and equipment register is available and updated.	31
		2	All the equipment in use and in store is functional.	32
		3	All assets and equipment are well labeled.	33
3	Facility and the surroundings is well maintained and in good condition.	1	Surrounding of the facility is kept clean and the water source, light and pits or incinerators are functioning.	34
4	Management of the equipment of the District	1	The inventory list of DHMT, SDHT and CHPS level is up-dated.	35
		2	Annual equipment need for the district is available and updated	36
5	Plan of preventive maintenance is prepared	1	Plan for preventive maintenance of equipment is available and adhered to.	37
I-VI CHPS Expansion Plan				
1	CHPS Expansion Plan is monitored and up-dated.	1	CHPS Implementation Plan is monitored and updated every quarter and copied to the RHMT.	38
I-VII Service Integration				
1	Service Integrated plan is developed	1	Integrated Plan of all activities in the district by GHS, UNICEF, any other partner/donor or NGOs is developed and updated quarterly	39
I-VIII Collaboration				
1	Collaboration with other donors or governmental sector is conducted	1	Half-yearly meetings with partners, donors or NGOs is held and the minutes of the meeting available.	40
		2	Inter-sectorial action plan (medium-term) is available.	41
		3	Quarterly Meeting with DA or other governmental sectors is held and minutes of the meeting is available.	42
		4	Action plans of other governmental sectors are available.	43

II. QUALITY IMPROVEMENT AT WORKPLACE				
II-I Preventive Maintenance				
1	All equipment and assets are stored and maintained according to guidelines.	1	Non-functioning equipment is separated and stored at designated place for discarding or repairing.	44
		2	All manuals, instruction and necessary documents accompanied with equipment are filed or displayed properly at designated area for reference.	45
		3	Regular maintenance of equipment is conducted according to schedule	46
		4	All functioning equipment, computers and accessories are covered from dust after use.	47
II-II Infection Prevention & Control				
1	Universal standard precautions are followed.	1	Soap, alcohol and water are readily available for hand washing	48
		2	Implementation of routine cleaning is conducted according to schedule.	49
2	Waste management is conducted according to standard procedure	1	Waste containers are labeled and placed at appropriate places.	50
3	Planned Preventive Maintenance (PPM) is conducted	1	PPM is conducted according to schedule	51

III. SERVICE DELIVERY				
III-I District Hospital: Maternal and Neonatal Death Audit (MNDA) , Quality Improvement (QI) and others				
1	There is a functional QI team	1	There is a functioning QI team at the hospital.	94
		2	QI team reviews facility data to plan for change.	95
2	Data on maternal health is shown at Public Health/ Health Information unit of hospital.	1	There are charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed at Public Health/Health Information unit of hospital.	96
3	Maternal and Neonatal Death Audit (MNDA) is conducted	1	Maternal deaths are reported within 24 hours.	97
		2	Maternal deaths are audited using the standard form within 7 days.	98
		3	Neonatal deaths are reported within 7 days.	99
		4	Neonatal deaths are audited using the standard form within 7 days.	100
		5	Still births are reported every month.	101
		6	Fresh still births are audited within 7 days.	102
		7	The recommendations of MNDA and audit of still birth are implemented within the facility or at the community level.	103
		8	DHMT staff participates in MNDA conference.	104
4	Women in labour/after delivery are monitored with correct tool	1	Partograph is used to monitor women in labour.	105
		2	Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet is used to monitor women after delivery.	106
5	Referral system is functioning.	1	Referral coordinator is assigned	107
		2	Referral activities such as feedback, updating telephone directory, logistics request / distribution and transport arrangements are well coordinated.	108
		3	Referral system assessed through facilitative supervision	109
		4	Referral materials (Referral Booklets) are sufficient in stock and available in all facilities	110
6	Activities on Mental Health are conducted.	1	There is registered mental health nurse at hospital.	111
		2	There is an integrated action plan including mental health.	112
		3	Activities on mental health are implemented.	113
III-II. DHA: Maternal / Neonatal & Child Health				
1	Data on Maternal/ Neonatal & Child health is correctly managed	1	All maternal health reports are collected and analyzed	52
		2	There are charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed	53
		3	Partograph is used at all facilities in all the district and monitored.	54
III-III. DHA: Disease Control / Surveillance/ EPI/ Nutrition/ Mental Health				
1	Surveillance is conducted according to the Standard Operating Procedures (SOPs).	1	There is updated graph showing cases/vital events and diseases under surveillance (Yellow fever, Measles, Meningitis, AFP, cholera, GW, Rabies and Anthrax).	58
		2	There is line list/register of patients of diseases under surveillance/public health importance.	59
		3	There are spot maps showing areas in the sub-district where the diseases occur.	60
		4	Rumors register is available and used.	61
		5	Evidence of rumors is investigated and actions are taken.	62
2	EPI is conducted according to policy guidelines.	1	EPI reports are collated from Sub-District level and analyzed	63
		2	Dropout rate is calculated correctly and updated chart displayed.	64
		3	There is an updated monitoring Chart showing coverage of various antigens	65
		4	There is a chart showing wastage of various antigens.	66
		5	Evidence of defaulter tracing by sub-districts is prepared.	67
		6	Provision of technical support to service delivery points is done.	68
3	Activities on Nutrition are conducted	1	There are updated graphs showing CMAM/IYCF coverage indicators.	90
4	Activities on Mental Health are conducted.	1	There is mental health officer.	91
		2	There is an integrated action plan including mental health.	92
		3	Activities on mental health are implemented.	93
III-IV Health Promotion				
1	Reproductive health promotion is conducted.	1	Technical support to sub-districts on Promotion of Family planning, early ANC, skilled delivery and PNC is provided.	69
		2	The number of population reached with health promotion is reported and collated.	70
2	IEC and health promotion materials are available and in use.	1	Materials of IEC and health promotion are available and in use (such as ANC, PNC etc. flip charts).	71
		2	Functioning audio visual equipment are available and ready for use.	72
3	Health promotion is supported and monitored.	1	Health promotion activities are monitored within the last 3 months	73
IV. REFERRAL & FEED BACK				
1	Referral system is functioning.	1	Referral coordinator are assigned	74
		2	Referral activities such as feedback, updating telephone directory, logistics request / distribution and transport arrangements are well coordinated.	75
		3	Referral system assessed through facilitative supervision	76
		4	Referral materials (Referral Booklets) are sufficient in stock and available in all facilities	77
V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)				
1	FSV from DHMT to SDHT is conducted	1	Quarterly SDHT supervision is conducted for all Sub-districts.	78
		2	Supervision report is prepared and feedback given to all Sub-districts.	79
		3	FSV database is functional and updated quarterly.	80
2	All the monitoring sheets of CHPS and SDHT level are submitted to RHMT.	1	Copies of functional CHPS monitoring sheets and those of SDHT are submitted to RHMT.	81
3	The report and documents of DHMT level are submitted to RHMT on time.	1	Monitoring reports of DHMT to SDHT are submitted timely to RHMT.	82
		2	Action plan on FSV to SDHT available and implemented.	83
4	FSV Review Meetings are organized quarterly by the Supervisors of DHMT	1	FSV Review Meeting are organized with full participation of all CHOs and Supervisors.	84
		2	Meeting report is developed (Discussed results of FSV conducted to SDHT and CHPS as well as CHOs planned activities for the next quarter).	85
5	Technical support /supervision to SDHT is provided regularly.	1	Technical support/supervision to SDHT is carried out regularly.	86
6	Supervisions of SDHT to CHPS is monitored	1	Feedback about the supervisions of SDHT to CHPS is monitored.	87
7	Basic Information of CHPS and community is collected	1	Basic Information of CHPS and Community (i.e. population, durbars, volunteers, availability of CHAP or CETS) is collected and up-dated.	88

**Appendix 2:
Performance
Standard of SDHT**

I. MANAGERIAL AREAS				Code
I-I Data Management				
1	All health related records are kept in an appropriate manner in SDHT office (ANC Register, Birth and Emergency plan, Maternal Health Record, Partograph, Postnatal Register, Child Health Records, Referral Records, Delivery register and Midwives Returns).	1	Standard directory is available and updated.	1
		2	All sections, columns and cells of registers/reports are completed.	2
I-II Financial Management				
1	Financial Management is conducted properly.	1	Internal Generated Fund and other funds expenditure is recorded properly and cash is banked.	3
I-III Staff Management				
1	Implementations of Staff management tools are updated.	1	Organogram is available and displayed.	9
		2	Daily Attendance register is available and current	6
		3	Weekly or Monthly duty roster for all staff is available and current	7
		4	Monthly work plan of Health Centre is available, implemented and monitored.	8
2	Regular management meetings are organized.	1	SDHT meetings are organized monthly and the Minutes of the meeting are available and current.	4
		2	Quarterly SDHMT meetings are organized and Minutes available and current.	5
I-IV Supply Management				
1	Proper Inventory management is conducted at facility.	1	All drugs and health commodities as specified in the SDHT guideline are stocked above the re-order level.	10
		2	Monthly stock check is conducted (check drugs returns).	11
		3	All commodities are kept in good condition, organized and issued according to FEFO (First-to-Expire, First-Out).	12
		4	Damaged or expired commodities are properly disposed and unusable drugs stored separately or in process of returning.	13
		5	Health commodities are ordered and issued according to the established guideline.	14
I-V Transport, Equipment (and Facility)				
1	Vehicles and motorbikes are maintained.	1	Monthly motorbikes and regular vehicles servicing are conducted.	15
2	All equipment and assets are stored and maintained properly.	1	Assets and equipment register is available and updated.	16
		2	All the equipment in use and in store is functional.	17
		3	Useful items (e.g., stationeries) are set in order, and the stock items are categorized in appropriate sections/areas.	18
		4	All assets and equipment are well labeled.	19
		5	Cold chain equipment (fridge) is properly managed with a thermometer and daily monitoring sheet for the temperature and/or stock.	20
3	Facility and the surroundings is well maintained and in good condition.	1	The rooms are organized well for the purpose. (Cleanliness and privacy are maintained.)	21
		2	Surrounding of the facility is kept clean and the water source, light and pits or incinerators are functioning properly.	22
		3	Mobile network is available.	101

II. QUALITY IMPROVEMENT AT WORKPLACE				
II-I Preventive Maintenance				
1	All equipment and assets are stored and maintained according to guidelines.	1	All manuals, instruction and necessary documents accompanied with equipment are filed or displayed properly in designated area.	24
		2	Instructional paper is available for reference.	26
		3	Non-functioning equipment is separated and stored in designated place for discarding or repairing.	23
		4	Regular maintenance is conducted according to "Schedule".	25
II-II Infection Prevention & Control				
1	Universal standard precautions are followed in the facility.	1	Implementation of routine cleaning of the facility is conducted according to schedule.	32
		2	Clean bed linens are available for use.	31
		3	Soap, alcohol and water are readily available at each procedure room.	27
		4	Personal Protective Equipment (PPE) is readily available with appropriate stock (such as "disposable Glove", "Mask", "Cap").	28
		5	Re-Usable Personal Protective Equipment (e.g., utility gloves, plastic apron, gowns, wellington boots, caps and goggles) are maintained, cleaned and stored properly.	29
		6	Hand washing is done before and after every procedure.	30
2	Medical equipment is sterilized/disinfected and readily available for use.	1	Relevant disinfectants (Chlorine / Chlorhexidine solution) are available and properly labeled.	33
		2	Medical instruments / equipment are properly processed and maintained for safe use (decontamination, cleaning and sterilization).	34
		3	Medical equipment is properly stored to avoid possible contamination.	35
3	Waste from facility is managed according to standard precaution guidelines.	1	Labeled waste containers for different type of waste are available where the service is provided.	36
		2	No hazardous items are exposed in the facility.	38
		3	All medical waste is disposed according to the set guideline or procedure.	37
II-III Emergency Preparedness				
1	The facility is prepared for receiving delivery and emergency cases.	1	Minimum set of equipment are available, organized and functioning, including at least 2 sterilized delivery kits.	39
		2	Essential emergency protocol is placed on the wall for easy reference for everyone.	40

III. SERVICE DELIVERY				
III-I Maternal/ Neonatal Health & Child Health				
1	Guideline and Protocol are available at the service delivery point and accessible to all staff.	1	Current Safe Mother hood Protocol, Guides of Maternal and Newborn Care and National Family Planning Guideline are placed in the appropriate places.	41
		2	Protocol / charts placed on the wall for reference to help in performing procedures are available at the appropriate place.	42
2	Adolescent health services are provided.	1	Adolescent health corner is available and records of services provided.	43
3	Family planning is provided according to policy guidelines.	1	Family planning commodities are available in stock.	44
		2	Family planning is given as specified in the guideline.	45

4	Focused Antenatal care is provided according to policy guidelines.	1	Antenatal care is given as specified in the guideline.	47
		2	Commodities for focused antenatal care are available (Iron/folate tablets, TT vaccine, SP package) [check for the contents].	46
		3	All ANC clients undergo PMTCT services according to guidelines.	48
5	Delivery and emergency services are provided according to policy guidelines.	1	Minimum quantity of emergency drugs and supplies are available in the delivery room, ready for use.	49
		2	Intrapartum, postpartum and newborn care is given as specified in the protocol.	50
6	Postnatal care is provided according to policy guidelines.	1	Commodities for postnatal care are available (Iron-folate tablets, Penta, Vitamin A etc.).	51
		2	Postnatal care is given as specified in the guideline.	52
7	Quality is maintained in the report on RCH services (FP, ANC, Delivery and PNC)	1	Reporting of Family planning, Antenatal, Delivery and Postnatal is done at specified interval correctly.	53
		2	Data is analyzed and used for decision making (ask for evidence used for decision making).	54
		3	All registers/reports not in use are kept in registers columns in the stores.	55
8	EPI is conducted according to policy guidelines.	1	EPI is conducted and recorded.	103
		2	There is an updated graph showing coverage of various antigens (BCG, OPV1-3, Penta, MLS, YF, TT, ROTA and PCV) clearly displayed.	56
		3	Dropout rate is calculated correctly and updated chart displayed.	57
		4	There is a chart showing wastage of various antigens.	58
9	School health services are conducted according to guidelines.	1	School health services are conducted 4 times in a year (each quarter)	59
11	Breast feeding (within 30 minutes after birth) is promoted.	1	Breast feeding is initiated within 30 minutes after birth and recorded.	60
12	Child Welfare Clinic (growth monitoring) is conducted properly	1	Child Welfare Clinic (growth monitoring and promotion) is conducted according to the guideline.	61
13	Maternal and neonatal death auditing is conducted	1	Maternal and neonatal deaths are audited and reports submitted within one week.	62
		2	Audit recommendations are implemented within a quarter.	63
14	Nutrition activities are conducted recorded	1	Nutrition activities are correctly reported	102
		2	Nutrition registers including CMAM and IYCF are available and updated.	98
		3	Support visits on nutrition activities including growth monitoring are conducted.	99
		4	There updated graphs/charts showing nutrition status of children.	100

III-II Disease Control / Surveillance/ Mental Health

1	Surveillance is conducted according to guidelines.	1	There is updated graph showing cases/vital events and diseases under surveillance (Yellow fever, Measles, Meningitis, AFP, Rabies, GW, Anthrax and Cholera).	64
		2	The number of CBSV (Community Based Surveillance Volunteers) that are supervised and reported.	65
		3	Evidence of defaulter tracing by sub-districts is prepared.	72
		4	There is line list/register of patients of diseases under surveillance/public health importance.	66
		5	There are spot maps showing areas in the sub-district where the diseases occur.	67
2	Activities on Mental Health are conducted.	1	Community Mental Health Officer (CMHO) is available.	104
		2	There is an integrated action plan including mental health?	105
		3	Activities are on mental health implemented?	106

III-III Health Promotion

1	Reproductive health promotion is conducted.	1	Family planning promotion is carried out.	68
		2	Promotion of early ANC, skilled delivery and PNC is carried out.	69
		3	The number of population reached with health promotion is recorded.	70
2	Health promotion is conducted during outreach services.	1	Health promotion is conducted during outreach services within the last 3 month.	73
3	IEC and health materiel are ready for use.	1	Materials of IEC are ready for use (such as ANC, PNC etc. flip charts).	71
		2	Functioning audio visual equipment are available and ready to use.	72

IV. REFERRAL & FEED BACK

1	Referral Tools are available.	1	At least 10 sets of GHS referral forms are available.	74
		2	Entries in the referral register are complete.	75
		3	Current National Treatment Guideline is available and accessible at the service delivery point to all staff.	76
		4	Postnatal Care Stamp and stamp pad is available.	77
2	Referral system is functioning.	1	No. of referral cases sent (Referral OUT) in last 3 months is recorded.	83
		2	No. of referral cases received (Referral IN) in last 3 months is recorded.	84
		3	No. of feedbacks sent in last 3 months is recorded.	85
		4	No. of feedbacks received in last 3 months is recorded.	86
3	Records are kept properly.	1	Copies of referral and feedback sent (pink form) remain in the GHS referral and feedback form booklets.	78
		2	Received feedback forms (white form) are kept in each patient folder or a feedback file.	80
		3	Retained referral forms (blue form) are kept in each patient folder at the receiving facility.	79
4	Support system of referral is established.	1	Transport is available (National Ambulance, CETS or other mode).	81
		2	Telephone directory is available, displayed and regularly updated.	82

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)

1	FSV from SDHT to CHPS is conducted.	1	Quarterly CHPS supervision is conducted.	87
		2	Monthly work plan of CHPS is monitored by SDHT.	96
		3	Information of CHPS zones on status of compound, the names of the CHO, FT, ENs (technical staff) and CHN is updated and displayed	88
2	All the monitoring sheets are submitted to DHMT.	1	Copies of functional CHPS monitoring sheets are submitted to DHMT.	89
3	The report and documents of SDHT level are submitted to DHMT on time.	1	Monitoring reports of SDHT to CHO are submitted timely.	90
		2	List of issues identified are implemented and reported before the next monitoring	91
4	Supervisors of SDHT assist to FSV Review Meeting.	1	Supervisors of CHPS participate in the quarterly FSV Review Meeting (conducted by DHMT).	92
5	Technical support to CHO is provided regularly.	1	Meeting or Technical support to CHO is carried out (Monthly support visits to CHC / CHV, durbars, outreaches, ANC etc.).	93
6	List of the structured trainings attended on MNH for each staff is recorded and updated.	1	List of the structured trainings attended on MNH for each staff is recorded and updated.	94

**Appendix 3:
Performance
Standard of CHO**

I. MANAGERIAL AREAS				Code
I-I Data Management				
1	All health related records (ANC Register, Birth and Emergency plan, Maternal Health Record, Postnatal Register, Child Health Records, Referral Records, Midwives Returns, Home Visit Book, CWC Book, Health Promotion Activity Report, etc.) are kept according to standard.	1	Standard directory of filing is available and updated.	1
		2	All sections, columns and cells of registers/reports are completed and up to date.	2
		3	Community registers are updated monthly and community profile updated annually.	3
I-II Financial Management				
1	Financial Management is conducted according to standard operations guidelines.	1	Internally Generated Fund is recorded according to standard operations guidelines and cash is banked or sent to the SDHT (daily, weekly, monthly).	4
I-III Activities Schedule and Meetings				
1	Regular meetings are organized.	1	Meetings are organized monthly with CHVs and the Minutes are available and current.	5
		2	Quarterly CHMC meetings are organized and minutes are available.	6
2	Action plans and information sharing with SDHT and CHVs	1	Daily Attendance register is available and current	7
		2	Monthly work plan of CHPS zone is available, implemented and monitored	8
I-IV Supply Management				
1	Standard Inventory management is conducted at facility.	1	All health commodities as specified in the guideline are stocked above the re-order level.	9
		2	Monthly stock check is conducted.	10
		3	All commodities are kept in good condition, organized and issued according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT).	11
		4	All unserviceable commodities are stored separately or excess stock is in process of being returned.	12
		5	Health commodities are ordered and issued according to the established guideline.	13
I-V Transport, Equipment, Estates and Facility				
1	Motorbikes are maintained.	1	Monthly motorbikes servicing is conducted.	14
2	All equipment and assets are stored and maintained according to standard	1	Assets register is available and updated. (Equipment part of assets)	15
		2	All the equipment in use and in store is functional.	16
		3	All items (e.g., stationeries) are set in order, and the stock items are categorized in appropriate sections/areas.	17
		4	All assets and equipment are embossed according to standard or guideline.	18
		5	Cold chain equipment, fridge is monitored with a thermometer and the temperature recorded on the daily monitoring sheet	19
3	Facility and its surroundings are well maintained and in good condition.	1	The rooms are well organized for the purpose. Cleanliness and privacy are maintained.	20
		2	Surrounding of the facility is kept clean, well lit, water source and disposal pit are functioning.	21
		3	Mobile network is available.	97

II. QUALITY IMPROVEMENT AT WORKPLACE				
II-I Preventive Maintenance				
1	All equipment and assets are stored and maintained according to guidelines.	1	Non-functioning equipment are separated and stored in designated place for disposal or repair.	22
		2	Necessary manuals and instructions accompanied with equipment are filed or displayed near equipment for easy access and reference.	23
		3	Regular maintenance of equipment is conducted.	24
II-II Infection Prevention & Control				
1	Universal standard precautions are followed in the facility.	1	Implementation of routine cleaning of the facility is conducted according to schedule.	29
		2	Soap, alcohol rub and water are readily available at each procedure room.	25
		3	Hand washing is done before and after every procedure according to protocol.	26
		4	Personal Protective Materials are readily available for use (such as "disposable Glove").	27
		5	Re-Usable Personal Protective Materials (e.g., utility gloves, plastic apron, wellington boots, and mackintosh) are maintained, cleaned and stored according to protocol	28
2	Medical equipment is disinfected and readily available for use.	1	Relevant disinfectants (Chlorine/ Chlorhexidine solution) are available and properly labelled.	30
		2	Medical instruments / equipment are processed and maintained for safe use according to guideline(decontamination and cleaning)	31
		3	Medical equipment are stored according to guideline to avoid possible contamination.	32
3	Waste from facility is managed according to standard precaution guidelines.	1	Labelled waste containers for different type of waste are available at where the services are provided.	33
		2	All medical waste is disposed according to the set guideline or procedure.	34
		3	No hazardous items are exposed in the facility.	35
II-III Emergency Preparedness				
1	The facility is prepared for receiving delivery and emergency cases.	1	Minimum set of equipment are available and ready for emergency (including at least 2 sterile delivery kits.)	36
		2	Essential emergency procedures/protocols are displayed for easy access and reference.	37

III. SERVICE DELIVERY				
III-I Maternal/ Neonatal Health & Child Health				
1	Guideline and Protocol are available at the service delivery point and accessible to all staff.	1	Guideline and Protocol / charts are placed on the wall at the appropriate places for reference in performing procedures.	38
2	Family planning is provided according to policy guidelines.	1	Family planning commodities are available and above re-order level.	39
		2	Family planning is given as specified in the guideline.	40
3	Adolescent health services are provided.	1	Adolescent health corner is available and records of services provided.	90
4	Focused Antenatal care is provided according to policy guidelines.	1	Commodities for focused antenatal care are available. (Iron/folate tablets, TT vaccine, SP package).	41
		2	Antenatal care is given as specified in the guideline.	42
		3	PMTCT services are provided according to policy guidelines.	43

5	Delivery and emergency services are provided according to policy guidelines.	1	Minimum quantity of emergency drugs and supplies are available in the facility, ready for use (oxytocin, antibiotics).	44
		2	Intrapartum, postpartum and newborn care is given as specified in the protocol.	98
6	Postnatal care is provided according to policy guidelines.	1	Commodities for postnatal care are available (Iron/folate tablets, vaccines, Vitamin A etc.).	45
		2	Postnatal care is given as specified in the guideline.	46
7	Quality is maintained in the report on RCH services (FP, ANC, Delivery and PNC)	1	Reporting of Family planning, Antenatal, Delivery and Postnatal is done at specified interval correctly.	47
		2	Used registers/reports are kept at a section in the stores.	48
8	EPI is conducted according to policy guidelines.	1	EPI is conducted and recorded.	99
		2	There is an updated graph showing coverage of various antigens (BCG, OPV1-3, Penta 1-3, PCV1-3, Rota 1-2, MLS 1-2, YF, TT etc.) clearly displayed.	49
		3	Dropout rate is calculated correctly and updated chart displayed.	50
		4	There is a chart showing wastage of various antigens.	51
9	School health services are conducted according to guidelines.	1	School health services are conducted according to schedule.	52
10	Child Welfare Clinic (growth monitoring) is conducted properly	1	Child Welfare Clinic (growth monitoring and promotion) is conducted monthly and entries done correctly.	53
11	List of the structured training experience of each staff on MNH is recorded and updated.	1	List of the structured training experience of each staff on MNH is recorded and updated.	54
12	Nutrition activities are conducted recorded	1	Nutrition activities are correctly reported.	94
		2	Nutrition registers including CMAM and IYCF are available and updated.	95
		3	Support visits on nutrition activities including growth monitoring are conducted.	96
		4	There updated graphs/charts showing nutrition status of children.	55

III-II Disease Control / Surveillance

1	Surveillance is conducted according to guidelines and reports submitted timely	1	There is updated graph showing cases/vital events and diseases under surveillance.	100
		2	All CBSV (Community Based Surveillance Volunteers) are supervised monthly and reports submitted	56
		3	There are spot maps showing areas in the CHPS Zones where diseases of public health importance occur.	57

III-III Health Promotion

1	Reproductive health promotion is conducted.	1	Family planning promotion is carried out.	58
		2	Promotion of early ANC, skilled delivery and PNC is carried out.	59
		3	The number of population reached with health promotion is recorded by sex and age group.	60
2	IEC materials are available and in use.	1	IEC Materials are available in the facility (such as ANC, Skilled Delivery, PNC etc. flip charts etc.)	61
		2	IEC materials are used to carry out health promotion activities.	62
3	Health promotion is conducted.	1	Health promotion sessions are conducted during the last month.	63

III-IV Community Participation

1	Regular home visits are carried out.	1	Regular home visits for ANC, PNC are carried out by the CHOs, or CHV.	64
		2	Defaulter tracing is conducted(Evidence of defaulter tracing)	65
2	Community's health activities are implemented with support of CHOs.	1	Community members with the support of the CHO develop CHAPs and it is regularly monitored, reviewed and updated.	66
		2	CHO support communities to implement CETS and ensure its monitoring and operation.	67
3	Communities are sensitized.	1	Durbars and meetings are organized quarterly	68
		2	Meetings with Community Based volunteers (CBA, CBSVs, TBA, etc.) are conducted monthly (quarterly).	69
		3	Visit to other health partners (the traditional healers, chemical sellers or private midwives) are conducted monthly.	70
4	Community supports maintenance of CHPS compound	1	Community support CHO/CHN in water fetching, cleaning, security and other activities.	85

IV. REFFERAL & FEED BACK

1	Availability of standard referral tools and treatment guidelines.	1	At least 10 sets of GHS referral forms are available.	71
		2	Entries in the referral register are completed including feedback received	72
		3	Current National Treatment Guideline is available and accessible at the area where consultation is done.	73
2	Referral system is functioning.	1	No. of referral cases sent in last 3 months is recorded.	78
		2	No. of feedbacks received in last 3 months is recorded.	79
3	Records are kept properly	1	Documented evidence of referral sent (pink form) remain in the GHS referral booklet.	74
		2	Received feedback forms are kept in each patient folder or a feedback file.	75
4	Support system for referral is established.	1	Transport is available (National Ambulance, CETS or other available means of transport mode).	76
		2	Telephone directory is accessible to all staff, displayed and regularly updated.	77

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)

1	FSV from CHO to CHV is conducted	1	Monthly CHVs-supervision is conducted.	80
2	All the monitoring sheets are submitted to SDHT	1	Copies of supervisory reports are submitted to SDHT.	81
		2	Findings of supervision is implemented from SDHT to CHO and from CHO to CHV that the CHO is responsible	82
3	The report and documents of CHMC& CHV level are submitted to CHO on time.	1	Monitoring reports of CHVs by CHO are submitted timely.	83
4	CHO participates in CHPS Review Meeting.	1	CHOs participate in the quarterly CHPS Review Meeting (conducted by DHMT).	84

**Appendix 4:
FSV checklist
(RHMT to DHMT)**

FACILITATIVE SUPERVISION CHECKLIST

Level: Region → District

Basic Information

Name of District: _____

Date (DD/MM/YY) and Time: ____ / ____ / ____ Start ____ : ____ - End ____ : ____

Name and job title of representative of supervisees: _____

Supervisors:

Name	Job title	Organization	Tel No.

Issues to be followed up based on the result of the previous supervision

I. MANAGERIAL AREAS

I-I. Facility Condition and Infrastructure (At Outside, Overall)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
1	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. surroundings				
2	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole, well)	Interview				
3	Is electricity available?	Interview				
4	Are lights functioning?	Obs. at room				

I-II. Data Management (At the Registry or Health Information Section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
5	Is standard directory of filing available and updated?	Standard directory				
6	Is report submission checklist available and updated? (Expected returns and date of submission of returns)?	Report submission checklist				
7	Is data cleaned and validated to ensure consistency and accuracy?	Evidence of the updated report (keep both original and updated)				

Facilitative Supervision Checklist for R-D level revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
8	Is report submitted to RHMT timely?	DHMT reports online				
9	Is feedback given to SDHTs?	Feedback file and dispatch book				
10	Are all graphs, tables, figures, spot maps of health indicators displayed at the DHMT? (e.g. performance indicators, such as CMAM discharge rate, etc.)	Display of health indicators				

I-III. Financial Management (At the Account section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
11	Is Internally Generated Fund and other funds of SDHT recorded?	Revenue budget ledger, revenue collection cash book, rev. summary cash book, Notional rev. ledger, claims forms				
12	Is expenditure of SDHT recorded?	Drug & Non-drug expenditure budget ledgers				
13	How do you scrutinize expenditure of SDHT and CHPS level?	Interview with staff, Review request (supporting invoices, quotations, quantities & prices)				
14	Are appropriate action taken for request for funds?	Approvals/authorization, supporting documents (Pos, Invoices, SRA etc.)				
15	Are revenue and expenditure transactions of DHMT recorded and monitored?	Exp. & Rev. budget ledgers, Departmental C/Bks (Drug & Non-drug, GCR, Pay-in-slips, Notional rev. ledger, Programs & Earmark funds)				
16	Are revenue and expenditure transactions of SDHT recorded and monitored?	Exp. & Rev budget ledgers, Departmental C/Bks (Drug & Non-drug, GCR, Pay-in-slips, Notional rev. ledger etc.)				
17	Are revenue and expenditure transactions of CHPS recorded and monitored?	Rev. collection, Pay-in-slip, Pass book, NHI claims forms, Honor certificate, Copies of payment vouchers				
18	Are annual plans and budgets of SDHTs (and CHPS) compared with the last annual plans and budget?	Interview, Evidence of comparison (document)				
19	Are annual plans and budgets of SDHTs (and CHPS) discussed at DHMT meeting?	Interview, DHMT meeting minutes				
20	Are copies of annual plans and budgets of DHMT submitted to RHMT?	Copies of annual plans and budget of DHMT				
21	Have proposals for support been submitted to other stakeholders including donors, governmental agencies, or NGOs?	Copy of proposals				

I-IV. Staff Management (At Human Resource Section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
22	Is organogram available and displayed?	Organogram				
23	Is Daily Attendance register available and updated?	Daily Attendance Register				
24	Is nominal roll of staff available and updated quarterly with copies to RHMT?	Nominal roll of staff				
25	Is annual leave roster available and updated?	Annual leave roster				
26	Is monthly work plan of DHMT available, implemented and monitored?	Copy of Monthly work plan, Report on implementation and monitoring				
27	Are DHMT meetings organized weekly and activity schedule prepared?	Minutes of meeting (Assess for entire quarter)				
28	Is training information of staff in DHMT, SDHT and CHPS level recorded and updated?	Staff training register(with information on both internal and external trainings)				
29	Is training plan for the staff in DHMT, SDHT and CHPS level available and monitored?	Staff training register and Training plan				

I-V. Coordination and Collaboration (At DDHS)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
30	Is plan for CHPS implementation available and monitored?	CHPS Implementation Plan, and CHPS database				
31	Is Integrated Plan of all activities in the district by GHS, and partner/donor or NGOs developed and updated quarterly?	Integrated plan of stakeholders				
32	Is Half-year meetings with partners, donors or NGOs held and the meeting minutes available?	Half-year performance review report, Minutes of meeting with partners				
33	Is Inter-sectorial action plan (medium-term) available?	Inter-sectorial action plan				
34	Does DHMT participate in quarterly DA meeting?	Invitation letter, Report on key issues				
35	Are action plans of other governmental sectors available?	Action plans of other governmental sectors				

I-VI. Supply Management (At district medical store/warehouse)

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
36	Are health commodities requested and issued by standard forms?	Requisition, Issue and Receipt Voucher, Requisition form book				
37	Does each item/drug have a bin card?	Bin cards				
38	Is Drug returns from SDHT completed and submitted?	Drug returns				
39	Is stock-out recorded on the latest Drug returns?	Drug returns				
40	Are items/drugs properly arranged on shelves and with clear labels?	Check labels of items/drugs on the shelves				
41	Are commodities organized according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT)?	Check 2-3 drugs aligned				
42	Are damaged commodities/drugs disposed according to set guidelines?	Interview, Correspondence to the RHMT				N/A
43	Are unserviceable items/expired commodities stored separately or in process of return?	Obs. at storeroom				
44	Are office supplies (stationery) set in order?	Obs. at storeroom				
45	Is monitoring of supply management conducted at all SDHTs?	Report of monitoring				
46	Is feedback of monitoring of supply management given to SDHTs by DHMT?	Monitoring report				
47	Is report of monitoring of supply management submitted to RHMT?	Report of monitoring of supply management, dispatch book				

I-VII. Assets Maintenance (At Asset management/ warehouse/ Transport)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
48	Is assets register at DHMT available and updated?	Assets register/ Store ledger book/ PC format				
49	Is inventory list of DHMT, SDHT and CHPS level updated?	Inventory list of DHMT, SDHT, CHPS				
50	Are assets well-labelled?	Check labels				
51	Is annual equipment need for the district available and updated?	Annual equipment order				
52	Are all equipment in use functional?	Assets register/ Store ledger book				
53	Are manuals and instruction filed or displayed in designated area?	Place of keeping user's manuals and instructions				

Facilitative Supervision Checklist for R-D level revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
54	Is Planned Preventive Maintenance schedule for equipment available and adhered to?	Maintenance record and schedule				
55	Are non-functioning equipment removed from service points and separated for repair?	Obs. storeroom, Unserviceable register				
56	Are all functioning equipment, computers and accessories covered from dust after use?	Cover cloth				
57	Are monthly motorbikes servicing conducted?	Interview, maintenance schedule and register				
58	Are regular vehicles servicing conducted?	Log book and maintenance sticker (attached to car after servicing)				
59	Is monthly estimates of fuel requirements available and monitored?	Monthly estimates of fuel requirement, Interview				

II. QUALITY IMPROVEMENT ON WORK PLACE

At Overall, Waste disposal sites

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
60	Is routine (daily) cleaning of the facility conducted?	Schedule for cleaners, observation				
61	Are soap, alcohol rub and water available for hand-washing?	Obs. hand-washing points				
62	Are disposal sites/waste bins available for waste?	Obs. disposal sites, waste bins				

III. SERVICE DELIVERY

III-I. Maternal and Neonatal Death Audit (MNDA), Quality Improvement (QI) and others (At Hospital)

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
63	Is there a QI team at the hospital?	Member list, interview with Medical Director or Change Agent				
64	Is QI team functioning?	Meeting minutes, interview with Medical Director or Change Agent				
65	Does QI team review facility data to plan for improvement?	Meeting minutes, action plan, interview with Medical Director or Change Agent				
66	Are there charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed at Public Health/Health Information unit of hospital?	Charts of maternal health indicators				
67	Are maternal deaths reported within 24 hours?	Death notification form, Documented phone calls/Text message				

Facilitative Supervision Checklist for R-D level revised on 20 May 2016

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
68	Are Maternal Death Audits conducted within 7 days?	Mortality audit report				
69	Are maternal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms				
70	Are neonatal deaths reported within 7 days?	Death notification form, Documented phone calls/Text message				
71	Are Neonatal Death Audits conducted within 7 days?	Neonatal death audit report				
72	Are neonatal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms				
73	Are the recommendations of MNDA implemented within the facility or at the community level?	Report on implementation status, minutes, interview, observation				
74	Are still birth reported every month?	Midwife returns				Fill in number of cases (fresh:) (macerated:)
75	Are fresh still birth audited within 7 days?	Mortality audit report				
76	Are the audit recommendations of fresh still birth implemented?	Report on implementation status, minutes, interview, observation				
77	Does DHMT staff participate in MNDA conference?	Report or minutes of mortality audit conference				
78	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases monitored using partograph among the 10 cases : (___ / 10)
79	Is partograph used correctly?	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases using partograph correctly among the 10 cases : (___ / 10)
80	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (Quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours)? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases monitored using IPO sheet among the 10 cases : (___ / 10)
81	Is Referral Coordinator (RC) assigned?	Letter of assignment				
82	Are at least 10 sets of GHS referral and feedback forms available?	Referral and feedback booklets				
83	Are entries in the referral register completed including feedback received?	Referral register				
84	No. of referral cases sent (Referred OUT) in last 3 months.	Referral register				No. (_____)
85	No. of referral cases received (Referred IN) in last 3 months.	Referral register				No. (_____)

Facilitative Supervision Checklist for R-D level revised on 20 May 2016

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
86	No. of feedbacks RECEIVED in last 3 months.	Referral register				No. (_____)
87	No. of feedbacks SENT OUT in last 3 months.	Referral register				No. (_____)
88	Is current National Treatment Guideline available and accessible at the service points?	National treatment guideline				
89	Is the essential emergency protocol displayed for easy reference?	Essential emergency protocol				
90	Do copies of referral and feedback sent (pink form) remain in the GHS referral and feedback booklets?	Referrals and feedback booklets				
91	Are received feedback forms (white form) kept in each patient folder or a feedback file?	Patient folders/ feedback file				
92	Are original referral forms (blue form) attached to NHIS bills?	Patient folders				
93	Is transport available for emergency cases (National Ambulance, CETS or other mode)?	Interview				
94	Is telephone directory available, displayed and regularly updated?	Telephone directory				
95	Is there registered mental health nurse at hospital?	Interview				
96	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan				
97	Are activities on mental health implemented?	Activity report				

III-II. Maternal / Neonatal & Child Health (At Family Health Section for MNDA of DHA)

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
98	Are maternal health reports collected from all SDHTs and CHPS under the DHMT?	Midwife returns from all SDHTs and CHPS under the DHMT				
99	Are there charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed?	Charts of maternal health indicators				
100	Is partograph used at all facilities in the district?	FSV data of sub-districts				

**III-III. Disease Control/ Surveillance, EPI, Nutrition, mental health
(At Disease control/ Surveillance/Nutrition/Mental Health section)**

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
101	Are there updated graphs showing cases/vital events and diseases under surveillance (YF, Measles, Meningitis, AFP, Cholera, GW, Rabies, Anthrax)?	Graphs of surveillance				
102	Is there line list/register of patients of disease under surveillance/ public health importance?	Line list/ register of patients / PC format/Case base form				
103	Are there spot maps showing areas in the district where diseases occur?	District spot map				
104	Is Rumors register available and used?	Rumors register				
105	Are evidence of rumors investigated and actions taken?	Rumors investigation report, Interview				
106	Are coverage of various antigens monitored by updated monitoring charts?	Charts of vaccination coverage				
107	Is dropout rate calculated correctly and updated chart displayed?	Dropout rate chart				
108	Is there a chart showing wastage of various antigens?	Vaccine wastage charts				
109	Is provision of technical support to service delivery points done?	Technical supervisory report				
110	Are there updated graphs showing CMAM/IYCF coverage indicators?	Graphs of CMAM/IYCF				
111	Is there mental health officer?	Interview				
112	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan				
113	Are activities on mental health implemented?	Activity report				

III-IV Health promotion (At Health promotion section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
114	Is technical support to sub-districts on Promotion of Family Planning, early ANC, skilled delivery and PNC provided?	Technical support report				
115	Is the number of population reached with health promotion reported and collated?	Health promotion activity report/EPI monthly report				
116	Are IEC Materials ready for use (such as ANC Skilled Delivery, PNC etc. flip charts)?	Storeroom/Distribution list				
117	Are functioning audio visual equipment available and in use?	Check the equipment				
118	Are health promotion activities monitored within the last 3 months?	Health promotion activity report/EPI monthly report				

IV. REFERRAL and FEEDBACK***At Referral Coordinator, Public Health Section or Health Information Section***

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
119	Is Referral Coordinator (RC) assigned?	Letter of assignment				
120	Are referral feedback forms received from RHA distributed to each sub-district by RC or somebody?	Interview, See the pigeon box				
121	Is telephone directory available, displayed and regularly updated?	Telephone directory				
122	Are transport arrangements well-coordinated (NAS, Hospital ambulance, DHA's vehicle)?	Interview with RC/staff				

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)***At Monitoring and Evaluation section / Registry/ Health Information Section/ CHPS coordinator***

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
123	Is quarterly SDHT supervision conducted for all SDHTs?	FSV checklist				
124	Is supervision report prepared and feedback given to all SDHTs?	Feedback file and dispatch book				
125	Is FSV database functional and updated quarterly?	Check FSV database				
126	Are copies of functional CHPS supervision sheets and those of SDHT submitted to RHMT?	Dispatch book, Copies at RHA				
127	Are supervision reports of DHMT to SDHT submitted timely to RHMT?	Dispatch book, Copies at RHA				
128	Is action plan on FSV to SDHT available and implemented?	Copy of Action plan, Supervisory report and CHPS review meeting report				
129	Are quarterly FSV Review Meeting organized with full participation of all CHOs and Supervisors?	FSV Review Meeting Report				
130	Does meeting minutes include discussed results of FSV conducted to SDHT and CHPS as well as CHOs planned activities for the next quarter?	FSV Review Meeting Report				
131	Is technical support/supervision to SDHT carried out regularly?	Report of the technical visit				
132	Is basic information of CHPS and Community (e.g. population, durbars, volunteers, availability of CHAP and CETS) collected and updated?	CHPS profile file, CHPS database				

SUMMARY SHEET of FSV by RHMT to DHMT

Name of District: _____ Date: _____

Q#	Issues identified	Action	Implementation level (DHMT/RHMT)	Name of Person Responsible	Time Frame	Remarks

Name(s) & signature(s) of supervisor(s): _____

Name(s) & signature(s) of supervisee(s): _____

**Appendix 5:
FSV checklist
(DHMT to SDHT)**

FACILITATIVE SUPERVISION CHECKLIST

Level: District → Sub-district

Basic Information (Interview with In-charge)

District: _____ Sub-district: _____

Date (DD/MM/YY) and Time: ____ / ____ / ____ Start ____ : ____ - End ____ :

Type of facility (Please tick Polyclinic, Health Centre with MD, Health Centre without MD

Name of representative of supervisees: _____ Job title: _____

Name and job title of other supervisees:

Name of **Functioning** zones supervised by SDHT:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Supervisors:

Name	Job title	Organization	Tel No.

Issues to be followed up based on the result of the previous supervision

I. MANAGERIAL AREAS***I-I. Facility Condition and Infrastructure***

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
1	Are the rooms well organized and cleaned?	Obs. at room				
2	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. surroundings				
3	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview				
4	Is electricity available?	Interview/Observation				
5	Are lights functioning?	Obs. at room/interview				
6	Is mobile network available?	Interview				

I-II. Data Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
7	Is standard directory of filing updated?	Standard directory				

Check the availability and completeness of the reports on the list below

No.	Reports/ Records	Good	Fair	Poor	Remarks
8	Monthly Midwife Returns				
9	Monthly Family Planning Returns				
10	Monthly Child Health Returns				
11	Monthly CBSV (Community Based Surveillance Volunteer) s reports				
12	Monthly Revenue Returns				
13	Monthly Drug Returns				
14	EPI Record				
15	Monthly Nutrition Returns				

I-III. Staff Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
16	Is organogram available and displayed?	Organogram				
17	Is Daily Attendance register available and completed?	Daily Attendance Register				
18	Is Weekly/Monthly duty roster for all staff available and current?	Duty roster				
19	Is Monthly work plan of HCs available and current?	Monthly work plan				
20	Are SDHT Meetings organized monthly and the minutes available and current?	SDHT Meeting minutes				
21	Are SDHMT Meetings organized quarterly and the minutes available and current?	Quarterly SDHMT Meeting Minutes				

I-IV. Equipment & Assets management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
22	Is Assets register available with updated inventory?	Assets register/ Store ledger book				
23	Are assets well-labelled?	Check labels				
24	Are all equipment in use functional?	Assets register/ Store ledger book/Observation				
25	Are manuals and instructions filed or displayed in designated area?	Place of keeping user's manuals and instructions				
26	Are non-functioning equipment separated for repair?	Obs. at store room, Unserviceable store ledger				
27	Is regular maintenance of equipment (Refrigerator, Solar) conducted?	Maintenance schedule, Interview with staff				
28	Are monthly motorbikes servicing conducted?	Interview, maintenance schedule and register				
29	Are regular vehicles servicing conducted?	Log book, Maintenance sticker (attached to car after servicing)				

I-V. Financial Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
30	Is Internally Generated Fund recorded?	Revenue collection book, Revenue billed ledger, Daily summary cash book, Notional Revenue Ledger				
31	Is cash revenue recorded?	Revenue collection book, Daily summary cash book, Pay-in-Slip, GCR				
32	Is General Counterfoil Receipt Book available and used?	GCR/CAGD, approved receipt books, value book register				
33	Are claims of NHIS compiled daily?	NHI claim forms, Notional revenue ledger, NHI returns				
34	Is cash collected banked-Gross?	Pay in slip, pass books, IGF-Service Summary Cash book, Drug Cash book				

I-VI. Supply Management

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
35	Are health commodities requested and issued by standard forms?	Requisition, Issue and Receipt Voucher, Requisition form book				
36	Does each drug have a bin card?	Bin cards				
37	Are all drugs and health commodities at SDHT level stocked above re-order level?	Bin cards, Drug returns				
38	Are commodities kept in good condition (No sunlight, heat, moisture, dust, insect, animal)?	Storage condition at dispensary/store				
39	Are commodities aligned on shelves by labels indicating where the drug belongs?	Cross-check between labels on the shelves and drugs				
40	Are commodities organized according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT)?	Check 2-3 drugs aligned				

Facilitative Supervision Checklist for D – S level revised on 20 May 2016

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
41	Are unusable drugs stored separately to be disposed or in process of return?	Check dispensary/ storeroom, Unserviceable store ledger				
42	Are office supplies (stationery) set in order by category?	Obs. at storeroom				
43	Are copies of Maternal Health Records Booklet stocked?	Stock of the booklet at store/service point				
44	Are copies of Child Health Records Booklet (CWC Book) stocked?	Stock of the booklet at store/service point				
45	Are new registers/reports formats kept in the stores?	Storeroom/ Store ledger				

II. QUALITY IMPROVEMENT AT WORK PLACE

II-I. Infection Prevention & Control

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
46	Is routine cleaning of the facility conducted?	Check schedule, Interview with staff				
47	Are clean bed linens available for use?	Check bed linens				
48	Are soap, alcohol rub and water available for hand-washing at service points?	Obs. at service points				
49	Are Personal Protective Equipment available with appropriate stock (Disposable glove, Mask, Cap)?	Obs. at OPD/ Maternity ward				
50	Are labeled waste containers for different type of waste available at service points?	Obs. waste containers (Label, Place), Safety box				
51	Are disposal pits (General medical wastes) available?	Obs. disposal pit				
52	Is placenta disposal pit available and in use?	Obs. placenta disposal pit				
53	Are incinerators available and functioning?	Obs. at incinerators				
54	Are no hazardous items (sharps, contaminated materials, flammables, harmful chemicals) exposed in the facility?	Obs. facility				
55	Are medical wastes disposed appropriately (incinerator, waste disposal pit, or landfill)?	Interview with staff/Observe disposal area				

III. SERVICE DELIVERY

III-I. Maternal / Neonatal & Child Health

A. Family Planning

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
56	Is Family Planning Guideline/ Protocol available?	FP Guidelines/ Protocol				
57	Are family planning commodities (Condoms, Pills, Injection, Implant, IUD) available in stock?	Check all F/P commodities				
58	Is the documentation of FP services correctly completed on the register?	Family planning register				

Facilitative Supervision Checklist for D – S level revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
59	Is the record of FP service completed correctly on the FP Client Card?	Check 1-2 FP Client Card				
60	Is family planning flipchart used for counselling?	Observation if clients are available. GHS FP flipcharts on the desk				

B. Adolescent Health

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
61	Is adolescent health corner available?	Obs. the corner				
62	Is there an adolescent health profile for the sub district?	Sub district Profile				
63	Is adolescent health service record updated?	Adolescent health service record				
64	Is there an adolescent health action plan for the sub district	Action plan				

C. Antenatal Care + PMTCT

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
65	Are Guides for Maternal and Newborn Care Part 1 and Part 2 available?	Obs. ANC or delivery room				
66	Is National Safe Motherhood Service Protocol located at accessible point in/around delivery room?	Obs. ANC or delivery room				
67	Is the record of ANC services correctly completed on the ANC register?	ANC register				
68	Is the record of ANC services correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If pregnant women available, see the booklets				
69	Is the birth preparedness plan completed on the Maternal Health Record Booklet?	If pregnant women available, see the booklets				
70	Are commodities for focused antenatal care available?	Check Iron/folate, Multivitamin, TT, SP				
71	Are PMTCT services provided in the facility?	Interview				
72	Are commodities for PMTCT available (HIV test, Syphilis test)?	Check PMTCT commodities				
73	Is the record of PMTCT services correctly completed on the register?	PMTCT register				
74	Is client's privacy ensured (Screen, Door closed, Partition) in the room?	Obs. at room				

D. Postnatal Care

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
75	Are commodities for postnatal care available (Iron/folate tablets, vaccines, Vitamin A etc.)?	PNC commodities				
76	Is the record of PNC services (1st and 2nd) correctly completed on the register?	PNC register				
77	Is the record of PNC services correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If mothers available, see the booklet				

E. Delivery Service

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
78	Are minimum quantity of emergency drugs and supplies available in the delivery room?	Check Magnesium sulphate, Oxytocin, IV fluid (normal saline and ringers lactate) Antibiotics, condom tamponade				
79	Are Re-Usable Personal Protective Materials maintained, cleaned and stored properly?	Check utility gloves, plastic apron, gowns, wellington boots, caps, goggles				
80	Are relevant disinfectants (Chlorine/ Chlorhexidine solution) available and labelled?	Check expiry dates, strengths on the bottle				
81	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 sterilized delivery kits				
82	Are medical equipment processed and maintained for safe use (Soaking of equipment, Washing, Autoclave)?	Check and Interview of procedure of sterilization				
83	Are medical equipment stored to avoid contamination?	Obs. equipment storage				
84	Is the protocol displayed on the wall for reference?	Obs. at delivery room				
85	Is the record of intrapartum and newborn care correctly completed on the register?	Delivery register				
86	Is breast feeding initiated within 30 minutes after birth and recorded?	Delivery register				
87	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases monitored using partograph among the 10 cases : (____ / 10)
88	Is partograph used correctly?	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases using partograph correctly among the 10 cases : (____ / 10)
89	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases monitored using IPO sheet among the 10 cases : (____ / 10)
90	Is a postnatal care stamp and stamp pad available?	PNC stamp and pad				
91	Is RCH report data analyzed and used for decision making?	Check analyzed data, Graphs				
92	Are maternal and neonatal deaths audited and reports submitted within one week?	Copies of maternal and neonatal death audit forms				N/A
93	Are Maternal and Neonatal Death Audit recommendations implemented within a quarter?	Audit recommendation report, Audit action report				

F. Child Health (Child Welfare Clinic, EPI)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
94	Are the Child Welfare Clinic services correctly recorded on the Child Welfare Clinic Registers?	Child Welfare Clinic Register (Check two different age group registers)				
95	Are the Child Welfare Clinic services recorded on the Child Health Record Booklet?	If children available, see the booklet (CWC booklet)				
96	Is refrigerator monitored and temperature recorded on the daily monitoring sheet?	Temperature monitoring sheet				
97	Are there updated charts showing coverage of various antigens (BCG, OPV, Penta, PCV, Rota, MLS, YF, TD) displayed?	Displayed coverage charts				
98	Are dropout rates (OPV, Penta, PCV, Rota, MLS) calculated correctly and updated chart displayed?	Displayed dropout rate charts (normally same charts the above)				
99	Are No. of vaccinations and No. of opened vials reported monthly?	EPI returns				
100	Is there a chart showing wastage of various antigens?	Vaccine wastage chart				
101	Are school health services conducted monthly?	Child Health Return				

G. Nutrition

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
102	Are nutrition registers including CMAM and IYCF available and updated?	CMAM and IYCF registers				
103	Are support visits on nutrition activities including growth monitoring conducted?	Monitoring reports, Monthly reports				
104	Are there updated graphs/charts showing; <ul style="list-style-type: none"> - Prevalence of underweight among children 0 to 59 - Vitamin A coverage - Low birth weight prevalence - CMAM discharge rates (cure, defaulter, died) - CMAM treatment coverage - Pregnant/lactating mothers (chn 0-23months) counselled - IYCF support groups formed - IYCF support groups facilitated 	Graphs/charts of listed indicators				

III-II. Disease Control / Surveillance/ Mental Health

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
105	Are there updated graphs showing cases /vital events and diseases under surveillance (YF, Measles, Meningitis, AFP, Rabies, GW, Anthrax, Cholera)?	Graph of surveillance				
106	Is the number of CBSV supervised and reported?	Community Based Surveillance Report				
107	Is evidence of defaulter tracing by sub-districts prepared?	Defaulter tracing record				
108	Are there case base forms or line list of patients of disease under surveillance?	Case base forms or line list of cases				
109	Are there spot maps showing areas in the sub-district where diseases occur?	Spot map				
110	Is Community Mental Health Officer (CMHO) available?	Interview				
111	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan				
112	Are activities on mental health implemented?	Activity report				

III-III. Health Promotion

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
113	Is family planning health promotion carried out?	Health promotion activity report/minutes				
114	Is promotion of early ANC, skilled delivery and PNC carried out?	Health promotion activity report/minutes				
115	Is the number of population reached from health promotion recorded by sex?	Health promotion activity report				
116	Is health promotion conducted during outreach services within the last 3 months?	EPI monthly report/ Health promotion activity report				
117	Are IEC Materials readily available for use (such as ANC, Skilled Delivery, PNC etc. flip charts)?	Check OPD/ ANC rooms or service delivery points				
118	Are functioning audio visual equipment available and ready to use?	Check the equipment				

IV. REFERRAL and FEEDBACK

At OPD or Maternity ward

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
119	Are at least 10 sets of GHS referral and feedback forms available?	Referral and feedback booklets				
120	Are entries in the referral register completed including feedback received?	Referral and feedback booklets				
121	Is current National Treatment Guideline available and accessible at the service points?	National treatment guideline				
122	No. of referral cases sent (Referred OUT) in last 3 months.	Referral register	/	/	/	No.
123	No. of referral cases received (Referred IN) in last 3 months.	Referral register	/	/	/	No.
124	No. of feedbacks RECEIVED in last 3 months.	Referral register	/	/	/	No.
125	No. of feedbacks SENT OUT in last 3 months.	Referral register	/	/	/	No.
126	Is the essential emergency protocol displayed for easy reference?	Essential emergency protocol				
127	Do copies of referral and feedback sent (pink form) remain in the GHS referral and feedback booklets?	Referral and feedback booklets				
128	Are received feedback forms (white form) kept in each patient folder or a feedback file?	Patient folders/ feedback file				
129	Are received referral forms (blue form) kept in each patient folder?	Patient folders				
130	Is transport available (National Ambulance, CETS or other mode)?	Interview				
131	Is telephone directory available, displayed and regularly updated?	Telephone directory				

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
132	Is quarterly FSV for CHPS conducted?	FSV Checklist				
133	Are copies of FSV Checklist submitted to DHMT?	FSV Checklist				
134	Is monthly work plan of CHPS monitored by SDHT?	FSV Checklist				
135	Are findings of supervision implemented by SDHT for CHPS?	Interview with staff, FSV Checklist				
136	Is information of CHPS zones on status of compound, the names of the CHO and technical staff updated and displayed?	Information of CHPS zone, CHPS data base print out				
137	Do supervisors for CHPS participate in the quarterly FSV review meeting by DHMT?	Interview with staff/ Minutes of FSV review meeting				
138	Are meetings or technical supports to CHO carried out (Monthly support visits to CHC/CHV, durbars, outreaches)?	Interview with staff/Report of the technical visit				

SUMMARY SHEET of FSV by DHMT to SDHT

Name of SDHT: _____ Date: _____

Q#	Issues identified	Action	Implementation level (SDHT/DHMT)	Name of Person Responsible	Time Frame	Remarks

Name(s) & signature(s) of supervisor(s): _____ Name(s) & signature(s) of supervisee(s): _____

**Appendix 6:
FSV checklist
(SDHT to CHO)**

FACILITATIVE SUPERVISION CHECKLIST

Level: Sub-District → CHPS Zone

Basic Information (Interview with CHO)

District: Sub-district:

Name of CHPS Zone:

Date (DD/MM/YY) and Time: / / Start: - End :

No. of communities (catchment areas):

No. of CHMC members:

No. of active/registered CHVs: / _____

Status of CHO/CHN/Others

CHO/ CHN/ Others	Name	Tel. No.	Email	Supervisee (Tick)

Supervisors:

Name	Job title	Organization	Tel No.

Issues to be followed up based on the result of the previous supervision

I. MANAGERIAL AREAS**I-I. Facility Condition and Infrastructure**

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
1	Are the rooms well organized and cleaned?	Obs. at room				
2	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. surroundings				
3	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview				
4	Is electricity available?	Interview/Observation				
5	Are lights functioning?	Obs. at room/Interview				
6	Is mobile network available?	Interview				

I-II. Data Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
7	Is current standard directory of filing updated?	Standard directory				
8	Is community register updated monthly?	Community registers				
9	Is community profile updated and current?	Community profile				

Check the availability and completeness of the reports on the list below

No.	Reports/ Records	Good	Fair	Poor	Remarks
10	Monthly Midwife Returns				
11	Monthly Family Planning Returns				
12	Monthly Child Health Returns				
13	Monthly CBSV (Community Based Surveillance Volunteer) s reports				
14	Monthly Revenue Returns				
15	Monthly Drug Returns				
16	EPI Record				
17	Monthly Nutrition Returns				

I-III. Financial Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
18	Is Internally Generated Fund recorded appropriately?	Revenue collection book, Notional Revenue Budget Ledger (NHI), summary cash book				
19	Is General Counterfoil Receipt Book available and used?	GCR/CAGD, Approved receipt book of MOH, value book stock register				
20	Are claims of NHIS compiled daily?	Daily claims forms, Notional Revenue Budget Ledger (NHI), revenue returns				
21	Is revenue sent to the SDHT?	Duplicate Pay-in-Slip, passbook, Notional Revenue Budget Ledger (NHI), cash analysis book, revenue returns (software), GCR				

I-IV. Activities Schedule, Meetings and Training

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
22	Is Daily Attendance register available and current?	Daily Attendance Register				
23	Is monthly work plan of CHPS zone available and current?	Monthly work plan				
24	Are meetings organized monthly with CHVs and meeting minutes available and current?	Interview, Minutes with CHV				
25	Does CHO have a logbook and in use?	Training logbook, interview				

Facilitative Supervision Checklist for S-C level revised on 20 May 2016

Tick the training experienced on each staff below.

CHO/ CHN	Name	Fresher CHO	Refresher (1)*	Refresher (2)**	Refresher (3)***	Life Saving Skills

* Refresher (1) = CHO Refresher Training (1) ANC/Delivery/PNC

** Refresher (2) = CHO Refresher Training (2) Community-Based MNH

*** Refresher (3) = CHO Refresher Training (3) Community Mobilization/FSV

I-V. Equipment & Assets Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
26	Is Assets register available and updated?	Assets register/ Store ledger book				
27	Are assets labelled?	Check labels				
28	Are all equipment in use functional?	Assets register/ Store ledger book/Obsv. eqpts				
29	Are non-functioning equipment separated for sending to repair?	Obs. at storeroom, Unserviceable store ledger				
30	Are manuals and instruction filed or displayed in designated area?	Place of keeping user's manuals and instructions				
31	Is regular maintenance of equipment (e.g. Refrigerator, Solar system) conducted?	Maintenance schedule, Interview with CHO				
32	Is monthly motorbikes servicing conducted?	Interview, maintenance schedule and register				

I-VI. Supply Management

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
33	Are health commodities requested and issued by standard forms?	Requisition, Issue and Receipt Voucher, Requisition form book				
34	Does each drug have a bin card?	Bin cards				
35	Are all health commodities stocked above the re-order level?	Bin cards, Drug returns				
36	Are commodities kept in good condition (No sunlight, heat, moisture, dust, insect or animal)?	Storage condition at dispensary/store				
37	Are commodities aligned on shelves by labels indicating where the drug belongs?	Cross-check between labels on the shelves and drugs				
38	Are commodities organized according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT)?	Check 2-3 drugs aligned				
39	Are unserviceable stock stored separately to be returned?	Obs. at storeroom, unserviceable store register				
40	Are office supplies (stationery) set in order by category?	Obs. at storeroom				
41	Are copies of Maternal Health Records Booklet stocked?	Stock of the booklet at store/service point				
42	Are copies of Child Health Records Booklet (CWC Book) stocked?	Stock of the booklet at store/service point				
43	Are used Registers/reports kept in the stores?	Storeroom				

II. QUALITY IMPROVEMENT AT WORK PLACE**II-I. Infection Prevention & Control**

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
44	Is routine cleaning of the facility conducted?	Interview with staff, Schedule of cleaning				
45	Are soap, alcohol rub and water available for hand-washing at service points?	Obs. at service points				
46	Are Personal Protective Equipment available with appropriate stock (Disposable glove, Mask)?	Obs. at OPD and store room				
47	Are Re-Usable Personal Protective Materials (e.g., utility gloves, plastic apron and mackintosh) maintained cleanly?	Obs. at room				
48	Are relevant disinfectants (Chlorine/ Chlorhexidine) available and labelled?	Expiry dates, strengths on labels				
49	Are medical equipment processed and maintained for safe use (Sterilization)?	Interview with CHO				
50	Are medical equipment stored appropriately to avoid contamination?	Obs. equipment storage				
51	Are labeled waste containers for different type of waste available?	Obs. waste containers (Label, Place), Safety box				
52	Are no hazardous items (sharps, contaminated materials, flammables, harmful chemicals) exposed in the facility?	Obs. Facility				
53	Are disposal pits for general medical wastes available?	Obs. disposal pit				
54	Is placenta disposal pit available and in use?	Obs. placenta disposal pit				
55	Are medical wastes disposed appropriately (incinerator, waste disposal pit, or landfill)?	Interview with staff/Observe				

III. SERVICE DELIVERY**III-I. Maternal / Neonatal & Child Health****A. Family Planning**

No	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
56	Is Family Planning Guideline/ Protocol available?	FP Guidelines/ Protocol				Not updated
57	Are family planning commodities (Condoms, Pills, Injection, Implant, and IUD) available in stock?	Check all F/P commodities				
58	Is Family Planning register available and correctly completed?	Family Planning register				
59	Is the record of FP service correctly completed on the FP Client Card?	Check 1-2 FP Client Card				
60	Is Family Planning flipchart used for counselling?	Observe if clients are available. GHS Family Planning flipcharts on the desk				

B. Adolescent Health

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
61	Is adolescent health corner available?	Obs. the corner				
62	Is there an adolescent health profile for the sub district?	Sub district Profile				
63	Is adolescent health service record updated?	Adolescent health service record				
64	Is there an adolescent health action plan for the sub district?	Action plan				

Facilitative Supervision Checklist for S-C level revised on 20 May 2016

C. Antenatal Care + PMTCT

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
65	Are Guides for Maternal and Newborn Care Part 1 and Part 2 available?	Obs. at maternity service point				
66	Is National Safe Motherhood Service Protocol available?	Obs. at maternity service point				N/A
67	Is the record of ANC services correctly completed on the ANC register?	ANC register				
68	Is the birth preparedness plan completed on the Maternal Health Record Booklet?	Maternal Health Record Booklet (If pregnant women available)				N/A
69	Is the record of ANC service correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	Maternal Health Record Booklet (If pregnant women available)				N/A
70	Are commodities for focused antenatal care available?	Check Iron/folate, Multivitamin, TD, SP				
71	Are PMTCT commodities available (HIV test, Syphilis test)?	PMTCT commodities				
72	Is the record of PMTCT services correctly completed on the register?	PMTCT register				
73	Is client's privacy ensured (Screen, Door closed or Partition) in the room?	Obs. at room				

D. Postnatal Care

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
74	Are commodities for postnatal care available (Iron/folate tablets, vaccines, Vitamin A etc.)?	PNC commodities				
75	Is the record of PNC services (1st and 2nd) correctly completed on the register?	PNC register				
76	Is the record of PNC services correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If mothers available, see the booklet				

E. Emergency Delivery

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
77	Are minimum quantity of emergency drugs and supplies available in the facility?	Check Oxytocin, IV fluid, Antibiotics				
78	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 sterilized delivery kits				
79	Is partograph used to monitor women in labour? * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases monitored using partograph among recent 10 cases : (___ / 10)
80	Is partograph used correctly?	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases using partograph correctly among recent 10 cases : (___ / 10)
81	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used IPO sheet of recent 10 cases of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter				Fill in the number of labour cases monitored using IPO sheet among recent 10 cases : (___ / 10)

F. Child Health (Child Welfare Clinic, EPI)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
82	Are the Child Welfare Clinic services correctly recorded on the Child Welfare Clinic Registers?	Child Welfare Clinic Register (Check two different age group registers)				
83	Are the Child Welfare Clinic services recorded on the Child Health Record Booklet?	If children available, see the booklet (CWC booklet)				
84	Is the refrigerator monitored and temperature recorded on the daily monitoring sheet?	Temperature monitoring sheet				
85	Is EPI protocol displayed?	Obs. Service corner				
86	Are there updated graphs showing coverage of various antigens (BCG, OPV, Penta, PCV, Rota, MLS, YF, TD) displayed?	Charts of coverage of 8 antigens				
87	Are dropout rates (OPV, Penta, PCV, Rota, MLS) calculated correctly and updated chart displayed?	Dropout rate chart (normally same charts the above)				
88	Are No. of vaccinations and No. of opened vials reported monthly?	EPI returns				
89	Is there a chart showing wastage of various antigens?	Vaccine wastage chart				
90	Are school health services conducted according to the schedule?	Child health returns				

G. Nutrition

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
91	Are nutrition registers including CMAM and IYCF available and updated?	CMAM and IYCF registers				
92	Are support visits to volunteers on nutrition activities conducted?	Monitoring reports				
93	Are there updated graphs/charts showing: <ul style="list-style-type: none"> - Prevalence of underweight among children 0 to 59 - Vitamin A coverage - Low birth weight prevalence - CMAM discharge rates (cure, defaulter, died) - CMAM treatment coverage - Pregnant/lactating mothers (chn 0-23months) counselled - IYCF support groups formed - IYCF support groups facilitated 	Graphs/charts of listed indicators				

III-II. Disease Control/ Surveillance

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
94	Are there updated graphs showing cases/vital events and diseases under surveillance?	Graph of surveillance				
95	Are all CBSV supervised monthly?	CBSV Supervisory report				
96	Are CBSV reports submitted on time by CHO to SDHT?	CBSV report				
97	Are there spot maps showing areas in the CHPS Zones where diseases occur?	Spot map				

III-III. Health Promotion

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
98	Is family planning health promotion carried out?	FP returns, Health promotion activity report				
99	Is promotion of early ANC, skilled delivery and PNC carried out?	Health promotion activity report				
100	Is the number of population reached from health promotion recorded by sex?	Health promotion activity report				
101	Are IEC Materials for RCH available such as flip charts, leaflets?	Obs. in the facility				
102	What do you use during health promotion activities?	Interview				
103	Were health promotion sessions conducted during the last month?	Reports of home visits, , SHEP, Health promotion activity report				

III-IV. Community Participation

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
104	Are regular home visits for ANC, PNC carried out by the CHO/CHV?	Home Visit Book				
105	Is defaulter tracing conducted?	Defaulters record				
106	Have community members developed CHAP with the support of the CHO?	CHAP				
107	Is CHAP regularly monitored, reviewed and updated?	CHAP monitoring report				
108	Are CETS established in the CHPS zone?	Interview/Report/Telephone directory				
109	Does CHO support and monitor communities to implement CETS?	CETS meeting minutes (Check CHO's name)				
110	Are Durbars organized quarterly?	Meeting reports				
111	Are quarterly CHMC meetings organized and minutes available?	CHMC meeting minutes				
112	Are visits to other health partners (e.g. traditional healers) conducted regularly?	Visit record / Home visit book				
113	Is security man for CHPS compound provided and supported by communities?	Interview with CHO				
114	Do communities support in water fetching for CHO/CHN?	Interview with CHO				
115	Do communities support in cleaning/weeding at CHPS compound?	Interview with CHO/Observe				
116	Do communities support CHPS for other activities (e.g. health campaign)?	Interview with CHO				

IV. REFERRAL and FEEDBACK

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
117	Are at least 10 sets of GHS referral forms available?	Referral booklet				
118	Are entries in the referral register completed including feedback received?	Referral register				
119	Is current National Treatment Guideline available at the consultation area?	National treatment guideline				
120	No. of referral cases sent in last 3 months	Referral register				No.
121	No. of feedbacks received in last 3 months	Referral register				No.

Facilitative Supervision Checklist for S-C level revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
122	Are Essential Emergency procedures/protocols displayed for easy access and reference?	Essential Emergency procedures/protocols at service points				
123	Does documented evidence of referral sent (pink form) remain in the GHS referral booklet?	Referral booklet				
124	Are received feedback forms kept in each patient folder or a feedback file?	Patient folders/ feedback file				
125	Is transport available (National Ambulance, CETS or other mode)?	Interview				
126	Is telephone directory accessible to all staff, displayed and updated?	Telephone directory				

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
127	Is monthly CHVs-supervision conducted?	Monthly CHV-supervision report				
128	Are copies of supervision reports submitted to SDHT?	Copies of submitted reports at SDHT				
129	Are findings of supervision implemented from CHO to CHV?	Interview with CHO/CHV				
130	Do CHOs participate in the quarterly FSV Review Meeting conducted by DHMT?	Interview with CHO				

SUMMARY SHEET of FSV by SDHT to CHPS

Name of CHPS: Date:

Q#	Issues identified	Action	Implementation level (CHPS/SDHT)	Name of Person Responsible	Time Frame	Remarks

Name(s) & signature(s) of supervisor(s): Name(s) & signature(s) of supervisee(s):

**Appendix 7:
FSV standard
guideline
(RHMT to DHMT)**

I. MANAGERIAL AREAS

I-I. Facility Condition and Infrastructure (At Outside, Overall)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
1	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. at surroundings	Clean	Not satisfactory clean	Wastes, Grass		34
2	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview	Water supply is regular and secure	Water supply is available but sometimes not available	Not available		34
3	Is electricity available?	Interview	Connected to national grid	Generator or solar available	Not available		34
4	Are lights functioning?	Obs. at room	Functioning	Not all rooms have lights or some bulbs are not functioning	No lights		34

I-II. Data Management (At the Registry or Health Information Section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
5	Is standard directory of filling available and updated?	Standard directory	Available and current	Available but not current	Not available		1
6	Is report submission checklist available and updated? (Expected returns and date of submission of returns)	Report submission checklist	Available and updated	Available but not updated	Not available		3
7	Is data cleaned and validated to ensure consistency and accuracy?	Evidence of the updated report (keep both original and updated)	Date manager compares updated report with original.	Original and updated reports are available but not compared.	Original reports are missing.		4
8	Is report submitted to RHMT timely?	DHMT reports online	Submitted timely	Submitted but not timely	Not submitted		6
9	Is feedback given to SDHTs?	Feedback file and dispatch book	Given with evidence	Given without evidence	Not given		6
10	Are all graphs, tables, figures, spot maps of health indicators displayed at the DHMT? (e.g. performance indicators, such as CMAM discharge rate, etc.)	Display of health indicators	Displayed and updated quarterly	Displayed but not satisfactory	Not displayed.		5,7

I-III. Financial Management (At the Account section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
11	Is Internally Generated Fund and other funds of SDHT recorded?	Revenue budget ledger, revenue collection cash book, rev. summary cash book, Notional rev. ledger, claims forms	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		8
12	Is expenditure of SDHT recorded?	Drug & Non-drug expenditure budget ledgers	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		8
13	How do you scrutinize expenditure of SDHT and CHPS level?	Interview with staff, Review request (supporting invoices, quotations, quantities & prices)	Scrutinized with record	Scrutinized but no record	Not scrutinized		9
14	Are appropriate action taken for request for funds?	Approvals/authorization, supporting documents (Purchase Order, Invoices, SRA etc.)	Appropriately and records are kept.	Appropriately but not satisfactory	Action unknown		9
15	Are revenue and expenditure transactions of DHMT recorded and monitored?	Exp. & Rev. budget ledgers, Departmental C/Bks(Drug & Non-drug, GCR, Pay-in-slips, Notional rev. ledger, Programs & Earmark funds)	Recorded and monitored correctly	Recorded incorrectly	No record book		10

Standard Guideline for Facilitative Supervision (RHMT to DHMT) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
16	Are revenue and expenditure transactions of SDHT recorded and monitored?	Exp. & Rev budget ledgers, Departmental C/Bks (Drug & Non-drug, GCR, Pay-in-slips, Notional rev. ledger etc.)	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		10
17	Are revenue and expenditure transactions of CHPS recorded and monitored?	Rev. collection, Pay-in-slip, Pass book, NHI claims forms, Honor certificate, Copies of payment vouchers	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		10
18	Are annual plans and budgets of SDHTs (and CHPS) compared with the last annual plans and budget?	Interview, Evidence of comparison (document)	Compared with evidence	Compared but no evidence	Not compared		11
19	Are annual plans and budgets of SDHTs (and CHPS) discussed at DHMT meeting?	Interview, DHMT meeting minutes	Discussed	Not satisfactory	Not discussed		11
20	Are copies of annual plans and budgets of DHMT submitted to RHMT?	Copies of annual plans and budget of DHMT	Copies are available	Annual plans exists but no copy	No annual plans and budgets		11
21	Have proposals for support been submitted to other stakeholders including donors, governmental agencies, or NGOs?	Copy of proposals, minutes of stake holder meeting	Copies are available.	Proposed but no copy	No proposal		12

-IV. Staff Management (At Human Resource Section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
22	Is organogram available and displayed?	Organogram	Available, current and displayed	Available displayed but not current	Not available		17
23	Is Daily Attendance register available and updated?	Daily Attendance Register	Available and completed	Available but not completed.	Not available		14
24	Is nominal roll of staff available and updated quarterly with copies to RHMT?	Nominal roll of staff	Available and updated	Available but not updated	Not available		18
25	Is annual leave roster available and updated?	Annual leave roster	Available and updated	Available but not updated	Not available		21
26	Is monthly work plan of DHMT available, implemented and monitored?	Copy of Monthly work plan, Report on implementation and monitoring	Available and implemented	Available but not implemented as planned	Not available		15,16
27	Are DHMT meetings organized weekly and activity schedule prepared?	Minute of meeting (Assess for entire quarter)	Minutes are available and current. Meetings are organized weekly and activity schedule prepared.	Minutes are available but not current. Meetings are organized not weekly.	Minutes are not available.		13,15
28	Is training information of staff in DHMT, SDHT and CHPS level recorded and updated?	Staff training register (with information on both internal and external trainings)	Recorded and updated	Recorded but not updated.	No record		19
29	Is training plan for the staff in DHMT, SDHT and CHPS level available and monitored?	Staff training register and Training plan	Plan is available and monitored with evidence	Not satisfactory	Plan is not available.		20

-V. Coordination and Collaboration (At DDHS)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
30	Is plan for CHPS implementation available and monitored?	CHPS Implementation Plan and CHPS database	Available and monitored	Not satisfactory	Not available		38
31	Is Integrated Plan of all activities in the district by GHS and partner/donor or NGOs developed and updated quarterly?	Integrated plan of stakeholders	Integrated plan is available and updated.	Plan is available but not updated.	Plan is not available.		39

Standard Guideline for Facilitative Supervision (RHMT to DHMT) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
32	Is Half-year meetings with partners, donors or NGOs held and the meeting minutes available?	Half-year performance review report, Minutes of meeting with partners	Minutes is available and the meetings are held half-yearly.	Minutes is available but the meetings are held not half-yearly.	Minutes is not available. No meeting.		40
33	Is Inter-sectorial action plan (medium-term) available?	Inter-sectorial action plan	Available and current.	Available but not current	Not available		41
34	Does DHMT participate in quarterly DA meeting?	Invitation letter, Report on key issues	Minutes is available and the meetings are held quarterly.	Minutes is available but the meetings are held not quarterly.	Minutes is not available. No meeting.		42
35	Are action plans of other governmental sectors available?	Action plans of other governmental sectors (e.g. agric, GES)	Available and current.	Available but not current	Not available		43

I-VI. Supply Management (At district medical store/warehouse)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
36	Are health commodities requested and issued by standard forms?	Requisition, Issue and Receipt Voucher (RIRV), Requisition form book	RIRV and the form available and completed.	The forms are available but not completed.	Never used. Not available		24,25
37	Does each item/drug have a bin card?	Bin cards	Bin cards with drugs and completed.	Bin cards are available but not completed	No bin card		23
38	Is Drug returns from SDHT completed and submitted?	Drug returns	Completed	Not completed	Not submitted.		23
39	Is stock-out recorded on the latest Drug returns?	Drug returns	No stock out	Almost stock-out	Stock-out occurred.		22
40	Are items/drugs properly arranged on shelves and with clear labels?	Check labels of items/drugs on the shelves	Aligned on the shelves with labels	Aligned but on no labels or different labels	No labels. Not aligned.		25
41	Are commodities organized according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT)?	Check 2-3 drugs aligned	Organized FEFO	Not all	Not aligned		25
42	Are damaged commodities/drugs disposed according to set guidelines?	Interview, correspondence to the RHMT	Disposed properly	Not satisfactory	Disposed anywhere	Mark N/A when there is no damaged/expired commodities	26
43	Are unserviceable items/ expired commodities stored separately or in process of return?	Obs. at storeroom	Stored separately	Stored separately but abandoned	Expired/Damaged stock are mixed.		26
44	Are office supplies (stationery) set in order?	Obs. at storeroom	Set in order with labels	Placed untidy	No stock.		27
45	Is monitoring of supply management conducted at all SDHTs?	Report of monitoring, dispatch book	Conducted at all SDHT	Conducted but not all SDHT	Not conducted		28
46	Is feedback of monitoring of supply management given to SDHTs by DHMT?	Monitoring report	Feedback given to all SDHT	Feedback given but not all SDHT	No feedback given		28
47	Is report of monitoring of supply management submitted to RHMT?	Report of monitoring of supply management, dispatch book	Submitted to RHMT regularly	Submitted but not regularly	Not submitted		28

I-VII. Assets Maintenance (At Asset management/ warehouse/Transport)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
48	Is assets register at DHMT available and updated?	Assets register/ Store ledger book/ PC format	Available and updated.	Available but not updated	Not available		31
49	Is inventory list of DHMT, SDHT and CHPS level updated?	Inventory list of DHMT, SDHT, CHPS	Available and updated.	Available but not updated	Not available		35

Standard Guideline for Facilitative Supervision (RHMT to DHMT) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
50	Are assets well-labelled?	Check labels	Most labelled	Less than half	Not at all		33
51	Is annual equipment need for the district available and updated?	Annual equipment order	Available and updated.	Available but not updated	Not available		36
52	Are all equipment in use functional?	Assets register/ Store ledger book	All equipment in use are functional	Some equipment in use are not functional	Most of equipment are not functional		32
53	Are manuals and instruction filed or displayed in designated area?	Place of keeping user's manuals and instructions	Main manuals are filed or displayed.	Manuals are available but placed somewhere	No manual		45
54	Is Planned Preventive Maintenance schedule for equipment available and adhered to?	Maintenance record and schedule	Regularly maintained.	Rarely maintained	Not maintained at all		37,46 51
55	Are non-functioning equipment removed from service points and separated for repair?	Obs. storeroom, Unserviceable register	Separated and already informed SDHT	Separated but abandoned	Mixed in the working place		44
56	Are all functioning equipment, computers and accessories covered from dust after use?	Cover cloth	Most of the equipment are covered.	Less than half covered	Covered not at all		47
57	Are monthly motorbikes servicing conducted?	Interview, maintenance schedule and register	Monthly maintained.	Maintained but not monthly	Not maintained at all		29
58	Are regular vehicles servicing conducted?	Log book and maintenance sticker (attached to car after servicing)	Regularly maintained.	Rarely maintained	Never maintained		29
59	Is monthly estimates of fuel requirements available and monitored?	Monthly estimates of fuel requirement, Interview	Available and monitored	Available but not monitored	Not available		30

II. QUALITY IMPROVEMENT ON WORK PLACE

At Overall, Waste disposal sites

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
60	Is routine (daily) cleaning of the facility conducted?	Schedule for cleaners, observation	Regularly cleaned	Not regularly cleaned	No routine		49
61	Are soap, alcohol rub and water available for hand-washing?	Obs. hand-washing points	All available at each room	Hand washing can be done at consultation	No hand-washing point		48
62	Are disposal sites/ waste bins available for waste?	Obs. disposal site, waste bins	Available and not full	Available but full	No pits		34

III. SERVICE DELIVERY

III-I. Maternal and Neonatal Death Audit (MNDA), Quality Improvement (QI) and others (At Hospital)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
63	Is there a QI team at the hospital?	Member list, interview with Medical Director or Change Agent	There is a QI team	-	There is no QI team		94
64	Is QI team functioning?	Meeting minutes, interview with Medical Director or Change Agent	QI team meets every month	QI team meets, but not every month	QI team has no meeting		94

Standard Guideline for Facilitative Supervision (RHMT to DHMT) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
65	Does QI team review facility data to plan for improvement?	Meeting minutes, action plan, , interview with Medical Director or Change Agent	QI team reviews facility data to plan for improvement every month	QI team reviews facility data to plan for improvement occasionally	QI team never reviews facility data to plan for improvement		95
66	Are there charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed at Public Health/Health Information unit of hospital?	Charts of maternal health indicators	Available and displayed	Not satisfactory	Not available		96
67	Are maternal deaths reported within 24 hours?	Death notification form, Documented phone calls/ text message	All cases were reported within 24 hours	More than half of cases were reported within 24 hours	Less than half cases were reported within 24 hours		97
68	Are Maternal Death Audits conducted within 7 days?	Mortality audit report	Conducted within 7 days	Conducted but not within 7 days	Not conducted		98
69	Are maternal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms	Audited with standard form	-	Audited with not correct form		98
70	Are neonatal deaths reported within 7 days?	Death notification form, Documented phone calls/ text message	All cases were reported within 7 days	More than half of cases were reported within 7 days	Less than half of cases were reported within 7 days		99
71	Are Neonatal Death Audits conducted within 7 days?	Neonatal death audit report	Conducted within 7 days	Conducted but not within 7 days	Not conducted		100
72	Are neonatal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms	Audited with standard form	-	Audited with not correct form		100
73	Are the recommendations of MNDA implemented within the facility or at the community level?	Report on implementation status, minutes, interview, observation	Implemented and monitored by QI team of the hospital	Not satisfactory	Not monitored by QI team of the hospital		103
74	Are still births reported every month?	Midwife returns	All cases were reported every month	More than half of cases were reported every month	Less than half of cases were reported every month		101
75	Are fresh still birth audited within 7 days?	Mortality audit report	Conducted within 7 days	Conducted but not within 7 days	Not conducted		102
76	Are the audit recommendations of fresh still birth implemented?	Report on implementation status, minutes, interview, observation	Implemented and monitored by QI team of the hospital	Not satisfactory	Not monitored by QI team of the hospital		103
77	Does DHMT staff participate in MNDA conference?	Report or minutes of mortality audit conference	Participated quarterly	Participated but not quarterly	Not participated	Enter N/A when there is no case	104
78	Is partograph used to monitor women in labour? * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	Partograph used in 8 or more of the 10 cases	Partograph used in 5 to 7 of the 10 cases	Partograph used in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	105
79	Is partograph used correctly?	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	Partograph is used correctly in 8 or more of the 10 cases	Partograph is used correctly in 5 to 7 of the 10 cases	Partograph is used correctly in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	105

Standard Guideline for Facilitative Supervision (RHMT to DHMT) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
80	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	IPO sheet is used for 6 hours in 8 or more of the 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in 5 to 7 of the 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	106
81	Is Referral Coordinator (RC) assigned?	Letter of assignment	Assigned and active	Assigned but not active	Nobody assigned		107
82	Are at least 10 sets of GHS referral and feedback forms available?	Referral and feedback booklets	More than 10 sets	Less than 10 sets	No form		110
83	Are entries in the referral register completed including feedback received?	Referral register	Available and completed correctly	Available but not completed correctly	Not available		108
84	No. of referral cases sent (Referred OUT) in last 3 months.	Referral register				Enter No.	108
85	No. of referral cases received (Referred IN) in last 3 months.	Referral register				Enter No.	108
86	No. of feedbacks RECEIVED in last 3 months.	Referral register				Enter No.	108
87	No. of feedbacks SENT OUT in last 3 months.	Referral register				Enter No.	108
88	Is current National Treatment Guideline available and accessible at the service points?	National treatment guideline	Available at service point	Available but not used	Not available		108
89	Is the essential emergency protocol displayed for easy reference?	Essential emergency protocol	Protocol is displayed at service points	Protocol is available but not displayed	Not available		108
90	Do copies of referral and feedback sent (pink form) remain in the GHS referral and feedback booklets?	Referral and feedback booklets	Remained	Some missing	No booklet		108
91	Are received feedback forms (white form) kept in each patient folder or a feedback file?	Patient folders/ feedback file	In each patient folder or feedback file	Some forms are found at other place	Missing at all		108
92	Are original referral forms (blue form) attached to NHIS bills?	Patient folders	In each patient folder	Some forms are found at other place	Missing at all		108
93	Is transport available for emergency cases (National Ambulance, CETS or other mode)?	Interview	Available	Available but not always	Not available		108
94	Is telephone directory available, displayed and regularly updated?	Telephone directory	Displayed and updated	Displayed but not updated	Not available		108
95	Is there registered mental health nurse at hospital?	Interview	There is a registered mental health nurse	-	There is no registered mental health nurse		111
96	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan	There is an action plan including mental health	-	There is no action plan including mental health		112
97	Are activities on mental health implemented?	Activity report	Activities are implemented	Activities are partly implemented	Activities are not implemented		113

III-II. Maternal / Neonatal & Child Health (At Family Health Section for MNDA of DHA)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
98	Are maternal health reports collected from all SDHTs and CHPS under the DHMT?	Midwife returns from all SDHTs and CHPS under the DHMT	Collected all	Collected more than half	Collected less than half		52
99	Are there charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed?	Charts of maternal health indicators	Available and displayed	Not satisfactory	Not available		52,53

Standard Guideline for Facilitative Supervision (RHMT to DHMT) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
100	Is partograph used at all facilities in the district?	FSV data of sub-districts	80 % or more of facilities scored "Good" for partograph use.	50 to 79 % of facilities scored "Good" for partograph use.	Less than 50% of facilities scored "Good" for partograph use.	Fill in "N/A" if FSV for the last quarter has not been conducted yet.	54

III-III. Disease Control/ Surveillance, EPI, Nutrition, Mental Health (At Disease control/ Surveillance/ Nutrition/ Mental Health section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
101	Are there updated graphs showing cases/vital events and diseases under surveillance (YF, Measles, Meningitis, AFP, Cholera, GW, Rabies, Anthrax)?	Graphs of surveillance	Displayed updated graphs of all	Not satisfactory	No display at all		58
102	Is there line list/register of patients of disease under surveillance/ public health importance?	Line list/ register of patients/ PC format/ Case base form	Available and updated	Available but not updated	Not available		59
103	Are there spot maps showing areas in the district where diseases occur?	District spot map	Available and updated	Available but not updated	Not available		60
104	Is Rumors register available and used?	Rumors register	Available and updated	Available but not updated	Not available		61
105	Are evidence of rumors investigated and actions taken?	Rumors investigation report, Interview	Taken immediately	Taken but not satisfactory	Not taken		62
106	Are coverage of various antigens monitored by updated monitoring charts?	Charts of vaccination coverage	Graphs with all antigens are displayed.	Graphs with some antigens are displayed.	No graph at all.		65
107	Is dropout rate calculated correctly and updated chart displayed?	Dropout rate chart	The chart is updated with correct calculation.	Not satisfactory. Incorrect calculation.	No graph at all.		64
108	Is there a chart showing wastage of various antigens?	Vaccine wastage charts	Charts are available and correct calculation	Not satisfactory, Incorrect calculation	Chars are not available		66
109	Is provision of technical support to service delivery points done?	Technical supervisory report	Done regularly	Rarely done	Never done		68
110	Are there updated graphs showing CMAM/IYCF coverage indicators?	Graphs of CMAM/IYCF	Displayed updated graphs of all	Not satisfactory	No display at all		90
111	Is there mental health officer?	Interview	There is a mental health officer	-	There is no mental health officer		91
112	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan	There is an action plan including mental health	-	There is no action plan including mental health		92
113	Are activities on mental health implemented?	Activity report	Activities are implemented	Activities are partly implemented	Activities are not implemented		93

III-IV Health promotion (At Health promotion section)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
114	Is technical support to sub-districts on Promotion of Family Planning, early ANC, skilled delivery and PNC provided?	Technical support report	Technical support was provided regularly	Technical support was provided occasionally	No technical support		69
115	Is the number of population reached with health promotion reported and collated?	Health promotion activity report/ EPI monthly report	Reported and collated	Reported but no analysis	Not reported		70
116	Are IEC Materials ready for use (such as ANC, Skilled Delivery, PNC etc. flip charts)?	Storeroom/ Distribution list	Sufficiently stocked.	Stock is not sufficient.	Stock-out		71
117	Are functioning audio visual equipment available and in use?	Check the equipment	Available and ready for use.	Available	Not available		72
118	Are health promotion activities monitored within the last 3 months?	Health promotion activity report/ EPI monthly report	Monitored within the last 3 months	Monitored before the last 3 months	Not monitored		73

IV. REFERRAL and FEEDBACK**At Referral Coordinator, Public Health Section or Health Information Section of DHA**

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
119	Is Referral Coordinator (RC) assigned?	Letter of assignment	Assigned and active	Assigned but not active	Nobody assigned		74
120	Are referral feedback forms received from RHA distributed to each sub-district by RC or somebody?	Interview, see the pigeon box	If feedback forms are found in the pigeon box	Not regularly distributed	Nobody distribute		75
121	Is telephone directory available, displayed and regularly updated?	Telephone directory	Displayed updated one.	Displayed but old one.	Not available		75
122	Are transport arrangements well-coordinated (NAS, Hospital ambulance, DHA's vehicle)?	Interview with RC/staff	RC knows the various contacts	Coordinated but not satisfactory	No coordination		75

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)**At Monitoring and Evaluation section / Registry/ Health Information Section/ CHPS coordinator**

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
123	Is quarterly SDHT supervision conducted for all SDHTs?	FSV checklist	Conducted for all SDHT	Conducted but not all SDHT	Not conducted in last quarter		78
124	Is supervision report prepared and feedback given to all SDHTs?	Feedback file and dispatch book	Feedback given to all SDHT	Feedback given to not all SDHT	No feedback given		79
125	Is FSV database functional and updated quarterly?	Check FSV database	Functioning and updated	Functioning but not updated	Not functioning		80
126	Are copies of functional CHPS supervision sheets and those of SDHT submitted to RHMT?	Dispatch book, copies at RHA	All copies of supervision sheets under DHMT were submitted to RHMT	Some copies of supervision sheets under DHMT were submitted to RHMT	Copies were not submitted to RHMT		81
127	Are supervision reports of DHMT to SDHT submitted timely to RHMT?	Dispatch book, copies at RHA	All reports were submitted timely	Reports were submitted but not timely	Reports were not submitted		82
128	Is action plan on FSV to SDHT available and implemented?	Copy of Action plan, Supervisory report and CHPS review meeting report	Actions were taken (See the summary sheet)	A part of actions were taken	No actions taken		83
129	Are quarterly FSV Review Meeting organized with full participation of all CHOs and Supervisors?	FSV Review Meeting report	Review report is available and the meeting is quarterly organized.	Review report is available and the meeting is not quarterly organized.	Review report is not available.		84
130	Does meeting minutes includes discussed results of FSV conducted to SDHT and CHPS as well as CHOs planned activities for the next quarter?	FSV Review Meeting report	On the minutes, discussion part and planned activities can be seen.	On the minutes, discussion part and planned activities can be seen a little.	On the minutes, no discussion part and planned activities. No minutes.		85
131	Is technical support/supervision to SDHT carried out regularly?	Report of the technical visit	Carried out regularly	Carried out irregularly	Never carried out		86
132	Is basic information of CHPS and Community (e.g. population, durbars, volunteers, availability of CHAP and CETS) collected and updated?	CHPS profile file, CHPS database	Collected and updated on records	Not satisfactory	Not collected.		88

**Appendix 8:
FSV standard
guideline
(DHMT to SDHT)**

I. MANAGERIAL AREAS

I-I. Facility Condition and Infrastructure

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
1	Are the rooms well organized and cleaned?	Obs. at room	Clean and tidy	Not satisfactory clean	Very messy, animal, insects		21
2	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. surroundings	Clean	Not satisfactory clean	Wastes, Grass		22
3	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview	Water supply is regular and secure	Water supply is available but sometimes not available	Not available		22
4	Is electricity available?	Interview/ observation	Connected to national grid	Generator or solar available	Not available		22
5	Are lights functioning?	Obs. at room/ interview	Functioning	Not all rooms have lights or some bulbs are not functioning	No lights		22
6	Is mobile network available?	Interview	More than 2 lines	1 line	No network		101

I-II. Data Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
7	Is standard directory of filing updated?	Standard directory	Available and current	Available but not current	Not available		1

Check the availability and completeness of the reports on the list below

No.	Reports/ Records	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
8	Monthly Midwife Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		2,53
9	Monthly Family Planning Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		53
10	Monthly Child Health Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		61
11	Monthly CBSV(Community Based Surveillance Volunteer)s reports	Available and completed	Available but not completed.	Not available		65
12	Monthly Revenue Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		3
13	Monthly Drug returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		11
14	EPI Record	Available and completed	Available but not completed.	Not available		103
15	Monthly Nutrition Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		102

I-III. Staff Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
16	Is organogram available and displayed?	Organogram	Available, current and displayed	Available displayed but not current	Not available		9
17	Is Daily Attendance register available and completed?	Daily Attendance Register	Available and completed	Available but not completed.	Not available		6
18	Is Weekly/Monthly duty roster for all staff available and current?	Duty roster	Available and current	Available but not current	Not available		7

Standard Guideline for Facilitative Supervision (District to Sub-district) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
19	Is Monthly work plan of HCs available and current?	Monthly work plan	Available and current	Available but not current	Not available		8
20	Are SDHT Meetings organized monthly and the minutes available and current?	SDHT Meeting minutes	Monthly organized with current minutes	Not monthly organized/ Not current minutes	No minutes/ Not organized		4
21	Are SDHMT Meetings organized quarterly and the minutes available and current?	Quarterly SDHMT Meeting Minutes	Quarterly organized with current minutes	Not quarterly organized/ Not current minutes	No minutes/ Not organized		5

I-IV. Equipment & Assets Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
22	Is Assets register available with updated inventory?	Assets register/ Store ledger book	Available and updated.	Available but not updated	Not available		16
23	Are assets well-labelled?	Check labels	Most labelled	Less than half	Not at all		19
24	Are all equipment in use functional?	Assets register/ Store ledger book/ Observation	All equipment in use are functional.	Some equipment in use are not functional.	Most of equipment are not functional.		17
25	Are manuals and instructions filed or displayed in designated area?	Place of keeping user's manuals and instructions	Main manuals are filed or displayed.	Manuals are available but placed somewhere	No manual		24,26
26	Are non-functioning equipment separated for repair?	Obs. at store room, Unserviceable store ledger	Separated and already informed SDHT.	Separated but abandoned	Mixed in the consultation point		23
27	Is regular maintenance of equipment (Refrigerator, Solar) conducted?	Maintenance schedule, Interview with staff	Regularly maintained.	Rarely maintained	Not maintained at all		25
28	Are monthly motorbikes servicing conducted?	Interview, maintenance schedule and register	Monthly maintained.	Maintained but not monthly	Not maintained at all		15
29	Are regular vehicles servicing conducted?	Log book and maintenance sticker (attached to car after servicing)	Regularly maintained.	Rarely maintained	Never maintained	If there is no vehicle, [N/A]	15

I-V. Financial Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
30	Is Internally Generated Fund recorded?	Revenue collection book, Revenue billed ledger, Daily summary cash book, Notional Revenue Ledger	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		3
31	Is cash revenue recorded?	Revenue collection book, Daily summary cash book, Pay-in-Slip, GCR	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book		3
32	Is General Counterfoil Receipt Book available and used?	GCR/CAGD, approved receipt books, value book register	The receipt book is available and used.	The receipt book is available but not used.	Not available		3
33	Are claims of NHIS compiled daily?	NHI claim forms, Notional revenue ledger, NHI returns	Compiled daily	Compiled but not daily	No record book		3
34	Is cash collected banked-Gross?	Pay in slip, pass books, IGF-Service Summary Cash book, Drug Cash book	Cash is banked regularly.	Cash is banked occasionally	Never banked		3

I-VI. Supply Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
35	Are health commodities requested and issued by standard forms?	Requisition, Issue and Receipt Voucher (RIRV), Requisition form book	RIRV and the form available and completed	The forms are available but not completed.	Never used. Not available		12,14
36	Does each drug have a bin card?	Bin cards	Bin cards with drugs and completed.	Bin cards are available but not completed	No bin card		12
37	Are all drugs and health commodities at SDHT level stocked above re-order level?	Bin cards, Drug returns	Above re-order level	Re-order level but up to one third	Stock-out occurred.		10
38	Are commodities kept in good condition (No sunlight, heat, moisture, dust, insect, animal)?	Storage condition at dispensary/ store	Good condition	Not satisfactory condition	Bad condition		12
39	Are commodities aligned on shelves by labels indicating where the drug belongs?	Cross-check between labels on the shelves and drugs	Aligned on the shelves with labels	Aligned but on no labels or different labels	No labels. Not aligned.		12
40	Are commodities organized according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT)?	Check 2-3 drugs aligned	Organized FEFO	Not all	Not aligned		12
41	Are unusable drugs stored separately to be disposed or in process of return?	Check dispensary/ storeroom, Unserviceable store ledger	Stored separately	Stored separately but abandoned	Expired/Damaged stock are mixed.		13
42	Are office supplies (stationery) set in order by category?	Obs. at storeroom	Set in order with labels	Placed untidy	No stock.		18
43	Are copies of Maternal Health Records Booklet stocked?	Stock of the booklet at store/service point	Sufficiently	Less than 5.	Stock-out		47
44	Are copies of Child Health Records Booklet (CWC Book) stocked?	Stock of the booklet at store/service point	Sufficiently	Less than 5	Stock-out		61
45	Are new registers/reports formats kept in the stores?	Storeroom/Store ledger	New registers/reports are stored.	New registers/reports are available but not at store	Stock-out		55

II. QUALITY IMPROVEMENT ON WORK PLACE

II-I. Infection Prevention & Control

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
46	Is routine cleaning of the facility conducted?	Check schedule, Interview with staff	Regularly cleaned	Not regularly cleaned	No routine		32
47	Are clean bed linens available for use?	Check bed linens.	Available and clean	Available but not clean	No bed linens		31
48	Are soap, alcohol rub and water available for hand-washing at service points?	Obs. at service points	All available at service points	Hand washing can be done but not satisfactory	No hand-washing point		27
49	Are Personal Protective Equipment available with appropriate stock (Disposable glove, Mask, Cap)?	Obs. at OPD/ Maternity ward	Appropriate stock all items	Stock almost finished	Stock-out with any items		28

Standard Guideline for Facilitative Supervision (District to Sub-district) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
50	Are labeled waste containers for different type of waste available at service points?	Obs. waste containers (Label, Place), Safety box	Labelled containers as indicated.	Not labelled but separated by type of wastes.	Wastes are mixed.		36
51	Are disposal pits (General medical wastes) available?	Obs. disposal pit	Available and not full	Available but full	No pits		22
52	Is placenta disposal pit available and in use?	Obs. placenta pit	Available and in use	Not available but alternative pit is available.	Not at all		22
53	Are incinerators available and functioning?	Obs. at incinerators	Available and functioning	Available but not functioning	Not available.		22
54	Are no hazardous items (sharps, contaminated materials, flammables, harmful chemicals) exposed in the facility?	Obs. facility	Not seen.	Not satisfactory	Anywhere you can see.		38
55	Are medical wastes disposed appropriately (incinerator, waste disposal pit, or landfill)?	Interview with staff, obs. disposal site	Regularly disposed.	Occasionally disposed	Disposed surroundings		37

III. SERVICE DELIVERY

III-I. Maternal / Neonatal & Child Health

A. Family Planning

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
56	Is Family Planning Guideline/ Protocol available?	FP Guidelines/ Protocol	Available		Not Available		41
57	Are family planning commodities (Condoms, Pills, Injection, Implant, IUD) available in stock?	Check all F/P commodities	All items are stocked sufficiently	Some items are out of stock or almost finished.	All stock-out		44
58	Is the documentation of FP services correctly completed on the register?	Family planning register	Available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		45
59	Is the record of FP service completed correctly on the FP Client Card?	Check 1-2 FP Client Card	Available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		45
60	Is family planning flipchart used for counselling?	Observation if clients are available. GHS FP flipcharts on the desk	Staff uses the flipchart for counselling (Obs.). Flipchart is placed on the desk.	Available but not used.	Not available		45

B. Adolescent Health

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
61	Is adolescent health corner available?	Obs. the corner	Available and indicated	Available but not indicated	Not available		43
62	Is there an adolescent health profile for the sub district?	Sub district Profile	Available		Not available		43
63	Is adolescent health service record updated?	Adolescent health service record	Available and updated	Available but not updated	Not available		43
64	Is there an adolescent health action plan for the sub district?	Action plan	Available		Not available		43

C. Antenatal Care + PMTCT

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
65	Are Guides for Maternal and Newborn Care Part 1 and Part 2 available?	Obs. ANC or delivery room	Both available at service point	One is available.	Not available.		41
66	Is National Safe Motherhood Service Protocol located at accessible point in/around delivery room?	Obs. ANC or delivery room	Available and placed at service point.	Available but not placed at service point	Not available		41,42
67	Is the record of ANC services correctly completed on the ANC register?	ANC register	Register is available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		2,47
68	Is the record of ANC services correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If pregnant women available, see the booklets	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	2,47
69	Is the birth preparedness plan completed on the Maternal Health Record Booklet?	If pregnant women available, see the booklets	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	2,47
70	Are commodities for focused antenatal care available?	Check Iron/folate, Multivitamin, TT, SP.	All commodities are sufficient	Some items are almost finished.	Stock-out with any commodities.		46
71	Are PMTCT services provided in the facility?	Interview	Service provided	A part of service are provided	Not provided		48
72	Are commodities for PMTCT available (HIV test, Syphilis test)?	Check PMTCT commodities	All commodities are sufficient	Some items are almost finished.	Stock-out with any commodities.		48
73	Is the record of PMTCT services correctly completed on the register?	PMTCT register	Register is available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		48
74	Is client's privacy ensured (Screen, Door closed, Partition) in the room?	Obs. at room	Ensured	Not ensured with some difficulties	CHO does not care.		21

D. Postnatal Care

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
75	Are commodities for postnatal care available (Iron/folate tablets, vaccines, Vitamin A etc.)?	PNC commodities	All commodities are sufficient	Some items are almost finished.	Stock-out with any commodities.		51
76	Is the record of PNC services (1st and 2nd) correctly completed on the register?	PNC register	Register is available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		2,52
77	Is the record of PNC services correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If mothers available, see the booklet	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	2,52

E. Delivery Service

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
78	Are minimum quantity of emergency drugs and supplies available in the delivery room?	Check Magnesium sulphate, Oxytocin, IV fluid (normal saline and ringers lactate) Antibiotics, condom tamponade	All items are available.	Some items are not available.	Not at all		49
79	Are Re-Usable Personal Protective Materials maintained, cleaned and stored properly?	Check utility gloves, plastic apron, gowns, wellington boots, caps, goggles	All checking items are available and clean	Available but not clean	Not available any checking items		29
80	Are relevant disinfectants (Chlorine/ Chlorhexidine solution) available and labelled?	Check expiry dates, strengths on the bottle.	Available sufficiently and labelled. Not expired.	Available but not labelled. Almost finished. Expired.	Stock-out		33
81	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 sterilized delivery kits	Available, sterilized and wrapped.	Available but not ready	Not available		39
82	Are medical equipment processed and maintained for safe use (Soaking of equipment, Washing, Autoclave)?	Check and Interview of procedure of sterilization	Staff knows the process. Sterilizers are available.	Not satisfactory knowledge or equipment	Never done sterilization.		34
83	Are medical equipment stored to avoid contamination?	Obs. equipment storage	Wrapped with clean clothes in a cupboard.	Covered with clean clothes but exposed	Not covered		35
84	Is the protocol displayed on the wall for reference?	Obs. at delivery room	Protocol placed	Protocol is available but not on the wall	Not available		42
85	Is the record of intrapartum and newborn care correctly completed on the register?	Delivery register	Completed correctly	Not satisfactory recorded	No register No record		2,50
86	Is breast feeding initiated within 30 minutes after birth and recorded?	Delivery register	Recorded correctly	Not satisfactory recorded	No register No record		2,60
87	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	Partograph used in 8 or more of the 10 cases	Partograph used in 5 to 7 of the 10 cases	Partograph used in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	2,50
88	Is partograph used correctly?	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	Partograph is used correctly in 8 or more of the 10 cases	Partograph is used correctly in 5 to 7 of the 10 cases	Partograph is used correctly in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	50
89	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	IPO sheet is used for 6 hours in 8 or more of the 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in 5 to 7 of the 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	2,50
90	Is a Postnatal care stamp and stamp pad available?	PNC stamp and pad	Available at service points	Available but not at service points	Not available		74

Standard Guideline for Facilitative Supervision (District to Sub-district) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
91	Is RCH report data analyzed and used for decision making?	Check analyzed data, Graphs	Data analysed and charts displayed	Data analysed but charts not displayed	Data not analysed		54
92	Are maternal and neonatal deaths audited and reports submitted within one week?	Copies of maternal and neonatal death audit forms	Reports are submitted within one week	Reports are submitted later than one week	Reports are not submitted	If no death, enter "N/A"	62
93	Are Maternal and Neonatal Death Audit recommendations implemented within a quarter?	Audit recommendation report, audit action report	Implemented	Audit done no recommendation implemented	No audit conducted		63

F. Child Health (Child Welfare Clinic, EPI)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
94	Are the Child Welfare Clinic services correctly recorded on the Child Welfare Clinic Register?	Child Welfare Clinic Register (Check two different age group registers)	Recorded correctly on the register	Not satisfactory recorded on the register	No register		61
95	Are the Child Welfare Clinic services recorded on the Child Health Record Booklet?	If children available, see the booklet (CWC booklet)	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	2,61
96	Is refrigerator monitored and temperature recorded on the daily monitoring sheet?	Temperature monitoring sheet	Temperature is recorded every day.	Monitoring sheet is available not updated.	No monitoring sheet	If no fridge, enter "N/A"	20
97	Are there updated charts showing coverage of various antigens (BCG, OPV, Penta, PCV, Rota, MLS, YF, TD) displayed?	Displayed coverage charts	Charts of all antigens are displayed.	Charts of some antigens are displayed.	No chart at all.		56
98	Are dropout rates (OPV, Penta, PCV, Rota, MLS) calculated correctly and updated chart displayed?	Displayed dropout rate charts (normally same charts the above)	The chart is updated with correct calculation.	Not satisfactory. Incorrect calculation.	No chart at all.		57
99	Are No. of vaccinations and No. of opened vials reported monthly?	EPI returns	Reported correctly	Reported but not satisfactory	Not reported		58
100	Is there a chart showing wastage of various antigens?	Vaccine wastage chart	A chart is available and current	A chart is available but not current	No wastage chart		58
101	Are school health services conducted monthly?	Child Health Return	Conducted monthly	Conducted but not monthly	Not conducted		59

G. Nutrition

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
102	Are nutrition registers including CMAM and IYCF available and updated?	CMAM and IYCF registers	Available and updated	Available but not updated	Not updated		98
103	Are support visits on nutrition activities including growth monitoring conducted?	Monitoring reports, Monthly reports	Conducted regularly	Conducted but not regularly	Not conducted		99

Standard Guideline for Facilitative Supervision (District to Sub-district) revised on 20 May 2016

104	Are there updated graphs/charts showing; - Prevalence of underweight among children 0 to 59 - Vitamin A coverage - Low birth weight prevalence - CMAM discharge rates (cure, defaulter, died) - CMAM treatment coverage - Pregnant/lactating mothers (chn 0-23months) counselled - IYCF support groups formed - IYCF support groups facilitated	Graphs/charts of listed indicators	Displayed updated graphs of all	Not satisfactory	Not displayed at all		100
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	------------------	----------------------	--	-----

III-II. Disease Control/ Surveillance/ Mental health

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
105	Are there updated graphs showing cases/vital events and diseases under surveillance (YF, Measles, Meningitis, AFP, Rabies, GW, Anthrax, Cholera)?	Graph of surveillance	Graphs of all diseases mentioned are available and current.	Graphs of some diseases are available or not current	No graph		64
106	Is the number of CBSV supervised and reported?	Community Based Surveillance Report	Reports and No. of CBSV is known.	Not satisfactory	Nobody knows		65
107	Is evidence of defaulter tracing by sub-districts prepared?	Defaulter tracing record	The record is available and current.	The record is available but not current.	The record is not available.		95
108	Are there case base forms or line list of patients of disease under surveillance?	Case base forms or line list of cases	Current line list and case base forms are available.	Available but not current	Not available		66
109	Are there spot maps showing areas in the sub-district where diseases occur?	Spot map	Current map is available	Available but not current	Not available		67
110	Is Community Mental Health Officer (CMHO) available?	Interview	CMHO is available	-	CMHO is not available		104
111	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan	There is an action plan including mental health	-	There is no action plan including mental health		105
112	Are activities on mental health implemented?	Activity report	Activities are implemented	Activities are partly implemented	Activities are not implemented		106

III-III Health promotion

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
113	Is family planning health promotion carried out?	Health promotion activity report/minutes	Carried out regularly.	Carried out within a year	Never done		68
114	Is promotion of early ANC, skilled delivery and PNC carried out?	Health promotion activity report/minutes	Carried out regularly.	Carried out within a year	Never done		69
115	Is the number of population reached from health promotion recorded by sex?	Health promotion activity report	The report is available and recorded.	The report is available but not recorded.	No report		70

Standard Guideline for Facilitative Supervision (District to Sub-district) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
116	Is health promotion conducted during outreach services within the last 3 months?	EPI monthly report/ Health promotion activity report	Conducted within the last 3 months	Conducted in the past	Not conducted, No report		73
117	Are IEC Materials readily available for use (such as ANC, Skilled Delivery, PNC etc. flip charts)?	Check OPD/ ANC rooms or service delivery points	IEC materials are displayed and sufficiently stocked.	IEC materials are displayed but not sufficient stocked.	No IEC materials in the facility		71
118	Are functioning audio visual equipment available and ready to use?	Check the equipment	Available and ready for use.	Available	Not available		72

IV. REFERRAL and FEEDBACK

At OPD or Maternity ward

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
119	Are at least 10 sets of GHS referral and feedback forms available?	Referral and feedback booklets	More than 10 sets	Less than 10 sets	No form		74
120	Are entries in the referral register completed including feedback received?	Referral and feedback booklets	Available and completed correctly	Available but not completed correctly	Not available		2,75
121	Is current National Treatment Guideline available and accessible at the service points?	National treatment guideline	Available at service point	Available but not used.	Not available		76
122	No. of referral cases sent (Referred OUT) in last 3 months.	Referral register				Enter No.	83
123	No. of referral cases received (Referred IN) in last 3 months.	Referral register				Enter No.	84
124	No. of feedbacks RECEIVED in last 3 months.	Referral register				Enter No.	85
125	No. of feedbacks SENT OUT in last 3 months.	Referral register				Enter No.	86
126	Is the essential emergency protocol displayed for easy reference?	Essential emergency protocol	Protocol is displayed at service points	Protocol is available but not displayed	Not available		40
127	Do copies of referral and feedback sent (pink form) remain in the GHS referral and feedback booklets?	Referral and feedback booklets	Remained	Some missing	No booklet		78
128	Are received feedback forms (white form) kept in each patient folder or a feedback file?	Patient folders/ feedback file	In each patient folder or feedback file	Some forms are found at other place	Missing at all		80
129	Are received referral forms (blue form) kept in each patient folder?	Patient folders	In each patient folder	Some forms are found at other place	Missing at all		79
130	Is transport available (National Ambulance, CETS or other mode)?	Interview	Available	Available but not always	Not available		81
131	Is telephone directory available, displayed and regularly updated?	Telephone directory	Displayed updated one.	Displayed but old one.	Not available		82

V. MONITORING & SUPERVISION SYSTEM (FSV)							
No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
132	Is quarterly FSV for CHPS conducted?	FSV Checklist	Conducted quarterly	Not quarterly	Not conducted		87
133	Are copies of FSV Checklist submitted to DHMT?	FSV Checklist	Copies of FSV checklist are submitted	-	Copies of FSV checklist are not submitted		89
134	Is monthly work plan of CHPS monitored by SDHT?	FSV Checklist	Monthly work plan of CHPS are monitored	-	Monthly work plan of CHPS are not monitored		96
135	Are findings of supervision implemented by SDHT for CHPS?	Interview with staff, FSV Checklist	All actions were taken already.	Some actions were taken.	No actions taken		91
136	Is information of CHPS zones on status of compound, the names of the CHO and technical staff updated and displayed?	Information of CHPS zone, CHPS database print out	Displayed updated one	Displayed but not updated.	Not displayed		88
137	Do supervisors for CHPS participate in the quarterly FSV review meeting by DHMT?	Interview with staff/ Minutes of FSV review meeting	Participated quarterly	Participated but not quarterly	Never participated		92
138	Are meeting or technical supports to CHO carried out (Monthly support visits to CHC/CHV, durbars, outreaches)?	Interview with staff/ Report of the technical visit	Carried out regularly	Carried out irregularly	Never carried out		93

**Appendix 9:
FSV standard
guideline
(SDHT to CHO)**

I. MANAGERIAL AREAS**I-I. Facility Condition and Infrastructure**

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
1	Are the rooms well organized and cleaned?	Obs. at room	Clean and tidy	Not satisfactory clean	Very messy, animal, insects		20
2	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. surroundings	Clean	Not satisfactory clean	Wastes, Grass		21
3	Is water supply is regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview	Water supply is regular and secure	Water supply is available but sometimes not available	Not available		21
4	Is electricity available?	Interview/Observation	Connected to national grid	Generator or solar available	Not available		21
5	Are lights functioning?	Obs. at room/ Interview	Functioning	Not all rooms have lights or some bulb are not functioning	No lights		21
6	Is mobile network available?	Interview	More than 2 lines	1 line	No network		97

I-II. Data Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
7	Is current standard directory of filing updated?	Standard directory	Available and current	Available but not current	Not available		1
8	Is community register updated monthly?	Community registers	Updated monthly	Available but not current	Not available		3
9	Is community profile updated and current?	Community profile	Updated	Available but not current	Not available		3

Check the status of the reports on the list below.

No.	Reports/ Records	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
10	Monthly Midwife Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		2,47
11	Monthly Family Planning Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		47
12	Monthly Child Health Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		53
13	Monthly CBSV(Community Based Surveillance Volunteer)s reports	Available and completed	Available but not completed.	Not available		56
14	Monthly Revenue Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		4
15	Monthly Drug returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		10
16	EPI Record	Available and completed	Available but not completed.	Not available		99
17	Monthly Nutrition Returns	Available and completed	Available but not completed.	Not available		94

I-III. Financial Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
18	Is Internally Generated Fund recorded appropriately?	Revenue collection book, Notional Revenue Budget Ledger (NHI), summary cash book	Recorded correctly	Recorded incorrectly	No record book or not recorded		4
19	Is General Counterfoil Receipt Book available and used?	GCR/CAGD, Approved receipt book of MOH, value book stock register	The receipt book is used.	The receipt book is available but not used.	Not available		4
20	Are claims of NHIS compiled daily?	Daily claims forms, Notional Revenue Budget Ledger (NHI), revenue returns	Compiled daily	Compiled but not daily	No record book		4
21	Is revenue sent to the SDHT?	Duplicate Pay-in-Slip, passbook, Notional Revenue Budget Ledger (NHI), cash analysis book, revenue returns (software), GCR	Cash is sent regularly.	Cash is sent occasionally	Never sent		4

I-IV. Activities Schedule, Meetings and Training

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
22	Is Daily Attendance register available and current?	Daily Attendance Register	Available and completed	Available but not completed.	Not available		7
23	Is monthly work plan of CHPS zone available and current?	Monthly work plan	Available and current	Available but not current	Not available		8
24	Are meetings organized monthly with CHVs and meeting minutes available and current?	Interview, Minutes with CHV	Minutes us available and current.	Minutes is available but not current.	No minutes.		5,69
25	Does CHO have a logbook and in use?	Training logbook, interview	CHO has ISTC logbook & records trainings	Has logbook but no records	No logbook		54

Tick or fill the months when the training experienced on each staff below.

CHO/CHN	Name	Fresher CHO	Refresher (1)	Refresher (2)	Refresher (3)	Life Saving Skills	
CHO	XXXXXXXX XXX	May/13	✓		Dec/13		※ Refresher (1) = CHO Refresher Training (1) ANC/Delivery/PNC,
CHO	XXXXX XXXXXX	Nov/13					※ Refresher (2) = CHO Refresher Training (2) Community-Based MNH,
							※ Refresher (3)= CHO Refresher Training (3) Community Mobilization /FSV

I-V. Equipment & Assets Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
26	Is assets register available and updated?	Assets register/ Store ledger book	Available and updated.	Available but not updated	Not available		15
27	Are assets labelled?	Check labels	Most labelled	Less than half	Not at all		18
28	Are all equipment in use functional?	Assets register/ Store ledger book/ Obs. eqpt.					16
29	Are non-functioning equipment separated for sending to repair?	Obs. at storeroom, Unserviceable store ledger	Separated and already informed SDHT	Separated but abandoned	Mixed in the consultation point		22
30	Are manuals and instruction filed or displayed in designated area?	Place of keeping user's manuals and instructions	Main manuals are filed or displayed.	Manuals are available but placed somewhere	No manual		23
31	Is regular maintenance of equipment (e.g. Refrigerator, Solar system) conducted?	Maintenance schedule, Interview with CHO	Regularly maintained.	Rarely maintained	Not maintained at all		24
32	Is Monthly motorbikes servicing conducted?	Interview, maintenance schedule and register	Monthly maintained.	Maintained but not monthly	Not maintained at all		14

I-VI. Supply Management

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
33	Are health commodities requested and issued by standard forms?	Requisition Issue and Receipt Voucher (RIRV), Requisition form book	RIRV and the form available and completed.	The forms are available but not completed.	Never used. Not available		11,13
34	Does each drug have a bin card?	Bin cards	Bin cards with drugs and completed.	Bin cards are available but not completed	No bin card		10
35	Are all health commodities stocked above the re-order level?	Bin cards, Drug returns	Reorder levels known and monitored.	Reorder levels not known but no stock-outs	Reorder levels not known and stock-outs occurred.		9
36	Are commodities kept in good condition (No sunlight, heat, moisture, dust, insect, animal)?	Storage condition at dispensary/ store	Good condition	Not satisfactory condition	Bad condition		11

Standard Guideline for Facilitative Supervision (Sub-district to CHPS zone) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
37	Are commodities aligned on shelves by labels indicating where the drug belongs?	Cross-check between labels on the shelves and drugs	Aligned on the shelves with labels	Aligned but on no labels or different labels	No labels. Not aligned.		11
38	Are commodities organized according to FEFO (FIRST-TO-EXPIRE, FIRST-OUT)?	Check 2-3 drugs aligned	Organized FEFO	Not all	Not aligned		11
39	Are unserviceable stock stored separately to be returned?	Obs. at storeroom, unserviceable store register	Stored separately	Stored separately but abandoned	Expired/Damaged stock are mixed.		12
40	Are office supplies (Stationery) set in order by category?	Obs. at storeroom	Set in order with labels	Placed untidy	No stock.		17
41	Are copies of Maternal Health Records Booklet stocked?	Stock of the booklet at store/service point	Sufficiently	Less than 5.	Stock-out		42
42	Are copies of Child Health Records Booklet (CWC Book) stocked?	Stock of the booklet at store/service point	Sufficiently	Less than 5	Stock-out		53
43	Are used Registers/reports kept in the stores?	Storeroom	Used registers are stored.	Used registers are mixed at consultation room.	Disposed or missing		48

II. QUALITY IMPROVEMENT ON WORK PLACE

II-I. Infection Prevention & Control

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
44	Is routine cleaning of the facility conducted?	Interview with staff, Schedule of cleaning	Regularly cleaned	Not regularly cleaned	No routine		29
45	Are soap, alcohol rub and water available for hand-washing at service points?	Obs. at service points	All available at service points	Hand washing can be done but not satisfactory	No hand-washing point		25
46	Are Personal Protective Equipment available with appropriate stock (Disposable glove, Mask)?	Obs. at OPD and store room	Appropriate stock all items	Stock almost finished	Stock-out with any items		27
47	Are Re-Usable Personal Protective Materials (e.g., utility gloves, plastic apron and mackintosh) maintained cleanly?	Obs. at room	All checking items are available and clean	Available but not clean	Not available any checking items		28
48	Are relevant disinfectants (Chlorine/ Chlorhexidine) available and labelled?	Expiry dates, strengths on labels	Available sufficiently and labelled. Not expired.	Available but not labelled. Almost finished. Expired.	Stock-out		30
49	Are medical equipment processed and maintained for safe use (Sterilization)?	Interview with CHO	CHO knows sterilization. Sterilizers are available.	Not satisfactory knowledge or equipment	Never done sterilization. No equipment to be sterilized.		31
50	Are medical equipment stored appropriately to avoid contamination?	Obs. equipment storage	Wrapped with clean clothes in a cupboard.	Covered with clean clothes but exposed	Not covered		32
51	Are labelled waste containers for different type of waste available?	Obs. waste containers (Label, Place), Safety box	Labelled containers as indicated.	Not labelled but separated by type of wastes.	Wastes are mixed.		33
52	Are no hazardous items (sharps, contaminated materials, flammables, harmful chemicals) exposed in the facility?	Obs. at facility	Never seen.	Not satisfactory	Anywhere you can see.		35
53	Are disposal pits for general medical wastes available?	Obs. disposal pit	Available and not full	Available but full	No pits		21
54	Is placenta disposal pit available and in use?	Obs. placenta pit	Available and in use	Not available but alternative pit is available.	Not at all		21
55	Are medical wastes disposed appropriately (incinerator, waste disposal pit, or landfill)?	Interview with staff, obs. disposal site	Regularly disposed.	Occasionally disposed	Disposed surroundings		34

III. SERVICE DELIVERY

III-I. Maternal / Neonatal & Child Health

A. Family Planning

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
56	Is Family Planning Guideline/ Protocol available?	FP Guidelines/ Protocol	Available		Not available		40
57	Are family planning commodities (Condoms, Pills, Injection, Implant, and IUD) available in stock?	Check F/P commodities	All items are stocked sufficiently	Some items are out of stock or almost finished.	All stock-out		39
58	Is Family Planning register available and correctly completed?	Family Panning register	Available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		40
59	Is the record of FP service correctly completed on the FP Client Card?	Check 1-2 FP Client Card	Available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		40
60	Is Family Planning flipchart used for counselling?	Observe if clients are available, GHS Family Planning flipcharts on desk	Staff uses the flipchart for counselling (Obs.). Flipchart is placed on the desk.	Available but not used.	Not available		40

B. Adolescent Health

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
61	Is adolescent health corner available?	Obs. the corner	Available and indicated	Available but not indicated	Not available		90
62	Is there an adolescent health profile for the sub district?	Sub district Profile	Available		Not available		90
63	Is adolescent health service record updated?	Adolescent health service record	Available and updated	Available but not updated	Not available		90
64	Is there an adolescent health action plan for the sub district?	Action plan	Available		Not available		90

C. Antenatal Care + PMTCT

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
65	Are Guides for Maternal and Newborn Care Part 1 and Part 2 available?	Obs. at maternity service point	Both available at service point	One is available.	Not available.		38
66	Is National Safe Motherhood Service Protocol available?	Obs. at maternity service point	Available and placed at service point.	Available but not placed at service point	Not available	If they don't provide delivery service, enter N/A	38
67	Is the record of ANC services correctly completed on the ANC register?	ANC register	Register is available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		2,42
68	Is the birth preparedness plan completed on the Maternal Health Record Booklet?	If pregnant women available, see the Maternal Health Record Booklet	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	2,42
69	Is the record of ANC service is correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If pregnant women available, see the booklets	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	2,42
70	Are commodities for focused antenatal care available?	Check Iron/folate, Multivitamin, TT, SP.	All commodities are sufficient	Some items are almost finished.	Stock-out with any commodities.		41
71	Are PMTCT commodities available (HIV test, Syphilis test)?	PMTCT commodities	All commodities are sufficient	Some items are almost finished.	Stock-out with any commodities		43

Standard Guideline for Facilitative Supervision (Sub-district to CHPS zone) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
72	Is the record of PMTCT services correctly completed on the register?	PMTCT register	Register is available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		43
73	Is the client's privacy ensured (Screen, Door closed or partition) in the room?	Obs. at room	Ensured	Not ensured with some difficulties	CHO does not care.		20

D. Postnatal Care

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
74	Are commodities for postnatal care available (Iron/folate tablets, vaccines, Vitamin A etc.)?	PNC commodities	All commodities are sufficient	Some items are almost finished.	Stock-out with any commodities		45
75	Is the record of PNC services (1st and 2nd) correctly completed on the register?	PNC register	Register is available and completed correctly.	Available but not satisfactory completed.	Not available		45
76	Is the record of PNC services correctly completed on the Maternal Health Record Booklet?	If mothers available, see the booklet	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	46

E. Emergency Delivery

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
77	Are minimum quantity of emergency drugs and supplies available in the facility?	Check Oxytocin, IV fluid, Antibiotics	Available sufficiently	Available but almost finished.	Stock-out at all		44
78	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 sterilized delivery kits	Available, sterilized and wrapped.	Available but not ready	Not available		36
79	Is partograph used to monitor women in labour? * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	Partograph used in 8 or more of the 10 cases	Partograph used in 5 to 7 of the 10 cases	Partograph used in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	98
80	Is partograph used correctly?	Used partographs of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	Partograph is used correctly in 8 or more of the 10 cases	Partograph is used correctly in 5 to 7 of the 10 cases	Partograph is used correctly in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	98
81	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used IPO sheet of recent 10 cases of sample 10 cases on Delivery Register of the last quarter	IPO sheet is used for 6 hours in 8 or more of the 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in 5 to 7 of the 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in less than 5 of the 10 cases	Select cases from each month of the last quarter. If no case of delivery, enter "N/A"	98

F. Child Health (Child Welfare Clinic, EPI)

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
82	Are the Child Welfare Clinic services correctly recorded on the Child Welfare Clinic Registers?	Child Welfare Clinic Registers (Check two different age group registers)	Recorded correctly on the register	Not satisfactory recorded on the register	No register		53
83	Are the Child Welfare Clinic services recorded on the Child Health Record Booklet?	If children available, see the booklet (CWC booklet).	Completed correctly.	Not satisfactory completed.	No record at all on the booklet.	If no client, enter "N/A"	53
84	Is the refrigerator monitored and temperature recorded on the daily monitoring sheet?	Temperature monitoring sheet	Temperature is recorded every day.	Monitoring sheet is available not updated.	No monitoring sheet	If no fridge, enter "N/A"	19

Standard Guideline for Facilitative Supervision (Sub-district to CHPS zone) revised on 20 May 2016

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
85	Is EPI protocol displayed?	Obs. Service corner	Displayed.	Not displayed.	Not available.		38
86	Are there updated graphs showing coverage of various antigens (BCG, OPV, Penta, PCV, Rota, MLS, YF, TD) displayed?.	Charts of coverage of 8 antigens	Graphs with all antigens are displayed.	Graphs with some antigens are displayed.	No graph at all.		49
87	Are dropout rates (OPV, Penta, PCV, Rota, MLS) calculated correctly and updated chart displayed?	Dropout rate chart (normally same charts the above)	The chart is updated with correct calculation.	Not satisfactory. Incorrect calculation.	No graph at all.		50
88	Are No. of vaccinations and No. of opened vials reported monthly?	EPI returns	Reported correctly	Reported but not satisfactory	Not reported		51
89	Is there a chart showing wastage of various antigens?	Vaccine wastage chart	A chart is available and current	A chart is available but not current	No wastage chart		51
90	Are school health services conducted according to the schedule?	Child health returns	Conducted as scheduled	Conducted but not as scheduled	Not conducted		52

G. Nutrition

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
91	Are nutrition registers including CMAM and IYCF available and updated?	CMAM and IYCF registers	Available and updated	Available but not updated	Not updated		95
92	Are support visits to volunteers on nutrition activities conducted?	Monitoring reports	Conducted regularly	Conducted but not regularly	Not conducted		96
93	Are there updated graphs/charts showing: - Prevalence of underweight among children 0 to 59 - Vitamin A coverage - Low birth weight prevalence - CMAM discharge rates (cure, defaulter, died) - CMAM treatment coverage - Pregnant/lactating mothers (chn 0-23months) counselled - IYCF support groups formed - IYCF support groups facilitated	Graphs/charts of listed indicators	Displayed updated graphs of all	Not satisfactory	Not displayed at all		55

III-II. Disease Control/ Surveillance

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
94	Are there updated graphs showing cases/vital events and diseases under surveillance?	Graph of surveillance	Graphs of all diseases mentioned are available and current.	Graphs of some diseases are available or not current	No graph		100
95	Are all CBSV are supervised monthly?	CBSV Supervisory report	Monthly supervised. The report is available.	No report is available but monthly supervised.	Not monthly supervised (Interview)		56
96	Are CBSV reports submitted on time by CHO to SDHT?	CBSV report	Reported on time	Reported but not on time	Not reported		56
97	Are there spot maps showing areas in the CHPS Zones where diseases occur?	Spot map	Current map is available	Available but not current	Not available		57

Standard Guideline for Facilitative Supervision (Sub-district to CHPS zone) revised on 20 May 2016

III-III. Health promotion

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
98	Is family planning health promotion carried out?	FP returns, Health promotion activity report	Carried out regularly.	Carried out within a year	Never done		58
99	Is promotion of early ANC, skilled delivery and PNC carried out?	Health promotion activity report	Carried out regularly.	Carried out within a year	Never done		59
100	Is the number of population reached from health promotion recorded by sex?	Health promotion activity report	The report is available and recorded.	The report is available but not recorded.	No report		2, 60
101	Are IEC Materials for RCH available such as flip charts, leaflet?	Obs. in the facility	IEC materials are displayed and sufficiently stocked.	IEC materials are displayed but not sufficient stocked.	No IEC materials in the facility		61
102	What do you use at health promotion activities?	Interview	CHO answers a kind of IEC materials (Poster, Flipchart, etc).	If CHO's answer does not include IEC materials but health talk on verbal	If CHO does not conduct any activities.		62
103	Were health promotion sessions conducted during the last month?	Reports of home visits, SHEP, Health promotion activity report	Conducted last month.	Conducted but before last month.	Not conducted within a year		63

III-IV. Community Participation

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks	Code
104	Are regular home visits for ANC, PNC carried out by the CHO/CHV?	Home Visit Book	Home visit is done regularly.	Occasionally done.	Not done within a year. No record.		2, 64
105	Is defaulter tracing conducted?	Defaulters record	Conducted with a record.	No record but conducted.	Never conducted.		65
106	Have community members developed CHAP with the support of the CHO?	CHAP	CHAP is available with CHO's support.	CHAP is available without CHO's support	No CHAP		66
107	Is CHAP regularly monitored, reviewed and updated?	CHAP monitoring report	CHAP monitoring report is available and current.	CHAP monitoring report is available but not current.	No monitoring report		66
108	Are CETS established in the CHPS zone?	Interview/ Report/ Telephone directory	Most of the communities have CETS.	A few communities have CETS	No CETS established.		67
109	Does CHO support and monitor communities to implement CETS?	CETS meeting minutes (Check CHO's name)	CHO's name is on the minutes.	No CHO's name is on the minutes.	No minutes.		67
110	Are Durbars organized quarterly?	Meeting reports	Meeting report is available and quarterly organized.	Meeting report is available but not quarterly organized.	No meeting report		68
111	Are quarterly CHMC meetings organized and minutes available?	CHMC meeting minutes	Minutes is available and current and quarterly organized.	Minutes is available but not quarterly organized.	No minutes		6
112	Are visits to other health partners (e.g. traditional healers) conducted regularly?	Visit record / Home visit book	Conducted regularly with record	Conducted not regularly with record	No record, Not done.		70
113	Is security man for CHPS compound provided and supported by communities?	Interview with CHO	Provided and supported	Provided but not supported	Not provided		85
114	Do communities support in water fetching for CHO/CHN?	Interview with CHO	Always	Sometimes	No support	If not necessary, enter "N/A"	85
115	Do communities support in cleaning/weeding at CHPS compound?	Interview with CHO/ Observation	Always	Sometimes	No support		85
116	Do communities support CHPS for other activities (e.g. health campaign)?	Interview with CHO	Always	Occasionally	No support		85

**Appendix 10:
Presentation material
on FSV (For fresher)**

Introduction of FSV

1

What is FSV?

2

What is FSV?

- ◆ Facilitative Supervision (FSV) is an approach to supervision that emphasizes mentoring, joint problem solving, and two-way communication between the supervisor and those being supervised. *(EngenderHealth 2001)*
- ◆ FSV is a system of management whereby supervisors at all levels in an institution focus on the needs of the staff they oversee and consider them as their customers. *(EngenderHealth 2001)*
- ◆ The most important part of the facilitative supervisor's role is to enable staff to manage the quality-improvement process, to meet the needs of their clients and to implement institutional goals.

3

Difference between FSV and Traditional Supervision

FSV is different from traditional supervision because it;

- **Focuses on helping staff to solve problems through the use of quality improvement tools**
- **Focuses on processes rather than on individuals**
- **Assists staff in planning for future quality-improvement goals and**
- **Is continuous and builds on past gains while setting higher quality-improvement goals.**

4

Benefits of FSV

FSV has many remarkable benefits both to the health service and the staff involved in the process.

- **It builds the capacity of staff in problem solving, thereby leading to fewer routine low-level problems**
- **It develops staff capacity to conduct FSV, thereby reducing the need for technical assistance from higher levels**
- **It strengthens interpersonal relationships across all levels of service delivery**
- **It serves as a platform for peer reviewing and feedback sharing across all levels of service delivery**

...etc.

5

Characteristics of FSV

1. Supervision Covers all levels

FSV covers from community to Region

2. Evidence-based Practice

Each facility develop an action plan to solve their problems found through the FSV sessions. They can improve its performance based on the evidence measured by FSV.

3. Standardized Tools

FSV is conducted with standardized tools. With these standardized supervisory tools, supervisors can conduct FSV without missing key issues to be assessed.

6

Characteristics of FSV (cont.)

4. Standardized Procedures

Adherence to standardized procedures ensures the quality of the results obtained from the supervision. It also allows all staff to conduct the FSV in the same manner to ensure the same standard.

5. Facilitative Nature of Supervision

In FSV, a supervisor should have a supportive attitude and the ability to empower supervisees to solve their problems.

6. Effective Feedback System

FSV has three types of feedback:

- 1) Onsite direct verbal feedback
- 2) Written feedback developed by the supervisory team
- 3) Feedback at FSV review meetings where all stakeholders participate and share the results of FSV.

7

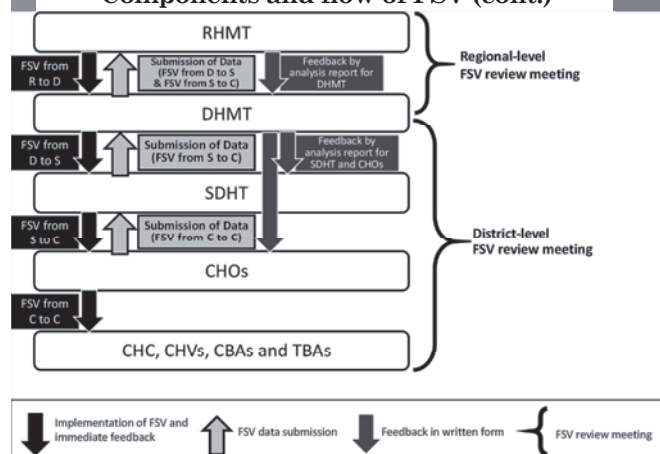
Components and flow of FSV

The implementation of FSV involves four components:

1. Conducting FSV
2. Data submission
3. Written feedback
4. Review meetings

8

Components and flow of FSV (cont.)



Roles of DHMT, SDHT and CHOs in FSV

Roles of DHMT in FSV

Roles	Person in Charge at DHMT
DHMT to SDHTs	
Plan for FSV to SDHTs	District CHPS Coordinator
Conduct FSV to SDHTs and provide technical support	DHMT supervisory team
Input data, analyse and write report	DHMT Supervisory Team/District CHPS Coordinator/ DHIO
Submit FSV data (DHMT to SDHTs) to RHA	DHIO
General	
Monitor implementation of FSV in the district (S to C)	District CHPS Coordinator
Collate and input FSV data (S to C)	District CHPS Coordinator/ DHIO
Submit FSV data (S to C) to RHA	DHIO
Analyse data and give feedback to sub-districts	District CHPS Coordinator/ DHIO
Conduct FSV review meetings	District CHPS Coordinator
Plan and take necessary actions to solve problems in supervised facilities	DHMT staff

10

Roles of DHMT, SDHT and CHOs in FSV (cont.)

Roles of SDHT in FSV

Roles	Person in Charge at SDHT
SDHT to CHOs	
Plan for FSV to CHOs	SD In-charge
Conduct FSV to CHOs and provide technical support	SDHT staff
Submit FSV data (SDHT to CHOs) to DHAs	SD In-charge
General	
Plan and take necessary actions to solve problems in supervised facilities	SDHT staff
Participate in FSV review meetings and make presentations	SDHT In-charge

11

Roles of DHMT, SDHT and CHOs in FSV (cont.)

Roles of CHO in FSV

Roles	Person in Charge at CHPS
CHO to CHVs	
Plan for FSV to CHVs	CHO
Conduct FSV to CHVs and provide technical support	CHO
Submit FSV data (CHO to CHVs) to SDHTs	CHO
General	
Plan and take necessary actions to solve problems for CHVs	CHO
Participate in FSV review meetings and make presentations	CHO

12

Tools for FSV

FSV tools consist of:

1. Performance Standard (PS)
2. FSV checklist
3. Standard Guideline

13

Tools for FSV (cont.)

1. Performance Standard (PS)



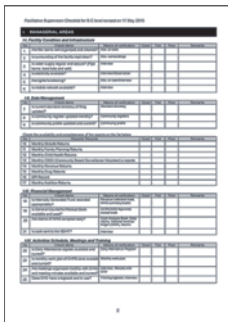
PS describes a set of core activities or duties of the health care provider at each level of the service and how often such activities or duties should be carried out.

Printed PS should be distributed to each facility and displayed to serve as a reference document to health care providers.

14

Tools for FSV (cont.)

2. FSV checklist

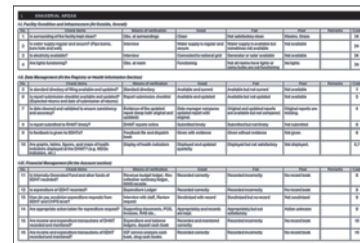


FSV checklist is developed based on the PS and is used to monitor how well health facilities are providing the prescribed health services.

15

Tools for FSV (cont.)

3. Standard Guideline



FSV standard guideline contains the criteria for scoring of FSV Checksheet. It describes the requirements or conditions to be met for each grade (i.e. 'Good', 'Fair' or 'Poor').

16

Tools for FSV (cont.)

FSV covers five important areas:

1. Managerial Area
2. Quality Improvement at Workplace
3. Service Delivery
4. Referral and Feedback
5. Monitoring and Supervisory System

17

Implementation of FSV

18

Schedule of FSV

Frequency of FSV

Level	Frequency of FSV	When
DHMTs to SDHTs	Quarterly	January, April, July and October
SDHTs to CHOs	Quarterly	January, April, July and October
CHOs to CHVs	Monthly	Every month

19

Schedule of FSV (cont.)

Calendar of FSV

Sample of FSV Calendar in July

Implementation of FSV	July			
	1 st week	2 nd week	3 rd week	4 th week
CHO to CHVs	←→			
SDHT to CHOs		←→		
DHMT to SDHTs			←→	
RHMT to DHMTs				←→

20

Preparation

1. Forming FSV Teams

- RHMT, DHMTs and SDHTs should form supervisory teams for FSV.
- The teams should meet, assign roles, review previous FSV (action plan and report) and prepare materials before supervision.
- New members who have no experience in FSV implementation should be orientated on the tools and partnered with experienced supervisors.

2. Scheduling and Appointment of FSV

- Dates of each visit should be fixed in consultation with the facilities to be visited and a copy of these dates shared with these facilities.
- Facilities should be reminded a day before the visit.
- Unannounced visits are undesirable because they can hinder supervisee's work or result in ineffective and/or inefficient supervision due absence of staff or lack of preparation.

21

Preparation (cont.)

3. Mobilization of Logistics

No.	Item	Details
1	Transportation	Vehicle/motorbike and fuel, bicycle
2	FSV tools	FSV checklist and standard guideline
3	Stationery	Pens, notebooks etc.
4	Service protocols and guidelines	For the supervision of service delivery areas
5	Other supplies and materials	Any supplies such as books, forms, cards and registers that need to be supplied to facilities

22

Conduct FSV

1. Entrance conference/ brief meeting

Before the start of supervision, supervisors should introduce themselves and briefly the following:

- ◆ The purpose of visit
- ◆ Components of the session
- ◆ The assessment period of the supervision
- ◆ Expected duration of the session

2. Conduct supervision with FSV checklist

The FSV checklist consists of

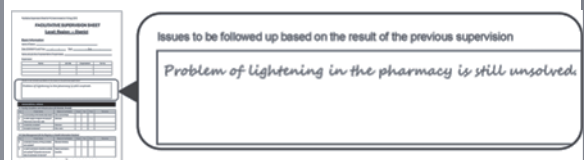
- ◆ Basic information
- ◆ Monitoring of Performances in five areas
- ◆ Summary sheet of FSV

23

Conduct FSV(cont.)

Basic information

Firstly, supervisors fill in the basic information section of the checklist which contains items such as date, time, name and title of supervisees and issues to be followed up on based on the result of the previous FSV.



As part of "Basic information", the supervisors should examine the record of previous FSV checklist to monitor implementation status of the action plan that was developed in the previous session.

If unsolved issues remain, supervisors should fill in the space labelled "Issues to be followed up".

24

Conduct FSV(cont.)

Monitoring of Performances in five areas

After filling in the "Basic information", the supervisors start the monitoring of performance in the five areas.

Most items are evaluated on a three-grade scale: "Good", "Fair" and "Poor". For scoring, the supervisors should refer to the FSV standard guideline that describes the criteria for each grade so that they can score their performance in an equitable manner.

I. ANAGERIAL AREAS					
4. Facility Condition and Infrastructure (At Outside, Overall)					
No.	Check Items	Means of verification	Good	Fair	Poor
1	Is surrounding of the facility kept clean?	Obs. of surroundings	Clean	Not satisfactory clean	Wastes, Grass
2	Is water supply regular and secure? (Pipe borne, bore hole and well)	Interview	Water supply is regular and secure	Water supply is available but sometimes not available.	Not available

Section of FSV Standard Guideline

25

Conduct FSV(cont.)

Monitoring of Performances in five areas (cont.)

Not Correct

No.	Check Items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
17	Are minimum quantity of emergency drugs and medicine available in the facility?	Check Dispens, IV Rack, Ambulance	✓			
18	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 medical delivery kits	✓			
19	Is emergency need to transfer patient to hospital?	Check ambulance				
20	Is immediate Postpartum Observation (PPO) sheet used to monitor newborn after delivery?	Check PPO sheet				

Do not leave blank

Correct

No.	Check Items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
17	Are minimum quantity of emergency drugs and medicine available in the facility?	Check Dispens, IV Rack, Ambulance	✓			
18	Are minimum set of equipment available and ready for use?	See condition of 2 medical delivery kits	✓			
19	Is emergency need to transfer patient to hospital?	Check ambulance				N/A
20	Is immediate Postpartum Observation (PPO) sheet used to monitor newborn after delivery?	Check PPO sheet				N/A

Fill in "N/A" for not applicable question

- ◆ All the questions on the supervision checklist should be answered without skipping.
- ◆ In situations where the item is not applicable to the facility or a particular situation, supervisors should indicate "N/A" at corresponding "Remarks" column.
- ◆ The reason for grading "Poor" or "N/A" can also be indicated in the "Remarks" column.

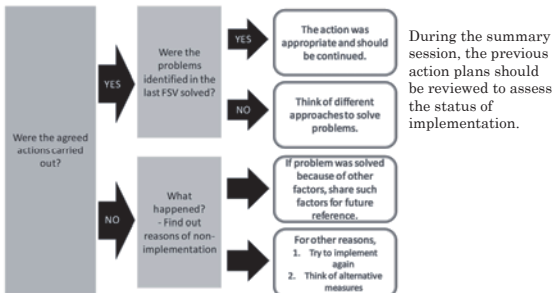
26

Conduct FSV(cont.)

Summary Session

After all the questions on the five areas are answered, supervisors should summarize overall performance of the facility and issues which came up during the FSV session.

a) Following up on the Issues/Challenges Identified in Previous FSV



27

Conduct FSV(cont.)

Summary Session (cont.)

b) Developing Action Plans

At the end of the summary session, supervisors fill in the "Summary Sheet of FSV" and share the schedule for the next supervision.

A copy of the supervision checklists with the signatures of both the supervisors and the representatives of the supervisees should be given to the facility supervised for their records.

Form titled "SUMMARY SHEET of FSV to DMHT to DMHT". It includes a table with columns: QP, Issue Identified, Action, Implementation and Monitoring, Name of Clinic/Responsible, Date/Time, Remarks. The table contains three rows of data.

28

Conduct FSV(cont.)

Follow-up

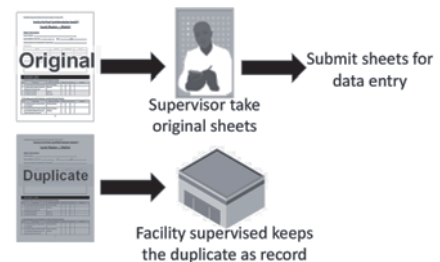
In situations where facilities supervised need support from a higher level, supervisory teams should arrange an appropriate follow-up.

Follow-up includes material support such as the provision of commodities, recording tools and official guidelines for health services and technical support offered by the visit of a technical support team.

29

Data submission

The FSV checklist is in duplicate. After the FSV session, supervisors take the original sheets and give the duplicate to the facility supervised

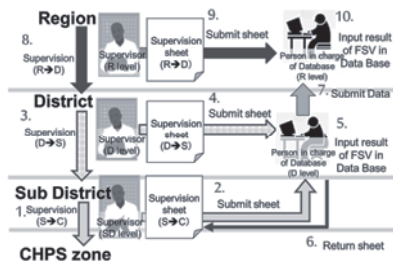


30

Data submission (cont.)

Supervisors at sub-district level submit the original sheets of FSV from S to C to the district.

At the district level, DHIOs input the data and return the completed checklist to the sub-district.



31

Data submission (cont.)

Deadline for FSV data submission

Data Submission by SDHTs		
Quarter	FSV (S→C) Implementation	Deadline of Submission
1 st	2 nd week of April	3 rd week of April
2 nd	2 nd week of July	3 rd week of July
3 rd	2 nd week of October	3 rd week of October
4 th	2 nd week of January	3 rd week of January

32

Thank you

33

添付資料 10 :

FSV ツール修正箇所一覧

Modification of FSV tool

R to D

FSV Checklist

Original			Modification		
No.	Check items	Means of verification	No.	Check items	Means of verification
10	Are graphs, tables, figures, spot maps of health indicators displayed at the DHMT? (e.g. MDGs indicators, etc.)	Display of health indicators	10	Are all graphs, tables, figures, spot maps of health indicators displayed at the DHMT? (e.g. performance indicators, such as CMAM discharge rate, etc.)	Display of health indicators
<i>* Add category of questions for District Hospital and integrate all questions for districts in it.</i>			III-I. Maternal and Neonatal Death Audit (MNDA) & Quality Improvement (QI) (At Hospital)		
-	* Add question		66	Are maternal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms
-	* Add question		68	Are Neonatal Death Audits conducted within 7 days?	Neonatal death audit report
-	* Add question		69	Are neonatal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms
-	* Add question		71	Are still birth reported every month?	Midwife returns
-	* Add question		72	Are fresh still birth audited within 7 days?	Mortality audit report
-	* Add question		73	Are the audit recommendations of fresh still birth implemented?	Report on implementation status, minutes, interview, observation
-	* Add question		75	Is there a QI team at the hospital?	Member list, interview with Medical Director or Change Agent
-	* Add question		76	Is QI team functioning?	Meeting minutes, interview with Medical Director or Change Agent
-	* Add question		77	Does QI team review facility data to plan for improvement?	Meeting minutes, action plan, interview with Medical Director or Change Agent
-	* Add question		78	Is partograph used to monitor women in labour? * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used partographs of recent 10 cases
-	* Add question		79	Is partograph used correctly?	Used partographs of recent 10 cases
-	* Add question		80	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor women after delivery? * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used IPO sheet of recent 10 cases
-	* Add question		95	Is there registered mental health nurse at hospital?	Interview
-	* Add question		96	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan

-	* Add question		97	Are activities on mental health implemented?	Activity report
III-II. Maternal / Neonatal & Child Health (At Family Health Section for MNDA of DHA)					
-	* Add question		100	Is partograph used at all facilities in all the district?	FSV data of sub-districts
III-III. Disease Control/ Surveillance, EPI, Nutrition, Mental Health (At Disease control/ Surveillance/Nutrition/Mental Health section)					
-	* Add question		110	Are there updated graphs showing CMAM/IYCF coverage indicators?	Graphs of CMAM/IYCF
-	* Add question		111	Is there mental health officer?	Interview
-	* Add question		112	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan
-	* Add question		113	Are activities on mental health implemented?	Activity report

Standard Guideline

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor
10	Are all graphs, tables, figures, spot maps of health indicators displayed at the DHMT? (e.g. performance indicators, such as CMAM discharge rate, etc.)	Display of health indicators	Displayed and updated quarterly	Displayed but not satisfactory	Not displayed.
64	Are maternal deaths reported within 24 hours?	Death notification form, Documented phone calls/ text message	All cases were reported within 24 hours	More than half of cases were reported within 24 hours	Rare cases were reported within 24 hours
66	Are maternal deaths audited using the correct form?	Copies of audit forms	Audited with correct form	-	Audited with not correct form
68	Are Neonatal Death Audits conducted within 7 days?	Neonatal death audit report	Conducted within 7 days	Conducted but not within 7 days	Not conducted
69	Are neonatal deaths audited using the standard form?	Copies of audit forms	Audited with standard form	-	Audited with not correct form
71	Are still births reported every month?	Midwife returns	All cases were reported every month	More than half of cases were reported every month	Less than half of cases were reported every month
72	Are fresh still birth audited within 7 days?	Mortality audit report	Conducted within 7 days	Conducted but not within 7 days	Not conducted
73	Are the audit recommendations of fresh still birth implemented?	Report on implementation status, minutes, interview, observation	Implemented and monitored by QI team of the hospital	Not satisfactory	Not monitored by QI team of the hospital
75	Is there a QI team at the hospital?	Member list, interview with Medical Director or Change Agent	There is a QI team	-	There is no QI team
76	Is QI team functioning?	Meeting minutes, interview with Medical Director or Change Agent	QI team meets every month	QI team meets, but not every month	QI team has no meeting

77	Does QI team review facility data to plan for improvement?	Meeting minutes, action plan, , interview with Medical Director or Change Agent	QI team reviews facility data to plan for improvement every month	QI team reviews facility data to plan for improvement occasionally	QI team never reviews facility data to plan for improvement
78	Is partograph used to monitor women in labour? * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used partographs of recent 10 cases	Partograph used in 80% or more of the recent 10 cases	Partograph used in 50 to 79 % of the recent 10 cases	Partograph used in less than 50 % of the recent 10 cases
79	Is partograph used correctly?	Used partographs of recent 10 cases	Partograph is used correctly in 80% or more cases of the recent 10 cases	Partograph is used correctly in 50 to 79 % of the recent 10 cases	Partograph is used correctly in less than 50% of the recent 10 cases
80	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) * Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"	Used IPO sheet of recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours in 80 % or more of the recent 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in 50 to 79 % of the recent 10 cases	IPO sheet used for 6 hours in less than 50 % of the recent 10 cases
95	Is there registered mental health nurse at hospital?	Interview	There is a registered mental health nurse	-	There is no registered mental health nurse
96	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan	There is an action plan including mental health	-	There is no action plan including mental health
97	Are activities on mental health implemented?	Activity report	Activities are implemented	Activities are partly implemented	Activities are not implemented
100	Is partograph used at all facilities in the district?	FSV data of sub-districts	80 % or more of facilities scored "Good" for partograph use.	50 to 79 % of facilities scored "Good" for partograph use.	Less than 50% of facilities scored "Good" for partograph use.
110	Are there updated graphs showing CMAM/IYCF coverage indicators?	Graphs of CMAM/IYCF	Displayed updated graphs of all	Not satisfactory	No display at all
111	Is there mental health officer?	Interview	There is a mental health officer	-	There is no mental health officer
112	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan	There is an action plan including mental health	-	There is no action plan including mental health
113	Are activities on mental health implemented?	Activity report	Activities are implemented	Activities are partly implemented	Activities are not implemented

Area	No.	Original		Modification	
III. SERVICE DELIVERY		<i>*Add category for Hospital</i>		III-I District Hospital: Maternal and Neonatal Death Audit (MNDA) & Quality Improvement (QI)	
	-	<i>* Add item</i>	1-1	There are charts showing maternal health indicators (ANC, PNC, Skilled delivery, Vitamin A etc.) and well displayed at Public Health/Health Information unit of hospital.	
	-	<i>* Add item</i>	2-1	Maternal deaths are reported within 24 hours.	
	-	<i>* Add item</i>	2-2	Maternal deaths are audited using the standard form within 7 days.	
	-	<i>* Add item</i>	2-3	Neonatal deaths are reported within 7 days.	
	-	<i>* Add item</i>	2-4	Neonatal deaths are audited using the standard form within 7 days.	
	-	<i>* Add item</i>	2-5	Still births are reported every month.	
	-	<i>* Add item</i>	2-6	Fresh still births are audited within 7 days.	
	-	<i>* Add item</i>	2-7	The recommendations of MNDA and audit of still birth are implemented within the facility or at the community level.	
	-	<i>* Add item</i>	2-8	DHMT staff participates in MNDA conference.	
	-	<i>* Add item</i>	3-1	There is a functioning QI team at the hospital.	
	-	<i>* Add item</i>	3-2	QI team reviews facility data to plan for change.	
	-	<i>* Add item</i>	4-1	Partograph is used to monitor women in labour.	
	-	<i>* Add item</i>	4-2	Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet is used to monitor women after delivery.	
	-	<i>* Add item</i>	5-1	Referral coordinator is assigned	
	-	<i>* Add item</i>	5-2	Referral activities such as feedback, updating telephone directory, logistics request / distribution and transport arrangements are well coordinated.	
	-	<i>* Add item</i>	5-3	Referral system assessed through facilitative supervision	
	-	<i>* Add item</i>	5-4	Referral materials (Referral Booklets) are sufficient in stock and available in all facilities	
	-	<i>* Add item</i>	6-1	There is registered mental health nurse at hospital.	
	-	<i>* Add item</i>	6-2	There is an integrated action plan including mental health.	
	-	<i>* Add item</i>	6-3	Activities on mental health are implemented.	
			III-I Maternal/ Neonatal Health & Child Health		III-II. DHA: Maternal / Neonatal & Child Health
	-	<i>* Add item</i>		1-3	Partograph is used at all facilities in all the district and monitored.
			III-II. DHA: Disease Control / Surveillance/ EPI		III-III. DHA: Disease Control / Surveillance/ EPI/ Nutrition/ Mental Health
	-	<i>* Add item</i>		4-1	There is mental health officer.
	-	<i>* Add item</i>		4-2	There is an integrated action plan including mental health.
	-	<i>* Add item</i>		4-3	Activities on mental health are implemented.

D to S

Supervision sheet

Original			Modification		
No.	Check items	Means of verification	No.	Check items	Means of verification
87	Is partograph used to monitor women in labour?	Used partographs	87	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of recent 10 cases
-	<i>* Add question</i>	-	88	Is partograph used correctly?	Used partographs of recent 10 cases
-	<i>* Add question</i>	-	89	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases
99	Are school health services conducted quarterly?	Child Health Return	101	Are school health services conducted monthly ?	Child Health Return
-	<i>* Add question</i>	-	110	Is Community Mental Health Officer (CMHO) available?	Interview
-	<i>* Add question</i>	-	111	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan
-	<i>* Add question</i>	-	112	Are activities on mental health implemented?	Activity report

Standard Guideline

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor
87	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of recent 10 cases	Partograph used in 80 % or more of the recent 10 cases	Partograph used from 50 to 79 % of the recent 10 cases	Partograph used in less than 50 % of the recent 10 cases
88	Is partograph used correctly?	Used partographs of recent 10 cases	Partograph is used correctly in 80% or more cases of the recent 10 cases	Partograph is used correctly in 50 to 79 % of the recent 10 cases	Partograph is used correctly in less than 50% of the recent 10 cases.
89	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours in 80 % or more of the recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours from 50 to 79 % of the recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours less than 50 % of the recent 10 cases
101	Are school health services conducted monthly ?	Child Health Return	Conducted monthly	Conducted but not monthly	Not conducted
110	Is Community Mental Health Officer (CMHO) available?	Interview	CMHO is available	-	CMHO is not available
111	Is there an integrated action plan including mental health?	Facility action plan	There is an action plan including mental health	-	There is no action plan including mental health
112	Are activities on mental health implemented?	Activity report	Activities are implemented	Activities are partly implemented	Activities are not implemented

**No.87→Change of criteria for scoring + Add space to fill in number of cases*

PS

Area	No.	Original	No.	Modification
III. SERVICE DELIVERY	III-I	Maternal/ Neonatal Health & Child Health	III-I	Maternal/ Neonatal Health & Child Health
	-	<i>* Add item</i>	14-1	Nutrition activities are correctly reported
	-	<i>* Add item</i>	14-2	Nutrition registers including CMAM and IYCF are available and updated.
	-	<i>* Add item</i>	14-3	Support visits on nutrition activities including growth monitoring are conducted.
	-	<i>* Add item</i>	14-4	There updated graphs/charts showing nutrition status of children.
	III-II	Disease Control / Surveillance	III-II	Disease Control / Surveillance/ Mental Health
	-	<i>* Add item</i>	2-1	Community Mental Health Officer (CMHO) is available.
	-	<i>* Add item</i>	2-2	There is an integrated action plan including mental health?
	-	<i>* Add item</i>	2-3	Activities are on mental health implemented?

**Add items of PS for modification on nutrition issues added in August 2015*

S to C

Supervision sheet

Original			Proposed modification		
No.	Check items	Means of verification	No.	Check items	Means of verification
-	<i>* Add question</i>		79	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of recent 10 cases
-	<i>* Add question</i>		80	Is partograph used correctly?	Used partographs of recent 10 cases
-	<i>* Add question</i>		81	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases

Standard Guideline

No.	Check items	Means of verification	Good	Fair	Poor	Remarks
79	Is partograph used to monitor women in labour? <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used partographs of recent 10 cases	Partograph is used in 80 % or more of the recent 10 cases	Partograph is used in from 50 to 79 % of the recent 10 cases	Partograph is used in less than 50 % of the recent 10 cases	If no case, enter "N/A"
80	Is partograph used correctly?	Used partographs of recent 10 cases	Partograph is used correctly in 80% or more cases of the recent 10 cases	Partograph is used correctly in 50 to 79 % of the recent 10 cases	Partograph is used correctly in less than 50% of the recent 10 cases	If no case, enter "N/A"
81	Is Immediate Postpartum Observation (IPO) sheet used to monitor mother and baby after delivery for 10 times in 6 hours? (quarterly for 1 hour, half hourly for 1 hour and hourly for 4 hours) <i>* Fill in the number of cases monitored with partograph at "Remarks"</i>	Used IPO sheet of recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours in 80 % or more of the recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours in 50 to 79 % of the recent 10 cases	IPO sheet is used for 6 hours in less than 50 % of the recent 10 cases	If no case, enter "N/A"

PS

Area	No.	Original	No.	Proposed modification
III. SERVICE DELIVERY	-	<i>* Add item</i>	12-1	<i>Nutrition activities are correctly reported.</i>
	-	<i>* Add item</i>	12-2	<i>Nutrition registers including CMAM and IYCF are available and updated.</i>
	-	<i>* Add item</i>	12-3	<i>Support visits on nutrition activities including growth monitoring are conducted.</i>
	-	<i>* Add item</i>	12-4	<i>There updated graphs/charts showing nutrition status of children.</i>

**Add items of PS for modification on nutrition issues added in August 2015*

添付資料 11 :

妊産婦・新生児死亡症例検討会様式

1. NEONATAL DEATH AUDIT REPORT – UWR

Facility: _____ Date of Audit; _____

Case ID: / /

Guide for membership of Neonatal Health and Death Audit Committee

(Same as for maternal death audit committee)

To be completed for very neonatal death by the audit committee chairperson.

A: MATERNAL INFORMATION

Name of Mother: _____ Age: _____

Residence/contact Address: _____

Educational status of mother:

None _____ Primary _____ Middle/JHS _____ Secondary/SHS _____ Tertiary _____

Occupation of mother : _____

Gravida: _____ Parity: _____ Full term _____ Premature _____ Live children (now) _____

ANC history during this pregnancy: Yes _____ No _____

First ANC at the gestation of _____ weeks T.T. dose _____

Number of visits: _____ Place of visits _____

Identified ANC risk factors: _____

B: MATERNAL MORBIDITY DURING PREGNANCY

PIH _____ Diabetes _____ Sickle cell disease _____ Ingestion of herbs _____

Anaemia _____ Other (Specify): _____

C: HISTORY OF LABOUR

Date of arrival: _____ Time of arrival: _____

Foetal heart rates on arrival: _____/min. AOG: _____ weeks and _____ days

Single/Multiple birth: _____ Presentation: _____

Date of delivery: _____ Time of delivery _____

Place of delivery: _____ Type of delivery: _____

Hours since the rupture of membranes to the birth: _____ hours

Duration of labour: the first stage _____ hours, the second stage: _____ hours

Use of partograph: Yes _____ No _____ If used, was it used correctly? Yes _____ No _____

Complications of Labour

Obstructed labour _____ Ruptured uterus _____ Antepartum Haemorrhage _____

Prematurity <34 completed weeks:

Others (specify) _____

Condition at Birth

Well (pink) _____ Mild Asphyxia (blue tint) _____ Severe Asphyxia (white & hypotonic) _____

Resuscitation: No _____ Stimulation _____ Oxygen only _____ Bag and mask _____ Other _____

APGAR score: 1 min _____/10, 5 min: _____/10. Birth weight: _____ kg.

Obvious abnormalities: _____

Postpartum observation done as per guideline(for 6 hours minimum) : Yes _____ No _____

If observations were done, were they done correctly? Yes _____ No _____

D: CASE SUMMARY (summary of events leading to the death. Add an additional sheet of paper if necessary)

E: NEONATAL DEATH

Place of death _____ Date: _____ Time: _____

Age of Baby: Less than 24 hours ____ 24hours to 7 days ____ 7 days – 28 days ____

Primary (underlying) Cause of Death: (mark with)

<input type="checkbox"/>	Asphyxiated at birth	<input type="checkbox"/>	Respiratory distress after birth	<input type="checkbox"/>	Prematurity (<34 weeks)
<input type="checkbox"/>	Cord Sepsis	<input type="checkbox"/>	Other infection (specify)	<input type="checkbox"/>	Abnormalities (specify)
<input type="checkbox"/>	Gastro-enteritis	<input type="checkbox"/>	Jaundice	<input type="checkbox"/>	Other causes (specify)

Treatment given to mother before and during delivery and to the newborn (include routine prophylaxis, immunization)

To the Mother (such as steroids, antibiotics, anesthetic agents)

Date/Time	Treatment given	Where (facility)	Remarks

To the newborn

Date/Time	Treatment given	Where	Remarks

Other information not captured above:

F: CONTRIBUTING FACTORS

System	Example	Yes	No	DK*	Remarks
Personal/Family/Community factors	Delay in the family to seek help				
	Declined treatment or admission				
	Financial constrains				
Transport and communication systems	Lack of transport from home to reach facility				
	Lack of transport between health facilities				
	Health service to health service communication breakdown				
Logistics & Facility related issues	Lack of equipment or consumables (Drugs, infusion sets, oxygen, etc)				
Health personnel Related Problems	Lack or inadequate human resources				
	Delay in instituting interventions				
	Lack of expertise or inadequate knowledge and skills				

*DK: Don't know

Summary of potential avoidable factors, missed opportunities and substandard care

(Please note that substandard care includes inadequate monitoring as well as substandard monitoring)

G: LESSONS LEARNT & FOLLOW UP ACTIONS

What has your facility learnt from the case and what changes have been instituted?

Recommendations and Further Actions to Be Taken

In the facility

What to do	By whom	When	Resources

Beyond the facility

What to do	By whom	When	Resources

H: AUDIT MEMBERS

Names and designates of audit team members

<u>Name</u>	<u>Designation</u>	<u>Tel.Number</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____
11. _____	_____	_____
12. _____	_____	_____

Name of chairperson:

Date of audit:

Place of audit:

2.

STILL BIRTH AUDIT REPORT – UWR (Draft)

Facility: _____ Date of Audit; _____

Case ID:

 /

 /

Guide for membership of Neonatal Health and Death Audit Committee

(Same as for maternal death audit committee)

To be completed for very neonatal death by the audit committee chairperson.

A: MATERNAL INFORMATION

Name of Mother: _____ Age: _____

Residence/contact Address: _____

Educational status of mother:

None _____ Primary _____ Middle/JHS _____ Secondary/SHS _____ Tertiary _____

Occupation of mother : _____

Gravida: _____ Parity: _____ Full term _____ Premature _____ Live children (now) _____

ANC history during this pregnancy: Yes _____ No _____

First ANC at the gestation of _____ weeks T.T. dose _____

Number of visits: _____ Place of visits _____

Identified ANC risk factors: _____

B: MATERNAL MORBIDITY DURING PREGNANCY

PIH _____ Diabetes _____ Sickle cell disease _____ Ingestion of herbs _____

Anaemia: _____ Other (Specify): _____

C: HISTORY OF LABOUR

Date of arrival: _____ Time of arrival: _____

Foetal heart rates on arrival: _____/min. AOG: _____ weeks and ____ days

Single/Multiple birth: _____ Presentation: _____

Date of delivery: _____ Time of delivery _____

Place of delivery: _____ Type of delivery: _____

Hours since the rupture of membranes to the birth: _____ hours

Duration of labour: the first stage _____ hours, the second stage: _____ hours

Use of partograph: Yes _____ No _____

Complications of Labour

Obstructed labour _____ Ruptured uterus _____ Antepartum Haemorrhage _____

Prematurity <34 completed weeks:

Others (specify) _____

Status of Still Birth

Fresh still birth _____ Macerated: _____

Verify with the initial assessment on the admission for labour, for example if FHR was present on admission, then it is a definite fresh stillbirth. If not, it is classified as macerated stillbirth.

D: CASE SUMMARY (summary of events leading to the death. Add an additional sheet of paper if necessary)

E: STILL BIRTH

Place of death _____ Date: _____ Time: _____

Gestation of foetas:

Primary (underlying) Cause of Death: (mark with)

<input type="checkbox"/>	Antepartum haemorrhage	<input type="checkbox"/>	Eclampsia/preeclampsia	<input type="checkbox"/>	Malaria
<input type="checkbox"/>	Other maternal illness (specify)	<input type="checkbox"/>	Foetal distress during labour	<input type="checkbox"/>	Other maternal causes
<input type="checkbox"/>	Prematurity (<34 weeks)	<input type="checkbox"/>	Abnormalities (specify)	<input type="checkbox"/>	Other foetal causes (specify)

Treatment given to mother before and during delivery and to the newborn (include routine prophylaxis, immunization)

To the Mother (such as steroids, antibiotics, anesthetic agents)

Date/Time	Treatment given	Where (facility)	Remarks

Other information not captured above:

F: CONTRIBUTING FACTORS

System	Example	Yes	No	DK*	Remarks
Personal/Family/Community factors	Delay in the family to seek help				
	Declined treatment or admission				
	Financial constrains				
Transport and communication systems	Lack of transport from home to reach facility				
	Lack of transport between health facilities				
	Health service to health service communication breakdown				
Logistics & Facility related issues	Lack of equipment or consumables (Drugs, infusion sets, oxygen, etc)				
Health personnel Related Problems	Lack or inadequate human resources				
	Delay in instituting interventions				
	Lack of expertise or inadequate knowledge and skills				

*DK: Don't know

Summary of potential avoidable factors, missed opportunities and substandard care

(Please note that substandard care includes inadequate monitoring as well as substandard monitoring)

G: LESSONS LEARNT & FOLLOW UP ACTIONS

What has your facility learnt from the case and what changes have been instituted?

Recommendations and Further Actions to Be Taken

In the facility

What to do	By whom	When	Resources

Beyond the facility

What to do	By whom	When	Resources

H: AUDIT MEMBERS

Names and designates of audit team members

<u>Name</u>	<u>Designation</u>	<u>Tel.Number</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

Name of chairperson:

Date of audit:

Place of audit:

3. Presentation Format for Maternal and Neonatal Deaths Audit

Maternal and Neonatal Deaths Audits

(Prototype Presentation formats)

Maternal death audits

Outline of the presentation

- Short summary
- Socio-demographic data
- Obstetric and antenatal history
- Events leading to a death in chronological order
- Possible cause of death and contributing factors
- Analysis of clinical care based on the guideline
- Analysis of nonclinical contributing factors
- Reflection on the previous similar cases
- Responses and action plan
- Implementation of quality improvement based on the action plan and monitoring

1. Short Summary of the case

- Personal info (observe confidentiality)
- Place and date of death – institutional or at home
- If referred, from where to where
- Died during antenatal, labour or post-natal
- Possible cause

2. Socio-demographic data

- Name (initials only), age, educational background
- Family support (eg: single mother)
- Residence

3. Obstetric and Antenatal histories

- Obstetric history: G P F P A L
(F: full term deliveries, P: Premature, A: abortion, L: No. of live children)
- Past obstetric complications such as C/S, PPH
- Medical history
- Current pregnancy
-LPM and EDD, AOG
-AOG at the first attendance to ANC, and the place of ANC

4. Antenatal Records

No. of ANC	AOG in weeks	Place of ANC	Any abnormal findings	Laboratory tests if available
1st				
2nd				
3rd				
4th				

5. Labour records

- Admission (date and time, initial assessment)

Parameters	Main Findings
Cervical dilatation	
Status of membranes	
Papilion results/PHF	
Vital and physical exam	

- Partograph used or not
- Progress of labour
- Delivery: Mode, Time, Outcome, Who attended the del.

Presentation Format for Maternal and Neonatal Deaths Audit (cont.)

7. Postpartum

- Immediate postpartum observations
Done as per guideline?
- Postpartum status
Mother and baby discharged in good health or any concern?

8. Events leading to deaths

- Write down in chronological order

Date/Time	Where	Client condition	What was done	Attended by

9. Possible diagnosis

- Final cause
- Primary cause: Obstetric or non-obstetric

10. Analysis on Clinical Care

- Client's condition assessed based on the national protocol?
- Client treated based on the protocol?
- Laboratory tests done as per protocol?
- Client condition monitored adequately by skilled person?
- Time factor: Is the treatment given in time
- Is there any lapse in the provision of clinical care?
- If any lapse, use the next matrix

10. Analysis of Clinical Care (cont.)

Further analyze why the protocol was not implemented. Mark ✓

Problems	Non-treated personnel	Non-Availability of drugs /supplies	Non-Availability of equipment	Poor Communication among staff	Other (specify)

11. Analysis of Contributing factors (1)

System/Factor	Parameter	Details if applicable
Personal/family /community factors	Lack of knowledge of the deceased	
	Lack of knowledge/ support of other family members	
Transport and communication systems	Lack of transport from home to facility	
	Financial constraints of the family	
	Lack of transport from the facility to hospital	
Health Personnel related issues	Delay in referring from a facility to hospital (late decision making)	
	Delay in starting intervention	

11. Analysis of Contributing factors (2)

System/Factor	Parameter	Details if applicable
Health Personnel related issues	Lack of not adequate human resources	
	Delay in referring from a facility to hospital (late decision making)	
	Not providing appropriate pre-referral care	
	Delay in assessing the client on receiving the patient	
	Delay in starting intervention	
	Lack of expertise/inadequate knowledge and skills	

12. Reflection

- Was there a similar case before?
- Why reoccurring?
- These reflections should be considered in the planning of responses.

Presentation Format for Maternal and Neonatal Deaths Audit (cont.)

13-1. Response to the identified problems (immediate)

- High priorities
- Start with what you can with little resource inputs
- Be specific

What to do	When	Who	Where	Status
1 Feedback of the audit analysis to the maternity and other dept. QI members				
2				
3				
QI members to monitor the implementation with evidence				

13-2. Response to the identified problems (mid-term)

- Responses which you need to get some resources

What to do	When	Who	Where	Status
1 Feedback of the audit analysis to the maternity and other dept. QI members				
2				
3				
QI members to monitor the implementation with evidence				

Neonatal death audits

Outline

- Short summary
- Maternal factors
- Labour and deliveries
- At birth and Postnatal period
- Events leading to a death in chronological order
- Possible cause of death and contributing factors
- Analysis of clinical care based on the guideline
- Analysis of nonclinical factors based on 3 delay model
- Reflection on the previous similar cases
- Responses and action plan
- Implementation of quality improvement based on the action plan and monitoring

1. Summary of the case

- Baby ** dies at the age of * days at ** .
- Possibly caused by ***

2. Maternal factors

- Mothers age, residence, educational level
- Obstetric and antenatal histories
- Maternal medical history and treatments

3. Labour and delivery

- AOG when went into labour
- Progress of labour, partograph use, foetal distress
- Mode of delivery, date and time, place of birth

4. At Birth

- Condition at birth (APGAR score, resuscitation)
- First 6 hours' observation
- Feeding
- Condition on discharge

Presentation Format for Maternal and Neonatal Deaths Audit (cont.)

5. Events leading to deaths

- Write down in chronological order
- Date and Time of Birth: _____

Date/Time	Where	Client condition	What was done	Attended by

6. Possible diagnosis

- Primary cause:
- Contributing condition

7. Analysis on Clinical Care

- Client's condition assessed based on the national protocol?
- Client treated based on the protocol?
- Laboratory tests done as per protocol?
- Client condition monitored adequately by skilled person?
- Time factor: Is the treatment given in time
- Is there any lapse in the provision of clinical care?
- If any lapse, use the next matrix

7. Analysis of Clinical Care (cont.)

Further analyze why the protocol was not implemented. Mark ✓

Problem	Non-availability of trained personnel	Non-availability of drugs/equipment	Non-availability of equipment	Poor Communication among staff

8. Analysis of Delays in the Event

Delay	Parameter	Details if applicable
In seeking the care	Lack of knowledge of the deceased Lack of knowledge/support of other family members	
In accessing to the care	Lack of transport from home to facility Financial constraints of the family Lack of transport from the facility to hospital Delay in referring from a facility to hospital	
In providing care/including referral	Not providing appropriate pre-referral care Delay in receiving the client Delay in assessing the client Delay in starting intervention	

9. Reflection

- Was there a similar case before?
- Why reoccurring?
- These reflections should be considered in the planning of responses.

10-1. Response to the identified problems (immediate)

- High priorities
- Start with what you can with little resource inputs
- Be specific

What to do	When	Who	Where	Status
1. Feedback of the audit analysis to the maternity and other dept. QI members				
2.				
3.				
QI members to monitor the implementation with evidence				

10-2. Response to the identified problems (mid-term)

- Responses which you need to get some resources

What to do	When	Who	Where	Status
1. Feedback of the audit analysis to the maternity and other dept. QI members				
2.				
3.				
QI members to monitor the implementation with evidence				

Presentation Format for Maternal and Neonatal Deaths Audit (cont.)

Status of MNDA and QI

1. Status of MNDA (2016)

* No. of actual deaths, audit and reporting

Indicator	Annual Target	Q1	Q2	Q3	Q4	Challenges
Maternal deaths						
MDA done	100%					
Reports submitted to RCH	100%					
Neonatal deaths						
NDA done	100%					
Submission of reports to RCH	100%					
Fresh Still Births						
Audit done	100%					

2. Quality Improvement

- As response to the audits responses, the QI team monitor the following activities with evidence in regular meetings.

Activity	What was achieved	Evidence

3. Challenges and way forwards

添付資料 12 :

妊産婦・新生児死亡症例検討会と質改善

ワークショップ報告書

QUALITY IMPROVEMENT (QI) LEARNING SESSION THREE

DATE: 26th-27th May, 2016

VENUE: ISTC, WA

GHS/JICA Project has been supporting the implementation of Quality Improvement in seven hospitals. As part of QI activities Learning Sessions (LS) are organized to ascertain progress of QI activities in the various hospitals. The third LS was organized for all the hospitals implementing QI strategies as part of efforts to strengthen Maternal and Neonatal Death Audit particularly in monitoring the implementation of the audit recommendations.

The Regional Director in his welcome address explained that maternal and newborn health are priority areas for the Upper West Region, our development partners and Ghana as a whole. We therefore, need to do a lot more to ensure that every pregnancy leads to successful birth and mother and baby go home alive. This we can do, by promoting family planning services to prevent unwanted pregnancies and spacing the number of children born. As health professionals we are expected to educate the community members, clients, especially teenagers on good health seeking behaviors. Also, we are expected to ensure that every child birth is safe, starting from pregnancy. Identifying potential complications and managing them according to prescribed protocols to ensure that these complications do not even develop. Identify the key risk factors and manage them during ANC. The use of partograph and post-partum observations charts should be done appropriately.

In the event of a maternal death, we should audit it with honesty and dispassionately and desist from blame games, to ensure that better systems could be instituted to prevent reoccurrence. We should look at institutional maternal death as system failure and not single out individuals for blame. He indicated that in auditing one compares interventions with laid down protocols to identify lapses in the system so that appropriate action can be taken. Maternal and neonatal death audit teams should meet periodically whether or not there were deaths reported. Audit all near-misses to ensure that systems are strengthened. Create simulations to help prepare the teams on what to do in real situations and submit reports to the regional RCH unit.

Emergency response should be strengthened. Prevent delays in starting interventions when cases arrive. This we can do by intensifying our emergency preparedness.

Question time with RDHS:

A participant suggested the design of still birth audit format to ensure that still births are audited and efforts are put in place to prevent their occurrence. Director lauded the idea and promised to take it up and act on it.

Another participant appealed to the region to help by providing some basic drugs and non-drug consumables to help enhance life-saving skills activities in the hospitals. Director promised to help in this regard by ensuring that acute shortages of essential drugs and equipment become a thing of the past.

A participant also wanted to know how as a region we were going to sustain these important learning sessions when JICA exits. The Regional Director tasked Ambrose Naawa to review how to sustain this good initiative and present to his office



Purposes

1. To share the progress and challenges of MNDA-QI activities at each hospital
2. To ensure the usage of the standard formats and presentations format of MNDA
3. To plan a feasible action plan based on the analysis of MNDA
4. To discuss way forwards of MNDA-QI

Expected outcomes

1. A feasible project by each hospital
2. A meeting schedule

Methodology

A number of strategies were employed to ensure a successful learning session

All facilities made presentations to update the house QI activities in their facilities after a brief update from the region

Discussions, contributions and comments sessions were also opened for participants to make their inputs among others

Facilities also worked in their groups to develop action plans as part of the way forward

Prior to the facilities presentations, the Regional QI focal person made a presentation on the MNDA situation in the region and the reason why hospital QI teams need to be proactive.

According to him, the region has gone past the point of ensuring hundred percent audit rate to the point of ensuring that the audit recommendations are implemented. QI teams are expected to follow up to ensure that management make provision for the implementation of the audit recommendations.

Considering who should be a member of the QI team, the following qualities were shared with participants

- People who work in and contribute to the process you are trying to improve
- People with enough knowledge to understand the implications of any changes made in the system and who are senior enough to authorize small tests of change
- Representatives from all of the staffing groups involved in the process
- A senior leader who can authorize the team's activity, help remove obstacles when they occur, represent the work to other senior managers in the system and to whom the team is accountable
- People who are enthusiastic about making improvements

Once an improvement team has been formed, it needs to meet regularly. This they were called to observe

General Comments from facilities presentations

Regional hospital

- People seems not interested in QI activities
- Should have shown some outcome and process indicators in the presentation
- Aim to move from 50% to 90% in December 2016, show where you are now and state where you want to do.

- Presentation not visually-friendly and no titles for all the graphs
- No health information officer in the QI team as team presentation suggested
- Lack of partograph sheets contributing to a low partograph coverage. What are you doing about it? Try to make sheets available to the unit.
- You could use the student midwives/orientation midwives to help in plotting the partographs and immediate postpartum observation
- Problems with partograph coverage always comes up. Analyse to check why it is being repeated every time we meet.



Nandom hospital

- Availability of partograph alone is not enough to solve problem with low usage
- Graphs misrepresented
- Measures were not very sharp, something more should be done
- A graph on IPO should have been produced since they seemed to be doing well in that regard
- Aim statements not corresponding well with the targets and the attained results
- Indicate baselines and where you want to reach with change packages
- Use the new delivery register, because it has spaces for all these specific indicators



Nadowli Hospital

- Timelines on early neonatal deaths could have been clarified.
- Causes of the early neonatal deaths, especially those that were discharged should have been mentioned, so that specific interventions could be put in place.
- Beautiful partograph coverage but did not transcend into the results of fresh still births
- Post-delivery observation charts are not being mentioned
- Improve attitude of midwives on partograph usage
- Referred cases to be mentioned
- Include facility-based analysis of where neonatal deaths are coming from
- Steps being taken to regularize the QI team meetings

Jirapa Hospital

- Comparing referrals to live births in the facility (should not be so)
- Aim statement too ambitious (not achievable). What informed the 70% choice????
- Why only one person is vetting partographs for correct usage?



Lawra Hospital

- Good partograph coverage is not transcending into reducing maternal deaths and fresh still births. Is 100% partograph coverage also correctly used????
- Analyze data over a longer period of time
- Add the last day of presentation when measuring time between measures
- Post-partum observational chart was not mentioned at all
- Awarding midwives using partographs (commendable). Could also be used in appraisal of midwives to motivate them to do more.
- QI activities should not depend only on the Change Agent. Other members should be able to act in his absence.

Tumu Hospital

- Management involvement and interest in QI activities very commendable
- Centering on few objectives helped a lot to improve indicators than embarking on so many areas.



General Strengths

- ❖ Teams exist in all the facilities visited
- ❖ QI members are also members of the hospital MNDA teams
- ❖ Partograph and IPO coverage improving though more work still needs to be done
- ❖ Management participation improving in most of the hospitals though there is still room for improvement

General Challenges

- Lack of meeting schedules
- The number of times most teams met is not encouraging
- Poor monthly meetings and reporting
- Inadequate analysis of facility data for action
- Lack of follow up of audit recommendations by QI team

Way forward

- As part of the way forward, facilities picked feasible projects for implementation (see Table 1)
- They also developed meeting schedule to guide in the monthly meeting for the rest of the year (see Table 2)
- Get enthusiastic members interested in improvement
- Analyze facility data monthly and come out with change ideas

- Submit minutes of the meeting to the Regional RCH unit
- Provide feedback to management and make follow up

Attached are the action plans per each facility

The two day learning session was quite reviling and eye opener particularly to the new members that joined. With the renewed commitment, participants promised to go back and improve upon their current performance

Table 1: Summary of Action Plan by the Hospital

	Problem	Target	Measures
Jirapa Hospital	Low coverage of partograph and IPPO	Partograph: 71% to 90% IPPO: 52% to 70% by June 2016	1. Orient all midwives 2. Mentor and coach them 3. Print forms 4. Monthly monitoring
Lawra Hospital	Low monitoring of postpartum mothers and babies	50% to 65% by Dec.2016	1. Print forms 2. Individual monitoring 3. Orient all midwives 4. Monthly meeting
Nandom Hospital	1. Low IPPO of healthy mothers and babies	66% to 100%	1. Make forms available 2. Train all midwives, particularly new ones 3. Daily coaching 4. Monthly monitoring
	2. Irregular QI meetings	Every 3 months to every month	1. Detailed plan and distribute it to all members 2. Get management support
Nadowli Hospital	Low coverage of IPPO	53% to 70 % by Dec.2016	1. Make forms available 2. Train all midwives, particularly new ones 3. Daily coaching 4. Monthly monitoring
Tumu Hospital	Low coverage and correct use of partograph No IPPO used	Partograph: 57% to 80% by Aug.2016 IPPO: Data to be collected	1. Photocopy forms weekly 2. Supervise midwives daily (check forms) 3. Monitor monthly
Gwollu Hospital			
Regional Hospital	Maternal deaths not audited	To audit all and timely	1. QI team to follow-up the conduct and urge the management

Regional Hospital (cont.)	Low coverage and correct use of partograph and IPPO	No data Start monitoring	1. Make forms available 2. Reorient all midwives 3. Start monitoring the coverage and correct use
---------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Table 2: QI Meeting Schedule (From June to December 2016)

	June	July	August	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
Jirapa Hospital	15	20	17	21	19	16	21
Lawra Hospital	16	14	18	15	20	17	15
Nandom Hospital	16	14	11	15	6	3	15
Nadowli Hospital	17	15	19	16	21	28	16
Tumu Hospital	9	14	11	15	13	17	15
Gwollu Hospital	14	19	17	15	18	16	14
Regional Hospital	7	7	9	6	6	8	6

Shaded in gray indicates that the meeting was done and report was submitted to RCH

Table 3: Number of Deaths Recorded and Audited

	Maternal deaths		Early neonatal deaths		Fresh still births	
	No.	Audited	No.	Audited	No.	Audited
Jirapa Hospital	0	-	9	-	5	No
Lawra Hospital	0	-	1	1	3	No
Nandom Hospital	0	-	1	1	0	-
Nadowli Hospital	0	-	6	0	1	No
Tumu Hospital	0	-	0	-	0	-
Gwollu Hospital	0	-	2	1	0	-
Regional Hospital	3	No	0	-	3	No

添付資料 13 :

エンドライン調査結果報告会実施報告書

REPORT OF END-LINE SURVEY DISSEMINATION

**13 JULY 2016
IC NET LIMITED**

Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilizing CHPS System in Upper West Region

1. Background

In Ghana, reduction of maternal and infant mortality rates has received the attention of government and its development partners. Improving maternal and child health has therefore been central to healthcare efforts in the country. Consequently, the Ministry of Health (MOH) prioritized achievement of Millennium Development Goals (MDGs) 4 and 5, that is reduction of infant mortality rate (IMR) and improvement in maternal health respectively within the framework of the 2010 MDGs Acceleration Framework Country Action Plan.

The Japan International Cooperation Agency (JICA) implemented the ‘Project for Scaling Up of Community-based Health Planning and Services (CHPS)’ from March 2006 to February 2010 in the Upper West Region (UWR), which is one of the three northern regions where income levels are relatively low and access to health services is limited. The project results were highly appreciated. The Government of Ghana therefore, requested a new technical cooperation project to improve Maternal and Child Health (MCH) in the region using the tools and health systems of the CHPS strategy.

The Phase II project dubbed the ‘Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilizing CHPS System in the UWR’ (hereinafter the ‘Project’) began in September 2011 and has gone through four years of implementation. It is expected to end in September 2016. As the Project nears its end, it is imperative to evaluate its results before conclusion. The end-line survey was conducted to ascertain the results and identify issues for further improvement within the remaining lifetime of the Project and beyond.

At the end of the survey, the project held a results dissemination meeting to share the outcome of the survey to the stakeholders for them to recognize the status of the project activities and other related information. The Project also drafted an action plan using the suggestions from the JICA terminal evaluation team to improve the services of the organization through health promotion.

2. Date

8 July 2016, 9:00 a.m. to 3:00 p.m.

3. Venue

Nuoyong Empire Hotel, Wa- Upper West Region

4. Objectives

- a. Share result of the end-line survey
- b. Review data and achievement levels of PDM indicators
- c. Identify challenges and issues from the end-line survey results
- d. Confirm suggestions from the terminal evaluation team
- e. Confirm status of the action plan within the project period
- f. Develop action plan after the project period
- g. Identify issues to be solved from the survey result and add to the action plan

5. Agenda/Schedule

Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilizing CHPS System in Upper West Region

No.	Time	Activity	Facilitator/Reporter
1	9:00 – 9:30	Registration	JICA
2	9:30 – 9:35	Opening prayer	
3	9:35 – 9:40	Self-introduction	-
4	9:40 – 9:50	Purpose of the meeting/Welcome speech	Dr. Winfred Ofori
5	-	Report result of the end-line survey	-
5.1	9:50 – 11:00	Framework of the survey	Mr. Toshihiro Tsuchiya
5.2		Findings on indicators in PDM	Mr. Oswald Dachaga
5.3		Analysis of MNH indicators	Mr. Oswald Dachaga
5.4		Conclusion and challenges	Mr. Oswald Dachaga
5.5	10:50-11:00	Q&A	Mr. Prosper Tang
	11:00 - 11:15	Snack break	
6	11:15 - 12:30	Review the action plan and progress status for the suggestions from the terminal evaluation team (within the project period)	Mr. Alhassan Abu Dokuwie
7	12:30 - 13:30	Group work: Create action plan for the suggestions from the terminal evaluation team (after completion of the project)	Mr. Prosper Tang
8	13:30 - 14:00	GHS/JICA Phase 3 Project	Mr. Prosper Tang
9	14:00 – 14:15	Any Other Business	Mr. Prosper Tang
10	14:15 - 14:30	Closing remarks	Dr. Winfred Ofori
11	14:30 - 14:35	Closing prayer	
	14:35 -	Close the meeting /Lunch	

6. Chairperson

Dr. Winfred Ofori

7. Facilitators

Mr. Prosper Tang

Mr. Oswald Dachaga

Mr. Alhassan Abu Dokuwie

8. Participants

No.	Name	District	Facility/Position
1	Dr. Winfred Ofori	Wa Municipal	Ag. Reg. Director of Health Services
2	Mr. Theophilus Owusu-	Wa Municipal	Deputy Director Clinical Care

Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilizing CHPS System in Upper West Region

No.	Name	District	Facility/Position
	Ansah		
3	Mr. Dan Appiagyeyi	Wa Municipal	Deputy Directors Pharmacy Services
4	Mr. John Maakpe	Wa Municipal	Regional Health Promotion Officer
5	Mr. Ambrose Naawa	Wa Municipal	Research Officer
6	Mr. Prosper Tang	Wa Municipal	Ag. Reg. CHPS Coordinator, RHA
7	Ms. Phoebe Bala	Jirapa	DDHS
8	Mr. Anthony Saapiir	Lambussie	DHIO
9	Mr. Linus Doozuoh	Lambussie	CHPS Coordinator Rep.
10	Mr. Stephen Nimirkpen	Lawra	DHIO
11	Mr. Alexis Kuuridong	Lawra	CHPS Coordinator
12	Mr. Ernest Seamegbe	Nandom	DDHS Rep
13	Mr. Seidu Baba Sadick	Nandom	DHIO
14	Mr. Edwin Dam	Nandom	CHPS Coordinator
15	Mr. Edward Tioh	Nadowli	DDHS Rep
16	Mr. Tembila Emmanuel	Nadowli	Asst. DHIO
17	Mr. Ernest Siepele	Nadowli	CHPS Coordinator
18	Mr. Joseph Bolibie	Daffiama Bussie Issa	DDHS
19	Mr. Bakupong Babalierekuu	Daffiama Bussie Issa	DHIO
20	Ms. Alijata Issaka	Daffiama Bussie Issa	CHPS Coordinator
21	Mr. Clement T. Yanbom	Sissala East	DDHS Rep.
22	Mr. Hor Karimenu	Sissala East	DHIO
23	Mr. George Atanga	Sissala West	DHIO
24	Mr. Yakubu Benin	Sissala West	CHPS Coordinator
25	Ms. Grace Tanye	Wa East	DDHS
26	Ms. Lubabatu Dawuda	Wa East	CHPS Coordinator
27	Mr. Mohammed Bukari	Wa East	DHIO
28	Mr. Oswald Dachaga	Wa Municipal	DHIO
29	Mr. Malik J. Osman	Wa Municipal	CHPS Coordinator
30	Mr. Laar James	Wa West	DDHS Rep
31	Mr. Owusu Kwabena	Wa West	DHIO
32	Mr. Edward Beyere	Wa West	CHPS Coordinator
33	Mr. Anthony M. Sumah	Sissala West	District Hospital Administrator
34	Mr. Inusah Osman	Wa West	District Hospital Rep
35	Dr. Richard Wodah-sume	Jirapa	Medical Director
36	Mr. Alhassan Abu Dokuwie	Wa Municipal	JICA Local Project Coordinator
37	Ms. Salimata M. Alhassan	Wa Municipal	JICA Local Project Coordinator
38	Mr. Toshihiro Tsuchiya	Wa Municipal	JICA project expert

9. Questions and answers/Discussion

S/N	Question/Issue	Explanation/solution offered
1	What is the RHMT doing to deal with attrition of staff after their capacity has been built?	<ul style="list-style-type: none"> Not all staff will be allowed to leave for school at the same time.
2	Is the sample size not significant to	<ul style="list-style-type: none"> For budget and time limitations, the sample size

Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilizing CHPS System in Upper West Region

S/N	Question/Issue	Explanation/solution offered
	influence the results?	used for baseline could not be used for the end-line. However, the confidence level and margin of error were set to ensure reliability of results.
3	Why variations between DHIMS2 data and survey data in the analysis of indicators?	<ul style="list-style-type: none"> • There are always bound to be differences between routine data and survey data. • The routine data itself has data collection errors just as surveys do. • What matters is the direction the two points to. Since both DHIMS2 data and survey data point to an improved situation, there should be no cause to worry. • What would have however enriched comparison is if a margin of error was determined for DHIMS2 data as was done for the survey data.
4	Sustainability of the trainings and system interventions introduced	<ul style="list-style-type: none"> • The leeway is to strengthen the integration of the trainings into the schools' curricula and routine GHS events as OJT.
5	The expectations of schools have not been met in respect of integrating CHO training into school curricula	<ul style="list-style-type: none"> • RDHS (Dr. Ofosu) to constitute a team to look into the school-based CHO training and find a common ground.
6	Fluctuating trend of neonatal death situation	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatal death is a silent area; deaths do not get reported the same as maternal deaths. • There is the need to improve the quality of neonatal death data in order to be able to establish the accurate situation of neonatal deaths.
7	No standardized reporting format for trainees of Home-based Maternal and Newborn Care is available. Various districts use their initiative to develop a template for that purpose	<ul style="list-style-type: none"> • The RDHS will get a team to look into it
8	Some training contents, national policies and schools training content are not standardized	<ul style="list-style-type: none"> • RDHS will constitute a team to look at them. • The schools should also be involved in all training events to ensure they teach what is practiced in the service.
9	Inclusion of PNC2 into DHIMS2	<ul style="list-style-type: none"> • PNC2 was originally part of DHIMS (former version of DHIMS2) but dropped because of data errors. • It may not prove possible to have the GHS central include it because of the cost associated with such things – cost of printing registers, data collection tools etc.

添付資料 14 :

州連携会議議事録

MINUTES OF RCC ENGAGEMENT MEETING
ON DISTRICT ASSEMBLY ENGAGEMENT

DATE: 26th July, 2016
VENUE: Nuoyong Hotel
TIME: 9:00am-15:30

1. INTRODUCTION

The meeting started at about 11:15am with an opening prayer by Mr. Abu Dokuwie Alhassan who was also the Master of Ceremony. This was followed by self introduction by all stakeholders and a special introduction of invited dignitaries on the high table by Mr. Yango Crispin (Economic Planning Officer).

The chairperson for the meeting was Mr. J. B Atogiba who is currently the Chief Director at the Regional Coordinating Council. In his response, he gladly agreed to the role of chair to achieve the objectives of the meeting which are listed as follows;

1. To get feedback and share the monitoring results for half year 2016
2. To finalize the monitoring framework among RCC, RHA, DA and DHMT
3. To share the monitoring checklist at regional level with DAs and DHMTs
4. To reaffirm the continuity of monitoring after the GHS/JICA Project phases out

2. WELCOME ADDRESS – DR. WINFRED OFOSU

The Acting Regional Director for Health Service Dr. Winfred Ofofu in his address welcomed all stakeholders from RCC, DAs and District Health Management Teams (DHMTs). He said it was an honour and a pleasure to him as it was a platform where healthcare in the region has been tackled through a concerted effort of all stakeholders and development partners. He sees the CHPS strategy as a vehicle where various households in rural areas are easily reached out with the appropriate message of care which is delivered with respect to the relative environment of the client.

Dr. Ofofu also said the region has made tremendous strides in the implementation of CHPS and other health care provision in general. Currently the region has 213 functioning CHPS out of 253 zones. Out of these functioning zones, 198 have compounds, making it feasible for staff to stay and work in comfort. This push has been made realistic through the massive support of development partners such as JICA, UNICEF and the extra-ordinary commitment of the various MDAs in the region.

The meeting offers the platform to share feedback and monitoring results for the action plans drafted for 2016 through the collaboration. It also gives room to share monitoring checklist proposed by the Regional Planning and Coordinating Unit (RPCU) for monitoring MDAs

especially in the health sector and to reaffirm the continuity and strengthening of this collaborative effort after GHS/JICA project folds up.

Also, he touched on some of the challenges that hinder health care delivery in the region. This include; inadequate transportation (cars and motorbikes) have limited the effectiveness of the service in the region especially in terms of monitoring and outreach delivery of services; lack of critical staff or the appropriate staff mix to churn out desired health outcomes (Specialist); lack of basic amenities such as light and water in CHPS zones; and erratic funding or re-imburement from NHIS is gradual grinding the health services to a slow pace.

Moreover, he made a special plea through the high office of the Regional Minister to the various MDAs; the construction of CHPS compound should include equipment and furnishing; this will ensure its functionality within a short time and promote rapid scale up.

He concluded his speech by extending a special welcome to all partners, the RCC, the various MDAs and all health professional and hopes this platform will continue to offer the opportunity to strengthen the ties and collaborate in providing the needed quality and affordable health care to people.

3. REGIONAL MINISTERS ADDRESS –HON ALHAJI AMIN AMIDU SULEMANI

The Hon. Regional Minister welcomed all RCC/DA/GHS members to the Engagement Meeting which seeks to strengthen the working relations and effective collaboration among all stakeholders involved in providing health services to the people in the region. He expressed his happiness because this was the 3rd time such an engagement meeting was held to identify and address several barriers to health issues in the various Districts.

He commended JICA for the immense support geared at improving Maternal and Neonatal Health Services through the Community Health and Planning Services (CHPS) concept in the Upper West Region. He also added that District Assemblies (DAs) have been involved in the construction and maintenance of health facilities, health campaigns such as the national immunization, and providing scholarships to trainees to become health practitioners. Also, these interventions are geared towards improving the health and the well-being of the people as well as facilitate the reduction in poverty. Hence the RCC is very interested in these collaborations because the interventions affect the very people we are seeking to improve and most especially the vulnerable and the needy in society.

He said as JICA phases out, the various DAs and the RCC have the responsibility of ensuring that the good work JICA has started continues, therefore, he urged all DAs to continue to incorporate this laudable project in their annual plans and budgets to ensure its sustainability in the districts.

He assured all that, the RCC will continue to improve on its monitoring and co-ordinating function and also specifically highlight these health issues in their indicators during monitoring exercises and report on them. Not only would this meeting be on the health needs of the people

but the needs of the other sectors in the development agenda such as education, agriculture, economic and social welfare of the populace.

The Hon. Regional Minister added that, the RCC is committed to ensuring the success and sustenance of these engagements which have been extended to include members of the RPCU and District Planning and Coordinating Unit (DPCU).

On behalf of the RCC, He expressed his profound gratitude to all development partners especially JICA who have made it possible for all to meet to discuss issues that affect development of the people but pleaded with them to consider extending the project. He declared the one day RCC/DA/GHS engagement meeting duly opened.

4. BRIEF STATEMENT FROM UNICEF- MS. GLORIA NYAMGYANG

The representative of UNICEF expressed her pleasure for the first time to be part of such an engagement session focused on health. According to her, UNICEF has been collaborating with DAs and RCC on the WASH project and that the care of newborn is also so dear to their hearts hence the need to collaborate more in health and other areas that will bring about a total improved living standard of the people of the Upper West Region. Also, she commended the Upper West Region and all stakeholders for being able to establish the existing good link between and secondary health care. To her, that has contributed significantly in improving quality health care to the under privileged communities in the Upper West Region.

She touched on the issue of health and nutrition as well, just as what the Hon Regional minister mentioned in his speech and she suggested to all stakeholders to look at the nutrition aspect in the region as it is relatively poor.

She concluded by saying she was hopeful that in the near future, there would be a much bigger platform that would bring together most stakeholders to look at and nutrition in a holistic approach in the region.

5. PRESENTATIONS AND DISCUSSION OF ISSUES

#	Presentation and discussions	Remarks/ comments
4.1	<p>Overview of Agreed Action plan—Mr. Yango Crispin</p> <p>The representative from the Regional Economic Planning Unit, Mr. Crispin Yango gave a presentation on the agreed action plans by all 11 administrative districts in the Upper West Region. His presentation was sort to give an overview of agreed activities of the various DAs on health. It also outlined the various categorical issues on health that each agreed to carry out, including the location and description of the activity. Major categories of activities in the action plan comprised</p>	<p>See Appendix 3 for reference sample action plan</p>

	<p>Community, CHPS, SDHT/Hospital, Referral, DHMT and Campaign with examples to include the following respectively</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community: support community health activities • CHPS: construct CHPS compound • SDHT/Hospital: support the running of the facility • Referral: support Community Emergency Transport Systems (CETS) creation • DHMT: renovate and refurbish DHMT office • Campaigns: support district response initiative to malaria, etc. <p>The District planning Officer (DPO) and the District Director of Health Services (DDHS) are key in the drawing and implementation of these activity plans on health to make sure activities are prioritized and carried out accordingly.</p>	
<p>4.2</p>	<p>Feedback from each district-</p> <p>During this period, all districts were given the opportunity to give a brief presentation of progress of their respective action plans for either first or second quarter monitoring. However, the format of presentation and scoring varied from district to district.</p> <p><u>Nadowli-Kaleo</u></p> <p>The Nadowli District Assembly in collaboration with District Health Administration drew up 15 activity plans which cut across all sectors of health. Out of the total of 15 activity plan, 7 activities have been fully implemented, 4 activities are ongoing while 4 are yet to be implemented. These are updates from 2nd quarter monitoring.</p> <p><u>Daffiama-Bussie-Issa</u></p> <p>The Daffiama-Bussie-Issa District, at the end of the forum in 2015, drew up 20 activity action plans on health for implementation in 2016. At the end of the 1st and 2nd quarter, the district was able to successfully carry out 5 activities, 4 are currently ongoing, 10 not done and 1 awaiting handing over.</p>	

Wa Municipal

In the case of Wa Municipal, 17 activity action plans were agreed on by all stakeholders during the forum in 2015. Out of these, 4 of the activities have been fully completed, 8 are ongoing and the other 5 are yet to commence.

Jirapa

Jirapa District assembly in collaboration with District Health Administration and other stakeholders agreed on 23 activities to be implemented for 2016. Based on the feedback from monitoring conducted recently, 7 of the activities have been fully carried out, 9 of them are ongoing whilst the remaining 7 activities are yet to be carried out.

Lawra

Lawra District Assembly is one of the districts that agreed on few activities. The number of activities agreed on was 11 in total for implementation in 2016. Out of these 11 number activities, 2 are fully completed, 5 of them are ongoing whilst 4 of the activities are yet to be carried out. This feedback was for the 1st quarter as there are still lacking behind with monitoring.

Nandom

Nandom District Assembly proposed and agreed on 23 activities for implementation for 2016. So far, 1 has been fully implemented, 21 activities are ongoing at various stages of completion and remaining 1 activity is yet to be initiated for implantation. This is the feedback from recent monitoring

Lambussie-Karni

Lambussie Karni district assembly for the year 2016 agreed on a rather few activities on health. Out of a total of 9 activities, 4 of these activities have been fully and successfully carried out 2 of them is ongoing and the remaining 3 activities according to the Assistant District Planning Officer (ADPO) would commence soon.

Sissala West

Sissala West on the other hand agreed on 12 number activities on

	<p>health to be implemented for the period 2016. Most of the activities are yet to commence (9 activities), 3 of the activities are fully completed with 1 awaiting handing over. But then other activities outside action plan implemented include, drilling of 1 borehole at Desima CHPS compound and rehabilitation of Jawia CHPS compound. Also, GHC 1,000.00 was given to the District health Administration as support for monitory.</p> <p><u>Sissala East</u></p> <p>Sissala East is so far the district with the highest number of activities. With a total of 28 activities proposed, 17 of them have been implemented representing 60.71% and the remaining 11 representing 39.28% are yet to be implemented. Activities implemented outside the plan include; rehabilitation of Walembele Health Centre and construction of a theatre worth GHC 80,492.78 and GHC 172.000 respectively.</p> <p><u>Wa West</u></p> <p>The Wa West district assembly just like others agreed on 19 activities in total, 5 have so far been completed representing 26%, 10 activities representing 53% are ongoing and the remaining 4 activities not done at all representing 21%. Wa West is one of the districts that however has week collaboration between DA and DHA which pose a lot of challenge to the district.</p> <p><u>Wa East</u></p> <p>Out of the 13 activities agreed on by the Wa East DA and DHA. 4 of them have been fully executed, 5 are ongoing and the remaining 4 are yet to be implemented as and when funds are available.</p>	
<p>4.4</p>	<p>Presentation on District Planning Coordinating Unit Monitoring and Suggestion to be taken after the Project - Mr Crispin Yango</p> <p>His presentation sorted to explain the sustainability arrangement at the various DPCU to ensure continuity of this good initiative by the GHS/JICA Project. Usually,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composition of monitoring team: include health representative • Frequency: should be Quarterly-basis 	

	<ul style="list-style-type: none"> Reporting: send to Regional Minister (cc to RCC Economic Planning Unit and RHA CHPS Unit) Deadline of report: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1st Q: <u>15th April</u>, ➤ 2nd Q: <u>15th July</u>, ➤ 3rd Q: <u>15th October</u>, ➤ 4th Q: <u>15th Jan</u> <p>1. <u>Frequency</u></p> <p>Agreed: Quarterly</p> <p>Current situation:</p> <table border="1" data-bbox="272 737 1182 1144"> <thead> <tr> <th>District</th> <th>1st Quarter</th> <th>2nd Quarter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wa East, Nandom, Wa West, Sissala West, DBI, Jirapa</td> <td>done</td> <td>Not done</td> </tr> <tr> <td>Lawra, Wa Municipal, Lambussie, Sissala East</td> <td>Not done</td> <td>done</td> </tr> <tr> <td>Nadowli</td> <td>done</td> <td>done</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1st Q done: 7/11 districts ➤ 2nd Q done: 5/11 <p>Final Agreement: quarterly-basis</p> <p>2. <u>Length of monitoring</u></p> <p>Agreed: Basically, 1-2days depends on the number of activities, accessibility etc</p> <p>Current situation:</p> <table border="1" data-bbox="272 1602 1105 1892"> <thead> <tr> <th>Districts</th> <th>Number of Days</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wa Municipal, Wa East, Wa West, Lawra, Nadowli-Kaleo, Lambussie, Sissala East, Sissala West, DBI</td> <td>2days</td> </tr> <tr> <td>Nandom, Jirapa</td> <td>1day</td> </tr> </tbody> </table>	District	1 st Quarter	2 nd Quarter	Wa East, Nandom, Wa West, Sissala West, DBI, Jirapa	done	Not done	Lawra, Wa Municipal, Lambussie, Sissala East	Not done	done	Nadowli	done	done	Districts	Number of Days	Wa Municipal, Wa East, Wa West, Lawra, Nadowli-Kaleo, Lambussie, Sissala East, Sissala West, DBI	2days	Nandom, Jirapa	1day	<p>Frequency of reporting was agreed to be every quarter</p> <p>1 to 2 day monitoring plan agreed</p>
District	1 st Quarter	2 nd Quarter																		
Wa East, Nandom, Wa West, Sissala West, DBI, Jirapa	done	Not done																		
Lawra, Wa Municipal, Lambussie, Sissala East	Not done	done																		
Nadowli	done	done																		
Districts	Number of Days																			
Wa Municipal, Wa East, Wa West, Lawra, Nadowli-Kaleo, Lambussie, Sissala East, Sissala West, DBI	2days																			
Nandom, Jirapa	1day																			

	<p>2 days:9/11 districts</p> <p>1 day: 2/11 districts</p> <p>3. <u>Membership</u></p> <p>Agreed: DPO, DDHS, RHA (and project)</p> <p>Member from DPCU agreed to attend</p> <p>4. <u>Person in charge of monitoring setting and session</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agreed: DPO After arrange date between DA and DHA, DPO informs ➤ The date to RHA and the Project. ➤ Final Agreement: DPO <ol style="list-style-type: none"> i. Have an inception meeting to discuss the monitoring schedule planned/initiated by DA and DHA. ii. Select or sample some activities from Action Plan to monitor (site visit) instead of visiting all sites since time maybe limited. iii. Scoring/rating would be done based on Action Plan developed and also on activities carried out. iv. DA and DHA to lead the process of Monitoring in their respective district. v. Visit sites and review documents at office. vi. Have a wrap up meeting with DCE, DCD and DDHS/Medical Director <p>Agreed: Submit within 3 working days to RCC and RCC to RHA</p> <p>In addition;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Train DA and DHMT members for data management. ➤ Hold regular annual DA engagement and RCC engagement funded DA/RCC 	<p>Membership composed of DPO, DDHS, Project, DPCU</p> <p>DPO to monitor the status of monitoring</p> <p>It was also agreed to submit all reports within 3 working days to RCC</p> <p>Training on data management will be discussed later between RHA and</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>Suggested steps to be taken to ensure sustainability of the project</u></p> <p>In addition to the existing RCPU and DPCU monitoring framework, there would be the need to strengthen and re-emphasize the following;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintain the usual RCPU and DPCU quarterly Monitoring • Maintain the existing membership at RCPU and DPCU with Health representative and DPO KEY • Ensure Health plans are incorporated in district Annual Action plans (AAP) to make monitoring easier • Share results of monitoring with RCC, RHA, RCPU and DPCU members among others 	RCC.										
4.5	<p>Updates on RCPU Monitoring checklist - Mr. Adjaye Laryea Nii</p> <p>One of the Economic Planning officers at the Regional Coordinating Council shared with all stakeholders the incorporation of some monitoring checklist on health to the usually RCC quarterly monitoring checklist. In his presentation, he said JICA, RHA in consultation with RCPU agreed on the various categories to be in cooperated as part of the sustainability arrangement of RCC.</p> <p>These checklist had contents to include the following;</p> <p><u>Checklist for RCPU monitoring in upper west - first quarter, 2016</u></p> <table border="1" data-bbox="272 1241 1128 1724"> <tr> <td colspan="2">SCORES</td> </tr> <tr> <td>Very Good</td> <td>Satisfactory</td> </tr> <tr> <td>75% & above performance measures met (1)</td> <td>50-74% performance</td> </tr> <tr> <td>Need Improvement</td> <td>Unsatisfactory</td> </tr> <tr> <td>25-45% performance measures met (3)</td> <td>24% and below (4)</td> </tr> </table>	SCORES		Very Good	Satisfactory	75% & above performance measures met (1)	50-74% performance	Need Improvement	Unsatisfactory	25-45% performance measures met (3)	24% and below (4)	RCC to play major role by coordinating with RHA for 2016 monitoring
SCORES												
Very Good	Satisfactory											
75% & above performance measures met (1)	50-74% performance											
Need Improvement	Unsatisfactory											
25-45% performance measures met (3)	24% and below (4)											

Incorporated Checklist on Health



Performance Area	Monitoring Indicator (Performance Measure)	Indicator met	Indicator not met	Score
1. MATERNAL AND NEONATAL HEALTH				
	6.1.1. Signed MOU of AAP on health available			
	6.1.2. Signed AAP on Health incorporated into District Composite AAP			
	6.1.3. AAP on Health implemented according to plan			
	6.1.4. Quarterly Report on DA/DHMT monitoring of implementation of AAP on Health available			
	6.1.5. functionality of District health Management Committee (membership, meetings and signed minutes)			

This was incorporated in the RCC Checklist for 1st and 2nd quarter 2016 and used for monitoring.

It therefore means that, RCC would always use this each time it goes for its usual quarterly Monitoring.

However, the checklist is subject to amendment as and when it's necessary for stakeholders.

4.6 Issues arising from Discussions

- 1) The Regional Director for Environmental Protection Agency raised some concerns about most CHPS compound not been surrounded by trees which she thinks in situations of heavy storms the likelihood that the roofs of these compounds maybe removed is high. She therefore appealed to all stakeholders to make an effort by educating their various community members on the need for a forestation.
- 2) The Regional Director of Health Services commended all districts and suggested to them to continue to prioritize health in their

	<p>districts. He also suggested that he had noticed most districts have included actions to be taken to motivate doctors and retain them in the region of which he encouraged and added that the issue of accommodation for doctors is critical and should be considered as well.</p> <p>3) One of the participants noticed during the feedback presentation from all districts, most districts had not carried out HIV/AIDS related activities which he thought was a bit worrying because monies had been released for that purpose hence it should be used appropriately.</p> <p>4) Mr. Crispin Yango cautioned all districts to prioritize activities in action plan and implement them before including activities outside action plan except disaster prone activities.</p> <p>5) In response to HIV/AIDS, some districts acknowledged receipt of the budget for the said purpose but that plans are underway for its usage as this is just half year.</p> <p>But the Chief Director asked all districts to try and carryout HIVAIDS related activities since funds have been released already and also drew the attention of the house to the fact that a team will be in the region to assess HIVAIDS related activities and issues in each district.</p> <p>One major concern noticed is that there is no proper coordination between some DHA and DA which was a matter of concern to all stakeholders including the Chief Director. It was noticed that there were contradictory views between some DAs and DHAs.</p> <p>6) The Ag. Regional CHPS Coordinator, Mr. Prosper Tang requested that districts should try as much as possible to explain the level of ongoing projects instead of just stating as ongoing. There should be a clearer definition of the ongoing projects and programmes stipulated in action plan on health.</p> <p>DDHS for DBI, Mr. Bolibie said one of the difficulty in the implementation of the action plan is that some of the partners who during the drafting of the action plan promised to support in the execution of activities did not fulfil their promises therefore leaving it to only the DA and DHA for implementation.</p> <p>7) The DDHS representative for Sissala East shared with all stakeholders what was done with regards to health and nutrition</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	in their district. DA supports the DHA with some funds to embark on Health and Nutrition campaigns such as food demonstrations to promote nutrition in the district.	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

6. CONCLUSION

The Japanese expert in charge of DA engagement expressed her excitement in the participation and endorsement of this aspect of the project and asked for more collaboration between DA, RCC, RHA and DHA including other development partners. On behalf of the people of Japan, she thanked all for a good relationship since the inception of this aspect of the GHS/JICA project and asked all stakeholders to continue the good work to ensure an overall attainment of the set objectives of the DA concept in the Upper West Region

7. CLOSING REMARK/CLOSURE

The meeting came to a close at about 3:30pm with a closing remark from the Chief Director; He reiterated RCC commitment to ensuring that DA engagement stay as a success story and urged all M/DAs to take this seriously as it all helps in determining the regions performance. He thanked all for actively participating to make the deliberation a success. After his closing remarks, one of the participants gave a closing prayer and all had lunch and departed.

Annex 1: Agenda

RCC Engagement Meeting AGENDA

Date: Tuesday 26th July, 2016
Time: 9:00 am – 13:45 pm
Venue: Nuoyong Empire Hotel

Objectives of the meeting:

1. To get feedback and share the monitoring results for half year 2016
2. To finalize the monitoring framework among RCC, RHA, DA and DHMT
3. To share the monitoring checklist at regional level with DAs and DHMTs
4. To reaffirm the continuity of monitoring after the GHS/JICA Project phases out

Chairperson: Chief Director

NO.	TIME	TOPIC	PERSON RESPONSIBLE
1	9:00-9:15	Registration	Project/RCC
2	9:15-9:30	Opening Prayer and Introduction of participants	Participants
3	9:30-9:45	Welcome address and objectives of the meeting	Dr. Winfred Ofofu Acting Regional Director, RHA
4	9:45-10:00	Introduction of Chairperson and His Acceptance Remarks	Mr. Yango Crispin Economic Planning Officer, RCC
5	10:00-10:15	Regional Minister's address	Hon. Alhaji Amidu Sulemana Regional Minister, RCC
6	10:15-10:20	Brief Statement from UNICEF	Representative
7	10:20-10:50	Overview of agreed activities	Mr. Yango Crispin Economic Planning Officer, RCC
8	10:50-11:05	Snack	
9	11:05-12:35	Feedback from each district and discussion	Each district
10	12:35-12:40	DPCU monitoring	Mr. Yango Crispin Economic Planning Officer, RCC
11	12:40-12:50	Updates on RPCU monitoring checklist Q&A	Mr. Nii Adjaye Laryea Economic Planning Officer, RCC
12	12:50-13:00	Suggestions to be taken after the project	Mr. Ali Musah / Mr. Prosper Tang RHA
13	13:00-13:35	Open Forum on DA Engagement	All

14	13:35-13:40	Conclusion	Hiromi Kawano Project
15	13:40-13:45	Closing remarks	Chairman
16	13:45-	Lunch	All

MC: Mr. Abu Dokuwie Alhassan

Annex 2: List of participants

No.	NAME	DISTRICT/ ORGANIZATION	POSITION
1.	Hon. Alhaji Amin Amidu Sulemani	RCC	Regional Minister
2.	Mr. J. B Atogiba	RCC	Chief Director
3.	Mr. Baba Osman	RCC	Regional Economic Planning Officer
4.	Mr. Yango K. Crispin	RCC	Economic Planning Officer
5.	Mr. Adjaye Laryea Nii	RCC	Economic Planning Officer
6.	Mr. Baloo Oswald	RCC	ADPO
7.	Mr. Abu Musah	RCC	ADI
8.	Mr. Bob Millar Gordon	RCC	SDO
9.	Ms. Daina Kangkpeyeng	RCC	ADPO
10.	Mr. Tetteh Daniel	RCC	RPCU
11.	Mr. Kpan Justine	RPCU	Rep. Regional Director of Ghana Education Service
12.	Mr. Huudu Abu	RPCU	Dep. Regional Director of MOFA
13.	Mr. Sixtus Dery	RPCU	Regional Director Statistical Service
14.	Mr Fabian Banongkur	RPCU	Regional Director , Controller and Accountants General
15.	Ms. Mary Asumpta Mwinsegteng	RPCU	Dep. Regional Director, Dep. Of Gender
16.	Mr. Andrews Kaayi	RPCU	Regional director Dep. OF Social Welfare
17.	Ms. Zenabu Wasat King	RPCU	Regional Director, Environmental Protection Agency
18.	Ms. Latifa Abobo	RPCU	Regional Director, Dep. Of Children

19.	Ms. Gertrude Sumbamala	RPCU	Dep. Of Communication Development
20.	Mr. Joseph Bolibie	DBI	DDHS
21.	Mr. Fidelis Zumakpeh	DBI	DCE
22.	Mr. Abdulai Mahamud	DBI	ADPO
23.	Mr. Moomin Tawfiq	DBI	Assistant. Internal Auditor
24.	Ms. Phoebe Bala	Jirapa	DDHS
25.	Mr. Cletus Seidu Dapilah	Jirapa	DCE
26.	Mr. Mohammed Yussif	Jirapa	ADIIA
27.	Mr. Abdul Majeed Marzuuk	Jirapa	ADPO
28.	Dr. Sebastine Sandaare	Lawra	DDHS
29.	Mr. Cletus Chevene	Lawra	ADIIA
30.	Mr. Babugu D. Fataw	Lawra	ADPO
31.	Mr. M.A Issahaku	Lawra	ADBO
32.	Ms. Rebecca Alalbila	Lambussie	DDHS
33.	Mr. Bon Kofi Dy-yaka	Lambussie	DCE
34.	Mr. Abdanlah Ibn Anass	Lambussie	ADBO
35.	Mr. Edwin Dam	Nandom	DDHS Rep
36.	Mr. Safo Williams	Nandom	ADI
37.	Ms. Rita Nyorka	Nandom	DPO
38.	Mr. Ofori Benjamin	Nandom	Assistant Internal Auditor
39.	Ms. Florence Angsomwine	Nad-Kaleo	DDHS
40.	Mr. John Bosco Bomansaa	Nad-Kaleo	DCE
41.	Mr. Mohammed T. Alui	Nad-Kaleo	Assistant DCD
42.	Mr. Bimi Billatey	Nad-Kaleo	ADPO
43.	Mr. Lygia S. Osman	Nad-Kaleo	Assistant. Human Resource Manager
44.	Mr. Yanbom Clement Tiimiin	Sissala East	DDHS representative

45.	Mr. Isaac Salifu	Sissala East	ADPO
46.	Mr. Dennis Bayuo	Sissala East	Assistant
47.	Ms. Cecilia Kakariba	Sissala West	DDHS
48.	Mr. Bukari Dramani	Sissala West	DCE
49.	Mr. Julius Aamegr	Sissala West	ADCD
50.	Mr. Fuseini Sahil	Sissala West	DPO rep
51.	Mr. Salia Muhammed	Sissala West	ADBO
52.	Mr. Nuhu Putieha	Wa Municipal	MCE
53.	Mr. Dachaga Oswald	Wa Municipal	DDHS rEP
53.	Ms. Katunui Yakubu	Wa Municipal	ADIIB
54.	Mr. John Adongo	MHA	MDCO
55.	Mr. Abubakari Jamila	Wa Municipal	AMBA
56.	Mr. Kenneth Nwadei	Wa East	DDHS rep
57.	Mr. Abdulai Ali	Wa East	ADPO
58.	Mr. Mumin Rauf	Wa East	Internal Auditor
59.	Mr. Basiera Saankara	W West	DCE
60.	Mr. Edward Kaaih	Wa West	DDHS Rep
61.	Mr. Roger Nabiebache	Wa West	DPO
62.	Dr. Winfred Ofosu	RHA	Ag. RDHS
63.	Mr. Prosper Tang	RHA	Reg. CHPS Coordinator
64.	Ms. Madonna Doneeyong	RHA	Administrative assistant
65.	Ms. Hiromi-Kawano	JICA	Expert
66.	Mr. Alhassan Abu Dokuwie	JICA	Local Project Coordinator
67.	Ms. Rhoda N. Zolko-Ere	JICA	Jnr. Project Coordinator
68.	Mr. Emmanuel Dodey	Wa- media	Journalist
69.	Mr. Binne Daniel	Wa-Media	Joynews TV

70.	Mr. Mahama Hafiz	Wa-media	Citi Fm
71.	Mr. Lansah A. Musah	Wa-media	Star Fm
72.	Mr. Rafiq Salam	Wa-media	Joynews
73.	Mr. Dudumah Julius	Wa-media	PRO-RCC
74.	Ms. Evelyn Ngaanuna		UNICEF
75.	Ms. Gloria Nganugyang		UNICEF

Annex 3: Action Plan for 2016, Wa West District

No	Category	Sub-No	Activities	Location	Means of verification	Funding Source	Implementation Agency		Remarks
							Lead	Collaborator(s)	
1	CHPS	1-1	Construction of chps	Laadayiri	Contract register, site visit	DACF	DA	GHS	
		1-2	Construction of chps	Kuzie	Contract register, site visit	DACF	DA	GHS	
		1-3	Construction of 1maternity home with borehole	Dorimon	site visit	SIF/DACF	SIF/DA	GHS	
		1-4	Connecting electricity to two chps compounds	Vieri and varempare	Site visit	GOG	DA	GHS	
		1-5	Construction of 1no clinic at kukpali with borehole	Kukpali	site visit	SIF/DACF	SIF/DA	GHS	
		1-6	Construction of 3unit nurses quarters at Wechiau	Wechiau	site visit	SIF/DACF	SIF/DA	GHS	
		1-7	Construction of 1 no CHPS compound	To be decided	Contract register/ site visit	DDF	DA	GHS	
2	SDHT / Hospita	2-1	Construction of 40no bed capacity	wechiau	Contract register/	DDF	DA	GHS	

1			children ward		site visit				
	2-2		Construction of 1 no 4 unit classroom block for HATS	Wechiau	Contract register/ site visit	DDF	DA	GHS	
	2-3		Rehabilitation of theatre and furnishing		Contract register/ site visit	DACF/G HS/MPC F/GOG/ DONOR S	DA	GHS	
		2-4	Disease surveillance and outreach services	District wide	Log books, reports	GHS	GHS	GHS	
		2-5	Support for maternal and child health issues	District wide	reports	UNFPA	DA	GHS	
		2-6	Construction of 1no bungalow for DDHS	WECHIAU	Contract register, site visits, adverts	Yet to be decided	DA	GHS	
3	Referral	3-1	Procure 3 no tricycles	3 compounds to be decided	Store receipt voucher/issue voucher. Inspection at chps	GOG/D ACF /DONOR	GHS	DA/DO NOR	
4	DHMT	4-1	Carting of world food program items	Tema-wechiau	WAYBILL /STORE RECEIPT VOUCHER/DIST.	DACF/G HS/IGF	GHS	DA	

					LIST				
5	Campai gn	5-1	Support for mass campaigns	District wide	Reports/pictures/Attendance list etc	DACF/GOG	GHS	DA	
		5-2	Sponsorship for health trainees	DISTRICT WIDE	Payment vouchers	MPCF/DACF	DA	GHS	
		5-3	Income generation activities for rehabilitated fistula clients	DISTRICT WIDE	Reports/client visits	UNFPA	UNFPA	DA	

添付資料 15 :

第 9 回合同調整委員会議事録

MINUTES OF 9TH JOINT CO-ORDINATING COMMITTEE (JCC) MEETING

Date: 19th April, 2016

Venue: Upland Hotel, Wa

1. Introduction

The 9th JCC meeting started at 09:45am with a prayer by Mr. Chiko Yamaoka and ended at 13:50pm with a prayer led by Alexander Osei Yeboah. It was chaired by Dr. Anthony Ofosu. The introduction of participants was done by Mr. Theophilus Owusu-Ansah.

2. Meeting objectives - Mr. Prosper Tang

The 9th JCC meeting was meant to accomplish the following:

- To share the results and agree on the report of the Terminal Evaluation
- To discuss issues and concerns:
 - Follow-up on suggestions by the Terminal Evaluation
 - Fix the dates for major events
 - Share the status of JICA supported CHPS compounds
 - Revision of PDM

3. Participants & Agenda

Refer to annexes 1 & 2 attached for the list of participants and meeting agenda respectively.

4. Welcome address – Dr. Winfred Ofosu

According to Dr. Ofosu, the JCC meeting has over the years provided a platform for deliberations on the project. He stressed that the project has achieved a lot including expansion in CHPS coverage leading to improved access to health services. He concluded that as part of the steps toward sustaining the gains made so far, an exit strategy has been developed and currently under implementation without any challenges.

5. Message from the Chairperson – Dr. Anthony Ofosu

Dr. Ofosu represented the Project Director, Dr. Koku Awoonor. In his opening message, Dr. Ofosu expressed delight that he was part of the meeting. He said a lot has happened and as the project is approaching the end, the GHS central is ready to pick up useful lessons for possible replication in other areas of the country. He concluded by wishing all participants a fruitful deliberation.

6. Follow-up of the issues from previous JCC – Prosper Tang

Mr. Tang took the house through progress made on action issues from the last JCC. Wa East DHA and Wa Municipal whose reports were not included in the updates were given the opportunity to also report on the status of those actions in their districts.

Regarding the lobbying of DA to support capacity building of staff, Ms. Grace Tanye of Wa East DHA reported that the DA is supporting in the training of staff. In the area of wiring of CHPS compounds by communities, she said the DHA has engaged communities and they are doing it.

The DDHS for Wa Municipal on her part reported that the assembly is supporting in the training of staff. In the case of wiring of compounds, she said the DA has taken up the responsibility of wiring and also electricity connection to the compounds as well as the provision of comfort items.

7. Presentation of results of Terminal Evaluation and recommendations for the Project – Akiko Hirano, Dr Akiko Hagiwara and Dr. Anthony Ofosu

The evaluation team took the house through a summary of their findings and recommendations made. Highlights are presented here:

- **Factors affecting the implementation of the project**
 - Promoting Factors
 - GHS/CPs strong leadership and commitment through participatory approach
 - Political backup – New CHPS policy launched in March 2016
 - Continuity from the JICA Phase 1 Project
 - Collaboration with JICA programme and other partners
 - Proactive involvement of central government (GHS HQ) and local authority (DA)
 - Inhibiting Factors
 - Constant changes and short duration of Japanese experts
 - Competing tasks of CPs
 - Budget constraints

- **Rating of the project in five evaluation criteria**
 - Relevance: High
 - Effectiveness: Fairly high
 - Efficiency: Fair
 - Impact: High
 - Sustainability
 - Policy: High
 - Institutional: Relatively high, but human resources to be improved
 - Financial: Mixed
 - Technical: Relatively high

• **Conclusion & recommendations**

The team's overall conclusion was below.

- The Project made significant contribution to the improvement of MNH status and CHPS implementation in the UWR.
- The project demonstrated the effective and feasible strategies to materialize CHPS philosophy into practice towards achievement of Universal Health Coverage.
- The project can be successfully completed as planned” by focusing on the recommendations for the remaining project period.

The recommendations were categorized into two:

1. Measures to be taken by the end of the project
 2. Measures to be taken after the completion of the project
- Details of these were contained in the meeting materials distributed

8. Discussions

- **Cost of school-based training of CHOs;**
The field work cost of school-based CHO training is high and challenging for the schools to handle. One solution proffered was to consider involving the District Assemblies (DA) to support to transport and provide feeding for students during field work. It was then explained that the situation is being thought through and together with the Principals, the actual cost of conducting the training would be determined in due cause and a pragmatic solution sought.
- **Inclusion of mental health in the work of CHOs;**
The concern raised was that the work of CHOs does not consider mental health. It was then clarified that mental health is implied in the services CHOs provide and so a special emphasizes would not be necessary.
- **Deployment of midwives to CHPS zones is not consistent with the NHIS tariff package;**
Here the concern was that NHIS tariff package does not recognize the services of midwives at the CHPS zones and so the facilities do not receive the appropriate reimbursement amounts for the services midwifery services at that level. Dr. Ofosu then explained that there is an ongoing review of the NHIS system in Ghana. He believes after the review, a lot of things would change including the tariff packages. He explained the tariff amounts may rather be based on services provided rather than levels of facilities.
- **Making available partograph and postpartum observation sheets at HC and hospitals;**
DHAs and hospitals were informed to make available the partograph and postpartum observation sheets for their delivery sites.
- **CHAP is a powerful tool for improving service delivery;**
The house considered the CHAP as a vehicle for improving community participation and for making services readily available to those most in need in the communities. DHAs were therefore advised to promote its widespread use in all CHPS zones with emphasis on improving MCH indicators.
- **JICA to consider supporting the GHS UWR in developing a database system at the district level that is transmittable to the regional level for decision making;**
As a recommendation in respect of relevant steps toward consolidating the gains made so far, it was deemed necessary for JICA to consider supporting the GHS UWR to develop a comprehensive real time data system that would be useful for taking decisions.

9. Presentation of issues and concerns - Ms. Satoko Ishiga & Mr. Prosper Tang

The duos took the house through suggested actions to be taken on the recommendations made by the Terminal Evaluation. They also shared the exit strategy implementation status, main events in the remaining life of the project and the status of compounds constructed by JICA.

Key points in here were the following:

- **Action plan for suggestions ;**
Ms. Ishiga informed the house that the recommendations made by the Terminal Evaluation team will be summarized in the form a matrix. Regarding recommendations that are to be implemented during the remaining project period, the status will be reported in the last JCC. For those actions that are to be taken after the project, the counterparts will be required to share the plan of action at the last JCC.

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilizing CHPS System in the Upper West Region

• **Main events of the project schedule;**

Major events are summarized as follows;

Activity	Timing
Dissemination meeting in UW (for UW RHMT and districts)	9 August, 2016 (Tuesday)
Dissemination meeting in Accra (for GHS, other regions and development partners)	16 th August, 2016 (Tuesday)
10 th JCC	17 th August, 2016 (Thursday)
Dissemination meeting in Accra (for DDHS) from other regions	18 th August, 2016 (Friday)

- Ms. Ishiga noted that Dr. Winfred Ofofu proposed that the dissemination should reach DDHS of other regions. However, a 3rd dissemination targeting DDHS of other regions presents a challenge to the project as there is no budget for it.
- The house discussed that if the dissemination does not reach DDHS of other regions, it would amount to neglecting one of the critical recommendations of the Terminal Evaluation.
- So, the house held the view that DDHS of other regions need to be involved in the dissemination. However, two factors are to be considered to make it possible;
 - i. The project has to secure budget in order for it to be able to conduct dissemination for DDHS of other regions.
 - ii. The dissemination for DDHS can be separated from or included in the dissemination for GHS central and development partners as may be necessary. In the case of the latter, it would require a careful selection of participants to give way for the DDHS' participation. If possible, partners who are to be invited could be asked to take care of themselves.

The period for all these events is mid-August, but the details will be communicated later to core members.

- GHS central to submit the list of participants for the Accra dissemination for preparation to start early enough.

• **Status of JICA supported compounds;**

All but four are providing services.

10. Revision of PDM – Mr. Masanori Yamazaki

Proposal for revision of the PDM was on indicators for the overall project goal. Proposals and conclusion reached are summarized in the following table:

Indicator before modification	Proposed modification	Approval status

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilizing CHPS System in the Upper West Region

By the year 2020, following indicators are further improved comparing with the status in 2015		
Proportion of clients receiving first trimester antenatal care (ANC)	Proportion of clients receiving first trimester antenatal care (ANC) is increased to 90%	Approved
Proportion of clients receiving skilled delivery in UW region	Proportion of clients receiving skilled delivery in UW region is increased to 80%	Approved
Proportion of clients receiving first Postpartum/postnatal care (PNC) within 48hours and second PNC within 7days after delivery	Proportion of clients receiving first Postpartum/postnatal care (PNC) within 48hours and second PNC within 7days after delivery is increased to 95%	Approved
	Still Birth rate is decreased to 12/1,000	Approved

11. Signing of agreement on Terminal Evaluation findings

This period witnessed the signing of the findings of the Terminal Evaluation team by relevant parties.

12. Remarks by JICA - Toshihisa Hasegawa

- ✓ He graded the project by given it an excellent score based on the evaluation result. He thanked all stakeholders for their contribution and support.
- ✓ On dissemination, although he could not make any commitments at the JCC, he showed the will to disseminate this project results not only in Ghana but also outside Ghana.
- ✓ On new JICA Technical Cooperation, they are preparing to despatch a team to do detail planning. At this stage, he cannot tell the exact scope and coverage of the project.

Nutrition Pilot Project – Daari Chrisantus

Mr. Daari informed the house that the pilot project is supported by JICA. Two districts are being targeted – Lambussie as implementing district and Wa West as controlled district. It involves the RCC and the district assemblies very closely.

Some equipment for the implementation of the project was handed over to the RHA.

Closing remarks - Dr. Anthony Ofosu

- ✓ Expressed about what is happening in the UWR.
- ✓ Congratulated the staff of the GHS UWR for their good work.
- ✓ He hoped that the ending of thei project will mark the beginning of a much bigger project.
- ✓ He thanked all for their cooperation and urged all to continue to work hard to improve the health status of the people of Ghana.

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilizing CHPS System in the Upper West Region

Annex 1: Participants List

No	Name	Organization	Title
1	Dr. Anthony Ofosu	GHS	Deputy Director, IME/PPMED
2	Mr. Isaac Akumah	GHS	Administrator, PPMED-GHS
3	Mr. Stephen Duku	GHS	PPMED
4	Mr. Brian Sampram	MoH	MoH representative
5	Dr. Winfred Ofosu	RHMT	Ag. RDHS & PM
6	Alhaji Abu Yahaya	RHMT	Chairman Regional Health Committee
7	Mr. Kelvin F. Tengekyebe	RHMT	Human Resource Manager
8	Mr. Wisdom Nani Tengey	RHMT	Regional Health Information Officer
9	Mr. Prosper Tang	RHMT	Ag. Regional CHPS Coordinator
10	Mr. Theophilus Owusu-Ansah	RHMT	Deputy Director, Clinical Care
11	Ms. Sophia Nyireh	RHMT	Deputy Director of Nursing Services – Public Health
12	Mr. Chrysantus Daari	RHMT	Regional Nutrition Officer
13	Ms. Justina Zoyah	RHMT	Regional Disease Control Officer
14	Mr. Randy Agbodo	RHMT	Mental Health Coordinator
15	Ms. Cynthia Yengakangyi	RHMT	Public Health Nurse
16	Mr. Ambrose Naawa	RHMT	Health Research Officer
17	Mr. Clement Atampugri	RHMT	Regional Accountant
18	Mr. Banzaasi Timothy	RHMT	Regional Transport Manager
19	Mr. Iddrisu Abubakari	RHMT	Regional Equipment Manager
20	Ms. Paula Baayel	RHMT	Chief Nursing Officer
21	Ms. Nusrat Issah	Regional Hospital	Deputy Director of Nursing Services
22	Ms. Juliana Bawobr	RHMT	CHPS Unit Member
23	Ms. Madonna Donneyong	RHMT	CHPS Unit Member
24	Mr. Dan Appiagyei	RHMT	Deputy Director , Pharmaceutical Services
25	Mr. Abdul-Wahid Dawono	RHMT	Health Promotion Officer
26	Mr. Alexander Osei-Yeboah	RHMT	Senior Nutrition Officer
27	Mr. Mintah Yeboah	RHMT	Regional TB Coordinator
28	Mr. Sunday Atampuri	RHMT	Workshop Manager
29	Mr. Boakye Eric	RHMT	Equipment Unit Manager
30	Mr. Baako Fidel	RHMT	Estates
31	Ms. Phoebe Bala	DHMT	DDHS, Jirapa
32	Ms. Rebecca Alalbila	DHMT	DDHS, Lambussie
33	Dr. Sebastian N. Sandaare	DHMT	DDHS, Lawra
34	Ms. Florence Angsomwine	DHMT	DDHS, Nadowli Kaleo
35	Mr. Joseph Bolibie	DHMT	DDHS, DBI
36	Ms. Genevieve Yiripare	DHMT	DDHS, Nandom
37	Mr. Alex Bapula	DHMT	DDHS, Sissala East
38	Ms. Cecilia Kakariba	DHMT	PHN, Sissala West
39	Ms. Grace Tanye	DHMT	Ag. DDHS, Wa East
40	Mrs. Beatrice Kunfah	DHMT	DDHS, Wa Municipal
41	Ms. Basilia Salia	DHMT	DDHS, Wa West
42	Mr. Joseph Adongo	Nadowli	Health Services Administrator
43	Dr. Richard Wodah-sume	Hospital	Medical Director, Jirapa Hospital
44	Mr. Abdulai Adinan	Sissala West	Administrator
45	Mr. Vincent Tangyie	Training School	Principal, Jirapa Nurse Training Collage

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilizing CHPS System in the Upper West Region

46	Ms. Christina Nyewala	Training School	Principal, Jirapa CHN Training School
47	Ms. Noella Anglaaere	Training School	Principal, Jirapa Midwifery Training School
48	Mr. George Segnitome	Training School	Principal, Wa Nurses Training School
49	Mr. Diabir Edmund	Training School	Principal, Lawra Nurses Training School
50	Ms. Victoria Dagoli	Training School	Principal, Nandom Midwifery Training School
51	Ms. Kanton Laadi	Training School	Tumu Midwifery Training School
52	Mr. Toshihisa Hasegawa	JICA	Terminal Evaluation Mission
53	Dr. Akiko Hagiwara	JICA	Terminal Evaluation Mission
54	Ms. Aya Ishizuka	JICA	Terminal Evaluation Mission
55	Mr. Tsunenori Aoki	JICA	Terminal Evaluation Mission
56	Mr. Daiki Ise	JICA	Terminal Evaluation Mission
57	Mr. Masanori Yamazaki	JICA	Terminal Evaluation Mission
58	Ms. Itsuko Shirotani	JICA	Terminal Evaluation Mission
59	Ms. Satoko Ishiga	IC Net	Deputy Chief Advisor, GHS/JICA Project
60	Ms. Akiko Tsuru	IC Net	FSV Expert, GHS/JICA Project
61	Mr. Toshihiro Tsuchiya	IC Net	FSV/End-line Survey Expert, GHS/JICA Project
62	Mr. Chiko Yamaoka	IC Net	Community Mobilization Expert, GHS/JICA Project
63	Ms. Hiromi Kawano	IC Net	Proj. Coord. / Comm. Health Adm. GHS/JICA Project
64	Mr. Abu Dokuwie Alhassan	IC Net	Local Project Coordinator, GHS/JICA Project
65	Ms. Rhoda N. Zolko-Ere	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
66	Mr. Amadu Sharifdeen	IC Net	Project Coordinator Assistant, GHS/JICA Project

Annex 2: Agenda of the 9th JCC (19th April, 2016)

**9th Joint Coordination Committee Meeting
Agenda**

Venue: Upland Hotel

Date: April 19, 2016

Time: 8:30- 12:30

Chairperson: Representative, GHS

No.	Time	Activity	Person Responsible
1	8:30 – 9:00	Registration	CHPS Unit/JICA
2	9:00 – 9:05	Opening prayer	
3	9:05 – 9:10	Introduction of participants	Mr. Theophilus Owusu-Ansah, DDCC
4	9:10 – 9:20	Message by Project Director	Dir. Koku Awoonor, Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED) - Project Director
5	9:20 - 9:30	Message by Acting Regional Director (Project Manager)	Dr. Winfred Ofori, Acting Regional Director of Health Service -Project Manager
6	9:30 – 10:30	Follow up of the issues from the previous JCC	Mr. Prosper Tang, Acting Regional CHPS Coordinator
7	9:50 – 10:50	Presentation of results of Terminal Evaluation and recommendations for the Project	Terminal Evaluation Mission Team
8	10:50 – 11:10	Q&A, Discussions	Dir. Koku Awoonor, Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division(PPMED) - Project Director
	11:10 – 11:20	Snack Break	All
9	11:20 – 12:05	Issues and concerns <ul style="list-style-type: none"> ● Action Plan for suggestions ● Scheduling of major events ● Status of JICA constructed CHPS compound etc. ● Progress of exit strategy etc. 	Mr. Prosper Tang, Acting Regional CHPS Coordinator Ms. Satoko Ishiga, Chief Advisor, Project
10	12:05 – 12:15	Signing	Representative of GHS, JICA Ghana Office
11	12:15 – 12:20	Closing remarks by JICA representative	Mr. Toshihisa Hasegawa, JICA Ghana office, Senior Representative
12	12:20-12:25	Closing remarks	Dir. Koku Awoonor, Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division(PPMED) - Project Director
13	12:25-12:30	Closing prayer	
	12:30 –	Lunch	All

MCs: Mr. Ambrose Naawa: Research Officer, RHMT

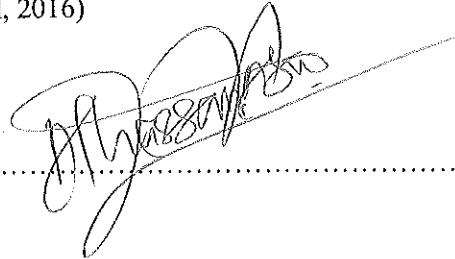
Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilizing CHPS System in the Upper West Region

Annex 3: List of materials distributed

- i. Minutes of 8th JCC Meeting
- ii. List of participants (expected)
- iii. Follow-up issues of last JCC
- iv. Progress of exit strategy
- v. Status of JICA constructed CHPS compounds
- vi. PPT for 9th JCC
- vii. PDM version 4 (19th April, 2016)

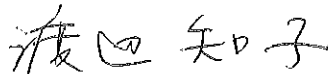
Compiled by:

Abu Dokuwle Alhassan.....
(Local Project Coordinator)

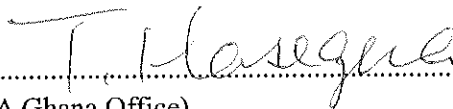


Endorsed by:

For Ms. Satoko Ishiga
(Project Chief Advisor, IC Net)



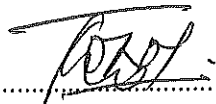
Mr. Toshihisa Hasegawa.....
(Senior Representative, JICA Ghana Office)



Dr. Winfred Oforu.....
(Deputy Director of Public Health, RHA, Upper West Region)



Dr. Anthony Oforu
(Deputy Director, PPMED, GHS Headquarters, Accra)



Annex 4: Reporting issues for next JCC meeting:

S/N	Person/Unit responsible	Reporting issue	Response given for next JCC
1	All DDHS	DHAs and hospitals to make available the partograph and postpartum observation sheets for all their delivery sites.	
2	All DDHS	DHAs to promote the widespread use of CHAP in all CHPS zones with emphasis on using to improve MCH	
3	Masanori Yamazaki	JICA to consider supporting the GHS UWR in developing a database system at the district level that is transmittable to the regional level for decision making	
4	Satoko Ishiga	Status of implementation of the recommendations that are to be implemented during the remaining project period is to be reported during the last JCC	
5	Dr. Anthony Oforu & Dr. Winfred Oforu	Action plan for the implementation of recommendations that are to be implemented after the project should be shared by counterparts during the last JCC	
6	Mr. Isaac Akumah	DDHS of other regions to be involved in Accra dissemination. GHS to select participants carefully to give way for DDHS of other regions to participate in dissemination in Accra. If possible, development partners who are to be invited could be asked to take care of themselves.	
7	Mr. Isaac Akumah	GHS central to submit the list of participants for the Accra dissemination to the project for preparation to start.	

添付資料 16 :

第 10 回合同調整委員会議事録

Minutes of 10th Joint Co-ordinating Committee (JCC) Meeting

Date: 17th August, 2016

Venue: Accra City Hotel, Accra

1. Opening

The 10th JCC meeting started at 14:00pm with a prayer by Ms. Victoria Dogoli, Principal for Nandom Midwifery Training School. The meeting was chaired by Mr. Charles Acquah from the start due to the absence of the Project Director. The chair was later on taken by Dir. Koku Awoonor, Director of PPMED of GHS who is also the Project Director when he joined the meeting.

2. Introduction of participants - Mr. Theophilus Owusu-Ansah

The self-introduction of participants was facilitated by Mr. Theophilus Owusu-Ansah, DDCC of RHA UWR. He gave opportunity to all participants to self-introduce themselves.

3. Participation & Agenda

A total of 53 persons including 10 staff from the Ghana Health Service Headquarters, 4 staff of JICA Ghana Office, 13 staff of Upper West Regional Health Administration, 9 District Directors of Health Services in the UWR, 3 Hospital Medical Directors in the UWR, 7 Heads of Health Training Institutions in the region and the Project Staff participated. The Deputy Director General of the Ghana Health Service, Dr. Gloria Quansah-Asare, the Director of Policy Planning, Monitoring & Evaluation Division of the Ghana Health Service, Dir. Koku Awoonor, Senior Representative of JICA Ghana and many other key personalities were in attendance. Refer to annexes 1 & 2 for the list of participants and meeting agenda respectively.

4. Welcome message – Dr. Winfred Ofosu

Dr. Ofosu welcomed all participants and informed them that the JCC meeting was a key activity of the project during which major decisions about the project are taken. He said the 10th JCC meeting marked the end of the project and offered an opportunity to discuss among other things the exit strategy of the project. He added that it was also an occasion for the handing over of project equipment to the Ghana Health Service.

5. Message from the Deputy Director General of Ghana Health Service – Dr. Gloria Quansah-Asare

Dr. Quansah-Asare expressed appreciation to JICA for the support over the years. She noted that the support has contributed to improved health indicators in the UWR. According to her, emphasis on neonatal health has gained renewed attention given that it is an area that made it impossible for Ghana to achieve the MDGs related to maternal and neonatal health by 2015. She concluded by congratulating the people of the UWR and the people of Japan for their hard work that has brought the UWR far in the area of maternal and child health.

6. Follow-up of issues from previous JCC meeting – Mr. Ali Musah

Mr. Ali took the house through progress made on action issues from the last JCC meeting. Nadowli-Kaleo and Wa West DHAs whose reports were not included in the updates were given the opportunity to also report on the status of their districts.

Regarding the availability of partograph and postpartum observation sheet at delivery sites, both Ms. Florence Angsomwine and Ms. Basilia Salia of Nadowl--Kaleo and Wa West DHA respectively reported that all their delivery sites have those tools. In the area of refocusing CHAP on MCH, all the districts reported that they have taken action to ensure CHAPs are drawn and implemented to solve problems of MCH.

On the part of the Ghana Health Service Headquarters, Isaac Akumah was tasked to contact participants from other regions and invite them to the dissemination forum in Accra. In view of the low attendance to the forum, he was asked to explain the status of that task. In his explanation, he said, he did contact all regions and invited them to the forum but some did not turn up due to competing events.

JICA Ghana on its part was requested to support the Ghana Health Service in the UWR to develop a cloud-based database using information gathered using the community population register, but in responding Mr. Masanori Yamazaki of JICA stated that JICA will not be able to support proposed area so far.

**7. Presentation on achievements of the project: Super goals, Overall goals, Project purpose,
- Dr. Winfred Ofosu**

In Dr. Ofosu's presentation (PPT), he showed the trend of the project super goals, overall goals and project purpose indicators for the period 2010 to 2015. His presentation pointed out that there have been significant improvements in the indicators over the period. Maternal Mortality Ratio for instance reduced from 212 to 155.8 between 2010 and 2015.

In concluding his presentation, Dr. Ofosu said maternal mortality ratio in the region is decreasing; still birth is also on the decline and seems possible to reach the target by 2010; the improvement in PNC1 is good while improvements in ANC1 and delivery by skilled birth attendants is relatively low and that the correct usage of partograph and observation sheet is high but coverage has not met the target albeit with huge improvements.

The achievement of overall goal and Project purpose indicators as he presented is attached as annex 3.1.

8. Presentation on Achievement of the Project Outputs- Ms. Satoko Ishiga

Ms. Ishiga took the house through the achievements of the project in relation to activities. The percentage achievement for most of the outputs is over 100%. Except for FSV implementation from RHMT to DHMT, all other outputs of the project have been achieved. She concluding her presentation by saying all trainings reached higher numbers than targeted in response to training needs, all activities on outputs were completed, only the rate of FSV implementation from regional to district level has not reached the target due to the revision of monitoring tool and challenges on the database. As a remedy, the RHMT changed the frequency of FSV from quarterly to bi-annually which is more realistic. The details of her presentation are attached as annex 3.2.

9. Presentation on updates on the progress of Exit Strategy - Mr. Prosper Tang

Mr. Tang said the exit strategy was developed to ensure sustainability of project activities after the closure of the project. The strategy is modelled along the following lines:

- Integration of activities into the existing system
- Adjustment of the activities which can be conducted with available resources
- Incorporation into national material/activities
- Development of self-financing arrangements

In terms of integrating activities into existing system, the following has been done:

- CHO fresher and refresher trainings have been integrated into the training school curricula;
- Integration of CHPS database meeting into regional data validation meeting has been agreed upon and on-going.
- The monitoring of DA engagement by region has been incorporated into RPCU monitoring checklist and feedback at RPCU/DPCU Engagement Meeting held quarterly

In the area of adjusting activities which can be conducted with available resources, the following was reported to have happened:

- Transfer of Safe Motherhood in-service training to district and hospital-based training has been done and rolled out in all district;
- Transfer of CHO refresher training on ANC/delivery/PNC to OJT at health center/hospitals has also be done, piloted and introduced to all district directors;
- Transfer of referral training to district and hospital-based training was agreed upon and TOT was conducted;
- Implementation of FSV (R to D) was done through budget secured from development partners such as Jhpiego;
- Monitoring of DA engagement at district level was also carried, and tool and monitoring system within DA and DHA have been developed; and
- MNDA QI was done including quarterly hospital teams peer review, inclusion of MNDA QI monitoring into FSV tool, regional half year/annual review report to include MNDA-QI

For incorporation into the national material, progress includes:

- The Delivery Register was shared with GHS and integrated in the nationally standardized Delivery Register;
- The PNC stamp was shared with GHS and will be integrated into the modified Maternal Health Record Book; and
- The integration of CHO pre-service training material into Nursing and midwifery Council of Ghana (NMCG) materials is ongoing. The UWR RHA will follow up.

And finally, the development of self-financing arrangements has seen the following progress:

- A revolving fund arrangement for Referral register & referral/feedback forms has been instituted. The documents are available and sold at regional medical stores.
- The Project printed out tools and RHA will sell them at the regional medical stores to have revolving fund for future printing.

A table of update of the progress of exit strategy is attached as annex 4.

10. Commitment of CPs, Roles and Responsibilities, Budget, Activities in 2016/2017

(1) Follow-up issues by Counterparts agreed upon or under negotiation

For those aspects of the project intervention that need continuous follow-up to become institutionalized, counterparts have agreed or negotiation is on-going for counterparts to do follow-up on those issues until they become institutionalized, The summary of those issues and those responsible for the follow-up is shown in the following table:

Activities to be followed up	Responsibility
------------------------------	----------------

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

Monitoring of DA engagement by region by Incorporating into RPCU monitoring and holding quarterly RPCU/DPCU Engagement Meeting	RHA and RCC
Transfer of referral training to district and hospital-based training	District and hospital (Monitoring by RHA)
CHO pre-service training materials to be approved as national materials	RHA
Solicit donor/national support to fund CHO pre-service training material	RHA
CHO pre-service training at NAC and midwifery school	Schools, RHA

(2) Commitments from Counterparts

As a way ensuring the continuation of key activities, counterparts have committed to doing several of the interventions that have contributed to gains made in improving CHPS enhancement and improving maternal and neonatal health in 2016 and 2017. These commitments cut across all the output areas of the project. Those main activities that counterparts have committed to do, the time frame within which they have to be done and responsible parties are shown in the following table:

Output 1: CHO/CHPS/SDHT	Timing	Implementer
<ul style="list-style-type: none"> • Conduct CHPS database as a part of Data Validation Meeting • Coordination of pre-service training activities • District and hospital based safe motherhood training • District based ANC/delivery/PNC training • CHO fresher training for CHN from other regions 	<ul style="list-style-type: none"> Bi -annual Throughout the year Throughout the year Throughout the year Early 2016/2017 	<ul style="list-style-type: none"> RHA RHA District/hosp. District RHA
Output 2 : Referral. MNDA	Timing	
<ul style="list-style-type: none"> • FSV implementation (From Region to District) • FSV implementation at district (District –SDHT, SDHT-CHPS) • FSV, referral, MNDA training for new employees as OJT • MNDA QI Monitoring (through FSV, Hospital clinical review session) • District and hospital-based referral training 	<ul style="list-style-type: none"> Oct 2016, Apr.2017 Oct.2017 Quarterly Throughout the year Quarterly Throughout the year 	<ul style="list-style-type: none"> RHA District RHA RHA District/hosp.
Output 3:Community Mobilization	Timing	
<ul style="list-style-type: none"> • C4D activities in the community 	<ul style="list-style-type: none"> Quarterly 	<ul style="list-style-type: none"> RHA
DA	Timing	
<ul style="list-style-type: none"> • Regional Planning Coordinating Unit and District Planning Coordinating Unit engagement meeting 	<ul style="list-style-type: none"> Quarterly 	<ul style="list-style-type: none"> RCC

(3) Resources for the main activities of 2016/2017

To ensure that the activities that counterparts have committed to doing get done, it is imperative to secure resources for those activities. Counterparts have already determined budget sources for these committed activities. In most cases, the internally generated fund has been earmarked for the execution of these activities. Development partners such as Plan Ghana, Jhpiego and

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

UNICEF have also been mentioned as some of those going to contribute resources for the execution of some of the activities. UNICEF will for instance is making resources available for C4D activities in some districts of the region. Jhpiego is also contributing resources for the conduct of FSV Region to District.. The sources from which resources have been secured for the execution of each of these committed activities are shown in the following table:

Output 1: CHO/CHPS/SDHT	Resources Secured
<ul style="list-style-type: none"> • Conduct CHPS database as a part of Data Validation Meeting • Coordination of pre-service training activities • District and hospital-based safe motherhood training • District-based ANC/delivery/PNC training • CHO fresher training for CHN from other region 	<p>Yes (Existing) Yes (Dev. partners)-not fully secured yet Yes (IGF) Yes (IGF) Yes(Dev. partners)</p>
Output 2 : Referral. MNDR	Timing
<ul style="list-style-type: none"> • FSV implementation (From Region to District) • FSV implementation at district (District –SDHT, SDHT-CHPS) • FSV, referral, MNDA training for new employees as OJT • MNDA QI Monitoring (through FSV, Hospital clinical review session) • District and hospital-based referral training 	<p>Yes (Dev. Partners and RHA) Yes (IGF) Quarterly Yes (RHA) Yes (IGF)</p>
Output 3:Community Mobilization	Timing
<ul style="list-style-type: none"> • C4D activities in the community 	<p>Yes (Dev. partners)</p>
DA	Timing
<ul style="list-style-type: none"> • Regional Planning Coordinating Unit and District Planning Coordinating Unit engagement meeting 	<p>Yes (RCC)</p>

(4) Discussion:

- Mr. Acquah asked if there was a way of evaluating the success of the exit strategy; in the view of Dir. Awoonor however, what might be necessary is some trackers to see if the implementation is on course and not an evaluation of the implementation of the strategy. Dir. Awoonor added that once there is a third phase project, those strategies that cannot be implemented without external support are expected to be incorporated into the new project. To that extent, the strategy must be alright in its current form.
- The need to standardize logistics for the work of CHO in order not to de-motivate them; it was discussed and concluded that there should be no tagging of equipment for CHPS zones or equipment for Health Centres. What is needed is standardized logistics for each level of service delivery.
- Unavailability of Maternal Health Record Books and Child Welfare Books; Dir. Awoonor expressed hope that those books will be printed before the last quarter of the 2016 as the GHS Headquarters is working so hard to make them available. But he cautioned against the unauthorized printing of the books by BMCs due to the shortage.
- NHIA does not cover postpartum medication; Dr. Quansah-Asare noted that postpartum medication is covered by NHIA as it is part of the package. So, there should be circumstance under which a mother would be refused postpartum medication under NHIA.

11. Issues and Concerns

(1) Presentation on issues needing action by GHS Headquarters

There are some sustainability issues that need the action of the Ghana Health Service Headquarters after which the GHS Headquarters affirmed its commitment to taking action on the issues. Those issues are as follows:

- ✓ Incorporation of PNC stamp format into the Maternal Health Record Book
- ✓ Reactivation of PNC 2 (within 7 days) data field in DHIMS2

(2) Result of Dissemination Forum

1) Dissemination in UWR

The first dissemination forum was held in Wa on 10th August, 2016. The purpose of the forum was to disseminate good practices among GHS staff in the region, share the UWR experience with UE and Northern regions and also create an opportunity for networking among the three regions in the north.

The project interventions and four good practices which were initiated at community level and the UWR experience were shared with participants. An opportunity was also created for networking among the three regions in the north.

A total of 170 persons attended the forum including GHS PPMED Deputy Director, the UW Regional Minister, GHS UWR Regional Director, Representative of JICA Ghana Office, 6 from RCC, 6 from UE, 5 from Northern, 10 DDHS, 29 DA members, 9 Chiefs, Staff of RHA and DHA, SDHT, CHO and the Project team

After listening to the presentations, participants from Northern and UE regions were very appreciative of the work done by the GHS UWR through the project and indicated their readiness to replicate those good things that are happening in the UWR.

2) Dissemination in Accra (Day 1)

On August 16 2016, another dissemination forum was held in Accra for the MoH, Ghana Health Headquarters, Development Partners and other regions. The purpose was to disseminate good practices (GP) to GHS, MOH, Development partners and other regions, share the UWR experiences with GHS, MOH, Development partners and other regions and create the opportunity for networking among all stakeholders.

Five good practices which are related to system development and experiences at regional level were disseminated to GHS, MOH, Development partners and other regions. The UWR experience was also shared with GHS, MOH, Development partners and other regions and opportunity for networking among all stakeholders created.

A total of 92 persons including Minister of Health, Charge d'affaire of Japanese Embassy, Director-General of GHS, PPMED Director of GHS, Chief Representative of JICA Ghana Office, 5 Regional Directors, 5 Development Partners, Staff of RHA and DHA, CHO in the Upper West, the Project team and representatives from 5 other regions participated.

After the presentations, the MOH, GHS Headquarters and all other participants were enthused about the great strides being made in the UWR through project intervention. The GHS Headquarters confirmed that it will take steps to ensure the replication of those good practices. The other regions present were full of praise for the UWR team and project and indicated their commitment to replicating the good practices.

3) Dissemination Forum in Accra (Day 2)

On August 17 2016 in the morning, another dissemination forum was held in Accra for the MoH, Ghana Health Headquarters and other regions. The purpose was to disseminate good practices (GP) at the community level to all regions, share the UWR experiences with the districts of all regions

And create the opportunity for networking among directors of all regions.

Project interventions and four good practices which are initiated at the community level were disseminated to all regions. The UWR was also shared with the districts of the other regions and participants had the opportunity to network among themselves.

In total, 74 persons, including Deputy Director General of GHS, PPMED Director of GHS, Senior Representative of JICA Ghana Office, 2 MOH, 4 GHS, 2 MOH, 4 GHS, 16 Directors and DDHS from other regions, 36 from UWR participated in the forum.

The result was that the GHS HQ re-affirmed its commitment to supporting regions replicate these practices while the regions on their part already picked up lessons and indicated their preparedness to replicate the good practices to improve service delivery in their regions.

**(3) Presentation on Follow-up on the Suggestions from Terminal Evaluation:
Action to be taken by the end of the Project - Ms. Ishiga**

In this session, Ms. Ishiga shared the status of implementation of suggested actions to be carried out before the end of the project. According to her, follow-up was completed for most of the suggestions while a few were still on-going. Some issues which are related to the GHS Headquarters still needed to be followed up. The UWR RHA will follow up. The details of her presentation is attached as annex 5.

**(4) Presentation on Follow-up on the Suggestions from Terminal Evaluation Mission:
Action to be taken after the end of the Project - Mr. Prosper Tang**

In this session, Mr. Tang shared the plan of suggested actions to be carried out after the project. Counterparts affirmed their commitment to implementing the plan. The details of the plan of action drawn up for implementation is attached annex 6.

(5) Timeframe on the approval of JCC Minutes - Ms. Satoko Ishiga

Ms. Ishiga shared the following information with the house:

According to her, due to the closure of the project, review and approval of minutes has to be done according to the following schedule.

The circulation of 1st draft to be on 22nd August, 2016; first feedback and comments expected not later than 25th August, 2016; circulation of modified minutes on 26th August, 2016 and final comments and approval on 29th August, 2016.

The house affirmed its readiness and commitment to work within the timelines

(6) Closure of the office - Ms. Satoko Ishiga

She informed the house that closure of the account will be on 22nd August, 2016; departure of Japanese experts by 7th September, 2016; project phases out on 17th September, 2016; but that local staff will stay for a while for the organization of the project office.

The house had no objection to the schedule and so it was agreed to be followed as such as planned.

(7) Follow-up of the activities after the closure of the Project - Ms. Satoko Ishiga

Ms. Ishiga informed the house that JICA will conduct Ex-post evaluation in 2-3 years after the completion of the project counterparts are kindly requested to submit the data/report of the status of the following according to the request by JICA. According to her, information that will be needed will relate to the overall goal, that is MMR, NMR. Information on project goal including ANC 1,

Skilled Delivery, PNC 1 and Still Birth will also be required. Finally, the follow up on the suggestions of the terminal evaluation reports will also be needed.

Counterparts agreed to provide this information when the time comes.

12. Project Director's comments on the presentations and information shared:

Dir. Awoonor made the following comments on the presentations and information shared with the house:

- He informed all to use 'GHS Headquarters' and not 'GHS central' in referring to the national office of the Ghana Health Service.
- He advised the GHS UWR to breakdown the suggested activities to be implemented after the project into what the region should do and what the GHS headquarters should also do.
- Nothing was said about challenges throughout the presentations; he advised that there should always be the mention of challenges but not just focusing on only the positives.
- He hinted that there is going to be a possible change in the administration of projects in the GHS and that there are already discussions in that direction. They are in discussions with all development partners in health to have a government-to-government collaboration.
- Account balance at the Project Account closure should be declared.

13. Official handing over of the project property

- This session witnessed the signing of the required documents to signify the official handing over of project equipment from JICA to the GHS.

14 Comments from Senior Representative of JICA - Mr. Norihito Yonebayashi

He reiterated the need to segregate the actions that have been after the project between RHA of UWR and GHS HQ. Timelines should be attached to the actions.

- He also advised all to always collect and use accurate data as it is a key advocacy tool.
- He thanked all for active participation.

15. Comments from Deputy Director General - Dr. Gloria Quansah-Asare

- She said that the dissemination forum and JCC are a learning experience for all.
- She lauded the project team for developing an exit strategy for the project.
- She expressed gratitude to JICA for their support.
- She appealed to JICA to leave some money behind from the project unspent funds (if any) to be used for the maintenance of vehicles that have been handed over from the project at least for a short period.

16. Closing

The meeting ended at 16:35pm with a prayer by Genevieve Yiripare, DDHS for Nandom District.

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

Annex 1: Participants List for the 10th JCC

No	Name	Organization	Position
1	Dir. Koku Awoonor	GHS	Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED) - Project Director
2	Dr. Gloria Quansah Asare	GHS	Deputy Director General
3	Mr. Charles Acquah	GHS	Deputy Director, Policy Department, PPMED
4	Mr. Isaac Akumah	GHS	Administrator, PPMED
5	Mr. Stephen Duku	GHS	National CHPS Coordinator, Policy Department, PPMED
6	Ms. Rebecca Ackwonu	GHS	Head, PR.
7	Dr. Dinah Baah-Odoom	GHS	Deputy Director
8	Dr. Boateng Laurel	GHS	Director, Nkwanta North, Volta Region
9	Ms. Esther Fynn-Bannor	GHS	Public Relations
10	Mr. Tsunenori Aoki	GHS	Community Health Policy Advisor
11	Mr. Zacchi Sabogu	Jhpiego	Technical Advisor
12	Dr. Boateng Boakye	GHS	Specialist
13	Dr. Winfred Ofofu	RHMT	Ag. Regional Director of Health Services (RDHS) - Project Manager
14	Mr. Theophilus Owusu-Ansah	RHMT	Deputy Director of Clinical Care
15	Alhaji Abu Yahaya	RHMT	Chairman, Regional Health Committee
16	Mr. Al-hasan Seidu Balure	RHMT	Health Information Officer
17	Mr. Prosper Tang	RHMT	Acting Regional CHPS Coordinator
18	Mr. Musah Ali	RHMT	Assist. Regional CHPS Coordinator
19	Ms. Sophia Nyireh	RHMT	Deputy Director of Nursing Services - Public Health
20	Mr. Ambrose Naawa	RHMT	Health Research Officer
21	Mr. John Maakpe	RHMT	Health Promotion Officer
22	Ms. Phoebe Bala	DHMT	DDHS, Jirapa
23	Ms. Rebecca Alalbila	DHMT	DDHS, Lambussie
24	Dr. Sebastian N. Sandaare	DHMT, Hospital	DDHS, Lawra / Medical Director, Lawra Hospital
25	Ms. Florence Angsomwine	DHMT	DDHS, Nadowli Kaleo
26	Ms. Genevieve Yiripare	DHMT	DDHS, Nandom
27	Mr. Alex Bapula	DHMT	DDHS, Sissala East
28	Ms. Cecilia Kakariba	DHMT	DDHS, Sissala West
29	Ms. Grace Tanye	DHMT	DDHS, Wa East
30	Mr. Oswald Dachaga	DHMT	DDHS, Wa Municipal
31	Ms. Basilia Salia	DHMT	DDHS, Wa West
32	Mr. Batiama Linus	RHMT	CHPS Unit Member
33	Hajia Nusrata Issah	Regional Hospital	Deputy Director of Nursing Services (Rtd)
34	Mr. Anthony Sumah	Hospital	Administrator, Tumu Hospital
35	Ms. Christina Nyewala	Training School	Principal Jirapa CHN Training School
36	Ms. Noella Anglaa-ere	Training School	Principal Jirapa Midwifery Training School
37	Mr. George Segnitome	Training School	Principal Wa Nurses Training College
38	Mr. Edmund Dianbiir	Training School	Principal Lawra Health Assistant Training School

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

39	Ms. Victoria Dogoli	Training School	Principal Nandom Midwifery Training School
40	Ms. Ladi Kanton	Training School	Principal Tumu Midwifery Training School
41	Mr. Anthony Sumah	Tumu Hosp.	Administrator
42	Mr. Vincent Tanye	Training Sch.	Jirapa Nurses Training College
43	Mr. Norihito Yonebayashi	JICA	Senior Representative
44	Mr. Masanori Yamazaki	JICA	Representative (Health)
45	Mr. Tomoki Mami	JICA	JICA Ghana Office
46	Ms. Satoko Ishiga	IC Net	Chief Advisor of the Project / MCH, GHS/JICA Project
47	Mr. Akiko Takamiya	IC Net	Referral, GHS/JICA Project
48	Ms. Hiromi Kawano	IC Net	DA Engagement / Project Coordinator, GHS/JICA Project
49	Mr. Abu Dokuwie Alhassan	IC Net	Local Project Coordinator, GHS/JICA Project
50	Mr. Samuel D. Daguah	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
51	Ms. Salimata Alhassan	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
52	Ms. Rhoda N. Zolko-ere	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
53	Mr. Sharifdeen Amadu	IC Net	Project Coordinator Assistant, GHS/JICA Project

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

Annex 2: Agenda of the 10th JCC

Venue: **Accra City Hotel (Novotel)**

Date: **August 17, 2016**

Time: **13:50- 16:05**

Chairperson: **Dr. Koku Awoonor: Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED) –GHS,
Project Director**

No.	Time	Activity	Person Responsible
1	14:00-14:00	Registration	CHPS Unit/JICA
2	14:00-14:05	Opening Prayer	
3	14:05-14:10	Introduction of Participants	Mr. Theophilus Owusu-Ansah Deputy Director of Clinical Care
4	14:10-14:15	Message by Project Manager	Dr. Winfred Ofofu Acting Regional Director of Health Service -Project Manager
5	14:20-14:30	Follow up of the Issues from the Previous JCC	Mr. Musah Ali CHPS Unit member, UWR
6	14:30-15:00	Presentation of the Project Achievement (Indicators & Output)	Dr. Winfred Ofofu Acting Regional Director of Health Service -Project Manager Ms. Satoko Ishiga Chief Advisor, Project Team
7	15:00-15:10	Progress of Exit strategy ~ Q&A ~	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator-UWR
8	15:10-15:25	Commitment of CPs, Roles and Responsibilities, Budget, Activities in 2016/2017	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator-UWR
9	15:25-16:05	Issues and Concerns ● Result of Dissemination Forum ● Logistics Issues on Closure of the Project ● Action plan of the Suggestions of Terminal Evaluation, ~ Q&A ~	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator-UWR Ms. Satoko Ishiga Chief Advisor, Project Team
10	16:05-16:15	Official Handing Over of Project Property	Mr. Norihito Yonebayashi Dr. Koku Awoonor Dr. Winfred Ofofu
11	16:15-16:20	Remarks by JICA Representative	Mr. Norihito Yonebayashi Senior Representative, JICA Ghana Office
12	16:20-16:30	Way Forward and Closing Remarks	Dr. Koku Awoonor Director of PPMED -GHS, Project Director
13	16:30-16:35	Closing Prayer	

MC: **Mr. Ambrose Naawa, Health Research Officer, RHMT**

Annex 3: Achievement on the Project indicators

1. Overall goals and project purposes

Indicators	Target	2011	2015
Still Birth rate	Overall goal: 12/1000	DHIMS2 :25.5/1000	DHIMS2: 15.8/1000
1 st ANC (within 1 st trimester)	Overall Goal : 90% Project Purpose : 60%	DHIMS2 : 51.2 % Baseline : 65.2%	DHIMS2 : 57% End-line : 78%
Delivery by Skilled Birth Attendants	Overall Goal : 80% Project Purpose : 70%	DHIMS2 : 65.2% Baseline : 53%	DHIMS2: 62%* End-line : 83%
1 st PNC (within 48 hours)	Overall Goal : 95% Project Purpose : 75%	DHIMS2 : No data Baseline : 32.9 %	DHIMS2 : 93% End-line : 78%
2 nd PNC (within 7 days)	Project Purpose : 75%	DHIMS2 : No data Baseline : 29.1 %	DHIMS 2:No data End-line : 76%
Coverage of Partograph/observation sheet	Project Purpose : 90%	Baseline : P: 40%, O: 0%	Study : P: 82% / O: 51%
Correct usage of Partograph/observation sheet	Project Purpose : 80%	Baseline : P: 20%, O: No data	Study : P: 85% / O: 85%

2. Outputs

Indicator	Target level	Achievement
1-1 CHO fresher training	Train 240 CHNs	Trained 917 (School 631, CHN 286) (382%)
1-2 CHO refresher training	Train 341 CHOs	Trained 346 CHOs (101%)
1-3 Safe motherhood training	Train 95 SDHT personnel	Trained 190 (128 Midwives + 62 other SDHT) personnel (200%)
1-4 Procurement	Procure medical equipment as planned	Done Procured and delivered 17 GHS identified delivery equipment to 60 Health Centres in 2012
1-5 Tutor training	Train tutors of training schools	Done Trained 23 tutors of NAP Jirapa, NAC Lawra and Wa Re-trained 6 tutors of NAC Lawra and Wa Trained 8 tutors of midwifery schools
2-1-1 Referral/counter-referral training	Train 20 per district (20 x 11 = 220)	Trained 1,521 (691%) (138 per district in average) (Total number of trainees is 1,793. 229 attended training more than once)

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

2-1-2 Utilisation of the revised tools and methods	Hospital----80% SDHT-----80% CHPS-----80%	PNC stamp utilisation rate: Hospital: 100% Polyclinic: 100% Health Centre: 95% Referral register utilisation rate: Hospital: 88% Polyclinic: 100% Health Centre: 100% CHPS: 100%
2-2-1 FSV training	CHO: 341 SDHT: 195 (3 personnel per HC) DHMT: 110 (10 personnel per District) RHMT: 28 (80% of total 35)	CHO: 376 (110%) SDHT: 318 (163%) DHMT: 176 (160%) RHMT: 46 (164%)
2-2-2 FSV implementation	FSV implementation rate: RHMT over DHMTs: 100% DHMTs over SDHTs: 80% SDHTs over CHOs: 50%	RHMT over DHMT: 50% (Agreed to reduce frequency) DHMT over SDHT: 91% SDHT over CHO: 86%
2-3-1 MNDA team training	Conduct training 4 times in 2015	Conducted training to MNDA team 4 (100%) times in 2015
2-3-2 MNDA team follow-up	MNDA team will follow-up half yearly	Done MNDA team has followed up half yearly
3-1-1 CHO refresher training on Community mobilization	Trains 341 CHOs	Trained 376 (110%)
3-1-2 Annually Updated Community Health Action Plan (CHAP)	Number of annually updated CHAP is 80	Number of CHPS zones that update CHAP annually is 140 (175%) in 2016.
3-2-1 Local IEC materials for community promotion	Developed IEC materials	Done Flip chart, video in Waali and Video in Sissali were developed.
3-2-2 CHO refresher training on MNH service promotion utilizing local IEC materials	Trains 341 CHOs	Trained 343 CHOs (101%)

Annex 4: Exit strategy and progress

Exit strategy	Action and progress
Integration into the existing system	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation of CHO fresher/refresher to pre-service school training ⇒Done materials have been developed. NAP can handle training independently. Follow up of NAC and midwifery school will be done by RHA. • Integration of CHPS database meeting into regional Data Validation Meeting ⇒ Agreed and on going • Monitoring of DA engagement by region ⇒Agreed. Incorporated into RPCU monitoring checklist and feedback at RPCU/DPCU Engagement Meeting held quarterly
Adjust the activities which can be conducted with available resources	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer Safe Motherhood in-service training to district and hospital-based training ⇒ Done; Rolled out in all districts. • Transfer CHO refresher training on ANC/delivery/PNC to OJT at health center/hospitals ⇒Done; Piloted and introduced to all districts directors. • Transfer referral training to district and hospital-based training ⇒Agreed; TOT was conducted. • Implementation of FSV (R to D) ⇒Done; Reduced frequency; Received budget from development partners for FSV. • Monitoring of DA engagement at district level ⇒ Done; Tool and monitoring system within DA and DHA have been developed. • MNDA QI⇒ Done; Quarterly hospital teams peer review, inclusion of MNDA QI monitoring into FSV tool, Regional half year/annual review report to include MNDA-QI
Incorporation into the national material	<ul style="list-style-type: none"> • Delivery register ⇒Done; Shared with GHS and integrated in the nationally standardized delivery register. • PNC stamp ⇒Done; Shared with GHS and will be integrated into the modified Maternal Health Record Book. • CHO pre-service training material ⇒ On going with Nursing and midwifery Council of Ghana (NMCG). RHA will follow up.
Development of self-financing arrangements	<ul style="list-style-type: none"> • Referral register & referral/feedback forms ⇒ Done; Sold at regional medical stores. • FSV tools ⇒Done; The Project printed out tools. RHA will sell them at the regional medical stores to have revolving fund for future printing.

Annex 5: Follow-up on the Suggestions from Terminal Evaluation & Action to be taken by the end of the Project

No.	Suggestions	Progress
1	Training	
1.1	To estimate additional cost for introduction of new contents of CHO fresher training into the school curriculum.	Completed; The cost was calculated together with school principals and was submitted to MoH in April. MoH approved additional school fee of 50 GHC for 2017/2018 academic year for UWR in May.
1.2	To discuss revision of the school tuition fees with MoH.	Completed; Calculated cost was sent to MoH. Japanese expert explained to MoH in May. MoH approved additional school fee of 50 GHC for 2017/2018 academic for UWR.
1.3	To submit training materials to NMCG as reference for national training standard	On-going: Training materials were rearranged as one text book with logos of relevant organizations. It was submitted to NMCG in July, the final version will be submitted in August for their approval as national material.
2	Referral	
2.1	Requesting for budget allocation to MoH. Seek other budget sources for reprinting the MH record Book with its revision including the incorporation of PNC Stamp.	On-going: Requested GHS for incorporation of PNC stamp. GHS will take action.
3	FSV	
3.1	To estimate standard unit cost of FSV and utilize it in the planning, advocacy, and fund raising.	Completed: Budget table was shared with C/P. It will be utilized for planning and fund raising for FSV implementation.
3.2	To implement the next FSV in July 2016 with the budget of RHMT for the regional level FSV.	Completed: FSV by RHMT for DHMT for the first semester of 2016 was implemented on 25-29 July.
3.3	To modify software of FSV database to solve defects.	Completed: The FSV Database System was rectified and distributed. User training was conducted in July.
3.4 3.5	To train officers of CHPS unit for regular maintenance of FSV database. To train additional technicians for drastic modification	Completed: Database maintenance is transferred to Health Information (HI). Training was conducted in July for HI and IT units.
	PNC Indicators	
4.1	To study the importance of PNC2 indicator to make a recommendation to GHS (FHD) on integration of PNC 2 into data field in DHIMS2.	On-going: Importance of PNC 2 was documented through end-line survey. In corporation of PNC 2 data into DHIMS 2 will be raised as issues and concerns during JCC.
5	Horizontal learning on CHPS and policy implications for future primary health care services	
5.1	To disseminate good practices in the project to other regions and national level through documents and the regional and national dissemination forums in August 2016 with representation of frontline health workers.	Completed: UWR and two Accra dissemination forums were conducted in August 2016. 4 CHOs attended and 1 CHP made a presentation. The 'Collection of good practices' was documented and distributed at the forum.

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

5.2	To document the features, good practices, lessons and learnt on urban CHPS compounds for dissemination.	Completed: A good practice at an urban CHPS, Dobile CHPS in Wa, is documented in 'Collection of good practices'.
6	Contribution to national human resources for health (HRH) development	
6.1	To support MoH and GHS HQ to standardize the CHO production system in pre-service training of NAC and NAP by providing the CHPS experience in the UWR.	On-going: Material are being shared with GHS, UWR Pre-service school training practice was presented during the UW and Accra dissemination. RHA will follow up.
6.2	To share the information on education, deployment and supervision of frontline health workers	On-going: It was introduced during dissemination forum. RHA will keep sharing information with GHS and MOH.
6.2.1	Health professional education: pre-service and in-service training for nursing and midwifery cadre, including CHO fresher training: curriculum and materials	Completed: Pre-service: Materials has been developed. 31 tutors were trained through TOT. 3 school conducted training. Re. In-service training : For safe motherhood training, trainers were trained and all districts have carried out the training with the new modality. Both are presented during dissemination.
6.2.2	Allocation of CHO, CHN, midwives: CHPS database	Completed: CHPS database and its practice were presented at UW and Accra dissemination forum.
6.2.3	Performance standard and monitoring tool: FSV	Completed: Performance Standard and monitoring tools were modified, printed and distributed. These tools were presented at the dissemination forum in August.

Annex 6: Follow-up on the Suggestions from Terminal Evaluation Mission: Action to be taken after the end of the Project

No.	Suggestions	Progress
1	Training	
1.1	To continue FSV to ensure the quality of services provided by trainees.	RHMT has guaranteed the continuous implementation of FSV by instituting a revolving fund for printing of FSV checklist. The project developed an FSV operation manual which can be used for the orientation.
1.2	To strengthen neonatal resuscitation and critical life-saving skills in the safe motherhood training for midwives and CHOs.	Neonatal related training module is already included in the District and hospital based <u>Safe Motherhood</u> training and OJT training for CHO on ANC/Delivery/PNC. The in service- trainings are already on track.
1.3	To collaborate with NAC and NAP to introduce CHPS training component according to needs and curricula of midwifery school.	NAC schools have already supported material development of midwifery school. The schools are collaborating with each other to continue or to start training through coordination meeting of school pre-service training.
2	Equipment and tools	
2.1	To strengthen reporting system on inventories on equipment and stock of registers at CHPS compounds, health centres, district hospitals and regional hospital	RHMT and DHMT will monitor equipment and tools in facilities through FSV. Details of the situation will be captured in the FSV report for immediate action by the RHMT/DHMT.
2.2	To provide orientation on the usage of equipment to newly assigned health staff at health centres and CHPS compounds	DHMTs have prepared an orientation program and ready to provide orientation to newly assigned health staff of facilities.
3	FSV	
3.1	To recognize FSV as a routine essential work in managing health services	FSV has been identified as an integrated monitoring approach to be used at all levels of service delivery.
3.2	To provide orientation on FSV for newly assigned health staff	FSV manuals and educational materials have been distributed to all districts. RHMT has provided training to the districts. The FSV component will be integrated into the already existing orientation forum for new staff.
3.3	To plan and implement FSV using integrated schedule and budget of other programs	FSV schedules were developed taking budget into consideration and included in Regional, District, Sub district and CHO plan of activities.
3.4	To conduct FSV to DHMT at least twice a year	RHMT secured the budget for 2016/2017 to conduct FSV bi-annually.
3.5	To reprint tools for FSV	RHMT will develop revolving fund system by using the FSV tools printed by the project.
3.6	To conduct monitoring of CHPS compound through FSV and/or technical visit at least once every two months	RHMT has developed a comprehensive FSV implementation plan. RHMT uses any visiting opportunity through program monitoring. DHMT will use the opportunity of monitoring of school field work.
4	MNDA	
4.1	To integrate MNDA QI monitoring elements into FSV by modification of FSV tool	MNDA-QI indicators have been added to the FSV checklist.
4.2	To integrate follow-up of MNDA to the	Since the MNDA-QI is included in the FSV checklist, MNDA will be followed-up through FSV and FSV review meetings.

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

	FSV review meeting	
4.3	To introduce peer review among hospitals and polyclinics	A meeting involving the management of hospitals and polyclinics was conducted and agreed on peer review meeting. Peer review has started. The engagement will continue until peer reviews have been well institutionalized.
5	Engagement of DAs	
5.1	To accelerate engagement of DAs to promote health activities by frontline workers	All DAs have been engaged and action plans for 2016 drawn for implementation. Monitoring of action plans is ongoing by the DAs and DHMTs to see the implementation status.
5.1	To take initiatives for the governance of CHPS and advocate implementation of CHAP	DAs have been engaged to consider these support areas in their annual action plans. And the progress of the plans are being followed up with the DHMTs
5.2	To encourage and motivate CHVs and CHMCs to be active in health in the community. Giving awards is an example.	RHA and DHMT are discussing how to encourage and motivate CHVs and CHMCs riding on Community Health Worker Volunteer System programme. Implementation will commence this 2016.
6	Financing	
6.1	To develop annual financial plan for primary health care based on costing of the services with potential sources of finance and support from partners in order to secure its necessary budget for the services	Plans and budgets are compiled and submitted to GHS Headquarters for financing of all components of service delivery annually.
7	For better quality MNH services in the UWR	
7.2	To assign specialists such as paediatricians and obstetricians in the regional and district hospitals	RHMT is lobbying with GHS-HQ for more specialized staff and this will continue till all needed specialists are gotten into the region.
7.2	To procure necessary medical equipment to the regional and district hospitals	Stakeholders and development partners have been engaged to support in the provision of medical equipment. This will continue in the future to ensure adequate medical supplies at all times.
7.3	To consider transportation for obstetric emergencies	RHMT and all service facilities have established a strong rapport with National Ambulance Service. Development Partners are engaged to support provide ambulances for hospitals.
8	For better quality MNH services in the Upper West Region	
8.1	To disseminate training package of CHOs and midwives and FSV as national standard and a number of good field practices in the project to other regions and central level by documentation, internal and external study tours, and seminars together with information on materials and unit cost estimation for self and/or external financing	RHMT is compiling training packs. Once done, the training pack will be shared with all stakeholders including GHS central for possible replication.
8.2	To respond to emerging PHC challenges such as NCDs, Ageing, and Nutrition in the service package of CHPS	RHMT is lobbying with GHS HQ (PPMED) for support to strengthen service provision in these areas. The support of partners is also being sought to deal with the PHC.

Project for Improvement of Maternal and Neonatal Health Services
Utilising CHPS System in the Upper West Region

Compiled by:

Abu Dokuwie Alhassan.....
(Local Project Coordinator)

Endorsed by:

Ms. Satoko Ishiga
(Project Chief Advisor, IC Net)

Mr. Norihito Yonebayashi.....
(Senior Representative, JICA Ghana Office)

Dr. Winfred Ofosu.....
(Ag. Regional Director, RHA, Upper West Region; Project Manager)

Dr. Koku Awoonor
(Director, PPMED, GHS Headquarters, Accra; Project Director)

添付資料 17 :

アッパーウエスト州における普及フォーラム報告書

アッパーウエスト州における普及フォーラム報告書

Date: Wednesday 10th August, 2016

Venue: Wa Polytechnic Lecture Theatre Complex

1. Introduction

The forum started at 9:55am with a prayer led by George Atanga of Sissala West DHA. The MC was Mr. James Donkor. It ended at 16:00pm.

2. Introduction of participants - Mr. Anthony Sumah & Mr. James Donkor

They introduced the key personalities where there for the forum. Mention was made of Mr. Charles Acquah, Dr. Winfred Oforu, Hon. Alhaji Amidu Sulemani among others.

3. Participation & Agenda

Up to 170 persons attended the forum including GHS PPMED Deputy Director, the UW Regional Minister, GHS UWR Regional Director, 6 from RCC, 6 from UE, 5 from Northern, 10 DDHS, 29 DA members, 9 Chiefs, Staff of RHA and DHA, SDHT, CHO and the Project team

Refer to annexes I & II for participants list and agenda of the forum.

4. Welcome address – Dr. Winfred Oforu.

In Dr. Oforu's address, he noted that the project has strengthened the CHPS system in the UWR and has also contributed to improved health indicators. He acknowledged the role played by key individuals including Dr. Erasmus Agongo, former PPEMD Director; Dr. Alexis Nang-beifubah, former RDHS for UWR now RDHS for Ashanti Region and the late Dr. Adams Abdulai Forgor for their sterling contribution to the project. He concluded by thanking the people of Japan for their enormous support.

5. Message from Project Director (Dr. Koku Awoonor) – rep. by Mr. Charles Acquah

He expressed thanks to JICA and all concerned for their contributions to the success of the project. He assured that the good practices realized through the implementation of the project will be considered highly for replication in other parts of the country.

6. Message from JICA – Mr. Masanori Yamazaki

Mr. Yamazaki expressed delight about the achievements chalked by the project. He noted that the distances covered by women in labour is one of the factors contributing to maternal deaths in the region and that it is the same thing that forms the basis upon which the technical cooperation project supported by JICA is relevant. He said the lessons learnt from this project should be used to improve other aspects of the health system to make the region self-reliant in health service provision.

7. Purpose of the dissemination forum and overview of the project – Dr. Winfred Oforu

Dr. Ofosu took time to share purpose of the forum. He further explained the operational structure of the project, the institutions and people involved. He also highlighted the achievements made in relation to the target set for the project.

On purpose of the forum, he said the forum was necessary to share the good practices initiated through the project and to share lessons learnt in implementing the good practices. He also noted that the forum further created an opportunity for health care providers in the Upper West, Upper East and Northern Regions to learn from one another for improved health service delivery.

Further, his presentation showed the trend of the project super goals, overall goals and project purpose indicators for the period 2010 to 2015. It came out clear that there have been significant improvements in the indicators over the period. Maternal Mortality Ratio for instance reduced from 212 to 155.8 between 2010 and 2015. Dr. Ofosu added that maternal mortality ratio in the region is decreasing; still birth is also on the decline and seems possible to reach the target by 2010; the improvement in PNC1 is good while improvements in ANC1 and delivery by skilled birth attendants is relatively low and that the correct usage of partograph and observation sheet is high but coverage has not met the target albeit with huge improvements.

He concluded his presentation by thanking all who contributed to the smooth implementation of the project.

8. Message from Regional Minister – Hon. Alhaji Amin AmiduSulemana

The regional minister was full of praise for the Japanese Government for their commitment and support to the health sector in the region. He also reiterated government's commitment to ensuring the health situation in the region was continuously improved by cataloguing some of the key interventions in place to realize this noble goal. He concluded his speech by calling on all to work towards improving sanitation for the total health of all.

8. Presentations and discussions on system strengthening good practices

(1) System Strengthening-related Good Practices: CHO, CHPS and DA engagement-Mr. Prosper Tang

Prosper took the house through the system developed for the sustainable supply of CHOs in the region. In his presentation, he said the transfer of the CHO training the schools has significantly reduced cost and it also offers a more sustainable way of ensuring the continuous availability of CHOs for CHPS enhancement.

He also shared the CHPS database system; a system developed by the project for accurate and timely gathering of CHPS database. He noted that the CHPS database has enhanced consistency of CHPS data across DHIMS2, half-year and annual reports. It also makes data readily available for planning and resource allocation.

On DA engagement, Prosper was emphatic that the DA engagement platform has strengthened collaboration between the DHAs and the DAs and has contributed to increased and coordinated support to health in the districts.

(2) System Strengthening-related Good Practices: Midwives and Referral –Hajia Nusrata Issah

Ms. Nusrata shared the Midwives award system developed in the region and the fact that it has contributed to improved motivation for midwives in the region. The transfer of Safe Motherhood Training to DHA and Hospital-based training and its benefits including cost reduction and saving time were also shared.

Further to that, she showcased the delivery register, referral register and PNC stamp developed to improve record keeping and effective delivery of services for mothers and babies.

(3) Discussions

Discussion of presentations	Key issues to note
<ul style="list-style-type: none"> • Mr. Charles Acquah inquired to know if CHPS compound was a major determinant of the functionality of CHPS in the region as that will not sit well with the national criteria for determining the functionality of a CHPS zone. It was explained that it not the case. Just as known at the national level, compound is not a major determinant for CHPS functionality in the UWR. • The DCD of Sissala West District noted that the involvement of DAs is key in sustaining the gains made by the project. It was explained that the DA engagement platform is already in place and the health sector is already overwhelmed by the enormous support from the DAs. • A participant wanted to know the stage at which CHPS is introduced at the training schools. It was explained that in the case of the NAP, CHPS is introduced in the second semester of the first year. In the view of the questioner however, introducing CHPS in the first year is rather too early. It was then further explained that it is to be expected that at the point of deployment, the students, who would then have been CHOs are to be given some orientation before starting their assignment in CHPS zones. In the case of the NAC, CHPS is introduced in the second semester of the second year. • Dr. Sandaare noted that, in his view, the DA engagement is one of the best practices happening in the UWR. And that the involvement of MPs for each of the districts should also be seriously considered after all they are members of the assembly. • In his contribution to the discussions, Isaac Akumah encouraged the region to keep thinking about how to package the good practices nicely for very easy buy-in of all. 	<p>The involvement of MPs in DA engagement should be considered</p>

9. Presentations and discussions on good practices at the community level

(1) Mothers Taking the Lead in Improving Maternal and Neonatal Health, DBI District- Mr. Joseph Bolibie

In this lap of the presentation, participants were taken through a CHO mobilized mother to champion health education in the Owlo CHPS zone. He pointed out that that initiative has improved health indicators in that CHPS zone.

(2) Men’s Support Improves MNH, Jirapa District – Ms. Phoebe Bala

In Pheobe's presentation, the involvement of men through the introduction of noncash incentive and how that is contributing to improved MNH indicators in the Sigri CHPS zones was shared.

Discussions and comments on presentation by DBI and Jirapa

Discussion of presentations	Key issues to note
<ul style="list-style-type: none"> • Mr. Eric Dakurah inquired to know the number of midwives in UWR and the number that the region actually requires and actions being taken to fill up any existing gaps. Mr. Tengekyibe, the Regional Human Resource Officer, explained that the region has about 355. An extra 300 midwives is needed to meet the region's need. To fill this gap, the region is focusing on giving opportunity to lower level staff such as CHNs and ENs to take up midwifery training courses in the region. He said, the region is also aggressively attracting midwives from other regions. • Another participant wanted to know how security is provided at the CHPS compounds. It was explained that the CHPS compounds have watchmen hired and paid by the communities. • A participant wanted to know how the presents given by mother-to-support group in the DBI are funded. Mr. Bolibie explained that the presents are gotten from the contributions of MTMSG members. • Another participant wanted to know the role that is now being assigned to TBAs against the backdrop of zero home deliveries in some CHPS zones. The explanation was that they are still considered and are aware that they are still partners in health. They have been re-assigned to be identifying pregnant women and referring them to the facility and it is on that basis that the TBAs now identify and report pregnant women to the health facilities. . • The Owlo CHPS zone was advised to intensify bed preparedness plan. This advice came on the backdrop of the fact that although the CHPS zone is recording zero home delivery, the number of CHO deliveries keeps rising. • On ways to give the case study presentations a natural look, a participant advised the CHOs working in the CHPS zones where the cases have been picked to be given the opportunity to make the presentations. It also forms part of capacity building for the staff. • A participant was of the view that the exact innovation in the Owlo case was not clearly seen. That the presentation of the cases should focus on bringing out the innovations rather than talking generally about successes. In the explanation of Mr. Bolibie, he clarified that the championing home visiting by the MTMSG is a key innovation in that zone. • Another participant also noted that the presentations need to be fine-tuned to ensure that the innovations will come out clearly. In the case of Owlo for instance, the innovative action could be the fact that MTMSG has changed the belief that disclosing ones pregnancy status could lead to loss of the pregnancy. 	<p>Owlo CHPS zone to intensify bed preparedness plan</p> <p>CHOs working in CHPS zones where cases have been picked to be supported to make their presentations themselves</p>

(4) Community Initiative Improves Service Delivery, Wa West District – Ms. Basilia Salia

Ms. Basilia showcased how a delivery room put up by community people improved facility delivery in the Piisie CHPS zone. She underscored the relevance of capacity building CHOs in community engagement for effective community support for CHPS.

(5). Multifaceted Approach to Community Mobilization in Urban Area, Wa Municipal – Mr. Dachaga Oswald

In Oswald's presentation, he demonstrated how conventional approaches to community mobilization in urban areas never worked and went ahead to show the innovative actions employed by the CHO for Dobile CHPS zone. According to him, the action has turned around the deteriorating facility delivery situation of the CHPS zone.

Discussions and comments on presentation by Wa west and Wa Municipal

Discussion of presentations	Key issues to note
<ul style="list-style-type: none"> • A participant was concerned that various stakeholders have been acknowledged to have contributed to improving health in the communities but no mention was made of traditional rulers. He pointed out that the contributions of traditional leaders in shaping the course of health of mothers and children in the community should always be emphasized. • Another participant suggested to the house that all stakeholders involved in CHPS compound construction need to take a second look at the CHPS compound plan, possibly redesign it and make it more spacious for delivery services. • On school-based training of CHOs, it was emphasized that there is the need to consider funding options for that training to guarantee quality and sustainability. • Mr. Randy, the Regional Mental Health Coordinator advised in just the same way that CHPS has been used to improve maternal and child health services in the region, there is the need to also consider using CHPS to improve maternal and child health but should also be used as a vehicle for improving mental health. 	

10. Open forum/contributions from Northern and Upper Region Participants

- Upper East Regional Director of Health Services, Dr. Kofi Issah, urged the UWR not to be complacent because the project has achieved so much in improving maternal and neonatal health in the region. He was emphatic that a lot still remains to be done to avoid a possible relapse of worsening indicators.
- Dr. Issah also urged all to take mental health seriously as it one of the key issues of concern right now.
- On the part of the Northern Region, the representative of the Northern Regional Director of Health Services, Dr. Braimah, he encouraged health workers in the UWR to work and continue to sustain the gains made through the project.
- He further called on JICA to not just leave the UWR and the other two regions of the north but continue to prioritize them for improved health outcomes.

11. Way forward and closing remarks

(1) Mr. Charles Acquah

He reechoed the need to coach CHOs to make the presentations to give it a natural feel; he also urged JICA to have a project termination plan that will help sustain the gains made; urged all to consider sanitation as a key health concern and that it will also be useful to have a database and job aids for the various good practices to make replication easier.

(2) Mr. Masanori Yamazaki

He expressed delight about the participation of political office holders in the forum and that he was also happy that the forum offered opportunity for peer learning among the different regions.

(3) Dr. Winfred Ofofu

He thanked all for active participation and noted that the region is opened to learning to sustain the gains made and also assured that the UWR will take on board the constructive criticism offered at the forum to improve the presentations.

Annex I: Participants list

No	Name	Organization	Position
1	Hon. Alhaji ING. Amin AmiduSulemani	RCC	Regional Minister
2	Mr. Crispin K. Yango	RCC	Economic Planning Officer
3	Mr. AdjayeLaryeaNii	RCC	Economic Planning Officer
4	A. K. Boahene	RCC	Dep. Regional Coordinating Director
5	Y. Ibrahim	RCC	Administrator
6	Dudimah Julius	RCC	Public Relations Officer
7	Mr. Charles Acquah	GHS	Deputy Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED) - Project Director's rep
8	Mr. Isaac Akumah	GHS	Administrator, PPMED
9	Mr. Acquah Stanislaus	Japanese Embassy	Public Relations Officer
10	Mr. Masanori Yamazaki	JICA	Representative (Health)
11	Mr. Enoch OtiAgyekum	JICA	Program Officer
12	Ms. Miki Honmyo	JICA	JOCV
13	Ms. Yuko Nasu	JICA	JOCV
14	Ms. Saori Oki	JICA	JOCV
15	Wahid Yahaya	PRONET	Coordinator
16	KamaldeenIddrisu	PLAN GHANA	Coordinator
17	Vivian Adams Babie	SADA	Regional Coordinator
18	Dr. Braimah Abubakari	Northern Reg.	DDCC
19	Mr. Dubik Moses Akumya	Northern Reg.	CHPS Coordinator
20	Mr. Alhassan Abukari	Northern Reg.	DDHS, North Gonja
21	Mr. Yussif Inusah	Northern Reg.	SDHT In charge
22	Mr. Konmon David	Northern Reg.	CHO
23	Dr. Kofi Issah	Upper East Reg.	RD
24	Ms. Vida Abaseka	Upper East Reg.	Regional CHPS coordinator
25	Ms. MeiriSeidu	Upper East Reg.	DDHS, Nabdram
26	Ms. Rosemond Azure	Upper East Reg.	DDHS, Bongo
27	Ms. Elizabeth Mba	Upper East Reg.	MDHS, Kassena-Nankana
28	Ms. Evelyn Naaso	Upper East Reg.	DDHS, Bawku West
29	Dr. Winfred Ofosu	RHMT	Ag. Regional Director of Health Services (RDHS) - Project Manager
30	Alhaji Abu Yahaya	RHMT	Ag. Chairman regional Health Committee
31	Mr. Anthony Sumah	RHMT	Health Service Administrator
32	Ms Paula Baayel	RHMT	Chief Nursing Officer
33	Ms. Sophia Nyireh	RHMT	Deputy Director of Nursing Services - Public Health
34	Mr. Nicholas Aboya	RHMT	Regional IT Manager
35	Mr. Prosper Tang	RHMT	Acting Regional CHPS Coordinator
36	Mr. Musah Ali	RHMT	Assist. Regional CHPS Coordinator
37	Mr. Kelvin F. Tengekyebe	RHMT	Human Resource Manager
38	Mr. ChrisantusDaari	RHMT	Regional Nutrition Officer
39	Mr. Kullah Anthony	RHMT	Nutrition Officer
40	Mr. Felix Berewono	RHMT	HIV Coordinator
41	Mr. Randy Agbodo	RHMT	Mental Health Coordinator
42	Mr. Ambrose Naawa	RHMT	Health Research Officer
43	Ms. Rosemary Bangzie	RHMT	Principal Community Health Nurse
44	Mr. John Maakpe	RHMT	Health Promotion Officer
45	Mr. Clement Atampugri	RHMT	Regional Accountant

Project for improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the Upper West Region

46	Mr. John Nyarko	RHMT	Regional Internal Auditor
47	Mr. Timothy Banzaasi	RHMT	Regional Transport Manager
48	Mr. Castro Baako	RHMT	Acting Regional Estate Manager
49	Mr. Emmanuel Sanwouk	RHMT	NCD Coordinator
50	Ms. Juliana Baawobr	RHMT	CHPS Unit
51	Mr. Linus Baatiema	RHMT	CHPS Unit
52	Mr. Titus Tagoe	RHMT	RMFP
53	Ms. Elizabeth Dombo	RHMT	RDHS's Secretary
54	Mr. Sunday Atampuri	RHMT	Workshop Manager
55	Mr. Alhaji Sulley Yakah	RHMT	Principal Accountant
56	Mr. Salifu Kwesi	RHMT	Staff
57	Mr. Edward Chebere	DBI	District Coordinating Director (DCD), DA
58	Naa Ben Naazie	DBI	Chief
59	Mr. Joseph Bolibie	DBI	District Director of Health Services (DDHS), DHMT
60	Ms. Alijata Issaka	DBI	CHPS Coordinator, DHMT
61	Mr. Bakupong Babalierekuu	DBI	HIO, DHMT
62	Dong-ber Alfred	DBI	SDHT, DHMT
63	Ms. Paulina Tanzie	DBI	CHO (Presenter of GP from district), DHMT
64	Mr. Clement Kadaaga	DBI	Community Representative
65	Mr. Cletus Seidu Dapilah	Jirapa	DCE, DA
66	Ms. Phoebe Bala	Jirapa	DDHS, DHMT
67	Ms. Rukaya Wumnaya	Jirapa	CHPS Coordinator, DHMT
68	Mr. Harrison William	Jirapa	Health Information Officer, DHMT
69	Mr. Mohammed Omar	Jirapa	CHO, Sigr CHPS, DHMT
70	Mr. Nantaale Marce Ilinus	Jirapa	Community Representative
71	Osman Musah	Jirapa	SDHT Incharge
72	Mr. Bon Kofi Dy-yaka	Lambussie	DCE, DA
73	Mr. Benjamin Owusu Afriyie	Lambussie	DCD, DA
74	Ms. Rebecca Alalbila	Lambussie	DDHS, DHMT
75	Ms. Georgina Vengkumwine	Lambussie	CHPS Coordinator, DHMT
76	Mr. Anthony Saapiir	Lambussie	HIO, DHMT
77	Ms. Christiana Taabazuing	Lambussie	SDHT, DHMT
78	Ms. Sumaya Ibrahim	Lambussie	CHO, DHMT
79	Mr. Gidious Gbelli	Lambussie	Community Representative
80	Mr. Abdul Salam Kadiri	Lawra	DCD, DA
81	Mr. Naa Kaaraib Baanye	Lawra	Chief
82	Dr. Sebastian N. Sandaare	Lawra	DDHS / Medical Director, Lawra Hospital, DHMT
83	Mr. Alexis Kuuridong	Lawra	CHPS Coordinator, DHMT
84	Mr. Stephen Nimiirkpe	Lawra	HIO, DHMT
85	Mr. Signye Chrisantus	Lawra	SDHT, DHMT
86	Ms. Bayor Agnes	Lawra	CHO, DHMT
87	Mr. Nangtege Thomas	Lawra	Community Representative
88	Mr. John Bosco Bomansaa	Nadowli-Kaleo	DCE, DA
89	Ms. Safi Abdulai	Nadowli-Kaleo	Rep. of DCD, DA
90	Nadowli Ganga Naa	Nadowli-Kaleo	Chief
91	Ms. Florence Angsomwine	Nadowli-Kaleo	DDHS, DHMT
92	Mr. Ernest B. Siepele	Nadowli-Kaleo	CHPS Coordinator, DHMT
93	Mr. Tembila Emmanuel	Nadowli-Kaleo	HIO, DHMT
94	Mr. Mohammed Muniru	Nadowli-Kaleo	CHO, DHMT
95	Mr. Eric Dakurah	Nadowli-Kaleo	Community Representative
96	Ms. Dagban Alice	Nadowli-Kaleo	SDHT Incharge
97	Mr. Cuthbert Baba Kuupiel	Nandom	DCE, DA
98	Mr. Abdul Karim	Nandom	DCD, DA
99	Naa Paul Poobewere	Nandom	Chief

Project for improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the Upper West Region

100	Ms. Genevieve Yiripare	Nandom	DDHS, DHMT
101	Mr. Edwin Dam	Nandom	CHPS Coordinator
102	Mr. Seidu Baba Sadiq	Nandom	HIO, DHMT
103	Ms. Patience Kpanyaano	Nandom	SDHT, DHMT
104	Mr. Eric Amponsah	Nandom	CHO, DHMT
105	Hon Johnson Juasuglo Sorborh	Sissala East	DCE, DA
106	Mr. Mumuni S. Sumani	Sissala East	DCD, DA
107	Mr Kuoro William Baah	Sissala East	Chief
108	Mr. Alex Bapula	Sissala East	DDHS, DHMT
109	Mr. Forkor Kassim	Sissala East	CHPS Coordinator, DHMT
110	Mr. Robert Mahamudu Juah	Sissala East	SDHT, DHMT
111	Mr. Haruna Bayuo	Sissala East	CHO, DHMT
112	Mr. Awudu Toffic	Sissala East	Community Representative
113	Mr. Cephas Teye	Sissala East	Staff
114	Mr. Bukari Dramani (Hon.)	Sissala West	DCE, DA
115	Mr. Daniel K. M. Okwaisie	Sissala West	DCD, DA
116	Mr. Kuoro Bukari Abudu	Sissala West	Chief
117	Ms. Cecilia Kakariba	Sissala West	DDHS, DHMT
118	Mr. Yakubu Benin	Sissala West	CHPS Coordinator, DHMT
119	Mr. George B. Atanga	Sissala West	HIO, DHMT
120	Mr. Bethrand Dabuoh	Sissala West	SDHT, DHMT
121	Mr. Mivotey Seidu Yakubu	Sissala West	CHO, DHMT
122	Mr. Alhassan Adama	Sissala West	Community Representative
123	Mr. David Anabiga	Wa East	DCE, DA
124	Mr. Yidana Vincent Koligu	Wa East	DCD, DA
125	Naa Seidu Nawalogime-Bulenga	Wa East	Chief
126	Ms. Grace Tanye	Wa East	DDHS, DHMT
127	Ms. Lubabatu Dawuda	Wa East	CHPS Coordinator, DHMT
128	Mr. Mohammed Bukari	Wa East	HIO, DHMT
129	Ms. Veronica Aseyori	Wa East	SDHT, DHMT
130	Ms. Bomansaan Vincencia	Wa East	CHO, DHMT
131	Mr. Seidu Malik	Wa East	Community Representative
132	Mr. Issahaku Nuhu Putiaha	Wa Municipal	DCE, DA
133	Mr. John Adongo	Wa Municipal	Rep. of DCD, DA
134	Naa Daudi Osman	Wa Municipal	Chief
135	Mr. Malik Osman	Wa Municipal	CHPS Coordinator, DHMT
136	Mr. Oswald Dachaga	Wa Municipal	Health Information Officer, DHMT
137	Mr. Cletus Abosum	Wa Municipal	Health Information Officer, DHMT
138	Mrs Mary Tingan	Wa Municipal	SDHT, DHMT
139	Mr. Sylvester Basagnia	Wa Municipal	CHO, DHMT
140	Naa Nuhu Mahama	Wa Municipal	Community Representative
141	Christiana K. Dakurah	Wa Municipal	MPHN
142	Mr. Basiera Saankara	Wa West	DCE, DA
143	Naa Abdulai Seidu	Wa West	Chief
144	Ms. Basilia Salia	Wa West	DDHS, DHMT
145	Mr. Edward K Beyere	Wa West	CHPS Coordinator, DHMT
146	Mr. Kwabena Owusu	Wa West	HIO, DHMT
147	Ms. Gloria Domanaa	Wa West	CHO
148	Mr. Kofi Insah	Wa West	Community member (Piisie)
149	Mr. Bayinang Bindali James	Wa West	SDHT In charge
150	Hajia Nusrat Issah	Regional Hospital	Deputy Director of Nursing Services (Rtd)
151	Dr. Richard Wodah-sume	Hospital	Medical Director, Jirapa Hospital
152	Dr. Robert Amesiya	Hospital	Medical Director, Nandom Hospital

Project for improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS System in the Upper West Region

153	Mr. Abdulai Adnan	Hospital	Rep of Medical Director, Gwollu Hospital
154	Dr. Bukari Zakaria	Hospital	Medical Director, Tumu Hospital
155	Dr. Banabas B. Naa Gandau	Hospital	Medical Director, Regional Hospital
156	Mr. Vincent Tanye	Training School	Principal Jirapa Nurses Training College
157	Ms. Christina Nyewala	Training School	Principal Jirapa CHN Training School
158	Ms. Noella Angala-era	Training School	Principal Jirapa Midwifery Training School
159	Mr. Musah J. Mohammed	Training School	Principal Wa Nurses Training College
160	Mr. Edmund Dianbiir	Training School	Principal Lawra Health Assistant Training School
161	Ms. Victoria Dangoli	Training School	Principal Nandom Midwifery Training School
162	Ms. Ladi Kanton	Training School	Principal Tumu Midwifery Training School
163	Ms. Satoko Ishiga	IC Net	Chief Advisor of the Project / MCH, GHS/JICA Project
164	Ms. Akiko Takamiya	IC Net	Referral, GHS/JICA Project
165	Ms. Hiromi Kawano	IC Net	DA Engagement / Project Coordinator, GHS/JICA Project
166	Mr. Abu Dokuwie Alhassan	IC Net	Local Project Coordinator, GHS/JICA Project
167	Mr. Samuel D. Daguah	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
168	Ms. Salimata M. Alhassan	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
169	Ms. Rhoda N. Zolko-ere	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
170	Mr. Sharifdeen Amadu	IC Net	Project Coordinator Assistant, GHS/JICA Project

Annex II: Agenda

No.	Time	Activity	Person Responsible
1	9:00-9:30	Registration	CHPS Unit/JICA
2	9:55-10:00	Opening Prayer	
3	10:00-10:10	Introduction of Participants	Mr. Anthony Sumah Health Service Administrator-UWR
4	10:10-10:20	Welcome Address by Acting Regional Director (Project Manager)	Dr. Winfred Ofosu Acting Regional Director of Health Service - Project Manager-UWR
5	10:20-10:30	Message by Director of PPMED (Project Director)	Mr. Charles Acquah Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED) - Project Director
6	10:30-10:40	Message by JICA	Mr. Masanori Yamazaki JICA Representative
7	10:40-10:55	Purpose of the Dissemination Forum and Overview of the Project	Dr. Winfred Ofosu Acting Regional Director of Health Service - Project Manager-UWR
8	10:55-11:15	Message by Regional Minister	Hon. Alhaji ING. Amidu Amin Sulemani Regional Minister
9	11:15-11:30	<i>Tea Break (Photo Taking)</i>	
10	11:30-11:50	System Strengthening-related Good Practices (1) : CHO, CHPS and District Assembly engagement	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator UWR
11	11:50-1:20	System Strengthening-related Good Practices (2) : Midwives and Referral ~ Q &A ~	Hajia Nusrata Issah Deputy Director of Nursing Services, (Rtd) - UWR
12	11:20-12:40	Case Study (1) : Mothers Taking the Lead in Improving Maternal and Neonatal Health (MNH): DBI District	Mr. Joseph Bolibie District Director of Health Service (DDHS), DBI-UWR
13	12:40-13:10	Case Study (2) : Men's Support Improves MNH, Jirapa District ~ Q &A ~	Ms. Phoebe Bala DDHS, Jirapa-UWR
14	13:10-14:10	<i>Lunch Break</i>	
15	13:40-14:00	Case Study (3) : Community Initiative Improves Service Delivery, Wa West District	Ms. Basilia Salia DDHS, Wa West-UWR
16	14:10-14:30	Case Study (4) : Multifaceted Approach to Community Mobilization in Urban Area, Wa Municipal ~ Q &A ~	Mr. Oswald Dachaga Health Information Officer Wa Municipal-UWR
17	14:30-15:50	Open Forum	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator UWR
18	15:50-1:55	Way Forward and Closing Remarks	Mr. Charles Acquah Rep. of Director, PPMED - Project Director

MC: Mr.James Donkor

添付資料 18 :

アクラにおける普及フォーラム報告書

アクラにおける普及フォーラム報告書

MINUTES OF DISSEMINATION FORUM IN ACCRA

I. Dissemination Forum in DAY 1

Venue: Accra City Hotel (Novotel)
Date: August 16, 2016
Time: 9:00 – 15:15

The first dissemination forum targeting the Ministry of Health, the Ghana Health Service Headquarters, development partners and other regions, started at about 9:00 with an opening prayer led by Dr. Boakye Boateng. Following this, the Master of Ceremony, Ms. Rebecca Ackwonu then recognized the presence of key personalities including the Minister of Health, the DG of the GHS, Charge d'affaires of the Embassy of Japan, Chief Representative of JICA Ghana Office among others (see annex 2 for list participants). After that, then moved to the business of the day (see annex 1 for agenda of the forum).

1. Welcome Address by Project Director (Dr. Koku Awoonor, Dir. PPMED)

In a very brief address, he recounted the history of the project and said a lot had happened in the UWR through the project and called on all to take the lessons learnt from the region. He ended by thanking all for coming to the forum.

2. Message from JICA (Mr. Koji Makino, Chief Representative, JICA Ghana Office)

He provided the definition of Universal Health Coverage and called for the cooperation of all to achieve Universal Health Coverage in Ghana. He said JICA remains committed to support the government and people of Ghana to make UHC a reality in the country.

3. Message from Director General of GHS (Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira)

Dr. Appiah-Denkyira also recounted the history behind the project. He said the UWR was highly deprived, in that it was the youngest region to be created in Ghana. He said, his work in the UWR exposed him to the many challenges that faced health care delivery in the region. Through DANIDA support then and now JICA he is very impressed with how far the region has income in improving health in the UWR. He expressed appreciation to JICA and the people of UWR for great show of commitment. He pointed out some of the great interventions in the UWR including CETS that have been instituted at the community and are contributing to improved health indicators. He implored all, to take the good practices and lessons learnt seriously for improved health service delivery in other areas, in that the UWR case is one worth emulating.

4. Message from Ambassador (represented by Mr. Shigeru Umetsu, Charge d'affaires, Embassy of Japan)

He expressed gratitude for the great work done by all stakeholders involved in the project. He stressed that the Government of Japan is committed to improving its health sector support to government and people of Ghana. He called on all stakeholders to put their hands on deck to improve health care delivery in the country.

5. Message by Minister of Health (Hon. Alex Segbefia, Minister of Health)

Hon. Segbefia expressed gratitude to JICA for their enormous support and also thanked all concerned for their contribution to the success of the project. He said it is in recognition of JICA's role in CHPS implementation in the country that informed the launch of the new CHPS policy in the UWR at a location where one of the several CHPS compounds constructed by JICA is found. He reiterated government's commitment to improving universal access to health coverage using the CHPS concept and that the ministry is prepared in any way to support any initiatives aimed enhancing CHPS and improving health in the country.

6. Overview of the Project and Introduction to the Good Practices on System Strengthening (Dr. Winfred Ofose, Ag. RDHS for UWR)

Dr. Ofose took time to share purpose of the forum. He further explained the operational structure of the project, the institutions and people involved. He also highlighted the achievements made in relation to the target set for the project. On the purpose of the forum, the forum was meant to share good practices which have been developed and implemented in the Upper West Region through the project, share lessons learned and recommendations for adoption of good practices by the MoH, GHS HQ, development partners and other regions and finally to provide an opportunity for the exchange of experiences and opinions among national level, development partners and the regions.

He mentioned that JICA technical cooperation project in the UWR spanned 2006 to 2010 and was focused on building the foundation to scale up CHPS implementation with support comprising capacity building, development of FVS monitoring systems community mobilisation (planning), equipment distribution among others. In this second phase, he said the focus is using CHPS systems to improve MNH service in the region.

On the structure of the project, he said the structure comprises the national level, down to the community level. The interventions targeted all the 11 districts, 67 health centers (SDHT), all CHPS zones, 11 district assemblies, 8 hospitals (referral, MNDA) and the main stakeholders included, RHMT, DHMT, SDHT and CHOs, hospitals, project staff. He also acknowledged the contribution of other partners including UNICEF, UNFPA, Concern Worldwide, Jhpiego, IPAS, Plan Ghana among others.

In the area of project achievements on indicators, he mentioned that, most of the project targets have been achieved except for some indicators which according to observation, maybe attributed to data quality from the data source (DHIMS2). For example, first trimester ANC according to DHIMS2 recorded 57% and delivery by skilled birth attendance recorded 62% which are all behind the target of 60% and 70% respectively. However, these indicators were well achieved according to the project end-line survey. He also observed that coverage of partograph/observation sheet which recorded 82% and 51% respectively as against a target of 90% has also not been achieved. But expressed optimism that systems created will result in all targets set in the future.

7. Presentation of good practices

7.1 Presentation of system strengthening good practices

Five presentations on good practices initiated in the UWR for system strengthening were made.

(1) School Training on CHPS - Mr. Prosper Tang (Ag. Regional CHPS Coordinator, UWR)

He said the UWR has been training CHOs through a standardized in-service CHO fresher training since 2006. The training structure consists of 6 days' theory and 4 days' field practical. This practice

is plagued with several challenges including high training cost of about GHC 2,500 per trainee, high attrition of CHO, limited number of trainees per batch resulting in delays in building competencies of staff working in CHPS zones, and absence of a well-structured practical orientation in CHPS zones.

These reasons informed a shift in the training approach from in-service to pre-service as a test of concept. He said the project tested this training approach successfully at 1 NAP school 2 NAC schools. The results were included heavy cost reduction, high numbers trained as CHOs, skills and exposure to CHPS activities is enhanced because of longer fieldwork orientation with practicing CHOs and quality of CHO is critically assessed through a well-structured fieldwork evaluation tool.

He added that several lessons have been learnt. They include among others strong commitment of the school principals and tutors, collaboration and mutual support between districts and schools, consensus building and that stakeholder buy-in is crucial in order for this approach to succeed.

As next steps, he said there is need to scale up training approach to Midwifery Training schools in the UWR. There is also the need for continuous implementation of training approach to help improve and standardize the approach and also support for the procurement of training materials with the collaboration of Nursing and Midwifery Council of Ghana (NMCG) is essential.

(2) Safe Motherhood Training at District with Midwife Award - Hajia Nusrata Issah (Rtd DDNS, UWR)

As a background she said the need for regular in-service training for midwives cannot be over emphasized, because midwifery is dynamic hence the need for continuous capacity building. The region relied on the conventional SM training that was mainly donor funded. There was no training plan to cover all midwives for continuous learning. Some of the challenges confronting this approach are; it is expensive and not sustainable, it takes midwives away from providing services for 2 weeks and intensive training with little impact on changes in actual practices. It was therefore necessary to develop a sustainable approach. Consequently, a district hospital based training with district's own funding, under the motto 'Midwives Think and Act' to develop analytical capacity was developed. Among other things, she said the training focuses on helping midwives to develop analytical skills in case management to improve quality of services. The training program consists of 10 learning days and two clinical days over a 10-week period so that the midwives have time to fully absorb the content and reinforce their learning through homework.

She said the results have been good. It reduced the training cost with the same effectiveness as the previous approach, strengthened interaction between Midwives of health centres and hospital staff and improvements in the environment and services of the hospitals through the pre-assessment of training at the venue.

Regarding regional midwives award, she said Midwives in the region are dedicated to providing quality of care to every client, every time. But the prevailing apathy among the midwives that "nobody cares about what I do here" after working long hours, with scarce resource, unfavorable working condition and as the only midwife in most cases serves is a disincentive to many of them. The award was therefore instituted to recognize midwives who provide outstanding services beyond the normal scope of their job.

The result has been that the visits to the awardees' facilities by other midwives provided a good peer review opportunity and peer review also motivated others and gave birth to the 'model health center in each district' idea.

Some of the useful lessons learnt have been that, not only has it created positive/healthy competition among midwives but has also facilitated the easy deployment of midwives to rural areas.

(3) Development of CHPS database and data management system - Mr. Oswald Dachaga (Wa Municipal HIO, UWR)

By way of a background, he said CHPS implementation in UWR is improving. However, lack or inaccurate CHPS data was a problem. The non-existence of a standardized CHPS database and data collection system meant that CHPS related data was not updated, inaccurate and inconsistent thereby affecting effective resource allocation and training planning. This situation necessitated the urgent need to develop a comprehensive CHPS database, data collection system and capacity building for District CHPS coordinators and Health Information Officers.

The results of the implementation of the CHPS database among other things has been that timely updated CHPS data is available in all districts and the Regional CHPS Unit and the Accuracy and consistency of CHPS data has drastically improved.

In terms of lessons learnt, the definition and source of data for CHPS database should be clear; holding a meeting to clarify such is needed, simple database using simple application such as Excel for modification and repair is crucial, avoiding the use of multiple conditions in encoding data and making stakeholders to be familiar with the structure and content is great idea.

(4) Comments and discussion on presentations so far

In the quest of a participant to know if there is a post-training follow-up, it was explained that DDHS, CHPS Coordinators and DPHNs conduct regular follow-up on the activities of trainees. The core team members for the trainings also do periodic follow-up.

Dr. Nyonator of 'valuate for Health' commended the UWR and the project for great job and encouraged the region to develop writing skills to be able to write and publish the good practices. In contributing to this view, Dr. Winfred, Acting RDHS said the RHMT is working seriously in that direction.

Another participant wanted to know the working relationship between the training schools and the RHMT in view of the successful conduct of the pre-service training schools. Here again, Dr. Ofosu responded that the two work as a unit.

Another participant expressed the view that it is important to do these disseminations earlier in the life of a project, in that, some regions have been hungry for some of the interventions taking place in the UWR.

In the light of the fact that there is no standardized home visiting approach and yet the UWR was able to achieve so much, a participant inquired to know if there is any such approach in the UWR. This, the DDHS for Sissala East Mr. Alex Bapula explained that the various trainings especially the community mobilization training received by CHOs empower them well enough to engage communities successfully. Dr. Ofosu in further clarifying the point said, the UWR is working to document and share a standardized home visiting approach.

As a recommendation to the GHS HQ, a participant opined that the GHS HQ to take and share the CHPS database strategy through the national CHPS Coordinator for all other regions to adopt.

Dr. Awoonor in contributing to the discussions said that discussions are on-going to add up community mental health nurses to complement the work of CHOs in CHPS zones. He clarified that

in the current mix of CHN and EN, it is imperative to let the CHN focus on the preventive aspect while the EN concentrates on curative. He also hinted of steps being taken to develop an e-tracker system for CHPS. He concluded that, in his view, peer to peer learning can be used as a strategy to improve CHPS performance.

In the contribution of Dr. Appiah Denkyira, he said the presentation on midwives training can be remodelled into an international best practice. That it can stand the test of time. On the worrying issue of CHO attrition, he informed the UWR that each time they train, they should present the names of the trainees to the GHS HQ and those trainees will be retained there in the region. He lauded the training school-service relationship in the UWR and said that is what the ideal situation is but it is lacking in most cases. He said the strategy now is to strengthen the relationship between service provision and academia using both physical and electronic means. His advice to NMCG is for the council to add the life-course approach to the training package of schools. He concluded by emphasizing the importance of post-training follow-up and declared the UWR as a model region for the scale up good practices.

(5) Facilitative Supervision system - Ms. Florence Angsomwine (DDHS for Nadowli-Kaleo, UWR)

By way of a background, she said as part of activities of the JICA phase one project, “Facilitative Supervision” (FSV) was introduced to ensure the quality of CHPS implementation. FSV is conducted in a supportive manner at all levels through effective coaching, joint problem solving with an established feedback, the supervisors and supervisees develop an action plan to address identified performance gaps and Guidelines. Standardized tools were developed and UWR-RHA successfully adopted this system since 2010. The challenge with this system was that supervisory tool was focused only on CHPS and no forum was created to share results and discuss challenges identified.

To ameliorate this situation, action was taken to improve the scope of monitoring tools to cover five key areas of service delivery and also establish a forum for FSV review and feedback. The results of this action have been improvement in quality of health services, problem-solving capacity and data management at the facility level.

According to her, some lessons have been learnt, some of which are that the standardized guidelines and tools enhance FSV implementation and review meeting at all levels (RHA, DHA/Hospitals & SD); FSV provides opportunity to identify and solve problems (joint problem solving) and also bridges the gap between supervisor and supervisee; FSV across the various levels promotes positive competition and motivates staff and the FSV Database provides relevant information for decision making.

(6) District Assembly Engagement - Mr. Crispin K. Yango (Economic Planning Officer, RCC-UWR)

He said previously DAs’ support for health focused on the construction of CHPS compounds, support for health trainees and mandated areas such as HIV/AIDS and malaria campaigns thus excluding other key health priority areas. Similarly, there was no any strong supporting mechanism due to poor coordination with DHMTs. To address this, the project worked to establish the DA/RCC engagement platform.

According to him, the initiative has resulted in more support to health from the DAs. For example, Sissala East DA provided essential materials such as cement for the construction of 4-Unit pavilions for antenatal & child welfare services (community initiative) at Kulfoo, Chinchang, Bugubelle &

Pieng whiles the Wa East DA also constructed a CHPS compound by adopting the JICA Grant Aid compound design, which is more durable, friendly to clients and comfortable to staff.

7.1 Community engagement and Community Health Action Plans; the experience of Saawie CHPS - Ms. Phoebe Bala (DDHS, Jirapa, UWR)

She explained that Community Health Action Plans (CHAP) are plans developed by community members in a participatory manner with the facilitation of the CHO to solve common problems which hinder the health of community members or the operation of CHPS. She explained the implementation process, the tools including PLA that are usually used. She ended by showing some of the outcomes of CHAP including establishment of Community Emergency Transport System (CETS).

8. Other presentations

8.1 Materials developed by the project - Ms. Satoko Ishiga (Chief Advisor)

She showed the list of materials developed by the project categorized into training materials, manuals and database, and registers and formats. For training, some of the materials are CHO fresher training materials, NAP and NAC training materials, FSV training material, Community mobilization training material, and CHO refresher training on ANC / Deliveries/PNC among others. On manuals and database, some of the materials are facilitative supervision database, DA monitoring checklist and the CHPS database. For registers and formats, she said FSV tools, referral register and PNC stamp. Delivery register and DA monitoring report format are some of the materials developed. She referred participants to <http://www.jica.go.jp/project/ghana/006/materials/index.html> where the materials are available for download.

8.2 National CHPS Agenda - Dr. Koku Awoonor (Dir. PPMED of GHS)

Dr Awoonor took the house through the revised CHPS policy. His presentation covered the definition, the components of CHPS implementation and the aims & general principles. He also shared the policy directives including duty of care and minimum package of services, human resource for CHPS, infrastructure and equipment for CHPS, financing as well as supervision, monitoring and evaluation. As next steps, he said among other things that the CHPS webpage is www.ghanahealthservice.org or <http://www.ghanahealthservice.org/chps>. The GHS is also working to re-vamp the National CHPS Secretariat.

9. Comments

A participant requested Dr. Awoonor to throw more light on the issue of YEA (Youth Employment Agency) volunteers. Dr. Awoonor explained that those recruited are supposed to be volunteers except that they will be receiving some remuneration. He added that DDHS are expected to play a key role in the assessment of applicants before they get recruited. But he assured that even is DDHS are unable to make their contribution in the recruitment process, it should not be a worry. The payment of the recruits will depend on the recommendations of the DDHS and so their influence on who is engaged is great.

10. Closing message and way forward - Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira (DG, GHS, Accra)

He said the GHS will standardize all CHPS documents and share. He stressed that health care service providers at all levels should be working together as health care provision is team work. He thanked all participants for their active participation.

Alhaji Abu Yahaya, the Acting Chairman of the UWR Health Committee expressed gratitude to JICA for the investment in the region. He said the people of the region are greatly impressed with JICA's support. He also assured the support of the people of the UWR will be continued to ensure sustainability.

Annex 1: Agenda of the forum (Day 1)

Venue: **Accra City Hotel (Novotel)**
Date: **August 16, 2016**
Time: **9:00- 15:15**

No.	Time	Activity	Person Responsible
1	9:00-9:30	Registration	CHPS Unit/JICA
2	9:30-9:35	Opening Prayer	
3	9:35-9:45	Introduction of Participants	
4	9:45-9:50	Welcome Address by Project Director	Dr. Koku Awoonor Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division(PPMED) - GHS
5	9:50-9:55	Message from JICA	Mr. Koji Makino Chief Representative, JICA Ghana Office
6	9:55-10:00	Message by Director-General of GHS	Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira Director-General, GHS
7	10:00-10:05	Message by Ambassador	Mr. Shigeru Umetsu Charge d'affaires, Embassy of Japan
8	10:05-10:10	Message by Minister of Health	Hon. AlexSegbefia Minister of Health
9	10:10-10:40	<i>Tea Break (Photo Taking)</i>	
10	10:40-11:05	Overview of the Project and Introduction to the Good Practices on System Strengthening	Dr. Winfred Ofosu Acting Regional Director of Health Service - Project Manager-UWR
11	11:05-11:25	Good Practice (1) : School Training on CHPS	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator-UWR
12	11:25-11:45	Good Practice (2) : Safe Motherhood Training at District with Midwife Award	HajiaNusrataIssah Deputy Director Nursing Services, (Rtd)-UWR Mr. Ambrose Naawa Health Research Officer-UWR
13	11:45-12:05	Good Practice (3) CHPS Database	Mr. Oswald Dachaga Health Information Officer, Wa Municipal-
14	12:05-12:15	~ Q&A ~	All
15	12:15-12:35	Good Practice (4) Facilitative Supervision	Ms. Florence Angsomwine District Director of Health Service (DDHS), Nadowli-UWR
16	12:35-12: 55	Good Practice (5) District Assembly Engagement	Mr. Crispin K. Yango Economic Planning Officer, RCC-UWR
17	12:55-13:10	Materials Developed by the Project	Ms. Satoko Ishiga, Chief Advisor, Project Team
18	13:10-13:40	~ Q&A ~, Discussions	All
19	13:40-14:40	<i>Lunch Break</i>	
20	14:40-15:00	New National CHPS Agenda	Dr. Koku Awoonor Director of PPMED -GHS, Project Director
21	15:00-15:10	Way Forward and Closing Remarks	Dr. Koku Awoonor Director of PPMED - GHS, Project Director
22	15:10-15:15	Closing Prayer	

MC: Madame Rebecca Ackwonu: Public Relations Officer, GHS

Annex 2: Participants of the forum (Day 1)

No	Name	Organization/Region	Position
1	Hon. Alex Segbefia	MoH	Minister of Health
2	Mr. Banabas K. Yeboah	MoH	Monitoring and Evaluation Officer, Supporting Chief Director's Office
3	Mr. Joe Dodoo	MoH	Deputy Head, Policy
4	Mr. Shigeru Umetsu	Embassy of Japan	Charge d'affaires
5	Ms. Etsuko Ito	Embassy of Japan	Coordinator for Economic Cooperation
6	Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira	GHS	Director General
7	Dr. Koku Awoonor	GHS	Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED) - Project Director
8	Dr. Patrick Aboagye	GHS	Director, Family Health Division
10	Dr. Dinah Baah-Odoom	GHS	Director, Institutional Care Division
11	Mr. Charles Acquah	GHS	Deputy Director, PPMED
12	Mr. Isaac Akumah	GHS	Administrator, PPMED
13	Mr. Stephen Duku	MOH	National CHPS Coordinator
14	Dr. Boateng Boakye	GHS	Specialist
15	Ms. Rebecca Ackwonu	GHS	Public Relations Officer
16	Dr. D. K. Boateng	GHS	PH. PHY. PPMED
17	Esther Fynn Bannor	GHS	Public Relations Officer
18	Mr. Koji Makino	JICA	Chief Representative
19	Mr. Tsunenori Aoki	JICA	Community Health Policy Advisor, GHS
20	Ms. Itsuko Shirofani	JICA	Project Formulation Advisor
21	Mr. Masanori Yamazaki	JICA	Representative (Health)
22	Mr. Tomoki Mami	JICA	Staff
23	Mr. Zacchi Sabogu	Jhpiego	Technical Advisor,
24	Ms. Karen Caldwell	Jhpiego	Country Director,
25	Dr. Frank. Nyonator	Evaluate for Health	Representative
26	Dr. Erasmus Agongo	Consultant	Ex -Director of PPMED
27	Ms. Agnes Oppong-Baah	NMCG	Registrar
28	Mr. Titus Sory	NHIA	Deputy Director, PPD
29	Dr. Stephen Anyonu	Central Reg.	Regional Director
30	Dr. Opoku Fofie	Central Reg.	CHPS Coordinator
31	Ms. Doris Ahelegbe	Central Reg.	Ajumako Esiam
32	Ms. Patricia Antwi	Central Reg.	Awutu Senya
33	Emerison Arhia	Central Reg.	Efutu
34	Dr. Charity Sarpong	Eastern Reg.	Regional Director
35	Ms. Mary Boadu	Eastern Reg.	CHPS Coordinator
36	Mr. Atuahene Asyeman	Eastern Reg.	DDHS, Atiwa
37	Mr. Fredick K. Ofosu	Eastern Reg.	DDHS, Kwahu East
38	Mr. Dubik Daniel Dindiok	Northern Reg.	CHPS Coordinator
39	Mr. Tibilla Moses	Northern Reg.	DDHS
40	Ms. Joan A. Quarcoo	Northern Reg.	DDHS
41	Dr. John Abenyeri	Northern Reg.	DDHS
42	Dr. Kofi Issah	Upper East Reg.	Regional Director
43	Mr. Philip Addo-Aboagye	Upper East Reg.	CHPS Coordinator
44	Mr. Yeleduor Hypolite	Upper East Reg.	DDHS
45	Ms. Rosemon Azure	Upper East Reg.	DDHS
46	Ms. Evelyn D. Naaso	Upper East Reg.	DDHS
47	Dr. Boateng Laud	Volta Reg.	DDHS, Nkwanta North

Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS
System in the Upper West Region

48	Mr. Crispin K. Yango	Upper West Reg.	Economic Planning Officer, RCC
49	Hon. Issahaku Nuhu Putiaha	Upper West Reg.	Municipal Chief Executive, Wa Municipal
50	Dr. Winfred Ofosu	Upper West Reg.	Ag. Regional Director of Health Services (RDHS), RHMT - Project Manager
51	Mr. Theophilus Owusu Ansah	Upper West Reg.	Deputy Director of Clinical Care, RHMT
52	Alhaji Abu Yahaya	Upper West Reg.	Chairman, Regional Health Committee, RHMT
53	Mr. Al-hasan Seidu Balure	Upper West Reg.	Health Information Officer, RHMT
54	Mr. Prosper Tang	Upper West Reg.	Acting Regional CHPS Coordinator, RHMT
55	Mr. Musah Ali	Upper West Reg.	Assist. Regional CHPS Coordinator, RHMT
56	Ms. Sophia Nyireh	Upper West Reg.	Deputy Director of Nursing Services - Public Health, RHMT
57	Mr. Ambrose Naawa	Upper West Reg.	Health Research Officer, RHMT
58	Mr. John Maakpe	Upper West Reg.	Health Promotion Officer, RHMT
59	Mr. Linus Baatiema	Upper West Reg.	CHPS Unit member, RHMT
60	Ms. Phoebe Bala	Upper West Reg.	DDHS, Jirapa DHMT
61	Ms. Rebecca Alalbila	Upper West Reg.	DDHS, Lambussie DHMT
62	Dr. Sebastian N. Sandaare	Upper West Reg.	DDHS, Lawra DHMT
63	Ms. Genevieve Yiripare	Upper West Reg.	DDHS, Nandom DHMT
64	Mr. Joseph Bolibie	Upper West Reg.	DDHS, DBI DHMT
65	Ms. Florence Angsomwine	Upper West Reg.	DDHS, Nadowli DHMT
66	Mr. Alex Bapula	Upper West Reg.	DDHS, Sissala East DHMT
67	Ms. Cecilia Kakariba	Upper West Reg.	DDHS, Sissala West DHMT
68	Ms. Grace Tanye	Upper West Reg.	DDHS, Wa East DHMT
69	Ms. Basilia Salia	Upper West Reg.	DDHS, Wa West DHMT
70	Mr. Oswald Dachaga	Upper West Reg.	Health Information Officer, Wa Municipal DHMT
71	Ms. Paulina Tanzie	Upper West Reg.	CHO, Owlo CHPS in DBI
72	Mr. Mohamed Omar	Upper West Reg.	CHO, Sigri CHPS in Jirapa
73	Ms. Gloria Domanang	Upper West Reg.	CHO, Piisie CHPS in Wa West
74	Mr. Basegnia Sylvester	Upper West Reg.	CHO, Dobile CHPS in Wa Municipal
75	Hajia Nusrata Issah	Upper West Reg.	Deputy Director of Nursing Services (Rtd), Regional Hospital
76	Dr. Banabas B. Naa Gandau	Upper West Reg.	Medical Director, Regional Hospital
77	Mr. Anthony Sumah	Upper West Reg.	Administrator, Tumu Hospital
78	Ms. Christina Nyewala	Upper West Reg.	Principal, Jirapa NAP Training School
79	Ms. Noella Anglaa-ere	Upper West Reg.	Principal, Jirapa Midwifery Training School
80	Mr. George Segnitome	Upper West Reg.	Principal, Wa NAC Training College
81	Mr. Edmund Dianbiir	Upper West Reg.	Principal, Lawra NAC Training School
82	Ms. Victoria Dangori	Upper West Reg.	Principal, Nandom Midwifery Training School
83	Ms. Ladi Kanton	Upper West Reg.	Principal, Tumu Midwifery Training School
84	Mr. Vincent K. Tanye	Upper West Reg.	Principal, Jirapa Nurses Training College
85	Ms. Satoko Ishiga	IC Net	Chief Advisor of the Project / MCH,
86	Ms. Akiko Takamiya	IC Net	Referral
87	Ms. Hiromi Kawano	IC Net	DA Engagement / Project Coordinator,
88	Mr. Abu Dokuwie Alhassan	IC Net	Local Project Coordinator,
89	Mr. Samuel D. Daguah	IC Net	Junior Local Coordinator,
90	Ms. Salimata M. Alhassan	IC Net	Junior Local Coordinator
91	Ms. Rhoda N. Zolko-ere	IC Net	Junior Local Coordinator
92	Mr. Sharifdeen Amadu	IC Net	Project Coordinator Assistant,

II. Dissemination Forum in DAY 2

Venue: Accra City Hotel (Novotel)
Date: August 17, 2016
Time: 9:00 – 14:00

The second dissemination forum for regional stakeholders started at about 9:30am with an opening prayer by Dr. Boakye Boateng. This was followed by the pronouncement of members present for the forum which included the regional representations among others (see annex 4). Ms. Rebecca Ackwonu (Master of ceremony) announce a modification in the agenda since some of the key presenters had delayed (see annex 3)

1. Project Director opening remarks (Dr. Koku Awoonor, Dir. PPMED)

He was particular about the agenda for the day 2 dissemination, in that, he requested the participants consent to only look at key issues in the presentations for discussion since most of the same information was delivered in the day 1 forum. The house unanimously agreed to his concern and the presentations continued.

2. Purpose/overview of the Project (Dr. Winfred Ofosu, Ag. RDHS)

The acting Regional Director of Health Service (Dr. Winfred Ofosu) presented the purpose of the dissemination forum outlining the overview of the project from its inception. Among other information he shared were to share good practices which have been developed and implemented in the Upper West Region through the project, share lessons learned and recommendations for adopting of good practices and to provide the opportunity to exchange experiences and opinions among national level, development partners and other regions.

He also acknowledged the contributions of Dr. Agongo who was the Project Director since the beginning of the project, Dr Alexis who continued from the second phase of the project, Dr. Kofi Issah, the Deputy Director Public Health. He added that, these persons even after they left, had organised study tours from their current post to under study the implementation of the project.

He mentioned that the project started in two phases. The first phase focused on building the foundation to scale up CHPS implementation, which was conducted from 2006 to 2010 with support comprising capacity building, development of FVS monitoring systems community mobilisation (planning), equipment distribution among others. The achievements of the first phase resulted in the second phase to consolidate the gains and was dubbed ‘Project for improvement of Maternal and Neonatal Health Services, utilising CHPS System in the Upper West Region’.

He also added that the project structure comprised the national level, down to the community level. The interventions targeted all the 11 districts, 67 health centres (SDHT), all CHPS zones, 11 district assemblies, 8 hospitals (referral, MNDA) and the main stakeholders included, RHMT, DHMT, SDHT and CHOs, hospitals, project staff. He also acknowledged other partners such as UNICEF, UNFPA, Concern Worldwide, Jhpiego, IPAS, Plan GH among others, including MAF and GoG.

In respect to the achievements of the project on health indicators, he mentioned that, most of the project targets have been achieved except for some indicators which according to observation, maybe attributed to data quality from the data source (DHIMS 2). For 1st ANC (within 1st trimester) according to DHIMS 2 recorded 57% and delivery by skilled birth attendance recorded 62% which are all behind the target of 60% and 70% respectively. However, these indicators were all achieved

according to the project end-line survey. The other indicator behind the target was coverage of partograph/observation sheet which recorded 82% and 51% respectively as against 90% targeted.

3. Other Remarks

(1) Message by Dr. Agongo, ex Director of PPMED

He expressed his delight to be invited to the forum and was happy for how far the project has come and therefore congratulated everybody for their effort in this regards. He however shared some principles from being the Project Director by stating that,

- policy is only an intend, if not implemented, and that good policies can only be effective if they are adequately implemented
- policy resources should be spent on polity development (10% on the formulation and 90% on the implementation of the policy)

He added that, implantation rely on district and regional leadership. He entreated them to identify critical areas of concern and link donors to allocate their resources to these areas where there needed.

(2) Message by Dr. Kofi Issah, Regional Director of Upper East Region

He was also appreciative of the invitation to the forum. He proposed a minute silence in memory of the former Regional Director of Health Service of the UWR, the late Dr. Abudulai A Forgor who passed in 2015. He was however, concerned about the implantation of project interventions. He also encouraged the development of researchers at the base level to develop capacity to collect and conduct research of frontline workers.

4. Presentation of Good Practices

4.1 Snap shot of Introduction of Project Intervention– Mr Oswald Dachaga (MHIO)

He gave a summary of the Project Interventions which were presented during Day 1. He noted that the project had employed several strategies that were meant to improve the system. Some of the interventions the project made which facilitated these achievements includes:

- incorporation of CHPS training into Pre~service training in health training institutions
- district-based midwives' continuous education and regional midwives award
- development of CHPS database and data management system
- improvement of FVS systems
- district assembly engagement
- community engagement-community health action plan

4.2 Presentation of Good Practices which are initiated in districts

Two district directors and two CHOs presented good practices which are initiated in the communities in their districts.

(1) Men's support improves MNH, Jirapa District – Ms Phoebe Baba (DDHS, Jirapa)

She acknowledged that, since 1994 in Cairo, the international conference on population development has emphasised the involvement of males in maternal and child health services. She said males play a crucial role in the safety of their female partners and in many patriarchal families, they are the decision makers. Hence, the participation of males was a challenge in Sigrì CHPS and was highly recommended as one of the interventions to improve the stagnating MCH indicators.

With a male dominant zone of about 1,611 male population, 402 households and 7 communities, analysis of routine data revealed poor performance in:

- 1st trimester ANC Registration
- Skilled delivery
- Postnatal Services
- Community participation

The communities organised meeting and community wide durbars using problem solving tools such as the Participatory learning and action (PLA) tool and Pair-wise raking.

Male involvement was identified as a priority. The community members set a target of 10% male involvement in MCH. The installed a register to monitor monthly the involvement of males.

The outcome of the intervention revealed that, the number of male participation in MCH increased tremendously and the 10% target achieved in three months, the percentage of 1st Trimester ANC, skilled deliver increased and home deliveries reduced to 0%.

Other activities taking up by the communities include construction of a delivery room and the DCE supported the initiatives by donating cement to the community.

The lessons learnt included capacity building on community mobilisation by JICA led to the effective mobilisation and participation of the community members, understanding and dialoguing with community members facilitates the modification of some cultural practices affective health service delivery

(2) Community initiative improves service delivery – Gloria Domanaaa (CHO)

She shared an experience about a security man who witness the terrible situation of an emergency delivery at the CHPS compound leading to an organised meeting with CHMC members resulting to the construction of a building for emergency deliveries.

There was no space for emergency delivery at the CHPS compound. To improve the situation, Community Health Management Committee organized a community durbar and decided to build an emergency delivery room. The community contributed money and materials for the construction. The room was constructed through communal labour.

As a result of home deliveries reduced as health facility deliveries increase in the community. It was noted that, community authority involvement was crucial to health development through strengthening community health management committees

(3) Multifaceted approach to community mobilization in urban area, Wa Municipal – Sylvester Basegnia (CHO)

he mentioned that, the Dobile CHPS zone was an urban CHPS zone within the municipality. As most CHPS comprised of rural communities, the Dobile CHPS zone was heterogeneous with an undefined community leadership and the notion that CHPS is for Rural communities coupled with the challenge of poor attendance at meetings and durbars made community participation in CHPS activities very low.

As a result, community members were not well informed about MNH issues, resulting in low coverage of 1st Trimester registration for Antenatal Care (ANC) and a high proportion of Home Deliveries

To improve community participation, thus paving the way for better MNH service indicators in the zone, unconventional approaches such as visiting sectional leaders in turns, using social groups, social and religious events and radio broadcasting, radio broadcasting, collaborating with traditional birth attendants, coupled with experience sharing among CHOs as inter CHPS study tours

Results revealed an increase in the number of clients receiving 1st trimester ANC and skilled delivery with reduced home delivery. He added there has been massive improvement community involvement in health related activities. Other results included the establishment of community emergency transport system, mother to mother support groups and home visit schedules with working mothers.

Lessons learnt as he identified included the opportunity of utilising established groups within the community such as social groups, religious groups etc. and also the use of inter and external exchange of CHOs to share approaches to community involvement.

(4) Mothers taking the lead in improving maternal and neonatal health (MNH), DBI District – Mr Joseph Bolibie (DDHS DBI)

He stated that, the community members had a perception/belief that, a pregnant woman may lose her pregnancy if other people go to know about it during the early states, hence resulted too low 1st Trimester antenatal care coverage and a very high home delivery. Therefore, the CHO focused on strengthening the community women's group to improve the situation. She used mother to mother support groups and reactivated existing but dormant groups within the zone.

The group members took a leading role to sensitize and educate the other women on Maternal and Neonatal Health (MNH) issues by using a flipchart to let them understand easily. Some group members became peer 'educators'.

This intervention along with other activities contributed to an increased attendance to ANC and skilled delivery service. Also it increased awareness and self-confidence of women so that they may become leaders in improving their own health.

As a result of this this intervention, the number of home deliveries reduced to 0, and skilled deliveries increased. The percentage of women registered within the first trimester ANC has increased from 29% in 2012 to 65% in 2015.

He added that, the lessons learnt included identifying effective community group and working with them. Also using visual such as the flip chart to educate women in the community and information sharing with other CHPS zones was vital to this success.

5. Comments and discussions

Representatives of other regions expressed their expectations.

(1) Upper East Region -Ms Rosemond Azure

She expressed their happiness for being part of the forum and mentioned that, they have been privileged to organise a study tour to the upper west region to witness the extend of activities carried out. She alluded to the fact that, all the information and good practices are true. She added that, they have adopted some of the good practices (community participation) and implemented in the region and however have started producing results.

(2) Central Region- Ms Doris Ahelegbe

She also appreciated the invitation to be part of the forum. She added that as a region they have been working as they have presented, however she highlighted on the need for commitment and good leadership for success. She added that, community mobilization was very relevant since that was their main challenge. She is optimistic that the regional director and CHPS coordinator and the team of staff, will work hard to replicate some of the practices in their region.

(3) Northern Region- Mr.Dubik Daniel Dindiok

He noted the success the upper west region has chalked for the past years and that they have been privileged to have been part of the forum. He mentioned they have taken note of the practices shared and intend to adopt some of them especially the engagement with principals of schools. He added that, as the Northern region patiently await the next project, they would need a very strong strategy by considering the number of districts to start with since they have 26 wide spread districts. It is their intent that if at the end they cannot share more as the upper west has shared, they should be able to share something wealth the same as they have shared.

(4) Volta Region- Beateng Lard

He noted that CHPS actually started in Nkwanta and many people use to visit there to learn the concept. They intend to organise a study tour to both Upper East and West.

(5) Eastern Region- Augustine Lartey

Have organised a study tour in 2011 to the upper west region, however they intend to organise another refresher CHPS tour as they have new directors in the region. Going forward as a region, they intend to make all the CHPS zone functional by 2016. They have also intended to intensify community emergency transport systems and also build strong CHPS teams at the regional level and also build the capacity of CHMC to all the districts. She appealed the partners to consider the eastern region as well, in order to support them tackle the high rate of maternal deaths in the region.

(6) Principal, Nurse Assistant Clinical Training School, Wa, Upper West- Mr George Segnitome

He spoke on behalf of the schools on the perspective of the pre-service training for the schools. He added that, to ensure that the CHPS is incorporated successfully, it was relevant to find a space to include in the curriculum of the nursing assistant clinical since it was a bit challenging and also to ensure the trainees will have equal practicum as their colleagues would have. The other challenge he mentioned was concerned with accommodating the trainees during the practicum period. He therefore entreated all to under study the situation and propose strategies to address this challenge.

(7) Wa Regional Hospital, Upper west- Dr. Barnabas Gandau

He mentioned that the results were attributed to the sense of ownership that has been displayed from the presentations made. He added that, the CHPS concept was adequate because it could reach the remotest of areas to provide quality and good health services to the door steps of the people.

(8) JICA Ghana Office-Mr. Masanori Yamazaki

He wanted to know the kind of support provided by the DHMT to the CHPS level to promote their activities and also what kind of support was received by the CHPS level from the DHMT or DHA

Omar Mohammed (CHO) responded that, the DHMT to the CHO, is supported by monthly supervision and monitoring. He added that, some logistics were also relevant to support activities such as fuel, registers (CWC registers) and other note books to facilitate documentation

Ms. Bala added that, the activities of the CHOs are actually preventives not curative therefore did not generate fund. She added that, the challenge was with register as some facilities rely on their own initiative to collected data. She entreated that if nation intend to start an initiative such as constant supply of register to support the facilities to properly document.

Dr. Boakye noted that, it was very important that there is harmonising of activities starting from the base level to the national level. Also he was concerned with funding such as the production of register and other documents as already mentioned. He said as fund continue to come, all necessary provisions will be made in that effect. He was also concerned that good practices should be shared as at when they are initiated for other places to emulate and entreated all other regions to adopt the CHPS database system to capture adequate information of their CHPS implementation. He also encouraged the coaching and mentoring of younger staff

It was also noted that, there was the need to include the TBAs in the maternal and neonatal health related issues. Once these were the base line service providers it was important to acknowledge them and collaborate with them to influence the performance of maternal and reproductive health by training them to accompany the clients the health facilities.

6. Message form JICA (Mr. Norihito Yonebayashi)

He remarked that, health is a human right as stated by World Health Organisation (WHO). Health is an important factor to the development of the country, therefore strong leadership, research, gender, mobilisation, education, utilising social and religious events can be started even though other regions have not assessed JICA support. He appealed to the Ministry of Health and Education to provide adequate education of health as a right through the provision of funds as an obligation to the country. He encouraged those in attendance to convey the lessons learnt to their colleagues, region. He was much impressed by the generosity and hospitality of the Ghanaian people.

7. Director, PPMED remarks (Dr Awoonor)

He commended all the presenters for the information sharing on the good practices. He acknowledged the importance of publicising the good practices such as on a website and also mentioned that, funds have been allocated to support such intentions. He also did mention that, it was important to spread the good practices from the grassroots and scale up to the regional and national level for the impact to be realised. He concluded that, it was important they included the numbers when presenting the impact of a situation in order to be able to adequately comprehend the extend and degree of change.

8. Way forward and closing remarks (Dr. Winfred Ofofu)

He presented an apology from the Director General, GHS, for her inability to participate in the forum. He acknowledged the presence of every individual for turning up to the invitation especially the Das fully representing from the region. He also recommended the efforts of the CHOs in the region and assured them that the necessary support will be given them to promote the work. he stated that, the good practices mentioned are spread across the districts of the upper west region and you would find one practice and another. However, looking forward was the starting of intra district study tours and inter regional study tours to learn and share ideas to improve the systems. He assured JICA that, there have installed strategies to sustain the interventions that have been left and that they will continue from where they have left. He thanked everybody for their time and participation.

Annex 3: Agenda of the forum (Day 2)

GHS/JICA Project Dissemination Forum (2nd day)

Venue: **Accra City Hotel (Novotel)**

Date: **August 17, 2016**

Time: **9:00 - 14:00**

No.	Time	Activity	Person Responsible
1	9:00-9:30	Registration	CHPS Unit/JICA
2	9:30-9:35	Opening Prayer	
3	9:35-9:45	Introduction of Participants	To be selected by PPMED
4	9:45-9:50	Welcome Address / Opening Remarks by Project Director	Dr. Koku Awoonor Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division (PPMED)-GHS, Project Director
5	9:50-9:55	Message from Director-General of GHS	Dr. Ebenezer Appiah-Denkyira Director-General, GHS
6	9:55-10:20	<i>Tea Break (Photo Taking)</i>	
7	10:20-10:35	Purpose of the forum Overview of the Project	Dr. Winfred Ofosu Acting Regional Director, GHS-UW
8	10:35-10:50	Introduction of Project Intervention	Mr. Prosper Tang Acting Regional CHPS Coordinator- UWR Mr. Ambrose Naawa Health Research Officer-UWR
9	10:50-11:10	Good Practice (1) : Men's Support Improves MNH, Jirapa District	Ms. Phoebe Bala District Director of Health Service (DDHS), Jirapa-UWR
10	11:10-11:40	Good Practice (2) : Community initiative improves Service Delivery, Wa West District ,~ Q & A ~	Ms. Basilia Salia DDHS, Wa West-UWR
11	11:40-12:00	Good Practice (3) : Multifaceted approach to Community Mobilization in Urban Area, Wa Municipal	Mr. Basegnia Sylvester Community Health Officer Dobile CHPS, Wa Municipal-UWR
12	12:00-12:30	Good Practice (4) : Mothers Taking the Lead in Improving Maternal and Neonatal Health (MNH): DBI District ,~ Q & A ~	Mr. Joseph Bolibie DDHS, DBI-UWR
13	12:30-12:35	Message from JICA	Mr. Norihito Yonebayashi Senior Representative JICA Ghana Office
14	12:35-12:45	Remarks by Director-General of GHS	Dr Ebenezer Appiah-Denkyira Director-General, GHS
15	12:45-12:55	Way Forward and Closing Remarks	Dr. Koku Awoonor Director of PPMED-GHS, Project Director
16	12:55-13:00	Closing prayer	
17	13:00-14:00	<i>Lunch</i>	

MC: Madame Rebecca Ackwonu: Public Relations Officer, GHS

Annex 4: Participants of the forum (Day 2)

No	Name	Organization	Position
1	Dr. Koku Awoonor	GHS	Director, Policy Planning Monitoring & Evaluation Division(PPMED) - Project Director
2	Mr. Charles Acquah	GHS	Deputy Director, Policy Department, PPMED
3	Mr. Isaac Akumah	GHS	Administrator, PPMED
4	Mr. Stephen Duku	GHS	National CHPS Coordinator, PPMED
5	Ms. Rebecca Ackwonu	GHS	Head, PR.
6	Dr. Dinah Baah-Odoom	GHS	Deputy Director
7	Ms. Esther Fynn-Bannor	GHS	Public Relations
8	Dr. Boateng Boakye	GHS	Specialist
9	Mr. Zacchi Sabogu	JHPIEGO	Technical Advisor
10	Joe Dodou	MOH	Dep GH, Policy
11	Dr. Erasmus Agongo		Consultant
12	Mr. Crispin K. Yongo	RCC	Economic Planning Officer, UWR
13	Mr. Issahaku Nuhu Putieha	Municipal Assembly	MCE, Wa Municipal, UWR
14	Dr. Winfred Ofosu	RHMT	Ag. Regional Director , UWR- Project Manager
15	Mr. Theophilus Owusu-Ansah	RHMT	Deputy Director of Clinical Care
16	Alhaji Abu Yahaya	RHMT	Chairman, Regional Health Committee
17	Mr. Al-Hasan Seidu Balure	RHMT	Health Information Officer
18	Mr. Prosper Tang	RHMT	Acting Regional CHPS Coordinator
19	Mr. Musah Ali	RHMT	Assist. Regional CHPS Coordinator
20	Ms. Sophia Nyireh	RHMT	Deputy Director of Nursing Services
21	Mr. Ambrose Naawa	RHMT	Health Research Officer
22	Mr. John Maakpe	RHMT	Health Promotion Officer
23	Mr. Batiama Linus	RHMT	CHPS Unit Member
24	Ms. Phoebe Bala	DHMT	DDHS, Jirapa
25	Ms. Rebecca Alalbila	DHMT	DDHS, Lambussie
26	Dr. Sebastian N. Sandaare	DHMT, Hosp.	DDHS, Lawra / Medical Director, Lawra Hospital
27	Ms. Genevieve Yiripare	DDHS	Nandom
28	Mr. Joseph Bolibie	DDHS	Daffiama-Bussie-Issa
29	Ms. Florence Angsomwine	DHMT	DDHS, Nadowli Kaleo
30	Ms. Grace Tanye	DHMT	DDHS, Wa East
31	Mr. Alex Bapula	DHMT	DDHS, Sissala East
32	Ms. Cecilia Kakariba	DHMT	DDHS, Sissala West
33	Mr. Oswald Dachaga	DHMT	DDHS, Wa Municipal
34	Ms. Basilia Salia	DHMT	DDHS, Wa West
35	Hajia Nusrata Issah	Regional Hosp.	Deputy Director of Nursing Services (Rtd)
36	Dr. Banabas B. Gandau	Regional Hospital	Medical Director, Regional Hospital, Wa
37	Mr. Anthony Sumah	Tumu Hospital	Administrator, Tumu Hospital
38	Ms. Christina Nyewala	Training School	Principal Jirapa CHN Training School
39	Ms. Noella Anglaa-Ere	Training School	Principal Jirapa Midwifery Training School
40	Mr. George Segnitome	Training School	Principal Wa Nurses Training College
41	Mr. Edmund Dianbiir	Training School	Principal Lawra Health Assistant Training School
42	Ms. Victoria Dogoli	Training School	Principal Nandom Midwifery Training School
43	Ms. Ladi Kanton	Training School	Principal Tumu Midwifery Training School
44	Mr. Vincent Tanye	Training Sch.	Jirapa Nurses Training College

Project for the Improvement of Maternal and Neonatal Health Services Utilising CHPS
System in the Upper West Region

45	Ms. Paulina Tanzie	DHMT	CHO
46	Mr. Mohammend Omar	DHMT	CHO
47	Ms. Gloria Domanang	DHMT	CHO
48	Mr. Basegnia Sylvester	DHMT	CHO
49	Dr. Stephen Anyonu	Central	RHA/RDHS
50	Dr. Opoku Fofie	Central	RHC/CHPS Coordinator
51	Doris Ahelegbe	Central	
52	Patricia Antwi	Central	Awutu
53	Emenson Arhia	Central	Effutu
54	Dr. Charity Sarpong	Eastern	RHA/RDHS
55	Mary Boach	Eastern	RHA/CHPS Coordinator
56	Atuahene Ayeman	Eastern	DDHS
57	Fredrick K Oforu	Eastern	DDHS
58	Dubik Daniel Dindiok	Northern	RHA/CHPS Coordinator
59	Tibilla Moses	Northern	DDHS
60	Toana Quarcoo	Northern	DDHS
61	Dr. Kofi Issah	Upper East	RDHS
62	Philip Addo-Aboagye	Upper East	CHPS Coordinator
63	Yeleduo Hypolite	Upper East	DDHS
64	Rosemond Azure	Upper East	DDHS
65	Evelyn D Naaso	Upper East	DDHS
66	Boateng Lard	Volta	DDHS
67	Mr. Norihito Yonebayashi	JICA	Senior Representative
68	Mr. Tsunenori Aoki	JICA	Community Health Policy Advisor, GHS
69	Mr. Masanori Yamazaki	JICA	Representative (Health)
70	Mr. Tomoki Mami	JICA	Staff
71	Ms. Satoko Ishiga	IC Net	Chief Advisor of the Project / MCH, GHS/JICA Project
72	Mr. Akiko Takamiya	IC Net	Referral, GHS/JICA Project
73	Ms. Hiromi Kawano	IC Net	DA Engagement / Project Coordinator, GHS/JICA Project
74	Mr. Abu Dokuwie Alhassan	IC Net	Local Project Coordinator, GHS/JICA Project
75	Mr. Samuel D. Daguah	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
76	Ms. Salimata Alhassan	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
77	Ms. Rhoda N. Zolko-Ere	IC Net	Junior Local Coordinator, GHS/JICA Project
78	Mr. Sharifdeen Amadu	IC Net	Project Coordinator Assistant, GHS/JICA Project